

## HEPT活動レポート

### 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  
高度救命救急センター CCU

### 水野 篤

聖路加国際病院 循環器内科・QIセンター

### 大石 醒悟

兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科

### 大森 崇史

飯塚病院 連携医療・緩和ケア科

### 安斉 俊久

北海道大学大学院 医学研究院 循環病態内科学

わが国における緩和ケアは主にこれまでがんを対象としていたが、2018年4月の診療報酬改定で一定の条件を満たす末期心不全患者に対する緩和ケア診療加算が算定可能となり、「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」<sup>1)</sup>でも心不全緩和ケアに関する高い推奨が示された。2020年に発表された欧州心不全学会のPosition paper<sup>2)</sup>では、緩和ケアをガイドラインに沿った心不全治療を補完するものと位置づけ、心不全多職種チームが提供するケアの中に早期から緩和ケア的アプローチを組み込みこむことで、多くの心不全患者に恩恵がもたらされる可能性が強調されている。

このように現代の心不全診療において緩和ケアの重要性は非常に高まっており、令和2年10月27日に策定された「循環器病対策推進基本計画」では、個別施策の1

つとして循環器病の緩和ケア提供体制の整備が取り上げられた。その体制構築を考えるにあたって基本的緩和ケアという概念を共有したい。緩和ケアは基本的緩和ケアと専門的緩和ケアに大きく分けられる(図)。基本的緩和ケアの役割は、①緩和ケアのニーズを評価すること、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(ACP)、④困ったら専門的緩和ケアにコンサルトする能力などが挙げられる<sup>3-7)</sup>。一方で、複雑な症状管理、意思決定支援やコミュニケーションに困った時などは緩和ケアチームをはじめとした専門的緩和ケアへのコンサルテーションを検討する。この基本的緩和ケアを提供するのは、心不全患者診療に携わる医療スタッフである。本邦では緩和ケア専門家の数が非常に限られており、

図：心不全における基本的心不全緩和ケアと専門的緩和ケア



そのアプローチが十分に確保できない医療環境が少なくない。また、緩和ケアということで突然別のチームの介入が始まると、ケアの連続性が途切れ、患者は「見捨てられた」と感じてしまう恐れがある。もともと循環器領域には包括的心臓リハビリテーションを初めとしたチーム医療の文化がある。そのような土壌を生かして「治療と共に基本的緩和ケアありき」の心不全多職種診療を行いながら、限られた専門的緩和ケアのリソースをうまく活用し、幅広い心不全患者に緩和ケアを提供していくことが必要だと考えられる。がんの領域では、2007年に施行されたがん対策基本法を契機に「すべてのがん診療に携わる医師が研修などにより、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられ、緩和ケアの基本教育を推進する事業として「PEACEプロジェクト」(<http://www.jspm-peace.jp>)が普及している。一方で、国際的に見ても心不全の疾患特性に併せた緩和ケアの教育プログラムはほぼ存在

せず、心不全の緩和ケアを広く普及させるためには、心不全の実臨床に即した新たな基本的緩和ケア教育の仕組みが求められていた。

そのような中、我々は2017年より基本的心不全緩和ケアトレーニングプログラムであるHEPT (HEart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider)の開発・運営に取り組んでいる(<http://hept.main.jp/>)。HEPTの開発にあたっては、心不全緩和ケアに関する豊富な経験を有する5施設(久留米大学病院、飯塚病院、兵庫県立姫路循環器病センター、聖路加国際病院、神戸大学医学部附属病院)から、循環器専門医、緩和医療専門医・認定医、総合内科専門医らを作成コアメンバーとして選定し、これまでの経験や文献検討等を踏まえてプログラム内容を作成し、3回のトライアル開催で各領域の専門家オブザーバーによるブラッシュアップを受けた。プログラムの各モジュールには達成目標が設定されており(表1)、それらを講義

表1：HEPTの各モジュールにおける達成目標

モジュール	達成目標
心不全緩和ケア概論	<ul style="list-style-type: none"> <li>●緩和ケアの定義を知る</li> <li>●心不全患者の「苦痛(つらさ)」を知る</li> <li>●心不全緩和ケアにおける課題を知る</li> <li>●治療と連携して提供する緩和ケアのイメージを知る</li> </ul>
意思決定支援における Advance care planning	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」と「事前指示(AD)」の違いについて説明できる</li> <li>●ACPの分類と、ACPを開始するきっかけを知る</li> <li>●ACPの構成や心構えについて理解し、実践する上で有用なコミュニケーションスキルを知る</li> </ul>
主な身体症状への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>●心不全の緩和ケアにおける                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①苦痛症状の評価方法</li> <li>②基本的な薬物療法(特にモルヒネ使用について)</li> <li>③非薬物療法</li> </ul>                             を知る                         </li> </ul>
心不全患者への精神ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>●心不全患者の不安・抑うつを評価・スクリーニングできる</li> <li>●心不全患者のせん妄について知る</li> </ul>
DNAR指示と治療の差し控えにおける臨床倫理	<ul style="list-style-type: none"> <li>●臨床倫理の原則について理解する</li> <li>●心不全における倫理的問題について理解する</li> <li>●DNAR指示とICDの除細動機能停止に関わる問題について理解する</li> <li>●実際の意思決定の場面における倫理的問題を体験する</li> </ul>

とグループワークを組み合わせた1日間の集中研修として学ぶ形式である(表2)。もともとHEPTは有志で運営するトレーニングプログラムであったが、その実績を評価していただき、2019年度の日本心不全学会理事会でオフィシャルプログラムとして認められた。2019年10月以降は日本心不全学会内の緩和ケア推進委員会(委員長 北海道大学 安齊俊久先生)の下、医師を対象として開催している。2021年12月までに計21回開催し、計720の医師が修了している(COVID-19感染拡大に伴い、2020年11月以降はZoomを用いたWeb開催へ移行)。また、2020年からは日本心不全学会学術集会の際に指導者講習会を開催しており、2020年127名、2021年135名の医師が修了し、修了者はファシリテーターや講師

としてHEPTの運営を支えている。2020年度の診療報酬改訂では、末期心不全の患者を対象とする場合の緩和ケア診療加算の施設基準において、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一つとして日本心不全学会HEPTが掲げられるようになった。2021年からは厚生労働省から日本心不全学会への委託事業となり、2022年4月以降、年間2000名、10年で20000人の受講を目指した体制構築のためのe-ラーニング化を進めており、今後HEPTのますますの普及が期待される。現在、HEPTの受講が心不全緩和ケアの実践度や困難感、知識に与える影響について検証を行っている(論文投稿中)。

表2：HEPTプログラム(現行のwebinar版)

開始時間	終了時間	所要時間(分)	形式	内容
10:00	10:15	15		HEPT開催にあたって、アイスブレイキング
10:15	11:00	45	講義	心不全緩和ケア概論
11:00	11:10	10		休憩
11:10	12:40	90	講義+グループワーク	意思決定支援における Advance care planning
12:40	13:30	50		昼食休憩
13:30	14:15	45	講義	主な身体症状への対応
14:15	15:00	45	講義	心不全患者への精神ケア
15:00	15:15	15		休憩
15:15	16:45	90	講義+グループワーク	DNAR指示と治療の差し控えにおける臨床倫理
16:45	16:55	10		受講後テスト
16:55	17:00	5		閉会の言葉

参考文献

- 1) Tsutsui H, Isobe M, Ito H, Ito H, Okumura K, Ono M, et al. JCS 2017/JHFS 2017 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure- Digest Version. *Circ J*. 2019;83(10):2084-184.
- 2) Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, Boyne J, de Stoutz N, 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*. 2020;22(12):2327-39.
- 3) Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(15):1919-30.
- 4) Gelfman LP, Kavalieratos D, Teuteberg WG, Lala A, Goldstein NE. Primary palliative care for heart failure: what is it? How do we implement it? *Heart Fail Rev*. 2017;22(5):611-20.
- 5) Munoz-Mendoza J. Competencies in palliative care for cardiology fellows. *J Am Coll Cardiol*. 2015;65(7):750-2.
- 6) Goodlin SJ. Palliative care in congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54(5):386-96.
- 7) Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 2013;368(13):1173-5.