

## 循環器病総合支援センターの設置要件（案）

### <内容>

1. 循環器病総合支援センターの設置要件（総論） 小笠原邦昭
2. 循環器病総合支援センターの設置要件（各論）
  - ① 地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援：竹川英宏、杉本匡史
  - ② リハビリテーション等の取組：豊田章宏、橋本洋一郎、木田圭亮
  - ③ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援：藤本 茂、橋本洋一郎、宮本恵宏
  - ④ 循環器病の緩和ケア：片岡大治、水野 篤
  - ⑤ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援：豊田章宏、橋本洋一郎、木田圭亮
  - ⑥ 治療と仕事の擁立支援・就労支援：豊田章宏、橋本洋一郎、松本知沙
  - ⑦ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策：宮本 享、水野 篤

付録：循環器病対策推進基本計画 概要

循環器病総合支援センターについて

付記：循環器病とは、脳卒中、心臓病その他の循環器病を指す  
 （循環器病＝脳卒中(脳血管疾患)＋心臓病(心血管疾患)）

### 1. 循環器病総合支援センターの設置要件（総論）

循環器病総合支援センターは、循環器病対策推進基本計画における「保健、医療及び福祉に係わるサービスの提供体制の充実」を目的として、下記の要件を満たす施設において、患者及びその家族の情報提供・相談支援等に対する総合的な取り組みを自施設で行うのみならず、都道府県及び地域の中心的な医療機関と連携し、同取り組みを包括的に支援する設備として設置する。

1. 脳卒中、心臓病その他の循環器病の急性期も含む医療を行っていること。
2. 当該都道府県内あるいは近隣の都道府県内の急性期も含む脳卒中、心臓病その他の循環器病の医療を行っている施設と連携できること。
3. 都道府県や関連する学会と連携し、当該都道府県における脳卒中、心臓病その他の循環器病の患者に対する相談支援業務の整備を主導できる施設、具体的には当該都道府県における循環器病対策推進協議会と連携できること。

## 2. 循環器病総合支援センターの設置要件（各論）

### ① 循環器病総合支援センターの「地域連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援」に関する要件 （多職種連携し医療、介護、福祉を提供する地域連携の推進）

担当：竹川 英宏（脳卒中）・杉本 匡史（循環器）

循環器病患者及び家族等に対し患者の状態や目的に合わせて、入院および外来でのリハビリテーションも含めた医療・介護・福祉・就労・障害に関する相談支援・連携等を行うことができる。

#### 推進すべき事業

1. 地域包括ケアシステムをはじめとした医療・介護・福祉の連携に有用なシステム、福祉サービスなどとの連携及びその情報提供
2. 患者が適切な障害福祉制度を利用できるよう障害認定の支援
3. 療養上の意思決定や問題解決、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の支援

地域連携に基づく循環器病対策、循環器病患者・家族支援は、医療・介護・福祉を含めた多職種連携による循環器病の急性期から回復期、維持期（生活期）へのシームレスな医療提供体制の確保を推進するため、外来医療・在宅医療・介護連携や地域包括ケアシステムを理解する必要がある。地域包括ケアシステムの構築には医療計画、都道府県介護保険事業支援計画、及び市町村介護保険事業計画の整合性確保と地域ケア会議が必要であり、具体的な医療・介護・福祉の連携先・事業には地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、権利擁護事業がある。実際の連携は薬剤師、看護師、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士等）、介護支援専門員（ケアマネジャー）、失語症意思疎通支援者、脳卒中療養相談士、心不全療養指導士、患者会等の支援者と協力して行い、患者の ADL・QOL、家族の QOL 向上のため、患者の後遺症の状況や病期、家族などの介護者の状況を踏まえ以下の支援等を行う。

- ・地域連携パスなどを用いた疾患管理プログラムに基づく急性期から回復期及び維持期（生活期）の医療連携
- ・関連医療機関、リハビリテーションセンター、地域包括支援センターとの連携をはじめとした関連相談窓口（脳卒中相談窓口等）との連携
- ・患者の状態に応じた適切なリハビリテーションの継続
- ・脳卒中患者に対する継続した装具のサポート
- ・障害認定（身体障害者認定システム、精神障害者保健福祉手帳）と障害福祉制度の情報提供と支援
- ・福祉サービス（障害者相談センター、障害者就業・生活支援センターなどの行政サービス）との連携
- ・運転再開支援
- ・介護と仕事および治療と仕事の両立支援の推進（両立支援コーディネーターと連携）
- ・患者会等の支援者との連携
- ・身寄りがない患者、高次脳機能障害の意思決定支援
- ・アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のサポート

## 別添資料

### 循環器病総合支援センターと「社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援」

医療・介護・福祉を含めた多職種連携による急性期から回復期、維持期(生活期)へのシームレスな医療提供体制の確保を推進するためには地域包括ケアシステムの確立が必要であり、具体的には要支援の患者に対しては地域包括支援センターによる相談支援、要介護の患者に対しては介護支援専門員(ケアマネジャー)を通じた介護保険制度の利用促進、経済的・心理的・社会的問題を抱える患者に対しては社会福祉士等の医療ソーシャルワーカーによる相談支援などが必要と考えられる。

心血管疾患領域では「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」の成立を見据え、2018年より「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」が開始された。本結果では、①入院心不全患者への多職種心臓リハビリテーションの実施は良好な患者予後と関連しており(Circ Heart Fail. 2020)、②年齢に関係なく高齢者に心臓リハビリテーションは効果がある(J Card Fail. 2021)一方で、③心不全患者の高齢化に伴い自宅退院できた患者の約半数が1年以内に何等かの有害事象を起こしており、外来心臓リハビリテーションを5ヵ月間完遂した患者群では有害事象が非常に低く抑えられたと報告されている。これらの研究結果より、心不全患者に対する急性期から回復期、維持期(生活期)にかけての心臓リハビリテーションを継続する医療提供体制の構築が必要と考えられる。広義の概念としてリハビリテーションには患者への支援や教育、運動・食事・服薬の管理などが含まれており、患者の状態や目的に合わせて広義のリハビリテーション活動を急性期から回復期、維持期(生活期)にかけて継続的に行うことは、循環器病対策・循環器病患者支援にとって不可欠と考えられる。

一方、脳卒中は要介護原因第2位であり、特に要介護4・5の重度な後遺症を有する最も大きな原因となっている。脳卒中患者のADL・QOL向上、さらに家族のQOL向上には一刻も早い急性期治療、急性期病院と回復期・維持期(生活期)を担う医療機関との連携、それぞれの病期に即したリハビリテーションを含む医療の継続が必要である。また、治療と仕事の両立支援や運転免許、後遺症のサポートなどに加え、地域包括支援センターの活用、介護保険・在宅介護サービス・訪問診療・身体障害者認定システム・精神障害者保健福祉手帳といった福祉サービスの提供が重要となる。2021年に日本脳卒中学会と回復期リハビリテーション病棟協会が、脳卒中領域の医療・介護・福祉の連携の問題について調査した結果、連携を円滑に進めるためには、「医療・介護側の問題(医療従事者の対応)」、「医療・介護側の問題(制度・仕組み)」、「本人・家族の問題(精神的, 介護, 金銭)」、「本人・家族の問題(知識)」を改善することが必要であった。具体的には、転院の問題、回復期以降の医療・リハビリテーション継続の問題、装具作成・作り直しの問題、手帳診断等、医療者側の問題で障害福祉制度が利用できない患者が存在すること、運転再開・就労の問題、適切な栄養経路の選択と実践の問題、家族の介護疲れ、老老介護、ヤングケアラーなどの問題、高次脳機能障害者の生活費・療養生活の問題、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の問題に対応することである。

## ② 循環器病総合支援センターの「リハビリテーション等の取組」に関する要件

(急性期～回復期、維持期(生活期)等の状態や疾患に応じて提供する等の推進)

担当：豊田章宏・橋本洋一郎(脳卒中)・木田圭亮(循環器)

1. 急性期から回復期および維持期(生活期)まで一貫性を持ったリハビリテーション治療の提供等の取組を推進することが求められる。
  - a) 脳血管疾患の場合
    - ・発症後可及的早期からの廃用予防と機能回復を目的とした脳血管リハビリテーションの開始
    - ・ICFに基づいた多職種による評価とそれに基づいた治療計画の策定と説明及び実践
    - ・地域の医療・介護・福祉連携体制を構築(地域連携パス合同検討会などの実施)
  - b) 心血管疾患の場合
    - ・急性期治療に合わせ、多職種による評価に基づいた心大血管リハビリテーションの開始
    - ・心不全再発予防の観点から、回復期以降のリハビリテーション継続可能な施設の開拓
2. 超高齢社会への対応と地域包括ケアシステムとの協働
  - ・嚥下障害やフレイル等を考慮し、機能維持・再発予防に向けたリハビリテーション適応の見直し
  - ・地域リハビリテーション事業、地域包括ケアシステム等との理念共有およびレスパイトへの対応

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)に基づいた日常生活の質の向上と維持を図るため、可及的早期から継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合が多い。

脳血管疾患患者においては、運動麻痺、感覚障害、失語などの高次脳機能障害といった多彩な後遺症を残すことが多く、社会復帰に至るまで長期の専門的なリハビリテーション治療を要する場合もあり、ガイドラインでも提唱されている。また、再発やうつなどの合併症も比較的多いことも知られている。

心血管疾患患者においては、特に、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発予防及び再入院予防の観点が重要である。運動療法、冠危険因子是正、患者教育、カウンセリング等を含む多職種による疾病管理プログラムとして心血管疾患におけるリハビリテーションを実施することが関連学会より提唱されている。したがって、循環器病患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家を育成しつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要がある。また、超高齢社会に伴い、循環器病に嚥下機能障害や廃用症候群(フレイル)など、複数の合併症を認めることが増加しており、複数の合併症や介護予防に対応したリハビリテーション等を推進することについても検討を要する。

循環器病総合支援センターにおいてこれらの相談に対応するためには、下記の諸機関の把握や連携構築が必要となる。

1. 地域のリハビリテーション資源の把握と医療・介護・福祉の連携構築
2. 障害福祉・高齢福祉など関連行政との連携構築
3. 地域包括支援センター・地域リハビリテーションセンターなどとの連携構築
4. 就労支援機関・産業保健総合支援センターなどとの連携構築

## 別添資料

### 循環器病総合支援センターと「リハビリテーション等の取組」

循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ、日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、急性期から回復期、維持期(生活期)に至るまで状態に応じた切れ目のない提供体制の提供が求められる。状態が安定した回復期以降には、リハビリテーションを外来や在宅で実施することも見据えつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて多職種が連携する体制について、その有効性も含めて検討する必要がある。

特に脳卒中後のリハビリテーション治療においては、2000年に回復期リハビリテーション病棟が新設されたことにより回復期のリハビリテーション治療は量的には大きく進展したが、回復期における専門的治療やリスク管理等については対象となる疾患が幅広いために十分に対応しきれていない点や包括払い制度に起因する薬剤変更による問題も指摘されている。一方で急性期病院には公的病院が多いこともあり、リハビリテーションスタッフが十分に配置されていないことが多く、十分な急性期リハビリテーション治療が行えていないという実情もある。さらに同時に始まった介護保険制度により、維持期(生活期)における医療リハビリテーションの介入が希薄となり、リハビリテーション医療の本来の目的である社会生活の自立よりも自宅退院までがゴールとなっている感がある。

近年、日本での多施設共同の後ろ向きコホート研究において、多職種による外来心臓リハビリテーションを行った心不全患者では、退院後の死亡と再入院のリスクが23%低いことが報告されている[Circ Heart Fail. 2020 Oct;13(10):e006798.]。現状では、心不全患者における入院中の心臓リハビリテーションへの患者参加率は40%、さらに退院後の外来通院型心臓リハビリテーションへの患者参加率は7%であり、必要な患者に心臓リハビリテーションが十分に実施されていない現状がうかがえる[Circ J 2019; 83: 1546-1552.]。心臓リハビリテーションへの参加を妨げる要因として、担当医が心臓リハビリテーションへの参加を勧めない、患者説明の時間が入院中に十分とれない、リハビリテーション施設までのアクセス不良、費用の問題、時間がとれない、女性、高齢、併存疾患がある患者、低収入・未婚・失業中の患者、社会的支援を得られない患者など課題は多い。

広島大学病院は県内の4病院(地域心臓いきいきセンター)と連携し、心不全の地域サポート体制を構築した結果、急性期病院の平均入院日数を減らすことなどに成功した。

一方、帝京大学医学部附属病院を中心として構築された Cardiac Rehabilitation Continuous Network (CRCN) は、より応変的・弾力的な連携体制を構築することで、地域医療連携のネットワーク化(線から面へ)に成功している。

また、日進月歩である現代医療の専門分化が進む中で、2006年の診療報酬改定によりリハビリテーション治療も「脳血管」・「運動器」・「呼吸器」・「心大血管」の4つの疾患別診療報酬体系となり、2010年には新たに「がん」が加わって細分化・専門化していく様相をみせている。しかしながら、高齢化が進行する中で複数の疾患による多重障害患者は急増しており、診療体制の時期的・分野的な狭間で取り残されている患者も見受けられる。医療の入り口である救急分野と出口であるリハビリテーション分野は、本来その役割から総合的なものであったことも忘れてはならない。

したがって、リハビリテーション等の取組目標としては、まず急性期リハビリテーションの充実、次に回復期リハビリテーションとの連携強化と抗凝固療法などの専門治療の継続とリスク管理の担保、維持期(生活期)における必要な医療リハビリテーションサービスの提供などが挙げられる。さらに地域リ

ハビリテーション事業との連携による地域包括ケアの一環として、再発予防や介護予防、環境整備や補装具調整を目的とした医療・介護・福祉連携によるトータルリハビリテーション・ケアサービスの提供、両立支援・就業支援事業との連携による就労・就学を目的としたリハビリテーションサービスの提供の必要である。

図 国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF)について

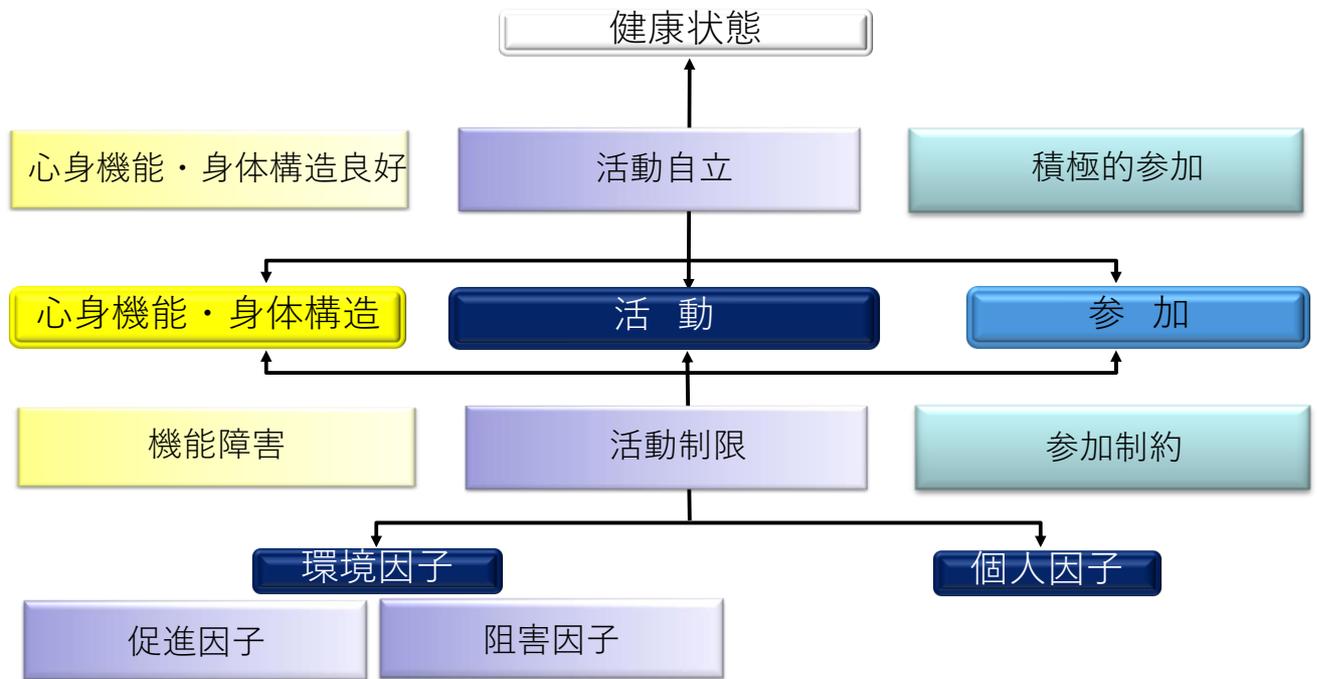


表 脳卒中評価スケールの位置づけ(ICF)

Function (心身機能・身体構造) →Impairments (機能障害)	Brunnstrom stage、SIAS、MAS、NIHSS、JSS、 Fugl-Meyer assessment set
Activity (活動) →Activity limitations (活動制限) [Disability (能力低下)]	mRS、BI、FIM
Participation (参加) →Participation restrictions (参加制約) [Handicap (社会的不利)]	CHART(Craig Handicap Assessment and Reporting Technique)

国際生活機能分類 (国際障害分類改訂版) ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)

### ③ 循環器病総合支援センターの「循環器病に関する適切な情報提供・相談支援」に関する要件

(科学的根拠に基づく正しい情報提供、患者が相談できる総合的な取組)

担当：藤本 茂 (脳卒中)・宮本 恵宏 (循環器)

循環器病に関する疾患、医療、リハビリテーション、介護、心理サポート、就労支援、心機能障害、高次脳機能障害、福祉サービス等に関する適切な情報提供と相談支援が円滑かつ的確に行える

過去の文献報告やアンケート調査によると、脳卒中患者およびその家族への情報提供・相談支援に関して、リハビリテーション、介護、心理サポートは医療者側からのアプローチも患者側からのニーズも頻度が高い。一方で、就労支援、訪問サービスについては情報提供が不十分な可能性がある。就労支援に関する問題点として患者側と雇用者側との認識の解離が大きいことが報告されている。また、高次脳機能障害や視覚障害など特化した対応が必要な障害に対するサポートが不足している可能性がある。患者・介護者は医療サービスとソーシャルケアサービスの両方の不足のみならず、アクセスのし難さを実感しており、社会的関係性の構築やネットワーク・コミュニティの重要性を訴えている。さらに、患者と介護者・パートナーとの関係への心理的、社会的サポートおよび介護者をターゲットとしたサポートの重要性が示唆されている。

患者が相談できる総合的な取組

個々の症例の状況や病期に応じた以下に示すような多面的サポートをアクセスよく提供することは再発抑制、医療費削減、ADL維持に有効であると思われる。

- ・通所および訪問リハビリテーションの継続、装具の作成・作り直しに関する情報提供
- ・就労を希望する患者に対する治療と仕事の両立支援(両立支援コーディネーターと連携)
- ・障害福祉制度との円滑な連携と社会復帰に向けての支援
- ・地域包括ケアシステム・介護保険・在宅介護サービス・訪問診療に関する情報提供
- ・身体障害者認定(視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、内部障害)、精神障害者保健福祉手帳に関する情報提供
- ・身寄りがない患者、生活困窮者などの権利擁護事業との連携
- ・運転免許や通院・リハビリテーション・就労のための交通手段に関する相談
- ・言語障害、視覚障害、てんかん、うつ、認知症など特定の障害や合併症に関する相談
- ・医療機関や福祉サービス(障害者相談センター、障害者就業・生活支援センターなどの行政サービス)や患者会の紹介

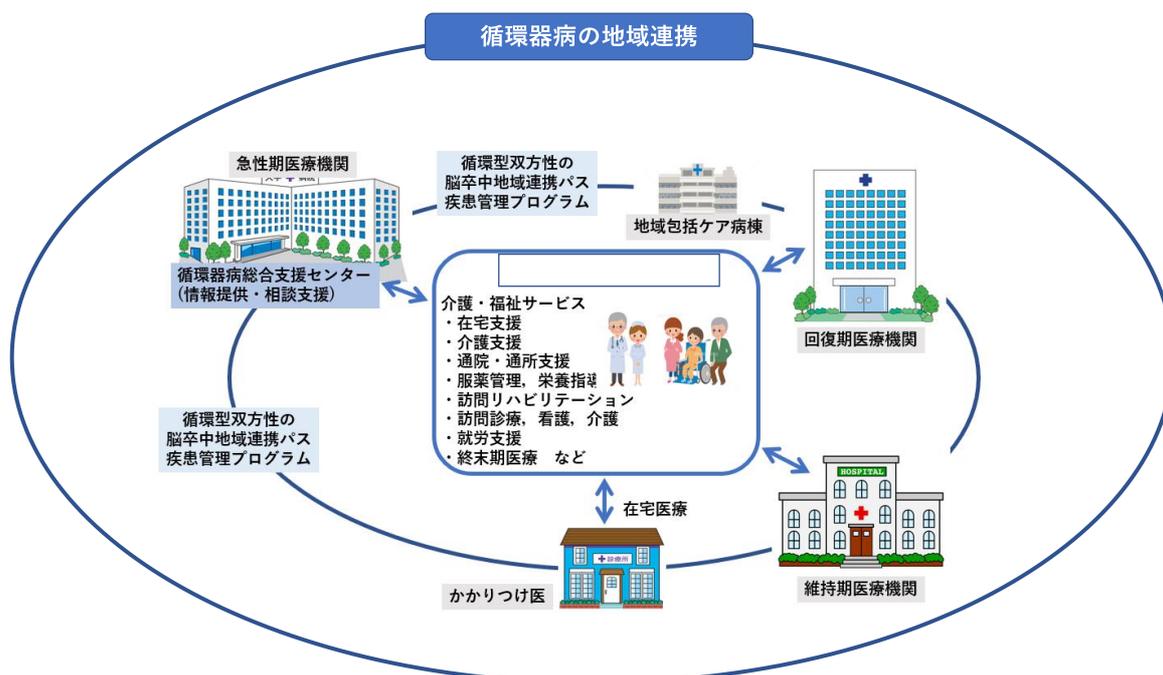
## 別添資料

### 循環器病総合支援センターと「循環器病に関する適切な情報提供・相談支援」

脳卒中は急性期治療のみならずその後のリハビリテーション、生活支援や復職・復学支援、介護など長期にわたる医療・介護・福祉の継続的な連携が求められる疾患である。また、rt-PA 静注療法や機械的血栓回収療法など急性期治療の進歩により、急性期医療機関で劇的に症候が改善し直接自宅に退院する患者が増えている一方で、重度の後遺症を残し回復期や維持期(生活期)の医療機関、在宅での長期的なリハビリテーションやケアが必要な患者も依然として多く、様々な状態の患者への的確な対応が求められる。すなわち、地域において急性期、回復期、維持期(生活期)の施設、かかりつけ医、さらには在宅療養に至るまでシームレスな医療・介護・福祉サービスを受けることができる体制(図)を構築しなければならない。

また、脳卒中は患者のQOLを損ない、死に至る病であることから、リハビリテーション、就労支援、介護および終末期までを含めた医療と福祉の連携を、地域の実態に応じて構築する必要がある。また、患者およびその家族の相談に応じて情報が提供され、必要かつ十分な支援されなければならない。しかしながら、急性期医療機関では個々の症例が退院した後の地域包括ケアシステムや介護・福祉サービスの仕組みに関する知識や経験が豊富な人材が潤沢であるとは言いがたい。

従って、循環器病患者およびその家族へのスムーズかつ適切な情報提供・相談支援について多職種が連携して取り組む必要があり、その相談窓口の設置が求められる。



#### ④ 循環器病総合支援センターの「循環器病の緩和ケア」に関する要件

(多職種連携・地域連携の下、適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進)

担当：片岡 大治 (脳卒中)・水野 篤 (循環器)

脳卒中、心臓病その他の循環器病の患者および家族等に対して、精神的なケアを含めた適切な緩和ケアの提供、必要な専門領域との連携が可能であり、療養と緩和に関する情報提供および支援ができる相談窓口が整備されている

緩和ケアは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、その苦痛を予防し和らげることにより、患者・家族等の quality of life(QOL)を向上させるアプローチである。循環器病の緩和ケアに関しての診療体制としては、循環器病のみならず非がんの緩和ケア自体ががん領域に比較して認知が十分ではなかったが、社会的・文化的・時代的背景の変化より緩和ケア自体のニーズが高まってきている。2018年における「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ついて」や2021年における「重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言」にある通り、国民によりよい緩和ケアを提供するための医療従事者の教育・研究を含めて整備が始まったところである。

## 別添資料

### 循環器病総合支援センターと「循環器病の緩和ケア」

循環器病に求められる緩和ケアは、身体的苦痛・精神心理的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアルな苦痛からなる全人的苦痛の評価・改善および、アドバンス・ケア・プランニングや協働意思決定のためのサポートが中心であると考えることが妥当である。さらに近年の欧州心臓協会での報告でも患者のニーズをくみ取る事が重要であり、まず緩和ケアのニーズの把握、全人的苦痛の改善および意思決定支援を実践することが明記されている (Cardiovasc Res. 2020 Jan 1;116(1):12-27)。突然発症することが多い脳卒中では、後遺症による身体的苦痛に加えて、突然の発症に対する戸惑い、障害が生じたことへの悲しみ、将来への不安など様々な苦痛を生じる。患者の身体的苦痛を緩和するとともに、患者・家族等の精神心理的苦痛を共感をもって傾聴し、病状や今後起こりうる事態について説明して、意思決定を支援する。特に重症脳卒中では、患者本人が自立した意思決定能力を持たず、アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning) も示されないことが多いため、家族等から発症前の患者本人の意思について聞き取り、それに沿った形で今後の医療やケアの方針を、家族等と相談して決定していく。社会的苦痛に対しては多職種ケアチームによる相談支援を行い、利用可能な行政の窓口につなげていく。

また全人的苦痛の改善のためには、いくつもの専門領域の関与が不可欠であり、精神・心理的ケアを中心とした専門家(診療科)へのアクセスはがん領域の緩和ケアの時代より緩和ケアの医療の質確保(表1)に不可欠な要素と考えられている (Journal of pain and symptom management 51.4 (2016): 652-661.)。これは日本での心不全緩和ケア領域および急性期循環器疾患における緩和ケアの医療の質評価項目としても含まれている(表2、表3)。脳卒中領域においても、ケアチームは、医師・看護師・医療ソーシャルワーカー(社会福祉士等)・介護相談支援員(ケアマネジャー)などの医療・ケアにかかわる職種に加えて、臨床心理士や宗教家などの多職種で構成される必要がある。

このような多職種での介入の重要性として、欧米でも心臓病その他の循環器病における緩和ケア専門家へのアクセスが少ないことも指摘されており (JAMA Netw Open. 2019;2(5):e192375)、多職種チームでの緩和ケア介入はQOLおよび不安、うつ、スピリチュアルな改善のために有効であったということが報告されている (J Am Coll Cardiol. 2017 July 18; 70(3): 331-341)。日本では多施設ランダム化比較試験はないが、同様の結果が期待される。

心臓病その他の循環器病に特化した緩和ケア教育においては、2018年における「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ついて」の報告書や、日本循環器学会「2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言」に記載されていることに加え、日本心不全学会主催で心不全緩和ケアトレーニングコース(Heart failure Palliative Training program for comprehensive care provider)により主に循環器内科医を中心として心臓病の一つである心不全における緩和ケア教育の普及に努めている。脳卒中領域においては、今後、脳卒中相談窓口において、脳卒中患者家族等に対する療養と緩和に関する情報提供および支援ができる人材(脳卒中療養相談士)を育成するとともに、脳卒中にかかわる医療従事者が緩和ケアの知識や技能を獲得できるような体制を整備していく必要がある。

脳卒中患者の緩和ケアの詳細に関しては、日本脳卒中学会の指針・ステートメント・提言を参照されたい。(表4)

表 1

## National quality forum 2006 8 domains of quality palliative and hospice care

1. structures and processes of care;
2. physical aspects of care;
3. psychological and psychiatric aspects of care;
4. social aspects of care;
5. spiritual, religious, and existential aspects of care;
6. cultural aspects of care;
7. care of the imminently dying patient; and
8. ethical and legal aspects of care.

表 2 心不全緩和ケア領域の quality indicator

ドメイン	quality indicator	分類
ケアの構造とプロセス	#1. 多職種チームの存在 #2. 多職種チームへのアクセス体制の整備 #3. 多職種チームにおけるディスカッション #4. 多職種チームによる介入率	ストラクチャー指標 ストラクチャー指標 プロセス指標 プロセス指標
病期に応じた心不全治療・ケア	#5. $\beta$ 遮断薬の導入検討率 #6. ACE 阻害薬 /ARB の導入検討率 #7. アルドステロン拮抗薬の導入検討率 #8. ICD 治療に対する選択肢の説明率 #9. CRT 治療に対する選択肢の説明率 #10. 心臓移植適応者の治療検討率 #11. 冠動脈疾患および弁膜症の評価率 #12. 再発予防に対する患者教育率 #13. ICD の相談窓口の整備	プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 ストラクチャー指標
全人的苦痛の緩和	#14. 全人的苦痛に対する評価用紙の整備 #15. 苦痛緩和目標の診療録の記載率 #16. 定量的スケールを用いた症状評価率 #17. 疼痛患者に対する介入率 #18. オピオイドに関する説明文書の整備 #19. 治療抵抗性呼吸困難へのオピオイド投与 #20. オピオイド投与患者の便秘評価率 #21. オピオイド投与患者の嘔気・嘔吐評価率 #22. 精神症状に対するスクリーニング実施率 #23. 精神科医への紹介体制整備 #24. 死別前のグリーフケア実施率 #25. 家族構成と機能についての情報収集率 #26. 退院支援（カンファレンス）実施率 #27. 延命治療の差し控え・中止の検討率 #28. ICD deactivation についての検討率 #29. 死亡前の ICD deactivation 率 #30. 緩和的鎮静に対する多職種カンファレンス #31. 緩和的鎮静実施時の同意取得率	ストラクチャー指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 ストラクチャー指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 ストラクチャー指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標 プロセス指標
意思決定支援と倫理的問題の対応	#32. 心不全の経過に対する説明文書の整備 #33. アドバンス・ケア・プランニングに関する医療従事者用マニュアルの整備 #34. 延命治療に関する多職種カンファレンス実施率 #35. 倫理的問題を検討する諮問機関の整備	ストラクチャー指標 ストラクチャー指標 プロセス指標 ストラクチャー指標

ACE: アンジオテンシン変換酵素, ARB: アンジオテンシン II 受容体拮抗薬, ICD: 植込み型除細動器, CRT: 心臓再同期療法  
(Hamatani Y, et al. 2020<sup>104)</sup> より)

2021 年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言より

表 3

主項目	サブドメイン	医療の質評価指標
構造および過程	緩和ケアチームの存在	循環器専門医、緩和ケアに関する研修を受けた医師、看護師、薬剤師など多職種により構成された緩和ケアを行うチームが存在する 多職種緩和ケアチームに平日日勤態でアクセスできる体制が整備されている
	患者・家族との関係	集中治療室において、家族が24時間いつでも面会可能である
	多職種チームアプローチ	定期的に（少なくとも週1回）、多職種チームによるディスカッションが行われ、記録されている 精神症状が疑われる場合に、必要に応じて精神科医に紹介できる体制が整備されている 遠隔型カンファレンスが実施されている
	患者アプローチのポリシー	患者のNeeds/Preferences（一般的な意思で言えば、精神・社会・スピリチュアルな意思）を評価するためのシステム（質問紙やテンプレート）が院内で整備されている 意思（希冀）の評価（アセスメント）の項目および対応方法が病院で決定されている
	症状スクリーニングとマネジメント（実践）	急性期心疾患入院患者に対して意思（希冀）の評価（アセスメント）が入院24時間以内に実施されている
		急性期心疾患患者に対する緩和ケアチーム介入に関するスクリーニングの実施率
		強い意思（希冀）のある患者（例：NRS=4）に対して薬物療法あるいは非薬物療法が行われている
	意思決定支援	治療抵抗性の呼吸困難患者に対してオピオイドの投与が検討されている
		精神症状のスクリーニングが行われている
		院内で死亡前に看取りの家族ケアについての看護計画が立案されている
		治療方針の決定が困難、意思決定に関する関係者間の価値の対立などの倫理的問題を検討するための諮問機関がある
	意思決定者への情報収集と提供	アドバンス・ケア・プランニングについての患者用マニュアルが整備されている 急性期心疾患患者の24時間以内の、心臓病を含む延命治療の差し控え・中止に関する患者または家族との話し合いの記録 家族構成・役割、キーパーソンの情報が診療記録に記録されている
治療方針の決定と意思の共有	死した急性期心疾患患者において、心臓病を含む延命治療の差し控え・中止に関する患者または家族との話し合いの記録がある I/D 補充患者の非作動に関する選択についての話し合いの記録がある	
アウトカム	アウトカム指標	達成割合

Mizuno et al J Cardiol. 2020 Aug;76(2):177-183.

表 4 脳卒中の終末期医療や緩和ケアに関する指針・ステートメント・提言(日本脳卒中学会)

<p>① 脳卒中における終末期医療に関するガイドライン<sup>1)</sup></p> <p>② 重症脳卒中救急における治療介入のあり方に関するステートメント<sup>2)</sup></p> <p>③ 重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言<sup>3)</sup></p> <p>④ 在宅復帰困難な後遺症を呈する脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言(策定中)</p>
---

- 1) 一般社団法人日本脳卒中学会：脳卒中における終末期医療に関するガイドライン. 脳卒中 41:125-131, 2019. [https://www.jsts.gr.jp/img/terminalcare\\_guideline.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/terminalcare_guideline.pdf)
- 2) 一般社団法人日本脳卒中学会：重症脳卒中救急における治療介入のあり方に関するステートメント. 脳卒中 42: 435-442, 2020. <https://www.jsts.gr.jp/img/statement.pdf>
- 3) 一般社団法人日本脳卒中学会：重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言. 脳卒中 44, 44: 81-85, 2022. [https://www.jsts.gr.jp/img/kanwa\\_ryoyo.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/kanwa_ryoyo.pdf)

## ⑤ 循環器総合支援センターの「循環器病の後遺症を有する者に対する支援」に関する要件

(手足の麻痺・失語症・てんかん・高次脳機能障害・心臓機能の障害等の後遺症に対し支援体制整備)  
担当：豊田 章宏、橋本 洋一郎（脳卒中）・木田 圭亮（循環器）

治療早期からの社会復帰を目指した治療計画、介護・福祉・ピアサポート・患者会などの利用を支援することができる。

循環器病の後遺症には、運動や感覚などの身体機能障害、言語や判断力能力などの高次脳機能障害および心臓機能の障害による心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作など自己の身の日常生活活動が極度に制限されるといった疾病そのものによる障害だけでなく、脳血管疾患の場合、二次的なてんかん、振戦、疼痛、痙縮、精神症状などもある。心血管疾患の場合、特に心不全の経過は多くの場合、慢性・進行性であり、急性増悪を反復することにより徐々に重症化し、ステージ C（心不全ステージ）からステージ D（治療抵抗性心不全ステージ）へと進展する（図）。いずれも早期から適切な評価と治療が行われ、後遺症の程度が最小限となるような治療体制が望まれる。

仮に後遺症が残存した場合でも、医療・介護・福祉のあらゆる資源を活用して、患者及び家族の社会的制限に対して可能な限りの支援が提供できる体制が望まれる。この際に必要となるのが身体障害手帳や精神福祉障害手帳および介護保険などであるが、本人の意向を踏まえて適切な時期に申請し、活用して社会参加を促すよう配慮すべきである。さらに障害受容や対応においてピアサポートの力は大きい。地域の患者会の把握や設立の支援なども重要な役割となる。

また、循環器病総合支援センターで対応するための必要な準備として、障害者総合支援に関連する機関や手続きの把握、後遺症治療に関する医療機関等の把握、患者会などの把握、レスパイトに対応できる施設の把握などが必要と思われる。

### 1. 治療早期から社会復帰を目指した治療計画を支援する

- ・高次脳機能障害、てんかん、痙縮、心臓機能障害などの後遺症には専門的な治療を要する場合がある
- ・後遺症に伴う社会参加制約に対する支援（運転再開、公共交通機関利用、就労・就学支援など）
- ・本人や家族に対する後遺症の正しい理解と対処法の指導、希望があれば職場など周囲への説明
- ・うつや不安などメンタルヘルス不調に対する支援

### 2. 介護や福祉の利用

- ・後遺症の種類や程度に応じた介護福祉制度や機器の利用
- ・後遺症に対応した障害手帳（肢体不自由・精神福祉・心臓機能など）の申請および活用
- ・介護保険制度の利用に関する支援（脳卒中では40歳以上で利用可能）

### 3. ピアサポート、患者会などの利用

- ・障害に対する理解、心の支え、社会生活への対応など家族支援も含めて必要とされることが多い
- ・介護者のレスパイトへの対応

## 別添資料

### 循環器病総合支援センターと「循環器病の後遺症を有する者に対する支援」

循環器病は様々な後遺症を残すことが多いことを踏まえ、必要な治療・介護・福祉を適切に享受できる支援体制を構築することが必要である。一般的に後遺症とは急性期症状が治癒した後も機能障害などの症状や傷痕が残ることを指し、顔面や手足の麻痺など一見してわかりやすいものと、感覚障害や疼痛、失語症や構音障害、失認や失行などの高次脳機能障害といった一見してわかりにくいものがある。さらに、心臓機能の障害により安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返すアダムスストークス発作などの症状が出現する場合、ペースメーカーの植え込み又は人工弁移植、弁置換などの治療が必要な場合、自己の身の日常生活活動が極度に制限されることやうつ症状などのメンタルヘルスの問題を生じることがある。さらにてんかんといった負荷がかかった時や発作という形で見られるものもある。

これらの後遺症に対しては、一定以上の障害があると認められた場合に申請することで身体障害手帳や精神障害者保健福祉手帳などが交付され、障害者総合支援法の対象となり、様々な支援策が講じられる。障害者手帳を保持するという点に対して患者本人の受入れがある場合には、適切な時期に申請し積極的な社会参加を促すべきであるが、失語症などの高次脳機能障害に関しては社会生活の制限が大きい割に等級が低いという意見も多い。後遺症や障害に対する治療や介助については、機能訓練や補装具だけでなく、近年では痙縮に対するボツリヌス治療やてんかんや振戦や疼痛に対する刺激療法なども行われており、必要な情報を備えておく必要がある。

障害者総合支援や介護保険および福祉サービスの利用に関しては、行政の担当課も異なり分かりにくいという指摘も多く、社会福祉士などの医療ソーシャルワーカーと連携して過不足なく適切なサービスが受けられるように配慮すべきである。社会参加における制限に対する支援としては、自動車運転の再開、公共交通機関の利用、就労・就学支援なども挙げられるが、障害者手帳が有用な場合もある。

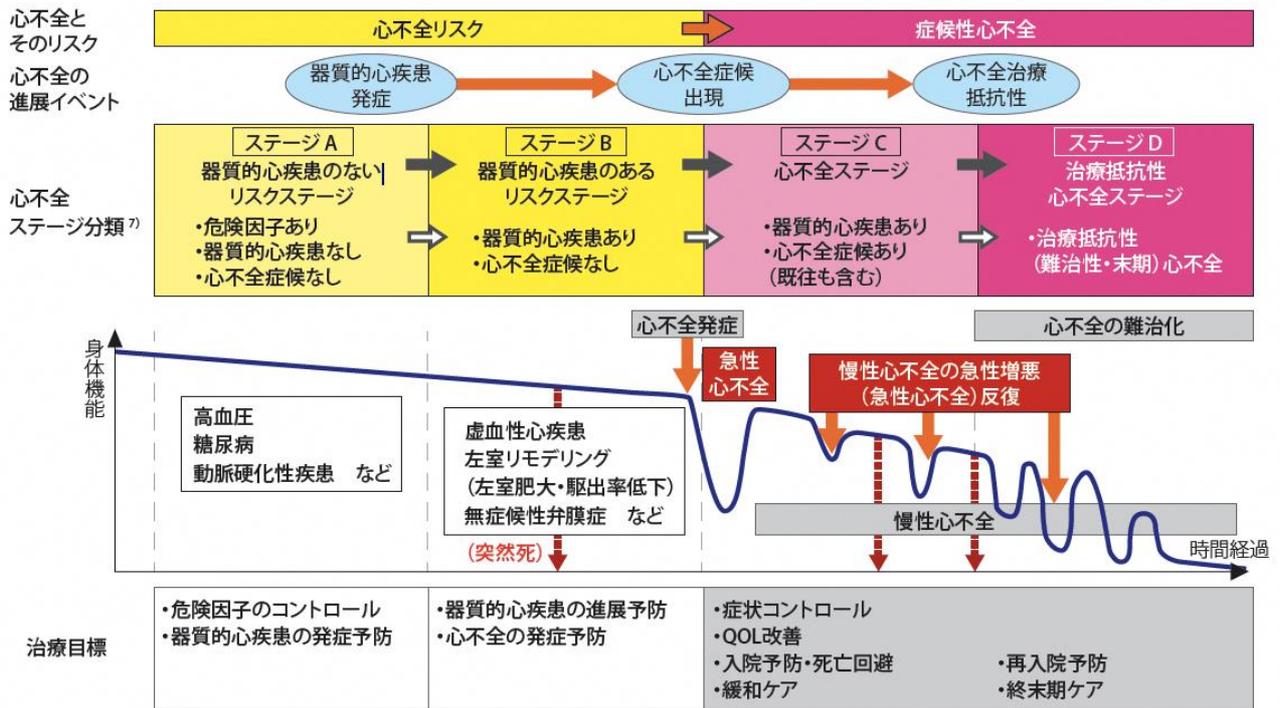
また、罹患後に高頻度に見られる「うつ」や「不安」などのメンタルヘルス不調も大きな課題である。患者本人だけでなく家族への支援が重要であり、ピアサポートや患者会などとの連携も必要である。

したがって、循環器病の後遺症を有する者に対する支援としては、まず急性期から多職種による評価と治療計画を立て、考えられる後遺症について患者・家族に説明し、今後の対策をチームで考えることが必要である。その上で必要な時期に必要な制度やサービスの利用について紹介し支援することが求められる。

表 1 脳卒中の高次脳機能障害

① 言語障害：失語、失読、失書
② 行為障害：失行、運動無視、運動開始困難など
③ 認知障害：半側空間無視、身体失認、視覚性失認、聴覚失認など
④ 記憶障害：健忘、見当識障害など
⑤ 注意障害：
⑥ 前頭葉障害：遂行機能障害、社会的行動障害（うつ、意欲低下、病識低下、易怒性など）

図 心不全とそのリスクの進展ステージ



急性・慢性心不全診療ガイドラインより (2017年改訂版)

## ⑥ 循環器病総合支援センターの「治療と仕事の両立支援・就労支援」に関する要件

(患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、就労支援等の取組を推進)

担当：豊田 章宏、橋本 洋一郎 (脳卒中)・松本 知沙 (循環器)

1. 就労を視野にいれ、急性期から回復期、維持期(生活期)まで一貫した医療連携を支援できる。また就労に関して個々の患者の状態に応じた評価ができる。
2. 就労支援・両立支援を両立支援コーディネーターと共に事業者および医療機関と連携しながら取り組むことができる。

脳卒中・循環器疾患を抱えながらも、働く意欲・能力がある患者において、仕事を理由に治療機会を逃すことがなく、また治療を理由として仕事の継続を妨げられることなく、適切な医療を受けながら、生き活きと仕事を続けられることは、患者の QOL 並びに経済的基盤を維持するうえで極めて重要である。脳卒中・循環器疾患患者の「治療と仕事の両立支援・就労支援」には患者・家族と医療機関、事業所(職場)の連携が不可欠であるが、医療機関は急性期・回復期・維持期(生活期)と専門分化されており、就労までを視野にいれた包括的なケアは行われにくい。また事業所においては、産業医制度が十分に機能していないことも特に中小企業において少なくなく、多職種の円滑な連携が難しいことが少なくない。一方、医療機関と事業所の連携をサポートする両立支援コーディネーター制度も開始され、今後の活躍が期待される。

以上より、治療と仕事の両立支援・就労支援の要件としては下記の事項が求められる。

1. 就労を視野にいれ、急性期から回復期、維持期(生活期)まで一貫した医療連携を支援できる。また就労に関して個々の患者の状態に応じた評価ができる。
2. 就労支援・両立支援を両立支援コーディネーターと共に事業者および医療機関と連携しながら取り組むことができる。

また、循環器病総合支援センターで対応するための必要な準備として、院内多職種チームによる両立支援体制の構築、両立支援窓口の設置と両立支援コーディネーターの配置、産業保健総合支援センターや地域両立支援推進チームとの連携、就労支援機関の把握と連携構築などが挙げられる。

更に両立支援コーディネーターによる就労までと共に、就労後の両立支援の定着までのフォローが期待される。

## 別添資料

### 循環器病総合支援センターと「治療と仕事の両立支援・就労支援」

本邦で推進されている「働き方改革」でも「病気の治療と仕事の両立、障害者就労の推進」が挙げられている他、ダイバーシティ・インクルージョンの観点、更には少子高齢化による労働人口の減少に伴う労働人口の確保は喫緊の課題であり、脳卒中・循環器疾患患者に対する両立支援・就労支援は重要である。しかし、循環器疾患・脳卒中患者の就労状況は十分とは言い難い。近年の本邦での就労年齢の循環器疾患入院患者を対象とした疾病罹患後の復職状況に関する研究では、循環器疾患罹患後の75～80%の復職が報告されているが、罹患前に就労していた者で罹患後に離職した者は25%程度と少なからず認められ、その中で医療者から身体的理由により離職を勧められたのは4～13%と少数であり、多くは身体上の不安による自己退職で、中には解雇や職場の不理解などを理由にした離職も認められたことが報告されている<sup>1,2</sup>。尚、復職に関わる要因としては年齢や女性、非正規雇用、緊急入院患者、心不全合併などが報告されている。一方、脳卒中については本邦の脳卒中患者数のうち約30%は就労年齢の65歳未満で「若年性脳卒中」に該当し<sup>3</sup>、特に罹患後も就労が重要であると考えられているが、脳卒中患者の就労に関しても十分とは言い難い。豊田らによる発症から3日以内に入院した完成型脳卒中症例を対象にした多施設調査では、発症前のmodified Rankin Scale (mRS)が0～1の就労年齢患者では、発症3ヵ月には約50%がmRS0～1まで、約70%がmRS2まで回復しており、発症3ヵ月後で約50%が就労可能な状態まで回復していることが報告されているが<sup>4</sup>、本邦における脳卒中罹患労働者の復職率は30～50%、平均44%との報告があり<sup>5</sup>、就労可能な状態まで心身が回復した脳卒中・循環器疾患患者の全てが復職できているわけではない。現在まで急性期治療の進歩やリハビリテーション、地域連携パスなど脳卒中・循環器疾患患者を取り巻く状況は発展してきたが、特に脳卒中後の復職率はこの20年間大きく変化していないと考えられているのが現状である<sup>5</sup>。この背景には、患者の就労には医療機関のみならず、患者と事業所の雇用契約が関連しているため、就労支援には医療機関だけではなく事業所、さらに労働行政・自治体との連携が必要であるものの、これらの連携が十分に行われてこなかったことが挙げられる。更に医療機関においては①患者の心身の就労可能なレベルまでの回復、②就労に必要な患者の心身の状態の評価、③維持期における仕事との両立を考慮した医療の提供が必要であるが、医療機関が急性期・回復期・維持期と専門分化している現在において、急性期から一貫して就労を視野にいたれた医療提供体制を確保していくことは重要と考えられる。

また事業所においては、本来は労働安全衛生法や労働契約法に罹患労働者の安全配慮義務が含まれ、疾病罹患後における就労調整が期待されるが、事業所の健康管理や復職判断を行う要となる産業医や衛生管理者は、我が国の企業の99%以上を占める中小企業の大半に常在しておらず、本来は罹患後に就労が可能な患者も、職場の不理解や柔軟な対応の欠如等により、就労できていないことも少なくないことが予測される。これらを背景に2016年に厚生労働省から「事業場における治療と職業生活の両立支援のガイドライン」が発表された(2019年に改訂)<sup>6</sup>。両立支援のガイドラインは雇用形態に関わらずすべての労働者において、反復・継続して治療が必要となる疾病で、短期で治癒しない疾患(脳卒中や心疾患も含む)を抱える労働者(患者)の、治療と仕事の両立支援の手引きであり、この活用が期待されている。また脳卒中・心疾患患者を対象にした治療と仕事の両立に関する手引きも発表されている<sup>7,8</sup>。更に、労災病院群が実施していた治療就労両立支援のモデル事業の一環にあった復職コーディネーターを発端に、医療機関と事業所の連携を支える両立支援コーディネーターも発足し、両立支援ガイドラインの更

なる活用と両立支援の推進が期待されている。循環器総合支援センターにおいても、患者の治療と仕事の両立支援・就労支援のための患者と医療機関、事業所の連携を強化する役割が望まれる。

両立支援の実践にあたっては、循環器病の後遺症の項でも述べているように、後遺症には手足の麻痺など一見してわかりやすいもの、失語症などの高次脳機能障害といった一見してわかりにくいもの、耐久性の低下などがあることを職場にも理解してもらう必要がある。職場の配慮は患者が申出た内容に対して検討されるものであり、職場の規模や作業内容によっては配慮不可能なものもある。また、てんかんや再発性の失神のある者、植え込み型除細動器(ICS)・両心室ペーシング機能付き植え込み型除細動器(CRT-D)植え込み後の者においては、運転免許取得・運転許可には一定の条件があり、また大型免許や第二種免許の適正はないこととなっており、運転を主とした業務は避けることになる。

就労者においては、循環器病に罹患後も配慮を受けながら元職場に復帰できることが望ましいが、障害が重度の場合や業務遂行が困難な場合には復職が叶わないケースもある。この場合、障害者手帳が交付されて障害者総合支援法の対象となっていれば、就労支援機関の利用や障害者雇用制度も利用できる。また、復職ならびに新規就労後も状態変化は起こりうるため、定着までの期間はフォローが必要である。

したがって、循環器病で職業を有する者に対する支援としては、急性期から両立支援コーディネーターを含む多職種による評価と治療計画を立て、考えられる後遺症について患者・家族に説明し、復職・就労・就学対策をチームで考えることが必要である。その上で必要な時期に必要な制度やサービスの利用について紹介し支援することが求められる。

1. 高瀬 広, 松尾 善, 平林 伸, 村上 直, 小田 実, 小倉 理, et al. 壮年循環器疾患患者の復職に関わる要因 [原著論文]. 心臓リハビリテーション 2016; 21: 180-186, <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2016230203>. Accessed 2021/10/23.
2. 西村 真, 松尾 善, 根来 政, 箕岡 尚, 岡元 進, 田中 彰, et al. 心疾患入院患者の離職の実態調査 [原著論文]. 総合リハビリテーション 2019; 47: 691-696, <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2019314294>. Accessed 2021/10/23.
3. 佐伯 寛, 蜂須賀 研. 脳卒中後の復職 近年の研究の国際動向について [総説]. 総合リハビリテーション 2011; 39: 385-390, <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2011223615>. Accessed 2021/10/24.
4. 章宏 豊. 第 43 回日本脳卒中学会講演 シンポジウム 脳卒中後の治療と職業生活の両立支援. 脳卒中 J-STAGE 2019: 4-6, [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jstroke/advpub/0/advpub\\_10690/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jstroke/advpub/0/advpub_10690/_pdf/-char/ja).
5. 佐伯 寛, 蜂須賀 明, 伊藤 英, 加藤 徳, 越智 光, 松嶋 康. 脳卒中の復職の現状 [総説]. 脳卒中 2019; 41: 411-416, <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2019398986>. Accessed 2021/10/18.
6. 厚生労働省労働基準局/安全衛生部労働衛生課治療と仕事の両立支援室. 事業場における治療と職業生活の両立支援のガイドライン. In; 令和3年.
7. 産業医科大学. 令和元年度がん患者及び脳卒中患者に対する仕事と治療の両立支援モデル事業 心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート. In; 2020.
8. 産業医科大学. 令和元年度がん患者及び脳卒中患者に対する仕事と治療の両立支援モデル事業 脳卒中の治療と仕事の両立お役立ちノート. In; 2020.

⑦ 循環器病総合支援センターの「小児期・若年期から配慮が必要な循環器病の対策」に関する要件

(小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行える体制を整備)

担当：宮本 享（脳卒中）・水野 篤（循環器）

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 小児期・若年期から成人期までの一貫した脳卒中、心臓病その他の循環器病の診療支援を行っている</li><li>2. 先天性あるいは小児期発症の脳卒中、心臓病その他の循環器病患者に対して専門的立場から医療・福祉両面における情報提供ができる</li></ol> |
|--|

小児期・若年期循環器病に関しての診療体制として、各種医療機関レベルで小児病院と成人期を主に扱う病院の連携が実践されているが、よりよい体制が求められている。各都道府県に専門医に準ずる知識・技能を持つ一定数の医療従事者、および診療の質を担保する患者数を持つセンターが求められており、全ての地域で進めてゆくことが望ましい。

小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病の例として、脳卒中、心臓病その他の循環器病においては成人先天性心疾患が挙げられる。成人先天性心疾患においては、日本成人先天性心疾患学会で専門医制度および施設認定を実施している。総合修練施設および連携修練施設は質の担保の一つとして役立つが、いくつかの都道府県では先天性の循環器病に対するさらなる診療体制の改善が求められる。

脳卒中の例としては、小児もやもや病や脳動静脈奇形などの小児脳血管障害が挙げられる。もやもや病は幼小児期においては脳虚血で発症することが多く、後遺症として身体障害のみならず、高次脳機能障害をきたすことがあり、学業のみならず就職等についてしばしば社会福祉的な支援が必要となる。また、成人後に脳出血発症することがあり、脳出血ハイリスクを示唆する画像診断所見が解明されている。小児期から中高年に至るまで生涯を通じた医療および情報提供や相談支援が必要となる。脳動静脈奇形については、全摘出後の再発は小児例に多いこと、定位的放射線治療を行った場合の晩期合併症発生があることなどから、継続的な経過観察が必要である。

## 別添資料

### 循環器病総合支援センターと「小児期・若年期から配慮が必要な循環器病の対策」

国においては、移行医療センターを設置するなど移行期医療に対する取り組みが行われている。今後、先天性の心臓病を持つ患者に対する医療体制をよりよくするためには、各種専門家とのスムーズな連携が求められる。実際に小児および循環器両方の専門認定施設においては、それ以外の施設と比較して、先天性の循環器病の30日死亡率がよかったという報告もある(J Cardiol. 2020 Jan;75(1):105-109)。

また、小児循環器学会および小児心臓外科学会、小児子供病院でのアンケート調査では、年間200例以上の成人先天性心疾患患者を診療しているのは23%にすぎず、ほとんどの施設は50人以下であった(Circ J. 2016 Apr 25;80(5):1242-50.)。海外のMoonsらの基準(表1)を日本の現状に合わせて考慮したMinimal requirements(表2)を満たす日本の施設は約9施設しかない現状がある。先天性心疾患患者に対する診療の向上のため、成人先天性心疾患学会および小児循環器学会などが、総合修練施設および連携修練施設などを設置するなどして取り組んでいる(表3 <http://www.jsachd.org/specialist/list-facility.html>)。

脳卒中領域においては、小児脳血管障害は脳神経外科において診療を受けることが多く、成人においてもそのまま脳神経外科で診療されているため、こども病院において治療された一部の患者を除いては、どの診療科を受診するかといういわゆる移行期医療の問題は少ない。しかしながら、多くのもやもや病お症例は小児期に治療を終えて日常生活レベルが良好であるがゆえに、成長後受療中止となっている場合が少なくない。それは見かけ上の改善に過ぎず、一部は成人後に病変再発や脳卒中をきたすことがあるため、継続的な経過観察が重要である(Acta Neurochir 156:551-559,2014)。また、一部の症例は高次脳機能障害による就学就職困難となるため、福祉についての情報提供や相談支援が必要となる(J Neurosurg Pediatrics12:626-632,2013)。もやもや病などの小児脳血管障害は専門性がたかく、都道府県ごとというよりは、複数の特定の医療機関に全国から患者が集中する傾向があるため、治療経験のすくない医療機関で治療された患者には十分な情報提供が行われていないという現実がある。循環器病総合支援センターの脳卒中領域における要件としては、もやもや病など小児脳血管障害の治療について十分な経験を有し、かつ厚労省の当該難病研究班と連携し、診療研究に関する最先端について情報提供を行い、後遺症対策について相談支援できることが求められる。

1. An ACHD referral center must employ at least 1, preferably 2, cardiologist(s) specifically trained and educated in the care of adults with CHD.
2. Specialist centers should provide care in connection with pediatric cardiology and/or congenital cardiac surgery.
3. Specialist centers must treat sufficient numbers of patients and perform a sufficient number of procedures to be effective, and to develop and maintain high levels of performance.
4. General adult cardiac facilities and non-specialist centers should have an established referral relationship with a specialist center.
5. A minimum of 2 cardiac surgeons trained in and practicing adult and pediatric cardiac surgery are required.
6. The optimal activity for a pediatric and congenital heart surgeon is 125 operations per year. Specifically for ACHD, a minimum of 50 operations per year is recommended.
7. A fully equipped electrophysiology laboratory staffed by properly trained electrophysiologists with experience in detecting arrhythmias inherent to CHD and with experience in pacemaker technology, ablation technology, and defibrillator implantation must be available.
8. An ACHD referral center must employ at least 1 nurse specialist that is trained and educated in the care of ACHD patients.

For specialist centers, recommendations 1-3 should be fulfilled. Complying with recommendations 5-8 is critical for achieving an optimal ACHD care program. ACHD, adult congenital heart disease.

(Moonsらの基準. (Circ J 2016; 80: 1242-1250)より抜粋)

表 2

**Minimal Requirements**

1. Intention to fulfill the regional ACHD center role;
2. At least 1 pediatric cardiologist or adult cardiologist specializing in ACHD;
3. At least 1 pediatric cardiologist, 1 pediatric cardiovascular surgeon, and 1 adult cardiologist;
4. Provision of complex surgical treatment for ACHD patients; and
5. At least 200 ACHD outpatients per year.

Currently, Japan has no board-certified ACHD specialists. Therefore, in the present study, we defined requirement (2) as “a pediatric cardiologist or adult cardiologist in charge of outpatients, at least 50% of whom are ACHD patients.”

**Optimal Care Structure**

1. A total of at least 2 pediatric cardiologists and/or adult cardiologists specializing in ACHD;
2. At least 2 pediatric cardiovascular surgeons;
3. MRI, 3DCT, CARTO/EnSite systems, or other electrophysiological equipment;
4. An obstetrics department;
5. A neurosurgery department;
6. A psychiatry department;
7. Performing at least 50 operations for ACHD per year.

(日本における ACHD の Minimal requirements. 落合らの報告(Circ J 2016; 80: 1242–1250)より抜粋)

表3A

(総合修練施設認定基準)

第1条 総合修練施設の認定申請においては以下の基本要件をすべて満たしていること。

- ①修練カリキュラムに沿った修練が原則単独(1施設)で可能であること。
- ②循環器専門医研修施設かつ心臓血管外科専門医修練施設として認定を受けている。
- ③成人先天性心疾患専門医資格取得者が常勤・常駐し、かつ1名が修練指導責任者として認定されている。
- ④日本成人先天性心疾患学会(以下、本学会)会員である「循環器専門医2名以上、小児循環器専門医1名以上、心臓血管外科の認定専門医1名以上」がすべて常勤している。但し、小児循環器専門医が常勤医として不在であり、他施設から本学会員である小児循環器専門医が非常勤医として定期的に成人先天性心疾患診療業務を遂行している場合、専門医制度委員会(制度委員会)承認のもと、この要件を補充できるとする。
- ⑤施設内で多職種連携による成人先天性心疾患診療体制が構築され、月1回以上の定期的なカンファレンスが行われている。なお、必要に応じて産科、放射線科、精神科を含めた病院としての全科の参加が見込まれている。
- ⑥コメディカル部門の支援が得られている。
- ⑦連携修練施設と緊密なネットワークを構築できる。
- ⑧下記\*に示す臨床実績を有する。
- ⑨JNCVD-ACHD\*\*に登録施設として所属し、所定の成人先天性心疾患レジストリに参加している。 \*\*:
- ⑩診療科として産科を有し、成人先天性心疾患患者の妊娠出産に対応できる診療を行っている。
- ⑪施設内の精神科/心療内科などの専門医や臨床心理士などの心理分野の資格保有者が成人先天性心疾患患者のメンタルケアを行っている。
- ⑫成人先天性心疾患における遺伝学的コンサルト、緩和医療等の倫理的課題についての対応ができる。

日本成人先天性心疾患学会 HP <http://www.jsachd.org/specialist/index.html> より抜粋

表3B

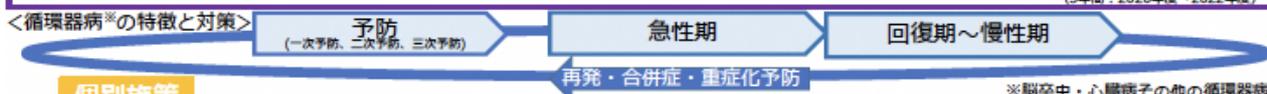
(連携修練施設認定基準)

第2条 連携修練施設の申請においては以下の基本要件をすべて満たしていること。

- ①成人先天性心疾患に関する診療と専門医修練にとって有益な施設。
- ②循環器専門医研修施設か小児循環器修練施設であること。  
(ア)小児専門施設の場合,本学会員である小児循環器専門医が2名以上に加え,本学会員である心臓血管外科専門医が1名以上常勤している。  
(イ)小児病院以外の施設の場合,本学会員である循環器専門医に加えて本学会員である小児循環器専門医または本学会員である心臓血管外科専門医が常勤・常駐している。
- ③総合修練施設と成人先天性心疾患診療に関してカンファレンスへの参加等を含め連携がなされていること。(総合修練施設については認定予定施設を含む)
- ④以下のいずれかに相当する成人先天性心疾患診療を行っていること。  
(ア)小児専門病院の場合,本制度が認定した総合修練施設や(小児施設以外の)連携施設へ外来移行をし,10例以上/前年の症例の紹介を行っていること.もしくは,所属する上記の心臓血管外科専門医が登録(院内を含む)症例6例以上/前年の成人先天性心疾患手術を行っている。  
(イ)小児専門病院以外の場合,成人先天性心疾患専門外来があり,本学会員である常勤の内科系医師(循環器専門医もしくは小児循環器専門医)により登録(院内を含む)症例50例以上/年を管理している。  
但し,成人先天性心疾患手術とは手術時年齢16歳以上でかつ成人先天性心疾患専門医(心臓外科)基準で示された心血管系手術を指す.但し,難易度B以上を半数以上含むものとする。
- ⑤施設内に常勤している本学会員である循環器専門医,あるいは小児循環器専門医,あるいは心臓血管外科専門医の1名が修練指導責任者として認定,ないし施設指導責任者として承認されている。
- ⑥院内成人先天性心疾患カンファレンスが定期的(1回以上/月)に行われている。
- ⑦心臓超音波・(心臓/冠動脈)CT・心臓MRI・心臓カテーテル検査などを用いた成人先天性心疾患患者評価が専門的にできる。

# 循環器病対策推進基本計画 概要

**全体目標** 「1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」「2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」「3. 循環器病の研究推進」に取り組むことにより、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸、年齢調整死亡率の減少を目指して、予防や医療、福祉サービスまで幅広い循環器病対策を総合的に推進する。  
(3年間：2020年度～2022年度)



## 個別施策

**【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備** - 循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組み構築

### 1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

○ 循環器病の発症予防及び重症化予防、子どもの頃から国民への循環器病に関する知識(予防や発症早期の対応等)の普及啓発

### 2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- ① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 - 特定健康診査・特定保健指導等の普及や実施率向上に向けた取組を推進
- ② 救急搬送体制の整備 - 救急現場から医療機関に、より迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築
- ③ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築 - 地域の実情に応じた医療提供体制構築
- ④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 - 多職種連携し医療、介護、福祉を提供する地域包括ケアシステム構築の推進
- ⑤ リハビリテーション等の取組 - 急性期～回復期、維持期・生活期等の状態や疾患に応じて提供する等の推進
- ⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 - 科学的根拠に基づく正しい情報提供、患者が相談できる総合的な取組
- ⑦ 循環器病の緩和ケア - 多職種連携・地域連携の下、適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進
- ⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援 - 手足の麻痺・失語症・てんかん・高次脳機能障害等の後遺症に対し支援体制整備
- ⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援 - 患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、就労支援等の取組を推進
- ⑩ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 - 小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行える体制を整備

### 3. 循環器病の研究推進

- 循環器病の病態解明や予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発
  - 基礎研究から診断法・治療法等の開発に資する実用化に向けた研究までを産学連携や医工連携を図りつつ推進
  - 根拠に基づく政策立案のための研究の推進

健康寿命の延伸・年齢調整死亡率の減少

## 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進

- 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化、都道府県による計画の策定、基本計画の評価・見直し 等

## 循環器病総合支援センター(仮称)について

### 課題

- 循環器病対策推進基本計画において、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」として、循環器病患者を中心とした包括的な支援体制を構築するため、相談・生活支援等の総合的な取組を進めることとしている。
- 特に以下の事項について、都道府県及び地域の中心的な医療機関等が連携し、循環器病に関する情報提供や相談支援等を行うことが求められる。
  - ・ 社会連携に基づく循環器病患者支援
  - ・ リハビリテーション等の取組
  - ・ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
  - ・ 循環器病の緩和ケア
  - ・ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
  - ・ 治療と仕事の両立支援・就労支援
  - ・ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 など

### 対応(案)

- 各都道府県からの推薦に基づき、地域の情報提供・相談支援等の中心的な役割を担う、循環器病総合支援センター(仮称)を医療機関に設置し、都道府県と連携を取りながら、循環器病に関する総合的な支援を行うモデル事業を令和4年度から実施してはどうか。
- 総合支援センターに必要な要件を検討し、モデル事業で設置された循環器病総合支援センターが効率的に支援を行うことができたかなどについての検証を行い、より実効性のある総合支援を行うために必要な提案も行うなど、総合支援の推進のための検討を行う委員会：総合支援委員会(仮称)を協議会の下部組織として設置してはどうか。

### 循環器病総合支援センターのイメージ

〈役割〉 循環器病に関する情報提供及び相談支援の、地域における核となり中心的な役割を担う

