

Web共催セミナー11

在宅医療における心疾患管理

日時

2021年11月28日(日) 12:00-13:00

※LIVE配信のみとなります。

座長

東京大学大学院医学系研究科 老年病学

教授 秋下 雅弘 先生



講演1

「循環器疾患・心不全の在宅医療
-薬物療法について」

東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座

特任准教授 山中 崇 先生



講演2

「超高齢者の心疾患管理
～循環器医の視点から～」

公益財団法人 心臓血管研究所

所長 山下 武志 先生



事前参加登録・視聴方法につきましては、
第3回日本在宅医療連合学会大会HPをご参照ください。

<https://procomu.jp/zaitakurengo2021/index.html>



講演1

『循環器疾患・心不全の在宅医療－薬物療法について』

在宅療養患者の基礎疾患として循環器疾患を抱える患者の割合は大きい（第291回中医協総会資料、2015年2月18日）。人口の高齢化に伴い、心不全患者数は今後も増加すると予測されている。心不全患者の疾患管理プログラムには、多職種によるチームアプローチに基づく、薬物治療、非薬物治療、運動療法、患者教育、症状モニタリング、社会資源の活用、他院後のフォローアップ、継続的な身体・精神・社会的機能の評価、患者、家族および介護者に対する心理的サポートなどが含まれる（急性・慢性心不全診療ガイドライン、2017年改訂版、日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン）。心不全患者の再入院率は6ヶ月27%、1年35%（Tsuchihashi M, et al. Am Heart J 2001;142(4):E7.）と高いが、在宅療養を行う心不全患者に対して、多職種チームによる疾患管理プログラムを提供することにより、死亡率、再入院率は減少する可能性がある（高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン2019年版）。

薬物治療を行うとき、高齢者は服薬アドヒアランスが低下しやすいため、その要因を理解して、服薬管理能力を正しく把握し、支援する必要がある（厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）、2018.）。薬剤処方の方と服薬支援の主な例として、服用薬剤数を減らす、剤型の選択、用法の単純化、一包化・服薬カレンダーの使用・貼付剤など剤型選択の活用など調剤の工夫、管理方法の工夫、処方・調剤の一元管理などがある（同指針）。

在宅医療に関わる職種は、適切に疾患管理を行い、循環器疾患・心不全患者の療養生活を支援することが求められる。

講演2

『超高齢者の心疾患管理～循環器医の視点から～』

日本は未曾有の超高齢化を目の当たりにして、政治、経済、社会保障、公衆衛生など様々な分野で課題が山積している。医療もその例外ではなく、内科領域では、特に超高齢患者を多く抱える循環器系疾患への対処が急務となっている。全世界的にも、超高齢者の循環器病診療に関しては数多くの“knowledge gap”が存在することが指摘され、1) 75歳以上のクリニカルエビデンスが極めて少ないこと、2) 80歳以上のクリニカルエビデンスは皆無に等しいこと、3) 看取りにおける循環器病対策が提示されていないことが、大きな問題とされている。近年の循環器診療の進歩がクリニカルエビデンスに立脚してきた歴史を考えれば、この“knowledge gap”を克服することは想像以上に難しい。

超高齢者の心疾患管理は、一般成人に対する診療とは大きく趣が異なる。そもそも心疾患管理の基本としてそれらをもたらした生活習慣の是正が必要となるが、これを患者自身にゆだねることが困難である以上、介護者や環境の持つ役割がこれまでになく大きくなる。さらに、同時多発的に生じる多種類の併存疾患（multimorbidity）と並立する形での心疾患管理は、さまざまな疾患同士の相互作用や競合を考慮しなければならない上に、これまであまり取り上げられてこなかった「フレイル」、「ポリファーマシー」、「アドヒアランス」、「慢性腎臓病」などが、その診療のキーワードとなる。従来のクリニカルエビデンスに立脚する循環器診療は、このような難しい課題に対してまだ十分に対応できていないばかりか、途方に暮れているようにも見える。まず行うべきことは、様々な立ち位置にいる関係者が一堂に会してダイアログやディスカッションできる土俵を提示することだろうと感じている。