

# 心不全の緩和ケア

杉本隆一 加藤美紀

## 緩和ケアの定義

- **生命を脅かす疾患**による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである。

# 心不全緩和ケアの対象

## 心不全の末期状態(END-STAGE)

「最大の薬物治療を施しても治療困難な状態」

## 終末期(END-OF-LIFE)

「繰り返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近にせまり、治療の可能性のない状態」

\* 引用、急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)、P112

# 心不全緩和ケアの対象

## 心不全末期状態

- 1.適切な治療を行っても
- 2.慢性的な心不全症状を訴え、点滴薬物療法が頻回に必要
- 3.6カ月に1回以上の入院や低いLVEF(左室駆出率)
- 4.終末期が近いと判断される

\* 引用、急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)、P112

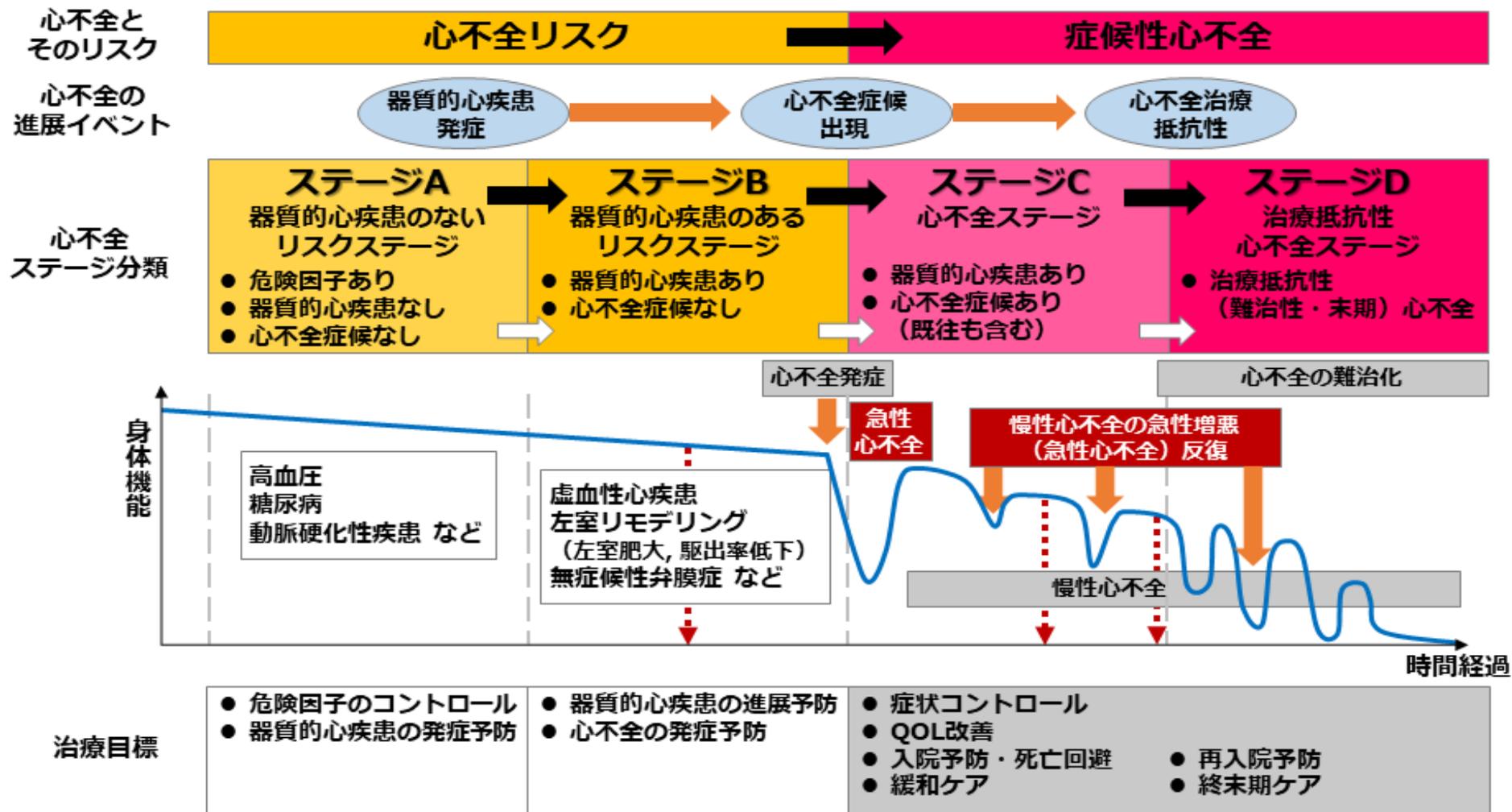
## 緩和ケアの導入時期

- 緩和医療と終末期医療は同義ではなく、緩和ケアは終末期からされるものではない
- 心不全が症候性となった早期の段階から実践すべきであり、早期の段階からアドバンスケアプランニング(ACP)を実施し、また多職種チームによる患者の身体的、心理的、精神的なニーズを頻回に評価することが重要である

# ACPとは

- 意思決定能力が低下する前に、患者や家族が望む治療と生き方を医療者が共有し、事前に対話しながら計画するプロセス全体のこと
- 終末期に至った際に、納得した人生を送ってもらうことが目標

# 心不全の重症度ステージ



# 症例紹介

- 症例 高齢女性
- 診断名 拡張型心筋症 完全房室ブロック 慢性腎不全
- 家族構成 夫と二人暮らし
- 在宅サービス 要介護度1 配食サービス 職業リハビリテーション  
福祉用具(電動ベッド)貸与
- 自宅療養を強く希望している

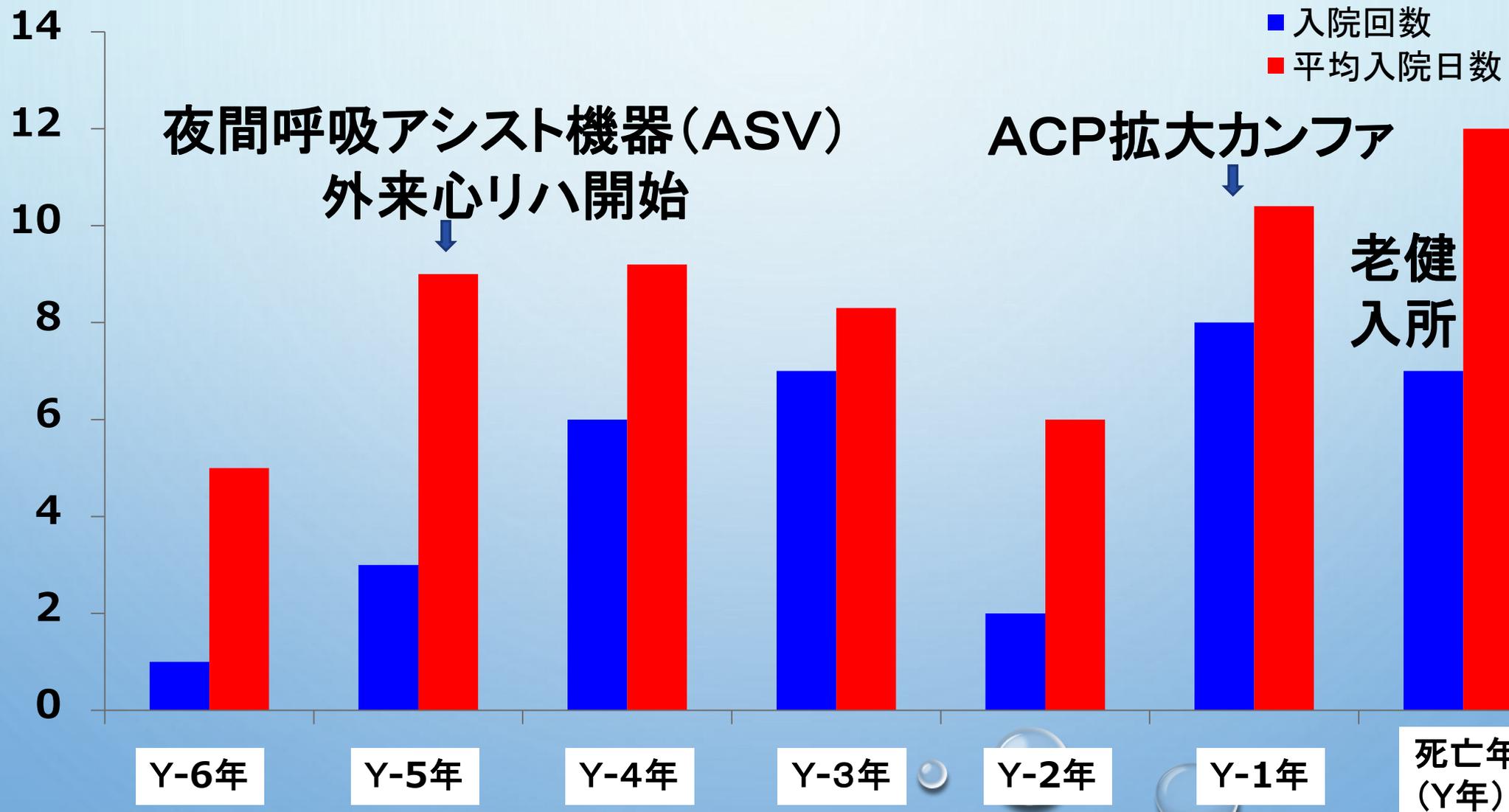
# 現病歴 1

- 平X年 完全房室ブロックに対しペースメーカー植え込み
- 平X+7年 拡張型心筋症(DCM)と診断
- 平X+11年 ペースメーカーを心臓再同期療法(CRT)へアップグレード
- 平X+21年 左室駆出率(LVEF)が10~20%と低下  
慢性心不全増悪で頻回に入退院を繰り返す

## 現病歴 2

- 平X+22から死亡までの4年間 平均入院回数 5.8回/年
- 平X+25年 再入院までの平均日数 14.5日
- 平X+25年 入院時平均BNP値 1179.8
- 平X+23年より電子カルテ付箋で「検査結果を待たずに状態に応じて早急にNPPV装着」と表示し、搬送時の初期対応を周知した
- 入院時初期治療 マスク陽圧人工呼吸(NPPV)装着、ドパミンとドブタミン(DOA・DOB) ニトログリセリン(NTG) フロセミド静注

# 年度別経過



## 入院回数 8回/年

### IC

「今後、薬に反応しない状況が近々に来るかもしれない。心不全による死亡と不整脈による死亡の2通りが考えられる。今後も現行治療は変わらない。」

### 患者・家族の反応

「今後は延命につながる治療はしない。緩和主体で考えていく」ことに同意

## 介入内容

<拡大カンファレンス>



- ・訪問看護:2回/週
- ・外来通院は待ち時間が短い午後に変更
- ・外来受診時はヘルパー付添い

<夫が入院・OPE>



- ・退院時は老健入所

<入院中 心不全再燃>



- ・夜間➡可能な限り終日ASV装着

# 介入内容

<点滴ライン確保困難>



・CVポート造設

<在宅療養希望>



- ・外来カテコラミン点滴  
通院開始
  - ・試験外泊  
2回目の外来通院時に再入院
- 
- ・外来カテコラミン点滴  
通院2 ➡ 3回/週に変更

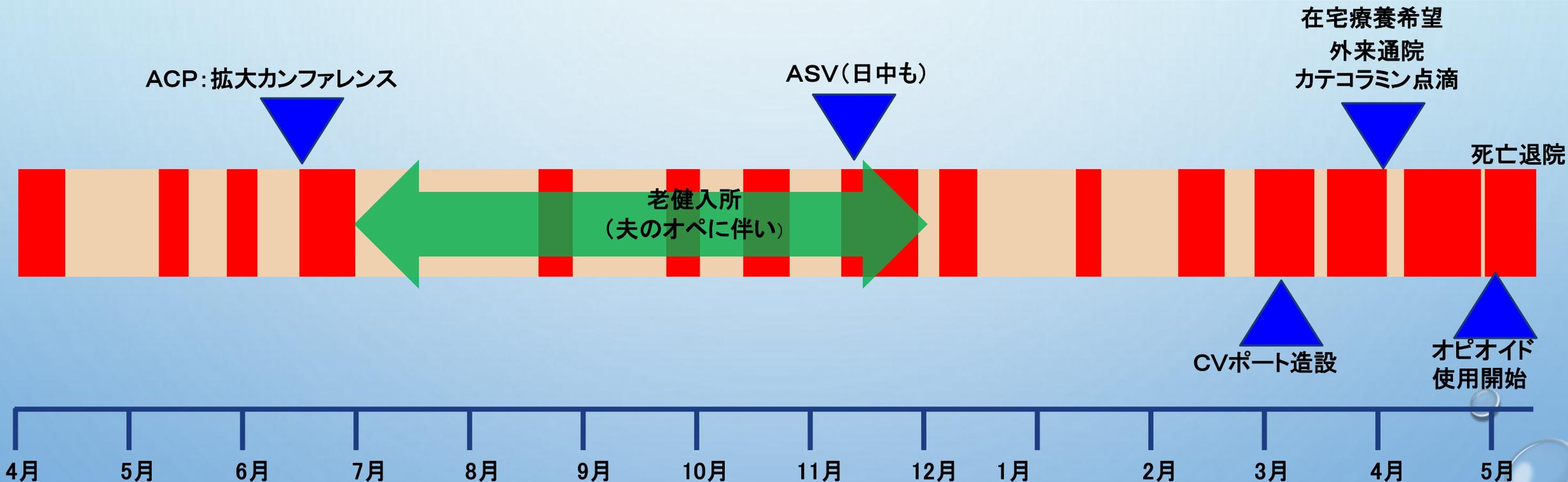
<死の不安の訴え>



- ・傾聴
- ・症状への対応
- ・スタッフ間情報共有
- ・環境配慮

# 入院日数と 再入院までの日数

■: 入院期間   ■: 外来通院期間  
■: 老健入所中



- 死亡-11日 肺炎契機に入院 NPPV DOA/B NTG フロセミド投与
- 死亡-6日 呼吸状態改善なし

夫にIC ➡ **緩和ケアに移行の同意を得る**

<介入>

夫は希死念慮の発言があり、精神的に不安定な面があり

➡ **担当ケアマネージャー・姉に連絡をする**

・死亡-8日 呼吸困難感増悪あり

塩酸モルヒネ投与開始

投与方法: 持続皮下注射

塩酸モルヒネ(10mg) 2A

ハロペリドール(5mg) 1A

生食 7ml

(2mg/ml) 0.1ml/Hr

- 死亡-5日 呼吸困難増強あり、麻薬0.1 → 0.2mL/Hr増量する

JCS I ~ II

- 死亡-3日 四肢振戦出現あり、ハロペリドール中止する

振戦持続するため、ホリゾン投与する

- 死亡-2日 VT頻発、JCS III 全身性けいれん出現ありホリゾン投与
- 死亡-1日 最高血圧70台 無呼吸出現する
- 死亡日 VT → Vf移行 呼吸停止 死亡退院

# 症例を通して学んだこと

- 患者とスタッフと信頼関係構築ができていた
- 患者の意向（在宅療養希望）が明確だった
  - ➡ 在宅の場を中心に、さまざまな手段を検討・介入することができた
- 事前に「緩和に移行」することの了承を得ていた
  - ➡ 麻薬導入がスムーズにできた＝早期に患者の身体的苦痛緩和ができた

# 心不全緩和ケアへの課題

- 最期の迎え方を話し合っていない
- 意思決定支援
- 代理意思決定者の選定とグリーフケア
- チーム構成と連携
- 循環器緩和医療の診療報酬化
- 緩和ケアの啓発・教育・システム作り

# 当院での心不全緩和ケアへの取り組み

- 心不全緩和ケアチームの発足（H30.1）

心不全緩和ケア運用マニュアル作成着手、グループ決定



- 心不全緩和ケア運用マニュアル作成中（H31.1）

がん緩和ケアチームとの連携（心不全緩和ケア加算に向けて）

## 最後に

- ACP: いつ、誰が、誰に、どのように
- 多職種間の連携
- 地域連携（地域のスタッフとも連携）

今後も連携について  
ご協力をお願いいたします

