

## 第 130 回緩和ケアチーム抄読会

2013 年 8 月 28 日

木村 理恵子

### *The challenge of palliative care in heart failure*

Sharon Uppal is Staff Nurse, John Radcliffe Hospital, Oxford.

British Journal of Cardiac Nursing February 2013 Vol 8 No 2,P90-95

緩和ケアは、すべての心不全患者に有効であり、患者・家族の QOL が向上することもわかっている (WHO、2002)

心不全に対する緩和ケアのエビデンスは高く、適用した場合には生存率をあげることが確認されている (Connor et al 2007) .

しかしながら、急性期ケアの医師たちは、この重要な時期の患者のニーズに答えるために必要な時間もなく、準備が不足している (Nordgen and Olsson,2004)。

#### 心不全による死 死亡率が高い、症状による QOL 低下、医療費高騰

心不全患者の 1/3 は、診断された年内に死亡している (Cowie et al,2006) .UK では、このような死亡は年間 6 万人である (Gibbs et al,2006) 英国立臨床評価研究所 NICE(2010) の示す心不全生存率は、乳がん、前立腺がよりも悪い。

ほぼ半分の心不全患者は、息切れ、倦怠感、QOL 低下を日々体験している (Westlake et al,2002)。NHS は、総予算の 2% である 625million ポンドを支出している。NICE プロジェクト (2010) では今後 25 年で高齢者の生存率を 50%以上に向上させたいと考えている。

#### 心不全の緩和ケアにおける看護の役割 Ns が情報提供を担う

心不全に対して、効果的に早期から緩和ケアニーズに対応するには、看護師がそのことについて患者・家族と話し合うことが重要である (Wotton et al.2005)。

しかし、標準的なケアに緩和ケアを統合するにはバリアが存在する。

第 1 に、がん以外の医療者の緩和ケアの知識が不足している。

第 2 に、医療者が心不全の終末期 (ESHF) であると認識することが心不全の進行経過などから難しい。

第 3 に、医療者は経過の悪い患者とのコミュニケーションに向かいあわないとならない。

#### 効果的な緩和ケアへのバリア 薬物治療の考えの違い、患者の悪化を認めたくない？

Walsh ら (2008) は、緩和ケアがどのように認知され、どのように対応されるかによって、心不全患者が緩和ケアサービスに紹介されるかどうかが決まるとしている。

Andrews and Seymour(2011)は、多くの医療者が心不全を終末期疾患とは考えず、緩和ケアを紹介するのは不適切であると考えていることを研究で示した。

Wotton ら (2005) は、心不全患者への緩和ケアを否定するいくつかのケースでは、医療

者が緩和ケアを導入すること＝患者がだめになっていること認めると同じと考えていることを示した。また、医療者が反対する考えには、心臓専門家が悪物療法のコンビネーション治療をしている一方で、緩和ケア専門家が心不全終末期には薬物治療は減らすべきと考えているからとも示している。これらの異なった考えは、患者が緩和ケア提供を受けるのに有害な効果をもたらす。

The medical Research Council(2000)は、医療者が緩和ケアサービスの主要要素を理解することが、効果的な適用には重要だとしている。なぜ、医療者の理解が重要かという「緩和ケア」は亡くなるためのケアではなく、生命の限られた慢性疾患にある患者・家族の QOL のためにも同じように包括的な介入を行なうものだからである (Hupcey ら 2009)

#### 推奨される実践 早めの緩和ケア導入が必要

NICE(National Institute for Health and Care Excellence)

明確なガイドラインとプロトコルが特別な状況に対する医療者の知識向上という目的には必要である、そしてこれは心不全患者の適切なマネジメントにも重要である (NICE2012) しかしながら、最新の 2010NICE の心不全ガイドランスでは、緩和ケアや終末期ケアについて触れられていない。巻末で見つけることが出来るが、誰がこのサポートをするのか、いつなのかなど詳しいことは記載されていない。これは心不全の高い死亡率からすると適切なことではない。

”The Gold Standards Framework”GSF,2012 のようなフレームワーク、”the Liverpool Care Pathway” University of Liverpool,2012 のようなケアパスは、心不全患者にも使用できる。これらは医療者の緩和ケアの知識を増し、実践を向上させる。しかし、これらは人生の最後数日を対象にしており、慢性疾患ではより早いアプローチが終末期のサポートプランには適切だろう。

#### 心不全終末期であることの認識不足 症状安定のための治療期なのか、終末期なのか？

心不全へのサービスと緩和ケアを統合するには、心不全終末期であることの認識不足は大きな問題である。心不全疾患の経過は、複雑で予測できない。Albert(2008)は、医療者はいつ状態が悪化し、緩和が必要になるのか、しばしば明確にできないと述べた。

最初の診断とマネジメントの後、患者は慢性的に徐々に身体状況が低下するか、機能的な安定期の後に急性の症状悪化と頻回な入院を繰り返す。突然死は、どの時期においても起こりうる (Jaarsma ら 2009)。

医師は心不全の終末期の変化する身体状況に直面する。心不全の進行は、患者の半分が突然死を迎え、その他は臨床的な悪化と入院の繰り返しであるが、そのうちに安定状態に復活する (Hanratty ら 2002、Wotton ら 2005)。

The European Association of Palliative Care(EAPC,2012)は、緩和ケアを「積極的なトータルケアを根治治療に反応しない疾患を持つ患者に提供する」と定義している。Brannstrom ら (2010) は、多くの医療者が、患者が緩和ケアステージなのか、経過を改善するための治療を受けている時期なのかの違いを明確にするのが難しいことを示した。

予後予測 予後予測が出来れば、緩和ケアへのアクセスが改善する？適切な指標か？

終末期心不全の予後予測ツールは、緩和ケアへのアクセスを良くし、心不全患者の治療の計画と実施を支援する (Yager and Rogers,2005; Gott ら 2007 ; Adler ら 2009)。

いくつかの心不全進行度の指標 ; Cardiopulmonary exercise , maximal oxygen consumption (Yager and Rogers 2005) 表 1

表 1 心不全進行度の指標

- ・ 高齢
- ・ NYHA クラス 3 また 4
- ・ BMI 低下
- ・ うっ血の兆候
- ・ 頸静脈圧上昇
- ・ 第 3 心音
- ・ 収縮期血圧低下
- ・ 頻脈
- ・ 糖尿病
- ・ 腎機能低下
- ・ 抑うつ
- ・ COPD
- ・ 虚血疾患
- ・ 心筋梗塞の既往

Adapted from McMurray 2012

The Seattle Heart Failure Model(Washington 大学 2006)は、心不全患者の死亡リスクを見るための多変量モデルである。このモデルは、正確に心不全患者の生存率を予測できる (Adler ら 2007 ; Levy ら 2010) そして、薬剤の使用についても組み入れることが出来る。これは、患者教育に予後を考え薬の使用についての意味を加える。モデルは、患者とのオープンな end-of-life-care の話し合いによるカウンセリングの助けになる可能性があります (Levy ら 2010)。

しかしながら、The Seattle Heart Failure Model が一定期間 (1~5 年) における死亡のリスク予測に焦点当てている一方、それらは医師により、患者が安定期から不安定期になり、終末期心不全となり、緩和ケアに紹介することが望ましい時期であることを認識するのには役だっていない。

Jaarsma ら (2009) によると、医師はヘルスステータスの低下を明らかにするのに複雑なスコアリングよりシンプルな臨床的洞察力を通常使用する。このアプローチは、the Gold Standards Frameworkでも繰り返される。

これは、心不全の終末期であることを認識する3つのプロセスである。

第一は、医師に「もし、この患者が来年に亡くなったら、驚きますか？」とサプライズで質問する。

第二に、医師は、一般的な臨床サイン、継続する治療が必要な身体、精神的な症状の有無や入院の繰り返しをアセスメントする。

第三に、特殊な心不全の兆候（安静時の息切れの悪化など） NHS 2004.

the Gold Standards Framework は、終末期疾患にある患者を認定し、その他の予測ツールと指標は死亡のリスクを明らかにする、これらは、終末期に向かいつつある患者の変化の情報の不足とどこが事前の対策を立てるのに最適かに関連する（Goodlin 2004）.

ツールはこのステージ前の患者のニーズを明らかにし、健康状態の悪化を予測できる。

進行を確認する能力は、緩和ケアへのアクセスを伴った実践に重要である（Levy ら 2005）

コミュニケーション不足緩和ケアについての情報が伝わらない。医療者、患者双方の否認

心不全の予測できない自然経過は、患者の望みがヘルスケアのアウトカムに反映されないことを示している（Selman ら 2007、Harding ら、2008、Chattoo ら 2009）

それは、多くの患者は治療を希望し、病院の外で亡くなることがまれであることを示している。心不全患者は、選択して、まれにしか緩和ケアを受けていない。

Selman らは、医療者と患者の見通しが終末期にまつわる出来事において、コミュニケーション不足があることを示している。それは心不全患者が緩和ケアを受けるかどうかについて、大きなインパクトを与えている。

医師へのインタビューを通して、Brannstrom ら（2010）は、心不全患者では緩和ケアがまれにしか、話題にならないことを明らかにしている。

いくつかの研究では、患者が話題にしない限り、希望をなくすからという理由で進行状況について、医療者が話題することはしないことを明らかにしている（Hanratty ら 2002 ; Brannstrom ら 2010）

コミュニケーション不足は、医療者と患者双方の否認に関連している。多くの心不全患者は、自身の悪い状態に気づかず、生命が脅かされる疾患と共に生きていることを彼ら自身が考えていない（Wotton ら 2005 ; Andrew and Seymour ら 2011）

Wotton ら（2005）は、多くの医療者はこの誤った認識を修正せずにケアや治療に焦点をあてるようにしていることを見つけた。Hanratty ら（2006）は、これは医療者、特に心臓専門医がもし、心不全がシリアスな状況であることを告げると患者が彼らに対する信頼を失うのではないかと恐れているからではないかと示唆している。**\*がん患者にも通じるかな。**

適切な情報提供とコミュニケーション

すべての患者は、良い end-of-life-care を受ける権利を持つ（DH,2008）そして、これには、早期からのオープンなコミュニケーションが必要である。各々の患者は、自身の状

態についての十分な知識、進行状態、どのような治療が受けられるのか知る権利がある。  
The Royal Colledge of Physicians(1997)、the American Colledge of Cardiology、the American Heart Association(2001)は、適切な情報提供とコミュニケーションについてガイドラインを作成した。

その他の効果的なコミュニケーションの要素は、アドバンス・ケアプランを予後予測ツールの使用と **end-of-life frameworks** と共に使用する。そしてこれらを通常のケアに統合していくことである (Jaarsma ら 2009)

### まとめ

この 50 年で心不全患者の生命予後は改善してきているが、まだ高齢者では十分ではない。緩和ケアはこれらの患者の **end-of-life-care** の質を維持するためのメカニズムを提供する。看護師は、心不全患者に対する緩和ケアの重要性と意味に気づき、ケアパスを提供すべきである。それには、緩和ケアと心不全マネジメントの教育の開発が必要であり、治療の方策についてもオープンなコミュニケーションがチーム内外で必要とされる。最も重要なのは、患者と早期に病気の進行についてと先を見据えた患者中心の **end-of-life-care** の計画を話し合うことである。

### Key points

- ・緩和ケアは悪性疾患患者のみのサービスではない、心不全のような生命予後に制限のある疾患に広範囲に使用されるべきである。
- ・緩和ケアにまつわる十分な知識と何が心不全によって生じているのか、その局面に対して患者の身体的・心理的 **well-being** を向上させるケア提供。
- ・心不全の予後予測モデルの使用は、適切なケアプランにより、ニーズが満たされることを保証し、実行されることを可能にしている。また、いつ緩和ケアを診療プランに含めるかを決めるにも役立つ。
- ・コミュニケーションは、心不全患者に緩和ケアを紹介するためのキーとなる。効果的なコミュニケーションの知識とスキルなしでは、低い **QOL** でこのグループの患者を過ごさせることになる。

### 感想

早期からの緩和ケア導入を推奨している文献ではあるが、内容は、**end-of-life-care** と緩和ケアが結びついている内容となっている。

しかし、現状から考えるとまず、終末期の身体的苦痛の緩和を少しでも早くから取り組めるようにすることから始めてみるのが、早期からの緩和ケア導入につながる一歩かなと考える。