

老いと
ともに

心不全の「退院後」連携がカギ

2月うつ

3月 退院支援

4月 虚弱

5月

毎月第1火曜日に掲載します

退院後も患者が自宅で安心して暮らすためには、入院中から準備を進める病院の退院支援と、地域の医療や介護との連携が欠かせない。慢性心不全は、以前は退院後1年以内に再入院する割合が3割前後とも言われていた。きちんと薬を飲み、決められた食生活を送れるよう、患者の理解を手助けすることも重要になる。

病院と在宅 情報共有

「おすしが6貫から8貫にかかった。増えたらうれしいなあ」
2月に外来診療に訪れた京都府向日市の蓮池幸治さん(91)は、つぶやいた。慢性心不全で、京都市内の三菱京都病院に毎月1度、近くに住む長女(60)に付き添われて通っている。

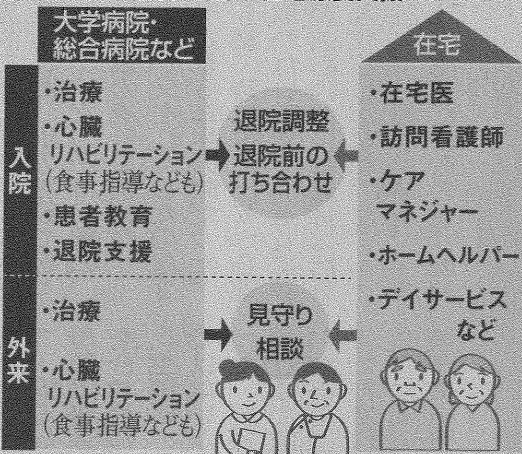


外来診療の日、管理栄養士に相談する蓮池幸治さん(京都市の三菱京都病院)

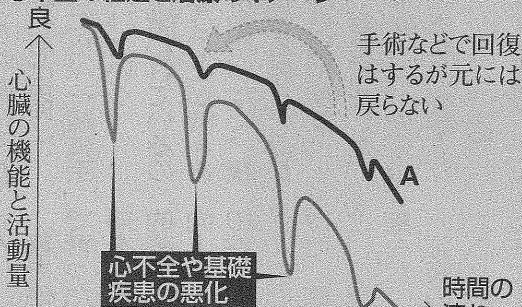
2013年6月、症状が悪化し、入院した。強心剤の点滴が必要で、退院まで5カ月

「家に帰りたい。トイレは自分で行きたい」という蓮池さんの希望をかなえる方法を探った。当時、10日ほどは歩けた。家族と相談し、自宅の居室をトイレの近くにした。体重が1kg増えるだけで、息切れやだるさ、むくみなどが出ていた。食事療法で塩分を1日6g以下、水分を1日600〜700ccに制限する必要があった。食事や水分のとりかたは管理栄養士が指導した。運動療法では心臓の機能も考え、運動の強さや内容、量を調整した。

慢性心不全患者の退院・在宅療養支援



心不全の経過と治療のイメージ



心臓の動きは心筋梗塞や心不全の悪化などを繰り返すごとに少しずつ低下する。早く異常に気づき、早く治療や食事・運動療法を行って、心機能が低下するのをAのように遅らせることを目指す

京都心臓リハビリテーション研究会の資料から

自己管理に手帳活用

心不全は、心筋梗塞や高血圧、心臓の筋肉の病気などで血液を送り出す心臓のポンプ機能が悪くなった状態。慢性心不全は、悪化による入院を繰り返しながら、徐々に心臓の機能が落ちていく。

北海道大循環器内科の筒井裕之教授は「服薬や減塩などの自己管理ができれば再入院はかなり防げる。再入院しても、その期間を短くすることも期待できる」と語る。

大学病院などから、通院が難しくなってきた高齢の心不全患者の訪問診療の依頼が相次ぐ。検査や再入院が必要なのは、退院後も元々の病院の主治医と在宅医との情報共有は重要だという。

要介護度低く サービス不足

東京・高田馬場の「ゆみのハートクリニック」の弓野大院長は循環器の専門医。大病院に勤めていたとき、なかなか退院できない多くの心不全患者に出会った。地域で心不全を診る在宅医が少ないのが一因ではないかと感じ、2年前に開業したという。

◇「どうしました」と「豆医学」は休みました。