

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

A. 医師からの視点

1) 循環器専門医の視点から

菅野康夫

(けいゆう病院 循環器内科)

はじめに

循環器疾患を専門とする医師にとって、心不全を治療することは、病態を改善することであり予後を良くすることと同義であり続けた。その大義に従って心不全に対する治療法が進化してきたが、多くの循環器医にとって不得手なのは、あらゆる手を尽くしながら改善の期待ができない末期、終末期の心不全患者にいかに対応するかである。そこに入り込む考え方の1つが「緩和ケア」だが、2010年の「循環器疾患における末期医療に関する提言」(日本循環器学会)¹⁾を皮切りに議論と研究が行われ、2017年に改訂された心不全ガイドライン²⁾では、緩和ケアは苦痛を抱える心不全患者に対して提供すべき医療と位置づけている。さらに2018年度診療報酬改定では進行期心不全患者に対する緩和ケア診療加算が認められ、心不全緩和ケアを推進する体制は整備されつつある。

しかしながら現状では、必要とするすべての心不全患者に緩和ケアが実践されるという目標からは程遠い。一部の施設を除き、ほとんど緩和ケアに目を向けられていないのが現状ではないだろうか。

本稿では、心不全患者を実際に診察し、治療し、方針を決定するかじ取り役の循環器専門医からの視点で、心不全の緩和ケアを充実させるために何が足りず、何が必要かを考えたい。

心不全緩和ケアがなぜ難しいのか

心不全緩和ケアが困難な理由は単一ではない。

心不全という疾患の特性、診療にあたる循環器医の問題、既存の緩和ケアチームとの連携や多職種サポート体制が確立できない、など、複数の課題が交絡し、実践までたどり着けないものと考えられる。ここでは、これらの課題を個別に抽出したい。

1. 疾患特性

心不全ががんと決定的に異なるのは、末期から終末期に至る経過である。がんの場合、比較的QOLが保たれた状態で経過し、死の1~2カ月前から急速に体調やADLが低下する。一方、心不全では、経過中に寛解、増悪を繰り返して徐々に心機能や身体活動が低下していく³⁾。急速に症状が出現して入院するものの、治療に反応すれば一度悪化した病態が回復し、退院時にはある程度の身体活動が回復することが特徴である⁴⁾。一方で、急激な状態悪化から終末期に移行する場合もあり、その予測がきわめて困難である。また、心不全では、末期になっても、機械的補助療法、カテーテル治療、外科治療、心臓移植など積極的治療のオプションが残されている。積極的治療と緩和医療とのバランスを考慮して常に診療を進める必要があり、治療の選択は患者の希望だけでなく、年齢や全身状態、治療による改善の見込みなどを的確に評価し、総合的に判断しなければいけない。さらに、心不全治療そのものが症状緩和になる場合も多く、心不全治療と緩和ケアの境界ははっきりしない。

以上の理由から、どのタイミングでどの程度、苦痛を緩和する治療に重きを置くのかの判断が難

しい。

2. 循環器医の意識

循環器疾患には、虚血性心疾患や不整脈など急激に血行動態が変化し急性期治療が重要な疾患が多い。心不全においても急性期治療を乗り切れば症状が改善し、慢性期治療は予後や心機能改善に重点が置かれる。したがって、QOL改善を主目的とし、死にゆく患者を対象とした緩和ケアは多くの循環器医にとって不得意になりやすい。心不全はがん同様徐々に悪化し、やがて死に至る疾患だが、死にゆくことを前提として患者や家族と対話しながら治療方針を決めていくことは少ないように思われる。そのため、改善する見込みがほとんどなくても積極的治療を選択し、QOLを損なう結果になることも少なくない。また、実際、終末期の苦痛に対して何をすればよいか分からないという声も聞かれる。依然として、「看取るのが緩和ケア」という認識が根強く残るのも事実である。

3. 多職種協働体制の未確立

緩和ケアはがんを対象疾患として発展したため、多職種からなる「緩和ケアチーム」はがん疾患の苦痛に対する緩和ケアには慣れているが、心不全患者を扱うのは容易ではない。一方、循環器医は前述のとおり、心不全治療においては専門だが、緩和ケアスキルは高くない。また、緩和ケアは多面的な苦痛に対応するため、医師だけでなく看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーといった多職種による介入が必要である。多くの施設では、緩和ケアが必要な心不全患者がいても、循環器医が単独で治療方針を決定し、多職種協働での緩和ケア介入ができていないのが現状である。

心不全緩和ケアを充実させるために

「充実した緩和ケア」とは、ある特殊な施設のみが提供できる高水準の緩和ケアを提供することではなく、すべての患者に最低限必要とされるレベルの緩和ケアを提供することである。そのためには、循環器医全員に緩和ケア専門医レベルのス

キルを期待するのではなく、①最低限必要な緩和ケアを認識し実践することが現実的と考えられ、また、②循環器医と緩和ケア医の連携を有機的に組織立てる必要がある。さらに、③予測困難な状況で適切な advance care planning (ACP) を行うためのフレームワークを整備することが重要である。心不全緩和ケアはまだ黎明期であり、各地で萌芽的な研究や取り組みが行われている。

1. 心不全に対する基本的緩和ケアの習得

主治医である循環器医に基本的緩和ケアのスキルが足りないと、適切なタイミングで適切な緩和ケアを提供することが困難となり、緩和ケアを希望する患者にも積極的治療が選択される傾向にある。心不全治療の一環として緩和ケアを含めるのが妥当であり、そうした教育プログラムが必要である。最近、久留米大学を中心に心不全緩和ケアトレーニングコースとして HEPT (HEart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider) という1日のプログラムコースが開催され、各地で普及・啓発活動が行われている。今後、研修医や医学生が受けるべき教育として、心不全緩和ケアが扱われることを期待したい。

2. 循環器医と緩和ケア医の連携

具体的に誰がどのように緩和ケアを行えばよいだろうか。心不全患者全員に必要なすべての緩和ケアを循環器医だけで実践するのは困難である。一方、緩和ケア医がすべてを担うのも現実的ではない。そこで、循環器医と緩和ケア医が連携し、役割分担をする必要がある。

1つの考え方として、がん緩和ケアで採られている手法が挙げられる。心不全患者を直接診療する循環器医が提供すべき「基本的緩和ケア」と、緩和ケア医が一定の経験を有するスペシャリストとして介入する「専門的緩和ケア」に分類することである(図1)。大部分は基本的緩和ケアで対応可能であるが、複雑な症例は専門的緩和ケアが必要と判断をし、緩和ケア医を中心とした熟練スタッフに介入を依頼する体制が理想的である。

近年は、緩和ケアチームだけでなく、心不全

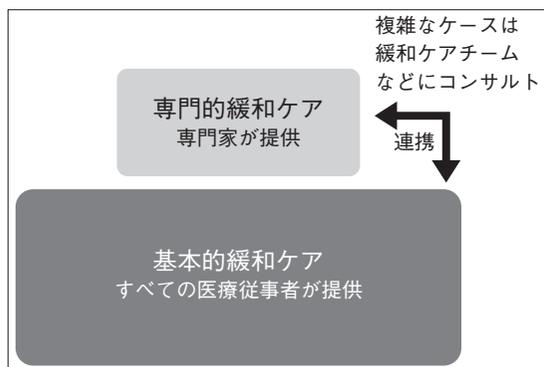


図1 専門医と緩和ケア医の連携

チームや心臓リハビリチームなど、心不全患者に対して多職種からなるチームが存在する場合も見かける。その場合、既存のチームに緩和ケア医が加入することで専門的緩和ケアが提供できると考えられる。

3. 円滑な ACP を行うために

心不全患者のたどる経過を予測することは困難であり、重症心不全患者では実際の前より自分の予想した予後が短い傾向にある⁵⁾。つまり、重症化しても自分の予後は先だと考える傾向があり、代理意思決定者も含めた終末期に受けたい医療の希望について先延ばししてしまう。医療者側も、いつどのような話を患者にすればよいのか分からずに終末期を迎えてしまうこともしばしば経験する。近年、心不全患者および対峙する医療者それぞれに、ACP ガイダンス用の冊子などが作成され、それを用いた ACP を行うことが shared decision making の達成に有効である可能性が示された⁶⁾。このような冊子を活用することも1つ

の案である。

おわりに

循環器疾患の診断や治療の進歩は目覚ましく、循環器医は各分野のスペシャリストとして活躍し注力している場合も多いであろう。心不全は、あらゆる循環器疾患の終末像であり、終着点ともいえる。「その人らしい人生の終焉」を達成することは究極の目的であり、すべての循環器医はその診療の一部として、心不全緩和ケアを位置づける必要がある。

文献

- 1) 日本循環器学会, 他: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2008-2009 年度合同研究班報告) —循環器疾患における末期医療に関する提言 [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf] (2019.10.30 アクセス)
- 2) 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] (2019.10.30 アクセス)
- 3) Lynn J : Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA 285 : 925-932, 2001
- 4) Goodlin SJ : Palliative care in congestive heart failure. J Am Coll Cardiol 54 : 386-396, 2009
- 5) Allen LA, Yager JE, Funk MJ, et al : Discordance between patient-predicted and model-predicted life expectancy among ambulatory patients with heart failure. JAMA 299 : 2533-2542, 2008
- 6) Takada Y, Hamatani Y, Kawano Y, et al : Development and validation of support tools for advance care planning in patients with chronic heart failure. Int J Palliat Nurs 25 : 494-502, 2019