

6. 心不全患者の緩和ケア

柴田龍宏

(久留米大学医学部 内科学講座 心臓・血管内科部門)

心不全緩和ケアを取り巻く環境

心不全患者への緩和ケアの重要性・有効性の認識は年々高まっており、急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）¹⁾では、緩和ケアに関する高い推奨が示された（表1）。また、2018年度の診療報酬改定では一定の要件を満たした末期心不全患者（表2）に対し、緩和ケアチームによる診療が入院中に行われた場合に、緩和ケア診療加算の算定が認められるようになった。さらに2020年度の診療報酬改定では、外来や在宅など、

入院以外で緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアチームによる診療が行われた場合の外来緩和ケア管理料も追加となった。心不全の緩和ケアを取り巻く環境は新時代を迎えており、多くの施設がその取り組みを模索している最中であろう。

緩和ケアは、理想的には心不全の早い段階から開始し、病状の進行に応じてその比重を増やしていくモデルを構築していくことが望ましい²⁾。つまり、心不全ステージCの段階から入院予防・死亡回避を目的とした心不全の治療・ケアの提供と共に、QOLの最適化や症状緩和を目的とした多職種チームによる緩和ケアも行っていくことが重要である（図1）。われわれは心不全患者が緩和ケアを受けるべきかどうかという議論から脱却し、どうすれば心不全の疾患プロセスの早期から、緩和ケアと治療とを“統合”³⁾できるか？を考えるフェーズに移る必要がある。予後予測困難な心不全の病の軌跡を考えると、予後予測モデルによる予後の推定に重きを置くのではなく、心不全患者の緩和ケアニーズと症状を評価し、必要な時に必要な緩和ケアの提供を考えるアプローチのほうが、心不全治療と統合した最善な緩和ケアを提供するためには適切であると考えられる。

表1 終末期心不全における緩和ケアの推奨とエビデンスレベル

	推奨 クラス	エビデ ンスレ ベル	Minds 推奨グ レード	Minds エビデ ンス分 類
意思決定能力が低下する前に、あらかじめ患者や家族と治療や療養について対話するプロセスであるACPの実施	I	B	B	II
心不全や合併症に対する治療の継続と、それらに伴う症状の緩和	I	C	B	II
多職種チームによる患者の身体的、心理的、精神的な要求に対する頻回の評価	II	C	C1	VI

日本循環器学会・日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）[https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf]（2021年10月閲覧）

心不全緩和ケアチームのモデル

心不全を対象とする緩和ケアチームのモデルとして以下の2つが考えられている⁴⁾。

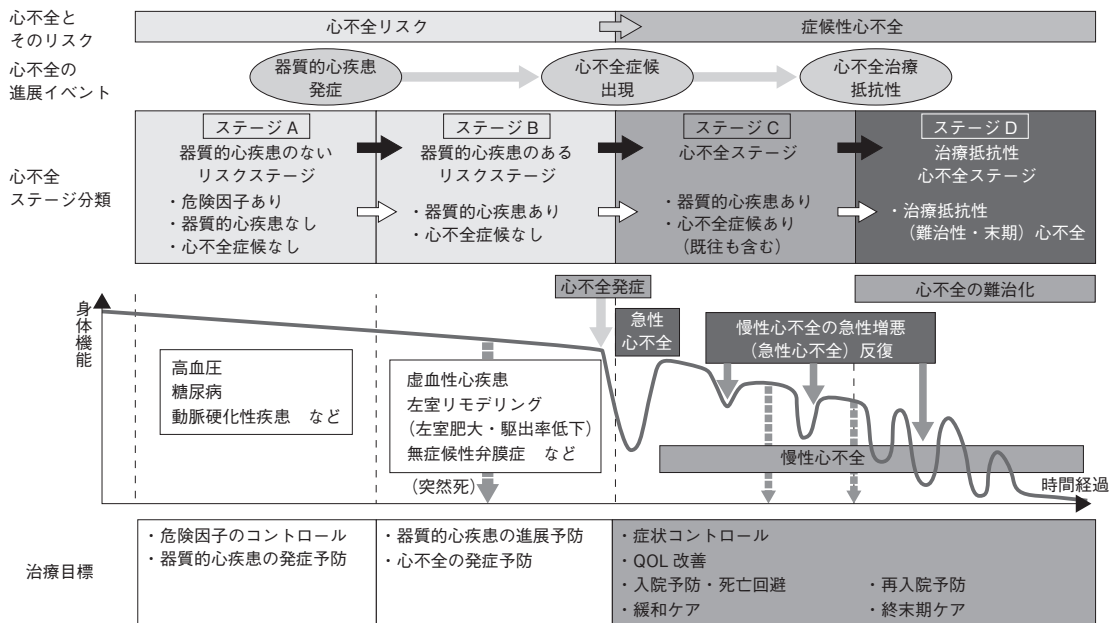
- 1) 循環器科がケアの主体で、必要時に緩和ケア専門家へコンサルテーションが行われるモデル

基本的緩和ケアを普段診療している循環器スタッフおよび心不全多職種チームが提供し、必要

表2 緩和ケア診療加算要件における末期心不全の定義

- ・①～③の基準に該当する
 - ①心不全に対して適切な治療が実施されていること
 - ②器質的な心機能障害により、適切な治療に関わらず、慢性的に NYHA IV の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること
 - ③過去 1 年以内に心不全による急変時の入院が 2 回以上あること（予定入院は除く）
- ・および④～⑥のいずれかの基準に該当する
 - ④左室駆出率 20% 以下である
 - ⑤医学的に終末期であると判断される状態
 - ⑥④⑤の状態に準ずる

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）
保医発 0305 第 1 号 令和 2 年 3 月 5 日



日本循環器学会・日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017 年改訂版）
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf（2021 年 10 月閲覧）
 厚生労働省 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会
 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29 年 7 月）より改変
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>

図1 心不全とそのリスクの進展ステージ

に応じて緩和ケア専門家チームの介入が行われるモデルである。このモデルが成功するためには、循環器スタッフは緩和ケアに関して、緩和ケア専門家は心不全ケアに関しての学際的な教育が必要である。

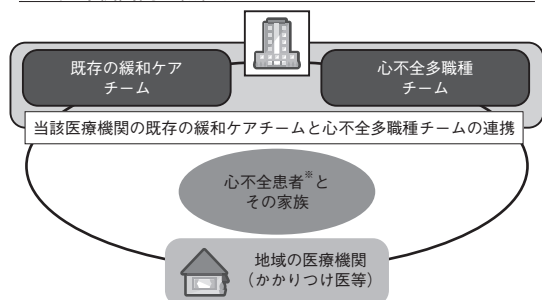
2) 緩和ケア専門家がケアの主体で、心不全治療に関して循環器科にコンサルテーションが行われるモデル

緩和ケア専門家が緩和ケアと心不全管理の両者

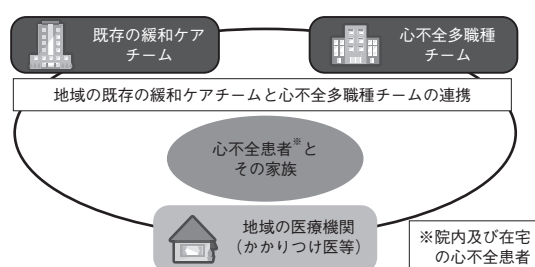
を行うモデルである。心不全の適切な治療が症状緩和にもつながるため、このモデルでは心不全管理プロトコルやガイドラインが重要な役割を果たす。

どちらが適しているかは各施設・地域の医療事情によって異なると思われるが、緩和ケア専門家が圧倒的に不足している現在のわが国の実情を踏まえると、①がより現実的なモデルであるかもし

同一医療機関内に緩和ケアチームがあるケースのイメージ



同一医療機関内に緩和ケアチームがないケースのイメージ



厚生労働省 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「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ついて」2018 年 4 月

[<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000347907.pdf>]

図 2 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携イメージ

れない。いずれにしても、循環器スタッフと緩和ケア専門家双方の連携構築が重要である。

厚生労働省の「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」は、心不全患者への緩和ケアの提供において、まずは既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが連携し、“心不全多職種緩和ケアチーム”として協働することを提案している(図2)⁵⁾。実際、緩和ケアチームを有する施設 992 施設中、循環器研修施設は 729 施設(73.5%)であることが報告されており、そのような環境では既存の緩和ケアチームを生かした連携が検討しやすいだろう。緩和ケア診療加算を算定するためにも、現時点では既存の緩和ケアチームとの協働が必須である。また、病院の心不全多職種緩和ケアチームが、かかりつけ医等の地域医療機関をサポートできる体制の整備も必要である。

循環器スタッフが基本的緩和ケアを担う当事者である

では、心不全多職種チームと既存の緩和ケアチームの連携において、その役割分担はどのように考えれば良いのであろうか？ その理解の鍵となるのは、「基本的緩和ケア」という考え方である。

緩和ケアは基本的緩和ケアと専門的緩和ケアに大別され(図3)、基本的緩和ケアとは緩和ケアを専門としない医療従事者が臨床実践のなかで緩

和ケアを提供するものである。一方で専門的緩和ケアは、非専門家では難渋する症状管理や意思決定支援、コミュニケーションの問題など、複雑な問題に対処する必要がある時に、既存の緩和ケアチームをはじめとした緩和ケア専門家が提供するものである。心不全医療従事者が提供するおもな基本的緩和ケアの役割として、①緩和ケアのニーズをキャッチすること、②基本的な身体的苦痛の緩和やメンタルケアの提供、③病状理解の促進と advance care planning、④適宜専門的緩和ケアにコンサルトする能力などが挙げられ^{6~10)}、それらを心不全疾病管理モデルに統合することで、治療と共存した緩和ケアの実現が期待される。ほとんどの心不全患者にとって必要な緩和ケアの多くは、心不全医療従事者が提供する基本的緩和ケアの範疇¹¹⁾であり、まずステージ C の段階から「治療と共に基本的緩和ケアありき」の心不全診療を構築し、必要に応じて心不全多職種チームと既存の緩和ケアチームの協力によって専門的緩和ケアを提供し、そして地域の医療機関がそのリソースを使いながら連携していく。そのようなモデルが、限られたリソースを有効活用しながら、幅広い心不全患者に緩和ケアを提供するためには必要であると思われる。

わが国では基本的緩和ケアを習得するための研修として、がん対策基本法に基づいた PEACE 緩和ケア研修会が全国で行われてきた。最近では日本心不全学会が基本的心不全緩和ケアトレーニングコースの HEPT¹²⁾ (HEart failure Palliative care

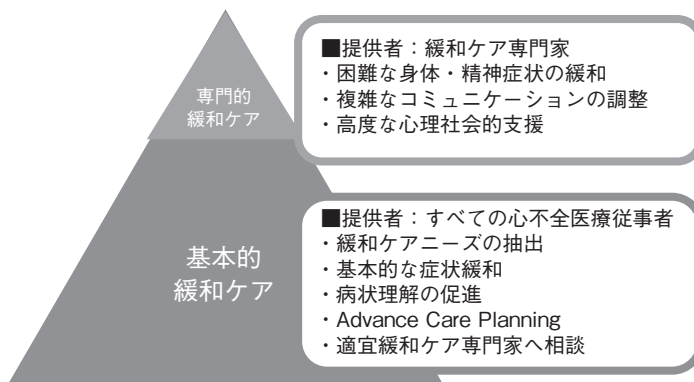


図3 基本的心不全緩和ケア

Training program for comprehensive care provider) (<http://hept.main.jp/>)¹³⁾ を定期開催しており、今後心不全領域における基本的緩和ケアの普及が期待される。

心不全緩和ケアチーム作りの実際

1. 目標の設定

まずチームの目標を設定することが重要である。たとえば筆者の所属する久留米大学で心不全緩和ケアを担う心不全支援チーム (HST; Heart failure Support Team) では、再入院予防・予後改善のための心不全多職種疾病管理と緩和ケアが「統合」した心不全医療を提供することを目標としている。チームの構築は、あくまで目標を達成するための「手段」であり、施設環境や対象患者によってその目標はさまざまな形があるだろう。理想を追い求めることも重要だが、利用可能なリソースと目標が大きくかけ離れていることはチームが機能不全をきたすリスクとなるため、チームメンバーと達成可能な目標を十分話し合うべきである。

2. 病院内での位置づけの確立

心不全緩和ケアの活動を施設として担保し、ボランティア的活動にしないためには、チームを正式な院内組織として認可してもらうことにこだわったほうが良い。有志のグループでは、突然キーマンが抜けた際にチーム消滅の危機に瀕する

ことも予想される。久留米大学 HST も発足当初は有志の集まりであり、自主的な時間外活動が主であった。しかし、継続的な病院上層部への働きかけの結果、2017 年 4 月に循環器病センター外来 (循環器内科・心臓血管外科・小児循環器科の合同センター) の下部組織として正式承認された。現在の HST は循環器内科の病棟・外来を中心に、院内各部署から選ばれたメンバーで構成されており、人事異動があった場合も安定した人材派遣を受けている。また、各部門の上層部の理解によって勤務時間内の活動時間も確保できるようになり、病院内での認知度も飛躍的に向上した。

3. 構成メンバー

医師については、①循環器を専門とし、緩和ケアに造詣が深い医師、②緩和ケアを専門とする医師、③精神科を専門とし、緩和ケアに造詣が深い医師の 3 人が揃っていることが理想的である¹⁴⁾と考えられる。現実的にはすべてを揃えることは難しいかもしれないが、少なくとも心不全治療に精通している循環器科医師の存在と、困った時に緩和ケア専門家へアプローチできる環境は確保したい。そうでなければ、「専門性」のあるチームとはいえないであろう。場合によっては外部からの支援を要請する必要があるかもしれない。

看護師は慢性心不全認定看護師や慢性疾患看護専門看護師、心不全療養指導士がいれば理想であるが、絶対数が限られている。緩和ケア認定看護師やがん看護専門看護師も力になってくれる可能性が高いが、がん診療の業務は膨大であるため、

心不全診療まですべてをカバーすることは現実的に厳しいかもしれない。看護師は多職種チームの要であり、十分な心不全診療の経験と緩和ケアに対する情熱があれば、たとえ専門資格がなくともチームメンバーとして適任であると考ええる。負担軽減と継続的な支援実現のために、できれば複数人かつ外来・病棟の双方から看護師メンバーを確保したい。

その他、多面的な患者・家族ニーズに応えるためには、医療ソーシャルワーカー（MSW）や薬剤師、理学療法士、管理栄養士、臨床工学技士（特に補助人工心臓装着患者に対して）などがチームメンバーとして重要な役割を果たす。ちなみに当院のHSTは、医師（心臓・血管内科、心臓血管外科、精神科、緩和ケア）、看護師（外来、病棟、慢性心不全認定看護師、緩和ケア認定看護師）、薬剤師、管理栄養士、MSW、理学療法士、臨床工学技士から構成されている。

4. チーム活動

緩和ケアチームの目的に応じて、チームのリーダーを管理者と決定する。また、チームカンファレンス（週1回以上など）や回診を4W1H（誰が、いつ、どのように、何を、どこで）として具体的に決めることも必要である¹⁵⁾。久留米大学HSTでは平日日勤帯であればいつでも介入依頼を受け付けており、相談窓口はHSTの医師もしくは看護師である。入院患者に関しては週1回、外来患者に関しては必要時にチームカンファレンスを行っている。また、困難症例に関しては週1回、既存の緩和ケアチームカンファレンスで相談可能である。緊急対応が必要な症例に関しては、臨時で多職種カンファレンスを開催することもある。多職種チーム医療において、チームカンファレンスはきわめて重要であるが、カンファレンスで最も重要なのは「ゴールの共有」である。ゴールが共有されないと、せっかくのチーム医療も目先の問題への介入に終始してしまいかねない。各専門職種の介入は、あくまで患者の「ゴール」を達成するための「手段」であることを忘れない姿勢が重要である。

5. チームの発展と維持

チームを立ち上げるよりも、チームを維持することのほうが難しい。たんに多職種が集まっただけの「グループ」では「チーム」とはいえない。チームとは共通のゴールに向かって相互依存しながら協働する集合体であり、各職種が果たす役割のたんなる総和以上の価値を生み出す（シナジー）ことを目指す必要がある。Hamataniらは、「一般循環器内科医が行うべき基本的緩和ケア」を基準として35個の心不全緩和ケアのquality indicatorを策定した¹⁶⁾。これらは、①ケアの構造プロセス、②病期に応じた心不全治療・ケア、③全人的苦痛の緩和、④意思決定支援と倫理的問題の対応という4つのドメインに分類されている。今後、客観的評価を行う必要があるが、quality indicatorを活用した心不全緩和ケアチーム介入の質の定量的な測定は、診療の質の担保や底上げにつながることが期待される。

文 献

- 1) 日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン。急性・慢性心不全ガイドライン（2017年改訂版）〔http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017-tsutsui_hpdf〕
- 2) Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al : Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* **125** (15) : 1928-52, 2012
- 3) Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, et al : Integration of a palliative approach into heart failure care : a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *Eur J Heart Fail* **22** (12) : 2327-39, 2020
- 4) Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, et al : Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* **11** (5) : 433-43, 2009
- 5) 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。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ついて〔<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204784pdf>〕（2018.4 参照）
- 6) Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, et al : Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol* **70** (15) :

- 1919-30, 2017
- 7) Gelfman LP, Kavalieratos D, Teuteberg WG, et al : Primary palliative care for heart failure: what is it? How do we implement it? *Heart Fail Rev* 22 (5) : 611-20, 2017
- 8) Munoz-Mendoza J : Competencies in palliative care for cardiology fellows. *J Am Coll Cardiol* 65 (7) : 750-2, 2015
- 9) Goodlin SJ : Palliative care in congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 54 (5) : 386-96, 2009
- 10) Quill TE, Abernethy AP. : Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. *N Engl J Med* 368 (13) : 1173-5, 2013
- 11) Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, et al : Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res* 116 (1) : 12-27, 2019
- 12) Shibata T, Oishi S, Mizuno A, et al : Evaluation of the effectiveness of the physician education program on primary palliative care in heart failure. *PLoS One* 17 (2) : e0263523, 2022
- 13) 日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン. 2021 年 JCS/JHFS ガイドライン, フォーカスアップデート版, 急性・慢性心不全診療, 2021 [https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Tsutsui.pdf] (2021.7.9 参照)
- 14) 大石醒悟, 柴田龍宏, 高田弥寿子 編: 実践から識る! 心不全緩和ケアチームの作り方. 南江堂, 2018
- 15) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会, 専門的・横断的緩和ケア推進委員会: 緩和ケアチーム 活動の手引き. 第2版, 2013 [https://www.jspm.ne.jp/active/pdf/active_guidelines.pdf]
- 16) Hamatani Y, Takada Y, Miyamoto Y, et al : Development and Practical Test of Quality Indicators for Palliative Care in Patients With Chronic Heart Failure *Circ J* 84 (4) : 584-91, 2020