

第2回 心不全チーム医療カンファレンス

日時: 2013年2月19日 20:00~21:40

場所: ゆみのハートクリニック

参加者 48名

職種: 病院勤務医、開業医、病院看護師、心不全認定看護師、クリニック看護師、訪問看護師、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、訪問介護員

1. ゆみのハートクリニック 院長 弓野 大

① カンファレンスの趣旨の説明

② 心不全在宅医療の現状(クリニック開院4か月)

・心不全患者 40名、平均年齢 83歳、独居 33%、NYHA3.3点、COPD23%合併、脳梗塞後遺症 13%合併、認知症 26%合併。

- ・心不全患者に対する緩和医療、ASVの有用性、
- ・在宅医療での皮下点滴の有用性、
- ・在宅での植え込み型除細動器 OFF、
- ・在宅遠隔ワイヤレスホームモニタリングシステムの活用

2. 新宿ヒロクリニック 理学療法士 築瀬 孝之

『心不全患者に対する運動療法』

① 運動療法の必要性、心不全患者に対する下肢運動の必要性

- ・運動耐容能の増加
- ・心室リモデリングに対する影響
(運動療法が梗塞後の心室リモデリングを抑制)
- ・冠循環に及ぼす効果
- ・換気の改善
- ・自立神経機能の改善
- ・抹消循環に及ぼす影響
- ・骨格筋の適応現象
- ・冠危険因子の是正

② 運動療法の紹介

- ・ボバース法(NDT)、ルード法、ポイタ法、PNF、AKA、筋膜リリース法、リンパマッサージ
- ・数々の手技より、心不全患者への適応を考慮し選択していく
- ・単純な運動による、運動負荷耐用能の維持・向上が望まれる

③ 運動療法の実際

実際の家庭環境に沿った ADL 訓練
体位変換を最少にし、効率良く実施
最短移動距離にて実施
狭いベッド環境、エアマット上での運動
関節運動伴わない下肢運動

④ 実技

環境設定、キッキング、ブリッジ、起上がり、坐位、立ち上がり

ディスカッションポイント:

- ・在宅でのバイタルチェックについて
- ・入院中のリハビリ内容の共有方法について

3. 白十字訪問看護ステーション 訪問看護師 前田 啓子

『ひとり暮らしを支える』

症例報告

65歳 男性 独居

診断名:肥大型心筋症 非持続性心室頻拍

既往歴:アルコール依存症 腎前性腎不全 うつ病 痛風 虫垂炎

200X年1月

全身倦怠感、両下肢痛を訴え救急搬送。心室頻拍を認め除細動器にて洞調律へ戻る。精査にて肥大型心筋症の診断あり。内服調整し2月に退院。保健師より全身状態観察・服薬管理目的で依頼があり、3月から訪問看護を週1回から開始した。

缶チューハイ2~3缶/日、食生活の乱れあり

食欲減退や昼夜逆転あり夜間外出することが増える。血圧低下や内服できていないことあり。

飲酒続き、室内で転倒。

ふらつき、外出困難。筋力低下、トイレで転倒。

脱水・脳虚血の診断で約1か月入院となる。

退院直後から飲酒再開(缶チューハイ4~5本/日)

ふらつき続き、本人が独居に不安を感じるようになる。

Drから断酒を勧められ、お酒を患者宅への配送を一時的に中止する。

飲酒を中止後歩行安定し、食事も安定して摂取できるようになる。

→現在は、心不全も安定し、生活の質の向上、アルコール依存から地域のボランティア参加への意志を伝えるまで改善している。

ディスカッションポイント：

- ・飲酒をすることで生活を継続することが困難になる。そのような場合にどのような介入が必要か。
- ・飲酒をしないことでの楽しみを見つけ暮らしていくためにはどのような提案ができるのか。