

特別企画 目次

基調講演 7月27日(金) 10:20~11:50 29

第1会場 2階中ホール

その人らしさを知るために～自己決定を支える～

講 師 渡邊美也子：船堀ホームナースにじ所長・地域看護専門看護師

座 長 内田 素子：佐賀県看護協会会長

特別講演 7月28日(土) 9:30~10:30 31

第1会場 2階中ホール

その人らしさを支える ～医師の立場から～

講 師 阿部 智介：慈孝会七山診療所所長

座 長 城 浩子：唐津市保健福祉部保健医療課副課長

シンポジウム 7月27日(金) 13:20~15:20 33

第1会場 2階中ホール

地域でその人らしさを支える“在宅看護”

講 師 間宮 直子：大阪府済生会吹田病院副看護部長、特定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師

石丸 浩美：佐賀大学医学部附属病院地域医療連携室担当副看護師長

馬場美代子：前佐賀県看護協会佐賀事業所所長、訪問看護認定看護師

座 長 荒木 暁子：日本看護協会常任理事

交流集会Ⅰ 7月28日(土) 10:40~11:40 37

第2会場 1階イベントホール

在宅看護における特定看護師の役割

講 師 山本 晶子：祐愛会織田病院特定看護師・集中ケア認定看護師

廣瀬 福美：介護老人保健施設鶴見の太陽 特定看護師

座 長 川本利恵子：日本看護協会常任理事

交流集会Ⅱ 7月28日(土) 13:10~14:10 40

第2会場 1階イベントホール

訪問看護ステーションの管理者育成
～どのような人材をいかに育成すべきか～

講 師 岡島さおり：札幌市高齢保健福祉部地域包括ケア推進担当部長

齋藤 訓子：日本看護協会副会長

座 長 福田 裕子：まちのナースステーション八千代統括所長・聖路加国際大学看護部 臨床教授

緊急レポート 7月27日(金) 16:30~17:30 43

第1会場 2階中ホール

認定看護師制度のさらなる発展に向けて
～新たな認定看護師制度～

講 師 荒木 暁子：日本看護協会常任理事

座 長 川本利恵子：日本看護協会常任理事

ランチョンセミナーⅠ 7月27日(金) 12:05~13:05 44

第4会場 3階大会議室

在宅看護で知っておくべきサルコペニア・フレイルと
リハビリテーション栄養

講 師 吉村 芳弘：社会医療法人社団熊本丸田会 熊本リハビリテーション病院
リハビリテーション科 副部長／栄養管理部部長
座 長 佐藤 清治：佐賀県医療センター好生館 副館長・がん統括診療部長
共催企業 テルモ株式会社

ランチョンセミナーⅡ 7月28日(土) 11:55~12:55 45

第4会場 3階大会議室

よりよく眠るためのヒント～睡眠6か条～

講 師 久保 工：(社)日本睡眠教育機構認定睡眠健康指導士
共催企業 東洋羽毛九州販売株式会社

一般演題 第 2 日目

第 7 群 (口演)

7月28日 (土) 10:40~11:40 第 1 会場 (2 F 中ホール)

退院支援

- 7-1 非がん疾患患者の退院支援に対する病棟看護師の認識と課題 77
島根県 益田市医師会訪問看護ステーション 寺戸 恵子
- 7-2 特定機能病院の退院支援職員と病棟看護師の協働に向けて 77
東京都 東邦大学医療センター大森病院 小林 遥
- 7-3 心不全を患った全盲患者への退院支援を通じて退院支援看護師の役割を考える 78
和歌山県 橋本市民病院 西林 和美
- 7-4 地域包括ケア病棟から在宅療養した患者と介護者への困り事調査 78
北海道 苫小牧市立病院 毛利 みほ
- 7-5 退院フローチャートを使用した退院支援 79
茨城県 茨城西南医療センター病院 吉岡 恵里子

第 8 群 (口演)

7月28日 (土) 13:10~14:10 第 1 会場 (2 F 中ホール)

認知症・高齢者ケア

- 8-1 地域包括支援センターで活動する看護職の認知症相談における専門的判断 79
埼玉県 埼玉県立大学 早坂 玉緒
- 8-2 認知症で外来化学療法中である患者の夫が抱く在宅生活への思い 80
福岡県 公益社団法人 地域医療振興協会 飯塚市立病院 三谷 恵美
- 8-3 A地域におけるアドバンス・ケア・プランニングへの取り組み
—訪問看護師・介護支援専門員の意識調査より— 80
福岡県 一般社団法人福岡県社会保険医療協会 社会保険稲築病院訪問看護ステーション 道畑 早苗
- 8-4 関係構築に拒否がみられた認知症高齢者の心の理解と看護 81
大分県 別府市医師会訪問看護ステーション 熊谷 美幸
- 8-5 訪問看護の介入によりADLの改善が見られた認知症事例から地域連携を考える 81
長崎県 株式会社こびっと 訪問看護ステーション美輪 松尾 洋子

第 9 群 (口演)

7月28日 (土) 14:10~15:10 第 1 会場 (2 F 中ホール)

在宅看取り支援

- 9-1 市民が感じるホームホスピスの魅力
—講座に参加した市民へのアンケートの分析— 82
東京都 訪問看護ステーションはーと 富岡 里江
- 9-2 訪問看護師が認識する筋萎縮性側索硬化症療養者の終末期における
在宅療養継続の障害
—人工呼吸器を希望しない療養者に焦点を当てて— 82
愛知県 愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生訪問看護ステーション 古賀 智美

- 口-9-3 介護付き有料老人ホームにおける看取り介護・看護に対する職員の意識の向上とその取り組みについて 83
大阪府 介護付き有料老人ホーム緑風館 浅井 潤子
- 口-9-4 地域住民を対象としたACP (Advance Care Planning) の取り組み 83
大阪府 しょうとく*まちかどステーション 神山 欣子
- 口-9-5 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を支える訪問看護師の役割 84
兵庫県 JCHO神戸中央病院附属訪問看護ステーション 中村 美樹

第10群 (口演) 7月28日 (土) 14:20~15:10 第2会場 (1F イベントホール)

基礎教育・栄養管理

- 口-10-1 看護小規模多機能型居宅介護における摂食嚥下障害看護
—多職種との協働により中心静脈栄養から経口摂取のみに移行した事例— 84
山梨県 山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系 (基礎・臨床看護学講座) 中込 由紀代
- 口-10-2 地域連携室実習指導者の学習支援の特徴 85
兵庫県 神戸常盤大学 鵜飼 知鶴
- 口-10-3 在宅看護学実習における退院支援部門での看護学生の学び 85
福井県 福井医療短期大学看護学科 関 睦美
- 口-10-4 パフォーマンス課題を取り入れた演習が在宅看護論実習に及ぼす効果 86
千葉県 千葉県立野田看護専門学校 及川 理恵

第11群 (口演) 7月28日 (土) 10:40~11:40 第4会場 (3F 大会議室)

慢性疾患療養支援

- 口-11-1 退院後訪問指導の有用性 86
佐賀県 済生会唐津病院 井上 房代
- 口-11-2 急性期病院における外来看護師の在宅療養支援
—外来在宅支援チームの取り組みと課題— 87
京都府 三菱京都病院 梅木 佳織
- 口-11-3 ICTを利用し家族と協働し確認支援実施した高齢独居者の腹膜透析管理 87
福岡県 訪問看護ステーションたんぽぽ 内野 房代
- 口-11-4 インスリン自己注射中の高齢者への在宅療養支援
—入院中から外来での関わりを通して— 88
佐賀県 佐賀記念病院 田中 和子
- 口-11-5 排便の困り事を解消しQOLが改善した3事例 88
大分県 社会医療法人帰巖会みえ訪問看護ステーション 工藤 円

第12群 (口演)

7月28日 (土) 13:10~14:10 第4会場 (3F大会議室)

地域包括ケア病棟・精神疾患療養支援

- 口-12-1 精神疾患を有する親への支援の実態および支援者のニーズに関する全国調査
—精神科病院・保健所・児童相談所における比較検討— 89
東京都 東京医科大学 上野 里絵
- 口-12-2 一般病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する患者が持つイメージ 89
福岡県 国家公務員共済組合連合会千早病院 朝長 由起
- 口-12-3 精神障がい者の地域移行に向けた退院準備度評価を指標とした連携効果 90
東京都 都立松沢病院 石川 博康
- 口-12-4 地域包括ケア病棟での患者のニーズを把握しての取り組み
—ナースコールの実態調査より— 90
山口県 山口県済生会豊浦病院 山本 真依子
- 口-12-5 地域包括ケア病棟の認知度と患者満足度
—転入患者と家族のアンケート調査より— 91
神奈川県 秦野赤十字病院 宮崎 芽衣

第13群 (口演)

7月28日 (土) 14:10~15:10 第4会場 (3F大会議室)

小児在宅療養支援

- 口-13-1 看護師による医療的ケアが必要な子どもの就学支援 91
東京都 慶應義塾大学病院 天野 秀基
- 口-13-2 在宅経静脈栄養と共に過ごす思春期の子どもの体験
—成人女性の振り返りに焦点をあてて— 92
熊本県 九州看護福祉大学大学院 石井 智二郎
- 口-13-3 NICU看護師による未熟児訪問指導の活動報告
—退院後継続支援を考える— 92
佐賀県 国立病院機構佐賀病院 嘉村 真理子
- 口-13-4 医療依存度の高い入院児への効果的な退院前自宅訪問の検討 93
石川県 金沢大学附属病院 山本 桃子
- 口-13-5 小児慢性特定疾病児童等と家族の在宅支援に向けた取り組み
—レスパイト訪問看護事業の事業化までの取り組み— 93
佐賀県 佐賀県男女参画・こども局こども家庭課 寺尾 ゆき子

第14群 (示説)

7月28日 (土) 10:40~11:40 第3会場 (1Fリハーサル室)

- 示-14-1 施設看取りにおいて訪問看護師としての役割
—住宅型有料老人ホーム、グループホームの介護職員との連携— 94
滋賀県 医療法人社団よつば会 よつば訪問看護ステーション 加藤 文子
- 示-14-2 前立腺がん骨転移・対麻痺を来した患者の在宅退院支援
—「家に帰りたい」を支える— 94
佐賀県 唐津赤十字病院 牧原 りつ子
- 示-14-3 パーキンソン病患者の主介護者における介護負担感に関する調査 95
長崎県 社会医療法人 長崎北病院 福島 さや香

示-14-4	退院後訪問指導において患者・家族が病棟看護師に求めること	95
	富山県 かみいち総合病院 久崎 磨咲	
示-14-5	病棟看護師の退院前後自宅訪問経験と在宅視点のある看護実践の関連	96
	鳥取県 鳥取大学医学部附属病院 野上 瀬奈	
示-14-6	在宅を望む独居高齢者への退院支援看護師と介護支援専門員の退院支援	96
	富山県 公立学校共済組合北陸中央病院 窪田 雅江	
示-14-7	回復期リハビリテーション病院における退院支援実習の学習成果	97
	神奈川県 了徳寺大学健康科学部看護学科 木村 美津子	
示-14-8	在宅で生活する精神障がい者の支援方法の検討 —訪問看護師のストレングスに着目したケアの一考察—	97
	兵庫県 神戸常盤大学 西出 順子	
示-14-9	一般病棟から地域包括ケア病棟転棟時の申し送りにおける看護要約の検討	98
	福岡県 国家公務員共済組合連合会千早病院 鈴木 美砂	
示-14-10	介護度の高い患者の自宅退院に向けた退院支援 —倫理的な側面から振り返る—	98
	東京都 東京品川病院 杉山 利香	
示-14-11	訪問看護師が行う排便ケアの実態と課題	99
	兵庫県 訪問看護ステーションはるかぜ 嶋村 尚代	
示-14-12	在宅で看取りをした家族の思い —家族のインタビュー結果から—	99
	和歌山県 橋本市訪問看護ステーション 柏谷 恵子	
示-14-13	訪問診療受療患者のリビングウィル記載状況	100
	神奈川県 西横浜国際総合病院 武田 謙治	
示-14-14	小さな気づきから患者の行動変容をもたらした関わり —入院から在宅への服薬管理—	100
	東京都 東京都済生会中央病院 木下 奈那	
示-14-15	せん妄対応に苦慮した在宅看取りケースの振り返り	101
	佐賀県 前佐賀県看護協会訪問看護ステーション 平尾 香枝	
示-14-16	本人の持てる力をサポートすることで実現できた独居老人の看取り	101
	佐賀県 前佐賀県看護協会訪問看護ステーション 馬場 美代子	

第15群 (示説)

7月28日 (土) 13:10~14:10 第3会場 (1Fリハーサル室)

示-15-1	在宅医療的ケア児と家族への看護師の役割 —通所支援事業所における一事例—	102
	佐賀県 一般社団法人あまね 放課後等デイサービスいーはとーぶ 江口 孝則	
示-15-2	緩和ケア病棟における患者・家族への在宅療養に向けた看護師の関わり	102
	山形県 山形県立河北病院 和田 えみ	
示-15-3	訪問看護利用者の特徴と看護ニーズの地域特性	103
	石川県 石川県医療在宅ケア事業団 本庄 幸代	
示-15-4	短期入所サービス利用が介護者の生活に与える効果の検討	103
	宮城県 宮城県立こども病院 菊地 純子	

示-15-5	院内看護師の同行訪問指導に対する訪問看護師の思い	104
	大阪府 大阪府済生会富田林病院 訪問看護ステーション 原田 真由美	
示-15-6	慢性便秘症が改善したパーキンソン病療養者の訪問看護の実践報告	104
	長崎県 長崎川棚医療センター 訪問看護ステーションさくらそう 木口 綾子	
示-15-7	包括ケア病棟の退院支援活動より効果的な支援への検討	105
	佐賀県 独立行政法人国立病院機構東佐賀病院 中島 恵	
示-15-8	地域包括支援センターの看護師による閉じこもり高齢者への介入内容	105
	大阪府 宝塚大学 桧山 美恵子	
示-15-9	この演題は取下げになりました。	106
示-15-10	退院後に在宅において医療ケアの導入を必要とする利用者への看護援助の検討	106
	岐阜県 医療法人香徳会関中央病院 旭ヶ丘訪問看護ステーション 早川 佳世	
示-15-11	満足のいく看取りを迎えるために	107
	兵庫県 かんざき訪問看護ステーション 吉田 由美	
示-15-12	一人暮らし高齢者が在宅療養を継続できる要因	107
	香川県 香川県看護協会 中村 明美	
示-15-13	ストーマ保有者のニーズとケア提供者に求められること ーアンケートを基にそれぞれの視点やニーズを考察するー	108
	福岡県 麻生介護サービス株式会社アップルハート訪問看護ステーション大牟田 松永 美紀	
示-15-14	A市高齢期住民の死生観から見えてきた支援	108
	大阪府 地域包括支援センター ヴェルディ八戸ノ里 宮崎 千佐子	
示-15-15	埋め込み型人工心臓装着患者の在宅療養における訪問看護師の役割	109
	佐賀県 前佐賀県看護協会訪問看護ステーション 武藤 千恵美	
示-15-16	デスカンファレンスから見えてきた多職種連携の役割	109
	佐賀県 前佐賀県看護協会訪問看護ステーション 井手 久仁子	

特別企画

特別講演 その人らしさを支える～医師の立場から～

その人らしさを支える ～医師の立場から～

講師 阿部 智介

医療法人慈孝会七山診療所所長

第2日

特別講演

人にはそれぞれの故郷があります。目を閉じれば浮かんでくる故郷の景色に、心穏やかになることもあれば、時には涙を流すこともあるでしょう。

故郷で暮らしている親に電話をかけたり、たまに帰省するなかで、年老いてゆく親がこの先どのようなことになるのだろうと一抹の不安を感じることもあります。残念ながら、全ての人が自らの故郷で最期まで暮らすことができるわけではありません。私が診療を行っている唐津市七山（旧七山村）は、過疎化が進む中山間地域で正しくそのような場所です。

私は急逝した父の遺志を引き継ぐため、32歳の時に故郷である七山へ戻りました。日々の診療をこなしていくだけで精一杯でしたが、繰り返される日常の中で目の前の患者だけではなくその背景にあるものへと自然と目が向いていきました。特に在宅医療は患者の生活の場に入り込んでいくので、その患者や家族の背景だけではなく、さらに地域そのものを知るようになります。

地域が置かれている現状を認識する中で、自分自身の故郷である七山を守りたいという気持ちが芽生えてきました。少子高齢化による人口減少には歯止めがかかりません。

父が開業した38年前には3,100人前後だった人口も現在は約2,000人となり、更に私が高齢者となる27年後には推計で約800人となっています。既に高齢化率が60%を超えて限界集落となっている所もあり、私が生きているうちに消滅する集落が現れることも考えられます。そのような時に、集落において生きる人がたとえ一人になったとしても、故郷と共に生きることができる。そして、望むのであればその人が誇りをもって最期は故郷と共に逝くことで、最後の人と共に集落の看取りも行えるようにしていきたいと思うようになりました。それは決して容易なことではありません。

現状においても医療介護資源に乏しく、生活インフラが十分ではなく、所得水準も低い中でどのように生活を支えていくのか。生活において医療がすべてではありません。

医療が生活を圧迫し、疲弊させてしまっては故郷で生きることはできなくなります。

医療は生活の一部であり、生活を支えるためのものでなければならぬと考えます。

在宅医療はその時々状況において、自分の居場所で生きるための最終的な手段であり、臨機応変に柔軟に対応することが必要です。

そして、資源が乏しい過疎地では限られた中での多職種連携や地域で看ていく力を育んでいかなければなりません。

プロフィール

2006年東京医科大学医学部卒業

2006年4月から2008年3月済生会八幡総合病院で初期研修

2008年4月佐賀大学医学部附属病院総合診療部入局

2010年3月同医局退局

2010年4月阿部医院勤務

先代院長死去につき2012年9月より同院院長就任

2014年1月より医療法人慈孝会七山診療所に名称変更し現在に至る

交流集会 I 在宅看護における特定看護師の役割

在宅看護における特定看護師の役割

座長 川本 利恵子

公益社団法人日本看護協会常任理事

地域で暮らす方々のその人らしさを支えるためには、在宅療養を選択した患者・家族がその選択で良かったと思えるケアサービスを提供することが要であり、重要となります。

平成 27 (2015) 年「保健師助産師看護師法の改正」によって、「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、看護師の専門性をさらに発揮し、少子超高齢社会における国民のニーズに積極的に応えていくことが看護師に期待されています。なぜならば、「特定行為に係る看護師の研修」を修了した看護師（以下、特定看護師と略）の役割は、看護の専門性を発揮し、病態を判断して、特定行為を含む医療を提供することで、暮らしと医療を切り離さずにその人らしく生きることを支えるためにあるからです。また、特定看護師の活躍は、これまで以上に在宅看護を推進していくために重要であり、在宅療養を選択した患者・家族の生活に応じた医療の提供、異常の早期発見・介入により質の高い支援ができると期待され、在宅看護の質の向上に貢献できると考えられています。

しかし、研修修了者数や指定研修機関の数はあまり増加していません。そのため、特定看護師の活躍の場が少なく、認知されにくいといわれています。制度が普及しない要因のひとつに、このように制度の認知度が低いことも考えられます。

そこで、本交流集会では、特定行為研修を修了され、現場で活躍されている山本晶子さん（祐愛会織田病院特定看護師、集中ケア認定看護師）と廣瀬福美さん（介護老人保健施設鶴見の太陽特定看護師）に登壇いただきます。特定看護師の実際の活躍を知ること、今後どのような役割を担っていくか、また病院と地域の施設や訪問看護ステーションとの連携についても考える機会となっていいただければ幸いです。

プロフィール

2007年山口大学大学院医学研究科博士課程修了。1975年名古屋大学医学部附属病院勤務。その後、山口大学医療技術短期大学部看護学科講師、産業医科大学医療技術短期大学看護学科教授、産業医科大学産業保健学部第1看護学教授、九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野教授を経て、2013年より現職。九州大学名誉教授。

交流集会Ⅰ 在宅看護における特定看護師の役割

住み慣れた地域でその人らしく最期まで、を支援する ～特定行為研修修了者の実践と育成～

講師 山本 晶子

社会医療法人祐愛会織田病院教育担当師長、ナースプラクティショナー

近年の高齢社会の進展は“人生 100 年時代の到来”を予感させるものであり筆者の勤務する織田病院近郊の佐賀県鹿島市においても、後期高齢者特に 85 歳以上人口増加が著しい。

当院では、このような人口動態の変化を早期に見据え地域医療構想を練ってきた経緯があり、「住み慣れた地域で最期まで」のスローガンを実現すべく、アクティブな入退院支援活動（MBC:メディカルベースキャンプ）や IT を駆使した高齢者見守りサービス等を企業と提携し行ってきた。さらに、昨年からはこれらハード面での充実に加え、ソフト面として佐賀県初の看護師特定行為研修の指定研修機関として地域医療に貢献する特定行為を行う看護師の養成を開始した。今回、看護師特定行為研修の指導者、看護師特定行為を実践する特定行為研修修了者としての実践活動について現状を報告し、参加者の皆様に看護師特定行為に興味をもっていただける場となれば幸いである。

プロフィール

学歴)

平成元年 山口赤十字看護専門学校 卒業

平成28年 東京医療保健大学大学院 看護学研究科 高度実践看護コース卒業
看護学修士

職歴)

平成元年 山口赤十字病院 循環器・混合内科看護師 勤務

平成3年 福岡赤十字病院 小児科・未熟児室、循環器内科・CCU、外科・ICU
勤務

平成22年 地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 救急救命センター・
ICU 勤務

平成29年現職 社会医療法人 祐愛会織田病院 看護部 教育担当師長、ナースプ
ラクティショナー

資格)

平成14年 日本看護協会 重症集中ケア認定看護師 認定取得

平成28年 日本 NP 大学院協議会 ナースプラクティショナー認定取得

交流集会 I 在宅看護における特定看護師の役割

介護施設における診療看護師の役割

講師 廣瀬 福美

介護老人保健施設 鶴見の太陽 特定看護師

現在筆者は、介護老人保健施設（以下老健）で、診療看護師として勤務している。施設長である医師を指導医として、手順書に沿った特定行為の実施とともに、入所者 100 人の健康管理や異常時の判断、病院との連絡調整、職員研修等を実施している。病院と比較し老健は、医師・看護師の数は圧倒的に少なく、病院のような、24 時間継続した医療の提供は困難な状態である。しかし、診療報酬・介護報酬の改定などにより、老健にも、医療依存度が高く、認知機能が低下している高齢者が多く入所している。また、最近は看取りを希望し入所される方もいる。診療看護師として、病院のように、特定行為を実施する場面は多くないが、介護職員等と共に care を実践している私達看護師が、感染徴候、脱水症状等をエビデンスに基づき正確に判断し、早期に介入することで、病状悪化や入院等を未然に防ぐことができ、苦痛緩和や早期治癒が可能となる。また、胃ろうボタンの交換や膀胱ろうカテーテル交換、気管カニューレの交換を実施することにより、利用者への負担軽減及び、業務のスリム化にも繋がっている。

介護施設で働く看護師は少人数で、病状悪化時に医師に報告すべきか、しばらく様子を見て良いのか判断に迷う事があり、精神的負担を抱えている。身近で診療看護師が活動していることにより、相談がしやすく異常の早期発見や急変の早期判断が可能となり、看護師の精神的負担の軽減に繋がると考える。さらに、診療看護師が医師と協働し利用者一人ひとりの病状管理を実施することにより、利用者及び家族にとって、在宅に近い環境の施設で、顔なじみの関係を築き、安心した生活を送ってもらえるのではないかと考える。

65 歳以上の高齢者人口がピークに達する「2040 年」に向けて、今後在宅分野で働く看護師が「特定行為に係る看護師の研修制度」を正しく理解し、一人でも多くの看護師が特定行為のできる看護師として活動することにより、入所者一人ひとりの、その人らしさを支える care が充実するのではなかと考える。

プロフィール

1994年3月看護婦国家資格取得し、二次救急病院、特別養護老人ホームでの勤務を経て、2005年より社会医療法人 小寺会 佐伯中央病院勤務、2007年より同法人 鶴見の太陽へ移動となる。鶴見の太陽で働きながら、2008年大分県看護科学大学大学院 NP コース（老年）入学、2011年に卒業し現在に至る。

交流集会Ⅱ 訪問看護ステーションの管理者育成～どのような人材をいかに育成すべきか～

訪問看護ステーションの管理者育成 ～どのような人材をいかに育成すべきか～

座長 福田 裕子

まちのナースステーション八千代 統括所長

日本では、さらなる少子超高齢社会を迎えるにあたり、2025 年までに地域包括システムの構築に向け、医療提供の在り方が病院完結型から地域完結型の医療・介護への転換が進められています。地域包括ケアシステムの中心的役割を果たす機関の 1 つとして、さらなる充実が求められている訪問看護ステーションがその役割を十分に発揮していかなければなりません。

在宅療養中の患者に質の高い看護サービスを効率的・安定的に提供していくためには、一人一人の看護職の資質の向上もさることながら、組織を束ねる看護管理者のマネジメントスキルが重要となります。訪問看護ステーションの管理者は法令や制度を遵守して、事業所のあらゆる管理の責任を担い、従事者の業務と利用者の QOL や在宅生活支援の安全と安心を守る役割があります。良質なステーション運営の鍵は管理者が理念や目標を見据え、安定した運営管理ができる事にかかっていますが、訪問看護ステーションの管理者には医療機関からの転職者や自ら起業した人も多く、必ずしも管理職としての経験が豊富であるとは限りません。医療機関に比べ、管理者に対する育成や支援の仕組みは十分整備されておらず、多くは、看護管理者本人の自助努力に任されているという現状があります。

交流集会では、地域包括支援システム構築に向けて、訪問看護ステーション管理者に求められる役割とコンピテンシーについて、また管理者をいかに育成すべきか一緒に考えていきたいと思います。

プロフィール

熊本県出身

看護学校卒業後、熊本市市民病院に勤務する。

その後、オーストラリアのアデレードにある

Flinders University, Bachelor of Nursing と Master of Nursing を修了する。

その間、Mary Potter Hospice にて看護師として勤務し帰国する。

帰国後、神戸市看護大学基盤看護学にて助教、

聖路加国際大学認定看護師課程訪問看護コース専任教員を経て

2011年訪問看護ステーション「まちのナースステーション八千代」設立

2015年看護小規模多機能型居宅介護「まちのナースステーション八千代 むすんでひらいて」を開設し、統括所長として現在に至る。

交流集会Ⅱ 訪問看護ステーションの管理者育成～どのような人材をいかに育成すべきか～

訪問看護ステーションの管理者育成 ～どのような人材をいかに育成すべきか～

講師 岡島 さおり

札幌市地域包括ケア推進担当部長

【はじめに】

訪問看護制度は老人保健法等の改正により創設され、1992 年 4 月から施行された。背景には「高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略（ゴールドプラン）」の「寝たきり老人ゼロ作戦」（厚生省；1989）がある。当時は高齢化に伴い脳血管疾患が急増したため、その発症予防のための生活支援や急性期治療を終えた患者が退院後も医療・リハビリテーション・介護・再発防止の支援が継続的に受けられるようチームケアの要として導入された。現在は終末期を迎える高齢者や末期がん患者、医療的ケアを必要とする小児や難病患者などニーズは多様化しており、訪問看護は患者の健康と在宅生活を支えるキーパーソンとして期待されている。

【訪問看護の現状と課題】

2000 年の介護保険法施行以降、全国の指定訪問看護事業所は年々増加しており、運営主体が医療法人、営利法人、社会福祉法人など多様化する一方で病院・診療所のみなし指定は減少している。看護職 5 人未満の小規模事業所が全体の 2/3 を占める（厚労省；2014）など、スケールメリットや資金調達力の弱さ等が課題とされている。

要介護者に対する訪問看護利用者の割合にも地域差があり、看護資格を持つ介護支援専門員の減少とともに訪問看護への役割期待の変化が懸念される。また職員研修の必要性では「認知症」「介護保険制度」「接遇」のニーズが高く、事業所運営に関する問題点では「人材育成・定着」「地域との連携」、離職理由は「労働環境」「職場の人間関係」が上位を占めるなど（札幌市；2016）、看護技術以外の知識やスキル、職務環境の整備が課題といえる。

【管理者への期待】

地域包括ケアにおいては、疾病や障害があってもその人らしく尊厳を保ちながら地域の一員として生涯を全うできるよう支援すること、そのためには患者と家族が地域でどのような生活を営んできたかを深く理解して支援することが求められる。

訪問看護には、高度な看護技術の提供に加え、医師や介護職との橋渡し役、家族機能を尊重した支援、地域資源との相互理解と連携等の役割がある。その実現を可能とする事業所の安定経営には、得意分野の確立による他事業所との差別化や地域住民及び関係組織からの信頼獲得、自治体による人材確保策や専門研修等の活用などが求められる。以上のことから、看護管理者には自身の看護ビジョンの明確化と看護の質の管理、人材管理・組織管理・情報管理など地域に開かれたマネジメント力が期待される。

プロフィール

S59年度	札幌市に入職（保健師） 保健所、区役所等で公衆衛生看護業務に従事
H24～25年度	厚生労働省老健局に出向
H26年度～	札幌市に戻り H29年度から現職

交流集会Ⅱ 訪問看護ステーションの管理者育成～どのような人材をいかに育成すべきか～

訪問看護ステーションの管理者育成 ～どのような人材をいかに育成すべきか～

講師 齋藤 訓子

公益社団法人日本看護協会副会長

在宅療養中の患者に質の高い看護サービスを効率的・安定的に提供していくためには、一人一人の看護職の資質の向上もさることながら、組織を束ねる看護管理者のマネジメントスキルが重要となります。また、訪問看護ステーションの経営においても、その成否は所長のマネジメント能力で決まると言われています。しかし、訪問看護の看護管理者には、必ずしも管理職としての経験が豊富であるとは限らず、医療機関での就学に比べ、在宅・介護領域の看護管理者に対する育成や支援の仕組みは十分整備されておられません。結局、看護管理者本人の自助努力に任されているところが大きく、管理者育成は課題と言えます。

そこで、日本看護協会では、平成 28 年に特別委員会を設置し、訪問看護の看護管理者に求められる役割とコンピテンシーの明確化し、その成果を基にした系統的な研修プログラムの検討も行いました。

本交流集会では、系統的な研修プログラムの紹介と説明をするとともに、参加者のみなさまとのディスカッションにより、地域において、効果的、効率的に役割を発揮できる管理者の育成について検討したいと考えます

プロフィール

1982年旭川医科大学医学部付属病院入職後、1993年神奈川県立看護教育大学校看護教員養成課程修了、富良野市役所、順天堂大学医学部付属順天堂医院、1998年立教大学 法学部、2001年兵庫県立看護大学院看護研究科修士課程修了。2001年より社団法人日本看護協会政策企画室、2005年同事業開発部長、政策企画部長、2009年同常任理事、2017年より現職。

ランチョンセミナーⅡ

よりよく眠るためのヒント～睡眠6か条～

講 師： 久保 工 (社) 日本睡眠教育機構認定睡眠健康指導士
共催企業： 東洋羽毛九州販売株式会社

【はじめに】

日本人の 5 人に 1 人が睡眠に悩みを持っているそうです。そして、睡眠不足は仕事や勉強の能率を低下させるだけでなく、労働災害や交通事故のリスクを高めます。より健康に、より生き生きと毎日を過ごすためには、充分かつ快適な睡眠を確保することが大切です。

本セミナーでは、よりよく眠るために日常生活の中で注意することや工夫することを、6 カ条としてお話しします。

【よりよく眠るための心得：睡眠 6 カ条】

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
 - ①睡眠時間が 9 時間必要な人もいれば、5 時間でよい人もいます。また、季節によっても変化しますので、特に「時間」にこだわる必要はありません。
 - ②日中の眠気で困らなければ睡眠は足りているということです。
 - ③そして、年齢と共に、必要な睡眠時間は短くなります。
2. 眠たくなってから床に就く、就寝時刻にこだわり過ぎない
 - ①その夜の就寝時刻は、その朝起床した時刻と昼間の活動量で決まります。
 - ②眠くもないのに早めに床に就いても、なかなか眠れるものではありません。
 - ③いつもより早く眠りたいのであれば、いつもより早く起床する必要があります。
3. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス方法
 - ①スムーズに入眠するためには、心身のリラックスが重要です。
 - ②読書、音楽、ぬるめの入浴、ストレッチなどが効果的です。
 - ③夜間の室内照明に注意しましょう。明るいと身体が眠る準備に入れません。
4. 同じ時刻に毎日起床
 - ①体内時計により、起床した時刻でその夜の就寝時刻が決まります。
 - ②朝、光を浴びてから 14～16 時間経過すると、深部体温が一日の平均体温以下になり、眠る体勢に入ります。
 - ③休日に朝遅くまで寝ていると、その夜なかなか眠れず翌日の朝がつらくなります。
5. 朝の光で体内時計をリセット
 - ①体内時計は 24 時間より長い周期。何もしないと自然にずれていきます。
 - ②目が覚めたら日光を浴び、体内時計をリセットしましょう。
6. 規則正しい 3 度の食事、規則的な運動習慣
 - ①朝食は、心と体の目覚めに重要です。夜食を摂る場合は、ごく軽めにしてください。
 - ②軽い運動は入眠を促進し、激しい運動は熟睡を促進します。

【まとめ】

24 時間社会になって睡眠不足によるリスクや睡眠に悩みを持つ方が増えている今、生活習慣に対する注意だけでなく健康の三要素(運動・栄養・睡眠)の一つでもある睡眠を見直し、より良い毎日を過ごすために質の高い睡眠を確保する必要があります。

一般演題 第2日目

【口演座長一覧】

群NO	演題分類	座長	所属
第7群	退院支援	神谷 和子	唐津赤十字病院 患者総合支援センター
第8群	認知症・高齢者ケア	藤本 亮一	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
第9群	在宅看取り支援	片桐 都茂子	訪問看護ステーション陽だまり
第10群	基礎教育・栄養管理	鷹居 樹八子	学校法人 永原学園 西九州大学 看護学部
第11群	慢性疾患療養支援	上村 香織	独立行政法人国立病院機構 東佐賀病院
第12群	地域包括ケア病棟 ・精神疾患療養支援	山田 美由希	独立行政法人地域医療機能推進 機構 佐賀中部病院 地域包括ケア病棟
第13群	小児在宅療養支援	佐保 直子	佐賀大学医学部附属病院

□-7-1 非がん疾患患者の退院支援に対する病棟看護師の認識と課題

キーワード：病棟看護師、訪問看護師、退院支援

○寺戸恵子・山根由美子・齋藤貴美子

益田市医師会訪問看護ステーション

【はじめに】在宅療養支援に重点が置かれ看護連携を充実させながら、治療から療養まで切れ目なくより良いケアを提供していくための取り組みを進めていく必要がある。【目的】病棟看護師の非がん疾患患者の退院支援に対する認識の現状を把握し課題を明らかにする。【方法】対象：A・B 病院病棟看護師 215 名。調査期間：平成 29 年 10 月 1 日～10 月 18 日。調査方法：調査用紙は先行研究を参考に無記名自記式質問紙を作成し、看護師長を通して対象者に配布し病棟に設置した回収箱に個別に回収した。【倫理的配慮】A 病院倫理委員会の承認を得た。対象者に文書で研究目的、参加の可否は個人の不利益を受けないこと、データは研究目的以外には使用しないことを説明した。【結果】有効回答数は 170 名（回答率 96%）であった。退院支援の必要性を感じるかについてはとても感じる 111 名、感じる 57 名であった。退院支援を行うために必要なことは家族との協力 167 件、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW と略す）との連携 166 件が最も多かった。退院支援が困難であると感じることは患者・家族の生活ニーズ調整・分析が 107 件であり「患者の合併症のみを見ており日常生活への支援の認識は低い」と自由記載にあった。退院支援の困難さの患者要因では家族との意見の相違が 131 件、家族要因は家族が患者の病状を受け入れていない 100 件、家族の協力が得られない 96 件であった。医療者要因では医師・患者・家族間でのゴールの相違がある 87 件、家族との連携不足 77 件であった。退院支援の中心的な役割は MSW が最も多く 74 件、コミュニケーション・連携しにくい職種はケアマネジャー 98 件、医師、家族 89 件、訪問看護師 87 件であった。自由記載には「退院支援の中心的な役割は病棟看護師が行うことが必要と思うが、業務が多忙で中々関われない」とあった。【考察】非がん疾患患者は病状が不安定で予後予測が困難であり、医師や家族とのゴール設定もできにくい現状があると考えられる。病棟看護師は退院支援の必要性を感じ退院支援には家族との協力を必要としている。しかし、病棟看護師は多忙な業務を担っており MSW 任せになっていると考えられる。病棟看護師は患者のそばでケアを行いその人を理解できる存在であり退院支援の中心的な役割を持つという認識を持つ必要があると考えられる。【結論】病棟看護師は退院支援の中心的な役割があるという認識を持ち家族と協力し退院支援を進めていくことが課題である。

□-7-2 特定機能病院の退院支援職員と病棟看護師の協働に向けて

キーワード：特定機能病院、退院支援職員、病棟看護師、協働

○小林遥・宇山きみ子・朝長由嘉・山内彩子・鈴木友美・

原田美那子・橋本裕・田村清美

東邦大学医療センター大森病院

【はじめに】退院支援職員が配置されたことで、特定機能病院であっても、以前より多くの患者に対し、入院時から退院・在宅療養を見越した介入が可能になった。急性期病院という限られた入院期間の中で、患者・家族が安心して過ごせる環境を整え、生活の質を保てるように支援をしていくことが求められている。そのためには、退院支援職員と病棟看護師が協働することが必要と考える。【目的】退院支援職員と病棟看護師が協働するために必要なことは何かを明らかにする。【方法】平成 29 年 9 月～11 月に精神科を除く各病棟の看護師から無作為に 12 名を選出し、30 分前後の半構成面接を実施する。得られたデータの逐語録を作成し、内容分析する。【倫理的配慮】A 病院の倫理審査委員会承認後、研究対象者には口頭及び書面で、本研究の参加や途中辞退は自由であること、研究に参加しなくても不利益を被らない事について示し同意を得た。本演題発表に関して開示すべき利益相反関係にある企業などはない。【結果】病棟看護師 12 名に半構成面接を行った。得られた内容を分析し、3 つのカテゴリーと、19 のサブカテゴリーを見出した。病棟看護師は退院支援に苦手意識や知識不足を感じていることから『病棟看護師の退院支援に対する思い』を抽出した。また、病棟看護師は退院に向けた患者の思いやあいまいな物事を退院支援職員に相談し、何ができるかを一緒に考え、具体化して支援を進めていくことから『患者の個別性に合わせて考える』を抽出した。さらに、治療やケアの合間に日々変化する患者の病状に合わせた相談ができ、退院支援職員は病棟看護師と違った視点で助言してくれることから『病棟専任でいることの有益性』を抽出した。【考察】患者が自分らしい生活を続けるためには、個別性に合わせた支援が必要不可欠である。工藤は、「医療スタッフは、専門職としての役割と責任があるため、権利を主張することなく、それぞれの立場で情報共有し、チームとして退院調整を協働していくことが重要」と述べている。治療やケアと並行しながら退院に向けたプロセスを進めることが必要であり、退院支援職員と病棟看護師は、視点や判断を共有することが協働していくうえで大切である。【結論】退院支援職員と病棟看護師は、医療と生活の両面から患者・家族を捉え、退院に向けた過程をタイムリーに共有することが必要だとわかった。

□-7-3 心不全を患った全盲患者への退院支援を通じて退院支援看護師の役割を考える

キーワード： 心不全・退院支援・同行訪問 患者家族の思い

○西林和美 西山登志子

橋本市民病院

【はじめに】退院後 2 週間で再入院となった患者への退院支援を通して、退院支援看護師としての役割について考察し報告する。【目的】退院支援を行った患者宅に、退院後 2 週間目に訪問看護師と同行訪問し、患者家族にインタビューを行い、支援内容を評価し今後の退院支援に活かす。

【方法】①対象患者：80 代全盲女性、(心不全・意識消失発作)、家族：60 代三女②研究期間：平成 29 年 11 月～平成 30 年 1 月③方法：入院から退院までの支援の経過を診療情報録の内容から情報収集。退院後に訪問看護師と同行訪問し、患者・家族に半構成的面接にてインタビューを実施。インタビュー内容から逐語録を作成。内容を抽出し、類似したものをまとめ、4 つに分類した。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究の趣旨、プライバシーの保護、データを研究以外に使用しないことを患者家族に伝え同意を得た。本演題発表に関して開示すべき利益相反関係にある企業はない【結果】①診療情報録：患者家族と 12 回面談した。地域の関係者を交えた退院前カンファレンスを 2 回開催した。家族は退院後も意識消失発作が起らないか、発作時の対応について不安が強かった。訪問医師、訪問看護師と連携して、不安を軽減できる在宅環境の調整を行った。②患者・家族インタビュー：「入院からの継続支援」「住み慣れた自宅で療養したい・させたい」「状態悪化や意識消失発作への不安」「訪問医師・訪問看護師との関係性」に分類できた。③退院後の状況：半年間再入院することなく経過できている。【考察】患者家族に症状の不安定さについての不安がある場合は、入院早期より患者家族の思いを汲み取り対応し、訪問医師、訪問看護師との連携を密にして支援する。どうしたら安心して住み慣れた在宅に移行することが出来るか、患者の背景や在宅での環境を考慮した支援が必要である。退院直後は医療体制支援を強化して、訪問看護師に退院後の生活をアセスメントしてもらい、訪問回数の調整やディサービス等への移行時期など、今後の生活をコーディネートしてもらおうことが、患者家族の不安の軽減につながり、再入院を防ぐことができると考える。【結論】入院時から患者家族の思いに寄り添い、病院から在宅と多職種がうまく連携できるよう調整し、患者家族を支援していくことが退院支援看護師の役割である。

□-7-4 地域包括ケア病棟から在宅療養した患者と介護者への困り事調査

キーワード：地域包括ケア病棟 退院支援 在宅療養 困り事

○毛利 みほ 外崎 奈美 亀卦川 久美子 橋本 紗希

信岡 淳子 勝見 真由美

苫小牧市立病院

【はじめに】地域包括ケア病棟では、高齢者ができる限り在宅療養が可能となる様に多職種で退院支援を行っている。しかし、退院後は在宅でどのように過ごしているか確認する機会がない為、自分たちの行った支援が活かされているか不安に思う事がある。そこで、この研究を通して、主に困難さが予想される在宅療養移行期の患者と介護者の困り事に関する調査を実施したいと考えた。【目的】退院直後の療養生活が不安定な在宅療養移行期に、患者と介護者に調査をすることで、どんな事を困難と感じているかを知り、困難を乗り越える為の支援方法や関わり方について検討し、退院支援の質の向上につなげる。【方法】対象は、地域包括ケア病棟で退院支援や指導、介護認定を受け、社会的資源・サービスを利用しながら在宅療養し、在宅療養移行期に面談が可能な患者と介護者 5 組。半構造的面接方法で、面接の回答内容を逐語録として、困り事に関する内容をコード・サブカテゴリ・カテゴリ化に分類し分析。【倫理的配慮】A 病院看護研究倫理審査委員会の承諾を得て、対象者に研究の目的と方法、面接内容の録音、途中で参加の取り消しが可能で、それによる不利益を受けないこと、個人情報保護について説明と、同意のサインを得た。【結果】困り事に関しては、「介護動作の方法に不安」「自宅でもできるリハビリ方法を知りたい」「病状に合わせた食事の献立に迷った」「退院後に出た症状」「体調の不安」などがあった。一方、試験外泊や指導等により、さほど困難なく過ごされていた事もわかった。【考察】改善すべき点は介護者へ介護方法の指導が不足していたことである。退院後のリハビリ方法の説明や治療食に関する家族への指導が不足であり、今まで以上に多職種との連携が必要である。しかし、入院中にすべての困り事を解決するのは難しく、退院前から、在宅支援者と連携をとり、継続した支援に繋げる事が重要である。今回の調査では、患者の生活の場に直接行くことで、入院中よりも元気に過ごしていた事がわかり、患者を病床の姿だけで在宅療養の可否を判断してはいけないという事を再認識した。【結論】1. 退院準備や試験外泊は、在宅療法への心構えや事前準備となる。2. 介護者へ介護動作の十分な指導や練習が必要である。3. 在宅支援者との連携により、退院後も継続した支援が可能となる。4. 住み慣れた場所で過ごすことは、その人らしく生活できる。

□-7-5 退院フローチャートを使用した退院支援

キーワード：退院支援 フローチャート 情報共有

○吉岡恵里子・荻野仁美・木村加代子

茨城西南医療センター病院

【はじめに】急性期病院では入院時より退院支援に向けた取り組みが重要となっている。患者は限られた期間で適切な治療を受け、退院後も安定した療養生活が送れるよう退院調整看護師をはじめ多職種間でスムーズな情報共有が不可欠である。しかし、看護師の情報収集不足や意識の差により退院支援の介入が遅れ、入院が長期化するケースが見られた。今回、入院から退院までの患者経過が可視化できるフローチャートを新たに作成し活用した効果について報告する。【目的】フローチャートを使用した結果と今後の課題を明らかにする。【方法】研究期間：平成 29 年 8 月 1 日～9 月 30 日 研究対象：A 病棟看護師 23 名 調査方法：期間中 A 病棟に入院した患者全員にフローチャートを使用し、週 2 回の患者カンファレンスを実施。フローチャート使用後、病棟看護師にアンケート調査を実施し分析する。

【倫理的配慮】本研究は看護部、看護研究委員会の承認を得て実施した。対象者に自由意志の参加であり不参加により不利益が生じないこと、無記名により個人が特定されないことを説明し、回答をもって同意を得た。【結果】アンケート結果からフローチャートを利用して、「患者の経過が見やすい」が 95%、「次に必要な情報や対応方法が分かった」が 91%、「患者カンファレンスが活発に開催できた」が 82%となった。自由記載では、「情報共有がしやすかった」「退院支援がスムーズに行えた」「追記記載がなく、経過が見えにくいことがあった」との意見があった。【考察】フローチャートの可視化は、看護スタッフ間の効率的な情報の共有となり、積極的な患者カンファレンスの開催が行われるようになり退院支援の意識向上につながられたと考える。入院時から看護介入に結び付けられると共に、患者の状態変化があった場合でも看護師がタイミングを見逃さず必要な情報収集と対応方法を再検討する機会となっている。宇都宮氏が「患者の病状や環境が変わるタイミングをとらえながらスクリーニングを行いアセスメントができれば、タイムリーに支援につなげられる。」と述べているように、フローチャートを活用することによりタイムリーな退院支援が行えたと考える。【結論】フローチャートは看護師の情報共有不足と知識の差をなくすことができた。しかし、追記記載ができておらず、運用方法・内容の再検討を行い、早期退院に有効であることを数値として出すことが課題である。

□-8-1 地域包括支援センターで活動する看護職の認知症相談における専門的判断

キーワード：地域包括支援センター、認知症相談、看護職、専門的判断

○早坂玉緒・徳本弘子

埼玉県立大学

【はじめに】我が国の認知症高齢者施策の要として、地域包括支援センター（以下、地域包括）に認知症総合支援事業が位置付けられている。今後、認知症相談において医療職である地域包括の看護職（以下、看護職）の役割は大きい。しかし、課題として職員の力量不足や過大な業務等が指摘されている。そこで、看護職の認知症相談における活動の実態を明らかにし、求められる力量について明らかにすることは今後の看護職に向けた研修の資料となると考えた。【目的】看護職が認知症相談の中でどのような専門的判断をし、活動をしているのかを明らかにする。【方法】対象者に半構造化面接をし、逐語録から看護職の「判断」の意味をもつ一文を抽出し、意味内容をコード化・カテゴリー化した。【倫理的配慮】対象者には事前に研究参加及び辞退の自由、プライバシーの保護、データの管理方法、研究公開方法を文書と口頭で説明し書面にて同意を得た。なお、埼玉県立大学倫理委員会の承認を得ており、利益相反しない。

【結果】対象者 6 名の地域包括経験年数は 2～4 年であった。分析の結果、245 のコードから 25 のサブカテゴリーに、更に 6 つのカテゴリーを抽出した。看護職の判断は「相談から必要な支援を予測し訪問する」〔在宅サービス導入まで見守りやサービス代替の必要性、緊急事態を判断し対応する〕〔介護保険の必要性を判断し事業所内の協働、本人や家族、関係機関、地域住民と連携し利用をすすめる〕〔在宅サービス導入の必要性を判断し本人、家族との信頼関係を構築して導入時期を見定める〕〔在宅生活継続の可否を判断し本人や家族の意思決定支援を行う〕〔有効な財産活用の必要性を判断し社会福祉士、行政、専門医、後見人、家族と連携する〕であった。【考察】看護職の判断は、相談内容と本人の特性から訪問前に支援方針を見据えるといった経験の必要な推測と判断をしていた。また訪問では緊急性や在宅生活継続の可否を判断し本人や家族の意思決定支援を行い、ネットワークを構築しつつ駆使しながらサービス導入時期を判断し必要なサービスに繋げていた。つまり、看護職の専門的判断は経験をもとにした瞬時のアセスメント能力を要求しており、看護職にはこれらの判断ができる実践能力が要求されるといえる。【結論】認知症相談における看護師の専門的判断と活動は、高度な看護判断と行動力が必要であることが明らかとなった。

□-8-2 認知症で外来化学療法中である患者の夫が抱く在宅生活への思い

キーワード：在宅生活 介護負担 思い

○三谷恵美・井手口美由紀・平山範子

公益社団法人 地域医療振興協会 飯塚市立病院

【はじめに】認知症で治療中の妻に夫が戸惑っている姿を見かけ、在宅での介護負担について表出できていない思いがあるのではないかと考えた。【目的】妻を介護する夫が抱く在宅生活への思いを知り、外来看護介入の示唆を得る。【方法】質的記述的デザイン。認知症の妻を介護する 70 歳代前半の夫を対象に、半構成的面談（介護や治療等）を 60 分程度行い、思いの表出を図る。内容から逐語録を作成後カテゴリー化し、夫の思いを考察した。【倫理的配慮】研究の趣旨、参加と途中辞退の自由、秘密保持、不利益は生じないことを文書で示し、署名により同意を得た。所属施設の倫理委員会の承認を得ており、本演題の発表に関連して開示すべき利益相反関係はない。【結果】31 のコード、11 のサブカテゴリーから 1. 夫婦での生活を少しでも長く送りたい 2. 夫としてできる限りの介護をしたい 3. 身体的な負担とは思っていない 4. 認知症に伴う経済的・精神的負担は感じている 5. 息子に迷惑はかけたくないと 5 つのカテゴリーが抽出された。【考察】妻は認知機能の低下により意思表示が困難である。夫は共に歩んできた時間から妻の意思を推定し、在宅生活が継続できる治療を選択していると考えられた。また、経済的負担や精神的苦痛は感じていたが、夫婦として過ごすことを望み、介護を役割として受け止めていたことから身体的負担の表出はなかった。面談をすることで表情も和らぎ、今まで他人へ話さなかった介護や治療のことを自分の言葉で話すことができた。さらに、妻と過ごすことを望んでいることや、夫自身が介護を肯定的に受け止めていることに気づく契機になったと考える。認知症患者にとって住み慣れた環境で過ごすことは、その人らしく人生を送ることにつながる。鈴木らは家族周期の発達課題の成熟期において看取りという大きな課題に直面すると述べている。それゆえに、人生最期の時間を夫婦で過ごすことは、いずれ迎える死を受け入れるためにも必要な時間であると考え。今後、認知症の進行によりさらに介護負担が生じることが予測される。夫の意向を確認しながら、在宅でも看護介入が受けられるような支援をしていくことが必要である。【結論】1. 夫婦で過ごす時間を少しでも長く継続することを望み、介護を役割として受け止めていたことから身体的介護負担がないことがわかった 2. 在宅生活継続へ向け、必要時在宅でも看護が受けられるように支援していく必要がある。

□-8-3 A 地域におけるアドバンス・ケア・プランニングへの取り組み ～訪問看護師・介護支援専門員の意識調査より～

キーワード：アドバンス・ケア・プランニング・在宅

○道畑早苗・柴田幸加・中嶋里美

一般社団法人福岡県社会保険医療協会 社会保険稲築病院 訪問看護ステーション

【はじめに】治療・療養に対する価値観や療養場所の多様化等もあり、高齢者が意思決定する機会は増加している。このような中でアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）の重要性が提唱されている。【目的】A 地域での訪問看護師と介護支援専門員の ACP の認識と導入度を明らかにする。【方法】1) 対象：A 地域の訪問看護師 71 名と介護支援専門員 53 名 2) 調査方法：厚生労働省「人生の最終段階における意識調査」と 2013 年に A 地域で行われた ACP 啓発活動での報告書を基にアンケートを作成した。郵送による無記名自記式質問紙法とし、個別の返信用封筒を用いて返信を依頼した。3) 分析方法：単純集計を行い、自由記述内容は類似性・相違性を検討しカテゴリー化した。【倫理的配慮】院内の倫理委員会の承諾を得て、対象者へ研究目的、プライバシー及び個人情報の保護には注意配慮をすること、研究結果は学会発表すること、研究協力は自由意志であり不利益を被ることは無いことを書面にて説明し同意を得た。【結果】有効回答が得られた訪問看護師 89%と介護支援専門員 79%を本研究対象とした。34%が ACP を理解し、37%が ACP を定期的に導入していた。導入していない 49%は「必要性は感じているが時間的余裕がない」「導入したいが知識不足」「死についてふれたくない」とした。ACP を全ての職種の役割だと考える 30%に対し、家族の役割が 21%であった。ACP 研修受講者 12%は参加後の支援に 100%変化があり、受講希望者は 93%であった。【考察】ACP 概念の浸透不足で各自が自分の役割として認識しておらず、導入できていない。しかし、ACP の関心は高く、日々の支援において必要性を実感しているといえる。研修会の有効性が示唆されるが、学習意欲はあるものの、時間的問題もある。正しい知識を習得し、意図的な働きかけで本人の意向を明確にしていくプロセスを尽くしていくことが、地域包括システムが推進される中で大切な「本人の選択と本人・家族の心構え」であり私達に求められる役割であると考え。西川らは「個人の ACP を地域で繋ぐ意識が重要である」と述べている。地域単位での ACP の推進、本人の意向を尊重するチームアプローチを地域のメンバーとして一人ひとりが自分の役割として捉え、「一歩先ゆく道案内」をしていく必要があると考える。【結論】A 地域の ACP への認識・導入度は低いことが明らかとなった。しかし研修参加希望者は多く、地域での ACP 普及啓発活動が求められる。

□-8-4 関係構築に拒否がみられた認知症高齢者の心の理解と看護

キーワード：認知症、BPSD、拒否反応

○熊谷美幸・藤尾哲子

別府市医師会訪問看護ステーション

【背景】認知症高齢者の増加に伴い、専門職をはじめとする認知症ケアの質の向上は喫緊の課題である。対応方法の一つにパーソン・センタード・ケアという考え方がある。

【目的】糖尿病自己管理できないアルツハイマー型認知症高齢者の訪問看護が開始となったが拒否反応があった。訪問看護の関わりと認知症高齢者の心理状況が変化し関係構築するまでのプロセスと双方の行動変容を明らかにした。

【方法】看護記録から看護師の関わり、訪問看護師 8 名に記述式アンケート、長女に記述式アンケートとインタビュー実施。その中から類似性の内容を抽出し BPSD の理解ツールに沿って原因・誘因を分析した。調査期間：平成 29 年 8 月～12 月【事例】A 氏 70 歳代女性。アルツハイマー型認知症。夫（80 歳代・要介護 1）長女（50 歳代）と同居。長女が A 氏の糖尿病管理を行い、A 氏が夫の世話をしている。【倫理的配慮】看護部による承認を得、対象者に研究の目的、主旨、個人情報保護の保護、自由意志での参加、不利益は生じない事を説明し書面で承諾を得た。【結果】A 氏の背景にある身体的問題・認知機能・生活環境・特性・受け入れなかった看護師の関わりから拒否反応の原因が具体的に抽出された。A 氏が嫌がる看護師の関わりとして「同意を得ず強引な訪問」「業務優先」「支援目的を理解しないまま関わる」があがった。更に夫の世話や家事で対処できないと不安・警戒心・嫌悪感・戸惑いを感じ、興奮・虚言・拒否反応の症状が出現した。A 氏が好む看護師の関わりとして「統一した対応とケアの提供」「生活ペースの配慮」「尊重した関わり」があがった。【考察】認知症の人は嫌がることを強要されると BPSD が強く現れる傾向にある。A 氏の病識欠如や理解力低下、生活環境の変化、個人の特性を理解しないまま訪問看護が介入し A 氏の生活を乱したことで、対処できないことが原因・誘因となり BPSD が生じたと考える。逆に自分が好む行動を続けられていると BPSD が現れにくい傾向にある。心の変化を振り返り、環境・人・ケアの方法を統一し、自尊心とストレングスを引出しながらアプローチしたことが結果としてパーソン・センタード・ケアに繋がったと考える。【結論】認知症の進行と結論付ける前にその人独自の要因に着目し解決に向けた対応を試みたことが BPSD の悪化回避に繋がる。認知症をもつ高齢者の行動や現れる症状は関わり方により良くも悪くも大きく影響を与えることが示唆された。

□-8-5 訪問看護の介入により ADL の改善が見られた認知症事例から地域連携を考える

キーワード：認知症ケア・多職種協働・地域連携

○松尾洋子

株式会社こびと訪問看護ステーション美輪

【はじめに】認知機能の低下による日常生活に支援が必要な事例で病状の悪化から訪問看護の導入で ADL の改善が見られた。そこで、認知症ケアでの訪問看護の役割を明確にし、地域連携について考察したので報告する。【目的】認知症事例の支援経過を通し、訪問看護の役割と地域連携のあり方を考える。【方法】研究期間：平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 23 日 対象者：A 氏 80 歳代の女性、要介護 3、90 歳代のご主人と 2 人暮らし、子供はいない、長谷川式 22 点 経過：平成 29 年 3 月訪問介護開始、本人の寝室には、ご主人も入れず、平成 30 年 2 月両下肢痛出現、訪問看護開始となり、初めて寝室に入り尿で布団や畳などの汚染がある事、皮膚の汚染と体臭から入浴もされていない事を確認した。訪問看護開始から 1 か月で排泄の自立と定期的な入浴ができた。 研究内容：バーセルインデックス（以下 BI）と意欲の指標（以下 VI）を活用し、各事業者に支援当初と訪問看護導入時、1 か月後の ADL 評価を行い、訪問看護の役割と地域連携について検証する。【倫理的配慮】個人情報の保護に努め、所属施設の倫理委員会の承認を受け、研究の目的、方法等、対象者に説明し自由意思で同意を得、不利益にならないよう配慮した。【結果】平成 29 年 4 月の BI の平均は、45/100 で VI の平均が 6/10 で平成 30 年 2 月の評価も数値に変化ない。訪問看護の導入で劣悪な環境での生活が把握できた。担当学会でサービスの提案や本人の納得できる説明で拒否なくケアの提供ができ、1 か月後 BI は 61.3/100 で VI は 9.5/10 となった。【考察】ADL の改善は、訪問看護によるアセスメントから適切なサービス調整と本人の納得できるアプローチにより計画的にケアの提供ができたといえる。担当学会と連携ノートで現状とケアの方針が共有でき、目標統一により ADL の改善が図れたと考える。【結論】認知症ケアでは、訪問看護のアセスメント力が重要であり、地域連携では、情報と方針の共有について工夫し、尊厳のある看護・介護の提供を行う。

□-9-1 市民が感じるホームホスピスの魅力 講座に参加した市民へのアンケートの分析

キーワード：ホームホスピス 魅力 アンケート調査

○富岡里江 1) 西留美子 2) 篠原実穂 2) 益田育子 2)

1)訪問看護ステーションはーと 2)帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科

【はじめに】ホームホスピスは、全国的に広がりつつあるが、地域で暮らす市民が認識しているとはいえず、暮らし方や支援のあり方の研究や報告も少ない。【目的】市民へ、ホームホスピスの理念や暮らし方を紹介した上で、魅力とを感じることを調査した結果を分析し、地域の中で発展するための示唆を得ること【方法】市民講座に参加した住民 279 名を対象とした。調査 1. 自著論文を参考に「ホームホスピスの魅力」8 項目を抽出し調査項目とし「そう思う」「思わない」で選択させ、割合を算出した。調査 2. ホームホスピス認識後の感想を記述させ質的に分析した。【倫理的配慮】調査協力は研究対象者の自由意思に基づくものとし、対象者の特定ができないよう配慮する、同意後の撤回も可能、学会で発表する、調査票の提出によって同意とみなす等を文書で説明した。帝京平成大学倫理委員会の承認 (29-087) を得て実施した。【結果】調査票の回収率は 40.1%であった。調査対象者は、男性 9 名 (8.1%)、女性 103 名 (91.9%) であり、30 歳未満が 14 名 (12.5%)、30～59 歳が 59 名 (52.7%)、60 歳以上が 35 名 (31.2%) であった。ホームホスピスを知っている者は 56 名 (50.0%)、市民講座に参加して知った者は 31 名 (27.7%)、知らないと回答した者は 25 名 (22.3%) であった。調査 1 は、定期的、緊急時に訪問看護サービスを受けられる (51.4%)、入退所は自分で決められる (49.1%)、家族の面会は 24 時間可能である (48.2%)、地域の医師の訪問診療を受けられる (45.5%) であった。調査 2 は (興味をもった) (調べたい) 等から《ホームホスピスへの関心》、(増えて欲しい) (発展させてほしい) 等、《ホームホスピスへの期待》も多かった。一方で、(看護師が対応してくれると安心する) (24 時間面会できるところが良い) 等から《ケアや入所への要望》、(自分らしく暮らせるといった) (当たり前で暮らしができる) 等から《暮らしに対する希望》と集約した。【考察】《ホームホスピスへの関心》《ホームホスピスへの期待》が抽出され、看取り難民が懸念される昨今、介護が必要となった時の暮らしに、不安を抱く住民からの期待は大きかった。また、ホームホスピスの魅力として、「訪問看護」等の医療サービスが受けられることがあり、医療と介護が連携したサービスのもとでの暮らしを望んでいると考える。【結論】ホームホスピスで個々のニーズや家庭環境に応じた支援を提供することで、市民の期待に応える終の住処になりうることを示唆された。

□-9-2 訪問看護師が認識する筋萎縮性側索硬化症療養者の終末期における在宅療養継続の障害 ～人工呼吸器を希望しない療養者に焦点を当てて～

キーワード：筋萎縮性側索硬化症療養者 終末期 在宅療養 障害 訪問看護師

○古賀智美・池田美穂・伊藤美由起・畠中京子

愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生訪問看護ステーション

【はじめに】A 訪問看護ステーションでは、人工呼吸器を希望しない筋萎縮性側索硬化症 (以下 ALS) 療養者において「最期まで自宅で過ごしたい」と意思表示しているにもかかわらず、実現できる事例はほとんどない。そこで、在宅療養継続の障害要因を明らかにし、支援体制における課題を検討することで、療養者の自分らしい生活の実現に貢献したいと考えた。【目的】訪問看護師が認識する人工呼吸器を希望しない ALS 療養者の終末期における在宅療養継続の障害要因について明らかにする。【方法】先行文献質問紙の改変承諾を得た上で独自に質問紙を作成し、パイロットスタディを実施した。C 地域訪問看護ステーションに勤務かつ、過去 5 年以内に人工呼吸器を希望しない ALS 療養者に関わった訪問看護師を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。分析方法は割合を算出。各ドメインの内的整合性の確認は Cronbach α 係数を用いた。【倫理的配慮】所属施設の治験倫理審査の承認を得た。対象者に研究の趣旨、匿名性の保持、自由意思に基づく研究参加、不利益を受けない権利、学会発表することを説明し同意を得て実施した。【結果】70%以上の対象者が、24 時間対応の訪問看護ステーション及び訪問看護師不足、収益に繋がらない状況、受け持つ訪問看護師の負担の相違、外来看護師との連携不足、訪問看護師の制度の理解不足、サービス利用の欠如、サービスの休業、療養者の家族に対する気持ち、介護者の負担及び相談相手の欠如に関する項目に対して、在宅療養継続の障害要因となると答えた。Cronbach α 係数は 0.7 以上であり、各因子の信頼性を確認した。【考察】本研究は、介護者を支える存在の欠如、迅速なサービス利用の欠如、受け持つ訪問看護師の負担が障害となる点において特徴的結果であった。療養者の多様なニーズを支援するためには、マンパワーの確保が必要であり、訪問看護師が療養者と家族をコミュニティの一員として捉え、地域の人を含むサポート体制の構築及び切れ目ない連携においてキーパーソンとなり、専門性を発揮する必要があると考える。【結論】在宅療養継続の障害要因は、訪問看護システムの不備、外来看護師との連携不足、訪問看護師の制度の理解不足、家族と療養者の負担、在宅療養環境及び支援体制の不備が示された。課題として、訪問看護システムの充実、多職種との連携強化、療養環境に対する支援体制の構築及び新たな開拓を行うことである。

□-9-3 介護付き有料老人ホームにおける看取り介護・看護に対する職員の意識の向上とその取り組みについて

キーワード：施設看取り・デスカンファレンス

○浅井 潤子・金 璃奈

介護付き有料老人ホーム緑風館

【はじめに】多死社会到来を前にA施設看取りを行ったケースはあるが職員の看取りの意識や関わり方・ケアの統一がされていないという職員からの意見が上がった。【目的】施設職員の看取り介護・看護に対する知識・意識の向上を目的とする【方法】研究期間：2017年7月1日～10月31日研究対象：有料老人ホームにおける介護士26名、看護師11名、他5名・看取り対象の入居者1名とその家族・看取りで亡くなられた方3名の家族を対象とした。調査方法は看取りの研修会を全職員へ実施、看取り対象の家族とフローシートを用いてカンファレンスを施行、亡くなられた家族とデスカンファレンスを施行、デスカンファレンスを全職員へフィードバック。全職員へ看取りの知識・意識調査のアンケートを研究前後で実施し質的に分析する【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承諾を得ており、対象者から研究実施ならびに発表に関する自由意思による承諾を得られている。対象者の不利益が生じないよう配慮している。【結果】研究前後の全職員へのアンケートの比較は①A施設看取り介護・看護ができていないか？の問いに対して6%減少。②看取りに対して独自で勉強したことがあるか？③看取りのケアを行う上で達成感はあるか？等の問いはすべて増加した。職員より「信頼関係を築くことは大切」「家族の声を聴くことで振り返ることができた」という意見が上がった。【考察】デスカンファレンスで家族の意見を聴き自分たちの足りない部分や課題に気づくことができた。職員の想いを言語化し書面に残すことにより考えるきっかけになり個々の意識も高まったと思われる。そしてデスカンファレンスは死の覚悟を決める場でもあり家族自身も想いを言語化し納得がいくまで何度も議論を重ねることができる場である。そこから個々に合ったケアを考えそれぞれが看取りについて少しずつ受け入れる準備ができると考える。職種で様々な工夫や配慮を行い、ケアを提供していくことで家族も入居者も安心することができると考える。入居者本人の人生や生き方を尊重しケアに繋げていかなければならないと強く思う。【結論】最期を迎えるにあたりその生命過程を受け入れ尊重する姿勢が必要である。本研究を通してその人らしいケアを提供することはということなのかを共有し今後の介護・看護に繋げていきたい。

□-9-4 地域住民を対象としたACP (Advance Care Planning) の取り組み

キーワード：ACP (Advance Care Planning) 地域住民 保健室

○神山欣子・尾芝礼子 宮本麻美 番原真美 峰知子 岡崎実生子 聲高英代

しょうとく＊まちかどステーション

【はじめに】地域の住民がいつでも誰もが立ち寄ることができる保健室を開設した。月5回の無料講座を実施し、医師、看護師、管理栄養士等の専門職が健康や介護予防、生活に関することなど幅広いテーマについて学ぶ場を提供している。相談や無料講座を実施する中、終末期のあり方や認知症になった後の意思決定についての学ぶ場が必要であると認識し、無料講座を通して地域住民へのACPの普及を試みた。【目的】保健室を利用する住民を対象にACPに関するアンケートを実施した。結果をもとに講座及び学びの場をもった。これらの機会が自己のACP作成に寄与できたかを考察したので報告する。

【方法】平成30年3月に保健室を利用した地域住民に対しACPに関する意識調査を実施した。調査項目は厚生労働省がH29年に実施した意識調査の項目を参考とした。調査結果をもとに講座の内容を検討し、取り組みの評価を行った。【倫理的配慮】所属法人看護部会議にて調査研究実施について承認を得た。発表については、調査回答者および講座参加者に自由意志による承認を得た。参加者に不利益が生じないよう配慮している。【結果】調査には30名の回答が得られた。ACPを聞いたことがある人が16名、書面に残している人が2名であった。一方、書面に残したいと思っているができていない人が9名、自分の意思を伝える人を決めているが伝えきれていない人が9名いた。結果をもとにエンディングノートを使用して記載に取り組んだ。【考察】ACPについて知っている人がいたことはこれまでの講座が何らかの形で意識の高まりに寄与したと考えられる。加えて、ACPをテーマとした講座参加で選択内容や意思の伝え方を学ぶことが書面作成につながったと考えられる。また、調査に回答した男性(5名)は終末期に関する意識が女性よりも消極的な結果がみられた。男性特有のきっかけ作りや終末期に対する不安の軽減を図る取り組みが必要と考える。まずはACPについて知ることが重要だが、適切な時期に意思表示がなされることが大切であり、予測が困難であるという課題に向き合う事が重要である。

【結論】保健室でのきっかけ作りと継続的な実践により、わずかながらもACPの浸透と住民の不安の軽減につながることができた。住み慣れた場所で最期まで自分らしく生きたいと願っていても自宅を選択できない多様な理由が垣間見られることも今後の課題である。

□-9-5 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を支える訪問看護師の役割

キーワード: エンド・オブ・ライフケア、連携、在宅看取り
○中村美樹 内垣靖子
JCHO 神戸中央病院附属訪問看護ステーション

【はじめに】人生の最終段階における医療の決定プロセスにおいて、患者の意思決定支援は重要であり、A ステーションは「療養者・家族の意向に沿った支援」をモットーにしている。【目的】今回、癌終末期で在宅での療養生活を希望された療養者と、最期まで生きることを望まれた家族へのアドバンスケアプランニング(以下 ACP と略す)を支える訪問看護師の役割を明らかにする。【方法】1. 対象: A 氏 60 歳代女性、脳腫瘍。訪問看護介入 8 ヶ月後、自宅で永眠。2. 方法: 1) 研究期間: H29 年 4 月～H30 年 2 月 2) 分析方法: スタッフ間でケースカンファレンス実施、治療病院、ケアマネジャー、在宅主治医から意見を聴取し、訪問看護の実態と意義を分析。【倫理的配慮】研究の主旨、参加の自由、辞退の場合も不利益が生じないことを文書で示し同意を得、看護部の承認を受けた。【結果】1) 訪問看護の実態: 終末期前期 A 氏、家族に寄り添い、確認した意向や病状の変化を治療病院、ケアマネジャーと共有。終末期中期、急変のリスクが高いと判断し、在宅主治医導入の必要性を治療病院へ提案、介護体制をケアマネジャーと調整。終末期後期、夫が持つ死を受け入れ難い気持ちや治療継続への葛藤を踏まえ、IC の必要性和タイミングを判断し、在宅主治医へ依頼。2) 治療病院: 訪問看護師からの報告により、地域連携 MSW、外来看護師の介入、IC の必要性を理解し実施。ケアマネジャー: 「治療病院との連携に苦労したが、訪問看護師と協働でき心強かった」在宅主治医: 「在宅看取りの鍵は、夫への IC の必要性和タイミングを訪問看護師から教えてもらったこと」【考察】ACP を支える訪問看護師の役割は 1) A 氏、家族が思いを表出できるような信頼関係の構築 2) A 氏、家族の意思、希望を尊重するための治療病院との橋渡し 3) 終末期の病状の変化を予測した、タイミングの良い情報提供 4) 家族が A 氏の病状を理解し、最期の過ごし方について意思決定できる為の在宅主治医との話し合える場の調整 5) ケアマネジャーとの療養生活面での連携、であったと考える。【結論】療養者、家族の一番近くにいる看護師として、医療チームとエンドオブライフを生きる療養者、関わる家族との橋渡しを行い、合意形成が積み重ねられるよう働きかける関わりが ACP を支える訪問看護師の役割である。

□-10-1 看護小規模多機能型居宅介護における摂食嚥下障害看護～多職種との協働により中心静脈栄養から経口摂取のみに移行した事例～

キーワード: 看護小規模多機能居宅介護 摂食嚥下障害看護 KT バランスチャート 多職種協働
○中込由紀代¹⁾・河西由貴²⁾・花輪啓子³⁾
1)山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系(基礎・臨床看護学講座) 2)3)やまなし勤労者福祉会 まいほーむいけだ

【はじめに】病院関連摂食嚥下障害は、炎症・床上安静・栄養管理不足・禁食などが要因と示唆されている。本研究では、退院後に中心静脈栄養(TPN)から経口摂取のみに移行できた事例を分析し摂食嚥下障害看護の基礎資料を得て看護の向上に繋げたいと考えた。【目的】TPN からの栄養摂取であった事例が看護小規模多機能型居宅介護(以後 A 施設)において、経口摂取のみに移行できた要因を、看護師と多職種の協働に焦点をあて分析する。【方法】退院後、A 施設において TPN から経口摂取のみに移行した 2 事例の経過記録、勉強会の資料、関連職種からデータ収集し、事例の経口摂取のみへの移行に看護師と多職種の協働がどのように関連していたのか分析した。【倫理的配慮】A 施設に関連する倫理委員会の承認を得て、対象者または代諾者・家族に研究の目的、実施、自由意思の尊重、不利益の回避、匿名性の確保について口頭および文書にて承諾を得た。【結果】看護師は、主治医、訪問歯科医、作業療法士、ケアマネジャー、介護スタッフ、摂食・嚥下障害看護認定看護師と協働していた。援助内容は、病院との連携と介護サービスの検討、食事摂取状況と摂食嚥下機能評価と訓練、姿勢の調整、食形態・食事内容の調整、食事介助方法の検討と指導であった。2 事例共、多職種が協働し KT バランスチャートを活用した援助により、その評価が向上し 3 食を自力摂取出来、自宅で過ごせるようになった。【考察】TPN が主体で退院するケースは、高い医療的ケアの必要性から在宅生活を希望しても困難がある。本研究では看護小規模多機能型居宅介護において、看護師がチームのキーパーソンとなり多職種と協働した経口摂取移行への援助が在宅生活を可能にしていた。口から食べたい、自宅で過ごしたい希望を叶えることでその人らしい尊厳を保ち、豊かな日常生活に繋がっていたと考える。【結論】看護小規模多機能型居宅介護において看護師と多職種が協働して、TPN から経口摂取のみへの移行を可能にした要因は、①KT バランスチャートを活用し多職種が協働し対象者の特徴に合わせた援助をした、②看護師が各職種に働きかけ、専門的な意見を得ながら援助方法を検討し、その方法を統一して行えるような活動をした、③退院が決まった時点から本人家族の希望が叶えられるように、退院後の生活を見据えた看護・支援計画を多職種で検討したことであった。

□-10-2 地域連携室実習指導者の学習支援の特徴

キーワード：地域連携室実習指導者 学習支援 実際
○鶴飼 知鶴・畑 吉節未
神戸常盤大学

【はじめに】学習支援とは指導者が学生の学習を成立させる為に行う全ての活動とする。看護学実習における学習支援に関する研究は、散見されるが、その中で学習支援の実際を明らかにしたものは見当たらない。本研究の最終目標は地域連携室実習における学習支援の構造化であるが、今回はその手がかりとする。【目的】病院の地域連携室実習における指導者の実際に関する語りをもとに、実習指導者の学習支援の特徴を明らかにし、効果的な学習支援に活かすことである。【方法】研究対象は、A 大学の地域連携室実習を担当し研究協力を得られた指導者 5 名。分析は、半構造的面接法により収集したデータより、指導者の学習支援の内容を抽出し意味内容の類似性からカテゴリー化を図った。分析の信頼性を高める為に内容は共同研究者間で合意が得られるまで繰り返し検討した。【倫理的配慮】A 大学研究倫理審査委員会の承認を得た。対象者に研究目的・方法、個人情報保護のための匿名性と守秘性、プライバシーの確保、研究参加の自由意志、研究協力の有無による不当な利益は受けないこと、研究成果の公表方法等を口頭と文書でもって説明し、同意書にサインを得た。【結果】対象者の臨床経験は平均 28 年であり、連携室の経験は 4.2 年であった。分析の結果、地域連携室実習指導者の学習支援、76 コード 23 サブカテゴリー 5 カテゴリー（以下「」はカテゴリーを示す）を抽出した。その内容は、「役割モデルをみせる」「役割を意味づけるよう支援する」「学生の関心や願いに焦点化する」「生活の再構築するための重要性に気付く」「自己の指導を振り返る」であった。【考察】抽出したカテゴリーから地域連携室実習における指導者の学習支援には 2 つの特徴があることが分かった。第一に、多職種をタイムリーにダイナミックに巻き込みながら学生の支援をするということである。第二に常に学生の理解に焦点を当てているということである。【結論】地域連携室実習指導者の学習支援の実際と特徴を明らかにした。これらは、順序性や構造があることも推測され今後明らかにしていきたい。

□-10-3 在宅看護学実習における退院支援部門での看護学生の学び

キーワード：在宅看護学実習 退院支援部門 学び
○関 睦美・吉川峰子
福井医療短期大学看護学科・福井医療大学

【はじめに】2006 年に公示された改正医療法により、適切で切れ目のない医療の提供と在宅医療の充実を目指し、在宅療養を見据えた支援ができるための看護実践能力が求められている。しかし、生活経験の少ない看護学生においては、退院後の生活の場をイメージすることは困難であり、退院支援部門で、在宅療養を見据えた具体的な看護実践を学ばせる必要があった。【目的】本研究では、在宅看護学実習における退院支援部門での看護学生の学びを明らかにし、今後の授業展開や実習指導の示唆を得る。【方法】1. 対象者：退院支援部門で実習を行った学生 58 名のうち、同意が得られた者とした。2. 調査方法：対象者に、口頭と書面で研究への協力依頼、研究趣旨、方法を説明した。同意が得られた対象者の、レポートに記載されている学びの文章を抽出して 1 コードし、意味内容が共通するコードを集めてカテゴリー化した。【倫理的配慮】所属する倫理審査委員会の承認を得た。研究目的、内容、研究協力は自由であり、非協力の場合でも不利益は被らないこと、匿名性の遵守、学術学会で発表することを説明し、協力が得られた対象者には同意書を記入してもらった。【結果】研究協力者数は 56 名であった。臨地実習での学びの場面は、退院支援カンファレンス等、11 場面あり、学びの全コード数は 112 であった。介護連携カンファレンスの場面では【多職種が入院前の生活と、患者、家族の思いを把握し、入院直後から退院後の生活に向けた支援を行う】等、3 のカテゴリーが抽出できた。退院支援カンファレンスでは【多職種で退院後の生活を具体的にイメージする】、【患者に適しており要望にも応じられるサービスを考える】等、7 のカテゴリーが抽出できた。退院前カンファレンスでは【在宅生活での中のリスクを検討する】、【多職種が専門的知識を出し合って最適な対策を立てる】等、10 のカテゴリーが抽出できた。退院後訪問では【不安を表出させ、知識と技術を補う】が抽出できた。【考察】学生は、入院直後から退院後の生活を見据えて、多職種が協働し、専門的知識からリスクを回避し、要望に応じた退院支援を行うこと等を学んでいた。しかし、プライマリーナースが、患者の入院中から、何を看護実践するかは十分に学べていなかった。今後は、退院支援部門とプライマリーナースが連携した看護実践について指導する必要がある。

□-10-4 パフォーマンス課題を取り入れた演習 が在宅看護論実習に及ぼす効果

キーワード：パフォーマンス課題、在宅看護論実習

○及川 理恵 十枝 初重
千葉県立野田看護専門学校

【はじめに】先行研究では、パフォーマンス課題を取り入れた演習（以下演習）が主体的な学習につながる効果がアンケート調査によって明らかになったため、さらに実習への効果を検討した。【目的】学生に対し、実習前に行った演習が実習に及ぼす効果を明らかにする。【方法】対象者：A 専門学校 3 年課程 3 年生 35 名、研究期間：H27. 10～30. 2。パフォーマンス課題：経管栄養等の医療依存度のある事例の設定に対し、グループで訪問看護の内容を考える。演習方法：家族役の教員に対しロールプレイを行い、実施後振り返り、学びを共有する。調査方法：実習前後で、在宅療養者のイメージ化とアセスメントの効果、理解の深まり、訪問マナー等 16 項目のアンケート調査を行った。実習終了後、半構成的面接を行った。分析方法：アンケートで得られた量的データは統計学的に分析した。半構成的面接で得られた質的データは逐語化し、カテゴリーを抽出した。最終的にアンケートの 16 項目とカテゴリーを関連付けて分類整理した。【倫理的配慮】所属機関の倫理審査委員会の承認を受けた。対象者から研究実施及び発表に対し自由意思による承諾を得た。【結果】実習後のアンケート調査で療養者のイメージ化とアセスメントで割合が上昇したのは、「講義、実習室の場の設定」だった。理解の深まりで割合が上昇したのは、「療養者と家族が安心できる関わり」「療養者と家族の思いの把握」等であった。統計的に有意差があったのは「福祉用具使用の把握」等の 4 項目であった。質的データのカテゴリ化において、「療養者と家族の思いの把握」では＜利用者のこだわりへの気づき＞等 5 カテゴリーが抽出された。「療養者と家族が安心できる関わり」では、＜家族への尊敬が今後の関りに影響＞＜演習を想起して行った看護＞等 6 カテゴリーが抽出された。【考察】学生が、家族役の教員に対し看護を考え学びを共有したことが、療養者のイメージ化の上昇につながった。学生が雑然とした生活状況に驚いても看護師として求められる態度がとれたのは、演習が在宅の現状を捉える素地となったためと思われる。学生は、訪問看護師の療養者・家族のこだわりに配慮した関わりを見て演習を想起し、自己の価値観を再認識し、演習の体験を発展させた看護を実施できた。【結論】学生が演習において療養者と家族との関係構築の重要性に気づき、これが実習の学びの視点となり、体験によりさらに深化した。

□-11-1 退院後訪問指導の有用性

キーワード：医療ニーズが高い・在宅療養移行支援・地域連携強化・

○井上房代
済生会唐津病院

【はじめに】A 病院は急性期病院で、入院時より早期退院を目指した支援を行っている。しかし、高齢化が進む中、施設からの持ち込み褥瘡は年々増加している。また、医療依存度の高い人は施設によっては退院後の受け入れができない等の問題があった。そこで、医療ニーズが高い患者の安心・安全な在宅療養の移行を目的に退院後訪問指導を開始した。その経過について報告する。【目的】退院後訪問指導の有用性を検証する。【方法】平成 29 年 4 月～平成 30 年 3 月までの退院後訪問指導を行なった、中心静脈栄養 1 名、褥瘡ケア 5 名、ストーマケア 3 名の経過を電子カルテより確認する。退院後訪問指導の利用者に対し、面談形式で聞き取りを行った。【倫理的配慮】対象者の不利益がないことや個人情報特定されないように配慮し、関係施設・対象者へ趣旨を説明し同意を得た。A 病院の倫理委員会の承認を受けた。【結果】9 名の患者の退院先は施設 6 名、自宅 3 名で、訪問回数は延べ 37 回であった。訪問内容は、中心静脈栄養は病棟看護師と訪問看護師による同行訪問で手技の統一を図った。褥瘡は理学療法士と同行訪問し、体位ポジショニング指導を行なった。ストーマケアは皮膚排泄ケア認定看護師と病棟看護師で訪問した。退院後 1 か月の評価は、褥瘡ケア 2 名は治癒、3 名は軽快であった。ストーマケアの 3 名は本人、施設職員を含めセルフケアの確立ができた。退院後訪問指導を利用された 4 施設での聞き取り調査では「施設でも治せると自信になった」「ポジショニングを学べたことがよかった」「訪問で不安が軽減された」「受け入れ後、ストーマ患者のケアで困ることは何もなかった」などの意見が聞かれた。【考察】退院後訪問指導は、病院とは異なる在宅環境の中でも、入院中と同様のケアを在宅の場で根付かせることができる。また、退院直後の不安定な時期に病院の看護師が在宅へ出向いていくことは、状態変化への早期対応だけでなく、対象者の不安の軽減へ繋がっている。このことから、退院後訪問指導の活用は、医療ニーズの高い患者の安心・安全な在宅療養の継続を支援できると考える。【結論】退院後訪問指導は 1. 医療依存が高い患者の在宅退院を可能とする 2. 地域連携の強化、地域の看護の質向上の一手段となり得る。3. 施設の退院受け入れがスムーズになる。

□-11-2 急性期病院における外来看護師の在宅療養支援 ～外来在宅支援チームの取り組みと課題～

キーワード：外来看護師、在宅療養支援、外来在宅支援チーム
○梅木佳織・樹山志保・横瀬みどり・河田悦子
三菱京都病院

【はじめに】2016 年外来在宅支援チームを発足し、看護介入や記録の方法、病棟・地域との連携に関する整備を行った。以後、外来看護師から在宅療養支援に関する相談件数が増加し、支援に対する行動変容を実感したため意識調査を実施し、今後のチーム活動の方向性を確認した。【目的】本研究は「在宅療養支援」に対する外来看護師の意識と看護介入の現状を確認し、今後の在宅支援チームの活動を明らかにする。【方法】外来診療に携る看護師 28 名を対象に 1)2018 年 2 月 9 日～15 日無記名自記式質問調査で在宅療養支援に関する意識調査を実施。2)2017 年 4 月 1 日から 2018 年 3 月 17 日までの電子カルテの看護記録を条件指定検索し、「在宅支援」での登録と、記録文中に「在宅支援」「在宅調整」の言葉が記載されている件数の変移を量的分析した。【倫理的配慮】本研究は看護部の承認を得て実施した。研究対象者には研究の主旨と方法、データの匿名性の確保と参加は自由意志であり、不参加が不利益とならないことを文書と口頭で説明し研究への同意を得た。【結果】1)意識調査の結果、回収率、有効回答率共に 100%であった。「外来からの在宅療養支援」がとても必要 50%、必要 50%、「看護介入」十分出来ている 0%、多少出来ている 40%、出来ていない 60%であった。出来ていない理由は複数回答で、「知識が少ない」82%、「支援方法が分からない」64%、「連携方法が分からない」57%、「外来業務が煩雑で支援をする時間がない」71%などであった。2)「在宅支援」での登録記録は 2015 年 39 件、2016 年 145 件、2017 年 361 件。記録文中に「在宅支援」「在宅調整」が記載されている件数は 2015 年 25 件、2016 年 137 件、2017 年 130 件であった。【考察】看護師の在宅療養支援が必要という意識が高いことは確認できたが、実践できたという実感に結びついていない現状が明らかになった。背景として、在宅支援を実施する看護師への支援が不十分であった。また、在宅療養支援に関する知識不足や、支援・連携方法、介入時間の確保に対する再整備が必要であると考えた。【結論】今後の活動として①在宅療養支援に関する教育実施②支援・連携方法の明確化③業務整理・調整の課題が明確となった。

□-11-3 ICT を利用し家族と協働し確認支援実施した高齢独居者の腹膜透析管理

キーワード：腹膜透析・ICT（情報通信機器）・複数回訪問看護
○内野房代・藤恵洋子
訪問看護ステーションたんぽぽ

【はじめに】血液透析困難時の選択に腹膜透析（以下透析）がある。透析は自宅でも可能だが、複数回実施の必要性があり独居高齢者が確実にを行うには困難性がある。【目的】ICT（情報通信機器）利用し、遠方の家族と協働して高齢独居患者の 3 回/日の透析の確認支援ができたので今後の在宅支援の一助になると考える。【方法】事例紹介：A 氏 80 歳代女性、H26 年末期腎不全で CKD 教育実施。血液透析希望するも困難で透析導入。息子・娘は神奈川在住。依頼時透析は 4 回/日であったが導入病院へ赴きアセスメント後介護保険申請を中止し 3 回/日（7:00 13:30 19:00）の透析実施で退院。早出勤務導入、マニュアル作成、経日変化の一覧表作成、栄養指導、家族へ ICT 利用しての協力依頼と手技確認教育、ICT 利用し A 氏と家族での訓練を行う。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承諾を得、本人・家族に目的、個人情報保護、承諾の自由と断っても不利益にならない事を説明し、書面で同意を得る。【結果】早出勤務導入し 3 回/日の訪問看護開始。マニュアル利用し除水量確認や食事制限・カテーテル管理は徐々に自立した。しかし高齢の為、緊張等で UV 機器の手順忘れや透析液を流す等のエラーがあった。その為確認が必要で 4 ヶ月経過後も複数回訪問看護を減らせなかった。透析中断は不可、高齢の A 氏の今後（4 回/日透析や介護保険適応の場合）を考慮し家族と協働しての手技確認支援を計画した。A 氏は「透析の自分を見せたくない」と話したが、今後予測される事を説明すると納得された。家族は快く同意され又 ICT 環境もあり、家族の帰福毎に準備した。家族教育は①透析の必要性説明②遠方のため ICT 利用での協力依頼し I pad に決定③家族手技獲得④ICT 利用し A 氏と家族の手技訓練を行う。A 氏は ICT に不慣れで操作に時間を要したが声掛けで修得、自宅の 1F と 2F で練習後家族と毎週連絡し担当を決め、朝・夜は家族、昼は訪問看護で手技確認し協働しての透析実施ができた。A 氏は「子供と話せて嬉しい」と話す。【考察】勤務変更を始とし段階的に準備し家族の習得への教育を行い、ICT 利用し家族と協働で手技確認体制を構築できたことは自宅で透析する高齢独居の A 氏に大きな安心と家族と会話できる楽しみとなった。【結論】家族が遠方の独居高齢者が増加する中、条件が揃うかの課題はあるが ICT 利用し家族と支援を行う事は有効な方法といえる。

□-11-4 インスリン自己注射中の高齢者への在宅療養支援 ～入院中から外来での関わりを通して～

キーワード：自己注射、高齢者、在宅支援、連携
○田中和子、水田禎子、留守知子、秋山美紀
佐賀記念病院

【はじめに】自己注射中の高齢者糖尿病患者が地域の中で安心して療養生活を送るために、入院時から適切な支援を提供していく必要がある。今回、200 床以下の一般病院の外来に所属しながら、病棟看護師から自己注射中の高齢者糖尿病患者の在宅療養に向けての相談を受け、在宅支援に関わることができたので報告する。【目的】入院中から外来通院までの在宅支援連携内容の 1 事例を用いて振り返り、今後の高齢者糖尿病患者の入院時からの在宅療養にむけた支援を明らかにする。【方法】事例検討。A 氏 70 歳代男性、1 型糖尿病。血糖コントロール不良、ADL 低下もあり、本人、家族、病棟看護師も在宅療養に不安があった。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得て、個人が特定されないように配慮した。患者と家族に対し、事例報告の趣旨、個人情報保護について口頭と文書で説明し、同意を得た。【結果】本人と家族は自宅退院を希望したが、通所サービスは希望しなかった。在宅療養を安心して送れるように医師、MSW、病棟看護師、理学療法士、栄養士など院内の他職種と在宅支援にかかわるケアマネージャー、訪問看護師などと話し合い、在宅サービスを調整した。かかりつけ医が変更となるため、血糖測定器の変更が必要であり、病棟看護師と共に本人、家族へ説明した。疾患と生活と折り合いをつけながら、在宅での状況を見据えて、低血糖の予防と対処について、高血糖の受診の目安、フットケアなどのサポート体制などについて、本人、家族、訪問看護師へも情報共有した。退院後、外来で在宅療養支援を行い、外来通院を継続している。【考察】自己注射中の高齢者糖尿病患者に対して、入院時にスクリーニングを行うこと、初期のアセスメント内容として、病状や治療方針、ADL や IADL、患者や家族の希望する在宅療養状況をチームで情報共有し、在宅療養を見据えた個々にあった支援を明らかにすることが大切である。また、患者や家族、在宅療養をサポートしていく人への専門的な支援と情報共有が必要である。今後、退院前カンファレンスや地域への情報共有の内容、地域と外来での連携の継続方法が課題である。【結論】自己注射中の高齢者糖尿病患者が安心して在宅療養を送るためには、入院時から各専門職が必要な支援をアセスメントし、情報共有、必要な支援を行い、外来継続することが必要である。

□-11-5 排便の困り事を解消し QOL が改善した 3 事例

キーワード：排便ケア・在宅看護・QOL 改善
○工藤 円・安部 久美恵・安部 幸・小栗 明美
社会医療法人帰巖会みえ訪問看護ステーション

【はじめに】便秘とは体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態と定義される。慣習的で画一的な排便ケアでは改善が望めず、患者・介護者の QOL を損なうことがある。そのため排便障害の原因をアセスメントし患者に応じたケアをすることが重要である。【目的】排便の困り事がある患者 3 例に対し、問題解決と患者・介護者の QOL 改善につながった要因を明らかにする。【方法】排便ケアを行った患者 3 例に対し、看護記録・排便日誌から評価項目を①排便に関する患者と介護者の困り事②疾患などの患者背景③食事摂取の内容や状況④排便日誌による排便周期や便性の確認として詳細に振り返った。【倫理的配慮】研究者が所属する倫理委員会の承認を受け患者家族に研究の趣旨・方法・プライバシーの保護、参加については患者の自由意志であり参加の有無で患者に不利益は生じないことを口頭で説明し同意を得た。【結果】患者 A：多発性脳梗塞・要介護 5・妻と二人暮らし・胃瘻栄養・妻の困り事「便が緩くおむつ交換が困難」・腸蠕動低下、食物繊維不足、不適切なタイミングでの下剤使用が原因であると考えた。目標は便性がブリストル 3～4 で定期的な排便があるとし下剤の種類を変更、食物繊維の付加、自然排便を待つ対応で改善した。患者 B：腰部脊柱管狭窄症・要支援 2・主介護者の妻の困り事「便が床に垂れる」・本人の困り事「便意はあるが自力で出せない」。嵌入便による便失禁と原疾患による便意の低下が原因と考えた。目標は自力排便ができるとし便性に合わせた下剤の変更、排便姿勢の見直しで自己排便が可能になった。患者 C：パーキンソン病・要介護 2・独居・本人の困り事「便意はあるが自力で出せない」。腸蠕動低下や水分不足、食物繊維不足が原因と考えた。目標は便性がブリストル 4 になり自力排便ができるとし下剤の調整、食物繊維の付加で改善した。【考察】排便の困り事は患者毎に異なる。今回、排便の評価項目を統一したことで排便障害の原因を明らかにでき問題解決のための介入ができたと考えた。また同じ原因でも患者毎に目標が違うため患者を取り巻く家庭環境や介護力を把握し患者家族と看護者・多職種間で目標の共有・連携することで困り事が解決し、苦痛や不快感の改善、介護負担の軽減となり、患者と患者家族の QOL 改善につながったと考える。【結論】QOL 改善につながった要因は①評価項目の統一②患者背景に合わせたケアだった。

□-12-1 精神疾患を有する親への支援の実態および支援者のニーズに関する全国調査—精神科病院・保健所・児童相談所における比較検討—

キーワード：精神疾患を有する親、支援の実態、支援者のニーズ、全国調査

○上野里絵 1)・長田洋和 2)

1) 東京医科大学、2) 専修大学

【はじめに】精神疾患を有する親（以下、親）への支援の必要性は明白であるが、エビデンスに基づく支援方法や支援者への体系的な教育は十分でない。親への支援の実態及び支援者のニーズを明らかにし、支援者へのサポートの検討は重要である。【目的】精神科病院、保健所、児童相談所における親への支援の実態及び支援者のニーズを明らかにし、支援者へのサポートを検討すること。【方法】日本精神科病院協会の会員である全国の精神科病院（以下、病院）1207 施設（回収率 23.7%）、全国の保健所 486 施設（回収率 44.8%）、全国の児童相談所 207 施設（回収率 39.1%）に無記名自記式質問紙を配布し、横断研究を実施した。データ解析には R ver. 3.3.3 を用いた。2 群間の比較には χ^2 検定（比率の差の検定）を行い有意水準は両側 5%とした。

【倫理的配慮】各施設の管理者及び研究対象者に研究の趣旨・方法、自由意思による研究参加、同意しない場合でも不利益は受けないこと等を明記した説明書を郵送し研究協力を依頼した。研究参加に同意した場合、質問紙に回答し研究責任者宛ての返信用封筒を用いた。研究データは、研究責任者が管理し、結果の公表は、個人や施設が特定されることはない。なお、本研究は東京医科大学医学部看護科学研究倫理審査委員会にて承認を得ている。本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。【結果】親から子育て相談を受けたとする回答では、病院が最も低く、各施設間で統計的な有意差が認められた。相談内容は施設間の異同や特徴が示された。子どもの確認や育児状況のアセスメントでは、病院が最も低く、施設間で統計的な有意差が認められた。親への支援に関する困難をどの施設も抱えていた。支援に関するニーズでは、施設間の異同と特徴が示された。【考察】病院は他の施設より親からの子育て相談は少なかった。同様に、子どもや育児状況の把握も病院は低かった。これは、精神医療の歴史や偏見等により、精神疾患を有する人の子育ての機会は少なく、支援も遅れていると考えられる。【結論】親への支援に関する実態、支援者の困難やニーズを施設間比較したことで、異同や特徴が浮き彫りになった。本研究は、支援者へのサポートには、各施設間の異同や特徴を踏まえることで、より効果的なサポートにつながる可能性を示唆した。

□-12-2 一般病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する患者が持つイメージ

キーワード：地域包括ケア、転棟、イメージ

○朝長由起、西田秋子、江藤克代

国家公務員共済組合連合会千早病院

【はじめに】地域包括ケア病棟は、「在宅復帰支援のための病床」と定義されているが、患者はイメージしにくく、転棟への不安につながると考えられる。【目的】地域包括ケア病棟へ転棟する患者のケアに役立てるため、一般病棟から転棟する患者が持つ地域包括ケア病棟のイメージを明らかにする。【方法】1. 対象：一般病棟から地域包括ケア病棟に転棟する患者 2. 期間：平成 29 年 8 月～11 月 3. 方法：データ収集方法として、転棟する地域包括ケア病棟のイメージなどインタビューガイドを用いた半構成的面接調査を行い、内容を逐語録に起こした。分析は質的帰納的方法で行った。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会での承認を得た。対象には、研究目的やプライバシー保護などについて文書および口頭で説明し、同意書に署名を得た。なお開示すべき利益相反はない。【結果】対象は整形外科疾患患者 8 名、男女比は 2:6、平均年齢は 79.2±5.5 歳、入院から転棟までの平均 24.6±7.8 日であった。地域包括ケア病棟のイメージについて＜リハビリへの思い＞＜生活・人間関係が変わる＞＜退院への目標＞の 3 のカテゴリ、10 のサブカテゴリが抽出された。＜リハビリへの思い＞には「上手く動かない」「腫れ痛みがある」「自分で出来るようになりたい」があり、＜生活・人間関係が変わる＞には「出来ないと思って接してほしい」、＜退院への目標＞には「自分がどの位出来るか分からない」「無理かも」「日常生活が一人で出来るようになりたい」があった。【考察】患者は＜リハビリへの思い＞として消極的イメージがあったが、希望も持つことが明らかになった。症状に対する不安を受けとめ、希望を実現するケアが重要と考えられた。また＜生活・人間関係が変わる＞では、信頼関係のある看護師と離れ、同様のケアが受けられないのではという不安があると考えられ、転棟先への申し送りを徹底し、転棟前の病棟見学等のケアが必要と考えられた。さらに＜退院への目標＞では、退院への自信のなさや不安がみられたが、退院の目標や理想を持っていることも明らかになった。【結論】地域包括ケア病棟への転棟では、良くなっているという思いを持ち、退院に向けて自信に繋げることが出来るようなケアが必要と示唆された。

□-12-3 精神障がい者の地域移行に向けた退院準備度評価を指標とした連携効果

キーワード：精神障がい、地域移行、退院準備度評価、連携
○石川博康、横山秀司、岩澤清美、岩倉康子、加藤寿貴、竹村格、平山英行
都立松沢病院

【はじめに】平成 25 年、厚生労働大臣告示の「精神障がい者の医療に関する指針」では、精神障がい者の退院等の支援の在り方について検討を加える必要があると示されている。そこで、退院準備度評価を指標として病棟看護師と院内の訪問看護師が退院支援を実施することで、精神障がい者の地域移行や地域定着に寄与する知見を得ることができると考える。【目的】精神障がい者の地域移行と退院支援では、病棟看護師と訪問看護師が同じ視点で地域につなげる連携が必要になる。院内の訪問看護師が退院前訪問看護を行い、病棟看護師と退院準備度評価尺度を評価することで、退院後をイメージした援助の視点を持つことができるか評価する。【方法】1) 調査期間：平成 29 年 4 月から平成 30 年 1 月 31 日 2) 対象：A 病院訪問看護師が退院前訪問看護実施後に退院準備度評価尺度 (Discharge Readiness Inventory DRI) 日本語版 (以後 DRI と表記する) の測定結果を情報共有した病棟看護師 43 名 3) 調査方法：自記式質問用紙での調査を行う。4) 分析方法：回収した自記式質問紙を数値化し SPSS 2015 を用いて比較を行う【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会で承認され、対象者への研究内容の説明と同意、発表に関する同意を得ている。研究結果に関しては匿名性を確保している。【結果】アンケート回収率 97%。退院前訪問後の DRI の活用が「とても活用できる」「活用できる」は 79%、「どちらともいえない」は 14%、「活用できない」は 7%だった。また、退院後をイメージした視点を持つことができる「とてもイメージが持てる」33%「イメージが持てる」36%「どちらともいえない」18%「イメージ持てない」11%「とてもイメージが持てない」2%、特に知りたいの DRI 項目は、「潜在的な地域適応性」の項目で 74%であった。【考察】DRI の情報が「活用できる」、「退院後をイメージした視点を持つことができる」とした割合が高かったことは、DRI 尺度を活用することで共通の退院支援項目によって退院後をイメージした援助の視点がもてたと考えられる。また DRI の項目で、潜在的な地域適応性の情報が退院支援に特に重要なニーズであるといえる。【結論】今回、院内の訪問看護師が退院前訪問看護後に病棟看護師と DRI を共有することで、退院後をイメージした援助の視点が持てることがわかった。今後は、看看連携での DRI の活用効果を広げ、他職種と効果的な退院支援の連携について検討していく必要がある。

□-12-4 地域包括ケア病棟での患者のニーズを把握しての取り組み —ナースコールの実態調査より—

キーワード：地域包括ケア病棟、ナースコール、離床センサー、排泄
○山本真依子¹⁾・濱田祐一¹⁾・金子裕美¹⁾・松岡一子¹⁾・豊田裕江¹⁾・赤井由紀子²⁾
1) 山口県済生会豊浦病院 2) 摂南大学看護学部

【はじめに】A 病院近辺 4 地域の高齢化率は高く、平均 43.2%である。その中で A 病院 B 病棟は地域包括ケア病棟のため、リハビリ期の患者や認知症高齢者が多い。それに伴い、転倒リスクの高い患者が多く、やむを得ず離床センサーを使用しており、ナースコール対応に追われている。今回、ナースコールの実態調査を行うことで、患者のニーズに着目した看護介入を行うことができるか明らかにする。【目的】ナースコールの実態調査からナースコールの内容を明らかにし、患者のニーズに着目した看護介入を行うことができるか明らかにする。【方法】1. 研究期間：平成 29 年 8 月 1 日～平成 29 年 10 月 8 日、2. 研究対象：上記期間中に B 病棟に入院中の患者 31 名 (1 日平均患者数 30.6 名)、3. 研究方法：ナースコール内容を予測した調査表を作成。1 週間、ナースコールに対応したスタッフが記載。ニーズに対する取り組みを検討し、実施後、再調査にて前後を比較。【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮し、得られたデータは本研究以外に用いず、責任を持って管理し、所属病院の研究倫理委員会の承認を得た。【結果】取り組み前 1 週間のナースコール件数は 2825 件 (1 日平均 403 件) であった。最も多かった項目は「排泄介助」で 1230 件であった。食事前後に排泄に関するナースコールが多かったため、排泄のニーズに関する取り組みを検討し、行動計画を上げ取り組んだ。取り組み後 1 週間のナースコール合計件数は 1700 件 (1 日平均 242 件) であった。「排泄介助」は 842 件に減少した。時間帯や多かった項目は変わらなかったが、ナースコールは減少した。【考察】B 病棟では、退院に向けて患者や家族から「自立してトイレまで行けるようになりたい、なっしてほしい」という目標が多い。排泄の欲求を先に察知することは十分には行えないが、患者の側に寄り添う時間を増やしたことで「ちょうどトイレに行こうと思っていた」などの声が多くあった。また、食事前後に排泄誘導を行ったことで、離床センサーによるナースコールも減少した。高齢者や認知症のある患者は見守りが必要とすることも多く、在宅復帰が困難になる。地域包括ケア病棟として、患者・家族や多職種との密な関わりを行い在宅支援へ繋げていくことが求められる。【結論】ナースコール内容から排泄に関するニーズが多いことがわかった。患者のニーズに沿った看護介入により、患者に寄り添った看護に繋がったと考える。

□-12-5 地域包括ケア病棟の認知度と患者満足度 —転入患者と家族のアンケート調査より—

キーワード：地域包括ケア 退院支援 満足度
宮崎 芽衣
秦野赤十字病院

【はじめに】地域包括ケア病棟に転入した患者家族から転棟の理由を聞かれたことから、地域包括ケア病棟に悪い印象があるかと感じ、患者と家族に病棟に関する感想をアンケート調査した。【目的】地域包括ケア病棟の認知度を知り、満足度向上に必要なニーズを明確にする。【研究方法】2017年7月～11月に入院した患者38名と家族31名に対してアンケート調査を実施し、選択式回答は単純集計し、自由記述は主なものを抜粋し分析した。【倫理的配慮】A病院倫理委員会の承認を得た。研究の参加は自由、不参加で不利益のないこと、中断は可能ないなどを書面口頭で説明した。【結果】アンケート用紙は患者38名、家族31名へ配布し、回収は患者33名(87%)家族31名(100%)であった。会話不能の患者は8名(24%)。地域包括ケア病棟を知っている人は患者1名(4%)、家族12名(38%)で、地域包括ケア病棟の説明を受けたとの回答も同数であった。転棟後の印象は良かったが患者11名(41%)家族18名(62%)であった。地域包括ケアの印象は、車椅子で病室外へ出られる、寝たきりよりいい、朝の体操がいい、リハビリに専念できるなどであった。反対に、お茶配り、歯磨き、靴を履かせてくれないなど急性期病棟とのケアの違いの指摘もあった。【考察】地域包括ケア病棟の認知度が低いのは予想内だが、説明を受けた記憶がないことは意外であった。病棟の満足度は中等度だったが、急性期病棟との違いが判らない患者と家族もいたことから、今後は患者の回復に合わせて転棟し、自立へのケアと変わる説明が病院全体で段階的に必要である。今回対象者が少なく、年齢や伝達能力との比較の欠落など研究の限界がある。【結論】地域包括ケア病棟の認知度が低く、説明を受けている人も少なかったため、地域包括ケア病棟の説明は満足度向上に必要である。

□-13-1 看護師による医療的ケアが必要な子どもの就学支援

キーワード：小児看護・医療的ケア・学校・セルフケア・就学支援
○天野秀基¹⁾・神谷友香子¹⁾・宮沢由布子¹⁾・高頭満美¹⁾・熊谷祐美¹⁾・西村実希子¹⁾・石井文¹⁾・安田恵美子²⁾・小倉由美子¹⁾・岡本陽子¹⁾・勝又徳子¹⁾・矢崎久妙子¹⁾
1)慶應義塾大学病院・2)国際医療福祉大学成田看護学部

【はじめに】医療の進歩とともに、医療的ケアを行いながら在宅療養する子どもの数が増加している。学校における医療的ケア児の対応は文部科学省等で検討されているが、医療的ケアの施行者や体調管理等、就学プロセスでの課題は多く、必要な支援を検討する必要がある。【目的】小学校への就学を迎える医療的ケア児とその家族が就学準備を行う中で、看護師が行う支援のあり方を明らかにする。【方法】研究デザイン:Case study。対象:人工肛門管理と在宅中心静脈栄養を必要とする短腸症候群の子ども3名(男児1名、女児2名)。研究期間:2017年9月～2018年3月。分析方法:看護記録から就学先の選択や準備時期およびその内容を抽出し、比較検討した。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認(No20170063)を得た。【結果】対象患児3名ともに知的な遅れはなく、家族が通常学級を希望し、就学半年前から自治体への相談を開始した。看護師は、就学先の希望を確認しながら、人工肛門の排液出しを子どもが行えるか等、医療的ケアのセルフケア獲得の課題について検討した。A氏は家族が患者会から就学に必要なセルフケアを事前に情報収集し、就学1年前よりWOCナースと連携して人工肛門の排液出しの手技獲得について計画的に介入し、就学までにある程度手技を獲得し、就学時の強みとなった。一方で、B氏・C氏は人工肛門排液量の計測や清潔操作など年齢上セルフケアが困難であったことや就学まで半年という準備状況で、手技獲得は難しかった。中心静脈カテーテル管理は3名ともに就学時に子どもが行うことは難しく、問題発生時に、学校教諭が家族に連絡し対応となった。最終的にB氏・C氏は専任の介助員が、A氏は学年全体の介助員が支援をしながら、3名ともに家族の付き添いは要せずに小学校通常学級へ就学できた。【考察】医療的ケア児の小学校通常学級への就学においては、医療的ケアの施行者が課題となることが多く、子どものセルフケアの獲得が課題となった。セルフケア獲得支援においては、子どもの認知発達を踏まえて、支援開始時期と子どもが行える医療的ケア方法を検討し、学校教諭と共有することが重要であった。【結論】看護師による医療的ケア児の就学支援において、遅くとも1年前までに患者家族の就学先に関する意思を確認し、医療的ケアや管理方法を見直し、セルフケア獲得支援を行う必要がある。

□-13-2 在宅経静脈栄養と共に過ごす思春期の 子どもの体験 成人女性の振り返りに焦点をあてて

キーワード：HPN 思春期 普通 意味への意志

○石井智二郎 宮里邦子 二宮珠美

九州看護福祉大学大学院

背景：本研究の対象は小児期に在宅中心静脈栄養法（以下 HPN）を受けた成人女性である。先行研究では消化器系疾患の医療処置を必要としながらも、思春期の子どもは自分のことを「普通」と思い、人生を「前向き」に生きているとのことであった。しかし、「普通」についての具体的な言及はなく、なぜ自分の運命を「普通」と思い抵抗もなく、自分の運命を受け入れられたのかについての論考は見られなかった。目的：一般の子どもたちでさえ自分を強烈に意識し始める思春期において、HPN を必要とする思春期の子どもがその現実を認識し内在的葛藤を経ていかに受け入れられたか。現在の自分に、自分なりの折り合いを付けて論理的に解決する。そのプロセスの中で「意味への意志」がいかに萌芽していったかを目的とし現象学のアプローチで分析した。倫理的配慮：研究者所属の倫理審査委員会、研究協力病院内の倫理審査委員会、及び当該病院が依頼した外部倫理審査の承認を得た。方法：研究協力者に自由に語ってもらい音声データの逐語録を作成し、5 テーマカテゴリーを抽出した。【病院が生活の一部】【周りの友達も普通って感じ】【完全に受け入れはしないんだけど】【それはない方がいいけど、今は納得している】【自分の存在意義を考えられる】から構成された。考察：生まれてこの世界を知ることとは成長発達に応じて眼前にある事物を「認識」し、それが何者であるかを規定すること。「普通」の概念について考察し、二つの要素「内的要因」（認識）と「外的要因」（関係性）の相互作用によって「普通」の捉え方が違ってくる。インタビューから、全て自分をありのままに肯定することなく葛藤の日々もあったことが語られた。その中で“病気の私”から“病気を持つ私”と病気への意味についての変化があった。フランクフルトは直面するどうすることもできない絶望的な状況においてもなお、意味を見出せる（態度価値）と述べている。すなわち“できないことを嘆くのではなく、できることを探す”ように自らを変化させていった。結論：研究協力者は変えようもない運命と向き合った時、その中でどのような価値を見出せるか自らの思考を逆転させる態度価値を実行したのである。それは葛藤と苦悩の中から生み出されたものであり、病気を持った“私”として生きる意味への意志を見出したのである。

□-13-3 NICU 看護師による未熟児訪問指導の 活動報告 -退院後継続支援を考える-

キーワード：未熟児訪問指導・保健師との連携・未熟児養育医療対象児

○嘉村 真理子

国立病院機構 佐賀病院

【はじめに】A 病院では、重篤な疾患、養育環境や経済面など社会的リスクを抱えた母子と、退院後も医療ケアの継続を必要とする児が増加傾向にある。そのような中、退院後、市町の保健師が訪問した際、母親が医療ケアに関する内容の質問をされる事が多くなり、専門的な指導が求められるようになった。母親の不安を早期に軽減したい行政側の意向と、退院後の母子支援に役に立ちたいという病院側の思いから、平成 28 年度より委託事業として、未熟児養育医療対象児に対し、NICU 看護師による未熟児訪問が開始となった。本稿では、未熟児訪問開始後の 2 年間で振り返り、退院後の継続支援のあり方について考察する。【目的】NICU 看護師による未熟児訪問指導について、問題点・課題を明らかにする。【方法】訪問スタッフを対象に未熟児訪問指導に対する意識調査を実施【倫理的配慮】本研究は倫理審査委員会の承認を得ており、対象者からも研究ならびに発表の承諾を得て実施している。個人が特定されないように無記名式とし、関連する職員へ不利益をこうむらないように配慮した。【結果】現在未熟児訪問スタッフは 10 名で、訪問件数は平成 28 年度に 27 件、平成 29 年度は 2 月迄で 32 件であった。訪問後、担当保健師や主治医へ母子の状況を報告し連携を図っている。保健師より、以前に比べて安心して育児をされている母子が多くなったと情報を得た。また、訪問スタッフへの意識調査では、退院前指導内容が明確になった事や、訪問時、母親の思いを聞くことで早期退院の必要性を感じた等の意見があった。【考察】NICU 看護師による未熟児訪問指導は、家庭での様子をより具体的な内容で地域の保健師へ橋渡しできるようになった。この事は、退院後の生活に対し不安の軽減に繋がると思われる。【結論】今後は、母親からの意見を聴取し、切れ目のない訪問支援体制の質向上に努めていく必要がある。

□-13-4 医療依存度の高い入院児への効果的な退院前自宅訪問の検討

キーワード:退院前自宅訪問 医療依存度 退院支援 連携
○山本桃子、道端むつ子、西田牧子
金沢大学附属病院

【はじめに】近年、医療依存度の高い入院児(以下重症児とする)の在宅移行が増加している。先行研究において、退院前自宅訪問(以下自宅訪問とする)の必要性は述べられているが、自宅訪問の内容や効果を検討したものは少ない。そこで、より効果的な自宅訪問の在り方を検討したので報告する。【目的】重症児への効果的な自宅訪問の内容について明らかにする。【研究方法】1. 研究デザイン: 事例研究。2. データ収集: インタビューガイドを用いた半構成的面接法。3. 分析方法: インタビュー内容を訪問看護師には自宅訪問の効果と課題、母親には自宅訪問の効果とし分析を行った。【倫理的配慮】本研究は研究者所属の倫理委員会の承認を得た(承認番号 2491)【結果】1. 研究対象者は同意を得られた重症児の母親 2 名、訪問看護師 1 名。協力者の児の属性は気管切開、人工呼吸器装着、経管栄養等の医療ケアを必要とする児 2 名。2. インタビュー結果: 母親からは「(自宅訪問は)退院日か、外泊の日にした方が効果がある。」「病棟看護師が(初回帰宅時に)同行していれば、トラブルは起こらなかった可能性がある」「抱っここの仕方とか、あやし方とかも(訪問看護師に)伝えて欲しい」との意見があった。訪問看護師からは「(自宅訪問は)外泊の初日が良い。」「処置とかケアに関して(病院で)見せてもらったら有り難い。」「外泊の時に私のご自宅へ行くのは、まだ関係性が出来ていない」との意見があった。【考察】実施していた自宅訪問は、児の同行なく環境調整を目的としていた。しかし、重症児では事前に準備を行っても、想定外のトラブルが起こる可能性がある。初回帰宅時に自宅訪問することで、トラブル時の対応が可能となり、母親の不安の軽減にも繋がると考える。また、母親と訪問看護師は、重症児が啼泣や機嫌により状態変化しやすいため、慰安の重要性を認識していた。そのため、児が好む抱っここの仕方等の個性の伝達を望んでいると考える。さらに、自宅訪問をケアの伝達や共に生活を考える連携の場とすることで、母親は看看連携が認識でき、母親と訪問看護師の関係構築に繋がると考える。【結論】1. 母親・訪問看護師の双方が、初回帰宅時の自宅訪問を希望していた。2. 母親は訪問看護師との連携において、児の好む抱っこやあやし方等の個性の伝達を望んでいた。3. 訪問看護師は、母親との信頼関係の構築に苦慮していた。

□-13-5 小児慢性特定疾病児童等と家族の在宅支援に向けた取り組み～レスパイト訪問看護事業の事業化までの取り組み～

キーワード: レスパイト、在宅支援、小児慢性特定疾病児童等
○寺尾ゆき子・豊田裕美・横尾美穂子・古賀愛望
佐賀県男女参画・こども局こども家庭課

【はじめに】在宅で医療機器を使用する重症な小児慢性特定疾病児童等(以下、「小慢児童等」という。)の家族は常時介護に追われ、自分の時間やきょうだい児と過ごす時間の確保が難しく、大きな介護負担となっている。A 県では、小慢児童等が在宅で療養できる環境づくりのひとつとして、子どもを支える家族の支援を事業化した。【目的】小慢児童等の家族の休息を確保するため、日頃利用している訪問看護師を自宅に派遣し、家族が行う医療的なケアを一定時間代行する「小児慢性特定疾病児童等レスパイト訪問看護事業」の事業化について報告する。また、今後在宅支援に向けた関係機関の連携や体制整備について考察する。【方法】①県内の小児科標榜医療機関にレスパイト入院の受入についてアンケート調査(61 機関)、②小慢児童等の家族にレスパイト入院の経験や事業のニーズについて聞き取り調査(44 名)、③訪問看護事業所に事業の協力について聞き取り調査(13 か所)を行った。【倫理的配慮】本研究の実施・発表は、小慢指定医、訪問看護等で構成される慢性疾病児童地域支援連絡会で承認を得た。調査結果は、施設や個人が特定できないよう分析した。【結果】①回答 56 機関のうち、約 9 割が入院設備や看護スタッフの不足等の理由により受入不可であった。②回答 42 名のうち、レスパイト入院の経験は約 7 割がなかった。理由は、入院のための送迎や準備が大変、希望日に利用できない等であった。事業については、45%が利用を希望し、利用しないと回答した方でも、今後必要になったら利用したいとの意見が聞かれた。③事業への協力は 8 割から可能と回答があった。以上から事業化を進めることとし、家族の希望と訪問看護事業所の対応可能な範囲をすり合わせ、利用時間数、委託料、訪問看護の内容等を設定した。【考察】在宅療養する重症な小慢児童等の介護を継続するためには家族支援も重要である。本事業は自宅で利用でき、顔見知りの看護師のため子どもにも家族にも負担が少なく、新たなレスパイト支援として効果的な事業と考える。しかし、家族や関係機関の調査を行う中で、必要な支援はレスパイトだけに限らず、制度やサービス提供者の人員不足等、小児在宅医療や支援体制の様々な問題がわかった。【結論】重症な小慢児童等や家族を地域で支え、望むサービスを提供できるよう、今後も実態やニーズ把握を行い、関係機関と支援体制を構築していく必要がある。

示-14-1 施設看取りにおいて訪問看護師としての役割 ～住宅型有料老人ホーム、グループホームの介護職員との連携～

キーワード：看取り 施設 他職種連携

○加藤 文子 笹井 千晶 谷口 智恵己

よつば訪問看護ステーション

【はじめに】高齢化が進み社会構造が変化する中で疾患も多様で施設での看取りが増えてきている。終末期の人を支える施設とのケアシステムを構築していくために多職種連携の要素の抽出と普遍化、連携の取り組みが重要である。

【目的】住宅型有料老人ホームにて入居者の看取りを介護職員と協働し行ないその後介護職員の思いについて聞き取り調査を行ったところ看取りに対する不安が抽出された。知識不足を含めた日々変化する利用者や家族への対応・施設外部との連携・人の死に直面する不安という結果であった。これを踏まえて、対応した結果を報告し連携の取り組みの成果を評価し今後活かすことを目的に検討した。【方法】対象は住宅型有料老人ホーム、グループホーム介護職員計 33 名①看取りについて講習会実施②終末期状態記録用紙作成し、バイタルなど利用者の情報だけではなく介護職員の疑問や思い、訪問看護師からの留意点を記入できる欄を設ける。③施設でのデスカンファレンス実施【論理的配慮】家族、本人施設職員に研究の主旨、本研究以外の目的で使わない、研究途中での辞退の自由それにより不利益を被る事のないことについて説明し同意を得た。また個人情報、秘密保持等配慮をおこなった。施設倫理委員会の承認を得て実施。【結果】施設職員からの発言により講習会を受けて身体的変化を知り、その対応について学ぶ事ができたと返答があった。又介護職員の思いを自由記述してもらい、場面に応じて求められている問いに瞬時に対応することができた。思いを共有することができ、話しやすい関係性が構築された。看取りに対して「寄り添っていたのだろうか」という喪失感の軽減が図れ、次のケースに繋ぐという発言があった。【考察】終末期の変化、ケアについての学習支援・介護職へ必要な情報を分かり合える言葉でその都度伝達・状態が変化する時期の予測的な情報の共有が訪問看護師として介護職員と協働するためには重要である。【結論】終末期ケアにおける多職種連携の重要性については認識されているが、実践となると医療職と介護職での病状等の共通認識があいまいでどう対応したらよいか戸惑うことが今まで多かった。今回互いを専門性の異なる相手として尊重し役割を理解した上で関わりを持つことができた。この結果は施設看取り、在宅看取りでも活かしていくことができると考える。

示-14-2 前立腺がん骨転移・対麻痺を来した患者の在宅退院支援 ～「家に帰りたい」を支える～

キーワード：骨転移による対麻痺、意思決定支援、退院前合同カンファレンス

○ 牧原りつ子、 神谷和子、 田代有希

唐津赤十字病院

【はじめに】A 病院は、終末期がん患者の退院支援として退院前合同カンファレンスを導入している。在宅スタッフと関係性の構築ができ、在宅での看取りも増えている。今回、下肢麻痺を機に受診し、前立腺がん骨転移・対麻痺と診断され放射線照射、化学療法を導入されたが、約 1 ヶ月あまりで、腫瘍の増大、麻痺の進行を認め積極的治療は困難な事を説明された。その結果「家に帰りたい」との意向を示された。主治医、看護師をはじめ多職種で関わり、在宅スタッフと連携を図り患者の希望を支え退院支援が出来たので報告する。【目的】下肢麻痺が出現した末期がん患者の自宅退院への関わりを振り返り退院支援の一助とする。

【倫理的配慮】患者と直接面談し、看護の振り返りを行い本学会で発表すること、個人情報への厳守、同意の撤回もできることを説明し、同意書をもって同意を得た。所属施設の倫理委員会の承認を得た。【結果】A 氏は妻と 2 人暮らしで、自宅で整体師を生業とする 70 代男性である。隣接県外に長女、近所に次女が居住している。今回の入院期間 78 日であった。入院 41 日目に積極的治療の中止に関する患者説明に同席した。患者や家族の気持ちの揺らぎをキャッチしつつ、病気でありながらも A 氏らしく、これからもスタッフ一同で支えていくことを保証しながら、療養の場の選択肢には自宅退院もできることを伝えた。説明 3 日後に「自宅に帰ります」と自宅退院を希望され、MSWを中心に退院支援が開始された。病棟看護師と現状の問題点や A 氏と家族の気持ちのつらさについて情報共有し、おむつ交換等の指導計画を立案した。歯科衛生士、心理士、理学療法士とも情報を共有し多職種で自宅退院に向けて関わった。入院 59 日目に、退院前合同カンファレンスを開催し、A 氏と家族 2 名、院内・院外スタッフ 18 名が参加し情報共有を行った。A 氏は「多くの方に関わってもらっていることが分かって安心した」と笑顔も見られた。住宅改修が終了し入院から 71 日目に試験外泊を実施し、7 日後に自宅退院となった。

【考察】医師の病状説明に同席することで、患者の気持ちの揺らぎをキャッチしながら患者の意志決定支援に関わることができた。退院前合同カンファレンスは、在宅支援体制が明確化され、患者や家族の不安は軽減し、自宅退院できた。【結論】予後不良、要介護状態の患者の退院前合同カンファレンスの実施は、不安が軽減し、安心して自宅退院ができる。

示-14-3 パーキンソン病患者の主介護者における介護負担感に関する調査

キーワード：パーキンソン病、介護負担感、症状負担
 ○福島さや香 相川雅美 古賀裕子 勝野久美子
 社会医療法人 長崎北病院

【はじめに】パーキンソン病（以下、PD）は多様な症状を呈する進行性の疾患であり、患者の日常生活に大きく影響する。日常生活を送る上で「困った」と感じる症状は、介護者の援助、協力が必要になることが多く、介護者の負担感も大きいと思われる。A 病院の外来でも症状への対応困難な状況、介護者自身の健康問題など相談を受けることが多い。【目的】PD 患者の主介護者が抱く負担感について、患者の症状、介護者の背景との関連より調査した。【方法】質問紙調査（面接法）。対象は、A 病院外来に通院している PD 患者・介護者のうち同意が得られた 30 組。調査内容は、患者・介護者それぞれに PD 症状 12 項目（身体症状 7 項目、精神症状 5 項目）について「困った症状」を 5 段階評定にて尋ねた。介護負担感には Zarit 介護負担尺度を用いた。分析方法として、「困った症状」は有症率及び症状得点の患者と介護者の比較、Zarit 得点は介護者の性別と介護サービスの有無による比較・症状得点と患者の年齢の相関をみた。平均値の差の検定には t 検定を用い $p < 0.05$ を有意とした。【倫理的配慮】対象者には調査の目的を説明し同意を得て実施した。データ集計では個人が特定されないようコード化した。院内倫理委員会にて承認を得た。【結果】PD 患者の困った症状の割合は、患者では「すくみ足・突進歩行」が最も多く、次いで「細かい作業ができない」であった。介護者では「ふらつき・転倒」が最も多く、次いで「固執」「性的衝動」が多かった。身体症状と精神症状の平均得点（困り度）をみると、精神症状において患者に比べ介護者が高かった。Zarit 得点は平均 19.0 点であった。Zarit 得点は精神症状との間に正の相関、患者の年齢との間に負の相関を認めた。また、介護者が女性の場合、介護サービスを受けていない場合に高くなる傾向がみられた。【考察】「困った症状」は、患者では主に身体症状に、介護者では精神症状にあり、患者と介護者で認識に違いがみられた。介護負担感には、患者の年齢、介護者の性別、地域でのサポート体制が影響していることが示唆された。PD 患者が在宅生活を維持していくためには、介護者の介護負担感と影響要因を考慮した支援が必要である。【結論】PD 患者の介護者における介護負担感には、患者の精神症状、患者の年齢、介護者の性別が影響していることが示唆された。

示-14-4 退院後訪問指導において患者・家族が病棟看護師に求めること

キーワード：回復期リハビリテーション病棟、退院後訪問指導、病棟看護師
 ○久崎磨咲・坂本はなえ、池原真有美、新林正子
 かみいち総合病院

【はじめに】A 病院の回復期リハビリテーション病棟では 2016 年 4 月より退院後訪問を開始した。生活の再構築に繋がる在宅生活に向け患者・家族の不安の解消・適切な技術・知識を提供するため、病棟看護師に求めることを明らかにしたいと考え本研究に取り組んだ。【目的】患者・家族が退院後訪問を実施する病棟看護師に求めることを明らかにする。【方法】研究期間：X 年 Y 月から 4 ヶ月・研究デザイン：質的研究・データ収集方法：A 病院の B 病棟の退院後訪問をする患者及びその家族に対し退院前に研究者がインタビュー調査を実施する。その内容から分類コード化しサブカテゴリー、カテゴリーを形成した。【倫理的配慮】A 病院の倫理委員会の承認を得た。利益相反はない。【結果】退院後訪問実施予定の患者及びその家族 20 名が研究協力に応じた。分析の結果《病棟看護師の役割》《求めることが明らかではない》《求めることはない》の 3 つのカテゴリーと 7 つのサブカテゴリー（以下『』）が抽出された。【考察】病棟看護師は入院中の患者を把握し、小さな変化にも気づき異常の早期発見に繋げることができる。入院中の信頼関係の構築があるからこそ『生活に対する不安があるから見てほしい』『身体的不安があるから見てほしい』とのニーズに応えることができ、これらが患者・家族が求める《病棟看護師の役割》であると考え。退院前訪問で福祉用具を検討するが、実際の設置は退院後の場合もある。退院後家族・患者と共に環境や介助量の評価『福祉用具の評価』『介助方法の再評価』ができ、安心して生活を再構築できる環境に繋げることを求めていると考える。実際の環境を想定し多職種で介助方法の指導・練習を行い患者・家族が不安無く退院できるよう調整するが、家族の援助の見学や実施場面が少なく退院後の生活をイメージできていないことが《わからない》となり《求めることが明らかではない》に至ったと考える。試験外泊を行い退院後の生活期を具体的にイメージできた患者・家族は『不安が無い』に至り《求めることはない》となったと考える。【結論】《生活に対する不安があるから見てほしい》《身体的な不安があるから見てほしい》《介助方法の再評価》《福祉用具の評価》と明らかになった。《わからない》患者・家族には、退院後訪問指導時に病棟看護師が不安に対し、その場ですぐに対応し解消することが患者・家族の負担軽減に繋がる。

示-14-5 病棟看護師の退院前後自宅訪問経験と在宅視点のある看護実践の関連

キーワード：退院支援 病棟看護師 自宅訪問

○野上瀬奈¹⁾・桑本奈々美¹⁾・大櫃恵子¹⁾・雑賀倫子²⁾・福谷洋子¹⁾・深田美香²⁾・花木啓一²⁾・大草智子³⁾

1) 鳥取大学医学部附属病院 2) 鳥取大学医学部保健学科 3) 鳥取大学医学部附属病院医療スタッフ研修センター

【はじめに】A 病院は、2017 年度より積極的に退院前後に自宅訪問を行っている。自宅訪問経験は、在宅生活への関心を高め、在宅生活を見据えた看護の視点を高めると考えられる。【目的】退院前後の自宅訪問経験の有無と在宅視点のある看護実践自己認識の関連を明らかにする。【方法】A 病院病棟勤務看護師 566 名を対象とした。在宅生活を見据えた看護実践は「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」(山岸ら 2015 年)を用いた。本尺度は 5 因子 25 項目で構成され、回答は 6 件法で、高得点ほど自己評価が高いことを表している。IBM SPSS Statistics Ver. 25 を使用し、2 群間比較には t 検定を行い、有意水準 0.05 とした。【倫理的配慮】鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号：17A029)。【結果】296 名から回収し(回収率 52.29%)、有効回答数 283 名(有効回答率 50%)であった。退院前後自宅訪問経験がある看護師(以下、経験群)は 77 名、経験のない看護師(以下、未経験群)は 206 名であった。経験群と未経験群の年齢、看護師経験年数は有意差を認めなかった。経験群と未経験群の各因子スコアはそれぞれ、「退院後の生活に関するアセスメント」 4.6 ± 0.74 、 3.9 ± 0.97 、「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」 4.6 ± 0.76 、 4.4 ± 0.84 、「ケアのシンプル化」 4.6 ± 0.73 、 3.9 ± 1.20 、「地域の医療者との連携」 3.5 ± 1.26 、 2.8 ± 1.29 、「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施」 4.6 ± 0.83 、 3.7 ± 1.44 であった。すべての因子で有意に経験群が高い自己評価を示し、在宅生活を見据えた看護を実践していると認識していた。【考察】自宅訪問により、在宅生活の様子や困難、工夫点等を知る機会となり、その経験や学びが在宅視点のある退院支援を実施しているという自己評価につながった。【結論】退院前後の自宅訪問経験は、退院後生活支援を意図した看護実践の自己認識と有意に関連していた。

示-14-6 在宅を望む独居高齢者への退院支援看護師と介護支援専門員の退院支援

キーワード：退院支援 連携 医療 独居高齢者 介護支援専門員

○窪田雅江¹⁾ 高山伊規子¹⁾ 中島照美¹⁾ 塚原節子²⁾

1) 公立学校共済組合北陸中央病院 2) 天理医療大学看護学科

【はじめに】先行文献では、退院支援看護師と介護支援専門員(以下 CM と略す)が連携して退院支援を行っているという症例は見当たらなかった。今回、血糖コントロール不良や認知症の進行などの課題を抱えながらも、自宅退院を希望した患者の意向を尊重するため、退院支援看護師と居宅介護の CM が連携することで自宅退院が可能となった事例を経験した。【目的】退院までの退院支援看護師と CM の介入を振り返り、退院支援における連携のあり方を明らかにする。【方法】研究期間：2017 年 9 月。分析方法：自宅退院までの退院支援看護師の介入を看護記録から振り返り、半構成的面接法から得られた CM の思いと照らし合わせた。【倫理的配慮】調査対象者に研究の主旨やデーターは研究以外に使用しないことを説明し同意を得た。また、本研究は所属施設の倫理委員会にて承認を得た。【結果】A 氏 90 歳代女性。独居。介護度 3。インスリン自己注射は不確かで食事は不摂生だったため、血糖コントロール不良による入退院を繰り返していた。今回、A 氏は腰椎圧迫骨折で入院し、ADL の低下や認知症が進行するなか、在宅での生活を強く希望した。CM は、これまで同様に自宅退院を支援したいと考えた。CM から息子の位牌を守るため家で死にたいという患者の価値観を聞き、退院支援看護師も自宅退院を支援したいと考えた。しかし、認知症の進行により食事療法やインスリン自己注射が不確かなことや、CM が糖尿病管理を重要視していないことを不安と感じた。退院支援看護師は CM に、食事やインスリン等の糖尿病管理について説明し、看護師が介入することへの理解を求めた。訪問看護の利用も検討したが金銭的に居宅サービスに取り入れることは困難であり、看護師が配置された小規模多能型居宅介護へ移行することを提案した。結果、CM も納得し自宅退院が可能となった。【考察】本研究は、入院当初より CM と連携し、お互いを理解し補うことで自宅に帰りたい患者の意向に沿うことができた。CM からの、患者の生活歴や価値観に関する情報は、退院支援の関わりにおいて必要と考える。また、CM の大半は介護職であり、入院中の患者の状態変化を捉えにくく、医療に対する知識不足がある。医療面など CM の不足している部分について説明することが必要と考える。【結論】退院支援看護師は、CM のもつ患者情報を共有すること、医療面など CM の不足している部分を補足することが重要である。

示-14-7 回復期リハビリテーション病院における退院支援実習の学習成果

キーワード：退院支援・退院調整・多職種連携・回復期リハビリテーション病院

○木村 美津子

了徳寺大学健康科学部看護学科

【目的】本研究の目的は回復期リハビリテーション病院における退院支援実習に関する学生の学習成果を明らかにすることを目的とした。【方法】対象者は、在宅看護学実習を終了した看護学科 3 年生。回復期リハビリテーション病院で実習した 49 名。研究期間は平成 28 年 9 月～平成 29 年 3 月。データ分析は退院調整部門実習の日々の記録および最終日の記録において、退院支援・退院調整に関する記録内容を抽出し意味内容の類似しているものを集めて、類似性と相違性を比較しながらサブカテゴリ、カテゴリへと抽象度を高め分類を繰り返した。【倫理的配慮】本研究は、大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には文書および口頭で研究目的、研究内容、参加の有無が成績に影響しないことなどについて説明し同意を得た。【結果】分析の結果、82 コードより、10 のサブカテゴリに分類され、《退院後の生活を見据え個別性を踏まえた自立支援》《院内外との多職種との連携・協働》《患者・家族の意向を尊重し退院後の生活を見据えた情報収集》《患者・家族の意向に沿った必要な社会資源やサービスの調整》《継続看護》の 5 カテゴリに集約された。学生は「患者の ADL の自立度やリスクを考慮した段階的な支援」が必要で、「退院後の生活の不安を軽減する日常生活支援」を目指し、退院後、「患者・家族が安心・安全に過ごせるための療養生活指導」や「個別性を踏まえた日常生活やリハビリの支援」により《退院後の生活を見据え個別性を踏まえた自立支援》ができることを学んだ。「多職種の専門性を生かした情報収集と共有」を行い、「地域への移行をスムーズにする連携」により、《院内外との多職種との連携・協働》が必要なことを理解した。「患者・家族の意向を尊重した関り」が重要で、《意向を尊重した退院後の生活を見据えた情報収集》の必要性を理解していた。「患者・家族に必要な社会資源やサービスの調整を検討し、「段階的に社会資源やサービスを調整する」ことで、「切れ目のない医療・看護・福祉の支援と提供」ができ《継続看護》の必要性を学んだ。【考察】学生は患者が退院後も継続して安心・安全に生活の場に移行するまでの退院支援について学べていると伺えた。

示-14-8 在宅で生活する精神障がい者の支援方法の検討

—訪問看護師のストレングスに着目したケアの一考察—

キーワード：ストレングス、困りごと、訪問看護師、支援方法、KJ 法

○西出 順子・木村 聡子・鶴飼 知鶴・畑 吉節未

神戸常盤大学

【はじめに】2008 年に C.A.ラップらが精神保健領域で実践している「ストレングスモデル」が日本に紹介された。在宅看護では萱間のストレングスアセスメントシートの活用等、ストレングスに着目した支援は広がりを見せているが、在宅で生活する精神障がい者を対象にしたストレングスに関する研究報告はほとんどみられない。【目的】訪問看護師が精神障害を有する療養者に対して、独自の方法で行っているストレングスに着目した支援方法を明らかにする【方法】[研究対象]A 県下の訪問看護ステーション 6 施設、各施設管理者に推薦された看護師 10 名[研究期間]平成 28 年 9 月～平成 29 年 2 月[研究デザイン]質的記述的研究[分析方法]質的統合法 (KJ 法)【倫理的配慮】研究の目的、方法、依頼する内容について、研究への参加・協力は自由意思に基づくこと、また一旦参加・協力に同意した場合でも、いつでも同意を撤回することができること等を説明し、同意を得て行った。神戸常盤大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】元ラベル 74 枚から①困りごとは強みに通じるゲート②身体をいたわる③好きなことは現実感覚強化の糸口④自信は新たな希望のエネルギー源⑤望みや願いを第 1 に守るの 5 要素を抽出した。【考察】①から、看護師はケアのとりかかりとして、気になっていることや困りごとを聞き、応じていく中で信頼関係を獲得し、利用者の希望や願い・意思・隠れた能力等のストレングスを見出ししていくことがわかる。②では自己愛に着目し、身体面の気がかりから生活の質向上につなげ、③では楽しみや好きなことを共有する時間を過ごすことで、妄想から離れ現実感覚を持つことや、生活リズムを整える手立て等に行っている。そして④では実生活に欠かせないことができるようになると自信がつき、新たな希望が生まれ目標を見出す。①～④の経過の中で利用者は、望みがあるゆえに負担がかかることや、失敗し気持ちが落ち込むこともあるが⑤の看護師があきらめずにストレングスを糧に励まし支えることが、地域での生活を支える要になると考える。【結論】訪問看護師は日々の関りの中で自ずとストレングスに着目しながら支援をしている。時に、利用者の願いや望みが過剰に作用し体調を崩すことにもなるが、あきらめずに将来に希望を持ち共存していく手立てを一緒に探ることが、地域での生活を支えていく上で重要であることがわかった。

示-14-9 一般病棟から地域包括ケア病棟転棟時の申し送りにおける看護要約の検討

キーワード：地域包括ケア、転棟、要約

○鈴木美砂、山中清香、磯部明子

国家公務員共済組合連合会千早病院

【はじめに】一般病棟から地域包括病棟へ転棟する際は継続した看護と円滑な退院支援が重要である。【目的】本研究では、看護要約の活用について検討するため、一般病棟から地域包括ケア病棟への転棟時の看護要約記載内容と、実際の申し送り内容が異なる点、および看護の視点を明らかにすることを目的とした。【方法】1. 対象：整形外科病棟および包括病棟に勤務する看護師 51 名 2. 期間：2017 年 9 月～10 月 3. 方法：データ収集は、整形外科病棟看護師が包括病棟看護師へ申し送る内容を許可を得て IC レコーダーに録音し、内容を統一し効率化を図った看護要約の記載内容と、実際の申し送り内容が異なる項目について質的に分析し、あわせて異なる項目のあったケース数も算出した。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会での承認を得た。対象には、研究目的・個人が特定されることはないことなどについて文書および口頭で説明し、同意書に署名を得た。なお、本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。【結果】包括病棟への申し送りは 17 例であった。申し送る内容を見ると、一般病棟では入院の経緯と経過、継続する医療行為や看護、ADL についての内容が全事例にみられた。また、看護要約記載内容にはないが申し送りにあった項目として、「介護認定を取得しているが、介護保険の区分変更の必要があった」3 例、「今後介護保険が必要な状況にあり連携室の退院支援が不明」1 例、「主治医と家族の退院に向けての目標」2 例であった。【考察】看護要約および申し送りで、入院の経緯と経過、継続する医療行為や看護、ADL についての内容が全事例にみられたことと、看護要約の記載内容と申し送り内容が異なる項目が少ない結果から、看護要約の内容を統一することで継続看護への充実につながったと考えられた。また、一般病棟と包括病棟が重要視している項目は看護の視点に基づくものであると考えられた。しかし、看護要約の記載にはないが申し送りにはあった内容から、地域連携室が介入している退院支援の情報共有が充分でないことが示唆された。【結論】転棟時は退院後の生活を見すえた申し送りの充実を図っていくことが重要であることが示唆された。

示-14-10 介護度の高い患者の自宅退院に向けた退院支援 ～倫理的な側面から振り返る～

キーワード：退院支援、ジレンマ、高齢者、独居、臨床倫理

○杉山利香、菅原亜由、竹山太郎、村田葉子、渡邊舞

東京品川病院

【はじめに】自宅退院は困難と考えていた患者が自宅退院を強く希望していた事例があった。看護師は生命を優先させ転院を考えていたこと、A 氏と血縁関係の無い B 氏を退院支援に参加させて良いのか悩みジレンマを感じた。看護師が感じたジレンマの要因を明らかにしたいと思いこの事例を倫理的視点で分析し振り返る。【目的】退院支援における看護師のジレンマの要因を明らかにする。【方法】研究期間：2017 年 1 月～12 月。対象者：A 病棟に入院していた B 氏 1 名。研究方法：jonsen 臨床倫理 4 分割表を用いて既存のカルテから A 氏、家族、B 氏の言動、看護師の介入を抽出整理し内容を振り返り質的に分析した。【倫理的配慮】研究の趣旨を文章で説明し同意を得た。得た情報は個人が特定できないよう配慮し厳守、院内の倫理委員会に承認を得た。【結果】看護師は無危害原則に沿って退院支援を行ったが、自律尊重原則と無危害原則が対立しジレンマを感じていたことがわかった。【考察】1) 医学的事項：A 氏の死んでもいいから家に帰りたいと言う自律尊重原則と看護師の生命を優先する無危害原則が対立していたと考える 2) 患者の意向：A 氏は B 氏との関係性を大事に思い意思決定ができずにいた。看護師は B 氏の存在が A 氏に影響しているとは認識していなかった。そのため、善行原則ができなかったと考える。3) QOL：看護師は独居である A 氏の病状から QOL の低下を懸念し A 氏の価値観に寄り添うことができず無危害原則と善行原則が対立していた。4) 周囲の状況：看護師は血縁関係の無い B 氏に介護を委ねることに抵抗があった。そのため善行原則ができなかったと思われる。【結論】1) A 氏と B 氏の価値観を認識できていなかった。2) 看護師は予測されるリスクを避けたいと思い無危害を第一に考えてしまう傾向がある。3) A 氏の場合退院支援は家族以外の支援者の参加、協力が示唆された。

示-14-11 訪問看護師が行う排便ケアの実態と課題

キーワード：訪問看護、排便ケア、アンケート

○嶋村尚代¹⁾、木田里美²⁾、林照子³⁾、前田知美⁴⁾、新山和枝⁵⁾、大川由美子⁶⁾、宮崎美保⁷⁾、山本かおり⁸⁾、久田玲子⁹⁾

1)訪問看護ステーションはるかぜ 2)きつこう会多根訪問看護ステーション 3)あいわ園訪問看護ステーション 4)訪問看護ステーションナービス上本町 5)公立甲賀病院訪問看護ステーション 6)松くり訪問看護ステーション 7)共生訪問看護ステーション 8)訪問看護ステーションみなみ 9)西宮市訪問看護センター

【はじめに】訪問看護の利用者は自力排便が困難な者が多く、そのような療養者の訪問時には浣腸や摘便を実施することが多い。これらは療養者にとって苦痛を伴う処置であり、有害事象のリスクもあるため、浣腸・摘便だけに頼らないケアを提供していくことが必要である。【目的】訪問看護師を中心に、排便ケアについての意識調査を行い、結果と今後の課題について考察する。【方法】2017 年 5 月～10 月の間に訪問看護、医療機関、老人保健施設の看護師を対象に排便ケアについてアンケートによる調査を実施した。

【倫理的配慮】所属法人看護部の承認を得て実施した。アンケートは無記名とし、協力の得られる事業所へ送付した。アンケートへの参加は自由意思によるものであり、不参加であっても対象者に不利益は生じないことと、研究の実施と発表について口頭で説明し、回答用紙の返送をもって同意が得られたと判断した。【結果】訪問看護、病院、診療所、老人保健施設の看護師 389 名から回答を得た。約半数の看護師が「3 日以上排便がない状態」を便秘と判断し、「座位や立位で浣腸をすることがある」と回答した。2006 年の日本看護協会による「緊急安全情報『立位によるグリセリン浣腸実施の事故報告』」について、「知らない」と回答した看護師も約半数であった。浣腸の有害事象について、「知っている」と回答した者のうち、「直腸穿孔」のみ回答した者が多数であった。排便ケアについては「処置時の出血」や「排便後の血圧や意識レベルの低下」に困ったという回答や、「コントロールの難しさを感じる」という回答が多く見られた。【考察】訪問看護の現場では、介護者の負担に対する配慮や療養者・家族の希望により、看護師は「訪問時に便を出し切らなければならない」という思いをもって浣腸や摘便を実施することが多い。訪問看護や医療機関、老人保健施設のどの現場においても、療養者や家族の強い希望や環境上の問題から、座位や立位で浣腸を実施することがあるという回答が見られたが、有害事象に対する知識不足や「今まで大丈夫だったから」という理由で危険なケアを提供していると考えられる。【結論】安全な排便ケアの提供をより多くの看護師が実践できるように、研修会の開催やその後の取り組みの変化を追跡していくことが今後求められる。

示-14-12 在宅で看取りをした家族の思い
～家族のインタビュー結果から～

キーワード：在宅看護、看取り、家族の思い

○柏谷 恵子・上田 由美

橋本市訪問看護ステーション

【はじめに】今回、在宅での看取りを行った家族の思いに着目し、内容を考察したので報告する【目的】在宅で看取りを行った家族の思いについてインタビューを行い今後の家族支援に活かす【方法】対象者：在宅看取りを行った家族 14 人、データ収集期間：平成 29 年 1 月～平成 30 年 2 月、データの収集方法：死後 1～3 か月経過した家族に事前連絡し、了解を得られたご家族に半構成的面接を 30 分間行う。質問内容は「在宅看取りの決断理由」「在宅看取りの不安」「訪問看護師への思い」「振り返って良かったこと」「振り返って辛かった事」【倫理的配慮】研究の趣旨、プライバシーの保護、データを研究以外に使用しないことを家族に伝え、同意を得、A 施設の倫理委員会の承諾を得た。本研究に関して開示すべき利益相反関係にある企業はない。【結果】「在宅看取りの決断理由」として 14 人中 13 人が本人の希望。次に急性期の治療は望まない、本人も家族も自宅の方が穏やかに暮らせる。「在宅看取りの不安」は 12 名が状態の悪化やしんどさの対応に不安を感じていた。介護経験のなさや体力面、介護期間の長さに関する不安を語った。「訪問看護師への思い」は全員が 24 時間対応の安心感と語った、また状態の説明、日々のケア方法の指導、家族への慰労の言葉など肯定的な意見が語られた。「振り返って良かったこと」は家族で穏やかな最後を看取れた、家族や友人と良い時間を持てた。在宅医や訪問看護師はゆったりと対応してくれた、延命ではなく苦痛軽減の医療を受けた等肯定的な意見と家族の協力があるから出来た、長い期間だと無理だったかもという意見が聞けた。「振り返って辛かった事」排泄介助や介護の手技の未熟さ、備品などの準備不足を語った。また、患者のしんどさを見守るだけの無力感を語った。【考察】患者の家族は在宅看取りを概ね納得のいく経験として捉えていた。しかし、患者の状態や症状に関しては不安が高く、介護の技術や体力にも辛さを抱えていたことから、看護師の積極的な介入が必要である。今回のインタビューはご家族の死というつらい体験の想起となったが気持ちをじっくり聞きながら心の開放を促し慰労したことがグリーフケアの役割もあったと考える【結論】看護師は患者の起こりうる状態を予測し、家族にアドバイスを行う、また、苦痛の軽減に努めながら家族の気持ちに寄り添うことで問題解決し、不安の軽減を図ることが重要である。

示-14-13 訪問診療受療患者のリビングウィル記載状況

キーワード：リビングウィル、訪問診療、人生の最終段階における医療、終末期医療
 ○武田謙治、石井裕美、佐藤恭恵、中島優子、斎川美恵子、橋本隆、高木啓吾、蓮田美智代、高橋美保
 西横浜国際総合病院

【はじめに】リビングウィルは、患者が人生の最終段階の医療に関して、事前に意思表示しておく指示だが、作成する人は少なく、相手に判断を委ねる傾向があり、種々の運用上の課題がある。医学中央雑誌検索で、リビングウィルをキーワードにした原著論文に、訪問診療受療患者を対象にした調査は見られない。【目的】人生の最終段階の医療に対する希望把握手段の改善を目的として、訪問診療受療患者のリビングウィル記載に関する実態を明らかにする。【方法】首都圏の一在宅療養支援病院に平成 28 年 3 月から平成 30 年 2 月の間に新規登録した訪問診療受療患者 223 人中、リビングウィルを記載した 167 人の表明書について、最期を迎える場、蘇生希望などの内容に対する回答を集計した。また診療録から、紹介目的、転帰、がんおよび認知症の有無について調べ、項目間の関連について解析した。【倫理的配慮】厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針に従い実施した。資料は連結不可能匿名化して扱い、調査終了後破棄した。本調査は院内倫理委員会の承認を受けている。【結果】紹介目的割合は、通院困難 100 (60%)、緩和医療 52 (31%)、その他 15 (9%) であった。疾患では、62 (37%) ががん合併、53 (32%) が認知症合併 (重複あり) していた。最期を迎える場の希望は、自宅 60、病院 27、施設 8、状況次第 86 であった (複数回答)。通院困難または緩和医療による紹介 (N=152) で群間比較すると、緩和医療群にがん合併が多くみられた ($P<0.01$)。最期を迎える場を自宅・病院・施設に決めている群と、状況次第+複数回答 (決めていない) 群に分けると、通院困難群に決めていない回答が多くみられた ($P<0.01$)。自宅で最期を迎えたい群 (N=76) の転帰は、自宅死亡が多くみられた ($P<0.01$)。【考察】リビングウィルは 75% が表明、自宅で最期を迎えたい事例の転帰は自宅死亡が多く、概ね意向に沿えていると思われる。通院困難群では、最期を迎える場所を決定することは難しく、今後の課題と言える。患者の意向に沿うには、予後の短い事例に対する療養体制構築が、療養継続が見込まれる事例では、経過を把握できる説明や、状況変化に寄り添った意思決定への支援が必要と考えられる。【結論】リビングウィルは 75% が表明していた。予後不良事例と、療養継続事例では異なる対応が必要と思われる。

示-14-14 小さな気づきから患者の行動変容をもたらした関わり ～入院から在宅への服薬管理～

キーワード：自尊心・在宅での生活・継続看護・服薬管理・気づき
 ○木下奈那・豊田恵・望月直樹・安藤佳代・土方ふじ子・東めぐみ
 東京都済生会中央病院

【はじめに】入院中の 2 型糖尿病患者との関わりを振り返り、患者の職業や生活環境を把握しながら自宅での服薬管理を見据えた支援を行った。【目的】A 氏は自分の思いを語り自宅退院に向けた内服管理を行うようになり、A 氏へのケアがどのようなケアであったのかを明らかにすることを目的とした。【方法】実践報告。データ収集方法：入院から退院までの経過を時系列に記述したデータから、A 氏の食に対する言動の中で繰り返され印象に残った場面を抽出した。分析：入院から退院までの経過を時系列に記述したデータを、場面ごと分類し、プロセスレコードにおこし分析した。研究対象者：A 氏 80 歳代男性、修道院で働いている。入院当初より内服の飲み忘れや間食行動がみられ、物忘れと難聴がある。【倫理的配慮】所属施設の倫理審査委員会承認を得た。【結果】①「A 氏の考え」と「医療者の考え」の相異に気づき、A 氏の食生活を理解する。②「間食行動が変容出来ず、「医療者の考え」が伝わらない A 氏の行動には意味がある事に気づく。A 氏の間食行動には、出来るだけ修道院の食生活に近づけるために、同じ食品を売店で購入する努力であった。③「難聴の A 氏が思いを語る機会を創る」退院調整カンファレンスを実施し、普段は無口な A 氏が、自分が薬を飲んだのか分からなくなっていた事や、薬袋を誤って捨ててしまい、新たに処方してもらうのにためらいがあった事が分かった。目を大きく見開き「プールの中のガラスの中に閉じ込められて皆が何を言っているか分からない」と語った。④「A 氏が服薬管理を継続できるような関わり」介入する視点を食事から内服へと変える必要性を医療者で話し合い、訪問薬剤師も介入し、退院までの期間内服カレンダーの使用を A 氏に提案し必要性を理解してもらい開始した。⑤「退院前訪問による目標を共有する」退院前訪問をし、カレンダーを活用した服薬管理が実行可能かを共に確認した。【考察】A 氏の生活を理解する必要性に気がつき、自宅訪問を通し、具体的な服薬管理方法を共に見出すことができた。小さな気づきから患者の生活の沿ったセルフケア支援につながったと考えられる。【結論】患者の行動変容を支援する為には、患者の気持ちを表現出来る環境を作り、その患者の反応からアプローチを行い関わる事が重要であることが示唆された。

示-14-15 セン妄対応に苦慮した在宅看取りケースの振り返り

キーワード：家族看護 訪問看護 在宅看取り
 ○平尾 香枝
 前佐賀県看護協会訪問看護ステーション

【目的】がん在宅医療において、せん妄は最も多くみられる精神疾患のひとつであると井上真一郎は述べている。その中で対応に難渋するとの理由により、在宅療養の希望に反して入院に至るケースも少なくない。今回、療養中にせん妄を併発するも、在宅生活を継続・療養通所介護で看取りができた事例を振り返りここに報告する。【方法】1) 対象：A 氏 70 歳代、男性。右腎細胞癌、多発肺転移、慢性呼吸不全、妻と二人暮らし。2) 方法：事例分析 訪問看護～療養通所介護・看取りまでの看護実践 3) 期間：平成 X 年 3 月から 3 ヶ月間【倫理的配慮】所属組織の承認を得て行った。また、本研究対象者の自由意志による研究参加の保障と不利益が生じない配慮をして行った。【結果】《せん妄への対応》呼吸状態の悪化に伴いせん妄出現、医師との連携を密にし、向精神薬や麻薬調整で症状評価、快刺激での症状緩和、基本的なニーズを充足できるよう支援した。せん妄の調整は難しく不穏状態は持続、介護負担も増加した為、妻の休息目的で療養通所介護利用を開始。その後もせん妄は回復せず、昼夜の訪問や通所介護～宿泊を継続。職員間で情報共有を密にしケア内容を統一、丁寧な対応を心掛けた。妻の希望もあり永眠までの 9 日間は療養通所での宿泊継続を実施。終日妻も寄り添い、療養通所での看取りとなった。《家族支援》妻は献身的に介護されていたが、せん妄出現に伴い心身の負担感増大、緊急コールと訪問回数が増加。せん妄対応へ助言・傾聴・介護を労い支援、細やかな配慮を心掛け身体的精神的疲労把握に努めた。4 月「家での介護は限界だが自分は入院を決めることができない」と思いを表出。入院も検討するが、妻の負担軽減と休息を考え、療養通所介護利用開始。結果、自分の時間を持つことができ、外出や花の世話をする事で気分転換が図れ、身体的にも負担が軽減できた。【考察】せん妄に対する家族の不安や動揺する思いへの対応も難しい。妻の負担を軽減できるように思いを傾聴し、寄り添いながら関わった事が、安心感に繋がり信頼関係を構築・精神的負担も軽減できたと考える。また、身体的負担を療養通所職員に委ねる事で心身の安定に繋がり、在宅看取りまで関わる事ができたと考える。【結論】療養生活での細やかなサポートが家族の精神的負担軽減に繋がり、療養通所介護を利用する事で身体的疲労も緩和でき、入院することなく在宅看取りができた。

示-14-16 本人の持てる力をサポートすることで実現できた独居老人の看取り

キーワード：独居高齢者 看取り
 ○馬場美代子
 前佐賀県看護協会訪問看護ステーション

【はじめに】最後まで住み慣れたところで過ごしたいと思っても病気をすれば病院へ行きそのまま亡くなっていくのが当たり前と思っている人が多い。しかし、住み慣れた場所で最後の時を過ごしたいと希望する人もいる。独居老人が増えている中、社会資源を活用し本人の思いを実現できた事例を振り返り、利用者が持つ力を引き出すことが大切であることを再認識できたので報告する。【目的】独居老人の希望である在宅で最後まで過ごしたい思いを実現できた要因を明らかにする。【方法】看護記録及び看護小規模多機能型居宅介護の介護記録、介護支援専門員の支援経過記録の中から本人の思いと支援内容を中心に振り返る。【倫理的配慮】所属組織の承認を得て行った。また、本研究対象者の自由意志による研究参加の保証と不利益が生じない配慮をして行った。【結果】事例 A 氏 80 歳代、男性。直腸癌末期、ストーマ造設術後。17 日間の関わり。病院ソーシャルワーカーより自宅退院を強く希望していると紹介あり退院前カンファレンスから関わった。家族は他県に住む娘 1 人、自宅近くに本人と信頼関係がある自治会長がいる。一人で過ごすことに不安があれば、通いや泊まりの利用ができる看護小規模多機能型居宅介護の利用を促した。入院中の ADL は、身の回りの事はなんとか自力でできていた。食事摂取量は少なくやせが目立っていた。退院後は、経口摂取量、ADL 低下したものの自宅で過ごせることのありがたさを口にしていた。看取りの時期が近づいた際、本人に最後まで在宅で過ごしたいかの意思確認を行った。介護士へ今後起こりうる状態の変化を話し介護方法を伝えた。呼吸状態が悪化した際、家族への連絡、自治会長への説明を行い看取りとなった。【考察】人生の中で獲得してきた人間関係や住み慣れた場所を持つこと、一人で過ごす時間の持ち方などすべてその人が持てる力であると考え。それを引き出すこと、社会資源と結びつけることで本人の希望である自宅で最後まで過ごしたい思いを実現できた。看護師は、本人が大切にしていることを他の職種や地域の人に伝え、方針を統一しケアできる。つなぐ役割が大きかったと考える。【結論】独居で最後まで自宅で過ごすためには、社会資源のみならず本人の意思や持てる力も必要であることがわかった。

示-15-1 在宅医療的ケア児と家族への看護師の役割 ～通所支援事業所における一事例～

キーワード：医療的ケア・レスパイトケア・重症心身障害児・障害児通所支援事業所

○江口孝則

一般社団法人 あまね 放課後等デイサービスイーはとーぶ

【はじめに】在宅で医療的ケアを要する重症心身障害児の場合、夫婦或いは母親が主体的にケアを行うことが多い。A 事業所で支援を行っている子供と脳出血による片麻痺をもつ母親に代わり、父親が主に介護を行っており、入浴サービスとレスパイト目的の障害児通所支援事業所の利用(児童福祉法に基づく)を支援希望があった。経口摂取から胃瘻造設と繰り返す誤嚥性肺炎のため咽頭気管分離術を実施し、その後褥瘡を発症。このような背景を持つ利用者に対し、通所支援事業所の看護師が関わったケアを報告する。

【目的】主な介護者が父親という利用者とその家族に対し、通所支援事業所の看護師としての役割を検討。【方法】データ収集期間：2017年4月～2018年2月。対象・方法：医療的ケア児とその両親に対し、医療的ケアについてインタビューを行い質的に分析した。【倫理的配慮】自由意志による参加と拒否の権利、結果の公表について口頭で説明し同意を得た。施設内倫理委員会の承認を受け実施した。

【結果】退院当初、両親の混乱がない様に質問時にはわかりやすく答えるように努め、不安の表出・傾聴を図った。ポジショニングについてはリハビリ部と協力し、内容を十分に検討の上、両親へ指導を行った。褥瘡ケアでは自宅での負担軽減のため施設でも同様に処置できるように自宅から持参した物品を使用し、自宅と施設で継続的なケアを行うことで褥瘡は治癒した。家族は医療的ケアについて医療機関から退院時個別指導を受け、手順や手技等を理解していた。経管栄養導入直後のため父親が学校に付き添うことでの介護負担や不安の増強が生じ、表情からも疲労が明らかであった。傾聴と助言を積み重ねた結果、日を追うごとに両親共に表情が明るくなり、雑談も増えた。【考察】子どもと家族の身体的負担軽減につながる関わりを持つことができたものとする。薄井は「看護とは、生命力の消耗を最小にし、生活過程を整えることである」と述べており、今回の関わりが看護ケアとして必要なものであったと考える。家族に対しレスパイト時間をも提供できる通所支援事業所での看護師の役割は、利用者個人のみならず家族の支援体制を包括的な視点を持って看護介入を図ることが家族を支えなければならない父親の負担をも軽減する手助けとなることが示唆された。【結論】家族の支援体制に対し、包括的な視点を持ち看護介入を図ることが家族すべての手助けになる。

示-15-2 緩和ケア病棟における患者・家族への在宅療養に向けた看護師の関わり

キーワード：緩和ケア病棟、在宅療養、退院支援、看護師
○和田 えみ・本間 奈緒子・荒木 幸・永井晶子(山形県立河北病院)

後藤 順子(山形県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科)

佐藤 志保(山形県立保健医療大学 看護実践研究センター)

【はじめに】A 病院緩和ケア病棟(以下 PCU)では、受け持ち看護師が、患者・家族の希望を尊重し、在宅療養に向けた退院支援を行っている。進行状況は共有しているが、個々の看護師がどのような思いを持ち関わっているのかは明らかではない。退院支援における看護師の関わりを再認識し、共有することでよりよい支援に繋げていく必要があると考えた。【目的】PCU において患者とその家族への在宅療養に向けた支援に看護師がどのように関わっているのかを明らかにする。【方法】対象は PCU に勤務し ELNEC-J 看護師教育プログラムを終了し、研究への同意を得られた看護師 5 名。PCU の患者・家族への在宅療養に向けた看護師の関わりについて半構成的面接法によりデータ収集。逐語録から質的帰納的に分析しカテゴリを形成、さらに統合しテーマを形成した。【倫理的配慮】本研究は A 病院看護部倫理審査委員会で承認を得た。研究協力者に文書と口頭で研究の趣旨、方法、研究参加の任意性と中断の理由、個人情報への守秘について説明し、書面での同意を得た。データの処理はコード化し、匿名性の確保に注意した。【結果】語られた内容から、61 のコード、21 個のサブカテゴリ、11 個のカテゴリ、[看護師の基盤となる態度][大切な家族の支援][多職種との協働][具体的退院支援]の 4 個のテーマを導いた。【考察】看護師は患者と向き合い、患者がどうしたいかを常に汲み取りながら最善な方法で支える事を基盤にして関わっていた。今後も患者が意思決定出来る様に患者と共に考えていく事が重要である。また、看護師は調整の遅れにより在宅へ帰る希望が叶わないことのないよう早期から関わっていた。大切な家族の支援では、児玉は、「家族ケアにおけるもっとも重要なポイントは、家族との関係づくりである」と述べている。本研究においても、患者が在宅で過ごすには、家族の助けが必須であり、家族を尊重した関わりを大切にしていた。患者の意思を尊重しつつ、家族の思いにも寄り添いながら進めていくことは、より充実した在宅療養を継続するために必要な支援である。【結論】看護師の在宅療養に向けた支援は、本人の意思を尊重する支援を基盤の中心において関わっていた。本人に寄り添いつつ、家族を大切にする関わりを実践しており、限られた時間を考慮しながら、多職種との協働、具体的退院支援を加え、患者の希望にあった過ごし方を実現していた。

示-15-3 訪問看護利用者の特徴と看護ニーズの地域特性

キーワード：訪問看護、地域特性、看護ニーズ

○本庄幸代¹⁾、塚崎恵子²⁾、京田薫³⁾、板谷智也³⁾

1) 石川県医療在宅ケア事業団 2) 金沢大学医薬保健学総合研究科
博士後期課程 3) 金沢大学医薬保健研究域保健学系

【はじめに】超高齢社会において、医療と生活の両面から在宅療養者を支援することのできる訪問看護サービスの提供体制の構築は喫緊の課題である。A 県には医療資源が多い県南部 B 地域と、過疎化が進んでいる県北部 C 地域がある。B 地域の高齢化率は 24%、C 地域は 44% と高い (2015 年)。医療施設数 (10 万人当たり) は B 地域は 66、C 地域は 54 と少ない (全国 68、2015 年)。このように 2 地域は高齢化率や医療資源に違いがあり、訪問看護に対するニーズにも違いがあることが考えられる。【目的】訪問看護利用者の特徴と看護ニーズの地域特性を明らかにする。【方法】A 県内 16 訪問看護ステーションの利用者を対象として、訪問看護サービスに期待することとして 18 項目の看護ニーズの有無に関する質問紙調査を行った。属性、要介護度、24 時間対応の利用の有無等は、各利用者を担当している訪問看護師 102 名が回答した。t 検定と χ^2 検定を用いて B 地域と C 地域を比較分析した。【倫理的配慮】研究者の所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加は対象者の自由意思によるものであり、同意しないことで不利益を被ることがないことを保障した。【結果】B 地域の利用者は 368 名、C 地域は 293 名を分析対象とした (一部の項目の無回答者も含む)。2 地域で有意差があったのは年齢、要介護度、24 時間対応の利用の有無だった。C 地域の平均年齢は 77.2 ± 15.1 歳であり、B 地域の 73.6 ± 20.0 歳よりも高かった。C 地域の要介護度 3 以上は 61.1% を占めたが、B 地域は 45.8% だった。24 時間対応の利用者は、B 地域は 54.0% であったが、C 地域は 37.2% と少なかった。看護ニーズは、18 項目いずれも 2 地域に有意差はみられなかった。全利用者において、看護ニーズとして多かったのは、緊急時対応が 30.6%、利用者の相談相手が 28.7%、医師との連携が 27.2% だった。【考察】訪問看護利用者の年齢、要介護度、24 時間対応の利用に地域差がみられても、訪問看護に期待するサービスには違いがないことが考えられる。また、医師との連携を促進して緊急時の対応を強化することや、精神的な支援の充実が必要であることが示唆された。【結論】高齢化率や医療資源が異なる地域において、訪問看護利用者の特徴に違いがみられたが、訪問看護に対するニーズには違いがみられなかった。

示-15-4 短期入所サービス利用が介護者の生活に与える効果の検討

キーワード：短期入所サービス、介護負担軽減、重症心身障害児 (者)

○菊地純子・鈴木ひろ子・遠藤涼子・金子沙由里・小畑正子
宮城県立こども病院

【はじめに】在宅療養の重症心身障害児 (者) (以下、重心児 (者)) が増加し介護負担軽減のための短期入所サービス等の利用ニーズは高まっている。しかし、短期入所利用の実質的な効果の報告は少ない。【目的】短期入所利用が重心児 (者) の介護者の生活に与える効果を検討する。【方法】調査研究。対象は過去一年間に短期入所を利用した重心児 (者) の介護者 153 名。睡眠やきょうだいの行事など 13 項目について自記式の質問紙を配布し郵送法か留置法で回収した。利用前後の変化について、「4: ある (できる)」～「1: ない (できない)」の 4 段階評定尺度で調査し、Wilcoxon の符号つき順位和検定で分析した。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得た。対象には、研究目的やプライバシー保護などについて文書および口頭で説明し、回答をもって同意が得られたとみなした。なお開示すべき利益相反はない。【結果】有効回答率 85.6% ($n=131$)。全項目で短期入所利用前後の変化に有意差が認められた ($p<0.05$)。睡眠時間が「ない」は利用前 20 名が利用後は 0 名となった。介護による肉体的疲労感が「ある」は利用前 66 名が利用後には 5 名に減少した。きょうだいの行事参加は利用前 66 名が「あまりできない」との回答だったが利用後「できた」「まあまあできた」となった。仕事や家事が「できない」は利用前 11 名が利用後は 0 名となった。夫婦 (パートナー) でゆっくり過ごせたと感じるでは「あまりできない」が利用前 80 名だったが、その内 72 名は「できた」「まあまあできた」に変化した。【考察】短期入所利用後に睡眠時間が十分あると感じることや夫婦でゆっくり過ごせたと感じるなどの改善がみられたことから、短期入所は介護者だけではなくその家族の休息にも効果があると考えられる。また、介護による肉体的疲労感が短期入所利用により軽減する傾向を示した。短期入所の利用によって睡眠やゆっくりする時間などの休息が取れ、そのことが身体的疲労の軽減にも効果があることが示唆された。さらに、きょうだいの行事参加や仕事や家事が利用後にはできたと感じる傾向がみられ、短期入所利用は日々の生活の中で果たせていないと感じている介護者の役割遂行を促すことにも効果的であると考えられる。【結論】短期入所利用は重心児 (者) の介護者の生活の「睡眠」「介護による肉体的疲労感」「きょうだいの行事参加や世話」「仕事や家事」「夫婦の時間」の改善に有効である。

示-15-5 院内看護師の同行訪問指導に対する訪問看護師の思い

キーワード：退院支援研修、同行訪問、訪問看護

○原田真由美・古頃安美

大阪府済生会富田林病院訪問看護ステーション

【はじめに】A 訪問看護ステーションは院内の退院支援研修を受講した看護師に同行訪問指導を行っている。訪問看護師の経験年数や勤務形態に関係なく指導している。しかし、訪問看護師がどのような思いで同行訪問指導を行っているのかこれまで確認したことがなかった。そこで、今回同行訪問指導に対する思いを明らかにすることとした。【目的】訪問看護師がどのような思いで同行訪問指導を行っているのかを明らかにする【方法】1. 半構成的面接法 2. 研究期間：平成 29 年 10 月 10 日～11 月 2 日 3. 対象と方法：A 訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師 3 名に、独自に作成したインタビューガイドを用いて面接を行った。データから類似性があるものに分類し系統立てた。【倫理的配慮】本研究は院内の倫理審査会の承認を得て実施した。【結果】語られた内容より、『同行訪問に対する不安』『訪問看護師としての気づき』『退院支援の期待』の 3 つのカテゴリに収束された。『同行訪問に対する不安』は〈自分自身の能力に関する不安〉〈対象となる看護師への不安〉〈対象となる利用者の不安〉に分類された。経験のある院内看護師は知識が豊富と感じる反面、在宅に関しての理解度が不明で、何を伝えればよいのかという思いがあった。『訪問看護師としての気づき』は、〈訪問看護を経験して感じたこと〉〈訪問看護としての関わり〉〈情報共有不足〉に分類された。院内看護師との関わりが少なく、看護サマリーだけでなく、院内との情報共有が課題と捉えていた。『退院支援の期待』は〈同行訪問のプラス効果〉〈院内看護師に伝えたいこと〉に分類された。同行訪問は、在宅療養の現実や訪問看護師の役割等を伝えることができる。併設のステーションとして院内と協力しながら退院支援につなげたいと感じていた。【考察】同行訪問は自分が知らない看護技術や経験をして学べることが多く、院内看護師と顔見知りになる良い機会にもなる。しかし、現状では情報交換が少ないもどかしさがあり、退院前後に情報共有しあえる関係が必要である。訪問看護師が院内看護師に在宅療養の実際や、訪問看護師の役割等を伝えることで、在宅移行の支援につながることが期待できる。【結論】訪問看護師は同行訪問指導に対して『同行訪問に対する不安』『訪問看護師としての気づき』『退院支援への期待』という 3 つの思いがあった。

示-15-6 慢性便秘症が改善したパーキンソン病療養者の訪問看護の実践報告

キーワード：パーキンソン病、慢性便秘症、訪問看護

○木口綾子・出口祐子

長崎川棚医療センター訪問看護ステーションさくらそう

【はじめに】パーキンソン病（以下 PD:Parkinson's disease）では運動症状の発症前にすでに自律神経症状などの非運動症状、特に便秘が始まっており、80%以上の患者が便秘を訴えケアにおいて大きな部分を占める。PD 病療養者の多くは便秘であり、訪問看護の援助内容としても多くを占める。【目的】慢性便秘症の PD 療養者について、排便処置が不要になった事例を振り返り訪問看護の実践を評価する。【方法】(1) 事例の概要：A 氏、70 歳代女性、PD（ヤール 4）、要介護 3、腸閉塞・肺炎・骨折で入院歴あり、息子と二人暮らし(2) 方法：排便回数・便性状・薬剤使用状況・A 氏や家族の認識等について、訪問看護記録から情報収集し、訪問看護介入の時期ごとに比較し分析した。【倫理的配慮】本発表に関して、本人に不利益は生じず協力は自由意思であることを説明し同意を得た。また、個人が特定されないよう固有名詞は匿名化し、所属施設の承認を得た。【結果】(1) 訪問看護利用前：排便回数約 10 日に 1 回で手拳大の硬便、定期薬は服用していたが屯用薬（坐剤、ピコスルファートナトリウム水和物）は使い方がよくわからないため使用しておらず残薬が多量だった。(2) 訪問看護開始当初（訪問回数週 1 回）：①排便は 1 週間に 1 回程度（手拳大の硬便）、②支援内容：腹部マッサージ、温電法、坐剤挿入、排便時の姿勢の指導、摘便、検査画像の確認、息子と排便回数・性状について情報共有し屯用の与薬量を調整、訪問回数の見直しを行った。(3) 現在（訪問回数 2～4 回/週）：①排便は 1～2 日に 1 回（普通便）、②支援内容：徐々に屯用は不要となり、排便処置に 1 時間以上要していたが腹部マッサージを時々実施するのみとなり、リハビリテーションなど他のケアを実施できるようになった。(4) 認識の変化：A 氏「元々便秘だから仕方がない」という認識から「普通に便が出るのは何年ぶりだろうか。楽になった。私の希望は便のことよりも歩くこと、寝たきりにならないこと」に変化し、息子からは「前は入院が多く大変だった。今の方が生活が安定している」との言葉があった。【考察】訪問看護のケアによって、A 氏・息子は緩下剤や坐剤の効果的な使用方法とその効果を理解し実践できた。さらに排便コントロールが良好になったことで腸閉塞による入院を予防でき、本人の歩きたいという目標が明らかになった。【結論】訪問看護による排便のケアは、慢性便秘症を改善し在宅療養の安定につながった。

示-15-7 包括ケア病棟の退院支援活動より効果的な支援への検討

キーワード：退院支援 退院調整 家族支援 病棟看護師
○中島恵 田中香奈子 久本和夫
独立行政法人国立病院機構東佐賀病院

【はじめに】包括ケア病棟とは、急性期医療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等を受け入れている。退院後も安定した生活が送られるように、退院支援に取り組んでいる。今回退院支援活動の実態から円滑な退院支援事例と困難事例を報告する【目的】退院支援活動の実態から、退院支援における課題を明らかにする【倫理的配慮】対象者に対して、データ、プライバシーの保護を徹底することを説明し同意を得た。病院倫理委員会の承認を得た。【方法】円滑な退院支援事例と困難事例を比較して効果的な支援について検討する。【症例】(1) A 氏 80 代女性診断：右踵骨疲労骨折 気管支拡張症 ADL 向上ができず、施設入所検討していたが、在宅へ退院調整せきた。(2) B 氏 80 代男性。診断：腰部圧迫骨折、腎機能低下、肺癌。様々なサービス介入拒否。在宅へ退院するが、2 ヶ月後再入院。【結果】A 氏はリハビリで息切れが生じ耐久性乏しく活動低下し、構成能力も低下していたため、施設調整していた。しかし、HOT 導入より機能向上し、在宅退院を目標に変更。自宅活動に合わせたリハビリ、家族指導とし、訪問看護、かかりつけ医決定しサービス利用の調整で退院となる。B 氏は独居は独居生活。妻施設入所。家族他県に在住。歩行一部介助内服看護師管理の状態。介護保険申請拒否し、自宅状況も事業所情報より物が多く、安全な環境ではない。本人、家族と今後のことについて、家族希望で病名未告知。数回面談を繰り返す。他人を入れたくないとのことで、介護申請のみで在宅へ退院された。民生委員が定期的訪問の承諾は得られた。【考察】A 氏の円滑な退院支援要因は障害となっていることへの問題追求と、解決策を取り入れ家族をうまく巻き込みながら支援が進められたことであった。B 氏は、本人へ病名を告知しないという状況下で、先を見据えた面談を行い、周囲からの情報で在宅復帰は困難とし、患者へ選択肢を与えず、本人がどうしたいかが引き出せていない【結論】円滑な支援は、在宅生活を見据えたとき障害となっていることへの対策を本人、家族を巻き込んだことで、困難事例は、患者側、医療者側の目標がずれたままで、意思決定支れない場合困難となる。【まとめ】今後効果的な退院支援活動において、患者、家族の意思決定を支えていく

示-15-8 地域包括支援センターの看護師による閉じこもり高齢者への介入内容

キーワード：閉じこもり高齢者、地域包括支援センター、看護師
○桧山美恵子¹⁾ 横島啓子²⁾ 徳重あつ子²⁾
¹⁾ 宝塚大学 ²⁾ 武庫川女子大学大学院看護学研究科

【はじめに】高齢者の閉じこもりは要介護状態へと移行し、死亡率を高めることが明らかになっており、主に地域包括支援センターが高齢者の閉じこもり予防・支援の役割を担っている。先行研究では、地域包括支援センターの看護師は閉じこもり高齢者の支援を困難と感じながらも、何らかのサービスにつなげた経験があると報告されている。しかし、具体的に介入した内容についてはまだ明らかになっていない。【目的】閉じこもり高齢者を、介護保険サービスや医療サービス、患者・家族会などのインフォーマルサービスにつなげるために、地域包括支援センターの看護師が本人に介入した内容を明らかにすることである。【方法】閉じこもり高齢者への支援にかかわった経験のある、A 市の地域包括支援センターの看護師を無作為抽出し、同意の得られた 9 名を対象とした。半構造化面接を実施し、得られたデータを質的記述的に分析した。【倫理的配慮】文書と口頭で研究の目的、意義、方法、個人情報の取り扱い、研究参加者の任意性を説明し、同意を得た。開示すべき利益相反関係にある企業等はない。本研究は武庫川女子大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】研究対象者が語った事例は 14 事例であり、年齢は 80 歳代が 6 件と最も多く、閉じこもりの背景要因は認知症 9 件、引きこもりの息子と母親の社会的孤立 2 件等であった。サービスにつながるまでに要した期間は平均 1.1 年であった。看護師がサービスにつなげるために本人に介入した内容は、65 の最終コードから、15 のサブカテゴリー、4 のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、＜訪問しながらサービスにつなげるタイミングを探る＞＜看護師としての知識や技術を活用する＞＜本人に合ったアプローチ方法を模索する＞＜サービス利用につなげるテクニックを駆使する＞であった。【考察】要介護状態となり死に至る危険を回避するためには、看護師としての知識や技術を活用しながら心身の変化をモニタリングし、サービスにつなげるタイミングを探っていた。また、長期間継続してかわりながら様々な方法で必要なサービスを提案し、介入の方法を模索しながらサービスにつなげたという介入の特徴が明らかとなった。【結論】看護師としての知識や経験を活用することは、閉じこもり高齢者をサービスにつなげるために効果的であることが示唆された。

示-15-9

この演題は取下げになりました。

示-15-10 退院後に在宅において医療ケアの導入を必要とする利用者への看護援助の検討

キーワード：訪問看護 退院支援 連携

○早川佳世¹⁾ 安田圭子¹⁾ 岡田美千代¹⁾ 曾我浩美²⁾

¹⁾ 医療法人香徳会 関中央病院 旭ヶ丘訪問看護ステーション

²⁾ 大阪医科大学看護学部

【はじめに】近年、在宅で医療ケアを行いながら生活する者は増加し、訪問看護では利用者と家族のセルフケア力を把握しながら、在宅療養を支援している。その中で、退院後に新たに医療ケアを要する状況では、入院中の知識・手技習得の不十分さ、退院後の生活の見通しの誤り等から、退院後の生活への移行期に困難を生じる利用者は少なくない。【目的】退院後に在宅での医療ケアの導入を必要とした事例において、在宅生活への移行期に生じた困難と看護援助を振り返り、訪問看護と病棟との連携に焦点を当てた援助を検討する。【方法】1. 研究デザイン：質的研究 2. 研究期間：2017 年 4 月～2018 年 3 月 3. 対象：家族の介護にて経管栄養を行うために訪問看護を利用した 3 事例に関わった訪問看護師 10 名 4. 研究方法：事例において①退院前の情報収集状況②在宅生活移行期に利用者・家族に生じた困難③訪問看護師が実施した援助の振り返り。①～③について対象看護師にグループインタビューを行い、得られた情報を要約し、生じた困難、実施した援助から問題点を抽出し分析した。【倫理的配慮】所属病院倫理委員会の承認を得て実施した。対象者に目的・内容等の説明および自由意思に基づく協力、匿名性の確保、個人情報管理、研究成果の公表等について書面と口頭で説明し同意を得た。【結果】経管栄養の滴下調整、下痢の処理等、入院前との変化について、自宅で生活する事への家族のイメージが漠然としていた。退院してからの生活を見て、状況に合わせた工夫の助言や指導を行うことが必要であると感じた。【考察】訪問看護師は、病棟での指導状況がみえないことから介護力の把握ができず、退院後に予測される困難をアセスメントした上での援助計画が考えられない。ゆえに、看護師の継続看護への認識を高めるとともに、在宅への退院が視野に入った時点で指導を開始できる体制を整え、入院前の状況、入院中の介護手技習得状況を把握する。また、自宅での生活に適応する上での困難の多さを病棟看護師と共有し、入院中から自宅と同条件下で練習し、問題を見出せるよう支援する。【結論】在宅生活への移行期には、医療ケアを家族が行う上で環境や状況の変化に対応できないことが多い。その支援として、入院中から訪問看護師が家族の介護力を把握し、退院後に予測される困難をアセスメントした上で、個別的な援助を計画できるよう、病棟との連携機能を構築することが重要である。

示-15-11 満足のいく看取りを迎えるために

キーワード：訪問看護、看取り、介護者満足

○吉田由美・岸本ゆかり・藤原ひさ子・宮浦千穂・吉井恵津子
かんざき訪問看護ステーション

【はじめに】看取り難民の問題が議論され、在宅における看取りの重要性が増すと予測される。【目的】満足のいく看取りを迎えるためにどういった関わりが必要であるかを検討し看取りケアの質向上に寄与する。【方法】1) 事例 1 自宅を希望するも病院で看取り・事例 2 希望通り病院で看取り・事例 3 病院を希望するも自宅で看取り・事例 4 希望通り自宅で看取り、以上 4 事例を看取りの意向と場所で〈家族の十分な休息の有無〉〈介護者の人数と支援の有無〉〈緊急時の対応方法と指導〉〈介護指導〉〈医師との話し合いの場の設定〉〈情報不十分な場合の相談場所〉について概要をまとめクロス表を作成する。2) 介護期間に応じた療養者や家族の気持ちの変化をまとめる。3) 事例から得られた客観的事実を比較検討する。【倫理的配慮】A 病院倫理委員会の承認を得た。対象者に研究目的と概要、匿名性の保持、自由意志による研究協力である事を説明し、同意を得た。【結果】〈家族の十分な休息の有無〉4 例中 3 例は療養者の病状が不安定、あるいは仕事との両立などで十分休息がとれていない。〈介護者の人数と支援の有無〉事例 2 は息子と二人暮らし。他例は多世帯家族、または協力者がいた。〈医師との話し合いの場の設定〉事例 2・4 は病状の理解が本人には困難であった。事例 1 は病状について主治医より説明があるも理解は得難かった。一方、事例 3 は病状を受け入れ、入院中に DNAR を確認し、退院。他項目は 4 事例とも大きな違いはなかった。介護期間は事例 4 が最長で他界後、「こんなしんどい事誰にもよう勧めん」と振り返られた。【考察】多世帯家族でも十分な休息が取れていなかった。H27 介護休業制度の利用率も低く介護力確保が難しい。治療の目標を「完治」から「平穏な最期」に変えることができれば、不安や苦しみから逃れることが出来るといわれるが、十分な話し合いの後、DNAR を希望された事例は家族も満足できていた。一方話し合い不十分だった事例は辛い最期を過ごされた。本人の希望に添えた事例は家族も満足できていた。介護期間が長くなると介護者の疲弊感は強かった。負担軽減の社会資源の充実が重要であると考え。【結論】①満足する看取りに死亡場所は関係ない。②本人家族の意向を確認した柔軟な対応・DNAR を含め意思確認する・家族の看取りを迎える心構え・介護に不慣れな介護者が自宅での介護期間が長くなると満足度は低く、負担軽減の配慮等以上 4 点が重要である。

示-15-12 一人暮らし高齢者が在宅療養を継続できる要因

キーワード：一人暮らし 訪問看護 尊厳 パーソナルネットワーク 強み

○中村明美
香川県看護協会

【はじめに】医療モデルから生活モデルへと急激にパラダイムはシフトした。地域包括ケアシステムでは、高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を送れることを目指している。【目的】A 県で訪問看護を利用して一人暮らしをしている高齢者が安心して在宅療養を継続できる要因を明らかにする。【方法】A 県の全ての訪問看護ステーションと一人暮らし在宅療養者双方の了解を得る。意志疎通の可能な 65 歳以上の一人暮らし在宅療養者のパーソナルネットワーク、サポート体制、主観的満足、最期の迎え方等について半構造化インタビューを行う。調査期間は 2017 年 6 月 25 日～7 月 25 日。インタビュー期間は 2017 年 7 月～同年 9 月。【倫理的配慮】放送大学研究倫理審査委員会承認通知番号 13。被験者への人権擁護、説明と同意を重視し文書で同意を得、インタビュー時に再度同意を確認する。【結果】53 の訪問看護ステーションから回答があり、26 は企業立、41 は従業者 5 人未満であった。開設 3 年未満は 25 であった。一人暮らし高齢者の訪問看護総数は 227 人。このうち訪問インタビュー同意者は 32 人。実際に実施できたのは 24 人であった。67 歳～102 歳、男性 11 人、女性 13 人、要介護 5 は 1 人、4 は 3 人であった。訪問看護利用期間 3 年以上は 7 人。持ち家 14 人、公営住宅・借家は 10 人、そのうち 4 人は経済的困窮感を回答した。必要時介護する親族がいる人は 17 人、いない人は 2 人であった。就業している人は 3 人、親族以外のサポートや地域とのつながりのある人は 8 人、健康生活への自助努力はほとんどの人が実施。主観的満足度は、躊躇なく満足と回答したのは 2 人、不満は 3 人、多くの人は満足せざるを得ないと回答した。最期の迎え方については、このままだと回答したのは 13 人、その他は施設入所、子どもに任ず、無回答であった。【考察】趣味や生きがい、生きてきた過程で得た特技や就業は生活の質とパーソナルネットワークを拡大している。経済力は様でなく、家賃が必要な場合は経済面の配慮が必要である。要介護や病状が進行した場合について不安を持っているが相談できていない。【結論】一人暮らしの高齢者が安心して在宅療養を継続するためには、①早期からインフォーマルな資源活用等とともにパーソナルネットワークを広げる。②利用者の強みを見出し、自助努力を楽しむ支援をする。③今後の支援力や最期の迎え方までについて関係者で定期的に話し合う。

示-15-13 ストーマ保有者のニーズとケア提供者に求められること
アンケートを基にそれぞれの視点やニーズを考察する

キーワード：ストーマケア 在宅 不安の軽減
○松永 美紀
麻生介護サービス株式会社 アップルハート訪問看護ステーション大牟田

【はじめに】ストーマ増設患者は退院に直面した時、「退院=自立」を迫られたような気持ちになり、不安を表出される。日常的な体調管理やストーマトラブルの回避、装具等のコスト面が生活の問題となる。在宅療養に介入する訪問看護ケアは、限られた時間の中で展開される。保有者の現状やニーズを把握することで、ケアの質向上に反映するための調査を実施する事とした。【目的】医療機関や訪問看護ステーション(以下 ST と称す)と、利用者の声を調査し、ストーマ保有者の在宅生活を支える ST あり方や質向上について検証。【方法】調査期間 H29. 9. 27~H29. 12. 5 にて、医療機関 5 か所・ストーマ保有の ST 利用者 25 名・ST 事業所 16 か所へ、在宅ストーマ保有者のニーズや体制に関するアンケート調査及び集計と結果の考察をする。【倫理的配慮】アンケート調査を実施した対象へ、配布時に調査目的及び、情報管理に対する説明し同意を得た。論文執筆に関する倫理審査は社内、品質管理部門の承認を得た。【結果】①医療機関ストーマ造設件数が消化管：尿路＝4：1 に対し訪問看護利用者は消化管：尿路＝2：1 と、消化管ストーマ保有者の方が自立しやすい②訪問看護介入は造設後 3 年以内の利用者が多い③ストーマトラブルの原因は自己流手技によるものである④医療機関は利用者へ装具の相談や緊急時対応を訪問看護に望んでいる⑤訪問看護の依頼は、選択理由の優先は利用者居住地域の ST である⑥利用者は金銭的負担を感じている【考察】医療機関は、在宅療養での利用者の自立度に合わせ ST を利用し、地域の ST には日常的ケア介入と緊急時対応を望んでいる。ケア自立者は在宅療養経過で自己流手技となり、自立はあってもスキントラブルに繋がりやすい。利用者は身体的負担より、パウチ漏れ等の臨時訪問依頼や装具とケアに係る衛生材料等による経済的負担を日常的に感じている。ストーマ保有者の体調管理、精神的不安、経済的不安、セルフケア習得度は継続的な評価が必要である。訪問看護は退院時より在宅療養支援の経過で、医療機関と利用者の、医療と生活の繋ぎの役割を担う。【結論】チェックリストによるストーマケアの定期的評価の実施を行う。日常的なストーマトラブル回避は、保有者の経済的負担に直結した軽減となる。ストーマ外来看護師や地域連携室との密な情報交換と連携は、多職種で支える保有者ケアの認識統一と、質の高いケアの提供へ繋がる。

示-15-14 A 市高齢期住民の死生観から見えてきた支援

キーワード：高齢者 死生観 多職種連携 地域包括ケアシステム
○宮崎 千佐子 大城 風佳
地域包括支援センターヴェルディ八戸ノ里

【はじめに】重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が目指されている。自分らしい暮らしとしての「生」を前向きに考えるために、日本ではタブー視されがち(山本, 1992/彦・田島, 2011)だが、「死」について把握する事が必要と考える。高齢期住民の死生観を知ること、地域に必要な支援を探り、地域包括ケアシステムの充実を図る。【目的】A 市に住む高齢期住民が自分の最期をどのように考えているのかを明らかにする。【方法】対象者は A 市に住む 20 歳以上の住民で、地域包括多職種連携研修会(N ネット)のアンケートに答えた 560 名のうち、60 歳以上に該当する 231 名である。アンケート回収には、B 地域包括支援センターで行った介護予防教室参加者や、関わる地域住民団体と介護保険サービス事業所に協力を得た。分析は、記述統計と自由記載のカテゴリー化を行なった。【倫理的配慮】N ネット研修会会議及び B 地域高齢者等会議の研究協力代表者に対し、事前に任意の協力であることやプライバシーの保護に努めること、不利益を生じさせないことを詳細に口頭説明し承諾を得た。また、各対象者には調査の主旨をアンケート紙面に記載の上、アンケートの回答をもって同意を得たものとした。【結果】回答者は年齢欄無記入の者を除く 231 名(有効回答率 98. 2%)であった。『自分らしい理想の最期の迎え方』については、「ピンピンコロリ」「ある程度の活動量を保ったまま」「家族や周りに迷惑をかけない」「家族に看取られながら」「穏やかに」「考えない」等の回答が得られた。理想の最期を迎える為には「介護保険サービス」「往診医」が必要と答える者が多く、続いて「家族の介護」「訪問看護」「検診と健診」「友人・隣人等」であった。【考察】在宅で、ある程度の活動量を保ったまま、家族に見守られつつも迷惑をかけずに最期を迎えたいと考える高齢期のニーズが多いこと、その為に必要な支援のネットワーク構築や情報発信等がこれからも必要と言える。【結論】今回の調査により、人生の終焉で「周りに迷惑をかけずに、穏やかに、苦しむことなく迎えたい」という高齢期の理想の死の迎え方が明らかとなった。

示-15-15 埋め込み型人工心臓装着患者の在宅療養における訪問看護師の役割

キーワード：補助人工心臓 在宅療養

○武藤 千恵美

前佐賀県看護協会訪問看護ステーション

【はじめに】重い心臓病の患者が補助人工心臓の手術を受けるケースが増えている。従来に比べて機器が小型になったうえ、治療にかかる費用も保険で補われるようになってきたからだ。在宅療養を支える仕事を通し、在宅で生きる患者、家族の強さを知り、在宅療養の重要性を学ぶことができた。本研究では先行研究が少なく、在宅療養中の患者・家族の課題を知ることで訪問看護師の役割について検討をおこなった。【目的】患者、家族の課題を知り、訪問看護師がどのような連携を望んでいるのか、その内容を今後の継続看護に活かす事を目的とした。【方法】1) 対象：埋め込み型補助人工心臓装着を行った患者 1 名とその家族 1 名、訪問に携わる看護師 3 名へインタビュー方式を行った。2) 研究方法：2017 年 4 月から 12 月までの間で実施し、不安や訪問看護師へ期待すること、看護師へは面接を実施し、ケアや患者と家族に対しての不安や悩み、また病院との連携に関することとした。【倫理的配慮】所属組織の承認を得て実施した。また、本研究対象者の自由意思による研究参加の保障と不利益が生じない配慮をして実施した。【結果】回答の悩みの内訳は、患者と家族では、今後の方向性の悩み、理解をしてもらえない、与えられた命をもっと有意義に過ごしてほしい、看護師間では、理解を深めようという思い、在宅療養を継続するための多職種間との連携の必要性であった。【考察】患者と家族では悩みと疑問がほとんどであった。M. Newman は「看護師の役割は、困難な状況にあってもなお成長するために、人々が自分の内部の力を認識し活用できるよう援助することである」と述べている。患者は病気に対する思いを語ることで自分自身と向かい合い、苦悩の中から人生の意味を考えることができている。患者自身に備わっている力が促進できる事、看護師は柔軟できめ細やかな対応を行い、地域の協力者なども含めて意見交換や交流できる機会を検討していく必要があると考える。【結論】埋め込み型人工心臓患者の在宅療養を支えるには、まだ多くの課題と気づきがあった。今後も地域を巻き込んだ包括的な連携を作ることで患者と家族を支えていくことが必要である。

示-15-16 デスカンファレンスから見てきた多職種連携の役割

キーワード：退院前カンファレンス、デスカンファレンス、多職種連携

○井手 久仁子

前佐賀県看護協会訪問看護ステーション

【はじめに】癌末期の患者が在宅療養を希望され、退院前カンファレンス後、在宅療養が開始。退院翌日に下血し病院へ搬送、入院翌日亡くなられた。デスカンファレンスを行い、利用者が死を受け入れたことを知り、多職種個々の成長に繋がった事例を報告する。【目的】重度の利用者が病院から在宅療養へ移行したが、急変し病院で亡くなった事例をデスカンファレンスで振り返り、多職種連携の役割を考える。【方法】対象：A 氏 40 歳代女性、後腹膜脂肪肉腫（末期）。多職種でデスカンファレンスを行い事例分析した。【倫理的配慮】本報告の事例については、所属組織の承認を得て行った。また本研究対象者の自由意思による研究参加の保証と不利益が生じない配慮をして行った。【結果】A 氏は病気発症後、再発・転移を繰り返し、度々の手術を施行し、イレウスや腸穿孔のリスクがあった。CV ポートから高カロリー輸液、胃瘻管理と医療処置の継続で退院した。退院前カンファレンスで、本人の意思を確認し、問題点を多職種で話し合い、在宅療養へ移行したが、退院翌日急変。直ぐに輸血の準備ができないこと、出血部位がとめられれば遠方にいる娘と最後の別れができるかもしれないという在宅医、訪問看護師の決断で病院搬送となった。デスカンファレンスで、血管の中に腫瘍が噛み込んで出血していることを医師から本人へ説明され、何もしないことを決断し、子どもへお別れができたことを知った。【考察】関わった多職種は、行った支援が利用者へ良い選択であったのか、人生の最後はどうだったのか不安が残ると考える。デスカンファレンスで多職種がケアを振り返ることで、利用者の死を無駄にせず、親として次の世代の子ども達に思いを託す役割が遂行できたことがわかった。【結論】医療機器が多い重度の利用者でも家に帰りたい思いがあれば主治医（病院医師、在宅医）、病院の看護師（退院支援・退院調整看護師、病棟・外来看護師）、訪問看護師が、退院前カンファレンスで利用者の意思を確認し、専門性を活かし連携し支援できる。がん終末期の利用者、家族と共に向き合い、揺れながら考え合った病院と在宅のチームだからこそ、利用者がどのような状況でも利用者の意思を大事にし、お互いに任せられる関係を築き上げることができる。最後の看取りの場がどこであれ、チームで共感し、振り返ることで、利用者の最後の声を聞くことができる。