

0-8-29

誤嚥性肺炎患者の胸郭運動に着目して

諏訪赤十字病院 リハビリテーション科部

○関 圭祐

【はじめに】当院に肺炎で入院されたリハビリテーション対象患者の中で、誤嚥性肺炎による再入院を繰り返す患者を多く経験する。高齢になると肺弾力性低下、胸郭可動性低下により呼吸機能が低下すると言われている。今回、誤嚥性肺炎患者の胸郭運動に着目して症例検討を行ったので報告する。【症例】90歳代女性。誤嚥性肺炎にて当院へ入院。第2病日より理学療法・言語聴覚療法開始。入院前ADL (Barthel Index, 以下BI) 45点 (食事自立)。【理学療法評価】1バイタルサイン (端座位) 室内気SpO₂:94-95%、Borg scale15。2呼吸様式 (視診) 上部胸式呼吸優位。左右差なし。呼吸苦あり。自力排痰困難なため吸引が必要。3胸郭運動 (触診) 左上位・右下位胸郭後方回旋位。吸気時に胸骨前傾。4胸郭拡張差 (端座位: 安静・努力吸気差) 上部+1.0cm。下部+0.8cm。5胸腰椎可動域自動屈曲45°。自動伸展-30° (中間位伸展-40°)。6基本・ADL動作端座位のみ自力保持可能。他は要介助。BI15点 (食事全介助)。【仮説】円背を呈しており、上背部・下腰部優位の筋活動パターンであったことが予測された。また、肺炎に起因した呼吸苦により、上記パターンが助長されていると推測した。【理学療法内容 (10日間 1単位/日)】胸郭運動再建。体幹抗重力伸展運動促進。排痰援助。呼吸介助。【結果 (第15病日)】SpO₂:96-97%。Borg scale12。胸郭の左右対称化。吸気時の胸骨前傾減少。胸郭拡張差 (上部+1.4cm。下部+1.1cm)。胸腰椎伸展可動域-20°。BI35点 (食事一部介助)。【考察】胸郭運動に着目し介入を行った。結果、胸郭の左右対称化は得られたが、吸気時の胸骨前傾が残存した。呼吸苦の残存により上背部・下腰部優位の筋活動パターンが改善せず、胸骨前傾が残存したと考えた。今後は、誤嚥性肺炎患者の胸郭運動再建には、姿勢による筋活動のみでなく、呼吸苦も考慮し介入する必要があると考えられる。

0-8-31

医療介護連携に基づく脳卒中再発予防の為に継続的なマネジメントへの取り組み

多可赤十字病院 医療社会事業部

○大西 馨、上月ゆかり、田中 順子、遠藤 良介、森本 敦子

【はじめに】当院は、110床の病床 (一般病棟、地域包括ケア病床、回復リハ病棟、療養病棟) を有し、訪問看護・通所リハ・居宅 (介護支援事業所)、老健施設を併設し、地域包括ケアシステムの構築を目指している。今回、重度化する要介護者を減らす介護予防の一環として、脳梗塞再発予防に取り組んだ。【実践】対象者はセルフマネジメント可能な利用者を選定し、介護支援専門員3名、兼務の病棟看護師1名が定期訪問。主治医・関係機関と連携を図り、セルフマネジメント様式の開発・改善、専門職の関わりによる対象者の意識の変化を評価した。具体的に、病院職員と連携し、介護支援専門員が早期介入する体制を整備。退院前の導入時に、情報提供・共同アセスメントを実施し、対象者・家族の理解を深め、在宅復帰できるよう支援した。在宅では、居宅サービス計画書 (生活習慣の見直し・水分・塩分摂取量の指導、代替食品の提案、運動・服薬の管理、コミュニケーション能力の判断) を行った。【結果と考察】対象者は7名 (74歳～89歳)。健康管理シートを活用し、医師・看護師の協力を得て、対象者と家族の意識が高まるよう介護支援専門員がアドバイスを行った。対象者である利用者は、他者から認めもらうことで、自身の役割意識が持て、前向きな姿勢に変化したと考える。脳卒中の年間再発率は5%だが、10年間になると約半数以上という結果が出ている。今後の課題は、ツール等を活用しながら、病院・開業医・家族の協力を継続的に支援として結びつけていくことが重要である。【まとめ】今後も利用者である高齢者が、セルフマネジメントの能力を確実に身につけていけるよう、医療介護連携に基づく効果的なシステムの構築に向け取り組んでいきたい。

0-8-33

退院に向けた確実な内服管理方法の選択と支援～マニュアルの見直しを通して～

長野赤十字病院 脳神経外科、神経内科、糖尿病内分泌科

○牛越小百合、宮嶋さつき、原 ひとみ

<目的>

A病院B病棟に入院する患者にとって、内服管理が行えないと合併症の出現や憎悪をきたす危険性がある。そのため、入院中から退院に向けて内服に関して個々に応じた支援をしていくことが重要である。しかし、B病棟では患者個々に働きかける支援はなされていなかった。今年度から内服管理選択フローチャートと内服薬自己管理フローチャートを使用した看護介入を開始した。そこで、退院に向けて内服管理方法の支援が行えたか明らかにするため、本研究に取り組んだ。

<方法>

内服管理マニュアル、フローチャートを改訂し、B病棟の看護師34名に、内服管理マニュアルとフローチャートの改訂前後でフローチャートの使用頻度と、内服に関する退院支援がどの程度行えたかアンケート調査を行う。

<結果>

内服管理マニュアル、フローチャートの使用頻度、退院に向けた支援は改訂後増加した。また、具体的な退院支援方法は改訂前は2つ、改訂後は4つのカテゴリに分類された。

<考察>

改訂後のアンケートでカテゴリ化された4つの支援方法について考察する。【支援者の把握と働きかけ】入院中から支援者と関わり、内服管理に協力を得られるかアセスメントすることが重要であると考える。【患者にとってわかりやすい内服管理方法の検討】入院患者は高齢者が多く、高齢による認知機能の低下から多剤を管理することが困難になる。患者が管理できるような内服管理方法を検討していく必要があると考える。【多職種との連携】患者に一番近い存在である看護師が患者の情報を他職種と共有し、協力して支援を行っていくことが大切であると考える。【早期からの統一した支援】自宅退院する患者に早期から統一した内服管理支援を行うことで、退院までに患者にあった支援ができるようになったと考える。

0-8-30

褥瘡が発生した胸髄損傷に対し病棟との連携により改善を図った一例

高松赤十字病院 リハビリテーション科

○金山 弘樹、谷本 海渡、鉛野 淳、清原 啓司

【はじめに】胸椎化膿性脊椎炎により胸髄損傷を生じ、T8対麻痺を呈した症例を担当した。日中、趣味のパソコンを使用するため、坐位で過ごしたいとの希望があったが、起居動作に介助を必要とし、長時間ギョジャップ坐位で過ごされたため、褥瘡が発生した。褥瘡に対して日中の病棟での過ごし方を他職種と連携し改善を図ったため報告する。【症例】68歳男性、身長167cm、体重52.9kg、BMI18.9kg/m²。既往歴に糖尿病。CTにて第6～8胸椎の骨破壊像、MRIにて化膿性脊椎炎を認め、当院にて第4～10胸椎椎体固定術を施行した。【アプローチ】趣味の読書やパソコン、食事などを車いす坐位で活動していただき、ギョジャップ坐位時間の減少を図った。1日の離床時間は、3回のリハビリ介入と、看護師の管理のもと日中の車いす坐位で確保した。基本的坐位姿勢は股関節90度ルールを使用し1時間以上になる場合は、病棟看護師へ指導した介助方法にて除圧を図った。【結果】入院1日目、仙骨部・骨突出部の褥瘡は見られなかった。入院42日目、DESIGN-R分類にて4点仙骨部に真皮までの褥瘡が発生した。入院63日目 DESIGN-R分類にて3点仙骨部の浸出液が減少し改善が見られた。【結論】本症例はギョジャップ坐位による垂直方向への圧迫に加え、水平方向に働く摩擦により褥瘡が発生したと考えられた。今回時間的要因、車いす坐位姿勢に着目し、定期的な除圧により圧・ずれを分散することにより褥瘡が改善したと考えられる。今後、褥瘡リスクの高い患者に対し、患者の趣味・活動に合わせた日中の過ごし方を病棟・NST・褥瘡チームと早期から情報交換しサポートしていくことで、QOLを保ちながら褥瘡の発生予防、早期発見・治療促進ができると考える。

0-8-32

効果的な病床管理に向けたベッドコントロール会議の開催

富山赤十字病院 看護部

○編原 志信

【目的】入院が必要な患者の安心、安全な療養生活を確保するためには、病状にあった適切な病棟に入院することが求められる。そのためには、病棟のベッドコントロールの主体となる師長が各部署の「コア」、各部署の専門性と強みを意識しつづつう患者を受け入れるかを考えることが必要である。当院では平成28年4月に1年後の緩和治療病棟開設を目的に48床を休床することとなり、ベッドコントロールが厳しくなることが予測された。そこで、各師長が病院全体を把握し、積極的に入院を受け入れる意識を持つことを目的にベッドコントロール会議を開始した。会議開始後1年を経過し、各師長のベッドのコントロールに関する意識の変化について評価した。

【経過】平成28年4月より看護部が主体となり、毎朝9:00に業務に支障がない限り全師長と病棟管理担当の事務職員参加によるベッドコントロール会議を開始した。当初は、未定の当日の予約入院患者の病床決定、二次救急輪番日翌日の救急病棟患者の移動病床決定が中心であったが、徐々に自部署で受けるべき入院を受けるための病棟間の患者移動、他部署の業務量を意識した入院受け入れや応援体制への配慮ができるようになった。平成29年1月より、会議を各師長主体で実施することし現在に至っている。

【結果・考察】ベッドコントロールの効果として、1) 他部署の状況 病院全体の状況を把握でき連携できる。2) 予約入院が入らない時、救急床、救急室患者のベッドコントロールに役立ち、入院までの待ち時間短縮につながる。3) 全部署で協力し調整できるため効率的である。等があげられた。入院受け入れるスタッフの業務負担から守りの姿勢であった師長たちが、前向きに入院を受け入れる姿勢に変化し、病棟管理部門からも好評を得ている。今後も患者の病状にあった効果的なベッドコントロールを継続したい。

0-8-34

「当院における糖尿病教育システムの実態調査」

小川赤十字病院 看護部・外来¹⁾、小川赤十字病院 看護部²⁾

○濱口 計子¹⁾、大川 雅代¹⁾、五十嵐由里¹⁾、金子貴美江²⁾

【目的】当院では糖尿病治療の自己管理の一助として糖尿病教育システム (糖尿病教室・糖尿病教育入院) を提供してきた。年間約130名がこの教育システムに参加しているが、すべての通院患者に関わっていないのが現状である。そこで、当院に外来通院する糖尿病患者を対象にアンケート調査を実施し糖尿病教育システムの参加状況を確認すると共に、参加できていない患者の理由を明らかにし、その課題を見出した。【方法】期間:平成29年1月31日から2月24日通院中の糖尿病患者からランダムに150名を抽出、紙面にてアンケート調査【結果】回収131名。男性73名女性58名、平均年齢:66.9歳 (±30)、罹病期間:平均12.12年、平均HbA1c71% (59～94%)。糖尿病教室受講歴有81名68%なし48人37%、教育入院歴有43名33%なし77人59%であった。糖尿病教室を受講しない理由は、医師から勧められていない27人54%、糖尿病教室の存在を知らない8人16%であった。「糖尿病教室を受講したいと思うか」との問いに対しては、機会があれば受講したい18人40%、勧められれば受講したい16人36%との回答があった。また、教育入院歴なしの理由は、医師から勧められていない42人55%、あることを知らない18人23%、その他の理由7人9%で「仕事があって休めない」「家を空けられない」などの意見が挙がった。【考察】糖尿病教育システム (糖尿病教室・糖尿病教育入院) に参加していない理由は「医師から勧められていない」「存在を知らない」と、医療者側に問題があることが明らかとなった。また糖尿病教育を受けられていない場合でも、そのきっかけを望んでいる患者がいることもわかった。今後は、医療者側の問題を更に分析し、糖尿病患者が教育を受けられるよう糖尿病教育システムを検討していきたい。

10月23日(月)
一般演題(口演) 抄録