

例の死亡を認めたが、これは前立腺癌によるものであった。ASDのカテーテル閉鎖と外科的閉鎖を比較した最も大きな研究はDiBardinoらによって報告されている。彼らは1537例の外科的閉鎖と18333例のカテーテル閉鎖を比較して外科的閉鎖の死亡率は0.13%、カテーテル閉鎖の死亡率が0.093%と有意差を認めなかったと報告している。さらに彼らは、カテーテル閉鎖を受けた患者の1.2%に合併症が発生し、そのうち68%の症例で緊急手術を要したとしている。また、合併症が発生した場合の死亡率はカテーテル閉鎖で7.6%、外科的閉鎖で1.2%と有意にカテーテル閉鎖で高かったと報告している⁴⁾。このことはカテーテル治療において一旦合併症が発生した場合、緊急に外科的対応が必要となり、十分なバックアップ体制が必要であることを示している⁸⁾。

カテーテル閉鎖を受けた40歳以上ASD患者における長期的な不整脈発生頻度については十分にわかっていない。心房内に大きな異物を留置するため、むしろ外科手術より不整脈が増えるのではないかと懸念もある。本研究では単変量解析では、カテーテル閉鎖で有意に術後上室性不整脈の発生、上室性不整脈の新規発生が有意に少なく、術前にみられた上室性不整脈の術後の再発が有意に少なかった。多変量解析で有意差は出なかったものの、上室性不整脈発生率と術前上室性不整脈再発率のhazard ratiosは0.04と0.015であり、カテーテル閉鎖が不整脈の発生抑制に強く関与している可能性を示唆している。今後症例数が増えると、多変量解析でも有意差が出てくる可能性が非常に高い。また、術前慢性心房細動患者を除いた場合のestimated atrial arrhythmia free survivalと術前上室性不整脈を持たない患者のestimated atrial arrhythmia free survivalはカテーテル閉鎖で有意に高かった。本研究の外科的閉鎖群とカテーテル閉鎖群の患者背景は異なるが、これらの結果はカテーテル閉鎖群の低い術後不整脈発生率は、①新規術後不整脈発生が少ない、②術前の発作性上室性不整脈の再発が少ない、以上の2点が原因である可能性を示唆している。術後上室性不整脈の発生原因の多くは外科的切開線や縫合線であるということは、これまでも多くの研究で提唱されており¹⁰⁻¹⁶⁾、カテーテルアブレーションもこの領域をターゲットに治療されている。仮に心腔内にデバイスを留置しても、心房壁の切開・縫合を必要としないカテーテル閉鎖は術後の上室性不整脈を有意に減少させ、本疾患の長期予後を改善させる可能性のあることが推測された。少なくとも、心房内のデバイスが不整脈源となり、外科的閉鎖以上に術後不整脈を増加させる可能性は低いと考え

られる。また、カテーテル閉鎖導入後、外科的閉鎖群の術後不整脈発生率に有意な変化は認められなかったが、不整脈改善症例が認められるようになった。これは、不整脈手術の同時施行症例がすべて2006年以降であることが影響していると考えられた。

本研究において、左室駆出率はカテーテル閉鎖群の方が外科的閉鎖群に比し高かった。しかしながら、外科的閉鎖群はカテーテル閉鎖群に比べて術前左室駆出率が低い傾向にあった。また、両群とも三尖弁閉鎖不全は術後改善傾向、僧帽弁閉鎖不全は改善する症例と悪化する症例が混在するとの結果であった。どのような症例に対し、僧帽弁の修復術を同時施行すべきか？その適応については今後の検討が必要である。

本研究にはいくつかのlimitationが存在する。第1は、本研究は後方視的非ランダム化研究であることである。よって、患者背景は両群間でかなり異なる。カテーテル導入による臨床成績の改善効果を調査する場合、カテーテル導入前後で成績を比較するという方法もあるが、その場合も手術をためらっていた患者群は調査に含まれないことになりやはりselection biasがかかってしまう。本研究のデータが示すとおり、カテーテル閉鎖群は、より低年齢、小さいASD、低い肺動脈圧を持つ傾向にあり、一見よりriskの少ない患者群であるようにみえるが、そのレンジをみるとむしろ手術群に比べて重症な症例も含んでいることを示唆しており、平均のQp/Qsが2.0を大きく越えていることをも考えると、今まで適応を満たしながら手術を見合わせていた患者群がカテーテル群にかなりの数含まれているものと考えられる。また、カテーテル閉鎖と外科的閉鎖は根本的に異なる手技であり、deviceやsuture lineの術後不整脈に対する影響は興味のあるところである。よって、今回は閉鎖手技による術後成績の比較検討を行った。第2に、手術群の患者の経過観察は不完全であるということである。これはおそらく、特に術後経過に問題がないため患者が外来を受診しなくなったためと思われる。しかし、カテーテル群の患者はすべて成人先天性心疾患外来で計画的にフォローされているため、不整脈発生率は手術群でより過小評価されている可能性が高いと考えられる。第3に、術前のカテーテル検査の条件が異なる点である。外科的閉鎖群の患者の術前カテーテル検査は局所麻酔のみで施行されている。一方、カテーテル閉鎖群のデータは、全身麻酔下でASD閉鎖の直前に集められたデータである。よって、麻酔法の違いが術前血行動態に影響を及ぼしている可能性がある。

結 論

上記の limitation が存在するものの、本研究は 40 歳以上患者における ASD のカテーテル閉鎖と外科的閉鎖を比較検討した最初の研究である。カテーテル閉鎖が外科的閉鎖と比べ、術後の上室性不整脈発生を抑制する可能性を示唆した。より高齢の ASD 閉鎖患者における上室性不整脈発生頻度、およびより長期における上室性不整脈発生頻度について両群間で違いを認めるかどうか、今後の検討が必要である。

【参考文献】

- 1) Gatzoulis MA, Redington AN, Somerville J, et al: Should atrial septal defects in adults be closed? *Ann Thorac Surg* 1996; **61**: 657-659
- 2) Gatzoulis MA, Freeman MA, Siu SC, et al: Atrial arrhythmia after surgical closure of atrial septal defects in adults. *N Engl J Med* 1999; **340**: 839-846
- 3) Sharp A, Malik I: Secundum atrial septal defects: time to close them all? *Heart* 2008; **94**: 1120-1122
- 4) DiBardino DJ, McElhinney DB, Kaza AK, et al: Analysis of the us food and drug administration manufacture and user facility device experience database for adverse events involving Amplatzer septal occluder devices and comparison with the Society of Thoracic Surgery congenital surgery database. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009; **137**: 1334-1341
- 5) Berger F, Vogel M, Alexi-Meskishvili V, et al: Comparison of results and complications of surgical and Amplatzer device closure of atrial septal defects. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999; **118**: 674-680
- 6) Murphy JG, Gersh BJ, McGoon MD, et al: Long-term outcome after surgical repair of isolated atrial septal defect. Follow-up at 27 to 32 years. *N Engl J Med* 1990; **323**: 1645-1650
- 7) Du ZD, Hijaji ZM, Kleinman CS, et al: Comparison between transcatheter and surgical closure of secundum atrial septal defect in children and adults. *J Am Coll Cardiol* 2002; **39**: 1836-1844
- 8) Attie F, Rosas M, Granados N, et al: Surgical treatment for secundum atrial septal defects in patients >40 years old. *J Am Coll Cardiol* 2001; **38**: 2035-2042
- 9) Cowley CG, Lloyd TR, Bove EL, et al: Comparison of results of closure of secundum atrial septal defect by surgery versus Amplatzer Septal Occluder. *Am J Cardiol* 2001; **88**: 589-591
- 10) Delacretaz E, Ganz LI, Soejima K, et al: Multiple atrial macro-re-entry circuits in adults with repaired congenital heart disease: entrainment mapping combined with three-dimensional electro-anatomic mapping. *J Am Coll Cardiol* 2001; **37**: 1665-1676
- 11) Walsh EP: Arrhythmia in patients with congenital heart disease. *Card Electrophysiol Rev* 2002; **6**: 422-430
- 12) Cosio FG, Martin-Penato A, Pastor A, et al: Atypical flutter: a review. *Pacing Clin Electrophysiol* 2003; **26**: 2157-2169
- 13) Saoudi N, Cosio FG, Waldo A, et al: Classification of atrial flutter and regular atrial tachycardia according to electrophysiologic mechanism and anatomic bases: a statement from a joint expert group from Working Group of Arrhythmias of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2001; **12**: 852-866
- 14) Lesh MD, Kalman JM, Saxon LA, et al: Electrophysiology of "incisional" reentrant atrial tachycardia complicating surgery for congenital heart disease. *Pacing Clin Electrophysiol* 1997; **20**: 2107-2111
- 15) Kalman JM, VanHare GF, Olgin JE, et al: Ablation of 'incisional' reentrant atrial tachycardia complicating surgery for congenital heart disease. Use of entrainment to define a critical isthmus of conduction. *Circulation* 1996; **93**: 502-512
- 16) Triedman JK, Jenkins KJ, Colan SD, et al: Intra-atrial reentrant tachycardia after palliation of congenital heart disease: characterization of multiple macroreentrant circuits using fluoroscopically based three-dimensional endocardial mapping. *J Cardiovasc Electrophysiol* 1997; **8**: 259-270

厚生労働科学研究費補助金（循環器・糖尿病など生活習慣病対策総合研究事業）
（分担）研究報告書

成人に達した先天性心疾患患者の遠隔成績と外科治療介入に関する研究

研究分担者： 市川 肇 国立循環器病研究センター小児心臓外科部長

研究要旨 根治術後超遠隔期に及んだ先天性心疾患患者の遠隔期における残存病変および再手術の頻度を後方視的に検討した。

A. 研究目的

遠隔期に及んだ外科治療後心疾患患者に対する再手術の頻度が増加していると報告されているがその適応基準の一定の見解はない。

B. 研究方法

後方視的に修復された先天性心疾患患者の再手術回避率を検討、遠隔期に様々な問題を起こすと考えられているファロー四徴症、大動脈弁疾患に対するRoss手術後患者、単心室に対するフォンタン型手術後患者、大動脈縮窄症を対象とした。

C. 研究結果

ファロー四徴症においては術式の改良により再手術回避率、QOLの向上を認めた。Ross手術後患者においては再手術を規定する右室流出路再建において導管術式を避けることが再手術回避につながった。体心室流出路狭窄をきたす可能性のある単心室症例に対してはDKS吻合をあらかじめ行うことで体心室流出路狭窄を防ぐことができ再手術の可能性を低減した。

E. 結論

根治術式の改良が先天性心疾患患者の成人期の再手術を回避するために有用であった。

F. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

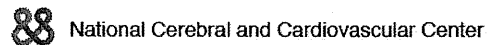
学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	年
Hajime Ichikawa*, Koji Kagisaki*, Takaya Hoashi*, Hideo Ohuchi**, Osamu Yamada** and Isao Shiraishi**	Surgical re-intervention for patients with tetralogy of Fallot long term after corrective operation	日本成人先天性心疾患学会誌	1		2012
S. Kitamura, T. Yagihara, Kobayashi, H. Nakajima, K. Toda, T. Fujita, H. Ichikawa, H. Ogino, T. NakataniS. Taniguchi	Mid- to long-term outcomes of cardiovascular tissue replacements utilizing homografts harvested and stored at Japanese institutional tissue banks	Surg Today	41	500-9	2011
T. Oda, T. Hoashi, K. Kagisaki, I. Shiraishi, T. YagiharaH. Ichikawa	Alternative to pulmonary allograft for reconstruction of right ventricular outflow tract in small patients undergoing the Ross procedure	Eur J Cardiothorac Surg			2012
市川肇, 上野高義, 井手春樹, 上仲永純, 福嶋教偉, 倉谷徹, 松宮護郎澤芳樹	不整脈外科の新しい展開 先天性心疾患手術における不整脈手術併用の意義	日本心臓血管外科学会雑誌	38	159	2009
市川肇, 大沼健太郎, 小垣滋豊, 上野高義, 井手春樹, 上仲永純, 石丸和彦, 松宮護郎, 倉谷徹, 福嶋教偉澤芳樹	大動脈縮窄遠隔期の血管反応性のFluclet解析	日本小児循環器学会雑誌	25	428	2009
上仲永純, 市川肇, 上野高義, 福嶋教偉, 井手春樹, 小垣滋豊, 岡田陽子, 倉谷徹, 松宮護郎澤芳樹	成人先天性心疾患における大動脈閉鎖不全に対する外科治療	日本小児循環器学会雑誌	25	445	2009
上野高義, 市川肇, 井手春樹, 上仲永純, 石丸和彦, 倉谷徹, 松宮護郎, 澤芳樹濱田星紀	右心室機能評価におけるガドリニウム遅延造影心臓MRIの是非	日本小児循環器学会雑誌	25	710	2009
市川肇, 鍵崎康治, 斉藤友宏, 藤原立樹, 小林順二郎八木原俊克	成人先天性心疾患における弁病変 成人期Ebsteinの三尖弁閉鎖不全に対する手術介入のStrategy	日本心臓血管外科学会雑誌	39	133	2010
安達偉器, 市川肇, 鍵崎康治, 上野高義, 井出春樹, 帆足孝也, 平将生, 倉谷徹, 小林順二郎, 八木原俊克澤芳樹	Fontan術後遠隔期における心室容積の推移 三尖弁閉鎖症による検討	日本心臓血管外科学会雑誌	39	375	2010

島田勝利, 鍵崎康治, 帆足孝也, 尾田達哉, 白石公, 八木原俊克市川肇	Fontan術後遠隔期の体心室流出路狭窄に対する治療戦略 予防的DKS吻合の有用性	日本小児循環器学会雑誌	27	s192	2011
渡辺まみ江, 城尾邦隆, 宗内淳, 弓削哲二, 稲井慶, 篠原徳子, 大内秀雄, 市川肇, 中村真丹羽公一郎	Fontan術後遠隔期の諸問題と対策 日本の成人期Fontan術後患者の疫学と臨床像 Fontan NETの構築にむけて	日本小児循環器学会雑誌	27	s110	2011
市川肇, 津田悦子, 坂口平馬, 帆足孝也, 鍵崎康治白石公	臓器移植法改正後の現状と課題 臓器移植法改正以降の心移植待機患者の現状	日本小児循環器学会雑誌	27	s106	2011
市川肇, 鍵崎康治, 帆足孝也, 尾田達哉, 荻野均, 小林順二郎八木原俊克	長期的観点から見た先天性心疾患に対する手術治療の評価 房室錯位に対する解剖学的根治術の遠隔期再手術回避のための工夫	日本外科学会雑誌	112	236	2011
市川肇, 栗原理恵子, 大西佳彦林輝行	心臓手術の実際 外科医が語る術式、麻酔科医が語る心臓麻酔、臨床工学技士が語る体外循環法(第14回) フォロー四徴症に対する手術と体外循環法 国立循環器病研究センター	Clinical Engineering	22	575-587	2011
市川肇	【要点でつかむ!心臓血管外科手術と看護ケア[術式と術後合併症編]】 成人先天性心疾患患者さんの再手術の術式と術後合併症	ハートナーシング	24	717-728	2011
尾田達哉, 市川肇, 鍵崎康治, 戸田宏一, 藤田知之, 中嶋博之, 島原佑介, 福本行臣, 堂前圭太郎, 小林順二郎, 北村総一郎八木原俊克	右心機能からみたRoss手術の遠隔成績	日本心臓血管外科学会雑誌	39	283	2010
熱田祐一, 市川肇, 鍵崎康司, 帆足孝也, 齋藤友宏, 尾田達哉, 齋藤正博, 小林順二郎八木原俊克	Fontan criteriaから逸脱したが遠隔期にFontan手術が可能であった4例の経験	日本小児循環器学会雑誌	26	s386	2010
市川肇, 帆足孝也, 鍵崎康治, 白石公八木原俊克	長期遠隔期の右室流出路再手術の適応と予後 再手術を回避するためのePTFEと自己心膜の組み合わせによる乳幼児に対する右室流出路再建法の遠隔成績	日本小児循環器学会雑誌	26	s136	2010
鍵崎康治, 市川肇, 齋藤友宏八木原俊克	遠隔成績を考慮した先天性心疾患の治療方針 遠隔期Fontan循環における人工血管の妥当性	日本外科学会雑誌	111	136	2010

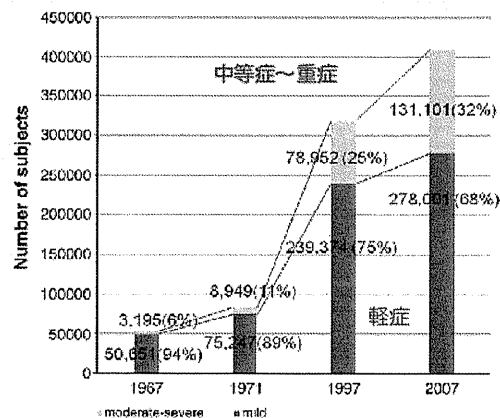
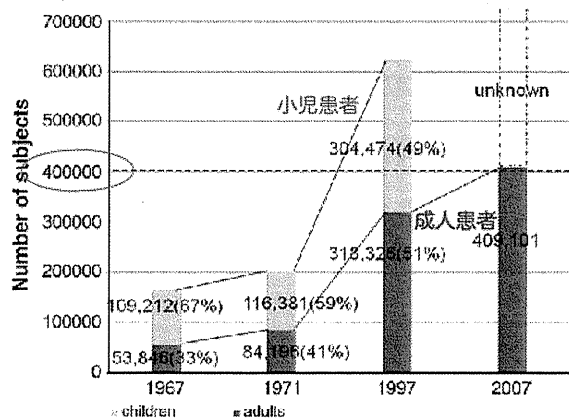
成人に達した先天性心疾患の診療体制の 確立に向けた総合的研究

国立循環器病研究センター小児循環器部
白石 公



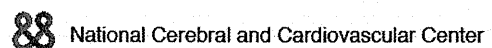
研究班資料

成人期の先天性心疾患患者数の現状と推移



(Shiina et al., Int J Cardiol 2011;146:13-16)

1. 現在約40万人の成人先天性心疾患患者が存在し、患者数は増加の一途にある！
2. 複雑先天性心疾患の術後症例（中等症～重症例）が増加している。
3. 術後症例は毎年4,000人増加している。




成人期に達した先天性心疾患の問題点

- ✓ 複雑先天性心疾患の術後患者が増加しており、疾患特有の遺残症や続発症により、高度な診療を必要とする患者が増加している。
- ✓ 成人期早期から肥満、高血圧、糖尿病など生活習慣病の要素が加わる。
- ✓ 女性では妊娠/出産を契機に症状が悪化する。
- ✓ 小児期から入院や手術を繰り返しているため、社会的および経済的に自立困難な患者が多い。
- ✓ 年齢制限のために小児病院には入院できない。一方、循環器内科医は経験が少ないために敬遠する傾向にある。




患者が安心して受診できる専門施設がない、患者が行き場を失っている。
小児科医と内科医の共同作業による診療体制の早急な確立が必要！

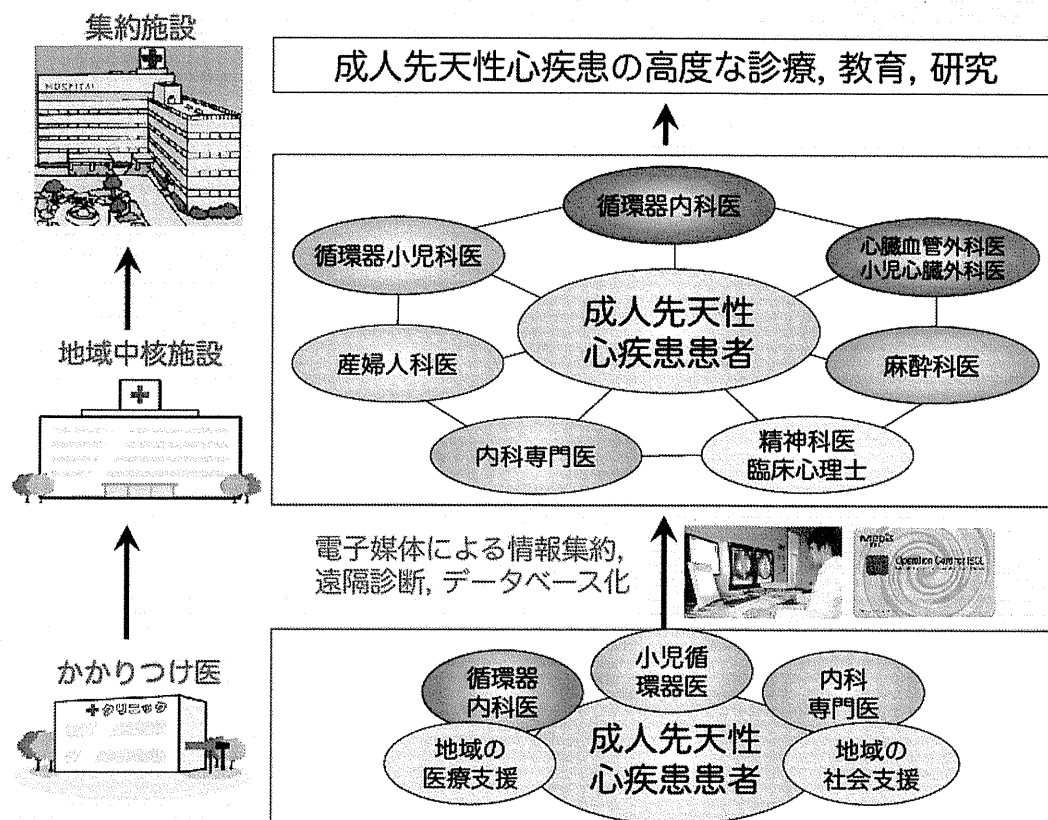
 National Cerebral and Cardiovascular Center

本研究の達成目標

1. 患者実態調査：患者数、疾患内訳、重症度、手術数、出産数など
2. 医療側の現状調査：循環器医、小児循環器医からのアンケート調査
3. 多科および多職種から構成される専門医療チームの確立
4. 成人先天性心疾患専門医制度の確立、専門医師の教育と養成
5. 集約化施設の認定
6. 学会と連携した患者登録の実施、データの電子化/共有システムの確立
7. 安全な妊娠・出産のための科学的根拠やエビデンスの蓄積
8. 学会での啓蒙活動（教育セミナー）や社会的啓蒙活動（公開講座など）
9. 医療保障制度の改革や患者の社会的支援に向けた提言を行う。

 National Cerebral and Cardiovascular Center

今後あるべき成人先天性心疾患の診療体制

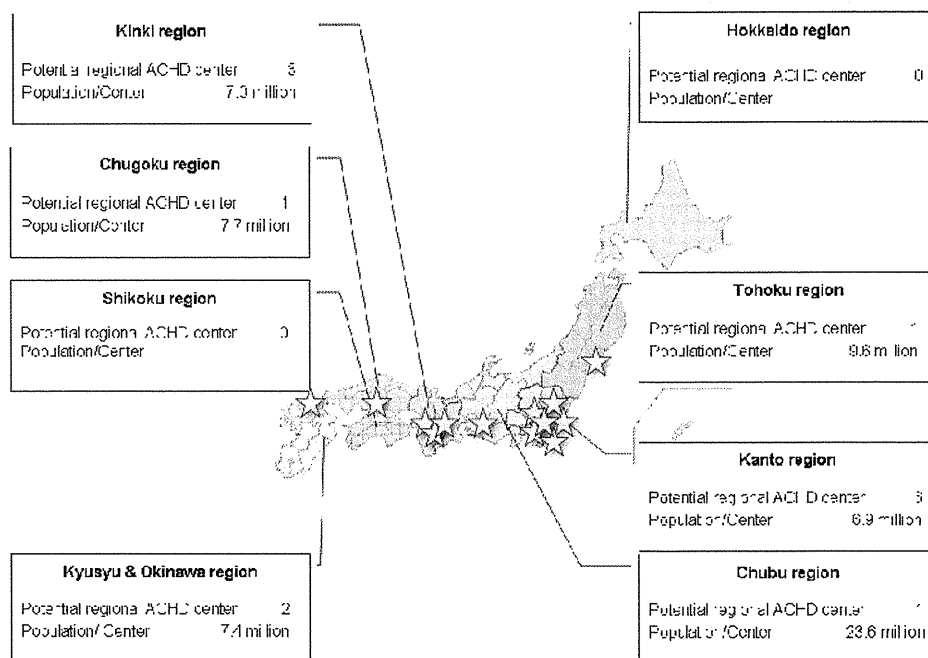


成人先天性心疾患集約化施設の基準案

1. 循環器内科が診療の意向がある。
2. 小児循環器内科医が1名以上いる。
3. 小児心臓血管外科医が2名以上いる。
4. 現時点でACHD専門外来を有する、または設置の意向がある。
5. 心カテーテル検査・不整脈・断層心エコーを専門とする医師がいる。
6. 成人心疾患患者に対する十分な検査・治療経験がある。
7. MR、3DCTなど必要な設備がある。
8. 産科・精神科・脳外科・ICUがある。

以上の基準で全国の循環器内科施設に診療開設の可能性を調査

集約化施設となりうる全国14施設の地域別分布



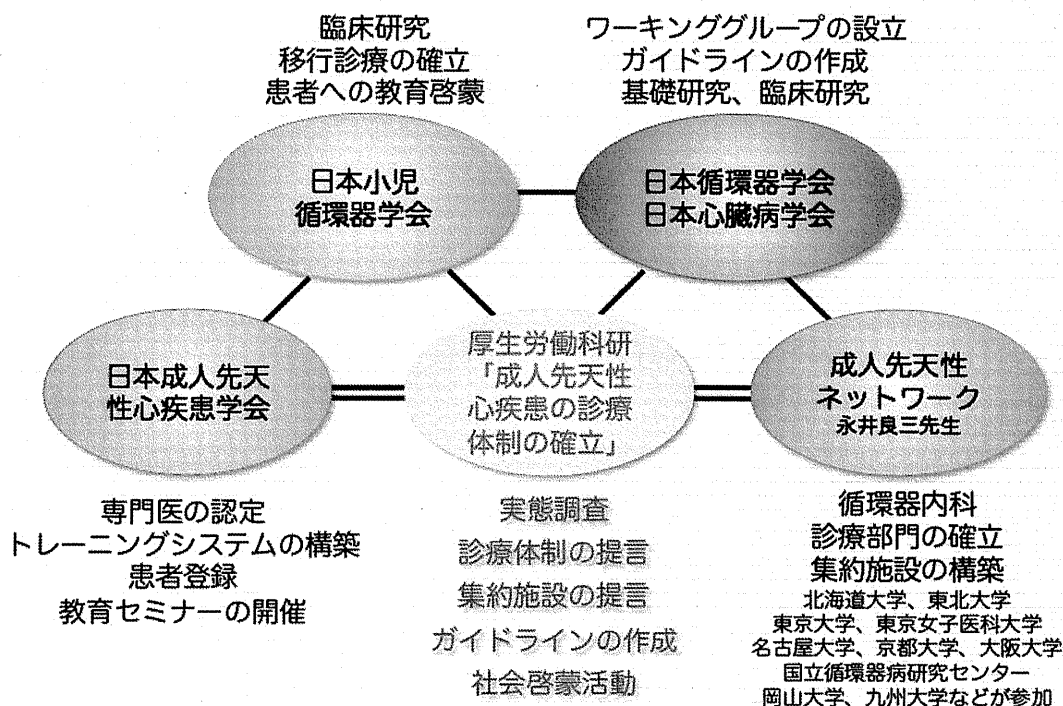
地域によっては基準を満たす施設が存在しない！

(Ochiai R, et al., Circ J. 2011;75:2220-7)

循環器内科医の積極的な診療参加を促すための対策

1. 循環器内科によるサブグループ（ACHDネットワーク、委員長：永井良三教授）を立ち上げ、全国の主要大学病院、循環器専門施設に成人先天性心疾患診療部門を立ち上げる準備を開始した。
2. 将来的には日本循環器学会および日本心臓病学会に成人先天性心疾患対策ワーキンググループを立ち上げ、継続的にこの問題の対策を行う。
3. 日本循環器学会、日本心臓病学会、日本小児循環器学会、日本成人先天性心疾患学会、ACHDネットワークと共同作業で、患者登録、患者情報の電子化（手術所見、心カテデータ）、遠隔診断を確立させる。
4. 若手医師、看護師、検査技師のための教育セミナーの開催を行う（学会主導で年2回実施）。
5. 疾患ガイドラインの充実、教科書の執筆

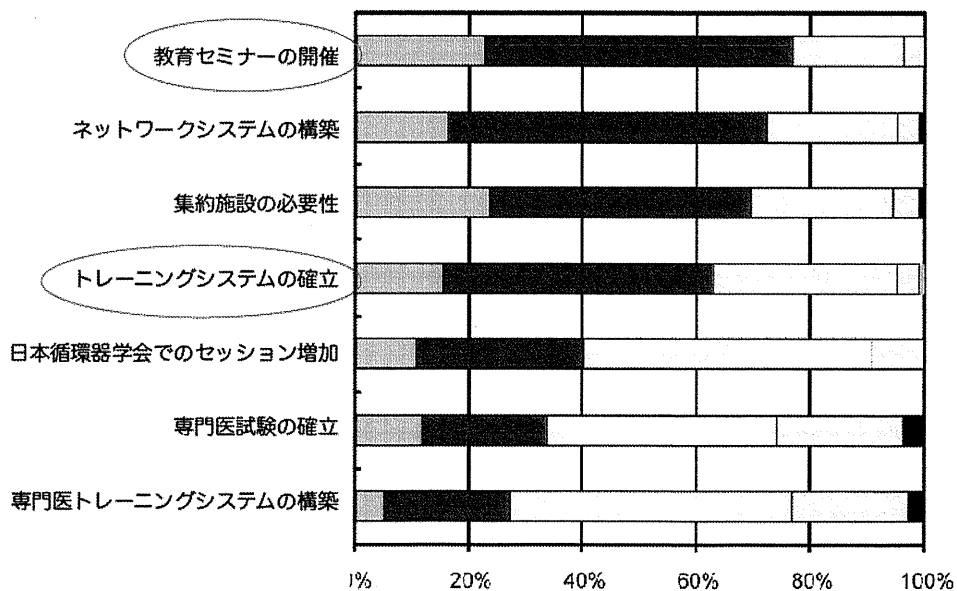
本研究班と関連学会との連携



88 National Cerebral and Cardiovascular Center

班会議資料

循環器内科医が希望する成人先天性心疾患診療体制



(Ochiai R, et al., Circ J. 2011;75:2220-7)

88 National Cerebral and Cardiovascular Center

循環器内科医のトレーニングシステムの提言

Level 1 (Basic training)

成人先天性心疾患患者の初期対応ができ、専門施設に紹介ができるレベル（循環器専門医試験レベル）

1. 先天性心疾患の一般的知識：解剖、病理、生理、遺伝
2. 自然歴、予後：遺伝カウンセリング、妊娠、非心臓手術時の管理などを含む一般的な先天性心疾患の臨床知識と初期対応
3. 予後、続発症、遺残病変の知識：ファロー四徴、心臓中隔欠損、心室中隔欠損、完全大血管転位、単心室（フォンタン手術）、肺動脈狭窄、大動脈狭窄など

Level 2 (Special training)


成人先天性心疾患患者の日常診療を行えるレベル（専門施設での1年程度の研修が必要）

1. 解剖、生理、臨床症状、自然歴
2. 診断方法：身体所見、心電図、不整脈/電気生理、胸部X線、断層心エコー、心臓カテ/造影検査、核医学検査、MRI、CT
3. 治療手技：薬物治療、外科治療、カテーテル治療
4. 介入後の続発症および遺残症の管理（外科手術およびカテーテル治療後）
5. 適切な外来診療への移行
6. 妊娠と出産に関する問題：妊娠の可否、妊娠および分娩中の管理、避妊
7. 非心臓手術時の管理
8. 姑息的治療：肺血管閉塞性病変の管理など
9. 運動および活動性の評価
10. 就職および社会経済的な問題、生命保険、社会心理学的な問題
11. 成人先天性心疾患外来への参加（1回/週、10症例/回）
12. 小児循環器病棟診療への参加（1-2ヶ月以上）
13. 成人先天性心疾患患者の周術期管理、手術見学
14. 小児循環器・小児心臓外科のトレーニングプログラムの存在
15. 少なくとも1人以上の成人先天性心疾患専門医の存在

Level 3 (Advanced training)

成人先天性心疾患患者を専門として診てゆくレベル（成人先天性心疾患専門施設での2年以上の研修）

1. 臨床研究および基礎研究への参加
2. 成人先天性心疾患診療への参加と診断能力（心カテ検査40例、経胸壁心エコー300例、経食道心エコー50例、CT、MR）

 National Cerebral and Cardiovascular Center

研究班資料

成人先天性心疾患患者の社会的問題

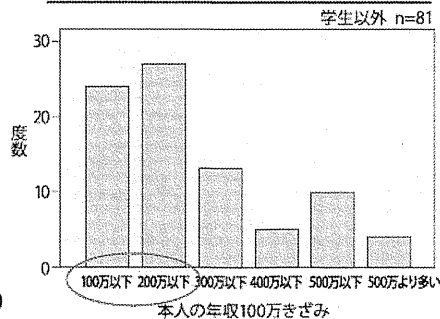
生活上に不安・困難・要望 143名が言及


社会生活に関する不安・困難	
親がいなくなった時の生活をどうするか	25名
これから社会で生きていけるか	9名
いつまで仕事を続けることができるか	9名
家族関係・人間関係が難しい	9名
親の介護をどうするか	8名
結婚できるか	7名
老後の生活をどうするか	4名
出産・子育てができるか	4名
生命保険に入れない	3名
通院・通学が大変	3名
疾患に関する不安・困難	
病状の悪化が不安	21名
心疾患や併存疾患の症状がづらい	18名
いつまで生きられるか	5名
福祉制度に対する要望	
年金制度を充実させてほしい	49名
医療費に対する助成を充実させてほしい	44名
国の医療・福祉制度を見直してほしい	7名
福祉制度の地域格差をなくしてほしい	6名
就労支援に関する要望	
就労支援・雇用拡大が必要	28名
病気を受け入れて自分にできる範囲で頑張りたい	21名
障害者と健常者が共生できる社会を	10名
障害に対する企業側の理解を深めてほしい	9名
非正規雇用など雇用状況を改善してほしい	5名
内部障害への理解を深める必要がある	5名
医療に対する要望	
成人先天性心疾患を診る医療体制を整備してほしい	13名
再生医療に期待している	4名

(落合、2010)

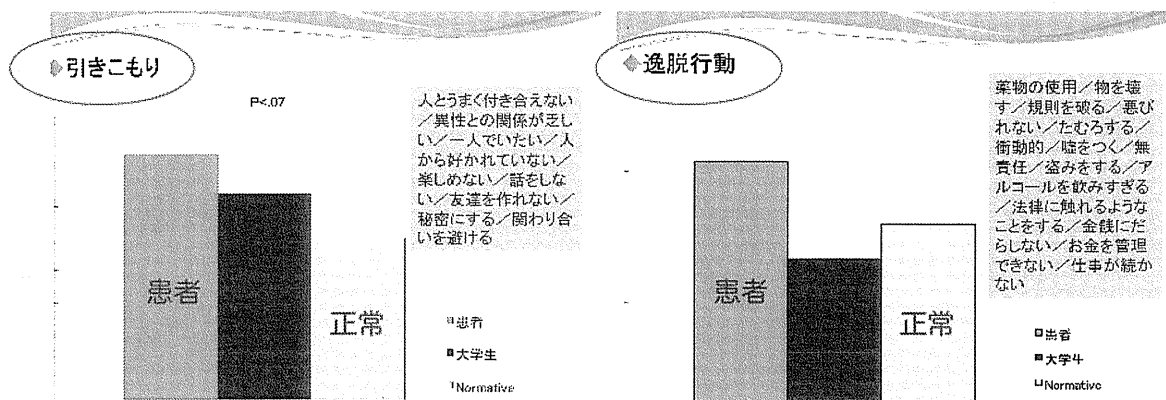
就業上の困難と対応策 125名が言及

就業上の困難	
周囲の理解が得られない	64名
休みが取りづらい	16名
仕事量が多い	12名
無理ができない	8名
就労すること自体が難しい	7名
無理をしよう	6名
人によって、日によって体調が違う	4名
仕事で正当に評価されない	4名
収入が少ない	4名
仕事にやりがいがない	3名
障害に甘えているところもある	3名
通勤が難しい	2名
困難に対する対応策	
普段からのコミュニケーションが大切	9名
フレックスタイム・時短労働の普及	8名
在宅でできる仕事を増やしてほしい	4名



 National Cerebral and Cardiovascular Center

成人先天性心疾患患者の情緒と行動の問題について



先天性心疾患患者は情緒と行動の問題が相対的に高く見られる。

不安、抑うつ、引きこもり

逸脱行動、注意力の不足



成人先天性心疾患患者の診療には、精神心理的サポートも必要である。

まとめ

1. 成人先天性心疾患患者は全国で約40万人存在し、最近では複雑先天性心疾患の術後で重症な症例が増加傾向にある。
2. 患者の多くは年齢制限のために小児病院に入院できず、循環器内科では経験が少ないため敬遠される傾向にあり、安心して受診できる専門施設がない。
3. 本研究班では、欧米のシステムを参考に、患者の状況や日本の医療情勢にふさわしい診療体制を提言する。
4. 関連学会やACHDネットワークとともに、全国各地域に15~20カ所の集約施設を認定し、循環器内科医および小児循環器医を中心とした多科多職種から構成される専門診療部門を開設する。
5. 専門医制度を確立し、専門医育成のためのトレーニングシステム、小児科から内科への移行体制を提言する。
6. 医学的問題だけでなく、患者が直面する社会的、精神心理的、経済的問題の解決にむけて、各方面に働きかけている。
7. 多方面にわたる社会的な要求に基づき、今後の継続研究を申請中である。

