

鳥取赤十字病院 第21回 地域連携懇話会

「心不全」

～安心して在宅療養をすすめるために～

超高齢社会に突入した本邦においては、心不全を含む心疾患が増加の一途をたどっており、日本人の死因の第2位となっています。今後、高齢者のさらなる増加に伴い、高齢心不全患者さんが大幅に増加することが予想されます。

そのため、心不全をしっかりとケアし、再発・重症化を予防することが重要となります。このたび、心不全とそのケアについて皆さまと一緒に考える機会を設けさせていただきました。多くの皆様のご参加を、心よりお待ちしております。

場 所：鳥取赤十字病院 本館1階 多目的ホール

【駐車券】... 無料処理をいたしますので、受付時に必ずご提出ください。

【出入口】... 本館 防災センター入口（立体駐車場側）

日 時：令和元年9月4日（水）18:30～20:00

対象者：医療・福祉関係者

参加費：無料（開場18:00～）

「多職種による心不全ケアの重要性」

循環器科 副院長 荻野 和秀

「再入院・重症化予防を見据えたセルフケア支援」

看護部 慢性心不全看護認定看護師 濱本 奈未

「心不全における継続内服の重要性」

薬剤部 薬剤師 金本 祥志

「運動耐容能から療養生活をみる」

リハビリテーション課 理学療法士・心臓リハビリテーション指導士 松森 崇志

主 催：鳥取赤十字病院

後援団体：鳥取県東部医師会 鳥取県東部歯科医師会 鳥取県薬剤師会東部支部 鳥取県看護協会

鳥取県介護支援専門員連絡協議会東部支部 鳥取市 鳥取市社会福祉協議会

鳥取県理学療法士会 鳥取県作業療法士会 山陰言語聴覚士協会

お問い合わせ先：鳥取赤十字病院 地域医療連携課 電話：0857-24-8111（代表）



鳥取赤十字病院

多職種による心不全ケアの重要性

循環器科 荻野 和秀

近年、人口の高齢化、他疾患の治癒率の改善、急性心筋梗塞の救命率の改善、心不全治療の進歩などにより、慢性心不全患者は増加の一途をたどっている。本邦における慢性心不全の有病率は1～2%、80%以上が65歳以上と報告され、患者数の急激な増加は心不全パンデミックと呼ばれ、早急な対策の必要性が叫ばれている。慢性心不全は悪性疾患と異なり、入退院を繰り返しながら徐々に病態が悪化していく進行性疾患であり、また突然死も起こりうる予後予測が困難な疾患でもある。1年再入院率は15～40%、1年死亡率7～9%であり、重症心不全患者の予後はがんより悪いと言われている。

日本循環器学会の急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017改訂版)では、「多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援(患者および家族、介護者に対して)」および「退院支援と継続的フォローアップ」が強く推奨されている。入院中は、医師、看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士、管理栄養士、臨床検査技師、医療ソーシャルワーカーなどが協力して、心不全患者の診療・教育にあたる。また、退院後はかかりつけ医を中心に、

訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー、薬局薬剤師、市役所・保健所などの行政、通所リハ・デイサービスなどが連携して支援を行っていくことが大切である。

ほとんどの心不全患者は、再入院の数週間前より、浮腫、呼吸困難、体重増加を認めており、これらの症候を早めに察知して治療介入を行えば再入院を未然に防ぐことができる。そのために、食事の塩分および水分摂取管理、服薬指導・服薬確認、症状・体重のチェックなどを、多職種が連携して行うことが重要である。実際、多職種介入により心不全入院や総死亡が改善することが報告されている。

鳥取赤十字病院では、多職種が連携して慢性心不全入院患者の系統的な診療・教育を行うために、「鳥取日赤ハートチーム」を立ち上げた。さらに本院が中心となり、退院後の心不全患者の支援を行っていくための勉強会「いなばハートフルネット」を立ち上げた。これは、鳥取県東部地区の病院を中心に、行政を含めた多職種で連携して退院後の心不全患者の支援を行っていくための勉強会である。今後は院内外が多職種連携をさらに深め、慢性心不全診療のレベルアップを図りたい。

再入院・重症化予防を見据えたセルフケア支援

慢性心不全看護認定看護師 濱本 奈未

超高齢化社会の進行と共に平均寿命も年々延伸している。高齢者が増える＝心不全患者の増加を意味しており、来たる心不全パンデミック時代に備えた療養支援を病院だけでなく地域を巻き込みながら今から準備していかなければならない。

心不全患者が疾患を抱え一人ひとりがその人らしく在宅で過ごせるシームレスな支援を行うには、患者・家族とかかわるすべての医療職種が心不全の疾患特性、疾患の進行度や病期(心不全ステージ分類)などを共通認識・理解した支援が今後求められてくる。

心不全の特性として「進行性でありながらも非がんであるため軽視されやすい」「予後予測が不明瞭」「急性増悪・寛解を繰り返しながら徐々に心機能は右肩下がりに低下」することは、患者だけでなく医療者にも浸透・認識は未だ低い。この疾患特性を理解・認識しながら療養

支援を行うことが患者のQOL・生命予後を左右している。

心不全が急性増悪する要因は、疾患自体の増悪ではなく患者側のセルフケア(塩分・水分過多、感染、過活動、内服中断)と言われている。当院の循環器病棟では心不全入院時に、セルフケアの障壁となっている要因を入院時に初期評価を実施している。①心不全の病期や重症度(AHA心不全ステージ分類NYHA心不全重症度分類、クリニカルシナリオ)、②血行動態(抹消循環低下やうっ血所見)、③基礎疾患の有無、④セルフケア状況の有無、⑤HDS-RやMMSEなどの認知機能、⑥家族構成やキーパーソン、⑦METSを使用した活動量などを身体的だけでなく社会的背景を総合的に評価し個別性に応じた療養支援を行っている。住み慣れた生活を行うためのセルフケアは、塩分制限ひとつをとっても患者にとって

は長年の生活習慣を是正することばかりで、変容していくことは決して容易ではない。医療者は塩分制限や内服遵守、受診行動の目安など一般的な指導は簡単に口にしてはいるが、「言うは易く行うは難し」というようにその人の生活習慣や生きがいなどを理解し、患者なりの理由

が行動の妨げになっていること、また、患者の価値観だけでなく現在の心機能や重症度を多職種で総合的に評価し支援していくことは、病院・実地医家をはじめ医療者の協働が心不全の重症化予防となりQOLの向上に繋がると思っている。

心不全における継続内服の重要性

薬剤部 金本 祥志

心不全患者では、基礎となっている心疾患そのものを根本的に改善することは難しいことから、その治療目標は心不全症状の軽減、日常生活の質の改善、最終的には生命予後を延長することにおかれる。心不全には急性心不全と慢性心不全があり、特に慢性心不全の治療のためには、複数の薬剤が長期間継続して投与されること、高齢者への投与が多い傾向にあることから、服薬アドヒアランスを向上させるための服薬指導が重要となるとともに、薬剤による様々な副作用を未然に防ぐための薬学的ケアが必要となる。

服薬アドヒアランスを向上させるための薬剤師のかかわり方としては、薬剤師が患者の食事や生活リズムを考慮しながら服薬指導を行うこと、患者とより良い信頼関係を築くこと、および患者に服薬し忘れないという意識を持たせることが患者の服薬アドヒアランス改善に重要であることが明らかとされている。もちろん心不全治療においては、多職種連携におけるチームアプローチがよりよい結果をもたらすことから、これらのかかわり方は薬剤師だけによらず、様々な職種による協力も必要である。

2017年改訂版の心不全ガイドラインにおいて、心不全は左室収縮能を示す左室駆出率（以下：LVEF）をもとに細分化されることとなった。LVEFの低下した心不全（以下：HF_{rEF}）以外における薬物治療のエビデンスはまだまだ乏しく、治療選択は今のところ個々の病態に応じて対応することが求められている。

HF_{rEF}においては交感神経系、レニン・アンジオテンシン・アルドステロン系が賦活化され、進行性の左室拡大と収縮能の低下、すなわちリモデリングが生じ、死亡や心不全の悪化などのイベントにつながると考えられている。したがって、このような神経内分泌系を阻害することにより左室リモデリングを抑制し、心不全の予後を改善することが最近の慢性心不全治療の中心である。しかし、薬局で渡される薬剤情報提供書には、特に左室リモデリングの詳細な記載はなく、主に血圧低下などが理由で安易に薬剤が中断され心不全症状の増悪にて再入院される患者も多いという問題点がある。薬剤師として、心不全患者の内服自己中断を防ぐだけでなく、医療従事者に対しても心不全治療薬の内服目的を十分に説明していく必要がある。

運動耐容能から療養生活をみる

リハビリテーション課 松森 崇志

2025年をピークに、心不全患者が増加すると言われる「心不全パンデミック」の到来が差し迫っている。さらに、近年の心不全患者は高齢化（入院患者では80歳以上が約30%、外来通院患者では80歳以上が約30%、開業医通院患者では80歳以上が30%超え）が進行しており、当院へ入院加療中にリハビリテーション（以下：リハビリ）を実施した症例も同様の傾向が伺える。

当科では、2017年8月より心大血管リハビリテーシ

ョン料Iの施設基準を所得し、心臓リハビリテーション（以下：心リハ）を開始した。対象の内訳は、80歳以上の高齢心不全患者が約80%を占めていた。高齢心不全患者の特徴は、自覚症状の聴取・身体機能評価は、訴えや反応の低下から評価することが難しく、難渋することがある。そこで、今回のテーマである運動耐容能は、そういった心不全患者を評価する上で、必須の評価項目である。「運動耐容能の定義」は、身体運動負荷に耐える

ために必要な、呼吸や心血管系の能力に関する機能¹⁾とされており、適切に評価する事で患者教育を行ううえで円滑に進むものと考ええる。

ここでは簡便に計測が可能な6分間歩行試験(以下:6MWT)を紹介する。目的として、慢性心不全における心機能評価などの医療介入効果を判定する²⁾ものとされている。さらに、心血管イベントを予測する事ができ、歩行距離が短い群ほど予後が悪い²⁾とされている。ガイドラインにおいても、運動耐容能を評価することの重要性は高いエビデンスレベルとして推奨されている。得られた評価結果から、安全に日常生活動作を行う上での指標・予後予測の指標として使用出来る。

フレイル・サルコペニアは、加齢によって生じるもので、各疾患群に高頻度で合併しており、両者は、筋肉量

の低下・身体能力の低下を観察・評価の主体としている。運動耐容能が低値な症例と同様、フレイル・サルコペニアを合併していると予後不良とも報告されている。

今回は、高齢心不全患者の特徴と運動耐容能の重要性について述べたが、高齢心不全患者さんが、安心して入院生活・在宅生活を送っていただくためには、多職種連携での包括的ケアと適切に評価した結果を踏まえた運動療法は重要であると考ええる。

文 献

- 1) 指導士資格認定試験準拠 心臓リハビリテーション必携
- 2) Lee Ingle et al. European Heart Journal 28 : 560-568, 2007.