

第3回 高田馬場心不全チーム医療カンファレンス

日時: 2013年7月2日 20:00~22:00

場所: ゆみのハートクリニック

参加者 54名

職種: 病院勤務医、開業医、病院看護師、慢性心不全認定看護師、訪問看護師、クリニック看護師、病院ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、ケアマネジャー、地域包括支援センター相談員、病院事務、他

1. 『心不全在宅ケアの現状』 ゆみのハートクリニック 院長 弓野 大

- ① 心不全のチーム医療の必要性
- ② 慢性心不全の概念、付加的治療について
- ③ 当クリニックでの在宅訪問診療の現状(2013年4月時点)
 - ・心不全患者 45名 平均年齢 84歳
 - NYHAⅣ13% 独居 33% 認知症 30% ICD/CRTD11% ASV/HOT24%
 - ・末期心不全患者の看取り 11例 (内2例は病院)
- ④ 慢性心不全の急性増悪を、緊急往診にて入院を回避した1例
 - ・在宅人工呼吸器+在宅酸素療法、血管拡張薬の静注
- ⑤ クリニックの目指すところ
 - ・患者に寄り添う医療
 - ・地域のコミュニティー
 - ・救急者出動回数を減らす
 - ・心不全の付加的治療・ケア・情報発信

2. 『慢性心不全患者における栄養管理の留意点～栄養食事指導から学ぶ～』

東京女子医科大学病院 栄養士 立松栄次

- ① テーラーメイドの栄養食事指導
 - ・患者に必要な情報収集(家族構成、生活環境、食生活、摂取状況、内容の確認、実行度評価、理解度)
 - ・病態に合わせた適切な指導
- ② 症例から学ぶ栄養管理の留意点
 - 48歳 男性 独身 主病名: 慢性心不全(NYHA:Ⅲ)、拡張型心筋症
- ③ 心不全患者さんの在宅における食生活の実態調査アンケート 中間結果報告
- ④ まとめ
 - ・医療スタッフはポジティブな発想
 - ・患者にあったテーラーメイド

・患者さんの食のストレス解消がQOL向上につながる

⑤ 質疑応答

Q)食事を摂れない人の食事指導について

A) 普段は食べてはいけないと言われているものをわざと出してみる。
少量なら問題ないので少しでも食べられるところを何かきっかけにする。

3. 『末期重症心不全患者への補助人工心臓医療・看護の現状と課題』

東京女子医科大学病院 看護部 VAD管理看護師

東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科

山中 源治

① 補助人工心臓 (Ventricular Assist Device: VAD)とは

植え込み型VADの役割 移植への橋渡し

原則、24時間家族(介護者)同伴が必要

② 東京女子医科大学病院の取り組み

植込型 VAD 装着患者へのケアについて

退院支援について

VADカンファレンス(多職種間での患者情報の共有、それぞれの視点で患者を多角的に評価し、治療方針を決定)

③ 在宅療養の現状と今後の課題

移植待機期間が長期→VAD医療の合併症(感染、脳血管障害、心不全、機器トラブル)

原則、24時間家族(介護者)同伴が必要

倫理的ジレンマ

患者のQOL vs 家族のQOL

患者の安全 vs 患者のQOL

医療者の価値観・思い vs 患者・家族の価値観・思い など

④ 事例 50代 男性 生活保護 独居

術後1か月で脳出血 意思疎通可 軽度高次脳障害、右半身麻痺

VAD装着1年(入院中)

退院を考えていきたい

⑤ 質疑応答

Q)24時間家族(介護者)の同伴の必要性について

A)家族と同居していても仕事やトイレの時間を考えると24時間付き添っていないが、仕事をしている人は、会社の方にトレーニングをする。緊急時の対応は必ず整える。遠隔装置の導入が検討されている。

4. ディスカッション

訪問看護師：

循環器の専門で家庭医の先生が増えるといい。自身のエリアでは少ない。病気の管理をすることと気ままな生活をするのが相反することがある。何を大事に、優先して支えていったらいいか悩む。心不全の場合、どこからが末期なのか…。病院で症状緩和されて自宅に戻ってくる。

医師：

心不全の末期の予後規定は難しい。

データを参考に話をする。心不全がどういうものか、予後どう悪いのか。

ケアマネジャー：

緊急時、病院へつないでもらえるネットワークが出来ているとありがたい。

病院看護師：

VADがなければ、事例の患者も在宅がありえる。医療と介護の連携、基盤づくりが必要。

ケアも治療の大切なところを担っている。(他職種間の)互いのコミュニケーション、チームワークが必要と感じる。

医師：

「在宅」というとエンドステージ、がん、看取りというイメージがある。心不全の在宅は、看取りではない。在宅医と総合病院との連携が生活の質を上げる。生活を皆で管理することによってケア出来るようになる。そういう認識が皆で出来るようになるといい。

「何故、心不全はチーム医療が必要か」に対するアンケート回収結果

ご参加頂いた方から記載頂いた回答です。内容ごとに分類しております。

<全人的苦痛(身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛)の考え方から>

- ・人は、いろいろな側面を持つ一人の人だから。
- ・患者サポートは多面的であるから。
- ・医療そのものより心のケアも必要であると思われます。
- ・患者さんが望む生活に近づいていくためには、生活を見ていく人、身体を見ていく人、病気をみていく人などその人にあつた必要な人が取り巻くことがチームケアである。
- ・患者さんが生活し、生きていくためには医療だけでは cure、care 出来ないと思います。
- ・個々の生活に沿ったケア、治療の為には、様々な側面からあたる必要がある。
- ・医療からだけではなく、他の方面、本人の精神面、経済面などいろんな角度から支援をしていく必要がある。
- ・個々の生活に沿ってケア、様々な側面からあたる必要がある。

<介護保険や在宅医療サービスの利用による多職種介入の必要性から>

- ・関わる職種が多くなり、どのようにして情報共有をするか。また皆が理解出来てチームとなれる。
- ・在宅療養を実現させるためには家族の協力が不可欠。独居のケースなどは、医療者以外の協力や視点が必要になる
- ・在宅医、訪問看護、ケアマネの連携、情報共有 知恵を出し合っていく
- ・介護=家族ではなく、地域社会で家族を支える仕組みが必要。

<QOLの視点から>

- ・QOLを考える時、医療職だけではなく様々な立場の人と意見を交わすことが必要だと思われるため。
- ・心不全の予後やQOLの維持は、退院後の自己管理が重要。自己管理を維持するためには必要性を理解することが必要。理解するためには教育が必要。維持するためには環境が必要。
- ・チームで患者のQOLを一緒に考えていく必要がある。食事や仕事を患者は気にしているが、医師や看護師だけでは適切な情報を患者に提供することが出来ない。
- ・多職種連携をとることでQOLの向上につながる
- ・慢性的に進行していき、ADL、QOLを保つために様々な職種の手助けが必要となるため
- ・専門家がそれぞれの視点で見ることができる。それにより気づけなかった視野が広がる。それが患者のQOL向上につながる。
- ・患者のQOL向上を目指していくと心不全のチーム医療が必要な主旨と考える。

＜病院と在宅医療との連携の必要性から＞

- ・病院、往診医、在宅ケアチームが本人・家族とチームを組むことで少しでも在宅医療がスムーズになる
- ・入退院を繰り返し、その度にADL、全身状態が低下していくため、病院と在宅医、訪問看護、ケアマネジャーの情報共有、連携が必要。
- ・生活をするうえで、切れ目のない医療は不可欠。
- ・慢性疾患の重要な部分は在宅であり、病院だけではカバーしきれない。病院内外との連携が必要。
- ・(在宅の)専門医との連携することにより入院、緊急搬送を減らすことが出来ればよいと思う。
- ・コントロールが出来れば在宅も可能であり、その人らしく生きられるようにいろいろな専門職が関わって患者をサポートしていくことが長期間在宅での生活を可能にしたり、在宅での看取りも可能になる。

＜病気の特異性(慢性疾患、繰り返す)、治療と生活が密接に関与しているという要因から＞

- ・医療的な面(食事、運動、薬物治療)が生活と大きく関わっているため、在宅ではチーム医療を行う必要がある。
- ・生活改善も治療の一環。生活改善は医療職だけでは行えない
- ・生活がどのようなか心不全の改善、悪化につながっていくので医療、介護の垣根を越えて生活をサポートしていく必要がある
- ・生活に関する面に関わっていく職種の人たちの情報交換が必要になっていく。一方の見方だけでは難しいため。
- ・心不全は、生涯管理していく患者が多く急性期～慢性期と継続したかわりが重要。すべての期間にQOLという視点を無視しないことが理想。
- ・変化する状況に対応していくためには多職種でのチーム医療が必要。
- ・個人で問題に取り組むより生活習慣の影響が強い心不全という病気に対応するにはチームが必要。
- ・高度医療、薬物治療、栄養、リハビリ、メンタルなどトータル的にバランスが必要。
- ・病期やその状況によって予後が予測できないので患者、家族の希望、意思を組み最適な医療を提供するために多くの職種の意見、専門性が必要。日々の生活が病状の悪化や改善に関わるためひとつの職種ではカバーしきれない。

以上