

第 43 回中部脳神経外科看護セミナー

令和 6 年 9 月 21 日（土）

午前 9 時より

会 場：三重大学医学部 臨床第 2 講義室

会 長：鈴木 秀謙（三重大学脳神経外科教授）

●中部脳神経外科看護セミナー運営事務局

名古屋大学医学部脳神経外科

担当：永島吉孝

〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町 65

TEL:052-744-2353/FAX:052-744-2360

●第 43 回中部脳神経外科看護セミナー運営事務局

三重大学脳神経外科

担当：濱口映美子、毛利元信

〒514-8507 津市江戸橋 2-174

TEL:059-232-1111/FAX:059-231-5212

e-mail:neurosurgery@med.mie-u.ac.jp

【同時開催】

第 106 回日本脳神経外科学会中部支部学術集会

日 時：令和 6 年 9 月 21 日(土) 8:30～
場 所：三重大学医学部 臨床第 3 講義室
事務局：三重大学 脳神経外科 毛利元信

第 42 回中部神経内視鏡研究会

日 時：令和 6 年 9 月 21 日(土) 18:00～（世話人会 17:30～）
場 所：三重大学医学部 臨床第 2 講義室
事務局：三重大学 脳神経外科 畑崎聖二

社団法人日本脳神経外科学会中部支部会 市民公開講座

日 時：令和 6 年 9 月 22 日(日) 10:00～12:00（9:30 開場）
場 所：三重大学 地域イノベーション研究開発拠点 C 棟
事務局：三重大学 脳神経外科
参加費：無料

次回ご案内

第 44 回中部脳神経外科看護セミナー

開催日：令和 7 年 9 月 20 日（土）
開催担当：名古屋市立大学医学部脳神経外科
会長：間瀬 光人

● 受付

日時：令和6年9月21日(土) 8:30～

場所：三重大学医学部医学部 臨床第2講義室

参加費：1,000 円

● ドレスコード

学会当日、まだ残暑が厳しいことが想定されますので軽装でご参加ください。ノーネクタイ・ノージャケットをお勧めします。スタッフもクールビズで対応させていただきますのでよろしくお願いいたします。

● 演者の方へ

- ・講演時間は6分、討論は3分です。
- ・発表はPCプレゼンテーションのみです。
- ・発表データは、メディア（USBフラッシュメモリー）でお持ちください。
- ・メディアには、当日発表されるデータ以外は入れないようにしてください。
- ・保存時のデータファイル名は、「演題番号_演者名.pptx」としてください。
- ・メディアを介したウィルス感染の事例がありますので、最新のウィルス駆除ソフトでチェックしてください。
- ・学術集会で用意するPCの仕様は以下のとおりです。
OS：Windows11
アプリケーション：PowerPoint for Microsoft 365
OS標準フォントをご使用ください。
- ・Macintoshで発表される方は、必ずご自身のPCをお持ちください。
- ・コネクタの形状はHDMI端子となっております。PC持参でこの形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。
- ・講演終了時に1回目のベルを鳴らし、討論終了時に2回目のベルで合図いたしますので時間厳守でよろしくお願いいたします。

● PC 受付

スライドの確認は、PC受付で行います。発表の30分前までに発表者は必ずお越しください。

● 優秀アブストラクト賞 表彰式

12:00-12:10 臨床第3講義室

● 中部脳神経外科看護セミナー世話人会

12:50-13:20 三重大学医学部 大会議室

● 第 106 回日本脳神経外科学会中部支部学術集会との合同セミナーについて

お手数ですが中継は行いませんので、臨床第 3 講義室に移動をよろしく申し上げます。

「脳血管内治療の温故創新 ー若手の皆さんに伝えたいこと」

座長： 鈴木 秀謙（三重大学）
演者： 宮地 茂（愛知医科大学）
場所： 三重大学医学部 臨床第 3 講義室
時間： 11：30～12：00
共催： 第一三共株式会社

「脳血管バイパス温故創新」

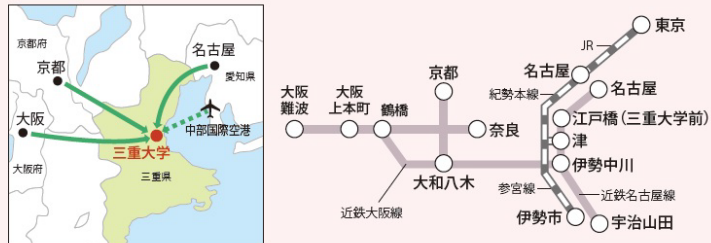
座長： 当麻 直樹（三重大学大）
演者： 高橋 淳（近畿大学）
場所： 三重大学医学部 臨床第 3 講義室
時間： 12：15～13：15
共催： 大塚製薬株式会社

ランチョンセミナーの昼食は、数に限りがありますので、ご了解ください。

交通アクセスのご案内

■交通機関のご案内

● 本学への交通案内



近鉄電車「急行」で

| | | | | | |
|---------|--------|------|------|------------|------|
| 名古屋より | 近鉄名古屋駅 | 約60分 | 江戸橋駅 | 徒歩 約15分 | 三重大学 |
| 京都・大阪より | 伊勢中川駅 | 約15分 | | | |

近鉄電車「特急」で

| | | | | | |
|-------|--------|-------|----|------------|------|
| 名古屋より | 近鉄名古屋駅 | 約50分 | 津駅 | バス 約10分 | 三重大学 |
| 大阪より | 大阪難波駅 | 約90分 | | | |
| 京都より | 京都駅 | 約110分 | | | |

JR「快速みえ」で

| | | | | |
|-------|--------|------|--------------|------|
| 名古屋より | JR名古屋駅 | 約50分 | タクシー 約10分 | 三重大学 |
|-------|--------|------|--------------|------|

徒歩の場合：

近鉄名古屋線 江戸橋駅下車 徒歩 15 分

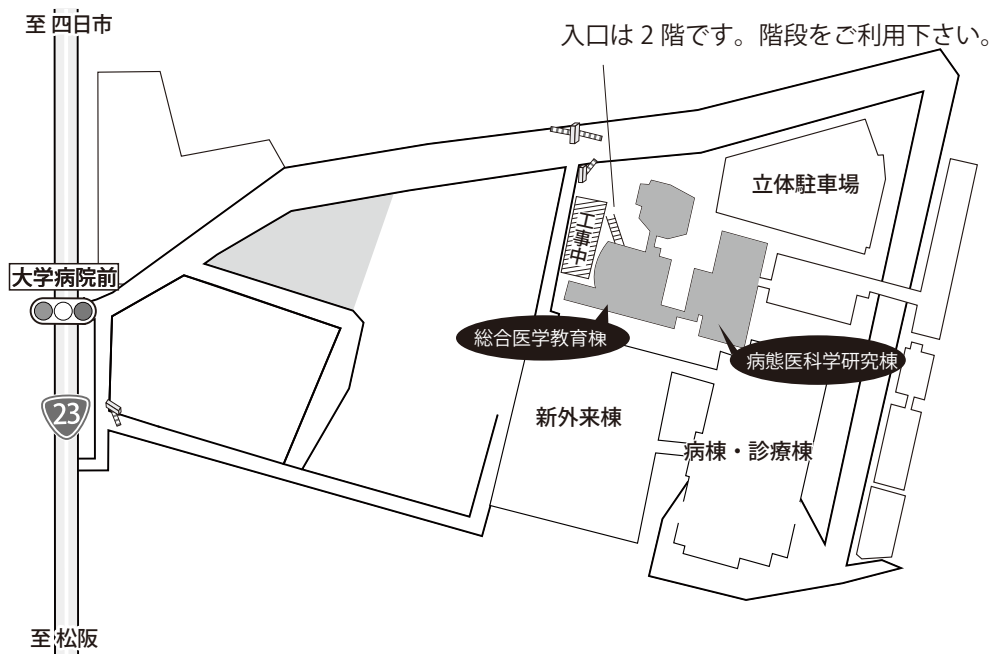
バスの場合：

三重交通バス 大学病院バス停下車 すぐ

三重交通バス 大学病院前バス停下車 徒歩 3 分

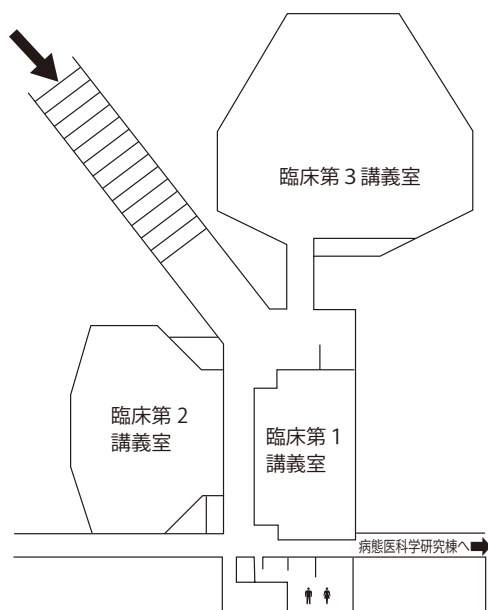
| 乗車場所 | 行き先 | 下車 |
|------------|----------|---------------|
| 津駅東口 ④番バス停 | 大学病院行 | 「大学病院」バス停で下車 |
| | 椋本行 | 「大学病院前」バス停で下車 |
| | 豊里ネオポリス行 | 「大学病院前」バス停で下車 |
| | 高田高校行 | |
| | 一身田行 | |
| | 三行行 | |
| 白塚駅行 | | |
| 千里駅行 | | |

■会場周辺のご案内

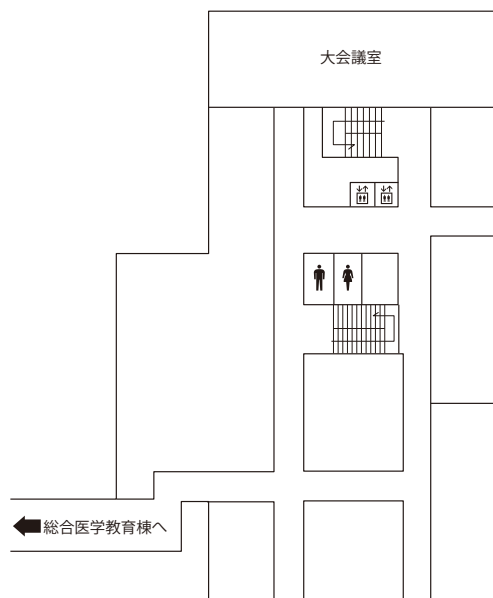


■会場のご案内

●総合医学教育棟



●病態医科学研究棟



学術プログラム

8:30～ 受付開始

9:00～9:10 開会式・挨拶

1. 三重大学医学部附属病院 脳神経外科 教授 鈴木秀謙
2. 三重大学医学部附属病院 看護部 看護部長 福永稚子

9:15～9:45 発表 1

座長：松下綾子（三重大学医学部附属病院）

1. 脳腫瘍摘出術後に嚥下障害を併発した患者への退院支援
藤田医科大学病院看護部
○権藤 南、石谷朋紀、伊藤綾香
2. AYA 世代の悪性脳腫瘍患者に対する ACP の取り組み
愛知医科大学病院 脳神経外科病棟
○深谷 悠、加藤悠馬、高橋有哉美、大石橋由莉菜、地搦真太
3. 球麻痺による重度嚥下障害のある患者へのアプローチ
名古屋市立大学病院
○瀧本雅子

9:50～10:20 発表 2

座長：加藤喜代子（名古屋市立大学病院）

4. 部署の特性に応じた褥瘡予防対策の実践 —褥瘡発生しない環境づくりの実践—
浜松医科大学附属病院 看護部 7 階東病棟
○深澤結香、石原靖乃
5. 卒後 2 年目看護師が抱える退院支援における困難感 ～退院支援の質向上に向けて～
三重大学医学部附属病院
○青木茄蓮、松下綾子、濱口映美子

6. 気道異物窒息による急変対応における教育的取り組みとその効果
金沢医科大学病院
○竹端智之、北川奈美江、中村智亜樹

10:25～11:25 講演

座長：濱口映美子（三重大学医学部附属病院）

「高齢者の意思決定支援 -日々のケアの重要性-」

演者：市川智子

（津中部南地域包括支援センター 老人看護専門看護師）

11:30～12:00 スポンサーシップシンポジウム / 退任記念講演

（会場：臨床第3講義室）

座長：鈴木秀謙（三重大学医学部附属病院）

「脳血管内治療の温故創新 一若手の皆さんに伝えたいこと」

演者：宮地 茂

（愛知医科大学医学部 脳神経外科 特命教授）

共催：第一三共株式会社

12:00～12:10 第43回中部脳神経外科看護セミナー 表彰式

（会場：臨床第3講義室）

優秀アブストラクト賞

12:15～13:15 ランチオンセミナー（会場：臨床第3講義室）

座長：当麻直樹（三重大学医学部附属病院）

「脳血管バイパス温故創新」

演者：高橋 淳

（近畿大学 脳神経外科 主任教授）

共催：大塚製薬株式会社

12:50～13:20 世話人会 (※参加者は、大会議室にご移動ください。)

13:25～14:05 発表3

座長：青木茄蓮（三重大学医学部附属病院）

7. 脳神経外科病棟における膀胱留置カテーテル早期抜去にむけたフローの効果
名古屋掖済会病院
○森本仁美、上野宗政、山田祐菜、甲斐亜希子

8. 摂食の嚥下ケアの質向上を目指した取り組み ～食支援ナースの役割導入による効果～
浜松医科大学医学部附属病院 7階東病棟¹、看護部管理室²
○鈴木萌菜¹、立石和伽¹、松下あみ¹、鈴木あかね¹、伊藤澄香¹、清水翔太郎²、石原靖乃¹

9. 急性期の脳神経外科病棟で実施するリハビリカンファレンスの成果
三重大学医学部附属病院 8階南病棟
○松下綾子、青木茄蓮、濱口映美子

10. 転倒転落における看護師のリスク感性と防止策を強化した取り組み報告
名古屋大学医学部附属病院 脳神経外科病棟¹
名古屋大学医学部附属病院 元脳神経外科病棟²
○宇納条利¹、渡辺裕人¹、早川みどり¹、宮崎由美子²

14:05～14:15 閉会の挨拶

1. 三重大学医学部附属病院 8階南病棟 看護師長 濱口映美子
2. 名古屋市立大学病院 脳神経外科 教授 間瀬光人

抄 録

脳腫瘍摘出術後に嚥下障害を併発した患者への退院支援

藤田医科大学病院看護部

○ 権藤 南、石谷朋紀、伊藤綾香

【はじめに】

悪性脳腫瘍を発症した患者は、在宅復帰を目指す際、後遺症への対応として手技の習得や生活支援サービスの調整が必要となる。今回、腫瘍摘出術後に嚥下障害を併発し経口摂取困難となり経管栄養チューブを挿入した患者が、多職種連携を図り療養の場を在宅へ移行することが可能となった症例を報告する。

【症例】

40歳代男性。神経膠腫と診断。嚥下障害あり経管栄養。

【方法】

看護師が実践したケア、他職種との連携、家族とのやりとりなど診療録と看護記録をデータとし患者、家族へ対して行った退院支援の過程を評価した。倫理的配慮として看護部倫理審査の承認を得た。

【結果】

患者には「嚥下リハビリを続け、自宅で生活がしたい」、家族には「自宅で患者を看たい」という思いがあった。その思いを実現させるため後療法開始前より退院支援を開始した。退院までに患者は経管栄養の3食投与、内服薬の溶解の手技を確立し、家族に生じていた不安をできる限り取り除き、自宅での生活環境を整えた上で退院することができた。

【考察】

医療ソーシャルワーカーを介してケアマネージャー、訪問看護師と退院前カンファレンスを行い、事前に自宅で必要物品の選定や、継続が必要となる看護について情報共有を行なったことで、自宅退院後の具体的な生活のイメージを持ち、病棟から在宅へ生活の場をスムーズに移行することができたと考える。

【参考引用文献】

- 1) 厚生労働省.在宅医療・介護の推奨について,https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf
- 2) 日本脳腫瘍学会.脳腫瘍支持療法情報.<https://www.jsno.com/careinfo/index.html>
- 3) 波川京子他(2019):在宅看護学第1版, p141-150,株式会社クリオリティケア, 東京.
- 4) 宇都宮宏子他(2014):看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント第1版, p.12-15,株式会社日本看護協会出版会,東京.

AYA世代の悪性脳腫瘍患者に対するACPの取り組み

愛知医科大学病院

○深谷 悠、加藤悠馬、高橋有哉美、大石橋由莉菜、地搗真太

【はじめに】

悪性脳腫瘍患者に対して意思疎通が図れる時に Advanced Care Planning(ACP)を実践することは重要である。今回、Adolescent and Young Adult (AYA)世代の悪性脳腫瘍患者が自分自身と向き合えるように支援したことで本人の意思が尊重されたACPを実践できた一例を報告する。

【事例紹介および看護の実際】

患者は、20代の大学生であり、頭痛を主訴に外来受診し、CT・MRI検査で右前頭葉悪性脳腫瘍の疑いがあり、入院した。看護師は、家族へ膠芽腫の可能性が高いと説明していることから、入院時からACP介入が必要であると考えた。患者は、入院後に腫瘍内出血を起こしたため、緊急摘出術を受けた。その後、意識障害は改善したため、これまでの生活や今後したいことなどを聴いたり、学業と治療の両立や妊孕性温存についての情報提供をすることで患者が自己理解を深められるように関わった。

意思疎通が図れる時に本人の思いや考えを擦り合わせていく必要性を家族へ説明し、ACP介入の了承を得た後に、本人に記述式のACPシートをお渡しした。手術後の経過は良好であったため、病理診断結果が出るまでの間、患者は一時退院することになった。

一時退院中、本人がACPシートを書くことが出来ていないことと、ACPを考えることが負担なのではないかと母親より相談があった。ACPは強制するものではないため無理に促す必要はないことや、病状の進行に伴い意識障害が生じた場合、本人の思いを確認できなくなることも多いが、考えたくない思い、考えている最中など、その時々的心情を理解し、見守る姿勢も必要であることをお伝えした。再入院時に、本人の思いが記載されたACPシートをお預かりした。

【倫理的配慮】

A病院看護部研究倫理審査会の承認を得た。(簡 2024-31)

【結果】

価値観や最期の療養場所など患者が自分自身で導き出した思いを聴取することができた。また、その思いを家族と共有することができた。

【考察】

AYA世代の患者は「自分とは何者か」について模索し、自己を確立していく時期であり、意思決定能力そのものも発達途上にあるため、治療の意思決定に

は親の考えが大きく影響する。医療者は、患者、家族双方の思いを聴き、仲介者として働きかけ、最終的には本人の意思が尊重された支援がされるよう働きかけていくことが必要である。

本事例は、悪性脳腫瘍により意識障害があり、入院直後に患者の意思を確認することが難しかった。しかし、手術後に意識障害が改善したタイミングでこれまでの生活や今後したいことを表出させたり、記述式の ACP シートを用いた関わりは、患者が自分自身と向き合い、自己の価値観を確認する時間となったため、患者の意思が尊重された ACP に繋がったと考える。また、医療者が家族に、本人の意思を尊重したケアを提供するための支援者であることを伝え、一緒に考えていきたい姿勢を示した。この関わりは、我が子がどのような病状変化を遂げていくのか想像が難しい状況で、様々な葛藤を抱える家族を支える重要なケアであった。そして、家族が我が子をそっと見守ってくれたことが、患者を焦らせることなく、ゆっくり自分自身と向き合い、最期の療養場所まで考え抜くことに繋がったと考える。

【結論】

AYA 世代の悪性脳腫瘍患者に対する ACP では、自己理解を促す関わりが重要である。また、患者が自分自身と向き合い、考え抜くことができるように、早期からの介入と周囲の人が見守れるようにすることも必要である。

【はじめに】

A 病棟は脳神経外科、脳神経内科の混合病棟であり、年間の入院患者数は1200人程度である。患者の多くは脳血管障害や神経難病の患者が多く、嚥下障害を有する症例が多い。今回の症例は右延髄が障害されたことにより球麻痺を呈し、重度の嚥下障害がみられた患者に対して間接嚥下訓練を実施し効果が得られた事例を経験したので報告する。

【経過】

B 氏、40代の女性。右S状静脈洞血栓症より硬膜動静脈瘻が生じ、隣接する脳幹の圧迫によって右延髄が障害され球麻痺が生じた。3病日に硬膜動静脈瘻に対して右外側後頭下開頭頭蓋内流出静脈遮断術を施行した。患者は若年で、意識レベルは清明であり、四肢の麻痺は見られなかったが、球麻痺による重度の嚥下障害がみられた。

患者の嚥下状態は右顔面麻痺、右軟口蓋麻痺（カーテン兆候あり）、右声帯麻痺、球麻痺（嚥下中枢の障害）により、嚥下反射が起きないため、唾液嚥下も困難であり、誤嚥性肺炎のリスクが非常に高い状態であった。嚥下機能の維持、改善と誤嚥性肺炎予防を目標とし看護計画を立案した。

<看護計画>

誤嚥性肺炎予防として、口腔ケア、逆流性の誤嚥予防のための経腸栄養後の座位保持の指導を行った。嚥下間接訓練に関しては、患者が自己にて訓練を実施することができたため、声門閉鎖と嚥下関連筋の筋力向上を目的にブローイング訓練の実施を計画した。

訓練方法を検討する際に、訓練の難易度を段階的に設定し、患者が訓練の成果、達成度が実感できるような内容となるよう、目標設定や実施方法を検討した。

【結果】

水 200ml でストローの種類を普通のストロー（直径 6 mm / 21 cm）、長いストロー（直径 6 mm / 25 cm）、太いストロー（直径 12 mm / 21 cm）3種類用意し、訓練の強度が3段階になるよう設定した。

初回評価時は、普通のストローを使用して水 200ml で息吹きが3秒間であった。そのため、長期目標は嚥下反射惹起がみられるとし、短期目標を①普通のストローで5秒間実施できる②長いストローで5秒間実施できる③太いストローで5秒間実施できると設定した。実施方法は午前・午後に1回ずつ、コップに 200ml の水を用意し「コップの水がぶくぶくするよう息を吐ききる」を 10

回繰り返し、1分間休んで呼吸を整えるを、5回繰り返すとした。11病日より実施方法と目標設定を患者へ指導し、病棟看護師へも同様の内容を実施していくことを情報共有し、患者が実施できているかを確認していった。

患者は「頑張って良くなりたい。」と訓練を意欲的に取り組むことができ、大きな改善が得られない中でも、前向きに間接訓練を実施することができた。15病日短期目標の①、21病日に短期目標の②まで達成した。このころより患者より「前よりストローを吹く時の空気の漏れが減ってきた」と、口唇閉鎖の改善がみられるようになった。22病日より患者と話し長いストローと太いストローを使用して実施することを提案し、訓練を継続していった。29病日の嚥下造影検査にて、嚥下機能は声門閉鎖が可能となった。嚥下反射は惹起遅延がみられるが咽頭残留はある状態であり、長期目標の達成には至らなかったものの、介入初期に比べ改善がみられた。

【考察】

食べるという事は生きていく中で必要不可欠であり、楽しみや生きがいの1つとしている人も多く、嚥下障害を有する患者は喪失感や焦燥感を抱きやすいと考える。また、球麻痺を呈した重度の嚥下障害がある場合、経口摂取で栄養を充足することができるまでに、長い時間を要することが多い。そのため症状が大きく変化しない中でも、リハビリテーションへの意欲を維持できるよう工夫していく必要がある。

今回の症例では、患者が訓練方法や効果を理解でき、退院後も継続して実施できるよう、コップや水、ストローなど身近な物を使用して簡単に実施できる訓練方法を提案することができた。また、短期目標をスモールステップに設定したことは、達成感が得られやすくなり、患者にとってできることが増えているという実感に繋がり、継続的な訓練実施に効果的であったと考える。

【結論】

リハビリテーションを継続的に行うためには、患者が前向きに取り組むことができるよう、達成成果が実感しやすい目標を設定し、患者の症状に合った訓練の実施が有効である。

参考文献

- 1) 出江紳一,鎌倉やよいほか編,摂食嚥下リハビリテーション第3版,医歯薬出版株式会社,2016,432 p

部署の特性に応じた褥瘡予防対策の実践
— 褥瘡発生しない環境づくりの実践 —

浜松医科大学附属病院 看護部 7階東病棟

○深澤結香、石原靖乃

【動機】

A病棟では2022年度に大規模な病棟再編成が行われ、それに伴いB病棟は脳神経外科、神経内科、皮膚科の混合病棟となり、看護スタッフも大きく入れ替わった。これらの診療科の患者は寝たきりの患者が多いことに加え、複数の褥瘡発生因子を併せ持っていることが多いため、診療科の患者特性に応じた適切な褥瘡予防策の立案と褥瘡を発生させない環境づくりが重要であると考えた。そこで、褥瘡リンクナースとしてB病棟スタッフに対し病棟の褥瘡予防対策における強み、弱みに関するアンケート調査を行い、明らかとなった課題を共有し対策の立案を行った。今回、部署内での褥瘡の発生を減らすために病棟看護師全体が共通の課題を理解し、その解決に向けた取り組みを精進できたことを報告する。

【倫理的配慮】

浜松医科大学生命科学・医学系研究倫理委員会の承認を得た。

【利益相反】

本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

【実践内容】

2022年9月、B病棟スタッフに対し病棟の褥瘡予防対策における強み、弱みに関するアンケート調査を行った。アンケートは個人が特定されないよう無記名自由回答式とし、回答率は100%であった。アンケート調査結果からは、B病棟の課題として褥瘡予防に関する知識不足、アセスメント不足、褥瘡予防ケアの実践能力に個人差があることが推察された。これらの課題に対し、リンクナースとして教育、指導、褥瘡予防ケアの標準化を計画し、スタッフと共に①体位交換の実施時間の見直し、②体位交換必要患者一覧表の作成、③新規入院、及び転入患者を含めエアマット挿入が必要な患者のピックアップを朝のリーダー業務に追加、④体位交換ラウンド時の看護助手へ同伴の依頼、⑤各勤務帯における皮膚状態の観察記録及び褥瘡カンファレンス記録の記載の呼びかけ、記録の定点調査の実施、⑥エアマットの特徴や選択方法に関する勉強会の実施、⑦医師へ必要時プロペト使用の指示入力依頼及びプロペトの病棟定数の増加を計画した。

【結果】

院内電子カルテにてB病棟における褥瘡発生件数を調査したところ、2022年度がI度15件、II度5件であったことに比較し、2023年度ではI度12件、II

度 3 件と発生件数を抑えることができた。

【考察】

B 病棟の褥瘡予防における強み、弱みに関するアンケート調査を実施したことにより、病棟スタッフが捉えている病棟の課題が明らかとなった。さらに、現状の課題を共通認識とし、対策を話し合うことで褥瘡が発生しない環境づくりに部署スタッフを巻き込むことができ、結果として褥瘡発生件数を減少させることができた。本実践の意義は、褥瘡発生件数の減少が患者の苦痛軽減やスタッフのモチベーション向上に好影響をもたらしたと考えられる点である。

【結論】

褥瘡発生率の低減という目標達成に向けては、病棟スタッフ全員が部署の特徴や課題を共通認識し、同じ方向を向くことが最も重要である。褥瘡リンクナースは部署の強みをさらに伸ばし、弱みを克服するための計画を立て、リーダーシップを取って褥瘡発生しない環境づくりを行っていく必要がある。

卒後 2 年目看護師が抱える退院支援における困難感
～退院支援の質向上に向けて～

三重大学医学部附属病院

○青木茄蓮、松下綾子、濱口映美子

I. はじめに

介護が必要となる主な原因として、認知症が 23.1%、次いで脳血管疾患が 19.0%となっている¹⁾。美ノ谷ら²⁾は、脳血管疾患の患者が不安や困りごとを少なく在宅療養生活へ移行するためには、入院時から退院へさらに退院後の在宅療養へ向けて途切れることのない医療と療養生活支援が必要と述べている。A病棟においても、退院後も家族の支援や社会資源の活用が必要な事例が多く、安心して日常生活を送ることができるよう退院支援に力を入れて取り組んでいる。一方で、退院支援に関するカンファレンス時など、卒後 1 年目や 2 年目看護師からの発言が少ないと感じる場面がある。また卒後 2 年目看護師が 1 年目終了の時点で、退院支援に関する看護ケアへの自信がないこともわかった。そのため、卒後 2 年目看護師が退院支援に抱く困難感を明らかにし、今後のスタッフ教育を行う際の一助となり部署内での看護の質向上に繋がりたいと考えた。

II. 方法

A病棟に所属する卒後 2 年目看護師 6 名を対象に、退院支援に対する困難感について聞き取り調査を行った。その結果を類似した内容に分類した。

倫理的配慮として、調査目的を説明した上で、参加は自由意志で拒否による不利益がないことを口頭で説明し同意を得た。また、看護部内の研究支援委員会の承認を得た。

III. 結果

聞き取り調査の結果を表 1 に示す。

表 1. 卒後 2 年目看護師の退院支援に関する困難感

| 【分類】 | 『対象者の語り』 |
|------------|---|
| 知識不足に関すること | <ul style="list-style-type: none">・聞き逃す情報が多い。・退院支援の進め方が分からない・多職種とどのように共有しているのか分からない・医師がどのような判断で転院や退院の判断をしているのか分からない・誰に何を退院支援として依頼したり、調整をしたらいいのか分からない・MSW の役割やイメージがつかない |

| 【分類】 | 『対象者の語り』 |
|-------------------|--|
| 患者・家族への看護ケアに関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・家族の来院が少ない、又は来院されない場合、情報収集ができない ・家族の支援を得られない患者への退院指導や支援の具体的な方法について悩む ・患者と家族が一緒にいるタイミングしかないときは、聞き出すことができない ・患者、家族間で意向に差が生じた時、どのようにすり合わせを行えばいいのか分からない ・話の進め方が分からない ・どのタイミングで患者・家族の思いや意向を聞けばいいのか分からない ・患者の状況によって道筋がぶれる。道筋を読むことが難しい |
| 対応力に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・情報は取れても、整理ができない ・どの情報を記録に残せばいいのか分からない ・自身で受け持つことが少ない患者の場合、情報をあまり持っていない ・退院支援に必要な情報を取る時間がない ・患者の目標が不明瞭な時に、退院支援を行うのに困難と感じる ・転院調整について、リーダーやMSWが進めている印象がある。直接的主体的に動いている感覚がない ・退院支援が必要な患者を受け持つ機会が少ない ・身体的な状態に目がいき、退院支援に関しての優先順位が低くなってしまう ・情報整理、アセスメントに自信がない ・自分で退院支援を最初から最後までしていくことに自信がない |

IV. 考察

卒後2年目看護師が退院支援に抱く困難感についての原因とその対応について考察した。

1. 【知識不足に関すること】

『誰に何を退院支援として依頼したり、調整したらいいのか分からない』『退院支援の進め方が分からない』という語りから、これらは退院支援に関する知識が不足している背景があると考えられる。また『MSWの役割やイメージがつかない』『多職種とどのように共有していいのか分からない』といった、それぞれの職種の役割や連携に関する知識が不足している。平ら³⁾は、看護師には広い視野を持ち多職種と連携することが求められており、多職種が相互作用することでそれぞれの弱い部分が強化され、継続することでより質の高い退院支援ができるようになる」と述べている。退院支援における多職種連携が重要である中で、退院支援に関する様々な知識を深めることは、質の高い退院支援の実践へつながると考える。そのため、不足する知識に対して学習会の開催など支援をしていく必要がある。

2. 【患者・家族への看護ケアに関すること】

『どのタイミングで患者・家族の思いや意向を聞けばいいのか分からない』『患者、家族間で意向に差が生じた時、どのようにすり合わせを行えばいいのか分からない』『家族の支援を得られない患者への退院指導や支援の具体的な方法について悩む』など、患者・家族への看護ケアに関して困難さを感じている。藤澤ら⁴⁾は、退院支援の充実に向けて取り組むべき方向性として、患者・家族のこれまでの人生や今後の生き方への意思を捉え、患者・家族の意思決定に沿った計画的・継続的支援が必要と述べている。対象者らは、退院支援において家族へのケアの必要性について気づくことができているが、実際には患者・家族の意向を捉えた退院支援ができているという実感が不足していると考える。これは経験が不足しているだけではなく、経験した退院支援に関しての振り返りが不十分であることも背景として挙げられると考える。そのため、肯定的なフィードバックを通して経験を積み、患者・家族への看護ケアに自信を持つことができるような支援が必要であると考えられる。

3. 【対応力に関すること】

『情報を取れても、整理ができない』『どの情報を記録に残せばいいのか分からない』といった退院支援における対応力や、『退院支援に必要な情報を取る時間がない』といった業務調整における対応力の不足に困難を感じている。また、『直接的主体的に動いている感覚がない』『情報整理、アセスメントに自信がない』『自分で退院支援を最初から最後までしていくことに自信がない』と退院支援に対して自信が持てず、困難を感じている。JNA ラダーより、卒後2年目看護師は標準的な看護計画に基づき自立した看護実践ができると求められている。そのため、主体性を持って退院支援を実践していくことが望ましい。よって、業務調整力（情報を得るための時間を調整する）や退院支援における対応力（情報を整理して必要な支援を実行できるようにする）を伸ばしていくことが必要である。原田ら⁵⁾は、個人で対処せざるを得ない事例に関しては、事例の振り返りを通して支援の明確化や意味づけを行い、実践知を積み重ねることが重要と明らかになっている。

つまり、主体性を持って充実した退院支援を行うためには、上記で述べたように知識や経験を得て実践知を積むことができるような支援が必要である。

V. 結論

卒後2年目看護師が退院支援に対する困難感として【知識不足に関すること】【患者・家族への看護ケアに関すること】【対応力に関すること】が明らかになった。

知識や経験から実践知を積むことができるような支援が求められている。

引用文献

- 1) 厚生労働省 (2022). 介護の状況, URL:[https:// www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf), (閲覧日: 2024年8月6日).
- 2) 美ノ谷新子, 佐藤祐子, 宮近郁子, 他 (2008). : 脳卒中患者から見た在宅療養生活開始時の現状と課題, 順天堂医学, 54 (1), 73-81.
- 3) 平望花, 鈴木千絵子 (2020). : 地域包括ケア病棟における高齢入院患者の退院支援に関する文献検討, 愛媛大学大学院看護研究科論究, 4, 9-18.
- 4) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 他 (2019). : 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築 (第1報) - 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化 -. 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 87-98.
- 5) 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代 (2014). : 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難, 老年看護学, 18 (2), 67-75.

I. はじめに

A病院は、院内で急変対応や摂食・嚥下に関する集合研修が開催されている。また、院内のインシデント事象をもとに医療安全部主催で気道異物による窒息解除の研修が行われ、各病棟スタッフ1名ずつが参加し、その後フロアへ伝達講習を行なっている。A病院のB病棟は脳神経外科・内科病棟であり、急性期脳卒中の患者が多く入室する。脳卒中の急性期では、嚥下障害の発生率は20～50%である¹⁾。嚥下障害は窒息や誤嚥性肺炎の原因となり、生命予後に大きく影響する。2023年度年間5件の急変が起こり、痰や嘔吐、食物の誤嚥を原因とした気道異物による窒息での呼吸関連の急変であった。気道異物による窒息は、呼吸が阻害されることによって血中酸素濃度が低下し、二酸化炭素濃度が上昇して、脳などの内臓組織に機能障害を起こす状態²⁾であるため、迅速な評価と対応が必要となる。B病棟では、病棟看護師に気道閉塞に関連した急変対応の知識・技術の向上が必要とされており、気道異物による窒息の伝達講習に加え、シミュレーションの実施を行った。その結果、脳卒中患者の食物誤嚥による窒息に対して気道異物除去し、救命することができたため、その活動の成果を報告する。

II. 研究方法

1. 研究方法：実践報告

2. 学習会の概要：

1) 対象者

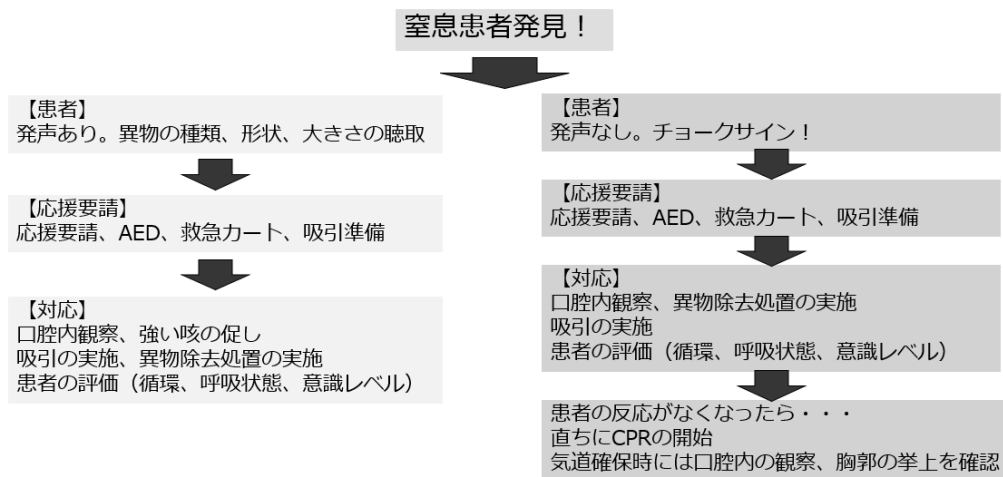
A病院 B病棟に所属する看護師 31名（師長、主任も含む）。

2) 学習会の内容

(1) 伝達講習の内容

講師は、当病棟に所属する院内研修に参加した看護師が行った。伝達講習の内容は、チョークサインが示す意味と窒息解除の方法（ハイムリック法、背部叩打法、腹部突き上げ法、胸部突き上げ法）、窒息発見時の流れ（表1）について講義を行った。その後、窒息解除の方法を2人1組で実技として実施した。

表 1. 窒息発見時の流れについて



(2) シミュレーション演習

シミュレーションは、参加者がイメージしやすい事例を検討し、伝達講習を踏まえた知識・技術を実施できるものとした。B病棟では嚥下障害の患者が多く、痰や誤嚥による窒息リスクが高いため、事例は嚥下障害のある脳梗塞患者の食物誤嚥による気道閉塞を想定した。時間帯は、実際の病棟の勤務体制を踏まえ、少人数となる勤務帯を設定した。シミュレーション実施前に、ブリーフィングを3分間行った。ブリーフィングでは、参加者のみで窒息発見時の流れをもとにどのように動くか、チームの目標を確認した。その後演習を行い、実施直後にデブリーフィングを7分程度で実施した。デブリーフィングは、ブリーフィングの内容が実施できたか、シミュレーションで困ったこと、気になる点はなかったかを話し合い、チームメンバーで共有した。デブリーフィング後は、院内研修で配布されたチェックリストをもとに評価を行った(表2)。また、更なる状態悪化に至った場合、予測されることとその対応について検討した。

3. 倫理的配慮：

事例対象患者に対しては、本報告の目的、報告への協力は自由意志であること、本報告に協力しないことで不利益を被ることはないことを口頭及び文書で説明した。取りやめについて、患者と家族のどちらからの申し出でも可能であることを説明した。同意は紙面で患者本人に同意を得た。

表 2. 窒息対応に関するチェックリスト

窒息対応に関するチェックリスト

| No | 項目 | 確認 |
|-----------------|-----------------------|----|
| 評価と通報 | | |
| 1 | 発声がないことを確認する | |
| 2 | 大声で助けを呼ぶ | |
| 3 | 救急カート・吸引・AED を持ってこさせる | |
| 4 | RRS を要請する | |
| 背部叩打法 | | |
| 5 | 患者の姿勢を前傾姿勢にする | |
| 6 | 叩打を両肩甲骨の間で行う | |
| 7 | 手掌基部で複数回叩打する | |
| 8 | 叩打後に口腔内の観察、反応の観察を行う | |
| 腹部突き上げ法 | | |
| 9 | 圧迫は臍と剣状突起の間で行う | |
| 10 | 手掌基部で複数回圧迫する（臥床時） | |
| 11 | 握り拳で複数回圧迫する（座位・立位時） | |
| 12 | 圧迫後に口腔内の観察、反応の観察を行う | |
| 吸引・酸素投与の準備 | | |
| 13 | 中央配管に吸引を接続する | |
| 14 | 吸引チューブは太めを用意する（14Fr） | |
| 15 | 中央配管に酸素投与器具を接続する | |
| 反応がなくなった時に備えた対応 | | |
| 16 | AED を患者周囲に置いておく | |
| 17 | BVM を用意する | |
| 18 | 救急カートを用意する | |
| 医師による異物の除去 | | |
| 19 | 喉頭鏡・マギール鉗子を用意する | |
| 気道異物が除去できた後の対応 | | |
| 20 | 観察：呼吸状態・循環状態・意識レベル | |
| 21 | 介入：吸引・必要時酸素投与・医師の診察 | |

III. 結果

1. 学習会後の参加者の反応

シミュレーション実施後、「事前に対応の流れを確認していたため、イメージしながら実施できた。」「実際に状態が悪化したとき、どう対応したらよいかわからない。」と発言があった。学習会全体を終えて、「窒息解除の手技が具体的にイメージできた。」「体を動かしてすると難しさが分かる。」という意見が挙げられた。

2. 窒息事例への対応

1) 事例の概要

- (1) 患者：64歳、女性
- (2) 現疾患：右アテローム血栓性脳梗塞（血栓回収術後）
- (3) 既往歴：高血圧、双極性障害
- (4) 入院中の経過：

患者は血栓回収後、構音障害、左上下肢の不全麻痺、高次脳機能障害を認めた。リハビリテーションで言語聴覚士の介入があり、嚥下評価を実施した。結果は、咀嚼機能の低下があり、丸呑み傾向や軽度咽頭収縮低下があった。全粥やソフト食、刻み食のクリアランスは良好であるため、食事形態は全粥食であった。

(5) 窒息事例への対応：

患者は夕食を自己摂取していた。看護師は咀嚼をしっかりとるように促しながら、適宜訪室し食事の様子を観察した。患者のもとを訪室すると、チョークサインをしている患者を発見した。スタッフは窒息と認識し、応援要請を行った。患者は口腔内に食物を多量に含んでいたため、看護師は吸引を行いながらハイムリック法、背部叩打法、腹部突き上げ法を実施した。実施中、体系的アプローチの気道や呼吸、循環、意識の項目を評価した。応援にきた看護師は患者に呼吸心拍モニター、SpO₂センサーの装着を行い、呼吸や循環を評価できるように調整した。患者の反応が乏しくなったため、ベッドに臥床させ、腹部突き上げ法を行いながら吸引を継続した。その後、「あーっ。」と発声を認めたところで気道が開通したと判断し、口腔内に上がった食物を吸引と手で掻き出し、気道閉塞を解除できた。その後、バイタルサイン測定、胸部単純レントゲンを撮影し、異常がないことを確認した。

3. 窒息事例の振り返り

事象発生後、振り返りカンファレンスを実施した。当事者からは「学習会で教わったチョークサインで、窒息だとすぐに分かった」、「応援を呼び、窒息解除の手技を思い出しながら実施した」、「患者さんの顔色や反応が変わっていくので、呼吸、循環、意識レベルの評価を意識して行った」、「これから心停止へと移行するかもと思った」など、体系的アプローチに関連した発言があった。チームメンバーからは、「最初は不穏患者の対応をしているのかと思ったが、患者の顔色を見て窒息だとわかった」、「周囲の動きを見て環境整備や救急カートを準備した」、「急変場面でのリーダーやその他の役割設定ができなかった」、「事象の経過を記録できなかった」など、チームダイナミクスに関する発言があった。

IV. 考察

今回、院内研修の内容から病棟の現状に沿った伝達講習及びシミュレーション演習を構成した学習会を実施したことで、病棟看護師が患者の気道異物窒息への早期認識、対応に繋がった。

学習としてのシミュレーション教育は、①事前学習、②ブリーフィング、③演習、④デブリーフィング、⑤学習のまとめ、の流れで学習を進める³⁾。実施した学習会も同様の流れで実施したことで、伝達講習で知識と技術を習得し、シミュレーション演習で、実際に行った行動の裏付けや不足した知識、技

術をディスカッションしながら再確認することができたと考える。本事例は、シミュレーションで作成した内容と概ね同じ環境下での急変であった。対応した看護師は学習会を想起しながら対応でき、臨床で起こり得る事例を用いたシミュレーションは有用であったことが示唆された。また、臨床場面は、看護師の勤務人数、配置、状況も実際に起こり得る状況を想定することでより具体的なイメージに繋がる可能性がある。

今回の窒息事例の振り返りから、体系的アプローチを用いた患者評価、介入は実践できていたが、チームダイナミクスは課題として挙げられた。急変対応の場面では、体系的アプローチを用いた患者の評価・治療や効果的なチームダイナミクスが必要であり、急変対応における課題の気づきに繋がった。

今後は、体系的アプローチやチームダイナミクスも含め、あらゆる場面の急変対応を想定した学習会、シミュレーションを定期的で開催し、病棟看護師の知識・技術の向上が必要であると考えられる。

V. 結論

本事例を通し、院内の集合研修からフロアの伝達講習、シミュレーション演習を実施したことで、病棟看護師による窒息の早期発見、対応に繋がった。

VI. 引用文献

1. 谷口洋：脳梗塞における病巣部位による嚥下障害の検討．高次脳機能研究 30（3），407－412，2010．
2. 日本気管食道科学：気管食道科に関連する疾患・症状 窒息
<https://www.kishoku.gr.jp/disease/choking/>
3. 阿部幸恵：医療におけるシミュレーション教育．日集中医誌 23, 13－20, 2016．

脳神経外科病棟における膀胱留置カテーテル早期抜去にむけたフローの効果

名古屋掖済会病院

○森本仁美、上野宗政、山田祐菜、甲斐亜希子

はじめに

当部署は脳神経外科を主とした病棟であり、主に内因性・外因性による脳血管疾患および脊椎センターを有することから頸髄損傷が多くを占める。これらの疾患では、尿閉を来し長期に膀胱留置カテーテルを留置している患者が多く、一般的に尿路感染症は院内感染の40%を占め、その内80%が膀胱留置カテーテル挿入患者に発生すると言われている¹⁾。膀胱留置カテーテル挿入から4日で10%、7日以上で25%、28日以上留置ではほぼ100%に尿路感染が発生するとされており、カテーテル早期抜去が重要となる¹⁾。

そこで、他職種と協働し「膀胱留置カテーテル早期抜去フロー」を2022年5月に作成した。膀胱留置カテーテルの留置期間や尿路感染症発生数の調査からフローの効果을明らかにする。

研究方法

研究の方法：2022年5月に「膀胱留置カテーテル早期抜去フロー」を作成した。フローを活用した症例と作成前の症例を研究者の設定した調査項目に沿ってデータを収集し、前後の比較を検証する。

研究対象者の選定方法と予定対象者数（概数）：2022年5月から2023年5月までに当病棟に入院した脳神経外科患者で、入院中に膀胱留置カテーテルが挿入された患者を対象とする。

統計解析の方法：電子カルテから後ろ向きに入院患者数、挿入件数（延べ挿入日数）、感染件数、該当者の膀胱留置カテーテル留置期間を調査し、フローの使用前と使用後の2つの群を比べて、t検定を用いて2つの群の比較を行う。

患者情報収集期間：2021年5月1日～2023年5月31日

研究期間：2022年6月～2024年9月30日

結果

本研究では対象患者総数256名で、内2021年度対象患者は112名、2022年度対象患者は144名であった。平均年齢は73.3歳、男女比は2021年度、2022年度とも男性が多かった。

膀胱留置カテーテル留置期間は、昨年度と比較し、4日で抜去できた割合は39%から48%と増加し、5日から7日以内に抜去できた割合は14%から19%と増加、28日以上留置している患者割合は4%から1.9%と減少した。（表1）また、膀胱留置カテーテル感染件数は、2022年度6件に対して2023年度は3

件と減少した。いずれも術後経管栄養を開始した脳出血患者であり、3件とも大腸菌とクラブシエラが検出された。

挿入件数に対してフローを活用する前と活用した後の留置日数はフローを活用する前は平均 8.96 日に対し、フローを活用した後は平均 6.64 日と有意 ($p < 0.05$) に短縮することが示された。(表 2)

表 1 フロー使用前と使用後の期間抜去率

| | 4 日以内 | 5-7 日以内 | 28 日以上 |
|--------|-------|---------|--------|
| フロー使用前 | 39% | 14% | 4% |
| フロー使用后 | 48% | 19% | 1.9% |

表 2 t 検定：等分散を仮定した 2 標本による検定

| | 平均 | 分散 | 観測数 |
|--------|------|-------|-----|
| フロー使用前 | 8.96 | 79.26 | 164 |
| フロー使用后 | 6.64 | 39.59 | 203 |

$P = 0.0036$

考察

本調査では、脳神経外科病棟における膀胱留置カテーテルの留置期間を調査し、尿路感染症発生との因果関係を後方視的に分析した。フローを活用する前と後では、挿入件数全体を通して留置期間が有意に短縮されていることが明らかとなった。また、膀胱留置カテーテルの 1 週間以内の抜去率は 53% から 67% と大きく増加していた。膀胱留置カテーテルを抜去する時期が看護師個人の主観に判断が委ねられていたが、フローを活用することで「膀胱留置カテーテルの適応基準」を基に、抜去をするのか、または、観察を行い交換や留置継続をするのかを、誰もが、客観的判断をすることが可能となった。その結果、早期抜去の件数が増加したと考える。

フローの活用によって尿路感染症の発生は減少したが、発生が 0 にならなかった。理由の一つに、膀胱留置カテーテルを抜去したが、その後重度の尿路障害や厳密な水分出納バランス観察を目的に再留置となり総留置期間が長期となったことが挙げられる。医師の診療上必要と判断されたケースもあったが、尿混濁の有無やシルバーコーティングがされたカテーテルかを確認し、3 週間以内に交換を実施していたことで、前年度より尿路感染の発生を抑えることができたと考える。また、導尿の必要性については、これまでの臨床経験より膀胱留置カテーテル抜去後に腹部緊満や無尿から判断していた。しかし、フロー開始後は、膀胱用超音波画像診断装置を用いて非侵襲的に且つ残尿量が数値化

されることで誰もが統一して導尿の必要性を判断することができるようになった。尿閉のまま経過することなく、導尿を必要時実施できたことも尿路感染のリスクが軽減された一因と考える。その結果、尿閉を来してしまう患者に対し排尿ケアの早期からの介入が可能となったことも要因のひとつと考えられる。

今回の調査から得られた知見として、尿路感染を発生した3件から大腸菌やクラブシエラが検出された。いずれも腸内細菌であり膀胱留置カテーテルの外側を通り進入したと考えられる。脳神経外科病棟において栄養管理の面で経管栄養を導入することが多く、その結果下痢便となってしまう傾向がある。また、絶食や術後の抗生剤投与が原因で腸管粘膜の萎縮や腸内細菌叢の乱れが起因するとも考えられる。フローを活用することで統一した知識のもと、抜去の時期をカンファレンスで話し合い、早期に導尿で対応したことや、抜去できない患者に対しては、尿混濁の有無や留置期間などを確認し、膀胱留置カテーテルの感染管理を意識して実践できたため膀胱留置カテーテル関連感染は減少したと考える。

結論

脳神経外科病棟における膀胱留置カテーテルの早期抜去を目的に独自のフローを作成・運用した。留置期間の短縮と尿路感染症の発生数の減少をみとめたため、フローの効果が明らかとなった。

文献

- 1)Centers for Disease Control and Prevention (CDC):Guideline for Prevention of Center associated Urinary Tract Infections 2009
- 2)日本環境感染学会 尿路感染予防のための尿道留置カテーテル感染に関する実態調査、34巻、2019年、50～53頁
- 3)感染対策 ICT ジャーナル カテーテル関連尿路感染症の予防対策、14巻、2019年、111～115頁
- 4)第57回日本泌尿器科学会西日本総会、有熱性尿素感染症を認めた内科入院患者における排尿管理方法及び尿中分離菌の薬剤感受性の比較、2006年、416～422頁
- 5)尿路病原性大腸菌における病原因子の研究 日本細菌学雑誌、58巻2号、2003年、431～439頁

摂食の嚥下ケアの質向上を目指した取り組み ～食支援ナースの役割導入による効果～

浜松医科大学医学部附属病院 7階東病棟¹、看護部管理室²

○鈴木萌菜¹、立石和伽¹、松下あみ¹、鈴木あかね¹、
伊藤澄香¹、清水翔太郎²、石原靖乃¹

【はじめに】

看護師による食事介助には患者の栄養摂取だけではなく、誤嚥のリスクの回避や摂食の嚥下訓練、食べる喜びの支援など様々な意義がある。当院の脳神経センターでは脳血管疾患による摂食嚥下障害により、食事介助が必要な患者が多い。しかし看護師にとって食事介助は業務的な負担が大きく、十分に介助できていない現状があり、栄養不良や誤感・窒息リスク、尊厳の侵害など患者の不利益に繋がる可能性があると考えた。

患者が十分に食事摂取できる環境を築えるために、看護師が食事介助を負担に感じている理由を明らかにし、病棟全体で摂食の下ケアの質向上を目指して取り組んだ。

【倫理的配慮】

アンケートは目的、断った場合も不利益にならないことを病棟看護師に説明し同意を得て実施した。結果は個人を特定できないように配慮し、浜松医科大学医学部附属病院看護部看護研究倫理審査会の承認を得た。患者に対しては個人が特定されないよう倫理的配慮を行った。

【方法】

病棟看護師に食事介助に関するアンケート調査を実施した(31名/回収88%)。アンケートを元に2023年10月から早番・遅番による食支援ナース体制を開始した。食支援ナースは患者の経口摂取量増加を目的とし、食事時間帯に時間制限を設けずに食事介助を最優先で行うこととした。また摂食嚥下障害看護認定看護師が積極的にフォローし、患者の食支援方針を共に検討し共有することとした。取り組み開始1ヶ月半後に病棟看護師に再度アンケート調査を行った(34名/回収率97%)。

脳卒中患者の摂食状況に関して退院時まで直接的な食事介助が必要であった患者を対象(2022年1月～6月、12名。2023年10月～12月、4名。)としたデータ収集し比較した。

【結果】

食支援ナース導入前のアンケート調をから77%の看護師が食事介助に負担を感じており、理由は「時間がかかる」が最も多かった。しかし、導入後のアンケートでは93%の看護師が「食事介助の負担が減った」と感じており、「平均30分以上介助に時間をかける」看護師が13%→60%に増加した。他にも「食へ

の意識が高まった」「食事介助をケアとして考えられるようになった」「認定看護師や栄養士・言語感覚士と情報共有する機会が増えた」といった意見がみられた。

データ収集では、平均経口摂取エネルギー量を比較すると、取り組み前：726kcal、取り組み後：1109kcalと増加していることがわかった。

【考察】

アンケート調査により看護師が食事介助に対して時間的な負担を強く感じていることがわかり、介助時間を確保するために食支援ナース体制を開始することで、負担感の軽減に繋げることができたと考える。また食事介助に時間をかけられるようになったことで、補食動作を介助するだけの業務的な考え方から、患者の個別性を考えた包括的なケアとして食事介助を捉えようとする看護師の意識変容がアンケート結果から考えられた。

対象者数は少ないが取り組み開始後より患者の経口摂取量は増加しており、業務調整による介助時間の確保や看護師の意識変容により、摂食嚥下ケアの質が向上し、経口摂取量の増加に繋がった可能性がある。

【結論】

食支援ナース体制の導入により看護師による食事介助時間が確保され、看護師の食事介助に対する負担感が低下した。看護師の食事介助に対する意識変容もみられ、摂食嚥下ケアの質向上への寄与が示唆された。

【参考文献】

- ・三鬼達人.(2013).今日からできる！摂食・嚥下・口腔ケア. 照林社.
- ・才藤栄一, 上田耕一郎, 出江紳一, 鎌倉やよい, 熊倉美美, 弘中祥司, 藤島一郎, 松尾浩一郎, 山田好秋.(2016).
摂食の下リハビリテーション 第3版.医歯薬出版株式会社.
- ・小山珠美.(2017).口から食べる幸せをサポートする包括的スキル KT バランスチャートの活用と支援第2版・医学書院.

急性期の脳神経外科病棟で実施するリハビリカンファレンスの成果

三重大学医学部附属病院 8階南病棟
○松下綾子、青木茄蓮、濱口映美子

I. はじめに

脳血管疾患の患者は急性期からリハビリテーション（以下：リハとする）を実施しており、真野は急性期リハの目的は、患者が早く高いレベルの状態に回復し、退院して社会復帰することである¹⁾と述べており、当院においても早期のリハ介入が行われている。A病棟においては、医師・看護師・リハスタッフでリハカンファレンスを実施しており、2023年度は、カンファレンス開催方法を見直した。カンファレンスで話し合う患者とテーマを決め、患者の状態と目標を共有することで効果的なリハ介入を目指した。リハカンファレンスにおいて、病棟看護師と多職種とのコミュニケーション、看護師の意識や行動、患者に提供するケアの視点から振り返りを行い、リハカンファレンスの成果について考察したため報告する。

II. 方法

A病棟に2023年度から勤務している看護師19名に無記名によるアンケート調査を実施した（2024年6月20日～7月5日）。質問項目は「多職種とのコミュニケーション」「看護師の意識や行動」「患者ケアの変化」について調査した。

III. 倫理的配慮

調査の目的を説明した上で、参加は自由意志であり拒否による不利益がないことを書面で説明し、アンケートの提出を同意とした。また、当院の看護部看護研究支援委員会の承認を得た。

IV. 結果

アンケートの回答が得られたのは18人、うち有効な回答数は17人であった。看護師歴別に、2～3年目（以下①とする）が8人、4～6年目（以下②とする）が6人、7年目以上（以下③とする）が3人であった。

多職種とのコミュニケーションの変化があると感じた人数は、医師に対して①3人②1人③0人、リハスタッフに対して①7人②3人③1人で具体的な変化は表1に示す。

表1 多職種との関わりについての変化

| 項目 | 具体的な変化：医師 | 具体的な変化：リハスタッフ |
|----------|--------------------------------------|---|
| 情報の共有の促進 | ・治療の経過や方針が分かりやすい ・今後の見通しを知りやすくなった | ・リハビリの進捗が分かるようになった ・患者の様子（ADL）を具体的に聞ける ・カンファ後の患者の変化や実際に行った結果の情報共有がしやすくなった |

| | | |
|---------------|---|---|
| コミュニケーションの活性化 | <ul style="list-style-type: none"> 方針を医師に聞きやすくなった カンファレンス後の患者の変化を伝えやすくなった | <ul style="list-style-type: none"> 離床のコツや注意を聞けるようになった 意見交換の機会が増え、質問など声をかけやすくなった |
| 看護師の意識の変化 | | <ul style="list-style-type: none"> 患者の現状や目標について話し合うようになった 自宅に向けて患者に必要な介入方法を聞くようになった |

リハカンファレンス参加による看護師の意識や行動は、①8人②4人③1人、患者に提供されるケアは、①7人②4人③3人が変化を感じており、具体的な変化は、表2に示す。また、リハカンファレンスが有効だと全員が感じていた。

表2 リハビリカンファレンスに参加することでの看護師の意識や患者ケアの具体的な変化

| 項目 | 変化した意識や行動 |
|---------|---|
| 意識の変化 | <ul style="list-style-type: none"> 患者に行われているケアや必要なケアを整理できるようになった 患者の能力や安全対策などに目を向けて現状を把握するようになった より患者を観察するようになった 患者がどのように目標を設定しているのか考えるようになった 患者の目標をもとに、目標に向かうための道筋を立てやすくなった カンファレンスをすることで介入時の悩みが軽減した 患者のゴールを意識することで日々のケアに意味を持たせられた |
| 行動の変化 | <ul style="list-style-type: none"> 可能であればどんどん離床させようと思うようになった リハスタッフと協力してリハビリするようになった カンファレンスでの共有事項を意識して患者に関わるようになった 積極的な離床と統一した対応に繋がっている |
| 患者ケアの変化 | <ul style="list-style-type: none"> リハビリの目標が明確になり患者を励ます声掛けがしやすくなった 患者と目標を共有することで患者の頑張る意欲に繋がっている カンファレンスを実施していない患者においても、患者と目標を共有することで積極的なリハビリに取り組めた 日中の関わりを行うことで患者のせん妄予防につながられた 家族がリハを見学し、自宅退院が可能か考えるきっかけとなった 毎日実施できる日常のリハビリが増えた 個別性に合わせた計画が立てられるようになった 転院や退院時のサマリーに患者の目標や詳細な情報が記載できる |

V. 考察

多職種とのコミュニケーションの変化については、医師・リハスタッフ共に患者の状態の把握する為の関わりができており、これは急性期の患者の状態を正しく理解することに繋がった。特に医師との関わりは、急性期の患者の病態や今後の方針を把握する機会となり、リハスタッフとは患者の身体機能の評価

やリハスタッフの具体的な介入の理解に繋がっており、特に経験の浅いスタッフの気づきとなった。篠田らはカンファレンスの目的をメンバー間の意見交換により情報の共有化を図ること²⁾と述べており、患者像を共有するきっかけとなった。また、その情報をもとにリハカンファレンス後の患者の変化や実際のリハ介入において、日常的な情報交換に繋がっており、多職種とのコミュニケーションの活性化に繋がったと考える。

看護師の意識の変化については、患者の目標や方針の確認と、患者を観察し状況を把握する意識に繋がっており、患者をより深く知ろうとする変化が見られた。患者の生活援助の場面においては、患者の目標が意識され、リハカンファレンスで検討された内容をケアに活かすことに繋がっていた。そして患者と目標を共有することが意識され、積極的にリハを進めるという形で、ケアの意義を感じることに繋がったと考える。また、看護師の行動の変化については、リハカンファレンス後に継続して患者の観察を行い、多職種と情報交換やケアの相談をしていた。リハカンファレンスで検討した内容が決定事項として意識され、ケアの意義を意識すると共に積極的なケアの実施に繋がったと考える。

患者ケアの変化については、リハカンファレンスで目標を共有することで、患者自身の目標が明らかとなり、その目標を患者と共有することが患者のモチベーションに繋がった。患者の目標は、家族や次の療養先への情報提供にも活用されており、患者へのシームレスなケアに繋がった。このような意識の変化は、リハカンファレンスの実施の有無にかかわらず、患者の目標を意識した介入を話し合う意識に繋がった。また、ケアの変化としてせん妄予防となることや療養先の選定などに繋がったことが挙げられた理由としては、リハカンファレンスで多職種が検討した内容が、統一された関わりとして積極的に患者に提供され、患者のケアの効果として実感できたからであると考えられる。篠田らはカンファレンスの目的について多面的なアセスメントや意見交換による対象理解の深化と有益な支援方法を検討し、信頼関係を構築しながらチームを成長させること²⁾と述べており、リハカンファレンスを継続することで、患者の理解を深め、患者の目標に沿った支援ができると考える。

VI. 結論

多職種とのコミュニケーションの活性化に繋がった。

患者理解を深めることができ、患者の目標とケアの意義を意識するとともに、積極的なケアの実施に繋がった。

参考文献・引用文献

1) 真野英寿：急性期リハと医療システム 昭和学会誌 第74巻 第4号 372-377 2014

2) 篠田道子：チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方 日本看護協会出版会 2-19 2010

転倒転落における看護師のリスク感性と防止策を強化した取り組み報告

名古屋大学医学部附属病院 脳神経外科病棟¹

名古屋大学医学部附属病院 元脳神経外科病棟²

○宇納条利¹、渡辺裕人¹、早川みどり¹、宮崎由美子²

I はじめに

A病棟は脳神経外科を主とする外科病棟で、院内でも転倒転落発生率の高い病棟のひとつである。A病棟の転倒転落発生率は、2021年度0.41%(院内全体0.23%)、2022年度0.36%(院内全体0.25%)で常に上回っている。部署の特性から身体機能障害、高次脳機能障害などの患者要因は不可避であり、看護師は転倒転落リスクが高いことを発生前より認知し、転倒転落防止装置を含め対策を既に講じていた。

2022年度に発生した転倒転落59件のうち、排泄契機によるものが23件(39%)、排泄以外では『物をとる・拾う』ことを契機が7件(12%)であった。発生場所が病室内であったのは、40件(68%)であった。これらから転倒転落に関する知識や技術の習得だけではなく、転倒転落防止装置の適切な使用や患者の療養環境に潜む要因に介入し、対策を強化する必要があった。2023年度、転倒転落防止を部署目標に掲げ、経営管理手法のひとつであるBalanced Scorecard(以下BSC)を活用して目標管理を行い取り組んだので報告する。

II 方法

1.BSCの2023年度の病棟目標を「転倒転落の防止策を強化し、患者に安全な療養環境を提供します」とし、「学習と成長の視点」では、転倒転落に関するリスク感性の向上を戦略目標として、A病棟所属の全看護師を対象に、以下の計画を実施した。

(1)転倒転落防止装置の説明に関する動画視聴を行い、学びをテスト形式シートに記載してもらった。実施予定：7月、実際の実施：8月

(2)ナーシングスキルを用いた学習実施(環境整備・転倒転落予防・入眠睡眠への援助・せん妄に対する看護・夜間巡視について)実施予定：6～7月、実際の実施：9月

(3)KYT学習会の実施

2022年度転倒転落事例を要因分析し、危険ストーリーを2題(環境要因と排泄要因)作成し、4ラウンド法を用いて実施した。実施予定：7月、実際の実施：10月

(4)療養環境グループワークの実施

転倒転落に関する療養環境についてブレインストーミング法で実施した。

実施予定：7月、実際の実施：10月

2.BSCの「内部プロセスの視点」では、転倒転落防止策の強化を戦略目標とし

て、以下の計画を立て実施した。

(1)※転倒転落防止装置作動確認点検表(※以下を点検表とする)を以下の5項目(①接続コードが外れていない②ベッドロックのラベルがオレンジラベルである③通知ボタンが点灯している④体重設定が使用者の体重と合っている⑤転倒転落共有ボードの最新の設定と実際の設定とが相違ない)に決定した。11月から、担当看護師が各勤務開始時・終了時、就寝前の3つのタイミングで点検表を基に作動確認を開始した。

(2)療養環境チェックシートを作成した。チェックシートの項目は、療養環境グループワークで挙げた188個の環境要因を基にカテゴリー化し、全21項目を設けた。12月からこのチェックシートを用いて、『麻痺しびれがある患者・高次脳機能障害がある患者・転倒転落共有ボードを使用している患者』を対象に療養環境のチェックを行った。療養環境チェックシートを基に環境整備を実施した。

3.BSCの「顧客の視点」では、転倒転落の防止を戦略目標として、転倒転落発生率0.34%、再転倒発生件数4件を年間目標値とした。

III 結果

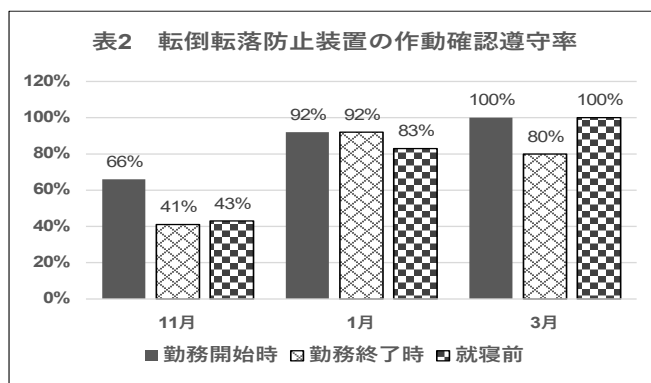
「学習と成長の視点」の結果を表1に示す。転倒転落防止装置動画視聴・学びのシート記載とKYT学習会・療養環境グループワークは企画に時間を要し遅延したが開催期日を修正し実施した。

表 1

| 予定月 | 実施月 | 学習会内容(開催回数) | 参加人数/対象人数 | 参加率 |
|------|-----|----------------------|-----------|------|
| 6-7月 | 8月 | 転倒転落防止装置動画視聴 | 28/28 | 100% |
| | | 視聴後、学びのシート記載 | 26/28 | 93% |
| | 9月 | ナーシングスキル学習 | 32/32 | 100% |
| | 10月 | KYT学習会・療養環境グループワーク5回 | 31/31 | 100% |
| 7月 | 11月 | 転倒転落防止装置の体験会4回 | 22/22 | 100% |

学びのシートとは転倒転落防止装置動画視聴後に理解度を把握するための全15問の記述式テストで、平均正答数15問中12問(80%)、全問正答者は28名中3名であった。新人看護師・異動者・学びのシート正解率80%以下のスタッフ計22名を対象とした転倒転落防止装置の体験会を追加した。

「内部プロセスの視点」の転倒転落防止装置の作動確認5項目の遵守率を表2に示す。11月から点検表の使用を開始し、作動確認遵守率は40-60%であったものが80-100%となった。



点検表を使用開始する前の4月から10月までの転倒転落発生件数50件のうち転倒転落防止装置を使用して発生した件数は21件であった。そのうち8件は装置が作動せず転倒転落が発生した。点検表を使用開始した11月から3月までの転倒転落発生件数29件のうち転倒転落防止装置を使用して発生した件

数は 15 件であった。そのうち 3 件が装置が作動せず転倒転落が発生した。

療養環境チェックシート(資料 1)を運用した中で、実施率が 70% 以下であった項目は、『⑩カレンダー、時計、写真などがあり患者さんが見当識を保ち安心できる環境である』と『⑫医療者側が使用する物品の置き場所を設けている(なるべくオーバーテーブル以外で設置する)』であった。

また実施率の高いものは、『⑧靴が履きやすい位置に揃えてある』『⑨使用頻度が高い物品を患者さんに確認している 手の届く位置にある』の項目であり、実施率は 100% であった。

運用開始後の 12 月では、療養環境チェックシートの項目全てが実施できていた患者の割合が 14 人中 7 人(50%)であったが、2 月末には 17 人中 12 人(71%)であった。

2022 年度と 2023 年度の転倒転落発生件数と病室内での転倒転落件数を表 3 に示す。

| | 転倒転落発生件数 | 病室内での転倒転落件数 | 『物をとる・拾う』 | 入院患者数 | 転倒転落発生率 |
|--------|----------|-------------|-----------|-------|---------|
| 2022年度 | 59 | 40 | 7 | 16209 | 0.36 |
| 2023年度 | 79 | 52 | 8 | 17418 | 0.45 |

2022 年度の転倒転落発生件数は 59 件であったが、2023 年度は 79 件であった。

79 件のうち、4 月から 11 月までの転倒転落発生件数は 56 件で、12 月から 3 月までの件数は 23 件であった。

『物をとる・拾う』をきっかけとする転倒転落発生件数は 2022 年度は 7 件、2023 年度は 8 件であった。取り組み実施後の、2023 年 12 月以降は発生件数 0 件であった。

IV 考察

これまでの転倒転落事例の要因分析を反映させた学習会の企画に時間を要し取り組みが年度の後半となった。そのため、前半の転倒転落件数は、例年と同じくらい発生していた。

療養環境チェックシートの使用を開始したところ対象となる患者が入院患者の約 30% ほどであることが分かった。また、『③ナースコールの位置や使用する場面を具体的に共有・指導した』等チェックシートの項目によっては対象となる患者に使用できない項目があることも分かった。そのため、3 月から『麻痺しびれがある患者・高次脳機能障害がある患者・転倒転落共有ボードを使用している患者』という当初の対象条件に『部分介助の患者・安静度が病棟内フリーまでの患者・付添い家族がいない患者』を加えた。

従来 of 転倒転落防止策に、学習会の内容をふまえた点検表導入や療養環境チェックと環境整備を同時に行うという取り組みの強化は、看護師の行動の定着までに約 1~2 カ月要したが、⑧⑨の実施率が 100% となり、環境整備がしっかり行えるようになったと考える。

患者の転倒転落防止装置が正しく作動しないことで発生する転倒転落を予防する目的で点検表を用いて確認を行った。その結果、看護師が点検をするため

に訪室するタイミングでトイレ誘導をする、環境整備を小まめにする等の看護師の行動に変化を起こしていた。看護師のリスク感性に変化が出ていると考えが、今回は期間が短かったため、転倒転落件数は例年と変わらなかった。今後はこの取り組みを継続し、転倒転落の予防に繋げることが課題である。

| 資料 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|--|-----|-----|
| 療養環境 チェックシート 【 】月 | 患者ラベル | <p>★療養環境チェックシートは、 ベッド足側にS字フックで吊り下げる ★毎日、午後のラウンド時にチェックする ★毎週金曜日は、2名以上の看護師でチェックする ★チェック終了時は取り込み依頼する ★できていたら→○ できていない・されていない→×</p> | | | | | | | | | | | | | <p>療養環境チェックシートの使用対象患者さん</p> <p>☆高次脳機能障害または麻痺・しびれがある患者さん ☆共有板を作成する患者さん のうち、以下①～③に該当する患者さん ①ADLが『一部介助』の患者さん ②安静度が棟内までの患者さん ③付き添い家族がいない患者さん</p> | | |
| | 裏面へ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | チェック項目 | 例 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 |
| ① | 認識・使用できるか確認した | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | ナースコール 手の届く位置にある 固定してある | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 位置と使用する場面を具体的に共有・指導した | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | ベッド・床頭台・キャビネットの配置が適切か確認した | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | ベッドの高さを確認した | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | ベッド・床頭台のロックを確認した | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ | 床に物を置いていない 動線が確保されている | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ | 靴が履きやすい位置に揃えてある | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ | 使用頻度が高い物品を患者さんに確認している 手の届く位置にある | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ | ゴミ箱が無理なく手の届く位置にある | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ | オーバーテーブル上がお膳が置ける程度は整理整頓され、清潔である | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ | 医療者側が使用する物品の置き場所を設けている (なるべくオーバーテーブル以外で設置する) | × | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ | 病室に持ち込む医療物品は最小限である | × | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ | 使用済み物品や使用しない物品がない | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮ | 点滴ルート、ドレーンなどの留置物、モニターなどの コード類が絡まっていないか確認した | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑯-1 | 車椅子介助の場合、届かない位置にたたんで置いている | ○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑯-2 | 車椅子自立の場合、適切な位置にストッパーをかけて置いている | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑰ | 常時使用しない車椅子・歩行器は片付けている | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑱ | 朝晩の窓カーテンの開閉、リハビリ介入、テレビやラジオ等の視聴覚 刺激、離床計画など昼夜のリズムを感じられる計画が立てられている | × | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑲ | カレンダー、時計、写真などがあり、患者さんが見当識を保ち安心で きる環境である | × | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑳ | リストバンドが正しく装着されている | × | | | | | | | | | | | | | | | |
| | チェック者サイン | ●● | | | | | | | | | | | | | | | |
| 環境面への対策 | <input type="checkbox"/> 離床センサー設置 <input type="checkbox"/> 設定モードのアセスメント <input type="checkbox"/> センサーマット設置 <input type="checkbox"/> 部屋の検知 <input type="checkbox"/> ベッド壁付け <input type="checkbox"/> ころやわマット設置 <input type="checkbox"/> ロックテーブル設置 <input type="checkbox"/> 介助欄(長短あり)へ変更 <input type="checkbox"/> 退室時の介助欄の開閉を検知 <input type="checkbox"/> ムートンなどでベッド欄を保護 <input type="checkbox"/> 共有板記載 <input type="checkbox"/> ベッドコントローラーを足側に設置 | | | | | | | | | | | | | | | | |