【第21回聖路加看護学会学術大会：シンポジウム】

多元的ケアをつくること，地域へつないでいくために必要なこと
――東北地方における慢性心不全看護認定看護師の立場から――

竹谷　洋子[1)]，芳賀美智代[2)]，東雲　紀子[3)]，伊藤　綾[4)]，高橋　郁恵[5)]，
鈴木　瑛子[6)]，塚田　沙織[3)]，冨樫　明菜[7)]，李　民純[8)]，半田　一生[9)]，
武田むつみ[10)]，古川　智仁[11)]，梅木　恵[12)]，佐々木亜矢子[2)]，吉田　俊子[13)]

Ⅰ．はじめに

2025年，団塊の世代が後期高齢者となり1.9人で１人の老人を支えなくてはならない時代が到来する．医療機関は数に限りがあるため，地域にある医療・介護・福祉等のサービスとも連携を図り，総合的に患者の療養生活をサポートする地域包括ケアの視点で取り組むことが必要である．患者に必要なケアを地域につなげていくには，入院中に的確な全人的アセスメントを行い，急性期を脱し，地域へ帰ることを視野に入れた看護介入の充実を図ることが必要である．まずは，患者・家族，医療者による「患者のあるべき方向性」を見いだすことが始まりであり，看護実践力の向上は不可欠であるといえる．いま，筆者にとって看護とは「診療の補助や療養上の世話を通してポジティブな変化を促す事」であると考えている．

Ⅱ．医療現場の現実：循環器センターの場合

総合的に患者の療養生活をサポートするためには，入院中の看護の充実が必要である．しかし，実際の医療現場においては困難を要することも多い．救急患者の受け入れ，急変対応，重症患者ケア，術後ケア，せん妄患者の対応など，いかに安全に業務を終えられるかが時間との勝負である日も現実としてある．また，新人看護師のリアリティショックや看護師自身のストレスによる離職・休職も見受けられる．見直す必要のある慣例の存在や，地方においては学会や研修会などへの参加も難しい現状も散見する．さらに，日常業務においては，薬剤師，管理栄養士などが患者指導にかかわり，看護助手が日常生活援助にかかわるなど，これまで看護師業務であった内容に多職種が介入している．

これらのことから，時代とともに看護師に求められるものが変化していることを痛感し，ケアを自ら作り出すことの必要性を感じている．ケアを作り出すためには，患者や目の前の状況と向き合い，困っていることはなにか，看護師にできることはなにか考え，「療養上の世話」「診療の補助」という法的根拠も踏まえて日常ケアを振り返る必要がある．

Ⅲ．慢性心不全看護認定看護師発足

わが国において循環器疾患の医療費は傷病別で第１位を占めること（厚生労働統計協会，2011），循環器疾患の末路は心不全であり，ACC/AHA 慢性心不全ステージ分類では予防から終末期まで連続したケアの重要性が示されていること（Hunt et al.，2005），専門的な看護支援を行える人材の育成を医療者全体，看護者自身も求めていること（吉田，2007）を背景に，2011年，慢性心不全看護認定看護師制度が発足した．現在，おのおのの施設で慢性心不全看護認定看護師があらゆる取り組みを行っている．

Ⅳ．慢性心不全看護認定看護師取り組みの実際

今回，東北地区慢性心不全認定看護師会[(1)]のメンバーに，質問紙を用いて調査をした．内容として，①慢性心不全看護認定看護師として作り出したケアに関すること，②地域包括ケアに関すること，③看護における質の向上のための働きかけについて確認した．調査内容・結果については個人を同定させないようにコード化し，KJ法を用いて分類した．調査結果については，図１～７を参照されたい．これらの結果より，われわれはそれぞれの施設で課題を見いだし活動しているが，共通の困難が多いことも再確認できた．今後，慢性心不全看護認定看護師としての活動に経済的メリットが生じることを期待し，活動を継続していきたい．

１）青森県立中央病院，２）東北医科薬科大学病院，３）福島県立医科大学付属病院，４）仙台オープン病院，５）岩手医科大学附属病院，６）済生会山形済生病院，７）日本海総合病院，８）星総合病院，９）仙台厚生病院，10）由利組合総合病院，11）あづま脳神経外科病院，12）函館五稜郭病院，13）宮城大学看護学部

①循環器チーム立ち上げへの取り組み

【なぜ？】
・院内全体が心不全ケアの対象である

【効果】
・チームとしては未確定であり個人でラウンドしている
・相談は多数あり，必要性は感じている

②心血管手術を受ける患者への術前面談

【なぜ？】
・不安の軽減を図る
・意思決定の支援
・生活指導

【効果】
・術前面談を行った患者の病状悪化による緊急入院は０件
・ほぼ全例より感謝の言葉あり

③地域包括ケアへ介入担当者への指導など

【なぜ？】
・社会福祉施設でも療養行動の継続が必要である

【効果】
・入院までの期間が延長した
・通院の自己中断がなくなった

④患者や家族への退院後の支援電話外来・面談

【なぜ？】
・退院後の不安や疑問解決のため

【効果】
・入院時における指導効果の確認

⑤重症患者の意思決定支援，面談や他職種による倫理・ディスカンファレンスなど

【なぜ？】
・末期心不全の緩和ケア，補助人工心臓，心移植など治療内容が多様化
・重症心不全患者の意思決定支援は不可欠

【効果】
・心臓移植検討会のマニュアルに看護の項目を入れた
・今後院内で周知徹底を図ることが必要

⑥末期心不全患者におけるアドバンスケアプランニングの導入

【なぜ？】
・末期状態のケアの必要性に医療者・患者・家族も気がついている
・ケアが確立されていない

【効果】
・これから導入する

図１　新たに作り出したケア（自施設で新たに取り組んだこと）

時間確保

周知不足

診療報酬なし

他部署での活動

管理者の理解を得る

図２　ケアを作り出すうえで，困難に感じたこと

①効率化を考える

②時間外に行う・スタッフの協力

③自分の時間を使う・活動日

図３　ケアを行う時間をつくるために工夫していること

①地域包括ケア病棟ができた

【自慢】
・退院後の生活に不安がある退院調整が必要な患者が２か月の期限つき転棟可能

【課題】
・役割や対象患者等，スタッフの理解不足
・早期退院が勧めにくい場合がある
・スタッフの温度差

②地域包括センターの設置

【自慢】
・退院支援看護師，認知症認定看護師，ケースワーカーなどが在住，スタッフが充実してきた

【課題】
・役割や運用の詳細の周知不足
・これから病院全体で広げていく分野である

③他職種連携

【自慢】
・他職種の退院支援カンファレンスの実施
・各関係者が集まり，担当者会議を実施

【課題】
・地域から病棟への情報提供が不足

図４　地域包括ケア自施設の自慢と課題

①立ち位置確認，できること探し

②患者や家族の立場にたったケアの提供

③日々の自己研鑽

④学会やセミナー参加

⑤慣例の見直し

図５　自身の看護の質向上のための心がけ

①役割モデル
・患者指導の方法を見直し実施
・モデルとして実施し，直接指導
・アセスメントをていねいに行い，看護記録に残す

②学習会開催
・心不全勉強会を１年シリーズで開催
・スタッフが学びたいことをキャッチする
・他部署でも開催
・部署スタッフが全員講師になるように計画しサポートする

③指導教材作成
・患者用パンフレット作成や見直し
・マニュアルの整備
・チェックリストの作成

図６　スタッフの質の向上のために実施していること

①多忙な日常
・業務だけで精一杯
・「忙しい」とスタッフに言われることがある
・業務改善が必要
・学会参加など休みがとりにくい

②定着が困難
・周知徹底されるまでが困難
・勉強会をしてもモデリングをしても日々の業務に受け入れられるのが困難
・継続が難しい

③スタッフを巻き込むこと
・「そこまで要求されても」「めんどくさい」と思うスタッフをどのように巻き込むか
・学会参加は休みがとりにくく，費用がかかる

図７　看護の質向上のための働きかけで困難に感じること

Ⅴ．ケアを作り出す（事例：穿刺部のケア）

日常の問題点を見いだし，必要なケアを作り出すことは一見業務が増えるような印象があるが，実は効率化やケアの質の向上につながっていることがある．一例として「心臓カテーテル検査・治療後の穿刺部のケア」に関連した事例を紹介する．

心臓カテーテル検査・治療は，大腿動脈や橈骨動脈などから経皮的にシースを挿入し施行される．シース抜去後は圧迫止血が必要であり，穿刺部の安静が必要とされる．大腿動脈アプローチの場合は，止血のため数時間の絶対安静を要し，食事，排泄などの日常生活動作の介助が必要であり，同一体位による腰痛などの苦痛への対応も求められる．他方，橈骨動脈アプローチの場合の多くは，穿刺部さえ保護されていれば，検査・治療直後からの歩行も可能であり，日常生活の援助が最小限ですむ．

しかし止血デバイスの定時的な減圧が必要であり，減圧が医師業務か看護師業務であるかは，施設によって異なる．減圧を医師業務としていたＡ病院では，医師が適時減圧を行うことは困難であり，多くの問題があった．圧迫による疼痛を訴える患者に対して医師が来棟するまでがまんしてもらうことや，過度の圧迫によると思われる皮膚剝離が生じることもあった．

そこで，患者の側にいる看護師が減圧することを提案したが反対意見が多数あった．反対意見をカテゴリー化すると，①業務が増える，②なにかあったときの責任問題，③自信がない，これら３点に分類された．そのため，医師業務とするか看護師業務とするかを，法的根拠や看護師の倫理綱領を用い，医師や大学教員からも協力をいただき，再検討した．上述の反対意見３点について分析・具体策を立案し，管理者の協力を得て勉強会を開催した後にＡ病院では看護師業務となった．

現在では，Ａ病院において減圧を看護師が行うことで圧迫による疼痛の訴えは激減し，皮膚剝離はみられなくなった．穿刺部にも目が行き届き，苦痛の軽減のみならず出血性合併症の早期発見も可能になった．反対意見３点についての看護師の認識の変化として，①疼痛を訴える患者への対応やドクターコールする手間が省かれ業務

がむしろ整理された，②なにかあったときの責任問題は漠然とした不安だったことに気づいた，③勉強会開催により自信もつき，出血性合併症発見時の対応にも応急処置をしながら，ドクターコールするという変化がみられた．これらの経験から，看護の充実を図るためには患者や状況と向き合い，法的根拠も踏まえたうえで日常ケアを振り返り，適宜見直していくことも重要であるとの示唆を得た．

Ⅵ．まとめ

地域包括ケアの充実を図るためには，連携の出発点である病院における看護の充実を図り，地域へつなげていくことが不可欠である．実現に向けて，看護師個々の看護実践力を向上させ，必要なケアの時間を確保するなど環境を整えていくことも課題であると考える．患者が地域に戻り，その人らしい生活を送るためには，地域包括ケアの視点はもとより，一見関連のないようにみえる日常業務の１つひとつが何らかの形で地域包括ケアにつながっていること，自分たちの日々のかかわりの価値を認識し，ケアを作り出し，つなげていくことが必要である．

注

(1) 東北慢性心不全看護認定看護師会について

東北・北海道地区の慢性心不全看護認定看護師14人で構成している．３～４か月に１回を目安に宮城大学サテライトキャンパスに集合し，症例検討会や東北地区の特殊性などの合同研究，日常業務における相談を行っている．症例検討会の内容として，「心不全終末期のかかわり，治療の自己中断を繰り返す患者の看護介入，セルフケア獲得が困難な症例」などがある．オブザーバーとして，宮城大学看護学部の吉田俊子教授よりアドバイスをいただき，また宮城大学の教員や大学院生なども参加し共に交流を図り，看護を深めている．

引用文献

Hunt SA, Abraham WT, Chin WT, et al.(2005)：ACC/AHA Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure the Adult Circulation. *Circulation Journal*, 112（12）：e154-235.

厚生労働統計協会（2011）：*厚生の指標　国民衛生の動向(2011/2012)*．増刊号，58（9）．

吉田俊子，池亀俊美，畦地　萌，他（2007）：循環器専門領域における看護専門職制度についての調査．*心臓リハビリテーション学会誌*，12（1）：77-80.

参考文献

糸嶺一郎（2013）：新卒看護師のリアリティショックに関する研究の動向と課題；過去20年の文献から．*茨城県立医療大学紀要*，18：1-13.

大森純子(2012)：地域への愛着と QOL を育む．*保健師ジャーナル*，68（9）：750-755.

坂本すが (2016)：「看護の将来ビジョン」と看護職への期待．*Best Nurse*，27（4）：5-13.

高島尚子（2016）：看護の視点で追う医療制度改革；地域包括ケアから診療報酬改訂まで．*医事業務*，22（483）：32-35.

山岸暁美，久部洋子，山田雅子，他（2015）：「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発及び信頼性・妥当性の検証．*看護管理*，25（3）：248-254.