

オープンカンファレンス
ご存じですか？
慢性心不全看護認定看護師

尾道市立市民病院
慢性心不全看護認定看護師
正木未来



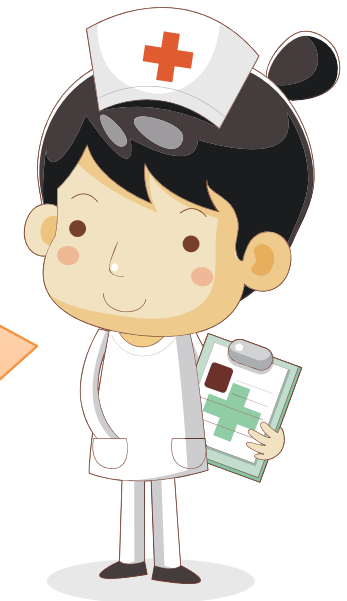
自己紹介



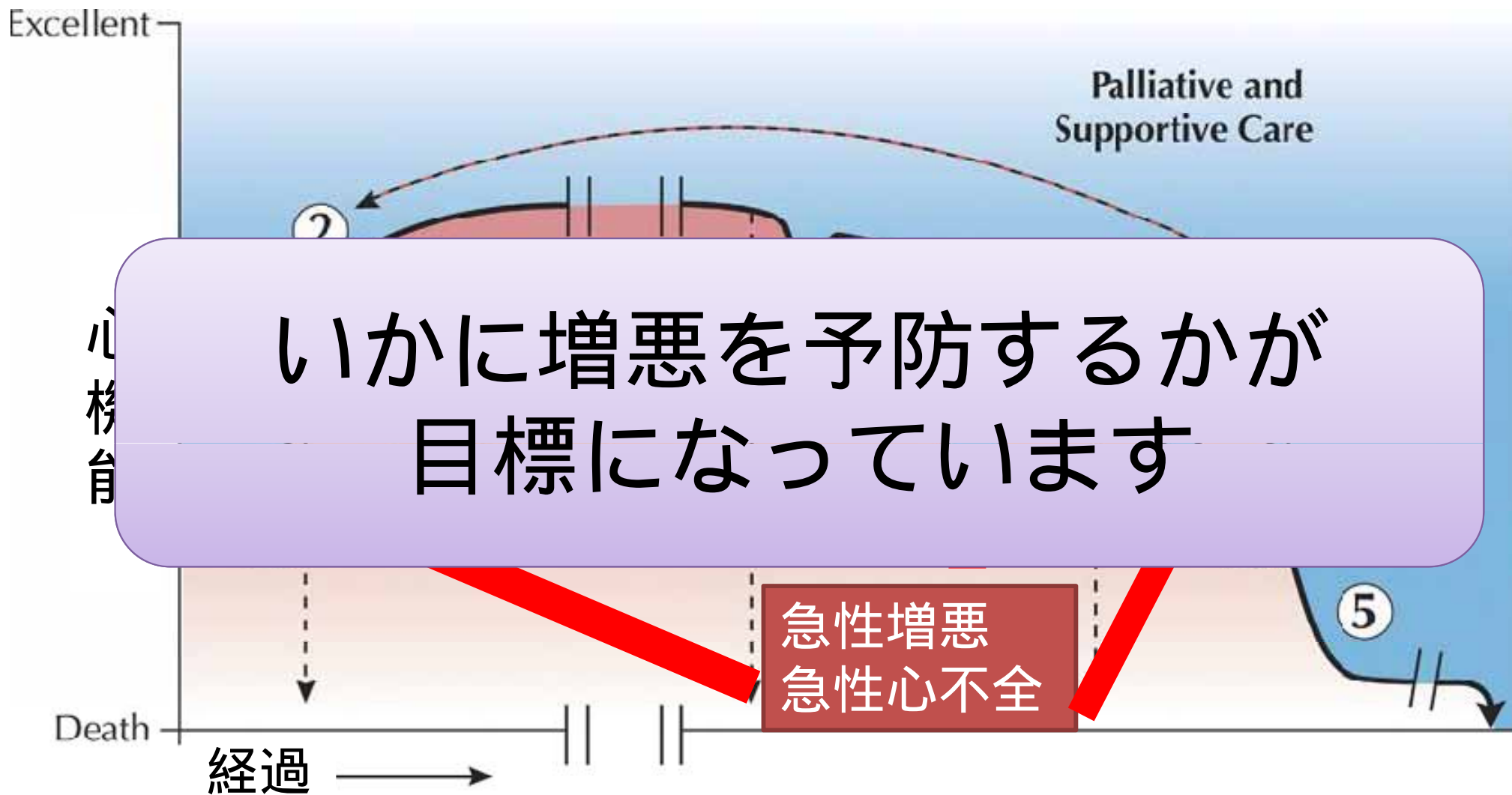
正木未来

- 尾道市立市民病院で勤務し7年
- 看護師歴は11年
- 循環器領域での勤務は8年
- (循環器内科・心臓血管外科)
- 昨年7月から慢性心不全看護認定看護師となる

今日は、
慢性心不全看護認定看護師という
存在を知ってもらおう
ということが私の目標です



心不全の経過



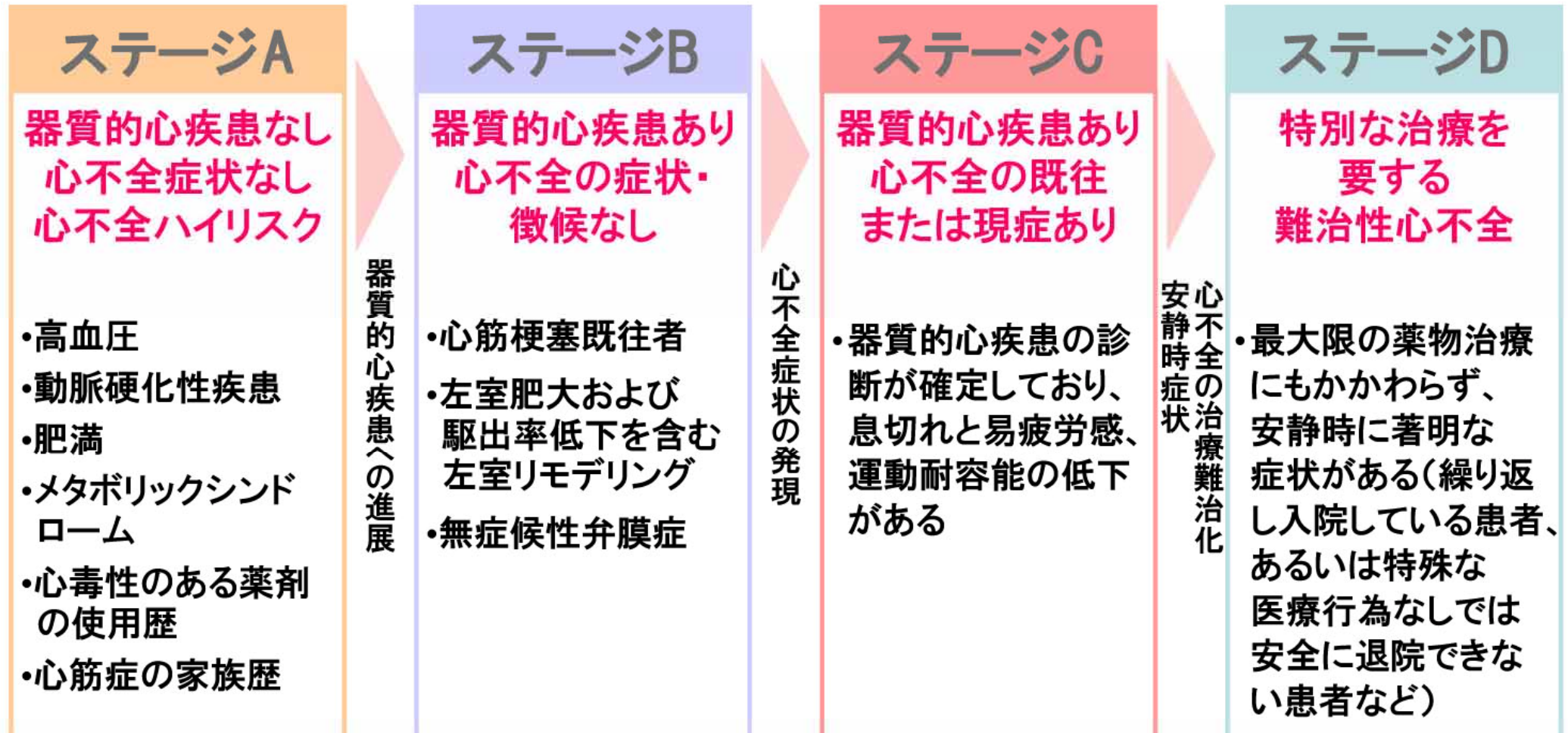
慢性心不全の進展ステージ

— ACC/AHAガイドライン2005 —

心不全 Up-to-date

心不全リスクあり

症候性心不全



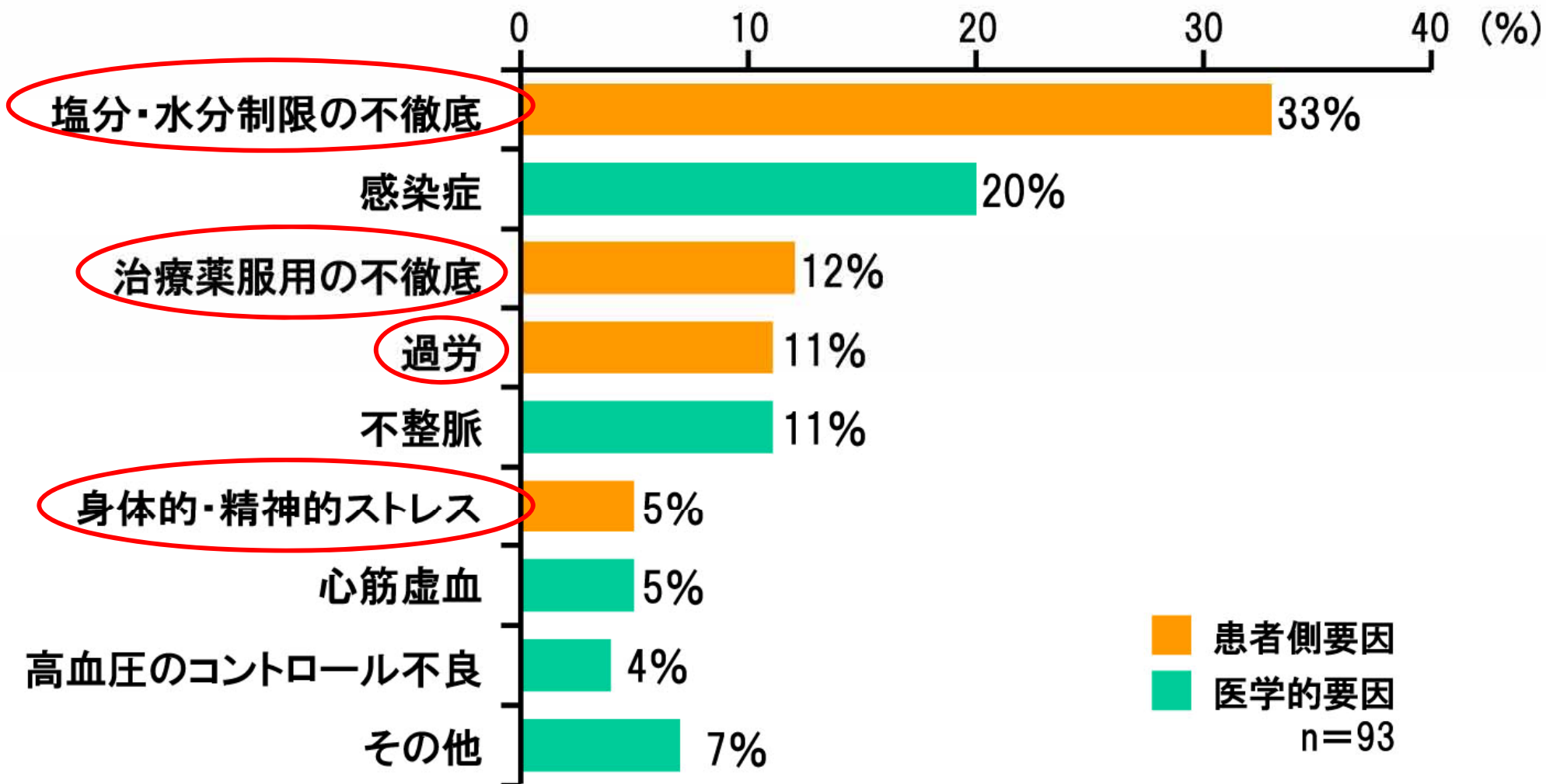
日本における心不全の現状



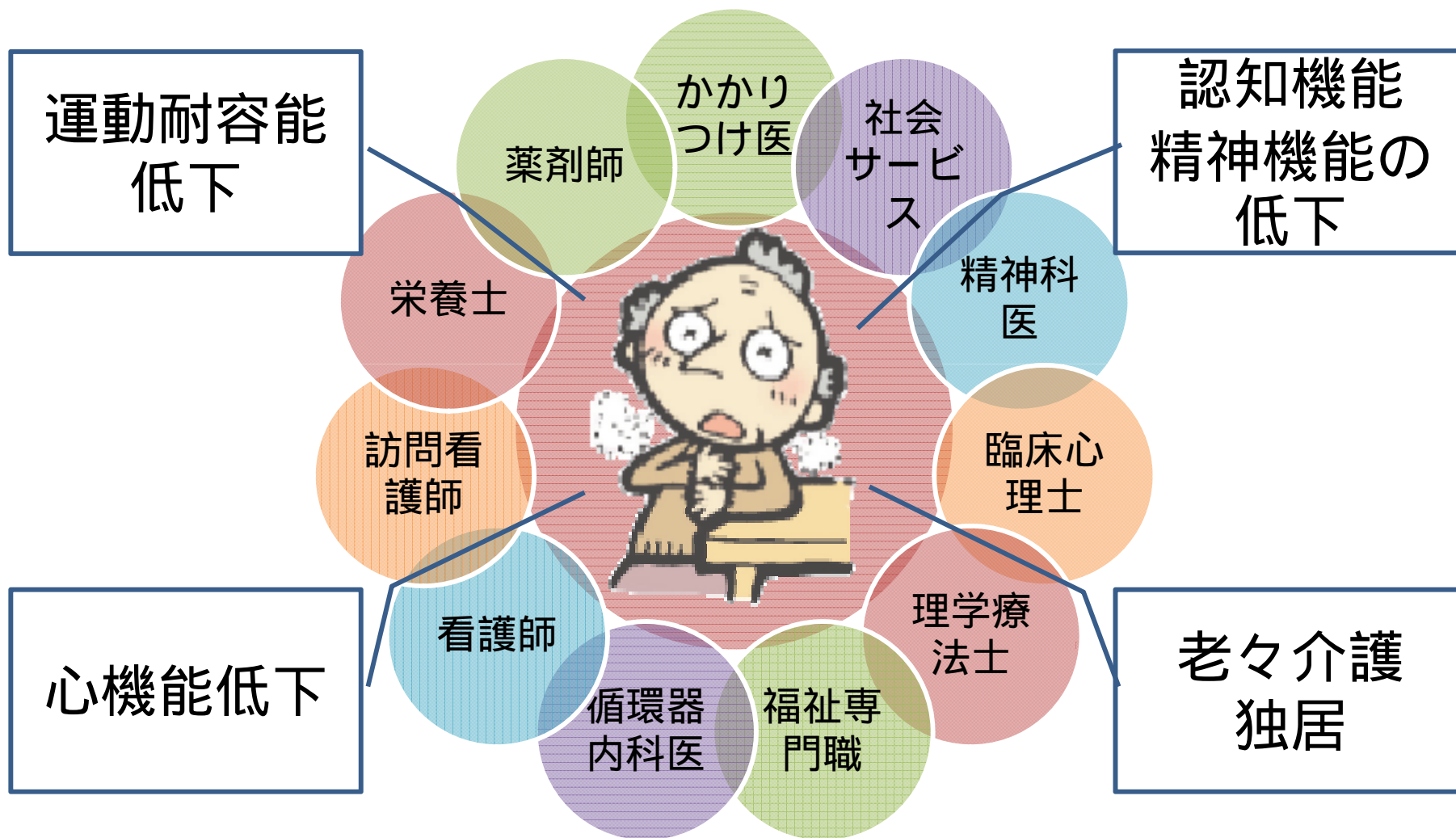
- 人口の高齢化に伴い、今後ますます心不全患者が増えることが予測される
- 日本の心不全患者の特徴
 - 高齡であること
 - 心不全の基礎となる心疾患以外に、複合の合併症を有していること
 - 再入院率が高い

心不全増悪による再入院の誘因

心不全 Up-to-date



心不全患者に対する多職種チーム医療





**なぜ今心不全看護なのか
慢性心不全認定看護師に期待されていること**

心不全患者を取り巻く環境



心不全の治療の発展に伴い、病態の難治化・多様化し、求められる看護も変化しつつある。

患者を取り巻く環境も複雑化し、より専門性に特化した看護師が必要。



慢性心不全看護認定看護師



2011年から教育が開始
現在、133人の認定看護師が活躍中

広島県では、6名の認定看護師が活動中。



尾道では
尾道総合病院と尾道市立
市民病院
2名の慢性心不全看護認
定看護師がいます

慢性心不全看護認定看護師に期待される能力



- 1 心不全患者の身体及び認知・精神機能のアセスメントを的確に行う。
- 2 慢性心不全患者の心不全増悪因子の評価とモニタリングができる。
- 3 症状緩和のためのマネジメントを行い、QOLを高めるための療養生活行動を支援する。
- 4 慢性心不全患者の対象特性と心不全の病態に応じた生活調整ができる。
- 5 慢性心不全患者・家族の権利を擁護し、自己決定を尊重した看護を実践できる。
- 6 より質の高い医療を推進するため、他職種と共働し、チームの一員として役割を果たすことができる。
- 7 慢性心不全看護の実践を通して、役割モデルを示し、看護職者への指導・相談を行うことができる。



事例紹介

事例紹介



- A氏 85歳 女性
- 陳旧性心筋梗塞 僧帽弁逆流()
- 慢性心不全(EF64%)
- 現病歴

8月下旬に心不全悪化傾向にて、かかりつけ医で内服を調整、9月に入り全身倦怠感、食欲低下があった。9月中旬にかかりつけ医に受診。当院への紹介状を書いてもらうが、すぐには受診せず自宅で過ごす。9月下旬の当院への定期受診の際に脱水を指摘され入院となる。

生活状況



- 現在、1人暮らし
- 要介護 2
- トイレまではウォーカー使用し歩行
- 娘は関東在住。当院定期受診に合わせて、帰郷し1週間程度滞在。
- ヘルパー 2回/週(洗濯・掃除・入浴介助)
買い物 1回/週
訪問リハビリ 1回/週
宅食 5回/週(土日曜日以外)
1食を昼夕で摂取

患者・家族の思い



退院後の体力があれば、**関東に1ヶ月来てもらった方がいい**。本人は頭がしっかりしているからデイサービスとかは行きたがらない。施設は嫌がると思う。家族としては心配。**でも出来るだけ以前の生活に戻してあげたい**。

娘は自分のところに来いというけど、**本当は今の家に住み続けたい**。でも娘に迷惑をかけたくないから、**いうことをきく**。**家に帰りたいことは娘には内緒にしてほしい**。



本当に一人暮らしは無理なの？



- 薬を変更してから、しんどくなった。
- ご飯は食べれないけど、薬は忘れずに飲んでいました。
- 近所の方が病院に連れて行ってってくれると聞いたけど、待ち時間が長くなって迷惑をかけてしまう
- 予約じゃないと先生にも迷惑をかけてしまうから、定期受診まで我慢した
- ヘルパーさんも、心配してくれて食べやすい食事を作ってくれるって言ったけど、何も欲しくなかった。
- 娘が帰ってきたら、病院に連れて行ってってくれる。寝ていれば良くなると思っていた。
- 体重は、あまり測っていなかった。





受診行動が遅れたことが、今回の入院の要因の1つ？

娘さんが、不在の間、症状が悪化した時にすぐ対応してくれる存在がいれば、早めの受診行動に繋がったかもしれない

訪問看護を導入し適切なモニタリングができれば早期受診につながるのでは？



娘さんは関東へ帰宅する予定であったため、早期に地域連携室へ連絡。

退院にむけ、介護サービスの見直しと訪問看護導入が可能か検討してもらったことにした

退院前カンファレンス



- 訪問看護師へお願いしたこと
 - 体重測定、浮腫の確認
 - 食事摂取量・内服ができているか確認
 - 体重が退院時より 2 kg 増減が合った場合、早期に受診してもらう
- 患者にお願いしたこと
 - 訪問看護師による健康管理をしてもらうので
 - 無理はせず、しんどい時は訪問看護師に相談してみるように

退院後の自宅訪問



週 2 回 ヘルパー 入浴

週 1 回 買い物

週 1 回 リハビリ

週 2 回 訪問看護師

毎日必ず誰かが来る状況に



まとめ



- 今後ますます心不全患者は増加し、病態のみならず、心理的社会的問題も複雑化することが予測される



- 安定期・増悪期・終末期における心不全患者とその家族のQOLの向上にむけたケアの提供
- そのためには、医師・看護師だけでなく様々な職種との連携とることが必要
- 慢性心不全看護認定看護師は、患者が何に悩み、苦痛を抱えているのか明らかにし、必要な援助を見出していく



ご清聴ありがとうございました。