



2. 心不全患者の睡眠と その支援

小林 志津江

要 旨

心不全患者にとって睡眠は病態や自己管理状況を左右する因子であり、心不全に及ぼす影響を理解し、それをふまえた支援が必要である。心不全患者は心機能が低下していると慢性的に交感神経が活性化している場合が多く、不眠に陥りやすい。『心不全診療ガイドライン』では一般向けの定義として「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」と明記され、がんと同様に命にかかわる病気であることが説明されている。心不全患者の睡眠を阻害している要因は、主に、①睡眠関連呼吸障害、②認知障害・せん妄、③抑うつ・不安が挙げられる。心不全は薬・食事・モニタリングなどの自己管理が生涯必要な疾患である。漠然とした不安をなくすために話を聞くこと、不安に対して一つひとつ介入すること、一緒に病気に向き合っていることを伝え生活と病気の両立ができるようにサポートしていくことが必要である。

● **Keyword** 心不全、睡眠障害、睡眠関連呼吸障害、心不全看護、高齢者

近年の心不全の動向

『心不全診療ガイドライン』¹⁾では心不全とは「心臓の構造・機能的な異常により、うっ血や心内圧上昇、およびあるいは心拍出量低下や組織低灌流をきたし、呼吸困難、浮腫、倦怠感などの症状や運動耐容能低下を呈する症候群」と定義されている。一般向けの定義は「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」と明記され、がんと同様に命にかかわる病気であることが説明されている。心不全は良くなったり悪くなったりを繰り返しながら、徐々

に終末期を迎える。一見病状がもとに戻ったように感じても、何度も繰り返しているうちに、少しずつ弱っていくという認識が必要である。

近年、高齢化に伴い心不全患者は年々増加しており、心不全パンデミックと呼ばれている。ピークは2040年前後と予測されており、まだ増え続けている(図1)。

高齢者は多疾患を併存しており、循環器領域の医療従事者以外も心不全患者に携わる機会が増えてきた。心不全患者の治療、看護、生活調整に関して、他領域でも徐々に関心が高まっている。

地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立北部医療センター安佐市民病院
(〒731-0293 広島市安佐北区亀山南1丁目2-1)

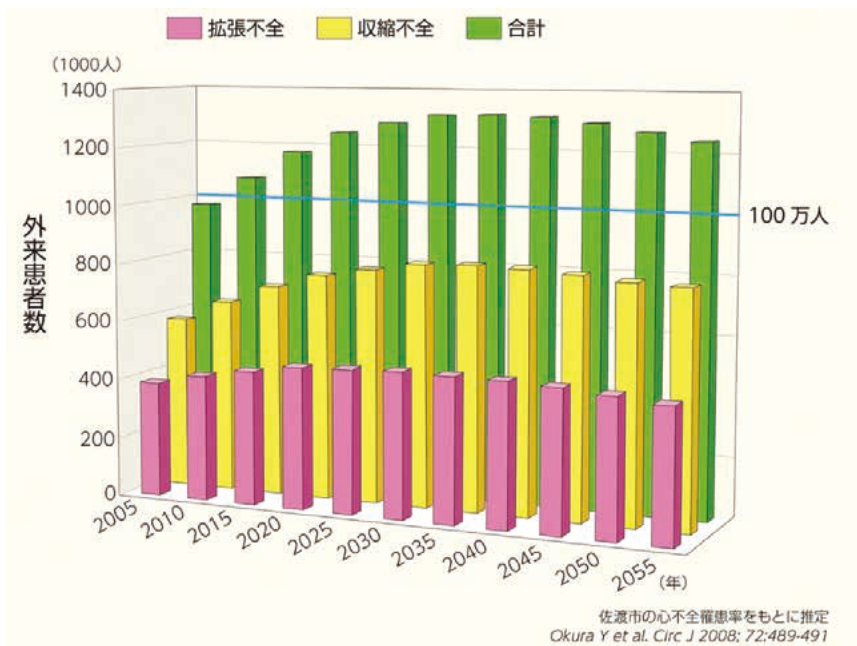


図1 日本の推定心不全患者数の推移
(公益財団法人日本心臓財団ホームページより)

地域基幹病院における心不全診療の現状

私が勤務している広島市立北部医療センター安佐市民病院は広島市の北西部に位置する434床の地域の基幹病院である。診療圏は高齢化率が高く、高齢独居や高齢夫婦のみの世帯が多くある。当院の心不全入院患者の平均年齢は81.9歳であり、平均入院日数は11.0日である。10年間の推移では平均年齢は5歳程度上昇しているにもかかわらず、平均在院日数は7日間短縮している。地域の基幹病院として救急患者を受け入れるため、病床は高回転を求められ、年々入院期間を短縮せざるをえない状況である。そのため、短期間で患者の退院後の生活を踏まえた調整を行い、在宅へつなげる必要がある。

心不全患者を支援する役割を担う心不全看護認定看護師は現在全国に570名程度おり、以下のような役割がある。①心不全症状のモニタリングと評価、重症化予防、②療養生活行動支援および地域へつなぐための生活調整、③症状

緩和のためのマネジメント、④身体所見から病態を判断し、持続点滴中の薬剤の投与量の調整を安全・確実にできる知識・技術である。なかでも療養生活行動支援および地域へつなぐための生活調整、症状緩和のためのマネジメントが看護師の役割として重要である。

心不全患者にみられる睡眠障害

心不全の症状は呼吸困難や浮腫などが主に知られているが、そのほかさまざまな症状が起こる疾患であり、睡眠障害もその1つである。本稿では、心不全患者の睡眠障害や支援の実際について述べる。

心不全患者は心機能が低下していると常に交感神経活性が亢進している場合が多く、不眠に陥りやすい。健康人に比べて入眠までの時間が約6～8分長い、総睡眠時間が75～90分短いという報告もある。心不全患者の睡眠を阻害している要因は、主に、①睡眠呼吸障害、②認知障害・せん妄、③抑うつ・不安が挙げられる。

1. 睡眠関連呼吸障害

睡眠関連呼吸障害は心不全患者の60～70%前後に合併していると報告されている。閉塞性睡眠時無呼吸は胸腔内の陰圧を高め、心室収縮と逆の力が働き、静脈還流が増加する。心負荷は増大するが心拍出量は減り、心不全の病状が悪化させる一因となる。また、日中の眠気が起き、自己管理能力を低下させることも考えられる。中枢性睡眠時無呼吸は肺うっ血などの心不全症状の結果として起きるものとされており、眠気などの自覚症状は現れにくいのが特徴である。なかでもチェンストークス呼吸を伴う中枢性無呼吸を合併した患者は予後不良であり、心不全死亡リスクを2.1倍へ上昇させるといわれている。

以上のことから睡眠関連呼吸障害は心不全の病態悪化を引き起こす因子であり、心不全死亡リスクを上昇させるものである。心不全患者の死亡リスクを減らし、退院後の生活を安定させるためには患者の睡眠関連呼吸障害を見逃さず、治療介入が必要か判断することが重要である。私たち看護師の役割としては、入院中にいびき・無呼吸・夜間の排尿など睡眠を妨げる因子はないかを観察し、夜間のSpO₂の推移から「低酸素血症」の評価を行う。日中の眠気や本人・家族からの自宅での睡眠状況の情報収集を行い、検査や治療介入の必要性の判断につなげていく。

『心不全診療ガイドライン』¹⁾では、閉塞性睡眠時無呼吸を伴う心機能の低下した心不全患者に対して心機能改善を目的とした持続陽圧呼吸（continuous positive airway pressure：CPAP）治療が推奨クラスII a、エビデンスレベルAであり、CPAPの使用が推奨されている。チェンストークス呼吸を伴う中枢性無呼吸に対しては、心不全治療による交感神経活性の抑制と心拍出量の増加が症状を軽減するため、心不全治療自体の最適化を行うことが推奨クラスI、エビデンスレベルAで推奨され、現状では心不全自体の治療に重点を置くことが必要と

考えられている。

CPAPを導入された患者のなかには退院後年月が経過すると、CPAP使用頻度が減っている患者が多く見受けられる。その理由として、使わなくてもそんなに息はつらくない、夜間の排尿時に外すと再装着が煩わしい、煩わしい思いをしてまで必要性を感じない、高齢になるとともに、おっくうになってきたなどがある。また、支払いに負担を感じていることや、高齢夫婦のみや高齢独居の世帯では認知機能の低下などから自宅での管理が難しくなる場合もある。患者にとって目に見えにくい効果や治療は、アドヒアランスを保つことが困難である。支援としては使用の必要性をきちんと伝えていくことや、使用継続するためには何をどうすればいいのか、装着のタイミングや装着継続時間の目標など、具体的な対策を一緒に考えることが必要である。また、導入後数年が経過している患者の使用を継続すべきかどうかの検討、高齢者の新規導入に対しては導入前に生活状況を含め導入すべきかのスクリーニングが必要と考える。

2. 認知機能障害・せん妄

心不全患者の25～75%が認知症・軽度認知障害・せん妄を含む認知機能障害を合併していると報告されている。認知機能障害やせん妄は心不全急性期治療を妨げる重大な要因となっている。その理由として、安静が守れない、酸素療法の継続ができないことが挙げられる。安静が守れないことで労作による心負荷の増大、酸素消費量の増加、腎血流の低下が起り、腎血流の低下は尿量の低下を招くため治療を阻害する原因となる。また、興奮などによる血圧の急上昇で急性肺水腫を引き起こす可能性もある。非侵襲的陽圧換気（non invasive positive pressure ventilation：NPPV）・酸素マスクなどの装着が困難な場合は低酸素となり状態が悪化するばかりか、呼吸困難などの症状が緩和しないため、さらにせん妄を助長してしまう。このような状況に至るまでに早期発見・早期介入が何

よりのカギとなる。

心不全患者は安静と離床のタイミングが難しく、安静を長引かせてしまい離床が遅れる場合がある。しかし、タイミングよく早期離床を促し昼夜のリズムをつけることが必要である。また、高齢者が多く誤嚥性肺炎などの懸念から食事摂取が見送られる場合があり、絶食中は昼夜のリズムが付きにくく、空腹であることから睡眠を妨げる因子となる。積極的に嚥下評価を行い、適切な食事を選択し摂取してもらうことが大切である。夜間は環境調整を行い、睡眠のための適切な治療薬を選択することも必要と考える。当院では高齢者支援チームの介入を行い、専門の精神科医師・臨床心理士・認知症看護認定看護師と相談し、薬剤や生活の調整を行っている。在宅でも昼夜のリズムをつけ、睡眠を確保することは重要であり、デイサービス、デイケアなどの外出の機会を増やし、散歩するなど活動を狭めない働きかけを行うことが必要である。

3. 抑うつ・不安

最後に心不全患者の心の問題について述べる。心不全患者の36.2%に抑うつ、56%に何らかの不安があると報告されている。心の負担をかけているものとしては、心不全などの慢性疾患は治癒することがなく終わりがなく、治療を継続するために生活・目標・生きがいなどの変

更を強いられるなどの生活調整に対するストレスに加え、肉体的・精神的な能力の低下を自覚することで不安と落胆があり、今までできていたことが徐々にできなくなることが自尊心を大きく傷つけていく。また、病気そのものの進行具合・予後についての不安、呼吸困難などの苦しい経験を繰り返し、症状悪化により死を意識するなどがある。このような状況から不眠に陥る患者も多い。そして不眠がQOLの低下、セルフケアの低下をひきおこす要因となる。

心不全は薬・食事・モニタリングなどの自己管理が生涯を通じて必要となる疾患である。漠然とした不安をなくすために話を聞くこと、不安に対して一つひとつ介入すること、一緒に病気に向き合っていることを伝え生活と病気の両立ができるようにサポートしていくことが必要である。心不全患者にとって睡眠は病態や自己管理状況を左右する因子であり、心不全に及ぼす影響を理解し支援が必要である。今後も心不全患者の睡眠に対する支援が多くの医療従事者に伝わるよう活動を続けていきたい。

なお、本論文に関連して開示すべきCOIはない。

文 献

- 1) 日本循環器学会ほか：2025年改訂版心不全診療ガイドライン。2025。https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf (2026年4月17日閲覧)