
2018

30

No			
1			1
2			10
3			13
4			18
5			22

2015

2

24

100

5)

QOL

2000

25

1)

32

2010

50

60

70

6)

2015

2) 2015

647

78.2

11.5

30

10

60

3)

7)

1.8

55

40 59

1.9

60

79

9.0

80

11.5

4)

40 60

6)

8)

4) Colleen

9)

16)

90 2

10) 65

65

11)

12-15)

1

4)

1

2

NYHA

2

3

24

ACP

4

6

<http://www.chiba-houkan.gr.jp/facilities.html?area=9#listArea>

https://www.zenhokan.or.jp/business_society/member_list/12chiba.html

7

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php>

2018 8 1

3

8

29

4

2018 8 1 2019 3 2 28

5

1

500

1

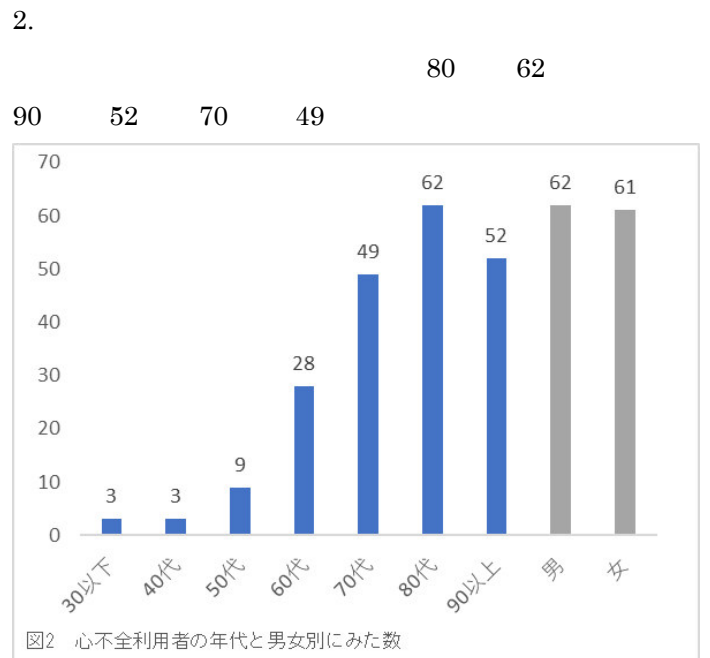
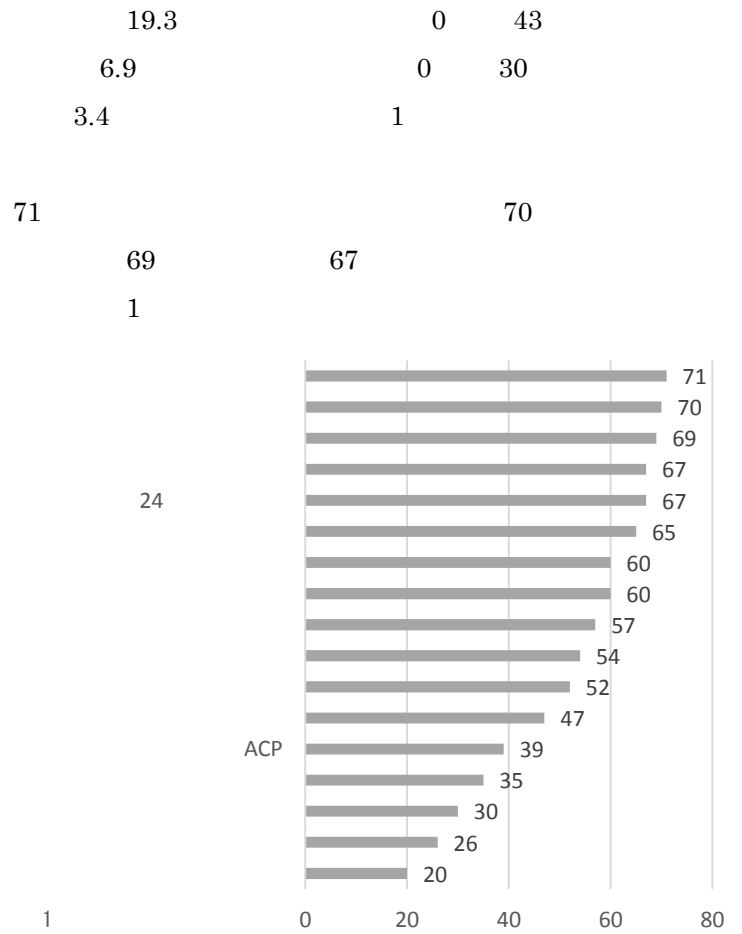
1

2

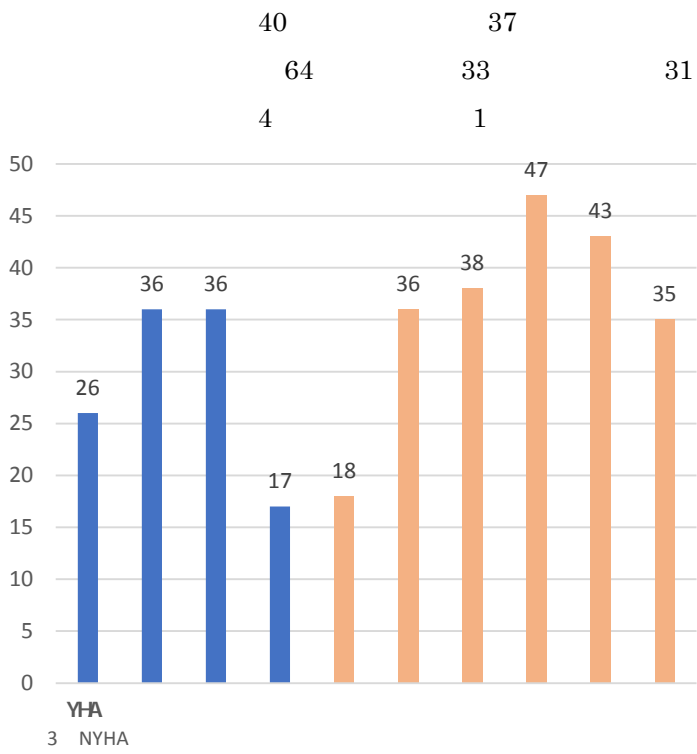
210
193
345
292
6
108
37
108
74%)
1
30
5.8
1
7
1.9
46
17
19
8
3
4
1

	N=80
	()
	45.2
	19.3
	6.9
	3.4
	5.8/
	1.9/
24	69
	46
	17
	19
	8
	3
	5
	4

45.2
27 71
4 40



NYHA 36
26 17
55 ICD 10 CRT
5 18 3 47
4 43 62



ACP

2

SpO2 90

2

4
FAX

62
38
SNS

12

1

5

35

11

ACP

2

1

QOL

19)

19

17)

3

70

80

70

7, 20)

NYHA

70

17)

18)

3 4

21, 22)

23)

FAX

SNS

15%

1 , , .
= The textbook of care for heart failure patients.

; 2012.

2 [internet]. :

; 2017[cited2018Feb10]. Available from:

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

3 .

28

17, 24- 26)

- 4 , .
- 2015; 11 (1): 45-54.
- 5 .
- 2015 . 2016.
- 6 Sakata Y. Epidemiology of Heart Failure in Asia. *Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society* 2013; 77 (9): 2209-2217.
- 7 Takabayashi K, Ikuta A, Okazaki Y, et al. Clinical Characteristics and Social Frailty of Super-Elderly Patients With Heart Failure - The Kitakawachi Clinical Background and Outcome of Heart Failure Registry. *Circulation Journal: Official Journal Of The Japanese Circulation Society* 2016; 81 (1): 69-76.
- 8 Hamaguchi S, Kinugawa S, Tsuchihashi-Makaya M, et al. Characteristics, management, and outcomes for patients during hospitalization due to worsening heart failure-A report from the Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD). *J Cardiol* 2013; 62 (2): 95-101.
- 9 , .
- : 2017; (47): 91-94.
- 10 Bradford C, Shah B.M, Shane P, et al. Patient and clinical characteristics that heighten risk for heart failure readmission. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 2017; 13 (6): 1070-1081.
- 11 O'Connor M, Murtaugh C.M, Shah S, et al. Patient characteristics predicting readmission among individuals hospitalized for heart failure. *Medical Care Research and Review* 2016; 73 (1): 3-40.
- 12 Clark A.M. A systematic review of the main mechanisms of heart failure disease management interventions. *Heart (British Cardiac Society)* 2016; 102 (9): 707-711.
- 13 Mussi C.M. Home visits improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized clinical trial HELEN-I. *Revista latino-americana de enfermagem* 2013; 21 (spec iss): 20-28.
- 14 Tsuchihashi-Makaya M. Home-Based Disease Management Program to Improve Psychological Status in Patients With Heart Failure in Japan. *Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society* 2013; 77 (4): 926-933.
- 15 Azzolin K.d.O, Lemos D.M, Lucena A.d.F, et al. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 2015; 23 (1): 44-50.
- 16 Delaney C, Apostolidis B, Lachapelle L, et al. Home care nurses' knowledge of evidence-based education topics for management of heart failure. *Heart & Lung. The Journal of Acute and Critical Care* 2011; 40 (4): 285-292.
- 17 , .
- . .
- 2018; 24 (2): 112-121.
- 18 , .

- 2014; 26: 53-57.
- 19 2017 , / ; 2018.
- 20 Sato N, Kajimoto K, Keida T, et al. Clinical features and outcome in hospitalized heart failure in Japan (from the ATTEND Registry). *Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society* 2013; 77 (4): 944-951.
- 21 Kuragaichi T, Kurozumi Y, Ohishi S, et al. Nationwide Survey of Palliative Care for Patients With Heart Failure in Japan. *Circulation Journal: Official Journal Of The Japanese Circulation Society* 2018; 82 (5): 1336-1343.
- 22 , 2018; 48: 175-178.
- 23 , , 2017; 37: 8-11.
- 24 , , 2018; 23 (2): 119-130.
- 25 , , 2018; 66 (5): 567-572.
- 26 , , 2018; 14 (1): 27-35.

当院は、小児科、眼科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、口腔外科、消化器外科、呼吸器外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、婦人科、産科、精神科、皮膚科、感染症内科、総合診療科、腎臓内科、糖尿病内科、消化器内科、血液内科、呼吸器内科、脳卒中内科、循環器内科、リハビリテーション科、麻酔科、放射線診療科、放射線治療科、臨床腫瘍科からなり、615床を有する総合病院である。

当院では脳梗塞の院内発症が年間約10件程度ある。脳梗塞を発症した場合、早期発見・早期治療を行うことにより、予後の改善が認められている。またtPA療法の適応是非にも関わってくるため、早期発見は大変重要である。

しかし院内発症した症例において、発症から数分・数時間で発見できている例もあれば、発症から数日経過してから発見されている例もある。当院での脳梗塞院内発症の早期発見を阻害する原因は明確でないため、年齢、性別、入院の原因疾患、診療科、病型、せん妄の有無などの現状と当院の脳梗塞院内発症から発見までの経過時間の現状との関連を明らかにする。

対象期間（平成23年10月1日～平成29年9月30日）に、入院後に脳梗塞を発症した患者の

カルテ記録全般を参照し、発症から発見までの経過時間、発症要因（年齢、性別、発症時診療科、入院の原因疾患、意識障害の有無、認知症・せん妄の有無、既往歴、抗血小板薬・抗凝固薬使用の有無、発症時刻、発症場所、発見者、発症時の症状、）を収集する。各項目を発症から発見までの時間【早期群（発症～4.5時間未満）、遅延群（4.5時間以降）】の2つのカテゴリーに分類し、カイ二乗検定を用いて分析する。また文献を参考にしながら、当院における脳梗塞発症から発見までにかかる時間とその要因の現状を明らかにする。しかし、カルテからの後ろ向き調査のため、発症時間が明確に記録に残っていない可能性があり、研究の限界がある。

研究デザイン：研究対象者の臨床情報についてカルテ情報を収集し、後方視的に解析する

研究期間：当院受託研究審査委員会第2委員会～平成30年9月30日まで

研究の対象者：平成23年10月1日～平成29年9月30日の6年間で脳梗塞を院内発症しSCUに入室した患者

当院の受託研究審査委員会第2委員会の承認を受けて研究を実施する。

説明と同意：

本研究は新たに資料・情報を取得することはな

く、既存情報のみを用いて実施する研究である。そのため研究についての情報を研究対象者にオプトアウト方式で公開（当院ホームページにポスター掲示する）し、研究が実施されることについて研究対象者が拒否できる機会を保障する。

個人情報保護の方法：

1) 個人情報特定の回避

得られたデータは資料の保管および分析、公開すべての課程において、個人が特定できないように個人名ではなく管理番号にて取り扱う。

2) 調査資料の管理

調査から収集したデータは大阪医療センター看護部内の鍵のかかる書庫にて厳重に研究責任者が保管し、紛失や他者の目に触れることがないように管理する。

資料等の破棄：

データは、研究終了後5年間保存し、それ以降はシュレッダーにて破棄する。

脳梗塞院内発症人数 32 人（男性 17 人、女性 15 人）を調査し、早期群（15 人）と遅延群（17 人）に分類した。入院の原因は心疾患 12 人（早期群 6 人、遅延群 6 人）、消化器疾患 8 人（早期群 2 人、遅延群 6 人）、呼吸器疾患 3 人・整形外科 2 人（いずれも早期群）ずつ、その他 7 人（早期群 2 人、遅延群 5 人）であった。年齢は早期群で最年少 57 歳、最高齢 92 歳、平均年齢 78.1 歳、遅延群で最年少 63 歳、最高齢 87 歳、平均年齢 76.3 歳であった。

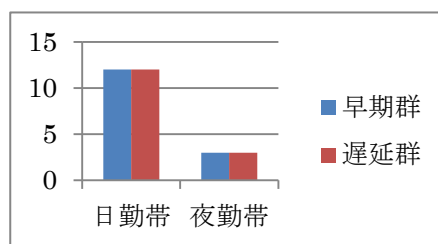
カイ二乗検定をかけた結果を以下の表 1 に表す。発見時間帯は日勤帯で早期群、遅延群共に 12 人ずつ、夜勤帯で早期群、遅延群共に 3 人ずつとなった。（表 2）

1

項目	早期群 (n=15)	遅延群 (n=17)	P 値
男女	6//9	11//6	0.162
レベル低下	9	7	0.288
意識障害	2	3	0.737
認知症・せん妄	2	5	0.272
既往脳梗塞	1	6	0.050
既往高血圧	11	10	0.388
既往糖尿病	3	7	0.197
既往心房細動	6	8	0.687
既往脂質異常症	1	3	0.348
既往悪性腫瘍	7	8	0.982
体内人工物	5	5	0.811
抗血小板抗凝固薬の使用	7	10	0.491
抗血小板抗凝固薬の中断	2	5	0.272
喫煙歴	7	11	0.304
飲酒歴	2	7	0.080
症状：失語・構音障害	10	9	0.430
症状：えん下障害	4	3	0.537
症状：眼症状	4	5	0.863
症状：しびれ	3	1	0.228
症状：四肢麻痺・脱力	14	11	0.050
症状：感覚障害	7	6	0.513

※ p 値 0.050 以下を統計的有意差があるとする。

2



・発症時の症状として四肢麻痺・脱力が生じた患者は、早期に発見される傾向があることから、明らかな脳梗塞の症状で日本脳卒中学会でも観察が推奨されている FAST の項目にもある四肢麻痺・脱力の症状は気づきやすいことが考えられる。

・既往に脳梗塞がある患者は発見が遅れる傾向にあったことから、脳梗塞の後遺症に伴う症状の存在が新規脳梗塞症状の発見の遅れに繋がったと考えられる。

・意識障害やせん妄がある患者においては症状が発症しても自ら訴えることが難しいと考え、発見が遅れるという仮説を持っていたが、有意差はないといえる。これは四肢麻痺・脱力の症状は他覚的症状で発見しやすいため意識障害やせん妄があったとしても早期に発見できたということが考えられる。

・先行研究において古賀ら¹⁾は脳梗塞発見が遅れる原因として夜間睡眠中発症があるという結果であったが、当院では発見時間帯において明らかな有意差は認めなかった。発見者は看護師が多く、24 時間体制で観察しているため、夜間でも排泄介助などで関わった際に観察できていたことが考えられる。

・心疾患・消化器疾患での入院患者に脳梗塞の院内発症例が多いことから、血栓形成のリスクを伴う不整脈、悪性腫瘍の合併症による脳梗塞が原因で脳梗塞発症のリスクが高くなっているといえる。

・今回、各項目で脳梗塞の発症から発見までの時間を調査したが、発症時間と発症時の症状や既往歴といった各要因の相互関係を調査していくことが今後の課題である。また研究対象における母数が少ないため、調査件数を増やし、研究精度を高める必要があると考える。

1. 発症時の症状として四肢麻痺・脱力が生じた患者は 早期に発見される傾向があるが、既往に

脳梗塞がある 患者は発見が遅れる

2. 当院の脳梗塞院内発症例は、心疾患や悪性腫瘍の 治療で入院した患者が多い現状であった

3. 当院では 24 時間看護師が日常生活援助を行っており、日勤帯・夜勤帯に関わらず、援助の際に脳梗塞が発見されている

三ヶ森朋子、森永瑞穂、菱田千珠、池上剛史

VII. 参考文献

1) 古賀政利, 中根博, 湧川葉子ほか. 院内発症急性期脳卒中はいかに対処されているか-超急性期治療導入時の課題-. 脳卒中 2006;28(3):426-430

2) 長谷川恒夫. ISLS ガイドブック 2013 脳卒中初期診療のために. 第 2 版, 東京:へるす出版;2015

3) 岡庭豊. 病気がみえる Vol. 7. 第 1 版, 東京:メディックメディア;2014

心不全急性期治療の進歩と高齢社会の進行により、高齢者心不全患者は急増している。心不全は、2017年の日本循環器学会と日本心不全学会の提言¹⁾で強調されたように、進行性で予後不良の病態像であるため、終末期心不全患者はともに増加することが予見されている。「高齢者心不全患者の治療に関するステートメント」²⁾では、終末期心不全患者が最期を迎えるにあたり、現在中心となっている病院完結型から地域完結型への移行の必要性が述べられている。しかし、多死社会の到来を目の前にし、限られた地域の医療資源のなかで、どのようにして終末期心不全患者とその家族を支援していくのかは、喫緊の課題といえる。

今回、心不全で家族を亡くした遺族を対象にインタビュー調査を行い、病院、または在宅で最期を迎えた多様な遺族の体験を通して、終末期心不全患者とその家族のニーズの発掘と支援の検討を行うこととした。

研究デザインは、インタビュー調査による質的帰納的研究である。

対象は、兵庫県立姫路循環器病センターで心不全治療を行い、当センター、または在宅で看取りとなった患者の主たる介護者であった遺族とした。遺族の死別による悲嘆反応に配慮して、死別から6ヶ月以上を経過した者を研究協力者とした。リクルートの方法は、研究者より遺族に対して、研究の概要を説明する手紙を郵送した。遺族が本研究に関心をもった場合、遺族から研究者に返信用の手紙で連絡をしてもらった。その後、研究者が遺族に対して、文章と口頭で、研究の主旨、目的、方法について説明し、研究協力への承諾を得た。

インタビュー調査は、遺族が指定したプライバシーの保てる場所に研究者が訪問し、30分程度の半構

造的面接を行った。インタビューの内容は、終末期心不全患者の最期を迎える場所の判断、および死別のプロセスにおける遺族の体験についてであった。インタビューは研究者が行った。インタビューは遺族の同意を得て録音した。データ分析は、録音データから逐語録に起こし、意味のあるまとまりごとにコード化した。死別のプロセスにおける遺族の体験については、一例ごとに時期により遺族の体験を抽出して記述した。最期を迎える場所の判断については、コードを比較し意味内容の類似性に基づいて分類しカテゴリ化した。分析した結果は、地域医療を担う医療者を対象に研究成果報告会を開催し、意見交換を行った。

本研究は兵庫県立姫路循環器病センター研究倫理委員会の承認を得て実施した。

1. 研究対象者の概要

研究協力に同意を得た遺族は6名であった。患者、および遺族の概要は以下の通りであった(表1・2)。

1

A	95
B	79
C	98
D	87
E	85
F	88

2

A	2	10	16
B	2	3	18
C	1	8	22
D	2	5	20

E	1	28
F	2	8 23

2. 死別のプロセスにおける遺族の体験

1) ケース A

ケースAの死別のプロセスにおける遺族の体験は、72コードが抽出され、「入退院を繰り返していた時期」「退院後在宅療養の時期」「最後の入院の前の時期」「最後の入院の時期」に分類された。

(1) 入退院を繰り返していた時期

1回目の入院時、患者一人では生活が難しいという判断で、認知症を患っている患者の妻が暮らす施設に入所することになった。その後、2~3週ごとに入退院を繰り返したが、入院すると改善し元気に退院していた。患者の食欲はあったことから、このころ患者の死についてイメージすることはなかった。4回目の入院時、患者は施設に帰ることを拒否した。もともと人のいうことを聞くような性格ではなかったし、また2~3週間で再入院すると思っていたので、自宅に退院することに同意した。

(2) 退院後在宅療養の時期

退院してからの1年間、患者の病気自体は進行しているはずなのに、在宅医や訪問看護師、ヘルパーに手伝ってもらいながら、緊急で病院に行くことはなかった。患者は出歩くことはなく、ほとんど家で過ごしていたが、お風呂に毎日入り、ストレスが溜まることなく、穏やかに過ごしていた。あのまま施設に入れていたら後悔していたと思うから、自宅に連れて帰ってよかったと思った。

(3) 最後の入院の前の時期

最後の入院の2か月前から患者は「しんどい、しんどい」といって動こうとしなくなった。食事を摂らなくなり、弱ってきていると思った。そのころ患者は大阪の施設に住む友人に会い行くといい出した。家族とともに友人に会いに行き、アルバムをみたり、戦争の話をしたり、懐かしそうだった。訪問看護師から、患者は喜び「思い残すことはない」といっていたと後から教えてもらった。大阪に行ってから患者は目に見えてさらに弱くなり、さらに「しんどい、しんどい」というようになったが、「病院には行かない」「このまま死ぬからほっといてくれ」といっていた。在宅医から「このまま家におったら2・3日」と伝えられ、病院に行けば、もしかしたら自宅に帰ってこられるかもしれないからと病院受診を勧められた。患者に病院に行くと言え、患者は「〇〇

先生のところ行くんか？」というので、〇〇医師が担当になるかはわからないが「うん」と答えると、患者は「それなら行く」と答えた。入院するたびに〇〇医師が担当で、患者の話し相手になってくれていたこともあり、患者は〇〇医師に信頼を寄せていた。

(4) 最後の入院の時期

入院当初はまた回復すると思っていたが、2・3日たつてほとんど食べられなくなり、やっぱり今までと違うな、さすがにもう無理かなと思った。〇〇医師にあとどれくらいか聞いたら「1週間くらい」といわれた。医師に「連れて帰れますか？」と聞いたら「無理」といわれた。患者は着ているものや器械を全部外して「どないかしてくれ」といったりしていたので、家族は、家で看ることは怖いと感じ連れて帰るのは難しいと思った。最期の数日、患者はスーと寝るが、また少ししたら急に苦しみだすことが多かった。患者は「最後にいえなくなったらあかんからいっておく。ありがとう」といい、長男に「頑張れよ」といっていたのをみて、覚悟していたのだと思った。

2) ケース B

ケースBの死別のプロセスにおける遺族の体験は、101コードが抽出され、「手術から入退院を繰り返していた時期」「入院から在宅療養へ移行する時期」「在宅療養から看取りまでの時期」「看取り後の時期」に分類された。

(1) 手術から入退院を繰り返していた時期

医師から「1年もつたらいい方」といわれ、説明を聞くまでそこまで悪いとは思っていなかったのが驚いたが、患者も望んだので手術を受けることになった。患者も家族も手術後は元気になると思っていたが、退院後3か月間は自宅で過ごしたのち、入退院を繰り返すようになった。入院すると患者は混乱してご飯を食べなかったり、薬を飲まなかったりしていた。毎日日中は面会に行っていたが、夜間面会に来るよう病院から電話がかかることがあり、家族に送ってもらいながら面会に行っていた。

(2) 入院から在宅療養へ移行する時期

医師から「もう最後です。ゼロです」と患者の病状について説明があった。患者が「帰りたい、帰りたい」というので、医師の許可もあり、家で世話したほうが自分も納得すると思い、自宅に連れて帰ることにした。退院のとき、患者の介護度が上がり、

ベッドや酸素の準備で神経を使った。退院後のことが何もわからなかったが、受診時は訪問看護師が介護タクシーを呼んでくれたり、毎日来てくれたので助かった。

(3) 在宅療養から看取りまでの時期

退院してからも患者はまだ混乱はしていたが、入院中のように暴れることはなく、家に帰ったから落ち着いているのだろうと思った。とても外来に行ける状態ではなく、往診に来てもらっていた。訪問看護師は朝から洗髪や散髪、口のなかもきれいにしてくれたり、行き届いた看護をしてもらってうれしかった。夜中遅くにも来てもらった。医師の病状説明を聞いてショックだったときはいろいろ話を聞いてくれて気持ちが紛れた。患者の最期のときが近づいていると思い、学校のころからの友人や会社を一緒にやっていた友人に連絡して会いに来てもらった。患者と友人が長い時間話しているのを訪問看護師がみて、生き返ったように元気になったとびっくりしていた。亡くなる前の2日間は、固形の食事は通りにくかったので、ジャガイモや豆腐をつぶして食べた。苦しみやしんどさ、えらかったと思うけど、それを口にする事なく、自然と落ちていったように亡くなった。患者は最後まで無理はいわなかった。

(4) 看取り後の時期

看取り後〇か月経ったが、体調は半分くらいしか回復しておらず、年齢の影響もあると思う。いまとなつては悪いことは忘れていて、最期が穏やかにみえたから、自宅で看取れてよかったと思う。訪問看護などがなかったら根をあげていたと思う。

3) ケース C

ケース C の死別のプロセスにおける遺族の体験は、69 コードが抽出され、「調子を崩し入院していた時期」「入院から在宅療養に移行する時期」「在宅療養から看取りまでの時期」に分類された。

(1) 調子を崩し入院していた時期

患者は父の 50 回忌、兄の 23 回忌までは元気で過ごしていた。それから張りや目標がなくなったのか、食欲がなくなっていった。突然「しんどい、しんどい」「寝ても起きてもしんどい」といい始めたので、緊急で入院することになった。たいしたことではないと思っていたが、医師から「いまの状態で生きているのは不思議なほどの身体の状態」と説明され、大変なんだとは思ったが、普通に起きて座って、テレビ見たり新聞読んだり日常生活はできていたの

で、すぐに帰れると思っていた。

(2) 入院から在宅療養に移行する時期

病院では看護師がすぐに対応してくれないから、患者は待たないといけない、耐えないといけない、それがかわいそうと思った。もともと患者は自分よりも子どもや孫のことが最優先の母だった。人のために尽くして尽くして尽くしぬいた人なので、その恩返しをしたいと思った。透析をしている夫が「帰ってもらったらいい」といつてくれたので、自宅へ連れて帰ることにした。

(3) 在宅療養から看取りまでの時期

一人で介護をしたらつぶれると思ったので、姉妹の全面応援で当番制にして、合宿みたいな生活になった。24 時間誰かが傍にいるようにして、床ずれ一つ起こさず面倒をみた。訪問看護師のアドバイスを受けながら排泄やお風呂のお世話をしていた。3 か月を過ぎたころには、いつまで続くのかとちょっとしんどくなった時期はあったが、無理のない程度に当番を入れていった。オセロでは孫といい勝負をしたり、誕生日には「お酒を飲む」といつたり、カラオケで歌ったりしていた。患者は愚痴の一つもいわず、食欲は増え、立ったりして元気だった。最後の1 か月からぐーと落ちて、最期のときには枕元に家族が集まって、呼吸が止まるのを見守った。最期は笑顔で送れて満足している。現職で働いていないし、子育ても終わって時間があつたので、面倒をみれる時期にあたつたのだと思う。こういう人生の終わらせ方が目標だと思う。

4) ケース D

ケース D の死別のプロセスにおける遺族の体験は 81 コードが抽出され、「調子を崩し入院していた時期」「入院から在宅療養に移行する時期」「在宅療養から看取りまでの時期」に分類された。

(1) 調子を崩し入院していた時期

入院の 1 日前にかかりつけ医から入院した方がいいといわれていたが、患者は入院したくないといい家で過ごしていたが調子が更に悪くなり、翌日入院となった。一時的に透析も行ったが、透析を続けることは難しい状況となった。患者は延命治療は望まないと書き記しており、医師から「病院にいてももうできないことがない」といわれた。患者は大動脈解離で手術をしたときから「最期まで家で過ごしたい」と家族に話されており、本人の希望を叶えたいと家に連れて帰ることを決めた。

(2) 入院から在宅療養に移行する時期

家に連れて帰ると決めてからは、すぐにでも連れて帰りたいと思っていたが、往診医が決まるまでに時間がかかり歯がゆい思いを感じた。往診医が決まってからはベッドの搬入、介護タクシーの手配等、準備に追われ、皆、気が動転していた。

透析をやめてからは、好きな太鼓を空でずっとたたいていたり、せん妄みられていた。集中治療室の入院時期は面会時間に制限があったが、せん妄を発症する前の、もっと患者がしっかりしているときに親戚にも面会をさせてほしかった。

(3) 在宅療養から看取りまでの時期

患者は家に帰るとしっかりとし、親戚がきたときも一人一人に挨拶した。それから数日で亡くなった。

吸痰することは怖いと思っていた。準備する物品などわからないことも多かったが、その都度、訪問看護師が素早く対応してくれたのでほっとしていた。家族は皆、後悔はないと思った。

5) ケース E

ケース E の死別のプロセスにおける遺族の体験は、69 コードが抽出され、「入退院を繰り返していた時期」「最後の入院の時期」「死別後の時期」に分類された。

(1) 入退院を繰り返していた時期

心臓を悪くしてから 8 年間入退院を繰り返した。状態が厳しいことはわかっていたが、明るる日にはよくなっていることもあり、またよくなるだろうと思っていた。家では、仕事場のストーブの前に座り、おしゃべりしたり、孫と将棋をすることが楽しかった。最後の入院の前は「しんどいから部屋で寝てくるわ」ということも多かった。

かかりつけ医を持つようにいわれたが、在宅医では設備が整っていないこともあり不安だった。状態が悪くなった時も、まず訪問看護師に相談するよういわれたことは「なせ、救急車で大きい病院に行ったらいかんのか」と思い、納得できなかった。

(2) 最後の入院の時期

最後の入院のときも「またや」と思い、親戚にも連絡しなかった。最後は「眠れない」とナースコールしていたが、その後、急変したと連絡があった。かけつけたときはまだ息があった。半分は覚悟していたが、半分は今回もすぐよくなって帰れるだろうと思っていた。最後は苦しまず静かに亡くなった。それだけがよかったと思う。

(3) 死別後の時期

もっと優しくしてあげられたらよかったと思うが、こんな私にも感謝の言葉をよくいってくれた。あの人は家で亡くなることはできなかったと思う。自分が死ぬとは思っていなかったし、病院で何らかの治療をしてもらわなければならないだろうと思っていた。自分も病院に任せている方が安心できた。

6) ケース F

ケース F の死別のプロセスにおける遺族の体験は、51 コードが抽出され、「入院前の時期」「最後の入院の前の時期」「最後の入院から看取りの時期」「死別後の時期」に分類された。

(1) 入院前の時期

患者は裕福な家庭の生まれではなく、若いころから苦勞してきた。幸せにするから結婚してくれといわれて結婚した。それからは子どもや私を優先する優しい人で、私を愛してくれ、自分が病気になってからも、私が入院したときには立ち会ってくれた。頑固なところがあり、ヘルパーに掃除はしてもらっていたが、訪問看護は拒否していた。訪問看護師に、もう引き受けてくれる病院はないのだから訪問看護のいうことを聞くようにと諭され、それが気に入らなかつたようだった。心配させないようにと私に病気のことはいわなかった。自分が悪いことはよくわかっていたようで、家にいる間に、家の登記や贈与など困らないよう片付けを全部終わらせていた。

(2) 最後の入院の前の時期

家では、患者のことが心配で、寝ているときに息しているかなと口元に手をやったり、顔をみたりしていた。我慢強い人で、痛いときにはニトロを飲んでしのいでいた。最後の入院前は、ベッドでじっとしているので痛いことがわかり、私も身体が悪く家では十分看ることができないので、「これやったら病院に行かなあかん」といって、病院に入院した。

(3) 最後の入院から看取りの時期

入院中は毎日娘と私が傍にいた。亡くなる 1 週間前には、患者は「家へはもう帰らんやらからん」といった。私は「元気になっていっしょに帰ろう」といったが「娘がおるから大丈夫。心配せんでもみてるわ」と私を気遣ってくれた。最期は、病室で「おるよ」と声をかけたら安心したようだった。

(4) 死別後の時期

葬式のときには涙が枯れるくらいに泣いた。「お父さん、ありがとう」と、感謝の気持ちで送った。

3. 最期を迎える場所の判断

最期を迎える場所の判断に影響するものは、現在分析中であるため、成果公表時に発表する。

4. 地域医療を担う医療従事者対象の研究成果報告会

- ・日時-2019年3月16日(土)
- ・場所-じばさんビル601会議室
- ・参加者-70名

兵庫県立姫路循環器病センター患者支援・緩和ケアチーム主催の第2回兵庫心不全緩和ケア研究会で、死別のプロセスにおける遺族の体験について研究成果報告を行った。その結果、医療者は患者が死亡した後に家族の体験を共有する機会は乏しいため、本研究の意義を確認するとともに、心不全の病期が進行していくなかでのAdvance Care Planningの重要性についてディスカッションした。

死別のプロセスにおける遺族の体験は、それぞれ異なる体験ではあるものの、大きくは入院中の時期、在宅療養の時期、看取りの時期、看取り後の時期に分類されることが明らかとなった。本邦における心不全患者の終末期医療に焦点をあてた研究は、症例報告にとどまっているのが現状であり³⁻⁵⁾、遺族の体験を明らかにしようとする本研究の意義は大きいと考えられた。

最期を迎える場所の判断に影響するものについて現在分析中であるため、分析終了後に終末期心不全患者とその家族のニーズと支援方法について考察し、成果公表時に発表する。

竹原歩・兵庫県立大学看護学部・助教
大石醒悟・兵庫県立姫路循環器病センター循環器内科・医長

- 1) 日本循環器学会, 日本心不全学会. 『心不全の定義』について[internet]. 東京: 日本循環器学会; 2017 Oct 31. [cited 2017 Nov 1]. Available from: http://www.j-circ.or.jp/five_year/teigi_qa.pdf.
- 2) 日本心不全ガイドライン委員会. 高齢者心不全

患者の治療に関するステートメント[internet]. 東京: 日本心不全学会; 2016 Oct 7. [cited 2016 Oct 27]. Available from: http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/Statement_HeartFailure.pdf.

- 3) 石井浩二, ほか. オキシコドン注射剤により末期心不全患者の呼吸困難を良好にコントロールできた症例. *Palliative Care Research* 11(2): 529-533, 2016.
- 4) 穴井己理子, ほか. 重症心不全患者の終末期医療での心理面接—心不全チーム医療における緩和ケアの一症例—. *精神科治療学* 29(11): 1443-1449, 2014.
- 5) Kisaka T., et al. Cooperation between Heart Failure Center of Hiroshima University Hospital and a regional medical facility: Option for an end-of-life heart failure patient receiving. *palliative careJournal of Cardiology Cases* 9(2): 75-79, 2014.

ヒト凍結心臓弁・血管移植後の患者主体の 追跡調査実施体制の構築に向けた研究について

/

I. 緒言

2. 方法

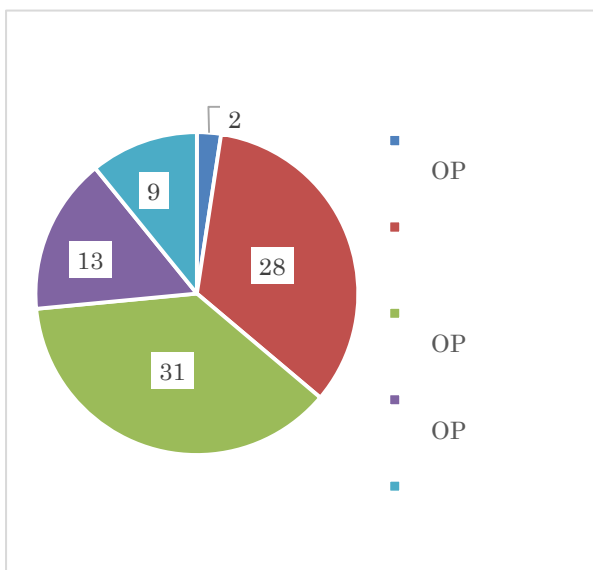
II. 対象・方法

1. 対象

1995 4 2018 3 31

Web

18



3. 倫理的配慮

図1 ホモグラフトを用いた外科治療年実施診療科分布 (人)

Ⅲ. 結果

83 38
45.8

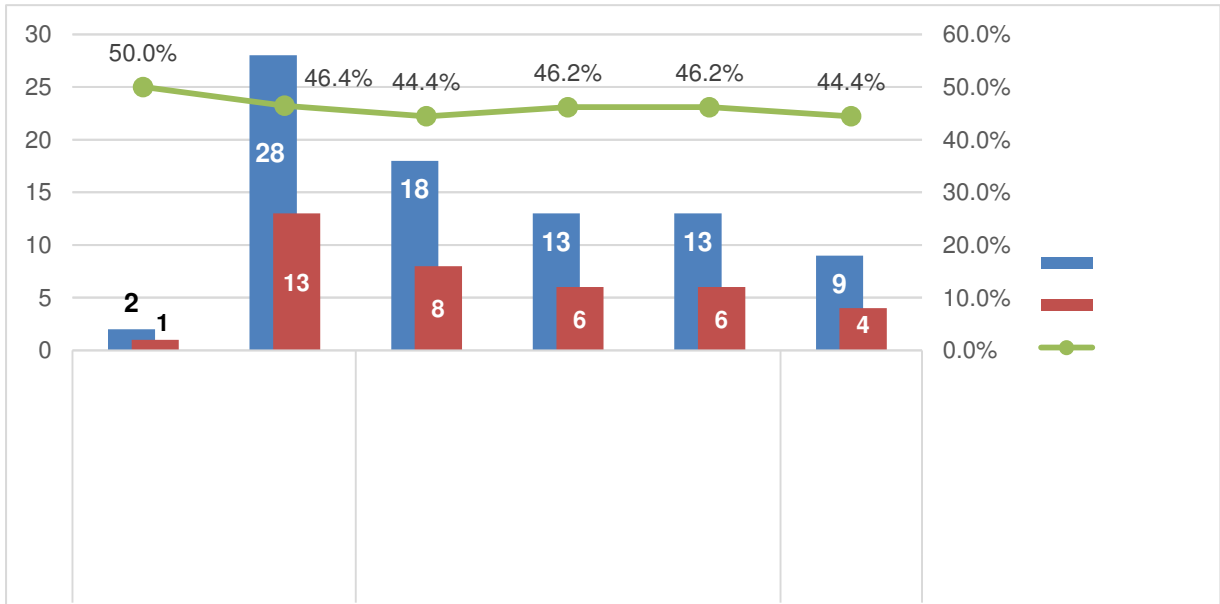


図2. 調査票回収率（診療科・年齢切り分け）

1. 今後の追跡調査形態について

71.0 Web
47.4 23.4
39.5

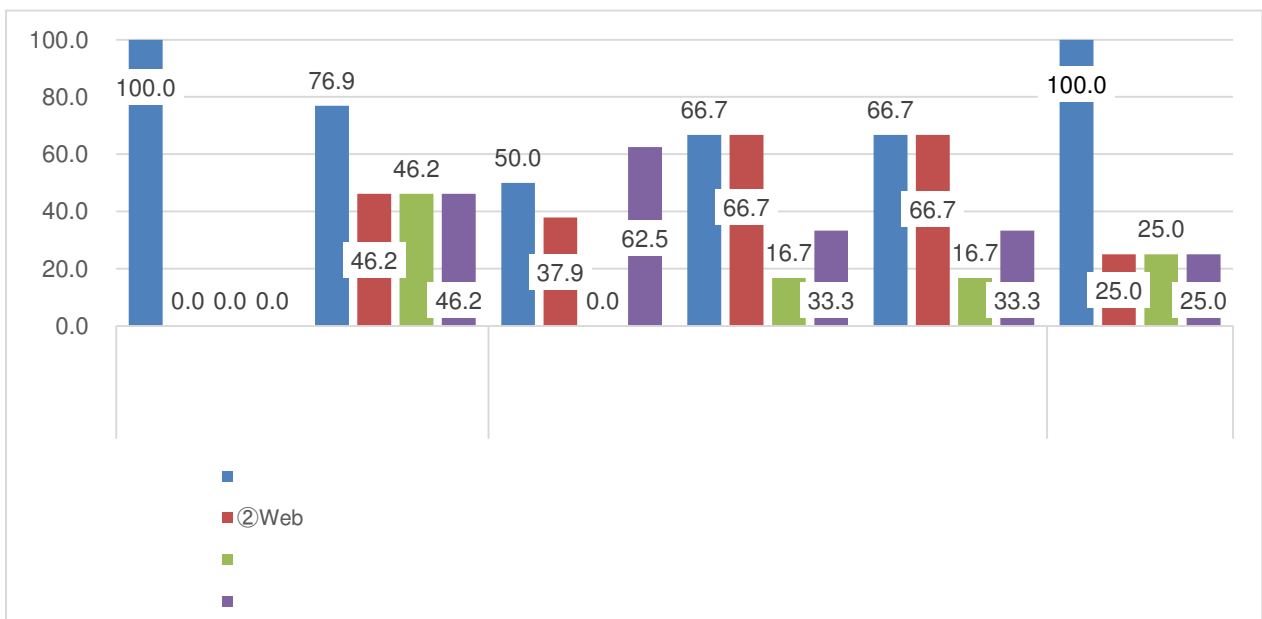


図3. 追跡調査形態別希望率

2. 個別調査可否について

73.4

21.1

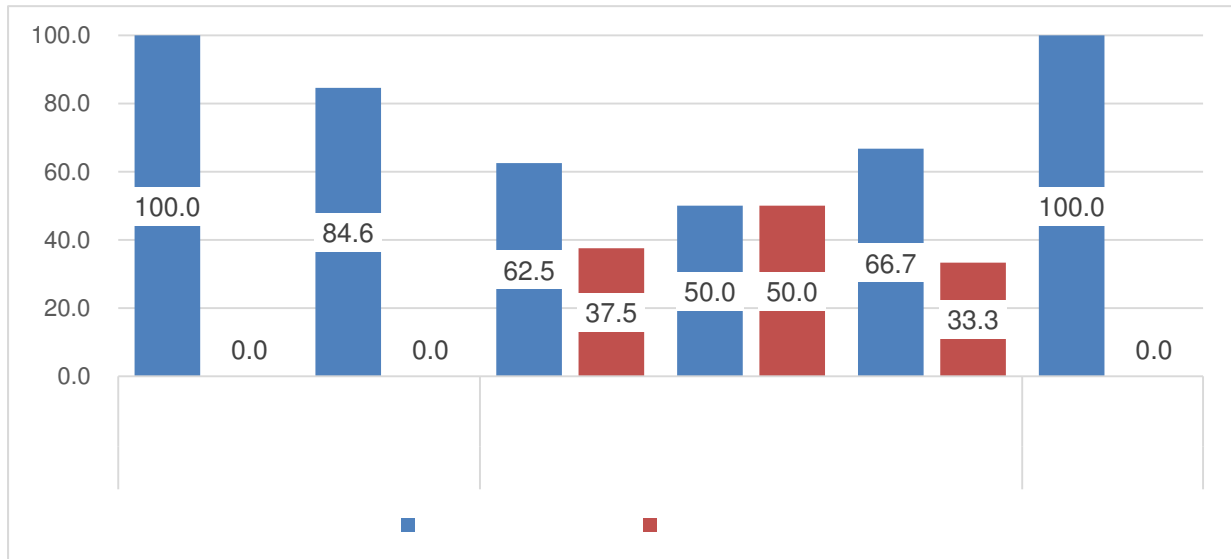


図4. 個別調査可否率

IV. 考 察

V. 結 論

30

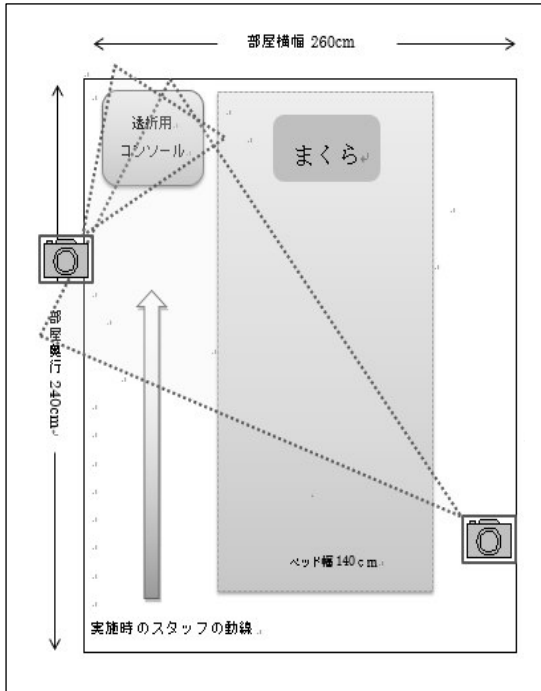
73.4

QOL

VI. 研究協力者

CVD) (1,254
 CVD 65.9
 30 10 CVD
 1
 10
 1) 5)
 6)
 1)
 13
 24
 2) 2018 4 6
 3)
 4)
 2 1
 3)4) 2 2 1
 A 25 29 2 2
 102,713 1,902 2

3



1

2



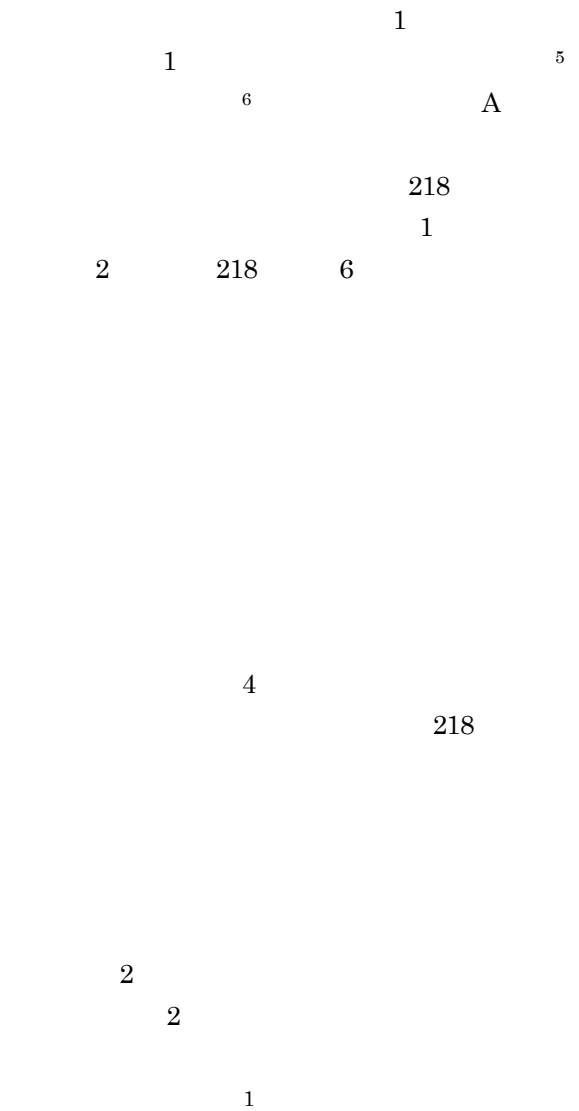
1



3



5)



1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	1500ml
26	
27	
28	10cm
29	
30	
31	QB300ml/min 800ml
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	V 2/3
48	
49	
50	
51	
52	
53	800ml
54	500ml
55	ON

56	
57	
58	V 10cm
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	500ml
66	300ml 500ml
67	300ml 500ml
68	300ml 500ml
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	

94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	
101	
102	
103	
104	
105	
106	
107	
108	
109	
110	
111	
112	
113	
114	
115	
116	
117	
118	
119	
120	
121	
122	
123	
124	
125	
126	

127	
128	
129	
130	
131	
132	
133	
134	
135	
136	
137	
138	
139	
140	
141	
142	
143	
144	
145	
146	
147	
148	
149	
150	
151	
152	
153	
154	
155	
156	
157	
158	
159	
160	

161	
162	
163	
164	
165	IP
166	QB
167	QB 100mL min
168	
169	
170	
171	
172	
173	
174	
175	
176	
177	5
178	
179	
180	
181	
182	
183	
184	
185	
186	
187	
188	
189	
190	V
191	
192	
193	
194	100ml/min
195	
196	

197	
198	
199	
200	
201	
202	
203	
204	
205	OFF IP OFF
206	OFF
207	
208	
209	
210	
211	3
212	3
213	
214	
215	
216	
217	
218	

2

1	81	
82	111	
112	116	
117	140	
141	157	
158	218	

6)

2018 1

1)

1

3

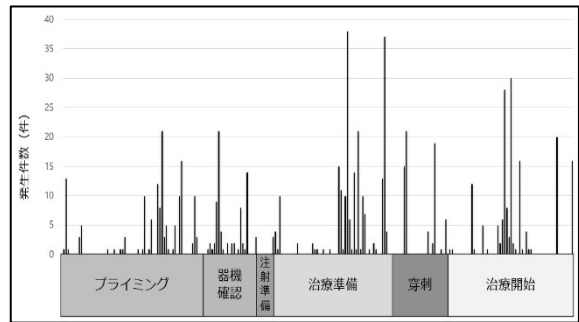
163-38 173-37 207-30 203-28 73-21

2

3

3

163	38	
173	37	
207	30	
204	28	
73	21	



3

2)

3

78

4

4

--	--

	A
	2018 4 7
	14 14
	78
	Conbrov

3)

4

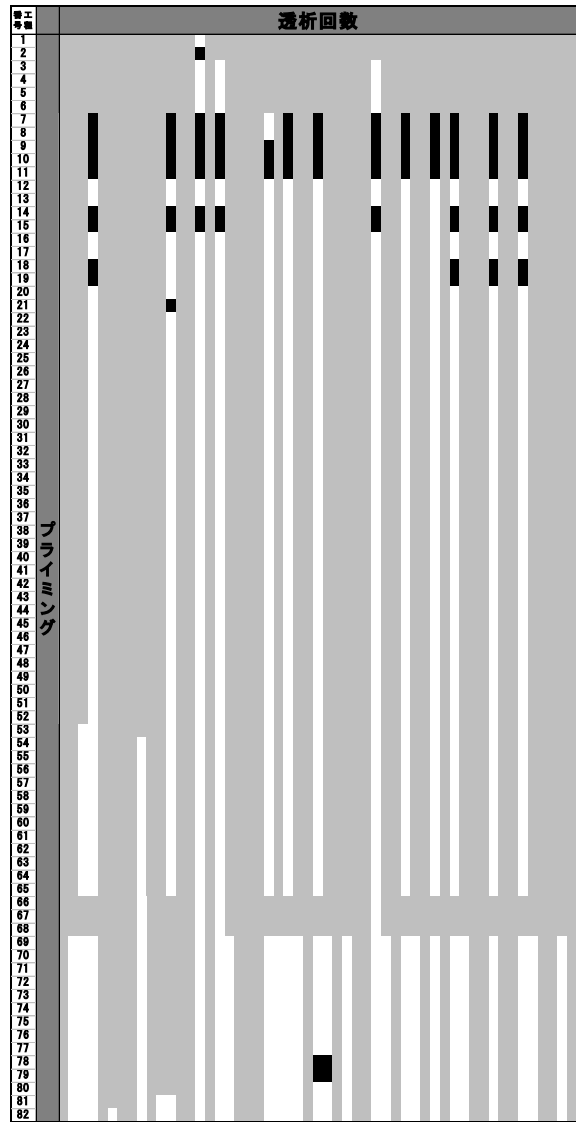


図5 プライミング工程

10

□ 78
 ■ 4
 ■ 4
 5 1 81

0

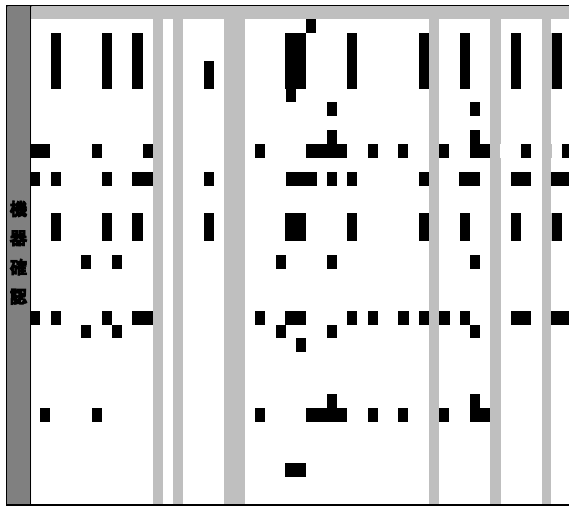


図6 機器確認工程

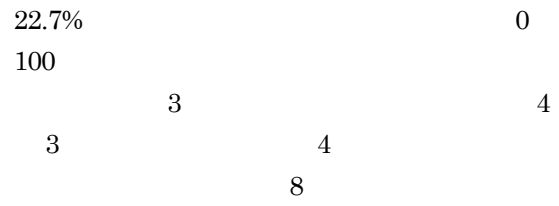


図8 認識と行動の比較

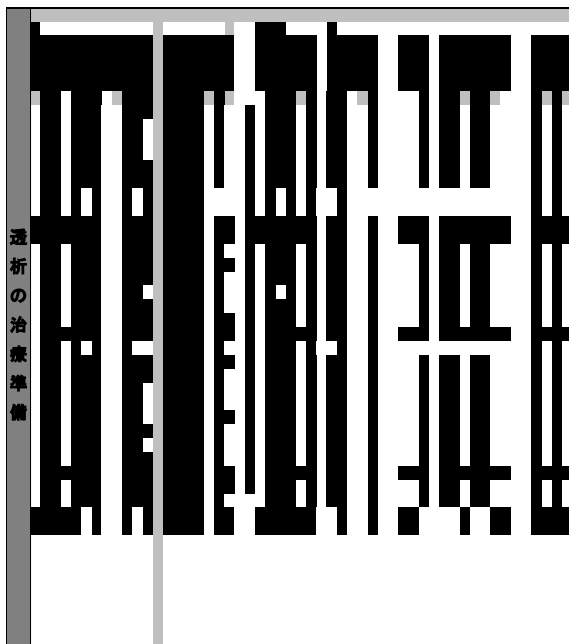


図7 治療準備工程

5

http://www.touseki-ikai.or.jp/htm/07_manual/doc/jikoboshiman.pdf

6

http://www.touseki-ikai.or.jp/htm/07_manual/doc/20150512_infection_guideline_ver4.pdf

1)

2)

1

2011;44(5):p.337-425

2

2014;34:p.74-76

3

.2010;36:p.78-81

4

2001;31:p.113-117