

第10回学会賞を受賞して： 日本心不全学会「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」 の果たした役割

木原 康樹

広島大学名誉教授・神戸市立医療センター中央市民病院病院長

はじめに

昨年10月に奈良市内で開催された第29回日本心不全学会総会において10人目となる学会賞を頂戴し大変光栄でありました。受賞記念講演の中で自らのライフワークとなった心不全について理解するところを論じることができました。ご推薦、ご評価を賜った関係諸氏には厚く御礼を申し上げます。

さて私自身が日本心不全学会で関わらせていただいた事業に「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」の取り纏めとその後の広報があります。心不全パンデミックということばの流行となりまた学会の活動が学術を越えて広く展開される契機ともなったステートメントについて今一度振り返りたいと思います。

「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」

策定の背景

慢性心不全は主として高齢者の疾患である。オランダでのコホート研究は、55歳で健康な人の1/3がその後の余生で心不全に罹患すると報告している¹⁾。一方、わが国は前例のないスピードで高齢化を迎え、既に超高齢社会に到達している。その現実のなかで心不全患者の増加が社会問題として認識されており、高齢者における心不全の特徴を把握し、医療制度としてどう対処するかが問われている。このような背景にあって平成25年、日本心不全学会(磯部光章理事長、当時)は、高齢心不全患者への対応指針を明確にすることを目的に、同学会ガイドライン委員会へ「高齢心不全患者を対象とした治療ガイドライン」の作成を諮問した。同策定委員会は約3年間解析と議論を行い、その結果を平成28年10月に公表した²⁾。策定委員の意見を尊重し、エビデンスに囚われ

ない取り纏めを行ったことからガイドラインよりもステートメントと称した。

本邦高齢心不全患者の特徴

策定委員会はステートメントで扱う「高齢者」を75歳以上の後期高齢者と定義し、それに相応するEBMを収集して解析した²⁾。本邦の超高齢化社会においては人口構成の30%を占め、今後も増加が予測される部分である。この集団に関する心不全の疫学データの蓄積は乏しく、生命予後が限定されていること等を理由に、積極的な侵襲的治療や臨床研究への参画から除外されてきた歴史が窺えた。最近広島県域で実施した多施設共同レジストリーでは、入院心不全患者の年齢中央値は81歳であり、患者の過半数が80歳以上となっていた³⁾。このデータを以前の国内登録研究と比較すると、ここ約15年間で心不全入院患者の平均年齢は10歳ほど高齢側にシフトしたことになる。広島県のレジストリーで確認されたもうひとつの事項は、65歳未満を対象とするとHFrEFが2/3を占める従来型の患者構成であったのに対して、85歳以上においては逆に2/3がHFpEFであったことである³⁾。即ち、本邦では人口構成の高齢化と共に心不全患者の年齢シフトだけでなく疾患の表現型も顕著な変化を遂げているという現実が示された。

さてエビデンスの蓄積が十分ではない高齢者心不全であるが、その普遍的な特徴を抽出してみると、以下の3点に集約された²⁾。1) コモン・ディージーズであり、社会の高齢化に伴って増加している、2) 心不全は進行性であり根治が望めない、3) 高齢心不全患者の大半は心不全以外の併存症を有する。

高齢者が患う慢性心不全は、ありふれた疾患(コモン・

ディジーズ)である。全国規模の登録調査や疫学推定によると、全国における心不全罹患者は130万人とされ、担癌患者の総数に匹敵する⁴⁾。その2/3が65歳以上の高齢者である。高齢者の増加に伴い毎年入院患者が約1万人ずつ増加している。同時に高齢者の心不全は、様々な過程を経るが確実に進行し、進行癌と同程度に予後が悪い。このことは、基幹施設で専門医が循環動態に介入する急性期診療体制だけでは問題の一部分しか解決できないことを示唆している。社会と疾患の構造変化を見据えた中で患者の予後やQOLの改善も含めて対応するには、患者の生活やその支援に関する慢性期の対策も講じる必要がある。

高齢者心不全の第3の特徴としては併存症の存在が挙げられる。高齢者心不全では様々なかつ複数の併存症合併が常態であり、心不全と同程度に個体の予後を規定する因子群を成している。それらには、① 感染症、貧血、腎不全、脳梗塞、認知症、甲状腺疾患、閉塞性肺疾患、悪性疾患などの全身要因、② 心筋虚血、不整脈などの心臓要因、③ β 遮断薬、抗不整脈薬、非ステロイド系解熱鎮痛薬などの薬物要因、④ 過剰輸液や輸血などの医療要因、さらには⑤ 減塩や水分制限の不徹底、肥満、服薬コンプライアンス不良、運動過多、ストレス、うつ状態などの生活要因が挙げられ²⁾、医療よりも介護・ケアがより本質的な対策となる場合も少なくない。複雑に絡んだ複数因子の併存状態において夫々に対する個別治療・介入が予後やQOLに奏功するかは、個々の患者の全体を把握した上での試行錯誤に頼るほかない。高齢であること自体も明らかな予後因子であるが、年齢に絶対的価値は無くあくまでも相対的である。従って、個別患者における併存病態を心不全も含めて総合的に判断し長期的介入の中で連続的に評価してゆくことこそ、その患者のQOLを維持・改善するために必要とされる治療手法なのであろう。

高齢者心不全診療の担い手と求められる医療体制

このような視点から高齢者心不全を診る主体とは誰なのか。高度医療体制を備えた基幹施設とそこに在籍する循環器専門医というよりは、むしろ、かかりつけの実地医家にその役割があると考えられる。従来、実地医家にはACC/AHA分類でのA群・B群に該当する心不全予備軍の管理と増悪予防が期待されてきた。しかし、難治性

(D群)である高齢者心不全患者と地域でのコミュニティを共有し、患者の生活の仔細を理解して寄り添うことが可能な存在こそが、患者の総合評価を過不足なく実施できると共に、生活に相応しい支援や介護の提供を指導してゆくことができる。一方、非専門医としての実地医家が円滑に終末期心不全患者の診療に当たるためには、これから整備を進めるべき課題がある。ひとつは循環器専門医がいる基幹施設との連携体制を更に強化する必要がある。共通の述語によるリアルタイムでの連携関係を任意に構築できるスキルが求められるが、様々なネットワークや情報転送システムが形成されつつあり、ITを活用することにより従来は困難であった情報共有が実現しつつある。脳卒中・循環器対策基本法においても地域に則した情報共有体制の整備が謳われており、その基盤としてWHOが策定したICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)の活用が推奨される⁵⁾。ICFに準拠するとリハビリテーション等を含む介護領域と医療領域とが共通基盤を構築でき、専門性の如何にかかわらず広く情報の一元化が進むことが期待される。もうひとつは地域における実地医家を含む連携体制の構築である。心不全のような在宅診療も含め多角的なアプローチが求められる病態については、様々な専門性を有する多職種医療職のチームでの活動が必須となるため、地域の特徴に則した緩やかな統合と再編が求められる。心不全療養指導士制度の拡充などを通しこれらの整備が進めば、実地医家の有する総合的視点が存分に発揮されることになるであろう。

参考文献

- 1) Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, et al., Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure. The Rotterdam Study. *Eur Heart J.* 25 (18):1614-9, 2004
- 2) 日本心不全学会ガイドライン委員会編、高齢心不全患者の治療に関するステートメント . http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailure.pdf, 2016
- 3) Kitagawa T, Hidaka T, Naka M, et al., Current Medical and Social Conditions and Outcomes of Hospitalized Heart Failure Patients: Design and Baseline Information of the Cohort Study in Hiroshima. *Circ Rep.* 1(2):112-117, 2019
- 4) Okura Y, Ramadan MM, Ohno Y, et al., Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circ J* 72(3):489-91, 2008
- 5) Shiota S, Naka M, Kitagawa T, et al., Selection of Comprehensive Assessment Categories Based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health for Elderly Patients with Heart Failure: A Delphi Survey among Registered Instructors of Cardiac Rehabilitation. *Occup Ther Int.* 2021:6666203, 2021