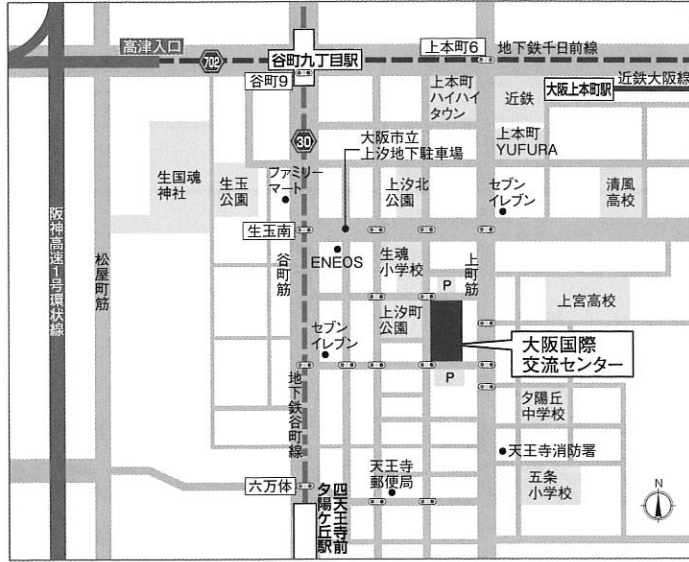


第1回

弘善会グループ学術大会

～絆・挑戦・創造 ここに来てよかった～



大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6
Tel: 06-6773-8182 Fax: 06-6773-8421
<http://www.ih-osaka.or.jp/>

電車でお越しの方

- 地下鉄千日前線「谷町九丁目駅」10番出口より500m
- 地下鉄谷町線「谷町九丁目駅」5番出口より600m
- 近鉄線「大阪上本町駅」14番出口より400m
- 地下鉄谷町線「四天王寺前夕陽ヶ丘駅」1番出口より500m

お車でお越しの方

- 阪神高速 環状線「道頓堀」出口で降り直進、千日前通りを東へ約750m、上本町6丁目交差点を右折、南へ約400m
 - 阪神高速 松原線「文の里」出口で降り、すぐの交差点を左折し、あびこ筋を北へ約3km
- ※駐車場(コインパーキング)について、南66台・北24台を併設しております。なお、満車の場合は、近隣に「大阪市立上汐地下駐車場」(124台)がございますので、そちらをご利用ください。



2016/ **8/21** (日)

大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6 Tel: 06-6773-8182



医療法人弘善会グループ

TEL:06-6978-2307

2016年
第1回弘善会グループ学術大会

—— テーマ ——
絆・挑戦・創造 ここに来てよかった

◇プログラム・抄録集◇

日時：平成28年8月21日(日)
会場：大阪国際交流センター
主催：医療法人弘善会
社会福祉法人幸陽会
有限会社 エムワン

—— 大会長挨拶 ——

このたび、「絆・挑戦・創造 ここに来てよかった」をスローガンとして、平成28年8月21日に大阪国際交流センターにて、第1回弘善会グループ学術大会を開催させていただくこととなりました。「健康日本21」において、健康な社会なしに21世紀の日本はないと明示され、後に続く第2次推進では、健康寿命を延ばす方向性が示されました。人生の最後まで元気に楽しく毎日が送れることを目標とした国をあげての課題に取り組むこととなりました。弘善会グループの歴史は、21世紀の日本が抱える最も大きな課題に取り組み続けた軌跡とも言えるでしょう。昭和63年、今苦しんでいる人を助けたいとの思いで出発した弘善会の20人の絆は、今では600人の医療・介護グループとなりました。設立当初の絆は、職員の手によって、「ここに来てよかった」「知ろうとする努力を怠らない」と掲げられ、当グループの支柱となっていきました。本大会を開催するにあたっては、時代を経ても変わらない弘善会の絆のうえに、健康による新たな価値を創造する日になると考えています。多くの可能性を秘めた日々の実践はまだ体系的に医療、介護に活用されているとは言えず、その時期を待っている状況です。本大会では、制度によって開き始めていた医療と介護双方の分野を見つめ直し、どのような技術や研究が社会に活用できるか、あるいは実践されるべきかを議論する場にしたいと考えています。日本は、人類が未だかつて経験したことのない超高齢少子社会を迎えます。一人ひとりの健康な生活こそが、21世紀の豊かな社会の実現に他なりません。今こそ、弘善会グループが日本におけるトップランナーとして挑戦し続けることで、国内外へ発信する一翼を担っていきたいと思っております。弘善会グループの新たな発展の第一歩となりますよう、皆様方のご支援とご協力をお願い申し上げます。



医療法人弘善会
社会福祉法人幸陽会理事長 矢木 崇善

プログラム概要

9:10～	受付開始	
9:30～	開場、オリエンテーション	
9:35～	開会式 学会長挨拶	
9:50～10:35	特別講演	座長:矢木脳神経外科病院 事務部長 内藤 徹
「弘善会の成り立ちと歴史～医師 矢木の足跡」 医療法人弘善会 社会福祉法人幸陽会理事長 矢木 崇善		
10:40～11:25	基調講演	座長:矢木脳神経外科病院 脳血管内治療部長 黒岩 輝社
「矢木脳神経外科病院における、脳外科治療の実際」 矢木脳神経外科病院 院長 谷口 博克		
11:30～12:00	ポスターセッション〈看護・栄養〉	座長:矢木脳神経外科病院 看護師長 西村 瑞穂
1.当院の慢性炎症に伴う貧血(ACD)に関する現状調査 牛尾 竜也		
2.低栄養に影響を及ぼす指標についての報告 谷坂 千恵		
3.摂食・嚥下初期評価がもたらす効果について 浅田 菜穂子		
4.高血糖・下痢のコントロールに難渋し褥瘡が悪化した1症例～NST介入により患者希望の在宅に移行できた症例～ 西岡 民江		
5.当院の褥瘡の実態調査 東野 智佐江		
6.使いやすい処置室チェックリストの活用 -業務の見える化の実践- 平井 千尋		
11:30～12:05	ポスターセッション〈在宅・医療・事務〉	座長:介護老人保健施設アロンティアクラブ 中山 真理子
7.「もう一度孫と歩きたい」～寝たきりから在宅復帰へ～ 和泉 清隆		
8.END of (My Home)LIFE～大好きだった"我が家"の生活が終わる時～ 尾上 大祐		
9.認定看護師による地域住民に対する脳卒中予防活動 松村 千鶴		
10.頭部MRAの撮影時間短縮に向けた取り組み 山口 真則		
11.座面の高さの違いによる車椅子両下肢駆動における体幹・下肢筋活動について -足関節底屈位での駆動の分析- 渡辺 健太		
12.病院におけるバランス・スコアカード導入の必要性 堀川 賢		
13.前方・後方連携の戦略的意義の一考察と今後の課題 松田 充史		
12:15～13:00	ランチョンセミナー	座長:矢木脳神経外科病院 整形外科統括部長 石井 眞介
「事例から学ばない!?原理・原則から学ぶ院内感染対策」 大阪医科大学 微生物学教室教授 中野 隆史		
13:10～14:10	シンポジウム 「絆 医療と介護の融合」	座長:医療法人弘善会 社会福祉法人幸陽会理事長 矢木 崇善 矢木脳神経外科病院 看護師長 梅田 麻由
医療と介護の融合 医師の立場から 矢木脳神経外科病院 地域包括部長兼総合診療科部長 今川 弘		
医療と介護の融合 訪問看護師の立場から 訪問看護ステーションアロンティア 包括所長看護師 西本 智子		
医療と介護の融合 介護福祉士の立場から 介護老人保健施設アロンティアクラブ ケア包括長 介護福祉士 永里 友和		
医療と介護の融合 ケアマネージャーの立場から ケアプランナー ル・ロゼイ 主任 ケアマネージャー 山越 弘徳		
14:20～15:00	一般口演〈認知症〉	座長:矢木脳神経外科病院 看護師 安達 真由子
1.認知症利用者の気持ちに寄り添う入浴方法の検討 栗栖 和智		
2.ご利用者が安心して過ごせる居場所作り～BPSDの背景を知る～ 西村 博之		
3.急性期病院での身体拘束の解除・鎮静の減少への試み 玉井 寛子		
4.KJ法を用いた人材育成への意識改革 萩野 淳		
15:05～15:55	一般口演〈在宅〉	座長:弘善会クリニック 看護師長 今井 順子
1.退院後の住宅生活を支える介護支援専門員の役割と課題 塩田 耕司		
2.壮年期におけるBest Supportive Care～おれ死ぬように思うか?～ 西本 智子		
3.退院に向けての取り組みとプロトコル活用の検討 ～高次脳機能障害を呈した患者の方向性とその判断基準～ 篠原 健悟		
4.医療機関別係数の重要性 坂東 卓也		
5.退院支援の推進のための脳卒中リハビリテーション看護認定看護師としてのかかわり 梅田 真由		
16:00～16:30	一般口演〈医療〉	座長:矢木脳神経外科病院 秘書役部長 松本 潤一郎
1.中大脳動脈閉塞症に対する血栓回収術後に経胸壁心エコーで血栓を認め、再度脳底動脈閉塞症となった1例 木村 誠吾		
2.当院の頸部神経根症を有する頸椎椎間板ヘルニアに対する低侵襲を旨とした手術治療法の選択 石井 眞介		
3.食道癌術後早期に全身転移し、在宅療養を望んだ患者の一例 中野 誠人		

特別講演

弘善会の成り立ちと歴史～医師 矢木の足跡

医療法人弘善会 社会福祉法人幸陽会理事長 矢木 崇善

昭和63年3月「今苦しんでいる人を助けたい」との思いで出発した20人の絆は、今では600人の絆になりました。設立当初の絆は今、職員の手によって「ここに来てよかった」「知ろうとする努力を怠らない」と掲げられ、当グループの支柱となっていきました。法人開設してはや28年が経過しました。今回第1回弘善会グループ学術大会開催にあたり、理事長であり一医師としての私の足跡と、法人の設立から現在までの歴史をみなさんにお話して、私の思いをお伝えしたいと思います。

いままでの人生のモットーは

- ◆ へこたれない心
- ◆ どんなときでも明るく
- ◆ 今あるのはみなさんのおかげ
- ◆ 倦まず弛まず

いつもまわりのみなさんに助けられて、今があると感謝しております。



基調講演

矢木脳神経外科病院における、脳外科治療の実際

矢木脳神経外科病院 院長 谷口 博克

皆さんご存知のように、日本の高齢化率は世界1です。その中で、がん、心疾患、脳血管障害は高齢による嚥下性肺炎を除くと死因の1位2位3位です。今回は、特に脳血管障害の治療を中心に当院での実臨床についてお話ししたいと思います。昭和63年に設立された、当時は矢木外科病院ですが、医療法人となり社会福祉法人も設立し、今や常勤職員600名の医療介護の弘善会グループになってまいりました。そのグループ内の、病院でどのような治療がなされているか、法人内の職員でさえよくはご存じないと思います。この機会に、矢木脳神経外科病院でどのような治療がなされているのか、その一端を紹介できればと考えています。

ランチョンセミナー

事例から学ばない!? 原理・原則から学ぶ院内感染対策

大阪医科大学微生物学教室 教授(附属病院感染対策室兼務) 中野 隆史

過去、さまざまな原因で院内感染アウトブレイクが発生しました。われわれはそのような事例を教訓とし、同じ原因による院内感染は起こらないよう注意します。ところがその後、「予想外」の原因による院内感染が発生することがあります。このような経験を続けていくと、過去の事例をいくら教訓にしても院内感染はなくならないような感覚に陥ります。さて、わたしたちはどうしたらいいのでしょうか。今回、「感染症伝播の必要条件とは何か」という原理・原則論に立ち返り、実際の院内感染対策についてみなさまとじっくり考えたいと思います。

シンポジウム

～医療と介護の融合～

医療と介護の融合

矢木脳神経外科病院 地域包括部兼総合診療科 今川 弘／地域連携室 松田 充史

高齢者人口が数、比率ともに増加してゆく時代において、シルバー世代の尊厳を保持し自立生活を支援する医療・介護の充実が、人数的、経済的制約が増すなかで求められています。その方策として国が打ち出した方策が「地域包括ケアシステム」です。これは住み慣れた地域での生活を可能な限り継続できるような包括的な支援・助力体制の構築を目指すものであり、その理念は大変すばらしいものです。一方で、この「地域包括ケアシステム」には課題があることも指摘されています。その課題を、制限がある中で、できるだけ克服してゆくことが、医療・介護の第一線に立つ者の使命であると思います。この地域包括ケアシステムを円滑に運営するためには、医療提供施設(病院)と在宅・介護施設との連携を密にすることが重要であると思います。すなわち、病院から在宅・介護へという移動ではなく、切れ目のない、それでいて状況に即した変容が必要であろうと思います。すなわち、医療と在宅・介護がいかに手を結ぶかということでしょう。我々は弘善会グループというひとつの法人の中で、弘善会矢木脳神経外科病院に在宅・介護分野を融合できるという強みがあります。その強みは現実なのか、あるいは絵空事なのか。そこで、この2年間における弘善会矢木脳神経外科病院に在宅・介護分野を融合できるといって調べてみました。外来患者さんの総数は47005名/2年間で、内、初診が31%、再診が69%でした。初診患者さん14409名のうち、紹介状なしが59%、弘善会グループからの紹介が5%、グループ外からの紹介が36%でした。一方、同時期の入院患者さんの総数は3063名で、外来受診総数の6.5%です。この3063名の紹介先を見ると、紹介なしの方が1591名、弘善会グループからの紹介の方が323名、法人外からの紹介の方が1149名でした。紹介先別の入院率は、紹介状なしでは4%の方が入院され、弘善会グループからの紹介では47%、法人外からの紹介では22%でありました。以上をまとめると、弘善会グループ内からの紹介により受診される患者さんの数は初診としては5%であり、総数から見れば少ないものでした。しかしながら、その四割以上の方が弘善会矢木脳神経外科病院に入院されておられました。この高い入院率は、特筆されるべきと感じています。一方、退院された患者さんの帰宅先についてみると、紹介状なしで来られた患者さんのうち、自宅へが64%と最も多く、次に回復期で19%でした。弘善会グループ内からの紹介では、弘善会グループへの帰宅が53%、自宅が29%でありました。法人外からの紹介では、自宅が36%で、法人外が30%となっていました。罹患された疾病の内容にもありますが、弘善会グループから弘善会矢木脳神経外科病院に入院された患者さんは、その半数以上がグループ内へ帰宅されていました。未だ不十分な解析ですが、弘善会矢木脳神経外科病院が弘善会グループ内在宅・介護部門と共存する関係にあると思われました。

意識を変えれば、もっと繋がる 弘善会モデルをつくってみては？

地域在宅部 訪問看護ステーション アロンティア 西本 智子

今から30年前。当時、高校生の私が見た在宅医療の現場というのは、畳の上に布団。老人と医師と看護師。枕元に手洗い洗面器とタオル。古い映画の1シーンのような光景で、そう多くない治療の現場であったことを記憶しています。2016年現在。私の目の前に広がる在宅医療の風景はずいぶん様変わりしています。病院では、在宅復帰率という言葉が盛んに使われるようになり、急性期の病気は、早期治療・早期退院。病気療養とは、家(在宅)で行うものとして、医療器材をつけた重度の患者・がん末期の患者なども、在宅へとシフトしています。在宅医療の場で働くことになり、ケースを重ねる毎に、私たちは、病気や障害がある人たちの生活に「人」「物」「金」が必要であることが、本当に理解できているだろうかという疑問点が湧いてきました。手助けが必要になった時点で、手を貸してくれる「人」が必要になります。誰が支援するかによって生活様式を変えないといけないこともあります。次に、障害された部分を補うための「物」が必要になります。介護ベッドが置けるスペースがあるか?等。「金」がもっとも大事です。支援を受けるにはお金が必要です。これらの事を意識して私たちは関わっているだろうか。「そんなの当たり前」と思っているかもしれませんが、実は、わかっていないことでトラブルが多いのです。スムーズな在宅復帰の為、退院前カンファレンスは、標準化されてきました。が、実は必要なのは、退院を目標にした段階で、在宅医療・在宅看護・在宅介護のプロにアドバイスを受けることだと考えます。入院中から在宅復帰に向け「人」「物」「金」を意識した援助。「できること、できないこと」「いるもの、いないもの」を足し引きし、その人の生活レベルにあった支援を提供することが必要です。退院を境に「患者が利用者」に変わっても、「医療と生活」が分断するのではなく、我々は同一人物の線上に関わりを持ち、交わりながら支援する必要があることを意識することが大切と思われま

『医療と介護の融合』～プラチナネットワークで生まれる本当の繋がり～

地域在宅部 介護老人保健施設アロンティアクラブ 永里 友和

医療機関・福祉施設・在宅など多様なニーズを持つ利用者が生活する場において私たちは、他職種協同のもと、『その人らしい生活を支援する』それを実現する為には多種に渡るサービス利用の検討が必要であると思います。今後、超高齢化社会が加速し、より介護度の高い利用者が在宅を始めとする地域ケアを利用すると考えられ、私たち弘善会としては相談援助・介護・看護・リハビリテーションなどのサービスを効果的に提供する為の支援＝プラチナネットワークシステムがより強固になる必要がある。高齢になれば、人は誰でも機能が低下していきます。だからこそ細部まで行き届いた介護であり、また、手厚い医療が必要不可欠となっていきます。介護と医療の融合というのは介護支援と医療支援を患者や利用者の生活に組み込み一緒に支える体制が必要です。しかしながら課題として医療職者や医療の仕組み、介護職者や介護の仕組みにおいて教育課程の違いや成り立ちが異なる事により連携が難しく、現場では中々実践出来ないというのが現状です。しかし、今後の高齢者社会においては住み慣れた地域での質の高い医療・介護サービスを受ける事ができるための環境づくりが求められています。そのためには、医療・介護の情報を、本人やご家族、医療・介護従事者などの関係者が密に連携し、チームケア体制を構築する事が必要です。そのための適切な医療・介護の情報連携は大変重要になってきます。特に、地域の様々な箇所に拠点を持つ多職種や事業所がチームとなりながら、患者を、24時間体制で支えていく在宅医療・介護においては「顔が見えるネットワーク」を基盤にしていく事で利用者・ご家族の安心感が醸成され質の高いサービスの提供が実現するとともに、本当の繋がりが構築できるのではないのでしょうか。

ケアマネジャーからみた医療機関との関わりの変化とこれからの関係づくり

ケアプランセンター ル・ロゼイ 山越 弘徳

私がケアマネジャーとして働き10年以上が経ちますが、相談内容は年々複雑になってきています。身寄りのいない独居高齢者、精神疾患や認知症を患った方、難病や終末期といった医療依存度の高い方等、多岐にわたっています。生活の場が「在宅」を中心に考えられるようになってきていることもあり、以前であれば入院や施設入所となっていたケースでも、現在は在宅生活を送っているケースも増えてきています。私自身が関わっているケースでも、近年では医療依存度の高い方を在宅で支援することも増えており、主治医や看護師、ソーシャルワーカー等、医療関係者との関わりも多くなってきています。私がケアマネジャーになり立ての頃は、病院や診療所に伺い、主治医に生活面や在宅サービスについての相談をすると、先生によっては医療以外の相談には乗って頂けなかった経験が何度もありました。医療と介護は別々として考えられていたように思います。現在は介護保険制度やケアマネジャーの役割等が周知されてきていることもあり、連携もとれるようになってきており、医療のことだけではなく生活面や介護サービスの必要性等、幅広く相談させて頂けるようになってきました。主治医から直接連絡があり、状況報告やアドバイス等して頂くこともあります。地域ごとに病院との関係構築に取り組んでいるという話も聞くようになりました。それでもまだ病院と在宅を結ぶ為の課題はたくさんあると思います。地域包括ケアシステムの構築が進められている中、住み慣れた地域で生活できる為には、医療と介護の連携は欠かせません。医療、介護従事者に期待される役割もより重要になってきます。その為、医療や介護の現場がどうなっているのか等、互いにもっと知ることも必要ではなかとと思います。互いを知ることで一人の患者様、利用者様を共に支え合える環境に近づき、関わっている者が身近な関係になるのではないかと思います。

一般口演

認知症【1-1～1-4】

座長:矢木脳神経外科病院 看護師 安達 真由子

在宅【2-1～2-5】

座長:弘善会クリニック 看護師長 今井 順子

医療【3-1～3-3】

座長:脳神経外科病院秘書役部長 松本 潤一郎

【1-2】

ご利用者が安心して過ごせる居場所作り ～BPSDになった背景を知る～

デイサービスセンター ル・ロゼイアネックス墨江 西村 博之

【はじめに】当施設は認知症対応型であり、利用対象者は認知症の人のみである。介護サービス利用継続の最も弊害となるのは、行動心理症状(以下BPSD)。特に施設から出ていく行為、介助拒否である。認知症であっても安心して在宅生活を継続していくためにはデイサービスでの利用継続が不可欠ですが、限られた時間とマンパワーの関係で適切なアプローチが行えず、かえって症状を悪化させてしまうケースも少なくない。そこで今回、利用者様のBPSDになった背景を家族様と共に探り、施設から出ていく行為、介助拒否をなくすために実践した認知症ケアを報告する。

【症例】A様 女性 73歳 アルツハイマー型認知症(3年前に診断) 海馬傍回の委縮が強い。HDS-R10点(2年前)現在、長男家族と4人で同居。長男夫婦は日中仕事、孫は中学生。月水木金土はデイサービス利用であるが、当施設は月土の週に2回の利用。ADLは自立。徘徊もあり、何度か家に帰ってこれなくなったことがあった。1人で置いてけず、家族の介護ストレスは非常に強い。お風呂にも入らず、歯磨きもしないため衛生面においても問題がある。いつも暗く不安な表情を浮かべていて、嫌と思うと絶対に行動されない。

【経過】4週間での計画内容で取り組む。1週目:なぜこのようなBPSDになったのかを職員みんなで考えて意見を出す。2週目:BPSDの背景には何があるのかをアセスメントし、みんなで話し合い方向性を決める。ここで家族様へ情報提供の協力依頼を行う。3週目:アプローチを行う。不安になる背景と原因に対して人と人との関係性の不足が考えられたため、関係性の構築を中心に関わっていくこととした。4週目:職員みんなで検証を行う。

【結果】アプローチ後、施設から出ていく行為、帰宅願望ともに消失。表情は、以前と比べようのないほど、明るく笑顔で、冗談を言ったり、イタズラをしたりと活気が溢れでるようになった。入浴に関して、すんなりとは入浴しないが強く嫌がることはなくなった。

【まとめ】取り組みには職員の根気がかなり必要だったが、A様の不安感や気持ちを大切に接することが出来た。認知症ケアには家族様の協力が一番必要だと再認識できました。また、A様のBPSDの消失と表情や行動の変化に全職員のモチベーションも高まりました。家族様との信頼関係も深まり、それまで以上に情報交換できるようになり家族様の表情も和らぎ、ストレスが少しづつ軽減している。

【1-1】

認知症利用者の 気持ちに寄り添う入浴方法の検討

デイサービスセンター ル・ロゼイ 栗栖 和智

【はじめに】入浴を目的としてデイサービスを利用される方の比率は多いが、認知症利用者の中には、入浴目的に関わらず、入浴拒否をする方がいる。家族を含めて周囲の要望に沿えない事や本人への支援も考慮すると、対策を練る必要性は高い。身体清潔の点で考えると強制的な入浴もありえるが、今回は、「認知症利用者の方の気持ちに寄り添い、人としての尊厳を損なわないような入浴」を目的とし、気持ちの良い入浴へと繋がる方法を検討した。

【症例】H・Y 女性 84歳 要介護1 アルツハイマー型認知症。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 意思の伝達可能だが、同じ事を何度も繰り返す。食事・排泄・歩行は自立。デイサービスは週3日利用。

【方法】①入浴拒否の真の理由を探る為の情報収集。H・Y氏を取り巻く全ての人物に協力を頂く②情報収集した内容を基に対策を立て、対策に沿った入浴誘導を行う。実施時は、H・Y氏の羞恥心を和らげる為、女性スタッフによる同性介助を必須とする。

【結果】情報収集の結果、「人前に入るのが苦手」「マッサージが好き」「温泉旅行もよく行っていた」等の入浴に繋がる情報を得ることができた。その結果をもとにスタッフで対応策を検討し、他の利用者の方が少ない時に入浴誘導を実施する。また、入浴誘導の際に温泉の雰囲気を出す環境作りを行った。マッサージを行いながらの洗髪が週1回可能となったが、入浴に繋がるまでには至っていない。

【まとめ】「認知症利用者の方の気持ちに寄り添う」為には、その人を取り巻く人達全員から可能な限り情報を得ること、得た情報はその人を取り巻く人達全員と共有することが重要である。反面、家族や周囲の人が情報を隠すこともありえる為、情報の取り方や情報共有のあり方が今後の課題と考える。今回、目的は達成できなかったものの、認知症利用者の気持ちに寄り添う為の取り組みは、「入浴拒否のある認知症利用者の方への入浴アプローチ」だけに留まらず、認知症利用者の方の困難ケース対処のアプローチの一つとして示唆されると考えている。

【1-3】

急性期病院での身体拘束の解除・鎮静の減少への試み

矢木脳神経外科病院 西病棟 玉井 寛子、辻 遥、杉野 奈穂、鳥越 真利、小山 なお美

【目的】超高齢化社会である我が国では、治療中心の急性期医療の場に高齢者が多く入院し、そこには認知症患者も含まれる。現場では安全管理の立場から治療の妨げとなる行動に対し、身体拘束や向精神薬による行動の拘束が当然のように行われている現実がある。それにより治療はできてもADL・QOLの低下や認知症状の悪化などの身体的・精神的弊害がみられた。以上のことから身体拘束や鎮静を最小限にとどめることや、解除することを目標とした取り組みで得られた結果について報告する。

【方法】治療を行う際に問題となった行動に対して行った身体拘束・鎮静に対し①夜勤者からの転倒転落アセスメントスコアによるリスク者・身体拘束者の申し送り②日勤帯でのカンファレンスの実施(身体拘束・鎮静の解除の検討・向精神薬の調整の検討・生活リズムやリハビリスケジュールの調整)を行った。

【結果】患者の症状や状態は1日の時間帯によって変化し、勤務する看護師によって対応が変わることがあった。定期的カンファレンスを行うことで全スタッフが情報共有をし、拘束や鎮静を解除しようという意識も上がった。また1日の対象状態を知り、対象の行動特性を理解しそこから動く理由を考え、拘束に替わる方法はないかを検討し実施した。その結果拘束の解除や時間の短縮・生活リズムが整う効果がみられた。

【まとめ】身体拘束や鎮静を日常のように行ってきた私達の感覚は鈍麻し、拘束・鎮静をしていれば安全・安心という捉え方になってしまっていた。しかしカンファレンスや申し送りを定着させ、全スタッフにより議論することで不安感は減少し拘束解除や鎮静をなくしていこうといった共通の考え・意識を持ち行動できるようになった。患者も拘束という精神的ストレスがなくなり、認知症状が安定した。それにより生活リズムやADLの獲得にもつながった。今後も拘束ゼロに向け日々看護実践を行っていきたい。

KJ法を用いた人材育成への意識改革

認知症ケアチーム 荻野 淳・布川 恵子・岩本 明莉・吉田 裕子

【目的】認知症ケアを実践できる理想とする人材には何が求められているか、メンバー8名でKJ法を利用して討議し、人材育成に向けた研修計画を立てる。

【方法】対象:研究メンバー8名を、職種は無差別とし、経験年数3年未満をAグループ、3年から5年をBグループ、管理者クラスをCグループの3グループに分け、KJ法で討議を行った。

【結果】Aグループ▶・知識、技術不足・利用者とのゆっくりした時間が持てない・研修制度がない・コミュニケーション不足・何を指しているかわからない
Bグループ▶・業務多忙（内容）・介護技術の向上の機会がない・技術の個人差、指導者の個人差があり、統一した技術を習得できない・直属の上司に相談しにくい・お互い注意し合ったり相談できる場所がない・知識不足で教える自信がない

Cグループ▶・人を育てる風土がない・スタッフ不足・後継者の育成・人材不足でクレームがあっても部下に注意しづらい・人を育てる立場の自分に自信がない・自分以外ではできない仕事が多い

【問題の整理】・共通した接遇、コミュニケーションの講習が必要・人を育てる立場の育成・技術向上の研修必要・働きやすい職場づくり・環境の改善・切磋琢磨できるチームの育成・研修計画の方向性を考えるにあたり、問題の整理を行うと、以下の3つに分類できた。《・接遇、コミュニケーション(人としての行い、振る舞い、一般常識)・介護技術について・職場環境について》

【まとめ】KJ法で、自分たちの問題を整理し明確にしていくと、職種は様々でありながら、業務内容自体が問題という意見がどのグループからも出ず、問題なのは業務ではなく、それを取り巻く人や環境であることに行き着いた。大切なのは自分たちが積極的に改善に取り組み姿勢であり、自発的な意識改革を促すことであると共通認識ができた。認知症ケアを実践できる理想とする人材育成のための研修計画につなげていく。

壮年期におけるBest Supportive Care ～おれ死ぬと思うか～

訪問看護ステーション アロンティア 西本 智子

近年、退院支援の場面でBest Supportive Care(以下、BSC)を耳にすることが増えた。BSCとは、がんに対する抗がん剤などの効果的な治療が残されていない場合や、自らの希望に応じて、積極的ながんの治療は行わず、がんによる身体的な苦痛や治療の副作用を軽減したり、QOL(生活の質)を高めたりすることを目的にした医療行為に徹することを指す。本症例は、56歳男性(以下、A氏)47歳で大腸がんを発症。治療を続けてきたが、抗がん剤の効果が得られず、平成27年12月の段階で、「春を迎えることは難しい」と説明を受け、本人、家族の納得の上、在宅での生活を希望され、BSCを目的とした支援として、訪問診療・訪問看護が介入することとなった。退院後、入院生活との比較をされることが多く、「治療がないから終わりと言われて」「おれ見て死ぬと思うか?」と混乱がうかがえ、死への否認・葛藤があると推測された。QOLを高める支援として、思考や生活の整理が必要と考え、エンディングノートを書きとめることを提案した。生い立ちから結婚、子育て、仕事、家族に残すもの、今後の治療について、葬儀等を週2回の訪問時、体調の良い日を選び、聞き取り書きとめた。具体的な内容を確認し書面に残すことで、死に対する否認・葛藤を推測できる言動はなくなった。平成28年3月 疼痛コントロール不可で入院を希望され、4月13日病院で永眠される。訪問看護に異動して1年。A氏を通して、在宅におけるBSCについて学んだことを報告する。

退院後の在宅生活を支える 介護支援専門員の役割と課題

ケアプランセンター ル・ロセイ 塩田 耕司

【はじめに】団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を目指す中で介護支援専門員の役割は、患者・利用者の今後の生活の現状を左右する鍵を担っていると考える。現在、介護支援専門員は病院から在宅への退院時の調整を担っているが、医療と介護(生活)の間で自らの支援方法に困惑しながら活動する状況が見受けられる。この理由は、介護支援専門員の専門性(基礎ライセンス)の相違により得意・不得意分野の存在により援助視点にばらつきが目立ち(特に医療知識)、援助方法の相違と考え、病院の退院調整看護師・MSWに日頃の介護支援専門員に期待することや提案事項の聞き取り調査を行った。

【方法】病院の退院調整看護師8名・MSW10名に聞き取り調査・介護支援専門員に期待することや提案事項。調査内容は①退院時の介護支援専門員への期待。②退院後のサービスの状況。③必要な医療・制度知識の有無。とした。期間:平成28年1月21日～平成28年4月28日 倫理的配慮:研究目的として説明し同意を得た。

【結果・考察】①退院時の介護支援専門員への期待については、入院前の生活状況や病歴の情報提供(出来る限り入院前の状態で退院してほしい)や退院後の生活状況が知りたい。(治療後の生活について)②退院後のサービスの状況については、在宅生活が継続しているかを確認したい。医療・介護サービスを利用しているか知りたい。③必要な医療知識・制度知識の有無については、介護系の介護支援専門員と関わることが多く、専門用語・知識に対する苦手意識が強いと感じている。退院支援において、介護支援専門員が共通の認識、ツールを利用し、退院後も在宅生活を安心、安定して継続していることを可視化し確認出来るものにしてほしいという提案があった。それと同時に入院時においても、入院前の在宅生活の情報を得ることにより、退院支援の方向性が明確になることから、共通認識、細やかな情報提供が期待されている。また、退院調整看護師、MSWは退院後の在宅生活(介護サービスの把握)の情報を提供する事により、退院支援の方向性を再確認できる機会を得ることができる。

【まとめ】今後の地域包括ケアシステムの構築に向けての役割として、医療、介護(生活)が一体となり退院支援に協働で携わり、シームレスに在宅生活の継続に向け調整する役割を担う。また課題として、いかに地域で自助、互助、共助、公助をこのシステムへ取り込み、社会資源の開発や、コミュニケーション能力が発揮できる専門職としての総合的な資質が今後の介護支援専門員には必要不可欠であると考える。

【2-3】

退院に向けての取り組みとプロトコール活用の検討 ～高次脳機能障害を呈した患者の方向性とその判断基準～

矢木脳神経外科病院 リハビリテーション科 篠原 健悟・三輪 合津沙

【はじめに】高次脳機能障害を呈した患者は外からは見えない問題を抱えている。よって、社会復帰していく上での確な方向性を導く必要がある。そこで今回は当院において方向性を決定する判断基準の見直しを含め検討した。

【方法・対象】対象は当院に平成27年4月～9月に入院し担当した、新規脳血管障害を呈した計80名(平均年齢は72±12歳)とした。自宅退院群45名、回復期リハビリテーション病院転院群35名(以下回りハ群)に分類しBarthel Index(以下BI)の平均点を算出した。各群の高次脳機能障害を呈した患者の人数、また、自宅退院群の平均点を上回った回りハ転院群の高次脳機能障害を呈していた患者数を調べた。

【結果】自宅退院群のBI平均は92±15.9点、内8名が高次脳機能障害を呈していた。回りハ群のBIの平均は60±30.1点、内24名が高次脳機能障害を呈していた。回りハに転院した患者の内8名が自宅退院群の平均点を上回っていた。

【結語】当院では、高度治療室より早期から、カンファレンス、医師との回診にて情報共有を実施している。しかし、カンファレンスの必要性、退院先の方向性決定は、点数化されてなく明確な指標がない状態であり個人の経験での判断になっているのが現状であると考えられた。患者の方向性の誤りは人生を大きく左右すると思われる。そこでプロトコールを作成・実施することで、多職種と情報共有を行い同じ目標・問題点の共通を図ることができると考えた。見えない高次脳機能障害を見える形にすることで高次脳機能障害を呈した患者をよりの確な方向性に導くことが可能になると思われる。

医療機関別係数の重要性

矢木脳神経外科病院 医療企画課 板東 卓也

【目的】包括医療支払制度(以下DPC)病院は、医療機関別係数は病院の売上げに直結し、国の評価となる。また、病院の評価を上げるとは医療機関別係数を増やすことで増収に繋がる。そこでDPC病院として、職員間でのDPCの認知度を上げる事と単価増加に伴う増収を目的に、他の医療機関と当院の医療機関別係数の現状の把握と分析を行った。

【方法】平成27年4月～平成28年3月までのDPCコスト分析ベンチマークシステムEVE使用。他医療機関771病院と当院の医療機関別係数の現状把握及び平均在院日数の分析。

【結果】当院での医療機関係数は1.3264(平成28年4月以降1.3096)であり、中でも注目しなければいけないのは効率性指数0(機能評価係数Ⅱ)。その後発医薬品指数・複雑性指数・救急医療指数は他と比べても次のように上位である。後発医薬品指数0.975(1位/771病院中 平均値0.668)複雑性指数1.24393(14位/771病院中 平均値0.88592)救急医療指数924.66(175位/771病院中 平均値679.69)特に後発医薬品指数・複雑性指数は高値であり、維持していく必要がある。しかし、効率性指数0の病院は少なく、当院より下の病院は4病院。効率性指数に関連する疾患別の平均在院日数の長期化が他院と比べ平均値を上回っていることが見受けられる。例えば、肺炎の当院での平均在院日数は26.7日に対し、他医療機関の平均在院日数は13日と約2分の1。てんかんの場合、当院での平均在院日数は14.0日に対し他医療機関の平均在院日数は10.18日。大腿骨頸部骨折の場合、29.2日に対し他医療機関の平均在院日数は27日であった。【考察・結論】当院では入退院の合計人数が1日平均10名であれば、平均在院日数は約16日を維持していくことが可能だと考える。脳神経外科・整形外科・総合診療科の3科に於いて、それぞれ異なった患者の質があるが疾患別で検討すると、てんかん・肺炎・尿路感染症等・整形外科疾患(大腿骨頸部骨折・脊柱管狭窄症)の平均在院日数がやや長期化である。こういった疾患の平均在院日数の短縮により、効率性指数の増加が期待されるが在院日数が長期になるであろうと予測される疾患については、在院日数を短縮するよう各部門間での認識・協力が必要である。施設としての対策は、脳卒中ケアユニット・地域包括ケア病床を設置することが最優先である。今後の急性期病院としての役割を保持するには、効率性指数に関連している平均在院日数の短縮化が今後の課題と考える。

【3-1】

中大脳動脈閉塞症に対する血栓回収術後に経胸壁心エコーで血栓を認め、再度脳底動脈閉塞症となった1例

矢木脳神経外科病院 脳神経外科 木村 誠吾・黒岩 輝壮・小川 大二・萬野 理・谷口 博克

【はじめに】心原性脳塞栓による脳主幹動脈急性閉塞の症例では再開通療法後の抗凝固療法の開始時期が問題となる。今回我々は右中大脳動脈急性閉塞に対して再開通療法を行い、術後出血性変化を認めたため、抗凝固療法を遅らせたところ、発症7日目に脳底動脈急性閉塞を発症し、再度再開通療法を行った症例を経験したので報告する。

【症例】83歳女性。午前7時頃にゴミ出しにでたところ玄関で倒れて動けなくなっているところを隣人に発見され、当院に9時42分救急搬入。JCS1、右共同偏視、構音傷害、左不全片麻痺を認め、NIHSS8点。心電図上Afを認めた。ASPECTS DWI6点で、MRAで右頸部内頸動脈閉塞を認めた(10時10分)。10時52分t-PA静注療法を開始したが、術者不在のため、穿刺は14時10分。右中大脳動脈遠位部閉塞へと変化しており、Penumbraによる血栓吸引を行い、15時30分、TICI 2Bの再開通を得た。Day1にはNIHSS2点に改善したが、CTで右基底核にH1の出血性変化を認めた。Day5の経胸壁心エコー検査で左房内血栓を認め、CTで出血の増大がないことを確認し、エリキュース投与を開始。Day6リハビリ中に徐々に意識障害が進行し、MRIを施行。MRAで脳底動脈遠位閉塞を認め、PC ASPECTS9点であった(18時13分)。19時11分穿刺し、Solitaireによる血栓除去を行い、21時57分TICI3の再開通を得た。Day8にはNIHSS3点まで改善した。その後経胸壁心エコー検査で可動性の左房内血栓を認めたため、近位循環器科に転院となった。【考察】再開通療法後の抗凝固療법은、再発予防の為に必須と考えられるが、術後の出血性変化を認めた場合、その開始時期、投与量などには議論の余地がある。また、経胸壁心エコーで心内血栓を認めた場合、脳梗塞再発の危険性や治療方法に関して検討する必要がある。

【結語】心原性脳塞栓に対する再開通療法後に出血性変化を認めた場合の抗凝固療法、及び経胸壁心エコーで心内血栓を認めた場合の再発リスク、治療方法に関して論文的考察を含めて報告する。

退院支援推進のための脳卒中リハビリテーション 看護認定看護師としてののかかわり

矢木脳神経外科病院 看護部 梅田 麻由

【目的】当院での退院支援指導は退院調整看護師が行っているが、看護師との意識や知識・実践能力に差があると感じていた。そこで、さらなる退院支援推進には退院調整看護師の教育に加え、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師が関わることで、看護師の退院支援に対する看護師の意識が高まり、知識・実践能力が向上すると考えた。

【方法】1.主体性を促す段階的指導の体制づくり2.知識・実践能力への介入 1)カンファレンス、臨床現場で退院支援の目的や必要性を指導・確認 2)退院支援に必要な看護展開の指導 3)研修受講者への動機づけ及び学びへの気づき確認・指導

【結果】主体性を促す目的で、段階的に指導を行った結果、問題点の抽出や司会が自主的にできるようになり退院支援への興味が出てきた。カンファレンスだけでなく臨床現場での直接指導は、その場で疑問や問題が解決できるように自信へと繋がった。研修前後の指導は自己効力感を高めることができた。

【考察】看護師の退院支援に関する意識が向上したのは、リンクナースが見本を示しスタッフが行い、その事を認定看護師が評価した事や、臨床現場で直接指導した事でスタッフの満足度が高まり意識の向上に繋がったと考える。研修受講者への指導は、知識だけでなく看護展開への自信に繋がり実践能力を高めたと考える。

【結論】認定看護師が退院支援指導に介入する事で看護師の退院支援に対する意識・実践能力は向上する。

【3-2】

当院における頸部神経根症を有する頸椎椎間板ヘルニアに対する低侵襲を旨とした手術治療法の選択

矢木脳神経外科病院 整形外科 石井 眞介・鈴木 玄一郎

【目的】頸椎椎間板ヘルニアは、頸椎椎間板の突出や脱出により頸髓や上肢に分布する頸神経根が圧迫されることで発症する。症状は、頸部痛や肩から上肢にかけての疼痛・しびれ・脱力などであるが、多くの場合鎮痛剤や筋緊張を緩和する薬や湿布などで改善する。しかしながら神経圧迫が続くと神経が不可逆性の変化をきたして食事動作やボタンかけが困難となり、尿閉や便秘などの膀胱直腸障害をきたすことがある。このような後遺障害をきたしてからの手術では手遅れとなる。当院では病態に合わせて低侵襲な手術方法を選択しているが、手術症例の術前と術後の経過を調査したので報告する。

【対象と方法】演者が赴任した2014年4月から2016年3月までの2年間で頸椎椎間板ヘルニアと診断し手術した症例は男性4例女性1例であった。外側型2例、傍正中型3例で手術時平均年齢51歳(65.58.46.42.44歳)であった。外側型の2症例に対しては、頸椎後方から顕微鏡下に椎間孔拡大術をおこなった。傍正中型の1症例は頸椎椎間板ヘルニアと頸部脊柱管狭窄があり顕微鏡下の除圧に椎弓形成術を追加した。傍正中型の1症例は、脱出髓核が隣の椎間板レベルまで達していたが顕微鏡を用いて脱出髓核を一塊として摘出することができプレートを用いた1椎間の前方固定術(採骨は皮質骨を含む腸骨採取)で対応することが可能であった。残りの傍正中型の症例は、頭尾側への突出は少なくピークケージを用いて顕微鏡下の1椎間前方固定術(採骨は腸骨から海面骨のみ採取)をおこなった。【結果】手術翌日または翌々日には術前の疼痛・しびれは著しく改善していた。術後2日目から車いすまたは歩行器歩行を許可したが、皮質骨を含む腸骨を採取した症例は、採骨部痛のため術後1週間は車いすを利用することが多かった。田中の頸椎症性神経根症治療成績判定基準(20点満点)では、術前平均6.2が術後2か月で平均18に改善し全例もとの職場に復帰していた。【考察】後方除圧術は、椎体間の内固定を必要とせず除圧のみで症状の改善が得られ低侵襲であった。椎体間固定を必要とする前方固定術は、椎体間の固定範囲を最小限とし採骨量を少なくするような工夫が低侵襲につながると思われた。

食道癌術後早期に全身転移し、在宅療養を望んだ患者の一例

弘善会クリニック 中野 誠人

【はじめに】当院で看取った患者様の一例を報告いたします。

【症例】患者は70歳男性。既往歴は高血圧と糖尿病。

2015年3月に上部内視鏡検査で食道癌を指摘され、全身検査において所属リンパ節と肺転移を認め、この段階でstageⅣであった。経口摂取が不可能であったため、同年6月に姑息的に食道亜全摘術及び栄養補助の為の腸瘻を増設される。7月に退院し外来通院となるも、リンパ節転移の拡大、肺転移、肝転移、骨(胸椎)転移、左腎転移、皮下転移を認め、通院加療が難しいため在宅医療を利用する経過となった。

【経過】訪問診療開始時はバルン留置され、腸瘻よりエレンタールを注入し、在宅酸素(5リットル)投与していた。右肩に痛みがあり、早急なコントロールを希望された。本人とその娘は病識があるも、キーパーソンである妻は病気に対する理解度が浅く、ご主人が亡くなるという認識が出来ていない様子であった。自宅に帰られてからは家族と接する時間が増え、また経口摂取に関しても病院に比べ制約が無く、好きな物を食べられる事に喜びを感じておられた。疼痛に関してはオプソンの屯用使用を指示されていたが、ステロイドやNSAIDs(今回はナイキサン)から開始し、最終的には麻薬であるフェンステープでコントロール可能であった。日々病態の進行があったため、家人と密に連絡を取り、徐々に弱っていくご本人様を目の当たりにしながらも、家人への説明ができていたために受け入れは可能であった。容態が急変した際、我々は遠方で訪問診療中であつたが、焦る事は無い旨を電話で説明し、至急親族を集めるようにと指示を行い、連絡より約45分遅れて到着した時には、孫を含め大勢の親族が揃われ、たくさんの笑顔に包まれた中での死亡確認となった。

【まとめ】在宅医療において自宅での看取りは大きな目標のひとつであり、その中でも関わった全ての人間が納得できる最期を迎える事は、我々にとっても大きな喜びである。

当院の慢性炎症に伴う貧血(ACD)に関する現状調査

矢木脳神経外科病院 栄養科 牛尾 竜也

【目的】慢性炎症に伴う貧血(以下ACD)は米国における高齢者貧血の分類調査で19.7%を占めた頻度の高い貧血である。しかし、本邦の看護師やコメディカルの養成課程でACDを学ぶ機会は少ない。そこで今回、ACDに関する当院の現状把握を目的に、当院におけるACDの認知度と患者数を調査した。

【方法】当院におけるACDの認知度を調査する為、看護部とコメディカルにアンケートを行った。設問は『慢性炎症に伴う貧血(ACD)を知っていますか』とし、『知っている』と答えた職員には『どこでACDを知りましたか』という設問を追加した。次に2015年度の入院患者のうち、ACDの鑑別に必要な『Fe』『TIBC』『フェリチン』を計測していた患者を全て抜き出し、2015年度のACD患者数を調査した。ACDの鑑別は、鉄バイオサイエンス学会の貧血治療指針に基づき、『Fe低下・TIBC低下・フェリチン上昇』を呈する者とした。

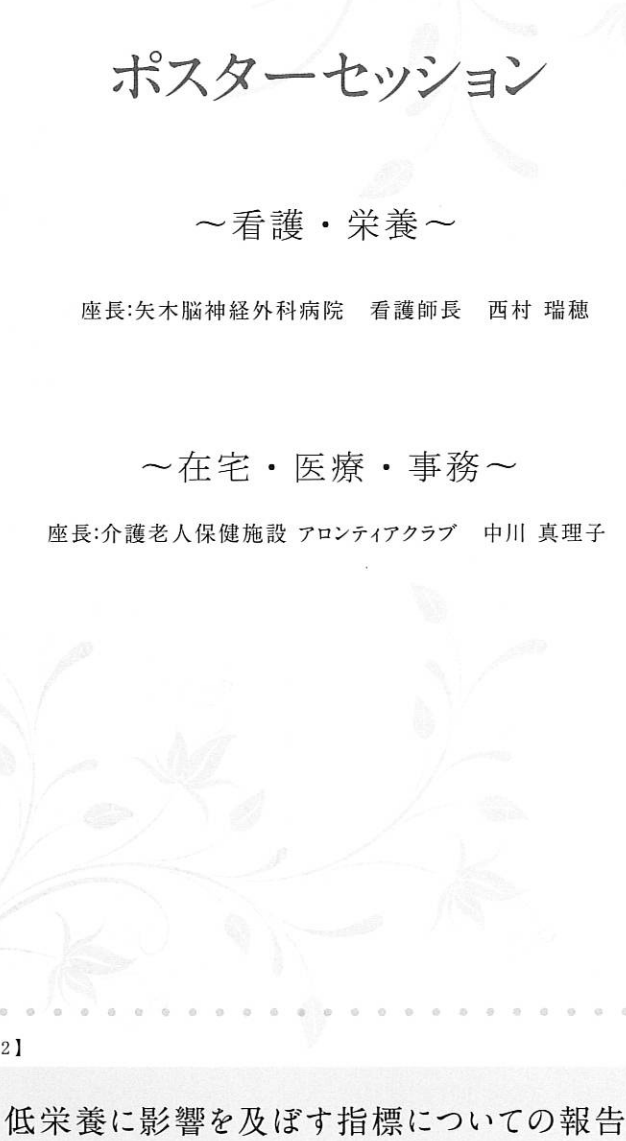
【結果】認知度のアンケートはACDを”知っている”8人(14%)に対し、”知らない”が50人(86%)であった。また、ACDを”知っている”と答えた8人のうち、”学校で”が1人、”働き出してから”が7人であった。2015年度に『Fe』『TIBC』『フェリチン』を測定した入院患者57人のうち、ACDの鑑別項目を満たした患者は19人であった。

【結語】ACDは高齢者に頻発する貧血であり、当院でも少なくとも年間19人程度入院していることが分かった。一方で、看護師とコメディカルの養成校におけるACDの学習が殆ど無いこと及び、当院の看護師とコメディカルではACDの認知度が著しく低いことも明らかになった。ACDは鉄欠乏性貧血と異なり、鉄を強化しても改善が見込めない貧血であり、医療従事者は両者の貧血を分けて考える必要がある。今回調査したACDの実態をもとに、今後当院並びに当法人内にACDを周知していきたい。

参考文献

1)Guralnik JM,et al.Prevalence of anemia inersons 65 years and older in the United State:evidence for a high rate of unexplained anemia:Blood 2004; 104:2263-2268

2)鉄剤の適正使用による貧血治療指針 改定(第2版) 日本鉄バイオサイエンス学会 治療指針作成委員会編



低栄養に影響を及ぼす指標についての報告

矢木脳神経外科病院 栄養科 谷坂 千恵・牛尾 竜也・豊嶋 晴香

【目的】低栄養は免疫の低下をもたらし、感染症の罹患・身体活動の低下・主病の治癒を遅らせると報告されている。そのため静脈経腸栄養ガイドライン(2013)では入院時に栄養スクリーニングを実施することを強く推奨している。今回、当院の栄養スクリーニングシートを用い、低栄養患者と低栄養ではない患者を比較し、低栄養の指標となる項目を検討したので報告する。

【方法】平成28年4月22日に在院している患者のうち、入院後7日目の血清Alb値を測定している患者46名を対象とした。低栄養群33名(Alb3.0mg/dl以下の患者)と非低栄養群13名(Alb3.1mg/dl以上の患者)に分け、それぞれ①年齢②性別③BMI④嚥下障害の有無⑤入院7日以内における手術の有無⑥褥創の有無⑦入院前の生活環境(施設・自宅)について比較した。

【結果】低栄養群:①平均年齢84.5歳②男性46.2%女性53.8%③BMI19.2④嚥下障害有り100%⑤手術有り46.2%⑥褥瘡有り23.1%⑦施設53.8%・自宅46.2%。非低栄養群:①平均年齢73.8歳②男性66.7%女性33.3%③BMI22.1④嚥下障害有り88%⑤手術有り18.2%⑥褥瘡有り0%⑦施設21.2%・自宅78.8%であった。このうち有意差がみられたのはBMI(p=0.002)・褥創の有無(p=0.02)・入院前の生活環境(p=0.04)であった。

【考察】低栄養の指標として、BMI・褥瘡・入院前の生活環境があげられた。施設からの入院に低栄養が多いのは、1日3食の食事は提供されているが、なんらかの理由で必要栄養量の摂取ができていなかったと考えられる。また、高齢の女性に低栄養が多いのは、もともと骨格筋量が少ないため、栄養の貯蔵量が少ないと考えられる。

【結語】今回の結果から低栄養の指標に多く該当する患者については、通常よりも栄養アセスメントの頻度を増やすことが必要である。また今後も症例数を増やし、さらに検討をすすめていきたい。

摂食嚥下初期評価がもたらす効果について

矢木脳神経外科病院 浅田 菜穂子・西岡 民江・内田 文恵・豊嶋 晴香・今川 弘

【目的】摂食・嚥下委員会では言語聴覚士(以下ST)の業務軽減、看護師の摂食嚥下に関するスキルアップのため摂食嚥下初期評価(以下初期評価)の手順実施マニュアルを平成26年10月に作成した。マニュアル完成から3か月が経ったところで、実施状況、問題点などの把握をするためにアンケートを行った。その結果、マニュアルがあることを知らないという答えが大多数であった。この結果を受けてリンクナースが必要・方法についての勉強会の開催や個々にアドバイス・発信するという啓蒙活動を行い続けた。そして作成から1年6か月が経ち、看護師のマニュアルに対する意識がどのように変化したのかを把握するために再度同じ内容のアンケートを行った結果について報告する。

【方法】対象はHCU病棟・西病棟・東病棟の看護師全員(常勤・非常勤で師長は除く)2回のアンケートとも各部署の回収率が80%以上となるまで各病棟のリンクナースが協力を呼びかけ続けた。STへのインタビューも行った。

【結果】初期評価を行ったことがないという看護師が減り、積極的に行えるようになった。また、今後も継続していくことが必要であるという回答も多く認めた。STへインタビューしたところ、看護師が初期評価することにより嚥下レベルが良い悪いかの判断ができています。またおおまかな振り分けができることにより業務量が減り、各患者の栄養開始の時期が早まった。そして仕事がしやすくなったとの答えであった。

【考察・結論】看護師が初期評価への意識が高まり、STの業務量の軽減が図れた。入院時に評価することにより早期の栄養開始に繋がっている。今後は、評価したことを日々の看護に活かし、多職種との連携を取り、NST介入者の減少、食事形態の変更がスムーズに行える知識・技術をつけることが必要と考える。

当院の褥瘡の実態調査

矢木脳神経外科病院 看護部 東野 智佐江

【目的】当院では入院時全患者に対して厚労省の「褥瘡対策における危険因子の評価」を行い、日常生活自立度B1、B2もしくはC1、C2でかつ基本的動作能力～浮腫のうち1つでも「できない」、「あり」があれば「褥瘡に関する診療計画書」を作成し褥瘡予防を行っている。マットレスはすべて高機能のウレタンマットを使用している。褥瘡保有患者は週1回褥瘡回診を行い、DESIGN-Rによる評価、治療を行っていたが、褥瘡に関するデータ収集はされていなかった。平成27年度より褥瘡のデータを集積してきたが、データの分析や活用までには至っていなかった。そこで今回褥瘡データを見直し、5項目:発生区分、DESIGN-R評価による深さ(D)、治癒件数、褥瘡部位、褥瘡推定発生率(1ヶ月間で新たに褥瘡を生じた患者数÷1ヶ月間の病棟の入院実患者数×100)について実態を調査した結果を報告する。

【方法】平成27年度の2330人の「褥瘡に関する診療計画書」を5項目:病棟別褥瘡推定発生率、発生区分、深さ、治癒率、褥瘡部位、に分類し比較した。

【結果】褥瘡推定発生率A病棟1.89%、B病棟1.45%、C病棟0.85%、全体1.4%であった。深さは、新規d2以下76%、D3以上13%、持ち込みd2以下68%、D3以上16%、治癒率は新規33%、持ち込み32%(評価できていない件数含む)、部位別で最も多かったのは仙骨部で新規26%、持ち込み28%だった。

【考察】2013年日本褥瘡学会実態調査委員会報告(1Day調査)の一般病院と当院(年間調査)を比較すると、褥瘡推定発生率1.6%に対し1.4%と低かった。院内発生した褥瘡の深さは、d2以下(真皮までの損傷)が52.2%に対し76%、と浅い損傷の割合が高かった。これは全ベッドに高機能のウレタンマットを整備しているためと考える。一方、エアマットは2台しかないためD3以上の褥瘡に対し使用できない時もあり、今後整備が必要であると感じている。治癒率が32%と低い理由として、平均在院日数の短縮化により入院期間内に治癒に至っていない件数や退院時評価ができていないためと考える。発生部位では双方とも褥瘡好発部位の仙骨部が最も多かった。

【結論】褥瘡推定発生率は1.4%と全国の一般病院の平均1.6%より低く、院内発生の深さはd2以下が76%であったため、予防やケアは全国水準に達しているが、エアマットの整備が必要である。治癒率は32%と低かったが、データの正確性を欠いている。褥瘡部位は仙骨部が院内発生、持ち込み共に多く26%、28%であったことから失禁のケアやポジショニングが重要である。

高血糖・下痢のコントロールに難渋し褥瘡悪化した1症例～NST介入により患者希望の在宅に移行できた症例～

矢木脳神経外科病院 NST管理委員会 看護部/西岡 民江・浅田 菜穂子 栄養科/豊嶋 晴香・牛尾 竜也・谷坂 千恵 薬剤科/梶 綾子 リハビリテーション科/内田 文恵 総合診療科/今川 弘

【はじめに】現在、在宅医療・介護を受けながら社会生活を送っている高齢者が増えている中、今回在宅医療・介護を受けている患者が非ケトン性高浸透圧性昏睡で入院。入院時から高血糖・下痢のコントロールに難渋し褥創も悪化。自宅復帰困難予想されたがNSTが介入し多職種が関わることで患者の希望である自宅に移行できた症例を報告する。

【症例】78歳男性 既往に糖尿病 糖尿病性末梢神経障害 糖尿病性腎症、閉塞性動脈硬化症 右下肢切断(膝下) 左足第5趾切断 右下肢切断部潰瘍 心筋梗塞(CPAで搬送歴あり)があり在宅医療・介護を受けていた患者 【経過】入院時より高血糖による意識障害及び感染性胃腸炎による下痢があり、意識レベル低下、嚥下障害の悪化に伴いPPN開始となる。第8病日血管脆弱によりPPN困難となりTPNに変更。経管栄養も併用開始となる。経管栄養開始後よりBristolscale7の便持続し経腸栄養剤の増量困難となる。経腸栄養ポンプでの速度管理を行いBristolscale5となりポンプ離脱となる。しかし、血糖管理・排便コントロール目的でグルコバルTFの投与開始となり完全経腸栄養へ移行目前に、下肢壊疽部の感染が確認され抗生剤の追加投与が開始となる。抗生剤開始となるとBristolscale7の便が持続、臀部の褥瘡リスクが増大し栄養剤の半固形成に変更。その後炎症・血糖・排便管理が安定した為在宅に移行した。入院時より血圧低下し末梢循環不全により両下肢褥瘡部は悪化し壊疽となる。褥瘡に関しては褥瘡委員により処置が開始される。

【結果】NSTが介入したことで栄養剤の選定、インスリン調整、リハビリが検討され介入患者の状態が改善傾向となった。グルコバルTFの使用により血糖値の安定、排便状況の安定が図れた。褥瘡部も皮膚形成の促進につながった。 【まとめ】栄養剤の選択は血糖・排便コントロールに有用であったと思われる。しかし栄養剤だけの血糖・排便コントロールは難しく、全身管理と共に多職種のサポートが重要である。

使いやすい処置室チェックリストの活用—業務の見える化の実践—

矢木脳神経外科病院 外来看護師 平井 千尋・松山 理恵・五島 朝子・芝田 裕子

【目的】外来の業務は診察室での診察介助、処置室、救急外来、アンギオ室における検査介助など多岐に渡る。外来の新入職者は最初に処置室業務に配置されることが多い。今までに使用されていたチェックリストは表現や評価方法が曖昧であった。また、現在行われている業務と異なる項目もあった。入職者は中途採用者が多くある程度の技術は習得出来ている。そこで、項目をそれぞれの技術ではなく業務・システムに着目した使いやすいチェックリストに修正し作成した。

【方法】研究期間:平成27年7月25日～平成28年 対象:外来新入職者(3名) プリセプター(2名) チェック項目は業務のポイントを行動レベルで表記。習得期間の目標設定を見える化した。電子カルテの変更に伴い、操作マニュアルを見える化し作成。

【結果】行動レベルで表記することで、業務で迷っているところ、間違しやすいところが見える化でき、行動がスムーズになった。出来る・出来ないが明確になり、自己の業務の理解度などが評価しやすくなった。また、習得期間の目標を設定することで、新入職者とプリセプターが業務についての確認を行う機会が増え、習得期間の設定が目標の達成に繋がった。

【考察】全ての項目を行動レベルで表記すると膨大な量になる為、注意すべき項目を絞って表記することでポイントが分かりやすくなったと考える。

目標を見える化することで、達成する意識付けが出来た。目標を設定したことで、業務の習得を新入職者が積極的に取り組むきっかけ作りとなっていると考える。処置室業務は電子カルテの操作を行う頻度も多い。操作マニュアルを見える化することで、実際にどのような手順で行う操作なのかが分かりやすくなる。文章で書かれた操作手順を確認したり、スタッフに確認するなどの負担を軽減出来ると考えた。操作マニュアルを照合させることで、確実な振り返りができ、より使いやすいチェックリストとなり外来での活用が定着するのではないかと考える。

【結論】行動レベルで見える化したことで評価が行いやすくなった。中途採用者に対して、技術のチェックではなく業務・システムに着目したチェックリストが有効である。外来看護の質を保ち統一した看護を行う為、また円滑に業務を進める為にチェックリストを活用し定着させる必要がある。

『もう一度孫と歩きたい』 ～寝たきりから在宅復帰へ～

老人保健施設アロンティアクラブ 和泉 清隆・渡辺 一二三

【はじめに】入所時より寝たきりの状態からADLが著しく回復されて自立となって退所された事例。細かい計画の設定と実行、家族様への持続的な支援、本氏への精神的ケアが良い結果に結びついた。

【症例紹介】N.K様 90歳 女性 要介護5

障害高齢者日常生活自立度 C1 認知症高齢者自立度 自立

平成26年5月29日、第12胸椎圧迫骨折・第2腰椎圧迫骨折後リハビリ目的で当施設入所。入所時、強い腰痛にて体動困難があり寝たきりの状態。日常生活は全てベッド上。入所時の希望は本人は、「以前のように歩けるようになって家に帰りたい」であり、家族は「伝い歩きが出来るようになったら」であった。

【経過】①離床時間の拡大→最初は家族希望にて食前5～15分離床、痛みと本氏の希望を配慮しつつ物作り等の余暇を提供、少しずつ時間を延ばし1時間位まで座位可能になった。②歩行機会の提供→PTによる歩行訓練。リハビリ以外に介護スタッフ付き添いによる歩行訓練でフォロー。③施設生活内QOLの向上→できるだけ自分でしたいとの本氏の希望もあり、施設内の移動、日課など段階的に介助から支援に移行した。④在宅に向けた支援→在宅での生活を想定し、スーパーでの買い物に行き、IADLの向上を図った。家族には本氏の本音を傾聴し精神的ケアを行ない、「孫と歩きたい」と意欲向上を図った。

【結果】FIMが初期で59/126であったのが最終119/126となった。移動はシルバーカー歩行。他の生活動作は自立。内服は自己で管理できるまでに改善され在宅復帰された。

【まとめ】現状のADLに合わせて段階的に事前に説明。本人が納得して行動し、途中で本人が自信をなくした際は、どうしたら理想に近づいて出来るかを一緒に考え行動・実施を繰り返し達成することが出来た。その間での細かい個別ケアが重要と学んだ。状況に応じて計画を修正しケアに反映することが在宅復帰支援で重要だと感じた。

認定看護師による 地域住民に対する脳卒中予防活動

矢木脳神経外科病院 看護師 松村 千鶴

【目的】高齢化をたどる日本において、脳血管疾患の予防は医療介護費の削減や健康寿命の延長において重要な課題である。今回、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師として当院の近隣住民に対して、脳卒中の予防と発症時に早期受診し適切な治療を受けられることを目的として啓蒙活動を行ったので報告する。

【活動内容】今回、参加者は近隣在住の高齢者男女。人数は、20～30名であった。参加者に対して脳卒中の種類、症状、治療、発症後に早期受診が必要な理由と発症予防について資料を示しながら説明した。内容は大切なことが強調されるように工夫し問いかけながら話を進めた。

【反応】今回、脳卒中の話聞くために初めて参加をしたという声もきかれた。こちらからの問いかけには、参加者から活発に発言する様子や、メモを取りながら熱心に話を聞く姿が見られた。また、参加者の中からは「かかりつけ医にはそんなことは言いにくい。」などの発言もあった。

【考察】今回初めて参加する方がいたことや、メモを取ったり質問があったりという反応から、地域住民のニーズは高いと考える。内容は、重要な箇所を強調し簡素化したのが、適切であったか評価ができなかった。実施後に意見を聞き、それを今後活用していける体制づくりが必要である。参加者が当院の存在意義を再確認でき、それが地域住民への安心感につながった。また、活動を重ねることで顔の見える関係を作り、健康について相談でき、発症予防のための行動を日常生活の中で実施できるように支援できる存在になることが認定看護師に課せられた重要な役割だと考える。

【まとめ】脳卒中発症予防や発症後の早期受診のための啓蒙活動は住民のニーズがあり、その内容や方法は患者や家族、また地域住民の意見などを聞き取り、より意義のあるものにして今後も定期的に開催していく必要がある。

END of (My Home) LIFE ～大好きだった”我が家“の生活が終わる時～

ヘルパーステーション アロンティア生野 尾上 大祐

【はじめに】ほぼ全てのご利用者が自宅での暮らしについて「住み慣れた”我が家“で元気に生活を続けていく」、もしくは「幸せな最期を迎える」という方のその思いに寄り添い支えることが在宅ヘルパーの使命です。今回は前年度に支援を終了したご利用者の目標達成状況を振り返り、私たちが行った支援内容の評価測定を行いました。

【方法】対象:H27年度に死亡・入院・入所により支援終了した、13症例 方法:13症例の性別、年齢、支援分類、障害自立度、認知症度で分類 内訳:男性3名 女性10名 60代2名 70代2名 80代8名 90代1名 要支援1名 要介護1～27名 要介護31名 要介護4～53名 障害自立度 J3名 A6名 B/C4名 認知症度 I6名 II2名 III以上5名

【結果】家で最期を迎えたい1名 状態が悪くなくても絶対に入院などしない。家で死んでやる5名 将来の不安を感じていない(分からない)ので、なるべく家で暮らし続けたい4名 将来の不安は自覚しているので何かあれば考える3名

【考察】家で家族と共に最期を迎えることができたのは、医療はじめ多職種ケアを平時より円滑に行えていることがよい結果に作用したと考える。状態が悪くなくても絶対に入院しないという気持ちの方に対しては、医療の介入を強めていく必要もある。そのためには、予見した結果を家族・関係者と平時より協議し、適切なタイミングで適正レベルの多職種ケアを実現していくことが重要と考えた。状況に応じて意思決定できる柔軟性があると、最初と思っていた形とは違ってもご利用者にとっては納得できる結末に達することができる。ただ、あまりに容易に意思変更されるご利用者もあり、こちら支援方針を見失わないよう注意する必要がある。ご利用者自身の生活目標があいまいだと、支え手である私たちの支援方針もあいまいになりがちで、意思決定を第三者に委ねる形に陥りやすい。

【まとめ】日頃の気付きが、ご利用者の日常生活の体調の変化を見極めることにつながり、様々な過程を経て結果に到着します。その中で在宅生活をより良い状態で維持・継続させていくには「先を予見する力」と「医療をはじめとする多職種連携」が極めて重要であると実感しました。ヘルパーはご利用者の一番そばで生活に寄り添っている者としての自覚と自負を持ち、ご利用者の「生活者」としての報を、多職種の関係者に共通言語で「伝達する」責務があることも再認識しました。

頭部MRAの撮影時間短縮に向けた取り組み

矢木脳神経外科病院 放射線科 山口 真則

【目的】ルーチンで行う頭部MR検査で最も時間がかかるのがMRAです。頭部MRAを短時間で撮影できればMR検査の時間短縮に最も効果があると考えたため今回の取り組みをはじめました。

【方法】頭部MRAを健常ボランティアに対して行います。撮影時間短縮のために各種のパラメーター（TR、マトリックス、スライス厚）を変更して撮影します。時間短縮によって画質の劣化が予想されるので得られた画像は元画像、MIP画像、VR画像にて肉眼評価します。ある程度の画質を保ったまま時間短縮できる方法を検討します。

【結果】従来では約210秒～240秒の時間をかけていましたが、今回の取り組みで約160秒程度で撮影できる撮影条件が決まりました。画質についてはS/Nの低下、血流信号の低下がおきました。これにより脳実質と血管のコントラストが低下しました。分解能の低下はあまり目立ちませんでした。

【考察】時間短縮によってやはり画質の劣化は避けられません。しかし約60秒の時間短縮は大きいと考えます。通常の撮影より画質が劣化するので予約患者には使用すべきではありませんが、飛び入りでの撮影や救急患者に対しては使用した方がよいと考えます。特に主幹動脈が塞栓しているような症例では1秒でも早く治療をはじめることが必要です。また不穏で安静にできないので早く撮像して画像を確保するというのも重要です。

【結論】今回の取り組みで時間短縮の撮影条件が作成できました。しかし健常ボランティアの年齢は若く、血流速度が速い方での検証ですので、血流速度が遅い方での検証が今後の課題です。

座面の高さの違いによる車椅子両下肢駆動における 体幹・下肢筋活動について ～足関節底屈位での駆動の分析～

矢木脳神経外科病院 リハビリテーション科 渡辺 健太

【目的】慢性期施設利用者は移動時に車椅子の使用が多いが、座面高が合わず足関節底屈位での駆動(以下底屈位駆動)となる者を見受ける。車椅子両下肢駆動は体力の維持・向上に寄与する可能性があるかと報告されている。しかし先行研究では、下肢駆動はその後の姿勢や歩行パターンに影響する可能性があるかと報告されているが、車椅子両下肢駆動における筋活動パターンの報告はみられない。そこで底屈位駆動と足底が地面に接する高さでの駆動(以下正常駆動)の2条件における下肢・体幹筋活動を筋電図にて分析した。分析結果からその後の姿勢や歩行パターンへの影響を検討した。

【方法】対象は健常男性10名(年齢25.0歳、身長171.0±3.7cm)で、背もたれにもたれずにモジュール型車椅子にて両下肢で駆動した。右踵と右母趾に添付したフットスイッチの接地時期を駆動相、離地時期を加速相とした。筋電計MQ-8(キッセイコムテック社製)を用い、右側多裂筋、外腹斜筋、腸筋筋、腹直筋、半腱様筋、大腿直筋、腓腹筋、前脛骨筋の筋活動を測定した。分析は駆動相、加速相における各筋の筋電図波形の変化を目視で確認した。

【結果】正常駆動では駆動相に半腱様筋と腓腹筋の筋活動が増大し、加速相に前脛骨筋の筋活動が増大した。底屈位駆動では加速相の中盤から駆動相に半腱様筋、腓腹筋の筋活動が増大した。2条件とも腹直筋、外腹斜筋、多裂筋、腸筋筋の体幹筋は駆動相から加速相に僅かで持続的な活動を認めた。

【考察】正常駆動における半腱様筋と腓腹筋、前脛骨筋の筋活動パターンは、正常歩行と類似していた。これは歩行周期と同様の関節運動を起こすためと考える。底屈位駆動で半腱様筋と腓腹筋の活動が加速相中盤から増大した理由は、正常駆動より駆動相が短い中で駆動力を発揮する必要があるためと考える。そのため駆動準備として早期に筋活動が生じたと考えた。2条件間で体幹筋活動の違いがなかった理由は、2条件とも背もたれにもたれない程度の体幹前傾位であったためと考えた。

【結語】底屈位駆動は加速相に腓腹筋の活動が生じるため、正常歩行と異なる運動学習へ移行する可能性が示唆された。車椅子両下肢駆動を行う際は、座面の高さ調整を行い正常駆動となる環境設定にする必要がある。

前方・後方連携の戦略的意義の一考察と今後の課題

矢木脳神経外科病院 医療連携室 松田 充史

【目的】2025年の地域包括ケアシステム実現に向け、今後特に注力していかなければならないテーマとして「医療連携」がある。医療連携機能強化は、自院・地域の医療資源を有効かつ効率的に活かすための手段であり病院経営戦略の柱のひとつに位置づけられる。地域の急性期医療を担う当院の医療連携部門における前方・後方連携の戦略を考察し、今後の課題を検討する。

【方法】医療連携室のミッションである医療連携機能強化を達成するため、前方・後方連携のSWOT分析を行い戦略マップを作成し、各々のBSCによる目標の可視化を行う。

【結果】1)SWOT分析から抽出されたBSCの4つの視点は下記の項目があげられた。

- (1)財務の視点における目標「急性期医療機関の存続」
- (2)顧客の視点における目標「患者、紹介先、転院先の満足度向上」
- (3)業務プロセスの視点における目標「紹介・逆紹介の運用の効率化」「渉外活動の充実」
- (4)学習と成長の視点における目標「地域情報の収集」「医療連携の意識付けと啓蒙」

ミッション達成に向けたアウトカムを明確にし、戦略マップを作成した。戦略目標とし成果の指標、目標値、アクションプランまで明確にしスコアカードを作成することにより、医療連携部門の各人の役割と行動が具体化され、職員が一人となり同じ目標を共有することができた。

【考察・まとめ】

病院の方向性と医療連携室の役割を理解でき、業務の意味づけと課題の可視化により、今後の行動変容につながる事が期待される。

また、BSCの活用により、医療連携業務における前方連携・後方連携においての機能強化に向けたポイントを整理することで部署内のマネジメントにも有効であると考える。今回、可視化されたものを戦略活用事例として活動、検証していく必要があり、これについては今後の課題とした。

病院におけるバランスト・スコアカード導入の必要性

矢木脳神経外科病院 医療サービス課 堀川 賢

病院経営は、医療環境の大きな変化の下、戦略的な病院経営が強く求められるようになってきている。従って、「医療の質」と「経営の質」両面からの質の向上が求められるようになり、漠然とした経営から納得のいくマネジメント手法が必要とされるようになった。そこで、組織の目標達成を目的に、企業や公共組織で戦略マネジメントのツールとして活用されているバランスト・スコアカード(以下BSC)を、病院経営に導入することで病院経営にどのような効果があるかを検討する。

【方法】BSCは、病院のビジョン、ミッション、戦略を理論的かつ包括的に可視化して、全スタッフにわかりやすく浸透させ組織一丸となって目標に向かわせる仕組みである。導入のプロセスは、1.ビジョン・ミッションの策定、確認は、病院の理念や運営方針と現状を比較してどんな問題があるか明確に分析。2.SWOT分析は、組織が持つ内部環境と組織の外部環境を確認評価。3.戦略目標・戦略マップ策定は、4つの視点:財務・顧客・内部プロセス・学習と成長の視点でビジョンの実現を検討。4.業績評価指標設定。5.目標値設定。6.アクションプラン。7.スコアカードにまとめる。8.実行・評価・組織内への浸透。の8段階である。

【結果】病院経営にBSCを導入することで、1.「可視化」により経営管理になじみのない病院スタッフにも経営管理を浸透しやすい。2.病院は多くの専門家集団が協働する組織であり戦略や方針がそれぞれの部門で正しく理解される必要があるが「可視化」によりその目標を達成しやすい。3.チーム医療を促進するうえで、それぞれの役割を「可視化」することができる。その結果、経営陣は視覚的、実質的に目標達成までを管理することができ、病院全体が目標に向かってベクトルが同じ方向に向くことができる。

【結論】これからの病院経営を考えると、BSCを導入することで病院経営の質の向上に大きく寄与するものと期待される。

