

令和3年度 大分市在宅医療・介護連携推進事業  
第1回 在宅医療と介護に関する研修会

# 「多職種で行う心不全ケア」 報告書

大分市連合医師会 在宅医療部  
大分市在宅医療・介護連携支援センター

2021年12月23日

## 目 次

1	開催日時	.....	P 2
2	開催方法	.....	P 2
3	内 容	.....	P 2
4	参加者数と職種	.....	P 2
5	アンケート集計結果	.....	P 3
6	グループワーク概要	.....	P 7
7	グループワーク記録	.....	P 10 ~

# 「多職種で行う心不全ケア」研修会 報告書

1 日 時 令和3年10月15日(金) 19:00~20:30  
(第1部は、11月24(水) 17:00まで視聴可能)

2 開催方法 オンライン研修 (Zoomによる研修およびYouTubeによる限定配信※第1部のみ公開)

## 3 内 容

第1部 講話1.「心不全の包括ケア」  
講話2.「地域ハートチームとして多職種に期待すること」  
講師 大分県心不全包括ケアカンファレンス 事務局長 立川 洋一 先生

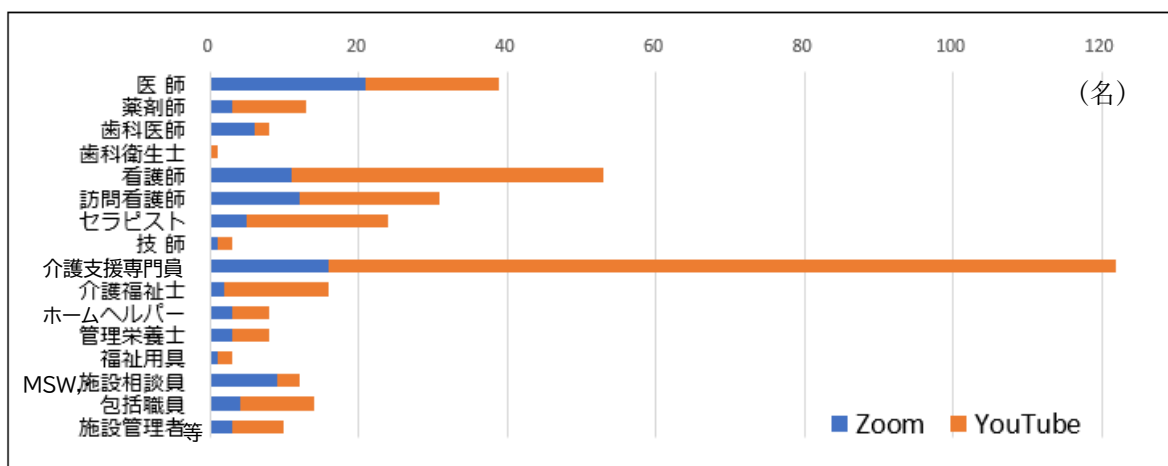
第2部 グループワーク「心疾患を抱える方の支援と、ハートノートの活用について」

## 4 参加者数と職種 ・ 計 365名

(名)

	医師	薬剤師	歯科医師	歯科衛生士	看護師	訪問看護師	セラピスト (PT・OT・ST ・柔道整復師)	技師
合計	39	13	8	1	51	31	20	3
YouTube	18	10	2	1	41	19	15	2
Zoom	21	3	6	0	10	12	5	1

	介護支援 専門員	介護福祉士 ・介護士	ホーム ヘルパー	管理栄養士	福祉用具	MSW ・相談員	包括職員	管理者 その他	合 計
合計	122	18	8	8	3	12	13	15	365
YouTube	104	16	5	5	2	3	10	12	265
Zoom	18	2	3	3	1	9	3	3	100



※ YouTube は第1部の視聴のみ

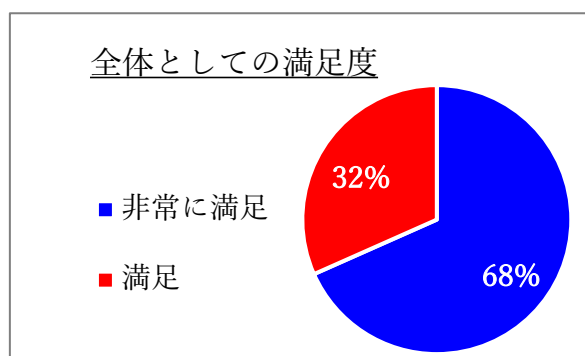
※ Zoom は第1部視聴の上、第2部に参加

## 5 アンケート集計結果 回答者79名（内訳）



問1. 本日の研修会はいかがでしたか [回答：79名/365名中]

非常に満足	54名
まあまあ満足	25名
やや不満	0
非常に不満	0



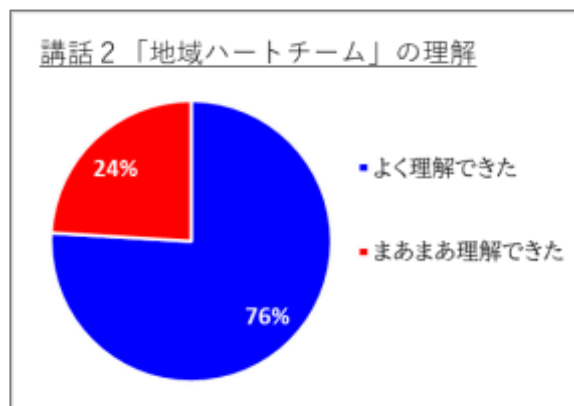
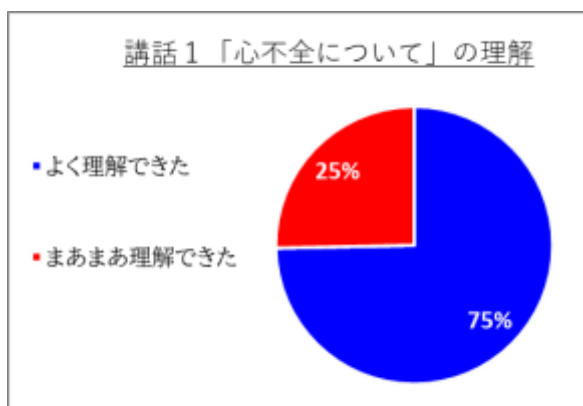
問2. 本日の講話内容はいかがでしたか

講話1「心不全について」

よく理解できた	59名
まあまあ理解できた	20名
あまり理解できなかった	0
全く理解できなかった	0

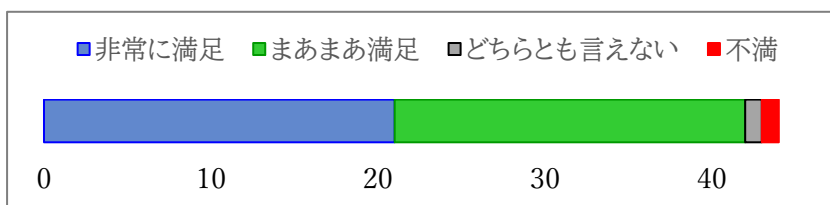
講話2「地域ハートチームについて」

よく理解できた	59名
まあまあ理解できた	20名
あまり理解できなかった	0
全く理解できなかった	0



### 問3. グループワークの満足度 [回答：44名/100名中]

非常に満足	21名
おおむね満足	21名
どちらとも言えない	1名
不満	1名



#### ※ グループワークへの意見、感想

##### 【非常に満足】

- ・私自身が薬局薬剤師で心不全の患者さんを在宅で見えていないので、実際の在宅現場での状況を知ることができて、興味津々で聞くことができました。[薬剤師]
- ・色々な面からの意見を聞くことができ、とても参考・勉強になりました。[ホームヘルパー]
- ・先生方の熱意が伝わりました。ファシリテーターの先生のとめ方も大変上手で感動しました。時間いっばいに全員の意見のとめ方は素晴らしいと思いました。「ハートノート」については、大変興味を持つことができました。本人の病識の意識付けに活用したいと思いました。[介護支援専門員]
- ・専門の医師の方と直接お話ができたので、とても満足しました。[柔道整復師]
- ・専門家の医師をはじめさまざまな職種のかたが、患者さんの生活背景を案じて苦労していることがわかりました。そういう専門職の支えがある地域なのだということが改めて感じられ、問題は多いのかもしれませんが元気が出ました。わたしたちももっと頑張らなければと思いました。[歯科医師]

##### 【おおむね満足】

- ・介護の方々が実際にどういう風に考えているかなどがきけてよかった。実際自分でも心不全ポイントを付けている患者さんをみているが効果を非常に感じているのでぜひ広がってほしい。[医師]
- ・ハートノートの活用には、患者・家族と同等に介護職の理解が必要と感じましたが、ハードルは高そうです。[医師]
- ・多職種の方々からの活発な意見が得られた。[医師]
- ・困りごとや現状を話すことで、安心感や新しい発見ができて良かったです。[看護師]
- ・現在取り組んでいるのは、訪問による画像検査です。グループワークでは進行の先生からノートへの結果記載の提案などを頂きました。今後も勤務先とも検討していきたいと思います。[放射線技師]
- ・グループワークを多職種で行うことによって、専門的な意見やその職種ならではの悩みを聞くことができ良かった。アセスメントの幅が広がる。[介護支援専門員]
- ・進行役の先生のお気遣いがとても伝わり、丁寧なディスカッションの場をいただきました。[介護支援専門員]
- ・一人暮らしの高齢者や高齢者世帯、認知症を患っている方などの支援を、ハートノートを共通のツールとし様々な介護保険サービスを組み合わせ(訪問診療、訪問薬剤師、訪問栄養、訪問看護、訪問介護、通所系サービス等)連携しながら活用できたらと思います。実際にケアプランに挙げて実行しましたが、本人家族の意識付けが難しく、なかなかうまくいかないのが創意工夫をしていきたいと思っています。[介護支援専門員]
- ・本人・家族が病識や管理についての理解が難しい方が多いと感じている。今回の参加者は医療職が多く、今後の課題であると感じました。[介護支援専門員]
- ・ファシリテーターの先生に円滑に率いて頂き、それぞれの職種の立ち位置で、困っていること・指導して頂きたいこと・ハートノートについてなど、意見や思いを比較的スムーズに交換できる場をつくって頂き感謝でした。[介護支援専門員]

##### 【どちらとも言えない】

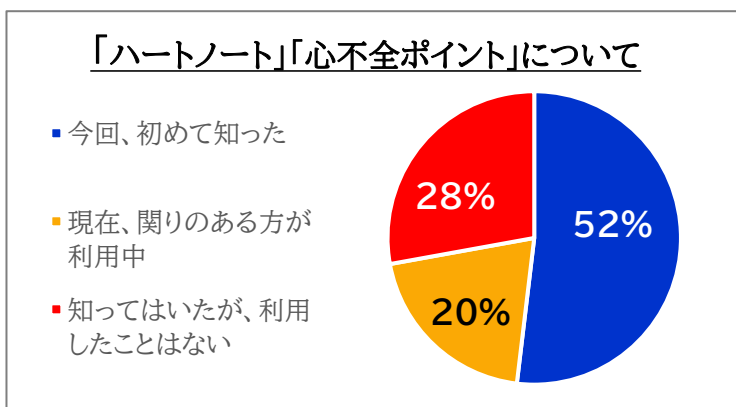
- ・専門的な話をきくことができたが、理解できない部分もあった。[介護士]

##### 【不満】

- ・訊いたことに対する答えを得られなかった。[介護支援専門員]

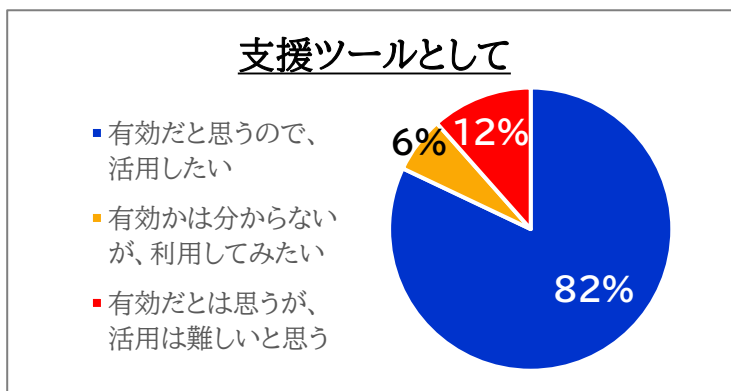
問4-1. 「ハートノート」「心不全ポイント」について [回答：79名/365名中]

今回初めて知った	41名
関りのある方が現在利用中	16名
知ってはいたが利用したことはない	22名



問4-2. 上記の、患者支援ツールとしての利用について

有効だと思うので活用したい	64名
有効かは分からないが利用してみたい	5名
有効だとは思いますが活用は難しいと思う	9名



※ 問4-2の答えを選択した理由

【有効だと思うので、活用したい】

- ・ 共通の言語により、判断ポイント、対応がわかりやすく、誰にでも画一的な対応が取れるため。自分で管理をする事で、病気に対する理解と治療に対する意欲が向上する。[医師]
- ・ 簡便で、誰にでもわかりやすい。[医師]
- ・ 専門診療科ではないが、理解しやすく客観的な評価が容易であるから。[医師]
- ・ 簡便で、様々な業種にもわかりやすいから。[歯科医師]
- ・ 心不全の病態等についての理解を深め、患者教育に利用するため。[歯科医師]
- ・ 一歩前進するためには、良いものは使わないといけないと感じます。[薬剤師]
- ・ 外来処方箋を受付た時に、薬の効果や副作用だけでなく、心不全ポイントにも注意して対応すれば、患者に適切なアドバイスができる気がするので、活用したいです。[薬剤師]
- ・ 本人、家族の意識付けになり早期発見早期治療が実現できる。客観的でわかりやすい。介護現場ではチームとして共通認識となり、対応が明確化できる。[介護支援専門員]
- ・ 患者・利用者への理解が難しくても、多職種連携のツールとなるので非常に有効だと思います。[介護支援専門員]
- ・ 高齢者が自己管理ノートを書くのはハードルが高いイメージだったが、週1回でも利用してもらおうと思います。[介護支援専門員]
- ・ ハートノートをケアマネにも配布して欲しい。また、利用者さんの分も必要時にもらえる様にして欲しい。[介護支援専門員]
- ・ 自己管理をするうえで、高齢者の方でも項目がわかり易いと思う。[介護支援専門員]
- ・ 専門的な知識のない職種でなくても活用しやすいと思いました。[介護支援専門員]
- ・ 利用者の心不全の増悪を防ぎ、在宅生活を継続できると思った。[介護支援専門員]
- ・ 本人の記入が困難でも介護者が簡単に観察し記入できそうでした。[介護支援専門員]
- ・ 患者が自ら自己管理用紙に記入する事で改めて気づきがあると思われそうですし、支援する側も、すぐに患者の病状について把握しやすく、情報共有にも良いと思いました。[介護支援専門員]

- ・点数で評価できるからです。[介護支援専門員]
- ・分かりやすい内容で点数化されており、活用しやすいと感じました。[介護支援専門員]
- ・活用している利用者の様子が共有出来るから。[介護支援専門員]
- ・担当利用者で心不全の既往がある方がよくいるが、きちんと病状把握できていない方が多いため、病状悪化予防に役立つと感じました。[介護支援専門員]
- ・詳細な状態を伝えなくても、ポイント数で医療職とのコミュニケーションが取れることや、家族でも受診の必要性について判断ができる。[介護支援専門員]

### 【有効かは分からないが、利用してみたい】

- ・心不全ポイントがどの医療機関でも共有されているのであれば良いツールになると思います。[介護支援専門員]

### 【有効だとは思いますが、活用は難しいと思う】

- ・介護職への周知が困難。地域の循環器専門医による学習の機会が今後も必要。[医師]
- ・医師との連携や患者への説明・理解がなかなか難しいかもしれません。[薬剤師]
- ・自己管理ができる間はとも有効だと思うが、認知力が低下して自分で記録することができなくなった時にスムーズに他者記録に移行できるよう体重や脈拍以外にも具体的数値を示してほしい(呼吸数や、息苦しさの継続時間等)。  
日替わりで介護に入るホームヘルパーが、経時的変化を判断するのは難しいと思うので。[施設看護師]
- ・同じ時間帯での測定になりますが、介護士は人数も多く一定の認識で同じ評価ができるか等あり、すぐには活用は難しいと思いました。[介護福祉士]
- ・在宅の独居の方に毎日支援に入るのは難しいと感じる。[介護支援専門員]
- ・再入院を防ぐためには有効だと思うが、利用者・家族への説明・同意が難しい。[介護支援専門員]
- ・ご本人の理解力と体力的な部分から支援者が記入する事になるのではないかと？  
(外来や入院時の指導だけで、自己管理の獲得が可能なのか?)  
訪問看護の利用を拒否される方に負担を感じており、増悪時に、毎日訪問してまでスケールをとれない。  
[介護支援専門員]

## 問5. 今後開催する研修会について、「参加したい」と思われるテーマ

- |           |                      |          |
|-----------|----------------------|----------|
| ・高齢者に多い疾患 | ・脊柱管狭窄症や膝関節症の治療やりハビリ | ・病気の初期症状 |
| ・慢性腎臓病    | ・消化器病                | ・精神疾患    |
| ・地域医療構想   | ・多職種連携               | ・在宅医療    |
|           | ・介護予防                | ・ACP     |

## 問6. その他の意見・感想 ※ 抜粋

- ・WEBカンファレンスというツールを使うことにより、このコロナ禍でこれだけ多数の意見が伺える機会が実現したことを心より感謝いたします。[医師]
- ・認知症患者の治療にあたって、本人の自己決定権の尊重と心不全治療での諸々の制限(塩分・水分)をどう実践の場で折り合いをつけていくのか、なかなか難しいです。[医師]
- ・今回のハートノートを自分に落とし込んで、指導に役立てたいと思います。[看護師]
- ・今日はとても参考になることがたくさんあり、参加して良かったです。今後、担当者会議などで心不全自己管理用紙を広めていきたいと思いました。[介護支援専門員]
- ・ハートノート活用は非常に有効だと思うが、それを利用者や家族が記入できるかどうかの評価や、それをどうするかということも退院する前に確認できるようにする必要があり、この認識を医療、介護お互いの職種が共通認識しておくことが今後の課題になるかと思いました。[介護支援専門員]
- ・今年2月に行われた研修にも参加していたので復習となり、さらに理解が深まった。  
心不全患者の担当になった時には、本日の講義の視点を忘れず、心不全ポイントや医療との連携を念頭にマネジメントして行きたい。[介護支援専門員]
- ・心不全は予防の仕様が、起こった時は仕方がないと思っていたが、前兆を察知する事ができれば、早めの受診(再入院の予防)ができることがわかりました。気をつけて観察します。[介護支援専門員]
- ・今回、ハートノートの活用、利用者の自己意識がいかに重要なのか、多職種に繋げて行く為の重要な情報元だと思いました。多職種のご意見をお聞きすることができ勉強になりました。[ホームヘルパー]

## 6 グループワーク [議事録：10グループ + 記録：1グループ]

**テーマ 1**： 現在支援を行っている心疾患を抱える方についての困りごと

**テーマ 2**： 心疾患を抱える方の再入院を防ぐための支援を行う中で、「ハートノート」や自己管理用紙「心不全ポイント」をどのように活用したら良いと思いますか？

### ※ 参加者の職種名表記について

- ・「介護支援専門員」「主任介護支援専門員」については、視覚的に分かりやすくするため「ケアマネ」と表記
- ・ 居宅介護支援事業所に在籍する介護支援専門員は、「居宅ケアマネ」と表記
- ・ 地域包括支援センターに在籍する主任介護支援専門員および社会福祉士は、「包括職員」に統一
- ・ 訪問介護員（ホームヘルパー）は、「ヘルパー」と表記
- ・ 通所介護（デイサービス）は、「デイ」と表記
- ・ 病院の地域連携室に在籍する社会福祉士については、「MSW」※医療ソーシャルワーカー と表記

### ファシリテーター医師

- |                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| 1. 有川 雅也 先生 (大分医療センター) | 7. 藤本 書生 先生 (別府医療センター)         |
| 2. 小野 隆宏 先生 (ハートクリニック) | 8. 財前 博文 先生 (大分県厚生連 鶴見病院)      |
| 3. 木下 昭生 先生 (明野中央病院)   | 9. 舩友 一洋 先生 (臼杵市医師会立 コスモス病院)   |
| 4. 立川 洋一 先生 (大東よつば病院)  | 10. 竹下 泰 先生 (津久見市医師会立 津久見中央病院) |
| 5. 村松 浩平 先生 (大分県立病院)   | 11. 宮本 宜秀 先生 (大分三愛メディカルセンター)   |
| 6. 室園 祐吉 先生 (大分赤十字病院)  |                                |

### 1グループ

医師	2名
歯科医師	1名
看護師	1名
訪問看護師	1名
居宅ケアマネ	1名
ヘルパー管理者	2名
計	8名

### 2グループ

医師	1名
歯科医師	1名
訪問 作業療法士	1名
居宅ケアマネ	1名
デイ管理者	1名
デイ看護師	1名
管理栄養士	1名
福祉用具専門員	1名
MSW	1名
計	9名

### 3グループ

医師	1名
歯科医師	1名
看護師	1名
訪問看護師	2名
デイ相談員	1名
管理栄養士	1名
計	7名

### 4グループ

医師	2名
歯科医師	1名
薬剤師	1名
訪問看護師	1名
施設看護師	1名
居宅ケアマネ	1名
包括職員	1名
計	8名

### 5グループ

医師	2名
歯科医師	1名
訪問看護師	1名
居宅ケアマネ	1名
ヘルパー	1名
包括職員	1名
計	7名

### 6グループ

医師	1名
歯科医師	1名
看護師	1名
訪問看護師	1名
居宅ケアマネ	1名
ヘルパー	1名
MSW	1名
計	7名

### 7グループ

医師	1名
薬剤師	1名
訪問看護師	1名
居宅ケアマネ	3名
居宅ケアマネ	1名
ヘルパー協会	1名
包括職員	1名
計	9名

### 8グループ

医師	2名
薬剤師	1名
訪問看護師	1名
デイ看護師	1名
放射線技師	1名
居宅ケアマネ	1名
介護士	1名
計	8名

### 9グループ

医師	2名
訪問看護師	2名
デイ看護師	1名
デイ理学療法士	2名
デイ相談員	1名
居宅ケアマネ	1名
包括職員	1名
計	10名

### 10グループ

医師	2名
看護師	1名
居宅ケアマネ	5名
介護福祉士	1名
MSW	1名
計	10名

### 11グループ

医師	4名
看護師	3名
理学療法士	3名
訪問看護師	1名
居宅ケアマネ	1名
管理栄養士	1名
MSW	4名
計	17名

計 100名



## 6-1 心不全患者を支援する上での困りごと ※ 職種別・参加人数順。[ ]内はグループ番号

### 【 医師 】

- ・ 認知症を患う高齢者夫婦で服薬等の自己管理が難しい状態だが、訪問系のサービスの介入を拒む。[1]
- ・ 施設で提供される食事の、塩分量(配食サービスの利用なので、減塩メニューが無い)。[5]
- ・ 自宅で摂取する水分量に“見えない化”が起こり、管理ができない。[5]
- ・ 循環器科に加えて他科受診も有り、ポリファーマシー問題が起きている。薬の引き算は難しい。[5]
- ・ 在宅診療を行っているが、心不全は重症者が多く、自分の症状を的確に訴えられない患者も多い。検査を行おうにも寝たきりの方は体重測定すら難しい。在宅でキッチリと診ていくにはどうしたら良いか? [7]
- ・ 他の専門職と生活指導などの状況を共有したいが、なかなか全体に伝わらず、困ることが多い。[8]

### 【 居宅ケアマネ 】

- ・ 退院後、患者家族の危機感が薄れていくように感じる。心不全を軽視している。[1]
- ・ 自己管理の必要性・重要性に気づき理解してもらうためのアプローチがとても難しい。[2][7][10]
- ・ 食生活や飲酒等、長い生活歴で築いてきた習慣を変えることは、とても難しい。[4][5]
- ・ 入浴の可否やリハビリの負荷等、デイ等のサービス提供者の判断に委ねざるを得ない場合がある。[5]
- ・ 家族が延命のための胃瘻を希望しているが、心臓に対する負荷については説明しても鑑みない。[6]
- ・ 食事を減らしても体重が減らない。両足には浮腫がある。適正体重への近づけ方がわからない。[9][10]
- ・ 主治医から無理な運動を控えるよう指示されたが、生活不活発病に陥ることを懸念している。[10]
- ・ 精神疾患を抱える、動悸・息切れを感じている利用者が、受診や介護サービスを拒否している。[10]

### 【 訪問看護師 】

- ・ 活動的だが認知症を患っている患者が、事実に基づかないテキトーな数値を記録してしまう。[1]
- ・ 独居や高齢者世帯などは、自力では記入が難しい。[2][9]
- ・ 水分や塩分の制限が行えない。服薬も自己判断で、増悪してしまうケースがある。[2][4][7][8][9]
- ・ 混合した疾患(高血圧、腎不全、脳梗塞、認知症…)を抱える心不全患者の、水分の制限が非常に困る。[5]
- ・ 心不全は痛い・苦しいの症状が無いので、自己判断で服薬を中止してしまう。[6]
- ・ 医師とコンタクトを計る時や受診を促す際のタイミング。[7]
- ・ 介護職の協力を期待したいところだが、サービスが入るのは週に一回。[8]
- ・ ヘルパーの介入が難しい世帯。退院したばかりで以前どおりの家事をこなそうとするため、過負荷になる。[9]

### 【 看護師 】

- ・ 独居や高齢者世帯で、退院後自宅でちゃんと塩分制限等の管理がされているかが分からない。[1][6]
- ・ 入院中は栄養管理などをいっぱいにつめこんで指導を行うが、生活背景や退院後の家族での管理など、病院からはなかなか見え辛く、自己管理方法が理解でき、実践できているのかの把握ができない。[3][11]
- ・ 患者が高齢になるにつれ、自分の症状をうまく伝えられない方が増えてきたと感じる。[6]
- ・ デイなので、利用者に重度の方が居らず退院カンファにも呼ばれないため、情報が入ってこない。[8]
- ・ 退院後の水分量が守れない。配食サービスを利用しているので塩分制限も行えない。[9]
- ・ 自己管理不足で再入院してくる患者が非常に多い。[10]
- ・ 病棟と外来での連携が難しい。(ハートノート指導者の共有など) [11]
- ・ 受診日が決まっていると、体調が悪くてもその日まで受診を我慢する方が多い。[11]

### 【 MSW・施設相談員 】

- ・ どのような基準で、どのような方法で他職種へ報告するかが、今の課題。[3]
- ・ 高齢者は病院での指導をちゃんと紙に書いて退院してくるが、正しく理解できていない。[3]
- ・ 本人が漠然とした不調を家族に訴えるが、家族も受診のタイミングが分からず様子見してしまう。[6]
- ・ 要支援2の比較的元気な方。病識がなく服薬や受診を怠ったため、入院してしまった。[9]
- ・ 入退院を繰り返していると、在宅支援のスタッフや施設の受入れが難しくなってくる。[11]

### 【 その他職種 】

- ・ 心疾患を抱える方の多くは高齢者世帯で、自覚症状の記録が難しい。通所系サービスだけの利用者だと、自宅での様子が見え辛く増悪するケースが多い。[2:デイ管理者]
- ・ 訪問した先での処置に非常に困る。主治医や服薬状況が分からない/かかりつけの内科医に連絡が取れても、抗生物質の事前投与の是非や処置が可能なかどうかについて、明確な答えをもらえない。また、口腔ケアの大切さについて、歯科からのアナウンス不足を感じている。[4:歯科医師]
- ・ 病識が欠如しており、悪気なく習慣的に高塩分の食事を摂っている。[2:管理栄養士][9:包括職員]
- ・ チームとして情報共有するための(同じ)ツールが無い。[2:福祉用具専門員][1:居宅ケアマネ]

## 6-2 「心不全ポイント」の普及方法や、活用案 ※ 職種別・参加人数順。[ ]内はグループ番号

### 【 医 師 】

- ・ 自分でできないのであれば、デイに行った時や訪問看護が来た時に、専門職にチェックしてもらう。[1]
- ・ 在宅医との連携ツールとして。もしもの時は在宅医が状況を把握して病院につなげる。[7]
- ・ 心不全ポイントを導入できているクリニックや介護事業所を、マッピングしておく。[8]
- ・ 心不全ポイントをつけるのが大前提だが、メモとして他職種にもその他の情報を残してもらう。[8]
- ・ 退院前カンファレンスで家族や専門職が集まった時に、ハートノートのことを共有する。ここに集まる専門職は、一定の指示を出していく立場の人なので。[8]
- ・ たとえ週3回でも1ヵ月～3ヵ月と続けていくと増悪のポイントが見えてくるので、それを患者本人に理解してもらう。ノートを、何をしてこうなったかを掘り下げるための材料にする。[9]
- ・ 病診連携を受け入れてくれる開業医に、理解と協力を求める。[10]

### 【 居宅ケアマネ 】

- ・ 自己管理を促すための動機づけとして活用する。[2]
- ・ 訪問系・通所系・施設等関係する職種皆が使えるように、皆で取り組むのが大前提。[4]
- ・ たまに帰省する家族にもアプローチを行う。インフォーマルな支援体制の強化。[8]
- ・ 主治医が率先して、ノート導入の指示を出す。[8]
- ・ 本人・家族了承のもと、ノートの置き場所を分かりやすい場所に定めておき、関わる全員で、状態の把握や情報共有を行う。[9]
- ・ 受診の際には、お薬手帳と一緒にノートを持参する習慣づけをする。[9]
- ・ 3点～4点と受診を迷った時に相談できる／判断を仰げる医療機関を知っておく。[9]
- ・ 訪問系サービスの担当者が記録の補助を行い、その記録を居宅へ提出する。居宅ケアマネはそこから得た情報を、次月のケアプラン(支援内容)に活かす。[10]

### 【 訪問看護師 】

- ・ 通所系やヘルパーにも浸透させ、皆で利用していければ良いのではないかと。[1]
- ・ 自力で記入できないのなら、ヘルパーや家族にも見てもらう等連携を図って記録をとる。[2][3]
- ・ 家族の理解を得て、点数を元にしたアドバイスを行う。[4]
- ・ ノートを退院時に患者へ説明して渡してもらう。また、病棟から発信してもらえると広がり易いと思う。[4]
- ・ 介護保険サービスを入れる場合は、ケア会議等に参加している各専門職で共有する。[5]
- ・ 入院時に主治医から患者に丁寧に説明してもらった上でノートの記録についても指導を行う。ケアマネ等とも連携をし、きちんと自己管理ができるように仕向ける。[6]
- ・ 医師とコンタクトを図るタイミングの判断や、家族に受診を促す際の説明材料として利用する。[7]
- ・ 最初のカルテ作成時から、心不全ポイントの情報を盛り込んでおく。[7]
- ・ まず自分でつけてみる。その上で、「共通言語」として皆に広まっていくと良いと思う。[9]

### 【 看護師 】

- ・ 入院してきた時点で、支援者の有無を確認する。居れば退院時カンファに、支援者も参加してもらう。[3]
- ・ 体重増加だけで3点なので、体重だけでも毎日計ってもらい、怪しいと感じた時には連絡をもらう。[3]
- ・ 施設・通所系・家族等 関わる全員に、ノートを使用して体調管理を行っていることが伝わるよう、努める。可能であれば勉強会の開催も率先して行う。[6]
- ・ 診療情報提供書に「ノートを導入したこと・患者に心不全ポイントの指導をしたこと・水分量・受診推奨体重」などを申し添えて、渡している。[10]

### 【 その他職種 】

- ・ このノートを使って、利用者に関わる事業所・関係者全てがしっかりと連携を取り、どこに目を向けて支援すれば良いか等 活用方法を共有していく。[2:デイ管理者]
- ・ 本格介入は難しいが、ノートを使って何かしらの提案はできるかも知れない。[1, 3, 4:歯科医師]
- ・ 本人が入院中に自己管理の方法を学び、記録できる状態になった上で退院する。[2:福祉用具専門員]
- ・ 支援者が「他己管理ノート」として利用し、自覚症状を確認できなくても、ポイントを判断基準にして躊躇せず受診を促す。[4:介護福祉士][4:包括職員]
- ・ 指導があれば「見るべきポイント」が分かると思う。点数を元に訪問看護と連携を取る。[5:ヘルパー]
- ・ 主治医や訪問看護から、心不全ポイントの導入について声掛けと指導をして欲しい。[7:ヘルパー]
- ・ 記録は施設看護師が行い、介護士は記録を参照して状態の把握を行う。[10:介護士]
- ・ 外来でのノートの導入。家族(受診同行者)への説明。[11]

## 7 グループワーク 記録

グループ	1 :	P 11~
グループ	2 :	P 13~
グループ	3 :	P 15~
グループ	4 :	P 18~
グループ	5 :	P 21~
グループ	6 :	P 24~
グループ	7 :	P 26~
グループ	8 :	P 30~
グループ	9 :	P 34~
グループ	10 :	P 38~
グループ	11 :	P 41

## 1 グループ

### ファシリテーター医師

【テーマ1】心疾患を抱える患者・利用者の支援のことで困っていることがあれば伺いたい。

### 居宅ケアマネ

心不全で入院した患者の退院前カンファレンスに参加している。最近はず、適切な体重や水分制限について確認を行いながら退院支援を行っている。悩んでいるのは、退院後、家族の危機感が薄れていくような印象があること。心不全ポイントでは“体重が3kg増えたら受診”とあるが、たとえば2kg増加した場合、こちらが受診しなくてもよいのかを尋ねても、本人のADLは変わらないので、家族は「受診しなくてもまだ大丈夫やろ」と楽観視する傾向にある。家族に対しての定期的なアプローチについて、退院後の訪問系サービスの専門職との関わりがすごく重要であると痛感している。訪問を望まない家族の場合は、看護師の在籍する通所系サービスもあるので、そこで関りを持つてのではないかと考えている。

### ファシリテーター医師

確かに難しい問題かと思う。入院してきつい時は患者も家族も「これからどうなるんだろう」と不安を抱えているが、少し元気になると、喉元過ぎれば・・・という感じになる。このことに対して何か意見があれば伺いたい。

### 訪問看護師

介入前には、「訪問看護でどういったことができるか」ということを患者や家族にプレゼンしに伺うことが多い。病状や、「まだまだ自分たちでやれる」というところで介入に至らないケースが多いことは日々実感している。通所系にも心不全ポイント、ハートノートが浸透して利用していければ良いのではないかと考えている。

### ファシリテーター医師

入院施設の側から言うと、入院当初はシビアな、「どうなるか分かりませんよ」といった病状説明を行うが、「心不全が治らない病気である」といった十分な説明が、退院時に行えていない。患者・家族も含め、しっかりと話していく必要性を感じている。

### 居宅ケアマネ

医師に伺いたいが、自宅やデイサービスで体重測定を行う中で、測定する体重計が違っていると値が違ってくるが、気にする必要はないのか？

### ファシリテーター医師

自宅と施設で比較することは難しいと思うので、どちらかの測定でみていくしかないのかな、と思う。

### 訪問看護師

信ぴょう性のあるデータがより欲しいところだと思うが、同じ条件で測定した方が良いということか？

### ファシリテーター医師

ある一定の条件で、各人が測定し易い方法で行えば良いと思う。

### 医師

体重は、施設入所者であっても一日の間に1kgの増減はあつたりする。施設から報告は入るが、「もう一日様子を見て、さらに増えてくるようだったら受診してほしい」と伝え、少し余裕をもってみている。やはり計り方・時刻・服装など色々な要素で違ってくるので、そこは大きく気にする必要はないと思う。どんどん増加している場合は、増悪していると考えなければならぬと思う。

### ファシリテーター医師

ある程度、流れでみていくのが良いと思う、心不全は一度悪くなるとどんどん悪化するので。

### 訪問看護師

もう一人、困っている例があるので意見を伺いたい。活動的な心不全患者。自身で体重測定を行ったりハートノートの記録を取ったりしているが、認知症の症状がひどく、測定も記録もよく忘れる。受診時に持参する必要があることは理解しており、体裁を取り繕うために、受診直前にテキトーな記入をしまっている様子。実際の身体状況と記録に違いがあることは見てとれるので、結局このハートノートでは健康状態は把握できないと考えている。診察する医師から見て、「訪看が訪問する日/週に一回でも測定していれば」というような目安があれば教えてほしい。

### 医師

今診ている患者は、ともに認知症の高齢者夫婦。服薬状況も分からない、なかなか受診に来ないと思っていたら、すごく腫れあがった状態で来院する。この方には第三者の目が必要だと思い、訪問系のサービスを入れようとしたら、すごく拒否をされた。そこで通所系のサービスを勧めたが、それはそれで嫌がる。こういう患者は多い。この方については、受診スパンを“2週間に1回”にするなど短くして、その日になったら「今日来ませんか」といった電話を入れて受診を促している。

誰かが客観的に見ることができ、第三者の目が入るような状況に持っていくのがベストだとは思う。

## 訪問看護師

先の例では訪問に伺えているので、週一回でも、私たちの確実なチェックで補えると分かり安堵した。

## ファシリテーター医師

### 【テーマ2】

心疾患を抱える方の再入院を防ぐために支援を行うなかで、ハートノートや心不全ポイント・自己管理シートを、どのように活用したら良いか、意見を頂きたい。補足をすると、心不全の一番の増悪の原因は、再入院を繰り返すこと。再入院の一番の問題点は、セルフマネジメントがうまくできないことだと言われているので、今回、ハートノートや心不全ポイントを導入したという経緯がある。

## 医師

このハートノートや心不全ポイントはとても素晴らしいと思う。この記録が取れる方は再入院しないと思う。結局、自分でつけられない、適当にやってしまう方、それすらできずに記録もつけない方は再入院してしまうと思うので、ここは最終的には皆さん各専門職の力を借りるしかないと思う。自分でできないのであれば、デイに行った時や訪問看護が入った時などに専門職にチェックして頂くというような形が、今後は、高齢化社会での望ましい活用の仕方なのかと思う。

## ファシリテーター医師

たしかに自分でしっかりと記録をつけられるような方は悪くならないし、つけられない方が悪くなる。他に、ご意見やアイデアがあれば伺いたい。

## 看護師

今入院されている方は高齢の独居の方や高齢者夫婦が多いので、ポイントの指導を行うにしても本人だけではなくて家族や、利用している訪問系・通所系事業所にサマリーなどでお伝えはしているところだが、実際自宅でどのようにチェックされているかは把握できていない。

今日の皆さんの話で、週一回でもチェックできていれば、重症化せずある程度のところで、可能であれば受診することができると感じたので、もっと、地域の各事業所・専門職の方たちとも、こういったツールについて情報を共有していきたいと思った。

## ヘルパー サービス提供責任者

今回、ハートノートについては初めて知った。利用者の中には心不全を抱える方もいらっしゃるもので、このノートを活用して、今後色々な職種の方と連携が取れていけたら良いなと思っている。

## 歯科医師

話しを伺いながら、歯科的にどのように介入していけば良いか考えていた。ドクターのような本格的な介入は難しいが、高齢者の変化に気付ける一つの機関として歯科も参加できれば、何かしら提案できることも出てくるのではないかと思った。

## 訪問看護師

在宅を支えていく身として、これから少子化／多死化社会に突入するので、本人を支えていく、家族に変わる人たちも不足していくのかなと感じている。訪問看護も大規模化を進め増員の活動を行っているが追い付いていない。そこで、ハートノートをヘルパーさん等が記入できるようになれば、とても心強いし、チェックする頻度があがるとノートの精度も上がるのかな、と思う。ぜひ、このノートの記録方法について講習会を企画してもらえればと思う。

## 居宅ケアマネ

悩みにもつながるかも知れないが、実際に介護認定を受けて介護保険サービスを利用している方がおり、ヘルパーの方に血圧測定を毎回お願いしたりしている。ただ、デイとヘルパーを併用していてその母体の事業所が違う場合、記録を行う媒体も別々になってしまう。できれば、一つの用紙があれば良いなというのは常々思っていた。サービス担当者会議を開催した時には、今回のハートノートや心不全ポイントのような共通の用紙を使ってみませんか、と提案してみたい。そういった認識を在宅支援の各専門職で共有できると良いと思った。

## ファシリテーター医師

ハートノートや心不全ポイントは、各専門職みんなの「共通言語」として、今回導入された。皆さんで使って頂ければ、より良いと思う。このツールはこれからだと思うので、試行錯誤をしながら、今回のような場で意見を出しあいながら心不全患者を皆でみていけるように、再入院を防げるようになっていければと思っている。

## 2グループ

### ファシリテーター医師

【テーマ1】 心疾患を抱える患者・利用者の支援のことで困っていることがあれば伺いたい。

### デイ管理者

心疾患を抱える利用者の多くが独居や高齢者夫婦の世帯である。認知症症状のある方も多く、「心不全ポイント」の自覚症状の記録が難しい。逆に記録することに囚われてしまう方は、翌日の分まで予測で記入してしまい、体重など実測値と違っていたりする。訪問系のサービスを利用される方は、複数の事業所で「点」でサポートが行えていると思うが、デイサービスのみを利用している場合は、自宅での様子が見え辛く、病状が悪化するケースが多い。

### デイ看護師

動作時の息切れについて、本人は自覚していないが他者から見ると変化が感じられる、という事がある。自覚と他覚に差がある場合は、ポイントを使つての評価は難しい。

### 居宅ケアマネ

ケアマネの役割としての悩み。本人の認知力の低下や家族の力・能力が追い付かない場合、自己管理の必要性・重要性に気づき理解してもらうためのアプローチがとても難しく、悩んでいる。

### 福祉用具専門員 (PT)

心臓の負担を減らすために歩行補助具を勧めても、「なぜ補助具を利用しているのか？」と思う“周囲の目”を気にする利用者もいる。「したくない」と思われる方（の心理）の知識も必要と感じている。

### ファシリテーター医師

リハビリや福祉用具の必要性に対する認識が欠如しているケースもあるということをお話し頂いた。

### 管理栄養士

病識の欠如や、高齢により理解力が低下しているなど感じる。また本人とその家族が、悪気無く習慣的に高塩分の食事を摂っている。色々な人の理解や協力が必要であると感じている。

### MSW

退院支援が主な業務となるが、理解力が低下し不安がある中で、施設入所する方に対しての施設からのアプローチについて、看護師の配置人数や特性などに差があるので、病院としてどう対応して良いのか悩んでいる。

### ファシリテーター医師

今の話に対する付足や他職種への質問、多職種連携に関する事など、発言はあるか？

### 訪問 作業療法士

リハビリを行う中で緊急で主治医に連絡した方が良いのはどういったケースがあるか？また、何を基準に運動の負荷を決めればよいのか？医師に意見を伺いたい。

### ファシリテーター医師

医師に連絡する緊急度の目安は、「心不全ポイント」を活用されたい。「心不全ポイント」は、家族も含め職種を超えた“共通言語”となるもの。今起きている症状や状態が心不全によるものかアセスメントを行う必要はなく、合計4点が連絡の目安となる。5点を超えたらすぐに連絡して欲しい。たとえばバイタルサインがO.Kでも、安静時の息切れがみられれば5点となるので、即連絡。

リハビリ中などの動作時に息切れが見られた場合には、事後の報告が必要となる。

こちらから、栄養士に伺いたい。認知機能や理解力の低下した心不全患者やその家族に対して、どのように塩分制限等の指導を行っているか？それを受けて他職種はどのように対応していけば良いか？

### 管理栄養士

居宅療養管理指導として栄養指導を行っているが、在宅における介入の利点として、継続して関わることで、段階的な指導を行えることが挙げられる。一度に高い目標を掲げて指導しても、理解力が追い付かないし長く続けてきた食習慣を変えることは難しいので、段階的に、少しずつ導いていくといったことを行っている。本人に病識があるのか？改善したい・悪化させたくないという気持ちがあるのか？その辺りの意識をみながら、一人一人個別に対応している。

### ファシリテーター医師

認知症高齢者への指導は、皆さん苦勞されていると思う。その方の生き方や考え方、人生観にも寄り添う必要があるので、一概に厳しく制限すれば良いというものでもないと思っている。



**【テーマ2】** 「心不全ポイント 自己管理シート」の、地域連携・他職種連携、在宅においての活用について意見を頂きたい。

#### 訪問 作業療法士

点数を見て医師へ連絡するタイミングが分かるので、とても良いと思う。利用者はもちろん、利用者が記録できない時は自分たちの訪問時や、家族、ヘルパーなどにも見ていただくなど連携を図りながら記録を取っていくことで、増悪や再入院の防止につながられればと思っている。

#### ファシリテーター医師

本人が記録できないことも多いと思う。誰がサポートするのか？誰が中心になって記録をサポートしていくのか？は、大変大事なポイントだと思う。

#### デイ管理者

実際今利用されている方の中で、記録が取れていない方や無自覚症状の方はたくさん居るため、生活の場で注意することの意識を高めるために、一緒にポイントの記録を付け、ご自宅でも記録できるような声掛けの支援を行っている。「心不全ポイント」を導入したことで、本人はもちろん介護職員も注意するポイント等勉強になり、どこに目を向ければ良いかが分かるようになった。

今後の課題として、利用者に関わる様々な事業所・関係者全てがしっかりと連携を取り、どこに目を向ければ良いか、その活用方法を共有していくことが大事であると感じている。

#### 居宅ケアマネ

「心不全ポイント」は今回初めて知った。大変分かり易くて良いな、というのが第一印象。思い当たる利用者に、自己管理を促すための動機付けに活用して、他の職種にも広げていきたいと思う。

#### 福祉用具専門員 (PT)

チームとして情報共有する時にまず困るのが、同じツールを持っていないこと。「心不全ポイント」は医師も含め大変分かり易い形で共有できるので大変良いと思う。これが早く広がってほしいと思っているが、できれば本人が入院中の段階で自己管理の方法を学んで、記録を付けられる状態になって退院できると、もっと活用の幅が広がると思った。

#### ファシリテーター医師

受診のための設定(推奨)体重が入院中は決まっていないため退院時にはなるが、家族も含め自己管理の指導や記録の練習は行っている。ただし在宅や外来としてスタートした場合には1回の指導で理解を得るのは難しいため、ちゃんと記録や自己管理ができていのかどうかを、他の専門職や家族に確認しながら、できていないところについては「どこの理解が落ちていたんだろう、どこをどうレクチャーすれば良いのだろう」といったことを振り返りながら、(試行錯誤を)繰り返している。

#### 管理栄養士

今日初めて目にしたが、栄養相談を受ける中では、直接的に心不全ポイントにかかるものは無い印象。本当の意味での(浮腫が始まる前の、塩分摂取過多など)早期発見を行おうと思うと、この項目だけでは難しいかと思う。

#### ファシリテーター医師

「心不全ポイント」の一番の目的は、再入院をいかに予防するかということ。入院が必要となるような心不全の症状になる前にキャッチして、入院が必要となる前に受診を促す、そして対処をし引き続き自宅で過ごせるようにするのが最大の目的。仰るとおりその前に対処できると一番良い。それぞれの職種がより早期に発見するためにどのように工夫していくかは、大切な視点だと思う。

今回の「心不全ポイント」は、早期の受診行動を促すというところが一つのポイントになるもの。

#### MSW

施設入所をしている方について、退院前にドクターも含めて退院先の施設へ伺い、ハートノート等を用いた心不全ケアについて、一人でも多くの施設職員から理解を得られるような説明を行いながら情報提供をする、通常の退院前カンファレンスよりも一歩進んだ活動を行っている。コロナ禍で気を付ける部分や施設の協力も重要にはなってくるが、ひとつずつ、一か所ずつこうした場を増やしていければと思っている。

#### ファシリテーター医師

一人の患者・利用者が、常に自宅に居るとは限らない。通所サービスを利用したり訪問サービスが来たり、ショートステイを利用したり、あるいは短期の老健入所等色々あるかと思う。その行った先で関わる各専門職が、「心不全ポイント」について理解をしておかなければならない。「これ何？知らない」で放置されてはそこで終わってしまうので、関わる多職種全員が内容を理解して積極的に取り組むことが、本人のためになると思う。

当院でも広いスペースを使って、各事業所につき1名の参加として退院前カンファレンスを行っている。二部構成にして、第1部ではどういったケアプランにするか、療養上の注意点といった一般的なカンファレンス、

第2部で「心不全ポイント」の活用方法について、一事業所につき一人は分かっていたるようにレクチャーした上で帰ってもらっている。当初は関わる事業所まで出向いてレクチャーを行っていたが、さすがにコロナ禍やマンパワー不足もあって、極力来ていただいて説明する形になった。それでもなかなかうまくつけられないケースもあるが大事なのは、「この人はうまくつけられてないな、無理なんだな」と諦めるのではなく、その重要性・必要性について、叱るのではなく、何度も具体的にポイントを押さえながら優しく指導をしていくこと。たまに“権威勾配”が起きて医療側から介護側に、間違えた事を強く責めてしまうような言い方をすることがあるがこれは良くない。その人の立場を踏まえた上で指導をさしあげることが重要かと思う。

結局この「心不全ポイント」の究極の目的は患者のQOLを高めること、そしてその人の心不全による再入院を予防し健康寿命を延伸することが目標なので、そこを各専門職が分かった上で運用していくことだと思ふ。あまりこだわり過ぎてストレスになるようだと各専門職にとっても本人にとっても良くないことだというふう思う。

### 3グループ

#### ファシリテーター医師

【テーマ1】心疾患を抱える患者・利用者の支援のことで困っていることがあれば伺いたい。

#### 歯科医師

歯科医なので直接に心疾患を抱えている方の治療は行っていないし介護とかもやっていないので、各専門職の皆さんが、歯科についてどういうことを困っているのかを逆に伺いたいと思っている。

#### 看護師

今年度から本格的に、ノートを入院中の患者さんに説明するなどの導入をやっているところだが、高齢者やセルフケア能力の低い方、自覚症状が乏しかったり理解ができていないのではないかと思われる患者が居る。家族の方に説明は行いが独居の場合、自己管理の方法を指導する難しさを感じている。生活背景や、家で実際にどう管理しているのかが病院ではなかなか見え辛い部分があり、課題と感じている。

#### 訪問看護師

実際に「心不全ポイント」を利用されている方が約20名居り、訪問時に記載の確認をしている。やはり高齢者夫婦などはなかなか記入ができず、合計点まで記入ができていない方が多い。訪問時に繰り返し説明を行い、意識付けをしているところ。一番問題のある方は、心不全のことは理解していたが水分・食事(塩分)の制限が行えず、受診推奨体重をいつもオーバーしている。利尿剤についても自己判断で行い、場合によっては処方3倍服薬することもある。毎日訪問している訳ではないので、一週間後訪問した時に(状態の変化に)驚くことがすごく多い。

#### ファシリテーター医師

デイの方は、心不全の患者さんと接する機会はあるか？

#### デイ相談員

デイは、一日置きに来たり一日の滞在時間も長いので、入浴・食事・車イスの体重など全般に関わる機会が多いが、どのような基準で、どのような方法で報告するかというのが今とても課題になっている。今まで工夫しながらノートを作ってやってきたが、今回の研修に参加して、解決の糸口が見えたと感じている。

#### 管理栄養士

急性期病院なのでたくさん心不全患者が出入りする。退院前に栄養指導を行うが、その後再入院するまでの期間がすごく短い。家に帰った後どのような食事をされているのか把握できないというところもあり、できれば入退院を繰り返すそのスパン、再入院せずに自宅で過ごせる期間が長くなればいいのと思っている。そこがどうしても退院前の指導だけでは追いつかない。そこでどうしたらいいのかということを感じている。

#### ファシリテーター医師

当然のことだが、心不全の患者は入院している期間よりも、在宅で過ごしている時間の方がずっと長い。先ほど自己管理の話が出たが、一つは薬の問題、それからやはり塩分制限や水分制限をいかにキチンと守ってもらえるかということが大切。これを在宅で実行してもらうためには、どういったことが必要と思われるか？



ひとつは看護師だけではなくて、在宅に関わるケアマネやヘルパーなど皆に心不全という病気をわかってもらい、その心不全というのが在宅での管理が非常に大事なんだということを、家族もそうだが、「介護にあたるチーム全体」にいかに分かってもらうかが大切だと思う。

例えば退院時カンファレンスなどで、チームの皆で共有できていると感じるか？

#### デイ相談員

最近コロナの関係で、カンファレンスや担当者会議への出席がとても減っている。紙面で全部やりとりを行っているため直接話しをする機会が無い。利用者は高齢者が多いので、病院で説明されたことを書いた紙を持って来られるが理解ができていないので、本人の生活環境や性格を踏まえて、ひとつひとつ紐解いて聞くようにしている。(例：みかんを食事とっていない方はみかんを食事の管理に入れていないので、そこを指導する)

#### ファシリテーター医師

例えば、家族や各専門職への理解について、意識の共有などは行っているか？

#### 看護師

入院中、一週間の間に、栄養士や理学療法士だとかの指導をいっぱい詰め込んで、最後に理解ができていないかの確認をしていくが、その場では「わかった」という返事が返ってくるものの、実際にはあまり理解ができていないというのが現状ではないかと感じている。

帰る(退院する)前に理解力を確認するための練習問題のようなものを2、3問、退院先が施設であれば施設職員が正しい採点ができるかを試しているような段階。

#### ファシリテーター医師

歯科の先生に伺いたい。高齢者の場合はオーラルフレイルが問題になってきており、栄養が十分に取れないということが結構ある。高齢者はどうしても、自分の歯が少ないとか虫歯があるとか歯肉炎があるとか色々な問題があると思うが、高齢者全体ではなかなかそういったところはうまくいっていないというのが現状か？

#### 歯科医師

8020運動は40%以上は達成されたが、75歳を超えると平均的に、自分の歯が14~15本しかない。人間の歯は普通28本なので、半分位しか無い。なかなかそれでは食べられない。ただ、入れ歯などを入れればちゃんと噛み合わせができて食べることができる。しかし介護で、利用者が「入れ歯が痛い」と言うとそれを外してしまう。「本人が痛がるのだからこれはダメな入れ歯なんだろう」と外したままにしてしまうことが多い。入れ歯を調整せずに、噛めない(入れ歯を使わない)ままに放っておくと、柔らかいものしか食べられなくなる。柔らかい食べ物は、糖質や脂質をたくさん含んでいる。それが積み重なって、糖尿病や高脂血症を引き起こす。義歯については諦めずに、調整を行って使って頂きたい。

#### ファシリテーター医師

(医療職への質問)心不全に関しての、自宅での管理が大切であるのことの大切さが、ヘルパーやケアマネといった介護職の方々、家族の理解にしてもそうだが、伝わっていると思うか？

#### 訪問看護師

個人差はあるが、入院を繰り返しているような方やその家族は意識が高いように感じるが、入退院を繰り返していない人たちは意識が低いように感じる。

#### ファシリテーター医師

今の話を総合すると、とにかく皆で、心不全を悪化させないための共通認識を持つことが大事だと思う。そのためのツールとして心不全ポイントは極めて有用であると思うが、使う上での問題もある。その一つが誰が記録するかということだと思う。

ところで栄養士の方に質問だが、患者が水分制限・塩分制限を行う上で一番分かり易いポイントは何だろうか？

#### 管理栄養士

高齢者の方に「薄味で」と言ってもなかなか響かない。高齢者は濃味の好きな方が多く、自宅に戻れば漬物など色々口にすると思う。そこで、今食べてるおかずを1割だけ減らしてもらう提案を行っている。全体量を減らすことで塩分の摂取量も少し減る。(美味しいと感じない)薄味にするのではなく、いつもの味の味噌汁も、量を半分にすれば塩分も水分も半分にもできる。冬場であれば温かい(汁)ものが多くなるので、そのあたりを軽減してもらうような提言を行っている。

## ファシリテーター医師

【テーマ2】次に、心不全ポイントをいかに上手につかっていくかというテーマに移りたい。

先ほど、心不全ポイントを記載するのは誰であるかという話をしたが、工夫されている方はいるか？

## 訪問看護師

高齢者夫婦で毎日の記載ができていない時は、訪問時とデイサービスを利用した時だけ記載をしてもらっている。

## ファシリテーター医師

結局、いかに体重増加と脈の変化に気づくかということだと思う。どちらも比較的簡単に計測が行える。心不全ポイントは、簡単に大事なポイントを押さえられるので有用だと思っているが、大切なのは、利用する人が「何が重要なのか」ということを理解していること。高齢者は記録が難しいと思われるが、自分の経験では、無理だろうと思っていたら意外にもちゃんと何ヵ月も真面目に記録を続けて、受診の際には持って来てくれる。いかに興味を持ってもらうか、心不全がどういう病気を理解してもらうことが大事かと思っている。心不全ポイントの話聞いて、難しいと感じるか？

## デイ 相談員

大変分かり易い基準だと思った。記録をして受診時に持っていけば、医師との共通認識もできると感じた。今まで書式が無く、ノートなどに文章で書いていたので、このようにポイント制にもらえるのと皆と共有がしやすいと感じた。

## ファシリテーター医師

体重測ることが大事だと色々言っても、実際に測ってもらえば本人の病識も違ってくると思うが、実際に今、心不全ポイントを用いて関わっている患者数はどれくらいいるか？

## 看護師

月に1人2人いるかないか程度。心不全ポイントを外来の時から導入した方も、入院して初めて目にする方も中にはいる。皆に同様の指導はするが、1週間で詰め込むのは難しいと判断した時は「体重増加」に重きを置く。体重増加だけで3点なので、体重だけでも毎日測ってもらって、怪しいと感じたらすぐに受診してもらうよう声掛けを行っている。

## ファシリテーター医師

残念ながら再入院される方もいると思うが、心不全ポイントを使われている方は再入院が少ないといった印象はあるか？

## 看護師

今のところ、指導した中で再入院した方は居ないので一定の効果はあるのかと思う。

## ファシリテーター医師

栄養士の方に伺いたいですが、実際に見てみて、使うのは難しいと感じるか？

## 管理栄養士

分かり易いと思う。数値化されており、病院へ行く基準があるので、共通認識のためのツールとして良いと思う。

## ファシリテーター医師

歯科医に伺いたいですが、色々な場面で誰が見ても分かるよう工夫して作っているつもりだが、ノートについて率直な意見を伺いたい。

## 歯科医師

極めて分かり易い。この点数だとどういうことをすればいいということが分かるので、患者がこのノートを自分の元に持ってくれば、点数からアドバイスをすることも可能かと思う。良い物だと思っている。

## ファシリテーター医師

実際に20例に使用されている訪問看護の方に伺いたい。上手な活用法があれば伺いたい。誰が書くのが効果的と考えるか？ある程度誰かが責任を持って記録していくのが良いと思うが。

## 訪問看護師

ヘルパーをお願いしている方もいるし、気になる方はこちらから、計っているのかの確認の電話を入れている。

## 看護師

入院して来た時に、誰か別の目で管理をしてくれる（記録を取ってくれる）人が居るのか居ないのか確認をした上で、退院が近くなってきて本人に色々な指導をする時に、必要であればその人にも同席してもらって、ハートノートや心不全ポイントのことを伝えている。

## ファシリテーター医師

何よりも重要なのは、このハートノートの存在を知ってもらうことだと思う。特に在宅で関わるケアマネやヘルパー誰でもチェックできるものだと思うので、皆が知って皆が使えるようになることが大事だと思う。

## 4 グループ

### 【テーマ1】

#### ファシリテーター医師

現在支援を行っている患者・利用者で心疾患を持っておられる方の、困りごとや質問があれば発言をいただきたい。

#### 薬剤師

患者の薬の飲み忘れが多いが、残薬が何日分あるかを正確に把握できず、患者の言う数と実際の数とが全然違うことがある。服薬ができていないから症状が緩和されないのは当然なのに、それをドクターに伝えられないままなので、薬がどんどん追加されていってしまうということがよくある。そこで実際に飲めていない量などを薬局が介入して把握できればいいが、なかなか全ての患者に対して行えない。ヘルパーの方などに、残薬を持参していただけたらすごく助かると思うことがよくある。

#### ファシリテーター医師

“ドクターにもフィードバックできずに”というのは、忙しくてその実情把握ができてないから正確な情報も伝えられないという意味だと思うが、そういう事は多々あると私も感じている。確かにヘルパー等いろんな専門職に介入してもらおうというのはとても良い案かなとは思っている。他の意見も伺いたい。

#### 包括職員

独居高齢者や高齢者のみの世帯の方が退院して在宅に戻る際に、水分摂取などの指示が出ていた際、守れているか？守ってもらえるためにどう向き合えば良いのか？ということと、アプローチ方法があれば、お知恵をいただきたい。

#### ファシリテーター医師

独居の方が増えていく中、そういう方がその病院からの指示がちゃんと守れているかどうかを把握するのは難しいし、そういう方と向き合う時にどのように介入をすればいいか？というところか。

「こんなことをやったら良かった」という経験をお持ちの方がいれば伺いたい。

#### 訪問看護師

訪問を行っている独居の方の水分摂取について。いつも使っているコップが何ccなのかを計った上で、「一日1,000cc」って決められているから、このコップで何杯にしましょう」といった確認を、本人と一緒にやっている。実際、水分摂取の管理がうまくいかず、再入院をしてしまう方は居る。独居で、自力で管理を行う方の自制というのは難しいと感じている。

#### ファシリテーター医師

いかに「自分ごととして落とし込める」ように接するかということだと思う。普段自分が使用しているコップや食器を利用するのはすごく良いアイデア。それでも制限を守るところまでは難しいということか。他に、「こうしたら」という考えがあれば伺いたい。

#### 包括職員

私の場合は500ccのペットボトルを用いた。2本あれば1リットル(視覚的にも分かり易い)なので、「あなたが1日に飲んでいいのは、この2本だけなんだよ」とお伝え・お願いしたことがある。でも、悪化した。なぜなのか心当たりを訊いたところ、氷をなめていたことが分かった。「氷は水じゃない」と。結局、一年の間に4回、入退院を繰り返した。一番困ったのは、自分の病気を理解していただけなかったこと。「減塩の食事が必要なんですよ」と退院カンファレンスの際に何度も何度も説明するが、その場では(減塩食を)摂っても、一回とったら止めてしまう。理由を訊くと、「自分で作れる(調理ができる)から」と。「今まで自分で作ってきた(減塩できていない食事を摂った)から悪くなってきたのに、ダメじゃない」、と言っても通じない。

そうした経緯で、理解してもらうためのアプローチ方法を知りたいと思った。

#### ファシリテーター医師

確かに、長い間続けてきた食生活・食習慣とかを変えることは難しい。「なぜ、そうなのか」というところを本人に理解いただく。その「なぜ・なぜ・なぜ」の説明をいつも行うのはとても大事なことだと思っていて、私が患者とよく行う会話で、(患者に)「塩分がダメなんですよね？」と問われれば「はいそうです」と答える。「では、なぜ塩分摂ったらダメなんですか？」「塩分を摂ったらどうなりますか？」ということをして、患者自身の口から言うようにする。そうすると、「自分の口で言うことによって認識される」というようなことが起こるので、そうしたことも1つの方法かなとは思っている。逆に、やってほしいことを自分に言うような接し方もいいかなと思ったりもする。

#### 居宅ケアマネ

話を聞いていて、利用者の生活習慣を変えることがすごく難しいと感じた。今までの長い生活歴の中で、普通に食べていたものが「悪い」ものになり、好きだった嗜好品・お酒を控えなければならなくなった場合、

「そんな我慢をしてまで生き長らえたくない」と言う。それがなぜ悪いかを説明すればするほど、堂々巡りというか空回りしてしまうというか、「そんなうるさいことを言われたくない。我慢に我慢を重ねて、そこまでして生き長らえて何の意味があるのか」と言われ言葉に詰まってしまった。説明する力というか、ふがいなさを感じた。今日研修に参加した時に、皆さんの意見を聞きたいと思っていた。

#### 薬剤師

お酒がどうしても止められない方がいるが、主治医が寛大で「止めなさい」とは言わず、ある程度は好きにしたらどうか？という感じなのでその線で指導をしてはいるが、どう言えば飲酒量が減るだろうか？

#### ファシリテーター医師

生活習慣を変えるというのは、自分達でも難しい。それを病気になったからといって、心不全は普段なんともない病気なのでなおさら難しい。心不全がどんなに怖い病気かということは、がんのように、まだ知られていないというのも一つ大きな理由としてあると思うので、心不全の定義にあったように「段々悪くなり、生命を縮める病気である」ことを、しっかり認識してもらうことも大事かと思う。ただ、怖いことばかり話しても、なかなかうまく守れないと思う。先ほどの医師のように寛大に接する、飴と鞭を交互にすることも必要かと思う。

#### 歯科医師

歯科の診療所に来て下さるのはまだ自分で来ることができる方々なので、主治医が誰なのかとか、どういう薬を飲んでいるとか分かり易いが、訪問診療に行った際には、抜歯などの処置をその場で行う際に、結構苦労することがある。

1点目は困っていることで、ステージに対して適切かどうかというアドバイスを、思うように頂けないこと。心不全なので抗生剤とかの事前投与が必要なのか？とか、そもそも心不全のステージに対して、その完結処置が可能かどうかを電話で確認した際、内科の先生は非常に困られる。責任は私たちの方が負うのだが、結局よくわからないまま、抜かざる（処置せざる）を得ない、賭けのようなどころがある。それが処置時に、困ると言えば困るところ。

2点目が、口腔ケアの大事さ。口腔ケアと心不全の関連について、韓国の16万人の10年位の追跡調査で、1日3回の歯磨きや専門的な口腔ケアを行うことで、心不全のリスクが12%低下したというデータがある。そもそも心不全を起こす原因として、歯周病菌などが血流に入って関与するというような「口腔と心臓の関係」というのも最近よく言われるが、まだまだアナウンス不足と感じている。患者の口腔内が凄まじい状態になっていて、何か変だと感じてカルテを見たら心不全だった、というようなこともあるので、その辺のアナウンスを行ったり、地域の色々な多職種の方に口腔の状態を見ていただく、心不全の患者の口の中を見て連携をとれるようなアプローチをしていただければ良いかと常々思っている。

#### ファシリテーター医師

私も、歯科の役割は非常に大事だと思っていて、大分県歯科医師会に協賛をお願いに上がったという経緯がある。心不全診療ガイドブック\*にも、歯科医の役割・オーラルケアについて1ページを割いて書かれている。歯科の役割がとても大事だということは知っている人は知っていると思うが、そこはまだまだ一般的ではないので、ぜひ歯科からも情報発信していただきたい。

オーラルケアやオーラルフレイルに関しても、色々な対応をお願いできればと思っている。

※ 「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」 P52～

## **【テーマ2】**

#### ファシリテーター医師

ハートノートをどのように活用するか、うまく使うためにどうしたらいいかということ話し合いたい。

ハートノートを知らなかったという方は？（6名中4名が挙手）

このノートは、現場で使っていけそうか？

#### 薬剤師

このノートは、循環器科の病院から直接患者へ配布されるのか？

メーカーのあちこちが「心不全手帳」を作っていると思うが、薬局でも使いたいと思い取り寄せたところ、メーカーから「薬局からの直接配布は避けた方が良い」と言われた。「医師の指示の元使ってもらいたい」とのことで、薬局は手出しができないものなのかと思っていた。

#### ファシリテーター医師

「ハートノート」「心不全ポイント・自己管理用紙」は基本的に医師から患者に渡すもので、去年(令和2年)の12月から始めたばかりで、コロナ禍ということもあり残念ながら充分に行き届いていない。大分県としては、色々な介護事業所・薬局・かかりつけ医・歯科診療所、そういったところの皆さん方に知っていただくために、配布できるようにするための努力はしているのでもう暫くお待ち頂きたい。

今の段階で、「ハートノート」「心不全ポイント・自己管理用紙」を見て聞いてどう感じられたか？

#### 施設 介護福祉士

「早期受診をしても良いんだ」ということを初めて知った。今まで“唇が青くなる”など本当に酷くなった時に、今受診した方が良いのか？ 次の定期受診まで待たないといけないのか？ と、おそらく在宅に携わる専門職は皆思っていたと思うが、こういう指標があると、ある程度自信をもって受診ができるというところがすごく良いと思った。ただ、こちらの入所者はほとんど認知症を患っている方ばかりなので、たぶん記録ができない。そうなった時に、ハッキリとした自覚症状がわからなくても、「他己管理ノート」のように他者が数値などで判定ができるようなものがあると、ヘルパーであるとか看護師だとかが自信を持って行うことができるかと思う。

#### ファシリテーター医師

良い意見を頂けた。認知症高齢者がたくさんいるような施設にも使っていただくような展開を今、始めている。自覚症状に関しては多角的に見て「この人いつもと違って苦しそうだな」と思ったら、「苦しい」と言う本人の自覚に置き換えていいのではないかと思う。今後はそういった認知症の入所者を抱える施設の職員・看護師が、ハートノートや心不全ポイントを運用した際に「変換（「苦しそう」→「苦しい」）をしてもうまくいく」というような事例が出てくるといいと思う。機会があれば使って頂ければ良いと思う。

#### 包括職員

ハートノートは、自分の中に落とし込めると思った。例えば事業所から「利用者の具合が悪い」と連絡が入った時の訊くポイント、「こういう状況なら私から家族に連絡をして受診をしてもらう」といった適格な判断や対応ができる材料になると思った。

#### ファシリテーター医師

（支援に携わる）スタッフ全員がこの点数がわかっているならば、「今日4点になっているから受診した方が良いんじゃないか」といった連絡がケアマネに入ったら、家族と医師、医療につなげることができるので、そういう意味では「3点」「4点」と言うだけで話が通じる。ぜひ使っていただければと思っている。

#### 訪問看護師

実際、家族から「体重が2kg増加したのでどうしたら」といった緊急電話をもらうことがある。家族がノートに記録して、「何点だったらこうしましょう」というようなアドバイスができるのは良いかも知れない。ぜひ、使えるように努力をしたい。

#### 居宅ケアマネ

老々介護の方もいて家族の協力が難しい場合、在宅に入るヘルパーや通所、ショートステイ等の関係する職員皆が使えるように、皆で取り組むということが大前提で、できて初めて使えるようになるのではと思う。

#### ファシリテーター医師

広く生活の場にも、このハートノートや心不全ポイントを落としていく取り組みというのは重要と私も以前から思っていたところだったので、今回のこのような場は有難いと思っている。

#### 歯科医師

とても分かり易い。どのような職種でも訪問していると「見守り隊」みたいになっているところがあるので、記入のお手伝いをするのも私自身ができると思った。そういう視点で、職場のみんなにも「心不全の方は、こういうところに気をつけて行っているんだよ」といったお知らせもできると思った。すごくわかりやすかった。

#### ファシリテーター医師

歯科医の先生方に介入してもらえると、非常に心強い。

#### 薬剤師

今まで受診を勧めるタイミングに迷うところがあったが、受診ポイントがとても分かり易くて良いと思った。まだ、使うことはできないのか？

#### ファシリテーター医師

いずれ、かかりつけ医師から配布することになると思うので、それまでお待ちいただきたい。そういう要望があることはカンファレンスで共有していきたい。

他に、「こういうことがあったらもっと広がるんじゃないか」「こういうのがあると、もっと心不全ポイントが活きるのではないか」といった意見はないか？

#### 施設 介護福祉士

高齢者施設でも使えるようになってくると、広がってくるのではないか。

#### 訪問看護師

心不全患者の方へ、まず退院時にハートノートを配って説明をしてもらい、病棟から発信してもらえると広がりやすいかと思う。その後、地域の訪問看護などでみていけたらと思う。



## ファシリテーター医師

実際にかかりつけ医が心不全患者にノートを渡し、その方がデイサービスを利用する際に、デイ職員がノートを拝見している事例がある。そういうふうに現場で理解が進んでいくと良いかと思う。

その他、このノートこと以外で質問等はないか？

## 訪問看護師

心不全を患い一日 1,000ml の水分制限が出ている患者（独居）が胆管炎を起こし胆管ステントの挿入を行って退院したが、その後下痢が続いた。この患者は脳梗塞の恐れもあり、本人はしっかりしていて、「脱水で脳梗塞を起こしたらどうするのか」という本人の思いもあり、体重をみながら調整を行ったが、4日で4kgほど体重が増加してしまい、心不全で再入院してしまった事例がある。

風邪などに注意しないといけないということは理解できるが、一旦体調を壊してしまった時の水分摂取量の目安など、独居の方は分からない場合がある。食事もそうだが、指導の仕方に非常に迷いがある。失敗したと感じている。

## ファシリテーター医師

まず体重だと思う。体重を毎日計れているのであれば、増えていなければ水分は摂って良いと思う。

喉が渇くということは、身体が水分を欲しているということ。ただ体重が一気に 500g～1kg 増えてしまうのは良くない。あとは尿量や回数。喉が渇く・尿の量や回数が減っている、体重も増えていないということであれば、一日 1000ml に限らず、飲みたいだけ・・・1500～1600ml になっても良いのではないかと思う。現場で水分バランスを考えると、入るところ（飲水量）と出るところ（尿量）がどうなっているか、蓄え（体重）がどうなっているかということ（がポイント）。心不全は水が溜まっていくということだから、それを体重で評価する。

従って飲む量は、「体重→溜まっていく量」と「出ていく量→尿」を相殺して考えていけば良い。体重を中心に動けば良いと思う。

最近は、飲水制限については厳格に言わない傾向にある。塩分に関してはしっかりとしたエビデンスがあるが、水分摂取に関しては色々な考え方がある。1,000ml に設定していても、体重は増えず喉が渇くということであれば、飲んでも良いと考える。

## 5グループ

## ファシリテーター医師

【テーマ1】心疾患を抱える患者・利用者の支援のことで困っていることがあれば伺いたい。

## 包括職員

地域包括支援センターなので、介護度が要支援1・2の利用者の支援が中心。今まで心不全の方は何人かいたという記憶はあるが、正直どのような方でどのような支援を行ったかが頭に浮かばない。支援については何か相談事があれば「まず医師へ」、利用者の方も増悪があったり回復したりを繰り返していた、というところを臆気だか思い出した。利用者は通所のサービスを利用する方が多かったが、中でも心不全を抱える方については、例えば運動制限について、主治医意見書には「軽いもの」としか記載されておらず、どこまで運動をしても良いのか？栄養部分も含めて知識が無かったので、デイサービスに判断を任せきりの状態で、十分な支援ができていなかったということ振り返ってみて感じる。「心不全ポイント」は、自分でもできそうなので、今後そうした方が居たら、数値化・見える化するできるので、自分の方から医療側へ働きかけができるかな、と思っている。皆さんの意見を伺いながら、支援を行っていきたいと思っている。

## ヘルパー

以前、心不全のために浮腫みを抱えていた利用者がいたことを思い出した。最近の利用者は認知症を患っている方が多く、心疾患について理解をしていない事も多く、さきほど出た「利用者の栄養管理」については、“ヘルパーも食生活面で絡んでくる”と皆さんも想像されると思うが、残念ながらヘルパーは栄養士とは違って素人で、「上手に料理を作る」いうのは昔のこと。塩分制限を行った食事を作ることはなかなか難しいのが現状。キッチンとした（減塩された）食事を摂ってもらうとすれば、ヘルパーではなくお弁当・配食サービスに頼らざるを得ない。ヘルパーの利用時間が2時間以上あった時代は、料理の上手なヘルパーはたくさん居た。現在では時間が限られている（30～45分）ので、ヘルパーができる食事面のフォローとしては、

配食弁当をどれくらい残さずに食べているかを確認する程度。

先ほどの心不全ポイントの表は非常に興味深く、点数で分かり易い。「以前、脈が120以上あった方がいたな」というようなことが頭をよぎる。現在コロナで体温や血圧を測ることは多いが、心不全をかかえている方がいたら、心不全ポイントを使ってうまく連携できるのではと思っている。

## 居宅ケアマネ

ケアマネとしていくつか関わった例があるが、1点目が、デイ利用の際に、入浴の血圧の基準・不整脈や心拍数についてデイサービス側が不安を持っている。主治医からの意見をもらって利用をお願いするが、それでもなかなか入浴しにくいというのが現場の実情。リハビリの負荷については、心臓リハビリテーションのある病院を経由してリハ情報をもらうという事を全ての利用者に対してできれば良いが、なかなか行きつかない部分がある。それがデイサービス任せになってしまう一因かとも思う、難しい。

独居の方に関しては食事の管理が大切になってくるが、その難しさを、特に要介護1以上の方で強く感じる。高齢の方ほど、生活習慣を含めた行動変容はなかなか難しいというのが率直な印象。

心疾患を抱えた方のターミナル期については、入退院を繰り返す方では、家族の精神的なケアが必要。家族の精神的負担をどうカバーしていくか？実際には訪問看護を利用しながら支援を行ったが、それが充分だったのかは、今でも悩むところ。また心不全の診断のみで要介護度が出る（介護保険サービスの利用ができる）ケースは少ない。そうした方は地域の支援であるとか、自費のサービスでいかにカバーしていくかが課題だと感じている。

## 訪問看護師

混合した疾患の中での心不全の管理について困っている。たとえば高血圧・脳梗塞・腎不全など。こういった場合にどう食事指導（塩分・水分）を行っていくのか？どう折り合いをつけていくのか分からないところ。また、今まで「どれくらいになったら主治医に報告したら良いのか」迷うことが多々あり、緊急入院に近い状況もあったが、分かり易い「心不全ポイント」の表を見せていただいたので、今後はこちらを利用したいと思う。認知症症状のある方については薬の管理が難しい。看護師が主に関わっているが、看護師だけではどうにもならない。心不全に多職種で関わっていける、介護保険の制度や医療保険制度があれば、それらをうまくつかって支援していきたいと感じている。

## 歯科医師

講話を聴いて思ったのが、心不全の原因の一つとして「口腔状態の悪化」が入ってなかったなあというのが一点。歯周病菌によるサイトカインが脳や心臓の血管に影響して動脈硬化を引き起こし、やがて心不全を誘発することは、以前から論文等でも発表されている。口腔清掃状態が悪いと約2倍、心不全のリスクは高くなると言われている。「心不全を予防するために口腔状態を良くする」ということも、今後は講話の中に盛り込んでいただければと思う。

訪問系の専門職が口腔状態についてどれくらい見ているか分からないが、口腔清掃状態を良くしようと思えばそれは歯科衛生士の仕事になるので、難しいかも知れないが、極力プラークを除去することが大切だと思っている。

## ファシリテーター医師

口腔状態が大切であることは医師として理解している。心臓の手術が必要な患者の場合、心臓血管外科の医師は歯科口腔外科のセット受診を勧めている。外科の医師は口腔状態を重視しているが、内科の方がおろそかになっていることは心苦しく感じている。

## 在宅医

訪問診療を始めて7年経つ。施設の減塩食というのが一番の困りごと。配食サービスの内容は決まっているので、減塩の対処ができない。施設の職員は「漬物を除く」「味噌汁を薄める」などの対処は試行錯誤をしながら協力してくれているが、たとえば、病院食の老健から施設に移ると、あっという間に心不全になる。なぜかと考えると減塩に行き着く。配食サービスについては、減塩に対応できる会社が限られてくるのかも知れない。減塩にどうやって取り組んでいこうかが一つだと思う。

水分制限についてはどの職種も守ってくれるが、逆に自宅では「見えない化」が起きて水分管理ができない、自宅・施設の良し悪しが出てくる。水分設定については、「この方はここを超すと悪くなる」という個々の様子をみた上での経験則によるところだと理解している。在宅の患者として受け入れる場合に、すでに（水分）設定ができていう前提で、その量を守っている。

また在宅ではポリファーマシー（多剤処方による弊害）の問題がある。在宅では取って処方することはあまりなく、今まで処方されていた薬を継続している中で、パーキンソン・骨粗鬆症・循環器は、どれも一つの科で5種類程の薬が処方されてくる。これがなんともならない事は分かっているが、特に老人医療は複数疾患を持って帰ってくるので、特に循環器系・心不全末期の方であると17種類程の薬剤が処方され、それを

服薬するためだけに水分を摂取するような状態。これはやはり、専門外来で整理していただく必要があるのでは？在宅で処方箋を削っていくことは難しいし勇気が必要。訪問薬剤師が積極的に介入はしてくれるが、引き算は難しい。専門外来と在宅医との連携の必要性を感じている。

個人的には、心不全を抱える患者の場合には、体重を観察する。服装等も関係はしてくるが、一つの（同じ）体重計で経過を見る必要がある。2人の患者が体重が増加した時に必要を感じて循環器を受診してもらったが、どちらも食べ過ぎだった、という笑い話のような恥ずかしい経験があるが、それくらい在宅医も気がつかっている。

また当院では認可を得て、「自宅に帰ってからの栄養指導」を目的として、栄養ケア・ステーションを立ち上げた。管理栄養士が一人、非常勤で在籍している。こちらは介護保険をつかって訪問栄養指導が行える。介護保険の通常サービスとは別枠で利用することができる。場合によっては当院から別のクリニックへ派遣することもできる。この試みが成功すれば、在野（フリーランス）の管理栄養士も活動の幅が広がると考えている。

### ファシリテーター医師

ポリファーマシーに関しては、循環器内科は非常に耳が痛い。ガイドラインに従って処方すると、その時点で既に5種類位入ってしまう。心不全をかかえる高齢者は多症の病気を持っているので、薬の種類は当然多くなってしまいが、それが良いこととは思っておらず、そのあたりの、病院の医師の配慮が充分でないことは問題だと思っている。

栄養面では、心不全の方のカンファでは管理栄養士が入り、入院中のことや栄養指導は行っている。問題は、目が届かない退院してからのこと。今日皆さんの意見を伺って、病院として、患者が退院してからのことに軸足を置いて考えていく必要があると感じた。

### ファシリテーター医師

**【テーマ2】** ハートノートについて意見を伺いたい。

### 在宅医

「心不全ポイント」は今回初めて目にした。「見える化して、共通言語で、より簡便に、患者・利用者の状態を多職種が把握し易い」ということだと思うが、誰が記録をつけるかが問題になってくると思う。訪問看護が入っている場合は定期的な介入ができると思うが、施設というのは施設の中で多くの介護保険サービスを使っていくので、通常、訪問看護がなかなか入っていくことができないため、施設の中の看護師か、こちらが教育を行った介護士に評価してもらうことになる。今回のような研修会はあるが、なかなか施設職員の方は参加をしない。当クリニックとしては、コロナの影響でここ一年行ってないが、介護士を対象にした小さな講習会を開催している。この「心不全ポイント」を1講座作って、啓蒙したいと考えている。

### 居宅ケアマネ

独居や認知症、高齢者世帯はチェックが難しいと思う。実際に記録をつけてもらった方はいるが、記録の継続ができなかったり、体重測定がデイに頼りがちで毎日は難しいというのが現実。施設や同居の家族があれば比較的導入し易いかとは感じている。

### 訪問看護師

記録というのは訪問看護師は得意とするところだが、介護保険で入れるところでは、ケア会議等で参加している各専門職が共有することが大切だと考える。

### 包括職員

「心不全ポイント」の記録をつけるのは、頻繁に訪問する訳ではない包括が支援することは難しいと思う。ポイントについては、点数の高さに自覚症状が伴っていかないと、包括支援センターの立場では、緊急時の対応を取るのにこれだけでは不十分だと感じるの、色々な専門職と連携をしながら支援を行っていかないと、「心不全ポイント」の真価を發揮できないのではないかと思った。

### ヘルパー

実際に書く時の難しさを改めて感じる。「きつい」と感じる自覚症状と、「そうでもないじゃ」という他者の評価に差があったりケースもあるのではないかと。指導をいただければ、ヘルパーも見べきポイントが分かる。また利用者がこういう用紙を持っているということは、訪問看護も利用されているということだと思うので、訪問看護師と連絡を取り合うタイミングなどを話し合いながら、同じ患者・利用者に関わるやり方があるのかと思う。介護でできることは限られていて、医療の部分は苦手なところではあるが、利用者が一番近いところに居るので、今後も指導を頂きながら、できることをやっていければと思っています。



## 6グループ

### ファシリテーター医師

まずは自己紹介を兼ねて、現在心不全を抱えている方とどのように接しているかを伺いたいと思う。私は、心不全に関しては急性期から慢性期の加療に関して、循環器のメンバーとして診ているので、皆さんが接している方が救急で来られることもあると思うが、そうした方を外来加療が可能な状態まで改善させて退院していただくという形で接している。

### 歯科医師

心不全の患者と接することはほとんど無いが、外来で高齢者の方が多く来院されるので、今後何かあった時皆さんと連携を取れるようにするために、今回参加させて頂いた。

### 訪問看護師

自宅へ訪問を行い、実際に心不全ポイントの記帳をされている患者も居る。服薬さえできれば調子が良いという方もいるので、そちらは看護師だけでなく薬剤師、ヘルパー、プランニングを行ったケアマネ、そして家族等総出（チーム）で服薬支援をして、本人の良好な状態を維持しているところ。

### 居宅ケアマネ

施設に入所中の心不全を持つ利用者さんが、胃瘻を検討されている。心不全があることで心臓に負荷がかかるため、色々なことを進めるためにかなり慎重な判断が必要な状態。

### ヘルパー

以前、心不全の方と関わった時に家事援助の支援を行ったことがある。その方に接している時は良い時・悪い時の差が激しく、入退院を繰り返していたことを思い出す。こういうノートがあったら分かり易いかと思う。

**【テーマ1】** 心疾患を抱える患者・利用者の支援ことで困っていることがあれば伺いたい。

### 歯科医師

心不全ではないが、高血圧などの基礎疾患を持っている患者はたくさん来院する。今、定期的に通院されている方・初診の方については、必ず血圧を測って記録を行い、変化があれば分るように、経過観察するようにはしている。実際高血圧の治療中の方もいれば、通院していない方もいて、こちらから受診を促しても行かなかったり、患者自身が「血圧の薬飲んでるし検査してるから大丈夫だよ」と言って疾患を軽視しているような、基礎疾患があっても今後どうなるといったことを重視していない方が多いので、それに対してどういう風に対応すればよいか困っている、気になっているところ。

### ファシリテーター医師

今後のことを考えると高血圧を含め色々な心疾患の治療をしていかなければならないことを分かっていたとしても、患者にそれが浸透していないというところか。

### 訪問看護師

心不全、高血圧もそうだが症状が少ない。痛いとか苦しいとか吐き気がするといった事が無いので、薬も飲まないのが本当に大変。自覚症状が無いと薬を飲まないタイプの方が多いので、主治医も困っていると思う。自分が担当した方では、入院時に主治医から丁寧に説明してもらいハートノートの記録について指導を受けたり、ケアマネ等の専門職を集めて、きちんと服薬ができるように仕向けたという感じ。そこまで環境を変えてやっと、服薬や体重増加の防止等もできて、0点を維持できている。心不全ポイントは目に見えてわかるので、導入してもらって良かったと思っている。

### 看護師

クリニックで心不全ポイントを導入したのが一年半ほど前で30名ほどの実績がある。以前に比べて格段に再入院が防止できていると実感している。ただ、患者が高齢になるにつれ認知症も進行して、自分の症状をうまく伝えられない方が増えてきた。そうしたことで、困っていることでもあるがノートを使うことによって客観視することができる面も感じている。

### ファシリテーター医師

自分自身で記録がつけられない患者については、介護者などの手を借りる必要があるケースも考えられ、そこも問題点なのかと思う。

### 居宅ケアマネ

自分自身血圧ノートをつけていた時期があるが、その際、数値を確認することで段々血圧が安定していったということを体験した。自分で確認することで、自分の身体を理解もでき、気持ちも落ち着いてくるのではないかという印象を持った。利用者のためにも、このノートをよく理解したい。困りごとについては、家族が胃瘻の造設を希望されている方が心不全を持っていて、主治医から家族へ、経管栄養をどんどん入れると心臓に負担がかかるということを説明するが、親に少しでも長生きしてほしいという望みを持っていたりするので、そのあたりを配慮しながら伝えていく必要性を感じた。

## ファシリテーター医師

「胃瘻を行うことで心不全が悪化するかも知れない」という懸念がある中で、踏ん切れるかどうかは難しいところ。こういった場合にノート等を使って画一的に管理ができれば、悪化した時にすぐ管理ができるという方向に行ける可能性もある。確かに、ハートノートの良い活用方法だと思う。

## ヘルパー

こういうノートがあると、ヘルパーも利用者も、目に見えてわかる。そうすると服薬も気を付けるようになってしまった。心不全は一見したところ症状が分かりにくいので、今まで素通りするように、簡単に考えていたが、「良くなる」「良くなったとしてもだんだんと下がっていく」という事を今回勉強させてもらった。そうしたことの理解は大事だと思う。今から高齢化社会が進む中で、こういったノートがあることはとても良いと思った。

## ファシリテーター医師

先ほど話に出た、以前関わっていた心不全を抱える利用者について、困ったことやどうして良いかわからなかったこと等があったら聞かせてほしい。

## ヘルパー

何度も繰り返し悪くなるような状態の方が、再び悪化した時に、家族はどうしたら良いかわからない。(この場合は)連絡先を訪問看護ステーションにして、何かあったらすぐ訪問看護師に来てもらうように対処をしたことで、家族は安心することができたが、ハートノートがあれば、毎日の状態変化を把握できる(受診のタイミングを掴める)ので良いと思った。

## MSW

家族の困りごととしては、本人が漠然とした体調不良を訴えることが多く、どうして良いかわからず自宅で様子を見る選択をしがちになり、症状も漠然としているので受診のタイミングがわからない。「受診して何も異常がなかったら、医師の迷惑になるのでは」と気を遣ってしまう、ということ聞いた。

## ファシリテーター医師

「どうしたらわからない」ということが、共通の困りごとということか。

**【テーマ2】** それでは、既に導入しているところも、「これから」というところもあると思うが、ハートノートや心不全ポイントをどのように活用すれば再入院を防ぐことができるかについて、意見があればお聞かせいただきたい。

## 看護師

すでに導入はしているが、年齢的な問題もあると思うが、患者自身が自己管理のために使っている例は少なく、(自己管理として利用しているのは)30名のうち数名。施設入所者であれば、施設職員に毎日確認をしてもらっており、本人の記入が難しい場合にはデイ利用時にデイ職員に記入や確認をもらっている。家族が居れば家族も管理する。その患者を中心にして、関わっている専門職全員に、入院時に導入した場合には退院時に、このようなノートを使用して体調管理を行っていることが伝わるように努めている。初めの頃は、関わる施設に「心不全勉強会」の声掛けを行い、参加した方に、ハートノートのことを知ってもらうようなことから始めた。

## ファシリテーター医師

高齢になるとともに本人も記録をつけにくくなっていくということを考えると、周りからのヘルプ・介助がすごく大切になってくる。そういった人たちも含めて、このノートや心不全ポイントのような、分かり易い「共通言語」があることで、患者や家族・ケアする人が「どうしたら良いか」、患者の様子を見て判断するのではなく、「こういう状態で何点だから、こうする」という分かり易い対処法があるのは良いという意見を頂いた。今まで使われたことのない方で、介護について「こう使っていこう」という意見をいただきたい。どういうふうに活用していけると思われるか？

## 居宅ケアマネ

在宅のケアマネは利用者の「週間予定表」というものを持っている。誰がいつどのように利用者に関わるか、(先にサービスに入った者は)次に入る担当が一目で分かる。サービス担当の人たちが、この表をチェックすると一緒にハートノートや心不全ポイントを確認してチェックをするという形を取れば、必ず皆が目にする。自分(ケアマネ)が訪問した時に、その記録を見せてもらったり、1ヵ月分のコピーを取って情報の集約を行うことができれば、利用者が受診する際に、多職種連携で見守られながら過ごされている“利用者の在宅での様子”を、医師に伝えることができると思う。

## ファシリテーター医師

実際外来で患者を診ている上で、「心不全ポイント」の記録をして持って来てもらえると、目の届かなかった期間・経過が、かなり良く分かる。どういうきっかけで増悪したとか、そういった点も含めてすごく分か

り易いので、とても助かっている。

逆に質問をしたい。今回このような場に参加できれば「心不全ポイント」を習得できるが、参加していないスタッフがこのような心不全患者を担当した場合、ハートノートや心不全ポイントを見て「これ、何？」というふうにならないか心配している。そのような場合、どのような対処が考えられるか意見を聞きたい。

#### 居宅ケアマネ

まず、使う場合には本人やご家族に説明をして利用の同意を得た上で、サービスを提供している事業所・スタッフ全員に周知徹底をする。その報告をそれぞれのサービス管理者からケアマネへ伝えてもらうことで、ケアプランの中での情報共有ができるのではないと思う。

またサービス担当者会議で、ケアプランと併せて「心不全ポイント」の利用についても共有する。

ファシリテーター医師 どこかのポイントで勉強会のようなものを開催するということか。

居宅ケアマネ そうです。

#### ファシリテーター医師

実際に当病院でも、心不全ポイントを導入する時に私自身が色々な部署で勉強会を開催して、院内で心不全に関わるスタッフは習得できた、という形になっている。

ところで訪問等で実際に患者と接する専門職への質問だが、こういった情報が病院から発せられると助かるかを聞きたい。

#### ヘルパー

この利用者がどの程度（ステージや予後）なのかが退院時に分かると、良いのかなあとは思いますが・・・。

#### 訪問看護師

体重・食事（塩分）・水分、運動、お通じのコントロールに関しても、入院中の様子が分かるような情報があると助かる。

#### ファシリテーター医師

病院同士だと情報提供を行っているが、あまり医師から訪問看護ステーションや介護事業所へ行くことは少ないので、私たちも、地域連携パスのように、こういった形で情報を伝えていったら良いのかを検討していきたいと思っている。

この他のことで意見があればいただきたい。

#### 訪問看護師

心不全ポイントで、体重オーバーした場合は「1週間以内の受診」というふうになっているが、受診するまでの1週間が、改善の方向に向かうのか増悪するののかの分かれ目だと思う。具体的に、その1週間ですぐにできるのかを伺いたい。

#### ファシリテーター医師

体重オーバーした方（3点）で、緩やかに増加した方に関しては、塩分を控えたり運動量を増やしたり生活習慣を改めることで若干改善することもあるが、よくあるのが、風邪をひいたりして体調が急に悪くなったような方。そうした方に関してはなかなか改善しないこともあるので、3点・4点となった時には、早めに受診してもらう方が良いと思う。

3点であればまずは生活習慣の改善というところを、しっかり患者に周知するのが良いかと思う。

## 7グループ

#### ファシリテーター医師

まずは自己紹介を兼ねて、今回の研修を参加した動機を伺いたい。

#### 在宅医

在宅診療を行っているが、心不全患者については重症の方が多く、対応に困ることが結構ある。病院と比べて家ではなかなかできないという事が色々ある。こういった形で今後患者に接していくのが一番良いのかを学びたいと思い、参加した。

#### 訪問看護師

最近、独居の方・ご家族が近くに居ない方で、服薬管理・食事の管理に困難さを感じる心不全患者が見受けられる。訪問看護師として関わる上で、どのように家族や本人の理解を得るか？またヘルパー等の他職種と連携を取るか？といったところで、参加した。

## 薬剤師

外来が3割・在宅や施設等で服薬管理を行っている方が7割という薬局。そういった中で、患者や家族、施設職員と心不全に関わる話しをするケースもたくさんあるが、薬剤師目線での助言に日々難儀している。今回の講話で、共通のツールがあることを初めて知り、各専門職が同じような目線で評価が行えると感じている。皆さんと一緒に勉強したい。

## 居宅ケアマネ A

担当した利用者が、退院後2週間で即入院となった経験がある。自分をもっと早く気付けば良かったのかとも思っている。利用者が再度退院してきた時に備えて勉強したいと思い参加した。

## 居宅ケアマネ B

少しでも医療の勉強がしたく、参加した。

## 居宅ケアマネ C

居宅ケアマネとなって4ヵ月ほどだが、心不全を抱える利用者についてはよく耳にしている。どのような病気か、今後どのように支援していけばよいのかを勉強したくて参加した。

## 大分県ホームヘルパー協議会

正直なところ日頃ヘルパーとしては、心不全・心臓のことは「医療の分野で、私たちには関係ない」と感じていた。その事(医療)に関して主治医や訪問看護から「こうしてください」と言われたことも無い。だが今回の講話を見て、「これ(ハートノートや心不全ポイント)を持っているんだったら、声かけがいくらでもできるな」と、急に興味が湧いてきたところ。

## ファシリテーター医師

非常に嬉しい意見。正に「自分たちは関係ない、自分たちには無理」と感じている専門職を引き込むためにこの会を行っている。

## 包括職員

関わっている利用者の中に心不全患者が2・3人いる。これからの季節寒くなると、息苦しさや調子が悪くなることに対する不安を耳にする。他の職種との協働といった部分でもそうだが、どういうところに注意すれば良いのかとか、どこをどの職種に任せていく・相談していくのかといった他職種との連携について、皆さんの話を伺って勉強できればと思い、今回参加した。

## ファシリテーター医師

皆さんの気持ちを伺い、大変嬉しく思っている。それでは、グループワークに入りたい。

**【テーマ1】** 現在支援を行っている心疾患を抱える患者・利用者のことで、困っている事があれば伺いたい。

## 在宅医

困っている事は、まず、的確に症状を訴えられない患者が非常に多くて、診察ではおそらく心不全なんだろうな、という症状を多々見ることあるが、自発的に「息切れがある」(の意思表示が無い)とか、寝たきりの方も多く労作時の呼吸についても掴みにくかったりして、見た目の所見による評価が多くなる。

あと、体重測定にしても寝たきりの方はなかなか計れなかったりする中、それを密に計っていくことは難しいと感じている。在宅で心不全をキッチリ診ていくことがうまくできていないと思っているので、どうしていくことが一番良いのかを知りたい。

## ファシリテーター医師

病院で診る医者は、レントゲンを撮り、採血をし、といったツールですぐ重症度が分かるが、往診に行った先でレントゲン1枚すら無い状況で、重症度を決めて治療をして行くというのは確かに難しいと思う。

## 在宅医

検査というものがなかなかできなくて、診察・所見というか、あとは本人から訴えを聞いて推測する手探りの領域もあって、こういうツールがあってそれが少しでも活用できて診療に活かせるのであれば、是非取り入れていきたい。それができると私自身も助かる。

## ファシリテーター医師

本日参加の多職種の方と普段から顔の見える付き合いができて、尚且つ、**共通言語**(心不全ポイント)で、「4点になった」「3点だ」「5点だからすぐやります」といった会話が成立するようなネットワークができれば喜ばしい。

このハートノートや心不全ポイントは、基本的には「自己管理できる患者については自分で記録してもらう」のが主旨である。ご存じのようにヘルパーが必要となるような方は、自己管理が難しい。その時にはまず(記録について)家族の教育をしてもらう。しかし家族も高齢で老々介護でどうしようもないから、ヘルパーに入ってもらっているのが実情だと思う。



そこでヘルパーには、この心不全ポイントを理解してもらった上で、「本人が点数をつけるのを助ける」、点数によっては「受診を促す」といった言葉掛け、サジェスション（示唆）といったことを期待している。

### 大分県ホームヘルパー協議会

私たちが、こういったものがあるということを知っていれば、声掛けができると思った。

心臓の具合が良くない、ということは知っていても、今まで本当に、ヘルパーは無関係だと思っていた。今まで「何か関われるか?」と言われても全く想像がつかなかったが、今回のことを皆さんにお知らせして、積極的に関われるようにしたら良いのでは、とつくづく思った。

### 訪問看護師

一番入り易いのは、服薬管理。そこからせめていっているところ。水分制限も比較的分かり易い。塩分の制限ができないがための浮腫の増大などへの対応が、非常に難しいといつも感じている。家族が作る食事内容など、塩分に対する制限はなかなか在宅では難しい。「何グラム」とお伝えしても、毎食の塩分がどの程度なのか、家族から理解を得るのは難しい。家族に、「こういった食事は塩分過剰になる」と言ったとしても、家族が多忙で、買ってきた惣菜に頼ることもある。「生活の中での療養」に対して、生活している家族から、どう、本人の治療に対する理解を得るのか? 言い方であったり、(良好な)関係を作るであるとか、そういった事からになるので難しい。

### ファシリテーター医師

一般論になるが、介護の世界では、「血液がサラサラになるように水分をたくさん飲みましょう」と言う方が多いと思う。「寝る前」「夜、目が覚めたら」「朝、起きたら」コップ一杯飲みましょうといった、とにかく水を飲めば血液がサラサラになって健康にも良い、といった誤解がある。循環器外来をしているから特に思うのかも知れないが、浮腫みを主訴とする外来患者は多い。もちろん心不全が原因の方もいるが、特に疾患を持っていない方が、ただ頑張っただけ水を飲んでいるという場合も多い。「水を飲め」という風潮はほどほどにならないかと感じている。

この「心不全ポイント」というのは、尿量が減ってきてどんどん水分が身体に溜まっていってしまうことを早期に見つけるために、体重を目安にしている。ところが患者というのは、尿量が減ってくると意外と自覚する。尿が出ないことを困ったと感じた患者はどうするか?…水を飲む。理解が不足している。

心不全に関わる方は、ただ「水を飲めば良い」というものではないことを理解・共有してほしい。そのための体重管理であることも、患者に指導してほしい。

但し、体重が減少傾向にあり皮膚が乾燥しているような場合は脱水症状が疑われるので水分を補給し、逆に浮腫みが出たら「水を飲んでダメ」というふうに、丁寧に指導してほしい。

### ファシリテーター医師

服薬管理に関してはどうか?

### 薬剤師

普段接していて、高齢の患者が多いと感じている。高齢者は薬をたくさん飲んでいるが、こちらが患者のバックグラウンドを分からないがために、なかなかその患者の病態といったところを深く聴取できないジレンマを感じている。また皆さん高齢になってくると色々なところに痛みが出てくるため、結構、鎮痛剤を使われる患者さんもいる。それが原因で浮腫んでいる、多剤による水分貯留なのか、薬剤師では判断がつかない。そのため日々、高血圧や心不全を抱える患者は来局するが、なかなか一歩前に行くことができない。高齢の方は口の渇きだったり、水分を欲しがるといった訴えが減ってくるので、「お水飲みましょうね」の声掛けは、薬局でもよく行っているところ。今後は気を付けたい。

### ファシリテーター医師

**【テーマ2】** それでは、既に導入しているところも、「これから」というところもあるとは思いますが、患者の再入院を防ぐために支援を行う中で、ハートノートや自己管理用紙をどのように活用したらいいか、という議論に移りたい。

### 居宅ケアマネ C

この自己管理用紙を見ていて、見にくいというか、「字が多くて難しそう」「ややこしくて面倒」「書くのに時間がかかる」といった印象を持った。もう少し、高齢者でも分かり易い紙面だったら良いのかな、と感じた。

### ファシリテーター医師

仰るとおり、導入するのは難しい。病院は理解力の少し落ちてきた患者も多くて、こちらが言うとおりにして記録をとってくれる方は少ない。入院中何度も患者に指導を行い、「もう大丈夫」と思って退院して、ま

た外来に来た時に、最初は看護師が「心不全ポイント」の確認を行うが、半分の方ができていない。そこで何度も指導を繰り返していった後に、なんとか定着する。うまく使えるようになった方は、自分の体重の変化が病気の悪化と相関するという手応えを感じるようになると、医師が言わなくても自分で水分制限を守れるようになる。本人の理解力が無いと難しい話ではあるが、家族の心不全に対する認知度を上げる意味では、かなり効果的だと思う。ぜひ忍耐強く指導していただきたい。

### 居宅ケアマネ A

自分が担当する利用者が、担当者会議で水分量の確認や体調管理の仕方であるとかを全て話し合っていていたにも関わらず、まさかの再入院となった。どうしてなのかと思って本人に聞いてみたら、自己解釈※によるところが多く、正しく指導が伝わっていないことが分かりジレンマを感じている。

※ 飲用酢やうどんのつゆ、牛乳などを、水分だと思っていない

### ファシリテーター医師

自分も外来患者を診る時に、笑い話のように聞こえるかもしれないが、高齢者が心不全を悪化させて受診した時に、「水をたくさん飲んでませんか？」と訊くと、「飲んでない」と自信を持って言い切る。よく聞くと「お茶しか飲んでない」と真面目に言う。ハートノートや自己管理シートには、水分一日 800cc とか書いてあるが、個人的には、水分管理は厳密にできるものではないと感じている。一日の食事の中で、味噌汁やうどんのつゆもあれば牛乳もあるかもしれない、コーヒーも飲む、そういったものを全部足し算をして制限に収まったかどうかを高齢者が計算できるとは思っていない。加えて言うと、生真面目な高齢者が制限を守り過ぎると、夏場は脱水の恐れもある。結局、イン：飲んだ量とアウト：尿量を計って計算すればある程度分かるのかも知れないが、そこには発汗量が入っていない。どっちみちインとアウトを正確には計れない。計れないものに振り回されて脱水になったりするよりも、インとアウトの結果が体重なので、体重管理をすることが一番簡単。そういうふうな指導していただければと思う。

### 包括職員

私の担当している方は、薬や食事（塩分）など、自己管理を割と自分の好きにやってる方が多い。薬はしっかり飲むが、テレビの健康番組等で良いと言われたものをたくさん取り入れ過ぎている方がすごく多い。今回のハートノートや心不全ポイントとかの中で、その方にとって特に重点的に見ておいた方が良い点があるのであれば、ケアマネ等も同行受診をして、医師と本人とケアマネないし支援に入る人たちとで最低限共有して、これだけはやっていこうという形でできると、ちょっと負担も減るのかなあというのは感じた。

### ファシリテーター医師

この自己管理シート（心不全ポイント）を、患者指導あるいは患者の自己管理のモチベーションを上げることに役立てることができれば、一つの大きな目的達成である。もう一つの大きな目的は、患者を受診につなげる行動。例えば訪問看護の方が、ちょっと具合が悪い患者を診て、「今日、外来は午前中で終わってるが、午後から病院で見てもらった方がいいんだろうか。」あるいは夜も「夕方過ぎてこんな時間に、救急外来に連れて行って、『何でこの程度で連れて来るの』と文句言われぬか」といったこと（受診に対する消極的な意見）をよく聞く。その時に、「4点なので受診したいが、明日行って良いか？」とか「5点だからすぐ診てください」と言うために、この**共通言語**を使ってもらいたい。

「なんで連れて来たの」あるいは「なんでもっと早く連れて来なかったの」という・・・ 医者はつい言ってしまうこともあるので反省するところもあるが・・・ そういう思いを現場で過去に経験がしたことがあるか？ このシートを使うことにより、こうしたことを防ぐことができると思うのか伺いたい。

### 訪問看護師

以前、研修でこのハートノートを知った時から、是非訪問看護ステーションでも使いたいと思ってきたところ。医師とのコンタクトを取る時に、今お話ししていいの？それとも明日にしようか？と迷う時があるし、家族の都合で受診を「明日にしよう、一週間後にしよう」と言われた時に、どう説明してどう受診してもらおうか？ 分かり易い説明をして、家族に理解してもらいたいと思った時に、このノートを見て、「これは良い」と思った。訪問看護で心不全患者を受け持つ時には、最初のカルテ作成の時からこの情報を入れ込んでいくというふうになっている。大変分かりやすく、医師との「**共通言語**」として使用している。

### ファシリテーター医師

このハートノート・心不全ポイントの目的は正にそこである。その患者は様々な思いを巡らせ受診を先送りにすることがある。予約日が近ければ近いほど我慢して待とうとしてしまう。待っているうちにあつという間に悪化してしまう方を、何とか受診行動につなげていただきたい。訪問看護師はもちろんだが、普段の生活に関わっている専門職に、「早く受診しよ」と患者の背中を押してほしい。

ヘルパーさんは「自分たちは病状見てどうこうする立場ではない」と思われるだろうが、友人のレベル・友達レベルで、「何点なんだから、早く病院に行かなきゃダメじゃない」と背中を押してほしいと期待しているが、いかがだろうか？

## 大分県ホームヘルパー協議会

主治医や訪看から、「この用紙があるから、一緒に目を通してほしい」と声掛けしてほしい。そして「もし5点となった時には、受診につなげて欲しい。すぐに訪問看護ステーションに連絡してほしい」というような、言わば指示のようなものがあれば、(心不全ポイントを学んでいれば)即、対応ができる。ただし今まで、これを持っている利用者を見たことが無いし、仮に持っていたとしても私たちヘルパーは分からない。そこを関わる人全てに分かるようにするには、医療との連携が必要になってくる。医療側から指示という形で話をいただければ私たちも、大手を振って利用者に声掛けができる。

### ファシリテーター医師

これは指示書という扱いはないが、悪化した時の時間外の連絡先や主治医、服薬について、必ず書かれている。そこに書かれている医療機関は「5点になったら何時でも診療する」という契約をした上でハートノートを渡しているの、遠慮せずに連絡していただきたい。

救急病院は24時間対応しているが、その間になる3点・4点でのコントロールについて、在宅医としてはどう対応されているか？

### 在宅医

話を聞いて、ヘルパーや訪問看護師からダイレクトに病院へ連絡することはハードルが高いと感じた。

24時間対応を行っている在宅医も居るので、気軽に声掛けをしてもらえるような行動を取りたいと思う。もしもの時は在宅医が状況を把握して、病院へつなげたいと思う。

### ファシリテーター医師

この運動が始まったのは大阪だが、大都市なので一枚岩になるのは無理である。その点、大分県は基幹病院の数が限られているので、一枚岩になることができる。これから「ハートノート」「心不全ポイント」を大分の共通言語としていけるような文化を作っていきたいと思っている。

## 8グループ

### ファシリテーター医師

普段なかなか多職種での話し合いの機会は持てないので、今日は様々な職種の方の意見が聞けるとあって楽しみにしていた。

#### 【テーマ1】

現在支援を行っている患者・利用者で心疾患を持っておられる方の困りごとがあれば発言をいただきたい。

### 医師

心不全を持っている患者の周りにいる他の専門職と生活指導などの状況を情報共有しようとした時に、なかなかそれが全体に伝わらず、困ることが多いと感じる。例えば本人の水分摂取量について、次に訪問診療に行った際に「あれ？そんな話は聞いてません」と言ったようなケースが中にはある。

### ファシリテーター医師

私も同じ医師の立場で、そのような事が多い。逆に介護職の立場で、「なかなかドクターの指示が伝わらない」「こういった点で指示してほしいのに指示がもらえない」といった事があれば、伺いたい。

### 施設 介護士

ドクターから本人へ水分や食事の制限指示を出しているようだが、本人が今ひとつ理解していなかったり、ドクターの指示を無視して好きなものを摂ったりする。施設としては体重管理に気を遣って声掛けをしているが、なかなかうまくゆかず問題に思っている。

### 訪問看護師

生活上で一番難しいのが塩分制限。独居の方は好きなものを食べてしまう、家族が居ても本人の好きなものを食べさせてしまうなど、本人や家族から理解を得るのが難しい。どちらのケースでも体重が増加してしまう。逆に、本人や家族の理解が得られて、うまくいったという例もある。

また介護保険の介入というところでは、介護度が低い方は週に一回しか関われない。そういった方の心不全でいうところの治療が難しいと感じている。

### ファシリテーター医師

私たち医師は、薬についてのコンプライアンスがどうか？というようなことや残薬の量を電話で確認したりしているが、そのあたりはどうだろう。

## 薬剤師

在宅の循環器患者を主に受けている。残薬の量を目で見てその場で話せる時は、残薬調整を行ったりするが、自宅に訪問した際に残薬がたくさんあったりする場合は調節が大変。また実際に浮腫を見かけたりするが、それを報告書に書いてドクターに渡すべきなのか？あるいは緊急を要する（すぐに連絡すべき）のか？の判断が、在宅ではなかなかつかない。薬の管理は、個人では難しいと思う。

## ファシリテーター医師

今出てきた、患者自身の病気の理解と何に注意すべきかということ、家族にも理解してもらおうという意見を聞いて、医師として十分に説明ができていない点があったのではと反省している。入院中に十分な理解ができていなかった場合、例えば訪問看護師や介護士・デイ職員が、その方に説明をしてくれるような場はあるのか？

## 訪問看護師

訪問看護に伺った場合には、理解できるようにその場で説明を行っている。『主治医指示書』に書いてある体重などをメインに説明を行い、体重が超えたらすぐに医師に連絡をするなど、治療につなげるようにはしている。しかし先ほどの話のとおり、週一回の関りだと、伺った時すでに体重がオーバーしている場合もあるので、ヘルパーが入るなど毎日誰かが介入している場合には多職種連携が重要になってくるのかと思う。

## ファシリテーター医師

患者に高齢者、特に90代の方が非常に多く、本人に「病院に居る間に理解してもらおう」と思っても理解を得るのは難しいのが現状で、限界を感じている。今、コロナで、病院は面会禁止になっていたり、病院としてもなかなか家族と時間が持てない。以前は介護施設に入る場合、介護の方に病院に来てもらって、退院前カンファが行えていたが、それもなかなかできない。

その点、伝言のような形で伝えられるのが、このハートノートや心不全ポイントなのかなと思っている。最低限のことしか入っていないがポイントを押さえていて、医師の診察時のエッセンスが凝縮されている。

## 【テーマ2】①

### ファシリテーター医師

介護や訪問看護の方の中で、ハートノートや心不全ポイントの利用について分からない点や、導入していく上で問題になると思われる点があれば伺いたい。実際につける上での疑問点は無いかな？

大丈夫かな？

### (全員うなづく)

先ほどの話のように本人がつけることはまず難しく、家族が「毎日行って書く」と約束して退院しても、実際に外来に来てみたら全くつけていなかったということがよくある。そこで介護の方や訪問看護の方に頼らざるを得ないと思っている。

ここを乗り越えないと、“心不全ポイントが普及して、再入院を防いだ”というところまでいかない。本当は近隣の介護事業者を招いて勉強会を開くはずだったがコロナで中止となり、オンラインにより普及を行っているところ。どこの介護事業者がこの心不全ポイントを理解できてもう使っているのか、分かっていないのが現状。介護事業者の皆さんに訊きたいが、この心不全ポイントは普及できているのだろうか？「どこの病院のどのドクターがノートを使っている」という情報はあがるが、「どこの介護事業者だったらもう使っても大丈夫」という情報がない。導入できている事業所がマッピングされていたら良いのにな、できないかな、と思っている。違う圏域では「どんどん配って書いてもらって、診察時に持ってきてもらったらいい」という意見もあるが、介護や訪問看護を行われている方はどう感じるかな？

### デイ看護師

心不全ポイントは、デイなら、利用者がデイに持参してそれをデイ職員がチェックし持ち帰ってもらい・・・を繰り返し、本人が受診する時に病院に持参すれば良いのかな？例えば5点以上だったら、デイから病院へ連絡をしないとイケないものなのかな？

### ファシリテーター医師

基本的には、何点以上になったらこうしましょう というのは決まっているが、なかなか介護従事者が本人に受診を勧めたり病院に連絡するのに迷う点が多いのではないかなと思う。それがこういう約束ごとになっているので、迷わず堂々と連絡してもらって良い。「こんな時間にすみません」と恐縮されて連れて来られることもあるが、医師がどんなに忙しくても、これは約束ごとなので。うまく利用すれば、スムーズに伝達や診察が行えると思っている。

### デイ看護師

質問だが、心不全ポイントの中で、脈拍120以上の部分は分かるが、40～30と少ない方はどうするのか？



### ファシリテーター医師

立ち眩みなど脈が遅いための症状がある場合は、心不全悪化とは関係なく受診してほしい。120を超えた場合は心房細動が起き急激に心不全が悪化する。超えた時にはすぐに連絡してほしい。

### デイ看護師

当施設では訪問看護とも連携していて、訪問看護師から、服薬管理の協力をもらう。協力できるのは良いと思った。

### ファシリテーター医師

放射線技師の方に伺いたいが、本日はどのような経緯で何を目的に参加頂いているか？

### 診療放射線技師

法人内に様々な医療・介護施設がある。法人に届いた案内でこの会を知った。今自分が法人内で何ができるかというところで、いずれは、在宅に訪問をして「心エコー」「レントゲン」撮影を行いドクターにフィードバックするというような取組みを少しずつ行っているところ。それで今回参加させていただいた。

### ファシリテーター医師

外来で患者を診ていると、自分で体調を気にする、増悪の原因を探る、次にどうしたら良いかといった事を考えられるセルフトレーニングができるような患者がいっぱいいる。項目外に自分で万歩計の歩数を記録したり体温を書いたり、様々な工夫をして使っている。もしそういった患者宅を訪問した時には、その時の記録をハートノートの端に少し残しておいていただく、情報が増えると非常に助かる。心不全ポイントはポイントをつけるのが大前提だが、メモとして各専門職も情報を残していただくと非常にありがたい。

### ファシリテーター医師

薬剤師に伺いたいが、今関わっている患者で、このような記録をつけた方に会ったことはあるか？

### 薬剤師

ハートノートは今回初めて見たし、つけている患者は知らない。血圧手帳程度であれば、朝夕記録している方はいる。比較的若い70代くらいの方は、動悸や浮腫、咳が出ると自分で受診するが、80代を過ぎると薬がなくなるまで受診を控える、悪くても受診しない方が多いように見受けられる。

### ファシリテーター医師

実際、人目が多いところでこうした手帳のようなプライバシーを含む話しをするのが嫌だという患者がいた例を耳にしたが、逆に、ハートノートで書きこまれているのはかなりの情報量で、これを見れば一目で色々な事、大きな事が分かると思う。これを薬局の方でも利用できれば便利なんじゃないかなあと思うが、どうだろう？

### 薬剤師

こういうのが有ると、ドクターにもフィードバックできるので、患者に持ってもらおうと良いと思う。

## **【テーマ2】②**

### ファシリテーター医師

一番の問題点としては、本人と家族に心不全と、心不全ポイントを理解してもらうこと。

ハートノートを普及させるために、どうすれば多職種で連携できるのか、アイデアがあれば伺いたい。

### 訪問看護師

アイデアではないが、訪問看護師としては、様々なサービスを利用されている方については、「こういうところを気を付けてほしい」「体重測定をしてほしい」と発信するようにしている。病院受診に関しては、ケアマネへ報告したりケアマネから家族へつなげてもらったり、訪看からも家族へ連絡するなどしてできるだけ早期に受診につながるように心掛けている。

### 居宅ケアマネ

ケアマネからの視点になるが、復帰にあたって、介護保険サービスで介入している事業所、施設の職員等そういった方はある程度しっかり管理ができていますが、例えば在宅で高齢者夫婦の世帯では、夫のノートの管理を妻ができていない。そういった場合に、家族が遠方であれば難しいとは思いますが、例えば、日曜日に娘が来るといった支援の可能性があるのであれば、娘にもハートノートや心不全ポイントのことを説明して、一緒にサポートをしてもらうといった、インフォーマルな体制強化も一つの方法なのではないかと思う。

### ファシリテーター医師

私は自分の外来患者に優先的にハートノートを導入していて、なかなか紹介、特に介護が必要な方たちには自分が外来で関わっていないければ行っていないのだが、既にノートを使っているという利用者に関わっている専門職はいるか？

(全員、首を横に振る)

## 医師

訪問診療患者の数は100人を超えているが、心不全ポイントを導入しているのは一人だけ。その導入した方はすごく良くて、だからこそ使った方が良いと思っている。

## ファシリテーター医師

佐伯市では導入して一年足らずだが、既に、再入院の率が減ったというデータがある。実際に、自分が関わっている患者も、自己意識の改革ができるということですごく前向きになって、実際に体重のこともかなり気にするようになった姿を見て、やはり有効なのではないかなと感じている。

これが当たり前になって、皆さん多職種の方が普通に（ハートノートを共通言語にして）会話ができる状況にできれば良いと思っているが、導入については皆さん、同意頂いているということで良いか？

## (全員うなづく)

やはり普及する上では本当は小さなグループで地域でどんどん説明の会を開いていかなければ難しいかと思っているが、患者は高齢の方が多いので、訪問看護や介護職の方々の力が無いとほとんどできないのが正直なところ。実際にできている方たちは、ハートノートを使わなくてもそんなに悪くならないが、使うことでさらに向上させているという印象があって、これを、できない人たちにどうにか導入して回せないかということが自分の今一番の悩み。介護の方に広げるにはどうしたら良いか？今は、病院に来てもらって勉強するといったことがなかなかできない。家族も面会できないのに人を集めてやるのか？という感じ。病院の中の心臓病教室もなかなか開けない。

結局 Webになるのかと思うが、各専門職の周りで、「こういう機会があれば参加して学びたい」といった向きがあるか？それとも今回集まっている方たちは心不全ケアに対して特別な思いがあるからこそ参加したのか？

## 居宅ケアマネ

同法人のクリニック医師が、ノートの導入について指示をくれているので、毎朝のカンファレンスで、ノートの導入などについては情報共有ができています。各専門職への伝達もスムーズに行えている。

## ファシリテーター医師

導入している・していないことによりかなりのムラがあると感じている。このツールを導入した場合の結果が“かなり良い”ことは分かっているが、大分県全体にまんべんなく普及するにはどうしたら良いか、ここが課題になっている。なかなか今回のような、やり取りする場が無いのも一因かとは思っている。

## 医師

導入した患者は、退院前カンファレンスの時に家族や各専門職が一同に集まった場で一緒に始めた。その場に集まった専門職は一定の指示を出していく立場の人間なので、そういった方々がハートノートのことを持ち帰って一ヶ月も立たないうちに回せるようになってきた。

退院前カンファレンスで積極的に導入すると、在宅系の専門職には持ち帰りやすいのかなと感じた。

## ファシリテーター医師

現状、退院前カンファレンスの中で、十分な今後の方針を聞くことがあるか？

## デイ看護師

重度の方の退院の際には病院に呼ばれてカンファレンスに参加するが、心不全の方については、デイ利用者には重度の方がいないので呼ばれることは無い。

## ファシリテーター医師

こういう機会を繰り返し持ち、改善できる点があれば改善していくことが、一步一步普及を進めることになると感じている。

## 9グループ

### ファシリテーター医師

#### 【テーマ1】

現在支援を行っている、心疾患を抱える患者・利用者のことで困っている事があれば伺いたい。

### デイ A 相談員

心疾患を抱えているが服薬管理ができていない利用者について。具合が悪くなった時になかなか受診をしないし家族も分からない。ケアマネと一緒に「訪問看護を利用してはどうか」とのアプローチを行ってみたが、「まあ、いいわ」という感じで聞き流される。要支援2で比較的元気な方ではあるが、結局、心筋梗塞で入院してしまった。

病識の無い方に対してどのようなアプローチを取ればよかったのだろう、と今でも思う。

### 訪問看護師

心疾患を抱える認知症の方の介入に悩んでいる。夫と二人暮らしの老々介護の状態。食事への拘りが強いが、栄養管理がうまくできていない。また、ヘルパーの介入が難しく、本人が洗濯物を干すなどの家事一般を行うため安静を保てず、心負荷をかけてしまっている。

### 居宅ケアマネ

現在担当している87歳・女性。15年前に心不全を発症し、現在両足に浮腫がある。BMIは33.8(肥満)、血圧が150~160まで上がることがある。心不全が悪化しているという訳ではないが、食事を減らしても体重が減らない。心臓の負担を減らしたいと考えているが、適正体重に近づけていく方法について悩んでいる。(ファシリテーター医師「その方に浮腫みは見られるか?」) 体重に、浮腫みは影響していると思う。

### 訪問看護師

現在の受け持ちで心不全患者はいないが、退院直後の方に関わる人が多い。「入院中は状態が落ち着いていた」として帰宅されるが、生活のことを入院前と変わらず全部自分で行おうとする。特に夫の食事の用意などをする女性は買ってきた(高塩分の)惣菜を利用することもあり、食事管理がかなり難しい。結局また体調を崩し再入院してしまう方が多いと感じている。

### ファシリテーター医師

入院中は管理されているが、退院後すぐに動いて心臓に負荷をかけたり、食事管理ができないことが、心不全増悪のポイントになっているということを理解いただき、嬉しく思う。

### リハビリ専門デイ [ 以下、リハデイと表記 ] 理学療法士

心不全を抱える利用者については、バイタルをみながら運動指導を行っているところ。

入院患者であれば退院カンファレンスで、入院中の動作や「こういった運動をしていた(運動負荷)」などを伺うことができるが、退院後の生活で、どの程度の家事が許されるのかといった情報が無い。そのことについて本人に指導を行っているかどうか分からない。情報共有ができれば、支援、指導も行い易いのだが。また外来通院中の方については、細かい情報が全く無い。普段の生活の様子などは聞き取ることができるが、医療側から専門的な情報を取りたい場合、どのようにしたら良いのかが分からず、困っている。

### デイ B 看護師

退院された方の水分制限について。医師から制限の指示が出ていても、喉が渇いた時などに摂取量を守れない利用者がある。ドリンクサーバーを置いており、説明は行っているものの管理までできていない。食事の提供も行っているが栄養士は在籍しておらず、メニューは各自が都度選択(メインが肉か魚か)するもので、含まれている塩分量はデイでは把握していない。減塩食メニューも無い。

ファシリテーター医師

他に、水分制限のことで困っている所はあるか?

リハデイ 理学療法士

( 挙手 )

### リハデイ理学療法士

デイ利用中は運動してどうしても汗をかくため、特に夏場は少しでも水を飲んでほしいと思うが、本人が水分摂取量を気にして摂ろうとしないので困った。

### 包括職員

困りごとは塩分制限。配食サービスをつかって管理をしたいところだが、社会的資源が少なく一日のうち夜しかサービスを利用できない。結果、利用者は朝と昼に好きなものを食べてしまい、支援する側の努力が報われないと感じる。

また、当(佐賀県)圏域は山に囲まれた地形のため、どの家も階段の先にあり、毎日、何十段という階段を上り下りする生活を強いられるという地域的な困りごともある。

## ファシリテーター医師

海が近いので、伝統的に塩分の多い食事を摂るのではないかと推察したが、山もあり階段で過負荷がかかってしまう。「非常に心臓には良くない地域」ということで苦労している、といったところか。

## リハデイ柔道整復師

困りごととしては、再入院の危険性や心不全の怖さについての、利用者への伝え方。知識の無い利用者、色々なレベルの心不全患者も多い中、どうやったら伝わるのか。

## ファシリテーター医師

実は、我々も困っているところ。

同じ心不全患者でも、水分・塩分の制限をしなければならない重度の方も居れば、初めて心不全発作を起こした後のコントロールが上手くいき軽症のままにいる方も居る。軽度の方は元気に過ごせているので、「心不全ポイント」が逆に煩わしくなってくるのでは、と正直感じている。

先ほどの困りごとで水分制限の話が出たが、最近では、よほど末期でなければ、厳しく水分制限を行わない傾向にある。夏場は積極的に水分を摂り、その分薬でコントロールができれば良いと考える医師もでてきた。水分制限で困ったなと感じた時は、主治医の考えをよく聞いた方が良いと思う。過負荷や塩分制限など、皆さんが心不全に対して理解してくださっていることを嬉しく思った。

## ファシリテーター医師

### **【テーマ2】**

心不全患者の再入院を防ぐために、支援を行う中で、ハートノートや心不全ポイント（自己管理用紙）をどのように活用したら良いと思われるか、意見を伺いたい。

## リハデイ柔道整復師

先ほど困りごとで「伝え方」を挙げたが、今回のこの「心不全ポイント」で、点数を一つ一つ付けていきながら、これを元に、分かりやすく伝えていければと思っている。

## 包括職員

恥ずかしながら今回初めて、「ハートノート」の存在を知って・・・。

## ファシリテーター医師

知らなくて当然なので安心してほしい。今回そのための研修会なので。

県内の全ての病院が同じツール（ハートノートや心不全ポイント）を使って患者に説明を行おうというのは、全国でも初めての取組み。ぜひ皆さんと方向性を共有して進めていきたいと思っている。

## 包括職員

このツールの良さは、「見える化」。患者自身が病状を自分の目で確かめることができるので、その意識付けには非常に役立つと感じた。独居でも、受診のタイミングの見極めができ非常に助かる。

## デイB看護師

ハートノートや心不全ポイントは初めて目にしたが、分かりやすくて良いと思った。このような記録用紙があれば、本人・家族と私たち専門職とで共有できれば、増悪の早期発見につながると思った。

## リハデイ理学療法士

このようなツールを使って患者自身に理解をしてもらうというのは良いと思った。患者自身への周知も大事だが、支援を行うスタッフの理解あってこそだと思う。支援に関わる従事者全員の理解が進むと良いと思う。

## 訪問看護師

在宅で過ごす患者の傍にいる訪問看護師や、一番身近なヘルパー、ケアマネなどの専門職が、まず自分でつけてみる。その上で、「共通言語」として皆に広まっていけば良いなと思う。

## 居宅ケアマネ

本人・家族了承のもと、ハートノートの置き場所を、利用者の部屋の分かり易い場所に決めておき、本人と関わっている民生委員やケアマネ、ヘルパー、包括職員等全員が自由に見ることができるようにしておく。各専門職はノートを見て、本人の状態を把握・共有する。

また受診の際には、お薬手帳と一緒にハートノート（心不全ポイント）を必ず持参してもらうようにする。あるいは3～4点で受診を迷った時に判断を仰げる医療機関を知っておくのも一つの方法だと思った。（ポイントを撮影し、画像を主治医にメール送信して相談する等）

## ファシリテーター医師

具体的な方法を示していただき嬉しく思う。当院（白杵市）では在宅に関わる医療・介護のスタッフと「心不全に対する情報を共有しながら、どうケアするか」といった取組みを、10年以上前から行ってきた。



中でも一番大事なのは、利用者に関わる多職種全員が同じ方向を向き、ヘルパーでも体重チェックをしてくれたりすること。同じ情報を共有して同じ方向性を持って（患者・利用者を見守って）いくことが、その方の増悪・再入院を予防する一番良い方法であると実感している。

我々の課題としては、「3点」「4点」といった相談が専門職から来た時に、どの医師でもちゃんと対応ができる・答えられるような仕組み作りが大事だと思っている。

### デイ A 相談員

認知症を患っている利用者に対して、困っているヘルパーや訪問看護師、通所系・訪問系の事業所が協力して（支援）できるように、自分で記録をつけることができない認知症の方については専門職と一緒に記録をしながら、「今日も大丈夫だったね」というような声掛け・意識付けを行っていくのが良いと思う。

### ファシリテーター医師

認知症や高齢の患者が増えてきて、我々も、自分で記録ができないような心不全患者に対しての指導が困ったポイントになってきている。独居や手伝ってくれる家族が居ない場合、我々医師は、「週3回行っているデイサービスに賭けよう」という気持ちになってきている。毎日でなくても良い、週3回でも、この心不全ポイントの記録には意味があるので、その点を共有して是非、主治医にメッセージを送ってほしい。

## まとめ

### 小児科医

全国的にも先駆けとなるこの「ハートノート」は、素晴らしい取組みだと思った。

各専門職がこのノートをどのように活かすかという部分で、まだ「初めて(これから)」という感じだろうが、ポイントは、今までベテランの方がやってきた「この患者はこういうふうな流れで」という「勘どころ」の部分で、この心不全ポイントを使えば10年目の方でも、1年目の方でも、全く同じ判断ができるということ。初めて携わる方にも一つの目安ができた。

立川医師の講話にあった「知識の習得と技能の向上」というところでは、これらのツールは、「ここから始める、これから取り組む」という、勉強を始める上での良い機会となるのではないかと。

また、「記録を週3回でも」という話が出たが、これを1ヵ月～3ヵ月と続けていくと、増悪しているかどうかの経過が分かる、悪化してしまうポイントが見えてくる。そこを患者本人に理解してもらう。「ここで悪くなったね、こうなったらこうしようね」とゆっくりと理解してもらうことで使う意義が出て来る。悪化した時に「何をされたんですか」という部分をしっかり掘り下げることができれば、患者本人にとってもプラスアルファになるのではないかと感じる。

### ファシリテーター医師

全く仰るとおり。在宅で患者・利用者をケアしている専門職にとっては、かかりつけ医が1年目でも10年目のベテランでも、循環器の専門医であるとも限らない。この活動をそれ以外の先生にもご理解頂いて、我々専門医に投げかけ易い（仕組みとして）、意義のあるものになってほしいと思っている。

ご意見ありがとうございました。

### ファシリテーター医師

残った時間を使って、運動療法について話したいと思う。

### リハビリ理学療法士

運動に関しては基本的にはアンダーソン・土肥<sup>※</sup>で行っているが、心不全の方であれば運動中100に近づいたら一回休憩していただく形にしている。

困っていることとしては、当施設ではメドマー（脚用エアマッサージ器）を使用しているが、心不全からの浮腫みを持つ方に使用して良いのか悩んでいる。利用者は心地良いので気に入って利用しているが、そういった方に限ってリスクが多い。

### ファシリテーター医師

基本的には、心不全の方は、適切な運動を続けた方が元気に長生きできる。全然運動しないのはまずい。心臓リハビリテーションの世界では、心不全があってもその人が息切れをせずにできる運動は適切に続けたほうが元気に長生きできるということを、患者にもお願いしている（伝えている）。

従って、デイサービス・デイケアが利用者を取り囲む場合にはぜひ、運動を取り入れて頂きたいと思っている。

※

### アンダーソン・土肥 基準（改定）

#### I. 運動を行わないほうがよい場合

- 1) 安静時脈拍数 120/分以上
- 2) 拡張期血圧 120 以上
- 3) 収縮期血圧 200 以上
- 4) 労作性狭心症を現在有するもの
- 5) 新鮮心筋梗塞 1 ヶ月以内のもの
- 6) うっ血性心不全の所見の明らかなもの
- 7) 心房細動以外の著しい不整脈
- 8) 運動前すでに動悸、息切れのあるもの

#### II. 途中で、運動を中止する場合

- 1) 中等度の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛などが出現した場合
- 2) 脈拍が 140/分を越えた場合
- 3) 1 分間 10 個以上の期外収縮が出現するか、または頻脈性不整脈（心房細動、上室性または心室性頻脈など）あるいは徐脈が出現した場合
- 4) 収縮期血圧 40mmHg 以上または拡張期血圧 20mmHg 以上上昇した場合

#### III. 次の場合は運動を一時中止し、回復を待つて再開する

- 1) 脈拍数が運動時の 30%を超えた場合、ただし、2 分間の安静で 10%以下に戻らぬ場合は、以後の運動は中止するかまたは極めて軽労作のものに切り替える
- 2) 脈拍数が 120/分を越えた場合
- 3) 1 分間に 10 回以下の期外収縮が出現した場合
- 4) 軽い動悸、息切れを訴えた場合

### ファシリテーター医師

他に、どういう時に過負荷になると感じているか？

### 包括職員

家が山手にある方は階段を上り下りすることは必須なので、そこを生活から外すことはできない。そうした方が心不全を患ったからといって家を出てどこか別の場所で暮らすということは現実的ではないので、「負荷をかけない」とは言っても、実質その辺りを改善する方法が見当たらないという事が悩み。

利用者が認知症でなければ、自分の身体の状態をみながら休憩をとることができるが、その辺りの理解ができず病識も薄い方は、ただひたすら、帰宅することを目的にどんどん進んでいくため、ボタンとそこで倒れて救急搬送されるというケースは、よくよくあること。

### ファシリテーター医師

そうなってくると、個々の利用者に対して、どうケアをするかを考えていくしか仕方がないのかな、と思う。

### 包括職員

そうした方は主治医と話し合い、ちょっと状態が悪くなったら一旦入院をさせていただく、という連携を取っているのが実情。

### ファシリテーター医師

食事について補足したい。

高齢の方が増えているので、塩分制限に拘り過ぎるよりも逆に、ご飯をしっかり食べてもらった方が良いという考え方も最近医師の間に出てきている。フレイル、サルコペニアが進むよりも、しっかり食べてもらった方が元気で長生きする人が多いんじゃないかという発想に変わってきている。

「しっかり食べてもらって、心不全ポイントでケア」という在り様もあるのではないかな。

その方がどうやったら元気に過ごしていただけるか？ 皆さんが専門職として日頃から考えていることを行って頂きながら、心不全ポイントをうまく使って頂ければ、と感じている。

## 10グループ

### ファシリテーター医師

#### 【テーマ1】

現在支援を行っている、心疾患を抱える患者・利用者のことで困っている事があれば伺いたい。

### 医師

一般内科のかかりつけ医をしているが、シビアな患者を抱えていないので、困っている点は無い。

### ファシリテーター医師

自分で診ている患者が入院をしたというようなケースはあるか？

### 医師

無床なので、入退院を繰り返す患者については病院に紹介している。

### 看護師

心疾患を抱えた患者は多数入院しているが、自己管理不足が原因の方が大変多いので、入院中にいかにケアして退院へ運ぶかを多職種で考えてやっている。再入院される方が多いのが問題だと感じている。

### MSW

再入院については自分も感じているところ。高齢者については何らかのサービスに、どうにかつなげることができると、若い方で再入院を繰り返される方についての支援の方法に難しさを感じている。

### 居宅ケアマネ／看護師

心疾患を持つ利用者ではないが糖尿と精神疾患を持っており、コロナにより閉じこもり傾向になりフレイルに陥ってしまった。本人が動悸や息切れを感じて通院しなくなり、介護サービスについても拒否を続けている。主治医に相談をしたところ、利用者のありのままの姿を受入れて、新たなプランを立てるよう指示があった。利用者に対する介入について一番困っている。

**ファシリテーター医師** その方は精神疾患もあり、自己管理ができていないということか？

**居宅ケアマネ／看護師** ハートノート等があれば、活かせるのではないかと感じている。

### 居宅ケアマネ A

在宅の利用者が主治医から無理な運動を控えるように言われたが、このままでは生活不活発病になってしまう恐れがある。主治医は内科医で、適正な運動の処方を受けていない。ケアマネとしてどの程度の運動やリハビリを勧めたら良いのか困っている。

### 居宅ケアマネ C

自分が担当している体重が増加傾向の利用者。普段から菓子などを食べている。糖尿がありインスリン注射も行っているが、家族が心不全に対して理解が無く、心不全に関しては自己管理も行えていない。家族へのアプローチ方法に悩んでいる。

### 介護福祉士

認知力低下もあり病識も無いので、急に想定外の動きをしたりする。飲食の管理にも非常に気を遣う。

### ファシリテーター医師

色々意見を出してもらったが、自己管理をしてもらうのが難しい、特に精神疾患や認知症の方が在宅で暮らしている場合、自己管理できるのが問題になってくると思う。

医師に伺いたいが、かかりつけ患者が退院した時に、病診連携でまたクリニックに戻ってきた場合、今後の生活についての指導や、再入院したのは何が悪かったのか？といった振り返りを行う上で、困ると感じることはないか？

### 医師

今からの季節で心配になるのは感染症。一気に悪くなりアップアップになって主治医を変更してもらったケースが何例もある。心不全ポイントを見て思ったが、認知症や精神疾患を持っている方は理解が難しいので、結果的に、「減塩と水分摂取を遵守できる形が、気づいたらできている」ような工夫をせざるを得ないのではないかと。自分は糖尿病患者を持っており臨床の患者をかなり多く診ているので、特に感じる。

### ファシリテーター医師

高齢の独居の方が内容を理解して自分で記録を付けるのは、結構難しい面はあろうかと思う。

### 医師

まわりの介護スタッフ、本人を取り巻く専門職が、心不全を理解する必要があると思う。

### 居宅ケアマネ D

心不全と認知症を抱えている利用者。塩分と水分の制限があるが、家族が心不全に対する理解が無く、「本人が欲しがらるんだから、食べさせたい」と塩分の高い食事を提供している。病状・制限を優先すべきか、家

族の本人に対する思いを優先すべきか悩んでいる。他の職種はどう対処しているか？

### MSW

患者の年齢や状況により主治医とも話しながら、厳しい制限を行うのではなく、せめて服薬だけはきちんと行っていただく。柔軟に、他の事柄との兼ね合いを見計らないながら…といった形になると思う。

### 介護福祉士

面会が難しい今、施設への家族からの持ち込み（食べ物の差し入れ）が非常に多くなっている。制限については説明はしているが、それでも、「本人に、好きな物を食べさせたい」という気持ちで持って来られる。

### ファシリテーター医師

家族は本人のQRLを考えるので、緩々にしてあげたいという気持ちもあると思うが、それが結果的に心不全の管理に繋がらない。

その辺をどう解決していくか？心不全ポイントの活用方法の話にもつながっていくと思う。

## 【テーマ2】

心不全患者の再入院を防ぐために、支援を行う中で、ハートノートや心不全ポイント（自己管理用紙）をどのように活用したら良いと思われるか、意見を伺いたい。

### 居宅ケアマネ／看護師

ハートノートや心不全ポイントについて、訪問系のサービスを行っている方が記録のサポートを行い、その記録を居宅に提出してもらえると、月別のケアプランを立てる時に非常に参考になると思う。心不全ポイントに書かれたデータが、医療的根拠として医療職との連携にも役立つと思う。

### ファシリテーター医師

ポイント（点数）として具体的な数字が出るので、理由はともかく、点数により受診を奨励できる。それを受け入れる病院、連携できる診療所のドクターが心不全ポイントを知っていないと空振りになる。利用者のかかりつけ医にも、是非、ハートノートや心不全ポイントの情報を提供していただきたい。

医師に伺いたいが、このノートを患者の指導に役立てられそうか？

### 医師

そう思う。ただ医師として、体重管理に関しては、設定体重のプラスとマイナスの決め方が、利尿剤を変えて増やしたり減らしたりした時にどう設定するのか、決め方が分からない。

ファシリテーター医師 連携している大きな病院はあるか？

医師 循環器科のある病院と連携しているが、カンファレンス協力病院ではなかったと思う。

ファシリテーター医師 そこで心不全ポイントを軸にして、病診連携を構築して頂ければと思う。

### 居宅ケアマネ A

病院では配布しているようで、関わっている利用者がノートを利用しているが、高齢者や認知症を持っている方が多いので活用は困難と思われる。そこで多職種連携が生きてくるのかなと思っている。

### ファシリテーター医師

自宅で療養されている場合は、家族の協力が欠かせない。津久見市では高齢化が進んでおり、本人よりも施設職員に記録してもらい、変化があった時には施設職員から医師へ連絡をもらうようにしている。

本人に関わる施設やかかりつけ医や訪問看護、介護従事者がこのノートのことを分かっている共有してもらわないと、本人がただ記録して終わるだけという事になりかねない、そこが今後の課題だと思っている。

### 看護師

当院では「心不全ポイント」をよく使っている。30例くらいは導入し、かかりつけ医につなげている。導入するポイントとしては、サポートする人が居るか居ないか。居れば、サポートする人がどんな職種であっても、病院から専門職へ、退院前カンファレンスの席などで記録の仕方の指導を行うようにしている。かかりつけの診療所が循環器科でない場合、心不全ポイントは十分に普及できていない・浸透していないので、病院から診療所に渡す「診療情報提供書」の中に、“・導入したこと ・患者にポイントの指導をしたこと、・水分制限 ・体重管理の値 ”等を申し添えるようにしている。

病院の近隣にある循環器科を持っている診療所に対しては、実際に医師や看護師がハートノートを持参して、お願いをしているところ。3点・4点の時にいかに、かかりつけ医がフォローしてくれるかが基幹病院としては非常に重要になってくると思っている。一つ一つ情報をお伝えしていき、ハートノート・心不全ポイントを広げていきたいと思っている。



## ファシリテーター医師

病診連携を受け入れてくれる開業医（診療所、かかりつけ医）の医師全てが循環器科ではないだろうし、この心不全ポイントの内容をどこまで理解してくれているか。ただ点数が上がっても「点数が上がるのが何を意味しているのか」少し説明は必要かと思う。実際当地域でも、医師が説明をして回っている。そうでもしないとなかなか普及していかず、病院で抱え込んでしまうと思う。そこが課題だと感じている。他に心不全ポイントを使うにあたっての意見を伺いたい。

## 介護福祉士

今回初めてこのようなツールがあることを知ったが、入居者の状態を観察する上ではとても良いと思った。介護士は人数が多く、一定の認識で同じ評価を行うことは難しいと思うので、記録は看護師が行って、その情報を参照して介護士が状態の把握を行っていければ日々の業務に役立っていくのではないかと感じた。

## ファシリテーター医師

本日の講話で、「ハートノートや心不全ポイントを扱う人は、まず心不全の勉強をしてほしい」というアナウンスがあったかと思うが、今後、このような勉強会等普及する方法について、考えがあれば伺いたい。

## 介護福祉士

当施設では、月に一回勉強会を行っている。これまで心不全に関する勉強会は開いたことが無かったので、取り入れていきたい。

ファシリテーター医師 日頃連携している、決まった医療機関はあるか？

介護福祉士 ある。

ファシリテーター医師 そちらの循環器科の医師が勉強会を主催するような事はあるか？

介護福祉士 ない。

ファシリテーター医師 その医療機関はハートノートを使っているか？

介護福祉士 おそらく使っていると思う。ノートの表紙を見たことがある。

ファシリテーター医師 では、そちらの施設まで情報や活動が広がっていないということか。

介護福祉士 そういうことになる。

## ファシリテーター医師

「ハートチーム」ということで、多職種の方にこのノートの使い方を理解して頂くための活動を、そちらの先生方がやって頂けると一番良いと思う。ポイントをつけるだけであれば簡単だが、ポイントの意味するところを医療関係以外の方々にも理解して頂く必要があると思う。

## ファシリテーター医師

話しを最初に戻すが、先ほど医師の話に出た、入院が必要となった患者の体重の設定について、詳しく話を戻したい。

## 医師

病院の医師の指示を守るだけであれば良いが、例えば退院して、当診療所（かかりつけ）に戻ってきて、当院が薬を変更した場合、対応についてこちらでもある程度理解しておかなければならないが、まだ分かっていないところがある。

## ファシリテーター医師

体重については難しいところがあって、いつも同じ体重で延々いくはずが無くて、肥満の方も居れば、食が細くなり痩せていく人も居る。結局毎回来て頂いて、「その方が元気である時の体重」みたいな感じになることもあるし、浮腫によって上下していくこともある。一度決めたらずっとその数値でいく訳ではないのが難しいところ。そういう意味で心不全の安定した状態での体重を毎日計っていく必要がある。一日中変動する体重の中で決めなければならないが、在宅の患者は毎日、同じ時刻・同じ状態で計っている訳ではない。「起床した時」「お風呂あがり」など決まった状態・時間帯で計測してもらわなければならないのが難しいところではないかと思う。

他に発言したいことがあれば伺いたい。

## 医師

「自己決定の意思の尊重」が最近よく聞かれるが、こうした活動とは相反するところがあるのではないかと少し感じた。

## 11グループ

### 《テーマ1》

#### 看護師

- ・高齢化で本人・KP共に高齢な事も多く、ハートノート等各種指導の理解が難しい
- ・ご家族の協力体制等によっては在宅での食事管理等が難しい
- ・受診日が決まっていると、体調が悪くても受診日まで我慢している方も多い
- ・入院中のケアをしても退院後の経過を追えない。
- ・病棟・外来間での連携が難しい（ハートノート指導者の共有等）

#### セラピスト

- ・退院後のリハビリ指導
- ・仕事をしている方のリハビリ継続が難しい

#### 栄養士

- ・自宅では塩分過多、入院後は食事摂取量が少ない人が多い印象なのでバランスが難しい

#### MSW

- ・在宅・施設からの入退院を繰り返している方が多い
- ・入退院を繰り返すと、在宅支援のスタッフや施設の受け入れが難しくなってくる

### 《テーマ2》

- ・ハートノート指導患者様は意外と記入できている方が多い印象  
→ 完璧ではなくて外来に持ってきた時点で評価してあげることが大切
- ・ノートとは別に日常生活の管理（塩分制限等）必要
- ・ハートノート記入によって本人の意識付けには有効
- ・本人だけでなく、周囲の方にも受診に対する意識付けとなればより良い
- ・施設・在宅サービス関係等の方のノートの認知はほぼない状況 周知が必要
- ・退院時のカンファレンス等で施設に説明し共有出来たらよいのではないか
- ・ハートノートの外来での導入を今後検討していく  
長い時間の説明は難しいが本人の理解が難しい場合は家族等の説明も外来ですていくか検討

— ご参加頂いた皆様、貴重なご意見をありがとうございました。 —