

## PA-040

### 訪問看護ステーション研修導入の意義と今後の課題

さいたま赤十字病院 相談支援課

○吉澤 絹子、竹下 不二子、寶代 好子

【はじめに】当院は地域の中核医療を担う急性期病院であり、重症患者を受入れる事から急性期治療を終えた後も医療・看護・介護を必要とする患者が増えている。患者・家族が安心して退院できるよう、入院早期より在宅療養を視野に入れ、退院支援を行う事が重要である。そこで、退院支援に主体的に関われる看護師の育成を目的とし、看護師が在宅療養の実際を知る訪問看護ステーション研修(以下、研修)を導入したので報告する。

【研修導入までの経緯】平成21年埼玉県訪問看護協議会会長より、訪問看護ステーションとの連携協議の提案をきっかけに、当院を含めた5つの病院の看護師・訪問看護ステーション約20事業所による訪問看護ステーション合同会議を、現在まで7回開催している。会議を重ねる事で“顔の見える連携”が強くなった平成23年、合同会議に於いて研修の受け入れをお願いしたところ、快諾してくれた事で本研修が開始された。研修概要は以下のとおりである。1.研修場所：訪問看護ステーション事業所 2.日数：毎年9月～10月より1日 3.課題：研修前後のレポート 4.参加延人数：年間22名～24名 5.勤務扱：研修 6.参加者：退院調整リクナース・希望看護師・師長・係長・認定看護師。

【結果】研修参加前の当院看護師は、重症患者の医療・処置・看護に追われる業務の中で、退院支援の重要性を理解することが難しかった。しかし、訪問看護師に同行し在宅で療養生活を送る患者の姿を見た看護師は、「患者・家族は、住み慣れた家で暮らしたい。療養環境を整えることで、在宅退院が可能になる」と退院支援の意味を見出し主体的に退院支援に取り組むように変化していった。

【今後の課題】退院支援の実践能力を底上げするためにも、本研修を院内のキャリア開発ラダーの研修に位置づける事が課題である。

## PA-042

### 長期入院患者の在宅支援

#### ～在宅へ退院できた事例を振り返って～

柏原赤十字病院 医療課

○前田 彰子、杉上 恭子、堀池 由美子、白井 貴子、西尾 美保子、堀 明日美

【はじめに】2013年5月17日、麻痺性イレウスでO氏(女性)が入院される。約1年間の入院期間の中で在宅へ退院に向けて様々な問題点が浮かび上がる。住宅環境の問題や介護力の問題、在宅でも必要となる介護・医療に関する問題等。数々の問題点が浮上したが多職種と連携し調整を行うことで在宅への退院を実現した事例を基に報告する。

【目的】今回の事例報告では様々な悪条件の中、多職種と連携することで在宅への退院が可能となったO氏の事例を通して私自身学んだことをフィードバックしながらまとめる。また家族やケアマネジャー、担当看護師にアンケート調査・聞き取り調査を実施することで在宅支援を行い、在宅の良さを伝えながら今後よりスムーズな在宅支援を展開していけるようMSWとしてスキルアップにつなげていく。

【調査】・家族のアンケート調査・聞き取り・ケアマネジャーのアンケート調査・聞き取り・担当看護師のアンケート調査・聞き取り

【結果・考察】ご家族に在宅に帰ることをどう思っていたか。実際に在宅に退院してどうであったか。退院するにあたって不安なことは何であったか。担当ケアマネジャーに病院やご家族と情報共有するのに苦労したことやケアプランを立案する際に苦労したこと。担当看護師のご家族とのやり取りの中での苦労したこと。そしてMSWとして住宅環境の問題や介護力の問題、在宅でも必要となる介護・医療に関する問題に直面した際のように対応し動いたかをフィードバックし、自分の中で学びとなったことをまとめる。アンケート調査や聞き取り調査を行うことで、在宅の良さを学びMSWとして「あの時もまああすればよかった」「これからはこうしよう」と在宅支援を進めるにあたって今後のスキルアップにつながるようまとめていく。

## PA-041

### 高齢患者の内服行為の自立に向けた援助

福井赤十字病院 看護部

○定友 舞、野坂 久美子

【はじめに】記憶障害のあるA氏に対して、独居生活で内服治療を続けていけることを目標に行った看護介入が有効であったかどうかを考察する。

【事例紹介】A氏、70歳代女性。独居、息子が県外に在住。脳出血で入院し、四肢の運動障害はないが地誌失認など高次脳機能障害あり。入院時のMMSEは15点。

【経過と看護の実際】1. 介入前：A氏は服薬に無頓着で看護師に主導されて内服していた。しかしA氏は自宅退院を希望しており、リハビリに積極的になってきたことを期にOTと相談して内服薬の自己管理に向けた訓練を計画した。2. 介入：1) 現在が朝であることと朝のみ食後薬があることへの認識強化。朝のみ食後薬があることを書いた紙をA氏の食器入れにいれ、食前に見られるようにしておき、毎食ごとに「今は朝、昼、夜のいつか?」「薬はあるか?」を質問した。2) 自ら「薬を下さい」と要求する行動の習慣化。「薬を下さいと言いましょ」と書いた紙をA氏の食器入れに貼っておき、A氏が薬の要求をするまで薬は渡さないようにした。3. 結果：8日間連続して1)の質問に正しく回答できたため、次の段階2)に移った。2)についても6日間連続して自ら要求できたが、7日目に病棟管理上の事情により食事場所を変えた後できなくなった。退院先についての息子の要望を入れて再検討し、リハビリ病院に転院。

【考察】内服のための一連の行動を習慣化するために、2つの段階に分けて訓練を行った。A氏はそれらの行動を習得しつつあり、訓練は有効であった。しかし食事場所の変更という環境変化によって行動できなくなっており、現状のまま自宅退院したら内服が出来なくなっていた恐れがある。A氏は転院となったが、自宅での内服管理を目指す場合、今回の2つの訓練に加えて自宅という環境での行動訓練をする必要があると思われる。

## PA-043

### 人工呼吸器装着患者の退院支援

#### ～在宅移行へ向けての家族支援を考える～

高松赤十字病院 看護部

○藤沢 佐加恵、藤本 真由美、藤井 美幸

はじめに人工呼吸器装着という医療依存度の高いケースでも従来は入院治療を余儀なくされていたが、患者家族の「自宅に帰りたい」という当たり前の欲求を満たせるように、1990年以降の社会保険適応の開始や2000年の介護保険施行により、患者家族の望む療養の場が広がった。しかし在宅療養に向けて患者家族の不安は大きく、介入に必要な知識と技術についての細やかな指導が必要不可欠である。当病棟でも人工呼吸器を装着する患者の在宅療養への移行を今までに3事例経験した。それぞれの経験を積み重ねる過程において、より個別性に応じたアプローチを体系化させることができたので報告する。支援の実際アプローチの体系化として、次の7項目が挙げられた。1. 患者家族の意思決定支援と療養先の選定 2. 医療行為・介護技術の習得 3. 在宅における療養環境の整備 4. 院内宿泊による模擬在宅療養体験 5. ケアマネジャーと行う介護支援連携 6. 在宅医・訪問看護師などによる退院時共同指導 7. 在宅療養環境の確認と調整おわりに人工呼吸器装着患者の在宅退院支援を3事例経験したことで、退院支援の在り方と個性に合わせたアプローチ方法を体系化させることができた。主となる介護者におこなう退院指導の中でも、とりわけ初回に作成した退院指導マニュアルを個性に合わせ改良を重ね視覚的に理解しやすいものとした。また在宅療養に関わるすべてのスタッフが活用できる内容とするなど創意工夫したものであった。今後は“地域の医療介護支援者”とともに自宅を訪問し在宅療養の実際を確認・調整することで、提供した支援の有効性を確認し今後の退院支援の充実につなげていきたい。