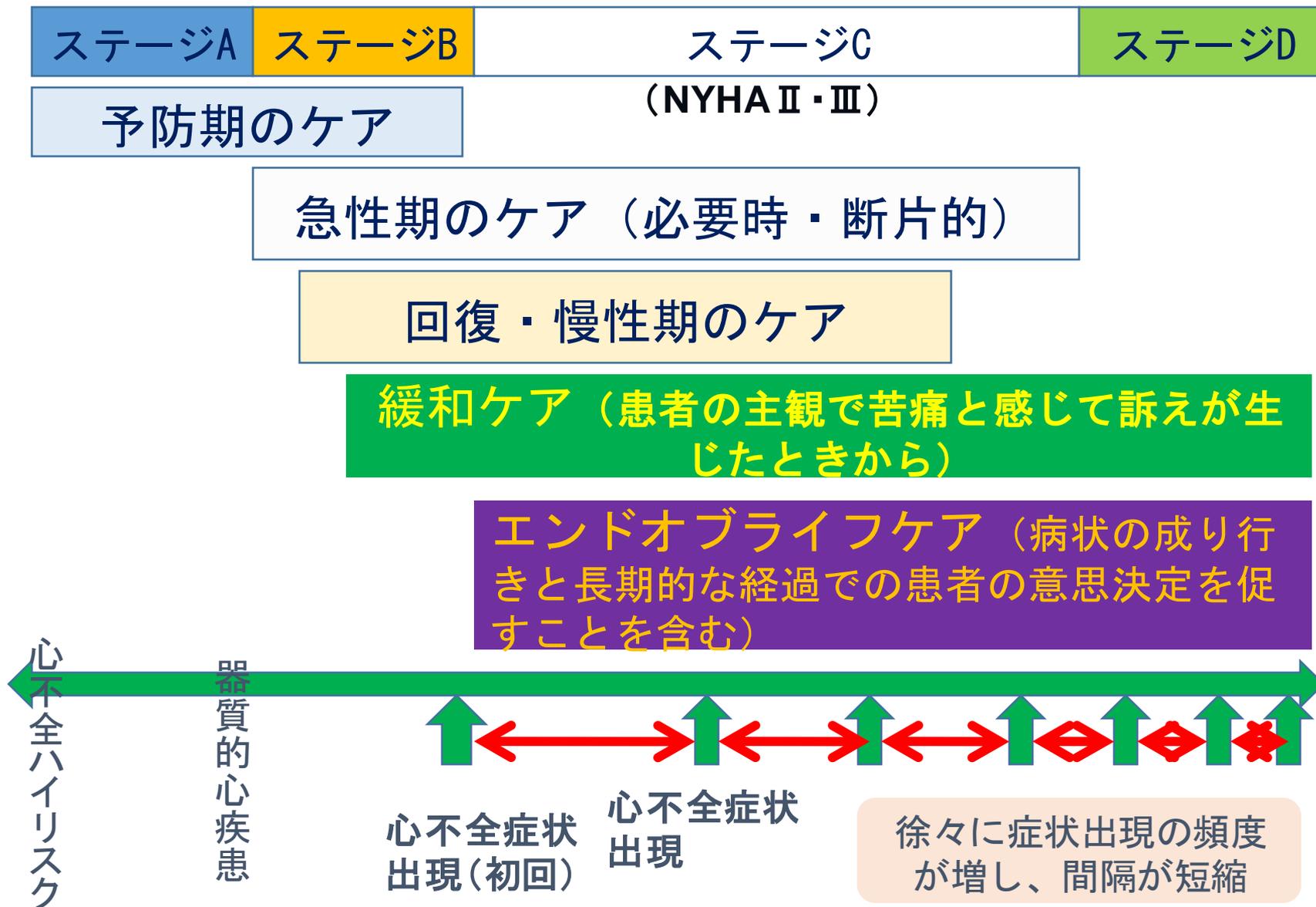


循環器疾患における緩和ケアの提供体制について ～病院における現状と課題～

川崎医科大学総合医療センター
(前日本循環器看護学会監事)
(認定看護管理者No.61)

山田 佐登美



慢性心不全における緩和ケアの対象

- 進行性の身体的・精神的機能低下を認め、日常生活のほとんどに介助を要する
- 適切な薬物・非薬物治療を行っているにも関わらず、QOLの著しい低下を伴う重症心不全
- 適切な治療にも関わらず、頻回の入院あるいは重篤な悪化を繰り返す
- 心移植や補助人工心臓の適応が無い
- 心臓悪液質
- 臨床的に終末期に近いと判断される

欧州心臓病学会ガイドライン2016より改変

慢性心不全患者の緩和ケアの特徴

急性増悪を繰り返しながら比較的ゆっくり、時に急速に病態が変化する。療養生活の延長上に「死」/突然死がある

予後予測が困難である。慢性心不全では急激な増悪があっても治療によって回復することがあるため、医療者も患者も「死」の意識が曖昧。「がんと診断→悪性→致命的」

DNARの判断や延命治療が奏功する例もあるので、延命治療の中止判断が困難。

緩和ケアに加えて病態/改善の症状のための治療継続も重要。(QOLの維持のためには症状コントロールが必要)

慢性心不全患者は高齢化とともに増加する。認知機能の低下している場合、訴えが乏しい。また、侵襲的治療の適応判断や意思決定能力が不十分となる。

多疾患有病者であることが多い。(糖尿病、慢性腎不全等の合併)

就業活動が制限されるが故に経済的危機を抱える患者が比較的多い。

慢性心不全患者の苦痛

身体的苦痛、及び精神心理的苦痛が、
がんと共通して頻度が高い

- 呼吸困難（いつも首を絞められているような）
- 全身倦怠感（身の置き所がない）

終末期における症状出現頻度

- 疼痛
- 不安
- 抑うつ
- 吐気、食欲低下
- 便秘
- 睡眠障害
- 身体機能の低下

%	心疾患	腎疾患	COPD	がん
呼吸困難	60-88	11-62	90-95	10-70
全身倦怠感	69-82	73-87	68-80	32-90
疼痛	41-77	47-50	34-77	35-96
不安	49	39-70	51-75	13-79
抑うつ	09-36	05-60	37-71	03-77

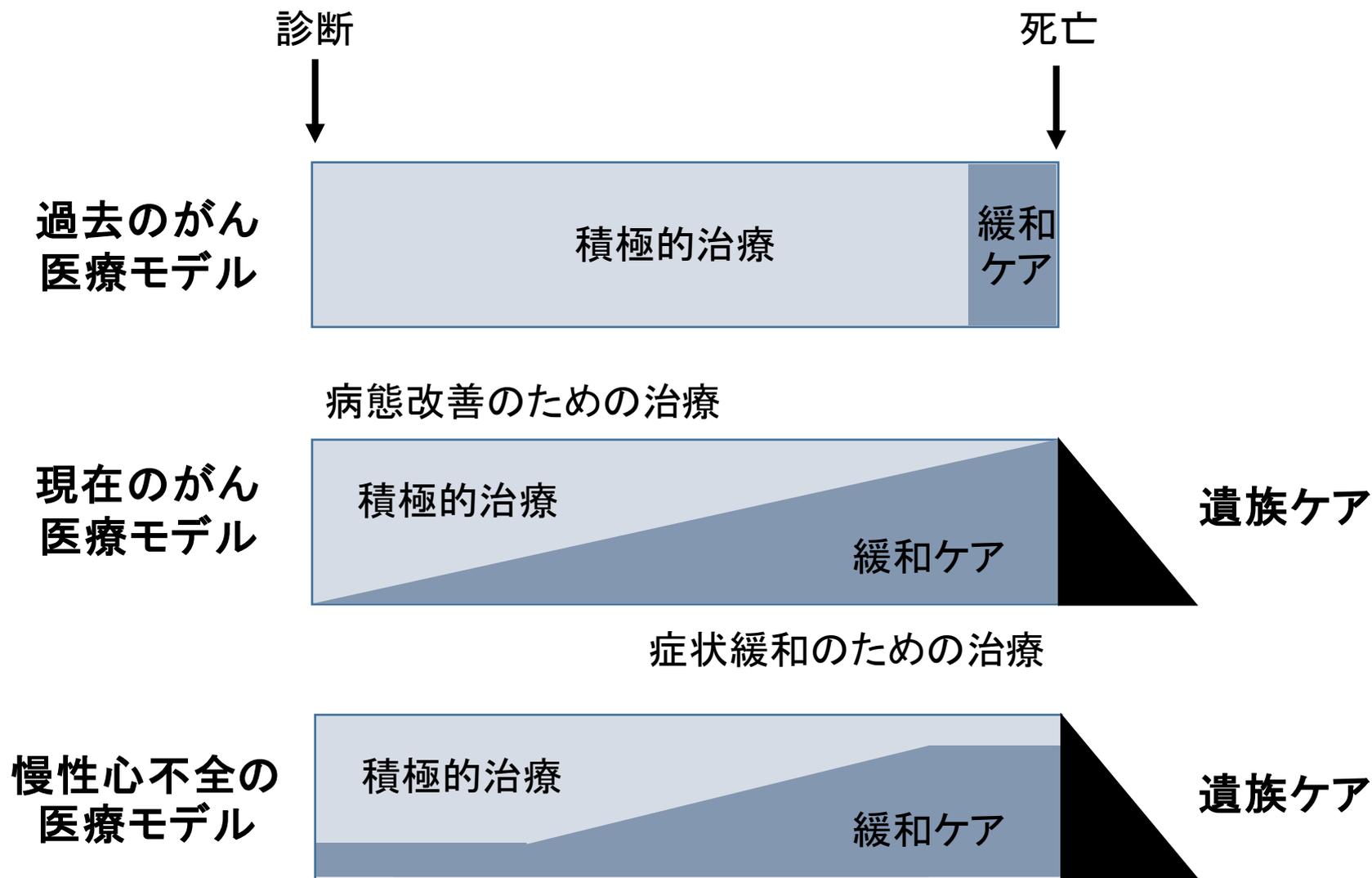
（セルフケア能力の低下）

- スピリチュアルペイン (Distress)

（人生の意味や罪悪感、死への恐れ、経済的困窮等）等

出典: Solano JP et al, *J Pain Symptom Manage* 2006

慢性心不全における緩和ケアの提供モデルのイメージ



最後まで症状緩和のために適切な心不全治療継続は必要

病院における課題

- 循環器疾患等非がん患者について、医療提供側も患者自身も緩和ケアの認識が低い。
- 緩和ケアチームの活動/緩和ケア病床の活用ががん患者に限定的である。
- 患者からの相談や倫理的な意思決定を支える部門に非がん患者の参加はわずかである。
- 疾患に対する治療は高度化しているが、確立した緩和ケア体制・方法等がない。
- 循環器関連の専門チームの構築は進んでいるが積極的治療を主流としており、緩和ケアとのバランスが取れていない。
- 領域を超えた院内連携が不十分である。(例えば慢性心不全患者は、糖尿病や高血圧、腎機能障害等複数の疾病を持つ場合が多く、それぞれ診療科を受診しており、包括的な疾病管理のしくみが不十分)
- 心不全患者の管理体制に、医療機関間の格差が存在する。(循環器内科医の診療体制、チーム活動の有無、看護師・薬剤師・管理栄養士・セラピスト等の医師以外のメディカルスタッフの専門的能力の違いが、慢性心不全患者等への緩和ケアについての関心と問題解決力に影響を与える)

在宅療養/地域連携における課題

- 急性期病院において、慢性心不全患者への緩和ケアも含めた在宅療養支援計画とその実施、社会資源の活用が不十分
 - － 病態や投薬・水分・栄養・運動管理の複雑さ
 - － 就業活動が制限されるが故に経済的困窮者が比較的多い。
 - － 循環器疾患を得意とする訪問看護ステーションは少ない。
 - － 症状コントロールを併行させながらの介護は困難
 - － 在宅側医療スタッフからの相談等にタイムリーに応えられる病院側の体制が不備
- 在宅看取りの困難さ
 - － 急変→救急車搬送→入院して看取り
 - － 家族の介護負担
- 家族からのサポートが得にくい
 - － 疾病やその成り行きについての理解不足
 - － 患者と同様に不安・とまどい・代理意思決定者としての葛藤
- 制度上(保険診療上)の問題

課題解決のために取り組むべきこと①

● 啓発と人材育成

- 疾病管理と緩和ケアに関する十分な知識・スキル・Communication力の普及
- 専門性の高い医療従事者の育成と確保(緩和ケア専門医、専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了看護師等)
- ジェネラリスト教育(緩和ケア研修・ELNEC-J等の対象領域拡大、循環器疾患関連学会の教育セミナー、看護協会や他のメディカルスタッフ関連協会等)
- 地域における人材育成(医療機関の拠点化、共通のプログラムによる育成)

● チーム医療の推進

- 現存の緩和ケアチームの活動拡大
- 慢性心不全チーム等の循環器関連チームの活動を促進(入院・外来)
- 循環器関連チームと緩和ケアチーム・NSTの連携による包括的Care/一体的Care更に在宅医療側とのチーム(学際的チーム医療)

● 外来・相談機能の充実

- 循環器関連専門外来(心不全外来・脳卒中外来、血管診療センター等)と緩和ケア外来の協働、看護師配置
- 相談機能とカウンセリング機能をもつ部門の設置
- カフェ形式

課題解決のために取り組むべきこと②

- 倫理的意思決定支援
 - － 医療技術の進歩により、選択肢が増大すればするだけ判断が困難
 - － 多職種カンファレンスに患者の参画促進
 - － 寛解期がACPのタイミングとなる可能性
 - － 患者間の交流促進
 - － 代理意思決定者の選択
- 急変への対応
 - － 24時間緊急対応と専門チームとの連携
 - － 適切な入院適応判断
- 在宅療養・在宅看取り推進
 - － 退院後における電話モニタリング、看護師・専門チームなどによる訪問体制
 - － 調剤薬局/かかりつけ薬剤師との連携
 - － 訪問看護・看護小規模多機能型居宅事業所の活用推進
- 家族支援
 - － 介護負担の緩和と社会資源活用の提案
 - － MSWと連携
 - － 家族への教育・指導・相談、グリーフケア

參考資料

慢性心不全患者の緩和ケアにおける看護師の役割

複雑な症状アセスメントと症状コントロール

重症化予防(セルフモニタリング、セルフマネジメント)

日常生活支援(心負荷軽減と運動、清潔の保持と感染防止・褥瘡予防、食事と栄養改善等)

チーム医療における看護の専門性(相談・調整、専門的スキルの発揮)

早期からの意思決定支援(DNAR・延命治療の希望/中止/差し控え、予後の告知、植込み型除細動器の停止、退院希望、看取り、代理意思決定者等)

精神的・スピリチュアルペインの緩和

退院支援と在宅療養支援(地域医療連携、退院前退院後訪問、急変時対応等)

家族/遺族ケア(家族の心身の疲弊、経済的困窮、悲嘆感情等に対処)

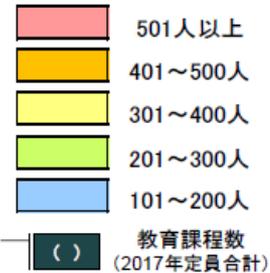
都道府県別認定看護師登録者数 18,728名

認定看護師数 推移



※各年12月末日の登録者数
2017年については7月の登録者数

北海道東北 2,140人



九州沖縄 2,279人



中国四国 1,894人

近畿 3,124人

東海北陸 2,767人

関東甲信越 6,522人

2012年度開始



分野	人数
救急看護	1,205
皮膚・排泄ケア	2,419
集中ケア	1,169
緩和ケア	2,211
がん化学療法看護	1,530
がん性疼痛看護	768
訪問看護	584
感染管理	2,744
糖尿病看護	863
不妊症看護	171
新生児集中ケア	390
透析看護	240
手術看護	536
乳がん看護	342
摂食・嚥下障害看護	733
小児救急看護	266
認知症看護	1,003
脳卒中リハビリテーション看護	679
がん放射線療法看護	254
慢性呼吸器疾患看護	272
慢性心不全看護	349
総合計	18,728

日本看護協会 認定部 2017年7月

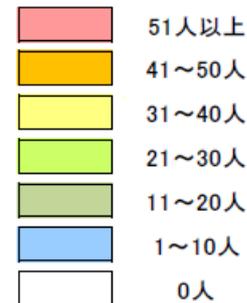
(http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2017/09/CN_map201707.pdf)

都道府県別専門看護師登録者数 1,883名



※各年12月の登録者数

北海道東北 175人



■ 専門看護師教育課程数*

九州沖縄 126人

海外 1



中国四国 177人

東海北陸 233人

関東甲信越 786人

近畿 385人

分野	人数
がん看護	721
精神看護	267
地域看護	25
老人看護	109
小児看護	185
母性看護	67
慢性疾患看護	151
急性・重症患者看護	225
感染症看護	45
家族支援	52
在宅看護	36
総合計	1883

日本看護協会 認定部 2016年12月

* 専門看護師教育課程の認定は日本看護系大学協議会が行っています。