

## 2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

### D. ソーシャルワークからの視点

#### —生活者の視点と希望を叶えるための体制構築—

岡村紀宏

(西岡病院 医療ソーシャルワーカー/認定医療社会福祉士)

#### はじめに

緩和ケアにおいて医療ソーシャルワーカーは、患者とその家族などを対象に相談援助により、心理的・社会的問題の解決への支援を行うこと、地域で生活するための多職種連携をコーディネートすることをおもな役割としている。

厚生労働省健康局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号「医療ソーシャルワーカー業務指針」には、「病院などの保健医療の場において、社会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決・調整を援助」と示されており、医療ソーシャルワーカーは、次のような業務を行うとされている。

- 1) 療養中の心理的・社会的問題の解決
- 2) 退院援助
- 3) 社会復帰援助
- 4) 受診・受療援助
- 5) 経済的問題の解決・調整援助
- 6) 地域活動

本稿では、心不全の緩和ケアの充実のために、医療ソーシャルワーカーの立場から、心理社会的支援、意思決定支援と地域連携の役割について述べる。

#### 心理社会的支援と意思決定支援 —アドバンス・ケア・プランニング

われわれ医療ソーシャルワーカーは、生活の場における療養の経過に沿って、生活の維持・充実のために、継続的な治療における不安、就労・就学支援、療養の場の選択、各種制度利用、家族間

のことなどの心理社会的課題に対し、患者とその家族などとともに解決へのプロセスを相談し続けている。緩和ケアにおいては、家族は看取りや死別後の生活のことなども課題となる。これらは常に、患者本人の自己決定（意思決定）を軸に構成していく。

相談解決の柱となる意思決定は「いくつかの選択肢を選定しつつ、そのなかから最善の解を導く行為」とされており、緩和ケアに係る課題、問題解決のプロセスの1つであり、その意思決定の繰り返しでもある。

意思決定について、厚生労働省では高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応する必要があることや、英米諸国を中心として、アドバンス・ケア・プランニング（ACP：心身の状態の変化などに応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかなどを、日頃から繰り返し話し合うこと）の概念を踏まえた研究・取り組みが普及していることを踏まえ、2018（平成30）年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改訂が行われた。「医療」における決定プロセスから「医療・ケア」として「ケア」が追加され、介護を含めた幅広いガイドラインに改訂され、ACPの概念も追加された。以前は「高齢者」を中心としたガイドラインであったが、全世代、また高齢者、障がい者、緩和ケア領域も含めた解釈になった。

本ガイドラインにも記載されているが、緩和ケアの意思決定の場面は、方針や意向が変わらないことを確認することも含め、日々繰り返し行うことが必要である。本ガイドラインにACPに関する

る記載が入ったことや、診療報酬制度の施設基準に記載されたこともあり、「ACP = リビング・ウィル」と捉えられることも少なくない。しかしACPは、あくまでも患者とその家族などが今後の生活の希望などを話し合うプロセスのことで、医学的適応のことのみではない。「リビング・ウィル」において治療の選択をする際も、その治療を選んだ際の療養先での生活、医療・介護体制、経済的諸課題などを考慮し、検討すべき場面もある。また一度決めたら、「撤回」「変更」できないのではないかと考えている患者とその家族、医療・介護従事者も少なくない。話し合いを続けること、また話し合うことのできる関係性を築くことがあくまで重要ではないか。

またACP実践を行ううえで、多くの時間を要することがあるが、昨今の診療報酬改定や病床機能分化などの流れのなかで、在院日数などの制約もあり、意思決定や生活支援に十分な時間をつくれないう状況もある。退院時にすべての意思決定やACPが完結していないにしても、どこまでの意思決定や合意形成ができていのか、病状説明の受け止め（可能であれば、医師がどのような言葉で説明をし、患者・家族が何と話していたのか、また病状説明後にどの程度理解したかの確認をするなど）や、リハビリテーションにおけるADLの拡大の可能性（退院後の生活場面に応じた具体的な食事/嚥下、入浴、排泄、移動などのADL評価）と、その説明内容などがつながることが大切である。

2015（平成27）年度に北海道医療ソーシャルワーカー協会が実施した「退院時連絡率調査」では、退院時に医療機関から介護支援専門員（入院前から担当）に退院連絡が入った割合は、全体の約7割であった。入院前の介護支援専門員の介入により在宅生活において何らかの介護サービスを受けられるにもかかわらず、約3割の方に退院時に介護支援専門員に医療機関から退院連絡が入っていない実態が明らかになった。連携が寸断されている証拠である。

緩和ケアの充実のためには、医療機関における緩和ケアの実践を、療養の場において、患者とその家族などの同意を得て、誰にどのように引き継

いでいくかを常に考えるべきである。カンファレンスは多職種が一堂に会し、緩和ケアの充実のために話し合いを行う重要な時間であるが、事前に話し合いの項目を整理し、特に重要な事項について時間をかけて話し合うべきである。そして、退院後は外来診療前に、介護支援専門員などから医療機関に療養先での様子やカンファレンスでの話し合いの内容などの連絡が入るような、連携の継続性の仕組みをつくることが重要である。

昨今、本人が病状などにより意思決定ができず、家族の支援が得られない場合など、また身寄りがいない人の入院および医療に係る意思決定に課題を抱えることも少なくない。厚生労働省は「身寄りのいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」にて、身寄りがいない人に加えて、たとえば、①家族や親類への連絡がつかない状況にある人、②家族の支援が得られない人も支援の対象になるとし、「身元保証・身元引受など」の機能・役割も整理された。いずれも説明できる家族などがいない場合は、本人への説明を試みたうえで、その旨をカルテに記載することで対応することとし、入院基本料などの算定もできるとされている（疑義解釈：平成19年4月20日厚生労働省保健局医療課事務連絡）。これらを参考にして対応すべきであるとともに、医療・ケアチームの活用、院内の緩和ケアチーム（委員会）の整備、第三者の専門家を交えた倫理委員会の活用とその記録についての体制整備も必要である。

---

## 緩和ケアの充実に向けての体制構築

本稿では代表的な例を4つ挙げたい。

### 1. 在宅医療の充実

まず療養生活を支える在宅医療の充実である。

心不全の緩和ケアにおいては、増悪と寛解を繰り返す病みの軌跡の特徴から、在宅医療の充実は大切であり、「訪問診療、往診、後方支援」の3つの体制整備が必要である。訪問診療、往診を行ううえでは、救急搬送への理解も必要である。救急搬送とACPの関係については、消防法、消防

組織法などに警察との連携が明記されており、救急要請することはどのようなことかの理解と緊急連絡先（在宅医や訪問看護師など）の把握とその連絡順番など、正しいアナウンスが必要である。そして、在宅医療を行ううえで、患者とその家族などはさまざまな不安と葛藤のなかにいる。療養継続のなかで、療養先の選択の決定が変わる可能性もある。在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟（病床）を有する医療機関などと後方支援、入院に関する協議や話し合いを行っておくことも必須である。後方支援体制が整備されていないがために緩和ケアが引き継がれない場合も少なくない。

## 2. 地域の連携促進活動

2011（平成23）年度厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」を契機に、当地区（札幌市豊平区西岡・福住地区）では「とよひら・りんく」という協議会を設立し、在宅医療・介護の連携に関する諸課題を取り上げ、解決策を検討するなどしている（とよひら・りんく：<http://www.toyohiralink.jp/>）。

地域包括ケアシステムは、各地域の在宅医療・介護の連携に関する諸課題を、医療・介護従事者が地域住民と一緒に解決策を1つひとつ議論していくことで構築されていくものであると考えている。このような地域での取り組みの継続と情報公開が必要であり、当協議会では、現在どのような課題の解決を図っているのかを明確にし、会議の開催のたびにNewsLetterを作成し情報公開を行っている。地域包括ケアシステムの活動は一部の医療・介護従事者の連携のためではなく、地域住民のための活動であり、連携課題の協議や解決などもそのような視点で行われるべきである。

## 3. 普及啓発

当地区では、地域住民の緩和ケアの充実と人生の最終段階における医療・介護への理解を目的に小冊子を作成し、地域講話などを行っている。（とよひら・りんく〈<http://www.toyohiralink.jp/>〉→「療養支援ページ」

・「自分らしく生きるために～リビング・ウィル」  
・「ご自宅でご家族を看取られる方へ」

・「病院でご家族を看取られる方へ」

## 4. 情報共有（電子カルテとICT）

各医療機関で電子カルテの活用が増えてきている。当院では電子カルテに「ACP記載欄」を設けて、院内多職種がACPを記載し、時系列で確認できるようにしている。職種別のアセスメントの違いなどもあり、経過の確認やカンファレンスの際に活用ができています。

また、在宅医療・介護の連携において、情報通信技術（information and communication technology；ICT）の導入も必要に応じて進めていくべきである。多職種で共有すべき情報は職種や場面（平常時、緊急時、入院時、退院時）、生活場面（在宅介護施設かなど）や家族構成などで違いが出てくるうえ、入退院時や看取り期など刻々と状態や患者・家族の意向が変化するなかで、複数の医療・介護従事者が関わることとなり、その情報を瞬時に多職種で共有することも必要である。現在は地域医療介護総合確保基金などの財政支援制度があるなど、在宅医療・介護のサービスの地域で総合的に確保するため、医療・介護の実施事業を対象として財政支援を行うものもあり、体制整備に役立てるのも1つである。

---

## おわりに

約10年前、ACPはQOL、地域包括ケアシステムは地域リハビリテーションとして捉えられていたと考えている。この10年で、治療後もその方の生活の質から生活・人生全般を見て支援をする「生活者の視点」が支援のなかで必要とされ、医療機関内や退院時の状況だけではなく、その後の生活を患者とその家族などとともに考えていく支援が求められ、医療ソーシャルワーカーへの役割期待と捉えている。

医療ソーシャルワーカーはその「生活者の視点」で、患者・家族とともに、生活支援を継続しつつ、昨今複雑化している各種諸制度のこと、在宅医療のこと、急性増悪時のこと、入院のこと、家族間のこと、多職種連携のことなど、療養に関わることを包括的に支援していく役割を担っている。

る。

今後も多職種での取り組みは必要であり、筆者もその一員として実践と研鑽を積極的に続けていくつもりである。

#### 参考文献

- 1) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン。平成30年3月
- 2) 厚生労働省：身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン。令和元年6月
- 3) 岡村紀宏：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は生活支援ではないか～医療ソーシャルワーカーとしてのACPへの向き合い方。医療ソーシャルワーク 67号
- 4) 岡村紀宏，五十嵐知文：医療の継続性と地域包括ケアのための連携の方法—地域での取り組み実践をふまえて。ソーシャルワーク研究 42（3），2016
- 5) 一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会：退院時連絡率調査。平成27年度
- 6) 札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会「とよひら・りんく」〔<http://www.toyohiralink.jp/>〕

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために