

P1-06

入院時支援の役割～入院前から退院後を見据えた支援～

渡部昌美、下谷康恵、三村麻紀子、圓尾亜由美
JCHO大阪病院 看護部

はじめに

在院日数が短縮している急性期病院では、患者が安心して入院し納得して退院できるように、入院前から退院後の生活を見据えた看護が求められている。しかし、外来診療の限られた時間の中では、患者が安心してできるまで十分に時間を確保する事が困難な場合がある。この様な中、平成30年度診療報酬改定で「入院時支援加算」が新設されたことを機に入院時支援が開始され、整形外科入院予定患者に対し開始1か月で17例の支援が行われた。そこで、本報告は入院前から支援を開始し、地域との連携が早期に開始できたA氏について、円滑な支援につながった看護を明らかにすることを目的とした。

方法

事例：A氏 80歳代 男性 環軸椎亜脱臼 要介護1 手術目的で入院看護実践：入院申込時に支援を必要とする患者の抽出、スクリーニング、院内他部門・地域との連携本報告について、患者・家族の同意を得ており、所属施設看護部研究倫理審査会にて承認を得ている。

結果・考察

A氏は4名のご家族と共に来院されていた。四肢不全麻痺の進行と車椅子移動であった為、看護師は入院前からの支援が必要であると判断し、直ちに支援を開始していた。現在の生活状況や退院後の生活について家族が抱えている不安が明らかになり、入院までの生活においても訪問看護師の介入が必要であると判断していた。患者・家族に提案し同意取得後、退院支援看護師とも協議しながら地域包括支援センター、ケアマネジャーに連絡をとり訪問看護の依頼を行っていた。その結果「そのような事ができれば安心です」との発言が聞かれていた。以上の事から、地域に暮らす生活者としての患者・家族の全体像を的確に捉え、院内他部門や地域との連携を図ることにより、入院前から退院後の生活を見据えた円滑な支援につながったと考えられ、安心して入院医療・看護を受けられる環境を整えるには入院支援部門が果たす役割は大きいと考えられた。

P1-07

ストーマ造設術後の退院後訪問指導の効果
～病棟看護師による継続看護を行って～

牛丸悠香、木村慶子、市原良子、茅野昌子、立岡さつき
JCHO船橋中央病院 看護部

【はじめに】病棟看護師が自宅訪問し継続看護を行う退院後訪問指導の導入により円滑に在宅療養移行したので報告する。

【研究目的と方法】看護記録を振り返り退院後訪問指導の効果を明らかにする。倫理的配慮として得られたデータは本研究以外に使用せず個人名が特定できないようにした。

【結果】A氏90代女性。大腸癌穿孔のため横行結腸人工肛門造設術施行。在宅療養へのご家族の不安はストーマ装具交換と独居のA氏がストーマ排泄習慣を獲得できるかであった。退院後訪問指導では主に以下の継続看護を実施した。1. 確実なストーマケア支援や退院後変化する体格変化や排便コントロールに伴うタイムリーなケア修正、2. 入院中獲得したストーマ排泄習慣を基に自宅での行動変化に気付き、承認したりケア方法の修正をしたりする等の行動変容支援、3. 術後経過からのADL変化を考慮した入浴等の日常生活支援を行った。これらを見て、ご家族から不安が低減されたと発言があった。

【考察】通常の訪問看護と比較し退院後訪問指導での効果は以下の2点と考える。1. 退院看護サマリーだけでなく入院中の看護実践や経過記録などより多くの情報を持って継続したストーマセルフケア支援を含む日常生活支援が行える。2. 入院中から患者家族と信頼形成があり、よりシームレスな在宅療養支援となる。

【おわりに】退院後訪問看護の実施により、退院後の実際や退院指導の重要性が病棟にフィードバックされた。

P1-08

血液腫瘍患者に対するシームレスな急性期看護と
緩和ケアを実現させるための影響要因に関する検討

阪東美雪、野村友美代、滝愛、浦部裕子
JCHO相模野病院 看護部

【はじめに】当病棟では血液腫瘍患者に対し、急性期治療と並行して緩和ケアを実践している。しかしケアを実践する上で、急性期治療と緩和ケアの求められる質の違いに戸惑い、加えて、医師・患者・家族と方向性を一致させることが難しく看護師自身が葛藤し心理的負担を感じることが多い現状がある。従って、シームレスな急性期看護と緩和ケアを実現させるための影響要因を明らかにすることで、看護師自身の戸惑いや心理的負担を軽減させ患者へよりよい看護を提供できると考えた。

【期間】平成28年9月～平成28年12月

【対象】当病棟で勤務している血液腫瘍患者に関わる看護師32名

【方法】患者家族との関わり、医師との連携、看護師間の協力連携、自分自身の課題、倫理的問題を大項目とし、特性との関連性をノンパラメトリック検定にて検討した。

【倫理的配慮】本研究は当院の教育倫理委員会審査の承諾を得て実施した。

【結果・考察】経験年数の浅いスタッフは病状の変化や副作用に対する対処方法に戸惑いがあるため、経験のあるスタッフの助言やフォロー体制の見直しが必要である。急性期病棟におけるデスカンファレンスでは十分なターミナル看護が行えないという葛藤が生じやすく、マイナスな感情が生じやすいため「できたこと」を認め合えるためのファシリテーターの存在が必要である。医師・看護師間において互いに日常的に討議し、患者の情報・見解を供与していくことが必要である。急性期病棟においても、緩和ケアなど専門の知識を持ったアドバイザーの介入も必要である。

P1-09

排尿自立支援活動開始後の評価

茅野昌子¹、古澤奈緒子¹、小松裕²、岡田信之³、丸山知香¹
¹JCHO船橋中央病院 看護部、²理学療法科、³泌尿器科

【はじめに】平成28年度より尿道カテーテル抜去後に下部尿路障害のある患者に対し、排尿自立を目的に排尿ケアチームを立ち上げた。その活動と病棟看護師との連携を振り返り今後の課題を報告する。

【目的】排尿自立指導開始後の評価と今後の課題を明らかにする。

【方法】期間は平成28年4月から平成30年3月まで。排尿自立支援の取り組み内容とスタッフアンケートとプロセスを振り返り課題を抽出する。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。

【結果】1. システム構築排尿ケアチームを立ち上げ、排尿ケアマニュアルの作成および研修会を実施した。システム構築と評価がしやすいように泌尿器科病棟を主な対象病棟とした。開始後の病棟目標は、1. 排尿自立支援の流れが分かる2. 自身の役割が分かる3. 排尿自立指導に関する診療の計画書の活用が分かる、としアンケート結果は目標達成率100%だった。2. 排尿自立支援排尿自立支援計画し実施した件数は88件。対象疾患は膀胱腫瘍、前立腺癌、前立腺肥大、血尿等だった。下部尿路機能障害の評価は平均2.6点（0～6点）、介入開始後評価時は1.0点（0～4点）だった。

【考察】排尿自立支援を開始するにあたり、システム構築しやすいよう開始病棟を泌尿器科病棟としたことで下部尿路障害の観察技術や生活支援が円滑に行われた。排尿ケアチームの活動と病棟との連携で排尿自立支援のシステム構築を図ることができた。下部尿路障害に対し点数上は低減しているが、評価時期に差がある為、効果の評価方法は今後の課題である。また、病院全部署での活動拡大が課題である。

P1-10**医療依存度が高く介護力に課題のある事例への
退院支援・退院調整**

石井昌美、小泉未央、野澤明美、佐藤美樹
JCHO うつのみや病院 看護部

はじめに 昨今、在院日数の短縮化や在宅療養推進により医療依存度が高い在宅療養者が増えている。退院後、在宅療養が困難と推測した患者が自宅退院できた事例について報告する。

倫理的配慮 院内の倫理審査委員会で承認を受け研究協力者へ書面と口頭で説明し同意を得た。

事例紹介 80歳代女性。中大脳動脈完全閉塞にて右上下肢麻痺、ベッド上全介助、意識レベルはJCSII-10。経鼻胃管カテーテルから経腸栄養剤を注入、尿道留置カテーテルを挿入しオムツを使用。家族は次女と孫との3人で次女は潔癖症、孫はパートタイマーで生計を担っていた。40日間の入院期間中面会が6回介護指導は5回であった。

経過 看護目標を退院後の介護をイメージし手技を獲得することができるとした。当初、家族は介護の不安を表出し看護師と視線を合わせなかった。看護師が家族の思いを理解し受容的に関わることで視線が合うよう変化した。看護師は家族が介護を前向きに捉え始めていると考え明瞭に手技手順を示し指導した。家族の前向きな気持ちに着目して自己効力感が高まる関わりを続けた。その結果在宅療養を選択し経管栄養注入と尿破棄の手技を獲得した。オムツ交換の手技獲得には至らなかったが在宅療養支援チームと退院前カンファレンスで現況を共有し退院当日からサービスを利用し自宅退院した。

結果 1. 介護に不安を抱いていた家族の気持ちが前向きに変化し自宅退院することが出来た。2. 退院前カンファレンスを行い在宅療養支援チームと現況を共有し支援が継続するよう繋ぐことで安全に在宅療養移行が出来た。

考察 看護師が家族の手技獲得過程に生じる様々な思いや言動を受容し承認し続け、思いに寄り添う支援を行うことが、療養場所や療養方法の選択・決定に繋がった退院支援であると考え。患者・家族のQOLを考慮し、適切なサービスを受け、望む生活が送れるよう在宅支援チームに繋ぐことが必要と考える。

P1-11**医療ソーシャルワーカーによるICF（国際生活機能分類）に
基づいた地域包括ケア病棟での取り組みとその効果について**

森由加里¹、砂原直美¹、井上佐和¹、小山恵介²、諸越真理子³、今村卓司⁴

¹JCHO 大和郡山病院 統括診療部 地域医療連携室、

²統括診療部 リハビリテーション科、³看護部、⁴統括診療部

【はじめに】平成29年12月より地域包括ケア病棟在宅復帰支援担当者として支援していく中で入院治療によりADL低下し退院先に困るケースが多々あることに気付いた。急性期治療では疾病による「心身機能・身体構造」低下へアプローチし改善を図るが、退院後は生活機能である「活動」「参加」が主な生活場面となる。退院困難事例では退院後の生活へどう移行していくのか、見えないことが要因ではないかと感じた。そこで、地域包括ケア病棟で医療ソーシャルワーカーでも取り組めるものとして、専門的技術の必要ない、音楽という聴覚刺激のある、個人でもグループでも、立位でも座位でも可能な、さらに誰もが経験したことのある『ラジオ体操』を「活動」への移行の第一歩として取り組むこととした。

【経過と考察】導入して4カ月、月～金曜日実人数95名実施。生活リハビリテーションとしても定着してきた。その中で“デイサービスでも取り組んでいた”“昔教壇に立っていた”“子供のころは毎日していた”など患者からの発語がみられ、表情も豊かになり活気がみられるようになった。今回は「活動」へ介入することで、患者間のコミュニケーションも活発化し「心身機能・身体構造」にも変化をもたらしていること、それに伴い自発的な「参加」が促されるなど生活機能の三者が相互に作用し支え合っていることが確認できた。医療ソーシャルワーカーとして、これまでは発語のない患者については、問いかけによる表情や家族からの聞き取り、診療録から読み取るアセスメントなどで環境因子へアプローチしていたものが、地域包括ケア病棟では他者面談での情報収集に加え、患者本人の発しによる個人因子にも触れアセスメントできるようになった。『ラジオ体操』という老若男女の共通言語がエンパワメントアプローチとなり、患者のストレングスを見出し、退院後の介護・医療サービス支援者へ「患者の強み」を引き継ぐことができている。