

〔原著〕

高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護のあり方

浅井 恵理 梅津 美香

Nursing that Recognizes the Desired Life of Elderly Patients with Chronic Heart Failure

Eri Asai and Mika Umezu

要旨

本研究の目的は、チームケアの実践を通じて、入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護のあり方を検討することである。

入院を繰り返す70歳以上の高齢慢性心不全患者で、言語的コミュニケーションが可能な患者4名とその家族に、患者の望む生活を捉えるための意識的な情報収集と情報共有・ケア検討を強化し取り組んだ。

対象事例のうち、チームケアにより、望む生活を実現できた4事例目のD氏は、取り組み期間中に2回入院した。急性増悪と改善を繰り返す時期の入院では「在宅で気ままに過ごしたい」と望んでおり、在宅生活の〔情報収集〕〔患者の望む生活を確認〕し、ケースカンファレンス等における〔チームでの情報共有・ケアの検討〕を行うことで、〔患者の望む生活の実現に向けたケアの実践〕につなげた。2回目の入院時には、看護チーム内で、病状が進行し終末期であると確認し、D氏の望む生活が「苦しさをとって、安楽に過ごしたい」へと変わったことを把握し共有した。〔安楽に過ごせるようなケアの提供〕といった緩和ケアを重視し、〔チームでの情報共有・ケアの検討〕を重ね、〔患者の望む生活の実現に向けたケアの実践〕を行った。また、事例を重ねるにつれ、情報収集の視点が広がり、望む生活の確認、ケースカンファレンス開催の提案等、看護師の姿勢や行動が変化し、チームケアの充実が図られた。

4事例を通して取り組んだ結果、高齢慢性心不全患者の望む生活を実現するためには、患者の望む生活を捉えようという看護師の姿勢が必要であり、また、捉えた患者の望む生活をチームで情報共有し、実現に向けたケアを検討することで、チームケアが充実し、患者に提供する看護の質が向上する、と言える。看護職は病状の進行により変わりゆく患者の望む生活をその都度捉え介入することで、患者の望む生活の実現につなげられると考える。

キーワード: 慢性心不全、高齢者、望む生活、チームケア

I. はじめに

心不全は根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患であり、症状の寛解と増悪、入退院を繰り返して徐々に病態が悪化する。そのため、心不全の急性増悪予防が重要である。心不全看護に関する先行研究でも、生活指導や退院支援、疾病管理、セルフマネジメント、再入院予防といった、急性増悪予防に関する研究が数多くみられる（大谷、

2010；佐々木ら，2013；山根，2009等）。しかし、急性増悪予防が重視されるために、生活上の制約を余儀なくされることも事実である。山下（2011）は「慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整において、1）症状悪化予防が第一優先であると意識を変え生活に症状悪化予防を組み込む、2）症状悪化予防より、やむを得ない状況や自分の価値観を優先する、と相反する様相を示す」と述べ

ている。高齢慢性心不全患者においては、残りの人生を自分らしくよりよく生きたいと考えるために、症状悪化予防より、これまでの人生で確立した自身の生き方や価値観を優先したいのではないかと思われる。しかし、急性増悪予防を重視するあまり生活が狭小化したり、人生の再解釈や統合を妨げられた結果、望む生活を送れない状況が生じているのではないかと考えた。そのため、患者の望む生活を捉え、実現できるような介入が必要である。しかし、先行研究において、高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護に関する研究は確認できなかった。

心不全はコモン・ディゼーズと言われるように、循環器疾患の専門病院における入院・通院患者に限らず、地域の中核病院や診療所に通院しながら在宅で療養生活を送る患者が多い。そのため、循環器疾患看護の経験の有無にかかわらず、多くの看護職が様々な施設において心不全患者と関わっている。筆頭筆者が研修を行った地域中核病院は、病棟再編成の影響で、循環器・呼吸器内科の混合病棟だが循環器疾患看護の経験者が2名という状況であった。心不全による10回以上の入院を繰り返す事例の振り返りケースカンファレンスを行ったところ「長い経過の中で（患者の望む生活を）分かっているつもりだった」との発言が病棟看護師からあり、退院後の在宅での生活状況や、疾患の進行に伴う変化についての情報収集不足、看護チーム内の情報共有・ディスカッション不足の現状が明らかになった。また、患者の望む生活を捉え、実現できるような看護の必要性について、看護師の理解が不十分であること、必要性を理解していても、疾患の進行に伴う変化を捉えにくく、気づいた時には死期が迫っているという心不全看護の難しさも明らかとなった。

高齢慢性心不全患者が入院を繰り返しながら状態悪化を辿る中で、望む生活を送るためには、患者に関わる人々によるチームケアが重要である。そこで本研究では、入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の望む生活の実現に向けたチームケア充実への取り組みを通じて、望む生活を実現する看護のあり方を検討することを目的とする。

II. 用語の定義

本研究において、望むとは、対象者がこれまでの人生で確立した自身の生き方や価値観に基づいて、こうしたい、こうなりたいなどと願う思い・考えのこととする。チーム

とは、病棟看護師間の集団、および、病棟看護師、外来看護師、医師、薬剤師、リハビリテーション（以下、リハビリとする）スタッフ、栄養士、訪問看護師など、入院から在宅まで、患者の安定した療養生活に関わる人々で構成されている集団を意味することとする。今回の取り組みでは、特に病棟看護師間のチームを重視した。

III. 研究方法

1. 対象

入院を繰り返す70歳以上の高齢慢性心不全患者で、言語的コミュニケーションが可能な患者とその家族、および研修病棟の循環器・呼吸器チームの看護師とする。

2. 対象施設の背景

Y病院はX地域の中核を担う公立の小規模病院であり、Z病棟は循環器・呼吸器内科の混合病棟である。心不全患者は入院患者の約3割、うち1割は再入院患者で、70～90代の高齢の入院患者が約7割を占める。Z病棟は病床数29床、ICU6床（4床稼働）を有し、循環器・呼吸器チーム、ICUチームに分かれており、筆頭筆者は循環器・呼吸器チームで研修を行った。循環器・呼吸器チームの看護スタッフは20名配置されているが、病棟編成前に循環器チームに属していた看護師は2名であった。

3. 研究実施体制

筆頭筆者は循環器に特化した病院において、看護師として5年の臨床経験がある。研修生としてY病院Z病棟のコアメンバー・病棟看護師とともに、看護チームの一員として患者や家族とのコミュニケーションや日常生活援助を実践する。コアメンバーとは、本研究に関心があるという意味表示があり、取り組みにおいて筆頭筆者とともに具体案を考え、取り組み方法を検討する等、中核を担う病棟看護師のことである。

4. データ収集方法

1) 患者の望む生活を捉えるための意識的な情報収集と情報共有

病棟看護師の誰もが一定レベルの情報収集を入院当初から行えるようにするために、必要な情報収集項目を一覧にしたチェックシートを作成し示す。看護師は必要な情報収集項目を一覧にしたチェックシートを参考に、患者の発言・思い等を捉え、情報収集した内容を看護記録に記載する。この一連の実践過程とその記録をデータとする。

筆頭筆者が直接患者・家族に関わった際の会話や介入、筆頭筆者と病棟看護師との話し合いの内容については、関わりを終えたらすぐに、言動ができるだけ忠実に残せるよう記録する。この一連の実践過程とその記録をデータとする。

望む生活については、看護記録及び筆頭筆者が直接患者に関わった際の記録から、筆頭筆者が解釈した患者の望む生活を言語化して患者に確認し、合意を得た内容を患者の望む生活と解釈し、短文で表現する。この一連の実践過程とその記録をデータとする。

2) ケースカンファレンスによる情報共有・ケア検討の強化

筆頭筆者が中心となり、コアメンバーや病棟師長と相談し、対象患者の入院後1週間を目途に、所要時間約30分間のケースカンファレンス日程を設定する。その際、ケースカンファレンスをOn-The-Job Training (以下、OJTとする)の場として活用するために、ケースカンファレンスのファシリテートや意見を述べるができるコアメンバーや病棟師長、リーダークラスのナースや、対象患者のプライマリーナースが参加できるような日程を選択したり、ケースカンファレンスの開催回数を重ねる中で、病棟看護師全員が参加できるよう日程の設定を工夫する。また、事前にケースカンファレンスの日程・テーマの周知を図り、参加者が心構えをして参加できるようにする。ケースカンファレンスの開催日までに必要な情報収集を行い、ケースカンファレンス当日には情報を共有し、ケア検討に活用する。ケースカンファレンスにおいて、患者の望む生活を共有し、望む生活を実現するためにさらに必要な情報は何か、必要なケアは何かを看護チームで確認・共有し、望む生活の実現に向けたチームケアの充実につなげる。ケースカンファレンスの内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、データとする。ケースカンファレンス時の看護師の表情や仕草といった様子は、筆頭筆者が状況を忠実に残せるよう記録しデータとする。

3) 退院後の対象患者との面談

退院後の初回外来受診や訪問看護の際に、退院後の生活状況や困難なことについて筆頭筆者が面談を行う。面談の内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、データとする。

5. データ収集期間

2016年3月～9月の6ヶ月間であった。

6. 分析方法

1) 各事例の実践

各事例のデータを熟読し「患者の状況」「望む生活に関連した患者の発言・思い」「家族の発言・思い」「看護記録」「筆頭筆者の介入」についてデータを抽出し、時系列に整理する。「看護記録」「筆頭筆者の介入」から、患者の望む生活の実現に向けたチームケアの過程で行われた看護を抽出する。

ケースカンファレンスの内容は、逐語録を繰り返し読み、意味を損なわないように要約する。

退院後の面談内容は、逐語録を繰り返し読み、意味を損なわないように要約する。

以上を、事例ごとに時系列に整理する。

2) 4事例を通じたチームケアの実践

事例ごとに分析後、事例を重ねることで、情報収集への取り組み方やケースカンファレンスでの検討内容等、患者の望む生活の実現に向けたチームケアにどのような変化がみられたか、筆頭筆者が評価を行う。

7. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部に倫理審査を申請し、承認を得て実施した(平成27年6月4日、通知番号27-A005M-2)。また、研究計画追加に伴い再度倫理審査を申請し、承認を得て実施した(平成28年5月13日、通知番号28-A011M-1)。対象となる患者・家族、看護師に、研究協力は本人の自由意思であり、研究協力を断っても不利益を被らないこと、同意後も研究協力を中止できることを説明した。またデータは匿名化すること、データ管理及び破棄について口頭と文書で説明し、書面による同意を得た。

IV. 結果

1. 対象の概要

対象患者4名の概要・ケースカンファレンスの実施状況を表1に示す。年齢は70～80歳代で、女性3名、男性1名であった。4名とも言語的コミュニケーションが可能で、入院前は自宅で生活を送っており、退院後も自宅に戻る予定の患者であった。退院後、B氏とC氏はY病院の外来に通院し、A氏とD氏はW訪問看護ステーション(以下、訪問看護とする)のサービスを利用し、かかりつけ医の往診を受ける患者であった。基本的に、1事例に対し1回の入

院期間中にケースカンファレンスを開催した。A氏・B氏・C氏は1回検討した事例であり、D氏は複数回検討した事例である。

2. 望む生活の実現に向けたチームケアの実践

対象4名に対し取り組んだ順は、A氏、B氏、C氏、C氏（再入院）、D氏、D氏（再入院）である。本文中では望む生活に関連した患者の発言・思いを〈 〉、家族の発言・思いを《 》、筆頭筆者が解釈した患者の望む生活を『 』、望む生活の実現に向けたチームケアの過程で行われた看護を【 】で示す。

1) D氏の望む生活の実現に向けたチームケアの実践と評価
ここでは、チームケアにより望む生活を実現できた4事例目のD氏について詳細に述べる。

①急性増悪と改善を繰り返す時期の入院（17回目の入院）

ア) 患者の望む生活を捉えるための意識的な情報収集と情報共有

D氏は、入院時〈かかりつけ医に入院を勧められたが、自分ではえらくもなにもなかったため嫌だと言って自宅に帰った〉と語っていた。しかし、1週間後に動悸が出現し入院となり、入院したくない思いがあったものの入院せざるを得ない身体状態になってしまったという葛藤があったの入院だった。また、進行する病状に応じ、D氏なりに

生活調整をしており〈入院前に変わったことはしていなかったつもり。水を飲みすぎたりもしていない。自宅でも動きすぎないようにじっとしていた〉ことから、今回の心不全の急性増悪は、病状が進行し、入院治療が必要な時期であったと筆頭筆者は捉えた。症状が出現しての入院のため、入院当初は病棟スタッフにより、点滴治療や酸素療法により症状の軽減を図る【患者の身体的苦痛の除去】が行われた。また【看護チームメンバーによる、今回の入院の経緯・在宅での生活状況等の情報収集】がなされ、記録で共有された。

筆頭筆者が、D氏が入院を勧められたが拒否した理由を確認すると〈病院では気を遣うから、入浴しない、家で気ままに入浴したい〉という望みが語られた。筆頭筆者が解釈した『在宅で気ままに過ごしたい』という望む生活をD氏に確認し【患者の望む生活を患者—筆頭筆者間で合意】した。D氏の望む生活を実現するには、病状が回復して退院できること、また、在宅生活を振り返り、情報収集した内容を共有し、気ままに過ごすために必要なケアの提供が求められることから【患者—筆頭筆者間で合意した望む生活の内容と、合意を得たことをコアメンバーと情報共有】し、D氏の望む生活の実現に向けたケアを検討することを共通認識した。

表1 対象の概要・ケースカンファレンスの実施状況

| 事例 | 事例1 | 事例2 | 事例3 | | 事例4 | |
|--------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|
| | A氏 | B氏 | C氏 | C氏 (再入院) | D氏 | D氏 (再入院) |
| 年齢/性別 | 70歳代/女性 | 70歳代/男性 | 70歳代/女性 | | 80歳代/女性 | |
| 診断名/NYHA/EF | 心不全(DCM)/Ⅲ/17% | 心不全/Ⅱ/58% | 心不全(DCM)/Ⅱ/23% | | 心不全(AR+DCM)/Ⅲ/14~16% | |
| 心不全経過 | 2年前から入院を繰り返す 12回目の入院 | 半年前他院退院後 2回目の入院 | 10年前より通院治療 2回目の入院 | 発熱による洞性頻脈のため退院5日後に入院 | 2年前から入院を繰り返す 17回目の入院 | 退院13日後に18回目の入院 |
| キーパーソン | 長男 | 妻 | 夫 | | 次男 | |
| 入院期間 | 15日間 | 24日間 | 9日間 | 4日間 | 23日間 | 72日間 |
| 取組開始日/期間 | 5病日/11日間 | 3病日/22日間 | 4病日/6日間 | 2病日/3日間 | 6病日/18日間 | 1病日/72日間 |
| 対象提案 | コアメンバー | コアメンバー | 筆者 | コアメンバー | コアメンバー | コアメンバー |
| カンファレンス 司会/開催病日 | 筆者/14病日 | 筆者/12病日 | 日勤リガー /退院後当日 | 開催なし | 筆者/12病日 | 日勤リガー・筆者 /63病日・71病日 |
| 転帰 | 自宅 (訪問看護・往診) | 自宅 (外来) | 自宅 (外来) | 自宅 (外来) | 自宅 (訪問看護・往診) | 死亡 |

※ NYHA：心不全の重症度分類、EF：左室駆出率、DCM：拡張型心筋症、AR：大動脈弁閉鎖不全症を指す

入院7日目には〈まあしょうがないと思っている。人工呼吸器をつけたり、水を制限したりするのは〉という【看護チームメンバーによる、心不全に対する思い等の情報収集】がなされ、記録での共有が図られた。筆頭筆者も『在宅で気ままに好きなものを食べて過ごしたい』というD氏の望む生活を解釈し【患者の望む生活を患者—筆頭筆者間で合意】した。また【患者—筆頭筆者間で合意した望む生活の内容をその日の受け持ち看護師と情報共有】することで、D氏の望む生活の実現に向けたケア検討の必要性の意識づけを図った。筆頭筆者がD氏の思いを聞く中で、ただ在宅で過ごすことを望んでいるのではなく、どのように在宅で過ごしたいかが重要であり『在宅で気ままに過ごしたい、過ごせるだけのADLを維持したい』というD氏の望む生活の真意が解釈できた。

イ) ケースカンファレンスによる情報共有・ケア検討の強化

入院12日目に【ケースカンファレンスにおいて看護チームでのケア検討】を行った。情報共有後、今後必要な情報収集の視点として、在宅での活動量や間取りが挙がった。また、D氏は在宅ではトイレ歩行を行うが在宅酸素療法 (Home Oxygen Therapy ; 以下、HOT とする) の酸素カヌレを装着して行動していないことから、入院中に酸素カヌレを装着してトイレ歩行を行うことを決定し、記録で共有を図った。

ただ、病状の悪化によりなかなかADLの拡大が進まなかった。入院13日目に、筆頭筆者が現状についてD氏の思いを聴くと〈家では迷惑をかけるといけないから、動かないようにしている〉と語り、家が良いですね、との筆頭筆者の問いにD氏は深くうなずいた。そこで『家族に迷惑をかけず、在宅で過ごしたい』という患者の望む生活を捉え、D氏本人に確認した。【筆頭筆者が解釈した患者の望む生活を患者—筆頭筆者間で合意】し【患者—筆頭筆者間で合意した望む生活の内容をコアメンバー・その日の受け持ち看護師と情報共有】した。そして『家族に迷惑をかけず、在宅で過ごしたい』という患者の望む生活を実現するには、在宅でのトイレ歩行の継続が重要だと捉えた。そこで、ケースカンファレンスで決定した、入院中に酸素カヌレを装着してのトイレ歩行の実施をめざし【プライマリーナース・コアメンバー—筆頭筆者間で個別に、酸素を使用するの歩行訓練の検討】を行った。

入院19日目には病状が改善したため、再度開始時期や

方法について【プライマリーナース—筆頭筆者間で酸素を使用するの歩行訓練の検討】を行った。

入院中に酸素を使用するのトイレ歩行を予定し検討を重ねてきたが、病状改善後2日で、トイレ歩行の実施には至らないまま退院となった。

ウ) 退院後面談

退院して2日後の初回訪問看護に筆頭筆者が同行し、D氏と面談を行った。退院後の在宅での生活状況として、トイレに行ったついでに、台所まで行ってゼリーを2・3個持ってきて、ベッドで食べている、気ままに寝たり起きたりして過ごしている、といった状況を把握した。ただ、入院中は全く歩行していなかったため、自宅に帰ってからトイレまで歩行できるか心配だったし、実際にしんどかったと話された。

エ) 退院後の生活状況をフィードバックするケースカンファレンス開催

退院後にD氏と面談し把握した生活状況を筆頭筆者がコアメンバーに情報提供し、ケースカンファレンス開催の提案を行い、同意を得た。そこで、退院後の生活状況をフィードバックし、次回入院時のケアにつなげる目的で、退院後13日にケースカンファレンスを開催した。始めに、筆頭筆者が退院後の初回訪問看護に同行した際に捉えた生活状況を報告した。特に、入院中のケースカンファレンスで、ADLを維持すること・酸素を使用するのトイレ歩行を行うことを目標に、具体的な検討を行っていたにもかかわらず、トイレ歩行を行わないまま退院したことで、退院後D氏がしんどい思いをしたことを筆頭筆者が報告すると、参加者は真摯に受け止めていた。そして、必要だったと考えるケア、次回入院時に活かすケアについて、司会者である筆頭筆者が意見を促す必要もなく、積極的に多くの意見が出た。その結果、望む生活を実現するために、再入院時には退院後の生活を踏まえたリハビリの目標立案を行う等の意見が出て、入院中から退院後の生活を踏まえた情報収集・看護実践の必要性を検討できた。

②終末期の入院 (退院13日後の再入院)

ア) 患者の望む生活を捉えるための意識的な情報収集と情報共有

D氏は前回退院より13日後に、再度心不全の急性増悪のため、治療目的で入院となった。前回退院後の、生活状況を病棟スタッフへフィードバックするケースカンファレ

ンス開催の同日に入院となったことから、ケースカンファレンスで検討した内容を実践しようと、コアメンバーを中心とした病棟スタッフから意欲的な姿勢がみられ、継続事例として対象患者とし、取り組みを開始した。ケースカンファレンスにおいて、リハビリの目標を掲示板（電子カルテ上の個人のトップページ）に記載し共有する必要性が意見として挙がっており、同日【プライマリーナースによる記録で、退院時のリハビリ目標を情報共有】された。また【プライマリーナースより筆頭筆者に、治療の現状・予定や在宅での食生活等の情報提供】を受けた。

入院時にD氏は〈胸がドキドキしてえらい〉と訴えており、病棟スタッフは身体的変化（症状）を把握し、治療の遂行等により【患者の身体的苦痛の除去】を図った。【筆頭筆者による、今回の入院による気持ちの変化等の情報収集】を行うと〈少しずつ悪い方へ近づいているよね〉と、D氏はこれまでの病状との変化を感じていた。そこで【筆頭筆者が情報収集した、病状の進行を自覚していること等をその日の受け持ち看護師と情報共有】した。

入院8日目に【筆頭筆者による、病気の受け止め方等の情報収集】を行うと、これまでは在宅で気ままに過ごすことを望んでいたD氏が〈病院では、何かあった時にコールできる〉と語った。症状がある際には、入院していると緊急時の対応に関する不安を軽減して過ごせること、『在宅で気ままに過ごせるだけの身体機能が保障できないのであれば、入院して安心感を得たい』と感じていると捉えた。これまでの入院とは状況が変化しており、病状改善が難しく、今回の入院で最期を迎える可能性があるため【筆頭筆者がプライマリーナースによる望む生活の確認への意識づけ・望む生活を把握した上での目標設定の提案】を行った。

入院25日目に【プライマリーナース・リーダークラスナース—筆頭筆者間での望む生活を実現するための今後の看護の方向性の相談】を行い、本人・家族の望みを確認する必要性を共有した。その後、プライマリーナースがD氏に望む生活を確認し〈このえらい状態で家に帰る選択肢はない。これまでは酸素カヌレを外してトイレに行っていたが、今はえらい〉と【プライマリーナースによる患者の望む生活の確認・筆頭筆者との共有】がなされた。患者の望む生活を『病院で苦しさをとって、安楽に過ごしたい』と筆頭筆者が解釈し、プライマリーナースと共有した。

治療を続けるが病状の改善は見られなかったため、入

院32日目に筆頭筆者がD氏の思いを聴くと〈点滴が減らないから家に帰れないと分かっている〉〈これまでのように家に帰りたいという希望はない、日中1人で心配〉といった心機能に応じた生活や余生の過ごし方の希望を確認した。プライマリーナースも〈点滴が外れて前みたいに帰れるんやったらいいけど、今回はあかんわな。自分でも分かるとる。えらいもん。だから帰りたいと思わへん〉といった心機能に応じた生活や余生の過ごし方の希望の確認に加え〈なるべく楽に過ごせたらと思っとる〉という患者の望む生活を把握した。そして【プライマリーナースによる患者の望む生活の確認・筆頭筆者との共有】がなされ、患者の望む生活を『苦しくなく、安楽に過ごしたい』と筆頭筆者が解釈し、プライマリーナースと共有した。患者の望む生活を確認したため、本人の思いや入院当初とのゴール変更をチーム内で統一する必要があると判断し、プライマリーナースに【筆頭筆者がケースカンファレンス開催の提案】を行った。

治療を続けるが奏効せず、入院39日目に主治医より家族に緩和ケアを検討する病状説明がなされた。次男は〈本人が苦しませずにはしたいけど（治療として）できる限りのことをしてあげたい〉との思いを吐露した。D氏自身も〈起きるのがしんどいほどえらい〉〈時期が来た〉と病状の改善が難しい状況を理解しており【リーダークラスナース—筆頭筆者間で、患者本人が病状の進行を自覚していることの情報共有・望む生活を実現するための看護の方向性の相談】を行った。本人の思いやゴール変更をチーム内で統一するために、再度リーダーナースに【筆頭筆者がケースカンファレンス開催の提案】を行い、日程調整を行った。ただ、1ヶ月前にチーム編成を変更した影響から、ケースカンファレンスの設定が難しい状況にあった。そこで、筆頭筆者が看護チームのメンバーと個別に、D氏の病状が進行し終末期であること、【望む生活が『苦しくなく、安楽に過ごしたい』へと変わったことの共有】を繰り返した。

入院50日目に筆頭筆者がコアメンバーと、余生をどこで過ごしたいか思いを確認し、終末期を看護師が見越して介入すること等の重要性を共有し【コアメンバー—筆頭筆者間で、望む生活である、終末期を安楽に過ごせるような今後の看護の方向性の検討】を行った。検討後【コアメンバーによるケースカンファレンス開催の提案】が筆頭筆者になされた。

病状が目に見えて悪化したため、入院62日目に筆頭筆者がD氏の思いを傾聴すると〈こんなにえらかったことはない。えらいのは嫌。えらいのは取って欲しい〉というD氏の訴えを受け【リーダークラスナース—筆頭筆者間での患者の思いの情報共有】を行った。〈えらいのは取って欲しい〉という望みのため【その日の受け持ち看護師・コアメンバー—筆頭筆者間で緩和ケア導入の検討】を行った。筆頭筆者がコアメンバーにケースカンファレンス開催の相談をすると、スタッフ間の対応にばらつきがあるため、看護の方向性を統一する必要があるとの考えであり【その日のリーダーナース・コアメンバーよりケースカンファレンス開催の提案】がなされ、翌日に開催を決定した。

イ) ケースカンファレンスによる情報共有・ケア検討の強化

入院63日目に【ケースカンファレンスにおいて看護チームでの情報共有・ケアの検討】を行った。冒頭、D氏の看護において困っていることはないか筆頭筆者が投げかけると、その日の受け持ち看護師から、水分制限と持ち込み食との兼ね合いに困っていると問題提起がなされた。終末期にある患者に、どこまで治療上の制限の遵守を求めめるのか、看護師には患者の望みの尊重と治療上の制限の間で葛藤があること、飲水制限の遵守に関するスタッフの認識・対応にばらつきがあること、経験年数の少ないスタッフにおいては、自身の判断に自信が持てず不安を抱えていることが明らかとなった。話し合いを進めた結果、今後のケアの方針として、飲水制限内は上限まで飲水してもらうこと、制限の撤廃ではなく、治療の保証による症状緩和・安心感を得てもらうことを共有し、望む生活を実現するための実践内容を決定した。

ウ) 望む生活の実現に向けたケアの実践

少しの負荷で症状増悪をきたすため、入院70日目にコアメンバーが症状緩和の薬剤使用について提案すると、D氏は使用を望んだ。そこで【コアメンバーによる、主治医への麻薬使用の相談】がなされ、モルヒネを導入し鎮静が図られた。D氏は〈早く逝きたい。楽になりたい〉と訴えていた。麻薬使用による【患者の身体的苦痛の除去】【苦しさをとって安楽に過ごしたいという患者の望む生活の実現に向けたケアの実践】が行われた。また、コアメンバーより、どれだけ鎮静をかけて良いのか、心不全の緩和ケアは初めてで分からないことが多いと問題提起を受け【コアメンバーよりケースカンファレンス開催の提案】がなされ、

翌日ケースカンファレンスを設定した。

エ) ケースカンファレンスによる緩和ケアの検討

入院71日目に【ケースカンファレンスにおいて看護チームでの情報共有・ケアの検討】を行い、最期を安楽に過ごせるような援助について話し合った。D氏は苦しさを除いて欲しいと望んでいたものの、大半の病棟スタッフは心不全の緩和ケアの経験が少なく、どれだけ鎮静をかけて良いのか、麻薬の使い方に不安があることを共有した。そこで、緩和ケア介入依頼を行うことに決定した。同日、緩和ケア回診がなされ、がん性疼痛看護認定看護師（緩和ケアチーム）より、呼吸苦時の麻薬使用についてカルテに明示され【苦しさをとって安楽に過ごしたいという患者の望む生活の実現に向けたケアの実践】につながった。

ケースカンファレンス後には、本来は必要な時にカンファレンスを開催出来ると良いとの発言がコアメンバーより聞かれ、今後カンファレンス開催を増やしていくとの発言が看護チームメンバーよりあった。

入院72日目に、D氏は家族に見守られ〈水飲む、おいしい、ありがとう〉と最期まで会話をし、苦しみに永眠された。

2) 事例A～Dの望む生活の実現に向けたチームケアの実践と評価

4事例を通して、望む生活の実現に向けたチームケアの充実がどのように図られたか、事例A～Dの経過をまとめて以下に述べる。

1事例目のA氏への取り組み開始の際には、病棟スタッフがA氏の看護をチームで検討する必要性を感じていなかったことから、筆頭筆者が情報収集を行い、コアメンバーやプライマリーナース、その日の受け持ち看護師へ情報収集内容を報告し、情報共有を図ることとした。そのため【患者と筆頭筆者の関係構築】を図り【筆頭筆者による情報収集】を行い【患者—筆頭筆者間での望む生活の合意】を得る、というように、筆頭筆者が主体となり介入した。2事例目のB氏でも、基本的には【筆頭筆者による情報収集】が主となったが、コアメンバーがその日の受け持ち看護師の際には【コアメンバーによる情報収集】がなされたり【その日の受け持ち看護師より筆頭筆者に情報提供】を受けたりと、主体的に動くスタッフに広がりが見られてきた。ただ、まだ望む生活については筆頭筆者による情報収集となり【患者—筆頭筆者間での望む生活の合意】を図り、その内容をコアメンバーと情報共有した。3事例目のC氏では、

プライマリーナースがコアメンバーだったこともあり、入院当日から【患者とコアメンバー（＝プライマリーナース）の関係構築】をしつつ【コアメンバー（＝プライマリーナース）による情報収集】がなされた。筆頭筆者も【患者と筆頭筆者の関係構築】を図りながら【筆頭筆者による情報収集】を行い、情報収集した内容を師長代行者やコアメンバー、プライマリーナース等と共有することを続けた。C氏においては【コアメンバー（＝プライマリーナース）による望む生活の把握】がなされ、望む生活を把握することの重要性をコアメンバーが理解し、意図的に実践するようになったと思われる。4事例目のD氏の取り組みでは、情報収集項目を掲示板に明示したこともあり、入院早期から【看護チームメンバーによる情報収集】がより多くなされるようになった。また、筆頭筆者が患者の望む生活を把握する機会が多くあり【患者—筆頭筆者間での望む生活の合意】をした都度、その日の受け持ち看護師やコアメンバーと共有し、望む生活の実現に向けた看護への意識づけを図った。D氏が再入院した際には、プライマリーナースが中核となったため【筆頭筆者がプライマリーナースによる望む生活の確認への意識づけ・望む生活を把握した上での目標設定の提案】をし、望む生活の実現に向けたケアの実践を目指した。中でも【プライマリーナースによる患者の望む生活の確認・筆頭筆者との共有】が複数回なされ、望む生活を把握するたびに【プライマリーナース—リーダークラスナース間によるケアの検討】や【プライマリーナース—筆頭筆者間によるケアの検討】を行い、望む生活の実現につなげることができた。

事例を重ねるにつれ、ケースカンファレンスの内容等にも変化がみられた。1事例目のA氏のケースカンファレンスでは、ケアの検討を目指していたが【ケースカンファレンスにおいて看護チームでの情報共有】と、情報収集が必要な視点の共有までの到達となった。また、翌日には退院となったことから、検討内容を入院中の看護に活かすことはできなかった。しかし、2事例目のB氏のケースカンファレンスでは、看護チームでの情報共有後、望む生活を実現するために退院後を見据えた水分の自己管理方法を具体的に検討するという【ケースカンファレンスにおいて看護チームでのケアの検討】を行うことができた。3事例目のC氏では、入院期間が短かったこともあり【ケースカンファレンスにおいて看護チームでの情報共有】までの到達と

なったが、設定していたケースカンファレンス日時にはすでに退院していたものの、日勤リーダーの働きかけで開催に至ったことから、ケースカンファレンスに取り組む姿勢に変化が感じられた。D氏においては、それまでの事例より早期に【ケースカンファレンスにおいて看護チームでのケアの検討】をし、検討内容を実践に活かす意識づけができた。また、ケースカンファレンスの場以外でも【プライマリーナース・コアメンバー—筆頭筆者間によるケアの検討】を行った。D氏が再入院した際には【筆頭筆者がケースカンファレンス開催の提案】をしていたものの、病棟のチーム編成変更の影響で、なかなか開催に結びつかなかった。そこで【プライマリーナース—リーダークラスナース間によるケアの検討】【プライマリーナース—筆頭筆者間によるケアの検討】【リーダークラスナース—筆頭筆者間によるケアの検討】【コアメンバー—筆頭筆者間によるケアの検討】を繰り返した。D氏の病状が進行するにつれ、スタッフからケースカンファレンスを開催したいとの声が上がリ【ケースカンファレンスにおいて看護チームでの情報共有・ケアの検討】を2回行えた。

また、D氏については多くのスタッフが経過を知っており、ケースカンファレンスにおいて活発に意見が出た。情報の共有にとどまらず、今回の入院中には酸素カヌレを装着してトイレ歩行を行うという、具体的な看護ケアの実践内容の決定もできた。しかし、入院中に酸素カヌレを装着してのトイレ歩行の実施には至らず、退院後にD氏が困った、という報告をカンファレンスで行ったところ、そのカンファレンスがターニングポイントとなり、自発的な発言が増える等、その後のカンファレンスの雰囲気の変化につながった。D氏の再入院時には2回のケースカンファレンスを開催できた。自発的に意見を述べるスタッフは中堅以上のスタッフが多かったが、若手のスタッフも開催時には集合してケースカンファレンスに参加したり、問題提起をする等、望む生活を実現するケアについて真剣に考えていることが伝わってきた。D氏の経過を追う経験ができたことで、心不全の病態の理解、病状の進行により患者の望む生活が変化すること、そのため、患者の望む生活の把握に努め、タイムリーなカンファレンスの開催により実現できるようなケアを検討し、実践することの必要性をスタッフが認識できた。

V. 考察

1. 高齢慢性心不全患者の望む生活の実現に向けたチームケアを充実する方法

筆頭筆者が研修を行ったY病院は、循環器疾患の専門病院ではなく、また、Z病棟は病棟再編成の影響によりチーム力が発揮できていない状況であった。そこで、高齢慢性心不全患者の望む生活を実現するには、患者の望む生活を捉えるための意識的な情報収集と情報共有、ケースカンファレンスによる情報共有・ケア検討の強化が必要であった。

誰もが一定のレベルで必要な情報収集が行えるよう、必要な情報収集の視点を示したことで、A氏では【筆頭筆者による情報収集】だったが、B氏やC氏では【コアメンバーやプライマリナースによる情報収集】へと担うスタッフに広がりが見られ、D氏では、【看護チームメンバーによる情報収集】へと、情報収集を行うスタッフが増えた。また、D氏においては入院当初から【看護チームメンバーによる、今回の入院の経緯・在宅での生活状況等の情報収集】が行われたことから、望む生活を実現するために必要な情報収集を、意識的に行えるようになったと考える。後藤(2005)が「患者個々の在宅における生活活動、趣味活動や運動などを確認し、その内容、強度、頻度を把握して過剰な運動量に至ることがないようにすること」が必要であると述べているように、D氏が在宅ではトイレ歩行を行うと把握できていたため、入院中にトイレ歩行まで行い、症状出現がないことを確認した後に退院することで、患者の安心感につなげる必要があった。また、山下(2011)が「たとえ心負荷になったとしても優先したい価値観や信条を持つ者がいる」と述べているように、D氏が退院後にトイレ歩行を行いたい理由・意味を捉え、患者の望む生活に近づける工夫、また、現在の病状で可能かの判断も看護師が果たすべき役割であると考え。病氣と長く付き合ってきた高齢の慢性心不全患者だからこそ、何に価値を置いてこれまで生活してきたのか、それらがどのような生活動作に結びついているかを考え、情報収集をし、看護チームで共有することで、望む生活を実現するためのケアにつながると考える。

ケースカンファレンスを開催するようになった当初は、A氏のように【ケースカンファレンスにおいて看護チームでの情報共有】をし、必要な情報収集項目を確認するという内容だったが、事例を重ね、ケースカンファレンスの経

験が増えていくと、B氏やD氏のように【ケースカンファレンスにおいて看護チームでのケアの検討】を行えるようになった。D氏の再入院時では【スタッフからのケースカンファレンスの開催提案】により、スタッフが個々で困っている際にタイムリーにケースカンファレンスを行い、望む生活を実現するために必要なケアを看護チームで確認・共有し、検討できた。また、今回の取り組みのようにケースカンファレンスをOJTの場として活用し、チームでより良いケアを検討することで、感性を育み、知識や技術の向上といった看護師の育成につながると考える。D氏の再入院時に水分制限と持ち込み食との兼ね合いに困っていたように、知識や経験の少ない若手スタッフは特に、ケースカンファレンスの場で、実際の事例における看護の検討から学ぶことも多く、看護の幅を広げられると考える。橋本(2009)が「ケースカンファレンスがOJTとして人材育成に果たす意味として、知識や経験の違う看護師が、相互に学び合うことを可能にする」と述べているように、若手スタッフに限らず、中堅スタッフにおいても、貴重な学び合いの場になると考える。そして看護の検討に加え、若手スタッフの育成や、病棟の質の高い看護の推進者としての役割など、自身の役割を再度見つめ直す機会にもなる。自身の提供する看護から、看護チーム、病棟全体の看護へと視野を広げられる中堅看護師としての、ケースカンファレンスで担うべき役割があると考え。

また、D氏の麻薬導入時に緩和ケア介入依頼を行ったように、病棟内のチームだけでなく、必要時院内リソースや社会資源の活用等の提供を適切なタイミングで行うことも重要である。入院から在宅まで、患者の安定した療養生活を支える人々によるチームケアを実践することで、高齢慢性心不全患者が、入院を繰り返しながら徐々に病状が悪化していく中でも、望む生活の実現につながれると考える。

2. 高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護のあり方

高齢慢性心不全患者は、長年病と付き合う中で、徐々に病状が進行していくこと、また、老性変化と相まって、病状の進行に気付きにくい、あるいは向き合えていないことが多い。しかし、病状の進行や加齢に伴い、徐々に活動範囲が狭くなり、これまでできていた日常生活動作ができなくなると、D氏のように〈これまででは酸素を外してトイレに行っていたが、今はえらい〉と患者は自身の身体変化を

受け入れていく。そこで看護師が、患者の病状進行に伴う身体変化を把握し、適切なタイミングで介入することで、患者は自己の身体変化に向き合い、進行しつつある病状の中で、自分がどのように生きたいか、望む生活を考え、表現する機会を持つ。これまで病と付き合いながら長い人生を生きてきた高齢慢性心不全患者が、自分なりの生き方や価値観に基づいて自らの望む生活を実現するために、看護師が患者の望む生活を理解し支える必要があると考える。

そのためには、看護師側の捉えようという姿勢・視点が必要となる。D氏の再入院時に、プライマリーナースが望む生活を捉える意義を理解し、捉えようと誠実に対応した結果、繰り返しD氏の望む生活を把握できた。ただ、入院しても点滴治療で早期に軽快し退院となる、という寛解と増悪を繰り返す心不全の経過の特性から、看護師側も患者側も「今回もまた良くなる」と期待し、予後不良との認識が低い。慢性心不全は病状の進行や環境の変化等により、望む生活も変化すること、患者の望みが揺れることも念頭に置きながら、患者の望む生活を捉えることが看護師には求められる。谷本（2015）が「医療者は、診断初期から意識的に患者と関わることで患者の価値や意向の理解を深め、患者自身が生き方を見つめ直す良いタイミングを見出すことも可能である」と述べているように、変わりゆく患者の望む生活を意図的に捉え、実現に向けたケアを実践していくことが重要である。

さらに、慢性心不全の経過を理解した上で、先を見越した、予測した看護の提供が必要となる。寛解と増悪を繰り返す中でも、医療者であるからこそ、再入院のスパンが短くなってきた、これまでより軽負荷で症状が出現するようになってきた等、病状の進行を把握すべきである。そのためには、関わる看護師側が慢性心不全の病態を理解し、今後の病状の進行を描けることが求められる。D氏においては『在宅で気ままに過ごしたい』と望んでいたが、再入院時には病状の進行を自覚し『病院で苦しさをとって、安楽に過ごしたい』と望みが変化したことについて、看護チーム内で情報共有をすることで、病期の転換期を確認できた。そして、今後の疾患の経過を見越し、長いスパンで捉えた上で、今、患者にとって必要な支援について考え、これまでとは変化した望む生活の実現に向けた看護につなげることができたと考える。谷本（2015）が「日常的な関わり

の都度、患者の意向を確かめ周囲に浸透させるという実践は、症状急変の可能性もある非がん疾患患者に対しては重要である」と述べているように、看護師が意図的に望む生活を捉え、共有し、望む生活を実現するためのケアに結び付けることが重要である。

3. 今後の課題

心不全は根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患であり、症状の寛解と増悪、入退院を繰り返して徐々に病態が悪化するため、予後予測が難しい。また、入院して薬物療法を受けることにより症状が軽快したり、症状の改善を期待して最期まで治療が優先されるケースも多いことから、患者・家族は予後を自覚しにくい。猪口ら（2013）が「循環器特有の病状経過を考えると緩和ケアを導入するタイミングや方法は難しい」と述べているように、看護職もいつから緩和ケアを提供するのか判断し難い現状がある。D氏の事例のように、看護職も心不全の緩和ケアの経験が少ないことから、麻薬使用のアセスメント・判断に難渋し緩和ケアチームと連携する場面があった。発展途上である心不全の緩和ケアにおいては、実践事例を積み重ね、多職種と連携を図ることで、病状の進行を理解した上で望む生活の実現に向けたケアにつなげる必要があると考える。

謝辞

本研究に多大なご協力を頂きました皆様、ご指導頂きました諸先生方に、深く感謝申し上げます。尚、本稿は平成28年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の修士論文に一部加筆、修正を加えたものである。また、本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 後藤秀世，長井祐介，長沼文雄ほか．（2005）．慢性心不全患者における在宅療養上の問題点の抽出および患者教育に関する検討．日本心臓リハビリテーション学会誌 心臓リハビリテーション，10(1)，130-135.
- 橋本麻由里．（2009）．ケースカンファレンスがOJTとして人材育成に果たす意味．日本看護管理学会誌，12(2)，53-63.
- 猪口沙織，甲あかね，北川利香．（2013）．循環器病棟看護師の心不全患者への緩和ケアの現状．日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ，43，103-106.
- 一般財団法人厚生労働統計協会．（2017）．国民衛生の動向2017/2018.

- 大谷美晴, 槇田直美, 溝上梢. (2010). 慢性心不全患者の在宅療養に向けた退院支援について - 病棟看護師に対するアンケート調査より -. 日本看護学会論文集 地域看護, 41, 263-265.
- 佐々木智絵, 重松裕二. (2013). 慢性心不全患者のセルフマネジメントと健康関連 QOL、一般自己効力感との関係. 近大姫路大学看護学部紀要, 5, 21-30.
- 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子ほか. (2015). 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. Palliative Care Research, 10(2), 108-115.
- 山根弘典, 清水志保, 寺崎昌美ほか. (2009). 再入院をする心不全患者の実態調査. 京都市立病院紀要, 29(1), 35-37.
- 山下亮子, 増島麻里子, 眞嶋 朋子. (2011). 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整. 千葉看護学会誌, 16(2), 45-53.

(受稿日 平成 30 年 8 月 27 日)

(採用日 平成 31 年 1 月 28 日)

Nursing that Recognizes the Desired Life of Elderly Patients with Chronic Heart Failure

Eri Asai and Mika Umezu

Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

Abstract

This study aimed to examine nursing that recognizes the desired life of elderly patients with chronic heart failure with repeated hospitalization by practicing team care.

We encouraged conscious information gathering, information sharing, and care examination to grasp the life desired by the patient among four patients with chronic heart failure who are older than 70 years old and who are capable of linguistic communication as well as their families.

Among the target cases, the practice of team care enabled Mrs. D, who was hospitalized twice during the research period, to realize her desired life.

During this time, while experiencing repeated acute exacerbation and improvement, Mrs. D reported, "I want to stay at home without a care."

We reached [practicing care to realize the desired life of the patient] by conducting [information gathering] regarding Mrs. D's home life, [confirming the desired life of the patient], [information sharing/care study in teams] at case conferences, and so on.

At the time of the second hospitalization, within the nursing team, we confirmed that the disease had progressed and was at the terminal stage and understood that Mrs. D's statement of her desired life had changed to "I want to stop suffering and spend life comfortably." We emphasized palliative care such as [providing comfortable care] and repeated [information sharing/care consideration in teams]. We also carried out [practicing care to realize the desired life of the patient]. In addition, nurses experienced multiple cases, the perspective of information gathering expanded; attitudes and behaviors of nurses changed as they grasped the desired life of the patient; and with the suggestion of a case conference, the team care was fulfilled.

The four cases examined in this study revealed that, to realize the life desired by elderly patients with chronic heart failure, it is necessary for the nurse to wish to capture the life desired by the patient. Additionally, by sharing information with the team regarding the life desired by the patient and considering care for realization, team care is enhanced and the quality of nursing care provided to patients is improved. I think that nurses can realize the life that the patient desires by asking the patient's questions and intervening each time the patient's desired life changes with disease progression.

Key words: chronic heart failure, elderly, the desired life, team care