

第1回 心不全チーム医療カンファレンス

日時:2012年11月6日 20:00~21:40

場所:ゆみのハートクリニック

参加者 31 名

職種:病院勤務医、開業医、病院看護師、心不全認定看護師、クリニック看護師、訪問看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師

1. 心不全医療について…弓野医師より
心不全医療の現状と今後の課題
このカンファレンスの趣旨
2. ゆみのハートクリニック、看護師、小泉
ゆみのハートクリニック開院 1 か月
「心不全の在宅ケアの現状」
-心不全をもつ在宅訪問診療患者 27 名
(東京 23 区内在住、平均年齢:82 歳、NYHA:3-4、デバイス植え込み 19%、脳梗塞後遺症 24%、慢性閉塞性肺疾患 24%、認知症 36%、)
-病期の共有ができるようなチェックリストの作成(stage 分類、NYHA、INTERMACS 分類)
-在宅療養に関わる人たちの情報共有のため『わたしのファイル』を配布

症例:

88 歳男性、診断名:慢性心不全、虚血性心疾患、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、認知症
NYHA 3-4、要介護 4

ディスカッションポイント1:

『介護者の精神的なサポートについてどのように取り組むか?』

➤ 医師の立場から…

-予後や病状説明は、本人、介護者、家族が同じ場で行っていく必要がある。一緒にいないご家族は、病状が分かっていないことも多い。一部の家族に話してもなかなか伝わらないため同じ場に集めて話していく必要がある。

-何かがあったとき、家族が何かできることがあると精神的に安定する。臨時薬使用の指導は重要である。

-診療時間を長くとっていることはとても良いこと、会話の中から家族同士がどのような付き合いで生きてきたのかがわかる。最期にどのように看取っていきたいか、そのような状態になるのか情報提供をしっかりと行っていくことは重要。

➤ 訪問看護師の立場から…

-病院から在宅に帰った際に、病院では見られなかった表情など、プラスの事をフィードバックするようにしている。大変だけど連れて帰ってきて良かったと思えることを大切にする。

➤ 医療ソーシャルワーカーの立場から…

介護者の疲労が強い場合、ショートステイなどもあるが、実際受け入れは難しいのが現状。日本人の死生観:死をあまり考えない…そこを踏まえた介入を考えていく。身体的な軽減はヘルパーの導入

➤ 理学療法士の立場より…

リハビリの目標として、「動けない患者に対して→能力を引き出す」。しかし、認知症の周辺症状で徘徊などがあると、動けすぎても困るという介護者からの訴えがあり。おむつ交換の時に腰が上がらないのは困るが、歩き回るのも困る、なかなかバランスを取っていくのは難しい。

3. 東京女子医科大学病院、慢性心不全認定看護師、若林

「入退院を繰り返す高齢者の慢性心不全患者に対する疾病管理」

高齢者では、様々な要因により容易に心不全が増悪する。特に生活要因が絡む患者様は多い。

症例:

78歳 女性、診断名:拡張相肥大型心筋症、老夫婦二人暮らし、子供2人は遠方在住
NYHA 3-4、要介護2、減塩や水分制限の不徹底、服薬コンプライアンス不良、退院後に在宅訪問診療導入

一夫との二人暮らし→夫も自分自身の生活で精一杯

一配食サービスはいらない

一服薬について、毎食前、毎食後、就寝前=7回 →投薬カレンダーでは対応できない。

一周りが気にするほど、本人たちはこの生活を気にしていない、慌てていない。→医療者との温度差がある

ディスカッションポイント2:

『患者にとっての QOL 向上、そのためにどのような介入が必要か?』

➤ 在宅医より、初回訪問の様子

車で訪問したが、近隣の道路がいりくんでおり、自宅前まで車が入っていけない状態だった。夫は疲れ切った様子、本人はベッドで寝ていた。夕方夫から電話あり「退院して帰ってきたのは良いが動けない…」「食前薬があるが、一日7回くすりを飲ませるとは…」との訴えあり。病状は退院して3日間の変動が激しい患者さんが多い。環境の違い、入院生活で我慢して

いたことを行うこともある。退院調整カンファは必要であるが、家庭内を分かっている人が必要である。また在宅医は退院日に訪問する。

➤ 退院日受け持ち看護師 A の思い

荷物も多く、タクシーに乗せたのは良いが無事に帰れたのかなと心配になった。介護者は患者を連れて帰るので精一杯なので、計画的に荷物の整理を行い事前に持ち帰れるものは持ち帰ってもらうなどの対処が必要であった。内服薬も複雑できちんと飲めるか心配になった。服薬カレンダーを持参してもらいセットして帰ってもらい、内服できる状況を作る必要があったと感じている。

➤ 訪問看護師の立場から…

薬の飲み方はなるべくシンプルに、少くらしい糖尿病のコントロールが悪くなっても、食前薬などあまり複雑な内服方法はやめた方が良いのではないか。入院中なので血糖測定などを実施しながら内服調整を実施していく機会だと思う(在宅ではできない)。

➤ 病棟医師の立場…

病院では心不全を何とかよくして、帰れるチャンスの際に帰そう…という思いから、処方整理、在宅への準備も不十分なまま退院を迎えることもある。患者さんにとって何がハッピーかを考えていく必要がある

➤ 病棟受け持ち看護師 B より

苦しくなったら入院して良くしてもらうスタンスでいる、入院は苦ではない。在宅医が入ることにより、10 回の入院を 8 回に減らすくらいの目標で介入できれば、それもひとつの医療のかたちである。

➤ 栄養士の立場から…

宅配食はおいしくないため続かない。本人・家族も厳重な塩分管理は望んでいない。訪問栄養指導というものもある。実際どのくらいのものを食べていて、どの位なら食べても大丈夫なのかを塩分換算し、一緒に考えていく方が、この患者さんにはあっているのではないか。何が食べたいのか、食べたいものを書いてもらうなど。高齢者の場合は食べたい意欲を大切にしていく必要がある。

➤ 医療ソーシャルワーカーより

ヘルパーの導入について、夫は退院時に拒否していたが、夫が出来なくて、困っている時が導入のチャンスかもしれません。

4. 次回の予定について

2013年2月19日(火)20時から

次回症例提示は、以下の 2 例を予定

- ① 訪問理学療法士より事例提示
- ② 訪問看護師より事例提示