

講演Ⅱ 在宅療養に向けた入院中の準備について

～病棟看護師の役割～

公立芽室病院 2階病棟看護師

田島 真美・鎌田 亜紀

まず初めに簡単な病棟の概要を説明させていただきます。

2階の病床数33床、うち包括病床数15床あります。

内科、整形、小児科、眼科があり、小児から100歳代までの幅広い年齢層の方が入院しています。

この地域包括病床というのは病状が安定した後、安心してご自宅に帰るためにお身体の状態を整え、ご自宅での生活準備を行うために入院する病棟です。入院可能な日数は60日あり、地域住民のために可能な限り早めに退院調整を行い元の生活に戻れるよう支援する病棟というのが私の所属する2階病棟の特徴です。

高齢の患者さん、認知症の患者さんも多く日常の業務に追われながら退院支援の役割を担っているといえます。

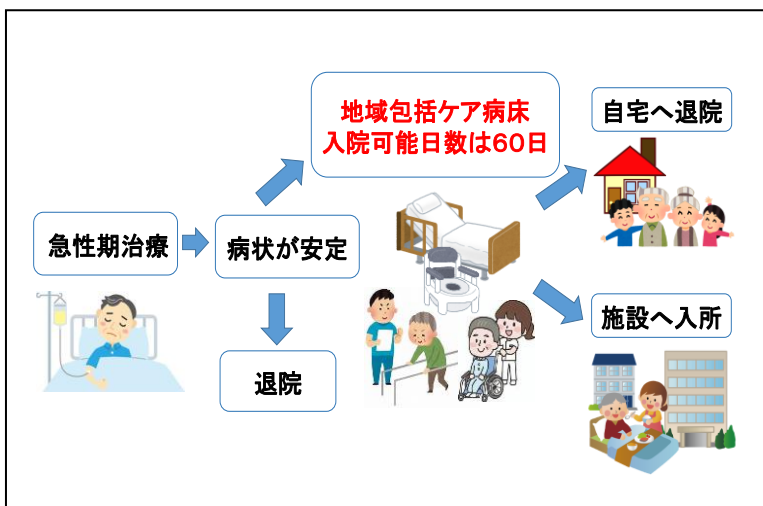
皆さんもご存じの通り少子高齢社会が進んだ現在、入院して治療を行い、退院後も地域の中で高齢者を支えていくため在宅医療が重要視されています。それを担うのが包括病床の大きな役割です。

では具体的に当院での在宅医療に向けた準備について詳しくお話したいと思います。

まず患者さんが入院したら、当院独自に作られた、入院時間診票に沿って情報を収集します。連絡先、家族構成、既往歴、日常生活の自立度、介護保険、介護サービス内容、退院先の希望。職業、退職前の職業も確認しています。

2階病棟の概要

- 病床数33
- 地域包括ケア病床15
- 内科・整形・小児科・眼科の混合病棟



入院時間診票の内容(一部抜粋)

職業(退職前の職業)	連絡先		
家族構成	既往歴	介護保険	薬剤管理
日常生活自立度(食事・排泄・入浴など)			
介護サービス内容	退院先の希望		

現役を退かれた方は退職したのに記入しなきゃならないのかと思われる人も多いかと思います。職業を確認する理由は、その患者さんを知るために重要な情報になります。例えば営業職をやっているかたはお話好きだったり外交的な方が多い印象があり、農家さんだと家族は夏場忙しい方がほとんどです。職業ですべてを判断するわけではないですが、患者さんの人柄や大切にしているポリシーが見えてきます。

退職前の職業は患者さんの人柄やポリシーが見え、患者さんを知るために重要な情報です



次に連絡先と家族構成です。

キーパーソンと言って病状説明、治療方針の説明を受け、ご家族の意向を取りまとめて病院とのやり取りをしていただく方を必ず確認します。キーパーソンのみではなく介護に協力できる家族の有無や家族関係は良好なのか、何か問題がないかを確認していきます。ずいぶん看護師さんは根掘り葉掘り聞きたがるなあと感じる方もいると思います。すべての情報を入院すぐ

連絡先・家族構成・キーパーソン



に聞き取りするわけではありません。のちに説明しますが、いわゆる受け持ち看護師が決定したタイミングや病状が安定した際など患者さんと信頼関係を築きつつ、必要な情報を確認していきます。

次に介護保険の有無は重要です。

介護認定が何級なのか必ず確認します。病気や入院によってもともとできていたことが出来なくなったりする場合がありますのでその場合、介護認定の申請や区分変更をする必要が出てきます。

介護保険の有無は重要です

- ・今は何級なのか
- ・入院前に使っていたサービスはあるのか
- ・入院によりできていたことができなくなる可能性はあるのか



介護保険の申請・区分変更が必要

退院先は自宅を希望するのかその場合どこまで何ができるようになれば自宅へ帰れるのかという項目があります。この項目は可能な限り入院時に確認します。入院した時から退院を見据えたかかわりを行えるようにします。家族と退院という目標にむけてともに歩めるように必要なのです。このようなポイントを踏まえ情報収集をしていきます。

入院した時から退院後を見据えた関わり

退院先は自宅を希望するのか
その場合どこまで何ができるようになれば自宅に帰れるのか

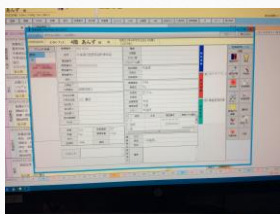


病状にあった情報収集を行いません

電子カルテを用いているため簡単に過去の入院履歴などもみることができ、活用できます。入退院の多い方などは過去の情報が一目瞭然なので情報収集の時間を節約するなど役立っています。


電子カルテを使用

過去の受診歴・入院歴が一目瞭然




患者さんのすぐそばにいるのは看護師であり患者さんと目標を共有し励まし安心して帰れると思えるベストな環境づくりをするのが私たちの役割です。患者さんやご家族との信頼関係を築いたうえで情報収集し不安や悩みを打ち明けられる心のよりどころとなる存在になるよう努力しています。

患者さんが安心して帰れるために



看護師の役割

- 情報収集
- 目標を共有
- 信頼関係の構築
- 患者さんの心のよりどころ

先ほど話した受け持ち看護師について説明します。

受け持ち看護師とは：当院では固定チームナーシングの看護方式をとっております。患者さん一人に対し一人の受け持ち看護師がつきます。受け持ち看護師が休みでもチーム全体で患者さんの看護にあたる方式です。

固定チームナーシング


患者さん一人に対し一人の受け持ち看護師がつきます




入院して間もなく受け持ち看護師を中心に患者さんへの挨拶や家族にも挨拶を行い電話での情報収集をしています。

電話のみではなく、患者さんのご家族が洗濯物を取りに来た機会に確認したりします。入院して間もなく受け持ち看護師を中心に患者さんへの挨拶や家族にも挨拶を行い電話での情報収集をしています。

受け持ち看護師が中心に電話で情報収集



「受け持ち看護師になりました〇〇です。宜しくお願いいたします。」

受け持ち看護師は得た情報から患者さんにあった個別性のある看護計画を作成します。そこにはどこに退院するのか、退院するための課題など具体的に記載されています。この計画をもとにチーム全体で協働します

受け持ち看護師は看護計画の作成

この計画をもとに

チーム全体で協働

看護計画記載例		評価日
看護問題 # 1 歩行できないため自宅退院に不安がある		
目標	長期目標：杖歩行獲得し自宅に退院できる 短期目標：日中トイレまで杖歩行見守りでいける	〇月〇日
観察項目	1. 患者、家族の不安の有無、内容 2. 介護保険、サービス利用の有無 3. 家屋環境（段差、手すりの有無、ベット、など） 4. リハビリ状況 5. 歩行状況 ふらつきの有無 6. 7.	
援助項目	1. リハビリスタッフと相談し段階的にADL拡大 2. 日中は歩行器見守りでトイレへ行く 3. 夜間はポータブル使用（排泄動作自立） 4.	

コロナ禍で直接の面会ができないためオンライン面会を使用し、患者さんへの心理サポートや家族との橋渡しの役割をしています。

オンライン面会では画面越しですが家族の顔を見て感動し涙を流す方もいます、認知症がある患者さんでもオンライン面会ではしゃきっと背筋を伸ばししっかり受け答えし看護師を驚かせる方もいます。家族の顔を見てリハビリ頑張るとやる気が出る患者さんもあります。

入院して一週間以内には一回目の話し合いを行います。話し合いを私達医療者はカンファレンスと言います。カンファレンスを行い他スタッフと情報共有、症状が落ち着き次第中間カンファレンスで家に帰るための課題をあげ解決方法を話し合います。出来るだけ自宅に退院できるよう得た情報をソーシャルワーカー、リハビリスタッフ、ケアマネージャーなどと情報を共有します。

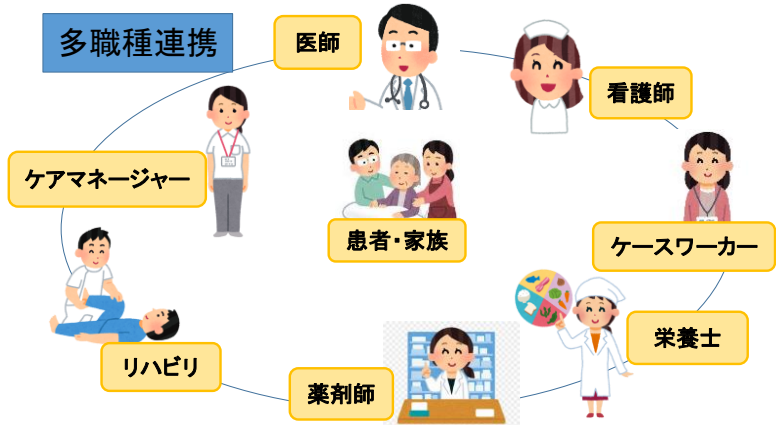
各職種が電子カルテ内の中間カンファレンスシートに入力し職員がいつでも情報をみることが出来ます。画像はカンファレンスシートの一部抜粋したものです。

情報は漠然としたものではなく実際の生活イメージわくように具体的にいきます。例えば患者さんにあったおむつの交換方法や食事内

オンライン面会

患者さんへの心理サポート
家族との橋渡し

「ばあちゃん頑張ってるね早く退院するね」



中間カンファレンス出席者・協議内容							
氏名	テストあんず	ID	12345	病棟	2階病棟	記載者	〇川
氏名	テストすも	続柄	長女				
院内	担当医	〇中	院外	職種	事業所	氏名	
	病棟看護師	〇川		介護支援専門員	〇〇〇	〇村	
	リハビリ	〇田					
	地域連携室	〇〇木					
	訪問看護	〇藤					
【本人・家族の希望や不安】							
本人	歩けるようになったら家に帰りたい						
家族	歩いてトイレが一人でできるようになったら退院してほしい 昼間一人でいる時間が長いので心配						
【退院後の療養生活に係る注意点・確認事項・課題】							
食事	入院中：全粥、きざみ食 ベットに腰掛けて自力で摂取 退院後：食事は娘が用意したものを摂取。キッチンの食卓テーブル使用						
清潔	入院中：介助浴（背部の洗体介助、浴槽へのマタギ動作は支えが必要） 退院後：デイサービスの利用検討						
排泄							

容やどういう姿勢で食べるのか、どんなものなら食べやすいのか細かく情報を共有します。患者さんの性格傾向や今まで歩んできた歴史など患者さんの全体像を把握するための情報をあげていきます。

退院前にも家族やケアマネジャーとのサービス内容の最終確認のカンファレンスを行います。

職種による立場が違えば大切にしていることや優先度もことなることがあるため双方ができるだけ納得できるように話し合いを重ねます。このように一人の患者さんにつき2回から3回のカンファレンスを行います。

多職種でのカンファレンスの様子



無事退院に至る際には基本的な患者情報、入院中の経過、必要なサービス、退院後の生活の留意点など詳しい退院サマリーと私たちは呼びますが情報用紙を保健師、ケアマネジャー、施設に入所の場合は施設スタッフへ作成します。

退院サマリー(情報用紙)の作成



退院サマリー(内容の一部)

- ・基本的な患者情報
- ・入院中の経過
- ・必要なサービス
- ・退院後の生活の留意点など



情報の伝達

- ・保健師
- ・ケアマネジャー
- ・施設スタッフなど

これは実際の退院支援の場面です。この患者さんは腎不全になり腎臓に直接管が入っていて消毒が必要な患者さんです。消毒以外は特別な処置もなく自宅で家族が消毒を行えるように実際に退院前に練習し消毒方法をマスターし退院に至りました。

退院に向けて何度も患者さん家族と電話で管の管理方法や不安はないかなど確認していました。パンフレットは既存のパンフレットではありません。受け持ち看護師が患者さんのためパソコンで編集したたった一つものです。パンフレット以外にも消毒の模型を用意しました。手作りの模型ですが消毒やテープの固定方法がより分かりやすいですね。芽室病院の看護科の理念に「それぞれが大切にされている思いに愛をもって寄り添います」という基本方針があります。管が体に入りながらも不安なく自宅で生活できるよう患者さんとその家族に寄り添った関わりであったのではないかと感じます。コロナが流行する前は自由に患者さんが外出もでき、家族も病室に足を運ぶことができました。ベッドサイドで好きなタイミングでこのような医療手技の指導を行えました。今はそれもできないため退院日に外来でこのような指導をさせて頂きました。

実際の退院支援の場面



管の固定方法をスマホで撮影

消毒方法を指導

父との最期の時間

住み慣れた家で家族の会話や生活の音を聞き、温もりを感じ、安心して最期を迎える事は尊い事

大切な家族が安心して最期を迎えられれば残された者は死を悼みながらも生きていく力になる

余談になりますが、私の父も60歳、胃がんで亡くなっています。この写真は亡くなる一か月前の写真です。ありがたいことに職場から休暇をいただきまして父と自宅で最期の時間を過ごすことができました。電動ベットをレンタルし、点滴管理を私が行いました。そのころ私の娘、父にしたら孫になりますが一歳でよちよち歩くところをベッドから見て言いました。「幸せだなあ」と。病気で余命少ないのを自覚しつつもそばで孫を見て本当に心から幸せを感じていたのだなと思います。父は早くに逝ってしまいましたが「しあわせだな」と言った父のその一言で私は救われています。住み慣れた家で家族の会話や生活音を聞き、温かいぬくもりを感じ、においを感じ安心して最後を迎えることは尊いことだと思います。

患者さんが自宅で最期を迎えたいと希望があるならばできる限りそれをかなえてあげたいです。患者さんが安心して最後を迎えたら残された家族は患者の死を悼みながらもその後生きていく力になると思います。

今後の退院支援の展望としてはコロナが収束し通常の業務が行えるようになったら、退院前の試験外泊を取り入れていきたいと思えます。

患者さんや家族は帰って見ないとわからないといった言葉が多くきかれます。試験外泊を行うことで在宅での生活をイメージだけではなく体験し、新たな問題があれば修正し、よりよい退院支援ができると考えます。

病棟看護師は入院から退院までを中心に関わらせていただき、退院後にどのような生活を送っているのかなかなか目にする機会がないのが現状です。

今回このような経験談を聞く機会を与えてくださり、大変感動しました。病棟での退院支援がこのように生かされていたと知ることができ今後の支援に大変励みになります。

今後の退院支援の展望



試験外泊の再開



今回このような経験談を聞く機会を与えてくださり、大変感動しました。病棟での退院支援がこのようにいかせていたと知ることができ、今後の支援に大変励みになります。



ご清聴
ありがとう
ございました