

1. わが国の心不全緩和ケアの現状

B. 心不全緩和ケアの概要と展望

佐藤幸人

(兵庫県立尼崎総合医療センター 循環器内科)

はじめに

心不全の緩和ケアは社会的に重要な課題であるにもかかわらず、終末期との判断がしばしば困難であることやエビデンスに乏しいことなどから、具体的な記述が困難な領域となっていた。しかし高齢化社会を迎え、最近のレジストリーでは心不全の平均年齢は80歳を超え、がん、認知症、腎不全などの併存症も多く、社会的・家庭的にも多くの問題点を抱えるようになってきた¹⁾。2016年、日本心不全学会ガイドライン委員会は「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」を発表し、そのなかの「終末期医療の指針」において、アドバンス・ケア・プランニングと緩和ケアについての提唱を行った²⁾。最近発表された日本循環器学会の急性・慢性心不全診療ガイドラインでも緩和ケアの記述が加わった³⁾。しかし、このような指針が複数出されたが、具体的にどのように行うか詳細な内容については未決定な部分も多い。一方で、2018年からの診療報酬改定では、緩和ケアの対象疾患に末期心不全が追加された。本稿では、2016年に日本循環器学会指定の循環器専門医研修施設(1,004施設)を対象に行った心不全緩和ケアに対するアンケート調査結果(回答544施設)より、日本の現状を述べる。

心不全緩和ケアチームにおける職種

厚生労働省は「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」と介入時期を前倒しに変更し、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を提示している⁴⁾。そのなかで医療・ケアチームと十分な話し

合いを行い、本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則であるとしている。

アンケート調査によると、回答が得られた施設のうち42%では多職種心不全カンファレンスを行っていた。逆にいうと、残り58%の施設では緩和ケアをチームで行わず、医師単独で行っている可能性が高い。心不全緩和ケアチームがある場合は、循環器専門医(92%)、看護師(97%)、薬剤師(58%)、栄養士(47%)、理学療法士(57%)、医療ソーシャルワーカー(40%)などで構成されており、それぞれの職種が得意分野で活躍していることが示唆された(図1、有効回答数221)⁵⁾。

緩和ケアが必要な症状と使用する薬剤

心不全患者に対して緩和ケアが必要な症状としては、呼吸困難(91%)、不安(71%)、抑うつ(61%)、全身倦怠感(57%)が挙げられた⁵⁾(図2、有効回答数527)。心不全患者に対する緩和ケアは、傾聴や環境調整、食事調整、身体活動の調整も含む包括的アプローチであるが、薬剤使用も含まれる。呼吸困難にはモルヒネを使用するが、がんの使用量の1/4くらいから効果を検討する。呼吸困難が改善し、食事摂取量も増加する患者がいる一方で、あまり効果がなく、モルヒネを増量すると副作用の便秘、吐き気やせん妄が前面に出る患者もある。その際には鎮静作用のある薬剤を使用するが、食事摂取や会話も不可能となり、そのまま看取りとなる症例も多い。

アンケート調査の結果では、最も多く処方されていたのはモルヒネであった(87%)。鎮静剤ではデクスメトミジンの処方最も多く(33%)、

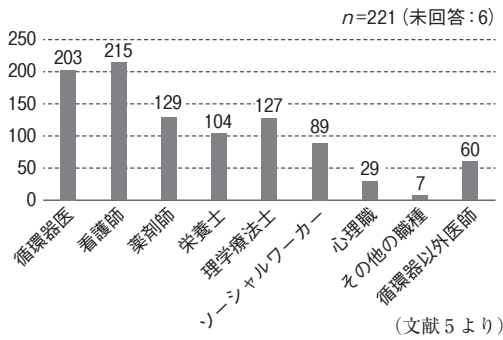


図1 心不全患者に対する緩和ケアカンファレンス構成メンバー（複数回答）

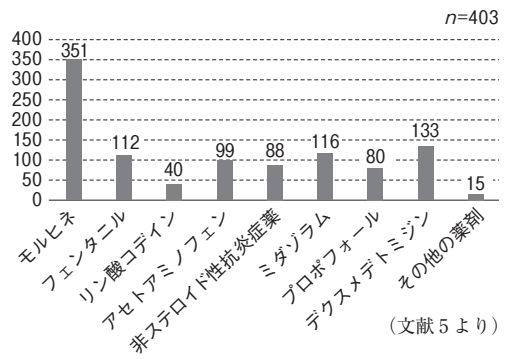


図3 心不全患者に対する緩和ケア薬物療法使用薬剤

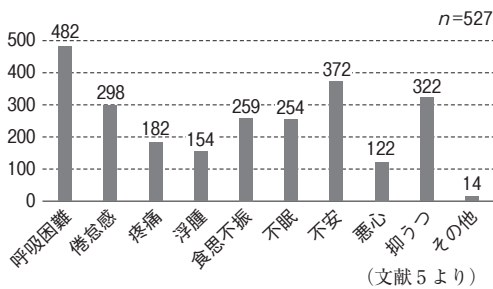


図2 必要と思う場合、緩和ケアはどのような症状に必要と思うか（複数回答）

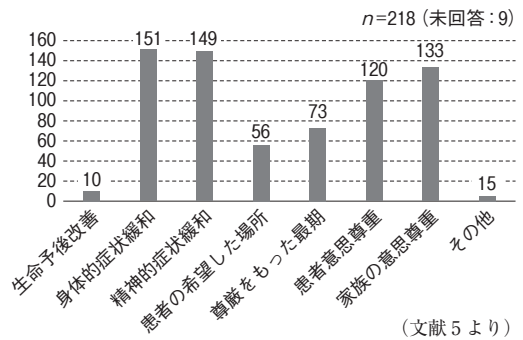


図4 緩和ケアをして良かった点（複数回答）

ミダゾラム（29%）、プロポフォール（20%）が続いた⁵⁾（図3、有効回答数403）。

心不全緩和ケアに期待される効果

緩和ケアを必要とする患者の苦痛には、身体的・精神的苦痛以外に、ソーシャルペインとスピリチュアルペインなどにも注意が必要である。ソーシャルペインとは、日常生活における家庭内、仕事、金銭問題などを指し、スピリチュアルペインは、死んだらどうなるのかといった、自己の存在の意味や価値に関わる痛みとされる。

身体的苦痛や精神的苦痛は薬剤投与などでもある程度は対応可能だが、ソーシャルペインやスピリチュアルペインは多職種チームによる社会的な調整や傾聴などが欠かせない。また、在宅看取り

を希望するような場合は、ソーシャルワーカーの関与が欠かせない。ここに、緩和ケアを医師単独ではなく多職種で行う意義がある。

アンケート調査では、心不全緩和ケアの効果として、身体的および精神的な症状緩和が最も多く挙げられたが、患者の希望した場所での看取りや、尊厳をもった最期など、多職種が関わってこそ達成可能な効果も多く認められた（図4）⁵⁾。そこで、サブ解析として、これらの効果を説明する因子として職種について多変量解析を行うと、身体的緩和には理学療法士、精神的緩和には栄養士、尊厳をもった見取りには薬剤師、希望した場所で過ごすことにはソーシャルワーカーのオッズ比が高いことが判明した⁶⁾。このことから、多くの効果を達成するためには、多くの職種が参加する必要があると考えられる。

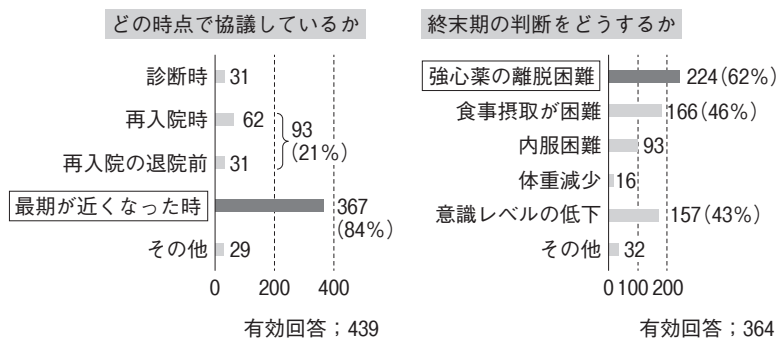


図5 緩和ケアを行う時の患者・家族への対応 (文献5より)

緩和ケアにおける患者・家族との検討事項

患者・家族との検討事項としては、病気や予後に対する理解、生命維持治療に関する希望、希望する療養環境や社会的支援、事前指示の有無（リビングウィル）、患者の苦痛と緩和ケアの選択、全体的な医療の希望（受けたい医療と受けたくない医療）などが挙げられた⁵⁾。

これからの検討事項

1. 緩和ケアの導入を困難にする理由

心不全患者の予後は平均すると「がんにも匹敵するほど不良」なことが明らかになった。しかし患者・家族は「心不全は治る病気」と思っており、終末期になって初めて残された人生の時間がほとんどないことを知らされることも多い。意思決定支援は緩和ケアの重要な構成要素であるが、意思決定支援の方策としてアドバンス・ケア・プランニングが挙げられる。

アンケート調査によると、緩和ケア導入を困難にする理由として、生命予後の予測ができない、ガイドラインに基準がない、終末期に本人の意思決定が難しい、他のスタッフから協力が得られない、終末期症例の経験不足、家族と患者の意思が一致しない（未告知を含む）、倫理的問題、法的問題などが挙げられた⁵⁾。

また心不全の正確な予後予測が困難であることから、緩和ケアの選択肢を早期に提示することは

容易ではない。循環器専門医は「悪いニュース」を伝えるコミュニケーションを訓練する機会が少なく、心不全緩和ケアのインフォームドコンセントを困難にする一因となっている。アンケート調査では、78%の施設がそのようなトレーニングを受けていないと回答した⁵⁾。また、緩和ケアは最期が近くなった時に介入しており、強心薬の離脱が困難になった時期であることが多かった(図5)⁵⁾。

2. 人工呼吸器・透析・ICDなどの中止

心不全緩和ケアアンケート調査では、末期心不全に対する新規治療の差し控えとして人工呼吸器(85%)が最も多く挙げられた。次いで経皮的心肺補助(percutaneous cardiopulmonary support; PCPS)や大動脈内バルーンポンピング(intra-aortic balloon pumping; IABP)などの補助循環(83%)、透析(78%)であった(図6の■)。
一方で、治療中断としては、透析(39%)、PCPSやIABPなどの補助循環(28%)、経管栄養(25%)、埋め込み型除細動器の作動(24%)の順に多いという結果であった(図6の■)⁵⁾。

がんの緩和ケアチームとの連携について

心不全緩和ケアのアンケート調査で回答を寄せた544施設のうち98%が「心不全緩和ケアは必要である」という認識で一致した。うち146施設(27%)に慢性心不全看護認定看護師が、366施

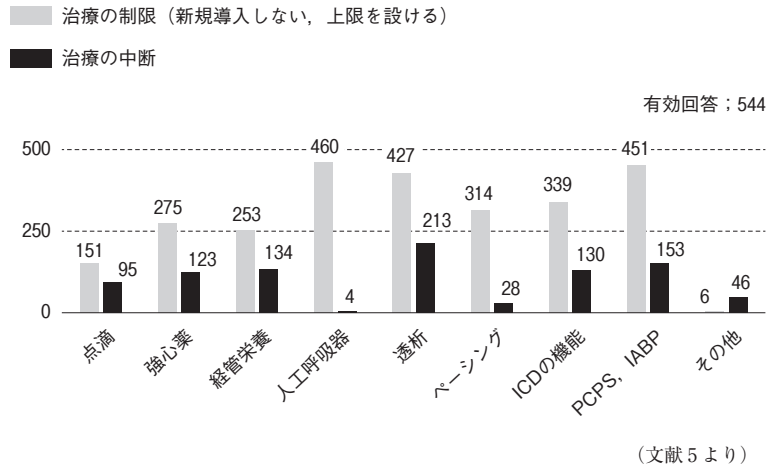


図6 心不全患者の終末期に治療の制限・中断を行うことがあるか

設(69%)に緩和ケア認定看護師, 115施設(21%)では両方の認定看護師が在籍していた⁵⁾。しかし、両者が合同でカンファレンスを開いているかという問いに関しては、大半の施設が行えておらず、その理由は時間がない、疾患特性が違いすぎることであった。

厚生労働省は、両チームが共同で心不全の緩和ケアを行うことを推進しており、現在の加算条件にもなっているが、各施設における連携体制の構築が急務と思われる。

文献

- 1) Yaku H, Ozasa N, Morimoto T, et al : KCHF Study Investigators. Demographics, Management, and In-Hospital Outcome of Hospitalized Acute Heart Failure Syndrome Patients in Contemporary Real Clinical Practice in Japan - Observations From the Prospective, Multicenter Kyoto Congestive Heart Failure (KCHF) Registry. *Circ J* **82** : 2811-2819, 2018
- 2) 日本心不全学会ガイドライン委員会：高齢心不全患者の治療に関するステートメント [http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailure.pdf] (2020.1.23 アクセス)
- 3) 日本循環器学会, 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] (2020.1.23 アクセス)
- 4) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及啓発リーフレットについて, [http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000079283.html] (2020.1.23 アクセス)
- 5) Kuragaichi T, Kurozumi Y, Ohishi S, et al : Nationwide Survey of Palliative Care for Patients With Heart Failure in Japan. *Circ J* **82** : 1336-1343, 2018
- 6) Kurozumi Y, Oishi S, Sugano Y, et al : Possible associations between palliative care conferences and positive outcomes when performing palliative care for patients with end-stage heart failure: a nationwide cross-sectional questionnaire survey. *Heart Vessels* **34** : 452-461, 2019