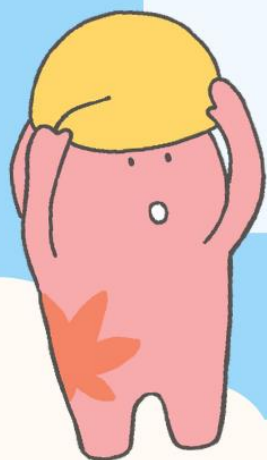


広島県版

心臓病相談対応 マニュアル

Q & A



編集 広島県 脳卒中・心臓病等総合支援センター

序文

2018 年 12 月に健康寿命の延伸を図るための脳卒中・心臓病対策基本法が制定され、各県で脳と心臓の協議会を立ち上げ、健康寿命の延伸と年齢調整死亡率の低下を目指して循環器病対策推進計画を遂行しております。2022 年からは、各都道府県でそのハブとなる組織として、脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業が立ち上げられ、脳卒中・心臓病相談窓口を設置すること、啓発活動や、施設間情報共有を行い、脳卒中・心臓病の包括的な医療支援体制を構築することを求められています。広島県でも 2023 年度からセンター事業を開始し、2024 年度から県の事業となり、大学内、連携施設での窓口設置、脳卒中・心臓病の啓発、予防、治療に関する様々な活動を行っております。

この度、心臓病に関する相談窓口での活用を想定し、臨床で頻繁に寄せられるご質問をもとに、多職種のスタッフで協力して、心臓病相談対応マニュアルを作成いたしました。病気のこと、薬のこと、食事のこと、リハビリテーションのこと、自宅での生活のこと、社会福祉制度の利用・相談のこと、入院・検査のこと、仕事と治療の両立のことと 8 つの重要な項目に分けて、Q&A 形式にて患者様用・医療者用のわかりやすく説明しております。広く県民の皆様にご活用いただき、広島県の脳卒中・心臓病の診断・治療体制がより充実したものになることを期待しております。

2025 年 3 月 31 日

広島県脳卒中・心臓病等総合支援センター
センター長 中野 由紀子

目次

第1章. 病気のこと	… 1
1. 心臓病について	… 2
1) 心不全	… 2
2) 虚血性心疾患	… 3
3) 弁膜症	… 5
4) 心筋症	… 6
5) 不整脈	… 8
2. その他	…10
1). 歯周病	…10
① 歯周病と心臓病の関連	…10
② 歯周病の予防と治療	…12
③ 自分でできる口腔ケア	…12
④ 周術期の口腔ケアの必要性	…14
2) 先進医療	…15
3) インフォームドコンセント（病状説明と同意）	…16
4) セカンドオピニオン	…17
5) 緩和ケア・終末期ケア	…19
① 標準的ケア・緩和ケア・終末期ケアの違い	…19
② DNAR と ACP の違い	…23
③ 終末期に行うべき意思確認	…24
④ 終末期の家族支援	…26
第2章. お薬のこと	…29
1. 内服に関する注意点	…30
1) 薬の副作用	…30
2) 飲み合わせに注意が必要なサプリメントや食事の内容	…33
3) 食欲低下時の薬の服用	…35
4) 飲み忘れ時の対応	…37
5) 絶食が必要な検査時の内服	…38
6) 抜歯をするときの注意点	…40
第3章. 食事のこと	…43
1. 心臓病に対する食事療法	…44
1) 食事療法の注意点	…44
2) 塩分を多く含む食材	…45
3) 弁当や総菜の選び方	…47

4) 減塩に使える調味料	…51
第4章. リハビリテーションのこと	…55
1. 心臓病のリハビリテーション	…56
1) 入院・外来通院している医療機関でリハビリテーションを受けたい場合	…56
2) 自宅近くでリハビリテーションを受けたい場合	…57
3) リハビリテーションを受けられる期間	…57
4) 心臓病患者に適した運動メニュー	…58
第5章. 自宅での生活のこと	…61
1. 失神の既往がある場合やペースメーカー植え込み術後の運転制限	…62
2. 独居高齢者の退院支援時の注意点	…64
3. 不眠時の睡眠薬の使用、アルコール	…66
4. 性生活と妊娠	…69
第6章. 社会福祉制度の利用・相談のこと	…73
1. 障害者手帳	…74
1) 身体障害者手帳の交付対象	…74
2) 身体障害者手帳の申請方法	…75
3) 障害年金の受給対象と申請方法	…76
2. 介護保険	…79
1) 介護保険の対象、条件、申請方法	…79
2) 介護保険申請後の流れと認定結果	…80
3. その他の支援	…83
1) 高額療養費制度の詳細、対象、条件	…83
2) 医療費控除制度の詳細、対象、条件	…84
3) 特定医療費（指定難病）助成制度の詳細、対象、条件	…86
4) 重度心身障害医療費助成の詳細、対象、条件	…87
5) 傷病手当金の詳細、対象、条件	…89
6) 生活保護の詳細、対象、条件	…91
第7章. 入院・検査のこと	…93
1. 検査の注意点	…94
1) 血液検査	…94
2) ふらつきが残る検査	…94
3) 自宅で行う簡易 PSG（睡眠ポリグラフ）	…96

第8章. 仕事と治療の両立のこと（両立支援・就労支援）	…97
1. 休職時に活用できる職場の制度	…98
① 休暇制度	
② 勤務制度	
2. 利用可能な支援機関	…100
1) 公共の支援	
① 産業保健総合支援センター（さんぽセンター）	
② ハローワーク	
③ 障害者就業・生活支援センター	
④ 難病相談支援センター	
3. 仕事復帰時の注意点	…104

■編集（五十音順） * 広島県脳卒中・心臓病等総合支援センター

小田 登	広島大学病院	循環器内科*
金井 香菜	広島大学病院	診療支援部リハビリテーション部門*
河村 隆之	広島大学病院	広島県脳卒中心臓病等総合支援センター
中 麻規子	広島大学病院	広島県脳卒中心臓病等総合支援センター
宮内 俊介	広島大学	保健管理センター*
宮本 翔伍	広島大学病院	循環器内科*

■執筆者・協力者一覧（五十音順） * 広島県脳卒中心臓病等総合支援センター

植月 亮	広島大学大学院医系科学研究科口腔顎顔面再建外科*
應原 一久	広島大学大学院医系科学研究科歯周病態学
岡本 百合	広島大学 保健管理センター
高桑 翼	広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門*
櫻下 弘志	広島大学病院 薬剤部*
田中 幸一	市立三次中央病院
中 麻規子	広島大学病院 広島県脳卒中心臓病等総合支援センター
中山 昌子	広島大学病院 看護部
西 裕美	広島大学病院 口腔総合診療科
八陣 美佐子	広島大学病院 栄養管理部*
幣原 佐衣子	広島大学病院 患者支援センター*
堀川 史織	広島大学病院 診療支援部 生体検査部門*
水野 智仁	広島大学大学院医系科学研究科歯周病態学
宮内 俊介	広島大学 保健管理センター*
宮本 翔伍	広島大学病院 循環器内科*
宮本 欣倫	脳神経センター大田記念病院
山崎 香織	広島大学病院 看護部*
八木 恵子	広島大学病院 看護部*

■協力団体

一般社団法人	広島県医師会
一般社団法人	広島県言語聴覚士協会
一般社団法人	広島県作業療法士協会
公益社団法人	広島県栄養士会
公益社団法人	広島県看護協会
公益社団法人	広島県薬剤師会
公益社団法人	広島県理学療法士会
広島県医療ソーシャルワーカー協会	

第1章

病気のこと



1. 心臓病について

1) 心不全

Q. 心不全ってどんな病気か教えてください。

【患者向け】

心不全とは、心臓のポンプ機能が低下することで、体が必要とする血液（酸素や栄養）を十分に全身に送ることができなくなった結果、様々な症状が出現する症候群であり、一度、発症すると進行性の病気です。様々な心臓病（原因疾患）の結果として生じる「状態」であり、単一の病名ではないため、自覚症状や治療法も、個々の状況により異なります。

○ 原因：虚血性心疾患、弁膜症、心筋症、不整脈など、多くの心臓病が原因疾患となります。その他、直接的な原因とは異なりますが、加齢や肥満なども心不全のリスク因子となります。

○ 主な症状：特に階段や坂道での息切れや呼吸困難感、寝るときに悪化する咳や呼吸困難感、むくみ（特に足首や脚）等が主な症状ですが、疲労感や食欲の低下等も生じる事があります。

○ 一般的な対処法と予防策（生活習慣改善のアドバイス）：心不全は多くの原疾患から生じるため、各々の原疾患に対する予防が大切です（次項目以降を参照）。心不全と診断された後は、適正な体重の維持（毎日の体重測定で、目標体重を維持します）、塩分摂取の制限（1日6g未満が推奨）、有酸素運動（息切れが出ない程度の比較的長く続けられる運動）、睡眠と休息の確保、禁煙などの生活療法が心不全の悪化の予防策です。

※呼吸ができないほどの息苦しさや咳、我慢できないほどの胸の痛みや圧迫感、意識の低下、等の症状が発生した場合は、すぐに医療機関を受診してください。

心不全は完治する病態ではありませんが、適切な管理と生活習慣の改善により、自覚症状をコントロールし、生活の質を維持することができます。

【医療者向け】

1. 病態・診断

心不全は心臓のポンプ機能低下により、全身の酸素供給が不十分になる状態である。心筋収縮障害（収縮不全）もしくは心筋拡張障害（拡張不全）に分類される。心不全の原疾患は虚血性心疾患、高血圧性心疾患、弁膜症、心筋症、不整脈等、様々であり、原因疾患（Etiology）により、治療方法や増悪予防の方法が異なる。

診断の補助として、心エコーでの左室駆出率や、血液検査でのBNPまたはNT-pro BNPが使用される。心不全の進行度や状態を表す分類として、心不全ステージ分類、運動耐容能によるNYHA分類などが用いられる。

2. 治療

1) 薬物療法

左室駆出率が低下している心不全（HFrEF）と、左室駆出率が維持されている心不全

(HFpEF)では、薬物療法に違いがある。

○HFrfEF：エビデンスに基づいた治療法が多くある。特に、ACE 阻害薬、ARB、ANRI、 β 遮断薬、MRA、SGLT2 阻害薬、利尿薬、バソプレシン V_2 受容体拮抗薬、HCN チャンネル遮断薬、ベルイシアグアト、ジゴキシン、経口強心薬、アミオダロンがこれにあたる。容量、用法などの詳細は、診療ガイドライン参照²⁾。

○HFpEF：患者の多くが併存疾患（高血圧、心房細動、冠動脈疾患、糖尿病、慢性腎臓病、貧血、睡眠時無呼吸症候群など）を有しているため、併存疾患に対する適切な評価と治療に加え、うっ血に対する利尿剤のほか、SGLT2 阻害薬^{2) 3)}、ARB や ARNI、MRA などの薬剤を投与する。

2) 非薬物療法

○ 非侵襲的治療：運動療法、食事療法、生活療法：包括的心臓リハビリテーション非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）など

○ 侵襲的治療：心不全の原因疾患ごとに、虚血性心疾患に対するカテーテル手術やバイパス手術、弁膜症に対する開心術やカテーテル手術、徐脈性不整脈に対するペースメーカー、致死性不整脈に対する植込み型除細動器（ICD）、心臓同期不全に対する両心室ペースメーカー（CRT）などが用いられる場合がある。重症例では機械的循環補助療法（大動脈内バルーンポンピング：IABP、経皮的心肺補助装置/体外式膜型人工肺：PCPS、左心補助人工心臓：LVAD）や心臓移植が検討される場合がある。

3. 生活上の注意点

①体重管理（週に 2 kg以上増加時は受診を推奨：毎日測定。一方で、悪液質や筋量減少に伴い、体重減少を認める場合もあるので注意する）、②血圧管理（毎日測定）、③塩分制限：6g/日未満を推奨、④運動耐容能に応じた運動、⑤内服薬の服薬遵守、⑥社会資源の活用（生活支援と社会参加の維持）について確認し、疾病管理に必要な情報を提供する。

<参考文献>

- 1) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン. 2025 年改訂版 心不全診療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf (2025 年 3 月 31 日閲覧)
- 2) Anker SD, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med 2021; 385: 1451-1461.
- 3) Solomon SD, et al. Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. N Engl J Med 2022; 387: 1089-1098.

(中 麻規子)

2) 虚血性心疾患

Q. 虚血性心疾患ってどんな病気か教えてください。

【患者向け】

虚血性心疾患とは、心臓の血管（冠動脈）が狭窄したり閉塞したりすることで、心臓の筋肉（心筋）に十分な血液が供給されなくなる病気です。心筋への血液供給がたたれ、心筋壊死（細胞が死んでしまうこと）をおこした状態が心筋梗塞で、発症した場合は命を失う危険性が高い疾患です。一時的な血液の供給不足で胸の痛みなどを感じるが、心筋壊死には至っていない状態が狭心症です。狭心症が心筋梗塞の前兆となる場合もあります。

- 原因：心臓の血管の壁に生じる動脈硬化性変化が原因となりますが、その危険因子は高血圧、糖尿病、脂質異常症（LDL コレステロール高値）、喫煙、肥満、ストレス、加齢などがあります。
- 主な症状：胸・腕や肩・顎の冷や汗を伴うような強い痛み、心窩部痛、圧迫感が主な症状ですが、息切れ、吐き気、めまい、急激な疲労感などの症状が出る場合もあります。
- 一般的な対処法と予防策（生活習慣改善のアドバイス）：上記の危険因子をなるべく減らすことが大切です。危険因子の中には健康診断でわかるような生活習慣病も多いため、定期的な健康診断を受け、専門的なアドバイスをもらうことも大切です。

※上記の症状が 30 分以上持続するときや、症状が繰り返しおこるとき、我慢できない強い症状の場合には、すぐに医療機関を受診してください。

虚血性心疾患の発症予防および発症後の再発予防のためには、生活習慣のコントロールが重要です。

【医療者向け】

1. 病態・診断

虚血性心疾患は、冠動脈の動脈硬化性変化（粥腫：プラークの形成および破綻）を原因とし、急激にまたは徐々に冠動脈の血流が低下することで生じる。急性発症の不安定狭心症、急性心筋梗塞（不安定狭心症と急性心筋梗塞を併せて、急性冠症候群という）は生命の危険性を伴う重症疾患である。慢性的に発症する労作性狭心症も、心不全や致死性不整脈の原因疾患になりうる疾患である。

診断は、急性冠症候群を疑う場合は心電図、心エコー、血液検査での心筋逸脱酵素などで初期診断を行い、確定診断には冠動脈造影検査（カテーテル検査）を行う。症状が安定している場合は、冠動脈 CT 検査や心筋シンチグラフィー、運動負荷試験などを行う場合がある。

2. 治療

1) 急性期

薬物療法では血栓溶解療法、侵襲的治療では冠動脈インターベンション（PCI）、冠動脈バイパス術（CABG）などの冠動脈再灌流療法を行う。

2) 慢性期

薬物療法としては、 β 遮断薬、スタチン、ACE 阻害薬、冠血管拡張薬（硝酸薬、ニコランジル）などが用いられる。

3. 生活上の注意点

再発、重症化予防の視点では、冠危険因子の是正が重要となる。セルフケアができるように本人、家族に教育する。

<参考文献>

- 1) Ibanez B, et al. 2017 ESC guidelines for STEMI. Eur Heart J. 2018; 39:119-177.
- 2) 日本循環器学会,他. 急性冠症候群ガイドライン (2018 年改訂版). https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/11/JCS2018_kimura.pdf (2024 年 12 月 17 日閲覧)
- 3) 日本循環器学会,他. 2020 年 JCS ガイドライン フォーカスアップデート版 冠動脈疾患患者における抗血栓療法. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/04/JCS2020_Kimura_Nakamura.pdf (2024 年 12 月 17 日閲覧)

(中 麻規子)

3) 弁膜症

Q. 弁膜症ってどんな病気か教えてください。

【患者向け】

心臓には、血液の逆流を防ぐために4つの弁（僧帽弁、大動脈弁、三尖弁、肺動脈弁）があります。この弁のいずれかに異常（狭窄や閉鎖不全など）が生じて、弁が適切に開閉できなくなり、血液の正常な流れが妨げられた結果、心臓の働きに影響を与える病気です。

○ 原因：先天的な心臓の構造異常、加齢による弁の変性、過去のリウマチ熱という病歴による弁の障害、感染性心内膜炎（心臓の弁に細菌などが感染する疾患）、高血圧、外傷などによって引き起こされる心臓の変形や損傷などがあります。また、心房細動などによって弁自体に異常がないにもかかわらず生じる機能性の僧帽弁閉鎖不全症などもあります。

○ 主な症状：軽症の弁膜症では症状はありません。弁膜症を原疾患として心不全の状態になると、上記の心不全症状が生じてきます。

※ 心不全同様、呼吸ができないほどの息苦しさや咳、我慢できないほどの胸の痛みや圧迫感、意識の低下などの症状が発生した場合は、すぐに医療機関を受診してください。

弁膜症は早期発見と、食事（減塩）や運動、内服などによる適切な血圧や体液管理により、多くの場合良好な経過を辿ることができます。

【医療者向け】

1. 病態・診断

心臓の4つの弁の狭窄または閉鎖不全により、血流障害を引き起こす。代表的疾患は大動脈弁狭窄症（AS）や僧帽弁閉鎖不全症（MR）がある。診断は、症状と身体所見に加え、心エコーにて弁口面積、逆流の程度を評価する。また、診断および重症度評価においては、カテーテル検査を行う場合がある。心音の聴診にて収縮期雑音や拡張期雑音が聴取さ

れる場合が多い。

2. 治療

心不全を合併している場合には心不全治療を併用する。弁膜症自体への介入は心臓血管外科手術（弁置換術、弁形成術）が主となるが、近年はカテーテルを用いて行う大動脈弁置換術（TAVI/TAVR）や、僧帽弁閉鎖不全症に対して行う接合不全修復術（M-TEER）なども適応が拡大している。

3. 生活上の注意点

弁膜症の重症度に応じた加療に加え、心不全の予防や、感染性心内膜炎の予防（口腔ケアなど）に留意する。また外科的介入の必要なタイミングを逃さないために、定期的な評価が必要であることを指導する。

<参考文献>

- 1) Otto CM, et al. 2020 ACC/AHA guidelines for valvular heart disease. J Am Coll Cardiol. 2021; 77:450–500.
- 2) 日本循環器学会, 他. 2020 年改訂版 弁膜症治療のガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/04/JCS2020_Izumi_Eishi.pdf (2025 年 1 月 7 日閲覧)

(中 麻規子)

4) 心筋症

Q. 心筋症ってどんな病気か教えてください。

【患者向け】

心筋症とは、心臓の筋肉（心筋）に何らかの原因で異常が生じ、心臓の形や機能に変化が起る病気です。心筋に異常が生じることで心臓のポンプ機能が低下し、正常な血液循環が難しくなることがあります、進行性の疾患です（ただし進行のスピードは様々です）。主に拡張型、肥大型、拘束型などの種類があり、それぞれ異なる特徴があります。

○ 原因：遺伝的素因、代謝性疾患、自己免疫疾患、がん治療に用いられる薬物療法や放射線療法の影響、アルコールや違法薬物の過剰摂取、極端な栄養不足などが挙げられます。アミロイドーシスやファブリー病といった全身性疾患に伴う二次性心筋症も存在します。一方で、原因が特定できない特発性心筋症も多くみられます。

○ 主な症状：軽症の心筋症では症状はありません。心筋症を原疾患として心不全の状態になると、上記の心不全症状が生じてきます。

※ 心不全同様、呼吸ができないほどの息苦しさや咳、我慢できないほどの胸の痛みや圧迫感、意識の低下などの症状が発生した場合は、すぐに医療機関を受診してください。

心配な症状がある場合は、信頼できる医療専門家に相談ください。適切なサポートを受ける

ことが最も重要です。

【医療者向け】

1. 病態・診断

心筋症は心筋そのものに異常が生じ、心機能が低下する疾患であり、主なタイプは以下の通りである。

- 1) 拡張型心筋症 (DCM)：左心室が拡張し、収縮機能が低下する。
- 2) 肥大型心筋症 (HCM)：心筋が異常に肥厚し、収縮や拡張が障害される。
- 3) 拘束型心筋症 (RCM)：心筋が硬くなり、拡張が制限される。
- 4) 不整脈原性右室心筋症 (ARVC)：右室の心筋が線維脂肪組織に置き換わる。
- 5) 分類不能の心筋症: 上記に該当しない特殊なタイプ。

診断は、問診や身体診察を行い、呼吸困難感、胸痛、失神、不整脈の有無、浮腫や頸静脈怒張などの徴候を確認するほか、家族歴（遺伝性心筋症の可能性）を確認して行う。

検査は、心エコー（心筋の肥厚、心室拡張、収縮能低下の評価）や、心臓 MRI（心筋の線維化や脂肪変性の評価）、心電図（HCM では高電位、ST-T 変化、不整脈、ARVC では右室に関連する異常波形を確認）、血液検査（心不全マーカーである BNP や NT-pro BNP の値のほか、必要に応じて遺伝子検査）を行う。カテーテルによる心筋生検は、心臓移植適応判定の申請には必要となる。二次性心筋症の鑑別が必要な場合や、急速に進行する、または難治性心不全の病態評価を行う際にも行われる。

心筋症の診断は、臨床所見、画像検査、血液検査、遺伝学的検査を総合して行う。その他、運動負荷試験を行い、不整脈モニタリング（ホルター心電図など）を行う。

2. 治療

近年アミロイドーシスやファブリー病など二次性心筋症に対する有効な治療法が確立されてきており、早期診断のため専門医との連携が重要になってきている。心筋症は心不全の原因疾患として重要であり、治療は心不全に対する治療が主となる（上記心不全の治療を参照）。

3. 生活上の注意点

心筋症は心不全の原因疾患として重要であり、生活上の注意点は心不全と同様である（上記心不全の治療を参照）。

<参考文献>

- 1) 日本循環器学会. 心筋症診療ガイドライン (2018 年改訂版). 2021 年更新.
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/08/JCS2018_tsutsui_kitaoka.pdf (2025 年 2 月 4 日閲覧)

(中 麻規子)

5) 不整脈

Q. 不整脈ってどんな病気か教えてください。

【患者向け】

不整脈は、心臓のリズムが乱れる状態を指します。通常、私たちの心臓は電気の信号によって動いており、規則正しいリズムで動き、血液を全身に送り出しています。しかし、電気信号が何らかの理由で異常を起こすと、不整脈（リズムが速すぎたり：頻脈）、遅すぎたり：徐脈）、あるいは不規則になったりする）が起こります。

○ 原因：不整脈の種類によってその原因は異なりますが、主なものとしては、加齢、心臓病（心臓病により心臓の電気指令系統が障害される）、生活習慣（主に心房細動：ストレスや肥満、睡眠不足や運動不足、過度な飲酒やカフェイン摂取など）、その他（甲状腺の病気、電解質の異常、遺伝的な要因）

○ 症状：不整脈の種類により、自覚症状は異なります。動悸、息切れ（軽い運動でも息苦しくなることがある）、めまい・ふらつき、胸の痛み、失神（重度の場合は心停止に至ります）などがありますが、無症状の不整脈もあります。

※ 我慢できないほどの強い動悸、意識の低下・失神、強い息切れや呼吸困難感、強い胸の痛みや圧迫感などの症状がある場合は、すぐに医療機関を受診してください。

不整脈の中でも頻度の多い心房細動は、心臓のリズムが乱れる病気ですが、すぐに危険というわけではありません。ただし、放置すると心不全や脳梗塞の発症リスクが高まります。気になる症状があれば早めに受診し、正確な診断と適切な治療を行うことが大切です。

【医療者向け】

1. 病態・診断

不整脈は、心臓の電氣的活動の異常により発症し、心拍数やリズムの異常を引き起こす疾患である。頻脈性不整脈と徐脈性不整脈に大別され、さらにその中でも様々な疾患があるが、疾患により緊急性や治療法は全く異なる。以下に代表的な例を示す。

- ① 心房細動（Atrial Fibrillation: AF）：頻脈性不整脈の一つ。心房が無秩序に興奮し、脈が不規則になる。無症候性の場合も多いが、心内血栓を生じやすく、塞栓症のリスクが高まるため、血栓予防の評価が重要である。
- ② 心室頻拍（Ventricular Tachycardia: VT）：頻脈性不整脈の一つであり、致死性不整脈（危険性の高い不整脈）に分類される。意識障害や失神の原因にもなり、緊急対応が必要である。
- ③ 房室ブロック（Atrioventricular Block: AVB）：徐脈性不整脈の一つ。心房から心室への電気伝導が遅延または遮断される。高度 AVB ではペースメーカーの植込みが必要になる場合がある。

2. 診断

不整脈の診断には、12 誘導心電図が必須であるが、その不整脈が生じている時に施行され

なければ診断できない（発作性の不整脈）。長時間心電図（ホルター心電図など）や、植込み型心電計（ICM）が有用な場合がある。また電気生理学的検査（Electrophysiological Study: EPS）はカテーテルを用いた侵襲的検査であるが、これを行うことで、不整脈の機序を特定し、治療方針を決定する場合がある。

3. 治療

各種不整脈疾患により異なる。薬物療法と非薬物療法に大別される。

① 薬物療法

- ・抗不整脈薬・・・Na チャネル遮断薬（I 群）：フレカイニド、ビルシカイニドなど

K チャネル遮断薬（III 群）：アミオダロン、ソタロールなど

※使用には QT 延長や催不整脈作用のリスクに注意が必要である。

- ・抗凝固療法（特に心房細動患者）・・・ワルファリン、直接経口抗凝固薬（DOAC）

※ CHADS2 スコアや CHA2DS2-VASc スコアに基づき、脳梗塞発症リスクを評価する。

② 非薬物療法

- ・カテーテルアブレーション：異常な電気信号を発生させる部位を焼灼し、不整脈を根治させる。心房細動や心房粗動、発作性上室頻拍、心室頻拍などに有効である。
- ・ペースメーカ植込み：徐脈性不整脈（洞不全症候群、高度 ABV）に適応となる。
- ・植込み型除細動器（ICD）：心室細動、心室頻拍など致死性不整脈による突然死予防のために使用する。

4. 生活上の注意点

不整脈患者に対する生活指導は、各種不整脈疾患により異なる。下記は主に心房細動の場合を記載する。

- ① 脳梗塞予防：抗凝固療法を遵守し、ワルファリンの場合は定期的な血液検査（PT-INR）と食事制限が必要であること、また、脱水予防のため、適度な水分補給を説明する。
- ② 禁煙・禁酒：喫煙、飲酒は危険因子となることを説明する。
- ③ 適度な有酸素運動：ウォーキング等を勧め、高負荷運動は避けるよう説明する。

<参考文献>

- 1) 日本循環器学会,他. 不整脈薬物治療ガイドライン（2020 年改訂版）. 2023 年更新.
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/01/JCS2020_Ono.pdf（2025 年 2 月 4 日閲覧）
- 2) 日本循環器学会,他. 不整脈非薬物治療ガイドライン（2018 年改訂版）2021 年更新.
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/07/JCS2018_kurita_nogami.pdf
（2025 年 2 月 4 日閲覧）
- 3) Kotalczyk A, et al. The 2020 ESC guidelines on the diagnosis and management of atrial fibrillation. Arrhythm Electrophysiol Rev. 2021;10:65-67.

（中 麻規子）

2. その他

1) 歯周病

① 歯周病と心臓病の関連

Q. 歯周病と心臓病の関係について教えてください。

【患者向け】

歯周病は、歯周病菌の感染によって歯ぐきに炎症が起こり、最終的には歯が抜けてしまう病気です。歯周病は口の中の病気ですが、糖尿病、関節リウマチ、心臓病（感染性心内膜炎、狭心症、心房細動）、早産・低体重児出産、アルツハイマー病など、全身の病気とも関係があることがわかっています。

その理由としては、以下のようなメカニズムが考えられます。

1. 歯周病菌が血液を通じて全身に広がる。
2. 歯ぐきで作られた炎症物質が血液を通じて他の臓器に影響を与える。
3. 歯周病菌が腸内の細菌バランスを変え、全身に影響を及ぼす。

心臓病については、感染性心内膜炎は歯周病菌が血液を通じて心臓に感染することで起こります。また、狭心症や心筋梗塞は、歯ぐきで作られた炎症物質が冠動脈にプラーク（脂肪の塊）を作り、血管を狭くすることで引き起こされます。心房細動についても、歯周病による歯ぐきの炎症や、特定の歯周病菌（*Porphyromonas gingivalis*）の感染が心房の線維化や手術後の再発率に影響を与えることがわかっています。さらに、歯周病の治療が心臓手術後の予後に影響することもわかっているため、心臓病を持つ患者さんは歯周病の治療や定期的な口腔ケアが重要です。

【医療者向け】

1. 歯周病とは

歯周病は、歯周病原細菌（例えば、*Porphyromonas gingivalis*）の感染によって歯周組織に炎症が生じ、最終的に歯の脱落を招く疾患である。近年の研究により、歯周病は単なる口腔内の疾患にとどまらず、糖尿病¹⁾、関節リウマチ²⁾、心血管疾患（感染性心内膜炎、狭心症、心房細動）³⁾、早産・低体重児出産⁴⁾、アルツハイマー病⁵⁾などの全身疾患と関連していることが明らかになっている。

2. 歯周病が全身に及ぼす影響とメカニズム

歯周病が全身に影響を与えるメカニズムとして、以下の経路が考えられる。

① 歯周病原細菌の血行性感染

歯周組織に感染した歯周病原細菌が血流に入り、遠隔臓器に到達することで、全身の病態に関与するとされている⁶⁾。

② 炎症性メディエーターの移行

歯周組織で産生された炎症性サイトカインやプロスタグランジンなどが血流を通じて他の臓器に影響を与え、慢性的な炎症状態を引き起こす。特に、冠動脈疾患との関連が

注目されており、これにより冠動脈のプラーク形成が促進されることが示されている⁷⁾。

③ 腸内細菌叢の変化

消化管を経由して歯周病原細菌が腸内細菌叢に影響を及ぼし、全身に炎症を引き起こす可能性がある⁸⁾。

3. 心血管疾患との関係

心血管疾患において、例えば感染性心内膜炎は上記の血行性感染経路を通じて口腔内細菌が血流に入り発症するとされている⁹⁾。さらに、狭心症や心筋梗塞では、歯周病に関連する炎症性サイトカインが冠動脈にプラーク（アテローム性動脈硬化病変）を形成し、血管の狭窄を引き起こす¹⁰⁾。また、心房細動との関連も指摘されており、歯周炎の重症度や *Porphyromonas gingivalis* の感染が心房線維化やカテーテルアブレーション術後の再発率に影響することが示されている¹¹⁾。歯周病治療は心臓病患者における予後改善にも関連があるため、定期的な口腔内メンテナンスの重要性が強調されている¹²⁾。

<引用文献>

- 1) Sanz M, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. J Clin Periodontol. 2018;45:138-149.
- 2) de Pablo P, et al. Periodontitis in systemic rheumatic diseases. Nat Rev Rheumatol. 2009;5:218-224.
- 3) Desvarieux M, et al. Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness: the oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST). Circulation. 2005;111:576-582.
- 4) Ide M, et al. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes--systematic review. J Clin Periodontol. 2013;40 Suppl 14:S181-194.
- 5) Kamer AR, et al. Periodontal disease as a possible cause for Alzheimer's disease. Periodontol 2000. 2020;83:242-271.
- 6) Hajishengallis G. Periodontitis: from microbial immune subversion to systemic inflammation. Nat Rev Immunol. 2015;15:30-44.
- 7) Tonetti MS, et al. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic diseases. J Clin Periodontol. 2013;40 Suppl 14:S24-29.
- 8) Kitamoto S, et al. The intermucosal connection between the mouth and gut in commensal pathobiont-driven colitis. Cell. 2020;182:447-462.
- 9) Lockhart PB, et al. Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association?: a scientific statement from the American

Heart Association. Circulation. 2012;125:2520-2544.

10) Libby P, et al. Inflammation and atherosclerosis. Circulation. 2002;105:1135-1143.

11) Miyauchi S, et al. Periodontal treatment during the blanking period improves the outcome of atrial fibrillation ablation. J Am Heart Assoc. 2024;13:e033740.

12) Orlandi M, et al. Periodontal therapy and cardiovascular risk. Periodontol 2000. 2020;83:107-124.

(應原 一久)

② 歯周病の予防と治療

Q. 歯周病の予防と治療について知りたい。

【患者向け】

予防法には、正しい歯磨きと定期的な歯科健診があります。正しい歯磨きによって、歯の周りの歯周病の原因となる細菌を除去することが最も重要です。さらに、定期的な歯科健診によって自分では気づきにくい歯肉の状態を専門家に確認してもらうのも重要です。治療法には、基本的な治療と外科的な治療があります。基本的な治療では、超音波などを使用して歯垢や歯石を除去します。基本的な治療で改善しない場合に、外科的な治療によって歯と歯肉の溝の深さを減少させ、失われた骨を再生させます。これらの治療で炎症がなくなり、歯と歯肉の溝の深さが改善したら、定期的なメンテナンスに移ります。

【医療者向け】

1. 歯周病の治療法

歯周病は、歯周病原細菌の感染によって引き起こされる感染症である。基本的な予防方法は、ブラッシングによる歯周病原細菌の機械的除去となる。歯肉溝（歯と歯肉の間の溝）が骨吸収により深くなり、歯周ポケットと呼ばれる状態になると、治療が必要となる。治療にはスケーリング（歯に付着している細菌や歯石を専用の機器を用いて除去すること）およびルートプレーニング（細菌や歯石、その他の代謝産物が付着した病的なセメント質や象牙質を取り除き、歯の根面を滑らかにする処置）による非外科的治療と、麻酔下で歯肉を剥離して行う外科治療がある。炎症が消失し、歯周ポケットが解消されれば、メンテナンスフェーズに移行する。

【参考資料】

1) 日本歯周病学会. 歯周病 Q&A. <https://www.perio.jp/> (2024 年 8 月 13 日閲覧)

(水野 智仁)

③ 自分でできる口腔ケア

Q. 自分でできる口腔ケアにはどのようなものがあるのか教えてください。

【患者向け】

口腔内のバイオフィーム（デンタルプラーク）は、細菌が作る粘着性の層で、むし歯や歯周病の原因です。予防するためには、毎日の歯磨きで物理的にバイオフィームを破壊することが必要です。歯ブラシやデンタルフロス、歯間ブラシを使って、バイオフィームの保護層を剥がし、細菌を露出させます。この後に抗菌成分を含む洗口液の使用は効果的です。また、定期的に歯科を受診し、クリーニングを行うこともおすすめです。

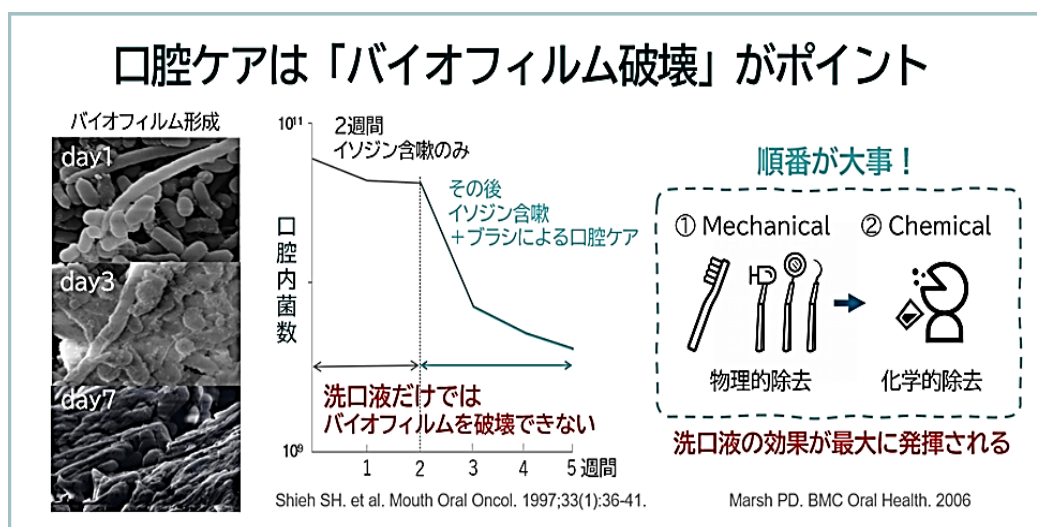
【医療者向け】

1. バイオフィーム管理の重要性

口腔内バイオフィーム（デンタルプラーク）は歯面に強固に付着する細菌が形成する粘着性の生体膜である。このバイオフィームは、細菌を抗生物質や宿主の免疫応答から保護し、細菌が外的な攻撃から防御される環境を提供している。このため、バイオフィームはむし歯や歯周病といった口腔内疾患の主な原因となるだけでなく、全身の健康にも悪影響を及ぼす可能性があるため、適切で効果的な管理が必要になる。

2. バイオフィームの破壊

物理的にバイオフィームを破壊するためには、歯ブラシやフロスでバイオフィームの保護層を剥がし、細菌が露出することが大事である。この物理的破壊後に抗菌成分を含む洗口液を使用することで、洗口液がバイオフィームの深部に到達し、細菌に直接作用する¹⁾。この順序により洗口液の効果は最大化され、口腔衛生が向上する²⁾。



<引用文献>

- 1) Shieh SH, et al. Mouth care for nasopharyngeal cancer patients undergoing radiotherapy. Oral Oncol. 1997;33:36-41.
- 2) Marsh PD. Dental plaque as a biofilm and a microbial community - implications for health and disease. BMC Oral Health. 2006;6 Suppl 1:S14.

(西 裕美)

④ 周手術期の口腔ケアの必要性

Q. 周術期の口腔ケアの重要性を教えてください。

【患者向け】

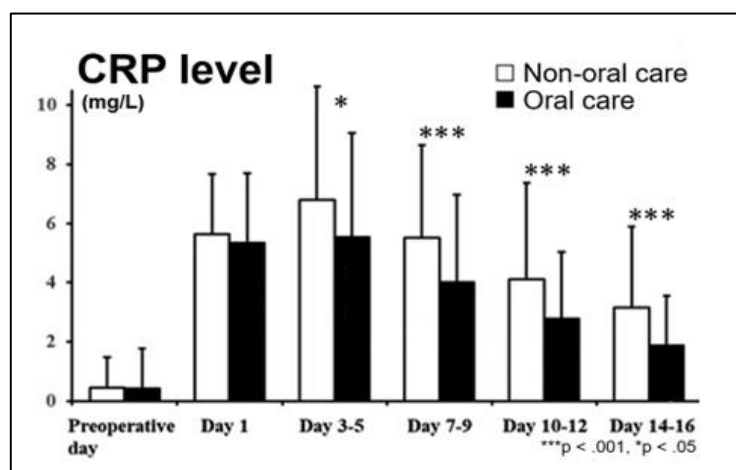
周術期における口腔ケアは、患者さんの全身状態を良好に保つために非常に重要です。手術前に歯科を受診し、口腔内の清掃や治療を実施することで、細菌の増殖を抑え、手術中の安全性の向上や手術後の感染リスクを減らすことができます。また、手術前の口腔ケアは、歯周病の炎症部位から細菌が血中に侵入するのを防ぎ、術中術後の感染性合併症の予防につながります。糖尿病や心疾患を有する方は、口腔内の感染が全身の病状を悪化させるリスクがあるため、特に注意しましょう。

【医療者向け】

周術期における口腔ケアが患者の全身状態の維持や術後合併症の予防に重要であり、医療従事者は、手術前の患者に対して適切な口腔ケアを推奨し、歯科医師との連携を強化することが求められる。

1. 炎症の低減

手術前に歯科を受診し、口腔内の清掃や治療を行うことで、術後の感染リスクを低減し、全身の炎症反応を抑制する効果が期待できる。具体的には、口腔ケアの実施により、炎症マーカーである C 反応性タンパク（CRP）や白血球数の上昇を抑制し、術後の回復を促進することが報告されている。例として、心臓血管外科手術後の患者において、口腔機能の管理により術後の CRP 値が早期に低下することが示されている¹⁾。



2. 感染リスクの低減

口腔ケアの実施により、術後肺炎や創部感染の発症を予防し、入院期間の短縮や医療費の削減にも寄与することが報告されている²⁾。

<引用文献>

1) Nishi H, et al. Effects of perioperative oral care on postoperative inflammation following

heart valve surgery. Oral Dis. 2021; 27:1542-1550.

2) 東川久代, 他. 金沢医科大学病院での周手術期(等)口腔機能管理の現状. 金沢医科大学機関リポジトリ. 48:29-32, 2023. <https://kanazawa-med.repo.nii.ac.jp/records/2000006>. (2024年1月26日閲覧)

(西 裕美)

2) 先進医療

Q. 先進医療とはどのようなものですか。また、どのような治療が含まれるのか、具体的に教えてください。

【患者向け】

先進医療とは、厚生労働大臣が定める最新の医療技術を用いた治療で、現時点では保険診療の対象とならないものを指します。そのため、先進医療にかかる費用は全額患者さんの自己負担となり、高額療養費制度の適用も受けられません。治療によっては、数十万円から数百万円の費用がかかる可能性があります。一方、先進医療と保険診療の併用は認められており、先進医療に関わる費用以外の診療部分には保険が適用され、高額療養費制度も利用できます。また、先進医療特約付きの医療保険に加入している場合、先進医療にかかる費用が保険でカバーされることもありますので、ご自身の保険内容を確認しておくといでしょう。

先進医療は、医師がその必要性と合理性を認め、患者さんが希望した場合に行われます。最新の技術を使用するため、効果が十分に確認されていないこともあります。先進医療を受ける際は費用面を含め、治療のメリット・デメリットを理解し、納得した上で選択することが大切です。

先進医療の対象となる疾患や、先進医療を受けられる医療機関についての最新情報は、厚生労働省のホームページで確認できます。なお、先進医療を受ける際も、通常の保険診療と同様に、被保険者証を病院窓口に提出する必要があります。治療を検討する際は、主治医によく相談し、しっかり考えたうえで決めてください。

<参考資料>

- 1) 先進医療の対象となる疾患：<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/kan03.html> (2024年9月24日閲覧)
- 2) 先進医療を実施している医療機関一覧：<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/kan02.html> (2024年9月24日閲覧)

【医療者向け】

1. 先進医療を受ける際の注意点とリスク説明の重要性

先進医療は、標準的な医療ガイドラインに基づく治療と比較して、有効性や安全性に関するエビデンスが十分に確立されていない場合がある。そのため、患者に対しては治療目的や効果だけでなく、予想されるリスクや副作用についても、わかりやすく丁寧に説明

し、納得してもらうことが重要である。

また、先進医療は保健医療適用外となり、費用は全額自己負担となるため、事前に具体的な必要性についても明確に伝える必要がある。先進医療特約付きの医療保険に加入している場合、その適用範囲についても確認を促し、経済的な負担を軽減できる可能性があることを説明することも大切である。

先進医療の対象となる疾患や実施医療機関についての最新情報は、厚生労働省のホームページで定期的に更新されている。必要に応じて、患者にこれらの情報を確認できるよう、適切な情報提供を行うことが大切である。

<参考資料>

- 1) 厚生労働省. 先進医療の対象となる疾患. <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryoku/kan03.html> (2025 年 3 月 11 日閲覧)
- 2) 厚生労働省. 先進医療を実施している医療機関一覧. <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryoku/kan02.html> (2025 年 3 月 11 日閲覧)

(宮内 俊介)

3) インフォームドコンセント (病状説明と同意)

Q. 病状説明の内容がわかりにくい時は、どうしたらいいですか。

【患者向け】

説明の内容がわかりにくい際には、遠慮せずに説明場面に同席している医療者へお声がけください。ご質問に対してお答えできる内容であれば、看護師が対応いたします。改めて医師からの説明をご希望であれば、日程を調整いたします。

【医療者向け】

患者や家族に対し、医師からの説明の理解を促すためには、以下の 3 つのステップが大切である。相手の理解を確認しながら、根拠に基づいた説明や支援を行うことで、患者と家族に安心感を提供し、双方の間で信頼関係を築くことができる。

1. 積極的に質問をする

患者が医療者側の説明を理解できていない場合は、質問をして理解を促す。例えば、「今の説明でわかりにくいところがありましたか？」と問うアプローチは患者中心のケアを促進し、理解不足のまま治療が進むリスクを減少させる。

2. 視覚的支援ツールを活用する

図解やフロー図を用いると、抽象的な説明がより具体的に理解されやすくなる。視覚的なツールは患者の理解度を高め、病状や治療法についての意思決定に役立てることができる¹⁾。

3. 再説明と確認を行う

患者が自らの言葉で説明を繰り返す「ティーチバック法」や、双方向の対話を通じて、患者の理解を深め、健康行動の促進や治療計画の調整を行う「対話型コミュニケーション・ループ」を活用する方法は、理解度の確認のほか、誤解を減らし、患者の自己管理能力を向上させる可能性がある^{2) 3)}。

<引用文献>

- 1) Houts PS, et al. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Educ Couns. 2006;61:173-190.
- 2) Ha Dinh TT, et al. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016;14:210-247.
- 3) Schillinger D, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med. 2003;163:83-90.

(山崎 香織)

4) セカンドオピニオン

Q. 現在受けている治療や薬が自分に合っているのか不安で、治療や検査を続けるべきか悩んでいます。

【患者向け】

主治医から診断や治療方針の説明を受けても、十分に納得できなかったり、現在の治療を継続してよいか不安に感じたりすることはよくあります。このような場合は、「セカンドオピニオン」を活用することができます。

セカンドオピニオンとは、主治医とは別の医師から診断や治療方針について意見をもらうことです。たとえば、「内科治療と外科治療のどちらを選ぶべきか迷っている」や、「大きな手術を勧められているが、本当に受けるべきか不安がある」といった場合に、セカンドオピニオンは有効です。主治医と異なる医師の視点からの意見を聞くことで、病気についての理解が深まり、納得したうえで治療に臨むことができます。

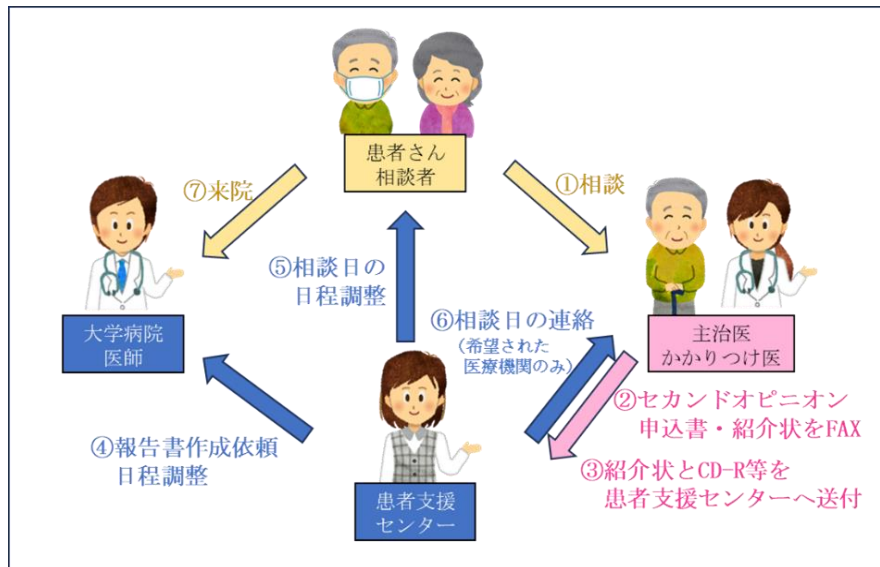
ただし、セカンドオピニオンは現在の治療を見直すためのサポートとして行われるものであり、以下のようなケースはセカンドオピニオンの対象外となります。

- ・医療訴訟や医療事故調査を目的とする相談
- ・主治医に対する不満や転院を目的とする相談
- ・亡くなられた患者さんに関する相談
- ・治療費用に関する相談

セカンドオピニオンを希望する場合は、まず主治医に相談し、これまでの検査結果や治療経

過を記載した紹介状を作成してもらうことが必要です。また、セカンドオピニオンは健康保険の適応外となるため、費用は全額自己負担となります。費用は医療機関によって異なるため、事前に確認が必要です。

下図は広島大学病院におけるセカンドオピニオンの流れを示していますので、参考にしてください。



【医療者向け】

1. セカンドオピニオンの重要性

セカンドオピニオンの機会を提供することは、患者の不安を軽減し、治療方針に対する信頼を深めるために非常に有効である。複数の医師から意見を得ることで、患者は現在の治療の選択肢を理解しやすくなり、自身の治療に対する納得感が高まる。

また、患者が治療の決定に主体的に関与することが促進され、これにより治療への積極的な参加やコンプライアンスの向上が期待できる¹⁾。

2. セカンドオピニオンの利点

セカンドオピニオンは、診断の再確認や、治療方法の選択肢を広げることができる貴重な手段である。これにより、誤診や過剰な治療を回避する可能性が高まり、患者にとってより適切で個別化された医療が提供される²⁾。特に、複雑な症例や、治療方針に迷いがある場合には、異なる視点からの意見が治療の質向上に寄与する。

3. 手続きについて

セカンドオピニオンを希望する場合の手続きや詳細については、各医療機関のホームページやガイドラインを参考にしてもらいたい。主治医に相談し、紹介状を受け取ることでスムーズに進めることができる。医療機関によっては、事前に予約が必要な場合や、費用が自己負担となる場合もあるため、事前の確認が重要である。

<参考文献>

- 1) Shepherd HL, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial. Patient Educ Couns. 2011;84:379-385.
- 2) Keating NL, et al. Patient-reported outcomes following second-opinion consultations in breast cancer care: A cohort study. JAMA Oncol. 2018;4:617-623.
- 3) 広島大学病院におけるセカンドオピニオン受診方法. <https://www.hiroshima-u.ac.jp/hosp/sinryoka/chuoshinryo/shien/opinion> (2024 年 10 月 8 日閲覧)

(宮内 俊介)

5) 緩和ケア・終末期ケア

① 標準的ケア・緩和ケア・終末期ケアの違い

Q. 標準的ケアと緩和ケア、終末期ケアの違いを教えてください。

【患者向け】

心臓病の治療やサポートには、「標準的ケア」「緩和ケア」「終末期ケア」という 3 つの考え方があります。それぞれの目的や特徴を説明します。

① 標準的ケア（一般的な治療）

慢性心不全の進行を遅らせ、できるだけ長く健康的な生活を送ることを目指した治療です。主に以下のような治療が行われます。

- ・薬物療法（ β 遮断薬、ACE 阻害薬、利尿薬など）
- ・生活習慣の改善（減塩、適度な運動、体重管理など）
- ・医療機器の使用（植込み型除細動器、心臓再同期療法など）

② 緩和ケア

病気のどの段階（ステージ）でも受けられるサポートで、標準的ケアと並行して行われることもあります。特に、病気が進行してきたときだけでなく、病期の早い段階から症状を和らげ、生活の質（Quality of Life, QOL）を向上させることを目指した治療です。主に以下のようなサポートが行われます。

- ・症状の緩和（息切れ、むくみ、疲労感、不安の軽減）
- ・日常生活の支援（食事の工夫、介護のアドバイス）
- ・精神的・心理的なサポート（不安や抑うつへの対応）
- ・家族の支援（介護負担の軽減、相談対応）

③ 終末期ケア

標準的ケアによる治療が難しくなり、病気が進行して「延命よりも生活の快適さを重視する」段階で行われるケアです。最期の時間を穏やかに過ごせるよう支えることを目指します。具体的なサポート内容は以下の通りです。

- ・痛みや苦しさを最小限に抑える治療（呼吸困難感の緩和、鎮痛薬の使用など）
- ・生活の快適さを優先するケア（ベッド上での楽な体勢の工夫、食事の調整）

・患者さんと家族の心のケア（不安の軽減、最期の過ごし方のサポート）

病状の変化に合わせて「標準的ケア」→「緩和ケア」→「終末期ケア」へと移っていくことはありますが、緩和ケア＝終末期ケアではありません。

	標準的ケア	緩和ケア	終末期ケア
目的	病気の進行を抑え、症状を改善する	症状を和らげ、生活の質を向上させる	最期の時間を快適に過ごす
対象	病状が安定している患者	すべての病期の患者	治療が難しくなった患者
治療内容	薬物療法、生活習慣改善、医療機器の使用	症状の緩和、心理的サポート、家族支援	苦痛の緩和、穏やかな最期の支援
治療の方向性	病気を進行させない	生活の質を優先する	延命治療はせず、快適さを優先する

【医療者向け】

標準的ケア、緩和ケア、終末期ケアは、相互に補完し合いながら患者中心のケアを構築するための重要な要素である。各概念についての説明は、以下の通りである。

1. 標準的ケア（Standard Care）

疾患の進行を抑制し、心血管イベントのリスクを低減するとともに、患者の生命予後を改善すること目的とする。慢性心不全（CHF）においては、病態生理に基づいたガイドライン適応治療を実施することが基本となる。

1) 薬物療法

- ・レニン・アンジオテンシン・アルドステロン系（RAAS）阻害薬（ACE 阻害薬、ARB、ARNI）
- ・ β 遮断薬（Carvedilol, Bisoprolol など）
- ・ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬（MRA）
- ・SGLT2 阻害薬（Dapagliflozin, Empagliflozin など）
- ・利尿薬（ループ利尿薬、サイアザイド系利尿薬）

2) 非薬物療法

- ・心臓リハビリテーション（心肺機能維持、運動耐容能の改善）
- ・生活習慣の管理（塩分・水分制限、体重管理）
- ・デバイス治療（植込み型除細動器（ICD）、心臓再同期療法（CRT））

標準的ケアは、心不全患者の大部分に適用されるが、疾患が進行するにつれ、従来の治療のみでは QOL の維持が困難となるため、補完的に緩和ケアの導入が必要となる。

2. 緩和ケア（Palliative Care）

疾患の進行に伴う身体的・精神的苦痛を軽減し、QOL の維持・向上を目指すケアであり、終末期のみならず、診断直後から標準的ケアと並行して提供されるべきものである¹⁾。ガイドラインにおいても、心不全の場合、あらゆるステージで患者中心の包括的なケアが推奨され、緩和ケアは終末期だけでなく「心不全診断の早期段階から統合すべき」もので

あることが示されている²⁾。終末期では特に重要性が増し、痛みや呼吸困難感、倦怠感などの症状をエビデンスに基づき緩和することが患者の QOL 向上に不可欠である。緩和ケアは、患者の QOL を最優先にし、必要に応じて医療の内容を調整する視点で提供される²⁾³⁾。

1) 適用基準

心不全における緩和ケアの適応は、進行心不全（Advanced HF）の段階において特に重要であり、以下のような病態の患者に対して提供される。

- ・ NYHA（New York Heart Association）分類 III-IV の症例
- ・ 6 か月以内の心不全による入院歴
- ・ 左室駆出率（LVEF）35%未満
- ・ 心不全に伴う反復する低酸素血症、浮腫、倦怠感
- ・ 標準治療に抵抗性の呼吸困難感・疼痛・不安

2) 主要な介入

① 症状マネジメント

- ・ 呼吸困難感（Opioids、非侵襲的陽圧換気（NPPV））
- ・ うっ血（適正な利尿薬調整）
- ・ 疼痛（アセトアミノフェン、非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）は腎機能低下例に注意）
- ・ 倦怠感（栄養状態の改善、酸素療法）

② 精神・心理的サポート

- ・ 不安、抑うつ管理（抗うつ薬、心理カウンセリング）
- ・ 家族支援（介護負担軽減のための社会資源の活用）

③ 意思決定支援（Advance Care Planning, ACP） ※③で詳しく説明する

- ・ 生命予後の説明
- ・ 患者の価値観・希望の確認
- ・ Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）の検討

3. 終末期ケア（End-of-Life Care, EOLC）

標準的ケアおよび緩和ケアによる症状緩和が限界に達し、生命維持よりも快適な生活の維持を優先する段階で提供される。心不全患者の場合、悪液質（Cardiac Cachexia）、安静時呼吸困難感、反復する心不全増悪が見られ、数週間～数か月以内の生命予後が予測される時期に適用される。

1) 主要な介入

- ・ 人工的水分・栄養補給の適否の検討
- ・ 心肺蘇生（CPR）・ICD 治療機能の停止
- ・ 疼痛管理（モルヒネの適応）
- ・ 精神的ケアおよびスピリチュアルケア
- ・ 在宅緩和ケアまたはホスピスケアの選択

終末期ケアの適切な導入は、患者および家族の意向を十分に考慮し、ACP を基に決定さ

れる必要がある。AP については、③で詳しく説明する

4. 標準的ケア・緩和ケア・終末期ケアの関係性

分類	標準的ケア (Standard Care)	緩和ケア (Palliative Care)	終末期ケア (End-of-Life Care)
目的	生命予後の改善	QOLの向上	穏やかな最期の実現
適用段階	診断時から	診断直後から標準治療と並行	予後が数週間～数か月以内
主要介入	薬物療法、生活指導、 リハビリ	症状緩和、心理的サポート、 ACP	CPR中止、疼痛管理、在宅 ホスピス
適用患者	すべての心不全患者	NYHA III-IV、増悪例	末期心不全、DNAR適応例

5. 心不全緩和ケアの実践に向けて

心不全の緩和ケアについて、医療者の中にも、「緩和ケア＝終末期ケア」という誤解が根強く、標準的ケアと並行した緩和ケアの導入が遅れることがある^{4) 5)}。また、心不全の病態は増悪と寛解を繰り返すため、ACPのタイミングが難しく、緩和ケアの導入が適切に行われにくい。そのため、医療者が心不全の進行過程に応じた緩和ケアの役割を正しく理解し、標準的ケアと並行して早期から介入できる体制を整えることが重要である。患者・家族が自身の病状や治療選択肢について理解し、適切な意思決定を行えるよう、多職種チームによる包括的なサポートが必要である。

推奨される対応は、以下の通りである。

- ・診断初期から緩和ケアを導入し、ACPを進める
- ・多職種連携を強化し、症状緩和と標準的ケアのバランスを考慮する
- ・患者および家族への教育を通じ、誤解を解消する

<引用文献>

- 1) McDonagh TA, et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42:3599-3726.
- 2) Jaarsma T, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2009;11:433-443.
- 3) Sepúlveda C, et al. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 2002;24:91-96.
- 4) Kavalieratos D, et al. Palliative care in heart failure: Rationale, evidence, and future priorities. J Am Coll Cardiol. 2017;70:1919-1930.
- 5) Schichtel M, et al. Clinician barriers and facilitators to heart failure advance care plans: a systematic literature review and qualitative evidence synthesis. BMJ Support Palliat Care. 2019;bmjpspcare-2018-001747.

(中 麻規子)

② DNAR と ACP の違い

Q. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) と ACP (Advanced Care Planning) の違いは何ですか？

【患者向け】

DNAR とは、心停止や呼吸停止が起こった場合に、心肺蘇生を行わないという指示です。この指示は、事前に主治医と患者さん、そして家族が話し合い、同意を得たうえで適用されます。よく『DNAR は治療をすべてやめること』と誤解されますが、これは特定の状況で心肺蘇生を行わない方針を示しているだけで、他の治療やケアは引き続き行われます。

DNAR は、延命処置を望まない方や、自然な経過を希望している方が選ばれることが多いですが、重要なのは、DNAR を選んでも他の医療ケアが続けられるという点です。患者さんの希望に基づいたケアが、引き続き適切に提供されます。

一方、ACP とは、将来の医療ケアについて、患者さんや家族が事前に話し合い、計画を立てるプロセスです。どのような治療やケアを希望するか、または望まないかを文章化しておくことで、予期しない事態が起こった時も患者さんの意向に添った医療が提供されるようになります。

ACP は、患者さんの価値観や希望を尊重し、将来の治療方針を決めておくための手段です。さらに、病状や状況が変わった場合には、その内容を何度も見直し、変更することができるため、柔軟な対応が可能です。

【医療者向け】

1. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

DNAR は心停止や呼吸停止が起こった際に、心肺蘇生を行わないという医療指示である。これは、患者やその代理人、そして医療者との事前の話し合いを経て合意されたものであり、特定の医療状況で蘇生を試みないという決定である。主に心停止や呼吸停止といった生命を脅かす緊急事態に適用されるが、DNAR は病院内だけでなく、在宅医療やホスピスケアなどの場でも適用されることがある。DNAR は「すべての治療を中止する」ことを意味しない。あくまで、心肺蘇生に関しての指示であり、他の治療やケア（例：疼痛管理、栄養補給）は継続される¹⁾。

2. ACP (Advanced Care Planning)

ACP は、患者が自身の価値観や希望に基づいて、将来の医療やケアについて計画を立てるプロセスである。これは、特定の診療場面に限らず、患者の意思を多職種で共有し、必要な医療を提供するために文章化するものである。患者の価値観や希望は時間や病状によって変わることがあるため、ACP は定期的に見直し、必要に応じて更新することが重要である。DNAR が主に緊急事態に対応するものであるのに対し、ACP は長期的な治療計画やケア方針の指針となるため、日常の診療でも活用される²⁾。ACP で確認された意思決定を確実に治療に反映させるために、「人生の最終段階における医師の指示書」として POLST

(physician order for life-sustaining treatment)を作成し書面にすることが望まれる。

DNAR と ACP はいずれも患者の意思を尊重し、適切な医療を提供するための重要なツールである。しかし、DNAR は心肺蘇生の中止に関する指示に限定されるのに対し、ACP は長期的な医療ケア全般を計画するプロセスであり、患者の価値観に基づいて包括的に医療提供することを目的としている。

<参考文献>

- 1) Fritz Z, et al. Resuscitation policy should focus on the patient, not the decision. BMJ. 2017;356.
- 2) Sudore RL, et al. Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-832.

(宮本 翔伍)

③ 終末期に行うべき意思確認

Q. 終末期に意思確認すべき事項にはどのようなものがありますか？

【患者向け】

終末期における意思確認は、患者さんの価値観や希望を治療に反映させるために非常に重要です。適切な意思確認を行うことで、最期の時まで患者さんの希望に寄り添った治療を提供することが可能になります。確認すべき事項には、以下のような内容が含まれます。

- ・延命治療を希望するかどうか（例：心肺蘇生、人工呼吸器の使用など）
- ・緩和ケアの進め方（痛みや苦しみの緩和をどのように希望するか）
- ・その他の医療措置に関する希望（輸液や栄養補給、鎮静など）

特に心不全のような進行性で根治が難しい疾患の場合、症状の悪化と改善を繰り返しながら進行することがあります。医療技術の進歩により、以前は受けられなかった治療が高齢者や重度の心臓病患者でも可能になっていますが、患者さんが望む治療を受け、望まない治療を避けるためには、事前に意思確認を行っておくことが非常に重要です。

病状が悪化してから意思決定を行うことは、患者さんにとって大きな精神的・身体的負担になるため、病状が安定している時期に家族と一緒に将来の治療方針について話し合うことが大切です。このような話し合いの過程で、別項で説明している ACP(advanced care planning)が非常に重要な役割を果たします。ACP は、将来の医療について患者さんの希望を反映させるための計画作りであり、事前に考え、共有することで、患者さんの意向に基づいた医療ケアを実現することができます。

【医療者向け】

終末期における意思確認は、患者中心の治療方針を策定する上で極めて重要なプロセスである。医療の進歩により治療選択肢が広がり、健康寿命が延びている一方で、患者が人生の最終段階をどのように過ごすのか、その価値観や死生観を明確にすることの重要性も

高まっている。特に、病状が安定している段階で意思確認を行うことは、適切な終末期ケアの提供に欠かせない。

1. 生活の質と治療目標の明確化

意思確認では、患者がどのような生活の質（Quality of Life, QOL）を望んでいるのかを明確にし、それを基に治療の目標を設定することが求められる。このプロセスは、医師だけでなく、看護師やリハビリスタッフなどの多職種チームで情報を共有しながら進めることが推奨されている¹⁾。

2. ACP（Advance Care Planning）の役割

ACP は患者の価値観や希望を事前に確認し、それを明文化することで、終末期における治療方針を具体化するプロセスである。ACP の主な目的は、患者が意思決定能力を失った場合でもその意向に基づいた医療介入を行うことを保証することである。ACP は患者がどのような治療を希望し、どのような治療を望まないかを明確にする重要な手段である²⁾。

3. 治療方針の協議

ACP や病状を踏まえ、終末期には以下の事項について、家族や医療チームと協議することが重要である。

- ・延命治療の実施可否：心肺蘇生や人工呼吸器の使用を希望するかどうか³⁾。
- ・緩和ケアの方針：痛みや不安の管理など、穏やかな終末期を過ごすための緩和ケアの内容。
- ・家族や医療チームとの連携：家族が患者の希望を理解し、サポートできるよう、情報共有や在宅医療・ホスピスケアの準備を進める⁴⁾。

また、終末期にある多くの患者とケアパートナーが望んでいることは正確な生存期間の推定ではなく、予後の話し合いを早期から日常的な言葉で繰り返し行うことであり、QOL と生存期間の両方を考慮した説明やケアパートナーの関与であることが明らかになっている⁵⁾。このことから、早期からの緩和ケア導入が、心不全患者の QOL 向上と適切な終末期医療の提供につながるといえる。

4. 家族との連携と在宅ケアの構築

終末期の意思決定において、家族との連携が不可欠である。家族が患者の希望を理解し、それに基づいてサポートできるよう、医療チームは適切な情報提供を行う。また、患者が在宅療養を希望する場合には、在宅医療の体制を整え、迅速に提供することが求められる。在宅緩和ケアが患者と家族双方の満足度を高めることが報告されており、積極的な導入が推奨されている⁶⁾。

<引用文献>

- 1) Macaden L, et al. The care of older people with complex health needs: the impact of advance care planning on reducing hospital admissions at the end of life. Age Ageing. 2021;50:413-419.

- 2) Sudore RL, et al. Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-832.
- 3) Teno JM, et al. Association of increasing use of mechanical ventilation among nursing home residents with advanced dementia and intensive care unit beds. JAMA Intern Med. 2016;176:1800-1808.
- 4) Aoun SM, et al. Caregiving for the terminally ill: at what cost? Palliat Med. 2005;19:551-555.
- 5) Shore S, et al. Prognosis communication in heart failure: Experiences and preferences of end-stage heart failure patients and care partners. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2024;17:e010662.
- 6) Gomes B, et al. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliat Care. 2013;12:7.

(宮本 翔伍)

④ 終末期の家族支援

Q. 終末期の家族支援について教えてください。

【患者・ご家族向け】

予期しない出来事や突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなるかもしれません。そのため、自分で判断できなくなった時に代わりに伝えてくれる人（代理人）を選んでおくことが大切です。医療や生活に関する希望や思いを家族・代理人や医療者と話し合い、「私の心づもり（広島県地域保健対策協議会）」¹⁾などに記録として残しておくことで、状態が悪くなり自分で伝えることができなくなった場合にも、あなたの考えが医療やケアに反映されます。わたしの心づもりは、以下の URL より入手可能です。

患者さん・家族、医療関係者と一緒に最善の医療やケアについて考えていきましょう。

1. 広島県地域保健対策協議会. もしもの時のために伝えておきたいこと Advance Care Planning (ACP). <https://citaikyo.jp/other/acp/index.html> (2024 年 8 月 13 日閲覧).

【医療者向け】

1. 治療や療養の方針

年齢や病期にかかわらず、今後の治療・療養については、患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合い、患者の意向や価値観、治療や療養に関する希望などの ACP (Advance Care Planning) について共有し、一緒に方針を決定することが望ましいとされている。医療従事者は、患者・家族の病状の理解や意向を確認しながら、不安や疑問を尋ね、つらさの評価を行い、精神的なサポートを含め、多職種で柔軟に治療や療養を支援する。そして、患者の身体的苦痛（痛み、吐き気、だるさなど）、精神的苦痛（抑うつ、不眠、せん妄など）、療養の場所の選択の支援、病気や治療への不安や悩みなどに対して、専門的な知識

や技術を用いて対応する緩和ケアチームなどの医療資源を活用し、最善の医療やケアを提供する。

2. 緩和ケアの概念

緩和ケア（Palliative Care）とは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者様とそのご家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理的問題、社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOL（Quality of Life）を改善するアプローチである。」と定義されている¹⁾。緩和ケアは、重病や末期疾患の患者の症状や苦痛を軽減し、生活の質を改善することを目指す。これは、疾患の初期段階から提供されることもある。一方、終末期ケア（End-of-Life Care）は、患者が亡くなる直前の期間に焦点を当て、快適な環境で最期の時間を過ごすことを支援する。通常、病院やホスピスで提供される。両方のケアは、患者の心身の苦痛を軽減し、心理的・社会的サポートを提供するが、提供される時期や場所、アプローチや目標が異なる。

3. 終末期の QOL の追求

QOL とは生活の質を指し、物質的、身体的、精神的、社会的な側面を含む。QOL の評価には、健康、安全、経済的安定、教育、雇用、社会的関係、自己実現、幸福感などが考慮される。QOL 向上は個人や社会全体の福祉を追求するために重要である。終末期の QOL 向上では、患者が穏やかで快適に最期を迎えることを目指す。医療者は、患者が尊厳を持って過ごせるよう、痛みの管理、快適な環境の提供、サポートと情報提供、心理的支援、人間関係の維持などの要素を考慮し、個々の状況に合わせたケアを提供する。また、家族や友人との時間を大切にできるよう、身体的、心理的、社会的、霊的なサポートを行い、患者の尊厳を守り、命に敬意を払うことが重要である。

4. 家族へのケア

患者の終末期が近づくと、患者およびその家族は予期悲嘆を経験し始める。この期間は心の準備期間であり、十分に悲嘆を表現できると、患者は自己実現を成し遂げ、家族は悲嘆からの回復が早いといわれている^{2) 3)}。そのため、予期悲嘆を表現できるよう援助することが重要である。家族は感情を抑制し、気丈に振舞わなければ、と思いがちだが、感情を表出することが大切である。感情の表出を促進し、心理的苦痛を共有できる信頼関係の構築と環境への配慮が重要である。

【引用資料】

- 1) 世界保健機構（World Health Organization）Palliative Care. [https:// www. who. int/health-topics/palliative-care](https://www.who.int/health-topics/palliative-care)（2024 年 8 月 13 日閲覧）
- 2) 緩和ケアで大切にしたい QOL. 一般社団法人日本終末期ケア協会 [https://jtca2020.or.jp/news/cat3/quality of life/](https://jtca2020.or.jp/news/cat3/quality%20of%20life/)（2024 年 8 月 13 日閲覧）
- 3) 牟田理恵子作. 終末期がん患者さんのご家族支援ガイド. <https://www.shinshu->

u.ac.jp/faculty/medicine/health/professor/20221014.pdf (2024 年 8 月 13 日閲覧) .

【参考資料】

- 1) 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について 2018 年(平成 30 年) 4 月、循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ . <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204784.pdf>
- 2) 日本終末期ケア協会 https://jtca2020.or.jp/news/cat3/quality_of_life/
- 3) 脳卒中相談窓口マニュアル Ver 3.0 一般社団法人日本脳卒中学会 (2024 年 3 月)
[consultation_manual_ver3.0.pdf \(jsts.gr.jp\)](#)

(中山 昌子)

第2章

お薬のこと



1. 内服に関する注意点

1) 副作用について

Q. 薬の副作用の中で、頻度の多いものにはどのような症状がありますか。

【患者向け】

薬の副作用にはさまざまな種類があり、薬の種類によっても、頻度の高い副作用が異なります。代表的な薬とその副作用を以下に示します。

① 降圧薬：血圧を下げる

- ・ACE阻害薬：空咳や血管浮腫（体の一部が腫れる状態）などが起こることがあります。
- ・カルシウム拮抗薬：足や足首の浮腫（むくみ）が現れることがあります。
- ・ β 遮断薬：徐脈、めまい、ふらつき、倦怠感が現れることがあります。
- ・アンジオテンシン受容体ネブライシン阻害薬：低血圧、高カリウム血症、腎機能低下、血管浮腫が現れることがあります。

② 利尿剤：体内の水分を排出する

- ・電解質異常：一般的に、低ナトリウム血症や低カリウム血症が起こりやすくなり、これが体調不良の原因になることがあります。トルバプタンは高ナトリウム血症を引き起こす可能性があります。また、カリウム保持性利尿剤による血清カリウム値が上昇する場合があります。
- ・脱水症状：頻尿によって体内の水分が不足し、脱水症状が現れる場合があります。

③ 鎮痛剤（NSAIDs）：痛みを和らげる

- ・胃腸障害：胃痛、胃潰瘍、消化不良などが生じることがあり、特に空腹時に服用するとリスクが高まります。
- ・腎障害：長期間の使用によって腎機能が低下することがあります。定期的に腎機能のチェックが推奨されることもあります。

④ 抗生物質：細菌感染を治療する

- ・消化器症状：下痢、吐き気、腹痛などが代表的です。腸内のバランスが崩れるために起こりやすく、プロバイオティクスなどの使用が助けになる場合もあります。
- ・アレルギー反応：発疹やかゆみなどがあり、重篤な場合にはアナフィラキシーショックといった重度の反応を引き起こすこともあります。

⑤ 精神安定剤：不安や緊張を緩和する

- ・眠気：日中の眠気や集中力の低下が見られることがあります。
- ・ふらつき：めまいやバランス感覚の低下が生じることがあります。

⑥ SGLT2阻害薬：利尿によるうっ血解除などがあり、心不全に効果があります。

- ・低血糖：冷や汗がでる、気持ちが悪くなる、手足がふるえる、ふらつく、力がぬけた感じがすることがあります。
- ・腎盂腎炎などの感染症：寒気、ふるえ、発熱、わき腹や腰の痛みなどの症状がみられることもあります。
- ・脱水症状：利尿作用により多尿や頻尿、脱水などの症状がみられる場合があります。

⑦ 抗血小板剤や抗凝固剤：血栓の形成を防ぎます

- ・出血：皮膚の内出血、鼻血、歯茎からの出血、血痰、血尿がみられる場合があります。

薬の副作用が現れた場合は、必ず医師や薬剤師に相談してください。必要に応じて、薬の変更や用量の調整を行うことがあります。自己判断で薬の服用を中止すると、病状が悪化する恐れがあるため注意が必要です。

【医療者向け】

1. 各種薬剤と副作用のメカニズム

以下、代表的な治療薬とその副作用、メカニズムについて解説する。

① 鎮痛剤（NSAIDs）による胃腸障害と腎障害

- ・胃腸障害：NSAIDsはプロスタグランジンの合成を阻害し、胃粘膜保護の機能が低下するため、胃痛や胃潰瘍、消化不良が発生しやすくなる。プロスタグランジンは胃酸の分泌抑制や粘膜の保護に関与しているため、抑制されることで粘膜が傷つきやすくなる¹⁾。
- ・腎障害：NSAIDsは腎臓での血流を維持するプロスタグランジンの生成も抑制するため、長期間の使用で腎血流量が減少し、腎機能の低下を引き起こす。腎臓の血管収縮が進行することで、腎障害のリスクが高まる²⁾。

② 抗生物質による消化器症状とアレルギー反応

- ・消化器症状：抗生物質は腸内細菌叢のバランスを崩し、下痢や腹痛を引き起こすことがある。特に広域スペクトル抗生物質は有益な腸内細菌も破壊してしまうため、*Clostridioides difficile* 感染症などが発生することもある³⁾。
- ・アレルギー反応：抗生物質によるアレルギー反応は免疫系が薬剤を異物として認識し、過敏に反応することで発生する。ペニシリン系やセファロsporin系抗生物質は特にアレルギーのリスクが高いとされている⁴⁾。

③ 降圧薬による副作用

- ・ACE 阻害薬による咳：ACE 阻害薬はアンジオテンシン変換酵素を抑制することで、ブラジキニンの分解を阻害する。ブラジキニンの蓄積が気道刺激を引き起こし、空咳として現れることがある⁵⁾。
- ・カルシウム拮抗薬による浮腫：カルシウム拮抗薬は血管の拡張を引き起こすが、特に末梢血管での拡張により、足や足首の浮腫が生じやすくなる。これは、細動脈拡張による毛細血管圧亢進に伴う滲出液の増加が原因の一因と考えられている⁶⁾。
- ・ β 遮断薬による徐脈：交感神経抑制による心拍数減少作用や心筋収縮力が低下するため、徐脈・めまい、ふらつき・倦怠感が生じることがある⁷⁾。
- ・アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬による副作用：交感神経抑制による心拍数減少作用や心筋収縮力が低下するため、徐脈・めまい、ふらつき・倦怠感が生じることがある⁸⁾。

④ 精神安定剤による眠気とふらつき

・眠気：精神安定剤は中枢神経系を抑制し、過剰な眠気や集中力低下を引き起こすことがある。これにより日中の活動が制限される場合もある⁹⁾。

・ふらつき：精神安定剤によって平衡感覚が低下し、ふらつきやめまいが発生する場合がある。これは、血圧低下や筋力抑制の影響によるものである¹⁰⁾。

⑤ 利尿剤による電解質異常と脱水症状

・電解質異常：利尿剤はナトリウムやカリウムの再吸収を阻害することで尿中の電解質の排出を増加させ、低ナトリウム血症や低カリウム血症を引き起こすことがある。これにより、筋力低下や不整脈などの症状が現れることがある¹¹⁾。カリウム保持性利尿剤によって血清カリウム値が上昇する場合がある¹²⁾。

・脱水症状：頻尿により体内の水分が過剰に排出されるため、脱水症状が現れやすくなる。特に高齢者では脱水リスクが高まるため、注意が必要である¹³⁾。

⑥ SGLT2 阻害薬による副作用

腎臓で糖分を再吸収している SGLT2 の働きを抑えることで、低血糖、尿路感染症、脱水症状を起こすことがある¹⁴⁾。

⑦ 抗血小板剤や抗凝固剤による出血傾向

抗血小板薬は血液を固まらせる血小板の働きを抑え、一方で抗凝固薬は、血液を固めるフィブリンなどの血液凝固因子の働きを抑えることで、出血傾向につながる恐れがある¹⁵⁾。

<引用文献>

- 1) Hawkey CJ. Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. Gastroenterology. 2000;119:521-535.
- 2) Whelton A. Nephrotoxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: physiologic foundations and clinical implications. Am J Med. 1999;106:S13-24.
- 3) Bartlett JG. Clinical practice. Antibiotic-associated diarrhea. N Engl J Med. 2002;346:334-339.
- 4) Romano A, et al. Diagnosing immediate reactions to cephalosporins. Clin Exp Allergy. 2005;35:1234-1242.
- 5) Dicipinigitis PV. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest, 2006;129(1_suppl):S169-173.
- 6) Messerli FH. Vasodilatory edema: a common side effect of antihypertensive therapy. Am J Hypertens. 2001;14:978-979.
- 7) McAlister FA, et al. Meta-analysis: beta-blocker dose, heart rate reduction, and death in patients with heart failure. Ann Intern Med. 2009;150:784-794.
- 8) McMurray JJ, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 2014;371:993-1004.
- 9) Barker MJ, et al. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. CNS Drugs. 2004;18:37-48.

- 10) Nemeroff CB. Use of atypical antipsychotics in refractory depression and anxiety. J Clin Psychiatry. 2005;66 Suppl 8:13-21.
- 11) Ellison, D. et al. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. N Engl J Med, 2007;356:2064-2072.
- 12) Pitt B, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. N Engl J Med. 1999;341:709-717.
- 13) Hwang KS, et al. Thiazide-induced hyponatremia. Electrolyte Blood Press. 2010;8:51-57.
- 14) Zinman B, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373:2117-2128.
- 15) Miyashita F. Antiplatelet and anticoagulation therapy. Jpn J Neurosurg. 2012;779-790.

(櫻下 弘志)

2) 飲み合わせに注意が必要なサプリメントや食事の内容

Q. 薬と一緒に飲むときに注意が必要なサプリメントや食べ物を教えてください。

【患者向け】

1. 注意が必要なサプリメント

以下のものがあります。

① カルシウム

注意する理由：骨粗鬆症治療薬（ビスホスホネートなど）と同時に摂取すると、骨粗鬆症治療薬（ビスホスホネートなど）の吸収が妨げられることがあります。

症状：だるさ、吐き気、食欲不振などが現れることがあります。

② ビタミン K

注意する理由：抗凝固薬（特にワルファリン）を使用している場合、ビタミン K が多く含まれる食品やサプリメントを摂取すると、ワルファリンの効果が弱まり、血栓ができるリスクが高まります。

リスク：血栓症や心筋梗塞、脳梗塞のリスクが高まる可能性があります。

③ 鉄分

注意する理由：鉄分は一部の抗生物質（シプロフロキサシンなど）の吸収を妨げ、効果が低下することがあります。

推奨される対策：鉄分サプリを抗生物質と併用する場合は、2 時間以上間隔を空けると良いでしょう。

2. 注意が必要な食品

以下のものがあります。

- ① グレープフルーツ、文旦、スウィーティー、八朔、夏みかん、ダイダイ、伊予柑、ポンカン、金柑

注意する理由：一部の降圧薬や一部の抗生物質と一緒に摂取すると、薬の代謝が遅くなり、体内に多くの薬が残るため、効果が強く出すぎることがあります。

リスク：血圧が下がりすぎたり、薬の副作用が強く現れることがあります。

② 納豆

注意する理由：ワルファリンを服用している場合、ビタミン K が多く含まれる納豆を食べると薬の効果が弱まる可能性があります。

リスク：血栓のリスクが高まる可能性があります。

③ カフェイン

注意する理由：頭痛薬や眠気防止薬と一緒に摂取すると、カフェインの過剰摂取になり、動悸や不眠などの副作用が起こることがあります。

サプリメントや食事の選び方に不安がある場合は、自己判断で薬と一緒に摂取せず、必ず医師や薬剤師に相談してください。特に薬の効果や副作用に影響を及ぼす可能性のある食品やサプリメントについては、専門家のアドバイスが重要です。

【医療者向け】

1. 注意が必要な薬とサプリメントの組み合わせとメカニズム

① カルシウムと骨粗鬆症治療薬

メカニズム：カルシウムサプリメントと骨粗鬆症治療薬（特にビスホスホネート類）と一緒に摂取すると、カルシウム濃度が過度に上昇し、高カルシウム血症のリスクが増加する。これはカルシウムが腸内で過剰に吸収されることで起こる。高カルシウム血症は、倦怠感、食欲不振、吐き気といった症状を引き起こす¹⁾。

② ビタミン K と抗凝固薬（ワルファリン）

メカニズム：ワルファリンは血液凝固を抑える薬であるが、ビタミン K の摂取によってその効果が弱まる。ビタミン K は血液凝固因子の生成に関与するため、ワルファリンの効果を競合的に抑制し、血栓症リスクを高める可能性がある²⁾。

③ 鉄分と抗生物質

メカニズム：鉄分は一部の抗生物質（シプロフロキサシンやレボフロキサシンなど）の吸収を妨げ、薬の効果を低下させる。鉄が抗生物質と結合して不溶性複合体を形成し、腸内での吸収を妨げるためである。これにより、抗生物質の治療効果が得られないリスクが生じる³⁾。

2. 注意が必要な食品と薬の組み合わせ

① グレープフルーツと降圧薬

メカニズム：グレープフルーツは腸内で薬物代謝酵素 CYP3A4 を阻害し、降圧薬や抗生物質などの代謝を遅くする。その結果、薬の血中濃度が過度に高まり、効果が強く出ることによって副作用が生じやすくなる⁴⁾。

② 納豆とワルファリン

メカニズム：納豆に含まれるビタミン K は、ワルファリンの抗凝固作用を減少させ、血

液の凝固を促進するため、血栓リスクが高まる。ビタミン K がワルファリンと競合的に作用し、治療効果が低下するため、血栓症のリスクが増加する可能性がある⁵⁾

③ カフェインと眠気防止薬

メカニズム: カフェインは眠気防止薬と共に摂取することで、体内のカフェイン濃度が上がり、動悸や不眠、過度な興奮などの副作用が生じるリスクがある⁶⁾

上記のように、薬とサプリメントまたは特定の食品の併用による副作用リスクについては、他の医療者と共有し、患者へも正確な情報提供を行うことが重要である。

<引用文献>

- 1) Peacock M. Calcium metabolism in health and disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2010;5 Suppl 1:S23-30.
- 2) Holbrook A, et al. Evidence-based management of anticoagulant therapy: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e152S-e184S.
- 3) 宮崎 浩行, 石津 棟暎, 加来 真理子. シプロフロキサシンの消化管吸収に及ぼすクエン酸第一鉄ナトリウムの影響. Jpn. J. Hosp. Pharm. 1995;21:488-494.
- 4) Bailey DG, et al. Grapefruit-medication interactions: forbidden fruit or avoidable consequences? CMAJ. 2013;185:309-316.
- 5) 工藤 龍彦, 下平 秀夫, 松田 保. 納豆摂取によるワルファリンの抗凝固作用の減弱. 医学のあゆみ. 1978;104:36-39.
- 6) Heckman MA, et al. Caffeine (1, 3, 7-trimethylxanthine) in foods: a comprehensive review on consumption, functionality, safety, and regulatory matters. J Food Sci. 2010;75:R77-87

(櫻下 弘志)

3) 食欲低下時の薬の服用

Q. 食事がとれていないときの薬の服用について、注意することを教えてください。

【患者向け】

1. 空腹時の薬の服用の注意点

薬の効果を適切に得られ、副作用を避けるための注意点について説明します。

① 薬の種類を確認する

一部の薬は空腹時に服用することで効果が高まりますが、逆に胃に負担をかけるものもあります。例えば、抗生物質や一部の鎮痛薬は、空腹時に服用すると胃の不快感や痛みを引き起こすことがあります。服用のタイミングについては薬の種類によって異なるため、指示を確認することが大切です。

② 水分補給をしっかりと行う

食事がとれていないときでも、薬を飲む際には十分な水分を摂るようにしましょう。水は薬の吸収を助け、胃の負担を軽減します。コップ 1 杯 (約 200ml) の水で服用すると効果的

です。

③ 医師や薬剤師に相談する

服用している薬が空腹時でも問題ないか、または食事と一緒に摂るべきかについては、医師や薬剤師に相談してください。特に胃腸に影響を与える薬については確認することが重要です。

④ 軽食をとってから服用する

食事がとれない場合でも、可能であればバナナやクラッカーなどの軽食を摂ってから薬を飲むと、胃の負担を軽減できます。食事をとることで、胃酸の影響を受けにくくなるため、胃への刺激を和らげます。

2. 特に注意が必要な薬の例

① NSAIDs（非ステロイド性抗炎症薬）

空腹時に服用すると胃の粘膜を刺激し、胃潰瘍や胃炎のリスクが高まります。できるだけ食後に服用するか、軽食と一緒に服用するのが望ましいです。

② ステロイド薬

ステロイド薬も空腹時に飲むと胃に不快感を引き起こす可能性があるため、食事と一緒に摂ることが推奨されます。

食事がとれていないときは、薬の種類や体調によって服用方法を工夫する必要があります。安全に服用するためにも、不明な点があれば医師や薬剤師に相談しましょう。

【医療者向け】

1. 空腹時の薬の服用に関する注意点

空腹時に薬を服用する際は、薬の吸収や副作用に影響を及ぼす場合があるため、以下の点に注意が必要である。薬剤の種類ごとに適切な指導を行うことが推奨される。

① 薬の吸収と空腹時の服用

一部の薬剤は空腹時に服用することで吸収が良くなり、効果が高まる。例えば、特定の抗生物質（ペニシリン類やアジスロマイシンなど）は、食物による吸収抑制があるため、空腹時に服用することが推奨される¹⁾。

② 胃腸刺激作用のある薬と空腹時の服用リスク

非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）やステロイド薬は空腹時に服用すると、胃酸分泌の刺激により胃粘膜に負担がかかり、胃潰瘍や胃炎のリスクが増加する²⁾。

③ 水分補給による負担軽減

食事がとれていない状態での薬の服用では、十分な水で服用することが推奨される。水が薬の腸管内での溶解を助け、胃への負担を軽減するためである³⁾。

④ 軽食での胃の保護

食事がとれない場合でも、胃の負担を軽減するために、バナナやクラッカーなどの軽食を摂取してから服用することが効果的である。軽食により胃酸の刺激を和らげ、薬が胃に負担をかけるリスクを減らせる⁴⁾。

空腹時の薬の服用は、薬剤の種類や患者の胃腸の状態に応じて適切な指導が必要ある。空腹時の服用による効果増強や副作用リスクを正確に理解し、患者に合わせた服用指導を行うことで、治療効果の最大化と安全性を図ることができる。不明な点やリスクがある場合は、必ず薬剤師が確認することが重要である。

<引用文献>

- 1) 張 南薫. 内服ペニシリンに関する研究第 1 編 実験的研究. The Journal of Antibiotics, Series B. 1959;12:420-426.
- 2) 灘谷 祐二, 渡辺 俊雄. NSAIDs による胃腸傷害の空腹時・食後服用の違いは？ 日本医事新報. 2016; No.4822:60. (NSAIDs による胃腸傷害の空腹時・食後服用の違いは？ | Web 医事新報 | 日本医事新報社. https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=1953&utm_source=chatgpt.com (2024 年 12 月 17 日閲覧)
- 3) Davies NM. Clinical pharmacokinetics of ibuprofen. The first 30 years. Clin Pharmacokinet. 1998;34:101-154.
- 4) Laine L. Approaches to nonsteroidal anti-inflammatory drug use in the high-risk patient. Gastroenterology. 2001;120:594-606.

(櫻下 弘志)

4) 飲み忘れた時の対応

Q. 薬を飲み忘れた時はどうしたらいいですか。

【患者向け】

薬を飲み忘れたときは、以下のポイントに注意しましょう。

① 気づいたらすぐに飲む

飲み忘れに気づいたら、次の服用時間までまだ時間がある場合は、すぐに飲みましょう。早めに飲むことで、薬の効果を保ちやすくなります。

② 次の服用時間が近い場合

飲み忘れに気づいたときに、次の服用時間が近い場合は、その回は飲まずにスキップし、通常の服用スケジュールに戻しましょう。次の分と一緒に 2 回分を飲むのは避けてください。

③ 2 回分をまとめて飲まない

2 回分を一度にまとめて飲むと、薬の量が多くなりすぎて副作用が出る恐れがあります。飲み忘れた分は次の服用と合わせて飲まないようにしましょう。

もし飲み忘れが多いと感じる場合や、対処法がわからないときは、医師や薬剤師に相談してください。

【医療者向け】

1. 薬の飲み忘れに対する患者指導の注意点

薬の飲み忘れは、治療効果の低下や副作用のリスクを引き起こす可能性があるため、適

切な指導が必要である。以下に、患者から飲み忘れに関する相談があった際の医療者の留意点について述べる。

① 飲み忘れに気づいた場合の対応方法

次の服用まで時間がある場合は、飲み忘れに気づいた時点で、次の服用時間までに余裕があれば、ただちに忘れた分を服用するよう指導する。これは薬物の血中濃度を安定させ、効果を持続するために有効である¹⁾。

② 次の服用時間が近い場合の指導

次の服用時間が近い場合は、飲み忘れた分はスキップするよう指導する。これは過剰な用量による副作用を回避するためであり、特に降圧薬や抗凝固薬などの薬剤ではリスクが高まるためである。

③ 2 回分をまとめて飲まないよう指導

2 回分の服用は避ける理由は、2 回分を一度に服用すると、薬物の血中濃度が急激に上昇し、副作用が発現しやすくなるからである。特に、狭い治療域をもつ薬（例：デジタリス、ワルファリン）では、過量摂取が重大な健康リスクとなるため、通常のスケジュールに戻ることが最も安全である。

④ 飲み忘れを防ぐためのアプローチ

飲み忘れ防止には、ア) パンフレットや動画、シンプルな言葉や図を用いて行う患者および家族への教育、イ) 患者のライフスタイルに合わせた服用スケジュールの設定（1 日 1 回の投与や配合剤の使用など簡素化を図ること）、ウ) リマインダーシステム（アラームの設定など）の導入や薬カレンダーなどによるサポート体制の整備、エ) 患者への継続的なサポートの提供により、患者の服薬アドヒアランスが改善され、治療効果の向上が期待できる^{2) 3)}。

飲み忘れについての指導は、服薬コンプライアンス向上と安全性の維持に重要である。特に、高血圧治療薬や抗凝固薬などの薬剤では飲み忘れが健康に大きな影響を与えるため、医療者には個々の薬剤特性を考慮した、患者にわかりやすい説明が求められる。

<引用文献>

- 1) 経口剤の飲み忘れへの問い合わせに対応する. 薬局. 南山堂. 2022;73:645-650.
- 2) Osterberg L, et al. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353:487-497.
- 3) Vrijens B, et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. BMJ, 2012;344:e318.

(櫻下 弘志)

5) 絶食が必要な検査時の内服

Q. 絶食が必要な検査を受ける際、薬の服用はどうしたらいいですか。

【患者向け】

絶食が必要な検査の際は、以下の点にご注意ください。

① 薬の服用について医師に確認する

検査前には、現在の薬について医師に相談し、服用の指示を確認しましょう。特に、糖尿病薬や抗凝固薬（血液をサラサラにする薬）は絶食の影響があるため、医師の指示通りに対応することが重要です。

② 一般的な薬の対応

- ・降圧薬：通常、検査当日も服用が推奨されますが、服用のタイミングは医師に確認しましょう。
- ・糖尿病薬：絶食時の服用は低血糖リスクがあるため、通常、検査当日は中止されます。必ず医師の指示に従ってください。

③ 水分補給について

薬を飲む際には少量の水で服用することが一般的に許可されていますが、検査の種類によっては水分摂取が制限されることもありますので、事前に確認してください。

【医療者向け】

1. 絶食時の内服に関する注意点と患者指導の要点

絶食が必要な検査前後の薬の服用に関しては、患者の健康状態を維持し、検査結果への影響を最小限にするための適切な指導が重要である。特に糖尿病治療薬や降圧薬など、特定の薬剤に関しては慎重な対応が求められる。

① 医師の指示確認の重要性

絶食時の薬の服用は、検査結果や薬の副作用リスクに影響を与えることがあるため、医師の指示に従うことが必須である。特に、糖尿病薬や抗凝固薬は絶食下での服用が血糖値の異常や出血リスクに関与する可能性があるため、医師の指示に基づいた指導が推奨される¹⁾。

② 降圧薬の服用指導

一般的に、高血圧患者に降圧薬の服用は継続するように推奨される場合が多いが、服用のタイミングや水分摂取の可否については医師の指示に従うよう指導する。特に高齢者や多剤服用患者においては、降圧薬の中断が血圧変動を招く可能性があるため、慎重に管理されるべきである²⁾。

③ 糖尿病治療薬の管理

糖尿病治療薬（経口血糖降下薬やインスリン製剤）は、絶食時に服用すると低血糖のリスクが高まるため、検査当日は通常、服用を中止するよう指導する。これは空腹時の低血糖発作が深刻な健康リスクを伴うためであり、医師の指示に基づき安全に対応することが重要である³⁾。

④ 水分補給と服薬の推奨

食事を摂らない状態でも、薬を服用する際には少量の水で飲むことが推奨される。ただし、検査によっては水分摂取が制限される場合もあるため、事前に医師または検査担当者に確認する必要がある。水は薬の腸管吸収を助け、胃の負担を軽減する役割がある⁴⁾。

絶食が必要な検査の際には、薬の服用については必ず医師の指示を確認し、服薬による検査への影響や副作用リスクを考慮した対応が求められる。患者の安全を守るため、他の医療者と連携し、患者に正確な情報提供を行うことが重要である。

<引用文献>

- 1) Garber AJ, et al. American Association of Clinical Endocrinologists' comprehensive diabetes management algorithm 2013 consensus statement. Endocrine Practice, 2013;19:327-336.
- 2) Weinberger MH, et al. The blood pressure effects of discontinuing antihypertensive therapy in hypertensive patients. American Journal of Hypertension, 1991;4:602-607.
- 3) Buse JB et al. How do we assess the benefits and risks of insulin therapy in type 2 diabetes? Diabetes Care, 2013;36(Suppl 2):S213-S219.
- 4) Bateman DN, et al. Absorption and elimination of drugs: The influence of gastrointestinal transit. Clinical Pharmacokinetics, 1995;29:201-215.

(櫻下 弘志)

6) 抜歯するときの注意点

Q. 歯を抜くときに、薬をやめても大丈夫ですか。

【患者向け】

現在、血液をサラサラにする薬（抗血栓薬）を内服されている方は多くいらっしゃいます。抜歯を含む歯科治療の際に「薬をやめるべきか」と不安に感じる方も少なくありません。

一般的な抜歯（歯肉を切開したり、骨を削ったりしないシンプルな抜歯）においては、抗血栓薬を内服していても重大な出血が起きることはほとんどありません。そのため、休薬は不要です。薬を自己判断で中断すると、血栓（血液の塊）ができやすくなり、心筋梗塞や脳梗塞といった塞栓症のリスクが高まります。自己判断で休薬せず、必ず続けてください。

埋まっている親知らずなど、歯肉を切開したり、骨を削ったりする必要がある抜歯（難抜歯）の場合は、出血リスクが高くなることがあります。このような場合は、止血処置がしっかり行える設備の整った歯科口腔外科などの医療機関で治療を受けることが望ましいです。事前に医師や歯科医師と相談して、安全な治療を進めていきましょう。

【医療者向け】

1. 抗血栓薬の継続について

一般的な抜歯（歯肉の切開や骨削除を伴わないもの）では、抗血栓薬（ワルファリン、DOAC；Direct Oral Anticoagulant：直接経口抗凝固薬、抗血小板薬）の単剤または複数剤（抗凝固薬と抗血小板薬との併用）は抗血栓薬を中止せずに適切な局所止血を行うことで、安全に処置を行うことが可能である。抗血栓薬の中断は塞栓症のリスクを増大させるため、抗血栓薬継続下での抜歯が推奨されている。

難抜歯の場合は、後出血のリスクは増加すると考えられることから、専門医療機関への相談等が必要とされている。

自己判断での休薬は避け、判断に悩む場合は、必ず担当医師に相談を行うことが重要である。以下は内服継続下での注意点である。

1) ワルファリン単剤の場合

① 抜歯時の PT-INR の目安（各疾患の至適治療域内）

- ・ 非弁膜症性心房細動：2.0~3.0（70 歳未満）、1.6-2.6（70 歳以上）
- ・ 人工弁：2.0-3.0
- ・ 静脈血栓・塞栓症：1.5-2.5

※ PT-INR は可能であれば抜歯当日に測定する

② 抗菌薬の内服

抜歯前 1 回と術後 3 日程度の投与では抜歯後出血のリスクは低いと考えられるが、セフェム系やペニシリン系など多くの抗菌薬で PT-INR 値が上昇するため注意が必要である。

③ 鎮痛剤の内服

NSAIDs と COX-2 阻害薬は出血性合併症を増加させるため、原則的に投与すべきではない。投与する際には慎重に投与とされている。アセトアミノフェンは、COX-1、2 の阻害作用や抗血小板作用が少ないが、PT-INR 値は上昇するため、使用時は注意が必要である。

2) DOAC 単剤の場合 例：プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ

① 抜歯のタイミング

血中濃度は内服後 4 時間以内にピークに達し、5-12 時間後に半減する。そのため、内服後 6 時間以上経過した後に抜歯すると出血性合併症が少なくなるとされている。

② 鎮痛剤の内服

NSAIDs と COX-2 阻害薬は出血性合併症を増加させるため、原則的に投与すべきではない。投与する際には慎重に投与とされている。

③ 抗菌薬の内服

CYP3A4 を阻害するマクロライド系抗菌薬とアゾール系抗真菌薬は、併用禁忌・併用注意である。

3) 抗血小板薬の場合

① 鎮痛剤の内服

NSAIDs は抗血小板作用があり、抗血小板薬と併用すると相互作用により出血性合併症を発症する可能性がある。投与は慎重に行う。

② 抗菌薬の内服

局所の止血処置が適切であれば、出血のリスクは低い。

③ 注意を要する薬剤

抗血小板薬のチカグレロルは CYP3A4 の阻害作用があるため、マクロライド系抗生

物質との併用は禁忌である。

4) 抗血小板薬と抗凝固薬を併用している場合

抗血小板薬と抗凝固薬を継続して抜歯を行い、局所止血で対応することが望ましいが、後出血が重篤になる可能性があるため、専門医療機関への相談等が望ましい。

2. 専門医療機関への相談を要する場合

- ・抗血栓薬を複数内服している
- ・難抜歯、埋伏歯抜歯など（出血リスクが高い）
- ・コントロール不良の全身疾患や全身性出血性素因（血小板・凝固因子・線溶系の異常）をもつ患者
- ・糖尿病、心疾患（特に弁膜症や心室内シャント、手術歴ありなど）、肝機能障害、腎機能障害などのハイリスク患者

<引用文献>

- 1) 日本有病者歯科医療学会、日本口腔外科学会、日本老年歯科医学会編. 抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン 2020 年版. 学術社.

(植月 亮)

第3章

食事のこと



1. 心臓病に対する食事療法

1) 食事療法の注意点

Q. 心臓病の診断を受けましたが、どのような点に注意した食事をすればよいですか。

① 減塩について

食塩をとりすぎると、体内のナトリウム濃度が高くなり、それを薄めようとして体が水分をためこみます。その結果、水分の排出がうまくいかず、血圧が上がりやすくなります。さらに、高血圧は動脈硬化を進め、心臓に負担をかけたりむくみの原因になったりします。心臓を守るために、食塩を控えた食事を心がけましょう。

健康な人の1日の塩分摂取量は、男性 7.5 g、女性 6.5 g が目標です。高血圧、心疾患のある人は、医師から指示された塩分摂取量(一般的に 6 g 未満)を守りましょう。

② 低脂肪について

脂肪は大切な栄養素ですが、気をつけなければならないことが2つあります。脂肪(脂質)は炭水化物(糖質)より高カロリーで、肥満を招く大きな要因になります。食事療法の実践では、適切なカロリーの範囲で栄養素のバランスがとれた食事を摂ることが大切です。脂質を抑え、適正量の糖質をとるように工夫します。もう1つ注意点は、コレステロールです。コレステロールの摂り過ぎは動脈硬化の進行、ひいては心臓疾患や脳梗塞の発症につながります。コレステロールを多く含む、脂身の多い肉や、魚の内臓、卵の摂取量に気を付けましょう。血中のコレステロール濃度を下げるためには、植物性油や魚類の油に多く含まれている不飽和脂肪酸を多く含む食品を増やしましょう。一般に、飽和脂肪酸(動物性脂肪) 1 に対して不飽和脂肪酸(植物性油や魚類の油) 2 の割合でとるのが望ましいとされています。

また、食物繊維のなかにはコレステロールの吸収を下げる効果があるものがあります。きのこ、海草、こんにゃくはカロリーが非常に低く、食物繊維に富んでいるので、肉類の付け合わせや、副菜などにして食べ合わせるとよいでしょう。

③ 食物繊維について

食物繊維は消化酵素で消化されない食物中の成分です。胃から腸を通過していくときに、余分なものを吸着して掃除する働きがあります。また、食物繊維は便秘を予防し、排便をうながします。また、食物繊維は胆汁酸を吸着します。すると、新しい胆汁酸をつくるために肝臓に貯えられたコレステロールが使われるため、結果的に血液中のコレステロールは減少します。

食物繊維を多く含む食品には、麦などの雑穀、豆類、いも類、根菜類、海草類、きのこ類、果物などがあります。海草類、きのこ類、こんにゃくは低カロリーなので、カロリー制限をしている方にお勧めの食品です。また海草類、きのこ類はビタミン、ミネラルも豊富に含まれているので、積極的にとりましょう。

野菜は生で食べるより、火を通したほうがたくさん食べられます。サラダだけでなく、野菜スープや根菜の煮物などをメニューに加えると食物繊維をたくさんとることができます。ただし、果物は果糖が多いので食べすぎないように気をつけましょう。

④カリウムについて

カリウムは、ナトリウムとともに、細胞の浸透圧を維持しているほか、酸・塩基平衡の維持、神経刺激の伝達、心臓機能や筋肉機能の調節、細胞内の酵素反応の調節などの働きをしています。また、カリウムは腎臓でのナトリウムの再吸収を抑制して、尿中への排泄を促進するため、血圧を下げる効果があります。しかし、腎臓の機能が低下している場合はカリウムの過剰摂取に注意が必要です。腎不全などで腎機能が低下するとカリウムがうまく排泄されなくなり、高カリウム血症になります。高カリウム血症になると、筋収縮が調節できなくなり、四肢のしびれ、心電図異常などの症状が現れ、重篤な場合は心停止を起こすこともあるため、注意しましょう。

2) 塩分を多く含む食材

Q. どんな食べものに塩分が多いのか知りたい。

【患者向け】

① 調味料

以下の調味料は塩分が多く含まれているため、使用量に注意が必要です。特に、高血圧や心疾患の予防には塩分摂取を控えることが重要です¹⁾。

・塩、塩こしょう（穴が比較的大きく一度に塩が出るため、使用時に注意が必要）、塩麹、ゆず胡椒（柚子、唐辛子、塩で作られており、分量の約 1/4 が塩分）、みそ、塩こうじ、醤油

塩	塩胡椒	柚子胡椒	味噌	塩麹	醤油
					
6g	3.3g	0.6g	0.7g	1 g	1 g

※小さじ1杯の塩分量

これらの調味料は料理の味を引き立てるために少量で使うようにし、減塩タイプの調味料を選ぶのも効果的です。

② 麺類

麺類には麺だけでなく、スープにも多くの塩分が含まれているため、頻繁に摂取すると塩分過多になりがちです。ラーメン、うどん、そばなどの麺類を食べる際には、週 1 回程度に抑え、スープは飲まないことを心がけましょう。スープを残すと 3 g 程度の減塩になります。また、インスタントの粉末スープには 1 袋約 5~8g の塩分が含まれており、すべてを使わずに、1/2~

ラーメン（汁あり）	かけうどん	かけそば
		
約5.5~6.5g	約4.5~5.5g	約4.0~5.0g

※1杯あたりの塩分量

2/3 程度に減らして使うと塩分を調整することができます²⁾。さらに、トマトベースのパスタなど、汁が少なく塩分控えめの料理を選ぶこともおすすめです。

③ 加工食品・漬物

以下の食品は塩分が多く含まれています。

・加工食品（加工食品は練り製品、ハム、ベーコン、チーズなど）

かまぼこ	ロースハム	ベーコン	ちくわ	チーズ
				
約2.5g	約2.2g	約2.2g	約2.0g	約2.8g

※100gあたりの塩分量

・漬物（例：梅干し、らっきょう、沢庵、柴漬、佃煮、明太子、寿司につくガリなど）

梅干し	らっきょう	沢庵	柴漬け	佃煮	明太子	ガリ
						
約20g	約3.0g	約4.5g	約5.0g	約7.0g	約5.5g	約2.0g

※100gあたりの塩分量

・汁物（例：味噌汁、スープ、すまし汁、お茶漬けの素など）

味噌汁	コンソメスープ	澄まし汁	お茶漬け
			
約1.5～2.0g	約1.5～2.0g	約1.0～1.5g	約2.0～3.0g

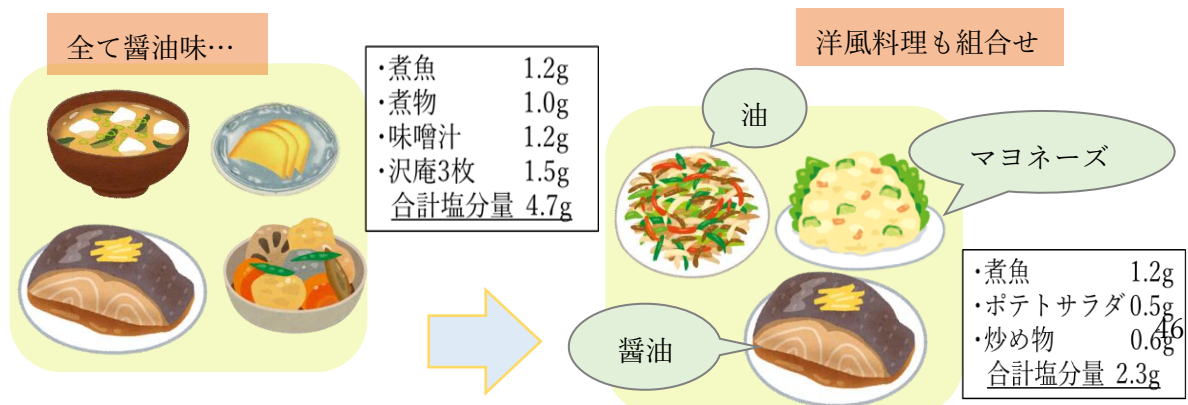
※1食あたりの塩分量

※インスタントの味噌汁は1食あたり塩分約2gであり、手作りした場合よりも多くなるため、注意をしましょう。

これらは日常的に食べることが多い食品ですが、頻度を減らし、出汁の風味を活かした薄味のものを選ぶなど工夫することで、塩分を減らすことができます³⁾

④ 複数の醤油を使った料理

醤油を使った料理が2品以上含まれる献立は、塩分が過剰になる可能性があります。たとえば、煮物とお刺身などで醤油を多用する場合、どちらかの料理の味付けを控えめにする、刺身をカルパッチョにするなどの調整をしましょう。



<引用文献>

- 1) He FJ, et al. Salt reduction lowers cardiovascular risk: meta-analysis of outcome trials. Lancet. 2011;378:380-382.
- 2) Anderson CA, et al. Dietary sources of sodium in China, Japan, the United Kingdom, and the United States, women and men aged 40 to 59 years: The INTERMAP study. J Am Diet Assoc. 2010;110:736-745.
- 3) Japanese Society of Hypertension. Hypertension Treatment Guidelines 2019. Available at: <https://www.jpnsh.jp/guideline>.

【医療者向け】

1. 塩分が多い食品の上手な活用法

塩分が多いという理由で使用を禁止するのではなく、朝食に調整できるように提案する（朝食後に利尿剤を内服している患者が多いため）。練り製品を使用した煮物などは、加える調味料を減らす。刺身を食えるときは、片面に少量の醤油をつける。など、具体的な提案を行う。その他の工夫については、4. 減塩に使える調味料の【医療者向け】を参照ください。

（八陣 美佐子）

3) 弁当や総菜の選び方

Q. お弁当やお惣菜を選ぶとき、どんなものを選べばいいですか。

【患者向け】

以下、お弁当屋やお惣菜を選ぶときのポイントについて述べます。

① いろいろな種類のおかずが入っている弁当を選ぶ

主食（ごはん）、主菜（肉や魚、卵、豆腐などのおかず）、副菜（煮物や和え物、おひたし、サラダなど）がそろったお弁当は、栄養のバランスがよく、健康的なお食事としておすすめです。また、漬物や梅干し、パックに入ったしょうゆやソースを使わないようにするだけでも、簡単に塩分を控えることができます。

一方で、丼ものや麺類は、味がごはんや麺にしみ込んでいることが多く、塩分の調整が難しい場合があります。たとえば牛丼は、ごはんにもタレの味がついているため、塩分を減らすには料理を残す必要が出てきます。しかし、それでは必要な栄養まで不足してしまい、結果的にお食事のバランスがくずれてしまうことがあります。無理のない範囲で、バランスのよい食事を心がけてみてください。

中食※の特徴＝① 便利で手軽、② 自宅で様々なメニューが楽しめる、③ 砂糖・油・塩が多

※ 中食とは、自宅以外で調理された食品を購入して持ち帰り自宅で食べる食事形態のこと。

【ポイント】品数の多いものを選ぶ



栄養バランスが偏らないように工夫して上手に利用しましょう。

② 味付けを調整しやすい惣菜を選ぶ

- ひじきの煮物：野菜（例えば、にんじんや大豆、しいたけなど）を追加して温め直すことで、味のバランスを保ちながら塩分の濃度を薄めることができます。そのため、簡単に塩分量を調整でき（味の濃いも副菜の量が半分になる）、減塩が可能になります。例えば、ひじきの煮物にブロッコリーやトマトを足して「ひじきサラダ」にすることで、味が濃すぎることなく、バランスの取れた一品になります。煮物の味がしっかりしているため、ドレッシングを使わずに済み、さらに減塩になります。
- 切り干し大根の煮物：しめじやインゲンを加えて温め直すことで、塩分を薄めながらボリュームを増やすことができます。コンビニやスーパーで手頃なサイズの冷凍野菜が手に入るため、手軽にアレンジでき、減塩しながら栄養バランスを整えることが可能です。

例 ひじきの煮物 + ミニトマト・野菜

ひじきの煮物を半分に分け、2回に分けて食べることで塩分も抑えることができます。また、ミニトマトなどの野菜を添えることで、食物繊維も摂取することができます。



例 切り干し大根 + きのこと類

切り干し大根を半分に分け、加熱したきのこを加えて混ぜます。きのこを加えることで、食物繊維を摂取することができ、ボリュームアップにもなります。



③ 塩分量表示を確認する

惣菜やお弁当には、食品表示法に基づき塩分量が記載されています。特に、コンビニや大手スーパーで販売されている食品には塩分量の表示があるため、購入時に確認する習慣をつけることが大切です。

一般的に、1食あたりの塩分摂取量は2g未満が推奨されており（※高血圧の方や減塩が必要な方の場合）、この基準を参考にして、できるだけ塩分が少ない商品を選びましょう。

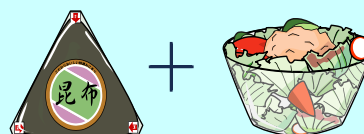
また、食品の塩分表示には、100gあたり、100mlあたり、1食分、1包装あたりなど、異なる単位が使われることがあります。表示単位を必ず確認し、実際に摂取する量の塩分がどのくらいになるか計算することが重要です。

栄養成分表示を参考にする

栄養成分表示 (100g 当たり)	
熱量	000kcal
たんぱく質	0.0g
脂質	0.0g
炭水化物	0.0g
食塩相当量	0.0g

ほとんどの食品には、栄養成分が表示されているので、選ぶ際に参考にしましょう。

主食にプラスする



炭水化物がメインのものはサラダをプラスするなどして野菜も摂るようにしましょう。

<参考文献>

- 1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会. 高血圧治療ガイドライン 2019. 日本高血圧学会, 2019.

【医療者向け】

脳卒中、心臓病ともに、増悪要因となる高血圧対策に繋がる食事管理は重要である。以下、食事減塩指導に必要な知識とスキルについて述べる。

1. 食品表示法に基づく栄養成分表示の理解

2015年4月1日に施行された食品表示法により、容器包装に入った加工食品には、栄養成分表示として以下の項目が必ず記載されるようになった。熱量（カロリー）、たんぱく質、脂質、炭水化物、ナトリウム（食塩相当量）、これらの成分は、生命維持に必要不可欠であると同時に、日本人の主要な生活習慣病、特に高血圧、心疾患、脳卒中に深く関わる要素である¹⁾。医療者は栄養成分表示を正しく理解し、特に塩分が血圧に与える影響を踏まえ、患者さんに分かりやすく注意点や改善方法を説明するスキルが求められる。

2. 減塩食品の選択と栄養バランスの指導

患者が減塩を実践する際、医療者は食品選びに関する具体的なアドバイスを行う必要がある。特に、バランスの取れた食事の選び方を説明することが重要である。例えば、弁当

では主食・主菜・副菜が揃っているものを選ぶよう推奨し、漬物やパックの醤油を使わないことで簡単に減塩できることを説明する。また、丼ものや麺類は塩分調整が難しいため、患者が栄養をバランス良く摂取できなくなる可能性があることも指導に含める。これらのアドバイスを行うためには、食事全体の塩分量を把握するための知識が必要となる。

3. 惣菜を使った減塩メニューの工夫

ひじきや切干し大根などの惣菜に、野菜を追加してかさましして、分割し摂取するという減塩のアプローチは、全体の塩分濃度を薄めながら摂取量を調整できるため、実践しやすい。また、野菜を加えることで食物繊維やビタミンなどの栄養価が向上するため、健康的な食生活の維持にもつながります。この方法は、減塩を無理なく継続できる工夫の一つとして、患者にとって取り組みやすい方法である。医療者はこのような簡単な工夫を患者に伝えると同時に、惣菜の使い方や冷凍野菜の活用に関するアドバイスも提供することが大切である²⁾。

4. 食塩摂取目標とその根拠

日本高血圧学会は、1日あたりの食塩摂取量の目標を6g未満と推奨している³⁾。医療者は、この基準を患者にわかりやすく伝え、食品選びの際に塩分量表示を確認する習慣を身につけるよう教育する。

5. 栄養成分表示を活用した患者教育

販売されている弁当や惣菜には、食品表示法に基づき塩分量が明記されている。また、ファミリーレストランのメニューには、塩分やカロリーが記載されている場合があり、一部の店舗では「健康応援店」⁴⁾として減塩メニューを提供しているところもある。

患者自身が塩分量を確認し、適切な食品を選ぶスキルを身につけることが、減塩成功のカギとなる。そのため、医療者は、患者が食品表示を正しく理解し、日常生活で活用できるよう指導することが重要である。また、食品表示を用いた実践的な栄養管理をサポートし、患者が無理なく減塩を継続できる環境を整えることも求められる。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省. 食品表示法. 厚生労働省ホームページ. https://www.caa.go.jp/policies/policy/food_labeling/food_labeling_act.html
- 2) Japan Society of Nutrition and Food Science. The role of nutritional supplements and processed foods in health. *Journal of Nutrition*, 2020;121-127.
- 3) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会. 高血圧治療ガイドライン 2019. 東京: 日本高血圧学会; 2019.
- 4) 広島県. 行ってみんさい! 健塩応援店食べてみんさい! 健塩応援メニュー. <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/174/kenenouenten.html> (2025年3月4日閲覧)

(八陣 美佐子)

4) 減塩に使える調味料

Q. 減塩に使える調味料が知りたい。

【患者向け】

調味料にはさまざまな種類がありますが、和食でよく使われる醤油や味噌と比べると、洋食の調味料のほうが塩分含有量は少ないものが多い傾向があります。しかし、すべての洋食調味料が低塩分というわけではなく、コンソメやスープの素などの汁物用調味料には、塩分が多く含まれていることがあるため注意が必要です。

調味料を購入する際は、必ず栄養成分表示を確認し、塩分量を把握した上で選ぶことが大切です。減塩タイプの商品も増えているため、無理なく減塩を進めることができます。

また、市販の塩の中には、塩化ナトリウムの量を減らし、その代わりに塩化カリウムを含んだ「減塩塩」があります。一般的には減塩の助けになりますが、腎機能が低下している場合、体内のカリウムが過剰となり、かえって危険になることがあります。使用を考えている方は、必ず主治医に相談しましょう。

① 塩分が比較的少ない調味料

以下の調味料は、一般的に醤油よりも塩分が少ない傾向がある。

ウスターソース、トンカツソース、お好みソース、ケチャップ、マヨネーズ、ピザソース、油を使ったドレッシング（ノンオイルドレッシングよりも同じ量(大さじ1杯で比べた時)を使用したときに塩分は少ない傾向がある）、焼き肉のたれ、マスタード、ポン酢

ウスターソース	トンカツソース	お好みソース	ケチャップ	マヨネーズ
				
約0.5g	約0.5g	約0.4~0.5g	約0.2g	約0.1g
ピザソース	ドレッシング	焼肉のたれ	マスタード	ポン酢
				
約0.3~0.4g	約0.3~0.5g	約0.4~0.6	約0.2g	約0.5g

※小さじ1杯（約5gもしくは5ml）あたりの塩分量

塩分が比較的少ない調味料でも、沢山の量を使うと体の中に入る塩分も多くなります

② 食塩が加えられていない調味料

次の調味料は、塩分を含まず、風味を引き立てるために使用できるものである。

酢（すし酢等の調味酢を除く）、レモン果汁、すだちなどの柑橘類、胡椒、わさび、からし（※チューブタイプのものは加塩してある）、カレー粉（無塩）、一味唐辛子、七味唐辛子、にんにく（ガーリックパウダー）、しょうが、ハーブ

酢	レモン果汁	胡椒	わさび	からし	カレー粉
					
一味唐辛子	七味唐辛子	にんにく	しょうが	ハーブ	
					

<参考文献>

- 1) Umemura S, et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2019). Hypertens Res. 2019;42:1235-1481.

【医療者向け】

1. 塩分量の把握と情報提供

調味料に含まれる塩分量を把握し、患者に適切な情報を提供することで、上手に使い分けながら美味しく食事を楽しめるよう支援する。具体的には、食品成分表や調味料パッケージに記載されている塩分相当量を確認し、適切な使い方を提案する。

2. 減塩・無塩調味料の活用

塩分量が少ない調味料や無塩調味料の活用方法について、具体例を交えながら説明し、患者が日常生活で無理なく取り入れられる方法を提案する。患者が減塩をストレスなく実践できるようサポートすることが大切である。ただし、一部の減塩・無塩調味料には、塩化ナトリウムの代わりに塩化カリウムが使用されている場合がある。腎機能が低下している患者では、カリウムの過剰摂取が病状の悪化に繋がる可能性があるため、使用には十分な注意が必要である。

3. 使用量の測定と管理

塩分量が少ない調味料であっても、多量に使用すれば塩分摂取量が増えてしまうことから、使用量を事前に測り、適切な量で管理することの重要性を伝える。特に、調味料を計量スプーンで測る習慣を推奨し、実際の塩分摂取量を可視化する。

4. 薄味への思い込みへの対応

特に「薄味だから大丈夫」と思い込んでいる患者が多いため、調味料の種類や使用量を具体的に確認し、実際の摂取塩分量とのギャップを共有する。味覚の変化には数週間かかるため、減塩を段階的に進めるアプローチを提案する

5. 隠れた塩分への注意喚起

加工食品や外食に含まれる「隠れた塩分」についても説明し、総合的な塩分管理ができるよ

う助言する。具体的に、食品ラベルの見方を指導し、塩分相当量を確認する習慣を身につけるよう促す。また、メニューにカロリーや塩分量が記載しているお弁当やレストランなどもあるため、外食時にはそれらを活用し、塩分を意識したメニュー選びを提案する。

6. 継続しやすい工夫の提案

患者が無理なく減塩を続けられるよう、低塩調味料を活用した簡単なレシピや、味付けの工夫を具体的に提案し、日常の食事に取り入れやすくサポートすることが重要である。また、どうしても譲れない食習慣（例えば朝の味噌汁など）がある場合は、無理にやめるのではなく、量を減らしたり、だしを効かせて味を調整したりする工夫を取り入れることで、全体の塩分摂取量をコントロールできる。一品の塩分を抑えるのではなく、食事全体でバランスを取ることが大切である。さらに、減塩による健康メリットを患者と共有し、家族ぐるみで取り組むことの重要性を伝えることで、継続しやすい環境を整えることができる。

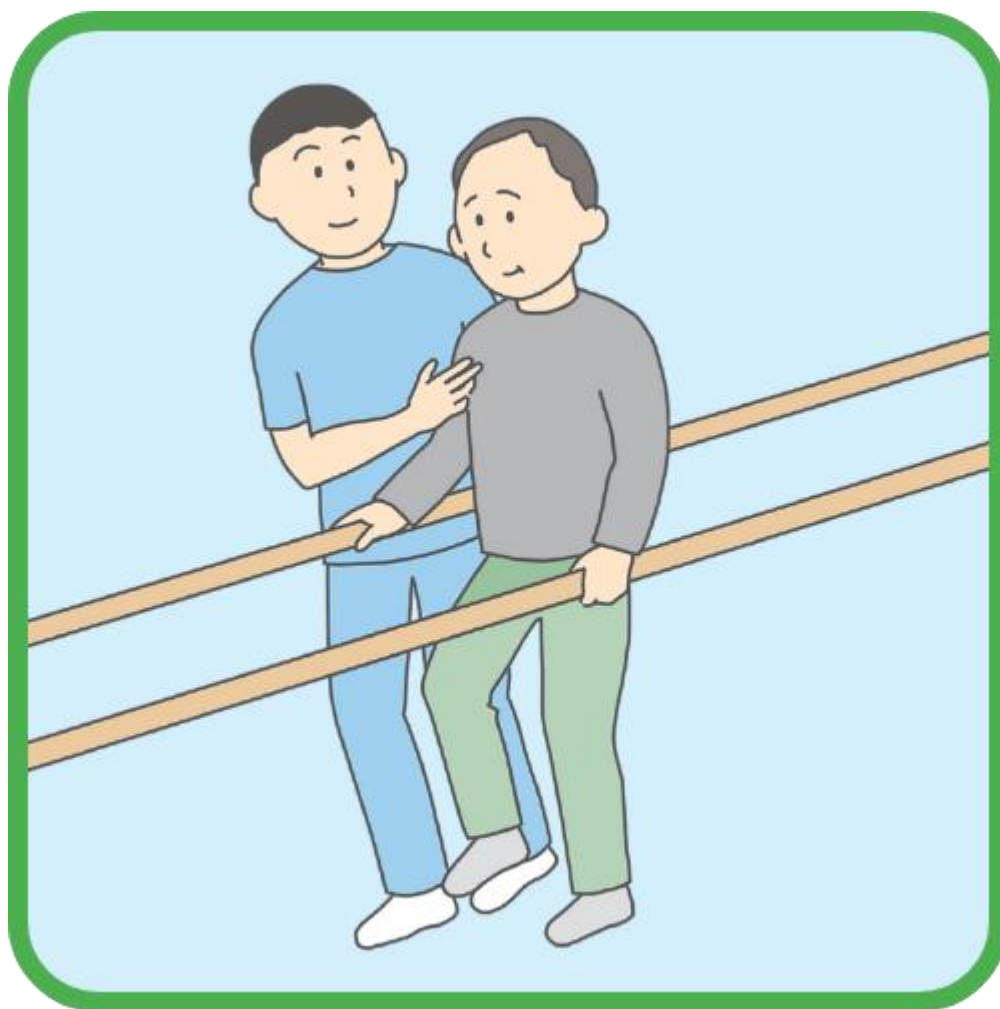
<参考文献>

- 1) 文部科学省科学技術・学術審議会資源調査分科会. 日本食品標準成分表 2020 年版（八訂）. https://www.mext.go.jp/a_menu/syokuhinseibun/mext_01110.html (2025 年 1 月 14 日閲覧)
- 2) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編. 高血圧治療ガイドライン 2019. 日本高血圧学会発行, 2019 年.
- 3) 厚生労働省・農林水産省決定. 食事バランスガイド. 第一出版, 2005 年.

(八陣 美佐子)

第4章

リハビリテーションのこと



1. 心臓病のリハビリテーション

1) 入院・外来通院している医療機関でリハビリテーションを受けたい場合

Q. 心臓病のリハビリテーションを受けたい場合、どうしたらいいですか？

【患者向け】

心臓リハビリテーションの対象となる疾患は、心筋梗塞、狭心症、心臓手術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤）、慢性心不全、末梢動脈閉塞疾患、経カテーテル大動脈弁置換術（TAVI）です。これらの疾患の既往がある患者さんは、医師の処方のもとでリハビリテーションを受けることができます。ただし、心臓リハビリテーションを提供している医療機関は限られていますので、入院中または通院中の医療機関の主治医にご相談ください。また、退院後の患者さんにつきましても、リハビリテーションを受けられる期間には制限がありますので、同様に主治医にご相談ください。

【医療者向け】

1. 心大血管疾患リハビリテーション対象者

心臓リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーション）料の対象は、以下のいずれかに該当し、医師が心大血管疾患リハビリテーションの必要性を認めた者である。

ア 急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者

急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、経カテーテル大動脈弁置換術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）

※ 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後（手術を実施した場合は手術後）1月以上経過したものに限る

イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

（イ）慢性心不全で、左室駆出率 40%以下、最高酸素摂取量が基準値 80%以下、脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）が 80pg/mL 以上または脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）が 400pg/mL 以上

（ロ）末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する

（ハ）肺高血圧症のうち肺動脈性肺高血圧症又は慢性血栓塞栓性肺高血圧症であり、WHO肺高血圧症機能分類がⅠ～Ⅲ度

<参考資料>

1) H000 心大血管疾患リハビリテーション料. 今日の臨床サポート - 最新のエビデンスに基づいた二次文献データベース. 疾患・症状情報. https://clinicalsup.jp/jpoc/shinryou.aspx?file=ika_2_7_1/h000.html (2024 年 10 月 22 日閲覧)

(高桑 翼)

2) 自宅近くで心臓リハビリテーションを受けたい場合

Q. 家の近くで心臓リハビリテーションを受けたいのですが、どうしたらいいですか？

【患者向け】

心臓リハビリテーションの対象となる疾患で、病院を受診されている患者さんは、まずは、主治医（かかりつけ医）にご相談ください。広島県内の心臓リハビリテーション実施病院の一覧は、下記の URL をご参照ください。自宅に近い病院があるかどうかをご確認ください。

<参考資料>

- ・日本心臓リハビリテーション学会ホームページ 中国 心臓リハビリテーションが受けられる施設. <https://www.jacr.jp/everybody/hospital/tyugoku/#hiroshima> (2024 年 10 月 22 日閲覧)

【医療者向け】

1. 広島県で心臓リハビリテーションが実施できる施設

日本心臓リハビリテーション学会では、心臓リハビリテーションを実施できる医療機関の情報を提供している¹⁾。ただし、この情報には、中国厚生局に「心大血管リハビリテーション施設基準Ⅰ・Ⅱ」の届け出がされているすべての施設が含まれているわけではない。

患者さんからリハビリテーション施設に関する相談を受けた際には、自宅から近い施設があるかどうかを確認し、その上で患者さんがリハビリテーションを継続できるよう、適切な施設と連携を取ることが重要である。

<引用資料>

- 1) 日本心臓リハビリテーション学会ホームページ 中国 心臓リハビリテーションが受けられる施設. <https://www.jacr.jp/everybody/hospital/tyugoku/#hiroshima> (2024 年 10 月 22 日閲覧)

(高桑 翼)

3) 心臓リハビリテーションを受けられる期間

Q. 心臓リハビリテーションはいつまで受けることができますか。

【患者向け】

保険の制度上、心臓リハビリテーションが保険適応とされる期間は、リハビリを開始してから 150 日以内とされています。しかし、150 日を経過していても、心臓リハビリテーションによって機能の改善が見込まれると判断された場合は、継続を必要とする理由と改善の見込み期間を記載した意見書を医師が作成することで、1 か月あたり 13 単位 (260 分) に限りリハビリの実施が可能です。

【医療者向け】

1. 心大血管リハビリテーションの継続可能期間

心大血管リハビリテーションは、患者の心肺機能を改善し、生活の質を向上させるために非常に重要な治療法である。しかし、現行の保険制度では、リハビリテーションの適応期間が設けられており、保険適応期間は、リハビリ開始日から 150 日以内と規定されている¹⁾。

2. 150 日経過後の継続について

150 日を超えた後も、患者にとって心臓リハビリテーションが引き続き必要であり、かつ効果が見込まれると医師が判断した場合には、リハビリの継続が可能である。この際、医師は「リハビリテーションの継続を必要とする理由」および「改善の見込み期間」を詳細に記載した意見書を作成する必要がある。これにより、1 か月あたり 13 単位 (260 分) に限って、リハビリテーションが保険適用内で実施される¹⁾。

心臓リハビリテーションの初期段階では、機能の大幅な改善が期待されるため、積極的なリハビリが行われるが、継続的な改善が期待される場合は、長期的なリハビリテーションも重要である。保険制度により設定された 150 日という期間はあくまで目安であり、個々の患者の状況によっては、それ以降もリハビリが必要となる場合が多くある。医師の意見書の提出がリハビリ継続の鍵となるため、適切なタイミングでの診断と記載が求められる。

<参考資料>

- 1) 厚生労働省. H000 心大血管疾患リハビリテーション料. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-017.pdf> (2024 年 10 月 22 日閲覧)

(高桑 翼)

4) 心臓病患者に適した運動メニュー

Q. 心臓が悪い人にはどんな運動が良いか教えてください。

【患者向け】

運動自体は心臓の悪い患者さんにとって大切な治療のひとつです。週に 3～5 回以上、運動の前後にウォーミングアップをいれて 1 回の運動は最低 10 分以上、可能であれば 20 分～60 分の有酸素運動とレジスタンストレーニングを行うことが良いとされています。強度に応じて推奨される運動の頻度も異なりますが、慣れない運動に週 1～2 回取り組むことは怪我のリスクを高めるためお勧めしておりません。また、ご自身に合った適度な運動量を医療機関のリハビリで指導を受けた後は、日常生活でも運動を続けることをお勧めします。

一般的に勧められている運動の種類としては、歩行や自転車、水泳など軽くて長い時間実施できる有酸素運動となっています。ダンベルや重錘 (じゅうすい) を使ったきつい運動は、急

激な血管の収縮による血圧の上昇を引き起こすため、あまり勧められていません。そのため運動の強度の目安としては、息が上がらない程度、会話をしながらできるような運動が良いとされています。運動の前後にはストレッチや準備体操、整理体操を行い、急に体を動かしたり、急に運動をやめたりしないことで不整脈も起きにくくなります。また、決まった時間に運動をすることも大切ですが、冬の寒い日の朝方や夏の昼間など、気温差の大きい時期・時間帯の運動は避けましょう。

運動を行う上で大切なのは運動を行えるコンディション作りです。心不全の既往がある方は、普段から減塩に努め、急激な体重の増加がないか、むくみがないかを確認し、いつもの運動で息が上がるなど普段と体調が違うと感じたら無理をせず、運動を中止しましょう。

【医療者向け】

1. 心大血管リハビリ標準プログラム

日本心臓リハビリテーション学会標準プログラム策定部会は、心臓リハビリテーションを効果的かつ安全に実施するために、心大血管リハビリテーションの標準プログラムを提供している。このプログラムは、必須項目と努力目標項目に分かれており、現在、「急性心筋梗塞」、「心不全」、「急性冠症候群」に対応する3つのプログラムが提供されている。詳細は以下、学会の公式サイトからダウンロード可能である。

<引用文献>

- 1) 日本心臓リハビリテーション学会. 心臓リハビリ標準プログラム. <https://www.jacr.jp/standard-program/> (2024年10月22日閲覧)
 - ・心筋梗塞(急性期・回復期)(2013). <https://www.jacr.jp/pdf/program2013.pdf>
 - ・心不全(2017). https://www.jacr.jp/cms/wp-content/uploads/2015/04/shinfuzen2017_2.pdf
 - ・急性冠症候群(2023). <https://www.jacr.jp/cms/wp-content/uploads/2023/02/ACS2023.pdf>
- 2) 日本心臓リハビリテーション学会著. 指導士資格認定試験準拠 心臓リハビリテーション必携 増補改訂版. 2022年.
- 3) 日本循環器学会/日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン. 2021年度改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Makita.pdf (2025年3月31日閲覧)

(高桑 翼)

第5章

自宅での生活のこと



1. 失神の既往がある場合やペースメーカー植え込み術後の運転制限

Q. 失神の既往やペースメーカーなどの機器が体に入っている場合、運転制限はありますか。

【患者向け】

失神歴やペースメーカーなどの機器が植込まれている場合は、運転について、慎重な対応が必要です。まず、以下の内容をご確認ください。

1. 失神歴がある場合

失神が再発するリスクがある場合、運転中の失神は重大な事故につながる可能性があります。運転中の失神再発率は年間 1.1%程度とされています¹⁾、特に再発性や重症の失神がある方は運転を控え、医師の許可を得てから再開してください。

- ・軽度の失神: 日常的な運転に制限は必要ないとされています。ただし、高速道路での運転は避けるべきです。
- ・再発性・重症の失神: 症状がコントロールされるまでは、運転を控えましょう。

2. 体内に機器を植込んだ場合

① ペースメーカーの場合

手術後、1 週間はペースメーカーが正常に作動していることを確認するため、運転を控えてください。確認後は運転を再開できます。

② 植込み型除細動器 (ICD/CRTD/SICD) の場合

自動車運転免許制限期間は治療目的や内容により異なりますので、予め主治医に確認してください。制限期間は、「新規植込み (1 次予防)」の場合 7 日間、「新規植込み (2 次予防)」では 6 か月間、ICD が適切に作動した場合は 3 か月間運転を控える必要があります。ICD が不適切に作動したが意識障害が伴わない場合は、運転に制限はありません。「ICD 本体の交換」および「リード交換」の場合も 7 日間運転を控える必要があります。

運転再開の条件は、①上記の期間が経過していること、②公安委員会に書類を提出することの 2 点です。また、ICD が作動しなかった場合でも、半年毎に書類の提出が必要です。

※ 職業ドライバーや普通免許で運転できない車両は、ICD を植込んだ時点で運転ができなくなるので、ご注意ください。

3. 運転時の注意点

失神の前兆 (めまい、吐き気など) がある場合は、すぐに車を安全な場所に停止させてください。失神が発生する前に、可能な限り、事故を避けるための行動をとることが重要です。

4. 医師への相談

運転再開の最終判断は、主治医と相談して行うことが重要です。定期的にフォローアップを受け、安全な運転が可能かどうかを確認してください。

【医療者向け】

診療ガイドラインでは、心疾患による失神の既往やペースメーカー植え込み術後の患者の運

転について、以下のように定められている。

1. 失神歴がある場合

診断	自家用運転手	職業運転手
●不整脈		
薬物治療	治療の有効性が確認されるまで禁止	治療の有効性が確認されるまで禁止
ペースメーカ植込み	7日間は禁止	ペースメーカの適切な作動が確認されるまで禁止
カテーテルアブレーション	治療の有効性が確認されるまで	長期間の有効性が確認されるまで禁止
植込み型除細動器	一次予防で7日間、二次予防で6カ月間禁止	永久的禁止
●反射性（神経調節性）失神		
単発，軽症	制限なし	危険を伴わない場合（高速運転等）は制限なし
再発性，重症	症状がコントロールされるまで禁止	治療の有効性が確認されなければ禁止
●原因不明の失神	重症の器質的心疾患や運転中の失神がなく、安定した前駆症状がある場合には制限なし	診断と適切な治療の有効性が確認されるまで禁止

引用文献1）と2）より作成

2. 植込み型除細動器(ICD/CRTD)植込み患者の場合

	自動車運転免許制限期間
新規植込み(一次予防)	7日
新規植込み(二次予防)	6ヶ月
ICD適切作動	3ヶ月
ICD不適切作動	意識障害を伴わない場合制限なし
ICD本体交換	7日
リード交換	7日

引用文献2）より引用

運転再開の条件は、①規定期間の経過、②公安委員会への書類提出である。ICD 非作動時も半年毎の書類提出が必要であり、職業運転者や特定車両は植込み後運転不可となることを説明する必要がある。

<引用文献>

- 1) 再発性の失神患者における自動車運転制限のガイドラインとその運用指針.
https://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/com_device201303_01.pdf (2024年10月1日閲覧)
- 2) 「不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント」改訂のための補遺・3. https://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/statement201708_02.pdf (2025年31日閲覧)

(宮本 翔伍)

2. 独居高齢者の退院支援時の注意点

Q. 独居高齢者の退院支援の注意点を教えてください。

【患者向け】

独居高齢者の退院を支援するためには、医学的なサポートに加え、生活環境など社会面でのサポートが重要です。まず、患者さんが日常生活を自立して送ることができるかを評価します。そして、具体的な支援が必要な場合には、入院中から早期に地域の介護サービスや訪問看護の導入を検討します。特に、脳卒中や心臓疾患で入院した患者さんは身体機能の低下や再発リスクが高いため、定期的な医療管理とリハビリテーションが欠かせません。

退院時にはかかりつけ医と連携し、リハビリの計画を明確に立てます。訪問リハビリやデイケアなどの地域資源を活用し、継続的に機能回復を図ることが大切です。歩行や日常生活動作が困難な場合は、住宅改修（手すりの設置や段差の解消）や福祉用具の導入を行い、安全な生活環境を整えましょう。食事や清掃といった生活支援が必要な場合には、家事援助サービスや宅配食サービスの利用も有効です。これにより、退院後の生活の質を維持し、再入院の防止を期待することができます。食生活支援が難しい場合、栄養ケア・ステーションへ栄養食事指導の相談を依頼することも可能です。

服薬管理は特に重要で、独居高齢者は薬の飲み忘れや過剰服薬のリスクが高いため、服薬カレンダーや分包薬の利用、定期的な訪問看護師や薬剤師による確認が推奨されます。脳卒中や心臓疾患で入院した患者さんは抗凝固薬や抗血小板薬（血液をさらさらにする薬）を服薬していることが多く、転倒や転落には特に注意が必要です。

また、精神的なサポートも不可欠です。独居高齢者は孤立しやすく、新たにうつ病を発症するリスクも高いため、地域の福祉サービスやデイサービスを活用して社会的なつながりを維持することが大切です。近隣住民やボランティアと連携し、日常的な見守りや声掛けを行う体制を整えることで、病状の悪化を早期に発見できるだけでなく、心理的に安心感のある生活環境を整えることができます。

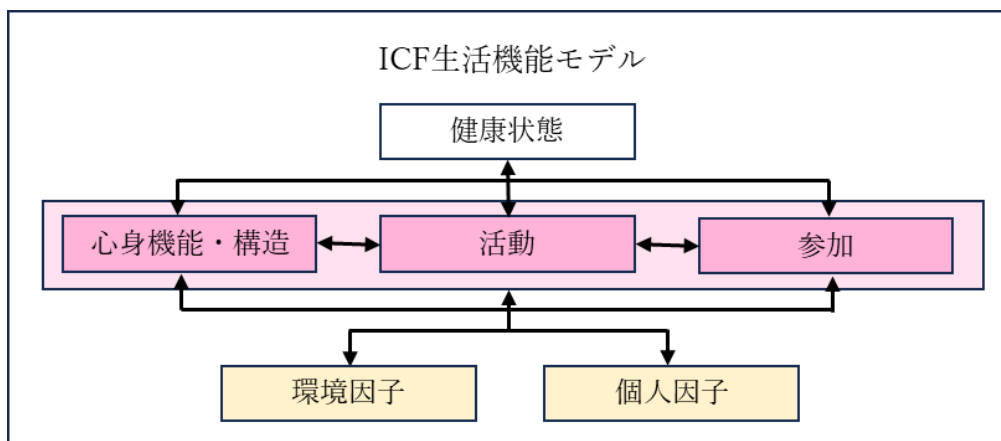
このように、独居高齢者退院後支援は多職種が協力し、患者さんや家族と十分なコミュニケーションを取りながら進めることが重要です。

【医療者向け】

1. ケアに活かせる ICF（国際機能生活分類）の生活機能モデルの活用

独居高齢者の退院支援では、ICF（国際機能生活分類）の生活機能モデルをもとに、多職種チームで包括的なケアプランを策定し、患者および家族と連携しながら支援を行うことが求められる。

疾病管理に必要な服薬管理や精神的なサポートを行うためには、生活環境の整備と社会的サポーターの確保が重要である。そのため、ADL に関連する心身機能・構造や活動状況、社会参加に関する現状など、生活機能を評価し、必要に応じて地域のネットワークや介護サービス、訪問看護を導入することで自立支援や社会的孤立の防止に努める。特に、脳卒中や心臓疾患の患者は、継続的な医療管理とリハビリが不可欠である。



<参考資料>

- 1) ICF（国際生活機能分類）－「生きることの全体像」についての「共通言語」－
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ksqi-att/2r9852000002kswh.pdf>（2025
年 3 月 25 日閲覧）

（宮内 俊介）

3. 不眠時の睡眠薬の使用、アルコール

Q. 眠れないときに、睡眠薬やお酒は飲んでも問題ありませんか。

【患者向け】

睡眠は心身の健康に大きく関わる重要な要素です。不眠が続くと、睡眠薬やアルコールに頼りたくなることもありますが、これらには注意が必要です。

睡眠薬は医師の指示通りに短期間使用すれば効果的ですが、長期使用は依存や耐久性のリスクが高まります。依存が生じると、睡眠薬なしでは眠れなくなったり、用量を増やさなければ効果が得られなくなることがあります。また、日中の眠気やふらつき、特に高齢者では転倒リスクが増加する可能性があります。

一方、アルコールは一時的に眠気を促しますが、睡眠の質を低下させ、翌日の疲労感や集中力の低下を招きます。また、寝るために飲んだアルコールが、逆に不眠症を引き起こしてしまうこともあるのです。さらに、睡眠を目的としたアルコールの使用は、アルコール依存症のリスクを高め、健康に深刻な影響を及ぼします。

不眠が続く場合、まず睡眠環境の整備やリラクゼーション法（深呼吸、ストレッチ、瞑想など）、規則正しい生活習慣を試みましょう。夜眠れないと日中眠くなることがありますが、長時間の昼寝は夜の睡眠を妨げてしまいます。昼寝は 20 分以内にするのがよいでしょう。ストレスや不安が不眠の原因であれば、心理カウンセリングや認知行動療法も有効です。それでも不眠が改善しない場合は、医師に相談して適切な治療方法を選ぶことが大切です。睡眠薬とアルコールとの同時併用は危険ですので、絶対に避けてください。

【医療者向け】

1. 不眠の治療方針

不眠を訴える患者には、まず詳細な睡眠問診を行い、生活習慣や睡眠環境（睡眠衛生）を評価・改善することが第一選択である。睡眠パターンを把握するためには、「睡眠日誌」や「ピッツバーグ睡眠質問票（PSQI）」などのツールが有用である¹⁾。これには、適切な睡眠スケジュールの維持、刺激の制御、リラクゼーション技法の指導が含まれる。

2. 薬物療法

睡眠薬の使用は慎重に行う必要があり、特にベンゾジアゼピン系睡眠薬は短期間の使用に留めるべきである。ベンゾジアゼピン系睡眠薬は一時的な睡眠改善に効果的だが、長期使用は依存、耐性、反跳性不眠、認知機能低下などのリスクが高まるため推奨されない²⁾。ベンゾジアゼピン系抗不安薬も同様に長期使用は控えるべきである。新しいタイプの睡眠薬であるオレキシン受容体拮抗薬はベンゾジアゼピン系と比較して依存性が低い³⁾。

3. 認知行動療法（CBT-I）

不眠治療の第一選択は、薬物療法よりも認知行動療法（CBT-I）を優先する。CBT-I は不眠に対する最も効果的な非薬物療法であり、数多くの研究でその有効性が支持されている

2)。さらに、ストレス管理やリラクゼーション技法（マインドフルネスや漸進的筋弛緩法）を取り入れることで、睡眠の質の向上に寄与することが示されている⁴⁾。

4. 基礎疾患への対応

不眠は、うつ病や不安障害、慢性疼痛、夜間の睡眠呼吸障害など、精神的・身体的な基礎疾患と関連していることが多いため、これらの根本原因に対処することが重要である。適切な評価と治療を行い、包括的な治療方針を策定する必要がある⁵⁾。

5. 睡眠薬とアルコール摂取についての患者指導の注意点

不眠の際に睡眠薬やアルコールを摂取することに関しては、併用によるリスクや依存性の問題があるため、医療者が適切な指導を行うことが重要である。睡眠薬とアルコールの併用は中枢神経の抑制作用を増強し、副作用や依存リスクを高めるため避けるよう指導が必要である。また、アルコールによる睡眠の質低下を理解し、医師と相談しながら睡眠薬の適切な使用を指導することで、安全で効果的な治療が期待される。

6. 睡眠薬とアルコールの併用について

- ・併用を避けるべき理由：睡眠薬とアルコールは共に中枢神経抑制作用を持ち、併用することでその作用が増強されるため、副作用のリスクが高まる。具体的には、過度の鎮静、ふらつき、記憶障害、呼吸抑制のリスクが増加する⁶⁾。
- ・依存症のリスク：睡眠薬とアルコールはどちらも依存性があり、併用することで依存症へのリスクが増大する。アルコール依存症患者における睡眠薬の併用は治療効果の低下や依存の増悪に繋がるため、慎重に管理されるべきである⁷⁾。

7. アルコール摂取による睡眠への影響

- ・寝酒の影響：アルコールは一時的に入眠を促す作用があるが、実際には睡眠の質を低下させる。特に睡眠の後半にかけて浅い眠りや中途覚醒が増えることが確認されており、結果として疲労感が残りやすくなる。これが続くと、アルコール依存が進み、さらなる睡眠の質の低下を引き起こす⁸⁾。

8. 睡眠薬の適切な使用について

- ・医師の指示に従う重要性：自己判断での服用や中断は避け、医師と相談しながら服用量や服用タイミングを調整することが勧められる。長期的な使用が必要な場合は、依存を防ぐためにも、定期的な評価を行うことが推奨されている⁹⁾。安易な多剤併用は避けることが望ましい。
- ・服用タイミングの工夫：睡眠薬は、通常、寝る直前に服用するのが効果的である。特に、食後すぐに服用すると吸収が遅れ効果が低減する場合もあるため、夕食から少し時間を空けて飲むことが推奨される¹⁰⁾。

<引用文献>

- 1) Buysse DJ, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric

- practice and research. Psychiatry Res. 1989;28:193-213.
- 2) Perlis ML, et al. Insomnia. Lancet. 2022;400:1047-1060.
 - 3) Muehlan C, et al. The orexin story and orexin receptor antagonists for the treatment of insomnia. J Sleep Res. 2023;32:e13902.
 - 4) Ong JC, et al. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. Behav Ther. 2008;39:171-182.
 - 5) Finan PH, et al. The comorbidity of insomnia, chronic pain, and depression: dopamine as a putative mechanism. Sleep Med Rev. 2013;17:173-183.
 - 6) Dolder CR, et al. . Sedative hypnotics use among adults in the United States. CNS Drugs 2008;22:477-491.
 - 7) Brower KJ. Insomnia, alcoholism and relapse. Sleep Med Rev. 2003;7:523-539.
 - 8) Roehrs T, et al. Sleep, sleepiness, and alcohol use. Alcohol Res Health. 2001;25:101-109.
 - 9) Kripke DF, et al. Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study. BMJ Open. 2012;2:e000850.
 - 10) Mendelson WB. The use of sedative/hypnotic medication in the treatment of insomnia. Sleep. 2008;15:42-46.

<参考文献>

- 1) 日本睡眠学会ガイドライン. <https://www.jssr.jp/guideline> (2025 年 1 月 15 日閲覧)
- 2) 日本睡眠学会声明. <https://www.jssr.jp/statement> (2025 年 1 月 15 日閲覧)

(岡本 百合, 宮内 俊介)

4. 性生活と妊娠

Q. 心臓病を患った場合、性生活はどのようにすればよいですか。

【患者向け】

心臓病をお持ちの方にとって、性生活について不安を感じるのは自然なことです。しかし、適切に管理すれば、多くの方が安全に性生活を続けることができます。ただし、心臓病の種類や重症度によって注意が必要です。特に、最近心筋梗塞を起こした方、狭心症の症状がある方、心筋症を有する方、心不全のコントロールが不十分な方は、無理をせず 主治医と相談し、状態が安定してから再開 することが大切です。

性生活による体への負担は、軽い階段を 2 階まで上がる程度の運動 と同じくらいとされています。この程度の運動を無理なくこなせる方であれば、性生活も問題なく行えると考えられます。状態が安定していることを確認し、安全に行うためにも、無理をせず、体調をよく観察して行うことが重要です。少しでも不安がある場合は、遠慮せずに医師に相談しましょう。

また、妊娠を希望する女性患者の場合は、母体および胎児双方の安全を最大限に考慮した周知な評価と管理が必要です。妊娠を考える時点で、催奇形性・胎児毒性のある薬剤の確認と中止が必要になることもありますので、早めに主治医に相談しましょう。

○不安が強い場合の対処法

- ・軽い運動を試してみる：ウォーキングや軽いストレッチなどで体調を確認すると安心できます。
- ・パートナーと話し合う：お互いに率直に気持ちを伝え、安心できる環境を整えることも大切です。

○注意すべきサイン

以下のような症状がある場合は、無理をせずすぐに医師に相談してください。

- ・胸の痛み、圧迫感（狭心症の可能性）
- ・息切れや極度の疲労感
- ・動悸やめまい

○安全に行うためのポイント

- ・体調の良い時に、無理のない範囲で行う
- ・過度な興奮やストレスを避ける
- ・血圧や心臓に影響を与える薬（硝酸薬など）と ED 治療薬（バイアグラ等）を併用しない（過度に血圧が低下し、命に関わる危険があります）
- ・適度な運動習慣をつけることで、心臓の負担を軽減

【医療者向け】

心疾患を持つ患者にとっても、性生活は重要な生活の質（QOL）の一部である。医療従事者は、患者が安全かつ安心して性生活を営むための適切な指導、情報提供を行うことが求められる。以下に、患者教育の際に留意すべきポイントをまとめる。

1. 患者の状態評価

- ・心機能の評価：患者の心機能状態を把握し、性生活が許容されるかを判断する。推奨さ

れる項目には、心エコー（左室駆出率、拡張能、弁膜症の有無・重症度）、BNPまたはNT-pro BNP（心不全の存在や予備力の評価）、心電図・ホルター心電図（不整脈の有無）、必要に応じて心臓MRIや運動負荷試験のほか、NYHA分類による心機能分類などがある。

- ・合併症の有無：糖尿病や高血圧などの合併症がある場合は、追加のリスク評価が必要である。

2. 性交時の身体的負荷の説明

- ・身体的負荷：性交時のエネルギー消費は、軽度から中等度の運動（例：階段を2階まで上がる程度）と同等とされている。METS表によると、性行動による負荷は1.3～2.8METSとされている¹⁾。

性行動に伴う運動負荷の例	
メッツ (METS)	個別活動
2.8	積極的：きつい労力
1.8	全般：ほとほとどの労力
1.3	受動的：楽な労力、キスをする、抱きしめる

国立健康・栄養研究所，改訂版「身体活動のメッツ (METs) 表」，2012年，P31.

- ・自覚症状の確認：日常生活で同程度の活動が問題なく行えるかを確認し、無理のない範囲での性生活を推奨する。

3. 安全な性生活のための具体的アドバイス

- ・体調の良い時を選ぶ：疲労時や体調不良時は避け、リラックスできる環境で行うよう指導する。
- ・適切な体位の選択：心臓への負担が少ない体位を選ぶことで、リスクを軽減できる。
- ・アルコールや重い食事の制限：性交前の過度な飲酒や大量の食事は、避けるよう助言する。

4. 薬物療法との関係

- ・薬剤の確認：硝酸薬を使用している患者には、PDE5 阻害薬（バイアグラなど）の併用により、重度の血圧低下を引き起こす危険性があることが指摘されており、禁忌であることを説明する。
- ・服薬状況の把握：患者の現在の薬物療法を確認し、必要に応じて調整を検討する。
- ・妊娠を希望する患者の場合、以下の催奇形性・胎児毒性のある薬剤の確認と中止が必要である。① ACE 阻害薬・ARB・ARNI（胎児毒性あり）、② β 遮断薬（種類により胎児への影響あり）、③ ワルファリン（妊娠初期は催奇形性があるため、必要時はヘパリンに切り替えが必要）、④ カルシウムブロッカー（アムロジピンとニフェジピンは妊婦に投与可能だが、それ以外は禁忌）は注意する。

5. 心理的サポート

- ・不安の軽減：患者やパートナーが抱える不安や疑問に対し、丁寧に説明し、安心感を提供する。
- ・コミュニケーションの促進：パートナーとのオープンなコミュニケーションを促し、相互理解を深めるよう支援する。

6. 継続的なフォローアップ

- ・定期的な評価：患者の心機能や生活状況の変化に応じて、指導内容を見直します。
- ・専門家への紹介：必要に応じて、心臓リハビリテーションや心理カウンセリングなどの専門家と連携する。

7. 妊娠を希望する患者に対する支援

妊娠による循環動態の変化には、心拍数の増加、循環血液量の増加、血圧や末梢血管抵抗の変化などがあり、これらは心臓に大きな負担をかける要因となる。そのため、心臓疾患を有する女性患者にとって妊娠は、母体・胎児の生命に重大なリスクをもたらす可能性があることを念頭に置く必要がある。医療者は妊娠が心不全や致死的不整脈の発症リスクを高めることを十分に理解し、患者が妊娠を希望する段階で、必ず主治医に相談するよう、適切に指導することが大切である。

<引用文献>

- 1) 国立健康・栄養研究所. 改訂版「身体活動のメッツ (METs) 表」. 2012. <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/programs/2011mets.pdf> (2025 年 3 月 25 日閲覧)

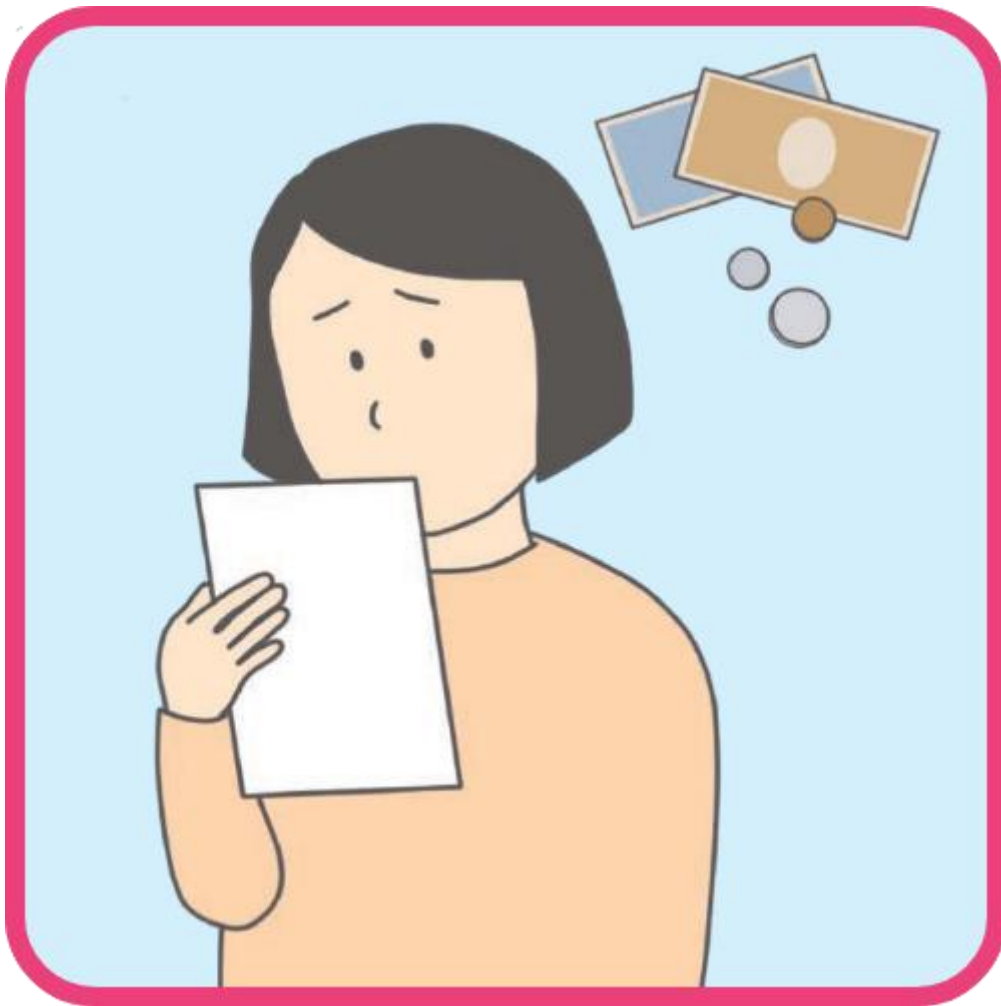
<参考文献>

- 1) 日本循環器学会. 他. 2022 年改訂版 先天性心疾患術後遠隔期の管理・侵襲的治療に関するガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2022/03/JCS2022_Ohuchi_Kawada.pdf (2025 年 3 月 25 日閲覧)
- 2) 日本循環器学会. 他. 心疾患患者の妊娠・出産の適応, 管理に関するガイドライン (2018 年改訂版). https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/06/JCS2018_akagi_ikeda.pdf (2025 年 3 月 25 日閲覧)

(中 麻規子)

第 6 章

社会福祉制度の利用・相談 のこと



1. 障害者手帳

1) 身体障害者手帳の交付対象

Q. 身体障害者手帳の交付対象となる障害にはどのようなものがありますか。

【患者向け】

身体障害者手帳の交付対象は、次のような身体機能に永続的な障害がある方です。

- ・視覚（目の機能）
- ・聴覚および平衡機能（耳や平衡感覚）
- ・音声、言語、そしゃく機能（発声、話すこと、咀嚼）
- ・肢体の機能（上肢・下肢・体幹などの運動機能）
- ・内臓の機能（心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、免疫機能、肝臓など）

これらの機能に永続的な障害があり、日常生活に支障をきたす状態であれば、手帳の交付対象になる可能性があります。

【医療者向け】

1. 身体障害者手帳の交付基準

身体障害者手帳の交付は、障害者総合支援法に基づき、医師の診断をもとに自治体が行う。交付対象は、視覚、聴覚、肢体などの身体機能に永続的な障害がある方とされ、この基準に基づき、日常生活への支障があると認められた場合に交付される^{1) 2)}。医療者は患者の障害の程度が法律に定められた基準に該当するかを確認し、その情報をもとに申請をサポートすることが求められる。

2. 各障害種別の認定方法

視覚、聴覚、肢体、内臓など、それぞれの障害に対しては独自の認定基準が設けられており、特に医師の評価が重視される³⁾。

3. 日常生活における支障の評価

患者の障害が日常生活にどの程度影響を与えているかは、身体障害者手帳の申請において重要な要素である。日常生活動作（ADL）の評価が参考とされ、歩行や食事、入浴などに制約があるかが判断のポイントとなる⁴⁾。医療者は、患者の ADL 評価を通じて日常生活の困難さを把握する必要がある。

4. 身体障害者手帳の等級制度と福祉サービスへの連携

手帳交付を通じて患者が利用できる福祉サービス（介護サービスや医療補助等）は、等級に応じて異なるため、手帳の等級制度についても理解が必要である。医療者は、等級による福祉サービスの違いについても説明できると望ましい。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省. 身体障害者手帳の概要, 身体障害者認定基準の取扱い (身体障害認定要領) について. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/youryou_all.pdf (2024 年 11 月 5 日閲覧)
- 2) 厚生労働省. 身体障害者福祉法関係法令等 (抜粋). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000149291.pdf>
- 3) 厚生労働省. 身体障害者認定基準について. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/20150501_ref.pdf (2024 年 11 月 5 日閲覧)
- 4) 厚生労働省. 障害者区分の判断基準. 障害支援区分に係る研修資料_共通編【第 5 版】. <https://www.mhlw.go.jp/content/001155808.pdf> (2024 年 11 月 5 日)

(幣原 佐衣子)

2) 身体障害者手帳の申請方法

Q. 身体障害者手帳の申請方法を教えてください。

【患者向け】

身体障害者手帳の申請は、お住まいの市区町村の障害福祉担当窓口で行います。以下の書類を準備して申請してください。

1. 指定医の診断書 (手帳の交付基準に基づいたもの)
2. 最近の写真 (上半身が写っているもの、申請から 1 年以内に撮影したもの。縦 4 センチ×横 3 センチのサイズで 2 枚)
3. 本人確認書類 (運転免許証、健康保険証、身体障害者手帳、個人番号カードなど)
4. 個人番号がわかる書類 (個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写し、または住民票記載事項証明書)
5. 身体障害者手帳交付申請書 (再交付の場合は「身体障害者手帳再交付申請書」)

申請に関する詳細は、お住まいの自治体 (例：広島市在住の方は広島市) の役所やホームページにある「身体障害者手帳」のページをご確認ください。

【医療者向け】

1. 申請に必要な書類とその目的

各書類の必要な理由を理解しておくと、患者に書類準備の意義を伝えやすくなる。

○指定医の診断書：身体障害者福祉法に基づき、専門の医師 (指定医) が障害の程度を客観的に診断した診断書が求められる¹⁾。

○写真：本人確認のために使用され、上半身が写ったものが求められる。

○本人確認書類と個人番号確認書類：個人の身元確認および行政手続きで、個人情報情報を正確に管理するために必要である。

2. 個人番号の確認と申請窓口について

マイナンバー（個人番号）は行政手続きの簡素化と情報管理の一元化を目的に、身体障害者手帳と連携している。これにより、支援申請や福祉サービスの利用時に、迅速で正確な身元確認と情報照会が可能である²⁾。多くの自治体では障害福祉担当課が手続きを担当しているため、医療者は患者が市区町村の障害福祉窓口で手続きできるよう案内し、地域による手続きの違いを把握しておくといよい。

3. 再交付手続きについて

紛失や破損により、手帳の再交付が必要となった場合は、再交付申請書を提出することで手続きが可能である。その際、本人確認書類や診断書を求められることを伝えておく。

<引用文献>

- 1) 厚生労働省. 「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」の一部改正について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/260401shindansho.pdf> (2024 年 11 月 5 日閲覧)
- 2) 厚生労働省. 障害者手帳に関するマイナンバー制度の情報連携について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000782803.pdf> (2024 年 11 月 5 日閲覧)

(幣原 佐衣子)

3) 障害年金の受給対象と申請方法

Q. 障害年金の受給ができますか。また申請方法を教えてください。

【患者向け】

1. 障害年金受給要件について

障害年金の受給には、以下の3つの要件を満たしている必要があります。

① 初診日が被保険者期間等にあること

障害の原因とあった病気やけがの初診日（※）が次のいずれかの期間にあること

- ・ 国民年金または厚生年金に加入している期間（被保険者期間）
- ・ 20 歳前または 60 歳以上 65 歳未満で国内に居住している期間

※初診日：障害の原因となった病気やケガについて、初めて医師等の診療を受けた日のこと

② 保険料の納付要件を満たしていること

次の i) または ii) を満たしていること

i) 初診日の前日において、初診日の属する月の前々日までの被保険者期間のうち、保険料納付済期間と保険料免除期間を合算した期間が3分の2以上あること

ii) 初診日において 65 歳未満であり、初診日の属する月の前々日までの直近の 1 年間に保険料の未納期間がないこと（初診日が令和 8 年 4 月 1 日前の場合の特例）

※20歳前の年金制度に加入していない期間に初診日がある場合は、納付要件は不要

③ 一定の障害の状態にあること

- ・ 障害認定日（※）に、障害の状態が法令で定める障害の程度（障害基礎年金は1級・2級、障害厚生年金は1～3級）に該当すること
- ・ 障害認定日後に、障害の程度が増進し、65歳になるまでに障害の状態が法令で定められた状態に該当すること

※障害認定日：障害の状態を定める日のことで、その障害の原因となった病気やケガについての初診日から1年6か月をすぎた日、または1年6か月以内にその病気やけがが治った場合（症状が固定した場合）はその日

障害の程度については、「国民年金障害等級表、厚生年金障害等級表」を参考にして確認してください。

2. 障害年金の申請方法

障害年金を申請するためには、1.の受給要件を確認したうえで、初診日に加入していた年金の窓口で手続きを行います。

また、申請に必要な書類は個人によって異なる場合がありますので、事前に初診日に加入していた年金窓口で必要書類を確認し、必要な書類を揃えて申請を進めましょう。

<参考・引用文献>

- 1) NPO 法人 日本医療ソーシャルワーク研究会編. 医療福祉相談ガイドブック 2024 年度版ーソーシャルワーカー・ケアマネジャー必携ー, 明石書店, 2024.
- 2) 広島市ホームページ. 心身障害者福祉のしおり令和5年度版.
https://www.city.hiroshima.lg.jp/uploaded/life/363925_779216_misc.pdf (2024 年 11 月 5 日閲覧)

【医療者向け】

1. 初診日の重要性

障害年金の申請では「初診日」が非常に重要で、この日が基準となって保険の適用可否や認定日が決まる¹⁾。医療者は、患者の初診日を特定する重要性を理解しておく。

2. 被保険者資格と適用条件

初診日において国民年金や厚生年金の被保険者であることが要件で、これには年齢条件や居住状況（日本国内に居住しているか）も含まれる。これにより、患者が受給可能な年金の種別が決まる。医療者は、この基準が制度に基づいて厳密に適用されることを理解しておく必要がある²⁾。

3. 保険料の納付要件

障害年金の受給には、初診日までに保険料が所定の期間納付されているか確認される。

特に、初診日の属する前々月までの加入期間の 2/3 以上の納付が求められ、未納期間があると受給が困難になるため、保険料の納付要件の確認意義を説明できるとよい³⁾。

4. 障害認定日と障害の程度

「障害認定日」は、初診日から1年6ヶ月経過した日、または症状が固定した日となり、この日を基準に障害の程度が評価される。医療者は、障害認定日が支給開始の基準となり、診断の正確性が求められることを理解しておく必要がある。また、障害程度は「身体障害者障害程度等級表」に基づき、受給対象が決まる⁴⁾。等級の分類は障害の種類やその重さに応じて1級から7級までである。障害年金の主な対象は、1級から3級までである。

<参考文献>

- 1) 日本年金機構. 障害基礎年金を受けられるとき. <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/tetsuduki/shougai/seikyu/20140519-01.html>. (2024 年 11 月 5 日閲覧)
- 2) 日本年金機構. 障害厚生年金を受けられるとき. <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/tetsuduki/shougai/seikyu/20140519-02.html>. (2024 年 11 月 5 日閲覧)
- 3) 日本年金機構. 障害基礎年金の受給要件・請求時期・年金額. <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150514.html#cms01> (2024 年 11 月 5 日閲覧)
- 4) 厚生労働省. 国民年金・厚生年金保険 障害認定基準 平成 28 年 6 月 1 日改正. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12501000-Nenkinkyoku-Soumuka/0000144223.pdf> (2024 年 11 月 12 日閲覧)
- 5) 日本年金機構. 障害年金ガイドブック, 障害年金. <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-01.html> (2024 年 11 月 5 日閲覧) .
- 6) 厚生労働省. 障害年金制度. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001112704.pdf> (2024 年 11 月 5 日閲覧) .

(幣原 佐衣子)

2. 介護保険

1) 介護保険の対象、条件、申請方法

Q. 介護保険の利用ができますか。利用条件や申請方法について詳しく教えてください。

【患者向け】

介護保険の対象者は、以下のいずれかの条件を満たす方です。

- ・ 65 歳以上の方（第 1 号被保険者）

年齢が 65 歳以上で、介護や支援が必要と認定された方が対象となります。

- ・ 40 歳以上 65 歳未満の方（第 2 号被保険者）

40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者で、加齢が原因とされる特定の病気（特定疾病）により、介護や支援が必要と認定された方が対象です。

※特定疾病には、以下の 16 の病気が含まれます。

がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）/関節リウマチ/筋萎縮性側索硬化症（ALS）/後縦靱帯骨化症/骨折を伴う骨粗鬆症/初老期における認知症/進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病/脊髄小脳変性症/脊柱管狭窄症/早老症/多系統萎縮症/糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症/脳血管疾患/閉塞性動脈硬化症/慢性閉塞性肺疾患（COPD）/両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

また、要介護認定がなくても、「基本チェックリスト」により生活機能の低下が見られる場合、事業対象者として一部の介護保険サービスを受けることができます。

具体的な申請手続きや対象になるサービスについては、お住まいの市区町村の介護保険窓口でご相談ください。介護保険の申請は、お住まいの市区町村の介護保険担当窓口申請書を提出してください。地域包括支援センターなどで代行してもらうこともできます。

申請の際は、1 号被保険者は介護保険被保険者証、2 号被保険者は医療保険証が必要です。

【医療者向け】

1. 介護保険の対象者の条件

介護保険制度では、以下の 2 つのカテゴリーで対象者が定められている。

- ・ 65 歳以上の方（第 1 号被保険者）：年齢が 65 歳以上で、介護や支援が必要と認定された場合、特定疾病にかかわらず介護保険サービスの対象となる。
- ・ 40 歳以上 65 歳未満の方（第 2 号被保険者）：40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者で、特定の加齢性疾患（16 の特定疾病）により介護や支援が必要と認定された場合が対象となる。

2. 特定疾病の一覧と認定基準

40 歳以上 65 歳未満の被保険者が対象となる「特定疾病」には、加齢に伴い発症しやすい

16 の病気が指定されている。これには、ALS（筋萎縮性側索硬化症）、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、パーキンソン病、変形性関節症などが含まれ、認定には医師の診断が必要となる。患者に対して、疾患による介護保険利用の可能性があることを説明できると良いだろう。

3. 要介護認定と事業対象者の区分

介護保険サービスを利用するには、要介護認定が必要である。認定は、日常生活における困難の程度に基づき、介護度（要支援 1～2、要介護 1～5）に分類される。介護保険対象外の方でも「基本チェックリスト」による生活機能の低下が確認される場合、事業対象者として一部サービスが利用可能である。医療者は、患者がこのチェックリストにより生活支援を受けられる場合もあることを知っておくことが大切である。

4. 申請手続きの流れと申請先

介護保険の申請は市区町村の介護保険担当窓口で行うが、地域包括支援センターでも申請代行が可能である。申請には、65 歳以上の方（第 1 号被保険者）は介護保険被保険者証、40 歳以上 65 歳未満の方（第 2 号被保険者）は医療保険証が必要である。申請の流れを把握しておく、患者にスムーズに手続きを案内できる。

5. サービスの相談先と相談窓口

介護保険サービスや申請手続きについて、詳しい相談は市区町村の介護保険窓口や地域包括支援センターで行うことが推奨される。こうした窓口では、患者の具体的な生活状況に応じた介護サービスの提案や支援が受けられる。患者には相談窓口の利用を勧め、必要に応じて相談機関への連絡方法も案内すると良い。

<参考文献>

- ・厚生労働省．介護保険制度について．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2gou_leaflet.pdf（2024 年 11 月 12 日閲覧）
- ・広島市．広島市の介護保険．<https://www.city.hiroshima.lg.jp/site/kaigo/2263.html>（2024 年 1 月 12 日閲覧）

（幣原 佐衣子）

2）介護保険申請後の流れと認定結果

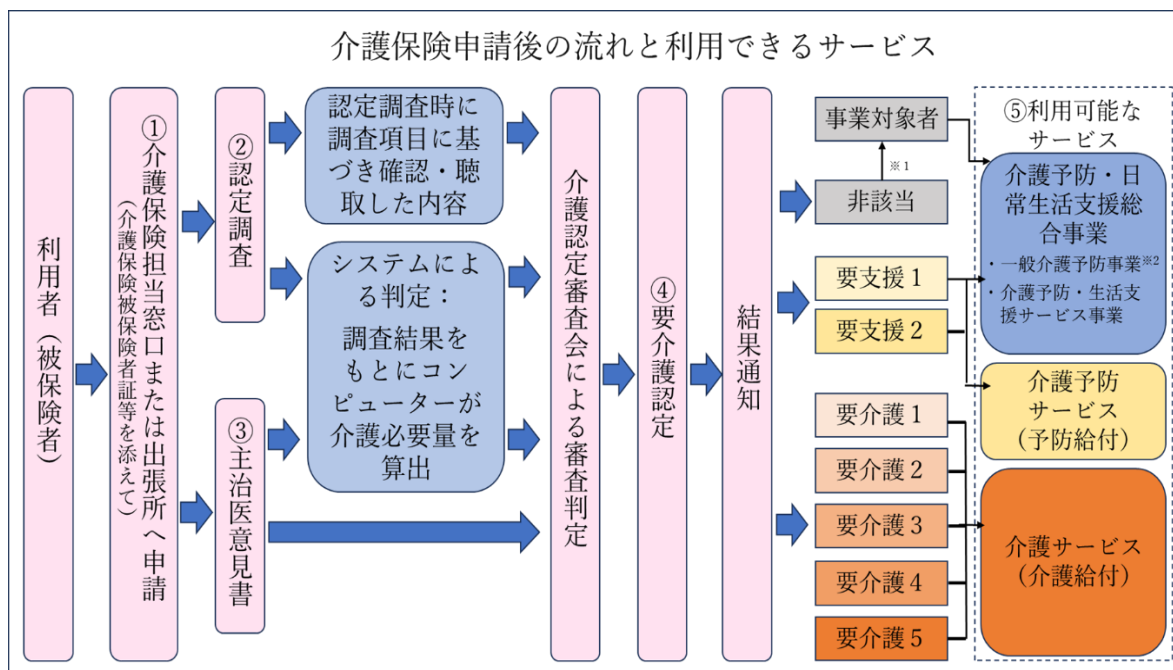
Q. 介護保険を申請した場合、申請から認定までの流れと認定結果について、教えてください。

【患者向け】

介護保険の申請から認定までの流れは、下記の図の通りです。原則として、申請から 30 日以内に認定結果が通知されます。要介護認定区分は、要介護、要支援に分類されます。要介護の

状態は1～5、要支援の状態は1～2に分けられ、数字が大きいほど「介護が必要」と判定されています。いずれにも当てはまらない人は介護保険の認定「非該当」となります。

介護保険サービスを利用する場合、原則1割～3割が自己負担となります。所得の低い方、一定の障害がある方等には負担軽減措置があります。ご自身の負担割合は、介護保険負担割合証でご確認ください。



※1 基本チェックリストによる判定

※2 一般介護予防事業は市町村が地域の実情に応じて実施する事業であり、元気な高齢者や介護が必要となるリスクのある高齢者も含まれる。

<参考文献>

1) 広島市 介護保険制度のご案内 2024 年 4 月版.

<https://www.catapoke.com/viewer/?open=9d2b9&lang=ja> (2024 年 11 月 5 日閲覧)

【医療者向け】

1. 申請から認定までの流れ

介護保険の申請から認定までの流れは以下の通りである。

- ① 申請：市区町村の介護保険窓口または地域包括支援センターで申請を行う。申請時には、65 歳以上（第 1 号被保険者）は介護保険被保険者証、40 歳以上 65 歳未満（第 2 号被保険者）は医療保険証が必要である。
- ② 調査・判定：市区町村の職員が自宅訪問などで「認定調査」を行い、患者の生活機能や介護の必要度を確認する。また、主治医の意見書も基に介護度を判定する。
- ③ 認定結果の通知：原則、申請から 30 日以内に、認定結果は郵送で通知される。

2. 要介護認定区分とその内容

認定結果に基づき、介護度が以下のように区分される。

- ① 要支援 1～2：軽度の支援が必要な方
- ② 要介護 1～5：数字が大きくなるほど、より高度な介護が必要であると判定される。
- ③ 非該当：自立した生活が可能と判断された場合は「非該当」となり、介護保険サービスの利用対象外となる。しかし、地域支援事業などの軽度な支援サービスを受けられる場合があるため、確認は必要である。

3. 利用者負担と負担割合

介護保険サービスを利用する際の自己負担割合は、原則 1 割から 3 割である。この割合は利用者の所得に応じて決定され、「介護保険負担割合証」で確認できる。また、所得が低い方や一定の障害がある方には負担軽減措置があり、自己負担が抑えられる場合がある。患者には、負担割合証で確認することを説明し、軽減措置についても案内すると良い。

4. 認定の更新と変更申請について

認定の有効期限は、原則 6 か月から 12 か月です。状態の変化に応じて、更新時には再度認定調査を受ける必要がある。また、急な病状変化などで介護度が合わなくなった場合は「区分変更申請」により、再評価を受けることができる。患者に対して、定期的な見直しの重要性と変更申請が可能であることを説明できると良いだろう。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省. 給付と負担について (参考資料). <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119101.pdf> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 2) 厚生労働省. 要介護認定はどのように行われるのか. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/nintei/gaiyo2.html (2024 年 11 月 19 日閲覧)

(幣原 佐衣子)

3. その他の支援

1) 高額療養費制度

Q. 高額療養費制度とはどのような制度ですか。また、私の医療費は高額療養費制度の対象になりますか？対象となるための条件があれば教えてください。

【患者向け】

高額療養費制度は、医療機関や薬局の窓口で支払った医療費が一定の金額を超えた場合に、超えた分が払い戻される制度です。以下の点をご確認ください。

- ① 計算期間：1ヶ月ごと（その月の1日から末日まで）に計算します。
- ② 自己負担限度額：1ヶ月の医療費の自己負担限度額は、年齢や所得で異なります。
- ③ 計算単位：病院や診療所ごとに計算され、入院・外来や内科・歯科も別計算です。
- ④ 対象外費用：公的保険が適用されない医薬品や差額ベッド料、食事療養費、診断書料などは対象外となります。
- ⑤ 世帯合算と多数該当の仕組み：同じ世帯内で複数の医療費が発生した場合に合算できる「世帯合算」や、一定期間内に高額療養費の支給が複数回にわたる場合に負担を軽減する「多数該当」の仕組みもあります。

この制度が適用されるかどうかについては、具体的な医療費の内容や収入状況に応じて異なるため、詳細は加入している公的医療保険の窓口でご確認ください。高額療養費は、1ヶ月（毎月1日から末日まで）ごとに計算されます。自己負担限度額は患者の年齢と所得に応じて異なり、所得区分に基づいた基準で決められています。下記を参照ください。

▽70 未満の方の自己負担限度額

所得区分		認定証表示	1カ月の自己負担限度額（世帯ごと）	多数該当
上位所得	年収約1,160万円～	ア	252,600円+（総医療費-842,000円）×1%	140,100円
	年収約770万円～約1,160万円	イ	167,400円+（総医療費-55,800円）×1%	93,000円
一般所得	年収約370～約770万円	ウ	80,100円+（総医療費-267,000円）×1%	44,400円
	～年収約370万円	エ	57,600円	44,400円
住民税非課税者		オ	35,400円	24,600円

▽70 歳以上の方の自己負担限度額

所得区分		1カ月の自己負担限度額		多数該当
		個人ごと (通院のみ)	世帯ごと (入院・通院)	
現役並み 所得	年収約1,160万円～	252,600円+（総医療費-842,000円）×1%		140,100円
	年収約770万円～約1,160万円	167,400円+（総医療費-558,000円）×1%		93,000円
	年収約370万円～約770万円	80,100円+（総医療費-267,000円）×1%		44,400円
一般所得	年収156万円～約370万円	18,000円※ ¹	57,600円	44,400円
住民税非課税世帯区分Ⅱ		8,000円	24,600円	
住民税非課税世帯区分Ⅰ			15,000円	

※¹18,000円は外来のみの自己負担の上限である。入院した場合は、世帯単位での限度額が適用される。

【医療者向け】

1. 高額療養費制度の概要と目的

高額療養費制度は、患者が1ヶ月に支払った医療費が一定額を超えた際に、その超過分が払い戻される仕組みである。この制度の目的は、医療費の負担を軽減し、必要な医療サービスを経済的理由で受けられないことを防ぐことである。

2. 計算単位の区分と対象外の費用

医療費は病院や診療所ごとに、また入院・外来、内科・歯科ごとに別々に計算される。公的保険の対象外となる費用（例：差額ベッド代、食事療養費、診断書料など）は、払い戻しの対象に含まれない。患者には、対象外費用についても予め説明することが重要である。

3. 確認方法と窓口案内

実際に高額療養費制度の適用を受ける際には、加入している公的医療保険の窓口で詳細を確認し、必要書類や手続きを行う必要があることを理解しておく。

4. 世帯合算と多数該当の仕組み

高額療養費制度には、同一世帯の複数の医療費を合算できる「世帯合算」、および頻繁に高額療養費が発生する場合の「多数該当」という仕組みがあり、世帯単位で負担軽減が図れるようになっている。この仕組みは、家族内で医療費が多くかかる場合の負担軽減に役立つ。

<参考文献>

1) 厚生労働省保険局. 高額療養費制度を利用される皆さまへ（平成30年8月診療分から）<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf>（2024年11月12日閲覧）

（幣原 佐衣子）

2) 医療費控除制度の詳細、対象、条件

Q. 医療費控除とはどのような制度ですか。また、私の医療費は医療費控除の対象になりますか。対象となるための条件があれば教えてください。

【患者向け】

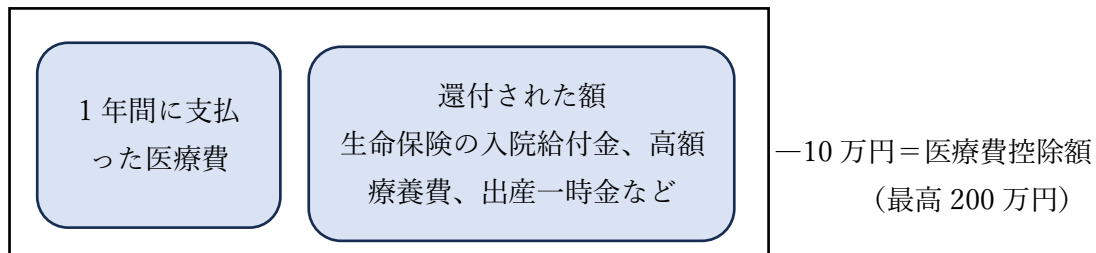
医療費控除は、1年間（前年の1月1日から12月31日まで）に支払った医療費が一定の金額を超えた場合に、その一部を所得から控除できる制度です。以下の条件に該当すれば、医療費控除を受けることができます。

- ・控除の対象金額：自己負担の医療費や介護保険サービス利用料、寝たきりの方の場合のおむつ代などの合計額が10万円を超えた場合、その超えた分を最高200万円まで控除することができます。

※ 注意事項

- ・ 生命保険の入院給付金、高額療養費の支給額、出産一時金などで補填された金額は控除対象額から差し引かれます。
- ・ 福祉用具貸与や生活支援サービスなどの利用料は対象外です。

ご自身がこの控除を受けられるかどうかは、医療費の内訳や補填金額によって異なりますので、詳しくは税務署や専門機関にご相談ください。



【医療者向け】

1. 医療費控除制度の概要と目的

医療費控除は、年間で支払った医療費が一定額を超えた場合、その超過分が所得から控除されることで所得税の負担を軽減する制度である。これにより、患者が経済的負担を軽減しながら医療を受けられるよう支援する。

2. 控除対象となる医療費の範囲

医療費控除の対象となるのは、1年間（前年の1月1日から12月31日まで）の自己負担の医療費や介護保険サービス利用料、寝たきりの患者に必要なおむつ代などで、合計が10万円を超えた分が控除対象である（最高200万円まで）。対象となる医療費には通院にかかる交通費も含まれるが、医療目的以外の費用は対象外である。

3. 補填される金額の差し引き

生命保険の入院給付金や高額療養費制度で支給された金額、出産一時金などの補填がある場合、その金額は控除額から差し引かれる。この仕組みにより、医療費の自己負担分だけが控除対象として算出される。

4. 対象外の費用

福祉用具貸与や生活支援サービスなどの費用は医療費控除の対象外である。以下、その例を示す。

- ① 健康診断：予防や早期発見のためで、治療目的ではないため。
- ② 美容整形手術費：治療目的でないため。
- ③ 入院時に個室や特別室を希望した場合の差額ベッド代：医療上必要ではないため。
- ④ ビタミン剤・サプリメント費用：目的が健康維持や体力増進で治療ではないため。
- ⑤ リラクゼーションや疲労回復のためのマッサージや整体の施術費
- ⑥ 出産に伴う里帰りの交通費

⑦（介護保険を利用した）福祉用具貸与や生活援助サービス：日常生活補助のため。

5. 申請方法と相談窓口の案内

医療費控除の申請は、確定申告の際に行い、医療費の領収書や明細書が必要である。患者が控除対象となるかどうかを確実に判断できるよう、税務署や税理士などの専門機関での相談を勧めるとよい。

<参考文献>

1) 国税庁. No.1120 医療費控除の概要.<https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1120.htm> (2024 年 11 月 12 日)

(幣原 佐衣子)

3) 特定医療費（指定難病）助成制度の詳細、対象、条件

Q. 特定医療費(指定難病)助成制度とはどのような制度ですか。また、私はこの制度の対象になりますか。対象となるための条件があれば教えてください。

【患者向け】

特定医療費（指定難病）助成制度とは、原因が不明で治療法が確立していない難病のうち、厚生労働大臣が指定する「指定難病」に該当する病気について、一定の基準を満たす方に対し、医療費の自己負担を軽減する制度です。この制度を利用すると、特定医療費（指定難病）受給者証が交付され、自己負担分に対する公費負担が受けられます。

- ・自己負担額：原則として2割負担ですが、後期高齢者は1割負担です。
- ・自己負担上限額：入院・外来の医療費の自己負担には、世帯所得に応じた6段階の上限額が設けられており、0円～30,000円となります。
- ・申請窓口：お住まいの地域の保健所が窓口です。広島市の場合は、各区の福祉課・障害福祉係で申請を受け付けています。
- ・更新手続き：受給者証は毎年更新手続きが必要です。

制度の対象になるかどうかについては、指定難病に該当するか、医師の診断や所定の基準を満たしているかなどが条件となりますので、詳しくはお近くの保健所や市区町村の福祉課でご相談ください。

【医療者向け】

1. 特定医療費（指定難病）助成制度の概要

この制度は、原因が不明で治療法が確立されていない「指定難病」に対し、医療費の自己負担を軽減するための公費助成制度である。難病患者が医療費負担を理由に治療を断念することを防ぎ、治療の継続を支援することが目的である。

2. 対象となる病気と要件

特定医療費助成の対象は、厚生労働大臣が定める「指定難病」に該当する疾患で、認定基準としては、症状の進行度や日常生活の支障度などが設定されている。申請には医師の診断書が必要で、診断書には「指定難病」の基準を満たしていることが記載される必要がある。

3. 自己負担額と所得に応じた自己負担上限額

自己負担額は原則 2 割負担だが、後期高齢者は 1 割負担となる。また、患者の世帯所得に応じて月ごとの上限額が設定されており、これにより過度な負担が避けられる仕組みになっている。

4. 申請手続きと更新

申請窓口は、患者の居住地にある保健所や市区町村の福祉課で、毎年 of 更新手続きが必要である。更新手続きには、再度の診断書や所得確認書類の提出が必要になることがある。

5. 制度の利用可否についての確認

指定難病助成制度の利用可否は、患者が指定難病に該当するかどうか、医師の診断や認定基準の充足を前提に判断される。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省. 難病の患者に対する医療等に関する法律の概要. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000128881.pdf> (2024 年 11 月 12 日閲覧)
- 2) 広島県. 難病医療費助成制度について. <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/57/shinnannbyou.html> (2024 年 11 月 12 日閲覧)
- 3) 難病情報センター. 難病患者さまとご家族向け 支援ガイドブック. https://www.nanbyou.or.jp/wp-content/uploads/2024/04/20240401_shien1f.pdf (2024 年 11 月 12 日閲覧)

(幣原 佐衣子)

4) 重度心身障害医療費助成の詳細、対象、条件

Q. 重度心身障害者医療費助成とはどのような制度ですか。また、私はこの制度の対象になりますか。対象になるための条件があれば教えてください。

【患者向け】

重度心身障害者医療費助成制度は、重度の心身障害を持つ方（児）に対して、医療費の一部を補助することで、障害者の健康の維持と福祉の向上を目的とする制度です。

- ・対象範囲：都道府県や市区町村により、助成対象となる方の範囲や自己負担額が異なります。

- ・所得制限：所得が一定基準以下であることが条件のひとつです。

下記は、広島県の各市町における一部負担金の状況の示す図です。制度の適用条件や助成内容の詳細については、お住まいの市区町村の福祉課や窓口にてご確認ください。

市町村名	一部負担金
広島市 府中町 海田町	入院・通院とも無料
福山市	1医療機関につき1日200円。 1カ月の負担金は入院月4日まで、通院月4日まで。
坂町	1医療機関につき1日100円。 1カ月の負担金は入院月14日まで、通院月4日まで。
上記以外の市町	1医療機関につき1日200円。 1カ月の負担金は入院月14日まで、通院月4日まで。

【医療者向け】

1. 制度の概要と目的

重度心身障害者医療費助成制度は、重度の心身障害を持つ方に対して、医療費の一部を公費で補助し、障害者の健康の維持と福祉の向上を図ることを目的とした制度である。患者が経済的な理由で治療を中断することを防ぎ、生活の質（QOL）を向上させることを目的としている。

2. 対象範囲の違いと自治体ごとの基準

この制度の運営は都道府県や市区町村であり、助成対象となる障害の範囲や自己負担額は自治体ごとに異なる場合がある。患者には、居住地域での対象範囲や助成額について確認するよう案内するとよい。

3. 所得制限

重度心身障害者医療費助成制度には所得制限があり、一定の所得基準を超える場合は助成の対象外となることを理解しておく。

4. 医療費助成の内容と自己負担額

助成の内容には、通院や入院にかかる医療費の一部補助が含まれ、自己負担額も自治体ごとに異なる。患者には、医療費の助成内容について具体的に把握できるよう、自治体の福祉課で確認することを勧める。

5. 申請方法と窓口案内

重度心身障害者医療費助成制度の申請は、地域の市区町村の福祉課や窓口で行う。申請には、診断書や所得証明書などが必要な場合があるため、事前に必要書類を確認することが重要である。また、定期的な更新手続きが必要な自治体もあるため、制度の利用を継続するための手続きについても説明する。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省. 重度心身障害と制度. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000123640.pdf> (2024 年 11 月 12 日)
- 2) 広島市. 重度心身障害者医療費助成. <https://www.city.hiroshima.lg.jp/soshiki/71/3054.html> (2024 年 11 月 12 日閲覧)

(幣原 佐衣子)

5) 傷病手当金の詳細、対象、条件

Q. 病気になり、生活費が心配です。私は傷病手当金の対象になりますか。受給資格について詳しく教えてください。

【患者向け】

傷病手当金は、業務外の理由で会社員や公務員、船員などが病気やけがで働けなくなり、給与が支給されない場合に支給される手当です。以下が支給の詳細です。

○支給額

1 日あたりの支給額は、支給開始日以前の継続した 12 か月間の標準報酬月額を平均のもとに計算され、次の計算式で求められます

$$1 \text{ 日あたりの金額} = (\text{標準報酬月額の平均額} \div 30 \text{ 日}) \times 2/3$$

○対象者

傷病手当金の対象となるのは、被用者保険の被保険者（会社員、公務員、船員など）で、次のすべての条件に当てはまる方です。

- ・病気やけがで療養中の方（業務上や通勤災害によるもの、または美容整形などの病気とみなされないものは除きます）で、医師の指示があれば自宅療養も含まれます。業務上や通勤災害によるものは、労災保険が適用され、労災保険から「休業補償給付」が支給されるため、傷病手当金の対象外です。
- ・仕事ができない状態（労務不能）であること。
- ・3 日以上連続して仕事を休んでいること。
- ・休んだ期間に給与が支給されていないこと。

○支給期間

同じ疾病について、連続して 3 日間仕事を休んだ後の 4 日目以降、休んだ日数に応じて、最長で 1 年 6 か月間支給されます。療養が終了し、働ける状態になった場合には支給が停止されます。詳しくは、下記の図を確認下さい。

また、パートやアルバイトの方でも被用者保険に加入していれば、傷病手当金の対象になります。

ご自身が対象となるかどうかについて不明な点があれば、公的医療保険窓口での確認をおすすめします。

傷病手当金の支給条件										
							傷病手当金支給開始			
状態	欠勤	出勤	欠勤	欠勤	欠勤	出勤	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤
支給	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○

【医療者向け】

1. 傷病手当金の概要と目的

傷病手当金は、会社員や公務員、船員などの被用者保険加入者が、業務外の病気やけがで働けなくなった場合に、収入の一部を補填する目的で支給される手当である。労災保険と異なり、業務外の傷病に対応した病気療養中の生活費を支援する制度である。

2. 対象者の条件

傷病手当金の対象となるには、次の条件をすべて満たしていることが求められる。

- ・業務外の病気やけがで療養中であること（業務上または通勤災害による場合は労災保険が適用されるため対象外）。
- ・労務不能であり、医師の指示に基づいて療養が必要であること。
- ・連続3日以上仕事を休み、その後も仕事を休んでいること。
- ・給与が支給されていない期間であること。

3. 支給額の計算方法

支給額は、支給開始日以前の継続した12か月間の標準報酬月額を平均をもとに計算される。計算式は以下の通りである。

$$1 \text{ 日あたりの支給額} = (\text{標準報酬月額の平均額} \div 30 \text{ 日}) \times 2/3$$

4. 支給期間と支給停止条件

傷病手当金の支給期間は、同じ病気やけがについて、4日目から最長1年6か月である。病状が改善し、働ける状態になった場合には支給が停止される。また、療養中であっても別途収入が発生した場合、支給額に影響があることを伝えと良い。

5. 対象者としてのパート・アルバイト

雇用形態にかかわらず、保険に加入している方が支援を受けられるため、パートやアルバイトであっても、被用者保険（健康保険）に加入している場合は、傷病手当金の対象になる。

<参考文献>

- 1) 傷病手当金を受給されている皆様・病気やけがで療養中の皆様へ。障害年金のご案内。
<https://www.nenkin.go.jp/service/pamphlet/kyufu.files/2-8.pdf> (2024年11月12)

日閲覧)

2) 厚生労働省保険局. 傷病手当金について. 令和2年3月26. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000619554.pdf> (2024年11月12日閲覧)

(幣原 佐衣子)

6) 生活保護の詳細、対象、条件

Q. 私は生活保護の対象になりますか。受給資格について詳しく教えてください。

【患者向け】

生活保護制度は、生活に困窮する世帯に対し、生活の最低限度を保障し、自立を支援するために設けられた制度です。受給資格を得るためには、以下の基準を満たす必要があります。

- ・収入基準：世帯全体の収入が、生活保護で定められた基準額を下回っている場合、支給対象となります。保護の基準に不足する分が生活費や医療費などとして支給されます。
- ・資産要件：一定の金額以上の資産がある場合は、その資産を活用することが優先されます。例えば、預貯金や保険、不動産などが含まれます。
- ・その他の要件：年齢や就労の可否、世帯構成なども考慮され、働ける方には就労の努力が求められます。

受給資格や申請手続きについての詳細は、お住まいの市区町村の福祉事務所にお問い合わせください。

【医療者向け】

1. 生活保護制度の概要と目的

生活保護制度は、経済的に困窮する世帯に最低限度の生活を保障し、自立を支援するための公的制度であり、患者の生活の基本的なニーズを支援する制度である。

2. 収入基準と計算方法

生活保護の支給対象となるには、世帯全体の収入が、生活保護基準額（地域や世帯構成に応じて異なる）を下回る必要がある。収入が基準額に達しない分が生活保護費として支給され、医療費、住宅費、介護費などが補助される。患者には、収入基準が地域によって異なることを説明し、詳しい額は市区町村の福祉事務所で確認するように案内すると良い。

3. 資産要件と優先利用の原則

資産がある場合は、それを生活費に活用することが優先され、一定の基準を超える預貯金、不動産、自動車などがある場合、生活保護の対象外となる場合がある。資産要件を満たすことが重要で、資産の活用が困難な場合に限って生活保護が適用される。

4. その他の要件（就労と年齢要件）

生活保護の申請には、年齢や健康状態、就労の可否が考慮される。働ける場合は就労の努

力が求められるため、仕事が可能な方にはハローワークなどを通じて就労支援が行われる。また、年齢や障害の有無、世帯構成も判断基準となる。患者が健康状態などで就労が難しい場合は、就労要件の緩和について説明できると良い。

5. 申請手続きと相談窓口

生活保護の申請は市区町村の福祉事務所で行い、必要書類（収入証明書、預貯金通帳、医療費明細など）を提出する。患者が対象となるか判断が難しい場合、福祉事務所での相談やケースワーカーとの面接で具体的な要件確認を行うよう案内する。

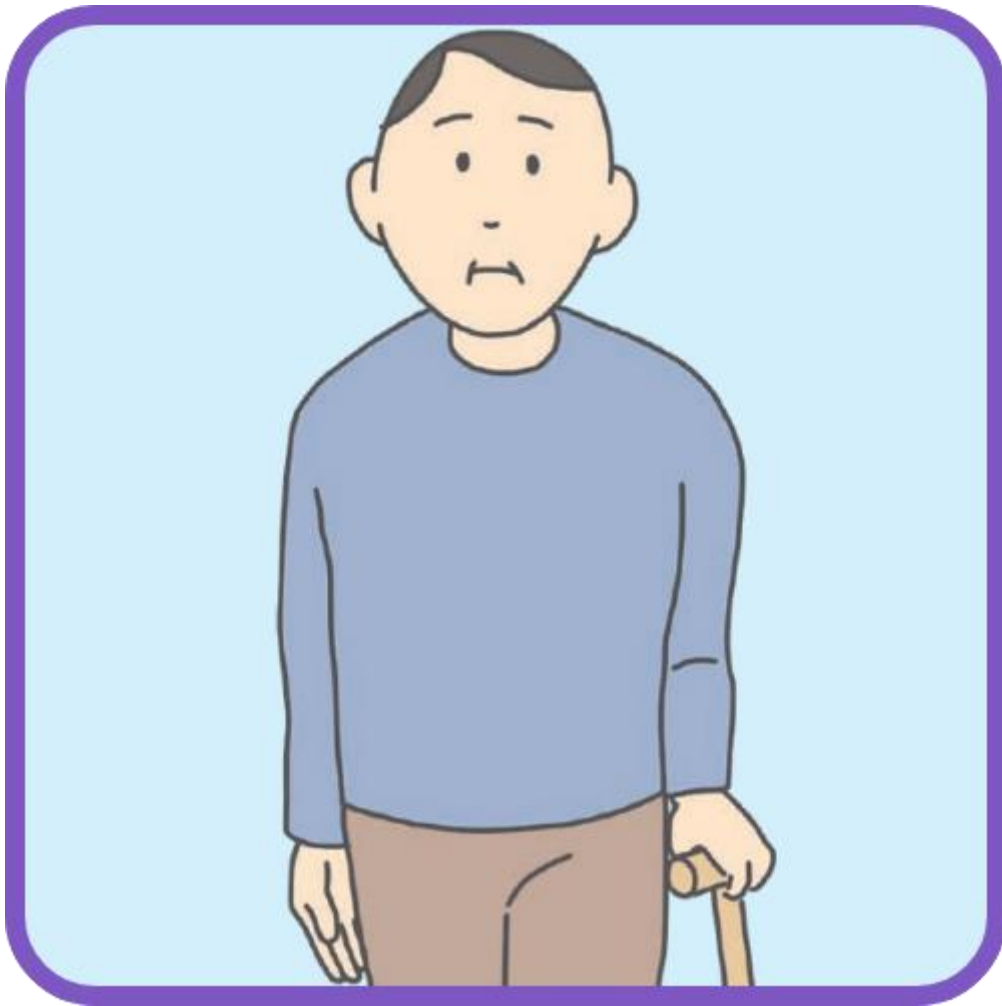
<参考文献>

1) 厚生労働省. 生活保護制度. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatuhogo/index.html (2024 年 11 月 12 日)

(幣原 佐衣子)

第7章

入院・検査のこと



1. 検査時の注意点

1) 血液検査

Q. 血液検査は空腹時に行った方が良いですか？

【患者向け】

血液検査は通常、空腹時に採血が行われます。「空腹時採血」と指示されている場合は、一般的に「検査前日の夕食後、12時間以上絶食した状態」が推奨されます。理由は主に2つあります。1つは検査により、食事の影響を受ける項目があります。もう一つは、基準値は一般的に空腹時の採血結果に基づいています。ただし、食事が影響を及ぼさない検査項目もありますので、食事をするかどうかは主治医に相談してください。

【医療者向け】

1. 食事の影響を受ける主な血液検査項目

- ① 中性脂肪 (Triglycerides)：これは脂質異常症のリスクを評価するための指標で、空腹時の数値が基準となる。食事を摂ると、体内で脂肪が分解されて中性脂肪が増加し、その結果、誤って脂質異常症と診断される可能性がある。
- ② 血糖値 (Blood Glucose Level)：これは糖尿病のリスクを評価するための指標で、空腹時の数値が基準となる。食事を摂ると、食物中の糖質が吸収されて血糖値が上昇し、その結果、誤って糖尿病と診断される可能性がある。
- ③ インスリン (Insulin)：これは血糖値を下げるホルモンで、食事を摂るとインスリンの分泌が増える。また、C-ペプチドはインスリン分泌の指標であり、食事によりその値も上昇する。これらの数値の上昇により、誤って糖尿病と診断される可能性がある。

血液検査前は食事を控え、検査 10 時間前から絶食が推奨される。検査当日は水分も控えることが理想的だが、採血の 3 時間前までなら適量の水分摂取が許容される。また、喫煙は LDL コレステロールの数値を上昇させるため、検査の少なくとも 2 時間前からは禁煙することが推奨されている。前日の深酒は中性脂肪を上昇させ、激しい運動は AST、LDH、CK の数値を上昇させるため、検査前日はこれらにも注意が必要である。

(堀川 史織)

2) ふらつきが残る検査と注意点

Q. 検査終了後にふらつきが残る検査にはどのようなものがありますか。併せて注意点を教えてください。

【患者向け】

1. 経食道心エコー検査

超音波プローブ（胃カメラ検査で用いるような医療器具）を口から挿入し、食道から心臓を観察する検査です。検査中には喉に局所麻酔を使用するほか、鎮静剤を使用するため、検査後にふらつきなどの症状が残ることがあります。以下の点に注意してください。

[検査前]

- ・検査の4時間前から、絶飲・絶食をお願いします。
- ・局所麻酔薬にアレルギーがある方はお知らせください。
- ・服薬は医師の指示に従ってください。

[検査後]

- ・鎮静剤を使用するため、検査当日は車・バイク・自転車の運転はできません。公共交通機関をご利用ください。
- ・喉の麻酔が切れるまで（検査後約1時間）飲食を控えてください。
- ・麻酔の効果が持続するため、検査当日の飲酒は避けてください。

【医療者向け】

1. 経食道心エコー検査前後の注意点とその根拠

[検査前]

- ・絶飲・絶食…プローブを飲み込む際に、胃に内容物が残っていると嘔吐反射により、誤嚥の可能性がある。
- ・アレルギーの確認…局所麻酔薬（キシロカイン）や鎮静剤にアレルギーがある場合、アレルギー反応を防ぐために事前に医療者に伝えてもらうことが重要である。
- ・服薬の指示…抗凝固薬を服用している場合、出血リスクが高まるため、医師の指示に従う必要がある。

[検査当日]

- ・運転の禁止…鎮静剤を使用すると、鎮静剤の影響で判断力や反応速度が低下するため、検査後は車、バイク、自転車の運転はできない。
- ・付き添いの推奨…検査後にふらつきや眠気が残ることがあるため、付き添いの方と一緒に帰宅することが推奨される。

[検査後]

- ・飲食の制限…誤嚥を予防するため、喉の麻酔が切れるまで（検査後約1時間）は飲食を控える必要がある。
- ・飲酒の禁止…麻酔や鎮静剤の効果が持続する（アルコールとの相互作用を避ける）ため、検査当日の飲酒は避けるべきである。
- ・ふらつきの注意…検査後はふらつきや眠気が残ることがある。転倒・転落を予防するために、無理をせず安静に過ごすことが重要である。

<引用文献>

- 1) 日本心エコー図学会ガイドライン. 経食道心エコー図検査実施についての勧告(2018年改訂版). http://www.jse.gr.jp/contents/guideline/data/TEE_guideline2.pdf (2024年8月20日閲覧)

(堀川 史織)

3) 自宅で行う簡易 PSG の注意点

Q. 簡易 PSG (睡眠ポリグラフ) 検査を自宅で行う際の注意点を教えてください。

【患者向け】

簡易 PSG 検査は、主に睡眠時無呼吸症候群の初期診断やスクリーニングに使用されます。注意点は以下の通りです。

- ・検査当日、生理検査室にて機器の装着説明を行います。
- ・機器は就寝準備を整えた後、ご自身で装着していただきます。
- ・マニキュアやジェルネイル等は、検査データに影響を与える可能性があるため、検査前に必ず外してください。
- ・普段服用されている睡眠薬や安定剤などの服薬に制限はありません。
- ・検査翌日に機器の返却をお願いします。

【医療者向け】

1. 簡易 PSG 検査の役割と留意点

簡易 PSG 検査は、いびきや眠気などの自覚症状から閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA) を疑った場合、あるいは循環器疾患に合併する睡眠呼吸障害 (SDB) を疑った場合のスクリーニング検査となる。SDB が非常に重症であり、かつ症状などからも典型的な OSA であると推測できる場合には、これをもって診断することもある。気流、呼吸運動、脈拍、心電図、SpO₂ といった項目を計測する。脳波は記録されていないため、睡眠の質 (睡眠深度や睡眠の分断) は判定できず、実際に寝ているかどうか厳密には判定できないこと、また、在宅、非監視で行われるため、記録状態が保証されないことに留意する必要がある¹⁾。

パルスオキシメーターのセンサーは皮膚を通して動脈血の SpO₂ を測定する。そのため、爪がクリアでなければ、正確な値を測定することができない。服薬に関する制限はない。通常の睡眠パターンで測定できるよう、普段通り服薬を行うように説明する必要がある。

<引用文献>

1) 日本循環器学会. 2023 年改訂版 循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2023/03/JCS2023_kasai.pdf (2024 年 8 月 27 日閲覧)

(堀川 史織)

第 8 章

仕事と治療の両立のこと (両立支援・就労支援)



1. 休職時に活用できる職場の制度

Q. 仕事を続けながら治療や家庭の事情に対応するために、職場ではどのようなサポートや仕組みがありますか。

【患者向け】

「治療と仕事」「家庭と仕事」の両立を支える制度や職場での配慮は、労働者が安心して働き続けるために欠かせません。「家庭と仕事」に関しては、法整備が進んでいますが、「治療と仕事」に関しては、職場ごとの対応に依存しているのが現状です。このため、厚生労働省では「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を作成し、支援体制の整備を促進しています。

職場での「治療と仕事の両立支援」の環境整備において、以下のような休暇制度、勤務制度の導入が推奨されています。たとえば、短時間の治療が定期的に必要な場合や、就業時間の調整、通勤負担の軽減が求められる場合に対応するための制度が含まれます。ただし、利用可能な制度は労働環境や雇用条件等を含めて職場ごとで異なるため、具体的な内容については職場で確認してください。

① 休暇制度

【時間単位の年次有給休暇】

労働基準法に基づき、1日単位の有給休暇を時間単位で取得可能にする制度である。使用者（会社や事業主）と労働者の代表が労使協定を結べば、1時間単位で取得することが可能である（上限は1年で5日分）。この制度を利用することで、例えば、治療のための通院時間を時間単位で取得する（午前中9：00～12：00の3時間の有給休暇取得）なども可能となる。

【傷病休暇・病気休暇】

事業者が自主的に設ける法定外の休暇であり、年次有給休暇とは別に、入院や通院のために設けられる休暇制度である。取得条件や取得中の処遇（賃金の支払いの有無等）等は職場ごとで異なる。

② 勤務制度

【時差出勤制度】

事業者が自主的に設ける勤務制度であり、始業および終業の時刻を変更することにより、通勤時間帯を避けての通勤が可能となる。例えば、通勤中に座ることが必要などの場合に、満員電車の時間帯を避けて通勤できるなどで、有用な制度となる。

【短時間勤務制度】

事業者が自主的に設ける勤務制度であり、育児、介護休業法に基づく短時間勤務制度とは別で、療養中・復職直後の負担軽減を目的に所定労働時間を短縮する制度である。

退院直後など、体力的にフルタイム勤務が困難と考えられる場合などで、有用な制度である。

【在宅勤務（テレワーク）】

事業者が自主的に設ける勤務制度で、パソコンなどの情報通信機器の活用により自宅勤務

を可能にし、通勤による身体への負担軽減を図ることができる。新型コロナウイルス感染症のまん延により普及した制度であり、様々な状況において有用である。

【試し出勤制度】

事業者が自主的に設ける勤務制度であり、長期間休業後の復職を支援するために、勤務時間や勤務日数を短縮した試し出勤等を行うものである。復職や治療を受けながら働くことに不安を抱える労働者や、その受け入れに対して懸念を持つ職場の関係者の不安を和らげ、スムーズな就業を目指した具体的な準備を進めることができる。

【医療者向け】

医療者は、患者が安心して治療を受けながら仕事を継続できるよう、職場の制度や支援機関を的確に案内し、労働環境を整備する役割を担う。以下に支援に役立つ知識を示す。

1. 職場で利用できる制度

① 時間単位の有給休暇や傷病休暇の活用

労働基準法第39条に基づき、時間単位で取得可能な有給休暇は、労使協定が（会社もしくは事業主と労働者のリーダーとの間で）結ばれることで導入される。患者が定期的な通院や治療のために、短時間の有給休暇を活用できるよう企業との調整をサポートし、患者の治療スケジュールに合わせた利用方法を提案する役割が求められる。

② 時差出勤制度や短時間勤務制度

患者の職場の就業規則に基づいた柔軟な勤務形態を提案し、患者の体調や治療計画に合わせた就労支援を行うことが期待される。そのため、勤務時間を聴取し、通院のため、勤務開始時間を遅らせるなど、通勤負担を軽減する時差出勤や、手術後や体力回復期に、所定労働時間を短縮する短時間勤務を導入し、無理のない就労を勧めるなど、治療スケジュールとの調整案を提示できるとよい。

③ 在宅勤務や試し出勤制度

患者が復職に不安を感じている場合に、試し出勤制度を活用した復職計画をサポートすることが期待される。テレワークの利点や導入による通勤負担軽減のほか、復職に不安を感じている場合は段階的な復職計画を支援する（試し出勤を活用し、徐々にフルタイム勤務に戻るよう調整する）ことなどが求められる。

（幣原 佐衣子）

2. 利用可能な公共の支援機関

Q. 仕事を続けながら治療や家庭の事情に対応するためのサポート機関を教えてください。

【患者向け】

仕事と治療の両立をサポートするための公共機関には、以下のようなものがあります。

① 産業保健総合支援センター（さんぽセンター）

各都道府県には、治療と仕事の両立を支援する専門の相談員が配置されており、以下のよう
な支援を行うことで、働きながら治療を続ける環境づくりを支援しています。

- ・事業者向けに、治療と仕事の両立について理解を深めるためのセミナーを開催
- ・産業医や保健スタッフ、人事・労務担当者に対して、専門的な研修を実施
- ・労働者や事業者からの相談を受け付け、対応
- ・両立支援を進めている事業所を訪問し、具体的なアドバイスや指導を提供
- ・労働者と事業者の間で、両立支援に必要な調整をサポート

② ハローワーク

がん診療連携拠点病院などと協力して、患者の病状や通院頻度に合わせた就労支援を行っ
ています。これには、患者さんが働きやすい条件を考慮したアドバイスや、事業主向けのセ
ミナーの開催が含まれます。さらに、「難病患者就職サポーター」を配置し、難病相談支援
センターや地域の関連機関と連携しながら、難病患者一人ひとりの希望や特性、必要な配慮
を考慮した職業相談や仕事紹介を行っています。また、就職後の定着を支えるための支援も
包括的に提供しています。

③ 障害者就業・生活支援センター

障害者が職業生活で自立できるように、雇用、保健、福祉、教育などの関連機関と連携し、
身近な地域で就労支援と生活支援を一体的に行っています。

地域障害者職業センター（各都道府県に1か所（支所5か所を含む）設置）は独立行政法
人高齢・障害・求職者雇用支援機構によって運営されています。ここでは、専門の「障害者
職業カウンセラー」が配置され、障害者一人ひとりのニーズに合わせた職業評価、職業指導、
職業準備訓練、職場適応支援などの職業リハビリテーションを提供しています。また、事業
主に対しては、雇用管理に関する専門的なアドバイスや支援を行い、さらに地域の関連機関
に対しても職業リハビリテーションに関する助言や支援を行うことで、障害者の雇用促進と
職業生活の安定を支援しています。

④ 難病相談支援センター

難病患者が地域で安心して療養しながら生活を続けられるよう、相談や支援、地域交流活
動の推進、就労支援などを行う拠点施設です。この施設では、難病診療連携拠点病院やハロ
ーワークなどの就労支援機関と連携し、難病患者が暮らしやすい環境づくりを支援していま
す。具体的な取り組みは、以下の通りです。

- ・関係者からの相談対応
- ・患者（労働者）と事業者の間での調整支援
- ・難病に理解のある企業を広く周知するための活動やイベントの開催

- ・企業向けに難病への理解を深めるための取り組みの実施

<参考資料>

- 1) 厚生労働省. 長期療養者就職支援事業 (がん患者等就職支援対策事業). <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000065173.html> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 2) 厚生労働省. 難病患者の就労支援 事業主の方へ. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000146556.html> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 3) 厚生労働省. 障害者就業・生活支援センターについて. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_18012.html (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 4) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構. 地域障害者職業センター. <https://www.jeed.go.jp/location/chiiki/index.html> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 5) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001179451.pdf> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 6) NPO 法人 日本医療ソーシャルワーク研究会編. 医療福祉相談ガイドブック 2024 年度版ーソーシャルワーカー・ケアマネジャー必携ー, 明石書店, 2024.

【医療者向け】

1. サポート機関の活用

医療者は、下記窓口の役割や機能を把握し、患者のニーズに応じて適切な窓口を紹介する役割が期待される。

① 産業保健総合支援センター

労働者である患者と事業者間において、職場環境の整備や調整支援を担う。産業保健総合支援センターが提供するサービスは、以下の通りである。

- ・産業医、保健師、衛生管理者、人事労務担当者など、産業保健に携わる方々を対象としたセミナーや研修
- ・産業保健に関するさまざまな問題について、窓口や電話、メールでの相談
- ・メールマガジンやホームページを通じた最新の産業保健情報や関連資料に関する情報提供
- ・事業主や労務管理担当者を対象とした職場の健康問題に関するセミナーの開催
- ・地域の産業保健活動に役立つ調査研究の実施とその成果の公表・活用

② ハローワークと障害者就業・生活支援センター

ハローワークには「就職支援ナビゲーター」や「難病患者就職サポーター」が配置されており、がん患者や難病患者に対応した就労支援を実施している。治療と仕事の両立が可能な職場環境の整備を促進するために、企業向けのセミナーや情報提供を行ったり、就職後も、職場適応や継続的な支援が必要な場合は、ジョブコーチの派遣や関係機関との連携を通じて、長期的な就労支援を行ったりしている。

また、障害者就業・生活支援センターでは、就労支援（職業相談・紹介、職場適応

支援)や、生活支援(生活相談、福祉サービスの利用支援)、関係機関との連携を通じて、患者の生活と就労を一体的にサポートする役割を担っている。

医療者はこれらの支援機関と日頃より連携し、患者の希望や状況に応じて、患者の就労ニーズに合った支援機関に繋げる役割が期待される。

③ 地域障害者職業センターと難病相談支援センター

障害や難病を持つ方々の就労支援を包括的に行う重要な機関であり、それぞれの役割や機能を把握しておくことは、患者への適切な情報提供や支援に役立つ。

○地域障害者職業センター

障害のある方々に対して専門的な職業リハビリテーションを提供する施設であり、就労機会の拡大と職場の定着を促進している。役割や機能は以下の通りである。

- ・職業評価と指導：患者個々の障害特性や能力を評価し、適切な職業選択や就労計画の策定を支援する。
- ・職業準備訓練：就労に必要なスキルや知識を習得するための訓練を実施し、職場での適応力を高める。
- ・職場適応援助：ジョブコーチを派遣し、職場での適応を支援することで、就労の継続をサポートする。
- ・事業主への助言：障害者雇用に関する課題分析や専門的な助言を行い、職場環境の改善や雇用管理の支援を提供する。

○難病相談支援センター

難病患者が地域で安心して療養しながら生活が続けられるよう、QOLの向上や社会参加の促進など、総合的な支援を行う拠点施設である。主な役割と機能を以下に述べる。

- ・相談・支援：患者や家族からの相談に応じ、適切な情報提供や助言を行う。
- ・地域交流活動の促進：患者同士や地域社会との交流を促進し、社会的孤立の防止や情報共有を支援する。
- ・就労支援：ハローワークや医療機関と連携し、難病患者の就労に関する相談や支援を提供する。
- ・企業への啓発活動：難病に対する理解を深めるため、企業向けのセミナーや情報提供を行い、就労環境の整備を促進する。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署. 年5日の年次有給休暇の確実な取得わかりやすい解説. <https://www.mhlw.go.jp/content/000463186.pdf> (2024年11月19日閲覧)
- 2) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. 柔軟な労働時間や長時間労働の是正、休日増などで前進回答も一産別での「働き方」「休み方」に関する議論. https://www.jil.go.jp/kokunai/blt/backnumber/2022/06/blm_02.html (2024年11月19日閲覧)

- 3) 総務省. テレワークの意義・効果. https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/telework/18028_01.html (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 4) 総務省. 第 1 部 特集 進化するデジタル経済とその先にある Society 5.0. <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r01/html/nd124210.html> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 5) 広島県産業保健総合支援センター. 治療と仕事の両立支援. <https://www.hiroshimas.johas.go.jp/support/> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 6) 厚生労働省. がん患者・経験者の就労や就労支援に関する現状と取組. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000049013.pdf> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 7) 厚生労働省. 脳卒中・心臓病等に関する世論調査 (令和 6 年 7 月調査). <https://survey.gov-online.go.jp/202411/r06/r06-nosottyu/gairyaku.pdf> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 8) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 (JEED). 地域障害者職業センター. <https://www.jeed.go.jp/location/chiiki/> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 9) 広島県産業保健総合支援センター. <https://www.hiroshimas.johas.go.jp/> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 10) 厚生労働省. 医療機関の皆様へ ハローワークとの連携による就労支援導入マニュアル. <https://www.mhlw.go.jp/content/11600000/000497401.pdf> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 11) 厚生労働省. 長期療養者就職支援事業 (がん患者等就職支援対策事業). <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000065173.html> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 12) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構広島支部 広島障害者職業センター. <https://www.jeed.go.jp/location/chiiki/hiroshima/> (2024 年 11 月 19 日閲覧)
- 13) 難病対策センターひろしま 就労支援. <https://cidc.hiroshima-u.ac.jp/soudan/support.html> (2024 年 11 月 19 日閲覧)

(幣原 佐衣子)

3. 仕事復帰時の注意点

Q. 仕事復帰の際に気を付けることがあれば教えてください。

【患者向け】

実際に仕事を再開すると、予想以上に体がつらく感じたり、自身の体力が落ちていることに気づく場合があります。仕事と治療を両立させるために、職場の制度を確認し、活用しましょう。復職後も、定期的な通院や内服治療、生活習慣の整えが重要です。

業務上の協力や配慮を得るためには、職場の理解と支援が必要不可欠です。まず患者さん自身の病状や治療状況を正しく理解することが大切です。治療による副作用や体力の低下がどの程度仕事に影響を与えるかを把握し、それに応じて適切な対応を取ることが求められます。どのように職場の人事担当者や上司に伝えたら良いか、また何を確認すべきかなど、医療ソーシャルワーカーや両立支援コーディネーターに相談することも効果的です。

復職時には、短時間勤務や在宅勤務など、身体に負担の少ない働き方から始めることをお勧めします。徐々に勤務時間や業務量を増やしていくと、無理なく仕事に戻ることができます。これには、職場とのコミュニケーションが非常に重要です。上司や人事担当者、産業医と体調や治療スケジュールを共有し、適切なサポートを受けることが、円滑な仕事復帰につながります。

また、復職に不安やストレスを感じた場合は、医療チームやカウンセラーに相談することも大切です。精神的な負担を軽減するサポートを受けることで、安心して仕事に復帰できます。もし収入面での不安がある場合は、傷病手当金や休業補償などの制度を活用することを検討しましょう。

さらに、主治医に勤務先に提出する書類を依頼する際は、職務に関する情報を主治医に提供しましょう。職場で定められている「勤務情報提供書」などの様式を活用するのも有効です。自分で情報収集が難しい場合や勤務先の規則が不明な場合は、産業保健スタッフや人事担当者に相談してください¹⁾。

<引用文献>

- 1) 厚生労働省, 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン | 治療と仕事の両立支援ナビ. <https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/guideline>. (2024 年 10 月 29 日)

【医療者向け】

1. 職場復帰支援における多職種連携と医療者の役割

心筋梗塞後の患者に関する先行研究では、糖尿病の併存、心不全の既往、肉体労働、およびうつ状態は就労復帰の阻害因子であったことが明らかにされている¹⁾。就労の継続や職場への申し出を行うかどうかを決定するのは患者自身であるが、離職してしまうと支援の機会が限られるため、発症早期から患者が就労者であることを確認し、必要な支援を開始することが重要である。

患者が事業所とやり取りを行う際には、医療チームの多職種連携が不可欠である。具体

的には、主治医、医療ソーシャルワーカー、両立支援コーディネーター、看護師、地域の産業保健総合支援センターなどが協力して支援に当たる。両立支援の検討に必要な情報には、以下のものがある²⁾。

ア) 症状、治療の状況

イ) 退院後又は通院治療中の就業継続の可否に関する意見

ウ) 望ましい就業上の措置に関する意見（避けるべき作業、時間外労働の可否、出張の可否等）

エ) その他の配慮が必要な事項に関する意見（通院時間の確保や休憩時間の確保等）

これにより、患者が安心して復職できる環境を整えやすくする。

主治医は、患者から提供された仕事に関する情報をもとに、「主治医意見書」を作成し、以下の内容を事業所に提出する。さらに、主治医は、患者の同意を得た上で、産業医に対して病状や治療計画、就労上の措置に関する意見など、就労と療養の両立に必要な情報を提供する。この情報共有により、産業医が患者の病状に応じた就労支援を行いやすくなり、職場環境での配慮が徹底される。

2. 患者の仕事復帰支援における重要なポイント

患者の仕事復帰を支援する際には、身体的な負担の軽減だけでなく、職場環境の整備や職場とのスムーズなコミュニケーションが不可欠である。段階的な復職計画を立てることが推奨されており、短時間勤務や業務内容の調整を段階的に進めることが効果的である³⁾。これにより、患者は無理なく復職できるだけでなく、再発や悪化を防ぐことにもつながる。

また、社会保険制度や経済的支援制度の活用、更に心理的サポートを提供することも、患者さんが職場に安心して戻るためには重要である。医療チームと職場が連携して、患者の健康状態に合った支援を行うことが求められる⁴⁾。

3. 両立支援コーディネーターの役割と重要性

両立支援コーディネーターは、患者の仕事復帰を支援する際に、医療機関と職場をつなぐ重要な役割を果たす。コーディネーターが職場環境を整え、患者が無理なく働ける体制を整えることで、復職が円滑に進む。両立支援コーディネーターの資格を取得するには、独立行政法人労働者健康安全機構が提供する「両立支援コーディネーター基礎研修」を受講する必要がある。この研修を修了することで、復職支援に関する専門知識やスキルが認定され、実際の支援活動に役立てることができる。

研修では、患者の健康状態や治療スケジュールに応じた復職プランの立案方法、職場環境や業務内容の調整方法、そして、心理的サポートの提供方法について学ぶことができる⁵⁾。医療者としてこれらのスキルを習得することで、患者に対してより効果的な復職支援が可能になる。復職支援の向上を目指す医療者の皆様には、資格取得をぜひご検討してほしい。

<引用文献>

- 1) Qiao S, et al. Factors associated with return to work after acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. Work. 2024;79:1011-1025.
- 2) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン | 治療と仕事の両立支援ナビ. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001225327.pdf> (2024年10月29日)
- 3) Feuerstein M, et al. Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. Pain. 2003; 102:51-61.
- 4) Munir F, et al. Work factors related to psychological and health-related distress among employees with chronic illnesses. J Occup Rehabil. 2007; 17:259-277.
- 5) van Egmond MP, et al. Barriers and facilitators for return to work in cancer survivors with job loss experience: A focus group study. Eur J Cancer Care (Engl). 2017; 26:e12420.

<参考文献>

- 1) 厚生労働省. 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」, 2024. 心疾患: <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001225572.pdf> (2024年10月29日閲覧), 脳卒中: <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001225569.pdf> (2024年10月29日閲覧)
- 2) 厚生労働省. 「働く世代のあなたに 心疾患の治療と仕事の両立お役立ちノート」. 2020. https://www.mhlw.go.jp/content/shinsikkan3_s.pdf (2024年10月29日閲覧)
- 3) 厚生労働省, 2020, 「脳卒中の治療と仕事の両立お役立ちノート」. <https://www.mhlw.go.jp/content/000750637.pdf> (2024年10月29日閲覧)
- 4) 一般社団法人日本脳卒中学会, 脳卒中相談窓口マニュアル version3.0, 2024, https://www.jsts.gr.jp/img/consultation_manual_ver3.0.pdf (2024年10月29日閲覧)
- 5) 両立支援コーディネーター研修情報. <https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1015/Default.aspx> (2024年10月29日閲覧)
- 6) 労働者健康安全機構. <https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1047/Default.aspx> (2024年10月29日閲覧)
 - ・ I 両立支援コーディネーターの必要性と役割 (PDF形式)
 - ・ II 両立支援コーディネーターに求められる基本的な能力と知識 (PDF形式)
 - ・ III 両立支援コーディネーターに求められる基本的な医療知識 (PDF形式)
 - ・ IV 両立支援の進め方 (PDF形式)

(宮内 俊介, 八木 恵子)

