

広島県心不全患者在宅支援体制構築事業

第1回広島県心臓いきいき症例検討会(広島大学病院主催)

日時:令和元年6月13日(木)19:00~20:45 場所:広島大学広仁会館2階大会議室

第1回広島県心臓いきいき症例検討会

令和元年6月13日(木)、広島大学広仁会館で、第1回広島県心臓いきいき症例検討会が開催された(写真1)。当検討会は、平成29年度および30年度に心不全患者在宅支援施設(呼称:心臓いきいき在宅支援施設)に認定された施設に勤務する医療・介護職を対象とした症例検討会である。参加者は、広島医療圏(広島大学病院担当地域)の39施設から81人、院内から8人の計89人であった。



写真1
左) 開会挨拶 広島大学病院看護部長 山本雅子
右) 開会挨拶 広島大学病院心不全センター長 木原康樹

講習会内容 症例紹介

症例1は、病院-在宅間の地域連携が円滑に進み、4年半に渡り心不全再入院なく、生活が可能であった症例。訪問看護ステーションながさき 所長 久保田真理子先生より、「高次脳機能障害を有する中年期の重症心不全療養者の支援について考える~個別性の理解と包括ケアの紹介~」というタイトルで講演があった(写真2)。症例は、A氏60歳代男性、拡張型心筋症(stageC~D)。既往に、交通事故による高次脳機能障害あり。独居、生活保護受給中、身体障害者手帳(1種3級)申請済。1年に3回の心不全入院があり、3回目の退院時に訪問看護を導入。急性期病院より近医へ紹介され、地域でのフォローアップが開始された。訪問看護による支援内容は、①生活の動線、生活リズムを考慮した内服管理、②受診に必要なタクシーの予約方法の教育、受診の同行、心不全手帳を介した主治医との情報交換、③薬の受け取り方法(取り忘れ予防のため、ナップサックを活用)、④NPPVマスクの装着練習・洗浄などの管理、⑤栄養のバランスをとる工夫(食事内容を手帳に記入し、栄養素別に色分け)、⑥過活動予防のため、出先経路における休憩場所の提案、⑦親族への報告、⑧請求書や証明書の保管方法、⑨掃除など衛生面の確保などであった。久保田先生は、A氏へのケアを振り返り、医療機関の担当医との関係においては、自己管理遂行目的での情報共有・交換、報告・連絡・相談がしやすい関係づくりの重要性、療養者への支援においては、

個別性を考慮した自己管理方法の工夫、時間と根気が必要であることを述べられた。また、今後の課題は、療養者の生活全体を見守り、支援する人の必要性や、障害者相談支援事業所などの連携の必要性を挙げられた。最後に、病期や重症度などの情報を共有し、療養者が少しでも安定した体調を維持できるように、訪問看護師も心不全チームの一員として機能を発揮していきたいというメッセージを添えられた。

症例2は、地域の診療所-保険薬局-居宅介護支援事業所-訪問看護を利用しながら、多職種で行うケアや連携の難しさを感じた症例。広島県看護協会訪問看護ステーション「若草」看護師 西國由美先生より、「心不全療養者に多職種で関わる効果的な連携について考える」というタイトルで講演があった(写真3)。症例は、B氏70歳代女性。既往歴に気管支喘息、肺



写真2
第1部 講演 久保田先生

気腫があり、在宅酸素利用中。独居、要介護2、生活保護受給中。食習慣は菓子パンやカップ麺のほか、知人の差し入れがあり、食料がなくなると欠食することもあった。1日の水分摂取量は2500ml。ADLはカートを押して買い物に行く程度であり、福祉用具は車いす、介護用ベッド、トイレ手すりをレンタルしていた。腰椎圧迫骨折を契機に通院が困難となったことから週1回の往診、点滴、精神的支援目的で訪問看護が導入された。訪問看護導入4か月後には、主治医より活動制限なしの指示を受け、訪問看護(2→1回/週)、デイサービス(1→2回/週)、訪問介護(3→2回/週)へ変更。訪問看護開



写真3
第2部 講演 西國先生

始後の1年を振り返り、介入内容について、以下紹介があった。①身体症状に対しては、全身状態の観察、骨折の痛みや回復にあわせた歩行動作の訓練、口すぼめ呼吸の練習、感冒契機の呼吸困難感、下肢浮腫、ADLの低下、うつ症状への対応を行った。主治医への報告後は、確実な内服にて、心不全重症化予防を行った。②栄養面に対しては、配食サービスの紹介、水分摂取量(1~1.5L/日)について情報提供した。しかし、宅配食は味付けの好み、経済的理由により3か月で中止となったため、その後は食事内容や水分摂取量をノートに記載し、具体的な助言を行った。③薬は体調不良時、欠食時は内服できていなかったため、ヘルパーやデイサービス担当者と連携しながら、一包化・薬カレンダーを活用し、内服管理を徹底した。④酸素ボンベの管理について、デイサービス中の酸素切れ防止のため、サイズを小から中へ変更した。西國先生は、B氏の疾病管理を行う上では、医療側が介護側に寄り添い、療養者の不安を模索・協働し、治療やケア方針についてコミュニケーションを図っていくことが大切であること、また、支援の難しさを感じた背景には、職種による疾患に対する知識の差や療養者の捉え方の違い、心不全の予後予測の難しさ、B氏の日常的な訴えや個人的・社会的要因により、本人の意思や意向を確認することの難しさがあったことを考察として述べられた。

グループワーク グループの意見と発表内容()はグループ数

グループワークでは、症例2に対し、所属施設単位のグループに分かれ、「参加者がB氏を受け持つことになった場合、**1.新たに確認が必要な情報、2.それぞれの立場で実施できる支援内容**」について、ディスカッションを行った(写真4)。



写真4
グループワーク

病院グループ(3): 1. ①基礎疾患の見直し(主病名が心不全か呼吸不全か)、②腰椎圧迫骨折入院の有無、③体重測定の頻度、④うつ・認知機能の程度、⑤1日の食事回数・食事の嗜好、⑥周囲・知人との関係、⑦入浴状況、⑧キーパーソン・保証人の有無、⑨生きがい、⑩サービス担当者会議開催の有無。2. ①症状への対応、②うつに関し精神科への受診勧奨、③行政生活保護担当者を含めたチームとしての協働、④民生委員との協働。

診療所グループ(2): 1. ①担当医へ相談(他の原因)、②知人との関係(塩分・水分制限に関し、協力者になりうるか)、③HOT業者との連携状況、④サービス担当者会議開催の有無。2. ①担当者間でカンファレンスの開催、②内服薬の見直し(塩分制限に応じた利尿薬、去痰薬、吸入薬の使用状況)、③服薬時間の見直し、④連携ノートを知人、多職種で活用して介入。

地域包括支援センター(1): 1. ①口腔状態、②後見人制度の活用支援の有無、③介護支援専門員の後方支援、④地域との関わり。2. ①(インフォーマル)支援者を交えた食事指導、②管理栄養士の介入、③口腔への介入。

保険薬局グループ(1): 1. ①病識(医療者、介護者で情報共有)、②知人の協力状況、③サービス担当者会議の開催有無、④緊急時の連絡体制、⑤HOT業者の介入程度、⑥栄養士・理学療法士の介入有無、⑦認知機能、⑧連携ノートの活用状況。2. ①薬の内容、回数の見直し(2→1回/日)、②介護従事者へ吸入薬の使用説明、③呼吸困難時の対応(頓服)。

訪問看護ステーション(5): 1. ①病識、②各職種による病状の理解状況、③担当者会議の頻度(主治医・看護師—介護支援専門員との関係性)、④ケアプラン内容、⑤服薬管理状況、⑥酸素ボンベ管理(チューブ管理、業者との連携、操作方法の練習)、⑦キーパーソンの確認、⑧経済状況、⑨連携ノートの活用状況。2. ①リハビリ介入(呼吸・運動リハ、外出への介入、労作時呼吸困難感への対応)②受診時の同行、③服薬回数を見直し、④担当医を交えた担当者会議を開催し、実際に関わるスタッフ間で情報共有、⑤緊急連絡先、連絡時の条件統一、⑥目標体重の設定、⑦ヘルパーに体重測定・調理依頼、⑧心不全手帳の活用。

居宅介護支援事業所(1): 1. 病識(情報共有)、2. ①担当者会議の開催、②各職種の考え、意見に関する情報の集約(舵取り)、③指導内容、ケア方法の統一、④B氏に伝えてもらいたいことを、担当医を通じて伝えてもらう

交流会

最後に、参加者間で情報交換の時間を設け、顔の見える関係の構築が図られた。【広島大学病院心不全センター事務局】