地域医療の向上につながる多職種の人材育成と患者教育 ～心不全患者に求められる「支える医療」の構築に向けて～

志賀 悠平 ●福岡大学病院 循環器内科 講師

要旨

近年、循環器病領域で注目されているのは、心不全の5年生存率が50%と予後が決して良くないことである。さらに、心不全入院数および心不全入院中の死亡率は、年々増加の一途をたどっており、超高齢社会の到来を考えると、心不全は克服すべき重要な疾患となるものと考えられている。

心不全は、入退院を繰り返す病態であり、心不全に対する緩和医療の導入においても看取りの時期まで静脈持続注射などの医療行為が必要となる場合がある。

心不全の治療目標は、延命から患者の生活の質維持、向上や患者の意向（意思決定）や生活背景を考慮した「支える医療」へと変化しており、多職種チームによるアプローチが重要となっている。地域包括ケアによるシームレスな多角的アプローチを実践するためには、医療従事者だけでなく、生活を支える介護福祉従事者等の多職種が連携し、心不全患者の重篤化回避、予後改善に取り組む必要がある。心不全患者も住み慣れた場所で、その人らしく生きることができるよう、私たちは、地域医療の向上や人材育成、患者教育に取り組むこととした。

1.背景と目的

今後の増加が予想される心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴であり、慢性心不全患者の約20～40%は1年以内に再入院する。心不全の増悪因子には、医学的要因に加え、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因及び社会的支援の欠如等の社会的要因が含まれており、慢性心不全患者に対しては、継続的な多職種（医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、介護士等）による疾病管理が必要とされる。

急性期の入院中から開始し、回復期～維持期にかけて継続することが重要であり、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を検討する必要がある。このように、かかりつけ医と専門的医療を行う施設との連携体制には、心血管疾患に関する知識を習得する機会の確保、患者情報共有手法の検討及び普及、適切な心血管疾患地域連携パスの検討及び普及等も重要である。また、慢性心不全対策を推進するにあたり、幅広い心不全の概念を、患者やその家族で共有することが重要である。

2.活動の方法

当院で急性期治療を行った心不全患者を回復期～維持期に移行する際に、心不全連携医療機関や施設と転院や自宅退院を検討する（図1）。その際には、心不全連携基本シート（図2）を使用し、患者の病態、今後起こりうる事象から人生の最終段階における医療とケアの方針まで決定し共有する。その後、連携医療機関や施設、自宅での管理において実際に医療現場で看護・介護を含む問題が生じた際にはWebなどを使用し、多職種（医師、看護師、薬剤師、理学

療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、介護士等）で情報共有し解決策を検討する。

　また、心不全患者会を設立し、医療講演会や相談会を開き患者教育を行い、その内容を機関誌などで報告する。また、患者会での集まりにより、患者・家族間の情報交換や経験の交流を行う。

3.現状の成果・考察

●心不全連携医療機関や施設とのカンファレンス

　心不全における患者の地域・在宅医療連携、多職種連携についての講演会にて心不全連携シートによる当院の取り組みを周知し、回復期～維持期を担う在宅医療に関わる多職種の取組みを聴取し、現在の心不全多職種連携における課題や問題点を協議した。そこで、我々はWebを用い、多職種がそれぞれ患者情報を収集し、共有した上で治療方針を検討することを試みた。

　このシステムは、時間や場所に左右されず情報共有が可能となり、日々の細やかな変化やそれぞれの職種の考えを共有、また、治療においては緊急性のある病態の判断も迅速に行うことができる。つまり、Webを通してバーチャル空間で多職種が患者を中心に集まり、カンファレンスで意見を交換し、患者のニーズに合致したオーダーメード医療を実現できる。この取り組みは、心不全患者の重篤化回避、予後改善に取り組むことができ、地域医療の向上だけではなく、それぞれの職種の育成にもつながるもの考える。

●心不全患者会の設立に向けて

　私たちは、心不全患者、家族、その他に関わりのある方を対象に心不全患者会の先駆けとなる「心不全患者の交流会」を行った。「現在の心不全医療について正しく理解しよう」と題し、患者、家族向けの講義を行った上で、心不全患者、家族、その他のかかわりのある方の交流を行った。その中で、医療・ケア従事者は思いに寄り添うことはできるものの、実際に経験した患者家族こそができる共感は大きいこと、医療者も含め心不全への理解が不十分であることを知り、医療・ケア従事者だけではなく、患者、家族間の相互作用が期待できる場を設け支援することの重要性や心不全を国民に理解してもらうことの必要性を実感した。

図1 福岡大学病院　心不全地域連携

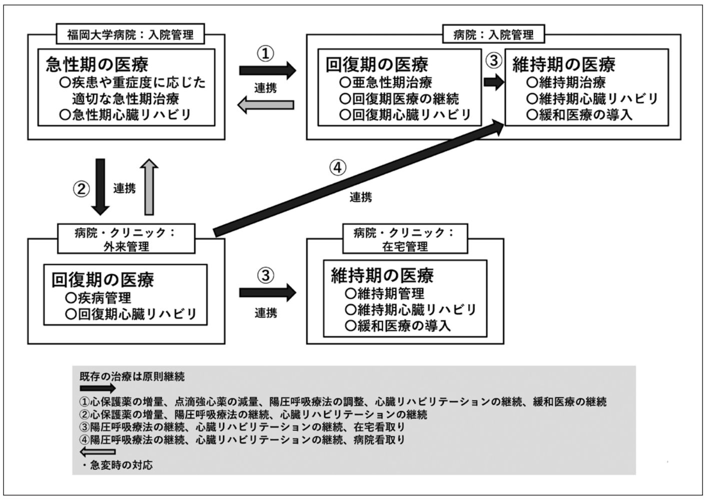

図2 心不全連携基本シート

心不全連携基本シート

患者名　（　　　　）生年月日：　年　月　日　かかりつけ病院名：

記載日：　年　月　日　主治医：　入院日：　年　月　日

心不全診断日	年　月　日
連携依頼目的	
NYHAクラス分類 AHA/ACCStage分類	□Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □StageA □StageB □StageC □StageD
心不全経過説明内容	説明用紙使用 □なし □あり
患者の反応	
家族（　）の反応	
患者：家族の希望	
治療希望（延命治療）	□DNAR □昇圧剤 □呼吸器管理（気管挿管・非侵襲的陽圧換気） 具体的な内容：
現在の治療 薬剤投与	□ACE阻害薬 □ARB □β遮断薬 □抗アルドステロン薬 □利尿薬 □ジギタリス □経口強心薬 □静脈強心薬 □h-ANP 処方内容：
全身状態	意識レベル：　体温：　℃　脈拍：　回/分　血圧　/　mmHg　呼吸回数：　回/分 SPO2:　% 酸素□なし □あり 経鼻 マスク 呼吸器　L/分 心電図所見：　bpm
医療処置	□膀胱留置カテーテル □ドレーン（　） □創処置（　） □その他：
心不全の原因	□高血圧 □心筋梗塞後 □心房細動 □心筋症 □弁膜症 □その他（　）
合併症	□なし □あり⇒□高血圧 □脂質異常症 □糖尿病 □腎不全 □その他（　）
デバイス治療	□なし □あり⇒□心臓再同期療法（CRT） □植え込み型除細動器（ICD） □ペースメーカー 植込み日（　年　月）
呼吸器管理	□なし □あり CPAP・ASV 機種
リハビリテーション	□導入予定 □実施 □未実施
症状が安定しているときの左室駆出率（EF）	EF　%（　年　月　日） LVDd　mm　症状が安定しているときのBNPまたはNT-proBNP　□BNP □NT-proBNP　pg/ml（　年　月　日）
症状安定時の体重	kg（　年　月　日）　入院中の体重変化　kg→　kg
医療・介護、公的サービスの利用	家族の協力 □なし □あり：キーパーソン（　） 介護保険 □なし □あり 介護度：　事業所：　ケアマネジャー： 介入内容：
栄養	□経口摂取：　Kcal　塩分　g　主食：　副食：　摂取量： 栄養補助食品：□なし □あり（　） □経管栄養： □欠食 □水分　活動　安静度：□ベッド上 □車いす □独歩　危険行動□なし □あり 食事：□自立 □一部介助 □全介助： 排泄：□自立 □一部介助 □全介助： 清潔：□自立 □一部介助 □全介助：

4.今後の展望

　私たちは、心不全連携基本シートを使用し、これまで以上に情報共有を可能とし治療方針の統一化を得ることができ、さらに、多職種とWebを使用し連携を行うことにより、より包括的なケア「支える医療」を行うことができるものと考える。また、心不全患者会設立により患者・家族の病識を向上させ、今後の地域医療体制のモデル戦略を構築できるものと考える。

　当院では年間200例前後の心不全や低心機能症例を経験するため、本試みによる成果を学会や論文で発信するのみならず、様々な診療科、職種、医療施設などが参加する研究会などでも積極的に報告していきたい。