

# 第 44 回中部脳神経外科看護セミナー

令和 7 年 9 月 20 日 (土)

午前 9 時 30 分より

会 場：名古屋市立大学 医学部基礎教育棟 第 3 講義室

会 長：間瀬光人 (名古屋市立大学病院 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](tel:052-744-2353) / [FAX:052-744-2360](tel:052-744-2360)

●第 44 回中部脳神経外科看護セミナー運営事務局

名古屋市立大学病院脳神経外科

担当：松下幸司、永田千恵

〒467-8602 瑞穂区瑞穂町字川澄 1

TEL:052-828-7456 / FAX:052-858-7490

e-mail: nrKm1192@med.nagoya-cu.ac.jp

## 【同時開催】

### 第 108 回日本脳神経外科学会中部支部学術集会

日 時：令和 7 年 9 月 20 日(土) 8:30～

場 所：名古屋市立大学 桜山キャンパス さくら講堂

事務局：名古屋市立大学 脳神経外科 間瀬 光人

### 第 44 回中部神経内視鏡研究会

日 時：令和 7 年 9 月 20 日(土) 18:00～（世話人会 17:30～）

場 所：名古屋市立大学医学部基礎教育棟 5 階第 3 講義室

事務局：名古屋市立大学 脳神経外科

### 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 7 年 9 月 21 日(日) 10:00～12:00 (9:30 開場)

場 所：名古屋市立大学 桜山キャンパス さくら講堂

事務局：名古屋市立大学 脳神経外科

参加費：無料

## 次回ご案内

### 第 45 回中部脳神経外科看護セミナー

開催日：令和 8 年 9 月 19 日(土)

開催担当：金沢大学医学部脳神経外科

会長：金沢大学附属病院 脳神経外科 教授 中田 光俊

## ● 受付

日時：令和7年9月20日(土) 9:00～

場所：名古屋市立大学病院 生協

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します。

## ● 演者の方へ

- ・講演時間は 6 分、2 題終了後に質疑の時間を設定いたします。
- ・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：Windows10
  - 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。  
時間厳守でよろしくお願いします。

## ● 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。

## ● 中部脳神経外科看護セミナー世話人会

12：15－12：45

- 第 108 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、さくら講堂に移動をよろしくお願いします。

ランチオンセミナー

## 「一人前の脳神経外科術者への道

：指導する側とされる側の苦悩とレジリエンス

～神経障害性疼痛の管理も含めて～

座長：名古屋市立大学 脳神経外科 教授 間瀬 光人

演者：群馬大学 脳神経外科 教授 大宅 宗一

場所：名古屋市立大学 桜山キャンパス さくら講堂

時間：12：15～13：15

共催：第一三共株式会社

ランチオ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。

●会場へのアクセス



当院へのアクセス方法

● 地下鉄：名古屋駅（地下鉄桜通線名古屋駅）

3番ホーム	今池・新瑞橋・徳重方面行き（約17分）桜山駅（市立大学病院）下車 3番出口
-------	---------------------------------------

● 市バス：栄バスターミナル（オアシス21のりば）

4番のりば	栄26号系統「博物館」行（約25分）「市立大学病院」下車
-------	------------------------------

● 市バス：金山市営バスターミナル

7番のりば	金山11号系統「池下」行（約15分）「桜山」下車 金山16号系統「瑞穂運動場東」行（約15分）「桜山」下車 金山12号系統「妙見町」または「金山」行（約15分）「市立大学病院」下車
8番のりば	金山14号系統「瑞穂運動場東」行（桜山経由）（約15分）「市立大学病院」下車

地下鉄・市バスの時刻表については、名古屋市交通局ホームページをご利用ください。

## 学術プログラム

9:00～ 受付開始

9:30～9:40 開会式・挨拶

1. 名古屋市立大学病院 脳神経外科 教授 間瀬光人
2. 名古屋市立大学病院 看護部 看護部長 山本あゆみ

9:45～10:25 発表 1

座長：永田千恵（名古屋市立大学病院）

1. 患者の想いの変化を読み取り、家族と共有できた ACP の実践の一例  
愛知医科大学病院  
○大石橋由莉菜、深谷知世、中西陽袈、深谷悠、地搗真太
2. 高次機能障害のある AYA 世代男性患者の妊孕性に対する意思決定支援における  
看護師の困難感  
三重大学医学部附属病院  
○野崎彩子、松下綾子、青木茄蓮、東智香子

－質疑・応答－

3. FIM を用いた排泄ケアの取り組み ～排泄自立支援における看護師の役割向上～  
浜松医科大学付属病院 7階東病棟  
○松下あみ、岡本果歩、石原靖乃
4. 高次機能障害による摂食、排泄行動の自立への支援  
金沢大学付属病院  
○小林良子

－質疑・応答－

10:30～10:55 発表2

座長：出村淳子（金沢大学病院）

5. 脳卒中患者への生活指導実施の現状と課題  
名古屋市立大学病院  
○瀧本雅子、永田千恵
  
6. 食物形態選択のプロトコル作成と実践  
～患者への安全な食事提供と絶食期間の短縮を目指して～  
浜松医科大学付属病院 7階東病棟<sup>1</sup> 看護部管理室<sup>2</sup>  
○原田雄右<sup>1</sup>、若島朱里<sup>1</sup>、清水翔太郎<sup>2</sup>、石原靖乃<sup>1</sup>
  
7. 脳神経外科における手術部位感染サーベイランスの分析と比較検討  
名古屋大学医学部付属病院 看護部<sup>1</sup> 脳神経外科<sup>2</sup>  
○山下結梨<sup>1</sup>、宇納条利<sup>1</sup>、中濱怜奈<sup>1</sup>、平井千尋<sup>1</sup>、芦原春香<sup>1</sup>、伊藤紗矢花<sup>1</sup>  
越取雄策<sup>1</sup>、早川みどり<sup>1</sup>、大岡史治<sup>2</sup>

－質疑・応答－

11:00～12:00 講演

座長：松下幸司（名古屋市立大学病院）

「高知県東部地域における脳梗塞患者の受診遅れに関する研究」

演者：和田匡生

（高知県あき総合病院）

12:00～12:05 閉会の挨拶

1. 名古屋市立大学病院 12階北病棟 看護師長 松下幸司
2. 金沢大学病院 脳神経外科 教授 中田光俊

引き続き脳神経外科学会へご参加ください

12:15～13:15 ランチョンセミナー（会場：さくら講堂）

座長：間瀬 光人（名古屋市立大学 脳神経外科 教授）

「一人前の脳神経外科術者への道

：指導する側とされる側の苦悩とレジリエンス

～神経障害性疼痛の管理も含めて～」

演者：大宅 宗一（群馬大学 脳神経外科 教授）

共催：第一三共株式会社

12:15～12:45 世話人会（※参加者は、看護部書庫にご移動ください。）

# 抄 録



## 患者の思いの変化を読み取り、家族と共有できた ACP の実践の一例

愛知医科大学病院

○大石橋由莉菜、深谷知世、中西陽袈、深谷悠、地搗真太

### 1. はじめに

A 病棟では、2023 年度より ACP シートを活用した意思決定支援に取り組みを行っている。今回、悪性脳腫瘍患者に対して ACP 実施後の思いの確認を繰り返し行ったことで、患者の考えるタイミングで患者と家族が思いを共有することができた一例を報告する。

### 2. 研究方法（事例紹介）

右側頭葉悪性脳腫瘍摘出後の 50 歳代女性。手術後、病理結果の説明を受け、放射線治療と化学療法が始まる前のタイミングで ACP を実施した。治療終了後、退院が近づいたタイミングで、ACP に対する思いの変化がないか確認した。思いの変化はないが、「退院後のことや状態が悪化した時のことは想像がつかない。」と発言があった。

退院後は姉家族と共に生活を開始したが、退院から 2 日後に全身性痙攣を認め再入院となった。痙攣が落ち着いたタイミングで再度思いを確認すると、「日常で必要とされたい。」  
「再入院した今が話すタイミングだと思ったが、勇気が出ない。」という思いがあることがわかった。面会時に看護師が同席し、家族と ACP を共有する時間を作ることを提案した。A 病院看護部研究倫理審査会の承認を得た（簡 2025-22）。

### 3. 結果

ACP 実施後、退院や再入院のタイミングで思いの確認を繰り返したことで、患者の思いの変化を捉えることができた。また、看護師が患者の思いを代弁したことで、本人の思いを家族と共有することができた。共有後、家族からは、「病気なんだから迷惑をかけて当たり前だし、そんなに気負わずに、終の棲家として考えてほしいと思っている。本人は家族に迷惑をかけるからって心配しているけど、そんなこと考えないでいいのにね。」と発言があった。そのことを患者へ伝えると、「分かってもらえてよかった。ひとつ肩の荷が降りた。」と返答があった。

### 4. 考察

患者の思いは、病期やその時々状況によって変化するため、看護師はその変化を予測しながら、患者に寄り添い看護を行っている。患者の思いに変化が生じると思ったタイミングで ACP に変化がないか確認をしていたからこそ、患者の考えるタイミングで家族と共有できたと考える。また、ACP は、患者が自己について考えることや考えた過程を他者と共有することが重要である。看護師が本人と家族の間に入り支援したことで、家族の思いも引き出すことができ、患者と家族、それぞれが思いを共有することができたと考える。

### 5. 結論

患者の思いが変化するタイミングを読み取り、繰り返し患者の思いを確認することが、患

者と家族が適切なタイミングで ACP を共有できることに繋がる。また、より良い ACP の実践へと繋げていくことができる。

# 高次脳機能障害のある AYA 世代男性患者の妊孕性に対する 意思決定支援における看護師の困難感

三重大学医学部附属病院

○野崎彩子、松下綾子、青木茄蓮、東智香子

## I. はじめに

A 病院の脳神経外科病棟においては、疾患の影響から認知機能の低下や意思決定能力の低下が見られる患者が多いが、その多くは高齢者であり AYA 世代の患者は少ない。AYA 世代とは、多くの人にとって人生の大きな転換期を迎える時期であり、就学や就職、結婚および出産など人生のイベントが重なる時期でもある。そのため、世代特有の社会的あるいは心理的問題への対応が重要である。<sup>1)</sup>

2024 年度の A 病棟における AYA 世代がん患者は 1 名で、化学療法による妊孕性が失われるため、生殖医療への意思決定支援が必要であったが、A 病棟において希少な事例であった。また、高次脳機能障害を生じていたことから、意思決定支援において困難を生じた。現在、高次脳機能障害のある AYA 世代がん患者に対する意思決定支援に関する文献はない。

そこで、本事例を振り返ることにより、困難感を考察し明らかにすることで、今後同様の事例があった際の看護に繋げることを目的とした。

## II. 方法

カルテを後方視的に振り返る。

## III. 事例概要

視床部膠芽腫と診断された 30 歳男性（以降 B 氏と記す）。腫瘍増大により手術適応とならず、放射線・化学療法が検討され、生殖医療を受けるか意思決定を迫られていた。

## IV. 倫理的配慮

患者・家族に対して口頭で事例発表における目的・及び同意への自由意志の保障や個人が特定されないように配慮すること等を説明し同意を得た。所属病院の看護研究支援委員会の承認を得た。

## V. 結果

・生殖医療への意思決定を行うまでの時間的猶予が短く、入院当初より失語や記憶障害などの高次脳機能障害があり、コミュニケーションが取れず、生殖医療に関して B 氏がどこまで理解できているのかが不明瞭であり、意思決定能力があるのか判断が困難であった。

・治療方針など全てに両親の意向が強く反映され、告知に関しても両親の意向に沿って B

氏に対して未告知であったため、将来性を見据えた話を B 氏にすることをためらった。

・B 氏を取り巻く人は両親だけでなく婚約者もあり、いろんな人の意向に寄り添う困難さも感じた。

・同世代であることから自分の人生と置き換えて考えてしまい、また異性でありセンシティブな内容を話すことに躊躇したことから、踏み込んだ話を B 氏と行うことが困難であった。

## VI. 考察

B 氏は、結婚などのライフプランが重なる時期で、両親だけでなく婚約者の存在は B 氏の意味決定に影響を及ぼす。そのため B 氏や両親だけでなく婚約者への支援も必要となり、AYA 世代への意思決定支援において特有の困難感があったと考えられる。AYA 世代は複雑で対応が困難な課題を抱えている<sup>2)</sup>とされている。そのため、AYA 世代患者の生活背景や環境、今後の将来を見据えて包括的に理解していく必要がある。しかし、本事例では妊孕性に対する意思決定支援が必要であり、同世代であるからこそ、感情が揺さぶられ客観的に考えられず困難感を生じていたことが明らかになった。そのため多職種と連携していくことで、さまざまな視点を持った意思決定支援に繋げることができると考える。

また、B 氏は高次脳機能障害のため意思決定が困難であったが、優先すべきことは、患者の反応の注意深い観察、患者が意思表示しやすい環境作り、多職種との情報共有を行い、患者自身の最善の介入方法を検討していくことであったと考える。

## 引用参考文献

- 1) 瀧田順子 他 (2023) : 多様な脳神経外科関連領域との協調, AYA 世代の診療の課題, Jpn J Neurosurg , VOL. 32 No. 9n2023. 9, 577-582
- 2) 藤田裕子 他 (2025) : 看護師による AYA 世代がん患者への意思決定支援に関する文献検討, 足利大学看護学研究紀要, 13 (1)
- 3) 石川陽祐 他 (2024) : AYA 世代の造血器腫瘍患者との関わりにおける AYA 世代看護師の困難感と対処, 日本移植・再生医療看護学会誌, Vol. 19, 2024, 1-13

## FIM を用いた排泄ケアの取り組み ～排泄自立支援における看護師の役割向上～

浜松医科大学医学部附属病院 7階東病棟  
○松下あみ 岡本果歩 佐々木仁美 石原靖乃

### 【はじめに】

A 病棟は脳神経外科を含む混合病棟であり、急性期から回復期の過程にある脳卒中患者が多く入院している。回復期脳卒中患者の ADL 獲得には、看護師の介入が大きく影響する。排泄動作の自立は、患者の退院先にも大きく影響し、植松、猪飼(2002)は、トイレ移乗能力が退院先に最も強く関連する<sup>1)</sup>と述べている。しかし、膀胱留置カテーテルが長期間にわたって留置されることによって離床が進まないケースや、リハビリでは歩行訓練を行っているもののトイレでの排泄ができていないといった課題がある。そこで「患者がトイレで排泄すること」、「看護師が数値で評価することにより患者の変化を可視化すること」を目的に、機能的自立度評価表(FIM)を導入し、アンケートを行い、排泄動作獲得に寄与したと考察されたため、報告する。

### 【倫理的配慮】

アンケートは目的や趣旨を説明し、個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行った。また、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。患者に対しては個人が特定できないよう倫理的配慮を行った。

(承認番号：81-058)

### 【方法】

2024 年 6 月 A 病棟にて排泄動作獲得を目指す排泄ケアチームを発足した。排泄動作を評価する指標として FIM を使用し、排泄動作に着目するため FIM 全 18 項目のうち、セルフケア-トイレ動作・排泄コントロール-排尿管理・排便管理<sup>2)</sup>の 3 項目を評価対象とした。FIM 評価を正確に行うため、リハビリスタッフから排泄ケアチームへ FIM 評価方法の指導を受けた。この内容を基に排泄ケアチームから病棟看護師へ伝達講習を実施し、2024 年 8 月から脳卒中患者を対象に FIM 評価を開始した。評価は入院 3 日目、7 日目以降は 1 週間毎に行い、排泄に関する短期目標とケアプランを立案した。評価翌日には、カンファレンスにて評価内容を共有し、排泄に関する看護実践を統一して行った。2024 年 10 月末に A 病棟看護師 33 名を対象に、FIM 導入後の看護実践に関するアンケート調査を実施した。また、脳卒中患者(2024 年 8 月～2025 年 5 月)122 名の FIM 点数の変化をデータ収集した。

### 【結果】

アンケートの回答率は 100%であり、全体の 85%が「実際の排泄ケア場面での看護実践に変化があった」と回答した。「トイレ動作においてどのような介助が必要か考えるようになった」、「個別の目標をより具体的に立てることで介入方法が明確になった」等、排泄動作に関するアセスメントがより意識的に行われるようになった結果、「早期に膀胱留置カテーテルを抜去しトイレに連れていく機会が増えた」等、看護師の排泄に対する行動変容にも繋がっていることが分かった。

データ収集の結果、脳卒中患者 122 名の FIM 点数は、36%が上がった、7%が下がった、34%が入院時と変動なし、23%が入院時から満点であった。FIM 点数が上がった患者への介入方法として、「リハビリとの情報共有を行う」、「麻痺がある患者の三角巾の購入依頼を早期に行う」、「患者と相談しながら安楽な移乗方法を検討する」等が挙げられた。

### 【考察】

井口ら(2021)は、患者がリハビリを継続するためには患者本人が目標を持つことが重要であり、看護師はやる気を引き出すような個別性のある関わり方をすることが必要<sup>3)</sup>と述べている。FIM を用いた定期的な数値での評価により、患者の変化が可視化され、患者目標やケア内容が明確となった。それに結果、継続した排泄支援が実践され、患者の排泄動作の自立促進に繋がったと考えられる。

### 【結論】

FIM 導入の結果、看護師の排泄に対する意識・行動変容に繋がり、患者の離床促進および排泄動作の獲得に寄与したことで、患者とその家族が望む自宅退院の実現の一助となったと考えられる。

### 【引用文献、参考文献】

- 1) 植松海雲, 猪飼哲夫. (2002). 高齢脳卒中患者が自宅退院するための条件—Classification and regression trees(CART)による解析—. リハビリテーション医学. 39. 396-402
- 2) 平野直一, 椿原彰夫, 園田茂, 道免和久, 高橋秀寿. (2012). 実践リハビリテーション・シリーズ 脳卒中の機能評価 SIAS と FIM [基礎編]. 金原出版株式会社. 3-2. 83-89, 102-109.
- 3) 井口可奈子, 鳥山牧希子, 矢野靖人, 大林善美, 秋友ミカ. (2021). 回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師の退院支援における役割認識. 令和 3 年かがわ総合リハビリテーションセンター研究年報

## 高次脳機能障害による摂食、排泄行動の自立への支援

金沢大学附属病院

○小林良子

### 【はじめに】

脳卒中や頭部外傷によって脳に損傷を受けた場合、手足の運動麻痺など身体の機能低下を後遺症とすることが多い。一方で、物と空間の認知、目的を持った行為、意志を表現・伝達・理解する言語、記憶などの高次脳機能の障害の認知度は低く、周囲の理解や配慮が得られにくいと、さまざまな日常動作やコミュニケーション、就労において支障をきたす場合がある。渡邊らの急性期病棟看護師の高次脳機能障害に対する認識の報告においても、高次脳機能障害の知識の不十分な看護師も臨床現場で直接患者と接している現状がある<sup>1)</sup>と述べている。大島らの半側空間無視を有する患者の機能的予後に関する報告では、半側空間無視はADLやセルフケア能力改善へのリスクであることに留意し、急性期から慢性期に向けた回復などの予後の見通しを持ったケアを検討することが必要である<sup>2)</sup>と述べている。患者の生活への適応、セルフケア能力の改善のために、医療者が障害を十分に理解し、適切な対策を講じなければならない。

今回、高次脳機能障害、右半側空間無視のある患者の生活期を見据え行った支援が失われた機能の再獲得につながった事例を報告する。

### 【経過】

A氏 50歳台男性

疾患 小脳橋角部腫瘍

職業 技術職

家族 妻、長男と同居。長女は別居。

当院入院中に左頭頂葉皮質下出血を発症し、血腫除去術を施行した。術後3日目にICUより転棟となった。

術後の患者の状態は、右上下肢の麻痺、高次脳機能障害である右半側空間無視、左右失認、手指・身体失認、喚語障害などを認めた。後に注意障害、感覚失認も認めた。

半側空間無視に対して、右側の視野を認識させ広げていかなければ、日常の歩行や生活、運転をすることが困難となる。右上下肢の運動障害だけではなく、右半側空間無視を含めた高次脳機能障害を理解し、後遺症回避の支援と、摂食動作と排泄などADLがある程度自立することができれば、家族の負担が軽減され、社会復帰も望めるのではないかと考えた。

### 【結果】

摂食動作に支障となっている障害は、利き手の麻痺と右半側空間無視、左右失認、身体失認であった。術後5日目は右手のMMTは0とほとんど動かない状態であった。左手で食事

摂取したが、失認の影響で動作がぎこちなく、口の位置や距離感が掴めず、利き手交換も困難さを感じた。右手の動きの兆候を認めるまでは食事中の姿勢の安定と左手での動作を介助、右側から声掛けし、右側の認知の改善に努めた。術後8日目になると、右手のMMTは1と少し握る動きを認めた。左手の食事摂取後、右手にスプーンを持ち替え、その手を包むように支えて残りの食事を介助した。麻痺側への感覚の刺激とともに食べるという動作訓練を行った。また、新たに詰め込んで食べたり、スプーンに山盛りでかきこむように食べるなどの行動が見られた。術後11日目さらに右腕の動きに改善があったため、スタッフにも右手で食事摂取を介助する方法を共有した。術後20日目には右手で自力摂取が可能となった。

A氏は身体失認や病状の理解ができず、2回転倒していた。転倒予防対策として患者が右側一方向からの移動となるように変更された。しかし、それは自立と安全面のジレンマを抱えることになった。移乗や本人の視野など安全面と倫理面を考慮すると健側側の空間を広げる配置にするべきであるが、右半側空間無視や麻痺側の改善にとっては不利益にもなり、どちらを優先するか悩んだ。カンファレンスでは長期的にみて、症状の改善が転倒のリスクを軽減させると話し合い、現行のケアを継続した。転倒予防のため、移乗方法を理学療法士に指導を受けた。ベッドに対して車椅子を乗る時、降りる時それぞれ反対に寄せ、左足を軸に移乗する方法で介助した。A氏からも排泄の自立を期待する発言がきかれるようになった。車椅子への移乗は腰を支える介助で可能となったが、歩行のバランスが悪く看護師2名で支えなければならなかった。理学療法士にリハビリ中の現状や歩行介助の相談を行った。左右失認、感覚失認があるため、言葉では左右の理解ができないため、動かす足に触れて気づかせると良いとアドバイスを受けた。立ち上がる際は、軸足となる左足に触れて、立ち上がるように声掛けし、右足底が接地しているか確認し、歩き始めの声掛けをするようにした。すると立位、歩行が安定し、看護師1人の介助で歩行可能となった。術後25日目に膀胱留置カテーテルを抜去することができた。また、排泄後にトイレの右側にある洗面で手洗いをしてベッドに戻るという一連の動作が可能となった。機能を再獲得していくことにA氏は「できなかったことができるようになるのはうれしい」と話された。

#### 【考察】

脳卒中治療ガイドライン2021<sup>3)</sup>では、半側空間無視に対しては、無視症状の改善を図る訓練でADLの向上を目指すよりも、直接的にADL訓練そのものを行うほうが効果的であると報告が多いと記載されている。摂食動作、排泄行動のいずれも、麻痺側、右半側空間無視側から動作を行う、一見不利な環境としたことで、ガイドラインで示す直接的なADL訓練となり、高次脳機能障害の症状改善につながった可能性が考えられる。

#### 【結論】

摂食動作、移動動作を麻痺側、半側空間無視側から支援することは、脳卒中治療ガイドラインで示す、直接的なADL訓練の一つといえる。また、脳卒中急性期には、症状や行

動、訴えから高次脳機能障害を見極め、どのように支援や環境の調整をすれば安全に自立に導くことができるか多職種でカンファレンスし、統一した支援が必要である。

#### 引用文献

- 1) 渡邊芽紅, 中島沙耶香, 村松倫子: 急性期病棟看護師の高次脳機能障害に対する認識～質問紙調査報告～, 福井医療科学雑誌, vol. 12, 81 - 84, 2015
- 2) 大島浩子, 村嶋幸代: 半側空間無視を有する脳卒中患者の機能的予後に関する文献検討, 日本看護科学会誌, 28 卷 2 号, 62 - 69, 2008
- 3) 脳卒中治療ガイドライン 2021 [改定 2023], 289, 2023

## 脳卒中患者への生活指導実施の現状と課題

名古屋市立大学病院  
○瀧本雅子 永田千恵

### 【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約900人で、脳卒中患者は全体の3割程度である。

脳卒中の再発率は1年で12.8%、5年で35.31%と高率であり再発予防への介入が重要である。A病棟でも2017年頃より脳梗塞患者へ生活指導を統一した方法で実践できるよう取り組みを開始し、実施方法の改善や対象疾患の拡大等の検討を繰り返し、現在も実践を継続している。その経過と現状を報告する。

### 【方法】

2018年に脳梗塞患者を対象に生活指導を開始。情報収集用の資料、指導用資料、看護記録用のテンプレートを作成。対象は脳梗塞患者でセルフケア可能な患者とし、月に1～2件程度の実施を目標とした。翌年対象患者条件はそのままで、月に2～3件を目標に実施し、対象者を拡大していった。2021年からは質の向上を目指し脳梗塞指導用資料の要点をまとめ、よりわかりやすい文章へ改訂した。また、指導終了時に退院後に具体的に実践できる行動目標を患者自身に設定してもらい、その内容を記録に残せるようテンプレート内容を修正改訂した。2022年に生活指導の対象患者をセルフケア可能な脳血管障害患者に拡大し、週2件の実施を目標とした。また、患者選定は毎週水曜日に病棟スタッフでカンファレンスを行い対象患者の選定と実施する指導内容を検討している。

2024年4月～2025年3月に退院した患者への生活指導実施状況を調査し現状を分析する。

### 【結果】

昨年度入院した脳血管障害患者は計236名。うち、セルフケア可能な状態で自宅退院もしくは転院した患者は75名。生活指導を実施した件は、55件（実施率：73%）。指導が必要であったが実施できなかった症例は、20件であった。

実施できた症例の平均入院日数は、16.7日（最短5日、最長41日）で、指導開始日は平均7.8病日（最短2病日、最長38病日）であった。

実施できなかった症例の平均入院日数は、10日（最短7日、最長16日）であった。未実施の患者が0人の月は脳血管障害患者の数が12～22名であったが、未実施の患者が多くみられた月は20～33名であり脳血管障害患者の入院が多い状況であった。

また、入院患者に脳血管障害患者の対象がない場合には脳血管動脈狭窄に対して予防

的治療を行った症例を対象とし、血管内治療（ステント留置術）を行った患者へ2件（年間患者数25件）、動脈剥離術施行患者へ1件（年間患者数9件）生活指導の実施ができた。

指導後の患者の反応として、血圧指導では「血圧手帳に1日2回記録します。」「まずは血圧計を買います。」、運動指導では「自転車をやめて歩くようにします。」や「家での立ち仕事の時に足踏みをして、ちょっとした運動を取り入れようと思います。」、禁煙指導では「まず家族に禁煙宣言をします。退院しても禁煙を継続します」の発言が記録に記載されていた。

### 【考察】

病棟全体で統一した指導を実施できるよう、資料や記録テンプレートを作成したことや、指導のしやすさと患者の理解が得られやすい内容となるよう絶えず、検討・改訂を実施してきたことが、指導実施の定着につながったと考える。

また、指導後に再発予防のためにできる行動変容を患者自身に言語化してもらうようにした取り組みは、患者が退院後の生活を考えながら実現可能な目標設定が行えており、より効果的であったと考える。

実施できた症例と実施できなかった症例に入院日数の有意差は見られなかった。未実施の理由としては、現在対象者選定は曜日を決め1週間に1回実施しているため、入院日数の短い患者や、同時期に多数の対象患者が入院している状況では、対象選定漏れが生じてしまうことが示唆された。

生活指導が必要な患者へ確実に実施していくためには、カンファレンスで選定した患者以外へもタイムリーな実施ができるよう、入院早期より患者の障害予測を行い、自宅退院可能かアセスメントし、その情報が共有できる記録記載の工夫が今後の課題であると考ええる。

### 【結論】

生活指導を行うことは患者の健康管理意識の向上につながるため、患者が前向きに取り組むことができるような目標設定を患者自身が設定していくことは有効と考える。

今後も、指導が必要な患者へ確実に実施できるよう今後も継続して取り組んでいきたい。

### 参考文献

- 1) 日本脳卒中協会：脳卒中ガイドライン 2021【改訂 2025】  
[guideline2021\\_kaitei2025\\_kaiteikoumoku.pdf](#)
- 2) 本庄恵子：慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂, 日本看護科学会誌, 2021

## 食物形態選択のプロトコル作成と実践

～患者への安全な食事提供と絶食期間の短縮を目指して～

キーワード：食物形態、摂食嚥下、誤嚥性肺炎予防、窒息予防

浜松医科大学医学部附属病院 7階東病棟<sup>1</sup>、看護部管理室<sup>2</sup>

○原田雄右<sup>1</sup>、若島朱里<sup>1</sup>、清水翔太郎<sup>2</sup>、石原靖乃<sup>1</sup>

### 【動機】

脳神経センターのA病棟では摂食嚥下障害の患者が多く、誤嚥性肺炎や窒息予防のためには患者の摂食嚥下機能に適した食物形態の選択が必須である。そのため嚥下機能評価は専門職である言語聴覚士（以下ST）に依頼され、STの評価後に適切な食事が提供されることが多い。一方でSTによる嚥下機能評価は初回介入までに2～5日間かかるため、不要な絶食期間の延長や、不適切な食物形態が提供されてしまう現状がある。そこでA病棟に適した食物形態選択プロトコル（以下プロトコル）を作成し、迅速かつ統一した対応を可能にすることで、患者の安全な食事摂取・不要な絶食期間の短縮を目的とし、プロトコルの作成・活用に取り組んだ。本報告では、その実践内容と成果について述べる。

### 【倫理的配慮】

病棟看護師を対象としたアンケート調査は、目的や趣旨を説明し、結果を浜松医科大学医学部附属病院看護研究会で発表する旨の同意を得た。結果は個人が特定できないように十分に配慮した。患者情報は個人が特定されないよう配慮した。（研究番号：81-011）

### 【実践内容】

プロトコルは病棟看護師と摂食嚥下障害看護認定看護師、摂食嚥下サポートチームメンバー（ST、栄養士、歯科医師）協力のもと作成した。2024年10月よりA病棟で緊急入院患者を対象にプロトコルの導入を開始した。導入前後の摂食状況等に関するデータを収集し比較した（導入前2024年6月～7月：64名、導入後2024年10月～12月：53名）。プロトコル導入後に病棟看護師（26名）にアンケート調査を行った。

### 【成果】

プロトコルを使用した患者28名の内、初回の医師指示から食物形態を変更されたのは11名（食物形態変更7名、食事開始4名）であった。プロトコル使用後にST評価で食物形態を変更したのは1名（常菜食から軟菜食）であった。入院時からの絶食期間はプロトコル導入前：平均1.9日、導入後：平均1.7日であった。入院時に食事開始された患者の食事摂取量はプロトコル導入前：72%、導入後：80%であった。導入前後ともに誤嚥性肺炎発症者はいなかった。

病棟看護師へのアンケート調査では、77%（20名）の看護師にプロトコル使用経験があり、その内40%（8名）の看護師がプロトコルの結果をもとに医師へ食物形態の変更を提案していた。プロトコル使用者からは「安心して食事選択ができた」「自信を持って早め

に医師や栄養士に相談できた」「とりあえず欠食という雰囲気が無くなった気がする」といった意見がみられた。

### 【考察】

緊急入院患者のみで対象者は少ないが、プロトコル導入後より絶食期間の短縮や、食事摂取量の増加といった変化がみられている。また ST 評価による食物形態修正が少なく、誤嚥性肺炎の発症も無いことから、本プロトコルが患者の適切な食物形態選択において有用な可能性があると考え。プロトコルという統一された評価ツールの存在が、看護師の食事に対する意識向上を促し、多職種との連携強化につながったと考える。

### 【結論】

食物形態選択プロトコルの活用により、看護師が患者に適した食物形態を提案し、食事摂取量増加や絶食期間短縮につながる可能性が示唆された。

### 引用・参考文献

- 1) 三鬼達人. 今日からできる！摂食・嚥下・口腔ケア. 照林社. 2013. P. 4
- 2) 重本心平. 嚥下障害が疑われる総合病院入院患者における適切な食形態選択のための関連因子の検討. 日本咀嚼学会雑誌. 2022. Vol. 32. NO. 1, P3
- 3) 三鬼達人. 今日からできる！摂食・嚥下・口腔ケア. 照林社. 2013. P. 62
- 4) 佐藤真理. 大規模急性期総合病院における入院時嚥下スクリーニング導入による看護師意識の変化. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会. 2019. Vol. 23. No. 3. P195
- 5) 栢下淳. 摂食嚥下障害患者に対する適切な食形態の選択. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine . 2017. Vol. 54, No. 9, P. 695.
- 6) 小山珠美. 脳卒中急性期からは自滅早期経口摂取獲得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラム  
の効果. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌. 2012, Vol. 16, No. 1, P. 23.
- 7) 三鬼達人. 今日からできる！摂食・嚥下・口腔ケア. 照林社. 2013. P. 60
- 8) 丸茂広子. 正常な嚥下、問題のある嚥下. 日本摂食嚥下看護研究会編. 摂食嚥下障害看護スタンダード. 照林社. 2024. P. 57
- 9) 才藤栄一. 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. P. 101.
- 10) 西尾正輝. 標準ディサースリア検査 新装版. インテルナ出版株式会社. 2004. P. 33 - 36.
- 11) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 医療検討委員会. 摂食嚥下障害の評価  
2019. P25
- 12) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 医療検討委員会. 摂食嚥下障害の評価  
2019. P25
- 13) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 医療検討委員会. 摂食嚥下障害の評価  
2019. P25-26

## 脳神経外科における手術部位感染サーベイランスの分析と比較検討

～術後 48 時間以内の看護師による洗髪を実施して～

1, 名古屋大学医学部附属病院看護部、2, 名古屋大学医学部附属病院脳神経外科

○山下結梨<sup>1</sup>宇納条利<sup>1</sup>中濱怜奈<sup>1</sup>平井千尋<sup>1</sup>芦原春香<sup>1</sup>

伊藤紗矢花<sup>1</sup>越取雄策<sup>1</sup>早川みどり<sup>1</sup>大岡史治<sup>2</sup>

はじめに

A 病院脳神経外科病棟では、2016 年 4 月から手術部位感染（以下 surgical site infection : SSI）予防対策への取り組みを開始した。A 病院は全国平均の 1% 台<sup>1)</sup>より高い 2.0～3.0% で SSI 発生率が多い傾向を認めた。そこで A 病院では、術後要因への予防的取り組みとして 2020 年より術後 48 時間以内の看護師介助による洗髪を開始し、2020～2023 年は 0～0.5% の SSI 発生率で抑えられている。そこで本研究では、術後 48 時間以内の看護師介助による洗髪が、SSI 発生に及ぼす要因と考え分析した。

研究方法

2016 年 4 月 1 日～2024 年 3 月 31 日に、A 病院脳神経外科で外科的手術を施行した 3384 症例のうち、頭部創の無い手術 1076 症例、SSI に対して行った再手術 51 症例、24 時間以内の再手術 11 症例、14 歳以下の手術 383 症例、DBS の全身麻酔以外の手術 73 症例、その他 16 症例を除外した。洗髪開始前の 2016 年 4 月 1 日～2020 年 3 月 31 日の 859 症例を介入前群とし、洗髪開始後の 2020 年 4 月 1 日～2024 年 3 月 31 日の 915 症例を介入後群の二群に区別した。合計 1774 症例を研究対象とし、後方視的に統計解析を行った。調査内容として患者属性は性別、年齢、BMI、喫煙歴、糖尿病、薬剤耐性菌保菌、ステロイド、複数回手術、化学療法、放射線療法、術前要因は手術前入院日数、術前シャワー浴、術前シャワー浴介助、CHG 入浴、術中要因は輸血、麻酔、緊急手術、手術時間、出血量、手術時抗菌薬、埋入物、内視鏡、ドレーン留置、術中 MRI、術後要因は創部管理とした。分析方法として、二群間の連続変数是对応のない t 検定、カテゴリー変数はカイ二乗検定を用いた。統計処理は統計解析ソフト EZR (Version 1.68)<sup>2)</sup> を使用し有意水準は  $P < 0.05$  とした。

結果

介入前群では SSI 発生率が 3.6% (31/859)、介入後群の SSI 発生率は 0.3% (3/915) となり(洗髪実施率 72.3% (662/915))、洗髪の介入の有無によって SSI 発生率の有意差が認められた ( $P < 0.01$ )。介入前後の比較において患者要因の差は認められなかった。術前要因では「CHG 入浴」、術中要因では「手術時抗菌薬」、「埋入物」、「ドレーン留置」、「術中 MRI」、術後要因では「創部管理」の項目に有意差が認められた。

## 考察

介入後は全国平均の SSI 発生率<sup>1)</sup>を下回っており、周術期管理において差がある項目があるものの洗髪介入後では感染数が有意に減少しており、術後 48 時間以内の看護師介助による洗髪は SSI 低下に寄与することが示唆された。社本らは、入院患者の洗髪前後の細菌検出率は、頭皮と耳介後部では有意差はなく、頭髪では洗髪後に増加しており、頭皮や頭髪の細菌汚染を除去するには皮膚から浮き上がってきた細菌の洗浄に焦点をあてた洗髪技術の検討が必要であると述べている<sup>3)</sup>。細菌、皮脂を減らしつつ爽快感を得ることができる洗髪方法は、5～10L 程の湯量で、手掌を椀状にして湯を溜め、頭髪を湯の中で揺らしで行う方法が適切とされている。そのことから十分な湯量を確保できる洗髪環境の見直しと、水の流れによる流体力や遠心力といった洗浄力を高める洗髪技術の向上に取り組むことで SSI 発生率の減少に繋げられる可能性も考えられる。

## 結論

- ・術後 48 時間以内の看護師介助による洗髪は SSI 低下に寄与することが示唆された。
- ・洗髪の手技によっては、更に SSI 発生率を減少できる可能性がある。

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業 (Japan Nosocomial Infections Surveillance : JANIS), <https://janis.mhlw.go.jp/report/ssi.html>, 2024/6/23.
- 2) Bone Marrow Transplantation 2013: 48, 452-458
- 3) 社本生衣, 小松万喜子: 入院患者の頭髪および頭皮のブドウ球菌の汚染状況と洗髪による汚染除去の効果, 愛知県立大学看護学部紀要, 21, p21-29, 2015.