

P-7-40

地域包括ケア病棟における患者参画型看護計画の効果

大分赤十字病院 看護部

○三田村 健治、後藤 純子

【目的】A病院では2018年4月より地域包括ケア病棟を導入し、リハビリや内服管理、医療的処置の指導など患者が退院後も不安なく療養生活が送れるよう取り組んでいる。地域包括ケア病棟において、健康管理への意欲向上に「患者参画型看護計画」が有用であるのか検討したので報告する。【方法】地域包括ケア病棟転入時、Health Locus of Controlの尺度（以下HLCと略す）にて内的統制度を点数化。その後患者の希望も考慮し、患者とともに看護計画を立案。毎日担当看護師が看護計画と一緒に見ながら、目標の達成状況を確認、頑張りや認め、改善点などを提案した。また1週間おきに看護計画を患者と共に評価・修正した。退院前に再びHLCを測定、研究者が作成したアンケートに回答してもらった。【結果・考察】患者参画型看護計画の活用前後でHLC点数は7人が上昇、1人は変化なく、1人は低下した。HLC総得点の平均点は、転入時は41.9±7.9点、退院前は45.1±6.8点で、 $P=0.020$ （* $P<0.05$ ）で有意差を認めた。患者参画型看護計画の導入により患者の内的統制は高まったと考えた。また退院前のアンケート集計でも、看護計画を知ることでの自分の目標や取るべき行動が理解でき、目標達成のための行動につながったと多くの患者が回答しており、「患者と看護師が接する機会が増える」「患者の自己効力感が高まる」「看護師が統一した方針で関わることができている」ことが効果的であったと考えた。【結論】1. 地域包括ケア病棟において、患者参画型看護計画の活用は、患者の内的統制を高める。2. 地域包括ケア病棟での患者参画型看護計画の活用により、研究対象者の9人中8人が、目標達成に向けた行動を取ることができたと考えた。

P-7-42

30代の心不全患者に対する心不全アセスメントシートを活用した退院支援

庄原赤十字病院 看護部

○堀野 涼子、富吉めぐみ、三宅 杏奈、湯浅 知恵、石川三奈代

【目的】当病棟では、平成27年4月より心不全の病状や要因を抽出し退院支援につなげるため、心不全アセスメントシート（以下アセスメントシート）を入院時に活用している。今回、軽度知的障害のある30代心不全患者に対し、アセスメントシートを活用した退院支援の重要性を報告する。【症例】30代男性、初回心不全にて入院され、無口で無表情のことが多く、軽度知的障害があり、病識が低いため、退院後の生活について指導が必要である。【結果】アセスメントシートを活用し、患者の身体的・精神的状態に対してカンファレンスを行い、患者・家族のニーズに合った生活指導を行った。また、経過をトラジェクトリに乗せて振り返ることで、二つのカテゴリに分類することが出来た。1. 無口で怒ることが多く、検査にも否定的であったことが問題として考えられ、本人が自分の思いを表出することを目標とした。看護師の関わりとして、日常生活の中で関係性の構築を目指した。また、医師とともに検査のペースや方法の調整を行った。成果として、隠れて喫煙や間食をしていることを正直に話されるようになり、納得して検査を受けることができた。2. 喫煙や生活管理ができないことが問題であり、生活管理が自分でできることを目標とした。看護師の関わりとして、患者が退院後も継続できそうなことや母親の協力的体制を把握し情報共有した。患者に合った生活指導パンフレットを作成し患者と母親に指導を行った。成果として、指導後、前向きな発言が患者、母親から声を聞くことができた。【考察】アセスメントシートを使用し、患者の全体像の把握と問題の抽出、情報や目標を共有することで、患者の思いや理解に合わせた指導が行え、退院後の生活をイメージした支援に繋がったと示唆される。

P-7-44

疼痛コントロールに苦渋しながらも痛みと共に感じ関わり続けた一事例

岐阜赤十字病院 看護部¹⁾、岐阜赤十字病院 消化器内科²⁾

○北原 多恵¹⁾、平光 慶子¹⁾、多田 里美¹⁾、松下 知路²⁾

【はじめに】MaCafferyは「痛みとは、それを体験している人が痛い」と訴えるもの全てである。それは、痛みを体験している人が痛みがあるというときはいつでも存在している」と定義づけている。今回疼痛コントロールで入院した患者と関わった。患者は退院を考え始めてからレスキュー回数が増え、オピオイドの増量やスイッチングをしたが回数は大きく変らなかった。不安による痛みの閾値の低下について考えると同時に、緩和因子を探しながら、患者の痛みと共に感じ関わり続けた過程を振り返った。【患者紹介】60歳代、女性、上行結腸がん、S状結腸がん、術後再発。左脇腹に鈍痛が出現し同部に腫瘍を認め疼痛コントロール目的で入院となった。【看護の実践】入院後1週間でオピオイド増量後オキシコドンからヒドロロモルフォンへのスイッチングをレスキューは2回/日となったが、退院の準備が始まると5回/日に増加した。退院後の生活や痛みの増強に対する不安が閾値を下げていくと考え、不安の軽減に努めたがレスキュー回数に変化はなかった。痛みが日中のみであることや、レスキュー使用時に苦痛表情がない時があり効果判定に苦渋したが、痛みの訴えには速やかにレスキューを使用した。患者からは安心感を得ている言葉があり、臥床時間が長くなり活動が減少してからは、使用回数が4回/日以下に減少した。その後も患者の言葉と共に感じ、鎮痛手段を考えるという同感を示し続けた結果、レスキュー回数は増加しなかった。【まとめ】1. 痛みの増強因子、緩和因子を確認し総合的に考えることで、患者の痛みを共に感じ理解しやすくなる。2. 患者の痛みと共に感じ関わり続けることで、患者は安心感を得、思いを表出しやすくなり、疼痛コントロールの一助となる。

P-7-41

服薬アセスメントシートを用いた高齢患者への服薬指導

山梨赤十字病院 看護部

○坂本 梨絵、古地 由実、渡辺 千恵、大森 留梨、小沢 淳子

【はじめに】患者が薬物療法の意義を正しく理解して処方通りに服薬することが必須であるが、高齢者においてはコンプライアンスの不良がしばしば問題となる。当院でも指示通りに服薬しておらず、疾患の増悪による入院が多数見受けられる。服薬アセスメントシートを使用し、高齢者の服薬自己管理指導に有用であるとの結果が出ていた研究を元に、服薬自己管理を目指せるように支援したいと考えた。【研究目的】1. 服薬アセスメントシートを用いて、服薬の自己管理が可能か判断。2. 服薬の自己管理が可能と判断された患者が実際に自己管理できるのか確認。3. 服薬自己管理が出来ない原因を分析。4. 自己管理に向けて指導。【研究方法】自宅退院を目指す65歳以上かつ認知症がない患者を対象、服薬アセスメントシート段階A、および自己管理訓練可能と判断された段階Bの患者。【結果】研究対象者46名中、段階Aは22名、段階Bは17名。【考察】段階Aの患者は自己管理が可能。10%の患者は自己管理訓練で可能。自己管理訓練可能と判断された患者に支援内容をアセスメントして介入することで、患者自身が服薬行動を意識することができた。患者の入院前と退院後の管理方法の確認し、指導していくことで、服薬を自己管理することでき、服薬指導することは有意義。【結論】服薬アセスメントシートを用いての内服自己管理の評価が可能。【まとめ】自己管理訓練可能と判断された患者に支援することで、自己管理が可能となった。

P-7-43

人生の掛け軸掲示による病棟スタッフの意思疎通困難患者に対する関わりの変化

川西赤十字病院 看護部・療養病棟

○秋和 好子、横山まゆみ

【目的】A病院療養病棟は、入院患者の約5割が意思疎通困難な患者が入院している。そのような患者との関わりにおいて、挨拶などの簡単な声掛けに留まっている傾向がある。先行研究を参考に、患者の生活史を把握することで、患者とのコミュニケーションがより活発になるのではないかと考え、患者が最も輝いていた頃の写真と幼少期から病前までの生活史について明記した人生の掛け軸を作成し掲示することにより、病棟スタッフの意思疎通困難な患者への関わりに変化があるかを明らかにするために研究に取り組んだ。【方法】1) 掛け軸作成対象者は、同意が得られた家族4名から写真を持参してもらい、元気な頃の情報を得た。その写真と情報を元に掛け軸を作成し患者のベットサイドに掲示した。2) 病棟スタッフへ、掛け軸を掲示し約1か月経過後、インタビューガイドに従って、30分程度の半構成的面接法を行いカテゴリ化した。【結果】病棟スタッフ16名へ半構成的面接法を実施したコードは125個であった。掛け軸掲示前のカテゴリは、<元気な頃がわからない><反応の薄い存在><事務的な関わり>であった。掛け軸掲示後のカテゴリは、<元気だった頃のイメージがでる><身近に感じる><関心が高まる><会話が増える><元気な頃に近い><個性のあるケアの提供と患者の反応への期待><反応を得られる喜びを感じる><見方・関わりに変化はない>であった。【結論】意思疎通困難な患者の元気な頃をイメージし、患者を身近に感じ、関心が高まる。それにより、患者に話しかける話題が増え会話も増えた。また、個性のあるケアの提供に繋がり、患者の反応や変化を期待しスタッフの行動やケアへの気持ちの変化が生じ、患者とのコミュニケーションが活発になったと考えられた。

P-7-45

大動脈解離を発症した患者に対する日常生活指導

福井赤十字病院 看護部

○加藤 万糸、布谷喜代美、田中めぐみ、松田美由起

【目的】大動脈解離を発症した一症例に対して行った日常生活指導をプロチェスカの変化ステージを用いて分析し、生活習慣を改善し再発予防を行うための有効な看護援助を検討する。【事例紹介】A氏60代男性。入院歴、既往歴なし。急性大動脈解離(Stanford B型)を発症し降圧・疼痛管理目的にICUに入室。【看護介入と経過】無関心期: 5日目日に一般病棟へ退室。急な発症に恐怖と混乱があり指導しなかった。関心期: 7日目日から心臓リハビリテーションを開始。生活上での注意点を知らないと言葉、まずはA氏が気にしている便秘について介入。準備期: 9日目からパンフレット使用し内服管理や日常生活の注意点について指導を開始。内容は理解されたとみていたが指導開始2週間後に指導内容への理解不十分と思われる発言があった。理解度を確認しつつ退院後の生活をイメージしその中の管理方法をA氏自身に決定してもらうように指導を修正した。A氏、妻、医療者と相談し、自宅での管理方法を決定し退院した。実行期: 退院後17日目の外来受診時に面談。自分で継続できる方法を選択し管理できていたが、こまごま管理を「やめてしまいたい」との発言もあった。【考察】A氏に対して変化のステージの準備期から指導を行った。その中で関心はあるが、まだ実行への意思に欠ける関心期に戻ったと思われる発言が聞かれたため、再発予防のためには生活のどの部分を改善すべきかを患者主体で考え管理方法を決定してもらうよう指導を修正した。実行期では行動変容できていたが、それをやめたとしても思いもあり、患者は生きつ戻りつしながら生活習慣を変化させていることが分かった。