

看護師と介護福祉士の共同参画によるケア計画

～療養病棟における在宅復帰支援をとおして～

国家公務員共済組合連合会 新小倉病院
共同研究者：西耕一・北川文子・小関剛生

東3階病棟 発表者：三田奈津子

【はじめに】

当病院の医療型療養病棟では、看護師、介護福祉士（以下介護士）、看護補助者の協働により看護・介護を提供している。

看護師の任務が「診療の補助と療養上の世話」であるのに対し、介護士は、日常生活動作に対する「自立支援の援助」が主な任務とされている。しかし、現実には、清潔の援助に追われる毎日であり、個々の患者の自立支援のためには看護計画に主体的に計画的に参入することが課題となっていた。今回、在宅復帰を目標とする患者に、退院後の生活に対する希望を本人・家族に聞き、まずは排泄行動の確立を目指して介護計画を立案し、看護計画に参入したことで介護の本質を再認識出来た為、報告する。

【事例紹介】

80歳代女性、脳梗塞発症し、他院で3ヶ月間治療。右片麻痺・膝関節拘縮・認知機能障害・言語障害・嚥下障害の後遺症が残り、嚥下評価・リハビリ目的で平成25年6月27日当院に転院。体力の回復に伴って徐々にADLは拡大されたが、排泄面でオムツを外す等の不潔行為が出現した。

【倫理的配慮】

患者家族に匿名性と研究の目的以外には使用しないことを口頭で説明し、同意を得た。また、研究企画書を当院看護研究推進委員会に提出し、承認を得た。

【方法】

1. 研究期間

平成25年11月1日～平成26年4月30日

2. 介護目標

- 1) トイレで排泄する意識を再生させる。
- 2) 移乗動作が軽介助で出来るように、下肢筋力をアップさせる。
- 3) 介護計画について、看護師と情報共有を密にして協働する。

3. 介護計画

- 1) 日中にトイレで排泄できるよう、看護師が坐業による排便処置を行い、その作用時間に合わせ、介護士と看護補助者でトイレ誘導を行う。その他、リハビリ前後や食事前後にも誘導する。トイレでの

排泄が達成した際には、患者の自信に繋がられるように一緒に喜ぶ。

- 2) 理学療法士の協力により介護士が指導を受け、日常生活の中にもリハビリを取り入れることで立位訓練を強化する。

- 3) 介護計画は、看護師と看護補助者と共有する。また、ケア実践の内容・評価をカルテに記録する。

【結果】

患者は当初、排泄行動を拒否することもあったが、徐々に自発的になり、「一度座ってみようか」などの声も聞かれ、後始末も自ら行えるようになった。さらに、笑顔で「すっきりした、ありがとう。」という言葉も聞かれるようになり、不潔行為はほとんどみられなくなっていた。排泄に伴う介助量は、当初スタッフ2名による排泄介助であったが、段々と立位保持も安定し、スタッフ1名の介助でトイレ移乗が行えるようになった。

【考察】

トイレでの排泄を習慣にすることで、過去の記憶を再生できることがわかった。患者へのケアサービスの提供は、生活の中の一瞬ではなく連続性である。そのためには患者に係わるスタッフは共通の目標のもとに、情報を共有する事が重要であり、実践したプロセスを記録に残すことの必要性を痛感した。また、記録は実践の証となると同時に、更なる問題点の抽出と今後の方向性を見出すことに繋がることを再認識した。今後も介護の視点からのケア計画立案と共に、実施したことの実証と共有のために看護記録に参入し、「チームで行うケア」の向上を目指していきたい。

【結論】

患者が望む生活を実現していくための自立支援を目指して、介護士が主体的に介護計画を立案し、看護師等と協働して実践した。その結果、患者の不潔行為は少なくなり、会話もはずみ、笑顔が多く見られるようになった。

