

P1-55

退院前・退院後訪問指導が病棟看護師にもたらす効果

姫路赤十字病院 看護部

〇田口かよ子、柴田由美子、駒田 香苗、三木 幸代

【目的】H28年度の診療報酬改定にて「退院前・後訪問指導料」が新設された。これは医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行・継続できることを目的として、病棟看護師らが患者を訪問し指導することを評価したものである。当院の看護師が取り組んだ事例より、この指導を通して医療と生活を統合することをどのように捉えたかを考察する。【方法】H29年4月からH30年4月までに実施した退院前・後訪問指導（小児9件 成人41件）を担当した看護師に半構造的面接を行った。調査項目は、基本的属性と、「訪問の目的はどのようなものか」「訪問後に看護師の視点に変化はあったか」等である。面接は30分以内とし、自由に語れるよう傾聴に努めた。【結果】面接対象者は、看護師長3名と実際に訪問した看護師3名である。そこから抽出されたこととして、訪問の目的は、1、病棟で実施した指導・在宅での生活プラン提案が実際どのように活かされていたかを知る。2、その人の住まう生活地域を感じる ことが主たるものであった。訪問後の変化については、患者家族が戸惑いながらも自らの持つセルフケア能力を発揮し、住み慣れた我が家で療養環境を整えていこうとする姿に触れ、病棟とは違う患者のエネルギーを看護師は感じとっていた。病棟看護師は患者家族の在宅での姿を具体的な 言葉で承認し、療養に対する思い覚悟を在宅スタッフや訪問看護師へ繋ぐことこそがこの訪問指導の目指すところと認識していた。【結語】医療と生活をつなぐ視点なくして継続看護は成立しない。看護師のトラジション・コーチ機能を高めるうえで退院前・後訪問指導は大いに効果的であり有効である。

P1-57

高度急性期病院における退院支援一追加医療の影響について考える

名古屋第二赤十字病院 患者支援センター

〇宮川 佳恵、中内真由美

【はじめに】高度急性期病院の使命を担う当院では、1日平均外来患者数は約2千人、救急外来患者数は年間約4万、脳神経系疾患の入院患者数は年間約1700人を超える。平成27年度、脳神経外科病棟退院支援専任看護師として介入した症例約200人の、入院後追加医療が入院期間や入院後方向性に与えた影響について調査したので報告する。【方法】平成27年度脳神経外科退院支援介入症例249名を、追加医療（経鼻経管栄養、点滴、ポット、NPPV導入、気管切開）有無2群に分け、各群の平均入院期間を調査した。また、追加医療を3群（点滴、経鼻経管栄養、呼吸器関連）に分類し、それぞれの入院期間も調査した。更に、入院前入所施設への退院率について調査し、退院困難理由について検討した。【結果】追加医療あり群81名（33%）の平均入院期間は45日、追加医療なし群168名（67%）の平均入院期間は30日であった。追加医療を3群に分類した各平均入院期間は、点滴群が33日、経鼻経管栄養群が42日、呼吸器関連が62日という結果であった。入院前施設入所症例は45名、その内入所施設退院症例は約半数（53%）、残り16名は転院、5名は死亡退院であった。転院となった症例のうち、約半数が経鼻経管栄養が導入となっていた。【考察】高度急性期病院における治療が、その後の患者の方向性・生活の場を検索するハードルになり得ることが今回の調査で分かった。高度医療になるほど、将来的に離脱も難しく、更に後方の受け入れも希少となる。地域包括ケアシステムでは支えきれない状態の高齢者も少なくなく、高度医療の介入に課題を残す結果ともいえる。高度急性期病棟退院支援看護師の、院内外における支援調整が重要と考える。

P1-59

地域包括ケア病棟の病棟レクリエーションは自宅への退院支援に影響を与えるか

金沢赤十字病院 リハビリテーション科¹、金沢赤十字病院 看護部²

〇松井 伸公¹、朝里 浩靖¹、長谷川幸恵¹、瀧川 和恵²

【目的】当院の地域包括ケア病棟（当病棟）における病棟レクリエーション（レク）が自宅への退院支援に与える効果を検討することである。【方法】対象はレク開始前の9か月間に当病棟を退院した患者と、週に2回のレク開始後の9か月間に当病棟を退院した患者とした。そのうち入院前の生活場所が自宅であり、かつ退院支援介入を必要とし、さらに2週間以上の入院期間であったレク開始前の106名（レクなし群）とレク開始後の96名（レクあり群）を解析対象とした。除外規定は病状の悪化で他病棟へ転院、もしくは死亡退院となった患者とした。レクなし群、レクあり群のうち退院先が自宅であった患者を「自宅」、施設・療養型病棟へ退院・転院したものを「非自宅」とし各群の対象患者数に対する「自宅」の割合から自宅復帰率を算出した。また認知機能としてMMSEのスコアを調査した。スコアから認知機能低下が重度、中等度、軽度、異常なしの4つのカテゴリに対象を分類した。両群間の自宅復帰率、MMSEの各カテゴリ別での両群間の自宅復帰率の比較はカイ二乗独立性の検定を用いた。いずれも統計学的な有意水準は5%とした。診療録の情報の取り扱いに際しては当院の個人情報取扱指針を順守し、個人が特定されないように配慮した。【結果】自宅復帰率はレクなし群65.1%、レクあり群62.5%であり有意差は認めなかった。MMSEの各カテゴリにおいても両群間の自宅復帰率に有意な差は認めなかった。【結論】レクの実施が当病棟の自宅退院に与える効果は確認できなかった。原因として自宅退院する要因として認知機能やADLだけでなく、病状や家族の介護力など他の要因の影響が大きいものと考えられた。さらに実施していたレクの頻度や質が不十分であった可能性も考えられる。

P1-56

退院前・後訪問指導を実施して見えてきた、在宅へつなぐことの責任

姫路赤十字病院 看護部

〇井上 健、羅川 友紀、齋藤 知子、前田 智成、田口かよ子、三木 幸代

当院は、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、DPC医療機関群2群の指定を受け、33診療科、555床を有する、急性期病院である。当院の平均在院日数が10日を超える中、急性期の治療が終了し、不安を抱え在宅へ移行される患者・家族がいる。私たちは、診療報酬とは関係なく患者に訪問し、療養指導を行うこともあった。しかし、平成28年度の診療報酬改定で、退院前・後訪問指導料が新設され、平成29年5月よりそのシステムを構築し、積極的な訪問実施が可能となった。患者・家族が、安心して在宅療養を営むことが出来るよう支援する事を目的に、看護部の在宅療養支援委員会では、患者が生活の場に戻るとする事の意味を熟考する機会と捉え、各病棟に年間2回以上の実施を目標とした。各病棟で退院後も継続した支援が必要と判断された患者を選択し、患者家族に十分な説明を実施し、訪問をおこなった。実施した退院前・後訪問指導の事例は、在宅療養支援委員会に於いて、支援内容、訪問の気づきを報告した。事例を振り返り、更に介入出来る問題はなかったかなど、情報の共有ならびに支援内容の検討を行った。看護師は実際に自宅で生活をする患者を見ることで、在宅医療に必要なものをイメージでき、退院前の多職種との連携、社会資源の活用、地域との連携や情報のシームレス化をより意識するようになり、新しい業務への活力や楽しさになっている。退院前・後訪問指導は、患者・家族を一方的に支援しているのではなく、看護師の意識の変化、看護技術の向上につながる、質の高い成果を導いている。いずれそれが定着し、組織文化を作る。今回は活動の成果、現状の課題、今後の展望について報告する。

P1-58

行動障害のある独居高齢患者に対する入院早期の退院支援カンファレンスの効果

福井赤十字病院 1-8病棟

〇山田 智美、田中 温子

【はじめに】本院では入院早期より在宅退院にむけて準備が行えるよう、入院7日以内に患者・家族・多職種を交えた初回介護支援連携指導カンファレンスを行っている。今回緊急入院した行動障害のある患者に対し行った入院早期の退院支援カンファレンスの効果について3段階プロセスで振り返り明らかにする。【事例紹介】90歳代女性。急性胆嚢炎で緊急入院。多数既往有り本院外来に通院。入院前は週2回の訪問看護と訪問介護を利用しなんとか在宅療養できていた。被害妄想や行動障害があり家族・親戚とは疎遠。【経過と看護実践】第1段階。入院時本院の退院支援スクリーニング表を用いたアセスメント。前回入院時の情報、在宅スタッフから入院前の情報収集を行い退院支援が必要と判断、カンファレンスをセッティングした。第2段階。入院3日目に主治医・介護支援専門員・訪問看護師・退院支援部長・病棟MSW・家族・病棟看護師が参加し初回介護支援連携指導カンファレンスを開催、医療上・生活上の課題の抽出を行った。参加者全員がA氏は長期入院による弊害が起こると予測した。早期自宅退院に向けて問題点を明確化し在宅スタッフと病棟スタッフが共同で退院目標を立案した。第3段階。医療上の課題に対し認知症サポートチーム介入・ストレス科受診し内服調整を行う。生活上の課題に対しADL低下防止、自己インスリン指導、内服指導を行った。退院前カンファレンスでは利用サービスを見直し、退院の段取りを決め自宅退院できた。【考察】早期に多職種間でのカンファレンスを行うことで医療スタッフ・在宅支援スタッフが患者の在宅療養のイメージを持つことができた。そして各スタッフが在宅退院を意識し協同立案した計画を早期から実践したことで時期を逃さず退院できたと考える。

P1-60

当院におけるポリファーマシー対策（第2報）

深谷赤十字病院 薬剤部

〇佐藤 咲、豊田 倫之、富施 哲也、根岸美由紀、麻生 一郎

【はじめに】ポリファーマシーは薬剤関連有害事象の増加に関連があり、その解消には薬剤師の積極的な介入が重要とされている。前回の総会にて、当院のポリファーマシー対策と薬剤総合評価調整加算の現状について報告した。その中で、不適切処方処方のスクリーニングツールの作成・活用を検討課題とした。今回、当院の現状に則したスクリーニングツールを作成・活用したポリファーマシー対策を報告する。【方法】異なる2つの期間における入院患者を対象に、(1)対象患者数、(2)内服薬削除提案数、(3)内服薬削除剤数を調査した。条件として1.（期間：平成29年9月11日～25日、年齢：75歳以上、ツール使用時期：初回面談時）、2.（期間：平成30年1月22日～2月5日、年齢：65歳以上、ツール使用時期：初回面談時と内服再開時）とした。【結果】条件1では、入院患者225人のうち(1)41人、(2)1剤、(3)0剤であった。全入院患者に占める対象患者の割合が18.2%と低く、また、内服中止患者数が24人であったため、条件を変更し、再度調査した。条件2では、入院患者358人のうち(1)106人、(2)5剤、(3)3剤であり、増加がみられた。しかし、内服再開時の見過ごし等があり、ツールを適正に使用できた割合は24.5%と低かった。【考察】対象年齢を変更したことで、対象患者数の増加が得られたが、一方でツール適正使用患者数が少なく、原因として薬剤師の本ツールに関する理解不足や業務体系に不適なツール使用時期の設定が考えられた。最終的に薬剤削除提案数の増加を目標とするためには、まずは本ツールの適正使用が重要であり、薬剤師への再教育、ツール適用時期の変更等を行いながら、当院に最適なポリファーマシーツールの作成・活用を検討すべきと考える。