

患者の思いの実現に向けて ～倫理的視点からの取り組み～

西5病棟

脳外科病棟の 看護師の役割

急性期の 身体状態の 観察	<ul style="list-style-type: none">・ フィジカルアセスメント・ 再発の早期発見、身体機能の悪化や改善
経過に 合わせた ケア・リハ ビリの提供	<ul style="list-style-type: none">・ 身体機能が改善するように働きかける・ 適切な離床のタイミングや環境整備を考える・ 抑制が自立の妨げになっていないかを考える
個々の状況 に合わせた 退院支援	<ul style="list-style-type: none">・ 本人の困りごとや思いを確認する・ 情報を周囲のみならず共有する・ 社会的・精神的にサポートする

カンファレンスでの情報共有

日々のカンファレンス

目的:ケアの方向性の検討

フィジカルアセスメント
異常や変化の早期発見

- ・ 具体的なケア方法の見直し
- ・ 身体機能改善に向けた働きかけ
- ・ 離床のタイミングや環境整備
- ・ 身体抑制最小化に向けた取り組み

退院調整カンファレンス

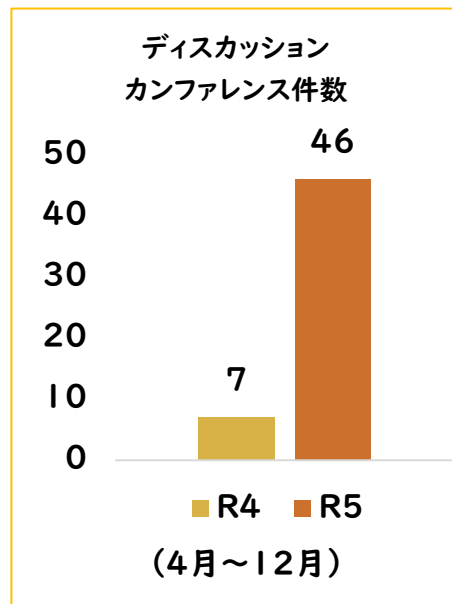
目的:退院後のサービスの調整

困りごとや思いの確認
情報の共有

- ・ 退院後の生活目標
- ・ 状況に合わせた退院先の検討
- ・ 療養生活に応じたサービス調整
- ・ 退院指導

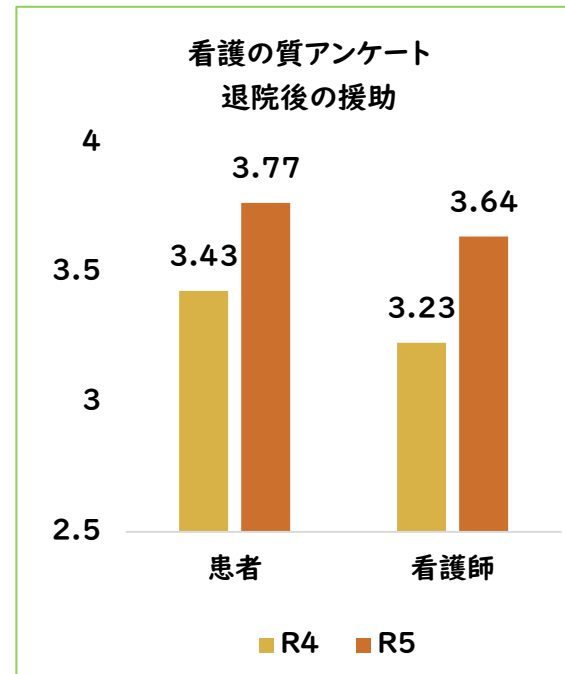
日々のカンファレンス

- ✓ 曜日毎にカンファレンステーマ（抑制・転倒・認知症等）を決めていた。同じ患者が何度もカンファにあげていた
- 似た内容のカンファレンス曜日をまとめた
- ✓ テーマ以外のカンファレンスができていなかった
- ディスカッションテンプレートを使用し、気になる患者のカンファレンスを実施



退院調整カンファレンス

- ✓ 看護師が行う退院調整カンファレンスと、医師が参加するリハビリカンファレンスを別々に行っていた
- ✓ 看護師の意見が退院調整に反映されていなかった
- 医師・看護師・リハビリなど多職種合同で実施するようになった



事例紹介：転院拒否したA氏

【医学的適応】

- ・くも膜下出血コイル塞栓術後
- ・レビン挿入→経口摂取可能
- ・バルン留置→排尿自立
- ・機能低下なし(HDS-R28点)
- ・下肢筋力の低下があり転倒リスクが高い

【患者の意向】

- ・家に帰りたい
- ・亡くなった旦那様の形見の猫と一緒に過ごしたい

【QOL】

- ・レビン・バルン挿入による不快感
- ・歩行時、付き添いが必要な状態
- ・転院を嫌がり、摂食拒否、服薬拒否、リハビリ拒否、ケア拒否

【周囲の状況】

- ・独居。同敷地内に長男家族在住
- ・一日一回は顔を合わせていた
- ・長男：転院してリハビリ継続してほしい
- ・医師：安全のために転院が良い
- ・リハビリ：安全のために転院が良い
- ・看護師：無理に転院手続きを進めていいのか

自宅退院に向けての目標確認

本人



- ▶ 自分のことは自分でしたい
- ▶ 猫の世話をしたい

家族



- ▶ 自宅内は安全に歩行できるようにしてほしい
- ▶ 簡単な家事は自分でしてほしい
- ▶ 内服は自己管理してほしい

医師



- ▶ 歩行能力の改善。せめて自宅内の安全な歩行
- ▶ 内服の順守
- ▶ 食事摂取量のアップ

目標達成に向けての取り組み

- ▶ 病室内を安全に歩行できるように、歩行能力の変化に合わせてベッドなどの環境調整
- ▶ リハビリ室まで見守りで歩行練習
- ▶ 家族にリハビリの様子を見学してもらい、状況を伝達
- ▶ PT: 自宅内環境・動線を確認し、安全に歩行できるような リハビリを依頼
- ▶ OT: 家事動作の確認、家事リハビリを依頼
- ▶ 薬剤師: 内服一包化依頼、お薬BOX自己管理の練習
- ▶ 栄養士: 栄養指導を依頼
- ▶ MSW: 介護保険申請、サービス内容の情報提供
- ▶ 家族: 見守りと家事援助を依頼



看護師

本人、家族、多職種の調整役、多職種の複数の視点をケアに活かす
→ 多職種協同 自宅退院の目標達成