

虚血性心疾患を中心とした 心不全の包括的ケアの実際



岐阜県総合医療センター
慢性心不全看護認定看護師 養島啓太



心不全とは？

ガイドライン2025での定義

心臓の構造・機能的な異常により、うっ血や心内圧上昇、および／あるいは心拍出量低下や組織低還流をきたし、呼吸困難、浮腫、倦怠感などの症状や運動耐容能低下を呈する症候群



一般向けの定義（わかりやすく表現したの）

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。



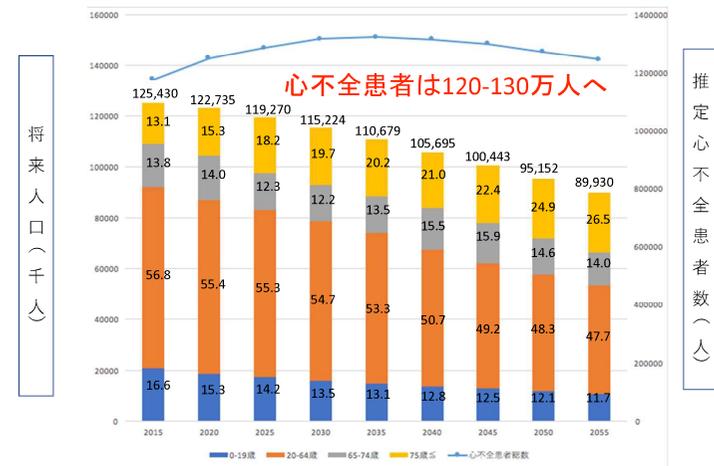
今なぜ“心不全”なのか

- ❖人口の高齢化
(2025年問題、高齢化・多死社会)
- ❖生活習慣病の増加
(心疾患リスクファクター)
- ❖救急医療における治療技術の進歩による救命率の向上
- ❖心疾患は、人口の死因順位、第2位。
etc.

心不全患者は増加の一途・・・

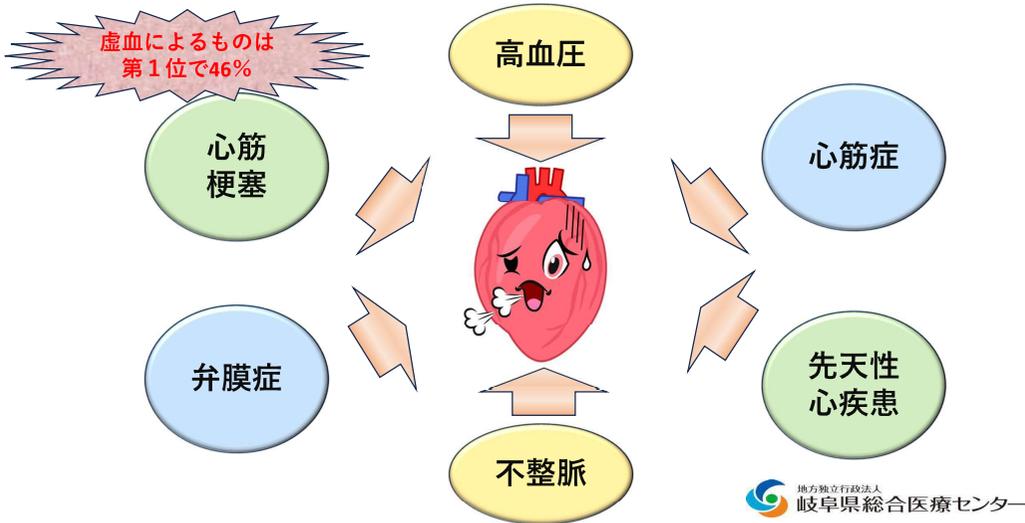


心不全パンデミック

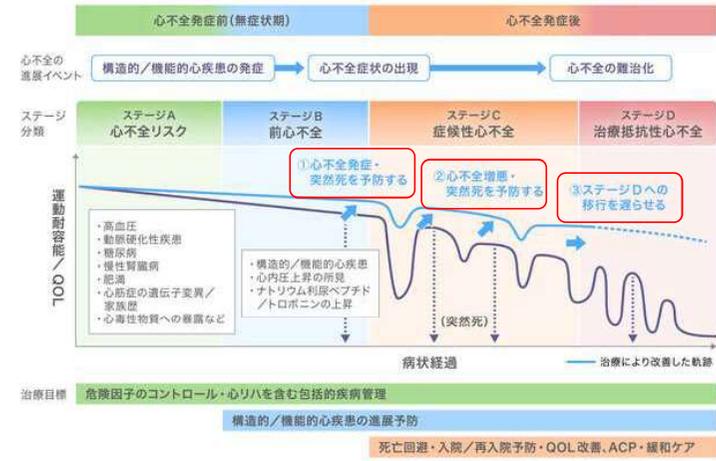


国立社会保障・人口問題研究所の平成18年12月推計による日本の将来推計人口および Okura Y, et al. Circ J. 2008; 72: 489-91. より作成

慢性心不全の基礎疾患



心不全ステージの治療目標と病の軌跡



心不全診療ガイドライン2025より引用

心不全のステージ分類

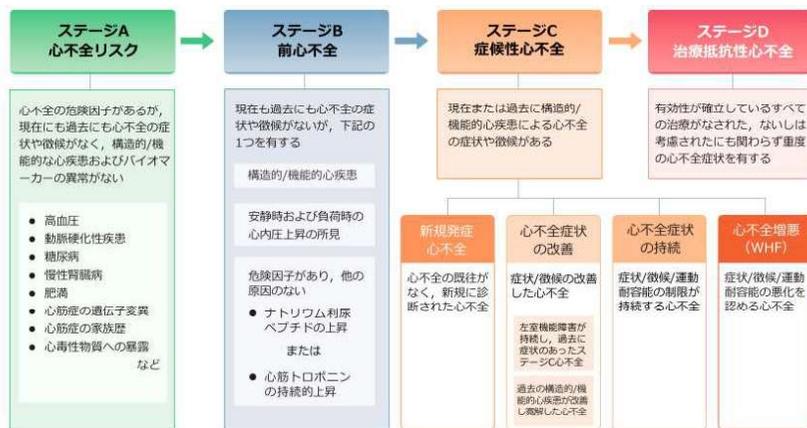
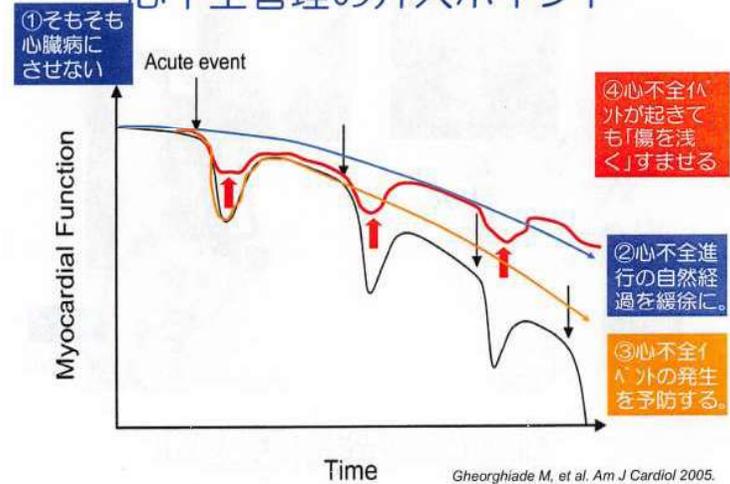


図3 心不全のステージ分類

心不全診療ガイドライン2025より引用

心不全管理の介入ポイント



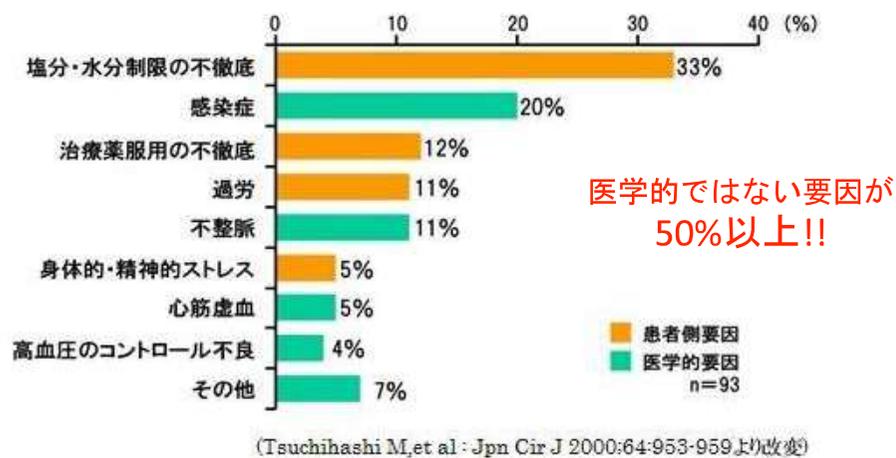
心不全の急性増悪



心不全の増悪因子

- | |
|--------------------------|
| a) 服薬コンプライアンスの欠如 |
| b) 水分・塩分摂取過多 |
| c) 感染症 特に肺炎や敗血症 |
| d) 重症な脳障害 |
| e) 手術後 |
| f) 腎機能低下 |
| g) 喘息 |
| h) 薬物濫用, 心機能抑制作用のある薬物の投与 |
| i) アルコール多飲 |
| j) 褐色細胞腫 |
| k) 過労, 不眠, 情動的・身体的ストレス |
- 地方独立行政法人
岐阜県総合医療センター

心不全増悪による再入院の要因



左心不全と右心不全

左心不全

肺うっ血

左心房圧上昇

拍出量低下

心拍出量低下

左心不全の症状

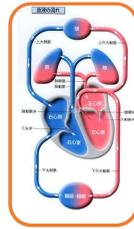
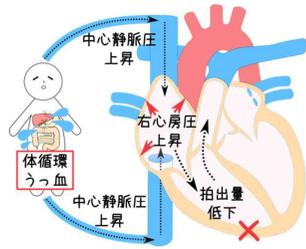
- 起坐呼吸
- 気道分泌液の増加
- 喘鳴
- 頻脈
- チアノーゼ
- 尿量減少
- 蝶形陰影
- ピンク色の泡沫状喀痰

- 左心房圧、つまり肺動脈楔入圧 (PCWP) が上昇し、肺循環にうっ血が著名な状態
- うっ血による症状・所見としては、**労作性呼吸困難、起坐呼吸、喘鳴、湿性ラ音などの急性肺水腫**がみられる。

地方独立行政法人
岐阜県総合医療センター

左心不全と右心不全

右心不全



▼ 右心不全の症状



- 中心静脈圧（CVP）の上昇に伴う静脈のうっ血が見られる。
- 症状・所見として頸静脈怒張、下肢の浮腫、漏出性の胸水、腹水、肝腫大がみられる。

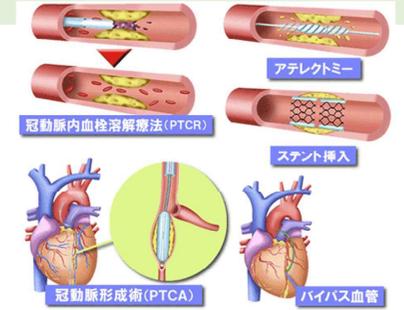
心筋梗塞とは？

心臓に血液を送る血管（冠動脈）が動脈硬化で狭くなり、プラークが破れて血栓ができて詰まることで、心筋への血流が完全に途絶え、心臓の筋肉が壊死する病気

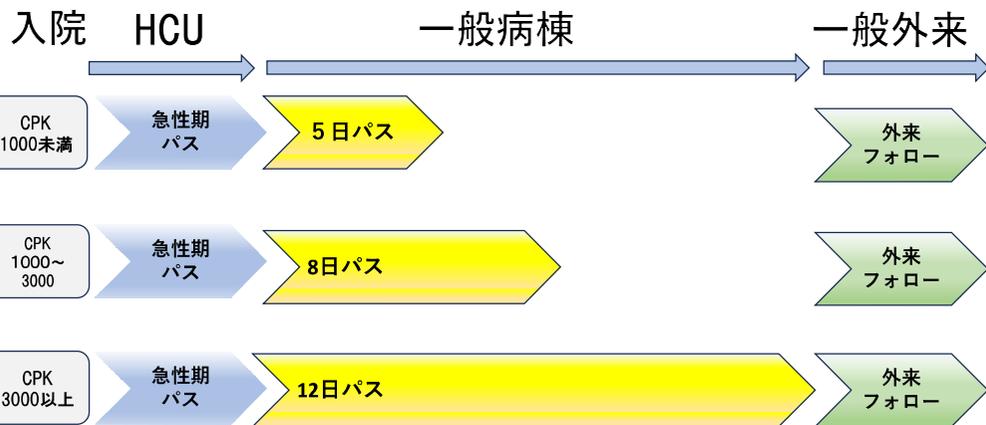
心筋梗塞の治療とは？

- 再開通療法
- 薬物療法
- 外科的治療
- **心臓リハビリテーション**

生活指導



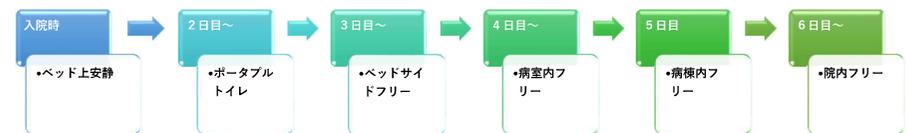
当院における虚血性心疾患の管理



12日パスの安静度

入院中に・・・

心筋梗塞の指導パンフレットに沿って生活指導実施



心筋梗塞リハビリ 12日を受けられる方へ（ACSリハビリ 12日）

この冊子はおおよその経過をお知らせするもので、治療・検査・看護ケアなど個々に異なります。目安としてご覧ください。

| 月/日 | 1日目 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | 5日目 | 6～10日目 | 11日目 | 12日目 |
|------|--------------------------|--------------------------|------------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 達成目標 | リハビリテーションの必要性が分かる | 自分の病状、薬物の薬量と管理について理解が深まる | 日常生活の注意点が理解できる | 100m歩行 | 200m歩行 | 心機能運動耐性試験（運動処方） | 有酸素運動 | 有酸素運動 |
| 治療 | 感染予防のための薬剤投与があります | 胸部レントゲン、心電図、血液検査 | 胸部レントゲン、心電図、血液検査 | 胸部レントゲン、心電図、心エコー、血液・尿検査、運動前心エコー、血圧測定、ECG 誘発検査 | | | | |
| 食事 | | | | | | | | |
| 排泄 | リハビリ後よりポータブルトイレを使用可能です | | 病室のトイレを使用して下さい | 病室・病棟内のトイレを使用して下さい | | | | |
| 清潔 | タオルで体を拭きます | | | | | シャワー 浴 入浴 | | |
| 活動 | ベッド上で過ごして下さい | リハビリ後からベッドから降りる事が出来ます | 病室内でお過ごし下さい | 病室内でお過ごし下さい | 病室内は自由 | | | |
| 説明 | 理学療法士よりリハビリの説明、看護士より食事指導 | 看護士よりリハビリの説明、看護士より食事指導 | 薬剤師より薬剤指導 | 看護士より日常生活についての説明 | 理学療法士より生活についての説明 | 理学療法士より生活についての説明 | 理学療法士より生活についての説明 | 理学療法士より生活についての説明 |

平均入院期間：約2週間 入院費用などの詳細は、医事課6番窓口でお尋ねください。

医師 看護師 患者・家族

心筋梗塞の生活指導の位置づけ

2023年3月17日更新
2023年3月10日発行

2013/9/13 更新版
循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2010年度合同研究班報告）
心筋梗塞二次予防に関するガイドライン
(2011年改訂版)
Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2011)

2021-2022年度活動
2023年改訂版
冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン
JCS 2023 Guideline on the Primary Prevention of Coronary Artery Disease

7 患者教育

クラスI

- 心筋梗塞患者は、退院までに生活習慣の修正、服薬方法、等の再発予防のための知識についての教育をしっかりと受ける必要がある。（エビデンスB）
- 患者本人およびその家族は、心筋梗塞・狭心症等の急性症状について理解し、それに対する適切な対処を取れるように教育を受ける必要がある。（エビデンスC）

表4 冠動脈疾患一次予防における包括的リスク管理の推奨とエビデンスレベル

| | 推奨クラス | エビデンスレベル |
|----------------------------|-------|----------|
| 心血管疾患の一次予防に対して包括的リスク管理を行う。 | I | C |

急性・慢性心不全診療ガイドライン2017より

心不全診療ガイドライン2025より

表75 心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル

| | 推奨クラス | エビデンスレベル | Minds推奨グレード | Mindsエビデンス分類 |
|---|-------|----------|-------------|--------------|
| 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 | I | A | A | I |

推奨表78 心不全患者における疾病管理・セルフケアに関する推奨とエビデンスレベル

| | 推奨クラス | エビデンスレベル |
|---|-------|----------|
| 心不全入院や死亡リスク低下のため、患者および家族、介護者に多職種チームでセルフケア教育と支援を含めた包括的介入を行う ^{1232, 1957, 1960, 1961)} | I | A |

心疾患には生活指導が不可欠

心筋梗塞と心不全の管理目標

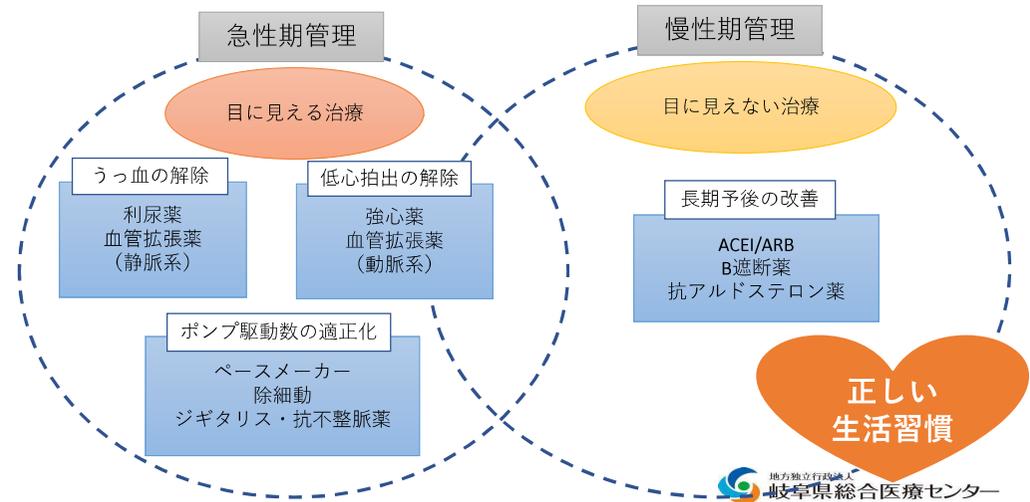
心筋梗塞

冠動脈疾患の**再発**予防！
禁煙や脂質管理、動脈硬化予防

心不全

慢性疾患の**増悪**予防！
体液管理や水分、塩分制限

心不全治療のすみわけ



急性期の看護のポイント

適切なモニタリング

- 心電図モニター、血圧コントロール、尿量測定、症状の変化

呼吸補助療法

- 呼吸困難感の変化、酸素療法、場合によってはNIPPVなども

薬物療法

- 利尿薬、降圧薬、カテコラミン、心拍コントロール、抗不整脈薬

苦痛の緩和

- 呼吸困難感、倦怠感などへの対応 体位調整、薬剤投与、良質な休息

早期リハビリテーション

- 廃用予防 デコンディショニング予防

慢性期の看護のポイント

セルフモニタリングの支援

- 体重測定、血圧・脈拍測定・自覚症状（呼吸困難感、倦怠感など）、浮腫の変化

患者教育

- 心不全とは？心不全が辿る経過、病みの軌跡について
- 塩分・水分・栄養管理・内服管理・運動療法・感染予防・排便コントロール、禁煙、飲酒

多職種連携と退院支援

- 患者の生活能力、家族力の見極め・生活調整・社会資源の活用

終末期の看護

- 呼吸困難や疼痛、全身倦怠感への対応、意思決定支援、アドバンスケアプランニング

チーム医療について

心不全増悪による再入院は、退院後6か月以内で27%、1年後は35% JCARE-CARDより

心不全で入院後、1年以内の全死亡率は約20%
退院患者のうち、1年以内の再入院率は27～29%程度
心不全診療ガイドライン2025より

多職種チームによる心不全管理



推奨表 78 心不全患者における疾病管理・セルフケアに関する推奨とエビデンスレベル

| | 推奨クラス | エビデンスレベル |
|---|-------|----------|
| 心不全入院や死亡リスク低下のため、患者および家族、介護者に多職種チームでセルフケア教育と支援を含めた包括的介入を行う ^{122, 125, 126, 129, 130, 131} | I | A |
| 死亡リスク低下のため、インフルエンザワクチンの接種を行う ¹²² | I | B-R |
| 心不全増悪の早期発見・早期治療のため、患者、家族、介護者、医療・介護従事者が心不全の症状・徴候をモニタリングする ^{122, 125} | I | B-NR |
| 死亡リスク低下のため、肺炎球菌やCOVID19のワクチン接種を考慮する ^{127, 128} | IIa | B-NR |
| 適切なセルフケア支援のため、セルフケア不良の危険因子（うつ、認知機能障害、フレイル、健康の社会的決定要因）の評価を考慮する ^{124, 125, 126, 129, 130, 131} | IIa | B-NR |

心不全カンファレンスについて

☆対象患者☆

半年以内に心不全で再入院された患者。
また、上記に関わらず介入依頼があった患者。
緩和ケア対象患者。

☆目的☆

- 多職種での情報共有
- 増悪因子の特定
- 退院までの方針を多職種で統一可

心不全カンファレンスについて

☆医学的要因☆

- ・ 医者目線での治療の方向性の検討
(主に医師が主体)

☆環境的要因☆

- ・ 医学的要因以外での増悪因子に対する検討
(多職種が主体)

どちらの増悪要因が強いかで、
検討内容も異なってくる！



カンファレンスの進行について



多職種チームにおける看護師の役割



心不全パンフレットの指導項目

1. 病態の理解
2. 服薬の重要性
3. 適切な栄養
4. 減塩
5. 適切な水分量
6. 感染予防
7. 禁煙
8. 過度な活動
9. ストレスとの付き合い方
10. 受診のタイミング

服薬の重要性

服薬の自己中断は、心不全増悪の誘因の一つ

【アセスメント項目】

- ✓ 治療薬服用の必要性の理解や、使用に対する不安
- ✓ 身体的理由(薬が取り出しにくい、飲み込みにくい、認知機能の低下)
- ✓ 治療薬の有効性への疑問
- ✓ 副作用の経験
- ✓ 経済的理由
- ✓ 複雑な処方内容 etc.

【具体的な支援】

- 薬剤師と連携しながら、薬物名や投与量、投与回数、副作用の知識を提供するとともに、投薬量や服薬アドヒアランスのチェック、副作用のモニタリングを行う
- 服薬アドヒアランスの向上のため、薬物の一包化、種類や投与回数の減量、飲みやすい錠形への変更の可能性について主治医や薬剤師と適宜連携していく
- 飲み忘れを防ぐため、1週間用や1日よりのピルボックス(薬ケース)を利用したり、薬を目につく所に置いておく

食事管理



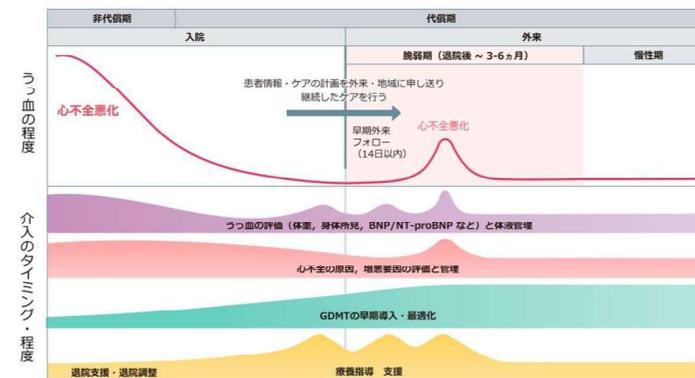
- 食事は人生の楽しみの一つであることも多く、食事の管理が患者の負担になりすぎないように注意を払いながら、栄養のバランスのとれた食生活を支援しましょう
- 1日3食の規則正しい食事を心がけましょう。
- 毎食し「主食1品、主菜1品、副菜2品程度」を目安に、栄養に偏りがないようにいろいろな食材をとりいれましょう
- 減塩は心不全管理において重要だが、高齢者においては過度な塩分制限によって食思不振をまねく恐れがある
- 至適体重を維持できるエネルギーをとりましょう
- タンパク質を十分に取り、脂質は量と質を考えて取りましょう
- 肥満は心不全の危険因子であるが、心不全になると**低栄養は心不全患者の予後不良因子**となり、栄養管理は心不全管理においてとても重要
- 食事がとれない方は栄養補助食品なども考えていきましょう

塩分管理



- 急性心不全治療ガイドライン(2011年改訂版)
 - 低ナトリウム血症患者では水分摂取を1日1.5~2Lに制限する
 - 画一的な水分摂取制限に臨床的な利点はない
 - 減塩は必須事項である。1gのNaCl摂取は200-300mlの体液量を増加させる
- 急性・慢性心不全診療ガイドライン
 - 慢性心不全では減塩によるナトリウム制限が重要である。
 - ACCF/AHAの心不全ガイドラインでは、ステージCあるいはDの患者では1日3g未満。
 - ECSのガイドライン(2016)では1日6g未満。
 - 日本のガイドラインでは**減塩目標6g未満**。
 - 高齢者においては過度のナトリウム制限が食欲を低下させ栄養不良となるため、味付けには適宜調節が必要
- 急性・慢性心不全診療ガイドライン2025
 - 代償期の心不全患者の適切な塩分摂取量のエビデンスは確立していない
- 高血圧治療ガイドライン2014
 - 減塩目標は**食塩6g/日未満**

心不全の非代償期から代償期への移行期管理



※ GDMTとは?
「Guideline-directed Medical Therapy」の略で、ガイドラインで推奨される薬物療法のこと

- ✓ うっ血の評価は、入院だけでなく退院後も患者・介護者が体重測定などを行い、継続的に評価を行う
- ✓ 退院前にかつ血の改善がないことを確認し、退院後に増悪がない早期に評価する
- ✓ 退院後の増悪時は外来の受診時間を短くするなどにかつ血を速に評価する
- ✓ 心不全の原因・増悪要因の評価は入院時だけでなく、退院後心不全の悪化がみられた場合に再評価して適切な介入を行う
- ✓ GDMTの調整は入院中だけでなく退院後も継続して行い、個々の状態に応じて早期導入・最適化を待つ
- ✓ 患者・家族への退院支援、退院調整は入院後早期より開始する
- ✓ セルフケア教育と療養支援を入院中から退院後も継続して行い、特に退院前、退院後早期と増悪時は重点的に行う
- ✓ 多職種による介入を実施するため外来心臓リハビリテーションを活用する

慢性心不全の治療の目標

- ❖ 健やかに長生きすること
- ❖ 症状を軽くすること
- ❖ いきいきとした生活ができること

日本心不全学会『心不全手帳』より

つまり・・・

『心不全とうまく付き合っていくこと』



心不全看護外来

担当：心臓リハビリ当番医 1名
慢性心不全看護認定看護師 1名
心臓リハビリ担当看護師 1名

対象：心不全で入院歴のある患者

時間：1人に30分程度

場所：循環器診察室、または心臓リハビリ室



令和6年 診療報酬の改定

在宅療養指導料の見直し

退院後の外来心不全看護が
必要なものとして見直されている

第1 基本的な考え方

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価する。

| 改定案 | 現行 |
|--|---|
| <p>【在宅療養指導料】 【算定要件】 注1 第2節第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者。器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合には、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月において、月2回）に限り算定する。</p> <p>(1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定する。</p> | <p>【在宅療養指導料】 【算定要件】 注1 第2節第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月において、月2回）に限り算定する。</p> <p>(1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要す</p> |

実際の事例

サムスカの屯用処方を行い、再入院予防などを試みるが、十分な効果は得られていなかった。

2013年から2015年に10回の入退院を繰り返していた。

2015年には1年で5回の入退院をしている。

しかし、2016年5月に退院後、尿路感染から敗血症になり、ショックバイタルにて救急搬送。人工呼吸器管理を含めた、集中治療を行い、一般病棟へ転棟。

実際の事例

病状は落ち着き、退院を視野に入れ始めるが、ショック状態になっての入院は初めてで、退院への不安が強かった。

試験外泊なども行い、問題もなかったため退院となる。

再入院の既往もあり、主治医、看護師、リハビリとも相談し、多職種でフォローしていく体制とした。

具体的には・・・

心臓リハビリに3回～2回/週、通院していただく。
週に1度は、外来心臓リハビリで主治医の診察をうける。
1回/月に看護師と面談をする。



約1年半
再入院なし

- ・ 異常時の早期発見と対応ができる
- ・ 療養生活の気のゆるみをリセットできる
- ・ 患者が生活を振り返る機会になる

指導をする中で

医療者のできていると、患者
のできているは違う！

- ・ 患者に生活指導が守れているかと聞くと、守れていると言われる。
- ・ 具体的に細かく生活を聞いていくと、改善の余地はある。

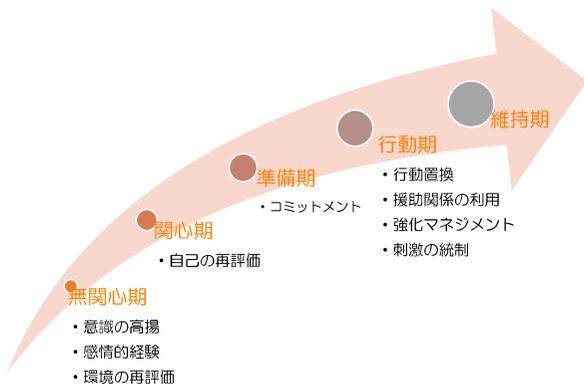
しかし・・・

一方的に指導をしても、すべてできるわけではなく、いろいろと制限を強要されてしまっているような生活を送ることは難しい

大切なのは・・・

生活状況を聞き、データをフィードバックし、良ければそれを続けてもらうように賞賛し、悪くなっていれば、生活の改善点を患者自身が気付けるようにかかわっていく。

行動変容ステージモデル



ProchaskaとDiClemente(1983年)によって提唱されたモデル。
人の行動変容を5つのステージを通るプロセスであると考え、行動変容を促す場合は、その人のステージに合った働きかけをすることが勧められている。

外来フォローについて

- ・ 当院では退院1か月後の外来受診が標準化されている
- ・ ハイリスクの患者に関しては2週間後に外来受診

外来受診時に看護外来で
看護師も介入

マンパワーにも限界が・・・



推奨表 49 心不全増悪で入院した患者に対する移行期管理の推奨とエビデンスレベル

| | 推奨クラス | エビデンスレベル |
|---|-------|----------|
| 心不全再入院、死亡リスク低下、QOL向上のため、退院支援と継続的ケア（移行期ケア）を行う ^{49M, 124M, 125M} | I | A |
| 心不全再入院や死亡リスクを低下させるため、GDMTの導入をできるだけ早期に行い、至適用量への調整を退院後も継続して行う ^{188, 603, 604, 655, 660} | I | B-R |
| HFrEF患者では、GDMTを忍容性に応じて継続し、中止・減量した場合は早期に再開し最適な用量に調節する ^{123D} | I | B-NR |
| 退院前にうっ血の評価を行い、うっ血が残っていたら薬物治療を最適化する ^{127, 128, 129I, 130D} | I | B-NR |
| 心不全再入院のリスクを低下させるため、退院後14日以内に外来診察を行い、うっ血の評価と心不全治療の最適化を考慮する ^{90, 189, 1207, 1208, 1235-1237} | IIa | B-NR |
| 心不全再入院のリスクを低下させるため、退院後3～6ヶ月以内（脆弱期）は心不全徴候の注意深い評価を考慮する ^{99, 189, 1207, 1208, 1224} | IIa | C-LD |

心不全電話訪問

当院での取り組み

対象：当院から退院する全患者（転院、施設退院は除く）

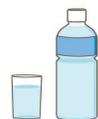
電話訪問に同意が得られた患者に2週間以内に行う



内容

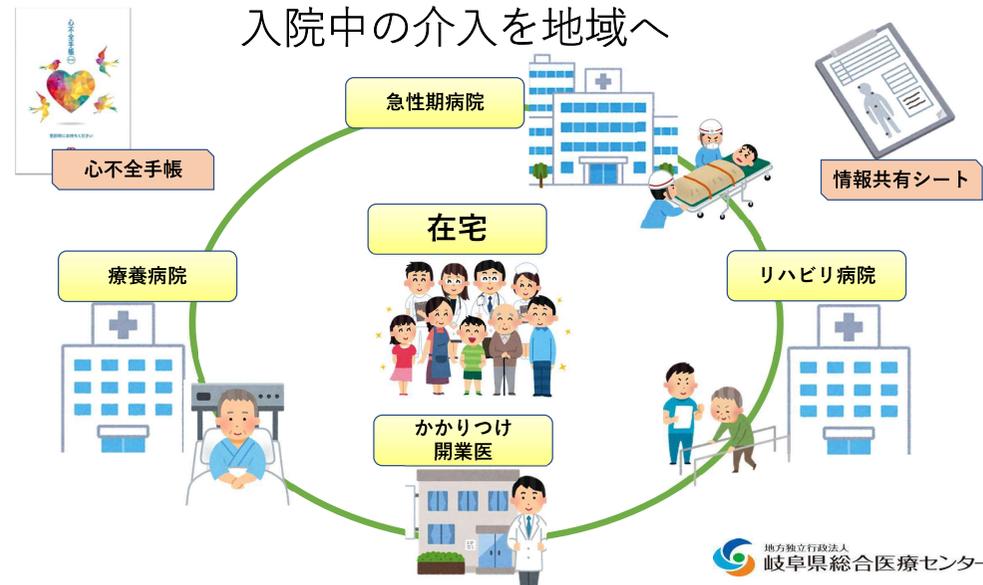
- 自覚症状や体重の変化がないか？
- 内服薬の飲み忘れがないか？
- 適正水分を覚えていて、守れているか？
- 食生活はどうか？
- 過活動、または運動不足になっていないか？ 等々

必要に応じて再指導
異常時は医師に相談



地方独立行政法人
岐阜県総合医療センター

入院中の介入を地域へ

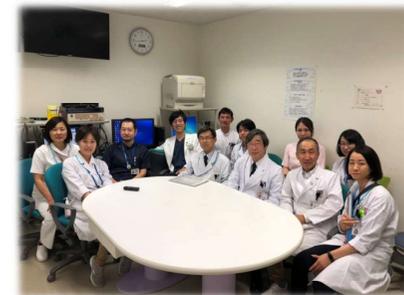


まとめ

- 心疾患患者には再発・増悪予防のために生活指導が必要である
- 多職種で連携して治療に当たっていくことが大切である
- その人にとっての治療や指導、生活調整をしていくことが大切である

地方独立行政法人
岐阜県総合医療センター

ご清聴ありがとうございました。



地方独立行政法人
岐阜県総合医療センター