

3. 各施設における心不全緩和ケアの工夫

B. 在宅診療

1) ゆみのハートクリニック（東京都豊島区）

田中宏和

（ゆみのハートクリニック）

多職種心不全クリニックとしてのチーム医療

当院は都心部にある外来診療と訪問診療のミックス型を特徴とする在宅療養支援診療所である。2012年の開院以来、「心臓の病気をもつ人々が安心して暮らせる社会になるために」をモットーに、複数の循環器専門医のほか、慢性心不全認定看護師、心臓リハビリテーション指導士や呼吸ケア指導士などの理学療法士、在宅診療のアシスタントの役割を有する訪問診療コーディネーター、ソーシャルワーカー、臨床検査技師などが所属して、総合病院や診療所、訪問看護ステーション、介護福祉施設などの多施設・多職種と連携を行いながら、予防から看取りまで、チーム体制で地域医療をサポートしている。

超高齢社会を迎えた日本において、心不全患者は増加傾向にあり、適切な心不全治療とともに、その人らしいLIFE（生命・生活・人生）を考えながら医療を提供することが求められている。心不全の在宅診療は、実際のLIFEをみながら、早期から症状緩和や精神的ケア、介護負担の軽減を行い、多施設・多職種とのコミュニケーションを大切にしながら意思決定支援を行うことが重要であり、心不全緩和ケアの実践において在宅診療の果たす役割は大きい。当院では、末期心不全患者の在宅療養のサポート、また自宅での看取りまでを積極的に行っており、2018年には心不全患者の自宅看取り率66%、60名の自宅看取りを行っている。そのなかで、患者・家族の生活に寄り添いながら、その人らしいLIFEをいかにサポート

していくか、皆でできることを探し出すことが大切であると考えている。

末期心不全患者に対する強心薬持続点滴

当院では、適切な心不全治療を行っているにもかかわらず強心薬の離脱が困難な末期心不全患者で、本人・家族が在宅療養を強く希望し、自宅が最期を迎える可能性を受容できる患者に対して、在宅で強心薬の持続点滴を行っている。適応基準・条件を表1に示す。

これまでに18名の患者に対して強心薬持続点滴を行っており、平均在宅療養期間は56.9日、自宅看取り率は85%であった。カテーテル閉塞、感染を15%に認めたが、重篤な合併症は認めなかった。

【症例】 僧帽弁置換術後の80歳代女性（stage D, NYHA IV, PS 3）。慢性心房細動があり、貧血を契機に心不全が増悪し、入退院を繰り返していた。K医療センターにてドブタミン2γ、フロセミド80mg/日持続点滴からの離脱が困難な状況で、主治医より終末期と判断。「自宅で最期を迎えたい」と強く希望したため訪問診療が導入。退院前に末梢挿入中心静脈カテーテル（peripherally inserted central catheter；PICC）を挿入し、輸液ポンプを用いて在宅療養が開始となった。

退院直後は特別訪問看護指示書を発行して看護師が頻回訪問を行い、状態観察や輸液管理（週2回交換）を行った。安静時の呼吸困難に対するオピオイド投与は、症状緩和や生活の質の改善に有効と考え、早期からコデインリン酸塩錠を投与

表1 ゆみのハートクリニックの在宅カテコラミン
適応基準・適応条件

1. 適切な心不全治療を行っているにもかかわらず強心薬離脱が困難である
2. 本人および家族が自宅で過ごしたいという強い希望がある
3. 病院主治医が許可している
4. 自宅で最期を迎える可能性を受容できる
5. 同居者がいる
6. 同居者が強心薬、点滴ポンプを在宅療養で使用するための知識・技術を習得できる
7. トラブルに対応できる支援病院がある

し、内服不可となった時点からモルヒネ塩酸塩注の持続皮下投与に切り替えた。また低心拍出量症候群に伴う全身倦怠感や食欲不振、傾眠などの精神症状に対して、ベンゾジアゼピン系トランキライザーであるプロマゼパム坐薬などを適宜使用して症状緩和を行い、退院約4カ月後に自宅看取りとなった。

心不全緩和ケアの6項目

当院では、病期が進行して通院が困難となってきた心不全患者に対して、すでに確立された心不全治療が施されたなかで、少しでも元気に住み慣

れたところで過ごしてもらうために、以下の6項目をアセスメントし実施することで、包括的な心不全緩和ケアを行うよう心がけている。

- ①適切な心不全治療（利尿剤などの薬剤調整、減薬、リハビリやデバイスの適応など）
- ②症状緩和（全人的苦痛の評価、薬物・非薬物療法、オピオイドの使用など）
- ③チーム医療（地域における多職種連携、情報共有の方法など）
- ④予後予測（病期と予後予測）
- ⑤意思決定支援（代理意思決定者の選定、療養場所の選択、患者の希望など）
- ⑥家族ケア（介護者自身の問題、介護負担の軽減策など）

高齢、難治性心不全患者が増加するこれからの時代において、急性期病院の役割が明確となり、入院日数の短縮を余儀なくされるため、長期入院から在宅へ早い段階での医療の移行が必要となっている。このため、退院後の受け皿となる在宅医療の整備が急務であり、総合病院での医療の質を在宅でも可能なかぎり維持することが求められている。

心不全の在宅診療は、看取りの医療ではなく、多職種でのチームアプローチにより、患者・家族の生活の質を維持し、心不全の再入院を抑える積極的な医療であることを強調したい。