

第 17 回高田馬場心不全チーム医療カンファレンス 議事録

開催日時：2019 年 12 月 5 日 19:00-21:00:

会場：ゆみのハートクリニック

参加者：70 名

職種：医師、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、ソーシャルワーカー

テーマ

『心不全の在宅管理』

1. ショートレクチャー

「心不全の在宅管理」

医療法人社団ゆみの 理事長 弓野大

- ✓ 末期心不全患者への 6 つのポイント
適切な心不全治療・チーム医療・意思決定支援・症状緩和・予後予測・家族ケア
- ✓ 服薬アドヒアランス向上：カウンセリング・投薬回数を減らす・一包化・退院時の処方の見直し
- ✓ 生活指導：体重が+2kg/w で連絡、動作時は息を吐くことを意識・掃除とお葬式は注意 etc...
- ✓ 地域での情報共有：つなぐ
退院前カンファレンス・担当者会議・入院前カンファレンス（入院の目的がはっきりする、情報提供）
の充実化が重要
- ✓ ACP：いまの病状についての理解度・困っていること・これからの生活で大切にしていきたいこと
いのちの考え方について・代理意思決定者について・症状緩和、鎮静について etc...
- ✓ 治療方針に悩んだときは
患者家族も含めたみんなで「人生の物語を考える・合意形成・ぎりぎりまで調整する努力」

2. グループワーク

会場から挙げた質問・コメントより 6 つを取り上げ、各グループでディスカッション

- A グループ：緩和導入のタイミング
緩和の言葉の定義は？ 苦痛の緩和、QOL を上げる、元の生活に近い状態に戻してあげることをみんなで考え始めることが緩和治療の第一歩
「緩和です」と言う必要はない
- B グループ：認知症の ACP
意見がくつがえるのでどこを切り取るか、独居・家族の疎遠なども問題点

認知症スコアを用いて、どこがどう落ちたかを共有する（段階を考える）

どう ACP をするか、初期の ACP の確認 = 元気なうちから巻き込んで機会を作ることが重要

- C グループ：不安へのケア

病院：自己管理ができなかった、入院している間の食事が退院後維持できるのか

実際の生活と指導との食い違い、心不全増悪の要因を多職種で共有してアプローチ

在宅：再入院や死・喪失感、質問や確認することを話し合っで軽減していく

支援者の不安、傾聴し解消できるところがあるのかしっかりと見極める

訪看では 2～3 時間も話を聞くことがよくある

- D グループ：指導困難例への対処

継続的な栄養・減塩に関する指導

認知症やアルコール依存症など、精神・認知への介入も

利尿剤の非遵守、早めにキャッチして対応する・妥協策を考える

- E グループ：在宅サービス依頼のタイミング

退院のタイミングだが早いほうが良い、家の状態や家族背景など早くキャッチして在宅につなげる

SW としては在宅を考え始める時点で依頼して欲しい、退院より一歩手前が望ましい

- F グループ：心不全増悪への対処

心不全を理解していない、患者のキャラクター、どう生活しているのか外来に情報が来ない

ケアマネより事前に家屋調査を行った情報を共有してもらえたことがよかった

感想

- 今現在困っていることへの対処方法だったのでとても役に立った。
- 緩和ケアに対する認識の違いがそれぞれあることが分かった。
- みな困っていることはある程度一緒であり、個々の施設ではなく、地域・チームで話をしていると良いと思った。
- 初めての参加であったが、自身の考え方を見直すよい機会となった。
- グループワークの時間が大変有意義で、もっと時間が欲しいと思った。

次回

2020年6月4日（木）19:00～20:45