

老人看護CNSからみた 地域に貢献する高度看護技術提供のための基礎的研究

研究者：内田陽子¹⁾、小山晶子¹⁾
老人看護CNS：梨木 恵実子*¹⁾ 戸谷 幸佳*²⁾
齊田 綾子*³⁾ 河端 裕美*⁴⁾ 佐藤 文美*⁵⁾

1) 群馬大学大学院保健学研究科 2) 群馬県民健康科学大学
3) 公立七日市病院 4) 美原記念病院 5) じゃんけんぼん観音寺 *老人看護専門看護師（老人看護CNS）

意義・目的

地域包括的ケアシステムを推進していくためには、疾病特性や介護問題など課題も多くある。これら課題に対応するため、高度看護技術の開発が急務となっている。

本研究の目的は、老年看護の立場から、地域に必要な高度実践看護技術を明らかにすることである。これより、技術開発を行うための根拠とする。



方法

- 1. 対象者** A県内の老人看護CNS。地域連携や在宅ケアに携わった経験があり、調査の同意が得られた者5名。
- 2. 方法** 調査方法は、グループインタビューを実施し、分析方法はインタビュー内容を逐語録にして、複数者で帰納的にカテゴリー化した。質問内容は、「現在実施している高度実践看護」「今後必要だと思う高度実践看護」「ストレスマネジメントの高度実践看護」の3つである。
なお本研究でのストレスマネジメントとは、負担・苦痛をかかえた人に対する支援とする。
- 3. 倫理的配慮** 群馬大学「人を対象とする医学系研究に関する倫理審査委員会2016-084」の承認を得て実施した。

結果

1. インタビュー回答者の背景

老人看護CNS 5名であった。CNSとしての活動歴は1～7年であり、活動場所は病院3名、訪問看護ステーションと看護小規模多機能型居宅介護事業所の各1名であった。病院の3名は、退院支援など地域連携に携わっていた。

2. 現在実施している高度実践看護技術

7カテゴリー、17コードで構成された。

カテゴリー	主なコード
高齢者の症状や問題の アセスメント・見極め	・ BPSDの要因を、中核症状や生活背景からアセスメントする ・ 身体機能の低下を、加齢による変化か、病的で治療により改善余地のある変化なのか、を見極める ・ 身体機能という点で見て問題解決するだけでなく、もっと大きく全体を見て高齢者の問題を見極める
在宅に必要な医療の 判断と実践	・ 訪問看護師として、看護師が法の下で行える医療技術の実践 ・ 医師の包括的指示のもと、すべての在宅療養者に対して、 麻薬や屯用指示である鎮痛薬や抗菌薬などの薬剤使用の判断や調整
退院後の生活を見据えた 実践	・ 入院中の高齢者に対し、入院中から過度な安静を避けたり活動のタイミングをはかり、元の生活に近づけるような自立度を落とさないようにする ・ 入院中の高齢者ができることのゴールを早期に見極め、在宅に必要な支援を抽出し、退院後の資源と結びつける ・ 支援の質を担保できるような標準化した仕組みを、組織内で教育的・管理的な視点でつくる
在宅生活に必要な資源の 調整	・ 退院する高齢者が住む地域にある資源と、各職種が担える支援内容を知っておく ・ 病院だけで解決できない問題に対して、在宅の支援者と連携を図る
高齢者にとっての最善の 医療の調整	・ 高齢者という理由で過少でもない過剰でもない医療にならないよう、各職種で医療内容を検討する ・ 終末期高齢者の家族に対するモチベーションを支援する ・ 在宅認知症高齢者に対して、薬の効果と副作用の確認と、確実に内服できるように連携先を検討する (他1コード)
介護を継続できるような 家族支援	・ 家族が在宅看取りを徐々にイメージできるように、訪問診療の医師を紹介したり、在宅看取り事例を伝えたりする ・ 終末期高齢者の家族に対するモチベーションを支援する
高齢者の意思を尊重した 生活の調整	・ 在宅でも病院でも、家族だけの意見に引っぱられないように、高齢者の意思を支える関わりをする ・ 独居・日中独居・認知症であっても高齢者の意思を尊重した退院支援を行う

3. 今後必要と考える高度実践技術

6カテゴリー、19コードで構成された。

カテゴリー	主なコード
在宅で働く医療・介護職の 能力向上の支援	・ 臨床経験のブランクのある看護師に対し、医療技術や医療的判断能力を高めるために、研修や1対1での地道なサポートを行う ・ 高齢者がどのような段階にあるかを判断できる力を高める (他4コード)
在宅ケアの発信	・ 地域の看護師が病院に向いて、入院中の問題点を在宅でどう引き継ぐか話し合う ・ 訪問している一人の看護師の考えに偏らないような、 情報共有システムやケア標準化を進める
継続的な視点での高齢者と の関わり	・ 退院した高齢者が自立度低下や終末期へのプロセスをたどる段階において、病院と地域の支援者が協働して再入院や在宅生活継続の 意思決定を支える ・ 終末期になる前から、最期のことに関連した事柄を話し合う機会をもち、高齢者の 意思決定支援を行う (他1コード)
在宅医療環境の調整	・ 大病院に通院している高齢者に対して、症状に応じて大病院以外に受診できる体制を確保できるように調整する ・ 複数の病院に受診する高齢者に対し、薬や方針がバラバラにならないよう調整する
在宅で実施可能な医療・ ケア内容へのアレンジ	・ 退院支援時、病院で実施している医療を、在宅で実施可能な医療内容に落とし込む ・ 看取りやエンドオブライフの時期にあるかを見極め、看護師だけでなく、介護職、家族、医師らと協働して、その高齢者に必要な医療やケアを組み立て直す (他2コード)
地域内での情報共有	・ 高齢者の場合、本人から直接聞ける情報は限られるので、入院早期から家族やケアマネジャーと情報を共有する ・ 退院時の高齢者がどのような過程にいるかを、 病院と在宅支援者とで共有する

4. ストレスマネジメントの必要な対象と技術

5カテゴリー、20コードで構成された。

カテゴリー	主なコード
耐え難い苦痛症状の コントロール	・ 中等度から高度の認知症者に対し、在宅生活継続および介護の障害要因となるBPSDをコントロールする ・ がん疾患の高齢者に対し、痛みをコントロールをする
家族への今後の高齢者の 経過と留意点の説明	・ 慢性疾患の患者や家族に対し、がんや老衰とは異なる死への過程を説明する ・ 終末期にある認知症高齢者の家族に対し、これから起こるまたは現れている症状が自然な経過であることを伝え、安心して介護を続けられるよう支援する ・ 在宅高齢者と家族に対し、在宅で死亡時の警察による検死の説明と、回避するためのかかりつけ医の説明をする (他1コード)
老いと病の過程に 寄り添ったケア調整	・ 在宅高齢者に対し、疾患や症状の不安定な時期を逃さずにサポートする ・ 老いによりできないことが増えているという高齢者に対し、 受け入れ難い心理的な辛さに対応する ・ 声や動作で思いを伝えられない高齢者に対し、気持ちを汲み取り寄りそう
高齢者と家族の気持ちの 表出と調整	・ 神経難病患者と支援する病院スタッフに対し、レスパイト入院時の自宅と同じケアがうけられない本人とスタッフのジレンマを調整する ・ 高齢者に対し、本人の価値観を知ろうと コミュニケーションをとりながらケアを進める (他5コード) ・ 高度な医療を必要とする高齢者に対し、退院支援時は、病院だからできた医療ではなく在宅でできる医療へと、 病院と在宅支援者とで話し合い妥協点を見つける
多機関と在宅環境に合わせ た医療・ケアの調整	・ 入院中の高齢者に対し、病院と在宅支援者は、退院直前だけでなく入院中から患者の変化を共有し、退院後に必要なケア方法を介護力など在宅環境をふまえて検討する (他2コード)

考察

CNSは6つの役割機能を意識して、**認知症や終末期の高齢者に対する在宅療養の支援**を中心に行っていた。今後の必要な技術には、CNSでなくても広く質の高いサービスが提供できるために、**ケア標準化や調整や意思決定支援をする情報システム等が必要である**ことがわかった。また、地域での支援は、本人や家族、ケア職種など多くのストレスがかかると思われるが、**コミュニケーションや心理的サポート、調整などの技術**も求められる。早急に専門看護師の活動を言語化し、それも踏まえて超高齢・多死社会を支えるケアシステムの開発、ケア技術・材料の開発などが求められる。2020年、現在、群馬大学大学院老年看護学研究室ではこれらの研究をすでにすすめている。

*本研究は平成28年度群馬大学重点支援プロジェクト経費で行われた。

また、本研究の一部は2019年日本エンドオブライフケア学会第3回学術集会（筆頭発表者：梨木恵実子）で発表した

2020年、CNSも参加して取り組んでいる
老年看護学研究室での研究紹介一例

1. 認知症の「包括的BPSDケアシステム®」の開発
(2017年度から2019年度AMED研究分担者内田陽子)
2. ACPを支援するEOLCケアパス開発
(2019年度まで科研費内田陽子)
3. 認知症のコミュニケーション研究
「不同意メッセージという考え方の提案」
(2017年度から2019年度AMED研究分担者伊東美緒)