

学 会 発 表

口述・ポスター

若年性認知症者と暮らす配偶者が異変に気づき診断告知を受ける中での介護経験

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
看護師

泉 美沙子

【目 的】

若年性認知症者の配偶者が、臨床診断の告知を受ける中での介護経験を明らかにする。

【方 法】

認知症専門外来に通院中の若年性認知症者の配偶者3名に対して、異変に気づいた頃から診断告知までの出来事や思いについて半構造化面接を行い、質的分析を行った。

【倫理的配慮】

大分大学倫理審査の承諾を得て、参加者には、文書にて研究の趣旨を説明し、書面を用いて同意を得た。その際、研究への参加を拒否しても、不利益は生じないことを説明した。

【結 果】

A氏の介護経験は、＜妻の異変に気づかずいつものことと受けとめる＞＜認知症という突然の診断告知に驚き、戸惑う＞＜現実と向き合う中で妻との新たな生活を構築する＞へと移り変わっていた。

B氏の介護経験は、＜突然の認知症という診断に茫然とする＞＜家族内役割が逆転する中で夫と家業を必死に支え続ける＞＜家族内の役割分担が整い介護が安定し安堵する＞へと移り変わっていた。

C氏の介護経験は、＜夫の言動の変化に気づき、疑問を感じ始める＞＜共に行動する中で夫の言動が病的な異変であると確信する＞＜切羽詰った思いと治る病気であってほしいという希望をもち受診する＞＜「認知症」を抱える夫との生活や介護への不安が募る＞へと移り変わっていた。

【考察及び結論】

1. 受診まで、配偶者は「おかしい」と気づかずに過ごす期間がある。異変の気づきは、夫・妻をよく知る人や本人自身による。

2. 受診から診断告知まで、配偶者は、治る病気であってほしいと希望をもつ。それまで異変への気づきが乏しい配偶者は、告知時に大きなショックを受ける。
3. 告知後間もない配偶者は、夫・妻の言動を認知症と結びつけ辛い体験をしている。その後は戸惑い、混乱する中から、認知症を抱える夫・妻との新たな生活を創りだそうとする。

看護管理者教育に仮想病棟でのロールプレイを用いた評価

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
副看護部長

河野寿々代

A病院は291床の地域の中核病院である。看護単位は5病棟と手術室・外来・訪問看護ステーションを持ち看護師は152名、介護福祉士と補助者が62名で看護部長は9名いる。平成25年度に実施した職務満足度調査では看護管理者との人間関係の項目が低く、この職場で働きたいと答えた職員は26%見られた。A病院では看護管理者教育として研修の機会が設けられているが、病棟師長のコミュニケーションの教育に工夫が必要であると考えた。そこで管理者教育にロールプレイを用いた体験型の教育を実施した。教育の内容は仮想病棟の職員と患者の情報を提示し最も必要と判断した職員の目標面接をロールプレイで実施した。職員役はA病院の看護部長と副看護部長が演じた。

仮想病棟での目標管理面接を体験した看護部長の変化を調査したので報告する。

対象者はA病院の看護部長9名と看護職員214名である。

【方 法】

病棟師長教育を行った半年後に再度職務満足度の調査を行う。

【結 果】

目標面接のロールプレイの中で面接技法を評

価し、個別の課題を見つけ看護師長の指導を行った後に再度職務満足度調査を実施し管理者との人間関係の項目を比較検討した目標面接の評価では会話の仕方・口調のぶっきらぼうさ・人の話を聞かず説得する等の課題があった。看護師長が面接で聞き出した情報の量にも差が見られた。

体験型教育終了後の看護師長の気づきは、職員への関わりを具体的な行動にすることができていた。

半年後に実施した職務満足度調査では看護管理者との人間関係の項目に改善が見られた。

/r/ 音の歪みに対して舌の筋力増強訓練が奏功した一症例

一舌圧測定器による視覚フィードバックの活用一

- 1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科
2) 大分子ども療育センター 療育訓練課
3) 京都学園大学 教育開発センター
谷岡 優花¹⁾、境 日佳莉²⁾、松尾 真弓¹⁾
外山 稔³⁾、木村 暢夫¹⁾

【はじめに】

運動障害性構音障害における /r/ 音の生成は、必要な筋力が低下していると十分な弾きが得られず、/d/ 音への置換や /t/ 音に近似した歪みが生じる。今回、歯茎部の舌圧に着目した筋力増強訓練を行い、/r/ 音の歪みが軽減した症例を経験した。

【症 例】

60 歳代、女性。平成 25 年 X 月に脳梗塞を発症し、保存的治療を経て X+1 月当院転科した。頭部 MRI 所見では両側基底核、左視床、左放線冠にラクナ梗塞を認めた。転科時は意識清明、右片麻痺、痙攣性構音障害、諸検査は HDS-R 27/30 点、Kohs 立方体 IQ64.6 であった。

【評 価】

X+1 月～X+4 月の訓練経過において /r/ 音

を除いた構音症状は軽快した。X+4 月の構音評価を以下に示した。

- 1) AMSD：舌面の挙上は評価点 2。舌の突出-後退と左右運動はいずれも 2.3 回 / 秒、/ta/ は 5.2 回 / 秒。「北風と太陽」の /r/ 音は 14 語中 7 語に歪みを認め、発話明瞭度は Lv.2 であった。
- 2) 舌圧測定：JMS 舌圧測定器を使用した歯茎部の舌圧は 19.3kPa であった。

【訓 練】

X+4 月以降、等尺性運動による筋力増強訓練を構音訓練に追加した。訓練は舌圧測定器のプローブを 5～7 秒間舌で挙上させ歯茎部に押し続けるよう指示した。運動強度は最大負荷の 80% 強度、具体的数値は訓練開始前の最大舌圧値を基に算出した。

【再評価】

- 1) AMSD：舌面の挙上は評価点 3。舌の突出-後退は 2.8 回 / 秒、左右運動は 2.6 回 / 秒、/ta/ は 5.6 回 / 秒。「北風と太陽」の /r/ 音は 14 語中 3 語に歪みを認め、発話明瞭度は Lv.1 であった。
- 2) 舌圧測定：歯茎部 35.4kPa であった。

【考 察】

/r/ 音に必要な歯茎部の平均舌圧値は 31.6kPa ± 8kPa と報告されている。本症例の舌圧値は低く、口腔内の瞬間的な閉鎖や歯茎部の弾きが不十分であった可能性が高い。今回の舌圧測定器の導入は、これまでの舌挙上運動や徒手の抵抗運動と比べて、適正な運動強度と持続性（再現性）を確保した。このことが本症例の筋力増強訓練の効率を向上させ、/r/ 音の改善につながったと考えられた。

生活期入院患者の口腔内状況と嚥下、栄養との関係

ースクリーニング検査の結果よりー

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
リハビリテーション科

○木村 暢夫（ST）、山本 周平（ST）
大谷 佳子（DH）、井上 龍誠（MD）
犀川 哲典（MD）

【はじめに】

当院では、食すること・話すことを通して生活機能向上を目指す視点で、「口のリハビリテーション」（栗原ら）を展開している。今回、維持期入院患者の口腔内状況と嚥下、栄養状態について調査したので報告する。

【対 象】

平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日に当院の一般病棟に入院した患者のうち、入院前まで自宅生活をしていた 118 名（男性 74 名、女性 44 名、平均年齢 71.8 ± 14.41 歳）。

【方 法】

口腔内評価は ROAG、嚥下評価は RSST、MWST、FT、Gr、栄養評価は MNA-SF、を用いて行い、全対象者の入院時に実施。入院時評価、ROAG と Gr、MNA-SF の結果等との関係について検討した。

【結 果】

口腔内状況は ROAG 得点が 9 点以上で「口腔内問題あり」は 81% で、歯・義歯の問題を呈している患者が最も多かった。嚥下は Gr7 以上 89%、RSST が 2 回以下 83%、MWST が 3 以下 66%、FT が 3 以下 60%。MNA-SF は約 73% が低栄養の傾向にあった。ROAG と Gr は有意な相関関係を示した ($r=0.48$, $p>0.001$)。MNA-SF との関係においても相関を認めた ($r=0.59$, $p>0.001$)。

【まとめ】

自宅生活をしていた維持期入院患者の多くが口腔内に問題を抱えており、専門的口腔ケアや歯科治療の必要性が高いことが示唆された。更には、口腔内状況と嚥下及び栄養状態は有意な

関係にあった。介護予防の視点に立ち、口腔機能向上に対する総合的アプローチが肝要であり、歯科衛生士との協業及び医科と歯科、介護サービスなどとの在宅支援に向けた密な連携が重要と考える。

回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の足病変に関する調査結果

- 1) JCHO 湯布院病院リハビリテーション科
- 2) JCHO 湯布院病院看護部
- 3) JCHO 湯布院病院内科

佐藤 周平¹⁾、木崎 清香²⁾
大隈 まり³⁾、犀川 哲典³⁾

【目 的】

脳卒中の回復期リハビリテーションは、積極的に立位・歩行を開始する時期であり、下肢損傷を予防することは円滑にリハビリテーションを進めていく上で重要となる。しかし、平成 23～24 年度において当院ではケアやリハビリテーション中の下肢損傷が 21 件発生した。糖尿病を併発している脳卒中患者は、末梢の血流不全を生じている可能性があり、足病変を有する割合は高いことが予想される。今回、当院の回復期リハビリテーション病棟に入院している脳卒中患者の足病変を横断的に調査して現状を把握し、さらに糖尿病歴を有している患者の足病変のリスクを検討したので報告する。

【対象と方法】

当院の回復期リハビリテーション病棟に入院している脳卒中患者 119 名（平均年齢 71.7 ± 11.9 歳、男性 69 名、女性 50 名、脳梗塞 69 例、脳出血 40 例、クモ膜下出血 10 例）を対象として、平成 25 年 10 月と平成 26 年 3 月に横断的調査を実施した。調査項目は日本看護協会看護学会が定める「糖尿病足病変リスク評価表」をもとに非潰瘍性皮膚病変 10 項目、関節の病変 10 項目、神経障害 3 項目、Ankle Brachial Index（以下、ABI）、Functional

学会発表（口述・ポスター）

Ambulation Categories（以下、FAC）とした。また、糖尿病歴を有している41名（DM群、平均HbA1c：6.43 ± 0.71%）に分けて調査項目を比較した。

【結 果】

脳卒中患者において非潰瘍性皮膚病変を有する者の割合は89.9%、関節病変は64.7%、神経障害は23.5%であった。DM群では、糖尿病歴のない群（non-DM群）に比べて、非潰瘍性皮膚病変の項目数が有意に多かった（ $p<0.05$ ）。関節の病変と神経障害には有意差は認めなかった。ABIはDM群が平均0.95 ± 0.12、non-DM群が平均1.03 ± 0.12であり、有意差を認めた（ $p<0.05$ ）。歩行能力の指標であるFACはDM群が有意に低かった（ $p<0.05$ ）。

【考 察】

回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者は足病変の割合が高く、全ての患者において足病変の評価を行なうことが下肢損傷の減少に繋がると考えられた。とくに糖尿病患者は複数の皮膚病変を生じており、加えてABI値と歩行能力が低下していることから下肢損傷のリスクがさらに高いことが示唆された。

もさらに40kgほど増加した。前医で肥満心筋症による心不全と診断され、利尿剤内服を開始された。173cmで205.7kgから152.8kgまで減量し、さらなる治療を希望して当院転院となった。

【経 過】

当時入院時152.6kg、心胸郭比（CTR）60%、EF19.5%。1400kcalより食事療法を開始し、1000kcalまで減じた。心電図モニタリングしながら、運動療法も併用し、2か月間の入院で131kgに減量した。CTR54%、EF22.8%にて退院した。その後も当院併設健康療養施設と自宅での生活を繰り返しながら、運動療法、栄養指導、調理実習を継続した。1年経過し、体重100kg、CTR40%、EF51.5%に回復し、日常生活は制限なく行えるようになった。

地域包括的な関わりで糖尿病の療養行動が取れるようになった高次脳機能障害患者の1事例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
看護師
木崎 清香

拡張型心筋症様の顕著な収縮能障害を呈した高度肥満症の1治療例

JCHO 湯布院病院 内科

○大隈 まり、大隈 和喜

【目 的】

拡張型心筋症様の心拡大と顕著な収縮能低下を来し、うっ血性心不全を呈していた若年男性高度肥満症例に、減量治療を行い、心胸郭比（EF）、収縮能とともに回復した1例を経験したので報告する。

【症 例】

35歳、男性。幼少期から肥満があったが1年前より腹痛、労作時の息切れを自覚し、体重

【はじめに】

症例はA氏74歳男性。平成15年に脳卒中を発症し高次脳機能障害が残存した。また脳卒中発症時に糖尿病と診断される。本年1月より血糖コントロール不良となり内服治療開始となったが、高次脳機能障害と加齢に伴う認知の低下があり、内服の自己管理が困難であった。そこで医療者と地域の福祉関係者とで包括的に関わる事とした。

【結 果】

医療者と福祉関係者とで情報共有し、実行可能な内服自己管理方法をA氏に提案し内服の自己管理が確立した。またフットケアを行うことで足を洗う・靴下を履くなどの療養行動を獲得することができた。

【おわりに】

高次脳機能障害がある糖尿病患者が地域で暮らし続けるためには、地域の多職種が連携し、患者にあった糖尿病の内服の自己管理や療養行動を獲得出来るように援助していく事が重要である。

ダンピング症候群により夜間低血糖を繰り返していた2型糖尿病の看護介入の一例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
看護師
加藤 春子

【はじめに】

脳梗塞の診断で回復期リハに入院した患者の既往歴と現症をアセスメントする事で夜間の低血糖に介入を行い意識障害と身体機能が改善した一例を報告する。

【経過】

65歳男性 54歳糖尿病を発症 63歳胃癌手術 その後徐々に活動性低下を認め、ウェルニッケ脳症としてビタミン剤の投与を受けるも改善せず脳梗塞でA病院入院。その後リハ目的で当院へ転院。入院時は傾眠傾向でADL全介助。早朝低血糖であった為夜間の血糖値を測定すると低値であった。そこで、血糖測定を行いながら夜間の点滴と1日4回の補食を行うことで夜間の低血糖がなくなり意識レベルの改善と身体機能の向上も図れた。

【まとめ】

この症例は長期間、ダンピング症候群により夜間低血糖が起きていることが見過ごされていた。既往歴と症状を関連付けることで現症の原因の早期発見となり、適切な看護介入につながった。

回復期リハビリ入院患者の心肺運動モニタリングシステム活用経験

ーより安全なリハビリを目指してー

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
大塚 美里、佐藤 清八、志賀美佐子、
衛藤 文子、大山 佳宏、河野 大吾、
江藤 美幸

【はじめに】

当院は回復期リハビリテーションを中心とした病院である。今回、携帯型的心肺運動モニタリングシステムを用いて安全かつ適切にリハビリが現状で実施できているか検討を行う機会を得たので報告する。

【検討】

1. リハビリ時の呼気ガス分析

リハビリ時に患者が疲労や動悸を訴えることがあり、適切な運動量でリハビリが実施されているか確認するために携帯型機器を用いてリハビリ中の呼気ガス分析を実施。

2. リハビリ患者の簡易栄養評価

当院入院患者はHarris-Benedictの式により1日の必要摂取カロリーを求めているが不適切なこともある。そこで携帯型機器を用いて寝たきり患者や気管支切開患者などの栄養評価を実施。

3. ストレングスエルゴ併用による心肺運動負荷試験

麻痺がある患者は、エルゴメータを漕ぐことは難しい。エルゴメータのかわりにアシスト機能をもつストレングスエルゴを併用することにより、嫌気性代謝閾値(AT)を求められないか心肺運動負荷試験を実施。

【考察・まとめ】

携帯型機器を用いて、リハビリ時の呼気ガス分析を実施することで、安全な運動量がわかり、リハビリのメニューの調節が可能となった。

しかし、携帯型とはいえ総重量(2.8Kg)が負担となるなど今後の課題も残っている。

また、ベットサイドで簡易栄養評価を実施することにより、適切な摂取カロリーの提供が可能となった。

ストレングスエルゴ併用による心肺運動負荷

試験では、安定した嫌気性代謝閾値（AT）を求められるよう今後も検討の余地があると思われる。

これからも携帯型の心肺運動モニタリングシステム等による客観的評価を検討し情報提供していきたい。

当院の医科歯科連携システムにおける今後の課題

～退院後の調査からみてきたもの～

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
リハビリテーション科

○大谷 佳子（DH）、木村 暢夫（ST）
米倉 正博（OT）、井上 龍誠（MD）
犀川 哲典（MD）

一般社団法人 大鶴歯科医師会

川上 昌也、山原 幹正、小野 利行
岡原 圭三

【緒言】

当院では、地元歯科医師会と「ゆふ医科歯科連携システム」を構築し、登録歯科医による訪問診療を行っている。今回、入院中に義歯作製または義歯調整を受けた患者の退院後の義歯使用状況を調査したので報告する。

【対象並びに方法】

平成 25 年 12 月 1 日～平成 26 年 5 月 31 日までに、義歯作製または義歯調整を行い自宅退院した 35 名（男性 26 名、女性 9 名、平均年齢 75.8 ± 48 歳）に現在の義歯使用状況について電話での聞き取り調査を行った。調査内容は①義歯使用状況②義歯管理者③退院後の歯科受診の有無④義歯の問題⑤その他の意見とした。

【結果】

有効回答は 25 名①義歯使用者は 23 名、②本人による管理は 16 名、家族または介護者管理が 9 名③退院後の歯科受診者は 4 名④義歯の不具合がある者は 5 名⑤入院中に歯科治療ができて良かった。歯科情報提供書が役に立った。

口腔ケア方法が不安。かかりつけ歯科医院は階段があるので行けない。誰に相談していいかわからない等の意見が聞かれた。

【考察】

退院後も義歯を継続して使用できているものの、一方で義歯装着時の違和感やトラブル時の相談、受診方法などの不安を抱えていた。「口のリハビリテーション」（栗原ら）を展開するうえで、医科歯科連携システムによる入院中の歯科診療実現だけでなく、本人・家族に対する口腔ケア及び義歯管理指導や退院時の歯科情報提供、相談など退院後のフォローアップ体制の必要性が示唆された。

脳梗塞発症後排尿・蓄尿障害が持続した一症例への取り組み

～客観的評価と主観的評価を併用して～

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
作業療法士

郷司 実花

【はじめに】

今回、脳梗塞を発症し、残尿と頻尿を認め心理的負担も強い症例に対し、排尿・蓄尿障害への取り組みを実施し、著明な改善を認めた詳細を報告する。

【方法】

症例は 80 歳代女性、脳幹ラクナ梗塞にて右片麻痺を呈し、上下肢・手指 BRS: IV。高次脳機能障害は無し。ADL は食事のみ自立、その他は車椅子軽介助。排尿機能は頻尿と腹圧がかかると尿漏れを認めた。

訓練前に 24 時間の排尿機能評価、以後 2 週間毎に長時間尿動態データレコーダーゆりりん で残尿量・排出量を測定、キング健康調査票日本語版（以下 KHQ）を実施。また、排尿日誌と主観的な排尿感の確認の為、主観的スッキリ感チェックシートを作成し、日々の変化を患者

と共有した。

（訓練）①過ごし方表での排尿時間管理、②骨盤底筋体操、③いきみの習慣化、④主観的スッキリ感チェックシートの確認を実施。

【結 果】

平均残尿量は初回 83ml から 4 週後 24ml。1 日排尿回数は 15 回から 9 回。KHQ は、全般的健康感、生活への影響、心の問題、睡眠・活力の問題、重症度評価は全項目で改善。主観的スッキリ感チェックシートにおいても全項目で改善への実感を得ていた。

【考 察】

早期に排尿障害を把握し、訓練実施前に客観的な排尿機能と共に主観的スッキリ感チェックシートでの評価を併用する事により、訓練の成果が患者に解り易くなり不安軽減や、排尿障害への改善意欲に繋がった。特に、症例自身が主体的に骨盤底筋体操を実践し、いきみの習慣化が早期に定着した事で効果が高かったと考える。

【方法と対象】

携帯型の肺運動モニタリングシステムを使用して理学療法中の呼気ガス分析を行った。

症例 1. 50 歳代、男性。20 歳代に 2 型糖尿病を発症、右足背部の感染症を契機に心不全を指摘され、冠動脈バイパス術と右下腿切断術を施行。入院時 HbA_{1c}5.3 %、BNP172.0pg/ml。理学療法を開始すると尿タンパク量の増加、不整脈、血圧上昇を認めた。そこで携帯型の肺運動モニタリングシステムを導入し、目標達成が可能となった。

症例 2. 60 歳代、男性。35 歳から糖尿病を発症、右足趾の壊疽と両下肢閉塞性動脈硬化症から右下腿切断に至った。入院時 HbA_{1c}7.9%、高度の疲労感から訓練の実施が困難。携帯型の肺運動モニタリングシステムにより、VCO₂ の増大を確認し、運動負荷量の調整、呼吸運動療法を追加した。

【結果と考察】

呼気ガス分析を行い、プログラムを変更した後は、2 症例ともに疲労感は軽減した。糖尿病性壊疽による下肢切断患者では通常の評価で想定されるより運動耐容能が低い可能性があり、肺運動モニタリングシステム導入により、呼気ガス分析による運動負荷量の設定が有効と考える。

糖尿病性壊疽による下腿切断患者に対する運動負荷量の検討

～肺運動モニタリングシステムを使用して～

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
佐藤 周平、江藤江利香、大塚 美里
佐藤 清八、大隈 まり、犀川 哲典

【はじめに】

理学療法プログラムの評価に際して、従来の評価に加えて呼気ガス分析を追加する事で、適切な運動負荷量とプログラムの設定が可能になり、目標を達成できた糖尿病性壊疽による下肢切断 2 症例を報告する。

地域包括ケアシステム推進への取り組み

～地域包括ケア広報キャラバン隊活動を通じて～

- 1) JCHO 湯布院病院附属 居宅介護支援センター
- 2) JCHO 湯布院病院
- 3) 別府リハビリテーションセンター

○長崎 幸市 (PT)¹⁾、有井 瑠吾 (PT)¹⁾
會川 裕子 (NS)¹⁾
米倉 正博 (OT)²⁾、井上 龍誠 (MD)²⁾
犀川 哲典 (MD)²⁾、日隈 武治 (OT)³⁾

【はじめに】

当院は平成 15 年に地域リハビリテーション支援体制整備推進事業における大分県リハビリテーション支援センター（以下、県リハセンター）に指定された。併せて、県下 11 施設ある広域支援センターと連携して地域リハの普及に努めてきた。平成 23 年度より地域包括ケアシステムの推進を重点事業としている。今回、地域包括ケア広報キャラバン隊を結成し、住民向けの地域包括ケアシステムの啓発活動を行い、その活動について報告する。

【方 法】

大分県高齢福祉課、各市役所関係部署、広域支援センター、県リハセンターから多職種が協働してキャラバン隊を結成し、平成 24 年 11 月から平成 26 年 1 月にわたり県下 8 圏域を巡回した。対象は地域住民とし、内容は①大分県が取り組む地域包括ケアについて②これからの街づくり③脳卒中で倒れたらどのようにリハビリテーションが提供されるのか④介護予防体操の実演を実施した。

【結 果】

各圏域での参加者は 100 名から 250 名であり、住民と共に医療・介護従事者などの関連職種の参加もあり地域包括ケアシステムについての共通認識を高める場となった。

【まとめ】

住民に対し、介護予防や自立支援の考え方、そして地域包括ケアシステムの概要について普及啓発が行えた。また、関連職種間では、活動

を通じて議論を深め、地域状況に応じた地域包括ケアシステムを検討する機会となった。今後のさらなる事業展開につなげていきたい。

通所リハビリにおいて口腔機能への介入ケアが奏功した一例

JCHO 湯布院病院 附属居宅介護支援センター

○福永奈生美 (NS)、○甲斐多加代 (NS)
○甲斐 誠子 (NS)、○福原 舞子 (PT)
○有井 瑠吾 (PT)、○小野美奈子 (CW)
○木村 暢夫 (ST)、○米倉 正博 (OT)
○井上 龍成 (MD)、○犀川 哲典 (MD)

【はじめに】

当通所リハビリテーション（以下、通所リハ）では、ROAG を使用した評価を行い口腔機能に問題のある利用者に対して多職種協働の下、口腔機能の向上と改善に向けた援助を行っている。今回、口腔機能改善に向けた関わりによって QOL が著明に向上した症例を報告する。

【症 例】

73 歳、男性。パーキンソン氏病。平成 26 年 2 月より、当通所リハを利用開始。生活不活発による筋力・耐久性の低下に加え、無動や動作緩慢を認めた。唾液嚥下でむせがあり、流涎の量が多く通所リハの利用時には常にマスクを装着し、羞恥心から飲食を拒む状態であった。通所リハ利用中の食事摂取は行えず ROAG 評価は拒否された。口腔カンファレンスで口腔機能改善の必要性があると判断され、週 2 回看護師、介護福祉士、理学療法士がケアを開始。口腔ケア、並びに舌運動訓練、発声訓練、唾液嚥下訓練、自己管理指導を行った。介入ケアの結果、唾液嚥下が円滑となり流涎が減少した。自発的な会話量が増えコミュニケーションが図れる様になり表情も豊かになった。現在はマスクも外し、通所リハでの飲食が可能となった。ROAG も受け入れ、評価は 11 点（7 月 9 日）であった。自己管理能力も向上した。

【総 括】

口腔機能が改善する事により自分らしい生活の確立と自己実現につながった。口腔機能向上には適切なアセスメントとケア介入が必要であり、多職種協働によるチームアプローチが重要と考える。

回復期病棟における 2 型糖尿病患者のリハビリテーション栄養に関する取り組み

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
栄養管理室
後藤菜穂子

【目 的】

2 型糖尿病患者のリハビリテーションを有効に進めるための栄養サポートについて検討した。

【対 象】

症例 72 歳男性、疾患名は脳梗塞後遺症・右片麻痺・失語症で急性期にて保存的治療を行い、更なる機能改善を目的として当院回復期病棟に入院となった。

【経 過】

入院時体重は、67.5kg、BMI は 22.8kg/m² で低栄養のリスクはなく血糖コントロールはやや不良であった。必要栄養量を確保した栄養管理を開始し、リハビリテーションを実施したが 2 ヶ月後に体重 6.0kg（DXA 測定による全身筋肉量 3.0kg、全身脂肪量 1.5kg）の減少を認めた。その後、体重と筋肉量の増加と訓練時の持久力強化を目的に嗜好を配慮して食事量を増加し、分岐鎖アミノ酸を配合した栄養補助食品を食事に追加して栄養管理を継続した。

【考 察】

機能改善訓練時の栄養管理は、低栄養や不適切な栄養管理におけるリスクを早期に把握して、栄養ケアプロセスを行うことが重要である。

他職種で取り組んだ「アロマセラピー」導入への試み：その後

独立行政法人地域医療機能推進機構 湯布院病院

- 1) 薬剤科
- 2) 内科
- 3) 看護部
- 4) 院長

○林 美香¹⁾、大隈 まり²⁾
木本ちはる³⁾、長谷川智昭¹⁾
犀川 哲典⁴⁾

【目 的】

演者は、「ナード・アロマセラピー協会アロマアドバイザー」の資格を有し、医療現場へのアロマセラピー導入への試みを実施中である。旧湯布院厚生年金病院当時から、アロマクラブを立ち上げた。独立行政法人地域医療機能推進機構 湯布院病院（以下、当院）において、その後徐々にアロマセラピーの認識が高まり、治療および看護の現場に取り入れられてきた。今回、平成 26 年 4 月から独立行政法人地域医療機能推進機構の 1 グループとなり、組織は変わったが、これまでの継続した活動により得られた症例について報告する。

【方 法】

＜嚥下障害＞

摂食機能障害を有する患者に対して、当院では摂食機能療法を行っている。NSTカンファレンスに参加し、嚥下障害改善効果のあるブラックペッパーシート（商品名：むせにご縁なし、以下BPシート）を用いて誤嚥予防を行う。また、退院後の継続使用についてご家族への説明を行う。

＜疼痛緩和＞

外傷や脳梗塞後遺症によるしびれや疼痛等の訴えを持つ患者にアロマオイルを用いてトリートメントを行う。

＜手術前の緊張緩和＞

全身麻酔患者の術前訪問から麻酔導入までの精神的補助の一環としてアロマの芳香を使用する。

【結 果】

《嚥下障害》

誤嚥を起こしやすい患者、食欲不振の患者等を対象にNSTカンファレンスで検討後、BPシートの使用を開始した。吸引回数の減少、ムセの減少、食欲増進など良好な結果を得られた。結果を当日示す。

《疼痛緩和》

アロマオイルトリートメントを実施して、メンタル面の改善、疼痛緩和への効果を得た。症例を当日示す。

《手術前の緊張緩和》

数種類のアロマスプレーを用意し、患者の希望に合わせて術前に芳香した。アンケート結果を当日示す。

【考 察】

先行研究で海老原らは「黒コショウ精油の嚥下改善作用は、黒コショウ匂い刺激による大脳島皮質活性が関わっており、サブスタンスP濃度を上昇させる」ことを示している。NSTというチーム医療に参加し、薬剤師およびアロマセラピーアドバイザーとしての双方の立場から、薬物療法と芳香療法を提案し誤嚥予防に関われることは意義のあることだと思われる。また単に身体的苦痛のみならずメンタル面においてもアロマセラピーはその効果を実感でき、医療現場での活用は有意義なものとする。

ウェルニッケ脳症により記憶障害を呈した一例へのかかわり

JCHO 湯布院病院 心理相談室

羽坂 雄介

【はじめに】

ウェルニッケ脳症の後遺症でコルサコフ症候群を呈し、記憶障害による病識の低下や将来への不安で精神的落ち込みを認めた一例を経験した。臨床心理士の記憶面、心理面両方向からのアプローチが奏功したので報告する。

【症 例】

40代女性。X年8月より食事摂取量少くなり、飲酒量増えていた。10月頃より身体の痛み、脱力感出現し、11月A病院受診し、ウェルニッケ脳症の診断を受ける。見当識障害、作話、記銘力障害のコルサコフ症候群を合併。12月、当院にリハビリ目的で入院。入院当初は病識・場所の見当識ともになく、1ヶ月後あたりからおぼろげに状況を認識し始めた事により、精神的落ち込みを認めたため、心理士介入となった。

【経 過】

主訴としては「悪いところはあるが、原因や状況が良く分からない。状況理解をする土台がない」であり、涙を流しながら毎日のように同じ訴えを繰り返していた。そのため主治医に再度、病状説明（原因・病名など）を依頼し、その情報をもとに疑問リストと回答を作成し、本人がよく見るノートに貼りつける等の工夫を行った。心理面接では不安を傾聴すると同時に、面接の度にノートを見ながら本人の疑問に答える事を続け、自らノートを参照することができるよう取り組んだ。それにより徐々に病気そのものに対する疑問は少なくなったが、一方で退院後の生活についての現実的な不安を表出し始めたため、同様にQ & Aを作成し、ポジティブな情報を与えながらも現実を繰り返し説明する対応を行った。退院前には突然混乱し落ち込む場面も認めたものの、その出現回数や立ち直るまでの時間に関しては、大きな改善を認めた。

【まとめ】

症例は記憶の欠如により、現在の自己像がつかめずにいた。本人が知りたい事を明確にする事で、自身に関する状況理解が進み、現実的な悩みが生じてきたと考える。症例を通して脳機能の問題、心理的問題の両方から患者を見る事的重要性を感じた。

退院後生活不活発病が予測される患者における情報提供について

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
○佐藤 駿、梅木 大輔、足達三英子
米倉 正博

【はじめに】

不活発な生活がきっかけとなり、胸椎圧迫骨折を受傷した症例を担当した。退院後の生活不活発予防を目的に当院作成の活動・参加向上メニューや病棟生活スケジュールを検討し、入院中より主体的な病棟生活の定着を図った。今回、退院後1年が経過し、追跡調査を行った結果、地域に根ざした情報提供の重要性を再度認識した為、以下に報告する。

【症例紹介】

80歳代女性、入院前は家事、町営温泉での入浴、俳句等の趣味を行い活発な生活であった。平成23年9月に転倒し、その後、日中でもベッド臥床し過ごす時間が大半となり、平成25年6月に胸椎圧迫骨折（Th.11）を受傷。当院回復期リハ病棟に入院。

HDS-R28点、FIM（初回117点→最終126点）、FBS（初回49点→最終51点）、WHO/QOL26（初回88点→最終111点）。

〔目標〕

家事（炊事・掃除・洗濯）の一部が役割として行える。外出や趣味活動が再開でき、趣味を通して地域活動に参加できる。

〔作業療法の関わり〕

家事訓練では炊事・洗濯・掃除動作訓練、趣味活動では活動・参加向上メニュー（俳句・書道等）活用した。また、病棟生活で身の回りの整理整頓や趣味活動が生活場面で行えるよう本人と病棟スタッフと共に、日々の生活スケジュールを調整した。

〔結果〕

3ヶ月の経過で家事が疼痛に配慮し安全に可能となり、趣味活動が定着した事で日中のベッド臥床はほとんどなくなった。退院に際して介護保険は要支援2の認定を受けた。本人・家族、ケアマネジャー（以下、CM）に対しては家事や趣味活動が継続できるよう指導、趣味活動を通して定例会などの参加を促した。また、健康づくりに向けた自己訓練や介護保険サービスの

検討を含め情報提供を行った。

【追跡調査】

退院後1年が経過、本人・家族、地域包括支援センターCMに電話での聞き取り調査を実施。調査項目は①家事、②趣味活動、③介護保険や地域活動の頻度、内容、活動範囲などを聴取した。

〔調査結果〕

- ①家事は炊事（朝・昼）のみ、掃除や洗濯は家族が行っていた。
- ②これまで実施していた俳句等の趣味は行っておらず、新聞閲覧やテレビ鑑賞が中心であった。
- ③介護保険サービスの利用や地域活動の参加はなく月に数回の散歩程度であった。家族以外との交流頻度は少なく、友人からの誘いにも消極的となっていた。周囲からは入院前の不活発な生活に比較し、一部の家事ができる事や日中の臥床時間が減った事で「元気になった」と称賛される言葉をかけられ本人は現状に満足されていた。

【考 察】

症例を含め、家族・友人は心身機能面を見て元気になったとの印象を持っており、生活不活発病を予防する事への意識は低かった。当院での関わりを通して自宅内で臥床して過ごす時間は減少したが、これまでのように趣味活動を通して地域活動に参加するまでには至っておらず、今後、再度不活発な生活となる可能性もあった。大川は主体的で活動的な一日を送れば特別な訓練を行う必要はないと述べており、生活そのものを良循環にもっていければ、通常の生活自体が自然に活発になると考える。今回の症例においては自宅内活動には変化があったが、趣味や地域活動を行えていなかった。この要因として退院時の情報提供のあり方に着目すると、本症例を含め、類似した症例において介護保険サービスに配慮した情報提供を行なっている反面、インフォーマルなサービスに対して事前の情報収集と調整が不十分である事が多い。本症例においては転倒前には、俳句の定例会などを利用して背景もある事からも趣味を通じた地域活動への参加について具体的に把握し、地域を巻き込み調整する必要があったと考える。また、インフォーマルなサービスは各地域にお

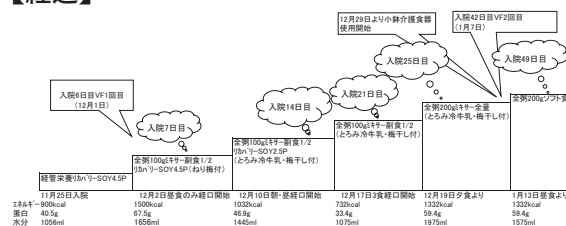
学会発表（口述・ポスター）

いて活動の普及率や活動内容も異なる為、地域活動を調査し把握する事でより具体的な情報提供に繋げる事ができると考えた。

今回の症例を通し、入院中から地域と本人を取り巻く関係を密に想定し活用する事が生活不活発病を予防する足掛かりとなると考える。

ウム、アムロジピン錠、アルダクトンA錠、タケプロンOD錠、レバミピド錠、ツムラ 大建中湯エキス顆粒

【経過】



【まとめ】

入院時誤嚥性肺炎のため経管栄養で管理をしていた。経口摂取をしたいという本人と家族の希望あり1回目VF検査実施。ゼリー形態の摂取は複数回嚥下で可能となった為、1日1食の経口摂取を開始した。その後段階的に食事回数を増やし問題なく経過、経管栄養剤も徐々に減らして3食経口へととなった。食事への意欲が増し全粥200g、副食1/2量から全量摂取となった。自力摂取が出来るようになったため小鉢介護食器へ変更した。2回目にVF検査では当初摂取していたミキサー形態から軟菜形態までをテストしソフト形態であれば摂取可能であったことから3食ソフト形態へ変更している。水分とろみ付きは継続。Alb2.9g/dl→2.8g/dlでやや低下し体重41.5kg→46.4kg、Hb9.8→10.4へ改善が見られた。

経管栄養から経口摂取への移行

栄養管理室

塩月 桂

【症例】

100歳女性、身長146cm、体重42.5Kg、BMI19.9

【病名】

脳出血後遺症（右麻痺）、嚥下障害、高血圧、慢性心不全

【既往歴】

誤嚥性肺炎、带状疱疹

【現病歴】

平成24年12月自宅で転倒しているのを家族が発見、救急車にてF病院へ搬送、脳出血（左視床出血、脳室穿破）にて緊急入院となる。脳出血後遺症として嚥下障害と右麻痺が残る状態で3病院を経由し、今回本人と家族の経口摂取希望にて当院入院となる。

【入院時患者情報】

検査データ：（入院時）体重42.5kg、Alb2.9g/dl、Hb9.8、CRP1.3（12/25）Alb2.8g/dl、Hb10.9、CRP0.18

意識レベル清明、両肺雑音なく、肺air入り良好。自己喀痰可能。

寝返り・起き上がり・移乗：全介助。座位保持：支えがあれば可能

活動係数1.2、ストレス係数1.1と設定し目標の必要エネルギー量1200kcal、蛋白質43g

薬物療法：ガスモチン錠5mg、塩化ナトリ

通所リハビリテーション部門での看護師の役割の明確化

キーワード：通所リハビリ
看護師の役割
多職種協働

JCHO 湯布院病院

會川 裕子

【はじめに】

急速に進む超高齢化社会において医療・介護

が病院完結型から地域完結型へとシフトする中で、看護師の役割も変化してきている。地域で様々なサービスを利用しながら在宅生活を営む高齢者にとって通所リハビリテーションに携わる看護師が担う役割は大きく多職種を繋ぐ重要なキーパーソンとなる。

A 病院附属の居宅介護支援センターには通所リハビリテーション（以下通所リハと略す）・訪問リハビリテーション・介護支援の3事業所がある。自身の所属する通所リハ部門には平成26年9月現在PT3名、OT1名、介護福祉士11名、看護師4.5名、介助補助員（PT）1名、運転手2名と多職種が在籍している。

平成26年4月現在、利用者登録数は173名で一日平均約50名訪れる。要介護度の割合は図1に示す通りである。疾患別では脳血管疾患が51.7%を占め、糖尿病、心疾患、パーキンソン病など慢性疾患を併せ持つ者が多い。疾患管理などアセスメントの必要性に加え、高齢化で認知力が低下している利用者の見守りなどの介助量の多さの中で即戦力となる人員の不足と情報連携の不備が問題となっている。

本年4月、経営母体の移行に伴う退職者が多く、組織の再編成の為に職員の異動で通所リハの管理者は不在となった。当部署内の職員構成は若年化し職員の力量に差が生じた。通所リハにおける明確な看護基準がない中で看護師としての役割意識が薄れ、本来の役割を発揮できていない状況であった。

そこで看護チームの責任者としてこのような状況の原因が何であるかに着目し、看護師の役割に対する意識調査を行った。職種による役割意識の差を検証したうえで看護師の役割の明確化への取り組みから得た結果を報告する。

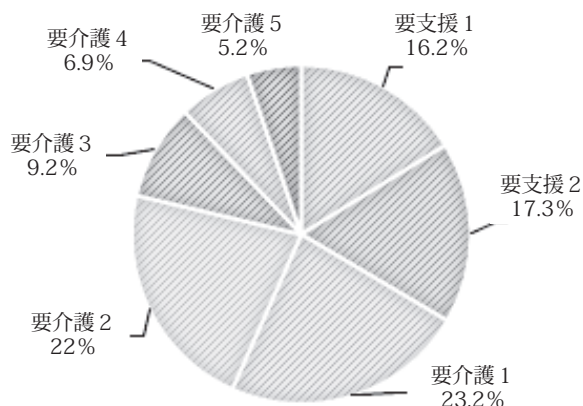


図1 通所リハビリ利用者の要介護度割合
n: 173

【実践目的】

通所リハビリ部門での看護師の役割を明確化する。

【実践計画】

- 1 対象：セラピスト5名、看護師5名
介護福祉士他13名
- 2 期間：平成26年9月から12月
- 3 具体的方法
 - 1) 目標
 - (1) 通所リハにおける看護師の役割を明確化することができる。
 - 2) 解決策
 - (1) 通所リハの看護師の役割を明確化する。
 - ① 看護チームが通所リハにおける看護師の役割に対するビジョンを明確にする。
 - ② 看護チームの責任者がセラピスト・介護福祉士の各リーダーとリーダー会の中で看護師の役割について話し合い看護チームのビジョンに共通認識を得る。
 - ③ 看護師が患者カンファレンス（以下カンファと略す）を毎週水曜日に定期開催し、看護の介入の視点を学ぶOJTの場として位置付ける。
 - ④ 当通所リハでは担当セラピスト別の利用者チーム（以下利用者チームと略す）に分かれカンファを行っているがこのチームに看護師の配置を行い、チームカンファの中で看護の視点を持ち介入する体制を整える。
 - ⑤ 利用者チームへの看護師配置前に多職種に対して以下の視点でアンケートを実施する。
 - a 看護師の役割に関する意識調査
 - b 利用者チームに担当看護師を配置することに対する意識調査
 - c 担当看護師配置に期待される事
 - ⑥ 看護師配置3ヶ月後、多職種に対し同じアンケートを実施し看護師配置前・後を比較する。
 - 3) 評価方法

多職種へのアンケート調査（利用者チームへの看護師配置前と実践3ヶ月後の2回）

4 倫理的配慮

通所スタッフ全員にアンケートの趣旨を説明し、協力を得た。個人の特定を避ける為無記名とした。

【取り組みの実例（結果）】

(1) 通所リハにおける看護師の役割を明確化する

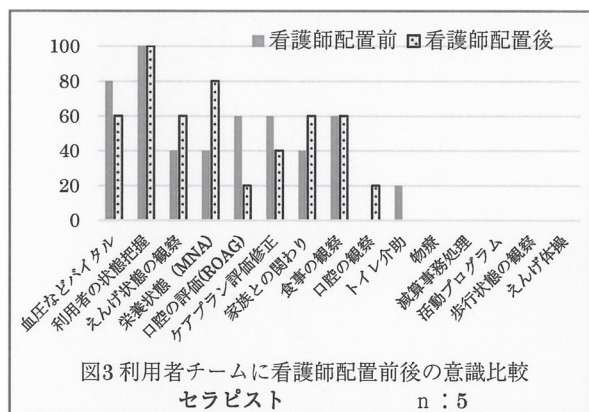
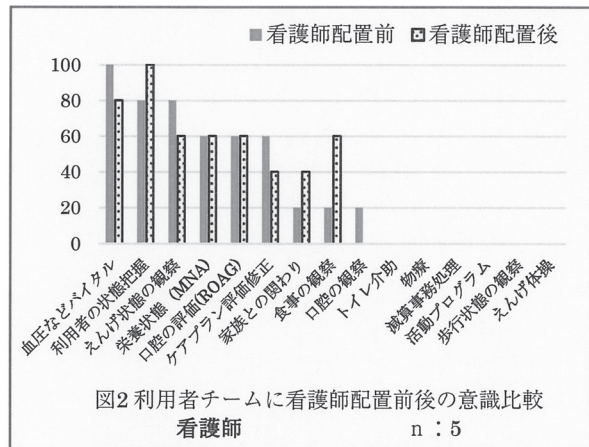
従来、当通所リハの看護師は利用者全般の健康管理に携わり各利用者チームの担当制はとっていなかった。しかし近年の利用者の状況の変化から看護チームを結成し、利用者の担当を決め看護師全員が参画のもと疾患管理を行う必要性を検討した。さらに地域において当通所リハが担うべき重度の利用者の受け入れ等の期待される役割やその際の看護師の役割も含め看護師全員で話し合い、ビジョンを「その人らしい在宅生活を専門的に支えるため疾患管理を行いアセスメント後、統合しマネジメントする」とした。しかし看護師の構成は部署経験年数が1年未満（時間勤務者を除く）となり看護師としての経験年数5年未満の者もいる中で看護の視点にも力量の差が見られた。その為、専門的に支えるためにどのような看護を展開すべきかが不十分であった。そこで毎週の定期カンファをOJTとして位置づけ、利用者の疾患について画像や検査データを用い疾患管理を学ぶ機会を設けた。看護師を利用者チームに配置し、担当制にした結果、早期から意識し疾患管理が行えるようになった。嚥下機能の低下を早期発見し早期治療に繋げ、重症化を防止して在宅生活の復帰が可能となるケース等も出てきている。

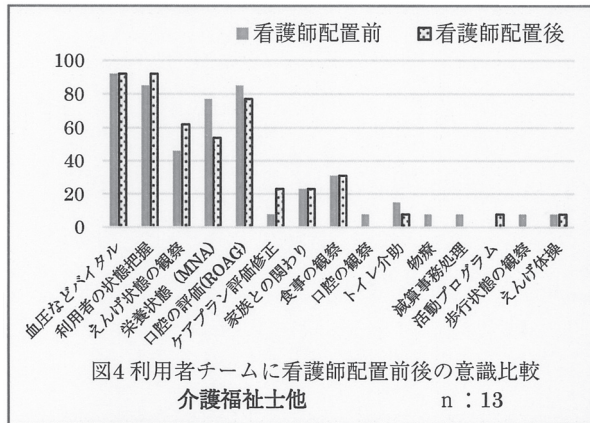
看護師の役割についての意識調査の為、多職種協働で行う業務の中からどの職種がすべきか等意見の相違がある15項目を明記し、その中で各職種が選ぶ看護師の役割の優先順位に着目し5項目限定の選択形式とした。選んだ項目の職種による差、割合を比較した。又、看護チームに期待する事などは記述式とし率直な意見を求めた。有効回答率は100%で結果は職種別に図に示した。

看護師の60%以上が役割として答えた項目は6項目で看護師間の役割意識がほぼ一致しているがケアプラン評価の意識は低い。(図2)一方、セラピストは看護師配置前の栄養状態の把握の意識は40%と低かったが、配置後は

80%、嚥下状態把握も60%に上昇した。(図3)介護福祉士他は栄養状態や口腔評価の意識が非常に高く看護師配置前から80%近いしかしケアプランの評価修正に関しては7.6%(13人中1人)と非常に低かった。看護師配置後には23%に増加した。また、選択した項目が多く看護師の役割に対する意識に多様性がみられた。(図4)

アンケート記述結果から看護師を利用者チームに配置した事で「身近に相談がしやすい。」などの意見があった。一方で「検査結果、治療法、注意すべき点などの情報の提供に期待したが変化は見られない」など看護師の力量の問題や「看護師の感情の起伏により声をかけづらい」など看護師に対する率直な意見も聞かれた。アンケート結果を踏まえた現段階での当部署の看護師に求められる役割とは、疾患管理を行いたく確かな情報提供でケアプランの評価修正に関わる事と冷静に利用者・多職種と友好的に関わる事でスムーズな業務連携を促し、全体をまとめていく事だと看護チームの看護師間で共通認識を得た。今後はさらにビジョンに向かい進めていく。





MNA: 簡易栄養状態評価表
ROAG: revised oral assessment guide

【考 察】

井部¹⁾らによれば「看護サービスをマネジメントするとは『その組織が理想とする看護サービスを明らかにし、その組織全体で協働してそのサービスの提供を実現させること』である。」と述べている。

まず、組織が理想とする看護サービスを明らかにする為、業務内容と役割意識を整理し、看護師の役割に整合性をつけるため意識調査を行った。今回は短期間であった為、多職種の中では役割と業務を混同していることも伺われ、看護師自身も役割としてまだ十分に意識づけられていない事から「得た情報・データをどこに活かしていくかの意識づけ」が必要だと考察した。また今後、看護師が求められる役割を発揮し、統合しマネジメントしていく事で看護師の役割が他の職種にも定着していくと考える。

アンケートの記述結果に見られたように流動的な業務環境の中、多職種間で情報を共有しうまく連携を図っていく為には各職種間で感情のコントロールも含む「態度」も優位に関係する。まずはその態度を学び、部署内のみならず院内外の多職種とも友好的な関係を築いていく事が今後さらに求められる。

【結 論】

看護師が考える看護師の役割と他の職種が求める看護師の役割には意識の差が見られた。当通所リハにおける看護師の役割は疾患管理を行的確な情報提供により多職種を繋ぎ、マネジメントすることによって利用者の重症化防止につなげる事である。

【おわりに】

今回の結果から、看護師自身の役割意識も明確でない事が伺えた。病院の看護師というこれまでの固定概念を改め、その人らしい人生を支えて行く為に通所リハに携わる看護師には医療のその先の生活を見る目と院内外の多職種と繋がる力が必要となる。

今後は看護師の質の均一化を目指して通所リハの看護基準を作成し、理想とする看護師の役割を発揮しながら多職種と協力して利用者の満足度向上に繋がる看護サービスの提供を目指したい。

引用文献

- 1) 井部俊子・中西睦子著「看護管理テキスト第2版看護マネジメント論第3巻」日本看護協会出版会 2014, pp3

安全な継続看護に向けた術中看護記録の時間短縮

～術中看護記録の書式改善への取り組み～

キーワード：術中看護記録
記録書式
継続看護

JCHO 湯布院病院
安部 大悟

【はじめに】

A 病院手術室（整形外科単科）では、術中看護記録に時間を要しており患者退室後から記録の整理に追われている。術中看護記録として記録しなければならない書式が複数あり、重複している内容も多くある。具体的には、手書きの記録用紙と複数画面の電子カルテ入力をしなければならない。電子カルテ入力に間に合わないため病棟看護師へは口頭で申し送りをしており、確実な情報提供ができていない現状がある。

– 16 –

【結 果】

1) 新しい記録書式作成（記録書式の改善）

複数ある記録書式を1つに統一し、重複している記録内容を修正した新たな記録書式（手書きの記録用紙）を作成した。（図1）

2) 患者退室後の記録整理に要した時間

患者退室後の記録整理に要した時間を、記録書式の改善前後で比較した。記録書式改善前については調査対象5症例で、平均40.8分であった。記録書式改善後については調査対象5症例で、平均2.8分であった。記録書式の改善により、平均38分の時間短縮がみられた。

3) 手術室看護師へのアンケート結果

アンケート回答者は6名であった。記録書式の改善により得られた利点としては「患者退室時に術中の一連の情報が手渡せる（タイムリーな情報提供ができた）」という回答が3名（50%）、「術中の情報を手渡すことで、申し送りミスが防げる」という回答が3名（50%）、「術中の情報が1枚の用紙にまとめられている（記録が1枚となり簡易である）」という回答が6名（100%）であった。

記録用紙についての回答は、「まあまあ見やすい」が5名（83.3%）、「少し見づらい」が1名（16.7%）であった。

修正が必要と考える点については、「抜管後など退室直前に起こった出来事の記入が間に合わないことがある。」「麻酔や術式によっては記入しなくていい項目があり、記入欄が空白のままでいいのか迷う。記入方法の取り決めが必要と思う。」「字が小さい」「用紙の字が太く、逆に記入したボールペンの字が見づらくなる。」との回答があった。

4) 病棟看護師へのアンケート結果

アンケート回答者は実際に新しい記録書式で申し送りを受けた病棟看護師6名であった。

記録書式の改善により得られた利点としては、「患者退室時に術中の一連の情報が得られる（タイムリーに情報が得られる）」という回答が3名（50%）、「術中の情報を手渡すことで、申し送りミスが防げる」という回答が6名（100%）、「術中の情報が1枚の用紙にまとめられている（複数画面を見なくてよい）」という回答が2名（33.3%）であった。

記録用紙についての回答は「まあまあ見やすい」が5名（83.3%）、「少し見づらい」が1名（16.7%）であった。

修正が必要と考える点については、「字が小さい」という回答が2名（33.3%）あった。

病棟での継続看護につながる情報が得られたかという質問に対しては、「得られた」が4名（66.6%）、「まあまあ得られた」が2名（33.3%）であった。

【考 察】

今回の記録時間短縮に向けた取り組みにより、安全な継続看護につなげることができたかの評価と、今後の課題について以下のように考察した。

記録時間については、記録書式の改善により38分の記録時間短縮ができ、目標の30分短縮を達成することができた。記録を記入する側の手術室看護師としては、記録用紙が1枚になり簡易になることについて、すべてのスタッフが利点を感じていた。記録を見る側の病棟看護師としては、申し送りの際に紙面として情報を手渡されることで申し送り間違い（伝達ミス）が防げることに、すべてのスタッフが利点を感じていた。新しい記録書式では、患者退室時に術中の記録がほとんど完了しているため、申し送りに記録用紙を手渡すことが可能となった。書面を手渡し申し送りができることで、病棟への確実かつタイムリーな情報提供ができたと考える。また、アンケート結果より病棟看護師からは継続看護につながる情報について「得られた」もしくは「まあまあ得られた」との回答があり、新しい記録書式から継続看護につながる情報は正確に伝達できていると考える。

今後の課題については、以下の2つについて必要と考えた。

1つは記録用紙の記入しやすく見やすい書式への改善である。アンケート結果から、字が小さいことや字の太さにより見づらさを感じるスタッフがいた。申し送りしやすいように、継続看護に必要な情報については下線をつけるなど、徐々に修正を図っている。字の大きさや行間などレイアウトの調整もしており、徐々に見やすくなったというスタッフの声も聞かれている。今後もスタッフの意見を抽出し、手術室看護師が記入しやすく病棟看護師が見やすい記録書式へ改善していきたいと考える。

もう1つは記録方法の統一化である。アンケート結果では「退室直前に起こった出来事については記入が間に合わないことがある」と

いう意見があった。患者退室後の記録整理にかかる時間は平均 2.8 分となったが、その記録整理の内容は退室直前の出来事に関する記録である。退室直前は患者のケアをしながら記録も行わなければならない、記録を完結できないまま申し送ることになっていた。そのため、完成した記録を手渡せないことがあり、安全な継続看護につなげることができていなかった。実際には、体位変換などマンパワーの必要な退室前には他のスタッフがケアの手伝いに入っている。他のスタッフが患者のケアをフォローし、担当看護師は観察と記録を優先して行うという役割分担を徹底し、退室までには記録を完成させることを意識統一していきたいと考える。担当看護師は麻酔医と連携して患者の状態を十分に観察・評価し、行った看護の記録を完結させる。それによって、患者を安全な状態で退室させることができ、安全な申し送りへつなげることができると考える。

また、「麻酔や術式によっては記入しなくていい項目があり、記入欄が空白のままでいいのか迷う。記入方法の取り決めが必要と思う。」という意見もあった。現時点では人工関節手術、脊椎手術、全身麻酔手術、局所麻酔手術の各記録書式を作成している。今後は記入方法についてのマニュアルを作成することと、術式別の記録書式を追加作成していきたいと考える。

【結 論】

複数あった記録書式を 1 つに統一することで、記録時間が平均 38 分短縮された。それにより、患者退室時に記録用紙を手渡すことが可能となり、病棟看護師への確実かつタイムリーな情報提供につなげることができた。

【おわりに】

今回の取り組みでは安全な継続看護を目的に記録時間の短縮が可能となった。今後は、その時間を術後訪問や看護ケアの評価に活用するなど、看護サービスの質の向上につなげることにしても検討していきたい。

また、「看護記録は事実に基づき適切な表現で正しい場所に記録が行われているか、記録媒体を問わず正確な情報が適正に記録され保存されていることを評価する必要がある」と井部¹⁾は述べている。取り組みでは記録書式の改善から記録時間短縮を図ってきたが、今後は

適正な看護記録の記入が行えているかの評価も行っていきたいと考える。

今回は電子カルテの形式を変更するまでには至らず、手書きの記録書式の作成となった。今後は診療情報部と連携をとりながら、電子カルテの一画面に術中看護記録を入力できるシステムづくりを進めていきたい。

引用文献

- 1) 井部俊子・中西睦子：看護情報管理論 第 5 巻第 2 版 日本看護協会出版会 2014 p90

当院整形外科における術前術後の NST 介入による栄養管理の現状

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
NST

後藤菜穂子、木本ちはる、大隈 まり

【目 的】

当院の整形外科では、変形性関節症、関節リウマチ等の関節疾患や、脊椎疾患及び大腿骨頸部骨折等の外傷に対し年間 300 例の手術治療を行っている。NST による早期栄養介入は、術後合併症の予防を目的としており、積極的な栄養サポートを実践している。術後合併症である縫合不全を予防するために術前血清亜鉛値によって、亜鉛含有量を多く含む栄養補助食品ペムノン[®]を食事に追加した集中的な栄養管理方法を報告する。

【方 法】

平成 22 年度と平成 25 年度の期間に人工関節置換術（膝）、人工骨頭挿入置換術（股）、骨接合術、椎弓切除形成術を施行した 126 症例を対象に入院時、術後 1 週間、4 週間の血清 A l b、亜鉛、C R P、T L C を比較検討した。食事摂取量の亜鉛量は平均 8.3mg/日にペムノン 20mg/日を追加した。亜鉛含有の栄養補助食品の摂取期間は、術前の入院期間中と抜糸までの 14 日間とした。データは後ろ向きに調査

した。

【結 果】

平成 22 年度非介入群 60 名の平均年齢は 75.4 歳 ± 9.7 歳、BMI は 23.6 ± 3.4kg/m²、縫合不全による創傷処理件数は 3 件であり、平成 25 年度介入群 66 名の平均年齢は 76.5 歳 ± 9.6 歳、BMI は 22.4 ± 4.1kg/m²であった。両群の検査データのアльブミン、CRP、TLC は著明な変化はなかった。介入群の血清亜鉛平均値は 65 ± 12.6 μg/dl から 80.5 ± 19.0 μg/dl に増加した。

【考察及び結論】

術後の侵襲や痛みによる食事摂取量の低下は低栄養の原因になり、様々な合併症を引き起こしやすくなる。縫合不全の一つの要因として、低栄養状態から起こる創傷治癒に必要な体内の亜鉛不足に注目して亜鉛補充の栄養管理を行った。平成 25 年度以降 N S T 介入後の縫合不全は確実に減少してきた。今後、術前後の栄養管理が及ぼす長期的な栄養状態も視野に入れた栄養管理を継続していくことが望ましいと思われる。

おきながら病棟 ADL の充実を図りたいと考えた。今回、ADL 維持向上にむけてチームアプローチを実践し、看護・介護職の役割を効果的に遂行し、協働を強化するための取り組みについて報告する。

【対象と方法】

当病棟の看護 21 名・介護スタッフ 9 名を対象に ADL 維持向上にむけて病棟の現状、業務上の問題点を抽出した。その結果を踏まえて看護・介護業務全体を見直し、実践した効果と課題を明確にする。

【結 果】

スタッフ全員で病棟の現状、業務上の問題点を抽出した。結果から病棟 ADL 充実に向けた関わりが不十分な事が明確となった。ADL 維持向上にむけた看護・介護職の業務全体を見直し、整理した結果、互いの専門性を生かしながら、それぞれの力量を発揮することができた。さらに看護・介護の協働を強化することで他職種との連携がより一層図れるようになった。

【考 察】

スタッフ参加型で業務を見直し、ケアを充実させ、ADL 維持向上にむけたチームアプローチについて考察する。

ADL 維持向上にむけたチームアプローチ

～看護・介護の協働を強化するために～

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
古椎 久美

【目 的】

当病棟は、心不全、鬱、摂食障害、糖尿病教育、リウマチ等様々な疾患を治療目的の入院を受け入れている。診療報酬の改定において急性期から長期療養にわたり在宅復帰率が導入され、一般病棟でもこれまで以上に退院後の生活の視点をもったチームでのかかわりが重要になってきた。そこで看護・介護職が患者を中心に捉え、お互いの専門性を認めながら疾患管理を重点に

回復期リハビリテーション病棟における介護福祉士の役割

～排泄の自立に向けた介護介入～

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院
田中 佑樹

【目 的】

回復期リハビリテーション病棟（以下：回復期リハ病棟）での介護福祉士（以下：CW）の役割は日常生活の支援や尊厳、自立を考えたケアである。当病院では看護師（以下：Ns）と CW と共に受け持ち制を実施しているが、CW

学会発表（口述・ポスター）

として専門的ケアが計画的にできていない。排泄の自立に向けた事例を通して、他職種と協働していくうえでCWの専門性をどのように活かすことができるのかを考える。

【症例紹介】

78歳 男性 左視床出血 右不全麻痺
構音障害 失語症（皮質下性失語）
糖尿病 HDS-R：11点
トイレ動作二人全介助 看護必要度15点

【介入経緯、経過と結果】

入院時、排泄ADLは全介助。昼夜テープ止めオムツ＋パッド。数週間後、排泄フローシートを評価し、日中パンツ型オムツ＋パッドに変更。尿意の訴えなく、促せばトイレに行く状況であるが次第に何度も促されることに不満の訴えがあり、トイレに座ることを拒否しがちになる。1日の排尿パターンを正確に把握するため残尿測定機（ゆりりん）を24時間装着し排尿パターンをデータ化した。結果、各スタッフと情報共有できたことでトイレ促しが本人の排尿時間に近い状態で行うことができ、尊厳を守ることができた。その後、日中に尿意を訴えはじめ失禁がなくなり促しを中止。更に夜間も尿意を訴え失禁がなくなった。現在、オムツの使用を中止し布パンツに変更。

【考 察】

排泄の自立を目指し、テープ止めオムツから布パンツに変更できたことで患者がいつでもトイレで排泄できる機会を提供できたと考える。また、CWは24時間通して、患者の状態や訴え、行動に気づく場面が多く、より身近な存在であることを再確認できた。しかし、今回、看護の連携を図ることはできたが、他職種とCWでの情報交換が上手くはかれないことがあった。今後より一層他職種間の情報共有を実施するためにもカンファレンスに参加し、CWの専門性を発揮した発言を行っていくことが重要である。