

記入日: ●●年 ●●月 ●●日

申請者名	●● ●●		所属長(部門長)			
会員番号	会員	●●●●		施設名:		
所属施設名	●● ●●		氏名: (印)			
職種	管理栄養士					
症例番号	1	テーマ	③ステージC:心不全を繰り返す患者への療養指導			
患者背景	年齢(歳)	68	性別	男		
	医療助成	無	職業	無		
	介護保険	無	職種:			
	家族構成	同居	助成の種類			
	認知機能	問題なし	介護サービス			
	心理的問題	なし	家族の状況	妻と自宅で暮らしている		
その他:患者背景に関する特記事項(性格特性等) 前回入院時に自主退院をした方で、自分が思うことに対して他人から助言をしても聞く耳を持たない。心不全による入退院を繰り返しており、入院中は呼吸苦が改善すれば、すぐに家に帰りたいと訴える。						
心不全病態	心臓の基礎疾患: 拡張型心筋症、大動脈弁狭窄症(2年前にAVR)					
	心疾患以外の併存疾患(治療状況): CKD、脂質異常症、気管支喘息					
	現病歴	元々、気管支喘息で他院に通院歴があった。3日前より労作時の呼吸苦を自覚していたが我慢していた。呼吸苦と下肢浮腫が改善しないため、他院を受診した。胸部レントゲン写真にてうっ血像、胸水貯留をおよび下肢浮腫を認め、心不全増悪の疑いにて当院へ紹介となった。BNP上昇あり、心不全の診断にて入院となる。				
	心機能評価	心不全stage	C	NYHA	III	
心不全治療	薬物療法 (心不全治療薬)	左室駆出率(%)	9	BNP/NT-proBNP(pg/mL)	BNP	892
		検査所見	その他検査所見(胸部単純X線検査・心電図・心エコー・カテーテル検査等) 心エコー:Dd/Ds 60/58、IVC 16mm、胸部レントゲン:少量の胸水あり 心電図:洞調律			
		①β遮断薬	メインテート	選択	一般名	
	⑤利尿薬	アゾセミド	選択	一般名		
⑦経口強心薬	ビモベンダン	選択	一般名			
非薬物療法	心臓電気デバイス	ICD:植込み型除細動器	酸素・呼吸補助療法	ASV:適応補助換気		
セルフケアの状況	手術・カテーテル治療	有→ 大動脈弁置換術(2年前)				
	心不全に関する知識:呼吸苦などの症状が改善すれば、心不全が治ったと思う。心不全に関する知識は乏しい。 セルフモニタリングと受診行動:毎回我慢できなくなるまで受診しない。 服薬管理:コンプライアンス不良。内服しづらい薬はしんどくすると内服をしない。今回の増悪は、怠薬が原因と考えられる。 栄養・水分管理:調理者は妻、朝食は摂取しない。自宅での食事は味が濃く、干物が好き。普段の塩分摂取量は多い。 身体活動:ADLは自立。特に活動はなし。 禁煙状況:未評価 その他:心不全手帳を渡しても、面倒臭くて記載しないとされる。					
本症例への療養指導	介入の場	病院(入院)				
	【問題点】増悪因子(医学的因子・生活因子) 心機能が悪く、心不全の病識が乏しく、内服の怠薬もあった。今回の増悪因子は、内服薬の怠薬によるもので、元々の病識の低さがその原因と考えられる。					
	【療養指導の実際】(多職種、病院・地域との連携、家族への支援を含む) 入院翌日より、薬剤師が介入し残薬のチェックおよび自宅での服用状況を確認した。また、管理栄養士は自宅での食事の状況を本人及び妻から聞き取りを行った。看護師は入院時の生活状況を把握し、得られた情報は、心不全認定看護師に集約され、「心不全療養シート」にて記載した。入院7日目に、心不全多職種カンファレンスにて、患者の情報共有を行い、退院後の心不全療養の問題点と目標の意思統一を行った。 薬剤師は、服用しやすいよう内服を粉砕した。また、入院時から本人に内服の必要性を説明した。管理栄養士からは、退院時に調理者の妻の同席のもと、退院後の食事について説明した。MSWからは、高齢者支援セータに介入依頼を行なった。					
	【療養指導の結果】 退院後、本人は当院への外来受診を拒否し近隣のクリニックへ通院を行なうこととなった。退院3週間後に支援センターより、連絡があり一度訪問した際に、内服薬をカレンダー式にセットし自己管理ができていた状況だと報告があった。ただし、近隣のクリニックへの受診ができていない状況である。					
【備考】	【療養指導の評価・今後の課題】 セルフケアが重要であるが、病識が乏しく心不全手帳の記載も拒否があった。今後は、要介護認定が下りれば、介護サービスを利用して、服薬コンプライアンスの向上やセルフモニタリングの促しを行なっていく。					