

<研究課題> 循環器病の終末医療の緩和ケアに向けての研究

代表研究者 佐賀大学医学部循環器内科 教授 野出 孝一
共同研究者 佐賀大学医学部先端心臓病学講座 教授 尾山 純一
共同研究者 佐賀大学医学部心不全治療学講座 准教授 琴岡 憲彦
共同研究者 佐賀大学医学部心不全治療学講座 助教 浅香 真知子

【まとめ】

本研究では、終末期心疾患患者を在宅または介護施設で看取るための環境を創出するために、在宅医療・介護の現場の実態を調査し必要条件を明確にした。患者を中心として多職種が連携するためには、在宅あるいは施設において患者の具体的なデータを収集し、これを共有することが不可欠である。そのために、本研究では遠隔モニタリングを活用した。

1. 研究の目的

心疾患の終末期医療の実態を調査し、心疾患の終末期において緩和医療の導入を困難にしている原因を明らかにすることによって、緩和医療を推進する方法を検討した。さらにその方法を実際に運用することによって問題点を明らかにし、解決することによって社会に広く受け入れ可能なシステムを創出することを目的とした。そのために、これまでに構築した病診連携、介護医療従事者とのネットワークを有効活用し、ICTを用いた遠隔モニタリングシステムを利用して患者の生体情報を日々収集および監視することによってマンパワーを補うとともに、患者・家族と全ての医療従事者間の連携を手助けした。

2. 研究方法と経過

2-1

在宅及び介護の現場における終末期心疾患患者の実態を調査した。

地域地域の在宅医療を積極的に行っている病院・医院や、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、介護福祉士らを対象に、通院患者や入所者に関する実態調査を行った。

調査内容

1. 医療機関の種類、規模
2. 終末期の心疾患患者の有無、割合
3. 心疾患の診断名
4. 終末期の心疾患患者の主たる診療担当者
5. 終末期の心疾患患者において最期を迎

える場合の医療の方針について、患者または家族と話し合われているか

6. 話し合われている場合、その具体的方針
7. 決められていない場合、どのように対処する予定か

2-2

終末期の心疾患患者において緩和医療を推進するためのコンセンサスを形成するための準備を行った。

循環器内科医、プライマリーケア医、緩和医療専門医、精神科医、看護師、介護福祉士、ケアマネージャー、薬剤師などの多職種により、終末期心疾患患者の緩和医療についての検討を行う組織を構築し、緩和医療が適応となる心疾患、適応となる状態の判断基準、緩和医療を避けるべき状態、心疾患に緩和医療を行う場合の問題点とその解決方法について検討を行った。

現在、当科において慢性心不全の遠隔モニタリングを運用している。これは、慢性心不全患者において、退院後の医療従事者の連携と患者・家族による自己管理を支援するために、ICTを活用した遠隔モニタリングを使用して患者の生体情報を共有することにより、心不全の増悪による再入院を予防することが目的である。インターネットに接続するための装置を患者の退院時に自宅に設置し、血圧、体重を測定するだけで測定結果がサーバーに即時送信され、当科の専任の看護師が毎日モニタリングを行い、測定結果に基づいて指導を行うことや、異常値を認めた場合には主治医や担当看護師に連絡されるシステムとなっている。

この既存のシステムを心疾患患者の在宅緩和医療に応用することが可能であるか検討を行った。

2-3

遠隔モニタリングを活用した循環器内科医とプライマリーケア担当者の連携による、終末期心疾患患者の在宅緩和医療を実施した。

1. 在宅訪問診療を積極的に行っているプ

プライマリーケア医と訪問看護師、本研究の循環器内科医が連携して在宅緩和医療を行うための医療連携を構築した。

2. 佐賀大学病院または連携病院において、在宅緩和医療を希望している退院予定の終末期心疾患患者に対して、ケアマネージャーを中心に、医師、看護師、介護福祉士などによる多職種チームによって緩和医療の適応、方法についての検討を行った上で、在宅緩和医療の方針を決定した。
3. 在宅人工呼吸器療法、在宅酸素療法、心電図、酸素飽和度、血圧、体重、活動量、ペースメーカー、植え込み型除細動器などに対する遠隔モニタリングを患者の状態に合わせて選択し、実施した。

研究代表者・野出は研究プロトコルの策定や、研究結果の公表等に責任を持ち、総括をした。研究分担者・尾山は、医療機関や行政機関との連携調整にあたった。研究分担者・琴岡は、終末期心疾患患者の調査研究や、緩和医療推進のためのコンセンサス作りと、モニタリングシステムの改良を行った。

3. 研究の成果

欧米の心不全診療ガイドラインに明記されているにもかかわらず、我が国において心疾患の終末期患者をホスピスが受け入れることは困難である。介護施設や在宅での看取りも難しく、急性期病院における長期入院または集中治療の末に最期を迎える患者が少なくない。心疾患では終末期であっても余命の推定が困難であり、急性増悪を繰り返しながら徐々に終末期に向かう症例が多い。またあらかじめ患者や家族と終末期のありかたについて話し合われているケースは稀であり、緩和医療の選択肢が提示されていない場合もあり、呼吸管理や、状態の急変、突然死の懸念などからプライマリーケア従事者が心疾患の診療を行うことに対する心理的ハードルも高く、これらが心疾患の終末期に緩和医療を行うことを困難にしている。

心疾患の終末期における緩和医療の推進には循環器内科医だけでなく、在宅医療や介護医療従事者を含む多職種、および患者とその家族や広く社会全体における議論を行い、コンセンサスを形成する必要があるとともに、心疾患の終末期における緩和医療を実施する際には、プライマリーケア従事者に対する循環器内科医のサポートが不可欠であることから、多職種間の

連携が必須である。

本研究では、終末期心疾患患者を在宅で看取るための環境を創出するために、在宅医療・介護の現場の実態を調査し必要条件を明確にした。プライマリーケアの領域では心疾患の管理は困難として敬遠される傾向にあるため、循環器内科医が中心となって、プライマリーケア医、在宅医療・介護従事者間の連携をはかり、コンセンサスを形成した。

患者を中心として多職種が連携するために遠隔モニタリングを活用し、在宅あるいは施設において患者の具体的なデータを収集し、これを共有する。我々は慢性心不全患者において、体重と血圧の在宅モニタリングによって心不全の悪化による再入院を予防するための研究を開始し、2年以上にわたって安定した運用を行っている。既に多くのノウハウを蓄積しており、在宅での看取りに応用することが可能である。更に心電図や呼吸状態の在宅モニタリングを追加することによって、心疾患患者の終末期に在宅緩和ケアを導入するための環境を創出した。

在宅及び介護の現場における終末期心疾患患者の実態を調査した。この既存のシステムを心疾患患者の在宅緩和医療に応用することが可能であるか検討を行った。

4. 今後の課題

終末期の心疾患患者の退院時に、急性期病院の医療従事者が在宅緩和医療を選択肢として提示することができる受け皿がなく、医学的、社会的にもコンセンサスが得られていない。癌とは異なる心疾患の特殊性が存在することは否定できないが、在宅においても呼吸困難などの苦痛が緩和され、遠隔モニタリングを含む訪問診療による十分な医療を提供することができれば、心疾患の在宅緩和医療は可能であると考えられる。

急性期病院の現場において、心疾患の終末期に在宅又は介護施設における緩和医療の選択肢を提示できるようになることは、患者やその家族に安心を提供できるだけでなく、社会保障制度の継続性や急性期病院機能の維持に貢献する。このシステムを維持していく為の経済的基盤を行政に働き替える為にも、本事業の費用対効果も検証されていく事が必要である。

5. 研究成果の公表方法

2016年日本循環器学会で発表予定。
European Heart Journal 誌に投稿予定。