Y9-11

仮設住宅入居中のCOPD患者で退院時調整に難渋した症例

石巻赤十字病院　リハビリテーション科[1)]、同医療社会事業課[2)]、同呼吸器内科[3)]

○遠藤（えんどう）　智人（ともひと）[1)]、辻　　和子[1)]、八島　　浩[2)]、花釜　正和[3)]

【はじめに】東日本大震災を含め、大規模災害後には高齢者の生活不活発病の発生や、慢性閉塞性肺疾患(以下COPD)等慢性疾患の増悪する例が多いと報告されている。今回、呼吸苦増悪により在宅酸素療法(以下HOT)導入目的で入院されたCOPD患者に対し、ADL指導と共に、自治体を交えた退院時環境調整を行ったので以下に報告する。

【症例・背景】COPDを呈した75歳男性。東日本大震災で被災され仮設住宅入居中。駐車場まで長距離歩行が強いられ、周囲は砂利道で荷物(ｋｇ)を持ち歩くことは困難となっていた。患者自身自治体に駐車場の調整を依頼していたが、敷地内駐車場は抽選にて選ばれたことを理由に断られていた。外来フォロー中、歩行時の呼吸苦とSpO2低下あり、HOT導入目的で入院となった。

【経過】退院後の患者の状態を考慮し、当院社会福祉士が自治体に対し4度にわたり駐車場の調整を依頼するも、調整困難と断られた。退院前訪問を実施し評価すると、砂利道は入院中に舗装されていたが、最短の敷地内駐車場まで50m、本症例の駐車場まで150mあった。身体障害者手帳申請を行い、荷物を持ち歩ける50m以内の駐車場を利用できるよう、訪問結果をまとめて再度自治体及び地域住民へ働きかけたが、結局、敷地内駐車場利用者が退去する2カ月後まで待機となった。

【考察】震災後にHOT導入となり、仮設住宅における生活環境整備が難しかった一例を経験した。仮設住宅等で、事後の環境調整は今回のように難しいと考えられる。大規模災害では本症例のような事態が出ることを想定し、仮設住宅設計の時点で駐車場との距離をなるべく短くしたり、身体障害者認定や在宅酸素症例など一定の患者に対する配慮が行えるよう、平時から体制を検討する必要があると考えられた。

Y9-12

介護者が一人である人工呼吸療法患者の退院支援

高松赤十字病院　看護部

○小笠原（おがさわら）わか、中村　陽子、藤川　啓子、吉田　陽江

人工呼吸器を装着し、医療依存度の高い要介護者を、主介護者の希望に添い、これまでのライフスタイルにも配慮しながら在宅ケアできるよう、退院支援に取り組んだ。

保健師である長谷川は家庭訪問で得られた先行研究から、肯定的認識を高めるには、肯定的認識を生み出すもととなる状態や基盤を作り、肯定的側面の意識化を促進する必要があると述べている。今まで一般的に人工呼吸器を装着したまま在宅での介護は大変だと家族から否定的な意見が多かった。しかし本事例では介護者である妻から早く自宅に連れて帰って犬に会わせたいなどはじめから肯定的な言葉がきかれた。私たちはこの肯定的認識に注目し、今回、１例の退院支援の場面で、A病棟看護師の実際の関わりや看護記録から、長谷川の「肯定的に認識を高める看護援助の方向性」の項目ごとに分析し、主介護者の肯定的認識について明らかにした。

1. 主介護者の介護意欲は非常に高いが、緊張と疲労が蓄積しやすいため、健康状態に配慮した。支援体制は、多くの専門分野をもつ医療者と、在宅医療関係者で行い、必ず主介護者も参加し、意見を尊重して支援した。これらの支援者が入院中から関わり、在宅移行後も継続した支援体制を保証していることが主介護者の安心に繋がり、肯定的認識を生み出すもととなる状態をつくる。
2. 今までのライフスタイルの一部を守ることは、主介護者の健康を守り、介護に対する意欲や継続する力を高めており、主介護者が介護状況を肯定的に捉える基盤となるものであった。
3. 主介護者自身が考えや思いを語ることを通して肯定的側面に気づくことにつながり、主介護者の肯定的側面の意識化を促進させた。

以上の事から、退院後の生活を考える退院支援の段階から、肯定感を持てる関わりが必要であると考える。

Y9-13

自部署の成功事例・強みを活かした退院支援の強化ー整形外科病棟の取り組みー

山口赤十字病院　整形外科病棟

○水津（すいづ）　俊江（としえ）、松岡　早苗、木村　啓子、徳本美津子、大林由美子

【目的】整形外科病棟での退院支援に関する成功事例・強みを明らかにし、それらを活かしたアクションプランに取り組み、退院支援を強化することで、患者・家族が安心して療養生活が送れることを目指す。

【方法】病棟で経験した退院困難の要素を持ちながらも、退院に結び付けられた成功事例の要因を分析すると共に、病棟の強みをスタッフ間で共有し、強化すべき事項をアクションプランとして立案して取り組んだ。

【結果】整形外科病棟で退院支援の強化することをスタッフ間で共有し、病棟での退院支援の成功事例を洗いだした。退院支援に消極的であった現状から、入院早期から退院後の生活を視野に入れて関わることを目標とし、自部署の強みの一つである医師・薬剤師・看護師・理学療法士・社会福祉士で行う総回診の時間をミニカンファレンスの場とし、情報共有を行うことをアクションプランとした。退院支援の成功事例の要因分析では、退院困難事例に対し、多職種がチーム医療で療養支援に取り組み、その結果退院に結びつけることができた事例を振り返った。総回診はミニカンファレンスの場として活用し、各職種間で患者の経過を把握するとともに、速やかな支援の方向性の確認と情報共有の場へと定着した。

【結論】一連の取り組みを通して、スタッフ個々が入院時から退院後の生活を視野に入れ、患者・家族に積極的に関わることを心掛けるようになり、退院支援に対する意識が高まった。また、成功事例の要因を分析・共有すること、自部署の強みを明らかにし、それらを活かした取り組みを行ったことは、スタッフの自信とモチベーションの向上につながり、退院支援の強化に有効な取り組みとなった。

Y9-14

大腿骨頚部骨折連携パスで転院した患者の認知症の有無による在院日数の比較

名古屋第一赤十字病院　整形外科

○田淵（たぶち）　裕美（ゆみ）、安藤香奈子、山田　美穂、大澤　良充

平成18年診療報酬改定により、大腿骨頚部骨折地域連携パスが開始され６年を経過する。当院では、年間150以上の大腿骨頚部骨折患者が入院してきている。高齢社会に伴い、入院患者の多くが様々な合併症をかかえており、その中でも認知症のある患者は３割程度を占めている。地域連携パスを使用しリハビリ病院へ転院する際、認知症が転院の妨げになり在院日数の延長に繋がっているのではないかと考え、それを検証するために研究に取り組んだ。

目的：認知症患者は認知症のない患者に比べ在院日数が延長するという仮説を立て、これを明らかにする。

対象：大腿骨頚部骨折で入院し、地域連携パスを使用して転院した患者92名

方法：１地域連携パスを使用し転院した患者の認知症の有無を振り分ける。２認知症の有り、無しの患者の入院から転院調整依頼日、転院調整依頼日から家族面談日、家族面談日から退院日の日数を調査する。３平均日数を出し、認知症の有る患者、無い患者の日数を比較する。

結果：平均在院日数は認知症のある患者21.06日、ない患者20.13日であった。入院から転院調整依頼日、転院調整依頼日から家族面談日、家族面談日から退院日の日数についても約１日程度の差しかなかった。

考察：結果からは認知症が原因で在院日数の延長には繋がってはいないことが明らかになった。このことは、高齢者の患者が多く認知症以外にも内科的疾患を合併症に持ち、病状が安定せず転院困難なこともあり、在院日数にあまり差が出なかったと考えられる。