

**呼吸ケアセンターにおける  
病棟看護師の取り組み**  
～ハイフローセラピー使用患者への看護～

**西3階 副看護師長  
松山実華子**

# 呼吸ケアセンターとは

令和4年度に設立

- **目的**：非がん性呼吸器疾患の方、神経筋疾患の方を多職種チームで対応する
- 令和5年度の対象患者数は**62名**



# 呼吸ケアカンファレンス

日時：毎週木曜日15時半～

呼吸ケアリハビリテーションカンファレンス開催

参加者：医師 病棟・外来看護師 薬剤師  
栄養士 理学療法士 作業療法士 言語聴  
覚士 MSW で、対象患者の 情報共有・  
意見交換を行う



# オリジナルのテンプレート（入院中）

呼吸ケアセンター

ファイル(E) 編集(E) 挿入(I)

**【医師】** 主治医  選択 診断名

簡単な病歴

入院後の治療方針

リハビリ施工時などに注意して欲しい点(転倒歴・合併症など)

ここ一週間の経過

他メンバーへの要望

**【看護】** 担当看護師  選択

住居の様子(間取り、メインの居室、IH、仏壇の有無など)

キーパーソン・家族のこと(同居している家族・家族に起こった変化など)

介護力(同居している家族・日中家にいるか、持病など)

社会サービスの利用状況

普段家ではどのように過ごしているのか

現在のADL

本人と家族の希望・生きがい

ここ一週間の経過

他メンバーへの要望

**【リハビリ(PT)】** 担当PT  選択

リハビリの計画・実際に行っているリハビリ内容

ここ一週間の経過、改善した点など

他メンバーへの要望

**【リハビリ(OT)】** 担当OT  選択

リハビリの計画・実際に行っているリハビリ内容

ここ一週間の経過、改善した点など

他メンバーへの要望

**【リハビリ(ST)】** 担当ST  選択

リハビリの計画・実際に行っているリハビリ内容

ここ一週間の経過、改善した点など

他メンバーへの要望

**【地域連携室】** 担当者  選択

ここ一週間の連携状況

他メンバーへの要望

**【栄養管理室】** 担当者  選択

提供食事内容・摂取状況(ここ一週間での変化も)等

**【薬剤部】** 担当者  選択

腎機能などから使用中薬剤注意点や吸入手技等

**【MEセンター】** 担当者  選択

区原機器について等

他メンバーへの要望

クリア キャンセル 確定



# オリジナルのテンプレート（退院時）

呼吸ケアセンター-退院時

ファイル(E) 編集(E) 挿入(I)

**【医師】** 主治医  選択 診断名

簡単な病歴

入院後経過まとめ

外来受診時確認してほしいこと

**【看護】** 担当看護師  選択

入院後看護まとめ

外来受診時確認してほしいこと

**【リハビリ(PT)】** 担当PT  選択

入院後PTまとめ  
リハ内容やADLがどう変わったかかなどを記載

外来受診時確認してほしいこと

**【リハビリ(OT)】** 担当OT  選択

入院後OTまとめ  
リハ内容やADLがどう変わったかかなどを記載

外来受診時確認してほしいこと

**【リハビリ(ST)】** 担当ST  選択

入院後STまとめ  
嚥下機能評価・リハ内容・嚥下機能がどう変わったかなどの食事形態や摂取方法など良いかなどを記載

外来受診時確認してほしいこと

**【地域連携室】** 担当者  選択

入院後まとめ  
介護保険など取得状況や導入したサービス内容・キーパーソンなどについて記載

外来受診時確認してほしいこと

**【栄養管理室】** 担当者  選択

入院後まとめ  
食事内容の変化・指導内容について記載

外来受診時確認してほしいこと

**【薬剤師】** 担当者  選択

入院後まとめ  
薬剤指導歴・吸入手技や服薬確認などを記載

外来受診時確認してほしいこと

**【MEセンター】** 担当者  選択

入院後まとめ  
医療機器取扱い指導内容と本人受け入れについて記載

外来受診時確認してほしいこと

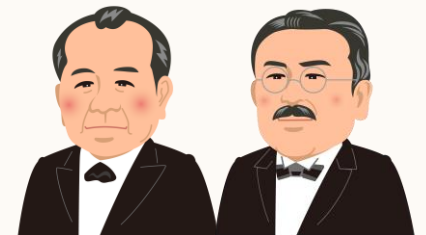
クリア キャンセル 確定

6/4/24 主治医

## はじめに

HFNCは、悪性腫瘍の終末期や、慢性呼吸器疾患の進行期、さらに一部の神経筋疾患の進行期や増悪期に有用性が高く、特に患者のコンプライアンスが良好であることが最大の特徴である。

(蝶名林直彦・仁多寅彦：人工呼吸 Jpn J Respir Care 2017 ; 34 : 24-9)



## 事例紹介：A氏、70歳代、女性

- 既往：非結核性抗酸菌症・気管支拡張症 COPD 認知症
- 息子と2人暮らし 日中息子は仕事のため、**独居**
- 認知症により短期記憶障害はあるが、ADLは概ね自立
- 20XX年 労作時の低酸素が著明となり、  
在宅酸素療法(以下**HOT**)・非侵襲的陽圧換気(以下**NPPV**)  
導入となるが、NPPVに対する拒否強く、自宅でほとんど装着できず
- 20XY年 慢性Ⅱ型呼吸不全急性増悪にて入院⇒**HFNC**導入  
HFNCへのコンプライアンス良好、**NPPV**→**在宅用HFNC**へ変更
- 20XY年～入退院を繰り返すも、自宅での生活を継続



## 20XY年 慢性Ⅱ型呼吸不全急性増悪にて入院

すでに導入されていた**NPPV**への拒否

「こんなん付けてたら喋られへんやんか」「痰も出せへんし」「逆に苦しいわ」



非侵襲的で**快適**であり、加湿・加温されたガス供給により、気道の乾燥や刺激が少なく、軽度のPEEP効果で肺胞虚脱を防止し、酸素化を改善する

**HFNC**がピッタリ！⇒入院中コンプライアンス良好、**在宅用HFNC**導入へ

【安静時40L、4L在宅用HFNC(マイエアボ™)／労作時4Lカヌラ 使用】

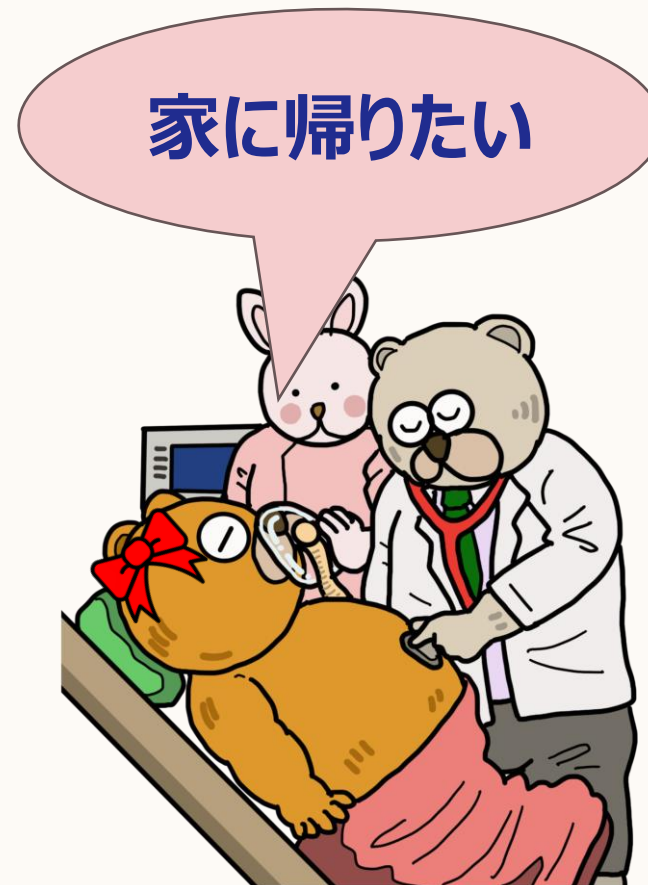
これは良いわ





## 在宅HFNC導入における問題点

1. 認知機能低下によりHFNCの管理が自己では困難
2. 息子が不在中独居となり、HFNCを管理できない
3. 自宅の環境が整っていない
  - ①ベッドはなく布団での生活  
→NPPV使用中も、台ではなく床に置いていた
  - ②HOT導入されていたが、現在もガスコンロを使用



A氏の思いを息子に伝えて  
息子の思いを聞くことに

## A氏の思いを息子に伝える

A氏 「帰りたい」「酸素の繋ぎ変え、私できる」「息子に電話して」

息子：「母の希望に沿いたい」「呼吸器の管理は**不安**」



呼吸ケアセンター全体でカンファレンスし、在宅療養のために必要な指導について洗い出しする

独居の間の  
呼吸器の管理

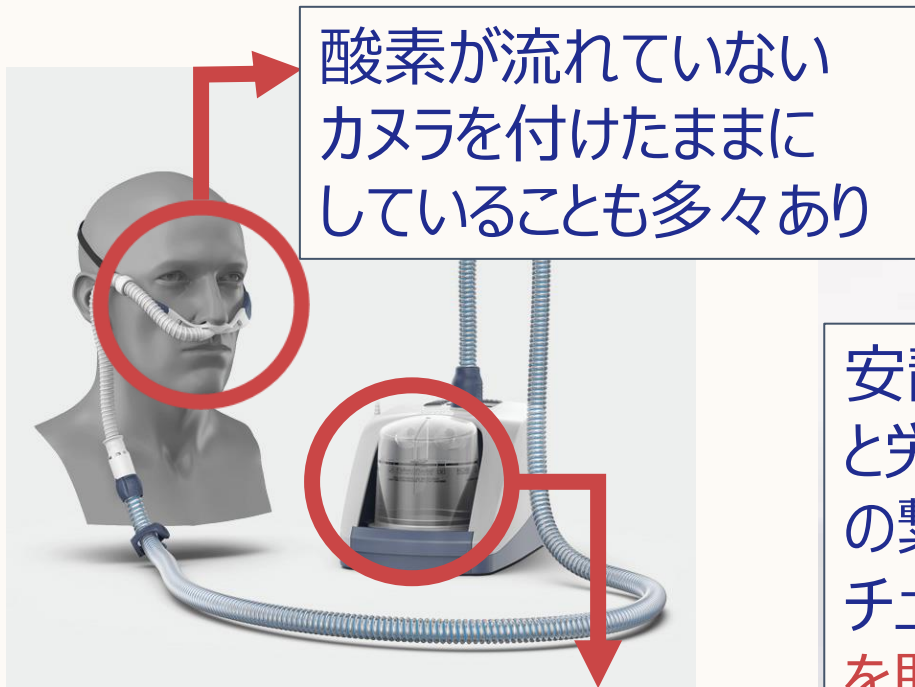
必要な  
介護サービス

療養環境の整備



以上を踏まえて、**HFNCの管理** を、一度A氏に指導してみることに決定する

# A氏へHFNCの管理について指導



酸素が流れていない  
カヌラを付けたままに  
していることも多々あり

チャンバーの水の入れ替え  
⇒チャンバーの取り外しが硬く、困難



安静時のHFNC用酸素チューブ  
と労作時のカヌラ用酸素チューブ  
の繋ぎ変え⇒混乱しうまくいかず  
チューブに色の違うビニールテープ  
を貼付し、工夫するも奏功せず

これはムリかも…



息子への指導・介護  
サービスの調整後  
主治医に相談へ

## 息子との調整、指導①

### 呼吸器の管理

在宅HFNC導入が決定⇒在宅用酸素濃縮器へ変更し病棟でも使用

病棟用HFNC⇒在宅用HFNCに変更し病棟で装着練習

○月 息子へ臨床工学技士よりHFNCについて説明

△月 息子へ臨床工学技士より再度HFNCについて説明

病棟看護師よりHFNC⇔カヌラの付け替えについて実物を用いて説明

□月 訪問看護ステーション全体へ酸素業者よりHFNCのレクチャー実施

息子へ病棟看護師よりHFNC使用・管理方法を最終確認

☆月 退院前訪問実施 HFNC・酸素濃縮器の位置、自宅の環境確認



## 息子との調整・指導②

### 必要な介護サービス(+ADLの確認)

- ・MSWと連携し、息子へ費用負担があることを了承してもらい、**訪問看護7回/週**を導入し、HFNCの管理や酸素の使用状況・体調確認を行ってもらうことに決定
- ・玄関前の階段4段(段差11cm～13cm)・室内階段13段(段差21cm)はPT評価にて可能と判断
- ・入浴はOT評価の上、4Lカヌラで可能と判断し、息子or訪問看護師見守りのもと実施することになる

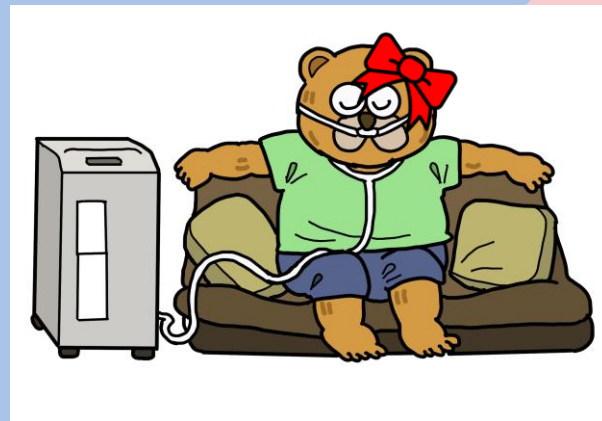




## 息子との調整・指導③

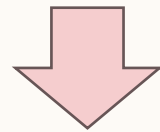
### 療養環境の整備

- ・A氏の希望で布団での生活は継続
- ・息子に間取り図を描いてもらい、酸素濃縮器、HFNCの設置位置を息子とともに確認し、在宅サービス担当者にMSWと説明・情報共有
- ・退院前訪問で実際に酸素濃縮器・HFNCの設置場所の再確認
- ・IH一口コンロを購入してもらう

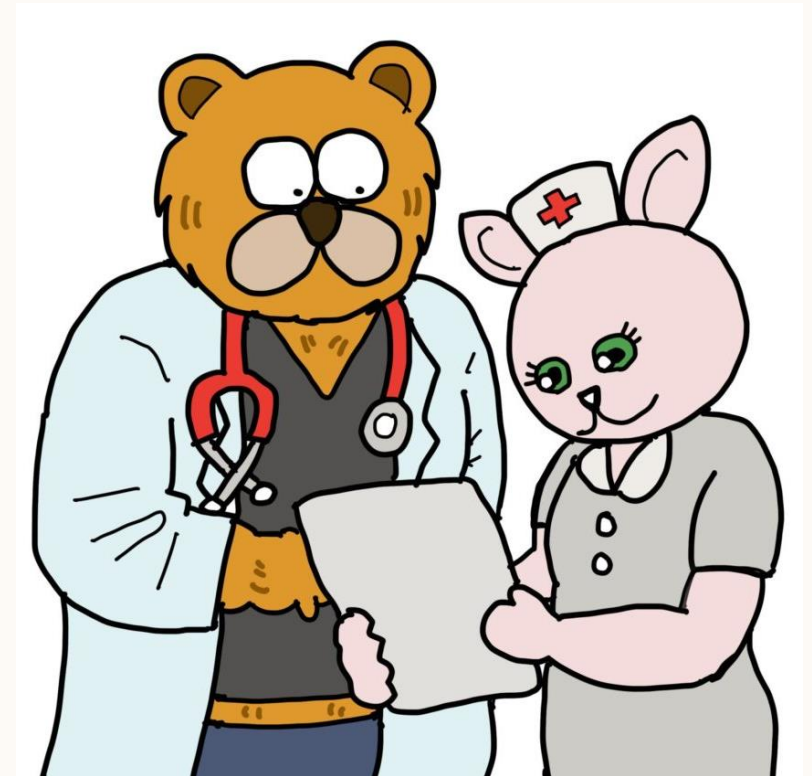


## 主治医へ指導結果の報告と今後について相談

- A氏本人によるHFNC管理は困難そうである
- 息子・在宅サービス担当者へのHFNCの指導はスムーズに進み、理解良好で協力的である
- 介護サービス、療養環境の準備は整った



在宅療養中のHFNC⇔カヌラの付け替えをなくし  
**終日HFNC使用**、移動時も使用できるように工夫  
するよう指示を受ける



## 自宅でHFNCを終日装着するために



・HFNC⇔カヌラの付け替えがなくなったことをA氏へ説明するが、認知機能の低下からかきりにカヌラを装着しようとしてしまう

⇒カヌラは撤去し、そばに置かない

・移動時もHFNCを装着する必要がある

⇒A氏が**普段使用するシルバーカー**に乗せ、電源が届くよう延長コードを使用する

・訪問看護師の訪問時、息子在宅時は必ずチャンバー内の水を補充してもらうことで決定

在宅HFNC導入後  
約**1年間**  
入退院を繰り返したが  
**在宅療養を継続**する  
ことができた

# 考察

NPPV  
の拒否

NPPV→  
HFNCへ  
切り替え

快適性が高く  
受け入れやすかった

HFNC  
の導入

HFNCの  
コンプライア  
ンス良好

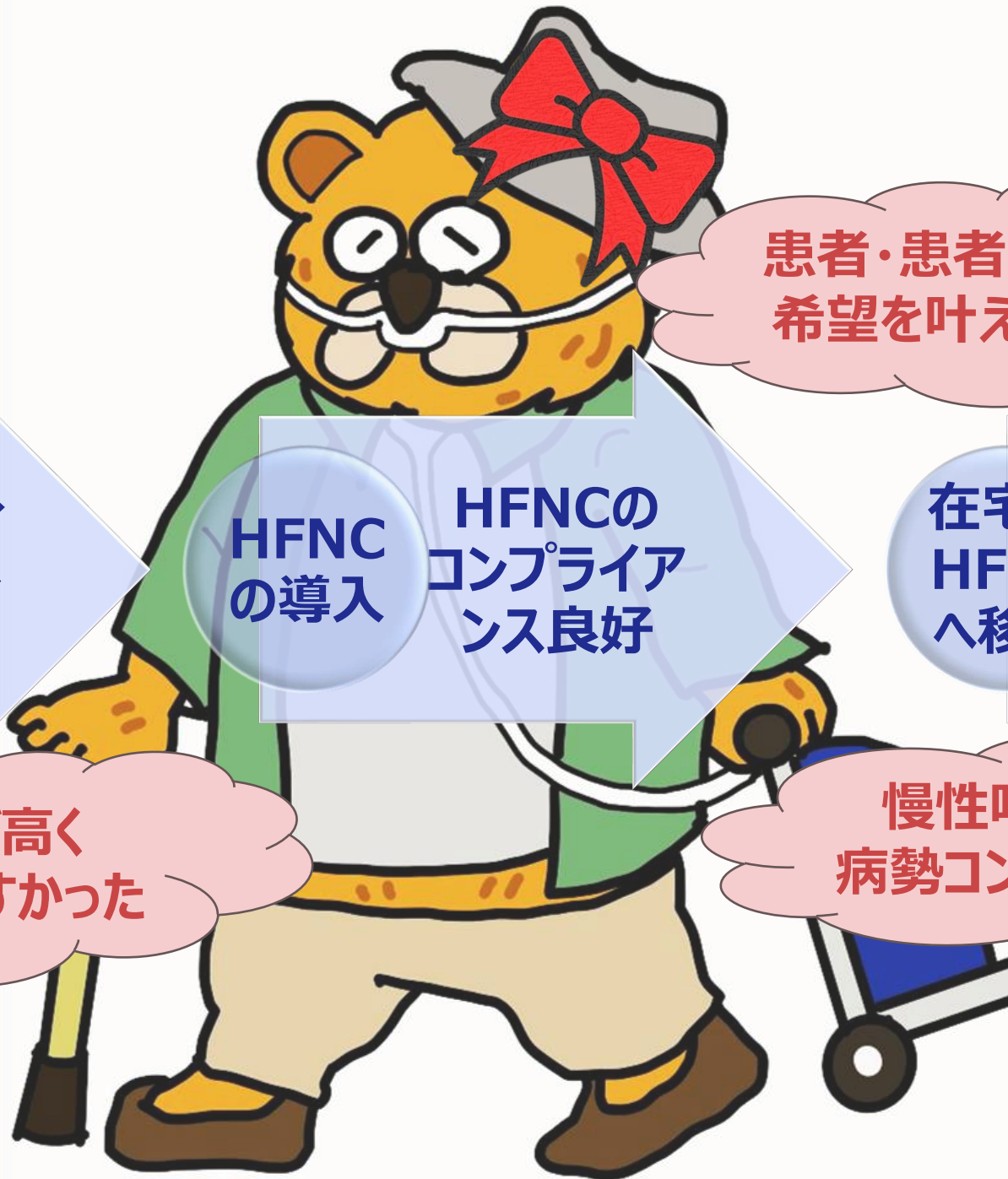
患者・患者家族の  
希望を叶えられた

QOLの向上

在宅用  
HFNC  
へ移行

在宅療養  
の継続を  
可能に

慢性呼吸器疾患の  
病勢コントロールに寄与



# 結論

- ① 退院に向けた多職種による連携・調整は、患者・家族の希望を叶える一助となり得る。
- ② 在宅用HFNCは、在宅療養を希望する慢性呼吸器疾患患者の病勢コントロールに寄与する可能性がある。
- ③ 呼吸器に対し拒否がある患者でも、HFNCは快適性が高く、受け入れしやすい可能性がある。
- ④ 在宅での生活を想像し、呼吸器の管理方法を工夫しながら生活を構築することは、QOLの向上に寄与する。





# ご清聴ありがとうございました。

HFNCは、患者のQOLの向上に寄与する可能性が高いデバイスです。

患者が受け入れられるよう、一番近くにいる看護師として、寄り添った支援を継続していきたいです。

