

O-134

A病棟における退院支援に関する問題点と課題を抽出する～退院後のよりよい生活を目指して～

前川早百合、若杉裕子、井戸由利子
JCHO 可児とうのう病院 看護部

【目的】

A病棟において、退院支援に関しての看護師が取り組むべき課題を抽出する。

【方法】

A病棟、整形外科・循環器混合病棟に勤務する全看護師27名に対して、退院支援に関する研究者が考える11項目を4段階で表し、無記名自記式質問紙調査を行い記述式統計にて集計・分析を行った。

【結果と考察】

「退院支援について困ることはあるか」については、89%があると回答した。退院支援に関して困ることを改善する場がなく、個人の力量によって内容のばらつきがあり今まで行われていた退院支援は十分なものではなかったと考える。また、「退院支援の介入の時期がわからない」は29%、「退院先を確認する時期がわからない」は53%であった。これは、退院後の意向確認や情報収集で退院支援シートが有効に活用されていないと考えた。シートを埋めることで、退院支援に必要な情報が漏れなく収集できるような退院シートの改善が必要であると考える。患者家族の情報が不足していることやチーム間での情報共有ができていないことが明らかとなった。患者の情報収集するタイミングを逸さないように、入院時に可能な限り聴取することや、受け持ち看護師だけに限らず毎日の関わりの中で得た、新しい情報は随時更新していく必要があると考える。「医師の考え方や方向性がわからない」は89%であり今後、医師とのカンファレンスで、治療方針の共通理解を深めていく必要がある。「施設の違いが分からない」が63%、「介護保険の知識があいまい」75%、「社会資源の活用方法がわからない」59%と退院支援に関する知識不足が明確となった。今後はこれらの学習会の開催や退院パンフレットの作成など地域連携室のスタッフとともに情報共有を促進しながら、知識を深めていくことが必要であると考える。

O-135

NICUにおける療養環境を継続するための取り組み～退院前訪問を通して～

大喜田純子、佐藤摩奈美、金谷春美
JCHO 北海道病院 看護部

【はじめに】

A病院は医療が必要なハイリスク児、超低出生体重児の受け入れを行う地域周産期母子医療センターである。NICUの看護師は医学的問題だけではなく、家族の養育力を見る力が求められており医療機関と地域が1つのチームとなることが重要である。そこで平成26年度より、保健師とともに育児療養環境を確認する退院前訪問を導入した。

【目的】

NICUスタッフと保健師で共に行う退院前訪問について効果を明らかにする。

【方法】

平成29年8月～平成30年2月に本研究の同意が得られ退院前訪問に同行したA病院スタッフ2名と保健師2名にインタビューガイドに沿って半構造的面接法を行った。

【結果】

NICUスタッフの情報交換時期は、「出生後に情報交換」であった。連携に関しては「情報交換を行うことで早く関わる事ができた」「必要な情報をすぐに情報交換した」と挙げられた。保健師は「親の育児技術の取得への不安」「面会での愛着行動の不安」「出生直後からの定期的な情報交換」であった。連携に関しては「家族や患児の対応方法について一致した支援が可能」「医療機関と保健センターで情報共有することで母親の課題の明確化」が挙げられた。

【考察】

情報交換の時期は出生後3週間から1ヶ月より開始していた。出生後早期より患児・家族の抱えている不安・問題点を情報共有・連携することは医療機関の退院調整の第一歩であると考えられる。そのため定期的に退院支援スクリーニングの再評価を行う必要がある。医療機関・保健師のそれぞれの視点で、患児の個性や家族のライフスタイルを基に安心して生活できるような療養環境をイメージしながら退院前訪問を行うことは家族にとって患児の療養への不安軽減に繋がる。

【結語】

1. 医療機関内の情報共有の強化を行う。 2. 退院支援スクリーニングの再評価時期の検討を行う。 3. 医療機関と保健師で問題点を共有し、退院前訪問を実施する。

O-136

より質の高い入退院支援を目指して～入退院支援に関する担当看護師の意識の変化～

上野彩香、壺屋みゆき
JCHO 山梨病院 看護部

【はじめに】平成28年から入退院支援加算1の体制をとり、入院初期に入退院支援カンファレンスを実施し、病棟看護師・退院調整看護師・MSWによって患者の病状、患者・家族の意向に沿った入退院支援を行っている。A病棟では、チームナーシング・担当看護師制の看護方式をとっている。入退院支援は、主にリーダー看護師が行っており、タイムリーな支援が十分出来ていなかった。そこで、担当看護師が中心となり、入退院支援を行うよう業務検討し取り組んだことで、担当看護師の意識に変化をみたのでここに報告する。

【方法】担当看護師が入退院支援カンファレンスへ参加し、責任をもって入退院支援を行えるよう業務を調整。6ヶ月後、担当看護師20名に入退院支援に関するアンケート調査を行い、前回の調査結果と比較・検討を行った。

【結果】アンケート結果から、カンファレンスで得た情報を活用し入退院支援できたすべての看護師が回答。入退院支援に必要な看護計画の立案ができた看護師は80%であり、75%の看護師が今までより積極的にカンファレンスを行うようになったと回答。入退院支援を中心に行うことができたとして85%の看護師が回答。前回の調査では退院支援が円滑に行えた看護師が45%であったのが、今回は70%となった。

【考察】入退院支援に対する担当看護師の役割を明確化したことで、担当看護師が中心となり患者の入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援に繋がった。担当看護師が、朝のミーティングで積極的にカンファレンスの実施・計画を行い、記録に残したことで担当看護師不在時もチームメンバーで個々に合った入退院支援が出来た。さらにカンファレンスを通して経験年数の浅い看護師のフォローを行う事で、入退院支援の意識向上に繋がったと考える。

【結論】担当看護師の役割を明確化し、個々の入退院支援の進捗状況を見える化したことで入退院支援に対する意識の高まりがみられた。

O-137

高齢者への意思決定を尊重した退院支援の効果

牧野美咲、長内千佳、藤原望
JCHO 秋田病院 看護部

【目的】脳梗塞を発症したA氏は入院前ADLが自立していたが、後遺症のためセルフケア能力の低下がみられた。また高齢世代であり介護力不足から本人が希望する自宅退院は困難と考えられた。そこで、病棟看護師はA氏に不足するニーズが充足されるよう関わったことで自宅退院することができた。今回A氏への看護を振り返り、自宅退院を可能にした要因を明らかにした。

【対象及び方法】A氏、80歳代女性。脳梗塞発症後右上下肢不全麻痺あり。夫と二人暮らしである。入院中の記録をプロセスレコードにまとめ、ヘンダーソンの基本的看護の構成要素（以下構成要素）をもとに実施した看護介入について振り返る。

【倫理的配慮】施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】構成要素の14項目のうち4項目のニーズ（4・9・11・14）が未充足であった。その4項目に対して、病棟看護師はA氏の思い（父親が脳梗塞で寝たきりになった負の思い）を表出させたことで、リハビリ意欲を高めることができていた。また服薬管理や車椅子操作の獲得、自宅の生活環境を整え生活の再構築への支援を行っていた。

【考察】A氏の思いの傾聴・共感を図る中で、自宅退院を希望する背景に実父の介護経験が影響していることに気づいた。対象の病態や社会背景だけではなく対象の心理的背景を理解して関わったことが自宅退院という意思決定を支援できたと考えられる。また、ADLが低下した状態での生活を想定できていなかったため、退院前訪問を行った。住み慣れた自宅で、安全に生活できる環境を整え、他職種でアセスメントすることで自宅退院に繋がったと考える。今回の事例においては、患者の意思決定を支えながら在宅での生活をイメージし、構成要素の未充足部分へ働きかけたことが自宅退院へ繋がったといえる。

【結論】入院早期から自宅に帰りたいという患者の思いを引き出し、他職種と連携して退院支援を行ったことが自宅退院へ導く要因となった。

2021
一般口演
第4会場

O-138

外出バスを使用して自宅退院を目指した支援
～家族、患者（介護度5）の意思に寄り添った在宅へ退院した1症例～

木村聖子、垣本希
JCHO 下関医療センター 看護部

【はじめに】 2025年問題にむけた国の在宅推進政策もあり、病院と在宅との連携は格段に進んでいる。高齢の循環器疾患患者は病状、ADL等により在宅復帰率は少ない。今回、肺炎で入院退院を繰り返している要介護5のA氏に対し家族の希望である在宅での生活支援に外出バスを活用し多職種連携による介入を行った結果、家族が安心できる自宅退院に導くことができたので報告する。

【症例】 男性A氏85歳。介護度5。左麻痺、交通事故右下肢切断、誤嚥性肺炎、低酸素脳症、胃瘻増設、気切開施行しており、声かけに開眼する程度で意思疎通は図れない。家族は妻と娘の4人暮らし。毎日家族の面会あり、家族間の関係性は良好。A氏に対する思いは強い。家族は繰り返し入退院に療養病院への転院を受け入れない状況にあった。家族一人一人の思いの表出にむけ、日々の状況やちょっとした表情変化等を伝えるなど看護ケアをしながらコミュニケーションを積極的に行った。すると、妻、娘より「一度、家に連れて帰りたい」と思いを聴くことができた。

【結果】 自宅退院に向けた支援の前段階として循環器外出バスを作成し、バスに沿って医師、看護師、ケアマネージャー、ヘルパー、MSW、家族とカンファレンスを定期的に実践した。外出時にはケアマネと家族による自宅シミュレーションを実施。介護タクシーで看護師同伴のもと4時間の外出ができた。外出後、妻より「A氏は表情もよく自宅を喜んでいよう嬉しかった。」と家族からも満足した言葉を聴くことができた。外出をきっかけに家族が自宅退院の希望を強くもたれ、看護ケアの習得に向けた支援を実施、家族の不安の声なく自宅退院することができた。

【考察】 家族としっかり向き合い、閉ざされた思いを引き出し、思いを尊重し寄り添う看護と他職種と連携することの大切さを再確認できた。外出の体験が家族、医療者のエンパワーメントを高め、退院に繋がったと考える。

O-139

診療報酬改定が緩和ケア病棟入院患者・家族の「望む暮らし」に与えた影響と課題

山口卓哉¹、船曳美穂²
¹JCHO 星ヶ丘医療センター 福祉相談室、²地域医療連携室

【はじめに】 近年、約2人に1人ががんに罹患する時代となり、がん対策推進基本計画で在宅療養体制整備が求められている。平成30年診療報酬改定により緩和ケア病棟の待機期間、在院日数、退院経路が評価対象となった。現在、当院緩和ケア病棟（16床）は入院料1を算定している。今回、MSW介入した緩和ケア病棟入院患者の調査を行い、診療報酬改定前後で患者・家族の暮らしの場と与えた影響と課題を検証したい。

【対象および方法】 平成28年4月1日から同年9月30日までを（a）とし、平成30年4月1日から同年9月30日までを（b）とし、以下（a）（b）と表記する。（a）（b）のMSW介入した退院患者について、患者・家族の意向、退院経路、MSW支援開始日、在院日数、社会資源利用（訪問診療等）について電子カルテより抽出し検討した。

【結果】 入院時の患者・家族の意向で、自宅希望は（a）49.1%、（b）53.1%であった。自宅希望の中で自宅退院できたのは（a）50.0%、（b）70.6%と上昇した。退院経路のうち、自宅は（a）26.4%（うち独居は0%）、（b）43.8%（うち独居は10.7%）、施設は（a）1.9%、（b）12.5%、その他は転院や死亡であった。入院日からMSW支援開始する期間は（a）9.5日、（b）6.6日と短縮した。平均在院日数は（a）26.9日、（b）23.0日と短縮した。自宅退院患者のうち訪問診療利用が（a）21.4%、（b）53.6%と上昇した。

【考察】 診療報酬改定により、早期にMSW支援を開始し社会資源を活用することで、患者・家族が望む自宅へ退院した患者が増えたと考える。一方で、施設へ退院した患者が増えているのは在院日数の影響を受けたからである。日々、病状変化のある患者・家族に寄り添い、早期より一人ひとりに合った支援が必要と考える。