

07-19

弾性ストッキング装着について ～看護師の知識向上とケアの統一を目指して～

成田赤十字病院 救急センター

○井窪 晃平、秋山 聡史、庄司 和佳菜

【背景】救急病棟である当病棟は超急性期から急性期までの多種多様な患者が入院してくる。多くの患者は床上安静であり、入院時から深部静脈血栓症（以下DVTと略す）予防が必要であるが、DVTの予防である弾性ストッキング装着の重要性については担当科により違いがあった。2004年に日本静脈血学会により策定された肺血栓症および深部静脈血栓症の診断・治療・予防に関するガイドラインにも疾患別に、いつから弾性ストッキングを適用するのかなどの記載は無く、ガイドラインを基準に各科に合わせた予防をしていくことが必要であると示されている。また、看護師間でもDVT予防に関して認識の違いがあったことから弾性ストッキングの装着について疑問や不安があり、ケアの統一が成されていない状況であった。

【目的】看護師の不安や疑問を減らし、看護ケアの統一を検討する。

【方法】病棟看護師に対し2回知識テストを施行し、知識の向上を図った。全科医師にアンケートをとり、弾性ストッキング装着基準フローチャートを作成した。倫理的配慮についてアンケートは全て無記名によるもので匿名性の確保を行った。またスタッフの意思が尊重されるよう解答は選択制、自由記載を採用した。

【結果】実施した知識テストの正答率が53%から86%へ上昇した。アンケート結果からフローチャートが有用であったとの意見が95%あり、装着に対する新たな不安は聞かれなかった。

【結論】DVTに対して勉強会を行うことでスタッフの知識向上が成された。またフローチャートの導入を行うことでケアの基準、指標となりケアの統一が図ることができた。結果的に知識の向上とケアの統一は個々の認識のずれを修正することになり、エビデンスを持つことで各々が抱えていた不安の軽減に繋がったと考える。

07-21

セルフケア困難と思われた認知症、統合失調症事例への指導の経験

沖縄赤十字病院 看護部

○嶺井 はるか、久手堅 みゆき、水田 厚子

【目的】認知症、統合失調症のためセルフケア困難と思われる事例に対し、周辺他者を含めた関わりによりセルフケアが確立できたので報告する

【症例】事例1) A氏80代女性、腸腰筋膿瘍、直腸穿孔による横行結腸ストーマ造設、認知症、同年代夫と同居事例2) B氏60代男性、腹腔内膿瘍にて緊急ストーマ造設、統合失調症、母・妹と同居

【経過】事例1) 夫が他者にケアを委ねることを拒んだため、夫婦でセルフケアが行える方法を検討した。A氏はストーマを「便が出てくる穴」ということは認知していたため、便の破棄はA氏へ指導し、見守りの元での手技が習得できた。装具交換は、文字が読めない夫に対して、写真を載せたパンフレットや、ストーマサイズを型取った厚紙シートを作成し、夫の理解度に合わせた指導を行った。また、腹壁に皺があるため、A氏が皮膚を伸ばす、夫が面板の貼り付けを行う、と役割分担したことで装具交換の流れが習得できた。事例2) 家族への指導が困難であったため、装具交換は訪問看護を導入した。便の破棄はB氏へ指導を行ったが、袋内に溜まった便を気にとめず促さないとそのままにしている状態であった。そこで、授産施設で作業を行っていたという情報から規則的な行動は可能であると判断し、本人の生活スタイルに沿った日課表を作成し、定期的な便を破棄する行動を習慣化できた。

【考察】患者本人が全てを担うことが出来ないことを否定的に捉えず、出来る部分を認め、出来ない部分を援助することでセルフケアが確立し、社会復帰に至ることが可能となった。セルフケアの確立とは自己の能力のみならず他者の力を借りて一連の流れを行うことも含まれるといわれており、今回の2事例は周辺他者を巻き込んで指導を行ったことがセルフケア確立に繋がったと考える。

07-20

機能性尿失禁患者の失禁改善に向けた介入の一例

福岡赤十字病院 看護部

○中江 詩織

【はじめに】A病棟は、脳血管疾患の後遺症により高次脳機能障害や運動機能障害をもつ患者、認知症が既往にある患者が多い。しかし、失禁する患者に対し、排泄の一連の動作に関連する機能を統合的に捉えた個別性のある排尿ケアを行っていない。これらを踏まえ、機能性尿失禁患者に対して行った失禁改善に向けた排尿ケア(排尿誘導)について報告する。

【研究方法】機能性尿失禁を呈する患者1名を対象とし、排泄機能、排泄に関する認知機能、運動機能をアセスメントしたのち、排尿チェックシートを用いて排尿時間、一回排尿量、尿意の有無、飲水量、飲水時間を記録する。これらの情報から排尿パターンを予測し、排尿誘導を行う。

【症例】80歳代男性、右急性硬膜下血腫(頭頂部、側頭部)、入院中に脳梗塞も発症。調査開始時(発症13日目)、JCS2～3点、MMT右上下肢5点、左上肢2～3点、左下肢3点。ADLに関して、食事はセッティングで自力摂取可能、立ち上がりも軽介助で可能、その他は全介助。オムツ外しや脱衣をすることがあった。

【結果・考察】排尿誘導開始後3日目までは、誘導しても排尿がなかったが4日目より排尿、排便ともにあった。排尿誘導時に排尿できる回数が増え、徐々に失禁が減り、便失禁は無くなった。介助者側の要因で設定した時間に排尿誘導ができないこともあった。脱衣やオムツを外すという行動があり、それを排泄のニードであるかもしれないと考え排尿チェックシートを活用しながら排尿パターンを把握し、排泄・運動・認知機能をアセスメントしたうえで排尿誘導を行ったことが、結果として日中の尿失禁が減ることに繋がったと考える。また、排尿誘導を行った際に排便するようになったため、結果として便失禁がなくなり相乗して効果が得られた。

07-22

ICDSCを導入した、高度治療室における「せん妄」リスクの評価

沖縄赤十字病院 集中治療室

○岡本 愛美、照屋 盛人、花谷 敦子、前泊 貴大

【はじめに】集中治療室ではせん妄発症により治療・検査が妨げられる患者は少なくない。せん妄発症は生命予後に大きく影響を与えるとされており、早期発見・早期予防が重要である。当院ではこれまでせん妄に関するスケールの使用はなく、共通した評価は行っていなかった。そこで、スタッフが共通した評価で患者対応を行うことを目的に、簡便で患者の協力を必要とせず、せん妄のリスクを捉えやすい、ICDSCを導入した。ICDSCの利用で、スタッフの共通したせん妄評価を得られたと同時に、当院の高度治療室(HCU)におけるせん妄発症の割合とリスクを因子を一部捉えることが出来たためここに報告する。

【対象・方法】収集期間：平成23年8月1日～平成24年3月31日の間にHCUに入室した患者465名。ICUを経た患者はICU入室日を1日目と計算し、ICDSCを実施。ICDSC4点以上をせん妄と評価。初期発症時期を入室から1～2日/3日～6日/1週間以上の群に区分し、性別・年齢(65歳未満、65歳以上)・発症勤務帯にて評価した。

【結果】入室患者の約3割がせん妄と評価され、せん妄発症に性別差は認めなかったが高齢者に多発。入室から3～6日の群が最もせん妄発症が多く、夜勤帯の発症が多くを占めた。

【考察】ICDSCの導入によりスタッフが共通したせん妄評価を行うことが出来たと同時に、これらの結果を踏まえて、入室からせん妄の予防・安全管理に対応できるようになったと考える。