

第66回

日本心臓病学会学術集会

The 66th Annual Scientific Session of the Japanese College of Cardiology

JCC2018記録集 2018年9月7日(金)~9日(日)

会場：大阪国際会議場

Special Lecture

- SL2 Vasopressin Antagonism: A New Approach to Acute Heart Failure 2
University of Minnesota/Heart Failure Program, Hennepin County Medical Center/ Minnesota Heart Failure Consortium Steven R. Goldsmith

会長特別企画 ケースに学ぶ3/早期うっ血解除にトルバプタンを如何に使いこなすか~初心者からエキスパートまで~

- 兵庫医科大学 循環器内科/冠疾患内科 安藤 友孝 3
三菱京都病院 心臓内科 横松 孝史 3
名古屋ハートセンター 循環器内科 鈴木 頼快 4

会長特別企画 ケースに学ぶ4/トルバプタンの止め時、続け時、用量、投与期間を考える~

- 神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科 北井 豪 5
国立循環器病研究センター 心臓血管内科 岡田 厚 5
大阪府済生会中津病院 腎臓内科 嶋津 啓二 7

日本心臓リハビリテーション学会/日本心臓病学会ジョイントシンポジウム

- JS2-4 高齢者心不全の在宅医療 8
医療法人社団ゆみの 理事長 弓野 大

シンポジウム

- S18-3 在宅療養支援病院がおこなう心不全の在宅心不全療養 9
医療法人社団守成会 広瀬病院 内科 廣瀬 憲一 ほか
S19-4 腸腰筋面積で推定する筋肉量減少は心不全患者の退院後早期臨床イベントを予測する有用なマーカーとなる 10
防衛医科大学校 循環器内科/榊原記念病院 循環器内科 長友 祐司 ほか

一般演題(口演)

- O-055 トルバプタン外来継続は心不全入院を繰り返すfrequent flyerの心不全入院回数を減少させる 11
福岡赤十字病院 循環器内科 松川 龍一
O-056 非代償性心不全に対する入院後24時間以内のトルバプタン投与効果 12
松阪中央総合病院 循環器内科 幸治 隆文 ほか
O-069 当院での心不全入院患者の経過と予後に関する検討
~広島県心臓いきいき推進事業・多施設共同心不全登録研究の単施設中間報告~ 13
広島市立安佐市民病院 循環器内科 小田 登 ほか

一般演題(e-ポスター)

- EP-026 慢性心不全患者における血行動態と腎機能悪化の関係 14
福島県立医科大学 循環器内科 佐藤 崇匡 ほか
EP-031 クリニカルシナリオ1の急性非代償性心不全における入院中のループ利尿薬の増加は、臨床転機を悪化させるか? 15
筑波大学 医学医療系 循環器内科 中川 大嗣 ほか

この資料は学会の最新情報を掲載しており特定の薬剤について紹介するものではありません。
掲載されている薬剤の使用にあたっては各薬剤の添付文書を参照してください。



Otsuka 大塚製薬株式会社

積極的に在宅医療を進め、緊急例の受け入れ枠を増やす

病診連携が語られる際、病院は大学病院や地域基幹病院、救急病院を意味しており、我々のようなケアミックス病院は含まれていない。しかし当院では現在、看取りの21.7%を在宅で行なっている。そこに至った経緯と、心不全在宅診療の実際について紹介したい。

当院の在宅医療はガンから始まった。緩和ケア病棟が足りないため、ケアミックスである当院に依頼が来るようになったのである。当初は半数以上を院内で看取っていたが、3年後には90%近くが、一度は自宅に戻ることができるようになった。

慢性心不全例の入院を減らすために

次に心不全例の在宅医療について述べる。

心不全は2030年まで患者が増え続けると言われ、平均入院期間は30日、退院後の再入院率は30~35%とされる。今後、心不全症例が急性増悪を起こしたときに、入院する場所があるのだろうか。このように考えると、心不全入院回避の重要性が理解できる。そのため我々は、入院しない地域づくりを目指している。具体的には、再入院リスクの高い例を対象に集中的に介入し、急性増悪を防ぐのである。そうすることにより在宅医療期間を延伸させ、入院加療は病勢が急激に進行する終末期だけにしたい。疾患進行のイメージとしては、ガンに近い形を想定している(図)。

これを実現するため、慢性心不全例の年間入院回数が2回に達したら、外来診療から在宅医療に転換する。そして在宅医療では再入院リスクに重点的に介入する。我が国の慢性心不全増悪による再入院のリスクについては、九州大学からの報告がある(表)。それを参考に、診療頻度は2週間に1回とし、心不全に関する患者教育を徹底している。具体的には服薬アドヒアランスの重要性認識と毎日の体重測定を指示し、加えて体重変化の意味するところを説明する。患者、あるいはその家族や介護者に、体重変化の意味を理解しても

らうのは決して容易ではない。そのためここは、じっくりと時間をかけて説明する。

さて、在宅医療で経過を観察中、パリアンス(在宅療養の継続が困難となる障害の発生)となったら早期に入院させる。慢性心不全が急性増悪してから入院すると、入院期間が長期化する。2週間以上の入院は確実にADLを低下させるため、2週間以内に退院できる軽症状態での入院加療を心がけている。

終末医療への意向と留意点

慢性心不全の終末期でも、入院という選択肢も用いながら、極力、在宅での療養を試みている。これはガンの末期治療と同じ考えである。心不全に限った話ではないが、終末期医療の難しい点は移行期にある。治療を強化しても治癒は望めないという現実を、患者あるいは家族に受け入れてもらうのは必ずしも容易ではない。私はどう治すではなくどう生きていくかだけを考えようと提案している。

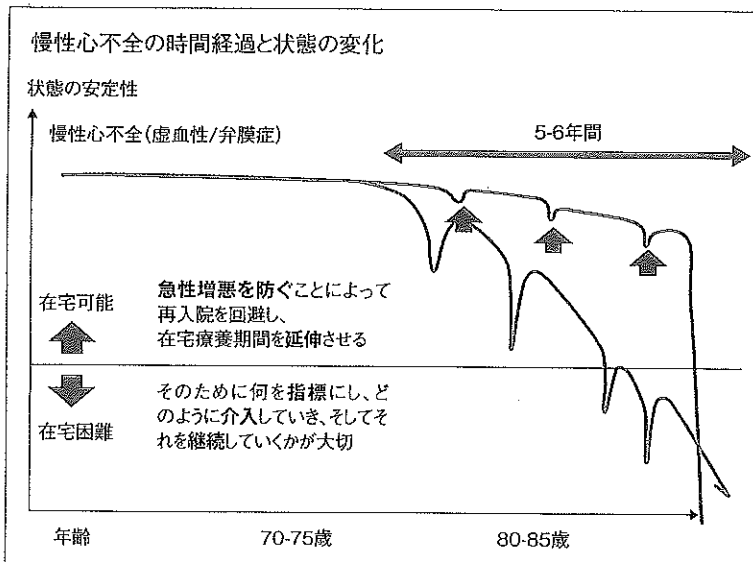
そのため、治療に当たっては、在宅、入院を問わず、QOLの維持を重視する。具体的には、酸素化改善では絶対に口を塞がない。食事が摂れなくなるためである。食物の経口摂取も、可能な限り止めない。そして食べたいものを食べてもらう。この時点までくれば、もはや臨床検査値の改善は望まない。またうっ血管理にはカテコラミンやノルエピネフリンも用いる。さらに夜間徘徊がある場合は、拘束せず、鎮静剤を用いる。また、排泄は基本的にトイレである。

そして終末が近づいたら、在宅で看取りという選択肢を示しながら、入院加療の応諾を相談するようにしている。

心不全パンデミックの本格的到来は、10年後くらいではないかと考えている。それまでに、当院のようなケアミックス病院が果たせる役割を見いだし、確立していきたいと考えている。

1) Sato, N. et al.: Circ. J., 77 (4), 944-951, 2013

図 当院の心不全診療が目指しているもの



廣瀬 憲一:第66回日本心臓病学会学術集会、2018年9月

表 我が国の慢性心不全増悪による再入院のリスク

各ステージで行うこと	
在宅診療期	
年間入院回数が2回/年以上	
体重の厳格管理と体重増加時の対応、拡張障害増悪要因となる血圧・脈拍のコントロールを行い、再入院を回避する	
どのような症例が心不全増悪で再入院しやすいのか	
予測因子	Odds ratio
診察間隔が1カ月以上あいている	4.87
過去に心不全の入院歴がある	3.29
心不全についての知識がない	2.59
長期間(14日以上)入院していた	3.21
高血圧をもっている	1.99
医療チームのサポートがない	2.61

Tsuchihashi, M. et al.: Am. Heart J., 142(4), 20A-26A, 2001