

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(平成 30)年4月

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

内容

| | | |
|-----|--|----|
| 第1 | はじめに | 1 |
| 第2 | 循環器疾患における緩和ケアについて | 2 |
| 1 | 緩和ケアの対象となる循環器疾患について | 2 |
| 2 | 循環器疾患患者の全人的な苦痛について | 4 |
| (1) | 身体的苦痛について | 4 |
| (2) | 精神心理的苦痛について | 5 |
| (3) | 社会的苦痛について | 6 |
| 3 | 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて | 8 |
| (1) | 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について | 8 |
| (2) | 心不全患者の臨床経過に伴う課題について | 8 |
| (3) | 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて | 10 |
| 4 | 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて | 11 |
| 第3 | 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について | 12 |
| 1 | 基本的な方向性について | 12 |
| 2 | 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて | 14 |
| (1) | 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース | 14 |
| (2) | 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース | 14 |
| (3) | 地域における具体的取組例 | 14 |
| 第4 | 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について | 17 |
| 第5 | おわりに | 19 |
| | 議論の経過 | 20 |
| | 「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」開催要綱 | 21 |
| | 「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」構成員名簿 | 22 |

第1 はじめに

2016(平成 28)年 12 月に改正された「がん対策基本法」において、緩和ケアについては、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されている。

こうした中、循環器疾患等のがん以外の疾患に対する緩和ケアについては、2016(平成 28)年5月に設置された「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」(以下「検討会」という。)が、2016(平成 28)年 12 月にとりまとめた「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理」において、今後の対策についてワーキンググループ等を設置して検討すべきであるとされた。

このため、2017(平成 29)年9月に循環器疾患の緩和ケアについて検討するため、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」を設置し、循環器疾患の緩和ケアについて議論を開始した。

循環器疾患の経過ががんと異なることを考慮しながら議論を行う中、循環器疾患における緩和ケアのニーズの認識と正確な概念について、患者やその家族、医療従事者等の関係者間で十分に共有されていない現状にある等の指摘があった。

このような指摘も踏まえ、本ワーキンググループにおける、循環器疾患の緩和ケアについての議論を整理したので、患者やその家族、医療従事者、行政機関、関連団体等の循環器疾患の緩和ケアに関連するすべての関係者に向けて、ここに提示する。

第2 循環器疾患における緩和ケアについて

1 緩和ケアの対象となる循環器疾患について

(現状と課題)

- 2002(平成 14)年の世界保健機構(WHO)における緩和ケアの定義によると、緩和ケアの対象は、「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」とされており、緩和ケアの対象疾患はがんに限定されるものではない。
- 2014(平成 26)年の WHO からの報告では、成人において人生の最終段階に緩和ケアを必要とする者の疾患別割合の第1位は循環器疾患、第2位はがんとなっており、循環器疾患の患者も緩和ケアを必要としていることが報告されている。
- 我が国において、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位と循環器疾患は死因の上位を占めるものとなっている。また、心疾患の病類別に見た死亡者数の割合において、第1位を占める心不全による死亡者数は増加傾向にある¹。
- 2017(平成 29)年 10 月に日本循環器学会と日本心不全学会が、心不全について、国民によりわかりやすく理解してもらうことを目的に発表した「『心不全の定義』について」では、「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。」と定義されている。また、心不全は高血圧、心筋症、心筋梗塞、弁膜症、不整脈といった様々な心血管疾患を原因としていることや、増悪と寛解を繰り返しながら進行して行くことが示されている。
- 我が国における心不全患者の約 70%が 75 歳以上の高齢者であり²、また、このような 75 歳以上の高齢心不全患者の大半は、心疾患以外の併存症を有するといわれている。このため、心不全の主な治療目標は、図1に示されるような心不全の臨床経過を踏まえつつ、年齢、併存症の有無、心不全の重症度等により適切に設定される必要があり、状況によっては心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要とされている³。

(今後の取組に向けた考え方)

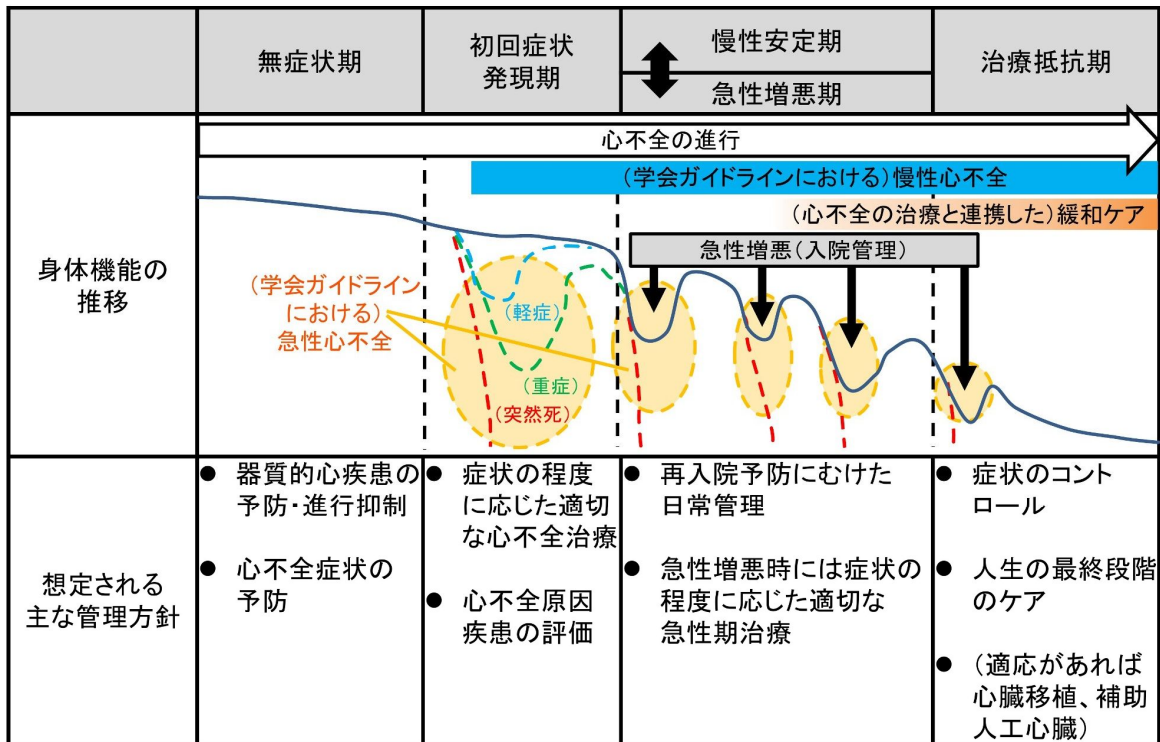
- 循環器疾患の中でも、心不全は、すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、今後の患者増加が予想されるものであることから緩和ケアの対象となる主な循環器疾患として心不全を想定し、今後の取組を考える必要がある。

¹ 厚生労働省「人口動態統計(確定数)」(2016(平成 28)年)

² 厚生労働省「患者調査」(2014(平成 26)年)

³ 厚生労働省健康局「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」(2017(平成 29)年7月)

図1. 心不全の臨床経過のイメージ



厚生労働省健康局「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」（2017(平成 29)年7月)より引用

2 循環器疾患患者の全人的な苦痛について

(現状と課題)

- がん患者と同様に、心不全患者の多くは身体的若しくは精神心理的な苦痛又は社会生活上の不安を抱えている。また、これらの苦痛や不安は、患者やその家族の社会的・文化的・時代的背景や死生観も含めた価値観等の観点も関連した、多面的・複合的な苦痛として存在している。

(今後の取組に向けた考え方)

- 心不全患者における苦痛は、多面的・複合的であり、このような苦痛を緩和するためには、患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会的側面等の多面的な観点を有する、全人的な苦痛として捉え、患者やその家族の社会的・文化的・時代的背景や死生観も含めた価値観等の観点も踏まえた、対応(全人的なケア)が必要である。また、全人的なケアを実現するには、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携等が重要である。

(1) 身体的苦痛について

(現状と課題)

- 心不全患者における主要な身体的苦痛は、呼吸困難、全身倦怠感、疼痛等であるが、体液貯留や心拍出量の低下といった心不全に伴う変化そのものが身体的苦痛の原因ともなり得る。
- そのため、心不全患者における身体的苦痛を緩和するケアには、がん患者に対する緩和ケアで使用される医療用麻薬や非麻薬性鎮痛薬等による薬物療法に加え、心不全に対する治療で使用される利尿薬、血管拡張薬、強心薬等による薬物療法や非侵襲的陽圧換気療法等の非薬物療法が含まれる。
- 心不全患者は高齢者が多く、家族も高齢者である場合も多いため、外来診療や訪問診療において提供する身体的苦痛を緩和するケアは、可能な限り管理が簡便である事が望ましいが、身体的苦痛を緩和するケアには、侵襲性の程度、必要とされる専門的な知識、管理に伴う家族の負担、制度上の問題等により、外来診療や訪問診療では実施が困難で、入院による実施が必要となる場合が少なくない。

(今後の取組に向けた考え方)

- 心不全患者の身体的苦痛を緩和するためには、患者に応じた適切なケアの提供が必要であるが、心不全そのものが身体的苦痛の原因ともなり得るため、心不全に対する治療を継続しつつ、緩和ケアを提供する必要がある。

- 患者に応じた適切な身体的苦痛を緩和するためのケアの提供に当たっては、心不全の重症度、併存症の状態、患者の価値観、提供するケアに必要とされる医療資源、利用可能な制度等を踏まえる必要がある。
- がん患者の身体的苦痛に対する緩和ケアにおいて使用される薬物療法を、心不全患者に対して使用する際には、適切な投与量の違い、心不全患者には有効でない薬物療法も存在する等の相違点に留意するとともに、このような相違点に対する科学的な知見を集積する必要がある（医療用麻薬の投与量、非ステロイド性消炎鎮痛薬やステロイドに伴う副作用の心不全への悪影響等）。

(2) 精神心理的苦痛について

(現状と課題)

- 心不全患者においても、がん患者と同様に、精神心理的苦痛を抱えることが多く、うつやせん妄、認知症に加えて、睡眠障害やコミュニケーションの問題、植込み型除細動器(Implantable Cardioverter Defibrillator; ICD)や補助人工心臓(Ventricular Assist Device; VAD)等に関連した不安など、精神心理的な課題は多岐にわたり、死亡率や予後に影響するといった報告もある。特に、認知症やせん妄等の認知機能障害を持つ患者については、その評価や対応が難しく、身体的苦痛等の軽減も困難な場合が多い。
- 精神心理的な苦痛は、患者による心不全の自己管理⁴を困難とし、心不全の増悪等ももたらすため、身体管理と連携した精神心理的なケアを提供することが必要である。しかし、このような統合的なケアを提供する体制や医療従事者等を教育・支援する体制は不足している。

(今後の取組に向けた考え方)

- 精神心理的苦痛への対応については、十分な説明や共感的な態度で接するといった、支持的なコミュニケーションを基本としながら良好な医師・患者関係を構築するなど、疾患の初期の段階から取り組むべきである。また、日常診療の中で、精神心理的苦痛の評価や対応が可能となるよう、知識や技術を確立し、学会等を通じて、教育や普及啓発を行う必要がある。
- 身体管理と連携した精神心理的なケアを外来及び入院にて提供するために、緩和ケアチーム、心不全多職種チーム⁵、循環器疾患・緩和ケア・老人看護等にかか

⁴ 本報告書においては、毎日の体重測定、塩分制限の遵守、規則的な服薬等を含む、心不全患者の予後改善につながる患者自身が行う疾病管理をいう。

⁵ 心不全の再入院予防を含む予後改善に向けた、生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、危険因子の管理

わる認定・専門看護師等が、精神心理面に関する知識を得た上で、連携して取り組むことが重要である。また、精神科医や精神・心理にかかわる認定・専門看護師、心理職、精神科リエゾンチーム⁶が心不全にかかわる医療従事者等を教育・支援する体制も同時に構築する必要がある。

(3) 社会的苦痛について

(現状と課題)

- 心不全患者においては、家族や介護、経済的な問題等の社会生活上の不安を有することもあり、個々の状況に応じて、そうした不安に伴う社会的苦痛を緩和する支援が必要であるが、社会生活上の不安等について専門職等へ相談できる場所が少ない。また、患者やその家族が高齢であることも多く、情報を得る手段が少ない。
- また、心不全患者は高齢者に多く、療養期間が長期にわたることが多い。そのため、患者やその家族の状況に応じた療養環境の選定が、社会的苦痛の緩和にもつながり得ると考えられるが、このような療養場所の選定における課題も存在する。
- 心不全患者が自宅等において療養を継続する上で、訪問看護の活用は、重要であると考えられるが、介護認定を受けていても介護度が比較的軽度の場合には訪問看護の導入がしにくいことや、心不全患者の日常生活における疾病管理の重要性が医療介護従事者に理解されていない等の課題もあり、訪問看護が有効に活用されていない場合もある。
- 心不全患者は、在宅療養が難しくなる者が一定数存在するが、医療依存度に対応できる介護保険施設に限られるなど、中長期的な療養先の選定が困難な場合がある。
- 心不全患者は療養期間が長くなることも多く、療養する場所や施設が代わることがある。また、心不全患者は高齢者が多く、認知症等のため意思決定が困難となることもある。そのため、患者やその家族の療養に対する考え方が共有されず、患者やその家族の意向を尊重した医療やケアの提供が難しくなることがある。

等の疾病管理を行う、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の多職種からなるチームをいう。(厚生労働省健康局「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」(2017(平成29)年7月))

⁶ 一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等多職種からなるチームをいう。(「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」(平成30年3月5日付け保医発0305第1号厚生労働省保険局医療課長通知)別添1)

(今後の取組に向けた考え方)

- 心不全患者は高齢者が多く、社会生活上の不安について相談するために遠くまで行くのは難しいと考えられることから、患者やその家族がアクセスしやすい相談の場を提供することが必要である。このため、がん相談支援センター等のような医療機関等の相談窓口だけでなく、地域包括支援センターや訪問看護等の在宅医療で支援にかかわる専門職を活用して、身近な場所で相談できる体制を確保することも重要である。また、同じような立場の人から話を聞くことは、情報を得るだけでなく、不安の軽減にもつながるため、そうした患者やその家族等の当事者同士のコミュニケーションの場として、がん診療連携拠点病院における患者サロンの取組は参考になる。

- 心不全患者が、療養生活を長期に継続するためには、患者やその家族が、医療や介護をはじめとした様々な資源につながるができるよう、地域全体で支えることが求められる。そのため、地域での支援体制の整備や、医療・介護・福祉で支える地域のネットワークづくりが必要である。その際、既存の制度の有効活用を図るとともに、制度の隙間に落ちてしまうことがないように、連携した取組を進めていくべきである。

- 認知症等で意思決定ができなくなった場合や、療養する場所や施設が変わった場合においても、患者やその家族の意向を尊重した医療やケアを提供するためには、病気に関する情報の共有だけでなく、患者やその家族の療養に関する考え方といった情報も共有することが必要である。

3 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケアについて

(1) 心不全患者における緩和ケアのニーズの認識と概念の共有について

(現状と課題)

- 緩和ケアのニーズの認識と正確な概念及び心不全の正確な理解は、患者やその家族、医療従事者等の関係者間で十分に共有されていない。

(今後の取組に向けた考え方)

- 緩和ケアのニーズの認識と正確な概念の共有に当たっては、がん以外も緩和ケアの対象疾患となりうること、疾患の初期の段階から疾患の治療と並行して提供されるものであり、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、全人的な苦痛が緩和ケアの対象であること、専門的な緩和ケア⁷を提供する医療従事者のみが関与するものではないこと、といった点が重要である。
- 心不全の正確な理解に当たっては、増悪と寛解を繰り返しながら徐々に悪化していく心不全の臨床経過の特徴、心不全において必要とされる緩和ケアの内容やその提供方法、といった観点からの理解が重要である。
- 医療従事者等が、緩和ケア及び心不全を正確に理解し共通の認識を持つためには、緩和ケアにおける医療用麻薬の適正使用や心不全の臨床経過と適切な管理体制等、緩和ケアや循環器疾患に関する研修や教育の機会の場の提供や、専門的な相談が可能な連携体制の構築が必要である。
- 心不全患者やその家族が、緩和ケア及び心不全を正確に理解するためには、医療従事者等からの正確な情報提供に加えて、がん診療連携拠点病院における患者サロンの取組のような、同じような立場の人との情報共有やコミュニケーションの場についての検討も必要である。また、このような情報提供及び情報共有の機会は、退院後も含めて継続的に、患者やその家族に対して提供される必要がある。

(2) 心不全患者の臨床経過に伴う課題について

(現状と課題)

- 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り、苦痛が長期に及ぶことが多い。

⁷ 「専門的な緩和ケア」とは、「基本的な緩和ケア」(※)の技術や知識に加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やその他の医療機関等のコンサルテーションにも対応できることである。

※「基本的な緩和ケア」とは、患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係の構築のためのコミュニケーション技術(対話法)、多職種間の連携の認識と実践のもと、がん性疼痛をはじめとする諸症状の基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかることである。(がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会「緩和ケア専門委員会報告書」(2011(平成23)年8月23日))

- 増悪時は急激に悪化することも多く、症状改善のために侵襲性の高い治療を含む専門的な治療が必要とされる。そのような背景から、心不全ではその終末期でも同様に侵襲性の高い治療が選択されることもある。
- 重症度が進行した心不全患者や高齢心不全患者は、腎機能障害や肺疾患、認知症等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。しかしながら、高齢心不全患者等に対して侵襲性の高い治療をどこまで提供すべきかについては、明確な基準はない。また、認知症等のため、患者の意向を反映することが難しい場合もある。
- 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が、症状が寛解しているため、患者は日常生活における管理が不要と誤解してしまうこともある。

(今後の取組に向けた考え方)

- 心不全の疾患特性を踏まえると、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必要がある。
- 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、併存症を含めた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。
- 高齢心不全患者等については個別性が高いことから、患者の意向を反映した対応を行うためには、医療従事者、患者とその家族が、疾患の特性や状態、患者の意向や価値観等を十分に共有し理解することが重要である。また、高齢心不全患者等に対する、状態に応じた適切な治療の範囲について、専門家の意見をまとめた提言等の作成も検討する必要がある。
- 心不全の再増悪や重症化の予防に当たっては、患者やその家族、医療従事者等の関係者が心不全を正確に理解し共通の認識を持った上で、家族や医療従事者等が患者の自己管理をサポートすることが必要であり、また、このようなサポートが患者の苦痛の除去にもつながりうる。

(3) 多職種連携及び地域連携による心不全患者管理の一環としての緩和ケアについて
(現状と課題)

- 緩和ケアの提供においては、専門的な医療から総合的な医療まで含めた、患者にかかわる様々な多職種が連携しながら、医療従事者同士が互いに相談できるチーム体制が必要であるが、循環器疾患の専門的知識を有する看護師、薬剤師、栄養士等の人材については、十分整備されているとはいえない。
- 心不全は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、循環器疾患の急性期診療を提供している地域の病院との連携が求められる。
- 心不全患者は高齢化が進んでおり、様々な併存症を有することから、専門性の高い看護師等の医療従事者の訪問診療への同行や、複数の医療機関が行う訪問診療の活用など、各疾病に対する専門的な医療を提供している医療機関との連携等を通じた、多職種が連携した対応が求められる。

(今後の取組に向けた考え方)

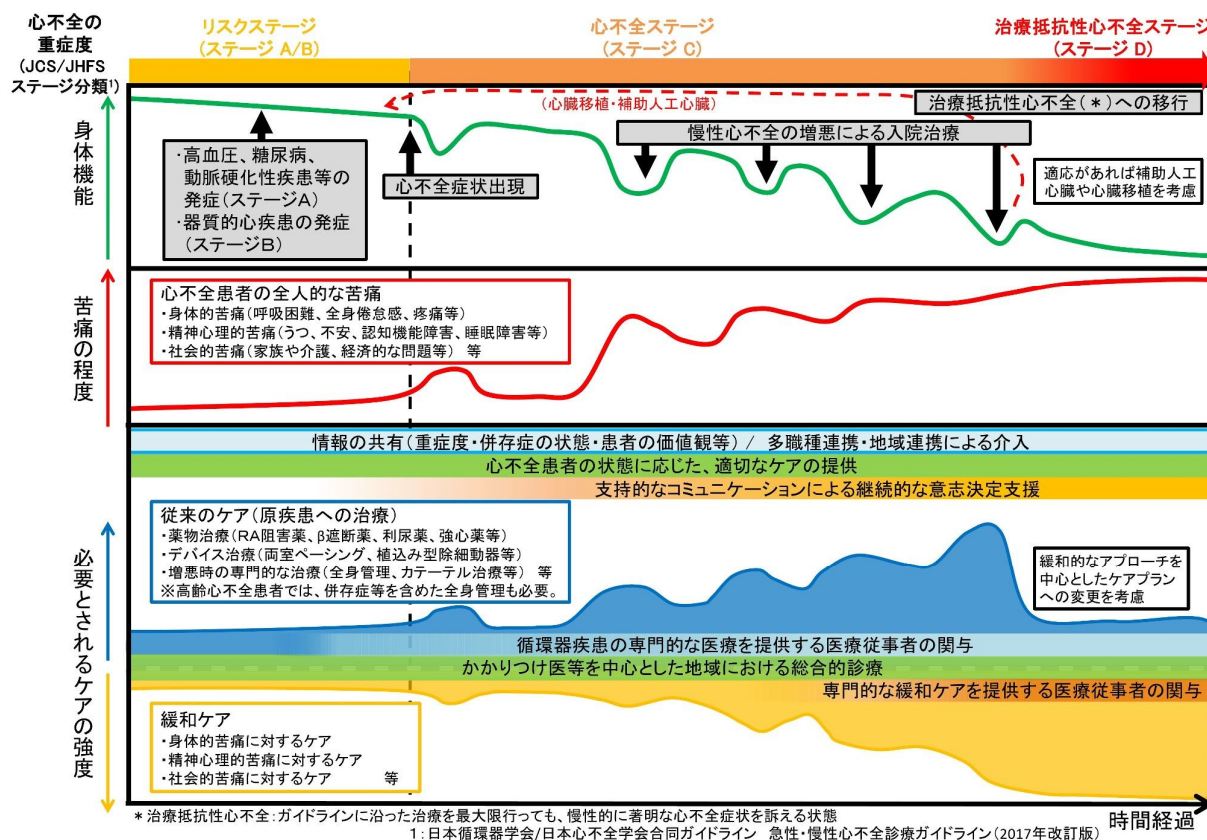
- 多職種連携においては、包括的かつ継続的な管理・指導のため、地域のかかりつけ医、看護師等が中心的な役割を担う必要がある。また、多職種連携にかかわる医療従事者の人材育成について、学会等の関連団体が連携して取り組む必要がある。
- 循環器疾患では、中小病院や診療所等の地域の医療機関が主体となって診療を行っていることから、緩和ケアの提供においても地域が中心的な役割を担う可能性がある。また、地域の基幹病院においては、寛解後の心不全患者に対して緩和ケアが適切に提供されるよう、地域の実情を踏まえた上で、かかりつけ医等と連携することが重要である。
- 高齢者が多く、様々な併存症を有することも多い心不全患者の特徴を踏まえると、外来診療や訪問診療を核とした、地域におけるケアの提供が重要である。そのため、ケアに関連する職種への心不全や緩和ケアに関する教育、在宅医療における特定行為研修修了者の活用、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の構築、地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築など、地域におけるケアを充実させるための施策について、制度設計を担う厚生労働省や医療行政を担う都道府県、介護行政を担う市町村といった、各段階での行政機関と関連団体等が連携して検討していく必要がある。

4 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージについて

○ 心不全の治療と並行した緩和ケア、専門的な緩和ケアを提供する医療従事者以外も関与した緩和ケア、疾患の状態や患者の価値観等の共有、多職種連携及び地域連携の観点を踏まえた、心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージを図2に示す。

○ 図2に示されるように、心不全患者には個々の患者の全体像を踏まえた上で、支持的なコミュニケーションによる意志決定支援を通じた⁸、適切なケアが提供される必要がある。そのため、心不全患者に対する緩和ケアは、地域において多職種が連携して行う心不全患者の管理全体の流れの中で、提供される必要がある。

図2. 心不全患者の臨床経過及び提供されるケアのイメージ



⁸ 「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」(厚生労働省医政局)において、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定及びその支援の取組の重要性をより深く理解できるように、国民に対する普及・啓発の在り方等について検討され、2018(平成30)年3月に報告書が公開されている。

第3 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について

1 基本的な方向性について

(現状と課題)

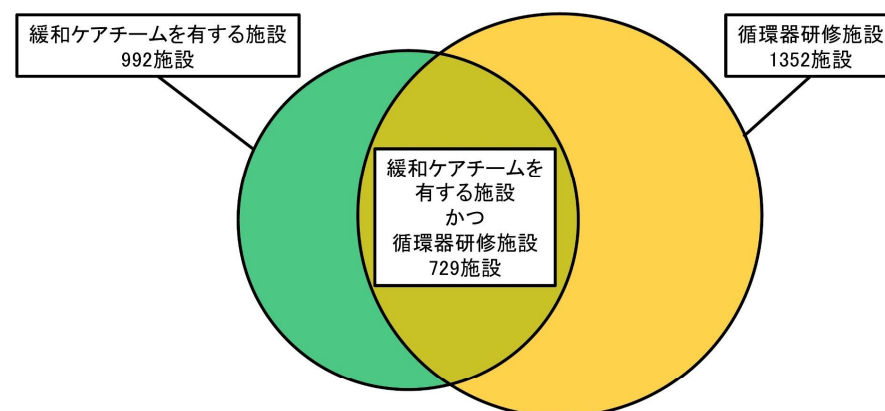
- 緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進する必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解した上で、協働することが可能な体制を整備する必要がある⁹。
- がんにおける緩和ケアチームでは、患者の全人的な苦痛を包括的に評価し、身体症状や精神症状の緩和に関する専門家と協力する体制が必要とされている¹⁰。
- 循環器疾患の再発予防・再入院予防に向けた疾病管理は、生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、危険因子の管理など、多岐にわたっている。そのため循環器疾患の疾病管理においては、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の多職種の連携が必要である¹¹。
- 図3の上段に示されるように、緩和ケアチームを有する施設 992 施設中、循環器研修施設である施設は 729 施設(73.5%)である。また、図3の下段に示されるように、緩和ケアチームは、大病院に多く設置され、中小病院において少ない傾向がある。

⁹ 第3期がん対策推進基本計画(2018(平成 30)年3月)

¹⁰ 「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 26 年1月 10 日付け健発 0110 第7号厚生労働省健康局長通知)

¹¹ 厚生労働省健康局「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」(2017(平成 29)年7月)

図3. 緩和ケアチームを有する施設と循環器研修施設



| | 病院(≥300床) | 病院(<300床) |
|---|--------------------|--------------------|
| 緩和ケアチームを有する施設数 | 714施設 | 278施設 |
| 緩和ケアチームを有する施設の内、循環器内科または心臓・血管外科を標榜している施設数 | 682/714 (95.5%) | 208/278 (74.8%) |
| 緩和ケアチームを有する施設の内、循環器研修施設数 | 626/714 (87.7%) | 103/278 (37.1%) |

循環器研修施設：日本循環器学会循環器専門医研修施設及び循環器専門医研修関連施設（平成29年10月時点）
平成26年医療施設調査の調査票情報、平成26年患者調査、日本循環器学会ホームページをもとにがん・疾病対策課作成

（今後の取組に向けた考え方）

- 心不全患者への緩和ケアの提供においては、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が考えられる。
- 医師・看護師・薬剤師等を中心とした心不全多職種緩和ケアチームとして緩和ケアを行い、多職種カンファレンス等を持って問題点を討議し解決を図ることが必要である。
- 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携体制については、同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがある場合とない場合に大別される。また、心不全多職種チームの体制等の医療資源の実情は地域により異なり、疾患の状態や希望する療養場所等は患者により異なると想定されることから、心不全多職種緩和ケアチームについては、地域の実情や患者の意向等に応じて、柔軟に設定される必要がある。
- 日常管理を行っているかかりつけ医等の医療機関においても、患者の苦痛を適切に軽減できるよう、心不全多職種緩和ケアチームがかかりつけ医等の医療機関をサポートできる体制の整備も必要である。

2 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制のイメージについて

(1) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがあるケース

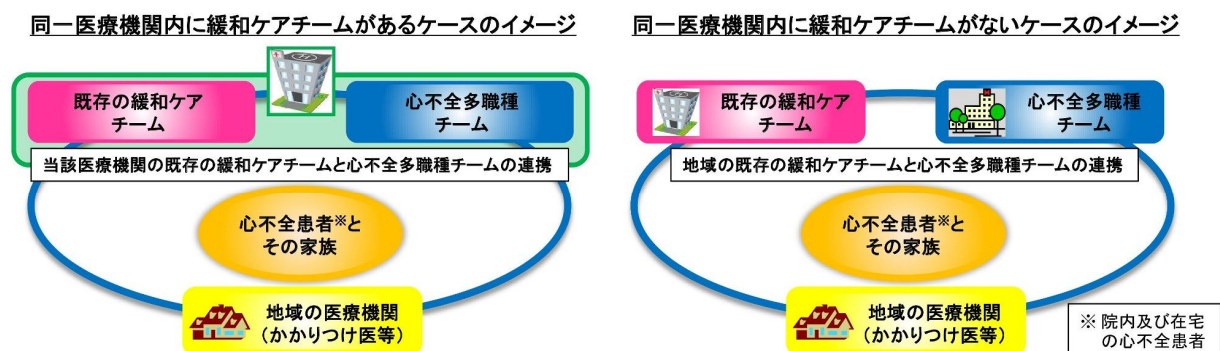
- 図4の左側に示されるように、既存の緩和ケアチームと、心不全多職種チームの院内連携に加えて、地域の医療機関(かかりつけ医等)が連携することで、心不全患者とその家族に対して緩和ケアを提供することが想定される。

(2) 同一医療機関内に緩和ケアチームと心不全多職種チームがないケース

- 図4の右側に示されるように、地域の既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが病院間の連携という形で連携し、それに地域の医療機関がさらに連携し、心不全患者とその家族に対し、緩和ケアを提供することが想定される。

図4. 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

心不全患者に対して、適切な緩和ケアを提供するためには、緩和ケアチーム、心不全多職種チーム、かかりつけ医等の地域の医療機関が有機的に連携することが求められる。そのような連携を踏まえ、情報の共有に基づいて管理方針を決定し、患者やその家族の状況に応じた多職種介入が求められる。

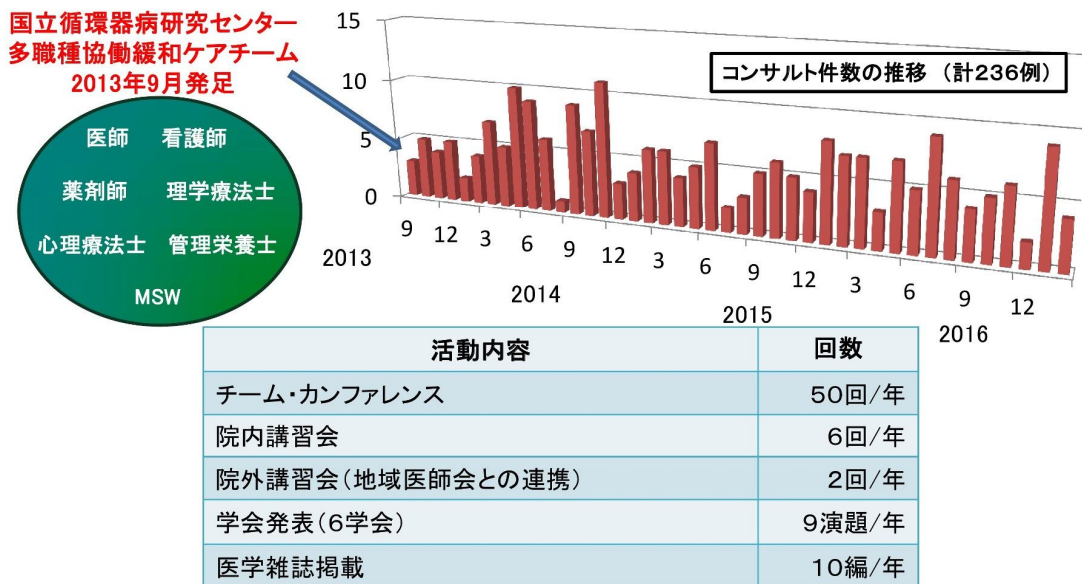


(3) 地域における具体的取組例

- 地域における具体的取組について、図5～図8に例を示す。地域において、心不全患者に対する適切な緩和ケアを提供するためには、図5～図8に示されるような取組例に限らず、入院医療や在宅医療等の様々な観点からの具体的取組例を共有し、地域の実情や患者の意向等に応じた緩和ケアのチーム体制を構築していく必要がある。

図5. 国立循環器病研究センターにおける取組

主治医からの要請により、身体症状の緩和、精神・心理・社会的サポートを多職種協働で行っている。週1～2回の回診、随時コンサルト、主治医チームとの合同カンファレンス、緩和ケア勉強会の開催等を行っており、年間約70例のコンサルトに対応している。



北海道大学大学院医学研究院 循環器態内科学教室教授 安斉俊久先生提供資料

図6. 兵庫県立姫路循環器病研究センターにおける取組

姫路循環器病センターにおける患者支援・緩和ケアチームは患者・家族への緩和ケア提供を多職種で支援することを目的に創設された。活動内容は、調整・支援であり、診療の主体である、主治医団、病棟看護師など、各職種を支援する体制を構築している。

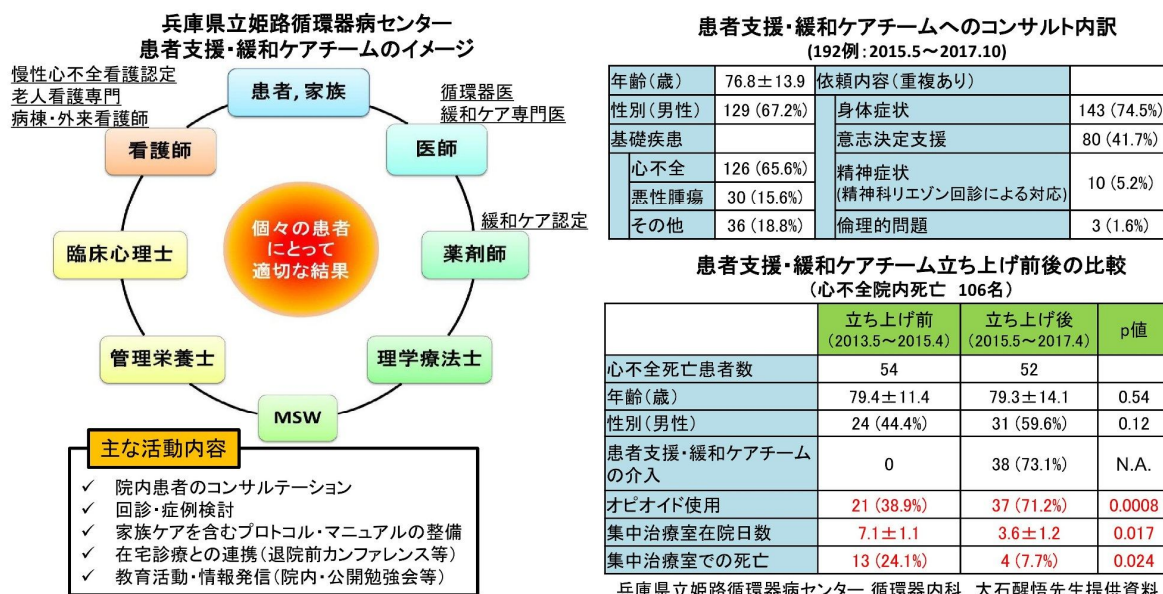


図7. 久留米大学における取組

心不全支援チームは、多職種連携による心不全患者管理と心不全緩和ケアをシームレスに提供するために創設されたチームである。その対象は高齢心不全患者から移植・補助人工心臓検討患者にまで渡る。久留米大学病院緩和ケアチームや植込み型補助人工心臓チームとの協働体制を構築している。

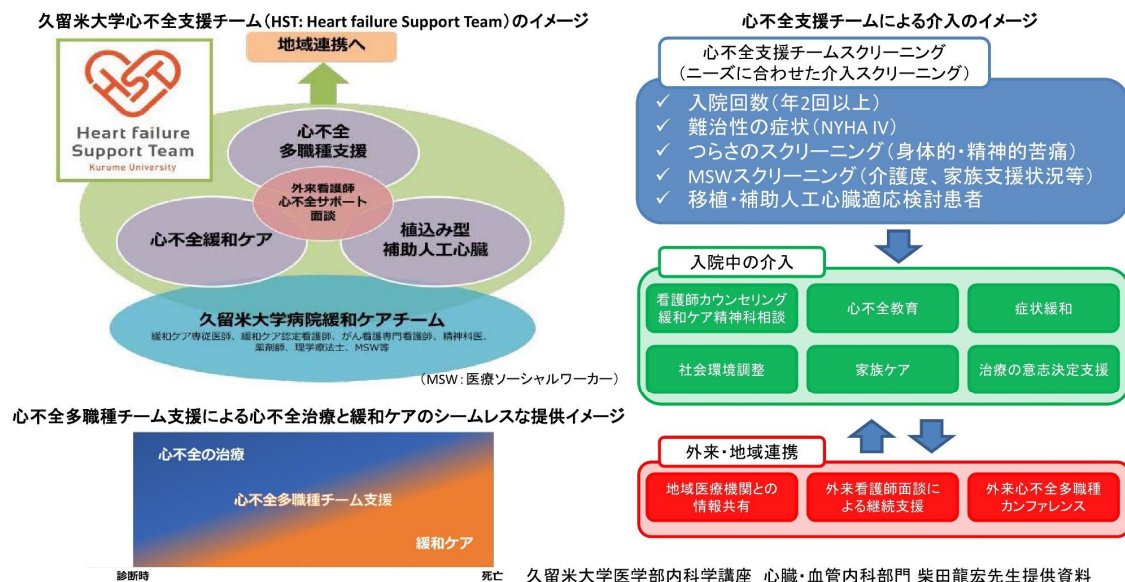
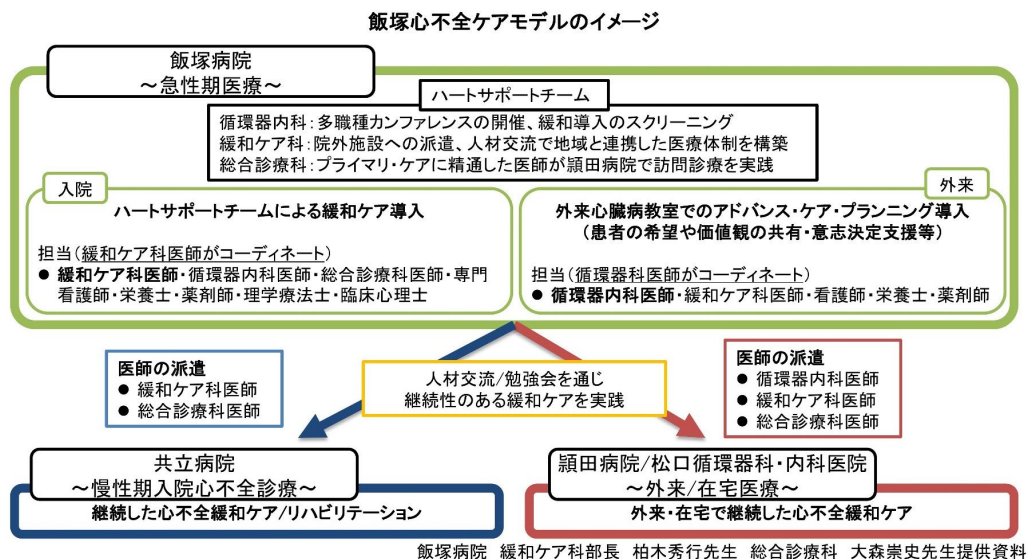


図8. 地域基幹病院としての飯塚病院(福岡県飯塚市)における取組

飯塚病院のハートサポートチームは、循環器内科医師、緩和ケア科医師、総合診療科医師で構成され、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー等と個別に相談し連携する体制を構築している。地域の病院にハートサポートチームの医師(循環器内科、緩和ケア科、総合診療科)を派遣し、飯塚病院退院後も継続した心不全緩和ケアを提供する体制を構築している。



第4 緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について

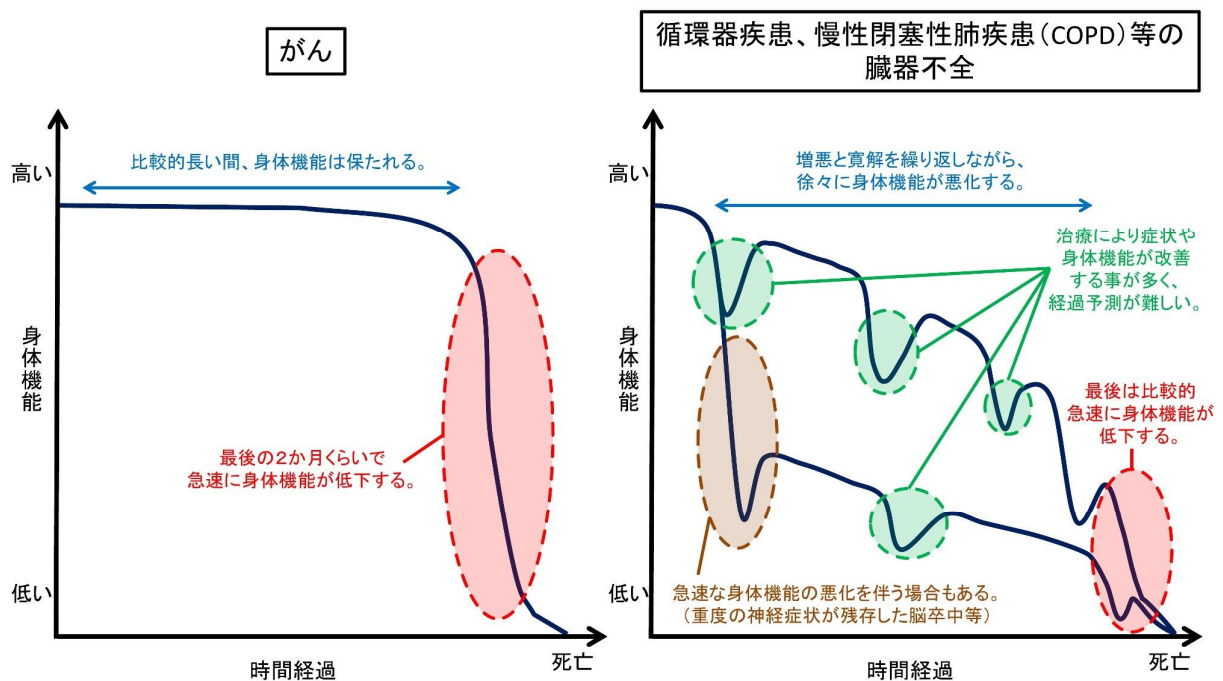
- 循環器疾患とがんは、ともに生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患である。緩和ケアに携わるすべての医療従事者等が、全人的なケアを行うためには、地域において、医療・介護・福祉にかかわる多職種が連携して支援を行う必要がある。また、支援を行うに当たっては、表1に示す循環器疾患(心不全)とがんと主な共通点・相違点を理解した上で実施されることが必要である。

表1. 循環器疾患(心不全)とがんと共通点・相違点について

| | 疾患特性 | 緩和ケア |
|-----|---|--|
| 共通点 | <ul style="list-style-type: none"> ● 生命を脅かす疾患 ● 病状の進行とともに、全人的な苦痛が増悪 ● 国民における疾患の理解が不十分 | <ul style="list-style-type: none"> ● 疾患の初期段階から疾患そのものの治療と並行して提供 ● 緩和ケアに対する医療従事者及び患者やその家族の誤解や抵抗感 ● 支持的なコミュニケーションによる意思決定支援が必要 ● 患者やその家族の価値観等も踏まえた、全人的なケア ● 多職種介入、地域連携、医療・介護・福祉連携等が必要 |
| 相違点 | <ul style="list-style-type: none"> ● 疾病経過や予後予測の困難さ ● 患者の年齢層や主に受療する医療機関 ● 食事や運動等の生活習慣や自己管理が疾病に与える影響 | <ul style="list-style-type: none"> ● 終末期における疾患の治療による苦痛緩和への影響 ● 緩和ケアにおいて適応となる薬物療法・非薬物療法の使用方法等 |

- また、図9に示すように、心不全は、がんとは異なる疾病経過をたどる、臓器不全の代表的な疾患である。実際の患者における経過は、疾患やその重症度等により様々であると想定されるが、図9に示されるような疾病経過等の疾患特性を踏まえた、緩和ケアにおける循環器疾患（心不全）とがんとの主な共通点・相違点は、慢性的な呼吸不全を呈する呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD）等）、心不全以外の循環器疾患（脳卒中等）等の非がん疾患患者に対して、疾患特性に応じた緩和ケアを提供する上でも、参考にできると考えられる。

図9. がんと臓器不全の疾病経過のイメージ



第5 おわりに

第1回から第3回まで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において、心不全を中心とした循環器疾患の患者の緩和ケアの提供体制の基本的方向性について議論を行った。

循環器疾患を含む、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者がたどる経過は様々であり、個々の患者に適切な緩和ケアを提供するためには、疾患によらず共通する基本的な緩和ケアの概念を、患者やその家族、医療従事者、行政機関、関連団体等のすべての関係者間で共有する事が、重要である。

本報告書の成果が、循環器疾患の患者を含む非がん疾患の患者に対する緩和ケアに関する研修や教育の場の提供や、緩和ケアの質の向上に資する研究開発の推進等を通じて、循環器疾患の患者を含む非がん疾患の患者が、地域において疾病による苦痛を緩和するために必要な支援を継続的に受けることができる環境整備に活用されるとともに、患者自らが望む生き方を実現する一助になることを期待したい。

議論の経過

- 第1回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（2017（平成29）年11月16日）
 - 議題
 - （1）循環器疾患における緩和ケアについて
 - （2）緩和ケアにおける循環器疾患とがんと共通点・相違点について
 - （3）循環器疾患における緩和ケアの提供体制について
 - （4）その他

- 第2回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（2018（平成30）年1月24日）
 - 議題
 - （1）第1回ワーキンググループにおける議論の整理について
 - （2）循環器疾患患者の全人的な苦痛について
 - （3）循環器疾患における緩和ケアのチーム体制について
 - （4）人生の最終段階における医療に関する取組について（経過報告）
 - （5）ワーキンググループとりまとめの骨子案について
 - （6）その他

- 第3回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（2018（平成30）年4月6日）
 - 議題
 - （1）ワーキンググループとりまとめ案について
 - （2）その他

「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」開催要綱

1. 趣旨

平成 28 年 5 月に設置された「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」（以下「検討会」という。）は、

(1) 下記ア～ウに関する具体的な対策

ア. がん診療を担う医療機関における緩和ケア提供体制のあり方

イ. すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策

ウ. 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方

(2) 緩和ケアの充実に向けたその他の具体的な対策

を検討することとされ、平成 28 年 12 月に「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理」（以下「議論の整理」）をとりまとめたが、議論の整理においては、がん以外の疾患の緩和ケアについては、今後の対策についてワーキンググループ等を設置して検討すべきであるとされた。

このため、今般、循環器疾患の緩和ケアについて検討するため、同検討会の下に「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」を設置する。

2. 検討事項

(1) 循環器疾患における緩和ケアの現状と課題

(2) 循環器疾患の患者に対する緩和ケアの提供体制のあり方

(3) その他

3. その他

(1) 本ワーキンググループは厚生労働省健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

(2) 本ワーキンググループには、構成員の互選により座長をおき、ワーキンググループを統括する。

(3) 本ワーキンググループには、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

(4) 本ワーキンググループは、原則として公開とする。

(5) 本ワーキンググループの庶務は、健康局がん・疾病対策課が行う。

(6) この要綱に定めるもののほか、本ワーキンググループの開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

(7) 本ワーキンググループで得られた成果は、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」に報告するものとする。

「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」構成員名簿

- 安齊 俊久 北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学 教授
- 池永 昌之 淀川キリスト教病院 緩和医療内科 主任部長
- 井上 美枝子 日本心臓ペースメーカー友の会 副会長/神奈川支部長
- 川本 利恵子 公益社団法人日本看護協会 常任理事
- 木原 康樹 広島大学大学院医歯薬保健学研究科 循環器内科学 教授
- 羽鳥 裕 公益社団法人日本医師会 常任理事
- 平原 佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 副理事長/梶原診療所
在宅総合ケアセンター長/オレンジほっとクリニック 所長
- 山田 佐登美 川崎医科大学総合医療センター 看護部長付参与
川崎医療福祉大学保健看護学科 特任教授

○：座長
(五十音順・敬称略)