

Sat. Jun 30, 2018

第5会場

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長:鵜田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長:箱崎

恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

3:40 PM - 4:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長: 鴫田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長: 箱崎 恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一（日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター）

2025年問題に向けて、医療界では地域包括ケアシステムとして「病院から地域医療、在宅」で高齢者をケアする政策にシフトチェンジする取り組みなどが提示され、看護界でも特定看護師育成のための対策等が取られている。

当院では、過去には寝たきりの高齢者の救急搬送は、「救命救急センターの役割ではない」と積極的に受け入れる風土ではなかった。

しかし、現在65歳以上の割合は、総人口の27.3%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)、65歳以上の単独および夫婦のみの世帯は56.9%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)となり、救命救急センターにおける役割の変容は必須となっている。

今回、当救命救急センターの以下の役割を踏まえて、高齢者患者に対する取り組みについて紹介する。

救命救急センターの役割⇒トリアージとしての役割も

1. 重症患者

⇒高度急性期を当院が担当し、安定したら療養型の病院または在宅へ

2. 状態が安定しているが入院を希望している

⇒一旦当院で入院、もしくは直接療養型の病院へ転院

3. 生活がまともに送れていなかった患者

⇒当院で社会福祉支援を調整し、地域へ

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子（東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟）

退院支援とは、「意思決定支援」と「自立支援」が柱である。患者自身は退院後にどこでどのような療養生活を送りたいと考えているか、医療者には患者の自律的な決定を支援し、それを実現可能とする視点が必要である。

救急・重症集中の場にいる患者・家族は、予期せぬ発病や外傷などにより重篤で身体的にも精神的にも危機的な状態となっていることが多い。自立支援として機能的回復の促進のため、せん妄予防やその対応、早期リハビリに関して積極的に援助している報告は聞かれる。では意思決定支援はどうであろうか。患者・家族の意見が対立する、患者・家族の意見と医療者の見解が対立する、代理意思決定などの倫理的ジレンマや葛藤にたいし、それを察知しチームで検討することが大切であるという認識はある。しかし、入院していったん落ち着いたようにみえても、急激に変わる状況の中で精神的ダメージを受けているであろう患者や家族のことを考えると、すぐに退院についてなんて言い出せない…、また、退院支援加算が導入され入院7日以内に面談をしなければならないが、詳しいことは病状が落ち着いてから一般病棟で考えてもらおう…、と考えるクリティカルケアに携わる看護師もいるのではないかと。また一般病棟でも、患者が退院することがゴールと考えていないだろうか。

意思決定を支援するにあたり、やはりタイミングは大切である。救急・重症集中の場でのみで退院支援を検討することは難しい。意思決定支援では、患者の意思を過去・現在・未来の時間軸で捉え、医学的そして看護的判断として適切、適時な病状説明を行い、家族や周囲が話合う、という視点を持ちチームで合意形成を図っていく。クリティカルケアに携わる医療者が、患者の生活をイメージすること、そして患者・家族が入院治療・退院後の生活を考える動機づけを行うことができるように外来・病棟、そして地域と連携し、組織化した学習を発信していくことが必要である。

本セッションでは、救急・重症集中の場面における患者・家族に対して退院支援を考えると、どのような対応

が求められているのかを事例を検討しながら皆さんとともに学んでいきたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武（東北大学病院 高度救命救急センター）

ーはじめにー

脊椎・脊髄損傷（以下、脊損）は外傷の中でも最も重症度の高い疾患の一つである。脊損患者は重篤な神経学的損傷のために、呼吸器系をはじめとした種々の合併症を併発する可能性があるばかりでなく、生命に直接影響を受ける危機的な状況に陥る場合もある。よって、初期治療は手術や集中治療への対応も可能な救命センターなどの施設がのぞまれる。また、脊損患者は全身状態が安定した後も長期のリハビリが必要であり、麻痺などの障害を残したまま療養生活を送らざるを得ない。救急加算が獲得できる期間を超えて入院を継続することは有効な病床管理と言い難く、本来の施設機能を果たせなくなる可能性もでてくる。よって、退院支援による調整が必要であるが、脊損患者においては全身状態が安定しても介護が煩雑などの理由で受け入れ先がなく、長期入院を余儀なくされているのではないだろうか。

ー当院の現状ー

当救命センターは宮城県の三次救急施設の一つとして、ICU12床、HCU8床を有している。2017年1月～12月の患者受け入れ状況は、救急車受け入れ件数2847件、総受診数7591名、総入院数762名（内因性：406名、外因性：356名）であった。外因性疾患のうち外傷患者数は220名であり、脊損患者数は40名、約18%であった。平均入院期間は内因性疾患7.8日、外因性疾患8.8日であり、脊損患者のみでは13.6日とやや延長していた。

当救命センターでは入院時から退院支援のハイリスク患者をスクリーニングし、早期にメディカルソーシャルワーカーへつなげる対策を取っている。2017年の退院支援件数は296件であり、疾患別にみると、外因系123件、脊損26件であった。平均支援日数は全体で19.4日、外因系19.9日と変わらなかったが、脊損のみでは約26日と延長していた。

坂井らの報告では脊損患者の受け入れ困難な理由として、「スタッフ（専門医等）不足」、「設備が対応していない」、「診療報酬上の問題」、「合併症の対応が困難」、「転院先がない」などがあげられており、短期間では解決困難な問題が山積しているため、脊損医療を縮小せざるを得ない状況にあることがうかがえた。一般的に脊損患者の後方支援として、「物理的環境：家屋の改修、福祉機器の設置など」、「制度的環境：障害者福祉法、障害者自立支援法、自動車損害賠償法、労働者災害補償法など」、「人的環境：脊損への理解」、「社会・文化的環境：復学、職業復帰、イベントへの参加」などの環境調整があげられるが、急性期にどの項目をどのレベルまで解決するかは様ではない。急性期～慢性期のいずれの時期を担当する医療機関も、責任をもって次のステップにつなぐことが重要である。

セッションでは事例をもとに救命センターにおける脊髄損傷患者の退院支援の在り方を考えたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草（東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程）

【事例紹介】誤嚥性肺炎で3次救急搬送された90歳代男性 A氏。初期治療で全身状態が安定し、ICUへ入室となった。ICU入室後のA氏の意識レベルはJCS 1-1～2、痰の自己喀出が行いきれず、痰が貯留してくるとSpO₂の低下があり、その度に気管支鏡による気管内吸引の実施が1～2回/日で続いていた。家族構成は、妻はす

でに他界し息子 B氏（60歳代）と二人暮らしだが、出張が多くほとんど不在。娘も2人おり（C氏、D氏、共に60歳代）、それぞれ近くに住んでいる。D氏が週に数回自宅へ通い、A氏の身の回りの世話をしている。キーパーソンはB氏。医師から家族へ救急搬送された意識障害は、誤嚥性肺炎が原因の一つであること、痰の量も多く毎日気管支鏡で痰の吸引を行っており、治療の選択肢の一つとして経口挿管の説明があった。B氏は「できる治療は全部やってできるだけ父さんに長生きしてほしい。」と話した。同席していたC氏は無言だったが、D氏は「いつも父さんを見ているわけじゃないのになんてことを言うの。父さんは延命になることはしたくないと言っていた。家で過ごしたいはず。」と強い口調で話した。【対応を要した課題】本人の意思を尊重した治療方針の決定を支援することで、家族間での意見の合意が行え、今後の療養先が決定できる。【看護実践内容】A氏の意思が明らかではなかったため、A氏の意識レベルのよい時間帯を選び、医師からの説明に対する家族の反応を伝えるとともに、A氏はどうしたいと思っているのか尋ねた。A氏は「辛いから口に管なんか入れたくない。それよりも早く家に帰って過ごしたい。」と話した。同日、面会にきたB氏へA氏が挿管はしたくない、家に帰りたいと言っていることを伝え、同時に、家族間での意見の相違があるのに、話し合いをせずに自分の考えを押し通そうとするのは何故か率直にぶつけてみた。B氏は、他界した母親を数年間在宅介護していたがもっと何かできたのではと心残りがあること、今の仕事が軌道に乗り始めており、父親にも自分が成功しているところを見てもらいたいと思っていると話した。B氏の思いを理解できたところで、今後のことはA氏の意思も考慮した上で、家族で話し合って決めてほしいと伝えた。翌日B氏から「昨日看護師さんに話して自分の1人よがりだったかなと思った。妹たちとも話して挿管はせずに、本人の言うように家に連れて帰りたいと思う。」と話した。自宅退院が可能かどうかを含め多職種カンファレンスを実施し、自宅への退院調整を行い3日後に退院となった。【考察】ICUでは、特に治療方針の決定を含め退院調整を行うまでの時間的余裕が少ないことが多い。限られた環境下の中でも本人や家族への理解を深める努力を行いながら、治療の可否にとらわれずに本人が“どう生きたいか”を家族と医療者が共に見出すことが重要であると考え。