

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

A. 医師からの視点

2) 緩和ケア医の視点から

山口 崇

(甲南医療センター 緩和ケア内科)

日本における緩和ケアの歩み (表1)

現代のホスピス・緩和ケアの営みは、1960年代イギリスのシシリー・ソンドース (Dame Cicely Saunders) 女史による St. Christopher Hospice の設立とその後の活動が起源とされる。わが国におけるホスピス・緩和ケア活動は、1970年代には早くも見られ始めた。まず、1973年に淀川キリスト教病院の院内活動として「死にゆく患者への系統的なケア (organized care of dying patients: OCDP)」が開始された。これは、一般病棟に入院している終末期がん患者に対し多職種でチームを組みケアを行う、という活動であり、わが国における初めてのホスピス・緩和ケア活動とされている。

その後、1981年にわが国最初の施設ホスピス/緩和ケア病棟として聖隷ホスピスが聖隷三方原病院内に開設された。その後、国内ではキリスト教系の病院を中心に少数のホスピス/緩和ケア病棟が開設されたが、1990年4月に診療報酬制度に「緩和ケア病棟入院料」が設けられたことにより飛躍的にその数が増えていった (図1)。

さらに、2002年に緩和ケアコンサルタント活動に対する「緩和ケア診療加算」が診療報酬制度に設けられ、それまでホスピス/緩和ケア病棟に偏っていた緩和ケア活動やリソースが治療期の患者も含めた緩和ケア病棟外の一般病棟に広がる大きな契機となった。「がん対策基本法」(2006年)「がん対策基本計画」(2007年)と相まって、この時期に緩和ケアリソースが飛躍的に全国に広まった。しかしながら、「緩和ケア病棟入院料」

「緩和ケア診療加算」, 「外来緩和ケア管理料」(2012年)など、緩和ケア診療に関わる診療報酬の対象は(後天性免疫不全症候群患者も対象に含まれるが)、おもに悪性腫瘍患者に限られており、臨床現場においても緩和ケアが提供される対象は悪性腫瘍患者であることがほとんどであることが続いていた。

そのようなわが国の緩和ケアを取り巻く状況のなかで、2018年に「緩和ケア診療加算」の対象疾患に“末期心不全”が追加された。

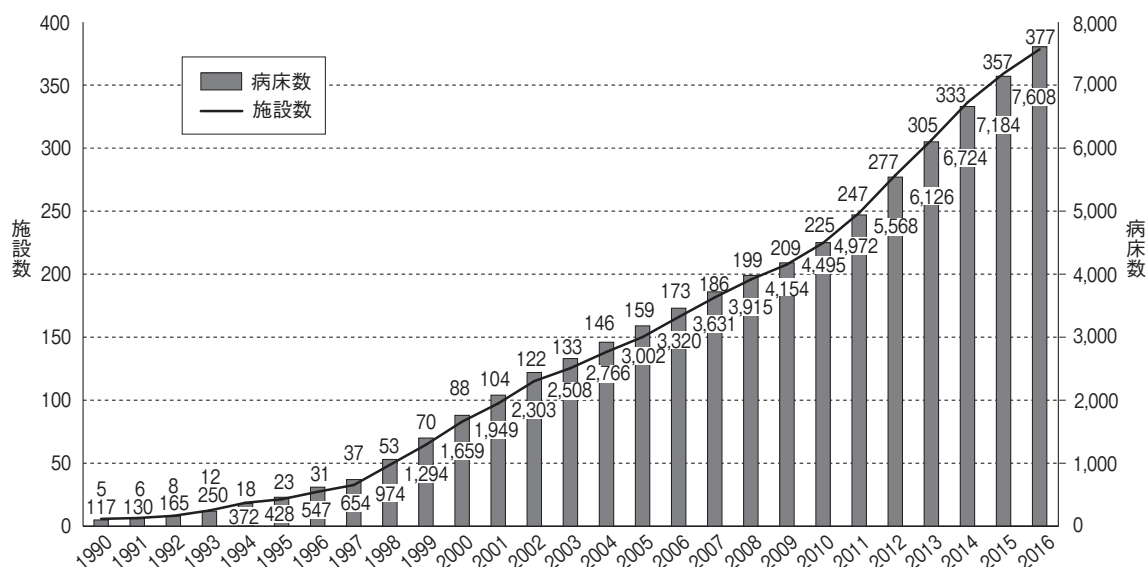
心不全の緩和ケアにおいて緩和ケア医に“足りない”部分

世界保健機関 (World Health Organization: WHO) の定義 (表2) にもあるように、緩和ケアの対象は、その疾患区分や時期により規定されるものではない。しかしながら、前述のとおり、わが国の緩和ケアは診療報酬制度上の縛りだけではなく、医療者の意識のなかにも一般社会のなかでも「緩和ケア=終末期のがん」という構造が形成されてきた。そのような環境の臨床現場で過ごしてきたわが国の緩和ケア医の多くは、結果として、がん患者、なかでも予後が1~2カ月以内程度の終末期の進行がん患者 (およびその家族) への診療を日常として長らく過ごしてきた。また、現状では、がん診療 (oncology) をそもそもの診療のバックグラウンドとしている緩和ケア医も少なくない。

このような背景から、わが国の緩和ケア医には、がん以外の疾患に関する知識・経験が不足す

表1 わが国の「緩和ケア」の歩み

1973年：淀川キリスト教病院 OCPD(Organized Care of Dying Patients)
 1977年：「日本死の臨床研究会」設立
 ⇒ 英国の St. Christopher Hospice を紹介
 1981年：わが国初の施設ホスピス〔聖隷ホスピス（聖隷三方原病院）〕設立
 1987年：WHO 編集『がんの痛みからの解放』出版
 1989年：「末期医療に関するケアのあり方検討会」報告書公表
 1990年：診療報酬制度に緩和ケア病棟入院料収載
 1991年：全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（現 ホスピス緩和ケア協会）設立
 1996年：日本緩和医療学会設立
 1998年：ホスピスケア認定看護師（現 緩和ケア認定看護師）制度開始
 2002年：緩和ケアチームの診療報酬「緩和ケア診療加算」収載
 2006年：がん対策基本法成立（2007年4月施行）
 2007年：がん対策推進基本計画公表
 2010年：緩和医療専門医認定開始
 2018年：「緩和ケア診療加算」の対象疾患に「末期心不全」が追加



（日本ホスピス緩和ケア協会，2016年11月時点）

図1 わが国の緩和ケア病棟 / 病床数の推移

表2 世界保健機関による緩和ケアの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患（Life-threatening illness）による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、（痛みなどの）身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、生活の質を改善するためのアプローチである

（WHO Definition of Palliative Care, 2002）

る場合が多くなっている。

話を心不全にフォーカスすると、心不全診療の

知識・経験を積むのに最も効果的な方法は、循環器診療に“どっぷり”つかることであろう。では、緩和ケア医が“心不全緩和ケア”に従事するために循環器診療のトレーニングを受けるべきであろうか？ もちろん、それができればより高いレベルでの“心不全緩和ケア”の実現に有用であると考えられる。しかしながら、前述のとおり緩和ケアの対象はきわめて広範であり、そのすべての疾患領域の専門研修を緩和ケア医に求めるのは現実的ではない（もちろん、“心不全緩和ケア”に特

化した超専門家を目指す場合は別である)。そのようななかで、心不全に対する標準的な治療法、一般的な心不全の疾患経過 (illness trajectory)^{1,2)}、心不全患者の診療において注意すべき点〔使用を控えるべき薬剤 (たとえば、NSAIDs や三環系抗うつ薬) など〕あたりは、緩和ケア医が最低限身につけておくべき知識ではないかと、循環器“非”専門医である筆者 (緩和ケア医) は思っている。

また、重症心不全患者により特徴的な項目として、心不全診療におけるデバイス治療〔埋め込み型除細動器 (implantable cardioverter defibrillator : ICD)、左心補助人工心臓 (left ventricular assist device : LVAD) など〕の効果と意義、さらにはそれらのデバイスを無効化することにおける患者サイドならびに医療者サイドの葛藤や心理的な影響に関しても十分に理解するよう心がける必要があると考えている。

と、ここまで述べてきたが、現実にはこれらの項目を十分に理解したり経験したりすることは容易ではないが、緩和ケアの“プロフェッショナル”として心不全緩和ケアに携わっていくにあたり、これらの知識を得る努力を自ら継続的に行っていくかなければならない、ということは間違いない。それと同時に、心不全診療の専門家である循環器専門医との協働を進めることが重要で、それにより緩和ケア医が心不全の一般的な知識をよりスムーズに習得することができるとともに、目の前の患者に特異的な情報の取得がより確実に可能になる。

また、心不全患者では、がん患者と比較すると、より長い期間 (場合によっては、最期の時まで) 原疾患の主治医 (= 循環器専門医) と緩和ケア医が併診の形で関わっていくのが“心不全緩和ケア”においては、その疾患の経過からは自然である。しかしながら、取り巻く周辺の意識・雰囲気も含めたこれまでの緩和ケア医の診療環境においては、循環器専門医 (に限った話ではないが) との密なコラボレーションが図れている施設は全国的にも多くないのが現状であると思う。したがって、そのような循環器専門医と緩和ケア医が“普段から”密なコラボレーションを形成できるような体制づくり、が、もう1つ現在の緩和ケア医

(というか、心不全緩和ケア全体として) に足りない部分として挙げられる。

心不全の緩和ケアにおける緩和ケア医の“強み”

では、一方で、“心不全緩和ケア”における緩和ケア医の強みは何だろうか？

1. 症状緩和

心不全患者では、胸痛・呼吸困難・倦怠感など、心臓の機能が直接的に影響を与える症状はもちろん、それ以外にもさまざまな症状を抱えていることが報告されている³⁾。心不全に限らず種々の非がん患者の症状緩和治療に関しては、これまで培ってきた「がん患者における症状緩和方法」を外挿して対応するのが診療の基本となる。たとえば、分かりやすいところでは、呼吸困難に対するモルヒネをはじめとしたオピオイドの使用である^{4~6)}。もちろん、モルヒネ1つをとっても、がん患者での使用法と心不全患者での使用法に違いがあるので、そこは緩和ケア医もしっかりと勉強しないとイケないが、そもそもモルヒネ使用の経験値が緩和ケア医は一般的に高いことは事実である。したがって症状緩和に関する知識・経験という部分においては、われわれ緩和ケア医に一日の長があり、症状の評価と症状緩和に関する薬物療法・非薬物療法の提案は、われわれ緩和ケア医がサポートできる大きなポイントと考える。

2. 重篤な疾患や重大な決断に関するコミュニケーション

がんも心不全も「生命を脅かす疾患」であり、かつ、「進行性の疾患」である。そのような危機的な身体状況に際した患者やその家族と接するという点では緩和ケア医は経験が豊富であるといえる。そのような患者や家族の心理社会的な苦痛に対する支持的な関わりはもちろんのこと、精神医学専門家への紹介が望ましい状況かどうかの評価もあわせて行うことが可能である。さらには、医療内容に関する難しい意思決定の場面においては、患者に支持的に関わるのみならず、予後予測

や意思決定能力の評価、現状や将来に関する患者・家族の認識の確認、心情や価値観の探索などは緩和ケア医が常日頃から行っていることなので、意思決定支援（これは、患者サイドはもちろんであるが、循環器専門医サイドに対する支援を伴う場合もありうる）という点でも、幅広い側面で貢献できると考える。

3. プライマリチームの外にいる存在

がん患者の場合、「早期からの緩和ケア」が謳われ、治療期からの緩和ケア専門家の関わりが増えてきているが、やはりその終末期にはがん治療医からは離れて“緩和ケア”が占める割合が大部分となる時期が一定の期間生じるのが現状である。これは疾患の特性上、ある意味適切であると思われ、決して悪いことではないと思う。そういう点からは、がん患者の終末期には緩和ケア医が“診療の中心”に座ることも頻繁にあることである。一方で、心不全診療の中心にはやはり循環器専門医がいるわけであるが、その体制は多くの場合、終末期まで（亡くなるまで）維持される。それは、心不全という疾患に対する治療自体が症状緩和に直接的につながる、という点が終末期まで維持されるからである。つまり、循環器専門医による細やかな薬剤調整や生活指導などが、予後の延長だけではなく症状緩和にも直結するわけである。したがって、心不全緩和ケアにおいて緩和ケア医はほとんど常に“サポーター”なのである。そういった意味では、患者に最も近い存在ではあるが、時に患者にとって重大な決断を下す存在でもある循環器専門医には直接“言いづらいこと”や“聞きづらいこと”もあると思われる。そのような時に、第三者的な存在として緩和ケア医が聴き手となったり、患者の思いを伝える緩衝役となったりすることができる。

また、プライマリチーム（＝循環器専門医や循環器病棟のスタッフ）の外にいる立場から、診療面のサポートのみならず、プライマリチーム自体

が抱えるつらさや悩みを聴いたりケアしたりできる存在としての存在意義もある。緩和ケア医側が何かの提案をするだけでなく、時にプライマリチームが行っているケアを承認する声かけやねぎらいの声かけを行うことも大切だと思っている。

おわりに

以上、わが国の緩和ケアの発展の経緯を踏まえて、“心不全緩和ケア”における緩和ケア医に「不足している点」と「強みを発揮する点」に関して述べてきた。心不全患者のQOL向上やより良い終末期の過ごし方につなげられるように、われわれ緩和ケア医は、普段から循環器専門医と協働し、「不足している点」をなるべく少なくして、「強みを発揮する点」をより生かしていけることがもっと日常的になるよう、より一層努力していく必要があるだろう。

文献

- 1) Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al : Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 289 : 2387-2392, 2003
- 2) Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al : Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 330 : 1007-1011, 2005
- 3) Moens K, Higginson IJ, Harding R, et al : Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 48 : 660-677, 2014
- 4) Chua TP, Harrington D, Ponikowski P, et al : Effects of dihydrocodeine on chemosensitivity and exercise tolerance in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 29 : 147-152, 1997
- 5) Johnson MJ, McDonagh TA, Harkness A, et al : Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure--a pilot study. *Eur J Heart Fail* 4 : 753-756, 2002
- 6) Oxberry SG, Bland JM, Clark AL, et al : Repeat dose opioids may be effective for breathlessness in chronic heart failure if given for long enough. *J Palliat Med* 16 : 250-255, 2013

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

B. 看護からの視点

高田弥寿子

(国立循環器病研究センター 特定行為研修部)

はじめに

医療の現場は多忙を極めており、働き方改革で労働時間の管理が厳格化されているなか、効率化が求められている。心不全の緩和ケアを充実させるためには、循環器診療に従事する医療従事者が基本的緩和ケアの実践能力をもち、実践していく能力を育成することが鍵になる。

当院では、2013年から心不全緩和ケアチームが院内で活動しており、緩和ケアの専門的な知識をもつ認定看護師、専門看護師が構成メンバーとして入っている。本稿ではこれからの時代背景を踏まえ、心不全緩和ケアを充実させるために、どう人材育成をすればよいか、緩和ケアチームの看護師が果たすべき役割について、チーム活動での経験から考察したい。

心不全緩和ケアを充実させるための役割

1. コンサルテーションを通して、看護師の基本的緩和ケアの能力の向上に寄与する

心不全の緩和ケアを実践する臨床現場には、緩和ケアの実践を促進するファシリテーターとなる人材がいるとはいえない。したがって、緩和ケアチームの看護師がコンサルテーション活動を通して現場教育を行うことは、看護師の緩和ケアの関心を高め、基本的緩和ケアの知識・スキルを向上するうえできわめて重要な支援の1つである。

コンサルテーションは、さまざまな資源を用いて問題解決や変化を起こし、主治医チームを支援するプロセスであり、単なる「相談」ではなく援助過程であり、コンサルタント（緩和ケアチーム）とコンサルティ（主治医チーム）の相互作用をも

つ。つまり、緩和ケアチームの看護師が、相談者の相談内容をよく聴き、解決すべき問題は何か、問題の本質は何かを見極め、その問題に対してどのように介入するべきなのか（直接介入すべきなのか、間接介入なのかを含めて）、相談者と情報共有しながら判断し、よりよい支援を共に考えるプロセスであり、相談者の成長を促すことができる。

当院における看護師からの緩和ケアチームへのコンサルテーションは、「痛みの緩和をしたいが、どのようにアプローチすればよいか分からない」「ACPが必要だと思うが、主治医がまだ早いと言っており、どう進めてよいか分からない」「延命治療を望んでいないと推測される患者の家族が延命治療を希望しており、どう家族と対峙してよいか分からない」といった、症状緩和から倫理的問題への対応に及ぶ多様なものである。その背景には、緩和ケアに対する基本的な知識やスキルが不足していること、多職種との調整や倫理的問題の解決の方法に関する理解が不十分なため、問題解決の方法に自信がもてていないケースが多い。人材育成につながる支援で大切なのは、相談者からの情報のみで、どのように介入すればよいかという助言を安易に述べないことである。

コンサルティ側は「どうすればよいか」といった方法論のアドバイスを欲することが多いが、問題解決に必要な情報が収集されていない場合が多い。たとえば、疼痛緩和の場合には、部位や強さは収集されているが、症状のパターンや性質、増悪・寛解因子、日常生活への影響、治療による反応は収集されていない。その際には、症状の評価の内容とアセスメントがアプローチ方法を定めることを共有し、コンサルティとともに追加情報を

カルテから確認したり、ベッドサイドで情報収集し、情報収集内容からアセスメントした結果を共有し、支援内容を助言するようにする。このプロセスをたどることで、情報収集→アセスメント→介入内容の思考過程を踏むことができ、その経験を次の患者のケアに活かすことができるようになる。

基本的緩和ケアにおける症状緩和において、患者のベッドサイドの最も近くにいるすべての看護師は、まず、基本的な患者の苦痛症状の観察・評価を的確に行う力を身につけることが重要であり、意識して介入していくと質が高まっていく。

一方、医師との調整や倫理的問題への対応について困っている場合には、コミュニケーションの問題、複雑な問題が絡んでいる場合が多く、多職種カンファレンスが必要な場合が多い。そのため、リーダー以上の経験年数を経た看護師に求められる役割であると考えられる。日常臨床では、ベテランナースであっても、多職種との見解の違いを知覚すると、「関係を壊したくない」「言っても無駄じゃないか」と、ネガティブな感情から話し合いに一步踏み出せない場合がよくある。見解の違いの背景にある価値・思いを十分に話し合っていない場合がほとんどであるため、各専門職による見解の違いは当然起こるものであることを共有し、相手の見解とその背景にある価値に耳を傾けること、そして、看護専門職としての自己の見解とその理由を、患者・家族のQOLの視点でどう最善なのかを他者に述べるができるように支援することが重要である。

また、倫理的問題への対応については、医学的な判断、患者の意向、周囲の状況（家族の意向や療養場所の状況など）という観点から多職種チームで情報共有し、患者にとっての最善の選択について合意形成する必要がある。そのため、緩和ケアチームの看護師が役割モデルとなり、カンファレンスができる環境を意図的につくっていくことが望ましい。そして、倫理的問題を考える際の看護師の責務であるアドボカシーの概念（患者との対話を通して患者の価値観や思いをくみとり、価値観に応じた選択ができるように支援すること）を共有する。看護師は、患者・家族の「延命治療

は受けたくない」という選択の背景にある価値観や思いを十分に引き出せていない、自分の価値観と患者・家族の価値観とを十分識別できないまま、個人の価値観で意思決定に至ることが少なくない。したがって、ジレンマを共有し看護専門職者として、患者・家族の選択の背景にある価値観や思いを十分に理解できているか、受け止められるように働きかけることが重要である。

2. ACPのファシリテーターとしての役割を發揮する

わが国では、少子超高齢社会により生産年齢人口が減少し、社会保障制度の破綻が目前にきており、病院で最期を迎えることが難しい時代に入っている。住み慣れた場所でその人らしい人生を送ることができるよう、地域で患者・家族を支えていかなければならない。したがって、心不全パニックである現代において、心不全患者のACPの推進は、その人らしい人生を送ることができるための鍵である。

その実現において、QOLの視点から地域での療養選択肢や緩和ケアを見据えた患者の望む生活、人生の実現のための話し合いを行うことが不可欠となる。このような観点から、ACPの実施は、医師が単独で実施するよりも多職種が協働して、患者が望む生活や目標を踏まえた療養場所や治療に関する選択についての支援を行うほうが望ましいと考える。

カナダで開発された多職種協働による共有意思決定モデル（inter-professional shared decision making model）では、多職種が協働して意思決定に患者を関与させ、ヘルスケアサービスと保健事業を統合した継続的なケアを促進することで、意思決定の質を向上させる可能性がある¹⁾と述べている。このモデルでは、多職種チームが効果的に機能するうえでの特異的な役割として、イニシエーター、ディビジョンコーチが必要であることが示されている。イニシエーターは中心的な役割で、健康問題を特定できる専門家（医師、高度実践看護師、薬剤師）、ディビジョンコーチはファシリテーターの役割で、意思決定への患者の関与をサポートするように訓練された医療者で、

支持的で中立的な立場である看護師、MSW、心理士などが推奨されている。

当センターにおいても、近年、緩和ケアチームにコンサルテーションのあった患者に対して多職種協働のACPの実践を展開しており、コンサルテーション件数も増えている。緩和ケアチームの看護師は、患者の心理的準備性や病状説明の受容の状態をアセスメントしながら、望む医療や生活について考えられるようにファシリテーターとして機能し、その反応をチームにフィードバックする。このことにより患者の望む生活の実現につながっている。

看護の仕事は、対象の健康状態に応じた生活を整え支える仕事であり、健康上の問題に対する人間の反応を全人的な側面から捉えることができる専門職である。また、看護は、患者の選択における価値・信念をくみとる責務を有しており、ACPのファシリテーターとして役割発揮する人材としてふさわしいと実感する。

まずは、看護師1人ひとりがACPの必要性を認識し、患者の病状経過を踏まえ、主治医と協働しながら、人生の最終段階に患者の望む生活や療養場所について対話を通して確認するところから始めてはどうだろうか。

今後は、ACPに関わる教育研修の方法論を学び、心不全緩和ケアにおけるACPのファシリテーターの育成プログラムの構築につなげたい。システムとして整えていくことで組織全体の能力向上につながることを期待できる。組織全体の能力開発のためのシステムを構築することも、高度実践看護師の重要な役割である。

おわりに

高度実践者には、チェンジエージェントとしての役割発揮が求められている。緩和ケアに関与する各施設の高度実践看護師は、今こそ一丸となって、現場での教育を充実させるための方略の共有や、継続させるためのシステムについて検討し、臨床現場でいきいきとチーム医療におけるリーダーシップを発揮する姿を見せる。そのことが、心不全緩和ケアの充実において重要である。

文献

- 1) Légaré F, stacey D, Gagnon S, et al : Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. J Eval Clin Pract 17 : 554-564, 2011