

は医療費削減がはかられることになる。

1-3 病病連携のあり方

以上のような病病連携を構築する上で、お互いの信頼関係と円滑な情報交換をはかることが極めて重要である。具体的には、1) PCを用いたインターネットを介するネットワークを構築すること、2) 病歴から各種検査データにいたる患者情報の交換と共有をはかること、3) PC画面で空床状況や当直体制などが確認できること、4) 定期的な勉強会や親睦会によって医師およびコメディカル間での交流がなされ相互に技能や知識が向上すること等の努力目標を立案し、達成していくことが急務である。

前記の努力目標に沿ったモデルのひとつとして、循環器病センターを基幹病院とし、周辺半径50km内外の50床以上の病院を統括した循環器ネットワーク(仮名)を早急に構築し、実際的かつ高水準の循環器疾患診療がなされるか検証していく。

2. 病院—診療所(病診)の連携に関して(7)

今日開放型病院のコンセプトが普及し、一次医療機関と二次医療機関の緊密な連携のもと、地域医師が自由に病院診療に参加し、病院の施設を利用してスタッフの応援によって高度医療の一旦を担う医療形態が理想的であることが一般に認知されてきた。病院側の公開CPCや公開手術症例検討会、地域医師会を交えた地域勉強会も特に高齢患者に対してその必要性が高いといえる。

2-1 一次医療機関(地域医師)の役割

継続性が重要な高齢者医療では、一次医療機関はゼネラリスト医療者としての役割と医療資源配分に関わるゲートキーパーの役割の両者を担う。急性期医療に関しては少なくとも診断能力について二次医療機関とならぶ高度なレベルが要求される。頻回に地域勉強会等を通じてレベル維持がなされないと意味のある病診連携にならない。慢性期医療ではケアについて二次医療機関のコメディカルも含めたチームとの協力体制が不可欠となる。再入院までの期間を長くさせ社会的・経済的コストを縮小させようのは実にこの協力体制にかかっている。高齢者医療では患者病態の個人差が極めて大きくEBMの適用が困難であるため、二次医療機関によるお仕着せのケアは禁物であり、一次医療機関によるオーダーメイドケアは重要な役割を担う。

2-2 二次医療機関(地域基幹病院)の役割

独居など介護等に関する複雑な社会背景と、高血圧・糖尿病・高脂血症等の複数合併症を有する複雑な病態の高齢患者に対しては、退院後の自宅療養に向けたソフ

トランディングを目指して入院時から退院後のプランを立てる必要がある。この際、医師だけでなく薬剤師・看護師・PT/OT・介護福祉師・ヘルパー等のコメディカルを入れたチームが高齢者総合評価を的確に行わなければならない。一次医療機関からの詳細な情報提供が望まれるが、インタラクティブにかつポイントポイントでの複数回のやり取りがソフトランディングには必要となる。退院後の家族のサポート体制を含めた介護のキーパーソン探しなども、ケア等に対する二次医療機関の後方支援機能として重要である。これについても一次医療機関との十分な連絡なしには実現不可能である。

2-3病診連携のあり方

病診連携にあっても病病連携と同様その基本となるのはお互いの信頼関係と円滑な情報交換である。定期的な地域勉強会や二次医療機関での公開検討会の開催はもちろん、一次医療機関が主体的に参加できる検査などを設けて技能・知識の向上をはかり、合わせて親睦と交流を深める事が大切となろう。電子カルテの普及は今後加速度がつくと思われるが、形式が一定しないため病歴や検査結果特に画像情報の交換には循環器病センターが中心となってスタンダードを設ける必要がある。個人情報保護に十分配慮した上でインターネットによる患者情報・介護福祉情報の交換を可能とするシステムの整備が急務である。従来より連携のある吹田医師会のご協力を仰ぎ、電子カルテによるインタラクティブ患者紹介と退院案内ネットワークの構築と試験運用を提案する。

2-4 病診・病病連携の評価—統計調査

連携機能を適切な評価系の基礎として、紹介状・回答書・紹介患者の定期的追跡に関する統計調査は重要である。例えば専門医療連携室に管理事務局を置き、以下の基本業務に関し各診療科別の情報を院内全体情報として集計管理する事が最低限必要であろう。

- 1) 紹介医療機関・紹介医を登録し「登録医」とする。登録医メーリングリストの作成。
- 2) 紹介患者基本情報（紹介状番号、ID、氏名、紹介医、受診科、受診日、回答医）の病院情報システム（HIS）への入力
- 3) 紹介状（原本はカルテ上管理、基本情報のみHIS管理）と対応する回答書（必ずHIS上にて入力し紹介者基本情報と対で管理される）の管理・発送を集約して行う。
- 4) 紹介状に対する未回答の定期検索と未回答患者リスト作成、同リストの各診療科部長への配布、回答医の氏名が特定される場合には当該医師への未回答確認メールの発送。

5) 「病診連携基本統計」の作製。紹介状の診療科別、外来・入院別集計数。回答書の診療科別、回答回数別集計数。未回答数・率。

6) 「紹介患者追跡統計」の作製。紹介患者基本情報に基づき、各登録医に個々の紹介患者ごとの現状把握に関する追跡調査・病診連携システムについてのアンケート調査を施行する。紹介医へ戻る予定で引き続き通院している患者割合などの算出を行う。追跡調査様式はメール上の簡単なフォーマットが望ましい。

7) 登録医アンケート調査を集計し「病診連携システムへの要望ランキング」を作製、各診療部長へ配布する。

8) 上記「病診連携基本統計」・「紹介患者追跡統計」の一部につきメールマガジンとして登録医、地域医師会をはじめ各医師会事務局へ配布する。

以上は基本的スケッチであって医事算定上妥当な内容の形式とする必要があらう。またセンター内での各種講演会、地域勉強会の連絡も定期にメーリングリストを使用することで統計調査協力への動機付けの一助としたい。電子カルテ化実現の際には紹介状・医師から専門医への医療相談をメールにて行い、これらも医事算定してゆくことが考えられる。

4. まとめ

高齢者における循環器疾患治療の現状は20年前と比べれば大きく飛躍した。そのため、その予後は大きく改善し、また診療内容の手技・密度・成績は全ての面で様変わりした。しかしながら循環器診療を全く市井の医療機関に委ねられるかという点では、むしろ逆に今日ほど国家的に医学・医療・行政の3側面からの支援を更に傾注する必要があるのではないだろうか。世界に類を見ない急速な高齢化と欧米をも凌駕する今日の高熱量の食事摂取と運動不足がその主たる理由である。我々には、循環器病制圧に責務を負う国立高度医療センターとして、循環器診療の国家的基盤を更に揺ぎ無いものとする強い意志がある。青少年・壮年の循環器疾患制圧の責任は当然のことながら、ますます国家的に重要度を増しつつある高齢者に対し、彼らの生命予後・生活の質・更には経済的生産性をより高める方向での診療ならびに研究を推進して行くべきと考える。かかる観点から新時代の慢性心不全治療、脳卒中予防・治療の基盤を作り上げていく責務があると考えられる。

5. 参考文献

1.Handschu R, Littmann R, Reulbach U, Gaul C, Heckmann JG, Neundorfer B, Scibor M. Telemedicine in emergency evaluation of acute stroke: interrater agreement in remote video examination with a novel multimedia system. *Stroke*. 2003;34:2842-6.

2.Reinkensmeyer DJ, Pang CT, Nessler JA, Painter CC. Web-based

telerehabilitation for the upper extremity after stroke. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng.* 2002;10:102-8.

3. Terkelsen CJ, Norgaard BL, Lassen JF, Gerdes JC, Ankersen JP, Romer F, Nielsen TT, Andersen HR. Telemedicine used for remote prehospital diagnosing in patients suspected of acute myocardial infarction. *J Intern Med.* 2002 Nov;252(5):412-20.

4. Bertazzoni G, Genuini I, Aguglia F. Telecar: an Italian telecardiology project. *J Telemed Telecare.* 1996;2(3):132-5.

5. 武藤正樹： 21世紀の医療連携の展望と課題 特に看護連携に着目して。
看護管理11： 658-663, 2001

6. 武藤正樹： これからの電子カルテとクリティカルパスのカタチとコンセプト 医療制度改革とクリティカルパスの近未来イメージ 2010年クリティカルパスの旅。 看護管理 12: 611-619, 2002

7. 橋本洋一郎 著 *Medical Skill 脳卒中を防ぐ—病診連携の最前線* 南山堂
ISBNコード ISBN-4-525-24481-X 発行年 2003年3月

6. 班構成

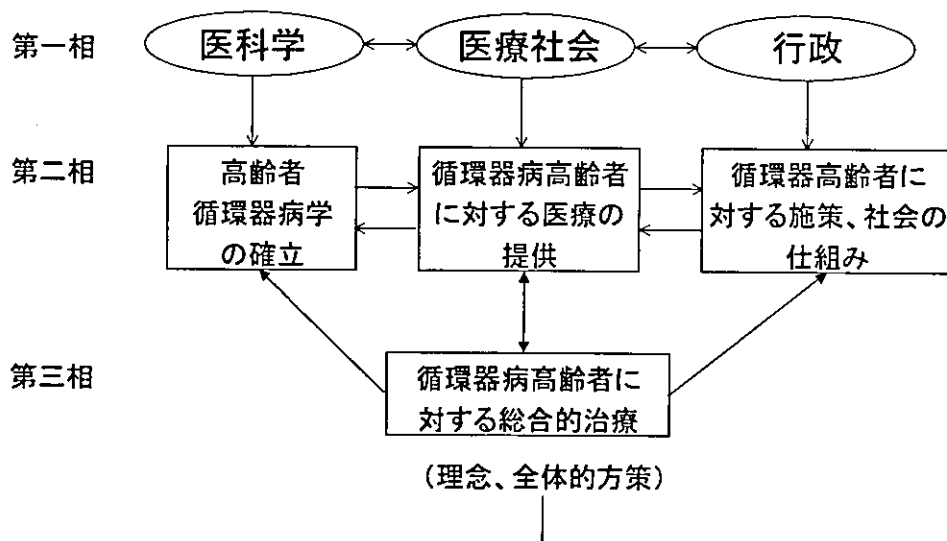
医師：成富、北風、長束、駒村、宮下、金、

薬剤師：森下

看護師：押切、衣笠、前本、生野、

別添え

高齢者における循環器医療



循環器病看護

循環器病克服10か年戦略構想

1. スローガン

元気な心臓・考えられる頭・明るい笑顔、それらを支える看護の3H

【看護の3H】

Heartでキャッチ	(思いやり)
Head (Brain) で考え	(的確な判断)
Handで実践	(正確な技術)

<循環器病予防のイメージとしての10の標語>

予防と適切な医療でその手に安心を！あなたの笑顔は豊かな国の第一歩

- ・1日3笑しましょう
- ・大きな声で話しましょう
- ・毎日歩きましょう
- ・家族と共に生きましょう
- ・コミュニティの力をかりましょう
- ・小さな子供の時から予防に努めましょう
- ・気になる症状があれば迷わず相談しましょう
- ・いい専門医にかかりましょう
- ・循環器病専門看護師のアドバイスを受けましょう
- ・病気があっても生き甲斐をもち1日1日を大切にしましょう

2. 背景

<健康の概念>

健康はかけがえのない国の宝 (小泉純一郎)

健康とは目的を持って進むことができるその間を健康という

(NHK 教育テレビ)

生活習慣の変化による循環器病患者の増加、急性期治療の発展による救命率の向上、超高齢化により、循環器病に罹患し何らかの障害(心機能の低下や脳卒中の後遺症など)を持ちながら生活しなければならない患者が増加している。これらの人々がただ生きているというだけでなく、障害を持ちながらも目的を持ち、生きがいを感じて生きられることが重要である。

循環器病にならない為の予防教育、発症後の専門的な医療、その後の在宅療養と患者

の看護を受ける場が変わっても、継続的・専門的な看護が受けられ、障害を持ちながらも生き生きと生活してゆくことを支援するための看護システムの構築が必要である。

3. 循環器病看護の問題点

まず、循環器病にならないための生涯にわたる継続した系統的な予防教育のシステムがないことがあげられる。現在は、学校教育の中で生活習慣病予防の重要性に関する健康教育も十分行われていない。また、生活習慣病予防の指導を受けられるのは、健康診断で異常を認められた一部の人のみである。国民全体が生活習慣病予防の重要性に関する健康教育を平等に受けられて初めて、疾病率が低下する。

また、継続的に適切な医療を受けられていない現状がある。国民の健康に対する意識が高まることで、系統的な医療を提供することができる。

最後に、高度で専門性の高い循環器看護を実践する看護師育成システムとそれらの者を社会資源として活用する基盤がないことが問題である。

また、現在のシステムでは、能力を身につけても、一旦施設や組織から離れるとその能力を十分に発揮する場を提供していない。

現在当センターに於いて行っている高度で専門性の高い看護技術能力として、

- 1) 精度の高いモニター監視能力
- 2) 体外式補助人工心臓ポンプ内の動態視力を用いた血栓の観察技術
- 3) 脳血管攣縮症状予防のための全身管理及び神経徴候、意識レベルの観察能力
- 4) プロスタサイクリン療法自己管理導入指導技術
- 5) ASO・バージャー病患者のフットケア技術

などがある。

今後、医療の進歩に伴い、より高度で専門性の高い看護実践能力が要求されると考える。ゆえに循環器病看護分野における専門看護師の育成と人材を有効に活用できるシステムの構築が必要である。

4. 現在の循環器病センターの教育システム

1) 経年別研修

新人研修 (1年目)・メンバーシップ研修 (2年目)・
リーダーシップ研修 (3年目)・中堅研修 (4年目)・
管理初心者研修 (5年目)

2) テーマ別研修

救急看護・フィジカルアセスメント・肺理学療法・リエゾン精神看護・

看護倫理・看護研究・トピックス研修

3) 国立循環器病センター専門看護師研修

5. 国立循環器病センター専門看護師について

1) 国立循環器病センター専門看護師認定制度の目的

循環器病領域の看護分野において、臨床経験を通して熟練した知識や技術を修得した者を一定のレベルで評価し、認定することにより看護現場の質の向上を図る。

2) 国立循環器病センター専門看護師の役割

- (1) 熟練した知識・技術を看護現場で役割モデルとして実践する。
- (2) 臨床現場での教育・指導を行う。
- (3) 専門看護の追求と研究を行い、その成果を情報発信する。

3) 国立循環器病センター専門看護師の認定分野

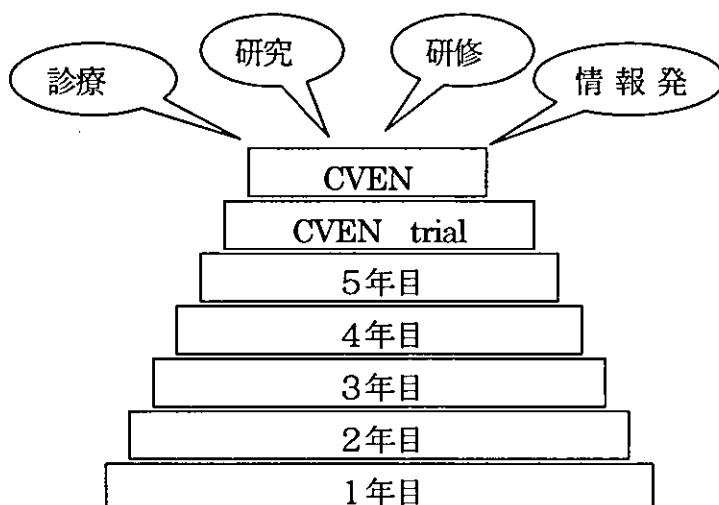
心臓血管コース・脳血管コース・小児周産期コース

4) 国立循環器病センター専門看護師の認定要件

- (1) 看護師実務経験5年目以上
- (2) 経年別研修を全て受講
- (3) テーマ別研修4テーマ履修
- (4) 院外研修・学会発表・論文雑誌投稿など合計3回の実施
- (5) 認定研修20時間



認定試験（筆記・小論文・面接）の合格したものを認定者とする



6. 循環器病看護の戦略

- 1) 循環器病ケアシステムの構築
(Cardio-Vascular-Care-System=CVCS)
- 2) 循環器病専門看護師育成
- 3) 1次予防、2次予防、3次予防のための患者教育
- 4) 循環器病患者のQOLを高めるための看護ケア
- 5) 生活習慣病予防に関する教材開発
- 6) 職種の拡大とマネジメント
- 7) 循環器病に関する看護研究
- 8) アジアを視野に入れた循環器病看護のネットワークの構築

7. 循環器病看護の戦術

1) 戦術1：循環器病ケアシステムの構築

目的：高度医療センターに循環器専門看護師（心臓血管・脳血管・小児、周産期）を配置し、高度医療センターのみならず、地域の病院、学校、地域の看護施設との連携を図りコンサルテーション機能を充実させ、生活習慣病である循環器疾患の予防教育、発症してからの高度専門的医療現場での看護実践及び指導、退院後の地域での生活を支援する。

(1) 循環器病専門看護師

- ・ 循環器病専門看護師は、心臓血管・脳血管・小児周産期看護の専門的知識と技術を持ち、予防活動、指導、コンサルテーションを行う。
- ・ 高度専門病院に所属し、妊娠期からの予防活動、地域病院の看護師、コミュニティサポートナースと連携し、循環器病患者の在宅へ向けての活動を行う。
- ・ コンサルテーションを受けた患者の高度専門病院、地域病院の医師へ入院を依頼することができる。

(2) コミュニティサポートナース

- ・ 地域の病院、訪問看護ステーション、行政に所属し在宅看護を支援する看護師であり、循環器病についての在宅看護（介護）を支援できる技術を有する。
- ・ 循環器病専門看護師と連携をとり患者が最もよいと考えられる医療が受けられるように調整する。

(3) インターネットによる看護連携システム

- ・ 高度専門病院、地域病院、コミュニティナース、学校をインターネットでつなぎ、タイムリーな情報が交換でき、指導、コンサルテーションができるシステムを構築する。
- ・ 患者が遠隔地に在住していても、患者の問題点が分かり、必要な施設への入院の手配や、必要な看護上の指導が行える。
- ・ IT活用により時間と距離を無駄にしない医療を提供する。

(4) 地域病院看護師

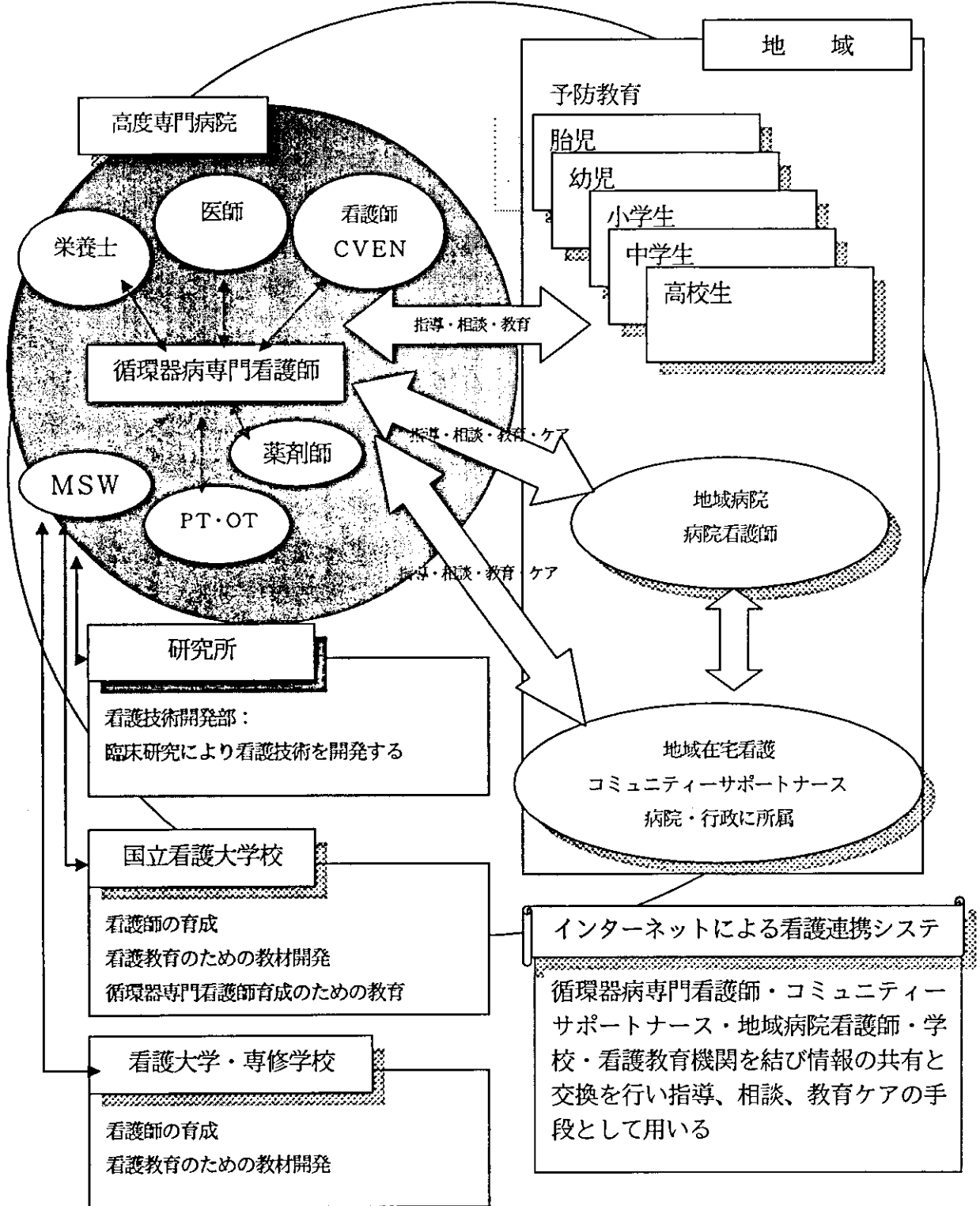
- ・ 地域病院においても循環器病看護に精通した看護師を配置し、循環器病専門看護師、コミュニティーサポートナースと連携をとり患者が最も適切な看護支援が受けられるように調整する。

(5) 学校における予防教育

- ・ 循環器病の要因である肥満予防を目的に、低学年からの運動や食事などについて養護教員等と連携しての具体的指導を行なう。

(6) 循環器病看護ケアシステム (CVEN) 構想図

構想図
循環器病看護ケアシステム (CVCS)



2) 戦術2：循環器病専門看護師育成

循環器病専門看護師は、循環器病高度看護実践を行う者を意味し、大学院学位(修士或いは博士課程)を取得し、国立循環器病センターにおいて資格証明を受けなければならない。

(1) 循環器病専門看護師と国立循環器病センター専門看護師との違い

	循環器病専門看護師	国立循環器病センター専門看護師
認定者	国又は日本看護協会	国立循環器病センター総長
資格	<ul style="list-style-type: none"> ・大学院学位(修士或いは博士課程)を取得 ・国立循環器病センター専門看護師の資格を有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・循環器看護実務経験5年以上 ・認定試験合格
役割	<ul style="list-style-type: none"> ・循環器病看護に関する実践・指導・教育・相談 ・循環器病看護、社会の発達に関与 	看護現場での役割モデルとしての実践・教育・指導・研究

循環器病専門看護師は、循環器病看護に関する実践・指導・教育・相談の役割をもつ。また、循環器看護の実践の基礎基盤を拡充するための研究、実践に変化を起こすためにリーダーシップをとり、看護職、社会そのものの発達向上に寄与するものである。以下にその機能を示す。

- ・個人、家族、集団、コミュニティを対象にどのような健康スタイルをのぞんでいるかなどの査定を行い、診断、ケアを計画、実施、管理、評価する
- ・患者個人や患者集団のための総合的患者ケアの計画と直接的ケア
- ・循環器病のリスクの高い集団、一般の人々のために健康を増進させ、疾病と心身障害を予防する健康予防対策の計画と実践、監督、評価
- ・専門職間(医師・薬剤師・栄養士・技師・PT・OT・MSW)のコンサルテーションと協力
- ・CVEN、循環器病看護を行う看護師に対する指導、教育、コンサルテーション
- ・循環器病看護の進歩向上のための技術開発、教材開発、研究に関するリーダーシップ

(2) 循環器病専門看護師育成のための方策

国立看護大学校や日本看護協会の専門看護師認定コースに『循環器病看護』を新設、実習病院として国立循環器病センターが役割を担う。また、コースの開設にあたっては、国立循環器病センター専門看護師認定制度の要件に対する整備及びカリ

キュラムを活用する。

3) 戦術3：1次予防・2次予防・3次予防のための患者教育

個人や家族は、疾患に罹患していてもいなくても健康に関する情報を入手するため、先を見通しての指導や問題解決に向けての相談を受ける、或いは日常の保健行動を実行していくために、様々な段階の援助を必要としている。

(1) 1次予防

循環器病は生活習慣病と密接に関連しており、生活習慣病の予防を行うことが循環器病発症の抑制につながり、かけがえのない国の宝である“国民の健康”（小泉純一郎談）が保証できる。そのために、胎児も含めて様々な発達段階にある全ての国民を対象とし、生活習慣病予防の教育を行う。

生活習慣病とは、食事、運動、休養、飲酒、喫煙などの生活習慣がその発症に深く関与している疾病群であり、その予防教育として、以下のものがある。

- ・ 食生活・栄養指導
- ・ 身体活動
- ・ 飲酒
- ・ 喫煙
- ・ ストレス対策

国民は、これらの教育を所属する施設（保育園・幼稚園・学校・職場）やコミュニティで、循環器病専門看護師を中心とした施設・地域の病院看護師、コミュニティサポートナースから、教育を受けることができる。

(2) 2次予防

循環器病に罹患した後の早期発見・早期治療により、循環器病の症状がひどくなることを予防することが目的である。そのために、主に定期健康診断の充実を行い、国民全体が循環器病の検診を受けることができる態勢と循環器専門病院での早期治療を受けるシステムを確立する。

下記の従来の健康診断に循環器病の早期発見のための問診、診察、生活習慣の確認、スクリーニング検査を加える。

- ・ 1歳6ヶ月児健康診査、3歳児健康診査
- ・ 幼児、児童、生徒、学生に対する学校定期健康診断
- ・ 雇用時の健康診断
- ・ 各職場における定期及び特別健康診断
- ・ 特定有害業務従事者に対する健康診断

また、行政(地方自治体)が行う検診に循環器病健康診断を新設する。(従来の基本検診を循環器病健康診断に改良してもよい)。住民に対し葉書で受診案内を行い、血液検査、胸部レントゲン検査、安静時心電図検査、負荷心電図検査、24時間心電図検査、心臓エコー検査、脳CT・MR検査を実施する。

これらの健康診断に、循環器病専門看護師を中心とした施設・地域の病院看護師、コミュニティサポートナースが積極的に関与する。

(3) 3次予防

循環器病に対する適切で高度な治療と看護を専門病院で受け、疾患や障害の程度を抑制することとリハビリテーションを行う。

4) 戦術4：循環器病患者のQOLを高めるための看護ケア

QOLは、患者(個人)の文化的背景、価値観、経験、心理的状态及び患者(個人)のおかれている様々な状況によって、また病状によって変化するものである。そして、QOLが高いか低いかについては、患者(個人)の主観が強く影響する。病気をもつ人々がQOLを高めるための最低必要条件として、まず生理的欲求を充足しその人の日常の生活を整え、次に安全で健康的な生活の保証が望まれる。

(1) 合併症予防のための看護ケア

循環器病の患者は、心ポンプ機能の低下による循環不全、易感染性、治療上安静を必要とする期間が長い、などの理由により様々な合併症をおこしやすい。そして、合併症をおこせば重篤な経過を辿りやすい、という特徴がある。そのため、循環器病患者の看護においては、肺炎などの肺合併症・褥瘡・筋力低下などの合併症予防が重要となる。

合併症予防のため、医師・薬剤師・栄養士・PTなどの医療チームと連携を強化すると共に、CVEN(循環器病センター専門看護師)、感染管理認定看護師、創傷ケアナース、心臓リハビリテーションナース、呼吸療法認定士、糖尿病療養指導士などの専門職種がリーダーシップを発揮する。

(2) 心負荷をかけない看護技術の開発

入院中の患者や在宅にいる患者が基本的な日常生活行動(食事・排泄・移動・清潔など)を安全・安楽に行うために、日常生活援助技術に関する研究を行い、循環器病看護特有の看護技術を開発する。

(3) 看護用具・教材開発

高度看護実践を行うために必要な看護用具・教材開発を行う。

(4) 生活習慣病予防に関する教材開発

<学習教材開発についての基本的考え方>

教育は単一のアプローチによる計画では成果が低く、いくつかのアプローチの組み合わせを使った実施計画が成果を上げると考える。

<具体的計画>

a. 患者家族の指導

患者や家族・支援者にインパクトを与え行動変容に繋げるためには、疾病を病態生理学的に理解させる必要がある。また、循環器病のリスクファクターを減らすことを阻害している要因に、仲間意識、社会のイメージ、仕事上のストレス、間違っただイエットなどの社会的要因がある。患者や家族・支援者に行動変容させるための方法を下記に示す。

①公開講座

②eラーニング

③ダイレクトパンフレットの郵送

④ポスター、ポケットカードなどを利用した注意喚起システム

⑤個人個人のライフスタイルに合った目標が達成できるように、出席しやすい教育研修の企画

・ワークショップ

・教育セッション（ワークショップも同様に、参加しやすいように24時間様々な時間帯に計画し、週末セッションなども取り入れる）

⑥マーケティング戦略

・ニュースレター

・マーケティングポスター

・電話のホットライン

・e-mail、出前イベント

⑦患者の状態に合わせた会合形式

・ナースと患者の1対1のサポート

・発生した問題点を検討し対処するための小グループ会合

・患者家族の関心ごとを話し合う個別の会合

・努力評価として、セッションを完了したトレーナーとの食事会

・試験等を行ないその合格祝い

8. 職種の拡大とマネジメント

1) 職種の拡大

<専門職種>

- ・循環器病専門看護師
- ・感染管理認定看護師
- ・創傷ケアナース
- ・心臓リハビリテーションナース
- ・呼吸療法認定士
- ・糖尿病療養指導士
- ・リサーチナース
- ・治験コーディネーター
- ・遺伝カウンセリングナース
- ・レシピエントコーディネーター
- ・ドナーコーディネーター
- ・CVEN（循環器病センター専門看護師）
- ・コミュニティーサポートナース

2) マネージメント

これらの専門職種がそれぞれの機能を発揮するために、循環器病専門看護師はマネージメントを行う。循環器病専門看護師は、高度専門病院と地域の病院・施設、各種学校、企業、社会と連携し国民の健康の維持に努める。

9. 循環器病看護に関する研究

看護研究の焦点は以下のものである。

- 1) ケア及びセルフケアのプロセス
- 2) 身体的、精神的な安楽・不快・疼痛
- 3) 出生、健康、病気、死の体験に関わる感情
- 4) 意志決定能力及び選択能力
- 5) 自己イメージ及び自己の身体と環境の制御などの知覚的見当識
- 6) 対人関係、役割遂行、対人関係の中の変化過程
- 7) 社会政策及びそれらが個人、家族、コミュニティの健康に及ぼす影響
- 8) 循環、呼吸、栄養、休息、睡眠、排泄、生殖、性生活、コミュニケーションなどの生理学的、並びに病理生理学的プロセス

10. アジアを視野に入れた循環器病看護の ネットワークの構築

アジアにおいても経済発展、食生活の欧米化がすすみ、循環器病患者が増加している。我が国は、アジアのリーダーという自覚ももち、欧米の看護も参考にしながら、循環器病看護の情報発信、看護技術の指導、患者・看護職に対する教育、人事交流、患者の受け入れなどを行っていくことが望まれる。

ネットワーク地点として以下の5カ国7都市をあげる。

中国：北京・上海・香港

韓国：ソウル

台湾：台北

フィリピン：マニラ

ベトナム：ハノイ

11. まとめ

国民一人一人が生涯にわたり、元気で活動的に生活できる「明るく活力ある社会」の構築に循環器病看護は重要な役割を担う。

循環器病看護の10ヶ年戦略を考えるにあたり、新たに循環器病専門看護師を中心とした循環器病ケアシステムを構築した。このシステムが有効に機能することで、『健康フロンティア戦略』の目標である心疾患・脳卒中の死亡率を25%に改善、糖尿病発生率を20%改善できると考える。

さらに、要介護予防の推進の目標である要介護者を7人に1人から10人に1人へ減少させることにつながると考える。

循環器病ケアシステムを構築するにあたり、まずは循環器病専門看護師制度を新設することが急務である。

班構成

班長：豊田看護部長

班員：伊藤副看護部長

松浦看護師長

高田看護師長

I. スローガン

患者の安全 (patient safety) を最優先目標に、医療安全推進事業を実践する。

II. 背景

医療安全推進について多くの議論がなされる中、果たして有効な事業がどれほどあるのか？誰がリーダーシップを取ってこの難事業を解決に導こうとしているのか？これら基本的な諸問題が不確かであるため多くの議論があるにもかかわらず、また幾つか事業がなされているにもかかわらず、医療事故問題の解決の糸口が見えない。医療不信の高まりの中では医療の現場はストレスの高い職場になりつつある。今や、即座に有効な医療安全推進事業を実践に移さなければならない緊急事態に直面している。

戦略として、まず、第一に患者の安全のために医療安全推進事業を実践するには、強いリーダーシップを持って臨まなければならない。その強いリーダーシップを得るには、医師や看護師をはじめとする医療の現場で働く人々と医療を受ける患者つまり一般国民の両者から支持されなければならない。現在のような医療不信の高まりの中では、どのような事業を誰が行っても正しい方向に導くことは困難である。医療不信を払拭することは容易いことではないが、これを克服しなければ有効な医療安全推進事業を実践する事は出来ない。

次に、今求められているのは総論ではなく具体的な各論である。医療安全推進に役に立つ有効な事業を展開することである。医療行為は複雑多岐で、あらゆる行為・場面にリスクは存在する。医療の現場で働く人々の注意と努力だけではリスクをゼロにする事は出来ない。潜んでいるリスクを察知するためには、多くではなく、役に立つレポートを集める事がまず大切である。そして、人の認識には常にエラーが存在することを容認し、あらゆる角度から情報技術 (IT) の導入を、些細な方法からでも出来ることから始めることが必要である。今までの IT 導入は、ともすれば病院収益の効率化が第一義に考えられ安全については二の次に考えられてきた。そのため、医療の現場で働く人々には面倒な負担ばかりが増え、膨大な投資の割には益することが少ないと見られてきた。しかし、患者の安全を第一義的に考えられたシステムであれば、医療の現場で働く人々から絶大な支持を容易に得ることができる。この時、そのシステムがたとえ小さなシステムであっても IT の習得に役立ち、しいては将来において質の高いシステムの構築に役立つのであるから、たとえ小規模でも積極的に医療安全推進のために IT の導入を図るべきである。

Ⅲ. 患者安全センターの設立

医療安全推進事業を実践するには、まず医療不信の払拭を図らねばならない。医療事故の隠蔽工作やカルテの改竄は医療不信を招く要因になり、医療従事者は普く反省すべき事件である。しかし、本来正当な医療を行っているにもかかわらず、不当な賠償を要求されたり刑事事件として逮捕されたりする場合があるてはならない。このような事件は医療を萎縮させ、患者が本来受けることが出来る医療の機会を損なう事になりかねない。これらの不幸な事態を改善するには、国民の多くの人々が医療を正しく認識し、医療の現場で働く人々が安心して医療が行える環境を構築する必要がある。その時、患者が決して不利益を被らないよう未熟や怠慢による医療過誤を厳しく罰することも含め、医療事故を防止するシステムを構築しなければならない。医療従事者と患者もしくは家族の方々が協力して、医療安全推進システムを構築することが必要である。医療側のみ、あるいは行政のみ、あるいは患者もしくは家族の方々のみで意見を集約しても、対立が生るだけで決して強いリーダーシップを発揮できる組織にはなり得ない。強いリーダーシップは多くの人々の支持があって初めてなし得ることである。医療不信を払拭するためのあらゆる方策を実践し、医療事故防止が国民に多大の利益をもたらす事を謳い、強い信念で医療安全推進事業を実践する組織としての患者安全センターが必要である。

1. 医療不信を払拭するための方策

全ての医療における有害事象については患者および家族の方々に公開する。その公開には、主治医が独断で一方的に説明する方式ではなく、病院側から中立の立場で議論できる他科の医師や看護師を始め事務職も参加し、また必要とあれば他病院の人々にもセカンドオピニオンの参加を求めて、何故この有害事象が起こったかを分析する。また、防ぎ得た有害事象なのか、防ぐことが困難であったが充分説明が出来ていたかなどを議論し、再発防止策を考えることが第一の目的であることを参加者が理解する。この時、患者および家族の方々には損害賠償を求める事は最終結論の結果で判断すべき事を理解して頂く。他病院からの参加者や他科からの医師や看護師は、セカンドオピニオンとしての参加に誇りを持ち、全く中立の立場で意見を出すことを心がける。決して病院側に遠慮して意見を歪曲したりしない。このように医療不信を払拭するには全面的な医療内容の公開を行い、透明性を国民にアピールすることが必要である。医療安全推進事業専任の医療安全管理者は、患者にとってのセーフティーマネージメントであることを表明し中立的立場で行動する。それには、今のように看護師のみならず、患者の人権に関わる組織・安全管理学の専門家や他の分野の安全管理者などの職種の人たちの参加も必要である。

2. 強いリーダーシップを発揮するための方策

国民の多くの人々が医療を正しく認識し医療の現場で働く人々が安心して医療が行える環境を構築するためには、医療ミスといわれる中に、一定の確立で避けることが出来ないリスクが存在することの認識が必要である。それとともに患者が決して不利益を被らないよう、未熟や怠慢による医療過誤を決して引き起こさないため、医療技術の教育を充実するとともに医療従事者のモラルの向上を図り怠慢を厳しく罰する体制を確立する。医療過誤は刑事と民事の厳しい罰を受けるが、有害事象については民事上の罰しかないというルールを確立する。このように、医療従事者からも患者からも容認できるルールを確立するため強いリーダーシップを発揮する組織として患者安全センターを設立する。

IV. 課題 (医療安全推進事業)

医療安全推進のために、①患者の安全を最優先目標とする。②全医療従事者は患者の安全に責任を持つ。③役割を明確にして期待目標を設定する。④医療事故の分析とシステムの手直しに人的、経済的資源を投入する。⑤安全に問題のある医療従事者の特定と再教育を行う。以上5項目の方針に基づいて以下の事業を実践する。

1. 業務の標準化

1) 医療従事者の標準化

部門毎に一定の期待目標を設定し、その習得に努めるよう教育システムを確立する。例えば、医師や特殊な技能を持つ医療従事者の技術を高く評価し、人事考課の考え方を取り入れ、優れた技術を持つ人には経済的な保証をする。看護師には数年で辞める環境から脱し、経験年数と職場ごとに期待目標を設定し、広い世代の人たちが働く環境にする。

2) 医薬品と医療機器の標準化

医薬品には安全性の高い信頼できる医薬品を使用し、偏った使用や効率の悪い使い方を排除し、希釈法などの使用法を標準化して間違いの確率を少なくする。医療機器は、ME 機器センターで一括管理を行い、機器故障によるエラーを防ぐ。また、機種を限定することにより標準化を容易くする。

3) 医療機関の業務の標準化

医療機関としての業務を標準化することにより、医療従事者に混乱が起ころぬようにする。