

編集 河野 隆志
杏林大学医学部
循環器内科学 臨床教授

レジデントのための心不全マネジメント

心不全患者数の急激な増加に伴い、循環器専門医だけでは対応しきれなくなる未来が迫っています。近い将来、若手医師であっても心不全のマネジメントをより主体的に担わなければならないはず。来るべき未来に備えて、心不全に関する基礎知識を押さえましょう。

第10回 かかりつけ医にとってわかりやすい診療情報提供書とは？
今回の執筆者 衣笠 良治 鳥取大学医学部循環器・内分泌代謝内科学分野 講師

心不全増悪で入院となった80歳男性。3年前に急性心筋梗塞で入院既往のある患者さんです。これまで心不全症状は認めなかったものの、数日前より労作時の息切れを認め、初回の心不全増悪で入院。治療経過は良好で自宅退院が決まり、長年通院する近所の診療所に外来フォローを依頼することになりました。

上記のケースでは、外来フォローをお願いするかかりつけ医に、適切な診療情報提供書を共有する必要があります。レジデントの皆さんは、心不全の患者さんを紹介する時にどのような項目を記載すべきでしょうか？

診療情報提供書の重要性

心不全増悪で入院した患者さんが再入院する時期は、退院から30日以内である場合が少なくないことが明らかになりました¹⁾。原因の一つとして、病院から地域のかかりつけ医への情報提供が不十分なため、ケアのバトンタッチがうまくいっていない可能性が指摘されています。ある海外の研究では、心不全再入院のリスクに、診療情報提供書・退院サマリーが退院後の初回診察までに届かない、届いても情報が不十分なことが挙げられています²⁾。

診療情報提供書で何を伝えるか

翻って日本の心不全診療の現場では、適切な情報提供が行われているのでしょうか？ 厚生労働科学研究「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の

診療提供体制構築のための研究」(研究代表者=磯部光章氏)では、病院に勤務する循環器内科医には「診療情報提供書に普段記載する情報」、診療所に勤務するかかりつけ医には「診療情報提供書に希望する情報」についてアンケート調査を行いました^{3,4)}。まとめられた内容が表に示したものです。それぞれを比較すると、病院循環器医とかかりつけ医との間で情報の重要度の違いがわかります。

特筆すべきは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する情報です。かかりつけ医の半数以上がACPに関する情報を希望しているのに対して、病院循環器医の場合は上位10項目にすらランクインしておらず、記載しているのはわずか18.9%であったことが明らかになっています。退院前の体重、教育内容についても、かかりつけ医のニーズが高いにもかかわらず、病院循環器医はあまり情報を提供できていません。概して病院循環器医は医学的な情報を重視するのに対し、かかりつけ医は生活に関する情報を重視する傾向があると言えるでしょう。

記載すべき重要なポイント

表の結果を踏まえ、かかりつけ医の視点を意識した診療情報提供書を記載するポイントについて、冒頭に示した症例をもとに解説します(図)。

医学的な情報(図の①②⑨⑩)

医学的な情報として心不全の原因疾患と心機能に関する情報は必須です。一般的な血液検査データと、胸部レント

ゲン、心電図の情報は添付しましょう。

A様は、80歳の男性です。今回、心不全の急性増悪で入院されました。貴院で引き続きの加療を希望されたので紹介させていただきます。

○月×日に呼吸苦を主訴に当院の救急外来を受診されました。胸部レントゲンで肺うっ血、心エコーで左室駆出率の低下(20%台)とNT-proBNP高値(5,060 pg/mL)を認め、急性心不全の診断で加療を行いました。うっ血は速やかに改善し、入院第3病日には酸素・点滴治療を終了。入院早期より心臓リハビリテーションを行いADLの維持に努めました。

心不全の原因は、陳旧性前壁中隔心筋梗塞(①)(3年前心筋梗塞で冠動脈治療あり)が考えられ、入院中に冠動脈造影を行い新規冠動脈病変がないことを確認しました。治療は、ACE阻害薬をサクビト rilバルサルタンに変更し、β遮断薬の増量とミネラルコルチコイド受容体拮抗薬、ループ利尿薬を追加しました。退院前の心エコーでは、左室駆出率は20%(②)と著変ありませんが、NT-proBNPは1,020 pg/mL(③)まで低下しました。

入院中のリハビリは、エルゴメーター15~20 Wattを1日15分実施しました。退院前のNYHAはⅡ度(④)です。退院後は、15分程度の散歩(⑤)を継続すること、漬物など塩分が多い食品を控える(⑥)よう生活指導を行いました。飲水制限は特にありません(⑦)。心不全手帳に血圧、体重、自覚症状を記載するよう指示しておりますので、外来受診時に手帳をご確認ください。退院前の体重は50 kg(⑧)で、+2 kg/1週間の体重増加や心不全症状を認めたら医療機関に相談(⑨)するよう説明しております。

生活状況は、奥さま・長男夫婦と同居で、入院によるADL低下はなく日常生活動作は自立(⑩)しております。認知機能の低下もなく(⑪)、現時点では介護保険の申請は必要ないと判断しました。

高齢かつ低心機能であり、急変時の方針をご本人、奥さま、長男さまと話し合いました。ご本人は「寝たきりとなり家族に迷惑をかけてまで長生きしたくない(⑫)」という思いから、「たくさんの機械がつくような治療は希望しない」「最期に過ごしたい場所として在宅を希望(⑬)」されましたので共有させていただきます。

以上、ご不明な点があればご相談ください。今後ともよろしくお願いいたします。

【退院時処方】サクビト rilバルサルタン 1回50 mg 1日2回 朝食後
ビソプロロール 1回5 mg 1日1回 朝食後
スピロラクトン 1回25 mg 1日1回 朝食後
アゼミド 1回60 mg 1日1回 朝食後
アスピリン 1回100 mg 1日1回 朝食後
ランソプラゾール 1回15 mg 1日1回 朝食後

【添付データ】■胸部レントゲン(⑨) ■心電図(⑩) ■心臓超音波検査(②)
■血液検査データ

●図 かかりつけ医の視点を意識した診療情報提供書の見本(丸数字は本文での解説箇所と対応)

ゲン、心電図の情報は添付しましょう。

最初に簡潔な入院経過を記載します。よくある間違いとして、病院に勤務する医師は医学的な情報を重視するあまり、専門的な内容をいっぱい書いてしまいがちです。しかし、紹介先のかかりつけ医が循環器を専門としない場合、専門的な情報はそれほど重要視されない可能性があります。優先度の高い医学的情報を厳選しコンパクトにまとめ、かかりつけ医が求めている患者への教育内容や生活に関する情報に紙面を割いたほうが、相手の求める診療情報提供書に近づきます。

モニタリング基準(図の③⑥)

退院後の外来管理の基準となる指標として、退院前(安定期)の体重とBNP/NT-proBNPは重要です。特に体重は有用と言えます。なぜなら病院の外来ではBNP/NT-proBNPの検査結果が当日に判明するものの、診療所では外注検査となり、その日の外来で結果を確認できないことから、すぐに評価できる体重が重視されるためです。体重の情報を提供している病院循環器医の割合は67.6%(表)と少なく、漏れやすい情報ですので意識して伝えるようにしましょう。

教育内容(図の⑤)

心不全増悪は、自己管理の問題に起因する 경우가多く、継続した患者教育が求められます。入院中の患者さんへの説明と外来での説明が食い違っていると患者さんが混乱してしまいますので、入院中に行った教育内容を共有し、ケアが途切れないようにしましょう。

身体機能・生活機能(図の④⑦)

心不全の患者さんは高齢者が多数を

占め、身体機能・生活機能の低下を来しやすく、必要時介護サービスを導入するなどの心不全管理と生活の支援が必要となります。生活の場に密接にかかわるかかりつけ医にとって重要な情報です。

ACP(図の⑧)

「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、患者の意志決定能力が低下する前に、治療や療養について患者・家族と対話するプロセスであるACPの実施をClass Iで推奨しています⁵⁾。ACPは一回で終わらず繰り返し行っていく必要があります。考慮すべきタイミングの一つとして、心不全による入院時が挙げられます。入院中に行ったACPを地域でも共有し、バトンをつなげていきましょう。

心不全の患者さんは高齢者が多く、医学的な情報に加え生活に関する情報も退院後のケアに重要です。かかりつけ医に適切な診療情報を提供し地域で切れ目のないケアを実践しましょう。

Take-home message

- 適切な診療情報提供書の作成は、心不全増悪予防の第一歩。
- 生活の視点とかかりつけ医の視点を意識して記載する。
- 適切な診療情報提供で切れ目のないケアを地域で実践しよう。

参考文献・URL

- 1) J Am Heart Assoc. 2020 [PMID: 32378443]
- 2) Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015 [PMID: 25587091]
- 3) Circ J. 2021 [PMID: 34234052]
- 4) Int Heart J. 2022 [PMID: 35296618]
- 5) 日本循環器学会, 他. 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版). 2022. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf

●表 心不全患者の診療情報提供書において、病院に勤務する循環器内科医が記載する情報と、診療所に勤務するかかりつけ医が希望する情報の上位10項目(文献3, 4をもとに作成)

病院循環器医		かかりつけ医	
1位 心機能	93.6%	1位 心不全の原因疾患	83.4%
2位 心不全の原因疾患	92.9%	2位 退院前のBNP/NT-proBNP	80.7%
3位 退院前のBNP/NT-proBNP	85.8%	3位 退院前の体重	80.0%
4位 心電図	74.0%	3位 心機能	80.0%
5位 退院前の体重	67.6%	5位 教育内容	71.7%
6位 胸部レントゲン	61.2%	6位 退院前の身体機能(NYHA, 運動耐容能など)	68.3%
7位 退院前の身体機能(NYHA, 運動耐容能など)	59.4%	7位 退院前の生活機能(ADL, IADL)	67.6%
8位 退院前の生活機能(ADL, IADL)	52.7%	8位 胸部レントゲン	60.7%
9位 身体所見	47.0%	9位 心電図	55.9%
10位 教育内容	45.9%	10位 アドバンス・ケア・プランニング	54.5%

その情報、正確に伝わっていますか？

外来・病棟・地域をつなぐ

ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

編集 小坂鎮太郎
松村真司



循環器ジャーナル

2023年4月号 Vol.71 No.2

特集

今だからこそ聞きたい心不全診療のこと。

収録内容 I. 病態 II. 診断 III. 治療 IV. システム

●定価:4,400円(本体4,000円+税10%)

医学書院

詳しくはこちら

