

YUMINO流 心不全の在宅管理 5つのポイント



—手術以外の入院ゼロをめざす

小出雅雄, 弓野 大*

(のぞみハートクリニック在宅診療部長 *医療法人社団ゆみの理事長・統括院長)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

Introduction	p2
はじめに	p3
1. 心不全の適切な治療	p4
2. チーム医療	p11
3. 家族ケア	p17
4. 意思決定支援	p18
5. 症状緩和	p24
おわりに	p28

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

Introduction

1 心不全の適切な治療

心不全の適切な治療においては、①ガイドラインに準じた治療、②導入しやすいものから加える(足し算)、③副作用を考慮して減らす(引き算)、を考える。利尿薬は、ループ利尿薬、サイアザイド系利尿薬、スピロノラクトン、バソプレシンV₂-受容体拮抗薬を組み合わせる。

超高齢者の心房細動への抗凝固療法においては、出血すると止まりにくくなる副作用があるため、転倒などを回避しながら治療を継続することが課題である。

2 チーム医療

病院と違い、在宅では職種間での疾患に対する知識の差が、患者のとらえ方に相違を生じさせる。

より早期に心不全増悪を発見するために、①心不全増悪時における症状の出かた、②至適体重の設定、③至適BNP/NT-proBNP値は、非専門で構成されるチームにとって簡便な指標となる。また、地域での非専門の医療介護職のスタッフは、循環器疾患に対して不安を抱いている。高齢心不全患者の多くは併存疾患も多く、心不全以外の再入院も多い。これからの心不全の在宅管理においては、遠隔医療のさらなる社会実装が望まれる。

3 家族ケア

在宅医療においては、介護負担の増大が在宅療養の切れ目でもある。患者だけではなく介護者にも同様に目を向ける必要がある。介護負担を軽減するためには、多施設・多職種間で情報共有を行いながら、①患者の症状緩和、②介護者自身の問題解決、③傾聴、④マンパワーの強化、⑤予後通知、⑥レスパイトの検討、⑦介護負担スコアの活用、が重要である。

4 意思決定支援

意思決定支援には、十分な情報を得て、個人の価値観に一致した決定をすることである。このため、わかりやすい情報の提示が重要である。患者にとって最善のケアは何かを大切に、家族や関わる医療介護職によって、人生の物語を考えながら合意形成に至る過程を大切に、ぎりぎりまで調整する努力を行う。

5 症状緩和

心不全患者は様々な症状を呈する。最も一般的な呼吸困難感に対しては、①質と量、②治療可能な原因の存在、③低酸素状態である呼吸不全、④不安、に留意する。

また呼吸困難感に対する非薬物療法と薬物療法を考慮し、その上で症状緩和が困難な場合は鎮静を考える。あらゆる積極的な治療の選択肢を検討した上で、①苦痛の抵抗性、②生命予後、③患者の希望、を考えて鎮静手段を検討する。

はじめに

超高齢社会の一途をたどるわが国は、心不全患者数の増加が続くことが予想されており、このような心不全患者数の急増に対応するために循環器医のみならず、かかりつけ医が在宅での心不全診療を行っていくことが必要な時代を迎えている。また高齢心不全患者のみならず、多くの高齢者が要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築が推進されている。

これからの心不全医療においては、心不全の病期の進行とともに、生活の場に近い地域での「LIFE（生命，生活，人生）」を考えた在宅ケアが必要である。

心不全の在宅ケアの役割は、①長期入院から早い段階での在宅管理、②再入院の予防・ケア、③急性増悪時の治療、そして④在宅での看取りである。これにより、心不全患者の再入院を減らし、生活の質(QOL)を保ちながら在宅療養を維持していく。

本稿では、心不全の在宅管理の5つのポイントを、症例を交えながら概説する(表1)

表1 心不全の在宅管理—5つのポイント

1. 心不全の適切な治療
2. チーム医療
3. 家族ケア
4. 意思決定支援
5. 症状緩和

1. 心不全の適切な治療

不全医療は、ステージごとにガイドラインに準じた適切な医療を考える。そこでは多職種での包括的なケア、患者教育や相談支援、薬物治療・非薬物治療の適応、症状モニタリングなどが重要となる¹⁾。

心不全治療薬は、予後改善薬と症状緩和薬に大別される。左室収縮能が保たれた心不全(heart failure with preserved ejection fraction: HFpEF)に対する予後改善薬のエビデンスはまだ不十分であり、利尿薬や併存症を中心とした治療になる。

収縮能が低下した心不全(heart failure with reduced ejection fraction: HFrEF)に対する予後改善薬として、ACEI/ARB/ARNI、 β 遮断薬、MRA、SGLT2阻害薬の4剤が挙げられる。在宅でみる超高齢者でカヘキシーが進行し、血圧低値、腎機能低下などの背景をもつハイリスク症例においては、それぞれの臨床背景をみながら使用を検討する(表2)²⁾。特に β 遮断薬においては、基礎疾患が心臓弁膜症、先天性心疾患、HFpEFの症

例に過量投与されているケースも多く，病態を考えながら投与の必要性を考慮する必要がある。

表2 心不全患者の背景と治療導入の実際

	Age	Stage A	Stage B	Stage C	Stage D
ACP	< 75	5	5	7	9
	≥ 75	5	6	8	9
栄養相談	< 75	7	7	8	8
	≥ 75	6	7	8	8
フレイル 評価	< 75	5	6	8	9
	≥ 75	7	7	8	9
リハ 相談	< 75	4	6	8	8
	≥ 75	4	6	8	8

	Age	HR > 60	50 ≤ HR ≤ 60	HR < 50
BB	< 75	9	7	5
	75 ≤ age < 85	8	7	3
	≥ 85	7	4	2
ICD	< 75	7		
	75 ≤ age < 85	6		
	≥ 85	4		

	Age	eGFR > 60	30 ≤ eGFR ≤ 60	eGFR < 30
ACEI ARB	< 75	9	8	6
	75 ≤ age < 85	9	8	6
	≥ 85	7	6	5
MRA	< 75	8	8	5
	75 ≤ age < 85	8	7	3
	≥ 85	7	6	3
ARNI	< 75	8	7	6
	75 ≤ age < 85	8	7	5
	≥ 85	7	5	3
SGLT2	< 75	8	7	5
	75 ≤ age < 85	8	7	5
	≥ 85	6	5	4

専門家による治療推奨度：灰色(高)，水色(中)，青色(低)

(文献2より作成)