

P-145

夜間に非侵襲的陽圧換気療法を必要とする患者への退院支援

福井赤十字病院 看護部

○大澤 千紘

【はじめに】A氏は夜間に非侵襲的陽圧換気療法（以下NIPPV）が必要であったが、自力ではその装着や喀痰咯出ができず、自宅で実施せずに呼吸状態が悪化して入院した。このA氏が自宅退院に至るまでの退院支援経過を振り返り、何が効果的であったのかを考察する。

【事例紹介】A氏：70歳代の男性。肺炎を繰り返し、自宅でHOTを行っていた。リウマチのため手指が不自由であり、ほぼベッド上の生活。自宅ではNIPPVをしておらず、呼吸状態の悪化により入院。本人と妻が自宅退院を希望。

【経過と看護介入】1.NIPPV管理・吸引指導：A氏・妻とともに目標を設定し、ベッドサイドに掲示し、達成状況が分かるようにして指導。吸引は、まず看護師の吸引動作をよくみてもらい、次いでイラストで口腔と鼻腔をイメージしてもらいながら説明。看護師が側に付いて実施を繰り返し習得してもらった。2.ナイトトレーニング：NIPPVの装着管理と吸引を習得できた時点で妻にA氏の病室に泊まってもらい、夜間の管理を体験するナイトトレーニングを実施。しかし、夜中にA氏が呼んでも妻は起きなかった。またオムツ交換など日常生活援助技術も練習の必要があることがわかった。3.拡大カンファレンス：課題が明確になったので、夜間に妻を呼ぶ方法、おむつ交換などの練習を実施。MSWや訪問看護師らと退院後の支援方法を検討した。4.退院後：退院2週間後に電話で様子を聞く「元気にやっている。」とのことであった。

【考察】手技の目標を具体的に設定し、掲示することによって、患者家族とスタッフ全員が目標を共有することができ、習得に有効であった。ナイトトレーニングは、患者・家族にとっても看護師側にとっても退院までの残された課題が明確になり退院後の不安を軽減させるという効果があった。

P-146

複数の医療処置を必要として自宅退院した患者への退院支援

福井赤十字病院 看護部

○澤口 史郎

【はじめに】A氏はインスリン注射・経管栄養を行っていた。妻が唯一の働き手であり介護者であるため、当初自宅退院は困難と思われた。しかし、本人と妻の希望に添い、自宅退院に向けて指導や退院支援を行った。この事例を振り返り、有効であった支援について考察する。

【事例紹介】A氏：60歳代の男性。同居家族は母親と60歳代の妻。間質性肺炎で入院し、脳梗塞・心不全を発症、左片麻痺となる。全身状態が落ち着き、気管切開部が閉鎖したところで本人と妻から自宅への退院を希望された。

【経過と看護介入】1.インスリン注射等指導：看護師の手技をみてもらい、次にパンフレットを示しながら妻と共に実施。妻が主体で実施できるように段階を追って指導した。妻は手指に痺れがあったため、妻にあった方法を共に考えた。2.経管栄養に関する指導：嚥下困難のため胃瘻造設となった。妻がどこまでできているのかスタッフが把握できるように細かいチェック項目を作成した。また、インスリン注射を含めた具体的な手順を妻と共に検討・作成し、それをチェックリストにして実施した。最初は焦りながら実施していたが、手順が理解できると慌てずにできるようになった。妻の仕事時間を考慮し、注入時間や栄養剤の形態について医師やMSWとも検討し、半固形の栄養剤を加圧パックで注入することとなった。3.拡大カンファレンス：地域の医師、訪問看護師やケアマネなどが参加し、サービスの調整や物品の準備等を行い退院された。

【考察】介護者であるA氏の妻と手順をチェックリストにすることで、妻の理解度が妻にもスタッフにも分かりやすくなり習得が進んだ。できるようになったことを妻へ言葉にして返すことでそれを再認識でき、励まされたことも意欲を高めることに繋がった。

P-147

退院調整の現状と課題～退院支援計画書記載件数より～

京都第一赤十字病院 退院支援課

○米戸 浩子、瀬戸 素子、今若 智絵

【はじめに】当院は、664床、平均在院日数：12.9日、病床利用率82.3%で、救命救急センターおよび総合周産期母子医療センターを有し、地域医療支援病院・地域がん診療連携拠点病院の認定を受けている地域の中核病院である。近年、医療機関の機能分化・在院日数の短縮化・在宅療養の推進に伴い、退院調整が必須となっている。当院でも平成17年に地域医療連携室に看護師を配置し、各部署に配置されたリンクナースと共に退院調整の促進に努めてきた。今回、退院支援計画書の記載件数により病棟看護師の退院調整への意識の変化を考察してみた。

【方法】平成21年8月に後期高齢者退院調整加算の運用を開始し、平成22年6月には診療報酬改訂に伴い急性期病棟等退院調整加算の運用を開始した。ついで、今年度5月より退院調整加算の運用を開始した。運用開始後の記載件数の著明な増加を認めたため、今までの退院支援計画書の記載件数を比較した。

【結果】平成21年度の退院支援計画書の記載はなく、平成22年度は76件、平成23年度は580件であった。また、平成24年度の診療報酬改訂後、4月は95件、5月は169件であった。

【考察】退院支援計画書の記載は平成22年度から年々著明に増加している。これは、退院調整に関する集合研修や病棟ラウンド・リンクナース委員会の活動などにより、看護師の意識が高まった結果ではないかと考えられる。また、退院調整に関する電子カルテ上のシステムの改善を同時に行ってきたことや、今年度の診療報酬改訂を見込んで、マニュアル作成・運用の説明をしてきたことも、退院支援計画書の記載件数の増加に関与していると考えられる。

【課題】今後、退院支援計画書が、入院診療計画書や看護計画と同様に患者・家族と治療や今後の方針について共有し、より良い退院調整ができるように努めていきたい。

P-148

突然障害を受けた患者・家族の受容への支援

富山赤十字病院 看護部

○瀧上まどか、南 富美代

【はじめに】頸椎損傷にてC5以下完全麻痺となった患者・家族の、障害受容過程の支援について報告する。

【事例紹介】A氏、梨園経営の60歳代男性。梨の枝に頭部をぶつけ頸椎過伸強直され受傷。C4完全頸椎損傷、C5以下完全麻痺にて頸椎後方固定術、気管切開術施行し人工呼吸器管理となる。呼吸器離脱後、経口摂取訓練を開始したが嚥下障害のため十分な栄養が摂れず、胃瘻からの経管栄養を併用し転院となった。

【関わり】呼吸器離脱後、「他人にみられたくない」「口から食べているのに体に入れたくない」との思いからリハビリ治療に半年を要し、栄養管理のために胃瘻造設を勧められるも、抵抗が強く、受容に時間を要した。A氏と妻は、胃瘻＝障害者との思いがあり、現実を受け止められず治療に関する会話を避ける日々が続いた。A氏とは、治療ではなく日常のささいな会話をすること、散歩したり保清することで信頼関係の構築に努めた。A氏もその日の出来事を妻に報告され、次第に妻にも笑顔が見られるようになった。主介護者である妻の精神的な負担を軽減できるよう、病状説明は必ず長男の協力を得て調整した。合併症予防のため、多職種と連携をとり呼吸リハビリや嚥下訓練を施行、嚥下状態は何度も画像を供覧し、理解できるまで説明を行った。ベッドサイドには食事介助方法や呼吸リハビリの具体的な方法を表示し、A氏が安心して看護ケアを受けられるよう援助した。

【考察】A氏は壮年期であり、治療に関する意思決定に時間を要する事は当然と考える。在宅療養へむかう患者・家族に対し、時期を逸脱することなくアプローチしていくことが患者のQOLを高め、障害受容の一助となる。患者・家族の気持ちに寄り添うだけでなく、自分が負った障害の現実を認識し対応できるよう支援することが、受容への手助けとなったと考える。

一般演題
10月18日(木)