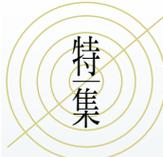


# Vascular Street Journal


 特集

## 福岡大学循環器内科心不全地域・多職種連携構想

近年、循環器病領域での問題となっているのは、心不全患者の5年生存率が50%とがん全体の患者と比較しても低いことです。心不全入院数や入院中の死亡率は、年々増加の一途をたどっており、超高齢社会の到来を考えると、心不全は克服すべき重要な疾患です。

心不全は、再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴的であり、慢性心不全患者の約20～40%は1年以内に再入院します。再入院の原因は、医学的要因に加え、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断などの患者要因や社会的支援の欠如などの社会的要因が含まれており(図1)、継続的な多職種(医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、介護士など)チームによる疾病管理が必要とされています。また、急性期治療を終えた緩和ケアの導入の段階においても看取りの時期まで強心薬やモルヒネなどの静脈持続注射、陽圧呼吸管理などの積極的な医療行為が必要となる場合もあります。心不全の治療目標は、延命から患者の生活の質維持・向上や患者の意向(意思決定)や生活背景を考慮した「支える医療」へと変化しており、地域在宅医療機関や最も患者と接し生活を支える訪問看護師や介護福祉従事者との連携が重要です。

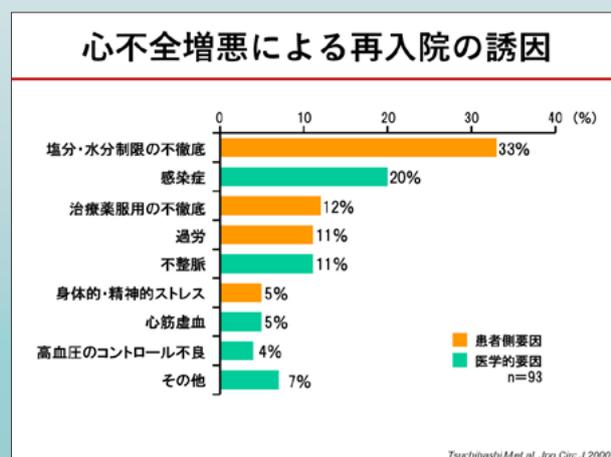


図 1

今回は、このような状況の中で現在行っていることや今後当科の構想として掲げているいくつかの内容をご紹介します。

福岡大学病院 循環器内科  
志賀 悠平

### ① 心不全チーム発足

当科では心不全チームを発足し心不全診療に当たっています。医師(循環器科、リハビリ科)、薬剤師、看護師(病棟看護師、退院調整看護師)、管理栄養士、臨床心理士で構成されております(図2)。心不全チーム発足の経緯としましては、心不全入院を繰り返す患者が年々増加する中で、終末期に至っても患者・家族が本来望まなかった侵襲的治療が施されている現状や退院後の生活管理を含めた十分なサポートが提供できていない点、さらには、治療の差し控えなどに関する倫理的問題をどう解決すべき



図 2

か多くの医師が悩んでいることを解決することがきっかけとなりました。以上のことから、心不全チームカンファレンスでは、アドバンスケアプランニング(ACP)やインフォームドコンセント(IC)の内容確認や提案、生活環境の確認や介入点を協議した上でのフォローアップ先や福祉サービスの提供について方針をたてることを行っています(図3)。それらを行うことで、当科で診療を行うすべて心不全患者に一貫した医療を提供できるようにしています。

心不全チームの介入	
	介入内容
入院中の問題	心不全発症原因の確認
	治療薬の見直し・追加検討
	心理的問題の抽出
	アドバンスケアプランニング(ACP)の確認
	インフォームドコンセント(IC)の内容確認
退院後の問題	症状緩和とチームの介入の必要性検討
	生活環境の確認と介入点を協議
	退院後のフォローアップ先、福祉サービス導入の検討

※入院中・退院前のIC(意志決定支援, ACP)は主治医と心不全チームDr.が行う

図3

### ② 症状緩和チーム(緩和ケアチーム)への参入

症状緩和チーム(緩和ケアチーム)とは、入院中の病気・治療による痛みや不安を軽減する目的で、2006年4月から活動しています。医師(麻酔科、精神科、血液腫瘍内科)、薬剤師、看護師、管理栄養士、臨床心理士で構成されており、対象は、悪性腫瘍はもとより終末期だけでなく身体的・精神的苦痛、社会的苦痛を持っている全ての患者です。治療抵抗性の末期心不全では、体動時の呼吸困難や全身倦怠感などの身体的苦痛は悪性腫瘍と同様に甚大です。また、長期にわたる療養期間、繰り返す入院退院、身体活動の低下も相まって、精神的にも社会的にも追い込まれている患者が多いのも現状です。心不全治療そのもので解決できる問題もありますが、末期心不全では心不全治療と並行してアプローチしないと解決できない問題が多く、心不全

チームに所属する私がこのチームに加わることで、それぞれの専門性を生かしより良い医療を提供できるよう取り組んでいます(図4)。



図4

### ③ 心不全地域医療

心不全患者が退院となる際には、急性期治療を担う当院や西新病院を中心とし、入院の上回復期・維持期の医療を行う医療機関や、外来管理で回復期を担う医療機関、そして、在宅管理を担う医療機関に患者をつないでいきます(図5)。この連携において最も重要なことは、正確な情報共有を行うことです。そこで、当院では、それら連携施設と明確な情報共有ができるよう心不全連携シートを用い、現時点での心不全の重症度や加療内容、介護・公

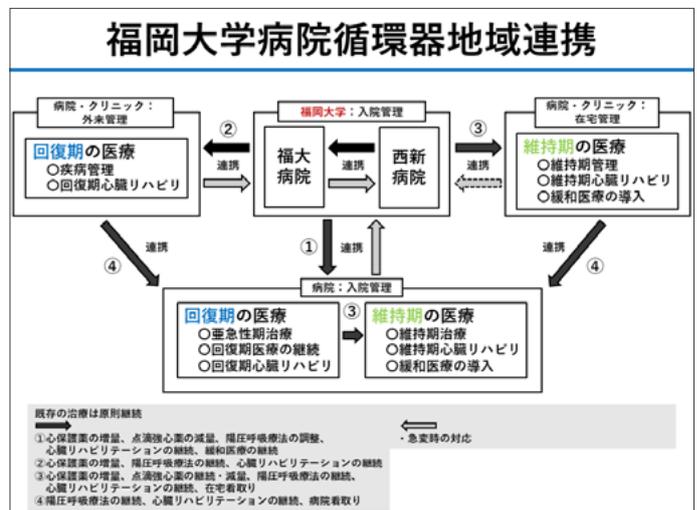


図5

的サービスの利用状況、ACP を共有するようにしています(図6, 7)。また、今後は ICT を利用した退院前カンファレンス実施についても検討中です。

図 6

図 7

④ 心不全訪問診療

当院では、訪問診療は行っていないのが現状です。そこで、在宅管理を担う医療機関の現状を知るために、同門である村岡聡一先生が院長を務められる薬院内科循環器クリニックに私を含め常勤1名、非常勤3名を派遣し訪問診療を経験させて頂いています(図8)。おおよそ月300名の在宅患者の診療を行っておられ、日頃より心不全患者の受け入れが行われている、24時間対応が可能な施設です。そこで、最も患者に接する機会の多い訪問看護師や訪問理学療法士、訪問薬剤師と多職種連



図 8

携の上、再入院抑制への取り組みを行っています。情報共有以外に意思決定支援や介護負担軽減の重要性を知り、急性期治療施設の医師として何を行うべきか日々検討しています。

⑤ 職種心不全ネットワーク(ICT システム)の構築

多職種連携による情報共有は、さまざまな形で取り組まれています。紙媒体ではリアルタイムな情報共有が難しいことや情報伝達に手間がかかることなどの課題があります。また、せっかく測定したバイタルデータが分散することで、経時的な管理が困難となり、患者ケアに生かすことが困難となります。バイタルリンクというシステムを使用することでバイタルリンクはパソコンやスマートフォン、タブレットを用いて、情報の閲覧



図 9

や登録が可能のため、いつでもどこでも、患者情報を簡単に確認・共有ができます(図9)。この多職種連携 ICT システムこれを行っていくことにより、患者個々の今後起こりうる事象や医療現場で抱えてられている問題点をリアルタイムに抽出し明らかにします。

### ⑥ ハートケアステーション設立

現在、当院ハートセンター看護師を中心に、初めて心不全と診断された方や、慢性心不全で治療を受けられている方そしてその家族の方に対して、どのように病気と付き合い、悪化させないような生活を送っていくのか指導するハートケアステーション設立を計画しています。患者の生活の質が保たれるよう、患者とその家族と日常生活で困ったことや体調管理などについて個別に面談を行い、再入院を抑制します。

### ⑦ 心不全患者・家族交流会開催

2019年8月24日、心不全患者とその家族が、それぞれの病気を知り、自己管理能力を身につけ、病気と上手に付き合い、生活の質(QOL)を向

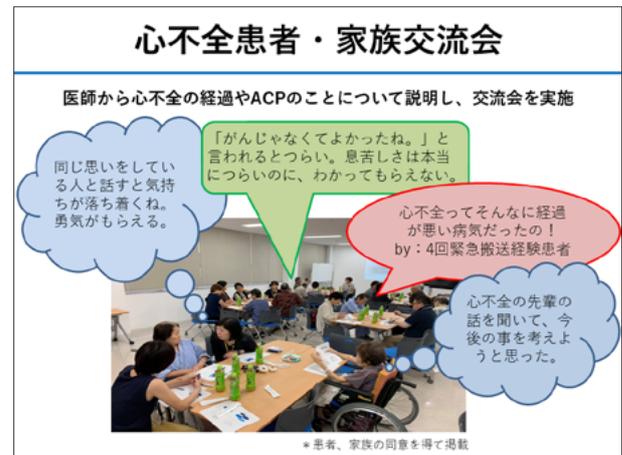


図 10

上できるように支援することを目的とした心不全患者・家族交流会を開催しました。10名程度の患者に対し、まず医師から心不全の経過や ACP のことについて説明し、医師以外の多職種で実際に抱える問題の抽出や交流を行いました(図10)。定期的な開催を予定しておりましたが、昨今の新型コロナウイルス感染症の影響を受け開催できておりませんが、今後も開催を企画していく予定です。

以上のことから、心不全の現状と問題点を科学的にとらえ、心不全を管理していく条件をつくりだすことが可能となり、医療従事者だけでなく患者・家族の病識を向上させることにつながれば、今後の地域医療体制のモデル戦略を構築することができるものと考えます。住み慣れた場所で、その人らしく生きることができるよう、心不全患者の重篤化回避、予後改善に取り組むことに努めていきたいと思えます。

### Prof. S. Miura's Commentary

福岡大学循環器内科では、志賀講師と有村講師を中心に心不全診療を行っております。心不全は、収縮不全型でも拡張不全型でも予後不良の心疾患で、5年生存率は、全がんの生存率とあまり変わりません。また、心不全には、フレイル・腎障害の合併が多く、「平均寿命」のみでなく、自立した生活を送れる「健康寿命」も短縮しています。したがって、当科がこれまで取り組んできました多職種心不全チームによる地域連携構想は非常に重要です。今後も地域医療機関の医療職の方々、および患者の皆様と共に、心不全地域・多職種連携構想を成熟したものとなりますように精進してまいりますので、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。