

編集 **河野 隆志**  
杏林大学医学部  
循環器内科学 臨床教授

# レジデントのための 心不全 マネジメント

心不全患者数の急激な増加に伴い、循環器専門医だけでは対応しきれなくなる未来が迫っています。近い将来、若手医師であっても心不全のマネジメントをより主体的に担わなければならないはず。来るべき未来に備えて、心不全に関する基礎知識を押さえましょう。

**最終回** **心不全緩和ケアを考える**  
今回の執筆者 **河野 隆志** 杏林大学医学部循環器内科学 臨床教授

“緩和ケア”という言葉に、どのようなイメージを皆さんはお持ちですか？がんを対象として発展してきたので、“心不全の緩和ケア”と聞いてもピンとこない方がまだいるかもしれません。実は、緩和ケアは心不全診療ガイドラインでclass Iとして推奨され<sup>1)</sup>、一定の条件を満たす末期心不全では診療加算の算定が可能です。心不全マネジメントにおける緩和ケアは、通常診療からの撤退でもなければ、看取のためだけのものでもありません。緩和ケアは、患者さんの苦痛を和らげQOLの改善をめざす前向きなアプローチであり、心不全の通常診療・ケアと統合しながら提供されるべきものとされています。多岐にわたる心不全マネジメントを紹介してきた本連載ですが、最終回は緩和ケアを取り上げます。

## いつ、誰が行う？

現場でしばしば遭遇するのが緩和ケアのタイミングに関する問題です。「緩和ケアチームに依頼しては？」「まだ緩和ケアを導入するタイミングではない」と議論になります。心不全は、長期にわたって入院を繰り返しながら最期は比較的急速に増悪することが多く<sup>2)</sup>、終末期の判断が難しいことが、この議論の根底にあります。一方で、心不全患者の身体的・精神的な苦痛症状、社会的問題、スピリチュアルな側面の問題は、終末期に限定して生じるわけではありません。そのため積極的な心不全治療と同時に緩和ケアを提供し、病状の進行に伴って緩和ケアの比重を増やしていくマインドスイッチが必要です（図1）<sup>3)</sup>。

ところで、心不全緩和ケアは誰が実践するのでしょうか。実は、緩和ケアを専門としない医療者の役割がとても重要で、このかわり方は基本的緩和ケ

アと呼ばれています。他方、非専門家には難しい症状管理や意思決定支援の問題など、複雑な問題に対処する必要がある段階では、緩和ケア専門家に主導していただく専門的緩和ケアが必要になります<sup>4)</sup>。ここでは、基本的緩和ケアの重要な構成要素であるアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）と基本的な症状緩和の方法を紹介します<sup>5)</sup>。

## 双方向性のコミュニケーションをバランス良く行う

ACPは“患者が自分で意思決定ができなくなった場合の将来的な医療について、医療・ケアチームと患者、家族または代理意思決定者間で継続的に話し合う、患者およびケア提供者との間で行われる自発的なプロセス”とされています<sup>6)</sup>。より良いエンドオブライフに関する意思決定を支援し、患者さんの意向が尊重されたケアの実践を促します。重要なことは、医療者からの情報提供と患者さんの希望・価値観の表出がバランス良く行われ、双方向性のコミュニケーションとなることです（図2）<sup>7)</sup>。心不全の予後推定が難しいことも伝えながら、患者さんが情報をどう知りたいかも確認した上で対話を進めます。患者さんの価値観や目標を共有し、急変時の蘇生処置や機械的サポートに対する希望、今後の療養先について話し合います。「人工呼吸器を使用するか？」「DNARをどうするか？」「どこで最期を過ごしたいか？」の結論を出すことに注力してしまい、患者さんの病状把握や価値観に対してわれわれの理解がおざなりになってしまわないように注意が必要です。こうしたコミュニケーションを通じたACPは多職種チームで行い、必要に応じて事前指示書を作成します。この



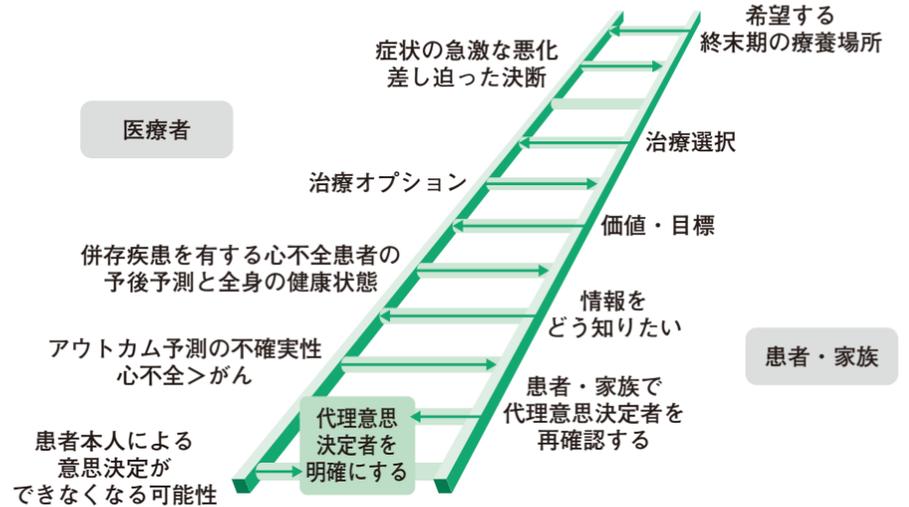
●図1 心不全の緩和ケアの提供モデル（文献3より一部改変して転載）

その情報、正確に伝わっていますか？

## 外来・病棟・地域をつなぐ ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

編集 **小坂 鎮太郎**  
**松村 真司**



●図2 アドバンス・ケア・プランニングの構成要素（文献7より一部改変して転載）

内容はその後に変更可能であることを伝え、臨床経過に変化があった際は、その都度繰り返し話し合い、患者さんの意向を確認する必要があります。終末期の診療・ケアの選択をご家族に確認した経験は、誰もが持っていると思います。患者さんの価値観を十分に共有できていない場合、代理意思決定を迫られた家族が悩むことはまれではありません<sup>8)</sup>。患者さんと家族の間で治療選択に対する考えが異なる場合もあり、こうしたギャップに早く気づくためにも、ACPを通して、患者さんの考えを皆で共有することは重要と考えられています。

## 緩和ケアニーズを拾い上げるために

症状緩和の第一歩は、患者の緩和ケアニーズに気付くことで、包括的かつ効率的な評価が重要です。時に、患者さんの苦痛に対して医療者間で認識が異なることを経験します。苦痛は主観的なものですから、患者さん自身に記載していただく質問票の回答を踏まえてチームで議論するのが良いでしょう。苦痛の評価法にはさまざまなツールがありますが、IPOS (integrated palliative care outcome scale) は、①身体症状、②不安や心配・抑うつ、③スピリチュアリティ、④患者と家族のコミュニケーション、⑤病状説明の十分さ、⑥経済的・個人的な気がかりへの対応から構成され、症状だけでなく社会的側面・スピリチュアルな側面も含め評価できます。日本語版は無料でダウンロード (<https://plaza.umin.ac.jp/pos/frame.html>) できますので、ぜひ活用してみてください。

末期心不全の主要な症状には、呼吸困難、倦怠感、痛み、食欲不振、抑うつ・不安などがあります<sup>9)</sup>。ここでは、最も良く経験する呼吸困難の対処方法を取り上げます。正確な心不全の病態把握は最重要で、利尿薬、血管拡張薬、強心薬などを投与しますが、治療抵抗性の呼吸困難をしばしば経験します。その際は、少量のモルヒネなどのオピオイドの有効性が報告されています<sup>6)</sup>。オピオイドは呼吸困難だけでなく、疼

痛や不安に対しても効果があり、頻呼吸を伴う場合は特に有効です。併せて、便秘や悪心、せん妄などの副作用対策も大切です。高齢者や慢性腎臓病を伴う際には、腎代謝であるモルヒネを使用する場合は過量投与に十分な注意が必要です。少量から開始し、症状や呼吸回数をみながら適宜増量しましょう<sup>6)</sup>。

ここでは、心不全における基本的緩和ケアのごく一部を紹介しましたが、もっと詳しく知りたい方には、心不全緩和ケアトレーニングコース(HEPT, <http://hept.main.jp/>) がお勧めです。eラーニング化されて受講しやすくなっていますので(医師対象、費用無料)、参加を検討されてはいかがでしょうか。

**Take-home message**

- 心不全の通常診療・ケアと緩和ケアを統合することで、早期からの緩和ケアをめざす。
- ACPを通して、患者さんの価値観を踏まえたエンドオブライフの意思決定を支援する。
- 緩和ケアニーズをIPOSで包括的に評価し、患者さんのQOL改善をめざす。

### 参考文献

- 1) Circ J. 2019 [PMID: 31511439]
- 2) JAMA. 2001 [PMID: 11180736]
- 3) Heart. 2002 [PMID: 12213799]
- 4) J Am Coll Cardiol. 2017 [PMID: 28982506]
- 5) Cardiovasc Res. 2020 [PMID: 31386104]
- 6) Circ J. 2021 [PMID: 33775980]
- 7) JACC Heart Fail. 2015 [PMID: 25543973]
- 8) J Cardiol. 2022 [PMID: 34815135]
- 9) N Engl J Med. 2015 [PMID: 26287850]

### 編者の言葉

“心不全マネジメントに興味を持ってもらいたい”という思いから企画した連載でしたが、無事最終回を迎えることができました。執筆いただきました先生方、辛抱強くサポートいただきました編集部の皆さま、最後までお付き合いいただきました読者の皆さま、本当にありがとうございました。読者の皆さまには、できればこの連載を通しての学び・気付きを、心不全マネジメントにまだなじみのない他の人たちにも伝えてほしいなと思っています。皆さまの周囲に、心不全マネジメントを主体的に担う仲間が一人でも多く増えることを願っています。

大きな変更点がありますか?—「はい」プラマニユはいつも現場の変化とともに

**新刊** **感染症プラチナマニユアル Ver.8 2023-2024**

▶感染症診療に必要なかつ不可欠な内容をハンディサイズに収載。必要な情報だけに絞ってまとめ、臨床における迷いを払拭する。新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の記述を大幅に刷新。新規ガイドライン(敗血症など)、臨床に直結する新旧の主要論文約150本の情報を更新するなど、Dr.岡+新たな執筆協力者27名の布陣による大改訂。全体で約40ページ増。既刊『ASM臨床微生物学プラチナレファランズ』と『微生物プラチナアトラス』とリンク継続。拡大版(Grande)も同時発売。若手・ベテラン問わず、医師・ナース・コメディカルのみならず。

著: **岡 秀昭** 埼玉医科大学教授/総合医療センター病院長補佐/総合診療内科運営責任者/感染症科・感染制御科運営責任者

定価2,530円(本体2,300円+税10%)  
三五変 頁636 図9 2023年  
ISBN978-4-8157-3073-4

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp