

【第21回聖路加看護学会学術大会：シンポジウム】

多元的ケアをどのようにつくり，地域につなげていくか

宇都宮明美

I. 従来のケア

兵庫医科大学病院は兵庫県西宮市にある特定機能病院である。心臓血管外科は大血管置換術，冠動脈バイパス術，弁置換術，大動脈内ステントグラフト内挿術など年間300件程度の手術を実施している。対象患者の高齢化，疾患の複雑化の一方で，入院期間の短縮化のため，入院から手術までの期間が短縮し，従来の患者の心身の準備は患者自身の主体性に委ねられる状況である。

周術期の患者は，短い一般病棟での入院期間の後，手術を受け，その後集中治療室に数日間在室し，再度一般病棟に戻り退院までリハビリに取り組み，術後の検査を終えて退院となる。この間，患者は術前ケア，手術室看護，集中ケア，術後ケアと3か所の部署でそれぞれの看護師に援助を受けることになる。多くの場合，部署間での情報共有は少ないため，看護の継続性が課題となっていた。このため，看護の継続した質管理と術前の患者の心身の準備性を高めるため，2010年から心臓血管外科術前看護外来を開始した。

この看護外来では，医師による手術に関するインフォームド・コンセントの後，病態・術式・手術のリスク・今後の予定について，急性・重症患者看護専門看護師から説明を行った。面談を通して日常生活状況を確認して，心不全予防，狭心症発作予防，二重負荷の回避など，患者に応じた手術までの生活指導と緊急時の対応について説明を行っている。また，術後に発生頻度の高い人工呼吸器関連肺炎の予防を目的として，すべての患者に対して術前歯科処置（プラークフリー）の介入を行った。患者にかかりつけ歯科医がいる場合には，紹介状を作成し処置依頼を行った。かかりつけ歯科医がいない場合には，当院の歯科口腔外科への受診予約をした。

この看護外来によって，患者満足が向上しただけでなく，医師の満足度も上昇した。術前歯科処置の未受診が減少し，術後人工呼吸器関連肺炎を術後合併症としては認めなくなった。

II. 近年の心臓血管外科患者の変化と課題

年々，心臓血管外科手術を受ける患者数は増加する一方で，患者の高齢化が目立ち始めた。日本胸部外科学会データベースでは，開心術を受ける患者の平均年齢は68.4歳，大動脈弁置換術患者は70歳以上が57.1%となっている（Miyata et al., 2010; Handa et al., 2012）。また多疾患並存となり，Lindmanら（2016）の報告では，欧州北米の高齢大動脈弁狭窄患者の5～76%に筋力低下，20～84%に虚弱，慢性閉塞性肺疾患の罹患が8～59%，多疾患並存が50%である。これは術後合併症のリスクの向上へとつながっていることが予想される。特に虚弱はAfilanoら（2010）のシステムティックレビューでは心血管患者では虚弱のリスクが2.7～4.1倍あるとしている。

以上のことから，術後早期離床の取り組みの結果が入院期間の短縮に結びついてきたが，虚弱のために早期離床ができないということになり，入院期間の延長や自宅退院ができずに転院するケースが増加し始めている。このため入院期間を延長することなく，自宅退院を目指した看護外来の内容の検討を開始した。

III. フレイルの視点からのリスク予防

術前患者の虚弱を評価するために，虚弱の定義を明確にする必要があった。文献検討から，Friedら（2001）の定義である。①体重減少，②主体的疲労感，③日常生活活動量の減少，④身体能力（歩行速度）の減弱，⑤筋力（握力）の低下の5つを用い，さらに多角的に評価するため，厚生労働省のフレイルチェックリスト（図1）を用いることにした。リスク評価をもとに点数の高い患者に対しては，医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker; MSW）にコンサルテーションし，ヘルパーや在宅支援の検討を依頼する。栄養状態の低下が示唆される患者には栄養士による栄養指導をコンサルテーションする。また摂食・嚥下の機能低下の患者には術前から摂食・嚥下認定看護師に介入を依頼するなどのプロトコルを作成し介入を開始した。

以上のように術前からのリスク（フレイル）回避介入は院内の専門職連携だけでは解決しないため，多元的介入を導入することになった。

基本チェックリスト（厚生労働省作成）					
No	質問項目	回答		得点	
暮らしぶりその1	1	バスや電車で1人で外出していますか		0. はい 1. いいえ	
	2	日用品の買い物をしていますか		0. はい 1. いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか		0. はい 1. いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか		0. はい 1. いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか		0. はい 1. いいえ	
		No. 1～5の合計			
運動器関係	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		0. はい 1. いいえ	
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか		0. はい 1. いいえ	
	8	15分間位続けて歩いていますか		0. はい 1. いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか		1. はい 0. いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか		1. はい 0. いいえ	
		No. 6～10の合計		⇒ 3点以上	
栄養・口腔機能等の関係	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか		1. はい 0. いいえ	
	12	身長（ cm） 体重（ kg）（*BMI 18.5未満なら該当） *BMI（=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））		1. はい 0. いいえ	
			No. 11～12の合計		⇒ 2点以上
	13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか		1. はい 0. いいえ	
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか		1. はい 0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか		1. はい 0. いいえ		
		No. 13～15の合計		⇒ 2点以上	
暮らしぶりその2	16	週に1回以上は外出していますか		0. はい 1. いいえ	
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1. はい 0. いいえ	
	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか		1. はい 0. いいえ	
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		0. はい 1. いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか		1. はい 0. いいえ	
		No. 18～20の合計			
		No. 1～20までの合計		⇒ 10点以上	
こころ	21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない		1. はい 0. いいえ	
	22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった		1. はい 0. いいえ	
	23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる		1. はい 0. いいえ	
	24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない		1. はい 0. いいえ	
	25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする		1. はい 0. いいえ	
		No. 21～25の合計			

☆チェック方法
 回答欄のはい、いいえの前にある数字（0または1）を得点欄に記入してください。

☆基本チェックリストの結果の見方
 基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目6～10の合計が3点以上
- 項目11～12の合計が2点
- 項目13～15の合計が2点以上
- 項目1～20の合計が10点以上

[神奈川県 (2016) : 介護予防のための基本チェックリスト. <http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/19570.pdf>, 2016/11/22]

図1 介護予防のための基本チェックリスト

IV. 多元的ケアへの課題

術後の早期離床など、術後の介入だけでは開心術後高齢患者の QOL の高い予後は期待できない。このため、術前のフレイル評価の実施と術前からのリスク回避介入が重要であるが、人員配置やシステムの再構築など取り組むべき課題は多い。なによりも地域・急性期病院、施設内医療者間の連携を促進することのできる看護専門職の育成が急務である。

引用文献

Afilaro J, Eisenberg MJ, Morin JF, et al.(2010) : Gaint speed as an incremental predictor of mortality and major morbidity in elderly patients undergoing cardiac surgery. *Journal of the American College of Cardiology*, 56 (20) : 1668-1676.
Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.(2001) : Frailty in

Older Adults ; Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology : Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, 56 (3) : M146-156.

Handa N, Miyata H, Motomura N, et al.(2012) : Procedure- and Age-Specific Risk Stratification of Single Aortic valve Replacement in Elderly Patients Based on Japan Adult Cardiovascular Surgery Database. *Circulation Journal*, 76 (2) : 356-364.

神奈川県 (2016) : 介護予防のための基本チェックリスト.
<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/19570.pdf> (2016/11/22).

Lindman BR, Patel JN (2016) : Multimorbidity in Older Adults with Aortic Stenosis. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32 (2) : 305-314.

Miyata H, Motomura N, Tsukihara H, et al.(2010) : Risk models including high-risk cardiovascular Procedures ; Clinical predictors of mortality and morbidity. *European Journal of Cardio-thoratic Surgery*, 39 (5) : 667-674.