



JAPANESE HEART FAILURE SOCIETY

JAPANESE HEART FAILURE SOCIETY

日本心不全学会

News Letter

Vol. 16, No. 2, 2012

発行：2012年9月15日
日本心不全学会
Japanese Heart Failure Society
<http://www.jhfs.gr.jp/>

CONTENTS

1

日本心不全学会新役割分担

3

第16回 日本心不全学会学術集会案内

9

〈心不全治療のトピックス〉救急外来におけるうっ血患者呼吸管理の現況

11

〈心不全研究最前線〉心不全における慢性炎症

14

〈心不全患者の集学的治療を考える〉心不全医療における person-centered care

16

学会カレンダー・日本心不全学会入会のご案内

役割分担

(2012年4月1日～2014年3月31日)

総務委員会

委員長	筒井 裕之					
幹事	絹川真太郎	篠岡 太郎				
委員	磯部 光章	井上 博	北風 政史	木原 康樹	倉林 正彦	
	斎藤 能彦	室原 豊明	百村 伸一	山科 章		

財務委員会

委員長	倉林 正彦					
幹事	絹川弘一郎	塩井 哲雄				
委員	安達 仁	中村 一文	庭野 慎一	森本 達也	渡辺 昌文	

学術委員会

委員長	北風 政史					
幹事	朝野 仁裕	長谷川拓也				
委員	朝倉 正紀	坂田 隆造	筒井 裕之	平田 健一	福田 恵一	
	吉村 道博					

教育研修・ガイドライン委員会

委員長	室原 豊明					
幹事	奥村 貴裕					
委員	北風 政史	澤 芳樹	筒井 裕之	福田 恵一		

出版・編集委員会

委員長	木原 康樹					
幹事	佐藤 幸人					
委員	岩瀬 三紀	倉林 正彦	佐藤 直樹	塩井 哲雄	筒井 裕之	

在り方委員会

委員長	井上 博					
幹事	能澤 孝					
委員	伊藤 浩	小川 久雄	小野 稔	筒井 裕之	山科 章	

国際交流委員会

委員長	下川 宏明					
幹事	福本 義弘					
委員	池田 宇一	伊藤 浩	北風 政史	倉林 正彦	朔 啓二郎	
	増山 理	室原 豊明				

心臓移植委員会

委員長	小野 稔					
幹事	絹川弘一郎	布田 伸一				
委員	磯部 光章	許 俊鋭	坂田 泰史	中谷 武嗣	肥後 太基	
	松居 喜郎					

デバイス委員会

委員長	砂川 賢二					
幹事	荒井 裕国	井手 友美				
委員	安藤 真一	稲垣 正司	澤 芳樹	杉町 勝	戸高 浩司	
	萩原 誠久	福田 恵一				

健保対策委員会

委員長	百村 伸一					
幹事	安達 仁					
委員	伊藤 浩	小野 稔	清野 精彦	平山 篤志	増山 理	
	松本 万夫	吉川 勉				

心不全予防委員会

委員長	斎藤 能彦					
幹事	吉村 道博					
委員	猪又 孝元	佐藤 幸人	錦見 俊雄	福田 恵一		

顕彰委員会

委員長	小室 一成					
幹事	塩島 一朗	南野 哲男				
委員	伊藤 宏	斎藤 能彦	佐野 元昭	森下 竜一	山岸 正和	

チーム医療推進委員会

委員長	山科 章					
幹事	佐藤 直樹	眞茅みゆき				
委員	相嶋 一登	池亀 俊美	加藤 尚子	絹川真太郎	琴岡 憲彦	
	高橋 哲也	福本 義弘	松岡 志帆	宮澤 靖	山本 一博	
	横山 広行					

(敬称略)

学会案内

第16回日本心不全学会学術集会ご案内

第16回日本心不全学会学術集会

会長 下川 宏明

(東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学分野 教授)

第16回日本心不全学会を、2012年11月30日～12月2日の3日間、仙台市内の仙台国際センターにて開催させていただきます。一般演題では、口演発表102題、ポスター発表142題の計244題を採択させていただきました。これは過去最大の一般演題数となりました。多数のご応募、ありがとうございました。

開催概要

会 期：2012年11月30日（金）～12月2日（日）

会 場：仙台国際センター

テーマ：東日本大震災からの復興をめざして 心不全パ
ンデミックにいかに対処するか

プログラム

・会長講演

座長：白土 邦男(仁明会齋藤病院、東北大学名誉教授)

演者：下川 宏明(東北大学大学院医学系研究科・循環
器内科学)

・特別講演

1. 「Lessons from the ESC Guidelines of the
Management of Heart Failure (仮)」

座長：和泉 徹(北里大学医学部循環器内科学)

演者：John McMurray (Glasgow University School of
Medicine, UK)

2. 「New Drug Therapies for Heart Failure」

座長：小川 久雄(熊本大学大学院循環器病態学)

演者：Henry Krum (Monash University, Australia)

3. 「Control of Heart Rate and Neurohormonal
Activation in Chronic Heart Failure – Important
Targets to Improve Outcomes」

座長：鄭 忠和(和温療法研究所)

演者：Karl Swedberg (Sahlgrenska University
Hospital, Sweden)

4. 「Regulation of Myocardial Survival and Death by
Autophagy During Myocardial Stress and Aging」

座長：磯部 光章(東京医科歯科大学医学部循環器内科)

演者：Junichi Sadoshima (University of New Jersey,
USA)

5. 「Rethinking of Metabolic Approach in Heart
Failure」

座長：今泉 勉(久留米大学医学部内科学講座心臓・血
管内科部門)

演者：Sang Hong Baek (Catholic University at Seoul,
Korea)

6. 「Donor-related Characteristics in Patients with
Mechanical Circulatory Support Undergoing Heart
Transplantation: Factors That Really Influence
Survival」

座長：小野 稔(東京大学医学部附属病院心臓外科)

演者：Simon Maltais (Department of Cardiac Surgery,
Vanderbilt University Medical Center, Canada)

7. 「Current Status and Future Perspectives of Heart
Transplantation (仮)」

座長：齋木 佳克(東北大学大学院医学系研究科・心臓
血管外科学分野)

演者：Jignesh Patel (Heart Transplant Program
Cedars-Sinai Heart Institute, UCLA, USA)

8. 「The Coronary Circulation and Blood Flow in Left
Ventricular Hypertrophy and in the Transition to
Heart Failure」

座長：友池 仁暢(日本心臓血圧研究振興会附属榊原記
念病院)

演者：Paolo G Camici (Università Vita Salute San
Raffaele, Italy)

9. 「Controversies in Cardiac Resynchronization

Therapy: Atrial Fibrillation]

座長：小川 聡（国際医療福祉大学三田病院）

演者：Angelo Auricchio（FondazioneCardiocentro Ticino, Switzerland）

・特別企画

1. 「大震災と心不全」

座長：中村 元行（岩手医科大学医学部内科学講座循環器・腎・内分泌内科）

福本 義弘（東北大学大学院医学系研究科・循環器内科学）

演者：鈴木 均（福島県立医科大学医学部循環器・血液内科学講座）

安田 聡（国立循環器病研究センター・心臓血管内科）

増山 理（兵庫医科大学内科学・循環器内科）

小玉 誠（新潟大学大学院医歯学総合研究科・循環器内科）

中島 悟史（岩手医科大学内科学・循環器内科分野）

青木 竜男（東北大学大学院医学系研究科・循環器内科学）

2. 「慢性ストレス・放射線障害と心不全」

座長：竹石 恭知（福島県立医科大学循環器・血液内科学講座）

櫻田 春水（東京都保健医療公社大久保病院・循環器内科）

演者：田中 文隆（岩手医科大学医学部内科学講座心血管・腎・内分泌・内科分野）

福田 浩二（東北大学大学院医学系研究科・循環器内科学）

深水 誠二（東京都立広尾病院・循環器科）

西澤 匡史（公立志津川病院）

熊谷 敦史（福島県立医科大学・災害医療総合学習センター）

・シンポジウム

1. 「心不全パンデミックの実態－超高齢社会と心不全－」

座長：柴 信行（国際医療福祉大学病院循環器内科）

筒井 裕之（北海道大学大学院医学研究科循環病態内科学）

演者：大倉 裕二（新潟県立がんセンター内科）

坂田 泰彦（東北大学大学院医学系研究科循環器EBM開発学講座）

猪又 孝元（北里大学医学部循環器内科学）

眞茅 みゆき（北里大学看護学部）

押川 真喜子（聖路加国際病院訪問看護ステーション）

2. 「予後改善を目指した急性心不全治療」

座長：北風 政史（国立循環器病研究センター臨床研究部）

森本 紳一郎（藤田保健衛生大学病院循環器内科）

演者：佐藤 直樹（日本医科大学武蔵小杉病院内科・循環器内科・集中治療室）

橋村 一彦（阪和記念病院心臓血管センター）

加藤 倫子（コロンビア大学循環器内科）

朝倉 正紀（国立循環器病研究センター臨床研究部）

小野 稔（東京大学医学部附属病院心臓外科）

3. 「増加する心不全危険因子にどう対処するか－HHD・CKD・COPD－」

座長：斎藤 能彦（奈良県立医科大学第一内科）

伊藤 宏（秋田大学大学院循環器内科）

演者：弓野 大（東京女子医科大学循環器内科）

辻野 健（兵庫医療大学薬学部医療薬学科）

竹田 征治（奈良県立医科大学第1内科）

坂田 泰彦（東北大学大学院医学系研究科循環器EBM開発学講座）

山本 一博（鳥取大学医学部病態情報内科学）

4. 「心不全に対する陽圧換気療法」

座長：百村 伸一（自治医科大学附属さいたま医療センター循環器科）

安藤 真一（九州大学病院睡眠時無呼吸センター）

演者：粕井 英利（済生会二日市病院）

久保 俊彦（松山赤十字病院循環器内科）

伊勢 孝之（徳島大学病院循環器内科学）

高間 典明（群馬大学医学部第二内科）

篠崎 毅（国立病院機構仙台医療センター循環器内科）

百村 伸一（自治医科大学附属さいたま医療センター循環器科）

5. 「肺高血圧と右心不全」

座長：伊藤 正明（三重大学大学院医学系研究科循環器・腎臓内科学）

伊藤 浩（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科循環器内科学）

演者：宮地 克維（国立病院機構岡山医療センター循環器科）

坂田 好美（杏林大学医学部第二内科）

坂田 泰史（大阪大学大学院医学系研究科循環器内科学）

杉村 宏一郎（東北大学大学院医学系研究科循環器内科学）

土肥 薫（三重大学大学院検査医学）

6. 「拡張性心不全の病態と治療」

座長：増山 理（兵庫医科大学循環器内科）

山本 一博（鳥取大学医学部病態情報内科）

演者：衣笠 良治（鳥取大学医学部病態情報内科学）

坂東 泰子（名古屋大学循環器内科）

渡邊 哲（山形大学医学部内科学第一講座）

福本 義弘（東北大学大学院医学系研究科循環器内科学）

大谷 朋仁（大阪大学大学院医学系研究科循環器内科）

廣谷 信一（兵庫医科大学医学部循環器内科）

座長：木原 康樹（広島大学大学院医歯薬学総合研究科病態情報医学講座循環器内科学）

室原 豊明（名古屋大学医学部循環器内科）

演者：藤田 敏郎（東京大学先端科学技術研究センター）

末成 和義（県立広島病院循環器内科）

筒井 裕之（北海道大学大学院医学研究科循環器内科学）

野出 孝一（佐賀大学医学部循環器内科）

森本 達也（静岡県立大学薬学部分子病態学）

北風 政史（国立循環器病研究センター心臓血管内科）

7. 「重症心不全に対する包括的アプローチ」

座長：安田 聡（国立循環器病研究センター心臓血管内科部門）

小野 稔（東京大学医学部附属病院心臓外科）

演者：瀬口 理（国立循環器病研究センター移植部）

桃原 哲也（日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 循環器内科）

佐藤 直樹（日本医科大学武蔵小杉病院内科・循環器内科・集中治療室）

松居 喜郎（北海道大学医学部循環器・呼吸器外科）

戸田 宏一（大阪大学大学院医学系研究科心臓血管外科）

絹川 弘一郎（東京大学大学院医学系研究科重症心不全治療開発講座）

11. 「Structural Heart Disease と心不全」

座長：澤 芳樹（大阪大学大学院医学系研究科心臓血管外科学）

高山 守正（（公財）日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院循環器内科）

演者：原田 和昌（東京都CCUネットワーク学術委員会／東京都健康長寿医療センター循環器内科）

坂田 芳人（池上総合病院ハートセンター循環器科）

後藤 剛（倉敷中央病院循環器内科）

倉谷 徹（大阪大学大学院医学系研究科低侵襲循環器医学）

田端 実（榊原記念病院心臓血管外科）

8. 「心不全の一次予防」

座長：吉村 道博（東京慈恵会医科大学循環器内科）

久保田 功（山形大学医学部内科学第一講座）

演者：寶澤 篤（東北大学東北メディカル・メガバンク機構予防医学・疫学部門）

山本 一博（鳥取大学医学部病態情報内科）

川井 真（東京慈恵会医科大学内科学講座 循環器内科）

吉田 正博（千寿会つくし野病院）

12. 「補助人工心臓・心臓移植の現状と展望」

座長：許 俊鋭（東京大学／東京都健康長寿医療センター）

齋木 佳克（東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野）

演者：高橋 悟朗（東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野）

山崎 健二（東京女子医科大学心臓血管外科）

絹川 弘一郎（東京大学大学院医学系研究科重症心不全治療開発講座）

中谷 武嗣（国立循環器病研究センター移植部）

福嶌 教偉（大阪大学重症臓器不全治療学）

9. 「心不全の早期診断をどうつけるか」

座長：野出 孝一（佐賀大学医学部循環器内科）

山科 章（東京医科大学循環器内科（第二内科））

演者：豊田 茂（獨協医科大学心臓・血管内科）

石津 智子（筑波大学医学医療系臨床検査医学）

佐藤 幸人（兵庫県立尼崎病院循環器内科）

琴岡 憲彦（佐賀大学医学部循環器内科）

大西 勝也（三重大学大学院循環器内科／大西内科ハートクリニック）

高田 佳史（東京医科大学循環器内科）

13. 「重要性を増す心臓リハビリテーション」

座長：伊東 春樹（日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 循環器内科）

上月 正博（東北大学大学院医学系研究科機能医学講座 内部障害学分野）

演者：絹川 真太郎（北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学）

伊藤 修（東北大学大学院医学系研究科 内部障害学分野）

長山 雅俊（日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 循環器内科）

10. 「心不全の薬物治療の展望－期待される新薬－」

牧田 茂 (埼玉医科大学国際医療センター心臓リハビリテーション科)

宮田 昌明 (鹿児島大学大学院 循環器・呼吸器・代謝内科学)

松本 泰治 (東北大学大学院医学系研究科循環器内科学)

14. 「心不全に対する再生医療：光と影」

座長：小室 一成 (大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学)

福田 恵一 (慶應義塾大学病院 循環器内科)

演者：遠山 周吾 (慶應義塾大学医学部 循環器内科／日本学術振興会)

松浦 勝久 (東京女子医科大学 先端生命医科学研究所 循環器内科)

王 英正 (岡山大学病院 新医療研究開発センター)

宮川 繁 (大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科)

・教育講演

1. 「和温療法」

座長：篠山 重威 (同志社大学生命医科学部)

演者：鄭 忠和 (獨協医科大学／和温療法研究所)

2. 「慢性心不全診療ガイドラインをどう活用するか」

座長：和泉 徹 (北里大学医学部循環器内科学)

演者：池田 安宏 (山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学)

3. 「心不全における抗血栓療法の新展開」

座長：新 博次 (日本医科大学多摩永山病院内科)

演者：奥村 謙 (弘前大学医学部循環器・呼吸器・腎臓内科)

4. 「心不全における不整脈薬物治療の進歩」

座長：相澤 義房 (立川メディカルセンター)

演者：山下 武志 (心臓血管研究所付属病院)

5. 「標準的心不全薬物療法の効果と限界」

座長：土居 義典 (高知大学医学部老年病・循環器・神経内科学)

演者：安村 良男 (独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター)

6. 「心不全とバイオニック医学」

座長：青沼 和隆 (筑波大学循環器内科)

演者：砂川 賢二 (九州大学大学院医学研究院循環器内科)

7. 「最近の心不全の大規模試験結果から学ぶ」

座長：代田 浩之 (順天堂大学医学部 循環器内科)

演者：三浦 哲嗣 (札幌医科大学医学部第二内科)

8. 「慢性炎症と心不全」

座長：朔 啓二郎 (福岡大学医学部心臓・血管内科学)

演者：佐田 政隆 (徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部循環器内科学分野)

9. 「心血管系の石灰化と心不全」

座長：池田 宇一 (信州大学医学部循環器内科学)

演者：倉林 正彦 (群馬大学大学院医学系研究科臓器病態内科学)

10. 「睡眠時無呼吸と心不全」

座長：長谷部 直幸 (旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野)

演者：百村 伸一 (自治医科大学附属さいたま医療センター循環器科)

11. 「減塩指導の実際」

座長：大屋 祐輔 (琉球大学医学部循環器系総合内科学)

演者：土橋 卓也 (国立病院機構九州医療センター臨床教育部／高血圧内科)

12. 「心不全患者に対する運動療法の実際」

座長：安達 仁 (群馬県立心臓血管センター循環器内科)

演者：高橋 哲也 (東京工科大学医療保健学部理学療法学科)

・学術委員会報告

・YIA 審査講演 (基礎／臨床)

1. 基礎

審査委員長 (座長)：小室 一成 (大阪大学大学院医学系研究科循環器内科学)

審査委員：倉林 正彦 (群馬大学大学院医学系研究科臓器病態内科学)

竹石 恭知 (福島県立医科大学循環器・血液内科学講座)

三浦 哲嗣 (札幌医科大学医学部内科学第2講座)

吉村 道博 (東京慈恵会医科大学循環器内科)

2. 臨床

審査委員長 (座長)：木原 康樹 (広島大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科学)

審査委員：池田 宇一 (信州大学医学部循環器内科学)

伊藤 浩 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究

科循環器内科学)

伊藤 正明 (三重大学大学院医学系研究科循環器・腎臓内科学)

・コメディカルセッション

1. 「多職種による心不全のセルフケアの推進」

座長：東條 美奈子 (北里大学医学部循環器内科学)

眞茅 みゆき (北海道大学大学院医学研究科循環病態内科学)

演者：仲村 直子 (神戸市立医療センター中央市民病院看護部)

齊藤 正和 (日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院理学療法科)

鉄谷 祥子 (東京都健康長寿医療センター)

松岡 志帆 (東京女子医科大学看護学部)

加藤 雅彦 (鳥取大学医学部病態情報内科)

2. 「『慢性心不全看護認定看護師』の誕生：わが国の心不全医療への期待」

座長：和泉 徹 (北里大学医学部循環器内科学)

吉田 俊子 (宮城大学看護学部看護学科)

演者：松月 みどり (公益社団法人日本看護協会常任理事)

眞茅 みゆき (北里大学看護学部)

山科 章 (東京医科大学循環器内科)

田倉 智之 (大阪大学大学院医学系研究科)

・YIA 審査講演 (コメディカル)

審査委員長 (座長)：吉田 俊子 (宮城大学看護学部看護学科)

審査委員：上月 正博 (東北大学大学院医学系研究科機能医科学講座内部障害学分野)

長谷部 直幸 (旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野)

山科 章 (東京医科大学第二内科)

東條 美奈子 (北里大学医療衛生学部)

・コメディカルのための心不全講座

1. 「心不全の症状と身体所見～問診と身体所見のみでどこまで病態に迫れるか?～」

座長：佐藤 直樹 (日本医科大学武蔵小杉病院 内科・循環器内科・集中治療室)

演者：加藤 真帆人 (日本大学医学部内科学系循環器内科学分野)

2. 「心不全の胸部レントゲンと心電図」

座長：増山 理 (兵庫医科大学内科学循環器内科)

演者：佐藤 幸人 (兵庫県立尼崎病院循環器内科)

3. 「心不全の心エコー所見」

座長：山本 一博 (鳥取大学医学部病態情報内科)

演者：猪又 孝元 (北里大学医学部循環器内科学)

4. 「心不全の治療」

座長：山科 章 (東京医科大学第二内科)

演者：杉村 宏一郎 (東北大学大学院医学系研究科循環器内科学)

・一般演題 (口演、ポスター)

・共催セミナー

モーニングセミナー 1～3

ランチョンセミナー 1～17

イブニングセミナー 1～9

合同開催

1. ICD / CRT 合同研修セミナー

日時：11月30日 (金) 9:30～15:45

会場：仙台国際センター 3階 白樺 (しらかし)

ICD 基礎

座長：新田 隆 (日本医科大学心臓血管外科)

演者：清水 昭彦 (山口大学大学院医学系研究科保健学系学域)

今井 克彦 (広島大学病院心臓血管外科)

野田 崇 (国立循環器病研究センター心臓血管内科)

CRT 基礎

座長：青沼 和隆 (筑波大学人間総合科学研究科循環器内科)

演者：瀬尾 由広 (筑波大学人間総合科学研究科循環器内科)

吉田 幸彦 (名古屋第二赤十字病院循環器センター内科)

石川 利之 (横浜市立大学附属病院循環器内科)

応用-1

座長：沖重 薫 (横浜市立みなと赤十字病院循環器内科)

演者：岡村 英夫 (国立循環器病研究センター心臓血管内科)

庄田 守男 (東京女子医科大学病院循環器内科)

三橋 武司 (自治医科大学病院循環器内科)

応用-2

座長：栗田 隆志 (近畿大学医学部循環器内科)

演者：住友 直方 (日本大学医学部小児科学系小児科学分野)

安部 治彦 (産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座)

豊島 健 (日本メドトロニック CRDM 事業部)

庭野 慎一 (北里大学医学部循環器内科学)

会場：仙台国際センター大ホール

2. 第31回日本心臓移植研究会学術集会

日時：12月2日(日) 8:25～16:50

会場：仙台国際センター3階 白樺(しらかし)

・特別講演

座長：齋木 佳克 (東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野)

演者：Simon Maltais, M.D.

(Vanderbilt University Medical Center,
Department of Cardiac Surgery)

・シンポジウム：

1. 「植込み型補助人工心臓保険償還1年後の実績と今後の課題」

2. 「マージナルドナー、レシピエントに対する治療戦略(レシピエント選択基準改定に向けて)」

・一般演題

・報告・レジストリー発表

・ランチョンセミナー

3. 市民公開講座

日時：12月2日(日) 14:00～17:00

わが国は、急速な高齢化と生活の欧米化により、心臓病が増加しています。心不全はあらゆる心臓病の末期像であり、現在、心不全患者の急増が、あまり社会に認識されず、また、医療関係者にさえその認識が十分ではないまま、進行している状況があります。

わが国における心不全医療・医学の現状と今後の展開について、会員の皆様に満足していただける内容にしたいと思っております。多数の皆様が仙台にお越しいただき、明日からの診療にお役立ていただけることを願っております。どうぞ、宜しくお願い申し上げます。

事務局：第16回日本心不全学会学術集会 事務局

東北大学大学院医学系研究科循環器内科学

事務局長：福本 義弘

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1

TEL: 022-717-7152 FAX: 022-717-7156

URL: <http://www2.convention.co.jp/jhfs16/>E-mail: jhfs16@convention.co.jp

第16回

日本心不全学会学術集会

The 16th Annual Scientific Meeting of the Japanese Heart Failure Society

**東日本大震災からの復興をめざして
心不全パンデミックにいかに対処するか**

会 長 下川 宏明
東北大学大学院医学系研究科循環器内科学教授

会 期 2012年11月30日[金]～12月2日[日]

会 場 仙台国際センター

事 務 局 東北大学大学院医学系研究科循環器内科学
〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1 TEL: 022-717-7152 FAX: 022-717-7156

運営事務局 日本コンベンションサービス株式会社東北支社
〒980-0824 仙台市青葉区支倉町4-34 丸ビル6階 TEL: 022-722-1311 FAX: 022-722-1178
E-mail: jhfs16@convention.co.jp <http://www2.convention.co.jp/jhfs16/>

写真提供：仙台市観光交流局

心不全治療のトピックス

救急外来におけるうっ血患者呼吸管理の現況

久保俊彦

(松山赤十字病院 循環器内科)

呼吸困難や起座呼吸を主訴とする急性心原性肺水腫は、人口の高齢化比率の上昇や心筋梗塞などの急性期治療の進歩に伴い増加の一途をたどっており、迅速な治療を要する救急疾患である。本稿では、うっ血患者の急性期呼吸管理の現状について述べる。

酸素療法は呼吸困難や臓器低灌流の改善のために必須の方法であり、95%以上の血中酸素飽和度、80mmHg以上の血中酸素分圧を目指す。通常は救急車で鼻カニューレやマスクによる2~6L/分の酸素吸入が開始されているが、救急外来(ER)搬入時に頻呼吸、努力呼吸、低酸素血症を認める症例に対しては速やかに密着型マスクによる非侵襲的陽圧呼吸(noninvasive positive pressure ventilation: 以下NIPPV)を行う。NIPPVの一般的適応条件は、1)意識があり協力的である、2)気道が確保できている、3)喀痰の排出ができる、4)顔面の外傷がない、5)マスクをつけることが可能、である。禁忌事項としては、1)自発呼吸がない、2)気道が確保できない、3)大量の気道分泌物があり誤嚥の危険がある、4)上気道や消化管の障害がある、などである。NIPPVは気道に陽圧をかけることにより、酸素化能の改善、呼吸仕事量の軽減、心臓への負荷の軽減、交感神経興奮の軽減をもたらす¹⁻³。この急性期効果は、急性肺水腫による呼吸循環動態にたいする悪循環を断ち切り、速やかな自覚症状の改善に寄与する。NIPPVで用いるマスクはトータルフェイスもしくはフルフェイスタイプのものが顔への密着度がよく、開始しやすい。マスクを装着し、呼吸終末陽圧呼吸(PEEP)を5~7.5mmHg、FiO₂ 0.4以上で開始する。NIPPVにも治療抵抗性の場合、気管内挿管による人工呼吸の適応となるが、気管挿管の問題点として、1)挿管操作による外傷、2)挿管操作による交感神経系の興奮、3)鎮静薬による呼吸循環抑制、4)人工呼吸関連肺炎などがある。そのため、NIPPVの有用性が注目されてきた。従来NIPPVの換気モードとして、持続陽圧呼吸(continuous positive airway pressure: 以下CPAP)と2相性気道陽圧(bilevel positive airway pressure: 以下BiPAP)が用いられてきた。欧米でのメタ解析によれば、急性心原性肺水腫の初期治療としてのCPAPやBiPAPによるNIPPVは、酸素療法にくらべて気管挿管回避効果や生命予後改善効果が認められていた^{4,5}。しかしながらその後発表された大規模研究(3CPO)では、急性心原性肺水腫に対するER

でのNIPPV療法は、酸素療法に比べて入院1時間後の自覚症状や血行動態を改善したものの、死亡率や気管挿管回避率は改善しなかった⁶。3CPO研究では、NIPPV割り付け群に治療に伴う不快感による脱落例が多かったことや、約2時間という急性期のNIPPV使用時間の短さが結果に影響した可能性がある。

我が国における急性心不全の疫学研究によれば、入院初期治療としてのNIPPVは35%程度の使用率にとどまっている⁷。BiPAP Vision[®] (Respironics)などの大型のNIPPVは回路内の気道流量が大きく詳細な気道内圧設定ができ、FiO₂も1.0まで調整できる半面、酸素配管への接続が必要であるなど機器のセットアップに若干の慣れが必要である。急性期NIPPVの普及率の低さの一因として、セットアップの煩雑さがあげられる。

元来当院では急性心原性肺水腫の急性期呼吸管理としてポータブルタイプのBiPAP(NipNasal[®], Teijin)をERで用いてきた。NipNasal[®]は小型であり特殊な配管への接続がいらず、マスクを装着してスイッチをいれるだけで補助呼吸が開始できる。当院ではあらかじめPEEP圧=5cmH₂O、サポート圧=6cmH₂Oに設定し、呼吸状態を見ながら微調整していた。マスクに酸素チューブを接続することである程度の酸素化も可能である。FiO₂が0.6程度までしか上昇しない半面、設定が簡便であり速やかに補助呼吸を開始できるメリットがある。しかしながら、3CPO研究で認められたように、一定の割合の症例はマスクの違和感や陽圧換気の不快感のために継続治療ができていない⁸。

近年、Adaptive Servo Ventilation(以下ASV)が開発された。ASVはポータブルタイプのNIPPVの一種であるが、元来Cheyne-Stokes呼吸に対する治療器として開発され、SDB(Sleep Disordered Breathing)を合併する慢性心不全に対して効果が報告されてきた⁹⁻¹¹。ASVは患者の呼吸パターンに合わせてサポート圧が連続的に自動制御されるため患者の呼吸に同調性が高いという特徴がある。さらにTeijin社のASVであるAutoSet CS[®]はサポート圧が従来型NipNasal[®]のような矩形波型ではなくなだらかな(ocean wave波型)であり、自然呼吸に近い快適な吸気圧を加えることが可能となったために、急性呼吸不全で呼吸パターンが変動するような急性期患者に対する受け入れがよりよい可能性がある(図1)。実際、慢性心不全症例ではASVは元来の

NIPPVと比較して忍容性が高いと報告されている^{9, 12}。さらに、最近、ASVの急性効果としての交感神経系の抑制作用も報告されており¹³、急性期での有用性も期待される。ASVは慢性期の治療用として開発されているため小型であり、ERや病棟など広い範囲での使用が容易である。ASVは慢性期のみならず急性心原性肺水腫症例に対しても非常に有用な機器である可能性がある。ここ数年間当院ではうっ血患者の急性期NIPPV治療としてAutoSet CS[®]を用いている。初期設定モード(PEEP圧 = 5cmH₂O、サポート圧 = 3 ~ 10cmH₂O)で本体のコネクターから10 ~ 15L/分の酸素を投与している。呼吸苦から頻呼吸でパニックに陥っている患者さんの耳元で“これから呼吸が楽になるマスクをつけます。マスクから空気が入ってきますから安心して少し大き目に息をしてください”と伝えてマスクを装着する(図2)。不穏状態の場合は少量の塩酸モルヒネ1 ~ 3mgを使用する。収縮期血圧が140mmHg以上の場合は亜硝酸剤(ニトロール[®]3 ~ 5mg)を静注する。浮腫を合併しているときには利尿剤(フロセミド20mg)を投与する。AutoSet CS[®]によるサポート呼吸に同調すれば、速やかに呼吸困難は消失し、良好な利尿を得る。頻呼吸のためサポート呼吸に同調しないときには、まずバックバルブマスクで補助呼吸をおこない、ある程度呼吸状態が落ち着いたらAutoSet CS[®]マスクを装着する。呼吸状態の安定後、数時間から半日程度でNIPPVを中止

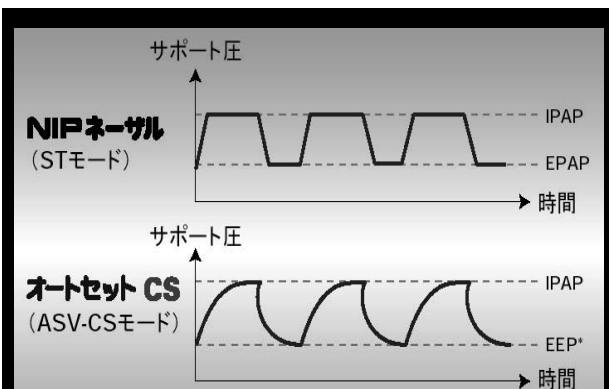


図1: NipNasalとAutoSet CSのサポート圧波型の違い



図2: ベッドサイドでのAutoSet CS使用光景

している。当院では急性期のNIPPV療法をNipNasal[®]からAutoSet CS[®]に切り替えることで、マスクの違和感を訴えられる症例が有意に減少した。これはAutoSet CS[®]のなだらかなサポート圧によるものと考えている⁸。一方、ASVは大型のBiPAPなどができる機器と比較すると、非常に頻呼吸である際や低酸素が著明である際には回路内の最大流量が比較的少ないことやFiO₂を十分に上昇させえないことなどから、使用が制限される可能性も否定できない。今後の急性期における比較検討が待たれる。

Reference List

- (1) Bersten AD, Holt AW, Vedig AE, Skowronski GA, Baggoley CJ. Treatment of severe cardiogenic pulmonary edema with continuous positive airway pressure delivered by face mask. *N Engl J Med* 1991 ; 325 : 1825-1830.
- (2) Usui K, Bradley TD, Spaak J et al. Inhibition of awake sympathetic nerve activity of heart failure patients with obstructive sleep apnea by nocturnal continuous positive airway pressure. *J Am Coll Cardiol* 2005 ; 45 : 2008-2011.
- (3) Naughton MT, Rahman MA, Hara K, Floras JS, Bradley TD. Effect of continuous positive airway pressure on intrathoracic and left ventricular transmural pressures in patients with congestive heart failure. *Circulation* 1995 ; 91 : 1725-1731.
- (4) Masip J, Roque M, Sanchez B, Fernandez R, Subirana M, Exposito JA. Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2005 ; 294 : 3124-3130.
- (5) Peter JV, Moran JL, Phillips-Hughes J, Graham P, Bersten AD. Effect of non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV) on mortality in patients with acute cardiogenic pulmonary oedema: a meta-analysis. *Lancet* 2006 ; 367 : 1155-1163.
- (6) Gray A, Goodacre S, Newby DE, Masson M, Sampson F, Nicholl J. Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 142-151.
- (7) Sato N, Kajimoto K, Asai K et al. Acute decompensated heart failure syndromes (ATTEND) registry. A prospective observational multicenter cohort study: rationale, design, and preliminary data. *Am Heart J* 2010 ; 159 : 949-955.
- (8) Kubo T, Takahashi M, Sakai K et al. Comparison of the effects of adaptive servo ventilation or noninvasive intermittent positive pressure ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. [abstract] *Eur Heart J* 2011 ; 32 (suppl 1) : 457-458.
- (9) Kasai T, Usui Y, Yoshioka T et al. Effect of flow-triggered adaptive servo-ventilation compared with continuous positive airway pressure in patients with chronic heart failure with coexisting obstructive sleep apnea and Cheyne-Stokes respiration. *Circ Heart Fail* 2010 ; 3 : 140-148.
- (10) Takama N, Kurabayashi M. Effectiveness of adaptive servo-ventilation for treating heart failure regardless of the severity of sleep-disordered breathing. *Circ J* 2011 ; 75 : 1164-1169.
- (11) Koyama T, Watanabe H, Kobukai Y et al. Beneficial effects of adaptive servo ventilation in patients with chronic heart failure. *Circ J* 2010 ; 74 : 2118-2124.
- (12) Philippe C, Stoica-Herman M, Drouot X et al. Compliance with and effectiveness of adaptive servoventilation versus continuous positive airway pressure in the treatment of Cheyne-Stokes respiration in heart failure over a six month period. *Heart* 2006 ; 92 : 337-342.
- (13) Harada D, Joho S, Oda Y, Hirai T, Asanoi H, Inoue H. Short term effect of adaptive servo-ventilation on muscle sympathetic nerve activity in patients with heart failure. *Auton Neurosci* 2011 ; 161 : 95-102.

心不全研究最前線

心不全における慢性炎症

真鍋一郎

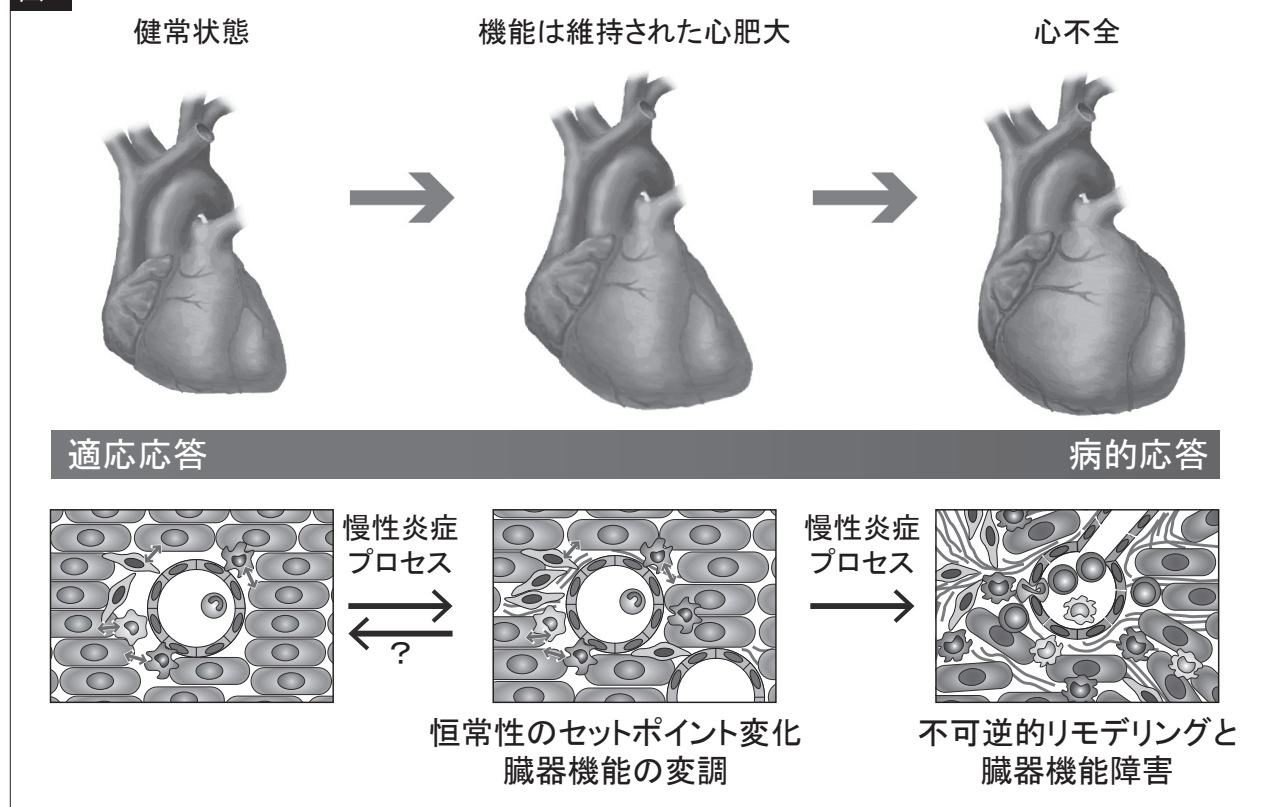
(東京大学大学院医学系研究科循環器内科)

最近、様々な生活習慣病の発症・進展に慢性炎症が重要な役割を果たしていることに注目が集まっている。慢性心不全においても、 $\text{TNF}-\alpha$ 、 $\text{IL}-6$ 、 $\text{IL}-1$ 、 $\text{IL}-18$ 等の血中炎症性サイトカインレベルが上昇し、重症度と関連することが知られている¹。また、心筋梗塞では心筋壊死が局所的な炎症を引き起こすだけでなく、慢性期には心筋梗塞部位から離れた領域にも炎症が認められ、広い範囲のリモデリングに寄与していると考えられている²。さらに、圧負荷による心肥大においても、明確な心筋細胞死を伴わずに、炎症性サイトカインの発現や免疫細胞の集積、線維化が認められる^{3,4}。このように、何らかの内因性の要因によって炎症プロセスが誘導・活性化され、慢性心不全の発症・進展に寄与している可能性が高い。炎症のプロセスは、間質に存在する免疫細胞、血管細胞、線維芽細胞等が主体となって進められる。本項では心不全における慢性炎症の意義について、心筋内の異種細胞間コミュニケーションによる心臓の恒常性維持と病態形成、ならびに臓器連関の観点から検討したい。

心肥大・心不全における細胞間コミュニケーション

従来、心肥大や心不全に関しては心筋細胞を中心とした研究が精力的に行われ、心筋細胞内の詳細なシグナル機構が明らかになっている。しかし、最近の研究成果は、線維化やリモデリングだけでなく、心筋細胞の肥大や心臓の恒常性維持においても、間質に存在する非心筋細胞が重要であることを示している⁵。例えば、線維芽細胞は圧負荷に応じた心筋細胞肥大に必須である。我々は、線維芽細胞特異的な転写因子 *Klf5* のノックアウトにより、圧負荷に対する心肥大が軽減すること、さらに強い圧負荷に対しては心不全を呈するを見いだした⁶。つまり、心臓線維芽細胞は圧負荷に対する適応的応答である心肥大に必須である。線維芽細胞は圧負荷に応じて増殖因子である IGF-1 を分泌する。この IGF-1 が周辺の心筋細胞に肥大を引き起こすと考えられる⁶。線維芽細胞は、これ以外にも炎症性サイトカイン始めとする様々な液性因子を分泌することが知られている^{7,8}。また、

図1



線維芽細胞が産生する細胞外基質も心筋細胞機能に多大な影響を持つ⁶。このように、心筋細胞と心臓線維芽細胞は活発にコミュニケーションしている。

一方、心臓への圧負荷は血管新生を惹起する⁹。しかし、圧負荷が長期的に続くと、血管新生の抑制メカニズム等により、血管の増加が心肥大に見合わなくなり心不全を惹起することが提唱されている^{9, 10}。内皮細胞は他にもエンドセリンやNOの産生により心筋機能に影響することが報告されている。

心筋間質には恒常的に免疫細胞も存在し、病態にも寄与することが知られている。例えばマクロファージ特異的ミネラルコルチコイド受容体ノックアウトマウスはアンジオテンシンIIによって誘導される心肥大と線維化が減弱する¹¹。また、肥満細胞が心房における炎症と線維化を制御し、心房細動の発症に寄与することが報告されている¹²。

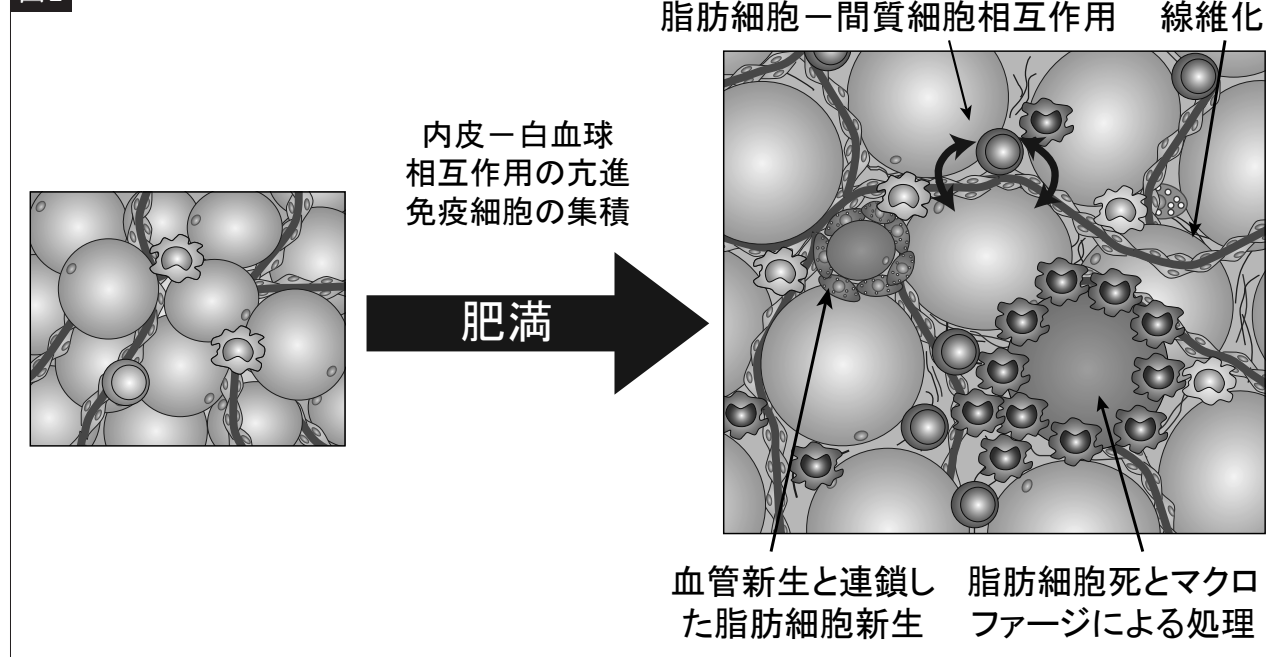
このように、心筋細胞と間質細胞の相互作用は恒常性の維持と病態の両方に重要である。圧負荷に対して、心筋細胞と線維芽細胞とのコミュニケーションにより心筋細胞の肥大を伴う適応的な応答が行われる。また、血管新生も惹起される。一方で、病理的な変化においても、線維芽細胞やマクロファージにより、線維化やリモデリングが進められる。他の免疫細胞も病態の進展に寄与する。慢性炎症においては、実質細胞と免疫細胞等の間質細胞の相互作用により、血管新生や線維化による組織リモデリングが生じることが一つの特徴であるが、このような観点からは、心臓におけるストレス応答には慢性炎症のシグナル機構が重要な役割を担っている可能性が高い(図1)。

心不全における臓器間コミュニケーション

慢性腎臓病(CKD)が心不全や心筋梗塞の等の循環器疾患の重大なリスクとなることから、改めて心疾患と腎疾患との密接な関連(心腎連関)が注目を集めている。一方、肥満や糖尿病も心不全やCKDのリスクとなることが知られており、心不全に複数臓器の機能異常が寄与していることが強く示唆されている。ことに、肥満、特に内臓脂肪の肥満は様々な生活習慣病の背景要因として重要である。従来、脂肪組織は単に脂質を蓄積しているだけの臓器と考えられていたが、レプチンやアディポネクチンを始めとする生理活性物質(アディポカイン)の同定により、活発な内分泌臓器と捉えられるようになった。

脂肪組織は単に脂肪細胞によって構成されているのではなく、その間質には網の目のように血管が張り巡らされ、様々な免疫細胞も存在することが明らかとなっている。我々は、新しいイメージング法を用いた解析を行い、肥満により、内臓脂肪組織に、血管-白血球相互作用の活性化、脂肪細胞の新生と細胞死、マクロファージの浸潤、血管新生、間質細胞の活動と組織構築のリモデリングや線維化といった明確な慢性炎症が認められることを見いだした(図2)¹³⁻¹⁵。脂肪組織における慢性炎症は、脂肪組織の機能を障害するだけでなく、インスリン抵抗性等全身的な代謝異常をもたらす¹⁶。その機序として、アディポカインの変化(アディポネクチンの低下と炎症性サイトカインの増加)に加えて、遊離脂肪酸の放出の増加が挙げられる。我々は、血中の主要な遊離脂肪酸であるパルミチン酸によって、膵島に炎症が惹起され β 細胞機能が障害されることを見いだした¹⁷。つまり、内臓

図2



脂肪組織の炎症は、遠隔臓器に波及・拡大し、それらの臓器の機能障害をもたらすモデルが考えられる。また、脂肪以外の組織への脂質蓄積が細胞障害や細胞死をもたらすとする脂肪毒性 (lipotoxicity) は、心不全にも寄与していることが提唱されているが、我々の研究結果は、脂肪毒性においては、脂質が直接細胞を障害するだけでなく、炎症を惹起することが重要な病態発症機構であることを強く示唆する。

慢性腎臓病にも炎症が密接に寄与する。腎臓の実質部分は糸球体と尿細管間質領域に大別される。従来、糸球体病態が重視されてきたが、尿細管間質領域の障害は全ての慢性腎臓病に共通して生じる病態であり、最終共通パスウェイ (final common pathway) として予後を規定することが明らかとなっている。尿細管間質障害は、慢性炎症による細胞傷害と線維化によって進展する¹⁸。

心腎連関や心腎症候群 (Cardiorenal syndrome)¹⁹ の概念は、心血管疾患と腎疾患を一体として、メタボリックシンドロームあるいは心血管代謝症候群 (Cardiometabolic syndrome) は、心血管疾患と代謝疾患を一体として理解しようとするものである。これらの病態の何れにも慢性炎症が重要であり、また複数臓器で同時に病態が進行することは、慢性炎症が連携しながら拡大・波及することを強く示唆する。生活習慣病における慢性炎症研究の発展により、全身疾患としての慢性心不全の理解と、新たな治療・診断表的の同定が期待できる。

1. Hedayat M, Mahmoudi MJ, Rose NR, Rezaei N. Proinflammatory cytokines in heart failure: Double-edged swords. *Heart Fail Rev* 2010 ; 15 : 543-562.
2. Nian M, Lee P, Khaper N, Liu P. Inflammatory cytokines and postmyocardial infarction remodeling. *Circ Res* 2004 ; 94 : 1543-1553.
3. Kuwahara F, Kai H, Tokuda K, Takeya M, et al. Hypertensive myocardial fibrosis and diastolic dysfunction: Another model of inflammation ? *Hypertension* 2004 ; 43 : 739-745.
4. Hein S, Arnon E, Kostin S, et al. Progression from compensated hypertrophy to failure in the pressure-overloaded human heart: Structural deterioration and compensatory mechanisms. *Circulation* 2003 ; 107 : 984-991.
5. Takeda N, Manabe I. Cellular interplay between cardiomyocytes and nonmyocytes in cardiac remodeling. *Int J Inflamm* 2011 ; DOI 10.4061 / 2011 / 535241.
6. Takeda N, Manabe I, Uchino Y, et al. Cardiac fibroblasts are essential for the adaptive response of the murine heart to pressure overload. *J Clin Invest* 2010 ; 120 : 254-265.
7. Manabe I, Shindo T, Nagai R. Gene expression in fibroblasts and fibrosis: Involvement in cardiac hypertrophy. *Circ Res* 2002 ; 91 : 1103-1113.
8. Lajiness J, Conway S. The dynamic role of cardiac fibroblasts in development and disease. *J Cardiovasc Transl Res* 2012 ; 1-10.
9. Shiojima I, Sato K, Izumiya Y, et al. Disruption of coordinated cardiac hypertrophy and angiogenesis contributes to the transition to heart failure. *J Clin Invest* 2005 ; 115 : 2108-2118.
10. Sano M, Minamino T, Toko H, et al. P53-induced inhibition of hif-1 causes cardiac dysfunction during pressure overload. *Nature* 2007 ; 446 : 444-448.
11. Usher MG, Duan SZ, Ivaschenko CY, Frieler RA, Berger S, Sch ? tz G, Lumeng CN, et al. Myeloid mineralocorticoid receptor controls macrophage polarization and cardiovascular hypertrophy and remodeling in mice. *J Clin Invest* 2010 ; 120 : 3350-3364.
12. Liao CH, Akazawa H, Tamagawa M, et al. Cardiac mast cells cause atrial fibrillation through pdgf-a-mediated fibrosis in pressure-overloaded mouse hearts. *J Clin Invest* 2010 ; 120 : 242-253.
13. Nishimura S, Manabe I, Nagasaki M, et al. Adipogenesis in obesity requires close interplay between differentiating adipocytes, stromal cells, and blood vessels. *Diabetes* 2007 ; 56 : 1517-1526.
14. Nishimura S, Manabe I, Nagasaki M, et al. In vivo imaging in mice reveals local cell dynamics and inflammation in obese adipose tissue. *J Clin Invest* 2008 ; 118 : 710-721.
15. Nishimura S, Manabe I, Nagasaki M, Eto K, Yamashita H, Ohsugi M, Otsu M, et al. Cd8 + effector t cells contribute to macrophage recruitment and adipose tissue inflammation in obesity. *Nat Med* 2009 ; 15 : 914-920.
16. Nishimura S, Manabe I, Nagai R. Adipose tissue inflammation in obesity and metabolic syndrome. *Discov Med* 2009 ; 8 : 55-60.
17. Eguchi K, Manabe I, Oishi-Tanaka Y, et al. Saturated fatty acid and tlr signaling link beta cell dysfunction and islet inflammation. *Cell Metab* 2012 ; 15 : 518-533.
18. Fujiu K, Manabe I, Nagai R. Renal collecting duct epithelial cells regulate inflammation in tubulointerstitial damage in mice. *J Clin Invest* 2011 ; 121 : 3425-3441.
19. House AA, Anand I, Bellomo R, et al. Definition and classification of cardio-renal syndromes: Workgroup statements from the 7th adqi consensus conference. *Nephrol Dial Transplant* 2010 ; 25 : 1416-1420.

心不全患者の集学的治療を考える

心不全医療における person-centered care

眞茅みゆき

(北里大学)

社会の高齢化に伴い、心不全患者、特に多疾患を併存し、複雑な治療、管理を要する心不全患者が増加している。このような患者の特性を踏まえ、死亡率の低下や心不全増悪による再入院の予防にむけて、心臓リハビリテーション、疾病管理プログラム、地域連携システムなど、様々な集学的かつ包括的な治療、管理が実施されている。とりわけ、多職種が各々の専門性を発揮しながら、適切な治療を実施、継続し、患者の自己管理能力を向上させることを目的とした疾病管理プログラムは、1990年代から心不全患者の臨床アウトカムの向上や医療コストの削減に効果を示すことが報告され、これまで多くの臨床研究が報告されてきた。しかしながら、近年実施された大規模臨床研究試験では、効果が認められない報告が散見されるようになった。このことは、心不全患者が抱える医学的・社会的問題の多様性、流動性と、疾病管理プログラムの特徴である効率性、汎用性とのバランスの難しさの表れと考えられる。さらに、近年の心不全患者の入院期間の短縮化は顕著であり、疾病管理プログラムのような体系化されたアプローチの実施を困難にする要因となっている。心不全の再入院が退院後3カ月以内に多いことを考えると、短い入院期間中から退院後早期

にかけて、如何に患者の自己管理能力を高めるか、という課題への取り組みが重要となってくる。

World Health Organization (WHO) は、世界的な慢性疾患の増加に対する効果的な疾患管理のアプローチのひとつとして、「Person-centered care (PCC)」の重要性を指摘している¹⁾。PCCの中心となる考え方は、個々の患者の病歴を考慮しながら、患者と医療者が共に治療やケアのプランを構築することである²⁾。具体的にはPCCは以下の3つの段階に分けられている。

1. 医療者と患者とのパートナーシップの構築
2. パートナーシップの活用：shared decision making (情報と決定の共有)
3. パートナーシップの保護

パートナーシップの構築の基本的考え方である patients-centeredness (患者中心性) は、医療者と患者それぞれの行動や態度から構築されるが、図1に示すように、患者や医療者の特性、各要素間の相互関係など、多くの要因の影響を受ける³⁾。これらの影響を考慮し、患者の病歴や体験に重きを置きながら、パートナーシップの構築を目指すのが最初の段階である。次のステップでは、構築したパートナーシップをもとに、shared

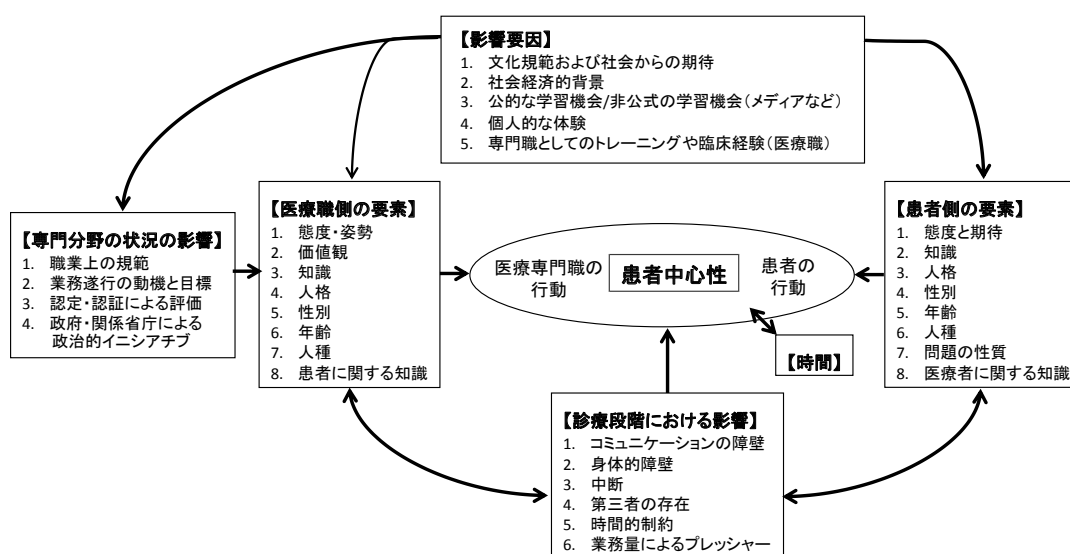


図1. 「患者中心性」に影響を及ぼす要因(文献3より引用改変)

decision making の実施を目指す。Shared decision makingでは、医療者と患者が情報を共有し、患者の志向にも配慮しながら、共に治療やケアの計画を立案する(図2)⁴⁾。最後に、共有した意思決定を尊重しながら、パートナーシップを保護、継続していく。このようなPCCのアプローチは、心不全以外の慢性疾患患者の日常生活動作(Activity of daily living:ADL)やケアに対する満足度に効果を示すことが報告されている。

今年のEuropean Heart Journalに、スウェーデンのGothenburg大学のグループから、心不全患者に対するPCCの効果を検証した研究結果が掲載された⁵⁾。心不全患者125名を対象に、PCCによる介入を実施し、在院日数、ADL、健康関連QOLへの効果を検証した。本研究で実施されたケアプランでは、ナラティブ(患者自身の語り)から明らかにした入院前後の患者の状態を包括的に把握し、患者自身による症状の重症度の把握方法、ADLレベル、退院後のサポートなどを決定し、患者の同意を得る。決定したケアプランは患者が自発的に取り組めるよう支援し、心不全症状やケアプランの達成度を患者が評価し、必要に応じて患者の同意のもと、ケアプランを修正する。最後に、実施されたケアプランとケアプロセスは記録され、パートナーシップの保護あるいは強化に用いられる。ケアプランを完全に遂行できた患者のみを解析対象としたper-protocol解析では、介入群は通常群と比較し在院日数が2.5日減少し、ADLレベルが向上したことが示された。医療者-患者間の有機的な関係を構築することは決して容易ではなく、時間も必要であるが、良好なパートナーシップのもとで、患者自身が自己を評価し、自ら立てた計画に基づきケアを進めてい

くことは、ケアプランの実施率の向上に繋がり、自己管理能力の向上、ひいては臨床アウトカムにも良い効果をもたらすと期待できる。

日本においても、疾病管理プログラムや遠隔モニタリングの心不全患者に対する効果の可能性が検証されつつある。PCCの研究メンバーであるGothenburg大学のDr. Karl Swedbergは、PCCの考え方はこれらの疾病管理システムの効果を促進するものと指摘しており⁶⁾、今後、医療者-患者間のパートナーシップの構築および強化、あるいは情報や意思決定の共有にも考慮したケアモデルや管理システムの構築が求められる。

文献

1. World Health Organization. Observatory on health care for chronic conditions. Chronic conditions: the global burden. <http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2006/20060908>. 2006
2. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000 ; 51 : 1087-1110
3. Cowie MR. Person-centred care: more than just improving patient satisfaction ? Eur Heart J 2012 ; 33 : 1037-1039
4. Laiterapong N, Huang ES, Chin MH. Prioritization of care in adults with diabetes and comorbidity. Ann NY Acad Sci 2011 ; 1243 : 69-87
5. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, Swedberg K. Effect of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. Eur Heart J 2012 ; 33 : 1112-1119
6. Swedberg K, Wolf A, Ekman I. Telemonitoring in Patients with Heart Failure. N Engl J Med 2011 ; 364 : 1078-1080

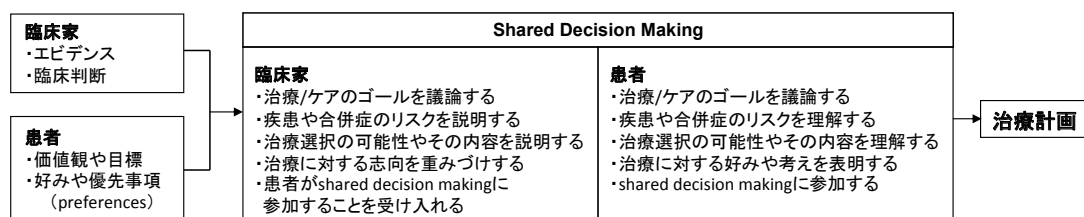


図2. shared decision-making: 情報と決定の共有
(文献4より引用改変)

学会カレンダー(2012年)

開催日 (2012年)	学 会 名	会 長	所 属	会 場
9月14日～16日	第60回日本心臓病学会学術集会	井上 博	富山大学	ホテル日航金沢 他
9月20日～22日	第48回日本移植学会総会	星長 清隆	藤田保健衛生大学	ウインクあいち
9月20日～22日	第35回日本高血圧学会総会	木村玄次郎	名古屋市立大学	ウェスティンナゴヤキャッスル 他
10月6日	第26回日本心臓血管内視鏡学会	松岡 宏	今治病院	エスポワール愛媛文教会館
10月12日～13日	第29回日本心電学会学術集会	中谷 晴昭	千葉大学	幕張メッセ国際会議場 他
10月17日～20日	第65回日本胸部外科学会定期学術集会	藤田 博正	久留米大学	福岡国際会議場 他
11月22日～24日	第50回日本人工臓器学会大会	富永 隆治	九州大学	アクロス福岡

日本心不全学会入会のご案内

本学会は、心不全ならびにこれらに関連する分野の研究発表の場を提供し、知識や情報交換を行うことによって心不全に関する研究を推進し、わが国における医学の発展に寄与することを目的としております。平成8年に設立され、今年で16年目が経過いたしました。本会の更なる充実に向け、会員の増強を行っております。

ご入会を希望される方がありましたら、是非ご紹介くださいますようお願いいたします。

▶ 会員の特典

1. 日本心不全学会と米国心不全学会の共通の機関誌「Journal of Cardiac Failure」が配布されます。
2. ニュースレターが年4回配布されます。
※正会員Bは、ニュースレターのみとなります。

▶ 入会・登録内容の変更

1. 入会手続き

本会ホームページ <http://www.jhfs.gr.jp/> より「入会申込フォームはこちらより」をクリックしていただき、ご入力ください。

年会費は正会員A 10,000円・正会員B 3,000円（医師以外）になります。会費の送金方法につきましては、入会登録後から、14日以内に請求書を発行しますので、最寄りの郵便局よりお振り込みください。

2. 住所変更手続き

本会ホームページ <http://www.jhfs.gr.jp/> より「住所変更フォームはこちらより」をクリックしていただき、ご入力ください。

パスワードをお忘れの方は、ログイン画面下方にございます「パスワードを忘れの方はこちら」をクリックしていただき、ご入力ください。

日本心不全学会 News Letter Vol.16, No.2

2012年9月15日発行

編集・発行●日本心不全学会

〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 小石川アーバン4F
一般社団法人 学会支援機構内
TEL: 03-5981-6011
E-mail: shinfuzen@asas.or.jp

製作●一般社団法人 学会支援機構

〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 小石川アーバン4F