

## 4. 緩和ケアと看護の拡がり

### A. 非がん疾患の緩和ケアと看護

#### 1) 心疾患

高田弥寿子

(国立循環器病研究センター 看護部)

#### 心疾患の緩和ケアをめぐる医療の動向

わが国の心疾患の死亡率は、がんに次ぐ第2位であると共に、世界的に見た循環器疾患患者（成人）の緩和ケアのニーズは、がんを凌いで第1位（38.47%）であり<sup>1)</sup>、高齢多死社会であるわが国において、循環器疾患における緩和ケアは喫緊に取り組まなければならない課題である。なかでも、心不全は、さまざまな心疾患がたどる終末像であり、生活習慣病の増加や高齢化による高血圧や弁膜症の増加などにより心不全罹患者数は急増しており、緩和ケアの普及が重要とされる疾患群である。このような心不全の緩和ケアをめぐる医療・社会のニーズの急速な変化に対応すべく、『急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）』<sup>2)</sup>において、終末期心不全患者に対する症状緩和とアドバンス・ケア・プランニング（ACP）はクラスIで推奨され2018年の診療報酬の改定において末期心不全患者に対する緩和ケアチーム加算が取得可能となった。また、関連学会において心不全緩和ケア推進委員会の発足、循環器疾患における緩和ケアの提言に向けた取り組み（2019～2021年）が開始されるなど、急速なピッチで医療体制整備が行われている。このように加速する心不全の緩和ケアの医療体制整備の推進のなかで、医療の現場における心不全の緩和ケアの現状と課題を述べる。

#### 心不全の緩和ケアの特徴

慢性心不全の病みの軌跡は、がんとは異なり急

性増悪と寛解を繰り返しながら比較的急速に終末期に至る（図1）とされているが、治療抵抗性の病期である慢性心不全ステージDから最期に至るまでの時期は、基礎心疾患、不整脈や感染症などの合併症の有無などにより、数週から年単位と個性があり、がんのような月単位、週単位の予後予測は困難である。末期になると高頻度にみられる心不全に特徴的な症状は、主に心筋の収縮力の低下、心拍出量の低下による呼吸困難、全身倦怠感や身の置き所がないといった難治性の症状が生じやすい。そして、時間経過と共に徐々に多臓器不全の状態に陥り、体動困難、経口摂取困難を来し、最期を迎えることが多い。しかし、致死的不整脈、感染により急激に最期を迎えるケースなどもあり、症状の出現には個性がある。そして、心不全終末期の症状マネジメントは、がんとは異なり、強心薬や利尿薬といった心不全治療薬が症状緩和としての意味をもつため、最期まで心不全治療が緩和ケアと並行して行われることが特徴である。以上のことから、心不全の緩和ケアは、心不全ステージと病みの軌跡から、患者がたどっている臨床経過を判断し、再入院の度に緩和ケアニーズをキャッチし患者が望む医療や療養場所の意向とすり合わせながら、心不全治療と並行した緩和ケアを提供することが重要となる。

#### 心不全の症状緩和の実際

心不全における症状緩和は、エビデンスに基づいた薬物療法の遵守が行われていることが前提で

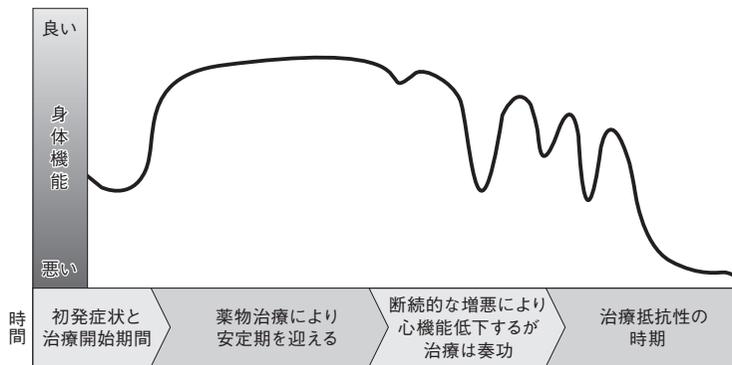


図1 心不全の病みの軌跡

ある<sup>3)</sup>。これは、心筋のリモデリングによる心不全症状の出現および運動耐容能の低下の進展を防止（予後改善）することにつながるからである。心不全ステージDで終末期に近づいていると考えられる時期においては、医療の目標が予後改善から症状緩和へとシフトしていくため、上述の心保護薬としての心不全治療が倦怠感などの症状を惹起している可能性があり、 $\beta$ 遮断薬やACE阻害薬の中止や経口強心薬の追加の検討、心室再同期療法（cardiac resynchronization therapy : CRT）などのデバイスが入っている場合には、設定変更するなどの症状緩和としての心不全治療および症状に応じた緩和ケアを追加することが一般的である。下記に心不全の主要症状である呼吸困難、疼痛、倦怠感に関する身体症状のマネジメントと終末期のケアの実際について述べる。

## 1. 呼吸困難

肺うっ血の所見があれば利尿薬の調整を行い緩和に努めると共に、塩酸モルヒネを10mg/日の静脈注射あるいは皮下注射で開始（eGFR<30または透析患者は5mg/日）、患者の症状に応じて増量する。安静時の呼吸困難が強い場合には1時間量早送りとし、有害事象や傾眠傾向が認められない場合には、24時間毎に1.5倍まで増量を検討する（eGFR<30または透析患者は50%減量して増量）。心不全患者は、運動耐容能低下による安静、利尿薬投与、腸管のうっ血や血流低下に伴い便秘を来しやすく、塩酸モルヒネ投与により便秘、腹部膨満を来し、食欲不振、呼吸困難につな

がることも多いため、モルヒネ開始と共に緩下薬の投与を行うことは必須である。また、呼吸困難の背景に不安を呈している患者も多く、抗不安薬が有効である症例も一定数存在する。そのため、症状出現のパターンと不安との関連、随伴症状としての不眠の有無をアセスメントし、塩酸モルヒネを開始する前に抗不安薬を検討する。また、適応補助換気（adaptive servo-ventilation : ASV）などの陽圧呼吸療法を導入している患者は、呼吸困難緩和目的で使用することもある。非薬物療法としては、ファーラー位などの安楽な体位の工夫、連続動作を回避といった身体の消耗を最小限にした日常生活援助、患者が希望する温度・湿度の調整、三叉神経の第2・3領域の刺激効果を期待して顔に冷気の流れをつくるなどの工夫を行うと共に、不安の緩和や足浴、マッサージ等のリラクゼーションや気分転換を行う。

## 2. 倦怠感

倦怠感は、心不全患者にとって最も難治性の症状であり、倦怠感のマネジメントにおいては回復可能因子の検索と介入を行うことが推奨されている<sup>3)</sup>。回復可能因子には、利尿薬による利尿過多、低カリウム血症、睡眠障害、うつ、貧血、運動脱調節などがあり、介入を検討する。回復可能因子に対する介入を行っても効果が得られない場合には、多職種チームでpalliative sedationを検討する。検討の際には、患者・家族に目的と会話が困難になる可能性について説明し、希望があれば、間欠的鎮静・浅い鎮静から開始する。患者の苦痛

緩和と意識の維持のバランスを患者・家族と相談し、鎮静深度の目標を設定し、毎日評価を行うことが肝要である。

### 3. 疼痛

末期心不全患者の半数以上が重度で長期にわたる疼痛を有しており、進行がん、HIV、末期腎不全または呼吸器疾患の罹患率と一致している<sup>4)</sup>。しかし、心不全患者の痛みは、心不全の病態と関連のない症状であるため、過少認識されていることが多い。したがって、医療者は、疼痛を末期に緩和すべき症状として認識し評価することが第1に重要である。

心不全の痛みの一般的な原因は、心血管疾患、非血管疾患、治療に伴うものがあり、痛みの原因は多様である。当院の心不全患者の痛みの原因においても、心血管疾患では手足の浮腫や重症下肢虚血に伴う潰瘍形成による痛み、非血管疾患では帯状疱疹、化膿性脊椎炎などの骨格筋痛、治療に伴う痛みではデバイス植込み (ICD, CRT-D など) や心機能低下症例の動脈表在化シャント手術に伴うものなどを経験する。心不全患者は並存疾患を抱えている患者が多いため、痛みの原因を多角的に評価し、マネジメントを行う必要がある。疼痛のマネジメントにおいては、がんと同様に WHO 三段階除痛ラダーに基づいて検討するが、痛みの原因が多様であるため、痛みの原因と痛みの性質 (侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、心因性疼痛) を評価し、適切な薬物療法につなげることが重要である。さらに、非薬物療法として、患者の疼痛の増悪因子と緩和因子をアセスメントし、個別性のあるケアを実施する。疼痛において一般的に推奨されている非薬物療法には、ゲートコントロール理論に基づき、マッサージなどを通して有害な刺激の伝達をブロックする、痛みを抑制する下降抑制経路を活性化する気分転換、不安の緩和などの認知行動療法の実施、音楽療法などの積極的な介入を行う。急性期や終末期の時期には、医原性、処置と介入による痛みの出現 (例えば、吸引による痛み、体位変換の痛み、ラインの挿入、気管内チューブの留置など) が多いため、愛護的な吸引、良肢位の保持、安楽な体位変換、褥瘡予防、ライ

ン類の必要性を検討し苦痛緩和に努めることが肝要である。

### 4. 終末期のケア

終末期に近づいてくると臥床時間が増加し体動が困難となり、徐々に食べられなくなってくる。心不全患者は体液貯留を来している患者が多く、悪液質や栄養状態の低下が全身浮腫を助長し皮膚が脆弱になりやすいため、不要な圧迫や損傷を避け、愛護的なケアを行い、褥瘡などの二次的合併症を予防することが重要である。また、終末期はエネルギー代謝が効果的に行われず栄養管理目的の輸液のメリットは望めず、浮腫や胸水、腹水の増加により患者の苦痛を増大させる可能性があるため輸液の減量を検討すると共に、経口摂取が可能であれば患者が希望する食べたいものの持ち込みを許可することも検討する。また、すべての薬剤の見直しを行い、症状緩和に関与しない薬剤の中止を検討し、最期の時間を安らかに過ごせるように調整する。

## 心不全における ACP の実際

### 1. ACP の理想的なプロセスと ACP の焦点

心不全患者の多くは、増悪と寛解を繰り返す病みの軌跡の特徴から「心不全とは知っているけど、どのような経過をたどるかには聞いたことがない」「悪いと言われていたが回復するため実感もてない」「これまで人生の最終段階においてどのような治療やケアを望むか考えたことがない」という病状認識であり、「心不全の経過の説明を受けてはじめて終末期のあり方を考えることができた」というように、心不全の病みの軌跡を理解することが、ACP のきっかけになっていることが多い。そのため、心不全の初回入院の段階から、心不全患者が一般的にたどる病みの軌跡の教育と ACP の必要性和意義に対する準備教育を行う。そして、増悪と寛解を繰り返し始めた時期から、人生の最終段階において望む医療や療養場所に対する具体的な話し合いを継続的に行うことが望ましい。ACP の焦点は、事前指示の確認ではなく、患者のより豊かな人生のための話し合いであり、

患者の意向を尊重した医療・ケア・療養場所に対する目標の共有であり、その目標の実現に向けた支援であることに向けられるべきであり<sup>5)</sup>、そのことを患者・家族と共有することが重要である。

## 2. ACPの対話の進め方のポイント

心不全患者の予後や死の可能性についてのコミュニケーションは、がん患者の場合よりも複雑である、その理由として、心不全患者の予後予測は難しいこと、不確かな現実と直面すると患者は論理的な意思決定に従おうとしないといったことから、予後に対するコミュニケーションにおいて患者・家族は希望と現実のバランスをとることを要求している。このような状況で勧められるのが、「Hope for the best and prepare for the worst」の考え方を活用したコミュニケーションである。今後も最善を尽くすことを保証したうえで、最悪の時期への準備が必要な時期であることを伝えることで、希望と現実のバランスをとることができ。そして、Ask-tell-Askアプローチを用いて、どのように現状を認識しているのかを確認し、現在の関心と最も恐れていることを尋ねることで会話を進める糸口となる。そして、患者の意向の背景にある思いや価値観を理解するために、オープンクエスチョンや感情や反応に応じた応答法を活用して対話のプロセスを進めていき、今後の生活や人生をどのように送っていきたいか、何を大切にしていきたいか、そのために望む医療や避けたい医療は何か、誰とどこで過ごしたいかといった生活の質（quality of life : QOL）について議論しながら、目標を共有していき、実現のためのケアの選択肢を医療者と共に対話を通して検討していく。

そして、終末期が近づいてくると、多くの家族は具体的に何が起こるのか知りたいと考えており、亡くなるまでの自然経過の説明、どのように患者と接したらよいか、医療者から説明してほしいと考えている。したがって、看護師は、病状や日々の経過を説明すると共に、意識レベルが低下してきても手を握ること、意識がないように見えても患者には聞こえていると考えて声をかけるように伝えること、食事ができなくなった患者に綿

棒や氷片を活用して水を口にする方法など、患者に役立つケアを教えること、そして、家族のケアがうまくできていると声をかけ、家族の労をねぎらうことは、家族が良いグリーフケアであったと認識している実践であり、心不全患者の悲嘆ケアの1つとして活用することが望ましい。

---

## 循環器疾患における緩和ケアの課題

急増する高齢心不全患者への緩和ケアの需要に応じた緩和ケア専門家の絶対数は不足しており、心不全患者の緩和ケアニーズに応えられていない現状がある。加えて、循環器診療に従事する医療者の緩和ケアに対する誤解や緩和ケアに関心が薄いことも普及を阻害する障壁になっている。このような現状を打開するべく、2018年、循環器基本法が制定されたことを契機に、循環器診療に従事する医療者にもがんと同様に基本的緩和ケアのスキルを身につける体制を整備することが不可欠であると考えられる。また、心不全のみでなく、脳血管疾患や血管疾患の緩和ケアに対する推進にむけた取り組みも重要課題である。循環器専門病院で勤務する職員として、今後も循環器疾患の緩和ケアの普及および質の向上に向けた情報発信、人材育成に取り組んでいきたい。

### 文献

- 1) WHO : Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. January 2014. [<https://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>] (2019. 3 アクセス)
- 2) 日本循環器学会, 日本心不全学会, 日本胸部外科学会, 他 : 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版) [<http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017-tsutsui-h.pdf>] (2019. 3 アクセス)
- 3) Johnson M, Gibbs L : Symptom relief for advanced heart failure. Heart failure and palliative care a team approach. p.61, Radcliffe Publishing, 2006
- 4) Johnson M, Hogg K, Beattie J : Management of pain, Heart failure : From advanced disease to bereavement. p.114, Oxford, 2012
- 5) Sundore RL, Heyland DK, Lum HD, et al. : Outcome that define successful advance care planning : A Delphi Panel Consensus. J Pain Symptom Manage 55 (2) : 245-255, 2018