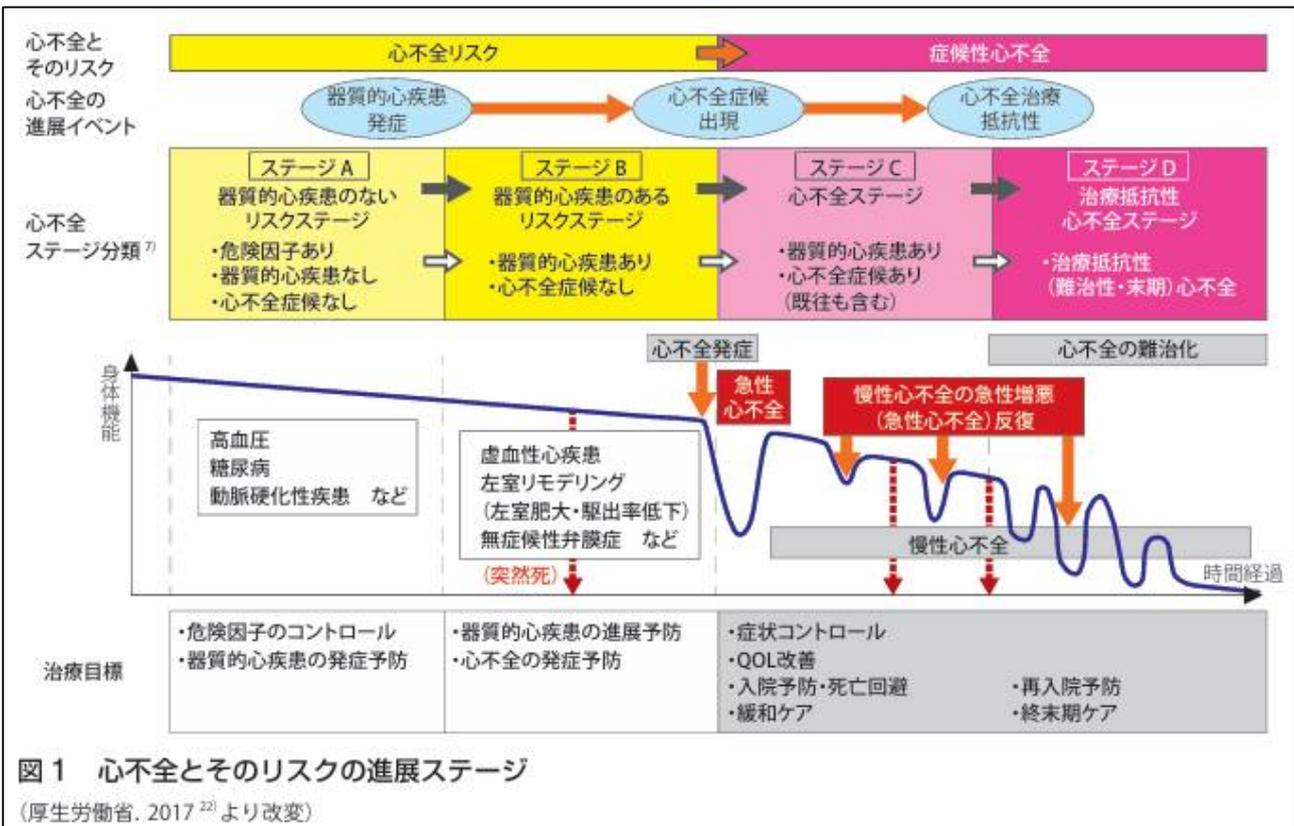


慢性心不全と調剤後服薬管理指導料

今年度より「調剤後服薬管理指導加算」が「調剤後服薬管理指導料」と格上げになり、対象疾患に慢性心不全が追加されました。ただし心疾患による入院歴のある患者さんが対象になるため心不全用の薬が処方されていても本指導料を算定するには心疾患による入院歴の確認が必要になるようです。

1) 心不全とそのリスクの進展ステージ

下図は「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)」から引用した心不全の進展ステージです。本ニュース444号(point of no return)でも紹介しましたが、一旦心不全症状を発症すると後は悪化する一方になるのでいかにその進展を遅らせるかが治療の基本になります。中でも心不全リスクの段階をいかに維持できるか、より改善できるかが重要になってきます(下記ステージAとB)。



調剤後服薬管理指導料の算定対象となるのは上図でいうとどのステージと考えればよいのでしょうか？本管理指導料の目的はできるだけ慢性心不全による症状の悪化を緩やかにして心不全による再入院や死亡を遅らせるための指導料と解釈できます。つまり慢性心不全と記載のあるステージCとステージDが本指導料の算定範囲だと理解できますし、それらのステージでは入院経験も多くなっていると考えられます。それでも本当に入院歴があるかの確認は必要になるでしょう(保険薬局業務指針2024年版740p)。心不全リスクのステージBでは器質的心疾患があるので場合によっては入院歴のある患者さんもいるかもしれません。その場合は心不全発症予防対策(慢性心不全の前段階)として本管理指導料の対象になりうるのでしょうか？この慢性心不全前段階で算定可能なのは私には分かりません。

2) 保険薬局で慢性心不全を知る方法

どの疾患でもそうですが服薬管理指導には「疾患を増悪させないためのフォロー」と利用している「薬の副作用のチェック」が必要になります。慢性心不全で利用される薬は数種類あり必ずしも慢性心不全の適応をもっている薬だけではありませんから処方箋だけから慢性心不全の患者さんと判断できない場合も多いと思います。まずは心不全のベースに位置している生活習慣病治療のフォローが大切になります。それに他の治療薬が加わるような処方箋内容の変化と患者さんの話、さらに心疾患による入院歴の有無の確認から慢性心不全かどうかを推測する必要があります。つまり症候学の知識が必要になります。本ニュース 144 号では症候学を批判的に受け止めた記載をしていますが、あくまでも処方箋や患者さんの話の内容から患者さんの病状を推測するための手段としての利用であり薬剤師がミニ医師として心不全の診断に参加するための手法ではなく処方された薬が推測した病状に対して用法用量が適切か、患者さんが服薬を守っているか、副作用を与えていないかをチェックするための病状推論であり薬の安全性の番人としての役割での利用と考えます。

先日、日経D I が主催した「薬局薬剤師のための心不全フォローアップの勘所(東京慈恵会医科大学志賀剛教授)」のZOOM講演を拝聴したのですが以下のような急な病状変化を見落とさないことが大切だと言われていました。

- ・心不全の浮腫を反映する**体重が1日で2kg以上増えた。**
 - ☛ 1kg前後の変化は健常状態でもありえますが2kgはさすがに異常だというわけです。
- ・急にいつもできていたことが出来なくなった。
 - ☛ 息切れなどで家の階段を上げるのが急にきつくなった、駅やスーパーまで歩くのがある日急につらくなったなど

さらに薬剤師がモニタリングする目的は心不全の診断ではなく増悪のサインを拾いあげることであるとされています。では増悪のサインを拾い上げるためには何が必要になるかを考えた時、検査値やバイタルサイン、症状の過去との「変化」を見落とさないことだとされています。

- ☛ 過去との変化を知る上では「薬歴の存在」が欠かせないでしょう。「特に症状に変化無し」としていた薬歴Sがある日「急に浮腫が出てきた」とか「急に階段が登りづらくなった」となった場合、他にも様々な悪化要素があるかもしれませんが**医師から心臓に問題があるような話**を聞いていないかや、**心臓疾患での入院歴の有無**を患者さんに質問して慢性心不全が疑われるようなら**慢性心不全疑い**とアセスメント(A)し、慢性心不全に関する指導をして60点を算定すれば良いと思います。**変化の無かった時の状態を薬歴に記載しておく重要性**はここにあると言えます。

3) 保険薬局で慢性心不全を知る検査値や治療薬の副作用を知る検査値とは

慢性心不全の場合、左室の収縮率の低下や拡張障害が指標になりますが保険薬局では中々知り得ない検査値だと思います(患者さんが理解しており教えてくれれば別ですが)。血液検査値としては脳性ナトリウム利尿ペプチドBNP値もしくは前駆体産物でもあるNT-proBNP値(採血後も安定で外注検査する診療所などで利用が多い)があります。しかし、これらも処方箋に添付される検査項目には通常出てこないのが浮腫を認めた患者さんから聞き出すしかないと思われる検査値です。したがって保険薬局で患者さんの慢性心不全を知る方法としてはベースになる生活習慣病の薬に心不全の関連を疑わせる他薬が追加された際に慢性心不全に特徴的な急な症状変化を患者さんから聞き取るのが有効な手段のようです。さらに慢性心不全になった際に使われる薬の副作用へのフォローも必要になります。検査値としてはループ利尿薬では血清Na値とK値、ARB/ACEIではSCr、GFRや血清K値、β遮断薬では低血圧と徐脈、MRAでは特にループ系利尿薬併用時の過降圧と脱水、SGLT2阻害薬では利尿薬併用時の脱水に注意が必要とされています。(終わり)