

症例番号	選択	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)	76	性別	男	職業	無	職種:
	医療助成	無	助成の種類				
	介護保険	無	介護サービス				
	家族構成	同居	家族の状況		妻(77歳, 専業主婦、脳梗塞の既往, 軽度認知機能低下)と自宅に同居 近隣に娘(50歳, パート職)夫婦が居住		
	認知機能	問題なし					
	心理的問題	なし					
	その他:患者背景に関する特記事項(性格特性等) 心不全による入院退院を繰り返しているが、心不全予防に向けた疾病管理に対する関心や意欲が乏しい。医療者を含め家族などからの助言にも耳を貸さない性格。						
心不全 病態	心不全の原因疾患:陳旧性心筋梗塞(広範囲前壁)、大動脈弁狭窄症(中等度)						
	心不全の発症・進展に影響する併存疾患: 慢性腎臓病						
	その他の既往歴: 脂質異常症、						
	【現病歴】 心不全の原因疾患・併存疾患の、症状・診断・治療の経過	5年前に心筋梗塞を発症(カテーテル治療実施)、その際に大動脈弁狭窄症も指摘され、かかりつけ医に通院。1年半前に初発心不全にて入院し、その後1年間で3回心不全による入院退院を繰り返しており、徐々に日常生活でも疲労感を認めるようになっていた。5日前より階段昇降時に呼吸困難の自覚はあったが、気に留めることなく生活をしていた。2日前より日常生活で息切れがあることを妻より指摘されていたが様子をみていた。大掃除のため自宅の片付けをしている際に呼吸困難が強くなり、かかりつけ医を受診した。胸部X線検査にて肺うっ血、胸水貯留著明であり、心不全急性増悪のため当院へ紹介・入院となる。入院後、酸素投与と血管拡張薬、利尿薬の持続投与が開始となる。中等度の肺うっ血程度まで改善が得られた入院加療2日目よりリハビリテーション開始となる。その後、心不全治療が著効し、心不全症状の改善が得られ入院13日目に自宅退院となる。					
	心不全進展ステージ		C		NYHA		III
心機能, その他の検査・身体所見 * 問題点抽出時の記載	左室駆出率(%)	38	BNP/NT-proBNP(pg/mL)		NT-proBNP	5209	
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:大動脈弁狭窄症:中等度 心電図:洞調律 ADLs自立:バーセルインデックス 100点 6分間歩行試験:240m, 歩行速度:0.87m/秒, 握力:右 24kg/左22kg							
心不全 治療	薬物療法 (心不全治療薬 /進展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		⑪その他	アスピリン	
		②ACE阻害薬	エナラプリル		⑪その他	ビタバスタチン	
		④MRA	スピロノラクトン		選択	一般名	
		⑥利尿薬	フロセミド		選択	一般名	
	非薬物療法	心臓電気デバイス	無	酸素・呼吸補助療法		無	
手術・カテーテル治療	無						
セルフケア の状況	心不全に関する知識:心不全に関する知識が乏しく、関心がない。妻から労作時の呼吸困難について指摘されるが様子をみていれば治るものと気にしていない。						
	セルフモニタリングと受診行動:血圧のセルフモニタリングは継続しているが、それ以外の心不全症状のモニタリングは実施しておらず、呼吸困難が我慢できなくなるまで受診行動は認めない。						
	服薬管理:妻が管理しているが、妻も時折忘れる時がある。						
	栄養・水分管理:妻が塩分控えめに調理するが、味が濃いものを好み、卓上醤油を使用してしまう。						
	身体活動:ADLs自立。昨年までは毎日、散歩に出かけていたが、最近は外出頻度も減少している。						
喫煙状況:心筋梗塞発症後より禁煙(5年目)							
その他:特記事項なし							
本症例 への 療養指導	介入の場		病院(入院)				
	【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) 心不全の病識ならびに疾病管理に関する関心や意欲も乏しい。心不全による入院を繰り返す中で、徐々に身体機能低下を認めていた。今回の心不全増悪要因は、内服薬の飲み忘れが続いていたこと、心不全徴候を認めているにも関わらず、年末の大掃除のため労作が続いたことが影響したと考える。						
	【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) 入院翌日より、看護師から改めて心不全の病態理解ならびに心不全の疾病管理の重要性について説明を実施し、入院中から「心不全手帳」を使用してセルフモニタリングと受診行動に向けた気づきについて支援が開始となる。管理栄養士から、過剰な塩分摂取が心不全増悪要因となることを説明し、具体的な対策について説明した。入院2日目より身体機能低下予防を目的とする理学療法によるベッドサイドや病棟での運動療法が開始となるとともに、労作時の心不全徴候の気づき、自宅で実施可能な運動療法の指導を実施した。薬剤師からは怠薬により心不全が増悪することについて説明し、適切な服薬管理の方法と一緒に考える時間を設け、奥様とも情報共有を行なった。看護師やソーシャルワーカーから奥様の負担軽減も含め、可能は範囲で近隣に居住している娘からの支援を依頼した。以上の指導内容や具体的な対策についてのサマリーをかかりつけ医に送付し情報共有を行なった。						
	【療養指導の結果】 退院後はかかりつけ医への通院を継続しながら、娘が自宅へ週1-2回訪問し、心不全の疾病管理状況のモニタリングならびに自宅での運動療法の継続を支援している。外出頻度が少ないことや、食事の際に味が薄いと感じた時は卓上醤油をかけてしまう行動は変わらない状況である。「暖かくなったら散歩できるかな」との発言も認めるようになっており、自己の身体機能の改善を実感し、外出を含め身体活動量向上に向けた前向きな発言が伺える。						
	【療養指導の評価・今後の課題】 心不全手帳を用いた心不全管理行動は継続できているが、妻や娘の支援が必要な状況である。身体機能低下に対して自覚しており、自宅で実施可能な運動療法は継続できているが身体活動度は以前として低値であり、今後はかかりつけ医と連携して減塩とともに身体活動の維持・向上に向けた取り組みを実施していくことが課題である。						
【備考】							