

## 3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

### A. 病院診療

#### 2) 兵庫県立姫路循環器病センター（兵庫県姫路市）

大石醒悟

（兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科）

#### はじめに

当院は兵庫県の西部を中心とする医療圏を対象とした、救命救急センター 30床を含む 350床からなる循環器専門病院である。心臓移植を除くほぼすべての治療選択肢を提供可能であり、年間 600名程度の心不全緊急入院患者に対応しているが、常勤の緩和ケア医は不在である。

そのようななか、当院では、2011年から有志の勉強会を開催することを契機に心不全の緩和ケアに取り組み、実臨床での経験を経て、チーム医療としてのあり方を模索したうえで緩和ケア専門医を週1回招聘し、病院の公式なチーム活動として2015年5月より患者支援・緩和ケアチームを立ち上げ、活動している<sup>1)</sup>。

#### チームの紹介

##### 1. 構成メンバー

患者支援・緩和ケアチームは、循環器内科医、緩和ケア医（週1日診療応援）、看護師（老人看護専門看護師、慢性心不全看護認定看護師、リンクナース）、薬剤師、理学療法士、栄養士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーで構成されており、各メンバーの役割は表1に示すとおりである。

##### 2. 病院内でのチームの位置づけ

当院では本チーム以外も含め多職種チームの所属は曖昧であるため、病院内での組織的なチームの位置づけの明確化と緩和ケアチームの業務の充実、改善を目的として、2015年より患者支援・

緩和ケア部会を立ち上げ、患者支援・緩和ケアのチーム医療の推進を図っている。同部会にて、チーム活動の報告、活動内容の検討を行い、決定事項は病院の了承が必要なものに関しては、リハビリテーション運営委員会、院内幹部会に諮り、了承されれば院内で周知され、各病棟で対応可能なものに関しては、リンクナースが主体となって周知する。

##### 3. プライマリ・チームとの関わり

心不全は治療経過のなかで意思決定を含めた支援が必要となるので、基本的緩和ケアは治療提供者である主治医チーム、病棟看護師、日々関わっている医療者（プライマリ・チーム）によって提供されるべきであるという考えに基づき、患者支援・緩和ケアチームは困難事例のコンサルテーションに対応している。院外の緩和ケア医に週1回終日、診療応援を依頼している。緩和ケア医は回診および多職種カンファレンスを開催（15～16時）し、その結果を、プライマリ・チームへ回答している。

##### 4. コンサルテーション内容

2015年5月よりチーム活動を開始し、4年半で258例の心不全患者の相談を受けた。コンサルテーション内容の内訳は、図1のとおりである。依頼内容が最も多いのは身体症状であるが、次いで、意思決定支援、精神症状、社会的問題、倫理的問題と相談内容は多岐にわたっている。また、相談事例の転帰については、108例（42%）が死亡退院であるが、94例（36%）が自宅退院となっ

表 1 当院患者支援・緩和ケアチームにおける各職種の役割

職 種	役 割
循環器内科医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチームのあり方の確立</li> <li>・循環器医の視点からの緩和ケアの提供、指導、教育</li> <li>・循環器領域における緩和ケアのニーズ発信</li> </ul>
緩和ケア医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケア医の視点からの緩和ケアの提供、指導、教育</li> <li>・がん緩和から非がん緩和への応用の提案</li> <li>・緩和ケア領域における非がん緩和のニーズ発信</li> </ul>
老人看護専門看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチームへの相談窓口</li> <li>・病棟、主治医、緩和ケアチーム間、チーム内の調整</li> <li>・せん妄回診（精神科医）との連携</li> </ul>
慢性心不全認定看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心不全治療とケアの質の向上の推進、教育、院外への発信</li> <li>・病棟、主治医と緩和ケアチーム間の調整</li> <li>・在宅と病院間の診療連携の調整</li> </ul>
病棟看護師、外来看護師 (リンクナース)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟、主治医と緩和ケアチーム間の調整</li> <li>・緩和ケア対象患者の選択</li> <li>・病棟、外来における緩和ケアについてのニーズ発信</li> </ul>
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻薬、鎮静薬の使用に関する相談窓口</li> <li>・同薬剤使用の追跡調査、評価</li> <li>・非がん緩和における薬物使用のエビデンスの発信</li> </ul>
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低栄養患者に対するの食事メニューの検討</li> <li>・心不全患者、家族への食事指導</li> <li>・末期患者における食事の工夫に関する情報発信</li> </ul>
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フレイルティの高い患者に対するリハビリ提供</li> <li>・許容される範囲内での望まれる空間、時間の提供</li> <li>・末期患者におけるリハビリ実施に関する情報発信</li> </ul>
心理士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・末期患者の精神的苦痛、スピリチュアルペインへの介入</li> <li>・せん妄回診（精神科医）との連携</li> <li>・末期患者への心理的支援に関する情報発信</li> </ul>
医療ソーシャルワーカー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病診連携、病病連携の提供、支援</li> <li>・本人、家人への社会的資源提供の提案、支援</li> <li>・末期患者への社会的支援の問題点を含めた情報発信</li> </ul>

年齢：77±13歳 性別：男性：175例（70%）	転帰 死亡 108例（42%） 自宅退院 94例（36%） 転院 42例、その他 6例
依頼内容 身体症状 196例（76%） 意思決定支援 100例（39%） 精神症状 26例（精神科リエ ザンチームと併診） 倫理的問題 6例 社会的問題 17例 （重複あり）	介入期間（平均）24日 入院期間（平均）41日

図 1 患者支援・緩和ケアチームへのコンサルテーション内容  
(258例：2015.5～2019.10)

ており、適切な症状緩和、意思決定支援の結果、地域との連携ができた事例においては十分に自宅退院も可能である。

## 5. 教育

2011年の活動開始時から院内および地域の医療関係者を対象に、緩和ケアに関する公開勉強会を、院外講師も招聘し、隔月で継続開催している。

---

## 当院の取り組みの強みと問題点

### 1. 強み

多職種で構成されているため、各職種の役割を生かして患者・家族に対して多方面から支援できる。循環器内科医は、基礎疾患や治療方針などについての情報をチームに提供し、主治医との橋渡し役となり、チームの推奨事項をタイムリーに伝え、緩和ケア医は、豊富な知識と経験をもとに、薬物療法をはじめ意思決定支援について意見を述べるができる。老人看護専門看護師、臨床心理士、薬剤師は精神科リエゾンチームメンバーでもあるため、心不全患者に多くみられる不眠やせん妄、抑うつに対して、チーム間で連携を図り介入することができる。また、慢性心不全看護認定看護師が退院調整看護師として地域医療連携課に所属していることで、地域の病院、かかりつけ医、在宅サービス提供者と連携を図り、患者・家族の状態や希望に合わせた療養先の検討ができる。

このように、それぞれのチームメンバーの個々の強みを生かした介入をチーム内で検討、共有することで、患者・家族のQOLを高めるケアにつなげていくことができる。

### 2. 問題点

#### 1) 緩和ケアに対する知識・経験不足、誤解

チーム立ち上げ当初、循環器医療における緩和ケアの考え方、麻薬を含めた薬物療法や意思決定

支援、患者の意向に合わせた療養先の連携についてなどの知識が乏しく、心不全患者の緩和ケアを十分に行うことができていなかった。緩和ケアチームが主体となり緩和ケアの勉強会や事例検討会を行い、プライマリ・チームとともに学び、臨床の場で実践につながるような活動を行っている。

#### 2) チーム介入依頼のタイミングの困難さ

チーム介入依頼のタイミングは主治医チームに任されているので、診療科、主治医団の考え方などにより、専門的緩和ケア介入が必要であろうと想定される患者に関しても依頼が出ないこともある。適切なスクリーニング方法に関して検討中であるが、現在のところ未定であり、検討課題である。

#### 3) 苦痛評価の困難さ

身体的苦痛が表出される場合にはアセスメントは比較的容易であるが、不安、抑うつなどの精神症状やスピリチュアルペインなどの抽出は容易ではないことも多く、介入対象として認識されていないこともある。患者の望みを聴取することも、忙しい日常臨床のなかで容易ではないが、プライマリ・チームは基本的緩和ケアの担い手として、意思決定支援の主体でもあり、期待される役割は多い。

---

## おわりに

心不全患者および家族を対象とした適切な緩和ケアのあり方は、地域によって、また使用可能な医療資源によって多様であるが、心不全患者の抱える苦痛を評価し、介入するアプローチは共通であり、そのアプローチ実現のために施設ごと、地域ごとに工夫を要するものと考えられる。

## 文献

- 1) 大石醒悟, 他 編:実践から識る! 心不全緩和ケアチームの作り方. 南山堂, 2018