

P-5-7

効率的な地域包括ケア病棟運用の取り組み

三原赤十字病院 看護部

○大畠 玲子、永谷真理子、新谷 千尋、木曾登志江、原 照美、重松 公保

自施設では、2014年10月より五病棟のうち一病棟を一般病棟から地域包括ケア病棟に転換し運用してきた。しかし、DPCの入院期間3を越えて退院する患者割合は月平均47%であり、病院経営に貢献できない状況となった。そこで2019年5月より新たに、地域包括ケア病棟を増設し運用することになった。地域包括ケア病棟を効率的に運用するためには、多職種と協働し情報を共有することが重要である。そのために、共通認識を固めながら、効率的に患者移動を行うことができるように、患者のADLと認知症評価を含めた病室配置表を作成した。運営状況の定期的な報告、ルールの見直しや将来を見据えた更なる病棟再編検討のため、病棟管理委員会を中心とした組織体制も見直した。従来の病棟管理は、MSWと看護副部長が週1回各病棟のラウンドを実施し、病棟師長はラウンドまでに医事課からのDPC状況が記された資料をもとに移動可能な患者を選定していた。判定会議はMSWと各病棟師長のみで開催していた。地域包括ケア病棟の運用状況は、病床利用率86%以下で推移していたので、新たな地域包括ケア病棟設置に向けて効率的な病棟運営を行うために、医師、看護師、理学療法士、医事課による入院判定会議を開催し、より経営に貢献できる運営を構築していく必要があると考えた。判定会議は医師の参加が望ましいが、調整が難しいため、判定会議の結果を毎日報告し、了承を得ている。病棟管理に関する病院全体のルールを明確にし、診療科別の病棟運営から患者の状態別の運営にシフトする方向で検討した。患者の背景、状態などを全員が把握するために、病室配置表に患者ADLと認知症評価を記入した結果、多職種も病棟管理に介入しやすくなり、各職種の意見も交えた病棟運用に繋がりを、病床利用率も90%を超えるようになった。

P-5-9

病棟と入退院支援室が協働する患者支援

名古屋第二赤十字病院 患者支援センター 入退院支援センター

○高橋 やよい、宮田奈津美、中内真由美

【はじめに】高度急性期機能病院に入院する患者は、症状が安定した段階で退院・転院となる。A病院では、患者の身体的・社会的・精神的側面と、退院後を見据えた最適な医療を提供するPFM(Patient Flow Management)を導入し、安心・安全を担保しながら、短期間での退院・転院を目指している。入退院支援室に配属されている退院支援専従看護師が、担当病棟の退院困難患者の退院・転院支援を行っている。しかし、退院支援は退院支援看護師が行うものという認識が強く、十分な支援が行っていない現状があった。そのため入退院支援看護師と病棟との協働で取り組むことで、退院支援患者数が増加しより質の高い退院支援を行うことができたので、ここに報告する。【結果・考察】1日平均入院患者は60人で、退院支援看護師による支援患者は月約400件であった。患者カンファレンス・情報共有の方法を変更したことで、病棟スタッフも退院後の生活に目を向け、退院困難な要因を抽出することができるようになった。その結果、病棟と協働した退院支援を行うことで、退院支援患者が月約1000件へ増加した。患者が治療後、元の生活を送ることができるとは、看護師にとって喜びであり、目指す看護ケアである。また自分たちの看護の結果が、退院支援患者数に結びつくことでモチベーションの向上にもつながった。病棟スタッフと情報共有し退院支援を行う事でより質の高い退院支援を行う事ができるようになった。【まとめ】超高齢化社会に向け地域包括ケアシステムの構築が行われている現在、患者やその家族が安心して地域で生活できるように、病院スタッフ全体で患者支援を行っていくように今後も取り組んでいきたい。

P-5-11

認知症により過食を繰り返す独居高齢者への退院に向けた多職種連携

清水赤十字病院 看護部・地域医療課

○八木 だい地

【はじめに】認知症を持つ高齢者は増加しており、在宅や入院中においても多職種連携の重要性は増している。過食による入院を繰り返す独居高齢者に対して、栄養士や施設スタッフと連携して退院支援を行う症例を経験できたので報告する。【症例】80歳代、女性、日常生活自立度A2、要介護度2[主訴]嘔気[現病歴]2019年3月に当院に入院していたが、退院当日施設で一度に多くの食事をとった。その翌日早朝より嘔吐、発熱みられ肺炎、胃腸捻転にて入院となった。【既往歴】認知症、食道裂孔ヘルニア、胃拡張、過食症[家族背景]夫とは死別しており、息子が3人いるも長男は神戸在住、次男は死別、三男は神奈川県在住と家族の協力を得るの難しい。【生活状況】自宅では独居生活であり、認知症対応型グループホームへのショートステイ、認知症対応型通所介護を利用している。認知症のため家で一人になると冷蔵庫の中身を一度に全て食べてしまうことも過去にあった。【臨床経過】腹部CTにて胃内液体貯留著明に認め、入院日に胃管挿入し胃内減圧を図った。翌日にはEGD行い、内視鏡的に胃腸捻転を回復し、その後食事再開し嘔吐なく経過良好。【看護の実践】以前過食により入院した際、退院時に写真付きの栄養情報提供書を施設に配布していたが、今回も施設での過食により再度入院した経緯からみても、食事摂取に対する施設職員の理解度が不足していると考えられた。そのため今回の入院では、過食を防止するために施設職員に対し、栄養士と看護師が協働して食事指導を行い、一回量を減らす等の工夫を行った。【結論】患者本人だけでなく施設職員への食事指導を行う等、多職種間で連携を図りながら再発防止に努めていく必要がある。最も患者に近い存在である看護師がその他職種連携の中心となってチームをまとめていく必要がある。

P-5-8

在宅療養に不安を抱える家族支援～多職種で支える在宅移行支援～

京都第二赤十字病院 看護部

○高木 敦子、浅沼七七子、佐竹 佳苗、守井 千尋、川合 幹子

【はじめに】A病棟は周術期や内視鏡治療を受ける患者など急性期医療を担っている。その一方で終末期にある患者への関わりも少なくない。「最期は家で過ごしたい」と患者が希望するが実現できないケースも多い。要因として家族の介護への不安や社会資源の情報不足など様々な問題が考えられる。今回は、多職種が連携し自宅退院を迎える事ができた事例を報告する。【事例紹介】50代男性、直腸がん末期。通過障害に対しイレウス解除術施行予定であったが腹痛播種が強く姑息的に減圧目的の経胃イレウス管を挿入。イレウス管刺入部漏れが多く創処置が必要。疼痛による睡眠障害があり疼痛コントロール中。「家に帰りたい」という希望が強い。妻はほぼ毎日面会に求られている。二人暮らしであることから妻は、自宅退院への不安は強いが本人の希望を叶えてあげたい気持ちはある。【支援の実践】看護師は毎日面会に来られる妻の不安を表出できるように環境調整し傾聴した。妻より「不安が多ければ退院を前向きに考えたい」という発言と笑顔もみられた。退院に向けて創処置方法を当院WOCNへ相談しスタッフ間で手技を確立した。退院支援課と密な情報共有を行い、退院時の状態をアセスメントし在宅医や看護師の訪問頻度を調整した。妻同席のもと退院前カンファレンスを実施。在宅でもケアが継続できるように訪問看護師と妻へ創処置方法を指導した。往診医から「困った時はいつでも連絡して下さい」と妻への声掛けもあった。その後退院の日が迎えられた。【考察】在宅療養に不安を抱える患者、家族に対し看護師は常に寄り添い、思いを表出できる環境を作ることが重要である。安心できる在宅療養を整えるため、看護師が架け橋となり多職種と連携することが必要である。

P-5-10

NICUからの退院支援～医療的ケアが必要な子どもの在宅医療へむけた連携～

北見赤十字病院 看護部

○鹿又亜由紀、小川 利佳、渡辺 恵子

新生児医療の進歩で生命予後は改善されるなか、医療的ケアを必要とする子どもが増えている現状がある。NICU(neonatal intensive care unit:新生児集中治療室)からの退院支援は、入院早期から退院を見据えての、患者指導・環境調整が重要であり、在宅医療を必要とされる場合には、患者とその家族を支える他職種が連携し支援していく必要がある。今回、当院NICUで出生し医療的ケアを必要とする2歳になる子どもを、他職種との連携のもと、在宅医療へ移行させることができた。NICU内で行った退院前の支援は、ファミリーセンタードケアに努め、入院から退院を視野に入れた関わりとして、在宅への思い・不安の傾聴、相談や在宅イメージ化への情報提供を計画的に勧めた。また、両親へ医療的ケア(吸引、気管切開部の管理、胃瘻栄養注入管理)の実践指導を行い、面会時間の環境調整、姉妹・祖父母面会、宿泊体験を行う事で、在宅への意識付けを図った。他職種との主な連携内容は、医療的ケアの習得状況、家族の意思決定支援、社会資源の活用などで、他職種カンファレンスを行うことで情報共有した。地域保健師、訪問看護師、在宅支援コーディネーターと共にNICUスタッフも同行しての退院前家庭訪問も行った。今回医療的ケアが必要な子どもとその家族への退院支援に関わり、医療的ケアが必要な児が家族の一員として、在宅で生活していくためには、家族の生活に寄り添い、継続した看護・支援が受けられるよう、多職種が連携していくことが必要であることがわかった。

P-5-12

青木ヶ原樹海での自殺企図者に対する退院支援

山梨赤十字病院 地域医療連携室

○初鹿野美穂、傘木 希音、篠塚 讓、三浦 和美、小林恵理子、権守 泰代、今野 述

【目的】山梨県の富士河口湖町と鳴沢村をまたいだ青木ヶ原樹海には、県内外から自殺者企図者が多数来る。当院は富士河口湖町にあり自殺企図者が救急搬送されてくるが、精神科がないため退院支援を進める上で対応に苦慮することも多い。今回、直近4年間で救急搬送された自殺企図者に対してMSWが介入した症例をまとめ、その退院支援について検討した。【方法】対象は平成27年～平成30年に救急搬送された自殺企図者のうち、MSWが介入した7名。調査項目は1、年齢、2、性別、3、居住地、4、入院期間、5、自殺企図理由、6、支援が必要となった問題、7、退院先。【結果】1:男性4名、女性3名。2:20代1名、50代4名、60代1名、70代1名。3:県内0名、県外7名。4:0日～10日2名、11日～20日3名、21日～30日1名、41日～50日1名。5:人間関係5名、病氣1名、死にたいと思った1名、不明1名(複数回答あり)。6:経済5名、住居4名、仕事3名、家族関係5名(複数回答あり)。7:自宅4名(うち当地域で生活1名)、娘の自宅1名、ホテル(退院後自殺)1名、不明1名。【考察】当院には精神科がないため、患者の精神状態の評価や再度自殺企図の可能性がないかの判断に苦慮した。退院後に自殺した症例もあり、退院後のフォローを誰がどのように行うかの検討しなければならないと考えた。また、今回の症例はすべて県外者であった。その場合県をまたいでの支援となり、社会資源の把握が困難、キーパーソンとの連携が不十分、行政の対応が地域によって異なる、などの理由から退院支援を行う上で困難さを感じた。自殺企図者に対する支援内容は多岐に渡るため、県内外の多職種が連携しながら退院支援を行う必要がある。

一般演題(ポスター)抄録
10月18日(金)