

令和8年度 脳卒中・心不全対策事業

心不全緩和ケア研修会

日 時：令和8年9月17日（木）19：00～20：30

場 所：沖縄県医師会館 会議室4（Web 併用）

司会：常任理事 涌波 淳子

1. 開会

2. 講演

座長：琉球大学病院 永田 春乃

演題1 沖縄協同病院における心不全緩和ケアの取り組み
～当院の心不全緩和ケアプロトコル活用について
沖縄協同病院 慢性心不全看護認定看護師 山城 智恵子

**演題2 南部クリニックにおける循環器専門医と非専門医の
協働と連携による在宅心不全管理**
垣花小児科内科医院 内科
南部クリニック 循環器内科 石原 綾乃

演題3 訪問診療における心不全緩和ケアの実践
～強心薬・オピオイドを用いた在宅心不全管理～
医療法人真成会 ゆずりは在宅循環器内科
院長 儀間 義勝

3. パネルディスカッション

4. 閉会

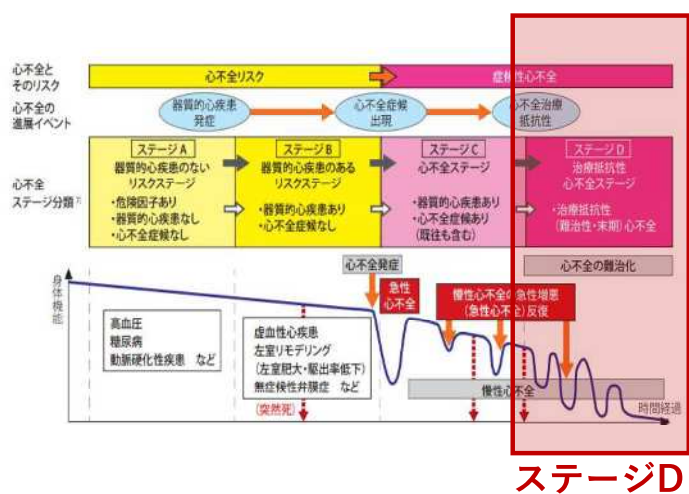
沖縄協同病院

・心不全緩和ケア 医療用麻薬マニュアル

・ACP用紙



当院の心不全緩和ケアマニュアル

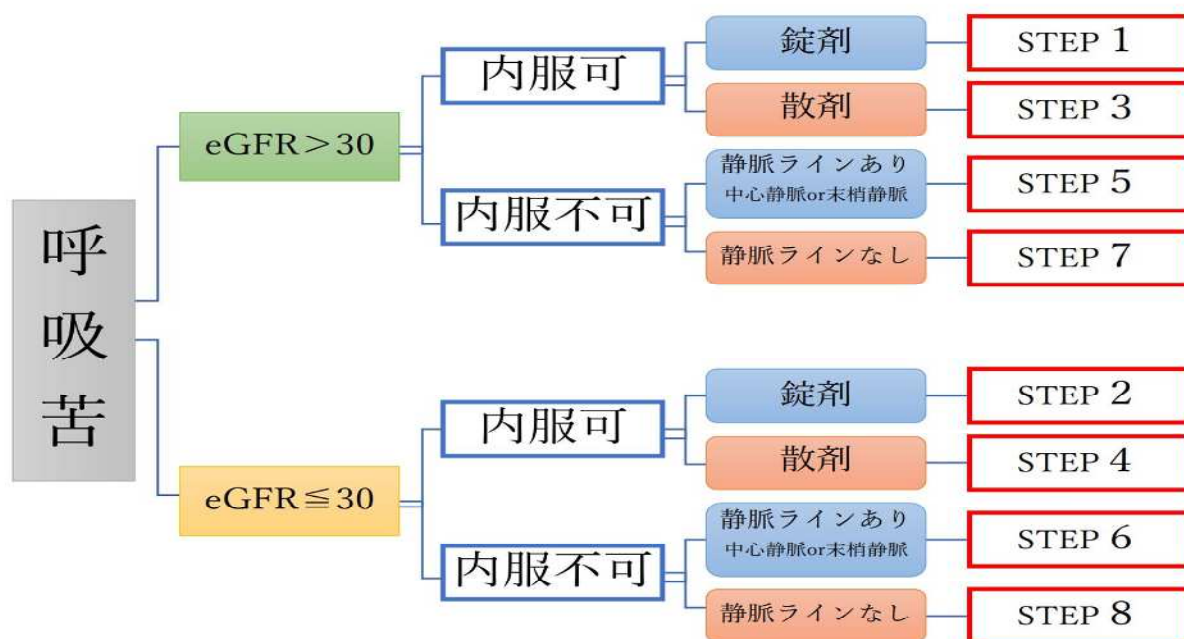


【適応】

- ① 心不全に対して適切な治療が実施されていること
- ② 器質的な心機能障害により、適切な心不全治療にもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物治療を必要とする状態であること
- ③ 医学的に終末期（心不全ステージD）であると判断されること



【協同病院における心不全症状緩和プロトコル】



【協同病院における心不全症状緩和プロトコル】

STEP 1 （錠剤）eGFR>30 リン酸コデイン錠 5 m.g. 初回投与 5mg×4錠 分2 (モルヒネ内服換算 3.3mg) 増量→5mg×9錠 分3 (モルヒネ内服換算 7.5mg) →5mg×12錠 分4 (モルヒネ内服換算 10mg) =モルヒネ錠 10mg 分2 →5mg ずつ増量	STEP 2 （錠剤）eGFR≤30 リン酸コデイン錠 5 m.g. 初回投与 5mg×2錠 分2 (モルヒネ内服換算 1.6mg) 増量→5mg×4錠 分2 (モルヒネ内服換算 3.2mg) →5mg×6錠 分3 (モルヒネ内服換算 5mg) →増量時は静脈注射 もしくは皮下注射へ変更
STEP 3 （散剤）eGFR>30 コデインリン酸塩散 10mg/g 初回投与 20mg 分2 (モルヒネ内服換算 3.3mg) 増量→45mg 分3 (モルヒネ内服換算 7.5mg) →60mg 分3 (モルヒネ内服換算 10mg) →増量時は静脈注射 もしくは皮下注射へ変更	STEP 4 （散剤）eGFR≤30 コデインリン酸塩散 10mg/g 初回投与 10mg 分2 (モルヒネ内服換算 1.6mg) 増量→20mg 分2 (モルヒネ内服換算 3.2mg) →30mg 分3 (モルヒネ内服換算 5mg) →増量時は静脈注射 もしくは皮下注射へ変更

★オーダーについて 「セット」⇒診療科「心不全（循環器）」にあります

★内服のレスキューは増量で対応します

【協同病院における心不全症状緩和プロトコール】



【協同病院における心不全症状緩和プロトコール】

★評価→NRS (呼吸苦) 目標：4 以下

→フェイススケール目標：2～3 目標 (緩和テンプレート参照)

★呼吸回数 10 回以下：投与量は維持する (増量、レスキュー、終了はしない)

※速度変更 (増減) した場合は 15 分後に再評価 (バイタル、フィジカルチェック)

副作用→せん妄、嘔気、嘔吐、便秘、痙攣

★日中、毎日チームカンファレンス (薬剤評価→MAX 量 15～20mg/日、緩和効果ない)

(注意事項) ※日中に開始する (開始後患者状態から持続量確認するため)

※医療用麻薬の持続経路は 1 ml/hr 超えなければ皮下投与、1 ml/hr 超えるようであれば静注でお願いします (要相談)

★静注・皮下：内服 = 1 : 2 (力価)

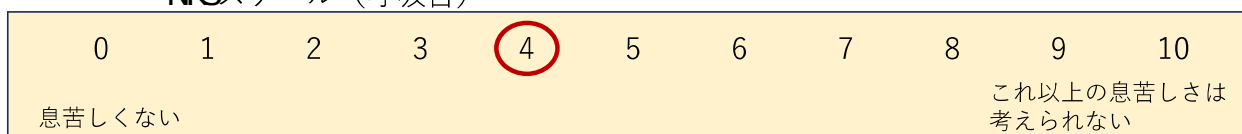


【協同病院における心不全症状緩和プロトコール】

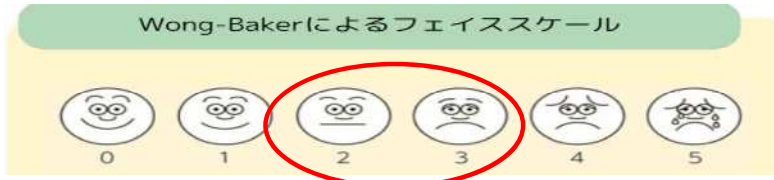
評価方法：呼吸

- **NRS** スケール（呼吸苦） 目標：**4** 以下
フェイススケール 目標：**2～3**
 - 呼吸回数
10 回以下のときは投与量は維持（増量、レスキューしない）
 - 身体所見
- ※速度変更した場合は、**15** 分後に再評価する

NRSスケール（呼吸苦）



Wong-Bakerによるフェイススケール



【協同病院における心不全症状緩和プロトコール】

鎮静 プロトコール

呼吸苦緩和のためのモルヒネ投与中かつ呼吸苦の緩和効果なし

担当医師や病棟看護師カンファレンス

- ☐ 治療抵抗性 ☐ 苦痛の強さ（フェイススケール・NRS）
- ☐ 予測される生命予後など※多職種で話し合った内容はカルテ記載

患者・家族へ説明

想いを確認し同意が得られた後、鎮静開始

【協同病院における心不全症状緩和プロトコール】

鎮静 プロトコール



【レスキュー】 15分間隔で1時間量早送り→連続3回/時間OK→効果乏しければベースアップする

【協同病院における心不全症状緩和プロトコール】

評価方法 鎮静

- RASS
(Richmond Agitation-Sedation Scale)
-1~0 で調整
- 呼吸回数
10回 以下の時は投与量維持
(増量、レスキューはしない)

※ 速度変更した場合は、
15分後に再評価する

スコア	用語	説明
+4	闘争的	明らかに闘争的であるが、暴力的である。スタッフへの危険が差し迫っている。
+3	強い不穏	チューブまたはカテーテルを引っ張ったり抜いたりする。または、スタッフに対して攻撃的な行動がみられる。
+2	不 穏	無意味に目的のない動きがみられる。または、人工呼吸器との同調が困難である。
+1	落ち着きがない	不安、あるいは心配そうであるが、動きは攻撃的であったり、激しく動くわけではない。
0	意識が清明で穏やか	
-1	傾 眠	完全に清明ではないが、声に対し持続的に開眼し、アイコンタクトがある（10秒を超える）。
-2	浅い鎮静	声に対し短時間開眼し、アイコンタクトがある（10秒未満）。
-3	中程度鎮静	声に対してなんらかの動きがある（しかし、アイコンタクトはない）。
-4	深い鎮静	声に対して動きはみられないが、身体刺激で動きがみられる。
-5	覚醒せず	声でも身体刺激でも反応はみられない。

当院で使用しているACP用紙

あなたの心づもりを教えてください

年 月 日 名前

① あなたの病名はどんな病気か知っていますか？

はい なるほど わからない

② 心不全は放置と悪化を繰り返していき病状です。現在のあなたはどの位の重なりを感じますか？

急性心不全 死亡

③ あなたは、予測される病状の経過や余命を知りたいと思いますか？

知りたい 知りたくない わからない その他

④ 病状について誰かと相談したことがありますか？

ある一人親方(夫・妻) 子供 兄弟姉妹 親(父母) 親戚 友人 代理人

その誰か () ない

⑤ あなたの代わりの判断は誰にしたいと思いますか？

配偶者(夫・妻) 子供 兄弟姉妹 親(父母) 親戚 友人 代理人 医師等

その他 () ない

⑥ あなたが受けたい治療やケアの希望は何ですか？(複数回答可)

☐ 一日でも長く生きられるような治療を受けたい

☐ 痛みや苦しみがなく自分らしく生活することに重点を当てる治療を受けたい

☐ できるだけ自然な形で最期を迎えられるような最期までの治療を受けたい

その他 ()

⑦ 病状が進み、最期の時が近づいた時に感じたいことはありますか？

病状 痛み 自覚 その他 () わからない

また、その場所でのように過ごしたいですか？

☐ 家で(静かに)過ごしたい

☐ 食事・トイレなど、最低限自分でできる生活がしたい

☐ どこかへ移住したい ☐ 家族以外に連絡がたい

その他 ()

⑧ 延命処置を希望しますか？

はい いいえ わからない

誰かに相談して決めた？

家族(夫・妻・友人・親・親戚・医療者)その他 ()

自由回答

今のあなたは

延命処置(病気が治る見込みのない処置)をどこまで希望しますか？

～呼吸や心臓が止まった時～

☐ 心肺バイパス 希望しない 希望する わからない

☐ 気管挿管 希望しない 希望する わからない

☐ 昇圧剤(血圧を上げる薬) 希望しない 希望する わからない

～食べられなくなった時～

☐ 栄養点滴 希望しない 希望する わからない

☐ 鼻からチューブを通して栄養液を入れる 希望しない 希望する わからない

☐ おなかの穴を開けて直接、胃に栄養液を入れる 希望しない 希望する わからない

～尿が出なくなった時～

☐ 透析 希望しない 希望する わからない

☐ 人工透析まで考える 希望しない 希望する わからない

※この書類は何度でも書き換えは可能です

当院で使用しているACP用紙

あなたの心づもりを教えてください

年 月 日 名前

① あなたの病名はどんな病気か知っていますか？

どんな病気か？

② 心不全のステージは？

心不全のステージ

③ 予後知りたい？

④ 相談相手？

ある一人親方(夫・妻) 子供 兄弟姉妹 親(父母) 親戚 友人 代理人 医師等

その誰か () ない

⑥ あなたが受けたい治療やケアの希望は何ですか？(複数回答可)

☐ 一日でも長く生きられるような治療を受けたい

☐ 痛みや苦しみがなく自分らしく生活することに重点を当てる治療を受けたい

☐ できるだけ自然な形で最期を迎えられるような最期までの治療を受けたい

その他 ()

⑦ 病状が進み、最期の時が近づいた時に感じたいことはありますか？

病状 痛み 自覚 その他 () わからない

また、その場所でのように過ごしたいですか？

☐ 家で(静かに)過ごしたい

☐ 食事・トイレなど、最低限自分でできる生活がしたい

☐ どこかへ移住したい ☐ 家族以外に連絡がたい

その他 ()

⑧ 延命処置を希望しますか？

はい いいえ わからない

誰かに相談して決めた？

家族(夫・妻・友人・親・親戚・医療者)その他 ()

医療の選択は？

最期はどこ？

延命治療は？

自由回答

今のあなたは

延命処置(病気が治る見込みのない処置)をどこまで希望しますか？

～呼吸や心臓が止まった時～

☐ 心肺バイパス 希望しない 希望する わからない

☐ 気管挿管 希望しない 希望する わからない

☐ 昇圧剤(血圧を上げる薬) 希望しない 希望する わからない

～食べられなくなった時～

☐ 栄養点滴 希望しない 希望する わからない

☐ 鼻からチューブを通して栄養液を入れる 希望しない 希望する わからない

☐ おなかの穴を開けて直接、胃に栄養液を入れる 希望しない 希望する わからない

～尿が出なくなった時～

☐ 透析 希望しない 希望する わからない

☐ 人工透析まで考える 希望しない 希望する わからない

※この書類は何度でも書き換えは可能です

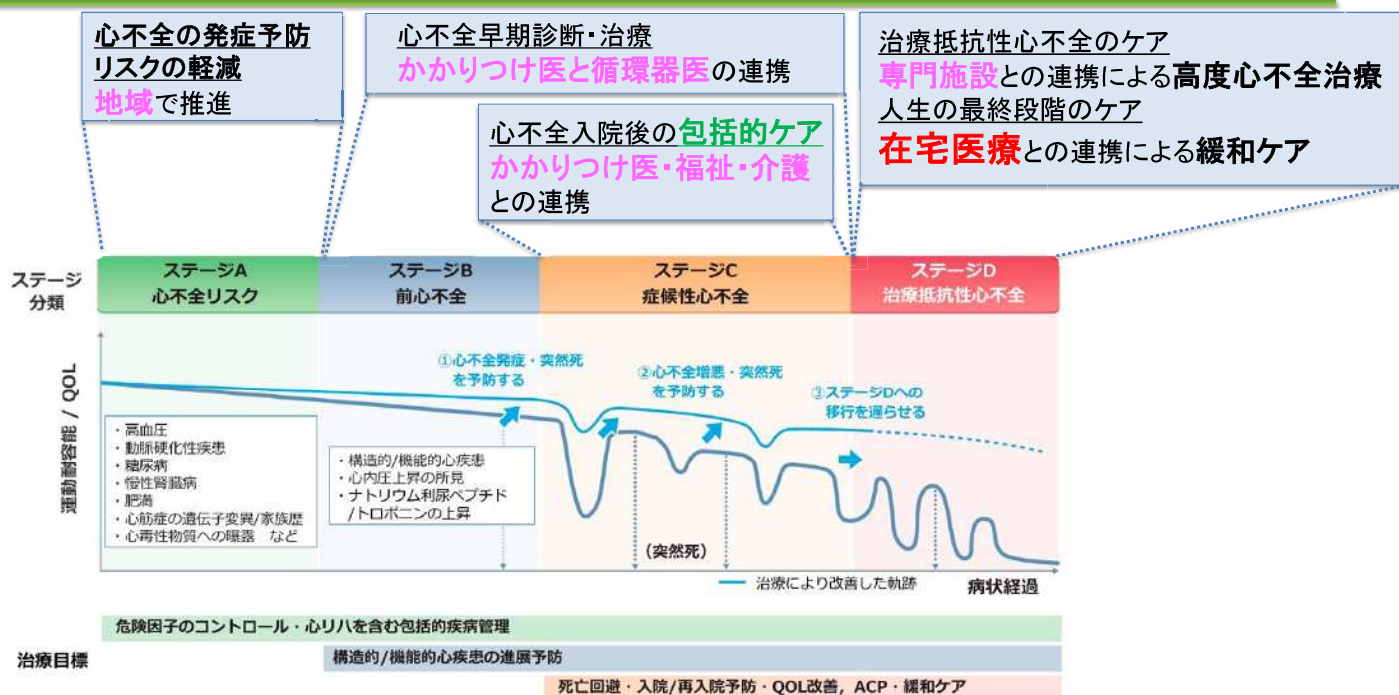
南部クリニックにおける 循環器専門医と非専門医の協働と連携による在宅心不全管理

垣花小児科内科医院 内科・院長補佐
南部クリニック 循環器内科（非常勤）
石原 綾乃

今、なぜ心不全の在宅診療が重要なのか

- 高齢化に伴う心不全の増加
2030年には130万人 65歳以上の高齢者3割
- 高齢化心不全患者の特徴
多疾患併存症、フレイルやサルコペニア、ポリファーマシー、認知症など
生活機能の低下、要介護状態
- ➡ 身体的問題 + 精神的問題 + 社会的問題を包括的に評価・支援する必要性
循環器専門医だけで診る疾患ではない
- 病床数の減少
急性期総合体制加算の要件の厳格化
平均在院日数の短縮
急性期病床から回復期病床への転向
- ➡ 高齢心不全患者が入院できない。「病院」だけではなく「地域」で見る疾患へ

心不全の病の軌跡に沿った地域連携 — ステージAからDまで切れ目なく —



日本循環器学会／日本心不全学会「2025年改訂版 心不全診療ガイドライン」より引用、一部改変

心不全患者の地域連携・地域包括ケアに関する推奨とエビデンスレベル 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン

心不全増悪で入院した患者に対して、入院担当医は、退院後に**かかりつけ医と連携して包括的な心不全ケア**を提供することを考慮する

推奨クラス **IIa** エビデンスレベル **C-LD**

推奨クラス IIa: エビデンス・見解から、有効・有用である可能性が高い
エビデンスレベル C-LD: 小規模臨床研究(後ろ向き研究および登録を含む)で実証されたもの

高齢者、独居者、認知機能障害者など、セルフケアに支援を必要とする患者に対して**社会資源の活用**を行う

推奨クラス **I** エビデンスレベル **A**

推奨クラス I: 手技・治療が有効・有用であるというエビデンスがある、または見解が広く一致している
エビデンスレベル A: 複数の無作為化臨床試験またはメタ解析で実証されたもの

地域で継続的なケアを行うため、連携する**医療・福祉・介護従事者と標準化された情報共有**を行う

推奨クラス **I** エビデンスレベル **C-LD**

心不全診療を「病院」から「**患者の生活の場**」で、「**包括的かつ継続的**」に行うことを推奨

日本循環器学会／日本心不全学会「2025年改訂版 心不全診療ガイドライン」より引用、一部改変

心不全患者の在宅サービスを利用した連携方法

在宅サービス	介入効果
訪問診療	通院の外来診療よりも、訪問診療を受けている患者のほうがケアへのアクセスが向上し、心不全増悪による入院が少ない ²²¹⁷⁾
訪問看護	看護師が、自宅で症状観察・教育・カウンセリングを行うことで、心不全再入院の減少や、抑うつや不安などの心理的負担の軽減に有用 ¹⁹⁵¹⁾
訪問薬剤指導	薬剤師が、自宅で患者教育と心不全症状・徴候の評価、薬物療法の調整と最適化を行うこと、服薬アドヒアランスの向上や心不全再入院の減少に有用 ^{2218, 2219)}
訪問リハビリテーション	在宅での心臓リハビリテーションは、外来心臓リハビリテーションと同等の運動耐容能改善や予後改善への効果がある ²²²⁰⁾
デイケア	週2回以上デイケアを利用している高齢フレイル患者は死亡リスクが低い ²²²¹⁾
宅配食	減塩宅配食（DASH食）の利用は心不全再入院の減少に有用 ²⁰⁴³⁾

(Tsuchihashi-Makaya M, et al. 2013¹⁹⁵¹⁾, Hummel SL, et al. 2018²⁰⁴³⁾, Sun Y, et al. 2021²²¹⁷⁾, Holland R, et al. 2007²²¹⁸⁾, Ponniah A, et al. 2007²²¹⁹⁾, Thomas RJ, et al. 2019²²²⁰⁾, Kuzuya M, et al. 2006²²²¹⁾を参考に作表)

訪問診療は、心不全診療を生活の中で実践するための重要な手段

日本循環器学会／日本心不全学会「2025年改訂版 心不全診療ガイドライン」より引用、一部改変

心不全管理における訪問診療の役割

① 通院困難でも、診療を継続する 心不全以外の治療

生活の場で継続的に心不全を管理
併存疾患、フレイル・サルコペニア、認知症などへの対応

② 増悪を「早く見つける」「防ぐ」心不全の治療

体重・浮腫・呼吸困難・食事摂取・服薬状況などを生活の場で評価し、薬物調整などの治療を行う
服薬・栄養・水分・塩分・感染予防などの生活の場でセルフケア・療養環境を支援

③ 患者の「望む場所で療養する」ことを支える 生活面の支援

自宅・施設など地域での療養
介護・訪問看護・薬剤師・ケアマネジャー・循環器専門医・病院と家族と連携
必要な時には在宅緩和ケア・ACP・看取り

➤ 「在宅」＝「緩和」・「看取り」ではない

在宅でも心不全治療を続け、必要時には紹介や搬送を行い、看取りまで切れ目なく支える

➤ 訪問診療は「通院できない患者への代替医療」ではない

心不全診療の一部であり、心不全患者の生活を見て、その人らしい療養生活を支える診療である

循環器専門医の心不全の在宅診療における役割

非専門医と共通の役割

- 訪問診療の継続性を担保し、心不全以外も含めた総合診療を行う
- 食事、服薬、ADL、認知機能、家族支援、介護力といった生活背景を把握する
- 「いつもと違う」を早期に捉え、体重・血圧・症状・身体所見の経時変化を共有する
- 感染、貧血、脱水、薬剤、腎機能、栄養など非心臓性の増悪因子の評価・治療
- 患者・家族への説明や日常的な意思決定の支援

専門医として担う役割

- 心不全の病型・病因・重症度評価、治療目標の設定
- 血圧・腎機能・電解質を踏まえたGDMT、利尿薬の使い方・治療戦略の組み立て
- 個々の症例における心不全の原疾患（弁膜症、虚血性心疾患、心筋症、不整脈など）の評価
- 頻回増悪、低血圧、腎機能障害、治療抵抗性うっ血などの難治例の支援
- 強心薬などの薬剤、デバイス・手技などの専門的な知識の提供

在宅強心薬持続投与と管理料

算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する**常勤の医師**である必要がある

- 終末期心不全における治療目標の再設定とACPの共同支援、緩和的治療の提案

南部クリニックの診療体制

医師

□ 院長 外科

□ 非常勤医師 3名（**麻酔科**、**血液内科**、**循環器内科**）

	月	火	水	木	金
午前	●● (●)	●● (●)	● (●●)	●● (●)	●●
午後	●●	●●	●●	●	●

所在地：糸満市西崎町

診療エリア：南部地区～那覇市南部

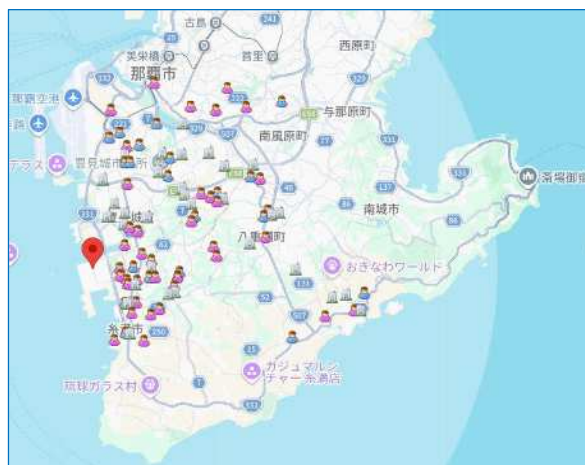
患者数：168名（令和8年9月12日時点）

居宅（63名）、施設（31施設 105名）

- 心不全の診断・治療中または既往あり **68名（40%）**
（疑いは除外） **ステージB以上の心不全**



医療法人会
南部クリニック



心不全の診断・治療中または既往ありが4割は少ないのか？多いのか？

➤ ステージA 心不全リスクを有しているだけの症例は含まれていない

- 高血圧
- 動脈硬化性疾患
- 糖尿病
- 慢性腎臓病
- 肥満
- 心筋症の遺伝子変異/家族歴
- 心毒性物質の暴露

など

精査すればステージB以上はもつという？

➤ 情報共有・評価・診断できていない「隠れ心不全」の存在！？

- 心疾患や心不全の既往があるが、情報共有できていない患者
- 活動性の低下による無症候性の心不全患者
- 全身状態から心疾患、心機能の精査の対象外であり、診断できていない患者

9割近くが心不全症例に該当する可能性あり！？

よく相談されること

➤ 「この患者さんは心不全なのか？」

- 浮腫、息切れや呼吸困難、体重増加の原因としての心不全の評価
- 症状や心疾患の既往はないが BNPが高い など

➤ 心不全を繰り返す症例の治療法・管理方法

- 目標体重の設定
- リスクの管理のための指標と目標の設定 血圧、脈拍、BNP
- 繰り返す要因とその管理・治療 など

➤ 心不全治療薬の調整

- うっ血改善のための利尿薬の適正容量、調整の仕方
- HFrEF症例への基本の4つの薬剤(ACEI/ARB/ARNI、β遮断薬、MRA、SGLT2阻害薬)の導入と調整

➤ デバイスや手術の方法・手技などについて

- ペースメーカー、CRTD、ICDなど

症 例 : 90代女性 繰り返す心不全

特別養護老人ホーム入所中

★Problem list★

- #繰り返す感染症
- #慢性心不全
- #完全房室ブロック(ペースメーカー植え込み後)
- #左下肢深部静脈血栓症既往
- #尿路感染症、誤嚥性肺炎既往
- #低アルブミン血症、低栄養状態
- #廃用症候群
- #脂質異常 #高血圧既往

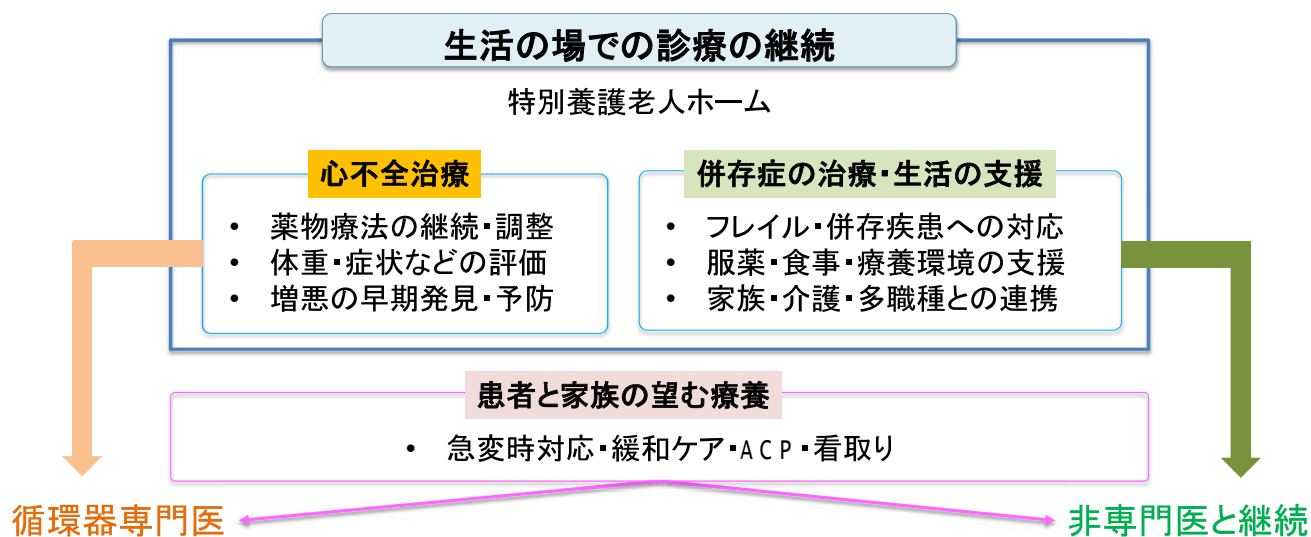
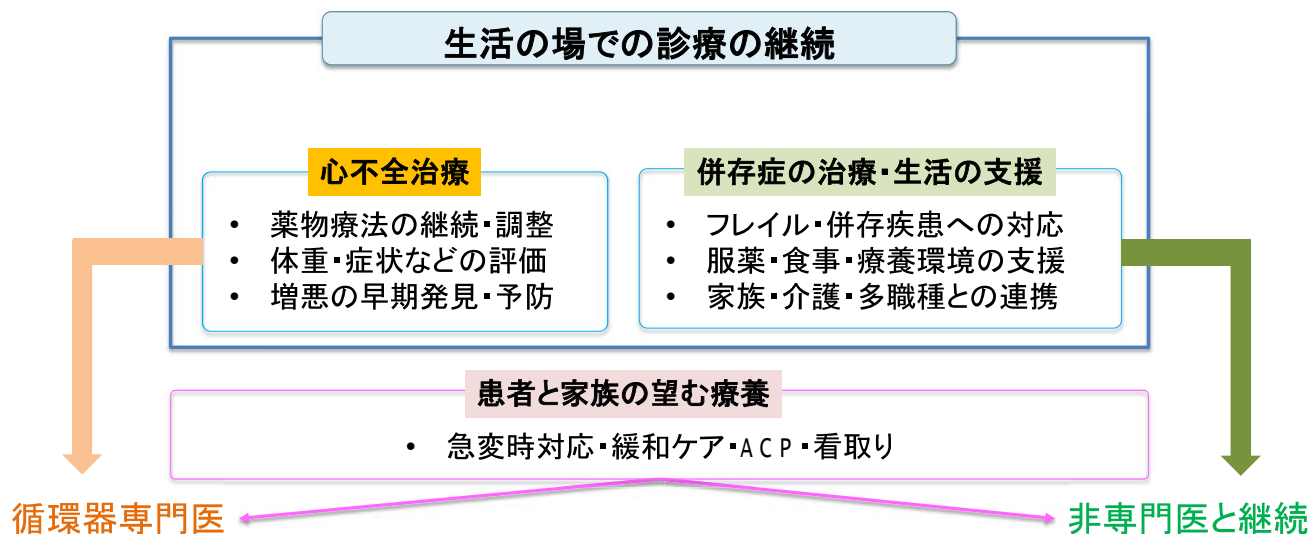
感染症と心不全増悪、入院を繰り返し、徐々にADLが低下、自宅退院が困難で施設入所
入所後も心不全を繰り返している
この症例の心不全管理について、嘱託医より相談

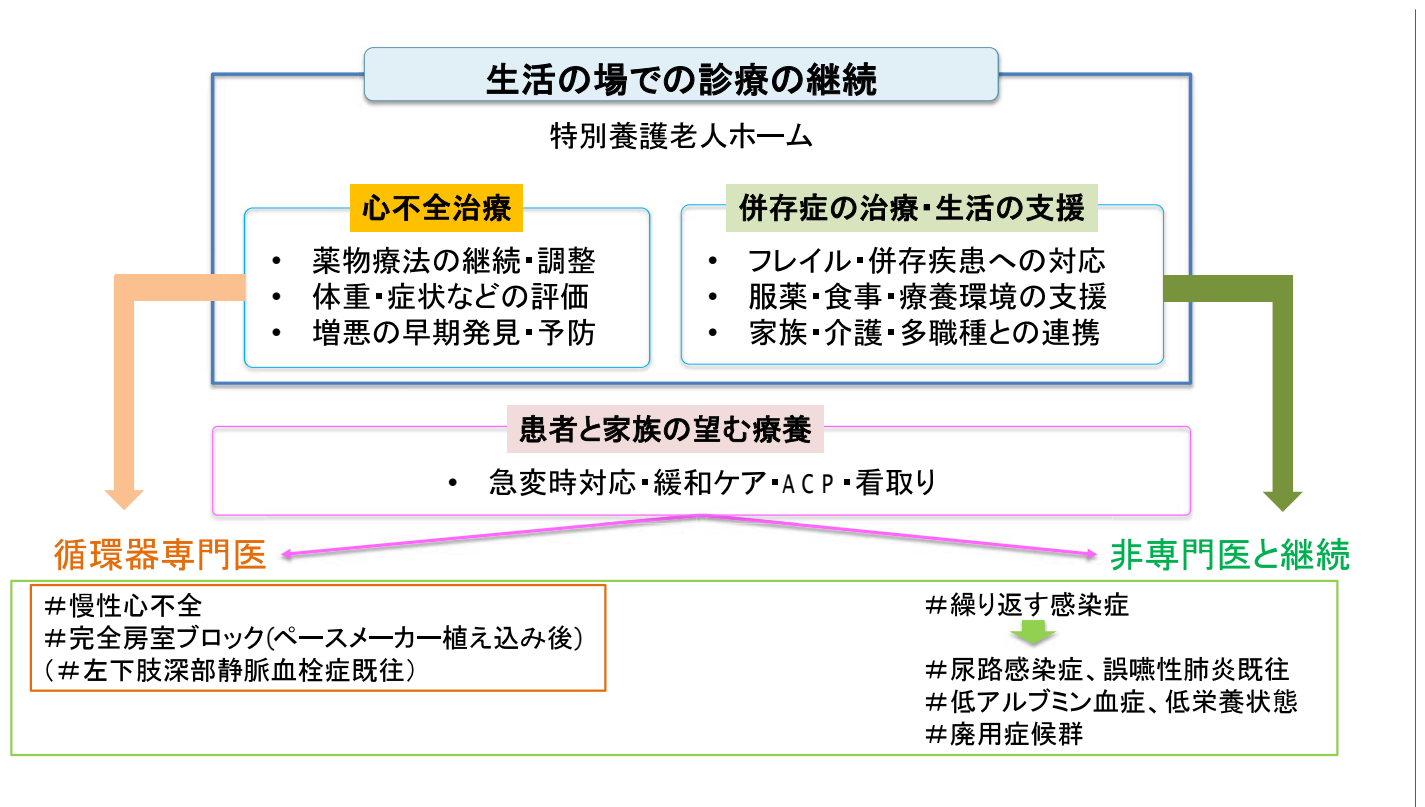
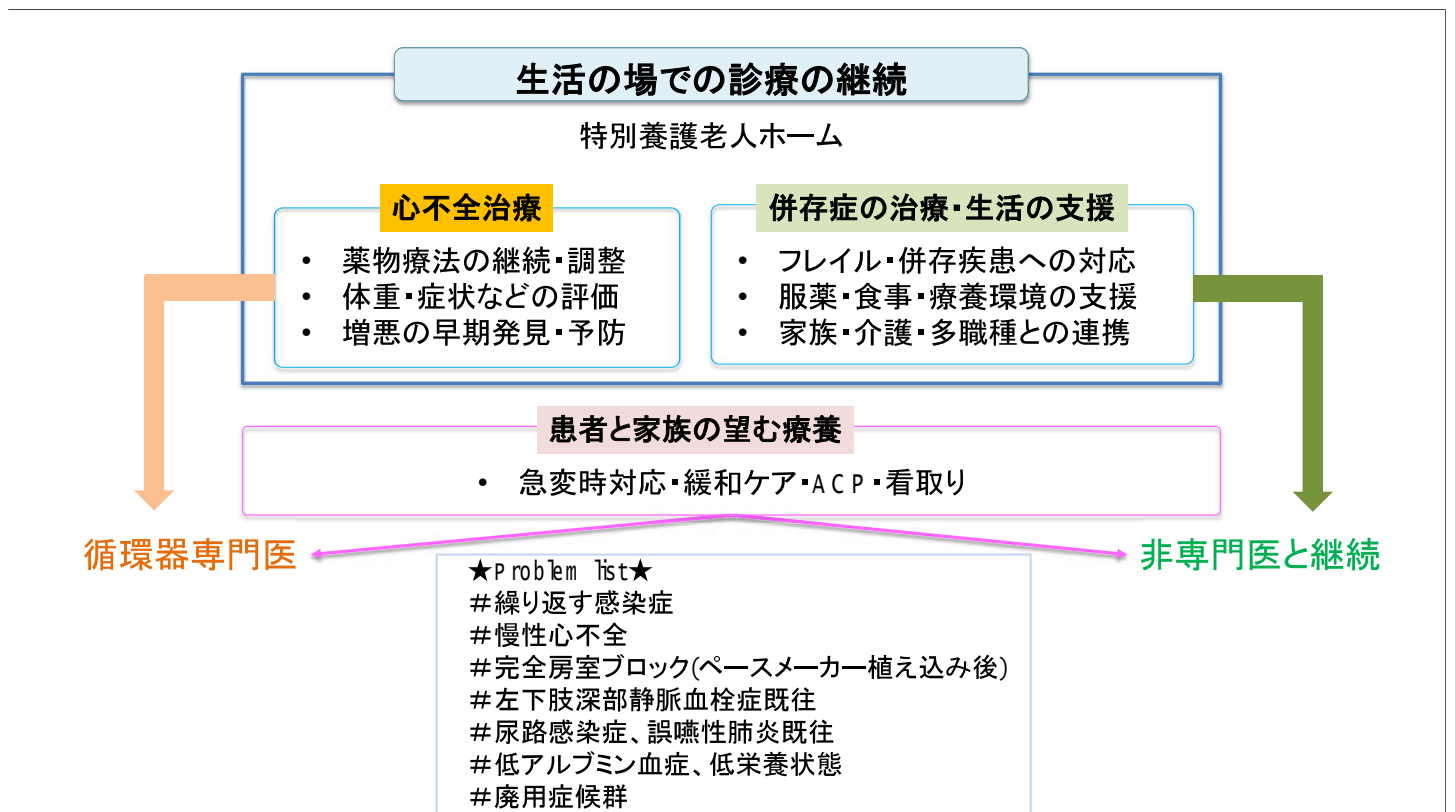
症 例 : 90代女性 繰り返す心不全

★現在の内服薬★

- #慢性心不全、HFrEF(EF61%)..スピロラクソン25mg錠、エンレスト錠100mg、フォシーガ錠10mg
トルバプタンOD錠7.5mg、フルイトラン錠1mg
- #完全房室ブロック(ペースメーカー植え込み後)
- #左下肢深部静脈血栓症..リクシアナOD錠15mg
- #廃用症候群
- #低アルブミン血症、低栄養状態
- #脂質異常..オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2g
- #高血圧既往

➤ どの内服薬をどのProblem に対して処方しているかを記載する





心不全の管理のための確認項目

- 心不全の病型・病因・重症度評価
- 血圧・腎機能・電解質を踏まえたGDMT、利尿薬の使い方・治療戦略の組み立て
- 個々の症例における心不全の原疾患(弁膜症、虚血性心疾患、心筋症、不整脈など)の評価
- 頻回増悪、低血圧、腎機能障害、治療抵抗性うつ血などの難治例の支援
- 強心薬などの薬剤、デバイス・手技などの専門的な知識の提供
- 終末期心不全における治療目標の再設定とACPの共同支援、緩和的治療の提案

- ✓ 病型・病因／LVEFなどの主要所見
- ✓ これまでの増悪・入院歴と増悪因子
- ✓ 現在の心不全治療薬と、調整時の注意点
- ✓ 基準体重、普段の血圧・脈拍、腎機能・Kなど「その患者の平常値」
- ✓ 生活環境・家族
- ✓ 本人・家族の希望、ACP、療養場所に関する情報

紹介元への依頼

主な疾患によらず、心電図、心エコーの検査所見は診療依頼の際の情報提供に添付を依頼
初診時に心不全既往がなくてもリスクがあれば、経過中に心不全発症の可能性あり。

症 例 ： 80代女性 繰り返す心不全

#慢性心不全の評価

- ✓ HFpEF 心エコー：(初発時)EF49%→ 最新 EF61%、中等度AR、軽度から中等度MR
- ✓ 基礎疾患：完全房室ブロック、上室性頻脈(ペースメーカー植え込み後) 2017年3月発症
- ✓ 初回心不全⇒2017年3月2日
- ✓ 複数回の心不全増悪歴。2025年5月肺炎契機に急性増悪。以後、感染を契機とした増悪頻度が増加。
- ✓ 心電図：all pacing波形、HR60
- ✓ 最終ペースメーカーチェック 2025年9月
 - ・電池残量9-19か月。
 - ・Mode:DDD、HR60(Medtronic)、Af Full pacing
 - ・上室性頻脈頻回、VT1回記録あり

#その他の合併症・既存症

- ・ #左下肢深部静脈血栓症既往
- ・ #尿路感染症、誤嚥性肺炎既往
- ・ #廃用症候群
- ・ #低アルブミン血症、低栄養状態

#本人・家族の希望

- ・ 電池交換を含めた今後の治療方針に関しての家族の意志確認未。

#生活環境・家族

- ・ 特別養護老人ホーム 診療は嘱託医(循環器非専門医)による定期診察が原則
- ・ 疎遠な息子、キーパーソンは2人の姉妹

症 例 : 80代女性 繰り返す心不全

- ✓ ステージD HFrefEF → HFpEF 不整脈を契機に初回心不全
- ✓ 感染を契機に繰り返す心不全
- ✓ ペースメーカーの電池残量が少ない
- ✓ 電池交換を含めた今後の治療方針に関しての家族の意志確認未
- ✓ 特別養護老人ホーム入所中であり、嘱託医(循環器非専門医)による定期診察が原則

症 例 : 80代女性 繰り返す心不全

- ✓ ステージD HFrefEF → HFpEF 不整脈を契機に初回心不全
 - ➡ 基本の4剤は導入されている。血圧や腎機能をみながら微調整していく。
- ✓ 感染を契機に繰り返す心不全
 - ➡ 感染の際の発熱時に頻脈になることも増悪因子であった
 - ➡ 感染のコントロールが心不全管理に不可欠。
発熱時の迅速な報告と抗生剤開始。体温、脈拍、CRPなどを指標とした早期の対応。
 - ➡ 感染性心内膜炎として6週間の抗生剤投与。
- ✓ ペースメーカーの電池残量が少ない
 - ➡ 心電図はほぼペーシング波形であり、早い時期に電池切れの予測。
- ✓ 電池交換を含めた今後の治療方針に関しての家族の意志確認未
 - ➡ キーパーソンに予後に関する説明、本人のこれまでの生き方や希望を確認。
入院が本人の苦痛になっており、電池交換含め侵襲的な治療は行わない方針を確認。
面会がいつでも可能な施設にて、できる範囲の治療、緩和的対応を希望。
- ✓ 特別養護老人ホーム入所中であり、嘱託医(循環器非専門医)による定期診察が原則
 - ➡ 目標体重の設定、血圧の上下限、利尿薬増量時の確認項目(腎機能、カリウム)、NT-pro BNPの目安。
目標を外れた際の利尿薬を含めた具体的な薬剤の調整法を指示

症 例 : 80代女性 繰り返す心不全

実際の指示

- 体重は週1回の計測を継続
- 飲水量は毎日記録し、飲水目標は500-1000mlとする。
- 目標体重: ●～●kg
kg以上でアゾセミドmg追加、kg未満でアゾセミド●(利尿薬調整中は毎日体重測定)
- 収縮期血圧80以上であれば利尿薬のS K P 不要
- 血圧低下持続、腎機能悪化時はエンレストから減量
- 抗生剤はセフトリアキソン2gを14日継続。CRP 2台まで下がるまで継続が望ましい。
- 酸素飽和度90%以上を目標に、0.5Lずつ増減可。下限0.5L。
- 利尿薬増量後、2-4週後をめぐりに腎機能、電解質を確認する。
- ※ ポリウムコントロールできている時のNT-pro BNPは2000台

クリニック内で決めておきたいルール

- Rule 1 : 心不全患者は誰でも「基準体重・平常血圧・主要薬剤」を把握する
- Rule 2 : 増悪時に確認する項目を統一する
- Rule 3 : 専門医へ相談する条件を具体化する
- Rule 4 : 相談後の役割分担と再評価時期を必ず記録する
- Rule 5 : ACP・入院希望・療養場所の情報をチームで共有する

目標や指示

- ✓ 目標体重、血圧、脈拍は、できるだけ上限だけでなく下限も記載する
- ✓ 目標を外れた際の指示を記載する
- ✓ 内服調整後に評価すべき項目や時期を記載する

同一クリニック内の協働の利点

- 同じ診療所の医師であれば、診療情報・電子カルテ・検査結果・訪問看護情報を共有しやすい
- 「紹介して結果を待つ」より、日常診療の中で短時間に相談・再評価できる
- 「いつもと違う」「なんとなく変」を伝えやすい
- 専門医が不在の日にも、非専門医が基本的な心不全診療を継続できる
- 専門医は管理困難な症例に対応し、非専門医は全身管理・併存疾患・生活支援を継続できる
- 患者から見れば「担当医が変わる」のではなく、「クリニック全体で支える」体制になる

重要なのは

「専門医がいること」ではなく、「**専門医の知識をクリニック全体で活用できること**」

当院の在宅心不全管理における課題

- ステージAの症例における心不全の評価がまだ不十分である。
- 心不全患者のデータベース化し、隠れ心不全患者を洗い出す体制が必要である。
- 急変時意思確認書を取得できているが、ACPが確認できていない症例がいる
→ 介入時にすでに認知機能の問題などから、本人からACPができない症例が多い
- 電子カルテに「心不全共有欄」を設け、連携の再現性を上げる
- 訪問看護やケアマネージャーなど他の事業所の職種との情報の共有のため体制作りが必要
- 重症症例の治療や看取りの場所の選択肢を増やすためにも、在宅強心薬持続投与の管理が可能な常勤医師はいた方がよい

より良い連携の実現のために

- ◆ 専門医側:「全部自分で診なければ」と抱え込まない。
- ◆ 非専門医側:「心不全だから専門医へ」とならない。
- ◆ チーム側:問題や疑問発生時の相談ルートを明確にする。
- ◆ 情報側:心機能、心電図、体重・血圧・腎機能・薬剤などの共有の評価項目の設定する。
「心不全共有欄」のカルテ記載
- ◆ 患者側:専門医の説明と非専門医の説明を一致させ、不安をうまない。

協働を成功させるために

- ◆ 専門医が個別患者だけを診るのではなく、院内の診療ルール・教育・相談体制を整える
- ◆ 非専門医は、心不全の基本評価と薬物療法の考え方を身につける
- ◆ 訪問看護をはじめ患者に関わる多職種に「何が危険サインか」を共有する
- ◆ 難しいケースを振り返り、次回から全員が使える知識に変換する
- ◆ 専門医がいない時間帯でも安全に診療が継続できる体制を作る

ま と め

- 心不全はステージに応じて、地域と連携し包括的かつ継続的に診ることが重要である
- 高齢心不全患者の疾病管理の為に、訪問診療、訪問看護を中心とした在宅サービスの活用は有用であり、不可欠である
- 南部クリニックにおける心不全診療での専門医と非専門医の連携について紹介した
- 在宅心不全診療では循環器専門医と非専門医の役割分担を明確にし、連携と協働により、患者の生活の場所で包括的かつ継続的な心不全ケアを実現できる
- 「専門医がいること」ではなく、「専門医の知識をクリニック全体で活用できること」が重要である。