

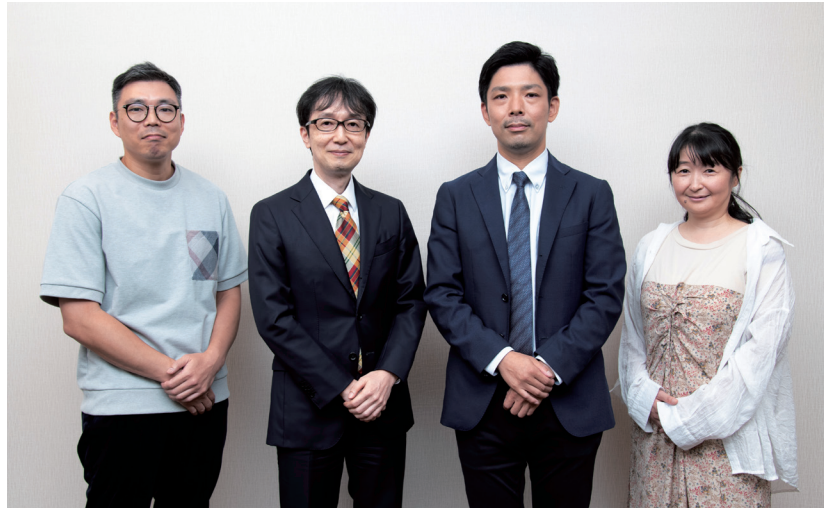


BAYER Medical News

バイエル薬品がお届けする
最新の医療政策情報です

地域と繋がる医療の架け橋

発行・編集：バイエル薬品株式会社 マーケットアクセス本部 制作協力：木村情報技術株式会社



(左から) 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 リハビリテーション室 保田彰看護師
医療法人松田会 松田病院 循環器科 小西章敦先生
元) 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 循環器内科(2022年11月まで)
現) 医療法人社団 仙台駅東クリニック 院長(2022年12月より) 南條光晴先生
あおいくま訪問看護ステーション仙台 石田奈緒巳所長

切れ目のない治療とケアで心不全再入院を防ぐ ～仙台市における地域ぐるみの多職種チーム医療～

心不全の患者数は高齢化に伴って増加傾向にあります。2005年に約100万人だった心不全患者数は2020年に120万人に達し、2030年には130万人に増加することが予測されています*1。この心不全パンデミックによる医療崩壊を防ぐには、再入院率を改善するための心臓リハビリテーションや患者さんの生活に介入した疾病管理が求められます。

そこで今回は、宮城県仙台市を中心に、心不全患者さんを急性期から回復期、慢性期、さらには在宅医療にいたるまで切れ目のない治療と疾病管理に取り組んでいる先生方にお話を伺いました。

機能連携と情報連携

—仙台市(宮城県)における心不全患者の状況や推移について教えてください。

南條先生 仙台に絞ったデータではありませんが、東北慢性心不全登録研究(CHART-2)では、65歳以上の高齢者の割合が68%、後期高齢者が34%を占めていました。HFpEF(拡張不全)は50.6%(2000年～2004年)から68.7%(2006年～)に増えています*2。また、仙台市内には複数の基幹病院があり、各々の機能に特

長があります。当院は、特に循環器に特化したインターベンションを要する緊急症例が多いのが特長です。また、不整脈・弁膜症を背景とした心不全、TAVI(経カテーテル大動脈弁留置術)、MitraClip(経皮的僧帽弁クリップ術)後の心不全症例も多く受け入れています。PCI(経皮的冠動脈インターベンション)、CABG(冠動脈バイパス術)、SHD(Structural Heart



南條先生

Disease：構造的心疾患）や急性大動脈疾患の患者さんは、県外から搬送いただくケースも増えています。

—松田病院の特長についても教えていただけますでしょうか。



小西先生

小西先生 当院は一般病床77床（うち地域包括ケア病棟28床）、回復期リハビリテーション病床48床を持つ病院です。高齢の患者さんが多く、外来は75～80歳、入院も80歳代が中心です。その中で心不全診療においては「少しでも患者さんに楽に過ごしていただく」ことを中心に考えています。地域連携における役割としては、急性期医療を担う仙台厚生病院等から、ご自宅に帰っていただくにはまだ機能が回復していない患者さんや、脳梗塞があってリハビリテーションが求められる患者さんを、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を使い分けながらお引き受けしているのが特長です。

—地域医療連携の重要性を認識したきっかけはどのようなことだったのでしょうか。

南條先生 侵襲的治療を乗り越え、無事に退院できた患者さんが残念なことにその数か月後に再入院してしまうことが少なくありません。背景には「心臓リハビリテーション」という概念の普及がまだまだ不足していること、生活指導した内容を患者さんがご自宅で継続できないことなどがあります。再入院を予防し、長期予後改善するには急性期からのリハビリテーションの介入、機能連携や情報連携が必要だと感じたのがきっかけです。

小西先生 高齢の患者さんが急変し、当院では手に負えない状態になるケースがあります。その時は仙台厚生病院に相談するのですが、私が松田病院に赴任してからの5年間、一度も受け入れを断られたことがありません。逆に急性期病院から当院の地域包括ケア病棟や回復期にご紹介いただくケースも多くあり、病病連携の重要性を感じていますし、患者さんをご自宅や施設にお戻しする際には、地域との連携が重要となります。

—この地域の連携におけるそれぞれの施設の役割についてお聞かせください。

石田先生 看護師には「療養上の世話」と「診療の補助」という2つの役割があります。急性期病院では患者さんの生活の場が病院になっていますので、「診療の補助」がメインで看護師業務に当たることが多いかと思えます。一方、訪問看護では現場がまさに“生活の場”であ

り、「療養上の世話」をしながら心不全等が悪化しないように、適切な治療につなげられるように疾患と生活をつなげて看ています。南條先生からも「心不全が悪化する要因が現場にはあるはず」とご指導いただいています。他の職種とも連携しながら看護師の視点で在宅の患者さんを支援しています。



石田先生



保田先生

保田先生 当院では、看護師が中心となって心臓リハビリテーション体制を立ち上げました。看護師が中心となったため運動療法よりも生活指導を中心としたリハビリテーション活動としてスタートしました。その後、活動が先生方に認められ、理学療法士を増員し現在に至ります。

入院後や術後早期からリハビリテーションを始めます。リハビリテーション室の役割は、入院早期よりリハビリ介入を行い、リハビリで得た患者さんの理学所見を医師と情報共有し、患者さんの機能回復や状態評価を行うことです。低心機能など重症度の高い患者さんも多いため（図1）、反復動作や持続歩行評価などを適宜行い、状態の安全に配慮しながらリハビリテーションを行っています。そして、経過報告書を丁寧な書くことを含め、回復期の病院や在宅医療につなげるためにしっかりと評価することを心掛けています。

南條先生 急性期の治療後に回復期や慢性期、在宅にかかわる関係者に情報が共有できないと地域包括ケアは成り立ちません。そのため、急性期病院の医師としては、患者さんの病態、処方意図、予後などの急性期治療で得た医学的情報を地域に伝えることが重要な役割です。管理目標や予防的指導については心臓リハビリテーション室や多職種と共有し、患者さんが戻る地域に申し送る必要があります。

小西先生 医療法人松田会グループには、当院の他にもクリニック、介護老人保健施設、看護小規模多機能型居宅介護などの施設があり、医療から介護まで切れ目のないように患者さんをサポートさせていただいています。当院は急性期病院との連携はもちろんのこと、在宅医療を担う医療機関や訪問看護師、薬剤師などとも連携を深めてバックアップ体制を強化していきたいと思っています。

—心不全患者さんの退院後、すぐに他施設に逆紹介する患者さんもいれば、自院の外来でケアしつづける患者さんいらっしゃると思います。こうした紹介・逆紹介の基準等はどのようにされているのでしょうか。

南條先生 病院としては安定した患者さんは逆紹介します。個人的には退院後1か月間、自宅での生活が安定していれば逆紹介するようにしています。基本的に必ず

紹介元に戻し、紹介元が循環器の専門医であれば、早めに戻します(図2)。

小西先生 仙台厚生病院から患者さんを紹介していただければ、課題と対応方法について明確な情報提供がありますので対応しやすいです。こちらから疑問点をFAXで送付してもすぐに回答していただいています。

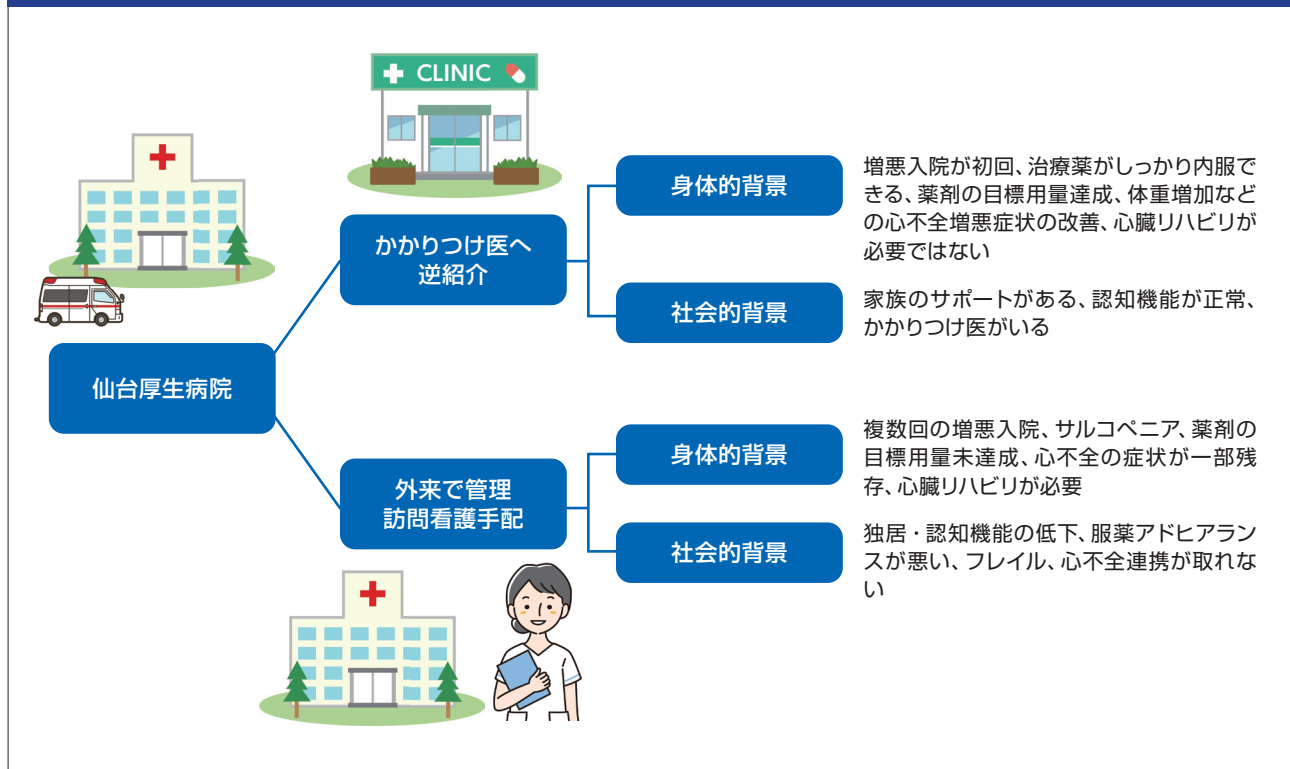
図1 仙台厚生病院リハビリ室が関わったケアカンファレンス患者の特徴

期間	2019年～2021年10月まで33名
年齢	82.47±5.73歳(男性15名、女性18名)
介護度(カンファレンス前の把握)	要介護1:10名 要介護2:7名 要介護4:1名 申請中:15名
Barthel Index	80.29±25.7点
SPPB(簡易身体機能評価)	5.88±3.87点
6分間歩行距離数	122.7±116.48m

超高齢者
低身体機能
介護を要する

保田先生ご提供

図2 仙台厚生病院で急性期治療が終了した入院患者さんの退院後パターン



チーム医療のメリットと 心臓リハビリテーションの価値

—改めてチーム医療・多職種連携のメリットについて お聞かせください。

南條先生 患者さんの心不全の側面を包括的に評価・介入できることがチーム医療や多職種連携のメリットだと思います。10年くらい前までは医師の裁量が強く、心不全診療も医学的な側面だけにフォーカスされていた感があります。治療が終わったら退院させ、患者さんのその後の生活や再入院の原因となる状況などはあまり考慮されていませんでした。そんな中、最初に取り組んだことは多職種によるカンファレンスやコミュニケーションツールなど、情報共有手段の整備でした。パソコンやスマートフォンで情報を共有できるコミュニケーションツールは約5年前に導入しました。

石田先生 南條先生や保田先生などと連携できるようになってからは、ICT (Information and Communication Technology : 情報通信技術) を活用して患者さんの情報を確認しながら先生方からご指導いただけるようになり、訪問看護に難しさを感じなくなりました。以前は、病院の医師や看護師から情報が得たい場合は直接会いに行っていました。ICTによるコミュニケーションツールを活用することで負担が大幅に軽減されましたし、必要な情報が共有されるのでモチベーションも上がり、患者さんへの生活指導にも力が入ります。

保田先生 急性期から回復期を経てご自宅に戻るまで切れ目のない心不全診療を行うことが重要であり、このプロセスを実現するのがチーム医療や多職種連携であると思います。自施設以外の地域の関係者と常に情報を共有することは、切れ目のない診療を行う上で大きな安心につながります。

—心不全診療におけるリハビリテーションの位置づけと、実施状況などについて教えてください。また、高齢心不全患者に対するリハビリテーションの課題やその対策についてもお聞かせください。

保田先生 心不全診療におけるリハビリテーションの効果については、早期から運動や動機付け指導を始めることで、ADL (Activities of Daily Living : 日常生活動作) や QOL (Quality of Life : 生活の質) の維持や運動耐容能が向上し長期予後の改善に繋がります。しかし超高齢者に絞ると、在宅環境や認知機能など個々の問題もあり、十分なエビデンスがない状況です。当院が実施している TAVI や MitraClip の対象者の多くが高齢者です。高齢者の場合、術後にはまず ADL の動作訓練から始めなければなりません。基本的には、筋力測定、SPPB (Short Physical Performance Battery) などを実施

しながら回復期の病院と連携して最終的に運動療法につなげていきます。また患者さんの心不全を頑張って治そうというモチベーションの源泉を探すことも我々の役割です。

アドヒアランスを高める 患者指導のポイント

—患者さんに対する疾患教育や生活指導については、 どのように実施されているのでしょうか。

石田先生 患者さんの生活の場から心不全を繰り返す課題を発見するのが訪問看護師の役割です。「塩分を摂り過ぎないでください」といった短絡的な話をしても、入院中に受けた指導内容を守れない理由が生活の場にあります。そのため、患者さんの Self-Efficacy (自己効力感) を高める看護を心掛けています。小さな成功体験を積み重ねてもらい、患者さんが持っている力をより高めていただけるように常に褒め、友達みたいな感覚で患者さんと接しています。雑談しながら実は心不全に関連した情報を収集し、食事のことにさりげなく触れるようにしています。ホームヘルパーさんから「最近、足が浮腫んでいるみたい」という情報をもとに訪問したら醤油にまみれた餃子の皿を発見しました。その時は、すぐに指摘せずに「美味しそうなお餃子!」と認めた上で醤油の量について話します。病院の看護現場とは違って在宅では対話に時間をかけられますから、患者さんの気持ちをうまく引き出すことができます。

保田先生 急性期では疾病管理を中心に心臓リハビリテーションを展開しなければならないため、不幸にも退院後1か月以内に再入院してしまった患者さんに対しては、退院後どこまで指導内容を遵守できていたのかを確認しながらプログラムを組んでいきます。我々としてはまず疑ってかかることから始めなければなりません。患者さんの言葉を真に受けず、随時尿等の結果という事実をもとに指導をしています。また、患者さんのご家族の介護疲れなどの影響により、お惣菜や菓子パンが食事の中心になってしまうことがあります。ご家族のケアも重要になります。

—服薬状況に関して、心不全患者の自宅での生活で注意していることを教えてください。

石田先生 患者さんがビニール袋に残薬をまとめているということも日常茶飯事です(写真1)。病院では「きちんと薬を飲んでます」と言っても、実はまったく服薬できていないこともあるので、どうすれば服薬できるのか、工夫するようにしています。たとえば、服薬カレンダーも1週間分入れて効果がなかったら週2日分だけセットするなど、どうしたら飲み忘れを防げる

のか試行錯誤しながら日々取り組んでいます(写真2)。
保田先生 服薬指導については薬剤師さんが不適切な服用に気づきコミュニケーションツール内で助言いただくこともあります。心不全療養指導士のテキストにも記載されていますが、それぞれの得意分野を生かして心不全患者さんに接することが在宅医療の現場では求められています。

入退院支援の工夫と多職種のモチベーション

一退院時カンファレンスを含めた入退院支援は、どのように取り組まれていますか。

南條先生 再入院予防のための対策は全例に実施しているわけではなく、週1回のカンファレンスで話し合っており取り組んでいます。この患者さんには訪問看護など生活への介入が必要となれば退院時カンファレンスで情報を共有します。まず、患者さんが利用する事業所がコミュニケーションツールに対応しているか否か等を確認します。その他、かかりつけ医に通院されるケースでは「心不全連携シート」を活用し、網羅的に情報を伝達しています。これは、かかりつけ医だけでなく訪問看護師や介護職にも情報を漏れなく共有するためのシートです。薬物療法の継続や心不全増悪因子、管理目標の共有・体重や塩分についても記載しています。

再入院リスクの高い患者さんの設定については、明確な基準はありませんが、トリガーが明確でない人、高齢・独居・認知症などトリガーの是正が困難な人、病期が進行している人などを注視しています。

一各職種のモチベーションを維持するために、大切にしていることを教えてください。

小西先生 医療職を目指したメディカルスタッフは、基本的に勉強して誰かの役に立ちたいというマインドを

持って仕事に就いた人たちです。当院ではその勉強したいという気持ちを全面的にバックアップしています。教育費・受験料を病院が負担し、資格を取得したら病院に貢献してもらい、その成果を評価する。このような仕組みづくりが重要だと実感しています。小児の心臓外科医だった私が松田病院に赴任して循環器科を開設した2017年10月当時、心臓リハビリテーション指導士1名と臨床検査技師1名とともに、少しずつ循環器診療を進めていこうと計画しました。看護師を中心として多くのメディカルスタッフが循環器疾患を学び、次々と勉強会やトレーニングの機会が増えていきました。現在では、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準をクリアし、心臓リハビリテーション指導士は5名に増え、BLS(Basic Life Support)インストラクターが2名、心不全療養指導士も2021年から順調に増えていきます(図3)。すべての職種が心不全患者さんに対して指導できるような体制が整いつつあります。各資格の受験に対しては資格補助という形で病院が経済的に支援しています。

私はもともと心臓外科医だったこともあり、スキル中心でマインドの部分は重要視していませんでした。極端に言えば、手術をして退院させることに注力していました。松田病院で考え直したのは、もちろん治すことは重要ですが、できることなら地域に戻って幸せに暮らしてもらいたいということです。そのためには患者さんの心理的な部分も支える必要があると考えています。スキルとマインドを共に充実させる組織風土がモチベーション維持・向上には必要だと思います。

保田先生 高度急性期病院として、救命後の予後改善の橋渡し役をしたいという強い気持ちがモチベーションになっています。また、メディカルスタッフが疑問や不安に感じた時に、南條先生に投げかけるとすぐにフィードバックをいただけますが、こうした円滑なコミュニケーションも、モチベーションの向上につながっています。

写真1 残薬の入ったビニール袋



石田先生ご提供

写真2 服薬カレンダーの工夫



石田先生ご提供

石田先生 現在19名のスタッフがおり、10月にはさらにひとり緩和ケア認定看護師が就職してくれることになりました。がん、難病、心不全、精神疾患、認知症など、幅広い疾患・ステージの患者さんをケアできることも職員のモチベーションにつながっているようです。

—今後の目標・課題についてお聞かせください。

石田先生 訪問看護ステーションの職員は、数さえ揃えば良いということでは決してありません。困っている人に寄り添えるようなスタッフを増やすために、人材採用と教育に力を入れています。そのため、当ステーションのスタッフは積極的に他施設・職種とコミュニケーションをとり、それを糧として成長する人材が集まっています。今後は介護報酬等も厳しくなりますが、困っている人に寄り添う気持ちを組織全体で持ち続けたいと思っています。

保田先生 これまで病院の中はもちろんのこと、地域包括ケアを構築するために心臓リハビリテーションに取り組んできましたが、他の地域の先生方と話をすると、同じような課題を抱え、日々研鑽されていると感じています。そうした交流の中で大阪心不全地域医療連携の会(OSHEF)の取り組みに出会いました。最近、宮城県にも心不全療養指導士の会が誕生しましたが、宮

城でも大阪と同じような活動ができるのではないかと考えています。南條先生らと相談しながら進めていければと思います。

小西先生 松田病院では、心臓リハビリテーションと心不全療養指導は資格を持つ看護師とPT(Physical Therapist:理学療法士)がそれぞれ担当しています。今後は、心不全患者さんの緩和ケアが重要になってきますが、タイミングよく2022年4月に大学で緩和ケアを指導していた先生に加わってもらいました。その先生と連携しながら心不全の緩和ケアを積極的に進めていきたいと思っています。

南條先生 私は保田先生と同じビジョンを掲げています。地域における心不全管理体制の普及が不可欠だと考えています。地域におけるキーパーソンである訪問看護師が心不全の生活指導、心不全兆候を拾い上げ、増悪時の対応などを担い、搬送基準の整備などを行えば、心不全患者さんが安心・安定して地域で暮らし続けることができます。もうひとつは、急性期病院から地域への情報伝達をよりシステムティックにすることが重要です。地域との情報の垣根を取り払うことにより症状を安定化できる心不全患者さんは少なくありません。多職種がどれだけ介入できるかがポイントになると確信しています。

図3 松田病院循環器科のスタッフ数と受験者数の推移

2022年7月 循環器・(一般内科)		
心大血管算定年度	リハビリテーションスタッフ	看護・栄養・薬剤・教育スタッフ
2019 心大血管Ⅱ 心リハ新設	医師1名 理学療法士5名(心リハ指導士1名)	臨床工学技士1名、臨床検査技師1名 看護師1名(BLSインストラクター)
2021 心大血管Ⅰ	医師1名 理学療法士6名 (心リハ指導士5名、BLSインストラクター1名)	臨床工学技士1名、臨床検査技師2名 管理栄養士1名 看護師3名 (BLSインストラクター1名、心不全療養指導士2名)
2022 心大血管Ⅰ 回復期病棟にて 心大血管算定開始	医師1名 理学療法士8名 (心リハ指導士5名、BLSインストラクター1名) 作業療法士1名 心リハ指導士受験1名(理学療法士)	臨床工学技士1名、臨床検査技師3名 管理栄養士1名(循環器病予防療養指導士1名) 看護師5名 (BLSインストラクター1名、心不全療養指導士4名) 心不全療養指導士受験6名(看護師5名、薬剤師1名)

小西先生ご提供

*1 坂田泰彦 他. 日内会誌 109: 186-190, 2020.
*2 Shiba N, et al Circ J 75: 823-833, 2011.



発行・編集：バイエル薬品株式会社 マーケットアクセス本部
大阪府大阪市北区梅田2-4-9 プリーゼタワー
<https://www.pharma.bayer.jp>