

第8回

朝倉医師会病院 総合研究発表会

抄 録

2016年2月6日

朝 倉 医 師 会 病 院

第8回 朝倉医師会病院 総合研究発表会 演題プログラム

開場 12:30 開演 13:00

◆オリエンテーション 12:45～13:00 (開会の辞:石井副院長)

第1部 口演 13:00～13:40 座長 看護部主任 兵道 真由美

- | | | |
|--|------------|-------|
| 1. 地域包括ケア病棟入棟患者のADL変化
～自宅退院に向けた動作の重要性～ | リハビリテーション科 | 熊井 雅友 |
| 2. GDI (Good Death inventory) を用いた遺族の評価による終末期がん患者のQOLから見えた当院の特徴と課題 | 緩和ケア病棟 | 穴井 由貴 |
| 3. 内服薬自己管理基準導入に伴う看護師の意識変化 | 5階東病棟 | 植木 順子 |
| 4. 緩和ケア病棟における栄養管理～「おこのみ食」の検討～ | 栄養管理科 | 東園 奈々 |

◆休憩 13:40～13:50

第2部 口演 13:50～14:30 座長 企画課科長 古川 豊樹

- | | | |
|--|-----------|--------|
| 5. 整形外科病棟における安静度カレンダー活用法の再検討 | 3階西病棟 | 深町 誠 |
| 6. 消耗品の無駄使いをなくそう
～物品の払い出し方法の見直しと職員の意識向上による経費削減～ | アスパア | 伊藤 真美 |
| 7. 高圧蒸気滅菌バックの有効期限の検証 | 手術室 | 國武 由里 |
| 8. 電気の「見える化」で、明るい未来化
～みんなで取り組む節電効果～ | 総務課・施設管理課 | 田中 慎太郎 |

◆休憩 14:30～14:40

第3部 口演 14:40～15:20 座長 看護部主任 牛島 けい子

- | | | |
|--|-------|--------|
| 9. PNS 導入にむけての取り組み | HCU | 大内田 祥子 |
| 10. 心不全患者の日常生活行動に関する実態調査 | 4階東病棟 | 永野 真紀 |
| 11. 患者が安心して手術を受ける為に
～術前パンフレットの見直し・作成～ | 3階東病棟 | 永田 百合香 |
| 12. A 病院手術室の環境下におけるカルクシジノグロン酸塩含有エタノール製剤を用いたウォーターレス法による手指消毒の効果 ～現行方法との比較～ | 手術室 | 草場 昂 |

◆休憩 15:20～15:35

第4部 パネル発表 15:35～16:20 座長 薬剤科科長 北島 祐子

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. 外来受診患者の待ち時間の関わりについての検討
～実態調査をしてみえてきた患者の心理～ | 外来 | 松岡 京子 |
| 2. アンギオCT室における「タイムアウト」導入の取り組み | 診療放射線科 | 塚本 大樹 |
| 3. 肺年齢を悪化させる生活習慣病の関係 | 臨床検査科 | 長沼 千紗奈 |
| 4. 服薬管理能力判定表の作成を試みて
～地域包括ケア病棟における在宅支援の視点から～ | 5階西病棟 | 高野 博光 |

◆休憩 16:20～16:35

第5部 表彰式 16:35～16:50

総評・表彰：藤井副院長

閉会の辞：上村副院長

地域包括ケア病棟入棟患者の ADL 変化

～自宅退院に向けた動作の重要性～

朝倉医師会病院 リハビリテーション科 ○熊井雅友 濱尾空 山本健太郎 森本周作

【はじめに】

平成 26 年度の診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設されました。当院でも平成 26 年 5 月より地域包括ケア病棟を開設してきました。地域包括ケア病棟とは、急性期治療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟である。そのなかで、リハビリテーションの果たす役割としては、身体機能を改善させ、在宅生活を見据えた動作能力の獲得が必要である。

【目的】

在宅生活を見据えたリハビリテーションを行うにあたり、地域包括ケア病棟へ入棟してからの ADL 変化を評価し、その評価点数変化と各項目の点数変化により在宅生活での重点動作を把握し今後のリハビリテーションの一助になればと思い実施した。

【方法】

平成 27 年 6 月から 9 月の期間で一般病棟から地域包括ケア病棟に転棟した患者を対象に、移動手段・歩行速度・ADL 評価 (Barthel Index : 以下 BI、Functional Independence Measure : 以下 FIM) を転棟時、退院時に評価し、ADL 点数に対し t 検定を実施した。

【結果】

BI では、入棟時平均 77.9 点から退院時 87.4 点、FIM では、入棟時 106.3 点から 113.8 点と変化が認められた。

個別の動作では、食事は 6.4 点から 6.7 点、清拭は 5.9 点から 6.4 点、更衣では 5.1 点から 5.9 点、排泄では 6.0 点から 6.5 点、移乗では 6.3 点から 6.6 点、トイレの移乗では 6.3 点から 6.6 点、入浴が 4.9 点から 5.8 点、歩行では 5.5 点から 6.4 点、階段昇降では 3.7 点から 4.8 点と全ての項目において改善が認められ、排泄コントロール以外の項目において有意差が認められた。

【考察】

今回の調査で、ADL 評価 (FIM、BI) で点数の改善が認められ、有意差が認められた。また、個別の動作でも全てにおいて評価点数が上昇し、排泄以外の項目で有意差が認められた。そのことから、地域包括ケア病棟へ転棟後のリハビリや病棟スタッフの ADL 支援により効果が得られたと言える。リハビリ内容としてもベッド周囲の動作獲得を目的としたリハビリから、自宅退院を見据えた病棟内での動作獲得への対応へとシフトし、特に入浴や歩行・階段昇降の点数上昇が大きく、立位や歩行のリハビリ対応の効果が認められていた。

また、自宅退院患者と施設入所・転院患者の ADL 評価を比較すると歩行や階段昇降といった移動能力の項目に著明な差が認められていることから、自宅復帰に求められる事として、安全な移動能力の確保が重要だと言える。

GDI (Good Death Inventory) を用いた遺族の評価による

終末期がん患者のQOLから見えた当院の特徴と課題

緩和ケア病棟 ○穴井由貴 砥綿俊子 吉松敏子 大坪悦子

【目的】

1. 当院緩和ケア病棟で行われているケアに対する評価と満足度から今後の課題を抽出する
2. 実際に緩和ケアを利用した遺族の意見を今後のケアに反映することでより質の高い看護の提供と患者のQOL向上に繋げるため

【方法】

1. 対象数：平成24年10月1日から平成27年3月31日までに死亡退院した患者322名のうち無作為に選択した150名
2. 期間：平成27年9月1日から9月30日まで
3. データ収集方法：GDI使用による質問用紙による収集
4. 分析方法：質問用紙で得られた量的データを既存している収集データと比較

【結果】

- ・回収率は46.7% 全般満足度は84.2%
- ・コア10項目：終末期においても身の回りのことが自分でできていたと評価されたことから、身体面と精神面に対するつらさへの対応ができていた。
- ・オブショナル8項目：約6割が納得いくまでの治療を行い緩和ケアを選択し入院されている。
- ・先行データと比較すると水準に大きな差はみられなかった。

【考察】

治療を終え緩和ケア病棟に来られ、チューブやモニターに拘束されず自然に近い形で過ごせたことや、季節の行事や病棟のレイアウトなどで楽しみや変化を感じながら過ごせる工夫を行うことで、患者のQOLを高める一要因となったと考えられる。

また、患者家族共に先々の事を考え、寺院や斎場などを自分で決めている患者が多く、宗教的な信仰に支えられながら、生来設計ができ、家族間での支え合いや本人への関わりが密になったことや医師・医師以外のメディカルスタッフの多角的な面からの援助が緩和ケア病棟で過ごす患者の安心へ繋がっていったのではないだろうか。

宮下が「終末期に臨床では多くの工夫がなされており、楽しみや希望をもつこと、人生に対する達成感をもつことなどは、医療者のケアにおいて充足することは容易ではない」と述べている。身体面や薬剤の使用等エビデンスに基づいた医療の提供または看護やケアと併せて、不可視であるスピリチュアル面や全人的な苦痛に対するケアの方法についての当院緩和ケア病棟での質が更に向上するように、今後も検討していく必要がある。

緩和ケアとは“最期を迎える場所”という意識が強く、今後は本人と家族が主体となり“最期までをどうすごすのかを考える場所”としての関わりが求められる。その為に、日々のケアや自立や希望を支えるための看護の工夫と医師・医師以外のメディカルスタッフとの協力や連携が必要となる。

内服薬自己管理基準導入に伴う看護師の意識変化

朝倉医師会病院 5 東病棟 ○植木順子 江藤寛菜 田中淳美 松尾実佳

藤原有菓 高橋リカ 満永亜由美

【目的】

朝倉市の65歳以上の人口の割合は23%であり、単独世帯の割合は32.4%である。高齢単独者も少なくなく、内服の管理は患者本人が行っている。入院中に内服薬が増えることも多く、加えて生活環境の変化で患者が混乱することも少なくない。入院中、内服薬の服用間違いは、当病棟だけで昨年10件、5年間で45件のインシデント報告があった。当病院には自己管理可能かを判断する基準がなく、入院時の内服管理の方法の決定は、看護師個々のアセスメントに任されていた。

今回、内服薬管理基準フローチャートを作成し患者に適した管理方法を選択することで看護師個人が不安なく統一した判断ができ、意識変化に繋がるのではないかと考えたため。

【方法】

期間：2015年5月～2015年11月

対象：5階東病棟看護師25名

方法：内服管理フローチャート作成、フローチャート使用前後でのアンケート実施

【結果】

フローチャート前のアンケートでは全体的に内服管理についての不安や迷いがあり、また、インシデントを経験したスタッフも多数いた。フローチャートを作成したが、使用することの意識付けが出来ておらず、周知するまでに時間を要した。導入後、不安や迷いは減少している。

【考察】

①入院時に生活背景や内服薬の管理状態等を情報収集し、入院後の内服管理形態を決定するが、出来るだけ早期に自己管理能力について再評価することが必要である。

②フローチャートを用いてカンファレンスを開きスタッフ間で情報共有することで個人の不安軽減及びアセスメント能力の向上に繋がると考える。

緩和ケア病棟における栄養管理～「おこのみ食」の検討～

栄養管理科 ○東園 奈々、林 真紗美、佐々木 君枝

【目的】

近年、緩和ケアにおける栄養管理が注目され、終末期がん患者におけるQOLの維持・向上に、食事が大きく影響していると言われている。当院では、緩和ケア病棟入院中の患者に対し、食事の要望や相談を、管理栄養士が聞き取り方式で行っている。しかし、「食べたいものがわからない」といった相談を受けることも少なくない。そこで、「食べたいものがわからない」患者に対し、6つのマスに分かれたプレート皿に少量ずつ食品を盛り合わせて提供する食事『おこのみ食』を考案し、導入した結果、患者の食事摂取量に与える影響を検証したので報告する。

【方法】

『おこのみ食』導入前後3日間の、食事摂取量を調査

・期間：平成26年5月～平成27年10月

・対象：当院緩和ケア病棟入院中に『おこのみ食』を提供した29名

【結果】

『おこのみ食』導入後、食事摂取量が増加した者は69.0% (20名)、低下した者は27.6% (8名)、変化していない者は3.4% (1名)であった。対象者全体の食事摂取率は主食で39.3%から52.1%へ増加、副食で34.3%から42.2%へ増加した。

【考察】

『おこのみ食』は、患者の食事摂取量に良い影響を与えることがわかった。主食の摂取量増加には、患者の食べきれる主食量・主食内容の変更が考えられる。副食の摂取量増加には、全量摂取可能な量へ変更したこと、品数が多くなったことから、患者の食欲向上につながったと考えられる。緩和ケア病棟に入院される患者では、適正な量の食事提供が苦痛の軽減につながり、「食べた」という満足感が得られるのではないかと思われる。しかし、提供するエネルギー量に違いがあるため、栄養給与量が向上したことは検討出来ていない。『おこのみ食』は緩和ケア病棟に入院される患者のニーズにあった食事であり、「食べたいものが分からない」患者の選択肢が広がったことが示唆された。

【まとめ】

『おこのみ食』を提供することで、細やかな食事の調整を行うことが可能となった。今後も、個人に見合った『おこのみ食』を管理栄養士が積極的に関わり、提供していきたい。

整形外科病棟における安静度カレンダー活用法の再検討

3階西病棟 ○深町誠 久保山悦子 八高静子 緒方碧那

【はじめに】

整形外科病棟では、入院時からの日数や安静度の把握の為、安静度カレンダーを各患者のベッドサイドに掲示している。しかし、日々の安静度の追加修正ができてない現状がある。当病棟ではチームナーシング制を行っているが、他チームのナースコール等で患者の元に出向く事が多い。その際、患者の安静度が分からず情報をとるための時間が必要となり、円滑に業務が行えていないのではないかと考えた。また、患者の安静度表記に関してリハビリスタッフとの情報共有が十分に行えていない事もあり、安静度記載に関するスタッフの周知徹底ができていない現状があると感じた。西元ら¹⁾は、「予測できる事態に対しては事前に対策を立てれば混乱は避けられる」と提示している。安静度が日を追うごとに変化していく中、他職種との連携を図り、統一した対応が必要となる。そこで私達は病棟スタッフ、リハビリスタッフにアンケート調査を行い、安静度カレンダー使用に対する現状把握を行い、安静度カレンダーの改善を行った。それを活用する事で上記問題が解決できたのか再度アンケート調査を行い、その結果を報告する。

【研究目的】

安静度カレンダーを改正することで患者に統一した援助が行える。

【研究方法】

研究期間：平成27年8月～平成27年12月

研究対象：3階西病棟看護師26名 リハビリスタッフ17名を対象とする。

方法：匿名による質問紙調査

【結果】

アンケートの結果、安静度カレンダーの存在は全てのスタッフが理解しているが、入院・術後週数記載等の内容認識は曖昧であった。記入すべき項目をシンプルに統一したら良いのではないかと。また、安静度記入の漏れが多く、患者の安静度が把握できない。どの部位の手術をしたのかの記載があればわかりやすい等の意見があり、それらの意見を踏まえ改正を行った。

改正2ヶ月後のアンケート結果では、以前と比べ記入しやすくなった58%。以前と変わらない42%。以前と比べカレンダーへの記入をしている84%。以前と変わらない42%。カレンダーへの記入を意識するようになった72%。以前と変わらない28%という結果になった。

【考察】

看護師・リハビリ共に安静度カレンダーの使用法、記載内容への統一した認識が曖昧で、十分に活用することができなかった事が明らかになった。そのため、安静度を把握するのに時間を要し業務が効率的に行えていなかったと考える。カレンダーの改正やマニュアルを提示した事で記入内容の把握、スタッフへの声掛けを行う事でカレンダーへの意識付けができ、以前より記載率が上がったと考えられる。ベッドサイドで安静度が把握できるため、チームや職種が違っても患者の安静度やADLが一目で分かり個別性に合った統一した援助が行え、業務が効率的に行えるようになってきたのではないかと考える。

しかし、スタッフが以前と変わらないと感じている現状もあるため、更なるカレンダーの改良と、現在の取組みを継続し業務として定着させ、スタッフの意識の改善の向上をはかる事が今後の課題となる。

消耗品の無駄使いをなくそう

～物品の払い出し方法の見直しと職員の意識向上による経費削減～

朝倉医師会介護老人保健施設 アスピア

○伊藤真美 小島さと子 佐々木ともみ 森良文

【はじめに】

昨年の消費税増税に伴う経費の増加、また今年度の介護保険改定による介護報酬の減収と厳しい経営状況が続く中、経費削減は重要な課題となっている。

日常使用する消耗品は多種多様で多量に使用されるものもある。消耗品の払い出しは各階の物品担当者が物品倉庫から必要な量を持って行き、事務職員が倉庫の在庫をチェックして不足分を補充していく流れであった。また、各階の在庫数の管理も行っておらず、使用量の把握が出来ていなかったため、消耗品によっては各階に必要な以上の在庫があるという問題があった。

そこで、物品管理と職員へ経費削減の啓発を行うことで無駄使いを減らし節約意識を高められるのではないかと考え、取り組みを行ったので報告する。

【研究方法】

- 研究期間 平成26年10月～平成27年5月
- 対象者 施設職員 76名
- 研究方法
 - ・各物品の介入前の使用量把握（持ち出し数の把握・在庫数の確認）
 - ・各階定数制開始 在庫管理（各階の使用定数制・担当職員へ周知）
 - ・職員へ経費削減の意識調査（介入前後アンケート調査 2回実施）
 - ・職員の経費削減意識向上への取組（ポスター掲示・1/2 ペーパータオル設置）

【結果】

今回、全ての消耗品の削減はできなかったが、各部署の在庫管理を行ったことで毎月の発注量を消耗品全体で21%減らすことができた。また、発注業務も月1回にまとめることができるようになった。

ペーパータオルについては介入前に比べて17.1%の削減が出来た。

キッチンブリーチについてはガーグルベースの消毒方法を変更し、34.3%の削減が出来た。

職員の意識調査では63%の職員が経費削減を意識していたが、介入後は85%の職員が以前より意識するようになった。またペーパータオル1回の使用枚数については1枚使用が3名だったが、介入後は25名に増加した。

今回の研究により払い出し方法を変更し、計画的な発注と在庫管理ができるようになった。

【考察】

今回の研究により、削減に至らなかった消耗品は多く存在しており、物品管理や意識向上だけでは全ての消耗品の削減はできないと考えられる。

職員に対する啓発や余分な在庫を置かなかったことで、職員の経費削減意識が向上し、ペーパータオルの使用量が減少したと考えられる。しかし、同じポスターを長期掲示していたところ経費削減意識が薄れ、使用量が増加したと考えられる。このことから、在庫管理や払い出し方法、啓発は経費削減のきっかけにしかならないと考える。

今回の取り組みにより職員一人ひとりの心掛けが経費削減につながる結果となったが、一時的な意識向上ではなく、根本的な意識改革が今後の課題である。ペーパータオル1枚0.3円のように経費削減はすぐに大きな成果は出ないが、日々の積み重ねが利益を上げる要因になる。

高圧蒸気滅菌バックの有効期限の検証

手術室 ○國武由里 石井教史 乙丸慎吾 松尾和宏

【目的】

近年、滅菌物の有効期限は時間依存型滅菌性維持 (TRSM) から事象依存型滅菌性維持 (ERSM) へ変化してきている。滅菌物の質の保証は時間だけでなく事象により損なわれるという考え方である。

A 病院の滅菌バックによる滅菌物の有効期限は、明確な根拠はなく高圧蒸気滅菌 (以下 AC と略す) 3 ヶ月、エチレンオキシドガス滅菌 (以下 EOG と略す) 6 ヶ月と設定されている。AC と EOG 滅菌の包装材料は同じであり、有効期限の違いに疑問を持った。

滅菌保証のガイドライン¹⁾によると使用期限の設定のためには、事象 (包装材料、滅菌方法、保管方法、保管場所) を条件として、使用期限を設定することが重要であるといっている。A 病院保管環境で無菌試験を実施し、無菌状態を明らかにするため今回の研究に至る。

【方法】

滅菌物を実際に保管している手術室 (解放棚含む) ・一般病棟 ・外来の 5 カ所にランダムに設置。実際の保管環境に H26 年 8 月～H27 年 8 月まで AC により滅菌された滅菌バック設置後、数か月間隔 (3・4・6・8・10・12 ヶ月後) で培養へ提出し、滅菌物の無菌状態を検証する。

- ・滅菌物 : クリップ (金属) テフロンテープ (布)
- ・検査方法 : 拭き取り無菌試験 好気性培養法 5%羊血液添加 TSA 寒天培地 (日本 BD 社製)

【結果】

滅菌物培養検査の結果は、保管環境、被滅菌物の種類、滅菌バックの大きさに関係なくすべて陰性であった。

【考察】

今回の検証にて AC 滅菌バックによる滅菌物の無菌状態が 12 ヶ月間証明された。この結果により AC 滅菌バックによる滅菌物の有効期限を延長することも可能ではないかと考える。

有効期限を延長することにより、期限切れチェックなどの業務の省力化、EOG 使用減少による人害被害も軽減される。また、滅菌バック数、滅菌回数の減少により経費削減が期待できる。しかし、有効期限が延長することで不適切な滅菌物取扱いによる包装材料の破綻や汚染を受ける行為に遭遇する機会が増大するものと考えられる。そのためスタッフへの継続的な教育が必要であり、滅菌物取扱い基準を徹底する必要がある。また、使用しない滅菌物の期限切れなど長期保存されている医療材料を分析し、効率のよい無駄のない管理を行っていくことも重要であるといえる。

新²⁾からは「滅菌物が清浄な場所に保管されている限り、無菌であるから有効期限を設ける必要はない。しかし、注意喚起するために有効期限を設定して、管理上のけじめをつけることは必要」と述べている。それに加え、滅菌物の経時的な劣化や在庫管理の観点からも TRSM と ERSM を融合させ、安全性を考慮した有効期限の設定が必要ではないかと考える。

【結語】

今回の検証により、AC 滅菌バックによる滅菌物の無菌性が 12 ヶ月間証明された。

引用・参考文献

- 1) 医療現場における滅菌保証のガイドライン 2010 P90
- 2) 新太喜治他 滅菌消毒ハンドブック P70 メディカ出版 1998 年

電気の「見える化」で、明るい未来化

～みんなで取り組む節電対策～

○田中慎太郎¹⁾ 米倉輝男²⁾ 熊谷昌彦²⁾

1) 総務課 経理担当、2) 総務課 施設管理担当

【はじめに】

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災において、福島第一原子力発電所が被災。これ以降、原子力発電所の安全性について是非が問われ、日本国内の原子力発電所は全て停止することとなった。

その後、本年 8 月に川内原子力発電所が再稼働したが、発電方法の大半は火力発電であり、その資源の殆どは輸入によりまかなっている状況である。また、その発電を行うための資源は有限であり発電コストの上昇が電気料金に反映してくることは必然である。

そこで、当院において今後上昇する電気コストの削減について対策を行い、一定の結果が出たのでここに報告する。

【目的】

当院において、経費内における光熱水料費の占める割合は約 34%となっている。平成 25 年度には緩和ケア病棟を増築、空調機器等の経年劣化による電気効率の低下など使用電力量の増加が懸念される。今後、経費増大が見込まれる電気料金に対する削減方法の検討、また実施した対策により得られた効果を結果にて述べる。

【方法】

対策前後の一定時間の外気温測定、時間毎使用電力量の測定を実施し比較を行う。

主に夏季（7 月-9 月）の使用電力量と電気料金の比較を行う。

【結果】

平成 26 年度は省エネ設備投資として、LED 照明への交換を行い、空調機においては、一時的にある一定の電力量を超過した場合に自動的に送風及び停止する装置の設置を行った。

平成 27 年度は、リアルタイムに使用電力量が見える装置を導入し、「見える化」によるコスト意識の向上を図った。

平成 25 年度から平成 27 年度の 3 年間における夏季の合計使用電力量は、平成 25 年度は 1, 272, 312kWh、平成 26 年度は 1, 129, 968kWh、平成 27 年度は 1, 109, 952kWh であった。

また、電気料金について平成 25 年度は 19, 491, 239 円、平成 26 年度は 18, 590, 171 円、平成 27 年度は 17, 166, 466 円となった。

【考察】

平成 26 年度の設備投資後には、使用電力量が 12.7 ポイント減少し、電気料金も 11.9 ポイント減少した。治療、検査機器といった設備については使用電力量の削減は難しく、それ以外の機器について使用電力量を下げることで、ある一定の効果を得ることができた。

また、平成 27 年度には昨年実績をふまえ基本料金の変更を行い、使用電力量は 1.8 ポイントの減少であったが、電気料金は 7.7 ポイントと大幅な減少となった。これは「見える化」対策、及び職員への勉強会や、会議での報告などを行うことでコスト意識の向上も要因の一つと考えることができる。

【結語】

現時点では、原子力発電所の再稼働や、原油価格の低下など、電気料金については明るい材料ではあるが、今後の社会情勢によって大きく変動するため、職員一人一人が節電意識を持つことが重要と考える。

PNS 導入に向けての取り組み

HCU ○大内田祥子 池田光臣 山下美咲 池田李衣 小柳実香 中嶋和子

パートナーシップ・ナーシング・システム（以後 PNS と表記）とは、2008年に福井大学医学部附属病院で考案された看護方式であり、“2人の看護師が安全で質の高い看護を共に提供する事を目標に、2人の看護師はよきパートナーとして対等な立場で互いの特性を活かし相互に補完し、協力し合っって毎日の看護ケアをはじめ委員会活動、病棟内の係の仕事に至るまで1年を通じて活動し、その成果と責任を共有する看護体制”である。

HCU の看護体制は当院の開設当初より当日受け持ち制であり、これまでの看護体制では

1. 救急処置が求められる場面で、医師からの口頭指示での処置が多く、一人での指示受けの為思い込みや間違いなどでのインシデント発生リスクが高い

2. 重症患者を一人で受け持つため精神的負担が大きい

3. 重症患者は先輩看護師が1人で受け持つことが多く、新人への教育に至らない

などの問題点があり、救急場面で勤務する看護師の多くはストレスを抱え勤務している現状があった。

この問題解決策として H27 年 5 月より当日受け持ち制から患者受け持ち制に変更し責任のあるよりよい看護提供ができるよう取り組みを始めた。

しかし、以前の看護体制に慣れているスタッフの違和感や、夜勤などの勤務により受け持ち患者の担当ができない、患者の在室日数が短い等の理由で十分な運営とその効果が得られていなかった。文献を調べていく中で様々なメリットがある PNS を知り、この看護方式を HCU に取り入れてみてはどうかと考え導入へ向けて取り組みを行った。

10 月から PNS 導入に向け HCU スタッフ 15 名対象に勉強会を実施した。又、アンケートを実施し、当日受け持ち制に対する不安や精神的負担は無いかな等の現状について調査を行った。結果、医師からの指示受けに 1 人で不安はないかとの問いに不安であると回答した人は 93%であり、PNS 導入する事で不安の軽減と負担軽減につなげたいと考えた。

PNS 導入後約 1 ヶ月半に再度同様の内容のアンケートを実施し、PNS を導入して医師からの指示受けの不安が軽減したと回答した人は 73%であり、短期間の導入実施でも、スタッフの精神的負担が軽減したと考えられ PNS が確立する事でより安全で質の高い看護が提供出来ると考えたのでここに報告する。

心不全患者の日常生活行動に関する実態調査

朝倉医師会病院 4階東病棟 ○安元千佳子 永野真紀 南真依 吉田真実 内田ひろみ

【目的】心不全患者は、退院時に関わった医療スタッフによって、患者・その家族へ日常生活行動への退院指導が口答で行われている。再入院の際に、退院後どのような生活を送っていたかを聴取したところ「あまり動いていない」と抽象的な表現での返答が得られる。具体的な行動を確認していくと、炊事・洗濯・散歩・草取り・農作業を行っているという話が聞かれた。

平成 26 年度の看護研究において、退院後の日常生活について聴き取りを行ったところ、症例数が 4 例と少なく、男性症例はなかった。本研究では、症例数を増やし、入院前の日常生活行動の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象：平成 27 年当院倫理委員会承認後より、慢性心不全と診断された当病棟への再入院患者を対象とした。認知機能低下（何度も同じことを繰り返す、見当識障害がない、診療上の指示が通らない）が認められない高齢者（WHO で定義されている 65 歳以上の人）、日常生活自立度 J クラス、A1 クラスの症例を対象とした。

場所：朝倉医師会病院 4 階東循環器病棟

期間：平成 27 年当院倫理委員会承認後～平成 27 年 8 月 31 日

調査内容：1. 身体活動質問表をもとに独自に作成したアンケート用紙を用い、家事、睡眠、農作業、入浴など 21 項目について聞き取り調査を行う。2. 回答は 10 分単位で区切られた 7 段階に評価をおこなう。3. 高齢者に多い日常生活行動項目や傾向を明らかにする。4. 男女での傾向の違い。5. 平成 26 年度との結果との比較

【結果】症例数は男性 8 例、女性 8 例、計 16 例であった。日常生活行動を男女で比較すると女性が多く行動していることが分かった。男性は、家事に関する項目は、ほとんど行っておらず、「家の者がするから何もしていない」、「こたつの番くらい」、「全部ヘルパーがする」という言葉が聞かれた。独居の男性でも、社会資源を利用し、ほとんど行動していなかった。女性では、家事・草取りといった項目が多く、その中でも独居の女性ではさらに行動していた。女性からは、「自分がしないと誰もしてくれない」、「自分しかいない」、「周りに迷惑をかけたくない」という言葉が聞かれた。

【考察】本研究では、日常生活行動に関して、男女で異なる傾向にあった。平成 25 年度の結果より、男性は農作業を行っている症例が多いと予測していたが、どの項目においてもほとんど行動していなかった。それに対し、女性の方がより行動していた。特に男女で異なる項目は、家事、草取りであった。坂東らは、「男性は女性に比べ家族や友人とのつながりが弱く、自身で食事の支度をしている者が少なかった」と明らかにしており、男性は、他者に依存的であることが考えられる。女性は、平成 26 度同様、患者自身も過労であると認識しているにも関わらず、自身が行わなければならないという心理的側面も、心負荷への一因としてあると考えられる。また、独居であることや、家族の疾患に対する知識が乏しく、他者の協力が得にくい症例も散見された。光岡らは「人に頼りたくないという意思や、他者への配慮、心負荷を避ける事ができない生活環境などにより心負荷を軽減できない行動をとっている。」と述べている。個人を取り囲む環境も、心不全増悪による再入院の要因になっていると考えられる。

【結論】対象者を認知機能低下が認められない者に限定したことで、独居の女性は症例数 4 に対し、独居の男性は症例数が 1 であり、他症例での実態は不明である。しかし、心不全再入院患者の日常生活行動に関する実態調査を 2 年間行い、女性に関しては一様の傾向が得られた。

心不全患者の在宅における日常生活行動に関しては、丁寧な情報収集を行い、個別性を踏まえた具体的な退院指導を行うことは重要である。個人の環境によっては、家族への指導や社会資源の活用が必要な事例もあると考える。入院中から患者個人の背景に目を向けることで、心不全患者の在宅で過ごす期間を延長できるか、効果を検証していくことは、今後の課題である。

患者が安心して手術をうける為に ～術前パンフレットの見直し・作成～

3階東病棟 ○永田百合香 大石千夏 吉瀬綾香 甲木 歩 林 利奈

【目的】当病棟では、手術をうける患者に術前パンフレットと患者用クリカルパス(以下 CP)を用いて、術前オリエンテーションを行っている。患者からは術後に「痛みを我慢しなければいけないと思った」や「ストッキングはもうはかなくていいと思った」などの声が聞かれた。そこで、患者へアンケート調査を行い、意見を反映した術前パンフレットの見直しを行う。

【方法】

対象：緊急手術を除く3階東病棟に入院し全身麻酔・腰椎麻酔を受けた患者のうち同意を得られた患者19名

方法：アンケート用紙を配布し質問紙法にて回答を得る。

期間：H27年9月1日から10月31日

【結果】術前オリエンテーションで使用するパンフレットを読み返すことがあったかの質問に対し、「あった」と回答した患者は17名、その理由として「分からないことがあったため・術後の経過が気になったから」という意見が多くを占めていた。読み返す事がなかった理由には、たくさん資料があつて分かりにくかったという意見が1名であった。

現在のパンフレットでは、「手術前日の予定」「手術当日の予定」「手術当日体の周りには」「痛みについて」の項目で、半数以上が参考となったと回答した。参考にならなかったと回答した人も1～3名いた。自由記載の項目では「手術をうける方全員に対応しようとしたものは、必要のない項目もあり、当事者にあった手術経過を渡した方がいい」や「対象者に関連する項目だけ印をつけた方が分かりやすい」という意見があった。パンフレットとして見やすいものは、圧倒的に「カラーのもの」「大きい文字」という意見であり、術前準備として「入院前に手術時の必要物品は知っておきたい」という意見が多かった。パンフレットの受け取り時期は、手術決定時外来が半数、入院したときが半数という結果であった。

【考察】アンケートの結果から入院前に手術時の必要物品だけでなく術前、術後の流れも知っておきたいと考えている人が多かった。現在は、入院当日に必要な物品と経過を説明するため、患者が必要としている時に情報提供が出来ていないと考える。患者、家族が安心して手術に臨めるよう今後は外来との連携が必要であると考え。また「術後の痛みを具体的に書いて欲しい」という意見があり、痛みや鎮痛剤に関する項目を充実させる必要があると感じた。パンフレットによる術前オリエンテーションで患者が術前術後のイメージが出来ていたという意見が大半であった事から、パンフレットを用いたオリエンテーションの継続が必要であると感じた。クリカルパスと重複している項目は修正し新たにパンフレットを作成する事でより良い術前オリエンテーションに繋がるのではないかと考える。今まで患者にオリエンテーションに対する意見を聞く機会が無かったが、今回、アンケートを行う事で利用する患者のニーズをより意識する事が出来た。

A 病院手術室の環境下におけるクロルヘキシジングルコン酸塩含有エタノール製剤を用いたウォーターレス法による手指消毒の効果～現行方法との比較～

朝倉医師会病院 手術室

草場昂、長野利恵、田中麻美

【はじめに】

ウォーターレス法（以下 WL 法）の有用性は全米疾病管理予防センター（以下 CDC）のガイドライン推奨されていることに加え、WL 法の有用性は昨今多く報告され多くの施設で採用されている。コスト、所要時間、皮膚損傷低減など多くの利点はあるものの、WL 法の導入検討にあたり、清潔度に対する不安の声も聞かれた。そこで本研究では細菌学的データ、所要時間比較、予想コスト比較にて WL 法の当院でのエビデンスの確立を目的とする。

【方法】

- 1.対象：消毒範囲の皮膚損傷がなく、同意を得られた手術室看護師 13 名
- 2.研究期間：H27 年 4 月～H27 年 11 月
- 3.方法：
 - 1)WL 法の手技、知識の統一の為勉強会を実施
 - 2)細菌培養検査（パームスタンプ法、右手のみ）による従来法、WL 法の比較
 - 3) 所要時間の比較
 - 4)予想年間コスト比較

【結果】

- 1)勉強会を実施することで WL 法に対する共通理解を深めると共に、共通した手技で手指消毒を実施することが出来た。
- 2)従来法と WL 法両者とも有意な差は見られなかった。（A 群で 3 名に菌の検出が見られた）
- 3)従来法での平均消毒時間は 180 秒（予洗い含む）、この結果はすすぎと清拭の時間を除いているため、さらに 1 分以上は時間を要する。WL 法：190 秒
- 4)消毒剤や、ペーパータオル、無菌水精製にかかるランニングコストなど約 60 万円のコスト削減が見込める。

【考察】

今回の調査によって WL 法についてスタッフに周知することができ、WL 法のメリットを再認識することが出来た。また今後 WL 法の導入により器械出し看護師の術前手指衛生にかかる時間の短縮、コストの削減ができるものと考えられる。

【まとめ】

今回の研究は、WL 法導入におけるメリットを明らかにし、当院での WL 法導入の一助となった。

外来受診患者の待ち時間の関わりについての検討

～実態調査をしてみえてきた患者の心理～

朝倉医師会病院外来

○松岡京子 大田理沙 橋本清美 石井美和 半田富士枝 秋吉きのみ

【目的】

近年日本の医療現場には「医療サービス」「患者接遇」という言葉が普及し、医療機関は「患者中心の医療の提供」を目標に掲げている。当院の基本方針の一つとして「患者さんに親切に接し、安心感を与え信頼される医療を目指します」としている。「説明不足」「待ち時間が長い」という声が多く待ち時間対策は重要な課題であることがわかった。そこで待ち時間に関する実態調査を行い、安心して外来受診ができるように検討した。

【方法】

対象：紹介で来院された外来患者 100 名（アンケートの回収率 100%）

期間：平成 27 年 8 月 3 日（月）～平成 27 年 11 月 20 日

方法：待ち時間に関するアンケート調査を各診療科で実施。調査内容を単純集計し、検討する。また、アンケート結果を踏まえて、医師に予約時間の調査を行った。

倫理的配慮：調査協力は自由意志で無記名とし、不利益は被らない事を説明した。

【結果】

- 1、各科受付で問診後、医師の診察までの待ち時間は 30 分～1 時間が 43%
- 2、待ち時間が長く感じたのは検査終了して診察までが 15 分～30 分が 35%
- 3、外来受診の患者心理においては、カテゴリー分類にて待ち時間は長いと感じた人が 68%
- 4、予約時間の捉え方は患者側では各科受付時間が 45%と最も多く、医師側では到着時間・診察開始時間と回答が二つに分かれた。

【考察】

今回の調査では「患者が多いので待ち時間はかかるだろうが、私も丁寧に診察してもらえ」という声があった。長く感じた待ち時間は検査終了～診察までが最も多く、実際に問診後、医師の診察迄の時間が長く待ち時間を要したことが明確になった。吉田らは「待ち時間がストレスになる原因は単純に時間の長さではなく、長いと感じる感覚である」と述べている。当院の患者心理においてのカテゴリー分類でも「待ち時間は長かったが待たされるのは当たり前」と言った心理に結びついた。そこで、待ち時間に看護師としてどう関わるかを検討し、待ち時間の心理的苦痛を考慮していく必要があり、声かけや心配りの重要性を再確認できた。また、待ち時間の苦痛を軽減するためには、全職員がいつでも、どのタイミングでも対応できるようにしていくことが望まれる。今後フロアー全体をマネジメントできるコンシェルジュなどの存在が重要であると考えられる。

予約時間の捉え方においては、患者・医師側で認識のずれが生じたが、この結果を元に予約時間の認識の統一を行い、現状に予約枠を適正化することは外来全体の課題である。

アンギオCT室における「タイムアウト」導入の取り組み

診療放射線科 ○塚本 大樹 伊藤 寿朗 堀内 憲治
伊藤 譲太郎 堀内 賀貴 内田 勇雄

【目的】

5月に行われた病院機能評価受審時に、サーベイヤーよりアンギオCT室(以下アンギオ室)における「タイムアウト」の必要性を指摘された。

今回、主に手術室で用いられている「タイムアウト」をアンギオ室に導入し、同室で行われる侵襲を伴う検査、治療において誤認防止の安全確認を図るとともに、患者情報の共通認識を共有する事を目的とした、アンギオ室に即した「タイムアウト」の構築を行う必要があった。

【方法】

タイムアウト実施にあたり、主にアンギオ室でTACEやTAI等の治療を行なう消化器内科医師(非常勤含む)、血管内ステント挿入や血管拡張術等の治療を行なう血管外科医師(非常勤含む)、及びアンギオ担当外来看護師、検査中患者に付き添う病棟看護師に、タイムアウトの手順を示した文書とともに「タイムアウト」の周知を行なった。それと同時に各病棟師長にも上記の文書とともにタイムアウトを行なうようになった旨を院内メールにて周知した。

【結果】

導入当初は、職員の戸惑いや恥じらいも多く「タイムアウト」スタートの発声やお互いの声掛けがスムーズに行なわれなかった。またタイムアウト実施記録や実施時間の記録も残されていない事が少なくなかった。

アンギオ室担当診療放射線技師による話し合いで実施方法や実施タイミング、周知の方法や実施記録等についての検討を重ね、手順書の配布や検査毎の声掛けを行なっていく事で、徐々に職員の意識が高まり「タイムアウト」が通常の確認事項と同様に定着してきた。

【結論】

病院機能評価機構のサーベイヤーにより指摘を受けた事が、アンギオ室に「タイムアウト」を導入するきっかけであったが、結果として今回アンギオ室に「タイムアウト」が導入できて良かったと思う。

この「タイムアウト」の導入により患者誤認防止の徹底など検査、治療の安全性が高められた。また他職種間で共同し確認行動を実践する事の重要性を再認識する事ができた。

今後はアンギオ室で行なわれる検査、治療だけではなく、同じ診療放射線科で行なわれる侵襲を伴う検査、治療などに「タイムアウト」導入範囲の拡大を目指し活動していく事が今後必要である。

肺年齢を悪化させる生活習慣病の関係

臨床検査科 ○長沼千紗奈、中道亮子、野中寿美子、佐々木佳子

【目的】

近年、慢性閉塞性肺疾患の罹患者が増加傾向にある。COPDはゆっくりと進行していく為、重症になって初めて自覚症状が現れることが多く、早期発見しにくいことが問題となっている。そこで、日本呼吸器学会がCOPD発症の主要な原因となる喫煙を指摘し、禁煙支援する目的で「肺年齢」を提唱した。

肺年齢の主要な悪化要因は喫煙とされているが、非喫煙者における肺年齢の悪化に関わる生活習慣に関連する要因は十分解明されていない。

そこで今回、我々は肺年齢を算出し、喫煙、生活習慣との関係を検討したので報告する。

【方法】

期間：2013年5月～2015年5月

対象：当院で人間ドックを施行された337人（17歳～86歳）男性177人、女性160人。

方法：肺年齢は日本呼吸器学会・肺生理委員会の定めた一秒量の回帰式に代入して算出した。評価は肺年齢と実年齢との差（以降肺年齢差）を算出し、喫煙と非喫煙との関係を喫煙指数を ≤ 0 （非喫煙）、1～599、600+で分けたものでそれぞれ検討した。

次に、生活習慣病と肺年齢差の関係について、肺年齢差を低値から順に4分割し血液検査（中性脂肪、HDL-cho、血糖）、腹囲、血圧の5項目を生活習慣の危険因子として比較した。

その他にメタボリックシンドロームの新しい指標「 $\text{腹囲} \div \text{身長} = 0.5$ 以上」を用い、メタボリックシンドロームと肺年齢差に有意差があるか検討した。

【結果】

肺年齢差は喫煙指数が高くなると男女共に大きくなる結果となった。また、喫煙ほど有意な差は認められなかったが、男性で肺年齢差が大きい集団ほど中性脂肪および腹囲が高値になる傾向にあった。

メタボリックシンドロームと肺年齢の有意差については男性において有意差を認めた。

【結論】

肺年齢は喫煙の有無、喫煙の程度と明瞭に相関することが改めて示唆された。また、腹部肥満は肺機能低下に繋がる要因としてあげられる。これは、腹部肥満が、横隔膜と胸壁コンプライアンスに影響するためである。そのため、肺年齢の提示が腹部肥満の人への減量の動機づけとなりえる可能性が示唆された。

服薬管理能力判定表の作成を試みて地域包括ケア病棟における在宅支援の視点から

5 西病棟 ○高野博光 岡野松江 渡邊純子 岡田カオル 原口佳世子 江崎理枝

【研究目的】

2014 年度から当院でも「地域包括ケア病棟」が稼働している。その役割として、「在宅復帰への退院支援」が大きな役割を担っている。当病棟への転入患者は、高齢・独居など生活背景に問題を抱える人が多く、退院後の服薬管理方法において、患者または家族を含めた支援が必要となっている。在宅支援を行っていくには、入院中の服薬管理方法の判定だけではなく、患者個々の服薬管理能力を知り、評価することが重要なのではないかと考えた。

前年度の看護研究で検討した「服薬管理選択 MAP」(以下 MAP)では、患者の服薬管理方法の判定は行っていたが、管理能力においては判定していなかった。そこで、患者個々の服薬管理能力を判定するため、服薬能力判定試験(J-RACT)と MAP をベースに服薬管理能力への判断指標「朝倉医師会病院 地域包括ケア病棟 服薬管理能力判定表」(以下 服薬判定表)の新規作成を試みた。

今回、作成した服薬判定表を用いて、患者個人の服薬管理能力を同一視点で判断できるか。また、その服薬判定表が、当病棟で導入できるかを検証することを目的に取り組んだ。

【研究方法】

1. 服薬判定表(聴力、視力、指先の動き、嚥下、理解・認知力、知識の 6 項目・14 質問)とガイドラインを作成する
2. 服薬能力(管理)方法の定義を、正常(自己管理)、要注意(1 週間配薬)、要訓練(1 日配薬)、要介助(1 回配薬)の 4 つに分類する
3. 対象：平成 27 年 9 月 24 日から 10 月 23 日までに転入した患者 34 名
転入当日の日勤・夜勤、翌日日勤において、それぞれの看護師 3 名が判定する
4. 患者 1 名に対し、各勤務の看護師 3 名が判定した結果の一致率(%)で妥当性を検証する

【結果】

1. 対象患者 34 名(男性 12 名・女性 22 名)、平均年齢 78.7 歳
2. 服薬判定表 14 質問における一致率は、看護師 3 名で⑨⑩以外は 82%以上であった
⑨今日の日付を言えるか 71%⑩ 1 日何回薬を飲んでいるか 76%
3. 服薬管理能力判定の一致率は、看護師 3 名で 50%、2 名で 41%であった
4. 当病棟看護師(17 名)の看護師経験年数は 0.5 年～36 年

【考察】

患者は平均年齢 78.7 歳と高齢で、認知機能の低下や複数の疾患を抱えているのが現状である。そのため合併症も多く、投与される薬剤の種類や数は増加している傾向にある。服薬管理には薬剤への理解が求められるが、投与される薬剤の種類が多く、その薬剤の理解が乏しいまま管理しているのが現状である。

服薬管理能力の判定結果は、看護師 3 名での一致率は 50%と高値では無かったが、2 名以上での一致率と合わせると 91%であり概ね妥当と考える。判定結果の 3 名一致率が 50%と低かった理由は、看護師の判断にも個人差(看護師の経験年数・疾患に対する知識・患者から得た情報を解釈する技能等)がみられたこと、患者側の認知機能低下に加え、質問に対する返答に対し日内変動等が見られたことが要因であると考え。しかし、2 名以上の一致率が 91%と高値であったのは、判定表のガイドライン作成の効果により、看護師が同一視点で判断することができたためではないかと考える。

今回、患者の服薬管理能力を判定する基準があることで、理解・認知力と知識の 2 項目で患者からの返答に不足があることが明確となった。明確となった問題点に対し介入することで、患者・家族ともに在宅へ復帰しても「大丈夫」と思えるような環境づくりに参画できるのではないかと考える。患者や家族の個別ニーズに応え支える為にも、この服薬判定表の結果だけで管理能力の判定を決定するのではなく、「地域包括ケア病棟カンファレンス」で薬剤師などを含めた多職種からの意見も参考にし、一つの判断指標として利用すれば新規作成した服薬判定表は導入できるのではないかと考える。