

<b>症例番号</b>	1	<b>テーマ</b>	(3) ステージC: 心不全を繰り返す患者への療養指導					
<b>患者背景</b>	<b>年齢(歳)</b>	68	<b>性別</b>	男	<b>職業</b>	無	<b>職種</b>	
	<b>医療助成</b>	無	<b>助成の種類</b>					
	<b>介護保険</b>	無	<b>介護サービス</b>					
	<b>家族構成</b>	同居	<b>家族の状況</b>		妻(65歳、既往なし、専業主婦)と自宅で同居している			
	<b>認知機能</b>	問題なし						
	<b>心理的問題</b>	なし						
	<b>その他:患者背景に関する特記事項(性格特性等)</b> 前回入院時に自主退院をした方で、自分が正しいと思うことに対して他人が助言をしなく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。							
<b>心不全病態</b>	<b>心不全の原因疾患:</b> 拡張型心筋症、大動脈弁狭窄症(2年前に大動脈弁置換術)							
	<b>心不全の発症・進展に影響する併存疾患:</b> 慢性腎臓病、脂質異常症、気管支喘息							
	<b>その他の既往歴:</b> 特記事項なし							
	<b>【現病歴】</b>	元々、気管支喘息で他院に通院歴があった。この3年間で2回心不全増悪にて入退院を繰り返している。						
	<b>心不全の原因疾患・併存疾患の、症状・診断・治療の経過</b>	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X線検査にて肺うっ血像および胸水貯留を認め、心不全増悪の疑いにて当院へ紹介となった。BNP値の上昇を認め、急性心不全と診断され入院となる。入院後、酸素投与と利尿剤が開始となった。心不全症状は改善し、入院12日目に自宅に退院となった。						
<b>心不全進展ステージ</b>		C		<b>NYHA</b>		III		
<b>心機能、その他の検査・身体所見</b>	<b>左室駆出率(%)</b>		9		<b>BNP/NT-proBNP(ng/mL)</b>		BNP 892	
	その他(胸部X線検査,心電図,心エコー,カテーテル検査,血液検査, BMI,バイタルサイン等) 心エコー: Dd/Ds 60/58mm、IVC 16mm、胸部レントゲン: 少量の胸水あり 心電図: 洞調律 * 問題点抽出時の記載 BUN 23mg/dl、Cre 1.31mg/dl、eGFR 42.7ml/min/1.73							
<b>心不全治療</b>	<b>薬物療法</b> (心不全治療薬 /適量予防のための治療薬も含む) *一般名で記載	①β遮断薬		ビソプロロールフマル酸塩	選択	一般名		
		⑥利尿薬		フロゼミド	選択	一般名		
		⑨経口強心薬		ピモベンダン	選択	一般名		
		選択			選択	一般名		
	<b>非薬物療法</b>	<b>心臓電気デバイス</b>		ICD: 植込み型除細動器	<b>酸素・呼吸補助療法</b>		ASV: 適応補助換気	
<b>手術・カテーテル治療</b>		有→ 大動脈弁置換術(2年前)						
<b>セルフケアの状況</b>	<b>心不全に関する知識:</b> 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。							
	<b>セルフモニタリングと受診行動:</b> 毎回我慢ができなくなるまで受診しない。							
	<b>服薬管理:</b> アドヒアランス不良。内服しづらい薬は、しんどくなると服用しない。今回の増悪は、怠薬が原因と考えられる。							
	<b>栄養・水分管理:</b> 調理者は妻、朝食は摂取しない。自宅での食事は味は濃く、干物が好き。普段の塩分摂取量は多い。							
	<b>身体活動:</b> ADLは自立。特に過活動はなし。 <b>喫煙状況:</b> 未評価 <b>その他:</b> 心不全手帳を渡しても、面倒臭くて記載しないとされる。							
<b>本症例への療養指導</b>	<b>介入の場</b>		病院(入院)					
	<b>【問題点】心不全の急性増悪因子のアセスメント(ステージA/Bでは心不全に進展する可能性のアセスメント)</b> 拡張型心筋症があり心機能が悪い。心不全の病識が乏しく、服薬のアドヒアランス不良があった。今回の増悪因子は、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。							
	<b>【療養指導の実際】(心不全発症・進展・増悪予防のポイント、指導した具体的内容、多職種、病院・地域との連携、家族への支援を含む、テーマに沿って、工夫した点を具体的に記載)</b> 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およ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、得られた情報を心不全認定看護師に集約した。多職種の情報は「心不全療養シート」に記載し情報共有を行った。入院7日目に、心不全多職種カンファレンスにて、患者の状況共有を行い、退院後の心不全療養の問題点と目標について検討した。 薬剤師は、服用しややすいよう錠剤を粉砕するなど形状を調整し、入院時から本人に服用の必要性を説明した。管理栄養士からは、退院時に調理者である妻の同席のもと、退院後の食事について説明した。MSWからは、高齢者支援センター介入依頼を行った。							
	<b>【療養指導の結果】</b> 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することとなった。退院3週間後に支援センターより連絡があり、お薬カレンダーを使用して飲み忘れがないよう自己管理ができている状況だと報告があった。							
	<b>【療養指導の評価・今後の課題】</b> 病識が乏しく心不全手帳の記載も拒否があったが、服薬管理はできている。半年間、心不全増悪がなく経過している。今後は、要介護認定が下りれば、介護サービスを利用して、服薬アドヒアランスの向上やセルフモニタリングの促しを行っていく。							
<b>【備考】</b>								