

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

A. 病院診療

1) 国立循環器病研究センター（大阪府吹田市）

平山敦士 濱谷康弘 泉 知里

（国立循環器病研究センター 心臓血管内科）

はじめに

国立循環器病センター（当院）では、2013年9月から緩和ケアチームを発足し、立ち上げから6年間で約380症例に介入を行い、以後も精力的に心不全入院患者の診療支援を継続している。心不全緩和ケアにおける当院の特徴として、心不全緩和ケア診療加算が可能な患者以外にも、たとえば初回の急性心不全で重症化した症例なども支援要請に応じている。診療支援の主たる内訳としては、身体症状緩和が30%、精神症状介入が50%、意思決定支援が20%程度あり、近年ではアドバンスド・ケア・プランニング（ACP）の重要性が広く認識されてきた背景を受けて意思決定支援に関する介入が増加傾向にある。

本稿では当院緩和ケアチームの診療・研究・教育に関する現場での工夫について概説する。

緩和ケアチームの構成

当院緩和ケアチームは、医師、看護師、薬剤師、公認心理師、管理栄養士、理学療法士、ソーシャルワーカーの多職種から構成されており、現在総勢20名のチームで活動をしている。なお、医師の構成としては緩和ケア専従の医師はおらず、心臓血管内科の中で弁膜症・心筋症などの心不全治療を専門とする心不全科のスタッフ医師を中心に、有志の若手医師が自分の所属診療科の診療と並行して参加するほか、精神科医師が1名所属している。心不全科医師が緩和ケアチーム全体のリーダーとなり、各症例で必要とされる各プロ

フェッショナルが専門性・リーダーシップを発揮し、後述する全体回診や日々のコミュニケーションで横断的に密な連携をとっている。

対象患者抽出・選定における工夫

緩和ケアチームによる介入の対象やその時期に関しては明確な基準はない。当院現時点での対応策としては、幅広い情報収集で現場のニーズを吸い上げ、多職種での介入により患者に利益が得られるかどうかを軸に介入時期を判断している。具体的には緩和ケアチームに参加している若手医師が各診療科における主治医視点で抱えるニーズを抽出し、診療科横断的に患者に関わることが可能な精神科医師・緩和ケアチーム看護師・公認心理師が病棟視点で抱えるニーズを抽出する。すべての相談症例に関しては全体回診のタイミングで主治医チームに症例提示を依頼し、主治医を含むチーム全体で症例のゴールを設定・共有し介入開始の合意形成を行うこととしている。

緩和ケアチーム介入の実際と工夫

当院では、以下のサイクルによって緩和ケア介入の質とタイミングを確保している。介入を行うと決定した症例には、その時点でプライマリ医師・看護師を割り当て、その症例を担当する最小単位のチームとしてニーズを抽出し、各プロフェッショナルに応援を要請する。週に1度、チーム全員で現在介入している患者を網羅的にレビューする全体回診を実施している。全症例チー

ムでベッドサイドに伺い、患者の現在のバイタルサインを含めた臨床所見に加え、表情や訴えを共有し、その後カンファレンスルームにて現在の問題点と先の1週間での支援方針を協議し合意形成する。

全体回診で協議された事項は一定の様式でカルテに記録し、主治医チーム・病棟担当看護師への伝達はプライマリ医師・看護師が行う。さらに週の半ばに心臓血管内科医師・精神科医師・緩和ケア看護師・公認心理師の小チームで再度全患者をレビューし、至急対応が必要な案件に対応するほか、直接患者を担当する病棟看護師への支援を実施している。

病院スタッフへの教育・啓発活動

適切なタイミングでの患者介入および有効な支援提供には、緩和ケアチームの成熟と同等もしくはそれ以上に病院全体としてのリテラシー向上が重要と考え、教育活動を重視している。具体的な活動のひとつとして緩和的鎮痛薬（塩酸モルヒネ）および緩和的鎮静薬（ミダゾラム・デクスメデトミジン）の使用案を作成し、周知したことが挙げられる。当院ではがん診療を実施していないため、十分に緩和ケアの経験を有する医療スタッフがおらず、上記薬剤の使用に逡巡し、タイミングを逸することもあった。同使用案の整備周知により適切な薬剤導入が増え、またその効果を検証するために看護師によるモニタリングの手順も整備され、後述する研究活動にも応用できた。

心不全緩和ケアの臨床研究

当院緩和ケアチームでは、ナショナルセンターとしての当院の立ち位置・使命を鑑みて、まだエビデンスが十分でない心不全緩和ケア領域にエビデンスの構築で貢献すべく研究活動にも力を入れている。これまでに心不全緩和ケア介入患者における緩和的鎮静およびモルヒネの使用実態におけ

る記述疫学や、ACP支援ツールの作成とその使用結果を学術誌に報告してきた^{1,2,3)}。今後さらに診療実績が蓄積されることで、わが国の心不全緩和ケアの質向上に資する、さらなるエビデンスが提供できるものと期待される。

今後の課題と展望

われわれは6年以上にわたる経験を経て、チームの立ち位置を明確化するフェーズであると認識している。今後、整理されるべき点としては、①循環器医師が通常診療として行うべきことと緩和ケアチームに支援要請することの線引き、②アウトカムに基づいた緩和ケアチーム介入のタイミングの定義、である。これらは各医療施設の状況に応じて変容しうるが、今後、医療施設間で比較検討する際の有用な材料となれるよう、当院のモデルを言語化し提案していきたい。また、将来的にはがん領域の緩和ケア同様、外来患者に対しての支援拡充が必要となる可能性が高く⁴⁾ 人的資源も含めわが国の医療資源の状況に即した適切な診療体制の整備に引き続き貢献していきたいと考える。

文献

- 1) Hamatani Y, Nakai E, Izumi C, et al : Survey of Palliative Sedation at End of Life in Terminally Ill Heart Failure Patients — A Single-Center Experience of 5-Year Follow-up. *Circ J* 83 : 1607-1611, 2019
- 2) Kawaguchi J, Hamatani Y, Izumi C, et al : Experience of morphine therapy for refractory dyspnea as palliative care in advanced heart failure patients. *J Cardiol* (In press)
- 3) Takada Y, Kawano Y, Anzai T, et al : Development and validation of support tools for advance care planning in patients with chronic heart failure. *Int J Palliat Nurs* 25 : 494-502, 2019
- 4) Bernacki R, Paladino J, Block SD, et al : Effect of the Serious Illness Care Program in Outpatient Oncology: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 179 : 751-759, 2019