

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

C. リハビリテーションからの視点

川端太嗣

(兵庫県立尼崎総合医療センター リハビリテーション部)

はじめに

心臓リハビリテーションにおける理学療法の本質は心機能と運動負荷とのバランスであり、そのバランスを維持、調整することで、心不全を抱えた患者のADL、QOLを改善することが理学療法の目的である。

慢性心不全は増悪と寛解を繰り返す経過をたどるため、増悪時にも改善可能かどうかの判断が困難であり、終末期の判断は難しいといわれている¹⁾。さらに日本心不全学会より提示された高齢者心不全患者に対する終末期医療の指針では、アドバンス・ケア・プランニング(advance care planning: ACP)は、本人・家族を含めて終末期を迎える以前の段階から開始することが望ましい、個人の人生観や希望を取り入れた緩和医療を循環器領域でも推進しなくてはならない、終末期の意思決定は医療チームで共有しチームで支えることを原則とする、と示されている²⁾。

本稿では、心臓リハビリテーションに携わる理学療法士が心不全の緩和ケアにおいて果たす役割を、意思決定支援を中心に述べる。

理学療法士の役割

理学療法士はケガや病気などで身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、基本動作能力(座る、立つ、歩くなど)の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法などを用いて、自立した日常生活が送れるよう支援する専門職である。対象者1人ひとりについて医学的・社会的視点から身体能力や生活環境などを十分に評価し、それぞれの目標に向けて

適切なプログラムを作成する。その業務形態としては診療報酬体系上、患者1人に1日20分(1単位)以上マンツーマンで関わるができる。

ここでは慢性心不全患者の運動療法とプログラムの立案・実施、情報共有について取り上げる。

1. 慢性心不全患者の運動療法

慢性心不全患者の運動療法は患者の心機能、骨格筋を含めた心臓外の要因を繰り返し評価しながら有酸素運動を中心に実施することとなる。負荷量については可能であれば心肺運動負荷試験(cardiopulmonary exercise test: CPX)を施行し、嫌気性代謝閾値(anaerobic threshold: AT)を用いた運動処方が望ましいが、安静時の脈拍と予測最大脈拍数から至適脈拍数を設定するKarvonen法を用いる場合は定数kの値が0.4以下程度の低強度から開始する³⁾。運動療法中は血圧、脈拍の変化、息切れの増悪、倦怠感などに注意し、調整する。

2. プログラムの立案, 実施

心不全緩和ケアにおいては患者ニーズのなかから動作、運動負荷に関わることを抽出し、評価のうえプログラムを立案、実施することが求められる。ここで最も重要なのは、患者のニーズをいかに具体的にイメージできるかである。心不全患者のニーズは多岐にわたり、また疾患の病状、患者の受け入れ状況により、昨日は治癒を、今日は疾患管理を、明日は苦痛除去をといったように日々刻々と変化する³⁾。この日々の揺らぎ、変化に気づき、さらに日々の患者の症状を踏まえたうえでプログラムを変更、調整することが重要となる。

またプログラムを実施していく際、注意すべき

こともある。一般的な概念では理学療法、リハビリテーション（以下、リハビリ）＝運動と捉えられている場合が多いが、心不全の緩和ケアの場面においては「＝運動」を取り除いておく必要がある。長期的にも短期的にも増悪と寛解を繰り返す心不全の場合、全身倦怠感や軽度の息切れ、また不安などにより「運動」ができないと患者自身が判断し、リハビリを拒否されることも多い。理学療法の手技には疼痛緩和を目的としたストレッチやマッサージ、温熱療法など負荷にはならない手技もあり、極論をいえば「話す」ことのみで20分を使うことも可能であるといったことを、状態の良い時から伝えておく必要がある。

3. 情報共有

理学療法士は毎日一定時間、マンツーマンで接することができる職種であることから、得られる情報も多い。その1つひとつの情報に日常生活像や動作が含まれていることから、内容は疼痛、倦怠感の日々の変化や現状、未来に対する希望、家族との関係性、その人の人生観、好きな食べ物まで多岐にわたる。またいろいろな職種、立場で複数の医療スタッフが1人の患者に関わることができれば、より患者の思いを表出する機会が増えると考ええる。

患者ニーズの把握、意思決定支援

意思決定支援の意義は最終的に個々の患者にとっての適切な結果を得ることにあり、生存期間の延長のみならず、QOLの維持、全人的苦痛や家族ケアを含めたアプローチに基づくものである¹⁾。生存期間の延長、QOLの維持、全人的苦痛の緩和を満たすためには、医学的妥当性ととともに、詳細な患者ニーズの把握が必要になる。たとえば「家に帰りたい」といったニーズはよく聞かれるが、この言葉の意味するところは、“動けなくてもいいから”帰りたいという人もいれば、“元気があった頃の状態で”帰りたいという人もいる。また帰れないと分かっているでも「帰りたい」という人もいる。つまり患者のひと言だけをとってもそのイメージ、思いはさまざまであり、すべてを

把握するには困難をきわめる。患者のニーズを把握する方法論として確立したものは現時点では存在しないため、ここではわれわれの考える道筋を例示する。

1. 未来に対する希望

「家に帰りたい」「会いたい人がいる」「行きたい所がある」などが含まれる。

未来に対する希望には、実現可能かどうかの判断、また実現に際し、その方法、手段が患者自身のイメージと異なる場合も望むかどうかの確認が必要である。さらに実現可能な場合においても、そのプロセスで苦痛を伴うことや努力を要する可能性があることから、経過、方針を説明し、同意を得ておくことも重要である。また患者自身、家族が叶わないと分かっている希望も含まれていることが多い。

2. 現状に対する希望

「歩きたい」「苦痛を取り除いてほしい」などが含まれる。

現状に対する不満、不安の表出の場合が多い。詳細に聞き出すことで対処、実現可能かの判断は行いやすい。病態上、増悪と寛解を繰り返すことから、「また良くなるだろう」といった楽観的に考える場合と、繰り返される苦痛により未来に対する希望がもてない場合に、現状に対する希望に偏る傾向がある。

3. 治療に対する希望

治癒、カテコラミンの離脱を望む。この希望が最期まで存在する可能性があることが、がんとの大きな違いである。若年層ほど多く、厳しい疾患管理、活動制限や食事制限なども受け入れる。この希望に固執した場合、現状や未来に対する希望を実現するタイミングを逸することがある（例：最後に家に帰る、など）。

この分類は患者のニーズに対して必ず重複するが、重要なのはどの希望のベクトルに重点を置いているかを把握することである。それは患者が治療に重点を置いているのか、QOLに重点を置いているのか、もしQOLに重点を置いているので

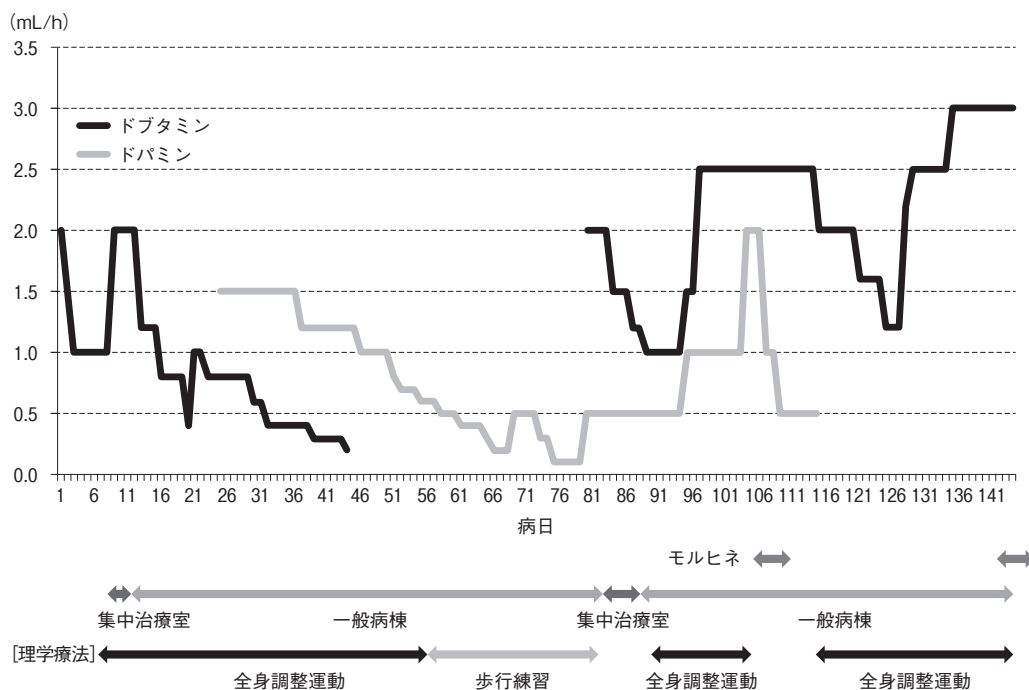


図1 塩酸ドブタミン，塩酸ドパミン，モルヒネ使用の経過および理学療法実施内容の経過

あれば、それを時系列で把握することが可能となる。また重点を置いているベクトルが極端に偏っている場合、その理由を明らかにするとともに、そのベクトル以外の希望について情報収集、情報提供することにより、患者にとってよりバランスのとれた意思決定が可能になると考える。

事例紹介

【事例】 60歳代，男性。特発性拡張型心筋症，慢性心房細動による慢性心不全にて入院となる。前年1年間に複数回の心不全増悪入院を繰り返していた。日常生活では特に新たな心負荷がかかった経緯はなく，最小限の日常生活でも心不全の増悪をきたしている。家族構成は妻と2人暮らしで本人は無職，妻は介護職であった。入院当初は家に帰ってのんびりしたいという希望であった。

【経過】 塩酸ドブタミン，塩酸ドパミンおよびモルヒネ使用量の経過，理学療法実施内容の経過を図1に示す。

経過は第6病日理学療法開始。プログラムはベッド上での全身調整運動，筋力増強練習から開

始した。第41病日患者支援・緩和ケアチーム介入。第52病日歩行練習追加。塩酸ドパミン使用下であったため50mより開始し，1週間継続したうえで悪化がなければ歩行距離を延長していった。第79病日には300mに達しており，トイレ歩行も実施可能になっていた。第80病日に感冒に伴う心不全の増悪を認め，理学療法中止となった。第87病日ベッド上運動のみの理学療法再開。第103病日心不全増悪に伴い理学療法中止。塩酸モルヒネ使用開始。第109病日症状改善により塩酸モルヒネ中止。第114病日ベッド上運動のみの理学療法再開。第141病日塩酸モルヒネ使用開始。第144病日理学療法中止。その後は病室へ行き，病状を確認しながら妻とコミュニケーションを図った。第170病日永眠された。

【考察】 本症例は意思決定支援の難しさを痛感し，患者のニーズを把握する方法を考え直すきっかけとなった。患者支援・緩和ケアチームで話し合うなかで一時帰宅できる機会があったと思われるが，本人の希望は「家に帰りたい」であったにもかかわらず，実現しなかった。それは「家に帰りたい」という希望のなかに，点滴をつけた状態

では帰りたくない、自分のことは自分でしたい、妻に負担をかけたくない、妻には今後も社会とのつながりを保つために仕事は続けてほしい、などの思いが含まれていたからであり、何より「治って帰る」という思いが強かったことが要因とされた。一時帰宅することが必ずしも正しいわけではないが、増悪と寛解を繰り返す「病みの軌跡」を状態の良い時から伝え、治癒に対する希望のみに偏らないような情報提供、関わりができていれば、また違った結果があったのかもしれない。

まとめ

人生の最期をどこで、どのように過ごしたいかを共に考える過程（ACP）は最期まで充実した人生を送るうえで重要な意味をなす。その過程において病気を抱えた患者が何に価値を置き、どう生きたいと考えているのかを明確にする必要がある。そのなかで患者、家族は最期まで体を動かすこと（トイレへ自分で行きたい、自分で起き上がりたいなど）を望まれることが多い。理学療法士は患者の希望に対し評価、管理のもと、また医師、看護師など多職種と連携を密にとりながら理学療法を実施することで、最期までその人らしく生きることを支援できる。

理学療法士は患者と信頼関係を築き、希望、リスク、運動機能を踏まえた判断、アプローチを行うことで個々の患者の身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛、スピリチュアルな苦痛（喪失体験）への介入が求められる。

引用文献

- 1) 大石醒悟, 本多 祐, 竹原 歩, 他: 心臓リハビリテーションにおける緩和ケアとは—意思決定支援としての心臓リハビリテーション. 心臓リハ 20: 313-318, 2015
- 2) 日本循環器学会, 他: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2008-2009年度合同研究班報告) —循環器疾患における末期医療に関する提言. 2010
- 3) 和泉 徹: キュアとケアの狭間で揺らぐ患者心理. 心臓リハ 21: 154-159, 2016

参考文献

- 1) 高圓恵理: スタッフが知っておくべきこと—意思決定支援について. HEART nursing 春季増刊: 209-212, 2016
- 2) 横山広行: 循環器疾患患者の末期医療. Heart 3 (2): 16-21, 2013