

高齢心不全を 地域でみる

看護師向け心不全冊子

ケース 大阪府泉州地域



はじめに

泉州地域の心不全概観

心不全とは心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。症状が出た後は入退院を繰り返し、徐々に生命が損なわれていく恐ろしい病気です。血管や心臓の弾力性は年齢とともに落ちて硬くなりますが、高血圧・弁膜症・狭心症・心筋梗塞・心筋症などの負担が加わると、心不全を起こしやすくなります。心房細動という不整脈は加齢とともに増加しますが、これが起こると心不全が悪化します。日本



りんくう総合医療センター 理事長
山下 静也

は超高齢社会を迎えています。高齢者が増加すれば心不全患者数も増加し、いわゆる「心不全パンデミック」の到来が危惧されます。すなわち、病床が心不全患者でいっぱいになり、他の疾患の治療が立ち行かなくなる可能性があるのです。

大阪府民の平均寿命、健康寿命は全国平均を大幅に下回っており、死因のトップは全国と同様でがん(悪性新生物)ですが、2位は心疾患です。平成25～29(2013～17)年の人口動態保健所・市区町村別統計では、泉佐野保健所管轄地域の心不全による死亡率は女性が全国平均の1.3倍、男性がほぼ全国平均となっており、その原因として高血圧、運動不足、塩分摂取過多などが推定されます。当センターでも心不全で入退院を繰り返す患者さんが多く、泉州地域において病院、診療所と訪問看護師が情報を共有し合い、連携して在宅の心不全患者を地域全体で診ていく必要性が日に日に高まっています。

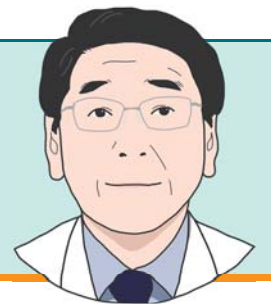
なぜプロジェクトを立ち上げたか

私たちの南泉州地域の医療圏は、6市町(泉佐野市、泉南市、阪南市、熊取町、田尻町、岬町)の行政、同地域を管轄する大阪府泉佐野保健所、医師会として一般社団法人泉佐野泉南医師会、基幹病院として地方独立行政法人りんくう総合医療センターなどから成ります。

私たちは10年以上前から、喘息連携パス、特定検診を用いた脳卒中予防、動脈硬化性疾患予防のための家族性高コレステロール血症(FH)の発掘、認知症サミットなど、多くのテーマについて多職種で取り組んできました。



泉佐野泉南医師会 副会長
新山診療所 院長
新山 一秀



日本で高齢化が進む中、数年前から循環器内科の先生方は高齢心不全患者が増え専門医だけでは治療できず「心不全パンデミック」が起こることを懸念されてきました。そこで、私たちの地域ではりんくう総合医療センターが中心となり、医師のみならず看護師(病院の専門看護師や在宅訪問看護師)、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、管理栄養士など多くの職種が連携して心不全患者の治療や在宅ケアを行い、病状の増悪や入院を防ぎ患者さんのQOLを改善することを目標に、泉州心不全多職種地域連携プロジェクトを立ち上げることとなりました。

高齢心不全のパンデミックに備える！

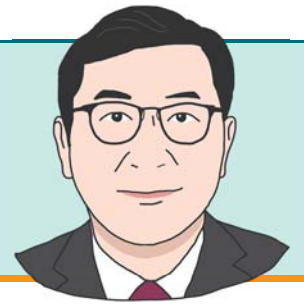
日本における心不全の増加と泉州

心臓病に対する治療や救命が進歩してきたこと、他の病気の治療が進み長生きする高齢者が増えてきたこと、食生活の欧米化と生活習慣の悪化に伴い脂質異常・高血圧・肥満・糖尿病などによる狭心症・心筋梗塞が増えてきたこと、により心不全状態で長生きする人が次第に増加しています。

重要なのは早期発見と生活改善ですが、泉州地域の皆さんはなかなか自分の健康に向き合いません(特定健診受診率は大阪府



りんくうウェルネスケア研究センター長
兼 健康管理センター副センター長
兼 循環器内科部長
増田 大作



全体の45.6%に対し、34%と低いままです)。どうしても「痛い、とかでないのになんでやのん?」と後回しにする、ある意味「のうてんき」な地域でもあります。そこは愛すべきところではありますが、これから30年後、同じ数の高齢者を今の半分の働き盛りの集団で支える国になります。若者が半分で地車(やぐら)を引かなければならない大変さがイメージできますか?

「働き盛り」の人たちを失うことなく、また高齢者が心不全なく活躍してもらわないと、この地域は破綻します。医療者が頑張るだけでなく、日常生活の中での「普段から体を動かす」「体にいいモノを食べる」ことを【周囲の若い人にもしっかり伝える】のが泉州を守る上で大事です。

泉州地域における高齢心不全患者

りんくう総合医療センターが開設し25年です。当時は急性心筋梗塞患者の急性期治療・救命が一番の使命でした。当然現在もそうですが、診療疾患はかなり様変わりしました。

当院心臓病棟でも心不全増悪での入院が半数を超え、その多くは80歳超の高齢者です。当時70歳だった男性は大きな心筋梗塞で入院しましたが、幸い急性期治療が奏功し退院できました。陳旧性心筋梗塞後の左室拡大進行があり、徐々に心機能が低下しています。心不全増悪による入院は5年前に1回、この数年は年1~2回。現在

90歳で、当院で3~6カ月ごとに受診する一方、多くの併存疾患を持たれているため、日ごろはかかりつけ医で管理されています。以前は外来の限られた時間で心不全の指導・服薬確認・生活状況把握・介護の導入など多岐にわたる対応をしなければならず、



りんくう総合医療センター
循環器内科 診療局参与
永井 義幸



それ故十分な介入はできていませんでした。しかし現在は看護師を中心に、多職種で介入する仕組みができてきました。ご本人・ご家族は、今の生活の場で疾患を抱えながらも生活できるよう支える仕組みの説明を受け、導入されると非常に安心され、次の受診では心不全も安定しています。

循環器内科医でも心不全の予後予測は難しく、高齢心不全患者へのアドバンス・ケア・プランニング(ACP)*のタイミングに悩むことも多く経験しており、今後の課題です。

サイドメモ

*アドバンス・ケア・プランニング(ACP)：人生の最終段階の医療・ケアについて、患者が家族らや医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

急性期病院での心不全管理の実際

1. 急性心不全

りんくう総合医療センター
循環器内科部長 兼 心臓・血管センター副センター長
習田 龍



急性心不全の症状とは？

急性心不全(慢性心不全の急性増悪を含む)の症状は大きく分けて以下の3つがあります。

1. 肺水腫(肺うっ血)によるもの

労作時息切れ・動悸、発作性夜間呼吸困難や起坐呼吸(横になると息苦しく、座っている方が呼吸しやすい)などを呈します。低酸素血症を伴う場合もあり、最も緊急性が高い症状です。

2. 体液貯留によるもの

主に下肢のむくみ(浮腫)、坐位で頸部の静脈が目立つ(頸静脈怒張)、腹部膨隆、体重増加(2~3日で2~3kg増加)などです。特に体重増加は最も簡便かつ客観的な指標といえます。

3. 低心拍出(低灌流)によるもの

疲れやすい、食欲がない、手足が冷たい、尿量低下、チアノーゼ、低血圧、身の置き所がない感じや意識障害などです。最も治療が難しい症状です。

これらの症状があれば急性心不全と診断できます。ただし、高齢者の場合は自覚症状がうまく伝えられず、単に「元気がない」「いつもと違う」ことの原因が実は急性心不全であったというケースもあります。逆に、高齢者では心疾患以外にもさまざまな疾患を併せ持っているため、こうした症状が必ずしも急性心不全ではない可能性もあ

るので注意が必要です。

前記のような兆候が見られれば医師の診察が必要です。診察の結果、急性心不全が疑われる場合は急性期病院への紹介を考慮します。

急性心不全の治療とは？

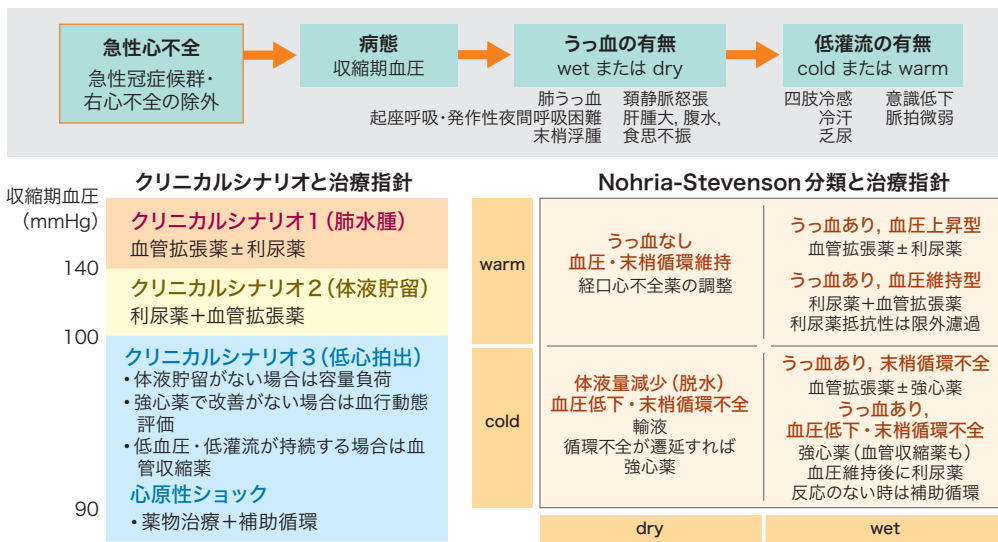
急性期病院では、直ちにバイタルサインをチェックし循環・呼吸モニターを装着します。その後クリニカルシナリオ分類に準じて急性心不全の初期対応を行います。すなわち収縮期血圧の値に応じてクリニカルシナリオ1~3に分類し、それぞれに推奨された治療を行います。なお、クリニカルシナリオ4(急性冠症候群)であれば緊急の冠動脈造影や血行再建術が必要で、クリニカルシナリオ5(右心不全)であれば原疾患に応じた特別な治療が必要となります。次にNohria-Stevenson分類で、身体所見からうっ血がある(wet)か、ない(dry)か、末梢循環が保たれているか(warm)、いないか(cold)をチェックし、心不全の急性期病態に応じた治療を行います(図)。

高齢患者の急性心不全治療はどこでやるのか？

急性期病院は、人工呼吸や補助循環装置、カテーテル検査・手術など比較的侵襲的な治療を行う立場にあります。ただし高齢者においては、それらの治療が逆に患者

さんやご家族を苦しめる結果になることも少なくありません。高齢患者では、認知機能、併存疾患、独居か否か、家族のサポートがあるか否か、ももとの活動性などを総合的に考慮した上で治療方針を決定する必要があります。高齢患者の急性心不全治療は、侵襲的治療を含めて急性期病院で行うのか、なるべく身体の負担が少ない治療を療養型病院で行うかは、個々の症例で考えるべきでしょう。

図 急性心不全の初期対応から急性期病態に応じた治療の基本方針

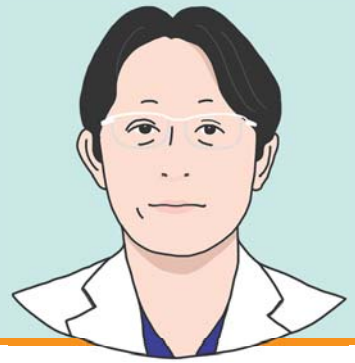


(日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン、急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf (2022年1月閲覧))

急性期病院での心不全管理の実際

2. 慢性心不全

りんくう総合医療センター
循環器内科 副部長
玉置 俊介



高齢患者の慢性心不全の特徴

併存症 (comorbidity) が多い

高齢心不全では、感染症・慢性腎不全・心房細動・貧血・慢性閉塞性肺疾患など、心臓以外の併存疾患を高率に合併しています。また、低栄養状態やフレイル(筋力や活動が低下している状態)も高率に合併し、予後に大きく影響します。

収縮能の保たれた心不全 (Heart Failure with preserved Ejection Fraction ; HFpEF) が多い

高齢者の心臓は、加齢に伴い心室壁が「しなやかさ」を失い、心臓が硬く広がりにくくなります。それにより運動耐容能が低下し、貧血や高血圧、腎不全などの影響も受けて心不全を発症します。心臓の収縮能は保たれていますが予後は悪く、高齢者心不全ではこのHFpEFの割合が高いことが知られています。

冠動脈硬化症や大動脈弁狭窄症などの動脈硬化性変化が多く見られる

高齢になると当然ながら動脈硬化は進行し、それに伴い狭心症や心筋梗塞などの冠動脈疾患、および大動脈弁狭窄症が増加します。

診断・評価における注意点

症状が分かりにくい

高齢患者では心不全に特徴的な自覚症状を見つけにくいことがあります。心不全を見逃さないために、他覚所見や検査所見から心不全を疑うことが重要となります。

治療の注意点

治療薬が制限され、治療により徐脈・低ナトリウム血症・脱水になりやすい

高齢者では脳血管障害や腎障害などの問題が治療の制約となります。また、高齢患者ではさまざまな臓器の予備能が低下しており、心不全治療薬の影響により、容易に副作用を生じ得ます。

服薬アドヒアランスに注意が必要

高齢患者では、認知機能障害の影響などによる服薬アドヒアランスの低下がしばしば見られます。服薬アドヒアランス不良は再入院のリスクとなり、再入院は心不全の予後をさらに悪化させますので、チームによる指導と介入が重要です。

生活習慣の改善と治療継続が大切

慢性心不全の治療では、急性増悪を起こさないように生活習慣を改善するとともに、治療を継続することが大切です(図)。



Dr. 岡田

心不全は「完治」するのではなく、良くなったり悪くなったりを繰り返す病気です。この谷をつくらない、深くしないことが治療目標です。

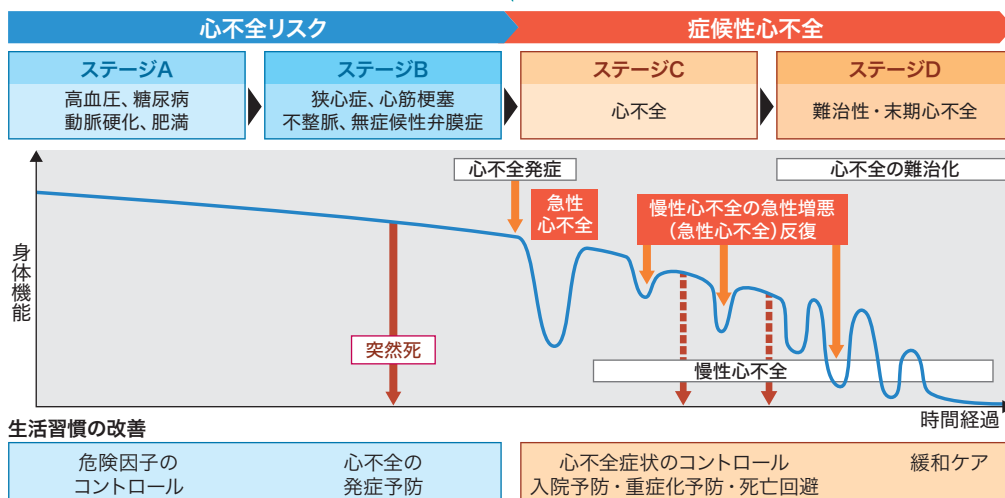


図 心不全の臨床経過と治療目標のイメージ

(厚生労働省、第4回心血管疾患に係るワーキンググループ資料2、p3を基に作成)

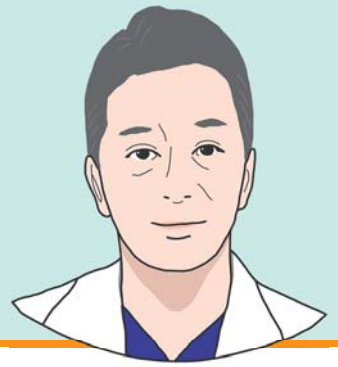
まとめ

高齢心不全では、ガイドライン遵守の治療効果が予想しにくく、透析導入の可否など、治療の選択に迷うことも多々あります。また、私たち循環器内科医は、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を含めた考えで方針を決定することは苦手でもあります。多職種が連携し、地域全体で高齢心不全患者のよりよい治療方針を考えていきましょう！

急性期病院での心不全管理の実際

3. 心臓手術

りんくう総合医療センター
心臓血管外科主任部長 兼 心臓・血管センター長
船津 俊宏



一般的に危険性や侵襲性が高いとされる心臓手術ですが、高齢者だからといってリスクが極端に高くなるわけではありません。ただ高齢者の場合、ベッド上を余儀なくされる時間が長いほど、廃用からの回復に時間を要し、結果として日常生活動作(ADL)の低下につながり手術の価値が下がってしまいます。そこで重要となるのが手術の「低侵襲化」です。小さな切開創、カテーテル技術の応用、人工心肺を用いないなどによる侵襲の低減と、さらには積極的な周術期リハビリテーションの導入などによって、廃用をできるだけ抑えることが、ADL低下を最小限に抑え、ひいては手術の有用性を向上させます。

しかし、心不全を来した高齢患者への心臓手術となると、やはりさらに高いリスクを伴います。なぜなら、心臓手術を受ける高齢患者の多くはさしたる心不全はなく、心機能も正常だからです。手術リスクを客観的に評価するため、日本心臓血管外科手術データベース機構は、膨大なデータからリスクスコア算出ソフトを作成しており、それを用いて術前に手術リスクを計算しています。手術リスクに関係する因子としては、術前心機能や心不全状況に加え、腎機能や呼吸機能、糖尿病や透析治療の有無などが代表的なものです。術前のADLすなわち「フレイル*」の程度も、手術をするべきかどうか決める重要な因子ですが、まだ明確な基準は定められていません。年齢よりもむしろ「フレイル」の程度が、耐術には重要かもしれないのです。

また高齢心不全患者の心臓手術においては、真に必要な術式を見極め、過不足ない手術を行う必要があります。手術手技が多くなれば、手術時間や心停止時間も長くなり、術後の回復に影響を及ぼすからです。

以上をまとめますと、高齢心不全患者の心臓手術では、低侵襲でかつ必要十分な術式を見極め、さらに年齢やフレイルの程度も含めた術前因子から適正に手術リスクを評価することが重要であるといえます。



薬剤師
コラム

心不全 自己調節はダメ。ゼツタイ。

りんくう総合医療センター 薬剤科

藪内 新平

心不全療養指導士
高血圧・循環器病予防療養指導士

4030

心不全治療薬は心臓を守る、長持ちさせるために「多剤併用・生涯服用」が常識となっていますが、医療者でさえその事実を知らないことがあります。そのため「調子が良い」「血圧が低い」などの理由で薬をやめて心不全になる『あるある』が存在します。

心不全治療において「続けて薬を飲む」ということは非常に重要です。薬剤師は服用指導や処方介入を通じてGDMT(ガイドラインを遵守した薬物治療)が行えるように支援します。看護師さんをお願いしたいことは『心不全治療薬を“勝手にやめない”ように支援する』ことです。そのことが心不全を防ぐ確かな一歩となります。



ココがポイント

Q 心不全の標準治療薬とは何ですか？

A β遮断薬、ACE阻害薬/ARB、MRAの3剤を服用することが推奨されています。これらは現在症状に困ってなくても、将来的な心不全を予防するために必要な薬です。近年ではSGLT2阻害薬やARNIが加わり「ファンタスティック4」と呼ばれ、心不全の治療は新たな時代に入ったといわれています。

4030

コメントを書く

もう薬は勝手にやめません。

返信

72

2

この薬剤師、流行の「タスクシフト」にも力を入れているみたいだよ。

返信

15

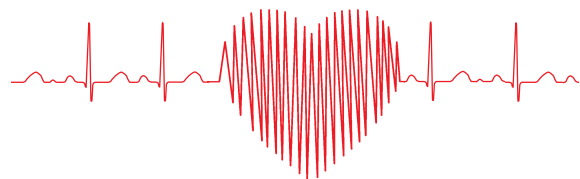
9

実写版『アンサンブ・シンデレラ』を目指しているってうわさ(笑)。

返信

33

5



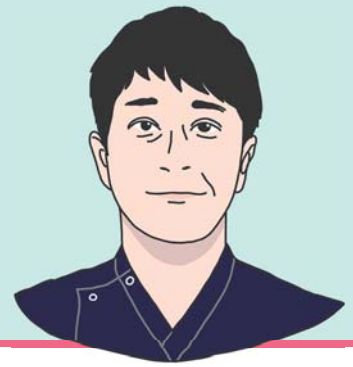
サイドメモ

* フレイル：高齢になり、体や心のはたらき、社会的なつながりが弱くなった状態のこと。放置すると、要介護状態になる可能性がある

急性期病院での心不全看護の実際

1. ICU

りんくう総合医療センター
ICU/CCU 看護師長
呼吸療法認定士
竹下 圭介



心不全患者は年間10,000人以上の割合で増加しており、その背景には超高齢社会と循環器急性期治療の進歩があります。令和3(2021)年の集中治療室(ICU)入室心不全患者においても7割が75歳以上(最高齢100歳)であり、時代の背景とともに超高齢となっています。このような背景の中でも、当ICUの役割は心疾患患者の超急性期治療であり、その多くは、生命維持装置(ECMO・IABP・IMPELLA・CHDF・人工呼吸器など)を各臓器の代わりや補助を行う目的で使用し治療を行っています。そのためICU入室の際、特に高齢の心不全患者さんにおいては、家族に意思決定を委ねることが多く、治療方針、ケアの方向性においてはジレンマを抱くことは少なくありません。その理由は、ほとんどが自身での意思決定が困難であり、かつ、事前指示書の作成やアドバンス・ケア・プランニング(ACP)などが実施されていないことが挙げられます。

また心不全に関しては急激な変化が起こったとき、改善可能な変化であるかどうかの判断が難しいこと、適切な心不全の治療が症状緩和につながるということ、高齢患者においては認知症や、衰弱といった軌跡も複合しているということです。改善可能と考え人工呼吸器での

心不全管理を行っても、抜管できず気管切開を余儀なくされるケースも多く、果たして患者、家族にとってこれでよかったのかとモヤモヤする機会も多いです。

ICUでは、このような治療方針、意思決定を支える上で生じるジレンマや倫理的課題に対し、昨年度より質の高い患者・家族ケアを行う専門教育チームが中心となって多職種での倫理カンファレンス、ケアカンファレンスを実践しています。現状ACPに関しては他職種を含め知識の向上が必要だと感じています。認定看護師(CN)、専門看護師(CNS)の実践症例から学び、ELNEC-J*など学習会の参加により知識の向上に努め、ICUナースが実践できるよう努力を重ねています。今後地域にて高齢心不全患者のACP実践症例が増えると予測される中、それをしっかりとキャッチし、アップデートできるように準備ができればと考えています。

サイドメモ

*ELNEC-J: エルネック・ジェイ。終末期の医療に携わる看護師に必須とされる知識修得のための教育プログラム。もともと米国で作られたものがELNECで、日本語版をELNEC-Jと呼ぶ

減塩と食事バランス

りんくう総合医療センター
栄養管理センター

内原 真理

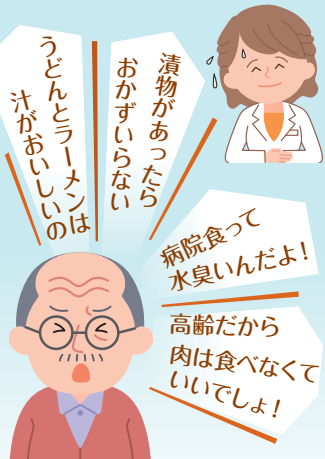
心不全療養指導士
高血圧・循環器病予防療養指導士

栄養士の
つぶやき

1 高齢心不全患者の食事の特徴



2 食習慣改善はムズカシイ...



3 食事療法の第一歩



高齢者の栄養指導では塩分過剰も問題ですが、食事摂取量の不足がある場合はフレイル、サルコペニア対策が優先されます。

急性期病院での心不全看護の実際

2. 心不全管理・生活指導

りんくう総合医療センター
7階山側病棟 副看護師長
院内循環器ケアエキスパートナース
合田 昌弘



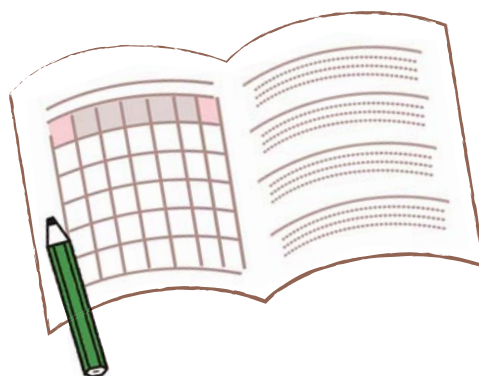
当病棟は集中治療室(ICU)の後方病棟であり、急性期を脱した直後の患者さんが多く入院しています。そういった患者さんに対して、生活指導を行うにあたり大切なことは、短い在院期間の中でもできるだけ多く患者情報を集め、問題を明確にすることです。問題とは、あるべき姿と現実の姿とのギャップを指しますが、これを怠ると退院後にセルフモニタリングが継続できない原因となってしまう。

ある患者さん(以下Aさん)は、入院中は心不全手帳の記載や内服管理も行えていましたが、退院後の初回外来で確認した際には、いずれもできていない状態でした。その原因を追跡すると、Aさんには障害を抱えた子がおり、退院後は自分のことはそっこのけで子の面倒に没頭してしまい、この事態を招いたとのことでした。

こういったケースで大切なことは、見た目の自立した姿や「いける！いける！」といった発言に惑わされず、「本当にそうか？」という目線で、患者さんをさまざまな角度から捉えることです。これは、病院に限らず、在宅生活を続ける患者さんにも同様のことがいえると思います。例えば、高齢夫婦の世帯では「妻の介護があるから入院したくない」という思いから、セルフモニタリングができていないが故に「入院が必要だろう」と推測できてしまい、あ

えてしんどいのを我慢して受診しない患者さんもおられると思います。こういった患者背景を含めた問題の真因を明確にし、メリットが感じられる形で個々に応じた対策を打ち出すことが、セルフモニタリングの継続や早期受診につながると思います。

そして、できていることは「できている」と患者さんにしっかりと伝えることが大切です。自分のためとは分かっているけど、誰にも見てもらえないのでは、心不全手帳を毎日書き続ける意義を感じられない患者さんもおられると思います。ですので「ちゃんと毎日書いていてすごいですね」と、医療者の皆さんは患者さんへ掛けるひと言を大切に、共に支援していただけたらと思います。



早期受診のすすめ

心不全が悪化したときの対応



早めの受診を検討すべき状態

以下の症状が現れた場合は、心不全が悪化しています

- 数日で2~3kgの体重増加
- 息苦しさが増した
- 足のむくみがひどい
- 食欲がない



できるだけ早く受診しましょう。
服薬、食生活など見直しが必要です！



緊急受診が必要な状態

以下の症状が現れた場合は、危険な状態です

- 横になっても息が苦しい、苦しくて横になれない
- 急激に脈が速くなり、気を失いそうになる
- 息切れがずっと続く
- 血圧が低く、フラフラする



ただちに受診が必要です！
すぐに医師に連絡を！

熱く語るぞ！ 心臓リハビリ

出席者

(50音順)



大阪晴愛病院
リハビリテーション科
岩崎 幸香氏



関西
メディカルサポート
柏木 雅喜氏



りんくう総合医療センター
リハビリテーションセンター
心臓リハビリテーション指導士
小西 勇亮氏

Q1 まずはひと言！ 患者さんにとっての、医療チームにとっての、私にとっての心リハとは？



小西：患者さんにとっては“行動変容を促せるもの”。急性期病院である当院には、体のことを気にせず生きてきた方がたくさんいます。例えば心筋梗塞患者さんで、自分の送りたい生活を送るために再発予防の運動療法を頑張る中、少しずつ意識が変わっていく人は少なくありません。



柏木：医療チームにとっては“多職種連携の重要性を実感させてくれるもの”でしょうか。理学療法士（PT）だけが頑張っても、いいものは提供できない。訪問リハビリを行う立場としては、医師、看護師、ヘルパー、ケアマネジャーなど、患者さんに関わる全ての人が連携なくして、心リハは成り立ちませんから。

Q2 心に残る心リハの 成功例と失敗例を教えてください



柏木：「心リハの昇降運動は1人のときやる」と言っていたのに、実は全然やっていなかった男性。訪問看護師さんの言うことはよく聞くので、ここはチーム医療だと思い、看護師さんに一緒に運動してもらおう頼みました。これがうまくいき、今でも一生懸命続けてくれていて、日常生活動作（ADL）が低下することなく過ごしています。



岩崎：以前、PTの仕事は身体機能に特化したものと思っていました。しかし心リハをやるからには、薬や栄養についても知っていないといけません。療養病棟で心リハに取り組む中で薬剤師さんや管理栄養士さんにいろいろなアドバイスをもらい、勉強になっています。“心リハは私の視野を広げてくれるもの”といえます。



岩崎：「心臓悪いのに、こんなに運動するんですか？」と心配する患者さん・ご家族が多いのですが、心リハの経験がまだ浅い私は「ここまでは大丈夫です」と言い切れず、設定したゴールを達成するために必要な負荷量まで上げられないことがあります。失敗例というか、反省ですね。



小西：失敗と成功が半々の症例ですが、軽快と悪化を繰り返すカテコラミン依存の患者さんがいました。そこで“攻めの姿勢”から、他の職種と協力して目標を細かく擦り合わせた心リハに変更。「この時間にこれぐらいの負荷量で運動をする」「内服はこの期間までこの量で」などと設定を行いました。その結果、療養型病院への転院が可能になりました。

Q3 イチ推しの運動をご紹介します



小西：カテコラミン依存のような、離床したら血圧が下がる患者さんには足こぎペダルを活用しています。心不全患者は交感神経系が優位で心拍応答の低下などが見られますが、軽い負荷で10分ほどペダルをこぐことが、運動するにあたりいい準備運動になります。



岩崎：毎日10分頑張っ歩いて歩くとっても、雨が降ってできなかったというケースが少なくありません。そういう方には、足踏み運動やスクワット、椅子を利用した立ち座り、かかと上げなど、家の中で気候に左右されず取り組める運動を指導しています。1分からいから始めて、徐々に延ばしていただいています。



柏木：ふくらはぎは第2の心臓といわれますので、まずは足を鍛えようとお伝えし①スクワット②カーフレイズ③その場で足踏み-の3つを、体力や年齢に応じて提案しています。家の中を歩ける環境なら、1セット終了後に自分のペースで歩いてもらって、息が落ち着いたたらもう2セット頑張ろうというふうに指導することが多いです。

療養型病院での心不全管理の実際



泉南大阪晴愛病院 院長
殿本 詠久

役割

療養型病院とは決して看取りを行うだけの場ではありません。生きていく場、治療を行う場でもあります。療養型病院には心不全多職種チームが存在することが少なく、不安を覚えることも多いでしょう。そのような場合には、地域の基幹病院にある心不全多職種チームと共に「病院間の連携」を図ることができます。具体的な方法としては「心不全手帳」の積極的な活用です。高次医療機関を早期に受診すべき兆候（体重や血圧の数値など）や日常生活での注意点など、日ごろの医療・看護・ケアに関する具体的な基準を共有するためには非常に有効な手段です。病院・施設間だけでなく、施設内での情報共有ツールとしても大いに活用していきましょう。

また療養型病院では心不全の末期など長期療養の傾向が強いですが、状況に応じて在宅復帰も支援する体制づくりも必要です。患者・家族がどのような医療やケアを望んでいるかについて意思決定の支援を行い、施設内で共有することが大切です。治療・ケアの継続性が重視されるのが療養型病院です。



課題

急性期病院と比べ、認められた人員配置は極端に少ない傾向にあります。それに加えて心不全に対して十分な検査体制が確保できず、使用できる薬剤にも制限があります。慢性期療養型病床では検査を控える傾向があり、必要な薬剤がやむを得ず中止・変更されることも現実には起こり得ます。これは医療経済的な問題に起因します。療養病棟では、あらかじめ設定された入院基本料から検査費用や薬剤料などを差し引いた残りが医療収入となる

わけです。そうすると薬剤費が高く、手間の掛かる高齢の心不全患者は敬遠されがちとなります。最近、単価の高い薬剤使用を含めた新しい心不全治療のガイドラインが示され、末期心不全患者にとって今後この傾向はますます進んでいくことでしょう。療養病棟では従来の標準的治療の継続でしのいでいくことが、患者・医療者双方の自衛手段であると考えられます。それらを踏まえると、今後ますます看護師さんやヘルパーさんによる、検査だけに頼らない鋭い日常観察の重要性が増します。皆さん、一緒に頑張りましょう！

臨床工学技士
コラム

理解してます？ 心臓デバイス

りんくう総合医療センター 臨床工学科

主幹 中谷 暁洋

不整脈治療専門臨床工学技士
植込み型心臓デバイス認定士
ペースメーカー/ICD 関連情報担当者(CDR)認定



Akihiro Nakaya
@aki7ka8

昨今のペースメーカーや植込み型除動器は作動が複雑過ぎて循環器科の医師でも全てを理解するのが難しい。だから高度な医療機器の取り扱いを専門とする医療スタッフが必要。そういう立場です。ご不明な点はお問い合わせくださいね 😊

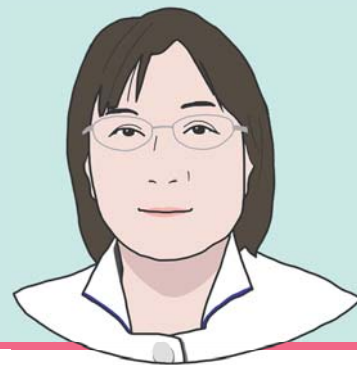
#不整脈治療
#心臓植込みデバイス
#患者さんに合わせた設定
#定期検査が大事
#遠隔ホームモニタリング
#それペースメーカーじゃなくてICDだよ
#デバイス手帳持ってきてないの
#心室頻拍が出た
#違うただのペーシング波形だわ
#気をつけなはれや



療養型病院での心不全管理の実際

療養型病院での心不全看護の実際

泉佐野優人会病院
地域医療連携室 師長(看護師)
木村 久美氏



療養型病院における心不全看護の実際と課題について、泉佐野優人会病院地域医療連携室師長(看護師)の木村久美氏にお話を伺いました。

急性期病院から引き継いだ患者さんを多職種で連携し退院へ



療養型病院は、急性期病院から引き継いだ患者さんのADL向上を図り、在宅医療や施設につなぐことを最終的な目標としています。疾患により入院期間が異なるので、受け入れ時点でカンファレンスを行います。医師、看護師、リハビリスタッフ、栄養士やメディカルソーシャルワーカーらで、退院に向け綿密な計画を立てるのです。入院中は経過カンファレンスで進捗状況の確認を行い、退院カンファレンスでは患者さんの身体状況、生活背景、性格などを考慮して退院後の支援プランを考えます。施設に入所するのか在宅なのか、利用できるサービスは何かなど患者さんや家族とともに話し合います。このように、カンファレンスを要所で行い、異なる視点からの意見を多職種で共有し、問題点を抽出することは不可欠だと感じています。

心不全患者さんの多くは、退院後も在宅サービスを要します。その中で印象的だった74歳の女性の患者さんを紹介します。入院当初は経管栄養、気切カニューレ留置、起立性低血圧への対処や頻回吸引が必要な方でした。予想以上に回復が早く、ADLも改善し2カ月ほどで退院に至りました。療養型病院は、急性期の治療を終えた患者さんが自宅や施設で暮らせる状態を目指す施設です。日常に戻る過程にあるため、状況が安定すれば患者さんご家族も心不全がベースにあることを忘れてしまいがちです。この患者さんも退院直後は訪問看護が介入していました。しかし、特段の支障なく生活することができたため、費用負担の方を重く見られて全てのサービスを中止されてしまいました。

現在、医療との継続的なつながりは主治医のみです。患者さんには心不全手帳の記入を継続し、定期受診時に持参するようお願いしています。何か不調を感じたら、後方支援施設である当院にも早めに相談するようお願いし、連絡に備え受け入れ体制を取っているところです。

Case紹介(74歳女性)

既往: 高血圧、高脂血症、内頸動脈狭窄症、心筋梗塞(前下行枝ステント留置)、大動脈閉鎖不全症(大動脈弁置換術)

経過: 嚥下困難にて経管栄養、気切チューブ留置で当院入院。FIM* 48だった日常生活動作(ADL)が約2カ月後にFIM 122まで回復し、退院。本人の希望により、訪問看護など退院後のサービスを全て中止した

家族構成: 夫と2人暮らし

*FIM(Functional Independence Measure): 信頼性と妥当性が高いとされるADL評価で、運動項目と認知項目から成る(合計18~126点)

再入院を防ぐ取り組みは入院中から

退院し元の生活に戻れば、患者さんが自身の体調管理を担う必要があります。入院中からそのように意識を向けるよう働きかけることも療養型病院の課題です。当院には心不全患者さんのリハビリを行う多職種から成る「心リハチーム」があり、月1回の定期カンファレンスを通じて、心不全手帳の有用性をチームで共有しています。この手帳を、体調など日々の記録の重要性はもちろん、心不全がどのような経過をたどる疾患なのか、患者さんご家族への説明に活用しています。心不全のリスクを忘れがちな方に考え直していただく良いきっかけとなっています。

とはいえ自己管理は簡単ではなく、薬の飲み忘れや生活習慣の乱れが病態を悪化させ、再入院となることも少なくありません。そうならないよう訪問看護師やケアマネジャーなどが患者さんをサポートするのですが、紹介したケースのようにサービスを受けない選択をする方もいらっしゃいます。さまざまな事情を抱える患者さんの再入院を防ぐことも、療養型病院のもう1つの大きな役割です。これからも多職種、地域で連携を図り、急性期病院と日常生活の中継地点として何ができるかを日々考えていきたいと思えます。

在宅医による心不全管理の実際

おくのホームケアクリニック

黒川 雅史



在宅に紹介となるケースは今まで入退院を繰り返し、看取りを含めた心不全管理を依頼されることが多いです。介入時点でNT-proBNPが10,000pg/mLを超える症例も珍しくありません。症状増悪時に在宅でどこまで治療を行うか、後方病院への入院を希望するかなど、患者本人・家族の意見を尊重したアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を実施することが大切です。

在宅では、病院のように迅速な病態変化への対応は難しいのが実情です。家族の介護負担の問題もあります。しかしなぜ在宅療養を希望されるのでしょうか。特にコロナ禍では面会制限もあり、自宅での療養を選択し、住み慣れた環境で家族と過ごし、自分が想う生活を送りたいと考える人が多くいらっしゃいます。

病院では積極的に病気の治癒を目指すため、食事や行動に制限がありストレスを感じる患者も少なくありません。在宅医療では、あくまで患者の生活が主体であり、医療従事者がその生活の中に入り込み、QOL向上を重視した医療を目指します。多職種が連携を取り、最大限サポートしていきます。訪問看護師との連携は非常に重要であり、情報共有することで利尿薬の調整や診察のタイミングを早めたりと、タイムリーな診療が可能となります。

超高齢者の心不全では、全身の管理、糖尿病や高血圧などの合併症の管理が重要です。その中で血圧や体重は自宅でも把握できる指標です。可能であれば心不全手帳を自分で記載し、自己管理の習慣を身に付けていただくようにしています。また直接環境を観察することで、服薬アドヒアランスの低下や、塩分や水分過多、ストレスなどに早期に介入し、より適切なアドバイスや対策が行えるように取り組んでいます。

今後社会の受け皿として心不全の在宅医療の需要が増えることが予想されます。在宅医は、急性期病院と連携し、情報共有し、スムーズな在宅移行ができるよう取り組む必要があります。



問題は心不全だけじゃない! 心不全患者を担当したケアマネジャーの声を集めました

ケアマネ
コラム

ケアマネの
叫び

意識

退院すればすっかり健康人のつもりですよ。
「心不全だけじゃなくて、転倒したときなんかも頼ってください」と説明してくれていますか??
問題が起これなければ、訪問看護師は不要と思ってますよ。

介護
保険

介護保険は病気の重症度ではなく、介護の手間を重視しているんですよ!
介護保険にはできること、できないことがあるって分かってます!?

医療費

訪問看護・訪問介護はお金がかかるんです。



ケアチームひのき訪問看護ステーション 看護師
笹本 祥子氏

訪問看護による心不全管理の実際

高齢心不全患者が在宅で過ごす メリットと課題

訪問看護による心不全管理の実際について、ケアチームひのき訪問看護ステーション看護師の笹本祥子氏にお話を伺いました。

主治医、家族との情報共有に心不全手帳を活用

「自宅で1週間過ごせるか分かりません。急変する可能性が高いことを理解しておいてください」—そんな医師の言葉でスタートした在宅療養でした。家族の協力はもちろん、本人が熱心にセルフケアに取り組んでいることもあり、退院後半年以上が経過した現在も増悪なく経過している症例です。

元来健康で大きな病気なく生活されていましたが、90歳を目前に大動脈弁狭窄症を発症しました。しかし「もうこの年まで生きたから」と治療を拒否。退院後は外来受診しながら自宅で療養を続けていたところ、呼吸困難などの心不全症状が出現して緊急入院となったのです。退院後は在宅での療養を希望し、訪問看護が開始されることになりました。

訪問看護においては主治医（訪問診療医）や家族との連携が重要です。当ステーションでは、訪問のたびに行う主治医への報告に、モバイルメッセージングアプリを利用しています。また、主治医はもちろん、家族との情報共有に心不全手帳を活用しています。本症例は娘さんと同居ですが日中は1人で過ごすため、食事・水分管理、安静度の確認と継続的な指導が必要です。心不全手帳の記入を継続していることで注意点が明確になり、適切な提案ができていると感じています。

心不全患者さんでは、いつ悪化するかわからないと不安を感じる方が少なくありません。そこで私たちは、少しでもリラックスしていただければと考え、メディカルアロマセラピーを取り入れています。本症例には、精油を希釈したオイルを用いて全身へのタッチングを行っています。毎回楽しみにしている様子です。

Case紹介(90歳女性、要介護1)

既往: 難聴だが認知機能低下はなく、明確に意思表示できる。大動脈弁狭窄症で救急搬送されたことあり

経過: 在宅療養中に呼吸困難などが出現し、緊急入院。心嚢液貯留、心房細動を伴う心不全と診断される。在宅での療養を希望したため、入院中に生活指導を受け、退院後に訪問看護を開始

家族構成: 娘宅に同居、日中は1人

生活行動の把握に基づく指導は、 訪看ならではの利点

訪問診療・看護は、自宅で生活したいと望む患者さんにとって最適な医療といえます。私たちは入院中から患者さんと関わりますが、自宅に戻った際、病院にいたときとはまた違ったほっとした顔をされるのが印象的です。この表情から、在宅療養は明らかに精神面の安定につながっていると感じます。

在宅療養のメリットとして、私たちが患者さんの日常生活行動を把握できるため、その方に合ったセルフケアの助言・指導が可能なが挙げられます。また、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について、時間をかけて共に考えることができる利点もあります。本症例に関しても、「最期までどのように生きるか」を大切に、疾患への理解を深めてもらい、「できることは自分で、難しいことは支援」という姿勢でACPの実施を継続して行っています。

もちろん課題もあります。終末期を迎えた患者さんの症状悪化により、介護者の心身と経済的な負担が増大することです。介護者が疲弊しないよう医療保険制度をはじめとする支援体制を整える必要があると考えます。

私たちが在宅で看護していく上で、多職種の連携は不可欠です。患者さんのちょっとした変化や相談事をすくい上げて共有することは、患者さんを守ることであり、ひいては安心感を与えます。病院から住み慣れた自宅に戻り、安心して過ごせることが、患者さんにとって1番の薬になると思います。患者さんが心穏やかな療養生活を継続できるよう、みんなで支援していければと願っています。

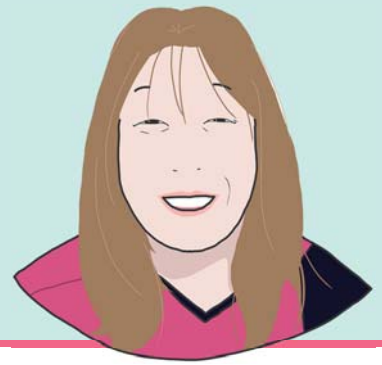


高齢者施設での高齢心不全管理の実際

施設で診る患者ケアのメリットと課題

株式会社ホスピタリティ 代表取締役
(看護師)

横林 京子氏



高齢者施設における心不全管理の実際について、株式会社ホスピタリティ代表取締役(看護師)の横林京子氏にお話を伺いました。

キュアよりケアを重視する場

施設は「キュアからケアへのギアチェンジの場」として、病院で行う「キュア」の視点を大切にしつつ、24時間の生活をいかに笑顔で過ごせるかという「ケア」に重きを置いた取り組みを行っています。特徴は終末期の高齢者を多く受け入れていること。入居者さんご家族の意思を最大限尊重し、苦痛なく・安全・安楽に笑顔で人生の最期を迎えられるような施設を目指しています。そのため、主要な医療的処置が可能な設備や、いつでも医師に来てもらえる体制も整えています。

24時間見守りを行っているので、容体に変化があっても早期発見が可能です。入居時にリビングウィルで意思確認を行っているため、ご本人ご家族の希望に沿うことが可能です。アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は出会った瞬間から始まっています。日々の関わりの中で残された人生について思いや願いをくみ取ることが第一に考え、スピーディーに対応できることが施設の利点だと思います。現在の課題は、スタッフが丸となって連携を取れる体制づくりです。看護師やヘルパーといった垣根を越えて情報共有することで、入居者さんの個性を考慮した、より綿密なケアが実現できると考えます。

入居者約70人の3分の1以上が慢性心不全を有されています。心不全手帳などを参考に当施設独自の管理リストを作成し、呼吸苦や動悸の有無、頸静脈の怒張や下肢エデマの有無、体重の変化などを毎日チェックしています。心不全増悪の自覚がないこともあるため、日々のチェックは非常に重要です。むくみによる体重増加が認められた際は、医師と相談し水分制限や食事制限、利尿薬の要否などを検討します。ただし、終末期の場合はご本人やご家族の意思を確認した上で、そういった制限や投薬を緩やかにすることもあります。入居者さんの大半はただ長く生きるよりも笑顔で楽しい一日を過ごすこと、また人生を自分なりに全うしたと思いながら最期を迎えることを望んでおり、厳しい水分制限などはかえって負担になりかねないからです。私たちは可能な範囲で延命よりも希望を優先したケア

Case紹介(76歳男性、要介護1)

既往: 末期心不全

経過: ご本人ご家族の希望により、病院での延命治療を中止し、20XX年3月に「みどりの苑」に入所。同年4月に心不全増悪により死亡

家族構成: 娘1人・孫2人・ひ孫1人。妻は同年3月に死亡

を心掛けています。この点が、治療を主目的とした病院と異なる部分かもしれません。

家族の後悔を少しでもなくせるように

最近印象深かったのは、ある年の3月に末期心不全で入所してこられた男性です。その時点で容体は良くなかったのですが、かわいがっていたお孫さん(20代後半)が面会に来られたときだけは、なんとか受け答えされました。お孫さんはよく「元気になったらおじいちゃんの好きなお花見に一緒に行こうね」と話し掛けられていました。しかし、4月に入って容体が急変、面会に来られたご家族の皆さん、特にお孫さんが「もう一緒にお花見ができない」と悲観されました。そこで居ても立ってもいられず、医師と相談した上で近所の公園にお花見に連れていくことを提案しました。ヨチヨチ歩きのひ孫さんが先頭を歩き、みんなで歌を口ずさみながらお花見をして、笑顔で記念撮影をしました。その方は桜を見た日に亡くなりましたが、お孫さんは「最期におじいちゃんとの約束を果たせた」と、とても喜んでくださいました。

大切な家族を亡くしたとき、「ああすれば良かった、こうすれば良かった、なんでしてあげられなかったんだろう」と後悔を募らせる方は少なくありません。私たちは、心残りを少しでもなくすお手伝いをしたいのです。医療者としてそれが正解かどうかは分かりません。それでも私たちができる最大にして唯一のことは、ご本人ご家族の希望にできる限り寄り添うことだと信じています。なぜなら、その方の人生だから。末期心不全の入居者さんは今後も増加すると思います。これからも「医療難民・介護難民・死に場所難民をなくすため、あらゆる高齢者を受け入れる」をモットーに、病院とは異なるケア提供の場として地域医療に貢献していきたいです。

みんなをつなぐメディカルソーシャルワーカー

出席者

(50音順)

大阪晴愛病院
MSW
赤松 正人氏数下脳神経外科・内科
MSW
秋吉 隆彦氏りんくう総合医療センター
患者サポートセンター
MSW
元林 賢氏Q1 まずは一言！
メディカルソーシャルワーカー (MSW) の役割とは？

元林：「患者さんの話を聞いてあげる人」かな。病院では医療者に気後れして、思いを伝えられない患者さんがほとんどです。そういう思いを拾い上げつつ、退院後はどんな生活を送りたいのかをご自身の言葉で話してもらって、自己決定できるように一緒に考える。それがMSWの役割の1つだと思います。



赤松：患者さんにとって、病院で使われる言葉って難しいですね。でも、医師には聞きづらいし…。そんなとき、“通訳”として分かりやすく説明することもMSWの役目だと感じています。また、困っている患者さんに対し、院内でどういう職種が関わって支援していくかを押し進める“懸け橋”になる必要もあります。

Q2 これまでに経験された困難事例とその対応についてお聞かせください



赤松：“心不全あるある”ですが、入退院を繰り返す事例。症状が落ち着くと「治ったんや」って帰宅するけど、心不全は進行する病気だと理解していないから、すぐ再入院になる。こういう患者さんには「また入院したのは何が悪かったかな？」などと聞きながら、徐々に病識を高めてもらうようにしています。



秋吉：僕がいつも心掛けているのは、MSWは社会福祉をベースに、生活者としての患者さんを守るという意味合いが大きいということ。その方が望む暮らしを守れるよう、本人の力と家族など周りにある力をうまくリンクさせていくのが大切な役割だと感じています。



秋吉：キーパーソンが4人(!)もいて、途方に暮れたことがあります。1人に絞って頼んでも、難しくて…。そこで面談に全員で来てもらって、力関係を見極めながら共通する意向を探りました。すると「お嫁さんが病気で、その人の負担がないようにせなアカン」というのが全員の願いであることが判明。それに本人のニーズも重ねて、利用可能な医療支援を提案しました。



元林：患者さんは退院して家に帰りたけれど、奥さんは介護負担などを理由に帰ってきてほしくないという事例には困りましたね。MSWによる対応だけでは難しいと判断して、主治医や看護師など他の職種と一緒に「社会支援を活用したら自宅で過ごせますよ」というふうに、病院の総意として奥さんに説明しました。

Q3 患者を守る・チームをつなぐために「医療者をお願いしたいこと」は？



秋吉：僕は患者さんと信頼関係をつくることを1番大事にしていますが、その基盤となるのは相手の立場に立って考えることだと心得ています。これは、一緒に働く仲間に対しても当てはまるのではないのでしょうか。多職種がなんでも話せるような関係を築くことが、チームをつなぐ要素になっていると思います。



元林：結論を急がないでほしいですね。患者さんの困りごとを抽出できていないまま「介護保険サービスを導入するので、案内してほしい」と言われるケースがありますが、まずは患者さんの話をじっくり聞いて、根底にある問題を明らかにするのが先決。そして、その問題にチームとして関わることが、患者さんを守ることに繋がると思います。



赤松：患者さんは、接する時間の長い看護師や介護士、理学療法士にぼろっと本音を言ったりします。僕らだけでは、患者さんから全てを引き出すのはなかなか難しい。ですので、ちょっとしたことでも構わないので「あの患者さん、こんなん言うてたよ」と、ぜひ情報共有してもらいたいです。

高齢心不全患者の 心不全管理を考える

りんくう総合医療センター
7階山側病棟 院内循環器ケアエキスパートナース
心不全療養指導士
高血圧・循環器病予防療養指導士
河合 美鈴



高齢心不全患者は心不全増悪による再入院を繰り返しやすい、病状が進行していきます。そのため、心不全の急性増悪を防ぐためには自宅での自己管理が重要です。

私たちの病棟では入院中に患者・家族に心不全管理の指導を行い、必要時には退院前カンファレンスを実施し患者が自宅でQOLを維持した生活ができるように支援しています。また、退院後の初回外来で入院中に支援したケアが実践できているか、退院してから不安を感じていないかを確認しています。それらの役割は、院内で認定された循環器ケアエキスパートナース*¹や心不全療養指導士*²など一定の能力を有した看護師がチームで担っています。

今回、入院中に退院支援に関わった、1年間に2回の入退院を繰り返した82歳女性のAさんの事例を紹介します。Aさんは心負荷がかかっていることに気付かず、無理をしながら家事をし、心不全症状が出現しても受診が遅くなっている状況でした。同居の娘さんは持病があり、Aさんへの支援が難しいことが分かりました。家族が支え合えない状況になっており「もう限界やわ」とAさんも話していました。そこで、Aさん・娘さんの思いや生活背景などを確認し、主治医・MSW*³などに情報提供をしました。退院後も心不全管理が行えるよう、Aさんに訪問看

護の導入を提案し、退院前カンファレンスを行いました。そこで、心不全治療薬の服薬遵守やセルフモニタリング、早期受診のタイミングや方法などを訪問看護師と共有しました。退院後の初回外来で、「訪問看護師さんが来てくれると安心するわ」と話され、心不全の増悪なく自宅で過ごすことができていました。

高齢患者さんが安心して自宅で過ごすために、心不全管理をどのようにするのかを明確にし、環境を整えて連携していくことが大切だと日々感じています。「家が一番やわ」という患者さんの笑顔を大切にしていきたいです。

サイドメモ

- *1 循環器ケアエキスパートナース：りんくう総合医療センターが展開する1年間の集合研修「院内認定エキスパートコース」を修了し、循環器ケアに関する高度な知識や技術を習得した看護師
- *2 心不全療養指導士：日本循環器学会が定める試験に合格し、心不全の発症・重症化予防に必要な知識や技能などを習得した医療スタッフ
- *3 MSW：メディカルソーシャルワーカー。保健医療機関において、患者やその家族が抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進をサポートする社会福祉士

訪問看護師が見た! これがリアルワールド!

心不全患者を担当した
訪問看護師の声を集めました

訪問看護師
コラム

診察内容まったく理解していません

家ではまったく言うこと聞いてくれません

診察3日前から断食してますよ

家では好きなもの食べています

利尿薬飲んでいませんよ

家族は心臓病って知らないですよ

心不全手帳、適当に書いていますよ、

高齢心不全患者のアドバンス・ケア・プランニング (ACP) を考える

りんくう総合医療センター
慢性心不全看護認定看護師
壽慶 奈津子



高齢心不全患者は、脳梗塞・腎不全・がんなど複合疾患を抱えており、さらに独居・高齢世帯・経済的困窮・認知機能低下などの背景も加わり、心不全治療・管理するには多種多様な要素を考えることが必要な時代となってきました。

84歳のAさんは、20年前に糖尿病、10年前に心筋梗塞を発症しましたが、独居で自由な生活から疾病管理を行えずに過ごしていました。4年前に膵臓がんの診断で、余命が短いと説明を受け小康状態でしたが、訪問看護と連携して自宅で数年間安定して過ごしていました。1年前から認知機能が低下し、訪問看護が疾病管理を支援してもうまくいかないことが増えてきました。近隣に住んでいる息子さんとは疎遠のため、なかなか支援を受けることができません。Aさんは「好きにさせて。入院は嫌や」と話していましたが、糖尿病のコントロールもつかず、心不全を発症して救急搬送されました。当院で心不全治療後、療養型病院へ転院し、ゆっくり時間をかけて疾病管理・リハビリを行い、自宅に戻ることができました。Aさんにとって、よりよい治療・ケアは何かをAさん・息子さん・医療者で何度も話し合いましたが、「よくしてほしい」「しんどい治療は嫌」と入院すれば自宅退院を希望し、退院すれば救急要請することが続きました。

厚生労働省の『人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』に基づき、患者の意思

決定を支援するにも判断し難い状況でした。がんも心不全も予後予測が難しく、かつAさんの認知機能も自己決定できるのかできないのか分からず、息子さんも「おかんのことは分かん」と代理意思決定ができる関係性ではないため、退院前カンファレンスを開催し、多職種・地域の支援メンバーで話し合いました。Aさんにどのような治療をどこで受け、どのように過ごしたいかを確認していくと、数年前の元気な頃のAさんは「施設なんて嫌。他人と一緒に住むなんて考えられへん」と話していましたが、体力・気力も消耗したAさんは「施設に入れてくれた方が安心やわ」と話し、誰かがそばにいる環境を望みました。その後、息子さんと一緒に選んだ看取りまでできる施設に入所し、穏やかに過ごしています。

近年、新しい心不全治療薬や心臓デバイス、侵襲の少ない手術など治療選択肢が増え、高齢者でなくても意思決定は難しくなっています。急性期病院だけで患者さんのACPを考えてもうまくいきません。慢性疾患の経過の中で、患者さんも年齢を重ね、状況も変われば気持ちも変化します。その状況に合った治療・ケアを選択し、患者さんらしい生活を送りながら自身の終末に向き合うことを地域全体で支援していく姿勢が必要だと考えます。この泉州多職種地域連携プロジェクトが、高齢心不全患者のACPについて地域全体で考える第一歩となればと思っています。

患者さん・ご家族による明確な意思決定が困難なケースにおけるACPの一例

人生の最終段階における医療・ケアについて

医師などの医療従事者らが本人・家族へ適切な情報の提供と説明を行った上で、介護従事者らを含む多職種専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いをし、本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断していきます。

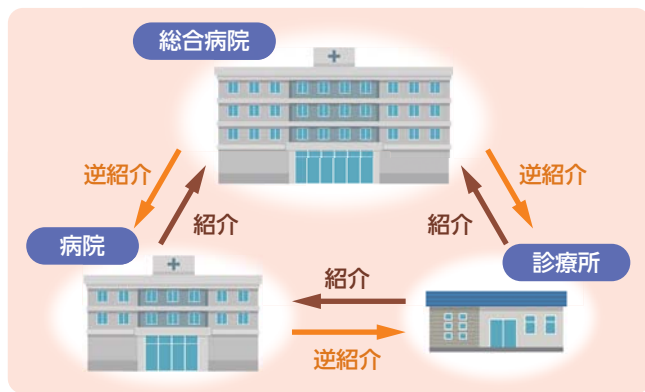


連携のあり方を考える

病診連携

そもそも心不全は、軽快と悪化を繰り返す疾患です。その時々に応じて、最適な治療を提供する場所が変わります。特に、高齢者の心不全は症状が出にくく、些細なきっかけで悪化します。その際、いかにスムーズに連携が行われるかで、患者さんの生命予後が変わります。しかも、一言に連携といっても多様で、入院は急性期・回復期・リハビリ・慢性期病院などに分かれ、在宅は医療付きの住宅から今まで住み慣れた自宅まで多岐にわたります。

心不全患者さんがどの場所で治療を受けるのが最適か



看護師など多職種との連携

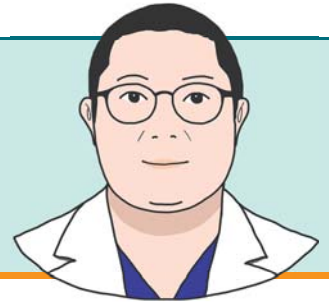
増加する高齢心不全患者の対応に、かかりつけ医と訪問看護師など多職種間での円滑な連携は欠かせません。情報交換ツールとして訪問看護指示書と看護報告書、心不全手帳、social networking service (SNS)があります。

医師作成の訪問看護指示書はサマリー、薬剤、生活自立度、リハビリ・酸素投与などが簡潔に記載され、全患者に使用されます。心不全管理で重要な目標体重や受診指標などが追記されることは多くありません。半年ごとまで作成が免除され、薬剤変更やリアルタイムでの注意点などは当然記載されません。

看護師作成の訪問看護報告書は毎月更新されますが、診察日のタイミングで確認時に時間が経過したものもあります。リアルタイムデータの補完ツールが必要で、他に情報提供書をコストなしで作成する訪問看護ステーションもあります。

補完ツールの1つが心不全手帳です。患者や看護師が

泉佐野泉南医師会 理事
イッセイ心臓内科クリニック 院長
塩谷 一成



は、常に悩むところです。なぜならそれは、心不全自体の重症度だけでは決められないからです。患者さんの主義信条をはじめ、独居などの家族構成、応答責任者の所在地、経済状況、さらには高齢者特有の問題として、認知症をはじめ多くの疾患をもともと併せ持ち、動けないとすぐに体力筋力の低下を起こし、また介護する方も高齢者であるなどを考慮した、総合的な判断が求められるからです。

そこで重要になってくるのが、日々患者さんと接する方々の力です。中でも、看護師さんは患者さん、ご家族、多職種から、最初に相談される立場です。医師に言いづらい内容も看護師さんにならと伝えてくれることがあります。また、医師も、看護師さんを頼りにしています。

病診連携とは、実は日々患者さんに直接接している全ての方のチームワークの上に成り立っているのです。それこそが「高齢心不全を地域でみる」ということでしょう。

泉佐野泉南医師会 理事
数下脳神経外科・内科・循環器内科
副院長
数下 博史



症状やバイタル、体重を連日記載します。受診時には患者が持参し主治医に提示します。心不全の増悪の指標を明示化することで、かかりつけ医、もしくは中核病院への受診のタイミングを早める一手になります。りんくう総合医療センターと泉佐野泉南医師会が中心となり、泉州地域で使用可能な心不全手帳の提供を目指しています。



MSW. 原

急性期・回復期・維持期の医療でそれぞれの役割があります。患者さんの病状や生活背景を考え、患者さんやご家族が望む療養場所を一緒に考え、連携の取れる体制を整えることが大切です。

おわりに

慢性心不全でも普通に生活できるように、 みんなでサポートしましょう

日本は今、超高齢社会のど真ん中です。がんのような特別な病気にならずとも、加齢とともに臓器機能は低下します。特に心臓は生まれたときから片時も休むことなく動き続け、生きていくために必要な酸素や栄養素を全身に届けてくれます。その機能の低下は日常生活動作(ADL)の低下を招き、ついには生命の維持が困難になります。

慢性心不全の患者さんに、可能な限り普通の日常生活を送ってもらうためには、患者さんを身近でケアする訪問看護師の方々のサポートが不可欠です。日常的な看護以外に、栄養指導や適度な運動指導なども必要になります。心不全兆候が急性増悪したときは、その兆候を見逃さず、直ちに急性期病院での専門的な治療やケアにつなげなければなりません。急性期を脱すれば、ADL回復のためのリハビリテーションに移行し、日常生活への復帰を目指します。

このように在宅医・在宅訪問看護師、急性期病院、回

りんくう総合医療センター
病院長 副理事長
松岡 哲也

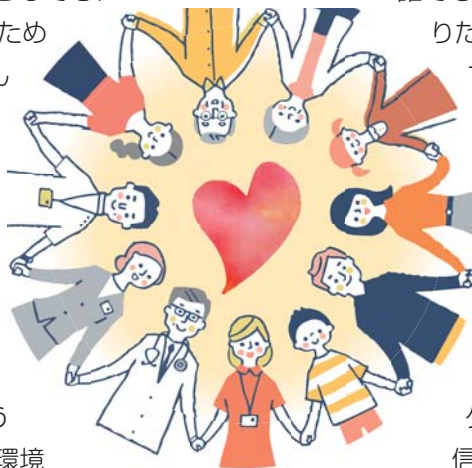


復期リハビリ病院そして在宅へと、スムーズな移行を可能にする地域での取り組み、システムづくりが不可欠です。このサイクルの運用は、医師、看護師以外に理学療法士、栄養指導を行う管理栄養士、薬剤指導を行う薬剤師などの医療職は当然のことながら、ケアマネジャーやメディカルソーシャルワーカー、地域連携室の事務職員など多職種の連携があって初めて可能になります。

私たちの地域では、慢性心不全患者さんが安心して日常生活を送れるように、泉州心不全多職種地域連携プロジェクトを立ち上げて運用しています。このような多職種連携システムの構築には、郡市区医師会や地域医療支援病院がコーディネーターとしての役割を担います。本冊子が、地域における多職種連携による、慢性心不全患者に対するサポートシステム構築の一助になれば幸いです。

地域で連携し、患者さんらしさを大事にした治療・ケアに結び付けましょう

本冊子は、増加していく高齢心不全患者さんたちを、この泉州地域において多職種が連携しシームレスに診療・ケアを行っていただけるように作成されました。ケアに困ったときも、ちょっとしたよりどころとなるのではないかと思います。患者さんがどこにいらしても、その場の医療従事者が迷わず行動するためのバイブルになり、目の前の患者さんからの情報を心不全手帳(どんな患者さんや家族でも気軽に継続して記載していただけたらいいですね)とフィジカルアセスメントからどんな状況か、何が必要なのか、誰につないでいけばよいのか、迷わず考えることができる助けとなり、患者さんが今からどうすればよいのか・どう行動すればよいのかアドバイスできる環境



りんくう総合医療センター
副院長 兼 看護局長
鈴木 千晶

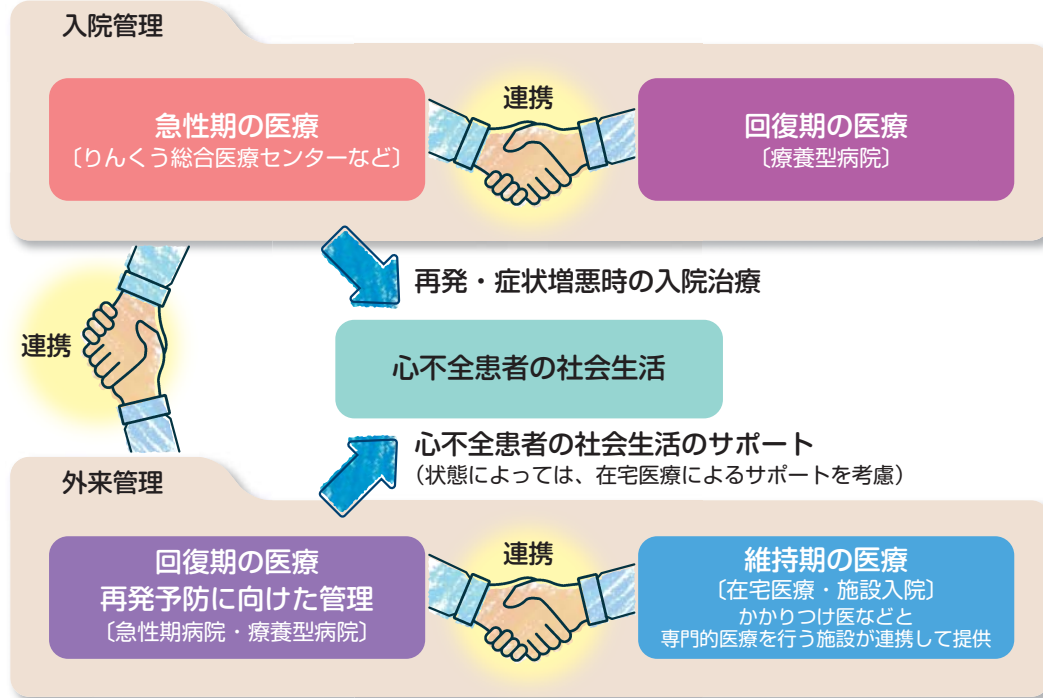


がつくれるのではないのでしょうか。

誰でも「しんどい・痛い・苦しい」は避けて通りたい道ですが、心機能が低下し症状が出てきたときに、「心臓が止まるかも」という恐怖心が身体的症状に加わりまです。そこで、日ごろからこの冊子と共に地域で連携を持っていけば、患者さん1人1人がどう生きたいか、どんなことを望んでいるのが把握でき、恐怖を和らげ「桜梅桃李」その人らしさを大事にした治療・ケアに速やかに結び付けられるものと信じます。



心不全患者における診療提供体制のイメージ図



(りんくう総合医療センター提供)

イラストレーター

山田 江里奈氏

(りんくう総合医療センター7階山側病棟看護師)
表紙イラストと下記ページの似顔絵を担当
5(Dr. 岡田)、9、15、18(MSW. 原)ページ

甲斐 貴久氏

(りんくう総合医療センター臨床工学科臨床工学技士)
下記ページの似顔絵を担当
2、3、4、5、6、7、8、10、11、12、13、14、16、17、18、
19ページ

Special Thanks to...

Dr. 岡田 (5ページ)

岡田 健助氏(公立昭和病院循環器内科)

冠動脈疾患の治療が主体のりんくう総合医療センターで、心不全に力を注いだ異端児。顔の見える関係を重視し、多職種地域連携を牽引。ACPの重要性を早くから提唱した。誰からも愛されキャラ。

MSW. 原 (18ページ)

原 佐織氏(りんくう総合医療センター患者サポートセンター)
未開発であった泉州地域の心不全患者さんの地域連携を、MSWとして開拓。患者さん・ご家族はもちろん、多職種の医療者をサポートした人物。



バイエル

高齢心不全を地域でみる

■発行

バイエル薬品株式会社 マーケットアクセス本部
大阪府大阪市北区梅田2-4-9 プリーゼタワー
<https://byl.bayer.co.jp/>

■制作

泉州心不全多職種地域連携プロジェクト
(泉佐野泉南医師会、りんくう総合医療センター、
バイエル薬品株式会社)

■編集

株式会社メディカルトリビューン

