

退院カンファレンスの「事前打ち合わせ」は解決策の1つ 在宅医が心不全緩和ケアに関わる時

2018/4/27

池田 真介（きずなクリニック）

筆者は地域基幹病院における循環器専門医としての勤務を経て、現在は**在宅療養支援診療所**の院長として**訪問診療**に携わっています。対象疾患は、癌の末期、神経難病、脳血管疾患、認知症など多岐に渡ります。循環器疾患の訪問診療の対象となるのは、主に**重症心不全**患者です。

ご存知の通り、日本循環器学会や日本心不全学会など循環器系の学会だけでなく、日本緩和医療学会や日本プライマリ・ケア連合学会においても心不全緩和ケアに関するセッションが設けられるようになるなど、近年、心不全緩和ケアの重要性が幅広く認識されるようになりました。一方で、心不全緩和ケアに強い関心はあっても、具体的な取り組みは、依然として各方面で模索中であるというのも事実です。そこで今回は、在宅医の立場から心不全緩和ケアについて考えてみたいと思います。



池田真介氏

心不全患者におけるアドバンス・ケア・プランニングの実際

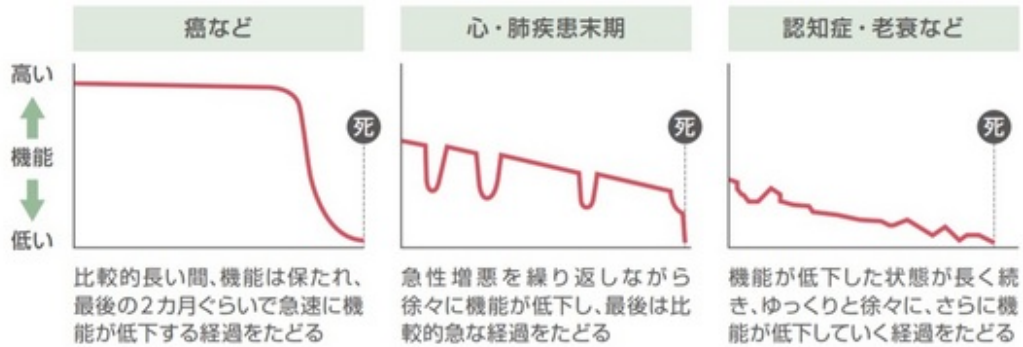
あらゆる疾患の終末期の患者は、全人的苦痛（身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン）が生じます。加えて、心不全の場合は、重症度が高いほど、うつ罹患率も高くなります（本連載の第8回参照）。

こうした苦痛には、いわゆるアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning; ACP）により、対応します。ACPとは「将来の意思決定能力低下に備えて、治療方針や療養についての気付きや自分が大切にしてきた価値観を、患者・家族と医療者が共有しケアを計画する包括的なプロセス」です。これにより、患者や家族の苦しみを予防し和らげ、生活の質（Quality of Life; QOL）を改善する¹⁾のです。しかし、心不全は寛解・増悪を繰り返す**病みの軌跡（図1）**をたどることから、予後予測や治療の差し控えの判断が困難であり、ACPは遅れがちである²⁾こ

とが指摘されています。

図1 死に至るまでの経緯

(参考論文：JAMA.2001;285:926-32.、Medical Asahi.2006;80-1.)



実際の症例を基に、心不全患者へのACPIについてみていきましょう。

症例：60歳代後半の男性A氏

18年前に拡張相肥大型心筋症（D-HCM）と診断され、持続性心室頻拍に対して植込型除細動器が挿入されていました。その後、慢性心不全急性増悪による入院が年2回以上となり、4年前に両室ペースング機能付き植込み型除細動器（CRT-D）にアップグレードされました。しかし、2年前からはさらに慢性心不全急性増悪による入退院の頻度が年4回と増加し、入院間の在宅療養期間も短くなったため、入院中に当院へ訪問診療の相談が入り、退院前カンファレンスに参加となりました（表1参照）。

表1 退院前カンファレンスにて話し合われたこと

参加者：患者・入院担当医・看護師・ソーシャルワーカー・理学療法士・訪問診療医・訪問看護師・ケアマネージャー

退院前カンファレンスで話し合われたポイント：

- (1) NYHA IIIの心不全の状態、標準治療への反応が乏しくなっている
- (2) 可能な限り長く在宅での療養を希望している
- (3) 独居であり、6人兄弟のうち交流があるのは姉のみ。しかし姉は遠方在住の上、身体が不自由で最近の交流は少ない
- (4) 介護保険を用いて、生活全般の支援を行う
- (5) 心不全増悪予防に在宅持続陽圧呼吸療法用治療器（adaptive servo-ventilation：ASV）を導入し、訪問リハビリにて心臓リハビリテーションを継続する
- (6) 紹介病院の外来を継続（1回/月）し、その間は当院の24時間往診体制の訪問診療にて在宅療養をサポートする
- (7) 心不全増悪時は、夜間も含め紹介病院で入院を受け入れる

退院前カンファレンスを行ったものの……

前述の退院前カンファレンスでは、病状や治療、サポート体制の確認のみに終始してしまい、A氏の病状の理解や意向について話し合いまでには至りませんでした。

退院後すぐに心不全再増悪を来し、訪問診療では利尿薬投与などの薬物治療に終始し、ACPを行う間もなく紹介病院に再入院となりました。

2カ月ほどの入院治療にて心不全は寛解し、利尿薬を中心とする薬物治療がさらに強化されました。再度退院前カンファレンスを経て退院となりましたが、前回と同様に病状や治療、サポート体制の確認に終始してしまい、残念ながらA氏の病状理解や今後の意向についての話し合いに至りませんでした。しかし、前回の訪問診療の反省から、A氏の病状理解や今後の意向の確認なしには在宅療養のサポートは難しいと判断し、訪問診療時に初めてA氏に末期心不全で終末期に移行しつつあることを伝え、A氏の意向について確認することにしました。

その時の話し合いは以下のようでした。

私：心不全がすぐに悪化し、ご自宅で過ごせる期間は短く、入院期間も長くなってきていますが、ご自身のご病気をどのように考えられていますか？

A氏：病気になってから長いですけど、家の中を少し動くだけで息が苦しくなるし、もう限界なのかなって思います。

私：今までの治療の経過で、もう限界だと思われるようになったのですね。

……（しばらく沈黙）……

A氏：先生は私があとどのくらい生きることができると思いますか？

私：心不全の方がどのくらい生きられるのかは、癌と違って予側が難しいのですが、Aさんの心不全の状態だと、1年後にはご自宅で過ごせなくなっている可能性があるかと思えます。

……（しばらく沈黙）……

A氏：1年後に死んでしまうこともありますか？

……（しばらく沈黙）……

私：正直、可能性としては否定できません。

……（しばらく沈黙）……

A氏：そうですか……それなら、なるべく家で過ごしたいですね。入院は気を使うので、気が休まりません。

私：また心不全が悪化したときには、入院はどうされますか？

A氏：自宅でできる治療でいいので、なるべく入院は避けてください。ただ、息苦しくなって限界になったら、入院は仕方ないと思います。最期が入院になってもいいです。死ぬ場所は病院でもいいです。

私：亡くなる時のことをお話しされましたが、急に心臓が止まってしまった時の蘇生処置については、どのように考えていますか？

A氏：心臓マッサージは受けたくないですね。心臓マッサージをするまでになったら、私はもう限界だと考えていますから……。でも、心臓マッサージをしないと苦しいですか？

私：意識がなくなっているので、苦しさは感じないと思います。

A氏：それを聞いて安心しました。そのまま楽になりたいので、看取ってください。心臓がとまるまでは十分に気をつけていきますけど……

疎遠でも家族へのアプローチは怠らずに

その後も心不全増悪で再入院がありましたが、現在は5カ月ほど入院せずに在宅療養を継続することができています。在宅療養で長く安定している理由として、ACPを通じてA氏の病状理解が進んだことがあります。また、循環器薬の調整や生活習慣についてA氏と協議し決定することができるようになり、在宅における心不全コントロールの質が向上していることが考えられます。

私は、訪問診療でACPを繰り返す中で、A氏が意思決定能力を失った際の代理意思決定者の必要性を感じました。A氏自身も家族の考えを確認したい意向を示されたため、遠方に住む姉に訪問診療時に同席をしていただきました。家族も本人の意向に寄り添われ、本人の意思決定ができなくなった際の代理意思決定者になることにも快く同意され、書面作成に至りました。本邦では患者自身が家族の積極的な意思決定への参画を望んでおり、家族が意思決定の中核を担うという文化背景^{3) 4)}がありますので、独居で家族が疎遠と思われるケースでも、家族へのアプローチを怠ってはいけないものと改めて認識しました。

基幹病院と在宅医の連携にある課題

訪問診療のACPで確認した内容は、随時紹介病院の担当医や他の事業所にも情報提供し、紹介病院でのACPにも活用しています。

しかし、本症例において1回目の退院前カンファレンスで、本人の病状理解や今後の意向確認への話し合いがなかったことは今後改善すべき点です。在宅医は退院前カンファレンスでは患者・家族と初見であり、患者・家族がどこまで病状や予後について理解しているか分からず、カンファレンスの中で発言をするのははばかれる現状があります。入院担当医とも初見になることがほとんどですので、カンファレンスはどうしても治療経過や今後の管理についての情報伝達のみで終始してしまう傾向があります。

別の症例ではありますが、あらかじめ病院スタッフと在宅スタッフのみでカンファレンスを開始し、十分に情報共有を行った後に患者・家族に入室してもらったことがありました。その際はカンファレンスの場で本人の病状理解や今後の意向確認への話し合いを速やかに行うことができましたので、この退院カンファレンスにおける「事前打ち合わせ」は1つの解決策になるかもしれません。また、退院前カン

ファレンスでは、入院担当医や在宅医だけではなく家族の都合も合わせなければなりませんので、全てのスタッフが参加できない中でのカンファレンスもありますし、むしろそのようなケースが多いと思います。

入院担当医が不参加のカンファレンスでもACPを退院後も速やかに継続できるように、どの基幹病院でも多職種協働のチームを作り、ACPをチームとして行っていただくよう、在宅医の立場からは切に願います。心不全緩和ケアには、早期からの継続的なACPを多職種で行うことが必須です。そのためにも基幹病院と在宅医の連携は、今後も検討されるべき課題を抱えていると思います。

■参考文献

- 1) Karen M Detering, et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. BMJ 2010; 340: c1345.
- 2) Simon Stewart, et al. Palliative care for heart failure. Time to move beyond treating and curing to improving the end of life. BMJ. 2002; 325(7370): 915-6.
- 3) Pardon K, et al. Preferred and actual involvement of advanced lung cancer patients and their families in end-of-life decision making: a multicenter study in 13 hospitals in Flanders, Belgium. J Pain Symptom Manage 2012; 43: 515-26.
- 4) Schäfer C, et al. Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey. Support Care Cancer 2006; 14: 952-9.