

緩和ケアチーム活動の手引き（追補版）
心不全患者への緩和ケア

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
専門的・横断的緩和ケア推進委員会

目次

《緩和ケアチーム活動の手引き（追補版）心不全患者への緩和ケア作成の目的》	2
1.心不全緩和ケアの特徴.....	3
1-1予後予測	
1-2予後予測モデルを用いる注意点	
2.心不全の緩和ケアで使用できる社会資源.....	3
2-1訪問サービス	
2-2介護保険と社会福祉サービス	
2-3療養場所の選択について	
3.心不全特有のつらさとよくある対応.....	5
3-1呼吸困難	
3-2不眠	
3-3倦怠感	
3-4せん妄	
3-5急性期治療の意思決定	
3-6除細動機能の停止	
4.循環器スタッフとのやり取りの注意点.....	6
5.緩和ケア側に期待されていること.....	6
6.参考文献.....	7

《緩和ケアチーム活動の手引き（追補版）心不全の緩和ケア作成の目的》

2018年4月の診療報酬改定で緩和ケア診療加算の対象疾患に新しく末期心不全も追加された。加算を算定できる末期心不全の定義は表のようになっている。

<p>3) 末期心不全の患者は、以下のアからウの基準に該当し、エからカまでのいずれかの基準に該当するもの</p> <p>ア 心不全に対して<u>適切な治療</u>が実施されていること</p> <p>イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること</p> <p>ウ <u>過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上</u>あること</p> <p>エ 左室駆出率20%以下である場合</p> <p>オ 医学的に終末期であると判断される場合</p> <p>カ エ又はオに掲げる場合に準ずる場合</p>
--

[表 末期心不全の加算算定基準]

今後、高齢の心不全患者が増え、緩和ケアのニーズは高まっていく。循環器専門家だけでは対応が困難な事例も多く、今後は緩和ケアチームに心不全症例でのコンサルテーションも増えることが予想される。

1.心不全緩和ケアの特徴

1-1予後予測

心不全患者の予後予測についてはいくつかのツールが開発されている。下記に紹介する2つのツールはウェブサイト^{5) 6)} にアクセスすることで誰でも使用でき、1～5年後の死亡予測について知ることができる。

①Seattle Heart Failure Model (SHFM) ¹⁾

SHFMは PRAISE1 trial 29の患者コホートを用いて2006年に作られた。年齢やNYHA分類、投薬状況などを入力することで1、2、5年後の死亡率を予測する。このスコアモデルは左室駆出率(LVEF)の低下した患者が対象となっている。

②MAGGIC heart failure risk score (MAGGIC) ²⁾

こちらのモデルは予後予測に有効だった独立因子として、年齢、LVEFの低下、NYHA、血清クレアチニン値、糖尿病の既往、 β 遮断薬の未処方、低血圧、BMI低下、診断からの時間、喫煙、COPD、男性、ACE阻害薬のみ処方があることが指摘されている。LVEFの保たれた心不全の場合は年齢がもっとも予後に影響し、血圧はあまり影響しないとされている。

2006年から2016年の2215症例について、MAGGICとの整合性を確認した報告³⁾では日本人でも適用できていた。

1-2予後予測モデルを用いる注意点

予後予測の単位が年単位であることや、全身状態が良くても不整脈や虚血性心疾患の発症による突然死・急速な状態変化がある。また寛解と増悪を繰り返す疾病軌跡があり、がん以上に予後予測が困難である。リスクスコアだけでなく、循環器医の経験や実際の臨床経過を元にした予後予測とリスクスコアを統合して考えることが重要であると考えられてる⁴⁾。

2.心不全の緩和ケアで使用できる社会資源

トータルペインへの介入に一環として、適当な社会資源活用について助言することも心不全緩和ケアの一つである。

2-1訪問サービス

訪問サービスには①心不全の悪化や再入院を予防するための観察項目の共有と患者指導②継続したアドバンス・ケア・プランニング③心理ケア、家族ケア、スピリチュアルケア④浮腫や

呼吸困難への非薬物療法⑤再入院の予防などが期待されている。特に心不全患者の場合は訪問看護との連携が主になってくる。

入院時から継続したケアの実施や、心不全の再入院予防のために訪問看護は重要である。しかし訪問看護は医療保険が適用される場合（末期がんを含む特定疾病と厚生労働大臣の定める疾病等を除く）、使用の制限がある（原則週3回、1回90分まで、訪問看護ステーション1箇所から看護師1人まで）。ただし、厚生労働大臣の定める状態等（例：留置カテーテルの使用、在宅酸素療法、真皮を超える褥瘡）であればこの制限が外れる。介護認定を受けている場合、介護保険を使用した訪問看護が優先される。

退院後すぐは心不全の再入院が多いことが知られている。再入院のリスクが高く、頻回に心不全の評価が必要な患者の場合は特別訪問看護指示書の使用を検討できる。特別訪問看護指示書は月1回、急性増悪、退院直後に週4回以上、14日間の訪問看護を利用できるようになる。

また訪問看護を利用しづらい場合、心不全予防のために必要なケアが可能な医療介護資源、すなわち、訪問診療、デイサービスや訪問介護、通所または訪問リハビリテーション、家族や近隣住民の支援で代替できないか、地域資源について検討することが重要である。

2-2介護保険と社会福祉サービス

心不全は服薬の遵守や塩分の制限、激しい運動の制限、浴室と更衣室の温度差などで悪化する。そのため、生活の指導や支援が心不全の再増悪を防ぎ、本人のQOLを維持するために必要である。

介護保険における要介護度はその要介護者の介護に必要な時間に応じて判定される。心不全患者で認知症・脳梗塞がなく、NYHA III程度の症状はあっても歩行が可能な場合、介護度が低く認定されることがあり、訪問看護の導入や十分な介護サービスの受給ができない可能性がある。そのため心不全の原因となる疾患で特定疾病の認定や身体障害者手帳の取得の可能性について、利用可能な社会福祉制度・サービスの活用を検討する。

2-3療養場所の選択について

緩和ケア病棟は悪性疾患あるいはHIV患者に限定されるため、基本的に心不全患者は入院できない。（現行の保険制度では悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者の場合に診療報酬が高くなる設定であるため、心不全患者の療養は稀なのが現状である。）療養場所の選択については、その時に必要な医療と生活支援、本人・家族の希望と周辺環境を考慮して検討する必要がある。実際のところ、その心不全末期の医療依存度の高さから介護療養病床や地域包括ケア病床が心不全のいわゆるホスピスとなっている地域もある。自宅や施設での看取りは心不全末期の症状緩和や介護の問題をクリアできれば可能であり、地域資源を知ることが重要である。まだ数は多くないが看護小規模多機能型居宅介護の活用は有効だと考えられる。

3.心不全特有のつらさとよくある対応

心不全の身体症状の緩和は心不全治療の最適化である。しかし、治療抵抗性心不全となっても心不全治療の調整だけに優先することは本人の症状緩和にはならない。例えば点滴に繋がれることを嫌う患者にとって強心薬の投与を続けることはQOL低下につながる。治療強化に伴う患者のQOL低下を客観的に判断しながら、同時に症状緩和的なアプローチを行っていくというバランスをとることが重要である。そのためには循環器治療医とのコミュニケーションが必要不可欠である。

3-1呼吸困難

心不全の呼吸困難にも麻薬は有効である。2019年10月現在、適応症となっている麻薬はモルヒネ塩酸塩（激しい咳嗽）、リン酸コデイン（激しい咳嗽）、フェンタニル（慢性疼痛）、ブプレノルフィン（心筋梗塞）である。一般的に経口モルヒネ換算10－20mg/日程度が使用される。モルヒネやリン酸コデインは代謝産物が蓄積することから腎不全では投与量を減らす必要がある。効果に乏しい場合は少量のベンゾジアゼピン系抗不安薬を併用する。オキシコドンやヒドロモルフォンなどの麻薬はがん性疼痛に限られるが、海外では心不全の呼吸困難に有効だったという報告もある。

3-2不眠

発作性夜間呼吸困難や起座呼吸、睡眠時無呼吸症候群のため、不眠となる。がん同様に睡眠導入剤を処方するだけでなく、抑うつスクリーニングや心理ケアについても考える。

3-3倦怠感

低心拍出量症候群による倦怠感が生じる。電解質異常やせん妄、抑うつの治療を検討し、エネルギー温存療法、リラクセーションなどを行う。

3-4せん妄

循環不全や入院の長期化、点滴使用によりせん妄を来す可能性がある。一般的な対応と同じだが、ハロペリドールなどのブチロフェロン系抗精神病薬などは添付文書上は禁忌の扱いとなっている。

3-5急性期治療の意思決定

急性期治療の意思決定は非常に悩ましいことが多い。治療医と治療の見込みについて検討し、判断しかねる場合は例えば2週間と期間を決めて治療を行うTime Limited Trialも一つの選択肢と

なる。また意思決定プロセスが妥当かどうか、本人の意思や家族の意思が蔑ろになっていないか、医学的情報だけで意思決定されていないかを省みる事が重要である。

3-6除細動機能の停止

除細動機能には2つあり、いわゆる電気ショックで不整脈を止める電氣的除細動と不整脈より早いペースで刺激をして不整脈を止める高頻拍ペーシングがある。前者は衝撃が強いが、後者はそれほどでもない。心不全終末期に不整脈が持続的に起こる電氣的ストームの状態となると除細動機能が連続して作動し、本人に強い苦痛を与えるだけでなくそれを見た家族や介護者にも心的外傷を与える。

4.循環器スタッフとのやり取りの注意点

- ・可逆性の判断が難しい中での治療医の葛藤があり、そこをケアすることも緩和ケアチームの役割である。
- ・緩和ケア＝終末期ケアと考えるスタッフも少なくない。緩和ケアの介入に抵抗感があるスタッフもいる。
- ・急変、緊急処置の多い診療部門であり、病棟に緊張感が漂っている。コミュニケーションを取りやすくするための工夫が必要である。

5.緩和ケア側に期待されていること

- ・症状緩和として、麻薬や緩和的鎮静について助言を求められることは多い。
- ・患者、家族の心理面での介入について期待されている。
- ・意思決定や倫理面での問題について、葛藤しているスタッフも少なくなく、そういったスタッフへの支援も期待されている。
- ・多職種カンファレンスの開催を提案することや、参加者として関わることも重要である。

6.参考文献

- 1) Levy WC, et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of survival in heart failure. *Circulation*. 2006 Mar 21;113(11):1424-33.
- 2) Pocock SJ, et al. Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure. Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39 372 patients from 30 studies. *Eur Heart J*. 2013 May;34(19):1404-13.
- 3) Sawano M, et al. Performance of the MAGGIC heart failure risk score and its modification with the addition of discharge natriuretic peptides. *ESC Heart Fail*. 2018 Mar 9.
- 4) Yancy CW, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2013;128(16):1810.
- 5) The Seattle Heart Failure Model (SHFM) <https://depts.washington.edu/shfm/>
- 6) The Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) Risk Calculator <http://www.heartfailurerisk.org/>

<作成者>

専門的・横断的緩和ケア推進委員会

(委員長) 加藤 雅志

(副委員長) 永山 淳 坂下 明大

(委員) 秋月 伸哉 柏木 秀行 中澤 葉宇子 橋本 百世

久村 和穂 宮下 光令 吉岡 とも子

緩和ケアチーム活動の手引き職種別等追補版検討WPG

(WPG員長) 加藤 雅志

(WPG副員長) 吉岡 とも子 橋本 百世

(「心不全患者への緩和ケア」作成担当WPG員)

職種	作業責任者	作業分担者
医師	大森崇史	柏木秀行 小早川誠 坂下明大
看護師		高田弥寿子
薬剤師		岡本禎晃
ソーシャルワーカー		新村郁子 久村和穂

(五十音順 敬省略)

緩和ケアチーム活動の手引き（追補版）

心不全患者への緩和ケア

発行 2020年7月

編集 加藤雅志 柏木秀行

作成 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会

専門的・横断的緩和ケア推進委員会