

No. 2024 春・夏
111 令和6年4月

NEWSLETTER



公益社団法人臨床心臓病学教育研究会
Japanese Educational Clinical Cardiology Society
Since 1985

NEWSLETTER

No.111 2024 春・夏 令和6年4月

巻頭言 P 3

循環器専門ナース研修プログラムの現況

ジェックス会長 木野 昌也

ジェックスWeb特別講義 P4-5

今さら聞けない虚血性心疾患の基礎と臨床 —基礎と臨床はリンクしている(AMI編)—

JECCS理事・済生会富田林病院 循環器内科 院長 宮崎 俊一

高齢者の心不全診療 —心不全リピーターへの処方箋—

ジェックス理事・公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院
心臓センター循環器内科主任部長 猪子 森明

講演要旨 生活習慣病研修会 P6-8

食べるを支える —作業療法士視点で食事の姿勢を考える—

訪問看護・リハビリテーションセンターYOU・訪問看護・
リハビリテーションセンターYOU川西 所長 尾中 準志

生活習慣病とメンタルヘルス・精神疾患の関連

すずね訪問看護リハビリステーション 長濱 裕基

つまづきやすくなっていませんか？ —食事の工夫で転倒予防—

関西電力病院 疾患栄養治療センター 茂山 翔太

JECCS循環器専門ナース会員 寄稿 P9-10

循環器専門ナース研修から始まる冒険

循環器専門ナース 23期修了生 名張市立病院 吉田 沙織

JECCSと私

循環器専門ナース 14期修了生 朝日大学病院 羽田野 満明

第3回「JECCS多職種症例検討会」開催報告 P11

JECCSアドバイザー 徳田 洋祐

Web座談会議事録 P12-14

病院薬剤師 佐古(司会) 多職種症例検討では、コアメンバーとして、企画から運営まで担当 2024年10月開催予定の多職種症例検討会も総括の予定 薬局薬剤師：笠波 医師：津田 看護師：高山 管理栄養士：茂山 臨床検査技師：濱田 理学療法士・心臓リハビリテーション指導士：板矢

家庭医木戸の現場報告(21) P15

特養悲喜交々(ひきこもごも)

JECCS参与・愛港園診療所 管理医師 木戸 友幸

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 P16

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇

循環器専門ナース研修プログラムの現況

ジェックス会長
木野 昌也



ジェックスの看板プログラムである循環器専門ナース研修は現在、夏季と冬季の年2回開催されていますが、毎回、北海道から九州、沖縄まで全国から多数の参加をいただいています。第1回目が2001年に開催されていますから、実に24年目を迎えることとなります。受講生から教育内容を高く評価していただいている証として大変ありがたいことと喜んでいますが、今後は内容をさらに向上させ、参加していただいている受講生の要望に十二分に答えるべく努力していく所存です。

このプログラムの魅力は、現在第一線で活躍されている各種の専門分野における一流の講師陣による白熱の講義にあると思っています。多忙な日常業務の時間を割いて講師を務めていただいています。受講生の熱い思いに接し、逆に元気をもらい講師を務めるのが楽しみといただいています。講師と受講生の思いの相乗効果を生んでいるのです。もう一つの重要な魅力は、全国から参加している意識の高い看護師同士の交流です。教育研修の2ヶ月間、机を並べて共に学ぶことで真の友を得ることです。多忙な日常業務の中で、自らの看護の目標を見失うことがあるかもしれません。そのような時に、同じような環境で苦労している仲間に出会うことで、自分を取り戻し、また新たなチャレンジに取り組むことができるかもしれません。プログラムの最終日に受講生同士が連絡先を交換している姿は大変微笑ましいものです。

さらに重要な魅力は、受講生が逆に教育する立場になって参加することです。各自が従事している日常臨床は学びの材料の宝庫です。患者さんが抱える問題は千差万別で教科書の範囲

を逸脱する症例で溢れています。そのような症例をもちより受講生同士が症例検討を通じて意見交換をすることができるのも、ジェックスの教育プログラムの重要な魅力となっています。教えることで、今まで気づくことができなかった発見をし、新たな学びを得ることができるのです。これがジェックス設立のそもそもの目的です。日常業務を行いながらの作業で大変だと思いますが、受講生やOB、OGのみなさんの積極的な参加を期待しています。

2020年コロナパンデミックが発生し、教育プログラムも已む無く変更せざるを得ませんでした。コロナ感染予防のために大阪の会場に全員が集うことが叶わなくなったのです。そのためZoomによる聴講に変更することになりました。受講生が顔を合わせる機会は減りましたが、良いこともありました。貴重な講義をパソコンの画面でより鮮明な画質と明瞭な音声で聴講できるようになったのです。さらに期間は限られますが、On demandで後から何度も繰り返し聴講できるのです。最終日の症例検討とイチロー研修、iPax研修は大阪の会場にきていただき修了式を開催しています。これからは講義も会場での参加とZoomのハイブリッド形式で実施します。これから受講を考えておられる人たちの参加をお待ちしています。今、ジェックスの会員システムはデジタル化に取り組むことで、より充実した研修ができるようになりました。みなさまに評価していただけるよう、努力を続けます。今後とも、ご支援、ご協力をお願い申し上げます。



2023年11月25日（土）

今さら聞けない虚血性心疾患の基礎と臨床 —基礎と臨床はリンクしている(AMI編)—

JECSS 理事・済生会富田林病院 循環器内科
院長 宮崎 俊一

虚血性心疾患の分類として、1) 狭心症や心筋梗塞といった“心筋壊死の有無”による分類、あるいは2) 急性心筋梗塞、不安定狭心症、労作性狭心症、急性冠症候群、といった緊急性の有無による分類がある。これらの病名をごちゃ混ぜにして使用すると個々の定義が重複している場合などで大きな誤解が発生する。このことは臨床現場における意思伝達に齟齬を生じて、ひいては誤った治療選択にさえなる可能性がある。この問題についての解決法は病名の元となった基礎的病態と診断名が直接連携しているかどうかを理解して、その病態を表現する診断名を優先して使うことである。例えば急性冠症候群という診断名はその病態のなかに不安定狭心症と心筋梗塞が含まれるので直接的連携している病態が特定できない一種の症候群であるので優先して使用すべきでない。一方、急性心筋梗塞は心筋壊死を特徴とする病理学的な診断名でもあり、病態は単一であり明確であるので急性冠症候群よりも優先して使用すべき診断名である。といった考え方である。

上記のように考えていくと、例えば心破裂といった合併症は心筋壊死が生じて初めて合併するものなので不安定狭心症では起こりえないといった推定が可能となり、基本病態に基づいて患者の将来予測ができることで退院時期の決定や長期予後の推定において精度の高い情報となる。また、心不全に陥った患者さんにおける心筋梗塞を基盤として心筋虚血が加わった場合の病態理解と治療選択において理論的に推定できる可能性も出てくる。このような考え方はガイドラインに記述されたものではなく、個々の患者におけるテーラーメイド治療の基本となる論理的考え方であり、重要と思われる。

診断名とは？

- 急性心筋梗塞症(AMI)
 - 病理学的診断名 一遷延虚血による心筋壊死
 - 臨床診断名 胸痛etc、心筋マーカー高値、心電図上の虚血所見、冠動脈造影所見などで心筋壊死を予測する。
- 不安定狭心症(UAP)
 - 臨床診断名 最近4週間以内の虚血症状による
 - New onset effort, Rest anginaなど

急性冠症候群(AMI+UAP)→入院時の仮の診断

急性心筋梗塞の機械的合併症

- 心破裂
 - 左室自由壁破裂 ← 心筋壊死を生じることから脆弱となった心筋が破綻する
 - Blow out型
 - Oozing型
 - 心室中隔穿孔
 - 僧帽弁閉鎖不全
 - 乳頭筋断裂
 - 乳頭筋機能不全
- ↓
心内臓の心筋壊死では自由壁破裂は生じない。
↓
不安定狭心症では機械的合併症は生じない

AMI機械的合併症の基礎と臨床

- 貫壁性梗塞でなければ自由壁破裂は生じない
 - 非貫壁性梗塞は心内膜下に局限しているから
 - 心電図上の異常Q波が出現しない
 - 心エコーで壁運動がhypokinesis
 - 心筋マーカーの最高値が低い値を示す
- 梗塞巣の治癒機転において線維細胞は10日前後から出現する
 - 心破裂は概ね10日以後は生じない
 - 大多数は発症48時間以内に生じる

2023年12月2日（土）

高齢者の心不全診療

—心不全リピーターへの処方箋—

ジェックス理事・公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院

心臓センター循環器内科主任部長

猪子 森明



高齢心不全患者が増加し再入院率が高いために多くの病床を占め“心不全パンデミック”と言われています。心不全の原因は心筋梗塞や心臓弁膜症などに起因し徐々に心室機能不全が進行する「左室駆出率の低下した心不全(HFrEF)」と、一見すると心筋収縮性や弁機能に異常がない心室の拡張機能低下に起因する「左室駆出率の保たれた心不全(HFpEF)」があり、高齢者においてはHFpEFが多いことが知られています。HFrEFの予後はACE阻害薬、ARB、β遮断薬等の心保護薬の内服で改善してきましたが、HFpEFの予後を改善する薬剤はごく少数にとどまっています。心不全患者は再入院の頻度が高く、再入院を繰り返すことが予後を悪化させるため、再入院の予防が重要な課題です。心不全は短期間で悪化するため定期受診のみでは再入院の予防が困難で、自己管理（セルフケア）が重要となってきます。セルフケアには悪化を防止するために服薬の確認、脈拍、血圧、体重を記録するなどの

セルフケア・メンテナンスと、心不全悪化の認識、判断から内服薬調整、受診などの行動につなげるセルフケア・マネジメントがあり、心不全再入院の予防にはセルフケア・マネジメントが重要な役割を果たします。北野病院で開発した「心不全ポイント自己管理システム」では、心不全の悪化所見を点数化（心不全ポイント）して心不全教育を行うことで患者、家族、介護職、訪問看護師による自己評価を可能とし、セルフケア・メンテナンスのみならずセルフケア・マネジメントが容易になるため再入院が42%減少することが示されました。この方法は「大阪心不全地域医療連携の会（OSHEF）」の活動により大阪府内の総合病院のみならず、大阪府以外の地域でも導入が広がっています。このシステムによる医療・介護連携が、各地域で心不全入院を減少させる取り組みとなることが期待されています。

心不全ポイント自己管理用紙

I D 012-3456-79

名前 ○○ ○○○

自分の身体について、毎日記録し、心不全管理に役立てましょう。この記録は、主治医の治療の参考にもなり、あなたの治療にも役立ちます。受診の時には、必ず主治医に見せましょう。

●あなたの状態 10月22日 継続・変更

◆水分量 1300 mL/日

◆起床時体重 57～58 kg 台が最適

■ 60 kg以上なら、朝に頓服用 フロセミド(20) 1錠追加で飲む

■ 59 kg以上なら、水分を控える

★予定外受診の体重

61 kg以上、または 55 kg以下

OSHEF 大阪心不全地域連携の会
Osaka Stops Heart Failure

心不全ポイント管理記録用紙

月/日	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土	日
体重 (kg)	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点	3点:0点
血圧 (mm/Hg)	/	/	/	/	/	/	/
脈拍 (回/分)	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点	4点:0点
安静時の息切れ・息苦しき	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点	5点:0点
外出・入浴・階段の息切れ	有	無	有	無	有	無	有
むくみひどくなる	有	無	有	無	有	無	有
せき	有	無	有	無	有	無	有
食欲低下	有	無	有	無	有	無	有
合計点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点	1点:0点
薬のんだ	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝
水分量 (mL, cc)							

合計点

5点以上 → すぐにかかりつけ病院救急外来受診

4点 → 当日、または翌日外来受診(主治医以外の日でも受診必要)

3点 → 1週間以内に受診(主治医以外の外来でも可)

※3,4点の場合、かかりつけ医またはかかりつけ病院を受診

■ 3点、4点時の早期受診を心がけてください ■



2023年10月11日（水）

第403回 生活習慣病研修会

「食べるを支える」

—作業療法士視点で食事の姿勢を考える—

YOU 医療保健福祉研究所

訪問看護・リハビリテーションセンターYOU 統括所長

尾中 準志

冒頭で、そもそも「人間は、なぜ食べるのか？」について、参加者みなさまと一緒に考えました。食事の目的は生命や活動の維持だけでなく、「人間としての心身ともに豊かな人生の実現」も含むことを伝えさせていただきました。

講演内容は、①摂食嚥下 ②誤嚥性肺炎 ③食事と作業療法の3項目で構成しました。

①摂食嚥下

摂食嚥下とは、食物を認識してから口に運び、取り込んで咀嚼して飲みこむまでのことを意味します。嚥下は口の中のモノを飲みこみ胃に送ることで、摂食は食べることを指します。よって、嚥下障害は飲みこみだけが障害されていること、摂食嚥下障害は食物の認知、口への取り込み、咀嚼、食塊形成を伴った飲みこみが障害されていることを意味します。摂食嚥下の過程（先行期～食道期）、嚥下造影検査、ユニバーサルデザインフード、交互嚥下について、イラストや動画を用いて説明させていただきました。

②誤嚥性肺炎

誤嚥性肺炎とは、本来気管に入ってはいけない物が気管に入り（誤嚥）、そのために生じた肺炎です。老化や脳血管障害の後遺症などによって、飲み込む機能や咳をする力が弱くなると、口腔内の細菌、食べかす、

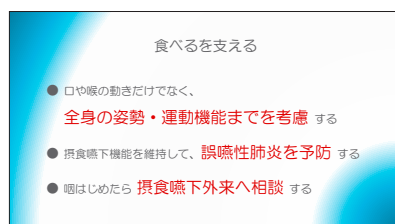
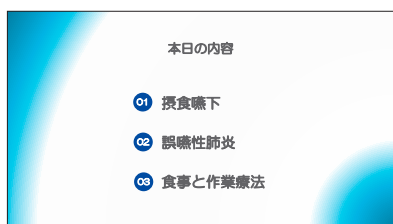
逆流した胃液などが誤って気管に入りやすくなります。誤嚥性肺炎は治りづらく、発症をくり返す厄介な病気です。肺炎は日本人の死因第3位であり、中でも要介護高齢者においては死因第1位です。疾患の特徴や予防の重要性を説明させていただきました。

③食事と作業療法

序盤で、食事の姿勢、食具、嚥下機能と食品嗜好との関連性、食事への作業療法士のかかわりについてお話ししました。特に「姿勢変化が摂食嚥下機能に及ぼす影響」にフォーカスを当て、臨床経験や研究結果を踏まえて重点的に説明させていただきました。中盤で、「いろいろな姿勢での摂食嚥下を体験してみましょう」コーナーを設け、会場の参加者さまが座った姿勢や寝た姿勢、顎を上げた状態などでゼリーやサブレを食べ、姿勢の違いが摂食嚥下に及ぼす影響を実感していただきました。終盤で、在宅における「運動療法で姿勢を整え、摂食嚥下を改善する」事例を紹介しました。

最後に、本講演「食べるを支える」のまとめとして、以下3点を列挙しました。

- ・口や喉の動きだけでなく、全身の姿勢・運動機能までを考慮する。
- ・摂食嚥下機能を維持して、誤嚥性肺炎を予防する。
- ・咽はじめたら、摂食嚥下外来へ相談する。



2023年11月8日（水）

第404回 生活習慣病研修会

生活習慣病とメンタルヘルス・精神疾患の関連

—基礎と臨床はリンクしている (AMI編)—

すずね訪問看護リハビリステーション

長濱 裕基



2023年11月8日に「生活習慣病とメンタルヘルス・精神疾患の関連」というテーマで講師をさせていただきました。参加していただいた皆様からも質問をいただき、私自身非常に勉強させていただきました。

私が精神科領域の作業療法士として勤務を開始してから、もうすぐ14年になりますが、いまだにかかわり方や伝え方に悩む日々です。「どうすれば伝わるか」「こういう言い方だったら伝わるだろうか」と試行錯誤しながら働いています。精神疾患を有する方々の中には、支援者が意図した方向性とは大きく異なる受け取り方をされる方もいらっしゃいます。妄想や幻聴といった精神症状に影響を受け、たとえこちらが善意で伝えたことでも攻撃されたと感じ取る方もいます。

対人援助職をしている中で分かったことは、かかわる方一人ひとり価値観や常識が違うということでした。同じ疾患、同世代でも生まれた環境や習慣が違えば価値観が変わるのは当然です。これまで学習してきた疾患や症状の知識を十分に活かすためには、目の前にいる一人ひとりの対象者に合わせた伝え方を考えなければいけませんでした。

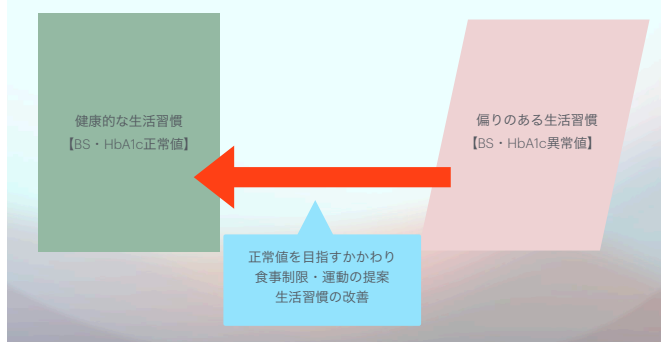
生活習慣病は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」のことです。これらの生活習慣を正すことが治療方針になることがほとんどだと思います。

糖尿病患者が間食を続けていけば辞めるよう指導し、塩分の多い食事をする高血圧患者がいれば減塩を促します。このように具体的な支援方法が明確になっているにもかかわらず、生活習慣病に悩む方が今でも多いのは、患者一人ひとりの「習慣に対する価値観」の違いだと考えました。

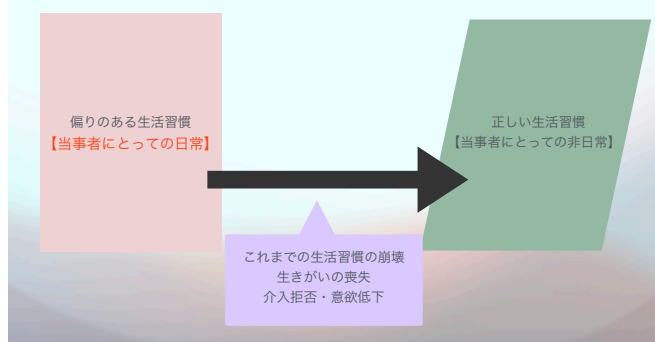
糖尿病患者の食生活を見ても、「食べることが好きでついつい食べ過ぎてしまう」「調理が苦手だから外食に依存している」「偏食傾向が強くてお菓子類ばかりを食べてしまう」と様々な理由があり、そのそれぞれの方に適した「伝え方」があると思っています。基本的な疾患学や治療手段を学習することは前提ですが、時に知識ベースでの考え方だけでは上手くいかないことがあります。その時に必要になることが、目の前の一人ひとりの価値観に寄り添うことだと思っています。

今回、公益社団法人臨床心臓病学教育研究会 JECCS様からの依頼で研修させていただきました。訪問看護は利用者の価値観に寄り添い、生活のしづらさに介入していくサービスですが、同時に専門的な医療知識・技術の提供を求められるサービスでもあります。私自身も研修会に積極的に参加し、これまで以上に自己研鑽を重ねていきたいと思っています。

ある糖尿病患者事例に対する支援者の視点・介入



ある糖尿病患者事例に対する当事者の視点





2024年1月17日（水）

第405回 生活習慣病研修会

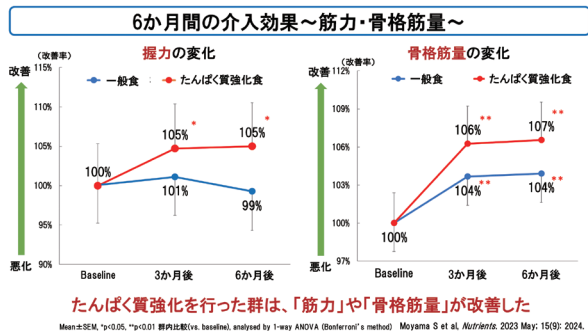
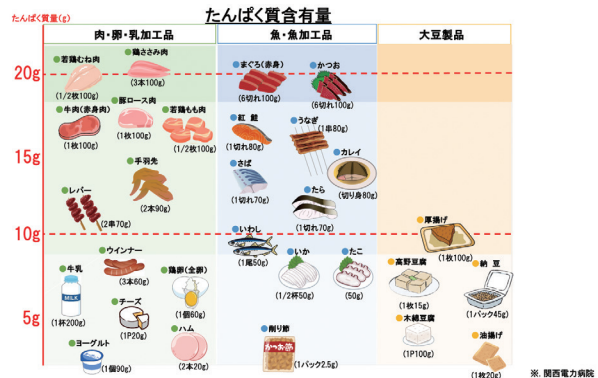
つまづきやすくなっていますか？

— 食事の工夫で転倒予防 —

関西電力病院 疾患栄養治療センター
茂山 翔太

最近、つまづきやすくなったと感じる方ことはありますか？そのような方は、フレイル（虚弱）の黄色信号かも知れません。フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間に位置する状態であり、「加齢により心身の機能が低下した状態」です。65歳以上の方が「不慮の事故」で亡くなる原因の多くは転倒・転落であり、転倒事故の多くは自宅で起こっています。フレイルになると身体機能の低下によってつまづきや転倒リスクが高くなり、少しの段差でつまづいて転倒、骨折、寝たきりとドミノ倒しのように要介護状態に至る可能性が指摘されています。そのようなフレイルを予防するために「栄養」が重要です。十分な栄養摂取を行うことがフレイル予防に有効であることが多くの研究で報告されています。そのようなフレイル予防で注目すべき栄養素は「たんぱく質」です。たんぱく質とは、肉、魚、卵、豆腐、乳製品などに多く含まれる栄養素であり、筋肉や筋力、身体機能の維持・向上に必要不可欠なものです。また、たとえ高齢であっても十分な栄養摂取を行えば筋量や筋力、身体機能を改善することは可能です。実際に入院していた75歳以上の患者さんに6ヶ月間たんぱく質の多い食事を摂ってもらった結果、通常の食事を摂っていた患者さんと比べて握力や骨格筋量が改善しました。

食25～30gのたんぱく質を摂る必要があります。お肉であれば毎食150g程度摂取する必要があります。しかし、朝からお肉を150gも摂れないと感じる方は多いと思います。そのため、たんぱく質含有量（図表1）を参考にしながらメインの主菜1品に加えて10g程度のたんぱく質が含まれる食品を1～2品食事に取り入れる工夫が必要です。近年では、同じ食材や料理に偏るよりは、様々な食品や料理を取り入れて食事に多様性を持たせることがフレイル予防に有用であることも報告されています。食事は全て手作りである必要はなく、市販の惣菜やレトルト食品、宅配食なども活用し、無理なく栄養を補っていくことが大切です。



私たちの体は日々食べているもので構成されています。何歳になっても若々しく活力のある生活を送るために、今一度「栄養」の重要性について再考するきっかけになれば幸いです。毎日の食事を楽しみながらフレイル予防や転倒予防を行い健康長寿を実現しましょう。

では、フレイル予防のためにたんぱく質は1日どれくらい摂れば良いのでしょうか。目安としては、体重あたり1.2～1.5gと言われています。例えば体重60kgの人であれば1日に必要なたんぱく質は72～90gとなります。また、加齢とともに筋肉の合成能が低下するため、たんぱく質は1回でたくさん摂るのではなく、1日3食で毎回均等に摂取することが望ましいと考えられています。先ほどの例で考えると体重60kgの方は毎

これなら続けられる！ 少ない空き時間に運動

3種類の各運動を週に2回ずつ実施します（週に計6回の運動）
 同じ運動は2日間続けて実施しない

運動①

『膝を横に上げる運動』

- 両手を軽く肩幅で体の横におく
- 「1,2,3,4」で膝を順番に上げていく
- 「5,6,7,8」で膝を元の位置に戻す
- 計10回行う

『太ももを上げる運動』

- 「1,2,3,4」で左ももを上げる
- 「5,6,7,8」で元の位置まで下ろす
- 10回繰り返す。右足でも同様の動作を行う

運動②

『膝を伸ばす運動』

- 「1,2,3,4」で右膝を伸ばす
- 両足を揃えてお尻の下に置く
- 「5,6,7,8」で元の位置まで戻す
- 10回繰り返す。左足でも同様の動作を行う

『スクワット』

- 椅子の横または片足を椅子でつかんで立つ
- 両足を肩幅程度に開く
- 「1,2,3,4」でゆっくりと上半身を曲げて膝をおろす
- （※膝がつま先より前に出ないように注意）
- 「5,6,7,8」でゆっくりと膝を伸ばし元の位置に戻す
- 計10回行う

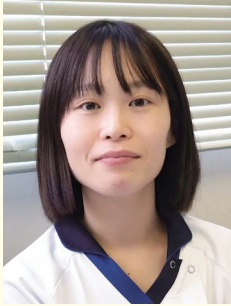
運動③

『足を横に上げる運動』

- 椅子の横または片足を椅子でつかんで立つ
- 両足を揃えてお尻の下に置く
- 「1,2,3,4」で右足を横に上げていく
- 「5,6,7,8」で右足を元の位置まで戻す
- 右足が10回終わったら、左足も同じように行う

『かかと上げ運動』

- 椅子の横または片足を椅子でつかんで立つ
- 両足の幅を肩幅よりやや狭くする
- 「1,2,3,4」でゆっくりとかかとを上げる
- 「5,6,7,8」でゆっくりとかかとをおろす
- 計10回行う



循環器専門ナース研修から始まる冒険

循環器専門ナース 23期修了生
名張市立病院
吉田 沙織

循 環器専門ナース研修との出会いは、当時心臓血管外科病棟で配属4年目の私に先輩が「一度受けてみたい研修だけど、倍率が高くて何度か申し込んだけど当選しないの」と話していたことから始まります。その時は存在を知るのみでした。いつか私も受講してみたいと思いながら、心臓血管外科術後の患者への看護を自分なりに振り返るべく、成果レポートを作成し、修士（看護学）の学位を取得しました。その後、心臓カテーテル検査介助や放射線治療に携わる外来看護師として循環器看護に携わっていた矢先、出産を機に実家に舞い戻ることになりました。休職中に循環器専門ナース研修を申し込んでみた…ものの、この時はご縁がなく落選してしまい、やっぱり倍率が高いのだなぁと実感しました。外来看護師として働きながら、循環器看護について学び直したいと思い、再度申し込み、当選したことで運命の歯車が回り始めました。

研 修中はコロナ渦によりZOOMでの講義で、他の受講生や講師の先生が遠く感じたものの、講師の先生はどんな些細な質問にも真摯に返答してくださり、疑問点を残さず学べました。症例検討会では全国から集まった受講生とディスカッションをして、循環器看護をさらに深めるだけでなく、自分の知らない部署や病院の話を知ることができ、一気に距離が縮まりました。その際、講師の方々に助言をいただき、よりいっそう循環器看護について学ぶべく、心電図検定に挑戦する仲間や心不全療養指導士と一緒に志す仲間ができました。そして、その仲間たちとOGとして引き続き研修に関わることとなりました。

さ らにありがたいことに私の挑戦を病院の方々へ打ち明けると、応援していただいたり、近隣病院の方からもぜひ連携しましょうとお声かけいただいたり、この前まで外来しか知らなかった私の世界は格段に広がっていきました。

今 となつては一度、落選した『まわり道』は意味のある『寄り道』だったのだと思います。1回目の落選であきらめてしまっていたら、出会えなかった人たちがいます。出会わずに新たな挑戦をしなければ私の世界は一変することはありませんでした。研修で得られたものは専門的知識やノウハウだけではなく、唯一無二の仲間や先輩、目標に向かって挑戦する自分、いつの間にか広がった世界でした。循環器専門ナース研修に参加したことは私にとってかけがえのない財産です。皆さんも冒険に出るような気持ちで研修に参加してみませんか？





JECCS と私

循環器専門ナース 14期修了生

朝日大学病院

羽田野 満明

私 と JECCS との関係が始まったのは2013年冬季の循環器専門ナース研修でした。当時ICUに所属しており、3学会合同認定呼吸療法認定士を取得。次に「循環に関わる疾患や生理学を学びたい」と循環器系への関心が高まっており、自施設で開催される研修医の勉強会に参加するほどでした。その後、「もっと循環器を集中的に学ぶ研修はないか」と探していた時に、JECCSの循環器専門ナース研修を知り、直ぐに申し込みました。

この研修では心臓に関する専門知識や循環器看護における思考過程を学び、それが循環器疾患を抱えた患者中心の看護における基盤となりました。私は他の地域から来た多くの仲間たちとのディスカッションや交流を通じて、他施設での様々な経験や取り組みを知り、看護の尊さと責任を感じることができました。しかし、折角得た知識や学びを自施設で実践しようと努めても、日常の業務に追われ、「自分は看護師として、患者の希望を叶えられているのか？」と疑問に思い、理想と現実のギャップに悩んでいました。そのような時にJECCSが主催するオーストラリア研修があることを思い出しました。自分が理想とする「看護師に必要な思想や能力は他の国の看護師にはどう捉えられるのか？」と興味が湧き上がり、すぐに研修に申し込みました。

このJECCSが主催するオーストラリア研修は緩和ケア研修のため、その時働いていた境遇とは違う面はありましたが、「急性期と慢性期は表裏一体」

という考えから、「自分では想像もできないような発想があるかもしれない!」と、より興味が湧いたのを覚えています。そして、無事にオーストラリア緩和ケア研修に参加する機会を得ました。

この研修では、オーストラリアのメルボルンにある訪問看護施設や高齢者施設、地域の基幹病院を訪れました。異なる国での看護の実態を視察し、実際の患者やスタッフと触れ合い、異文化の理解や柔軟性、人間の尊厳を養うことができた実感しています。さらに、オーストラリア緩和ケア研修を通じて「Cool head but warm heart (冷静な考えを持つ一方で、温かい心を持とう)」や「Knowledge is power (知識は力なり)」といった言葉を掛けて頂き、新たなインスピレーションを受けました。

オーストラリアでの研修を通じて、「信念を持って自分が正しいと思う看護を続けていこう」との決意を抱き、帰国後は「まずは自分が何でも実践しよう」と考え実行してきました。これらの経験は、私自身の看護師としての価値観やスキルを進化させる原動力となりました。そのため、JECCSへの参加は私にとって非常に充実した経験でした。その経験を他の方々にも分かち合いたいという思いから、JECCSのOG/OB会員として関わりを続けています。さらに、集中ケア認定看護師となったこともあり、自身の学びや経験を自施設だけではなく、JECCSという会を通じて共有し、ますます成長していきたいと考えています。

2023年10月29日（日）

第3回「JECSS多職種症例検討会」 開催報告

JECSSアドバイザー

徳田 洋祐



2023年10月29日（日）に第三回「JECSS多職種症例検討会」が開催されました。ジェックスでは、設立当初から、「21世紀はチーム医療の時代」という認識の基で、各専門職が臨床推論力を身に着け、チーム内で専門的視点に基づいた意見を共有できる「専門性をしっかり踏まえ、心情として患者に寄り添う姿勢」を持った専門職の育成事業を進めてまいりました。その経緯から生まれた多職種症例検討会は、2022年10月に第一回が開催され、今回で、3回目を迎えることになりました。

第三回の多職種症例検討会は、会の目的「現場での多職種連携に役立つ」及び、開催方法「多職種が、Web形式を用いて、混成チームで、循環器系症例を検討する」という基本は変えずに、過去2回の実績や参加者からのアンケートの結果を踏まえて、一部の開催方法を変更いたしました。

開催方式の変更は、業務執行理事の斎藤と今回の統括者である佐古先生（東住吉森本病院）を中心に検討を行い、主に3点行いました。

1点目は、開催時間です。従来は、日曜日の午後4時間としていたのですが、お休みの午後をつぶしてしまうよりは、午前中で終わらせることで、参加しやすくなるのでは、との狙いから、日曜日の午前3時間としました。2点目は、参加職種の拡充です。現場での多職種連携に近い検討会にするための目的で、臨床検査技師と作業療法士の方にも参加いただきました。このため、大阪旭こども病院 医療技術部 部長であり、大阪府臨床検査技師会 副会長の梶先生と、弊社専門ナースコースの講師であり、帝京大学医療技術学部スポーツ医療学科の佐藤教授に参加者のご推薦いただきました。最後に行った主な変更は、「聴講制度」です。過去のアンケート等で、「いきなり検討の議論に参加するのはハードルが高い」との意見がありまし

たので、聴講するだけの「聴講生」という制度を設けました。実は、当検討会は、症例検討そのものではなく、「多職種とコミュニケーションをとる」ことを学んでいただくことが主眼ですので、「楽しくコミュニケーションをとる」雰囲気作りをしています。「いきなり、あまりわかっていない私が、検討の議論に参加するのは難しい」というハードルは、全くの杞憂なのですが、この「耳だけ参加」をすることで、「あ、私でも参加できそう、他の職種方に話を聞いてみたい。聞かれてみたい」となって、次には検討に参加していただくという作戦をとりました。

実際には、医師、看護師、病院薬剤師、薬局薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、作業療法士の7職種の計29名が参加いただきました。症例検討前半、ミニレクチャー、症例検討後半と発表という流れで、ミニレクチャーでは、医師の津田先生「医師の視点での薬物療法、薬剤師に依頼したいフォローアップポイント」というテーマ、薬局薬剤師の西垣先生から「心不全フォローアップ時の薬剤師の視点」と言うテーマでの講義を頂戴しました。

参加者からは、「多職種の視点がよくわかった」という意見、聴講参加の方からは、「参加してみてハードルは感じなかった、次回は是非、症例検討の議論に参加したい」という感想を寄せていただきました。（第三回症例検討会の詳細は、P〇に掲載の「多職種Web座談会」をご参照ください）

次回の多職種症例検討会は、2024年6月9日（日）に開催予定です。開催要綱、参加要綱は、4月中旬以降に、当会ホームページに掲載予定です。現場で「多職種連携」をされている皆様、多職種連携に興味のある皆様、ハードルは低いので、是非この機会をご利用ください。

Web 座談会議事録

多職種によるWeb座談会を開催いたしました。現場での多職種コミュニケーションの現状と課題を踏まえた今後の多職種症例検討会の在り方、方向性など、現場歴2年の方からも、積極的なご意見もあり、活発な意見交換の場となりました。

「多職種症例検討会は、参加することに意義がある」、当記事をご一読いただいた方で、多職種連携にご興味をお持ちの方は是非とも、次回の「多職種症例検討会」にご参加ください。

皆様のご参加をお待ちしております。(2024年6月、10月開催予定 詳細決定しだいHPに掲載)

参加者

病院薬剤師：佐古守人 先生（司会）

多職種症例検討では、コアメンバーとして、企画から運営まで担当

2024年10月開催予定の多職種症例検討会も総括の予定

薬局薬剤師：笠波嘉人 先生 医師：津田浩佑 先生 看護師：高山祐子 先生 管理栄養士：茂山翔太 先生

臨床検査技師：濱田翔尽 先生 理学療法士・心臓リハビリテーション指導士：板谷悠佑 先生

事務局 本日は、お忙しいなか、JECSS多職種Web座談会にご参集いただきましてありがとうございます。JECSS多職種症例検討会に関して、忌憚なくご意見の交換をお願いいたします。それでは、司会進行の佐古先生、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

佐古 多職種症例検討会に参加した感想もしくは、現場での多職種によるカンファレンス等、多職種の方々と話をする機会があると思うのですが、その時、自分の職種のこういう強味を活かしてほしいとか、こんな弱味に配慮してもらえると嬉しいとか、話し易い話題からお話していただきたく思います。まずは、自分の立場（病院薬剤師）から、薬剤師は、薬をメインで話をしてみたいです。看護師さんだと患者さんの背景の話をされますが、薬剤師は患者さんを飲んでる薬で覚えていたりします。患者さん自身を直接、みれていないことがあり、わからないことが多いので、黙ってしまう傾向があると思います。では、順番に笠波先生（薬局薬剤師）からお願ひいたします。

笠波 同じ薬剤師なので、佐古先生の意見に共感します。薬局では、病院薬剤師さんより多職種連携ができていないと思うことも多く、多職種症例検討会への参加は、本当に勉強になりました。なかなか提案的な話までできなくて、力不足を実感しました。これからは、薬局薬剤師がどういう風に多職種と繋がっていくかが大事だと思っていますので、多職種症例検討会に参加するのは一つの手段だと思っています。

佐古 続いて茂山先生（管理栄養士）お願ひします。

茂山 管理栄養士の場合、食事の評価は得意ですが、病態把握や使用薬剤の効能や副作用などの情報は不得意であることが多いです。また、高カリ

ウム血症の患者さんがいた場合、「果物を控えましょう」など患者さんに制限を強いることがあります。しかし、実際にはARB内服など薬剤性高カリウム血症の場合があるなど、広い視野で病態を評価していくことが大切であり、視点を広げることに繋がりますし、多職種連携の中で学べるのが良いと思います。反面、多職種症例検討会では、薬剤師の方が多いので、検討の方向性が、薬中心の傾向にあると思いますので、ファシリテーターが、薬以外に、食事のことでこういう視点でどうですか？とか、薬剤師以外の職種が話しやすい雰囲気作りが必要だと感じました。

佐古 いいご意見ありがとうございます。薬剤師も病態はわかってないことが多いです。薬以外の視点、すなわち多職種の視点で症例を検討することは薬剤師にとっても大きな学びにつながります。

佐古 次に板矢先生（理学療法士）よろしくお願ひします。

板矢 病院勤務時代は、急性期から回復期にかけての心臓リハビリテーションに携わってきました。心臓リハビリは、多職種が協力して包括的にアプローチすることが重要です。そのため多職種カンファレンスは頻繁に行われていました。理学療法士は、患者さんの病状が安定した後に介入となります。患者さんの病状を安定させるために、医師をはじめ多くのコメディカルが関わっておられますので、様々な職種の方々から情報収集することが重要となります。例えば、内服している薬の薬効やどの程度の栄養を摂取しているのかなど情報収集を行います。それらの情報を考慮した上で、理学療法士は運動療法の頻度や強度、持続時間、運動の種類を決定していきます。また、リハビ

りの遂行には看護師さんの協力が必要なことも多く、看護師さんとの調整も欠かせません。しかし、カンファレンスや調整の時間は短く、現状報告や事務連絡が主な内容であることが現状です。多職種検討会は、じっくり時間をかけて多職種が意見交換できるので良い経験になると感じました。課題としては、オンライン開催なのでコミュニケーションの取り方に工夫が必要だと感じました。活発な意見交換ができるようにオンラインならではのやり方があるのではないかと考えています。

佐古 患者さんが感謝する職種で多いのはリハの先生で、その貢献度の高さにいつも嫉妬します笑。仰るとおり、モニター越しでコミュニケーションには、課題がありますね、アバターを使ってみるとかでしょうか。

佐古 次に高山先生（看護師）

高山 職場での話ですが、一般病棟勤務での多職種カンファレンスは、問題点を連携するだけのところがありますが、集中治療室では、手厚く1時間ぐらいやっています。治療に関する話が優先であり、実際現場で接している患者の様子を多職種の方に伝えきれてないことが多いと思います。業務が忙しくて、現状報告だけで、意見交換までできていないと思います。

佐古 緊急入院や急変時対応など、看護師の方に話しかけにくいと思うくらい忙しいですよ。

高山 薬剤師の方には、病棟まで薬を持ってきて下さり、感謝しています。

佐古 こちらこそ、看護師さんには、いろいろと情報をもたらえて感謝しています。しかし、日常業務では時間がなくて、研修会で、各職種との連携ポイントがつかめれば、現場で貢献できると思います。

佐古 では、濱田先生（臨床検査技師）

濱田 現場では、患者さんに対して、看護師さんみたいに触れ合っているわけではないので、検査値の数字でしか見ていないところがあると思います。なので、多職種カンファ等で、発言しづらい職種だと思います。私は、実は、2年目で、まだ医療現場に慣れてないところもありましたが、今回は聴講として、皆さんの議論を聞くだけでしたが、皆さんの参加しやすい雰囲気を見て、次は参加したいと思いました。ZOOMだと議論しづらいと思いますが、顔と名前と職種が憶えやすいので発言しやすいという利点もあると思います。

佐古 最後に津田先生（医師）

津田 多職種症例検討会に過去2回参加して思ったことは、多職種の方の仕事内容が、思った以上に全然わかっていなかったということです。たとえば薬剤師の先生が、病院と調剤薬局とで業務内容が全く違うとか、簡単なこ

とさえもこれまで気づきませんでした。そのことに気づけたこと、他の職種のことをもっと知ろうというきっかけを持てただけでも参加する意義があると思いました。今回の座談会で検査技師の先生も参加されていますが、病院での多職種カンファレンスでは、患者さんの高齢化が著しく退院支援が必要な方が多く、ソーシャルワーカーの方がキーになることも多く、今後の検討会に参加して頂けるとまた新たな視点が得られるのでは、と考えます。いろんな職種が入ることで、それぞれが今まで気づけなかった視点がでてくると思います。医師としての強味は、医学に関する知識を広く浅く持っていることだと思うんですが、どんな退院後の具体的な看護の方法、内服遵守を良くするための患者さんの生活リズムにあった内服時間や剤形などのアイデア、塩分制限のために具体的にどういう食事を工夫できるか、等はそれぞれの専門職の方々の力を借りて、頼って、任せたいと考えています。しかしこの職種はここまでできるということが、自分の中でまだ明確になっていなく、この検討会はそれぞれの職種の強みを知り、現場に持ち帰って、活かせる一歩になると思います。

佐古 職種のできることを知っていると、カンファレンスで質問ができます。それを契機に、こんなことができますよと提案してくれることにも繋がりますね。

津田 次回の多職種症例検討会への提案ですが、例えばアイスブレイク時に最近経験した症例やできごとをそれぞれ一言話してもらう、などとすると、ああこの職種の方は、こんなところに普段の業務中に注目しているのだと、職種のイメージがしやすくなるのではないかと思います。

佐古 多職種連携のメリットは、誰もが理解しています。ただ、現場が忙しいので、まずは研修会で学びを深め現場で実践してみるという流れがよさそうですね。

佐古 さて、研修会に参加するハードルとその打開策についてお聞きしたいです。グループワークで話ができない人がある。しかし、最近では、グループワークで一人だけが一方的に、話をすることもなく、若い世代では、コミュニケーション能力も高いので、やってみたらそれほどハードルも高くないと思うのですが。

笠波 ハードルは、最初は高いと思いました。紹介があったので参加しましたが、無かったら参加していないと思います。薬剤師は、生涯教育の認定制度に関わる点数がない研修会には積極的に参加しない方もいます。認知度が低いかもしれません。研修方法もオンラインがいいのか、対面がいいのか…。オンラインも

いいところもありますが、会話が1対1になりがちで、グループディスカッションがしづらいところもあります。

茂山 若い人で、勉強したい人は多いです。オンラインだと、自宅でひとりぼっち感があります。その場で、ワイワイやった方が、話がしやすいかもしれません。管理栄養士は、循環器を難しく思っています。また、心臓の専門家ではないということから参加ハードルが高いと感じます。ついては、参加告知で、循環器の全てがわからなくても参加できるとか、自由な意見交換だからとか、面白い場なので、参加してみてもか、ハードルをさげるとお知らせが有効かもしれません。

佐古 確かに、オンラインなので、横の人にすぐ聞けないというのは、ハードルになるかもしれませんね。

茂山 1～2年目だと、各場所から、一人ぼっちの参加なので。横の人に気軽に聞けません。

佐古 横にすぐに聞く感じで、ブレイクタイムで管理栄養士だけが集まって話す機会を設けるとか。敷居を低くして参加者全員で学び合うことを告知すると有効かもしれませんね。

板矢 多職種理解がキーポイントだと思います。様々な症例を経験すればするほど、多職種の方に聞きたいことが出てきて、多職種の視点からの考察を知りたいと思うようになってきました。私が1、2年目の頃は、こんなことを質問したら怒られるのではないかと思い質問できないこともありました。このような経験から、多職種症例検討会では、他の職種へ聞きたいことを聞くコーナーを設けることを提案します。素朴な疑問を気軽に解消できるコーナーがあれば、参加のハードルが下がるのではないかと思います。その結果、自分以外の職種に対する理解が進めば、より良い多職種症例検討会になるのではと考えています。

佐古 1対1になるので、あれですが、Googleフォームを利用して、無記名で質問うけるとか。

板矢 ラジオみたいでいいですね

佐古 素朴な疑問や不安を解消するようなざっくばらんな時間を設けるということでしょうか。

高山 多職種の先生との交流の場があればとも思いました。それが患者への貢献につながると思います。ハードルを下げるためには、同一職種での意見交換があってもいいのではとも思いました。

佐古 同職種での集まりで不安解消をしてあげる時間を設けるということですね。

濱田 私も上司から誘われて参加したが、実際経験するとすごく楽しかった。現場でも接触のある職種ですが、実際には、あまりコミュニケーションがとれてないことが多いです。聞くだけでも

いいので、一回参加したら？という告知はどうかと思います。医療界の先輩ばかりでしたが、フランクで話やすそうでした。他の病院の先生や職種の方と話をする経験なんてなかなかないので、ほんとに学びたい人は必ず来ると思います。私もまた参加したいです。

佐古 患者さんをどうかしたいという気持ち。その思いを持つ医療者に気づいてもらうような広報活動、Xとかインスタとか能動的にみるものを活用するとかでしょうか。第三回から取り入れた聴講制度はよかったと私も思っています。

津田 参加者が多職種に聞きたいことが、なんでも聞ける時間などあってもいいかなと思います。普段の忙しい勤務中には気を使って聞けないようなこと、あると思います。そういう時間があれば、僕はなんでも聞いていただいて構いません。検討会の開催時間としては、10月（3時間半）はよかったと思います。聴講という制度もよかったと思います。どんな内容の会なのか、わからない会にお金を払って、初めて参加するというハードルはかなり高いと思うので、まずは無料で聴講してみてもこんな感じの会、とわかってもらうのはよかったと思います。実際、濱田先生のように前回聴講された結果、今回は参加してみようという方も少なからずいると思います。興味ある人をふやす作戦としては、やはりSNSでしょうね。最近、最新の論文の内容について出版社が概要をまとめてX（旧Twitter）でアピールするような時代です。論文投稿時にXのアカウントを要求するような出版社もあります。周りを見ても、20-30代の情報収集源の多くがXやInstagramなのかなと思います。

佐古 たしかにXは、すごく情報が早い。最新の論文情報もながれてきます。Facebookは機密性が高いが、お友達でないとなら見にくいので、情報発信としては、Xがいいかもしれません。それでは、お時間がまいりました。まだまだ、お話したい議題はあるのですが、大きく2つの議題で終了させていただきます。本日は、多職種症例検討会の内容や、参加者を増やすための取組みについて様々なご意見を頂戴しました。ありがとうございました。



家庭医木戸の 現場報告(21)

「特養悲喜交々」 (ひきこもごも)

JECCS 参与
愛港園診療所 管理医師 木戸 友幸



1) 93歳の女性が転倒したとのことで診察した時に右上腕の浮腫に気づきました。本人に訊くと「私は右利きだから、昔から右腕は太いねん。」と躊躇なく即答。上半身を診察すると、右乳房にうっすらと手術跡がありました。乳癌手術後のリンパ浮腫の可能性が伺えました。乳癌手術のことは、この見事な返答から分かるように、すっかり本人の記憶から消えています。これまで複数の施設を転々としていたので、乳癌の病名は過去の資料のコピーを数年遡ってやっと見つけました。90歳を超えた超高齢者は、その子供も高齢者で、情報を提供してくれるキーパーソンは、甥、姪、孫ということも多く、正確な病歴をとることは至難の業なのです。

2) 41歳女性、特養では珍しく若い女性が入所しました。彼女は、4年制大学卒業で、就職した会社でも優秀な社員だったそうです。20代半ばで結婚、30代半ばから認知症症状が出現し、30代後半から症状が悪化しました。そのため家庭生活が困難になり、施設入所となりました。41歳で当特養に入所した時は、家族の認識はまったくできず、会話もまったく不能、意味不明のことを大声で叫ぶのみの状態でした。若年性アルツハイマー病ですが、両手は手専門モデルができるほど綺麗で、爪もマニキュアを塗ったように見事なピンク色でした。しかし、入所一年を過ぎると、食事を吐き出すようになり、どんどん衰弱してきました。月に2度、往診してくれる精神科医によると、脳細胞の萎縮が進み、食物を食物とは認識できなくなって、吐き出すのだということでした。

3) 63歳男性。50歳時に脳梗塞で右半身麻痺。地元では職が見つからず、来阪。日雇いの仕事を見つけたが、障害のため1日で解雇されました。それから関西を転々とし、数年後に障害者施設に引き取

られ、その後、当特養に入所となりました。昔、結婚した妻とは一男一女を設けましたが、離婚。その後、同じ女性と再婚しましたが、再度離婚。その女性は離婚後、自死しました。息子も死亡し、娘は父との連絡を頑なに拒否しました。結局、この男性にとって頼れる家族は誰もいなくなったのです。

4) 特養入居者のインフルエンザワクチン接種時、80代後半女性に「田中京子さん(仮名)ですね。ワクチン打ちますよ。」と話しかけましたが、返事がありません。「田中さんですよ。」「今のところは。」「ええっ、どういうことですか？苗字が変わるんですか？」「カイミヨ」「ええっ、何ですって？」「だから、戒名。」このやり取りに、周りの看護師も介護職員も大爆笑。さすが、関西人です。少々、認知症が入っていても、笑いと取ることに関しては貪欲です。

特養の管理医師を務めて、もう7年になります。入所している人達は、病院勤務の時や開業していた時とは、かなり事情が違っていています。最初の頃はかなり戸惑いもありましたが、だんだん慣れてくると、入居者の医学的、社会的、経済的な人生全体が見えるようになってきました。それらが分かったからといって、その人に何か役立つことをしてあげられることは、滅多にありません。しかし、できる範囲で、その人のこれまでの人生の記録を紐解くことによって、その人に少しでも寄り添った会話はできるようになります。(会話が可能な場合はですが・・・) そんなこんなで、特養医師の仕事は、総合内科医の最後の仕事として、ふさわしいものじゃないかなと感じるようになっていきます。

編集後記

No.111 2024 春・夏

2024年の幕開けは、早々に能登半島地震、羽田空港航空機衝突事故と衝撃的な出来事が相次いで発生しました。能登半島地震で被災された方々には心よりお見舞い申し上げます。さてニュースレターの編集担当ですが、今回よりベテランのKW氏からジェックス事務局2年生（と言っても孫3人の爺）Y.Fに交代します。今後ともどうぞ宜しくお願いいたします。

YF



発行：公益社団法人臨床心臓病学教育研究会
(略称：ジェックス)

発行者：木野昌也

532-0011 大阪市淀川区西中島4丁目6-17新大阪シールビル4階

電話：06-6304-8014 FAX：06-6309-7535

<https://www.jeccs.org> E-mail：office@jeccs.org

新感覚!!幅広い音域と迫力サウンド
ディーエスフォネット
TSphonette
KENZMEDICO

X線CT装置
SOMATOM go.Top
Lead to the top expanding clinical demand
www.siemens-healthineers.com/jp

デジタル内で使用されている顔面画像及び科学的画像はイメージです。特定個人のものではなく、また当該製品の使用により得られるものではありません。

SIEMENS Healthineers

全身用X線CT診断装置 ソマトム go Top/AH 認証番号: 230AABZK00028000