

# 注目！がん看護における最新エビデンス

## 心不全患者に対する緩和ケア

Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. J. Am. Coll. Cardiol. 2017; 70 (15) : 1919-1930.

緩和ケアと言うと「がん」というイメージが強いと思います。これは、我が国の緩和ケア病棟や緩和ケアチームなどの診療報酬がほぼ「がん」のみの算定であったからであり、海外では疾患を問わず適用されています。

ここ数年、厚生労働省は、心不全患者に対する緩和ケアの適用を国の医療制度に取り入れる動きを始めました。具体的には「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」で「がん等」と非がん疾患、特に心不全を中心に循環器疾患に対する緩和ケアの拡大が議論され、検討会の下に「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」が作成され議論が進められています（※これらの資料や議事録は、厚生労働省のホームページから見ることができます）。また、がんでしか算定できなかった緩和ケア診療加算も、平成30年度診療報酬改定により心不全の患者に対しても算定する方向で調整が進んでいます。

前置きが長くなりましたが、今回紹介する論文は、心不全に対する緩和ケアのあり方について、過去の研究成果をまとめて今後の方向性を検討した米国心臓学会誌のレビュー論文です。著者のKavalieratosは、2016年にがんも含めた過去の実施された緩和ケアの有効性を検証したランダム化比較試験の系統的レビューをJAMA誌に発表しており<sup>1)</sup>、本論文で



宮下光令 教授

東北大学大学院 医学系研究科  
保健学専攻 緩和ケア看護学分野

みやしたみつりのり: 1994年3月東京大学医学部保健学科卒業。臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

は、その後の知見も含めて循環器疾患に対するランダム化比較試験をレビューしています。

本論文では、過去の研究をもとに、心不全における緩和ケアのあり方を図のように示しています。がんと大きく異なるのは、心不全に対する治療が重要で、それが症状の緩和などにつながることで（図-a）。そして、図-bのように緩和ケアを並行して実施することを提案しています。

本書の読者の方はすでにご存じだと思いますが、緩和ケアは、病棟や在宅ケアにおける主治医や看護師が提供する基本的緩和ケアと、緩和ケアチームなどの多職種からなる専門家が提供する専門的緩和ケアに整理されます。図のとおり、心不全の緩和ケアにおいては、まず主治医や看護師が提供する基本的緩和ケアがメインになります。そして、患者・家族が抱える問題が複雑または重度な場合には、緩和ケア専門家にコンサルテーション・紹介を行います。多くの施設では心不全の緩和ケアの専門家チームを組織することは難しいでしょう。そのような場合は、今までがんを中心に診察してきた緩和ケアの専門家と協力していくことが現実的だと思います。また、緩和ケアの専門家から心不全の専門家に逆にコンサルテーションし、専門家チームによって質の高い緩和ケアを追求することも重要だと思います。

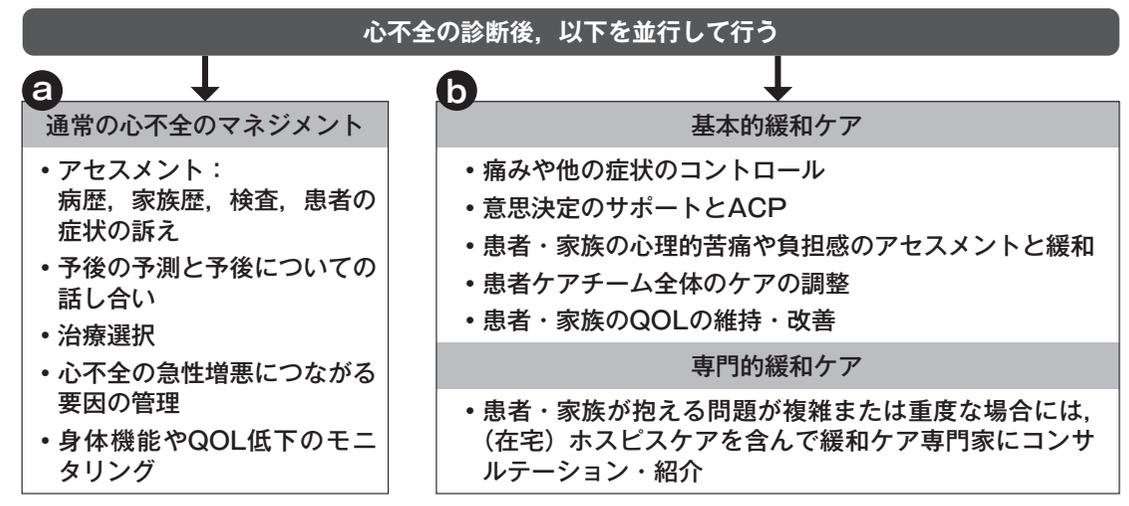
表は、心不全に対して過去に実施されたラ

《表》ランダム化比較試験の概要と主たる結果

| 研究                              | セッティング            | 対象   | 介入群  | 対照群             | 主たる結果<br>(有意に改善した項目)   | 主たる結果<br>(有意差がなかった項目)               | 研究の質 |
|---------------------------------|-------------------|--|--|-----------------|--|-------------------------------------|------|
| Hopp (2016) <sup>2)</sup>       | 入院<br>(アメリカ)      | 急性心不全患者、1年以内の死亡リスク33%以上、NYHA分類Ⅲ～Ⅳなど。平均年齢68歳。             | 多職種専門家チームによるコンサルテーション、診察、症状アセスメント、ケアのゴールや治療後の療養場所、ACP (n=43)                         | 通常ケア<br>(n=42)  |  | ホスピスの利用<br>ACP<br>6カ月死亡率            | 低    |
| Sidebottom (2015) <sup>3)</sup> | 入院<br>(アメリカ)      | 急性心不全患者。平均年齢73歳。   | 多職種緩和ケア専門家チームによるコンサルテーション、身体・心理症状のアセスメント、スピリチュアルケア、社会的ケア (n=116)                     | 通常ケア<br>(n=116) | QOL (MLHFQ)<br>症状 (ESAS)<br>6カ月以内のACP<br>抑うつ (PHQ-9)                             | 6カ月死亡率<br>30日以内の再入院<br>6カ月以内のホスピス利用 | 低    |
| Rogers (2017) <sup>4)</sup>     | 外来<br>(アメリカ)      | 1年以内に心不全で入院した患者、6カ月以内の死亡リスク50%以上、ESCAPEスコア4以上など。平均年齢71歳。 | ナーズプラクティシヨナー主導の多職種緩和ケア専門家チームによる、通常の心不全マネジメントに併用した身体・心理症状のマネジメント、スピリチュアルケア、ACP (n=75) | 通常ケア<br>(n=75)  | QOL (KCCQ)<br>QOL (FACIT-PAL)<br>抑うつ (HADS)<br>不安 (HADS)<br>スピリチュアリテイ (FACIT-Sp) | 6カ月死亡率<br>心不全に関連した再入院               | 高    |
| Brannstrom (2014) <sup>5)</sup> | 在宅ケア<br>(スウェーデン)  | NYHA分類Ⅲ～Ⅳなど。平均年齢79歳。                                     | 在宅での重点的な心不全のマネジメント、多職種チームによる緩和ケアサービス (n=36)  | 通常ケア<br>(n=36)  | QOL (EQ5D)<br>再入院率<br>NYHA改善率  | 症状 (ESAS)<br>6カ月死亡率<br>医療費          | 高    |
| Wong (2016) <sup>6)</sup>       | 在宅ケア<br>(香港)      | 進行心不全。平均年齢78歳。   | 緩和ケアを専門とする訪問看護師の訪問、電話対応 (n=43)   | 通常ケア<br>(n=41)  | 症状 (ESAS)<br>QOL (McGill)<br>ケア満足度   | 再入院率                                | 高    |
| Bekelman (2015) <sup>7)</sup>   | 基本的緩和ケア<br>(アメリカ) | 心不全でQOLや生活機能が低い、症状が悪い患者。平均年齢68歳。                         | 心不全に対する多職種ケアと電話による患者のセルフケアのサポート (n=187)  | 通常ケア<br>(n=197) | 1年死亡率<br>抑うつ (PHQ-9)   | QOL (KCCQ)<br>再入院率                  | 不明   |

ACP: Advanced Care Planning アメリカにおけるホスピスは、通常「在宅ホスピス」を意味する。

## 《図》心不全患者に対する緩和ケアのあり方



ンダム化比較試験の結果をまとめたもので  
す。入院や在宅ケアなどセッティングや対象  
患者，対象数，介入方法などがさまざまで一  
貫した結論を出すことは難しいですが，それ  
でも多くの研究でQOLや身体・心理症状の  
改善が見られています。全体的に見て，心不  
全の患者に対する緩和ケア・アプローチが有  
効であると言えます。

紙面の都合上，本稿ではご紹介できません  
が，本論文では，個々の症状や状態において，  
基本的緩和ケア，すなわち病棟や在宅ケアに  
おける主治医や看護師がどのような対応を  
し，どのような場合に緩和ケア専門家にコン  
サルテーション・紹介するべきかという基準  
も具体的に示されています。

今後，我が国においても，心不全以外の循  
環器疾患，脳卒中，その他の非がん疾患に緩  
和ケアが拡大していくことが期待されます。  
そのためには，基本的緩和ケアの考え方を非  
がん疾患の主治医や看護師が身につけるこ  
と，緩和ケアの専門家はがん以外の疾患に対  
する緩和ケアの知識や技術を身につけること  
などが必要でしょう。そして，死亡直前では

なく，完全な回復の見込みが難しいと思われ  
た時点から，その後の治療計画（ACP）も含  
めて基礎疾患の治療と並行して「早期からの  
緩和ケア」が提供されるべきだと思います。

### 引用・参考文献

- 1) Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes : A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2016 ; 316 (20) : 2104-2114.
- 2) Hopp FP, Zalenski RJ, Waselewsky D, et al. Results of a Hospital-Based Palliative Care Intervention for Patients With an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure. J. Card. Fail. 2016 ; 22 (12) : 1033-1036.
- 3) Sidebottom AC, Jorgenson A, Richards H, Kirven J, Sillah A. Inpatient palliative care for patients with acute heart failure : outcomes from a randomized trial. J Palliat Med. 2015 ; 18 (2) : 134-142.
- 4) Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, et al. Palliative Care in Heart Failure : The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. J. Am. Coll. Cardiol. 2017 ; 70 (3) : 331-341.
- 5) Brannstrom M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER : a randomized controlled study. European journal of heart failure. 2014 ; 16 (10) : 1142-1151.
- 6) Wong FK, Ng AY, Lee PH, et al. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure : a randomised controlled trial. Heart. 2016 ; 102 (14) : 1100-1108.
- 7) Bekelman DB, Plomondon ME, Carey EP, et al. Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study : A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2015 ; 175 (5) : 725-732.