

日本ヒューマン・ ナーシング研究学会

2

Japan Society of Human Nursing Research ● Vol.2, No.1

第9回学術集会プログラム・抄録集

大会テーマ

急性期から慢性期へ繋がる命

～実践報告からNICD(生活行動回復看護)の広がり求めて～

会期 平成25年10月26日[土]

会場 ヒューリックホール
東京都台東区浅草橋1丁目22番16号 ヒューリック浅草橋ビル2F

大会長 富加見 美智子
医療法人財団 利定会 大久野病院 看護部長

第9回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 開催によせて

第9回 日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 大会長

富加見 美智子

(医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長)

第9回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会を、平成25年10月26日(土)浅草橋ヒューリックホールにおいて開催させていただくことになりました。2020年夏季オリンピックの開催都市に東京が選ばれた記念すべき2013年に、東京で本学会を開催できることは喜ばしいことと思っています。1964年以来56年ぶりの2度目となる東京オリンピック開催となりますが、私は1度目を小学生当時(カラーテレビの初期の頃)に、さらに2度目を65歳の定年頃に見られると思うと感慨深く感じます。

さて、本学会は2007年に発足した『看護技術の診療報酬化に向けてのプロジェクト』として7つの拠点病院から始まりました。翌2008年には、滋賀県を皮切りに年に2回の研究会がスタートし、その翌年2009年8月には『日本ヒューマン・ナーシング研究会』と名称を変更し、東京の産業プラザPIOで第3回研究会を開催し、200名以上の方が集まって下さいました。その後、2011年まで定期的に年に2回の研究会を開催し、この年の10月熊本県での開催より『日本ヒューマン・ナーシング研究学会』として学会へと移行致しました。

本学会は研究会発足から通算9回、学会移行からは3回目、まだスタートしたばかりの学会です。しかし、内容的には看護の本質に迫る、看護の原点に戻ることができるかと確信しています。今回は紙屋 克子 名誉教授の基調講演をはじめ、12演題の発表、ランチョンセミナー、シンポジウム、指定発言のほか、先に岐阜県で開催されました第11回世界脳神経看護学会でも講演がありました、木沢記念病院 宇佐美 希子 氏の特別発表を加えさせて頂きました。

現在、本学会の会員は看護師のみならず、医師、理学療法士、介護福祉士など多職種で構成されています。慢性期の病院の会員が多い中、最近はNICD(生活行動回復看護)認定看護師の活躍もあり急性期病院からの参加者も多くなりました。診療報酬上からも、クリティカルケア(Critical Care)の中での提供も是非、必要と思われれます。

急性期から在宅まで使えるケアとしてNICDが広まっていくことを願い、第9回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会のテーマは『急性期から慢性期へ繋がる命』としました。

懇親会ではアルパ奏者(倉品 真希子さん)の素敵な演奏も企画しています。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

目次

| | |
|-------------------|----|
| 大会長挨拶 | 1 |
| 目次 | 2 |
| 会場への交通アクセス | 3 |
| 学会参加者へのお知らせ | 4 |
| プログラム | 6 |
| 行程表 | 8 |
| 講演資料 | 9 |
| 発表抄録 | 13 |
| ミニレクチャー資料 | 27 |
| シンポジウム資料 | 35 |
| 会則・入会申し込み | 45 |
| 協賛企業一覧 | 51 |

会場への交通アクセス

| | |
|-----|---|
| 会 場 | <h2 style="text-align: center;">ヒューリックホール</h2> <p style="text-align: center;">東京都台東区浅草橋1丁目22番16号 ヒューリック浅草橋ビル 2F (JR浅草橋駅前)</p> |
|-----|---|

(交通のご案内)

●飛行機でお越しの方:

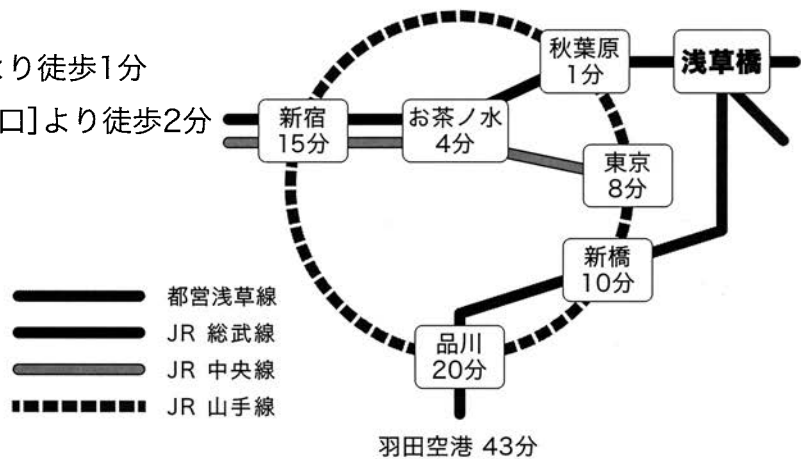
羽田空港国内線ターミナル(京浜急行)→浅草橋(都営浅草線)

※羽田空港国内線ターミナル～泉岳寺は京浜急行線、浅草橋まで都営浅草線と直結。

●電車でお越しの方:

JR総武線・浅草橋駅[西口]より徒歩1分

都営浅草線・浅草橋駅[A3出口]より徒歩2分



(会場周辺図)



学会参加者へのお知らせ

1. 抄録について

抄録集は10月上旬に事前参加登録者に発送いたします。必ずご持参ください。

ご持参いただけなかった場合は、受付にて若干の予備を用意いたしますが、ご購入いただきます。

10月18日(金)までに抄録集が届かない場合は、学会事務局までお問い合わせください。

2. 受付について

1. 受付は10月26日(土)8:30から行います。

2. 学会参加費は事前登録(学会員:5,000円、非会員5,500円)、当日登録(学会員6,000円、非会員6,000円)、学生(事前、当日共:2,500円)、懇親会(学会員、非会員、学生共:5,000円)です。釣り銭がいらぬようにお願いします。領収書つき参加証をお渡しいたしますので、会場内では必ずお付けください。

開会直前の総合受付は混み合いますので、早めに受付を済ませてください。

3. 総会・NICD認定証書授与式について

12時10分～12時40分にメイン会場(2階ヒューリックホール)にて総会および第3期NICD認定証書授与式が行われます。皆様ご参加ください。

4. 懇親会

学会終了後、懇親会を行います。当日参加も可能ですので、受付にお申し出ください。

参加費は5,000円です。

5. 録音と写真撮影について

講演・発表中の録音や写真撮影は事務局が許可した関係者以外は禁止します。

6. 演者の方へ

1. 口演スライド 当日は9:00～11:00までに受付とスライド受付をお済ませください。
(N I C D 報告 I の演者の方は、必ず9:30までにスライド受付をお済ませください。)
スライドの作成に当たりましては、下記の点をご考慮ください。

Windows版Microsoft Power Pointファイルを受け付けます (Macintoshは非対応)。CD-RまたはUSBフラッシュメモリーにファイルを保存して2階ヒューリックホールのスライド受付にお持ちいただき、用意してあるフォルダーにセットの上、試写を行ってください。PC (Windows、Microsoft Power Point2010)、プロジェクターを1台用意しています。

動画がある場合は、元の動画ファイルと発表スライドを一つのファイルにまとめてお持ちください(元の動画がなければ動きません)。ただし、動画の量が多い場合は、ご自身のPCをお持ちください。

2. 口演の各群開始10分前までに次演者席にご着席ください。
3. 口演時間 口演1題につき7分までです。時間を厳守してください。
各群のすべての発表に3分間の質疑応答があります。その場で質問にお答えください。

7. 座長の方へ

1. 各群開始10分前までに次演者席にて待機していただきますようお願いいたします。
2. 進行は1演題毎に発表7分で、演題すべての発表後に質疑応答3分とします。
持ち時間厳守をお願いいたします。
3. 質疑応答は、討論が円滑かつ有意義に進行するようにご配慮ください。
なお、座長間での打ち合わせが必要な場合は、スタッフ控え室をご利用ください。

8. その他

1. 駐車場について
当日は駐車場のご案内はありません。公共の交通機関をご利用ください。
2. 昼食・休憩について
学会ではお弁当をご用意してあります。昼食時にお渡ししますので、席でお待ちください。
3. 携帯電話について
会場内での携帯電話のご使用は禁止します。会場に入られる際には必ず電源をお切りいただくか、マナーモードに切り替えてください。
4. 携帯品について
手荷物は会場内の特設クロークにてお預かります。
クロークの利用時間は8:30～20:30です。貴重品は各自で保管してください。
5. 会場内の呼び出しについて
会場内の呼び出しは原則として行いません。
6. 喫煙について
学会会場内は禁煙です。
建物内の喫煙ルームをご利用ください。

プログラム

■開会式 (9:00~9:30)

オリエンテーション

大会長挨拶 富加見 美智子 (医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長)
幹事病院長挨拶 進藤 晃 (医療法人財団利定会 大久野病院 理事長・院長)

■基調講演 (9:30~10:20)

「NICD(生活行動回復看護)プログラムの進化 -実践の成果と今後の課題-」 10
講師 紙屋 克子 (筑波大学 名誉教授)

■NICD報告 I (10:30~11:10)

座長 林 裕子 (北海道大学大学院 保健科学研究所)
萩原 亜矢子 (市立島田市民病院)

I-1 脳卒中急性期における早期離床に取り組む中でのFIMの推移 14
竹田 潤子 (財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

I-2 透析患者における用手微振動の効果検討 15
松川 ひとみ (医療法人如水会 嶋田病院 嘉島クリニック)

I-3 慢性維持透析患者の下肢へのリラクゼーションエクササイズ実施の効果 16
東木場 鈴香 (医療法人敬愛会 東近江敬愛病院)

I-4 足ツボによる睡眠の効果 -睡眠薬に頼らない睡眠ケアの考察- 17
大島 京子 (春日井市民病院)

■ランチョンセミナー (11:20~12:00)

「療養型病院で出来るNPPVケアの実際 -リハビリ部との連携でQOLを上げるNPPV療法-」 11
座長 千葉 哲也 (日産厚生玉川病院 医療技術部リハビリテーション科 科長)
演者 富加見 美智子 (医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長)

■総会・NICD認定証書授与式 (12:10~12:40)

■教育セミナー&ミニレクチャー

教育セミナー 会場:ヒューリックホール (12:50~13:40)

NICD(生活行動回復看護)技術の紹介 12

講師 紙屋 克子 (筑波大学 名誉教授)

ミニレクチャー 会場:ホワイエ (12:50~13:40)

① 口腔ケア:急性期(挿管患者の口腔ケア) 28

講師 露木 菜緒 (杏林大学医学部付属病院 集中ケア認定看護師)

口腔ケア:慢性期(口腔リハビリを含むケア) 29

講師 黒岩 恭子 (村田歯科医院 院長)

② 吸引手技:病院仕様/在宅仕様(排痰補助装置も含む) 30

講師 富加見 美智子 (医療法人財団 利定会 大久野病院 看護部長)

③ スクイーミング:ベンチレーターモニタリングの活用編 32

講師 千葉 哲也 (日産厚生会 玉川病院 理学療法士)

④ ROM測定:ベッドサイドでNsでも可能な簡単測定法 34

講師 長田 好広 村田 敬明 高岡 洋介 中太 恭子 (医療法人財団利定会 大久野病院)

■NICD報告Ⅱ (13:50~14:30)

座長 大内 順子(北海道大学大学院 保健科学研究院)
大友 昭子(東北療護センター)

- Ⅱ-1 重度関節可動域制限のある患者の生活行動回復を目指す看護 18
佐藤 真紀子(県立広島病院)
- Ⅱ-2 低酸素脳症による重度意識障害患者への残存機能を引き出すための取り組み 19
土屋 郁恵(木沢記念病院 中部療護センター)
- Ⅱ-3 残存機能を引き出す看護実践報告 –摂食・排泄機能に焦点をあてて– 20
松井 智枝(独立行政法人自動車事故対策機構 岡山療護センター)
- Ⅱ-4 心肺蘇生後脳症患者に生活行動回復看護(NICD)を早期に関わった事からの提言 21
–ICUより直接、療養病院へ転院となった症例–
内田 順子(医療法人財団利定会 大久野病院)

■NICD報告Ⅲ (14:40~15:20)

座長 福良 薫(北海道工業大学)
石本 政恵(医療法人社団愛心館)

- Ⅲ-1 廃用症候群患者への生活行動回復看護 –座位姿勢獲得までのアプローチ– 22
嶋津 美知子(医療法人社団如水会 今村病院)
- Ⅲ-2 関節拘縮の改善によりオムツ交換の介助量の軽減に繋がった事例 23
阿部 美由紀(釧路孝仁会記念病院)
- Ⅲ-3 治療に伴う廃用症候群のある高齢者への看護 24
田原 綾子(財団法人北海道石炭同交振興会 同交会病院)
- Ⅲ-4 ターミナル期にある高齢患者に対するNICDの有用性 25
上山 暁子(社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院)

■シンポジウム (15:30~17:50)

「NICD(生活行動回復看護)の急慢(急性期・慢性期病院)連携のあり方を考える」

座長 道又 元裕(杏林大学医学部付属病院 看護部長)

- ①急性期の立場から 36
齋藤 大輔(杏林大学医学部付属病院 高度救命救命センターICU 急性・重症患者看護専門看護師 看護主任補佐)
- ②NICD認定看護師の立場から 37
NICD認定看護師 大野 貴子(JA岐阜厚生連 中濃厚生病院 看護師長)
- ③急性期から慢性期までの脳卒中専門病院の立場から 38
高橋 陽子(公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院 看護部長)
- ④アメリカRNより看護教育システムから考える 39
バートン 裕美(nurseEDU コンサルタント)
- ⑤急性期から患者を受ける慢性期の医師の立場から 40
高梨 博文(医療法人財団利定会 大久野病院 副院長)
- ⑥口腔ケアの歯科医の立場から 41
黒岩 恭子(村田歯科医院 院長)

特別発表 43

宇佐見 希子(社会医療法人厚生会 木沢記念病院 脳神経外科病棟看護師)

指定発言 42

中山 優季((公財)東京都医学総合研究所 難病ケア看護)

■閉会式 (17:50~18:00)

閉会挨拶・学会長総評 紙屋 克子(日本ヒューマン・ナーシング研究学会 会長)

行程表 [平成25年10月26日(土) 第9回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 in 東京]

| 主会場(ヒューリックホール) | | 展示会場(ホワイエ) | |
|----------------|--|------------|--|
| 8:00 | | | |
| | 8:30～受付開始 | | |
| 9:00 | 9:00～9:30 開会式 | 企業展示 | |
| | 9:30～10:20 基調講演 NICD(生活行動回復看護)プログラムの進化 -実践の成果と今後の課題- 講師 紙屋 克子(筑波大学 名誉教授) | | |
| 10:00 | 10:30～11:10 NICD報告 I | | |
| 11:00 | 11:20～12:00 ランチョンセミナー 療養型病院で出来るNPPVケアの実際- リハビリ部との連携でQOLを上げるNPPV療法- 座長 千葉 哲也(日産厚生玉川病院 医療技術部リハビリテーション科 科長) 演者 富加見 美智子(医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長) | | |
| 12:00 | 12:10～12:40 総会・NICD認定証書授与式 | | |
| 13:00 | 12:50～13:40 教育セミナー NICD(生活行動回復看護)技術の紹介 紙屋 克子(筑波大学 名誉教授) | | 12:50～13:40 ミニレクチャー ① 口腔ケア:急性期/慢性期 ② 吸引手技:病院仕様/在宅仕様 ③ スクイーミング ④ ROM測定 |
| 14:00 | 13:50～14:30 NICD報告 II | | |
| | 14:40～15:20 NICD報告 III | | |
| 15:00 | 15:30～17:50 シンポジウム NICD(生活行動回復看護)の急慢(急性期・慢性期病院)連携の あり方を考える 座長 道又 元裕(杏林大学医学部付属病院 看護部長) シンポリスト 齋藤 大輔(杏林大学医学部付属病院 高度救命救命センター) NICD認定看護師 大野 貴子(JA岐阜厚生連 中濃厚生病院) 高橋 陽子(公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院) バートン 裕美(nurseEDU コンサルタント) 高梨 博文(医療法人財団 利定会 大久野病院) 黒岩 恭子(村田歯科医院) | | 企業展示 |
| 16:00 | 特別発表 宇佐見 希子(社会医療法人厚生会 木沢記念病院 脳神経外科病棟看護師) 指定発言 中山 優季((公財)東京都医学総合研究所) | | |
| 17:00 | 17:50～18:00 閉会式 | | |
| 18:00 | | | |
| 19:00 | 18:30～20:30 懇親会 | | |
| 20:00 | | | |

講演資料

N I C D (生活行動回復看護)プログラムの進化 —実践の成果と今後の課題—

紙屋 克子
(筑波大学名誉教授)

在院日数の短縮化に伴い長期意識障害者の施設あるいは在宅療養への移行が進められている。しかし患者の多くは、在宅療養継続のために必要な看護・リハビリテーションを受ける機会も少なく、支援制度も十分に整えられていない。われわれは遷延性意識障害者と家族のQOL向上を目指した看護プログラムの開発に取り組み成果を挙げてきた。

本看護プログラムは、身体調整の技術(生活リズムの確立とプログラムに耐えうる栄養状態の確認)、身体解放の技術(身体アライメントの失調症状の改善、拘縮解除を目的にした用手微振動・ムーブメントプログラムなど)、生活の再構築技術(生活行動を想起できるような異種感覚刺激の提供と学習効果の確認)で構成されている。

しかし、常に課題となるのは、開発した看護プログラムについての理解を深めることと普及を促進するための方策であった。そこで、看護プログラムを1クール4週間で実践するパスを作成し、新たに開発された看護プログラムを実践する拠点病院を募り、看護の実践成果を確認してきた。また、従来の「意識回復」といった抽象的表現から、「生活の予後診断」という新たな概念を提唱し、看護の第1義的機能である生活支援の視点から患者に変化を起こす看護を提唱してきた。「生活の予後診断」とは、医師が病気の予後診断を行うことに倣い、意識障害患者を生活行動の障害を有する存在と位置づけて、生活障害の正確な把握のもとに看護プログラムの構成と方法を明らかにし、次いでどのくらいの期間でそれらの生活障害がどのレベルまで改善・回復するかを予測することと規定した。

このような技術の構成が廃用性障害を起因とする要介護度4・5で、長期の臥床生活を余儀なくされ、介護を受けてきた108万人ともいわれる対象者に貢献できる技術であることも、協力病院の実践によって確認された。本日は、本技術の紹介とその実践例を紹介し看護の持つ力と看護技術の未来を展望する。

■紙屋克子 略歴

筑波大学 名誉教授 (医学博士)

1968年 北海道大学 医学部附属看護学校卒業
1968年から11年間、北海道大学医学部附属病院で臨床看護実践(脳神経外科・精神神経科)
1984年 北星学園大学文学部 社会福祉学科, 北海学園大学 法律学科卒業
1985~95年 医療法人札幌麻生脳神経外科病院 看護部長・副院長
1994年 北海学園大学 大学院修士課程(法学:医事法・インフォームドコンセント)修了
1995年 筑波大学 医科学研究科教授 (社会医学系)
2000年 筑波大学 人間総合科学研究科教授 (ヒューマン・ケア科学専攻)
2004~06年 看護・医療科学類長
2009年 静岡県立大学学長補佐(2010年3月まで)
2008年~ 現在 筑波大学 名誉教授

■業績

1973年, 世界脳神経外科看護学会で意識障害の看護に関する最初の論文を発表し、現在も意識障害者への支援活動と研究に取り組んでいる。
平成5年度 意識障害患者に関する看護活動の功績により、第27回吉川英治文化賞
平成18年度 障害者に関する支援活動により、内閣府バリアフリー化推進功労者賞

■社会活動

日本脳神経看護研究会副理事長
日本ヒューマン・ナーシング研究会理事長

療養型病院で出来るNPPVケアの実際 ーリハビリ部との連携でQOLを上げるNPPV療法ー

富加見 美智子

(医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長)

NPPVの歴史を紐解くと1990年代にはCOPDの急性増悪時の呼吸管理としてNPPVの効果が検討され、挿管率の減少などが報告された。現在では、高炭酸ガス血症を伴う慢性呼吸不全の急性増悪時に、初めに試みるべき人工呼吸となっている。

療養型病院でNPPVを使用する場合には、診療報酬上でも医療療養型病棟での適応患者となる。30分まで242点/日 30分を超えて30分毎50点/日 5時間を超えた場合(1日につき)819点/日が院内人工呼吸療法保険点数である。

当院は介護療養型病棟から回復期リハビリ病棟と医療療養病棟に随時転換し、いわゆる介護病棟は1病棟のみである。この転換期の2006年2月に看護部長として赴任した私にとっては呼吸療法を院内に浸透させるチャンスであった。

3年計画でNPPVを浸透させ、丁度、医療療養型の転換期2009年11月に間に合った。

呼吸を見る・観る・看るから始まり器械の取り扱い迄を、リハビリテーション部を含めて指導し、呼気介助をしながらバランスボールを使用して、有効な換気量を簡単に取り入れられ、IPAPに無理のない数値に落とせるように、RSTの指導をしながら進めて行った。療養型は人員が少ないうえに急性期の経験者が少ない。また、成功感よりむしろ急変状態の前駆症状がわからなかったり、怖さを知らない部分に問題があるため、RSTで症例検討も2~3例/月できるようにした。また、企業協力も得て、機器の取り扱いも定例化して訓練できるようにした。現場の看護師は指導できる人間を先に育てていくようにした。フィリップス・レスピロニクス(同)の協力を得て、このランチョンセミナーで2009年から2013年までの22症例の幾つかを紹介しながらNPPVケアの実際を報告したい。

■富加見美智子 略歴

国立鹿児島大学医学部附属看護学校卒業(現:鹿児島大学医学部保健学科)。

同附属病院ICU副師長を経て東邦大学佐倉病院ICU師長補佐。

東京医科大学八王子医療センター救命救急、一般病棟を経て八王子市立看護専門学校教員。

その後、人工呼吸器メーカー教育課長を経て、2006年2月医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長就任。

現在に至る

呼吸療法認定士・看護教員資格・認定看護管理者・認定看護管理者研修first・second講師。

呼吸療法関係の講演会にて看護協会などの講師を務める。

■業績

日本難病看護学会・日本呼吸リハビリテーション・ケア学会・看護管理学会・日本脳神経看護研究学会・意識障害学会・集中治療学会での学会発表。

商学雑誌などの文献5件ほど。

N I C D (生活行動回復看護) 技術の紹介

紙屋 克子
(筑波大学名誉教授)

世界に例をみない速さで進行するわが国の高齢社会、そして高度先進医療の進展は、医療に対する国民の価値観を大きく変化させ、これまで以上に看護やケアに対する期待も高まっています。また、看護の周辺領域にはこうした社会の要請に応えるために新しい有資格職の誕生が相次ぎ、改めて看護の役割と専門性が問われる状況が生まれています。看護者が行う日常生活支援活動の中には、ヘルパー、介護福祉士、理学療法士、ひいては素人のできる行為まで、幅広い技術の存在が確認されますが、生活支援の専門職として、看護者が提供する技術には目的・方法・効果の期待において、他の職種と明確な違いがなければなりません。そこで、看護者がその専門性と独自性を発揮するためには、看護活動の中核をなす生活支援の技術を他職種との協働において明確にする必要があります。

在院日数の短縮化が進む中で看護の対象者に対して、急性期から人間としての尊厳ある生命と生活を保障し、残された能力を発展させ、より質の高い生活レベルで社会復帰させるための効果的な支援方法を確立することは、すべての看護職にとって急務の課題となっています。

臨床看護者は患者に対してはケアの実践者であり、看護実践の発展を直接的に担う研究者であり、それを後継者に伝え、優れた実践者を育てる教育者ともなる存在です。日々くり広げられる看護の諸事実に科学の光を当て、成果を確認する実践と研究は、患者への貢献と共に、専門職としての誇りと喜びを見いだす活動です。

本日は、遷延性意識障害者と廃用性障害による要介護者のQOL向上を目指した看護プログラムの開発に取り組み成果を挙げることでできた基調講演をベースに、意識障害患者と廃用性障害による要介護者の回復支援における技術を紹介し、皆さんにも体験していただこうと思います。

■紙屋克子 略歴

筑波大学 名誉教授 (医学博士)

1968年 北海道大学 医学部附属看護学校卒業
1968年から11年間、北海道大学医学部附属病院で臨床看護実践(脳神経外科・精神神経科)
1984年 北星学園大学文学部 社会福祉学科, 北海学園大学 法律学科卒業
1985～95年 医療法人札幌麻生脳神経外科病院 看護部長・副院長
1994年 北海学園大学 大学院修士課程(法学:医事法・インフォームドコンセント)修了
1995年 筑波大学 医科学研究科教授 (社会医学系)
2000年 筑波大学 人間総合科学研究科教授 (ヒューマン・ケア科学専攻)
2004～06年 看護・医療科学類長
2009年 静岡県立大学学長補佐(2010年3月まで)
2008年～ 現在 筑波大学 名誉教授

■業績

1973年、世界脳神経外科看護学会で意識障害の看護に関する最初の論文を発表し、現在も意識障害者への支援活動と研究に取り組んでいる。
平成5年度 意識障害患者に関する看護活動の功績により、第27回吉川英治文化賞
平成18年度 障害者に関する支援活動により、内閣府バリアフリー化推進功労者賞

■社会活動

日本脳神経看護研究会副理事長
日本ヒューマン・ナーシング研究会理事長

発表抄録

脳卒中急性期における早期離床に取り組む中でのFIMの推移

○竹田潤子 石橋未希 渡邊俊一 岩永美智子 隈本伸生 鳥井潤子
(財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

【はじめに】

脳卒中により障害を抱えたまま、生活を送っている患者数は増加の一途を辿っている。早期リハビリテーションが推奨される中、看護師が病棟内で実施可能な項目に早期離床がある。急性期から介入することで、ADL自立に向けての準備を行っていくことが重要と考え、A病院の脳卒中急性期病棟(以下、B病棟)では、脳卒中集中治療室(以下、SCU)より転入後、積極的な離床に取り組んでいる。B病棟への転入時と転帰時でADL評価を行い、ADL自立にとって早期離床がどのように効果をもたらすのか検討した。

【研究方法】

①対象および介入方法:B病棟へ転入してきた意識レベルJCS I 桁~II 桁の患者に対して、アンダーソンの運動負荷基準をもとに作成したフローチャートを用いて離床を行った。②期間:2012年8月~2013年2月。③調査内容:転入時と転帰時の評価に日常生活自立度評価法(以下、FIM)を使用した。④データ収集方法:対象者の転入時と転帰時FIM、性別、年齢、入院日数・SCU在室日数・B病棟在院日数、病型をデータベース化した。⑤分析方法:④の項目に対し基本統計量を算出し、t検定を実施した。⑥倫理的配慮:所属の倫理委員会で承認を得て、患者に関するデータは個人が特定されないように配慮した。

【結果】

対象は男性58名、女性42名の計100名で、平均年齢 74 ± 12.1 歳であった。病型は脳梗塞55名、脳出血21名、くも膜下出血3名、その他21名であった。入院平均日数は 21.4 ± 14.2 日であり、SCU平均在室日数は 6.9 ± 9.5 日、B病棟在院平均日数は 14.4 ± 9.2 日であった。転帰は、退院37名、転院63名であった。転入時FIM平均は69.6点、転帰時FIMは81.7点であり、18項目中17項目において有意に改善を認め、「社会的交流」のみ有意差を認めなかった。

【考察】

脳卒中急性期リハビリテーションは、早期から行うことが強く勧められている。しかし、超急性期では治療が優先され、病状も不安定なため安静を強いられ、各種障害に伴い残存機能が低下するためADLも低下する。このため、超急性期を脱した時点で、積極的に離床を図ることで残存機能低下を最小限にできると考えられる。FIM平均点改善の一因として、B病棟への転入時に安静が解除され、しているADLが増えた対象者も含まれることがあげられる。また、麻痺は改善しないが看護師も積極的に離床に取り組むことで得られたものと考えられる。以上のことより、早期離床は廃用症候群を予防しADL自立に向けて重要な看護援助の一つと言える。また、回復期入院時のFIM全国データ74.4点に対し、B病棟転帰時は81.7点であることから早期離床の有効性が示唆されるのではないかと考えられる。今回の結果では『社会的交流』は有意差を認めなかった。発症後混乱期にある患者は、意識障害や高次脳機能障害に伴い、自分の現状を理解する能力が低下する。よって、B病棟在院日数の関わりの中では、訴えを表出する機会が少なかったのではないかと考えられる。また、B病棟では積極的なレクリエーション活動を実施していないことも一因と考えられる。急性期看護の中で、いかに患者に交流の場を提供するかが、今後の課題になってくると思われる。

【結論】

超急性期・急性期より安全性を保った状態で積極的に早期離床を図ることは、残存機能低下を最小限に抑えてADLを改善させ、よりスムーズに回復期施設へ移行させることができる。

透析患者における用手微振動の効果検討

○松川ひとみ 角崎裕美 宮崎絵美 西村幸代 宮本友子
(医療法人如水会 嶋田病院 嘉島クリニック)

【研究目的】

便秘はさまざまな合併症を引き起こし、透析患者のQOL(quality of life)に大きく影響する因子であるといわれている。透析患者の便秘に至る環境的背景には、水分制限、運動不足や生活活動度の低下、リン吸着剤の内服、糖尿病性腎症患者の増加、高齢化による腹圧低下などが考えられ、A病院、Bクリニックでも約40%の患者が下剤を服用している現状にある。そこで、平成22年度より約2年間、透析を行っている17名の患者に生活行動回復看護技術(以下、NICD)のなかの用手微振動に取り組み、その効果の有無を項目別に集計し比較検討したので報告する。

【研究方法】

1.対象:平成22年7月より、A病院、Bクリニックにて下剤を内服している透析患者17名である。2.看護介入方法:実施前の排便パターンの聞き取り調査、その後チェックシートを用いての排便チェック、透析中(午前中)に腰臀部4部位に各1分ずつの微振動実施。その後約3カ月間の排便評価を行った。3.分析方法:診療録ならびに排便チェックシートを基に、看護介入における対象者を排便効果の有無に分類し、さらに年齢、原疾患、リン吸着剤内服の有無、下剤服用方法、活動量の5項目別にその効果について比較した。倫理的配慮として、本研究に関するデータは個人が特定されないよう配慮し、個人情報保護法に基づき、情報管理を行った。また、A病院の倫理委員会の承諾を得た。

【結果】

1.対象の属性:平均年齢72.7歳(60-86)慢性糸球体腎炎7名、DM性腎症6名、腎硬化症2名、他疾患1名ずつ、週3回の透析患者に約3カ月間の微振動を施行した。2.看護介入における効果:用手微振動実施患者の約60%に排便促進効果がみられた。年齢別で比較すると60歳代に排便促進効果があった患者が多く、80歳代には効果がない患者が多かった。原疾患による効果の出方に大きな差は認められなかった。リン吸着剤服用別では、排便促進効果があった患者のうち、使用者80%、未使用者20%であった。下剤内服状況別では、効果ありの70%が定期下剤服用者で、30%が屯用下剤服用者であった。その30%全員の下剤減量ができた。効果なしの患者では全員が定期下剤服用者であった。活動量別では、効果ありの50%が運動実施者であり、効果なしでは43%が運動実施者であった。

【考察】

本研究は症例数も少なく、効果の傾向を明確にすることは出来なかった。しかし、リン吸着剤を服用している透析患者にも排便促進効果がみられ、また定期下剤服用患者は薬剤への依存心、減量に対する不安が強く、下剤減量は難しいことが示唆された。さらに、透析患者における微振動の効果には個人差があること、また便秘の要因もさまざまであるが、用手微振動は透析患者の便秘改善に有効である可能性が示唆された。

慢性維持透析患者の下肢へのリラクゼーションエクササイズ実施の効果

○東木場鈴香 上園恵子 川野睦子 海江田周作
(医療法人敬愛会 東近江敬愛病院)

【はじめに】

慢性維持透析(以下、透析)は週3回、1回約4時間の治療を要し、治療中も患者はベッド上で制約を受けている。しかし、それらの制限された治療状況に対して負担軽減に関する直接的なケアは、これまでなされてこなかった。そこで、紙屋氏らの提唱する下肢のリラクゼーションエクササイズ(以下、リリース)を透析中に実施することで、透析中の苦痛軽減や下肢の自覚症状が緩和でき、身体的心理的負担軽減の一助になることが期待されたため、その効果について報告する。

【研究方法】

対象者:透析患者34(男性24、女性10)、実施期間:平成25年1月~7月、介入内容:週3回の透析中に、「身体調整のためのエクササイズ(紙屋、2011)の「仰臥位での股関節・膝関節・足関節のリリースを実施した。実施にあたり紙屋氏らから直接的に手技指導を受けた。調査内容:実施期間前後に身体的心理的反応の指標として質問紙法にて調査した。下肢の自覚症状の有無について主観的に10段階で評価してもらい、施行前後の変化をt検定で比較した。倫理的配慮:本人に研究の主旨、実施方法、情報の取り扱い等について説明し文章で同意を得た。

【結果】

継続実施者及び有効回答は24であり、有効回答率は70.5%であった。平均年齢は 69.9 ± 8.7 歳、平均透析歴 5.5 ± 3.2 年、リリース平均実施延べ回数 69.9 ± 7.3 回であった。自覚症状として、「腓腹筋痙攣(こむら返り)」が5名にあり、その症状の変化として実施前は平均 9.4 ± 1.2 、実施後は平均 3.2 ± 2.7 であり、有意な差が認められた($p=0.013$)。また、「下肢のだるさ」が4名にあり、その症状は前平均が 6.2 ± 1.0 、後平均は 1.7 ± 1.2 で、施行前後に有意差がみられた($p=0.011$)。その他の症状「しびれ」、「痛み」、「足のふらつき」では、有意差は認めなかった。身体的な自覚反応は「非常にあてはまる」から「全くあてはまらない」の5段階で評価した結果、「気持ちよかった」 4.5 ± 0.7 、「リラックスした」 4.4 ± 0.6 、「足が軽くなった」 3.8 ± 1.2 、「苦痛が減った」 3.8 ± 0.7 、の項目が高値であった。

【考察】

透析患者において、腓腹筋痙攣(こむら返り)は強い痛みを伴う症状で、とてもつらく苦痛であるが、この筋痙攣に関して下肢のリリースは改善効果が認められた。これはリリースにより筋緊張の緩和、下肢の血流循環が促進され筋肉の虚血を改善したのではないかと考える。また、リリースにより「気持ちよかった」、「リラックスした」、「足が軽くなった」など、透析中のリラクゼーションの効果を実感されていた。透析中のリリースは短時間ではあるが緊張緩和や快適感をもたらし、心地よさを感じることができたのではないかと考える。また、特定のツボや筋をポイント的に押すのではなく、下肢の各関節を中心とした手技で比較的容易に実施できるため、透析中であっても実施可能である。但し実施中、数名において血圧低下を認めたため実施前後の血圧測定とアセスメントが必要である。

看護師の手で直接的に触れることから、実施時は触れ合いによるコミュニケーションを行うので、このケアが日常的になれば心地よい感覚が感情を解放する手助けとなり、苦痛緩和と共に患者の不安や悩み、不定愁訴や治療に対する不満など、これまで対応できにくかったケースにも介入し易くなることが期待できるのではないかと考える。

足ツボによる睡眠の効果 –睡眠薬に頼らない睡眠ケアの一考察–

○大島京子 鈴木優子
(春日井市民病院)

【研究の背景】

加齢に伴い身体的な変化が生じるように、睡眠も年齢に伴い変化し、様々な睡眠障害が現れる。さらに入院など環境の変化は、入眠困難を助長するため入院中に睡眠剤を服用する患者が多くなる。このような場合に処方される睡眠剤は、短時間で代謝される薬が多いため、薬の血中濃度が低くなった後の浅眠状態の時にせん妄状態が起きやすい。この現象は高齢者になると出現しやすいと言われているため、高齢者は自然な睡眠ができることが望まれる。柳らの研究では「指圧・マッサージによって睡眠障害の身体的要因が除去できた」と報告しており、足ツボが睡眠導入に効果があるかを明らかにするため研究を行ったので報告する。

【研究目的】

血行促進、鎮静化、ストレスの緩和に効果があるとされる足ツボやマッサージが、睡眠導入に効果があるかを明らかにする。

【研究方法】

睡眠薬を服用していない患者3名を対象とし、無施術と足ツボ・下肢マッサージは左右5分間施術した。3種類を1週間毎に実施し、21時～翌朝6時の540分間睡眠状態を3週間ビデオ撮影し、7日目の記録をスナップリーディング法で睡眠評価する。開眼していたら覚醒としてカウントし、%で表した。数値が高い方が覚醒していることを示す。倫理的配慮に関して、認知症患者に対しては御家族に研究の意図を説明し文章で同意を得た。

【結果】

| 患者 | 性別 | 年齢 | 認知 | 疾患名 | 無施術 | 足ツボ | マッサージ |
|----|----|-----|----|--------|-------|------|-------|
| A | 男 | 81歳 | 有 | 脳梗塞 | 21.1% | 3.8% | 0.3% |
| B | 男 | 84歳 | 有 | 脳梗塞 | 21.5% | 8.6% | 10.6% |
| C | 女 | 58歳 | 無 | ギランバレー | 3.3% | 0% | 2.2% |

上記の表に示したように、無施術と比較して足ツボやマッサージの方が開眼する数値は低く、更に足ツボと下肢マッサージを比較すると3名のうち2名は足ツボの方が開眼する数値は低かった。

【考察】

3名とも足ツボと、下肢マッサージを施術した週の方が覚醒している数が少なかった。睡眠評価はアクチウォッチという時計型の測定器を使い、休止と活動をデータ分析するが、認知症の患者が対象であったため、入眠の妨げにならないよう、ビデオ撮影とした。そのため、一方向からしか撮影できず開眼の有無が不明であった場面があったこと、また、入院を3週間継続する対象が少なく、対象者が3名しかいなかったことから、今回の研究では、無施術と施術との大きな差は見られなかった。しかし足ツボと下肢マッサージを施術した時は夜間の覚醒が少なかったことから、本当に睡眠していたかは不明であるが、対象とした患者へは、睡眠導入への効果として、足ツボは睡眠を促したことが示唆された。

重度関節可動域制限のある患者の生活行動回復を目指す看護

○佐藤真紀子 出川由加里 久保田直子
(県立広島病院)

【はじめに】

人は臥床状態が続くと自発性の低下や関節可動域制限などの廃用症候群が生じ、生活行動の自立を阻むことになる。そこで今回、これまで改善が困難とされていた重度関節可動制限のある患者の生活行動回復を目指す看護を明らかにしたいと考え実践に取り組んだ。

【事例紹介】

A氏、80歳代、男性。2009年に頭部外傷で入院となった。左急性硬膜下血腫にて開頭血腫除去術・外減圧を施行された。その後、気管切開、骨形成術を施行されたが著明な意識回復は認められず、ほぼ寝たきりの状態で約3年5カ月が経過していた。介入前は言葉がけに「ハイ」と返事はできたが傾眠状態にあった。左上下肢は屈曲位で身体に触れると筋緊張があった。左肩、左肘、左手、両膝の関節可動域制限が著しく、左肘、両膝関節は強直状態にあった。関節拘縮の改善・予防目的で週1～2回の理学療法を20分/回実施されていた。なお、倫理的配慮として、当院倫理審査委員会での承認を受け、家族に対し本看護の内容を説明し、文書で同意を得た。

【看護過程の展開】

1. **実践計画と内容**:実施期間は2ヶ月間(2クール)とした。身体解放の技術を中心に週3回午前中に温浴刺激(その内2回はシャワー浴、1回はハーバードタンクでの入浴)を行った後シムス位での用手微振動を行った。温浴刺激のない日はバランスボール(大玉2つ、小玉1つ使用)で身体を柔軟にした後、シムス位での用手微振動を行った。午後はバランスボール・端座位でのムーブメントや車椅子乗車を行った。

2. **実践・評価**:各関節において5～55度の可動域の拡大がみられた。介入中、端座位時には手足が自然に下がるようになり、両足底も着床できるようになった。自力での端座位保持は、介入前15秒程度であったが、介入後は頸部と体幹のバランスが安定し1分以上可能となった。更に、頸部の可動性が向上し頸部を動かせるようになった。また、傾眠状態であったA氏が介入2クール終了時には髭剃りや歯ブラシを自分で持ち、使用することができた。意識状態については広南スコアの総計点が60点から50点となり、意識の回復がみられた。

【考察】

重度関節可動域制限のある患者が生活行動を回復するには、まず関節の可動性を向上させ自己を発動するための運動機能を取り戻すことが重要である。そのためには身体解放の技術が効果的である。中でも用手微振動は重要な内容であるが、A氏の場合強直により膝の屈曲が著しくシムス位のポジショニングは難しかった。バランスボールでのムーブメントは無理のない体位で行え、関節の可動域が拡大しことより、患者の状態に応じて振動時の体位や介入方法を変更するとよいと考える。関節可動域の拡大には座位姿勢となり重力の作用を受けることや他動的に道具を持つことなども必要である。このようにして関節可動域が拡大すると端座位のムーブメントが容易となり、座位保持能力の再獲得が可能となる。A氏は低運動からの廃用症候群のため自発性の低下や重度関節可動域制限が生じ、一見すると遷延性意識障害のように思われていた。歯ブラシや髭剃りを認識して使用できたことは、関節の可動域が拡大し、長期臥床状態から身体を起こすことが可能となったことで脳が活性化したためと考えられる。また、意識の回復には生活リズムを整えたことや視覚、聴覚、触覚などの様々な刺激を加えることも関与したと考えられる。今後は、患者の尊厳を考え、将来を見据えて急性期の段階から生活を支える者として支援していきたい。

低酸素脳症による重度意識障害患者への残存機能を引き出すための取り組み

○土屋郁恵 兼松由香里 石山光枝
(木沢記念病院 中部療護センター)

【はじめに】

低酸素脳症は脳の広範な機能不全を生じ、意識障害も重度となる。そのため意識や身体機能の回復は困難をきたすことが多い。今回、取り組んだ事例も低酸素脳症により重度の意識障害を呈しており、入院後2年間で色々なアプローチを行ってきたが変化は極めて乏しい状態であった。しかし、介入方法を工夫することで変化が認められたので報告する。

【事例紹介】

A氏42歳男性。病名は低酸素脳症、遷延性意識障害。平成22年3月交通事故で受傷。トラックの下敷きとなり心肺停止状態から30分後に蘇生。平成23年4月に当院へ転院する。入院時から全身の筋緊張が強く、平成24年4月ITBポンプ植え込み術施行。神経学的所見として脳萎縮、脳室拡大があり脳は広範囲に血流低下を認めている。画像上では脳幹への明確な損傷は認めていない。入院後より、介助者が横もしくは背部から支える端座位の姿勢をとることはほぼ毎日行っていた。しかしその訓練では、座位時の状態は、足底は接地せず、四肢の動きが反射的な動きのみのため、介助者が手を話すと横へ傾いた。意識レベルは呼びかけに対して開眼するがそれ以外の反応はない状態が続いていた。

【展開・結果】

生活予後診断は「脳幹の機能は維持されている可能性があることから短時間でも座位姿勢が取れる」とし、看護目標は「数秒でも自力で座位保持ができる」とした。介入方法は、端座位訓練に柵に手を掛けて自分で座位姿勢をとる感覚を感じられるようにした。1日1回短時間でもこの姿勢をとることを1週間継続した。その後は筋力強化のためバランスボールでの足踏み運動を追加した。さらに、座位姿勢の感覚を引き出すために、身体を前後左右にゆっくりと揺らし、重心のバランスを取れる位置を探して介助の手を放すことを行った。また、臥位でもバランスボール運動を継続した。その結果、柵に手を掛けた端座位の状態は10日後には支えがなくても保持できるようになった。4週間後には柵から手を放した状態でも20～30秒の自力座位保持が可能となり深く前屈していた頭部がやや拳上された。

【考察】

遷延性意識障害患者にとって座位姿勢をとることは、生活行動を拡大していくうえで大切である。しかし、座位になったときは脳は活動し反応するが、時間とともに反応は低下する。脳は同じ刺激が続けて入力されると順応していくといわれているように、座位姿勢をとってから脳活動を活性化させるための刺激が必要となる。漠然と座位姿勢を取らせていた今までの看護から、患者の「自分で座る」という感覚を引き出す様な関わりと、加えて下腿の筋力強化を行ったことで、わずかではあるが自力座位保持が可能となったのではないかと考える。重度で広範囲な脳の損傷がある事例であっても残存機能は残されている可能性があるため、そこに気づき諦めず関わるのが重要である。

残存機能を引き出す看護実践報告 — 摂食・排泄機能に焦点をあてて —

○松井 智枝

(独立行政法人自動車事故対策機構 岡山療護センター)

【はじめに】

遷延性意識障害患者への効果的な治療や看護の方法には確立されたものがないため、積極的な治療やリハビリが行われず、生命の維持と予防を目的とした看護が中心となる傾向がある。今回「意識障害・廃用症候群患者の生活行動回復技術(以下NICDと称す)」の考え方を導入し、まず生理機能に焦点をあて生活行動の獲得という視点から介入することにより、残存機能を引き出す看護を経験したので報告する。

【事例紹介】

A氏は、22歳の男性で、2010年4月に交通事故にて受傷した。受傷後6ヶ月の入院の後、1年間を自宅療養していたが、その後リハビリテーション目的で入院となる。入院時の画像診断は瀰漫性軸索損傷及び脳幹出血跡で脳血流量20 ml/100g/分 台と低値であった。入院時より、話しかけると笑顔による表情変化が見られ、従命に右拇指の屈伸運動が見られる時もあったが、明確なコミュニケーションははかれなかった。運動機能としては、臥床状態での頸部左右回旋などができ臥床状態での頭部コントロールは可能であった。入院後1年間で少しずつ反応の頻度や確実性は向上したが、それ以上の変化は見られなかった。

【倫理的配慮】

家族にプログラムの目的・方法・予測される介入の効果と不利益介入・参加の任意性及び中断の自由・プライバシーの保護・個人情報の取り扱いについて、口頭及び書面で説明し同意を得た。

【看護の展開】

アセスメントの結果、呼吸・循環状態安定し、BMI19.3、血液データ正常値で栄養状態も良く、活動出来る身体と判断した。軽度の筋緊張や拘縮は認めるが、座位姿勢を介助でとることは可能であり、座位姿勢確立の可能性が考えられた。また、一回尿量、一日の排尿回数は正常なため、尿器排泄確立の可能性・浣腸時に唸り声やいきむ事がある為、ポータブルトイレでの自然排便の可能性が考えられた。摂食について、咀嚼・送り込みが不十分で、摂取量にばらつきがあったが、嚥下反射に問題は無かったため経口摂取での栄養摂取の確立の可能性が考えられた。さらに右拇指の屈伸運動や頸部回旋を用いた意思疎通の可能性が考えられた。特に今回は、残存している生理機能に焦点を当て端座位時の頭部コントロールによる座位姿勢の保持を確立し、経口摂取、尿器への排尿およびポータブルトイレでの排便を4週間の目標として介入した。

介入プログラムは週5日間で、温浴刺激療法や用手微振動による身体解放を中心に関わった。座位姿勢及び頭部コントロール向上を目的に、端座位、ピーナツ型バランスボールでの座位バランス訓練などを取り入れた。4週間後、端座位時に1分間程度頭部をしっかりと挙上することができるようになった。経口摂取に関しては、食べる口作りを目的に、口腔内・舌・表情筋マッサージを実施した。さらに、注意力障害もあったために食べる環境に関しては刺激が少なくなるよう工夫した。4週間後、舌の動きがわずかに向上し、自ら咀嚼する動きが増えたが、注意力が散漫で途中で摂取スピードが落ちるなど、量が一定になるまでにはならなかった。排泄について、排尿は定期的な尿器排尿を試み、排便は朝食後の排便反射のある時間帯にポータブルトイレ移動を試みた。4週間後、排尿は時間間隔採尿が出来る回数が増え、尿意を示すような排尿前の体動がみられるようになった。排便は4週目にポータブルトイレでの自然排便がみられた。

【考察】

今回4週間の介入結果として、得られた摂食機能の向上と排泄面の変化はわずかなものではある。しかし22歳の青年が今後自宅に帰ってから過ごす長い人生において、持てる機能を最大限引き出したケアの継続は、生活行動の獲得に至る可能性を示唆していると考えられる。また、寝たきり状態の患者が在宅療養に帰る際、家族の介護が必須であり、介護する側、受ける側、双方の安全・安楽が得られる身体の調整は重要である。障害の部位や程度により生活行動の再獲得が困難なケースは多く存在するが、残存している生理機能に着眼し、身体を調整することは自宅退院に向けた重要な一歩であると考えられる。

心肺蘇生後脳症患者に生活行動回復看護(NICD)を
早期に関わった事からの提言
—ICUより直接、療養病院へ転院となった症例—

○内田順子 佐々木友範 堀洋子 斉藤増雄 富加見美智子 高梨博文 進藤晃
(医療法人財団利定会 大久野病院)

【目的】

心肺蘇生後、約2カ月間ICUに入院していた患者が一般病棟を経由せずに直接、当院回復期リハビリテーション病棟に転院した。療養型病院で様々なリスク管理を行いながら臥床安静からの脱却、覚醒度の改善を目的とし、生活行動回復看護(NICD)強化プログラムを実施した結果をここに報告する。

【事例紹介】

A氏20歳男性。診断名：心肺蘇生後脳症。2012年1月に自室にて刃物で自ら頸部、胸部を刺し倒れている所を母親が発見し救急搬送された。来院時心肺停止、開胸式心臓マッサージ、DC、下大動脈クランプ、気管挿管施行される。その後、気管切開、PEG造設。残存しているのは脳幹の機能のみ。ADLは車椅子乗車していたが腰部が曲がらず下肢の不随運動の為、長時間の乗車は困難であった。母親が紙屋式看護技術を強く希望された為、2012年3月に当院入院となった。倫理的配慮に関しては当院の倫理委員会において承認を得た後、家族に文書と口答で説明し同意を得た。

【実践計画及び実践評価】

実施期間は2012年5月～6月末(4週間)。筋緊張が軽減し良肢位が保てることを看護プログラムの目的とした。内容は背面開放座位週3回、ムーブメント週4回、温浴療法週1回、上下肢ストレッチ、マウスケア月曜日から金曜日までの午前、午後は上下肢ストレッチ、腹臥位、微振動を実施した。その結果、広南スコアでは、4週目までに「簡単な従命と意思疎通」が10点から9点へ「表情の変化」は10点から9点と改善された。千葉スコアにおいても「覚醒レベル」が2点から3点「表情変化」は1点から3点へ上昇を認めた。ROM(関節可動域)に関しては膝関節において5度から20度へ伸展、足関節において背屈に10度から15度へ変化がみられた。表情においては、プログラム開始前と比較すると笑顔を多く見せるようになった。

【考察】

本事例において、急性期から亜急性期の看護導入は生体情報モニターを装着しながら循環動態を観察し実践した。回復期リハビリ病棟ではあるが患者状態の観察、状態を理解出来ていない母親の対応に苦渋した。しかし、プログラムを中断する事なく実施でき、筋緊張の軽減と無表情から笑顔がみられるようになり、成果が表れたと考えられる。急性期からの患者の受け入れはA氏だけでなく、家族の希望にもつながりスタッフ家族間においても同じ目標を持ち共感し合えた症例になったと考えられる。

この症例で急性期と慢性期の連携の始まりになればと考えられる。

廃用症候群患者への生活行動回復看護 —座位姿勢獲得までのアプローチ—

○嶋津美知子 今西恭子
(医療法人社団如水会 今村病院)

【はじめに】

2008年4月からの診療報酬改正により、長期入院患者に対するリハビリテーション時間は著しく減少。その結果、長期臥床に伴う筋力低下・認知機能の低下を招き、心身ともに様々な機能低下を引き起こす要因となっている。座位姿勢の確立は意識障害患者の覚醒と長期臥床生活者の自立の第一歩と位置付けられ、廃用症候群となった患者には、まず基本姿勢となる座位姿勢を獲得させるアプローチが必要である。そこで、一日を通して患者に関わる時間が最も多い看護職がチームを組み、廃用症候群と診断された患者に対してNICDを実践し、効果が得られたので報告する。

【事例紹介】

68歳、男性。平成21年に右外傷性脳内出血にて左完全麻痺、その後脳梗塞も発症し右不全麻痺出現し、四肢関節に拘縮があった。施設入所中、嚥下性肺炎で入退院を繰り返す。施設では食事介助は全介助で約1時間30分を要し、飲み込みが悪く、口腔内に溜め込むことが多かった。今回の入院は、肺炎の治療と胃瘻造設の目的であり、施設側から胃瘻造設しなければ施設退去を迫られていた。

【看護介入】

温浴刺激療法、用手微振動、バランスボールを用いた運動、端座位訓練・車椅子移乗、腹臥位による体幹アラignmentの調整を週5回実践。表情筋・口腔マッサージを1日2回、また2～3時間毎のオムツ交換時に股関節の用手微振動を実施した。肺炎の治療が終わり、平成24年8月6日～19日までの残された入院予定期間内に看護介入を行った。2週間の看護目標を「座位に近い姿勢で(車椅子で)30分過ごすことができ、頸部コントロールが可能となる」とした。主治医から施設側の医師へ、今回は胃瘻増設せず、NICDを実践したい旨を説明し、承諾して頂いた。倫理的配慮については家族にNICDの概要を説明し、写真や動画をそのまま学会発表で使用させて頂く事も書面にて同意を得た。

【結果】

介入後は口角が上がり、穏やかな表情がみられるようになった。口腔内は乾燥して唾液の粘稠度が高かったが、口腔・唾液腺マッサージにより、介入後は漿液性の唾液に変化し、口腔内乾燥も改善した。関節可動域は、右肘関節60度→130度、右膝関節45度→110度になり、関節可動域が拡大したことで車椅子への移乗が可能となった。車椅子で30分経過すると頸部が前屈するが、「頭を上げて下さい」と声掛けすると頭部を持ち上げることが可能となった。介入14日目には右第1指と第2指にスプーンを持たせ、看護師が手を添えて口元まで運ぶ動作を介助すると、自発的に開口されてスプーンに顔を近づける動作が見られた。食事時には首を左右に振り拒否する動作も見られ、意思表示が可能になった。食事に要する時間も短縮し、疲労感なく食べられるようになり、食事時のムセも消失した。

【考察】

短期間であっても集中的にNICDによる介入を行うことで関節拘縮が軽減し、頸部のコントロールも可能になった。このことで、食事介助に向けての介入が可能となった。NICDにおいては、「これからどのような行動をとるのか、今何をしようとしているのかをはっきり言葉で伝えることによって、援助される側も意識が集中するようになる」とされている。本事例では、食事動作を1つ1つ声かけしながら行ったことで、食事に意識が集中することができたと考える。また、自力摂取は不可能であっても、看護師が手を添えて口元まで運ぶ動作を介助したことは、食事をする行為を想起させた事につながったと考える。妻からも、「私もそのぐらいならできそうです」という言葉も聞かれ、患者を見る家族にも自信と勇気を与えることができ、家族のQOLも向上できたと考える。

関節拘縮の改善によりオムツ交換の介助量の軽減に繋がった事例

○阿部美由紀¹⁾ 大内潤子²⁾ 林裕子²⁾

(1)釧路孝仁会記念病院 2)北海道大学大学院

【はじめに】

脳神経疾患は運動機能の低下により、長期的な臥床状態に陥りやすい。長期臥床状態は、廃用性の筋萎縮や関節拘縮を生じさせ、寝衣やオムツ交換、車椅子移乗など生活行動全般に介助が必要となる。また、廃用性の関節拘縮の多くは治療の対象とはならず、また治療的に介入しても、疼痛や異常筋緊張などのためなかなか改善しない傾向にある。そこで、今回用手微振動とバランスボールを使用した看護介入により、関節可動域が拡大し、オムツ交換が容易になった事例について報告する。

【事例紹介】

対象事例は、76歳 女性であった。7年前に脳梗塞となり寝たきり状態で現在、特別養護老人ホームに入所されているが、低血糖のため入院となった。四肢の状態は、関節拘縮が強く両膝は曲がったままで、自動運動はみられない状態であった。意識状態は声掛けに視線は合うが発語はなかった。栄養は胃瘻から流動食の注入であった。日常生活行動は全介助であり、全介助にてリクライニングに乘車していた。

【看護介入】

四肢の関節の拘縮が強く、オムツ交換時開脚せず、本人も苦痛表情があり、介助者も苦勞していた。その為、関節の拘縮が改善されたら、患者の苦痛が軽減され、介助者の介助量の軽減に繋がると考えた。そこで週に5日間①朝に、リクライニング車に乘車しバランスボールを用いて足踏み運動を片足50回を両足実施、②午後から腹臥位にて、用手微振動を上肢帯・下肢帯の各箇所1分～2分程度実施、③仰臥位で膝下にバランスボールを置き、微振動をかけながら屈伸運動を実施した。データは介入前後のROM測定と写真撮影であった。また、看護師・介護士(以下、スタッフ)に感想を聴取した。分析は介入の前後を記述的に比較し、感想はまとめた。倫理的配慮は、看護介入について予測される危険性と効果、患者の権利と保障、患者に関わる秘密の保全について説明し、写真について説明し書面で同意を得た。

【結果】

介入前のROMは、股関節屈曲(左110度、右90度)、膝関節屈曲(左140度、右140度)であったが、介入後は股関節屈曲(左140度、右140度)、膝関節屈曲(左140度、右150度)となった。そのため、オムツ交換時における開脚が容易になり、スタッフから「オムツ交換や体位変換が実施しやすくなった」「足が開くようになった」などの感想があった。

【考察】

WHOの定義によるリハビリテーション(以下、リハ)の手段はあらゆるものであるといわれている。本事例においては、看護による生活行動の支援に機能改善の訓練をほぼ毎日繰り返す行うことでリハとなり、関節拘縮を改善し介護負担の軽減につながったと推測される。さらに、この看護援助は7年寝たきりで、強度の拘縮に対しても2週間という短期間でも効果的であることが示された。

治療に伴う廃用症候群のある高齢者への看護

○田原綾子¹⁾ 佐々木寿子¹⁾ 藪中梨枝子¹⁾ 杉澤千香子¹⁾ 桜田不二子¹⁾ 大内潤子²⁾ 林裕子²⁾

(¹⁾財団法人北海道石炭同交振興会同交会病院 (²⁾北海道大学大学院保健学科学研究所)

【はじめに】

高齢者は入院し、床上安静で経過すると関節の拘縮や筋力低下(以下、廃用症候群)は早期から起こると言われている。そして、この廃用症候群の原因により、高齢者は食事を自力で摂取することが困難になる場合がある。そのため、入院早期からリハビリテーションを行い、廃用症候群を予防、改善することは、周知のことである。そこで、治療入院目的の高齢者に対し、治療中から廃用症候群を予防し生活行動を保持した事例について報告する。

【研究方法】

1)対象者:糖尿病のあるA氏(90歳、女性)。食事量が低下し血糖コントロールのため入院。さらに、心不全も併発しており、入院直後から安静臥床の治療が必要となった。食事行動では、食べ物の認識は可能だが、6日間の臥床により関節の拘縮、筋力低下があり、入院前には可能だったスプーン使用の自力摂取が不可能となった。

2)介入した内容:治療にて病状が安定した7日目より次の介入を毎日行った。(1)腹臥位:午前中5分、(2)端坐位:午後実施、(3)ムーブメントプログラム:午後の端坐位の前に屈伸、回旋各15回、(4)肘と手首の下にソフトボールを置き、微振動:各60回、(5)食事摂取時スプーンを握らせて他動的に摂取:5回。

3)データ収集方法:(1)介入時の観察記録(端坐位の実施時間、自発動作、食事摂取行動)、(2)関節可動域(以下、ROM)の測定を介入時、1週間後、3週間後に行った。

4)分析方法:ROMの変化、観察記録の変化を介入時と終了時で比較した。

5)倫理的配慮:事前に家族に研究の目的、方法を口頭と文章で説明し、同意を得た。

【結果、考察】

1)ROMの変化:ROMについて介入時と3週間後を比較すると、右上肢は、肩関節では、外転角度110度から95度、内旋角度50度から90度であった。肘関節では屈曲角度145度から140度、伸展角度5度から10度であった。手関節では屈曲角度65度から30度、橈屈角度15度から10度であった。内旋角度は40度拡大した。股関節は、屈曲角度では右110度から115度、左110度から120度、伸展角度では右30度から25度、左40度から15度であった。

2)食事摂取行動:背中を支えての端坐位時間は介入1日目5分から18日目30分になった。車椅子乗車では介入1日目より30分の座位が可能だった。介入1日目は介助者がスプーンを手で支えても口にスプーンが届かなかったが、9日目に口までスプーンが届いた。また、9日目に自力でスプーンを持って皿から食べ物をすくったが、口まで運べなかった。19日目に自力でスプーンを口まで運び1口摂取した。22日目に自力で5口摂取可能となり、翌日退院することができた(入院29日目)。

3)まとめ:A氏の上肢のROMは、勝山らによって報告されているスプーンによる食事摂取に必要な範囲内に入っていたが、介入初日は自力での食事摂取は不可能だった。これは、股関節のROMの制限や体幹、上肢の筋力の低下が影響していたと考えられる。本介入を行い、これらを改善したことにより、座位姿勢や体幹の前傾姿勢を保持する能力が改善したこと、上肢の筋力が増し、スプーンを持ち上げる能力が改善したことで、スプーンを使用した自力摂取が可能になったと考えられる。治療により病状が安定した、早期に介入したことで、治療終了時に入院前の食事摂取状況で退院が可能になったのではないかと考える。

ターミナル期にある高齢患者に対するNICDの有用性

○上山 暁子

(社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院)

【はじめに】

ターミナルケアに関する研究は多いが、多くは疾患による痛みのコントロールや精神面へのケアに関するものであり、廃用症候群患者に関するものやNICDを活用した研究はみられない。今回、ターミナル期にある廃用症候群の高齢者に対してNICDを活用し、よりその人らしい生活に近づけることができる事例を経験したのでここに報告する。

【事例紹介】

A氏は87歳女性で、診断名は膵臓がん(末期)であった。入院前は特別養護老人ホームで寝たきり状態であり、食事はミキサー食を介助で摂取していた。入院後は膵臓がんの圧迫から経管栄養の適応がなく、絶飲食となり高カロリー輸液で栄養を維持していた。呼吸に関しては両胸水があり、酸素をマスクにて3L/分流用していた。施設では1語または2語文の会話が成立していたが、入院後は既往にパーキンソン病もあり仮面様顔貌で時折うなずきなどがみられる程度であった。脳のCT画像では年齢相応の委縮がみられるのみであり、「痛い」と発語も聞かれているため、パーキンソン病による自発性低下があると考えた。毎日娘が付き添っており、少しでもA氏らしい最期を家族と過ごせるよう介入が必要と考え、刺激に対する反応がみられることを目標とした。なお、今回の介入および評価のための写真撮影については家族への説明により同意を得ており、今回の公表についても承諾を得ている。

【介入方法】

介入期間は、2012年7月23日～8月20日の約1ヶ月であった。全身状態を観察しながらベッド上で股関節拘縮改善のためのバランスボールを使用した。また、口腔内の乾燥が著明であったため口腔ケア(口腔内・舌のマッサージ)により舌の機能の維持・増進をはかり発語を促し、呼吸状態を改善した。反応を促すために口腔ケアの際にアメを使って刺激し、状態が安定している際にリクライニング車いすに乗車した。

【結果】

サクシジョンの回数や痰も減少し、呼吸状態が安定し酸素離脱にいたった。クライニング車いすに乗車した際に、口角がしっかりと上がり、笑顔とみられる表情が出現し、手浴の際「痛い！」と発語もみられた。発熱時には唸り声をあげて、付き添っていた家族が「辛そう」とわかるほど表情に変化があった。また嚥下機能も改善し内服薬は経口投与が可能となった。股関節の拘縮が改善し、おむつ交換が容易になり苦痛表情を示すことはなかった。

【考察】

座位時間の増加と口腔ケアによる舌の動きの活性化で自浄作用が高まり、酸素を中止することができ、サクシジョン回数の減少が図れた。またアメを使用や舌のマッサージの刺激により脳を活性化したことで、構音機能の向上が発語を容易にしたと考えられる。また、こうした取り組みは嚥下機能も維持・増進され入院後経口摂取をしていなかったが、口腔ケアを行って舌の動きを保っていたため内服薬の経口投与が可能となったと考えられる。

寝たきり状態であった患者が末期であると診断されると、安静にすることが最善であると考えがちである。しかし過度の安静は、廃用性の関節拘縮や嚥下機能の低下が更なる身体的・精神的苦痛を生むともいえる。NICDを活用して患者の身体状況をアセスメントし、現状を維持することが可能な看護介入は、その人らしい生活を支える看護として有効であると考えられる。

ミニレクチャー資料

口腔ケア：急性期(挿管患者の口腔ケア)

露木 菜緒

(杏林大学医学部付属病院 集中ケア認定看護師)

人工呼吸を受けなければならない患者の全身状態は一般的に不良で、免疫能は低下し易感染状態となっており、その肺炎の予防のために口腔ケアは重要です。人工呼吸器装着中患者の口腔ケアの目的にはさまざまありますが、おもに嚥下性肺炎予防、摂食・嚥下器官の廃用予防があげられます。

とくに後者は、人工呼吸器装着中の早期から意識的にケアする必要があります。摂食・嚥下器官も四肢体幹と同様に、過度の安静を強いられれば、廃用が生じます。すると、せっかく人工呼吸器離脱に至っても、摂食や会話が困難になりQOLは向上せず、誤嚥もしやすく呼吸状態の悪化にもつながります。さらに一度廃用した器官の機能を回復するための介入は時間を要する上に困難であり、回復しないことも多くあります。したがって、廃用させないことが重要なのです。

今回は摂食・嚥下器官の廃用予防、挿管患者の口腔ケアの実際を人形を使用して実演します。洗浄水の選択、洗浄する・しない、スポンジブラシの使用方法など臨床で迷うことも盛り込んでお伝えする予定です。

■露木菜緒 略歴

浜松医科大学医学部付属病院にてICU・救急部他勤務。
同院副看護師長を経て、現在杏林大学医学部付属病院に勤務。
2004年集中ケア認定看護師の資格を取得。

■業績・著書

[原著論文]

・露木菜緒：気管チューブのカフ圧は調整手技により低下する、日本クリティカルケア看護学会誌,6(1),2010, p50-57

[著書]

- ・初めての人が達人になれる 使いこなし人工呼吸器, 南江堂, 2012.
- ・ICU3年目ナースのノート, 日総研, 2013.
- ・ICUディジーズ クリティカルケアにおける看護実践, 学研, 2013.
- ・クリティカルケア実践の根拠, 照林社, 2012.

くるリーナブラシシリーズを使用した口腔ケア・口腔リハビリの方法

黒岩 恭子
(村田歯科医院 院長)

患者さん方が非常に重度化している状況の中で、口腔にかかわる問題点がかなりのウエイトを占めているように見受けられます。

口腔が汚染して、歯科治療がなされていないまま口腔機能が誤作動しているため、会話や飲食出来なくなっている患者さん方に、適切な口腔ケアと口腔リハビリ、歯科治療、特に義歯治療で会話や飲食できる口を構築するために

- 1)くるリーナブラシシリーズを使用しての口腔ケアの数々
- 2)咽頭ケアの重要性と手技
- 3)飲食できる可能性をもとめた口腔リハビリ

をお伝えします。

即、実践が出来て良好な変化が得られます。

その結果、患者さんや御家族の喜びに遭遇できるので、仕事への生甲斐を見つけられる口腔ケア・口腔リハビリを伝達します。

■黒岩 恭子 略歴

和歌山県生まれ

1964年 日本女子衛生短期大学卒業。

1970年 神奈川歯科大学卒業。

1975年 神奈川県茅ヶ崎市にて開業、現在に至る。

■文献

- ・食べられる口づくり 口腔ケア&義歯 DVD付 2007/12/05 医歯薬出版 加藤武彦・田中五郎・黒岩恭子編
- ・黒岩恭子の口腔リハビリ&口腔ケア 2010/04/01 デンタルダイヤモンド社 黒岩恭子著
- ・DVDで学ぶ黒岩恭子の口腔ケア 在宅・施設・入院患者の口腔を悪化させないために デンタルダイヤモンド社 2011/3/1 監著:黒岩恭子
- ・なぜ「黒岩恭子の口腔ケア&口腔リハビリ」は食べられる口になるのか デンタルダイヤモンド社 2013 編著:北村清一郎
- ・口から食べることへの支援 2002/12/01 環境新聞社 加藤武彦編
- ・新しい介護学 生活づくりの食事ケア 2008/06/30 雲母書房 三好春樹・中島知夏子・金谷節子・黒岩恭子著
- ・誤嚥性肺炎を予防する口腔ケア(下巻) 摂食機能向上により患者のQOLを高める 2008/09/22 株式会社オーラルケア 米山武義・小山珠美・田中靖代・黒岩恭子著
- ・徹底ガイド 口腔ケアQ&A すべての医療従事者・介護者のために 2009/05/24 総合医学社 編集:吉田和市
- ・BRAIN NURSING12 vol.26 2010/12/1 メディカ出版 P29~P42

吸引手技

富加見 美智子

(医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長)

吸引人形を使用して病院・在宅での気管切開チューブの患者さんに優しい吸引方法を伝授いたします。

日頃、何気なく行うカフ圧調整やサイドチューブの吸引で患者さんが顔を真っ赤にして苦しがりませんか？あなたが患者さんを誤嚥させているとしたら？

ご自分で痰を出したい時に出すようにして患者さんの条件も揃えているでしょうか？

また、企業協力によりパシフィックメディコ(株)の『排痰補助装置COMFORT COUGH(コンフォートカフ)』を使用していかに効果的に排痰できるか実演します。

使用目的・適応等はCOUGH ASSISTと同様です。

+10/-10cmH₂Oと+20/-20 cmH₂Oの設定で装着して頂き、圧差が広がることにより、呼気流量が増大することを体験して頂くと良いと思います。

なお、バージョンアップしたモデル「COMFORT COUGH Plus」も展示会場でご覧になって頂けます。

機能は3件の設定値メモリ、percussorモードが追加され、その他、ディスプレイ、設定範囲等、利用者様からのご意見をもとに改良したモデルです。

■富加見美智子 略歴

国立鹿児島大学医学部附属看護学校卒業(現:鹿児島大学医学部保健学科)。

同附属病院ICU副師長を経て東邦大学佐倉病院ICU師長補佐。

東京医科大学八王子医療センター救命救急、一般病棟を経て八王子市立看護専門学校教員。

その後、人工呼吸器メーカー教育課長を経て、2006年2月医療法人財団利定会 大久野病院 看護部長就任。

現在に至る

呼吸療法認定士・看護教員資格・認定看護管理者・認定看護管理者研修first・second講師。

呼吸療法関係の講演会にて看護協会などの講師を務める。

■業績

日本難病看護学会・日本呼吸リハビリテーション・ケア学会・看護管理学会・日本脳神経看護研究学会・意識障害学会・集中治療学会での学会発表。

商学雑誌などの文献5件ほど。

ベンチレーターのモニタリングの活用編

千葉哲也

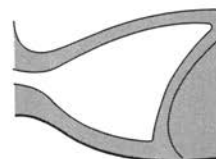
(日産厚生会 玉川病院 理学療法士)

本日の内容

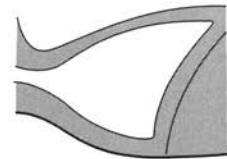
- ・ベンチレーターをつけたときの呼吸リハビリテーションについて行います。
- ・実技では最も重要な下葉のSqueezingを行います。
- ・Squeezingを行った時のモニターの変化にご注目ください。

I.ベンチレーター装着患者の特徴

- 1 自然呼吸は陰圧呼吸だが、人工呼吸管理の場合陽圧呼吸のため臥位では下葉が潰れやすい。
そのため下葉に空気が入りにくい。
- 2 下葉に痰が溜まりやすい。
- 3 長期使用では胸郭の動きが減り胸全体が硬くなる。



正常呼吸時の横隔膜



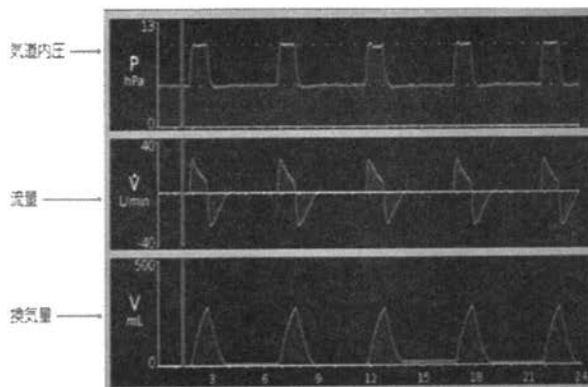
人工呼吸器中の横隔膜

II.呼吸リハビリテーション

- i. 胸郭の可動性を出す(呼吸仕事量の減少。モニタリングで確認可能)。
 - ・肋骨の捻転。
 - ・肋間筋のストレッチ等。
- ii. 下葉のSqueezingで下葉の分泌物を除去し換気を促しガス交換の効率を高める。
 - ・側臥位で行なう。
 - ・力を加える方向に注意する。
 - ・springingやvibrationを併用することもある。

III.NPPVベンチレーターのモニタリング(フィリップスレスピロニクス(同)機種 V60)

①正常波形



★気道内圧(最上段)

IPAPとEPAPを表しています。
IPAP-EPAP=PS, EPAP=PEEPとなります。

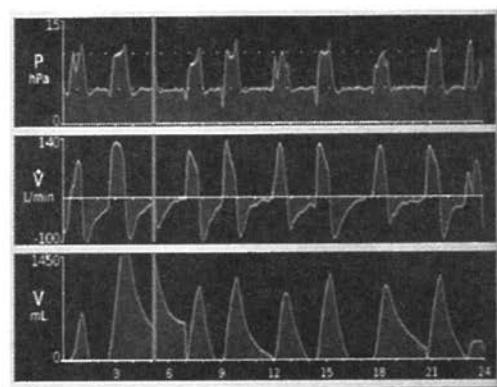
★流量(中段)

一気に設定圧まで達する為、流量は最初に多く必要になります。ライズタイムである程度調整可能です。

★換気量(下段)

換気量は設定圧が決まっているので、肺が軟らかければ一回換気量は多く、肺が硬ければ一回換気量は少なくなります。

②痰の貯留、ファイティング、バックキング



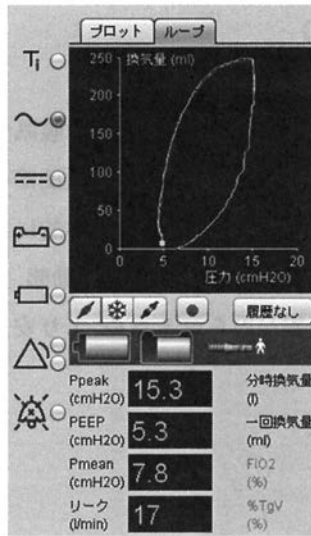
★痰の貯留、ファイティング、バックキング

痰の貯留やファイティング、バックキングが起こると気道内圧の上昇や換気波形が乱れます。



III.NPPVベンチレーターのモニタリング(チェスト(株)機種 Vivo50)

1.コンプライアンス



コンプライアンス良 ※図1



コンプライアンス悪 ※図2

PVカーブ(圧・容量曲線)

気道内圧を横軸に、換気量を縦軸にして曲線を描いたもの。通常の陽圧換気患者であれば、始点から反時計回りのループを描く。正常な圧-容量曲線は、ちょうど傾けたラグビーボールのような形をしている。

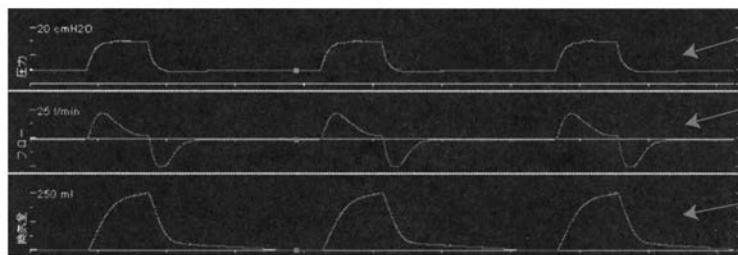
コンプライアンスが増すとループ全体が垂直に近づく。

※図1

コンプライアンスが低下するとループ全体が水平に傾く。

※図2

正常波形

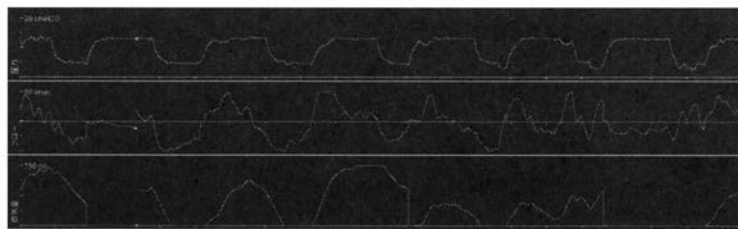


圧-時間曲線(Pressure-Time Curve)
吸気圧:IPAP 呼気圧:EPAP

流量-時間曲線(Flow-Time Curve)
患者さんの吸っている流量、吐いている流量

換気量-時間曲線(Volume-Time Curve)

2.スクイーミングで痰が気管支に溜まってくると呼気時の波形がギザギザになる。



■千葉哲也 略歴

- 昭和56.4 東京衛生学園専門学校リハビリテーション科入学
- 昭和59.4 下部温泉病院 入職
- 昭和59.6 理学療法士免許取得
- 昭和62.4 玉川病院入職
- 平成12.4 桜新町リハビリテーションクリニック入職
- 平成14.4 玉川病院入職 東京都理学療法士会医療保険部長
- 平成16.4 東京都理学療法士会 理事
- 平成21.4 放送大学 卒業
- 平成24.4 渉外局長
- 平成25.4 日本理学療法士協会職能関連執行委員会委員
- 現在 日産厚生会 玉川病院 医療技術部リハビリテーション科主任科長
- 東京都理学療法士連盟 調査局長
- 東京都理学療法士協会 理事 渉外局長
- 西南部・西部ブロック代表世話人
- 日本理学療法士協会 職能関連執行委員会委員

■おもな著書

- ・理学療法MOOK10 高齢者の理学療法 「呼吸疾患」
- ・在宅呼吸リハビリテーションハンドブック

ROM測定

長田好広 村田敬明 高岡洋介 中太恭子
(医療法人財団利定会 大久野病院 理学療法士)

紙屋式看護技術では、遷延性意識障害者を入浴させた直後の温浴効果が持続する内に、患者を腹臥位やロールボール、トランポリン上で微振動刺激を加えながらリラックス効果を高めた上で肩関節、股関節を中心とした大関節の関節可動域を広げていくことを重視しています。これはリハビリテーション学的にも非常に利にかなった行為で、関節可動域を診る前に知っておくべき、患者の意識レベルや、呼吸循環動態、全身の観察を通じて体動時の疼痛部位や、姿勢を変えた時の筋緊張の変化等の情報が得られるため、より安全且つ効果的な関節可動域訓練が行えるのです。

このセッションでは遷延性意識障害者の関節可動域測定時の注意点として

- ①関節可動域表示ならびに測定法
- ②ゴニオメーター(角度計)の使い方
- ③ROM記録用紙の記入方法
- ④治療効果判定に有効な関節可動域

4つのポイントを上げ、参加者に実習して頂く予定です。

■長田好広 略歴

医療法人財団利定会 大久野病院 リハビリテーション部部长。

理学療法士、呼吸療法認定士。

1986年愛媛十全医療学院卒業後、静岡リハビリテーション病院、医療法人社団和風会 梅園病院、所沢中央病院、多摩リハビリテーション学院勤務を経て、現在に至る。

■村田敬明 略歴

医療法人財団利定会 大久野病院 リハビリテーション部。

理学療法士、呼吸療法認定士、介護支援専門員。

2006年、多摩リハビリテーション学院卒業後、医療法人財団利定会 大久野病院 リハビリテーション科(現リハビリテーション部)勤務療養病棟を経て現在、回復期病棟担当に至る。

■高岡洋介 略歴

医療法人財団利定会 大久野病院 在宅部訪問リハビリテーション科。

理学療法士・呼吸療法認定士。

2006年、沼南リハビリテーション学院卒業後、医療法人財団利定会 大久野病院 リハビリテーション科(現リハビリテーション部)勤務。

■中太恭子 略歴

医療法人財団利定会 大久野病院 在宅部訪問リハビリテーション科。

理学療法士・呼吸療法認定士。

2009年、鈴鹿医療科学大学卒業後、医療法人財団利定会 大久野病院 リハビリテーション科(現リハビリテーション部)勤務。

シンポジウム資料

NICD (生活行動回復看護)の急慢(急性期・慢性期)連携のあり方を考える ～急性期の立場から～

齋藤 大輔

(杏林大学医学部付属病院 高度救命救急センターICU 急性・重症患者看護専門看護師 看護主任補佐)

もし明日、あなたの家族が脳梗塞を急性発症し、「生命が脅かされている状況に直面している、あるいは、これからの生活において衣食住全てに介助が必要な状況になる」と医療者から説明されたとしたら、どのように思い、感じるだろうか。多くは、親愛なる家族の生命を保障して欲しいと強く医療者に望み、その不安が減るにつれ、次にリハビリテーションや転院の問題、医療費や介護にかかる費用など、様々な問題に直面していくのではないかなと思う。

また、この一連の流れは、私たちにとって毎日過ぎる1つの臨床場面として扱われることが多いものの、患者やその家族の視点からすれば、その1つ1つすべては当然な(権利としてある)ニードである。したがって、そのニードに従って必要不可欠なものを補完・支援していくことこそ、本来あるべき医療・福祉の姿なのである。

しかし、現状の医療体制を考えたときに、その一連の流れは病期というサイロ(silo)で分けられていることが多いように感じる。例えば、私は急性期のなかでも超急性期にあたる救急医療を専門としているが、そこで出会う患者の多くは、致死的な合併症リスクが低くなり、呼吸器から離脱して全身状態が安定すれば一般病床、あるいは、リハビリテーション施設等の後方病棟／施設へとシフトしていくのが現状である。昨今では、綿密な継続看護の重要性が問われる一方で、その殆どが看護サマリーや情報提供書等の書面上での交流にしか過ぎないのも大きな課題でもある。

そこで重要となるのが、本テーマでもある「急・慢連携」であり、とかく中核病院と地域病院との連携、地域を基盤とする多職種からなるチーム医療等の組織的な戦略である。ここでは急性期を担う看護師の立場からそのあり方についての考察を述べていきたいと思う。

また、各パネリストと会場の皆様とも意見交換をしながら、今後の「急・慢連携」のあり方についてご示唆を頂ければと思う。

■齋藤大輔 略歴

准看護師を経て看護師を取得し、急性期医療(主にICU、CCUの集中治療領域)に携わる。

在職しながら日本福祉大学を卒業し、その後、聖路加看護大学大学院に進学。

現在は、大学院修了後に急性・重症患者看護専門看護師を取得し、復職して杏林大学医学部付属病院高度救命救急センターICUに勤務。

■業績

専門学校、短期大学等での非常勤講師、雑誌等の執筆活動も行っている。

生活行動回復看護の急性期から慢性期に連携するためのあり方を考える ～NICD学会認定看護師の立場から～

大野 貴子

(JA岐阜厚生連 中濃厚生病院 看護師長)

本院は病床数383床、平均在院日数12日の救命救急センターを併設する急性期型の病院であり、3次救急の患者の受け入れも行っている。急性心筋梗塞、クモ膜下出血、交通事故による多発外傷などにおいては、緊急の救命処置が必要となる場合があり、高度医療の発展に伴い救命される事例も多い。救命から急性期へと命の危険が回避される一方で、慢性期に移行したころには、生活する機能の障害により、自らの生活行動が困難になっている患者が少なくない。このような患者に対する看護は、急性期からの早期離床と生活の再構築でることは以前から指摘されており、我々も看護は展開してきたと自負をしていた。

さて、意識障害・寝たきり(廃用症候群)患者の生活行動回復看護(Nursing to Independence for the Consciousness disorder and Disuse syndrome Patient 以下、NICD)は、自ら生活行動が困難な患者に対し、①生活リズムの確立と栄養状態の調整、②動ける身体づくり、③自ら生活行動を起こす環境の調整を実践する看護技術である。この3点の看護技術を、対象者に応じてオーダーメイドに看護計画を立案するものである。この看護技術は、2010年度より日本ヒューマン・ナーシング研究学会と日本脳神経看護研究学会の共催で、学会認定看護師教育課程が開設されており、2011年度にNICD学会認定看護師が誕生している。

私は2011年度にこの教育課程を受講し、2012年度にNICD学会認定看護師となった。この教育課程の受講は、自分が行ってきた看護を振り返る機会となった。それまで早期離床のための看護を行っていたことが、合併症予防の範囲にとどまり、患者の生活行動を取り戻すという視点で実践できていなかったことに気付かされた。異常の発見のための観察や、合併症を予防するためのケアは当然であるが、このような視点で患者を診ることに加えて、患者の可能性を引き出す看護の視点で患者を看ることが必要であると実感した。また、生活行動を取り戻す視点での看護は、急性期から慢性期へと引き継がれることによって、より患者のQOLに貢献できることを学んだ。

その後、自部署においてNICD実践に取り組み、患者が目標以上に変化することを体験した。患者に起こる生活していく姿への変化を目の当たりにし、患者は私たちが考えている以上の力を持っており、これからも変化し続ける存在であると感じている。しかしその力を引き出すには、看護が専門職として、意図的な介入を行うことが必要である。

今回、このような貴重な機会を頂き、些少であるが私たちの実践を紹介し、NICDに対するご理解を深めて頂けたら、幸いである。

■大野貴子 略歴

- 平成3年 岐阜大学医学部附属看護学校卒業。
- 平成3年 総合病院 中濃病院(現:JA岐阜厚生連 中濃厚生病院)就職。
(整形外科・耳鼻咽喉科病棟、循環器・消化器内科病棟、救命救急センター、脳神経外科・泌尿器科・耳鼻咽喉科病棟)
- 平成18年 JA岐阜厚生連 中濃厚生病院 看護師長就任(脳神経外科・泌尿器科病棟)、現在に至る。

■学会認定

- 平成24年 意識障害・寝たきり(廃用症候群)患者の生活行動回復看護 学会認定看護師。

ケアミックス型脳・神経疾患専門病院におけるチーム医療について — 各職種の連携について看護師の果たすべき役割 —

高橋 陽子

(公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院 看護部長)

【はじめに】

当院は、病床数189床のケアミックス型の脳・神経疾患専門病院であり、それぞれの病棟機能に見合った専門職を配置し、積極的なチーム医療を展開している。病棟では看護師が、各職種の連携をとるためのコーディネーターとして機能している。また、患者の病棟が変わる場合の病棟間の連携に関与している。今回、当院のチーム医療において、各職種間、病棟間での連携に関する看護師の役割について報告する。

【急性期病棟における看護師と多職種との関わり】

急性期医療では、主として疾病の治療、廃用症候群の予防、障害の改善を目的としている。看護師はリスク評価を含めて患者をアセスメントし、その情報を医療チームに提供し、さらに各職種と協力しケアを提供する。例えば、早期離床に対しては、全身状態の把握とともに転倒リスクを評価しリハビリスタッフとともにベッドサイドのリハビリに関わる。早期経口摂取に対しては、栄養科、リハビリスタッフとともに嚥下機能を評価し食事の場面に関わっている。

【回復期病棟における看護師と多職種とのかかわり】

回復期医療は、障害の改善とともに、その人らしい生活の再構築を目的としている。看護師は、リハビリスタッフとともに患者をアセスメントし、患者の訓練に対する動機づけ、安全面の配慮を行っている。また、排泄管理、服薬管理、退院後の生活のあり方についても関連職種と協力し対応している。

【急性期から回復期における看護連携】

患者の病期により病棟を移動し、担当スタッフが替わる場合、ケアの連続性を保つことが極めて重要である。当院では、病棟が移っても継続的なケアが提供されるように、老人看護専門看護師、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師に病棟横断的に活動する役割を与えて配置している。

【まとめ】

チーム医療がなされる時、各々の職種が各々の専門分野の視点から医療を提供し、トータルな視点から患者を捉えることが困難になる場合がある。また、医療の機能分化が進んだことにより、医療提供者は自分の関わっている病期のアウトカムのみを意識、患者を病前から病後までの一人の人間として捉えることがおろそかになる場合がある。適切なチーム医療を提供するためには、職種の垣根を越えて、病期に係わらず、各職種が連携して対応することが求められる。看護師は、常に患者に寄り添う立場にあり医療チームのコーディネーターとしてその役割を果たすべきである。

■高橋陽子 略歴

- 1988年 伊勢崎総合保健センター附属高等学院卒業。
財団法人脳血管研究所附属美原記念病院。
- 2004年 同上 看護部長 現在に至る。
- 2013年 群馬大学大学院保健学研究科保健学専攻博士前期課程修了

■業績

【原著論文】

- ・高橋陽子、内田陽子ら、神経難病患者に対する訪問看護のアウトカム 評価。北関東医学, 60(3):251-257, 2010

【論文】

- ・高橋陽子、栗原真弓ら、神経難病と脳血管障害後遺症患者に対する直接看護 業務量の検討。看護59(2):087~093,2007

【商学雑誌】

- ・高橋陽子、常に病棟に専門職がいることそしてその専門性を活かす。看護管理 22(6):467-472,2012
- ・高橋陽子、プリセプターシップ・チューターシップ混合型指導体制による新人育成。看護展望 34(7):60-65,2009
- ・高橋陽子、ワーク・ライフ・バランスのために質の高い職場環境を整備する。看護 59(13):046-050,2007

アメリカRNより看護教育システムから考える

バートン 裕美

(nurseEDU コンサルタント)

Persistent Vegetable State(以下、PVS)に関するアメリカの看護。リビングウィル(生前の治療方針の意思表示)が多く行われている中で、PVSをどのようにアメリカ人は捉えているか、実際にあった家族の話(テリーシャイボ訴訟)を交えてお話していきます。PVSの患者さんは反応をしているかのように見えたり、線引きの難しい、更なるリサーチの必要な分野です。リハビリの効果、結果がでる機会を待たずに治療方針を決めてしまうという傾向があります。患者さんが意思表示できなくなったとき、患者さんによって治療方針を決めるPower Of Attorney(以下 POA)代理人が法によって親等順で決められています。テリーさんの場合、生前の意志はご主人が聞いていましたが、テリーさんの母親は知りませんでした。テリーさんの希望は生前に口頭でご主人に伝えていましたが書面化はされていませんでした。ご主人は配偶者としてテリーさんの代理人の優先順位第一位を持つためにテリーさんの意思を尊重し、PEGチューブを外し、安楽死となりました。アメリカでは本人が意思決定し、家族はそれを意思を尊重する医療を提供する、そのような方向性があります。テリーさんのケースではご主人と実母の争いでしたが、訴訟では本人の意思を尊重することでご主人の意思が通りました。PVSは未知な部分が多く、急性期を脱したあとの回復の見込みも医師の判断に委ねられます。リハビリ病棟に行くか、それとも障害者のケア施設に行くかも医師の判断、または介護をする家庭の経済状況、保険、などに左右されます。

テリーさんのケースは倫理の問題を投げかけるものでした。配偶者、家族の問題、回復の見込みのあるなしの問題、医療費の問題、リサーチの必要性、そして延命を法により止めてしまう問題。

テリーさんの希望は本当に通ったのでしょうか?

■バートン裕美 経歴

MSN, RN 看護師・保健師

- 1997年 聖隷クリストファー看護大学卒業 大学病院医療センターCCU勤務。
- 2001年 アメリカ看護師試験合格。
- 2010年 Drexel University 大学院終了 看護起業・改革専攻。
- 2013年 Indiana State University 大学院 ファミリーナースプラクティショナー認定コース在学中。

■著書

- 2010年 医学書院 看護教育寄稿オンライン授業を受けるEラーニング
あたらしい授業、おとなの勉強のかたち
- 2011年 へるす出版 臨床看護 現場の声はなぜ届かなかったのか?
- 2011年 医学書院 週刊医学界新聞 現役ナースの継続教育・学習の重要性
- 2012年 メディカ出版 ナーシングビジネス 医療とソーシャルネットワークワーキング
他

NICD(生活行動回復看護)の急慢(急性期・慢性期病院)連携のあり方を考える ～急性期から患者を受ける慢性期の医師の立場から～

高梨 博文

(医療法人財団利定会 大久野病院 副院長)

NICDの対象になる患者は、遷延性意識障害の方、重度の関節拘縮で体動すら困難な方など、これまでの医師主導の医療では一生「寝たきり」を余儀なくされていた方々です。このような方々にNICDという看護技術により、その人の生きる力を引き出そうとしている方々が少なからず存在するということに感銘を受けております。

しかし多くの医師はNICDのことをよく知りません。一般的な急性期病院の医師の認識は、「重い意識障害の人にはリハビリテーションの適応はない、つまり回復を促す意味がない、回復の望みがない、このような患者は慢性期病院へ転院し寝たきりになるだろうというものだと思います。その慢性期病院の一部でNICDプログラムが実践されている、このことをもっと多くの医師に知って欲しいと思います。

急性期病院から患者を受ける慢性期病院の医師の立場として、紹介していただく急性期病院に最も望むことは、当院のようなリハビリテーション病棟と療養病棟しか持たない施設では精査・治療の困難な問題点は急性期病院で対応してきて欲しいということにつきます。すべての問題の解決を要求しているわけではありません。全身の診察と必要な検査により挙げられた問題点を評価し、それを伝えて欲しいのです。我々も入院時に診察し、所謂入院時検査を行い、問題点を確認します。残念ながら前医からの情報にない問題点があることが非常に多く、これが放置できないものであれば当院で可能な検査・治療を行い、対応困難であれば急性期病院への外来受診を繰り返し、状況によってはリハビリテーションや看護プログラムが実施できないこともあります。紹介元へ再入院を求めることもありますが、前述のように「遷延性意識障害の方は回復の望みがない」という認識からあまり良い返事はいただけないのが現状です。当院では対応困難な状態になった時、すなわち当院の担当医が「急性期病院での治療が適切」と判断・依頼した時に急性期病院が速やかに対応し、そして急性期病院の担当医が「慢性期病院で対応可能な状態になった」と判断すれば当院は速やかに受け入れる、そういう連携を強く望んでいます。そのためには、あまり大きくない地域の中で、互いにどのような医療を実践しているのか互いが知る必要があります。相手のことを知らずして適切な連携はできないと考えます。診療情報提供書のやり取りだけでは診療内容は見えてきません。情報不足を補うためには、こちらから急性期病院を訪れ直接担当医と話し、患者をみせていただくことは非常に有効だと思います。これによって当院の医療レベルも伝えられるし、NICDについても言及しておくことで当院からの受け入れもスムーズになるのではないかと期待できます。日常的に「顔の見える連携」を実践すること、その環境作りが重要であると考えます。

■高梨博文 略歴

1985年(昭和60年)東京医科大学卒業、同大学内科学第3講座に入局しリウマチ膠原病学を専攻。
大学病院では臨床・研究に携わり、都立府中病院(現多摩総合医療センター)リウマチ膠原病科医長などを歴任。
2003年(平成15年)より現職。

食べられる口の可能性をもとめて

黒岩 恭子
(村田歯科医院 院長)

この数年、患者さん方の全身の症状が重度化の傾向にあり、それと共に口腔環境の整備の悪い現状を見受けま
す。この状況は、疾病・障害・薬の副作用・認知症等が口腔に影響し、剥離上皮が粘液や食物残渣と共存して口腔内
に付着し、細菌が繁殖しやすく口腔乾燥をきたし、反対に粘着性の唾液や痰が咯出できず、呼吸が苦しくなって
いることを訴えることができない患者さん方に遭遇することが多くなっています。

このような口腔内のため誤嚥性肺炎をはじめとして、心身にリスクをきたして入退院を繰り返す患者さんが増
加しています。

そのため会話や飲食ができなくなり、病院・施設・在宅からどうにか飲食できるようにしてほしいという依頼
が増えていきます。

実際患者さんのもとに行ってみると、口腔に関する諸問題が

- ①口腔内の唾液分泌が少なく、乾燥しているか唾液が粘着性である。
- ②口腔ケア、咽頭ケアが不十分。
- ③痰の量が多い。喉にも絡んでいる。
- ④口腔の協調運動が不十分。
- ⑤義歯が適合していないため口腔機能の動きを誤作動している。
- ⑥義歯の持ち合わせがなく(総義歯や部分義歯)義歯が口腔内に入らないまま飲食している。
- ⑦残存歯が歯周病で歯肉が発赤膨張、排膿して動揺している。
- ⑧残存歯が虫歯で欠けてしまい鋭縁になって口腔粘膜に傷がある又、虫歯が痛い。
- ⑨流涎を飲みこむことができない。
- ⑩残存歯で口唇を咬みこみ、口唇が咬傷となり痛々しそう。
- ⑪開口しっぱなしで口を閉じることができない。
- ⑫顎がはずれている。
- ⑬口腔ケアを拒否し暴力をふるう。
- ⑭身体中が硬縮し開口を促すのに難儀する。
- ⑮全身の緊張が高く、上下顎の歯をくいしばり開口ができない。
- ⑯後部伸展状態で危険な飲食している。
- ⑰むせたり咳をしながらの飲食。
- ⑱食事形態が口腔機能や全身状態に合っていない。

以上のような状況で苦しんでいる患者さんを、看護士さんはじめ多職種の方々が、激務な業務の中で簡単に口腔
ケアが行なえて、成果が上がり維持することができる口腔ケアの方法と共に、飲食できることを可能にする口腔
リハビリの手技をお聞きいただき、忌憚の無いご意見をいただければと願っています。

■黒岩 恭子 略歴

和歌山県生まれ
1964年 日本女子衛生短期大学卒業。
1970年 神奈川歯科大学卒業。
1975年 神奈川県茅ヶ崎市にて開業、現在に至る。

■文献

- ・食べられる口づくり 口腔ケア&義歯 DVD付 2007/12/05 医歯薬出版 加藤武彦・田中五郎・黒岩恭子編
- ・黒岩恭子の口腔リハビリ&口腔ケア 2010/04/01 デンタルダイヤモンド社 黒岩恭子著
- ・DVDで学ぶ黒岩恭子の口腔ケア 在宅・施設・入院患者の口腔を悪化させないために デンタルダイヤモンド社 2011/3/1 監著:黒岩恭子
- ・なぜ「黒岩恭子の口腔ケア&口腔リハビリ」は食べられる口になるのか デンタルダイヤモンド社 2013 編著:北村清一郎
- ・口から食べることへの支援 2002/12/01 環境新聞社 加藤武彦編
- ・新しい介護学 生活づくりの食事ケア 2008/06/30 雲母書房 三好春樹・中島知夏子・金谷節子・黒岩恭子著
- ・誤嚥性肺炎を予防する口腔ケア(下巻) 摂食機能向上により患者のQOLを高める 2008/09/22 株式会社オーラルケア 米山武義・小山珠美・田中靖代・黒岩恭子著
- ・徹底ガイド 口腔ケアQ&A すべての医療従事者・介護者のために 2009/05/24 総合医学社 編集:吉田和市
- ・BRAIN NURSING12 vol.26 2010/12/1 メディカ出版 P29~P42

NICD(生活行動回復看護)の急慢(急性期・慢性期病院)連携のあり方を考える

宇佐見 希子

(社会医療法人厚生会 木沢記念病院 脳神経外科病棟看護師)

木沢記念病院は岐阜県美濃加茂市に位置し、病床数452床、地域の中核医療を担う総合病院です。当院は中部療護センターの運営を受託しています。中部療護センターは、交通事故による頭部外傷で遷延性意識障害となった患者の意識回復を目的に治療・看護・リハビリテーション、在宅に向けた支援を提供する専門病院です。受傷から6か月以上経過した患者が入院するため経過的には慢性期で、看護は生活援助が中心です。

最初に配属された中部療護センターでは、重度の関節拘縮や筋緊張で変形した患者の身体的状態に「何故このような身体になるのか。脳機能障害か看護の問題か」と疑問を持ち、『私の看護ノート』を傍らに看護に従事してきました。2009年から当センターに看護プログラムが導入され、大学院に通いながら長期意識障害患者が有する廃用性障害から身体解放の必要性を学び、研究しました。この学びは、脳神経外科病棟へ異動後も早期離床や廃用症候群の予防、家族看護など実践に生かされています。知識・技術があることは看護の幅が広がると実感する反面、あまりの多忙さに状態が安定し訴えることができない患者の生活支援が後回しになることもあり、チーム看護として展開する課題に直面しました。

2011年に意識障害・廃用症候群患者生活行動回復プロジェクト委員会が結成され、急性期病棟での活動が始まりました。この委員会は、看護部長が統括し、脳外科・消化器内科・回復期・療護センター師長とNICD修了者、脳卒中リハビリテーション認定看護師、摂食・嚥下障害認定看護師で構成されています。入院した患者が安心して地域社会に帰ることができるよう、病院看護として定着させることが役割で、現在進行中です。

看護師として、一人の人間として、NICDはまさにヒューマン・ナーシングであると思います。今回は、研究と急性期・慢性期における臨床看護経験をふまえ患者の疾患経過と症状アセスメントからNICDをどのように実践しているか、実践者として失敗談や苦勞、この技術の効果と感動を、2013年9月に第11回 世界脳神経看護学会で発表した研究と症例を紹介しながらお伝えし、参加者の皆様と意見交換したいと考えております。

■宇佐見希子 略歴

- 1995年 聖徳学園岐阜教育大学外国語学部日本語学科卒業。
- 2005年 学校法人あじさい看護福祉専門学校卒業。
- 2005年～ 中部療護センターで7年間、その後、木沢記念病院 脳神経外科病棟へ。
- 2011年 意識障害・寝たきり(廃用症候群)患者の生活行動回復看護学会認定看護師。
- 2012年 静岡県立大学 大学院修士課程(看護技術学 専攻)修了。

神経難病患者の生活機能回復看護を考える

中山 優季

((公財)東京都医学総合研究所 難病ケア看護)

難病とは、(1)原因不明、治療方針未確定であり、かつ、後遺症を残す恐れが少ない疾病、(2)経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家族の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病と定義されている。(1972, 難病対策要綱)。その中で最も過酷な神経難病に、筋萎縮性側索硬化症(ALS)がある。ALSは、全身の運動神経が選択的に変性するもので、進行により、呼吸すらできなくなり、人工呼吸器等による呼吸補助を必要とする。呼吸補助を行っても、進行はとまらず、全員ではないが完全閉じ込め症候群(Totally locked in state, TLS)に至る場合があることが指摘されている。TLSでは、全身一切の動きが途絶えるため、Yes-Noの表出をはじめ他者との意思伝達ができない状態となる。

これに対し我々は、看護・リハビリテーション・臨床神経・神経病理などの分野横断チームを組織し、意思伝達能力の程度に基づくステージ分類(2013, 林ら)を考案し、ステージ別の病態、アプローチを検討している。ここで特筆すべきは、病態からみた重症度と意思伝達の状況におけるステージは必ずしも一致しないということである。すなわち、対象の状況を細やかに把握し、その人にあった方法を生み出すケアのちからで、ステージの維持が可能となる場合がある。また、頭部画像所見、体性感覚誘発電位(SEP)、脳波聴力検査(ABR)など神経生理学的諸検査によって運動神経のみならず多系統に障がいが生じていることが予測される対象においても、脳血流によるYes-Noの表出がある程度維持できている例があり、検査所見では、説明がつかない意思の疎通の存在を指摘した(2010~2012文部科研基盤B)。

また、ALSは仙髄オヌフ核が変性を免れやすいことを着想とした括約筋を用いたスイッチ開発研究の中で、初回は使用不可であった方が回数を重ねるごとに、使用可能となる例を経験した。これにより、使わないことによる廃用性による影響を考慮せねばならないこと、みえないちからを可視化する取り組みによってバイオフィードバック効果が期待できることを学んだ(2011~2012厚生労働科学研究)。

神経難病は治らない進行性の疾患ではあるが、ケアによって維持が期待できる一面もある。「変わらないこと」の大切さへの意味づけと「あきらめない看護」がNICDとの共通性にほかならないことを提案したい。

■中山優季 略歴

- 1996年 東京女子医科大学看護短期大学 卒業。
- 1998年 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 看護学専攻 卒業。
- 1998年~2002年 東京女子医科大学病院 勤務。
- 2004年 東京都立保健科学大学大学院保健科学研究科 博士前期課程修了。
- 2007年 東京都立保健科学大学大学院保健科学研究科 博士後期課程修了。
- 2007年 財)東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所(現、公益財団法人東京都医学総合研究所) 研究員。
- 2013年~ 同主席研究員。

■業績・著書

- ・中山優季,松田千春,小倉朗子他:重度運動障がい者における脳波計測による意思伝達装置「ニューロコミュニケーター」を用いた意思伝達の有用性と看護支援に関する研究:日本難病看護学会誌, 17(3), 187-204, 2013
- ・林健太郎,望月葉子,中山優季他:侵襲的陽圧補助換気導入後の筋萎縮性側索硬化症における意思伝達能力障害,一stage分類の提唱と予後予測因子の検討一:臨床神経, 53(2) 98-103, 2013 等

会則
入会申し込み

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 会則

第1章 名称及び事務局

第1条 本会は日本ヒューマン・ナーシング研究学会(英文名 Japan society of Human Nursing Research: JSHN)とする。

第2条 本会の事務局を,筑波大学人間総合科学研究科看護科学系に置く。

第2章 目的及び事業

第3条 本会は意識障害並びに拘縮等により生活行動が著しく低下した対象者への専門的看護の研究ならびに実践,普及に勤め,会員相互の交流を測るとともに,国民の健康ならびに福祉に貢献することを目的とする。

第4条 本会は前条(3条)の目的を達成するために下記の事業を行う。

1. 学術集会の開催
2. 学会誌の発行
3. 看護技術研修会の開催
4. その他 本会の目的を達成するために必要な事業

第3章 会員

第5条 本会は次の会員をもって構成する。

1. 会員とは,本会の目的に賛同し,入会の手続きを終了した者をいう。
2. 賛助会員とは,本会の目的に賛同し,本会に寄与するために入会を希望し,理事会の承認を得た者をいう。
3. 名誉会員とは,本学会に永年に亘り貢献の認められた会員を理事会の推薦により,総会の議を経て,総会の承認を得た者をいう。

第6条 入会及び退会は次の通りとする。

1. 本会の入会を希望する者は所定の手続きによる入会申込書を本会事務局に提出するものとする。入会金および会費の納入を完了した時点で本会の会員又は賛助会員となる。
2. 次の各号の一つに該当する会員・賛助会員は退会したものとみなす。
 - a. 本人から退会の申し入れがあった場合。
 - b. 特別の理由なく2年以上会費を納入しない場合。

第4章 役員・評議員

第7条 本会運営のために,会員から次の役員を置く。

1. 理事長 1名
2. 副理事長 2名
3. 常任理事 若干名
4. 理事 22名以内
5. 監事 2名

第8条 役員選出方法は次の通りとする

1. 理事長は会員の中から選出され,総会で選任される。
2. 理事長は本会運営の円滑を図るために,会員の中から理事を指名する。
3. 副理事および常任理事は,理事長が理事の中から推薦し理事会で承認される。
4. 監査は会員の中から選出され,総会で選任される。

第9条 役員の任期は次の通りとする

1. 理事長, 副理事長, 常任理事, 理事及び監査の任期は3年とし, 再任をさまたげない。
2. 理事は, 任期中の欠員を補充しない。
3. 理事は, 任期満了の場合において後任者が就任するまでは, その職務を行わなければならない。
4. 監事は, 辞任または任期満了の場合においては, 後任者が就任するまでは, その職務を行わなければならない。

第10条 役員は次の職務を行う。

1. 理事長は本会を代表して会務を統括する。
2. 副理事長は理事長を補佐し, 理事長に事故ある時はこれを代行する。
3. 常任理事は会の事務を総括し会務の運営を円滑に図る。
4. 理事は理事会を組織し会務を執行する。
5. 監事は本会の会計を監査する。

第5章 会議

第11条 本会は次の会議をおく。

1. 常任理事会
2. 理事会
3. 総会

第12条 本会に常任理事会を置く。

1. 常任理事会は全ての常任理事を持って構成する。
2. 本会は会運営の事務的機関である。
3. 常任理事会は理事長ならびに常任理事の招集にて開催される。
4. 常任理事会は常任理事の3分の2名以上の出席がなければ議事を開催することができない。

第13条 本会に理事会を置く。

1. 理事会は全ての理事を持って構成する。
2. 本会運営の決議機関である。
3. 理事会は理事長が招集し開催する。
4. 理事会は, 毎年1回以上開催する。ただし, 理事の3分の1以上の請求があった場合は, 理事長は臨時に理事会を開催しなければならない。
5. 理事会は理事の過半数の出席がなければ議事を開き議決する事ができない。

第14条 総会は会員をもって構成する。

1. 総会は理事長が招集する。
2. 総会は, 毎年1回開催する。但し, 理事会が必要と認めた時は, 理事長は臨時に総会を開催しなければならない。
3. 総会は会員の10分の1以上の出席がなければ議事を聞き議決することはできない。

第15条 総会は次の事項を報告し必要に応じて議決する。

1. 事業計画及び収支予算
2. 事業報告及び収支決算
3. その他理事会が必要と認めた事項

第16条 総会における議事は, 出席した会員の過半数の賛成をもって決する。

第6章 学術集会会長

第17条 学術集会会長

1. 毎年1回学術集会を主宰する為に学術集会会長を置く。
2. 学術集会会長は理事会で決定する。
3. 任期は1年とする。
4. 学術集会会長は学術集会を主宰する。

第7章 会計

第18条 本会の運営は会費その他の収入をもってこれにあてる。

1. 会員から年会費を徴収する。
2. 新会員から入会金を徴収する。
3. 賛助会員からの会費ならびに寄付。

第19条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日で終わる。

第20条 入会金、年会費は次の通りとする。

1. 入会金 2,000 円
2. 年会費 会費 5,000 円
賛助会員(1口) 50,000 円
名誉会員会費の納入を必要としない。

第21条 本会の運営費の収支決算は、役員会及び総会において報告する。

第8章 会則の変更

第22条 本会の会則を変更する場合は、役員会の議を経て総会の承認を必要とする。

第23条 会則の変更の承認は、出席者の3分の2以上の賛成を必要とする。

第9章 付則

本会則は、

平成20年4月1日から実施する。

平成21年2月1日から実施する。

平成23年3月1日から実施する。

日本ヒューマン・ナーシング研究学会入会要項

学会への入会は学会趣旨に同意して下記の申込書の送付と、入会金年会費の納入をもって成立いたします。大学生、専修学校生の入会はできませんが学術集会への参加はできます。また、大学院生におかれましては特別な区分はありません。申込書と振り込みが確認されましたら、会員番号をお知らせいたします。

1. 申込書の送付について

申込書に必要事項を記載して下記宛に郵送またはFAXにて送付して下さい。

〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

北海道工業大学 医療工学部 福良 薫 宛

TEL&FAX: 011-688-2342 E-mail: fukura@hit.ac.jp

2. 入会金・年会費の納入について

新規に入会される方は入会金2,000円、年会費5,000円、合計 7,000 円を下記に振り込んで下さい。郵便局備え付けの振り込み用紙にて振り込んで下さい(青色のものを使用する)。

なお、振振り込み料金は入会者にてご負担下さい。

口座記号・番号: 02780-0-101086

加入者名: 日本ヒューマン・ナーシング研究学会

(点線より切り取ってご提出ください)

申込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 入会申込書

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 会長 紙屋 克子 殿

貴会の趣旨に賛同して西暦 _____ 年度より入会を申し込みます。

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| ふりがな | 職 種 | | |
| 氏 名 | 1.看護師 2.保健師 3.理学療法士 4.作業療法士 5.言語聴覚士 6.介護福祉士 7.医師 8.歯科医師 9.歯科衛生士 10.栄養士 11.その他() | | |
| 勤務先名称 | | | |
| 所在地(〒 _____) | | | |
| 電話番号: _____ | ファクス: _____ | | |
| 自宅住所(〒 _____) | | | |
| 電話番号: _____ | ファクス: _____ | | |
| E-mail _____ | 連絡先(いずれかに○) 自宅・所属 | | |
| 事務局処理欄 | | | |

協賛企業一覧(50音順)

協賛

フィリップス・レスピロニクス合同会社

株式会社 三陽社

広告掲載

株式会社 クリニコ

株式会社 東基

東京リネンサービス株式会社

パシフィックメディコ株式会社

株式会社メディカ出版

出展企業

株式会社 オーラルケア

泉工医科工業株式会社

チェスト株式会社

テルモ株式会社

東洋羽毛株式会社

パシフィックメディコ株式会社

フィリップス・レスピロニクス合同会社

丸善株式会社

株式会社 明治

株式会社 ヤマト

ユニチャームメンリッケ株式会社



クリニコは患者さんへの想いをカタチにします。

エソジョイ climeal

クريمةール

125mlで200kcal

栄養機能食品(亜鉛・銅)

選べる6種類の味

- ☑ 高齢などで食事が摂れない方に
- ☑ おやつやデザートとして
- ☑ 不足しがちな微量元素や食物繊維の補給に

バランスよい栄養補給ができる総合栄養飲料。



他にもおいしく栄養が摂れる、豊富なラインナップがそろっています。資料・サンプル等のご請求はお気軽に。 森永乳業グループ病弱栄養部門
 ☎ 0120-52-0050 クリニコ 検索 www.clinico.co.jp 株式会社クリニコ

TOKI

施設に合わせて三つのサービスが選べ

- リース
- レンタル
- 販売

医療福祉の発展を陰で支えるのが東基です。

看護師様へ

- 衛生用品
- ナースウェア
- 家具什器

患者様へ

- 寝具
- 医療機器
- 患者衣

株式会社 東基 〒177-0033 東京都練馬区高野台1丁目10番6号 医療福祉営業部 TEL 03-5372-7411 FAX 03-5372-7412

取扱い営業品目

リネンサービス(レンタル&リース)

- タオル衣類**
- おしぼり、フェイスタオル、バスタオル等
 - 寝巻、下着、室内着
 - 患者様等の私物衣類の洗濯

- 寝具カーテン**
- 寝具各種セット
 - 用途別カーテン等

- 職員用ユニフォーム**
- 白衣、看護衣、介護衣、事務服、各種作業服等

販売関連

- 各種販売**
- 紙オムツ、タオル、衣類、寝具、カーテン、医療機器介護用品、リハビリ器具
 - オフィス用什器、家具、OA機器

私たちは、リネンを中心に
 アメニティ全般に関する
 コンサルタントとして、
 医療機関・福祉施設の信頼を高める
 クオリティを追求しています。



東京リネンサービス株式会社

〒175-0083 東京都板橋区徳丸2-28-18
 TEL 03-3936-5118(代) FAX 03-3936-5159

NEW

COMFORT COUGH

MI-E Mechanical In-Exsufflator

分泌物除去に効果的な排痰補助装置

排痰補助装置 コンフォートカフ

- 気道に陽圧と陰圧を加えることで、咳の最大流量CPFが低下した患者の排痰をサポート。
- オート/マニュアルモード。
- デジタル制御、液晶パネル採用。
- 小型・軽量。



オプション 多用途電源供給装置 エムピーエス(Multi-purpose Power Supply) **MPS200PSセット** (キャリングバッグ付)

- 災害などによる停電時に機器のパフォーマンスを損なうことなく安定した正弦波で電力(AC)を供給。
- 排痰補助装置、人工呼吸器、電動ベッド、吸引器、PCなど多彩な機器に対応。



充電入力 ●90~240VAC (通常のACコンセント、小型発電機など)

製造販売業者 **パシフィックメディコ株式会社**
〒113-0033 東京都文京区本郷2-6-4 Phone: 03-5844-3507

パシフィックメディコ www.pacific-medico.com

患者さんが楽になる！
五感でわかる呼吸のみかた



Smart nurse Books 19

やりなおしの 吸引・排痰・呼吸介助



今日から取り入れられる呼吸介助のコツ
患者さんの呼吸はもっと楽にできる！ベッドサイドで実践する吸引・排痰、効果的な呼吸介助をイラストと写真でわかりやすく解説する。

医療法人財団利定会大久野病院
看護部長
富加見 美智子 著



定価2,730円(本体2,600円+税5%) B5判/128頁
ISBN978-4-8404-4477-4 T170360 (メディカ出版WEBサイト専用検索番号)

BRAIN リハビリナース 2012年合同臨時増刊



脳卒中看護の基本は“退院後の生活を見据えたかかわり”。基礎知識編では、脳卒中の疾患・治療・看護の必要事項を初心者にもわかりやすいようまとめた。事例編では、事例の経過を追うことで看護実践力を高められる。脳卒中看護の知識と実践力がともに身につく！

定価4,200円
(本体4,000円+税5%)
B5判/264頁
ISBN978-4-8404-4450-7
 M021252
(メディカ出版WEBサイト専用検索番号)

編著 聖隷浜松病院看護部課長 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 鈴木 千佳代

認定看護師が書いた やさしい脳卒中 リハビリテーション看護

疾患・治療・看護がわかる！ 事例で看護実践力が身につく！

MC メディカ出版

お客様センター 0120-276-591

www.medica.co.jp

本社 〒532-8588 大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル16F

Memo

Memo

Memo

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第2巻
第9回 学術集会プログラム・抄録集

発行日 2013年10月26日

発行 富加見 美智子 (医療法人財団利定会 大久野病院)

発行者 日本ヒューマン・ナーシング研究学会 学術集会

事務局 〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

北海道工業大学 医療工学部 福良 薫

TEL&FAX:011-688-2342



