

第7回 高田馬場心不全チーム医療カンファレンス

日時：2014年11月18日20:00～22:00

場所：ゆみのハートクリニック

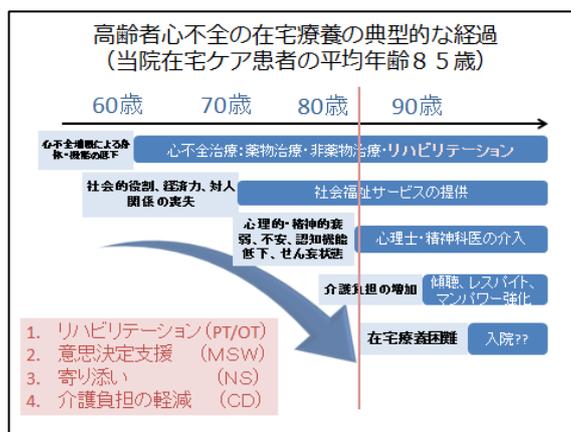
参加者 79名

職種：病院勤務医、開業医、病院看護師、慢性心不全認定看護師、訪問看護師、クリニック看護師、在宅訪問薬剤師、病院ソーシャルワーカー、クリニックソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、ケアマネジャー、コピーライター

1. «オープニング» ゆみのハートクリニック 弓野 大

①リハビリテーションとは、その人が生活する環境を対象に、多数専門職種が連携して問題の解決を支援する総合的アプローチの総体をいう。

②高齢者心不全の在宅療養の典型的な経過について



2. «基調講演» 港北ニュータウン診療所 諸富 伸夫 『在宅につながる心臓リハビリテーション』

①心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン

②心臓リハのエビデンス

③本邦における心臓リハの現状

- ・心臓リハ施設基準の緩和
- ・心臓リハ施設と施行回数
- ・AMI 回復期心リハ参加率と年齢・性差
- ・心臓リハ不参加理由の経年的変化
- ・本邦における心臓リハの課題

④心臓リハにおける新たな取り組み

- ・訪問リハにおける心疾患患者の問題点
- ・訪問心臓リハの取り組み
- ・訪問心臓リハの位置づけ
- ・訪問心臓リハプログラムの実際

病院医師

『エルゴメーターに乗れない、そういう患者さんへのリハビリ指示をどうするかが課題である。心不全が軽めのところで入院するというのはいかなと感じた。フォローでカテをするが心不全にはそういう考え方がない』

在宅医

『運動療法の必要性を多くの患者さんに理解してもらう。在宅で具体的にどんなことをどんなふうに行うのか、指導、適応、導入など具体的にアドバイスがもらえるといい』

3. «症例提示» 慶應義塾大学病院 リハビリテーション科 理学療法士 福井奨悟 2度重なる ICD 作動による恐怖心をきっかけに運動・精神状態の悪化を呈した低心機能症例

50代男性 身長：176.0cm 体重：75.3kg BMI：24.3

診断名：拡張型心筋症

既往歴：DM、アミオダロンによる甲状腺機能亢進症、SAS、冠動脈肺動脈瘻

家族構成：妻と2人暮らし

入院前 ADL：自立

職業：スポーツトレーナー *元プロ選手 (CRT-D 挿入後に引退)

住環境：マンション7階建ての2階 エレベータあり

経過：

X年-7年 拡張型心筋症。アブレーション施行。X年-6年 ICD 挿入→CRT-D 変更。X年9月 NSVT や VF を認めるようになり、ICD 作動多くなる。X年11月 入浴中に失神、ICD1 回作動。動悸、食指不振で緊急搬送あり。11回のVT イベントあり、ATPで停止していた。その後、薬剤調整目的で入院。運動機能評価、運動療法、生活指導目的で退院までの1週間程度リハビリテーション実施。

入院時所見：BPN 418.4 HR 130 程度の Af Sinus 復帰後は wide QRS EF 10-20% 軽度肺うっ血

リハ経過：

初日に連続歩行 100m。徐々に歩行量増やし、活動量計も導入。7日目、生活指導。

退院後外来経過：

2週間後 ほぼ自宅内。500歩/日。

1カ月後 毎日外出 (買い物)、1000歩/日。2METS 下での活動 OK。

2カ月後 運転中に眩暈出現し救急受診。以降、運転禁止。

6カ月後 希死念慮出現。ほぼ自宅内。精神科受診。

9カ月後 「妻と旅行に行く」などの具体的な目標設定し、徐々に活動量増加。

12カ月後 食事の期外収縮が気になり、食事量減少。

病院医師

『医師の立場としては、まず今起こっている不整脈が心不全の増悪によるか治療を組み立てなおす。不整脈が散々だと患者は臆病になる。まず評価をきちんとして先にすすむことを心がけている』

在宅医

『ICDのモニタリングが出来るのであれば、息切れ感が心不全症状としてか、恐怖感で出ているのかを分けてあげる。息切れ、恐怖で運動をやめたという可能性がある。どこに息切れ感を本人が感じて

いるのか、心不全として出ているのかどうかの評価をする』

病院理学療法士

『数値から見るとそれほどはあはあしている感じはない。息切れを指標に運動指示を組み立てていくことが正しいかどうか、息切れ以外での指標をみつけて複合的に評価する』

病院医師

『認知行動療法、行動変容アプローチ、初期の段階で評価してもよかったのかなと感じる。ICD 作動に対する予期不安、回避行動、かなりの割合で抑うつが続く』

訪問理学療法士

『その患者さんが「動きたい人」なのか、「動きたくない人」なのか。動きたい人は運動処方に関係なく、動いてしまう。お風呂、シャワーはどうしたのかなど。環境的な、療養環境の整備も行っていったほうがいいのかという印象がある』

病院看護師

『訪問リハについて、患者さんへどれだけ話ができているのか。関係性ができるまでの間、リハビリに消極的な患者さんに段階的なプログラムとかもあるのか』

病院理学療法士

『症状出現すると患者さんはリハビリをやらないということになるので、まずはマイルドな形で開始することはある』

病院看護師

『入院中のことを知っている看護師とのやりとりはあるか？』

病院（症例担当）看護師

『入院病棟から外来へ降りて、看護相談している。本人に聞くと、「動いていない」と言うが、実際は結構動いていて、電車で 30 分立ったまま移動したりしている。本人に聞いただけではわからないので、活動量計をつけた。PHQ9 を行うと「自分はだめな人間」という項目が高かった。メンタルと複合的にみていけない』

在宅医

『病院で毎日医療者と接していたところから自宅に帰ると途切れる。帰ると、いろんな不安、帰ってみたら出来ない、ということはよくある。当院では退院後 2 週間は集中的にみる』

クリニック看護師

『心不全による抑うつ、不整脈による抑うつは現場でもよく問題になる。おうちに帰ると不安が強くなってしまう』

クリニックソーシャルワーカー

『本人の状況を家族からも客観的にはなしを聞く。多職種、多施設での情報共有の方法は検討が必要。それぞれに聞くと本人や家族を疲れさせてしまうことがある』

〈ディスカッションポイント〉

- ・ ICD 作動や不整脈の出現に対する恐怖心から低活動をなってしまう患者に対するアプローチの工夫
→Feed back の回数と課題設定による行動変容
- ・ リハ介入に対するトレーナビリティはあったか？
→運動機能に着目せず、精神面も含めたチームアプローチが必要だった？
- ・ 低心機能患者の心リハ外来フォローは、より自宅から近いことが理想と考える。地域でのフォローが困難となる場合の対応の工夫
→フォローができる病院があるか（環境の問題）。年齢的に介護保険は使えない

病院看護師

『低心機能について、本人はどのように捉えているのか』

病院リハビリ理学療法士

『C P Xの結果説明したとき、印象的だったのは、本人がもともとおじいちゃんくらいしか動かないし、と受け入れているような感じはあった』

病院医師

『I C D作動して大学病院入院すると何故起こったかというところから調べることになる。この症例の場合、心不全に困っていない。循環器内科医としての立ち位置は、不整脈をいかに抑えるか、アブレーションをするのかどうかを積極的に検討する』

病院医師

『それぞれの職種の立ち位置が抑えられているか、それぞれの職種の基本的なところのディスカッションをしたうえで、それらを取り巻く面、メンタル面とかを考えていく。メンタル面と不整脈との関連は非常に大きい』

病院医師

『認知行動療法が必要だった患者は自身の経験でも少ない。心不全でC R T D、50代と考えると精神科治療の効果が出やすい。認知行動療法はどのようなときに患者自身が不安を感じるのかを考える。どのような時に不安を感じるかを患者自身に気づいてもらう、抑うつスコア、不安スコアをやる。チームであなたに関わっていますよというメッセージが大切である』

病院医師

『ICD 頻回作動で不整脈の Medikation 開始した場合、どのタイミングでメンタルの治療をするのか』

病院医師

『不整脈治療で介入効果がない人にメンタル的なケアをする』

病院理学療法士

『入院 1 週間、リハビリで出来ることは限られる、評価中心となる。本人の理解、納得をどのように得るのか。家族を巻き込み、在宅指導についてチームではどのようにかかわったのか』

福井理学療法士

『本人が理解しているか、納得しているか。リハビリが難しいなと思うときがある。その時には説明を医師にしてもらったり、自主トレを導入したり工夫する』

病院理学療法士

『1 週間で退院、身体評価が中心になるが、外的な要因に左右されず、継続できるか評価するようにしている。家庭内の役割の変化があり、精神的な部分でうつ傾向になるリスクは高かったと考えられる』

病院医師

『循環器専門医は治療に目が行き、退院時「ブレーキをかけて、無理をしないでください」と伝える。再入院したときに、患者は、無理しちゃったとなり、だんだんと委縮してしまう』

病院医師

『やれているところとやれていないところ、自分が主治医だったら、ICD頻回作動、精神面のことはリハビリにつながってくるため、診断にまでさかのぼって考えたい症例だった』

病院医師

『1000 歩がその人の生活にとってどのようなことなのか、ここまで頑張れるよと、自身をつけさせてあげることが大事。一步一步、行動変容、自信をもった活動になるように、リハビリをがんばろうといえること。チームアプローチができると生活の予後が変わると思う』

4. «症例検討» 進行 ゆみのハートクリニック 弓野 大

拡張型心筋症、糖尿病、肥満 70 代女性

自宅内でのトイレ歩行で酸素濃度はいいが息切れ有り。

初回訪問時、生活活動度に対してどんなコメントが出来るか？

病院医師

『運動処方をするために、まずは困っている度合いの指標化、介護する家族の困り具合を知る。NYHA 3、ターミナル期の場合に 1 年後の予後を伸ばすことが目標になるかということも考える必要がある。これだという運動指示はないのかもしれない、周りの環境で何をどこまでするかイメージする』

訪問理学療法士

『息があがり、動悸するから動きたくないことがある。脈拍を測って、それが運動制限になることが続く場合、医師にレートコントロールをしてもらう』

病院理学療法士

『具体的に指標を決めて運動指導をだしても、継続できないことがある、高齢の方の場合は特に。』

病院医師

『心不全末期、日常生活動作でも負荷がかかって、息切れする。在宅での指標は難しい』

訪問看護師

『91 歳の母親、一人暮らし。退院後、すぐ畑をりはじめた。やりすぎないように、薬をしっかり飲む、一人で生活するしかない、本人の意思を支える場面が有ればいいのかと考えている』

ケアマネジャー

『認知症、独居、心臓が悪い、講演を聞いて一番いい形考えたい。答えはわからない』

病院医師

『C P Xをかける、心不全は代償期でない、塩分過多のポリウムオーバーなどの改善をしてからでないと運動処方できないのでは』

病院医師

『これだけの運動をしていい、許容していい状態の評価をして、同じ運動、同じ負荷を提示しても、動きたい人は言わなくても動くし、動きたくない人は言っても動かない。メンタル面、心機能の両軸で評価が必要』

諸富医師

『目的、目標、モチベーションをどこに設定するか、が一つ答えのきっかけになる。畑に出たいということに頼りにリハビリテーションの設定を行う。「苦しいのはいやだ」は必ずあるので、1メートルなら大丈夫か、まめに評価する、10m 先にトイレがあって、10m 歩くのは苦しいが、1メートル×10回だったらトイレにいけるかどうか。その上でポータブルトイレを使うかなどを考える。動くのがしんどいので尿カテいれることを考えたこともある。患者のモチベーションがどこにあるか、厳しく塩分管理するのは循環器医としては当然。兼ね合いをみて調節していくしかない。一度リセット入院して、心不全管理をしっかりやって自宅に戻るといふこともある』

病院医師

『相手のニーズにあった運動療法の指導が大切。例えば、普通の整形外科ならだめといわれるところを、スポーツ整形の分野では、どうやったら投げることができるのか、というアプローチの仕方になる』

病院医師

『退院させることはひとつの目標、どのような生活を求めているか、その人なりの治療のゴールを決めてやらないといけないのかなと感じた』

5. «次回» 2015年3月10日 テーマ：誤嚥性肺炎

以上