

心不全患者の意思決定

急性期看護学修士論文コース

20MN013 熊澤 佐友里

心不全とは どのような病気ですか？

「なんらかの心臓機能障害，異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果，呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し，それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群」

急性増悪時は病状や全身状態が
かなり悪くなる

が...

治療がうまくいけば回復・退院できる

心不全症状が悪化！
「苦しい・・・」緊急搬送！



2

人工呼吸器やマスクで呼吸補助



強心薬などの薬物治療



退院！

また苦しくなったら入院して
点滴と酸素を吸えば治る

心不全とは どのような病気ですか？

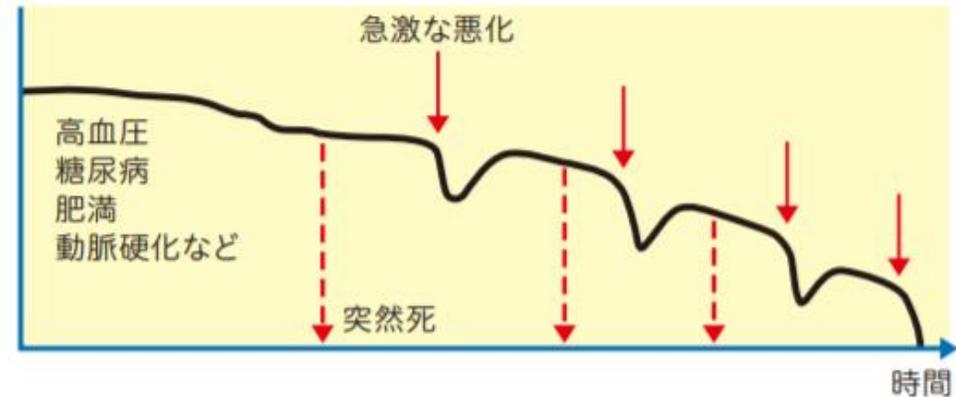


- 心不全とは、心臓の機能が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなって、生命を縮める病気です。
- 高血圧や糖尿病、肥満、動脈硬化などは、心臓の病気の大きなリスクです。やがて、心筋梗塞、心筋症、弁膜症など、いろいろな心臓の病気を引き起こして、心不全となります

自身の生活習慣を改善できないまま、
心不全に至る



身体機能



症状がよくなっても、心不全が完全に治ったわけではありません。
再び悪化させないように生活習慣に気をつけて、
心不全とうまく付き合っていくことが大切です。

心不全患者はセルフケアが重要

心不全患者が再入院する原因の大半は不適切なセルフケアによる！
急性増悪と寛解を繰り返すたびに心機能は悪化していく！

心不全に関する知識がある患者は、
セルフケアのアドヒアランスが高い



情報提供してもセルフケア向上に
つながらない、
アドヒアランスが低い患者も存在



情報提供とセルフケアとの間の障壁

ヘルスリテラシー

心不全患者のヘルスリテラシー

欧米：TOFLA短縮版

ヘルスリテラシーが低い患者の特徴

高齢

教育歴、社会経済的状態、認知機能が低い

心不全の知識が乏しい

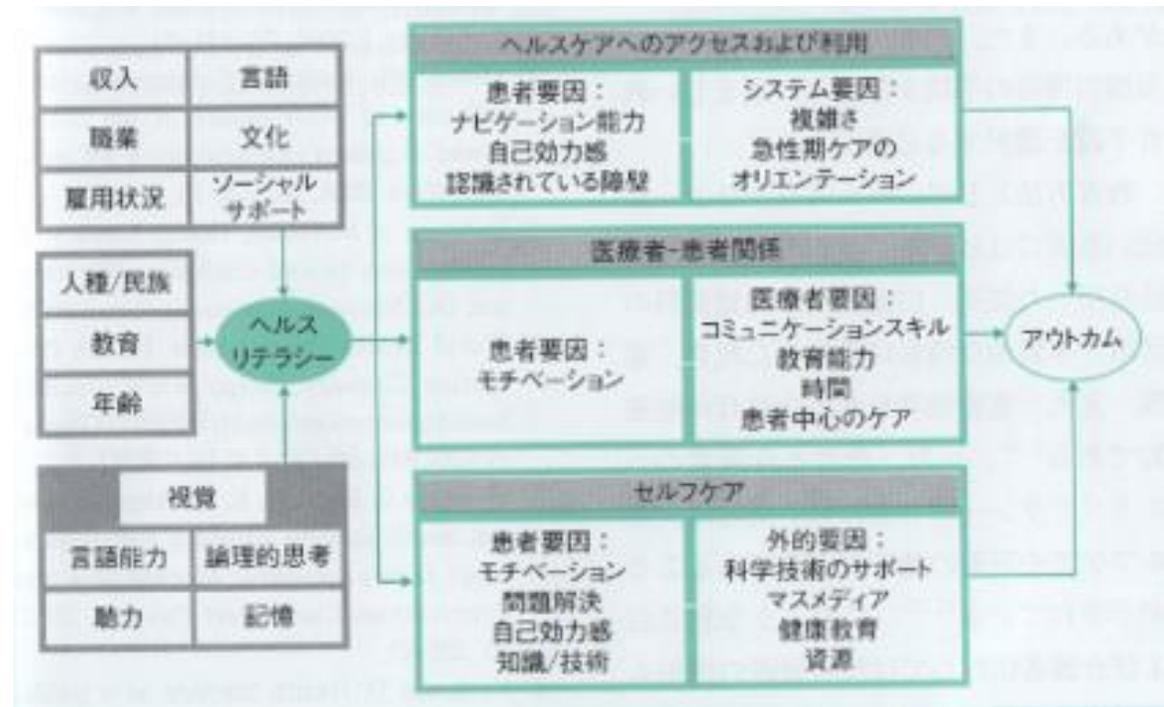
アドヒアランス、QOLが低い

死亡率・再入院率が高い

日本：心不全特異的ヘルスリテラシー尺度

ヘルスリテラシーが低い患者

→病状悪化時に医療者に相談行動をとりにくい

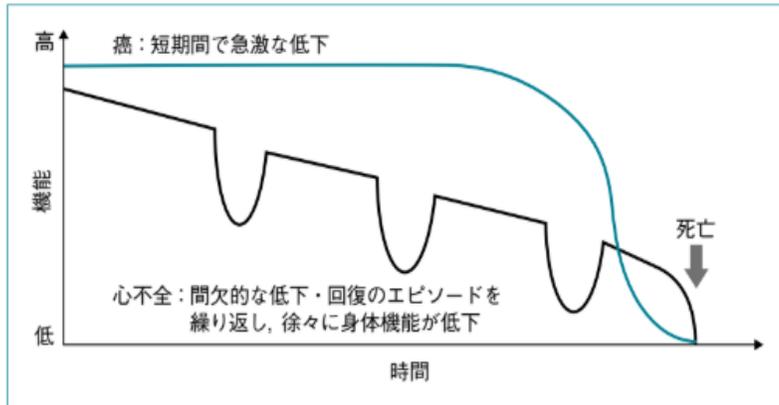


心不全の病みの軌跡

ヘルスリテラシーが低く
入退院を繰り返す患者も



図1 癌と比較した心不全の disease trajectory



いつかは薬物治療や人工呼吸器から離脱できなくなるかも・・・
→でもいつなのかは誰にもわからない

治療のオプションは多彩で延命はできるけど・・・
(手術、補助人工心臓、透析、植え込み除細動器、補助循環)
→決めなくてはいけないときに患者自身の意識はない(ことが大半)
どのオプションが必要になるかは、その時にならないとわからない

自分の将来に関するかわからない
選択肢の利点と欠点を挙げられても
現実味がない



最近では・・・

心不全患者は予後が不確かなため、
患者教育だけでなく診断早期から
Advance Care Planningを
並行して行いましょう!

心不全の進行 

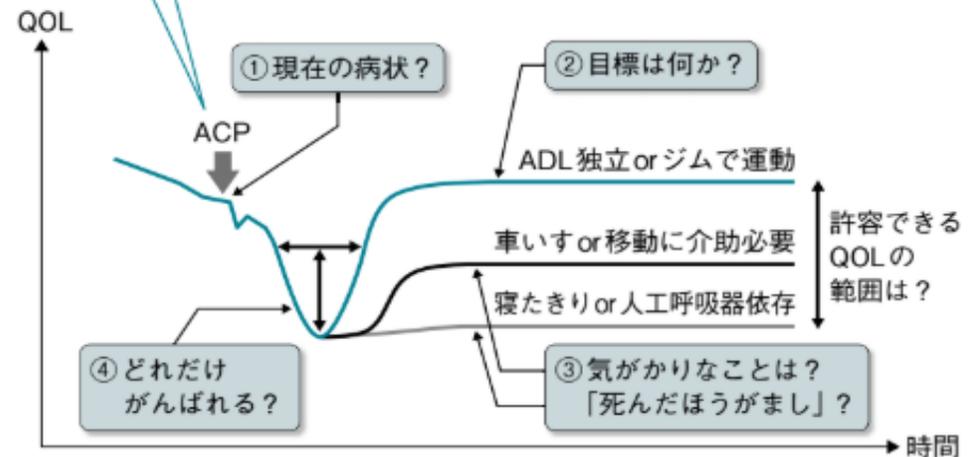
身体的サポート	予後改善のための心不全治療（標準的薬物治療、侵襲的治療など）	
	身体症状緩和（痛み、呼吸困難、倦怠感、不眠、食欲不振、治療に伴う副作用）	
	代替医療（患者の希望に応じて）	
	心臓リハビリテーション、栄養管理	
心理社会的サポート	生活の質 (quality of life) の向上を目指す視点	
	社会環境調整（保険、医療費補助など）	社会環境調整（在宅医療など）
	スピリチュアルケア	
	抑うつ、不安への対処	
コミュニケーション	チーム間の情報共有と患者・医療者間の誠実でオープンな関係性の維持	
	shared decision making, ケアのゴールに関する話し合い	
	罹患疾患に対する理解の確認	予後に対する話し合い（患者の希望に合わせて）
		死への恐怖や気がかりへの対処
advance care planning	患者自身の希望や価値観の共有、代理意思決定者の選定	患者の希望やケアの目標の話し合い
		終末期に関する話し合い（療養場所や蘇生に関する希望、症状緩和、治療の差し控え、デバイスの停止など）
心不全患者教育	セルフケア教育（服薬アドヒアランス、食事療法、運動療法）	
	心不全の「病みの軌跡」の特徴に対する理解	

病みの軌跡を患者・家族と協力して描いてみる？

- 1 自分の病状をどのように理解していますか?(現状の理解)
- 2 あなたの人生を意味あるものに行っているのは何ですか?
(目標とする QOL レベル)
- 3 最も気がかりなことはなんですか?「こうなったら死んだほうがまし」という状況はありますか? (許容できる最低限の QOL レベル)
- 4 病状が悪くなったときに、どのくらいがんばる覚悟がありますか?
(払える犠牲の大きさ)

ACP記載の例

- 患者は現在1人で生活しており, ADL (日常生活動作), IADL (手段的日常生活動作) はすべて自立している。
- 彼女は子どもや孫との時間が何より楽しみであり, 近くの教会でボランティアにも参加している。
- 彼女にとっては「自立していること」が何よりも大切であり, 誰かにケアを依存するような状態は「死んでも嫌」だと考えている。
- 彼女は3人の娘のなかでは, 弁護士をしている次女を最も信頼しており, 次女とは折にふれて上記のことを相談し, 次女は彼女の希望を理解している。
- 患者は現時点では人工呼吸を含めたすべての延命治療を望んでいる。



Discussion Point



臨床で患者さんのヘルスリテラシーを意識して関わったことはありますか？



患者家族と「病みの軌跡」を描くことについてどのように考えますか？

引用参考文献

- 樋口 雅也,中川 俊一.(2018).心不全緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニング-早期からの開始が重要なコミュニケーション.6(4),1003-1009.
- 柴田龍宏.(2018).癒しと緩和で科学的に治す:いま行われるべき癒しと緩和の基本知識.Heart View,22(4),88-93.
- 真茅みゆき監修.心不全ケア教本(第2版)メディカルサイエンスインターナショナル.
- Matsuoka, S., Kato, N., Kayane, T., Yamada, M., Koizumi, M., Ikegame, T., & Tsuchihashi-Makaya, M. (2016). Development and Validation of a Heart Failure-Specific Health Literacy Scale. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(2), 131–139. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000226>
- 日本循環器学会,日本心不全学会.(2018).急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版) .
https://www.jcirc.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf
- 日本心不全学会.心不全手帳 (PDF版) .<http://www.asas.or.jp/jhfs/topics/shinhuzentecho.html>
- Westlake, C., Sethares, K., & Davidson, P. (2013). How can health literacy influence outcomes in heart failure patients? Mechanisms and interventions. *Current heart failure reports*, 10(3), 232–243. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0147-7>