

02-12

独居の末期がん患者への在宅支援 ～事例を通して学んだこと～

福岡赤十字病院 訪問看護ステーション

○小野原 智香子、井手 麻利子、尾ノ上 美香、前田 静子、石橋 一代

【目的】独居末期がん患者4事例への関わりを振り返り、在宅支援の在り方を考察し、今後の在宅における看護介入の示唆とする。

【方法】研究デザイン：質的研究、事例研究。対象：平成25年1月～平成25年8月の間にAステーションで在宅支援に関わった、独居の末期がん患者4事例。4事例の訪問看護記録や担当看護師への聞き取りから患者の背景や支援経過の情報を収集し、文献を基に支援内容を分析した。

【倫理的配慮】本研究は、A病院の倫理審査委員会により承認を得た。

【結果】分析の結果、二つの方向性が見出された。一つ目は、独居末期がん患者の在宅支援には、病状や生活のニーズをアセスメントし、在宅支援チームと連携してケアの調整をすること。二つ目は、訪問看護師は常に患者の意思決定を支援するように努めることである。

【考察】在宅ホスピスケアでは、多職種間での連携が重要であり、その役割を中心的に担って調整するのは訪問看護師である。本来家族が担う役割を経済面や公的サービスの制限など難しい条件の中で補完していくことで、独居でも可能な限り在宅で過ごすことができる。また、訪問看護師は傍観者として存在するのではなく、専門的立場から知識や情報を具体的に提供した上で、患者の選択を支援することが大切である。そのためには、在宅カンファレンスなどを実施してチーム間の死生観のずれに介入し、患者の意思を尊重する関わりができるように調整することが重要である。

02-14

外来看護サマリーの活用における現状と課題

武蔵野赤十字病院 看護部

○君野 蘭子、松岡 英祐、下橋 千賀子

【はじめに】当院では「退院後も継続する医療・看護のニーズが高いケース」に対し、外来とスムーズに連携するために看護サマリーを作成し、入院中の関わりを活かして退院後も継続的に介入できるようにしている。作成した看護サマリーの外来での活用の実態と今後の課題を明らかにすることを目的とした研究に取り組むこととした。

【研究方法】研究対象は当院外来看護師10名。データ収集期間は平成25年8月19日～9月25日。看護研究推進委員会の倫理審査を受け、看護サマリーに関する6項目について独自に作成した記述式アンケートを用いてデータ収集を行い、得られたデータを単純集計した。

【結果】外来看護師の対象者は10名、回答を得られたのが7名で、回収率70%。サマリーに対する満足度は、「大変充実している」「充実している」が86%であった。情報提供に関して6項目中5項目は70%以上が「充実している」と回答。しかし「説明及び受け止め方」の項目については42%が「不足している」と回答した。

【考察】外来では、主に化学療法を継続するために受診する者が多く、その大半が延命目的である。そのため、治療や病状への受け止め・不安の具体的な内容について記載することで、外来で患者・家族が治療を継続していくための関わりやすくなる。さらに、病棟からの十分な情報を得ることによって外来でのケアの質の向上、外来から再入院した時の引継ぎ内容の充実化が図れるのではないかと考える。

【結論】「説明および受け止め方」の項目に不足と感じていることが明らかになった。

継続的なケアを行うため、情報共有や看護サマリーの内容の充実をはかっていく必要がある。

02-13

退院支援カンファレンスによる看護師の意識向上

仙台赤十字病院 医療社会事業部¹⁾、看護部²⁾

○広瀬 和之¹⁾、四ノ宮 康子¹⁾、谷藤 幸好²⁾、大棒 美香²⁾、加藤 千恵²⁾

【はじめに】療養支援ナース委員会発足を機に、病棟看護師が一層退院支援に取り組めるよう体制整備を図ることを目的し、MSWが中心となり定期的なカンファレンスを実施している。今回、退院支援の充実に役立てるために看護師へ調査を行い、効果について検証した。

【方法】A病院B病棟の看護師を対象にインタビュー調査を実施した。

【結果】病棟看護師からの定期的なカンファレンスに対する効果として「定期的に行うことで退院支援の進捗状況を把握し易く安心」、「退院支援を依頼する時期に迷うことが少なくなった」、「支援の情報共有ができてくると実感する」といったことが挙げられた。また、「退院後の患者の療養生活に目を向けるようになった」、「アセスメント時に社会資源の利用について意識するようになった」等、患者の社会背景に対する意識の変化についても把握することができた。

【考察】カンファレンス導入前は患者の退院直前に病棟からの依頼があり、支援不十分にて退院するケースがあった。また、病棟との情報交換が不足していることにより、患者に対する支援の内容が正しく共有されていないことが少なくなかった。この結果、支援が十分に行われず患者が安心して退院できないことに繋がると考えられた。今回定期的なカンファレンスを導入したことにより、退院支援部門と病棟看護師の円滑な患者に対する情報交換とMSWが取り組む支援内容と看護師が行う看護への相互の共通理解、そして退院支援に対する意識の向上が見られたといえる。

【おわりに】退院支援は退院支援部門のみでは完結できず多職種がチームとなって取り組まねばならない。今後は他の病棟にもカンファレンスの実施を呼びかけ、退院支援の充実に努めていきたい。

02-15

退院支援マニュアル活用の成果

～相談室まかせから、チームで行う退院支援へ～

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター¹⁾、看護部²⁾

○乾 尚美¹⁾²⁾、渡邊 貴子¹⁾、佐伯 沙羅²⁾、金井 緑¹⁾、持松 泰彦¹⁾

【はじめに】横浜市は、全国平均より急ピッチで高齢化が進み、高齢者の支え手不足は深刻である。「24時間365日救急車を断らない」を掲げる病院にとって、退院支援のニーズは高い。しかし病棟では方向性の定まらないまま、相談室に退院調整を依頼し、患者・家族は「病院を追い出された」と納得が得られないこともあった。そこで、退院支援マニュアル（以下、マニュアル）を、看護部と相談室共同で作成した。マニュアルの活用を推進し、チームで退院支援を行うことで得られた成果と今後の課題を報告する。

【方法】平成24年11月に退院支援WGを立ち上げ、平成25年8月よりマニュアルの運用を開始した。1) 師長会でマニュアル作成過程と成果を報告2) 各病棟医長が参加する病棟運営委員会でマニュアルの周知と成果を報告3) 看護係長会の退院支援グループが中心となり部署での活用を推進4) キャリア開発ラダーレベル3を目指す看護師を対象に、退院支援コースを立ち上げ、実施。

【結果】相談室介入依頼数は、年間684件増加した。退院調整加算・介護連携指導料算定数は、増加しその後6ヶ月目で減少した。ラダーコース参加者から、「退院支援は相談室が行うものから、みんなで取り組むものに変化した」「患者の意思を尊重したサポートが必要」「患者・家族が納得のいくものとなる支援ができた時やりがいを感じる」などの感想が聞かれた。

【考察】相談室介入件数の増加やラダーコース参加者の反応から、退院支援に対する意識は向上したと考える。しかし、患者の重症化、病床利用率の上昇する6ヶ月目の時期は、フローチャートに沿った支援ができておらず、今後も継続的に取り組みが必要であることがわかった。