

第6回 心臓いきいきキャラバン研修会開催

2016年10月17日(月)、広島大学広仁会館において、第6回心臓いきいきキャラバン研修会を開催しました。今回は、「多職種に聞く! 地域連携の現状と課題 ～心不全増悪予防のポイントを知り、支援に活かす～医療・介護連携で患者の生活に一步踏み込む」と題し、心不全患者の在宅医療を支えている3名の先生にご講演頂きました。参加者は112人(院外83人)であり、院内の医療スタッフだけでなく、院外の介護支援専門員、訪問看護師など、心不全患者の在宅療養を地域で支えている多職種の参加が多くありました。心不全患者の地域連携を推進し、地域包括ケアシステムの構築に向け、各職種の役割や連携の在り方を考える機会となりました(写真1)。



写真1: 開会の挨拶
広島大学病院 山本雅子看護部長

講演

今回は、介護支援専門員 望月マリ子先生(安芸地区医師会居宅介護事業所)、管理栄養士 徳澤陽子先生(緑風会 ほうゆう病院)、落久保裕之先生(落久保外科循環器内科クリニック)の3名を講師にお招きし、在宅で心不全患者を支えるためのケアのポイントについてご講演頂きました。

望月先生からは、心不全患者の在宅ケアプラン立案時の介護支援専門員の思考のプロセスとして、『心不全患者の在宅ケアプラン立案時の留意点について』、ご講演頂きました(写真2)。具体的にモデル患者を提示しながら、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health(国際生活機能分類))の概念に則り、患者情報の整理の仕方や考え方について説明して頂きました。在宅で心不全患者の疾病管理を行うためには、ICFにおける「心身機能・構造」の正しい理解と社会への「参加」についての視点が欠かせないという事をお話頂きました。一方で、介護支援専門員の基礎資格は多様であり視点も異なることから、ケアプランの標準化が難し



写真2: 講演1 望月マリ子先生

いというお話もありました。大切なこと

は、利用者本人が望む場所で自分らしい生活を送れることであり、職種間で視点は異なっても連携を図ることでカバーし合うことが出来るというメッセージを伝えられました。

徳澤先生からは、『食事管理の必要性—どうする? 心不全患者の栄養管理』をテーマに、心不全患者の食事指導の実際についてご講演頂きました(写真3)。徳澤先生は、広島県で唯一、管理栄養士として、訪問栄養指導を行っておられます。訪問栄養指導の対象者は、心臓病のほかに糖尿病や腎臓病を合併されている高齢者が多く、様々な健康上の問題を抱えている患者は少なくないそうです。家庭状況や経済状況も様々であることから、自宅では入院中に行うような徹底した食事管理はできない現実があることを、事例を挙げながら説明して頂きました。また、介護支援専門員の資格も取得されており、利用者のケアプランの一つとして、ヘルパーが調理を行う利用者の食事の献立も立案されているそうで、実際の献立や助言内容についても紙面でご紹介頂きました。



写真3: 講演2 徳澤陽子先生

落久保先生からは『心不全患者在宅支援のポイント』慢性心不全の病態と増悪予防のポイントについてご講演いただきました（写真4）。ご講演の中で心不全患者の病態生理や、診療風景の写真などを交えながら往診の様子について説明頂きました。加えて、広島県西区の医師会で取り組まれている地域医療連携の実際や ICT を活用した取り組みについてもご紹介頂きました。在宅支援網を確立していくためには、カンファレンス等を通じて一堂に会する機会を大切にするほか、在宅ケア連携ノート、心筋梗塞・心不全手帳などの共通のツールを活用して、スタッフ同士が顔を合わせて情報を共有することが大切であり、地域を巻き込んだ連携を図り、ケアのインテグレーション（統合）を行っていくことが大切であるというメッセージを伝えられました。今後は、可能な限り患者の自己管理の自立を促すこと、ケアマネジメントの標準化を図ることが課題であると結ばれました。



写真4：講演3 落久保裕之先生

質疑応答

会場からは望月先生に、「医療者から介護支援専門員にどこまで患者の予後予測について話してよいか。」という質問がありました（写真5）。望月先生からは、ケアの適正化を図るためには身体に関する情報を正しく理解することが大切であり、予後についてもしっかりと情報提供をしてもらいたいこと、また、互いに聴き合いながら情報を共有することが大切」とのご回答がありました。



写真5：会場からの質問

また、事前に事務局に頂いた質問として、徳澤先生に心不全患者の栄養状態の指標について質問がありました。徳澤先生からは、「心不全患者に SGA（主観的包括評価）を使って評価することは一般的だが、試験者でばらつきがある。MNA（mini nutritional assessment®）は栄養状態の悪い患者を多く拾い上げることができ、かつ使いやすい。」という回答を頂きました。

心不全患者の在宅療養を支援するために

閉会の挨拶では、木原康樹センター長より、75歳以上の後期高齢にあたる心不全患者の場合は、様々な併存疾患や合併症を有するため、既存のエビデンスに該当しない場合があることから、日本心不全学会ガイドライン委員会編の「高齢心不全患者の治療に関するステートメント（※）」について紹介がありました（写真6）。今後は、心不全患者を看っていくためには疾患に関することだけでなく、栄養状態や社会的機能など臨床的・社会的評価が不可欠になってくること、加えて医療・介護職間での共通言語を作っていくことが重要であるというメッセージがありました。



写真6：閉会の挨拶
広島大学病院 心不全センター
木原康樹心不全センター長

研修会終了後のアンケートより

- 地域で活動されている医療従事者も、継続した関わりを目指してケアプランを立てておられる現状を知ることができた。病院側としてはプランを立てやすいように十分な情報提供を心掛けたいと思った。
- 退院支援看護師として、ケアマネジャーへ情報提供するポイント、それぞれの強みや弱みを理解し、お互いに歩み寄りながら、同じ目標へ向かっていけるような関わりが持てるようになればと思った。
- 違う職種の視点が勉強になった。
- 病態をしっかりと知り、プラン作成に役立てていく必要性を再度確認した。
- 医療と介護それぞれの従事者が集まり、研修を受けたことがまず素晴らしいし、こういう場を作って下さったことに感謝したい。

【※】：日本心不全ガイドライン委員会編集：高齢心不全の治療に関するステートメント、

http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailurel.pdf