

第4回 高田馬場心不全チーム医療カンファレンス

日時:2013年10月8日 20:00~22:00

場所:ゆみのハートクリニック

参加者 40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、クリニックソーシャルワーカー、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

1. <心不全のチーム医療の必要性> 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(前回までの振り返り)
- ② 「何故、心不全はチーム医療が必要か」アンケート結果報告
- ③ 心不全クリニックが考える『心不全の治療・ケア 4STEP』
- ④ 心不全患者の増悪・再入院を抑えるには

2. <心不全クリニック1年の活動報告> ゆみのハートクリニック 院長 弓野 大

- ① 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 患者数推移
- ③ 心不全患者における病院看護と在宅看護の違い

3. <症例検討 病院から在宅への移行が困難と思われた症例1 >

病院 MSW、クリニック MSW、クリニック看護師

- ① A氏 NYHA3、独居、認知症、退院時(要介護5)
金銭管理は自己管理、身の回りの世話はホームヘルパーが支援

ディスカッションポイント① 退院後の療養場所を検討する。

『自宅で一人暮らし:本人の意向を尊重し、いったん帰宅してから再入院まで支える方法を考える。』病院看護師

『家族と同居:見守りできる環境であるのが在宅の条件と考える。それをどのようにサポートするかがポイントである。家族が一旦介護しながら、見極める。』開業医

『療養型病院への入院』病院看護師

『施設入所:施設等でワンクッションおいてから在宅に戻る。』病院看護師

『施設入所:自立出来る見立てが出来ないのであれば療養型か施設へ入ることを検討する。』病院看護師

② 退院までの流れについて

- ・経済状況の具体化
- ・受け入れ可能な施設が見つかる→費用、距離の問題で本人拒否、期間の問題もあり、在宅の方向となる。
- ・地域調整会議 →在宅方向の確認「家に帰る」に制限はない

③ 自宅での生活・退院直後

ディスカッションポイント② 在宅療養を円滑に行うために、どのような連携が必要か。

『医療をおさえた上で、身の回りをどのように支援するか検討していく。定期巡回型サービスによる声掛けサービスを検討してはどうか』ケアマネジャー

『尿カテの見直し、地域包括の活用(情報提供)を検討してはどうか。』訪問看護師

『見守りのシステムの構築、配食など区のサービス導入を検討してはどうか。』地域包括支援センター相談員

④ 在宅療養を支援するために

- ・服薬指導
- ・在宅での連携体制について
- ・訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャーとの連携
- ・メンタルケア

☆担当の訪問看護師より

『この患者さんは、在宅療養が合っていた。食事もこだわりがあり、テレビの野球観戦も楽しみながら自分らしい生活を送ることが出来ている。』

4. <<症例検討 病院から在宅への移行が困難と思われた症例 2 >>

クリニック MSW、クリニック看護師

① B 氏 70代女性、心不全、ASV 導入、SpO2 労作時90%まで低下

・退院調整のない重症心不全を在宅でどうマネジメントするか？

ディスカッションポイント③ 在宅療養のためにどのようにマネジメントをするか？

『入浴方法を検討してはどうか。』理学療法士

『入浴介助については介護保険サービスの利用を検討しては？』病院看護師

② 在宅療養開始3日目心不全の急性増悪を認める

BP156/82 P85 SpO2 88 BNP903(9/6)EF30% IVC23mm

症状:嘔気 下腿浮腫ごく軽度 抹消冷感なし 呼吸苦無し

<クリニックが行ったこと>

・在宅酸素療法導入

・尿バルーン留置安静確保

・心不全点滴治療開始

静注 ラシックス20mg+シグマート10mg

点滴静注 シグマート72mg+ラシックス20mg

・心不全内服治療の強化を行う

・在宅医療の環境整備を行う(訪問看護師導入)

ディスカッションポイント④ 在宅診療で行えることは

『入院中にサムスカ投与されていた場合、試してみる。』病院勤務医

『入院中と在宅では、食事の量・質、排尿の状況が変わるため、慎重に考える。病院ではドライに対応。』病院勤務医

『ヒドラジンをもう少し多く入れるかもしれない。』開業医

『我慢できない人なら、食事を常食に戻し、医師に利尿剤の調整を依頼。』病院看護師

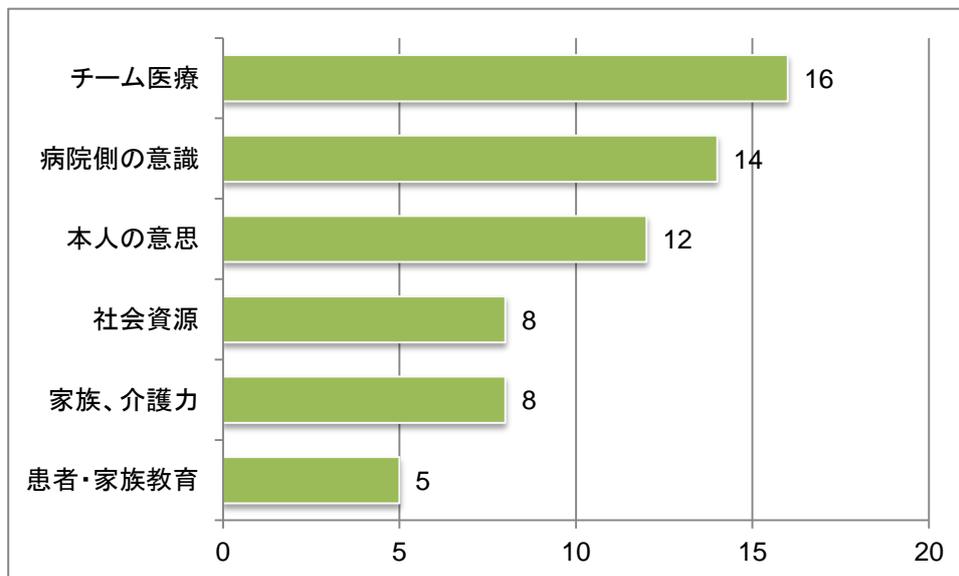
『本人たちが困っていないのであれば。苦しい時どうなのかという面でアプローチしても良いと感じた。』病院

『転倒リスクからの QOL 低下を家族に説明し、介護保険サービスの導入を勧める。介護負担とバランスをとって、生活に則した提案を行う。病棟看護師では想定できない家族背景や生活状況を考えながら、退院調整を進めたほうが良い。亜急性増悪の部分に準備が不十分だと感じた。在院日数の問題で仕方ないという面もある。』理学療法士

『病気に対してのエデュケーション(本人を驚かせずに)をすることが必要となる。』開業医

『心不全患者さんが、病院から在宅への移行の際に必要なこと』アンケート回収結果

ご参加頂いた方から頂いた回答です。内容ごとに分類しております。



チーム医療： 病院と在宅との切れ目ない連携、医療と介護と福祉の密な連携、患者・家族を含めたカンファレンス、多職種間の共通認識・目標、多角的視点からのアプローチ

病院側の意識： 退院時の十分なアセスメント、在宅を見据えた介入、フォローの調整

社会資源： 医療、福祉、経済的資源、地域のサポート、支える人々の熱意、社会資源の情報提供

家族、介護力： 家族理解、家族のサポート、介護負担度

患者・家族教育： 心不全についての知識、サポートする職種の理解、どの程度理解しているかの把握

以上