

第1回ワーキンググループにおいて出された意見

【ワーキンググループにおける対象疾患について】

- 本ワーキンググループで議論する対象については、基本的に心不全にしぼって議論する方向で良いのではないか。

【心不全患者における苦痛について】

- 心不全における疼痛は、局所的な痛みという典型的な疼痛ではなく、「身の置き所がない痛み」と表現されたり、倦怠感等の別の症状として表現されたりすることが多いのではないか。
- 血行動態の変化や浮腫に伴う疼痛の場合もあるのではないか。原疾患の治療による、うっ血や血行動態の改善に伴い、疼痛症状が改善するケースもあるように思う。
- 日本人での心不全の疼痛に関するエビデンスは少ないかもしれない。感覚としては海外の文献ほど多くはない印象はある。
- 心不全における麻薬や鎮静剤の使用については、他の治療で苦痛が十分のコントロールできないケースで必要となる。対象となる苦痛は、疼痛よりは呼吸困難が中心ではないか。心不全における緩和ケアにおいて、40%程度は麻薬が必要な印象がある。

【心不全患者における緩和ケアの概念について】

- 緩和ケアおよび心不全の正しい概念を、患者やその家族、医療従事者等の関係者間で共有することが重要ではないか。
- 緩和ケアの正しい概念の共有に当たっては、がん以外も対象疾患となりうること、原疾患の治療と並行して提供されるものであり、原疾患の治療法が無くなった段階で切り替わって提供されるものではないこと、様々な苦痛がケアの対象になり得ること、疾患の初期の段階から提供できるケア内容も含んだ概念であること、といった観点の共有が重要ではないか。
- 心不全の正しい概念の共有に当たっては、心不全の経過の特徴、心不全において必要とされる緩和ケアや提供方法といった観点の共有が重要ではないか。
- このような、緩和ケアを含めた心不全に代表される循環器疾患の正しい概念を共有するための方法について検討する必要があるのではないか。
- 患者やその家族が、緩和ケアおよび心不全の正しい概念を共有するための方法の検討に当たっては、医療従事者からの説明に加えて、同じような立場の人とのコミュニケーションの場についての検討も必要ではないか。このような観点からは、がん拠点病院における情報共有の場としての患者相談サロンの取組が参考になるのではないか。

- 医療従事者等が、緩和ケアおよび心不全の正しい概念を共有するための方法の検討に当たっては、研修や教育の機会の場の検討や緩和ケアや循環器疾患に関する専門的な相談が可能な連携体制の検討が重要ではないか。

【心不全の疾患特性について】

- がん患者は、治療をうける段階ではまだADLが保たれていることが多いが、心不全患者は、症状が出現し治療をうける段階から、ADLに支障が出てくることが多いのではないか。
- 病期が進行した心不全患者や高齢心不全患者は、心不全以外に腎機能障害、肺疾患、認知症などの複数の併存症を有していることが多く、また、これらの併存症が誘因となって、心不全の悪化を来すことも多い。そのため、このような併存症を有する心不全患者に対する緩和ケアを検討するに当たっては、心不全の管理、緩和ケア、全身管理をバランスよく行っていくことを検討する必要があるのではないか。
- 心不全は増悪と寛解を繰り返しながら、徐々に悪化していくことが特徴である。増悪時は急激に悪化することも多く、症状の改善のために急性期の専門的な集中的治療が必要とされることが多い。一方、がんにおいて急激に悪化する場合は、最終段階となってからのことが多く、積極的な急性期治療を行わない方針となっている事が多いのではないか。
- 増悪時の疾患の特性上、心不全においては、最終段階でも症状の改善のために、急性期の集中的治療が選択肢にあがりうる。しかしながら、高齢心不全患者等に対してどこまで集中的治療を提供するべきかについては、明確な基準は無く、患者の意向を反映した対応となっていないこともあるのではないか。患者の意向を反映した対応を行うためには、医療者と患者・家族が、疾患の特性、疾患の状態、患者の意向、患者の価値観等を十分に共有し理解することが重要ではないか。
- 心不全症状の寛解後は、再増悪や重症化を予防するための日常生活における管理が重要である。しかしながら、症状が寛解しているため、患者は、心不全が完全に治癒したと解釈してしまうことも多いのではないか。そのため、再増悪や重症化の予防に当たっては、心不全の概念を患者と共有した上で、患者の自己管理をサポートすることが必要ではないか。また、このような自己管理のサポートが患者の苦痛の除去にもつながるのではないか。
- 上記の様な心不全の特性を踏まえると、緩和ケアのみ切り出して検討することは困難ではないか。心不全の管理全体の流れの中で、緩和ケアがどうあるべきかを検討するべきではないか。

【循環器疾患における緩和ケアの提供体制について】

- 緩和ケアの提供においては、多職種が連携しながら病院在宅間でメディカルスタッフが相談できるチーム体制が必要ではないか。また、心不全の緩和ケアでは、適切な自己管理が苦痛の軽減につながることから、包括的な管理・指導を行うことができる看護師が中心的な役割を担えるのではないか。
- 認定看護師や栄養士、薬剤師等、循環器疾患の専門的知識を有する人材については、十分整備されているとはいえない。循環器緩和ケアに関わるメディカルスタッフの人材育成について、学会等が連携して取り組む必要があるのではないか。
- がん患者は、治療を受ける段階では ADL は保たれていることが多いことから、拠点病院等を中心とする集約化された診療提供体制へのアクセスが問題になることは多くはない。一方、循環器患者は、発症後の早期から ADL が低下することも少なくなく、医療機関へのアクセシビリティが重要である。緩和ケアの提供においては、疾病特性の観点を踏まえながら、中小病院やクリニック等の地域が主体となって提供すべきではないか。
- がんでは、拠点病院等を中心とした緩和ケア提供体制は整備されているが、拠点病院以外においては、地域における医療資源の問題等があり、課題も多い。循環器疾患では、地域が主体となって診療を行っている背景があることから、緩和ケアの提供においても地域が中心的な役割を担えるのではないか。また、循環器緩和ケアにおける地域連携モデルが、がんにも応用できる可能性があるのではないか。
- 心不全は急性の増悪と寛解を繰り返すため、緩和ケアを提供する医療機関においては、急性期診療を提供している地域の基幹病院との連携が求められる。地域の基幹病院においては、寛解後の心不全患者に対して緩和ケアが適切に提供されるよう、地域の実情を踏まえた上で、在宅診療等を提供している総合医と連携することが重要ではないか。
- 心不全患者は高齢化が進んでおり、様々な合併症を有することから、同行訪問などによる在宅資源を共有することが重要ではないか。また、各疾病に対する専門的な判断が必要な際に相談できる、コンサルト体制も必要ではないか。
- 在宅における循環器緩和ケアの提供においては、非がん末期の患者に対して利用可能な医療資源について検討する必要があるのではないか。
- また、地域が主体となった提供体制の構築においては、地域における既存の取組が参考になるのではないか。
- がん患者サロンのように、循環器疾患においても情報共有や交換が行える場所を整備することが重要ではないか。
- このような背景を踏まえ、循環器緩和ケアの提供においては、地域における医療資源の実情を考慮しながら適切に提供されるよう、検討するべきではないか。

【その他の意見について】

- 心不全の在宅緩和ケアにおいては、介護保険が制限されていることが問題である。また、特別指示書の対象に非がん末期がないことも問題である。
- 地域からのコンサルトに対する、慢性心不全看護師による対応は、報酬の裏付けはなく、病院看護部の裁量で行っていることが多い。また、病院と在宅との連携においては、中小規模の病院が再入院等を支えているのが現状であり、評価されるべきではないか。