

O-2-18

急性期一般病棟で取り組むせん妄予防ケアの実践とその効果

名古屋第一赤十字病院 西棟12階B病棟¹⁾、看護部 認知症ケアチーム²⁾

○大島 和美¹⁾、岡田 朋子²⁾、青山 昌子¹⁾、安井 清美¹⁾

【目的】高齢患者はせん妄発症のリスクが高く、いったん発症すると転倒転落やルート自己抜去等の事故を招くことがある。事故防止対策として身体行動制限を行うことがあるが、それによってせん妄症状は悪化することが多い。当病棟で取り組んでいる入院後早期からのせん妄予防ケアについて報告し、その効果を検証する。

【方法】対象は75歳以上の当病棟入院患者で、2018年4月から2019年3月まで実施した。入院時はせん妄の要因分析を行い、評価尺度ICDSCでせん妄の評価を実施した。発症リスクのある患者には看護計画を立案し実施、患者家族へは予防ケアの必要性を説明した。発症患者への対応は認知症ケアチーム回診を活用し、患者カンファレンスで情報共有した。せん妄ケアのアウトカム指標をルート自己抜去、転倒転落の発生状況とし前年度と比較した。身体行動制限の実施状況は、院内平均実施率と当病棟の実施率を比較した。

【結果】転倒転落の月平均発生件数は2017年度22件に対し2018年度20件、ルート自己抜去は2017年度28件に対し2018年度11件であった。身体行動制限実施率は院内平均13.4%に対し当病棟は4.2%であった。

【考察】ルート自己抜去件数の減少は、せん妄評価や予防ケアの実践が病棟内に定着した効果と考えられる。身体行動制限は患者カンファレンスで必要性と解除に向けた話し合いが定着し、不必要な行動制限の解除に繋がった。転倒転落件数に変化がなかったことは、高齢者の転倒転落には身体機能低下や認知機能低下等せん妄以外の要因も複数関与している為と推測するため、多角的に患者をとらえた事故防止対策の実施が示唆される。

O-2-20

入院による環境の変化によりせん妄状態となった患者への身体抑制解除への試み

静岡赤十字病院 看護部

○鈴木 莉佳、繁田 敏恵、井口 実香、高野 実梨、高村 歩、小川美乃里、守屋 麻美、牧野 仁美

【はじめに】高齢患者の入院ではせん妄とそれに伴う危険防止のため身体抑制を行うことがあり、その際には早期にせん妄状態の改善をし、抑制解除ができるケアが求められる。今回、抑制解除を優先的に行った結果、せん妄状態の改善ができた事例を経験した。そこからせん妄発生時の対応やアセスメントの重要性、チーム間・家族との情報共有や連携について考えることができたので報告する。【事例紹介】A氏76歳男性。右上下肢麻痺・構音障害を主訴に来院し脳梗塞の診断で入院となった。入院時から従命ができず体幹ベルト等が開始された。その後、意識レベルの改善に伴い従命できるようになったが、夜間せん妄がみられるようになったため家族の協力を得ながら生活リズムを整える等の関わりを行ったが、夜間せん妄と身体抑制が解除できない状態が続いた。身体抑制がせん妄の誘発因子であると考え、スタッフ全体でそのことの共通理解をし抑制解除をしても安全が保てる環境作りを検討・実施した。その後夜間睡眠が確保できるようになった。【考察】せん妄には様々な要因があり、患者がどのような要因でせん妄を引き起こしているのかを観察、アセスメントすることで予防的関わりが行える。またせん妄となっても、主治医を中心に認知症ケアチームやご家族とどのように環境を整えていくか検討することが大切である。また身体抑制がせん妄を助長する要因であることを念頭におき抑制を解除しても安全である環境を作るといった視点の変換が重要であると感じた。

O-2-22

認知症高齢者日常生活自立度と摂食嚥下障害臨床的重症度分類との関係

岐阜赤十字病院 看護部¹⁾、リハビリテーション科²⁾

○坂 啓子¹⁾、小牧 陽子¹⁾、若原 千夏²⁾

【目的】認知症患者で誤嚥性肺炎を繰り返す症例は多い。そこで嚥下機能評価を行い適切な対応につなげることを目的に、誤嚥性肺炎患者の嚥下障害の重症度と認知症高齢者の日常生活自立度との関連を検討したので報告する。

【方法】2018年4月～2019年3月までにA病院に入院した誤嚥性肺炎の病名を含む90名のうち認知症症状のみられた82名を対象に、1)認知症高齢者の日常生活自立度にて、1～2b群、3a～M群、2)摂食嚥下障害の臨床的重症度分類(以下DSS)にて、誤嚥あり(唾液誤嚥・食物誤嚥・水分誤嚥・機会誤嚥)群、誤嚥なし(口腔問題・軽度問題・正常範囲)群に分類し、これらの関係をカイ2乗検定で分析した。

【結果】対象者の平均年齢は、86.45歳。1～2a群26名のうち誤嚥あり群は21名、誤嚥なし群は5名、3a～M群56名のうち誤嚥あり群は54名、誤嚥なし群は2名であり、認知症高齢者の日常生活自立度と嚥下障害の有無には有意に関連があることが示唆された(P<0.05)。また、誤嚥あり群では水分誤嚥と食物誤嚥が多く、認知症高齢者の日常生活自立度3aが11名、4が11名あった。一方、誤嚥なし群では口腔問題や軽度障害が多く、認知症高齢者の日常生活自立度1～2での割合が高かった。誤嚥性肺炎と診断されていても嚥下スクリーニングでは誤嚥なしの判断となるケースが確認された。

【考察】認知症高齢者の日常生活自立度が低い場合は、誤嚥のハイリスクと考え適切な対応が必要である。また、日常生活自立度が高い場合は、誤嚥性肺炎を起こしているも嚥下スクリーニングのみでは誤嚥が認められない場合があり、実際の食事場面での評価が重要であると考える。

O-2-19

急性期病院の脳神経外科、神経内科病棟における看護師の身体拘束解除の判断

名古屋第二赤十字病院 看護部

○服部 将茂、加藤 智子、神田 温子

はじめに A 病棟では生命の危機管理が必要な超急性期から、ADL 拡大を目指すリハビリ期までの幅広い患者層が入院している。過剰な身体拘束を減らすことにより、患者の心身の負担軽減を図ることを目指し、本研究に取り組んだ。目的脳神経外科、神経内科病棟で働く看護師が、患者との関わりの中でどのように身体拘束を解除する判断をしているのかについて明らかにする。方法 脳神経外科、神経内科 A 病棟に働く看護師の中で、身体拘束解除の経験があり、研究参加同意を得た4名にフォーカスグループインタビューを60分行った。インタビューから逐語録を作成し、直感的に研究者が思いついた言葉あるいは研究参加者が語った言葉でデータをコード化し、カテゴリ分けした。用語の定義判断とは、患者の状態または患者の周囲の環境を見定め、身体拘束解除が可能であると考えを決めることとした。倫理的配慮 A 病院看護研究倫理委員会での承認を得た。結果 データ分析の結果3つのカテゴリが抽出された。1客観的情報を元に、自分で直接見て得た情報を重視して解除している。2自分の眼が届き危険行為にすぐ対応できる環境にあるとき解除している。3独断せず患者を前にしてベッドサイドで医師やチーム看護師と相談し解除している。考察 看護師は患者が身体拘束を外してほしいと訴えたとき、傾聴することで訴えの本質をアセスメントし、代替策を考え、身体拘束の解除に至っていた。患者の認知機能の判断は意識レベルのスケールだけでなく、何気ない日常会話、手術前後のエピソードを語るなど会話の整合性や記憶力の有無を重視していた。何場面かの観察の必要性、危険性の推測、迅速な対応など解除に至るまでに時間的、環境的条件があることが示唆された。

O-2-21

骨粗鬆症リエゾンサービスチームの取り組み ～継続指導の課題と重要性～

庄原赤十字病院 看護部¹⁾、地域連携室²⁾、整形外科³⁾

○有馬 理恵¹⁾、大下 泰江¹⁾、山本 隆²⁾、水野 俊行³⁾

【はじめに】当院では整形外科で骨密度測定時外来スタッフによる骨粗鬆症問診票の聞き取りと骨粗鬆症連携手帳を記入し看護師による指導をしている。昨年指導件数は579名で、多い時は1日8名を看護師2名で外来診察介助の間に指導し、2回目以降は同じ問診票を使用している状況である。今回業務の効率化や継続指導につなげるために骨粗鬆症問診票の見直しを検討した。

【目的】2～4回目の骨粗鬆症問診票の結果から、患者の行動変容を調査し、業務の効率化や効果的な指導につなげる。

【方法】2016年4月から2019年5月までに4回骨粗鬆症指導を受けた患者30名を対象とし項目ごとに変化があるか、患者が特定されない番号にて配慮し調査した。

【結果】食事・運動・日光浴について何らかの行動を起こした患者は2回目で80%認められたが、4回目では90%と増加した。運動については毎日行う患者が2回目で33%認められたが4回目は56%と増加した。運動時間は2～4回目全てにおいて10～20分が2回目43%、4回目は30%で一番多く、指導を重ねるごとに運動を1時間実行する患者が6%から20%と増加した。食事・日光浴については1回問診票では読み取ることができず、薬の飲み忘れについては10%から3%に減少した。

【考察】まともな指導回数を追うことに指導の効果があると考えられ、継続指導の重要性を改めて感じた。今後の課題として指導時に問診票から読み取れない所は、指導中に確認が必要であり、時間を要するのでは問診票に記入し食事・日光浴に関しては詳しい問診票に改訂する必要がある。外来診療の間に効果的な指導を行うため改訂した問診票と骨粗鬆症連携手帳を活用し、変化を可視化し患者と共有することで患者のモチベーションを保ち、治療が継続できるよう関わってきたい。

O-2-23

急性期病棟の特性を併せ持つ地域包括ケア病棟の退院支援に関わる看護師の現状

飯山赤十字病院 看護部

○安田 愛、足立 春香

【目的】急性期病棟の特性を併せ持つ地域包括ケア病棟である当病棟では退院支援のみで特化できない現状がある。そこで本研究では看護師の退院支援に対する現状を明らかに今後に生かしていきたい。【方法】インタビューガイドに沿った半構面面接を行い、得られたデータをKJ法を用いて分析した。【結果・考察】研究対象は看護師17名。退院支援に関する対応の難しさや上手くいかなかった経験について分析した結果、「対象を生活者の視点で捉えにくい」「知識や情報の不足による退院支援困難」「急性期病棟の特性にしばられる」の3つのカテゴリに分類された。看護師と家族が話しをする機会が少ない現状から患者の個性に合わせた自宅療養生活のイメージを看護師自身が持つことができず、家族との目標の相違に気付くことが遅れる事が退院支援の停滞に繋がっていることが考えられる。その中でもほぼ全員の看護師が退院支援に対する知識不足や進め方への不安を抱いていた事が明らかになった。急性期患者や認知症患者の対応が優先される日常業務の中で看護師・他職種同士が退院支援の進捗状況や方向性を確認するための場や術がない事が、看護師の退院支援に対する不安や葛藤を助長させるほか、退院支援の停滞を生じさせていることが考えられる。【結論】現状の困難感を軽減させるためには、1. 患者を生活者として捉え、家族との退院時の目標の相違に早期に対応する為に積極的な連絡を取る。2. 誰もが同じ水準で退院支援を進めていく為の手順書の作成。3. 看護師の不安の解消、退院支援計画の妥当性の相談、看護師間・他職種間の進捗状況の確認の為のカンファレンスの実施。4. 他職種との連携不足の改善と業務の効率化の為に共通の記録書類の活用が必要である。