

挑もう!! いのちとくらしの 護り手として

プログラム
抄録集

憲法を守り

綱領を実践する看護・介護

第15回全日本民医連

看護介護活動研究交流集会

オンライン開催

オープニングセレモニー 2022年10月29日(土) 10:00～

オープニング企画京都民医連・記念講演

テーマ別セッション

- I 感染管理の先にある光
- II その人の最善に向けて～身体拘束を考える～
- III 多職種連携のこれから
- IV 多様性を認め合い、心理的安全性が保てる職場づくりをめざそう

一般演題 オンデマンド配信

10月29日(土)

～11月21日(月)

クロージングセレモニー

2022年12月3日(土)

民医連綱領



私たち民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。

戦後の荒廃のなか、無産者診療所の歴史を受けつぎ、医療従事者と労働者・農民・地域の人びとが、各地で「民主診療所」をつくりました。そして1953年、「働くひとびとの医療機関」として全日本民主医療機関連合会を結成しました。

私たちは、いのちの平等を掲げ、地域住民の切実な要求に応える医療を実践し、介護と福祉の事業へ活動を広げてきました。患者の立場に立った親切でよい医療をすすめ、生活と労働から疾病をとらえ、いのちや健康にかかわるその時代の社会問題にとりくんできました。また、共同組織と共に生活向上と社会保障の拡充、平和と民主主義の実現のために運動してきました。

私たちは、営利を目的とせず、事業所の集団所有を確立し、民主的運営をめざして活動しています。

日本国憲法は、国民主権と平和的生存権を謳い、基本的人権を人類の多年にわたる自由獲得の成果であり永久に侵すことのできない普遍的権利と定めています。

私たちは、この憲法の理念を高く掲げ、これまでの歩みをさらに発展させ、すべての人が等しく尊重される社会をめざします。

- 一、人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉をすすめ、人びとのいのちと健康を守ります
- 一、地域・職域の人びとと共に、医療機関、福祉施設などとの連携を強め、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます
- 一、学問の自由を尊重し、学術・文化の発展に努め、地域と共に歩む人間性豊かな専門職を育成します
- 一、科学的で民主的な管理と運営を貫き、事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします
- 一、国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます
- 一、人類の生命と健康を破壊する一切の戦争政策に反対し、核兵器をなくし、平和と環境を守ります

私たちは、この目標を実現するために、多くの個人・団体と手を結び、国際交流をはかり、共同組織と力をあわせて活動します。

2010年2月27日

全日本民主医療機関連合会 第39回定期総会



「民医連のめざす看護とその基本となるもの」

■「民医連のめざす看護」(以下、「めざす看護」)

民医連の看護実践の根幹に日本国憲法と民医連綱領をすえ、すべての人が人間らしく、その人らしく生きていくことをあらゆる場で援助する無差別・平等の看護をめざします。

■民医連のめざす看護の基本となるもの (以下、「基本となるもの」)

【患者の見方・とらえ方】

対象をどのようにみるか、とらえるかの基本となるもの

患者観：いのちの平等と個人の尊厳

人間観：変革し発達する存在

疾病観：生活と労働の観点

医療観：患者・住民と医療従事者の共同のいとなみ

【看護の視点・優点】

民医連の看護実践の基本となるもの

3つの視点：患者の立場に立つ、患者の要求から出発する、患者とともにたたかう

4つの優点：総合性・継続性、無差別性、民主性、人権を守る運動

【社会の見方・とらえ方】

患者や医療をとりまく社会、その時代や情勢をどのように見るかとらえるかの基本となるもの

いのち：人間の「いのち」にとってどうか

憲 法：「日本国憲法」に照らしてどうか

綱 領：「民医連綱領」に照らしてどうか

解説

- ◆「すべての人」とは、保健・医療・介護サービスの対象である患者・利用者はもとより、看護が対象とする「あらゆる世代の個人、家族、集団、地域社会」をさしています。
- ◆「あらゆる場」とは、保健・医療・看護を提供する場はもちろん、健康な生活を実現するための会社や学校、そしてコミュニティなどを広く含んでいます。
- ◆「基本となるもの」は、「めざす看護」を実践するための行動や判断のよりどころとなるものです。70年に及ぶ「良い看護」の探求から獲得した民医連の看護の「視点・優点」、民医連の医療理念にもとづく「患者の見方・とらえ方」、全日本民医連41回総会方針で提起された「社会の見方・とらえ方」とします。
- ◆これは、民医連の保健・医療・介護などあらゆる場で働く看護職員の行動指針であり、社会に対して明示するものです。





「民医連の介護・福祉の理念」

私たちは、民医連綱領を実現し、日本国憲法が輝く社会をつくるために、地域に生きる利用者に寄り添い、その生活の再生と創造、継続をめざし、「3つの視点」と「5つの目標」を掲げ、共同組織をともにとりくみます。

【3つの視点】

- 1、利用者のおかれている実態と生活要求から出発します
- 2、利用者と介護者、専門職、地域との共同のいとなみの視点をつらぬきます
- 3、利用者の生活と権利を守るために実践し、ともにたたかいます

【5つの目標】

- 1、（無差別・平等の追求）人が人であることの尊厳と人権を何よりも大切にし、それを守り抜く無差別・平等の介護・福祉をすすめます
- 2、（個別性の追求）自己決定にもとづき、生活史をふまえたその人らしさを尊重する介護・福祉を実践します
- 3、（総合性の追求）その人の生活を総合的にとらえ、ささえる介護・福祉を実践します
- 4、（専門性と科学性の追求）安全・安心を追求し、専門性と科学的な根拠をもつ質の高い介護・福祉を実践します
- 5、（まちづくりの追求）地域に根ざし、連携をひろげ、誰もが健康で、最後まで安心して住み続けられるまちづくりをすすめます



目 次

web 集会 Youtube 配信の二次元バーコード一覧	4
web 集会で使用する、二次元バーコード一覧	5
【全体概要】	
運営委員長、現地実行委員長あいさつ	7
参加者の皆様へ	8
オープニングセレモニー タイムテーブル	10
記念講演講師プロフィール	11
【テーマ別セッション】	
テーマⅠ	14
テーマⅡ	18
テーマⅢ	20
テーマⅣ	23
クロージングセレモニー タイムテーブル	26
テーマ別演題一覧	27
【発表演題抄録】	
01 感染対策	46
02 安全・倫理	56
03 多職種連携	72
04 育成・職場づくり	105
05 SDH	125
06 地域包括ケア	134
07 自立支援	148
08 入退院支援	160
09 食べる支援・口腔ケア	175
10 皮膚・排泄ケア	185
11 認知症ケア	195
12 母性・小児	219
13 精神	226
14 慢性疾患	231
15 エンドオブライフケア	239
16 災害・防災・BCP	268
17 ICT・AI の活用	270
18 業務改善	271
19 経営改善に向けた取り組み	291
20 制度改善・運動	293
21 職員の健康を守る	294
22 その他	296
演題抄録・索引（県連別）	301
運営委員・事務局員	318
これまでの看護介護活動研究交流集会テーマ等一覧	319

第15回全日本民医連看護介護活動研究交流集会

web集会 Youtube配信の二次元バーコード一覧

●オープニングセレモニー：2022年10月29日（土）記念講演など 10時開始 12時半終了



●オープニングセレモニー：

2022年10月29日（土）テーマ別セッション 13時30分開始 15時40分終了

セッションⅠ：感染管理の先にある光



セッションⅡ：
その人の最善に向けて
～身体拘束を考える～



セッションⅢ：多職種連携のこれから



セッションⅣ：
多様性を認め合い心理的安全性が保てる
職場づくりをめざそう



●クロージングセレモニー：2022年12月3日（土）14時開始 16時終了



第15回全日本民医連看護介護活動研究交流集会

web集会で使用する、二次元バーコード一覧

●LiveQ：感想・質問など入力・閲覧ができます。

●オープニングセレモニー：記念講演



●オープニングセレモニー：テーマ別セッション

セッションⅠ



セッションⅡ



セッションⅢ



セッションⅣ



●クロージングセレモニー：講演



●感想・アンケート用紙（手書き用の書式は集会 Web サイトに掲載しています）

オープニング
セレモニー



クロージング
セレモニー



※オープニング・クロージングセレモニー：会場から複数名で参加された場合は、看護・介護管理者の方は、会場ごと、又は事業所ごとに参加人数についてご報告下さい。ご協力をお願いします。

●オープニング
セレモニー

➡ 11/5 までに



●クロージング
セレモニー

➡ 12/10 までに



オンデマンド 演題カテゴリー一覧

Index			
01	感染対策	①	感染対策
02	安全・倫理	②	医療・介護の安全（感染対策含む）
		③	倫理
03	多職種連携	④	多職種連携
04	育成・職場づくり	⑤	職員の確保と育成
		⑥	理念教育 （綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念）
		⑦	教育活動
		⑧	職場づくり
05	SDH	⑨	健康の社会的決定要因 （SDH；Social Determinants of Health）
06	地域包括ケア	⑩	アウトリーチ
		⑪	地域包括ケア・まちづくり
07	自立支援	⑫	自立支援（ICF）
		⑬	リハビリテーション（生活リハ、機能訓練）
		⑭	フレイル
08	入退院支援	⑮	入退院支援
09	食べる支援・口腔ケア	⑯	食べる支援・口腔ケア
10	皮膚・排泄ケア	⑰	皮膚・排泄ケア
11	認知症ケア	⑱	認知症
12	母性・小児	⑲	母性・小児
13	精神	⑳	精神
14	慢性疾患	㉑	慢性疾患
15	エンドオブライフケア	㉒	エンドオブライフケア・ACP
16	災害・防災・BCP	㉓	災害支援・防災・BCP
17	ICT・AIの活用	㉔	ICT・人工知能（AI）の活用
18	業務改善	㉕	業務改善・質の向上
19	経営改善に向けた取り組み	㉖	経営改善に向けた取り組み
20	制度改善・運動	㉗	制度改善・運動（介護ウェーブ・処遇改善、奨学金等）
21	職員の健康を守る	㉘	職員の健康を守る（労働安全衛生、ハラスメント対策）
22	その他	㉙	その他

【運営委員長あいさつ】

第 15 回全日本民医連 看護介護活動研究交流集会 運営委員長 植本 みゆき



全国の民医連で働く看護・介護職員のみなさん、日々のご奮闘に心より敬意を表します。

第 15 回全日本民医連看護介護活動研究交流集会は、2020 年 12 月に開催予定でしたがコロナ禍の影響で 2022 年 10 月開催となります。

2019 年 12 月新型コロナウイルスが全世界へ感染拡大し、国内では 2020 年 1 月 16 日初めての感染者報告がありました。2 月に行われた第 44 期全日本民医連定期総会開催直後には全日本民医連新型コロナウイルス感染対策本部が設置され、私たちの日常は大きく変わってきました。

そして今、コロナ禍の影響で人々の生活困窮が広く深刻になり、新自由主義の影響が加速し人と人のつながりにも影響を及ぼしています。自殺者数が増加、とりわけ 20 代以下、学生の増加が目立ちます。妊産婦の死亡原因の 1 位は自殺です。感染症に対する恐怖、社会的孤立、失職と貧困、行政による支援の不足などを背景に経済格差・健康格差は急速に拡大しています。

その中で私たちは、エッセンシャルワーカーとして新型コロナウイルスから自分自身をまもりながら、患者・利用者とその家族、地域住民のいのちと健康を守るために奮闘し、全国各地で「医療・介護活動の 2 つの柱」を実践してきました。

第 15 回看護介護活動交流集会のメインテーマは、「挑もう！！いのちとくらしの護り手として～憲法を護り綱領を実践する看護・介護～」としました。このテーマの背景は、

いのちを尊重する根底である「憲法を守る」ことが最重要課題であること。また、健康の前提条件である平和と、いのち・くらし・人権を守るには、私たちがそれを阻害する要因に向かうことを自らの課題としなければならないからです。しかし一方で、私たちは日常の目の前の業務に追われ、こうした課題に正面から向き合っているのだろうか、その思いを「挑もう！！いのちとくらしの護り手として」という言葉に託しました。「いのちとくらし」はコロナ禍を経て益々重みを増しています。

また、「民医連のめざす看護の基本となるもの」「民医連の介護・福祉の理念」では、実践の根幹に憲法と綱領をすえ、すべての人々が人間らしく尊厳をもって生きていくことを援助し、そのための無差別・平等の医療・介護を提供することを「憲法を守り綱領を実践する看護・介護」という言葉として表現しています。

私たち民医連の看護・介護職員には患者・利用者・家族、そして地域の人々の苦難に寄り添い、支援し続ける協働の力があります。その土台となる憲法と綱領に確信をもち、平和と個人の尊厳が大切にされる 2020 年代を築く大きな力となる集会にしましょう。

民医連らしい看護・介護の豊かな経験を共有し学びを深めましょう！WEB開催となり京都会場での熱気を共有できないことは残念ですが、WEBだからこそ多くの皆さんにご参加いただけると思います。苦しみや悩み、喜びや達成感が詰まった沢山の演題応募をお待ちしています。

【現地実行委員長あいさつ】

今だから残しておきたい、民医連の看護介護を

第 15 回全日本民医連看護介護活動研究交流集会 現地実行委員長 坂田 薫



2022 年秋、全日本民医連看護介護活動研究交流集会 in 京都は Web で開催されることとなりました。本来ならば 2020 年、京都で行われる予定でしたが。コロナ禍のため延期となり、今回は Web での開催で、京都にはお越しいただきません。そこで現地実行委員会では京都を感じていただく企画を準備中です。京都は単なる「観光地」だけではあられません。コロナ禍が終息したら、「聖地巡礼」したくなる京都深堀企画として、ディープな京都をご紹介しますと思います。

交流集会が延期になったこの間、新興感染症のパンデミックであらわになった、医療・介護サービス供給体制の脆弱さに翻弄されました。こんなにもたやすく人権が守られない事態になるのだと思い知らされたのです。そんな中、民医連で働く皆さんは、地域の医療・介護の護り手として、綱領を実践する看護・介護に挑んでこられました。その実践を、エビデンスの視点、質の視点、SDH の視点、マネジメントの視点など様々な角度から、形にして学びあいたいと思います。今だから残しておきたい、民医連の看護介護を大いに交流しましょう。

- ◆ 第15回看護介護活動研究交流集会 集会 web サイト(以下集会 web サイト)について
<https://confit.atlas.jp/kankai15> または、「看介研」で検索を！



★参加登録完了後、アカウント登録のメールアドレス宛に「【第15回全日本民医連看護介護活動研究交流集会】参加登録受付のお知らせ(受付番号:A00●●●)」というメールが届きますので、ご確認ください。

★集会webサイトで参加登録完了後、「参加登録」ページの決済情報が「未決済」となりますが、システムの都合上の表記ですのでご了承ください。

- ◆ オープニングセレモニー(10月29日)・クロージングセレモニー(12月3日)
* 集会内容の各種変更や運営上の障害情報などは、トップページの「お知らせ」に掲載します。

* 参加方法

＜方法①＞参加登録していない方は、「YouTube」でご視聴できます。

二次元バーコードは、P 4 を参照ください。

＜方法②＞集会 Web サイト⇒タイムテーブル⇒「オンライン会場へアクセス」⇒

⇒参加する「全体会」「テーマ別セッションⅠ」「Ⅱ」「Ⅲ」「Ⅳ」「クロージング」

をクリックして参加します。詳しくは「集会 web サイト オンライン会場への参加(入場)方法」マニュアルを参照ください。入場時の名前は「**県連+名前**」としてください。

(発表者の方は、参加方法②でご参加ください。)

* 質疑応答は、質問受付 web サービス「LiveQ」を使用します。スマートフォンを使用しますので、あらかじめお手元にご準備下さい。「LiveQ」二次元バーコードは、P 5 を参照ください。スマートフォンを使用し、「LiveQ」二次元バーコードを読み取ります。Web サイトが開きますので質問、すでにほかの参加者の質問にいいね！をつけることができます。

* 感想・アンケートのご協力をお願いします。

＜方法①＞P 5 の感想・アンケート(グーグルフォーム)二次元バーコードを読み取り、入力送信をお願いします。

＜方法②＞手書きの場合は、集会 Web サイトのトップページに感想用紙を掲載いたします。看介研事務局へメールまたは FAX にて提出してください。

* オープニング・クロージングセレモニーは、すべて Zoom により録画され、集会 Web サイトにてオンデマンド配信します。(配信期限 2023 年 1 月末日まで)



◆ 分科会（演題発表：507 演題）オンデマンド配信について

* オンデマンド配信期間 10月29日（土）～11月21日（月）

* 参加登録していない方は視聴できません、予め参加登録をお願いします。

参加登録した方と一緒に、複数名で同時視聴するなども可能ですが、システム上参加登録数の上限はありませんので、多職種の方の積極的な参加をお待ちしております。

* 発表演題動画は【セッション一覧】から視聴できます。「テーマ別」「カテゴリー別」「講演検索」より視聴する発表演題動画を検索してください。

* 集会 web サイトのコメント機能を使って質疑応答が出来ます。

➢ 質問、ご意見等は、演題発表者へ自動メール送信されます。演題発表者の方は、可能な範囲で集会 Web サイトのコメント機能を使ってご回答の入力のご協力をお願いいたします。

➢ コメント機能の利用は、オンデマンド配信期間中の 10月29日（土）～11月21日（月）の間のみ、質問・回答・閲覧が可能です。

➢ 詳しくは、「集会 web サイトの質疑応答について」（集会 web サイト）を参照ください。

◆ 各種マニュアルについて

以下のマニュアルは、集会 Web サイト、トップページの左「各種マニュアル」より閲覧、ダウンロードできます。

- ・「集会 web サイト オンライン会場への参加（入場）方法」（オープニングセレモニー・クロージングセレモニー）
- ・「集会 web サイト 演題抄録の閲覧・印刷の方法」
- ・「集会 web サイト 演題発表の質疑応答について」（コメント機能の説明：いいね！含む）
- ・「参加者&発表者用 Zoom ミーティング マニュアル」＜Zoom の基本的な内容です＞

◆ 発表動画や資料の取り扱いについて

第 15 回全日本民医連看護介護活動研究交流集会に関する著作権は、全日本民主医療機関連合会に帰属します。発表動画や発表資料の保存（画面キャプチャを含む）、録音、再配布は禁止です。

◆ お問い合わせ

第 15 回全日本民医連 看護介護活動研究交流集会 運営委員会 担当事務局 安藤・宮川

Tel：03-5842-6451 FAX：03-5842-6460 kk15@min-iren.gr.jp

＜集会時の緊急連絡先＞

◎オープニングセレモニー 10/29（土）

◎クロージングセレモニー 12/3（土）

① 070-5568-9152 ② 070-6438-4098



オープニングセレモニー タイムテーブル

※受付： 9時

10:00～12:30 全体会

司会 門脇めぐみ（全日本民医連理事）
開会あいさつ 植本みゆき（第15回看介研運営委員長）
全日本民医連あいさつ 増田 剛（全日本民医連会長）
現地歓迎あいさつ 中川 洋寿（京都民医連会長）

京都深堀企画

—— 休憩（15分） ——

記念講演（11:00～12:30）

「私が大飯原発を止めた理由」

講師：樋口 英明氏（元福井地裁裁判長）

12:30～13:30 昼食休憩

13:30～15:40頃 テーマ別セッション

教育講演、指定演題発表、シンポジウム等

<テーマ>

- I 感染管理の先にある光
- II その人の最善に向けて～身体拘束を考える～
- III 多職種連携のこれから
- IV 多様性を認め合い心理的安全性が保てる職場づくりをめざそう

記念講演

私が大飯原発を止めた理由

講師：樋口 英明



<略歴>

1952年生まれ。三重県出身。司法修習第35期。福岡・静岡・名古屋等の地裁・家裁等の判事補・判事を経て2006年4月より大阪高裁判事、2009年4月より名古屋地家裁半田支部長、2012年4月より福井地裁判事部総括判事を歴任。2017年8月、名古屋家裁部総括判事で定年退官。

2014年5月21日、関西電力大飯原発第3・4号機の運転差止めを命じる判決を下した。さらに2015年4月14日、原発周辺地域の住民ら9人の申し立てを認め、関西電力高浜原発第3・4号機の再稼働差止めの仮処分決定を出した。

2021年、著書「私が原発を止めた理由」（旬報社）で通称“樋口理論”を発表。

<主な著書>

『私が原発を止めた理由』（旬報社、2021年）

◆「はじめに」より

2011年3月11日、福島第一原子力発電所で過酷事故が起きました。その時、福島第一原子力発電所で実際に何が起きていたのかをほとんどの人は知りません。時の経過とともに福島原発事故の深刻さが人々の意識の中から薄れていっているように思えます。福島原発事故から10年が経過しようとしていますが、あの事故から私たちは何を学ばなければならないのでしょうか。そのことを問い直したいのです。（略）

裁判官が退官後とはいえ、自分が関わった事件について、論評することはほとんどと言ってよいほどありません。論評することが法に触れるわけではありませんが、論評しないことは裁判所の伝統であることは間違いないのです。なぜ、私がその伝統を破ってまで、原発の話をしなければならないと思ったのか。それは、専門家でもない私の目から見ても、原発の危険性があまりにも明らかだったからです。そして、原発の危険性が専門知識のない素人目にも明らかだということくらい恐ろしいことはないのです。

原発や地震学についての詳しい知識は要りません。思い込みを持たずにものごとを素直に捉える目を持った高校生以上の方が、この本を読んでいただければ原発の危険性がどれくらい大きなものかお分かりになると思います。そして、その原発を止めるために何をしたらよいのかについて考えていきたいと思っています。



LiveQ 〈質問・感想〉

あまりに低い基準

原発事故は想定される被害が甚大で広い範囲に及ぶので、それに応じた高度な安全性と信頼性が求められます。その点から見て、大飯原発の耐震設計の基準（700ガル）はあまりにも低すぎる。現実に10000〜20000ガルを超える地震は、日本中で何度も起きているのです（表）。

東日本大震災以降、原発の耐震設計の基準が上がったと言われます。しかし抜本的な工事をせずに、計算上の数

値を上げているだけです。

さらに原発は地震の際、運転を止めただけでは駄目で、冷やし続けなければメルトダウンして放射能漏れを起こしてしまふ。こうした原発特有の危険性に対し、給水設備や電気系統を含めた十分な対策はとられていません。

地震は日本全国どこで起こるか分からないため、動かしにくい原発など、日本に1つもありません。

判決文に込めた思い

大飯原発運転差し止めの根拠とし

て、判決文の冒頭に、人格権は憲法上の権利（13条、25条）で「これを超える価値を他に見出すことはできない」と書きました。

私はいわゆる「人権派」ではありません。でも、いのちを守り生活を維持する権利が何より大事だというのは、ほとんどすべての法律家が認識していることです。

判決文の「豊かな国土とそこに国民が根を下ろして生活していることが国富」というのは、いわば「保守」の表れだと思えます。嘗々と築かれてきた

美しい国土を守りたいというのは、言葉を変えて言えば「愛国心」です。原発事故は、国も郷里も経済の基礎もすべてを吹き飛ばしてしまっています。

「国民の『原発再稼働反対』の声は裁判官の耳に届いていましたか」と聞かれることがあります。しかし、その民意は政治家に向けてほしい。裁判官は純粋に論理の世界に生きているので、多数決で判断するわけではないのです。

仮に今後「原発をどんどん稼働して」という声が圧倒的な世論になったとしても私は全く迷いません。むしろ判決当時より確信が深まっています。

憲法の問題

弁護士は依頼者の意向や利益にそまけません。裁判官はその良心に従って憲法と法律に忠実であればいい。今の憲法は本当によくできています。自分の良心と憲法の精神が衝突して、悩んだり葛藤したりする心配がない。私は裁判官として、定年まで自由に仕事をできた実感があります。

差し止め判決は憲法の精神を忠実に守って、論理的に考えた結果です。私は司法に対する希望を捨てていません。さらに世論の力が政治家を変えていけば、必ず原発は止まります。

大飯原発運転差し止め判決
(2014年5月21日) 抜粋

人格権は憲法上の権利であり（13条、25条）、また人の生命を基礎とするものであるがゆえに、我が国の法制下においてはこれを超える価値を他に見出すことはできない。

このコストの問題に関連して国富の流出や喪失の議論があるが、たとえ本件原発の運転停止によって多額の貿易赤字が出るとしても、これを国富の流出や喪失というべきではなく、豊かな国土とそこに国民が根を下ろして生活していることが国富であり、これを取り戻すことができなくなることが国富の喪失であると当裁判所は考えている。

表 2000 年以降の主な地震とその強さ

4022 ガル	岩手宮城内陸地震 (2008 年)
2933 ガル	東日本大震災 (2011 年)
2515 ガル	中越地震 (2004 年)
1796 ガル	北海道胆振東部地震 (2018 年)
1740 ガル	熊本地震 (2016 年)
1584 ガル	鳥取県西部地震 (2000 年)
1571 ガル	宮城県沖地震 (2003 年)
1494 ガル	鳥取県中部地震 (2016 年)
1300 ガル	栃木県北部地震 (2013 年)
806 ガル	大阪北部地震 (2018 年)
703 ガル	伊豆地震 (2009 年)
※ 700 ガル	大飯原発の東日本大震災当時の耐震基準
※ 405 ガル	大飯原発の建設当時の耐震基準

原発を止めた裁判官

樋口英明 福井地裁元裁判長インタビュー

聞き手・武田力（編集部）

1月17日、広島高裁が四国電力伊方原発（愛媛県）の運転差し止めを命じる仮処分を決定しました。2011年の福島第一原発事故以来、原発の運転差し止めを認めた司法判断は5件目となります。2014年5月、関西電力大飯原発（福井県）の運転差し止め判決を出した福井地裁の樋口英明裁判長（当時）は定年退官後、各地で判決に込めた思いを語っています。「判決は正しかったと確信を深めている」と語る樋口さんにお話を聞きました。



樋口英明さん

1952年、三重県生まれ。京都大学法学部卒業。83年に判事任官。静岡地裁、名古屋地裁、大阪高裁などを経て、福井地裁。2017年に名古屋家裁を最後に定年退官

裁判が始まる前は、住民側と関西電力が「原発の耐震性」について争うことを予想していました。原発の構造に関する専門的な込み入った議論も覚悟していた。ところが驚いたことに、「原発は強い地震に耐えられない」という点では争いがなかったのです。

大飯原発の耐震設計の基準は700ガル[※]でした。関西電力は「その1・8倍の1260ガルまで耐えられる」「それ以上の地震は（大飯原発には）来ない」と主張しました。

私はこの裁判の最も重要な争点「地震予知はできるのかどうか」という点にあると気付きました。地震学は「観察できない」「実験できない」「資

料がない」の三重苦と言われ、科学的な解明がなされていません。まして将来予測は最も難しく、不可能に近いでしょう。私は関西電力の主張には合理的な根拠がないと判断しました。

多くの裁判官は、原発訴訟を高度な専門技術を扱う「複雑困難なもの」と誤解しています。気をつけて訴訟を指揮しないと、法廷がさまざまな学者の意見を聴く学術論争の場になりかねない。私はこの裁判については、過去の裁判例を読み込むことをせず、自分の頭で一から大事なポイントを見極めようと考えました。争点が明確になってみると、わりと簡単に良識と理性で判断できる問題だと分かりました。

※ガル 地震の揺れの勢いや激しさを表す加速度の単位

テーマⅠ 感染管理の先にある光

目的 ➤

民医連綱領の実践者として地域住民のいのち・くらしを護り豊かにするために、パンデミックに挑み・奮闘した実績を分析・共有し、多種多様な課題を柔軟に、しなやかに解決できるよう活かしていく

目標 ➤

1. コロナ禍の取り組みを感染管理認定看護師の視点からまとめることで、感染対策と看護管理の協働の重要性を明確にし、今後の実践に活かす
2. パンデミックの対峙と組織文化の影響を分析・共有することで、前向きな組織形成の礎とする
3. 感染管理認定看護師の実際の声を聞くことで、各々がパンデミックと対峙したりフレクションの場とする
4. 各々の取り組みを知ることで感染管理と職場管理の問題解決の糸口を見いだす

タイムテーブル ➤

総合司会 田中奈美（運営委員）

13：30 開会あいさつ 高本千絵（運営委員）

13：33 看護研究発表

テーマ「ICN（感染管理認定看護師等）へのインタビューからパンデミック対応における
民医連綱領・組織文化の影響を考える」

発表者 坂田薫（全日本民医連理事・京都民医連中央病院）

14：00 指定演題発表 8分×3演題

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
010101	A病院の在宅医療における新型コロナウイルス感染症に対する看護管理者のマネジメント実践	京 都	吉祥院病院	大森 桂子	看護師
010102	高齢者施設クラスター時の初動訪問における感染管理認定看護師の役割についての考察	兵 庫	神戸協同病院	郭 華美	看護師
010103	社会福祉施設感染症対策チーム員活動報告～新型コロナウイルス感染症によるクラスター発生施設への支援活動～	福 井	介護老人保健施設あじさい	津田 勝利	介護福祉士

14：40 シンポジウム「感染管理の先にある光」

シンポジスト

	県連名	事業所	名前	職種
I C N	京 都	京都民医連中央病院	黒田 由紀子	看護師
I C N	沖 縄	沖縄協同病院	河田 宏治	看護師
I C N	宮 城	宮城厚生協会	残間 由美子	看護師
看護管理者	北海道	勤医協中央病院	折出 洋子	看護師
介護管理者	兵 庫	尼崎医療生協	藤岡 裕子	事務
病院長	京 都	京都民医連中央病院	松原 為人	医師

15：35 講評 山田秀樹（全日本民医連 副会長）

15：40 閉会の言葉 河本真理（全日本民医連 理事）

15：45 終了

指定報告：呼び掛け文 ➤

2019年12月、新型コロナウイルスが確認されてから私たちの生活は一変しました。特に医療・介護の現場では感染防護具が必須となり、経験したことのない不安・恐怖を抱き、時には医療者が誹謗中傷的になりながらも人々のいのちとくらしを護ることをあきらめずに立ち向かいました。

みなさんの気持ちを奮い立たせたものは何だったのでしょうか。正義感や職業倫理といった個々の思いとともに民医連綱領が共通のことばとして根付いていたものと思います。幾度もの苦境を乗り越えてきた今だからこそ伝えられるものがあります。パンデミックと向かい合い新たに気づき掴んだものや確信をえたこと、奮闘記を共有しあい、教えあい、豊かに学びあいましょう。

- * コロナ禍における感染管理の実践
- * コロナ禍における看護・介護管理の実践
- * コロナ禍でみえた組織運営の重要性
- * 感染管理対策と組織風土
- * 民医連職員としての感染対策活動

担当運営委員 ➤ 田中・藤原・和知・高本・高德 担当役員 ➤ 河本・坂田・宮川



①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	A 病院の在宅医療における新型コロナウイルス感染症に対する看護管理者のマネジメント実践

県 連 名 京都
院所・施設名 吉祥院病院
発 表 者 大森 桂子 職種 看護師
共同研究者 芥川 真知子、西野 万弥、水野 夏苗
土居原 美岐、高木 加奈子、竹永 百合子

【背景】
A 病院は機能強化型在宅支援病院であり、地域包括ケア病床 44 床、訪問診療、訪問看護ステーション、看護小規模多機能施設を合わせて持っている。第 6 波となる感染拡大時期の 2022 年 1 月頃より、在宅療養者はご家族や複数のサービス利用者との接触で濃厚接触に該当する機会が増えた。そしてコロナ感染症患者を受け入れる病床数は逼迫し、自宅で医療・看護の提供をせざるを得ない状況となった。突発的な出来事が発生する感染拡大時期の看護管理者には、特に状況に応じた的確な判断と柔軟なマネジメントが求められる。

【目的】
在宅医療における新型コロナウイルス感染症（コロナ感染症）に対して実践した看護管理者のマネジメントを報告する。

【方法】
2021 年 12 月～2022 年 3 月までにコロナ感染症で在宅医療を提供した患者 19 名に対し実践した看護マネジメントを抽出した。

【倫理的配慮】
個人が特定されないよう配慮し看護部の承認を得た。

【結果】
看護管理者は、在宅療養者が濃厚接触者に該当するか否かの情報が曖昧な中、生活背景をつかみ陽性の検査前確率が高い在宅療養者や有症状者に対して、看護師が早急に自宅訪問し抗原検査、往診が実施できるよう調整していた。また、在宅医療にかかわるスタッフに対し自宅内やケア場面を想定した感染対策をシミュレーションし、地域で患者を支える施設や介護職者からの相談にも応じていた。陽性者への初回往診は、看護管理者が行いスタッフと共有していた。コロナ感染症によって倫理的ジレンマを感じた事例に関わったスタッフで 6 分割カンファレンス（カンファレンス）を実施していた。カンファレンスでは、コロナ感染症への対応力を高めることやコロナ感染症後の廃用予防にむけ、在宅一病院間連携、入所施設間連携の重要性など新たな課題を見出していた。

【考察・結論】
看護管理者は、突発的な濃厚接触者に対して自宅で抗原検査、訪問診療ができるよう柔軟な調整力と行動力を発揮していた。また、自宅内を想定した感染対策方法をスタッフ教育し、陽性者の初回訪問を看護管理者が行っていた。このことは、今後かわるスタッフの不安軽減だけではなく、正しい知識や技術を身につけることがコロナ感染者をケアするスタッフへの自信につながるマネジメントであったと考える。また、地域で患者を支える施設や介護職者の相談に応じるなかで苦悩を共有し、連携・協働する役割があると認識できたことや、カンファレンスで社会的な側面を含んだ課題に発展させることができたのは、在宅医療における感染防御・治療やケア経験を高める機会であると前向きに捉えることができる看護チームがあったためと考える。以上のことから、看護管理者自身が様々な経験を肯定的に捉え直し、地域を含む在宅医療を支えるチームスタッフと共有することが、困難な局面を乗り越える際に重要なマネジメントであると考えられる。

キーワード：マネジメント

①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	高齢者施設クラスター時の初動訪問における感染管理認定看護師の役割についての考察

県 連 名 兵庫
院所・施設名 神戸協同病院
発 表 者 郭 華美 職種 看護師
共同研究者 宮本 実

【はじめに】
COVID-19 第 4 波の影響で病床ひっ迫期に兵庫県看護協会から依頼を受け、感染管理認定看護師としてクラスター発生中の高齢者施設へ初動訪問し施設の要望に応じた活動を行った。医療にかかわる人的資源が少なくことや感染対策に必要な知識、物品を含めて、医療機関とは全く違う環境下での実践には、感染管理の専門的な支援の必要性を認識した。今回の支援は、地域における感染管理認定看護師の役割を考える機会となった。

【目的】
高齢者施設におけるクラスター時の初動訪問で、問題を明らかにし感染管理認定看護師としての役割を果たし、感染拡大防止対策を考え実践できるよう支援する。

【倫理的配慮】
個人や施設情報が特定されないよう記述した

【方法・対象】
訪問目的と要望を施設へ確認。「実際に現場を見て、感染対策の助言が欲しい。」「この方法でよいのか、もっといい方法があるのか相談したい」という依頼であった。管理事務と共に訪問し、まず状況を確認し、該当フロアのラウンドを行った。内容は ①ゾーニングの設定変更 ②個人防護具（Personal Protective Equipment: 以下 PPE）着脱指導と感染性廃棄物 ③手指衛生 ④手順や行動の掲示物の掲示

【結果】
①ゾーニングの設定変更は、レッドゾーンへの出入り口を 2 か所から 1 か所へ、施設からの要望で汚物室をレッドゾーンからグレーゾーンへ再設定。認知症の影響で自分で感染行動をとれない入所者の対応では、レッドゾーンへの出入りを制限しているのが見て分かるような工夫や事前に施設としてどのように対応するのか検討し共有する ②すべての防護具は不足している状況であった。PPE 着脱の場所と物品の配置と着脱手技を指導。PPE 着衣は端から順番に着衣できるように配置。感染性廃棄物容器は、回収方法含めて委託業者への確認 ③高齢者施設では、普段から安全上石けんやアルコール消毒薬が配置されておらず、代替の方法含めアルコール手指消毒剤の設置か携帯を提案 ④その場で安全な感染予防の行動が起こせるよう手順や注意喚起を分かりやすく簡潔に掲示する 総訪問時間は 3 時間半であった。

【考察・まとめ】
クラスター時の初動訪問における感染管理認定看護師は、専門知識をいかし施設側の要望と訪問時の実状から問題を明らかにし、感染対策を施設側と共に考えて実践に導くことが期待される役割だと考える。これからの課題として、高齢者施設におけるクラスター発生の予防対策の事前準備は重要である。①標準予防策の実践。特に手指衛生、PPE 着脱の実践確認は最低限必要 ②施設内で COVID-19 陽性者が出た時の対応手順をマニュアル化 ③施設内で認知症の入所者への対応方法など検討し共有する 以上の初動訪問活動、役割や課題を兵庫県看護協会主催感染管理認定看護師交流会にて報告した。さまざまな機関と連携しながら、今後も地域で活動できたらと考えている。

①感染対策

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演 題 名 社会福祉施設感染症対策チーム員活動報告
～新型コロナウイルス感染症によるクラスター
発生施設への支援活動～

県 連 名 福井

院所・施設名 老人保健施設あじさい

発 表 者 津田 勝利 職種 介護福祉士

【はじめに】

新型コロナウイルス感染症により施設クラスターが起きてしまうと施設としての機能を維持していくことが困難になっていく。福井県では福祉施設において新型コロナウイルス感染症が発生した場合に迅速な感染対策だけでなく、施設の運営面で多発する課題に対応してクラスター仕様として施設機能を維持していくために県独自に福祉施設等の職員による社会福祉施設感染症対策チームというものを創設した。チーム員として施設クラスターが起きた施設に支援活動を行ってきたので報告をする。

【活動内容】

チーム員は介護職・看護職・その他事務職の各3～5名程度の1チームあたり13名程度で編成されている。2021年9月に県内のA施設（老健）にて職員利用者合わせて30名以上の陽性者がでた施設へ5日間支援活動を行った。A施設の介護職員は3名しか出勤出来ておらず、系列の施設から支援をもらいながら業務にあたっていたが非常に厳しい職員体制であった。活動エリアはレッドゾーンで活動内容としては利用者のケアはもちろん、施設職員に対して感染対策の指導や業務等の助言も行った。

残っている利用者の生活支援を行っていたが、利用者は皆居室で隔離され、食事は1日2食で感染対策上すべて紙皿での提供となり、栄養補助食品等で栄養バランスを調整していた。口腔ケアはスポンジブラシで簡易的に行っているのみであった。トイレでの排泄ができない（居室から出られない）為全員がオムツを着用し、1日2～3回の交換しかできていなかった。また利用者の情報も全く知らない状況で業務にあたっていた為、最低限の情報を居室の扉に貼り出してもらうようにチーム員としての要望で対応し、情報の見える化を行った。

【活動を通して】

慣れない環境、慣れない業務に対する疲労は心身ともに堪えた。しかし感染対策を実践しコロナに感染せず過ごせたことは自信にもなり貴重な経験をすることができた。今回のクラスターはワクチンの2回接種が終わった後のプレイクスルー感染によるものであり、職員1人1人の感染対策への意識を変えることが大事だと感じた。感染対策は頭で理解していても実践していなければ意味がないこと、1人でも実践していないと感染は拡大して抑えきれないと感じた。クラスターが起ころうと今までの日常がなくなり、非日常を1か月近く過ごさなければならない。利用者の食事の提供回数やオムツ交換の回数が減り、入浴もできず清潔も保てない。フロアにでることも許されず利用者のADLの低下はもちろん、認知症の悪化も確実にみられていき、利用者のQOLの向上は望めないと思われる。実際にそのような現場を目にして利用者のいのちを守るため、くらしを守るためにもクラスターが起きないように職員1人1人今一度感染対策を実践していかなければならないと感じた。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう配慮し関係者に同意を得ている

テーマⅡ その人の最善に向けて ～身体拘束を考える～

目的 ➤

民医連綱領の基、人権を尊重する医療・看護・介護実践をめざす民医連の職員として、患者・利用者の安全を守りながら、その人らしさを支え、その人の生きる力を導き出すための関りを学び、実践に結び付けていく

目標 ➤

1. 急性期医療での安全管理を進めるなかで、身体拘束に頼らず、その人の最善を導き出す実践を学び、自職場への取り組みにつなげる
2. 医療・看護・介護分野での身体拘束をしない取り組み状況、転倒転落予防など安全管理向上につながる実践を知り、活用できる工夫をみいだす
3. 身体抑制の3要件を改めて学び、各職場の現状を振り返り、人権を尊重した医療・看護・介護を確認し、課題に向き合う機会とする

タイムテーブル ➤

総合司会 西山俊太郎（運営委員）

13:30 開会あいさつ 清水安土（運営委員）

13:35 教育講演 「認知症の人の自立・自律を支援するケア」
講師：山口晴保氏（認知症介護研究・研修東京センター センター長）

14:50 指定演題発表 10分×2演題

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
020301	急性期病院における身体拘束解除の取り組み —高齢者の尊厳を守るケアの拡充—	京 都	京都民医連中央病院	長谷川美智子	看護師
020201	その人の最善に向けて ～身体拘束を考える～	山 形	介護老人保健施設か けはし	神田 大輔	事務

15:10 質疑応答・ディスカッション

15:30 質疑応答・ディスカッションまとめ

15:40 講評 加賀美理帆（全日本民医連 副会長）

15:50 閉会の言葉 上田尚子（運営委員）

指定報告：呼び掛け文 ➤

介護現場では2001年厚生労働省が示した「身体拘束ゼロの手引き—高齢者に関わる全ての人に—」を基に身体拘束を実施しないことが原則ですが、個々の対応では苦慮する場面が多々あります。また、急性期医療・精神科医療の分野でもここ数年、身体拘束に頼らず、患者・利用者の人権を尊重し、その人の最善は何かを問いかけ続け「身体拘束0」を実現した病院の取り組みに注目が集まりました。しかし、多忙な医療現場では転倒転落防止、点滴・チューブ類の自己抜去予防などの安全管理として、身体拘束を減少させられず、多くの職員が常にジレンマを感じている実情もあります。

44期総会方針では個人の尊厳を守る立場での医療・介護実践が呼びかけられました。身体拘束が人権を侵害し個人の尊厳を妨げる行為として看護・介護実践として改善に向け取り組んでいる職場があります。

職場での実践とその成果と課題を出しあい、取り組みを前進させる機会としていきましょう。

＊病院内で身体拘束を減らす取り組み

＊介護現場での身体拘束をしない転倒転落予防などの実践

＊個人の尊厳を守る看護・介護実践として身体拘束と向き合った活動

担当運営委員 ➤ 清水・西山・上田・富樫 担当役員 ➤ 植本・井田・井澤

現地事務局 ➤ 春山

③倫理

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名急性期病院における身体拘束解除の取り組み
—高齢者の尊厳を守るケアの拡充—

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連中央病院

発 表 者 長谷川 美智子 職種 看護師

共同研究者 布留川 美帆子、大森 桂子、坂田 薫

【背景・目的】

昨今、病院における身体拘束の中止がクローズアップされている。当院では、高齢者本人の視点から環境やケアを見直し、身体拘束の解除方法を多職種チームで検討してきた。また、治療に伴うせん妄や認知症 BPSD の相談に対応する精神科リエゾンチームを活用し、身体拘束の予防・軽減を行ってきた。

今回、当院で看護部が推進した身体拘束解除の取り組みの経緯と成果を報告する。

【方法】

取り組みに関連する書類・カルテ記録等の資料を、今回の目的の視点で分析した。

【倫理的配慮】

匿名性に配慮し、部門管理者の承諾を得た。

【結果】

1. 看護部の指針と実践：2019年度、「身体拘束ゼロ」が看護部目標の柱となり、副看護部長1名、師長2名（皮膚・排泄ケア CN、老人看護 CNS）がプロジェクトメンバーとなった。毎月、師長会で師長が事例と問題意識を提示し、スモールグループでディスカッションし、全体共有した。グランドルールは、患者とチームの強みに着目する事とし、ポジティブな思考を促進した。また、事例に沿って高齢者看護の学習をし、全体は50分間で構成した。1年半の期間、全13部署の師長が事例を提示し、どのようなケアが必要かを検討し、スタッフ教育や医師との調整など、マネジメントについても活発に意見交換が行われた。学習は、認知症ケア、せん妄、スキンケア等がテーマとなった。最終回は、全部署のスタッフが身体拘束解除の取り組みについて事例報告を行い、成果を共有した。

身体拘束の実数調査を年2回、1月間行った。半年間で、実施数が1日あたり29件から13件に減少した。2021年より、毎日の実施数を把握し、解除の方法を検討するシステムへと移行し、精度を高め QI 事業に参画している。2022年現在、倫理的問題の解決力を高める事を目指し「臨床倫理」をテーマに師長会でワークショップを開始した。

2. 看護倫理の教育：当院では、卒後1～3年目の看護師を対象に看護倫理の研修を行っており、筆者（老人看護専門看護師）が2012年度から担当している。臨床現場で研修生の課題や到達を確認し、グループワーク等、参加型の学びに重きを置く構成に変更してきた。事例検討では、急性期治療を必要とする高齢者がせん妄を発症し、身体拘束が実施された状況を提示し、どのようなケアを実践するのかを考える設問を提示し意見交換を行ってきた。その中で、研修生は、治療に伴う痛み・制限に対して具体的な援助を立案し、それが結果的に身体拘束解除のアプローチになることを確認している。

【考察】

看護師長が身体拘束解除の方策を考え、スタッフのロールモデルとなって援助を見直し・検討する形でマネジメント力を向上させた事が身体拘束減少につながった。看護管理者が、臨床でのスタッフの疑問や悩みを実践に活かせる教育を重視し、悩みを共有できる現場を支持する役割を發揮する事が、身体拘束解除の推進力になることが示唆された。

②医療・介護の安全（感染対策含む）

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名その人の最善に向けて
～身体拘束について考える～

県 連 名 山形

院所・施設名 介護老人保健施設かけはし

発 表 者 神田 大輔 職種 事務

【はじめに】

2021年介護報酬改定により全ての介護事業所を対象として高齢者虐待防止を目的とする委員会の設置が義務付けられた。（2024年3月まで努力義務）

A 法人は、B 老健施設を中心に2021年7月より「虐待防止検討委員会」を立ち上げ安全で質の高いケアを目指している。A 法人は委員会立ち上げ以前からセンサーの利点・欠点を学び、センサー使用も身体拘束になりうるとの考えから、最善の生活にセンサーは不要として身体拘束及びセンサー使用を減らしてきた。以下にその取り組みと実践を報告する。尚、本抄録は個人が特定されないよう倫理的配慮に基づき作成され、開示すべき COI はない。

【安全で質向上を目指すケアの実践】

B 老健施設は定員100名（一般療養棟60名、認知症専門棟40名）であり、2021年度に多職種・他部門からなる虐待防止委員会を年3回（7月30日、10月27日、1月28日）開催した。委員会では身体拘束及びセンサーの使用状況について確認され、2022年3月現在で身体拘束（ミトン使用）件数0件、センサー使用件数0件と報告された。やむを得ず身体拘束をする場合には切迫性・非代替性・一時性の3原則について十分検討の上、ご家族に対して説明と同意を行い、また少しでも長く外せるように随時カンファレンスを行う。

身体拘束及びセンサーに頼らない一つ目の課題としては、センサーは身体拘束となりうることを理解することである。センサーの利点として職員が見ていない時の行動がわかることがあげられる。しかしセンサーは使い方を間違えると利用者の人権を脅かす。センサーが鳴りすぐに駆け付けたとしても、その後の対応として、利用者を押し戻す、寝かせることが多いようでは、利用者の生活を規制する意味で拘束と何ら変わらない。使用する人の倫理観が大きく問われる。A 法人は委員会にてセンサーの使用状況をチェックし行動アセスメントの場合のみセンサーを使用するよう指導している。

二つ目は、認知症対応の技術を学ぶことでケアの質を高め、身体拘束を減らす取り組みである。A 法人ではユマニチュードについて職員が講師となり伝達学習をしている。他にもバリデーション、パーソンセンタードケア、スピリチュアルケアなど、認知症高齢者と良好なコミュニケーションを図る技術を取り入れることは重要である。

三つ目は、PDCA サイクルを理解し場当たり的な介護をなくすことである。問題を正確にとらえ当たり前のこととして改善し続けることが重要である。

【まとめ】

身体拘束廃止に向けた取り組みを通じて、その人の最善に向けてチーム内で検討し学習を継続することは、民医連の介護・福祉の理念に沿ったケアの実践に繋がり好循環を生んだ。介護現場のマンパワー不足、見守り機器の発展など今後の課題も残るが、センサーの使用は身体拘束になりうるため、最善の生活にセンサーは不要と考える。

テーマⅢ 多職種協働のこれから

目的 ➤

その人が、その人らしく、いつまでも安心して暮らし続けるために、より一層強固な多職種連携が求められている。

互いの専門性への理解と敬意を育み、コミュニケーションを図り、共通言語を広げる事で、民医連らしい多職種連携を探る。

目標 ➤

- (1) 地域包括ケア時代に求められる多職種による協働とは何かを改めて考える機会とする。
- (2) 互いの専門性を発揮して、一緒に患者・利用者へのケアを提供することが生む相乗効果を知り、進むべき未来を想像できる。

タイムテーブル ➤

総合司会 森実美佐（運営委員）

13:30 開会あいさつ 五十嵐智美（運営委員）

13:35 記念講演 「多職種連携（仮）」

講師：松岡千代氏（甲南女子大学看護リハビリテーション学部 看護学科）

14:45 指定演題発表 8分×3演題

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
050901	SVSシート導入により、継続看護につながった事例から学んだ外来看護師の役割	北海道	勤医協札幌病院	元井 里菜	看護師
030401	複合型センターの優位性～定期巡回・訪問看護・看多職種協働によるA氏の看取り～	山 梨	共立介護福祉センターいけだ	中村 弥生	看護師
081501	新型コロナウイルス禍における退院支援について	香 川	介護支援センター協同	徳住 君代	介護福祉士

15:10 指定演題に対するディスカッション

15:20 記念講演講師よりコメント

15:25 講評 伊藤真弘（全日本民医連 副会長）

15:35 閉会の言葉 田副大輔（運営委員）

15:40 終了

指定報告：呼び掛け文 ➤

超高齢社会において住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らすためには、無差別平等の地域包括ケアの提供と医療・介護・多職種の連携・協働がより一層求められています。そして私たちは、コロナ禍による地域の困難に寄り添うとりくみを各地ですすめてきました。しかし連携がうまくいかず、困難を感じる事もありました。お互いの価値観を理解し合うことが必要でした。

患者・利用者の疾病からの回復、生活を支える取り組みをすすめるために、多職種が更に力を合わせる必要があります。看護・介護の連携・協働で効果の見られた事例、課題を確認できた事例、患者・利用者の生活を支えた事例などを交流し、民医連らしい多職種連携を考えましょう。

＊看護・介護の連携・協働の実践

＊看護・介護の連携で取り組んだ生活支援の実践

＊看護・介護の連携で支えた在宅終末期、看取りケア、認知症ケアの事例

＊その他

担当運営委員 ➤ 森実・三上・五十嵐・田副 担当役員 ➤ 須田・寺島・見川

現地事務局 ➤ 西村じ

⑨健康の社会的決定要因

(SDH: Social Determinants of Health)

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名

SVS シート導入により、継続看護につながった事例から学んだ外来看護師の役割

県 連 名 北海道

院所・施設名 勤医協札幌病院

発 表 者 元井 里菜 職種 看護師

共同研究者 和田 彩花、小田 晴、野口 加代子、
黒澤 理穂、飯田 千里

【目的】

SVS シートを活用し、地域で生活する患者が抱える背景を捉えることで、患者の意向に沿って地域と連携をとり必要な看護実践をすることができた。この事例を振り返り、外来看護師の役割を明らかにする。

【方法】

1. 研究期間 2020/5月～2020/12月 2. 研究対象 A氏
当院内科に定期受診している SVS シートを聴取した80歳代の男性1名 3. 研究方法 事例研究 4. データ収集方法 電子カルテからの調査 5. データ分析方法 カルテからの情報収集と聴き取り情報のまとめ

【倫理的配慮】

B氏に研究の目的を説明し、参加の自由、参加しなかった場合の不利益は生じない事、途中で辞退する事も出来る事、得られたデータは匿名性が保たれるように使用し、研究発表時点で破棄する事を伝え、同意を得た。

【結果】

A氏のインスリンの針の廃棄方法の不備から、看護師が患者の生活状況へ目を向け関わった。患者からは困難さの訴えはなかったが、看護師の気づきから地域包括支援センターとの情報共有と SVS シートに基づき情報収集をした上でカンファレンスをしたところ、それまで把握しきれなかった生活状況や意向が見えてきた。すると、看護師がそれまで看護問題としてとらえていたことは、介入のきっかけにはなるが必ずしもそれが患者の意向とは繋がらない場合があった。SDHの視点から、患者の背景にせまり、患者が何を大事にして生きているかを捉えることで患者の意向をふまえた支援をすることができた。また、外来看護師は外来患者を地域で生きる人と捉えることが必要である。そのために地域包括支援センターや他の社会資源などを活用し、患者への介入のタイミングを計りながら継続的にモニタリングすることも重要な役割の一つであるとわかった。当院周辺は、高齢化率と生活保護受給世帯が市内他区と比較しても多い地域であり、健康権が脅かされやすい背景があると言える。地域の特性を理解し、誰もが安心して住み続けられるまちづくりの一翼を担う病院として、医療・介護・地域との連携という役割が求められる。

【結論】

・患者像を把握するツールの1つとして SVS シートを用いることで、チームが同じ視点で患者を捉えることができ継続看護に繋がる
・患者の背景を SDH の視点で捉え、本人の思いに寄り添いながら支援することが重要である
・適切なタイミングで医療と介護が連携できるように働きかけ、地域と患者を繋げることも外来看護師の役割である

④多職種連携

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名複合型センターの優位性
～定期巡廻・訪問看護・看多機協働による A 氏の
看取り～

県 連 名 山梨

院所・施設名 共立介護福祉センターいけだ

発 表 者 中村 弥生 職種 看護師

共同研究者 原 啓太、鶴田 優理、太田 祐樹、
西廣 久美子、中 信博、落合 一樹、
河西 由貴

【目的】

当センターでは5事業所で多くの専門職が各々の役割を発揮し、一人一人の暮らしを最期まで支えることができるよう奮闘している。今回、在宅酸素療法を受けながら多疾患を抱えた A 氏を、看護小規模多機能居宅介護（以下、看多機）で看取った。その間、状態に合わせて、訪問看護、訪問リハビリ、定期巡廻随時対応型訪問介護看護（以下、定期巡廻）と看多機という機能を病状や状態に合わせて利用し、「家にいたい」という A 氏の意志、暮らしを支えた。この関わりを通し改めて、多職種・多事業所がそろって複合型センターの優位性について考えることが出来たので報告したい。

【倫理的配慮】

事例をまとめるにあたり、家族の同意を得たうえで、個人が特定できないようプライバシーに配慮した。

【事例紹介】

A 氏・90歳代、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患（以下、COPD）で在宅酸素療法中、誤嚥性肺炎を繰り返す。一人暮らし。夜中に興奮し、転倒を繰り返し危険が伴っていた。状態的に安全な暮らしが守れないため、当センターの機能を熟知している主治医より、夜間も柔軟に訪問可能な定期巡廻利用の指示があり利用が開始となった。全身状態の悪化から嚥下機能の低下あり、訪問看護、訪問リハビリ、定期巡廻ヘルパーと協働して食嗜好がはっきりしている A 氏が安全に飲食できるよう関わった。さらに機能低下があり誤嚥性肺炎を発症し、入院を拒否する A 氏に主治医より看多機へ移行し治療をするよう指示有り。看多機で治療を継続すると回復し「なぜ、ここにいるのか？」と自宅へ帰る意志が表出され再び定期巡廻へ移行された。集中的なケア、治療が必要な状態を繰り返す度に、事業所を変更し終末期には看多機に移行。日中は家族対応で自宅へ帰り、夜間は看多機へ泊り、最期は看多機で家族に見守られて旅立った。

【考察】

多職種・多機能で最期の時まで支える複合型センターの優位性について考察する。夜間も柔軟に対応できる定期巡廻、本人のこだわりの嗜好に合わせた安全な食を支える多職種の協働、入院治療を拒否した時には看多機へ移行、という多事業所の機能を利用した暮らしを送ることができた。そこには A 氏の意志が尊重され、事業所が変わっても A 氏の想いをつなぐ支援が展開されていたからであると考え。どんな状態でも A 氏の「ここで暮らしたい」という願いに応えられたのは、A 氏のより良い暮らしを大切に考えた、多事業所協働あつての成果であったと考える

【参考文献】

定期巡廻・随時対応サービスのポイント 地域包括ケアシステムの構築を 目指して 一般社団法人 24時間在宅ケア研究会
・定期巡廻・随時対応型訪問介護看護の概要 厚生省ホームページ
・看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）/日本看護協会

⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

新型コロナウイルス禍における退院支援について

県 連 名 香川

院所・施設名 介護支援センター協同

発 表 者 徳住 君代 職 種 介護福祉士

共同研究者 盛上 哲哉、綾田 典子、高坂 芳仁、
平井 由桂

【目的】

新型コロナウイルス（以下新型コロナ）禍で介護支援専門員（以下CM）がどのように退院支援に取り組んでいるかを明らかにし、今後の支援に役立てていく。

【方法】

A 市内居宅介護支援事業所（10か所）のCM49名に退院支援についてアンケートを実施。48名より回答を得た。

【倫理的配慮】

倫理的配慮として本研究において、アンケートにより個人が特定されないことを配慮し、倫理委員会（管理会議）においても承認を得た。

【結果】

- 新型コロナにより、退院支援に影響が出た利用者があるCMは32名。
- 入院中、利用者の状況や退院後の意向を直接利用者と面会して聞き取りができたか。
 - 「いいえ」31名。
 - 〈意見〉
 - ・利用者から、直接ニーズが聞き取れない。
 - ・情報のみのため、抽象的なケアプランになってしまう。
 - 入院中に把握していた状況と退院時の状況が違い、ケアプラン変更が必要になったことがあるか。
 - 「はい」18名。
 - 〈意見〉
 - ・病院からの報告では、ADLに全く変化なしとのことでプラン変更しなかったが、ほぼベッド上の生活となっていた。
 - ・本人の生活の動きが不透明であるため、福祉用具で利用できるものがよくわからなかった。
 - なぜ、状況が違ったか。
 - 〈意見〉
 - ・自宅環境や介護状況、および本人の動きに対する医療と介護との認識違いのため。
 - ・病院のスタッフは自宅を知らないため、自宅での生活のイメージが湧きにくいと思われ、実際に家に帰ると福祉用具追加や住宅改修が必要になった。

【考察】

新型コロナによって退院支援に影響があったと答えたCMは66%おり、ケアプラン作成に支障が出ていることがわかる。

面談ができないと利用者の意向や感情を読み取ることができず、気持ちを反映したケアプランを作成することが難しい。

また病院からの情報と退院した利用者の状況がかけ離れていることも多く、見解の相違、環境の違いがあると思われる。今までの生活状況や自宅環境などの情報を入院直後から共有し退院に向け連携することが重要と考える。

しかし、対応窓口が統一されておらず、日によって担当が変わり連携が難しい病院もあるため、今後一貫して連携が取れるようにお願いしていく必要がある。

リモート面談も少ないため、ガラス窓やモニター越しに全身の動きを見ることができない環境づくりやビデオ通話などのサポートを病院スタッフにお願いしたい。また、新規利用の場合はCMも感染予防をしっかりとした上で、特例として直接面談する機会の確保をしていただきたい。

【結論】

- ・入院直後から今までの生活状況、自宅環境の情報を病院と共有し、退院後の生活がスムーズに行えるように連携する必要がある。
- ・入退院時は一つの窓口で一貫して連携できるよう働きかける必要がある。
- ・全身状況の確認ができ、病院スタッフのサポートで利用者との対話ができるような環境整備をお願いする必要がある。

テーマ別セッション

※受付：12時30分

テーマⅣ 多様性を認め合い心理的安全性が保てる 職場づくりをめざそう

目的 ➤

医療と介護の連携や多職種協働をすすめるうえで、心理的安全性の保てる職場づくりについて深め交流する。

目標 ➤

心理的安全性の保てる職場づくりについて、実践をふまえた教育講演で深める。

3つの指定演題で、各地の職場づくりの取り組みを交流し、自職場における取り組みの契機とする。

タイムテーブル ➤

進行 後藤正美（運営委員）・小松紅実（運営委員）

13:30 開会あいさつ 門脇めぐみ（全日本民医連理事）

13:35 教育講演 心理的安全性・ストレスコーピングについて

西川絹恵氏（臨床心理士・公認心理師・社会福祉士／中部学院大学 兼任講師）

14:35 質疑応答

14:45 指定演題発表 10分×3演題

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
040801	カウンセリング・リフレッシュルーム「スマイルハート」の立ち上げと運用について	東京	立川相互病院	福島 早織	保健師
040802	心理的安全性のある組織を目指した取り組みについて	岡山	岡山協立病院	佐藤 恭江	リスクマネージャー
040803	多様性を生かした職場運営	山形	社会福祉法人山形虹の会法人本部	後藤 由衣子	事務

15:30 講評 岩須靖弘（全日本民医連事務局次長・長野民医連事務局長）

15:35 閉会のあいさつ 藤牧和恵（全日本民医連理事）

指定報告：呼び掛け文 ➤

医療と介護の連携や多職種協働をすすめるうえで、心理的安全性の保てる職場づくりは重要な課題です。それぞれの職種の専門性や役割、経歴や年齢、様々な属性など多様性を認め合うことは、質の高い医療・介護の実践の保障です。一方で、多様性が広がるなか管理者の一番の悩みとなっているのも心理的安全性の保てる職場づくりです。

教育講演では、西川絹恵先生（臨床心理士）からどうしたら心理的安全性を高めることができるのか、職場でできることは何かを具体的にお示しいただきながら職場づくりを考えます。

担当運営委員 ➤ 後藤・小松・津留・藤木 担当役員 ➤ 川上・門脇・小牟田・藤牧・西村み

⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演題名	カウンセリングルーム「スマイルハート」の運営を通してわかった職員のメンタルヘルスへの効果と今後の展望

県 連 名 東京
院所・施設名 法人事務局
発 表 者 福島 早織 職種 保健師

【はじめに】
コロナ禍において職員のメンタルヘルスケアがより重要視されている。これまで法人保健師による内部相談窓口は設置しているも全職員のフォローは難しく、外部相談窓口もハードルが高いとの声が聞かれていた。そこで、2021年3月より月2回外部の臨床心理士による対面カウンセリングを設置。成果と課題を報告する。

【倫理的配慮】
本報告の作成にあたって、個人が特定されないよう配慮した。

【背景】
感染への恐怖、PPE着用下の業務、医療従事者への差別など、コロナ禍によって職員の抱えるストレスはこれまで以上に増大した。さらに、研修の中止や黙食など話す機会が減少し、仕事外でも会食や旅行などの行動制限により、ストレス発散の場も確保しにくくなった。
これらのメンタルヘルスの課題を受けて健生会ヘルスケアチームを組織。コロナ病棟のある立川相互病院事務次長と法人保健師を事務局としたカウンセリングルームを立ち上げた。

【対象と方法】
・初年度（2021年3月～2022年3月）
対象：コロナを重点的に扱っている2院所の職員
実施者：代々木病院YESの臨床心理士
周知：管理者は全員実施とお知らせ、通信の発行
運営：事務局が枠を管理し、空き枠に管理者を誘導。再面談希望の方はその場で次回予約。
心理士から保健師や産業医面談へ誘導となる場合もあり
時間：1人1回45～50程度
場所：立川相互病院直結の独立した部屋＝スマイルハート
まとめ：3か月ごとの報告書をもとに担当者で振り返りと意見交換
・2年目（2022年4月～）
対象：全事業所職員
実施者：従前より契約していた外部相談窓口の公認心理師
まとめ：3か月ごとに書面で報告
他：前年に同じ

【相談の特徴と効果】
相談内容はメンタルヘルスや労働環境に関するものなどが多く、コロナ対応自体の悩みは少なかった。また、管理者から実施したことにより、管理者自身のメンタルヘルス向上だけでなく、気になる職員の紹介やメンタル不調者対応の心構えなどラインケアの強化にもつながった。対象事業所の休職者数や看護職の離職率の推移からも、対面カウンセリングは、休職や離職の低減の一助となっている可能性がある。

【課題と今後の展望】
今年度より対象事業所を全事業所に拡大。しかし、一番遠い事業所は公共交通機関利用で片道45分程かかるため、遠くて利用しにくいという声や多忙を理由に断られてしまうこともある。そのため、現在オンライン面談の導入を検討中。また、研修場所や休養室としてなど、非カウンセリング日の部屋の活用方法についても模索している。
今後は、カウンセリングとメンタルヘルス全般に関わる情報発信を継続し、メンタルヘルスケアが日々の中で当たり前になれる人と職場づくりに取り組んでいきたい。そして、数あるサポートの中から、相談者自身の希望や特性に応じて相談先を選択できるような、支援と情報提供を行っていきたいと考えている。

⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演題名	心理的安全性のある組織を目指した取り組みについて

県 連 名 岡山
院所・施設名 岡山協立病院
発 表 者 佐藤 恭江 職種 リスクマネージャー

【背景と目的】
医療の現場において、安全文化を醸成し、効果的なチームワークを達成するためには、その組織や職場に心理的安全性が求められる。岡山協立病院では、2013年度より多職種連携のチーム医療を目指してチームSTEPPSを導入し、2017年度からエラーを未然に防いだ事例を「Good job 報告書」という形で提出を促している。それらの取り組みが心理的安全性の構築にどのような影響を与えているか調査を行ったので報告する。また、2022年度の取り組みとして、地域医療連携センターとリハビリ部が実施している「デイリーハドル」について、上半期アンケート調査の結果も報告する。

【方法】
岡山協立病院において、2017年度から2021年度に報告された「Good job 報告書」は1323件であった。Good job 報告書の特徴と2019年度から2021年度に行った職員満足度調査結果を後ろ向きに分析し、心理的安全性に関する内容の現状を把握した。また2022年度より、地域医療連携センターとリハビリ部では、心理的安全性を高めるために毎朝短時間で「デイリーハドル」に取り組み始めた。その上半期のアンケート調査結果も報告する。

【結果】
・Good job 報告書の医師報告割合 21.8 %
・複数チームの共同作業の報告割合 69.6 %
・職員満足度調査の心理的安全性に関する質問は2019年度から2021年度にかけて向上していた。
・全国のデータと比較して「改善提案」「課題への挑戦」の項目が低かった。
・「デイリーハドル」は現在取り組み中。上半期のアンケート結果を報告する予定。

【考察】
チームSTEPPSの取り組みを推進するにあたって、Good job 報告書に継続して取り組んでいる事が、心理的安全性の構築に良い影響があった事が推測された。また、多くの報告内容で多職種連携に関する内容が記載されていた。一方、職員満足度調査結果より「改善提案」「課題への挑戦」という課題も残されている。一部部署で始まっている「デイリーハドル」の取り組み成果に期待したい。

⑧職場づくり

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名

職員採用からみる「多様性を活かした職場運営」

県 連 名 山形

院所・施設名 介護老人保健施設かけはし

発 表 者 後藤 由衣子 職種 事務

共同研究者 原田 明美 奥泉 ひとみ

【はじめに】

介護事業所における職員確保の難しさは、どの事業所でも深刻な問題である。そうした状況のなかで、新規事業開始を機に行った取り組みについて報告する。

【倫理的配慮】

本抄録は個人が特定されないよう配慮し、対象者から承諾を得た上で作成している。

【目的】

民医連綱領を基本とした「医療・介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざす運営を行い、事業所を守り安心して住み続けられるまちづくりをすすめる」こと、さらに、多様性を認め合うことで心理的安定性が保てる職場づくりをめざすことを目的とした。

【方法】

1. 取り組み期間 2019年3月～2022年3月
2. 主な取り組み内容 2021年4月の新規事業開始に向け、13名の職員確保が必要となり以下の取り組みを開始した。
 - ①職員確保専任職員の配置…2019年3月～2020年3月 本部採用担当職員と連携し、中心的な役割を担った。
 - ②職員確保チームの活動（例）新聞やフリーペーパーへの職員募集折込チラシ、施設見学用映像作成、職員による紹介制度拡充、オンライン会社説明会（※）、大学等への求人票配信サービス利用（※）、
 - ③新卒職員への入職支度金（※） ※正職員募集用
3. 職員募集や採用のポイント（臨時・パート職員）
 - ①資格や経験の有無、就労時間の制限等に縛られない採用。
 - ②介護職員の仕事を補助する「介護アシスタント」の採用。
 - ③年齢制限を設けず、やりがいや生きがいの場を提供する。
 - ④多様性を認め合い職員同士が学び合える職場環境にする。
 - ⑤サービス提供体制加算は継続算定できるような人員配置を行う。

【結果】

1. 職員採用人数
 - ①2020年度34名
 - ②2021年度38名（2019年度以前に雇用していた職員を含む退職者数2020年度15名、2021年度23名）
2. 主な応募経路
 - ・新聞折り込みチラシを見て、ハローワークの紹介、職員の紹介、紹介会社
3. 採用事例
 - ①74歳、女性、介護職員で採用。応募経路：折込チラシ 職歴：温泉旅館の中居 資格：ホームヘルパー2級 応募理由：コロナ禍で客が減り仕事がなくなった。人に関わる仕事が好きで母の面倒を見ていた経験もあるので応募。採用後の状況：週5日フルタイム（日勤のみ）で就労。利用者の食事作りやリネン交換、掃除等を行っている。
 - ②58歳、女性、介護アシスタントで採用。応募経路：職員の紹介 職歴：食品会社の工場 資格：無資格 応募理由：介護の仕事は未経験だが、自宅からも近く人と接するのが好きなので義両親の介護と両立しながらできることがあればと思い応募した。採用後の状況：週5日、3時間で就労。利用者の入浴衣類の準備や洗濯物のとりまとめ、備品の補充等を行っている。

【まとめ】

職員募集や採用の方法について試行錯誤した結果、多くの職員を採用することができた。様々な人生経験のある職員から若手職員が学ぶことも多く、お互いを認め合える職場作りができていると感じている。

クロージングセレモニー

※受付： 13時

2022年12月3日（土）

14:00～ 開会あいさつ 坂田薫（第15回看介研現地実行委員長）
講演

民医連職員へのメッセージ 挑もう!!いのちとくらしの護り手として —憲法を守り 綱領を実践する看護・介護—

講師：健和会臨床看護学研究所 所長
日本赤十字看護大学 名誉教授 川嶋みどり氏



15:10～ 演題表彰

※「閲覧回数」、「いいね」、「質疑応答」回数も表彰の参考にします
演題発表へのコメント

全日本民医連 副会長（担当専門部）

岩下明夫歯科医師（歯科部）	・ 上原昌義医師（経営部）
大島民旗医師（医師部）	・ 根岸京田医師（医療部）
平田理医師（介護福祉部）	・ 眞木高之医師（経営部）
柳沢深志医師（社保運動・政策部）	
山本一視医師（筆頭副会長）	

（あいうえお順）

15:55 閉会あいさつ 川上和美（全日本民医連 副会長）

16:00 終了

テーマ別演題 一覧

01 感染対策 ①感染対策 P.46～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
010104	法人感染管理担当者の活動と役割について	福 岡	公益社団法人福岡医療団 本部	灘吉 幸子	看護師
010105	感染予防活動の推進に向けての取り組み —外来患者の手洗い研修の実践—	東 京	柳原病院	園田 彰江	看護師
010106	新型コロナウイルスによる病棟内クラスターを経験して	山 梨	甲府共立病院	小畑 恵介	看護師
010107	コロナ患者を受け入れてからの病棟の取り組み	東 京	中野共立病院	豊原 愛	看護師
010108	COVID-19罹患後、人工呼吸器管理となった患者との関わり	東 京	王子生協病院	大場 桃果	看護師
010109	新型コロナウイルス感染症における医療従事者の曝露のリスク	埼 玉	埼玉協同病院	吉田 智恵子	看護師
010110	手術室における新型コロナウイルス感染症患者を想定した取り組み	宮 城	坂総合病院	小野 紗都美	看護師
010111	コロナ禍におけるタブレット面会の導入 ～患者と家族が安心できる療養環境づくり～	石 川	寺井病院	佐々木 慎	准看護師
010112	よりよい手術室環境に向けて～バイキン君を用いた環境整備の取り組みについて～	長 野	健和会病院	松下 洋美	看護師
010113	当院における感染対策	岩 手	川久保病院	藤原 百合香	看護師
010114	外来隔離室へ隔離された患者の思い	富 山	富山協立病院	大場 恵利香	看護師
010115	発熱外来の軌跡	岐 阜	みどり病院	宮里 由以子	看護師
010116	手指衛生の意識向上に向けた取り組み	福 岡	戸畑けんわ病院	御手洗 愛子	看護師
010117	健診分野における手指衛生向上に向けた取り組み —租順守率100%を目指して—	千 葉	二和ふれあいクリニック	芦垣 彩加	保健師
010118	都市部のプライマリ・ケアを担う診療所における看護実践～ COVID-19の流行を受けて～	東 京	生協浮間診療所	後藤 智美	看護師・保健師・ 診療看護師 (NP)
010119	介護事業所における新型コロナウイルス感染予防対策チェックリストの取り組み	北海道	特別養護老人ホームかりぶあつべつ	早田 元子	看護師
010120	入院できない！！～サービス付き高齢者向け住宅でクラスター発生・コロナ感染者への対応～	大 阪	ひまわりの家風	笠原 めぐみ	介護福祉士
010121	グループホームみたてにおける感染症発生と拡散を踏まえ、今後の感染防止、発生時の対応を考える。	東 京	グループホームみたて	金谷 聡志	介護職員
010122	デイサービスという集団活動の中で感染を拡大させない取り組み	千 葉	デイサービスセンターからたち	阿曾 純也	介護福祉士

02 安全・倫理 ②医療・介護の安全 P.56～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
020202	医療安全管理 safety I から safety II への取り組みに向けて～事業所内の Good-Job から学ぼう！繋ごう！医療安全～	福 岡	戸畑けんわ病院	岩本 高志	看護師
020203	透析開始時業務で感じる思いを明らかにする	富 山	富山協立病院	森 みえ	看護師
020204	転倒転落防止につながる看護～入院時に自宅での生活に近い環境設定への取り組み～	兵 庫	神戸協同病院	小瀬古 実佳	看護師
020205	リフト導入の成果と展望～移乗介助による 患者受傷者ゼロ 職員腰痛者ゼロ を目指して～	長 野	塩尻協立病院	市川 愛	介護福祉士
020206	局所麻酔下で白内障外来手術を受けた患者のアンケート調査～安心して手術を受けられる手術看護師の役割～	北海道	札幌病院	豊吉 睦子	看護師
020207	その人らしさを考える ～身体拘束解除に向けて多職種協働～	福 島	わたり病院	松本 朋美	介護福祉士
020208	多職種連携で取り組んだ発熱外来の取り組み	熊 本	くわみず病院	古家 聖子	看護師
020209	インシデントカンファレンスに対する看護師の意識調査と考察	神奈川	汐田総合病院	今井 礼	看護師
020210	COVID-19による深部静脈血栓症発生予防の取り組みについて	福 岡	千鳥橋病院	荒木 沙耶	看護師

020211	当院回復期リハビリ病棟における転倒転落対策アルゴリズム運用～ベッド周囲の環境設定を行うスタッフ対応の統一化～	東 京	大田病院	小倉 恵子	看護師
020212	転倒転落予防にむけた取り組み	福 岡	たたらりハビリテーション病院	高瀬 奈々美	介護福祉士
020213	COVID-19感染症クラスター体験後に、回復期リハビリ病棟のBCP 作成を試みて	東 京	大田病院	松崎 さとみ	介護福祉士
020214	配薬ケースの導入について	岡 山	総合病院 岡山協立病院	下崎 めぐみ	看護師
020215	内服薬自己管理患者における誤与薬の実態	宮 城	坂総合病院	柴崎 葵	看護師
020216	COVID-19陽性者受け入れから20201年度を振り返って	埼 玉	埼玉西協同病院	山梨 忍	看護師
020217	看護師の身体拘束に関するジレンマ～看護師の意識調査結果～	福 岡	健和会京町病院	小川 千晶	看護師
020218	在宅で気管カニューレ抜去の取り組み	東 京	羽村相互診療所	小林 美幸	看護師
020219	新型コロナ流行期の発熱外来での患者支援の実際～在宅療養患者へのケアリング実践について～	東 京	やまと診療所	矢野 睦子	看護師
020220	【未知のために道を見出す】 どうせダメでは終わらせない、気づくことで出来ることを実現する	宮 崎	生協クリニックのべおか	須田 辰徳	介護福祉士
020221	診療所における発熱外来の取り組み～開設から現在までを振り返る～	福 岡	千代診療所	押川 万寿美	看護師
020222	在宅療養支援における診療所看護師の役割	群 馬	前橋協立診療所	坂本 美絵	看護師
020223	身体拘束を余儀なくされている入居者に対する、拘束解除へ向けたプロセス～安全と QOL の向上の狭間で揺れる介護職員の葛藤と家族の意識の変化～	沖 縄	特別養護老人ホーム 知花の里	名渡山 洋次	介護福祉士
020224	褥瘡を繰り返す利用者の全身管理と治療の難しさについて学んだ事例について	山 形	介護老人保健施設 かけはし	齋藤 香澄	准看護師
020225	クラスター発生と対応からの学び～チーム支援の在り方について～	東 京	グループホームこまくさの家・長房	斉藤 亨	介護福祉士
020226	転倒リスクが高い入院患者への転倒予防ケアー車椅子抑制の解除と環境設定により転倒が減少した一例ー	山 梨	共立高等看護学院	坂井 美紗	看護師

02 安全・倫理 ③倫理 P.69～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
020302	身体拘束と延命	石 川	寺井病院	西東 夏海	看護師
020303	COVID-19患者の尊厳を守るための看護と家族支援	岡 山	岡山協立病院	船越 麻里	看護師
020304	本人の能力や尊厳の尊重	東 京	大泉生協病院	澤 知廣	介護福祉士
020305	COVID-19後遺症患者の思いに寄り添う看護とは～人工呼吸器管理に伴う患者のコミュニケーションを通して学んだこと～	岡 山	総合病院岡山協立病院	佐竹 真希	看護師
020306	在宅患者家族のグリーフケア「残された家族に寄り添いたい」	栃 木	生協ふたば診療所	伊藤 陽子	看護師
020307	「自分でやることは自分でやりたい」と願うC氏の身体抑制を解除しADL向上に向けた実践～看護学生の人権を尊重した実践からの学び～	東 京	勤医会東葛看護専門学校	山田 かおる	看護師

03 多職種連携 ④多職種連携 P.72～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
030402	緩和ケアとしての関わり～その人らしい生活を送る為のサポートとは～	長 野	健和会病院	塚本 悠	看護師
030403	コロナ禍での癌終末期患者の看取りについて	群 馬	北毛病院	今井 日香理	看護師
030404	アルコール依存を抱える中での独居生活継続支援の取り組み	山 形	鶴岡協立リハビリテーション病院	白幡 あゆみ	准看護師
030405	患者の状態変化と向き合う家族の心理的支援～会えないからこそ「伝える」を大切にする看護～	奈 良	土庫病院	河本 清代	看護師
030406	術前の禁煙指導における他部門連携の実態ー継続した禁煙に繋がる支援体制の確立を目指してー	埼 玉	埼玉協同病院	高林 由佳	保健師
030407	通所リハビリテーションにおける在宅生活へのかかり with コロナ	岡 山	玉島協同病院	鳥羽 ゆかり	介護福祉士

030408	生命の危機に直面し治療選択を余儀なくされたA氏家族への意思決定支援	京 都	京都民医連中央病院	山内 未奈	看護師
030409	患者の思いを尊重した関わりから学んだこと	山 形	鶴岡協立病院	大井 ひかり	看護師
030410	医療依存度の高い重症心身症患者の入院から退院支援を振り返って ～気管切開下陽圧換気療法患者の在宅療養を目指した急性期から退院支援までの継続支援～	埼 玉	埼玉協同病院	寺門 妙子	看護師
030411	グリーンケア～看取りを迎えた家族に寄り添って～	熊 本	くわみず病院	横田 愛	介護福祉士
030412	外来カンファレンスから ～気になる患者へアプローチした事例報告	埼 玉	熊谷生協病院	五十嵐 加代子	看護師
030413	治療中断を繰り返す進行膀胱癌を併発した緩徐進行1型糖尿病患者との関わり	京 都	吉祥院病院	乾 香織	看護師
030414	利用者中心の医療・看護・介護連携の模索	愛 媛	愛媛生協病院	坂本 直子	介護福祉士
030415	退院調整ツールを使用した地域包括期限内での退院率の変化～退院調整スクリーニングと方向性カンファレンスシートを使用した結果～	北海道	釧路協立病院	濱田 隆司	准看護師
030416	地域包括ケア病棟の院内デイケアの実施	愛 媛	新居浜協立病院	栗須 愛	介護福祉士
030417	多職種チームでの退院支援における回復期リハビリ看護師の役割 ～外国籍患者が帰国するために～	山 形	鶴岡協立リハビリテーション病院	佐藤 紗耶加	看護師
030418	海外在住にて無保険で手術を受けた患者の看護を振り返って	長 野	長野中央病院	江村 みなみ	看護師
030419	多職種連携によって認知症高齢者の在宅生活を支える気に患チームの取り組み	長 野	塩尻協立病院	中塚 奈穂	看護師
030420	看護師に対して不信感を抱いている患者への介入	福 岡	米の山病院	山村 明日香	看護師
030421	失語症を抱える患者とのコミュニケーション～無断離院を繰り返す患者から学んだこと～	兵 庫	東神戸病院	花崎 桃子	看護師
030422	独居男性で自宅退院を望む患者への他職種連携で関わる退院支援についての考察	福 岡	大手町リハビリテーション病院	宮添 梨央	看護師
030423	人生の半分は虐めで出来ている 兵長、みんなに私のことを知ってもらいたい 障害のある糖尿病コントロール不良のAさんと当院の20年近くの歩み～「障害」をもち生きることへの理解～	山 口	健文会本部	森山 美千留	看護師
030424	多職種による入退院支援カンファレンス実施におけるアウトカム評価～高齢患者の術後せん妄について考察する～	宮 城	坂総合病院	渡邊 一也	看護師
030425	訪問診療を開始するまでの経過対応を振り返る～診療所看護師としての関わりを考える～	滋 賀	医療生協こうせい駅前診療所	谷口 とし美	看護師
030426	若年性認知機能低下の患者へのアプローチ～患者に寄り添い多職種連携にて～	滋 賀	坂本民主診療所	大塚 留美	看護師
030427	『介護施設職員とともに患者中心のケアを考えるための連携』～自職場を振り返りながら～	神奈川	協同ふじさきクリニック	森 光子	看護師
030428	訪問診療導入・継続のための多職種での関わりの一例～多職種カンファレンス チームの力で never give up!～	栃 木	宇都宮協立診療所	大谷 瑠美	看護師
030429	医療の現場から見える8050問題～多職種との連携で解決の糸口を探す～	新 潟	坂井輪診療所	山田 奈保美	看護師
030430	強迫性障害を持つ糖尿病患者への継続的かわり合いを検討する	京 都	京都城南診療所	丸山 裕美	保健師
030431	クリニックの存在～コロナ禍にクリニックが果たす役割とは～	宮 崎	おおつか生協クリニック	森 琴絵	看護師
030432	外来診療継続困難になった要因の検討重複受診、重複処方を繰り返すA氏を振り返って	京 都	京都民医連太子道診療所	大岡 淑美	看護師
030433	クリニックと連携する施設職員と協働した看取りに対する意識調査から分かった課題～「最期まで自分らしくよりよく生きる」を支援するために～	熊 本	天草ふれあいクリニック	山口 みすぎ	看護師
030434	患者様とのかかわりを通し外来とデイケアで連携した取り組み	神奈川	大師診療所	地曳 祐花	看護師
030435	高齢者施設から在宅療養支援診療所に寄せられる夜間休日の緊急コールの内容分析～訪問診療を提供する医療機関に求められる役割についての一考察～	京 都	上京診療所	真柄 明子	看護師
030436	～QOLアップをめざして～ 多職種と連携して行った看護実践	山 形	介護老人保健施設かけはし	千葉 明美	准看護師
030437	電子カルテ・R4システムの導入への取り組みとその成果～情報の共有・アセスメントの強化によりケアの個別性を 深める～	神奈川	うしおだ老健やすらぎ	伊東 辰悟	介護福祉士

030438	在宅生活を継続するために ～胃ろう増設の利用者を受け入れた事例～	群 馬	介護老人保健施設とね	遠藤 三知佳	介護福祉士
030439	食事が困難な利用者の支援を行って ～家族とスタッフの情報共有を通して～	福 岡	介護老人福祉施設くろさき苑	高 椋 愛子	介護福祉士
030440	その方を「支える」小規模多機能が出来る事 ～多職種連携の重要性～	愛 媛	高齢者福祉施設ごしきの家	森野 寛司	介護福祉士
030441	他職種連携で生活を支える ～その人らしさに寄り添う	茨 城	翠清福祉会 軽費老人ホーム ケアハウスみと	星野 清栄	介護職員
030442	看取りについて考える	岡 山	特別養護老人ホーム 中野けん せいえん	出射 祥代	介護福祉士
030443	COVID-19により重症肺炎になった利用者の在宅復帰 までのケア	東 京	千石にじの家	田中 邦彦	介護福祉士
030444	看多機で老老介護を支える ～血糖コントロールの必要な方の支援～	青 森	看護小規模多機能型居宅介護事 業所ひまわり	館山 友佳	介護福祉士
030445	病状が進行する夫への対応能力不足が見られる家族 の支援を通して	大 阪	ひまわりの家蔵前	風早 智恵	看護師
030446	独居、高齢者、脳梗塞後遺症患者の内服管理 ～多職種連携を通して学んだこと～	滋 賀	訪問看護ステーション陽だまり	松田 みゆき	看護師
030447	独居の痛患者の在宅看取りを振り返り、多職種連携 と訪問看護の役割を考える	静 岡	訪問看護ステーションふれあい	笹下 奈緒子	看護師
030448	神経難病で日中独居利用者とその家族への在宅支援 について	兵 庫	訪問看護ステーション にじ	大川 友枝	看護師
030449	本人の思いを引き継いだ家族への支援	宮 崎	訪問看護ステーションれいんぼ う	稲垣 澄子	看護師
030450	住み慣れた場所で～つなぐ看護～	福 岡	あゆみ直方訪問看護ステーショ ン	中村 真木	看護師
030451	地域での生活を継続するために病状安定に向けた訪 問看護の関わり方 ～高次脳機能障害の患者を通して学んだこと～	東 京	上高田訪問看護ステーション	竹木 彩子	看護師
030452	終末期における訪問看護とデイサービスとの連携	京 都	訪問看護ステーションたんぽぽ	柳生 恭子	看護師
030453	障害を持った A 氏が自分らしく生きていくために ―臨床倫理「4 分割法」を通して―	千 葉	まくはり訪問看護ステーション	高橋 政司	看護師
030454	同じ目標にむかってより良いケアを届けるために ―チームワーク力を高めるキーワードは何？診療所と 訪問看護ステーション編	東 京	訪問看護ステーションほくと	小林 裕美	看護師
030455	生活の先を見据えた支援 ～歩きたい、その思いを叶えるために～	山 形	本間病院通所リハビリテーショ ン	加々谷 華織	介護福祉士
030456	主役はわたし、病気じゃない。ALS ですが何 か（笑）？～個別性の追求を考える～	山 形	訪問看護ステーション スワン	野沢 恵	看護師
030457	「多問題家族」を支援するための多職種連携 ～利用者、家族をみんなで支援する～	富 山	在宅福祉総合センターきずな	清水 治子	看護師
030458	「安心して過ごすことができる環境づくり」	山 梨	共立介護福祉センターももその	依田 紗利奈	介護職員
030459	在宅看取りの非がんターミナルケア本人と家族の 「これがしたい」に応える多職種連携―	埼 玉	ケアセンターさきたま	中島 光枝	看護師
030460	ゴミ屋敷住人への訪問看護～セルフケア困難な在宅 利用者の在宅療養を支援して～	福 岡	健和会訪問ケアセンター	齋藤 由美	看護師
030461	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の取り組み	埼 玉	ケアセンターかがやき	中村 晋平	介護福祉士
030462	「ここで死にます」の思いを支えて	福 岡	ヘルパーステーションたすけ愛 の会ひまわり	三井 朋子	介護福祉士
030463	十人十色 ～在宅支援を経験して思うこと～	岡 山	ヘルパーステーション あかね	藤岡 和子	介護福祉士
030464	インスリン自己管理困難のデイサービス利用者に対 する他職種との連携	山 梨	共立デイサービスさるはし	矢崎 桃子	看護師
030465	その方らしさを家族とともに支えた時間	茨 城	軽費老人ホームケアハウスみと	渡邊 昭子	介護支援専門員
030466	初めてだけど、やってみよう～筋萎縮性側索硬化症 患者が独居で希望をもって自分らしく過ごせるよう に～	京 都	居宅介護支援事業所 西の京	宇野 貴子	居宅介護支援専門 員（介護福祉士）

04 育成・職場づくり		⑤職員の確保と育成			P.105～
演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
040501	外来での新人看護師受け入れによる指導の取り組み	長 野	健和会病院	佐藤 京子	看護師
040502	新人看護師集合研修にピア・サポートを導入しての 考察	神奈川	川崎協同病院	鈴木 奈美	看護師

040503	看護部オプション研修コースの成果と課題 ～地域看護・公衆衛生看護・地域クリティカルケア 看護の3コースの振り返り～	東 京	医療法人財団健和会 本部	葛西 英子	看護師
040504	訪問看護ステーションで新卒看護師を受け入れるに あたって	東 京	健生会にしき訪問看護ステーション	千葉 淳	看護師
040505	訪問看護ステーションでの新卒受入れを行って ♪若手教育ははじめました♪	東 京	訪問看護ステーションはくと サテライトなでしこ	平松 明美	看護師
040506	地域看護コース立ち上げ3年間のまとめ ～新卒から訪問看護師を育てる～	神奈川	おおしま訪問看護ステーション	小森 千絵	看護師
040507	新人看護職員ローテーション研修から見えてきたもの	埼 玉	埼玉協同病院	児玉 裕美	看護師
040508	リフレクションを活用した新人看護師教育	京 都	京都民医連中央病院	寺内 桃子	助産師
040509	看護基礎教育における COVID-19感染対策と教育活動 の継続	北海道	勤医協札幌看護専門学校	花田 未希子	看護師
040510	副主任ワークショップの実践 ～リフレクションを活用して～	京 都	京都民医連中央病院	山本 美佳	看護師
040511	B看護学院における看護学生の就職先選択の理由	山 梨	甲府共立病院	保坂 典子	看護師
040512	民医連看護を伝えたい～コロナ禍における看護学生 活動 21卒確保目標達成～	石 川	城北病院	青木 静子	看護師
040513	技能実習生との歩み～今後の展開について～	埼 玉	介護老人保健施設さんとも	中川 美佐子	介護福祉士

04 育成・職場づくり ⑥理念教育 P.112～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
040601	「地域とともに産み・育み・看とる 第2弾」本出版に むけて～到達と今後の課題～	埼 玉	埼玉協同病院	岡田 美智子	看護師
040602	代理受診の事例を振り返る～『民医連のめざす看護と その基本となるもの』の評価・検討シートを用いて～	東 京	荒川生協診療所	田中 朋子	看護師
040603	研修生と共に学ぶ～「民医連のめざす看護とその基本 となるもの」評価・検討シートを活用して～	熊 本	くわみず病院	愛垣 真由美	看護師
040604	面会中止中の患者さんと家族をつなぐ心のケアの取 り組み	群 馬	前橋協立病院	井上 佳子	看護師
040605	戦争体験の聞き取りをして～平和について考える	群 馬	前橋協立病院	木村 明美	看護師
040606	私たちの看護理念を実現するために必要な看護管理 者の力とは～山梨民医連看護管理者マネジメントラ ダーの導入にむけて～	山 梨	巨摩共立病院	角野 加世子	看護師
040607	地域の要求に応えるコロナ禍の看護実践 ～発熱外来開設における看護管理者の役割～	石 川	城北病院	中西 智美	看護師

04 育成・職場づくり ⑦教育活動 P.116～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
040701	神奈川民医連「看護幹部育成研修」14年間のとりく み	神奈川	医療生協かながわ本部	佐々木 栄津子	看護師
040702	NST リンク委員会活動報告 ～褥瘡をテーマとした実践的な学習会を開催して～	石 川	城北病院	小島 直子	看護師
040703	糖尿病患者に対するアドヒアランス向上を目指した リーフレット作成について	福 岡	千鳥橋病院	末吉 由季	看護師
040704	自職場における人権 café 学習の取り組み	長 野	老人保健施設ふるさと	風間 寛子	介護福祉士
040705	実習指導教員の効果 ～実習指導者のからのインタビューを通して～	京 都	近畿高等看護専門学校	塚田 みのり	看護師
040706	2021年度コロナ禍における3回生の状況	大 阪	泉州看護専門学校	松本 弘美	看護師

04 育成・職場づくり ⑧職場づくり P.119～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
040804	みんなでコロナ病棟つくってみた☆ ～患者の立場にたって考えた10ヵ月～	兵 庫	尼崎医療生協病院	渡邊 明日香	看護師
040805	コロナに対する現場の本音～そこから学んだこと～	愛 知	千秋病院	松崎 美智子	看護師

040806	新型コロナウイルス感染症重点医療機関への転換による病棟編成、看護の実際	青 森	あおもり協立病院	宮田 まどか	看護師
040807	コロナ禍だからこそ 患者さんにつながる看護	神奈川	あさお診療所	黒瀧 幸子	看護師
040808	コロナ禍で行った整理整頓で見えたきたこと	宮 城	坂総合クリニック	小野寺 祥子	看護師
040809	「手を用いたケア」が定着するまでの取り組み	東 京	柳原リハビリテーション病院	近藤 まこと	看護師
040810	働きやすい職場風土をつくるために ～チームステップスを取り入れて4年後の今～	岡 山	岡山東中央病院	浅原 志穂	准看護師
040811	経験学習を取り入れた指導の実践～YWTワークシートと1on1ミーティングの定着化を図って～	山 形	本間病院	本間 由妃	看護師
040812	ユニットレクから得た、「楽しい」のプロセス	新 潟	特別養護老人ホームあがうら	松尾 美貴	介護福祉士
040813	法人教育委員会で学び実践する ～互いに安心して働ける職場を目指して～	東 京	ケアプランセンターいきいき	大川 幸子	介護職員
040814	ずっと働きたい！と思える職場を目指して ～聞き取り調査からみえてきたこと～	新 潟	ヘルパーステーションほっと新潟	岡村 朝子	介護福祉士
040815	法人研修が始まって、自分たちの介護について考察してみました	福 岡	デイサービスひまわりはらだ	渡邊 千鶴子	看護師

05 SDH	⑨ SDH	P.125～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
050902	格差時代に安心なサポートを!! ～SDHの視点を育むために～	福 岡	みさき病院	平山 悟	介護福祉士
050903	病気の背景に目を向け寄り添う看護を目指して ～SDHの視点を看護のものさしに～	京 都	京都民医連あすかい病院	津田 はるみ	看護師
050904	神経難病とがんを抱えた利用者の在宅看護について考える～パーキンソン病と肺がん末期で在宅生活を支援した利用者の事例を振り返って～	京 都	あすかい病院	小原 久美子	看護師
050905	社会的バイタルサインを捉え患者の健康権を保障するカンファレンスの実践	北海道	勤医協札幌病院	幌 沙小里	看護師
050906	生活困窮者となり受診を控えることになった患者の問題点と課題 ～SDHの視点で考える～	長 崎	上戸町病院	川口 弥生	看護師
050907	電話診療から見えた問題点 ～患者のシグナルに気付くために～	福 岡	戸畑けんわ病院	浦岡 孝子	准看護師
050908	多職種チームでの包括的・連続的な糖尿病ケア	長 野	上伊那生協病院	唐澤 ゆう子	看護師
050909	寄り添う気持ちが相手の心を溶かす	香 川	高松協同病院	川内 剛	介護福祉士
050910	通院が途絶えた患者に対して、外来看護師として関わって～SDHの視点から～	奈 良	土庫病院	木村 ひなた	看護師
050911	アルコール依存症患者の回復をささえる消化器内科病棟の取り組み～依存症対応コンサルテーション派遣事業に参画して～	京 都	京都民医連中央病院	藤岡 志津	看護師
050912	当院で長期透析治療をしている患者との関わり ～SDHの視点を取り入れて～	鳥 取	鳥取生協病院	中村 香	准看護師
050913	社会的背景から糖尿病の悪化を招き、治療のゴールが見えてこない患者に関わって	福 岡	さかき診療所	松本 陽子	看護師
050914	コロナ禍で1型糖尿病を発症したA氏への支援 ～CDEJとして患者に寄り添う～	東 京	東葛病院付属流山セントラルパーク駅前診療所	藤浪 麻里	看護師
050915	外来看護師によるSDHの視点から患者を捉える取り組み～高齢者の人権について考える～	茨 城	城南病院附属クリニック	長須 美穂	看護師
050916	社会背景をスクリーニングする～SDH問診で患者の社会的リスクの気づきにつなぐ～	京 都	京都民医連 洛北診療所	南崎 涼子	看護師
050917	家族支援におけるケアマネジメントの重要性 ～「8050問題」で学んだこと～	青 森	協立クリニック	工藤 祐子	介護福祉士
050918	生活困窮した終末期の訪問看護介入を ソーシャルバイタルサインアクションシートで振り返る ～猫がいるから入院出来ない～	京 都	訪問看護ステーションひまわり	久世 順子	看護師
050919	コロナ禍で収入が少なくなり介護費用の支払いが出来なくなった件	群 馬	あおば薬局	島田 薫	介護職員

06 地域包括ケア		⑩アウトリーチ				P.134～
演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種	
061001	食料支援から見てきた学生の実態～心と地域をつなぐ支援をめざして～	宮 崎	宮崎民医連	松本 朋美	保健師	
061002	津軽医院のアウトリーチ活動の今後の展望	青 森	津軽医院	澤田 深郷	看護師	
061003	2型糖尿病患者が、地域でその人らしく生活するための支援をアウトリーチから考える	京 都	まいづる協立診療所	佐々木 陽子	看護師	
061004	高齢者の服薬アドヒアランス向上にむけての支援～生活の質も高められる関わりとは～	京 都	上賀茂診療所	川西 友栄	看護師	
061005	「相手の気持ちに寄り添ってこそその人らしさを引き出せる」	東 京	ファミリーケア大島	山田 悦子	介護福祉士	
061006	「多問題解決に対応して高齢者運転事故から免許と独居を返納した一事例」	群 馬	渋川市西部地域包括支援センター	高橋 敬子	看護師	
061007	相談業務の中で面する権利の格差から見てきたこと	宮 城	南光台地域包括支援センター	芳賀 明子	保健師	

06 地域包括ケア		⑪地域包括ケア・まちづくり				P.138～
演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種	
061101	5年間のなんでも相談窓口の取り組み	岡 山	岡山協立病院	金谷 純子	看護師	
061102	地域包括ケア病棟において ACP の実態調査	福 井	光陽生協病院	白崎 安矢実	看護師	
061103	コロナ禍における在宅医療の変化と課題	東 京	あきしま相互病院	山田 優花	看護師	
061104	病院看護職者による訪問看護ステーション管理者研修の取り組み	福 岡	福岡医療団千鳥橋病院	野中 耕子	看護師	
061105	老健で障害児者のショートステイを受け入れて～6年間の振り返りと今後の課題～	埼 玉	介護老人保健施設	管野 亜紀	看護師	
061106	「認知症高齢者が安心して地域で暮らし続けるために」～介護施設のSWとして行ったソーシャルアクション～	山 梨	共立介護福祉センターいけだ	望月 遥乃	介護福祉士	
061107	住民調査から見てきたA小規模多機能型居宅介護事業所の地域における役割と課題	長 野	小規模多機能ケアやよい	寺島 裕美	看護師	
061108	「看多機利用を心待ちにされて」	長 野	生協総合ケアセンターみのわ	石川 唯	介護福祉士	
061109	診療所通院患者の継続的ケアを必要とする要因の実態	埼 玉	医療生協ケアステーションうらしん	村山 有光子	看護師	
061110	医療依存度が高い老々介護の療養者の在宅療養を支える看護～A氏の訪問看護を通じて家族看護の重要性を学ぶ～	滋 賀	訪問看護ステーション ないろ	高德 政代	看護師	
061111	看護小規模多機能型居宅介護としての地域における役割について～15か月間を振り返る～	青 森	健生訪問看護ステーションたまち	山口 由香	看護師	
061112	コロナ禍における高齢者の通いの場の現状と課題	兵 庫	姫路市増位・広嶺地域包括支援センター	岩田 明日香	保健師	
061113	ALSで長期療養している利用者の人権～訪問看護師の在り方を考える～	千 葉	まくり訪問看護ステーション	今村 京子	看護師	
061114	独居で孤独を感じながらも最期まで自宅で過ごすことを望まれた痛終末期利用者の支援を通して	鹿児島	生協訪問看護ステーション・たにやま	押越 美保	看護師	
061115	「やっぱりここに居たいよね」～地域での生活を支えた事例を通してわかったこと～	茨 城	指定居宅介護支援事業所かたくり	平元 久子	介護職員	
061116	医療ニーズが高い患者への訪問看護サービス提供体制についての一考察～夜間の定期訪問の依頼のあった事例から～	福 岡	おおむた訪問看護ステーション	岡田 美幸	保健師	
061117	コロナ禍で家族と分断された高齢者支援～遠距離介護の視点から～	山 口	虹の居宅介護支援事業所	三分一 尚子	介護支援専門員	
061118	地域初 共生型放課後等デイサービスの開設の取り組み	北海道	訪問看護ステーション たんぽぽ	今井 由貴	看護師	
061119	孤立した生活から脱し、地域で暮らしていくために～認知症の夫婦に起きた出来事から事業や地域の関わりを振り返る～	広 島	しあわせ居宅介護支援事業所	中刎 雅子	介護職員	

07 自立支援	⑫自立支援（ICF）	P.148～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
071201	多職種協働での COVID-19患者の退院支援 ～ ICF を活用してケアをつなぐ～	京 都	京都民医連中央病院	塚本 ゆうこ	看護師
071202	排泄自立支援を振り返って	東 京	みさと健和病院	由利 典彦	介護福祉士
071203	「昨日より元気」 ～介護職からアプローチする自立支援～	山 形	鶴岡協立リハビリテーション病院	皆川 直子	介護福祉士
071204	ICF の観点から振り返る退院支援	岐 阜	みどり病院	岩山 あかね	看護師
071205	下肢切断患者の精神的変化の振り返り ～透析室スタッフとしての関わり方とは～	長 崎	上戸町病院	柴田 啓子	看護師
071206	コロナウイルス感染症専用病棟での患者向けパンフレットの作成・運用について	京 都	京都民医連中央病院	河村 真莉恵	看護師
071207	退院を見据えた看護	福 岡	大手町リハビリテーション	瀬川 京香	看護師
071208	訪問介護における服薬管理に向けた取り組み	熊 本	たくまの里	北川 祐介	介護福祉士
071209	A さんのデイサービス利用に対する気持ちの変化 ～カレー作りを通して～	茨 城	かたくりケアセンターもくせい	薄井 愛美	介護福祉士
071210	「独居生活を送るためのショートステイでの取り組み」 ～利用者へ継続した機能訓練の提供と情報共有～	青 森	健生介護センター虹	成田 泰代	看護師

07 自立支援	⑬リハビリテーション	P.153～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
071301	脳血管障害患者との関わりで学んだこと	徳 島	徳島健生病院	森本 まゆみ	看護師
071302	A 病棟における、私服の更衣に対する支援の実態 —説明用紙導入後のスタッフの認識や意識の変化—	新 潟	下越病院	栗賀 あゆみ	介護福祉士
071303	回復期リハビリテーション病棟における尿意と排泄行動の獲得に向けたアプローチ	宮 城	泉病院	阿部 一葉	看護師
071304	A 病棟における入浴援助とリハビリテーション介入の改善に向けた取り組み～回復期病棟の特性を活かして～	福 岡	大手町リハビリテーション病院	石谷 司	介護福祉士
071305	リハビリ課との協働による「集団リハビリ」の取り組み	東 京	柳原病院	伊藤 直美	看護師
071306	新型コロナウイルス感染症に対してのリハビリ的なアプローチについて	埼 玉	みさと健和病院	富田 果奈	看護師
071307	病棟での効果的な FIM の導入法	愛 知	千秋病院	服部 博子	看護師
071308	生協10の基本ケアの取り組みについて	埼 玉	介護老人保健施設さんとも	岡田 将輝	作業療法士
071309	柚子元気 U P 運動に取り組んで	静 岡	静岡田町福祉サービスセンター	清野 佳昭	介護福祉士

07 自立支援	⑭フレイル	P.158～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
071401	地域包括ケア病棟から見た COVID-19 感染における高齢者フレイルの現状	京 都	吉祥院病院	土居原 美岐	看護師
071402	後期高齢者健康診査におけるフレイル問診の取り組みについて	埼 玉	大井協同診療所	河上 亮子	保健師
071403	廃用症候群からの脱却 ～変わりつつある利用者の行動～	滋 賀	在宅ケアステーションコスモス	椋田 恭子	看護師

08 入退院支援	⑮入退院支援	P.160～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
081502	医療依存度の高い患者の退院支援にかかわって～住み慣れた自宅で安心して住み続けられるためには～	山 形	鶴岡協立リハビリテーション病院	渡部 香菜	看護師
081503	病棟看護師による無差別平等の生活支援実践事例	群 馬	北毛病院	都丸 建人	看護師
081504	退院支援への意識改革、力量向上に向けた取り組み	岡 山	玉島協同病院	金谷 一平	看護師

081505	在宅酸素療法導入患者とその家族への退院支援	福岡	米の山病院	吉本 絵理	看護師
081506	地域包括ケア病棟での退院支援を考える。 ～自己吸引が必要な患者の支援を通して～	山口	宇部協立病院	脇本 睦美	看護師
081507	退院支援を評価する取り組み『退院後の電話訪問』 について	愛知	千秋病院	前田 めぐみ	看護師
081508	腰椎圧迫骨折の患者の退院支援に取り組んで ～歩けるようになる患者の思いに寄り添って～	鹿児島	国分生協病院	小松 清香	介護福祉士
081510	その人らしさを追求する退院支援	岡山	岡山協立病院	中島 由香理	看護師
081511	NHF装着患者の自宅退院支援 ～患者と家族の思いに寄り添って～	大阪	コープおおさか病院	伊原 幸伸	看護師
081512	「家に帰りたい」 ～気管切開を決意したAさんとの関わり～	大分	大分健生病院	福田 妃都美	看護師
081513	プライマリナーズとしての退院支援の実践への取 組み～新たなツールの運用とカンファレンスを通 して～	山形	本間病院	阿部 れい子	看護師
081514	コロナ禍における地域包括ケア病棟での多職種連携 による退院支援の一例	岡山	総合病院 岡山協立病院	竹本 美帆	看護師
081515	退院支援をスムーズに行うために取り組んだこと	大阪	コープおおさか病院	中井 明美	看護師
081516	医療依存度の高い患者を支援するA訪問看護ステ ーションの取り組み	宮城	坂総合病院	佐藤 美津子	看護師
081517	「看護」をするために人間関係を構築することの大 切さ	岐阜	みどり病院	米田 峻輔	看護師
081518	人工呼吸器を装着したCOPD、呼吸不全終末期患者の 退院支援から看取りまでを経験して	鹿児島	国分生協病院	善福 悠布里	看護師
081519	『コロナ禍における退院支援』	北海道	函館稜北病院	遠藤 美華	看護師
081520	緩和ケア病棟における退院支援 ～意思決定を支援するための看護師の役割～	青森	健生病院	一戸 礼子	看護師
081521	胃瘻造設患者の退院支援を通して 学んだ事 ～患者・家族の思いに寄り添って～	福岡	米の山病院	古江 有理奈	看護師
081522	セルフネグレクト患者の退院支援を通して学んだこ と	山形	鶴岡協立病院	加藤 穂乃	看護師
081523	高次脳機能障害を抱えた独居高齢者の退院支援を振 り返って	山形	鶴岡協立リハビリテーション病 院	佐藤 優	看護師
081524	コロナ禍におけるA病院回復期リハビリテーション 病棟の退院支援の実態	長野	長野中央病院	佐久間 奈央	看護師
081525	退院支援における病棟看護師の役割 ～自宅退院を目指した介入とその先に～	三重	津生協病院	大西 陽	看護師
081526	在宅での看取りを決断されるまでの支援について	兵庫	尼崎医療生協病院	川原 初代	看護師
081527	理解力低下のある患者と、その患者を受容できない 妻とのかかわり	東京	大泉生協病院	黒木 美穂子	看護師
081528	新型コロナウイルス感染禍における多職種で関わる 退院支援	福岡	戸畑けんわ病院	古賀 有里恵	看護師
081529	急性期病棟における退院支援への取り組み	福岡	健和会大手町病院	大西 郁子	看護師
081530	家に帰れてよかったね	愛知	介護事業部 訪問看護ステ ーション・ちあき	滝 愛	看護師
081531	訪問看護師が退院前カンファレンスを通して実践す る退院調整の現状	長野	訪問看護ステーションみどり	井村 紀子	看護師
081532	貧困世帯への介入について考える	群馬	虹訪問看護ステーション	黒岩 靖子	看護師

09 食べる支援・口腔ケア		⑩食べる支援・口腔ケア		P.175～	
演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
091601	食べることは生きること～からあげが食べたい～	愛媛	新居浜協立病院	矢葺 玉喜	看護師
091602	「自分でご飯が食べたい」	福岡	みさき病院	朝倉 愛	准看護師
091603	器質的口腔ケアの技術の向上に向けた取り組み ～技術チェック表を用いて～	秋田	中通総合病院	熊谷 涼佑	看護師
091604	「食べたい」という意欲を支えて	北海道	釧路協立病院	富阪 雪乃	介護福祉士

091605	安全な食事介助に向けた取り組み ～看護師と看護補助者の意識調査～	秋 田	中通総合病院	熊谷 涼佑	看護師
091606	A氏らしい生きがいや楽しみを考えてみて ～悲観的・衝動的な行動をとる患者の看護～	熊 本	菊陽病院	坂本 千波	看護師
091607	口腔ケアへの意識の変化とプロトコール作成について	福 岡	千鳥橋病院	溝口 琴子	看護師
091608	嚥下障害のある利用者さんの食事について	和歌山	和歌山生協病院	大石 美津子	介護福祉士
091609	人工呼吸器下患者の経口摂取獲得に向けた取り組み	鹿児島	国分生協病院	善福 悠布里	看護師
091610	経管栄養から経口摂取への取り組みにより ADL・QOL が向上した事例 ～経口摂取が可能となり見えてきたもの～	山 口	宇部協立病院	鮎川 幸子	看護師
091611	経口摂取困難患者に対して KT バランスチャートを用いた取り組みを行って	埼 玉	秩父生協病院	出浦 真由美	看護師
091612	2泊3日の嚥下評価入院で経管栄養から経口摂取に移行した1例	愛 知	北病院	永井 浩美	看護師
091613	栄養アセスメント、口腔栄養スクリーニングの取り組み	愛 知	介護事業部 千秋病院ダイケアセンター	勢川 玄樹	介護職員
091614	口腔ケア介入困難な利用者への口腔衛生を試みて	長 野	老人保健施設はびろの里	掛川 浩代	介護職員
091615	特別養護老人ホームでの口腔ケアの取り組みについて	富 山	特別養護老人ホームしらいわ苑	布瀬 明香	介護福祉士・ 歯科衛生士
091616	介護老人保健施設における多職種による高齢者への 栄養アプローチ KT バランスチャートの活用を通して 介護福祉士の役割を考える	京 都	介護医療院茶山のさと	西上 友実子	介護福祉士
091617	青葉苑特養部門における食事に関する取り組み～食事 介助に関する職員アンケートから見えたもの～	長 崎	特別養護老人ホーム青葉苑	新ヶ江 エイ コ	准看護師
091618	ようやく始まった こころ躍る専門的な口腔ケア ～地域の歯科クリニックと連携して	和歌山	特別養護老人ホームわかば	山本 真智子	看護師
091619	多職種連携によるミールラウンドの実践報告と成果	山 梨	共立介護福祉センターいけだ	花輪 啓子	保健師
091620	口腔ケアに対する意識調査	新 潟	介護老人保健施設 おぎの里	伊藤 貴紀	介護福祉士

10 皮膚・排泄ケア	⑰皮膚・排泄ケア	P.185～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
101701	褥瘡改善に向けて効果的なポジショニングの意識付けと実践	福 岡	大手町リハビリテーション病院	加治 茜	看護師
101702	ポジショニンググロブ使用率改善について	福 岡	健和会大手町病院	山本 尚武	看護師
101703	排便日誌を活用した個別的な排便アセスメントに向けた取り組み プリストルスケール評価表の活用	秋 田	中通リハビリテーション病院	小林 洸平	看護師
101704	透析患者の継続した褥瘡ケア ～退院後の家族との関わり～	福 岡	米の山病院	松尾 あけみ	看護師
101705	A療養病棟のスキンケアのケアに関する実態調査から 見えた今後の課題	長 野	上伊那生協病院	山浦 千鶴	看護師
101706	便秘症状を有し排便困難感を自覚する高齢者に対し、 浣腸を使用せず『便秘改善のケアプロトコール』を実践した事例研究	京 都	吉祥院病院	小前田 かな え	看護師
101707	オムツの漏れトラブルゼロへの取り組み	愛 知	千秋病院	山田 瑠梨	看護師
101708	コロナ禍における褥瘡回診時の接触時間短縮の実践	京 都	京都民医連中央病院	布留川美帆子	看護師
101709	アセスメントから始める排便ケア	石 川	城北病院	有澤 芳美	介護福祉士
101710	当院における皮膚・排泄ケア認定看護師の取り組み	愛 知	北病院	中田 うらら	看護師
101711	コロナ禍で増え続けている過活動膀胱の患者さんを通して 思うこと	東 京	大泉生協病院	力丸 千恵子	看護師
101712	患者のもてる力を引き出すために～心肺蘇生後の回復過程にある患者の排泄ケアを通して～	宮 崎	宮崎生協病院	川崎 桃子	看護師
101713	診療所でのスキンケアの取り組み ～スキンケアの予防～	愛 媛	伊予診療所	亀岡 千佳	看護師
101714	頻尿への対策から排泄動作の自立まで	山 形	ショートステイかけはし2号館	後藤 夏奈子	介護福祉士

101715	バルンカテテル抜去に向けた支援	群馬	介護老人保健施設ほくもう	大林 明美	看護師
101716	家族の不安に寄り添い面できさえたことで褥瘡および家族の心理的安心感が改善した事例	島根	デイサービス つむぎ	森脇 阿希	介護福祉士
101717	若年障害者（10代）の短期間で悪化した褥瘡についての考察	千葉	ふたわ訪問看護ステーション	大塚 明子	看護師
101718	在宅看護における家族の合意形成を促す支援	茨城	訪問看護ステーション虹	小野 幸加	看護師
101719	退院指導、退院時カンファレンスの大切さ	広島	介護事業部	小田 理恵	看護師

11 認知症ケア ⑱認知症ケア P.195～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
111801	認知症がん患者の疼痛評価及び困難さに関する実態調査	長野	長野中央病院	竹之内 千恵	看護師
111802	急性期病棟における認知症看護 ～面会制限の中で私たちがができること～	福岡	千鳥橋病院	山本 沙弥香	看護師
111803	身だしなみを整え認知症周辺症状の緩和へ～	福岡	健和会京町病院	安部 佳子	介護福祉士
111804	認知症ケアのための PEAP による関わり	京都	あすかい病院	高橋 佳奈美	看護師
111805	回復期リハビリテーション病棟における認知症ケアに対する看護師の困難と課題	北海道	苫小牧病院	石川 淳	看護師
111806	認知症による不穏症状がみられる患者に安全な透析治療を提供するための取り組み	奈良	おかたに病院	石井 弘子	看護師
111807	透析治療を拒否する高齢認知症患者への援助 ～患者・家族を含む多職種カンファレンスがもたらした効果～	岡山	総合病院水島協同病院	藤尾 由貴恵	看護師
111808	安全ベルト解除に向けた取り組み	青森	あおもり協立病院	木村 さおり	介護福祉士
111809	「家におるごたる」を支える	福岡	みさき病院	内山 康代	看護師
111810	認知症患者に合ったアクティビティケアの評価	福岡	大手町リハビリテーション病院	富貴 真吾	看護師
111811	転倒リスクのある患者の環境シートを利用した転倒予防対策～看護師の転倒予防への意識変容を目指して～	京都	京都協立病院	松田 龍二	看護師
111812	オレンジカフェの取り組み	東京	王子生協病院	千葉 幸子	看護師
111813	「もの忘れ相談外来」開設1年の歩み ～認定看護師の役割を心に刻みながら～	神奈川	川崎協同病院	菅野 まり子	看護師
111814	COVID-19流行下における認知症高齢者の身体拘束を考える ー認知症看護認定看護師として認知症高齢者の人権を擁護していくためにー	岐阜	みどり病院	福島 麻悠子	看護師
111815	アルツハイマー型認知症患者の意思支援決定	岡山	岡山協立病院	丸尾 葉子	看護師
111816	睡眠に障害のある入院中の認知症高齢者の睡眠状態と光環境の関係	石川	城北病院	松田 知恵	看護師
111817	療養病棟による生協10の基本ケアの取り組み ～希望叶えるために	埼玉	熊谷生協病院	乙川 敏之	介護福祉士
111818	アクティビティの視点を取り入れた院内デイケアの実践	岐阜	みどり病院	長野 蒼	看護師
111819	認知症初期集中支援チーム活動を通して ～地域で生活するために必要な環境調整とは～	京都	京都民医連中央病院	山田 亜由美	看護師
111820	コミュニケーションに支障のある患者のケア援助 ～療養環境とストレス刺激の関係について～	石川	城北病院	重光 真弓	看護師
111821	家族との関わりの重要性	岡山	林道倫精神科神経科病院	岡本 愛実	看護師
111822	個別性を理解したケアの確立を目指す取り組み ーライフヒストリーシートを導入してみようー	滋賀	介護老人保健施設 日和の里	藤田 めぐみ	看護師
111823	共に支え共に暮らす	福岡	老人保健施設くろさき苑	長嶺 さおり	介護福祉士
111824	認知症対応型通所介護利用者のサービス変更を決定する家族介護者に影響を及ぼした介護負担に関する一考察	北海道	老人保健施設柏ヶ丘	奥野 正樹	介護福祉士
111825	身体拘束環境の変化による心身状況の変化と考察	長野	老人保健施設ふるさと	山崎 理沙	看護師

111826	目の前にいるのは私たち ～被害妄想に混乱するご利用者から学んだこと～	茨 城	特別養護老人ホームかたくりの郷	平野 順子	介護福祉士
111827	利用者様に寄り添ったコミュニケーションを行う為に	青 森	ショートステイ虹の郷	石岡 真奈美	介護福祉士
111828	共に暮らし、共に支え、共に歩み、共に学ぶ「出来る力を引き出す介護」の実践	山 形	グループホームかけはし南館	佐藤 辰美	介護福祉士
111829	帰宅願望のある方に寄り添って ～ユマニチュードを意識した対応～	山 形	グループホームかけはし	工藤 香奈	介護福祉士
111830	協立グループホームかいなんでの初めての看取りの取り組み	山 口	協立グループホームかいなん	寄尾 愛	介護福祉士
111831	「よく生きて、よく生き切る」A氏の最期の場所	福 岡	グループホームひまわり大楠	矢野 清子	看護師
111832	「安心できる場所」 ～知っている人がいて嬉しいよ～	山 梨	共立介護福祉センターわかまつ	三科 麻帆	介護福祉士
111833	M氏との関わり～安心して過ごせるための支援～	熊 本	特別養護老人ホームたくまの里	横山 海帆	介護福祉士
111834	レクリエーションの役割	福 井	和の家ぬくぬく	矢部 多加子	介護福祉士
111835	入浴支援の取り組みについて	茨 城	ケアハウスみと	森瀬 亜美	介護職員
111836	最期まで「俺流で生きる」にこだわったA氏の生き様～ご家族と共に支えた看取り～	石 川	グループホームおんぼら～と	加藤 麻奈美	介護福祉士
111837	生きがい～H様と対話を通して～	岩 手	グループホームさくらの家	高橋 怜那	介護福祉士
111838	グループホームでの看取りから学んだこと ～介護職の振り返りのアンケートを通して～	東 京	すみれ訪問看護ステーション	萩原 美幸	看護師
111839	拒否が強かった認知症独居の利用者が心穏やかに人生の最終段階を受け入れた要因～訪問看護師の関わりをバリデーションのテクニックに当てはめて振り返る～	京 都	訪問看護ステーションどんぐり	原田 友香	看護師
111840	身寄りのない一人暮らしの認知症高齢者を支援する。	宮 崎	居宅介護支援事業所れいんぼう	関屋 忠治	介護福祉士
111841	在宅介護での家族の介護負担とヘルパーの関わり方	大 分	在宅総合センターすこやか	中橋 裕香	介護福祉士
111842	認知症でも最期まで“ここ”で暮らしたい ～向こう三軒両隣。おせっかいな世の中に～	大 分	医療生協介護保険サービスセンター健生	林 沙織里	介護支援専門員 (ケアマネジャー)
111843	利用者の「～したい」実現の取り組み ～介護の質向上を目指して～	長 崎	戸町ふくし村	山本 幸洋	介護福祉士
111844	住み慣れるとは…	長 野	生協総合ケアセンターいいじま	田畑 由佳	介護福祉士
111845	その人らしく過ごしていただきたい ～ご家族様とのかかわりについての取り組み～	福 岡	生協デイサービス 虹の樹	財部 秀史	介護福祉士
111846	「最後まで在宅で生活したい」を支える	福 岡	生協ヘルパーステーションくるめ	田中 盟子	介護福祉士
111847	コロナ禍におけるケアの実践	岩 手	仁王ケアセンターすみれ	中嶋 岬	介護職員

12 母性・小児		①9母性・小児			P.219～
演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
121901	A 病院で分娩した母親の EPDS から見える現状と産後の支援	福 岡	千鳥橋病院	桃原 千波	助産師
121902	COVID-19発生前後での退院後支援の変化 ～母乳率への影響～	青 森	健生病院	千葉 千草	助産師
121903	社会的ハイリスク妊産婦への支援を行なう際に助産師が感じる困難	北海道	勤医協札幌病院	大野 幹子	助産師
121904	かかりつけ病院において重症心身障害児（者）を守る取り組み ～地域連携・外来における情報収集について～	京 都	京都協立病院	阪梨 知代	看護師
121905	喫煙初産婦との関わり～夫婦で児を迎えるために～	山 形	鶴岡協立病院	齋藤 悠里	看護師
121906	手術室における自閉症のある子どもと家族への配慮	広 島	広島共立病院	野川 奈美子	看護師
121907	生後2か月の子どもの育てる母の育児への不安や負担感の調査	北海道	勤医協札幌病院	大山 弥生	看護師
121908	妊娠をきっかけとした切れ目ない母子支援をするための活動～母子保健地域包括の視点より～	埼 玉	埼玉協同病院	石川 幸恵	助産師
121909	母乳パンフレットの有効性の検証結果（中間報告）	宮 城	宮城厚生協会坂総合病院	大河内 悠紀	助産師

121910	ビデオ電話を活用した看護師による無料電話相談をはじめて～お顔をみて話しましょう～	京 都	吉祥院こども診療所	善明 実	看護師
121911	舌下免疫療法をはじめました	大 阪	耳原鳳クリニック	吉年 智子	看護師
121912	小児看取りに対するスタッフの不安 ～訪問回数が少なく関わりに悩んだ事例を通して～	兵 庫	訪問看護ステーション別所	澤田 奈津子	看護師
121913	へき地にて医療的ケア児の在宅看取りを可能にした看護	群 馬	とね訪問看護ステーション	伊藤 香苗	看護師

13 精神 ②⑩精神 P.226～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
132001	単科精神科病院でのコロナ重点医療機関の立ち上げ 「法人内コロナプロジェクトチーム」～顔の見える法人内連携	青 森	藤代健生病院	鳴海 由紀子	看護師
132002	精神科コロナ病棟立ち上げ ～病棟看護長として関わってみて	青 森	藤代健生病院	鳴海 香代子	看護師
132003	精神科における長期入院患者の退院支援 ～学習会とマニュアル改訂の効果～	熊 本	菊陽病院	小林 洋子	看護師
132004	「歩けるようになりたい」 ～社会復帰を望む患者への援助～	熊 本	菊陽病院	小松 愛美	看護師
132005	チーム医療を通じた患者と家族への関わり方	岡 山	林道倫精神科神経科病院	沖田 遥菜	看護師
132006	衝動性が高く暴力行為を繰り返す患者への看護	岡 山	林道倫精神科神経科病院	石井 浩之	看護師
132007	統合失調症患者の環境変化による影響	岡 山	林道倫精神科神経科病院	森 彩夏	看護師
132008	「どうせ私なんて」を「私だからできる」に変えていく ～精神科グループホームの試み	神奈川	精神科グループホーム	城石 孝雄	介護福祉士
132009	ストレングスモデルを活用した訪問看護 ～書くことで妄想が広がる精神疾患1例の考察～	京 都	在宅ケアステーションげんき	西田 美恵子	看護師

14 慢性疾患 ②⑪慢性疾患 P.231～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
142101	透析患者の栄養障害の改善を目指した取り組み ～アミノ酸接種とレジスタンス運動を推奨して～	京 都	京都民医連あすかい病院	小林 治歌	看護師
142102	入院中の高齢糖尿病患者におけるインスリン自己注射手技の実態と看護援助	福 岡	健和会大手町病院	十時 綾子	看護師
142103	在宅酸素療法導入の患者の生活実態調査からみた退院指導の評価と課題	北海道	勤医協中央病院	高田 博子	看護師
142104	リウマチ科外来患者の看護	兵 庫	尼崎医療生協病院	久保 知子	看護師
142105	高リン血症になりやすい透析患者への指導	奈 良	おかたに病院	大和 広菜	看護師
142106	セルフマネジメント教育・支援 ～患者を知ることで行動変容へ繋げていく重要性～	熊 本	水俣協立病院	荒木 結子	看護師
142107	低血糖を恐れ各種指導も拒否し糖尿病性ケトアシドーシスで死亡した1例を考える	愛 知	名南病院	井口 真志	看護師
142108	コロナ禍における慢性疾患管理について取り組んだこと	石 川	寺井病院	高橋 さおり	看護師
142109	知的障害のある糖尿病患者へのインスリン導入指導 ～外来での取り組み～	滋 賀	膳所診療所	溝上 菜々恵	看護師
142110	糖尿病自己注射の方法の確認 ～手技チェックからみえてきたもの～	兵 庫	ひまわり診療所	丸山 真理子	看護師
142111	高齢1型糖尿病患者のインスリン自己注射手技の実施状況と看護師の関わり方	新 潟	かえつクリニック	千田 友美	保健師
142112	寮でしか生活できないA氏の支えになりたい	福 井	つるが生協診療所	谷口 絵美	看護師
142113	自宅血圧測定の勧めと手帳の普及 ～コロナ禍でも慢性疾患管理の充実を図って～	福 井	光陽生協クリニック	杉本 敬子	看護師
142114	COVID19の感染拡大による糖尿病患者の血糖変動と行動変容～A診療所に通院する患者が行動変容を起こした心理とは～	京 都	大宅診療所	楠生 紀子	看護師
142115	日常生活での間食及び、透析中の飴の摂取量と体重コントロールの関係性について	京 都	川端診療所	和佐野 陽子	准看護師

142116	高血圧症患者の疾患に関する意識調査 ～ A 診療所に通院中の患者の傾向と今後の課題～	京 都	ふくちやま協立診療所	林 千秋	看護師

15 エンドオブライフケア	②②エンドオブライフケア・ACP	P.239～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
152201	患者と家族の希望に寄りそったスピリチュアルケアの実践	福 岡	大手町病院	西村 浩司	看護師
152202	患者・家族が望み最期を目指して ～臨死期カンファレンスの改善～	福 岡	健和会大手町リハビリテーション病院	森山 裕子	看護師
152203	終末期がん患者のせん妄に対して緩和ケア病棟の看護師が行っている対処	北海道	公益社団法人勤労者医療協会勤医協中央病院	大森 綾子	看護師
152204	意思決定を尊重した関りについて	東 京	みさと健和病院	渡邊 宙七	看護師
152205	緩和ケア病棟紹介時に対する医師・看護師の認識について考える。～外科外来の現状より～	長 野	長野中央病院	前澤 綾子	看護師
152206	終末期造血管器患者の意向に添った実践からみた A 病棟の特徴と課題	北海道	勤医協中央病院	古川 有香	看護師
152207	卒後 2 年目に取り組んだ急性期病棟における終末期看護～日々の要求に答えることで見えてきた信頼関係の構築～	東 京	大田病院	小松 隆文	看護師
152208	がん告知を受けた患者が生きていることに希望をもつことができた急性期病棟の看護	東 京	大田病院	丹野 敦子	看護師
152209	コミュニケーションが困難な終末期の患者との関わり	奈 良	おかたに病院	亀井 風花	看護師
152210	がんと共に前向きに生きた A 氏との関わり～患者と同じ目線に立ち、患者の心情を知る事の重要性～	山 梨	甲府共立病院	加藤 あゆみ	看護師
152211	透析導入が必要な A 氏の意思決定のプロセスを支える看護師の役割について	山 梨	石和共立病院	中澤 霞	看護師
152212	「家に帰ってこれてよかった」 ～自宅での看取りを決断した家族との関わりより、ACP・退院支援についての一考察～	長 野	健和会病院	吉川 憲子	看護師
152213	経口摂取ができなくなった患者の命の分岐点に私たちはどのようにかかわっているのか	東 京	大田病院	池田 里実	看護師
152214	透析患者のアドバンス・ケア・プランニングの支援を行って	山 形	鶴岡協立病院	土田 理紗	看護師
152215	終末期における患者家族への看護	奈 良	おかたに病院	森嶋 花栄	看護師
152216	化学療法を受ける膀胱癌患者との関わりで学んだこと	山 形	鶴岡協立病院	大川 由紀	看護師
152217	構造的ライフレビューの実践とその学び	京 都	あすかい病院	後藤 永	看護師
152218	維持透析を行っている COPD 患者のターミナル期における本人の思いに添った意思決定支援	東 京	中野共立病院	宗田 彩未	看護師
152219	最期の時を支援して 一病棟から在宅へ	群 馬	前橋協立病院	田村 菜美	助産師
152220	意思確認困難と判断された高齢の終末期患者の家族を通じた意思決定支援	山 梨	石和共立病院	岡 梨香子	看護師
152221	高齢者における ACP の重要性和患者の希望を叶えるための多職種連携についての学び	岐 阜	みどり病院	有田 真紀	看護師
152222	心不全末期にある高齢者が望む自宅での生活を支える ACP ～本人と家族の暮らしの場でみえてきた認定看護師（CN）の役割～	京 都	京都民医連中央病院	三尾 知沙	看護師
152223	最後のときを在宅で過ごしたいと望む本人・家族への退院支援	和歌山	和歌山生協病院	田中 正光	看護師
152224	強い意志・希望がある終末期患者への関わり	和歌山	和歌山生協病院	西端 花恋	看護師
152225	新型コロナウイルス禍で患者様とご家族を繋ぐ取り組みと事例紹介	長 野	上伊那生協病院	松村 大樹	看護師
152226	コロナで死ぬのは嫌～コロナ禍で不安増強のある患者、家族との関りを通して～	宮 崎	宮崎生協病院	長友 綾子	看護師
152227	「家族に会いたい」 ～コロナ禍における面会制限の壁を越えて～	石 川	城北病院	田中 利紗	看護師
152228	遺族にむけた看取りに至る質問紙調査の評価から、訪問診療看護師の看護ケアを考察する	京 都	吉祥院病院	板谷 直子	看護師
152229	COVID-19感染症患者とその家族に対する終末期看護	宮 城	坂総合病院	中里 優香	看護師

152230	アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）についての当病棟の現状と課題～アンケート調査を行ってわかったこと～	青 森	あおもり協立病院	三上 尊人	看護師
152231	終末期における在宅療養移行に向けた支援と今後の課題	長 崎	上戸町病院	古川 玲子	看護師
152232	コロナ禍だからこそ見えてきたチーム医療の重要性について	和歌山	和歌山生協病院	西岡 千夏	看護師
152233	COVID-19重症患者の意思決定支援～本人の思いを支えたケアからの学び～	京 都	京都民医連中央病院	坂根 真帆	看護師
152234	在宅療養中の終末期がん患者の看取りの課題	香 川	生協みき診療所	田淵 環	看護師
152235	ACP から学ぶ、寄り添うということ～高齢の母親と障がいの息子の事例を通して～	福 岡	千鳥橋病院附属大楠診療所	岩田 利沙	看護師
152236	患者と家族が望む最期を迎えられた事例ーしつとこノートに寄り添った最期の迎え方ー	埼 玉	大井協同診療所	山内 玖美	看護師
152237	当院の ACP の現状と課題	熊 本	くわみず病院付属くすのきクリニック	秋吉 明子	看護師
152238	地域で看取る、診療所看護師の ACP ～最期まで C 太と一緒に過ごしたいを支援～	埼 玉	所沢診療所	坪井 恵美	看護師
152239	コロナ禍の終末期の患者の死を通して	静 岡	浜松佐藤町診療所	古田 克美	看護師
152240	若年末期癌の自宅で過ごすことを支える	福 岡	ちどりばし在宅診療所	山下 由紀恵	准看護師
152241	老健施設での看取り	大 阪	介護老人保健施設みみはら	三鍋 兼一	介護福祉士
152242	老健で守り抜いた高齢者一人ひとりの“生き方”“過ごし方”～2021年度 看取り統計より～	埼 玉	介護老人保健施設みぬま	高橋 恵子	看護師
152243	県外在住の家族の気持ちに寄り添って～コロナ禍での看取りのかたち～	長 崎	戸町ふくし村	柴原 功幸	介護福祉士
152244	老障介護を地域で支える生命（いのち）と暮らし～聴力障害をもつ我が子を想う在宅死の決意を支えて～	栃 木	訪問看護ステーション虹	大根田 聡美	看護師
152245	在宅か施設か 自己決定できるように寄り添った支援～息子の突然の死とその後嫁との生活で揺れ動く気持ちに寄り添って～	栃 木	訪問看護ステーション虹	馬場 明美	看護師
152246	誰にも迷惑をかけず、自宅でひなたぼっこしながら死にたい～独居・癌ターミナルの看取りを通し、見えてきた訪問看護の役割～	岡 山	水島虹の訪問看護ステーション	桐野 光恵	看護師
152247	終末期がん療養者の「生ききる」を支える妻の意思決定への支援	大 阪	耳原訪問看護ステーション	井上 直美	看護師
152248	コロナ禍での在宅看取り～在宅看取りを選択した家族を支える～	青 森	健生訪問看護ステーションたまち	大巻 真純	看護師
152249	住み慣れた自宅で最期まで生活したい～定期巡回サービスでの看取り支援～	茨 城	ケアハウスみと	古内 清孝	介護福祉士
152250	不安の強い認知症高齢者の訪問看護を通して学んだこと～認知症の方への地域支援・協働のあり方を考える～	東 京	訪問看護ステーションてっぽうず	松原 明子	看護師
152251	「若年世代癌末期患者の関わりから学びを得られたこと」～希望を叶える、生活を支える、免除制度の新設～	島 根	訪問看護ステーションチューリップ	中村 さおり	看護師
152252	過ごしたい場所で過ごしたい人と～家族の不安に寄り添って～	徳 島	西部健生訪問看護ステーション	岡本 恵	看護師
152253	多職種連携で支える終末期看護～最期を自宅で過ごしたい～	沖 縄	生協ケアセンター	當山 美和	看護師
152254	せまる最期の時～家族の会えない苦悩に寄り添って～	北海道	看護小規模多機能型居宅介護	古田 真	介護福祉士
152255	終末期の家族看護について	宮 城	ケアステーションあゆみ	小出 渉	看護師
152256	家族の想いに寄り添う～在宅看取り経験から考える～	福 岡	訪問看護そよかぜ	柄本 理代	看護師
152257	「ステーキを食べるゾ。」と帰ってきた A 氏の苦痛を除くケア	北海道	勤医協訪問看護ステーションもなみの里	佐藤 百合子	看護師

16 災害・防災・BCP

②③災害支援・防災・BCP

P.268～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
162301	内視鏡センター大地震災害マニュアルを作成して	宮 城	坂総合病院	邊見 あき子	看護師

162302	トリアージナース養成講座のまとめ	宮 崎	宮崎生協病院	三好 里美	看護師
162303	回復期リハビリテーション病棟退院患者における自然災害に対する避難準備の意識調査	長 野	健和会病院	原田 美保子	看護師
162304	災害時における訪問看護師の役割と支援の検討～自助を高めるために事前対策を考える～	静 岡	訪問看護ステーションかなみ	奥脇 裕子	看護師

17 ICT・AI の活用	②4 ICT・AI の活用	P.270～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
172401	グループホームにおける ICT 導入（電子記録媒体へ）	東 京	グループホームこまくさの家・長房	中村 龍平	介護福祉士
172402	看護学校における情報通信技術（ICT）活用の取り組み	福 岡	健和看護学院	山田 由美子	看護師

18 業務改善	②5業務改善	P.271～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
182501	看護タスクシフト 看護補助者との協働～夜勤補助者導入の成果と課題～	長 野	松本協立病院	佐藤 康子	看護師
182502	水を使わない陰部洗浄	千 葉	千葉健生病院	野島 友介	介護福祉士
182503	PNS 定着をめざした看護主任会議での取り組み	埼 玉	埼玉協同病院	町田 美由紀	看護師
182504	D V 被害者に対する初期対応の統一を目指して～フローチャート修正に繋がった取り組み～	青 森	健生病院	松舘 満寿美	看護師
182505	遅出業務におけるストレスに関する意識調査	長 野	長野中央病院	茂野 亜矢子	看護師
182506	COVID-19患者における非挿管下での腹臥位療法の取り組み	埼 玉	埼玉協同病院	渡部 美奈	看護師
182507	集中治療室に入室した患者の苦痛体験	長 野	長野中央病院	高橋 理恵	看護師
182508	転倒予防対策の充実 自動復旧センサー導入と医療スタッフの心理的ストレス軽減	東 京	ふれあい相互病院	島田 雅樹	看護師
182509	コロナ禍における家族援助の在り方について	福 岡	健和会大手町病院	橋本 梨穂	看護師
182510	手術症例マニュアルの整備	福 岡	千鳥橋病院	高良 和信	看護師
182511	心電図モニターの適切な管理に向けたチェックリストの活用	福 岡	大手町病院	塚本 雄太	看護師
182512	病棟職員の車椅子ベルトに対する意識変化	岐 阜	みどり病院	山下 加奈	看護師
182513	抑制が引き起こす、せん妄症状の減少を目指した身体拘束最小化の取り組み	福 岡	健和会大手町病院	佐藤 梢	看護師
182514	せん妄撲滅！「グリーンプロジェクト」	福 岡	大手町病院	小林 万友	看護師
182515	下肢チェックの質向上に向けた取り組み～足趾切断事例を通して～	福 岡	戸畑けんわ病院	渡邊 千明	看護師
182516	一般外来でのトリアージ導入後の看護師の意識変化	北海道	苫小牧病院	鈴木 理紗	看護師
182517	緩和ケアチームへのコンサルテーションを導入して	福 岡	たたりハビリテーション病院	三船 瑠美	看護師
182518	整形外科病棟における SSI 結果を活かした創処置の見直しについて	福 岡	健和会大手町病院	神野 晴香	看護師
182519	認知機能が低下した患者にピクトグラムを活用した転倒予防～回復期リハビリテーション病棟において効果的な活用法を考える～	京 都	京都協立病院	村上 和子	看護師
182520	ICU におけるせん妄ケアの実践によるせん妄発症率の変化	北海道	勤医協中央病院	綿谷 佳苗	看護師
182521	脳血管疾患患者の障害受容変容過程の理解と看護介護のあり方について	京 都	京都民医連あすかい病院	村山 彩矢佳	看護師
182522	感染隔離病棟一年間の歩み	神奈川	川崎協同病院	百井 隼也	看護師
182523	腹腔内に挿入中のドレーン固定方法の現状把握と手技統一したことによる意識の変化	長 野	長野中央病院	石崎 陽子	看護師
182524	今こそ時間管理の時だ ～申し送り短縮にむけて～	島 根	出雲市民病院	松井 一枝	看護師

182525	看護師・リハビリテーション技師と患者ADLの情報共有の在り方について	福岡	健和会大手町病院	元村 隆秀	看護師
182526	診療所における在宅支援での看護師の役割について	福岡	大手町診療所	宗 初恵	看護師
182527	当院でのフットケアの取り組み ～立ち上げから3年目の経過～	東京	柳原腎クリニック	鈴木 聖子	看護師
182528	看看連携の課題と改善策 ～診療所と訪問看護のアンケート結果から考える～	京都	たんご協立診療所	小西 保子	看護師
182529	「口中からの内服落下のインシデントから学んだこと」～嚥下能力や認知度との関わりを考察して～	京都	介護医療院 おおみや葵の郷	吉川 瑞紀	看護師
182530	着圧ソックスの適正サイズの選択方法の提案	長野	老人保健施設ふるさと	土屋 三奈	介護福祉士
182531	看取りにおける看護、介護のかかわりについて ～デスカンファレンスを試みて～	茨城	特別養護老人ホームかたくりの郷	海野 和子	准看護師
182532	なないろの家の協同の取り組み～最期まで住み慣れたこの地域この場所で生ききる～	長野	生協ケアセンター春近 小規模多機能なないろの家	竹村 真美	介護福祉士
182533	アロマセラピーを用いたケアを行った訪問看護師と患者の関係性について	熊本	在宅総合ケアセンター協立	西岡 かなな	看護師
182534	コロナ禍における訪問看護ステーションでの情報共有の試み～看護用電子カルテ導入の実態調査と今後の課題～	埼玉	熊谷生協ケアセンター	新野 朋子	看護師
182535	在宅における男性介護者の現状と課題	千葉	ふたわ訪問看護ステーション	高柳 陽子	看護師
182536	家族の視点から学ぶターミナルケア ～在宅で看取った家族の思い～	静岡	訪問看護ステーションふしみ	内田 早苗	看護師
182537	安心して利用できるデイサービスへ ～ひなたでの取り組み～	岡山	中野けんせいえん	田渕 和輝	介護職員
182538	デイサービスの働き方改革、機能訓練指導員の業務効率化～報酬改定こそチャンス！～	兵庫	デイサービスさろお	西田 りこ	介護福祉士
182539	綺麗になることで変化した利用者の気持ち ～ネイルサロンを通して得たもの～	茨城	デイサービスセンターかたくりの郷	片岡 愛	介護職員
182540	「抱えない 訪問入浴」	兵庫	訪問入浴サービス共立	久保 大輔	介護福祉士

19 経営改善に向けた取り組み ②⑥経営改善に向けた取り組み P.291～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
192601	アメーバ経営の実践活動～リーダーの行動変化と質の高いサービス提供を目指して～	埼玉	老人保健施設さんとも	増戸 強	介護福祉士
192602	利用者さんがまた来たいと思う場所作り ～2単位から1単位への変更～	神奈川	大師診療所	大沼 真早美	介護福祉士
192603	自立支援型通所リハビリテーションの新規開設への経緯と軌跡、今後の課題	大阪	協立診療所通所リハビリテーション	伊藤 和哉	介護職員
192604	民医連の灯を消さず、八王子・多摩地域の民医連活動をさらに発展させるために ～デイサービスセンターたんぽぽの取り組みから～	東京	デイサービスセンターたんぽぽ	米山 知恵	介護福祉士

20 制度改善・運動 ②⑦制度改善・運動（介護ウェブ・処遇改善・奨学金等） P.293～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
202701	宮城県における補足給付の縮小による調査結果について	宮城	宮城厚生福祉会	大内 誠	事務
202702	同居家族がいる方の生活援助について ～介護保険制度上の解釈～	長崎	健友会ケアプランセンター	諸岡 裕美子	看護師

21 職員の健康を守る ②⑧職員の健康を守る P.294～

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
212801	腰痛予防と軽減への取り組み ～腰痛体操の継続に向けて～	山形	本間病院	池田 奈緒子	介護福祉士
212802	ヘルスケア委員会の活動～ハラスメントアンケート調査から見えてきたこと～	宮崎	宮崎生協病院	井上 友香	看護師
212803	訪問看護契約書改定の取り組み～暴力・器物破損と警察介入 大腸がん末期母を看取った息子のトラブル対応から～	東京	にしたま訪問看護ステーション	関 詩子	看護師
212804	訪問介護利用者の予期せぬ事態への対応	千葉	ヘルパーステーションなのはな幕張事業所	井滝 耕平	介護福祉士

演題番号	演題	県連名	事業所	名前	職種
222901	コロナ禍における救急搬送の変化	石 川	城北病院	崎山 真古都	看護師
222902	集中治療後症候群予防のためのダイアリーの取り組み	東 京	みさと健和病院	佐藤 睦	看護師
222903	急性期における重症呼吸不全の患者家族とのかかわりを通して	鹿児島	鹿児島生協病院	遠矢 久仁江	看護師
222904	新型コロナ「自宅療養者」への外来看護師の対応 —電話フォローを振り返って見えてきたこと—	東 京	江古田沼袋診療所	工藤 綾子	看護師
222905	その人らしく生きる暮らしを支えたい ～アセスメント方法による見方の変化～	京 都	介護老人保健施設 西の京	長岡 直美	看護師
222906	特養入所前に叶えた願い	東 京	まいほーむ墨田	中島 大輔	介護福祉士
222907	コロナ禍でも今まで通り暮らせるように	石 川	寺井病院グループ	長高 雅子	介護福祉士
222908	在宅療養者を支える家族を支援している訪問看護師の看護観—A訪問看護ステーションにおける家族支援についてインタビュー 結果からみえたもの—	新 潟	下越訪問看護ステーション	川俣 玲子	看護師
222909	「お家が1番だ」家族支援を行い、ご家族様と一緒に在宅生活の継続を図る	長 野	共立介護福祉センターわかまつ	向井 南々帆	介護福祉士
222910	訪問看護における排便ケアの実践 ～排便の主体は誰？～	京 都	葵会総合ケアステーション	松浦 恵美	看護師

オンデマンド 演題カテゴリー一覧

Index			
01	感染対策	①	感染対策
02	安全・倫理	②	医療・介護の安全（感染対策含む）
		③	倫理
03	多職種連携	④	多職種連携
04	育成・職場づくり	⑤	職員の確保と育成
		⑥	理念教育 （綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念）
		⑦	教育活動
		⑧	職場づくり
05	SDH	⑨	健康の社会的決定要因 （SDH；Social Determinants of Health）
06	地域包括ケア	⑩	アウトリーチ
		⑪	地域包括ケア・まちづくり
07	自立支援	⑫	自立支援（ICF）
		⑬	リハビリテーション（生活リハ、機能訓練）
		⑭	フレイル
08	入退院支援	⑮	入退院支援
09	食べる支援・口腔ケア	⑯	食べる支援・口腔ケア
10	皮膚・排泄ケア	⑰	皮膚・排泄ケア
11	認知症ケア	⑱	認知症
12	母性・小児	⑲	母性・小児
13	精神	⑳	精神
14	慢性疾患	㉑	慢性疾患
15	エンドオブライフケア	㉒	エンドオブライフケア・ACP
16	災害・防災・BCP	㉓	災害支援・防災・BCP
17	ICT・AIの活用	㉔	ICT・人工知能（AI）の活用
18	業務改善	㉕	業務改善・質の向上
19	経営改善に向けた取り組み	㉖	経営改善に向けた取り組み
20	制度改善・運動	㉗	制度改善・運動（介護ウェーブ・処遇改善、奨学金等）
21	職員の健康を守る	㉘	職員の健康を守る（労働安全衛生、ハラスメント対策）
22	その他	㉙	その他

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	法人感染管理担当者の活動と役割について

県 連 名 福岡
院所・施設名 公益社団法人福岡医療団 本部
発 表 者 灘吉 幸子 職種 看護師

【はじめに】
2010年の診療報酬改定で感染防止対策加算が新設され、2012年には感染防止対策加算1、加算2などの評価基準が設けられた。さらに2022年の診療報酬改定では、外来感染対策向上加算も新設され、地域全体で取り組む感染対策が推進されている。A法人では、法人全体の感染管理を統括するために感染管理認定看護師を配置した。病院内における認定看護師の活動報告は多いが、法人全体で活動する認定看護師の報告については少ないため、法人における感染管理認定看護師の活動内容や役割を報告する。

【倫理的配慮】
活動内容報告にあたり、個人が特定されないように配慮した。

【活動内容】
A法人は急性期病院・慢性期の病院、内科診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションなどから構成されている。感染管理の考え方が「病院内感染」から「医療関連感染」へシフトしていく中、慢性期や在宅サービスも含めた地域全体で取り組む感染対策が重要視されるようになった。従来、急性期病院の感染管理認定看護師が法人内の相談を受ける事があったが、業務時間の制約などもあり、十分なものではなかった。そこで、法人全体の感染対策をマネジメントするために、2018年に法人感染管理担当者として感染管理認定看護師が専任配置された。法人感染管理担当者の主な役割は①組織横断的な感染管理体制の構築②診療所や訪問看護ステーションへの指導や助言③感染対策マニュアルの標準化と統一④感染症発生時や困った事の相談業務⑤職員教育である。昨今では、新型コロナウイルス感染症対策を中心に活動を行い、PPE着用基準や手順の統一、流行状況や新しいガイドライン・感染対策の新しい知見などの発信、患者向けの自宅療養ハンドブックの作成、クラスター発生時の病院連携、診療所での感染対策指導、陽性者が発生した場合の対応指導などを行っている。

【おわりに】
2022年の診療報酬改定をみてもわかるように、医療機関個々で実施する感染対策では不十分な時代になっており、今後は地域全体で感染対策に取り組まねばならない。その中で、まずは法人内の調整役として「つなぐ」役割を果たすことで、地域全体の感染対策の向上に寄与したいと考えている。

キーワード：感染対策、感染管理認定看護師

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	感染予防活動の推進に向けての取り組み ——外来患者の手洗い研修の実践——

県 連 名 東京
院所・施設名 柳原病院
発 表 者 園田 彰江 職種 看護師

【はじめに】
当院では、職員の感染教育の一環として手洗い研修を実施し、自分の手洗いのクセを把握し、出来ていない部分を改善できるように取り組んでいる。しかし、例年実施しているにも関わらず、洗っているつもりだが洗い残しが多かったなどの振り返りが多い。例年、職員に対する感染教育は実施できているが、コロナ禍の影響により、地域の人々の健康を守るための院外活動が十分にできていないのが課題であった。そこで、昨今の感染状況を踏まえて院外活動ではなく、外来患者に対し、今回初めて病院内での手洗い研修を実施した。外来患者の研修結果から今後の課題を見出したのでここに報告する。

【方法】
診察や会計の待機時間に手洗い研修を実施した。院内作成の手洗いチェック表を用いて手洗いの手技や手順を確認し、不足している部分を助言した。手洗い後、手洗いチェッカーを用いて洗い残しの有無を患者自身が観察した。看護師とともに洗い残しを確認し、個々に応じた改善点を一緒に考えた。手洗いチェック表は患者に渡し、今後の参考にできるようにした。

【倫理的配慮】
報告をまとめるにあたり、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】
外来患者8名に実施；指先や爪の間を入念に洗えていないことや、ペーパータオルで十分に乾燥させていない方がいた。洗い残しは、しわや傷口、爪の周囲が多かった。新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前は、あまり手洗いを意識していなかったが、最近では外出後に手洗いをしていると、8名全員が答えていた。手洗い後には、家族の話や心配なことを話す場面もあった。また、研修に対して断る患者もなく、今後も手洗いチェックがあったら、ぜひ実践したいという感想も聞かれた。

【考察】
新型コロナウイルス感染拡大に伴い、感染対策の基本である手指衛生の意識や関心は高まっているが、職員と同様に患者の手洗いの手技も確立されていないのが実状である。有効な手洗い手技の習得や、洗い残しが最小限となるように、今後も手洗い研修を継続し、地域の人々の感染予防活動を推進していくことが必要である。皮膚トラブルに対しては、創部は洗い残しが多くなるため、スキンケアについての情報提供については今後の課題となった。今回は、外来患者8名と小人数のみであったが、手指衛生に関する意識や実状を知る機会となった。今後は、地域の人々が感染予防に対する意識啓発ができ、感染症の予防について正しく理解し、実践できる機会を増やせるように介入していくことが重要だと考える。そして、地域との交流を深めることや、健康を支えるための取り組みも当院の役割であると再認識した。

【おわりに】
今回、初めて外来患者に対して研修を実施したが、これを契機に今後は外来患者だけでなく、地域の人々にも感染予防活動の場をひろげていきたい。

01 ①感染対策	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	新型コロナウイルスによる病棟内クラスターを経験して

県 連 名 山梨

院所・施設名 甲府共立病院

発 表 者 小畑 恵介 職 種 看護師

【目的】

A病棟は新型コロナウイルスにより患者5名職員6名陽性者を出す病棟内クラスターを経験した。今回の経験を振り返り看護師長の対応について考察する。

【方法】

(病棟概要と経過)

A病棟は50床を有する消化器外科内科病棟で、病棟内は2チーム編成である。職員は35名が所属している。A病棟では1人目の新型コロナウイルス陽性者が発生してから患者5名職員6名陽性者を確認した。発生から終息まで23日間を要した。その期間中一度隔離対策を解除したが、再度陽性者が発生したため隔離対策を再開した。陽性患者においては転院の準備が整うまでA病棟での管理を行った。

(分析方法)

A病棟内で新型コロナウイルス陽性者が発生した後の看護師長の対応について①患者対応②病棟の指揮・統制③正しい感染対策の啓蒙④職員のメンタルヘルスケアの4つの視点で振り返り内容を整理した。

(倫理的配慮)

所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

- ①患者対応：患者へは病棟内で陽性者が発生した事や、複数回に渡り検査を行う必要性を説明した。一方で陽性者は職員なのか患者なのかというプライバシーに関わる問い合わせが多く、どの程度具体的な説明を行うのか病院としての意向を確認しながらの対応に苦慮した。
- ②病棟の指揮・統制：1人目の陽性者を確認した段階で病棟のゾーニングを行い、入院中の患者を全例疑似症例扱いとして検査や日常ケアは最小限にした。人員においてはグリーンゾーンで後方支援活動を行うメンバーを全館から職種を超えて募集し、昼夜の業務を基準化した。看護師として必要なケアができないジレンマを口にする者も居たが、看護師長は朝の打ち合わせで「今の最優先目標は感染拡大の防止であり、災害時医療と同様に皆が同じ目標を持って行動しなければ乗り越えられない」ことを説明し認識を共有した。
- ③正しい感染対策の啓蒙：陽性者が発生し、自分自身の感染を心配する職員が多く見られた。職員が安心して業務を行うためには正しい知識の普及が必要だと判断し、感染経路やアルコール消毒の有効性、防護具の正しい着脱方法を連日周知した。
- ④職員のメンタルヘルスケア：感染や対策に関する不安がないか、看護師長が毎日聞き取りを行い、感染専従看護師と相談しタイムリーに現在の病棟状況を丁寧に説明する事を心掛けた。また不安の強い職員には病院の安全衛生委員との面談を設定した。

【まとめ】

コロナウイルスの職場内感染が発覚すると患者や職員の不安は計り知れない物となる。職員のメンタルケアを重視しながら、まずは看護師が正しい知識の習得と適切な現場の状況把握が重要である。クラスター発生時は災害時医療の様に本来のスタイルは切り捨て、明確な目標に向けた現場の統制が非常に重要である。

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ患者を受け入れてからの病棟の取り組み

県 連 名 東京

院所・施設名 中野共立病院

発 表 者 豊原 愛 職 種 看護師

【はじめに】

新型コロナウイルスの流行に伴い、当院2階病棟では入院が必要な患者を2020年3月より受け入れている。患者・医療者の安全を守る為、対応方法や看護について病棟のスタッフで模索し実施してきたのでここにまとめる。

【倫理的配慮】

この研究にあたり個人が特定されない様倫理的配慮を行った。

【経過】

2020年3月より疑似症例入院、同年6月より陽性患者入院となる。陰圧室2床から運用開始。ADL自立の患者を想定して以下の対応を行った。室内環境の整備、ナースコールでのやり取り、買い物の代行、多職種に協力を仰ぎ書類等の処理をした。第1波 疑似症例の受け入れが多かった。第2波 ADL自立の陽性患者が中心であり、無症状が中心であった。隔離によるストレスがある患者とのトラブルが見受けられた。ストレスの軽減のため、本人の希望に添えるよう相談しながら対応した。第3波 高齢で認知機能低下がある患者が増え、介助・補液管理のために昼夜問わず頻回な入室が必要となる。認知症により通常の隔離対応が困難なケースがあり、他患者の安全のため部屋の施錠をして対応し、24時間監視を要する患者の入院が増え、室内カメラを導入した。認知機能低下の予防のため、リハビリテーションの実施や家族との電話の介助を行った。第4波 中等Ⅰ-Ⅱの患者が増加。スタッフは新しい治療に戸惑いを感じ情報の共有や自己学習を行った。第5波 病床の圧迫により重症者を転送できず、人工呼吸器管理が必要になるリスクもあり、不安が強い状態が続いた。また病床を増やしたことで一般病床と同時に対応する事に限界があり、多忙さが問題に上がった。

【考察】

まず感染状況による入院患者の状況の違いが明白になった。病棟全体での協力体制や情報共有が必要であった。未知の感染症に対応していくことへのスタッフの精神的負担もあった。患者層に伴い対応方法を日々話し合いながら変更していく必要があり、自分たちでルールを作るもしくは変えていけた事は患者・スタッフにとってストレスを軽減できる要因であったと思われる。次に隔離による弊害として注目するものを2つ挙げる。1つ目は患者のストレスである。出来る限りのストレスや不安の解消が治療の継続に繋がったと考える。2つ目は高齢の患者に多く見られるADL・認知機能低下のリスクである。感染対策として入室回数の減少を求めてきたが、それには患者のADL・認知機能の低下、また褥瘡発生リスクを伴うことがわかる。

【まとめ】

患者層によって臨機応変に対応していく事が求められ、それには多職種も含めた病棟全体の協力と、より良い方法を探していく姿勢が必要である。高齢者や認知症患者の対応に関して課題が残るが、出来る限り患者の不安やストレス軽減を図り、感染対策と患者のニーズの両立を目指していきたい。

【参考文献】

石川理子、長島玲子 隔離下における患者の心理状況
東京医科大学病1院看護研究集録 P20-22

01 ①感染対策	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	COVID-19罹患後、人工呼吸器管理となった患者との関わり

県 連 名 東京
院所・施設名 王子生協病院
発 表 者 大場 桃果 職種 看護師
共同研究者 大島 野江子、江本 美穂子

【はじめに】
2020年3月より軽症～中等症 COVID-19患者の受け入れを開始した。罹患後重症化肺炎となり、挿管・人工呼吸器管理となった患者に対し、感染予防策に加え人工呼吸器管理、重症治療や精神疾患の関わりを含め、慣れない中で A 氏を受け入れ一般病床へ転出するまでの健闘について報告する。

【倫理的配慮】
今回研究するにあたり、口頭で説明し A 氏の許可を得ている。患者個人が特定されることのないよう氏名や年齢などを伏せて記載する。

【事例紹介】
60歳代 男性 身長：183cm 体重：83Kg
既往歴：肺気腫、双極性障害、統合失調症

【看護の実践】
入院翌日から高熱が続き COPD 急性増悪とし治療開始したが呼吸状態徐々に悪化、6 病日で挿管が必要な状態となり、転院先も見つからないため当院で挿管。鎮静剤投与やアラーム作動、10 分～20分おきの喀痰吸引など殆どエリアから出れない時もあった。真夏時期で疲労度は大きく、長時間の介入は暴露リスクもあるため職員同士で適宜声を掛けあった。氏は大柄で鎮静下で協力動作も得られず、職員体制や安全面から腹臥位療法は行えず、代わりに90°側臥位や医師見守りの元でベッド頭部挙上を行った。RASS 目標は-2～-1であったが、氏は+0以上であり、挿管による精神的不安や極度の緊張から過呼吸・頻脈出現、不眠・昼夜逆転から薬剤調整が難航。挿管による発語不可・会話困難に対し筆談や文字盤などで意思疎通を図った。人工呼吸器からの離脱困難なため20病日気管切開術施行、23病日で一般病床へ転床。

【考察】
挿管により発声できないことで過呼吸、頻脈発作が連発し度々鎮静剤を臨時投与した。長期臥床による運動不足などから身体的疼痛もあったと考える。過鎮静は VAP 発生率を増加させるため、RASS 評価で A 氏の状態を評価しながら過鎮静の予防に努めたが、A 氏は VAP を合併してしまった。COVID-19では中等症から腹臥位療法の実施が推奨されているが、氏は酸素装着やマスク着用を遵守できず、腹臥位療法を自主的に行える状態ではなかったと考える。今後は腹臥位療法が適応される場合、患者の主体性や実施時間などをより詳細に把握し重症化予防に努めていきたい。

【終わりに】
COVID-19患者は A 氏含め 8 月が入院ピークであり、多患者対応で暑さや発汗などの不快感（ヒートストレス）は増大するばかりであった。レッドゾーンエリアでの介入は患者・職員双方の心身の負担が大きかった。そんな中、職員同士で協力し第5波終息まで一人と欠けることなく看護に努めることができた。長期入院が予測される場合や重症化予防のため、今後は自主訓練やリハビリ導入を検討していきたい。

【参考文献】
1) 前田正治・瀬藤乃理子、医療従事者を襲うメンタルヘルスの危機：新型コロナウイルス感染症対策の現場から：モダンメディア、67巻4号2021新型コロナウイルス感染症 Up-to-date、P153

キーワード：人工呼吸器管理

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	新型コロナウイルス感染症における医療従事者の曝露のリスク

県 連 名 埼玉
院所・施設名 埼玉協同病院
発 表 者 吉田 智恵子 職種 看護師

【はじめに】
新型コロナウイルス感染症（以降、COVID-19）の流行により職員の接触者が多数発生し、健康観察や就業制限などの対応措置が実施されてきた。今回、当院で発生した接触者の接触時の状況をもとに、COVID-19感染対策の問題点を検証した。

【目的】
当院における感染のリスクが高い場面や行動を検証し、今後、強化すべき対策を明確にする。

【方法】
日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第3版」の「医療従事者の曝露のリスク評価」を参考に、2020年7月～2021年4月に発生した接触者のうち、中・高リスクと評価された職員の接触状況を調査した。

【倫理的配慮】
調査結果は厳重に管理し、文章から個人が特定できないよう配慮した。

【結果】
接触者70名中58名が中・高リスク者だった。最も多い原因は、眼の粘膜の保護を目的としたシールドの未着用や、休憩・業務時間外の会食時のマスク未着用の会話だった。その他、長時間の身体接触・空間共有や、長時間または頻回な物品の共有などの原因が認められた。

【考察】
坂本氏¹⁾は、「医療機関は SARS-CoV-2 の職業感染リスクを評価したうえでリスクの低減が期待できる対策を積極的に導入する必要がある。これらの対策は効果の高いほうから順に、除去、置き換え、工学的制御、管理的制御、個人防護具の5群にわけることができる。」
「低層階の対策ほど、効果が人の行動（遵守率）に左右される」と示している。今回の調査結果は、診療エリア内での眼の防護や食事休憩・会食時の黙食の院内ルールは管理的制御・個人防護具に該当し、どちらも、職員の行動・意識の問題で遵守されなかったことが原因である。また、空間共有（空調の問題）については、HEPA フィルター内蔵の空気清浄機の設置（工学的制御）、身体接触の頻度や時間が長い業務は個人防護具着用のルール化（管理的制御）を実施したことで、以降、同じ状況で新たな接触者は発生してない。医療従事者の感染のリスクが最小限になるよう、工学的制御、管理的制御・個人防護具を組み合わせた対策をとる必要がある。

【結論】
接触者の多くは、院内ルールが遵守されなかったことが大きな原因で、それらが遵守されるためには、職員の意識・行動の変容が重要である。また、現場の状況にあわせた問題の改善、継続的な教育・指導を行う必要があり、現場での感染対策を担うリンクスタッフの育成が求められる。そして、職員の曝露リスクを最小限することができるよう、定期的な病院環境の評価・整備が必要である。

【引用文献】
1) 坂本史衣：医療機関における新型コロナウイルスの職業感染予防策，医学のあゆみ，Vol.277(6)，47.9.2021.

【参考文献】
1) 一般社団法人日本環境感染学会：“医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド”，医療従事者の曝露のリスク評価と対応，2020-05.

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	手術室における新型コロナウイルス感染症患者を想定した取り組み

県 連 名 宮城
 院所・施設名 坂総合病院
 発表者 小野 紗都美 職種 看護師
 共同研究者 車塚 美貴、千葉 博美、野村 里栄子
 鈴木 公葵、小野寺 真梨

【目的】

2019年頃より世界的に新型コロナウイルス感染症（以下コロナ感染）が流行し、コロナ感染患者の手術対応が必要となる可能性が高くなった。コロナ感染患者であっても手術の安全性を確保し、円滑に手術を受けられるよう感染対策の整備が必要であると考えた

【方法】

他院のコロナ感染手術対応マニュアルの情報収集 コロナ感染対応を想定した環境・物品整備 コロナ感染対応フローチャート（以下フローチャート）を作成し運用開始する 麻酔科医師、各科医師、臨床工学技士へ確認しフローチャート運用開始の承諾を得る フローチャートを使用した机上訓練の実施 スタッフの理解度アンケート フローチャートの追加修正

【倫理的配慮】

本研究は匿名化された情報のみを分析して報告するものである

【結果】

はじめに、情報収集を通し PPE 枚数確保や手術室内の環境整備の必要性が明らかになった。そこでコロナ感染患者に使用する部屋を選定し、室内の物品を再配置した。つぎにフローチャートを作成し、役割別に時系列で患者入室から退室までの一連の流れを記載した。通常手術との相違点を赤字で示し、スタッフがすぐに確認できるよう掲示することで対応策の周知・共有を行うことができた。手術室スタッフだけでなく、各科医師とも対策を共有することができた。PPE 学習会を通してスタッフの感染対策の正しい知識を再確認することができた。作成したフローチャートをもとに机上訓練を行ったことで、患者・スタッフの動線がより明確になり、それぞれの役割について確認することができた。机上訓練後のアンケートではスタッフの理解が向上したという結果であった

【考察・まとめ】

周術期は気管挿管など特にスタッフの暴露リスクが高く注意を要する。PPE 学習会を通し、正しい知識と技術が再確認でき適切な感染対策に繋がる。また、机上訓練により一連の行動と動線がイメージしやすくなり、不明な点や課題を明確にすることができた。それらをフローチャートに反映させることで、より具体的な対策が実施でき、スタッフの混乱や不安を軽減し円滑に手術を遂行できると考える。コロナ感染対策の知識の向上は円滑な手術の遂行に加え、統一した対策を行う上で有効であったと考える

コロナ感染患者の手術を想定した対策を整備しておくことにより、患者・スタッフの安全の確保と円滑な手術の実施に繋がる。今回、手術室スタッフのみでの机上訓練を行ったが、多職種を含めたシミュレーションを考慮する必要がある。今後も変化する情勢に注視しながら感染対策の整備を継続していくことが重要である

【参考文献】

日本手術看護学会誌 vol16 No.2 March2021 手術室での新型コロナウイルス感染症（covid-19）対策ガイド 第3版 渋谷 豊克 目指せ院内感染ゼロへ！国立国際医療研究センター（NCGM）他

キーワード：手術室

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍におけるタブレット面会の導入 ～患者と家族が安心できる療養環境づくり～

県 連 名 石川
 院所・施設名 寺井病院
 発表者 佐々木 慎 職種 准看護師
 共同研究者 佐藤 奈美

【目的】

寺井病院の病棟では、新興感染症である新型コロナウイルス感染対策の1つとして、面会方法を「面会禁止」または「タブレット面会」、「制限付きでの対面面会」と実施してきた。面会方法の変更に伴う看護の振り返りや患者と家族が安心できる療養環境づくりに活かしていく事を目的とする。

【方法】

2020年2月から2021年10月までの期間での面会方法とそれに伴う、患者・家族看護の実践を振り返る。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう倫理的配慮を行った。

【結果】

面会方法の変化として、2020年2月より面会禁止。2021年2月よりタブレット面会運用開始。2021年10月1日より対面面会を再開。タブレット面会は、患者側に1台、面会者側に1台と2台使用。職員体制が限られる土日祝の対応は難しいため、平日の15時30分～16時30分の間で1日3組、面会時間は20分間で事前予約制とした。仕事があるためや平日の午後は行きにくいと言われる家族が多く、1か月の延べ利用者は10組程度だった。「元気そうな顔を見ただけでも良かった」とタブレット面会した家族の声としてや、院内への立ち入りを禁止している県外からの来県者にも、病院の敷地内からタブレットを通して顔を見れたりと安心される場面がみられた。

【考察・まとめ】

当病棟は医療型療養病棟である。患者のほとんどが高齢であり視覚・聴覚の障害や認知機能の障害もあることから、タブレット面会は困難ではないかと当初は懸念していた。しかし90歳代で認知症のある患者が、タブレット越しに面会者の方とごく自然に会話されていたのを見た時に私は驚き、高齢だから、認知症があるから、という先入観を持って物事を判断してはいけないと感じさせられた。

面会制限がある看護対応として困難を感じたケースとしては、ターミナル期の看護がある。「親の死に目にも会わせてくれないのか」等、トラブルになる可能性が考えられた。その為、ターミナル期患者の状態悪化した際は、医師からの病状説明と共に短時間での対面面会をして頂き、亡くなられた際は、病棟には入れない事の説明を事前に行い理解を求めることの家族看護を行っている。現在のところ、患者の家族とのトラブルは発生はない。新興感染症が落ち着き、対面面会を再開した時は、患者と家族が顔を合わせ声を交わすことが、お互いの安心に繋がっていると感じられた。今後も市中感染状況に対応し、患者と家族の面会機会を守ることが、患者の人権を守る事であるとの意識を持ち、患者と家族が安心できる療養環境を作っていけるよう努力し続けていきたい。

01	①感染対策
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	よりよい手術室環境に向けて ～バイキン君を用いた環境整備の取り組みについて～

県 連 名 長野
院所・施設名 健和会病院
発 表 者 松下 洋美 職種 看護師
共同研究者 大坪 安子、小田原 沙織、片桐 伸子
坂巻 佳子、平沢 忠広

【はじめに】
A 病院手術室では、日々の始業前清掃・手術終了時清掃に加え、週末清掃として毎週金曜日の午前中に第1・2手術室の普段拭かない箇所や、手洗い場・器械室・廊下・休憩室・男女更衣室・待合室など手術室全体の拭き掃除を行なっている。広範囲な清掃の為、メンバーの負担となっている可能性は否めない。その中で、メンバーの発想からゲーム性を取り入れ楽しみながら環境整備が出来ないかと考え取り組んだので報告する。

【倫理的配慮】
個人が特定できないよう配慮した。

【方法】
(1) バイキン君シール（*マグネットタイプのバイキンの絵が描かれたシールで、以後バイキン君とする）5体を作成。
(2) 手術室メンバー1名が毎週交替でバイキン君当番になり、他メンバーに知られない様に、拭き掃除が必要と思う場所にバイキン君を貼る。当番以外のメンバーは拭き掃除をしながらバイキン君を見つける。
(3) 清掃後、メンバー間で発見出来なかった箇所の共有。
(4) (1)～(3)を10か月施行後、メンバーに聞き取り調査。

【結果】
メンバーの感想から、しっかりと拭いているつもりでも拭き足りない場所に気づかされ、次回から気を付けて拭くことができた。バイキン君を探しながら拭くことにより、拭き漏れがないよう意識的に環境整備に取り組むことができた。バイキン君を見つけられなかった時は、自分が見落としがちな傾向に気づくことができた。バイキン君を使って菌が見える化した事で、自分が意識していない部分の清掃も出来るようになった。逆に、「ここを拭きたいな」と思った所にバイキン君を貼る事で他のメンバーの意識づけになった。バイキン君を貼る側になった時は、皆がどこを触るのか動線を改めて考える機会となり、ポイントを押さえながら環境整備をするよう意識が変わった。拭く側になった際は、自分が拭いていなかった箇所の気づきができ、バイキン君を貼る側になった際は、拭いて欲しいと思う箇所を他メンバーへ意識づけできた事がわかった。

【考察】
個人の清掃では個々の清掃パターンに限られてしまうが、菌を可視化したことで着眼点が変わり気づきが増え、個々の清掃パターンの意識の変化へとつながった。今回、ゲーム性を取り入れた事でバイキン君を見つける楽しみ・貼る喜びを感じながら取り組む事ができた。その結果、効果的・効率的な環境整備ができ、手術室の清潔の維持へとつながっていると考える。

【まとめ】
手術室環境清浄化は患者に対する感染の危険性を軽減するうえで重要であることから、清潔に対する意識を継続して持ち続ける必要がある。今後も今回の取り組みを継続していくと共に、バイキン君が見つからなかった箇所をメンバー間でしっかりと共有・清掃後の振り返りを行い次の清掃へのステップアップへ繋げていきたい。

【参考文献】
・手術医学 Vol 40 ち9章 手術室環境整備

01	①感染対策
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	当院における感染対策

県 連 名 岩手
院所・施設名 川久保病院
発 表 者 藤原 百合香 職種 看護師
共同研究者 岸 佳子

【目的】
当院は盛岡市南部を中心に、地域に根差した総合診療を展開している。当院は120床の重急性期病院であり、二次救急病院などに認定されている。構造上の問題もあり、コロナ患者の入院受け入れは行っていない。2019年12月以降、新型コロナウイルス感染症の患者が断続的に報告されるようになり、蔓延防止の観点からコロナウイルス疑い患者と、疑い以外の患者が接触しないよう可能な限り動線を分けるようガイドラインでも示された。当院でも新たに発熱外来を設置し動線を分けた結果、一般外来からは診療内容が見えず、スタッフ周知も不十分となった。対策として感染対策と意見交換により、発熱外来を軌道に乗せることができたので、1年間の取り組んだ報告を行う。

【方法】
① 取り組み期間：2020年5月～2021年5月 ② コロナウイルス感染症疑い例の患者と、疑い以外の患者を分けるために、正面玄関でサーモカメラによるスクリーニングを行なう。受付でも発熱や風邪症状はないか確認。 ③ コロナウイルス感染症疑い例の患者は、発熱外来での診察を行なう。 ④ 発熱外来での問診は、発熱チェックリストを使いトリアージを行なう。スタッフは个人防护具を着用し対応。 ⑤ コロナウイルス陽性患者または濃厚接触者の受診対応では、車から患者を下ろさず、医師、看護師が車サイドに伺い、問診や診察・検査をする。発熱外来の中には入れない。 ⑥ 毎月の学習会を開催。个人防护具の着脱訓練や、意見交換の場を作り、スタッフへの周知を図る。

【倫理的配慮】
院内倫理委員会の承認を得て、参加するスタッフは無記名とし個人が特定されないよう配慮した。

【結果】
発熱外来担当スタッフは、誰一人として感染することはなかった。発熱外来で使用するチェックリストは、情勢が変化する毎にチェックリストの見直しを行なった。国の政策により対応方法を変える必要があり、適時スタッフへの周知を図った。

【考察】
スタッフが感染することがなかったのは、定期的な感染対策の学習会の開催をすることで、必要な知識の習得と確かな个人防护具の使用を行えたことが大きい。陽性者が判明していない状況のなか対応する為不安が大きいが、定期的に意見交換することで、不安の解消に繋がり、意思統一も図ることができた。その結果チームワークを高めるきっかけにもなったと考える。

【結論】
まだ新型コロナウイルスの収束は見えていない為、情勢に合わせて臨機応変に対応する必要がある。定期的に院内の感染対策を振り返ることで、感染拡大防止への意識が高まった。今後も引き続き感染対策を強化していきたい。今後起こりうる更なるパンデミックの対応としては、発熱外来でトリアージ、迅速に検査実施しながら、滞在時間の短縮化を図る。対応するスタッフ不足も予想されるため、オンライン診察、AI問診の導入などの検討を行い病院全体で感染防止に努めていきたい。

キーワード：コロナ対応

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	外来隔離室へ隔離された患者の思い

県 連 名 富山

院所・施設名 富山協立病院

発表者 大場 恵利香 職種 看護師

共同研究者 大塚 和実、入江 貴子

【目的】

新型コロナウイルス感染拡大により、富山協立病院外来でも有熱者は隔離対応している。隔離室は一般の待合室から離れており、対応が行き届きにくい。そのため外来看護師は、患者対応に不安を感じている。そこで外来で隔離室を利用された患者の思いを明らかにするため研究を行った。

【方法】

①研究対象者：外来隔離室利用患者85名②研究期間：2021年7月～9月③データ収集方法：対象者に研究者が作成した無記名アンケート調査を実施。

【倫理的配慮】

研究への参加協力は自由意思であり、プライバシーは堅く守り研究データ及び結果は研究目的以外に用いることがないこと、不利益を得ることがないことを説明し同意を得た。富山協立病院倫理委員会の承諾を得た。

【結果】

隔離室に入ることでどう感じましたかの設問に対し、安心であるが37人（43%）どちらでもないが32人（37%）不安である16人（18%）であった。自由記入欄の、回答内容を分析し①環境に関する要望、②身体的・精神的苦痛に対する要望③医療者に対する要望の3つのカテゴリーに分類した。

【考察】

隔離室に入ることで、43%の方が安心できると回答しており、最も多かった。消毒や隔たり、ヘパフィルターが設置されていることで、周りを気にせず咳が出来る環境であったことや、感染の管理がされていることで、自身も守られていると感じたと考えられた。18%の不安の内訳は、コロナ差別が最も多く、社会的な背景もあると考えられる。自由記入欄の回答を3つのカテゴリーに分類した。〈環境に関する要望〉広さを求める意見が多かった。四方を壁とカーテンで囲まれた空間で、30分から120分間待機時間がある。感染予防の観点から枕、布団、ラジオやテレビは設置していない。ベッドを配置してあるが、体調悪化で受診している患者が待ち時間を安楽に過ごせる環境とは言えない。〈身体的・精神的苦痛に対する要望〉隔離室は閉ざされた環境のため、圧迫感・孤独感が生じる。検査の結果を待つ患者は、結果が出るまで不安がある。一般の外来であれば、他の患者や医療者の動きを見て、順番や次の動きを予測することも出来るが、隔離室ではそれが出来ない。そういったことが身体的・精神的な苦痛となった。〈医療者に対する要望〉隔離室では、看護師は全身防護服対応をしている。フェイスシールドとマスクで看護師の表情が見えにくい。また、PCR検査時は指示的になりやすい。会話などは距離を置いた対応となるため看護師が冷たいと感じやすいと考えられた。

【まとめ】

「隔離」という言葉や行為に対し、看護師が考えているより患者の受け入れにそれ程抵抗がない事がわかったが、一方で不安であるという意見もあった。患者が不安を抱えていることに留意し、積極的な情報の提供を心がけることで、看護の質の向上に努めたい。

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	発熱外来の軌跡

県 連 名 岐阜

院所・施設名 みどり病院

発表者 宮里 由以子 職種 看護師

共同研究者 白木 敬子

【はじめに】

みどり病院発熱外来は①ゾーニング出来ない環境②物品不足③医師体制不足（非常勤・派遣が多い）の課題を抱えながら、①院内感染を起こさない②地域患者のニーズに応えることを目標に、試行錯誤しながら多くの陽性者を対応したが今まで外来看護課職員の感染はない。ここに当院の奮闘の経過を発表する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮した

【経過】

2020年4月 肺炎で入院した患者に陽性が判明し、院内感染対策本部が立ち上げられ、同時に外来チームで対応検討開始した。小児科の発熱対応と入院受け入れ時基準を作成、検体採取室を固定しPPEの学習・徹底した。5月 内視鏡検査の対応作成、病院玄関に発熱待合用テントを設置したが強風で断念した。7月 院内でのゾーニングは難しく、別棟で試験的に発熱外来を実施したが、動線が長く医師の一般診療との兼務が難しく、車椅子・ストレッチャー患者の対応もできないため断念した。そこで基準を①ゾーニングではなく接触機会を減らす②待合対策はマスク・手指消毒・距離を1M離れることとした。10月 診察室を固定し、担当医師・看護師各1名で発熱外来開始した。トリアージシート作成、発熱患者のカルテを赤ファイルに入れ区別化、必要項目網羅した問診票を作成し、各所にPPE手順表の掲示と清掃で感染対策を徹底、対応基準（外来の流れ、入院手順、陽性者対応など）を作成し、朝会で変更など対応を統一、チェック表で確認した。検査キットの残数で変更される検査方法を毎日文書で確認、陽性者の事例から基準もその都度変更した。2021年9月 陽性者多数発生により動線を短くするため、裏の駐車場に車を誘導、車内で待機・検体採取している。

【考察】

この間精神的な負担の大きさと体調不良になり退職する職員もいた。ゾーニングできない中で常に緊張し不安を感じるが、問題があればすぐ朝会で話し合い変更することで職員は団結することができた。外来にICNがいたことも心強かった。当初PPEの看護師の姿に不安になり、発熱外来に誘導すると怒り出す患者もいたが、今は「大変だね」と声をかけられる。小児科・救急・内科など外来のあちこちで発熱対応しているが、医局・医事課・検査科・放射線科と連絡を取り合うことで重ならないように誘導している。今まで外来看護課の感染がないのは、他職種との連携と職員の対応力だと考える。

【おわりに】

終わりの見えないコロナ対応に疲弊している中、最近では小児科の発熱初診患者や他院からの発熱患者の紹介が増え、休日には保健所からの誘導で地域外からの受診者も増えている。職員を守るためにも全てを受け入れるのではなく、状況に応じて他部門の応援や業務の制限を行っていく必要がある。今後も外来での感染者をださないことを目標に日々の目まぐるしい変化に対応しながら地域での窓口である責任を果たしていきたい。

01 ①感染対策	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	手指衛生の意識向上に向けた取り組み

県 連 名 福岡
院所・施設名 戸畑けんわ病院
発 表 者 御手洗 愛子 職種 看護師
共同研究者 森本 和恵

【目的】
「手指衛生は、患者及び医療従事者を感染から守るための最も重要な方法である。」¹⁾しかし、職員の手指消毒剤使用量や手指衛生の重要性の認識に個人差がある現状があった。そこで、A病院B病棟スタッフの手指衛生に対する知識や手指衛生行動の現状を把握し、手指衛生の直接観察・手指消毒剤の使用状況の確認を行っていた。しかし、2022年1月にB病棟で新型コロナウィルスのクラスターが発生した。

クラスターの発生後、多くのスタッフが自身の感染対策のあり方や手指衛生の必要性を再認識したが、これを継続するために、どのような働きかけが必要かを考え、実践した。

【方法】
1) 対象者：A病院B病棟スタッフ
2) データ収集方法：手指衛生に対するアンケート調査（2021年6月実施）による現状調査・手指消毒剤の使用量チェック表

【倫理的配慮】
健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている。

【結果】
手指衛生に関するアンケートでは、7項目の援助場面で手指消毒を行うか5段階で評価した。結果、①オムツ交換で必ず実施するが56%、トイレ介助で時々実施するが36%、③食事介助で必ず実施するが12%、患者移乗時に必ず実施するが12%であった。手指消毒が少ない理由については、意識が低い、手荒れがひどいの回答であった。直接観察をスタッフ同士で行った結果は体液中に暴露された可能性のある場合に多くが手指消毒を行っていた。しかし患者周辺の環境に触れた後には手指消毒が行えていないという結果であった。直接観察を行った感想として「他者のチェックを行って自分自身も出来ていないと感じた」「患者周辺環境に触れた後が手指消毒が出来ていないと感じた」という意見があった。2021年12月の直接観察では手指衛生遵守率は78.4%と高かったが患者と電子カルテの行き来の際、手指衛生が行えていないことが多かった。

【考察】
2021年6月の手指衛生に関するアンケートでは、最も多いオムツ交換の時でも、必ず実施するは6割に満たず低い数字であった。しかし、クラスター発生を経験したことで防護具の使用状況は各段に上がり手指消毒剤の使用量も増加している。クラスター発生後、間が無い現在は感染予防に対する意識が高まっているが、これを継続していくことが重要である。そのためには手指衛生の重要性を忘れず、行動に繋げていける様に定期的に直接観察や学習会とともに啓発活動を行っていくことが必要である。今回クラスターを経験したことで、今までの自分自身の感染対策について振り返る機会となった。今回の経験を風化させず、手指消毒を継続的に行えるようになりたい。

【引用文献】
1) 任 和子：系統看護学講座 専門分野3 基礎看護技術Ⅱ，医学書院，p415,2014

01 ①感染対策	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	健診分野における手指衛生向上に向けた取り組み —租順守率100%を目指して—

県 連 名 千葉
院所・施設名 二和ふれあいクリニック
発 表 者 芦垣 彩加 職種 保健師

【目的】
二和病院感染制御チームにより、手指衛生向上の目的で職員向けの「わくわく手洗いフェスティバル」が開催され、これに参加した。この取り組みについての振り返りをここに報告する。

【倫理的配慮】
「わくわく手洗いフェスティバル」への参加について職場で周知し、口頭で同意を得た。また、本抄録は個人情報を含まない。

【方法】
①手指衛生のタイミングを明確化し、各所に設置。②保健師勤務室に消毒液消費量の目安を掲示。③個別に声掛け。④自己評価。結果を集計・回覧し部会で共有。

【結果】
20部署中3位（消毒液消費量10/100点+租順守率93.7%+独自の取り組み50/50点=153.7/250点）。方法①により、全員が共通したタイミングで手指衛生実施可能となった。方法②③により、消毒液消費量やワンプッシュ量が少ないことに気付いた職員がいた。方法④により、手指衛生のタイミングを理解している職員が増加した。

【考察】
手指衛生は、病原微生物の伝播を減少させる最も重要な手段である。「手指衛生遵守率向上のための取り組みと結果」の介入内容として「教育」は必須で行われている¹⁾。そこで、WHOが啓発している「患者ケア時における手指衛生の5つのタイミング」を健診業務に置き換えて具体化した。健診業務に置き換える際は、多職種で健診の流れをイメージしながら意見を出し合った。これにより、いつ手指衛生を行うかが具体化され、自信を持って実施できるようになり、職員の行動変容に繋がったと考えられる。

「手指衛生遵守率向上のための取り組みと結果」の介入内容として「結果のフィードバック」も行われている¹⁾。日本看護協会「教育活動の基準」によると、フィードバックすることの意義について「自分の成長や不足点を知ることにより、その後の学習におけるモチベーションを向上させたり、自己の課題を認識したりすることができます。」²⁾とある。このことから、方法④や個人へのフィードバックは手指衛生を効果的に行い、維持していくために有効であると考えられる。

今後さらに向上させていくために正しい知識の波及や、継続できていることに対して自信となるような声かけ、フィードバックにより行動が逆戻りしないような支援が必要であると考ええる。

【まとめ】
正しい知識の波及、現場に即した方法を明確化することにより、自信を持って行動できる。フィードバックは取り組みを維持するために有効である。

【終わりに】
健診や医療機関への受診は「必要な外出」であり、コロナ禍においても推奨されている。今後も安心して受診して頂けるよう、感染対策に務めていきたい。

【参考文献】
1) サラヤ株式会社.手指衛生のススメ .Medical SARAYA.
https://med.saraya.com/top.html
2) 日本看護協会.継続教育の基準 ver.2
生涯学習支援 .https://www.nurse.or.jp

01 ①感染対策

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名都市部のプライマリ・ケアを担う診療所における
看護実践～ COVID-19の流行を受けて～

県 連 名 東京

院所・施設名 生協浮間診療所

発 表 者 後藤 智美 職種 看護師・保健師・診療看護師(NP)

共同研究者 小串 路恵、萩尾 久美、金子 遥愛

植野 風夏、斉藤 由美子、藤巻 りゑ子

辻 薫

【はじめに】

当診療所は、外来・訪問診療・訪問看護や地域活動を通じて、プライマリ・ケアの役割を担う無床診療所である。COVID-19の流行は診療所の運営にも多大な影響を及ぼし、従来とは異なる対応を要した。本稿では COVID-19に関わる看護師の業務に焦点を当てて、活動を振り返りたい。

なお、本報告では個人情報情報を匿名化している。

【看護の実践】

当診療所では、COVID-19の流行が騒がれた2020年3月より、時間・空間分離による感染対策を講じながら「かぜ外来」と称して、かぜ診療を開始した。かぜ外来の初診患者のなかには「発熱相談センターに連絡をしたら、生協浮間診療所を紹介された」と受診経緯を話す方も多く、若年層など、これまで受診機会のなかった患者が新たに当院を利用するようになっている。

かぜ外来の開始当初、診療所の役割は、疑い患者の診察・検査・診断・発生届の提出までであると考えており、看護師は、電話相談への対応や検査介助、検査結果の連絡などをおこなっていた。しかし陽性者数の増加に伴い、療養期間中のフォローアップや濃厚接触者への対応、その他いわゆる「コロナ後遺症」のフォローアップなど、長期的で個別性の高い支援も求められるようになっていく。

また第4波や第5波の流行時は、陽性者数の増加から軽症者施設への入所や医療機関への入院が困難なケースが目立ち、自宅療養者のフォローは重要課題となった。特に中等症以上の陽性者は状態が刻一刻と変化するため、訪問看護や訪問介護の事業所などと連携しながら、細やかなフォローアップを要した。しかし COVID-19への対応をおこなう介護職は、過度な負担や恐怖を感じる可能性があると考えられたため、地域包括支援センターと連携して COVID-19に関連した医療介護連携の学習会を開催するなど、地域全体で地域住民の暮らしを支えていく取り組みもおこなっている。

【考察】

プライマリ・ケアを担う診療所には、医療的な困りごとが生じた際の相談先として、かかりつけ機能を発揮することが求められているが、COVID-19の流行はその役割を再認識する機会となった。診療所には一次医療機関として COVID-19か否かの除外診断をするだけでなく、受診を機に患者にとってのヘルスリソースとなれるような関わりが求められていると言える。また診療所看護師にはコーディネーターとしての機能も求められている。地域の資源を把握したり、各関係職種と情報共有したり、介護職種との学習会を開催したことは、患者ケアの質や継続性を担保することにつながっていたと考えられる。

【今後に向けて】

COVID-19の流行により人々の生活が変化しているように、プライマリ・ケア提供にあたって感染症対策を考慮することは不可避となっている。今後も感染症流行や社会の状況を鑑みながら、求められるケアや連携の在り方を検討していきたい。

01 ①感染対策

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名介護事業所における新型コロナウイルス感染予防
対策チェックリストの取り組み

県 連 名 北海道

院所・施設名 特別養護老人ホームかりぶあつべつ

発 表 者 早田 元子 職種 看護師

共同研究者 谷田部 貴世、吉野 真由美、松田 梨香

戸梶 恵美子、見上 眞由美

【目的】

2021年5月当法人の特養は大規模なクラスターに見舞われた。その経験から、わたしたちは、標準予防策の重要性を痛感し、法人感染対策委員会により、介護事業所における新型コロナウイルス感染予防対策チェックリスト（以下：チェックリスト）を作成した。今回は、その作成過程と活用による管理者の感染症に対する意識変化についてのアンケート調査を実施したので報告する。

【方法】

研究対象：法人内全事業所管理者

調査期間：2021年8月～2022年4月

データ収集方法：チェックリストを使用した実態調査、

独自のアンケート調査

【倫理的配慮】

対象者へ書式を用いて研究の主旨を説明。

【結果】

法人感染対策委員会では、定期的に全職員対象に標準感染予防対策の学習を行ってきた。2020年からは、新型コロナウイルス感染症も加えたが、特養で大規模クラスターが発生し、併設する事業所も休止せざるを得なくなった。クラスターを収束させるために札幌市保健所や感染対策管理認定看護師から指導を受け、改めて日頃からの感染予防対策の重要性を痛感することとなった。クラスター収束後、「感染症に強い施設・事業所になる」ことを目標に法人感染対策委員会が中心となり、日本環境感染学会の新型コロナウイルス感染症院内・施設内感染症対策チェックリストを参考に、チェックリストを作成した。5つの項目に分け、点検項目・事項は概略的だったため点検項目を細分化し、点検内容の捉え方が異ならないように表現の工夫をした。また、サービス提供時の個人防護具の使用基準が事業所により異なっていたので、使用状況の把握ができるようにした。作成行程でサービスごとに特性があり、サービス別に見直す必要があることがわかり、施設・ショートステイ・小規模多機能、通所系、訪問系、居宅、事務、栄養科、住宅系に分けて作成することとした。

完成に至る経過は、①委員会で作成したチェックリスト案に沿って事業所管理者が点検を実施、②委員会が各事業所の感染予防対策の状況を把握、③①と②をもとに改めて委員会で作成した点検項目・事項を整理したチェックリストを作成、④再度、各事業所管理者が点検、⑤その後、感染対策委員とクラスターを経験した看護師が実際に各事業所をラウンドしての点検と助言。

ラウンド時、管理者からより具体的な質問や意見が出され、感染予防対策に対する意識変化が見られた。今回のチェックリスト作成が管理者のリスク管理意識へ与えた影響を確認するために、チェックリスト使用前後での意識変化に対するアンケート調査を実施した。

【結論】

- ・各事業所に合わせた法人内共通新型コロナウイルス感染予防対策チェックリストは感染予防対策の意識づけに有用である。
- ・感染予防対策に対する意識向上には定期的な点検とラウンドでの意見交換が重要である。

【参考文献】

日本環境感染学会新型コロナウイルス感染症院内・施設感染症対策チェックリスト

01	①感染対策
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	入院できない！！ ～サービス付き高齢者向け住宅でクラスター発生・コロナ感染者への対応～

県 連 名 大阪
院所・施設名 ひまわりの家鳳
発 表 者 笠原 めぐみ 職種 介護福祉士
共同研究者 ひまわりの家鳳 ヘルパーステーションスタッフ一同、ひまわりの里鳳 訪問看護ステーションスタッフ一同

【はじめに】
サービス付き高齢者向け住宅の入居者5名、スタッフ1名がコロナに感染した。
当時、第6波ということもあり病床は逼迫し、中等症2以上でなければ、たとえ高齢者で基礎疾患があっても入院できない状態だった。そのため、入居者5名はサービス付き高齢者向け住宅で療養することになった。
感染判明から療養期間が終了までの取り組みを報告する。

【目的】
・感染した方が安心して療養できる体制づくり
・感染を拡大させないための取り組み

【方法】
・感染者の体調管理（訪問介護と訪問看護）
・感染対策
・PPE（個人防護具）の手順のマニュアル作成と学習
・ゾーニング
・PCR 検査の実施

【倫理的配慮】
発表にあたり個人が特定できない配慮をしています。

【結果】
・感染者は重症化することなく療養期間を終了した
・他の入居者やスタッフの感染を防げた

【結論】
サービス付き高齢者向け住宅は病院や施設と違って入居者の自宅となっているため、感染者の居室の移動ができず、ゾーニングが難しかったが、感染対策、PPE（個人防護具）の手順をしっかりと守ることで感染を防ぐことができた。
また、自宅待機となったスタッフもおり一時的に人員不足となったが、ヘルパーステーションや訪問看護ステーションの各管理者やサービス提供責任者と相談しながら、サービスの変更や縮小を行った。感染者については、1日を通してスタッフを担当制とし不可欠なサービス以外は中止・他の入居者のサービスでの会話は必要最低限とし時間も短縮した。訪問看護では感染者の体調管理を優先し他の入居者の訪問を一時的に中止した。今回の取り組みは今後 BCP（事業継続計画）を策定する上で参考材料となった。

【まとめ】
第6波が来るまで一人の感染者出していなかったが、オミクロン株の感染力の強さを実感した。
対応にあたったスタッフは「自分も感染するのではないか」「自分が他の入居者に感染させてしまうのではないか」と不安が大きかったと思うが「○○さんは療養終了まであと○日、頑張ろう！！」と声を掛け合って乗り切った。
サービス付き高齢者向け住宅、ヘルパーステーション、訪問看護ステーションが連携し情報共有することで、重症化や感染拡大を防ぐことができた。
これからも感染対策を怠らず、コロナから入居者を守っていきたい。

01	①感染対策
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	グループホームみたてにおける感染症発生と拡散を踏まえ、今後の感染防止、発生時の対応を考える。

県 連 名 東京
院所・施設名 グループホームみたて
発 表 者 金谷 聡志 職種 介護職員
共同研究者 田中 俊祐、中野 一仁

【目的】
コロナ陽性者の発生から対応、終息に至るまでを振り返り感染が広がった原因を探り今後の感染症予防、発生時の迅速な対応に活かしていく。

【方法】
記録、職員への聞き取り

【倫理的配慮】
・個人が特定できないよう倫理的配慮を行った。

【結果】
4月13日職員陽性となり、同日利用者1名の発熱から全入居者PCR検査、結果として5名陽性となった。その後も段階的に他利用者、職員にも陽性者が発生しクラスター感染となった。5月5日陽性により入院していた利用者の退院を持って終息となった。

【考察・まとめ】
・最初に職員が感染してから入居者に広がるスピードの速さ。職員の発症前の入居者対応時のマスク対応は徹底出来ていたが、広がってしまった。
・利用者の発熱判明からゾーニング（居室隔離対応）を行うもフル PPE 対応は行っていなかった。管理者、主治医の尽力で陽性者の素早い入院対応が出来たが、入院前の入居者が多くいる中で確実なガウン着脱、処理が出来ていたとはいいがたい。
・トイレ、洗面所も共用のため使用後の消毒が徹底されない場面もあったと思われる。利用者は皆認知症であり、感染症の理解、マスク着用の必要性を認識する事が難しく、居室にいないてはいけないという理解も難しい方が多いため施設などの対策も必要となった。また無症状陽性の方はマスクを着用してもらうも外してトイレに行く、他入居者との会話などの行動も見られた。
・入院する利用者が増えてきてからはフル PPE 対応や消毒も出来るようになってきたが発生初期は感染防止に不慣れな事もあり対策が十分でなかったことから陽性者の増加に繋がってしまった可能性は否定できない。

●以下今回の感染拡大から必要と感じた対応
・職員の基本的な感染防止対策の徹底。
・職員（職員家族含む）、入居者の健康管理からコロナかもしれないという判断と迅速な職場、医療職への報告。
・医療職との連携。どなたに重症化リスクがあるのか？入院に繋げるか？
・感染症発生時のシミュレーション、マニュアル、物品準備と各職員の理解。
・共有スペースを限りなく少なくするゾーニングとそのための物品準備。
・シフトの組み替えによる勤務可能職員減の対策。
・配食弁当の使用や入浴中止、更衣介入はしないなど職員の利用者への介入を可能な限り減らす。
・電話対応者、入居者支援対応者を可能な限り分ける（混乱防止の為）。

キーワード：コロナ対応

01 ①感染対策

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 デイサービスという集団活動の中で感染を拡大させない取り組み

県 連 名 千葉

院所・施設名 デイサービスセンターからたち

発表者 阿曾 純也 職種 介護福祉士

【はじめに】

コロナウイルス感染症が蔓延してから、2年以上が過ぎている。千葉では施設でのクラスターが多く発生し、当初はデイサービスを自主的に休業する事業所もあった。しかし、デイサービスの休業は、利用者のADL及びQOLの低下を招き、家族介護の負担も増加する事態となった。利用者やその家族の生活を継続する観点から、コロナ禍で安全にデイサービス事業を継続するための取り組みについて報告する。

【目的】

集団活動の中で、感染を拡大させない事業運営に取り組み、利用者や家族の日常生活が継続できる。

【倫理的配慮】

今回の事例発表について個人を特定できないように配慮した。

【取り組み内容】

- ・運営…BCPの作成、机上訓練、利用者のグループ制、感染予防対策の徹底、介助の工夫
- ・利用者、家族…健康チェック、マスクの着用、こまめな消毒、お知らせによるフェーズの共有
- ・職員…感染予防対策の学習と定着、健康チェック、黙食、職員同士の会食禁止

【結果】

第5波の時、定期的なPCR検査で、職員の陽性発覚。濃厚接触者は発覚から2日前にさかのぼり接触した人が対象となる。保健所からの指示で陽性職員の行動記録、介助場所や更衣室の写真、密着した利用者のリストを提出。感染拡大させない介助を意識できていたため、保健所からは濃厚接触者無し。との連絡あり。職員の陽性の発生を利用者や家族、関係機関に連絡した際は、状況を受け止め大きな混乱は無かった。

【考察】

感染しやすい行動や濃厚接触者の定義を理解し、介助を工夫したことで濃厚接触者を出すことなく、事業を継続できた。また、BCPを作成し、現状より先の予測を利用者や家族と共有出来ていたことやフェーズに合わせた対応マニュアルがあったことで、混乱することなく対応できたと考える。

【まとめ】

変動する感染状況の中、BCPの重要性を認識し活かすことができた。非常事態でも安全に事業が継続できていることは、長期間に及ぶ感染対策の負担が続く中でも職員が利用者さんの日常を守りたいという想いの強さに支えられている。引き続き、職員のメンタルヘルスケアにも取り組んでいきたい。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	医療安全管理 safety I から safety II への取り組みに向けて ～事業所内の Good-Job から学ぼう！繋ごう！医療安全～

県 連 名 福岡
院所・施設名 戸畑けんわ病院
発 表 者 岩本 高志 職種 看護師
共同研究者 松岡 亜矢子、米田 幸子、宇野 一美

【目的】
A 病院では、月100件前後のインシデント・アクシデント報告書をもとに医療安全管理活動を展開している。是正カンファレンスは、概ね当該職場で開催されるため、患者影響レベルに関係なく当事者個人の問題だけがクローズアップされがちで、同様の失敗を繰り返さないための十分な対策立案がなされているとはいえない。これは、当事者の責められるという思いが報告書の提出を躊躇させ、有効な改善策の検討と全体での情報共有に遅れが生じることで、類似のインシデントの繰り返しへと繋がっている。
そこで、医療安全に有効な改善策の提案と活用のサイクルを回し、医療安全活動への負の連鎖を払拭するため、Good-Job 報告（インシデント報告をポジティブにする好事例報告）に着目し、皆が業務の中で当たり前のようにしている行動の中にこそ事故防止があることを認識、実感して、不安全事象の発生減少に繋がりたいと考えた。

【方法】
A 病院の医療安全管理活動にレジリエンス・エンジニアリング理論の有効性を評価するため、医療安全管理 safety I から safety II への取り組みを比較検討し可視化する。
研究デザイン：量的研究、報告書の集計・分析による後ろ向き研究
対象：事業所内全職員
期間：2020年12月～2022年3月～2022年3月
データの収集と分析方法：Good-Job 報告書の提出数と研究期間のインシデント・アクシデント数と内容をもとに数の変動と内容を分析

【倫理的配慮】
各種報告書は医療安全委員会および事業所管理会が承認したものを使用し、本研究は健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている。

【結果】
学習会、ニュース発行など Good-Job 報告促進の取り組みを行ったが、月度の報告数は伸びず、レジリエンス・エンジニアリング理論の有効性を見出すには至らなかった。
1) グッジョブ報告数
(1) 2020年12月～2021年5月の報告件数34件
(2) 2021年6月～2022年2月の報告件数26件
(3) 月別報告件数は図1参照
2) インシデント・アクシデント報告件数
(1) 2020年12月～2021年5月の報告件数612件
(2) 2021年6月～2022年2月の報告件数876件
(3) 月別報告件数は図2参照
3) インシデント・アクシデント報告に対する Good-Job 報告割合（図3）

【結論】
これまで根強く浸透してきた医療安全管理 safety I の考え方に新たな safety II の考え方を融合させた取り組みの発展には、職員の意識改革が必須の課題となる。

【参考・引用文献】
1) 中島和江：レジリエント・ヘルスケア入門 2019年12月1日第1版第1刷 © 発行
2) 大賀賀直子：All About 健康 医療「いつもミスする人」を責める前に知っておきたいこと 2018年3月29日 <https://allabout.co.jp/gm/gc/460079/> 電子文獻

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	透析開始時業務で感じる思いを明らかにする

県 連 名 富山
院所・施設名 富山協立病院
発 表 者 森 みえ 職種 看護師
共同研究者 武藤 真希、高橋 伊津美

【目的】
透析は体外循環のため患者観察や機械操作など特別な知識や技術を必要とする。安全な透析治療を提供するために多くの確認事項があり、透析開始時に集中している。約35名の患者を10時までに開始する必要があるが、透析開始時に関わる同じインシデントが繰り返し発生。スタッフはタイムプレッシャーを感じているのではないかと考え、感じる思いを調査した。

【方法】
対象は当院透析室看護師11名、臨床工学士4名。2019年6月から2021年6月に提出されたインシデントの総数から、透析開始時業務に関わる割合を出す。研究者が作成した無記名式アンケート調査を実施し、ヒューマンエラーの原因となる12パターンに当てはめ分類。

【倫理的配慮】
スタッフへの同意書を作成し事前に研究の主旨と方法を説明し、研究への参加協力は自由意思であり拒否することができること、プライバシーは堅く守り研究データ及び結果は研究目的以外に用いることはないこと、不利益を受けることはないことを説明し同意を得た。

【結果】
インシデント総数92件のうち、透析開始時業務に関わるものは59件で64. 1 %。15名中14名がインシデントを起こしたことがあると回答。アンケート結果をヒューマンエラーの原因となる12パターンに当てはめたと、選択式では多い順に「近道・省略行動」「無知、経験不足、不慣れ」「不注意」「中高年の機能低下」「疲労」、自由記載では「集団欠陥」「近道・省略行動」「パニック」が同率1番、次いで「無知、経験不足、不慣れ」「不注意」の順となった。

【結論】
スタッフはタイムプレッシャー、対患者のプレッシャーを感じていることがわかった。また、8つのエラー原因が明らかになった。①タイムプレッシャーが本来すべき手順の不遵守に繋がる可能性がある。②生産性を追い求めるプレッシャーが本来すべき手順の不遵守に繋がっている可能性がある。③チェックリストを埋めることが目的となり、確認を怠り、確認すべきことが行われていない可能性がある。④安全な透析を行うために情報共有は必要であるが生産性や効率性を追い求めてしまう集団的な欠陥があると考えられる。⑤患者に対するプレッシャーがストレスとなり、パニックが引き起こされる。⑥苦手な患者とのコミュニケーションや環境ストレスからの疲労が回復しないことからエラーに繋がる恐れがある。⑦まだ透析の理解が十分でなく業務に熟練して行く過程で発生するエラーがある。⑧作業以外のことに意識が向いて注意散漫となり、ミスを誘発してしまう可能性がある。透析室では中高年の記憶や認識における機能の低下に伴うインシデントが発生する状況がある。

【考察】
ヒューマンエラーの発生を防止して事故を未然に防ぐためには、エラーを誘発させる背景要因に有効な対策をする必要がある。スタッフの感じる思いに注目することが有効であることがわかった。

キーワード：インシデント要因の調査

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	転倒転落防止につながる看護 ～入院時に自宅での生活に近い環境設定への取り組み～

県 連 名 兵庫

院所・施設名 神戸協同病院

発表者 小瀬古 実佳 職種 看護師

共同研究者 板井 沙弥、井上 朋美、内門 葵

【はじめに】

2018年度よりも2019年度の転倒が増加傾向にあった。転倒・転落報告書より、今後の対策を分析したところ、「環境設定の改善」と記入しているケースが多かった。今回、適切な環境設定につながるフローチャートを作成し、入院時よりフローチャートに沿った環境設定を行い、転倒転落防止への取り組みを行ったため、ここに報告する。

【研究目的】

高齢者や認知症患者が入院すると、2～3日をピークとしてせん妄が起きやすいと言われているため、入院時に自宅での生活環境に合わせて、適切にベッド周囲の環境設定を行うことで、入院3日以内の転倒転落患者の減少をはかる。

【研究方法】

- ・研究の開始時と終了時に、看護師にアンケートをとり意識調査
- ・フローチャートに従って環境設定

【倫理的配慮】

スタッフに対し、アンケートは無記名とし個人が特定されない配慮を行った。

【結果】

(アンケートによる意識調査)

開始時：L字柵の確認45%、降り方の確認61% 終了時：L字柵の確認54%、降り方の確認66% 自宅でベッドを使用しているかの確認62%

(フローチャート実施の結果)

- ・8月～9月の入院患者数 85人 ・フローチャート実施数 60人 (約70%)、フローチャートに沿った環境設定実施数 36人 (約42%)

(8月～9月の転倒転落実人数)

- ・転倒実人数 9人 (約10%)、入院後3日以内の転倒実人数 1人 (約1%)

【考察】

2019年度は、入院後3日以内の転倒転落が9人(2%)に対し、本研究中は1名(1%)と、転倒転落実人数が減っており、フローチャートの活用は、転倒予防につながったと考えられる。北川らは¹⁾、「認知症高齢者は、慣れない環境へ適応したり、過ごしやすいよう自分で環境を調整することが難しくなる。いかに認知症高齢者に適した環境を整えるかがケアの鍵となる」と述べている。本研究で行った入院時に自宅でのベッド環境を把握し、適切に環境設定を行うことは有効であったと考える。また、入院中の転倒で、訴訟につながるケースもある。予想されるリスクにおいて対応策をとらず転倒に至り、訴訟をおこされた時には、法場では注意義務違反を問われる可能性もあることを念頭に置き、常日頃より転倒転落回避につとめる必要がある。せん妄による転倒を予防するには今回の環境設定だけでなく、昼夜リズムをつけたり、適切な薬剤を使用したり、せん妄の引き金となる症状の改善など、他の介入も必要であ

【引用文献】

- 1) 北川公子著者代表：老年看護学，医学書院，P319,2016

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	リフト導入の成果と展望 ～移乗介助による 患者受傷者ゼロ 職員腰痛者ゼロ を目指して～

県 連 名 長野

院所・施設名 塩尻協立病院

発表者 市川 愛 職種 介護福祉士

共同研究者 原 良介

【はじめに】

医療・介護現場に「ノーリフティング」の概念が謳われてから10年以上が経過しているが、現場での移乗用リフト活用率はさほど高くない。

普及を阻む原因は若林・谷口らの研究で報告されている。¹⁾ 全介助による移乗介助は「患者の受傷リスク」「職員の腰痛リスク」が指摘されている。

受傷リスクについては、医療・介護現場において、移乗介助中の事故が多いことが知られている。医療事故情報収集事業 第54回 報告書²⁾によると、患者の移乗介助時の受傷要因として ①歩行、立位ができない ②車いすフットサポートへの接触 ③皮膚脆弱性 ④職員一人で全介助の介入を行った などが報告されている。当院においても、トランスファー実施時の事故報告件数は2年間で16件報告されている。

職員の腰痛については、「移乗介助」そのものが高リスク要因となる。厚生労働省「職場における腰痛発生状況の分析について」³⁾の報告書によれば、腰痛発生の業種は介護医療業種を含む保険衛生業が他業種と比べて第1位、動作別腰痛発生割合の8割移乗は人を取り扱う動作であることが報告された。別の報告では介護職員の7割以上が腰痛を抱えているという実態が報告され、離職原因の大きなリスクファクターとして「腰痛」が挙げられている。

「患者の受傷リスクの低減」「職員の腰痛対策」の改善を目的に2020年から移乗用リフトの導入を行った。

【取り組み】

- 1) リフト導入目的：①車いす移乗時の皮膚裂傷、擦過傷事故を減らす ②職員腰痛者を減らす
- 2) 導入プロセス：①リフトリーダー養成 ②リフトリーダーによる継続的な学習 ③CFで対象者の選定

【倫理的配慮】

研究の趣旨や方法、個人が特定されないこと等を証明し同意が得られたためにここに報告する

【結果】

リフト導入前 2018～2019年

トランス実施時の事故 16件 職員腰痛者 4名

リフト導入後 2020～2021年

トランス実施時の事故 4件 職員腰痛者 1名

【考察】

リフト導入前後での移乗時の事故、職員の腰痛者はあきらかに減少した。

リフト導入が軌道に乗った背景には①教育的側面②職員間の統一性がある。

リフト＝安全とは断言できず、使用を誤れば重大事故に繋がる事もありうる。また残存機能のある患者に安易に使用すれば、患者の自立を阻害する要因にもなることは留意しておかなければならない。

メリット・デメリットを正しく理解し、患者の状態に合わせ、適切にアセスメントしていくスキルの醸成が、最終的にリフトを介し、患者の受傷リスク軽減、職員の腰痛予防に繋がるといった「質の向上」に結びつけることができる。

【参考文献】

- 1) 美作大学・美作大学短期大学ぶ紀要
- 2) 医療事故情報収集等事業 第54回報告書
- 3) 厚生労働省データ
https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/100years_genjou.pdf
(財) テクノエイド協会著 リフトリーダー養成研修テキスト

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	局所麻酔下で白内障外来手術を受けた患者のアンケート調査 ～安心して手術を受けられる手術看護師の役割～

県 連 名 北海道
院所・施設名 札幌病院
発 表 者 豊吉 睦子 職種 看護師
共同研究者 斉藤 和恵、仲島 一恵、篠原 素子
安江 さおり

【はじめに】
A 病院の白内障手術は、入院もしくは、外来（日帰り）での手術を行っている。手術を受ける患者の年齢・聴力・ADL や視力低下による転倒転落に注意し、手術中は患者の手を握り、声掛けを行い安心してもらえるように看護を行っている2018年度のA 病院手術室看護研究において、入院での白内障手術患者は不安や苦痛が少なく手術を受けることができていたという結果を得られた¹⁾。今回、外来手術を受ける患者に着目し安心して手術を受けることができているかを明らかにしたく取り組んだ。

【研究方法】
①研究期間：2020年12月～2021年2月 ②研究対象：外来で白内障手術を受ける患者14名（認知症と診断されている患者は除外）③データー収集方法：質問紙は2018年度の研究と同じものを使用。手術終了後、看護師による聞き取り調査、及びカルテ調査。④データー分析方法：単純集計

【結果】
年齢：59～76歳 平均年齢69.7歳 男女比：男性4名 女性10名 併存症：整形疾患1名、脳血管疾患3名、内科疾患14名 アンケート結果は、A 病院手術室2018年度の入院白内障手術患者の研究と同様の結果となり、外来手術を受けた患者も不安や苦痛が少なく手術を受けることができていた。

【考察】
山田らは、音楽が不安の軽減に効果的であると報告している²⁾。本研究でも、手術室内の音楽はリラックスできたという評価が得られた。手術を終えての感想については、看護師の声掛けや手を握るなどの看護が安心に繋がっていたと評価を得た。徳山らは、看護師が対象者やその周囲の異常を早期に発見し、五感を使って予測を持ったアセスメントを行うこと、直接患者に触れることでの身体的支援を行うことは重要である⁴⁾と述べている。手術や処置について事前に説明された内容を覚えてはいるが、予想していたより苦痛と感じていた。手術を受ける患者は本人の予想を超える緊張状態に置かれていることがわかった。これらのことを鑑み、患者の表情や様子などを観察・声掛けし、患者情報をチームで共有し、安心安全な看護を行う役割が手術室看護師にあると考える。

【結論】
・外来手術患者は入院手術と同様に、不安が少なく手術を受けることができていた・患者は事前の説明だけではなく、状況に応じた看護を望んでいる・手術室看護師の役割は安全安楽な手術環境を整え、適切な看護を行うことである

【参考文献】
1) 仲島一恵他、局所麻酔下での白内障手術看護の評価、第9回北海道民医連看護介護研究交流集会、161p、(2019)
2) 山田鈴子他、眼科の局所麻酔下における術中看護について、手術部医学、7(2)、239-244(1986)
4) 徳山薫他、手術医療の実践ガイドライン3（6）周術期看護最終稿（2019）、日本手術医学会

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	その人らしさを考える ～身体拘束解除に向けて多職種協働～

県 連 名 福島
院所・施設名 わたり病院
発 表 者 松本 朋美 職種 介護福祉士
共同研究者 渡邊 渚、松崎 暁世

【はじめに】
身体拘束（以下抑制）は基本的人権や尊厳を妨げる行為である。本事例は高度認知症があり、膀胱留置カテーテル（以下 Ba）自己抜去予防、転倒・転落予防の為、複数の抑制に加え、抗精神病薬内服等実施した。退院は施設入所の為、抑制解除は必須であった。病棟、更に法人内施設介護職員等多職種の協働のもと、抑制解除を実現し施設入所に至った経緯とそこからの学び、課題を報告する。

【事例紹介】
B 氏 90代 女性 右大腿骨転子部骨折、左橈骨遠位端骨折後リハビリ目的で入院 アルツハイマー型認知症 認知機能評価不可 キーパーソン長男夫婦は施設入所を希望

【倫理的配慮】
高度認知症があり、施設入所している為本人のプライバシーの配慮として個人情報特定されないよう匿名化し、今回得た情報は適切に管理されることを同居していた家族へ連絡説明し同意を得た

【経過】
B 氏は高齢で重度認知症があり、骨折部位の保護弛緩剤をちぎるといった治療への理解力低下があった。また術後の筋力低下・不穏で、転倒転落の危険性があり目が離せない状態であった。尿閉で Ba 挿入を必要としていたが、自己抜去を繰り返していた為治療継続と安全対策に環境調整や身体抑制を実施した。保護弛緩剤除去後はミトン解除した。排尿促進剤の内服調整で Ba 抜去ができ、つなぎも解除できたが、筋力低下による転倒転落の高リスク状態は続き、体幹抑制解除が困難であった。そのため、主治医・薬剤師と抗精神病薬の調整を行った。病棟では施設や家族の情報を多職種で共有した。また法人内の介護職研修委員会で議題にあげ、助言を元に自宅に着慣れた服を着た。セラピストは複数回短時間介入をし離床回数を増やした。病棟はタクトィールケア等を実施し、ADL 向上と生活リズムを整えた。結果、体幹抑制を解除することに至り、施設入所可能となった。

【考察】
身体拘束は基本的人権や人間の尊厳を妨げる行為であり、身体能力の低下につながります。特にリハビリテーションをおこなううえで、活動性が低下し、患者さんの退院後の生活の質に大きく影響を与えますと高橋は述べている。今回 B 氏は高度認知症があり Ba 自己抜去予防、転倒・転落予防の為、複数の抑制を実施していた。認知症は、他疾患の患者と比べ、ケア提供者に理解が得られにくい。抑制を「事故防止対策」として安易に正当化することなく、パーソンセンタードケアを念頭に置きながら、解除に向けて取り組んでいくことが必要であると考えた。

【まとめ】
施設では抑制をせず患者の安全を守っている。今回、そのアイデアを院内でも共有し実践してみたいと思い、法人内介護職研修委員会に取り上げ、施設側からの助言も実践した。病棟・施設側の視点、意見を取り入れ共有し全体で協働することで解除に至ったと考える。

【引用・参考文献】
身体拘束ゼロへの手引き
ケアを科学する最先端情報誌 GPnet 2004 6月号
リハビリナース 2020 vol.13 No.6

キーワード：身体拘束解除

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	多職種連携で取り組んだ発熱外来の取り組み

県 連 名 熊本
 院所・施設名 くわみず病院
 発 表 者 古家 聖子 職種 看護師

【目的】

当院はベッド数100床、平均外来患者数216名/日の中小規模一般急性期病院である。2020年1月に国内で新型コロナウイルスの初感染が確認されて以降、発熱患者のトリアージを強化し同年3月には発熱外来を設置。現在ではコロナ陽性患者の診察もっており、この2年間でトリアージ患者数2017名、コロナPCR件数1200名、コロナ陽性者診察353名にのぼっている。実践を振り返り、職場を超えた良好なコミュニケーションが多職種連携による安全な患者受け入れに繋がったので報告する。

【分析方法】

週報・コロナ対策会議報告書から受け入れの取り組みや多職種との連携方法を振り返り、職員への感染を起こさず対応できた要因について分析する。

【倫理的配慮】

本研究には個人を特定する記載は含まれていない。

【結果】

発熱外来を始めるにあたり、ICT指導の下、動線確認およびゾーニング、PPE着脱訓練、外来受診の流れを周知した。有熱者の受け入れに不安を持つ職員は当然多く、目・鼻・口への飛沫と接触の暴露防止と環境清掃の2点の重要性を繰り返し徹底して伝え、直接対応は子や高齢な親と同居していない数名の看護師とICDで行った。有熱者、有症状者は受診前に看護師が電話による問診を行い来院時にはある程度の電子カルテ記載ができていて滞り時間を短くし接触時間も最小限になるよう工夫した。限られた看護職員での対応はすぐに限界を迎えたが、事務職員から「電話問診は引き受ける」と申し出があった。そこで誰もが記入しやすい問診票に改訂し変異株に合わせた症状に適宜変更した。事務職員の問診力の向上によって看護師が患者対応に専念できるようになり、現在でも毎朝事務部門と看護師で発熱・陽性者診察受け入れの可否や人数の打ち合わせを行う等連携ができていく。また、受診者の交差感染を防ぐため来院時間指定は現在も行っている。医師、看護師、検査技師、事務による週1回のコロナ対策会議は現在も継続し、情報共有、感染対策手段の変更修正、周知の場となっている。第4波以降は家族内感染が急増したが周囲に乳幼児～小児のPCR検査を受け入れる医療機関が少なく、保健所の要望に応じて総合診療医にて積極的に対応した。また陽性者診察は動線を考えた誘導を行い、受け入れ・対応面から県や保健所から感謝されている。発熱・陽性患者対応担当看護師を限定していることで感染対策手順は徹底されているが、コロナ長期化により対応する看護師の心身の負担は増している。また通常業務を担う他の看護師の負担が増えていることも課題だが声を掛け合いカバーしあっている。

【結論】

感染対策の基本、手順の周知を徹底し密にコミュニケーションをとることで、対応する職員が感染することなく通常業務への支障も最小限にしながら発熱・陽性者診察を充実させてきた。これはコロナ禍だけでなく日常的に職場づくりや医療事故防止にも重要である。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	インシデントカンファレンスに対する看護師の意識調査と考察

県 連 名 神奈川
 院所・施設名 汐田総合病院
 発 表 者 今井 礼 職種 看護師

【はじめに】

当病棟ではインシデント内容を共有し対策を考え再発防止していくためのカンファレンスを開催している。今症例では看護師にカンファレンス開催前後での意識の変容や、カンファレンスを行ったことでどのように看護ケアに繋がっているかを把握し、今後の安全対策に繋げていきたいと考えた

【倫理的配慮】

症例を行うにあたり情報収集は個人が特定されないよう匿名化表記とした

【実施内容・結果】

2021年1月1日～5月31日までの当病棟看護師が作成したインシデントレポートを単純集計し、報告件数は167件であった。種類別では薬剤関連が48件と最も多く、次いで転倒転落関連が39件、ドレーン・チューブ関連が32件であった。また当病棟常勤看護師33名を対象にインシデントカンファレンスに関するアンケートを実施し単純集計し、回収率は100%であった。“カンファレンスを開始してからインシデントへの意識や考え方に変化はあったか”について、変化があったのは27名、約93%であった。変化した理由として「インシデントの傾向が把握でき、複数人で振り返ることによって多角的に考えることができる。患者様と関わる場面で危険回避の意識付けに繋がっている。」が挙げられた。“実際に看護ケアに生かされた事例”について、転倒転落関連が6件、薬剤関連が5件、ドレーン・チューブ関連が3件あった。車椅子や点滴棒等の物品をベッドサイドに置かないよう環境整備を行ったことで転倒転落が予防できた事例や、輸液ポンプ使用時の適切なルート使用方法を知ったことで正しく薬剤が投与できた事例が挙げられた

【考察】

当病棟におけるインシデントの傾向は全国と共通していることが明らかになった。「レポート」は事故そのものがどのような要因により発生し、繰り返されてしまっているか病棟全体で分析し活用するものであり、“振り返り”は学びを深めるプロセスとされ、他者との語り合いによって事象を思い起こし、整理し、何が原因であったかを掘り下げることで、その結果安全学習につながる」と言われている。以上のことからインシデントカンファレンスは安全対策に有効な方法であると考えられる。また看護師のインシデントに対する意識の変容に繋がっており、意識の変容によって日々の看護ケアにも生かすことができていた。カンファレンスの目的であるインシデントの再発を防止することにも繋がっていると考える。日々の看護ケアにおいて起こしやすいインシデントを意識しながらカンファレンスを継続することで今後の安全対策に繋げていきたい

【結論】

①当病棟におけるインシデントの傾向は全国と共通している②インシデントカンファレンスは看護師のインシデントに対する意識の変容に繋がっており、日々の看護ケアにも生かすことができていた③カンファレンスを通して内容を共有し振り返り、他者の意見を取り入れることは安全対策に有効な方法である

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	COVID-19による深部静脈血栓症発生予防の取り組みについて

県 連 名 福岡
院所・施設名 千鳥橋病院
発 表 者 荒木 沙耶 職種 看護師

【はじめに】
A 病棟では2020年より COVID-19 (= 以下コロナ) ユニットを併設し医療活動を行ってきた。コロナ患者の合併症で血栓塞栓症が報告されており、当院では深部静脈血栓症 (= 以下 DVT) 80 件中の 7 件、うち脳梗塞 1 件の発生を認めた。隔離環境の中で DVT の発生予防に取り組むため、パンフレットを作成し指導を行ったため報告する。

【倫理的配慮】
対象患者の情報が特定されないように配慮を行った。

【目的】
DVT 予防を行うことで二次合併症のリスクを軽減を目的とする。

【実施・結果】
リハビリスタッフと協力し、DVT 予防を目的とした下肢の運動メニュー、弾性ストッキングの着用方法や注意点を記載したパンフレットを作成した。コロナ入院患者 7 名に配布。退院時にパンフレットの活用状況についてアンケートを行った。またスタッフ全員にパンフレットの内容や使用状況についてアンケートを行い有効な活動であったか確認を行った。日勤担当の看護師がラウンドする際にパンフレットを使用し下肢運動の指導を行ったことで、指導後からは患者自身で運動をされる姿もみられた。弾性ストッキング着用時の注意点を記載したパンフレットに関しては、自己で着脱 できるようになり皮膚の観察も行う事が出来ていた。看護師からの意見は、写真付きで見やすく、指導しやすかったという意見の反面、分かりにくい言葉もあったなどの意見もあった。パンフレットを配布し、指導を行った期間の DVT 発生は 7 件中 1 件であった。

【考察】
隔離環境のため活動制限がある中、パンフレットを作成することでリハビリ介入時以外でも自室で下肢運動を行うことができ、DVT 予防に繋げることができた。また弾性ストッキング着用時は自己でシワを伸ばすことを気付けることも多くみられ、皮膚損傷や長時間の着用によるストレス緩和を図ることができた。さらにコロナユニット稼動した頃はリモートリハビリでの介入であったが、リハビリスタッフと協働し取り組むことで、徐々にリハビリを行う範囲も拡大し、現在は病室以外や廊下で数十分の歩行訓練を行うことができています。作成から運用までの期間が短く、有効性の評価としては乏しいが、自主的に運動することに対しての評価は出来た。そのため、コロナ感染症の二次合併症予防に取り組むことが出来たと推測される。

【おわりに】
パンフレット使用により、看護師間で統一した指導を行うことが出来るようになった。今回の研究を通して患者やスタッフの意見を踏まえて修正を行い、有効活用していきたい。今後もコロナ対応の中で、今回の研究で学んだことを継続していきたい。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「当院回復期リハビリ病棟における転倒転落対策アルゴリズム運用 ～ベッド周囲の環境設定を行うスタッフ対応の統一化～」

県 連 名 東京
院所・施設名 大田病院
発 表 者 小倉 恵子 職種 看護師
共同研究者 上原 智子、高田 絵里、小松 弘子

【研究目的】
回復期リハビリ病棟の転倒発生率は急性期の約 3 倍といわれている。当病棟では 71% がスタッフ人数の少ない保安帯や夜勤帯に起きているため、多職種がいらない中で少人数の看護師で初期対応しなければならぬ場面も多い。しかし、転倒対策に関する標準化されたマニュアルが無いため、スタッフ個人の経験値や判断によりその内容が左右されることも多い。そのため、アルゴリズム表があれば、対応が統一化できるのではないかと考えた。なお、発生場所は 79% がベットサイドで起きているため、ベッド周囲の環境設定に着目したアルゴリズム表を作成、運用した。

【研究方法】
研究デザイン：量的研究
研究対象者：2 病棟に勤務する職員 36 名
データ収集期間：2021 年 12 月～2022 年 2 月
データ収集方法：スタッフ対象のアンケートを作成し配布、回収、集計。
データ分析方法：アンケート内容での実態調査をし、現状把握、ツール作成し実施。アルゴリズムの運用後に再度アンケートを実施、評価をする。

【倫理的配慮】
病棟アンケートは個人が特定されないように匿名とした。アンケートの結果は当研究以外には使用しない事でスタッフの同意を得た。

【結果】
アンケートでは 69.6% が転倒転落に対する環境設定に悩んでいると答えている。アルゴリズム表は案を作成した後に、スタッフの意見を取り入れ、フローチャート方式に変更し運用を開始した。対策は A ～ F まで写真をつけ視覚的にも理解しやすいようにした。実際にアルゴリズム表を運用しながら、さらに意見を取り入れ修正した。アルゴリズム表の運用後のアンケートでは、65% が転倒転落の環境設定に悩むことが減ったと答えている。また、ベッドサイドカンファレンスの実施率は 20% から 65% に向上した。

【考察】
今回作成した転倒転落対策のアルゴリズム表は熟練看護師の臨床判断に基づいて作成されており、誰でも適切な環境設定ができるものである。アルゴリズム表は実際に転倒現場に行かないと評価ができないため、ベッドサイドカンファレンスの実施率は 65% に向上し患者に合った対策をとることが出来るようになった。

【おわりに】
今回転倒転落対策アルゴリズムを作成したことにより、転倒対策のベースはできた。さらに個別の対策を講じるには多職種でベッドサイドカンファレンスを行い個別性のある対策を講じる必要がある。

キーワード：転倒転落

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名 転倒転落予防にむけた取り組み

県 連 名 福岡

院所・施設名 たたらりハビリテーション病院

発 表 者 高瀬 奈々美 職 種 介護福祉士

共同研究者 前蘭 美優、河野 権祐、濱平 真由

【はじめに】

A 病院内の他病棟に比べて B 病棟は転倒転落発生率が高い事が課題であった。転倒転落予防に向けた取り組みについて報告する。

【目的】

B 病棟の転倒転落発生率を減少させる。

【方法】

転倒転落件数や発生時の状況を情報収集し、B 病棟の医療安全チームとリハビリスタッフで分析を行い、転倒転落対策を検討する。センサーマット等の安全グッズ（以下、安全グッズ）フローチャートを作成し、安全グッズを適正使用できるようになる。

【倫理的考慮】

A 病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】

B 病棟は地域包括ケア病棟で、2021年度は患者の平均年齢78歳、平均在院日数は43.9日であった。日常生活自立度は A ～ B レベルの患者が多い。転倒転落発生率は2019年度 A 病院全体6.24%、B 病棟9.9%。2020年度 A 病院全体6.25% B 病棟10.04%。B 病棟が病院全体の転倒転落発生率を引き上げていた。2021年4月より B 病棟医療安全チームとリハビリスタッフでインシデントレポートの分析や安全グッズの使用状況の見直しを開始した。インシデントレポートの分析にて発生しやすい時間帯の把握・業務改善をした事で転倒転落発生件数を減らすことができた。転倒転落が発生した際には翌日の日勤者とリハビリスタッフが現場にレポートを持参し、カンファレンスを開始した。また、A 病院では入院時に転倒対策アセスメントシートでリスク評価し、安全対策を立案しているが、安全グッズの使用基準はなかった為チームとリハビリスタッフで安全グッズ使用開始や除去の基準を設け、患者の ADL や認知面に合わせた安全グッズが選択できるようにフローチャートを作成した。安全グッズをどの患者が使用しているか可視化する為に、ナースステーション内にホワイトボードで掲示するようにした。2021年度の転倒転落が発生率は A 病院全体5.09%、B 病棟8.97%と減少できている。

【考察】

これまで転倒対策として安全グッズを使用してきたが、分析や適正使用が十分にできていなかった。転倒後にリハビリスタッフと一緒に転倒した現場でのカンファレンスを開始したことで原因分析ができ、患者の個性性に合わせた環境設定ができるようになった。またフローチャートを作成したことで、患者の ADL を考慮した安全グッズが適正に使用できるようになった。B 病棟医療安全チームとリハビリスタッフと連携し、B 病棟職員全体で取り組み始めたことで転倒転落発生率減少の成果に繋がったと考えられるフローチャート使用開始半年後に使用状況の確認を行い、約1割の職員が活用できていなかった。今後の課題として、フローチャートを使用する手順作成、職場での意思統一、学習を行いフローチャートが確実に使用できるようにしていきたい。

【結論】

リハビリスタッフと連携し、患者の個性性に合わせた転倒対策を実施できるようになったことで、転倒転落発生率を減少させることができた。

キーワード：転倒対策、フロチャート

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)

III. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名 COVID-19感染症クラスター体験後に、回復期リハビリ病棟のBCP 作成を試みて

県 連 名 東京

院所・施設名 大田病院

発 表 者 松崎 さとみ 職 種 介護福祉士

共同研究者 加藤 千鶴子

【目的】

2022年1月 A 病院回復期リハビリ病棟で、COVID-19感染症クラスターが発生した。初日、患者1名の陽性結果を受け、まもなく陽性者が複数名となったことが判明した。今回の体験から感染症クラスターだけではなく、災害や病院設備の障害などについても職場毎のBCPの重要性を学び、作成を試みたので報告する。

【倫理的配慮】

今回の実践では個人が特定されるような情報の記載はなく、取り組みの趣旨、発表について職員に説明し、了承を得て実施した。この取り組みについての利益相反はない。

【結果】

COVID-19感染症クラスターが起き、感染対策は ICT チームの指示に従い職場全体で取り組んだが、クラスターに伴う日常業務の変更などは、全く体験したことのない事態で、その都度、その場その場での対応になってしまった。新たな問題が起きると、業務が中断する場面やそれでいいの不安な中で行う場面もあった。感染の対応に追われ、今この時に何をやるのか、何をやらないのか、誰に何を依頼するのか、病院全体でどのように取り組むのかなど、そもそもの考え方がわからないままに過ぎてしまった。このことを受けてクラスター対応の職場での振り返りを行い、多くの学びがあった。その中で感染症クラスターだけでなく、災害や病院設備の障害（停電・断水）などが起きた場合の日常業務の継続をどのように行うのか、BCPの作成にいかすことができるかとわたり作成を試みる事となった。今回は東京都立広尾病院減災対策支援センター作成の減災カレンダー（災害訓練テキスト）の『自部署の業務を継続するために』を参考に作成した。作成したチェックリストの項目は（通常業務内容）（仕事の優先順位；絶対やること・できればやったほうがいいこと・急がないこと）（仕事の内容の4つの分類；職場の職員しかできないこと・専門的な知識や技術があればできること・資格があればできること・資格がなくともだれでもできること）に分けた。また絶対やることについては、通常通りにできるのか、できない場合はどのように行えばいいのか実践手順を作成した。今回のクラスターの体験により、リアルにスタッフ全体でシミュレーションすることができた。試作したものを職場で、クラスター体験や停電訓練（1回/年）を振り返りながら、必ずやる項目ではどのようにして行うことができるのかなど不備や不足を補うよう討議を行った。

【考察】

BCPとして業務をチェックリストに起こすことで可視化され、急な対応に迫られることがなく、職員も「あると安心する。」という意見が多かった。行う業務の手順もクラスター体験から細かく記載することができた。さらに今後も討議を続け、訓練にいかしながら、災害時などで活用できるよう見直しをしていきたい。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	配薬ケースの導入について

県 連 名 岡山

院所・施設名 総合病院 岡山協立病院

発 表 者 下崎 めぐみ 職 種 看護師

【目的】

当院では、看護師が管理をしている患者の薬は、薬剤部で管理され全配薬患者の一日分の薬を一つのBOXに入れて病棟に払い出されている。払い出された配薬BOXの中から各勤務の受け持ち看護師が配薬用のトレイに移し、患者のベッドサイドに置かれた配薬カップに配薬。投薬後は配薬カップに空袋を入れておく。受け持ち看護師が空袋を回収し内服確認表に内服確認のチェックを行うルールであった。空袋を回収・確認することをルールとしても、内服されていない状態で次の勤務者に発見されるという出来事は毎月多数発生。また、配薬時の誤認も月に数件は発生し、配薬時の不十分な確認だけでなく、複数の患者の薬を一つのトレイに入れてベッドサイドに運ぶため薬同士がくっついた状態で配薬してしまうという状況も要因の一つであった。内服忘れや配薬誤認をヒューマンエラーではなく、現場看護師を取り巻く環境が要因としてとらえ、内服薬の配薬・投薬確認を確実にできる環境や手順の構築ため、配薬ケースを導入した。

【方法】

朝薬－ピンク 昼薬－黄色 夕薬－緑 眠前薬－紫 の配薬ケースを導入

薬剤部にて準備された一日分の薬を、配薬ケースに1患者1ケースでとり分ける。ケースごと患者のもとへ配薬する。患者自身での内服または投薬介助後、空の薬袋をケースに入れてもらう。受け持ち看護師が空の薬袋の入った配薬ケースを回収。配薬ケースの個数が全て揃っていることを確認し、投薬援助と服薬確認を終了とする。

2020年1月よりA病棟 2020年5月よりB病棟で導入開始

【倫理的配慮】

個人が特定されないことを説明し承認が得られたためここに報告する

【結果】

配薬後の内服忘れは、A病棟：33件から8件 B病棟：24件から8件に減少し、発生要因は配薬ケースが正しく運用されていないことによるものであった。配薬誤認の件数はA病棟：1件から4件 B病棟：導入の前後ともに3件と減少せず、配薬時の氏名確認ができていなかったのが要因であった。

【まとめ】

看護部医療安全管理者として、決められたルールを徹底して守ることで配薬に関する出来事報告の件数は減少すると考え、それを実行することを現場看護師に求めてきた。当事者が記載する出来事報告書でも発生要因は『確認を怠った』、今後の対策は『きちんと確認する』という記載が多く、投薬忘れ・配薬誤認の出来事は、個人の問題という認識であった。ヒューマンエラーは、個人の不注意ではなく、人間の本来持っている特性と人間を取り巻く環境がうまく合致していないために引き起こされるものであり、出来事の対策を考える上で、見方・考え方を変えない限り有効な対策立案には限界があると言われている。今回現場の環境に目を向け、配薬・投薬確認が確実にできる環境や手順にしたことで、内服忘れの件数を減少させることができた。

【参考文献】

<http://www.medicalsafet-kts.com/>

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	内服薬自己管理患者における誤与薬の実態

県 連 名 宮城

院所・施設名 坂総合病院

発 表 者 柴崎 葵 職 種 看護師

共同研究者 車塚 美貴、菅原 明香里、武田 真里夏
及川 彩夏、結城 千穂

【目的】

内服自己管理患者における正しいスクリーニングと確認の統一による誤与薬の予防

【方法】

- ・内服薬自己管理患者の誤与薬の割合の算出
- ・内服薬管理フローチャートの周知
- ・内服薬管理フローチャートの利用状況の確認と対応の実践

【倫理的配慮】

本発表は、アンケートの結果から匿名化された情報のみを分析して報告するものである。

【結果】

2021年11月～12月中の入院患者のうち、内服自己管理患者の人数は30名であり、そのうち誤与薬があったのは13名。全体の43%であった。

実際、チームスタッフ全8名に内服薬管理フローチャートについてのアンケートを行ったところ知っているが半数、知らないが半数という結果であった。

また、知っていると答えた中で利用していると答えたのは1名だけであり、フローチャートがあっても利用していない実態があった。これをふまえてフローチャートにラミネートをかけ視覚化し、チームのパソコンがある壁に手に取って見られるよう磁石で掲示した。院内メールでもチームスタッフにこの現状と今後の対応について共有しフローチャートの利用と内服確認のための空包ボックスの設置・内服確認について呼びかけた。また、すでに入院されている患者様で空包ボックスが設置されていない所があればフローチャートに沿って管理方法を再検討した。

【考察・まとめ】

山田ら¹⁾は「飲み忘れをはじめとする服薬アドヒアランスの不良により、期待される治療効果が得られず、新たな治療が必要となる事が保健医療上の課題となっている。」とい述べている。正確な与薬は疾患の治療に必要な不可欠な事であり、看護師はそれを遵守しなければならないと考える。その一方で田平ら²⁾は「看護婦の与薬業務に対する責任は、配る事にあるのではなく、患者の自主性を持った確実な内服を援助することにある」と述べている。患者様一人一人が多様化する自己の疾患と向き合い、病状をコントロールしていく意思を持ち合わせるよう援助していくことも看護師の役割であり、安心・安全かつ自主的な医療提供を行えるように取り組んでいく必要がある。

今回、内服薬管理フローチャートが院内で作成されているが実際に活用できていないことが明らかになった。今後フローチャートを用いてスタッフや患者様と共に共有する事によってより、安全な医療提供を実施していく必要がある。

2021年度は実施後の評価まで至らなかったため次年度の課題とした。

【引用・参考文献】

- 1) 山田真衣他：日本における20-40歳代の服薬アドヒアランスの実態調査、日本看護学会論文集、ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看51,P124-127,2021
- 2) 田平豊子他：患者の自立を促す-与薬業務の見直し-、看護,46(8),P81-86,1994

キーワード：離床

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	COVID-19陽性者受け入れから20201年度を振り返って

県 連 名 埼玉
 院所・施設名 埼玉西協同病院
 発表者 山梨 忍 職種 看護師

【はじめに】

2021年7月、「第5波」と言われる期間に埼玉県から新型コロナウイルス感染症陽性患者（以下コロナとする）を受け入れる病床の拡充を依頼されていた。同時期に当院の外来でコロナの診断を受けた患者が自宅療養中に呼吸困難になり、入院先が見つからず在宅酸素を導入していた。この様な状況の中でコロナ陽性患者の受け入れが出来ないかの検討を始め、病院としてコロナ陽性患者を受け入れることを決断した。受け入れ準備から現在までの活動の報告をする。報告するにあたり、個人情報取り扱いに十分注意し、個人が特定されないように配慮した。

【入院受け入れを決定から準備】

入院を受け入れる病棟の看護師一人一人とコロナ患者を受け入れる事について聞き取りを行った。ほぼ全員の看護師からこのようなコロナ流行下で、受け入れをしないわけにはいかないという意見があり、受け入れの決断に影響を与えた。

受け入れ準備で課題となるのは、看護師の配置とゾーニングが課題だった。看護体制は夜勤の外来看護師を病棟に位置づけ、看護部全体でコロナ患者受け入れの準備をした。埼玉県から感染管理認定看護師のトレーナー派遣を受け、ソーニングや患者動線のアドバイスで当院でも受け入れができるという手ごたえを感じた。受け入れ開始までの2週間で機材の準備、学習会も急遽実施した。

【入院を受け入れて】

当初の予想とは異なり、高次医療機関からの二次的な転院の相談が主であった。ステロイドの減量までの期間の入院、ステロイド治療に加え未治療の糖尿病治療など、40～50代の自立の患者がほとんどであった。

2022年1月、第6波が始まり依頼が来る患者の様相が変わった。近隣病院での院内クラスターでコロナの入院病床がない病院からも転院や、近隣施設内でのクラスターなど高齢者の依頼がほとんどであった。感染をきっかけに、施設内で隔離され、ADLが低下している患者も多くいた。コロナに対する直接的な治療だけでなく、肺炎や誤嚥の治療も行った。リハビリ介入の必要なケースも多く発生していて、この頃からリハビリの介入も増加した。この期間は家族の希望に沿い、元いた施設や地域と連携して退院調整することが業務の中心だった。

【まとめ】

2、3床の入院病床だが、私たちはコロナ患者の受け入れを通じて、コロナに対して抵抗なく受け入れができるようになったこと、地域医療に貢献すること、感染拡大することなく、現在も安全にコロナの対応ができてきていることなど、多くを学び、自信につながった。今後も全職員協力してコロナ診療に取り組んでいきたい。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	看護師の身体拘束に関するジレンマ ～看護師の意識調査結果～

県 連 名 福岡
 院所・施設名 健和会京町病院
 発表者 小川 千晶 職種 看護師
 共同研究者 安部 佳子

【はじめに】

A病院は医療療養型病院で、急性期病院の後方機能として急性期から慢性期・在宅・施設への支援を果たしている。厚生労働省は2025年までに認知症患者が700万人を超えると試算している。A病院では約70%の患者に認知症が合併しており、そのうち認知症の心理・行動症状（以下BPSDと記す）を呈する患者は約60%であると推察された。やむを得ない身体拘束でも看護師はジレンマに陥るため、その内容を明らかにするため意識調査に取り組んだ。

【目的】

身体拘束の必要性を判断する要件の一つである「一時性」に着視し、看護師の思いと、解除時の判断についての実態を明らかにする。

【方法】

研究期間：①2020年8月1日～2021年1月31日 ②2021年11月1日～2022年3月15日 対象：病棟看護師 分析方法：質問用紙を作成し、単純集計した。

【倫理的配慮】

健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている。

【結果】

アンケート前は身体拘束の必要性を判断する要件について「知らない」の回答が多かった。カンファレンスも解除に向けた視点を持つていた。しかし、学習会を通して理解度が高まった。4月から7月の抑制患者の平均が全体患者の25%に対し、学習会以降の8月から1月は19%に低下した。カンファレンスの中で解除に向けた段階的な評価が行えるようになり、長期化した身体拘束の患者の減少に繋がった。

【考察】

先行研究では、慢性期病棟において特に身体拘束が長期化し、更に認知症患者が増えれば増えるほど、身体拘束の件数も増加していく傾向にあると言っている。認知症患者を多く抱えるA病院においても同じことが言える。アンケート結果から身体拘束の必要性を判断する要件の理解度が低く、拘束期間が長期化していること、解除時の判断にも迷いを感じていることが明らかにされ、ジレンマを抱えていることが分かった。BPSD出現により解除の判断が出来ないことが原因で一時的ではなく長期化していると考えたため、多職種とカンファレンスを行い患者の情報を共有する事で段階的評価が行えるようになったと考える。

【結論】

早急に取り組むべき課題として、スタッフ全員が身体拘束に対する意識を高め、病棟の特殊性に合わせた身体拘束に対する学習会を実施し、知識の習得や個人の倫理観の向上に努める。個別的判断によらない計画的な多職種を交えたカンファレンスの時間を確保するとともに情報共有を行う。解除への判断基準の統一が図れるフローチャートの作成が必要だと考える。引き続き長期化した身体拘束が減少することを目指していきたい。

【引用文献・参考文献】

- 1) 厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」2001
- 2) 小野真奈美他著：地域病院における認知症患者の身体拘束に関する意識調査

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	在宅で気管カニューレ抜去の取り組み

県 連 名 東京
院所・施設名 羽村相互診療所
発 表 者 小林 美幸 職種 看護師
共同研究者 森 希代美

【はじめに】
ここ数年在宅医療への医療依存度が高くなっており気管カニューレ挿入にて退院してくる患者も多くなっている。今回の事例は年齢が50代で在宅療養が長期にわたることが予測され家族の介護負担と本人の苦痛の軽減が必要と考えた。また、気管カニューレがあることで一般の介護サービスを受けることが困難であり、門戸が狭い状態だった。介護者である妻は気管カニューレ抜去を強く希望しており、呼吸状態のアセスメントを行い気管カニューレ抜去に至った取り組みを報告する。

【患者紹介】
① A 氏 50歳代 男性 ②家族 妻（保育園勤務）小学生・高校生の4人暮らし③2015年バイク事故で急性硬膜下血腫・脳挫傷・くも膜下出血による高次脳機能障害。肺挫傷・臍胸。
入院中に気管切開し抜管を試みたが臍胸を繰り返したため気管カニューレ挿入したまま退院し在宅管理となった

【気管カニューレ抜去の目的】
①安全な気管カニューレ抜去が出来る
②抜去することで苦痛のない生活が出来る
③家族の介護負担の軽減、介護サービスの利用が出来る

【倫理的配慮】
報告にあたり個人の特定が出来ないよう配慮した

【結果】
急性期から在宅診療開始までに4年が経過。訪問診療の依頼はリハビリメインの病院からだった。そのため呼吸器の主治医は問わず肺機能の評価は不明で、在宅だけの判断では抜去してよいものかわからない状態だった。カニューレ抜去が可能かどうかのアセスメントとして①経口摂取による誤嚥がなく肺炎や臍胸のない状態が続いた②咳嗽反射、自己排痰出来ていた。以上の理由からNASVA（自動車事故対策機構）を利用した入院時に抜去可能かの評価を依頼し、連携しながら在宅で実施した。約2年間、7回の入院で抜去に至った。

【考察・まとめ】
在宅診療では、家族看護がメインであり、訪問看護を入れていても24時間の観察は家族に委ねるしかない。自己抜去が頻回で再挿入のための臨時往診も増え、本人の苦痛が生じていたと考えた。抜去予防のためにミトンでの抑制もせざるを得なかった。在宅でカニューレ抜去の実施は、窒息など異常の察知が遅れる可能性が考えられたため、呼吸状態が安定していたとしても、安全な抜去には医療機関との連携は必要だったと考える。ショートステイ目的の病院だったこともあり、カニューレ抜去の必要性を理解してもらえず協力を得ることに難渋したこともあった。しかし、根気強い連携で実現することが出来た。本人の気管カニューレによる苦痛も軽減し、抑制の必要性もなくなった。一般の介護サービスを受けられるようになり、妻も仕事と介護の両立できるようになった。

【参考文献】
在宅新療 ゼロヒャク 誰もが知るべき人工呼吸管理と患者支援

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	新型コロナ流行期の発熱外来での患者支援の実践～在宅療養患者へのケアリング実践について～

県 連 名 東京
院所・施設名 やまと診療所
発 表 者 矢野 睦子 職種 看護師
共同研究者 杉本 美夏、楡木 理恵、草間 みほ

【はじめに】
2021年、コロナ流行第5波から、発熱外来の受け入れおよびPCR陽性数が激増した。自治体の発熱相談センターからの誘導、外国人の患者の受け入れ、断らざるを得ない医療状況となり、陽性者フォローもままならない状況であった。有症状期にいかに関心患者にサポートできるのか、実践内容をここに報告する。

【倫理的配慮】
発表にあたり、個人情報保護の観点から、個人を特定できないよう配慮した。

【研究期間】
A 診療所 2021. 5月～9月 発熱患者受け入れ人数（トリアージ加算） 285人 PCR検査実施数 215人 陽性者74人

【体制及び環境の整備】
PCR陽性患者スペースの環境整備・体制の評価を図った。時間的空間的ゾーニング。患者情報等のプライバシー管理のため、できるだけ個室とした。空調管理、医師・看護・事務の1階⇄2階の移動もあるため、患者との接触を看護師のみで対応できるようにした。PCR検査の検体採取を唾液とした（必要に応じて鼻咽頭に変更）。院内処方対応可能とし、待ち時間の滞在時間短縮を配慮した。栄養面でのアドバイス・家庭内感染対策に向けた患者向けリーフの作成。薬剤説明書の作成、英語表記（掲示物・初診聞き取り用紙・薬剤説明）作成。PCR結果の報告の時期を明確化 陽性者へのフォロー連絡・電話診療の利用を勧奨 医師会の電話診療も協力 症状軽快後、ワクチン接種誘導、アフターコロナ診療の実施。

【考察】
コロナ感染外来を行う中で、診療所での診療の拡大には限りがある。ひっきりなしの電話依頼に対して、朝会・昼のミーティング開催にて、スタッフ間で相談し、「これであればできる」ということを確認する場を設け、受け入れの場を拡大していった。フォロー連絡や、会計・薬剤の説明の場面では、たびたび「受診でよかった」、「処方と一緒にもらえ助かった」「家庭内での過ごし方が参考になった」など、不安軽減の声を聞くことができた。コロナ禍では、診察・問診も非接触を推奨し、さらにPCR陽性者は隔離となり、患者は精神的にも孤立しかねない。患者の症状に肯定的、そして必要に応じ専断的に応答することができた。また、発熱患者増大に伴いスタッフの負担が増える中で内省し、さらに発展していくという好循環が生まれた。受診者にとって、不安と向き合う場面に立ち会う医療者が限りはあるが、ケアリング重視での介入がコロナ禍にはいかに重要な要素であるかを実感した。

【おわりに】
今回の第5波からのかかわりから生まれた実践を良い機会とし、私たちの医療実践をよりケアリングの視点で発展できるよう努めていきたい。

【引用・参考文献】
①看護の危機と未来～今考えなければならない大切なこと 川島みどり
②ケアとケアリングの違い日本看護協会 看護にかかわる主要な用語の解説
③コロナと対峙する組織運営 京都民医連 民医連医療 No.579

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 【未知のために道を見出す】
どうせダメでは終わらせない、気づくことで出来ることを実現する

県 連 名 宮崎

院所・施設名 生協クリニックのべおか

発表者 須田 辰徳 職種 介護福祉士

【目的】

今回、廃用による下肢筋力低下により生活不活発となり外出機会を失ってしまっていた利用者が、通所の利用をきっかけに、自宅では認める事のなかった新たな気づきを見出す関わりが行えた為、報告する。

【倫理的配慮】

事例発表について本人、家族に意向を伝え同意を得た。

【介護方法】

安全に通所に通える環境づくりの提供ができるよう自宅のおむつ交換や移動介助方法の説明、福祉用具や環境整備の調整。通所体験利用を促し福祉事業所の協力を得て車椅子、スロープを試し利用する事で安全、負担のない移動動作を行う。利用時なるべく自宅と同じ環境で過ごせるよう畳で布団を引きいつでも横になれる環境を提供する。これまでは自宅で同じ銘柄のパン、ヨーグルトしか摂取していないことから体重が減少し栄養バランスが不足している事から食事の提供する中で時間にこだわらず本人が好きな時間に提供する。

【結果】

通所での体験利用を提案し外出機会のきっかけを作った。体験利用当日は、福祉用具事業所の協力を得て、車椅子、スロープを試し利用する事で安全、負担のない移動動作する事ができた。車椅子への移乗時、畳上での介護が更に介護負担へと繋がっていたが、こだわりが強くベッドの利用は難しい状況だった。そこで通所の休憩時間を利用し、畳、ベッドでの臥床を繰り返し試みる事で、特に臥床環境へのこだわりはない事を確認しこれをきっかけに、自宅でベッド導入もスムーズに移行する事ができた。ベッド導入により、移乗や排泄時の負担も大きく改善された。また送迎の時間を活用し移乗やオムツ交換の介護方法を共に行った。長男の介護への自信や負担軽減にも繋がる事ができた。食事について家族からは「これまで幾度となく提供してもダメ」「どうせ無理だろう」と思われデイにもパンとヨーグルトを持参された。食事への声掛けに興味を示す事がなかったが、手作りのおやつを摂取している光景に気づき、食事の提供を試みた。お盆に並べた食事を提供すると、目の前から遠ざける行為を繰り返し認めたが、食事の時間にこだわらず対応する中、小さめのおにぎりに変更しおかずは小皿に少なめで提供する事で摂取できる機会が増えた。今では他者と同じ食事を摂取できるようになり、ご家族に食事の写真を渡すと喜んで頂けた。利用時の体重から+5kgまで改善できた。

【考察・まとめ】

中村は「ニーズに対する気づきには、利用者の立場に立ち、本人ができること、できないことを見極める観察が重要である」と述べている。今まで何十年も自分の世界に入り生活スタイルを変えず受診以外、外出する事がなかった方が今回の取り組みで外出機会をつくり、これまでこだわりの強いと思込んでいたが繰り返し支援する試みや観察する事で変化に気づき工夫する事で解決へと導く事ができたと考える。

【参考文献】

1) 中村裕子著「ケア場面での気づきと助言」(2008発行) P35～36

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 診療所における発熱外来の取り組み
～開設から現在までを振り返る～

県 連 名 福岡

院所・施設名 千代診療所

発表者 押川 万寿美 職種 看護師

共同研究者 山口 瑠美

【はじめに】

2019年12月中国武漢市で原因不明の肺炎が集団発生。新型コロナウイルス感染症(以下 COVID-19)が世界的な大流行となった。福岡でも2020年2月に COVID-19の発生が確認され一気に緊張感が高まった。新型コロナウイルス感染拡大で、発熱者とは異なる安全な診療体制の整備が早急に求められた。2020年4月6日発熱外来を開設。開設から現在までの発熱外来の取り組みを報告する。2020年4月～2021年6月までの発熱外来者数: 3570人 PCR検査数: 1399件

【倫理的配慮】

アンケート調査・COVID-19陽性者が特定されないよう配慮して実施した。

【経過】

2020年4月2階の皮膚科外来を発熱外来に変更。発熱エリアをパーティションで仕切った。換気に適した1階出入口付近を発熱外来対象者の待機場所兼問診箇所とした。突然の開設と診療箇所を変更したことで患者、職員共に混乱を招いた。発熱外来は通常の外来業務とは違いデリケートな面があるため開始から4ヶ月後にアンケートを実施しスタッフの意向を尊重した。数回関係者で話し合いを行い限られた正職スタッフで発熱外来を運営する体制に変わった。2020年8月からB病院救急センターの一部を発熱外来として移設し密を避けるため発熱外来入口前にテントも設置した。改善を重ね発熱スタッフを固定化、患者へ行動指針を示したパンフレットで教育を行いPCR検査はスコアシートでトリアージを実施した。密回避も可能となりクラスターゼロを継続している。

【評価・考察】

発熱外来が開設された当初は医療防護具不足と濃厚接触者になる不安、個人情報保護の問題から携わったPCR結果が特定できないことや家族職場での風評被害でさらにスタッフの不安が増強したと考える。発熱者とは異なる安全な診療体制の整備も環境上困難であることを痛感した。B病院に独立後キャップ・N95マスク・手袋・ガウン・アイシールドなど徐々に防護具が普及し私たちの感染リスクも下がった。またPCR検査結果は翌日電話再診が確立したことで不安が払拭され、パンフレットやスコアシートで業務も標準化され使命感を持って発熱外来を取り組めるきっかけになった。加えて当初なかった放射線・検査室・生理機能室・薬剤部、事務の協力で他職種で発熱外来が成り立っている。

【結語】

緊急事態宣言が繰り返されこれからも必要とされる外来である。A診療所職員でCOVID-19感染者は出ていない。他職種連携で安全な医療の提供に努め、徹底した感染対策の遂行でクラスターゼロ感染者ゼロを継続し発熱外来を必要としない世の中になることを願いこれからも地域に根ざした発熱外来を目指し奮闘していきたい。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	在宅療養支援における診療所看護師の役割

県 連 名 群馬
院所・施設名 前橋協立診療所
発 表 者 坂本 美絵 職種 看護師
共同研究者 石原 清恵、高瀬 みゆき、小田切 真紀
高山 久江、茂木 喜久代、田中 茉緒

【目的】
疾患や障害のために何らかのケアが必要な患者とその家族が、住み慣れた地域で、安心して生きていくことを保障するための地域医療システムである在宅医療を継続するために、診療所看護師が出来ることを考えた。介護期間の長期化、介護者の高齢化などにより患者および家族介護者の肉体的・精神的・経済的負担は重くのしかかっている。身体的負担軽減と並行し経済的負担を軽減することも安心して生活するためには重要なことと捉え、これまでも社会資源の利用を促す支援を行ってきた。しかし現状として在宅療養患者の使うことの出来る社会資源を看護師が十分理解できていないことや、訪問診療患者が現在どのような社会資源を利用しているのか把握しきれていないため、まだ使える社会資源があるのに提供できていない恐れがある等の課題があり、今回新たな取り組みを始めた。

【方法】
①社会資源についてどんなものがあるか学習会の実施
②訪問診療患者の社会資源利用調査・チェックリスト作成
③困難点に対しての社会資源の情報提供・利用支援

【計画】
①職場会議にて社会資源の学習会
②社会資源チェックリストを作成し聞き取りを行う。本人、家族へは訪問診療時。ケアマネージャーには別の機会に設け連携を促す。新規に訪問診療依頼のある患者に対してはチェックリストを作成し退院時カンファレンスなど有効活用し在宅での生活をスムーズに支援する。
③療養生活の中で困っていることを多職種と MCS などを活用し在宅チームで相談し支援に結びつける。

【倫理的配慮】
今回個人が特定される記載はない。

【結果】
身体障害者手帳取得など社会資源を活用することで経済的負担だけでなく、介護サービスを増やせることで患者自身のケアの質改善やご家族の介護負担の軽減となった。

【考察・まとめ】
患者が住み慣れた地域で安心して在宅療養するためには診療所看護師は社会資源について学び、臨機応変に情報提供し多職種と連携していくことが大切だと考える。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	身体拘束を余儀なくされている入居者に対する、拘束解除へ向けたプロセス ～安全と QOL の向上の狭間で揺れる介護職員の葛藤と家族の意識の変化～

県 連 名 沖縄
院所・施設名 特別養護老人ホーム 知花の里
発 表 者 名渡山 洋次 職種 介護福祉士
共同研究者 大城 さとみ、棚原 純、宮城 貴良
砂川 雅

【目的】
日本国憲法では、基本的人権が保障されているが、「医療・介護の現場では、身体拘束を受け自由を奪われる現実があり医療・介護行為と言う名の下に憲法が守られない事態が生じている」と山口らは述べている。A 氏（80代女性）は、入院中からの車椅子抑制帯を退院後も継続しており、家族や職員の転倒の不安から拘束解除が難航していた。安全と QOL の狭間で憲法に保障された尊厳を考え、QOL 向上を目的に身体拘束解除へ取組んだ結果、拘束解除時間が増えた経過を報告する。

【方法】
A 氏へ身体拘束解除の取組を実施。前後で、介護職員 7 人のアンケート、家族の意識変化の聞き取り、A 氏の状態観察、拘束解除時間を比較し考察した。

【倫理的配慮】
家族へ研究発表の目的を説明し、発表及び画像使用の同意を得た。

【結果・考察】
アンケートで「身体拘束される本人の気持ちを考えた事はあるか」に全員が「ある」と回答。「身体拘束を解除すべきか」に「どちらとも言えない」が 3 人で最多。その理由は「転倒の恐れ、職員不足」と回答。鈴木らは「看護師は、高齢者の負の感情に直面しながらも身体拘束をする事に、倫理的ジレンマを抱えている」²⁾と述べている。結果からも身体拘束はしたくないが、人員の問題や転倒の不安から拘束をし倫理的ジレンマを抱えている事が分った。黒川らは「早期解除に向けて日々話し合う事が必要である。」²⁾と述べている。「身体拘束は必要か」と「身体拘束を解除すべきだと思うか」について取組前後でアンケート結果に変化はなかったが、実際は解除時間が増えた。多職種での話し合いが職員の思いと行動に繋がったと考える。結果 A 氏の QOL も向上した。家族は「転ばせないで下さい」と消極的だったが、ケアマネから丁寧な説明を行い、安全に解除できていく中で意識が変化したと考える。一方政府は、特養の入所者を要介護 3 以上とし重度化したが、介護報酬や配置基準は殆ど変わらず増員ができない為、介護職への負担は増した。「介護労働実態調査では、66.6%の施設が人員不足と回答、比例して身体拘束件数も増えている。介護報酬や配置基準を改善させる為の取組が重要と考える。

【まとめ】
身体拘束解除に向けた取り組みを実践し、解除時間が増え A 氏の QOL が向上した。又ユニット職員は、「身体拘束はしたくないが、仕方なくしている」事が分った。解除時間が増えた要因として、話し合いや取組を重ね職員の認識が深まった。車いすを自動ブレーキ型にした。リハ職員の評価や助言、又リーダーが積極的に解除した事が職員の安心に繋がった事があげられる。解除時間が増えた事で家族の意識が変わった。又社会保障充実に向けた取組の重要性も再確認できた。

【参考文献】
1) 山口晴保・身体拘束ゼロの認知症医療・ケア・照林社・2020 年
2) 鈴木みずえ、黒川美千代・認知症、身体拘束予防・日本看護協会出版 株式会社フクイン・2020 年

キーワード：身体拘束廃止に向けた取り組み

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	褥瘡を繰り返す利用者の全身管理と治療の難しさについて学んだ事例について

県 連 名 山形

院所・施設名 介護老人保健施設 かけはし

発 表 者 齋藤 香澄 職種 准看護師

【はじめに】

褥瘡を繰り返す利用者に対し、医療機関と連携、統一した対応で改善した事例を報告する。本抄録は個人が特定されないよう倫理的配慮に基づいて作成している。

【事例】

A 様、80歳代、女性、要介護4、障害老人自立度：B2、認知症老人自立度：Ⅱb 食事自力摂取可能（軟飯・常菜、水分トロミなし）だが好き嫌いが多く食事量にムラがある。他全介助
既往歴：パーキンソン病・糖尿病・高血圧症・レビー小体型認知症・仙骨部褥瘡

20XX 年9月Bショートステイ（長期）入所

20YY 年10月 同法人のCショートステイ（長期）入所

【処方内容】

- ・D 病院：ロゼレム8mg 1×眠前 ランドセン0.5mg 1×眠前、メモリー1×眠前、レメロン1×眠前、プラミベキソール0.5mg 1×朝、パソレーターテープ1枚/日、レプリントンL100 3×1、グラマリール25mg 1×朝
- ・E 内科医院：アジルバ20mg 1×朝、酸化マグネシウム330mg 3×1、ツムラ抑肝散 3×1、ラベプラゾール Na10mg 1×夕
- ・F 皮膚科：スクロドパスタ
主治医はD病院とE内科医院

【目的】

褥瘡の治癒

【取り組み方法】

期間：20YY 年10月16日～20YZ 年2月7日

- ①エアマット使用。洗浄後スクロドパスタ＋モイスキン＋フィルムで処置。夜間は洗浄後ラップ保護。仙骨部の褥瘡が肛門近くの為、保護フィルムが剥がれ易く清潔が保たれない。F 皮膚科医に写真をFAX、直接相談、剥がれ防止にデュオアクティブETの使用を指導。
- ②離床時間（30～60分）と臥床時のポジショニングを介護職へ指導。
- ③食事形態を全粥・ソフト食に変更。水分にトロミつける。家族に嗜好を聞き取りヤクルト・お菓子など差し入れ依頼。栄養士と連携し好きな麺を提供。

【結果】

- ①入所時1×1cm・悪化時3×3cm・最終1×1cmと改善。
- ② 離床時間・臥床時のポジショニングを統一でき、除圧・悪化予防につながった。
- ③ 食事量：朝・夕は2～3割→3～5割、昼は介助で全量。食事量は増えたが体重増加とはならず（入所時38.5kg、退所時36.8kg）。20YZ 年1月食事中に痰絡み増強。吸引施行での恐怖心から内服薬を拒否するようになり主治医に報告。D・E 医院の内服薬すべて中止。

【考察】

短時間離床と体交・デュオアクティブETを使用する事で汚染が予防され創部が改善された。

【まとめ】

医師・看護職・介護職と連携、統一した対応ができた。褥瘡は改善傾向になり、食事・水分量も増えて褥瘡完治に向けて期待した矢先に発熱・レベル低下で救急搬送、脳梗塞で入院となった。今後も予測される症状・観察力・判断力を高め学習を続けていきたい。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	クラスター発生と対応からの学び～チーム支援の在り方について～

県 連 名 東京

院所・施設名 グループホームこまくさの家・長房

発 表 者 斉藤 亨 職種 介護福祉士

【目的】

新型コロナウイルス感染症の出現から、法人は2020年2月より感染対策指針を継続作成し職員の体調不良の目安や連絡方法等、確認を行い万全を期してきた。第5波は何とか乗り越えたが、第6波感染が猛威を振るう中、当事業所でもクラスターが発生し想像を絶する状況となった。この経験を今後の糧にすべく丁寧に振り返る事で介護支援の在り方を考察する。

【方法】

早い段階から全職員を対象に毎週のPCR 検査を実施し、感染症対策指針は15回に渡り法人より配信され最新情報や対策の共有が行われた。感染が起こる前から『感染した人を決して責めない。全利用者と全職員を守る』という方針も共有していた。各事業所の役職者はグループLINE で情報交換をしており感染症発生状況等を常に共有していた。こうした取り組みを行いながらも、2022年2月中旬当事業所にてクラスターが発生し、組織体制の在り方とクラスター発生への対処を含め、総合的な振り返りを行い考察する。

【倫理的配慮】

研究対象者が特定できないよう配慮している。

【結果】

2022年2月中頃1名の利用者が発熱。PCR 検査の結果コロナ陽性と判明。ほぼ時期同じくし職員PCR 陽性（無症状感染）が判明。その後、入居者6名・職員3名が感染し、別フロアでも入居者3名・職員2名が感染するクラスターとなる。感染症発生後、保健所より感染対策指導員が派遣され認知症高齢者の隔離が困難であるという助言のもとフロア全てをレッドゾーンとした。役職者グループLINE にて状況や不足物品等の情報共有が行われ、感染対策備品や日用品の買い物支援、食事の手配やグリーンゾーンの確保等法人全体で支援する事で事業所は感染対策に集中することが出来、事業所職員の負担が大幅に軽減され前向きにクラスターを乗り越える事が出来た。相次ぐ発熱者の検査や投薬は提携医療機関である診療所がタイムリーに行ってくれた。クラスター収束後は提携医療機関と振り返りを行い今後の検査体制や更なる連携に向けて議論をした。最初に感染した職員は自責の念から退職の意向を示したが、法人本部責任者と管理者による面談の結果、退職を思い留まるに現段階では至っている。

【まとめ】

今回のクラスター対応で痛感したのは、安心して感染症対応が出来る事が極めて重要という事だ。法人全体で助け合いながら感染症対応にあたったことで、感染した職員もクラスター内で働く職員も精神的肉体的負担が軽減され、お互いを気遣う余裕も生まれた。困難な状況であっても安心して働ける。その安心感が介護の安全に繋がると考えられる。また適切な時期での提携医療機関との振り返りも重要だ。現場役職者をはじめ、法人全体の役職者がこのクラスターを「自分事」として捉え、その内容を以て振り返る事で振り返りの内容も豊になる。苦い経験を必ず今後の糧に出来るよう、チームが一つになり取り組む事を継続していきたい。

02 ②医療・介護の安全(感染対策含む)

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演 題 名	転倒リスクが高い入院患者への転倒予防ケア —車椅子抑制の解除と環境設定により転倒が減少した一例—

県 連 名 山梨

院所・施設名 共立高等看護学院

発 表 者 坂井 美紗 職 種 看護師

【目的】

A氏は脳梗塞による高次脳機能障害、アルコール性認知症により行動予測が難しく、車椅子乗車時は抑制をしていた。車椅子抑制を解除したことで転倒による外傷なく過ごせるようになったが、転倒リスクがありながら抑制を解除したことについて疑問に思った。A氏の転倒の経過を振り返り、環境設定や抑制解除の経過など、転倒予防ケアの実践について検討する。

【方法】

1. 事例紹介 症例：A氏 50歳代後半 男性 多発性脳梗塞にて入院 既往歴：アルコール性認知症
2. データ収集方法 A氏が入院中に転倒した経過を診療録及びスタッフから情報収集した。

【倫理的配慮】

家族に研究の目的、方法、協力の自由、個人情報とプライバシーの保護について説明し書面で同意を得た。本研究は所属県連の倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果】

入院中の転倒は計5回であった。入院時より転倒のリスクがあったため、4回目の転倒まで車椅子抑制を継続した。転倒後は看護科とリハビリ科でカンファレンスを行い、対策を検討し、環境設定の変更を行った。尿意に合わせてポータブルトイレを設置し、本人の希望でテレビをつけるなど、可能な限り本人の意図に添えるように対応した。しかし、2回目から4回目の転倒では車椅子ごとダイナミックに転倒しており、腹部に擦過傷が生じたり、頭部をぶつけた様子が痛いと言えたりすることがあった。4回目の転倒後のカンファレンスで、こちらの意と反する動きをするが歩行は可能と評価され、車椅子抑制を解除し、歩行しやすい環境設定を行った。その後も歩行の不安定さや座り込むような転倒は見られたが、外傷に至らず過ごすことができた。セラピストからは、転倒リスクは高いが尻もちをつく程度と評価された。

【考察・まとめ】

歩行中の転倒よりも車椅子乗車中の側面転倒でHead Injury Criteria(頭部の損傷リスク)が高い¹⁾²⁾ことが報告されており、A氏の場合は転倒時の頭部の損傷リスクが高かった。また、セラピストの評価では転倒しても尻もちをつく程度と評価されている。よって今回の抑制解除の時期は妥当だったと考える。堀口らの報告では、転倒を恐れるのではなく、安全に立つ、降りるといった行動を起こせる環境設定の重要性が示されている³⁾。つまり制限ではなく、安全に自由に動ける環境設定が転倒予防ケアにおいて必要といえる。

- 1) 石川耕介, 松浦弘幸, 中野正博, その他: 車椅子転倒時におけるダミー人形を用いた人体損傷評価. バイオフィジシステム学会年次大会総演論文集.181-184. 2012
- 2) 韓露, 張月琳, 中柄浩康, その他: 屋内転倒事故における絨毯の頭部防護効果の評価. 日本保健科学学会誌21 (1). 36-50.2018
- 3) 堀口幸二, 赤井信太郎, 山村温子, その他: 他職種で行う転倒転落防止対策フローチャートの活用. 日赤医学66 (2).428-431.2015

02 ③倫理	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	身体拘束と延命

県 連 名 石川
 院所・施設名 寺井病院
 発表者 西東 夏海 職種 看護師
 共同研究者 佐藤 奈美

【目的】

抑制とは患者の安全を確保するために全身または局所の動きを制限することである。腸瘻自己抜去を繰り返す患者に対し、病棟職員、医師、家族と話し合い、抑制をすることになったことを倫理提起な側面から考えることができた

【事例】

A 氏80代男性 家族構成：妻・息子 認知症自立度：Ⅳ
 現病歴：アルツハイマー認知症、糖尿病、褥瘡、左下腿骨折、腸瘻増設。入院期間：20xx 年7 年。誤嚥性肺炎を繰り返し、胃瘻増設。腸漏れ、内服・栄養剤の吸収力低下、パンパー埋没症候群のため腸瘻に変更。日常的に大声で叫ぶ・少し体に触れただけで抵抗強くあり、そのため約半年に1 回、腸瘻自己抜去繰り返し再挿入には転院しなくてはならず、経済的負担も大きい。

【倫理的配慮】

得られた情報等個人が特定できないよう配慮

【結果】

腸瘻再挿入後1 日で自己抜去され、年齢・全身状態、経済面から家族の希望で最後の再挿入。自己抜去予防のためには今後どのように関わるか、腸瘻を行うことが患者の延命になるのか等、倫理4 分割法を用いて検討。結果、つなぎ服の着用、職員2 名で対応し、つなぎ服を開ける際にミトン使用を行うこととなり、妻への面談も行った。再挿入後、糖尿病による視力低下により閉眼したまま上肢の動きが多くなり、腸瘻部・褥瘡・骨折の痛みも強く、抵抗する動きを予測することが困難となってきた。自己抜去は予防できていたが、3 カ月後腸瘻閉塞となり栄養剤注入の再開は困難となった。妻へ面談を行い、末梢補液管理となった。

【考察・まとめ】

日本看護協会看護職の倫理綱領には『看護職は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する』とある。経管栄養ができれば、末梢点滴で終末期を迎える選択しかないため、生命の尊重という点からは延命に繋がる。しかし、体に触れる事が増える、腸漏れ・吸痰等様々な痛み・苦痛があるなど最善策とは言えない。『看護職は、対象者となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する』とある。妻はコロナ禍前は毎日面会されており、職員との信頼関係は構築されている。腸瘻管理が難しい状況は理解され、「出来る事はしたい」と協力的だが、抑制は最小限にしてほしいという気持ちもある。A 氏は興奮が増し、更に近寄れないことも考えられた。ミトン着用の際、協力してくれたり、入院期間で得た信頼関係が、抑制をした状態でも患者の安全な入院生活に繋がっていると考えられた。腸瘻閉塞により経管栄養が出来なくなってしまうが、掻痒感や腸瘻腸漏れによる痛みなどのふたんは減少していると感じる為、安楽に療養生活を送れている。抑制は治療上の安全、生命を守るためには必要なこともある。直積的に生命に関わるようなことなのかを考えた上で、患者が安心して安全に入院生活が送れるような看護をしていきたい。

【引用・参考文献】

日本看護協会 看護職の倫理綱領
 民医連の介護・福祉の理念
 臨床倫理4 分割法

02 ③倫理	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	COVID-19患者の尊厳を守るための看護と家族支援

県 連 名 岡山
 院所・施設名 岡山協立病院
 発表者 船越 麻里 職種 看護師
 共同研究者 青野 雄馬、細川 百合子、大野 滯菜

【はじめに】

2020 年8 月より新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19 とする）患者の入院受け入れを開始した。初めて体験するパンデミックと医療崩壊に困惑し、看護の方向性に葛藤した。今回、COVID-19 で重症化した退院する事が出来た A 氏を通して患者の思いに寄り添う看護や COVID-19 患者家族支援を振り返りここに報告する。

【倫理的配慮】

研究への参加によって対象者への不利益や負担が生じないように配慮し実施した。

【事例の紹介】

A 氏 70 歳代男性 主病名：COVID-19 基礎疾患：高血圧症、糖尿病、肺炎腫 妻と息子の3 人暮らし COVID-19 罹患前の ADL 自立 高熱・呼吸困難・SpO₂ 低下のため入院加療

【看護の実際】

A 氏は入院時より重症肺炎ですぐにネーザルハイフローを開始した。「なんとしてでも助けてほしい」という家族の思いと当院で対応できる限界がある中で、私達は何度もカンファレンスを行った。1) 家族に安心してもらう為医師を始め毎日の状態報告、オンライン面会の実施を行った。2) 患者は入院時より「治るんだったら何でも頑張る」と治療に意欲的であった。元々 ADL 自立で我慢強い性格であり、食事や排泄動作について強いこだわりがあった。呼吸状態を考えるとベッド上安静が必要であるが、出来るだけ本人の意思を尊重し、トイレに座りたいという強い希望でポータブルトイレを設置した。また、食事が進むよう A 氏と食事内容を検討し、差し入れも依頼した。長期臥床による ADL 低下が予測され、当院で初めてリハビリスタッフによるレッドゾーンでの直接介入を開始した。3) 呼吸困難に対する不安やパニックによる呼吸困難悪化の為早期よりモルヒネを使用し苦痛緩和に努めた。

【考察】

- 1) 家族へ毎日の状態報告を行う中で医療従事者と家族との信頼関係が深まり、病状の受け入れも可能となった。
- 2) 食事内容の工夫やリハビリの実施は、治療や入院生活のモチベーションの維持にいい影響をもたらすことが出来た。呼吸困難のため経口摂取が困難であったが、食事内容を検討し食べ易いものを提供する事で摂取量のアップに繋がった。リハビリの介入により ADL を維持したまま退院する事が出来た。
- 3) CSC 導入に伴い呼吸困難に対する苦痛・不安・パニックの改善、夜間の不安による不眠等の改善に繋がったと考える。

【まとめ】

今回の事例を通し、面会制限のある中患者の思いを尊重した看護の提供や家族支援をすることは、QOL の維持やチーム医療の要となり、患者の闘病意欲の向上は重症肺炎からの復帰に重要だと改めて実感した。

02 ③倫理	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	本人の能力や尊厳の尊重

県 連 名 東京
院所・施設名 大泉生協病院
発 表 者 澤 知廣 職種 介護福祉士

【この事例に取り組んだ理由】
元々神経質な方で現在は認知症症状により易怒的、様々な面で拒否がありケアが不十分な事が多かった。認知症の患者だけに限らず介助者から必要な行動やケアを押し付けるのではなく、患者本人の考え方や思いを汲み取った介助が必要だと強く感じた為。

【倫理的配慮】
個人の特定につながる文言は避けて文章構成し、本人に不利益が無いことを確認した。

【介助方針】
介護士の関わる場面は「①排泄対応②清潔ケア③食事時の介助」が多く本人の意志を最大限尊重しながら介助することを目指した。

【介助方法】
①排泄対応…長年の習慣の一つに「立位で尿をすること」があり転倒リスクも高かった。「安全のために座っての排泄にご協力ください」などと言葉を選び対応した。近くで見守ると当然気になってしまい排泄がスムーズにできず、「外にいますね」と声をかけ扉の隙間から見守る対応としたところ問題なく排泄する事ができた。ズボンを上げるのが不十分な事が多いので「後ろだけ手伝いますね」と声掛けすると立腹することは無かった。担当看護師がリハバン交換を断られたという声を受け対応した際、「お家では布のパンツを毎日替えますよね。それと一緒にです。気持ちが良いと思いますよ」と声掛けするとお礼の言葉を返された。
②清潔ケア…シャワーも拒否が強く機会を逃す事が多かった。ある日の朝、「14：30にシャワーの予約が取れましたのでまたお声掛けしますね」と対応した際「う～んどうしようかな…」と渋い顔をされたので「暖かい時間に予約が取れて良かったですね」と言うのと「そうだね、ありがとう」と返された。更に工夫の一つとして30分～1時間置きにさり気なくシャワーの話をすると予約時間まで忘れる事なくこぎつける事ができ笑顔でシャワーを浴びる事ができた。一番私が驚いたのは、翌日「あれ？昨日お風呂入れてくれた？とかすかに覚えていた事だった。
③食事時の介助…食堂に誘導し見守りながら食事を召し上げる方で、残尿感が強く10分毎にトイレに行きたくなってしまう。「行ったらばかりだから」と否定的な対応をすると立腹する事が多かった。「食事が来るギリギリにトイレ誘導し食堂にご案内する対応」に変更すると食堂での待機時間も減り食事に集中している間は排泄の訴えも減る結果となった。

【考察・まとめ】
患者の尊厳を忘れない事、介護士は相手の考えや思いを汲み取りそのペースに合わせる事が本分である事など、基本に立ち返ることによってより良い介助ができたと強く感じた。これから何年勤務する事になってもブレてはいけないものがあるのだと再認識できた。また、同じ内容を伝えるにしても言葉のチョイスや正しい敬語を使う事が非常に重要だと感じた。ご年輩の方々には年下にも敬語をしっかりと使い敬意を払う方が多いと感じた為、私達もコミュニケーション能力を正しく身につける事で信頼を得る第一歩となると思った。

02 ③倫理	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	COVID-19後遺症患者の思いに寄り添う看護とは～人工呼吸器管理に伴う患者のコミュニケーションを通して学んだこと～

県 連 名 岡山
院所・施設名 総合病院岡山協立病院
発 表 者 佐竹 真希 職種 看護師

【目的】
COVID-19感染後、危機的状況を脱したが今後の生命予後は厳しいと家族へ説明をされた患者と出会った。患者への看護で人工呼吸器管理に伴う患者とのコミュニケーション方法を考えADL向上にも繋がり、生きる意欲にも繋がったため発表を行う。

【方法】
①看護師を呼ぶための鈴を提供。
②ブルーラインへ変更。
③手作りの筋トレグッズを製作。
④ホワイトボードを提示。
⑤文字盤を提示。
⑥他疼痛スケールを提示。

【倫理的配慮】
今研究の目的等の得られた内容は本研究発表以外には使用しないほか、個人が特定されるような情報が研究担当者以外に知られることないように厳重に管理する。

【結果】
患者は頭上に吊るした鈴を鳴らす行為は容易にできたが、鈴が鳴るたびに患者の元へ行くと「痰をとって欲しい」としか理解ができず、他訴えの解説が困難であった。また、病状が快方に向かった為、他職種とカンファレンスを行いブルーラインへ変更したが、様々な要因が重なり全身状態が不安定へと傾き、日常的活用は困難となる。しかし、達成意欲を得ることが出来る事はないかと考え、コミュニケーション方法を模索していくと同時に、手作りの筋トレグッズの提供をし、ADL・QOL向上へ視点を変え関わるようにした。文字盤では、手作りの指示棒で五十音を指し簡単な言葉を伝える事ができ、徐々に握力の回復、文字を太く書く事ができた。また他スタッフとも様々な手段を使いコミュニケーションを図る事が出来るようになる。患者は表情豊かとなり家族や今までの生活について伝えるようになる。夜間入眠困難時はQOL向上の為、他職種と協同し看護を実施する。そして、COVID-19や病状について理解することができ、生きる意欲を感じ、手術を行う決断をする事が出来た。

【考察・まとめ】
看護協会倫理綱領前文¹⁾「人々は、人間としての尊厳を保持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、（中略）生活の実現に貢献することを使命としている。」と謳っている。伝えたい意思を尊重しコミュニケーション方法を患者と一緒に見つけていく事で患者自身の尊厳を保持することに繋がり生きる意欲にも繋がったといえる。また、マズローの法則エイブラハム・マズローの5段階欲求²⁾「生理的・安全・社会的・承認・自己実現」の全ての欲求に沿った患者との関わりで、より一層普遍的なニーズを満たすため意欲を引き出すことができ、他職種と協同することでより個別性を引き出し継続した看護が出来ると考える。そして、看護とは患者の欲求を最大限に実現する為、願うだけではなく可能性を引き出すために模索していく必要な役割である。

【引用文献】
1) 看護職の倫理綱領.公益社団法人看護協会 前文（中略文）
2) 「ナースング・グラフィカ メディカ〈16〉基礎看護学 看護学概論」メディカ出版 .2022.P163.190.229

02 ③倫理

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・
介護の質の向上演
題
名在宅患者家族のグリーフケア
「残された家族に寄り添いたい」

県 連 名 栃木

院所・施設名 生協ふたば診療所

発 表 者 伊藤 陽子 職種 看護師

【はじめに】

悲嘆（グリーフ）とは感情、思考、感覚が交じり合ったものである。残された家族が悲嘆をやわらげ日常生活を続ける過程を支援することを、グリーフケアと言う。訪問診療を行っている中、家族と患者の最期の大切な時間を共に悩み、時にはお看取りの現場に関わることもある。家族の悲嘆を軽減できるようなグリーフケアを以前から行いたいと思っていた。診療所として何ができるかを考え、家族へ手紙を出し始めた。今回、活動の報告と今後の取り組みについて考え報告する。

【倫理的配慮】

個人情報保護、対象者が特定されないよう配慮した。

【方法】

訪問診療でお看取りをした患者の家族に死別後6ヶ月以降を目安とし直筆の手紙を書く。アンケートと返信用の封筒を同封する。期間 2020年8月～2021年12月手紙を書く際の留意点お悔みの言葉と共に訪問時のエピソードや家族にねぎらいが伝わるような一言を書く。関わったスタッフが書き、形式的にならないようにする。

【結果】

お悔みの手紙、アンケート送付は28件。返信は17件。返信率60% 返信内容 A氏 80代 女性 長男から 現在、介護の道に進もうと考えています。前に進む力をくれた皆様に深く感謝申し上げます。B氏 70代 女性 長男から 亡くなって7ヶ月経った今でも母のことを思い出しては涙する日々が続いています。もし願いが叶うのであれば元気な頃のあの笑顔に会いたい、それが本音です。いつかこの悲しみを乗り越えて自分らしく生きていこうと思います。C氏 70代 男性 返信が届かなかったが妻より電話がありうつ的な状況にある事を把握した。現在、通院につながっている。

【考察】

家族からの返信では家族の現状を知ることができた。手紙をきっかけに気持ちの整理ができ、診療所とつながることができた方もいた。一方で、悲嘆が続いていると思われる気になる家族もいた。今後どのような方法で継続したケアを行っていくことができるか考えていくことが重要だ。手紙から感謝の言葉も多く、その言葉が患者や家族に関わることが出来てよかったという医療者の自信や喜びにつながり、この取り組みがスタッフのグリーフケアに繋がったと考える。

【まとめ】

患者との死別後に家族がつらい感情とともに悲嘆のなかにいても、診療所からの手紙を通して「皆さんのことを忘れてないですよ」というメッセージを伝えることは家族のグリーフケアになったのではないかと考える。悲しみの深さは様々であると感じ、異なる段階にある家族が悲しみを表出できる環境や場所を作れるような取り組みを今後していければと考える。

02 ③倫理

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・
介護の質の向上演
題
名「自分でやることは自分でやりたい」と願うC
氏の身体抑制を解除しADL向上に向けた実践
～看護学生の人権を尊重した実践からの学び～

県 連 名 東京

院所・施設名 勤医会東葛看護専門学校

発 表 者 山田 かおる 職種 看護師

共同研究者 福井 慶子、臼倉 智美

【目的】

看護学生が受け持ったC氏は、左視床出血により前頭頭連合野につながるネットワークが障害され思考・判断・感情のコントロールがうまくできない状態であった。チューブの自己抜去やカテーテルを引っ張る行為が見られ、抑制帯を使用していた。「自由に動きたい」「自分でやることは自分でやりたい」というC氏の願いを応援する看護から、身体抑制について考え学んだ。その学びを報告する。

【方法】

2020年度老年看護学実習で、学生はC氏を2週間ずつペアで4週間受け持った。学生の実践から、患者さんの人権を護る看護について考察する。

【倫理的配慮】

本事例をまとめるにあたり、情報は最小限にとどめ個人が特定できないように配慮した。

【結果】

学生受け持ち初日、C氏は「左手のミトンを外してほしい」と訴えており、看護師がミトンと両手の抑制帯をはずした。その後「みかんを頼みたい」と発言すると思考の混乱がみられ、徐々に易怒傾向が強くなったことから、両手をミトンで抑制しようとする「お前たちにその権利はあるのか」と興奮し、手を振り払う姿がみられた。また「自由に動きたい」「自分でやることはやりたい」との発言から、C氏の不安や不快感軽減のために抑制を外す時間を増やす応援を考えた。C氏は左上下肢は動かせるため、朝左手で歯磨き、髭剃りを提案したところ、「うん」とうなずかれたため、車いすに乗り整容を実践した。洗面所でタオルと歯ブラシを渡すと、時間はかかりながらも鏡を見て歯磨きと髭剃りを行い、終わると「満足だ」と話す姿がみられた。毎日整容を行うことで抑制帯を外す時間を増やし、車いす乗車の習慣をつけることができた。さらにC氏は日付がわからないことが多かったため、カレンダーづくりを一緒に行ったが、作業中はチューブを触るような行為は見られなかった。

【考察・まとめ】

学生たちは実習後の考察で「抑制をせざるを得ない理由に看護師不足がある。治療の場である医療機関において、患者さんの安全を確保するために必要最低限の身体抑制は必要だ」と書いていた。その後「介護保険指定基準 身体拘束禁止規定」「身体拘束ゼロの手引き」を学習した。その後の考察では「抑制を外す時間を増やし、整容など自分でできることを行ってもらう実践やカレンダー作り、抑制を外し会話をすることはC氏の『自由に動きたい』『自分でやることは自分でやりたい』という願いに応えるものであった。同時にC氏の人権を擁護する看護であった」と考察が変化した。

身体拘束はなぜ問題なのか、抑制が本当に必要なのか、患者の願いはどこにあるのかを人権を護る視点で学び考える事が必要である。現在の医療政策のなかで退院促進が求められ、より早い医療展開に変化さざるを得なくなっているが、私たちは日本国憲法と民医連綱領に立脚し、患者の要求から出発し患者とともに闘う立場で、人権擁護の看護を臨床と共に追求していきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	緩和ケアとしての関わり ～その人らしい生活を送る為のサポートとは～

県 連 名 長野
院所・施設名 健和会病院
発 表 者 塚本 悠 職種 看護師

【はじめに】
緩和ケアとは患者さんの苦痛を和らげることにより、QOL（生活の質・生命の質）の改善を目的とした治療のことである。かつて緩和ケアとは、治療の手立てがなくなった人が、苦痛をやわらげながら死を待つためのケアと言われていたが、現在治療困難な疾患と診断された当初から緩和ケアを取り入れることで、肉体的・精神的負担が軽減されることがわかっている。今回癌性胸膜炎にて入院となった A 氏は、病状の悪化による身体的苦痛、今まで出来ていた事が出来なくなった事による精神的落ち込みがみられていた。A 氏に対し緩和ケアとして介入し思いを吐き出す場を設け、疼痛以外の苦痛を軽減する事の大切さを学んだ為ここに報告する。

【倫理的配慮】
本研究をまとめるにあたり、本人・家族へ説明し同意を得た。知りえた情報は本研究以外で使用しないことを説明し同意を得た。

【看護の実際】
A 氏 70代女性 左下腹部痛、食欲低下、易疲労感を認め受診、乳癌再発による癌性胸膜炎と診断され入院となる。疼痛のあった A 氏に対し、疼痛管理表を用いた事で痛みが出てくる時間や薬を飲んだ時間、程度や頻度など自分でマネジメントできた。また薬剤の変更や内服調整を行い、疼痛コントロールができたことで、本人の意欲も出て自宅退院へと進めていくことができた。A 氏の QOL を低下させていた原因は癌性疼痛以外にも、今後の自分はようになっていくのかといった不安、旦那様の面倒を看れなくなったという申し訳なさなど様々な感情を抱えていた。緩和ケアとして旦那様との関わり場の場を設けたり、家族からのエールを伝えるなど病状面からの介入以外に精神面への介入を行い A 氏の QOL の上昇をサポートした。

【考察】
自分での疼痛コントロールにより、ベースにある痛みを軽減する事ができ、痛み以外へ意識を向ける時間を増やす事ができたと考える。A 氏の QOL を低下させていた原因は癌性疼痛だけでなく、身体的症状による苦痛、今後の自分はようになっていくのかといった不安、旦那様の面倒を看ることができないという申し訳なさなど様々な感情を抱えていた事が考えられる。症状の変化により、今までの家族の中での役割も変化し、それを受け入れなければならぬ。その中で今家族にできる関わりは何か、妻としてどんな事なら出来るか、これからの新しい生きがいを患者さんと一緒に見つける事が大切であると感じた。そうした思いと向き合えた事で、次の段階へと意識を向けられたのではないかと考えられる。

【まとめ】
緩和ケアとは患者さんがその人らしく生活していけるようにサポートする関わり方であると学んだ。身体的苦痛以外に苦痛となっているのは何か明らかにし、その方の人生背景、病気への受け止め方、意欲や本人の希望などの視点からの介入の重要性を学んだ。入院中の患者さんがその人らしい生活を送る事ができるようなサポートができるように介入をしてきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	コロナ禍での癌終末期患者の看取りについて

県 連 名 群馬
院所・施設名 北毛病院
発 表 者 今井 日香理 職種 看護師
共同研究者 山本 夢香

【目的】
現在新型コロナウイルス感染症により医療・介護の現場では様々な感染対策が必要であり、面会制限もその1つである。当院で面会できるのは重症患者のみで、癌終末期患者でも状態が安定していれば面会許可対象ではない。コロナ禍の中、患者と家族の希望に沿った癌終末期を迎えられた症例のためここに報告する。

【倫理的配慮】
事例をまとめるにあたり個人を特定できないように匿名化した。

【患者紹介】
A 氏、70代。腓体部癌と診断され、化学療法先行し腹腔動脈幹合併腓体尾部切除術施行。術後化学療法続けていたが腫瘍マーカー上昇、肝転移・腹膜播種・ポートサイト再発。CV ポート造設し化学療法していたが更に腫瘍マーカー上昇や腹膜播種の増大あり、家族・本人と相談し中止、BSC 方向となる。通院中に疼痛増悪あり入院。1 度退院したが食欲不振・腹痛等の症状悪化し再度入院となった。

【方法・結果】
フェントステープとオプソ内服で疼痛コントロールしていたが、内服では緩和できなくなった。癌性腹膜炎による腸閉塞により経口摂取困難となり、フェントステープ増量しレスキューはモルヒネ静脈注射へ変更、高カロリー輸液開始した。長女と A 氏へ IC を行い、A 氏からは「動けなくなるまでは家で過ごしたい」長女からは「他の家族に会わせたい」と発言があった。当時県内のガイドラインは警戒度Ⅲで「高齢者施設や病院等での面会は禁止」だったため早急にカンファレンス開き、訪問看護導入や往診契約等、在宅調整開始した。疼痛コントロール安定させるため、モルヒネ皮下持続注射へ変更し、フェントステープは中止。レスキューは PCA ボーラス投与とし A 氏へ指導を行った。退院間近に A 氏より不安の訴えあり、看護師から状況等説明を行った。また退院前日に家族へ不安がないか確認後、再度医療機器等について説明を行った。退院後は毎日の点滴更新は家族が行い、訪問看護はポンプの交換や皮下注射の針の交換を行った。往診は週に 1 回主治医が行った。約 3 週間在宅で過ごしていたが、体動困難・疼痛悪化等あり訪問看護が臨時訪問を行い救急搬送され入院。3 日後家族の付き添いのもと永眠した。

【考察・まとめ】
今回の症例では患者と家族から、家族と過ごすという希望があった。以前は面会で家族と過ごせたが現在は制限があるため、自宅退院を目指し無事実現することができた。最期は病院であったがこれも患者と家族の希望であった。多職種と連携し患者と家族が望む終末期を迎えられた症例であったと考える。新型コロナウイルス終息の見通しはつかない。だからこそ終末期に限らず患者と家族が共に過ごすことの望むのであれば、できる限り在宅調整を行う事が必要だと感じた。この選択は患者のためでもあり入院中の患者を守る上でも重要である。その人らしく生きるためには、患者が望む療養環境に調整する事が、コロナ禍の中でも民医連らしい看護を提供するためには重要であると感じた。

03 ④多職種連携

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演題名 アルコール依存を抱える中での独居生活継続支援の取り組み

県連名 山形

院所・施設名 鶴岡協立リハビリテーション病院

発表者 白幡 あゆみ 職種 准看護師

共同研究者 梅津 恵

【はじめに】

「いのちの平等と個人の尊厳」は民医連が掲げる看護の基本となるものである。今回、周囲とのトラブルが絶えず他者介入も困難で自ら社会的排除に繋がりがねない状況の中、本人の希望である独居での在宅生活を継続するために支援した事例を報告。

【倫理的配慮】

個人特定されないようプライバシー保護に努めた

【患者紹介】

A氏50代男性。頸椎骨折、頸髄損傷、アルコール依存の既往。易怒的で、入院中より病棟や他患とのトラブルが多く入院継続困難。家族間にも確執があり今後の生活の場に障害者施設入所を検討したが、独居での在宅希望強く、週1回の通所サービスと訪問看護・ヘルパー導入調整後、自宅退院。

【看護の実際・結果】

退院後、独居の不安を紛らわす為徐々に飲酒量増加。体調不良を理由に通所利用の減少や未受診あり。自宅では夜間幾度となく酩酊状態となり、尿閉やベット・車椅子転落が頻回。その度に訪問看護や救急隊・警察を要請し暴言罵声によるトラブルも増加。訪問看護や救急病院からは今後受け入れ困難である旨の相談を頻回に受けた。結果退院後6ヶ月で訪問看護は終了、本人を取り巻く状況は厳しさを増した。在宅継続について障害者支援センターと検討を重ね、本人を交え話し合いも実施。酩酊状態での緊急要請や暴言等が続き救急受け入れ困難と相談されている現状、このままでは独居継続は困難と判断せざるを得ない旨を伝え施設入所を提案。しかし本人は『誰の支援もいらない。一人で生活をする。それで死ぬなら仕方ない。』とすべて介入を拒否。外来としてどのように支援すべきか検討を迫られる状況であった。検討を重ねる中、正直『自己責任』と半ば諦めかけそうになった事もあったが、外来が唯一の繋がりであり見離す事をしてはならないと、今一度自分達の看護の原点に立ち返り方向性を確認。障害者支援センターと情報共有し、未来院と分かれは状態の確認のため自宅訪問を実施。その後も諦めず本人と対話を繰り返し、確実な定期受診、未来院の際は状況確認の外来家庭訪問を受け入れる事、唯一利用の生活介護の利用回数の増回、夜間休日対応の確認、飲酒量セーブと専門医の受診を根気よく提案し了承を得た。生活スタイルはすぐに改善されることはなかったが、定期受診前数日は断酒するなど僅かな変化あり。来院時は必ず対話し繋がりが途切れない様に支援を継続した。

【考察・まとめ】

どのような状況であってもその人らしく生きる権利がある。それを保証し人は変化できる存在だと信じ、自立支援を目指し根気よく組織外と連携強化した。目に見えて良い方向に進んだ結果はなかったが、患者を差別することなく、本人の状況に合わせて多職種共同で医療を提供したことは『民医連理念』に沿った看護実践であったと考える。今後も、誰も取り残さない社会を目指す支援に焦点を当て、「いのちの平等」の理念を具体化した看護実践に取り組んで行きたい。

03 ④多職種連携

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 患者の状態変化と向き合う家族の心理的支援
～会えないからこそ「伝える」を大切にする看護～

県連名 奈良

院所・施設名 土庫病院

発表者 河本 清代 職種 看護師

【はじめに】

蘇生後脳症は心肺停止の蘇生後に発症する中枢神経障害である。今回蘇生後脳症発症後、治療やリハビリ介入により緩やかな意識レベルの回復を認めた患者を受け持った。患者の状態変化と家族の心理的变化に着目し、看護師、医療チームとしての役割について述べる。

【倫理的配慮】

対象者から得られた情報は研究以外の目的で使用せず、名前は匿名化する。今回対象との意思疎通は困難であり、重要他者へ研究について代諾を得た。

【患者紹介】

A氏40歳代男性。看護師の妻、10歳代の娘と同居。自宅で意識消失し、妻が救命処置を行ったのちB病院へ救急搬送。心筋梗塞と診断されPCPS挿入、呼吸器装着となる。蘇生後脳症を発症。家族は延命処置を希望せず、A氏は呼吸器を離脱し、妻が勤務するC病院へ転院となった。

【看護の実際】

転院後治療やリハビリ介入により、緩やかに意識レベルの上昇を認めた。再度家族へ治療方針について確認が行われ、現状を維持できるよう治療介入する方針となった。しかし面会や病状説明時に娘の姿はなく、娘の思いが気がかりであった。一方で今後の療養先について、多職種が連携し家族の意向を含め検討していた。転院後1か月を過ぎた頃には日中車椅子離床をして過ごすことが多くなり、回復期リハビリテーション病院へ転院することとなった。転院の数日前、娘の面会予定が入った。A氏の状態変化を伝えたい思いがありながらも、娘にどのように介入するとよいのか分からずにいた。他看護師より、A氏が車椅子に乗っている姿を家族に見てもらうことについて提案があり、面会時にリハビリ介入中の動画を見もらった。以前は父親の顔を見ることも辛いと思っていた娘が、動画を見たことで、とても喜ぶ姿が何え父親に対する気持ちの変化が現れた。

【考察】

発症直後のA氏は挿管され、辛いだけではないかと考えられる姿だったのかもしれない。時間経過とともに認めた変化は、家族にとって希望となり、気持ちの変化へとつながった。また面会までに時間がかかった娘にとって、A氏の姿を実際に見て感じることは、現状を受け入れていくきっかけとなったのではない。患者は家族にとってたった1人の大切な人である。患者を大切に思う人々の思いに寄り添い患者と関わっていくことは、看護師の大切な役割であると考え。患者家族への介入において、多職種による視点や専門分野の知識など、力を補い合い、協力・連携し合うことでチームとして力が発揮されることを経験した。患者と家族の「今」と「今後」をチームで支えることは患者と家族をつなぐ医療者としての大切な役割であると考え。

【結語】

医療現場で求められる看護師、医療チームとしての役割とは、非日常である入院生活の中で起こる患者の小さな変化に目を向け、家族の声に耳を傾け、双方に手を差し伸べ、多職種が連携して患者と家族に寄り添うことである。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	術前の禁煙指導における他部門連携の実態 —継続した禁煙に繋がる支援体制の確立を目指して—

県 連 名 埼玉
院所・施設名 埼玉協同病院
発 表 者 高林 由佳 職種 保健師

【目的】
各診療科での禁煙指導の実態を調査し、各部門が連携を強化して術前の禁煙指導が出来るように課題を検討する。

【方法】
A 病院で術前の外来を担当する麻酔科、外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科の看護師45名を対象に、独自に作成した術前禁煙指導の実施状況に関する質問紙を配布。

【倫理的配慮】
対象者に文書で研究の目的と方法、期待される結果、無記名で個人が特定されないようにすること等を説明し同意を得た。また A 病院の研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】
禁煙指導は「必ずしている」「時々している」と75. 7 %が回答。診療科別では、麻酔科・外科・産婦人科は100%が「必ずしている」「時々している」と回答し、整形外科は100%、耳鼻咽喉科は80%が「ほぼしていない」「全くしていない」と回答。禁煙指導をしていない理由に、「時間が確保できない」「指導方法が分からない」「説明する場所が無い」「指導することになっていない」などがあがった。「指導に関して要望や困っていること」に関する質問には、「細かい指導の流れや説明方法を統一した方がいい」「医師からも禁煙の説明をして欲しい」「簡潔に説明できるツールが欲しい」「禁煙方法が具体的に伝えられない」「指導出来る状況に無いため、喫煙の有無も確認していない」などが回答にあがった。

【考察】
7 割以上の看護師が禁煙指導を実施出来ているが、診療科ごとの実施状況には差が見られる。指導を困難にさせる要因として、指導マニュアルが整備されておらず喫煙状況の聴取・指導が業務化されていない、指導する時間・場所の確保が難しい、指導方法・内容に不安があるなどが明らかになった。体系化した禁煙指導をしていくためには、各診療科で実践可能な指導マニュアルの作成・見直しを実施し、短時間で統一した知識提供・動機づけ・実行支援ができるようパンフレットを作成する必要がある。また、具体的な禁煙方法の提案や禁煙外来の紹介、禁煙困難な患者への助言ができるよう、スタッフへの学習会を実施する必要がある。

現状では指導実施記録を記載している人は少なく、各診療科での指導内容や方法、患者の反応を共有出来ていない。各診療科の看護師は、医師からの禁煙指導も効果的だと考えている。今後は手術を決定した診療科で看護師・医師による禁煙指導を実施し、指導実施記録に記載。記録をもとに麻酔科外来受診時の禁煙状況を確認し、喫煙中であれば看護師・麻酔科医が追加で助言を行うなど繰り返しの組織的な介入が必要だと考えられる。

【結論】
各診療科での指導マニュアルの作成・見直しを実施し、短時間で統一した禁煙指導ができるようパンフレットを作成、禁煙指導に関する学習会を実施する必要がある。周術期禁煙対策の取り組みを医師・看護師の協力を得て早期介入、術前麻酔科外来での最終確認のサイクルを確立させ、禁煙指導の連携強化に努めていく。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	通所リハビリテーションにおける在宅生活へのかわり with コロナ

県 連 名 岡山
院所・施設名 玉島協同病院
発 表 者 鳥羽 ゆかり 職種 介護福祉士

【目的】
新型コロナウイルスの影響により、利用者の退院前訪問の機会が激減している。在宅の生活が整備されないまま退院となり、ケアマネージャーをはじめ家族も福祉用具の選定や介護方法などに困惑されていることや退院後に環境整備のための評価を求められるケースが増えている。また、利用者が使用する福祉用具の評価、選定、指導などの依頼も増えた。これらよりリハビリスタッフと協働し在宅へ外向き、具体的な生活する上での環境整備のアドバイス、介護者への指導などを行ってきた事例を紹介する。

【方法】
・事例紹介
・期間 2021年 4 月～2022年 4 月
・依頼により自宅に訪問し動作評価、環境整備など行った件数 25件（2020年 4 月～2021年 3 月 14件）

【倫理的配慮】
症例対象者へ趣旨を説明し使用同意を得ている
事例1：A 氏、94歳、男性、要介護4、肋骨骨折後コルセット装着。退院前訪問なし。調整会議時には退院前情報より ADL 低下しており、ポータブルトイレ移乗方法や褥瘡処置方法などを家族が理解できていない状況だった。後日、リハビリスタッフと同行訪問し、ADL・動線評価、歩行器、車椅子など福祉用具選定のアドバイスと家族に移乗時の指導を行った。また、通所内での移乗方法や入浴介助方法を多職種で検討、統一したケアを行った。
事例2：B 氏、85歳、女性、暫定要介護2、圧迫骨折後コルセット装着。退院前訪問なし。ケアマネージャーの情報により動作能力評価を行い歩行器選定が必要と判断。サービス調整会議へリハビリスタッフも参加。自宅内外動線に合わせ、手すりや歩行器動作の評価を行った。外出用歩行器評価は通所利用中に行い、結果、訓練時のみ使用。耐久性がつけば外出時に使用することとした。通所の入浴時の介助方法を評価し介護福祉士と共有した。

事例3：C 氏、88歳、女性、要介護1、心不全。現在通所利用中。ケアマネージャーより現在使用中の自宅内歩行器評価の依頼あり。送迎時にリハビリスタッフが評価。病状と症状に合わせた歩行器を選定した。その後送迎時に使用状況の確認、評価を行っている。

【結果】
ケアマネージャーや通所スタッフから評価を求められることが増え、送迎時以外での在宅訪問を行いタイムリーな評価や指導が行えるようになっていた。また、リハビリスタッフの送迎により、日常生活場面を確認、評価やリハビリ内容に反映されていることもみえてきた。多職種が協働で情報共有、介入方法などの統一をおこなってきたことによりスタッフの技術の向上につながり、各専門職の関わりにより家族・本人の日常生活に対する不安の解消も行えている。

【考察】
今後も評価や指導の依頼など積極的に受け入れ、日常生活に合わせた専門的評価を訓練や関わりに反映させ、ADL や生活の質の向上また、介護者の負担・不安の軽減へつなげてゆきたい。

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

生命の危機に直面し治療選択を余儀なくされた A 氏家族への意思決定支援

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連中央病院

発 表 者 山内 未奈 職種 看護師

【目的】

今回、手術看護認定看護師として、生命の危機に直面し治療選択を余儀なくされた A 氏家族に対する意思決定支援に取り組んだ。結果、診療科を超えたチームとしての連携・協働・家族を含めた意思決定支援への取り組みの重要性が示唆されたためここに報告する。

【倫理的配慮】

本演題に対し、対象者に本報告の趣旨を説明し同意を得た。

【対象の概要】

A 氏、80歳代、女性

既往歴：右足第 2、3 趾切断後・認知症・糖尿病・高血圧・慢性腎臓病

現病歴：急速に進行する下肢壊疽と診断され、下腿切断術適応となった。全身動脈硬化が進行し、手術を実施しなければ予後 1～2 週間と診断された。

看護上の問題：①患者家族の突然の余命宣告や治療選択に関連した苦痛と不安がある

A 氏は下肢の痛みを自覚し、認知レベルは保たれていた。病状の説明と治療選択に関して、家族だけでなく本人の意向の確認が必要だが、医療者の説明の理解や判断に支障をきたす可能性があった。また患者・家族ともに、限られた時間で治療選択を迫られることで心理的混乱が生じる可能性があった。

②動脈硬化・全身麻酔・手術に伴い致死的な循環動態変動の恐れがある。

A 氏は急性下肢動脈閉塞の状態であり、全身の動脈硬化症の進行と心予備能の低下があった。麻酔導入時は低血圧を呈しやすく心筋虚血のリスクがあった。

【結果】

循環器内科医・整形外科医・麻酔科医・病棟師長と筆者の合同で、次女夫婦へ病状説明を行った。麻酔科医の説明に加えて術中死の可能性と術中出血の可能性の説明をした。その上で家族は「何もしなくても 2 週間の寿命なら手術してもらいたい」と手術を行うことを希望した。その後、本人に対し病状説明を実施した。A 氏は「つらいな」と流涙した。家族から「手術しないと死んでしまう。生きてほしい」という言葉を受け A 氏は頷いた。術前訪問を実施し、再度 A 氏の意思を確認した。A 氏は「足、切らなアカンて。娘が涙流してた。あんなことなかった。」と理解されていた。手術後は歩行困難であることなど A 氏の質問に応える形で追加説明実施した。手術を受けることで良いかの質問に頷き応答された。手術室入室時間は、家族が再来院する時間帯に設定した。A 氏は家族に見送られ穏やかに入室した。術中、血圧低下を伴う頻脈や不整脈などなく経過した。バイタルサインの著変なく帰室となった。

【考察】

A 氏と家族は、短時間で生命に関わる難しい治療選択をしなければならなかった。診療科を超えたチームで、家族に、術中起こりえる事態を説明したことや、A 氏の思いを傾聴したことで、A 氏・家族の意思決定を支えることができた。結果、混乱なく緊急手術を受けることができた。今後の課題は、生命に関わる意思決定を行う場面で、説明するだけでなく、最良の選択となるよう、医療チームが本人の価値やアドバンステープランなどの情報を十分に得られるように調整することである。

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

患者の思いを尊重した関わりから学んだこと

県 連 名 山形

院所・施設名 鶴岡協立病院

発 表 者 大井 ひかり 職種 看護師

共同研究者 小林 美紗、菅原 真紀

【はじめに】

民医連看護に「すべての人が人間らしくその人らしく生きていく事を支援する」「患者の立場に立つ」「患者の要求から出発する」とある。今回、筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）の患者の思いを受け止め、寄り添った看護の重要性を学んだため報告する。

【倫理的配慮】

患者・家族に不利益が生じないようプライバシーの保護と写真掲載について説明し了承を得た。

【患者紹介】

A 氏60歳代、男性、息子と 2 人暮らし。四肢脱力感あり ALS 疑いで検査していたが筋力低下の進行が早く、肺炎を併発。嚥下障害あり食事摂取量減少したが、食べたい物へのこだわり強く本人の嗜好を取り入れた食事をしていく。治療に関しては本人の希望で胃瘻造設・人工呼吸器は希望せず。在宅療養希望していたが病状進行にて施設で看取り方針となる。

【看護問題】

＃1 ALS のため徐々にコミュニケーション機能の低下し、思いを伝えることが困難である

【看護目標】

本人の希望に沿って穏やかに生活できる

【看護の実際と結果】

入院時コミュニケーションは文字盤を使用し意思疎通出来ていたが進行早く、徐々に A 氏の意思を汲み取ることが出来ず。身体の姿勢や介助方法などスタッフが気づいた事をメモに残し、関わり方を共有出来るようにしたが、A 氏の思いを上手く汲み取れずスタッフを変えて対応する事や、リハビリスタッフからアプローチし、本人が納得できるまで諦めずに時間をかけ対応した。窒息のリスクがあっても寿司が食べたいという希望あり、家族より誤嚥の危険性を理解してもらったうえで寿司を食べることを計画した。病状から迅速な準備が必要で、多職種の協力のもと実現できる方法話し合い A 氏に寿司を提供した。しかし A 氏はうつむき、笑顔は見られなかった。なぜ表情が優れなかったのか問うも反応はなかったが、リハビリからの情報提供で A 氏はみんなと食べたかったのだと分かった。本当の希望を叶えたいと思い、もう一度スタッフも交えて寿司を食べると、笑顔で寿司を頬張り穏やかな表情が見られた。

【考察】

患者は入院生活の中で楽しみや生きがい喪失しやすい。60代で ALS という難病を思い、その喪失感はさらに大きかったと考える。コミュニケーション障害により伝えられない思いから、表情や視線で A 氏の思いを汲み取っていたが、看護師だけでは思いを汲み取り叶える事が出来なかった。多職種が連携し一度目は汲み取れなかった思いも諦めずに対応した事で、2 回目では A 氏の笑顔に繋がる対応が出来たのだと考える。これらの関わりが「患者の立場に立つ」「要求からの出発」の民医連看護に繋がっていると考える。退院後家族へ電話訪問した際、写真を見て本人の喜ぶ姿が見られてよかったと話され、私達の関わりが家族の方にも寄り添うことが出来たと考える。今後も諦めずに患者の思いを引き出し、多職種連携を大切にし、患者の為に行動できる看護を実践していきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	医療依存度の高い重症心身症患者の入院から退院支援を振り返って ～気管切開下陽圧換気療法患者の在宅療養を目指した急性期から退院支援までの継続支援～

県 連 名 埼玉
院所・施設名 埼玉協同病院
発 表 者 寺門 妙子 職種 看護師

【はじめに】
医療依存度の高い患者の入院から在宅医療に繋げる貴重な症例に関わることができたためここに報告する。

【目的】
入院から退院に関わる経過についてまとめ共有する。

【方法】
本人の入院中の経過と多職種の関わりから在宅医療へ繋げた経過を振り返る。

【倫理的配慮】
個人が特定されないようにすることで両親から承諾を得た。

【結果】
患者紹介：30歳代男性 B氏 乳児期のウイルス感染症により、重症心身症、体重は20kgに満たず、側弯症と胸郭の変形、四肢の拘縮、言語的コミュニケーションは困難。
入院時の経過：入院二日前から腹部症状がみられ、C病院を受診しイレウスが疑われたが、救急処置中に心肺停止となり、救命処置が施され、緊急気管切開術と胸腔ドレーンが挿入されHCUに入室し、重症管理が開始された。
入院中の経過（HCUに入室時）：気管内挿管チューブは気管壁の形状と合わずリークが発生している状況だった。医師2名・看護師2名で気管カニューレへ慎重に入れ替えを行い、緊急手術を行うことができた。
一般病床から退院までの経過：胸郭内に胃があることが分かり、胃ろう造設は断念された。人工呼吸器からの離脱を試みたが、離脱できず、在宅人工呼吸器に変更したが、体位を変えると呼吸状態が悪化することが問題となった。当初は、胸郭の変形により肺野が十分にないことや側弯症による気道の変形で、十分に換気補助が得られない状況であることが予測された。
そのため、自宅でも同様の事が起こり得ること、命を落とすかもしれないことが両親に説明された。両親は、『それでも本人のために家で過ごしたい、何があっても覚悟はある。』と意志を示された。
その後検査で気管内潰瘍が見つかり、気管カニューレの挿入の長さを調節できるものに変更し退院することができた。
再入院：退院後4日目に気管カニューレの閉塞で呼吸不全となり、救急搬送となった。加湿不足が原因とわかり加湿器の変更、自宅の室温と湿度調整の指導を行い退院することができた。

【考察】
皮膚排泄ケア認定看護師の介入や、リハビリスタッフによるポジショニングの工夫、臨床工学技師による人工呼吸器の選定、栄養サポートチームや呼吸ケアチームの介入など、医療依存度が高く在宅での療養が困難と思われる状況でも多職種の役割発揮により退院を目指すことができたと考える。
退院支援では、日常のケアの指導をB氏に実際に実施する形で行った。指導に関われるスタッフは少なかった。
退院前に複数の看護師でカンファレンスの実施や退院時の介護タクシーの付き添いでスタッフ指導の機会を設けることができたが今後関われるスタッフの育成の必要性を考えることができた。

【おわりに】
患者・家族が望む生活に近づけることができるよう継続した関わりを持てるスタッフを育成していきたい。

【参考文献】
1) みんなの呼吸 Respica, vol.17, No3, 12-14 72-83, 2019

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	グリーフケア ～看取りを迎えた家族に寄り添って～

県 連 名 熊本
院所・施設名 くわみず病院
発 表 者 横田 愛 職種 介護福祉士

【はじめに】
今回、長年通所リハビリを利用されていた方の最期の時を迎えるにあたり、本人・家族の思いに沿った支援を行った。今回の支援を振り返り今後の課題を考察したのでここに報告する。

【事例】
A氏、100歳代、要介護5、既往歴：両側大腿骨頸部骨折後遺症、腹部大動脈瘤
高齢の娘と二人暮らし。約19年通所リハビリを利用。近くに支援できる親類等なし。

【倫理的配慮】
本事例をまとめるにあたり、目的を説明し同意を得た。また、個人が特定できないようにプライバシー保護に十分配慮した。

【経過】
利用当初は杖歩行で入浴や排泄も自立。徐々に認知機能・体力低下がみられ、ADL低下し支援が増加。A氏の状態変化に合わせ介護指導等、こまめに娘と情報共有を行う。その後自宅内で転倒し恥骨骨折。骨折の痛みに伴い歩行能力低下が進み、車椅子移動が主な移動手段となる。A氏・娘共に住み慣れた自宅で最期を迎えたい、という強い希望がありサービス調整し在宅生活を送る。A氏の身体的衰えや娘の手関節痛や急性腰痛症が悪化、介護負担増から徐々にサービスを増やして対応。しかし、娘の体調不良が続き、レスパイト入院となる。娘は「体調が良くなれば、もう一度自宅で母と一緒に生活をしたい」との強い気持ちがあり、退院後の生活を想定し多職種と状況共有を行い対応を検討。入院中はコロナ禍で面会制限もあったが、通所リハビリで娘との面会の機会をつくり、娘と主治医が懇談の時間を持つなど最期をどのように迎えるかとの話し合いを重ねた。しかし、娘の体調は改善せず、A氏も徐々に老衰が進行し、在宅復帰は困難となり永眠。最期は病院で看取る事となったがその際娘は「後悔はない」と言われた。1年後娘に気持ちを尋ねたところ「入院前の言葉が心残り。」「ずっと二人だったから落ち込む。」と気持ちの変化があった。一人での生活への不安や喪失感も伺えた。

【考察】
今回、A氏の長期にわたる在宅支援を経験して、娘が「後悔なく最期を迎えることができた」と言われ、A氏・娘の思いに沿った支援ができたのではないかと考えていた。しかし、時間の経過と共に娘の気持ちに変化が見られている事が分かった。長く二人で支え合って過ごされていた為、自責感や喪失感は大きかったと考える。亡くなられた後も時間と共に変化する気持ちに寄り添い、娘が孤立しない様定期的に精神面のサポートを行っていくためには我々スタッフのグリーフケアの学習の必要性があると思われる。今後も残された遺族に寄り添うためにはグリーフケアが重要であると認識した。

【まとめ】
今回通所リハビリで、看取り支援を行えたことはとても貴重な経験であった。今後、一人残された娘の精神的・身体的サポートを行っていく必要があると思われる。今回学んだことを、通所リハビリでも今後増えるであろう看取りケアに生かしていきたい。

キーワード：グリーフケア

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	外来カンファレンスから～ 気になる患者へアプローチした事例報告

県 連 名 埼玉
 院所・施設名 熊谷生協病院
 発 表 者 五十嵐 加代子 職 種 看護師

【はじめに】

A 病院が位置する B 県北部は高齢率が29.6%（令和 3 年12月）と県平均よりもやや高く、今後も急速に高齢化が進展すると予測されている。患者の多くは慢性疾患管理が必要な高齢者である。A 病院の理念の具体化として、地域住民や外来患者が何らかの困難や見守りが必要とされた方に「24時間365日、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう」に看護師、ソーシャルワーカー、まちづくり推進課で連携を強化し対応を行っている。職員の育成を考え地域活動に参加し、困難をかかえる人の情報収集と支援を行ったので報告する。

【研究目的】

①地域住民の「困った」をキャッチし、医療・介護・暮らしの相談の事例を多職種カンファレンスで検討し必要な医療・介護サービスが提供できる。②地域活動へ参加することで職員が学ぶ機会とする。

【研究方法】

・外来患者や地域住民の事例を「患者利用者対応報告シート」を活用し収集。・外来カンファレンスで事例検討と患者宅訪問を行い生活と労働を知る。期間：2021年 4 月～12月

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう個人情報の取り扱いに留意する。管理会議で承認後、学会等で報告する。

【結果】

A 病院の2017年～2018年度のカンファレンスの実績は50件／年前後であったが、2019年度は体制変更に伴いほとんど開催できていなかった。このことからカンファレンスの手順書を見直し、2020年度は80件、2021年度は63件（12月まで）カンファレンスの実績を伸ばしてきている。また、「患者利用者対応報告シート」を作成し地域住民（組合員）からの情報や職員が気になる患者情報を記載しアクションを起こすことができるようになった。

事例紹介 1）50歳代男性：若年性認知症、2型糖尿病 県の若年性認知症コーディネーターより相談があり支援を開始。認知症の進行で就業が困難な状況で解雇。地域包括支援センター職員や地域の人々と連携し外来受診の継続支援を行っている。

【考察】

社会的決定要因の視点から患者一人ひとりのニーズに適した医療・介護支援が必要と考える職員が増えて来ていると考える。地域住民の多くは要介護状態となっても可能な限り住み慣れた地域で生活し人生最後の時まで自分らしく生きることが望んでいる。今回、自宅訪問の取り組みに初めて参加する職員もおり、事例から患者の生活の場や地域を歩いて知る情報が新鮮で学ぶ機会となった。この学びが患者を捉える力となり今後の医療活動の場面で活かせるようさらに専門職による質向上が必須と考える。

【結論】

一人でも多くの「困った」にいち早く支援の手が届く体制の構築とコーディネートする役割が職員に求められて来ている。さらにアウトリーチを広げ地域を見る目を養い前進することが地域を支える病院の役割である。

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	治療中断を繰り返す進行膵癌を併発した緩徐進行 1 型糖尿病患者との関わり

県 連 名 京都
 院所・施設名 吉祥院病院
 発 表 者 乾 香織 職 種 看護師
 共同研究者 水野 夏苗

【目的】

当院では中断対策として多職種と協力して、電話かけや手紙の郵送、自宅訪問を実施している。また、糖尿病外来カンファレンスを多職種参加で開催し、治療方針の確認と情報共有、次回受診時の介入方法を検討している。今回、治療中断歴のある緩徐進行1型糖尿病患者（以下 SPIDDM）A 氏に対し、多職種による多方面からの関わりが治療継続に繋がったため報告する。

【方法】

A 氏70代男性。50代発症の SPIDDM。血糖自己測定施行中で、持効型インスリンと超速効型インスリンを自己注射。独居で身寄りなく電話や冷蔵庫は無い。かかりつけの薬局で残薬分のインスリンは預かり、無くなれば自主的に取りに行く対応をしていた。当院外来通院歴約10年内で繰り返す治療中断歴あり。倫理的配慮：本人に個人情報保護と研究の趣旨と署名を文章と口頭で説明し同意を得た。

【結果】

A 氏の自宅は電気が切れており電話や冷蔵庫もない。インスリンはかかりつけの薬局で預かっていた。A 氏は自覚症状に乏しく、インスリンが無くなったら受診する事が多かった。中断があれば自宅訪問や手紙の対応をした。当初は「忙しかった」「暑すぎていけなかった」などの言葉が聞かれたが、継続して関わる中で「手紙ありがとう」「この前来てくれてありがとう」など気さくに会話されるようになった。2021年になり「しんどい」と言う主訴が増え、精査し11月進行膵癌が診断された。A 氏は積極的精査治療を望まず、「今のままで良い、このまま楽に生きたい」と話された。多職種カンファレンスでは、本人らしく生活していける方法を検討していくことを目標に介入した。外来看護師が区役所に電話相談し、医療保険での訪問看護を申請し、当院の訪問看護導入となった。また、多職種からの視点でタイムリーな介入が可能となり、孤独感・不安感の軽減が図れ A 氏が望む今までと変わらない生活パターンの継続に繋がった。

【結論】

協働的パートナーシップは、「すべてのパートナーが積極的に参加し、合意をもとに進む流動的な過程をとおして、患者中心の目標を追求すること」である。多職種で、時間をかけ、患者の思いに寄り添い丁寧に聞き、A 氏の意味を尊重した介入は、安全安楽に本人らしく生きていける事へのサポートに繋がれたと考えられた。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	利用者中心の医療・看護・介護連携の模索

県 連 名 愛媛
院所・施設名 愛媛生協病院
発 表 者 坂本 直子 職種 介護福祉士
共同研究者 坪田 美津子、富永 誠二、松本 晋平
鈴江 誠人

【はじめに】
当デイケアは院内併設であるため、体調面で何かあっても安心という理由から利用される方も多い。紹介があれば断らないという、民医連綱領に基づいた信念をスタッフ間で共有し、これまでも医療依存度の高い事例を受け入れてきた。今回は他院訪問診療、訪問看護の利用者において連携の重要性を再確認した事例を経験したので報告する。

【倫理的配慮】
事例発表にあたり、プライバシーの保護に努め個人が特定されないように配慮した。

【基本情報】
A 氏 90歳 女性 要介護5寝たきり状態 意思疎通困難 胃ろう造設 尿カテーテル留置中 長女夫婦家族と同居 リクレーニング車椅子使用 デイケア週4日利用

【経過・取り組み】
家族が医療機関併設のデイケアを希望され、利用が開始された。3年経過後の夏頃より、排便コントロール不良による嘔吐や類天疱瘡などの皮膚トラブル、褥瘡も発生し悪化。それに伴い、医療処置の確認や身体症状の報告頻度が増加した。その為B居宅のみに伝えていた情報を、デイケアからB居宅とC訪看に伝え、そこからD訪問診療に相談していた。その過程で、情報に齟齬が生じ、正確な情報が伝わっていないと感じることが増えた。デイケアスタッフから「適切なケアができていないか不安」という声があり、都度B居宅やC訪看にケア方法を確認していた。更に数か月经過し、嘔気嘔吐や腹部緊満から胃ろう注入を中断。医療依存度が更に高くなってきた。同時期にケアマネが交代。医療処置についてはD訪問診療に直接報告を行って指示を仰ぐようにし、その内容をデイケアからB居宅、C訪看、家族へ報告し連携をとるよう変更。D訪問診療からは、「正確な情報がすぐ入るので、状況によってはご自宅に伺うなど迅速な対応ができるようになりました。」との声をもらい、当デイケアスタッフの安心につながった。逐一変化する利用者の状態を他事業所と共有するのは大変だが、こまめに情報発信することで、タイムリーな連携をとることが出来ている。

【考察・まとめ】
デイケア利用者は自分自身の訴えをするのが難しい場合も多く、全人的なケアをするためには他事業所との情報交換や連携が必須になる。本来、ケアマネを中心として情報共有を行うが、今回のケースでは利用者の医療必要度が増すにつれ、主治医とのやりとりを行うことで、医療者と密な連携がとれるようになった。今後の課題として、緊急時の対応も考慮し、他事業所はもとより自院との情報共有も進めながら、連携の強化をしていきたい。

【終わりに】
主治医、居宅、訪看など、関わるサービス提供者同士の情報共有を密に行なうことが、利用者の命を守り、本人だけでなく家族や関わるスタッフにとっても安心安全なサービスの提供に繋がることが実感した。私たちは地域の質の高い介護サービスの提供という一翼を担うため、常にベストな連携を模索しながら、今後も継続して在宅生活を送っていただけるように支援していきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	退院調整ツールを使用した地域包括期限内での退院率の変化 ～退院調整スクリーニングと方向性カンファレンスシートを使用した結果～

県 連 名 北海道
院所・施設名 釧路協立病院
発 表 者 濱田 隆司 職種 准看護師
共同研究者 佐藤 卓哉

【目的】
患者・家族の意向が変化し続ける事を前提とし退院調整スクリーニングシートを作成、地域包括ケア病棟期限内（以下：包括期限内）で退院できる患者数の増加に繋げられるかを明らかにする。

【方法】
対象は2020年3月12～6月17日 65人、2021年3月12日～6月18日 93人
A 病棟入退院患者
独自に病棟で作成した退院調整スクリーニングシートと、方向性カンファレンスシートを使用した前後の包括期限内の退院患者数の割合を比較した。

【倫理的配慮】
データ収集し、数値化することで個人情報特定されないように配慮した。

【結果】
退院調整スクリーニングシートと方向性カンファレンスシートを使用した方が包括期限内で退院できた割合が5%増加した。

【考察】
患者・家族の意向や日常生活動作・介護状況など退院調整に必要な情報を2つのツールを活用し、情報収集を共有し看護展開してきた。高齢化の急増の中で、病棟でも後期高齢者率が高まり、ADL低下や家族介護力の不安、また地域資源の乏しさから入院前の住環境に戻れず、変更を余儀無くされる事が少なくない。
今回退院調整スクリーニングシートと、在院日数減少の因果関係は有効的の先行研究によって確認はできなかった。退院に向けた情報を共有するためのツールを活用する事で、患者・家族の意向に沿い意思決定支援を含め退院調整に早期に介入に繋がった。その結果、包括期限内で退院できた場合は5%増加に繋がったのではないかと考える。

本人の意志やADLが常に変化する中、自らの意向を示し有効的な支援を提供する事が必要である。意思決定しながら尊敬を持って暮らす重要性について再認識する事が重要である。
病棟独自で退院調整スクリーニングシートを作成し使用してきたが、院内全体で取り組む方向性カンファレンスシートを活用し、退院に向けた患者・家族の意向を早期に他職種と情報共有できる。本人・家族の意向を尊重し入院期限内で退院へ向けて調整しまた、チェックシートも評価しながら包括期限内の退院を目指す活用性は有効である。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	地域包括ケア病棟の院内デイケアの実施

県 連 名 愛媛

院所・施設名 新居浜協立病院

発 表 者 栗須 愛 職 種 介護福祉士

共同研究者 4 病棟 スタッフ

【はじめに】

入院患者様の高齢化が進み当院でも認知症、あるいは予備軍の方の入院が増加している。その為、環境の変化に対応出来ず、BPSD やせん妄を起こす方も以前より増えてきている。入院患者様の日中の離床を促すため、昼食を食堂で取ってもらうようにしているが、単調な日々になってしまう。入院生活中に刺激となるような楽しい時間を過ごして欲しいと思い、院内デイケア（以下院内デイ）を発足したいと考えた

【倫理的配慮】

人権、プライバシーに配慮して個人が特定されない記述にした

【取り組み】

1. 他院の地域包括ケア病棟での院内デイの見学を実施。病棟スタッフ（看護師・介護福祉士）だけでなく、地域包括ケア病棟専従のリハビリスタッフも一緒に実際の様子や、具体的内容、実施の体制など見学を行った
2. 病棟スタッフだけでの実施は困難であり、包括ケア病棟専従のリハビリスタッフとも協力し、担当者を決めて話し合いを重ね、院内デイ実施に向けての準備を行った。体操（手指、口腔、四肢を動かす体操）はどのスタッフが担当しても同じレベルのものが提供できるように DVD を作成した
3. 院内デイの実施 月 2 回の開催を目指し、担当者を中心に院内デイの流れを考え、ゲームの内容を決め、必要なものの準備を行った。多職種にて情報の共有を行いながら実施していき、実施した内容を記録し、担当者での振り返りを行っていった

【結果】

2020.4 月から始めた院内デイも月 2 回の開催が定着し、患者様の楽しみの時間となっている。体操は DVD を作成したものを使用していたのが、今では季節の曲での体操、棒体操、ラジオ体操等のレパートリーが増えつつある。レクリエーションやゲームも患者様の ADL を考慮しつつ、適したものを提供できるようになった。また食堂に季節ごとの壁紙制作を行うことで、季節感を感じられ、華やかな雰囲気となった。何より参加された患者様が院内デイを楽しまれ、笑顔を見る事が私達の原動力となっている。今回の取り組みでは病棟スタッフだけでは実施・継続することは困難であったが、リハビリスタッフと協力することで院内デイの実施を継続し、多職種で関わることで患者様の ADL の情報共有を行うことができた

【考察・まとめ】

院内デイを実施することで日中の離床を促し、体操やレクリエーションを通して、身体機能、精神機能、ADL 機能の低下を予防することができる。また BPSD やせん妄による行動制限や身体抑制の改善につながると考える。入院生活中に刺激となるような楽しい時間を過ごしてほしいという思いから院内デイを発足したが、デイ中の患者様の笑顔や楽しんでいる様子を見ると、その時間をもっと共有していきたいという思いが強くなり、今後もこの取り組みを充実させていきたいと思う。月 2 回の院内デイの実施だけではなく、少人数でも空き時間に壁紙作成やゲーム等を声かけし、実施していきたいと考えている

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	多職種チームでの退院支援における回復期リハビリ看護師の役割 ～外国籍患者が帰国するために～

県 連 名 山形

院所・施設名 鶴岡協立リハビリテーション病院

発 表 者 佐藤 紗耶加 職 種 看護師

共同研究者 佐藤 あさみ、菅井 奈美、小池 麻弥

【はじめに】

回復期リハビリ看護師の役割には大まかに①疾患・合併症管理、②日常生活動作自立支援、③多職種との連携、④精神的支援、⑤家族支援、⑥退院支援がある。看護師は患者と過ごす時間が最も多く、チーム医療を行う上で多職種を取り持つコーディネーターの役割がある。今回障害を負った外国籍患者の帰国までの退院支援を通して、チーム医療における看護師の役割を再確認したため報告する。

【倫理的配慮】

プライバシー保護に努め、個人が特定されることのないように配慮した。

【患者紹介】

A 氏 40 歳代 女性 左小脳出血。障害：左麻痺、失調 入院時 ADL：車椅子介助。技能実習生として来日し母国には夫と息子がいる。入院時：運動 FIM25 点 認知 FIM11 点、退院時：運動 FIM70 点 認知 FIM19 点

【看護問題と看護目標】

看護問題：医療依存度が高いことや歩行困難な状態のため帰国困難である。

看護目標：医療的ケアの必要がなく、歩行補助具を用いて帰国できる。

【看護の実際と結果】

入院時は、気切や胃瘻、膀胱留置カテーテルが挿入され医療依存度が高い状態であった。また気切がある状態では飛行機での帰国が困難になると予測された。早期に他職種で現状・方針の確認を行い、看護計画の立案と退院までのスケジュールを作成。「民医連のめざす看護とその基本となるもの」に沿って週 1 回のカンファレンスを他職種で実施し、スケジュールの確認や修正を行った。レティナカニューレへの変更を経て気切の閉鎖・胃瘻の抜去・膀胱留置カテーテルの抜去に成功。日常生活動作訓練では、ベッド周囲自立、固定型歩行器や伝い歩行見守りで可能となった。ホテルでの隔離生活を想定した個室対応とし、隔離中に提供される肉まんなど栄養科の協力で提供した。コロナ禍の影響でフライトが中止・延期となった影響もあり、226 日の入院期間を経て無事に中国に帰国した。

【考察・まとめ】

医療依存度の高い、外国籍の帰国患者の退院支援においては、看護師の役割りはより重要となる。24 時間患者の生活の場に密着し、より多くの情報や状態を把握している看護師は専門職としての情報提供やスケジュールの調整、多職種への情報提供、各関係機関との連携など幅広くマネジメントすることが望まれる。今回「民医連のめざす看護とその基本となるもの」に沿ったカンファレンスを多職種で行った。これにより、多角的視点で看護計画や退院までのスケジュールを作成することができた。定期的なカンファレンスを行うことで、他職種間での方向性の確認や情報共有が容易になった。今回 A 氏の帰国に向け、看護師がカンファレンスで中心的役割を發揮しながら目標達成に向けてマネジメント能力を發揮したことでスムーズな目標達成が実現し、帰国に至ったと考える。

【参考文献】

「脳卒中リハビリテーション 早期リハからケアマネジメントまで」第 3 版、水尻志志ほか、医歯薬出版株式会社、2013

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	海外在住にて無保険で手術を受けた患者の看護を振り返って

県 連 名 長野
院所・施設名 長野中央病院
発 表 者 江村 みなみ 職種 看護師

【はじめに】
A氏は新型コロナウイルス感染症の影響で航空便の減少により母国へ帰国できず、日本で手術することとなった。日本語が不自由でコミュニケーションも難しく、無保険の患者に対し医療費や手術室での声掛けの仕方や関わりについて私自身の学習につながったためここに報告する。

【症例紹介】
・A氏、50代男性、フィリピン人、無保険、日本語片言のみ可能、英語可能、母国語はタガログ語、診断名：急性虫垂炎、受診時は緊急性が低いため抗生剤治療の上入院の方針となったが医療費が全額負担となるため主治医と相談し、一時帰宅となった。翌朝腹部症状憎悪し、再度受診。精査の結果緊急手術となった。・B氏（A氏の妹）、フィリピン人、日本在住、日本語可能

【倫理的配慮】
対象者に研究の趣旨と内容を文章で説明し回答をもって同意を得たこととした。本研究は当院看護部倫理委員会の承諾を得た。

【関わり】
・手術当日：麻酔導入時は麻酔医と協力し、ジェスチャーや簡単な英語を用いた。英語版の術前訪問用紙を見せ領きがみられた。名前を呼び、肩を叩き覚醒を促した。A氏は呼びかけに対し、開眼した。・術後訪問：A氏は国籍が日本ではなく無保険であり、全額実費となりMSWの介入はなかった。B氏が不在の際は翻訳機能を用いた。B氏が同席した際はB氏に通訳してもらった。入院時、金銭面について心配していた。入院医事課と相談し、ローン返済していく方針となりB氏からも金銭面については大丈夫と発言があった。再受診するとお金がかかるので痛み止めの薬を余計に欲しいとのことだった。私は担当医師に相談し、痛み止めは十分な量が出ているとのことだったので、その旨をA氏とB氏に伝え、「安心した」と発言があった。

【考察】
手術当日の説明で、日本語で説明する内容に比べ不十分になってしまったと感じた。手術室内で私はA氏に何も伝えることができなかったのでA氏に言語を伝える手段があれば良かったと考える。術後訪問では翻訳機能を活用したが翻訳に時間がかかり、普段どおりに話ができないもどかしさを感じた。手術室で使う言葉を英語に訳したものを作成するなど、看護側の心理的抵抗感を緩和できると考えられる。費用の支払いはB氏であることからA氏に金銭面の話をするのではなく、日本語の通じるB氏に金銭面の話が出来たことは良かったと考えられる。今回はMSWへ相談するも介入ができず、入院医事課から直接B氏に入院費の支払いについての話をされた。入院医事課の方にも話を聞くことができ、担当医師や病棟看護師との連携もできたので良かったと考える。

【おわりに】
A氏は無保険で手術を受け、金銭面は大丈夫か私自身も心配だったが、できるだけ費用が嵩まないよう入院日数を最小限にし、集中治療室へ行かないよう考慮するなど、多くの職種が今回の入院に関わっていた。今回の症例から私自身の学習にもなり他職種との連携を図ることができた。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	多職種連携によって認知症高齢者の在宅生活を支える 氣に患チームの取り組み

県 連 名 長野
院所・施設名 塩尻協立病院
発 表 者 中塚 奈穂 職種 看護師
共同研究者 中村 加代、味岡 充子、竹原 文代
松田 絵里子

【はじめに】
当院では、気になる患者を支える為の仕組みの一つとして氣に患チームの活動がある。その中で、認知症が進行していく父を介護する息子と関わる機会を得た。息子は在宅介護に困難を感じていたが、介護サービスの利用をためらっていた。看護職員は、この親子が安心・安全に暮らす為に何が必要かを主治医やケアマネージャー（以下ケアマネ）と何度もカンファレンスしてきた。多職種との連携によって妹や娘との関わりが出来、そこから介護サービスを利用する事で息子の介護負担軽減が出来た為ここに報告する。

【倫理的配慮】
事例報告にあたり、個人が特定されない様配慮する事を妹様に伝え了承を得た。

【事例】
A氏 男性 80歳代 要介護Ⅱ
病名：アルツハイマー型認知症 他
息子と2人暮らし 妻は他界 近くに妹・娘が暮らしている

【経過】
数年前より、認知症にて定期通院。息子より介護困難の訴えがあったが、介護サービスの利用なし。受診に付き添う息子の表情は常に陰しく、A氏の診察中も目を閉じて俯いている事が多かった。在宅介護が困難な様子であった為、主治医よりケアマネと受診する様指示があり、定期受診にケアマネも同席した。主治医よりケアマネにこの家庭はしっかり関わる様伝えられた。

【目標と介入】
目標 介護サービスを利用する事で息子の介護負担を軽減する
介入 ケアマネと看護師で密に情報交換を行い、介護サービス拒否の理由や生活背景についてカンファレンスを開いた。A氏と息子の様子は主治医・看護師・ケアマネで共有した。主治医が施設入所を勧めたが、費用が高い・父に合った所ではないとの理由で息子は拒否。A氏の妹が心配してケアマネと直接連絡を取る様になったとの情報あり、妹も一緒に来院するよう依頼した。息子は介護サービス利用をためらっていたが、限界との訴えもあり、妹と娘と一緒に来院した時に主治医より安心安全に生活する為にサービス利用が必要と説明した。

【結果】
ケアマネとの連携によりA氏の妹・娘と関わりを持つ事が出来た。妹と娘からの後押しもあり、施設利用をためらっていた息子が施設の話に関心を持つ様になった。実際にショートステイを利用して、息子もリフレッシュ出来たとの事。

【考察】
医師・看護師・ケアマネが共に、A氏親子の生活を安心・安全にしたいとの想いの元、方向性を確認しながら多職種で連携した。密に連携してきた事で妹や娘と関わる事が出来、親族の介入によって息子が介護サービス利用に前向きになったと考える。

【まとめ】
親と子の2人暮らし世帯が増えており、家族介護者の中には在宅介護が困難と感じる人もいる。要介護者、家族介護者が共に自分らしい人生や安心した生活を送る為に、多職種との連携を深め、それぞれの専門的視点を持って関わる事が必須である。その人らしくいる為にはどんな介護サービスが必要なのかを多職種で共有し、患者・家族にとって安心できる支援を継続する事が重要である。

演題番号 030420

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 看護師に対して不信感を抱いている患者への介入

県連名 福岡

院所・施設名 米の山病院

発表者 山村 明日香 職種 看護師

【目的】

地域包括病棟は患者や家族の想いのできる限り寄り添い、安心して住み慣れた地域へ帰れるよう支援している。今回の症例は、食道癌で食道亜全摘術・食道再建術後の患者で本人希望で腸瘻造設され、経口と経腸で栄養管理を行っていた。経口摂取のみで自宅に帰りたいという思いが強いが、食道部の違和感で摂取が進まない状況だった。患者のイメージする退院生活に近づけるよう症例に取り組んだ。倫理的配慮：患者が特定されないよう内容を記載した。

【方法】

患者紹介：60歳代、男性、独居。かなりの神経質で真面目。経腸栄養はポンプ使用で1200kcal（1200ml）を時間90mlで投与していた。腸瘻管理は手術を行った他院で指導されていた為、少しでも手順が違くと表情が変わり納得まで何度も説明が必要であった。経過中に腸瘻チューブが閉塞し、看護師に対しての不信感により介入ができなくなった。その為、毎日訪室し話を聞くと「退院したら口だけで食べたいけど、喉の違和感があってたくさん食べれない。目標は1800kcalだから全然足りない。栄養剤を手動で入れるしかないと思ってる。」と話された。摂取量は栄養科へ相談し、補助食品が記載されている本を渡した。腸瘻チューブを交換され栄養剤開始となったが、退院後を考えて注入方法・時間の変更を行った。性格を踏まえ、チームで統一できるような方法を表示し、準備・注入・片付けの一連の流れを指導した。指導中、「仕事の事を考えるとポンプは使えなかった。訪問看護も自費なら払えない。自分でできるからいいね。」「今まで通りの生活がしたいから、今の形態じゃダメ。来週からキザミ食に変えようかな。」と話された。食事形態の変更時はSTへ嚥下評価を依頼し介入を行った。キザミ食で量も安定してきた。同時期に腸瘻部より漏れがあり自然抜去していた。「これを機に口から食べるのを頑張ります。」と前向きな発言があった。カロリーの不足分は、主治医に許可をとり売店で好きなものを食べられるようにした。

【結果】

食事量が安定し、精神面でも落ち着かれたため退院許可がでた。退院日には「今から昼ご飯にお好み焼きを食べに行く。今までありがとね。」との言葉が聞けた。

【結論】

神経質で不信感を抱きやすい方だった。病棟全体で関わる必要があったが、不信感が強く介入ができない状況であった。退院後の生活をどのようにイメージしているか、また看護師にどのような感情を抱いているのか、時間をかけて話を聞いた。その結果本心を聞いて、患者に対する私たちの思う人間性とは違う一面を持っている事がわかった。毎日関わっていく中で信頼関係が生まれている瞬間を感じ、その関係性が患者の今後に大きく関わっていく事を実感した。患者の身近にいる看護師が患者の思いを尊重し、他職種と連携してケアを行っていく大切さを改めて感じた。この事例がスタッフの患者に対する苦手意識を変えた。

キーワード：患者様との信頼関係

演題番号 030421

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 失語症を抱える患者とのコミュニケーション～無断離院を繰り返す患者から学んだこと～

県連名 兵庫

院所・施設名 東神戸病院

発表者 花崎 桃子 職種 看護師

【背景】

脳梗塞後遺症により失語症を抱え、言葉で思いを伝える事に困難さがみられる患者と関わった。無断離院を繰り返す姿が見られていたが、関わり方がわからなかった。病棟スタッフとして何か出来ることはないだろうか A 氏に関心を持った。倫理的配慮：対象者と家族に本研究目的や不利益が生じない旨を説明の上承諾を頂いた。又、個人及び施設を特定されないよう表記に配慮し、知りえた情報は研究以外には使用しないこととした。

【対象】

A 氏 女性 70代。夫と二人暮らしで夫婦関係は良好。元々ADLは自立。診断名：心原性脳梗塞。高次機能障害やウェルニッケ失語症等の後遺症あり、ADL全般に見守りや軽介助が必要である。退院は施設予定。

【目的】

離院をスタッフに引き留められた A 氏は、言葉の出にくさはあるが必死に何かを訴えようとしており、関わりを工夫する必要があると感じた。

【方法・結果】

①離院の目的を知るための関わり：離院されようとする A 氏の訴えを傾聴するが理解する事ができず、夫へ直接電話して確認すると、玄関のガーデニングが放置されていないか不安で確認したかったとの事であった。後日、ガーデニングを撮影して A 氏に渡すと涙を流して喜ぶ姿があった。A 氏の大切に思うものや離院目的がわかってきた。② A 氏の思いを周囲に伝えるための関わり：「行きたい所」「やりたい事」をイラストにした一覧を作成したことで、離院は消失した。看護目標達成にて、退院支援へと移行した。当初自宅退院に困難さを感じられていた夫も、情報共有や自己による疾患学習によって A 氏への理解を深める事により、自宅退院の方向へと決定した。

【考察】

中島は「コミュニケーション能力は言語能力のレベルによってのみ決まるわけではない。適切なコミュニケーションのためには、周囲の人々といかにコミュニケーションをとるかが問題となる。」1）と述べている。一人では A 氏を理解する事ができず、周囲の人々に協力を得て少しずつ A 氏を知る事ができた。そして次は自分が、A 氏の思いを周囲に伝えるサポートをしたいと考えようになった。また、A 氏の思いを知ると、看護者視点の無断離院という捉え方にも誤解があるのではないかと思うようになった。A 氏にとっては背景や理由を理解してもらえない苦痛な状況であったと考えられた。今回病棟では離院に対して否定するだけでなく、写真や電話等、代替案を提示していた。それによって納得して頂けたのではないかと考えた。患者のできる所を探す事も大切であるが、看護者のできることは何であるかを考えて歩み寄る事も大切であったのではないかと振り返って学ぶ事ができた。

【まとめ】

・スタッフや家族と情報共有し、多角的に患者を捉える事が患者への理解を深める ・無断離院という看護者の価値観で終わらせずに、その行動の原因を知り、他にできる事を提案する事が患者の納得や行動解決に繋がる

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	独居男性で自宅退院を望む患者への他職種連携で関わる退院支援についての考察

県 連 名 福岡
院所・施設名 大手町リハビリテーション病院
発 表 者 宮添 梨央 職種 看護師

【はじめに】
経管栄養と経口摂取の併用を行っている患者が経口摂取へ完全移行となった過程と生活背景を踏まえた退院支援を行った経過と学びを報告する。

【患者紹介】
A 氏 男性 70歳代 要介護5 単身独居（妹と弟いるが連絡はほとんどしない）主疾患：右声帯麻痺（2021年）

【倫理的配慮】
健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている

【入院までの経過】
2021年1月下旬から、咽頭痛や嚥声が出現し嘔吐もみられ右声帯麻痺と診断される。食事摂取も不安定となり4月下旬に胃瘻造設術施行。〔実践・結果〕入院当初の日常生活動作（以下 ADL と略す）は、移動は車いす、食事は昼のみ経口訓練食と朝・夕は経管栄養を併用、入浴はストレッチャー浴であった。入院時から離床のたびに意識消失が見られていたが内服による血圧コントロールと起居動作の指導により徐々に改善した。食事は言語聴覚士の介入による経口摂取訓練を行い嚥下も改善し8月には3食経口摂取可能となった。同時期に本人から「家に帰りたい」という発言が聞かれるようになり9月中旬に家庭訪問を実施した。内服については経口摂取が難しく、内服管理を行うため胃瘻からの注入方法を説明し、自己注入の練習を開始した。10月初旬から内服自己管理、経口摂取を開始。リハビリ意欲も増し10月上旬には杖歩行となった。病棟でのレクリエーションにも参加を促し、デイケアの見学も行った。リハビリが進むにつれ退院後のサービス利用について本人のイメージと病棟側の提案に差が生じ、A 氏から不満の訴えが聞かれるようになった。内服の調整と傾聴を行うことで不満の訴えも軽減した。徐々に内服の経口摂取可能となり11月下旬に A 氏の希望で胃瘻を抜去した。11月中旬に退院前カンファレンスにて A 氏の同意の上サービス内容の調整を行い、12月上旬に退院となった。

【考察】
宇都宮は「退院支援は、受け持ち看護師や福祉の専門家である医療ソーシャルワーカー1人で支援できることではない」¹⁾と述べている。退院支援を行う上では患者の ADL や病気に伴うリスクを考え社会背景に合わせたサービスの検討が必要である。今回退院支援行い、安心して退院後の生活を送れるように多職種の視点で検討することで A 氏の在宅復帰に対しての考えも変わったのではないだろうか。

【おわりに】
今後も高齢単身世帯の増加、地域のつながりが薄くなるなど退院支援への困難性は高まっている。この様な中で多様化した患者のニーズに答えられるよう患者の思いに寄り添い関わりをもつことの大切さを学んだ。今後も個別性のある退院支援に繋げていきたい。

【引用・参考文献】
1) 宇都宮宏子監修, 退院支援ガイドブック, 学研メディカル秀潤社, 2015年, P12
2) 老年看護学 概論と看護の実践 [第5版], ヌーヴェルヒロカワ

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	人生の半分は虐めで出来ている 兵長、みんなに私のことを知ってもらいたい 障害のある糖尿病コントロール不良の A さんと当院の20年近くの歩み～「障害」をもち生きることへの理解～

県 連 名 山口
院所・施設名 健文会本部
発 表 者 森山 美千留 職種 看護師
共同研究者 白川 佳代子 斉藤 しほ

【目的】
A さんは様々な生きづらさ抱え、長年多くの職員がかかわり続けてきた血糖コントロール不良の患者である。A さんの当院への信頼は厚く、困難な人生のなかで自己肯定感を得られる貴重な場になっている。今回はその取り組みを振り返る。

【方法】
インタビューからの考察

【倫理的配慮】
本人より了承を得る

【事例紹介】
A さん 40代女性 既往歴：未熟児網膜症（視覚障害3級）
現病歴：2型糖尿病 軽度知的障害 家族：母子家庭、3人姉妹の長女 背景：小学校の時、知能障害の境界型と言われ両親が離婚。飲酒した義父からは暴力を振るわれた。他県で働き高校を卒業し療育手帳を取得。一旦は就職したが障害者デイサービスに通うようになる。20代で糖尿病を診断、母親の医療費負担をなくするためグループホームに入居し生活保護を受け対人関係が上手くいかず過食するようになる。30代で当院に転院し HbA1C10%を超える血糖コントロール不良からインスリンを導入。その後、集団生活の適応障害で一人暮らしをはじめた。視力障害があり母親の支援を受けたかったが、妹（二女）が障害をもつ姉を嫌って思うように支援してもらえなかった。親友がいるが経済的な問題で好きなように過ごせない。こうして「障害」「生活保護」「家族と社会からの孤立」から10年以上も HbA1C10%を超えるコントロール不良が続いている。

【看護経過】
＜介入初期：患者をどん底に突き落としてしまった時期＞インスリンを導入した時期。当時病棟勤務だった私は療養指導で生じる様々な思いに配慮できず、A さんの心に糖尿病は「呪い」だと刻み込んでしまった。＜介入中期：受け持ち看護師として葛藤する時期＞A さんは過食を繰り返し足の爪を剥いでいた。外来に勤務になった私は本格的に療養指導を開始。多職種と協働し毎月療養指導を実施した。以後、私は「兵長」と呼ばれることになる。A さんの生き難さのとは何かをひたすら考え、障害の特性から解決できることを模索した。そして多くの職員と協働が A さんを少しずつ変えていったが血糖値は改善せずこのままで良いのかと葛藤を感じた。＜介入後期：QOL を重視してみんなで支援を続ける現在まで＞そこで臨床倫理の4分割表を用い多職種多機関で話し合い、血糖コントロールよりも社会参加と自己肯定感を重視することにした。すると A さんはたくさんの職員の自分への協力を引き出し、意欲を示すようになった。

【結果】
障害をもつ A さんは多くの苦難に見舞われたが、職員とのつながりをつくった A さんの変化はめまぐるしく、職員の少しずつの支援が束となり A さんを擁護しエンパワメントした。私たちは多様な問題を抱える患者・利用者に寄り添い伴走するが、患者自身の力を取り戻すにはその過程が何よりも大切である。それには私たちが患者・利用者の力を信じて疑わない心と丸ごと受け入れる決意がなければならないと思う。

03 ④多職種連携	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	多職種による入退院支援カンファレンス実施におけるアウトカム評価 ～高齢患者の術後せん妄について考察する～

県 連 名 宮城

院所・施設名 坂総合病院

発表者 渡邊 一也 職種 看護師

【目的】

A病棟では、多職種による入退院支援カンファレンスを実施。高齢者について、術前的高齢者総合機能評価（CGA）の結果と退院について討議している。高齢化率が高い¹⁾ことは術後せん妄のリスクが増加傾向にあると推察。せん妄は、入院期間の延長や予後悪化につながる²⁾。高齢者は個人差が大きく、治療前に多様性を評価することを推奨³⁾。多職種による入退院支援カンファレンスの実施効果について、先行研究の内容の再探索及び安全性や倫理的側面を術後せん妄の観点から考察した。

【方法】

A病院外科で全身麻酔下で消化器疾患待機的手術を施行した75歳以上の高齢者338例について、患者背景、CGA、環境面とインシデント、転倒・転落、身体抑制について、せん妄群・非せん妄群に分類して比較検討。収集したデータの分析はピアソンの χ^2 検定を実施。本研究は所属施設の倫理委員会の承認を得た。

【結果】

せん妄は18例（5.3%）に認めた。年齢、チャールソン併存疾患指数、薬剤、術後入院日数で統計学的有意差を認めた。逆に、術前入院日数はせん妄群で短い傾向にあったが統計学的有意差を認めない。CGAについてせん妄群では、Barthel Indexで統計学的有意差を認めた。環境・看護面：ICU入室、インシデントは統計学的有意差を認めなかったが、転倒・転落、身体抑制は統計学的有意差を認めた。

【考察】

せん妄発生率は5.3%と先行研究^{4), 5)}に比して低率。多職種によるCGAに基づいた取り組みは有効であったと推察。統計学的有意差はないが、せん妄群では、術前入院期間が短い傾向で、身体・認知機能低下や抑うつ・不安の存在を認めた。せん妄予防には術前の薬剤調整やスタッフとの信頼関係構築のため、術前に十分な期間を確保する必要があると推察。転倒・転落、身体抑制については、統計学的に有意差を認めた。丁寧なコミュニケーションをフェーズごとに実践するチーム医療の提供が重要である。

【引用文献】

- 1) 総務省統計局人口推計. 令和3年8月確定値. <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.html> (2022年1月31日)
- 2) 盛口佳宏ほか. 当院における高齢者総合評価に基いた術後せん妄対策の現状. 第76回日本消化器外科学会総会会議録, 2021.
- 3) 鈴木知志ほか. 高齢者胃癌の外科治療. 癌の臨床, 64(4), 257-264, 2018.
- 4) 赤坂憲・杉本研. 老年科医に必要な、高齢者手術の予後指標について. Geriatric Medicine, 56(4), 307-310, 2018.
- 5) 沼田幸司ほか. 高齢者消化器術後せん妄発症予測におけるestimation of Physiologic Ability and Surgical Stressと改訂長谷川式簡易知能評価スケールの有用性. 日本消化器外科学会雑誌, 46(7), 477-486, 2013.

03 ④多職種連携	
II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	訪問診療を開始するまでの経過対応を振り返る ～診療所看護師としての関わりを考える～

県 連 名 滋賀

院所・施設名 医療生協こうせい駅前診療所

発表者 谷口 とし美 職種 看護師

共同研究者 友松 めぐみ、中澤 信恵

【はじめに】

訪問診療とは、通院が困難な方や病状が安定しない方の自宅へ定期的に訪問し診療を行うことである。訪問診療を始める際の依頼経路は複数あり、患者の状況や療養経過も様々である。昨年、依頼時の連携や情報収集に苦慮した事例が多かったため、その課題を見つけ、今後の連携の取り方や介入の仕方に活かせるように振り返ることとした。

【対象】

2020年9月～10月に訪問診療を開始した患者10名。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮した。

【研究方法】

個人経過を追う独自のシートを作成した。患者毎に①対応経過②うまくいった事③苦労した事④課題をまとめ、次に依頼経路別に客観的視点からAメリットBデメリットC今後の課題に分けて整理した。

【結果】

依頼経路別人数→外来2名、居宅事業所3名、病院1名、訪問看護2名、地域包括1名、家人1名。

【考察】

依頼経路別に評価（特徴的な項目を抜粋）外来→A疾患の把握・経過がわかりやすい。B本人+家族の理解が必要。外出の機会が減る。C通院時から介護状態の把握をする。家族の負担の把握と協力体制を整える。本人の気持ちを考慮する。居宅事業所→A患者背景の情報がわかりやすい。B医療情報が少ない。病院とのトラブルになることがある。最期をどうしたいか相談できていないことがある。C往診開始までのスピードを病状にあわせて調整する。病院→A病状・治療内容の情報が得やすい。B病状の進行の早い人はタイミングが難しい。指示書・管理料の確認、必要物品の調整が複雑。対応内容が患者・家族の思いより医療者の思いに偏りがち。病院と在宅でできることの違いに誤解がある。C本人・家族の思いに寄り添えるか考える。訪問看護→Aタイムリーな情報が共有しやすい。B急を要することが多く、訪問診療移行への意思確認や病院との調整を得なければならない。必要な情報に違いがある。C訪問看護師の思いを考慮しながら家族の思いに重点をおく。情報共有の場を作る。地域包括→A介護困難な状況に手を差しのべられる。B介入に苦労する。家族の抱える問題も大きい。C地域包括にも協力してもらい両輪でバックアップを行う。家人→A連絡が取りやすく、協力が得やすい。B家族間の連携が取れていない。介護サービスと訪問診療の違いの理解がない。C家人との信頼関係を築き、看取りまでの気持ちをその都度聴く。

【まとめ】

今回、メリット・デメリットを振り返ったことで、依頼経路により、連携の取り方や介入方法の違いが見えてきた。今後は、それらをもとに情報収集と整理、本人・家族の想いにより添える関わりについて考えていくことが大切であると考えられた。

【おわりに】

診療所看護師として、状況の理解を深めることが大切である。相談に気軽に乗ることができる環境づくりを大切に、サポート役となれるような連携をタイミングよくとっていけるような工夫をこれからも検討していきたい。

キーワード：在宅医療

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	若年性認知機能低下の患者へのアプローチ ～患者に寄り添い多職種連携にて～

県 連 名 滋賀
院所・施設名 坂本民主診療所
発 表 者 大塚 留美 職種 看護師
共同研究者 今西 祐子、田村 奈美

【はじめに】
当院では、R3年9月糖尿病疾患管理 532名その内HbA1c8.5以上でコントロール不良で糖尿病、認知機能低下で独居、不規則な生活を送る患者に寄り添い、本人希望の自宅生活を多職種で支えて継続することができたので報告をする。

【目的】
トルリシティ皮下注の自己注射が確実に行う事ができる。

【倫理的配慮】
対象者には、得られたデータは本研究以外には使用しないこと。また、個人や名が特定される表現を避けることを説明し同意を得た。

【事例報告】
① 研究対象：60代女性 A 氏。② 主病名：2 型糖尿。認知機能障害。③ 家族構成：独居。キーパーソンは兄嫁

【方法】
毎週当院にてトルリシティ皮下注の指導のもと注射のために来院をしてもらうが、本人の理解力の低下や認知力の低下が目立ち出来る手技も日によって違い自立できない。血糖コントロールも悪化していき兄嫁と連絡を取りながら経過を見ていく。社協に兄嫁が相談をして自宅訪問をする。部屋中ゴミだらけ、内服もできていない状態であった。一人暮らしで、本人の聞き取りだけでは、生活の把握が十分できていなかった。そのため訪問開始するも残薬が多く本人の同意を得て毎日服薬確認の電話、毎週訪問をして確認開始してくれる。その後、意識不明で倒れており大津日赤に救急搬送入院となり自己注射ができる状態ではなくなった。その後自宅居たいと強く希望され 介護保険の導入、ヘルパー、訪問看護導入。外来通院は家人が同伴にて、日常生活が自宅で可能となる。井上は『地域社会における穏やかな見守りを可能とし困難事例の対応における発見のディメンジョンをスムーズに機能させるには、その基盤となる地域づくり（地域連携）が欠かせない。』¹⁾

【結果】
出来ない事に問題点を置いて着目していたが、佐藤によると『「出来る」「出来ない」だけで人間を語ることはできません。自分が自分であることは、何かによって失われることはありません。自分がどのように生きていくかは、自分で決めて自分で作ることができるのです。』²⁾とある。

出来ない事を優先して対応しがちであるが、本人に寄り添う、出来ることを優先した対応ができていたか。若くして認知機能の低下になり、病状の進行や生活にたいして不安や恐怖を抱えていることを理解する。

本人の意思を尊重し、その人が望む場所でその人らしい生活が可能となるために、多職種連携をもち支えていくことが大切である。アンテナを高く持ち今後も患者に寄り添う。自宅で過ごすために介護保険申請を通じて、他のサービスに結び付けることができインスリン皮下注も確実に実施されている。多職種連携のチームケアが大切である。

【引用文献】
1) 井上信弘：地域包括支援センターの運営に見える困難事例の対応に関する調査結果報告書, P30, 2007
2) 佐藤雅彦著「認知症になった私が伝えたい事」

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	『介護施設職員とともに患者中心のケアを考えるための連携』 ～自職場を振り返りながら～

県 連 名 神奈川
院所・施設名 協同ふじさきクリニック
発 表 者 森 光子 職種 看護師
共同研究者 白倉 仁慈、染谷 智恵、高屋 清子

【目的】
当院スタッフより A 施設に関して、訪問診療の際に「職員の患者への声かけがきつい」、「認知症周辺症状に対して薬でどうにかしてほしいと主治医を数人の職員で囲む」など施設職員の患者への対応について報告あり、徐々に当院スタッフの A 施設に対し負の意見が多くなっていった。患者の安全・安楽のためにはまず施設との連携のため話し合いが必要と考えた。訪問診療における支援の対象は患者のみならずその介護者も含まれる。施設職員との関係性構築し、患者のケアを一緒に考えられるようにすることを目標とし会議を開催を申し入れた。

話し合いを重ねたことで、それぞれがやるべきことの明確化、円滑な連携につながり、患者の安全・安楽な生活のための両者の関わりに変化が見られた。また、自職場の振り返りも行えたためここに報告する。

【方法】
実践報告

【倫理的配慮】
報告に関する対象者の不利益や負担がないように配慮した。

【考察・まとめ】
厚生労働省『居宅系施設との連携』より、連携の要点として「施設職員と良好な関係を作ること」「施設の方針を理解して、力量を見極めることも必要」とある。今回、A 施設と関わりにおいて「かかりつけ医」の役割を果たすため、当院スタッフ間では情報共有しアセスメント、評価を繰り返し、認知症周辺症状に対し抗精神薬投与のみではなく環境調整や介護方法を見直していくよう指導を重ねた。しかし、改善に至らなかったことで当院スタッフの中に施設職員に対し負の感情が生じていた。このことには介護者である施設職員の力量を見極め、理解することが不足していたことも要因と考える。

『地域における専門職連携協働』で春田氏は日本の多職種連携コンピテンシーの図の中で、コアを支えるためのドメインとして①職種としての役割を全うする②関係性に働きかける③自職種を省みる④他職種を理解すると述べている。

施設長と話し合いの場を設け、両者を理解し同じ方向性に向かっていったことは、患者を中心とした職種間コミュニケーションが良好になることに有効な行動であったと考える。また、自職場のみで対応せず地域包括支援センター職員に第3者として関わってもらうことも有効であったと思われる。

会議開始当初は施設職員の中には「病院から怒られた」と捉える職員もいたが、蜜に施設長と連絡を取り合い対応していったことで現在では訪問診療時にはフロアリーダーを中心し情報共有・相談が行えるようになってきている。今後も訪問診療スタッフ、施設スタッフを巻き込んだ連携を継続していきたい。

【引用・参考文献】
厚生労働省 『居宅系施設との連携』P1～6 『在宅医療の連携について』P1～26 春田淳志氏 『地域における専門職連携協働』P1076～1082

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	訪問診療導入・継続のための多職種での関わりの一例 ～多職種カンファレンス チームの力で never give up!～

県 連 名 栃木

院所・施設名 宇都宮協立診療所

発表者 大谷 瑠美 職種 看護師

共同研究者 宮崎 由美、中平 絵里、日下部 実
瀬山 裕英

【はじめに】

通院困難となった患者のカンファレンスを通して多職種で連携することで在宅での生活を支援した一例をここに報告する

【倫理的配慮】

発表にあたり患者に主旨を説明し同意を得た。個人が特定されない表記とし今回の事例発表以外では使用しない

【事例紹介】

I氏、70代男性、独居、介護保険の申請はなし。結婚歴あるが50代で妻と離婚。息子は2人いるが疎遠。仕事は税理士。60代で退職。その後胃癌が見つかり加療していたが、その頃から自宅に引きこもる。数年前に幻聴がはじまり、統合失調症と診断され通院していたが、1か月前から食欲不振、体重減少、歩行困難あり、自ら市役所に連絡し地域包括支援センターが介入。当診療所に訪問診療の依頼があった

【経過】

初回の訪問診療では、本人の状態や生活を把握し訪問診療について説明したが、経済的困窮から費用の部分で納得が得られなかった。そのため今後の方向性を検討するために、多職種でカンファレンスを実施し、BPSモデル（生物心理社会モデル）を使用し情報を整理した。生物学的側面では、食事が摂れず、訪問診療が必要であること、心理的側面では、電波により動けず食べられないという本人の見解があった。社会的側面では、年金や貯金額の共有、訪問診療にかかる費用を整理し、支払い能力に応じた方法や使える制度を検討した。また税理士をしていた経緯もあり、具体的な金額の提示が必要なのではないかという意見もあった。再度訪問し、ゆっくりと傾聴することで、不安を聞くことができた。それらを解消出来るよう具体的に丁寧に説明し、最終的に訪問診療の同意が得られた。その後はサービスを整え様々な職種が関わり、自宅での生活が継続できている。また疎遠であった次男と連絡がとれ、本人の生活が安定したこともあり関係性の改善が見られつつあるとの声も聞かれた

【考察】

BPSモデルとは、生物・心理・社会の3つの側面からアセスメントを行うことで、問題を様々な視点からとらえ、治療や支援を検討・実行するための枠組みである。今回のカンファレンスではBPSモデルを用いて情報の整理・Iさんに合った対応方法を多職種で検討することで、電波による辛さ、生活への不安など心理・社会的な側面にも目を向け、知りたい情報を丁寧に説明したことで、信頼関係を築くことができた

【まとめ】

今回の事例を通して、対応や方向性について気になった患者に関しては、積極的に多職種でのカンファレンスが重要であると感じた。また在宅で生活する上で個々の困りごとに対して、理解度や背景に応じた対応が大切であると改めて考えることができた。今回の経験を生かして理論やモデルを使用しながら全体像を把握し、多職種で方向性を検討する機会を積極的に取り組みたい。

【参考文献】

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会編：基礎研修ハンドブック；南山堂；P112-113

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	医療の現場から見える8050問題 ～多職種との連携で解決の糸口を探す～

県 連 名 新潟

院所・施設名 坂井輪診療所

発表者 山田 奈保美 職種 看護師

共同研究者 樋淵 百合、石黒 晴子

【目的】

8050問題の典型例を検討し、診療所における予備群の早期発見・対応の支援方法を検討する

【倫理的配慮】

対象者に発表の趣旨を説明し、承諾を得た。個人情報特定されない事、拒否しても不利益にならない事を説明した。

【対象】

A氏 80代 女性 アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧等 要介護2 息子と二人暮らし 息子：週3回透析に通院中。関東で働いていたが、対人関係のトラブルで新潟に戻ってきた。

【経過】

当診療所では75歳以上の高齢者に対し、家族構成の聞き取りを行っている。A氏は認知症が進み、薬の飲み忘れや、汚れた衣服で通院してくるようになった。同居の息子は必要最低限の関わりしか持たず、セルフネグレクト状態だった。痩せが目立つようになり、本人と息子にこのままでは自宅で過ごせなくなると説明したところ、「施設は嫌、自宅で過ごしたい」と希望された。在宅生活を継続するためにケアマネジャーにサービスの調整を依頼。その結果デイサービスが開始となり体重増加につながった。地域包括支援センターが面談を希望した際は、看護師から息子に連絡を取ることでスムーズな面談につながった。個別地域ケア会議では通院の状況を報告した。自宅はゴミが多く、不衛生な状況が分かった。多職種間で情報共有を行い支援を継続した事で、現在A氏は希望通り住み慣れた自宅での生活が維持できている。

【考察】

A氏はセルフネグレクト状態のため、家事支援が必要と思われた。息子に協力を依頼したが本人任せで協力が得られなかった。息子はコミュニケーション能力が低く、認知症への理解不足がある為病状を分かりやすく説明し、協力を得る必要があった。在宅生活を継続するために、多職種連携による支援が必要と考え、息子との連絡役を担った。その結果本人に任せきりだった息子が少しずつ関わりを持つようになってくれた。あきらめることなく支援を継続したことで、在宅生活の継続が可能となったと思われる。今回の事例を通して、「親と未婚の子」の家庭が、通院中の75歳以上の方の中にどの程度存在するのか把握するため、家族構成の聞き取りと区分仕分けを行った。診療所での「親と未婚の子」の割合は1割だった。今後高齢化率は上がり、「親と未婚の子」の割合も増えていく事が予想される。日常診療の中でアンテナを張り巡らせ、8050問題の早期発見、早期介入により社会的孤立を生まないような対応が求められる。また経済的に自立できていない子を持つ家庭は、包括的なアセスメントを行い、関係機関、地域包括支援センターや行政等の専門家につなぐ役割を担い、家族丸ごと支援をする必要があると考える。

【まとめ】

8050問題を抱える高齢者が住み慣れた家で、尊厳ある生活を送るためには①問題になる高齢者家族を早期に発見する②多職種連携の橋渡しとなり切れ目ない支援を行う

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	強迫性障害を持つ糖尿病患者への継続的かかわりを検討する

県 連 名 京都
院所・施設名 京都市城南診療所
発 表 者 丸山 裕美 職種 保健師
共同研究者 河田 朝子

【はじめに】
糖尿病患者は病気と付き合う中で薬剤治療だけでなく、自己管理に委ねられる範囲も多く心理的負荷も生じやすい。今回、基礎疾患に強迫性障害を持つ2型糖尿病患者のセルフコントロール支援のため生活指導面談を保健師が行った。その働きかけが、糖尿病治療の意思決定にかかわったのか振り返り考察し、今後の外来糖尿病患者の一指標として報告する。

【研究目的】
保健師の面談が強迫性障害を持つA氏の糖尿病治療に影響を与えたかを検討し、明らかにするとした。

【研究方法】
事例研究、A氏の外来受診後に保健師との生活指導面談の場を設けた。面談はプライバシー保護の個室とし、30分程度とした。面談と合わせて、診療記録から情報を収集し分析を行った。

【倫理的配慮】
対象に対し研究目的、研究参加への自由、研究不参加による不利益がないこと、匿名性の保持、調査結果の公表等に関して、文章と口頭で説明し、調査協力への同意を得て実施する。

【結果】
A氏の生活指導面談内容の分析の結果、通院治療の継続に影響を与える要因として3つのカテゴリーが抽出された。①糖尿病である自分と向き合う②強迫性障害との付き合い③経済的不安と専門家からの支援
A氏の状況と保健師のかかわりについても考察した。

【考察】
A氏は「強迫性障害との付き合い」を探りながら、「糖尿病である自分と向き合う」状態である。定期的な面談はA氏との信頼関係を構築し、治療継続には良い影響を与えた。信頼関係の構築はA氏の素直な心情を語ることに繋がったと考える。保健師が生活指導を通して患者の変化を早期に捉え、SWと連携したことは的確な援助であった。A氏が医療者の提案から選ぶだけでなく、自ら意思決定できる援助が必要であった。自ら意思決定できる援助とは一方的な情報提供だけでなく、一緒に考え、自己理解や自己決定を支え、行動変容を促す援助であると考えた。糖尿病と強迫性障害のバランスを取りながら、主体的に生活を続けていく事が重要である。制約はあるが食べられる生活はA氏の望む姿ではないかと考える。それを続けるために多職種と連携を取りながら、A氏の意味決定の質を上げる支援を継続していくことが今後も求められる。

【結論】
強迫性障害を持つ糖尿病患者A氏とのかかわりの検討から、以下の結論を得た。1. A氏に影響を与えた要因は3つカテゴリーに分類された。2. 保健師との面談は治療継続には有効であったことが明らかになった。A氏の行動変容は困難であったが、素直な心情を語り、信頼関係は構築されていた。今後も意思決定の質を上げる支援の継続が必要である。

【参考文献】
1) 松谷ひろみ、石橋照子他：精神科デイケアにおける糖尿病をあわせもつ精神疾患患者の糖尿病管理に向けた支援実態の分析、日本看護研究学会雑誌, Vol.41 No.2, 2018

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	クリニックの存在 ～コロナ禍にクリニックが果たす役割とは～

県 連 名 宮崎
院所・施設名 おおつか生協クリニック
発 表 者 森 琴絵 職種 看護師
共同研究者 後藤 昌子、川越 聡子、上村 侑名

【目的】
第3波コロナ禍の中、訪問診療先の施設でクラスターが発生。コロナに罹患し亡くなった患者の家族の思いにふれ、クリニック看護師としての役割を振り返り今後の活動に活かす。

【方法】
期間：2021年1月～2021年3月
患者：70歳代男性 病名：脳出血後遺症 片麻痺 構音障害
キーパーソン：長女 父親思い 面会ができない事を寂しく感じていた
・感染1日目：当院患者が次々に発熱、臨時で訪問しPCR検査実施。
A氏陽性、食事とれず訪問診療し点滴開始。その夜、長女へ病状説明。延命治療を望む場合はすぐに入院ができないこと、また延命治療を望まなければ入院が早めに行ける事を説明。『入所前に父と話していた。「人工呼吸器やエクモは体力的に困難なので延命治療は希望しない」と話していたので延命治療は希望しません』と返答あり
感染2日目：施設内DMAT介入し毎日診察
感染4日目：呼吸状態悪化し入院、すでに危篤状態。
感染7日目で亡くなった
・グリーフケア時の長女の反応「今でももう少し早めの対応ができなかったのか、病院搬送されたときは危篤状態と説明され、もう少し早く入院していれば命は助かったと説明を受けた。施設に電話しても大丈夫ですと言うばかりで、具体的な状況や経過を当時教えてもらえなかったのも今でも気になる場所。」と発言があった。

【倫理的配慮】
・研修対象者からはプライバシーに配慮し、個人情報漏らさないことを固く約束したうえで、作成及び発表することで承諾を得ている。

【結果・考察】
第3波は全国的に感染拡大で病床が逼迫している状況であった。秋山¹⁾は「医療者には家族への情報発信と共に、陽性者と家族のコミュニケーションを支える動きが望まれる」と述べている。施設内は混乱し、きめ細やかな家族の精神的フォローは難しい状況だった。私達が施設スタッフと情報共有し、長女へ伝えることができていたなら、状況が見えない不安感を和らげることができたのではないかと考える。黒川は²⁾「遺族の悲嘆のプロセスは医療の満足度に関係しており受けた医療の満足度については医療スタッフの関わり方が重要であると示唆された」と述べている。グリーフケアで長女は入院をさせて上げられなかった後悔と施設スタッフの対応に対する怒りの感情を表出していた。私たちはその気持ちを共有し思いに寄り添う事ができた。看護師は、遺族の気持ちを受け入れる立場であり続け、悲しみの表出ができる機会をこれからも提供し続けることが必要だと考える。

【まとめ】
今回の経験で、コロナ禍での多職種連携の大切さ、患者・家族の思いに寄り添った看護を行う大切さを学んだ。今後はこの経験を活かし、地域全体でチームとなり連携を強化し看護をしていきたいと思う。

【引用文献】
日本医師会雑誌 P972 濃厚接触者となった病院職員や家族の心のケア 秋山恵子 救急医療における家族・遺族の支援の試み P7 関西学院大学大学院 人間福祉研究科 黒川 雅代子

03 ④多職種連携

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名外来診療継続困難になった要因の検討
重複受診、重複処方を繰り返す A 氏を振り返って

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連太子道診療所

発 表 者 大岡 淑美 職種 看護師

共同研究者 石船 順子

【研究目的】

外来診療継続困難になった要因を明らかにし、今後の外来診療に生かす

【研究方法】

1. 事例研究
2. データ収集方法 多職種カンファレンスの録音からの書き起こし
3. データをもとに要因となった項目を分け、考察した

【倫理的配慮】

このデータは研究目的以外には使用しないこと、匿名性の保持に配慮し、個人を特定できないことを説明し同意を得た。また所内管理委員会の同意を得た。

【結果】

80代女性の A 氏は皮膚筋炎、B 型肝炎、腰部脊柱管狭窄症、脳動脈瘤などの病名で複数の医療機関を受診していた。自己主張が強く、薬に対し強いこだわりがあり、重複処方でのトラブルが多かった。予約日に来院されず、突然来院しては自分の希望する処方がでないとクレームや暴言を言い外来が止まってしまうというトラブルが頻発に起こるため、外来スタッフ間では問題になっていた。最終的に、A 氏の希望する医療提供は外来診療では困難という判断になり、訪問診療に移行となった。この事例検討を多職種で行い、外来診療継続困難になった要因が「スタッフの陰性感情」「主治医不確定になったこと」「薬に対する強いこだわり」「A 氏のキャラクター」「スタッフの連携不足」と考えられた。

【考察】

外来スタッフが A 氏に対し長期に渡り、対応の困難感を感じていたのは陰性感情が大きく働いたと考える。薬希望で来院されたとき対応した看護師は、「暴言を言われ陰性感情を持った」と話している。柳田は「外来看護師は、外来診療を公平かつ円滑に行うためのフェアマネジメントを行っている」¹⁾と述べている。A 氏は自分の希望する薬がでないと声を荒げ、外来対応に支障が出ることがあった。そのことは、全ての患者に公平に対応しようとする外来看護師に大きなストレスを与えたと考える。今回カンファレンスを行うことで、A 氏が主治医不確定となつてから苦情などが多くなったことが分かった。また、複数の医療機関を受診し、重複処方を繰り返すことは、A 氏の専門医からの専門的な処方をという考えであることが明らかになった。スタッフ間で話し合うことで、A 氏の考えや生活状況が情報共有でき、その行動の意味が理解できた。また、主治医不確定になったことで、治療方針が不明になり、A 氏のみならず、外来スタッフの混乱を招き、さらに A 氏に振り回される結果となった。

【結論】

A 氏に対する陰性感情が、A 氏を理解しようとする感情や行動を阻害させた。そのことが情報共有不足を生み出した。医師体制の変更で主治医不確定となり、治療方針が不明となった。そのことがさらに混乱を招いた。外来での主治医決定の重要性が明らかになった。A 氏のキャラクターを変えることは困難なため、A 氏に適した医療の提案を早期に医療者側から行なう必要があった。

【引用文献】

- 1) 柳田香織：一般病院外来における患者等からのクレームとそれに対する看護師の感情、東京女医大看会誌 Vol12, No1, 2017

キーワード：陰性感情、外来診療継続困難

03 ④多職種連携

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名クリニックと連携する施設職員と協働した看取りに対する意識調査から分かった課題
～「最期まで自分らしくよりよく生きる」を支援するために～

県 連 名 熊本

院所・施設名 天草ふれあいクリニック

発 表 者 山口 みすぎ 職種 看護師

共同研究者 田口 美香子、岩崎 雅美、岡 恵美
川本 利恵子

【はじめに】

2025年には超高齢化社会を迎える中で、天草では既に高齢化率40%を超える地域もある。当クリニックが連携する養護老人ホーム（以下施設）での看取り件数は、年間平均10件と多い中、今後さらに高齢化が進み人生の最期まで施設で過ごしたいと希望する入居者が増えるのではないかと予想される。

その中で施設職員からの電話による患者状態報告時、平日と比べ夜間や休日前に看取りについての不安と思われる言動をよく耳にする。

2年前施設からの依頼で施設職員対象看取りケア学習会をクリニック看護師が行なった。

看取りに対する不安をどう感じているのか職員の思いを知り、今後の連携に生かしたいと考えた。

【研究目的】

アンケート調査をもとに施設職員の看取りに対する意識を把握しこれからの私たちの役割を明らかにする。

【研究方法】

①研究デザイン

- ・調査研究：アンケート
- ・もしバナゲーム（亀田総合病院（千葉県）で緩和ケアや地域・在宅医療に取り組む医師らが立ち上げた一般社団法人「iAPC（アイ・エーシーピー）」が開発したカードゲーム）
- ・パンフレット提案（OPTIM これからの過ごし方について 緩和ケア普及のための地域プロジェクト 厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）

②研究期間

2020年11月から2021年2月まで

③研究対象

施設職員37名

【倫理的配慮】

本研究の目的・方法は本研究以外で使用しないことを紙面掲示と口頭説明し、同意を得た。

また、アンケート不参加があっても不利益が生じないこと、個人が特定されないよう無記名自記式としアンケート回収箱への投函を依頼した。

【結果】

対象者の年齢・職種・経験値は様々であった。

看取りに対する不安に関しては2年前の学習会参加されていない36%の方が不安あり、参加されている31%の方が不安無しと回答されていた。

個々の価値観を引き出し共有するため施設看護師にももしバナゲームを体験していただき、「これからの過ごし方について」のパンフレットを看取りの経過について知る機会になればと考え施設へ渡した。

【考察】

尊厳を持った人生の終わりができるよう寄り添い続け、本人・ご家族の要望を事前に把握しておき、入居時だけでなく繰り返し本人・ご家族とコミュニケーションを図りその都度要望を聞くことが大切である。

【まとめ】

クリニックと連携施設で協働し入居者の「最期まで自分らしくよりよく生きる」を支援していくために、顔の見える連携を作り環境を整えることで気軽に情報共有を行い、自己効力感を高めるため看取りカンファレンスで成功体験をもとに振り返りを行い不安軽減に努めていきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	患者様とのかかわりを通し外来とデイケアで連携した取り組み

県 連 名 神奈川
院所・施設名 大師診療所
発 表 者 地曳 祐花 職種 看護師
共同研究者 小川 美和、松本 麻美

【はじめに】
認知症がありインスリン注射必要な患者様が在宅で治療を継続していくためには、他者のサポートが必要。血糖コントロール不良な状態が続いており、自宅での生活の様子が把握出来ていなかった患者様との関わりを通し、他職種で連携した取り組みを報告する。

【事例紹介】
A 氏 80代 女性
1 型糖尿病、両側ぶどう膜炎～虹彩炎、アルツハイマー型認知症
要介護 2 2 世帯住宅・次男同居、長男夫婦

【倫理的配慮】
個人が特定されないようプライバシーに配慮した。

【経過】
1 型糖尿病で約32年前から大師診療所に通院し内服治療していたが、血糖コントロール不良となり81歳からインスリン導入。その後 HbA1c7台後半と改善するが再度9台に増加、インスリンを増量。その頃から低血糖が頻発し自己血糖測定の指示あり。しかし、視力低下と認知症で手技獲得できず血糖測定は中止へ。物品やインスリン注射不足で来院することが度々あり、「気になる患者」に上がっていたが訪問は同意得られず、介入出来ないまま経過した。受診時に、家族より昼夜逆転や食事の乱れがあると相談あり大師デイケアの利用を開始。2021年6月に HbA1c10台となりインスリンを増量したのち低血糖が頻発、インスリンの紛失や受診日を間違え来院することがあり、受診の際は家族の付き添いを依頼した。しかし、インスリン不足や低血糖の頻発は変わらなため疑問に思い、看護師カンファレンスで自宅での生活の様子を把握出来ていなかったことを問題共有した。受診時に DM アンケートを使用して家族からインスリンの使用状況と食事摂取状況の聞き取りを実施し家族への介入を始めた。食事後でも甘いお菓子買いに行ったり、パンを焼いて食べていたことがわかった。看護師から医師にデイケアでの血糖測定を提案。医師の指示でデイケア利用を週5回に増やした。ノボラピッド（超速効型）とトレシーバ（持効型）へ変更。糖尿病療養指導のパンフレットを用いて、家族に血糖測定方法と低血糖時の対応について指導を行った。デイケア看護師が日中の健康観察と食前のインスリン注射を実施。これらの取り組みの結果、高血糖・低血糖が減少し定期診察では HbA1c7台に改善、血糖コントロール良好となった。

【考察・まとめ】
大師デイケアを利用することで、デイケア業務を兼務している外来看護師が A 氏の自己管理能力のサポート力となることでできた。糖尿病療養指導の取り組みのパンフレットを用いたことで、一人ひとりの看護師が共通理解のもと家族を含めた介入を進めることができた。医師・看護師・デイケアの多職種と連携して対象の健康状態を継続的に捉えることは、病状の改善や安定に繋がる事がわかった。医療と介護のサポートを必要とする患者の目標を設定し他職種との連携を強めていくことが重要である。今後とも患者様に対して気づいたことを共有し、一歩踏み込んだ関わりをしていきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	高齢者施設から在宅療養支援診療所に寄せられる夜間休日の緊急コールの内容分析～訪問診療を提供する医療機関に求められる役割についての一考察～

県 連 名 京都
院所・施設名 上京診療所
発 表 者 真柄 明子 職種 看護師
共同研究者 村田 智香

【研究目的】
高齢者施設から寄せられる緊急コールの内容から、訪問診療を提供する連携医療機関として踏まえるべきこと、求められる関わりについて検討する

【研究方法】
1. データ収集期間…7カ月間
2. データ収集方法…高齢者施設からの夜間日祝日の緊急コールについて、内容、曜日や時間帯、施設の類型、看護職配置の有無を調べる
3. データ分析方法…収集したデータを分類・整理し、先行研究をもとに分析・考察する

【倫理的配慮】
施設や個人が特定出来ないよう配慮し、自施設管理部の承認を得た。

【結果】
7か月間で寄せられた緊急コールは40件であった。
施設は4種類（グループホーム、サービス付き高齢者住宅、小規模多機能、介護付き有料老人ホーム）で、看護師配置の有無によってコール数には差があった。
曜日や時間帯に特に目立った傾向は無く、主な内容は、「熱が38℃ある」「排便－3日で下剤7滴使用したがまだ出ない」「昼の薬が飲めていないことに今気が付いた」「転倒しているのを発見した」「今日退院した。入院中は点滴と半固形化注入だったが、水分はどれだけ入れたらいいか」等があった。

【考察・まとめ】
1. 看護職と介護職の違いを踏まえた対応が求められるということ
例えば、薬に関する先行研究では、介護職がヒヤッとした経験として「入居者の手のひらに出したら薬が転げてしまった」などの場面が挙げられており、「看護師に比べて多くのケアワーカーが薬の知識不足に不安を持っている」と報告されている。
介護職員がこのような不安を持つものであることを踏まえ、その上で、比較的风险が低く汎用度の高い薬剤について、予め調節の基準や、飲み忘れても大きな問題はない薬を伝えておく等出来れば、不安も低減されるのではないと思われる。
2. 施設によって看護職の配置や対応範囲に違いがあるので、それらを把握しておくこと
施設によって職員の配置基準は違い、方針や対応範囲にも差がある。このような情報を予め認識し、その上で施設や職員にあわせて関わりの基準を作っておく必要がある。
そして、高齢者によく見られる症状について、前以て対応方法や医療知識を分かりやすく提供出来れば、「熱が38℃ある。どうしよう」といった漠然とした不安ではなく、一般状態の観察、解熱剤の指示をもとにした対応が可能となり、不安は軽減されるのではないと思われる。
3. 積極的に連携しようとする姿勢が求められるということ
寄せられたコールの中の、「退院してきたけど（中略）どうしたらいいか」といった内容は、病院側との情報のやり取りが不足していたことから生じたものであり、施設とだけではなく退院が決まる過程の中でもっと病院側と情報共有をしておくべきだったと思われる。

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 ～QOL アップをめざして～
多職種と連携して行った看護実践

県 連 名 山形

院所・施設名 介護老人保健施設かけはし

発表者 千葉 明美 職種 准看護師

【目的】

老健施設にはいろいろな病気や様々な理由で入所される方がいる。利用者が少しでも早く在宅へ戻れるよう、病気で失った身体能力を戻せるよう、ご家族の介護負担を軽減出来るよう日々スタッフが奮闘。本抄録は、家庭の事情により在宅復帰が難しい中、少しでも在宅にいた頃の生活に近づけられるようにと、A 様に対して支援した取り組みを報告する。尚、本抄録は倫理的配慮に基づいて作成され、開示すべき COI はありません。

【対象】

A 様、70歳代、女性、障害老人の日常生活自立度：B2、認知症の日常生活自立度：Ⅱ b、要介護5、ADL 全介助

食事形態 全粥 ミキサーとろみ食

【経過】

20×年12月クモ膜下出血・水頭症発症。前交通動脈瘤認め、クリッピング術施行も術中破裂。術後に両側頭葉に多発性脳梗塞が出現。翌年1月には意識改善。会話可能。経口摂取開始。B リハビリ病院へ転院し、在宅での生活が困難な為、老健施設へ入所。

【方法】

- ①食事形態をアップする為、以前使用していなかった義歯の作成と虫歯の治療を歯科衛生士へ依頼。体重アップの為、管理栄養士と相談。VE 検査の為、言語聴覚士と一緒に検査施行。
- ②肘掛け椅子に座り座位保持が出来るかアセスメントを理学療法士に依頼。座位保持が可能であることが解った。介護職と検討し昼食30分からの離床を開始し、1時間ずつ増やし1日2時間まで拡大。
- ③自力摂取の取り組みとして作業療法士に尺骨神経麻痺の拘縮が進まないよう動作訓練を実施。

【結果】

- ①義歯の装着は違和感を感じたようだったが、毎日装着する事で慣れていき、問題なく使用。食事形態も移行食へアップし摂取中。
- ②毎日、昼食時・おやつ時、肘掛け椅子に座り摂取可能。
- ③自発的な発語が増え、会話が可能となり、「自分で食べたい」と意欲的でスプーンを使用し摂取中。拘縮予防の動作訓練継続中。

【考察】

座位をとる事で体力・筋力アップし、今まで平行棒内を数メートル歩行できる程度だったが、歩行距離が伸びる事で、さらに体力がアップし嚥下機能も良くなるなど、相乗効果が得られたと考える。看護職はV-P シェアント管理や体調管理を行い、施設の生活やリハビリが安全に行えるか判断し多職種と連携する事で、残存機能を活かす事が出来たと考える。また、食事を摂る為には口腔内の状況を改善・嚥下機能が低下しないよう体力の維持増進に早期に取り組み、残存機能を活かせる取り組みを行った結果だと考える。

【まとめ】

利用者の「ラーメンが食べたい」家族の「食べさせてあげたい」という思いを叶えるために取り組んだ症例だったが、利用者様の生活を支えるには各専門職の協力体制が必要であり、どの職種が欠けても利用者様の生活の質が落ちてしまう。利用者1人ひとりに向き合い、利用者・家族の思いに応えられるよう各専門職が連携を取りながらアプローチする事が大切である。各職種の連携を密にし思いに寄り添ったサービスを提供したい。

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 電子カルテ・R4 システムの導入への取り組みとその成果
～情報の共有・アセスメントの強化によりケアの個別性を深める～

県 連 名 神奈川

院所・施設名 うしおだ老健やすらぎ

発表者 伊東 辰悟 職種 介護福祉士

共同研究者 稲田 めぐみ

【はじめに】

R4 システム導入以前の課題 ①インテークや各職種のアセスメントの詳細がわかりづらく、他職種間でケアの方針が統一されていなかった ②アセスメントへの意識が低く、利用者のニーズや変化が把握されていないことがあった。

⇒そこで、老健やすらぎではR3年4月に電子カルテとR4 システム、それにより、アセスメントや情報共有、他職種連携が強化された。結果、ケアの個別性を深めることに繋がった。事例を通しての成果をここに報告する。

【R4 システムと特徴とメリット】

- ①4段階のアセスメント
- ②アセスメントの結果を1シートに集約。全体像が見えると共に利用者にもわかりやすい。
- ③各職種の役割を明確化することにより、各職種で発生した情報を一元化することで「点（個人・職種）から線（チーム）」へのアプローチができる。

【事例】

*倫理的な配慮 個人が特定されないように配慮し、抄録以外の目的に使用しない。利用者紹介 利用者 A 氏 女性86歳 転倒され、右大腿骨頸部骨折となる。治療後、リハビリ目的にて入所される。移動：車椅子 帰宅願望強く気分の落ち込みがある。

<ケアの方針>精神的な落ちこみに配慮しながら、在宅復帰に向けてご自身が目標を持って前向きに過ごせるよう支援する。

<ケアの実際・評価>

- ①在宅では歩行がベース（シルバーカー歩行の獲得）また、自身でできること（洗濯など）は行っていく⇒他職種や本人と目標を共有することで、互いに自律的に動くことができた。フロアに出てくる時間が長くなり、洗濯物も自ら行う姿勢が見られるようになった。
- ②夕方に帰宅願望が強くなる傾向にあることや趣味の活動の情報共有をして、夕方のレクの参加や旅行雑誌の提供、クロスワードを行う時間を設けたことで不穏が軽減した。

【まとめ・考察】

- ①アセスメントの強化、他職種との情報共有にて利用者の状態やニーズの全体像が見えるようになった。
- ②全体像が見えるということは、1) よりその人を深く知ることにつながる。そして、1人1人に合わせた個別的なケアの提供ができるようになる。2) 他職種、利用者とのケアの方針を共有し、共通の認識の下、ケアを提供できる。
- ③利用者自身が自発的に取り組まれるため、希望通りの生活を送ること、退所先に行くことができる。「今後の課題として」介護職が生活のケアやその人らしさを支える実践的なケアを提供するために、学習会を継続してR4 システムの周知や活用・運用方法を確認したり、アセスメントや評価をこれまで以上に意識し、介護職が主体的に利用者に関わり、他職種との連携を行わなければならない。

【おわりに】

当施設は超強化型の老健である。電子カルテ・R4 を上手く活用すれば、これまで以上に在宅復帰率が上がることが期待できる。そして、これから当施設で利用者が自信を取り戻し、入所中も退所後もその人らしく生きていけるように支援していく。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	在宅生活を継続するために ～胃ろう増設の利用者を受け入れた事例～

県 連 名 群馬
院所・施設名 介護老人保健施設とね
発 表 者 遠藤 三知佳 職種 介護福祉士
共同研究者 春山 澄江

【倫理的配慮】
本事例作成にあたり、本人が特定できないよう考慮し、十分配慮することを本人・家族に説明し、同意を得た。

【はじめに】
施設入所後、数か月の在宅予定だったが、多職種での連携を図り、再入所せず1年以上在宅生活を継続できている事例を報告する。

【事例紹介】
Aさん 女性 (80代) 要介護5 平成30年8月より通所リハビリ利用開始。当初は歩行可能だったが徐々に動けなくなり、現在はベッド上で過ごすことが多い。日内変動あるが、自身の食事摂取・体位変換困難の為、令和1年5月入院し、胃瘻造設。令和2年5月老人保健施設に入所。10月に同施設退所となり、特別養護老人ホーム入所までの間、在宅生活という家族の意向から通所リハビリ利用再開となった。

【経過】
令和2年10月 通所リハビリ利用再開。利用日に仙骨部にある褥瘡の処置施行している。覚醒レベルに波があるも、ほぼ寝たきり状態。パーキンソン病による日内変動や起立性低血圧の影響から積極的な離床が進められない状態。令和3年3月 覚醒状態がよく、ぬりえを実施。リハビリでは滑車やサークル歩行を実施した。令和3年5月 胃ろう注入前、ぬりえ実施していたが、本人よりやめたくない。との事でリクライニング車イス上での注入実施。令和3年10月 胃ろう注入時、ベッドから一人で起き上がろうと足がベッドから落ちそうになっていたのを発見し、注入時は転落防止の為に足元にクッションを入れ、こまめに見守り、声掛けをするといった対応をとることになった。その日以降も覚醒状況を見ながらスタッフ間で相談して作業や体操なども参加できている。また、毎日処置を行っているため、利用開始時と比べ、仙骨部の褥瘡が小さくなってきているが完治には至っておらず、現在処置を継続中。その間、家族へ特別養護老人ホームの空きが出たとの連絡があったが、現在のサービスを使いながら在宅生活が送れているため家族の希望で入所を見送った。現在もショートステイや訪問看護等を利用しながら休まずに通所リハビリの利用ができています。

【結果・考察】
様々な介護サービスを利用することで今現在も在宅生活を続けることができています。在宅生活維持のため、利用中のAさんの状態を多職種間で共有、確認することで職員間でもその時の状態に合わせたケアが実施できている。また、ショートステイ利用時には同じ施設間での申し送りも行っており、Aさんの変化をすぐにわかるように職員同士で連携することで継続的な支援が提供できている。

【まとめ】
在宅生活を送ることによって覚醒状態に波があるものの、利用当初は寝たきりの時間が多かったが、通所リハビリを利用してリハビリやぬりえ、体操などを提供し実施することで利用者本人の生活動作を向上することができ、笑顔や発語も多くみられるようになった。今後も多職種と連携し、家族も安心して在宅生活が続けられるように支援していきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	食事が困難な利用者の支援を行って ～家族とスタッフの情報共有を通して～

県 連 名 福岡
院所・施設名 介護老人福祉施設くろさき苑
発 表 者 高椋 愛子 職種 介護福祉士
共同研究者 渡部 優

【はじめに】
B職場は認知症専門棟であり、今回、在宅と施設入所を何年も繰り返しているA氏を受け持った。今回の入所では食事を食べられず、活気・生活自立度が低下していた。どうしたら食べてもらえるか、多職種でカンファレンスを行ない、取り組みを行ったのでここに報告する。

【倫理的配慮】
ご家族に、症例の趣旨や目的を説明し同意を得、対象者が特定出来ない配慮を行った。

【対象】
A氏 女性 年齢90歳代 診断名：アルツハイマー型認知症
介護度：要介護4 日常生活自立度：B1 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲb

【方法】
(1) ケースカンファレンスで、各スタッフから情報収集を行い、食事形態の変更や配膳のタイミング、食事摂取場所などを検討・実施し、定期的に評価を行う。(2) 家族の協力を得て嗜好調査し、A氏の好みに合うような環境・食種・食事形態に変更する。(3) 住み慣れた環境での生活を送れるよう自宅復帰に向けて準備を行う。

【結果・考察】
食欲が低下していったA氏に対し、カンファレンスを繰り返し行った事で、食事に対してのスタッフの認識や支援方法の統一ができた。摂取量の増加には繋がらなかったが、多職種での話し合いは専門職による根拠にもとづいたチームケアの実践に繋がったと考える。また、家族の理解も得られ、一緒に対策を考えたことで信頼関係を図ることが出来たと考える。「最後かもしれないので好きな物を好きな時に食べさせたい」との家族の思いを尊重し、またA氏が安心して食事を摂れる環境は自宅ではないかと考え、家族と話し合い、住み慣れた自宅に帰られることになった。

【まとめ】
今回、多職種で情報共有し、A氏や家族の思いに寄り添い支援が出来たと思う。認知症高齢者が多いB職場では今後もこのような事例は増えて来ると考える。食べることは生命を維持する為には必要なことだが、食事が食べられなくなった高齢者に対して、どこまでの支援を行うかは継続課題である。

キーワード：在宅復帰

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	その方を「支える」小規模多機能が出来る事 ～多職種連携の重要性～

県 連 名 愛媛

院所・施設名 高齢者福祉施設ごしきの家

発 表 者 森野 寛司 職 種 介護福祉士

【目的】

利用者 N 様 要介護 4 登録日 R3.3/1～R4.1/19
利用前よりケアマネージャーからは「今使用しているデイケア、訪問介護、ショートステイだけでは、ご本人を支えることが難しくなっている・・・小規模多機能で経済的な事も含めて総合的に生活を支えて欲しい」依頼があった。実際に利用に際して自宅に伺うと、足の踏み場が無く冷暖房器具もない劣悪な状態であった。身体状況も頸椎損傷により自由に体を動かすこともできず、自力での食事摂取も難しい状況である。そこで、小規模多機能の使えるサービスを全て組み合わせて、生活全てを支えることを重点におきスタートした。

【方法】

毎日の「通い」で食事をしっかりとれる状況を作ることからスタートした。自宅において出来なくなっている自力での排泄は「通い」時の朝晩に「訪問」の形で支援。息子さんが不在になる日は「宿泊」を入れることで総合支援を目指した。同居の息子さんとは、連絡が取れなかったり、自宅での介護も協力しない、お母さんの年金をあてにして、働かない、離れて住む娘さんは兄弟間の仲が破綻していて利用最初から全く音信不通という家族間の問題も多く抱える方でした。そこで自施設だけではなく、地域全体（地域包括・市役所、隣近所等）との連携も強固にして、支援していくことも同時に行った。

【結果】

金銭面も大変厳しい為、支払える利用料と必要な支援とを検討しながら、約10か月の利用をされた。最終的には、特別養護老人ホームへ入所することになった。様々な形で接していく中で生まれた本人と事業所との絆もお互いに本音で向き合える関係になっていた。施設入所前最後の利用時にご本人とお話する時に「自分とこの息子以上に動いてくれて申し訳なかったな。楽しかったし感謝してるよ」と言われお別れをしました。本当は自宅での生活を最後まで望まれていた N 様でした。地域包括・市役所・地元の郵便局員等、民生委員等、N 様への質の高いケアを実現するために多職種間の連携をしっかり充実させて支えてきたことで、施設入所の選択となり自身が決断されました。最後に発せられた言葉の意味を深く噛みしめ N 様への支援で学んだ経験を今後の糧として地域に根差した良質なケアの実現に全力を注いでいきたいと強く思います。

この抄録内容は個人が特定されないよう倫理的配慮を行っております。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	他職種連携で生活を支える ～その人らしさに寄り添う

県 連 名 茨城

院所・施設名 翠清福祉会 軽費老人ホーム ケアハウスみと

発 表 者 星野 清栄 職 種 介護職員

【はじめに】

ケアハウスとは見守りと1日3度の食事提供 外部の介護サービスを適宜利用する事で自立した生活を送れる比較的介護・医療依存度が 軽度の方が対象となる介護保険外施設である。介護保険サービスを取り入れ多職種連携で 支える事で、自分らしい生活をおくる事に 繋がった方の事例を紹介する。個人が特定できない様な倫理的・プライバシーを配慮を行っている。

【ケース】

M さん80代 女性 要介護 2 既往歴：脳梗塞、高血圧、認知症

【経過】

高齢独居中に脳梗塞で倒れ入院。その後退院 するも失神などがあり、意思疎通の変化など から、心配なされたご家族より見守りのある 所での生活希望、相談があり入居となる。入居当初は入退院を繰り返し、高次脳機能低下 難聴の影響によるコミュニケーション能力の低下 意識レベルも低く、排泄介助、見守りや支援が多く必要な状態だった為、多職種で 連携をとり支えることとなった。ケアハウス職員で定期的な安否確認や必要なサービス支援への橋渡しを行う。ADL 低下を防ぐ事及び、保清の為に定期的な 入浴介助、適度なリハビリの必要性から デイサービスの利用を開始。本人に合った歩行器など福祉用具を準備。在宅ヘルパーによる支援の開始。生活支援の一環で、ゴミ出しなどを共に行う 事で、生活リハビリを実施した。

【考察】

デイサービスでのリハビリ実施で、不安定な歩行は安定。現在も意欲を持って取り組み継続中。その他 ADL 低下もなく維持が出来ている状況。ヘルパー支援では日常の作業（掃除、洗濯 など）を課題の克服を意識しながら本人と一緒に取り組んだ結果、本人の意識レベル は上がり、状態は改善。サービス時以外も自身で定期的にゴミ出しなどされている。周りの方々とのコミュニケーション能力も向上を維持。意欲を引き出す為、ケアマネージャーによるご家族様との情報交換、他職種とも情報を 取り合い、協力する事でアプローチが上手くいった。

【まとめ】

本人にとって必要な支援を進めていく為には、他職種との連携がいかに重要であるかを感じた事例であった。職員が細かい気づきを大事に、連携をとり合い協力する事で、本人が安心安全に暮らせる環境作りが出来上がっていった。結果、本人の意識レベル、身体状況の向上に繋がり、本人が笑顔で日々の生活をおくれるようになった。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	看取りについて考える

県 連 名 岡山
院所・施設名 特別養護老人ホーム 中野けんせいえん
発 表 者 出射 祥代 職 種 介護福祉士
共同研究者 中原 敬恵

【はじめに】
特別養護老人ホームにおける看取りケアとは、介護保険での看取りケアで医師が一般的に認められている医学的見地に基づき回復の見込みが無いと判断した方についての看取りケアとされている。また医療施設ではないので基本的には点滴や疼痛管理などの医療行為はできず、ほとんどが老衰による看取りの実施となっている。

食欲不振で入院後、退院されたが食事がほとんど取れず看取りになってしまった A 様の看取りを通して感じた事や思った事、これからの看取りを考えた時にどのような事を望まれどこまでの事が出来るかを報告する。

【目的】
最後を迎えられる利用者の方にその人らしい時間を過ごして頂くために私たちの出来ることは何なのか A 様の看取りを通してこれからの看取りについて考える。

【方法・施設の紹介】
・ A 様の紹介
・体調不良から看取りとなり永眠までの経緯
・本人様が望まれたケアの内容

【結果】
・本人様の状態
・家族様、他職種との連携

【倫理的配慮】
本演題発表に関して A 様のプライバシーの配慮に努めるとともにご家族からの了承を頂いている。

【考察】
A 様は意思疎通もでき、日頃よりしたい事や望まれている事を自分で訴えることが出来た為、家族様の協力もあり最後まで望まれた看取りケアを行うことが出来た。最後の外出等は無くなる 3 日前ではあったが他職種に相談しナースや施設長、主任等が体制を整えて下さった為、行うことが出来た。

【おわりに】
看取りになった方を看取りだからと言うだけで、いつもと違ったケアを行うのではなくいつもと同じ生活を送る為にはどうケアしたらいいのか方法を考え、その中で体調を見つつ外出等、望まれる事をどれだけ行えるかが大切だと感じる。

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	COVID-19により重症肺炎になった利用者の在宅復帰までのケア

県 連 名 東京
院所・施設名 千石にじの家
発 表 者 田中 邦彦 職 種 介護福祉士
共同研究者 加藤 桂子、飯塚 薫

【はじめに】
COVID-19感染により重症肺炎になった A さん（86歳・女性・独居・要介護 4）の、看護小規模多機能（以下、看多機とする）千石にじの家で実施したケアについて報告する。

【目的】
COVID-19重症肺炎・後遺症、慢性呼吸不全で入院。せん妄や暴力行為があり、入院中は抑制着・両上肢抑制をされていた。移動は車椅子、排泄は全介助、ADL・認知機能共に低下し、在宅酸素管理が必要となった。退院後は独居の生活継続を目標として、千石にじの家の利用開始となった。

【方法】
一番の問題は排泄で、特に夜間帯の尿失禁、オムツ外し・破りと脱衣行為が頻回だった。利用開始時は毎日の通い（夕飯まで）の送迎は訪問介護で対応し、週末は 2 泊 3 日の泊り、月 1 回の訪問看護のサービスで生活リズムを整えた。眠前薬の服用のタイミングを調整し、夜間の排泄のタイミングもアセスメントして職員間で情報共有を図った。常時酸素が必要なためハイサンソとボンベを事業所にも用意し、職員全員が取り扱いの説明を受け対応した。

【結果】
上記の対応の結果、夜間の時間毎のトイレ誘導でオムツ破りや脱衣行為はなくなり、夜間だけでなく日中の尿失禁もほぼなくなりリハパンから布パンツを着用するようになった。ADL や認知機能も向上し、車椅子から歩行介助、歩行見守りから一人で近所のコンビニへ買い物に行けるまでに回復された。退院時に在宅酸素療法は一生必要と医師から説明を受けていたが、安静時は酸素オフも可となった。A さんは入院前の状態にまで回復し 4 ヶ月間で千石にじの家の利用を卒業した。

【考察】
夜間の時間毎のトイレ誘導や眠前薬の服用時間など、家族とも共有し自宅でも同様に行ってくれたことで、排泄・睡眠のリズムが整えられた。また、毎日の通いで生活リズムも安定し ADL と認知機能も向上したと考えられる。医師からは気質化肺炎再発の可能性が高いと言われたが、常に身体の状態観察や対応を看護師が行うことで呼吸苦の訴えは減り、ステロイド剤も 5 錠から 1 錠に減った。介護士と看護師の連携したケアに加え、家族との密な情報共有が早期回復に繋がったと思われる。

【まとめ】
4 ヶ月間と短い期間だったが、肺炎が再発することなく看多機を卒業された。最終日に A さんは「お世話になりました」と笑顔で言われていた。退院後直ぐにサービスが開始され毎日の通いでも拒否や混乱することが少なかったのは、認知症の方でも顔が覚えやすく受け入れられやすい通い・送迎・訪問・泊りの全てのサービスに対応している看多機の特徴といえる。これからも看多機ならではの介護と看護が連携した質の高いケアを行っていきたい。

キーワード：看護小規模多機能型居宅介護

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	看多機で老老介護を支える ～血糖コントロールの必要な方の支援～

県 連 名 青森
 院所・施設名 看護小規模多機能型居宅介護事業所ひまわり
 発 表 者 舘山 友佳 職種 介護福祉士
 共同研究者 齊藤 久美、石塚 里奈、柿崎 壮志

【はじめに】
 看護小規模多機能型居宅介護事業所（以降看多機と略す）では主治医との連携のもと、医療処置も含めた在宅サービスを24時間、365日切れ目なく提供している。現在、当事業所では80歳代の老夫婦二人暮らしにおいて、糖尿病によるインスリン注射での血糖コントロールが必要な方への支援を行っている。その取り組みを紹介する。

【目的】
 今までの関わりやケア内容を振り返ることで、安心して自宅生活を継続出来るよう、これからのケアに活かす。

【方法】
 介護記録、訪問活動記録、訪問看護報告書、夫より聞き取りし情報収集し分析する。

【倫理的配慮】
 本研究の目的、内容についてご家族へ口頭で説明し同意を得た。また、知り得た情報については個人が特定出来ないように配慮し、本研究以外では使用しないこと、途中で同意を撤回しても不利益は生じないことを説明した。

【経過と結果】
 当事業所利用開始時のサービス
 ①通い 3回／週
 ②訪問介護 1回／月 通院、受業介助
 ③訪問看護 1回／週
 サービス開始より10か月経過した頃、通い時体調不良の様子みられ、高血糖で入院する。1ヶ月程で退院され利用再開となる。
 利用再開後のサービス
 ①通い 1回／週
 ②泊り 土、日、月曜の2泊3日／毎週
 ③訪問介護 1回／月
 ④訪問看護 1回／週
 血糖コントロールの為食前の血糖値測定、記録、インスリン自己注射の一部介助、見守りをし、血糖値不良の時には看護師に指示を仰ぎ対処している。又、主治医の指示で1回／週、1週間分の血糖値を報告しインスリンの単位を随時調整している。これらの取り組みで利用再開後大きな体調不良、血糖コントロール不良なく過ごすことが出来ている。

【考察】
 A氏の日中、夜間の様子や体調、血糖値を夫、医師、看護師、介護士と情報共有出来るため、小さな変化にも気づきやすく、インスリンの単位もこまめに調整でき、血糖コントロールが順調に出来ていると考える。日常的に医療処置が必要な利用者様でも、老老介護で介護力が低い家庭であっても、看多機の通い、泊まり、訪問介護、訪問看護が必要に応じて柔軟に組み合わせ、いづれのサービスも慣れ親しんだ職員が担当する為安心して利用出来ていると考える。又、A氏の希望する「自宅でこれからも過ごしたい」、夫の「色々大変だが2人で生活を続けたい、A氏がいないと寂しい」という思いに寄り添い、二人の希望する生活の支えになっていると考える。

【おわりに】
 これまで通りの生活やその人らしい生活を続けていきたいという思いを尊重し、住み慣れた地域での生活を継続出来る様看多機の特徴を活かし寄り添い支えていきたいと思う。

03 ④多職種連携	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	病状が進行する夫を在宅で介護する家族の支援を通して

県 連 名 大阪
 院所・施設名 ひまわりの家蔵前
 発 表 者 古川 由美 職種 看護師

【はじめに】
 今回、夫の病状の進行に対する対応能力が十分でないと感じていた利用者の家族に対し、夫の胃ろう造設をきっかけに施設内でチームを作り、様々な家族支援に取り組んだのでここに報告する

【倫理的配慮】
 この事例を報告するにあたり、利用者とその家族に対しては、発表目的と内容について説明を行った。また、発表の際には個人が特定できないように配慮することで事例提供の同意を得た。

【事例紹介】
 利用者：A氏50歳代男性 主病名前頭葉側頭葉型認知症 要介護5
 家族の状況：同世代の妻、次女と3人暮らし。家族は仕事をしておりA氏は月曜日～土曜まで当施設の「通い」にきている。家族とのかかわりは送迎時及び月1回の往診時のみであった。

【看護の実際】
 家族の思いや家での介護の現状を知り、サポートする為に支援チームが結成され、家族支援が必要と思われるシーンに合わせて介入を行った。胃瘻造設時は、胃ろうのパンフレットを作成、市セル内で他利用者の注入を見学し、注入指導を妻・長女・次女と行った。訪問での吸引指導介入時は、A氏の状態をアセスメントし自宅訪問、家族の現状確認を行い効果的な吸引を指導した。

【結果】
 チームで介入した結果、今までわからなかった家での介護の実際がわかった。そして、家族にもわかりやすい指導をチームで検討、進めることにより家族による介護技術が向上、A氏の状態も安定した。また、積極的に介入することにより、家族の発言や行動も変わった。そして、今まで積極的に介護にかかわってなかった長女・次女も妻をサポートするようになり妻の安氏を得ることが出来た。

【考察】
 今回の事例で、家族は、A氏の進行する病状に対応しきれず「今」と「これから」に対し十分なイメージを具体的にもってもらうため、パンフレットを提示、実際に経験してもらうことで継続した介護が行える結果へとつながったと考える。また、施設での状態と家に帰ってからの状態を適切にアセスメントし、早急に対処、家族に指導できたことにより状態の悪化を未然に防ぐことが出来たのではないかと考える。そして、主介護者の妻だけでなく、長女・次女にも介入したことにより、妻がほかの家族からサポートを受けれるようになりケアの質が向上したのではないかと考える。

【まとめ】
 今回、利用者家族への様々な支援を通して、改めて家族支援の重要性を認識した。十分な医療の知識や技術もないのに、要介護者の病状は進み、療養に必要な介護・看護・医師の決定を行っていかねばならない。その支えとなるべく私たちは、充分なコミュニケーションをとりタイムリーに必要な情報、看護、介護技術を伝え、少しでも家族の負担を軽減できるようにサポートしていくことが必要だと感じた

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	独居、高齢者、脳梗塞後遺症患者の内服管理 ～多職種連携を通して学んだこと～

県 連 名 滋賀

院所・施設名 訪問看護ステーション陽だまり

発 表 者 松田 みゆき 職種 看護師

【はじめに】

日々訪問看護のケアの中で、独居、高齢者、脳梗塞後遺症患者の内服管理の困難さを痛感し、日々試行錯誤している。今回、脳梗塞発症をきっかけに記憶障害や混乱など認知症症状が出現した女性（以下 A 氏とする）は訪問を重ね、信頼関係を構築するとともに、ケアマネージャーやデイサービス（以下デイとする）、ヘルパー、薬剤師、医師との連携を強化したことで確実に内服することができるようになった。今回の成功事例を通して、学んだことを報告する。

【対象】

80歳代 A 氏。A 病院通院中。要介護 2。理解力やや低下。難聴。元々きっちりとした性格。独居。同じ団地内に娘が居住しているも内服確認の協力は得られず。介護サービス…ヘルパー週 1 回、訪問看護週 1 回、デイ週 3 回。

【倫理的配慮】

対象には、研究の趣旨や方法を説明し、対象者の自由意思で諾否が決定され、個人が匿名化されないことで同意を得た。

【経過と結果】

内服管理で訪問開始。訪問したところ、多科受診やヒートで薬が処方されていた為、一旦整理も兼ねて内服カレンダーにセットしどれだけ服薬できるか確認をした。しかし使い方が分からず混乱したり、重複して内服してしまうなどのトラブルが続いた為、多職種と頻回に情報交換したり、スタッフ間でカンファレンスを重ね最善策の検討をした。最初に内服の一包化や、かかりつけ医の変更を提案した。さらに、デイを週 3 回から週 5 回に増回しカレンダーの始まりを訪問日（水曜日）になくなるように木曜日始まり、水曜日終わりにした。又、薬包に朝、昼、夕で色分けをした。次に飲むところがわかるように矢印を作成し、内服後は矢印を移動してもらうようにした所、混乱が少なくなり頻回にあった苦情の電話もなくなった。初回訪問から 5 か月経つ頃にはトラブルがなくなるようになった。

【考察】

認知症高齢者におこる周辺症状、いわゆる問題行動はスタッフや周囲の人など、人的環境の中で生じていると言える。プラスの変化を与えた対応として、個性に合わせた行動、安心・納得してもらえるような関わり方、患者の反応に対してあきらめない姿勢の関わり、習慣を尊重すること、ニーズが満たされるような応答、親しみのある声かけなどがあげられる。今回、訪問看護だけでは得られない人物像や生活像などの情報を多職種連携にて情報共有し、ケア介入できた事が A 氏への安心感や信頼関係の構築に繋がったと考える。

【おわりに】

今回の事例を通して、今後も疾患や本人理解を深めるとともに、多職種連携の大切さを忘れず、訪問看護としての役割を担っていきたいと思う。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	独居の癌患者の在宅看取りを振り返り、多職種連携と訪問看護の役割を考える

県 連 名 静岡

院所・施設名 訪問看護ステーションふれあい

発 表 者 笹下 奈緒子 職種 看護師

共同研究者 芦澤 牧子、堀川 千寿子、望月 美穂
杉浦 有紀

【目的】

癌の終末期を迎え、在宅療養を希望された高齢独居利用者に対し、多職種で介入し看取りができた事例について振り返り、法人内外での多職種連携の重要性や課題、訪問看護の役割を見出し、今後に生かす。

【方法】

対象利用者に関わりのあった法人内の 6 事業所にアンケートを実施。ケアや内服管理、急変時対応などの不安の有無について回答を依頼。自由記載にて各事業所の思いや意見を聞き、今後に生かせる内容を検討した。アンケート依頼 10 件のうち回収率 100%、設問の他に自由記載欄への回答を得た。訪問看護への評価については事業所スタッフ 3 名を除く 7 件の回答を得た。事例を振り返り、多職種連携に必要とされる事、訪問看護の役割について考察した。

【倫理的配慮について】

看取りに立ち会ったご家族に電話にて趣旨を説明、了承を得た。各事業所に送付した資料は全て返送いただき、廃棄処分した。

【看護経過】

70歳代男性、独居（市内に姉が在住していたが交流はほとんどなし）。大腸癌、肝転移疑いの末期状態でご本人に予後予測も含めて告知済。訪問看護、訪問介護とデイサービスを週 4 日利用して利用者仲間や孫の様に可愛がる介護職員と過ごす事をとても楽しみにされていた。当初は自覚症状が殆どなかったが、病状の進行に伴い食欲不振、腹痛や嘔吐も出現する。主治医より病気の進行に伴うリスク、入院などの選択肢も説明され、療養型病院も見学するが、ご本人が在宅で自由に過ごす事を強く希望。疼痛コントロールのため、フェントステープ、アプストラル錠の使用も開始。関係事業所には独りでいる時に急変する可能性を伝え、カンファレンスなどを通して周知を行った。家族、デイサービス職員やヘルパーの協力を得ながら、連絡ノートを活用して麻薬の管理を行い、自宅で永眠される。

【結果】

最後まで自分らしく自由に過ごしたいというご本人の強い意志を、関係事業所が共有して連携することができた。振り返りアンケートの中で、訪問介護職員からは訪問中の急変時対応への不安。診療所看護師や介護支援専門員からは家族の思いを不安視する声あり。薬局、通所介護職員、訪問看護師などの職種では内服や麻薬の管理について不安があったとの回答を得た。訪問看護師に対しては 24 時間どんなことでも電話での相談もできた事で安心感があったとの評価を得た。

【考察】

訪問看護師として、アセスメントから予測される事をわかりやすい言葉で、利用者だけでなく多職種に発信して情報交換をすること、アンケートで不安として挙げられた、麻薬の管理や使用方法、病態についての知識を多職種で共有する機会を設ける事も必要である。また、専門職として誰でも相談しやすい窓口になることが求められる。

演題番号 030448

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	神経難病で日中独居利用者とその家族への在宅支援について

県 連 名 兵庫
 院所・施設名 訪問看護ステーション にじ
 発表者 大川 友枝 職種 看護師
 共同研究者 山本 美紀子、土井 さや香、竹中 暁子
 山口 綾希、大久保 久美子

【はじめに】
 神経難病である多系統萎縮症は現在根治的な治療は確立されていない。A氏は多系統萎縮症の診断確立後、闘病生活を在宅で過ごし、4年間は病状の進行に伴い臥床状態を余儀なくされた。在宅で終末期を過ごすA氏と家族支援について報告する。

【目的】
 利用者・家族が望む在宅生活について、ケア内容を明らかにする

【倫理的配慮】
 プライバシーを保護し、個人特定できないよう配慮する

【患者紹介】
 A氏 50歳代 多系統萎縮症 要介護5

【看護の経過】
 40代に多系統萎縮症の診断あり。50代に誤嚥性肺炎発症し5ヵ月入院後より訪問看護開始。慢性的な誤嚥性肺炎や嚥下機能低下にてポート造設となる。肺炎、ポート感染、尿路感染で入退院を繰り返すも、施設入所・病院への入院は希望せず、在宅療養で医療・介護のサービスをフルに活用し24時間体制で対応。介護者の夫は、会社員で平日は仕事で不在、A氏は日中独居となるため、医療・看護・介護の連携が重要となり、方向性の確認やケア内容の話し合いを重ねた。病状の進行に伴い、医師からも看取りの時期に入っていると説明された夫は、「自分が不在時に急変しても仕方がない、今までどおりの在宅サ-ビスを利用したい」と在宅療養の継続と在宅看取りの方向でサービスを継続していく事を確認した。終末期に伴い、症状悪化もあり娘達に介護協力を求めたが、ケア加入は困難であった。しかし、闘病生活が長いA氏が、少しでも気分転換ができればと、車での外出は積極的であった。娘達は父親の休日に合わせて、家に集まり家族の時間を大切にしていた。夫と娘達に見守られ自宅にて永眠される。

【考察・まとめ】
 A氏は終末期を望まれた自宅で過ごし、最期は夫のいる休日に見送られた。医療度の高い終末期において、日中独居という状況とその家族の介護支援をどうアプローチしていくかが課題であった。解決策として多職種在宅チームと介護者がその都度タイムリーに話し合い、終末期を迎える家族の意識づけや精神的サポートに繋り、在宅療養を支えることができたと考えている。また在宅チーム間での問題提起や情報共有となり連携を深めることもできた。家族支援については、本人の苦痛を少しでも緩和できるよう家族の介護力を引き出そうと話し合いに努めたが難航した。終末期に入り家族から外出の要望があった。かなりリスクがある外出ではあったが、家族と過ごせる貴重な時間だったと思われる。直接的な介護を求めるのは難しかったが、A氏を大切に思い、夫や娘たちなどのやり方でA氏との時間を過ごせたことは在宅療養を希望していたからこそ実現できたと考えている。A氏本人が終末期を具体的にどう過ごしたいと思っていたのかは不明であり、振り返りの難しさを今も感じている。発症早期に終末期までの経過を見据え、本人と家族の思いにより添い粘り強くサポートしていくことが在宅療養を支える看護師の役割であることを学んだ。
 キーワード：在宅支援（地域包括ケア）

演題番号 030449

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	本人の思いを引き継いだ家族への支援

県 連 名 宮崎
 院所・施設名 訪問看護ステーションれいんぼう
 発表者 稲垣 澄子 職種 看護師

【目的】
 「住み慣れた施設で最期を迎えさせてあげたい」家族は願うが、コロナ禍で面会制限されており思いが届きにくい状況。家族の思いを叶える為に、他職種との連携や関わりからの取り組み。・対象者:A氏90歳代女性、要介護4。アルツハイマー型認知症で2年前からグループホーム入所中。膀胱癌のターミナル期、意思疎通はほとんどできない状態。キーパーソンは70歳代長女、グループホーム入所前はA氏と同居していた。入院中に「このまま病院に居ていいのかな？住み慣れた施設で穏やかに最期を迎えて欲しい。料理が好きな人だった、少しでも食べれるといいな。」A氏の入院中や、施設の面会時に面談を設け、長女の思いを確認。

【問題点】
 ① 栄養管理方法について、他院で説明を受けていたが内容を理解していなかった為、選択できていなかった。② 訪問看護を行っていく中で、医療的ケアが多くを占めると、点滴などのケアに対する不安や恐怖心からか、施設スタッフがほとんど介入しなくなった。住み慣れた施設へ戻ってきて訪問看護師だけの関わりなら、病院での療養生活の延長ではないかという疑問を抱く様になった。

【方法】
 ① 施設看護師と共に、栄養管理方法をメリットとデメリットを記載して説明を行った。② A氏の過ごし方について、家庭的な雰囲気を感じてもらえる為に、談話室で過ごせる事を長期目標に、車椅子で過ごすという短期目標を立てた。

【結果】
 ① CVポート（中心静脈カテーテル皮下埋め込み型ポート）を選択した。栄養管理が継続して行えた事でA氏の病状は安定し、楽しみ程度の経口摂取が行えた。飴玉を含んだ瞬間、A氏の微笑む姿を見て、施設スタッフが涙ぐんでいた。施設スタッフと過ごす様子を動画や写真にし、長女へ見せ「施設に帰って来て良かった」と喜び、安心された声が聞かれた。② 訪問看護師と施設スタッフそれぞれで行うケアを明確、分担した事で、施設スタッフもケアに積極的に参加し、寄り添う姿を何度も見る事ができた。訪問看護師は目標に向け離床を図り、病状安定時は車椅子に移乗させ、施設スタッフや入所者と談話室で過ごす事が出来た。

【結論】
 ターミナル期（終末期）と診断されても、人生のゴールまでに時間は残されている。意思疎通が出来ない認知症高齢者に対して、家族が思いを引き継ぐ事は多々ある。その人の思いに寄り添う為には、家族を中心とした関わりと、共有し活動する事が重要である。面会が禁止、制限される今日、見えない場所・届きにくい場所でも、家族の思いに寄り添いながら、人としての尊厳を保てるケアを多職種やチーム全体で目指していきたい。

【倫理的配慮】
 個人が特定されないように内容記載には十分配慮した。内容については、当法人の倫理委員会の承認を得ている。今回の取り組みについて、家族・施設に意向を伝え、口頭で同意を得た。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	住み慣れた場所で ～つなぐ看護～

県 連 名 福岡
院所・施設名 あゆみ直方訪問看護ステーション
発 表 者 中村 真木 職種 看護師
共同研究者 田原 里恵子、川本 多美子

【はじめに】
脊髄小脳変性症は日本において難病指定を受けている疾患の一つであり、全国で3万人以上の方が疾患に罹患していると報告されている。症状の出現は個人差があり症状は徐々に進行していく。今回脊髄小脳変性症の診断を受け日常生活、社会生活を余儀なくされ、これからも進行していく疾病と向き合いながら、在宅生活を望まれるA氏との関わりを報告する。

【倫理的配慮】
事例紹介にあたり本人、家族に目的と個人情報保護を説明し書面で同意を得る。

【看護の実践・結果】
A氏40歳代男性、母親と2人暮らし、身体障害2級、要介護4の認定。A都市勤務中の28歳頃、歩行に違和感出現、物が二重に見える様になり父親も同じ病気だったことから、検査を受け遺伝性脊髄小脳変性症と診断。29歳にB都市へ転勤となるが症状の進行あり退職。故郷へ帰省し母親と2人暮らしとなる。31歳の頃体幹のバランスが悪く下肢筋力、歩行困難となる。構音障害、四肢体感失調徐々に出現。意思疎通を図る事も難しくなり、現在は文字盤を指で何とか押せ会話が成立出来ている状況。移動は四つん這いで体幹を支え介助がないと手足が前に出ず崩れてしまい前に進まない状況。臥床すると体位変換できないことから、腰痛、背部痛がありベッドマットレスなども何度も交換し、試行錯誤しながら現在に至っている。又、出来ていた事が徐々に出来なくなり、髭剃り、爪切り、排便コントロール調整など、2週間に1回の訪問看護でケアの時間を取られる事が多かった。A氏の苦痛の訴えに耳を傾けるだけではなく、民医連の看護、3つの視点と4つの優点からA氏と向き合う事にした。出来ていた事が出来なくなり、身体的精神的側面からも問いかけ、苦痛な思いを聞いていく中でA氏は『パスタが食べたい』との思いを語ってくれた。そこで私達はA氏の願い、希望を叶えてあげたいとの思いから、CM、PT、OTも含めバリアフリーの環境、排泄状況、移動時間など考慮したお店選びを行った。本人、母親とも相談を重ね、6年ぶりの外出、外食を実現する事が出来た。

【考察】
診断を受け、退職や離婚、社会と疎遠になり外出の機会もなくする中で、在宅生活を希望するA氏の思いに寄り添い、その人のニーズを引き出し、実現する事の難しさと達成感を感じる事が出来た。本人含め、介護者である母も、外出できた事への喜びを感じる事が出来ていた。住み慣れた自宅での生活が継続でき、その人らしく過ごせる様今後も支えていきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	地域での生活を継続するために病状安定に向けた 訪問看護の関わり方 ～高次脳機能障害の患者を通して学んだこと～

県 連 名 東京
院所・施設名 上高田訪問看護ステーション
発 表 者 竹木 彩子 職種 看護師

【はじめに】
高次脳機能障害の症状は社会生活を送る上で困難を伴う。A氏が易怒性や記憶障害を持ちながらも地域で生活することを支援するため、様々なアプローチ方法を学び多職種連携の重要性を再確認できたため報告する。
個人が特定されないよう配慮し、本人の了承を得ている。

【経過とまとめ】
A氏50歳代・男性・独居・アルコール依存症・糖尿病・低血糖性脳症・高次脳機能障害
介入当初はCW同行で訪問していたが、公園で飲酒しており、易怒性・拒否的。訪問を重ねる毎に徐々に受け入れ始め定時訪問可能。内服薬セットは玄関内で可能だが、それ以上の入室は拒否。生活状況把握できず、一歩踏み込んだケアにならない。保健師同行の訪問も試みたが、著しい変化は見られなかった。その後、医師からの依頼で受診に同行し、生活状況や治療方針を共有でき、これを機にA氏の意識・行動変容が見られた。
患者個人を理解し分析することは難しい。A氏に表れている症状が元々の性格由来なのか、障害の症状なのか掴み切れなかった。職員間で話し合い、学習した上で症状の特徴を捉え、根気強く丁寧に接することを共有。A氏は自信を持ち、信頼関係の構築に繋がり、現在も介入継続できていると考える。この障害は身体的には社会生活可能だが、外見からは分からない。症状により社会的不適応が生じ孤立する。これを防ぐためには周囲の人の理解と適切なサポートが必要となる。そのため、医療から生活全般まで支援できる訪問看護師が主体となり、多職種連携でアプローチし続けることこそが、地域での仕事や生活を継続していく上で必要不可欠だと考える。

【参考文献】
1) 上田大介：高次脳機能障がい理解と対応の基礎
2) 深川和利：高次脳機能障害をご存じですか？高次脳機能障害を知れば社会が変わる。
3) 白山靖彦：高次脳機能障害者の地域・社会生活支援について～三重モデルの観点から～ 高次脳機能研究第26巻第3号

03 ④多職種連携	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	終末期における訪問看護とデイサービスとの連携

県 連 名 京都
 院所・施設名 訪問看護ステーションたんばぼ
 発表者 柳生 恭子 職種 看護師
 共同研究者 古田 美穂、市川 つかさ

【目的】

終末期までデイサービスを利用していた A 氏に着目し、訪問看護とデイサービスとの連携を分析し訪問看護の役割を考える。

【方法】

1. 研究デザイン：事例を基にした質問紙調査 2. 対象：A 氏が利用されたデイサービスの看護師、介護職員と訪問看護（以下「訪看」）の看護師 3. 調査期間：202X 年の13日間 4. データ収集方法：対象の2事業所に対して質問紙で、基本ステータスとしての職種、性別、年代、現職勤務年数、終末期ケア研修への参加の有無を尋ねた。また、藤田らが開発した「多職種連携尺度」を基に5つの要因17問の項目で質問した。

【倫理的配慮】

本研究は所属施設の倫理委員会の承諾を得た。対象となる利用者の家族、訪看、デイサービス職員に対し研究の趣旨や研究中に知り得た情報は口外しない事や得られた研究成果については匿名性を守り、学会などで公表する事を口頭ならびに文書で説明し同意を得た。

【結果】

事例紹介：A 氏90歳代。慢性心不全増悪により呼吸状態悪化。デイサービス利用10日後に自宅で長男に看取られた。キーパーソン・介護者：長男（2人暮らし）日常生活自立度：C1（要介護5）看護師と介護職員間での比較ではいずれの質問項目にも有意差は無く、勤務年数、性別、年代での比較も同様に統計的な有意差は認められなかった。情報ツールでは両事業所ともデイサービスへ行く前の申し送りノートを活用していた。メディカルケアステーション「MCS」は訪看が使いデイサービスでは電話・FAX や連絡ノートを使う傾向にあった。

【考察】

多職種連携尺度の解析では、訪問看護とデイサービスは連携できていたと考える。「デイサービス前の申し送り」は、家族と直接確認しながらデイサービスの看護師に状態を申し送ることができ、家族やデイサービス職員への安心につながったと考えられる。連絡ノートはデイサービスの方がよく活用していたが、訪看では看護記録が別にあるため使用は少なかった。訪看では日々、MCS で情報提供を行う機会が多いため MCS は訪看での活用が多かった。以上のことから、事業所によって情報伝達手段が違うことが分かった。今後、状態の変化が予測される時には訪看が積極的な情報発信を行い、ケアマネジャーを通じてその時に合った最良の情報ツールを考えていく必要がある。

【引用文献】

- 1) 小沼総理：なぜ、今、訪問看護なの？① ナース専科：9月号、1,2018,2021年3月22日閲覧 <https://knowledge.nurse-senka.jp/227708/>
- 2) 藤田淳子、福井小紀子、池崎澄江：在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携尺度の開発、「厚生」の指標」第62巻：7,2015

キーワード：家族支援

03 ④多職種連携	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	障害を持った A 氏が自分らしく生きていくために—臨床倫理「4分割法」を通して—

県 連 名 千葉
 院所・施設名 まくはり訪問看護ステーション
 発表者 高橋 政司 職種 看護師
 共同研究者 滝澤 康子、石川 未来、佐藤 弘子
 橋本 友希恵、牧野 栄子

【はじめに】

8050が大きな社会問題となっている。障害福祉分野でも障害者の加齢による衰え、介助する親のケアの後退による生活の崩れ、将来に対する不安など多くの問題がある。脳性麻痺により、知的・身体障害のある A 氏の訪問から、A 氏らしい生活に着目し、介入を進めたので報告する。

【患者紹介】

A 氏4X歳 男性 脳性麻痺 父と2人暮らし。母は他界。長女世帯は近所

【経過】

生後半年から脳性麻痺で寝たきりの生活。34歳までは這って移動。XX年3月、尿路感染にて尿道留置カテーテル（以下バルン）となり全介助。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮し、承諾を得た。

【実践結果】

A 氏らしく生きていくために。臨床倫理の4分割法を用いケアの方向性を考えた。1) 医学的適応 寝たきりの在宅生活を10年以上続けている。姿勢が崩れやすい。聞き取りづらさはあるが、会話は可能。意思表示は出来る。2) 利用者の意向 自分の好きなように生活したいと在宅療養を選択。今の生活以外のイメージがわからない。父に負担をかけたくない。3) 周囲の状況 父は車椅子への移乗は体幹が不安定だから危ない、施設もバルン挿入中なので心配と。ヘルパー2名体制で入浴介助を施行中。介助者の負担が大きく継続は困難だが、父の理解は得られない。経済的な問題はなく、A 氏の将来のため節約している。自己負担となる介護サービスの導入には抵抗がある。4) QOL 日常生活は全介助、ベッド上でテレビをみている生活。これが当たり前と思っている。外出は検査や治療の時のみ。父の高齢化に伴い気遣う言動はある。身体機能を維持するためには離床が必要。5) 今後のケアの方向性 在宅療養を選択したが、自分らしく生きるという視点を持ったことがない。父は安全安楽に生活する事を第一に考えている。安全に離床を進めていくことで父の不安感をやわらげ、父の安心した表情を引き出すことで、生活意欲を引き出し、自分らしく生きるための一歩となる可能性が見えた。

【考察】

植戸は「親・子それぞれの状態が変化してきているにも関わらず、長年の同居による親子関係の固定化によって、変化に適応することが難しくなっている」1)と述べている。訪問の中で、モヤモヤした気持ちを抱えていた。そこで、臨床倫理の4分割法を利用し話し合った。A 氏らしく生きていくとの視点で意見を出し合い、今後の方向性を導くことが出来た。また、支援員からは、A 氏自ら希望や、為になると理解したら父の協力を得られると情報あり。離床により A 氏の世界を広げ、身体的にも今後の療養生活にも大切であることを本人と父に納得してもらう関わりが必要であると共通認識できた。

【おわりに】

多職種連携を進め、A 氏の世界を広げられるように関わり続けていきたい。

【参考・引用文献】

植戸貴子：中高年知的障害者と高齢の親の同居家族に対する相談支援、神戸女子大学健康福祉学部紀要、10巻、1-19,2018

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	同じ目標にむかってより良いケアを届けるために ーチームワーク力を高めるキーワードは何？診療所と訪問看護ステーション編

県 連 名 東京
院所・施設名 訪問看護ステーションほくと
発 表 者 小林 裕美 職種 看護師

【目的】
2018年法人内診療所および訪問看護ステーションに対して連携に関するアンケートでは「連携がうまくいっている」との回答が約80%であったが、立場の違いで視点が異なっており、ジレンマを抱えていることが抽出された。連携のジレンマについて深めるために法人内2診療所と当ステーションに連携に関するアンケートを実施した。

【方法】
2021年10月に当ステーションへの指示書数の多い法人内2診療所、当ステーションにアンケートを行った。
診療所 医師・看護師 9名
訪問看護ステーション 看護師・PT 6名

【倫理的配慮】
アンケートは無記名で回収した。

【結果】
連携について配慮については「情報共有」・「コミュニケーション」・「連携しようとする意識」に大別された。
連携に関して、診療所から訪問看護に希望することは<往診や通院に関する本音にかかわる患者や家族の情報を教えてほしい><相談しながらすすめたい>であった。訪問看護が診療所に希望することは<状態変化があったときのデータや内服の変更は教えてほしい><情報共有し、対応を統一してほしい>などであった。今後連携のために実施していきたいことは診療所は<タイムリーに知りたいことがあれば、直接情報収集、共有したい> 訪問看護は<リハビリの情報共有が少ないので、専門性をアピールしたい>などであった。

【考察】
今回のアンケート配布範囲が狭いが、同一法人・施設内に事業所があることで、互いに連携の必要性を意識・理解し、連携のタイミングや方法で工夫している状況であり、<指示書数の多い><法人内>の診療所との連携の展開は促進過程にあるとわかった。

【まとめ】
同じ目標にむかってよりよいケアをするためには、情報共有が必須である。訪問看護師と診療所の看護師は同じ職種であるが、役割や視点の違いから訪問看護は病状の変化などの情報を必要としており、診療所看護師は生活の変化や患者・家族の本音の情報を必要としていた。今後は積極的に必要な情報を得て、エビデンスに基づいた看護を提供していきたいと考える。

【参考文献】
1) 栄セツ子:「連携」の関連要因に関する一考察-精神科 障害者退院支援促進事業をもとに-、桃山学院大学総合研究所紀要、第35巻3号, p53-73

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	生活の先を見据えた支援 ー歩きたい、その思いを叶えるためにー

県 連 名 山形
院所・施設名 本間病院通所リハビリテーション
発 表 者 加々谷 華織 職種 介護福祉士
共同研究者 佐藤 早紀子

【はじめに】
以前のように在宅生活を送りたいと希望するA氏に対し多職種でケア方針や在宅環境を検討し、統一したケアを実践することで全介助レベルから歩行自立レベルになった事例を報告する。

【目的】
利用者が生活に対する希望を自己選択・自己決定でき、多職種で共有し統一された方針でケアを実践しADL・QOLの向上を目指す。

【方法】
利用者の状態の変化に応じた希望の聞き取りを行い、定期的に多職種で共有し統一された方針でケアを実践する。
A氏 80歳代 男性 要介護4 認知度I 自立度A2
利用開始時:要介護4 認知度I 自立度C1
既往:脊髄管狭窄症 心臓肥大 膀胱留置カテーテル

【倫理的配慮】
対象者が特定されないよう個人情報保護に配慮する。

【経過】
令和1年10月利用開始。ADL全介助。援助方針として離床時間の確保と基本動作が不安なく行える事とし、3か月後再評価行う。
令和2年1月再評価、端座位におけるバランスの向上、下肢の随意性が向上した。
令和2年1月24日意識消失。血圧変動のためか眩暈出現し離床時間確保できず。入浴も機械浴。
令和2年6月から状態は安定。A氏より1「歩きたい」2「トイレで排泄したい」3「一般浴で入浴したい」と希望あり。
1:車椅子と歩行器の併用から開始。併用時の動作の注意点を受け統一。歩行器歩行は短距離から開始し息切れや危険動作ないか確認。現在は機能獲得し独歩フリー。
2:排便時トイレ使用。動作はりハビリ技師が確認、血圧変動等あるためタイマー使用。動作安定し、Ba抜去の希望。看護師に相談し主治医へ確認。令和3年2月入院しBa抜去。退院後、排尿の有無を確認。現在は綿パンツ着用しトイレ自立。
3:血圧の変動や眩暈あり、誘導や着替えもストレッチャーを使用していた為、車椅子上で衣類の着脱を行い、気分不快を確認。その後一般浴対応。初めは短浴から実施。現在は一般浴。浴後は臥床し対応。

【考察】
多職種と連携し、方針の検討を行うことで意向に沿うケアができた。自宅で生活をする上で、家族が不安になる場面もあり、家族の話を聞くことも大事。現在では家族と外出するまでになった。

【まとめ】
在宅生活を長く続けるためにはA氏のなりたい姿実現したいことをしっかり聞き取りチームでケアすることが重要だと感じた。

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 主役はわたし、病気じゃない。ALS ですが何か（笑）？
～個別性の追求を考える～

県 連 名 山形

院所・施設名 訪問看護ステーション スワン

発表者 野沢 恵 職種 看護師

共同研究者 工藤 夕子、佐藤 ゆみ、高橋 千恵
佐藤 美子、成澤 美里

【はじめに】

多様性が重視される現代だが、実際は様々な障害に直面する事は少なくない。「我儘かもしれない」という思いを抱えながらも、自分らしい生活を送りたいと希望する利用者へ多職種が協働し「個性の追求」への支援に努めた症例を紹介する。

【目的】

「個性の追求」「人間らしく生きる権利」の大切さ、多職種協働について振り返り看護実践に活かす。

【方法】

症例研究。利用者の希望に沿った支援を行ない、訪問の実際を振り返る。A 氏 50代 女性、夫・子供、実母と生活。市内に二人の姉夫婦在住。主介助者は夫。四肢麻痺あり。胃瘻、気管カニューレ留置。コミュニケーションは視線入力装置使用。就寝時等に呼吸器使用。仰臥位困難で昼夜リクライニング車いすで過ごす。①体調のこと ②家族のこと ③自分のこと を大切にしたいと希望。

【倫理的配慮】

研究内容、個人情報保護法、不利益や負担が生じないように配慮することを説明し同意を得た。

【結果】

- ①トイレで排泄したい
病状進行しトイレ移動困難となった。仰臥位困難でおむつ交換は難しく、リフトは住環境的に導入困難。ウロバッグをさげ生活したくないとトイレ排泄希望。理学療法士を中心に、夫と介助者二人体制での移動を検討、習得。A 氏はサービス利用時間に合わせ排泄できるよう、水分量と注入時間を調整。
- ②子供の結婚式に参加したい
ケアは夫中心に実施していたが、夫には自分の分まで親の務めを果たして欲しいと希望。夫より指導を受け手技習得後 式に出席。A 氏は夫をたてながら、共に親の務めを果たした。
- ③アーティストのライブに行きたい
市内で開催されるライブへ行きたいと希望。ライブ当日の流れを相談。折角であれば お洒落をして外出できればいいのではないかと提案。A 氏の嬉しそうな笑顔がみられた。訪問内容で、訪問入浴前にヘアカットと毛染を実施。A 氏の二人の姉は外出の事を聞き、衣裳を探しに行ってくれた。当日は化粧をして訪問看護師がライブに同行。体調不良なく外出できた。

【考察】

A 氏は ALS を発症した時から、生活全般に対して家族やサービス利用の手を借りなければならず、「自身が何か望む事」で他者に迷惑をかけてしまうという、計り知れない思いを抱えている。我儘かもしれないと思いつつ打ち明けた思いを、A 氏の最大の理解者である夫をはじめとする家族、関わるすべての職種は誰ひとりとして否定的には捉えない。いかに A 氏らしく希望を叶える事ができるかを模索する。それこそが母親であり、娘であり、妻であり、ひとりの女性である A 氏らしい個性の追求の第一歩である。

【おわりに】

「やりたいこと」「叶えたいこと」を持つことは自由であり、権利である。障害による影響を最小限にし、サポートすることが私たち医療・介護に携わる者の使命である。今後も、提示できる選択肢を増やし、利用者が納得のいく最良の選択を支援できるよう、多職種連携を強化し自己研鑽に励む必要がある。

キーワード：個性の追求

03 ④多職種連携

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 「多問題家族」を支援するための多職種連携
～利用者、家族をみんなで支援する～

県 連 名 富山

院所・施設名 在宅福祉総合センターきずな

発表者 清水 治子 職種 看護師

共同研究者 岩城 由佳

【はじめに】

要介護状態にある利用者本人だけでなく、家族もそれぞれに問題を抱えており、慢性的に依存状態にある「多問題家族」の支援依頼が増えている。担当機関の支援介入はあるが、家族の問題に踏み込めない状況もみられる。今回、母親が要介護認定を受けたことをきっかけに、一家に関わる支援者によるケア会議を開催したことで家族全体の支援体制が明確になった事例を報告する。

【事例紹介】

A 氏60代女性。要介護1。うつ病、アルツハイマー型認知症。職業なし。夫の遺族年金あり。訪問看護週2回利用。築50年の戸建てに長女（40歳統合失調症、就労継続支援A型を利用）、次女（40代パート勤め）との3人暮らし。夫は20年前に他界。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう配慮し、関係機関に同意を得ている。

【支援経過】

R4.1月長女が通院する精神科病院相談員より保健センターに心配な家庭があると連絡が入る。A 氏は電気コードで自分の首を絞める等の自殺企図があり、認知症、うつ病と診断された。医師からは入院を勧められるも A 氏と次女が拒否した。次女は介護サービスの利用を希望し支援開始となる。A 氏、次女より話を聴くとともに、保健センター、長女の支援相談員とも情報共有を始めた。A 氏に対して訪問看護の導入を検討するも精神科医師からは訪問看護利用の同意を得られず、便秘の強い訴えから内科医師の指示による訪問看護を開始した。包括支援センターに地域ケア会議の開催を依頼するが、まずはサービス間での情報共有をと、保健センターが会議の調整をするようになった。なかなか日程が決まらない中、A 氏と長女が入水自殺を図った（未遂に終わる）。さらに A 氏への面談の中で、次女が長女に対し虐待している発言もあり障害福祉課に直接相談をした。ケア会議には、市の障害福祉課、保健センター、A 型就労支援事業所管理者、障害の支援相談員、精神科病院相談員、包括支援センター、ケアマネジャーが参加した。会議では、家族に係る過去の警察介入を含む緊急避難対応の経過、現在の支援状況、課題について共有した。姉妹間での虐待報告がされ、今後の対応についても障害福祉課から指示があった。A 氏の不調は他の家族との不調とも連動しており、家族は強い共依存関係であった。A 氏、家族それぞれへの支援だけでは状況は改善しないことがわかり、関係者の役割分担と連絡体制を確認した。

【まとめ】

「多問題家族」においては、共依存状態の家族の姿がよくみられる。担当する利用者だけでなく家族全体をみていくことが、利用者の支援につながると考えられる。「多職種連携」の必要性を感じながらも会議開催や他機関との連携に負担を感じることも少なくない。連携してよかったと思える会議や支援体制にしていくなは、お互いを理解しながら連携することが重要である。

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	「安心して過ごすことができる環境づくり」

県 連 名 山梨
院所・施設名 共立介護福祉センターももその
発 表 者 依田 紗利奈 職 種 介護職員

【はじめに】
A 様（90代・女性・要介護4）の入院先の MSW と CM から長期利用の相談を受けたとき、課題となった点は食事介助でカテーテルチップを使用することだった。支援することが可能なケースか、安全安心に支援に携わることができるよう食事面を中心に A 様のアセスメントを行った。A 様と家族にとっても安心して施設利用できるよう家族の意向を共有し、関係機関と連携し利用調整を行った。

【現病】
パーキンソン病・アルツハイマー型認知症

【利用前の食事】
主食ゼリー粥／副食ソフト食を全介助で食べる。20～30分で全量摂取できる。

【倫理的配慮】
家族に口頭で説明し承諾を得た。

【目的】
食事面に不安を抱く A 様と家族が安心して施設利用できるようにすること。安全安心に支援に携わることができるようにすること。

【方法】
病院への見学では許可を得て動画撮影を行い、介護・看護職員と検討した。利用開始しどの程度開口できるかを把握するため他職種で集まりスプーンでの食事介助から始めた。日々のケアでは、食前に頬や耳下腺のマッサージを欠かさず行った。食事に気持ちが向かないこともあり家族に依頼し高カロリーゼリーの用意や摂食嚥下の医者に依頼し評価するなど食事の様子を職員間で共有しながら支援を検討した。また、A 様の様子を確認しながら離床時間を徐々に増やした。

【結果】
2 回の評価を経て SS の形態でも食事が可能だと確認した。家族は「食事の検討を病院と連携してくれていることに安心感がある」と利用する意向を確認した。利用開始し状況確認を行うと、開口は小さく、先が細く小さいスプーンを使用することとした。咀嚼が数分続いたが、飲み込みができると声掛けで2口目に繋がった。注意散漫も見られ、3口食べて以降は開口に繋がらなかった。日々のケアを通し、波はあるが8割程スプーンで食事ができることもあった。お椀やコップに手を伸ばしたり、タオルで口元を拭いたりと自発的な動作が頻繁に見られるようになった。離床中はテレビを指さし興味を持つような仕草が見られた。また、「ありがとう」と涙ぐむ様子や「ごめんね」などと発語が増えた。

【考察】
食事支援の難しさから施設と病院を行き来した経緯があり、A 様と家族にとって食事面の不安があったのではないかと思う。1)「高齢者を支援していく場合は、家族の意思や役割が重要な位置を占めることが少なくない」とあるように、家族が不安に思う部分に焦点をあてアプローチしたことが家族に安心感を与えられ、関係構築にも繋がったと考える。

【結論】
本人や家族が不安に感じることはより細かくアセスメントして支援に繋げ、その様子を家族に伝えることで安心感と信頼感を得ることができる。何より、本人が安心して過ごすことができる環境を作れる。

【引用文献】
1) 社会福祉士養成講座編集委員会：高齢者に対する支援と介護保険制度・荘村明彦・中央法規出版株式会社・第5版・P253・2016年

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	在宅看取りの非がんターミナルケア — 本人と家族の「これがしたい」に応える多職種連携—

県 連 名 埼玉
院所・施設名 ケアセンターさきたま
発 表 者 中島 光枝 職 種 看護師
共同研究者 工藤 光子

【はじめに】
コロナ禍での入院は面会制限もあり、在宅療養への要望が増えている。療養において多職種がチームで支えることは必要不可欠である。本事例は介入から20日間で自宅看取りとなったが、本人と家族の希望に近づくよう各職種が専門性に基づいた強みを発揮し手厚いケアに繋がられた。

【目的】
経過と実際の多職種連携やケア内容を振り返り、今後の課題を見出す。

【倫理的配慮】
個人が特定されないよう十分配慮し、発表についても家族の同意を得た。

【事例紹介】
A さん（70歳代 男性）心不全末期、尿閉で膀胱留置カテーテル挿入中、脳梗塞後遺症（左半身不全麻痺）
ADL：今回の入院を機に歩行困難となっている。
家族構成：妻（70歳代）難聴あるが会話や理解はゆっくり可能、本格的な介護経験はなくパニックになりやすい。長女夫婦が市内に在住。

【経過】
X 年 8 月に心不全で入院、10月退院。初回訪問では動揺や疲労みられたが、緊急連絡先の確認や家族の協力を促し、夜間の不安緩和に努めた。初回往診で厳しい病状説明あり、家族は覚悟していると話され在宅看取りの意思を確認した。PT リハビリ時「立ちたい」との訴えにリハビリ内容や目標を共有。ST リハビリ時「コーヒー飲みたい、甘いやつ」との訴えに、介助の手法獲得を支援した。看護は家族の相談から歯科往診に繋いだ。介護技術はリハビリ職から指導、実践後にヘルパーと看護師でフォロー、家族の自信につなげた。介入1週間ほどで呼吸状態悪化みられ傾眠状態に進行、経口摂取困難となる。こうした変化に家族も敏感となり不安が増大、家族間の緊張や介護疲労、葛藤が混在した状況になっていた。訪問日以外の電話モニタリングや相談、往診医や往診ナースとの連携、指示内容の実施、OPTIM（看取りパンフ）導入とチーム内への拡散を行い、在宅療養継続と着取りの心構えの準備を同時に支援した。訪問スタッフ全員が身体的ケアのみならず傾聴や家族支援にも重点をおきケアを継続、家族がいる中で最期を迎えた。

【考察】
介護サービスと共に適宜医療サービスを併用し多職種で在宅療養を支えた。本人の意思以外にも家族のしてあげたい事を拾い上げ、短期間に介護、と医療をタイムリーにつなげた。意識した情報共有で、職種ごとの専門性と役割分担でケアを提供、支援の先にある目標まで共通理解できた事例であった。各々が知り得た状況や病態、生活歴、家族と十分話されたという終末期要望、家族の戸惑いや死を前にした対応の難しさなども多職種連携により効果的な関わりにつなげられたと考える。

【参考文献】
医学書院 訪問看護と介護 第21巻（第10号2016年 南江堂
宮下光伶ほか 看取りケアプラクティス×エビデンス 2018年

03 ④多職種連携

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名 ゴミ屋敷住人への訪問看護
～セルフケア困難な在宅利用者の在宅療養を支援して～

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会訪問ケアセンター

発 表 者 齋藤 由美 職種 看護師

共同研究者 加藤 装子

【はじめに】

訪問看護の大きな特徴は、利用者が暮らす療養環境が様々であり、なにより介入困難なのは、本人に病識がないことである。糖尿病のように長い経過を辿る疾患を持った患者の在宅療養は、日々の生活に合わせた指導が重要である。今回、糖尿病治療に関してセルフケア困難な利用者が自宅での生活を続けていくための取り組みを報告する。

【倫理的配慮】

本事例にて個人が特定されないよう配慮し症例以外で使用しない事を説明し同意を頂く。

【患者紹介】

A 氏 60代 男性

(診断名) 2 型糖尿病 高血圧 視力障害 便秘

知的障害 B2 身寄りなし独居 生活保護

【目的】

セルフケア困難な糖尿病患者の在宅療養が、継続できるように支援した症例を振り返り、成果を考察する。

【実践と経過】

金銭的困窮で食事が摂れず、腹痛を主訴に入院。食事とインスリンで血糖コントロールが図れ退院となったが、視力障害と理解力・病識が乏しく訪問看護導入となった。退院時、自宅の環境がわからなかったが初回訪問時、ベランダまで溢れるほどのゴミ屋敷でライフラインも止まっている状況だった。自由気ままな生活で不自由はないと言い施設入所は拒否。インスリン自己注射の指導を受け退院したが、アドヒアランス不良。インスリンは糖尿病外来と連携を取り調整し、また、内服の管理を行い、指示通り与薬出来るようになった。毎回食事内容を振り返るよう指導するなど、本人ができることから行った。しかし保護費が入ると浪費が激しく、暴飲暴食し高血糖を繰り返すため、一旦入院の調整をおこなった。結局、保護費支給日には自主退院し居住環境が変わらない状態のまま在宅へ、との繰り返しである。保護費は食材・娯楽に使用し公共料金は滞納することもある。その後、金銭管理のため NPO 法人ほうばくに依頼した。しかし、このままの独居生活では、合併症併発のリスクが高く、施設入所が出来るよう多職種や社会資源との連携をはかり取り組みを続けている。

【考察】

自由気ままに生活したい気持ちが強く、病識が低いことから生活環境が改善されることは難しい。根気強く関わり最善の提案をし、説得していく必要がある。外部との関わりは拒否なく、信頼関係は築けている。年齢も若く、今後の生活を考えると病識もち、少しでも治療に前向きになるような関わりを持つため、サポート体制を作り強化していく。

【おわりに】

在宅では疾患だけでなく、生活の場の支援や働きかけが必要となる。利用者の思いを理解した上で、その人らしさを尊重した生活が送れるように実現可能な目標を立て、治療の必要性が理解できるように取り組んで行く。

03 ④多職種連携

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の取り組み

県 連 名 埼玉

院所・施設名 ケアセンターかがやき

発 表 者 中村 晋平 職種 介護福祉士

【はじめに】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下「定期巡回」という）は平成24年度に始まったサービスです。ケアセンターかがやきでは、2017年3月からサービスを開始しました。定期巡回は住み慣れた地域・在宅で生活するにあたって、多種多様なニーズに対応できるサービスとなっています。ケアセンターかがやきでの定期巡回のサービス提供の事例を報告する。

【倫理的配慮】

本発表は匿名化された情報のみを報告するものである。

【目的】

定期巡回サービスを利用し、在宅生活が送れる。

【取り組み内容・事例紹介】

A 様…女性、70歳代、介護度5、独居、既往歴（レビー小体型認知症・左基底核脳梗塞・高血圧）ADL（杖なしで伝い歩き、動けるが失認失行あり、動作に声掛けが必要）、認知症があり独居での生活。B 様…女性、80歳代、介護度3、家族と同居、既往歴（白血病・骨髄異形成症候群）ADL（ベッド上、立位はほぼ保てず、排泄はPトイレ使用）、在宅看取りでのご利用。C 様…女性、90歳代、介護度2、独居、既往歴（脳膿瘍）ADL（杖なしで伝い歩き、右手軽度の麻痺あり、室内家事自立～見守り）、病院→老健からの在宅復帰。

【結果】

A 様ケア内容…1日4回訪問（8時半、12時、16時、20時）、食事提供、トイレ誘導、着替え、家事全般介助。独居で認知症はあるが、定期巡回のサービスを利用し在宅生活が継続できた。B 様ケア内容…1日3回訪問（10時、13時、16時）。Pトイレ介助。水分補給。在宅看取りでの介入。お亡くなりになられる当日まで、ポータブルトイレで排泄ができた。C 様ケア内容…1日2回訪問（10時、16時）。安否確認、内服確認、買い物代行。在宅に戻られる前に同法人老健との連携を取った。住み慣れた地域での生活を支援した。

【考察】

定期巡回は訪問回数や訪問時間に縛りが無い為、多様なニーズに対応することができる。24時間365日のサービスなので、夜間帯もカバーでき、呼べば緊急時にも対応できるところが、在宅生活を継続していくにあたって、ケアマネや家族の安心材料になっているのではないかと感じた。

【まとめ】

定期巡回は、在宅生活を「始める・継続する・最期を迎える」にあたり大きな役割を担っていることを、サービスを提供しながら実感しました。指定訪問介護に比べると、まだまだ周知されておらず、居宅介護支援事業所や病院、施設などへの周知が課題となっています。2022年度、かがやきは同法人診療所と一緒の建物になり、看護小規模多機能も開設した。これまで以上に地域の方の在宅生活を支える役割を担っていく必要がある。

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	「ここで死にます」の思いを支えて

県 連 名 福岡
院所・施設名 ヘルパーステーションたすけ愛の会ひまわり
発 表 者 三井 朋子 職種 介護福祉士
共同研究者 東 真理亜、福留 由紀、長谷川 かんい
美坐 一美

【目的】
ヘルパーステーションひまわりは、開設当初から、利用者の住み慣れた地域や家で自分らしく安心して暮らし続けたいとの思いに寄り添い活動してきた。
今回、自宅で最期を迎えたいと切望する利用者の思いに応えきっているのか振り返ってみた。

【方法】
提供するサービス内容をヘルパーチームで検討した。

【倫理的配慮】
研究結果を発表することについて、本人の承諾を得、さらに個人が特定できないよう個人情報保護に配慮した。

【結果】
A氏は要介護度4で、独居の80代男性である。持病の悪化で廃用状態を引き起こし、下肢筋力の著しい低下でベッド上の生活を送っている。
4年前に総合事業で訪問介護を開始し、当初は服薬拒否や暴言、訪問自体への拒否があって、ケアマネジャーと相談しながらサービスを提供していた。
その後、A氏の病状悪化に伴いADLの低下がみられるようになり、要介護度1に認定された。訪問介護だけのサービスだったが、認定後は、訪問診療、薬剤指導、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリ、福祉用具の利用や多職種の介入が開始された。介入当初は体力もあり、歩行も可能だったが徐々に病状が悪化し、ベッド上の生活になっていった。
当時のサービス提供チームでA氏の問題点として共有していたのは、①服薬拒否があり病状が悪化した。②金銭管理が出来ない。③ADLの低下でベッド上の生活になり、座位が保てないことだった。
多職種チームで粘り強くサービスを提供し続けた結果、サービスに対する拒否、服薬拒否などなくなり、病状も安定してきたが、悪化と緩解を繰り返している。金銭管理は成年後見人が付くことになり問題解決、ADLの低下で一時期は端坐位もできなくなっていたが、訪問リハビリや訪問看護の訓練で座位が安定し、食事や服薬が楽に出来るようになった。

【考察】
ヘルパーが訪問する際に、A氏はよく「ここに最後まで居たい」と話されており、それはサービスを提供する多職種で共有されていた。現在のところ、「家で最期を迎えたい」という思いはサービス提供チームへの信頼を基礎にしたサービスを受けることで在宅生活が維持されている。
ヘルパーの視点から提供するサービスを検討したが、利用者に必要なサービスを必要なだけ受けられることが、利用者の望みを叶えることを再認識した。多職種チームの一員として、利用者への適切なサービス提供と必要なだけのサービスが受けられるよう制度改善への活動を続けたい。

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	十人十色 ～在宅支援を経験して思うこと～

県 連 名 岡山
院所・施設名 ヘルパーステーション あかね
発 表 者 藤岡 和子 職種 介護福祉士

【はじめに】
私たちは、一年程前に入所施設からヘルパーステーションあかねに異動となり、初めての在宅支援を経験して思ったこと感じたことがあります。要介護 要支援 障がい者の方が、安心した在宅生活が送れるように 食事 排泄 入浴 家事 買物 通院乗降など、ご利用者のお身体に応じて支援しています。まず道を覚えること、家を覚えることからはじめ、何をしたいのか戸惑うばかりでした。その中で本人 家族 地域 職種の連携によって意識や気持ちの変化に寄り添い、学んだ事例を報告します。

【事例1】
対象者 U氏 80代 女性 要介護5
既往歴：脳梗塞
生活歴：香川県に生まれ昭和30年に結婚一女を授かる 本人 夫 娘 三人暮らし
サービス内容：日曜以外毎日派遣に入る。病院から在宅生活になり娘様は、介護経験なく不安な状態。ヘルパーが毎日入る事やデイの利用で本人様や娘様の不安を取り除き在宅生活が始まる。

【事例2】
対象者 Y氏 80代 男性 要介護4
既往歴：精神疾患
生活歴：娘が小学校時に離婚 関係性悪く一人暮らし
サービス内容：毎日派遣に入る。一人暮らしで生活が成り立っていない。食事の提供、環境整備、洗濯の支援している。

【事例3】
対象者 K氏90代 男性 要介護2
既往歴：Ⅱ型糖尿病 糖尿病腎症 高圧症
生活歴：兵庫県に生まれ結婚し一男一女授かる。果樹を作りながら販売し財を成している。じっとしていなく畑や山に行く。
サービス内容：土日以外派遣に入る 息子氏は、仕事で朝早く夜遅くまで家をあけている。薬の管理できてなく服用できてない。

【まとめ】
3例を通じて、また在宅支援において、一人ひとり思いは、それぞれであると改めて感じました。その思いを尊重し、寄り添い、今できる事を考え、時にはどうする事も出来ず悩んだり不安になる事もあり、失敗して助言してもらう事もあります。施設では、数人で考えることができるが、在宅では、短い派遣時間に自分で考え、「1対1のかかわり」でその人にあった支援が必要となります。一人として同じ人ではなく、また、その支援も様々で、在宅を通じて見え、他職種との連携をしながら、ご利用者の個性やその人らしさを捉え、生き方や考え方を尊重し、一日も長く住み慣れた我が家で過ごせるよう支援したいと思います。また、人生の先輩である生き方を通じて、振り返りこれからの道しるべになっている。

03 ④多職種連携	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	インスリン自己管理困難のデイサービス利用者に対する他職種との連携

県 連 名 山梨
 院所・施設名 共立デイサービスさるはし
 発 表 者 矢崎 桃子 職種 看護師
 共同研究者 松嶋 久美、小俣 志乃、佐藤 厚子
 井上 和美、矢崎 明子

【はじめに】
 インスリン注射の自己管理困難により血糖コントロール不良状態である A 氏が経済的理由により入院治療ができず、短時間デイサービス利用しながら多職種と連携し血糖コントロールを目指した事例を報告する。

【倫理的配慮】
 本症例をまとめるにあたり、個人が特定されないようにプライバシー保護に配慮した。

【対象】
 A 氏70歳代 女性 要介護1 65歳からⅡ型糖尿病ありインスリン療法開始。本人の認知機能や病識・理解力・行動実践のどの部分に支障があったのかは不明確であるが、インスリン自己管理が困難で血糖コントロール不良の状態が続いていた。三男（日雇い仕事）と二人暮らし 生活保護申請するも三男の収入により却下された

【経過】
 X 年12月血糖100-200台、自己注射可能で退院。火・金曜日に短時間デイサービス利用開始となる。その際、朝トレシーバー12単位自己注射を口頭にて確認しており、本人からは毎回「打ちましたよ」と返答あり。12月半ばの受診にて血糖測定よりも確実にトレシーバー注射をとの指示から血糖測定中止の指示あり。3月中旬、診療所受診時に血糖700台、HbA1c 12%台にて、H 病院へ入院紹介状が発行された。仕事の都合と経済難から三男の協力が得られず、H 病院への受診ができないまま経過。CM より毎日短時間デイサービスを利用し、血糖測定・インスリン注射の手法再獲得、カレンダーを用い自己管理ができるように支援の依頼あり。

【実践】
 糖尿病性網膜症による視力障害あり、注射の空打ちの仕方や単位を合わせることができず、ひとつひとつの動作に声掛けを行った。1週間すると自発的に空打ちを行う日もあったが、針の接続の際に消毒を忘れる等手技のムラが続いている。血糖は1週間毎に主治医へ報告し、単位の調整を行った。血糖が300-200台へ安定してきてからは口喝の改善も見られた。本人から「血糖が低くなるといいね」と初めて病気に對しての発言が伺えた。4月中旬、食前血糖値125mg/dl、この時期にはトレシーバー24単位の指示が出ていたため診療所に相談。単位の調整と帰宅前の血糖測定を行い、低血糖を起こすことなく過ごすことができた。また、デイサービスの介護職員には低血糖症状出現時には看護師に伝えることができるように指導した。処方薬は薬局から当施設に届けてもらい、施設で管理することで確実に服用することができている。

【考察・まとめ】
 ① A 氏と1番近いところにいるデイサービス看護師が、診療所・調剤薬局・CM との連携の要となるよう支援した。②病識の乏しさや認知機能の低下があったとしても、毎日の習慣化によってインスリン手技の再獲得ができるように根気よく関わった。③70歳代の A 氏にとってこの先も付き合っていかなければならない糖尿病という疾患をどう向き合い、支えていくのが今後の課題である。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	その方らしさを家族とともに支えた時間

県 連 名 茨城
 院所・施設名 軽費老人ホームケアハウスみと
 発 表 者 渡邊 昭子 職種 介護支援専門員
 共同研究者 長澤 敏恵、菊池 正起、海老澤 恵子
 田中 久美子

【はじめに】
 2000年に介護保険が施行。社会の世帯構造も変わり、介護の社会化、介護離職を減らす取り組みが進むなか、介護保険を利用される方々の世帯構成も変わっている。介護は家族が自宅ですとめて当たり前、と考える夫を、心身ともに追い詰められた妻がサービスを利用しながら支えた事例を報告する。

【倫理的配慮】
 個人が特定されないよう配慮。

【事例紹介】
 夫：77歳・要介護5 パーキンソン病、レビー小体型認知症、腎不全
 妻：73歳 腰痛

【経過】
 R3. 1月 サービス再開希望で担当開始 （約1年前にサービス利用していたニーズが合わず支援終了。）生活動作全般の緩慢さが進行し、家族介助の負担が大きくなってきた。環境を整える目的で特殊寝台貸与の支援再開。

R3. 2～6月 ショートステイ、デイ利用開始 夜間の幻覚、不眠症状が出現。その都度、妻、娘を呼び介助を要求。家族が不眠不休の状況。レスパイト目的にショートステイ、デイ利用。娘より、施設入所に向けた準備の相談を受けた。経済的事情を配慮し、多床室で紹介した。

R3. 6～9月 訪問看護 利用開始 デイは、本人都合でお休みが続いた。ショート事業所も、夜間の不穏対応が困難を極める。利用していた在宅マッサージ事業所系列の訪問看護を紹介される。自宅での入浴介助、幻覚症状など病状管理で訪問看護利用開始。

R3. 9 特養入所をキャンセル 申し込みしてあった特養より空床情報が入るが、妻のなかで心残りがあ、と整理がつかずキャンセル。ショート、訪問看護の利用を継続。

R3. 10～12月 夜間の幻覚、不眠症状が悪化。妻、娘が自宅介護の限界の訴えが再燃。経済的負担の範囲内でショート利用。本人の動作緩慢は進行、食欲摂取量減がみられる。

R3. 12月 自宅ベッドにて永眠

【考察】
 ・妻自身には腰痛があり、身体介護の負担が大きかったにも関わらず、夫に対し献身的な介護を貫いた。夫の気持ち、家族へと変化したことで、サービス利用に繋がった。・病状変化、過渡期をサポートするために、家族、担当者で病識をもち合わせることで、医療的アドバイスの立ち位置を訪問看護事業所が支えていた。・本人の意向を支えるためには、一緒に暮らす家族の生活が基盤となる。

【まとめ】
 介護保険の利用は、身近な社会に変わってきたと感じる。支援期間はケース毎に異なるものの、大変な時に寄り添うからこそ、住み慣れた地域で家族と共に過ごす時間を大切にできる姿勢、本人家族から頼られる事業所になっていきたい。

03 ④多職種連携	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	初めてだけど、やってみよう ～筋萎縮性側索硬化症患者が独居で希望をもって自分らしく過ごせるように～

県 連 名 京都

院所・施設名 居宅介護支援事業所 西の京

発表者 宇野 貴子 職種 居宅介護支援専門員（介護福祉士）

【目的】

筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）患者が在宅生活を希望し、他府県から京都市に移り希望を叶えていった経過を報告する。

【研究方法】

1. 研究デザイン：事例研究 2 データ収集方法：①他府県・京都市内の病院の関係資料②介護看護記録③メディカルケーステーション④各事業所の報告書や本人・家族からの聞き取り

【倫理的配慮】

① 本人・家族に書面で説明し同意を得て秘密厳守。② 事業所内であれば写真・動画は公表可。

【経過】

事例紹介 疾患：ALS 男性 60代後半 要介護度：5 障害支援区分：6 身体障害者等級：1種1級 ADL：身体面：右第2指のみ少し動く以外、全介助。胃ろう・人工呼吸器装着。コミュニケーション：意志伝達装置おりひめや文字盤を使用。誤嚥予防手術を施行。3年前 ALS と診断。病院生活だったがコロナ禍で家族の面会が1年以上できなくなり在宅生活を希望。当時在住の県では支援体制が少なく施設を捜していた時、ALS 協会の関係者である京都の大学院教授が主治医を紹介し障害者制度が整っている京都市で在宅独居生活を決める。急遽京都市の病院に転院、ケアマネージャー（以後ケアマネ）担当依頼の相談がある。それから短期間で調整する日々が続いた。◎問題点1：「事業所確保」障害と介護保険の併用は初めての取り組みで確保できても3号研修（吸引・胃ろう注入）を終えていない事業所が多かった。◎問題点2：「新しい機器・福祉用具の導入」8月末、在宅主治医から今回新たに開発された VO CSN オールインワン（人工呼吸器等5つの機能が備わった医療機器）を使用する提案があり初めて使用するため退院前に全員集まり機器の説明学習会やリフト移乗の講習会を行った。◎問題点3：「行政との介護時間数の交渉」中京障害保健福祉課の担当者と重度訪問介護の時間 数を何度も交渉した。二人分の時間数は特例で必要性がない限り難しかったが確保できた。◎問題点4：「家族が他府県にしかない」家族の代わりを担うことが度々あった。

【結果】

担当依頼日から20日で在宅復帰をすることができた。2週間後には、JR 駅まで外出できた。希望であった入浴も、毎日の外出、手料理の経口摂取も日課となっている。

【考察】

短期間で在宅復帰ができた理由として ALS 協会の大学教授が以前から本人・家族と関わりがあり信頼関係が築きやすかったことや病院と在宅の他事業所も退院前から何回も顔合わせをすることで連携もとりやすかったこと等があげられる。ALS 患者が独居生活を安心して生活するために一人ひとりがしっかり役割と責任をもち命をつなぐリレーをしている。本人の希望を叶えていくことの繰り返しは本人の生きる意欲となっている。今後の大きな目標は、「四国の恩師に会いに行きたい。」今後も課題をひとつずつクリアしながら実現し、生きる希望につなげていく。一瞬一瞬を大切に、悔いなく輝かしい在宅生活が送れるようこれからも支援していきたい。

04 ⑤職員の確保と育成

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演 題 名	外来での新人看護師受け入れによる指導の取り組み

県 連 名 長野

院所・施設名 健和会病院

発 表 者 佐藤 京子 職種 看護師

共同研究者 増沢 寛子、中島 裕子、福澤 深雪

【はじめに】

全国的にも新人看護師が外来配属となる例が少ない中、今回当院で初めて外来で新人看護師を受け入れた。教育担当の協力を得ながら当院のクリニカルラダー・職場別ラダーを踏まえ、外来色を出した指導内容を一から計画し取り組みをした経過・学びを報告する。

【目的】

実施した新人教育の取り組みを振り返ることにより、目標設定や指導内容の妥当性を検討し、問題点を抽出し今後に活かす。

【倫理的配慮】

発表にあたり、対象者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、口頭及び文面にて同意を得た。

【実際と結果】

1. 職場会で新人指導についての学習会開催 2. ガイド・メンターの配置 3. 経験項目ポスターの掲示 4. 年間計画・月間、週間目標の設定・日々の振り返りノート作成 5. 他部署への研修 6. 病棟への研修 7. 救急対応 8. 問診 9. 指導期間終了後、スタッフへのアンケート調査実施 年間指導計画・結果、新人看護師の反応を表にまとめた。

【考察】

1. 看護支援体制：外来スタッフの勤務形態が多様であり、スタッフ内での新人看護師の現状把握や指導内容の統一が難しかった。スタッフが新人看護師を共に働く仲間であり、みんなで育てるという意識を強化し、指導に責任を持って関わる必要がある。また、指導者からの具体的な指導内容の提示など発信力の工夫必要である。2. アセスメント力の向上：患者に対し、病態生理を踏まえながら自分の考えを書き出すアセスメントの言語化（文章化）を指導に取り入れることで、曖昧だった知識や課題が明確になり看護診断へつなげる意識付けになると考えられる。また、これを繰り返す行うことでアセスメント力、看護力の強化にもつながると推測する。3. 他部署・病棟研修：外来看護師としての役割を考える場を計画、新人看護師が検査の流れ・内容を理解することで具体的に丁寧な説明が可能になり患者の不安軽減につながる。病棟研修も、患者の日常生活援助を学びながら患者に合った安全安楽の看護を考えるいい機会となった。4. 主体的な目標設定：新人看護師が指導に対して主体的に目標設定をすることで目的を持って行動でき、達成感を得て、看護に対しての自信へと繋がっていくと考える。言い換えると、バーンアウトに陥りやすい一年目の時期に、小さな目標達成の積み重ねをして周りに認められることで自己肯定感が生まれ、職場内での居場所を見つめることができ、離職予防にもつながっていくと推測する。

【まとめ】

初めて外来での新人指導を通して、外来スタッフを巻き込む取り組み、指導者からの発信力の工夫、アセスメント力の向上、主体的な目標設定などが課題としてみえた。今後、外来で新人看護師受け入れがあった際に実用的な指導計画が立てられるよう活用したい。そして、外来で指導を受けた新人看護師がのちに病棟異動となった際には、外来で培った知識・技術・アセスメント力を自信に繋げていけるよう援助していきたい。

04 ⑤職員の確保と育成

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演 題 名	新人看護師集合研修にピア・サポートを導入しての考察

県 連 名 神奈川

院所・施設名 川崎協同病院

発 表 者 鈴木 奈美 職種 看護師

共同研究者 長島 玲子

【はじめに】

中国の湖北省武漢で最初に新型コロナウイルス感染者が確認されてから2年が経過し、医療の在り方が大きく変化した。発熱患者の診療のあり方だけでなく、院内への立入を制限せざるを得ない状況が続いている。2021年に卒業した新人看護師はそれまでより圧倒的に臨地実習が制限され、アルバイトも狭まれ社会性が乏しいことが予測された。そこで、模擬患者の会（組合員が患者役のロールプレイ）の演習と、メンタルケアとして毎週金曜日にピア・サポートを企画し実施した。その結果、2022年3月末新人看護師の退職者はでなかった。ピア・サポートのなかでの新人看護師の言動や振り返りシートを読み返し、まとめたので報告する。

【倫理的配慮】

新人看護師に口頭にてまとめの趣旨を伝え、個人が特定されないよう配慮することを約束した。

【実施及び結果】

新人看護師17名（うち地域看護コース2名）に4月～6月毎週金曜日16時～17時（全6回）、振り返りシートを個人で記入し、病棟ごとで共有、その後グループに分かれディスカッションして感想記入して終了。ファシリテートはなしで新人看護師が気兼ねすることなく話せるよう時間の保障と環境を整えた。はじめの2～3回は「戸惑い」や「驚き」「できないこと」が多かった。回を追うごとに、より具体的な内容になった。後半は患者数が多くなっていくことへの不安が記入されていた。また、仕事に慣れてきたことも自覚し、ミスをしないよう内省していた。全ての回を通して「みんな頑張っているから、自分も頑張ろう」と記入していた。

【考察】

就職後一年以内に退職を決断した看護師の離職までに感じる内容は、自分の思っていた看護と実際との違いを知ることであると柏田は述べている。「実習の時と比べて、患者さんとゆっくり話しをする時間を確保できない」「実際は一略一少し困惑した」など学生の時経験や自分の思っていた看護と実際の違いに直面している記述があった。ピア・サポートとしてのグループワークを通して「自分も色々あるけど、みんなも色々あるなと思った」や「みんな思っていることが同じで安心した」など率直な感想が得られた。このことはアドラーのいう「共同体感覚」で、家庭、地域、職場など共同体の中で人とつながっているんだという感覚といえる。新人看護師しかわからない戸惑いや不安なことを心理的安全な場で語り合うことでさらに共同体感覚が強められると考える。

【まとめ】

新人看護師にピア・サポートとして仲間同士で語り合う機会はメンタルケアとして有効である。課題としては6月に入ると人により進み具合が異なるので、経験の差を感じていても自分は自分なのだからと思えるような動機づけが必要であると考えられる。

キーワード：新人看護師、教育、メンタルケア

04 ⑤職員の確保と育成	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	看護部オプション研修コースの成果と課題 ～地域看護・公衆衛生看護・地域クリティカル ケア看護の3コースの振り返り～

県 連 名 東京
院所・施設名 医療法人財団健和会 本部
発 表 者 葛西 英子 職種 看護師
共同研究者 東郷 美香子、蓑田 澄子、小菅 紀子
赤池 智江

【はじめに】
A 法人では、新卒看護師確保の促進と専門3領域へのスムーズな看護師配置を目的に、地域看護、公衆衛生看護、地域クリティカルケア（以後、地域CCRとする）の3領域でオプション研修コースを持つ。今回は、2016年度以降について報告する。

【目的】
オプション研修コースの成果と課題を明らかにし、今後の企画・運営に活かす。

【方法】
オプション研修コース選択者の動態調査（入職動機、異動等の動向）ならびに研修コース担当者へのアンケート（プログラムの到達と課題等）を実施し、成果と課題を考察した。

【倫理的配慮】
データは数値化・匿名化し、個人が特定されないよう配慮した。

【結果・考察】
オプション研修コース全体の概要 入職動機に研修コースを挙げた者は新卒者全体の43%であった。希望コース別では地域看護72%、公衆衛生看護80%が入職動機欄にコース研修を明記しており、新入職員の確保につながったと言える。3年のコース終了後に3領域へ異動した者は31名（32%）であった。1 地域看護コース：2008年、3年の病棟経験後に訪問看護ステーション（以後、訪問ST）へ異動するAコースを開始。2016年に訪問STへ直接新卒を配置するBコースを新設した。Aコースでは、異動を躊躇する要因として夜勤手当減が挙げられ、“訪問看護手当”を新設した。異動後研修の組織的な運営、コース終了者の増加、病院管理者との理解と協力により異動実績は増加傾向にあるが、異動までの間の訪問看護への関心を維持できる関わりが継続課題である。Bコースでは他施設との連携をとりながら順調に育成が進んでいる。2 公衆衛生看護コース：保健師免許を有し、資格を活かした業務を希望する者を対象に2012年に開設。法人内での保健師業務を学ぶプログラム終了後は、産業保健または地域保健での業務に就く。異動実績は32%（9/28名）、うち地域保健へは3名で直近4年間の異動はなかった。異動しにくい要因として、業務の多様性や困難ケースへの関りが求められ、イメージする保健師業務とのギャップや経験・力量への不安が考えられた。異動後のサポート体制やプログラム構築など仕掛けづくりが課題である。3 地域CCRコース：2013年に重症集中部門配属と一般急性期へ配属の2コース同時に開設した。内定説明会後のコース選択者が65%と多く、新卒時からの専門領域配属が半数近い（44%）。地域で暮らし、地域に帰ることをイメージして重症集中ケアを考えるプログラムが特徴である。コース終了後は、Aコースでは重症集中部門に留まる者が多く、Bコースから重症集中部門への異動は1名であった。「急性期を学びたい」「苦手を克服したい」とコース選択する者が一定数存在し、他の2コースがその領域への配属を希望してコース選択するのに対し、異動につながりにくい状況も考えられる。

【結論】
コースの存在が入職動機となり新卒確保に貢献していた。

04 ⑤職員の確保と育成	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	訪問看護ステーションで新卒看護師を受け入れるにあたって

県 連 名 東京
院所・施設名 健生会にしき訪問看護ステーション
発 表 者 千葉 淳 職種 看護師

【はじめに】
訪問看護師は経験がないと入職できないと考えている看護師は多く、当法人でも新卒看護師を採用しておらず既卒採用を続けていた。しかし訪問看護では離職率が高く人材不足が続いており、後継者育成に行き詰っていた。そこで、2021年度、初めて訪問看護ステーションに新卒看護師採用を行った。受け入れにあたり、ステーション内では教育プログラムの作成やスタッフへの学習会を重ねてきた。受け入れる新卒看護師はコロナ禍で、看護学生の実習も予定通りには行われず、実習経験の乏しいことを踏まえ、スタッフ全員で育てていく環境を整えた。受け入れから1年間を振り返り、次年度に活かしたいと考えここに報告する。

【方法】
受け入れ前に、スタッフ全員での学習と、教育プログラムに沿った指導について面接での振り返りを行った。さらに訪問ナース研究会が、作成した人材育成の普及に向けた冊子を活用し、受け入れ側の学習を行った。また、すでに受け入れを行っているステーションが作成した教育プログラムを参考にして、独自のプログラムを作成し、看護部長会議でも検討を行い、修正を重ねた。

【倫理的配慮】
執筆にあたり倫理的配慮を行い、個人が特定されないように配慮した。

【結果】
教育プログラムに沿って、同行訪問から開始し、徐々に伴走型訪問、単独訪問へと移行し、不安な時には確認訪問などを繰り返し、単独訪問が行えるようになった。また、チェックリストを活用し、未経験な技術をなくしていくことを進めた。癌・老衰ターミナル、難病、認知症、様々な利用者への関りで、成長がみられた。学習支援や繰り返しの面談でその時々にかかる出来事に対応できた。プリセプターは、訪問看護歴2年目のスタッフを付け、一緒に学習していくことで、相談しやすい、聞きやすい環境を作った。

【考察】
受け入れるにあたって、コロナ禍で、実習が少ないこと、新人看護師の心理的状況、教育する側が学習を行ったことは、今までの既卒看護師受け入れとは違う対応が必要である事を、全員に意識付けるのに十分役立ったと考える。何気なく行っている看護をしっかりと言語化する、アセスメントを伝える事など、全員で教育に関して知識を持つ事で、対応できたと考える。新卒看護師は、既卒看護師と違い、経験値が少ない事から、固定観念や先入観がなく、必要な事を吸収する能力があると感じた。

【おわりに】
新卒看護師は2年目となり、携帯待機の任につく準備を進めている。新卒看護師を受け入れたことで、スタッフは自身の看護を振り返り、伝えていくことの重要性を感じ、ステーション全体の看護の質を上げることに繋がっていったと考えている。今年度も新卒看護師を受け入れることとなり、昨年度の経験も踏まえ、新人を育成する取り組みを続けていくことになる。この経験の積み重ねによって、ステーション全体の質の向上と後継者育成の課題を解消していければと考えている。

04 ⑤職員の確保と育成

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演題名 訪問看護ステーションでの新卒受入れを行って
♪若手教育ははじめました♪

県 連 名 東京

院所・施設名 訪問看護ステーションほくと サテライトなでしこ

発表者 平松 明美 職種 看護師

【はじめに】

2001年度に日本看護系大学協議会が行った進路状況調査では訪問看護事業所等への就職を希望する人は19.6%。しかし実際に新卒採用をしている事業所は2%^{*1)} 背景として就職先を選ぶ際、学生は収入・看護内容等を選定条件とするが、教官は研修体制・社会的評価などを重視。その結果、8割が大規模病院に従事。このような社会背景の中、新卒受入れを行った振り返りを報告する

【倫理的配慮】

個人が特定できないように配慮した

【事業所内での統一事項】

・同行訪問やシャドーを行うスタッフの指導や手技の内容統一・情報教育担当に集中するよう、職場内の協力依頼

【自立までの動き】

・同行訪問した方全員病態疾患学習・同行訪問した介護保険の理解・手技の実施方法や手順確認

【シャドーから自立までのサポート体制】

・利用者へシャドーとは何か説明→その場で即対応有→自立初期は訪問看護ステーション（以下STとする）で1名待機→SOS時は連絡、相談いつでも可

【苦手な事・気持ちを確認していく】

・ST配属となった事だけで不安強い・同期と比較してしまう・地域がわからず迷子になる等

【連携についての関わり】

・報告受け、誰に伝える必要があるのか否かも含めて指導。緊急訪問対応や、臨時往診の依頼、状況報告も含め問題なし

【研修生が辛いと感じた事例紹介】

幾度も自立訪問していた方がいきなりケアの拒否・怒鳴る等あり。「何も出来ない」と報告し家を飛び出す。聞く私の何を知ってそのような発言をしているのかなどの怒りと、悔しさ、悲しさと、ケアができなかった辛さ等の多くの感情が入り乱れた様子

【エピソードの評価と対応】

訪問看護は利用者宅に伺った時点で状況判断し、病状確認、ケアの優先順位判断などその場で行う事が多い。また誰かに相談しにくい環境なのでつい無理をしてしまう事もある現場。研修生は自分自身が人間として否定された感覚を払拭できず、介護拒否もなかった事もありより辛くなってしまった

【教育担当として意識したこと】

メンターとして心理面を支え、困ったこと・些細な心境の変化など相談役になるよう関わった。当初感情面確認すると「楽しい」以外の返答はない状態が3か月程度であった為、感情をきちんと振り返るよう指導を行った

【まとめ】

STは利用者と1対1で向き合い関わる現場である。また利用者だけでなく家族へのフォローも必要とされる。そのため研修としては難しいといえる。しかし看護師として向き合う看護とコミュニケーション、人として、社会人として成長出来る現場ともいえる。疾患の理解を深め、一人の人として利用者、家族全体をとらえ、看護展開を研修期間行い続けられることは非常にメリットが大きい。今回の経験の中でSTからの教育は有効であると感じた

【参考・引用文献】

*1) 2008年度厚生労働省老保事業「新卒看護師等の訪問看護事業所受入れおよび定着化に関する調査研究事業」

04 ⑤職員の確保と育成

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演題名 地域看護コース立ち上げ3年間のまとめ
～新卒から訪問看護師を育てる～

県 連 名 神奈川

院所・施設名 おおしま訪問看護ステーション

発表者 小森 千絵 職種 看護師

【はじめに】

地域包括ケアシステムが進められる中、看護師は急性期医療、地域医療それぞれの場で必要な看護を提供し、患者を支えるなど活動は多様化している。特に訪問看護では2025年に向けニーズは増大する。現状での訪問看護従事者は約5万人で、必要数は12万人と言われ、人材確保は喫緊の課題である。そのために自分たちで訪問看護師を育成することを目的に地域看護コースを立ち上げた。2019年から受け入れ、3年間で振り返りアンケートをもとに考察し、新卒看護師の育成について考える。

【立ち上げの経緯とプログラム】

川崎医療生活協同組合の新卒看護師の育成の目標は1) 法人で安定して働く看護師を確保する。2) 所属するすべての事業所で新卒看護師の育成を行う。としている。それぞれの場でニーズにこたえる看護師の直接育成を目的に地域看護コースを立ち上げる提案をし、訪問看護ステーションへ新卒看護師を配置とした。

4年間で基礎教育期間として位置づけプログラムを作成した。1, 2年目は詳細な月間プログラムにそって育成し、評価シートを使い定期的に進捗の確認と課題の抽出ができるようにした。また、同期のつながりが持てるよう病院配属の新卒看護師の基礎教育研修と一緒に参加するよう位置づけた。

【3年間の経過と振り返りの方法】

2019年から2021年まで6名の新卒看護師を受け入れた。1年目は病院、診療所で研修とし業務にあたっている。研修を終了し訪問看護ステーションへ帰任し3～6か月後に新卒看護師、教育担当者へアンケートを取り内容を比較、考察し振り返りを行った。内容は入職前後の意識の変化、コースの内容、研修、教育体制について記述式とした。新卒看護師2名、診療所、訪問看護ステーション担当者10名から回答を回収した。回答内容によって本人に不利益にならないことを事前に説明した。

【結果】

アンケートの回答から見えてきたこと。
・1年目の研修は訪問看護をするうえで非常に大事な学びとなる。対象者は研修先が病院でも診療所でも2年目以降に有意差はないと感じている。一方教育担当者からは双方の研修が必要という意見があり検討が必要。
・受け入れ部署の診療所、訪問看護ステーションでは、新卒の受け入れ経験が少ないため、受け入れるための準備教育や双方の情報交換が課題としてあがった。

【まとめ】

新卒看護師が独り立ちするのは、研修期間も入れて2年目の後半である。その年によって研修内容が変わるなどコースの内容はまだ未完成である。しかしこの3年間で確実に新卒看護師は一人前の訪問看護師としてやりがいを感じながら成長している。教育にはお金がかかるが独り立ちすれば経営にも貢献できる。自分たちで育てることは、理念や思いを伝えやすく貴重な人財、後継者育成ができる。医科も介護も法人内で研修できる大きなメリットを活かし、良い環境の中で新卒も担当者も育成ができるようコースの充実をはかっていきたい。

04 ⑤職員の確保と育成	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	新人看護職員ローテーション研修から見てきたもの

県 連 名 埼玉
院所・施設名 埼玉協同病院
発 表 者 児玉 裕美 職種 看護師

【目的】
A 病院では、2021年度、新人看護職員研修の新しい取り組みとして、自部門と関わりのある部門で看護師の役割・特徴を理解するという目標でローテーション研修を行なった。その成果を報告する。

【方法】
A 病院ローテーション研修参加者38名、各部門教育担当者30名 独自に作成した記名自記式用紙を用い、アンケート集計後共同研究者と分析した。
ローテーション研修の内容
・研修生はワークシートの事前記載を行ない、動機付けの為のオリエンテーション実施。
・各部門担当者にも必ず事前に動機付けをしておく。・ローテーション後のショートカンファレンス実施。
・2 部門 2 日間ずつ、計 4 日間研修を行う。
・部門の特徴が分かるような処置・検査
・カンファレンス・退院支援会議・患者指導などの見学を行う。

【結果】
1. 研修生に対して、研修終了直後に振り返りのアンケートを行った。ローテーション研修全体の満足度は平均して93.2%、各部門導入オリエンテーションについての理解度は90%、部門でのローテーション後のショートカンファレンス（まとめ）についてどの程度学びが深まったかについては93.2%、「ローテーション研修での学びは明日からの業務にどの程度活かそうですか」については92%であった。「研修目標を達成するにあたりローテーション研修先は妥当だったか」に対しては、「とてもそう思う」「そう思う」と答えた研修生が97%であった。
2. 各部門教育担当者へのアンケート結果より（自由記述）
・自部門と関わりのある病棟について考え、イメージすることができ、研修先でも見学内容が明確になった。
・自分が経験しなかったことも意見交換する事で情報の共有ができ学びが深まった。
・看護師だけでなく、様々な職種が病棟にいて、色んな場面でコミュニケーションを取っている様子を見ることができた。
・病棟で行われている多職種カンファレンスを中心に参加することができた。
・事前に教育センター会議の各部門の教育担当者同士で、部門の特徴や学んで欲しい所を共有し、自部門の研修生の動機づけに活かした。

【考察】
アンケート結果から、全体の研修に対する満足度は高かったと言える。その理由としては、ローテーション前後に行った動機付けの為のオリエンテーションと、ローテーション後のショートカンファレンスでの振り返りを部門毎で実施したことで、より他者との学びを深めることに繋がったと考えられる。研修目的に合わせたローテーション研修先の選択については、研修生からの肯定的な意見からみて指導者で選択した過程は妥当であったと考える。看護部で部門間研修を行うことは、各部門の役割や連携について大きな学びを得ることができる。一方で新人看護職員は年間を通して研修が多く、負担が大きいのではないかと考える。そのため、ローテーション研修の時期は卒後1年目に限らず検討していく必要がある。

04 ⑤職員の確保と育成	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	リフレクションを活用した新人看護師教育

県 連 名 京都
院所・施設名 京都民医連中央病院
発 表 者 寺内 桃子 職種 助産師
共同研究者 三田 勢津子、鶴田 由貴子、柳田 睦美
三宅 和美

【目的】
A 病院の2021年度の看護部目標は「考えてケアを実践する」であった。コロナ禍で臨地実習経験が減少した新人看護師に対し、リフレクションを取り入れ、この目標を実践するためのサポートに取り組んだ結果を報告する。

【方法】
1. 看護部教育委員会でリフレクションの導入について提案し、オリエンテーションを実施する
2. 教育委員が各部署でリフレクションの導入についてオリエンテーションを実施する
3. 新人看護師は夜勤自立するまで、勤務終了後にパートナー看護師とリフレクションを実施する
4. 新人看護師は実践課題として、看護実践の振り返りのレポートに取組む
5. 看護部教育委員会や実地指導者会議で部署でのリフレクションの進捗について確認する
6. 新人看護師、実地指導者、部署の教育委員にアンケートを実施し、効果について確認する

【倫理的配慮】
発表にあたり、知り得た情報は本研究のみに使用することと不利益を与えないことを当該スタッフに説明し了承を得た。

【結果】
リフレクションを導入するにあたり、教育委員会事務局でオリエンテーション動画と共通のリフレクションシートを作成し、各部署での導入や実践の質に差が出ないように工夫した。3部署の新人看護師のリフレクション内容をみると、看護技術や知識の不熟さにより適切に看護提供できなかったこと、患者の痛みや不安などの反応に対する悩み、多重業務の対応への葛藤などが見られた。リフレクションを開始した当初は、新人看護師自身の悩みが中心であったが、徐々に患者の反応に着目できるようになっていた。リフレクションを実施したことがない職員も多く、新人と一緒にリフレクションを実施する担当者へのサポートも必要であった。毎月開催される看護部実地指導者会議では、参考文献による学習やグループワークによるリフレクションの進め方を実際を学習した。

8月から新人看護師30名は課題レポートである「看護実践の振り返り」に取り組んだ。課題実施後のアンケートでは、4月から部署で行ってきたリフレクションが課題の実施に役立ったと28名が回答した。また、3月に実地指導者と教育委員28名にアンケートを実施し、リフレクションが教育方法としてよかったと回答したのは27名であった。その理由は、リフレクションを通して新人看護師がどのように考えたかわかる、困ったことや疑問を新人看護師が声に出しやすかったと思うなどがあった。

【考察・まとめ】
リフレクションは自己省察であり、臨地実習の経験が少ない新人看護師が看護実践を振り返る手段として一定効果があったと考える。また、担当者が一緒に実施することで、新人看護師の理解にも繋がり相互にとって意義があった。リフレクションの質の担保として、担当者の教育は継続的に実施することが必要である。

04 ⑤職員の確保と育成

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名
看護基礎教育における COVID-19感染対策と教育活動の継続

県 連 名 北海道

院所・施設名 勤医協札幌看護専門学校

発 表 者 花田 未希子 職種 看護師

共同研究者 久保田 千香子、菅原 奈津子、
佐藤 由香里、片岡 和江

【目的】

教育計画の大幅な変更が余儀なくされ、教育方法や教材作成、遠隔授業の対応が求められ、教育理念に即した学習活動の保障を模索した1年だった。教育活実践と学生の声を分析し、教育活動の発展への課題を明らかにする。

【研究方法】

期間：2020年12月～2021年3月。対象：①教育計画・授業変更状況、②学生アンケート③教員アンケート。データ収集と分析方法：①は資料を作成し感染対策の妥当性、教育活動実践と学習活動の保障、学習到達状況の視点で分析。②は学生自治会及び学校実施のアンケート結果③質問用紙を作成し無記名で調査、②と③はカテゴリー化し3名以上の研究者で分析。

【倫理的配慮】

本研究はA校倫理審査委員会の承認を受け実施。対象に本研究の主旨を説明し同意を得る。また同意の有無により成績評価には一切関係しないことを説明。データは、個人が特定されないよう取扱う。

【結果】

1. 2020年度教育実践と感染対策の実践 2か月間短縮された期間での学習進度や教育方法の検討、行動指針を作成し教育活動を継続した。様々な制限の中、ICT活用の教育活動の可能性も見出す機会になった。全学生が学習目標に到達しているが、臨地実習減少による臨床実践力の修得が課題。2. アンケート結果 1) 授業再開時のアンケート、回収率100%。健康状態と学校生活に対する不安あり58.6%で「学習の遅れ」「国家試験、卒業への不安」が多かった。また「感染の不安」「遠隔授業の不安」「収入減の不安」「気分が憂鬱」があった。2) 学生自治会執行委員会の学生アンケート 回収率90.4%。「経済的な面での変化や不安」「遠隔授業や課題について改善してほしい」「生活の変化、不安・不満、体調変化の有り」「心身疲労」があった。3) 卒業生のアンケート 回収率100.0%。「この1年辛かったこと」実習や国家試験学習を回答し「成長できたこと」として看護の学びに加え、自粛生活の中で感染対策と学習をやり切った自身を評価。「就職への不安」では「看護実践力・看護技術・人間関係・社会人としての生活」等であった。4) 年度末学生アンケート調査、回収率76.1%。「感染への不安74.7%」「学習の不安89.2%」「生活への不安44.6%」「対人関係への36.1%」5) 教員のアンケート調査 回収率58.8% 教育方法や学習進度の変更による不安が主で、課題として「実習の目標・方法の検討」「遠隔授業の質向上」「学びの集団化」があがった。

【考察】

1. 感染拡大なく学習活動を継続することができた。2. 感染状況により教育方法を変更し教材開発や学習環境整備を進める。3. 臨床実践力の課題は大きく、目標に応じた学習支援を臨床と連携し進める。4. 人間関係を構築できる教育活動、課外活動の支援について強化する必要がある。5. 生活の乱れや自粛ストレスが学習意欲低下の要因であり、継続した支援が必要である。

04 ⑤職員の確保と育成

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名
副主任ワークショップの実践
～リフレクションを活用して～

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連中央病院

発 表 者 山本 美佳 職種 看護師

【はじめに】

昨今の医療現場は、効率的かつ質の高い医療体制および医療機能分化の推進により臨床現場は変化し、看護の役割は拡大、高度化している。A病院は、411床の急性期医療を担う地域拠点のケアミックス病院である。病棟職責者を師長・主任・副主任で組織し、病棟の管理を担っている。副主任の任務は、①師長・主任を補佐し、担当部署の看護に責任を持つ②師長より任命された管理業務を行う、と示されている。5～6年目で副主任として登用される看護師も存在するなかで、自分の役割やスタッフとの関わりに戸惑う場面も少なくない。しかし、副主任同士が自分達の悩みや経験を共有できる場がなく、自分ひとりの悩みとして抱え込んでしまう傾向があった。そこでリフレクションを導入したワークショップを開催し、悩みや経験を共有することで孤立感を抱くことなく、自己の行動を振り返り、今まで積み重ねてきた経験や実践を知識として結び付けていくことで管理者としての成長につながるのではないかと考え企画・運営に取り組んだ。

【倫理的配慮】

対象者へ個人が特定されない事また不利益が生じないことを説明し、同意を得た。

【目的】

①副主任としての役割が理解できる ②日常業務・役割の中からマネジメントの経験を振り返り、現場で出来ることを持ち帰る ③文献を活用し、概念化していく

【方法】

期間：2021年3月～2022年3月 月2回開催（不定期・自由参加形式）業務担当副看護部長1名が企画・運営担当を行った。日々の業務のなかでモヤモヤした場面を「リフレクションシート」に記入し、3～5人のグループに分かれ個々の事例をディスカッション形式でリフレクションを実施。GWでの内容・学びを共有し「振り返りシート」を記入。

【結果】

24回開催。リフレクション内容は、「新人教育」「1～3年目研修生への関わり」「中堅看護師への対応」「業務内容・調整」「スタッフ教育」「決定事項の統一」などあった。振り返りシートからは、「リフレクションできましたか」という問いに対しては、10段階評価での7～10が86%を占めていた。概念化出来た事に関しては、「自分」という言葉が多く用いられており、自分に振り返ることが出来ていた。感想に関しては「自分だけではないと知った」「自身を振り返ることが出来た」「気持ちすがすっきりした」など前向きな意見が殆どだった。

【結論】

日常の業務のなかで自分のマネジメントや意思決定場面でモヤモヤしたことをリフレクションすることは、自分の実践行動が可視化され、概念化することに有効であった。部署でのタイムリーな悩みや課題も多く、適切なタイミングでのフィードバックは重要である。今回、文献を活用しての概念化を図ることは達成出来ず、次年度の課題とした。

04 ⑤職員の確保と育成	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	B 看護学院における看護学生の就職先選択の理由

県 連 名 山梨
院所・施設名 甲府共立病院
発 表 者 保坂 典子 職種 看護師
共同研究者 奥山 住、北村 明穂

【目的】
B 看護学院学生の就職先選択の理由を調査し、A 協会への就職率をあげるための課題をみいだす。

【方法】
1. 研究デザイン：関係探索研究 2. 研究対象：B 看護学院 2021年度卒学生33名 3. 調査期間：2022年1月 4. データ収集方法：自記式質問紙調査 5. 調査内容：文献を参考に自記式の質問紙を作成した。調査内容は①進路調査について4項目②奨学金受給の有無について4項目③就職先選択の理由の重要度について25項目④臨地実習の看護師の対応について5項目、の全38項目に自由記載欄をもうけた。評価は1点から5点の5段階尺度を用いた選択式で回答とした。 6. 分析方法：分析ソフト Excel (2019) SPSS による T 検定

【倫理的配慮】
本研究をまとめるにあたり、院内の倫理審査委員会にて承認を得た。また対象者には書面で説明し、個人が特定できないようプライバシーの保護に留意し、アンケートの投函をもって同意を得たとした。

【研究結果】
アンケート用紙は33部配布した。回収数は20部、回収率61%、有効回答率100%であった。就職先選択の理由の重要度：全体の回答を5段階毎にまとめた結果、病院の雰囲気や人間関係、福利厚生、給与やボーナスが上位を占め、就職先選択の理由においての重要度があきらかになった。A 協会入職内定者とC 病院・D 施設への入職内定者の違いを比較してみると、A 協会入職内定者の就職先選択理由として、「人間関係が良い」「病院の雰囲気が良い」「親・先生・先輩・友人からのすすめがあった」が上位結果に対して、「希望する診療科がある」「病院の規模が大きい」はC 病院・D 施設入職内定者の得点が高かった。この結果、属性・入職先の違いにより、選択の理由に有意差がみられた。

【考察】
本研究を調査するにあたり、「臨地実習による体験が、看護学生の入職決定に影響を与えているのではないかと仮説したが、「臨地実習」と回答した学生は、先行研究と比較し多くはなかった。したがって、本研究結果からは、B 看護学院学生の臨地実習が明らかに就職先決定に影響しているとは考えられなかった。アンケート結果からは、①病院の雰囲気や人間関係、給与・ボーナス、福利厚生、②教育制度、有給取得率、③病院・看護部の理念が上位を占める結果となった。この結果から考えると、臨地実習を通じ学生が受ける病院や看護部の印象は就職先を選択する上で影響があるのではないかと推察する。

【結論】
A 協会への就職率をあげるための課題として、①臨地実習においては学生に丁寧に関わり A 協会の魅力を伝えること、②学生に対する看護師の姿勢、③病院内の雰囲気作りが今後の入職者の確保のために必要である事が示唆された。実習生を迎えるにあたり、職場の魅力ある職場環境作りを整え、実習指導者を始め、看護部全体で学生に丁寧に関わっていく必要がある。

04 ⑤職員の確保と育成	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	民医連看護を伝えたい ～コロナ禍における看護学生活動 21卒確保目標達成～

県 連 名 石川
院所・施設名 城北病院
発 表 者 青木 静子 職種 看護師
共同研究者 鈴木 千尋、斉藤 路

【目的】
県連の看護学生委員会では、これまで、中学生・高校生・看護学生と幅広い学生を対象に、1日看護体験をはじめ、模擬面接会、インターンシップ、病院説明会などの企画を通して、学生とのつながりを作り、奨学生確保や新卒採用に繋げてきた。2020年に発生した新型コロナウイルス感染症の流行により、今までのような対面での看護学生対策確保の活動ができなくなった中で、新たにリモートでの取り組みを行い成果を得ることができた教訓と今後の課題を報告する。

【方法】
2020年12月から学生への対応で行った、新たな取り組みや様々な工夫、学生の反応から振り返り 教訓と課題を明確にする。

【倫理的配慮】
発表に際し個人が特定されないように配慮した。

【経過】
リモートでの企画を行うため、学生担当・委員はリモートの使い方から練習をした。企画の内容も画面上でも伝わるような工夫を行った。①民医連・病院を知ってもらうためにアピールする焦点（理念・研修など）を決める。②病院紹介の動画を作成③リモートでもわかりやすい内容の検討（一方通行にならないようになど）
新卒採用の取り組みとして、マイナビ主催の対面での就職情報交換会（110名参加）、中日ナビ、看護協会などが主催するリモートでの就職情報交換会（219名参加）にも病院として参加し、学生には病院開催のリモートでの病院説明会を案内し、21名が参加。病院説明会では、看護部長、研修委員、先輩看護師に参加してもらい、病院の魅力などを伝え、また、病院を紹介する動画では、病院の雰囲気を見てもらえるような工夫をした。

【結果】
参加した学生のうち6名が入職につながった。学生からは、病院の医療活動（無料低額診療など）や看護活動に共感し入職を決めたとの感想もあった。22卒新卒は目標の10名を超える12名の採用となった。（奨学生4名、説明会と紹介で8名） 低学年対策も、ほとんどがリモートでの企画開催となり、看護体験・模擬面接会など慣れないながらも取り組み、高校生とのつながりをつくることができた。

【考察・まとめ】
2020年はコロナ禍で学生対策として何もできないままで終わったが、2021年は周りの協力を得ながら、多くの企画をリモートで開催することができた。全日本や地協での取り組みも参考になった。その結果、学生とのつながりを作ることができ、新卒採用は目標を達成、奨学生も少しずつ増えてきている。この状況になり、今まで行ってきた企画の大切さを痛感した。民医連看護のめざすものや病院の活動を自分たちの言葉で語ることでもリモートであっても学生に届けることができる。今後もその時々状況、学生の置かれている状況などに合わせ、柔軟に対応し学生との対応を考えていきたい。

キーワード：後継者対策

演題番号 040513

04 ⑤職員の確保と育成

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演題名 技能実習生との歩み ～今後の展開について～

県 連 名 埼玉

院所・施設名 介護老人保健施設さんとも

発 表 者 中川 美佐子 職種 介護福祉士

【はじめに】

A 施設では2019年よりベトナムから計4人の技能実習生の受け入れをしている。技能実習制度とは日本で介護の知識や技術を学び、自国への技術移転を目的としている。技能実習制度では技術等の適正な修得、熟達を目標に1～3年目に初級試験・専門級試験が実施される。ベトナムで看護学校に通い、看護師として働ける技能実習生たちが「介護」を学びに来日している。技能実習生の育成方法や指導について報告する。

【目的】

当施設で習得した知識・技術を自国に帰ってから活用できるようにする

【方法】

技能実習生の育成状況の共有・指導方法の確立・面接、面談

【目標】

- 1年目 基礎的な介護技術の習得をする
- 2年目 ケアの一部において軽易な判断ができる・アセスメントの実施
- 3年目 利用者の想いに寄り添う介護ができる・卒後研修に参加・ケアプランについて学ぶ
- 4年目 自分の判断で利用者のケアができる、技能実習生の指導

【対象者職員】

- 技能実習生B（3年目）：1年目3階・2年目以降2階へ異動、認知症ケア委員、法人内中途者研修参加、法人内卒1研修参加
- 技能実習生C（3年目）：3年間3階、感染対策委員会、法人内中途者研修参加、法人内卒1研修参加
- 技能実習生D（2年目）：2年間3階、認知症ケア委員会、技能実習生E（2年目）：2年間2階

【取り組み】

- ・技能実習生の指導員が進捗状況や現状課題の共有を介護部責会議で共有する
- ・定期的に技能実習生と面談を設定し、利用者対応での課題や業務での困っている事を確認する
- ・管理団体と連携して、技能実習生の育成の進捗や問題となっている事を共有する →その際に日本語での会話に不安がある場合は管理団体の通訳を通して、確実に共通認識として課題の確認を実施

【結果】

- 技能実習生B：専門級試験合格、N-1取得（日本語能力検定）、初任者研修・実務者研修終了
- 技能実習生C：専門級試験合格、N-1取得（日本語能力検定）、初任者研修終了
- 技能実習生D：初級試験合格、N-1取得（日本語能力検定）技能実習生E：初級試験合格、N-2取得（日本語能力検定）

【まとめ・考察】

技能実習生の受け入れを始めて3年目になるが、まだ新しい取り組みに過ぎない為、育成方法が確立していない現状がある。しかし、技能実習生は優秀な方が多いため、私たちの指導内容を日本語で理解し、介護技術や知識を取得してる。技能実習生は学習向上力・日本語の理解力など優れている所が多くあったが、日本とベトナムという、文化の違う国で指導が難しい点もあった。日本人特有のマナーやモラル、遠慮、敬う心などは面談・面接を何度も重ねることで少しずつ理解してもらうことができた。

【今後の課題】

- ①技能実習生の育成のキャリアラダーの確立
- ②日本語と日本の文化を理解できる学習会の検討
- ③コミュニケーション能力向上と日本人としての接遇 以上が今後、強化していきたい点である。また技能実習生が有意義に働ける環境づくりをしていく。

04 ⑥理念教育 (綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念)	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	「地域とともに産み・育み・看とる 第2弾」 本出版にむけて ～到達と今後の課題～

県 連 名 埼玉
院所・施設名 埼玉協同病院
発 表 者 岡田 美智子 職種 看護師

【はじめに】
A 法人看護部で出版した「地域とともに産み育み看とる」は初版から14年が経過している。現在、社会情勢や医療が変化し、診療報酬も改悪される中、日々業務に追われている。さらに、かつて経験のないCOVID-19のパンデミックも経験し、疲弊しながらも、私たちの看護には普遍性がある。だからこそ、私たちの看護をしっかりと確信につなげ、本出版をとおして「読者や看護職、また看護職をめざす学生に希望を抱いてもらいたい」と考える。

【目的】
① A 法人の看護の到達点に確信をもち、組織内外に発信するとともに、さらに飛躍していくための媒体とする。
② B 民医連70周年、A 法人30周年を記念し、地域も職員も互いに励まされる内容にする。

【倫理的配慮】
本報告するにあたり個人が特定されないよう表現に配慮した。

【経過】
2021年7月に県連看護部の委員会として第1回本出版委員会が開催された。出版完成目標は2022年秋に目標が定まった。本出版委員の選出は各事業所から、それぞれの現場で主になって働く主任研修に該当する保健師、助産師、看護師から選出した。私たちのめざす看護を表現するために委員会では「民医連のめざす看護とその基本となるもの」の講義と演習、また看護師長研修で開催した「民医連の綱領と歴史を深める」I氏の講演にも参加し、民医連綱領と歴史から看護の取り組みを継承していくことの必要性を学ぶ機会とした。その後、委員会では各事業所の看護の取り組みについて何度も話し合いを重ねながら、出版社とも意見交流をおこない、本構成を8つに振り分けることとした。
①社会背景を捉える ER：社会背景、経済背景を捉え介入する社会派 ER
②ゆめ企画：患者ニーズから出発する看護
③子ども医療的ケア：発達段階に応じた看護 障害児や医療的ケア児の取り組み
④尊厳を保つ：「その人らしく生きる」を支える看護
⑤包括ケア：地域まるごとケア、ターミナル期の在宅看護やグリーフケアを通し地域と人々をつなぐ取り組み
⑥いのちを産み、育む：助産師たちの取り組み・社会背景も捉え母児を支援する
⑦ヘルスプロモーション：ヘルスプロモーションのリーダーとして長期的に健康を捉え、臨床で働く保健師
⑧新型コロナウイルス感染症との闘い：新型コロナウイルス感染症と闘う日々を検証する
以上のインタビューを計21回 41名の管理看護長やスタッフと実施した。

【おわりに】
インタビューからみてきた、私たちの看護の背景には、培ってきた教育制度や先輩から継承された看護があり、さらに人権や平和について考える看護集団であった。これは民医連看護のめざす姿とその基本となるものの実践であり、

【患者の見方・とらえ方】

【看護の視点・優点】

【社会の見方・とらえ方】
である。私たちの看護力に自信を持ち、看護をめざす学生や読み手に輝いている姿を表現し、本をとおして、これらのことをきちんと見える化していくことである。

キーワード：看護管理室

04 ⑥理念教育 (綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念)	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	代理受診の事例を振り返る ～『民医連のめざす看護とその基本となるもの』の評価・検討シートを用いて～

県 連 名 東京
院所・施設名 荒川生協診療所
発 表 者 田中 朋子 職種 看護師
共同研究者 深山 晴海、須藤 久江、湯澤 寿子
吉倉 里絵

【目的】
代理受診・長期処方患者の中で看護の気づきが継続した働きかけにならず本人受診に繋がらなかったケースや、介入により急激な悪化を防げたのではないかとというケースがあった。それらの実践について民医連のめざす看護とその基本となるものの評価・検討シートを用いて振り返り看護実践の評価をする

【方法】
上記ケースをピックアップし、経過を整理。カンファレンスで民医連のめざす看護とその基本となるものの評価・検討シートを用い、情報整理と介入の振り返りを行った。

【倫理的配慮】
個人が特定されないように氏名はアルファベット表記とし年齢を抽象化した。

【結果】
3事例に絞り込み、1事例ずつ民医連のめざす看護とその基本となるものの評価・検討シートを用いて振り返り、それぞれの介入度合を客観的に評価することができた。

【考察・まとめ】
3事例を振り返り、以下のように課題が整理された。共通した課題として ①気になる患者やその家族が来院した時に、誰もがすぐに気づけるようなシステムの構築：「気になる患者」登録、電子カルテに目立つアイコン作成、代理受診の場合は診察前に看護師にファイルカルテを回し問診する等、患者や家族が来院された時にすぐに気づけるようなシステム・ツールを作成する。日誌に代理受診だった患者を書き出す、電子カルテのメモに情報を入力する等、看護師だけでなく医療チームとして継続した働きかけができるようにする。 ②気になる患者の情報共有：サマリーの活用やカンファレンスの開催等、情報共有し、介入方法の検討、実施・評価をしやすいとする。 ③患者が診療せず処方のみが続かないルールの作成・共有：代理受診のルールを作る。処方日数の限度を設け、長期に未来院の状況を作らず患者の状態把握と支援ができるようにする。 ④認知症で受診困難が予想される患者の治療の継続（在宅医療への移行も含め）：今後さらに認知症で受診困難な事例は増えると予想され、在宅医療への移行も考慮し、医療が継続され、生活支援のための介護保険サービスが活用できるようにする。 ⑤中断フォローシステムの見直し：現在の中断フォローシステム（担当者、期間、中断内容等）を見直し、長期に未来院の患者を作らない。今回、民医連のめざす看護の基本となるものの評価・検討シートを活用し、振り返りを行なったことで、いのちの平等や個人の尊重、共同のいとなみ（医療観）や、看護の3つの視点と4つの優点の無差別性は、日々の中で備わっていることが認識できた。現在も月4～5件の代理受診と長期処方が続いている。今回の学びを生かし、生活と労働の視点を深め、診療所内はもちろん、本人、家族、ケアマネジャー、包括支援センター等と情報共有を密にして、継続性・民主性をさらに強めていきたい。

04 ⑥理念教育 (綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念)	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	研修生と共に学ぶ ～「民医連のめざす看護とその基本となるもの」評価・検討シートを活用して～

県 連 名 熊本

院所・施設名 くわみず病院

発 表 者 愛垣 真由美 職種 看護師

【目的】

「民医連のめざす看護の基本となるもの」の評価・検討シートを活用して看護について深めていく中で、民医連看護について改めて考えることができる。県連看護教育委員会では1年を通して卒後1年目から卒後3年目の看護師の研修と、中堅看護師の研修をそれぞれ行っている。1年間を通して水俣病について学習を行った。その学びを「民医連のめざす看護の基本となるもの」の評価・検討シートを活用して看護について深めていく中で、いのち、憲法、綱領の視点から社会について考えることの必要性を学び、水俣病患者の思いに寄り添い、貧困や差別、制度の矛盾に気づくことができた。この研修を通して研修生だけでなく研修担当者も共に民医連看護について学び、社会の見方、とらえ方について気づくことができた。この学びを報告する

【倫理的配慮】

本研究は、社会科学分野のみかかる研究で、個人情報を含まない

【方法】

「民医連のめざす看護の基本となるもの」評価・検討シート活用し、水俣現地調査から学び得た水俣病についての事実を情報収集、整理を行い、考察評価を行っていく Step1：テーマを「水俣病から基本的人権について考える」、Step2 情報収集：ミナマタ現地調査のまとめ、Step3 情報整理・考察 Step4 民医連の看護の継承・発展を検討する

【結果】

水俣病とは日本チッソ会社が水銀を浄化することなく有害のまま工場排水と共に海に排水したことで海が汚染され、食物連鎖で人に被害を与えた。身体的な苦しみだけでなく社会的、精神的な苦しみも与える事となった。命よりも利益を優先させたことが一番の問題。すべての人が人間らしく、その人らしく生きていくことを援助・支援する、無差別平等の医療・看護が受けられる保証を目指していくため活動していくことが必要であると理解した。水俣病について職員間で学習を行う。情報を発信していく、掘り起し活動への参加 地域へ発信していく。事例から憲法を学ぶ学習を行う、憲法と照らし合わせる。

【結論】

中堅研修で水俣病の学びをまとめていく中で「民医連のめざす看護の基本となるもの」の評価・検討シートを活用していき学びを深めることができた。患者や被害者を取り巻く社会や情勢に目を向けていくことが重要である。真実をしっかりと見つめ、本来の問題はどこにあるのか理解し、患者や被害者の思い寄り添うことが必要である。「いのち」「憲法」「綱領」の視点で情報を整理していくと、ものごとの本質がみえてくる。中堅研修を通して研修担当者も本質を見抜く力を持つことが重要であると学ぶことができた。またその学びから私たちはどのような行動を起こしていくのか考えていかなければならない。「民医連のめざす看護の基本となるもの」を活用することによって、社会問題を情報収集し情報整理し、考察していくことで民医連のめざす看護がみえてくる。今後もこの学びを生かし研修生と共に民医連看護について深めていきたい。

04 ⑥理念教育 (綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	面会中止中の患者さんと家族をつなぐ心のケアの取り組み

県 連 名 群馬

院所・施設名 前橋協立病院

発 表 者 井上 佳子 職種 看護師

共同研究者 佐藤 真美子、岡田 美智代

【目的】

療養型病棟は、長期入院の患者が多く、家族との面会は患者にとって活力や穏やかに生活するための一つの要因である。また、家族にとっても患者の様子を確認することで安心感を得られる人もいる。2020年、新型コロナウイルスの流行により緊急事態宣言下で病院での面会が禁止となった。その中で家族や患者から「早く会いたい」「少しでもいいから話したい」との声が聞かれた。患者、家族の心のケアの取り組みとして、ナースコールを使用した“声の面会”を試みた。

【方法】

- 1) 洗濯物等で病棟まで来られた家族に対し、声の面会を説明。希望した方にナースコールを使用し、声の面会を行ってもらった。終了後、家族に感想を聞き、会話中の患者の反応を記録した。
- 2) 期間 2020年5月13日より約1カ月半。

【倫理的配慮】

患者、家族の個人が特定できないよう十分な配慮を行った。

【結果】

当初は平日日勤帯での対応としたが、徐々に週末も実施した。会話はナースコールが繋がっている時間とし、ベッドサイドで家族からの言葉かけに対する患者の反応を確認。約1カ月半、声の面会を行い、家族からの感想や患者の様子が残されたものは22件だった。娘に「母ちゃん」と呼ばれ涙ぐむ患者や、家族からも「久しぶりに声が聞けて良かった」との話や笑顔が見られた。患者の反応としては、笑顔や目を見開く、頷く、涙ぐむなどが見られた。返答のできない患者も多いため、家族へ会話中の患者の様子を伝えた。家族は「声を掛けられて良かった」「声を聞けて安心した」との声がほとんどであった。

【結論】

中野らは、家族はモビールが揺れ動くように家族員の変化が家族全体に影響を与える。家族の1人が健康障害をもつと、それがさらにはほかの家族の疲労や心配につながり、その動揺が家族全体に広がっていく¹⁾と述べている。面会ができない時間が長くなることは、家族、患者も不安やストレスを増強させると考える。声の聞こえるナースコールを使うことで、患者へ直接声をかけることができ、患者の息遣いや声を聞くことで、患者をそばに感じ、安心できたと考える。患者の笑顔や涙ぐむという反応は、家族の声を聞くことで安心感を得られたと考えられる。

【おわりに】

現在も面会中止は続いている。今ではオンライン面会が実施され、短時間だが声だけでなく顔を見ることができているが、当初はその導入もなかった。現在はターミナルの患者さんは個室に移動し、少人数での面会を許可。また、病棟ドアのガラス越しに互いの顔を見ることができ、配慮を行っている。好きな音楽を流したり、好きなテレビ番組を家族に何い、その時間にはテレビつけるなど、小さなことではあるが可能な限り、患者、家族の気持ちに寄り添える工夫を続けている。

【参考文献】

- 1) 中野綾美・瓜生浩子：家族看護学 家族のエンパワーメントを支えるケア

04 ⑥理念教育 (綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念)	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	戦争体験の聞き取りをして～平和について考える

県 連 名 群馬
院所・施設名 前橋協立病院
発 表 者 木村 明美 職種 看護師

【目的】
毎年行われている「病院祭り」に向けて「民医連で医療生協」である病院らしいテーマをと提案があり、職場で検討した結果「平和」について考えてみようと言う事になった。職員教育の1つとして平和への大切さを認識できることを目的とした

【倫理的配慮】
聞き取りするにあたって個人を特定できないよう配慮した

【方法】
・入院患者さんから戦争体験を聞かせてもらう（夏季）・新人教育の一環として、1,2年目看護師中心に取り組む。・聞き取りした内容をまとめる・病院祭りで発表する・ファイルにまとめ職員で共有する

【結果】
2019年から2021年の3年間で15人程の職員が関わり、約30名の患者さんから戦争体験を聞く事ができた。・90代女性：5人兄弟の一番上だったので空襲の時は下の子の手をつないで逃げた。その時天皇陛下の写真だけは死守しなければと持ち出していた。・80代女性：食事は配給だった。家族で平等に食べていた・80代女性：当時7～8歳だった。サイレンが鳴ると防空壕に逃げた。畑でとれたサツマイモやジャガイモを食べていた。・90代女性：当時女学校に通っていた。学徒動員のため飛行機工場で働き勉強が出来なかった。3月10日東京の方角が真っ赤に燃えていて大空襲があった事が分かった。・80代男性：前橋空襲が8月5日の夜にあった。当時10歳位で、火の海になっていて兄弟と逃げた。母は家を守るために家に残った。・80代女性：B29が急降下して焼夷弾を東で落としていった。それが忘れられず、空襲が怖くて夜眠れなかった。枕元に大事なものを置いていた。サイレンが鳴り響き怖かった。

【結論】
聞き取りを行った職員より・・・認知症がある患者さんがその時だけ顔つきが変わり語ってくれた。とても辛い体験だと思った。このような体験を語れる人が減っているし、戦争に対して認識が薄れて来ている。負の遺産を忘れたら再び過ちを繰り返してしまうのではと不安になった。この取り組みを当病棟の年中行事とし、今年も患者さんから話を聞いていきたいと思う。そのことで平和、憲法を意識し人権が大事にされる看護介護を行っていききたいと思う。

04 ⑥理念教育 (綱領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念)	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	私たちの看護理念を実現するために必要な看護管理者の力とは ～山梨民医連看護管理者マネジメントラダーの導入にむけて～

県 連 名 山梨
院所・施設名 巨摩共立病院
発 表 者 角野 加世子 職種 看護師
共同研究者 望月 富士穂、水上 さつき、河野 朝呼

【目的】
山梨勤労者医療協会は1983年に倒産、それまで法人幹部や医局のビジョンに準拠して活動してきた看護管理者は、主体的に組織づくりに参画する必要性を看護政策として打ち出した。このような困難を乗り越え、集団を牽引してきた看護管理者も世代交代の時期をむかえ、民医連看護を継承した看護管理者の育成が急がれる課題となった。また地域包括ケアシステムの構築における看護職への役割が期待され、看護管理者の任務も拡大している。このため事業所の枠を超え、地域に視野を広げ看護管理を実践する能力を獲得することが求められる。地域社会に貢献出来る民医連看護管理者を経年的に育成するため、可視化された育成の指標となるマネジメントラダーの構築が課題となった。

【方法】
虎の門病院が開発したコンピテンシーモデルをベースとしつつ、質的統合法で抽出された私たちの看護理念を実現するために必要な看護管理者の力を盛り込む。

【倫理的配慮】
データ収集は主旨に賛同し同意が得られた看護管理者（師長職位以上）から提出してもらい、回収では個人が特定されないよう配慮した。

【結果】
1. データ収集：3病院の看護師長職位以上32名を対象に「私たちの看護理念を実践するために必要な看護管理者の力とは」というテーマで1人5～10枚のカードに記載してもらい回収した。2. データ分析：回収した239枚の質的データは、質的統合法を用いて分析し、「私たちの看護理念を実践するために必要な看護管理者の力」を9つの概念に整理した。3. 概念図の作成：9つの概念を空間配置し図解化した。4. 概念図の文章化：民医連の理念を実現する9つの力を文章化した。

【考察】
1つのカードも取りこぼすことがないよう表札づくりに取組、1段階39、2段階19、3段階9に到達した。32名が記載した239枚のカードは、日々の看護実践から自身が民医連の中で育ち合いながら獲得した看護観、指導観といった内容があふれるものだった。空間配置から図解化する過程では、表札同士の関係性を1つ1つ検証した。すると「民医連綱領の実践」が基盤となり、かつ「理念の実現と経営を守る」ために、自部署の立ち位置を意識しながら方針をスピード感を持ち実践すること、また看護実践には「管理者の対象者観」「人は必ず成長するという確信」「働き続けられる職場づくり」の3つの柱があることが明らかになった。そして「民医連の3つの視点と4つの優待」で看護実践を掘り起こし、民医連内外に発信することが課題である。民医連運動を推進する力は、「健康課題の掘り起こし」や「社会的弱者の代弁者」としての行動で示される。これらの民医連の看護管理者の力は、変革に向かう力、組織を活性化する力、打たれ強さ、トップダウンとボトムアップの使い分け、モラルの遵守であり「看護管理者の課題解決力」が前提となっていることが確信出来た。

04 ⑥理念教育

(網領・民医連のめざす看護・民医連の介護・福祉の理念)

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名地域の要求に応えるコロナ禍の看護実践
～発熱外来開設における看護管理者の役割～

県 連 名 石川

院所・施設名 城北病院

発 表 者 中西 智美

職 種 看護師

共同研究者 藤牧 和恵

【はじめに】

新型コロナウイルス感染拡大により、発熱しているという理由で診察を断る病院が急増。当院では患者の受療権を守るため、断らずに受け入れを行ってきた。2020年、看護師不足の中、発熱外来に取り組んだ当初は看護管理者がその役割を担ってきた。その中で職員の思いや地域の反応、社会的困難事例を通して、病院の役割や地域の要求に応える看護実践とは何かを考えたので報告する。

【研究方法】

2020年10月1日から2021年3月31日までの発熱外来議事録と看護師の聞き取りから考察した。倫理的配慮として事例は個人が特定できないよう配慮した。

【経過】

2020年9月、発熱外来プロジェクト立ち上げ。翌月救急外来に併設の形で開設。平日9:00～16:00と土曜日の午前実施。看護管理者を中心に退院調整部門看護師、医療安全管理看護師、看護部庶務、県連看護学生受け入れ担当が外来パートを担った。

事例①40代介護施設職員。嘔吐と頭痛で受診。バイタルの異常はなく、頭痛以外は軽快しており、コロナを否定して帰宅したが数日後にくも膜下出血で救急搬送された。

事例②時間外当院初診。20代男性。受診時無職、保険証なし。日雇いのアルバイトなどを何とかしていたが熱が出て仕事にも行けず、ほとんどお金がなく所持金は3,000円。福祉事務所に相談して無料低額診療をやっている所を教えてもらったとのことだった。その日のうちにMSWへメールし介入を依頼した。

【考察】

発熱外来の問診やバイタルサインのアセスメントだけでは防ぎきれない部分もあるが、受診者の中には重大な疾患が隠れているケースがあることを周知し、救急外来と連携を取っていく事にした。事例②のような気になる事例については、発熱外来の打ち合わせ会議で振り返り、困難事例の介入について調整を行っていった。また、気になる患者についてはメンバー共有し、再来時の声掛けや介入をタイムリーに対応できるようにした。

発熱外来開設当初、人員不足から看護管理者を配置せざるを得なかった。しかし、患者の些細な情報から困難を察知する感度を高めるために症例を積み重ね、迅速な情報共有や他職種間の調整を行い発熱外来のシステムとして確立させ、次に引き継いでいくことができた。その後も感染拡大の波が繰り返し、1日に受診する患者数も激増。「熱があるとかかりつけでも診てもらえない。ここで3件目の電話です」と言われる方もいた。今では「城北だとみてもらえる」と小学校のお母さん方の間で話題になり、遠方からの来院も増え地域の要求にこたえることが出来ている。

【まとめ】

短期間で物事を動かしていく時には看護管理者を配置しともに活動していく事は非常に有用性があった。その中で「自分たちは誰のために、何のために頑張るのか」を民医連の看護の視点で発信し継承していきたい。

04 ⑦教育活動	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	神奈川民医連「看護幹部育成研修」 14年間のとりくみ

県 連 名 神奈川
院所・施設名 医療生協かながわ本部
発 表 者 佐々木 栄津子 職種 看護師
共同研究者 真鍋 詠美、八木 美智子、齋藤 朱美、
鈴木 奈美、倉石 奈津美、奥山 洋子、
佃 洋子、田縁 加寿子、菅原 るみ子、
成田 礼子、柿原 哲男

【はじめに】
神奈川民医連の2007年看護実態調査では看護幹部の後継者問題が課題とされた。（55歳↑看護管理者40%→10年47%）
そこで、民医連の看護管理者として必要な看護管理能力や理念の獲得を目指した研修がスタートし、県連の看護政策に位置づけ計画的に実践してきた。
今回、7回までを振り返り成果と課題が明らかになったので報告する。

【倫理的配慮】
報告は県連看護部会で承認され、個人が特定されないことを確認した。

【次世代看護幹部研修の実際】
【目的】
①人間観・健康観を含めた看護の本質について改めて交流し合い、看護管理者として自らの言葉で看護を語る力を養う
②民医連の看護管理者として自分の課題を明らかにし、看護を提供するための組織化とその運営の責任を担うために必要な能力の拡大をめざす
【日数】
3～5日間＋7ヶ月～1年後にフォローアップ研修1日
【対象】
県連内6法人の次世代看護幹部該当者
【人数】
1回6～15人
【内容】
①講義（組織論・経営論・目標管理・労務管理等）②GW③自職場で取組む看護管理課題の発表④フォローアップ研修（実践報告＋記念講演）

【結果】
①研修修了者は5法人74人
②看護管理者の輩出は45人
③2021年度看護管理者48人中研修受講者は31人
研修後日程や内容等の調整は期のメンバーに託され、当初は時代に合わせた内容で外部講師へ依頼したこともあった。途中2回は1泊2日の合宿で、全民連の看護代表者会議の問題提起後にGW中心で民医連の看護を語り合う企画だった。第5回以降は3日間＋フォローアップ研修1日と固定され、講義内容も上記に焦点をあて専務や部長クラスへ依頼することが多くなった。看護幹部者の育成や成長の確認をトップ管理者と共有したいと願い、受講生の各法人専務に実践報告会へ招待し講評を頂いた。
今回、改めて看護幹部の後継者問題を認識した14年前からの変化を後追いすることが出来た。研修修了後の管理者輩出は61%だった。（参加5法人では33%～79%）また、2021年度の県連看護管理者48人中55歳以上が44%で、後継者問題にも歯止めをかけ推移していることが確認出来た。（6法人内では0～67%）

【考察】
看護幹部の後継者育成は、外部の認定看護管理者教育課程等の研修も位置付けられている中で、県連が意識的にプログラムした看護幹部育成研修は、まさに民医連の看護管理者の後継者育成において期待されるものだったと考えられる。特に小法人がこの研修にける期待は大きく、組織していくことで実際の世代交代が現実的になったと考える。
この期に世代交代できた法人もあり、時代に合わせ研修内容を調整・継続してきたことが成果に繋がり確信となったと考える。

【おわりに】
民医連の看護の継承・発展につなぐために、今後は次世代以下を視野に入れた取組みも求められる。引き続き、県連の中長期計画・看護政策に基づきすすめていく。

キーワード：後継者育成

04 ⑦教育活動	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	NST リンク委員会活動報告 ～褥瘡をテーマとした実践的な学習会を開催して～

県 連 名 石川
院所・施設名 城北病院
発 表 者 小島 直子 職種 看護師
共同研究者 鹿島 しのぶ、河端 佳菜

【目的・方法】
当院では、NSTに関わる看護師が栄養管理を学ぶ場として、栄養サポートチームリンク委員会（以下NSTリンク委員会）がある。例年、栄養の理論的な内容での学習会を開催していたが、2020年度は3回について、褥瘡対策委員会と合同で実践的な学習会を開催した。これを振り返り、今後の委員会活動を検討した。

【倫理的配慮】
本発表において、個人が特定されないよう倫理的配慮を行った。

【結果】
①3回の合同学習会内容について
第1回（6月）：褥瘡の栄養管理について講義を行った。
看護部から、当院の褥瘡発生状況について、全日本民医連QI推進事業データを活用し、全国から見た当院の状況を報告した。褥瘡対策委員からは、当院の褥瘡発生率、治療の実際について報告した。NSTからは、褥瘡改善目的でNSTが介入した事例を報告した。この学習会で、当院は、全国的に褥瘡発生率が高く、また、高齢、低栄養など褥瘡リスクが高い患者が多い現状を知り、正しい栄養療法などで治癒する事例を学び、褥瘡予防の重要性について認識できた。第2回（12月）：誤嚥と褥瘡予防の視点を取り入れた実践学習を行い、姿勢調整について正しい知識と手技を身に着けた。第3回（2月）：現場での伝達学習および実践等を振り返り、今後の課題を検討した。
②学習会参加状況は、NSTリンク委員は総数17名のべ29名が参加し、参加率は72%であり、前年度の参加率39%より増加した。褥瘡対策委員は総数19名のべ22名が参加し、参加率は50%だった。
③参加したNST・褥瘡委員17名より振り返りの意見を集計したところ、16名が現場で実践できたと回答した。内訳は、部署での学習・指導では、伝達学習会5件、個別指導6件だった。演習の現場での実施は、姿勢調整10件、背抜き・足抜き3件、足底接地1人、その他2人であった。（回答は重複）

【考察】
今回、看護師が、現場で身近に遭遇する褥瘡をテーマに学習を開催した。
参加率が前年度より上がったのは、例年のような理論的な学習から看護実践に生かせる内容に転換したことが影響していると考えられた。振り返りの意見より、17名中16名が現場で実践できていた。実施内容では、各委員の役割としている、伝達学習会の実施が17名中5件と不十分な結果であった。各委員が、学習したことを自身の看護実践の中で示す事や現場での個別指導、伝達学習することは、各部署全体の看護実践に影響を与える。伝達学習することへの啓蒙および相談・サポートの仕組み作りが今後の課題と思われた。

【まとめ】
演習を取り入れた実践的な学習会開催で参加者は増加した。今後は、現場での伝達学習の実施率向上が課題である。

【参考文献】
高橋平徳 内藤知佐子（2019）：〈看護教育実践シリーズ〉5 体験学習の展開、医学書院。

04 ⑦教育活動

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 糖尿病患者に対するアドヒアランス向上を目指したリーフレット作成について

県連名 福岡

院所・施設名 千鳥橋病院

発表者 末吉 由季 職種 看護師

共同研究者 本蔵 裕子、中村 青依、前田 知世乃、西藤 亜里沙

【はじめに】

糖尿病は進行すると重篤な合併症を引き起こし心血管疾患の発症・進展を促進する。これらは患者のQOLを著しく低下させ健康寿命に影響を及ぼすことから発症後の3次予防として継続的医療介入を必須としデータを客観的・意図的に管理するセルフモニタリングを習得することが予後において非常に重要である。当病棟では糖尿病教育入院患者を受け入れているがクリティカルパス運用は行われていない。入院時オリエンテーションも毎回看護師が口頭実施しており患者も治療に対し受動的傾向にある。今回の研究では糖尿病患者向けの入院時オリエンテーションリーフレットを作成する事で、セルフマネジメントへの意義を見い出せ患者アドヒアランス向上への効果が得られるのではないかと考えた。

【対象と方法】

対象：ADL 自立した糖尿病患者

対象期間：2021年9月～12月方法：①看護師へアンケート実施

②リーフレット作成 ③導入後の患者・看護師の評価

【倫理的配慮】

本研究に際し、個人を特定できないよう配慮

【結果】

アンケート結果、血圧・体重・SMBGの必要性や疾患と関連づけた説明、自己管理シートの配布と記載指導を行っているかの項目に対しオリエンテーション内容において大きく個人差が生じていた。これらをふまえて退院後も継続すべきセルフモニタリング内容として①体重②血圧③血糖④食事療法⑤フットケアに焦点を当てリーフレットを作成し入院日より指導開始。糖尿病との関連性を説明し理解度を確認した上で自己管理シート記入指導を徹底。リーフレット導入後、身体状況を把握し療養生活の過程でどのような数値変化があるか、患者自身が日々関心と自主性を持って治療参加している言動が多く聞かれるようになった。

【考察】

オリエンテーション内容を標準化した事で看護経験年数による相違もなく一貫した説明が遂行でき、患者側もリーフレット熟読により正しい知識を学び、管理方法を見い出すことで自己効力感向上へのきっかけとなっていた。看護師のエンパワメントは患者自身の問題点を明確化し病識を持って積極的治療参加を促す上で重要であり、患者のアドヒアランス向上に対し効果的であると考ええる。糖尿病は生涯にわたってセルフマネジメントを必要とする疾患であり、入院中より退院後の管理方法をイメージしながら療養生活を送れるよう継続的看護支援を行っていく事が大切である。今後も定期的にリーフレットの評価、修正を行い指導内容の充足に努めていく。

04 ⑦教育活動

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 自職場における人権 café 学習の取り組み

県連名 長野

院所・施設名 老人保健施設ふるさと

発表者 風間 寛子 職種 介護福祉士

【はじめに】

社保委員として自職場における人権 café の学習に取り組む必要があり、提起された当初は人権 café をフロア職員一人一人に配布し、読了後の感想文の提出をお願いしていた。しかし、感想分の提出率は低く、必要な情報も一部の職員にしか行き届いていない可能性があった。対人援助職である介護福祉士として、人権を考える事はとても重要であり、人権 café の学習提起を好機ととられ、学習の方法の検討を行い、毎週日曜日のカンファレンスの時間に15分程度勤務者で人権 café の読み合わせを行い、意見交換を行った。個々で読了する方法と職場として読み合わせを行う方法で人権学習に対する考え方が変化するのか否かを知り、今後の職場での学習に活かしたいと思い、取り組んだ結果を報告する。

【対象者】

老人保健施設ふるさと 2 階療養棟職員（21名）

【実施内容】

- ①アンケート（人権 café の周知状況）（読了状況）
- ②週1回15分程度の人権 café の読み合わせ及び意見交換

【倫理的配慮】

アンケート結果は今回の報告以外には使用しないことを説明し、同意を得た

【結果】

- ①アンケート回収率71.4%
 - ・人権 café が毎月配布されていることを知っていますか？
はい：60% いいえ：40%
 - ・配布された人権 café は毎回読んでいますか？
はい：53% いいえ：47%
- ②毎週日曜日の昼のカンファレンスの時間に人権 café の読み合わせを行うことが出来た。

【考察】

岩田らは、『人権保障として、たんなる病気の治療に関わる努力のみならず、より肉体的、精神的、社会的、宗教的、環境的に、一人の人間としての全体的な福祉、つまりその生活の質を高めながら、老後のあるいはその他、障害を持たれた方の生活面からのケアが介護福祉というものである』と述べている。介護に従事する者としては、人権については意図的に時間を作り、学習すべき内容であったと考える。他者の思いや考えも聞き、さらに自身で考えることが必要なテーマであったと考える。人権とは何か、介護に携わる者はしっかり考えるべきである。個々での学習はもちろん大切であるが、意見交換をすることで学べることも多くある。答えがひとつではないこのようなテーマについては、多くの方の考えを聞き、考えることが大切だと考える。

【まとめ】

業務時間の中に意図的に学習時間を設定することで多くの職員が学習機会を得ることが出来る。しかし、学習目的をしっかりと把握できていなければ、無駄な時間と感じる者も出てくる。現に「時間に余裕がないのにも関わらず、いつまで続けるの」との意見も出ていた。何故このテーマの学習が必要になるかを明確にして、受け身の学習ではなく、前向きにとらえることが出来るように職場の風土も変えていきたい。

【参考文献】

岩田正美／田端光美／古川孝順（2013）『一番ヶ瀬社会福祉論の再検討-生活保障の視点とその広がり-』ミネルヴァ書房

04 ⑦教育活動	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	実習指導教員の効果 ～実習指導者のからのインタビューを通して～

県 連 名 京都
院所・施設名 近畿高等看護専門学校
発 表 者 塚田 みのり 職種 看護師
共同研究者 西村 恵、馬場 公子

【目的】
A 看護師養成所では、実習指導員 1 名を配置し臨地で指導者、専任教員と連携し、学生が患者の看護を考え、実践することを支援している。しかし、実習指導教員の効果は先行研究でも明らかになっていない。そのため、実習指導教員の効果を明らかにすることを目的とする。尚、実習指導教員とは、学生が患者に応じた看護を実践し、指導者への支援及び指導者と共に学生を指導する者と定義する。

【方法】
3 年次の領域別実習指導者の内、1 クール以上の期間を実習指導教員と一緒に指導担当した経験がある指導者 5 名に対し、半構造化面接で①実習指導教員の効果②実習指導において困った場面、実習指導教員の介入の有無と状況を聞き取りした。得られたデータを逐語録とし、文脈ごとにコード化、カテゴリ化し、カテゴリは名称を付け概念化した。

【倫理的配慮】
研究参加には口頭と文書にて研究の目的と内容、匿名性の保持、協力は自由意思であり不利益を被ることはない旨説明し同意を得た。また、所属機関で承認を得た。尚、利益相反はない。

【結果】
273 のコード、73 のサブカテゴリ、さらに 8 つのカテゴリが抽出された。カテゴリはコード数の多い順に、『実習指導教員の実践』『指導者の考える効果』『指導者が実習指導教員に対し感じる心象』『指導者が実習指導教員に求める支援』『指導上の限界』『指導者の感じる困難』『指導者がとらえた学生の反応』『指導者として大切にしていること』が得られた。

『指導者の考える効果』では、看護に対する考えが深まるのが最多であった。他に、指導技法習得、対象理解および学生理解の深まるなどのコードからなり、実習指導教員と共に実習を担当してもらえらる効果としてカテゴリ化した。その他、指導者・学生に向けた関係構築への働きかけ、実習指導者が支援を受けたい事柄や、実習中に感じる困難感などが各カテゴリに含まれた。8 つのカテゴリのうち、研究目的に沿って『指導者の考える効果』に絞り、考察した。実習指導教員が学生に経験を語ることや学生の実践を振り返ることが指導者自身の看護に対する考えを深めることに繋がっていることや、指導者がとまどいやすい場面に実習指導教員が即時的に介入することで、より効果を実感していることなど、実習指導員の効果が分かった。

しかし、指導者が自覚する肯定的変化をデータとし収集したため、それ以外のデータは得られなかった。対象者が 5 名と少ないこと、領域別実習に局限したデータ収集であるため、一般化には限界がある。

【結論】
・指導者が自覚する実習指導教員の効果は、看護観や対象理解が深まるなどがある。
・実習指導教員が介入することで指導者は実習指導の意義や指導技法を理解できている。
・指導者が困難に感じる状況への即時的支援や学生状況の共有が指導者への支援となる。

04 ⑦教育活動	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	2021 年度コロナ禍における 3 回生の状況

県 連 名 大阪
院所・施設名 泉州看護専門学校
発 表 者 松本 弘美 職種 看護師
共同研究者 大谷 節子

【はじめに】
2020 年度から新型コロナウイルス感染症により実習での経験や見学が少なくなり、4 月から看護師として就職した新人教育にも悩まれているという現場の声も聞かれている。2021 年度 3 回生の実習での経験や見学の状況は、コロナ前に比べ少なくなっている現状がある。2021 年度の 3 回生の状況を報告する。

【倫理的配慮】
今回発表するにあたり、学生から承諾を得ている。

【実際】
2019 年度入学の 37 期生は、現在 1 年目の看護師である。2019 年 1 年次は、例年とかわらず学ぶことが出来ている。

2020 年 2 年次から新型コロナウイルス感染症により、講義は病院からの医師や看護師、他職種による講義を教員が行った。また臨地実習は、初めてひとりで一人の患者を受け持ち看護過程の展開をしていく成人看護学実習Ⅰが学内実習となった。また老年看護学実習Ⅰは、透析室、老人保健施設、放射線科、通所リハの 4 か所へ実習にこれまで行っていたが、コロナ禍により 1 人の学生が透析室、放射線科にどちらか 2 日間のみ行く実習となった。

2021 年 3 年次になってからは、学内実習もあったが、一部を除き実習を受け入れてもらうことができた。学生の受け持たせて頂いた症例から、患者とのコミュニケーションで悩んだ学生が援助するなかで、信頼関係を築けた事例があった。そのことから学内実習で学ぶことも多かったが実際の患者との関わりが学生を大きく成長させて頂いていることを改めて実感した。

また 3 回生の経験録からコロナ前に比べ経験や見学が少なくなっている状況もあり、学生も 4 月から働けるのか不安に思っている声も聞かれた。そのため、卒業 1 年目看護師と 3 回生をリモートで繋ぎ、安心して就職することができるよう交流を持ってもらう機会を作った。学生たちは、就職したことを想像し先輩たちに質問したり、また先輩から 1 年間の様子を聞き「職場は、経験が少ないことを理解してくれているよ」との言葉に安心感を得たようであった。その 3 回生も 2022 年 4 月から 1 年目の看護師となっている。学校にも顔を見せに来てくれ、現在も元気に働いている。

【まとめ】
新型コロナウイルスによる実習の状況は、当校のみならず看護教育においてかなり影響を受けている。この状況の中で、民医連院所の実習の受け入れに感謝している。泉州看護専門学校で、民医連で働く看護師を育成し、各院所へ教育のバトンが繋げられるよう今後も頑張っていきたい。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	みんなでコロナ病棟つくってみた☆ ～患者の立場にたって考えた10ヵ月～

県 連 名 兵庫

院所・施設名 尼崎医療生協病院

発 表 者 渡邊 明日香 職種 看護師

共同研究者 福田 健

【はじめに】

2020年12月に当院で発生したクラスターの経験を活かし、2021年2月より当院でコロナ病棟を立ち上げ、病棟運営を開始した。実際にコロナの症状に苦しみ、亡くなっていく患者様を目の当たりにし、どのようなケアを提供したらよいのかと悩み考えることが多く、看護する中での葛藤があった。患者様が少しでも快適な入院生活を過ごせるように、また患者様、スタッフ共に安全安楽なケアを提供するためにはどうしたらよいか、そしてご家族へのケアについてスタッフ全員で考えて取り組んだ内容をここに報告する。

【課題】

- 1、職員への感染のリスクと隔離されていることで患者様へ提供できるケアに制限が生じてしまう
- 2、患者様、ご家族とのつながりが途絶されている
- 3、職員や疑似症患者様への感染のリスクがある

【取り組み】

- 1・スタッフ全員で病棟に関する基準作成
 - ・ZOOM を利用した多職種のケアへの介入
 - ・COVID-19患者用パスの運用による看護ケアの統一
- 2・医師による定期的なご家族への病状連絡
 - ・オンライン面会、窓越し面会、PPE 着用での室内面会の実施
- 3・PPE の着脱、手指衛生訓練を毎日実施
 - ・パートナーシップナーシングシステムの導入

【結果】

- ・患者様アンケート：「安心して過ごせ、落ち着いて休めた」などの意見をいただいた
- ・スタッフへのやりがいアンケート：「不安な思いを抱えながら過ごしている患者様のために気持ちに寄り添いながらケアをすることがやりがいにつながった」「看取りが多く辛い時期があったが、カンファレンスなどで思いを共有することができた」
- ・スタッフ及び疑似症患者も感染者の発生はない

【考察・まとめ】

実際にコロナ患者様と関わり、病状経過や患者様の苦悩を知った。その中で、スタッフ全員で基準を作成したことで、入院している患者様への適切なケアが提供でき、感染対策への不安の払拭にもつながった。さらに自分たちでつくりあげてきたという実績がスタッフのやりがいにもつながったと考える。これでよかったのか、もっとできることがあるのではないかとスタッフのモヤモヤとした思いはカンファレンスで共有して患者様のケアにつなげたことで、その結果が患者様の声としてアンケートで返ってきた。社会から途絶された患者様とご家族を孤立させることなく、患者様とご家族をつなげる役割を担うことが出来たと考える。病棟目標に掲げている「スタッフ全員で看護の質向上をおこなうことで、患者様とご家族が3西病棟に入院してよかったと思える場を提供する」ことができたと思える。

今後も現状のケアに満足することなく常にこれでいいのかと考え、カンファレンスなどを通じてケアの振り返りを行いながらそのときの情勢に合わせて患者様、ご家族、スタッフの意見をケアの場に反映できるよう取り組んでいきたい。

個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行った。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	コロナに対する現場の本音 ～そこから学んだこと～

県 連 名 愛知

院所・施設名 千秋病院

発 表 者 松崎 美智子 職種 看護師

【目的】

コロナウイルスが発見されて約2年が経過しました。当院でも一般内科病棟でコロナウイルス感染者の対応を行ってきました。病棟スタッフの感染もあり、大変な時期もありました。医療者は様々な不安やストレスのもと、コロナウイルスと戦ってきました。コロナウイルスへの対応が手探りだった時期と少しわかってきた今の現場の本音をまとめ、管理職の立場からの思いを交えて報告をしたいと思います。

【方法】

2年前に実施した無記名の意見箱に投稿された内容と2022年4月に行った病棟内アンケートを比較し報告します。

【倫理的配慮】

意見箱の投稿とアンケートは無記名方式で行い、個人情報是对象者が特定されることはないこと、用紙は厳重に保護しています。

【結果】

コロナウイルスへ対する漠然とした不安は減少しましたが、仕事でのストレスは大きくかかっていることがわかりました。

【考察・まとめ】

ジェンダーレスという言葉聞きなれた今ですが、看護職は女の割合が圧倒的に高い職業です。スタッフのメンタルケアとして連絡、承認、共感というキーワードが見えてきました。そのキーワードに対する対策を今後の課題とし管理を行っていききたいと思います。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	新型コロナウイルス感染症重点医療機関への転換 による病棟編成、看護の実際

県 連 名 青森
院所・施設名 あおもり協立病院
発 表 者 宮田 まどか 職種 看護師
共同研究者 小笠原 めぐみ、近藤 佐央里

【はじめに】
A 病棟の新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）対応は、協力医療機関から始まり、重点医療機関に転換した。重点医療機関として感染者を受け入れるにあたり、病棟看護師全員で業務手順作成など、一から病棟づくりを行った取り組みを報告する。

【研究目的】
重点医療機関での病棟づくりを考察し、今後の業務改善の手掛かりを見出す。

【倫理的配慮】
本研究で知りえた情報は、研究以外の目的で使用しないことを確認した。

【実践・結果】
重点医療機関の看護師配置は、アンケートをもとに決定し、一般病棟からの移行期間は、看護体制、感染管理、外部業者や助手業務内容の共有、討議を行った。短期間で、重点医療機関に携わる看護師全員が業務内容の整理、看護手順作成、病棟内準備を行い、シミュレーションを行っては手順の修正、変更、伝達指導を繰り返した。転換後は感染者がいない日が続き、入院患者受け入れまで他病棟への支援が長引き、一から作成した看護業務手順に対する戸惑いや不安がみえた。そこで、支援を継続しながらシミュレーションや手順確認の時間を確保する事で不安や疑問を解消した。転換から3カ月後に患者を受け入れたが、今までのシミュレーションが功を奏し、スムーズに対応でき、看護師の自信となった。その後定床を上回る患者数を受け入れることになり、コロナにより患者が重症化しないよう感染対策を行いながら緊張感をもって看護にあたることの負担は大きかったが、他部署の協力や、個々の高い使命感により乗り切る事ができた。想定外の定床オーバーに混乱はあったが、自分達で作り上げた手順を遵守し統一した対応をとることで、業務に起因する感染はなかった。

【考察・まとめ】
重点医療機関になるにあたり一から病棟づくりをすることとなった。村上¹⁾は「基礎領域で年間にわたって行われる技術演習は、ロールプレイやシミュレーションといったアクティブラーニングそのものであり、蓄積も大きいと考えられる」と述べている。手順を作り読み合わせるだけでなく、シミュレーションや看護師同士の伝達などアクティブラーニングを繰り返す事で効率的にエビデンスを理解、習得でき、手順の定着につながった。駒沢ら²⁾は「実臨床に基づいたシミュレーション終了後に、デブリーフィングを行うことにより、個人の気づきが含まるだけでなく、共通の問題としてディスカッションする事で医療安全向上につなげることができる」と述べている。手順を繰り返し検討・修正を行うことで自律的に動くことができ、その結果業務に起因する感染者はなく、患者・看護師の安全を守ることができた。自分たちで作り上げた手順を実行し、成功体験と達成感を味わうことで、感染予防に自信を持ち、やりがいに繋がった。この貴重な経験を、重点医療機関終了後一般病棟に転換する際の看護師育成、業務改善に活かしていきたい。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	コロナ禍だからこそ 患者さんにつながる看護

県 連 名 神奈川
院所・施設名 あさお診療所
発 表 者 黒瀧 幸子 職種 看護師
共同研究者 小田木 輝美、濱崎 香子、古川 めぐみ、松原 美保

【目的】
新型コロナウイルス感染症の拡大の中で、私たち診療所の看護師がコロナ禍より前と比べてできなくなったことは多い。しかし逆に「コロナ禍でもできた！笑顔になる看護」はあるのか？振り返りを行うことで、今後の診療所看護の大切なポイントを共有できたので報告する。

【方法】
あさお診療所看護師、総勢5人で日々の看護を振り返った。見えてきたのは「できなかったことは、それほど思いつかない」。できなかったことよりも、コロナ禍だからできたこと、コロナ禍だからやってみたことを振り返った。また、サブタイトルの「大切にしたつながり」という観点からも、コロナだからこそ行えた取り組みをまとめた。

【倫理的配慮】
この発表をまとめるにあたっては個人が特定されないよう配慮した。

【結果】
※ ①できなかったこと②その対策について
1) ①患者さんとのスキンシップ・タッチング
②手の触れ合いを言葉に置き換えて
2) ①健診フォロー（大腸がん検診）
感染拡大で委託検査先が検査中止に
②電子カルテの付箋にフォロー時期をメモして記憶
3) ①乳児を抱えて受診する母親のフォロー
「赤ちゃん、抱っこしててあげますよ」と気軽に言えない
②赤ちゃんを抱っこする代わりにマザーバッグを持つお手伝い
4) ①組合員活動ができない
②つながりを深めるために
・患者さんの受診控えと、看護師からのアプローチ
・3か月フォローの強化
・コロナ患者さんへのフォロー電話
保健所から電話が来ない・・・不安、孤立への気遣い

【考察】
今回、できないことをどう代替してきたかを振り返ってみて、具体的に行ってきたことは、基本と通常を意識して強化しただけなのでは？という結論に行き着いた。また、患者や組合員からスタッフに頂く「大変だね」「ありがとうね」という言葉にも、我々もずいぶん笑顔をもらっているよね、と、私たちも大切に思われていることにも気づいた。いつもの看護をもう少し深く、丁寧に。それがあさお診療所の「笑顔になれる看護」であると感じた。

キーワード：コロナ禍の看護

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	コロナ禍で行った整理整頓で見えたきたこと

県 連 名 宮城
 院所・施設名 坂総合クリニック
 発 表 者 小野寺 祥子 職種 看護師
 共同研究者 石田 なみ子、山崎 恵

【目的】
 化学療法室の環境の見直し・感染リスクの排除を目的に整理整頓

【方法】
 コロナ禍における感染対策を踏まえ、働きやすい、治療を受けやすい環境作りを目標に整理整頓しやすい所から着手 室内の掲示物の整理 掲示物の紙や布に菌が付着することを考慮し撤去した 物の配置変え、断捨離 休憩室の整備

【倫理的配慮】
 本発表内容には個人情報には含まない

【結果】
 室内の壁がスッキリした 作業の動線の短縮につながった 密にならずゆとりのある休憩室を確保 薬剤のパンプレットが探しやすくなった 収納スペースが増えた 業務改善につながった

【考察】
 整理整頓を行うことで働きやすい環境作りができ、また今後の課題を実感した。
 しかし患者が治療を受けやすい環境作りには物理的に不足していること、それらを充実させるには問題が多く、看護師レベルでは解決できない為至らなかった。
 新薬や新規レジメンが増え、同時に薬剤パンプレットや文献も増刊されている。時代に沿った新しい文献や、新薬・新規レジメンのマニュアル作成、その他既存のマニュアルの見直しは今後の課題である。

【まとめ】
 コロナウィルスの感染リスク排除を目的に行った環境整備であったが、効果は不明 環境を整備することにより、動線の短縮・業務改善ができた 密にならないゆとりある休憩室の確保ができた 患者が治療を受けやすい・満足度につながる環境作りは、物理的に解決できない問題が多く難しい 新薬やレジメンを理解し、安全な投与ができるよう文献やマニュアルを整備していくことが今後の課題となる

【参考文献】
 ○新型コロナウイルス「これまで起きたこと」時系列で振り返る (THE PAGE)
 Yahoo ニュース2020/5/13
 ○新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス 表 面 上 生 息 で き る 期 間 B-FutureNews2020/8/26

キーワード：外来化学療法室

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	「手を用いたケア」が定着するまでの取り組み

県 連 名 東京
 院所・施設名 柳原リハビリテーション病院
 発 表 者 近藤 まこと 職種 看護師

【目的】
 忙しい業務に追われる中、法人看護部・当院看護部の方針である「手を用いたケア」を行うためにはどうしたらいいのか。心地よい「快」の感覚を与えることで、患者がやる気や活気を取り戻し、患者のリハビリ意欲につなげることが出来るように意識して取り組んだ。

【方法】
 ①病棟目標にあげる
 ②熱布バックケアの研修に参加
 ③各ユニット1名を選び、入浴日以外毎日ケアを行う
 ④「手を用いたケア」の取り組みについて、毎月のリーダー会議で報告してもらう

【倫理的配慮】
 情報は、研究目的のみに使用。個人が特定できないように配慮した。

【結果】
 2018年度の取り組み。病棟目標に、『手を用いた看護・ケア』に取り組む（熱布バックケア）をあげた。日々の忙しい業務の中で、出来たらやるではなく、どうしたら実施出来るのかをリーダー会議で検討した。ユニットで患者1名を選び、入浴日以外実施出来るようにワークシートにあげた。効果を期待するだけではなく、心地良い「快」の感覚を与えることで、患者がやる気や活気を取り戻すことにつながる、ということを意識して関わった。
 2019年度の取り組み。日勤の負担を減らすため、早番・遅番が行うことへ変更。また、記録用紙の記入忘れが目立ったため、簡易的な用紙を作成したことで記入忘れが減った。
 2020年度、スタッフが毎年取り組んでいる事例にも、熱布バックケアの関わりの報告があった。
 2021年度、各ユニットのとおき事例として、1事例をまとめた。

【考察】
 「手を用いたケア」を、病棟目標にあげた。スタッフと一緒に方法を決めて、実施状況を毎月の会議で報告してもらい、実施出来ない理由を確認して、どうしたら実施出来るか検討し、方法を修正・変更したことで定着につながったと考える。また、研修で熱布バックケアの方法を学び、自ら「快」の感覚を体験したことも、患者に提供したいという行動につながったと考える。実際に体験したスタッフが方法を伝達し、スタッフみんなで取り組むことが出来た。出来たらやるではなく、どうしたら出来るのか、ワークシートにあげることでやることとして意識する。日勤の看護師の負担を減らすために早番・遅番が実施すること、記録用紙の簡素化も定着につながったと考える。
 1年、2年と取り組む中で、患者の声や反応に、スタッフも効果ややりがいを感じていることが、会議の報告で伝わってくるようになった。3年目からは、患者に合わせたケアを選択して実施し、定着出来ていると考える。

【まとめ】
 毎日の業務は忙しく、やらなければいけないことに追われている。コロナ禍でさらに業務は増え、患者とゆっくり接する時間は減っている。面会禁止が続き、家族や友人との接触が絶たれている入院生活の中で、「手を用いたケア」を通して患者に「快」を与えられることは、看護師・介護福祉士の私たちだから出来ることと考え、これからも取り組んでいけるように働きかけていきたい。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	働きやすい職場風土をつくるために ～チームステップを取り入れて4年後の今～

県 連 名 岡山
院所・施設名 岡山東中央病院
発 表 者 浅原 志穂 職種 准看護師
共同研究者 藪中 啓子、佐野 美保子、井上 美佐子

【目的】
岡山東中央病院さくら棟では、2018年度よりチームステップの一環としてブリーフィングチェックシート（以下チェックシート）を使用して取り組みを行ってきた。4年を経過し、ブリーフィングの実践の向上はできたが、ハドル・デブリーフィングの実践意識は薄く、問題解決ができていない状態のまま申し送りになることが課題として残った。そのためにブリーフィングチェックリストを改善していくことを決め、毎日必ずブリーフィング・ハドル・デブリーフィングを実践してもらうように取り組んだ経過を報告する。

【方法】
今年度のさくら棟の職場方針：働きやすい職場風土をつくる。月目標：チェックシートの見直し・内容の充実・実践。
1) Bチーム職員が中心に進める。Bチーム職員が不在時、Aチーム職員が対応、病棟全体で関われるように対応。2) 2ヶ月経過した時点でチェックシートに対しての意識があるか1回目アンケート実施 アンケート結果として意識付けはできていることが確認できた。業務の中で省略できることはないか？なくともいい業務はないか？など提案、検討しブリーチェックシートの見直しを進めて行った。①ブリーフィング 朝の申し送り後、ハドル13:30、デブリーフィング15:00と決める。②他部署の応援職員に対して感謝の声かけ、職員間でありがたうの声かけ意識。歯科から予定表をチェックシートに貼り付け。③高カロリー輸液のインシデント対策で点滴速度、残量確認をハドル・デブリーフィングに追加。④ミニカンファレンスの担当をチェックシートに追加。⑤それぞれの項目を見分けやすいよう追加項目やフリーメモとしてできるように変更。15:00は、オムツ交換時間と重なるため、デブリーフィングの時間を14:55とした。⑥週1回の出来事カンファレンスができていないため、水曜日のハドルのとき実施するようにした。シートの準備は火曜日の夜勤介護士が準備、翌日分の必要箇所記入し全体で取り組む。3) 取り組み変更後の意見を聞くため、2回目のアンケートを実施。
倫理的配慮：職員に対して、文書でアンケートの主旨を説明し同意を得て、院内の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果・考察】
アンケート結果の職員間のコミュニケーションが73%で、業務の支援・提供が81%で「昨年度よりできた。」と回答あり。チェックシートの活用がルーティンとなり、職員の意識もよい方向に向かった。チェックシートを繰り返し変更して実行することにより病棟業務もスムーズに進み、看護・介護も巻き込み職員間での業務の意識付けが可能になった。

【結論】
メンバーによってその日のコミュニケーション度が変わり、とれていない日は業務に支障があるなどの課題は残った。これからもチェックシートを活用し、チームステップの実践と心理的安全性につながっていくように、働きやすい職場風土づくりを進めていきたい。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	経験学習を取り入れた指導の実践 ～YWT ワークシートと1 on 1 ミーティングの 定着化を図って～

県 連 名 山形
院所・施設名 本間病院
発 表 者 本間 由妃 職種 看護師
共同研究者 市町 有紀、福井 かおり

【はじめに】
A 病院外来では外来診療業務以外に内視鏡室業務や手術室業務など、習得する看護技術が多岐にわたる。スタッフも卒後1年目から既卒者と経験年数やキャリアもさまざまであるため、個々のスキルや個性に合わせた指導や関わりが必要であると考え、YWT ワークシートと1 on 1 ミーティングを活用して、自ら学習の必要性に気づき学ぶ経験学習の方法を取り入れた。また、面談者の「聞く力」のスキルアップを行ったことで、より効果的な指導となった。

【目的】
スタッフの個性や職場環境に適した指導方法を明らかにする。

【倫理的配慮】
全対象者に研究の主旨を説明し研究に対する同意を得た。

【取り組み内容】
対象：新しい業務に携わるスタッフ4名
A氏：中途採用の臨時パート看護師2021年10月18日～ESD 介助
B氏：卒後1年目看護師2021年4月～外来処置室業務
C氏：14年目看護師2021年12月～手術血圧係
D氏：看護助手2021年10月25日～外来診察介助
期間：2021年10月～

【評価方法】
① YWT ワークシートを対象者から記入してもらう。
② YWT ワークシートを使用して、面談者と対象者が1 on 1 ミーティング（以下1 on 1 とする）を行う。
③ 対象者へのアンケート

【結果】
対象者全員がYWT ワークシートを活用して「良かった」1 on 1 の間隔「良かった」と回答。
A氏：細かく書き出すことで次にやる事が明確になり今回の課題を意識し業務に取り込むことができた。
B氏：自分が何を感じて学び、次回どのように実践するか課題等イメージしやすかった。YWT を使用したことで客観的に振り返ることができた。
C氏：次回注意すべきところがはっきり分かった。
D氏：区切りよく面談して次の業務の振り返りができた。

【考察】
自らの経験の意味を多様な視点から振り返る内省は、経験学習による部分が大い。自分以外の考えや視点が加わる1 on 1 がより効果的で学習者の支援に必要なアプローチだったと考える。面談者が1 on 1 において、個々へ問いかけや内省の手助けを行えたことで、自ら課題に気づき解決する力の向上につながることができたと考える。現場に適した指導方法とスタッフに寄り添った指導の有効性について気づくことができた。看護の現場は、日々の忙しさの中で成長にとって大切な経験が、ただの一時の経験として流れてしまうことも多い。日々の経験を定期的に振り返り、学習につながる振り返りとなるよう機会を作り、適切な支援を行うことが必要であると考え。

【おわりに】
面談者として1 on 1 にて現場の状況を体感することにつながり、管理者としてマネジメントにも役立つ経験や情報の習得にもなった。今後もよりよい人材育成と職場環境の向上に取り組んでいきたい。

【参考文献】
1) 実践！1 on 1 ミーティング P26 本田賢広 日経文庫
2) 看護管理 スタッフの自律的な成長を促す「1 on 1 ミーティング」 2020 NO10 医学書院

04 ⑧職場づくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	ユニットレクから得た、「楽しい」のプロセス

県 連 名 新潟

院所・施設名 特別養護老人ホームあがうら

発 表 者 松尾 美貴 職 種 介護福祉士

【はじめに】

特別養護老人ホーム A は、開設から 9 年が経つ。ユニットのレクリエーション（以下、レクと表記）から得た入居者の「楽しい」のプロセスを振り返る。

【倫理的配慮】

個人情報保護の観点から、研究に協力しても不利益が被らないよう、十分な配慮をする。

【取り組み紹介】

以下、今まで行ったレクの内容の一部。・2017年11月 柿ジャムとクロワッサン 市販のパイシートを切り分けた状態で、入居者に生地を丸めてもらったものを焼いて提供。ジャムはスタッフが作成して提供。・2018年3月 桜餅 多めの米飯ともち米に食紅をつけて炊いた生地を、入居者に取り分けてもらい、あんこも適量に生地に乘せ、桜の葉で包んでもらい提供。・2018年7月 七夕演奏会 スタッフが用意した楽器で演奏し、フルート・鍵盤ハーモニカ・ホルンで「七夕様」の演奏をした。入居者にも楽器（トライアングル・鈴・カスタネット）で参加しながら、合唱。・2019年6月 あやめ・ドライブ 施設のハイエースで外出し、家族も参加して見学。・2020年1月 誕生日会 苺を入居者にカットしていただき、ケーキに添えて提供。誕生日の方に、プレゼントの贈呈。・2020年8月 ジェラート作り ジェラートの機械にスタッフが市販の冷凍のアップルマンゴーを入れて、入居者に機械のレバーを下げてもらい、ジェラートを取り分けてもらい提供。

【考察】

入居者が特に楽しんでいる内容には、①自分で体験できること、②非日常的であること、③達成感があること、④喜びを感じられること、⑤参加できている一体感が得られること、が含まれていると考える。①は、残存能力を活かしながら、単調でも手ごたえがある作業を行うこと。丸めたり、物を切ったり、分けたりすることを考えながら行う過程は、主に調理の工程。女性の入居者は特に、調理が好きな方も多く、三角巾やエプロンをするとはりきっていた。②日常生活とは違う雰囲気では何かが行われるということで高揚感を生む。その季節や時期の説明をしたり、レクにちなんだ小道具を用意したりすると、いつもは出ない反応を引き出す。③調理に関ったものが完成品として出ると、入居者の活躍できる場ができる。④誕生日をスタッフや入居者同士で祝ったり、喜びを共有する時間をもつこと。⑤居室から離床して参加することで、他入居者と顔を合わせる場をもつこと。また、楽器の演奏はメロディーをスタッフが演奏することで、どのタイミングで入居者が楽器を鳴らしても全体にまとまりがある。

【まとめ】

ユニットケアは、家庭的な雰囲気与生活することを貴重としているため、日常的に体操を行うことがないが、レクを通して刺激を取り入れられる時間になっている。また、感染症に配慮が必要な現状でも、ユニットが10名単位のため、個別の意向に沿った内容を取り入れながら対応できるため、ユニットの特徴を活かした活動を継続している。

04 ⑧職場づくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	法人教育委員会で学び実践する ～互いに安心して働ける職場を目指して～

県 連 名 東京

院所・施設名 ケアプランセンターいきいき

発 表 者 大川 幸子 職 種 介護職員

共同研究者 丸井 智佳子

【目的】

職員チームは皆、異なる価値観を持つ人々の集合体である。こうした中で、職員相互の理解や相互支援を高めていく事や誰もが安心して発信ができる職場づくりを目指し、法人教育委員会は活動開始から4年となる。委員会の大きな目標に「学習する組織」の継続学習を掲げたが、難しすぎて挫折した経過もあった。そこで一旦仕切り直し、ひとりひとりの思いを大切に相互理解ができる組織づくりのため学習を継続してきた。その事により本来の目標に近づきつつ「わたし・そしてチームそのもの」が少しずつ変化してきた。

【方法】

法人教育委員会の委員会メンバーを各事業所（5事業所）から1名選出し、月1回（2時間）定例開催。講師（元民医連職員）配置あり。この間の学習内容は、①学習する組織・②コミュニケーションスキル・③コーチング研修・④ファシリテーター研修・⑤ダイアログの学習と実践・⑥心理的安全性について学習・⑦事例発表会・⑧ストーリー テリング形式での事例発表会を開催した。特にダイアログの学習と実践は、委員会開催毎に委員会メンバーが各事業所等で取り組んできた経過を指定用紙にまとめ、委員会メンバーでも共有し振り返りを行っている。

【結果】

「学習する組織」を学ぶという大きな目標に途中挫折した経過があったが、この事により相互理解に必要なコミュニケーションスキルをはじめ、更にダイアログの学習と実践を継続する事で「異なる価値観を持つ者同士を深く理解できる」事に徐々に結び付いてきた。また上記学習内容を積み重ねてきた事により、心理的安全性の本質的理解が深まり、皆が参加し意見を出し合う事で、誰ひとり取り残さないチームづくりへの意識が高まること。そして学びを続け、深める事でチーム全体の前進に発展していくツナガリを肌で感じるようになってきた。

【結論】

さまざまな学びを積み重ね、振り返りを進めてきたこと。加えて事例発表会の連続開催は苦勞が付き物だが、昨年度はストーリーテリング形式で発表を行った事で「心を揺さぶられながら対象者をより理解することへの学びにもつながった。教育委員会の学習は、単に共感しあえるだけでなく、積極的な意見を出し合えることで相互の信頼が深まり、この事で利用者に寄り添ったより良い介護に繋がる事が理解できる。そして、組織として同じ方向を向き・進むことの重要性が理解できた。

【まとめ】

異なる価値観を持つチームの中にいる私たちは、他者理解を深めつつ更なる自己理解へと発展を遂げている。学びの継続やチームでの振り返りが心理的安全性を高め、チームの前進に結び付く事を訴えたい。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	ずっと働きたい！と思える職場を目指して 一聞き取り調査からみえてきたことー

県 連 名 新潟
院所・施設名 ヘルパーステーションほっと新潟
発 表 者 岡村 朝子 職種 介護福祉士
共同研究者 松田 ゆり子

【目的】
・働きやすい職場とは何か、から課題を見つけ、離職を防ぎ新しい人員確保につなげる。
・ヘルパーを続けるモチベーションとは、から職員育成の方法を検討する。

【対象】
全スタッフ

【方法】
個別に面談しながら、アンケートの聞き取りを行った。

【倫理的配慮】
全スタッフに、研究の目的・内容、研究結果は論文発表に使用する事を説明し同意を得た。また、氏名や個人を認識する情報は一切使用せず匿名性を守る。

【結果】
①介護職としてなぜ訪問介護を選じたのか
・求人に興味を持ったから
・時間の融通がきくので働きやすいから
・時給が他より良かったから
②訪問介護でやりがいを感じる時はどんな時か
・利用者の笑顔が見れた時
・体調変化に気付き、悪化を予防出来た
・在宅看取りで家族の助けが出来た時
③訪問介護で不安を感じたり、困った時はどんな時か
・タバコやゴミの悪臭が強い
・利用者の強い言葉に我慢できない時
・拒否がある時
④職場に対する要望
・担当者同士で話す機会が無い
・問題ケースのカンファレンス希望
・手順書が整っていない

【考察】
働きやすい職場とはなにかについて、職場への要望で一番多かったのは「担当者同士で話す機会が無い」だった。タブレットを導入してからコミュニケーションが不足していた為、支援している中で不安や心配なことを直接サ責（サービス提供責任者）へ報告し相談したり、他のヘルパーと支援中の利用者の情報や様子を共有できる場があるとやはり安心できると感じた。訪問介護は1人で考え決断する事が必要な場面が多い為、不安にならない様にチームで対応できる方法を検討したい。ヘルパーを続けるモチベーションについて、やりがいを感じる時は「利用者の笑顔が見れた時」が一番多く、支援することで頑張ったかいがあった、また頑張ろうという気持ちになり、日々の支援が達成感に繋がると感じた。そのようなエピソードを事業所内で共有できる場を設けたいと思う。

【まとめ】
「あんた達がいるから、何とか夫婦二人で家にいられるテ」と言ってもらえる事はそうそう無い。介護職は世間ではあまり良いイメージを持たれていないが、実際は在宅を支える素晴らしい仕事だという自信、自負が私たちにはある。聞き取り調査後サ責は今まで以上に意識してスタッフに声を掛け、様々な声を拾うようにし、またスタッフ間でも情報交換や世間話をする姿が増えて来ている。これからもやりがいを事業所内で共有し育成に役立て、個々のスキルアップやチーム力アップも忘れず、訪問介護の仕事を他へ発信していきたい。

04 ⑧職場づくり	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	法人研修が始まって、自分たちの介護について考 察してみました

県 連 名 福岡
院所・施設名 デイサービスひまわりはらだ
発 表 者 渡邊 千鶴子 職種 看護師
共同研究者 本田 陽子、小野 一幸、白石 成美、
唯松 直樹、白濱 光代、有田 良子、
山本 佐代子、増山 洋子、伊東 幸子

【目的】
デイサービスひまわりはらだは開設して16年を迎え、現在は地域密着型通所介護事業所として10名の職員で運営している。
法人で綱領や理念を学ぶ集合研修が始まり、自分たちの介護について振り返ってみた。

【方法】
職場会議で気になる患者さんについて検討し、学んだことをレポートする。

【倫理的配慮】
研究結果を発表することについて、本人や同居家族の承諾を得、さらに個人が特定できないよう個人情報保護に配慮した。

【結果】
検討した事例①
80代の女性で一人娘の家族と同居されている。帰宅願望が強く、ある日そのことを娘さんに電話をしたところ、翌日「母を預けていることを責められているよう気がした」と連絡があった。一人で母親の面倒をみて、子供の不登校にも心を痛めておられる状況を話された。複数の職員で検討した結果、安易に家族に電話をせずに家族の置かれている状況も考慮することを確認した。
検討した事例②
60代男性でアルコール依存があり、一人暮らしをしている。デイサービス利用日も強い尿臭があり、飲酒してこられることが多い。他の利用者の不快な思いもあるが、安易に利用を断らず、利用者の思いを傾聴しながら飲酒せずに来所できる方法はないか検討した。
この2事例をととして、問題発生時は職場会議等で集団的に検討する事、利用者の生活背景を理解する事、利用者の思いを傾聴する事、そして、多角的視点で考えることを学んだ。

【考察・まとめ】
法人の集合研修終了後、全員に「研修で学んだこと」、「職場会議で事例検討して学んだこと」をアンケートした。
「事例検討は有効であること」、「介護の仕事は、生活を支える視点が大事であること」、「介護職として成長したい」、「理念学習は実践の振り返りをする上で大切だと思うし、綱領に基づいたものと再認識できた」等が書かれていた。
利用者が住み慣れた地域で生活できるように支援することが、私たちの役割である。今後もアットホームな雰囲気を利用して利用者大切に事業所であり続けたい。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	格差時代に安心なサポートを!! ～ SDH の視点を育むために～

県 連 名 福岡

院所・施設名 みさき病院

発 表 者 平山 悟 職 種 介護福祉士

共同研究者 藤原 由佳

【はじめに】

退院支援を行う中で、困難事例が多くあり、その背景に着目した時に、入院前の生活状況や周囲との関わりなどの問題が多く存在している。健康の社会的決定要因（以下 SDH と略す）の視点を取り入れ、支援を行うことで患者の生活背景に目を向け、必要な社会的サポートが得られるようになると考え、SDH の視点を病棟全体で周知し必要な支援を行っていけるように取り組みを行ったので、ここに報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮を行い、事例検討の場合は、対象に口頭で説明し、同意を得て行う。

【方法】

- 1) 病棟主任が、病棟職員に SDH についての概要、SDH の視点「10項目」について学習会を行う。
- 2) 病棟主任が、SDH ニュースを毎月発行。ニュースは休憩室に掲示する。・ニュースの内容は入院患者1名を選定し、SDH の視点「10項目」で分析。・入院前の生活背景や現状を踏まえ必要な支援内容を病棟職員へ提示し検討。
- 3) SDH の視点で情報収集できるように病棟主任が参考例を作成し病棟職員へ提示する。

【結果】

- ・病棟職員が、学習会により SDH の視点について知る機会となった。
- ・毎月病棟主任が SDH の視点で分析し、検討した支援内容を提示していくことで病棟職員の SDH の理解が深まり意識付けとなった。
- ・参考例の作成により、病棟職員が詳細な家族構成や生活背景を聴取する内容を具体化できた。

【考察】

退院支援を行う中で、日常生活動作（以下 ADL と略す）や介護者の状況に目を向けサービスを検討することが多い。検討した事例の中で、生活環境や金銭管理に不安があり、社会的孤立の状態となっていた。そのため社会的孤立を招かないように、サービスや支援の調整を行い、退院後も周囲のサポートを受け、健康的な生活を送ることが出来ている。日々、支援している事例の中で、社会的背景など様々な問題を抱えている事例は多くあると考える。病気の治療が済んだら退院、ADL が向上したら退院という支援では、また元の生活に戻り、同じことが繰り返される。早い段階で、社会的問題に気付き支援していく為に、SDH の視点で情報収集を行い、多職種で共有し社会的サポートや支援内容を検討する必要があると考える。今後は、病棟職員が主体的に SDH の視点で退院支援に取り組み、SDH の視点を養っていけるように病棟主任がサポートを行い関わっていく。

【おわりに】

健康格差はライフスタイルや環境などの違いにより起こるが、これらを決定しているのは、社会的、経済的要因である。誰もが平等に社会的サポートが得られるように、今後も継続した取り組みを行う。

キーワード：SDH の視点、情報収集、社会的サポート

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	病気の背景に目を向け寄り添う看護を目指して ～ SDH の視点を看護のものさしに～

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連あすかい病院

発 表 者 津田 はるみ 職 種 看護師

【はじめに】

SDH の視点で「なぜ？」を重ねることで患者を捉える目が広がると言われている。気になる患者の病気の背景を SDH にあてはめることで必要なケア介入が行なえ、健康増進や予防を考える上で重要な視点であると考えた。

【目的】

気になる患者の置かれた背景を SDH にあてはめ問題点を導きだし、どのような援助が必要が明らかにする。

【方法】

対象者3名の事例研究を行った。

【倫理的配慮】

研究者が所属する倫理委員会で承認を受けた。研究対象者へは口頭書面による説明を行い書面による同意を得た。

【結果】

事例 C 氏は、尿路感染、体動困難を主訴に緊急入院となった。失禁状態で衣服の汚染異臭があり、臀部や下肢に褥瘡を形成していた。SDH にあてはめ、『社会的格差』『ストレス』に着目、認知機能低下の恐れ、生活支援の介入が必要とアセスメントした。プランは、MSW 介入、介護保険申請、セルフケア向上とし生活再建を目指した。

事例 D 氏は、パーキンソン病で夜間の症状悪化の度に、CM・在宅スタッフへ頻回の問い合わせが続いた。病状コントロールと在宅スタッフの疲弊のため入院となった。SDH にあてはめ、『ストレス』『社会的支援』に着目、身体能力の低下、在宅スタッフの負担増大をアセスメントした。プランは病態コントロールと、介護サービスの再調整とした。

事例 E 氏は、自宅での BPSD 症状が悪化し、母親の介護疲労でレスパイト入院となった。母親は、「私にきつくあたり胸が痛む、今は、介護の心配がなく良く眠れる、時間が経つと寂しい。」と言われた。SDH にあてはめ、『ストレス』『社会的支援』に着目、介護困難リスクをアセスメントし、プランは、定期的レスパイトと施設入所の検討とした。

【考察】

武田は、「健康格差の社会的な要因である SDH の存在を知っていれば、その患者が治療を続けるために何が必要なのかがわかり、本当の意味で患者を助けることにつながる。」と述べている。事例 C 氏の結果から患者の身体的な健康だけでなく、患者の経済的・社会的状況によって左右され、適切な治療をすることだけが健康ではないということがわかった。加地は、「「どうなっているの？」と一歩踏込んで、初めて事実が見えてきます。」と述べている。これは、D 氏 E 氏の事例から得られる事ができ、情報収集した内容をまとめる中で、『気になる』という疑問がおり何に困っているのが明らかとなった。患者の見えている部分だけでなく、生活背景を考える上で、SDH の視点で患者家族に起こっている事実を捉えアセスメントし、解決策を検討していくことが重要であると考えた。

【結論】

SDH は、患者のおかれた生活背景を捉え、問題点を導き出すことができる。そして、必要なケア介入や健康増進・予防を考える上で重要な視点である。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	神経難病とがんを抱えた利用者の在宅看護について考える～ パーキンソン病と肺がん末期で在宅生活を支援した利用者の事例を 振り返って ～

県 連 名 京都
院所・施設名 あすかい病院
発 表 者 小原 久美子 職種 看護師

【目的】
基礎疾患にパーキンソン病を持つ患者ががん末期になったことで病状変化が捉えにくく、在宅主治医と神経内科の主治医が別院であったことから綿密な連携が必要であると思われた症例であった。ACPを考える中、患者や家族の希望に寄り添うためにできることは何かと思い、事例を振り返ることで今後の在宅生活支援の参考にしたいと考えた。

【方法】
カルテから情報を振り返り事例検討。家族の思いを知るためにお悔み訪問を行った。

【倫理的配慮】
所属施設の看護研究倫理審査委員会の認可を得た。また、患者家族に研究の趣旨を説明し、書面にて同意を得た。

【結果】
神経内科主治医の A 病院から退院当日に往診を再開し、緊急カンファレンスの 2 日後に急変。臨時往診し呼吸苦にて救急搬送し往診主治医 B 病院入院。その 3 日後に逝去された。逝去から 14 日後にお悔み訪問を行い、夫と娘へインタビューを行った。夫からは「早かったわ。もう少し元気で過ごしてくれと思っていた。」娘は「家で看ようと休みを調整していたが残念。コロナのことで面会制限があったが、医師からこまめに状況報告をいれていただき、面会できるように特別に配慮してもらった。最期は苦しまなかったのよかった」と涙される場面はあったがいろいろ思い出話を聞くことができた。

【考察・まとめ】
基礎疾患であるパーキンソン病をもつ患者ががん末期となり、A 病院と B 病院の医療管理であったため、治療方針の一貫性を図るため密な連携が必要となった。A 病院へ入院されたものの本人の帰宅願望が強く退院前カンファレンスを開催することもなく退院となったことで在宅調整や情報共有が不十分であった。その状況で退院後 2 日目に急変し最期を B 病院で迎えることになってしまった。そのような状況が本人家族の意向だったかと考え、お悔み訪問に伺った。訪問で家族からは後悔の言葉は聞かれず感謝の言葉を話された。終末期患者の家族の思いを理解し支援するには家族のニーズを理解する必要がある。鈴木は「ニーズを満たすことは看取りの満足度が得られ、死の受け入れや悲嘆過程がスムーズとなることから、予期悲嘆への効果的な支援につながると考える」と述べている。今回の事例だけでなく COVID19 の感染蔓延の中、今までとは違う環境下において在宅サービスと医療機関との連携が取りづらいことも多い。家族も入院中は面会できず、現状を把握できないままに退院を迎えてしまう。このような社会的背景をふまえ、本人や家族の希望を丁寧に情報収集し退院時の状況を正しく理解しやすい形で伝え、在宅サービスと医療機関の連携をさらに密にチームとなって支援していくことが重要であると再確認できた。今後は看護師として複数の専門医との連携にも力をいれ、現状を医師が把握できるよう情報収集し伝達することや多職種でのカンファレンスを開催し意思統一をはかり患者・家族を支えていきたいと考える。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	社会的バイタルサインを捉え患者の健康権を保障するカンファレンスの実践

県 連 名 北海道
院所・施設名 勤医協札幌病院
発 表 者 幌 沙小里 職種 看護師
共同研究者 中川 舞

【はじめに】
A 病院 B 病棟では社会的バイタルサイン（以下 SVS）アクションシートを用いた SVS カンファレンスを行っている。SVS は健康の社会的決定要因（以下 SDH）の状態を反映する指標で構成されており、SVS アクションシートを用いることで、患者の社会経済的背景に今何が起きているのか（What）、なぜ起きているのか（Why）、どのようにするのか（How）を整理することができる。多職種が個々に持っている情報を系統的に整理しながら共有することで、医療者の陰性感情のコントロールや患者への支援に関する視野が広がる等の効果がある。SVS カンファレンスにより介入の糸口を見いだし、安全な療養生活の継続を支援した事例を報告する。

【目的】
患者の SDH に目をむけ、介入を検討する SVS カンファレンスの有効性について実践事例を基に検討する

【方法】
事例検討

【倫理的配慮】
個人情報とプライバシーの保護に配慮し、患者及び関係職員へ了承を得るとともに、院内倫理委員会の承認を得た

【実践事例】
C 氏 79 歳男性：アルコール性ケトアシドーシスによる入退院を繰り返す中で徐々に認知症が進行し、独居生活の安全な継続が難しくなっていた。病棟や外来でカンファレンスが行われていたが、C 氏はサービス導入に消極的で、キーパーソンの姪も医療や行政への不信感が強く協力関係を作ることができていなかった。看護チームは、早急な介入は必要なものの、「どうせまたうまく行かない」というもやもや感を抱いていた。そこで、今後の支援の在り方を改めて考えるため、以前のカンファレンスや診療時の記録、関わっていた多職種からの情報を集め SVS カンファレンスを実施した。従来のカンファレンスは問題提起型で、問題点や困難感などのネガティブな情報が多かったが、SVS アクションシートの項目を網羅的に埋めることで、客観的な情報やポジティブな情報も見えてきた。その結果、C 氏的生活背景や性格、希望、暮らしぶりなどが見え、アルコール問題はありつつも地域で頑張って生活してきた高齢者であることを再認識し、C 氏が希望する生活を安全に継続するために姪夫妻と協力し、病棟・外来・在宅部門と連携して支援を継続できた。

【結果】
SVS カンファレンスにより、関わる職員の陰性感情やもやもやを軽減し、困難事例への介入の糸口を見い出した。患者の SDH に目をむけるカンファレンスは、健康権を保障するチーム医療の実践に有効である。

【考察】
SVS カンファレンスにより、なぜ現在の困りごとや事実が起きているのか考え、「困ったアルコール症例」から、「地域で頑張って生活してきたが、安全に暮らすことが困難になってきた高齢者」と捉え直すことができた。結果、すぐに介入し大きく環境を整えることは難しくても、自己責任として介入を諦めるのではなく、少しでも安全な生活を保障できるよう医療・介護連携をしながら療養支援を継続することができた。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	生活困窮者となり受診を控えることになった 患者の問題点と課題 ～ SDH の視点で考える～

県 連 名 長崎

院所・施設名 上戸町病院

発 表 者 川口 弥生 職種 看護師

【はじめに】

現代社会において生活困窮者の増加は、日本社会が生み出した問題の一つとなっている。さらに、新型コロナウイルス感染症の蔓延、長期化で経済は低迷し雇用は打撃を与えた。コロナ禍で生活困窮に拍車がかかり受診を控えた患者について SDH の10項目について分析を行った。介入について考察した結果と今後の課題について報告する。

【倫理的配慮】

発表の目的の説明を口頭で行う。また、回答による不利益は被らないこと、データは発表目的外には使用しないことを口頭で説明し同意を得る。聞き取りに当たっては他者に話が聞かれない時間・場所等に配慮し、個人が特定されないように留意する。今回の発表は、倫理委員会の承認を得て実施した。

【事例紹介】

50歳代男性 病名：2型糖尿病、睡眠時無呼吸症候群、右内側半月板損傷 独居 両親は他界 姉2人は疎遠 性格：人に頼れず、自己解決するタイプと自己分析されている。

(本事例とSDHの関係)派遣社員としてIT関係の仕事に就いていたが、コロナ禍で雇止めにあい他職種の資格取得を目指した。その間、受診が中断がちとなったが、外来看護師の電話かけがきっかけとなり受診再開に繋がった。治療費の支払いが困難ということが受診中断の原因と判明した。家族からの支援は望めずMSWが介入するに至った。その結果、税金の分割支払いや社会福祉支援制度の緊急小口貸付特例貸付や無料定額診療事業を利用することができた。

【考察】

社会的決定要因を分析した結果、経済的ストレスが大きい状況であると考えられた。受診中断となった最大の原因は、健康を気遣えないほど経済的に余裕がないことであった。受診控えは疾患の悪化に繋がるため、医療従事者によるヘルスリテラシーを向上するサポートが必要である。また、定期受診が続けられるように他職種で情報共有し、意思に沿った切れ目のない支援を行っていくことが必要である。

【終わりに】

生活困窮者は、一見判らないことも多い。そのため、意識して網羅的な情報収集を行うことが必要である。診療時間という限られた時間で、SDHを意識した情報収集ができるよう学習会を行っていくことが今後の課題である。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	電話診療から見えた問題点 ～患者のシグナルに気付くために～

県 連 名 福岡

院所・施設名 戸畑けんわ病院

発 表 者 浦岡 孝子 職種 准看護師

共同研究者 樋田 綾、原 慎 めぐみ

【はじめに】

2020年4月、A病院の外来では、新型コロナウイルス感染症(以後、新型コロナ)の感染拡大防止の観点から、電話診療を開始した。今回、慢性疾患患者が数回電話診療を行う間に、急激な日常生活動作の低下があり訪問診療に至った事例を基に、見えてきた外来看護の課題を報告する。

【倫理的配慮】

健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている。

【事例紹介】

B氏 70歳代 男性 気管支喘息、脳梗塞後遺症、妻と2人暮らし、昼間独居、要支援2、デイサービス週2回利用中。

【経過】

新型コロナの感染拡大に伴い、患者の希望により電話診療を7月～10月まで計4回行った。B氏は以前より労作時の呼吸困難はあったが、電話診療期間の症状悪化はないと話していた。ケアマネジャーも家庭訪問を控えていたため、情報共有に限界があった。感染の不安からデイサービスの中断や外出の機会が減ったことで、下肢筋力が低下し、転倒を繰り返した。11月より外来通院となるが、妻より介護量が増え、通院が困難と相談を受け、訪問診療を開始した。

【課題】

厚生労働省は、「オンライン診療で得られる情報は限られていることから、対面診療を組み合わせる必要がある¹⁾」と述べている。B氏の場合、コロナ禍での感染への不安や、外出自粛などの要因が重なり、電話診療を繰り返す中で、看護師が直接会話をする機会が減少したことや多職種と情報共有がタイムリーに行えなかった事が体調変化の気づきが遅れた要因である。このように、電話診療のメリットは、感染のリスクを低くでき、家族の付き添いなどの介護負担の減少、受診時間や交通費の節約等が挙げられる。しかし、デメリットは①病院は患者の現状把握が困難②患者は病院へ相談をする機会が減るという問題がある。A病院の外来患者平均年齢は71.9才と高齢者が多い。数か月で心身の変化が起こる事を考慮し、対面と電話診療の混合診療の中で、積極的に患者と関わる事が大切である。また、電話診療を繰り返す患者をプロブレムリストに上げ、身体的変化や生活背景の変化を多職種と共有する事が、必要な援助に繋がるのではないかと考える。

【まとめ】

今後、新型コロナが拡大する中で、さらに電話診療のニーズが予想される。外来看護として①対面と電話診療の混合診療の設定②電話診療時の患者からの情報収集③プロブレムリストで追跡④多職種との情報共有など電話診療が継続している時は、患者へのアプローチ方法を見直す必要であり、チーム医療で支えていく重要性を感じた。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：オンライン診療の適切な実施に関する指針
2021年6月20日閲覧。
<http://www.mhlw.go.jp/content/000534254.pdf>

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	多職種チームでの包括的・連続的な糖尿病ケア

県 連 名 長野
院所・施設名 上伊那生協病院
発 表 者 唐澤 ゆう子 職種 看護師

【はじめに】
経済的理由により適切な治療を受けることが困難で糖尿病・腎障害の増悪をきたした患者が、入院をきっかけに病状の理解を深め前向きに治療を受け入れることができた。治療の他に多職種間の連携が必要不可欠でありその重要性を学ぶことができたため、ここに報告する。

【患者紹介】
A 氏 50代男性 独居 既往歴：高血圧症 高脂血症 糖尿病 心不全 家族：姉・弟

【倫理的配慮】
対象者に不利益や負担が生じないことを配慮し、本人・倫理委員会に承諾得た。

【入院までの経過】
浮腫、目のかすみ症状あるも経済的困難で保険証なく社協へ相談し、当院受診。糖尿病性腎症によるネフローゼ肺水腫、胸水多量貯留あり、B 病院へ紹介後やや症状改善するも経済的問題と本人の希望により、治療継続のため当院へ入院加療となる。

【入院後の経過】
入院時浮腫著明。利尿剤・降圧剤内服、酸素投与、減塩食、水分制限開始。睡眠時無呼吸症候群診断あり、夜間 CPAP 開始。内服薬自己管理開始。MSW 介入にて生活保護受給決定。本人の希望でエアロバイク運動許可あり自発的に実施する。本人・リハビリスタッフ・MSW にて自宅訪問実施し、水道修理の必要性とローン問題が判明。栄養士による栄養指導 3 回実施、食料を保存し「自分で作りたい」とレシピを見る様子あり。IC にて、内服・食事療法・CPAP 継続、月 1 回受診指示、退院許可あり。MSW 中心に関係者会議を複数回実施し、姉弟の支援を調整し自宅へ退院。退院後、外来受診継続、自炊に励み毎日の食事をノートに記録し続けているとのこと。

【考察】
糖尿病は病状の理解と自己管理が必要だが、経済的理由で受診できず症状の増悪に至ったという社会的問題があり本人の問題だけではないと言える。「病気を放置していた。自宅に戻っても仕事はないし入院をきっかけに今後の生活を考えていく」という発言から治療を前向きに受け入れているが、退院後も必要な治療が継続可能なのかを見据え、自宅の生活環境を整える必要があった。また、「運動がしたい」「飲水量を増やして欲しい」の希望を汲んだ事で、自発的な取り組みや食事への関心がみられ、意欲を引き出せたと考えられる。MSW 中心に経済的問題に配慮しながら行政も交えて多職種間で会議を重ね情報を共有し、退院調整を進めていった事から、看護師だけではなく、あらゆる専門分野の関わりにより退院後の生活が形成されていくと学んだ。治療や指導といった看護の視点だけでなく、患者の背景を知り生活環境を整えていくためには多職種間の関わりが重要だと学ぶことができた。今後出逢う様々な患者の、背景を把握しながらの看護の実践に生かしていきたい。

【まとめ】
糖尿病は長期的なケアが必要であり、看護師だけではなく多職種がそれぞれの専門的視点を持って患者に関わりと同時に、チーム間の連携を密に取って同じ目標に向かって進んで行く必要があると学んだ。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	寄り添う気持ちが相手の心を溶かす

県 連 名 香川
院所・施設名 高松協同病院
発 表 者 川内 剛 職種 介護福祉士
共同研究者 谷 亜季子、宮地 真由美

【はじめに】
豊かな国の中でも収入の高低差があり、収入が低いほど健康状態が悪い。これらを決定しているのが政治的、社会的、経済的要因であり、生まれた社会によって健康格差ができることは本人の責任ではなく社会が引き起こしている不平等である。ソーシャルバイタルサイン（以下 SVS）を用いて、健康の社会的決定要因（以下 SDH）を知り、生活再構築に向けて寄り添う気持ちの重要性を学んだのでここに報告する。

【倫理的配慮】
本研究は院内倫理委員会の承認を得ている。

【対象】
60歳代女性、バイクで通勤中に乗用車に衝突して左大腿骨遠位骨間部開放骨折、左膝蓋骨骨折を受傷。既往歴は高血圧、2 型糖尿病。

【生活歴】
20歳代で結婚、30歳代で離婚し、現在は借家で独居生活。自宅はモノ屋敷 午前、午後で仕事を掛け持ちしている。長男とは疎遠。

【経過】
仕事を掛け持ちすることで時間が無くなり自宅がモノ屋敷になってしまった。その生活に疑問を感じて、SVS アクションシートを活用して整理した。中学生時代から新聞配達を行ってから学校に通う日々だったことや学校卒業後は、職場を転々としながら生計を立てていたこと。離婚をきっかけに子供と連絡を取っていない。賃貸の一軒家で仕事帰りにスーパーの値引きしているお弁当を買って好きな時間に食べて生活をしていたことから SDH により生活困難を抱える患者であることがわかった。自宅に帰りたい気持ちが強く、自宅訪問に行くも庭の草木が背丈まで生えており介助なしでは玄関まで入れない状態。自宅の中も足の踏み場がないぐらい物が乱雑に置かれており、生活できない環境になっていた。賃貸の一軒家を引き渡すのに多額の費用が掛かることもわかった。貯金もなく、自宅の片付けを手伝ってくれる家族もいない。受傷の影響から無職となり、希望が全て叶わずメンタル面も落ち退院後の生活にも困ることになった。介護福祉士として何ができるか考えチームに相談して病院スタッフやボランティアに呼び掛けて、2 日間で延べ20名の協力を得て自宅の片付けを行った。入院中に患者と長男の架け橋となり対話する機会を増やすことで徐々に家族関係が修復し、頼れる存在もできた。希望する在宅には帰れなかったが、離れた新しい生活場所も見つかり安堵した表情で退院することができた。

【まとめ】
介護福祉士として患者の近い立場から、社会的な側面にアンテナを張り SVS の情報収集を行ったことで、SDH により生活困難を抱える患者である事に気づけた。表出しやすい環境作りや話を傾聴していくことで寄り添う気持ちが伝わり、拒否していた気持ちを溶かすことに繋がった。心を許せる環境作りや寄り添うことで患者、家族から信頼が得られたと考えられる。患者の病状から退院後の生活を常に考え、ニーズに合わせた生活の再構築に向けた支援が行えられた。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	通院が途絶えた患者に対して、外来看護師として関わって ～ SDH の視点から～

県 連 名 奈良

院所・施設名 土庫病院

発表者 木村 ひなた 職種 看護師

【目的】

退院後の定期受診が中断となった A 氏と関わり、外来診療の限られた時間のなかで患者と関わり通院方法、職業、生活状況などの情報から患者の健康を阻害する要因は身体的要因だけではないことを実感した。SDH の視点から患者をみることの必要性、外来看護師としての役割を学んだのでここに報告する。

【患者紹介】

A 氏、50歳代、男性、25年前に離婚し妻子とは疎遠状態。12年前にトラック運転手の仕事をやめてから生活保護受給中で独居。飲酒中心の生活となっていた。既往歴：9年前にアルコール依存症。出会いはアルコール依存症による全身倦怠感で、20XX 年 5 月初旬から約 3 週間後の退院後の関わりである。

【方法】

20XX 年 5 月下旬、退院 2 週間後の外来受診には来院されたが、肝機能の上昇が見られ、引き続き通院でのフォローが必要と判断し、2 週間後受診指示を行ったが来院されなかった。なぜ、来院されないのか、連絡手段がない、通院手段がない、仕事が原因で受診できないなどいくつか疑問が考えられた。市役所職員、主治医、MSW など多職種と連携し、何度か自宅訪問を行った。3 度目の訪問の末、倦怠感が強く肝機能の上昇、栄養状態の低下もありそのまま入院することとなった。

【倫理的配慮】

本研究において、対象患者を匿名で表記し、個人が特定されないよう倫理的配慮を行った。

【考察】

SDH の視点から人々の健康や疾患が個 責任だけでなく、社会的・経済的・環境的要因により影響を受ける。廣川氏は、外来看護師の役割として、多数の患者の中から外来受診中に看護の必要性のある患者を見つけ出し看護の実践を通して関係性を継続する。"ことを述べている。訴えがなくとも言動や行動からお困りごとに気づき、お節介かもしれないが知識をもった看護師が、目の前の患者に何が必要か予測し継続的な看護を提供する。原因となる社会的決定要因を把握し除外につながる要素を共に考え多職種と連携し、今後も、外来看護師として継続した看護を提供できるようにしていきたいと考える。

【結果】

患者自身の健康は経済的・社会的要因によって左右され、患者個人の責任ではなく健康を阻害する社会的決定要因が SDH の考えである。多数の患者のなかから患者の背景を SDH の視点で介入する必要がある、問題の素質を見抜き観察力を磨く必要があると痛感した。一人の患者に対して多職種と連携し様々な視点から意見を取り入れることで外来看護師としての看護実践能力の向上につなげていきたい。

【引用・参考文献】

- 1) 廣川恵子 (2008) 看護実践から見出した外来看護師の能力 26
- 2) WHO 健康都市研究協力センター
日本都市学会健康の社会的決定要因
確かな事実の探求 第 2 版
- 3) 民医連倫理綱領

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	アルコール依存症患者の回復をささえる消化器内科病棟の取り組み ー依存症対応コンサルテーション派遣事業に参画してー

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連中央病院

発表者 藤岡 志津 職種 看護師

共同研究者 兼先 隼都、長谷川 美智子

【背景・動機】

2020 年からのコロナ禍において、既往にアルコール依存症があり急性肺炎や肝障害で入院となる患者が増加した。また、若年層が増加し、専門医療機関へ紹介する機会も増えた。アルコール依存症のある患者のほとんどは、貧困と孤独など、社会的背景に課題をもつ。その中でアルコール依存症の治療を有す患者の離脱せん妄や無断離院等への対応に苦慮し、苦手意識をもつスタッフの声を聞くようになった。

【取り組み】

アルコール乱用による健康被害を減らし、本人と関わる人たちの心身及び社会性の回復のサポートを行うことを目的とし、2020 年 8 月から院内において「お酒の困りごとチーム」を発足した。消化器内科医師、精神科医師、看護師、PSW、リハビリスタッフなどのメンバーで、月 1～2 回の会議を開始した。会議の中で症例検討や学習会を行い、患者を支援するために、地域医療・福祉機関と連携することが課題であることが明確になった。

その中で、2021 年 7 月から京都府の「地域連携等による依存症早期発見・早期対応モデル事業（厚生労働省）」に参画する機会を得た。事業における依存症専門機関からのコンサルテーション派遣は、月 1 回 1 時間程度、実施されている。依存症専門外来を標榜する医院、精神科病院の精神科医師はじめ、精神保健福祉士、看護師等を迎え、病棟での日頃の悩みや困っていることへの相談や振り返り、事例検討や学習会を行っている。また精神科病院のアルコール依存症治療専門病棟の師長から依存症治療と看護について助言を得ている。

【倫理的配慮】

匿名性に配慮し、部門管理者の承諾を得た。

【結果】

一部の病棟スタッフは、「また入院してきた」と最初はネガティブな感情を抱いていたが、コンサルテーションを通して「何故入院になったのか？その背景に何があるのか？」「本人の生活や成育歴を知ろうと思う感情が強くなってきている」と前向きな意見が変わってきた。入院前の生活状況や今一番辛いこと等、患者の背景に目を向けて看護記録に残すスタッフが増えた。患者の人となり共有でき、「問題のある患者さん」という第 1 印象が弱くなった。

患者にとって、入院期間中は断酒を行う機会であり、短期間の入院継続ができる患者が増加してきた。

【考察】

依存症専門機関からのコンサルテーション派遣事業を通して、依存症の患者についての理解が深まった。普段悩んでいることを直接質問でき、具体的な方法を聴くことができるため、スタッフの負担も軽減し患者の接し方も変わった。また視野を広げて看ることができるようになり、病棟スタッフのアルコール依存症に対する考え方が変わってきた。

スタッフの変化は、患者の入院治療の機会を保障することにつながっていると考える。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・ 介護の質の向上	
演 題 名	当院で長期透析治療をしている患者との関わり ～ SDH の視点を取り入れて～

県 連 名 鳥取
院所・施設名 鳥取生協病院
発 表 者 中村 香 職種 准看護師

【はじめに】
長期透析治療を行なっている患者が、十数年前より適応障害と診断され、トラブルが多く対応に苦慮していた。関わりに活かせることはないかと SDH の視点を取り入れた。患者の言動が不安によるものと考え対応するようにした。結果、トラブルが減り、急な生活環境の変化にも対応できたため報告する。

【倫理的配慮】
プライバシーの保護と個人が特定されないように配慮することを症例発表説明・同意書を用いて説明し同意をえている。

【患者紹介】
A 氏 60歳台 女性
慢性腎不全にて週3回の血液透析を受けている。生活保護受給中。夫とは離婚。子供は3人。精神疾患がある長男と同居。次男、三男は双子で共に透析を受けている（県内在住）。
導入より度重なるシャントトラブルにて四肢にシャント作成の既往あり。次の作成は困難と言われている。

【看護の実際】
適応障害にて、初めての事に強い拒否があり、穿刺や担当を指名する訴えも多かった。穿刺困難にて失敗も多く、その都度謝罪はするも「もう来ないで」と言われることもあった。A 氏の穿刺を初めて行う時は「失敗されると困るから嫌」と透析室内に響くほどの大きな声で言われた。他患者にも聞こえ看護師も辛い思いをすることが多かった。関わりに疲弊を感じるが増えるも、SDH の視点から何か得られるものがないかと取り組んで見た。複雑な家庭環境・子供の病気などの健康格差になりうる項目がたくさんあることが分かり、A 氏の言動は不安からくるものではないかと分析した。そして、声かけや説明をより細かく行うように統一した。透析時に受け持ち看護師を中心に心配なこと困っていることがないか声かけを行った。長男との関係や子供に迷惑をかけたくない思い、将来的には施設入所を考えるも残った長男の生活の場など、その都度 A 氏の訴えに耳を傾け一緒に考え助言した。急遽、施設の空きができ入所が決定した。その際も、前向きになれるような声かけをを行い手続も困らないように介入した。透析は、送迎付き施設で決定し、引き継ぎを詳しく提供したと伝えたと安心され転院することができた。

【考察】
健康の社会的要因として幼少期の発達や教育が健康に及ぼす影響は生涯続く。と言われている。様々な要因で適応障害となり生活の場が不安定担ったと考える。不安を表出しやすい工夫したことでトラブルが減ったと考える。A 氏にとって転院、施設入所は大きな環境の変化となるが、不安なことを共有し訴えを傾聴し一緒に解決していく対応を行なったことで安心して転院ができたため、効果的であったと言える。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・ 介護の実践	
演 題 名	社会的背景から糖尿病の悪化を招き、治療のゴールが見えてこない患者に関わって

県 連 名 福岡
院所・施設名 さかき診療所
発 表 者 松本 陽子 職種 看護師
共同研究者 塩塚 真二、今村 直美、大庭 麻理
小原 陽子

【はじめに】
患者 A 氏は糖尿病を患っているが、度々治療中断に至っていた。生活も不規則で連絡や訪問にも応じずやつのことで予定した受診日には来院しない。このような A 氏の状況に疑問がわき、もっと A 氏を知りその背景にある問題を把握し、共に健康管理をできるのではと思い12年間支援・治療を行ってきた。その支援・治療の過程で、関わり方や支援方法を学ぶ事が出来たため、ここに報告する。

【倫理的配慮】
個人が特定されないようにプライバシー保護に努めアルファベット表記とし、本人へは口頭で承諾を得ている。

【事例紹介】
A 氏 50代前半 男性 仕事：解体業や運転代行など長期間就労したがその後が続かない。
家族構成：母親と2人暮らし（母親は現在脳梗塞で入院中）
病名：糖尿病 前増殖性網膜症（左の視力は全盲に近い状態）
後縦靱帯骨化症（身障3級） 低温熱傷（Ⅱ度） うつ病＋発達障害又は精神遅滞疑い 低 Alb 血症（1.7）
経過：2008年11月に他院での処方薬がないとの理由で当院初回受診。しかしその後の受診はなく、適切な治療は出来ない状況であった。公費による保険制度の申請を受けようとするが、繰り返し断られ入院に至っては頑なに拒まれた。2017年9月に無料低額診療の対象となったが、その後も適切な治療は受けられる事はなく、母親の入院も加わり糖尿病が増々悪化している。母親の入院中にⅡ度の低温熱傷による水疱を発症していたが、治療に対し真剣さは感じられなかった。

【実際】
創傷処置においては、創部の洗浄と軟膏塗布をひたすら根気強く行い、B 病院の認定看護師へ創傷処置のアドバイスをもらいながら処置を継続。その結果、治癒傾向となったが、その直後突然未入院。電話での呼びかけや自宅訪問を重ねたが応じられず、未入院から3週間経過した日に再度低温熱傷を発症し処置依頼で来院。A 氏に発生原因・治療中断原因を尋ねるが不明であった。また、血糖コントロール不良により更なる神経障害・視力障害の進行があり、まずは入院での血糖コントロールを目指し A 氏に入院を勧めてみたが、金銭的理由で一旦は拒否。診療所スタッフでそれぞれ説得し、やっと入院を承諾してもらえたが、延期の申し出が度々あり入院できていない状況がある。

【考察】
A 氏は、健康の社会的決定要因の視点で社会的排除・ストレス・失業など当てはまる要因が多く、医療だけでは解決にならない。しかし、A 氏の理解力や性格などに不透明性があり、具体的な支援方法が難しい。A 氏に対し、どのような支援・治療を行っていけばいいのか今後地域のネットワークや他事業所との連携方法も含め検討が必要だと考える。

【おわりに】
この間、課題が多い A 氏に対し継続して12年間という長い診療をできたことは、多職種共同の成果と感じる。今後も地域のニーズにこたえた無差別・平等の医療・介護を実践していきたい。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	コロナ禍で1型糖尿病を発症したA氏への支援 ～CDEJとして患者に寄り添う～

県 連 名 東京

院所・施設名 東葛病院附属流山セントラルパーク駅前診療所

発表者 藤浪 麻里 職種 看護師

【目的】

糖尿病療養指導士（以下CDEJ）としての看護実践に加え、SDHの観点から患者に寄り添った看護支援を明らかにし、スタッフが一丸となって患者をサポートできるようにする。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう、倫理的配慮をしている。

【患者紹介】

A氏 30代男性 2020年に急性1型糖尿病を発症し、入院。入院中に間歇スキャン持続皮下グルコース測定（以下CGM）を装着し退院、その後は外来に通院中。コロナの影響で運送業を失業、その後介護職に転職。

【看護の実際】

疾患の受容ができないのと、診療の待ち時間、コロナ禍など様々な要因で、導入初期の療養指導では苛立ちを見せることが多かった。また、失業により診察料の支払いが滞り、CGMに必要な物品の受け取りをせず帰宅してしまうことがあった。事務長面談の上、分割で支払いをすることになった。看護では、薬剤を簡便な使い捨て製剤からカートリッジタイプのものへ変更し、今の薬剤費との比較表を作成し、薬剤費の削減を提案した。転職したことでの生活リズムや活動量の変化で、低血糖が頻発していることがわかった。CGMでは低血糖になりやすい時間がわかりやすく表示されるので、A氏と確認しながら対処方法について考えた。

【結果】

診察料を分割で支払いができることに安堵があったのか、表情は柔らかくなった。A氏より、『安くなるのは助かる、ありがとうございます』との声が聞かれた。また、仕事で活動量が増える前には、飴やジュースではなく血糖値が維持しやすいクッキー等を食べるように指導し、補食を変更したところ、安心して仕事ができるようになった。

【考察】

コロナの流行と同時期に1型糖尿病というインスリン注射なしでは生活できない疾患に罹患し、失業という3重苦の事態に、A氏は直面してしまった。A氏が病氣と向き合いたいという気持ちがあったからこそ、なんとか中断せずに通院されていた。“お金”はとてもデリケートな問題であった。看護はA氏がより安心して継続通院できるよう事務職員に繋げ、事務長面談をし、医師と看護の連携で薬剤費の削減を行い、経済的な負担が減らせる提案を行った。薬剤費が“〇円くらい安くなる”と具体的に提案することにより、安心して治療に臨めると考えた。これをきっかけに前向きな療養指導ができるようになり、生活背景や活動量を聞き取ることで、補食の仕方やインスリンの量の調整を医師と相談できるようになったと考える。

CDEJ取得のために、疾患についてだけではなく様々な治療方法や療養指導について学ぶ機会が多くあり、資格取得後も研修に参加する機会が増えた。これまでは医師からの情報に頼りがちであったが、学ぶ機会が増えたことで自分の知りうる知識を患者様に直接伝え、医師や多職種との情報共有や意見交換がそれまで以上に積極的にできるようになった。今後也多職種と情報共有をし、患者に寄り添った質の高い看護を提供したい。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	外来看護師によるSDHの視点から患者を捉える 取り組み ～高齢者の人権について考える～

県 連 名 茨城

院所・施設名 城南病院附属クリニック

発表者 長須 美穂 職種 看護師

共同研究者 篠内 ひろみ

【はじめに】

団塊の世代が75歳以上となる2025年には、超高齢多死社会を迎え、その後も高齢化が進展すると推計されている。当クリニックにおいても75才以上の後期高齢患者の受診率は、全体の40%を占めている。今回、「人権café」の学習を行ったことで、高齢者の人権について考える機会を得た。同時に、通院している高齢者が、その人らしい自立した生活を送り、最後まで尊厳を持って生きることを支援するためには、SDHの視点で患者の全体像をとらえることが大切であると学んだ。このことから、SDHの視点を取り入れた情報収集の方法を検討・実施し、効果が得られたので報告する。

【倫理的配慮】

発表に際しては、職員・患者個人が特定されないよう配慮した。

【取り組みのきっかけ】

従来の情報収集の方法では、以下の問題点があった。①患者の社会環境の変化や抱える悩みなど、短時間の外来診療だけでは把握しにくい。②何らかの症状がでてからの対応になりやすい。③事前に問題を察知する情報収集ツールがなく、職員間で問題を共有しにくい。④独居、高齢者世帯が増え、身体的衰えにより通院できなくなり治療中断となるケースがある。

【実践内容】

①視覚的異変の察知 外来待合の患者に注意を払い、身なりや言動、態度の変化があればまずその場で声をかけ情報収集する。必要時、主治医・MSW・CM・家族に相談する。②問診での聞き取りの充実 SDH問診チェック表を作成。特に視覚的異変を察知できない人は、SDHの視点で見ると。患者本人の意向や生活環境を確認し、問題点の抽出に役立てる。③「人権café」の学習 人権について理解を深め、意見を共有する。

【考察】

SDHの視点で作成した聞きとりチェック表は、患者を個別に捉えることができ、よりその人らしさを追及した看護の展開ができると考える。また、問診での情報収集の充実化を図るためこの形式を取り入れたことで、誰もが同じように聞き取りができ、患者の問題点が可視化され、職員同士が共有しやすくなる。「高齢者の人権を確立するには、人を年齢で決めつけることなく一人ひとりの多様性を認め合い、全ての人が健康状態や年齢に関わらず社会を構成する一員として尊重されることが重要である」¹⁾ ことから、私達外来看護師は、「生活環境全般における発生要因の構造を見」²⁾ る視点を養う必要がある。そして、患者の病態を把握する力、暮らしの場において看護を提供する力、患者の意志決定を支援する力を身につけることは、外来看護師の大事な役割である。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	社会背景をスクリーニングする ～ SDH 問診で患者の社会的リスクの気づきに つなぐ～

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連 洛北診療所

発 表 者 南崎 涼子 職種 看護師

【目的】

外来患者の経済的困窮、社会的孤立の背景、変化を質問紙を使用し、患者の社会的要因の傾向を知る。

【方法】

外来通院中の慢性疾患患者を対象に質問紙調査を実施し経済的、社会的要因の抽出をした。

【倫理的配慮】

研究について診療所の管理者の承認を得た。参加は自由協力で不利益は受けない旨口頭で説明した。個人情報取り扱いは個人情報保護法に準じて遵守した。

【結果】

質問紙配布188名有効回答180名 集計結果で経済的問題因子があるグループを A 群 (79名) とし因子なしを B 群 (101名) とした。

【全体の持ち家率】 68. 9 %。

【自家用車来院率】 A 群26. 6 % B 群39. 6 %

【全体の世帯人数】 一人世帯24. 4 % 二人世帯48. 3 % 三人以上世帯27. 2 %

【寝込んだ時の世話人不在】 A 群22. 8 % B 群15. 8 %

【苦手なこと】『銀行 / 役所等の手続き』『書類を読む』が A 群 49. 3 %、B 群26. 8 %

【町内会等地域活動参加、近所の方と交流】 A 群、B 群の差なし。

【考察】

自家用車通院は将来的に生活圏移動の格差が懸念された。世帯では家族間に何らかの困難があることが推測できた。

地域交流は A 群 B 群での差は無いが近所付き合いで生活が成り立つ独居高齢者がみられた。以上の考察から今回問診項目で有効と思われる世帯人数、世帯構成、身の回りの世話をしてくれる人がいるか。困った時に頼れる人がいるか。書類の記載や管理、手続きの援助者の有無、連絡先の確認。隣人と交流はあるか。通院手段、趣味の有無。受診控の有無等 これらの情報は共有のため電子カルテに記載し必要な制度の情報を発信する。西岡大輔らは貧困は様々な健康アウトカムに悪影響を与える主要な健康の社会的決定要因 (SDH) の一つとして認知されている。患者の経済的困窮や社会的孤立などの生活困窮を健康の社会的リスクとして対応しようとする試みは国内外で散見される。スクリーニングされている健康の社会的リスクには経済的困窮や社会的な孤立を含む生活困窮、食品衛生、不就労、居住環境問題などがあること近年健康の社会的リスクのスクリーニングに関する報告が増加していること、そのような介入を通じて健康格差が個人レベル地域レベルで解消される可能性を述べている。¹⁾ と述べている。

【結論】

今回外来患者の83%が60歳以上の高齢者、通院手段の自家用車偏重、困難がある家族と同居が見られた。問診の有効項目を使い定期通院患者を変化、生活状況に介入し患者個人、地域の健康格差の解消に関わってゆく。

【引用文献】

1) 西岡大輔 医療機関で用いる患者の生活困窮評価尺度の開発、第67巻、日本公衆衛生誌、第7号、2020年7月15日

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH; Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	家族支援におけるケアマネジメントの重要性 ～「8050問題」で学んだこと～

県 連 名 青森

院所・施設名 協立クリニック

発 表 者 工藤 祐子 職種 介護福祉士

共同研究者 佐藤 淳子

【目的】

介護支援専門員 (ケアマネと略す) として、ケアマネジメント支援をする際、高齢者本人の状況だけではなく、家族全体の問題が見えてくるケースが多い。今回の事例を通して、社会問題になっている「8050問題」から、家族支援におけるケアマネジメントの重要性を明らかにする。

【方法】

A 氏 80代 女性 要介護1 糖尿病 認知症 80代の夫、50代無職の次男と三人暮らし。研究期間：令和2年3月から令和3年1月 研究対象：A 氏、A 氏夫、A 氏息子 アセスメントにて情報を収集し、ケースカンファレンスを何度も行い、サービス事業所との連絡調整、情報共有、多職種で連携を実施し、事例について研究した。

【倫理的配慮】

個人情報保護の為に個人が特定されないよう配慮することを伝え、了承頂いた。

【結果】

長男、長女は県外に居住し、年に数回帰省する程度の関わりであった。一緒に住む次男は親の介護とは無縁で、夫の担当ケアマネ訪問にも関心がない状況で部屋から出ることもなかった。A 氏の支援を開始するにあたり、一緒に住む次男からも話を聞き、一家が経済的に困窮していたことがわかる。A 氏は服薬忘れや買い物に行ったときの小銭の支払いなどでできず、認知症の進行が目立つ状況になっていた。遠方に住む長女へも相談したところ「できることなら自宅での生活を続けさせてあげたい」と在宅生活継続の希望があり、ヘルパーや通所サービス、近所の民生委員の見守りのもと、多職種で自宅での生活が継続できるよう支援した。長女からは環境変化に対応できるのか不安の声も聞かれたが、小規模多機能型の多様なサービス内容について説明をしたところ、納得され切り替えをした経済的困窮については、地域包括支援センター介入のもと、行政支援にむけて相談を現在も行っている。

【考察・まとめ】

ここ数年ケアマネとして高齢者支援をする中で、家族問題、特に「8050問題」ケースが増え経済的困難ケースが増えている。国は若者の就労支援などいくつか対策を行ったが十分とはいえず、課題が積み重なっている。ケアマネは、家族の力を引き出すための助言をしながら支援を行い、社会資源を繋げるための「橋渡し」を行っているが、ケアマネジメントのスキルだけでは限界を感じる。今回、家族支援として同居の次男の健康問題含めた課題にも支援を行った。川北氏は『介護をきっかけに家族にアプローチする介護関係者や、年齢や分野を問わない自立支援相談窓口の支援者による対応は今後も増えていく。ひきこもる本人を、一方的に支える側として、とらえるのではなく、老親や支援者とともに家族の今後を考える場に加わってもらうことで、本人の自信や自由な判断力が取り戻されることにもなるだろう』と述べている。親子共倒れや社会的孤立にならないよう、様々な専門職と連携しながら支援をしていく重要性を学んだ。

【引用・参考文献】

川北 稔 8050問題の真相 内閣府 若者の生活に関する調査報告書

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH: Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	生活困窮した終末期の訪問看護介入を ソーシャルバイタルサインアクションシートで振り返る ～猫がいるから入院出来ない～

県 連 名 京都

院所・施設名 訪問看護ステーションひまわり

発表者 久世 順子 職種 看護師

【目的】

生活困窮事案を疑う際は、ソーシャルバイタルサイン（以下SVSとする）アクションシートが訪問看護介入時に有効か明確にする。

【方法】

SVS アクションシートを使い看護介入を整理する。

【倫理的配慮】

対象者は匿名化し、個人が特定できないように配慮した。本研究に対しては、所属施設の管理者会議の承認を得た。

【結果】

A氏は、70歳代で家族は猫のみ。肺癌はBSC方針で余命1～3ヵ月と告知あり。「最期まで家にいたいとは思っていない。病院に入院したいと思っている。」と思いを表出する一方で、18年連れ添った猫を手放すことに強い抵抗があり、「猫がいる限り入院はしない。猫が生きがい。」と話していた。生活は困窮し食材購入する金銭もない状況だったが、入院希望はなかった。しかし、疼痛増強にて体動困難となり入院を希望。入院20日後に永眠となった。

今回のSVSアクションシートは、看護介入を振り返るためにA氏の訪問看護終了後に使用した。使用には必要な看護援助と実際に行った看護介入を追加記入し、可視化することで課題が明確になった。

【考察】

SVSアクションシート記入により生活背景・療養環境の社会的側面を考えることができ、優先順位が明確になった。What 何が起きているのかは常に変化しており、その都度の看護介入の検討が必要であることがわかった。入院を選ばなかったA氏を支えるためには、思いに寄り添うことと生きるための食材支援のどれもが優先課題であった。

A氏の金銭的困窮以上に生きがいの視点を明確にできた。A氏は猫が生きがいであり手放す決断には至らなかった。病状進行の中でも猫と生活することで穏やかな時間を過ごせていたと考える。

西村は、SVSアクションシートの表を埋めることが目的ではなく、多職種で情報共有し、ディスカッションの過程でWhy（＝疾患を引き起こした上流のSDHを探る）、How（＝社会処方を考える）ことが重要、と述べている。そのことから、多職種との情報共有連携は療養環境を整えるために必須であった。

今後生活困窮事案では、SDHを視野に入れたSVSアクションシートを活用する事で、意向や生きがい・価値観を重要視し看護介入に繋げることができると考える。初期からSVSアクションシートを使い、変化していくSDHやWhatに対し、その都度多職種で社会処方を検討し看護介入を行う必要がある。

【結論】

1. 生活困窮事案を疑う際は、訪問看護介入時にSVSアクションシートが有効である。
2. 生活困窮事案を疑う際は、SVSアクションシートを使い、看護介入を検討する。
3. 今後の課題として、変化していくSDHや意向に対応しながら、SVSアクションシートを見直し看護介入を検討する。

05 ⑨健康の社会的決定要因 (SDH: Social Determinants of Health)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	コロナ禍で収入が少なくなり介護費用の支払いが出来なくなった件

県 連 名 群馬

院所・施設名 あおば薬局

発表者 島田 薫 職種 介護職員

作成にあたり倫理的配慮を行い個人を特定できないようにした

【目的】

コロナ禍での介護費用の支払いが出来なくなった件について報告する

【事例】

対象事例：70歳台、女性、要介護4、僧帽弁閉鎖不全（OPE後）、腰椎圧迫骨折・心不全憎悪・B型肝炎・アルツハイマー認知症等の既往。 家族：長男・孫娘と同居、長女は結婚して市外在住 収入：本人の年金と長男の非正規労働（コロナ禍で収入減少）

【経過】

2019年7月心不全にて入院後、在宅生活のために、福祉用具の依頼ありレンタル開始する。電動昇降座椅子、手すり、車いすのレンタル開始。他のサービスは通所デイケア（週4回）を利用。昨年より入退院を繰り返している。当初はレンタル料の支払いに問題がなかったが、2年目から資金不足となり2021年に入ってから他の支払い（医療機関の入院費用、施設利用料）も滞納されている様子である。本人は認知症が進行しており、長男と電話や訪問での連絡がとれずコミュニケーションが取れない状況が続く。長女を通じて経済状況を聞き取る予定であるとの報告をケアマネから受ける。 昨年11月に圧迫骨折にて入院、12月末に退院予定となり、在宅での生活再開の為の担当者会議を開催する。支援センター・病院相談室等、関係者が参加し在宅生活の支援について検討する。介護支援計画の確認が主たる目的であるが、コロナ禍での生活の立て直しについて提案を行う。

【問題点】

収入は本人の年金と長男の給与（非正規）、支出は家賃・生活費（食費・水光熱費等）介護費用となる。介護費用については4～5万円が限度と以前説明があった。本人の年金収入で必要な介護が受けられないのは問題があるとの認識を共有した。そのうえで長男家族の生活を立て直すこととし、長男本人の正規雇用や孫娘の引きこもり状態について相談・改善を提案する。電話や訪問によるコミュニケーションの改善も提案する。

【考察】

本人の年金が家族の生活費の一部になっていることや、コロナ禍による収入減少で生活困難に陥っている事が基本にあると思われる。本人家族との連絡・相談が取れていなかった事が問題の顕在化に時間がかかったと思われる。一般論として医療・介護費用の「未収金」問題は経営問題と同時に社会的困難ととらえることが大事だと言われている。今回の事例では家族との連絡・相談が十分頻繁に行えていない部分やコロナ禍が経済困難、介護困難に影響したと思われる。残念ながら対応の途中で死去となり、関りがなくなってしまった。医療や介護だけでは生活全体を見ていくことができず、総合的な相談窓口の必要を感じる。同時に本人・家族が主体的な意識が不可欠と思われる。本人が認知症の場合、家族の介護に対する希望や家計への影響など複雑な内容があり、簡単にいかないケースが多く専門職の力量が問われる。事業所内での事例の共有を通じて、専門員としての力量UPにつなげていきたいと思う。

キーワード：コロナ禍による貧困の拡大

06 ⑩アウトリーチ	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	食材支援から見えてきた学生の実態 ～心と地域をつなぐ支援をめざして～

県 連 名 宮崎
院所・施設名 宮崎民医連
発 表 者 松本 朋美 職種 保健師
共同研究者 井上 友香、黒木 貴洋、中原 志保

【目的】
新型コロナウイルスの感染拡大は、私たちの生活を一変させた。学びの場を失った学生も多く、医系学生もその影響は大きい。また、親世代の収入も減る中で支援がもらえず、生活費が足りない、授業料が払えない、教材の購入ができないなど深刻な悩みを抱える学生も多く、厳しい環境の中で学ばなければならない現状は続いている。そんな学生を支援するために、宮崎県連では2021年2月より医系学生へのフードパントリー活動を開始したため、報告する。

【方法】
開催日時：毎月2回 15時～18時 医系学生サポートセンターにて開催
利用方法：要事前申し込み
情宣：サポートセンター近隣の大学・医系学校へ郵送（学内に掲示）
食材確保（組合員向け機関紙に毎月掲載）：組合員・地域住民からの提供
フードバンクみやざき（任意団体）

【倫理的配慮】
抄録を作成にあたり、個人が特定されないよう配慮した

【結果】
2021年2月～2022年4月22回開催、延べ人数113名（約9割が看護学生）参加。
看護学生の多くは飲食店アルバイトをしているため、飲食店の時短要請や休業などでアルバイトの回数が減っている。実習前になると学校側からアルバイト禁止の通達も出ており、「アルバイト収入が減り生活費がたりない」と訴える学生も多く、金銭面で困窮している学生が多いことが分かった。また、学生たちはこの2年間様々な環境の中で学ばなければならなかった。リモートでの授業が増え、人との繋がりも希薄になっている。特に県外出身者の一人暮らしの学生は孤独感を感じており、精神的に不安定な状況になっている。フードパントリーに参加した学生からも「外出もしづらく友人ができない」「気軽に交流できる場所がほしい」との声が多数あり、サポートセンターに長時間滞在し対話をしていく学生や友人を誘って参加してくれる学生もいる。定期的に参加する学生も多数おり進路についての相談などを受ける場合もある。食材支援とあわせて人とつながりをもとめている学生へのメンタルサポート的な役割を担うことも学生支援の大切な要素であると実感した。

【結論】
完全にコロナが収束したと言えない状況の中で、この現状は今後も続く予測される。先が見えない中、多数よせられている支援物資に込められた地域の皆さんの想い何よりも学生たちの支えになっている。学生は「本当に助かっています！」と両手いっぱい大切に食材を受け取って嬉しそうに「また、来ます」と帰っていく。一人一人の夢を実現できる環境を整え、将来共に医療を担う仲間を地域の方と共に支えたい、これが後継者育成にもつながるのではないかと感じる。現在も新たな出会いがみつづいており、地道な活動ではあるが、今後も継続して学生支援を行っていききたい。

06 ⑩アウトリーチ	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	津軽医院のアウトリーチ活動の今後の展望

県 連 名 青森
院所・施設名 津軽医院
発 表 者 澤田 深郷 職種 看護師
共同研究者 成田 円、佐藤 文音

【はじめに】
青森県青森市浪岡の人口17275人うち65歳以上5907人（全体の34.2%）、うち80歳以上は1969人（11.4%）、当院の慢性疾患登録患者（以下、慢患）は2022年2月時点で983名である。（平均年齢：2022年2月時点68歳）
慢患委員会では月一回、前回受診日からみて明らかに内服が切れていると考えられるが受診に来ていない患者（以下、中断患者）へ電話がけをし、体調不良の確認や受診の促しをしている。
慢患の中で自己中断による自宅での死亡事例が2021年4月～2022年3月までで2件あった。いずれも糖尿病であった。中断患者が毎月平均10.7人程度いるため、次の手遅れ事例にならないようにしたいと考え、外来診療に繋げるアウトリーチ活動をしていくきっかけとなった。

【目的】
・SDHの視点で患者宅を訪問し中断要因を知り、外来診療に繋げるアプローチをする。
・慢性疾患の悪化防止に努める。
・地域における津軽医院の役割を考える。

【方法】
対象：慢患
期間：2021年11月～継続中
データ収集内容・方法：電話がけ、定例の委員会であがった気になる患者の自宅訪問、困っていること等生活実態調査。SDH問診票、訪問時経過表を使用。
倫理的配慮：研究の目的と方法、研究への参加は自由であり、途中での参加辞退可能であることを文書、口頭で説明。
個人情報研究目的以外に使用しないことを約束、同意を得る。
慢患委員のファルマ浪岡薬局の薬剤師と情報共有し共に訪問活動。

【結果】
3件のアウトリーチ活動の結果、訪問時空き家が1件、訪問したが応答がなかったのが2件であった。事例の1つとして、高血圧症で慢患登録されているAさんは2カ月半受診中断しており、何度電話しても不在の方であった。生活保護受給者のため市役所と情報共有し、病院へ連絡をしてほしい旨を記載した手紙をポストに入れたところ、後日受診に繋げることができた。弟が自宅から車椅子を押し来院。受診時の血圧は217/93、内服は既に飲み切っており、ほぼベッド上生活。入浴できておらず、尿臭あり。生活状況を聞き取るが本人も弟も話しながら様子で、訪問診療や介護保険申請も勧めるが拒否していた。医療者側は医療介護の必要性を感じているが当人は感じておらず認識の違いがあり、今後どうアプローチするかが課題となった事例であった。

【結論】
浪岡地区は病院が少なく医療過疎化が進んでいるため当院の地域における役割が大きい、地域すべてをカバーするのは難しい。地域全体で包括支援センターや行政との連携をしていきたい。その為にも、職員一人一人がSDHの視点で関われるように育成する必要があると考える。
現在、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い3件しかアウトリーチ活動が出来ていない状況であるが、慢患委員会を中心に看護師、薬剤師、地域と連携して訪問活動を続けていきたい。

06 ⑩アウトリーチ

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

2型糖尿病患者が、地域でその人らしく生活するための支援をアウトリーチから考える

県 連 名 京都

院所・施設名 まいづる協立診療所

発 表 者 佐々木 陽子 職種 看護師

【目的】

「生活習慣病患者に対する食事や運動に関する指導は、いわば医療施設という特定の舞台での指導で、その舞台に関心のある一部の観客にしか伝わらない。外来での口頭説明だけでは実際どうしたらよいか分からないと感じる人に対し、こちらから出向いていくアウトリーチによる支援という試行的取り組み」¹⁾の報告がある。今回、2型糖尿病と軽度知的障害のあるA氏は、気に患カンファレンスを繰り返し行い振り返る中で、アウトリーチが必要と考えた。今回の取り組みを振り返り、効果と課題を事例から学びたいと思う。

【方法】

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究対象：外来看護師7名
3. データ収集方法：集団ディスカッションによる参加観察法
4. 倫理的配慮：A氏とB氏に口頭で研究の主旨を説明し、同意を得、対象者にも研究の主旨を口頭で説明、参加協力は自由意志であること、個人的な情報は本研究以外には一切使用しないことを説明し、同意を得た。さらにC診療所の管理委員会に承諾を得て実施した。

【結果】

1. 事例の概要：A氏とB氏はインターネットで知り合い同居。合併症を心配し、まず暮らしぶりを知ろうと自宅訪問を提案する。
 - 1) 自宅訪問：B氏がA氏の障害年金も管理。就労は家族が反対。実父の虐待あり。冷中に大量のお肉。体を動かす機会は少なく、生活全体の見直しが必要で自立支援等社会と繋がる機会を作れないかと考えた。
 - 2) 気に患カンファレンス（多職種）：医師の間で情報共有。眼科手術が必要。HbA1C：8以下目標。「IQ61で指示に従って行動するのは苦手、緩めの枠の中でコントロールし理解しているような返事でも行動が来ているか確認が必要。」教育入院まで毎週自宅訪問する。
 - 3) 自宅訪問：（毎週2名で9回）我慢出来ていることを励ます。玄関の段差が見えにくい事を知り、散歩の付き添いやフットケアを実施。
 - 4) 言動の変化：（前）A氏：多量に食べる。B氏：ゲータラしている。HbA1C $\geq$ 14。（後）A氏：見えなくなるのが怖い。早く手術したい。HbA1C：9.1%。B氏：糖質制限のご飯作る。手のかかる子供と一緒に一生面倒を見るつもり。
 - 5) アウトリーチ後スタッフの感想：他の患者さんや時間を気にせず話せた。A氏の幸せを考え見守ることが必要。制度を知り、発信の必要性を感じた。

【結論】

今回、アウトリーチでSDHの気づきと看護師の意識の変化や、A氏、B氏の言動の変化があり有意義であった。岡は「自分が住み慣れた自宅、地域において、自分らしい生活をしながら療養生活を送るため、これからは生活習慣病について考えることが必要」¹⁾と述べている。その人らしく地域で生活する事を支援する為、アウトリーチでも情報を集め再評価し、各種制度に繋げる為に学習をし、地域の多職種との連携の為に情報を発信する事が今後の課題である。

06 ⑩アウトリーチ

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

高齢者の服薬アドヒアランス向上にむけての支援～生活の質も高められる関わりとは～

県 連 名 京都

院所・施設名 上賀茂診療所

発 表 者 川西 友栄 職種 看護師

共同研究者 高木 麻起子

【目的】

内服支援に関わり、服薬アドヒアランスが向上し検査データの改善とともに、本人の意欲向上・生活の質向上に繋がったか事例を振り返る。

【方法】

検査データの収集

結果 20XX年9月頃よりHbA1C値の上昇と、頻回に膀胱炎を繰り返していたためこのままでは合併症を発症するリスクが高い、何かしらの介入をしよう、と看護師部会で結論を出した。月1回地域の気になる患者訪問の対象者としてA氏の自宅を訪問。当初は介入に対して拒否的な言葉が聞かれた。受診時の積極的な声掛けで信頼関係の維持に務めた。自宅訪問を受け入れた際に内服が残っていたり、おやつが机の上に沢山置いてあり本人が言うほど内服、食事を含む自己管理が出来ていなかった。訪問や受診の際にお薬カレンダー導入のメリットを伝え、導入後は、定期受診のたびにカレンダーを持参、同時にHbA1C値のデータ改善、膀胱炎症状の改善がみられ、本人からも「楽になった。（結果も）良くなって嬉しい」「皆さんに気にしてもらって、ありがとう」との言葉が聞かれるようになった。

【考察】

診察の際に指導された散歩や食事療法をA氏なりに行って来た努力は話から伝わってきた。しかし元々の性格から生活習慣を変えるまでの行動は出来なかった事で、データの改善に繋がらなかったと考える。A氏の性格やライフスタイルを理解したうえで、一方的な提案では無く本人の思いを受け止めながら支援を続けた事と、データの改善がA氏自身の不快感の軽減と自信にもつながりA氏の気持ちも変化していった。その結果、お薬カレンダーの導入による服薬アドヒアランスの向上、間食を減らすなどの療養生活の変化といったセルフケア獲得に繋がったと考える。

【参考文献】

民医連のめざす看護とその基本となるもの 全日本民医連看護委員会 2017 服薬アドヒアランス向上の取り組み 株式会社メディカルシップ 2019 他

キーワード：糖尿病、血糖コントロール不良、内服コンプライアンス不良 認知機能の低下 難聴

06 ⑩アウトリーチ	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「相手の気持ちに寄り添ってこそその人らしさを引き出せる」

県 連 名 東京
院所・施設名 ファミリーケア大島
発 表 者 山田 悦子 職 種 介護福祉士
共同研究者 大熊 有希

【はじめに】
「ケアマネや事業所を何度も交代され、難しい性格の方です。」と初めにそう言われてしまうとそればかりに注目しがちである。しかし書面上の情報はほんの一部にすぎず、支援する側はその先入観を一度捨て、その人らしさ・その人個人を知り、利用者が何を望んでいるのかを考慮することはとても大切であると考えます。その為にチーム一丸となり、ケアを実施している事例を発表する。

【事例紹介】
83歳 女性 独居
病名：骨粗鬆症 胸腰椎圧迫骨折 7歳のときに被爆。
結婚歴はなく、家族も病死し、天涯孤独となる。1人で一生懸命生きてこられた為本人の意識も高く、他人をうまく頼ることが出来ない性格。唯一関わる事ができているのは地域の知人B様だが、B様にも強く当たる事がある。体調不良により介護サービスを利用されるも、ケアマネや事業所を何度も交代され、包括より「かなり難しい性格。無理にサービスを継続しなくても良い」と依頼があった案件である。

【倫理的配慮】
今回の事例研究にあたり、個人が特定できないよう匿名化をした。またこの情報は利用者へのよりよい対応の為にのみ使用する旨を利用者本人に同意を得たことをお伝えする。

【経過】
・週2回、45分の掃除ケアでサービス開始。威圧的な表情で絶えずヘルパーの動きを監視するなど、ヘルパーに対しての不信感が続いていた。
・ヘルパーでカンファレンス実施し、情報共有、対策を検討。訪問回数を重ねるごとに少しずつ頼み事を伝えて下さるようになったのだが、体調の悪化によりイライラされる事が多くなり、B様との関係も悪化、ケアマネも消極的になってしまった。
・現状改善の為、サ責より担当者会議の開催提案。チーム一丸となり、同じ思いを持ち、サービス向上へ繋げていきたいことを伝えた。

【結果】
A様も訪問回数を重ねるごとにヘルパーに対する受け入れも良くなってきた。体調不良によるご不安な気持ちを打ち明けて下さり、ヘルパーを頼ることが増えてきた。強い不信感も和らぎ、表情や声のトーンも穏やかになり、信頼関係が深まってきた。またB様もケアマネもA様に寄り添っている様子が見られてきた。

【考察】
不信感が強く威圧的な態度が見られると怖気づき、この方はいくつの方だからと偏った見方しかできず、本来のケアが実施できない。しかし、相手の気持ちを尊重し寄り添うことで今まで見えてこなかったその人らしさを知り、本当に望んでいることを理解でき、心の交流が図れるケアを実施できると考える。これからも先入観を持たず利用者と誠実に向き合い、不安な気持ちを受け止め、少しでも笑顔多く穏やかに過ごせる日が増えるよう関わっていききたい。

06 ⑩アウトリーチ	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	「多問題解決に対応して 高齢者運転事故から免許と独居を返納した一事例」

県 連 名 群馬
院所・施設名 渋川市西部地域包括支援センター
発 表 者 高橋 敬子 職 種 看護師
共同研究者 狩野 るり子、金井 孝行

倫理的配慮：研究発表に対し、本人へ承諾を得ている。

【目的】
警視庁の統計では、高齢者の運転免許返納数は、2017年に認知機能検査が厳格化された後、年々増えている。今回、高齢者が近隣民家の生垣を超えて庭に落下し多問題が浮き彫りになった。様々な多問題に対し対応し独居生活を終了した事例を報告する。

【方法】
令和3年10月80代男性の運転する軽自動車为民家の生垣を超えて庭に突っ込んだ。1週間経過しても車を移動してもらえない。運転手はどうも認知症が疑われると連絡入る。現場：カーブの先に生垣、庭あり曲がり切れず車が落下した様子民家に高齢者夫婦住んでいた。運転手の連絡先は聞いたがその後連絡来ず困っていた。本人宅へ向かうと上着のみで下半身は下着のみ失禁あり事故当時の日時さえ覚えていない。行きつけの車屋と保険屋の連絡先は分かる。情報収集すると公営住宅で独居、他県出身、身寄りはない、事故の際持参していた携帯電話は無くした。保険屋、車屋では1年間で4回事故を起こしていて2回廃車している。任意保険は切れている。20年前大腸がん、人工肛門造設、何年も受診していない・現在の自宅内の浴室、居室内排便だらけ、現金なく、現金を下ろす番号がわからない。穏やかな生活で支援に対し受け入れ良い。問題点：認知症・足のふらつき・生活資金不足・現金管理困難・事故処理・生活する環境の不衛生

【結果】
『医療』認知症の状態と足のふらつき確認して欲しい！長谷川式スケール14点、慢性硬膜下血腫➡脳神経外科受診➡入院、血腫除去術➡足のふらつき治まる➡退院、認知症状は微改善、受診や入院対応行う。2つの病院へ現金無いことを伝え、後払いを依頼する『生活資金』・現金がない、暗証番号を思い出せない➡生活保護係へ相談するが年金額から保護の対象ではない、フードバンクにてアルファ米と長期保存可能なパン届ける。日常生活支援事業を考えたが、認知症の進行あり難しい。成年後見制度の利用について司法書士事務所へ相談 レッカー移動の手配・民家の生垣とブロック塀の修理代➡約80万円が本人宛事故処理方法について・弁護士会へ電話相談➡認知症があると支払い能力がない➡生垣を壊された民家へ説明する。行政へ本人の措置入所について相談➡行政担当課職員と自宅訪問 ➡不衛生極まりない自宅を確認してもらい、在宅生活を送ることは困難、措置必要と判断 ➡措置前に緊急で養護老人ホームへショートステイ決まる、入所後現金管理も依頼可能となる。解決までの期間と対応回数10月1日～12月21日 対応回数 95回

【まとめ】
情報収集の中で、多問題に直面し業務として対応できることとできないことを明確にする必要が出てきた。緊急対応に対し3職種が協力し医療、行政へ繋いだ。この経験や得た知識を次のケースに活用し、地域から頼りにされる地域包括支援センターを目指したい。

06 ⑩アウトリーチ

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名

相談業務の中で面する権利の格差から見てきたこと

県 連 名 宮城

院所・施設名 南光台地域包括支援センター

発 表 者 芳賀 明子 職種 保健師

共同研究者 高橋 郁、大迫 香

【はじめに】

地域包括支援センターは、医療～生活、内容に制限なく相談対応している。本人も気づいていない権利侵害状態を改善すべく支援。医療福祉制度に於いても存在する権利の格差について改めて考察し、今後の支援に生かしたい

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮し記載

【事例1】

男性60代単身。生活保護廃止の際、保護課から福祉担当課へ支援要請があったが、易怒性等あり、関わり方が検討されたまま数年経過。家賃滞納の相談で包括介入。トイレ、浴室前も使用済みおむつ等で溢れ、畳半畳程のスペースで寝食。尿等で汚れた着衣。対人トラブルもあり、仕事は続かず、自宅は目張りしていた。経済的にも困窮。トイレはおむつで詰まり、電化製品も使用不可。訪問時は猛暑の中、全裸だった。ADLの変化が短期間で生じており、急性期症状と判断。救急車にて病院搬送するが異常なしで帰宅。数日前にも同病院へ救急搬送され、病衣を着たまま帰宅していた事が後にわかる。それでも何かあるはずと考え、法人内医療機関に無料低額診療も兼ね相談。脳梗塞が判明し、入院となった。生活がすぐ破綻する事も目に見える状況だったが、行政の担当者からは“本人の意思尊重”という名の下、自宅退院の方針が出された。施設紹介会社には支援を断られた。

【事例2】

80代男性。高齢夫婦2人暮らし。市内に住む娘（公務員）から、娘自身のケアも含めた相談が頻繁にある。急性期的な変化はなかったが、娘が救急車要請。異常なしだが、希望で入院でき、精査後も異常なしで退院。

【考察】

2事例を比較。事例2は、異常なしでも入院できた事に対し、事例1は、様々な場面で支援に繋がる迄の時間を要した（下線部）。受療権も平等に行使されたとは言えない。訴える力の差、社会的スティグマ等が影響したと考える。このように支援に繋がる事もできないでいる方は他にも潜在していると思われ、積極的なアプローチが必要である。また、事例1は、福祉担当者の推奨に対し全てYESだったが、YESを出した本人の意思とされ、実態にそぐわない方針が出された。意思決定に値する、十分な情報、選択肢はあったか、NOと言える力があったか疑問だった。この事例は、幼少期からのSDHソリッドファクトが高齢になるまでにスパイラルに絡んだと思われる。医療、福祉、そして生活にも関わる我々は、本人の意思は勿論のこと、相手の基本的人権と常に面している事を改めて意識し、個々の尊厳を大切に支援していきたい。

【まとめ】

- ・支援に辿り着く迄にさえ時間を要してしまう層がある。アウトリーチ型での活動で繋がる事ができないでいる方を掘り起こしていく必要がある
- ・意思決定に於いては、SDH事例等、権利を知らずに過ごしてきた方こそ十分な情報、選択肢の提供から始め、代弁者となり、支援をする必要がある
- ・他機関へもSDH視点での支援を普及し、社会全体での取り組みとなるよう活動したい

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	5年間のなんでも相談窓口の取り組み

県 連 名 岡山

院所・施設名 岡山協立病院

発 表 者 金谷 純子 職種 看護師

共同研究者 藤本 宣江

【目的】

2016年9月より「なんでも相談窓口」を開設した。この窓口は、様々な専門家が結集し、地域の困ったに対応することで民医連らしい解決や私たちの目指す地域包括を実現するために設置した。この5年間の取り組みをまとめ、課題を考える。

【倫理的配慮】

研究への参加によって、対象者への不利益や負担が生じないよう配慮し実施した。

【方法】

月～金曜日9時～17時専従看護師、相談員にて対面、電話での相談に応じている。より多くの相談を寄せていただくために「なんでも相談窓口」カードを作成し、共同組織の組合員・民医連事業所・医療生協提携店101社・公民館へ配布し、医療生協を知らない人にも周知した。

2021年度は健康まちづくりセンターに相談員が配置され、地域の声がより届くような体制となる。

【結果および考察】

「相談総数（実数）」は、開設初年度498件（9か月）2017年度1005件（732件）2019年度2012件（1033件）2021年度2409件（1253件）で年々増加していることから、なんでも相談窓口がみなさんに浸透してきていることが伺える。総数と実数の差は、独居などで不安や困難を抱えている方も多く、対面や電話で繰り返し相談（傾聴）を受けていることも要因と考える。

「相談者」は、本人が一番多く、職員、家族、ケアマネジャー、行政等となっている。職員からの相談件数が年々増加している。このことは、生活の視点から患者を捉える見方が向上したと考える。

「年代性別」では、一番多いのは70歳代で、70歳代・80歳代が、相談件数の60%以上を占めている。また、男女比では、少し女性比率が高く、ほぼ同じ割合で推移している。

「相談内容」では、2017年度～2019年度の3ヵ年、“心理・療養相談”の割合が最も多く、2017年度からは、“連携”の割合が増加し、2020年度には、“連携”が一番多くなり、“心理・療養相談”“生活相談”“介護”“受診”となっている。2021年度“生活相談”の伸びは、コロナ禍でコロナワクチン接種や特別給付金などの手続きの支援が増加したことが要因と考える。

「連携先」では、院内が一番多く、法人内、その他の順となっている。民医連関連施設への相談件数は少ない。

【まとめ】

相談には、くらしに関わる様々な問題が寄せられる。なんでも相談窓口の役割は、「困った」がいつでも言え、気軽に相談できる場の提供。対話を重視し、一緒に考え、法人内外の様々な専門家に繋げることで、また様々な不安や困難等を抱える方に、常に寄り添い伴走していくことが役割と考える。

今後の課題としては、一人ひとりに伴走できる仕組みをつくるために地域に「なんでも相談窓口」となる仲間を増やすこと。もっと多くの機関や人とのネットワークづくりが重要である。

キーワード：なんでも相談窓口、懸け橋、地域の生活を支える

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	地域包括ケア病棟において ACP の実態調査

県 連 名 福井

院所・施設名 光陽生協病院

発 表 者 白崎 安矢実 職種 看護師

共同研究者 森川 知加

【目的】

超高齢化社会が到来しアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の推進がされている。地域包括ケア病院は「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」を地域包括ケア病棟入院料の施設基準の要件としている。その為患者の生命の質やQOLの向上も求める。看護師は患者・家族の意思決定支援の役割をもち ACP 支援に関わる力量が試されると共にカギになると考える。そこで地域包括ケア病院に勤務する看護師の ACP に関する実態を明らかにすることを目的に調査を行った。

【方法】

実態調査研究で一般社団法人地域包括ケア病棟協会の正会員、地域包括ケア病院で勤務している12施設の看護師358名を対象に2020年12月から2021年1月の間で無記名自記式質問紙を用いた郵送調査法を行った。調査項目は基本属性および、看護師の ACP に関する意識調査の先行研究を参考にし、選択式回答としてアンケート作成。基本属性及び質問項目は単純集計を行い質問項目の回答人数に対し、統計ソフト SPSSver.22で χ^2 検定を行った。有意水準は0.05未満とした。

【倫理的配慮】

所属施設の倫理委員会で承認を得た。

【結果】

看護師358名中196名から回答があり無回答者2名を除外とした194名を分析対象とした。ACP については、よく知っている61名聞いた事はあるがよくわからない96名知らない37名であり回答数に有意な差を認めた。ACP の実施状況は、行われている53名、行われているが詳しい事まではわからない85名していない53名わからない3名であり、回答数に有意な差を認めた。地域包括ケア病院での ACP 研修は行っている37名行っていない92名わからない65名であり回答数に有意な差を認めた。ACP の実践状況においては ACP を行っている53名を分析対象とした。ACP 実践時の困難さを感じた経験については、ある25名ない5名わからない23名であり、回答数に有意な差を認めた。

【考察・まとめ】

地域包括ケア病院で勤務している看護師の ACP の認知度は80.9%であった。しかし、ACP の実践状況においては43.8%が詳しいことまではわからないと回答し、47.2%が ACP 実施時に困難さを感じている中、47.4%が自施設での ACP 研修が行われていないと回答している。以上の結果より研修が十分に行われていない中で ACP の実践をしている現状が明らかになった。その為 ACP に関する研修参加や学習会の開催していくことで ACP の正しい知識を持ち、その上で患者家族の意思決定支援に関わることができる事で困難さが軽減できると考える。地域包括ケア病院において ACP の質を向上させる為には ACP 研修を充実させていくことが今後の課題である。

【参考文献】

小松恵、島谷智彦. 患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識

キーワード：ACP

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍における在宅医療の変化と課題

県 連 名 東京
 院所・施設名 あきしま相互病院
 発表者 山田 優花 職種 看護師
 共同研究者 当麻 直美、松本 としみ、斎藤 喜代子

【はじめに】

当院は訪問診療部門を持つ療養型病院である。地域包括ケアの発展を課題に挙げ、在宅医療の前進に取り組んでいる。コロナ禍前と比べ在宅医療患者数と在宅看取り件数は大きく増加している。

【目的】

コロナ禍前後の在宅医療の状況を調査・分析し、課題を明らかにする。

【倫理的配慮】

集計において、個人が特定されないように配慮した。

【方法】

当院在宅室の2019～2021年度の患者数、在宅がん医療総合診療加算と在宅時医学総合管理料（重症患者）の算定数の変化、在宅看取り件数と看取りまでの期間を調査した。

【結果】

厚生労働省・社会診療行為別統計によると、2019年度と2020年度の比較では、在がん算定数は約24%と増加、在医総管（重症患者）算定数は8.3%と増加している。当院在宅室では、2019年度から2020年度の在がん算定数は6.1%、在医総管（重症患者）算定数は5.2%増加している。2020年度から2021年度は、在がん算定数は4%減少したが在医総管（重症患者）は23%増加している。

2019年度の在宅看取り件数は21件、2020年度は43件、2021年度は58件と増加している。2020年度の訪問診療開始から看取りまでの期間は1ヶ月以内13件のうち10日以内が5件、2021年度では1ヶ月以内25件のうち10日以内が11件だった。

【考察】

集計結果から、重症度の高い患者の依頼が増えたことがわかる。在がん算定数減少の理由は、看取りまでの期間が短くなり、算定に至らなかったケースが多かったためだと考える。

コロナ禍における在宅医療の変化として、入院中の面会制限により自宅療養を望む患者・家族が増え、がん終末期や重症度の高い患者が病院から自宅療養に移行し短期間で看取りになったこと、これまでは入院していた患者が在宅で看取りになったことが考えられる。

【おわりに】

東京都の在宅医療の需要は2025年までに1.5倍に増えると予想されている。コロナ禍において需要は更に高まっており、がん終末期や重症度の高い患者、高齢患者が地域で安心して療養できる環境作りが課題である。

今後あきしま相互病院は、在宅医療センターとして更なる発展をめざしている。施設内には法人内訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション等が入ることが決定している。在宅療養支援病院としての病床を持つ在宅医療センターを最大の強みにして、病院全体で地域を支える包括ケアをすすめていく。

【参考文献】

コロナ禍における在宅医療の看取り等の変化について
<https://mediva.co.jp/>（最終閲覧日2022.5.7）
 厚生労働省 第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21331.html（最終閲覧日2022.5.7）

キーワード：コロナ禍

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	病院看護職責者による訪問看護ステーション管理者研修の取り組み

県 連 名 福岡
 院所・施設名 福岡医療団千鳥橋病院
 発表者 野中 耕子 職種 看護師
 共同研究者 河本 真理、成松 史、増田 桂子
 松尾 真美子

【はじめに】

地域包括ケアシステムの推進と医療制度改革により入院期間の短縮が求められ、生活基盤が整わないまま退院を余儀なくされる患者や、新型コロナウイルス流行により感染対策が強化され面会制限や外出・外泊禁止などから入院ではなく在宅療養を希望される患者や家族も増えている。A病院が所属するD医療団には5つの訪問看護ステーションがあるが、病院とステーション間での人員異動はほとんどなく経験に偏りがある。地域での看護管理を理解し、病院と在宅との連携が強化できる看護管理者の育成を目的に訪問看護ステーション管理者研修を実施した。

【倫理的配慮】

研修報告にあたり、個人が特定されないよう配慮を行った。

【研修目的】

在宅の看護管理を理解し、病院と在宅との連携が強化できる看護管理者の育成。在宅分野を担う看護管理者の育成。

【研修内容】

訪問看護ステーションにて実務研修、E-ラーニング受講、訪問看護ステーション所長会議参加

【研修期間】

2021年6月1日から2022年2月28日

【研修対象者】

A病院地域連携室看護師長

【結果】

9ヶ月の研修期間で初めての3ヶ月は看護業務を中心に行った。同行訪問から自立し、訪問看護師として看護を展開することで在宅を見据えた看護を学ぶ事が出来た。同時に、支援サービスや社会福祉制度など知識向上に繋がった。更に、管理者として経営も含めた看護管理の実践を学ぶ事ができた。

【考察】

訪問看護を提供するのは生活の場である。限られた機材や資源のなかで、あらゆる年代や疾患に対応するため訪問看護師には、熟練した知識や技術はもちろんのこと、他職種との連携のためのコミュニケーション技術が求められる。

【課題】

地域看護を継続するためには安定した事業所経営が絶対条件である。そのためには、安定した訪問看護師確保と医療機関とステーションとの相互的な看護師教育が重要となる。同時に、業務の効率化や専門性を活かした他職種との協働を図ることで訪問看護の機能拡大と質の向上を目指すことが求められる。

【終わりに】

A病院の患者や家族には、単独世帯や経済的、社会的問題を抱えた方が多い。地域の特性を理解し地域の要望や特性に応じた医療活動を継続することが求められる。訪問看護ステーション管理者研修は、今後も年間4名の育成を継続するため、さらなる連携強化が期待できる。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	老健で障害児者のショートステイを受け入れて～6年間の振り返りと今後の課題～

県 連 名 埼玉
院所・施設名 介護老人保健施設
発 表 者 菅野 亜紀 職種 看護師

【はじめに】
A 市では、障害児者のショートステイ受け入れの施設が市内、近郊にないため介護をされている方が、困っている現状があった。そこで、住み慣れた地域で、老健の持っている医療、看護、介護を、障害児者に提供し、生活を一緒に支えていこうと D 施設では、2016年10月より、障害児者の医療型短期入所の受け入れを開始した。今回、障害児者ショートステイの利用について振り返り、今後の課題について考えたい。

【倫理的な配慮】
個人が特定できないように配慮し、聞き取り調査においては、ご家族に個人情報の取り扱いについて説明と同意を得た。

【A 市内現状】
県内でショートステイが可能な障害者入所施設は、車で片道2時間以上かかる2か所のみ。障害児の場合は隣市にあるがショート枠は5名である。専門医療機関は市内にはない。近場の都内にかかりつけ医を持ちたくても、最近では、埼玉県在住の患者は地域で施設や病院を探すと言われる現状がある。

【D 施設利用状況①】
2016年開設当時から、今年度12月までの6年間の、年間延べ利用者数と延べ日数の比較を行った。開設した翌年の2017年度は、開設情報を聞きつけた医療型利用の希望者が多く、利用人数は年間延べ119名、延べ日数487日と、実績も一番多くなったが、その後、本人・家族の利用希望がなかったり、児童のため、病状進行が早く入院になったりしたケースが続いた。一方で、埼玉県全体で、成人した障害者のショートステイ先が不足している影響から、他市から福祉型の毎月の定期泊り希望があり、年間延べ利用人数100人前後、延べ日数350前後で一定数確保されるようになった。しかし、2019年の年度末からのコロナ禍の影響があり、障害児者は重度アレルギーを抱えるケースも珍しくなく、予防接種ができなかったり、マスク着用ができない状態などの理由で、利用控えが続いている。

【D 施設利用状況②】
次は、年度ごとの、利用者の、延べ登録者状況を障害区分で比較した。2017年度は医療型10名、福祉型2名の登録があったが、徐々に医療型登録者数は減少し、福祉型登録者数が増え始め、2020年度は医療型は4名、福祉型は7名の登録だった。

【利用者実態調査（母親へのききとり調査）】
利用者様は中途障害のため、特別支援学校などを経由していれば、本来同年代で得られるはずの介護支援の情報や、親の横のつながりがなく、本人も家族も孤立し、手探りで在宅介護をしていたのではないかと。自分で何とかしなくてはと思って、介護を抱えてきているように思えた。

【今後の課題】
D 施設に対する期待も大きいため、利用者様の実態や様子、要望の把握をもっと広く行い、学校や親の会と繋がっていく必要がある。

【参考文献】
1) 第5次所沢市障害者支援計画
2) 障害者総合支援法
3) 厚生労働省 医療型短期入所に関する実態調査報告書

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	「認知症高齢者が安心して地域で暮らし続けるために」～介護施設の SW として行ったソーシャルアクション～

県 連 名 山梨
院所・施設名 共立介護福祉センターいけだ
発 表 者 望月 遥乃 職種 介護福祉士
共同研究者 保坂 利恵、中村 伸子、名取 紗耶香、
中畠 俊太、山田 貴大、大輪 美早、
飯島 篤志、河西 由貴、岡 千尋
太田 祐樹

【はじめに】
A さんは、まいほ一むいけだ（看護小規模多機能型居宅介護）を利用しながら在宅生活を送っていたが、ある日、地域包括支援センターから「A さんが自宅から離れたところにおいて、戻れなくなっていると近所の方から連絡があった。」と連絡があった。送迎時にも、近所の方から「夜中窓をたたいて大声を出していた」「家の外に出ていた」との話を聞いた。
認知症独居である A さんが、安心して地域で暮らし続ける為に、自宅の環境整備を行い、地域に対してソーシャルアクションを実践した。

【倫理的配慮】
家族の了承を得たうえで、個人が特定されないよう、プライバシーの保護に留意した。

【方法】
・自宅の環境整備
アセスメントから1人での不安や空腹感が強く、それらが外に出たり大声を出す要因であると考えた。その為自宅にはお菓子を常備、通い日は、家に帰ってすぐ休めるように夕食後暗くなってから帰るようにし、必要に応じて泊りも利用した。
・地域との連携
民生委員に連絡を取り、A さんの今利用しているサービスの内容、A さんの状況を説明し、自治会長や核となる近隣住民には民生委員から私たちの名刺を渡してもらいその旨を伝えてくれることとなった。

【結果】
遅い時間に自宅に送ることで A さんは、「帰ったらもう寝ちゃう。外には出ない」と言われ、すぐに休まれるようになった。また、お菓子等を提供すると「あっただね」と安心される様子も見られた。外に出ることは少なくなり、本人の不安が軽減したと考える。
民生委員は、「何かあれば連絡すればいいというのが分かってこっちも安心した」と話される。後日住民から、「A さんが外に出ている」とまいほ一むに連絡が来て対応することができた。

【考察・まとめ】
A さんのように、認知症がありながら1人暮らしをしている人が、安心して地域で生活を送るためには、介護保険サービス以外の社会資源との繋がりが必要であると実感した。地域に情報を伝えたことで、近隣住民が目撃した時にどうすればいいかという不安が軽減され、今まで見て見ぬふりの人もいたかもしれないがこれをきっかけに連絡ならしてもいいと思ってくれる人が増え地域の福祉力を上げるきっかけにもなったのではないかと考える。
包括ケアシステムにおいて、包括だけでなく介護施設も、個人の生活や置かれている環境を知っているという強みがあるからこそ、家族や地域に働きかける役割として重要となると感じた。

【参考文献】
三宅美智子、三宅真奈美、藤原芳朗（2015）
介護福祉士に求められる地域包括ケアのあり方 - 介護現場職員
の質問紙調査から - file:///C:/Users/User/Downloads/06%20%E4%B8%89%E5%AE%85p43-50%20(1).pdf（参照2022-01-05）

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	住民調査から見えてきた A 小規模多機能型居宅介護事業所の地域における役割と課題

県 連 名 長野

院所・施設名 小規模多機能ケアやよい

発表者 寺島 裕美 職種 看護師

【目的】

地域住民の実態と A 事業所に対しての意見を把握する事を目的とする。

【方法】

1. 調査期間：2021年10月1日～10月30日
2. 調査対象：A 事業所立地地域である、B 地区満18歳以上の個人を対象
3. データ収集方法：B 地区世帯一軒ずつ訪問し、研究対象者に趣旨を説明し、質問調査票を配布した。回収方法は、A 事業所玄関横に回収ボックスを設置し、記入後投函していただくようお願いした。また、後日改めて全対象者宅を訪問し、投函していない方は回収した。

【倫理的配慮】

当法人倫理委員会にて承認後、対象者に研究目的と方法、参加は自由意志、拒否しても不利益を生じない事、無記名で個人が特定されない事、研究目的以外で使用しない事を文章、口頭にて説明し、質問調査票の回収をもって同意を得た。

【結果】

B 地区全世帯40世帯、研究対象者84名のうち、参加同意が得られた38世帯（71名）に配布し、55名回収。回収率は77. 5 %であった。

【年齢構成】

後期高齢者22名、前期高齢者18名、25～64歳15名、満18歳以上25歳未満0名

〔居住年数〕20年以上80%、10年以上15年未満15%

〔世帯構成〕夫婦のみ51%、単身16%、親と子15%、親と子と孫11%、その他7%

〔暮らしやすさ〕暮らしやすさ67%、どちらかといえば暮らしやすい25%、どちらかといえば暮らしにくい2%、暮らしにくい0%、無回答6%

〔A 事業所が避難場所である認知度〕知っている63%、知らない33%

〔事業所サービスの認知度〕通いサービス85%、泊まりサービス73%、訪問サービス60%「知ってる」と回答

【考察】

事業所内容について半数以上が知っており、A 事業所が避難場所になっている事を知っている住民が6割以上いた事から、これまで A 事業所職員と地域住民が、町内会行事（防災訓練、清掃活動、お祭り等）で顔を合わせながら交流してきた事が結果として表れていると考えられる。

B 地区の特徴は、商業施設や公共施設へのアクセスが良く、暮らしやすい地域である反面、高齢化が進み、高齢でも地域活動を担わざるを得ない現状であり、特に前期高齢者は暮らしにくさの理由として挙げているのではないかと考えられる。

現時点では、A 事業所が町内会に所属し、回覧板のやり取りをしているが、限られた職員しか地域との関わりをもてておらず、職員全員で取り組めていない。今後も、A 事業所として地域に溶け込んでいくために、『民医連友の会』とも連携した介護教室、健康相談会などの開催や、質問調査票から見えた地域住民の要望に応じた、日常生活サービスの検討、多職種との情報共有や、独居高齢住宅の定期訪問などの取り組みを、A 事業所全体で積み重ねていく必要がある。

【結果】

事業所サービスの認知度は、どの事業内容も半数以上の住民が知っていた。限られた職員だけではなく、事業所全体で地域に関わっていく事が今後の課題であることがわかった。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	「看多機利用を心待ちにされて」

県 連 名 長野

院所・施設名 生協総合ケアセンターみのわ

発表者 石川 唯 職種 介護福祉士

【はじめに】

町の委託を受け地元の組合員さんの願いが実り2021年3月、看護小規模多機能居宅介護「ふうりん」が開所した。半年前より利用相談があった A 様の7か月間の経過と取り組みを報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されない表現とし対象者に不利益が生じないことを事前に本人に説明した。

【事例紹介】

A 様 70代 女性 息子氏と2人暮らし 既往歴：多系統萎縮症 骨粗鬆症。県外から息子氏の住む B 町へ移住。住所変更を行うにあたり、補助制度の申請を行い、他サービスから移行された。平日の昼間は一人となるので、通いを利用してのリハビリ希望が出される。通い：週3回・入浴（利用前は自宅で入浴）訪問：通い日以外 2回/日 泊まり：レスパイト目的で土日を含めた4泊5日の利用。看護：排便コントロール。医療保険にて訪問看護緊急時加算

【経過】

通いは、入浴・歩行器歩行訓練を実施。持参の iPad で音楽を聴き、脳トレにも励まれている。以前ピアノ教室されていた為、寄付で頂いた電子ピアノを弾き、他の利用者の楽しみにもなっている。訪問は昼食時に介入。摂取に時間がかかり、疲労傾向が強くなる量も少なくなってきた。自宅での食形態を見直し嚥下しやすいタイプへと変更した。「自分で食べたい！」という想いを尊重し時間をかけ介入している。泊りは気の合う他利用者との同日を希望。楽しい雰囲気作りと、ご本人の大好きなうどんをメニューに取り入れ、自宅に近い環境を提供している。息子氏、週末は色々な所に連れ出したいというお考えがあり、スーパーへ歩行器と一緒に買い物に行かれている。ご本人と息子氏の会話の中で「ショッピングがしたい」と希望が出された。「車椅子に座って服を見ているけどそれでは駄目？」A 様は「値段を見ながら歩きたい」と話された。後日、お二人で買い物に行かれ、ご自分で値段を見て選ばれたパジャマを泊りに持参されている。利用から7か月が経過し、筋肉・関節拘縮からの歩行困難、嚥下機能低下が進行している。日々の変化はご本人が一番強く感じており、精神面には職員が寄り添い続けている。「ここの職員さん、利用者、皆が優しく、人目を気にすることもない。最高です！」との言葉。県外に暮らす夫へ面会希望も聞かれ、徐々に進行する機能低下を受け止めつつ「生きたい」という願いや想いが表出されている。

【考察・まとめ】

看多機の特徴は①日々の体調変化に合わせサービス（通い・訪問・泊り）を柔軟に変更。②医療依存度が高くても、最期まで自宅で24時間365日の安心が得られる③顔なじみの職員が関わることで本人の想いが尊重されやすい。本人の望む暮らしになっているだろうか？日々の関りや満足度はどうか？を職員間でいつも協議している。「このまちで その人らしく 生きるを支える」を理念に掲げ、最期まで安心して暮らし続けられる事業所作り・地域作りをすすめたいと考える。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	診療所通院患者の継続的ケアを必要とする要因の実態

県 連 名 埼玉
院所・施設名 医療生協ケアステーションうらしん
発 表 者 村山 有光子 職 種 看護師

【目的】
診療所は地域において継続的かつ連携した切れ目のない支援が求められている。継続的ケアが必要と予測される問題を抽出しカンファレンス（以下CF）を行うことで最期まで住み慣れた地域で暮らす支援ができ地域包括ケアの発展につながると考えた。本研究はA県内にある8カ所の診療所においてチェックシートを活用して問題点を抽出し継続的ケアが必要と判断する要因を明らかにすることである。

【方法】
8カ所の診療所でカテゴリー化したシートを活用し要因数を集計。カテゴリーは8項目①SDH（健康の社会的決定要因：以下SDH）視点で問題がある②身体的な問題がある③家族の問題がある④通院困難・往診導入の検討⑤サービスの導入の検討・介護保険未申請⑥医師の診療記録の確認⑦情報の共有⑧その他。8カ所の診療所は地域ごとに4診療所ずつⅠ群Ⅱ群に分類し記述統計量を算出。

【倫理的配慮】
研究者所属施設の倫理委員会の承諾を受けている。チェックの要因数のみを収集し個人が特定されないように配慮されている。

【結果】
8カ所の診療所全体の要因数は645件。要因ごとの件数で多い順に⑦②①という項目だった。CFは全体で141件要因数の21.8％に及んだ。①⑦はⅠ群Ⅱ群ともに大差なかった。しかし②はⅡ群が約20％多かった。要因の全体数はⅠ群Ⅱ群ともにほぼ同数だった。

【考察・まとめ】
地域の特徴を把握することは患者の抱える問題を理解する上で重要であった。地域の情勢や特徴を学ぶことで継続的ケアを必要とする要因の把握につながると考える。CF件数からは患者の問題の要因をただ捉えるだけではなく問題意識を持って継続的ケアにつなげたいという看護師の思いがうかがえ多角的な視点から患者を観察およびアセスメントしていると考えられた。厚生労働省は地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。継続的ケアを実践することは地域包括ケアシステムの発展に寄与すると考え果たす役割はとても重要である。高橋は「患者・家族が住み慣れた地域で安心して暮らしながら医療を継続するためには、院内多職種や地域関係者との連携が重要です。（中略）多くの職種との連携が必要になりますが、看護師は患者・家族の一番近くでその思いを共有し、コーディネーターとしての役割を果たすことが求められます。」と述べている。継続的ケアの実践は自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるための第一歩でありCFを通して様々な職種・地域と連携するために重要である。問題意識を持ってCFを実施し患者が自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう関わり支援し続けることが大切である。

【引用文献】
厚生労働省ホームページ地域包括ケアシステム（2020.12.17閲覧）
高橋弘枝 できることからすぐ始める在宅療養支援、日経研、2015年

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	医療依存度が高い老々介護の療養者の在宅療養を支える看護～A氏の訪問看護を通じて家族看護の重要性を学ぶ～

県 連 名 滋賀
院所・施設名 訪問看護ステーション なないろ
発 表 者 高德 政代 職 種 看護師
共同研究者 辻 ひとみ、高橋 みのり

【はじめに】
医療依存度の高い患者の在宅療養は増加傾向にあり、厚生労働省の平成28年度 国民生活基礎調査によれば要介護5になると一日の54.60％が介護に時間を割かれてしまうとの結果がある。また65歳以上の高齢者が65歳以上の要介護高齢者の介護を行うことは老々介護と呼ばれ、令和元年で59.7％を占めている。本ケースでは2人暮らしで持病のある90歳の夫が90歳を迎える妻の在宅療養を担っていた。A氏の訪問を通じて、高齢者の医療依存度の高い在宅療養において訪問看護が目向け取り組むべき点について学ぶことができたためここに報告する。

【倫理的配慮】
研究の趣旨や方法、個人が特定されないこと等を説明し同意を得た。

【対象】
年齢：89歳 性別：女性 介護度：要介護5 疾患：心不全末期

【経過】
令和2年11月上旬退院前の情報では家族介護も機能しないため、数日自宅で過ごせれば良いのではとの見解であった。退院後夫の認知能力面での記憶や理解の低下から混乱が生じ、親子の関係性は悪くなり自宅への面会に來られなくなった。夫も介護に自身の時間や体が拘束されることに對して不満や心身の疲労等を、看護師へ訴えてこられた。夫のケア内容を軽減できるよう支援するも、11月末ごろより夫の鼠径部の痛みが気になり家事や介護のやる気をなくした。鼠径ヘルニアの診断の後12月に手術の日取りも決定したが、入院当日を迎える と妻を介護するのは自分しかないことを理由に、入院を断られた。自身の体調管理、が在宅療養を支える上で重要であることの理解を促し令和2年2月に手術が行われた。痛みが改善され妻の介護に取り組みされた。A氏は令和3年1月に電気こたつを使用された際、右下肢に低温やけどをおこされた。3か月間継続して処置をおこなったが、入院による加療を必要としたため訪問が終了、心不全により4月に死去された。

【考察】
医療依存度の高い療養者の在宅介護は医療的ケアが昼夜を問わず必要となり、介護者の拘束度は高く、介護者は多大な負担となり、要介護度が高くなるほどに、ストレスや不安感を感じるようになる。さらに老々介護の状況は介護者にとっても大きな負担となり、心身の健康を損ねるリスクが増加する。そのため看護師は療養者と同等に、介護者家族への健康状態に注意をはらい各種サービスの連携が在宅療養を支える上で重要であることを学んだ。

【まとめ】
介護保険におけるシステムが整えられていても家族による介護が望ましいと考える風潮が介護負担を抱えこませている。介護負担の軽減を目的とした介入だけにとどまらず、各介護者一人一人の抱えている問題とニーズと健康状態を理解し、介入する必要がある。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	看護小規模多機能型居宅介護としての地域における役割について ～15か月間を振り返る～

県 連 名 青森

院所・施設名 健生訪問看護ステーションたまち

発表者 山口 由香 職種 看護師

【研究目的】

看護小規模多機能型居宅介護「ナーシングホームたまち」の利用状況から地域における役割について考察する。

【研究方法】

1. 研究期間：20XX年Y月から15ヶ月間
2. 研究対象 15ヶ月間で登録された50名の利用者

【倫理的配慮】

収集したデータは本研究にのみ使用し、集計後は個人が特定されないよう廃棄処分する。

【結果】

15ヶ月間での総登録数50件中、契約解除数は32件（64%）。内訳は13件（26%）が死亡であり、自施設での看取りが9件（69.23%）、自宅が4件（30.76%）であった。利用日数は2日から68日となっており、平均20.81日となっている。連日宿泊利用は全体で23件（46%）。紹介先は法人内関係が72%、法人外関係が28%であった。

【考察】

登録者の64%が契約を解除されており、利用の出入りの早さが特徴的である。また、54%が医療依存度の高い方であること、46%の方が連日宿泊を利用されていること、26%が死亡されていることから、医療依存度が高いため自宅での介護が困難な方の受け入れや、終末期ケアの提供が求められていると言える。

【結論】

1. 医療依存度の高い方や退院後、療養環境が整備されるまで利用したいという方など迅速に受け入れること。
2. 法人内はもちろん、法人外の関係機関にも看多機を周知してもらい、地域のニーズに対応していくこと。

以上が、自施設の役割であり、使命であると考えている。

【おわりに】

看多機は津軽圏域として初めての介護サービス事業であるため、分からないことが多く、関係各所に相談・見学をしたり、問い合わせたりしながら形作ってきた。今後も地域のニーズに応えられるよう、利用希望時は迅速に対応し、必要な方に必要なサービスが届けられるよう尽力したい。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	コロナ禍における高齢者の通いの場の現状と課題

県 連 名 兵庫

院所・施設名 姫路市増位・広嶺地域包括支援センター

発表者 岩田 明日香 職種 保健師

【目的】

新型コロナウイルス感染症の流行拡大により、今までに経験したことのない生活制限、活動自粛があり、高齢者の生活にも大きな影響を与えた。

高齢者の方が「住み慣れた地域でいつまでも元気に暮らす」ことを目指して姫路市では高知市発祥の『いきいき百歳体操』による地域活動を提案している。身近な地域で集まって活動することで、仲間づくりや交流の場、支えあいの場にもなっている。

自粛生活による高齢者の通い場への影響を参加人数の推移やアンケート集計結果をもとに分析する。そこから通いの場の今後の課題を考察する。

【方法】

姫路市増位・広嶺地域包括支援センター圏内の通いの場に参加している住民にアンケートを実施。アンケート集計結果について「食事」「運動」「口腔」「認知機能」「社会参加」の5項目に分類して分析した。

【倫理的配慮】

参加住民に個人情報保護、他の目的に使用しないことを説明し、アンケート結果の使用に許可を得た。

【結果】

この2年間の活動回数と人数は、緊急事態宣言等の影響で活動休止・再開を繰り返す中で、活動回数の減少、参加人数減少がみられた。参加休止の理由として、「活動休止期間の運動量低下による身体機能低下により会場まで歩いていくことができなくなった」「介護保険サービス利用開始となった」「家族に集団への参加をとめられている」「仕事（パート）へ行くようになった」等であった。アンケート結果から、運動機能、認知機能低下が多く見られた。

【考察・まとめ】

コロナ禍2年経過し、コロナ禍における人的影響の分析により、通いの場の参加休止による活動量の減少、身体機能低下の影響がみられ、通いの場に参加できないことがフレイル該当者の増加に影響を与えていることが分かった。コロナ禍で参加控えする住民が増えており、孤立や引きこもりの要因となっていることも見えてきた。今後、地域包括支援センターと地域住民が共同で、住民が主体的に参加できる場づくり、継続参加できる場づくりに取り組んでいく。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	ALS で長期療養している利用者の人権 ～訪問看護師の在り方を考える～

県 連 名 千葉
院所・施設名 まくはり訪問看護ステーション
発 表 者 今村 京子 職種 看護師
共同研究者 塙 幸恵、山下 小百合、小野 春香

【目的】
今回取り上げた A 氏は ALS と診断され、35年以上が経過し、本人も介護者も高齢となった。訪問看護導入後、12年間に变化した介護環境における訪問看護師の役割と人権について考える機会を得たので報告する。

【方法】
週三回の訪問時の看護介入やケア、往診・ヘルパー・CM・家族との情報交換

【倫理的配慮】
個人が特定されないよう配慮し、本人より口頭にて同意を得た。

【結果】
X 年 Y 月 13 日、「夫が A 氏の頭を何回も叩き、無理やり口に物を入れたことにより舌が紫になっている」とヘルパーが CM へ報告する。A 氏は、2 年前より夫から暴力を受けており、顔面皮下出血を伴う症状が過去にもあった。その度主治医、CM、ヘルパーと共有を行ってきたが、最終的に本人が「もう大丈夫」と話し、夫の介護疲労も考慮され、サービス調整により注視していく方針となっていた。13 日に定期訪問した看護師によると、前頭部に皮下出血と裂傷はあったが処置は不要な状態だった。A 氏が繰り返し夫がやったとジェスチャーを読み取れ、所長・主治医へ連絡し、CM とも共有した。CM が地域包括支援センターへ報告し、虐待支援班へ繋がり、「長女へは事実を伝え、A 氏の意向を確認してもらうように」との指示があった。長女に対して本人から「どんなことがあってもここにいる」「施設に入るともっと悪い状況になる」と返信があり、“もっと悪い状況”について聞いたかったが、既読にならなかったと聞いた。同月 15 日定期訪問時、傷は消退傾向であった。夫が離れたタイミングで本人に「大丈夫？」と確認すると笑って見せた。長女を含め、みんなで共有していること、誰にでも SOS をくれればすぐに対応することを保証し退室した。本人の意思を伝えるツールが限られており、コミュニケーションボードの見直しを行った。

【考察】
限られており、コミュニケーションボードの見直しを行った。

【考察】
加藤・矢吹氏は、虐待発生の 3 つの要因（トライアングル）は①要介護者の状態悪化②介護者の精神的・身体的要因③密室化する介護環境とある。本人の病状進行、夫の高齢化、ヘルパー不足があり、今回の発生状況とトライアングルに重なる要因があった。長女をキーパーソンとして巻き込んだことは、②の介護者の精神的・身体的要因の緩和につながり、意味あるものと考えられる。それとともに、今回人権 cafe を学び、障害者権利条約第 19 条では、「全ての人が、自己の人生を選び、コントロールする自由をもって、自立した生活をし、地域社会に包容される平等の権利がある」と謳っている。A 氏が、自分の人生を選択し、コントロールできるように、常に A 氏の意思に注視し、発信、連携していくことで、地域社会に包容されながらも、A 氏らしい人生を歩んでいけるのではないかと考える。

キーワード：人権

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	独居で孤独を感じながらも最期まで自宅で過ごすことを望まれた癌終末期利用者の支援を通して

県 連 名 鹿児島
院所・施設名 生協訪問看護ステーション・たにやま
発 表 者 押越 美保 職種 看護師
共同研究者 田中 衣梨、原口 久美子、松村 洋子、
水谷 直子、平元 淳子、濱田 佳代子、
吉村 洋子、木下 奈保子、堀畑 香織

【はじめに】
終末期医療において、患者の意思が尊重されることは重要である。今回、癌終末期で独居の為孤独を感じながらも最期まで自宅での生活を望まれ、多職種で連携を取り、看取りの支援を行った事例について報告する。

【倫理的配慮】
内容から個人が特定されないよう十分配慮した。

【事例紹介】
A 氏 70 歳代男性 独居 生活保護 要介護 2

【結果】
身体的苦痛について、医療用麻薬に関しては、便秘をおそれ自己調整していた。訪問看護の介入後は、説明ししっかり服用できていたが、痛みの増強に伴い自己判断で多く服用していた。本人と相談し、内服薬は看護師管理へ変更。その後 ADL が低下、服薬困難となり貼付剤へ変更。痛みのコントロールは出来ていた。
生活環境について、訪問介護、訪問看護で連携をとり環境整備した。不足している物はおたがいさま活動に相談。また包括支援センター、保護課担当者の介入もあった。ADL 低下に伴いベッドからの転落や便汚染もあり、転落防止に努めた。また、アパート隣人の安否確認の協力が得られるようになり、最期は隣人が様子を見に行った時に亡くなっている A 氏を発見した。

【考察】
訪問看護が開始になった際はスタッフに対して、拒否や暴言があった。人との関わりを億劫に感じていたと思われる。しかし、最期の数日は寂しさを吐露され、訪問スタッフを待っている様子もあった。体調の変化についていけず、寂しさを感じていたようだった。自分で思うように動けなくなり、不安が増大し入院を希望されたが、入院中大声で暴言を吐く等トラブルを起こし 1 日で強制退院となり、最期の住処を自宅と決めた。意思決定は揺らぐものだからこそ、その時に最善と思える意思を確認し、それを実践できる手段を考え実行していく必要がある。また揺らいでいる気持ちに寄り添い、傾聴し変化する状況にあわせた援助が重要である。ACP とは本人の意思を大切にしながら家族の思いと医学的な判断を加味して、その後の方針を決めていくプロセスと小澤氏は述べている。今回の事例は家族の関わりはなかったが、医療、介護、行政や隣人が関わり、A 氏をチームで支えた事例であると考えられる。また小澤氏は医療的な情報を正確に収集することも大切だが何よりも患者さんの顔の表情を大切にすることが必要だと述べている。何を希望されているのか、どう接すれば穏やかに過ごせるのか、そこを見極めて援助することでよりよい看取りに繋がるのではないかと考える。

【おわりに】
「孤独でもいい。最期まで家に居たい。」との思いに応えるために多職種で連携をとり最期まで寄り添った。独居で家族とは疎遠、唯一繋がっているのは同じ境遇のアパートの隣人だった。このような状況で人生の最期をどう支えるか、悩みながらの支援であったが、A 氏の「最期まで家に居たい。」という希望には沿えたのではないかと考える。

【参考文献】
死を前にした人にあなたは何かができますか？ 小澤竹俊 2017

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	「やっぱりここに居たいよね」 ～地域での生活を支えた事例を通してわかったこと～

県 連 名 茨城

院所・施設名 指定居宅介護支援事業所かたくり

発表者 平元 久子 職種 介護職員

【はじめに】

散歩に出掛け家に戻れなくなってしまう、水切り籠を炊飯器に入れて炊いてしまう A 様。何とか無事に過ごして欲しいと願う毎日。介護サービスや社会資源の活用・多職種連携により、入所するまでの生活を支えた事例を報告する。

【事例紹介】

A 様 80歳 独居 要介護3 既往歴：アルツハイマー型認知症
サービス：訪問介護 通所介護 ショートステイ
生活保護受給者

【倫理的配慮】

倫理的な観点から個人が特定できないように配慮した。

【経過】

主介護者：次女 県外在住。長女 体調不良により訪問できず

習慣：毎日の散歩

本人意向：やっぱりここに居たいよね。

次女の意向：住み慣れた家で暮らして欲しい。

デイサービス週2回利用。見当識・理解力の低下、内服もれなどが顕著になる。⇒ヘルパー毎日利用。

R2.12月次女より「母がいない」との一報が入る。警察・行政・居宅・関係事業所で捜索するも見つからず。夕方30km離れた路上で発見保護される。⇒高齢者福祉サービスを活用。年末年始のショートステイ。夕方のヘルパー利用追加。

次女の意向：施設入所は金銭的に困難。サービス利用料上限15000円。

R3.2月夕方ヘルパーより「A 様が居ない」との一報が入る。20km離れた路上で発見保護される。頭部・膝に擦過傷あり。⇒ショートステイの定期利用開始。次女より、抱えている金銭問題と長女の疾患を聞く。認知症の進行、生活状況に変化あり。

次女の意向：金銭面が解決できたら入所を考えたい。

入所までの間、行政の安心保険加入、事例検討会での提案や情報提供を参考にし、次女やサービス担当者間での話し合いを重ねながら生活を支えた。

R3.5長女の疾患改善と金銭問題の見通しがついた事により、グループホーム探しを始める。

R3.6月グループホーム入所。

【考察】

行方不明以降、介護サービスや社会資源を活用しながら、大きな事故に繋がる事なく無事に入所でき、ケアマネとしての役割が果たせたと胸をなで下ろす。いくつもの問題がある中で、本人家族の意向に添って在宅生活を支援するのは、困難な事が多々あった。日々のマネジメントの悩みを事業所内で共有し、内部や地域での話し合いの場において発信し、情報や意見を貰いながら支援する事ができた。

【まとめ】

誰もが住み慣れた自宅での生活の継続を望んでいる。しかし、障害や認知症の進行、金銭・家族状況によって難しい場合がある。また、在宅生活を継続できる場合でも入所を考えてしまう事もある。本人や家族の状況をよく見極め、そのタイミングを的確に判断する事の難しさと重要性がわかった。本人家族の心身や生活状況を知り、困り事と一緒に考えてもらい、ケアマネ業務に従事していきたい。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	医療ニーズが高い患者への訪問看護サービス提供体制についての一考察 ～夜間の定期訪問の依頼のあった事例から～

県 連 名 福岡

院所・施設名 おおむた訪問看護ステーション

発表者 岡田 美幸 職種 保健師

【はじめに】

夜間のNPPV装着が必要となった患者の夜間定期訪問の依頼を受け、その対応に苦慮したケースを経験した。医療依存度の高い在宅療養者のQOL、地域における医療・介護のもつ課題について考える機会となったため、ここに報告する。

【倫理的配慮】

発表にあたっては本人に趣旨を説明し承諾を得た。報告内容で個人が特定されないように配慮した。

【事例紹介】

脊髄性筋萎縮症の50代男 A 氏。下肢機能は全廃。母親との2人暮らし。母親はADL自立、認知症あり（Ⅱbレベル）。主介護者だった父親が数か月前に他界後より、座位で眠る生活を続けていた。受診も2年ほどさされておらず、病院SWより生活状況と体調の観察のため介入依頼あり訪問開始。1か月後、母親に足を踏まれ左膝を骨折、入院となる。入院中、疾患の進行による呼吸不全、心機能の低下が認められ、夜間NPPV装着が必要となったが、上肢の機能低下のため自己装着ができず、就寝前21時の装着介助のため訪問看護の依頼を受けた。

【結果】

毎日の定期的な時間外訪問は体制上困難なため、同居の母親による介助の可能性を探ることを提案したが、主治医は「認知症の母親はマンパワーとして考えない」との考えがあった。地区の訪問看護連絡協議会にて対応できる事業所を探したがどこも夜間の定期訪問は困難との回答。しかし、17時前後の時間帯であれば週2日ほど協力できるとの声があがった。NPPV装着介助の手立てが整わなければ退院許可がでない状態の中、同協議会で協議し、3事業所が協力体制を取ることとなったが、本人にとっては生活スタイルが一変することとなった。その結果、夕方装着したNPPVは3時間ほどで外され、1週間ほどで体調不良となり再入院。その後、訪問看護の3事業所間にて、母親にNPPV装着の介助を指導してみることを検討、実施し、2-3回のフォローにて不安なくできるようになった。現在訪問看護では褥瘡の処置と服薬介助のみ行い、NPPV装着は21時に母親が行い、トラブルなく自宅で生活されている。

【考察】

利用者が望む生活スタイルに沿い、必要な医療ニーズを満たすためには、現在の地域医療・介護の実情では補えない問題がある。利用者のニーズにサービス提供側が合わせて、協力できる事業所の連携を作り体制を整えることで、「すべての人が人間らしく、その人らしく生きること」「患者の要求から出発する」という民医連のめざす看護が実現しうる。本事例では、認知症の母親の可能性を活かし対応できたことも有用であった。地域包括ケアが発展し利用者にとって満足度の高いケアを実現するために、介護職へのタスクシフトも検討しつつ、事例の蓄積や政策への働きかけ等を行っていくことが必要である。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍で家族と分断された高齢者支援 ～遠距離介護の視点から～

県 連 名 山口

院所・施設名 虹の居宅介護支援事業所

発 表 者 三分一 尚子 職 種 介護支援専門員

【目的】

2020年1月より国内外で脅威となった新型コロナウイルス感染症により、一般生活だけでなく介護業界にも大きな影響が及んだ。事業所だけでなく、介護者（家族）にも大きな制限を強いられた。キーパーソンの家族が都市部にいてコロナ禍で帰省できないなか認知症の独居高齢者の支援を通して、課題や今後の自分たちの役割について考え実践につなげることを目的とする。

【倫理的配慮】

事例を提出するにあたり、口頭で説明し書面にて同意を得ている。

【方法】

事例を通して課題を抽出し、問題点や対応を考える。

事例) 90歳代 女性 独居 要介護1 病名 認知症 高血圧症 子供は遠く離れており、近くに頼れる親戚もいない。認知症が進み生活に支障をきたすようになるが、猜疑心が強く本人の自覚もないため介入が難しい。家族がいればスムーズに進められることもキーパーソンがコロナ禍で帰省ができないことでの困難がいくつもあった。ケアマネが家族の代わりとなり奔走した。サービス拒否や妄想がありひとり暮らしが成り立たなくなり、結局は警察沙汰となったことがきっかけで家族が施設入所を決断し終結となった。

【問題点と結果】

- 遠方の家族との情報の交換 家族は見えない分状態を理解できないため、状況を伝える方法を工夫し密に連絡がとれるようになった。不安の軽減に努めた。
- 家族がいれば家族が行うことをケアマネが行わざるを得なかった。
- かかりつけ医との連携をはかり、専門の見地から家族に在宅生活が困難であることを伝えることができ家族の理解を得た。
- 地域での見守り体制をどう作るか。 地域との関係は希薄で、また家族は早くから家を出ているため周辺住民との面識がなく家族が自らネットワークを作ることが難しかった。地域や行政との連携・協同ができないままとなった。

【結論】

認知症独居高齢者の在宅生活を支える社会全体の環境が整っていない状況が関係している。地域の実情を知り、生活課題を拾い上げフォーマルサービスとインフォーマルサービスを組み合わせながら、新たに開発することもケアマネジャーの役割として自覚し、今後もしっかり果たしていかなければならない。そして家族がいなくてもお金がある無しに関わらず全ての人が平等に安心して地域で暮らせるような仕組み作りが必要である。地域に出向き交流を深め組合員との協同を意識し、コロナ禍であってもなくても遠距離介護が継続でき身寄りのない高齢者が安心して暮らせる地域づくりができるように日々業務にあたりたい。

【参考】

厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止 に配慮した介護予防・見守り等の取組の推進について（自治体等の取組事例の周知）厚生労働省 介護現場における ICT の利用促進 親が認知症！？離れて暮らす親の介護・見守り・お金のこと 工藤 広伸 著 月刊ケアマネジャー 2020年9月号

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	地域初 共生型放課後等デイサービスの開設の取り組み

県 連 名 北海道

院所・施設名 訪問看護ステーション たんぽぽ

発 表 者 今井 由貴 職 種 看護師

共同研究者 須貝 三宝子、名達 丈浩、米谷 孝次、葛西 麻美子、榊原 正巳、阿部 久美子

【目的】

地域初である、看護小規模多機能から共生型放課後等デイサービスを開設した。医療的ケア児の居場所づくりを通して、多職種連携や職員の成長、利用者の変化をまとめ報告する。

【方法】

質的研究
研究期間2021年6月～2022年4月
研究対象：超重症児 1名
情報分析方法：看護小規模多機能に勤務している訪問看護ステーション看護師7名の意見交換と介護職員への聞き取り調査を行い、カテゴリー分類を実施。

【倫理的配慮】

対象児は障害により自由意志を表示することができないため、親権者であるご両親へ取り組みを発表する目的や意義・発表方法・個人が特定されないようプライバシーの保護・本発表以外では使用しないこと・協力しなくとも不利益が生じないことの説明を行い同意を得た。

【経過】

A市には知的障害や精神遅滞の児が利用できる放課後等デイサービスは17か所あるが、どこも重度医療的ケア児の受け入れは困難でした。放課後等デイサービス通所中に、訪問看護を提供する方向を幾度となく市や個々の事業所と話し合いを行いました。しかし受け入れ施設は見つからず、「とにかく居場所を作ろう」と始めた共生型放課後等デイサービスです。

【結果】

A市内に医療的ケア児を受け入れられる共生型放課後等デイサービスができたことで重度の障害を持って産まれても、家族と地域の中で暮らす選択ができるようになった。サービスを利用することで両親の就労機会を保障することも出来た。

【考察】

対象児が学童期になり、訪問看護だけのサービスでは地域で暮らす事ができなくなった。法人の看護小規模多機能の介護職員と共に悩み、共に迷い、手探りながらも、地域の中で過ごせる場所を作るために開始した共生型放課後等デイサービスである。「できることは何だろう？」と多職種協働しながら互いに成長することが出来た。「利用者に受け入れてもらえるだろうか？」と不安もあったが、認知症を持つ利用者へ快の刺激となり笑顔あふれる看護小規模多機能となった。今回の事例の小児の居場所づくりから、共生型放課後等デイサービス開設へと発展した。開設後に他の新規の依頼相談があった。現状では1人の受け入れしかなかったが、地域からは求められる役割である。受け入れのためには、個々のスタッフのできる事や体制の工夫や強化が必要である。地域のニーズに応えるために、私たち自身が成長すること、挑戦すること、困難を乗り越えること学ばせていただいた。

【まとめ】

「障害があっても学校に行き当たり前に暮らすこと」を職員一人一人が大切に考え取り組んだ結果、民医連理念に基づく医療・介護・障害の垣根をもたない地域づくりに貢献することができた。私たちに大切なお子さんを託してくれるご両親に感謝を表する。

06 ⑪地域包括ケア・まちづくり

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演題名 孤立した生活から脱し、地域で暮らしていくために
～認知症の夫婦に起きた出来事から事業や地域の関わりを振り返る～

県連名 広島

院所・施設名 しあわせ居宅介護支援事業所

発表者 中刈 雅子 職種 介護職員

共同研究者 牧野 美幸

【はじめに】

「ドアを閉めたら終わり。どこにどんな人が住んでいるかもわからん」と話し、妻が倒れていてもSOSが発せられなかったK氏との2ヶ月の支援を通して、介護事業や地域との関わり、それらをつなぐ私たちスタッフの役割について考える。

【事例紹介】

K氏 男性 83歳 古いマンション5階に一人暮らし
病名：高血圧 慢性腎炎 陳旧性脳梗塞 認知症の診断なし
認知症高齢者自立度：I（訪問調査）II b（主治医意見書）
生活歴：九州生まれ 大阪で結婚 2男もうけるもその後、離婚。仕事で広島に転居、再婚し夫婦二人暮らし。

【倫理的配慮】

個人が特定できないように匿名化した。

【経過と取り組み】

包括支援センターより依頼が入る。妻が自宅で転倒し救急搬送されるまで数日経過し広範囲の褥瘡形成。夫婦ともに認知機能低下が通報の遅れに繋がったと判断され、介入開始となる。
本人状況：ゴミ屋敷、カーテン締め切り。昼夜逆転生活でドアを施錠するため会う事が困難。
支援開始：①会う事を目標に訪問介護の時間調整するも追いつく。→ケアマネが同行訪問する。

- ②「昼間何もすることが無いから寝る」→半日型のデイサービス紹介も年寄り臭いと中止。
- ③体調改善 配食弁当は「腐っている」と廃棄。
訪問時声掛けで血圧測定し、記録、内服の習慣が身につく。
受診時同行し主治医に認知機能低下で内服1回の相談するも、「介護の仕事でしょう」

（取り組みを通して見えてきたk氏の暮らしぶりや老後の準備）

運動で身体を鍛え、新聞を読み世の中のことに関心をもって生活したが友人や社会交流機会が少なかった。几帳面で入浴やゴミの分別ができるのに電気製品の操作に躓き、生活機能、意欲の低下を招いた。孤立した生活故に困りごとの手立てが打てなかった。一方、主治医には絶大な信頼を置いた。

一か月後、妻と面談を果たしたのち妻が死去する。その後、息子さんと相談し、小規模多機能への登録となる。

【考察】

- ・K氏の生活をアセスメントする中で柔軟な支援の必要か小規模多機能事業に繋ぎ情報を伝達した。
- ・地域の特性や住宅課題を把握したプラン作成が重要である。
- ・K氏の不健康要因に人との交流不足、食生活の歪みがある。克服の鍵はサロンや地域食堂に繋がるなど地域生活の再構築にあり、ケアマネが果たすべき役割があった。
- ・主治医との連携困難が支援の広がりを阻害した。

【まとめ】

K氏には心地よいと感じる居場所や場面づくりから取り掛からねばならないことを教えられた。行政や包括支援センター、地域の様々な活動にアンテナをはり、個別に掘った課題を発信、「つなぐ」役割を果たしたい。

07 ⑫自立支援 (ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	多職種協働での COVID-19患者の退院支援 ～ ICF を活用してケアをつなぐ～

県 連 名 京都
院所・施設名 京都民医連中央病院
発 表 者 塚本 ゆうこ 職種 看護師

【はじめに】
当院では2020年5月からCOVID-19患者の入院受け入れを開始し、2022年3月末時点で軽症から重症まで480人の患者のケアをおこなってきた。高齢者の場合COVID-19罹患によりADLが低下し、ADLが回復しないまま隔離解除基準を満たし退院となることが少なくない。今回グループホーム（以下GH）入所中のA氏がCOVID-19陽性で入院された。GHでは特養入所を検討されていたが、多職種協働でケア介入しICFを用いてのカンファレンスをおこない、結果元のGHへの退院を目指すことができた。A氏の事例を振り返り、ICFを活用した退院支援の重要性について報告する。

【倫理的配慮】
本研究について患者家族に口頭にて説明し同意を得た。患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、患者が特定されないように配慮した。法人看護部で承認を得た。

【事例紹介】
A氏 70歳代 女性 アルツハイマー型認知症
現病歴：発熱が続く検査したところCOVID-19陽性判明、SpO2低下あり当院入院。COVID-19は軽症。両側胸水ありSpO2低下は軽度の誤嚥性肺炎と心不全によるものと考えられた。

【看護の実際】
①入院～3日目
GHに連絡し入院前の状況を聞き取り。入所後躁状態が強く抗精神病薬で落ち着いていたが、二人介助での歩行、排泄は失禁状態でGHでの療養は限界と考えられ特養入所を検討していたと情報を得た。入院時から覚醒不良であり抗精神病薬を中止し、精神科リエゾンチーム介入を得て経過観察となった。入院翌日からPT介入。自然排尿少なく残尿確認できたため排尿ケアチーム介入を受け、α遮断薬処方と排尿日誌継続となった。入院3日目に、生活機能を5段階で評価し患者・家族の思いや退院後の生活の促進因子・阻害因子を整理、退院に向け必要な支援を検討するICFカンファレンスを実施。全身状態は改善傾向だが、移動やセルフケア、コミュニケーションなど殆どの項目で重度～完全な問題に悪化しており、離床や排泄ケア、食事への介入を進める方針を共有した。患者の思いとしてはこれまでACPはされたことがなく、会話も困難なため把握できなかった。家族の思いもカンファレンス開催の時点では十分聞けておらず、後日面会時に聞き取ることを確認した。

②入院4～10日目
食事は自力摂取可能となり、薬物療法と離床の促進で導尿不要となった。しかし、移動やセルフケア能力において回復に至らず、リハビリ継続目的で転院となった。

【まとめ】
・入院前の生活に関する情報収集が退院支援の鍵となる。入院時から退院を見据えてケアマネジャーなど在宅スタッフと情報連携することが重要である。
・COVID-19の症状だけでなく全身状態の評価が必要であり、多職種で連携し課題解決に向けて取り組むことで早期の状態回復につながる。
・ICFカンファレンスを行うことで、多面的に患者を捉え課題を明確にすることができた。

07 ⑫自立支援 (ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	排泄自立支援を振り返って

県 連 名 東京
院所・施設名 みさと健和病院
発 表 者 由利 典彦 職種 介護福祉士
共同研究者 鈴木 夏芽、山口 早代子

【はじめに】
患者（以後O氏）は、サービス付き高齢者向け住宅に入所し、巡回サービスと生活支援、訪問介護入浴介助、訪問リハビリ、週2回デイサービス、訪問看護、往診を利用していた。元々ADLは杖歩行自立、排泄自立であったが、今回の左大腿骨転子部骨折による入院に伴いトイレ動作の介助が必要になった。現状のADLでサービス付き高齢者向け住宅に戻る為には、サービス調整の他、排泄介助の為の訪問介護が必要となってくる。費用の問題もあり、介護付き有料老人ホームに移る事も検討したが、サービス付き高齢者向け住宅に戻りたい、患者本人の訴えが聞かれた。訪問介護を増やさずに施設に戻るには、排泄自立が必要となるため、O氏と目標を共有し、取り組んだ事例を報告する。

【倫理的配慮】
症例をまとめるに当たり個人の特定ができないよう配慮した。

【事例紹介】
O氏 80歳 女性 既往歴 右乳癌手術、白内障、高血圧症、脂質異常症、胆嚢摘出術 サービス付き高齢者向け住宅に入所中は、不安定だが杖で、トイレまで歩行自立していた。恐怖心が強く新しい動作には消極的だが、とても温厚な性格。1月X-1日22時頃、居室ベッドの上に立ち荷物を取ろうとした所、バランスを崩し転倒、巡回スタッフに発見される。1月X日家族付き添いで当院受診しレントゲンとCTの結果、左大腿骨転子部骨折と診断され、治療目的で入院となる。入院23日目に回復期リハビリテーション病棟へリハビリ目的で転棟。

【経過】
施設に戻るためには、排泄介助の為の訪問介護を増やす必要があり、今までよりも費用が高額になってしまう。家族としては、排泄自立で施設に帰りたいと希望があった。しかし、O氏はトイレの際に間に合わない事もあった。そこで、O氏の尿意を確認し、リハビリ目標のトイレ動作獲得を達成する為、患者にパッド交換の自立を提案した。

【結果】
トイレにパッドを破棄するゴミ箱を設置。トイレの際パッドが汚れていれば確認してもらい、交換するよう促し、パッド交換が自立できるよう支援した。パッド交換に慣れるまでは、他スタッフにも協力してもらい、患者が自立できるよう支援した。パッド交換自立に向け、車椅子のポケットに何枚か交換用のパッドを入れておいた。退院までの2週間という短い期間の取り組みで、パッド交換のゴミ箱に捨てる事は出来るようになったが、新しいパッドに交換する際に後ろのパッドが丸まってしまう、見守りで直す事が出来るようになった。トイレ動作の介助は軽く触れる程度まで軽減する事が出来た。

【結論】
施設に戻るまでに、パッド交換自立に向けて多職種連携し、患者を支援した。頑張りたいという気持ちを受け止め、パッド交換自立という目標を持つことによって、患者の意向を聞いて施設に戻るには、どうしたらいいかを一緒に考え、患者主体で行えたのではないだろうか。

07 ⑫自立支援 (ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「昨日より元気」 ～介護職からアプローチする自立支援～

県 連 名 山形
 院所・施設名 鶴岡協立リハビリテーション病院
 発表者 皆川 直子 職種 介護福祉士
 共同研究者 原田 ひより、阿部 美智子

【はじめに】

通所リハビリテーション（以下リハ）の役割の一つに自立支援の視点は必須であり、この間自立支援の学習会を繰り返し開催、自立支援チームを立ち上げ様々な取り組みを検討・実践してきたが、なかなか取り組みに充足感が得られない状況があった。2021年度介護報酬改定で入浴介助の取り組み強化が示されたことをきっかけに、自立支援の取り組みの在り方を再検討、職員の意識改革、意欲向上につながったため、以下に報告する。

【目的】

自立支援の取り組みは日々のケアにあり、個性が高い。多職種と連携をはかりながらも、介護職が主体となる取り組みを実施し、利用者の自立支援につなげる。

【倫理的配慮】

研究の調査や方法は個人が特定されないこと等を説明し同意を得ている

【方法】

・個別入浴計画、評価、入浴介助加算（Ⅰ）（Ⅱ）についての学習会・担当者会議、リハ会議前の情報提供用紙の作成・サークル活動など個別活動の支援・意識調査

【経過と結果】

・入浴介助の取り組み強化を受け、職員が統一した対応が出来るように学習会を開催した。改めて個別入浴計画をリハ技士と共に作成。洗体・洗髪の評価は介護職が担当した。入浴に上位加算が追加され、これまでもご本人が出来ることはして頂くとしていたが、計画書にそった介助方法の統一、自宅浴を意識したかわりにつながった。またリハ技士との合同会議では、リフト浴から一般浴へ移行ができる利用者を提案。自立支援の取り組みの推進だけでなく、上位加算算定にも貢献できた。・リハ会議等で、利用状況やケアの課題等を介護士視点で家族に伝える方法を検討、会議前に情報を記載する用紙を作成、一方的な情報提供にならないよう、利用者へのアセスメントが重要であり、在宅の状況をふまえた支援が求められていると感じた。・個別の対応として、絵手紙や塗り絵等が好きな利用者、コンクールがある旨を伝え初めて応募を試みた。3名のうち2名の方が賞をいただき、雑誌に掲載された。この結果は利用者の自信につながったと考える。コロナ禍で休止しているサークル活動を再開し、一人ひとりの達成感や喜びにつなげていきたい・意識調査はスライドを参照

【まとめ】

自立支援についての意識調査を行うと10名中10名が理解している、やや理解していると回答し、取り組みたいことの問いに10名が意見を記載している。入浴の取り組みを機に、自立支援は特別ではなく日常のケアにあることを再確認できたと考える。一方マンパワー不足や利用者の目標設定が不十分などの課題もみえてきた。自立支援については、今後は取り組みと共に成果が求められることが予測される。そのため、自立支援に結びつくアセスメントが重要と考える。利用者の能力を見極め、意欲を引き出す事が役割の一つと考え、利用者様の在宅生活が少しでも豊かになるよう、デイケア目標である『昨日より元気』につながる取り組みを強化していきたい。

07 ⑫自立支援 (ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	ICF の観点から振り返る退院支援

県 連 名 岐阜
 院所・施設名 みどり病院
 発表者 岩山 あかね 職種 看護師

【はじめに】

ICF とは、障害と生活機能について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの要素及び、「環境因子」「個人因子」で構成され、生活機能についてプラス面からもみるように、視点を転換したものである。今回の症例をICFの観点から振り返り、学んだことについて考察する。

【倫理的配慮】

患者さんのプライバシーに配慮し、個人が特定されないようにした。

【患者紹介】

患者：A氏 50歳代 男性 診断名：ウェルニッケ脳症 既往歴：アルコール依存症、高血圧症、アルコール性肝障害、腎機能障害 家族歴：80代の母と二人暮らし。妻とは離婚。二人の娘がいる。特に長女は祖母や父の様子を見に、時々A氏宅を訪問していた。キーパーソンは母であったが、様々な手続き、契約に動いてくれたのは長女。長女には二人の娘がおり、シングルマザー。その他：飲酒量は焼酎3合/日。お酒の影響で仕事が続かず、職を転々としていた。現在は無職。

【入院の経過】

X年10月トイレ前で動けなくなり救急要請。意識レベル低下あり。慢性肝障害と診断。肝障害後の廃用症候群のため、リハビリと退院調整目的で、X年11月A病院回復期リハビリテーション病棟に転棟となる。当初、歩行器歩行獲得を試みていたが、X年12月より体幹の動揺が著名となり、歩行困難となる。神経内科を受診し、高度な末梢神経障害を認め、ビタミン欠乏性ニューロパチーと診断。当初、歩行を獲得し、3ヶ月の期限で自宅へ帰る予定であったが、自宅での生活方法、現在のA氏の状況で、自宅での生活が可能なのかをA氏、家族と共に検討するため、入院を延長し、リハビリを続けることとなった。

【考察】

ICFの目標は参加にある。参加は、その人自身の人生につながり、個性が最も現れる大切な部分である。A氏にとっての参加とは、自宅へ帰り、社会の中で自由に生活することである。最初に、A氏の自宅へリハビリ担当者として訪問し、A氏が生活する環境を把握した。プッシュアップの移動が、リハビリである程度確立された時、より自宅での生活に近づくために、個室に移動し、床上での生活を開始した。病室の環境も、A氏の部屋からトイレまでの距離を想定し、三角コーンでルートを作ってトイレへ行けるようにした。食事自宅と同じようにするため、ちゃぶ台を用意した。環境を変えたことで、リハビリでしている活動を、出来る活動にするために働きかけることが出来たと考える。

【まとめ】

A氏は50代と若くして、著明なADLの低下により、出来ない事が確実に増えた。どうしても出来なくなったことに目がいってしまいが、ICFの視点からA氏をみたことで、障害を抱えていても、A氏の持てる力は何か、A氏らしい人生を送るためにどうすれば良いかを考えることが出来た。今後もICFを用いて、患者の全体像を見ながら、退院に向けての支援を行っていきたい。

07 ⑫自立支援 (ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	下肢切断患者の精神的变化の振り返り ～透析室スタッフとしての関わり方とは～

県 連 名 長崎
院所・施設名 上戸町病院
発 表 者 柴田 啓子 職種 看護師
共同研究者 松原 小百合、熊 優子

【はじめに】
近年、透析患者の下肢切断に至る症例が増加している。下肢切断は生命予後だけでなく、ボディイメージの変化から現実の受容は容易ではない。今回、突然壊死性筋膜炎を発症し下肢切断となった症例を通して、透析室の関わりと、精神的变化を「フィンの危機モデル」を参考に振り返りその過程を報告する

【倫理的配慮】
発表について、プライバシーに配慮し、個人が特定されないこと、個人情報保護と不利益が被らないことを本人と義母に口頭にて説明し両者から承諾を得た。また、倫理委員会の承認も得た。

【患者紹介】
・A 氏、40歳代、知的障害あり
・配偶者、子供2人

【経過】
A 氏は知的障害があり日常会話は可能だが自ら感情表出することは難しい。そのため透析室では「連絡ノート」を使用し家族とのやり取りを行っている。透析歴5年で大きなトラブルはなく経過していたが、壊死性筋膜炎を発症し2週間足らずで下肢切断となった。切断後は容姿の受容に対する精神面を考慮し患者の少ない午後透析へ時間変更した。初めは硬い表情であったが、スタッフの以前と変わらない対応と声かけで徐々に笑顔が見られるようになった。リハビリは「自分で動けるようになりたい」と話し義足を作成した。自宅では家族が日常生活動作の援助を行い、A 氏は朝食や子供達のお弁当を作れるようになった。また、杖歩行で通院できるまでになった。しかし「外では人の目が気になり車椅子ならいいが、義足歩行では行きたくない」と言われ、以前は必ず参加していた学校行事は参加していない。

【考察】
壊死性筋膜炎は進行が急速な疾患で、透析患者は免疫機能が低下しているため重症化しやすい。A 氏の場合も突然発症し短期間で股関節からの切断となり、精神的苦痛は計り知れない。「フィンの危機モデル」では①衝撃の段階、②防衛的退行の段階、③承認の段階、④適応の段階と4つのプロセスを踏み障害を受容すると言われている。A 氏の精神的变化を4つのプロセスで振り返ると、発症当日は①の段階。切断の選択に迫られた手術当日は②の段階。下肢切断を現実と自覚した手術後は③の段階。リハビリ開始後、義足歩行、家事が出来るようになったことは④の段階であったと考える。このような精神的变化の段階を踏みながら障害を受容していったが容姿の受容までには至っていないと考える。A 氏は自分の感情を言葉で表すことは少ないが、透析室スタッフの前では涙を流し感情を表出することがあった。このことは、これまでの関わりからA 氏と信頼関係の構築ができていたからだと考える。

【終わりに】
今回、精神的段階を踏みながら障害を受容していくことを理解出来た。これからもささいな表情の変化や言動に注意し、家族の協力を得ながら、A 氏が子供達の成長を長く見続けることが出来るように援助していきたい。

07 ⑫自立支援 (ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナウイルス感染症専用病棟での患者向けパンフレットの作成・運用について

県 連 名 京都
院所・施設名 京都民医連中央病院
発 表 者 河村 真莉恵 職種 看護師
共同研究者 柏木 明子

【目的】
当病棟は、2020年4月からCOVID-19の患者（軽症～中等症）の受け入れを開始し、現在は、コロナウイルス感染症専用病棟として稼働している。COVID-19は呼吸器症状のみならず様々な症状を引き起こし、ADLの著しい低下を引き起こすケースにしばしば直面した。コロナ病棟になってからの約2年、スタッフも初めてのことが多く試行錯誤しながら日々看護ケアを実践してきた。その学習や経験をもとに「回復に向けてできること」パンフレットを作成し運用開始したためここに報告する。

【倫理的配慮】
本演題の内容は個人が特定されないように配慮した。利益相反はなし。

【看護実践】
まず、理学療法士による病棟内でスタッフに向けた学習会を実施し、離床のメリットやCOVID-19の特徴でもある肺側背の炎症に効果的な腹臥位療法について学習した。更に、リハビリ開始や中止の基準を学び、看護師サイドでも安全にリハビリが実施できるように学んだ。この学習会の内容も参考にして、症状や治療薬、リハビリの必要性や方法などを記載したパンフレットを作成し患者自身が治療に参加できるよう促した。また、コロナウイルス感染症のクリニカルパスを作成し、定期的な看護カンファレンスや生活リハビリをすすめる仕組みを作った。そして、全介助の患者にも車椅子への移乗を促し、食事はホールで食べる、お茶汲みを自身で行ってもらうなど看護師ができる生活リハビリとして積極的に離床を促した。

【結果】
コロナの病状、特徴を理解した上で適応患者には腹臥位療法を促すことで患者の呼吸苦の軽減に努めることができた。ADL自立の患者ではパンフレットを見て自室で体操されている方や病棟内を歩行し運動している姿があり、患者が主体的にリハビリを実施できていた。さらに患者だけではなく、スタッフも看護カンファレンスをきっかけに食事時のホールへの誘導、排泄誘導、保清といったケアを統一して実践し、リハビリの時間以外の患者の離床の機会が増えた。

【結論】
COVID-19は身体的苦痛に加えて、隔離環境にあり行動が制限されたり、他者との交流も一時的に遮断される状態が続くため精神的ストレスも多い。また、特に高齢者ではせん妄症状が出現することが多くある。しかしパンフレットを作成したことでスタッフの離床への意識が向上し患者の呼吸機能の回復だけでなく、感染対策をした上でホールで他者と交流すること、自室で身体を動かすこと、スタッフの関わりなどが精神的ストレスの軽減、せん妄予防になったのではないかと考える。また、退院後の生活を見据えた看護の視点では、患者の社会的立場を理解しコロナという病気の理解と離床のメリットをパンフレットを介して患者に伝えられたのではないかと考える。

07 ⑫自立支援(ICF)

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名
退院を見据えた看護

県 連 名 福岡

院所・施設名 大手町リハビリテーション

発 表 者 瀬川 京香 職種 看護師

【はじめに】

A 病棟は慢性期病棟であり長期入院療養患者が過半数を占めており在宅退院するにあたって困難な事例が多い。今回症例に取り組んだB氏は在宅退院を望んでいたが、在宅復帰するにあたって薬の自己管理・皮膚の保清・糖尿病に対する不安があった。その為、安心して在宅退院が出来るように指導を行った。

【患者紹介】

B 氏、60歳女性。主疾患は陰部潰瘍、既往歴は2型糖尿病、変形性膝関節症、うつ病。2019年に同居していた母親が他界しその後、独居生活となり生活状況が悪化。同年に陰部潰瘍を発症しC病院にて内服治療開始したが、内服自己管理できず薬物性食道炎を発症していた。また乳房下・下腹部にただれがあり軟膏で治療中であった。発達遅延もあり、今回セルフケア不足で自宅が物で散乱し生活困難である事から環境調整のため当院への入院となる。B氏は退院後介護サービスを導入し自宅退院を希望していた。

【倫理的配慮】

健和会看護研究倫理審査会の承認を得た。

【結果】

在宅退院するにあたって本人や多職種と協議し何が必要なのか明確にした。始めに内服自己管理が必要と考え、1日ずつから開始し徐々に1週間内服自己管理を出来る様に評価することにした。また内服の空袋の確認表を作成し1日も飲み忘れる事無く服用できていた。次に、入院当初にアルコール入りのウェットティッシュで乳房下腹部・陰部を拭いており患部のただれを悪化させていた為皮膚の保清・軟膏塗布の方法などを書いたパンフレットを作成し指導を行った。B氏からは「分かりやすかった」との声も聞けた。またB氏は、変形性膝関節症の既往があり長時間立位を保持することが困難であった。そのため自炊はしておらず入院前はスーパーなどの惣菜を食べていた事から退院後食事が偏る危険があるため、パンフレットでの指導を行った。退院後内服は自己管理ができており皮膚もトラブルなく退院後に配食サービスを頼み栄養管理しているとの事だった。

【考察】

亀井は退院支援を行うにあたって「患者・家族の自己決定を支えていくために看護師は患者・家族の病状や予後への理解・受け止めを把握する必要がある¹⁾」と述べている。今回、A氏が退院するにあたり何が不安で理解できていないのかを把握し指導する事で、退院後の生活をイメージができ安心して退院する事が出来たのではないかと考える。

【おわりに】

退院後に考えられる問題を様々な視点から考え、何を不安に思っているかを知り寄り添う事が大切だと感じた。

【引用・参考文献】

1) 亀井智子 小玉敏江：高齢者看護学 第3版

キーワード：患者指導

07 ⑫自立支援(ICF)

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名
訪問介護における服薬管理に向けた取り組み

県 連 名 熊本

院所・施設名 たくまの里

発 表 者 北川 祐介 職種 介護福祉士

【はじめに】

訪問介護では一人暮らしや老々世帯の利用者も多く、そのため多職種からの情報収集の必要性を強く感じて訪問介護サービスを提供している。今回は、服薬管理が困難な事例をもとに服薬管理に対する訪問介護の対応の仕方と多職種連携の在り方を考えてみた。

【倫理的配慮】

・本事例にあたり、利用者に趣旨説明し了承を得ている。

【対象者】

・A 氏 男性 83歳 要介護1
・B 市に自宅で1人暮らし。近くに長女が住んではいるが、仕事をしている為、殆ど家に来ていない。次女は関東在住。
既往歴：胸部脊柱管狭窄症・慢性糸球体腎炎・痛風・便秘症など。

介護サービス状況：訪問介護の生活70分週3回、身体+生活80分週2回利用。服薬は週1回土曜日に訪問介護にてセットを行う。病院受診は1人で行っている。以前、通所介護を利用始めるがすぐに辞めてしまい、現在は訪問介護のみ利用している

【問題点】

20XX-4年8月より訪問介護利用開始。当初は自己管理で薬袋より服用していたが、起床が遅く、食事も朝昼兼用のため朝薬を飲み忘れる事が多かった。その後も「朝と夕方の薬は同じだから」と朝薬を2回服用したり、残薬を自己判断で服用するなどうまく服用できていない事が多くあった。昼夜逆転現象が見られる事もあった。物忘れも多く見られ、服薬や食事、自分でヘルパー中止した事などを忘れる事が度々見られた。

【実施内容】

・A氏が服薬状況を確認しやすいように。服薬カレンダーから取りやすい箱へ変更してモニタリングの実施。
・ケアマネジャーへ服薬管理状況の報告。
・ケアマネジャーより居宅療養管理指導や病院の同行をA氏へ提案。

【結果】

・病院受診時にケアマネジャーが同行して服薬状況を医師に説明を行った。
・薬は一包化され、飲み忘れの頻度は減少した。
・居宅療養管理指導を提案するが「お金がもったいない」との事で導入には至っていない。

【考察】

・A氏の身体状況から服薬だけでなく、必要な介護保険サービス利用を丁寧な説明を根気よく行っていききたいと思う。
・訪問介護は居宅サービスでは一番利用者と接する時間が長いと思われます。その中でいち早くその人の状況の変化に気づくことが出来、報告する事が訪問介護の役割だと感じた。
・今回の事例を通して訪問介護として出来る事、出来ない事を再認識し、業務に就きたいと思う。

キーワード：独居高齢者の服薬管理の支援

07 ⑫自立支援(ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	Aさんのデイサービス利用に対する気持ちの変化 ～カレー作りを通して～

県 連 名 茨城
院所・施設名 かたくりケアセンターもくせい
発 表 者 薄井 愛美 職 種 介護福祉士
共同研究者 照沼 秀勝

【目的】
短時間でデイサービスを利用されている方が、楽しみを持ちながら満足して利用を続けていける為にはどのような関りが必要かを検討し、ケアにつなげた事例を報告する。

【事例紹介】
Aさん 70代女性 独居 デイサービスはR3年8月から利用 運動、入浴、閉じこもり予防の為デイ利用となるが、出かけることに抵抗もあり「体操だけなら」と短時間から利用開始となった

【方法】
・本人への、嗜好や意思の聞き取り 興味がある事、できる事を伺い職員間で共有した
・カンファレンス、事例検討会議を実施
・本人の意向から、興味のある調理活動への働きかけを通して本人と一緒にカレー作りを企画した

【倫理的配慮】
個人が特定されないよう配慮した

【結果】
・当初は「家で入れるから大丈夫」等の返事で、デイでは入浴されていなかった。だが自宅での入浴環境の情報や、また本人も寒い期間の不安があると聞かれるようになり、デイでの入浴を提案し、1対1の対応で入浴をするようになった。入浴への不安はなく継続されている。
・ご本人への聞き取りの中で、昔料理教室に通っていたことが分かった。調理は自分でもやりたいけど、体調が不安定なこともあり今は一人ではできないとの言葉が聞かれた。以降、午前中の調理の参加をすすめてみる。「お味噌汁作りを一緒にお願いできませんか？」との誘いに「いいわよ」と野菜を手際よく切って下さった。「今度はカレーを作りたいわ」とご自身から話され、企画につなげた。カレー作り当日になるまでは、実施日やAさんのカレー作りのこだわりや材料など、利用の度に相談を行った。カレー作り当日は料理教室にも通っていたこともあり、それぞれの野菜の切り方や炒め方、入れる順番を1つずつ一緒に確認しながら行う事ができた。

【考察・まとめ】
・利用当初はAさんにとってデイは「運動をする」ためだけの利用目的だった。自宅での不安事や生活に対しての想いを本人と共有することで、タイムリーなアプローチに繋げることができ、本人にとってもデイ利用の目的に「入浴すること」が含まれた。体操への参加も今までは「はい、やります」と何でも受け入れる返事だったが、職員とコミュニケーションを取ることが増え、Aさん自身から「今日は頑張る」「今日はやりたくないわ」との自分の意思決定で参加されるようになった。
・調理では企画の段階からAさんと一緒に話をすすめていくことで、Aさんから職員へカレー作りの話をされるようになっていた。デイの利用に対して「カレー作りをする」という目的がAさんと職員間で一致されていると感じた。
デイを利用するのは、利用者本人である。ご本人の中でのデイ利用の目的は何であるか、ということを理解していなければ、満足していただける利用には繋げられない。想いを汲み取り、利用者主体となる利用に繋げていけるよう、個々の関わりを大事にしていきたい。

キーワード：在宅生活支援

07 ⑫自立支援(ICF)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「独居生活を送るためのショートステイでの取り組み」 ～利用者へ継続した機能訓練の提供と情報共有～

県 連 名 青森
院所・施設名 健生介護センター虹
発 表 者 成田 泰代 職 種 看護師
共同研究者 佐々木 明仁

【はじめに】
A氏はマンションで単身生活していたが、悪性腫瘍で入院となり、腫瘍の影響で両下肢不全麻痺となった。退院調整段階で自宅退院を希望していたが障害が残った状態で他のサポートもないため、担当者たちは自宅退院は厳しいと考え施設入所中に在宅復帰可能か見極めることを提案、ショートステイ利用となった。入所後、本人と相談しながら個別ケア・機能訓練を提供、関係職種と情報共有し進めた結果、自宅に戻れることとなった。ショートステイという枠組みの中でニーズに添えるよう取り組みした結果を検証し報告する。

【研究目的】
両下肢麻痺で自宅マンションへ退所が出来た要因を分析する

【研究方法】
研究期間：約6ヶ月
研究対象：A氏80歳代女性、元々マンションで単身生活。入所時は腎癌術後、第7胸椎転移性腫瘍により両下肢不全麻痺で車椅子使用。移乗等は介助。また、脊椎の脆弱性骨折予防のため体幹コルセット装着。月1回免疫療法で通院。

【倫理的配慮】
個人が特定されないよう配慮する。本人へ書面で説明し同意を頂いた。

【経過】
入所時は両下肢不全麻痺で車椅子生活であり、移乗・トイレ動作・下衣着脱は介助が必要な状態であった。そのこともありショートステイでは不定期だった個別機能訓練を定期的を実施するよう計画し開始した。訓練は主に看護が行い、慣れてきた段階で介護スタッフも介入し実施した。1ヵ月頃から掴まり立ちの支えが不要となり、3ヵ月経過で車椅子移乗は自力でできるようになってきた。介助方法を統一しつつ、本人のモチベーション維持にも努めた。また、具体的な在宅復帰計画を本人と作成、関係職種で共有し、更に訓練負荷も上げていった。5ヵ月経過で移乗やトイレ動作は自力で可能となり本格的な在宅復帰に向け、家屋調査として本人と関係職種が自宅訪問し、必要となることを話し合い、ショートステイでも生活環境を工夫した。サービスは定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス、通所リハビリテーション、訪問ヘルパー利用が決定。また緊急時連絡には無線通報装置を準備し、約6ヵ月で退所の日をむかえた。

【考察】
A氏は自宅に戻るという強い意志を持っていた。ショートステイスタッフは情報の収集と共有をしながら、やるべき事はなにかを話し合い介入の仕方を検討・実施してきた。また、A氏に合った訓練を提案、実施することで本人の意思に沿ったケアが提供出来たと考えられる。また、ショートステイ入所中でも家屋調査を行うことで独居生活の問題点を把握し、対応策を明確にすることが出来た。また介入方法やサービス選択など、関係職種間で話し合いを重ねたことが在宅復帰できた要因の一つと考えられる。

【結論】
スタッフ間で情報共有することで統一した機能訓練を提供することが出来る。

【参考文献】
1) 厚生労働省：平成28年版 厚生労働白書 第2章・第2節「暮らしに関する意識」（閲覧日：2021年9月7日）

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	脳血管障害患者との関わりで学んだこと

県 連 名 徳島

院所・施設名 徳島健生病院

発 表 者 森本 まゆみ 職種 看護師

共同研究者 大和 真理、木下 直也、藤井 浩三

2020年12月に新病院へ移転し2フロアから1フロア48床の回復期リハビリテーション病棟となった。入院料3から1ランクアップを行った。脳血管障害の患者の増加により常に15名前後の脳神経疾患の患者が入院加療されている。中でも脳卒中の患者が抱える障害は麻痺などの身体障害にとどまらず言語障害や嚥下障害、高次機能障害などが重複している。患者や家族には様々な生活の再構築が求められる。

今回、事例を通して身体機能回復だけでなく障害を受容し障害とともに生きていけるよう援助する事の大切さを学んだので報告する。

【倫理的配慮】

今回の発表に際し、本人・家人に説明し同意を得た。個人が特定されないように配慮した。

【事例紹介】

- ① A 氏70歳代女性 左前頭葉多発性脳梗塞 右上下肢麻痺 高次機能障害
ADLは全介助を要し、情緒不安定もあり精神的安定を図るため本人の思いを傾聴しメンタルケアに努めた。回復スピードが遅くなると悲嘆する姿が見られたが、多職種カンファレンスを開催しすべての職種が状況を把握し、サポートを行った。家屋調査から146日後に自宅退院となった。
- ② B 氏80歳代女性 左視床出血 右上下肢不全麻痺 構音障害
右片麻痺が残存し支えがあると立位は保持できたが利き手交換も介助が必要だった。回復停滞による感情失禁が見られた。スタッフ間では現状からは在宅の退院は困難と思われたが、家族・本人は自宅退院を希望されていたため、意思を尊重しリハビリを継続した。短下肢装具や3点杖歩行見守りレベルまで回復し自宅ではないが娘宅の退院が出来た。
- ③ C 氏60歳代男性 脳梗塞再発 左上下肢麻痺 構音障害増悪
59歳で脳梗塞発症し右不全麻痺と構音障害が残存したが一人で生活していた。今回の再発で左片麻痺と構音障害の増悪を伴い起居・移乗動作に全介助を要した。「帰ったらなんとかなる」と言われ自宅退院と施設入所を並行して退院準備を行っていたが、県営住宅の管理人から承諾が得られず自宅退院は困難となった。暫くはリハビリ意欲も減退し援助の拒否もあった。しかしC氏の思いに寄り添いケアした結果、施設への退院を受け入れることができた。

【考察】

脳卒中は突然の発症であることが多く、心身諸機能に様々な障害をもたらす。特に運動機能はこれまで不自由のなかった日常生活動作を突然阻害するため患者の生活に大きな変化をもたらすその人の人生を根底から揺るがす事となる。医療従事者に期待されることは患者の心に積もり積もった悩みや心配事、悔しさなどを傾聴することであり生活の中から本音を聞き出し寄り添うことが支援のあり方だと考える。患者の障害受容に至る複雑な心理状態を理解しプロセスに応じた援助が大切だと学んだ。

【おわりに】

今回、事例を通して身体機能の回復は心の回復と共に考えていく事が大切だと改めて認識した。障害を抱えながらも日常生活や社会生活が送れるように他職種と連携をはかりながら支援を行っていきたい。

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	A病棟における、私服の更衣に対する支援の実態 —説明用紙導入後のスタッフの認識や意識の変化—

県 連 名 新潟

院所・施設名 下越病院

発 表 者 栗賀 あゆみ 職種 介護福祉士

共同研究者 諸橋 歩里

【はじめに】

平成30年度診療報酬改定により回復期リハ病棟におけるアウトカム（質の評価）が重要となり、入院時及び退院時の患者の機能的自立度評価法（以下FIM）の評価もさらに重要となった。回復期リハビリテーション病棟10カ条では、ケア10項目宣言として日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しようと更衣に関して明記されている。私服への更衣が病棟を維持する上で必要である。しかし、スタッフの異動や、2020年2月よりケアサポートシステム（以下CSセット）の導入が開始し、更に、コロナ禍での面会制限により、私服を持ち込むことが減り退院当日まで病衣の患者が多く見られた。このことから病棟スタッフの認識や意識が薄いため、患者、家族への説明、理解が得られていない現状があるのではないかと考えた。スタッフと患者への説明を行えるように説明用紙を作成した。説明用紙配布、説明してもらい、実践前後のスタッフの認識や意識の変化を調査した結果を報告する。

【研究目的】

アンケート調査を行い、説明用紙作成、配布前後の更衣に対する支援の認識、意識の変化を明らかにする。 研究対象：A病棟スタッフ36名

【倫理的配慮】

個人情報保護の観点から匿名として個人の特定がされないようにすること、アンケート調査に協力していただき知り得た情報は研究以外の目的で使用することはない。又、研究終了後は破棄することを書面にて説明し、同意を得た。

【考察】

アンケート回答率は資料配布前97.2%、配布後94.4%であった。私服更衣は必要と考えながらも、私服持参の認識が、人によってはできていない現状があった。スタッフに対して私服持参を家族に説明する人が誰なのか明確ではなかった。又、スタッフの異動により患者、家族への私服持参説明をすることをスタッフに伝達する役割の人がいなくなり、家族への説明に至っていない現状があったと言える。なぜ私服持参が必要なのか意識や、知識を高めることによって患者、家族への説明がスムーズに行えるのではないかと考える。資料配布後はほぼすべての項目で意識や、認識の向上がみられたのに対して、私服持参の説明は、あまりしていない、全くしていないが減少したが、全体の半数ほど多く、資料配布5月15日から調査まで、約1か月間と短かったことも要因であった。また、CSセットが私服持参説明の障壁となっており認識がないスタッフもいた。今後も、スタッフの意識向上に向け、取り組んでいく必要がある。

【結論】

- ・期間が限られているため、スタッフ全員の意識や認識を向上させるまでには至らなかった。
- ・病棟スタッフが患者家族に説明する前に回復期リハビリ病棟における更衣の必要性を認識、意識し理解することが大切である。そのような学習の機会を設けていくことが、これからの患者家族支援につながるため、今後の課題となる。

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	回復期リハビリテーション病棟における尿意と排泄行動の獲得に向けたアプローチ

県 連 名 宮城
院所・施設名 泉病院
発 表 者 阿部 一葉 職種 看護師
共同研究者 小野寺 若美、濱内 理紗、須藤 幸枝
高橋 咲恵

【目的】
排泄要介助の状態による介護負担、患者・家族の精神的負担を軽減する。

【方法】
チーム目標を「排泄動作を獲得し、本人 家族が退院後の生活がイメージできる」とし、「自立度 B レベルの患者の排泄の機能的自立度評価法（以下 FIM）4 項目が平均で 2 点上がる」を小目標とした。評価時期は対象患者の転入時と退院時とした。患者選定基準は日常生活自立度が B レベルとし、失禁があり尿便意がほぼ感じない患者であり、退院に向けトイレでの排泄が必要であり、かつ離床し食事を摂取している患者とした。中間評価後は患者選定の基準を緩め、対象者を増やした。患者対応については時間を決めてトイレで排泄を促すなど個別に応じた対策を行った。

【倫理的配慮】
本症例に関わった患者について知り得た情報は、本症例以外では使用せず、倫理原則を尊重することに配慮する

【結果】
・ FIM の改善（平均改善点）
中間総括時点 1.25 点
最終総括時点 2 点

【考察】
患者選定基準等を作成し取り組みを行った。しかし、中間評価時点では対象患者の平均改善点数が目標に届かなかったため、それ以降は患者選定の基準を見直した。それにより、対象患者として上げられる人数が増加し、対象患者の人数は安定した。しかし、その後も取り組みを継続したが目標の改善点数に届かなかった。その要因としては元々の自立度が高い、夜間の失禁、トイレで排泄は可能だが失禁も見られる患者等も多かったことがあげられる。しかし点数の改善としては目標には届かなかったが、患者の失禁の頻度は減り、毎回失禁する患者の減少につながった。
横山は¹⁾「排泄の自立は、生活の質（QOL）を考える上では欠かせないことである。排泄は羞恥心を伴うプライベートなものであり、病気になっても下の世話はされたくないという思いを誰もが持っている。」と述べている。今回の取り組みで、失禁のある患者数が減少した事は、退院後の生活での本人家族の負担の減少につながると考える。

【まとめ】
今回の取り組みをさらに継続し有意義な取り組みとしていくために他職種との協働が必要である。また患者・家族が納得し訓練に参加できるような支援をしていきたい。

【参考・引用文献】
1) 神奈川県総合リハビリテーション事業団・リハビリテーション看護研究会 新版実践
リハビリテーション看護～脳卒中を中心に～ 照林社
(P135引用)

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	A 病棟における入浴援助とリハビリテーション介入の改善に向けた取り組み～回復期病棟の特性を活かして～

県 連 名 福岡
院所・施設名 大手町リハビリテーション病院
発 表 者 石谷 司 職種 介護福祉士

【はじめに】
A 病棟は回復期リハビリテーション病棟であり、運動器や脳神経疾患、廃用症候群を脱した患者に積極的なリハビリテーション（以下リハビリと略す）介入を行ない、早期の在宅復帰を目指している。今回入浴援助とリハビリ介入の改善に向けて取り組んだ事例を報告する。

【研究の倫理的配慮】
事例に取り組むにあたり本人が特定されないようにし、本人・家族に承諾を得ている。また、法人看護研究倫理審査会の承認を得ている。

【取り組み内容】
A 病棟では、入院患者さんに対し週 3 回の入浴援助を行っており、また入浴動作の訓練・評価の場ともなっている。しかし取り組み前までは入浴援助とリハビリ介入が効率的に行えていたとは言えなかった。その背景として①入浴表が使いにくい②入浴方法がタイムリーに変更できず、評価のツールがない等が挙げられた。①の改善策として入浴表の改訂と運用方法を一部変更した。その結果、病棟・リハビリスタッフ双方から患者さんの都合を優先しながらリハビリの介入が出来、患者さん自身の 1 日のスケジュールが立てやすくなった等の声が聞かれた。②の改善策として病棟用、リハビリ用で評価カードの作成・活用を始めてみた。評価カードの導入前後でのカンファレンスの件数に大きな変化は見られなかった。しかし、病棟スタッフも援助に際し、動作獲得に向けての気づきの視点が高まり、リハビリスタッフへ改善に向けて提案する姿が見られたりと、コミュニケーションツールとして有効などの声を聞く事ができた。また FIM 記入時の根拠づけにもなった。

【評価考察】
千野らは「リハビリに従事する医療福祉関連職にとっては、個々の患者が抱える種々の障害の改善あるいは維持の手法について討議することが不可欠である。その際の共通言語として客観的評価法を用いることは、連携を推進するとともに、より良いプログラム推進にもつながる。また、経験の少ない職員への教育的効果も高くなる。」¹⁾と述べている。評価カードを用いた ADL カンファレンスは、多職種間の情報・コミュニケーションツールとして役立てることができ、また FIM の側面から多くの評価項目が関連している行為であることを再認識することができた。

【おわりに】
今回、入浴表の変更や運用方法の見直し、評価カードなどの新たなツールを導入していった事でより入浴援助やリハビリの介入で改善を図ることができた。これからも回復期病棟のスタッフの役割として、退院後の患者の生活を見据え、どんな工夫をすることで自立が可能になるか、安楽につながるのかを考えながら日常生活の援助をすすめていきたい。

【引用・参考文献】
脳卒中の機能評価 SIAS と FIM（基礎編）P11 表1-1 項目
3 金原出版株式会社 千野直一ほか¹⁾

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	リハビリ課との協働による「集団リハビリ」の取り組み

県 連 名 東京
 院所・施設名 柳原病院
 発表者 伊藤 直美 職種 看護師

【はじめに】

地域包括ケア病棟の主な役割は、入院患者がスムーズに在宅復帰できるよう支援することである。当病棟の入院患者の多くは後期高齢者であり、ADL 低下と認知機能の低下へのアプローチは欠かせない。これまで当病棟で提供してきたリハビリは、理学療法士（以下 PT）・作業療法士（以下 OT）による個別リハビリ、PT・OT の助言のもと看護師が歩行訓練などを行う生活リハビリ、毎日10分間昼食前にケアワーカー（以下 CW）が主体で行うパタカラ体操がある。また、月2回のレクリエーション開催や、日々車椅子乗車を促し、意識的に離床機会を作っている。そして、2022年4月リハビリのさらなる充実を図るため「集団リハビリ」を開始した。その取り組みをここに報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮した。

【実践経過】

4月開始に向け、2月に集団リハ準備委員会（メンバー：リハビリ課長・PT・OT・病棟師長・CW 各1名）を発足した。数回の会議を経て運用方法を決定、2月末までにリハビリ課および病棟内に周知し、3月より試験的に運用を開始した。

<運用方法>

- 日 時：月～土曜14：00～14：30（移動10分、リハビリ10分、移動10分）
- 場 所：病棟内談話室
- 対象者：リハビリ課が選定（感染対策上10人まで）
- 内 容：棒体操（誰もが行えるようリハビリ課でマニュアルを作成）
- メンバー：PT・OT・CW・看護師を各1名ずつ配置、4人のうち1人は進行役、3人はサポート役とする。

参加者からは「こんなのあったんだね、楽しい」「体が楽になる」などの声が聞かれ、積極的に参加する様子がみられた。参加者が10名を超えることもあり、感染対策を見直した。床に印を付け、人数でなく患者間の距離に重点を置くこととした。進行については、マニュアルを使用し CW もリハビリを提供することができた。しかし見守り役の看護師が自身のケアや処置を優先させてしまい、参加しないことがあった。集団リハの優先順位を低く捉えている看護師に対して、なぜ集団リハが必要なのか、病棟の役割や特性を再考するよう投げかけた。また、看護業務の多忙さから14時開始というのを忘れてしまう状況もあったため、その日の受け持ちボードにマグネットを貼り、師長から毎日担当者へ声掛けを行った。突発的な処置が発生した場合には責任をもって他看護師へ代理を頼むよう指導した。以降、看護師も毎日参加するようになった。

【今後の課題】

- ①リハビリ効果の検証
- ②リハビリ課とのさらなる協働

【おわりに】

集団リハは、入院患者が「家に帰りたい」「病気は抱えていても普段の生活に戻りたい」という希望に寄り添う、患者のための取り組みである。そしてそれは多職種協働・連携により実現できるものである。すべての患者にとってより良いリハビリの提供、ひいては自宅療養への道筋となるよう、引き続き多職種協働での実践を重ねていきたい。

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	新型コロナウイルス感染症に対してのリハビリ的なアプローチについて

県 連 名 埼玉
 院所・施設名 みさと健和病院
 発表者 富田 果奈 職種 看護師
 共同研究者 原 知香子、佐藤 弘枝、松井 千歳、飯野 礼子、田中 奈々、児島 智美

【はじめに】

2020年1月に新型コロナウイルス（以下 COVID19）が日本全土に広がり、翌年9月には約159万人が感染している。COVID19で入院した患者は回復しても、ADL 低下や肺機能低下などの後遺症によって日常生活に復帰するのが困難な状況である。当病棟では、2021年2月から COVID19後の患者の受け入れを開始しており、リハビリを受けて退院した患者が増えてきている。今回、COVID19後リハビリを実施した患者の状況をまとめることでリハビリの必要性和役割を再確認することができたためここに報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう匿名とした。

【患者紹介】

令和3年2月から10月までに COVID19に罹患し、リハビリ目的で当科に転棟や転院されてきた患者19名について詳細をまとめた。男女比は男性11名、女性8名。年齢の内訳は20代が1名、40代が2名、50代が2名、60代が3名、70代が7名、80代が4名である。重症度は重症8名、中等症Ⅰ14名、中等症Ⅱ8名であった。既往疾患としては複数の疾患を持っている患者が多かった。内訳としては高血圧症10名、糖尿病9名、高脂血症3名、COPD 3名、パーキンソン2名、喘息2名、心不全2名、心筋梗塞2名、腎不全2名、統合失調症3名、脳梗塞1名、肺がん1名。既往疾患がなかったのは1名のみであった。

【結果・考察】

入院前は全員が自立した生活を送っていたが、元通り自立の生活に戻れた患者は9名、何らかの介助や見守りが必要となった患者は11名。COPD や肺疾患の既往がある場合は、筋力や体力が戻っても肺機能が回復しない患者が多かった。労作時に酸素吸入が必要となったり、在宅酸素生活となる割合が多かった。

【おわりに】

今回対象患者の ADL や生活背景を見直してみて、リハビリを行った多くの患者が入院中よりも状態が良くなって退院を迎えることができたことが分かった。日々のリハビリは、廃用症候群を防ぐだけでなく状態の回復にも大きな役割を担っていた。症状が改善して退院していった患者から感謝の言葉を受け、たくさんの笑顔を見るたびに、リハビリは身体だけでなく精神的にも影響があるのだと実感することができた。また、このような振り返りをした中で心が痛くなるようなエピソードがあった。息子から感染した患者は、なぜ息子が迎えに来ないのかといつも不満を持っていた。夫が治療後に亡くなり、それを告げるために来院した息子へ「お前に移されてこうなったんだ」と発言した。隔離部屋での治療も含めて2か月以上も家族と離れて過ごした患者の精神的な苦痛は計り知れないものだったと思う。そのような患者に対しての精神面への援助も大きな課題であると感じた。

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	病棟での効果的な FIM の導入法

県 連 名 愛知
院所・施設名 千秋病院
発 表 者 服部 博子 職種 看護師

【はじめに】
FIM は実際にしている動作や介助量を数値化したものである。回復期リハビリテーション病棟での患者は今後の生活のためにリハビリを頑張っており、排泄動作のニーズは常に上位である。しかし、病棟看護師の23%しかトイレ動作 FIM を確実に覚えておらず、介助量がバラバラであった。介助量がバラバラでは効果的な日常訓練とならず、トイレ動作の獲得にも時間を要してしまう。そのため、トイレ動作を統一するため全スタッフがトイレ動作 FIM を覚える必要がある。また、覚えるだけでなく、日常業務で会話の中で使用して行く必要がある。今回は病棟全スタッフがトイレ動作 FIM を覚え、日常業務で使用できるような方法を見つけようと考え実践した。その取り組み内容と結果の報告を行う。

【方法】
FIM の定着度を知るためスタッフへ小テストを行う。当病棟スタッフが取り組みやすい方法として、心理学の心理学の画像優位性効果、ベイベーステップ、ザイオンス効果を取り入れることとした。
ベイベーステップ：トイレ動作 FIM へ絞り実施
画像優位効果：介助者が目に付くところへイラストを掲示
ザイオンス効果：介助者が目に付くところへトイレ FIM 表を掲示

【対象】
病棟看護師全員

【結果】
取り組み前の小テスト正解率 23%
画像優位性効果、ベイベーステップ、ザイオンス効果を取り入れた取組後の小テスト正解率 72%へ増加。
患者の目標を意識した援助ができ、トイレ動作 FIM を確実に覚えた看護師が増えた。

【考察・まとめ】
心理学を活かした取り組みは、病棟看護師の負担が少なく簡単であり、全員の協力を得られ、良い結果となったと考える。私たちの病棟の状況に合う FIM の覚え方、使い方が見つかった。今後は、トイレ動作 FIM だけでなく、他の FIM 定着へも繋げていく。

【参考文献】
1) 田中 正人 心理学 用語大全 第5版 誠文堂新光社 2020 P233
2) 田中 農夫男・木村進 ライフサイクルからよむ 障害者の心理と支援 第5版 福村出版 2014 P202

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	生協10の基本ケアの取り組みについて

県 連 名 埼玉
院所・施設名 介護老人保健施設さんとも
発 表 者 岡田 将輝 職種 作業療法士

【はじめに】
A 施設では生協10の基本ケアを取り入れて4年になった。これまでに取り組んできた「尊厳・自立・在宅支援」、生協10の基本ケアではさらに介護の質について「ふつうの生活」を取り戻すと表現している。B 階療養棟では生協10の基本ケアを療養生活内に組み込み、他職種で適宜評価している。改めて、B 階療養棟10ケアの取り組み内容と10ケア評価表を用いた評価結果を報告する。

【目的】
・評価表を用いて利用者様がどのケアに関わっているかを明確にする。
・10ケアカンファレンスにて現状評価を行い、利用者様一人ひとりに合わせたケアの提供。

【方法】
・暫定や2週間カンファレンス、3ヶ月カンファレンスの時に合わせて10ケア評価表を使用し現状の評価を行う。
・第2と第4木曜日に他職種（介護士、看護師、相談員、リハビリ）で10ケアカンファレンスを行う。
第2は（第1章～第5章）、第4は（第6章～第10章）。

【結果】
第2章 初回）実施5人／未実施16人→2w）実施5人／未実施16人→3m 変化無し
第3章 初回）実施17人／未実施5人→2w）実施19人／未実施3人→3m 変化無し
第4章 初回）実施19人／未実施3人→2w）実施20人／未実施2人→3m 変化無し
第5章 初回）実施14人／未実施8人→2w）実施14人／未実施8人→3m 変化無し
第6章 初回）実施6人／未実施16人→2w）実施13人／未実施9人→3m 変化無し
第8章 初回）実施9人／未実施13人→2w）実施9人／未実施13人→3m 変化無し

【考察】
第2章、第4章、第6章は入所～2週間で実施の人数が増加した。背景として、入所者の環境適応能力、カンファレンスを他職種で行っていること、食席の配慮（人間関係）が考えられる。特に、第6章の「座って会話する」では、昔デイサービスで一緒だった人と再会し会話が弾む姿や作業活動を通して共通の話題ができたことによるコミュニケーションが見受けられた。また、最初は職員の介助が必要な利用者様でも徐々に自立して、今では自ら毎食椅子への乗り換えを自立で実施出来ている方も2名増えた。しかし、男性は寡黙でコミュニケーションが苦手な方が多い。その中でも、人との関係性を上手く築くことができる方は、社会背景として人前に立つ仕事をしていた、会社の中で上層部にいた等が関係していると考えられる。そのため、その方々と同席にすることや職員から共通の話題を振ることで会話の輪が広がり人間関係の再構築を促せるのではないかと考える。

【今後の課題】
・第2～6章、8章全てにおいて2週間～3ヶ月の間では全く変化が無かった。徐々に施設での生活に慣れていきメリハリが無く過ぎてしまっている。作業活動を通じて人間関係の再構築・精神活動の賦活を促していきたい。
・10ケアカンファレンスを他職種で行うことで様々な意見交換ができる。今後も、継続していきたい。

演題番号 071309

07 ⑬リハビリテーション (生活リハ、機能訓練)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	柚子元氣 UP 運動に取り組んで

県 連 名 静岡

院所・施設名 静岡田町福祉サービスセンター

発 表 者 清野 佳昭 職種 介護福祉士

共同研究者 海野 佐智子、久保田 直子、南口 嘉奈子
久保田 紀恵、白鳥 英子、杉山 るみ子、
池谷 晴美、青柳 紗千子、竹下 清実

【目的】

利用者の中には「リハビリをもう少しやりたい」との理由で、他のデイケアやリハビリを特徴にしているデイサービスを併用されている方がいらっしゃる。他のデイを併用しなくても、利用者や家族に満足していただけるような機能訓練「柚子元氣 UP 運動」を考えた。

また、利用者自身が機能訓練をやりたいと思える意欲や頑張ったと思える満足感を持っていただき、筋力、意欲の維持向上を目指す。更には、家族にとっても機能訓練をやってくれているという満足感を持っていただけることを目的とする。

【方法】

- ・利用者数40～42名
- ・平均介護度1. 9
- ・職員9名（介護職員1日4名配置）、理学療法士1名（ひと月に月～土の各曜日1時間配置）
- ・令和2年8月より実施、週1回1名から数名ずつ個別に柚子元氣 UP 運動を受けていただく
- ・評価：月1回 TUG 測定、握力測定

【倫理的配慮】

すべての事例について利用者、主介護者に趣旨と公表方法を説明し、同意を得ている。また、法人介護事業所責任者会議にて発表内容について確認を受けている。

【結果】

事例1・A様、86歳、女性、介護度1

腰痛があり、機能訓練に消極的。外出レクリエーションへは行かないことが多い。他の利用者が機能訓練を行っている様子を見て「今日はここを2周歩いてみるよ」と積極的にフロアでの歩行訓練を行うようになった。

事例2・B様 69歳、女性、介護度2

指先運動の箸を用いた豆つかみ、ゴムかけ運動などの道具を自ら所定の位置から持ち出し、積極的に日課のように取り組むようになった。

事例3・C様、78歳、男性、介護度1

午後は午睡を希望され、レクリエーションへの参加は消極的であったが、他の利用者が機能訓練を行う様子を見て、フロア内歩行訓練、エアロバイクに取り組まれるようになった。これにより午後の離床時間が増えた。

事例4・D様 86歳、女性、介護度1

膝の水を抜き痛みがあり、痛み止めを飲んでいるにもかかわらずエアロバイクを実施してしまった。

【考察】

利用者や家族に満足していただけるように「柚子元氣 UP 運動」を考え銘打ち取り組んだ。今まで集団で行っていた体操や運動レクリエーションとは違い、柚子元氣 UP 運動は1名から数名でのストレッチや、筋力運動、エアロバイクなどを使ったことで機能訓練をやったという満足感を得ることができ、参加者数や参加時間が伸びたのではないと思われる。

個別に元氣 UP 運動に取り組んでいる他利用者を見ることで利用者の「自分もやってみよう」や「やってみたい」という意欲、積極性がうまれたと考察する。評価として取り組んだ握力測定や TUG 測定では今回は大きな変化はみられなかったが、定期的、長期的に測定していくことで変化がみられてくるのではないと思われる。

キーワード：利用者の意欲の引き出しと家族の満足感

07 ⑭フレイル	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	地域包括ケア病棟から見えた COVID-19感染における高齢者フレイルの現状

県 連 名 京都
院所・施設名 吉祥院病院
発 表 者 土居原 美岐 職種 看護師

【目的】
COVID-19感染症は変異を繰り返し第7波となった今も未だに収束の兆しは見えない。第6波ではCOVID-19に感染し自宅で療養をする高齢者が増加し、これまでも感染対策として自粛を行い、家で過ごすことが多くなった高齢者のフレイルが問題となっている。A病棟は在宅療養支援病院であり、2021年度 COVID-19感染治療後の転院を16例受け入れた。今回、その中で、自宅療養中にフレイルが顕著となった事例を報告する。

【倫理的配慮】
個人が特定されないように配慮し、看護部の承認を受けた。

【対象】
既往にアルツハイマー型認知症（MMSE13/30）のある独居の90代男性（以下B氏とする）。要介護Ⅳ。20XX年X月に発熱・倦怠感・咳嗽・咽頭痛を主訴にCOVID-19に感染し自宅療養が開始となった。

【結果】
B氏は元々、認知症による実行機能障害があり食事・排泄に対する誘導が必要であるものの、デイサービス2回/週、介護ヘルパー4回/週を受けながら安定した生活が可能であった。しかし、COVID-19により、自宅への介護サービス時間の短縮や中止が余儀なくされた。その結果、自宅療養を送るなかで食事はヘルパーが用意するが促し・見守りまでできず、食事摂取量が低下した。また、ケア不足から体動が困難となり、認知症の悪化・日常生活動作（以下ADLとする）は低下した。その後、新型コロナ感染症後のリハビリ目的にて、20XX年Y月Y日に地域包括ケア病棟に入院となった。入院後、ADLに対してはリハビリを行い、杖での歩行ができるまで改善した。食事に対しても見守り・誘導を行い摂取量は増加した。排泄に関してはトイレの場所がわからず、トイレ以外での排泄行動がみられたが、誘導することで失敗なく行えるまでに改善した。

【考察】
入院治療では、看護・ケアは24時間行える環境にある。しかし、介護を要する高齢者がCOVID-19感染にて自宅療養となれば、生活を支える介護サービスが縮小、中止せざるを得ない環境となる。その場合、高齢者への精神・身体・生活への影響が顕著に表れる。このことから、自宅療養を行う患者が安心して療養生活ができるよう、国や自治体には、実態に見合った体制整備を構築していくことが求められるのではないかと考える。

【結論】
今回、COVID-19感染治療後の転院患者の中には、感染隔離によるADLの低下や褥瘡形成している患者が多く見られた。A病棟では、隔離解除後、必要な患者を早期に受け入れ自宅療養を継続できるよう支援を行うとともに、高齢者のフレイル予防のためにも、介護事業所とも連携し共に支援できる体制を整えていきたい。

07 ⑭フレイル	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	後期高齢者健康診査におけるフレイル問診の取り組みについて

県 連 名 埼玉
院所・施設名 大井協同診療所
発 表 者 河上 亮子 職種 保健師

【はじめに】
2020年4月より後期高齢者の健診項目の中に、フレイル予防を考慮した15項目の質問票が追加された。そこでA診療所においても後期高齢者健診受診者が増加しており、フレイル予防に取り組むことにした。

【目的】
①健診事業におけるフレイルの啓発及び予防 ②フレイル対象者をデイや地域包括支援など必要な社会資源へつなげる ③地域高齢者の健康状態の把握

【方法】
（対象者）2021年6月1日～11月30日に国保後期高齢者健康診査を受ける75歳以上的高齢者 ①健診担当事務が健診システムよりフレイル介入対象者を抽出し、健診結果返し診察日に「基本カードファイル」内に問診結果表とフレイル棒を入れる。②看護師がフレイル棒の入った対象者に対し、診察前または後に、「フレイル問診」を実施。問診では、「フレイル」の意味について説明し、聞き取りを行う、該当項目のフレイル予防のリーフレットを配布する。必要であれば、デイや地域包括支援センターへつなぐ。

【倫理的配慮】
対象者個人が特定されないように配慮した。

【結果】
①フレイル介入対象者数 国保後期高齢者特定健診（75歳以上の高齢者）受診者は389人（男性182人/女性207人）であった。そのうちフレイル介入対象者は126人（32.3%）で、約3人に1人が「フレイルの疑い」があることがわかった。男女別（比）では、男性62人（約49.2%）、女性は64人（約50.0%）人とほぼ同数であった。③高齢者質問票の結果（フレイル介入対象者126名）10項目のうち、「以前に比べて歩くのが遅くなった」が91%と最も高く、男女別では男性56（90%）、女性59人（92%）と、男女とも9割を超えていた。次いで、「運動を週1回以上していない」が56%と高く、男性33人（53%）、女性37（58%）と男女とも5割を超え、女性は6割近く男性より高い傾向であった。次いで、「固いものが食べにくくなった」が51%と高く、男性35人（56%）、女性29人（45%）で、男性は6割近く、女性より高かった。

【考察】
後期高齢者健康診査受診者を対象にフレイル問診を実施し、身体的フレイルとオーラルフレイルの前段階を併せつ高齢者が多いことがわかった。対象者に対してはほぼ全員にフレイルの知識の提供と、栄養または口腔機能・運動機能向上のためのリーフレットで介入を行い、フレイルの啓発や予防の重要性を周知できたと考える。フレイル問診を通して、高血圧や糖尿病の重症化予防にもつながり、また、受診や栄養相談へつなげる機会となった。このことからフレイル問診は後期高齢者健診における保健指導において有効な取り組みであると考えられる。

【引用文献】
1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進のための後期高齢者の質問票に向けた研究 厚生労働省科学研究津下班
2) 後期高齢者の質問票の解説と留意事項

07 ⑭フレイル

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

廃用症候群からの脱却
～変わりつつある利用者の行動～

県 連 名 滋賀

院所・施設名 在宅ケアステーションコスモス

発 表 者 椋田 恭子 職種 看護師

共同研究者 田中 幾子、上田 絵美子、藤井 真由美

【はじめに】

廃用症候群で歩行困難となり、動く意欲も乏しくベッド上生活が続いていた利用者。ADL 拡大に向けた看護を実施した結果、利用者の行動が変化した。何が利用者の行動変化につながったのかを事例を振り返り明らかにする。

【倫理的配慮】

研究の趣旨・目的や個人が特定されないこと等を説明し同意を得た。

【事例紹介】

研究期間：2021年2月～2021年7月 事例紹介：A氏、70代、女性。要介護3。内縁の夫と同居。生活保護受給中。約20年前子宮頸癌に対して同時化学放射線療法実施。2021年小腸膀胱腫瘍発生し手術のため入院。入院中はポータブルトイレの使用やパット交換、軟膏塗布を一人でしていたが、退院後は臥床のまま時々自分でパット交換をする程度。飲食は寝たまましており、寝具が汚染していた。必要な内服薬も服用出来ていなかった。

【経過】

小腸膀胱腫瘍に対して2021年2月に小腸切除大腸縫合術を受け24日後に自宅に退院。状態観察・内服管理・清潔保持目的で、退院翌日より訪問看護が開始する。小腸切除により小腸膀胱腫瘍は閉鎖したが、膀胱腫瘍は残存している。また排泄の知覚鈍麻があり無意識に尿が出ているため常にパットが汚染している状態。当初は意欲の低下からシャワーはおろか陰部洗浄さえも拒否していた。手渡しでないと内服も出来ておらず、ベッドからの起き上がりも一人では困難。室内に置いてある歩行器やポータブルトイレも使っていなかった。①清潔保持②内服管理③ADL向上について看護問題を挙げて看護実践をした。

【結果】

退院直後の意欲のない状態から1か月後の3月、歩行器で自宅トイレまで往復歩行成功。4月には洗髪を促すと「やってもらおうかな」と前向きな発言があり洗髪実施。実施後は「さっぱりしました」と喜んでいました。5月には初めてシャワー浴をし、「あー気持ちがいい」と表現した。その頃には団地の階段昇降も開始。内服は訪問して促さないと服用出来ていない。看護実践を進め、7月にはシャワーは週3回実施、内服は促しで大方忘れなく服用、団地の階段を見守りで3階から1階まで往復できるようになった。

【考察】

行動変容とは人の行動が変わることを指し、段階的に変化していくのが一般的である。行動変容には5つの段階がある。成功体験や快と感じる経験が自信となって利用者の行動変容が起こったと推察。

【おわりに】

更なるADL拡大を目指して看護を実施して、今後は外部との繋がりを持てるような環境を作りたい。

【参考文献】

「行動変容ステージモデル」厚生労働省「行動変容」筑波大学医学医療系 地域医療教育学講師 阪本直人

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	医療依存度の高い患者の退院支援にかかわって ～住み慣れた自宅で安心して住み続けられるた めには～

県 連 名 山形
院所・施設名 鶴岡協立リハビリテーション病院
発 表 者 渡部 香菜 職種 看護師
共同研究者 青木 玲奈、村井 佐保子

【はじめに】
医療依存度の高い患者が在宅で生活するためには家族の力だけでなく、周囲の支援が重要となる。今回は腸瘻・PTGBD 挿入した高齢患者・家族とのかかわりとそこから考察したことについて報告する。

【倫理的配慮】
この症例をまとめるにあたり、患者家族に対し個人を特定されないよう配慮し不利益を生じさせない事を説明し同意を得た。

【事例紹介】
A 氏、90代、女性。主病名はパーキンソン病、ADL 全介助。キーパーソンは次女。2021年3月に薬剤性肝障害の疑いでB病院へ入院した際、尿道留置カテーテル挿入、PTGBD・腸瘻増設となる。

【経過】
以前は次女が在宅介護を行っていたが、今回 PTGBD・腸瘻増設となり看護・介護負担が増加したことで在宅退院は困難と考えていた。しかし本人・次女へ今後の方針を確認した際在宅療養の希望がきかれ、その希望に寄り添うためケアマネジャーと連絡を取り合いサービス調整を開始した。退院後は状態観察や不安時の相談窓口として毎日訪問看護に介入してもらうこととした。又、家族の不在時間があることや負担軽減を考慮してデイサービスの利用を計画したが、送迎の問題からデイサービス利用は断念することとなり週1回の訪問入浴とヘルパーを利用できるように調整を行った。退院までの間何度も家族指導を重ねその都度不安事項の聞き取りを行った。また、家族の介護負担を考慮し3週間後のレスパイト入院を計画、在宅療養継続が困難な時はいつでも再入院可能であることを事前に伝えていた。その結果、予定の3週間を在宅で過ごすことができ、「また自宅での介護を行いたい」と在宅療養への明るい言葉がきかれた。

【考察】
長期療養患者の多くは医療的な処置を理由に在宅での介護や施設での受け入れが困難な場合が多く、A 氏もその一人であった。退院支援では多職種が連携しサービス調整・退院指導に当たることが重要であり、地域の多職種がかかわり支援したことで在宅退院へ繋げることができたと考える。未だ医療依存度の高い患者が利用できる施設やサービスは限られている状況である。今回の事例のように医療依存度の高い患者が在宅で安心して暮らしていくためには私たちが行政へ働きかけていく必要がある。今回の事例は予め再入院が可能なことを伝えていたことや相談窓口である訪問看護との連携があったことが家族に安心感を与え、今後の在宅療養に対する希望にも繋がった。

【おわりに】
医療依存度の高い患者の多くは複雑なサービス調整や家族の介護力の問題などによって在宅退院を断念することも少なくない。そのためレスパイト入院の受け入れなど柔軟な対応ができる療養病棟の存在が必要であると考え。今後も療養病棟看護師として患者・家族のその人らしい生活を支えていけるような退院支援について考え実践していきたい。

08 ⑮入退院支援	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	病棟看護師による無差別平等の生活支援実践事例

県 連 名 群馬
院所・施設名 北毛病院
発 表 者 都丸 建人 職種 看護師
共同研究者 内藤 優人

【はじめに】
核家族化や少子高齢化が進む現在、独居高齢者が増加傾向にあり、入院を契機に独居での生活が困難な事例が増えている。病棟看護師として日常生活援助のみでなく、退院後の生活環境を整える事も看護の一部として必要不可欠になってきている。在宅医療・介護が推奨される今、我々はどうのように介入していくべきなのか、一事例を取り上げ報告と考察を行う。

【倫理的配慮】
個人を特定できない様、個人名等の情報を匿名化した。また、発表にあたり看護部、病院倫理委員会の承認を得た。

【患者紹介】
A 氏 60代 男性 無職 賃貸アパートで独居 主病名：脱水、体動困難 既往：高血圧他 家族構成：姉、妻（別居中、A 氏名義の家に在住）、長男（他県在住）、次男（A 氏妻と同居）

【展開と結果】
元々自動車を所有し、IADL 自立した方であった。姉が訪問した際、施錠され呼びかけにも反応がなかった為、警察に介入依頼し家屋内に侵入した所、倒れている姿を発見し救急搬送された。諸検査の結果、脱水との診断にて治療し帰宅可能な状態まで回復したが、すぐに独立した生活は困難との事で入院し生活環境を整えてから退院する事となった。
入院後、A 氏やその家族から聞き取りを行い、また医療ソーシャルワーカー（MSW）を介入し現状の把握を連携し行った。それにより、車のローンや家賃、水道等のライフライン滞納等の金銭問題が発覚。また、生活環境悪化によるゴミ屋敷化や別居問題等も様々な問題が発覚した。まず金銭問題解決の為、妻に直接協力を提案したが拒否され、次に生活保護申請も考えたが、婚姻関係が継続している故に妻の拒否や訴訟提起の話まであり、申請不可との判断となった。姉も支援出来るまでの余力はなく、他にも施設入所等も考えたが介護保険非適応であった。A 氏との度重なる面談でも独立した生活の希望が強く、看護師や MSW、医師を交えてカンファレンスを行い、支援策を検討したが見出せず。無料定額診療の提案に関しては希望あり、申請を進めた。方針が立たず苦慮していたが協力的な姉との面談を重ねた結果、支援が得られる状況となり、A 氏の退院希望も強く、自宅へ退院となった。
退院後の調査では、健康面は問題なく過ごされていたが、独居生活は金銭面で困難となり、姉宅で同居し生活されていた。

【考察】
早期から MSW と連携し、現状を把握する事で様々な提案が出来た。結果として希望する形での退院となったが、独居での生活は困難であった。安定した長期支援として、国や市町村の公的支援に繋げていければ良いと考える。

【おわりに】
自己破産や生活保護等公的支援や介入を否定的なものと考え、提案を拒む事例が多くあるように感じる。しかし、その一方で知りえず窮地に至り、入院が契機となり必要性が発覚する場合も多い。独居高齢者が増加している昨今、政策や社会制度の改革も必要であると考え、看護師として他職種と連携し、退院後の支援に関われればと思う。

08 ⑮入退院支援

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名
退院支援への意識改革、力量向上に向けた取り組み

県 連 名 岡山

院所・施設名 玉島協同病院

発 表 者 金谷 一平

職種 看護師

共同研究者 小島 由唯

【はじめに】

B地区の7つの中規模病院のひとつである当院は、1978年の開院以降、地域に根ざした医療の実現を目指しており、一般急性期病棟と医療療養病棟、訪問診療、通所リハビリテーションや訪問看護ステーションを有する強化型在宅支援病院として地域の病院や診療所、介護福祉事業所との連携を強化し、地域医療の担い手としての役割を發揮している。自部署は医療療養病棟であり、長期入院患者の看護実践を役割として担ってきたが、近年医療を取り巻く状況は大きく変化し、自部署でも退院支援を目的とする患者の受入れ件数が増加している。

【目的】

退院支援に関して病棟でアンケートを行った結果、退院支援は病棟看護師の役割ではないと思っていること、退院支援の経験が少ないため、必要な知識が不足していることが判明した。そこで、病棟看護師全体の退院支援における意識改革、力量の向上につなげるため、病棟看護師の役割を理解した上で、他職種と連携しながら退院支援が行えるリンクナース2名の育成を目的とした。

【方法】

地域包括システム、介護施設の種類と内容の学習会に参加。退院支援が必要な入院患者の受け持ちをリンクナース2名で担当し、家族との面談やサバイス調整会議、退院前訪問などすべての関りに参加する。週1回、入退院支援部門との退院支援カンファレンスを開催し、退院支援の進捗状況などの情報を共有する。病棟看護師としての役割についてOJT。

【倫理的配慮】

院内の倫理委員会にて集団検証をした。

【結果】

現時点でリンクナース2名の育成を開始し5か月が経過した。1回の退院支援カンファレンスで5名から10名の患者の情報共有を行いながら、16名の退院支援を経験することができた。入退院支援部門と情報を共有することで、患者を生活者としてみる視点が持て、退院における課題を明確に捉える力が身につくようになった。さらに、早期に課題を抽出することができ、病棟でのケアにつなげることができている。また、病棟看護師の役割についても、入退院支援部門のスタッフにアドバイスを受けながら理解を深めている途中である。

【まとめ】

今まで退院支援については、入退院支援部門に任せきりになり、病棟看護師は積極的にかかわりを持っていなかった。しかし、一番近くで患者を看護している病棟看護師は、退院支援において多職種連携の中心的存在にならなければならない。病を抱えながら地域の中で暮らす患者とその家族を支えるため、この取り組みを継続し、今後は病棟看護師全体の意識改革、力量向上に向けた取り組みにつなげていきたいと考える。

08 ⑮入退院支援

Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名
在宅酸素療法導入患者とその家族への退院支援

県 連 名 福岡

院所・施設名 米の山病院

発 表 者 吉本 絵理

職種 看護師

共同研究者 小川 佳子

【はじめに】

塵肺と続発性間質性肺炎の増悪により、在宅生活にHOT導入が必要となったA氏を受け持った。A氏とキーパーソンは、HOT導入を余儀なくされた中でも在宅へ帰ることを強く希望され、家族を含め不安を減らし退院することが課題であった。A氏と家族に対して自宅退院を目標とした関わりを行った。

【倫理的配慮】

発表の目的以外での個人情報の使用は一切せず、承諾の自由、断っても不利益にならないことを説明し同意を得た。

【患者紹介】

氏名：A氏

年齢／性別：70歳代／男性

診断名：塵肺、続発性間質性肺炎増悪による急性呼吸不全

家族構成：妻、長女（キーパーソン）、孫2人の5人暮らし

酸素量指示：安静時1L、労作時～3Lまで調整

【入院から受け持つまでの経過】

入院翌日より3日間のステロイドパルス療法を行い、治療や呼吸理学療法（以下リハビリと略す）の効果もあり酸素量1Lで軽い労作が可能となったが、酸素飽和度（以下SpO2と略す）の低下に伴う自覚症状の訴えは乏しかった。今後HOT導入に向けての退院支援が必要であったため介入を開始した。

【看護の実際】

HOT導入後の生活についてA氏と家族から不安が聞かれたため、パンフレットを作成した。病状安定後もSpO2：85%まで低下しても無自覚であることが多く、パルスオキシメーターの購入を提案し、朝の散歩、リハビリ前後でSpO2の測定を行った。SpO2 90%以下になった場合は症状がなくても10分程度休憩するように指導した。チーム内で情報共有を行い指導を続けた結果、意識的にSpO2を測定されるようになった。また、退院に向け家屋訪問を実施した。長女が熱心に関わっており、A氏の身体を心配するあまり日常生活での行動を制限する言葉が聞かれた。リハビリ見学や栄養指導を実施し退院された。退院後訪問を行った際には、盆栽の手入れや散歩のことを笑顔で話された。孫も協力しながら疑問を解消しようとする様子がうかがえた。

【評価・考察】

今回の介入により、A氏の自覚症状の乏しさに対しては身体の変化に合わせて自身の活動を調整できるようになった。A氏のQOLを低下させることなくHOT導入を行う取り組みとなったと考える。また、在宅以降への不安に対しては家屋訪問やリハビリ見学、栄養指導など計画することで、A氏と家族が疾患を受容し生活スタイルの変化に向き合えるような、家族を含めた退院支援が行えた。

【終わりに】

今回の取り組みでは、様々な職種と連携し問題点を一つずつ一緒に解決していく事で自宅退院を望む患者とその家族の不安や負担を軽減することができるということを学んだ。

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	地域包括ケア病棟での退院支援を考える。 ～自己吸引が必要な患者の支援を通して～

県 連 名 山口
院所・施設名 宇部協立病院
発 表 者 脇本 睦美 職種 看護師

【はじめに】
今回破傷風を発症し転院してこれ、新たな疾患が疑われ気持ちが揺れる中、医療行為を必要としながらも自宅で生活をしたいという意思を尊重し、地域包括ケア病棟で退院支援を行った事例を振り返り、学んだことを報告する。

【倫理的配慮】
本発表に際して本人・ご家族の同意をいただき、個人を特定できないように配慮している。

【患者紹介】
M氏 80歳代 女性 病名：破傷風治療後 嚥下障害
長男夫婦宅の離れで独居生活 キーパーソン：長男嫁（元看護師）
介護保険：申請にて要介護4を認定

【入院までの経過】
20XX年11月に開口障害・呼吸苦が出現し、破傷風疑いで大学病院に入院、人工呼吸器・気管切開増設後にリハビリ目的にて20XX+1年1月に当院に転院となる。（地域包括ケア病棟入院期間：59日）

【看護の実際と経過】
入院時より全身状態は安定していた。気管切開部からの吸引は看護師が実施していたが、自立に向けて訓練を開始する。使い勝手を考慮した物品を選択し、カンファレンスでは実施手順や注意点などの練習内容の共有を図り、10日程度で自立した。またキーパーソンへの協力依頼・練習も行う。入院時車椅子での移動であったが、リハビリの結果フリー歩行が可能となり、排泄も自立した。嚥下障害にて経鼻胃管による経腸栄養であったが、訓練食から開始し軟菜食とラコールの経口摂取が可能となった。入院時より自宅退院への希望があったため、退院支援看護師と情報共有を行い、食事形態や自宅内の動線を含む環境調整・入浴方法についてリハビリスタッフと検討・調整を行い、キーパーソンに説明した。入院中に気管切開部の粘膜に肉芽形成を認め、悪性腫瘍を疑い大学病院を受診・精査を行い、自宅退院に対する不安を訴え不眠による睡眠薬の使用が見られたが、M氏・家族と相談の結果、退院前カンファレンスを行いサービス内容の具体策を提示・問題発生時のフォローアップ体制を確認し自宅退院となった。

【考察】
自己吸引に対して必要性を理解し、M氏に合わせた物品準備・説明内容の可視化・看護師間で統一をしたことが、早期の自立が可能となった要因と考える。しかし気管切開部を直視する行為は配慮が不十分で、精神面を考慮した練習方法の検討が必要であった。コミュニケーションツールが筆談であったM氏への意思決定支援として、表情の変化や気持ちがゆらぐタイミングを見極め、返答がしやすい質問の仕方、時間・場所の確保などが必要であった。退院前カンファレンスでの支援者との顔合わせ・情報共有は、生活を具体的にイメージする事ができ、不安の軽減となり在宅生活に踏み出す一歩となる。

【おわりに】
退院支援は意思決定支援にも通じるが、問題解決に時間を要する患者に対して病床機能を最大限活用し、あきらめず関わる事で、退院に向けた選択肢は広がる。転棟時より意識的に介入し、要求実現に向けた退院支援に取り組んでいく。

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	退院支援を評価する取り組み『退院後の電話訪問』について

県 連 名 愛知
院所・施設名 千秋病院
発 表 者 前田 めぐみ 職種 看護師

【はじめに】
私たちは、患者・家族との面談、多職種の方とのケースカンファレンス、在宅訪問等を経て、患者さんらしい生活が送れるよう援助している。しかし、退院後の患者さんの生活を見る機会が無い為、自分たちの援助に対する評価が出来ていない。また、文献より、「退院した患者の生活状況を知るとは、病棟看護師が気になっている内容を解消すると共に、今後、退院支援を行う際に、退院後に起こり得る問題を予測することや、その対処方法について患者や家族に指導することに繋がる。」と、している。
このことから、部署全体の質の向上に繋げる為、電話訪問を行い、集められた意見を集約・分析・共有していくこととした。

【目的】
現在行っている退院支援が退院後の患者さんの生活に生かされているのか、足りないところは無いかフィードバックをし、質の向上に繋げる。

【方法】
電話訪問を病棟内で周知し、受け持ち看護師から電話訪問実施。電話訪問から得られた意見を集約し、意見の分析を行う。自部署の退院支援において、継続すること、改善することを明らかにし、共有する。

【倫理的配慮】
退院後の患者さんへは、電話で口頭説明し、同意の確認。退院前の患者さんへは、退院時に電話訪問について説明し同意の有無を確認。
情報漏洩、悪用を防ぐため、情報を病棟内以外への公表はしない。
個人が特定できるような形で記載・公表せず、使用後のデータは全てシュレッダーで細断し破棄。
病院院長の許可を得て、倫理委員会の承諾を受けて実施。

【結果】
今まで実際に退院後の生活を聞くことが無かったので、訪問看護師さん等多職種と連携し、入院中の看護が継続出来ているか確認出来たり、サービスを拒否して利用しなかった人が退院支援看護師、MSWさんの力も借りて、再入院せず経過していることから、多職種と連携することで患者さんを多方面から捉える退院支援が行えていると分かりました。
その反面、入院中はリスクに目を向けがちで、スタッフ側で行っていた事が退院後は、自分で行っていたりと、退院後の生活の想像力が欠けていました。また、退院後の相談窓口の提示が無かった際には、主介護者の疲労の声も聞かれました。

【考察・まとめ】
電話訪問を行って、患者さんを『患者』ではなく、『生活者』と捉えることができ、援助の視点が広がりました。
入院中は、治療しているため患者さんと捉えがちですが、地域包括病棟なので退院後の生活に繋げていく必要があり、退院後の生活を常にイメージして介入することが大切であることに気づきました。入院中の生活だけではなく、退院後の生活にも繋がれるような退院支援を今後も病棟全体で行っていきたいと思いました。

【参考文献】
病棟看護師の退院支援の現状と課題 - 患者が地域へ安心して戻るために -
川嶋 元子・森 昌美・松宮 愛・磯邊 厚子
URL: <http://core.ac.uk/download/pdf/52039898.pdf>

08 ⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名腰椎圧迫骨折の患者の退院支援に取り組んで
～歩けるようになる患者の思いに寄り添って～

県 連 名 鹿児島

院所・施設名 国分生協病院

発 表 者 小松 清香 職種 介護福祉士

共同研究者 漆間 卓也、溝口 加奈子

【はじめに】

腰椎圧迫骨折により ADL の低下した患者の「歩いて自宅に帰りたい」思いを実現するため多職種を巻き込み退院支援の取組みを行ったのでここに報告する。

【患者紹介】

70歳代 女性 要介護1 長谷川スケール18点 半身麻痺の夫と四男の3人暮らし。白内障により3年程前から光を感じる程度の視力。

【入院までの経過】

腰痛と腹痛あり食事が摂れず受診。腰椎圧迫骨折の診断にて入院時はほぼ寝たきり。表情硬く活動意欲の低下がみられた。患者の思い：歩いて家に帰りたい。息子に迷惑を掛けたくない。

【倫理的配慮】

守秘義務を遵守し個人情報の保護に努め得られた結果は個人が特定されないよう配慮した

【問題点】

腰痛により臥床傾向、排泄の自立が図れていない

【目標】

寝食分離と病棟レクや季節の行事への参加を促すことで ADL の向上を図る 排泄自立を獲得し自宅に帰ることができる

【介護の実践】

患者の一番の思いである『歩けるようになる』を共通目標とし、車椅子へ移乗し昼食を食堂で摂るよう寝食分離を図った。当初はオムツ交換時や起居動作時の痛みを強く訴えた。医師・看護師と痛みの評価を行い鎮痛剤を定期へ変更し平行棒内歩行が可能となり病棟でも歩行器歩行へ。視力障害により最初使用していた歩行器では周囲に衝突する場面があり担当 PT と連携し歩行器を変更。歩行も安定した。病棟行事に参加し次第に患者の表情にも笑顔が増え自ら毎食食堂で食事をするようになった。排泄についてはリハビリパンツへ変更し日中ポータブルトイレへの排泄から訓練開始。動作は良好であったが、スタッフへ遠慮しナースコールを押さず転倒の危険性があった。リハビリが進むにつれトイレ誘導へ。度重なるトイレ誘導の声掛けに患者の口調が荒くストレスを感じているように見え、患者の思いを傾聴し支援するよう心掛けた。2週間に1度排泄カンファレンス開催。夜間の排泄も自立しテープ式からリハビリパンツへ移行。介護保険の再申請、介護支援連携会議にて自宅での不安要素を解消、転入後57日目に自宅退院となった。

【考察】

宇都宮氏は「患者が望む場所で暮らし続ける方法」を共に考える事、家族にとっても無理のない介護方法を話し合う必要がある。退院支援は患者の人生の再構築を支援することだ¹⁾と述べていることから、早期に患者の望む ADL や思いをくみ取り多職種と連携したことで期限内に退院支援ができたと考える。退院後訪問で家族から「自分でトイレに行く姿を見て、病院で頑張ったんだなと思いました」と言われ、患者の「病院では職員の人達がよく声を掛けて気遣ってくれた」との言葉につながった。

【おわりに】

患者ごとに退院目標が異なり患者に関わる全ての専門職が目標を共有することが重要である。患者の望むものは何なのか退院後の生活を見据えた支援を続けていきたい。

【参考文献】

1) 2014年 看護がつながる在宅療養移行支援 宇都宮宏子

08 ⑮入退院支援

Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名

その人らしさを追求する退院支援

県 連 名 岡山

院所・施設名 岡山協立病院

発 表 者 中島 由香理 職種 看護師

共同研究者 萩原 由美

【目的】

退院支援看護師として入院患者の退院までのサポートを行っている。身寄りがなく認知機能の低下がみられる方に対してどのような支援が必要であったか振り返り報告する

【倫理的配慮】

研究への参加によって対象への不利益や負担が生じないよう配慮し実施した

【経過】

・A氏 70代 男性 国保 介護保険認定なし・独居 一軒家 持ち家 車所有・既往歴：高血圧 気管支喘息
・入院までの経過 近所の医院へ1年4か月ぶりに受診し高血圧、呼吸苦、食事摂取不良、歩行困難のため当院へ紹介となり救急搬送され入院となる。
・入院後の経過 会話は可能であったが、辻褄が合わないことや記憶力・認知機能の低下がみられた。HDS-R16点である。歩行時にすり足、前傾姿勢がみられたため、アルコール性神経障害と診断を受ける。入院2週間目には、食事量低下し易怒的になることが多くリハビリの拒否もみられた。入院1か月目、日内変動がみられたため心療科受診しBPSDと診断を受けた。入院3か月目にはHDS-R7点と徐々に認知機能低下がみられたが、リハビリを行い、歩行と全身状態安定したため自宅退院した。

【支援内容】

入院10日目に生活状況把握のため自宅訪問を行う。1・2階ともに家財や衣服が散乱し、たばこ臭や虫も多く生活できる状況ではなく、便器には紙類や汚物があふれていた。自宅訪問を受けて、介護保険新規申請を行い、地域包括支援センターの地区担当者と情報共有し自宅へ訪問を行う。病棟内カンファレンスを行い、リハビリ拒否に対して医師も協力し毎日リハビリへの声かけを行った。退院に向けて、自宅の清掃業者4社見積もりのためそれぞれ訪問に立ち会うが、すべて予算を上回ったため、病院スタッフ3～4人で3日かけて自宅の清掃を行う。A氏より「すべて捨ててくれてよい、頼みます。車も運転できないから廃車にしてよい」と承諾を得たうえで行った。要介護4の認定を受け、小規模多機能居宅へ依頼し面談を行った。地域包括支援センターも含め退院前カンファレンスを行い、環境を整え退院した。退院後訪問(1週間・5か月)を実施。地域包括支援センターとも情報共有をした。また、入院中A氏同意のもと後見人の手続きを行い退院後、後見人が決まった。

【考察】

認知機能の低下により、日によってA氏の訴えが変わるため、多職種間でゴールを決め同じ方向性でアプローチしていくことが統一した退院支援を行ううえで大切であった。また、身寄りがなく経済的に厳しい方に対して院内はもちろん在宅の多くのスタッフと連携をとることで、退院後の生活を多方面からの視点で具体的に検討でき、その人に合う生活を見据えた支援ができると考えられる。

【結論】

日々行っている退院支援がその人にとって良い支援となっているか、退院後にどのような生活を行えるか模索しながら対応している。退院して終わりではなく継続して関わり再発予防につなげることが重要である。

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	NHF 装着患者の自宅退院支援 ～患者と家族の思いに寄り添って～

県 連 名 大阪
院所・施設名 コープおおさか病院
発 表 者 伊原 幸伸 職種 看護師
共同研究者 田中 結衣、小倉 香

【はじめに】
呼吸不全の患者に対し、院内でネーザルハイフロー（以下 NHF）を導入する事例は増えているが在宅で導入することは少ない。
今回、呼吸状態が悪化し NHF 装着となった患者に対し「家に帰りたい」という本人、家族の強い希望に寄り添い、在宅 NHF の導入、腹臥位の指導を行い自宅退院をすることができたので報告する。

【倫理的配慮】
目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、個人情報保護について説明を行い同意を得た。

【症例】
70代男性 要介護Ⅴ 妻、子と三人暮らし
進行性核上麻痺、慢性閉塞性肺疾患
自宅では主に妻が介護を行っている。
喀痰の増加、Spo2低下あり、当院救急搬送。肺炎を認め入院となった。

【経過】
入院時より徐々に低酸素血症が進行し、リザーバマスクでは酸素化が保てず NHF 装着。その後も呼吸状態は改善せず、入院10日目に血圧、SPo2、意識レベルが低下した。
妻より「どんな状態でも、何としてでも家に連れて帰りたい」と強い希望があった。自宅退院するにあたり帰宅途中や在宅療養中に亡くなる可能性もあることを説明し、同意のもと治療と並行して自宅への退院調整を行うこととなった。
呼吸状態改善を目標に、リハビリ介入し排痰を促したが喀痰多く、上手く排痰できないと Spo2が低下し不安定な状態が続いた。3/4 腹臥位を実施することで排痰でき、呼吸状態が安定した。NHF の離脱を目指したが、離脱できず在宅用 NHF に変更。引き続き自宅でもしっかり排痰ができるように 3/4 腹臥位の指導を行い、自宅退院となった。

【考察】
NHF を導入したにも拘わらず呼吸状態が安定せず、自宅退院は困難と思われた。しかし、多職種と連携し、腹臥位を取り入れた体位交換を行い、排痰を促すことで呼吸状態が徐々に安定した。家族の自宅退院への思いも強く、積極的な介入もあったため、在宅での NHF を導入し早期退院することができた。

08 ⑮入退院支援	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	「家に帰りたい」 ～気管切開を決意した A さんとの関わり～

県 連 名 大分
院所・施設名 大分健生病院
発 表 者 福田 妃都美 職種 看護師
共同研究者 大分健生病院 3 病棟看護科スタッフ

【はじめに】
慢性閉塞性肺疾患（COPD）の急性増悪では患者の QOL や呼吸機能を低下させ、生命予後を悪化させる。COPD 急性増悪により入院した重症患者においては速やかな回復への支援と合併症の予防が重要になり、患者とその家族を心身ともに支えていく必要がある。今回 COPD にて在宅酸素を使用していた A 氏の呼吸状態が悪化し入院となった。「自宅に帰りたい」と強く願う気管切開を決意した A 氏との関わりについて報告する。

【事例紹介】
A 氏 70歳代 疾患：COPD・慢性心不全・気管支拡張症
入院期間：20XX 年 5 月 7 日～20XX 年 7 月 30 日 家族構成：本人・長女（パニック障害あり）・長女の娘（小学生）・夫の四人暮らし。夫はアルコール依存の治療歴あり、家事支援はあまりしない。本人の妹が生活支援をしており、入院中もキーパーソンであった。在宅酸素 4～4.5L 使用、夜間は NIPPV を装着していた。ADL：入院前はベッド周囲のみ自立しており、外出時は介助が必要であった。

【入院の経過】
20XX 年 4 月下旬より呼吸苦はないが SPO2 低下がみられた。酸素 7L に変更し入院を勧めるが本人、家族は入院を拒否される。5 月初旬、肺炎の診断にて当院に入院となる。入院後 BIPAP 装着し治療開始したが呼吸状態の悪化もあり、入院前の NIPPV へ変更するのは SPO2 低下がみられ困難であった。A 氏は「家に帰りたい」「少しでも長く生きたい」と強く希望していた。本人・家族・医師・看護師と繰り返し話し合い、気管切開を行い自宅への退院を目指す事になった。

【看護の実際】
本人、家族の希望に添った看護を提供できるように努めた。
(1) 気管切開について医師・看護師より繰り返し説明し本人に現状把握してもらう。気管切開後の生活の変化や本人の状態変化についてもイメージしやすいように援助した。(2)「好きなものを食べられるうちに食べておきたい」家族に本人が食べたい物を持ち込んでもらい食事介助をしながら摂取してもらう。(3)「話せるうちに家族に会いたい」コロナ過で面会禁止であったが感染対策に留意し面会を実施した。(4)「話せなくなっても困らないようにしたい」リハビリで筆談の練習を行い、入院中に実施してもらうようにした。

【考察、まとめ】
今回 A 氏と関わり不安も強い中、本人に意思決定をまかせて良いか不安があった。家族から「本人の望むようにさせてあげたい」という思いもあり、本人が意思決定できるように医師・看護師で援助を行った。意思決定時には、メリット・デメリットを明確にする事で本人が選択しやすくする事も大切であると感じた。患者の意思決定に関わる看護の難しさを感じ本人の希望に添った看護を提供する事の大切さを感じる事例であった。今後も患者、家族の思いに寄り添う看護を目指していきたい。

08 ⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 プライマリーナースとしての退院支援の実践への取り組み
～新たなツールの運用とカンファレンスを通して～

県 連 名 山形

院所・施設名 本間病院

発表者 阿部 れい子 職種 看護師

共同研究者 佐藤 優

【目的】

A 病院は三次急性期病院からの転院や急性期病棟からの転科に加え、地域包括ケア病床の稼働により在宅への橋渡しとしての役割が大きくなってきている。そのため退院支援は当病棟において要の業務であるが、退院調整が遅れて包括期限内に退院できないことや、退院日間にトラブルが発生する現状が慢性化している。そこで「患者情報シート」と「カンファレンスシート」を新ツールとして作成し、カンファレンスを実施した。それによりプライマリーナースとしての役割を再確認し、退院支援に関わることの意識づけにつなげる。

【方法】

プライマリーナースとして担当患者がいる看護師12名。事前アンケートとして①現在の退院支援の現状について集約。②新ツールの「患者情報シート」と「カンファレンスシート」を作成。③新ツールを使用しカンファレンスを実施。④カンファレンス実施後にアンケートでスタッフの意識を調査。

【倫理的配慮】

個人情報保護法に配慮し対象者と患者が特定されないようにした。

【結果】

事前アンケートより50%のスタッフが退院支援を意識してアクションを起こしていると回答しており、すでに退院支援ができていと認識しているスタッフが多かった。しかし、実際はアクションを起こせず、今までの退院支援を行うためのツールに不便さを感じている現状があった。そこで事前アンケートをもとに「患者情報シート」と「カンファレンスシート」を作成した。作成において、退院支援でアクションが起これない理由や不便さを感じている原因の解決に焦点を当て、簡略化を考慮した。また、退院後も必要な医療や看護を自立して行えるかという視点から、患者情報シート内にスクリーニング項目を設けた。カンファレンスをする際に、今後必要となる支援の方向性を視える化し、スタッフで共有できるようにした。その結果、100%のスタッフがシートを活用することで退院支援が行いやすかった、今後もシートを使用したいと回答した。以上のことから、新たなツールは有益だったといえるが、アクションにつなげるためには活用する場の工夫が必要であると考えた。

【まとめ】

退院支援はプライマリーナースが中心となって始め、本人・家族や相談員への聞き取りも積極的に行う必要がある。リーダーはあくまで退院調整を担う役割であり、退院支援内容をプライマリーナースがチームへ発信し、チームで検討し、リーダーが退院調整として日程を組んでいく、というのが基本で理想と言える。新ツールの活用はプライマリーナースとして退院支援を考えるきっかけとなった。新ツールを使用し続けることで、さらなる改良を繰り返し、アクションにつながるツールの活用方法を検討していくことが今後の課題である。

【参考文献】

退院支援実践ナビ、宇都宮宏子、医学書院、2017年7月15日第1版第6刷

08 ⑮入退院支援

Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演題名 コロナ禍における地域包括ケア病棟での多職種連携による退院支援の一例

県 連 名 岡山

院所・施設名 総合病院 岡山協立病院

発表者 竹本 美帆 職種 看護師

共同研究者 青木 雅恵 江田 あい

【目的】

コロナ禍で面会制限の中、感染対策を行った上で家族の要望を聴きながら、家族指導・退院前カンファレンスを実施し自宅退院した事例を報告する。

【倫理的配慮】

研究への参加により対象への不利益や負担が生じないように配慮し実施した。

【経過】

- ・70代 女性 夫・長女と3人暮らし 要介護5
- ・既往歴：アルツハイマー型認知症・意識障害・洞不全症候群（ペースメーカー植込み）
- ・入院までの経過 意識障害が遷延し胃瘻造設と退院支援目的で当院へ転院となった。

【看護の実際】

転院後胃瘻造設を行い注入が確立したため、主治医の許可を得て家族指導を開始した。ご家族には日常生活でも感染対策に留意を依頼し、来院時は検温・問診表チェックを毎回行った。1ヵ月かけて、注入の手技・体位変換・移乗・おむつ交換・吸引の仕方などをパンフレットを用いて説明と指導を行い、手技が獲得できたことを確認した。その後、ケアマネが訪問診療・訪問看護など在宅スタッフを決定し、退院前カンファレンスをハイブリッド形式で行った。その場面で家族の不安が残る吸引行為について直接伝え、対策を立てることができ、入院後62日目に退院を実現できた。

【考察】

コロナ禍で面会禁止の状況でありながら、直接来院によって家族指導を行うことは有効であった。また、退院前カンファレンスではコロナ前と同様に必要な参加者が同時に話し合うことで、問題が表出し対策を講じることができた。

【結論】

今後もコロナ禍は継続されるが、一人ひとりの患者に必要な連携と臨機応変な対応で質の高い退院支援を目指したい。

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	退院支援をスムーズに行うために取り組んだこと

県 連 名 大阪
院所・施設名 コープおおさか病院
発 表 者 中井 明美 職種 看護師

【はじめに】
当病棟は54床の回復期リハビリテーション病棟（以後回りハ病棟）である。脳血管疾患、整形外科疾患、肺炎や外科的手術後の廃用症候群など入院患者の疾患は様々である。回りハ病棟では疾患ごとに入院日数の制限がある。患者の疾患や受傷前のADL、患者、家族が求めるADLにより1～3ヵ月程度と入院期間に個人差はあるが、その患者に合わせた退院支援ができるよう取り組んでいる。医師、看護師、セラピスト、MSW等多職種が協働し退院支援していくが、情報共有がうまくできず退院時期が延長してしまう事例もみられた。入院早期から目標の退院時期、自宅生活に必要なADLなど情報を共有し退院支援していけるよう、退院目安フロー図、退院目安カレンダーを作成、活用し始めたので報告する。

【取り組み・結果】
退院目安フロー図、退院目安カレンダーを作成し、2021年3月から使用開始した。使用方法是、患者の目標とするADLを獲得するのに必要と思われる期間を、入院1週間程度で担当セラピストが大まかに定める。主治医、看護師、担当セラピスト、セラピスト主任、MSW等多職種でその情報を共有検討し、合同カンファレンスで本人・家族へ伝えとともに、退院目安フロー図に退院時期を記載する。
使用開始してからはその用紙をもとに、カンファレンスの時期の確認やケアマネジャーへの連絡、在宅サービスの調整などを行っている。患者にかかわるスタッフ全員で情報を共有し、それぞれがタイミングを意識することで退院支援をスムーズに行うことができるようになった。その結果、平均在院日数の短縮につながり、入院の受け入れもスムーズに行えるようになった。
結果として2020年度は平均在院日数60日以上であったが、2021年度は52日と短縮することができた。

【倫理的配慮】
発表にあたり個人情報の取扱いに配慮したうえで実施した。

【考察・まとめ】
退院フロー図、退院目安カレンダーを導入し統一して活用することで、適切な時期に患者に必要な退院支援がスムーズにできるようになった。
加えて平均在院日数の短縮、入院患者数の増加につながった。
患者の年齢や疾患だけでなく社会背景によって必要な支援内容が変わってくる。回りハ病棟の経験が浅い看護師でも、どの時期にどのような支援が必要なのかを明確にすることで、患者にとって最適な時期に退院できるよう支援ができると考える。

08 ⑮入退院支援	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	医療依存度の高い患者を支援するA訪問看護ステーションの取り組み

県 連 名 宮城
院所・施設名 坂総合病院
発 表 者 佐藤 美津子 職種 看護師

【目的】
医療依存度の高い患者が、継続した支援を望み選択するA訪問看護ステーションにおける取組みを明らかにし、A病院の訪問看護ステーションにおける課題の示唆を得る。

【方法】
2020年12月A訪問看護ステーションの管理者・所長を対象に医療依存度が高い患者を支援するための取組みについて半構造化面接を行った。分析方法は、医療依存度が高い患者を支援するためにA訪問看護ステーションの独自の取組みに焦点をあて項目ごとに整理した。

【倫理的配慮】
研究対象施設には口頭にて説明し、同意を得た。本研究は、坂総合病院研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】
看護体制は日勤の看護師5.1名、看護経験年数は平均22年であり、緩和ケア認定看護師が勤務していた。看護師は、急性期看護の臨床経験を有しており、機器管理、医療依存度の高い患者の看護を提供できる背景をもつ。教育体制は、新しい情報を研修や学会に積極的に参加し習得している。看護記録は、病院や在宅との連携を円滑にできるようICTを用いて情報を共有していた。患者、家族の情報を詳細に記録して、医師から必要な指示を的確に得ることができるよう取り組んでいた。看護記録の内容は、的確な情報からアセスメントされており、医師がタイムリーに指示を出すことができる内容であり、看護師のアセスメント能力の高さを示すものであった。

【考察・まとめ】
在院日数が短縮しており、人工呼吸器装着、チューブ類を装着したまま、在宅で看護を必要としている患者が増加している。A訪問看護ステーションは、医療依存度の高い患者を積極的に受け入れている。そして看護職へ臨床経験を活かしながら、継続して最新の医療情報を取り入れる学びの機会を提供している。医療依存度の高い患者が地域で暮らしていくために、看護師は患者の体調の変化を適切に評価し、ICTを活用して主治医と連携していた。在宅における看護は、ICTを活用して情報共有する取り組みや、高いアセスメント能力が必要となり、患者の状態の変化に的確に対応できる先を見越した支援が必要となることが示唆された。地域完結型を目指すA病院の訪問看護ステーションの課題は、ICTを積極的に活用し記録をすること、看護職の急性期病棟での経験を高めること、認定看護師や特定看護師を活用して訪問看護を担える人材を育成することである。今回医療依存度の高い患者を支援するA訪問看護ステーションの取組みを参考にA病院は課題を得ることができた。

キーワード：訪問看護ステーションの取り組み

08 ⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名「看護」をするために人間関係を構築することの
大切さ

県 連 名 岐阜

院所・施設名 みどり病院

発 表 者 米田 峻輔 職種 看護師

【はじめに】

私が入職2年目の時にセルフマネジメントが困難な状態であったA氏を受け持ち、退院に向け生活指導を行なったが、看護師の思いが伝わらないことがあった。看護介入を行うために、コミュニケーションを大切にすることで関係性が変化し、A氏の行動に変化がみられるようになった。自身の看護介入を振り返り、今後の実践に活かす。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう匿名記載とし、事例検討以外口外しない。

【事例紹介】

A氏 70歳代 男性 高血圧・CKD、でB病院通院。1年ほど前から痩せが進行、低K血症で四肢浮腫も著明、自宅で転倒を繰り返し入院となる。生活歴：大学卒業後、建設関係の仕事で国内外様々なプロジェクトに参加し定年まで働くなど自尊心が強い。定年後は飲酒量が増え食事量低下、妻・娘とは家庭内別居状態で孤立しており、自宅はごみ屋敷になっていた。入院後の経過：転倒を繰り返し、他者の物品を許可なく持ち帰る、看護師の介入に反発するなどの行動がみられた。入院18日より、受け持ち開始。自宅退院に向け、生活指導をする必要があった。

【看護の実際】

受け持ち前、助言をもらう前後で看護介入に変化がみられたため第1期～3期に分けて記載する。第1期、易怒性やせん妄による行動に目がいき、病棟全体でなるべく怒らせないようにと本人との関わりを避けていた。本人にもそれが伝わり居場所がない環境を作り出していた。第2期、退院に向けて生活指導を行う必要があったため、水分制限や飲酒について伝えた。A氏より「あなたに言われる筋合いはない、命令されるのは嫌いだ」との発言があった。第3期、リエゾンチームから助言を受け、本人との関係性を構築するために、挨拶など訪室の機会を増やし、会話の中で生活歴や価値観を把握することに努めた。情報は多職種で共有し、同様に聞かれるよう調整した。トラブルも減り、退院まで穏やかに入院生活を送った。

【考察】

第1期では、A氏の状態から関わりを減らすことで、逃避行動をしていたと考えられる。第2期で生活指導を行なったが、A氏の理解、行動変容には繋がらなかった。それは、A氏のニーズや人生歴、価値観を知らないまま、一方的な介入になっていたことが影響していると考えられる。第3期からは、A氏を知り、関わり方を変えていくことで、時にはA氏が担当看護師のことを心配するなどA氏が徐々に心を開いたと考えられる。それがその後の入院生活、生活指導へ良い影響をもたらし、A氏の行動変容へと繋がったと考える。

【おわりに】

患者の思いを知り、そこから看護を始めることの大切さをこの事例で学んだ。それは、民医連の看護の3つの視点であり、自身が実践したい「患者に寄り添った看護」をする上で、基本となるものだと思う。今後も患者との関係性構築に努めていきたい。

08 ⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

人工呼吸器を装着したCOPD.呼吸不全終末期患者の退院支援から看取りまでを経験して

県 連 名 鹿児島

院所・施設名 国分生協病院

発 表 者 善福 悠布里 職種 看護師

共同研究者 小松 清香、富吉 由茄

【はじめに】

今回、慢性閉塞性肺疾患（以下COPD）と呼吸不全増悪で人工呼吸管理となり、離脱困難なうえ肺炎を繰り返され終末期と診断された。家族より在宅での看取り希望があり、家族指導、多職種及び各事業所との連携を図り、退院準備から在宅での看取りを経験したので報告する。

【患者、入院後の経過】

A氏 年齢：90歳代 性別：男性 家族構成：妻と二人暮らし 病名：COPD COPDのため在宅酸素療法導入。今回、メンデルソン症候群で呼吸不全を呈し入院となる。入院後、呼吸不全のため気管挿管による呼吸管理を開始し、気管切開術施行した。病日7日目、DNARの方針となり、家族から自宅で看取りたいと希望がある。家族面会し、自宅退院を目指す。

【問題点】

1. 人工呼吸器を装着しており肺炎を繰り返している 2. 自宅が遠隔地であり退院時・退院後のサポート体制が十分ではない

【目標】

1. 家族がA氏の病状を理解し、在宅介護を行うことができる 2. 退院時・退院後のサポート体制が整い、安心して生活することができる

【取り組み】

①家族指導 ②連携会議・訪問看護への指導 ③退院前訪問 ④退院後のケア・看取り

【考察】

今回、家族からの「自宅で看取りたい。」という希望から在宅支援を行った。「病院だと命を優先してくれるが、家族としてはそうでない気持ちもある。」と闘病期間が長かったことでA氏の病状や看取りに対しても、エンドオブライフをどう過ごすか十分受け入れが来ていたと考えられる。しかし、在宅では介護負担の変化や急変したときに、家族だけで見守る不安は大きいと考える。家族が在宅介護を行う上で、当院の関連事業所ではない多職種も交えてカンファレンス・連携会議を重ね、退院後に予測されることを事前に準備し具体化していたことで、サポート体制の充実や連携した看護の提供へ繋がりと、退院支援に有効であったと考える。また家族への医療処置やケアに関する問題を意思一致していたことで、お互いに安心できる看護の提供に繋がれた。退院後のA氏の笑顔や夜間入眠できていることなどを踏まえると、退院後も病棟からのサポートを継続して行ったことは、A氏・家族の思いに寄り添い、家族の負担感・不安感に対しその都度支援ができ、A氏と家族が安心して療養生活を送ることに繋がったと考える。

【まとめ】

今回、在宅人工呼吸器を装着したまま自宅退院から在宅での看取りを支援して、入院患者だけではなく家族との関わりや各事業所との連携の大切さを学ぶ事で、在宅ケアにはサービスを整え支援することが不可欠であると分かった。最期をどう生きるかどうか考えているのか患者・家族へ寄り添い、地域の仲間と連携し、支援を推進していきたい。

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	『コロナ禍における退院支援』

県 連 名 北海道
院所・施設名 函館稜北病院
発 表 者 遠藤 美華 職種 看護師
共同研究者 八木 真司、笹森 育、工藤 美智子、
細川 望美、齋藤 沙代子、平手 好美、
石田 由美、稲葉 優子、岡田 由佳、
千葉 美穂

【研究目的】
回復期リハビリ病棟は、生活機能の維持・向上・自立性の推進・介護負担の軽減・QOLの向上のため、外来、通所、訪問リハビリテーション等へ情報提供を行い、適切なリハビリテーションの継続が受けられるよう、ケアマネジャー等につなげていく、退院にむけて、経済面をはじめ、どのような暮らしができるか、少し先の見通しが持てるように生活のイメージの共有化を図る役割を担っている。今回、夫の介護で自宅退院する患者の関わりと退院後調査、病棟職員の意識調査から振り返ることができ、コロナ禍での面会制限がある中で意識調査後の病棟職員の変化から今後の関わり方を考えることが出来る

【研究期間・方法】
期間…①2020年2月～12月 ②2021年2月～8月 方法…退院患者、ご家族への聞き取り

【アンケート内容】
回復期リハビリ病棟看護師、介護福祉士の計20名へのアンケート
①の期間：コロナ禍で入院中の患者、ご家族の対応で困ったこと
②の期間：退院支援のための聞き取りの際、職員の意識変化と不十分だと感じたこと

【倫理的配慮】
看護部での検討・承認を得て、個人が特定されないよう配慮した。

【意識調査結果】
①について…コロナ禍で面会制限があるなかで自宅イメージがつきづらい。患者、ご家族が退院することにイメージがつきにくく不安
②について…実際の日常生活場面を見てもらうことが出来ず、家族と認識のズレがある。患者一人一人の個性に合わせた介護指導やパンフレットが必要。職員全員が課題を共有し同じ対応が出来る。

【課題】
病棟生活での「している」日常生活動作やリハビリの「出来る」日常生活動作を患者、ご家族とどう共有していくか。退院先のハード面や生活のイメージをどう把握していくか。退院後関わる福祉関係の方への情報提供 資料作成と方法の検討

【考察・まとめ】
コロナ感染拡大以前におこなってきた病棟内でのご本人との面会や介護指導、家屋訪問、リハビリ室での見学をお勧めしていたなどは、患者、ご家族、職員の退院後の生活に少なからず不安軽減出来ていたことを実感した。閉鎖的関わりしかできない今、退院先での生活のイメージがつきづらいこともわかり、有益だったことを知ることができた。患者、ご家族の退院後を見据え、寄り添った支援が出来るよう、コロナ禍であっても「今、できること」をキーワードに医師、病棟職員とセラピストとチーム全体で関わりを持っていきたい。

【おわりに】
患者が生活者として安全、安心な環境で生きがいのある暮らしを継続できているかを確認するなどのフォローアップを今後も行うっていくことで、私たちの実践の振り返りとなり、さらにステップアップするための出発点となることが理解できた。患者・ご家族の目指す目標、想いに寄り添い、その人らしい生活構築のため看護の視点、優点を大切に支援していきたい

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	緩和ケア病棟における退院支援 ～意思決定を支援するための看護師の役割～

県 連 名 青森
院所・施設名 健生病院
発 表 者 一戸 礼子 職種 看護師
共同研究者 山内 純子

【目的】
一般的に緩和ケア病棟は終の棲家というイメージを持たれるが、疼痛コントロール、QOLの向上、退院調整等その役割は幅広い。今回、多職種連携による迅速な退院調整を行い自宅退院できた症例があった。この症例を通し終末期患者と家族が最期をどこでどう過ごしたいか、意思決定支援野ために何が出来るか学びえたことを今後の退院支援に活かす。

【方法】
事例研究。2例の終末期患者の看護記録、患者・家族との関わりから得た情報を整理し文献を元に分析する。

【倫理的配慮】
個人が特定されない事、情報は研究目的以外に使用しない事、不利益は生じない事、いつでも辞退出来することを口頭で説明し同意を得た。

【結果】
事例1：入院後ADL低下と急速に病状悪化。家族は退院希望あったが患者が頑なに拒否する。家族は患者の意思を尊重し退院を断念したが、容体がさらに悪化し家族より自宅に連れて帰りたいと申し出があった。主治医から看取りを覚悟して退院になると説明され家族は了承する。MSWに依頼し数時間で往診、訪問看護等の調整し当日中に自宅退院した。その数時間後に、家族に見守られ自宅で看取りとなる。
事例2：入院数日後に病状が悪化。患者は病状を理解し家に帰りたいと希望。家族は患者の希望を受け入れ、MSWに依頼し往診、訪問看護等の調整し自宅に退院した。退院当日に自宅に家族や親戚が集まり楽しい時間を過ごした。しかし、その日の夕方に容態が急変し再入院となり、数時間後には家族に見守られながら看取りとなる。家族の反応：退院数週間後に家族に連絡し思いを確認した。「少しの時間だったが自宅で過ごさせることが出来て本当に良かった」という言葉と、2例とも「もう少し早く自宅に連れて行けば良かった。」という言葉が聞かれた。

【考察】
終末期患者が意思決定を行うことは、人生をどのように締めくくるといふ重要な意味がある。そのため療養場所の選択における意思決定を援助するだけでなく、意思決定したことを実現できるよう援助することが重要となる。

2例とも病状悪化し看取りが差し迫った中で退院を選択した。多職種と在宅サービスとの迅速な連携により退院できたことで、家族は後悔せず看取ることが出来たと思われる。
そして患者・家族の不安や負担を少しでも解消出来るよう早期から思いを吐露できる関係作り、退院に向けて利用できる社会資源やサービスに対する情報の提供などを行うことで、無理なく具体的なイメージ出来るような関わりを持つことが大切である。患者・家族の希望は状態の変化によって変わるのは当然と捉え寄り添いながら、多職種連携し変化に応じた目標設定とマネジメントをする必要がある。

【結論】
1. 緩和ケア病棟での退院支援は、意思決定したことを実現できるよう援助することが重要である。
2. 患者・家族の気持ちに寄り添い、目標や希望を入院時より確認し多職種で関わるが必要である。

08 ⑮入退院支援

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演題名 胃瘻造設患者の退院支援を通して 学んだ事
～患者・家族の想いに寄り添って～

県 連 名 福岡

院所・施設名 米の山病院

発 表 者 古江 有理奈 職種 看護師

【目的】

A 氏は誤嚥性肺炎で入院となり、嚥下評価をしたものの経口摂取が困難と判断された。病状説明や家族との話し合いの結果、胃瘻造設し自宅退院方針となった。しかし元々独居で介護保険に加入していなかったため、介護保険利用への援助、胃瘻管理指導を目的として本症例に取り組んだ。

【倫理的配慮】

症例発表の目的や症例の取り扱い、プライバシーの保護に努めること、承諾の自由・断っても不利益を被らないことなどを説明し同意を得た。

【方法】

胃瘻造設後、胃瘻部の疼痛もあり寝たきり状態であったが、内服での疼痛コントロールにより徐々にリハビリも進められ、伝い歩きが可能になるまで日常生活動作の拡大がみられた。A 氏・家族は早期退院し、退院後に介護保険を申請したいとの希望があった。そこで、ADL の低下がありリハビリが必要なこと、介護サービス調整の必要性など、入院中に申請することでのメリットを説明した。その後、A 氏・家族で話し合われ、介護保険認定後にサービス調整し退院することとなった。介護保険申請の結果、要介護度 4 であった。サービス利用について A 氏と家族、ケアマネジャーと話し合い、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問入浴介助を利用することとなった。またケアマネジャー、理学療法士とともに家屋訪問を行い様々な動線を確認し、退院後はベッドの近くに移動可能な手すりを購入し利用することとした。胃瘻管理についてと経管栄養投与方法は、パンフレットを使用し家族へ説明を行い、手技は問題なく短期間で習得できた。

【結果】

家族は初めての自宅介護となるため指導が必要であった。胃瘻管理と経管栄養の投与方法について家族へ指導し、胃瘻管理については不安が少ない状態での退院に繋がったと考える。宇都宮らは、「患者・家族が満足する退院後の生活に向けて、時には医師の治療方針にも意見し、行動することができるのは看護師だけであり、そうすることではじめて、病院と在宅の間にあるギャップを埋めることができる。」²⁾と述べている。A 氏・家族は初め早期退院を希望されていたが、双方の思いを聞き、何度も話し合った上で入院中のサービス調整を行った。その結果、リハビリによる ADL 低下予防、退院後の生活における不安軽減および A 氏・家族が納得のいく退院支援に繋げることが出来たのではないかと考える。

【結論】

今回の症例を通して、患者・家族の思いに寄り添い出来る限り希望を叶えること、多職種と連携しながら適切なサービスを導入することがより良い退院支援に繋がることを学んだ。今後の退院支援では、今回の学びを活かし患者・家族・他職種と関わっていききたい。

【引用文献】

1) 宇都宮宏子：退院支援実践ナビ 医学書院 2016 P11 8 行目

【参考文献】

1) 伊藤利洋：図解説明社会保障制度指しガイド 日総研 2012 P28

08 ⑮入退院支援

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 セルフネグレクト患者の退院支援を通して学んだこと

県 連 名 山形

院所・施設名 鶴岡協立病院

発 表 者 加藤 穂乃 職種 看護師

【はじめに】

民医連看護では、「人間は誰もが個人として尊重され、障がいがあっても人間らしく・その人らしく生きる権利が保障されなければならない。また、社会的・経済的理由で差別されることなく、いつでもどこでも、必要な医療を受ける権利をもっている。」と提起している。今回、セルフネグレクト患者の退院支援を通して、個別性にあった関わりの重要性を学んだので以下に報告する。

【倫理的配慮】

匿名性及びプライバシーの保護について患者・家族に対し口頭で説明し承諾を得た。

【患者紹介】

S 氏、60 歳代女性。統合失調症と診断されるも受診中断中。近親者・近所の住民との関りはなし。母の年金で生活していたが、他界後独居となり金銭的困難があったものの生活保護申請を拒否していた。自宅は物が散乱し、ストーブ上にも置かれ火災の危険があった。

【経過】

20XX 年、1 週間前から金銭的理由で食事を摂れず体動困難のため救急搬送され、脱水・高 Ca 血症・ビタミン欠乏症の診断で入院となる。帰宅願望・幻覚・妄想・治療拒否の陽性症状がみられたため、A 病院精神科を受診し抗精神病薬内服開始後には、症状が軽減し、本人の強い自宅退院の希望により退院調整し自宅へ退院となる。

【看護の実際】

入院前は、近くの姉・叔父との関わりを断っていたが、本人を説得し本人が望む自宅退院に向けて協力してもらう事となった。退院前の自宅改修・生活保護申請と退院後の金銭管理・買い物・食事の支援・受診の送迎と付き添いが必要な旨を説明し承諾を得た。更に、退院前に姉・叔父・病棟看護師・外来看護師・リハビリスタッフ・MSW・民生委員・社会福祉協議会・障害者相談支援センター・市の福祉課・A 病院の MSW でカンファレンスを実施。状態悪化時の早期対応を可能とするため A 病院の訪問看護・訪問薬局の導入を決定した。また、カンファレンス時の情報から退院前訪問を行い自宅の環境整備が必要と判断し、多職種カンファレンスに参加した約 8 割のスタッフと共に顔合わせと環境整備を含んだ自宅訪問を行い退院調整を行った。

【考察・おわりに】

今回、精神疾患をかかえている患者の退院支援において、カンファレンス・自宅訪問等で本人・近親者・多職種と連携して関わることで、患者自身を多角的にとらえ社会資源を取り入れた退院後の生活を具体的に検討することができた。その結果、本人だけでなく近親者の意見も取り入れながら個性に合ったサービス調整に繋げることができ、本人の希望する自宅退院に向け患者観・人間観を尊重した関りにも繋げられたのではないかと考える。今回の学びを生かし、その人らしく生活できるように今後も民医連の看護の継承と発展に努めていきたい。

08 ⑮入退院支援	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	高次脳機能障害を抱えた独居高齢者の退院支援を振り返って

県 連 名 山形
院所・施設名 鶴岡協立リハビリテーション病院
発 表 者 佐藤 優 職種 看護師
共同研究者 長谷川 三枝子、今野 真美

【はじめに】
近年少子高齢化が進み、独居となる高齢者が増加している中、障害を持ちながらも自分らしく生活できるように、個別的で総合的な看護展開が求められている。高次脳機能障害を抱えた独居高齢者が独居再開した事例を振り返り学び得たものを報告する。

【方法】
「民医連のめざす看護の基本となるもの」にあてはめて看護の評価を行い今後の課題について検討。

【倫理的配慮】
匿名性及びプライバシーの保護について、患者・家族に対し口頭説明を行い承諾を得た。

【対象】
70代男性。50歳代で脳出血を発症。3回目の脳出血で高次脳機能障害として歩行時の注意力散漫さや、病識の欠如がみられた。キーパーソンは妹、遠方で友人が家事や買い物、通院を支援。

【看護の実際】
多職種と情報共有を密に行い昼夜の歩行状況や本人の注意力、自宅内の環境等を鑑み、長距離歩行は難しいと判断、自室トイレ間をつたい歩き歩行での移動訓練を行った。再発予防として内服自己管理訓練を行ったが巧緻性の低下から錠剤をこぼすことがあり一度お椀にだしてから内服する訓練を行い確実な内服ができるようアプローチした。介護保険を申請しておらずソーシャルワーカーを通じて依頼し要介護2の判定、週2回の通所リハビリと介護用品としてポータブルトイレと手すりの貸与が決定した。家庭訪問で使用方法の確認を行い転倒予防につなげた。食事は週5回昼食のみ配食サービスを利用し、引き続き友人の協力を得る形で調整。家族とは、患者の現状をこまめに報告し、必要なサービスの具体的な提供やどこまで協力が得られるか話し合う機会を作り家族との信頼関係の築きにつなげた。

【考察】
障害を抱える患者の在宅復帰を支えるためには、まず本人がどのような生活を望んでいるのかを看護に生かすことが大切である。今回、本人・家族のほかに多職種と連携を密に行いそれぞれの専門性を発揮したことで在宅復帰を実現できた例だと考える。特に内服管理は再発予防において重要であり、何度もカンファレンスを重ねどうしたら内服できるかを根気強く追求することが大切だと学んだ。本人の「自分の家で自分の力で生活したい」という思いを出来る限り実現するためには、多職種との連携や家族との密な関わりが必要であり、独居高齢者に対する行政の支援はまだまだ十分でない。憲法25条の生存権が尊重されるために、すべての高齢者とその家族が安心して生活が送れるよう行政への支援体制やサービスの在り方の追及を行っていきたい。また自分自身、今回の事例における配食サービス等の介護サービスについて学ぶことが多かった。今後退院支援を行うにあたり、介護保険制度などの継続的な学習が不可欠だと感じた。憲法13条の個人の尊重・幸福追求権が実現されるためにも患者がその人らしく生活できるよう日々の看護を見直し、より良い看護を目指していく。

【参考文献】
脳卒中リハビリテーション：医歯薬出版株式会社

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍における A 病院回復期リハビリテーション病棟の退院支援の実態

県 連 名 長野
院所・施設名 長野中央病院
発 表 者 佐久間 奈央 職種 看護師

【研究目的】
面会禁止となつてからの家族への退院指導について振り返り、ウィズコロナ時代の A 病院回復期リハビリテーション病棟職員の今後の課題を明らかにする。

【研究方法】
研究デザイン：実態調査 研究期間：2021年12月～2022年1月
データ収集方法：面会禁止期間中に退院指導を行った患者様・家族宛に研究説明書と同意書を送付し、同意の署名が記載され返信のあった事例の入院カルテ内からデータ収集を行う。

【倫理的配慮】
対象者には、看護研究についての説明内容を書面で記述し、研究への参加することの自由性・参加しなかったことによる不利益性がないこと、また収集したデータは本研究の目的以外に使用しないことと個人情報の保護に努めることを約束し、同意の署名にて研究参加の承諾を得た。本研究は A 病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】
本研究に同意が得られたのは2名。B氏の妻には荷物の受け渡しの際、経過を報告した。介護手技獲得の為直接指導実施。B氏の妻は「こんな状況になっているとは思わなかった」と発言あり。退院前ケアカンファレンスは開催できなかったため、ケアマネジャーに複数回にわたり経過報告を行い、退院が近くなつてからは今後の注意点を伝えた。C氏の妻へ介護指導日も決めたが指導延期になること数回あり。退院前ケアカンファレンスも一度延期となった。C氏の妻は「私にはできないかもしれません」という発言もあり、妻が安心・安全に介護を出来るようになるために退院日を調整した。再度日程調整し、一度妻へ介護指導を行った。妻は「思っていたよりも大変そう」という発言あった。

【考察】
在宅に帰るといふ希望を実現させるために、私たち回復期リハビリテーション病棟の職員は家族に対して具体的な指導・援助を行わなければならない。B氏・C氏は自宅退院を実現するためには家族による在宅介護が必要な方々であった。面会禁止により家族との情報共有がタイムリーに行えず家族の不安を助長したり、また退院指導をする場面で、ようやく在宅介護の全体像が見えてくるといった様子が、両名の介護者に共通して見られた。また、直接的な情報共有が難しい現状を打開し、継続看護を実現するためには、今まで以上に地域の支援者・ケアマネジャー等と情報共有・連絡を取り合うことが重要だと考えられる。円滑な退院支援に向けて関係者同士で確認しあい、患者と家族の生活期がより安心・安全なものになるように努めていくべきである。

【引用文献】
1) 貝塚みどり・大森武子・江藤文男・他1名(編著)：QOLを高めるリハビリテーション看護，第2版，医歯薬出版株式会社，p39
2) 貝塚みどり・大森武子・江藤文男・他1名(編著)：QOLを高めるリハビリテーション看護，第2版，医歯薬出版株式会社，p41
3) 神奈川県総合リハビリテーション事業団・リハビリテーション看護研究会(編著)：新版 実践 リハビリテーション看護，照村社，p32

08 ⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名退院支援における病棟看護師の役割
～自宅退院を目指した介入とその先に～

県 連 名 三重

院所・施設名 津生協病院

発 表 者 大西 陽 職 種 看護師

【はじめに】

患者・家族が退院後も自立した自分らしい「生活の継続」を支援するとともに、どこで療養するのか、どのような生活を送るのか自己決定するなど自立、自律に向けた支援のことを退院支援という。COPD 急性増悪で入院されていた O 氏は、自宅退院を望んでいたが、ADL や介護力からも自宅退院は厳しい状態であった。退院支援に着目し、退院先の決定から退院、退院後自宅訪問を通して、退院支援の重要性・病棟看護師の役割について考え、振り返ることができたため報告する。

【倫理的配慮】

本人・家族に取り組みについて説明し、同意を得た。

【結果】

患者を取り巻く全体像を把握するために情報収集用紙を使用し、現在の ADL・自宅の状況など評価を行った。そこで、退院先は自宅で良いか、サービス利用はどうするかなどの5つの問題のあげられ、その問題を解決するために多職種での介入を開始した。退院先の決定にあたり患者・家族だけでなく、MSW 中心にリハ担当者や担当 CM など多くの職種と相談し、結果的に患者キーパーソンである妻の同意があったことから、自宅退院に向けて介入を進めていくこととなる。今回の入院で HOT 導入が決定していたため、入院中に酸素デモ機を使用し患者の退院後の不安を軽減した。また、退院後の内服自己管理可能か評価を行った。O 氏の性格からも不安や小さなきっかけで精神的な不安定となっていたため、退院支援のみでなく精神的サポートも忘れず行った。O 氏の状態の改善・増悪を繰り返し退院目途が難しい状態であったが、状態が安定しているときに早期退院できるよう、事前に多職種と共に住宅調査を行い、自宅退院後に必要な福祉用具の検討やサービス調整を行った。結果的に、デイサービス・訪問看護、リハの導入が決定し、内服は妻に1日分セッティングしてもらうこととなり、退院時に内服・HOT 使用時の注意点をパンフレットにまとめ指導を行い自宅退院することができた。

【考察】

長期間の関わりの中で O 氏や家族の想いを聞き出し、適切なタイミングで適切な多職種へ相談し連携できたことが、結果双方が納得する形での退院に繋がったと考える。自宅退院を考えた上での内服管理やサービス導入検討など、繰り返しチームカンファレンスや MSW と相談できたことが、患者にとっての「より良い暮らし」の支援となった。また、患者のできること、できないことを適切に判断し、病棟全体で関わることが患者にとってのより良い看護となったと考える。

【まとめ】

患者が「どのように生きたいか」「どう生ききりたいか」を聞き出し、焦点を当てて支援を進めていくことが、退院支援を開始するうえで最も重要である。病棟看護師として、限られた入院日数の中で退院支援を進めていくことが大切であり、必要なタイミングで必要な職種に情報を共有し話合うこと、各職種の橋渡し役となることが役割として求められる。

08 ⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

在宅での看取りを決断されるまでの支援について

県 連 名 兵庫

院所・施設名 尼崎医療生協病院

発 表 者 川原 初代 職 種 看護師

【はじめに】

緩和ケアにおいては家族もケアの対象であり、日本終末期ケア協会は、患者と家族が希望する場所で過ごせるように環境を整えていくことを家族支援の一つに挙げている。今回、病状の悪化により在宅療養から緊急入院となった患者を担当した。病院での看取りを希望されているのだと思われたが、家族から、自宅での看取りを希望しているが不安も強く気持ちは揺れ動いているという言葉が聞かれた。その後の関わりにより自宅での看取りが可能となったため報告する。

【倫理的配慮】

研究対象者に対して、研究の内容・参加は自由意志であり途中で断っても不利益にならないこと・個人が特定されるような情報は公表されないことを説明し同意を得た。

【事例紹介】

A 氏、70代、男性、病名：進行性胃癌、癌性腹膜炎、誤嚥性肺炎

家族構成：妻とは40年ほど前に離婚しており連絡は取っていない。子どもは娘2人でキーパーソンは長女

【経過】

入院当日：長女から、自宅での看取りを考えているが不安であること・面会でできないことに対する悲嘆の訴えあり。長女の思いを傾聴し自宅での看取りを希望するのであれば早い方が良いことを説明する。入院2日目・4日目：長女は予測される予後よりも長く捉え一人で介護することの不安の訴えあり。予後について再度説明し、急変する恐れがあるため退院を希望するのであれば早い方が良いことを伝える。また、元妻の面会を希望されたため面会のルールについても再度説明する。入院6日目：在宅療養希望の意思表示あり退院調整を行うが、その数時間後に A 氏の病状が悪化。病院で看取りになる場合のことも考えて長女と元妻に説明を行う。入院7日目に退院。元妻の誕生日会をされ翌日に A 氏は旅立たれた。

【考察】

緩和ケア病棟においてもコロナ禍では面会が制限され、看取りに立ち会いたいという家族の希望を叶えることが難しい状況にある。今回の事例においても、面会が制限されていることが長女の悲嘆を強くさせていた。最期の時間をどのように過ごしたか後悔が少ない看取りであったかどうか、残される家族のグリーフに大きな影響を与えられる。大木は「患者・家族が考えている病状認識と現実が異なる場合があり、そのことが、患者・家族の希望を叶えることの障壁となっている」と述べている。今回の事例においても、長女の病状理解は現状とは乖離していた。自宅で見守ること自体に不安はあったと思われるが、残された時間を長く捉えていることによって生じる不安も大きかったと考える。しかし、長女の思いをしっかりと傾聴した上で、病状、特に残された時間は長女が思っているよりも短いということを繰り返し説明することによって、現実を受け入れ自宅での看取りを決断されたのではないだろうか。面会を希望されていた元妻の誕生日会が行え、「最期の呼吸をしっかりと見届けた」という家族の言葉もあり、後悔の少ない看取りだったのではないかとと思われる。

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	理解力低下のある患者と、その患者を受容できない妻とのかかわり

県 連 名 東京
院所・施設名 大泉生協病院
発 表 者 黒木 美穂子 職種 看護師

【この事例に取り組んだ理由】

脳出血後後遺症にて右不全麻痺のある患者。食欲低下があり臥床状態が続く、ADL 低下、体動困難があり入院。介護保険や身障者手帳を申請せず、重喫煙、アルコール多飲があり、妻や息子たちと不仲で実家に戻り両親と同居生活を開始。退院後の生活に本人と家族の意向の違いに困惑した事例である

【患者紹介】

A 氏、50代、男性。食思不振、ウェルニッケ脳症、高血圧、大腸がん疑い、ビタミン B1 欠乏症。八王子で歯科医院を開業。高血圧を指摘されていたが病院嫌いで受診拒否。R2 年職場で左被殻出血を発症。後遺症で右不全麻痺があり、回復期リハビリテーション病院へ入院するも入院継続できず強制退院となり自宅での生活を送る。しかし重喫煙、アルコール多飲があり、妻や息子たちと不仲となり実家に戻り両親と同居生活をする

【病状の経過】

回復期リハビリテーション病院退院時は、屋外歩行可能なレベルで犬の散歩もできていた。しかし当院入院時は、尿臭が強く本人に確認すると入浴もできていない状態であった。当院での検査の結果ビタミン B1 欠乏症あり、頭部 MRI ではウェルニッケ脳症の疑いあり。ビタミン B1、ノイロビタン配合酸、ニコチン酸アミドを開始。食欲は回復、杖歩行軽介助までに回復した

【看護の実際】

入院目的である食欲低下、ADL 低下による体動困難はゴールに近いといったが、退院後の受け入れ先がなかなか決まらずにいた。妻は患者への拒否が強く、病状説明でも同席を拒んだ。妻の意向は、自宅を売却し犬と一緒に実家に戻ることであり、そのためには患者の ADL 向上を強く希望していた。しかし金銭面や患者本人の拒否などの理由から施設や病院が見つからず。家族は退院時までにかかりつけ医が見つけれず、妻はおむつ交換の指導も希望されないまま自宅退院となった。

【倫理的配慮】

本報告を行うにあたり必要最小限の患者情報の揭示にとどめ、個人の特定やプライバシー侵害にならないよう配慮する。

【まとめ】

介護者となる家族が患者を受け入れない理由は、おそらく今まで見てきた中で大変な思いをしたからである。しかし患者の退院後も繋げていくことは医療者であり、患者の自宅に帰りたいという希望に沿いたいとは私は感じた。当初の妻は、自分の精神状態が不安になるからと患者に会うことを拒み、妻の希望でしか話が進まない状態であった。そこで2回目の病状説明の日程のため妻に連絡をした際、本人の希望も家族が聞くべきではないかと説明し、患者の同席に同意を得ることができた。その後も、話し合いは幾度と繰り返され、結果的に様々な理由から本人の希望であった自宅退院となった。しかしオムツ指導を受けていない妻と、強制退院を繰り返した患者。結局自宅での介護はどうだったのだろう。患者の状態に合わせ家族の希望や思いを理解し対応することの難しさを学んだ事例である。

08 ⑮入退院支援	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	新型コロナウイルス感染禍における多職種で関わる退院支援

県 連 名 福岡
院所・施設名 戸畑けんわ病院
発 表 者 古賀 有里恵 職種 看護師
共同研究者 甲斐 美和、山尾 優貴、本松 由紀美

【目的】

COVID-19の流行に伴い、医療現場では様々な変化に臨機応変に対応する事が求められている。超高齢社会に加え制約の中でも、患者の思いから始める看護について再確認する事で、私達が行うべき民医連の看護実践を可視化する。

【患者紹介】

A 氏：80歳代男性 疾患名：慢性閉塞性肺疾患（在宅酸素療法管理中）介護保険サービスを利用しながら独居生活。自宅で倒れていた所をヘルパーに発見され入院。急性期治療を終え、リハビリ目的でB病院へ転院。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮し、患者に同意を得て取り組み健和会看護倫理委員会の承認を得ている。

【経過】

A 氏へ退院後の生活について尋ね「家に帰る。」と自宅での生活を希望されている事を確認した。理学療法士（以下PTと称す）、医師、医療ソーシャルワーカーと多職種で関わり A 氏の退院について検討したが、排泄や移動は全介助、認知機能低下に加えて在宅酸素療法（以下HOTと称す）管理が必要であり、介護サービスを導入しても安全に独居生活を送るのは困難だと思われた。①排泄、移動のセルフケア獲得②薬物自己管理③HOT 管理の3点の課題を挙げた。PTはA氏に呼吸法を指導しながら関わった。看護師は薬物自己管理を行う方法をA氏と一緒に検討し、実施、評価した。HOT 管理について、入院前の誤った管理方法を修正する為DVDを見て共に問題点を話し合った。コロナ禍前はケアマネジャーも来院して患者の様子を直接確認し職員との情報交換を行っていたが、面会制限の為、電話で退院に向け問題点や解決策を共有した。

【結果】

退院後の生活について A 氏と一緒に目標を共有して関わることで、A 氏は移乗も自立し終日トイレで排泄が可能となり、薬物やHOT 管理も自分で確認しながら実施できるようになった。離床して過ごす時間が増え笑顔が見られるようになり、A 氏らしさを取り戻していくように感じられた。結果自宅への退院が実現した。

【結論】

超高齢社会、核家族や高齢者の独居生活では十分な介護や支援を受けられない患者も多く、在宅への退院が不可能と判断されることも少なくない。加えて COVID-19による様々な制約のある現在は、在宅生活のイメージがでにくい為退院支援が困難だと感じていた。しかし濱屋らは「病棟看護師が実践すべき退院支援とは、患者に寄り添って意思決定を支え、病気の回復を促進し、生活者としてその人らしく生きることを支えることである」と述べている。どのような状況においても、患者の思いを実現するための多職種での関わりは民医連看護の基本であることをこの事例を振り返ることで再確認できた。今後の看護実践に役立てていきたい。

【引用文献】

濱屋明美、丸山紀子：人を活かし現場が輝く！ナースマネジャー（第19巻第6号）、在宅ケアにつながる病棟ケアを意思決定支援の促進、p. 15-17

08 ⑮入退院支援

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名 急性期病棟における退院支援への取り組み

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会大手町病院

発 表 者 大西 郁子 職種 看護師

共同研究者 政時 徹也、長浜 由衣、伊藤 保乃香、
問山 志津加、浅海 咲笑、矢野 正泰

【はじめに】

当部署は急性期病棟であり日々業務が多忙なため入院時から患者の退院後の生活を見据えた看護が出来ていない現状である。病棟スタッフに意識調査を行った結果、半数以上が退院支援について理解していなかったため必要性を浸透させる取り組みを行った。

【目的】

退院支援活動を行うことで病棟スタッフが退院支援について理解し、早期に入院前の生活に戻れるよう支援する。

【方法】

意識調査の結果退院支援チームを立ち上げ、学習会、スクリーニングシートを作成し退院支援に必要な情報収集を患者や家族、各部門から行うことの重要性を呼び掛けた。

【倫理的配慮】

今回アンケート結果から得られたデータは研究以外に使用せずまた、個人が特定されないよう研究者のみが取り扱うことを説明する。研究は健和会看護研究倫理審査会からの承認を得ている。

【結果】

退院支援取り組み開始後に当病棟一般職の看護師（27名）を対象に退院支援についてのアンケートを実施。退院支援について理解度は33%であり、62%が理解していなかった。退院支援に対する意識が低く、病棟看護師の役割という認識の低さも分かった。この結果から病棟全体に学習会を実施。自宅独居の患者を対象にスクリーニングシートを作成した。対象患者には退院支援記録を活用し、入院前の生活状況を情報収集するよう声かけた。半年後中間評価を行い、再度アンケートを実施。退院支援記録を活用しているスタッフは74%に上昇。しかし対象者が入院後退院支援記録を記載することは周知出来たが、記録の追加・修正に個人差があることがわかった。退院支援記録に何を記載したらいいかわからないという意見があったため、記入方法のラミネートの作成、日々の声かけや個別指導も行った。

【考察】

退院支援の取り組み開始後病棟スタッフの意識は高まったと思われる。一方進まない現状として、急性期病院は患者の病状が不安定のため積極的に退院支援を進められないこと、病棟看護師の在宅ケア実践の経験がないことが考えられる。また退院後の生活を見据えた看護が出来ないこと、経験年数の低い看護師が多く退院支援に対する知識不足も考えられる。しかし患者の身近な存在は看護師であるため、患者が退院後どのように暮らしたいのか患者の意見を尊重し住み慣れた地域で安心して暮らせるよう福祉機関と連携し、患者だけでなく家族も含めた支援を行うことが必要。そのため病棟看護師の役割は重要であることが考えられる。

【結論】

今回退院支援活動を導入し病棟全体に周知できたが、今後も継続的な取り組みが必要であるため定期的な学習会を行い病棟スタッフの知識の統一化を図っていくことが必要である。

08 ⑮入退院支援

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名 家に帰れてよかったね

県 連 名 愛知

院所・施設名 介護事業部 訪問看護ステーション・ちあき

発 表 者 滝 愛 職種 看護師

【目的】

コロナ禍において入院患者との面会が制限されている。このため家族や友人と会えないまま最期を迎えるケースが増えている。最期は少しでも一緒に過ごしたい、その願いから在宅での看取りを選択された家族と関わった。在宅で過ごす中で家族から「家に帰れて本当によかった。」との言葉が何度も聞かれた。退院から看取りまでの7日間の関わりから、訪問看護の果たす役割について得た学びを報告する。

【倫理的配慮】

発表に際し、利用者・利用者家族の個人情報とプライバシー保護に配慮し、家族から了承を得た。

【結果】

この事例から訪問看護の果たす役割は、本人・家族の思いに寄り添った看護を提供すること、また、在宅での看取りを決意した家族を支え希望がかなえられるよう支援することと考えた。そのためには、家族の介護力を見極めるとともに、状態に合わせたケアの提案、介護指導を行うことや、今できている事を労い安心感へ繋がる関わりをもつことが必要であると学んだ。

【考察・まとめ】

訪問看護が役割を果たすことにより、家族の看取りに向けての気持ちを保たれ、本人や家族の望む自宅での最期を迎えることへの支援となると考える。

「家に帰れてよかったね。」看取りまでの7日間の関わりの中で家族からこの言葉がよく聞かれた。コロナ禍において面会が制限されていたため、自宅で大切な家族と過ごす時間はとても貴重であり、本人や家族が望んでいた穏やかな時間となった。「訪問看護を早くに知ることができたら、もっと早く家に連れて帰ることができたのではと思った。」と、訪問看護を知る機会がなかったことを悔やまれる様子もあった。家族からの「同じように困っている人に訪問看護を知って欲しい。」との言葉を受け、訪問看護をもっと認知してもらえるよう活動していくことが今後の課題と考える。

08 ⑮入退院支援	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	訪問看護師が退院前カンファレンスを通して実践する退院調整の現状

県 連 名 長野
院所・施設名 訪問看護ステーションみどり
発 表 者 井村 紀子 職種 看護師

【目的】
訪問看護師が退院前カンファレンスを通して実践する退院調整の現状を明らかにし、その特徴を考察する。

【方法】
A 県訪問看護ステーション連絡協議会 B ブロックの事業所に就業する訪問看護師のうち、退院前カンファレンスに参加経験のある者を対象に、2021年9月から10月に自記式質問紙調査を実施した。質問紙は対象者の特性を問う質問、退院前カンファレンスを通して実践する退院調整に関する自由回答式質問から成り、プレテスト（20名）後に一部修正し使用した。データ収集は、事業所の管理責任者に研究協力の承諾を得た後、管理責任者を通して対象者に質問紙を配付、個別投函により回収した。対象者の特性は記述統計量を算出、自由回答式質問は質的帰納的に分析した。本研究はC 病院倫理審査委員会の承認を得た後、事業所の管理責任者及び対象者に同意を得て行った。

【結果及び考察】
訪問看護師136名に質問紙を配付し108名から返信があった（回収率79.4%）。このうち、自由回答式質問に回答した102名を分析対象とした。対象者は29歳から74歳（中央値49.0）、訪問看護経験年数は5か月から27年（中央値6.5年）であった。訪問看護師が退院前カンファレンスを通して実践する退院調整に関する質問への回答は102文脈単位、661記録単位に分割できた。661記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果、13カテゴリが明らかになった。それは《身体・生活機能及び入院中の経過を関係職種から多角的に収集し、共有する》《病院・在宅のチームメンバーと必要な支援を検討し方向性を共有するとともに、支援体制・退院時期を明確にする》《表情や言動から患者や家族・介護者の思い・意向を確認し、必要時には代弁する》《訪問内容・頻度を含む看護計画を立て、介入に向けて具体的に段取りをする》《病院・在宅のチームメンバーとの関係形成と連携を図る》《在宅で必要な医療処置の内容・方法・注意点を確認するとともに、在宅で実施しやすい方法・物品の工夫を検討し下準備する》等である。考察の結果、訪問看護師が退院前カンファレンスを通して、①チームメンバーとともに課題解決過程を進行する、②病院と在宅の医療・看護を繋げるという訪問看護師に特有な実践をする、③チームメンバーとの関係形成と同時に連携・協働に向けメンバーに働きかける、という特徴が示唆された。退院前カンファレンスでの退院調整には訪問看護師の課題解決能力、多職種と協働する力、訪問看護師の専門性の発揮が不可欠であり、それらを高める現任教育が必要である。

【結論】
訪問看護師が退院前カンファレンスを通して実践する退院調整を表す13カテゴリが明らかとなり、3つの特徴が示唆された。訪問看護師による退院調整の質向上に向け、課題解決能力や多職種と協働する力、訪問看護師の専門性を高める現任教育プログラムが求められる。

08 ⑮入退院支援	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	貧困世帯への介入について考える

県 連 名 群馬
院所・施設名 虹訪問看護ステーション
発 表 者 黒岩 靖子 職種 看護師

【倫理的配慮】
事例作成にあたり個人を特定できないよう匿名化した。

【はじめに】
病院から退院するにあたり、生活保護・介護申請も拒否し現状では自宅退院は困難である事を、本人・家族にも伝えていたがそれでも自宅へ帰る選択をした無料低額診療の対象者を訪問することになった

【ケース概要】
食道がん末期で通過障害あり、肺炎を併発していた。血縁者は身体に障がいあり、支援は受けられない状態。自宅に電話もなく連絡手段がないので、医師からは孤独死の可能性があるとされていた。

【経過】
9月18日にSW から連絡が入り29日には退院した。30日に初回訪問となったが、家の中は足の踏み場もないほど雑然としていて、カーテンもなく西日の当たる暑い室内には食べ物は何にも用意されていなかった。片づけは拒否され窓の下以外は立ち入れなかった。肺炎の治療の途中で退院してきている為、数日は毎日訪問できたが必要以上の介入を望まず、週1回の訪問になってしまいうことにスタッフ間で対策を検討し、無償で隣人の訪問にあわせて、安否確認と内服の支援をすることと、道路から見える車の位置を確認していた。10月13日見守りで訪問したところ、便まみれで動けないのを発見した。これ以上在宅生活は無理と判断し入院となった。衝撃的だったのは自宅のトイレは使用できず、近くのドラッグストアのトイレに行っていたことが最後にわかったことだった。

【まとめ】
劣悪な環境の中で数日を過ごしたが、自宅へ帰るという希望はかなえられた。病院と自宅では環境に違いがありすぎて、退院するなら環境を整えることが重要であるということ強く実感した。貧困と聞くとお金がないと思ひ浮べるが、支援が届けられない貧困もあるという事を学んだ。支援の継続が必要と思っても、他人が自宅に入ることに抵抗があったり本人が訪問の必要性を感じていないことや、交通費がかかるのを嫌がったりという理由で週1回以上は正規の訪問看護が介入できず、終末期の方に適切な支援ができなかったもどかしさも経験した。

09 ⑩食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	食べることは生きること ～からあげが食べたい～

県 連 名 愛媛
 院所・施設名 新居浜協立病院
 発 表 者 矢茸 玉喜 職種 看護師
 共同研究者 加藤 茂代

【はじめに】

在宅医療では食の確保は大きな問題である。患者様にとっては、経口摂取が可能かどうかは在宅か入院かの分かれ目ともなる。認知症や摂食嚥下障害をもつ人は「食べること」が療養生活の中心であり、また食支援が「生きていること」を確かめることにもなっている。そして、「食べさせること」が在宅医療に関わるすべての医療従事者と家族が優先的に取り組む課題であり、多職種連携の要となっている。

今回、「口から食べたい」という本人の意志と夫の「窒息しても食べさせてやりたい」という両者の気持ちを尊重し、多職種連携で支援した結果、自分の好きな物を食べる事が喜びの中、生活している症例を報告する。

【倫理的配慮】

本事例のついては個人の特定が出来ないよう配慮する旨を本人、家族に説明、同意を得た。

【患者紹介】

- ・A氏 女性 70代 夫と二人暮らし（夫は病状への理解が難しい）
- ・病名：子宮癌・水腎症（右ステント留置）、自律神経障害、不安神経症

【経過と関わり】

不眠で当院の心療内科に定期通院していたが子宮癌が見つかり、婦人科に紹介入院となった。自宅に退院するも食欲低下し、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返し、るい瘦により筋力の低下も著名であった。胃ろう造設も検討のため、当院へ転院となった。

入院後、嚥下内視鏡（以下VE）を実施し、口腔内残留・嚥下の遅延があり、完全右側臥位での食事開始となった。随時、食事形態を変更し、言語聴覚士（以下ST）によるリハビリ・嚥下評価により食事摂取出来るようになった。本人、夫は在宅療養を希望され、完全右側臥位での食事摂取のまま退院となった。

STから訪問看護、デイサービス、ヘルパーへの食事摂取時の姿勢や注意点を情報提供し、外来の訪問診療や療養目的での入院の時に嚥下評価やリハビリを継続した。「唐揚げが食べたい」という希望があり、在宅VEを実施して、固形物は小さく切って摂取可能となり、ヘルパー介助で唐揚げを食べることが出来た。食事摂取出来ることで、全身状態も安定、筋力UPし、現在は端坐位での食事が可能となり、体重も29キロから54キロと標準体重に戻っている。

【考察】

嚥下困難と評価された患者様の「食べたい」、家族の「食べさせたい」一心から嚥下の評価を定期的に行い、継続した嚥下リハビリ、デイサービス・ヘルパーの食事介助、全身状態の確認など多職種に関わることで完全右側臥位での食事制限解除に繋がり、座位での経口摂取、困難と思われた在宅での生活を可能にした。在宅VEは患者様の食べたい意欲を尊重した関わりとなったと考える。そして、入院ではなく在宅での食支援は、A氏にとっては夫との関わりも含め、QOLの向上や生きる喜びへと繋がったと考える。

【おわりに】

座位での食事摂取、在宅療養は困難と思われたが、患者様の強い思いと多職種での関わりで驚くほどの回復を遂げられた。患者様の思いに寄り添いながら支援出来るように今後も取り組んでいきたい。

09 ⑩食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「自分でご飯が食べたい」

県 連 名 福岡
 院所・施設名 みさき病院
 発 表 者 朝倉 愛 職種 准看護師

【はじめに】

今回、認知機能低下による食事・内服拒否があり、栄養状態不良が見られ、経鼻栄養チューブ留置となった患者から「自分でご飯が食べたい」という発言が聞かれた。この本人の意欲的な一言をきっかけに、多職種と連携を図り支援を行った経過を報告する。

【倫理的配慮】

今回の事例を報告するにあたり本人、ご家族へ了承を得て個人が特定されないよう配慮した。

【事例紹介】

A氏 70歳代 女性 病名 認知症（障害自立度B2 認知度IV）要介護1 夫と二人暮らし 周辺症状としてせん妄、不穏、介護抵抗

【経過】

食事・内服拒否にて経鼻栄養チューブ留置し、自己抜去予防で上肢抑制開始となる。その後、栄養状態が改善、内服投与も出来た事で精神状態安定し、周辺症状も軽減した。本人の「自分でご飯が食べたい」との一言をきっかけに患者参加型看護計画に取り組んだ。まず、嚥下状態の確認をし、精神的評価にて、抑制と、部屋に一人でいることが寂しいことがストレスになっていると判明した。離床時間を増やし、抑制解除し見守りや声掛けを行う事で、スタッフとの会話も増えてきた。経鼻栄養チューブ自己抜去もみられず、抑制解除となった。食事でも甘味中心の食事から開始し、介助にて全量摂取できた。その後、本人や家族の希望にて「同じものは飽きるね」「普通のご飯が食べたい」と意欲的な発言が聞かれ、嚥下食まで形態変更が出来、自力摂取までできるようになった。内服も経口から服用出来、経鼻栄養チューブを抜去することができた。

【考察・まとめ】

本人の言葉をきっかけに、多職種と連携を図り、どんな支援が必要か知る事ができた。ご飯を食べたいという目標を達成することで、A氏の意欲向上にも繋がり、自分の思いを訴えることができるようになった。今回の事例で、経鼻栄養チューブ留置の患者に対して自己抜去防止で抑制が本当に必要だったのか考えさせられた。今後はその人に合った対応を多職種で検討していきたい。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	器質的口腔ケアの技術の向上に向けた取り組み ～技術チェック表を用いて～

県 連 名 秋田
院所・施設名 中通総合病院
発 表 者 熊谷 涼佑 職種 看護師
共同研究者 泉 希美、関 麻由子、鈴木 花月、
加賀谷 麻悠、羽川 はづき

【はじめに】
誤嚥性肺炎の改善と予防には口腔ケアの重要性が謳われており、部署でも昨年度より口腔内の環境改善を目指し ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL（以下 OHAT とする）を使用している評価を開始した。しかし、統一した評価を習得しても口腔内環境の改善には繋げることができていない事例も散見された。原因として、看護師個々の口腔ケアに関する知識が不足しているため器質的口腔ケアの技術に差があると考えられた。そのため、意識の向上と統一した器質的口腔ケアの技術の改善を目指した取り組みが必要と考えた。

【目的】
1. 部署内の看護師が、口腔ケアに関する知識を習得し、口腔ケアに対する意識が向上する。 2. 器質的口腔ケアを統一した技術で行う事で、誤嚥性肺炎の患者の口腔内環境が改善する。

【倫理的配慮】
本研究の概要と目的を説明し、調査から得られたデータは個人が特定されないように匿名で統計処理すること、調査協力は自由意志であり調査に協力しなくても不利益は生じないこと、並びに本研究は公表される可能性があることを説明し、同意を得た。

【方法】
病棟看護師14名を対象とし、口腔ケアに関する意識向上のための歯科衛生士による学習会の開催と学研ナーシングサポート視聴を行った。また口腔ケアの技術チェック表を作成し、チェック表を用いて看護師の技術チェックを行った。その後アンケートを行い、介入前後での意識の変化を分析し、誤嚥性肺炎患者の OHAT 評価を行った。

【結果】
アンケートでは若年層の看護師で意識の改善が顕著にみられた。患者の口腔内のアセスメントや個別性に合わせたケアの提供等で意識の向上がみられ、誤嚥性肺炎患者の OHAT 評価が早期に改善し維持することができた。

【考察】
今年度 OHAT で評価していた患者の口腔ケア技術が統一されていないことで口腔内環境が改善していなかった。今回、口腔ケアに関する知識を習得することで、看護師の口腔ケアに対する意識が向上した。これにより統一した技術で口腔ケアを行うことで、口腔内環境の改善につながったと考えられる。

【結論】
1. 口腔ケアに関する知識と技術を習得することで、口腔ケアへの意識が向上した。 2. 統一した技術で口腔ケアを行うことで、口腔内環境が改善した。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「食いたい」という意欲を支えて

県 連 名 北海道
院所・施設名 釧路協立病院
発 表 者 富阪 雪乃 職種 介護福祉士
共同研究者 黒川 薫、川本 一也

【目的】
生きる原動力となっている A 氏の「食いたい」を実現したい

【方法】
嚥下機能に合わせた食形態に変更し、経口摂取の実施

【倫理的配慮】
本事例の目的と内容をご家族に口頭と書面で説明し同意を得た。

【結果】
100才を越える A 氏は、食べる事が大好きで、毎日穏やかに過ごされていた。A 氏は新型コロナウイルスに罹患してしまい、誰もが心配しその経過を見守り改善を祈った。1ヶ月後には隔離解除でき、お元気に改善された。
その後の2年間の中で脳梗塞などを発症し、嚥下機能も低下し経口摂取は困難になったが、毎日何度も空腹を訴えた。何とか口から食べられないのか？大好物の鍋焼きうどんを食べさせてあげたい。諦めきれないスタッフの思いと、ST や PT、栄養士や家族の試行錯誤と連携で、形態を工夫し鍋焼きうどんも食べる事ができた。

【まとめ】
A 氏の生きる原動力を、多職種共同で追求し実現した。そしてコロナ禍の中では、面会も殆んどできなかったが、家族も含めた食への取り組みは、ご家族のグリーフケアにも繋がった。

09 ⑩食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	安全な食事介助に向けた取り組み ～看護師と看護補助者の意識調査～

県 連 名 秋田

院所・施設名 中通総合病院

発 表 者 熊谷 涼佑 職種 看護師

共同研究者 鳥海 祐太、細谷 美月、伊藤 聖子、
村上 桜菜、木下 未来

【はじめに】

令和2年度、高齢者死因別死亡率で肺炎は第4位であり、高齢者の肺炎の70%以上に誤嚥が関係していると言われており、誤嚥は食事との関連が大きい。食事は高齢者にとって誤嚥性肺炎や窒息などの危険を伴うため、介助する者の知識や技術の獲得が必要であると考え、研究に取り組むこととした。病棟看護師への取り組み前アンケートで食事介助中の観察項目が曖昧である、他チーム患者の食事介助に不安があるという意見があった。また、経験の浅いスタッフに対して食事介助について学習する機会を設けることができていなかった。そこで、安全な食事介助に向けた取り組みを実施し、それに対する看護師や看護補助者の意識の変化を評価する。

【目的】

安全な食事介助に向けた取り組みによって、看護師の食事介助に対する意識の変化を明らかにする。

【方法】

- ・研究対象者：病棟看護師28名と看護補助者7名
- ・研究期間：2021年8月～11月
- ・研究方法：安全な食事介助に向けた取り組みとして、STによる学習会、ベッドサイドに食事表の掲示、ナースングメゾットの食事介助に関する項目の動画視聴を実施。病棟看護師と看護補助者を対象に、取り組み前後でアンケートを取り、意識変化を調査した。アンケート内容は安全性・患者の安楽・業務の効率性といった視点で、食事介助に関する6項目について調査し、回答は7段階尺度とした。

【倫理的配慮】

本研究の概要と目的を説明し、調査から得られたデータは個人が特定されないように匿名で統計処理すること、調査協力は自由意志であり調査に協力しなくても不利益は生じないこと、並びに本研究は公表される可能性があることを説明し、同意を得た。

【結果】

アンケートより、「学習会に参加して、食事介助中の観察項目や介助のポイントが分かった」「ベッドサイドに食事表があることで患者把握に繋がった」「義歯の有無や吸引の必要性など申し送りだけでは不十分な部分が食事表で補えている」という意見があり、実施前よりも食事介助について安全な行動がとれていると感じる人が増えた。しかし、食事表については日々変化する患者の状態を反映させる必要がある、今回の学習会だけでは安全な食事介助の実施は困難という意見もあった。

【考察】

学習会の開催、ベッドサイドの食事表の掲示物により、看護師・看護補助者の食事介助に対する安全意識が向上し、安全な食事介助の実施に繋がったと感じる。食事表はタイムリーな更新が情報共有となり、安全な食事介助へと繋がるものと考えられる。また、学習会の内容を変え、定期的に実施し、看護師・補助者全員が同じ基準で食事介助に介入できることが今後の課題であると感じる。

【結論】

- ・学習会の開催、食事表の掲示は意識向上に繋がり、安全な食事介助の実施に有効だった。
- ・食事表のタイムリーな更新と継続、定期的な学習会の開催が安全な食事介助へと繋がる。

09 ⑩食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	A氏らしい生きがいや楽しみを考えてみて ～悲観的・衝動的な行動をとる患者の看護～

県 連 名 熊本

院所・施設名 菊陽病院

発 表 者 坂本 千波 職種 看護師

【はじめに】

今回、統合失調症で隔離中に心肺停止、気管切開・胃瘻増設となり、他の患者への暴力・気切チューブや胃瘻ボタンを自拔する50代後半男性（以下A氏と略す）の生きがいや楽しみとは何だろうと考え、関わった経過を振り返る。

【事例紹介】

主病名：統合失調症、性格は真面目。高校卒業後、職を転々。20代後半、幻覚妄想状態で初回入院、入院を繰り返す。表情の硬さ、多弁、夜間断眠、スタッフを怒鳴り、隔離開始4日後にPICUへ入室、翌朝心肺停止。B病院へ搬送、気管切開・胃瘻増設後再入院。

【倫理的配慮】

事例をまとめるにあたりA氏、家族に研究についての説明をし、同意を得て個人情報保護に配慮した

【看護の実際】

再入院後、2人部屋で過ごしていたが同室者の独語に反応、気切チューブの自拔や暴力があり、数日間隔離。解除後、行動の予測がつかず個室。殆どの時間をベッド上で過ごし、デイルームで吸入、散歩も計画したが表情は冴えなかった。家族へ相談し、食事が好きだったためSTへ相談、嚥下機能をアップするアドバイスを得て、各勤務で内筒洗浄し、週に1度棒付きキャンディーを摂取。しかし、突如拒否が続き、見られながら食べることが嫌と食べたい時に食べてもらい遠目で見守った。時には吸引びんの痰を飲み、気切チューブの自拔、胃瘻ボタンを取ろうとした。カンファレンスで精神状態が良くない時は振戦や表情の硬さがあることに気づき、サイン時は吸引びんを部屋に置かず、頻回に訪室した。気切チューブを自拔することはあったが、行動に早く気づきA氏も「辛い。きつい」と筆談した。否定せず傾聴を続けることで行動化せず落ち着くこともあった。暫くし全裸、尿失禁、経管栄養拒否、気切チューブ自拔、棒付きキャンディー拒否があり、主治医や薬剤師へ相談、内服調整し精神状態が落ち着くにつれセルフケアやADLも元に戻った。

【考察】

若い頃から統合失調症を発症し、入退院を繰り返しているA氏は「一人暮らしをしたい、グループホームに行きたい」と前向きな発言があったが、精神状態が不安定になると活動性も低下し、苦しんできたと思われる。さらに突然、心肺停止し気切チューブ、胃瘻増設となり不安も増大し、楽しみだった食事や声を出せなくなり、苦痛も大きかったと思う。また、独語があった他の患者への暴力や精神症状の不安定さは思っていることを上手く伝えられないことも要因と思う。吸引びんの痰を飲むことや気切チューブ、胃瘻ボタンを取りたいという衝動は辛いという感情であり、否定せず関わりを続けたことで行動化せず落ち着くことに繋がり、衝動的な行動に至るサインに気付けたことで事前に対応ができるようになった。悲観的なA氏だが、食べることだけは唯一拒否がなかった。

【まとめ】

衝動・悲観的な言動には何らかの原因や理由があり、日々関わり続けることで対応が迅速にできることや生きがい・楽しみを見つけることに繋がる。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	口腔ケアへの意識の変化とプロトコール作成について

県 連 名 福岡
院所・施設名 千鳥橋病院
発 表 者 溝口 琴子 職種 看護師

【目的】
口腔ケアは肺炎の予防、化学療法による副作用症状の悪化予防において重要なケアである。A 病棟は周術期及び化学療法を受ける患者を多く受け入れている。入院時より統一した評価基準で介入が出来るように OHAT（口腔アセスメントシート）の導入とプロトコール作成を歯科衛生士と共に進めたため、ここに報告する。

【倫理的配慮】
今回行ったアンケート結果は、本研究以外では使用しないことを病棟看護師、患者に説明し同意を得た。

【方法】
①「口腔ケアの内容や意識について」のアンケートを実施
② OHAT を用いた歯科衛生士介入までのプロトコールの作成

【対象・期間】
対象：病棟看護師28名期間：2021年 5 月12日～7 月13日

【結果・考察】
病棟看護師の口腔ケアに対する意識の現状を把握するためにアンケートを実施。その結果、要介護の患者に対しては、口腔内の観察はできていた。しかし、周術期の患者の口腔内の環境が悪化するリスクがあるにも関わらず、手技が自立しているというところで、観察が不十分となり、リスクを考慮した歯科衛生士の介入依頼ができていないことが分かった。上記の問題点に対し、当病棟では OHAT を用いて、全スタッフが統一した基準で口腔内を観察し、早期に歯科衛生士への介入依頼ができるように歯科衛生士と共にプロトコール作成に取り組んだ。作成にあたり、介護度・周術期・化学療法を問わず作成したため、内容が煩雑になってしまい、周術期と化学療法中の2つに分けて作成する事とした。それ以外の他患者に関しては、ADL（日常生活動作）に応じてケア内容を選定できるように作成した。これによって、口腔内の評価や患者の状況に合わせた口腔ケアを行うことができ、スタッフが統一したケアを実践できることが期待できる。しかし、今回プロトコールは完成したが、実用し評価した期間が短かったため、スタッフの意識の変化に繋がったのか評価まではできていない。今後は OHAT やプロトコールを用いた学習会を行いながら、口腔ケアに対するスタッフの意識の変化を評価していく必要がある。次年度の課題として、プロトコール使用前・使用中・使用后での口腔ケアに対する意識の変化を確認するためにアンケート等を実施していく。

【まとめ】
今回取り組んだプロトコールを活用していくことで、口腔ケアに対するスタッフの意識向上と、歯科衛生士との連携強化を図り、口腔ケアの質の向上に努めていきたい。また、今後は周術期や化学療法の患者にも活用し評価していきたい。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	嚥下障害のある利用者さんの食事について

県 連 名 和歌山
院所・施設名 和歌山生協病院
発 表 者 大石 美津子 職種 介護福祉士

【はじめに】
生協よりあいは認知症型デイサービス（定員12名）。「楽しかった」の笑顔をとくさんと在宅では出来ない事の実施・御家族の介護負担の軽減を目指して、日々施行錯誤しながら様々な取り組みをしている。2012年より来所されている A 氏には嚥下障害がある。当初は自身で摂取されていたが、徐々に、むせが頻回となり、常に見守り・介助が必要となっていた。ある時、ひどくむせられて苦しそうな A 氏を見て、安全で楽しく召し上がって頂く為にはどうしたら良いか。また、むせへの恐怖からスタッフ間で A 氏の食事介助がやや消極的になっていた。スタッフ全員が A 氏の食事介助を安全に行うにはどうしたら良いか。考え取り組んだ事をここで報告する。

【倫理的配慮】
家族に研究目的・個人情報保護等を口頭で説明し同意を得た。

【結果】
・今まで実施しなかったアイスマッサージの方法や効果、食事介助のポイントやむせてしまった時の対処法などについて知識が深まり職員の自信となった。・問題点を分析したことで改善策を出すことができた。スタッフの不安が軽減された。食事時は、リクライニングの車いすで60度倒し食事をとってもらった。また、食事形態をミキサー食へ変更し以前より食べてもらいやすくなった。・むせが完全になくなったわけではなく、今後とも注意が必要であるが改善策を共有することで統一した介助をすることができ、安全性が高まった。

【終わりに】
「食べる」という行為は生命維持には不可欠であるが、嚥下障害のある方が間違った方法で食事を行うと、生命の危機につながる。よって正しい知識・方法で介助をすることはとても重要であり、安全な介護につながる。今後もスタッフ一人一人が不安なく自信をもって介護を提供できるように、定期的に学習会を行っていくような職場作りをしていきたい。また「食べる」ことは生きる喜びや楽しみにつながり、精神的な充足感や QOL を高める。利用者さん・家族さんの思いに耳を傾け、誰もが「楽しかった・満足した」と言ってもらえるようなデイサービスになるように、今後も努力していきたい。

09 ⑩食べる支援・口腔ケア	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	人工呼吸器下患者の経口摂取獲得に向けた取り組み

県 連 名 鹿児島

院所・施設名 国分生協病院

発 表 者 善福 悠布里 職種 看護師

共同研究者 馬場 理恵、白坂 望

【はじめに】

食事には生理的・社会的意義だけでなく、満足感や充足感の獲得・生活意欲の向上といった精神的意義もある。人工呼吸器下患者の経口摂取を目指した取り組みを報告する。

【患者紹介】

60代男性、Ⅱ型呼吸不全急性増悪で入院後、人工呼吸器管理・経管栄養となった。

【目的】

- 1 誤嚥性肺炎の予防
- 2 むせでの気管切開部痛の軽減
- 3 食事で楽しめを感じる

【方法】

口すぼめ呼吸
嚥下体操（頸部の可動域訓練）・訓練（舌の運動）
車いすで食事摂取、口腔ケア
多職種カンファレンスと連携

【倫理的配慮】

内容から個人情報特定されないよう十分に配慮した。

【結果】

1. 口腔ケアの必要性を理解・習慣化でき、肺炎予防の動作獲得ができた。気管切開部から食物漏れや誤嚥性肺炎発症はなかった。
2. 痛みを○△×で評価、○（痛みがある）と△（少し痛みがある）を含めた疼痛度は全体の72%で疼痛や違和感が続いていた。食物嚥下に伴い唾液嚥下も確立でき、むせが減り疼痛が軽減された。
3. 「口から食べられるようになりたい」という思いがあった。ゼリー食と経管栄養から開始し、約1か月半かけ6段階で経口摂取へ進めた。開始時は看護師監視下、その後は自分で酸素飽和度モニターや呼吸苦を見ながら摂取してもらった。経口摂取のみでは必要カロリーが不足し、プルモケアでカロリーを補充した。OT・STから肺面積拡大の姿勢について協力をもらい朝・夕は端座位で摂取できるようになった。3食経口摂取となり、「朝昼夕の楽しみになった」と前向きな言葉が聞かれた。

【考察】

「口から食べたい」を聞き、嚥下訓練だけでなく状態に合わせて多職種の視点で介入し資源と能力を最大限に発揮できた。一週間ずつ6段階に分けて注入食と経口摂取を併用することがA氏にとって目に見えた変化となった。これらが成功体験となり、A氏が自分で実感し医療者から称賛されることで自尊感情の維持・向上につながったと考える。そこから新しい価値観が生まれ、次の目標に取り組みもうと前向きになりコミュニケーションの増加にも繋がった。嚥下時に関わる筋肉は座位保持で鍛えられる事を説明し離床を促した。車椅子離床や端座位が習慣化すると、食事の時間が離床の時間となった。目的のない離床は患者自身が消極的になる傾向にあるが「食べる」目的のために他の動作の再獲得もできたと考える。

【終わりに】

リハビリ期にはADLの全体的底上げに目が行きがちであるが、一つの動作が出来るようになることが患者にとっては大きな再獲得であり、意欲を引き出す一歩になる。経口摂取を通して「自分でできる」という喜びがQOLの向上に繋がった。

【参考文献】

樫山哲矢他：ナースのためのやさしくわかる人工呼吸器ケア 第2版
寺見雅子：“経口摂取の可能性を探る”摂食・嚥下ケア実践ガイド
矢守麻奈：ステップ方式で学ぶ 摂食・嚥下リハビリテーション
三鬼達人：今日からできる！改訂版摂食嚥下・口腔ケア P163浅野浩一郎他

09 ⑩食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	経管栄養から経口摂取への取り組みにより ADL・QOL が向上した事例 ～経口摂取が可能となり見えてきたもの～

県 連 名 山口

院所・施設名 宇部協立病院

発 表 者 鮎川 幸子 職種 看護師

共同研究者 北隅 仁美、今村 律子

【目的】

当病棟は療養病棟であり、経管栄養の患者が病棟の1/3を占めている。経管栄養が長引くと、経口摂取まで移行できる患者は少なく、ADLも低下し寝たきり状態になることも多い。さらに在宅復帰、施設入所も難しく入院が長期化してしまうのが現状である。今回、我々は経口摂取が困難であろうと判断されながらも、長期間経管栄養を行いながら、患者の思いを尊重し、1日に1食のみSTによる経口摂取訓練を続けてきた患者が、看護師による経口摂取に移行したことをきっかけに、デイルームで食事を始めたところ、徐々にではあったが経管栄養から経口摂取に移行することができた。また、同時にADL・QOLも向上し、今後の療養先にも新たな方向性を見出すことができたので報告する。

【倫理的配慮】

本事例の発表については、趣旨とプライバシーの保護について口頭で説明し同意を得た。

【事例紹介】

患者：A氏 X歳 男性
主病名：外傷性くも膜下出血 左側頭骨折 右上肢単麻痺
理解力：良好で認知症なし
既往歴：糖尿病
家族構成：子供3人、現在は妻と二人暮らし

【方法】

- 期間：〇〇年〇月～〇〇年〇月〇日まで
- ① 1日に1食のSTによる経口摂取訓練を看護師見守りのもとで行う。
 - ② 食事摂取を自室から車椅子に移乗しデイルームで行う。
 - ③ 嚥下状態、食事摂取量、水分量のチェックを行う。
 - ④ 嚥下状態を確認しながら、医師・STと相談し食事形態の変更や摂取量を増やしていく。
 - ⑤ 食事摂取量に応じて経管栄養の回数を減らしていく。

【結果】

- ・ 患者の思いを尊重し寄り添い援助することで、経管栄養から完全に経口摂取に移行することができた。
- ・ 食事は高齢者にとって栄養摂取という役割であるとともに、生活を彩る人生の楽しみである。食べる楽しみを取り戻したことで、離床時間も増え生活範囲も拡大しQOLが向上しベッド上排泄であったがポータブルトイレで排泄できるまでADLを拡大することができた。
- ・ 経口摂取が可能となったことで、ADLもアップし生涯当院で療養予定であったが、今後の療養先の選択肢を増やすことができた。

【結論】

今回、経口摂取が可能となった事例を通して、経口摂取はADLを向上すると同時にQOL改善にもたらす効果は大きく、ADL・QOLが向上すれば患者の生き生きとした生活や回復の励みにも繋がることを実感することができた。患者の思いに寄り添いながら、継続して関わっていくことの大切さを学んだ。今後も他職種と連携を取り情報を共有しながら、個別性に合った援助を行っていきたい。

【引用文献】

森崎直子、三浦宏子：介護老人保健施設入所高齢者における摂食、嚥下障害リスクに関連する要因分析

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	経口摂取困難患者に対して KT バランスチャートを用いた取り組みを行って

県 連 名 埼玉
院所・施設名 秩父生協病院
発 表 者 出浦 真由美 職種 看護師

【目的】
KT バランスチャート（以下 KT と称す）を用いて多職種による、包括的な視点で評価を行い、アプローチ方法を検討することで、経口摂取への移行、食事意欲への改善を図る。

【方法】
KT を用いて言語聴覚士・理学療法士・看護師・介護福祉士・栄養士で 1 回 / 月評価、アプローチ方法を検討し、実践する。

【倫理的配慮】
院内規定に則り、本研究で得られたデータについては、本研究以外では使用せず、対象個人が特定されないように十分に配慮した。

【結果】
1. 事例 1 経管栄養患者。耐久性の低下があり、リハにて筋力アップ、病棟では離床を進め、耐久性の向上を図るようにし、1 か月後 3 食経口自力摂取可能。 2. 事例 2 認知症患者。食事への注意が散漫で、自力摂取困難。主食を、手で食べやすいおにぎりに変更し、主食は自力摂取できるようになり、食事摂取量も増加。 3. 事例 3 高次脳機能障害患者。食事意欲の低下があり、食事全介助。バナナを皮ごと提供し、皮をむいて摂取することと、食事を集団で摂取することで、食事意欲の改善が図れ、食事自力摂取出来るようになった。

【考察】
今回、KT を用いて、13 項目による包括的な評価を行ったことで、より問題点が明確になり、本人の強みや弱みを理解し、具体的なアプローチを行うことができたと考える。また、以前は認知症や高次脳機能障害の影響により、食事意欲の低下がみられていた患者に対しての、アプローチ方法が明確になっていなかった。評価を可視化することで、アプローチ方法を具体的に検討し実施し、改善につなげることができ、スタッフから、「そういうアプローチ方法もあるのか」等の発言も聞かれ、アプローチの妥当性について、スタッフ間でも認識を深めることができたと考える。今まで、共通して使用できる評価チャートがなかったため、多職種で評価するということが少なかった。KT を使用したことで、情報の共有と連携をすることができた。また、それぞれの職種でのアプローチを検討することができたことで、経口摂取へのアプローチは多職種で関わっていく必要があるということを改めて認識できた。また、経口摂取の評価は言語聴覚士を中心としていた傾向があったが、KT を使用することで、多職種を中心に評価が行えることが認識でき、13 項目を意識して評価していく必要があるということを学ぶことができた。

【結論】
1. KT を使用することで、言語聴覚士だけでなく、看護師や介護士も経口摂取への評価を行い、アプローチを検討することができる。 2. 患者の強み・弱みを可視化することで、具体的なアプローチを検討することができる。 3. KT を使用して多職種による評価を行っていくことが必要。 4. 病棟全体で評価が行えるようにしていく必要。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	2 泊 3 日の嚥下評価入院で経管栄養から経口摂取に移行した 1 例

県 連 名 愛知
院所・施設名 北病院
発 表 者 永井 浩美 職種 看護師

【はじめに】
2020 年からの新型コロナウイルス感染症の流行によって、治療と面会制限が加わり、入院患者が不安や孤独に陥りやすく、入院が長期化することで、さらにその想いを募らせている。今回、在宅支援スタッフと協力して 2 泊 3 日の嚥下評価入院を行うことで、経鼻経管栄養から経口摂取に移行することができた。患者家族の思いと、在宅支援スタッフの連携方法について考察する。

【倫理的配慮】
症例報告について説明し、患者家族より了承を得て、個人が特定できないように配慮した。

【対象の概要】
A 氏 80 歳男性 既往：2 型糖尿病 間質性肺炎 心筋梗塞 脳梗塞 現病歴：前医で検査入院中に脳梗塞を発症し右片麻痺、構音・嚥下障害となった。2 ヶ月後、経鼻経管栄養とお楽しみ程度の経口摂取で自宅退院した。前医面会制限中に脳梗塞による障害を負い、入院前と 10kg やせてしまった経験から、本人家族は当院入院に消極的だった。しかし A 氏の経口摂取の希望が強いことや入院期間が 3 日間ということで嚥下入院となった。

【経過】
北医療生協では「食べるでつながるプロジェクト」といって医科・歯科・老健と連携して「食べること」に関しての様々な取り組みを行っており、今回の症例は歯科からの紹介であった。嚥下評価入院後は在宅でフォローすることとなった。嚥下造影検査では口腔・咽頭残留が見られたが経鼻経管栄養チューブ抜去後は減少した。喀痰喀出も可能であった。嚥下造影検査の結果から摂食条件とリハビリ内容を提示してパンフレットにまとめた。退院後訪問を行い、パンフレットをもとに在宅支援スタッフと情報共有した。

【結果】
自宅での食形態について確認説明を行い、リハビリ内容を訪問看護と共有した。入院当初、吹き戻しは口唇閉鎖が出来ず 1 回も出来なかったが、連続して出来るようになり、日中は車椅子で過ごし活動耐性も向上した。入院前はベッド上で 1 日にヨーグルト 1 個程度を介助で食べていたが、食卓で妻の手作りのおかゆをどんぶり一杯食べてしまうとうれしそうに話してくれた。退院後は発熱なく経過している。

【考察】
2020 年から流行している新型コロナウイルス感染対策で入院期間中、面会禁止で家族に会えず、不安感や孤独感を感じている患者は多い。A 氏のように障害を負ってもリハビリ入院を希望しない場合、嚥下機能が再評価されずに経管栄養のままになっていることがある。在宅における嚥下障害患者の食事援助では病院のように検査等で可視化できないため、見えないところで起きる窒息や誤嚥と言った合併症のリスクを考え、躊躇される場合が少なくない。今回患者家族や在宅支援スタッフと写真付きで摂食条件やリハビリの内容を提示したこと、実際に在宅で調理された料理を A 氏に食べてもらうことで情報共有となった。患者の食べたい気持ちをくみ取り、患者家族に寄り添い想いを理解し、歯科や在宅支援スタッフと共有できたことで 3 食経口摂取につながったと考える。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

栄養アセスメント、口腔栄養スクリーニングの取り組み

県 連 名 愛知

院所・施設名 介護事業部 千秋病院デイケアセンター

発 表 者 勢川 玄樹 職 種 介護職員

共同研究者 松本 綾、石井 とも子

【はじめに】

2021年4月の介護保険改定をきっかけに、以前から考えていた栄養と口腔機能改善の取り組みを始めた。デイケアの役割として求められている、身体能力・機能改善を目的としリハビリテーションを行っているがそのリハビリの効果をより高めるために、栄養状態の把握、改善を目指す。栄養状態の改善には食事摂取が重要であるため口腔内の健康も同時に維持していく必要がある。その取り組みについて発表する。

【倫理的配慮】

利用者の個人情報とプライバシー保護に配慮し、利用者が特定されないように配慮した。

【事例紹介】

I様 80代 女性 BMI:17.6 デイケアでの食事摂取量にムラがありデイケア開始時は2～3割の摂取で多くても5割だった。栄養状態改善に向けてまず食事内容を見直し少ない量でもカロリーを摂取できるようにした。同時に食事摂取時の姿勢にも着目し身長に合わせて机ではなくオーバーテーブルで摂取することで姿勢が改善し疲れにくくなったことで食事摂取量が増え、減り続けていた体重を維持できるようになった。F様 90代 男性 上下部分義歯使用。歯科衛生士による口腔スクリーニング検査で虫歯が発見された。その歯は義歯を固定している歯であり、もし抜けてしまうと義歯の作成し直しが必要となり治療に時間を要するとのことだった。家族にそのことを伝えたとすぐに歯科受診していただき早期に治療を開始したことで虫歯も直り義歯も問題なく使用できている。その後も定期的に歯科受診を継続している。

【課題】

低栄養の利用者へのアプローチは食事内容を変更したり栄養補助食品の提供や提案などご家族にも協力を得ることもでき改善されている例も多いが、肥満傾向の利用者へのアプローチをどう行っていくかが課題として残る。歯科衛生士のスクリーニング検査で、緊急性はないが問題があると判断されるケースが約4割、早期に受診し治療を開始したほうが良いと判断されるケースが約3割で7割ほどの利用者が口腔内に何等かの問題があることがわかった。しかし、スクリーニング検査の結果を職員間での情報共有ができていない部分があり日頃のケアに活かされていないことがある。また家族へスクリーニング検査の報告はしているが、その後の経過の聞きとりまでは行えていないため受診をしたのかなどの経過を確認することができていないなどの課題も見えてきたためこれらの点についても取り組んでいきたいと思う。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

口腔ケア介入困難な利用者への口腔衛生を試みて

県 連 名 長野

院所・施設名 老人保健施設はびろの里

発 表 者 掛川 浩代 職 種 介護職員

共同研究者 北原 由江

【はじめに】

高齢者の口腔内は歯を失うことによるトラブルは沢山ある。口腔内の問題は介護者に気付きにくく介入の難しさから置き去りにされやすい。中でも口腔ケア拒否により介入困難な方はリスク者として専門的な介入が必要となる。今回介入困難者の歯科医療連携と歯科衛生士としての関りを報告する。

【倫理的配慮】

利用者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、十分な説明をしたうえで同意を得た。

【利用者情報】

A氏 80代 脳梗塞後遺症 経管栄養 ADL全介助 認知機能低下ありケアに不快を感じると拒否。

【口腔内状況】

自歯29本 う歯10本以上 歯垢付着、舌苔少量、口腔乾燥、口臭・歯肉発赤出血あり。

【経過】

- ・現場から口腔ケア介入の難しさについて相談。
- ・口腔内観察と口腔ケア介入し、当施設協力歯科医院に繋ぐ
- ・歯科治療開始と同時に専門的口腔ケア施行開始、ケアマネへ報告
- ・口腔ケアに必要な物品の提供（ワンタクトブラシ・開口保持器）
- ・担当者会議に同席し口腔ケアの方法を指導

【結果】

高リスク因子として一番の課題であった口腔ケア介入困難から関り、必要物品使用と方法の統一によりA氏の不快感が軽減され、穏やかに受け入れる時間も増えた。現場から「ケアがやりやすくなった」「口臭も和らいでいる」と高評価である。週に1～2度の専門的な口腔ケア施行と現場職員の介入方法向上により口腔の清潔を保ち現状の口腔機能を維持できつつある。

【考察】

当施設は協力歯科医往診が週1度ある。現場からの困り事を課題分析し歯科医療へと繋げる歯科衛生士としての役割は重要である。口腔ケアは歯磨きや口腔内の洗浄で歯周病や虫歯などを予防するだけでなく、摂食トレーニングや誤嚥性肺炎の予防といった身体機能の回復に繋がる内容も含んでいる。施設の歯科衛生士として多職種と連携しながら今後も利用者のQOLを向上したい。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	特別養護老人ホームでの口腔ケアの取り組みについて

県 連 名 富山
院所・施設名 特別養護老人ホームしらいわ苑
発 表 者 布瀬 明香 職種 介護福祉士 歯科衛生士
共同研究者 西岡 泰絵

【はじめに】
令和3年度の介護報酬改定で従来の口腔衛生管理体制加算が廃止となり、「状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させる」ことを目的として口腔衛生管理加算が新設された。これを機に、当施設でも口腔衛生の向上を図るため口腔ケアの取り組みを始めることとなった。この1年間の取り組みについて発表する。

【倫理的配慮】
本発表は当施設での取り組みを報告するものであり、個人情報には含まないものである。

【問題点】
①食後のケアが終わったあとでも口の中が汚れていることが多い。各ユニットでも取り組みの意識が違うことと、個々の職員を見ても意識の差が感じられた。それは、口腔衛生品の管理方法を見ても差があった。
②義歯安定剤の使用者が多く、慢性的に使用されている。使用量にもムラがある。また、何らかの理由で義歯を使わなくなったケースもいくつかあった。
③歯科治療を受けるかどうかの判断があいまい。共通する要因として、職員が口の中を見ていない、もしくは把握できていないことが考えられた。また、ユニットでも意識の違いがあり、個々の職員でも意識の差が感じられた。

【取り組み】
①ユニットの主任などに入所者の口腔内の状態、ケアの方法について情報提供を依頼。それを参考に各ユニットへ昼食後のケアに入り、実際に食事の様子を観察し、口腔ケアを実施。
②アセスメントシートを作成、アセスメント実施。終末期の方を含め集中してケアに関わる入所者をスクリーニング。月2回は関われるよう体制を整える。
③口腔トラブルに関する相談、歯科医師との連携。歯科医師へ情報提供するための情報提供書を作成。
④モニタリング、サービス担当者会議への参加。
⑤施設として口腔衛生管理委員会を発足し、啓蒙活動、学習会の企画・運営、口腔体操などユニットで手軽に取り組める活動の提案。
⑥実施計画書を作成しご家族へ説明、同意を得る。

【まとめ】
取り組みを始めてまだ1年ほどだが、少しずつ変化を感じている。関わり当初はなかなか口を開けてくれない入所者が口を開けてくれるようになり、歯肉からの出血も減少している。介護職員とは日ごろの様子や質問など、コミュニケーションをとることが増えてきた。これらの変化は、専門職であっても月2回のケアで改善することは難しく、日ごろから職員がケアに関わるが増えてきたからではないかと考える。また、看護師とも相談しながら歯科往診を依頼し、口腔機能の維持に努めている。ご自分の歯がしっかりある入所者も多く、今後ますますケアの必要性が高くなってくると思われる。まだまだ改善しなければならないことはたくさんあるが、口腔機能を低下させず、言語聴覚士や管理栄養士とも連携し、「口から食べる楽しみ」を少しでも長く得られるよう、支援していきたい。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	介護老人保健施設における多職種による高齢者への栄養アプローチ KT バランスチャートの活用を通して介護福祉士の役割を考える

県 連 名 京都
院所・施設名 介護医療院茶山のさと
発 表 者 西上 友実子 職種 介護福祉士

【はじめに】
A 介護老人保施設では、食事摂取量が少なく、低栄養の基準となるBMIが18.5未満の利用者は約50%となっている。栄養サポートチーム（以下：NST）が活動しており、介護福祉士も参加している。今回 NST に参加する介護福祉士として、高齢者の栄養改善の為にどのような支援ができるか考え研究に取り組んだ。

【目的】
KT バランスチャートを活用することで、高齢者に対する効果的な栄養評価と改善アプローチができることを明らかにする。また、食事支援・栄養管理における介護福祉士の役割を見出す。

【方法】
対象：入所利用者の中で低栄養又は、低栄養に近い高齢者2名。
方法：① NST 委員会で、KT バランスチャートを使用し評価する。②評価を基に利用者への食事ケア方法を、NST 委員会や多職種で決め、実践する。③3カ月後再度 KT バランスチャートで評価し、食事摂取量や体重、BMI の変化をみる。

【倫理的配慮】
得られた情報は研究以外の目的では使用せず、利用者、家族に不利益な負担が生じないよう配慮することを説明し、同意を得た。

【結果】
1. A 氏：100歳代 BMI19.5 低栄養手前。KT バランスチャートから評価された問題点は、開口が小さくスプーン上の食べ物を捕食する力が弱い。咽ると肩呼吸になり疲れる。自力摂取出来る能力があるが、覚醒が悪い。アプローチ内容は、食前の嚥下体操、スプーンを軽く使いやすい物に変更、ブローイング訓練を行う。結果は咽ることが減り、開口が良くなった。スプーン上の食べ物を捕食出来るようになり、KT バランスチャートの評価が向上した。BMI19.7と目標の維持を継続して出来ている。
2. B 氏：80歳代 BMI17.9 低栄養。KT バランスチャートから評価された問題点は、義歯が上のみ、栄養状態が悪い。水分摂取量が少ない。頻回にトイレに行き、落ち着いて食事が出来ない。アプローチ内容は、義歯作成、落ち着いて食事をしてもらう関わり、お茶に砂糖を混ぜて飲みやすくする。結果は、頻回だったトイレに行く回数は関わりをもつことで減り落ち着いてきた。食事摂取量も増えて、生活のリズムができ、歩行が安定し、発語も増えた。KT バランスチャートの評価は大きく向上した。体重も増加し BMI19.7と向上した。

【考察】
高齢者における栄養管理は高齢者の健康寿命を延伸する意味でも、疾病治療の上でも重要な課題。KT バランスチャートは対象者を多職種で正しく評価、可視化でき、統一したケアを実践することが出来る。

【結論】
KT バランスチャートは高齢者の栄養管理と改善アプローチに有用である。NST での介護福祉士の役割は高齢者の日々の変化や状態を提起し、統一したケアの実践につなげることである

09 ⑩食べる支援・口腔ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演 青葉苑特養部門における食事に関する取り組み
題 ～食事介助に関する職員アンケートから見えた
名 もの～

県 連 名 長崎

院所・施設名 特別養護老人ホーム青葉苑

発 表 者 新ヶ江 エイコ 職種 准看護師

共同研究者 夫津木 誠、横山 一成、萩尾 貴子、
中里 博美

【はじめに】

当特養は定員50名で、昨年度の利用実績は平均48.9床であった。入居者の半数が食事介助を要し、内7割が全介助である。今回、「生活に豊かさと満足感をもたらすような食事の提供に努める」ことを目標に、課題を整理するため職員アンケートを実施した。結果と課題について報告する。

本発表は、職員アンケートのまとめであり個人情報を含まない。

【調査方法】

食事介助に関わる職員25人を対象に、選択式と記述式併用のアンケートを実施。回収率は88%であった。

【結果及び考察】

「メニューの説明などの声掛け」については、「あまり行っていない」が4割弱あった。献立を伝えることで、何を食べるのかという不安の解消や、「体がポカポカになりますよ」とメリットを伝えることで、食べる意欲を引き出すと言われている。また、「食事ですよ」ではなく、『朝御飯に行きましょう』と声をかけることで、時間帯を認識し生活リズムができるため、食事の声掛けは食べる意欲を高めるだけでなく、認知症対応の手段として、意識的に実践する必要がある。「一口の分量の配慮」、「飲み込みの確認」の設問には、量の配慮を「している」が64%、「だいたいしている」が36%、嚥下確認を「している」が86%、「だいたいしている」が14%だった。加齢や病気による嚥下力低下で1回で飲み込めずに、2-3回に分けて飲み込む人もいるため、「だいたい」ではなく、確実にやる必要がある。「食事時間に適した環境の提供」については、「あまりできていない」と「全くできていない」を合わせると32%だった。記述回答には、「BGMを流してはどうか」という提案もあり、音による環境づくりを検討したい。「食事介助の時間が足りているか」については、「あまり足りていない」と答えた職員が半数近かった。人員不足は否めないが、対応策として「時差を付けて、食事時間を確保する」「ユニット関係なく介助する職員を変えてみる」という提案があった。「食事介助での困りごと」の設問には、「傾眠傾向で口を開けず、口腔内にため込んでしまう」「食べることを嫌がる利用者への対応が大変」「途中で食べられなくなった時、どこで止めたらいいか迷う」など、認知症の方に対する食事介助の難しさについての記述が多かった。難しいケースは、医師も含めたカンファレンスを行うなどの対応が必要と考える。他に、「介助者の体勢」「自助具の工夫」について質問した。

【今後の課題】

- ・食事介助の基本の学習
- ・認知症対応の学習
- ・多職種でのケースカンファレンス開催
- ・食事環境の整備や介助時間の確保の検討

【おわりに】

今回のアンケートで、多くの職員が安全に配慮しおいしく食べてもらうことを考えながら介助していることを改めて確認できた。反面、介助時間の確保や認知症の方への対応についての課題も見えた。生活に豊かさと満足感をもたらす食事提供ができるよう、入居者の立場に立って課題に取り組んでいきたい。

09 ⑩食べる支援・口腔ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演 ようやく始まった
題 ころ躍る専門的な口腔ケア
名 ～地域の歯科クリニックと連携して

県 連 名 和歌山

院所・施設名 特別養護老人ホームわかば

発 表 者 山本 真智子 職種 看護師

共同研究者 川端 奈津子、大橋 澄香、中村 公美、
林 愛

【はじめに】

90～94歳の死因の一位は肺炎であり、高齢者の肺炎は、誤嚥による肺炎がほとんどである。口腔内のブラッシングを開始し5か月後には、咽頭部の細菌数は50分の一に減少する報告がある。施設でのブラッシングは、開口してくれない入居者さんを前に悩むことが多かった。2021年の口腔管理加算の論議をきっかけに、地域の歯科クリニックと連携して専門的な口腔ケアに取り組んだ。

【目的】

①高齢者への口腔ケアの技術を高める。②誤嚥性肺炎の発症を予防する。③口腔管理加算を算定できるしくみをつくる。

【方法】

地域の歯科クリニックと連携して加算算定できるよう話し合い申し入れた。加算算定のための計画書・実施記録用紙・LIFE入力の流れを確認した。7月に学習会開催し週2回の歯科医師の往診と歯科衛生士のブラッシング指導をうけた。期間：2021年8月1日より開始した。

【倫理的配慮】

管理会議に抄録内容を報告し倫理的配慮を行っていることを確認した。

【結果】

①わかばの入居者（29人）の43%が総義歯・11%が片方義歯・義歯なしが46%であった。②自分の歯で噛める普通食の方17%一口大17%であった。③誤嚥性肺炎による入院は1名あった。④口腔管理加算を算定できる流れをつくれた。⑤ユニット介護職員がブラッシング指導をうけることができた。

【考察】

口腔ケアをする時、なかなか口を開いてもらえず悩んでいたが、歯科医師や歯科衛生士の専門家の方から、優しく口の周りをマッサージしたり、声かけすることによって自然と緊張がとけ、口腔ケアが丁寧に実施できること・歯ブラシの選び方やブラッシングの方法も学びなおすことができた。歯科医師からも〈よく頑張っている・入居者さんの唾液の流出がとても良い〉と評価をもらっている。開始して約8ヶ月の中で誤嚥性肺炎が減少したと評価はできない、継続しながら評価していく必要がある。

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	多職種連携によるミールラウンドの実践報告と成果

県 連 名 山梨
院所・施設名 共立介護福祉センターいけだ
発 表 者 花輪 啓子 職種 保健師
共同研究者 河西 由貴、岡 千尋、中込 由紀代、平賀 直子

【はじめに】
当施設は2015年3月に在宅生活を支える5の事業を持つ複合型センターとして開設し、2018年に特養を開設した。開設当時から最後まで口から食べる支援にこだわり、2017年から摂食・嚥下障害認定看護師の指導を受けてきた。勤労者医療協会歯科群の協力を得て、ミールラウンドを開始した。この1年の実践と成果を報告する。

【方法】
①特別養護老人ホームと看護小規模多機能の利用者に月1回歯科医師・歯科衛生士・看護師・介護士・リハ職・管理栄養士が参加し摂食嚥下機能評価を行い事前情報に基づき利用者の同意を得て嚥下内視鏡を行った。評価後参加者全員で画像を見ながらカンファレンスを行い食支援内容の確認を行った。結果は看護師から職場に伝えられ実践、翌月に報告とした。②事例 70歳代男性脳梗塞による嚥下障害のため胃管造設。2-1の食形態を楽しみ程度に食べていたが食形態の評価を依頼した。

【倫理的配慮】
事例をまとめるにあたり、プライバシーに配慮した記載とし、研究内容および研究結果の公表等について口頭で説明し、本人家族の同意を得た

【結果】
診察者延べ28名。嚥下内視鏡者17名 相談内容①むせる②開口困難③嚥下の遅延④食事時間の延長⑤体重減少⑥誤嚥性肺炎・窒息であった。指導内容①食形態調整9名②ミキサー食ソフト食の継続4名③歯科受診勧奨5名④姿勢調整5名⑥介助方法の変更7名。改善した内容①食事時間の短縮②むせ込みの減少③食事量の増加④体重増加⑤体力の向上と意欲の回復が見られた。

【考察】
評価内容と嚥下内視鏡の画像を見ながら指導を受ける方法は、視覚的教育効果が高く、食形態の変更や食事姿勢の変更を容易にした。また、美味しく、楽しく食べてほしいという介護職員と安全に食べて栄養管理をしたい看護職とのアプローチの方法の違いは時には職場内で衝突を生むこともあったが、多職種で検討するというミールラウンドは方針を検討する職場風土を生んだ。佐々木らによる、先行研究では、介護老人福祉施設に入居している要介護高齢者に対して、口腔リハビリテーション科が依頼を受けて食事時の外部観察評価と嚥下内視鏡検査を行い、その結果に基づき食形態、食内容、摂食方法を提案したところ、栄養支援の介入前後において、摂食量の増加、食事時間の減少、食事の自立度が増え、体重増加を認め、BMI有意に増加し、栄養改善に効果的であったと報告されている。1) 自施設でも同様に食事時間の短縮、食事量の増加、体重増加がみられた。また、食形態やポジショニングの変更によりむせ込みの減少など安全に食べられるようになり、安全に口から食べ続けられたことで、利用者の生活意欲を引き出した。

1) 佐々木力丸, 高橋賢見, 田村文誉 他 (2015) 介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者に対する栄養支援の効果について, 老年歯科医学, 29(4): 362-367.

09 ⑯食べる支援・口腔ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	口腔ケアに対する意識調査

県 連 名 新潟
院所・施設名 介護老人保健施設 おぎの里
発 表 者 伊藤 貴紀 職種 介護福祉士
共同研究者 大桃 智史、風間 亮

【目的】
職員が口腔ケア道具の適切な使い方を理解し、正しい方法で介助できているか現状を知る。

【方法】
①対象者 A施設2,3階の療養棟介護職員 2階10名、3階10名、計20名
②期間 2021年4月から5月
③方法 職員にアンケートを実施した。

【倫理的配慮】
研究対象者には文書と口頭で研究趣旨を説明し同意を得た。研究への参加は自由意思であり、個人情報やプライバシーを厳守し、公表時には個人が特定されないことを説明した。研究終了後は、得られた研究データを破棄する。

【結果】
A施設2,3階の療養棟介護職員に口腔ケアについてのアンケートを実施した。回収率は100%だった。

【考察】
アンケート結果より、口腔ケア介助に関する知識は「知らない」よりも「知っている」の方が多かった。実際の口腔ケア介助に関しては、利用者の口腔状態を把握し、正しい方法で介助を行っているかの項目は「把握できていない、行えていない」の数が圧倒的に多かった。口腔ケア介助にかかる時間は1分以内が最も多く、利用者のケアポイントへの意識は「意識していない」回答の方がやや多かった。角¹⁾は、要介護高齢者に対して「1日1回5分間の口腔ケアシステム」という短時間で効果的な口腔清掃の方法の実施を推奨している。このデータ結果から、口腔ケア物品と物品の特徴は知識として備えている傾向にあるが、実際の口腔ケア介助自体は上手く行えていない現状があることが読み取れるのではないかと考えた。これは、歯科衛生士からの学習会で口腔ケアのある程度の知識は知ることができるが、食後の口腔ケアは一斉に利用者が洗面台を利用する為、業務の流れにより一人一人の利用者に時間をかけて口腔ケア介助の時間が割けない、それに伴いケアポイントへの意識も薄れてしまうのではないかと考えられる。知識は持っているが、時間と対応に追われて口腔ケアの介助技術を生かされていない結果が見てとれると考える。上森他²⁾が、「施設の形態を問わず、口腔乾燥と誤嚥性肺炎の関連や口腔ケアの必要性は理解されているものの、実際に行うには自信をもてない施設が多いことが明らかとなった。」²⁾と述べている通り、A施設療養棟介護職員は口腔ケアの知識及び必要性は理解があるも実践していくことが難しいと考える現状があるのではないかと推測される。

【結論】
A施設療養棟では、職員の口腔ケア介助の知識や必要性の理解はあるが、時間をかけて実践することが難しい現状にあることが分かった。実際の口腔ケア介助を実践する為に、時間に捉われない介助方法を工夫する必要性が感じられた。1回で全て行おうとしないで、数回に分けてポイントを絞って磨くなど、工夫を重ねていきたい。

キーワード：口腔ケア、職員の意識

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	褥瘡改善に向けて効果的なポジショニングの意識付けと実践

県 連 名 福岡
 院所・施設名 大手町リハビリテーション病院
 発表者 加治 茜 職種 看護師
 共同研究者 赤熊 恵美、大久保 奈美

【はじめに】

A 病棟の新規褥瘡発生件数は2019年度6.5%、2020年度14.92%と増加傾向にある。この要因としては長期臥床患者が多いこと、体位交換不足や個々に合ったポジショニング不足である。新規褥瘡発生を防ぐために、定期的な体位交換、個々に合ったポジショニングの工夫をしていく必要がある。今回、褥瘡新規発生患者数を減少させるため、ポジショニングを用いて実践と評価を行い、意識向上、新規褥瘡発生減少につなげていく事を検討した。

【倫理的配慮】

研究により、第三者への情報開示が必要な場合は、個人名が特定されない様に配慮する。

【方法】

1. 研究デザイン：質的研究
2. 研究対象：病棟看護師29名
3. 研究期間：2020年8月31日～（現在）
4. 場所：A 病棟
5. 方法 1 回目はリハビリスタッフと協力しポジショニングのラウンドを実施、写真を用いて評価した。その後アンケートを実施、褥瘡予防が出来ない原因やポジショニングの現状を調査した。2 回目は個々に合った注意点を記入したポジショニング表の作成をした。3 回目は再度アンケートを実施、各プライマリーとリハビリスタッフで注意点を記入したポジショニング写真を作成し、ベットサイドへ掲示した。その間にもポジショニングのラウンドは継続していた。

【結果】

1 回目のラウンドではスタッフへの意識付けが出来た。またアンケート結果からラウンドを行うことによって、褥瘡やポジショニングに対する知識や意識の向上が図れたことが分かった。2 回目のポジショニング表の作成では、表が小さく夜間帯は見づらいとの意見があった。3 回目は写真で掲示することによって、ポジショニングの統一が図れた。

【評価考察】

週2回のリハビリスタッフとのラウンドの継続と、ポジショニングや注意点を写真で掲示することによって、体位交換への意識が増し、個々に合ったポジショニングの統一を図ることもでき、少しずつではあるが新規褥瘡発生数の減少が見られた。入院時のマット選択や褥瘡の早期発見にもつながった。その一方で体交枕の不足や栄養状態の評価が出来ていない事が今後の課題である。

【おわりに】

今回の取り組みにより、効果的なポジショニングに加え、栄養状態の評価も必要であることが分かった。引き続きラウンドは継続していき新たな問題を課題とし、褥瘡の新規発生減少に努めていきたい。

【参考文献】

田中マキ子、北出貴則、永吉恭子：褥瘡のアセスメント：褥瘡はなぜ発生するのか、有賀洋文、トータルケアをめざす褥瘡予防のためのポジショニング、株式会社照林社、44、2020

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	ポジショニンググローブ使用率改善について

県 連 名 福岡
 院所・施設名 健和会大手町病院
 発表者 山本 尚武 職種 看護師

【はじめに】

褥瘡発生の外的要因として、近年注目されているマイクロクライメットがある。マイクロクライメットとは、皮膚と支持面間の温度・湿度の状態を指す言葉である。マイクロクライメットは圧迫、ずれ、摩擦に影響を与える外的要因であり適切な管理は褥瘡発生リスクの低減、患者の快適性向上につながる新しい予防法となる。A 病棟でも、体圧分散用具のひとつでもあるポジショニンググローブが導入されていたが、十分な活用がされていなかったため原因究明を行い対策実践した結果を報告する。

【研究方法】

対象：A 病棟スタッフ 26名 期間：2020年9月～2021年2月
 病棟スタッフへアンケートを実施、現状の把握と問題点を抽出、今後の対策を検討した。実施した対策により、問題点が改善したか再度アンケートを実施した。

【研究への倫理的配慮】

本研究は、倫理委員会の承認を得て個人が特定されないよう配慮した。

【実践・結果】

ポジショニンググローブの設置及び利用率の現状把握・ポジショニンググローブ使用に関するアンケート調査実施をした。設置率は20%、ポジショニンググローブ使用率は19%という結果となった。使用できていない原因についてのアンケートでは、ベッドサイドに設置されていないが最も多く17名、次に面倒くさい・時間がながい11名と多い結果となった。そこで、設置環境改善のため患者選定基準を設定した。ポジショニンググローブ使用時間確保のため夜間における体位変換を廃止し、体圧分散の実施へ変えた。病棟会議や申し送りノートを用いることで病棟全体での認識ができるように努めた。対策施行後に再度アンケート調査実施をした。設置率は83%、ポジショニンググローブ使用率は70%と改善がみられた。全体での褥瘡発生件数の大幅な減少はなかった。しかし、ポジショニンググローブ使用の効果があられる踵や背面での褥瘡発生件数は1件のみであった。

【考察】

患者選定基準を設定することで設置率改善へとつながったと考えるが、100%達成はできておらず病棟全体での更なる意識改善が必要。設置率の改善によりポジショニンググローブの使用が増加し褥瘡発生減少に効果はあったと考える。実施期間が短く引き続きの調査継続によるグローブ使用と褥瘡発生の因果関係証明が必要。

【おわりに】

設置率改善により褥瘡発生件数減少への一定の効果は得られたが、設置・使用率いずれも100%ではなく今後も継続した取り組みが必要。日々褥瘡ケアも進歩しておりエビデンスに基づいたケアの実施拡充していきたい。

【参考文献】

NPUAP・EPUAP・PPPIA：褥瘡の予防治療クイックリファレンスガイド2014 日本褥瘡学会 褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	排便日誌を活用した個別的な排便アセスメントに向けた取り組み ブリストルスケール評価表の活用

県 連 名 秋田
院所・施設名 中通リハビリテーション病院
発 表 者 小林 洸平 職種 看護師
共同研究者 吉田 果林、鎌田 友子、田崎 静香、
前山 桃子

【目的】
当病棟での便の性状などを申し送る際、軟便～普通便～硬便など統一された報告の仕方ができておらず、正確な排便アセスメントができていない現状がある。排便アセスメントにおける先行研究では、排便日誌、ブリストルスケール評価表（以下BSと略す）の活用がされており、排便周期と便秘の種類がわかりやすく排便アセスメントを行いやすい。そこで今回、排便日誌を活用し、看護師のみならず、セラピストも介入することで個別的な排便状況のアセスメントにつなげたいと考えた。

【方法】
当院入院患者で排便対処時などの際BS1～2の便秘。またはBS6～7の排便がしばしば続いている。また、刺激性下剤を常用している患者を主に対象とした。一般病状が不安定で、医学的に排便コントロール介入が困難な患者は対象としない。排便日誌に、便の性状（BS）、排便の時間帯、随伴症状、前日に内服している下剤の種類、量の記入。排便日誌の評価について排便日誌を7～14日間単位で評価していく中で、BS3～5での排便が続く、刺激性下剤の使用頻度の減少または中止ができれば排便コントロールが整っていると判断し、看護計画と排便日誌を終了とした。病棟のケアワーカー（CW）、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語療法士（ST）へも排便日誌とBS評価表の説明を行い、トイレ誘導時などは排便状況の申し送りはBSを活用してもらおうよう依頼を行う。

【倫理的配慮】
対象患者と家族に本研究目的・方法、個人情報保護、研究参加は自由意志であること、不参加による不利益はないことについて同意書を作成し、説明して同意を得た。

【結果】
CW、PT、OT、STの多職種が排便状況についてBSでの報告を受けることにつながり、排便状況が統一された情報として得ることができた。研究実施期間内にて排便日誌を対象とした患者が、10人中7人はBS3～5の正常便で経過し、排便日誌終了となり、下痢、便秘症状による食欲不振、リハビリ意欲低下などの経過なく過ごすことができた。残りの3人はBS3～7を繰り返すことが続き、排便コントロールがつかないまま退院、転科となった。

【結論】
排便日誌の活用、BS評価表の周知徹底により、トイレ誘導の機会が多いセラピスト、CWへBS評価表の説明を行ったことで排便状況について共通の申し送りが円滑にできたと考える。結果として患者一人一人の排便状況を可視化でき、より下剤調整、便秘の種類の判断材料として活用しやすかったと考える。早期の排便コントロール向けて、入院初期の段階、また排便状況に変化がみられた患者に対して排便日誌の導入を試み、排便アセスメントと排便状況に応じた適切な排便コントロールの介入が今後も求められる。

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	透析患者の継続した褥瘡ケア ～退院後の家族との関わり～

県 連 名 福岡
院所・施設名 米の山病院
発 表 者 松尾 あけみ 職種 看護師
共同研究者 末安 裕美

【はじめに】
当院での透析患者も高齢化は進み、糖尿病合併も多いため創部の治癒が遅延し継続した処置を必要としている患者が増えてきている。今回、精神疾患発症をきっかけにステージⅢ褥瘡を形成し、外来透析での継続した処置が必要になった患者に取り組んだ。

【倫理的配慮】
事例報告にあたり、個人が特定されないよう個人情報保護に配慮し行った。

【患者紹介】
A氏 40代 女性 両親と3人暮らし（キーパーソン母親）
ADL：Aレベル
現疾患：統合失調症、症候性てんかん、2型糖尿病、腎不全、右腸骨褥瘡（ステージⅢ）

【目的】
統合失調症発症によりA病院入院中のまま当院透析通院をされていたが、右腸骨に褥瘡が発生したため治療目的で当院へ転院となった。褥瘡はステージⅢ以上で感染がある状態で治療開始となったが、そのため、精神疾患もあり褥瘡を保有したままでの自宅退院となった。そのため、退院後は母親の協力を必要としたが、初めてのことで不安も聞かれた。そこで、家族との連携で管理していける様に取り組んだ。

【方法】
退院するにあたり、病棟では自宅での処置の方法を母親へWOCナース付き添いの元、処置見学指導が行われていた。その際に透析室でも継続した処置ができるように内容を確認した。
また、定期的にWOCナースに介入を依頼し、軟膏の検討や歯ブラシによるブラッシング療法を行った。透析時の体位についても小枕法やクッションの利用を検討したが、精神疾患がありこまめな体位調整は拒否的で難しかった。透析の送迎で母親の付き添いがあったため、定期的に困ったことはないか確認を行った。炎症所見や栄養状態は採血結果で把握した。

【結果】
外来透析となり、本来なら週3回しか処置することができなかったが、A氏は家族の協力を得ることができたため、継続したケアを行うことができた。自宅へ帰ったことにより精神的に安定されたこと、食事もあるようになり栄養状態の改善がみられたことも褥瘡の早期治癒につながった。

【結論】
透析患者は高齢化、糖尿病合併が多いことや、4～5時間の臥床時間により褥瘡などの慢性創傷が発生しやすい状況であり、処置を必要としている患者も増えている。自身や家族でのケアができず、透析来院時にしか処置ができない患者がいるのも現状である。今後も個人のライフスタイルに合わせた介入を、他職種と連携しながら継続して行っていきたい。

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

A療養病棟のスキントアのケアに関する実態調査から見た今後の課題

県 連 名 長野

院所・施設名 上伊那生協病院

発 表 者 山浦 千鶴 職種 看護師

【目的】

A病棟は皮膚トラブルを抱えやすい患者が多く入院している。2017年にA病棟にてスキントアの研究が行われた。日々の様子からはスキントアの意識が高い印象を受けるがスキントアの件数は増加している。スキントアのケアに関する知識、意識、ケアの現状を明らかにし予防に繋げたいと考えた。

【方法】

A病棟に勤務する看護師・介護士28名にスキントアガイドブックを参考に独自に作成した質問調査票を用い調査を行った。調査内容は属性、学習会参加、A病棟でのスキントアのケアの重要性とその理由、ケア11項目別に、①知識、②実際のケアについて〇〇△×の選択項目を設け、③に②の回答理由、困っている事を設問した。

【倫理的配慮】

B病院倫理委員会の承認を得た後、対象者に研究目的と方法、参加は自由意思であり拒否しても不利益を生じないこと、プライバシーを守り個人が特定されないことを文章にて説明し署名にて同意を得た。

【結果】

回収率79%。看護・介護の経験年数は1～5年5名、6年以上18名。A病棟での経験年数は0～3年14名、4年以上が8名であった。先行研究での学習会参加は22名中2名、先行研究後の学習会参加は5名だった。スキントアのケアの重要性は「そう思う」77.3%「どちらかというと思う」22.7%、理由は「皮膚の弱い患者が多い」「長期臥床」「高齢」「低栄養」だった。スキントアのケアの①知識と②実際のケアは「皮膚観察」は①②の回答共に〇〇は80%以上を占めたが、「十分ではない」「自信がない」「分からない」の回答があった。「皮膚観察」以外のケア項目にも同様の記載があった。「栄養管理」は、①②の回答共に△×が50%以上を占め、理由は「栄養士へ相談できていない」「関連づけられていない」「知らない」だった。「環境設定」「外力保護ケア」は①②の回答共に△×はなく、50%以上が〇だった。「皮膚の保湿」は、①は〇33.3%、②は〇14.2%と低く、理由は「保湿剤の塗布を1日2回できていない」の回答が8名みられた。ケアで困っていることは「皮膚観察、処置などの知識が浅い」「勉強会などをして広めてもらいたい」との記載があった。

【結論】

1. A病棟スタッフはA病棟の患者層の特徴を理解しており、スキントアのケアの重要性の意識が高かった。
2. 「栄養管理」は知識、実際のケアともに割合が少なかった。
3. 「環境設定」「外力保護ケア」知識、実際のケアともに高く、先行研究の予防策が継続して行えている。
4. 「皮膚の保湿」に関して知識は高いが、ケアが十分に行えていない時があり、ケアの方法の検討が必要である。
5. 不安や迷いがある中でケアを行っているスタッフもいることから、知識向上へ向けた学習会が必要である。

【参考文献】

北條常子：皮膚裂傷のアクシデントに対するスタッフの意識の変化～行動変容のための取り組み～、第14回全日本民医連看護介護活動研究交流集会

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

便秘症状を有し排便困難感を自覚する高齢者に対し、浣腸を使用せず『便秘改善のケアプロトコル』を実践した事例研究

県 連 名 京都

院所・施設名 吉祥院病院

発 表 者 小前田 かなえ 職種 看護師

共同研究者 岸本 美穂

【目的】

地域包括ケア病棟の入院患者の多くは高齢者であり、排便に関する問題を抱えている。退院後のサービス利用状況や、家族の介護力などの理由から、継続して浣腸での対応が困難なケースもある。また、薬剤だけでのコントロールは下痢と便秘を繰り返し、確実な排便習慣が確立しないまま退院するケースもある。今回、『便秘改善のプロトコル』に従ってケアを実践し、浣腸を使用せずに自然な排便を促し、排便リズムを整え在宅生活へ移行できる事を目指し実践した。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮し、看護部の承認を受けた。

【対象】

既往に脳血管疾患、パーキンソン病、認知症 90歳代男性 A氏。

【結果】

便秘に関するリスク・アセスメントシートを活用。既往や内服状況から便秘症状がおきやすい状況。排便習慣では、3～4日毎に座薬使用し硬便（ Bristol スケール 1）が少量のみで排便を実施。食事は低残渣食を7～10割を摂取。活動性では1日中ベッド上で過ごしていた。援助では食事内容や形態の変更、起床時に冷水150ml摂取を促し、1日の水分摂取量を目標500～1000ml/日とし管理を行った。腹部マッサージ・便秘予防体操を実践。離床時間の確保の為にデイルームまでの歩行を促した。また、環境を見直し排便姿勢を確保した。毎日決まった時間にポータブルトイレに座れるよう促し、排便が3日なければ浣腸は使用せず、レシカルボン座薬を使用した。

【考察】

従来は薬剤を使用後、数日排便がなければ浣腸を行っていた。しかし、それだけでは根本的な問題の解決ではなく、便秘の原因となる問題に着目できていなかったと考える。「便秘改善のケアプロトコル」に沿い、アセスメントを行った中でケアは特別なものではなく、看護ケアとしては基本的なものである。ただ便を出すという目的でなくアセスメントを行う事で、A氏の便秘の原因を明らかにし、解決するプロセスに着目した事が、A氏の便秘の状態に適したケアの選択、実践に繋がったと考える。高齢者の便秘の原因は生活スタイル、疾患、使用薬剤などが複合し影響し合う。その問題の一つ一つに着目しアプローチすることで、快適に自然な排便でき、より高齢者主体の排便ケアに近づく事ができたと考える。退院後も在宅において、家族や介護サービスにて実践できるケアを獲得する事で、継続した便秘対策に繋がったと考える。

【結論】

「便秘改善のケアプロトコル」に沿って、詳細なアセスメントを行う事で、患者固有の便秘の原因を明らかにする事ができた。そこから最適なケアを導き出し、実践する事で、A氏の排便状況に変化がみられた。この事より、「便秘改善のケアプロトコル」の実践は有効であったと考える。

【参考文献】

中島紀恵子, 他: 高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコル—連携と共同のために, 第1版, 日本看護協会出版, 138, 2010

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	オムツの漏れトラブルゼロへの取り組み

県 連 名 愛知
院所・施設名 千秋病院
発 表 者 山田 瑠梨 職種 看護師
共同研究者 寺澤 詩子、黒木 美香

【はじめに】
A 病棟は、長期臥床患者が多く療養されている。関節拘縮によりオムツがフィットしにくい、陰茎が短く当てにくい、尿量が多いといったことが原因で、一般的なオムツの当て方では尿が漏れてしまうことがあった。オムツの尿漏れによって以下の問題が発生していた。①オムツの追加交換、シーツや衣類の追加交換による患者・職員の負担増。②オムツの使用量の増量による、オムツ持参家族の経済的負担。③尿・便漏れによる皮膚トラブルの発生。尿漏れの原因を特定し、個々に合った当て方をすることにより、上記の問題を改善できるのではないかと考え、今回の検証となった。

【目的】
●尿汚染によるオムツ交換回数の削減、シーツ・寝衣交換の時間・労力の削減により看護師の負担軽減 ●交換される患者の負担軽減 ●オムツ量の削減による患者家族の経済面の負担軽減 ●皮膚トラブル発生の軽減

【方法】
●研究対象者：A 病棟の尿漏れしやすい患者選定（男性 4 人、女性 3 人 計 7 人） ●研究期間：2020 年 9 月頃～2021 年 9 月 ●データの収集方法・内容・手順：・変更後の尿漏れ評価用紙（介助したスタッフが記入）・オムツ使用量・家族アンケート（オムツ持参患者家族）

【倫理的配慮】
・研究参加・不参加への自由意思を尊重し、同意後もいつでも撤回できることを伝える。 ・オムツの当て方を変更した事による皮膚トラブルや不快感の訴えがあれば変更する。 ・必要時皮膚科受診する。 ・研究対象者の個人情報保護し、イニシャル使用、症状、性別。 ・意思疎通ができる患者は本人・家族、意思疎通困難患者は家族に同意を得る。 ・オムツの当て方変更によるオムツの使用量・種類の変更をしてもよいか、写真を使用してよいか、本人・家族に確認する。

【結果】
研究対象者 7 名のうち特に特徴的な 2 名の報告をする。 困難事例①変更前：1 日 1～2 回アウターや衣類・シーツまで汚染交換。変更後：ほとんどパット内で尿吸収されている。アウターに漏れても少しかオムツ交換には至らず。 困難事例②変更前：毎回シーツまでオムツの漏れトラブルあり。変更後：尿量多くアウターまで漏れていたが、シーツまで交換することがほとんどなくなった。

【考察・まとめ】
オムツの漏れトラブルが軽減されたことにより、患者にとっては不快感の軽減、家族の経済的負担の軽減、職員にとっては仕事量の軽減が実現できた。今後の継続課題としては、スタッフへのオムツの当て方の技術指導が不可欠であること、オムツの漏れトラブルの原因を検討するために適宜カンファレンスを実施することが大切であること、オムツの当て方を繰り返し評価していく必要がある。

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍における褥瘡回診時の接触時間短縮の実践

県 連 名 京都
院所・施設名 京都民医連中央病院
発 表 者 布留川 美帆子 職種 看護師
共同研究者 判澤 恵

【はじめに】
当院は、入院患者の約 5 割が 75 歳以上と高齢者が多く、褥瘡対策チームで介入する患者の約 6 割が在宅で褥瘡を発生し、治療目的で入院する事例も少なくない。褥瘡は D3 以上と深く、日常生活自立度や全身状態低下により、褥瘡処置に時間を要する場合が多い。

【目的】
コロナ禍において、褥瘡回診時の患者との接触時間短縮に、褥瘡回診車の運用など、現在の実践方法の効果について検討する。

【倫理的配慮】
個人が特定されないように配慮した。

【方法】
褥瘡回診は医師 1 名、WOCN 2 名、担当看護師、事務担当者で実施。病室に準備されている基本的感染予防物品以外に、2020 年より褥瘡回診車に壊死組織除去セット、処置シート、創傷被覆材、手鏡、懐中電灯など必須物品を積載した。病室とナースステーションの往復回数を少なくし、患者の安全安楽を図りながら複数人でケアを行い実践した。

【結果】
褥瘡回診車の運用は処置実践がスムーズで、看護師が不足物品をナースステーションに取りに行く機会が減少し、一患者への処置所要時間は、複数褥瘡を有する場合を除き 10 分程度となり、接触時間短縮が実践できている。

【考察】
褥瘡処置時、担当看護師が患者の姿勢保持、WOCN が創状態および処置時同時に内容を事務担当に伝え、即電子カルテ入力体制が執れるようになったことで、終了後の業務短縮にも繋がっている。懐中電灯は病室の環境から創の緻密な観察や処置時に手元灯として有効である。手鏡は踵など身体下部褥瘡保有患者の安楽姿勢を保持でき、観察が容易になったことも時間短縮要因の一つと考えられる。また、副次的効果として看護師にケアの OJT の時間を確保する事もできた。

【まとめ】
必要物品が即使用可能な状況は、処置に伴う患者の負担や無駄な動線が減少し、接触時間短縮に有用である。今後も高齢患者に寄り添い、感染予防の観点からさらなるケアの質向上を考慮した準備が課題である。

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名 アセスメントから始める排便ケア

県 連 名 石川
 院所・施設名 城北病院
 発表者 有澤 芳美 職種 介護福祉士

【はじめに】

現在、高齢者のケアで排泄ケアは欠かせないものとなっており、院内のコンチネンスケアチームの活動の中で、個別性のケアについて考える事が増えた。排泄ケアの中でも便秘については今まで無排便3日目での便秘対応が多くそれでも排便がない事もあった。今回、実際の排便周期や薬剤の使用について調査し、心地よい排便が出来るようチームで検討を行った事を報告する。

【患者紹介】

A氏 70代 男性 既往歴：脳梗塞後遺症 症候性てんかん
 現在のADL：全介助 終日オムツ使用 経管栄養3回/日

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう配慮し同意を得た。

【看護の実際】

便秘のタイプを明らかにするため、排便ケアのプロトコルに基づいて排便チェック表を使用し1ヵ月間の排便周期を調査した。その際 Bristol スケールに添った記載を行った。排便チェック表には日付、時間、便の性状、便の量、下剤の使用などを記入し、病棟で検討し長期臥床で腸蠕動運動の低下による弛緩性便秘と判断した。チェック表では概ね5日目まで排便あり、性状はやや軟らかい～泥状便で1回量は鶏卵～バナナ1本以上の間であった。薬剤は無排便3日目から使用、シンラック10滴を16時頃に投与しているが翌日に排便がない事が多くシンラックの効果が見られていない。（シンラックは投与後から8～17時間に作用）入浴時に腹部マッサージをした後にやや軟らかい～泥状便がバナナ1本以上あった。画像上常に腸管のガスが充進している。腹囲は約95cmで推移。○変更したケア内容・無排便4日目までシンラック液を投与、無排便5日目まで直腸診をし、ビサコジル坐薬を挿肛。・腹部膨満に対して、排ガスを目的に入浴時に腹部マッサージを行う。・上記の処置計画を立案し1ヵ月後に評価し、腹囲測定は継続。カンファレンス後1ヵ月の排便チェックを行った結果、4日目にシンラック投与、5日目にビサコジル坐薬挿肛でやや軟らかい便～泥状便がバナナ1本～1本以上あった。それ以上の薬剤の使用はせずに定期的な排便コントロールが出来たと思われる。腹囲は89cmまで減少が見られた。

【考察】

今回の排便ケア検討を行って、改めてどれくらいの周期でどれだけの量の排便があるのか、周期に合わせた薬剤の使用や、腹部膨満に対してマッサージを行うなど効果的なケアについて学ぶ事が出来た。今までは看護師に薬剤や排便などお願いしていたが、ケアワーカーとして腹部マッサージを行ったりして他職種と協力しながらケアを行う事が大切だと思った。

【まとめ】

今後の排便ケアでは薬剤の使用だけでなく、食事面や水分摂取を促すなど自然に気持ちよく排便出来る事を目指していきたいと思う。看護師やケアワーカーなど多職種で連携しより良いケアを提供してい。

【参考文献】

榎原千秋著 排泄ケアのプロフェッショナルを目指す人のためのおまかせうんちッチ 2020年第2刷発行 P20

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成

演
題
名 当院における皮膚・排泄ケア認定看護師の取り組み

県 連 名 愛知
 院所・施設名 北病院
 発表者 中田 うらら 職種 看護師

【目的】

現在日本の医療では、医療の進歩、DPCの導入により入院期間の短縮が推奨されている。患者は専門的医療を受けた後、療養の場を自宅又は地域医療へと早期に変更することが求められる現状にある。そのため地域医療を支える当院には様々な患者様が日々来院されている。これらの背景により看護師は様々な専門的な知識を必要とされている。令和3年9月に現病院に就職となった。今まで皮膚・排泄ケア認定看護師は在籍しておらずスタッフの認識にも差がある現状であった。そのため、自身の活動報告を行い、今後の活動への課題を検討する。

【方法】

令和3年9月より令和4年3月の間のコンサルテーション件数、内容よりスタッフの意識の変容を分析する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮した

【結果】

期間中のコンサルテーション件数42件であった。内容としては、9月10月は褥瘡の報告が大半を占めていた。9月18日、10月16日に皮膚・排泄ケア認定看護師についてスタッフへ説明を行った。その結果、10月の終わりごろより創傷ケア、ストーマケア、排泄管理ケアについての相談内容へと変化がみられるようになってきた。現在は、実際の症例を通してケア指導を行いスタッフが専門的なケア介入が行えるように変化してきている。

【まとめ】

勉強会を実施することで、スタッフへ具体的に何が出来るのかを提示することで認識の差異を埋めることが出来た。しかし、現在在籍しているスタッフのみであり今後、新規入職者に対してどのような取り組みを行っていくかが今後の課題であると考えられる。

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍で増え続けている過活動膀胱の患者さんを通して思うこと

県 連 名 東京
院所・施設名 大泉生協病院
発 表 者 力丸 千恵子 職種 看護師
共同研究者 渡辺 朋恵

【目的】
新型コロナウイルス感染症が流行し、昨年秋頃より泌尿器外来では過活動膀胱になる患者さんが徐々に増加し、独居の高齢者はQOL 低下に繋がる可能性があるため、外来での取り組みについて報告する。

【倫理的配慮】
記述内容で対象者が特定できないよう配慮した。

【事例】
80代、女性、独居。自宅にいる時間が長くなり、少しの尿意でも排尿を済ませてしまう。冬の寒さで身体が冷えやすい住宅環境、家にいると間食が増えて体重増加。水分もお茶がメインでそれも控えている。骨盤底筋体操もしておらず、見守りや励ましてくれる人がいない。これらの状況が半年続いたことで切迫性頻尿と切迫性尿失禁になった可能性がある。

【方法】
パンフレットを常に視野に入る場所に貼っておくことや骨盤底筋体操を最初の2週間は一日4回～5回行うことで脳が覚えてなにか物足りない感じになること、尿意を我慢すること、排尿日誌をつけることを指導した。

【結果】
本人は過活動膀胱になった経過を理解でき、自分の生活習慣を見直すきっかけとなった。しかしオミクロンの急拡大のため検査予約はキャンセルとなってしまう確定診断が遅れた。

【考察】
想像力を働かせて当日に検査をするべきであったと考える。家族の動向も見えないなか、電話連絡による状態把握と励ましを行うことがより一層必要になると考える。

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	患者のもてる力を引き出すために～心肺蘇生後の回復過程にある患者の排泄ケアを通して～

県 連 名 宮崎
院所・施設名 宮崎生協病院
発 表 者 川崎 桃子 職種 看護師
共同研究者 石井 美江、日高 由美子、新原 孝子、黒木 実果、笠井 尚美、中村 允咲

【目的】
急性期病棟で働く中で業務の忙しさ等を理由に病棟での離床や排泄ケアが不足し、患者の意思が置き去りにされていることがあると感じることがある。今回心肺蘇生後の回復過程にあり、離床のリハビリを開始している患者がオムツ内排泄のままであることに疑問を感じた。年齢も若く看護の力で患者のもてる力をもっと引き出す事ができるのではないかと考え、トイレ排泄を目標にチームで関わった症例について報告する。

【事例紹介】
A氏 50歳代 男性 要介護4
病名：腎盂腎炎による敗血症性ショック、心肺停止蘇生後（気管切開後、胃瘻増設後）
既往歴：尿管結石、脳出血（1年程前）左片麻痺
職業歴：家族で自営業
家族構成：母、弟の3人暮らし
脳出血の治療後、施設入所していたが退所し自宅療養中であった。入院前自宅では移動は車椅子で、排泄は尿意がありポータブルトイレを使用し、リハビリパンツの着脱や移乗介助を家族が交代で行っていた。
入院後はリハビリで車椅子に移乗する以外は終日臥床状態であった。尿意や便意の訴えはなくオムツ内失禁で、時々オムツいじりがみられた。

【倫理的配慮】
患者・家族へ目的や患者の情報は研究以外には使用しないこと、個人情報保護について説明し口頭で同意を得た。

【方法】
介助でトイレ排泄ができることを目標とし、ケアの統一を図るためカンファレンスを実施した。リハビリ以外で離床時間を作ること、排尿排便パターンを確認しトイレ誘導を行うこと、理学療法士と共に移乗の方法や動作能力の確認を行った。
A氏にとって家族の存在がとても大きなものであったが、コロナ禍であり面会が困難であったため、テレビ電話の時間を作りリハビリのモチベーション保持に努めた。

【結果】
介入当初移乗は3人介助が必要で、30分程度の離床で疲労感が著明であった。しかし、車椅子へ移乗してみると「うんちがしたい。」と訴えることができポータブルトイレでの排泄に成功することができた。2週間程度経過すると移乗は2人介助になり、トイレ排泄が成功することも増えるようになった。また「朝トイレでうんちしたとよ。」と教えてくれたり、意思表示が増えるようになった。4週間経過する頃には1人軽介助で移乗でき、1日1回はトイレで排泄をし、オムツいじりもみられなくなった。また、日中は車椅子を自走し病棟内散歩をするようになり笑顔も増えた。

【考察】
繰り返しトイレ誘導を行ったことで意識づけができ、完全にトイレ排泄にはできなかったがトイレで排泄できることが患者の自尊心の回復にもつながり、それが意思表示や笑顔も増える結果をもたらしたと考える。他職種と情報共有し、病棟内で話し合いを繰り返したことでリハビリと病棟での訓練が統一できた。忙しさの中でも訓練をチームで継続できたのは、目標を共有したことだけでなく、A氏の訓練成果が目に見えて感じる事ができ、スタッフの自己効力感を高められたからではないかと考える。

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名 診療所でのスキンケアの取り組み
～スキンケアの予防～

県 連 名 愛媛

院所・施設名 伊予診療所

発 表 者 亀岡 千佳 職種 看護師

共同研究者 藤岡 英里香

【はじめに】

伊予診療所は高齢者の入院患者様が多く、皮膚の乾燥やスキンケアのトラブルが多い現状である。以前から皮膚のトラブルに対しての対策は検討していたが、大きな改善にはつながらなかった。今回当診療所で起こっているスキンケアの発生状況を把握し、皮膚トラブルの予防についてスタッフ間で検討を重ねた。そのスキンケアの取り組みについてまとめたので報告をする。

【現状・調査】

調査期間：2018年4月～2019年11月（2018年4月-2019年4月8件）（2019年4月-11月8件）ヒヤリハット報告書からスキンケアの事例をピックアップし、内容を把握。発生状況を調査した。事例数は16件 患者様のほとんどが、70～90歳代の高齢者で、ステロイドや抗凝固剤の服用、低栄養のある患者様であった。

【検討・取り組み】

発生状況や患者様の状態を見ると、移乗中に発生している事がほとんどであり、介護者がわずかな力を加えただけでスキントアが起こっている現状が分かった。今までもリスクの高い患者様には、レッグウォーマーやアームカバーを装着、寝ているときに身体をぶつけやすいベッド柵などをクッションやスポンジでカバーするといった工夫を行ってきた。しかし大きな改善にはつながらない状況であった。スキントアを起こしている患者様のほとんどが、ステロイドや抗凝固剤の服用、低栄養のある患者様であり、表皮が菲薄化して脆弱な状態となり、わずかな摩擦やずれによって皮下出血を起こし、皮膚が裂けたり剥がれたりしやすい状態となっていた。そこで、患者様へのスキントアについて検討をした。まず、皮膚のバリア機能改善を目的に、どの保湿剤を使用するのかを検討することになった。スタッフ間で「無敵ローションコンテスト」を実施。内容は、自分の考える一押し保湿剤を選出、結果的に、使用する保湿剤はニベア・スキンミルクに決定した。2019年11月より、患者様全員に保湿剤を毎日塗布することにした。

【まとめ】

スタッフ全員が患者様のスキントアについて関心を持ち、取り組む事が出来るようになった。毎日の保湿により皮膚の乾燥状態の改善、スキントアの発生が11月からは0件2020年以降も5件以下の発生状況になっている。取り組みは十分有効であったのではないと思われる。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮した。

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名 頻尿への対策から排泄動作の自立まで

県 連 名 山形

院所・施設名 ショートステイかけはし2号館

発 表 者 後藤 夏奈子 職種 介護福祉士

【はじめに】

昼夜共に尿意頻回で都度介助を要するが、ナースコール使用の理解が難しく臥床時センサーマット使用している方へ、頻尿への対策とセンサー解除にむけた取り組みについて報告する。尚、本抄録は個人が特定されないよう倫理的配慮に基づき作成している。

【事例】

A様、男性、80歳代、要介護3、障害老人自立度：A1、認知症老人自立度：Ⅲb

主病名：認知症、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性心房細動

移動：ウォーカー使用、摺り足歩行、左空間無視

排泄：日中トイレ・夜間ポータブルトイレ使用、失禁ほぼなし

20XX年9月17日B病院よりCショートステイ（長期）入所。昼夜共に落ち着かず不穏状態続き、意思疎通困難。環境変化からか翌日以降は意思疎通とれるようになる。

【目的】

- ・頻尿への対策（入所時は夜間尿器介助）
- ・センサーマットの解除

【取り組み内容】

- ・取り組み期間：20XX年11月25日～20XY年3月11日
- 11月25日～尿器では少量頻回（4回／時）、トイレへ行くこともあるが居室外にあり移動に時間かかる為、夜間ポータブルを使用。自らポータブルをトイレと認識することは無いが誘導でスムーズに座る時もあり、ポータブルの蓋を開けておくとも認識し易い。
- 12月11日～日中センサー解除。
- この間2度受診し、排尿障害改善の為の内服薬が処方されたが改善せず。
- 2022年1月26日…一人でもトイレまで安全に移動できる様に動線を考えた環境整備。
- 2月10日～居室環境を変更し、ベッドに座った時ポータブルが右側にあるよう設置。
- 2月12日～25日…排泄動作での介助量等アセスメント。ポータブル使用多くなり、動作不十分な点もあるがほぼ自力で行えている。
- 2月26日～3月11日…夜間もセンサー解除しアセスメント。起きた時は見守り対応し、一人でも危険な様子なく排泄できている。

【結果】

- ・排泄頻度は日によりムラがあるが、尿器使用時と比べて夜間の回数は減った。（4回／時→1回／時）
- ・環境整備を行い一人でも排泄できると確認し、センサー解除に至った。

【考察】

センサー使用や入所日の状態から排泄動作に介助必要な方という意識があり、必要以上に介助してしまっていた。基本的なことではあるが、事前情報だけでなくどこまで自分でできるかを観察しながら介助する必要がある。

【まとめ】

居室や排泄環境等を整備することで夜間の排泄はほぼ自立となった。一人ひとりに合わせた介護と環境作りを模索し、安心して生活して頂けるようサポートしていきたい。

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	バルンカテーテル抜去に向けた支援

県 連 名 群馬
院所・施設名 介護老人保健施設ほくもう
発 表 者 大林 明美 職種 看護師

【目的】
入院中にバルンカテーテルを留置せざるを得なくなった場合、高齢者は様々な理由により抜去に至らないことがある。当施設でもバルンカテーテルを留置した状態で入所される方が、増加傾向にある。そのような状況の中、バルンカテーテルを留置して入所した方が、入所中に抜去する事ができた事例を報告する。

【事例紹介】
A 氏（男性、89歳、要介護4）は自宅の浴槽にて転倒し、腰椎圧迫骨折にて入院となった。入院中に深部静脈血栓症が原因で尿閉となり、バルンカテーテル留置となった。入院先でバルンカテーテルの抜去を試みたが、自然排尿がなく長期間の留置となったとのことであった。病院から当施設へは在宅復帰を目指して入所となった。

【経過と結果】
入所した時点でバルンカテーテルの留置は3ヶ月経過していた。同居していた息子たちは、バルンカテーテルの管理ができないので、現状のままでは在宅復帰は不可能との意向であることから、バルンカテーテルを抜去する事が可能かどうか医師も含めたスタッフで検討した。①ポータブルトイレの使用方法は理解できており、ベッド柵（L字バー）に掴まりながら使用できている状態である。②入所時から毎食時のお茶を残しており、水分摂取量（約500ml／日）が少ない。③尿量（約700ml／日）が少ない。①～③と体調も含めて検討し、水分摂取量を増やして尿量が増えればバルンカテーテルを抜去する事が可能ではないかと考えられた。入所10日目から毎食コップ1杯（180ml）を目標として支援を始めた。入所16日目頃から残す量が少なくなっていった。それに伴い尿量も増えていき、入所17日目頃から1400～1900ml／日となった。並行して排便は食直後であることを把握でき、食後はポータブルトイレに誘導をすることも統一して援助するようにして、便秘を減らしつつポータブルトイレで排泄することも習慣付けていった。入所1ヶ月後のバルンカテーテル交換のタイミングに合わせて、抜去の日時を決め抜去した。まず抜去2時間後に尿意は無いとのことであったがポータブルトイレに誘導し自然排尿（250ml）があった。以降は2～3時間ごとに尿意を確認しながら援助を行い、下腹部の張り感や痛み等が出現することなく経過した。

【考察】
A 氏の場合は入所時の情報から早期に検討し取り組むことができた。取り組みを通して A 氏の排泄行動の把握ができ援助に繋がると、A 氏も失敗する事が少なくなり前向きになれたのも要因の一つあると考えられる。A 氏はカテーテル留置による不便さから解放され、表情も良くなり行動範囲も広がった。この事例を経験して、最初から「できない」と決めてしまうのではなく、多角的に検討して対応していくことの重要性を学ぶこともできた。

【倫理的配慮】
事例作成にあたり利用者様とご家族に同意を得ており、個人を特定できないように匿名化した。

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	家族の不安に寄り添い面でさえたことで褥瘡および家族の心理的安心感が改善した事例

県 連 名 島根
院所・施設名 デイサービス つむぎ
発 表 者 森脇 阿希 職種 介護福祉士
共同研究者 土江 静哉

【目的】
療養生活の長期化は、症状や障害の重度化等によって、介護を行う家族の心身の負担が大きくなることが多い。このような時のデイサービス利用は、介護者が介護から解放され、様々な負担や不安を軽減できることが期待される。今回、丁寧なケアを心がけたことにより、家族の心理的安心感へつなげることができた。その経過について報告する。

【倫理的配慮】
報告にあたり、事例および家族に口頭にて説明を行い承諾を得た。

【方法】
80才代、男性。妻、息子夫婦と同居。2019年脳梗塞発症。デイサービスに通いながら自宅で生活していたが認知症が増悪し、介護負担軽減目的に施設へ入所した。入所後、ADL 低下し、四肢関節拘縮および右大転子部褥瘡を認め、妻は精神的ショックを受け、医療福祉職への不信任感が募った。妻は家で介護を続けたい気持ちはあるが、このまま自宅療養を継続する不安が生じた。そこで、当施設利用時に、皮膚ケアの徹底と、家族ケアとして毎日の詳細な経過を伝えること、施設職員との積極的なコミュニケーションをとることを計画した。

【結果】
皮膚ケアについて：入浴時の処置や軟膏塗布、洗体は皮膚状態に合わせて、職員の手で摩擦に注意し丁寧に行った。洗体は、保湿度の高い石鹸を家族へ提案。定期受診では、家族と密に連絡を取り、皮膚の状態や経過を写真を用いながら主治医へ伝えた。さらに、福祉用具事業所に褥瘡対応クッションの提案を行い、リハ職、看護師と選定した。
家族ケアについて：連絡ノートには、皮膚状態や日中の様子、排泄におけるインアウト記録を細かく記入した。事例がデイサービス利用中に妻も要支援認定となり、ケアマネジャーと施設責任者から、事例と同じ日程でサービス利用できるよう妻へ提案し調整した。妻とのコミュニケーションは送迎時に事例の様子を積極的に行うよう心がけ、妻から感謝の言葉が聞かれるようになった。また、施設からの連絡は妻だけでなく、同居している嫁にも電話等で、定期的に伝えるよう心がけた。

【考察・まとめ】
本事例は、褥瘡を伴う重度障害を呈し、家族は医療福祉職への不信任が強かった。しかし、丁寧な褥瘡ケアおよび積極的な家族とのコミュニケーションによって、家族の不信任感を改善することができた。特に、妻の要支援認定に伴い同じ時間を共有できたことは、職員のケアしている姿、事例の笑顔を確認することができ、妻の安心感につながったと考える。また、日々の様子を妻だけでなく、嫁にも直接伝えることで、妻からは確認できない自宅での様子について何うことができた。具体的には、食事摂取量、食事時の誤嚥の有無などを確認し、必要に応じてトロミ調整などを行うことができ、日々の丁寧なケアへとつながった。さらに、送迎時の職員と妻のコミュニケーションの際に聞かれた妻からの感謝は、職員のケアの質を高めるモチベーションとなり、相乗効果を得ることができた。

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

若年障害者（10代）の短期間で悪化した褥瘡についての考察

県 連 名 千葉

院所・施設名 ふたわ訪問看護ステーション

発 表 者 大塚 明子 職種 看護師

共同研究者 林 摩子、矢野 幸子、鈴木 理恵、
瀬合 雅子

【目的】

若年障害者（A氏）の仙骨に発生した褥瘡が短期間で悪化し、デブリートメントの処置を受けるまでに至った。A氏の褥瘡悪化の経過を振り返り要因を明らかにしていくことで、今後在宅療養をする利用者の褥瘡予防とケアに役立てる。

【方法】

DESIGN-R で評価・考察を行う。

【倫理的配慮】

口頭で母親に説明し承諾を得たうえで、個人が特定できないように配慮した。

患者紹介 A氏・10代・女性・脳性麻痺・慢性呼吸不全・側弯手術後脊髄損傷・下半身麻痺。

【結果】

X日仙骨に小さな傷出現したが上皮化しているため治癒過程と考えて経過観察とした。X日+9日 表皮剥離にハイドロサイト貼付し、往診医に報告したX日+18日 通所介護を利用して弾力性のある床材に寝かされて過ごしていた。クッションや座布団の使用はなかった。（看護師は、褥瘡が悪化してからこの情報を得た）X日+19日 他県のB医療センター受診時、長時間車いすに乗る。X日+20日仙骨部に発赤・腫脹・熱感があり、39℃台の発熱があった。往診医に報告し、指示通りのアズノール軟膏を使用した。軟膏の指示に疑問を持っていた。その後往診にてゲーベンに変更となった。X日+23日母親より褥瘡に対しての不安があり訪問をした。褥瘡が悪化していたため、往診医に写真をメールで送信した。X日+34日C病院小児科外来定期受診時にこれまでの写真を持参して、整形外科外来で診察を受け、デブリートメント施行。以降軽快傾向にある。

【考察・まとめ】

X日+9日～X+20日の期間に褥瘡が急激に悪化した直接の要因として、X日+18日の通所とX日+20日の受診時に長時間の同一体位による局所への圧迫とずれが生じたことによると考えられる。看護師は、受診や通所などの予定とその状況が把握できておらず、除圧の方法などのアドバイスの機会を逃してしまった。母親は、長年介護されていたが、褥瘡のリスクや対応については十分な知識がなくその点については看護師から伝えるべきであった。また悪化したことの背景として、母中心のケアの中で看護師はサポート役にまわっていたこと、往診医への遠慮から指示を受けるだけにとどまってしまった。往診医との連携には「看護師が的確なフィジカルアセスメントを行い、往診医へ伝えることが重要である」と梅岡氏⁽¹⁾は述べている。往診医とのやり取りの中で報告にとどまらず、ケアや治療に対するディスカッションが必要であった。初期時には、若く栄養状態も悪くないため褥瘡が悪化するリスクは低いと考えていたことも要因の一つである。これらのことより、褥瘡ガイドラインのクイックリファレンスガイド⁽²⁾にあるように褥瘡発生初期からの包括的アセスメントと治療のモニタリングが必要であった。

【引用参考文献】

- (1) 梅岡香織：訪問看護経営マガジン「訪問診療医との連携4つのコツ」
- (2) EPUAP/NPUAP：褥瘡の予防&治療 クイックリファレンスガイド

10 ⑰皮膚・排泄ケア

Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名

在宅看護における家族の合意形成を促す支援

県 連 名 茨城

院所・施設名 訪問看護ステーション虹

発 表 者 小野 幸加 職種 看護師

共同研究者 斉藤 みどり、田寺 裕子

【はじめに】

アルツハイマー型認知症でADL低下し、巨大卵巣腫瘍で寝たきりになった妻を介護する夫は、社会的サポートを経済的な理由で拒否し、不衛生な生活環境でネグレクトも疑われるケースであった。その状況下のAさんに対する夫の価値観と、訪問看護師との思いにはずれがあり、介護に対する合意形成が得られにくく、看護介入の難しさを感じた。この家族との関り方について振り返る。

【事例紹介】

Aさん70歳代 女性 要介護5

病名：卵巣腫瘍、アルツハイマー型認知症

家族：夫と二人暮らし 夫は金銭面のことを口にし、サポート受け入れに拒否の訴えが多い

【訪問期間】

20××年10月～20××年12月

【訪問時の状況】

オムツの着用もなく失禁で汚染された不衛生な部屋に臥床していた。身体は清潔も維持できていない状況であった。経口摂取が困難で栄養維持が困難となり、連日輸液開始となった。

【倫理的配慮】

事例をまとめるにあたり、個人が特定されないことを夫に説明し了承を得た。

【実践】

1. 夫への介護の参加の促し：朝晩の体位変換、尿取りパットのみの交換依頼。 2. 依頼した介護の効果を視覚的に表示：仙骨部発赤の改善状況を適宜写真で見せる 3. 夫への承認の言葉かけ：写真を見せながら「きちんとやってくれたので、赤くなっているのが良くなった」と伝えた。 4. 夫の拒否の反応を誘発しないような言動の配慮：スタッフ間で情報共有し統一した。 5. 金銭的な訴えに関して対応を一本化した。 訪問当初は拒否的な態度もあったが、徐々に受け入れられていると感じるようになった。

【考察】

認知症のある利用者の家族介護には、個々の価値観も考慮する必要がある。ネグレクトも疑われる状況下にあったAさんの人権を守るためには、訪問看護を受け入れてもらえる様に信頼関係を築くことが重要であった。当初は金銭的な訴えが強く、看護援助に対して、いつ拒否されるか常に不安があった。このことは「家族と看護師の関係性」から考えると、看護師、家族ともにパワーが低いパターンで、「見えない壁に阻まれ型」¹⁾であったことが示唆される。しかし、「“あなたの状況はわかっている”というメッセージと承認を送ることが大切」¹⁾とあるように、夫に承認の言葉かけを続けたことで、依頼した回数よりも多く介護をしたと報告してくれたり、ケアの効果を褒めると嬉しそうな表情をみせてくれる様になった。このことから、夫への承認の言葉かけは有効であったと言え、実践のなかで「パワーバランスと両者の心理的距離が変化し」たと考えられた。今回訪問の中で行った看護師の働きかけは、「求める一拒む」という悪循環パターンを改善するきっかけになり、このことが家族の合意形成を促す支援に繋がったと考える。

【参考文献】

櫻井大輔：誌上コンサルテーション5題

- ① 退院先をめぐる意向が異なる家族、家族看護 VoL11, (株)日本看護協会出版会、2013年、P94、P95

10 ⑰皮膚・排泄ケア	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	退院指導、退院時カンファレンスの大切さ

県 連 名 広島

院所・施設名 介護事業部

発 表 者 小田 理恵 職種 看護師

【倫理的配慮】

家族に対し症例をまとめる趣旨個人情報を拝領することを説明し了承を得た

【研究目的】

退院前カンファレンスの重要性について考える

【事例紹介】

A 氏 78歳 男性 2型糖尿病 大腸癌術後人工肛門造設 妻と2人暮らし

【看護の展開】

臍頭十二指腸切除術の為入院。入院前までは自分で血糖測定、インスリン注射を行っていた。ストーマパウチ交換は3日に1回病院へ通院し交換していた。入院中に不穏がみられ精神科へ転院したが腎機能低下となり、糖尿病で通院している病院へ転院となる。転院後も不穏があり医療処置は看護師が施行していた。退院前カンファレンスをお願いしていたが、急に退院すると連絡があり行わないまま退院となった。医療処置は、妻と息子に指導していると情報があったが実際は口頭指導のみで全く手技が出来なかった。ストーマパウチ交換は便漏れが頻回にあり、すぐに外れてしまう状態。週3回訪問時にパウチ交換しテープで補強、細目に便破棄することを指導すると便漏れの回数は減っていった。血糖測定、インスリンは物品が一緒のケースに入っており必要物品が分からない状態だった。必要物品を血糖測定用、インスリン用に分ける事から始め統一した指導が出来るようにパンフレットを作成した。妻に1週間指導しても針の付け方から戸惑い、慌てて出来ない為1枚に数個の手技が書いてあるパンフレットから1手技1枚にしたパンフレットに変更。1枚ずつめくことで手技を確認出来るようになり24日連続訪問し手技を取得することが出来た。

【考察】

在宅にもどって継続的な医療処置が必要だったが手技を確認せずに退院されたのは病院側も家族も、手技は出来る思われていたと推測する。妻は一見ケアが出来るように見えるが実際は集中力がなく間違えるとパニックになってしまう性格で指導に時間がかかった。退院前指導し手技の取得状況を退院前カンファレンスで共有していれば指導がもう少しスムーズに出来、介護者の在宅生活での不安も軽減できたと思われる。

【まとめ】

退院前に患者の状況や状態を引き継ぐことによって安心した在宅生活が継続できる。退院してから徘徊や幻覚は消失した。改めて A 氏にとって住み慣れた自宅で生活することが安心して過ごせる場所なのだと感じた。退院後は状態が不安定で患者、家族は不安を抱えている。生活の場に戻った時に必要な医療や看護が導入されている事により安心して過ごすことが出来る。そのために自宅に戻る前に病院と在宅サービスが連携し必要なサービスを調整することが重要と学んだ。

【おわりに】

今後は病院、他職種との連携を積極的に取り、退院前カンファレンスが開催出来るように取り組んでいきたい。

【引用・参考文献】

佐々木 敦：退院前カンファレンスの意義 宇都宮 宏子：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	認知症がん患者の疼痛評価及び困難さに関する実態調査

県 連 名 長野

院所・施設名 長野中央病院

発 表 者 竹之内 千恵 職種 看護師

【目的】

認知症患者の疼痛評価方法及び、疼痛評価における看護師の抱く困難さの内容を明らかにする。

【研究方法】

- 1 研究期間：2021年10月6日～10月20日
- 2 研究対象：A 病院緩和ケア病棟所属看護師16名
- 3 データ収集方法：質問調査法、自由回答法
- 4 分析方法：選択回答項目は単純集計、自由回答項目は多数意見を同意とし集計。
- 5 倫理的配慮：本研究は看護研究倫理調査委員会の承認を得た。対象者には書面で研究目的を説明し、研究で知り得た情報の匿名性と機密性を厳守し、研究以外には使用しないことを書面で説明し同意を得た。

【結果】

アンケートの回収率は100%であった。

- 1 疼痛スケール使用と看護経験年数の関係
看護経験年数に限らず疼痛スケールの使用頻度にばらつきが見られた。
- 2 使用しているスケールとその理由
「FPSのみ」の理由は数字での評価が難しいため表情をみて評価することが多いことが分かった。「NRSとFPS」の理由はNRSでの評価が難しいときFPSを使用していることが分かった。また、「疼痛スケールを使用していない」の理由は表情や体の動きをみて評価していることが分かった。
- 3 疼痛アセスメント方法
全員が「表情」「体の動き・様子」や「行動の変化」を観察していたことが分かった。
- 4 疼痛評価の困難さ
全員が疼痛評価に対する困難さを少なからず抱いていた。
- 5 疼痛評価に対する困難さの内容
「コミュニケーションの困難さ」など、様々な困難さを抱いていた。

【考察】

どの看護経験年数も疼痛スケールの使用は毎回ではなく、患者に応じて使用していた。数字での評価が難しい分、客観的な情報も含めて疼痛評価を行うことが重要と考える。また、医療者間で使用する疼痛スケールを統一することで更なる疼痛評価の質の向上に繋がるのではないかと考える。

看護師全員が認知症がん患者の疼痛評価の困難さを抱いていた。困難さは認知症の症状の知識を得て、患者の個別の反応を丁寧に捉えることや多職種で患者の情報を共有し合うことでより正確な疼痛評価ができ、早期対応に繋がれると考える。

【結論】

- 1 看護師のほとんどが疼痛スケールでの評価が困難であると感じ、本人の状態を客観的にみた情報も含め疼痛アセスメントをしていた。
- 2 看護師全員が認知症がん患者の疼痛評価に困難さを抱いており、それらはコミュニケーションの困難さなど様々な困難さを抱いていた。

【今後の課題】

- 1 個々の認知症患者に対し、統一した疼痛スケールを使用する。
- 2 認知症がん患者の客観的な情報や家族からの情報を多職種間で共有する。
- 3 認知症看護の学習会を開催していく。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	急性期病棟における認知症看護 ～面会制限の中で私たちができること～

県 連 名 福岡

院所・施設名 千鳥橋病院

発 表 者 山本 沙弥香 職種 看護師
共同研究者 古賀 琴恵、吉富 郁恵、常住 恵子
今村 安奈、山下 未希

【はじめに】

2020年2月頃より、新型コロナウイルス肺炎が流行し、当院では8月より全面面会禁止となったが、院内で面会を希望する患者・家族が多く、10月よりリモート面会が実施できるようになった。しかし、全ての患者・家族には伝わっていない状況で、リモート面会に対する認知度が低いことがわかった。A病棟では、急性期治療を必要とする認知症の患者が多く、リモート面会を行うことで精神面の安定に繋がるのではないかと考えた。そこで、認知症患者と家族を対象に、コロナ渦でも画面を通して面会ができるよう、積極的にリモート面会の案内を行うこととした。

【実施】

研究機関：2020年10月～2020年11月末まで 対象者：病棟患者・家族：9組
個人が特定できないように配慮を行い、対象者から承諾を得た。

【結果】

対象者全員に電話でリモート面会を案内した。希望者の方に案内用紙を3組渡した。実施できた6組 実施できなかった4組（退院1組 家族の都合2組 家族の返事なし1組）

【考察】

リモート面会を実施したことで、認知症の患者が家族の家族の顔を見て笑顔になるなど良い点もあったが、リモート面会事態に対する理解が乏しく、看護師が主体となる面会になった事例や家族の顔を見たことで帰宅願望が強くなり、せん妄になった事例もあった。また、時間や場所の制限もあるため、家族との都合が合わず、リモート面会が実施できなかった事例もあった。その為、制限がなく、いつでも気軽に実施できるような体制が必要ではないかと考えた。

【おわりに】

実際にリモート面会を実施し、コロナの渦でも患者、家族の時間を作ることができた。また、よりよいリモート面会にする為の改善点を明らかにすることができた。面会禁止状況が続く中、今後リモート面会を積極的に行えるよう、A病棟だけでなく、院内全体で行っていきけるよう活動していきたい。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	身だしなみを整え認知症周辺症状の緩和へ～

県 連 名 福岡
院所・施設名 健和会京町病院
発 表 者 安部 佳子 職種 介護福祉士
共同研究者 伊藤 秀範

【はじめに】
A 病棟では認知症の入院患者が増加しており認知症周辺症状（以下 BPSD と記す）から暴言や介護抵抗、意欲の低下、身だしなみを行うこと自体を忘れていた患者が多い状態である。身だしなみを行う行為は自然的な行為で基本的な欲求であり、身だしなみを整えることで基本的欲求の一つが満たされ BPSD の緩和、生活の質の向上に繋がるのではないかと考え身だしなみ援助に着目して実践した。

【方法】
研究期間 ①2019年9月1日～2019年10月31日 ②2021年12月1日～2022年3月31日 入院時長谷川式認知症スケール（HDS-R）が20点以下の患者5名に対して阿部式 BPSD スコアを使用し女性は櫛、手鏡、男性は手鏡、電動髭剃りを用意し身だしなみを行なうように促す。対象者5名の内3名に対し起床時に普段着に着替え夕食後に寝間着に着替えてもらうようにした。阿部式 BPSD スコアの点数の改善に繋がるか評価

【倫理的配慮】
健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている。

【結果】
1ヶ月後の阿部式 BPSD スコア結果 B 氏 C 氏 D 氏の3名は「やる気が無く何もしようとしない」などの項目に対し減少改善がみられた。2ヵ月後（最終評価）阿部式 BPSD スコア結果 B 氏 C 氏 D 氏の3名は「やる気が無く何もしない」などという項目に対しては、さらに0しないなどという項目に対しては、さらに0 4. 倫理的配慮を明記して下さい。 ※なお、入力の際は、この文章は消去してご利用下さい。しない」という項目に対しては、さらに0 点に減少し改善した。

【考察】
患者5名中3名は、BPSD 症状が改善され生活リズムが整い整容に対して興味がわき、欲求が満たされ、家族からの感謝の言葉も聞かれた。他2名の患者は、介護拒否が見られ意欲向上には繋がらなかった。ヴァージニア・ヘンダーソンは「人間の身だしなみは、姿勢と同じくその人の生きようが外に現れた一つのしるしである」¹⁾と述べている。身だしなみは、毎日行う事で清潔に対して興味を持ち自分らしくいられ、精神的に落ち着く事ができ BPSD 緩和に繋がる。行動障害がある認知症患者に対して精神科受診を行ない、内服投与だけに頼らず今回取り組んだ前例があれば認知症患者に接するスタッフの意識を変えることが出来る。②の研究期間新型コロナ流行で家族の面会中止により BPSD 悪化が考えられた。身だしなみ行為は継続しており BPSD スコアを用いての評価は行っていないが身だしなみ行為は患者の意欲は維持されている。

【結論】
入院中でも、基本的欲求の身だしなみを行なう行為は意欲低下や BPSD 症状の改善につながる。認知症患者の生活の質の向上を目指したケアをしていきたい。

【引用文献・参考文献】
1) 看護の基本となるもの ヴァージニア・ヘンダーソン
2) 民医連新聞第1684号2019年1月21日
3) 新しい BPSD スコアの有用性 阿部康二

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	認知症ケアのための PEAP による関わり

県 連 名 京都
院所・施設名 あすかい病院
発 表 者 高橋 佳奈美 職種 看護師
共同研究者 伊藤 哲哉

【目的】
病棟で働くなかで認知症患者の徘徊や不穏行動などネガティブな部分に注目してしまうことが多い。認知症について学習するなかで「認知症高齢者への環境指針（PEAP 日本版）」（以下 PEAP とする）を知った。PEAP の3つの次元に着目し患者に合わせたケアや環境づくりを行うことで患者の周辺行動に良い効果があるのか明らかにしたいと考えた。

【方法】
事例研究 認知症ランクⅢ以上の方が3名。対象者の発言・行動を観察し家族からも聞き取りを行い、アプローチ方法についてスタッフで共有。
研究期間は2週間以上。

【倫理的配慮】
得られた情報は研究以外に使用しないこと、匿名性に配慮することを患者と家族に伝え同意を得た。

【結果】
3事例を通して、生活リズムを整えることや患者に合わせて PEAP を取り入れることが入院中でも穏やかに過ごすことや暮らしの質の向上にもつながるということが分かった。

【結論】
患者に合わせて PEAP を取り入れることは認知症高齢者の安定や暮らしの向上につながる。また、患者の行動の背景についてチームで考えることを定着させると BPSD が落ち着くだけでなく、介護負担軽減にもつながる。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	回復期リハビリテーション病棟における認知症ケアに対する看護師の困難と課題

県 連 名 北海道
 院所・施設名 苫小牧病院
 発表者 石川 淳 職種 看護師
 共同研究者 麓 紫織、小松 早紀

【目的】

A 病院回復期リハビリテーション病棟では、年々増加傾向にある認知症患者の入院から退院後の生活までを見据え、身体機能を維持し、その人らしく穏やかに過ごせる様な支援を行う事を目指している。しかし、認知症患者の周辺症状に対して、どのようにケアすればいいのかわからず困難を感じる状況があり、病棟全体の課題となっていた。2 年前から、ケアプロセス委員を中心に、事例を選定し、統一したケアを行い、患者の反応を確認しながら実践を評価する取り組みを行ってきた。しかしながら、取り組みの成果を実感する反面、困難さの軽減に対する実感は乏しく、変化を感じていない現状もあった。そこで、看護師が抱く認知症ケアに対する困難を明らかにし、今後の取り組みへの示唆を得たいと考え、本研究に取り組んだ。

【方法】

1) 期間：2020年9月～2121年3月。2) 対象：A 病院回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師8名、夜勤業務を担っている当科での経験が1年以上の看護師を対象とした。3) データ収集方法：独自のインタビューガイドを作成し、半構成的面接を行った。4) データ分析方法：インタビューは録音し逐語録を作成した。逐語録から文脈をコード化し、意味内容の類似性に基づきカテゴリー分類した。

【倫理的配慮】

対象者に対し研究の目的・趣旨を書面および口頭で説明し研究協力の同意を得て研究を行った。研究への参加は自由意志であり、個人が特定できないようプライバシーの保護に努めることを十分に説明した上で行った。

【結果】

インタビュー結果から162個のコード、29個のサブカテゴリー、10個のカテゴリーを抽出。

【考察・まとめ】

看護師が抱く認知症ケアに対する困難は、今後の活動の在り様によって、改善できる困難である事が示唆された。それは、認知症患者に対して自分達の認識や見方を変え、実践の成功体験を積み重ねていく事により、認知症ケアの向上に繋げていくことである。結論として①認知症患者のBPSDを困難と捉えるのではなく、ケアをする看護師側の認知症患者に対する見方を変える。②認知症ケアの取り組みは仕組みを整備し、プロセスに沿ってケアを実践することが重要である。③病棟スタッフ全員で認知症ケアの取り組みに積極的に参加し、認知症ケアの向上や認知症患者が安心して入院生活を送ることが出来る様に役立てる。これらの事が明らかとなった。認知症患者にとって入院生活は、身体的疾患に加え、生活環境の変化から不安やストレスが増強し、症状悪化に繋がりやすい。しかし、認知症患者に対する統一したケアの取り組みによって、個々に合わせた看護の提供が可能となれば症状が軽減され、その人らしい生活が送れる一助になると考える。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	認知症による不穏症状がみられる患者に安全な透析治療を提供するための取り組み

県 連 名 奈良
 院所・施設名 おかたに病院
 発表者 石井 弘子 職種 看護師

【はじめに】

認知症患者が安全・安楽に透析治療できるよう日々取り組み、不穏症状が軽減できたので報告する。

【倫理的配慮】

事例をまとめるにあたり、個人が特定されないよう配慮することを口頭で説明し、同意を得た。

【患者紹介】

80歳代 男性 妻と2人暮らし 慢性腎不全 2型糖尿病 穏やか 前医にて緊急透析導入となり、自宅から近い当院に紹介され週3回3.5時間の透析治療をしている

【看護の実際と結果】

家族付き添いで安全な透析の実施を考えたが、妻への負担を考慮して3段階で看護計画を実施した。①出来るだけ透析室のスタッフだけで不穏行動に対応する。複数のスタッフで「治療中なので安静にしてください」と説明し見守りを続けた。A氏の表情を観察し、腰痛などの訴えが始まる前に「姿勢を変えませんか?」と、声を掛けてA氏の希望に添って、ベッド上で姿勢を調整したり、透析治療から気をそらす為に趣味の話題で会話をしてみるなど関わり方に工夫をした。不穏行動の回数は減少したが、時に「頼まれて仕事に来てるんだ。好きな時間に帰ります」と言っていて急に立ち上がったたりする危険な行動が見られ十分な透析を実施できない日もあった。透析室で対応できない行動については、医師から妻に病状説明をして透析中に安定剤を使用する事、必要なときには妻にも協力を求める事を家族と確認した。②妻に透析室へ来てもらって協力を依頼する。不穏行動が激しい日であっても、妻が付き添うとA氏は安静を保つことが出来ていた。「僕は頼まれて仕事に来ているだけで、今日はもう帰らせて欲しい」と訴えた日があった。どう対応したらよいか妻へ相談すると、「T病院で仕事に行くつもりで頑張っておいで」と言われたのを勘違いしていると話された。③妻への負担を軽減するため来院回数を減らす。透析スタッフの対応以外の方法を考慮する。不穏症状が軽度の間に安定剤の内服・注射を使用し、透析中に妻と電話をしてもらいA氏にまだ帰宅時間ではないことを説明してもらった。「治療」という言葉を使わないようにして対応する。透析開始時間を早めにするなどの対応でA氏の不穏行動に繋がるきっかけを減らすよう工夫した。

【考察】

「不穏症状」とは、穏やかでなく落ち着きがなくなり、暴れたり過剰に反応したりする状態で、透析中であれば治療を拒否したり、当然立ち上がったたりする危険な行動が問題になる。A氏の場合は、腰痛などの痛みや帰りた気分になった時に思い通りにならない不満が耐えがたい苦痛に繋がり、不穏症状を起こす原因であると考え。物理的環境・心理的ストレス・身体的ストレス・出現時間など様々な視点で観察し、看護計画を見直しが必要であった。患者に寄り添った看護を提供するためには、患者・家族・その他のスタッフにも協力や情報提供を依頼すること、患者にとって安全で安心に治療が出来るよう環境を整えることの大切さ学んだ。

11	⑱認知症
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	透析治療を拒否する高齢認知症患者への援助 ～患者・家族を含む多職種カンファレンスがもたらした効果～

県 連 名 岡山
院所・施設名 総合病院水島協同病院
発 表 者 藤尾 由貴恵 職種 看護師
共同研究者 世登 洋美

【目的】
近年の透析患者の高齢化は著しく、認知症状を示す患者も少ない。今回、他院からの紹介で透析導入となった高齢認知症患者の透析療法拒否に伴う様々な問題に直面し、患者・家族を含めた多職種でカンファレンスを行った。その結果、患者の望む透析療法を見出し、自宅での生活を望む患者・家族への援助に取り組むことが出来たので報告する。

【方法】
日時と場所を調整し、本人、長男、医師、透析室看護師、訪問看護師、臨床工学技士、医療社会福祉士、ケアマネジャー、理学療法士、倫理委員会メンバーによるカンファレンスを行った

【倫理的配慮】
目的や方法、得られた情報は本研究のみに使用し、得られた情報は個人が特定されないようにプライバシーの保護に留意した

【結果】
面識のない訪問スタッフに刃物を向けるなど認知症は進行しているが、患者は「病院はしんどい時に行く所」と話しており、無理強いすることなくその意思を尊重し対応する必要があることを共有した。そして、定期的な訪問による患者との関係性を築いてきた居宅介護支援スタッフの提案で患者・家族共にデイサービスやヘルパーの受け入れを認めることが出来、生活の質の向上を図ることが出来た。また、訪問看護師と透析室看護師との連携を強化することで、患者の体調と意向に沿った透析療法の継続が出来ており、必要時には緊急透析も行く方針で合意した。その結果、患者は体調不良による緊急入院が激減し自宅での生活が維持出来ている。

【考察・まとめ】
患者の度重なる透析拒否は、新たな情報の処理や環境変化への対応の認知機能障害による反応と考えることが出来る。「病院はしんどい時に行く所」という認識があり、体調の変化を自覚した時には自ら受診行動するが透析療法を継続することの必要性は理解することが難しい。死を覚悟した透析拒否ではないことをカンファレンスで共有し、援助に導くことが出来たことは「認知機能が低下していても、人には意思があり本人の意思決定は尊重されるべきであり、本人の意思決定能力を適切に評価しながら意思決定を支援することが重要である」と意思決定プロセスに準ずることであり、「多職種で協働しより良い保険・医療・福祉を実現する」という看護倫理に基づく行動であったと考える。

患者・家族を含めた多職種カンファレンスでは、患者・家族が問題点を客観的に見つめることが出来、支えられていることを実感出来る。生きる意欲に繋がると共に多職種からのアドバイスを受け入れ、問題解決を自主的に考える姿勢が生まれる。このプロセスが患者・家族への援助を有効にした一事例であった。

【参考・引用文献】
1) 公益財団法人日本看護協会：看護職倫理綱領, 2021
2) 日本透析医学会：日本透析医学会雑誌, P173-217, 53巻 4 号, 2020

11	⑱認知症
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	安全ベルト解除に向けた取り組み

県 連 名 青森
院所・施設名 あおもり協立病院
発 表 者 木村 さおり 職種 介護福祉士
共同研究者 青木 香、成田 奈津子

【目的】
当回復期リハビリ病棟では入院患者の70%が後期高齢者であり、30%の患者が認知症自立度Ⅲ a 以上（2021.8. 調べ）である。そのため、安全管理のためにやむを得ず、抑制を行うことがある。しかし、抑制は尊厳を損ない、漫然と継続される可能性がある。患者の尊厳を守りストレスを軽減するために、抑制の解除や減少に向けて対応していくために、安全ベルトの抑制軽減と解除に向けてのシステムとして「仮免制度」を作成、導入している。

【倫理的配慮】
研究内容と知り得た情報は、本研究以外では使用しないこと、結果を学習会等で公表する場合は対象者が特定できないよう配慮する

【方法と結果】
抑制カンファレンス、朝の申し送り後のカンファレンスなどで、仮免の対象患者を選択し、車椅子の ADL 表に仮免シールを貼り表示し、病棟デイ参加中のみ、アテンダーの見守りのもと安全ベルトを解除する。その後、「日中のみ仮免」「昼夜仮免」と徐々に解除時間を延長し見守り、危険行動がないと判断された時点で安全ベルトを解除、という内容でフロー図を作成し開始した。結果、安全ベルト解除への意識の向上にはつながったが、申し送りがうまくつながらず、確実な評価に結びつかないことも多かった。そのため、仮免期間を短期間としパスという形に変更した。車椅子の後ろに A4 サイズの仮免カードとパスを付け対象者、観察場所・観察スタッフを明確化、毎日の様子を記録し 6 日後に評価することにした。結果、時間帯、場所で誰が見守りするのが分かりやすくなり、責任の所在が明確になり、集中して観察することができ、記録のみで情報共有することで業務負担を減らし、確実に評価に結びつけることができた。

【考察・まとめ】
「仮免制度」で安全ベルトの解除をスムーズにしようと始めたが、デイルーム以外の場所、他患者のトイレ・居室誘導や口腔ケアのタイミング、スタッフの昼休、などで手薄になる。そのため、観察が不十分となり評価が出来ず、仮免終了までに無駄に時間がかかるなどのさまざまな問題が生じたが、何度も内容を見直すことができたのは、スタッフの中に安全ベルトを外したいという、強い思いがあったからだと考える。仮免カードの使用や観察するスタッフが明確になり、短期間で評価を行うことで多職種の意識と対応が共有され、パス終了までの動きが確実に行われるようになっていく。安全ベルトの使用患者は減ることはなく、仮免制度において解除できた患者数は多くはないが、今後も患者の尊厳を守り、一人でも多く抑制解除でき、患者の心身のストレス軽減につながるよう多職種チームで取り組んでいきたいと考える。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「家におるごたる」を支える

県 連 名 福岡

院所・施設名 みさき病院

発 表 者 内山 康代 職種 看護師

共同研究者 高田 つたえ、木下 真由美

【はじめに】

A氏は生活環境が整っていない状態で退院。介護保険料が未納で介護保険サービスも自己負担となるため受けられない状態であった。A氏親子の在宅生活を支援するために多職種と連携し取り組んだ事例を報告する。

【倫理的配慮】

本人、家族の同意を得て個人が特定されない様に配慮した。

【患者紹介】

A氏 70歳代 男性 アルツハイマー型認知症 上咽頭癌
障害自立度：A1 認知症自立度：M 長女と2人暮らし、長女は無職。A氏の年金と長女の貯金を切り崩し生活しているが、家賃、介護保険料、医療費の支払い滞納がある。長女は他者の介入には消極的である。

【取り組み期間】

2020年12月～現在

【生活状況】

住環境が劣悪。浴槽が高く入浴できず、夏季はかけ湯、冬期は清拭。暖房器具の適切な使用が出来ず足指の凍傷があり、熟睡できず常に「眠い」と言われる。

【デイケア利用までの経過】

数年前から上咽頭癌で入院退院を繰り返していたが、認知機能低下にてB病院入院、薬物療法後に退院。自宅での介護負担軽減のためデイケア利用開始となる。

【問題点】

①生活環境が整っていない②入浴が出来る環境ではない③暖房器具の不足④長女は各種支払いを滞納している。

【取り組み内容】

①住環境の整備のため、訪問毎に声掛けをしている。②おむつ交換などの排泄介助が不十分。長女への清拭指導と必要時はデイケアで陰部洗浄実施③暖房器具の適切な使用を指導し、デイケアで手浴、足浴、凍傷の処置を行った。④長女は医師からのアプローチは受け入れていたため、地域包括支援センター職員とMSW、デイケアスタッフ、医事課職員と定期的な面談を実施している。

【結果】

住環境の整備と、経済状況の把握は長女の受入れが困難で片付けや住宅改修は出来ていない、医療費は無料低額診療を提案しているが活用には至っていない。保清や暖房器具の適正利用については改善された。定期的な面談で社会資源の活用や孤立させない支援を続けている。

【終わりに】

患者の生活環境はすぐには改善できないがA氏親子が望む在宅生活を送るためには制度を活用する必要があると考える。今後多職種と連携を図り生活背景をみる視点を大事にしながら支援していきたい。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	認知症患者に合ったアクティビティケアの評価

県 連 名 福岡

院所・施設名 大手町リハビリテーション病院

発 表 者 富貴 真吾 職種 看護師

共同研究者 安部 彩香、首藤 英樹、平野 利通、
長尾 保奈美

【目的】

A病院B病棟は回復期リハビリテーション病棟であり、年々認知症患者が増加し対応に苦慮している。そのため認知症患者にアクティビティケアを提供しているが、興味を示さず、不穏により対応困難な状況になっている。今回、日本老年学会発表の「認知症高齢者のアクティビティケアに対する看護・介護職の評価基準の類型化」（以下、評価基準の類型化と略す）を活用し、患者に提供しているアクティビティの評価を行い、患者個々に合ったアクティビティを提供することで日中の活動が増え、生活リズムが整い入院生活の活気にも繋がるのではないかと思い取り組みを行った。

【方法】

取組期間：2020年12月～2022年1月、研究対象：期間内に入院していた認知症患者Ⅲa以上30名

【倫理的配慮】

対象者個人が特定されないように配慮することを説明し、健和会看護研究倫理審査会に同意を得た。

【実践と結果】

常時見守りが必要だと判断された患者を対象に「評価基準の類型化」を活用し評価を行った。7種類のアクティビティを挙げ、「評価基準の類型化」の4項目の平均が4点以上のアクティビティに効果があったとした。3週間評価し、その後は個別に平均値の高いアクティビティだけを提供した。「風船バレー」や「体操」は8割の患者が4項目で平均4.0点以上であり、特に評価項目の「快・安楽の状態」と「緊張状態の消失」が平均4.7点であった。最も平均点の低いアクティビティは「折り紙」「読書」であり、6割の患者が4項目で平均3.0点であった。点数の高いアクティビティでは、傾眠や不穏なく参加していたが、平均点が3.0以下となるとアクティビティに参加せず傾眠していることが多かった。実施後のアンケートで「患者に笑顔が増えた」「集中して取り組みするようになった」などの意見が見られた。またスタッフより新たなアクティビティの提案や不穏患者に対するスピーチロックの減少など対応の変化が見られた。

【考察】

「アクティビティとは、ADLを超えてwell-beingの感覚を得るためや自尊心、楽しみ、快さ、健康教育、創造性、成功感、経済的・感情的の自立を得るために追求される活動である」¹⁾とJames EAは述べている。そのため患者個々に適したアクティビティの提供と患者の生きてきた時代背景や生活歴に応じて出来ることやしたいことを見出し、個別的なアクティビティを提供することが重要になってくる。今回、評価を行ったことで患者個々に合ったアクティビティの把握と効果的なアクティビティの提供で不穏の軽減や傾眠予防につなげることができた。しかし、患者個々に提供するためには対応するスタッフ人数調整や認知機能に応じた対応が必要である。

【おわりに】

今回、取り組みを通じて患者個々の効果的なアクティビティを知ることが出来た。また今後の課題も見出すことが出来た為、認知症患者に寄り添ったケアを提供していけるよう取り組みたい。

11 ⑱認知症
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上
演 題 名
転倒リスクのある患者の環境シートを利用した転倒予防対策 ～看護師の転倒予防への意識変容を目指して～

県 連 名 京都
院所・施設名 京都協立病院
発 表 者 松田 龍二 職種 看護師
共同研究者 樋口 まなみ、廣田 健一、滝下 蘭子、
岩見 愛子

【はじめに】
A 地域包括ケア病棟では、急性期医療を経過した患者や在宅において療養を行っている患者等の受け入れなど在宅復帰支援の役割を担っている。入院している患者は65歳以上の高齢者が9割以上を占めており、認知機能・身体機能の低下、環境の変化から不穏状態になるなどして転倒される認知症患者の割合が多い。病棟では転倒の危険が予測される患者には主に、離床センサーを使用し対応しているが、依然として転倒の件数が多い。その原因として、業務の煩雑さから転倒対策を話し合うカンファレンスに時間を割けず、多職種と情報共有ができていないため患者に適切な対策にはなっていないことがあげられる。そこで、転倒・転落対策として「環境」に着目し、病棟スタッフ共通の環境シートを使用することにした。そのシートが個性のある転倒予防対策に活用でき、また今後の課題が明らかになったため、ここに報告する。

【方法】
20XX 年1か月間、転倒リスクのある患者に対し、患者のADL やベッド周囲のレイアウトなどを記載した環境シートを用い転倒予防対策を実施、3 事例について検討を行った。

【倫理的配慮】
本人、家族に本研究の趣旨、参加の自由、個人情報の保護、不利益や負担が生じないよう配慮することを説明し同意を得た。

【結果】
環境シートを使用し、環境に対する統一事項、患者の行動に対する対応の方法などをスタッフ間で統一できた事で転倒を防ぐことが出来た。しかし、環境シート記載の内容と実際の ADL に相違するところがあり環境シート記載内容の変更を行った。環境シートの情報が実際とあっているか、評価日の設定をしておく必要があった。

【考察・結論】
環境シートを活用することでスタッフの意思統一を図ることができ、患者の生活背景や身体機能の状況を把握し、患者の日々の状態変化に伴って多職種で情報共有することで様々な視点から検討し、患者に合った環境調整をすることが出来るようになる。タイムリーに患者の状況に合わせられるよう多職種でカンファレンスを重ねていく事が必要であり、患者の状況に合わせた環境シートの見直しを実施できるシステム作りや、環境シートの情報更新などの評価日の設定が必要である。そのことにより、より追求した対策プランを立案することが可能になると考える。また環境シートを全患者に使用すれば病棟スタッフの統一した転倒予防対策ができ、ひとりひとりの患者への転倒対策の意識付けに効果的であると考えている。しかし、看護師個人で判断している部分があり、育成の充実、情報共有することの大切さが課題となった。今後も環境シートを全患者に使用することを目指し、転倒件数の減少に繋げたい。

11 ⑱認知症
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践
演 題 名
オレンジカフェの取り組み

県 連 名 東京
院所・施設名 王子生協病院
発 表 者 千葉 幸子 職種 看護師
共同研究者 武田 祐美、水野 賢一、外山 勝人、
本多 勝彦

【はじめに】
2014年から開始した外来患者向けの「カフェ」は、地域に開かれたカフェを目指し、区のオレンジカフェに登録し数経過した。コロナ禍で開催が中止となった事もあったが、いち速く再開し現在もカフェを継続している。

【倫理的配慮】
発表にあたり、医療機関情報及び患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、個人が特定されないよう配慮した。

【経過】
主催は院内の高齢者ケア委員会で、看護師、作業療法士、薬剤師、医療相談員、事務、医師で構成され、カフェ当日は、2名の委員会メンバーとボランティアで運営している。年に区のオレンジカフェに登録するために、まずは組合員、職員向けに認知症サポーターの研修を2回施行。同時に区のNPO ボランティアにも登録し、広くボランティアの呼び掛けを行った。実際登録後に数名の方から参加の希望があった。参加者の呼びかけは、ボランティア協会や、包括支援センター、近隣の居宅事業所へチラシを配布、病院内にポスターを掲示。組合員の方々も知り合いに声を掛けてくれた。開催する側として、ボランティアスタッフへ向けての注意点や、オレンジカフェの内容などの学習会を行った。そこで、具体的に役割分担についても話し合うことができた。登録後、初めて開催した際は、元来の参加者に加え、別のカフェに参加している方もみえた。自己紹介から始めることで、自然と話が進み、ボランティアの方々の話題提供もあり、会は賑やかに進んでいる。会の内容は時々で変化し、学習会や歌、定期的にハーモニカのボランティアも参加するようにもなった。このハーモニカのグループには元来の参加者が普段通っているグループであった。メンバーは変動はあるものの、賑やかな会となった。しかし、2019年コロナが蔓延し、外出することが著しく困難となった。カフェも蔓延に伴い中止を余儀なくされた。再開したのはその年の秋であった。ようやくコロナがどんな物か解明され、感染者も減少し予防法がわかり、再開するための感染対策指針がだされ、それが実現可能となったからである。他のカフェは場所的な問題や感染対策物品が足りないなどの問題があり開催できない所も多々あった。また、定期的に参加していたハーモニカグループは歌や楽器の演奏が出来ないため、参加は見合わせとなってしまった。再開当日に、ボランティア、参加者一同、再開を喜びあった姿は忘れられない光景である。その後も感染者が増大すると同時に中止となった事もあったが、会は継続している。

【まとめ】
地域に開かれたカフェをと考え、区のオレンジカフェに登録したが、外来患者だけでなく、地域の方々も参加するため、ふれあい・交流の場となっている。コロナ後の再会でいかに外出できないことの辛さを聞き、益々カフェの重要性を認識した。

11 ⑱認知症

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名

「もの忘れ相談外来」開設1年の歩み
～認定看護師の役割を心に刻みながら～

県連名 神奈川

院所・施設名 川崎協同病院

発表者 菅野 まり子 職種 看護師

共同研究者 関川 康隆、八木 美智子

【はじめに】

超高齢社会の到来で急速に増加している認知症の人が気軽に相談出来る相談窓口はあまりない。介護する家族の知識や制度の活用、診療に繋げる援助の必要性を認定看護師として6年間働く中で痛感してきた。5年前から院内だけでなく地域住民の相談も受ける中で少しでも認知症の啓蒙や早期発見に繋げる役割を果たしたいと考え「相談外来」開設について管理と話し合ってきた。約1年の構想を経て2021年5月に当法人内クリニックの診察室を1室提供してもらい「もの忘れ相談外来」を開設した。1年を経過しこの間の相談内容を振り返り更に今後の活動に活かしていきたい。

【目的】

認知症症状を持つ住民とその家族の不安や悩みの解決の窓口となり、認知症の早期発見、早期治療に結びつける。地域に認知症を正しく理解してもらう。

【方法】

毎週月曜日の午後に1家族60分の枠で予約制。利用は無料。現在の生活状況や問題、困り事を聞き対応のアドバイス、簡易認知症簡易検査を行う。治療の必要があると判断した人にはクリニック内の専門外来を紹介。同意の下採血、頭部画像診断を行う。

【倫理的配慮】

発表においては個人が特定されないように配慮し事例で登場する方には研究の目的、方法を説明し同意して頂いた。

【結果】

期 間：2021年5月～2022年3月

相談数：25名 当事者年齢：70歳～80歳（平均年齢82歳）

男女比：3対7

相談者：当事者の家族ついで本人

相談内容：もの忘れ、無気力、鬱傾向、暴言暴力など。

実際の対応、対策については当日報告します。

【まとめ】

- ①相談外来に来る人の多くが「もの忘れ」の自覚があり不安な思いを抱えていた。「認知症と診断されたくない、認知症と知られたくない」という思いが強かった。
- ②日常生活動作は自立している人が多く介護認定の申請は3割の人が未申請だった。
- ③不安な思いをどこに相談すれば良いのか、何科に受診すれば良いか判らず悩んでいた。域包括支援センターや役所は敷居が高いと語った。
- ④相談者にHDS-Rを実施したところ非該当（老化現象）が最も多くついでMCIレベルという判定であった。
- ⑤自身の思いや不安感を誰かに聞いて欲しいという思いを強く持っている人が多くいた。

【考察】

この2年間コロナ禍で班会や集団レク、認知症に関わる地域住民むけの学習会などがほとんど中止となり、地域の中に認知症がどれほど増加しているのかその実体の把握が難しかった。相談外来で関わった住民を通して認知症やMCIレベルの人が潜在的に増えている事を改めて実感した。今後も「もの忘れ相談外来」を続ける中で関わる公的機関や介護事業所の職員と連携を取りながら民医連の基本である一人ひとりが尊重され、地域の中で安全に安心して暮らしていけるよう認知症看護認定看護師として役割を果たしていきたい。

【参考文献】

「認知症の人の気持ちがよく分かる聞き方、話し方」 鈴木みずえ
監修 池田書店

11 ⑱認知症
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践
演題名 COVID-19流行下における認知症高齢者の身体拘束を考える —認知症看護認定看護師として認知症高齢者の人権を擁護していくために—

県 連 名 岐阜

院所・施設名 みどり病院

発表者 福島 麻悠子 職種 看護師

【はじめに】

認知症看護認定看護師（DCN）の期待される能力に認知症の人の意思を尊重し、権利を擁護することができるがあり、身体拘束最小化に取り組んできた。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行下において、DCN としての役割は何か、事例から考察する。

【倫理的配慮】

患者・家族へ説明し同意を得た上で、看護部の承認を得た。

【事例紹介】

A 氏 90歳代 男性 アルツハイマー型認知症（X-9年診断 FAST 7a） 妻と2人暮らし 尿路感染で入院。車椅子で廊下を周回し入院生活を送る。状態改善後、早期退院を検討していたが、9日目 同室者が COVID-19陽性となり、濃厚接触者のため一般病床で隔離となる。

【結果】

隔離後、病室が施設されたためドアを揺すり続ける姿や険しい表情が見られ、リエゾンチームの介入、抗精神病薬開始となる。10日目 食事が自己摂取困難となり、摂取量減少したため、隔離の影響と考え多職種カンファレンスを行う。隔離状態での最善について検討し、自宅で行っていたことや隔離中のリハビリを開始、食事についても内容を調整した。11日目 妻の思いを確認した上で、翌日までの状況を評価し入院継続について判断することとなる。12日目 食事は必要量まで到達していなかったが、落ち着いて過ごせる時間があるとの評価で入院継続となる。13日目 隔離状態での入院継続について再度多職種カンファレンスを開催し、妻に現状を伝えサービス調整後、退院となる。退院後は DCN として家族のフォローを行なった。

【考察】

COVID-19治療方針の決定にあたっては、個別のかつ多角的に検討することが、本人の尊厳を尊重し、本人や家族の意思や気持ちに寄り添った医療・ケアを提供することに繋がる1)とされている。A氏は高度アルツハイマー型認知症があり、意思表出が困難であったため、非言語的表現、生活状況や認知機能などの情報からA氏の意思を推定し、チームカンファレンスでDCNがA氏の代弁者となったことで多職種で検討を繰り返す際に、A氏の意思を尊重することにつながったと考える。DCNが調整役となるだけではなく、チームのスタッフも声にならない認知症者の代弁者となれるようアセスメント力の向上が今後尽力する必要があると考える。

【おわりに】

“すべての人が人間らしく、その人らしく生きていくことをあらゆる場で援助する無差別・平等の看護”を意識し日々活動している。感染症流行下においても、感染拡大を予防・備える対策と並行し、認知症高齢者の代弁者として“身体拘束最小化”を、個別のかつ多角的に評価し、患者の声にならない思いを代弁していく役割が必要だと学んだ。退院後も続く生活を見越して、安心して生活を継続できるような支援を入院中から行いたい。

【引用文献】

1) 日本老年医学会（2021）. 新型コロナウイルス感染症流行下において認知症の人を含めた高齢者と家族を支えるための学会員への提言。

11 ⑱認知症
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践
演題名 アルツハイマー型認知症患者の意思支援決定

県 連 名 岡山

院所・施設名 岡山協立病院

発表者 丸尾 葉子 職種 看護師

【目的】

経皮的胃瘻造設術は、安定した栄養補充が容易であり、再び食べるためのリハビリツールとしても有効な手段であり、簡便かつ安全で経済的である。しかし、超高齢化社会のなか社会的な理由により患者の意思に関係なく胃瘻造設術を行われる事がある。A氏は、アルツハイマー型認知症による先行期障害のため安定した栄養補充が困難となり、外科的胃瘻造設が選択に上がった。A氏の意思支援決定を支援する看護をおこなった。結果、A氏希望の胃瘻造設をすることなく、自宅退院ができた事例である。

【倫理的配慮】

研究への参加によって対象への不利益や負担が生じないように配慮し実施した

【経過】

・A氏80代後半 男性 元々妻と長男の3人暮らしをしていた。（長男は高次機能障害があり、妻が介護している）・診断名：誤嚥性肺炎
既往歴：アルツハイマー型認知症 心因性頻尿
・入院までの経過他院にて食事中に窒息し、一時呼吸停止したが回復する。その後誤嚥性肺炎となり当院入院となる・入院後の経過入院時、抗生剤投与にて炎症反応改善する。ST介入して食事再開する。入院18日目 VF実施する。結果、アルツハイマー型認知症による先行期障害診断がでる。入院22日目胃カメラ検査をすると十二指腸潰瘍診断。治療を行い入院30日目潰瘍治癒するが、先行期障害のため安定した栄養補充が困難となる。NST回診時胃瘻も早めに検討が必要との評価があった。スタッフは、病状説明、カンファレンス、面談、日常生活動作の動画撮影、退院前カンファレンスを行った。

【結果】

A氏が胃瘻造設を拒否している事を妻へ伝えると同時に今後A氏の療養先の確認すると「これで最期かもしれないので、家に少しでも連れて帰りたい」という言葉が聞けた。長女は、胃瘻造設を希望したが、妻は、胃瘻造設はせずに自宅退院の決断をされた。MSW、ケアマネと退院前カンファレンスを行い入院60日目胃瘻造設をすることなく退院できた。退院後、1週間後ブライマリーナースが自宅へ電話訪問をすると妻は、「大変だけれど家にかえってきてよかった。食事はほとんどとれていないが、車いすに移って家族みんなでリビングでごはんを食べているなど一緒にいられてうれしい」と話された。

【結論】

①アルツハイマー型認知症患者も意思決定を伝えられる。その思いや不安を看護師はキャッチし、多職種と連携していく必要がある②家族が、介護のイメージができるように、患者の日常行動を動画や面会時など細やかな情報提供をする必要がある。

【考察・まとめ】

私たちは、A氏の日常生活行動を観察する中で、A氏の拒否は本音の拒否だと感じた。今回の事例は、民医連の看護実践の基本となるもの3つの視点：患者の立場に立つ、患者の要求から出発する2点の看護だと考える。今後も、患者の声から出発する看護をおこなっていききたい。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	睡眠に障害のある入院中の認知症高齢者の睡眠状態と光環境の関係

県 連 名 石川

院所・施設名 城北病院

発表者 松田 知恵 職種 看護師

【研究目的】

医療療養病床に入院する睡眠に障害を有する認知症高齢者の療養環境と睡眠覚醒状態の把握、また、睡眠に影響を及ぼす生活状況を明らかにすることである。関わるスタッフが、認知症高齢者の睡眠状況より何が睡眠の妨げになっているのかを検討し、各個人のケアの質の向上につなげていきたい。

【研究方法】

研究デザインは事例観察研究とし、70歳以上の認知症と診断されている何らかの睡眠障害を有すると判断した方を対象とした。ただし、レビー小体型認知症と医師より診断されている高齢者は除外した。

【データ収集方法】

1) 睡眠の測定方法として、センサーマット型睡眠計をマットレス下に常時設置し連続5日間測定した。無線LANやSDカードなどを使用し、パソコンに読み込んでデータ収集した。2) 環境測定 室温、湿度はデジタル室温湿度計、照度、色温度は色彩照度計を使用し、1日3回（各食事前後）、対象者の枕元、食堂での対象者の決まった座席、食堂の窓際中央付近の3か所を測定した。

【データ分析方法】

各個人の5日間の睡眠計より得られたレポート図より、睡眠時間、睡眠潜時、睡眠効率、中途覚醒の4項目を算出。また、睡眠に関連する看護記録や診療録、環境測定値の客観的データを睡眠レポート図の時間帯に記載し睡眠状態への影響を検討した。環境測定の照度、色温度の測定値は、クルイトフ曲線上に記入し、照度、色温度が交差する点から過ごす環境が「快適な領域」か「不快な領域」であるかを判定した。

倫理的配慮：研究倫理委員会の承認を得て実施。研究協力病院には研究の目的と方法、入院中の記録閲覧について口頭および書面に説明し同意を得た。研究対象者には、研究の趣旨、目的および方法を書面と口頭で分かりやすい言葉を選び説明し同意を得た。また、研究対象者が認知症の診断を受けており、研究同意に関して不確かな面もあると考えられるため、家族にも同様に書面と口頭にて説明、同意を得た。

【結果】

信頼性に欠け連続測定ができなかった者を除く7名を事例観察の対象とした。72歳から90歳の男性3名、女性4名でコミュニケーションは可能であった。認知症高齢者の日常生活自立度はⅢaからⅣ、障害高齢者の日常生活自立度はA1からC1の対象者であった。睡眠導入剤を服用している対象者が4名いたが、睡眠効率を比較すると睡眠薬の効果に差がみられた。また、療養ベッドの位置が窓側の者、廊下側の者には光環境に大きく差異がみられた。

【考察】

睡眠状態に関しては、個人差が大きいという結果が明らかとなり、性差、年齢、疾患、日中の活動量の違いにより差が生じていると推察される。その中で睡眠に影響を及ぼす出来事として共通にみられたことは、排泄に関すること、全身の掻痒感による身体的苦痛の影響であった。日中、室内のベッド上で大半を過ごすことも明らかになり、生活にメリハリをつけていくことも質の良い睡眠へとつながると考える。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	療養病棟による生協10の基本ケアの取り組み～希望叶えるために

県 連 名 埼玉

院所・施設名 熊谷生協病院

発表者 乙川 敏之 職種 介護福祉士

【はじめに】

A病棟の療養病棟は55床であり病床利用率は95%前後である。医療療養1、在宅強化型療養を取得しているが、医療依存度2、3割合が100%（12月10現在、気管切開11名、酸素使用14名、胃瘻・経鼻栄養37名、中心静脈栄養8名）で医療依存度が高い病棟である。経口摂取可能な患者数は3人であり、法人全体で取り組んでいる生協10の基本ケア（以下10ケア）を療養病棟も取り組むことを決め、チームで話し合い取り組んだ事例について報告する。

【目的】

- ①10ケアを学び、患者の個別性を重視した介護が提供出来る。
- ②医療依存度が高い患者に10ケアを実施し、在宅復帰をめざす。

【方法】

自分で起き上がり車椅子に座れる患者がいない現状から、チームを作り、10ケア第8章、9章を中心に取り組む事とした。期間：2021年4月～2022年5月

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう個人情報の取り扱いに留意する。取り組み内容と学会等で報告する事を患者本人に口頭で説明し承諾を得た。管理会議で承認後、学会等で報告する。

【結果】

事例紹介：90代 女性 経口摂取可能 排泄はオムツ 病名：パーキンソン病 アルツハイマー型認知症 家族構成：次男夫婦と同居 経過：2021年4月頃よりリハビリに対して拒否するような言動があった。本人の希望は、刺身、「つるのこ」が食べたいである。10ケアチームでケア会議を重ね、8章「夢中になれることをする」が患者の希望である「つるのこ」を食べる事と考えた。患者の食べる意欲がリハビリにもつながると考えた。病棟カンファレンスで、STは嚥下的には問題ない。医師はどんなお菓子か1度確かめてから判断すること、可能な限り食べさせる対応することを決めた。「つるのこ」の摂取にあたり、本人より刻んで食べさせてと話された。本人は「あれ一懐かしいね、変わらず美味しいね、又食べたいね」と感想を話した。その3ヶ月後には、「ゆべし」をつくりみんなに食べさせたいと話されたため、ケア会議で検討しリハビリ職員、介護職と一緒に「ゆべし」作りをおこなった。「つるのこ」摂取から5ヶ月後に自宅退院となった。

【考察】

患者の希望から介護職員が中心となり食について考え、他職種の意見を聞き取り組んだ事例であった。入院という制限された生活環境の中で、生活動作の維持・向上を目指すことが難しい時もある。しかし、患者の希望を聞き食べるということにこだわり援助した事で、患者の意欲につながり病棟スタッフも理解し協力が得られた。事前にご家族の理解を得た事、他職種の意見を聞き安全に配慮した事、何より食べた後の本人の笑顔を見ると今回の取り組みは良かったと考える。この取り組みが、患者の生きる活力につながり、自宅退院につながった。日常生活行為そのものをリハビリと捉え10ケアを実施する事は、病院で働く介護職のやりがいにもつながっている。

11 ⑱認知症
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上
演 題 名
アクティビティの視点を取り入れた院内デイケアの実践

県 連 名 岐阜
院所・施設名 みどり病院
発 表 者 長野 蒼 職種 看護師
共同研究者 福島 麻悠子、間宮 満里子、岩佐 正美、
熊崎 由恵、小坂 恭代、川口 悟志、
富田 明香里

【目的】
D 病院一般病棟の認知症グループでは、2020年より院内デイケア（以下院内デイ）を行っている。認知症患者の身体拘束の予防、ADL 低下を防ぐ目的で行ってきたが、内容について検討されていなかった。そのため、高齢者に有効であるとされているアクティビティの視点を取り入れた院内デイを実施し、有効性を検討する。

【倫理的配慮】
患者・家族に対してオプトアウト文書にて説明し同意を得た。

【方法】
従前の院内デイを A 群、アクティビティの視点を取り入れた院内デイを B 群とする。9/24から12/3の期間、A 群、B 群の院内デイを1週間に1回2週連続1クールとして実施した。参加した12名のうち、どちらも参加した7名を研究対象とした。患者の活動性を客観的に評価するツールとして、長倉寿子の集団作業療法における個別評価表を用い、主観の評価として、院内デイケア実施後に患者へのアンケートを実施した。
本研究では、以下の仮説を立てた。
A：患者の活動性の上昇や精神機能の活性化が得られる
B：集団で行う院内デイに有効である
C：院内デイに参加する認知症患者に有効である

【結果】
仮説 A：合計得点が大きく増加した患者には、生活歴に合わせたアクティビティが実践されていた。他患者の合計得点をみても、参加患者の 7 人中6人が、精神機能に関連する項目のいずれかの得点が増加しており、活動性が上がったことや、精神機能が活性化されたと評価した。しかし、得点が大きく減少した患者もあり、各個人の生活歴や人生歴に合わせた内容では参加する患者全員に効果が得られないことがわかった。
仮説 B：80代男性は合計得点が低く、集団行動自体になじみがなく、院内デイの内容が合っていないと考えた。反対に、90代女性3人は合計得点に変化がなく、集団での活動に適應する力を持っていたと考え、男女の特性を生かした内容を検討する必要があるとわかった。
仮説 C：帰宅願望が強い患者の合計得点は大きく減少せず、院内デイ参加中は穏やかに過ごせた。院内デイに参加することで、不安や混乱から注意を転換することができ、作業に集中することができたと評価した。

【結論】
仮説 A、B、C の結果から、アクティビティケアは集団院内デイや認知症患者に有効であることがわかった。院内デイにアクティビティの視点を取り入れることで、患者の活動性が上がり、精神機能の活性化が得られることを成果として得た。今後の課題として、アクティビティの視点を院内デイに取り入れることが現実的に難しい場合もあるが、各個人の生活歴や人生歴はもちろん、年齢や性別、性格等を知り、院内デイに参加する全員が楽しさややりがいを感じることができ環境を整えていきたい。

11 ⑱認知症
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践
演 題 名
認知症初期集中支援チーム活動を通して ～地域で生活するために必要な環境調整とは～

県 連 名 京都
院所・施設名 京都民医連中央病院
発 表 者 山田 亜由美 職種 看護師

【はじめに】
京都民医連中央病院では、京都市から委託を受け、2019年7月から認知症初期集中支援事業を行っている。
相談を受け、専門職が早期に関わり、情報共有しながら支援することが重要であると様々な事例から学ぶことができた。
認知症の人の支援、家族支援、地域における様々な社会資源の活用や連携をとりながら、在宅生活を支援する具体的調整について報告する。

【目的】
2021年度の活動を振り返り、支援対象者の特徴や相談内容から認知症のひとと家族支援など課題を明らかにする。

【方法】
初期集中支援チーム対象者で、介入時における認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度、介護度の有無、家族背景などを踏まえ、データ分析する。

【倫理的配慮】
個人が特定できないように、十分な倫理的配慮を行った。発表にあたり所属施設の看護部の承認を行った。

【結果】
支援対象者24件のうち、世帯割合は独居11件、子どもと同居7件、夫婦6件の順で、70歳代が9名、80歳代が15名であった。医療や介護につながった割合は約9割であった。初期集中支援チームに相談する属性としては、家族が16件と最も多く、Zarit 8では「本人の行動に困ってしまうと思うことがある」「介護を誰かにまかしてしまいたい」の項目で高い点数となった。短期記憶障害や見当識障害、身体疾患の不調などにより行動・心理症状が出現しているケースもみられた。コロナ禍で人とひとの交流やコミュニケーションが少なくなり、認知症が進行したことも特徴的であった。

【考察】
介入した事例では、かかりつけ医との連携を図りながら、認知症の診断、介護保険を申請しサービス利用に結び付いたケースが多かった。介護サービスの効果的な利用と併行し、家族にとっては、今後も介護し続けなければならない問題を抱えている。結果にもあるように、認知症のひとだけではなく、介護する家族も支援の対象である。認知症に対して適切な知識を得て支援をうけ、関わるができるようにしていくことが、認知症の人の状態を改善し、家族の介護負担を軽くすることにもつながると考える。

【まとめ】
認知症の病期によって、支援の方法を柔軟に対応しないといけなく、と実践を通して実感している。認知機能の低下によって、日常生活に様々な障害が生じるが、できる力を引き出しつつ、周囲の言葉かけや対応によって、認知症の人の不安が軽減し穏やかに生活できるよう支援が必要である。家族への援助も重要で、認知症の理解を促すような教育的支援と心理面でのサポートなど、地域の資源を活用し連携しながらすすめていきたい。

【参考文献】
・日本認知症ケア学会誌 2020.Vol.18-4
・医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門
平原佐司 中央法規

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	コミュニケーションに支障のある患者のケア援助～療養環境とストレス刺激の関係について～

県 連 名 石川

院所・施設名 城北病院

発表者 重光 真弓 職種 看護師

【目的】

自宅療養中に脳出血発症し、言語障害、によりコミュニケーションに支障をきたした高齢透析患者の療養環境とケア援助、ストレス刺激の関係について考える。

【方法】

看護記録より環境とケア援助について振り返る。

【倫理的配慮】

個人情報保護に配慮することを本人及びご家族に口頭で説明し同意を得た

【対象】

A氏 60歳代後半 女性 結婚歴なし、中度精神遅滞、高校卒業後家事手伝いしていた 慢性糸球体腎炎により15年前透析導入され、シャントトラブルにてスプリットカテーテル管理にて維持透析を行っている。網膜色素変性症にて15年ほど前よりほぼ全盲状態、親族の支援をうけ透析通院していた。脳出血により入院、急性期病棟にて保存的加療後、麻痺ないが発声発話障害あり回復期リハビリ病棟にて4か月リハビリ介入した。その後療養先調整にて療養病棟にて療養継続されている。障害高齢者日常生活自立度B1 認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ b 臨床的認知症尺度CDR1

【結果】

脳出血発症後の治療やリハビリ期では、緊急入院によるリロケーションショック、視覚障害により状況把握ができず心理状況の不安定さがみられた。認知機能低下、見当識障害などから自分の置かれている状況が理解できず、苦痛の訴えが上手く出できず、混乱や不眠がみられ、便秘、繰り返すカテーテル感染など、A氏にとって身体的、心理的に大きなストレスとなっていた。排便コントロールや不眠対応で薬剤調整を行うなどの対応を行ったが、苦痛のサインに十分対応できない事もあり、落ち着かない状態のことが多かった。A氏は、入院による環境変化に伴いストレス閾値が低下している時期に、不安行動への対処がされず、不眠や過活動などの行動障害につながりやすくなっていたと考えられる。療養先調整のため療養病棟転病棟し、A氏への対応や十分関わり切れなかったことを継続し対応した。ストレスを増強させる要因を探り、リアリティーオリエンテーションや排便コントロール、不安行動のサインを把握し、不安行動から行動障害へと移行する前への対応を病棟全体で検討し関わった。また透析治療への苦痛を受け止め、透析室スタッフとのカンファレンスを重ね、少しずつ落ち着いて過ごせるようになってきている。

【結論】

コミュニケーション障害や認知機能低下は、さまざまな状況に対応することが困難であり、環境変化によるストレス刺激閾値が低くなる。ストレス刺激閾値漸次低下モデルでは、環境からの刺激によってストレスが高まると、不安行動や行動障害につながる。ストレス閾値を超える前に、その人の背景や行動の意味を考えケア援助につなげることが必要である。そのためには、ストレス刺激を予測的に対応できる知識と、不安行動域に達したサインに気づき、適切にケア援助できる人的環境やケア環境を整えることが必要である。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	家族との関わり的重要性

県 連 名 岡山

院所・施設名 林道倫精神科神経科病院

発表者 岡本 愛実 職種 看護師

【はじめに】

杉原は、「認知症の人とその家族の意思決定を支える中心的役割を果たしていくことが看護職に求められている。」¹⁾と述べている。私がA氏を引き継ぎ受け持ってから、中心的役割を果たすことで、病棟に不信感を抱いていた妻から感謝の気持ちを聞くことができるまで関係が改善した。トラブルが起きた際にも、A氏とその妻の気持ちを汲み取り関わることで、患者・家族と良い関係を築くことができたため、その過程を振り返り報告する。

【倫理的配慮】

個人のプライバシーを保護するために、個人が特定されないよう配慮した。

【患者紹介】

A氏 50歳代 男性 キーパーソン：妻 病名：前頭側頭葉型認知症

【看護の実際】

- ① 腹巻の使用
- ② オーバーオールの使用
- ③ 食事形態・食事量 UP
- ④ 日中の車いす移乗
- ⑤ 家族との密な関わりと家族の思いの尊重

【取り組み期間】

1年間

【考察】

A氏の状態を妻にきちんと伝えることで、不安や不信感を軽減させ妻からの信頼を得ることが出来た。また、すぐにつきまつの提案をせず、妻の気持ちを汲み取り代替案を考えることで、妻と良い関係を築くことが出来たと考える。妻と電話で相談することで、広い視野を持ちA氏と関わる事が出来た。A氏と妻の中心的役割を行い、妻に助言をもらうことで、A氏の笑顔を引き出すことが出来たと考える。

【おわりに】

日頃の患者の状態をみるだけで看護の方向性を決めるのではなく、家族とコミュニケーションを取りながら一緒に援助方法を考えることが重要であると学んだ。今後も、患者はもちろん、その家族の思いにも目を向けて、様々な視点からその人に必要な看護援助を考え実践していく。

【引用・参考文献】

- 1) 「認知症の人と家族に対する意思決定支援と看護職の役割」
杉原百合子、人間福祉学研究 第9巻第1号 2016.12

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	個別性を理解したケアの確立を目指す取り組み ーライフヒストリーシートを導入してみてー

県 連 名 滋賀

院所・施設名 介護老人保健施設 日和の里

発 表 者 藤田 めぐみ 職種 看護師

共同研究者 天田 津矢子

【目的】

当施設ではここ数年で認知症や精神疾患を有する利用者が増え対応が困難な場面が増えている。認知症や精神疾患は症状として個々の生活史が大きく反映される事が多い。そこでそれらの情報を事前に入手することで対応が困難な利用者との関わりに活かせるよう「ライフヒストリーシート」（以下シート）を導入した。このシートの情報を共有し、活用することで疾患や障がいなどの医学的な側面だけでなく利用者個人を多角的に捉えた全人的ケアに繋がるかを検証する。同時にシート導入前後で職員の意識変化やシートの有用性も検証する。

【方法】

1. アンケート対象：療養棟職員計47名 2. シート導入期間：2021年1月～7月 3. 調査方法：入所中及び入所が決定した利用者の家族にシートの記入を依頼。導入後に職員にアンケートを実施した。

【倫理的配慮】

職員に実施したアンケートは無記名とし提出は任意とした。

【結果】

家族の記入済みのシートを読んだ事があると答えた職員は約82%であった。興味を持った項目としては「好きな歌や趣味、食べ物など」が約64%と最も多く、次いで「特技や自慢、生きがい」が約54%であった。実際に利用者の関わりの中でシートを活用した職員は79%と半数以上を占めた。中でも日常でのコミュニケーションの時に活用できたとの回答が約91%であった。「シートを活用したことで起きた利用者の変化」の質問は自由記載とした。利用者の変化として「不機嫌だった方が趣味のお話をする事で穏やかになられた」、「笑顔が増えた」など多数の回答があり活用した職員は利用者の変化を感じられた結果となった。さらに職員の意識変化については「利用者に対して親しみを感じるようになった」の項目が約83%と最も多く、今後もシートの活用を継続した方が良いという回答が約89%と有用性を得られた結果となった。

【考察】

結果より、シートから利用者の生活史を知ることによって以前より利用者に興味を持ち親しみを感じられるようになったという職員の意識変化を得ることができた。これはシートに記載された利用者の好きな事や趣味などの普段聞けないような一面をコミュニケーションツールの一つとして活用できたからだと考える。認知症や加齢、精神疾患によってご自身では発信できない、思い出せない情報を家族を通じて介護者が知ることによってケアに活かせると思う。特に認知症は若い頃の記憶は鮮明に覚えておられる事が多く、それらを出する手助けにもなると考える。故にシートの情報は生活支援をする上では大変貴重な情報であり今後もシートの活用は意義があると考えます。

【参考文献】

田中寛之ら研究論文 ライフヒストリーカルテの導入が医療介護職員の患者・利用者理解度に与えた影響

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	共に支え共に暮らす

県 連 名 福岡

院所・施設名 老人保健施設くろさき苑

発 表 者 長嶺 さおり 職種 介護福祉士

【はじめに】

当苑2階では在宅復帰入所や、SS利用、又ロングと呼ばれる施設入所待機と様々な形態での受け入れを行っている。今回、入所中に利用者同士が思いあい、気遣う事でお互いの周辺症状が改善した事例を発表する。

【倫理的配慮】

この事例は本人に了解を得た上で個人が特定できないよう配慮を行った。

【利益相反について】

今回の事例及び発表について、利益相反はありません。

【対象】

A氏 女性80代 認知症・高齢者タウオパチー 要介護1 自立度A1 認知度Ⅱb B氏 女性70代 精神発達遅滞 アルツハイマー型認知症 うつ病 糖尿病（左下肢切断） 要介護3 自立度B1 認知度Ⅲb

【方法】

同室の利用者である対象の2人が、お互いの関係を築く中で見守りを行いながら危険やトラブルが無いように寄り添い、本人達の意思が尊重できるよう努めた。また両者の関係が途切れないように近くから見守り支援を行なった。

【経過】

A氏は入所当初、不安感が強く頻回に姪御様に連絡されたり、自分の荷物をすべてまとめてバッグにしまい込み帰宅願望があった、自分以外の物でも直しこまれ、紛失された事もあり、その為職員の見守りや居室内の荷物の確認が必要となっていた。B氏は入所理由を理解するのが難しく、常に不安感や焦燥感がみられた。居室やホールで大声を出したり、食事や入浴の際にも拒否動作が多かった。そのような状況ではあったが、二人が同室になり1週間が過ぎた頃、左足がない事が気になっている様でA氏がB氏の様子を伺う姿が見られ始めた。そこでB氏の介助をする時はA氏にも話しかけを行い、二人が会話する機会を作るようにした。次第に二人の距離は近くなり、A氏がB氏の様子を職員に教えたり、時には不穏から床に降りたB氏に寄り添い、落ち着かせようとされる事もあった。B氏は感情の抑えが効かずA氏に不満や怒りをぶつける事もあったが、一緒にいる時は落ち着いて過ごされる時間が増えてきた。

【結果】

現在もA氏のB氏に対する気遣いは継続しており、起床後にB氏の髪をとく姿は微笑ましく思う。B氏もA氏を頼りにされている様で二人の関係は良好と思われる。A氏は帰宅願望や収集癖は消失し、B氏も不穏症状が減り、穏やかに過ごす時間が増えている。

【考察】

A氏がB氏を気にかけるようになったきっかけは、B氏が左下肢切断という目に見える障害があった為と思われる。こちらがそれに気が付き、二人の関係性や思いを尊重するケアを行った。A氏は誰かのためになる事で自尊心を、B氏は誰かに大切に思われる事で安心を得る事に繋がったのではないかと考えられる。

【まとめ】

誰かの力になれる事、誰かから大切に思われていると感じる事は大きな喜びになり、実感する事で心身を動かす原動力になる。施設の中であっても、人と出会い触れ合う事の出来る環境作りを行いながら共に支え暮らして行きたいと思う。

キーワード：コミュニケーション

11 ⑱認知症
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上
演題名 認知症対応型通所介護利用者のサービス変更を決定する家族介護者に影響を及ぼした介護負担に関する一考察

県 連 名 北海道

院所・施設名 老人保健施設柏ヶ丘

発表者 奥野 正樹 職種 介護福祉士

共同研究者 白取 武士、佐藤 久夫

【目的】

A 認知症対応型通所介護（以下認デイ）では、「同居家族への聞き取り」から介護負担がサービス選択に影響するとの結果を得た。今回、家族がサービスを変更する際、その決定に影響した介護負担の内容を明らかにし、家族支援の一助とする。

【研究方法】

1. 期間：2020年12月～2021年2月 2. 対象：A 認デイから2019年度にサービス変更を行った7名の同居家族介護者の内、協力を得られた4名。 3. データ収集方法：①サービス変更と選択に影響した事象と介護負担感を電話で聞き取った。②逐語録を作成、家族の意思決定に影響したと考える内容を抽出した。4. データ分析方法：抽出内容を短文コード化し、カテゴライズした。

【倫理的配慮】

研究目的、プライバシー保護、自由意思による参加等に関して、電話及び文書で説明し署名の返送を持って同意を確認した。

【結果】

対象者の属性は、性別：男性1名、女性3名。利用者との関係：夫1名、妻1名、嫁1名、娘1名。年齢：60代2名、80代2名。利用者のサービスの変更先は、特別養護老人ホーム2名、通所介護1名、小規模多機能型居宅介護1名。家族が感じていた介護負担は、利用者に関わる要因と介護者に関わる要因に大別された。利用者に関わる要因では、2つのカテゴリーと3つのサブカテゴリー、9のコードが得られた。介護者自身に関わる要因では、5つのカテゴリーと13のサブカテゴリー、32のコードが得られた。

【考察】

結果では、認知症の進行に伴う排泄関連の介助量増加が介護者の負担となっていた。その背景には、介護者自身の体力低下、持病やストレスと葛藤しながら介護にあたる家族の日々が伺えた。BPSDを起因とする家族への攻撃的行動が関係性を悪化させたり、思いがけない行動へ対応しながら利用者の安全を守り、在宅介護を継続する介護者の不安が語られ、ひいては介護者自身の生活を含む将来への不安が介護サービスの変更や決定に影響していると示唆された。認知症が進行しても、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるために、同居家族によるサポートの重要性は言うまでも無いが、同等に、その介護者への支援は不可欠且つ重要である。認デイは利用者とは介護者双方の身近な存在として、日々の苦悩や辛さに対して共感と労いの姿勢で、個々の状況を捉えた環境調整、介護指導等を担う役割発揮が求められ、個別計画の重要性についての取り組み強化を確認した。

【まとめ】

①サービス変更や決定に影響する要因について、身体介護では、排泄関連の介助量の影響が大きい。家族の介護負担感は、利用者と介護者自身の要因が相互に影響している。②認デイには、「生活の場」を捉えた相談や指導機能の発揮が求められている。

【参考文献】

佐伯あゆみら：認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究 家族看護学研究 13巻3号 2008年 P132～142

キーワード：家族支援

11 ⑱認知症
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上
演題名 身体拘束環境の変化による心身状況の変化と考察

県 連 名 長野

院所・施設名 老人保健施設ふるさと

発表者 山岸 理沙 職種 看護師

共同研究者 太田 瑞希

【はじめに】

認知症で危険認識能力の低下に伴い、安全に生活を送ることが難しい利用者がいた。その利用者に対して安全面を守る観点から、行動制限や身体拘束を行った後、不穏症状や身体機能の低下がみられた。

この利用者にとってこれらの対応がどのような影響を与え、適切な対応であったのかを検証した。さらに、老人保健施設の看護師として高齢認知症の薬物療法による身体的影響から身体拘束についての考察をしたのでここに報告する。

【利用者紹介および入所までの経緯】

A 様 80代男性 要介護1 妻と二人暮らし

既往歴：高血圧、アルツハイマー型認知症、白内障、脂質異常症

入所3か月前 自宅にて転倒。夜間の徘徊が始まる

入所1か月前 妻が脳梗塞で入院。遠方の長男が主介護者に。

入所 長男が仕事のため同居できず入所

A 様の家族に当症例作成にあたり、電話にて同意をいただいている

【利用開始後の経過】

入所時 ADL フリーハンド歩行自立。トイレや部屋の場所が分からず誘導必要

入所2週間後 放尿や他者の部屋に入る・物をいじる

入所1か月後 夜間の徘徊や脱衣行為、放尿が増加。ポータブルトイレを設置、ステーションに近い部屋に転室。特に夜間帯、易怒性が高くなる。また、臥床時間が短くなり下肢に浮腫が出現。

徐々に歩行不安定になりセンサー使用。不眠に対して眠剤内服するも改善せず。

入所2か月後 歩行付き添い、常時監視必要な状態へ。車椅子安全ベルト使用、ベッド上体幹ベルト着用開始。徐々にベッドで休めるようになるが、脱衣、放尿がみられる。

入所2か月半後内服変更。この頃よりチーム内でリハスタッフ含んでカンファレンスを頻繁に行い、ケアに当たる職員全員が統一したケアを行うことをより意識するようになった。

入所3か月後 メマンチン増量。レミニール中止。易怒性軽減。体幹ベルト中止しセンサー対応へ。

入所3か月半後歩行安定、入所当初のADLに戻る。身体拘束中止。昼夜逆転傾向改善し、易怒性低下。

【考察】

けがをさせない、他者や職員を守るため行動制限・身体拘束を行ったが、そのことでA様はストレスを感じ認知症状を悪化させてしまった。A様は内服の調整、行動制限・抑制の解除により、認知症状の緩和を図ることができた。ケアに当たる当事者スタッフは目の前で起きている事みに囚われがちである。看護師として、そのことを踏まえカンファレンスなどで他職種含め考えや思いを統一したケアにつなげていけるよう、医師との調整を行うことが重要であると考えた。

【まとめ】

療養棟では安全面と倫理面を含め必要度を評価し、行動制限や身体拘束を行っている。それにより認知症の高齢者が症状を悪化させてしまうこともある。

施設における看護師は利用者の身体状況について把握し、医師に適切に報告・相談できる立場にある。疾患と内服薬についての理解を深め、安易な身体拘束や行動制限が行われないように援助していきたい。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	目の前にいるのは私たち ～被害妄想に混乱するご利用者から学んだこと～

県 連 名 茨城
院所・施設名 特別養護老人ホームかたくりの郷
発 表 者 平野 順子 職種 介護福祉士
共同研究者 千ヶ崎 綾子、菊池 尚美

【はじめに】
裕福な家庭に生まれ、ご家族を大切に想い、ご自身も大切にされ生きてこられた N 様。入所当初は、頻回にご家族と出かけていた。コロナ禍になり、ご家族と会えない日が続く中、互いに励まし合っていた利用者様が亡くなったり、信頼していた職員の退職等が重なった頃、被害妄想の訴えが続くようになる。N 様の変化、それに対する関わり・支援について紹介する。

【事例紹介】
N 様 100歳代 女性 要介護4
転倒、骨折での入院をきっかけに特養に入所され4年が経つ。入所後は安定した入所生活が過ごせていた。

【経過】
コロナ禍でオンライン面会となり、これまでのように面会でできなくなって「私の物を〇〇さんに持って行かれた」「〇〇さんに勝手に部屋に入られた」等の発言が時々聞かれるようになる（1週間程度で収まっていた）。
・そんな中、毎日励まし合っていた利用者様が亡くなる。同年、一番信頼していた職員が退職する。
・それから数か月経つ頃「あの人が私の部屋に来て、毒を撒いた」「殺される」「警察を呼んで」と話が出て、相手の利用者様に対して直接責めるようになってしまう。トラブルを防ごうと、相手の利用者様の対応をしていると「私の悪口を言われている」等の発言があり、事実とは異なる事を、本人は「事実」として訴え続けるようになる。
本人のためにも漢方薬の検討、精神科受診、ユニット移動等をしてみた方が良いのではという意見が出た。

【取り組み】
・N 様がなぜこのような発言をするようになってしまったのか話し合った。色々な被害妄想を訴えるが、根本的に職員がなかなかゆっくり話を聴いてあげられず、自分の気持ちを誰にもわかってもらえない、寂しいという気持ちが一番辛いからなのでは、と考えた。
・多職種に意見をもらいながらユニット職員で話し合い、精神科受診やユニット移動の検討よりも、まずは本人の気持ちを想像してみる事から始めた。関わり方についてアンケートを作成したり、どうやって関わっていくべきか話し合った。
・今までよりも関わる機会を増やし、本人の気持ちを汲み取った声かけをするよう心掛けた。
・外出やイベントには全て参加してもらい、家族の協力を得て、できるだけ面会してもらった。

【結果】
・取り組みの結果、時々被害妄想的発言はあるものの、落ち着きを取り戻している。標的となっていた利用者様とも話ができるようになり、笑顔も増えた。
・当初 N 様の必死の訴えを、職員は否定していたが、話し合う事によって、本人の気持ちを汲んだ対応ができるようになった。

【考察】
相手の気持ちになって関わる事の大切さを改めて感じた。本人が、安心して自分らしく生活するために支援できるのは、目の前にいる自分達である。自分達を、もっと信頼してもらえるように関わっていくと、意思統一をした。これからも、以上の事を振り返りながら支援していきたい。

【倫理的配慮】
個人を特定できないように匿名化した。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	利用者様に寄り添ったコミュニケーションを行う為に

県 連 名 青森
院所・施設名 ショートステイ虹の郷
発 表 者 石岡 真奈美 職種 介護福祉士
共同研究者 吉田 浩徳、大岡 欽平

【はじめに】
人間関係を構築するなかでコミュニケーションとは何か、より良い関係を築くためにどのような姿勢が必要か、普段の声掛けを振り返り、言葉遣い「指示・命令」に視点を置き、アンケートを実施して出来なかった課題を明確にする。

【研究目的】
声掛けを提案型や依頼型に目標を置き、アンケートを実施。出来なかった課題を明確にする。

【研究方法】
1. 実施期間 平成30年7・8月
2. 対象利用者 症例メンバーが勤務するフロア利用者25名
3. 実施内容・7月の目標・指示・命令的な声掛けを、依頼型で声掛けを行う。・相手の思いを探り、何をしたいのかを尋ねる。8月の目標・意識的に声掛けし、気持ちに寄り添ったケアを行う。この目標を継続し、更に7月のアンケートで挙げられた声掛けを工夫し取り組む。利用者様の表情や言動の変化に気付けるよう実践した。
4. アンケート対象者 症例メンバーが勤務するフロア職員12名

【倫理的配慮】
今回の調査目的以外には使用しない事を個人に口頭で説明し同意を得た。

【結果】
・7月 時間や気持ちに余裕があるときは意識して行うことが出来たが、時間に余裕がなく同時に利用者様の対応をしないといけない時には、禁止・抑制的な声掛けになってしまう、他
・8月 一呼吸を置いて対応したが、時間に余裕がなく利用者様に対し、禁止・抑制的な声掛けをしてしまい、また、せかすような声掛けになってしまった。

【考察】
同じ目標を設定し、普段の声掛けを見直すことが出来た。相手の気持ちに寄り添った声掛けを意識することで、表情や言動の変化を感じることができた。声のトーンやイントネーション・表情にも気をつけることで否定的・拒否的な言動も緩和されたり、口調なども穏やかだったりと、利用者様の反応も意識的に関わった時とそうでない時の違いも感じることが出来た。

【おわり】
普段、意識せずに指示や抑制してしまうような声掛けをしていた。症例を通して意識的に関わる事で、対応や声掛けの工夫など、職員の姿勢にも変化が見られた。気持ちに寄り添ったケアを心掛けた結果、表情も穏やかになり、「ありがとう」「助かった」などの返答や行動も落ち着くなどの変化が感じられた。課題として、対応が重なり時間に余裕がない場面において、禁止・抑制的な声掛けをしてしまうという意見が多かった。今回実践したことを今後も継続し、利用者様の尊厳を支えるケア、寄り添うケアを行っていきたい。

【引用・参考文献】
認知症の知りたいことガイドブック・介護専門職の総合情報誌

11 ⑱認知症	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	共に暮らし、共に支え、共に歩み、共に学ぶ 「出来る力を引き出す介護」の実践

県 連 名 山形

院所・施設名 グループホームかけはし南館

発 表 者 佐藤 辰美 職種 介護福祉士

共同研究者 奥泉 ひとみ、五十嵐 美沙

【はじめに・倫理的配慮】

グループホームにおける理念とは職員の行動指針である。20XX 年に開設したグループホームにおいて目指すべき認知症ケアとは何かを模索し、理念をそばに感じながら実践してきた経過を事例を通して報告する。尚、作成にあたっては個人が特定されないよう配慮している。

【研究方法】

研究目的：理念に掲げている「できる力を引き出す介護」を職員がどう行いか考えながら実践することで、入居者の生活の質が向上するか検証する。

研究期間：20XX 年 Y 月～20XX 年 Y+3 月までの 3 か月

事例紹介

A 様・80歳代、男性

既往歴：レビー小体型認知症

要介護1・障害老人の日常生活自立度 A1・認知症老人の日常生活自立度Ⅱ b

ADL 状況：移動 自立 排泄 声かけ、誘導

【介護の実践】

1. 介護上の問題点：会話困難、易怒性、幻視あり不穏状態続く。トイレの場所わからず放尿。
2. 介護目標 役割活動を通し、他者との交流を図り不安を軽減する。トイレで排泄できる。

【介護の実践と結果】

- 第1期：入居から2週間アセスメント行い、生活上の問題点を把握。トイレの場所わからず昼夜とも居室、廊下での放尿ある。会話によるコミュニケーションとれないことから不安や怒る様子みられる。役割活動も参加できず。
- 第2期：アセスメント結果を元にテーブル拭きや食器拭き等の簡単な家事作業なら職員付き添いでできることがわかる。また、他の男性入居者と一緒なら食器洗いやトイレ掃除も可能となる。会話も若い頃の仕事の話など A 様の興味のある内容なら成立することが判明する。排泄アセスメント行い、排泄リズムの把握に努めるが尿意曖昧で把握できず。
- 第3期：取り組み開始から1か月経過。職員付き添いでモップ掛けなどできる役割活動が増え、他入居者との関わりも増える。TV の歌番組を鑑賞しながら歌を口ずさんでいることわかる。職員介入し他入居者と歌う機会をつくり A 様も笑顔で参加する。役割活動や他者との関わりも増えてきたことから、会話成立しないながらも意思疎通ができるようになる。A 様も笑顔が増え怒ることも少なくなる。尿意も自分から訴えるようになり日中の放尿なくなる。家族から「家では怒ること多かったが、以前より笑うことが多くなった。」と言葉を頂く。

【考察】

できる力はどこまでなのか、やっってもらうことで生じるリスクを考えると実践までいかずにできないと決めつけてしまう方が楽なこともある。しかし、そこで止まず、まずはやっってもらうことを大切に、A 様の可能性を探し続けていったことが結果として状態の改善につながったのではと考える。

【まとめ】

認知症グループホームケアにおいて、自立支援＝できる力を引き出す介護は基本となる。それによって認知症の進行予防が期待されている。まだできたばかりの施設ではあるが理念の実践を通し認知症であっても、その方が住み慣れた場所で暮らし続けていけるよう共に歩んでいきたいと思う。

キーワード：理念の実践

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	帰宅願望のある方に寄り添って ～ユマニチュードを意識した対応～

県 連 名 山形

院所・施設名 グループホームかけはし

発 表 者 工藤 香奈 職種 介護福祉士

共同研究者 本間 和司、加藤 恵子、長谷川 愛子

【はじめに】

本症例は入居間もない方の生活リズムを調査し、午後に帰宅願望が出現することがわかった為「ユマニチュード」の技法を用いて、帰宅願望を軽減させることができた報告である。

【倫理的配慮】

本症例は個人が特定されないよう倫理的配慮に基づいて作成している。

【研究方法】

研究目的：帰宅願望のある方に、ユマニチュードの技法を用いて寄り添い、その人らしく施設生活を送って頂く。

研究期間：202X 年 X 月1日～202X 年 X 月3日

事例紹介 A 氏・80代後半・女性

既往歴：認知症、腸閉塞、帯状疱疹、白内障

要介護1 障害老人の日常生活自立度 A1、認知症老人の日常生活自立度Ⅲ a

ADL 状況：移動 付き添い歩行、排泄 一部介助 リハビリパンツ・パット使用 食事 自立、更衣 見守り・声掛け

【介護の実践】

1. 介護上の課題 ①帰宅願望強く、落ち着かない状態続く。
②自力歩行だがふらつきあり、転倒リスクあり。
2. 介護目標 A 氏の想いを把握し、安心して生活して頂く。

【介護の実践と結果】

- 第1期：アセスメント1週目（想いを把握する時期）帰宅願望あり。「子供が見たい」等の発言が続く。歩行時ふらつきがあり。職員傾聴するも状態変わらず。入居間もない為不安になっていると推測。アセスメント中帰宅願望の訴え10回以上。
- 第2期：アセスメント2週目（関係づくりと家族への協力依頼）楽しく過ごせるよう、会話時間を設け、その際正面から近付き視線を合わせる事を意識。不安な気持ちに寄り添い、楽しい時間を作るため家族に A 氏の昔の写真や家族の写真を持参頂きアルバムを作成。アセスメント中帰宅願望の訴え4回。
- 第3期：アセスメント3週目（ユマニチュードの技法を取り入れ関係を深める）昼食後家族が「心配だ」と、独歩で歩き出す為午後に、入居者数人や職員と会話をする時間を設けた。その際背中や肩に触れ、視線を合わせる。話が終わった後、「またお話を聞かせて下さい」と約束をする。談笑し手を繋いで楽しんでいた。アセスメント中帰宅願望の訴え3回。
- 第4期：アセスメント4週目（帰宅願望が減少し、少しずつ施設生活に慣れて頂く）帰宅願望が出る午後にみんなで談笑したり、A 氏の昔の写真を見て頂くと、「懐かしい」と涙ぐむ様子あり。歩行時は職員が支えるように触れて付き添い「あなたのことを大切に思っていますよ」という言葉や態度を A 氏に伝えた。アセスメント中帰宅願望の訴え2回。

【考察】

A 氏を見て、触れて「大切に思っている、不安に寄り添いたい」と考え、絆を深めるためにケアに当たった。結果、毎日笑顔で昔の話をし、職員ともなじみの関係が築けた。穏やかな時間が増えて帰宅願望も軽減したと考えられる。

【まとめ】

認知症の方が生活するグループホームでは、その人らしく暮らして頂けるよう日々の学習として、その方が大切な存在だとわかって頂く「ユマニチュード」やその人の立場になって考えることが重要であり学習も必要と感じた。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	協立グループホームかいなんでの初めての看取りの取り組み

県 連 名 山口
院所・施設名 協立グループホームかいなん
発 表 者 寄尾 愛 職 種 介護福祉士

【目的】
協立グループホーム（以下、GH）かいなんは、2015年に開設した 健文会唯一の入居施設として看取りまで介護することを目指していたが、介護職は看取りの経験がない者が多く施設内での看取りに対して課題が多かった。最後は入院ではなく自分達で看取ることができるように準備を進めていった。その後、妻の介護を経て、自身も認知症を発症し、健文会の各事業所を利用しながら住み慣れた地域で過ごした後、入所された A 氏を当事業所では初めて看取りを行ったので報告する。

【方法】
職員の看取りに対する問題意識の共有、看取り経験ある事業所の管理者を招いての学習会、訪問看護管理者の終末期についての講義、法人の診療所と連携の仕方などの話し合いを重ね、1年間かけて職員が看取りに対する不安を軽減できるよう取り組んだ。A 氏がターミナル期に入り、主治医より家族に病状説明を行った結果、家族は GH での看取りを希望された。本人が入所された時からの思い、家族の意向、かいなんでの見取り方針を文章で明確にし、職員で共有した。不安なことは日々話し合い、小カンファレンスも重ねた。コロナ禍の為、家族とビデオ通話、感染対策に配慮した短時間での面会を行った。

【倫理的配慮】
本研究の目的と内容、個人が第三者に特定されることがないことをご家族に説明し同意を得た。

【結果】
「看取り」で大切なことは最後まで人としての尊厳を守ることと考え、職員間で話し合いを何度も重ねた。当初、看取りに対する職員の不安は大きかったが、スタッフ同士不安を声に出し合う事は看取りをすすめる上で重要であった。学習など準備を進めて1年が経過した頃は、職員は気持ちの上でも看取りを行う準備ができていった。初めての看取りに対し、不安だった職員も A 氏や家族の思いに寄り添い、関わることができ、最期には家族より「いろいろ迷いもあったけど、最期まで本当に温かく見守ってもらって父は幸せでした。」という言葉をいただいた。職員は施設内での看取りに対して少しずつ自信を持って取り組むことができるようになった。

【結論】
看取りに対して不安を持つ職員集団が看取りを行うようになるためには、時間をかけた丁寧な学習が重要であった。A 氏の看取りでは、最後まで人としての尊厳を守ることを中心軸に、小カンファを繰り返し、主治医や家族と連携をとりながら取り組んでいった。家族との関係を何よりも大切にし、コロナ禍でできる対応を行った。A 氏と妻は、健文会の事業所でバトンを渡すように医療と介護を繋げていき、かいなんで最後を看取ることができた最初の事例である。健文会にかかわり続けた利用者が、最期まで安心して介護を受けられる事業所であることに私たちはこだわりたいと思う。

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「よく生きて、よく生き切る」A 氏の最期の場所

県 連 名 福岡
院所・施設名 グループホームひまわり大楠
発 表 者 矢野 清子 職 種 看護師
共同研究者 安河内 信子、城 美津代、溜淵 祐子、河野 京子

【目的】
認知症対応型共同生活介護（以下 GH）は、認知症であることが入居条件であり、看取りに関する意向の確認については、本人の意向確認が可能な場合は入居前であっても少ない。認知症高齢者の精神状態を悪化させることが多い入院は基本的に避けるべきと言われる。入院治療が避けられない身体的疾患（イレウス）の看取りをパーソン・センタード・ケアの視点から看取りの支援を振り返り看取りの場が適正であったか検証する。

【方法】
全日本民医連「認知症実践セミナー」の「実践で活かすパーソン・センタード・ケア」の学習を行い、A 氏の看取りの在り方をパーソン・センタード・ケアの核となる心理的ニーズを A 氏の視点でスタッフ全員に記載して貰い、A 氏のニーズを整理する。

【倫理的配慮】
事例の報告に際し、ご家族へ同意を得た。また個人が特定されないよう配慮した。

【結果】
苦痛を伴った A 氏が大切にしてこられた生き方、A 氏らしい人生の最期について振り返れた。A 氏の価値を高めるケアと低めるケアと、看取り期の A 氏の価値を高めるケアについて整理した。A 氏が極限状態にあっても、拘束される恐怖や何をされるか分からない不安とは違って、不安を減らし安心をもたらしたいと、敬意をもって行ったケアが記載されていた。A 氏の心地よさを追求してきた職員だからこそ、身体に触れられることを極端に嫌い「自分のことは自分でしたい」誇り高き自尊心を持たれた A 氏を配慮した具体的な関りを振り返ることが出来た。A 氏の最期について、パーソン・センタード・ケアの理念で整理すると、GH での看取りで良かったという結果となった。

【考察・まとめ】
イレウスは、放置によって治ることはなく、治療にしても高齢者にはリスクが非常に高い。GH で看取れたことは良かったという A 氏の生き切った姿勢を改めて確認できた。コロナ禍で、多職種参加のデスカンファレンス開催が出来ておらず、ケアの検証からも工夫して取り組んでいきたい。又、困難 でも、日々進化した介護する姿勢を共有していきたい。

【参考文献】
認知症高齢者の看護実践を高めるためのパーソン・センタード・ケアの実践ガイド 浜松医科大学臨床看護講座 老年看護学 鈴木みずえ 他
認知症の看護・介護に役立つよくわかるパーソン・センタード・ケア 池田書店2017

演題番号 111832

11 ⑱認知症	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	「安心できる場所」 ～知っている人がいて嬉しいよ～

県 連 名 山梨

院所・施設名 共立介護福祉センターわかまつ

発 表 者 三科 麻帆 職種 介護福祉士

共同研究者 小林 はるみ、仙洞田 敦

【目的】

認知症は環境変化が症状を悪化させると言われている。Aさんは入居当時強い帰宅願望があったが、今現在は帰宅願望なく安心して生活されている。安心して生活をされていることに「なんでなんだろう」という視点を持った。そのことを踏まえて、居心地の良い場所や安心できる環境とは何か、チームでの取り組み、経過と感じたことについて報告したい。

【方法】

今まで暮らしてきた環境・生活歴についてAさんのことを深く知り、他の施設を利用していた時の生活がどうだったのか、様子を聞きながら連携を図り、情報共有を行った。

【倫理的配慮】

個人情報特定されないよう名前をアルファベットで記載した。プライバシーの保護・表現に配慮した。

【結果】

チーム全体で共有したことで、ケアの統一を図る事が出来た。今まで暮らしてきた環境をグループホームに入所してから大きく変えることなく、関わる事ができた。

不安感から、帰宅願望が強く見られていたが、24時間シートを使用し、Aさんの様子を細かく記録に残したことで、Aさんの思い・行動・言葉を深く知ることができ、メンバーが同じ方向性で関わる事ができた。

Aさんの集中できる力を生かした環境づくりを行い、家事活動や塗り絵を継続して行っていくことで、それがAさんの役割(仕事)となり、安心して帰宅願望なく集中して取り組まれている。

【考察・まとめ】

私が思う安心とは、「よく眠れることで、生活リズムが整い、Aさんらしく活動的に取り組み、信頼関係が構築し、笑顔が多く見られることが安心」だと思う。

今回、Aさんについて取り組むにあたり、個々での関わりや日々の会話の中から、職員や他の入居者さんが、Aさんにとって安心できる存在となり、信頼が築かれ、名前が分からなくても、笑顔で「知っている人がいて良かったよ。」という安心される言葉に繋がったのではないかと感じた。そして、Aさんの「集中できる力」から、家事活動や塗り絵は、わがやでの役割(仕事)となり、今まで行っていたことを継続して行うことで、居心地の良い居場所になっていったのではないだろうか。私は、帰宅願望のある入居者さんに対して、どのような対応をしたら良いのか、不安に思うことがあった。今回、事例を通して24時間シートを使用しながら、情報を共有することで、どうしたらAさんにとって安心に繋がるのかを、チームで考えながら関わる事ができた。

そして、Aさんの言葉から、「知っている人がいて嬉しいよ」と話す様子がみられたことや集中できる力を生かした関わりが、安心感に繋がり、Aさんにとってグループホームは、安心できる場所になっているのではないかと感じた。これからもグループホームが、Aさんにとって安心できる場所となり、Aさんらしく暮らして頂けるよう、関わっていきたいと思う。

演題番号 111833

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	M氏との関わり～安心して過ごせるための支援～

県 連 名 熊本

院所・施設名 特別養護老人ホームたくまの里

発 表 者 横山 海帆 職種 介護福祉士

【はじめに】

入所当初から「前の施設が良かった」「ここの職員に頭を蹴られた」「ここには監視カメラがあるから警察と裁判所に言っている」等口調荒く話され被害妄想や作話が聞かれていた。空腹の訴えも多く聞かれ、認知症の周辺症状として欲求が抑えられない状況が見られたため、M氏が落ち着いた施設生活が送れるようアプローチ法を考え取り組んだ結果を報告する。

【倫理的配慮】

事例研究に取り組むにあたって、キーパーソンへ説明し同意を得ている。

【事例紹介】

M氏 女性80代 要介護4 20XX年4月特養入所(既往歴)・認知症(日常生活自立度レベルⅣ・長谷川式スケール24点)・子宮癌・椎間板ヘルニア・腰椎圧迫骨折・貧血・神経因性膀胱炎

【実施期間】

入所当初から6ヶ月間

【問題点】

・被害妄想・作話(攻撃的な内容)・職員に対する不信感が強く見られていた。・欲求が抑えられない

【実施内容】

① M氏の好みの把握 ② ユニット介護職員へのM氏との関わり方についてのアンケートの実施 ③ 気分転換 ④ ユニット介護職員への認知症ケアの勉強会

【結果】

日々の関わりからM氏がどのような訴えが多き聞かれているか把握する目的で職員アンケートを実施。その結果、M氏の訴えが細かく記録され職員間の情報共有になった。これによりM氏の好みを把握する事によりコミュニケーションの糸口が見つかり円滑な会話を持つことが出来るようになった。また、多職種と連携してレクリエーション参加など取り組んだ。M氏の笑顔を引き出すことに成功し信頼関係の構築が出来た事により、被害妄想は聞かれなくなった。作話は聞かれるが、攻撃的な内容ではなくなり、口調も穏やかになった。認知症の周辺症状として欲求が抑えられなかったが、職員に対しての不信感が無くなり、理由を説明すれば待つことに納得されるようになった。

【考察】

M氏の好みを把握することで円滑なコミュニケーションを図り気分転換をする事が出来た。施設での生活場面で一つ一つM氏の意向を確認しながら実施したことによりM氏との信頼関係を築く事が出来、きちんとした性格とお話し好きである元来の性格を引き出すことに成功した。日々の生活の中にて笑顔で職員と会話をする姿が増えた。

【まとめ】

今回は介護として元来、基本となるコミュニケーションを軸に取り組みを行った。いかに入居者と信頼関係を築くことが大切か、ユニット職員全員で再確認した。ユニットケアとしても選択してもらうことや自己決定をしてもらうことにより「その人らしさ」を引き出す事を念頭に置いた。認知症もあり、職員の顔と名前を完全に覚えて頂くことは出来なかったが、折に触れ名前が出てくるようになった。

キーワード：施設入所に適応するまでの支援(パーソンセンタードケアの実践)

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	レクリエーションの役割

県 連 名 福井
院所・施設名 和の家ぬくぬく
発 表 者 矢部 多加子 職種 介護福祉士

【はじめに】
認知デイを利用する方が、時間をかけて作った貼り絵を、『月間デイ』の作品集に投稿した。貼り絵に取り組み始めて約1年後に掲載されたのだが、利用者はもちろん、その家族も大変喜ばれた。ひとつのことをやり遂げることは、認知デイでは難しいことであるが、それゆえ達成感も大きなものであった。この事例から、レクリエーションのもつ意義は大きいと感じ、楽しむことは活かすことでもあると改めてレクリエーションの役割について考えたい。

【目的】
認知デイで時間をかけて作品に取り組んだ実践を月刊デイに投稿し掲載されたことから、レクリエーションの役割を考察する

【方法】
対象者：認知デイを利用されている方全員 方法：週一回、30分を目安に貼り絵に取り組む時間をレクリエーションとして行った。用紙をくしゃくしゃに揉みこみ紙の風合いに仕上げ（これも利用者が行う）、それを手でちぎってイラストに張り付ける。イラストは月刊デイの「ステンドグラス風ぬり絵」を使用した。取り組んだ作品を月刊デイに投稿した。
期間：2019年8月～2020年3月の9か月間
倫理的配慮：対象者には介護研究の概要と目的、個人が特定できないよう処理すること、この研究の結果は公表されることを説明し、同意を得た。なお所属施設の承認を得ている。

【結果】
時間をかけて作品に取り組んだ結果、変化のあらわれた利用者が複数おられた。取られ妄想を訴える利用者が無心に取り組んだ。手の痛みを訴える利用者は、慣れてくるとちぎるのが早くなり、作品が進むにつれて痛みの訴えがなくなった。出来上がった貼り絵を自宅の居間に飾ることで、認知デイでの様子が家族にもつながっていることを実感できた。月刊デイに作品を投稿し、取り組み始めて約1年後に掲載されたことで、利用者が再び達成感を感じ、また家族も大変喜ばれた。

【考察】
その日のうちに何かを作り上げるレクリエーションは、とすれば、時間を埋めるだけの“物”になり得ることもある。週一回の貼り絵の時間は、期限を決めずにそれぞれのペースで進められる貴重なレクリエーションの時間となった。貼り絵に取り組まれた利用者の自宅の家族が集まる居間の壁に、あの『貼り絵』が飾ってあるのを発見した。その方の家での存在感を見たようで胸が熱くなった。ぬくぬくでの活動は利用者を通して、その家族とも繋がっていると感じる事ができた。貼り絵として形になった達成感を、月刊デイに投稿し掲載されるという、違う形で達成感を再度感じる事ができたことで、利用者本人だけでなく家族にとっても喜びにつながったと考える。まず、手に取ってみる。感触を確かめる。少し力をいれてみる。張り付けたところから、浮かび上がり形が作られていく。ひとつひとつが力になっていく。『継続は力なり』小さな驚きと発見を大切に、ぬくぬくの活動は今日も始まる

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	入浴支援の取り組みについて

県 連 名 茨城
院所・施設名 ケアハウスみと
発 表 者 森瀬 亜美 職種 介護職員
共同研究者 賀波澤 静香

【はじめに】
日本はすでに超高齢社会といわれる時代に突入しており、“老老介護”や“介護難民”、高齢者への虐待、高齢者の孤独死など誰しもが直面してもおかしくないような、さまざまな問題が起こっている。今回の事例は、老々介護で自宅での入浴が困難な利用者、且つ、入浴支援への抵抗が強く支援が困難な事例に対する取り組みを報告する。

【倫理的配慮】
個人が特定されないように配慮。取り組みにあたり対象者と家族に説明し、了承を得て実施した。

【事例紹介】
Aさん 80歳代 男性 要介護1 既往：アルツハイマー型認知症、前立腺癌（手術により全摘）
<経過>
入浴と生きがい作りを目的にデイサービスを週2回で利用開始。入浴への声掛けに対し「自宅で入浴している為入らない」と入浴に対する抵抗が見られていた。継続的な声掛けを続けた事で、自宅で入浴をする事が出来るようになったが、妻の入院をきっかけに、自宅での入浴が出来なくなった。生活状況と家族からの希望、他利用者との関係性等により再度入浴支援への取り組みを検討した。
<取り組み>
取り組み期間：令和3年7月～令和4年6月
①入浴声掛けを継続。強い抵抗あり、納得のいかないまま入浴。尿漏れによる下着の汚染と皮膚状態が悪く広範囲に発疹を確認した。※継続した入浴の必要性を再確認、家族・ケアマネと情報共有を行うと共に、支援方法について職員一同で再検討した。②髭剃りを浴室の鏡前で言う事を提案。抵抗なく浴室へ誘導できるように。徐々に、足浴や清拭を行いながら衣類を脱ぐ事が出来るようになるが時折抵抗する事がある。
③羞恥心へ配慮。他利用者を入れない。対応職員1名。体にバスタオルを着用した状態で浴室へ誘導。スムーズに入浴動作へ移行することが出来る。
④他利用者が数人いても入浴動作へ移行する事が出来るようになる。
<結果>
月1回から週1回の入浴へ、現在は週3回入浴する事が出来ている。家族や他利用者と本人の関係が良好になった。

【考察】
入浴支援への抵抗の原因が不明だったが、関わりを続ける事により羞恥心が大きな要因であった事が分かった。本人の希望に沿った羞恥心への配慮をした環境調整や職員の関わりが継続される事により不安を軽減し定期的な入浴支援ができるようになったと考える。

【まとめ】
今回の事例を通し、「抵抗」ばかりに注目するのではなく、まず利用者本人に視点を向け、生活歴・既往歴・生活要求や実態・家族や地域での役割・こだわりなどを総合的にとらえ、関係機関との連携と専門性で「抵抗」につながる要因を模索し配慮することで、利用者らしさを尊重し支援につなげる事が出来たと感じた。今後も、利用者らしさを尊重した支援を追求していきたい。

キーワード：利用者の尊厳、認知症、清潔保持

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	最期まで「俺流で生きる」にこだわった A 氏の生き様 ～ご家族と共に支えた看取り～

県 連 名 石川

院所・施設名 グループホームおんぼら～と

発表者 加藤 麻奈美 職種 介護福祉士

【目的】

2年前、住まいを変えても A 氏が自分らしく生活しているという抄録を作成。しかしコロナ禍により、看介研は開催されず、発表の場はなくなった。だがその抄録は思わぬ形で日の目を見ることに。人生最期の日まで、自分らしく生きた奇跡の看取りをここに報告する。

【方法】

介護記録からの考察と、ご家族に直接気持ちを伺う。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮を行った。

【事例紹介】

A 氏 90代後半男性 認知症 糖尿病

人との触合いを好み、情深く意志も強い一方で「俺流」を貫き通そうとするためトラブルも。イベントでの挨拶を任せられる程責任感も強く社交的。「目指せ百歳！」これが A 氏の目標だった。

【取組・結果】

- ①2021.5 一晩中咳が続く、発熱。肺炎の疑いあり。コロナの検査もしていないため、居室での生活に。偽痛風からくる微熱も続き、離床は昼食時やイベント日のみに。生活が一変しても、眠れぬ夜には元気な「木曾節」が居室から聞こえたり、訪室すると「百まで生きるにはまだまだ女の人の力が必要です」と、ユーモアたっぷりの A 氏は健在。
- ②2022.1 徐々に食事が困難に。娘様と Dr が話し合い、食事は食べられる範囲とし、最期まで安楽に過ごして頂くため、当ホームで看取りをすることに。
- ③2022.3 痰が増え、一切食べられなくなる。危篤の知らせを受け、ご家族もホームに泊まり込む。
「発表できずじまいだった事例を発表するなら今しかない」そう思い、2年前に作成した抄録を、A 氏の居室でパワーポイントを使って発表。なんとチェンストークス呼吸のまま A 氏は5日間生きた。信じられない生命力を目の当たりにする。

【考察とまとめ】

コロナ禍になり、抄録の発表の場は失われてしまった。しかし、だからこそご家族と A 氏に向けた発表が実現した。発表したいと思ったのは、ご本人とご家族に発表することで、父として、夫として、一人の人間として「俺流」を貫いた人生に、賞賛の拍手を送れると思ったからだ。長女様は「2年前、妹から抄録の原稿は見せてもらったが、こんなにしっかり写真付きの発表が聞けるとは思わなかった。父の発表を聞いて、懐かしい時代も思い出することができた」と。また四女様は「自分の知らない時代の父も、知ることが出来た。皆様に慕われながら、おんぼら～とを我が家とし、終の棲家とできた事は本当に良かった。爺さん、人生の終盤は幸せやった」と言ってもらえる。

一日でも長く生きようとする A 氏を、職員と家族で支えた5日間の看取り。最期の最期まで、人と人を繋ぐことが大好きな A 氏らしい、誰にも真似することができないかっこいい生き様だった。この5日間は、自分のためだけでなく、早くに命を落とした親族の分、残された家族の為に「生きる」そのものに深い意味があったのだと気づかされた。その新たな教えをくれた A 氏に深く感謝をしたい。

キーワード：尊厳

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	生きがい ～H 様と対話を通して～

県 連 名 岩手

院所・施設名 グループホームさくらの家

発表者 高橋 怜那 職種 介護福祉士

共同研究者 さくらの家 スタッフ一同

【目的】

日々の生活の中で、H さんがテレビを見ている時や他入居者様と会話する際に笑っている姿を見る機会が減少しつつあった。以前聞き取りを行なった所、「家事をやってみたい。」と話され実際に食事の盛り付けをお願いすると「楽しかった～」と笑顔で話されていた。そこで、何か役割を持つ事で QOL の低下を防ぎご自身の生活に意欲が芽生えることで生きがいを感じながら楽しく生活できるのではないかと考え実践したいと思った。

【方法】

(1) H さんに了承をいただいたうえで、職員一人が見守りしお手伝いを行っていただく。(2) H さんがお手伝い中に仰ったことや、どのような様子が汲み取れたかをノートにまとめ、スタッフ間で情報共有する。

【倫理的配慮】

対象者の家族へプライバシーを守る事、いつでも撤回できる事、不利益や負担が生じるものではない事を説明し同意を得た。

【結果】

めかぶ、煮りんご(それぞれ4個ずつ)の盛り付け、小さいお玉で丁寧に盛って下さり、「やる前は不安だった。やったらできた。」と笑顔だった。

- ①9 名分の箸を合わせてのせる。
- ②ブロッコリーのかたまりをさく作業
- ③ポットから湯のみにお茶をいれる。

↓

- ①取り掛かり前に「私で役に立てるかなあ。」と話されていた。「全部同じに見える～」と柄、特徴を合わせるのが難しそうだった。ご自身の箸はどれか何うと「ええ、どれだっけ分かんない。」その後、ご自身の箸がわかると「私の箸分かった！お手伝いしてよかった。」と笑っていた。
- ②少々食材が固く盛り付けが大変そうだった。
- ③ポットを押す力が足りない場面があった。ご自身でこつを掴んだよう湯飲みを入れやすい位置に動かして押していた。

【考察】

以前と比べお手伝いを行っていた際に笑顔を見る機会が増えたと感じた。お手伝いを行う前は「私で役に立てるかな・・・できるかな。」と不安そうにされることがあったが、行った後にはご自身も「出来てよかった。お手伝いしてよかった。」と達成感があった様子で H さんにとって役割を持つことが意欲的になり QOL 向上に繋がったと考える。作業されている際には、ご自身で何か考えながら行っているように受け取る事ができた。また、職員も一緒に作業する事によってアセスメントを行いながら声かけ、接し方などのアプローチの仕方を考えたりその人らしさとは何かを検討する時間にもなったのではないかと考える。

【まとめ】

普段一人ひとりの入居者様と深く関わりを持つことが難しい為、この取り組みを通して一人と関わることで入居者様の潜在能力や想い、どんな表情をされるのかなどを深く知る時間にもなった。なかには言葉や表情で自分の思いを伝える事が難しい方もいるが、「声に出せない声」を出来るだけ汲み取る事が出来るように、関わりや声のかけ方を大切にしながらその人らしい生活をサポートさせて頂きたいと感じた。

キーワード：役割、お手伝い

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	グループホームでの看取りから学んだこと —介護職の振り返りのアンケートを通して—

県 連 名 東京
院所・施設名 すみれ訪問看護ステーション
発 表 者 萩原 美幸 職種 看護師
共同研究者 益子 雄二

【はじめに】
厚生労働省から、2017年日本において介護施設で最期を迎える人の割合は約10%である。今回、亡くなるまでの17年間訪問看護を受けながらグループホーム（＝以下 GH）で過ごした入居者を介護職員（＝以下職員）と訪問看護師で看取る事ができた事例について振り返る。

【倫理的配慮】
対象者が認知症のため家族に事例研究参加の同意を得た。また個人が特定されないように匿名化した。

【事例紹介】
A 氏 90歳代 女性 主病名 横行結腸癌 既往歴 アルツハイマー型認知症 家族歴 長女は死亡、同区に長男、次女（キーパーソン）在住
サービス利用状況 訪問看護、訪問リハビリ、往診

【経過】
2021年12月、状態悪化に伴い職員からの酸素飽和度の低下や血便の報告、対処方法の相談など昼夜間わない電話連絡が増加した。12月中旬から訪問を週に2回に増やし、状態観察、職員の相談対応を行った。またサイボウズを活用しサービス提供者間で全身状態、看取り、職員の不安感などを情報共有した。翌年1月、食欲低下、呼吸苦増加、尿量減少が出現した。1月中旬パンフレットを用いて家族・所長へ死期が近づいていることを説明した。2月初旬、A 氏を訪問すると「有難う。」と言って私の手を握ってくれた。翌日、穏やかな表情で永眠された。3月職員対象に今回の看取りについてアンケート調査をしたところ、パンフレットを読んでも看取りの捉え方に違いがあり改善策が必要との意見があった。

【考察】
全身状態悪化に伴う職員からの電話相談の増加は、疑問や不安の増幅だと捉え、訪問看護回数を増やした。予測のつかない状態経過、突然の症状、報告のタイミング、観察方法、対応などの説明、多職種間での情報共有により、職員の不安軽減、疑問解決、共同意識の向上が図れたと考える。個々に相違のある看取りの捉え方は、恐怖感を抱かぬように配慮し、パンフレットを用いるだけでなく、看取るとは見守ること、積極的治療をしないこと、と言葉を添えた説明をし、あらかじめ研修で周知することで、サービス提供者が一丸となってさらに本人の望む最期に繋げられると考える。

【おわりに】
非日常的な看取りは、不安を抱いて当然のことである。職員へ情報を提供し、不安や疑問を1つずつ解消することが GH での看取りには重要である。今後、連絡ノートを作成し気軽に質問できる環境をつくりたい。看取りに正解はない。GH での訪問看護における多職種連携、情報共有のポイントや効果、統一した対応の重要性を踏まえ入居者の最期について今後も考えたい。

キーワード：指定演題 Ⅲ 「多職種連携のこれから」

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	拒否が強かった認知症独居の利用者が心穏やかに人生の最終段階を受け入れた要因 ～訪問看護師の関わりをバリデーションのテクニックに当てはめて振り返る～

県 連 名 京都
院所・施設名 訪問看護ステーションどんぐり
発 表 者 原田 友香 職種 看護師
共同研究者 栃木 厚子

【はじめに】
支援介入への拒否が強かった認知症独居の利用者との関わりを振り返る中で、バリデーションの存在を知った。A 氏と関係構築に苦慮していた訪問看護師との関わりの中で、利用者が人生の最終段階を受け入れていく姿が見られた。本研究では、看護師の関わりをバリデーションテクニックに当てはめて振り返ることで、利用者に変化をもたらした要因を明らかにすることが出来たのでここに報告する。

【研究方法】
1. 研究デザイン：事例研究 2. 対象者：A 氏、70歳代、姉弟が居るが疎遠状態で独居、認知症の状況Ⅱb 3. データ収集期間：20XX 年 9 月 1 日～12月31日 4. データ収集方法：訪問看護記録 5. データ分析方法：訪問看護師のバリデーションを実践した関わりを抽出する

【倫理的配慮】
対象者に対して研究の目的と内容、匿名性の保持、協力は自由意志であり不利益を被ることはない旨説明し同意を得た。また、所属機関の倫理審査で承認を得た。

【結果】
Ⅰ期（訪問の拒否）：訪問1～7回 3回目以降で家の中に入れるようになったが、物盗られ妄想の発言があった。訪問看護師は A 氏の言葉を否定せず傾聴し、反復していた。Ⅱ期（訪問の受け入れ）：訪問8～40回 馴染みの歌をきっかけに、これまで転々と生活の場を変え、家族と疎遠になってしまったことも語るようになった。Ⅲ期（ニーズの表出）：41～46回 今後のことや家族について話すようになった A 氏に「本当にこのまま最期を迎えていいのか」と問いかけると、「最期はお願いしたいの」と答えた。ここで初めて後見人制度導入の勧めを受け入れた。

【考察】
ナオミ・ファイルは「人が人生の異なった段階を生きていくときに～（中略）～人生の解決のステージを迎えます。」¹⁾と述べている。それぞれのステージに合ったバリデーションテクニックを受けることで心穏やかに最期を迎えることができるという考えである。Ⅰ～Ⅲ期において、適切なバリデーションテクニックを使用した事で、不安の緩和、関係性の構築、自尊心の回復と具体的解決策を導き出すことができたと考える。バリデーションは認知症高齢者の行動には全て理由があるという考えに基づいている。人生の課題を死が訪れるまでに解決しようと奮闘している姿と仮説的に捉え、共感的理解を示すことが関係性構築に重要であると考える。A 氏の辛い気持ちを看護師が感じ取り、徐々に心が開かれ、金銭管理や最期の療養場所についての意思決定支援にも繋げることができたと考ええる。

【結論】
1. 信頼関係が構築されたのは看護師がバリデーションのテクニックを実践したことが要因である。 2. 疎遠となった家族に対する思いを表出し、人生の課題を解決したことで、心穏やかに人生の最終段階を受け入れることができた。

演題番号 111840

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	身寄りのない一人暮らしの認知症高齢者を支援する。

県 連 名 宮崎

院所・施設名 居宅介護支援事業所れいんぼう

発 表 者 関屋 忠治 職 種 介護福祉士

【目的】

身寄りのない一人暮らしの認知症高齢者を、多職種で連携、地域資源を活用しながら支援する。・対象者概要：A氏 女性 ワンルームマンションで独居 要支援2 アルツハイマー型認知症 生活保護受給 離婚歴はあるが子供はいない。知人と一緒に他県から転居したばかり。キーパーソンとなる家族や親族がいない。・主訴：知人に頼り過ぎてはいけなと思っているが、他に頼れる家族や親族がいない。知人と一緒に新しい土地に転居してきたが、将来、認知症が進行したら一人で暮らしていけるのか不安が大きい。

【方法】

・ケアプラン（介護保険サービス）：訪問看護、通所介護、福祉用具の利用を計画する。・成年後見制度の本人申し立てを提案し、法律事務所の弁護士と一緒に面談を行う。・知人、主治医、社会福祉課との連携を図り、必要時の協力を依頼する。※念のため、他県在住の姉へも連絡するが「関われない。何もできない」と言われる。

【取り組み期間】

令和3年5月～令和4年6月

【結果】

・A氏の思いや心配ごとを話し合い、将来に備えて何をした方が良いかなど、共に考えることができた。・適宜、知人と連絡を取り合ったことで、A氏の情報共有に繋がり、一支援者として協力を得ることができた。・適宜、主治医との連携連絡を図ったことで、成年後見人制度に必要な診断書を速やかに用意することができた。・法律事務所の弁護士も親身にA氏の意向を汲み取られ、後見人の選任も間近である。・現在、A氏に目立った認知症の進行はなく、心身共に安定し生きがいを持って暮らしている。

【結論】

・一般的に、後見人が選任されるまで約6ヶ月から1年かかる。その間に認知症が進行し、金銭管理や諸手続きができなくなることや、不当勧誘等による金銭トラブルが懸念される。また、事故や入院等、緊急事態時にどれだけ知人の協力を得られるかは不透明であり、ケアマネジャーがキーパーソンの役割を担ったとしても限界がある。・ケアマネジャーが起点となり、知人、主治医、社会福祉課、介護サービス事業者、弁護士と連絡連携を図ったことで、一人暮らしの不安や孤独を軽減、社会参加の拡大、将来への展望が見えたとして自己評価している。また、介護保険の枠組みにとらわれず、多方面の専門職や機関を利用することで、利用者のQOL向上のみならず、ケアマネジャーとしてのスキルの向上にも繋がった。

【倫理的配慮】

・研究対象者からは、プライバシーに配慮し、個人情報や漏らさないことを固く約束した上で、作成および発表することで承諾を得ている。・研究参加により、対象に不利益や負担が生じないことについて説明し、承諾を得ている。・研究発表については、当法人の倫理委員会に準ずる複数の第三者による組織的理解を得ている。

【引用文献】

1) 井上 修一：一人暮らし認知症高齢者をささえる社会福祉士・後見人の役割と意義 人間関係学研究：社会学社会心理学人間福祉学：大妻女子大学人間関係学部紀要 P52

演題番号 111841

11 ⑱認知症	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	在宅介護での家族の介護負担とヘルパーの関わり方

県 連 名 大分

院所・施設名 在宅総合センターすこやか

発 表 者 中橋 裕香 職 種 介護福祉士

共同研究者 河野 敬子、原 智子

【はじめに】

核家族がすすむ中、老老介護や家族が日中働いて忙しく介護に手が回らないなど介護力の弱い家庭が増えている。近年報道にあるような悲しい事件になってしまうような事もある。そこで私たちヘルパーは利用者とその家族にどのように寄り添い介護の手助けが出来るかを2つの事例を通して発表する。

【事例紹介】

A様 80才代 女性 要介護4 3人暮らし 昨年10月 自宅 で転倒し入院、本年1月ベッド上生活となり退院。これを機にヘルパーサービスを利用開始。週4回 オムツ交換、昼食介助、口腔ケアのサービスでしたが、ご家族がオムツ交換出来ない為、1日1回のオムツ交換ではパット、オムツカバー、衣類、ベットシーツまで尿汚染があり、洗濯物やオムツの買い物など、ご家族の負担が増えた。

B様 90才代 男性 要介護1 認知症 2人暮らし ご家族は日中仕事のため帰宅してから父親の尿、便汚染の処理、また不衛生になっているトイレ周辺や室内環境にイライラし、ストレスを抱えていた。

【問題点】

・家族の介護負担を改善するには？ 老々介護、心の余裕がない、疲れている、看る側の体力がない、排尿排便の処理ができない、家族に介護の知識がない、日中独居状態、相談相手がない、逃げ場がない、認知症の理解がないと言う内容が上げられた。

【現在の状況】

A様 昼食介助を朝夕の1日2回の排泄介助へ変更。ヘルパーから家族へ昼用パットから吸収量の多い夜用パットへの変更、介護用フラットを購入していましたが防水シートへ変更を勧め、購入していただく。排便管理がうまくいかず、深夜に排便があっても遠慮し、すぐに緊急連絡をかけられない。

B様 家族の抱えていた負担のご本人の清潔保持の為週2回の入浴サービスと、現在週2回のデイサービスに参加。ご家族との連絡ノートを作り、気になる事や困っている事を書いていただき、ヘルパーとの情報交換をする事で家族の負担を減らす改善策を共に考えている。

【考察】

ヘルパーは利用者の生活に入りサービスを行っている。サービスをする中で少しでもご家族の負担が減るよう又、利用者が安心して在宅生活を送れるように何がより適切であるかをご家族と共に考えていきたい。

【倫理的配慮について】

抄録については、個人名が第三者に特定されないことがないこと、利用者様への不利益はないことを説明し同意を得ており、倫理的配慮を行っている。

11 ⑱認知症
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践
演 題 名
認知症でも最期まで“ここ”で暮らしたい ～向こう三軒両隣。おせっかいな世の中に～

県 連 名 大分
院所・施設名 医療生協介護保険サービスセンター健生
発 表 者 林 沙織里 職種 介護支援専門員（ケアマネジャー）
共同研究者 介護保険サービスセンター健生 職員一同

【はじめに】
突然ですが、大分市に住む65歳以上の方で要支援・要介護の認定を受けており、認知症の諸症状で誰かの手を必要としている人は何％ぐらいだと思いますか？
調べてみました。
・大分市 65歳以上 要支援・要介護認定あり 認知症日常生活自立度Ⅱ a 以上
・サービスセンター健生担当総数内 Ⅱ a 以上＋独居はどのくらい？

認知症でも、少しでも長く住み慣れた自宅で自分らしく暮らすことができるようにするには、何が必要だろうか・・・とパズルのピースをはめていくように手探りで支援してきた結果、国が推進している地域包括ケアシステムでいうところの“互助”の部分が必要だと気づかせてもらった事例を紹介します。

【事例紹介】
A 氏 89歳 男性 独居 要介護1
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ b（スライド参照）

【考察】
認知症は特別なものではありません。
“長谷川式簡易知能評価スケール”を開発し、「痴呆」という呼称から「認知症」という呼称に変えた、認知症の権威、長谷川和夫先生も自らが認知症になったと公表されました。
風邪を引いたら病院を受診するように、風邪の診断が出て風邪薬を飲むように、自然に当たり前に受診や治療ができるようになれば、もっと認知症の方への理解や関わりなどの高い壁も突破できるのではないかと考えています。

【おわりに】
古き良き〔向こう三軒両隣〕時代のように、誰もが自主的に自然に当たり前に、その人を見守る、声をかける、一緒に考えて支え合える、“ちょっとおせっかい”な世の中を目指すために、ケアマネとしてできることは、とにかく仲間を増やしていくこと。1つ1つの点と点を線でつなげて円にして面で支えつつ、社会資源や地域資源の引き出しを発掘・発信していき活用すること。これが簡単なようでなかなか難しいところではありますが・・・
認知症でも、独居でも、ご本人の“最期までここで”のご意向を叶えることができるよう、これからも日々、社会資源・仲間集めに奮闘していきたいと思っています。

【参考文献】
・大分市高齢者福祉計画及び第8期大分市介護保険事業計画「おおいたし地域包括ケアシステム推進プラン」
・WEBメディア「なかまある」世界アルツハイマーデー2020特集
・認知症サポーター養成講座標準教材

*（研究内容及び結果の公表についてはご本人へ説明の旨、承諾を得て利用するものとする）

11 ⑱認知症
II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上
演 題 名
利用者の「～したい」実現の取り組み ～介護の質向上を目指して～

県 連 名 長崎
院所・施設名 戸町ふくし村
発 表 者 山本 幸洋 職種 介護福祉士

【はじめに】
小規模多機能居宅介護（以下小規模）では、「サービス評価」を毎年行うことが運営基準で義務付けられている。2020年度実施した自己評価の結果「できていない」と評価するスタッフが多かった、「～したい」の実現（自己実現の尊重）の改善目標達成に向けての取り組みを報告する。

【サービス評価】
サービスの質を自ら評価するとともに、定期的に外部の者による評価を受けてそれらの結果を公表する事で、介護の質の確保・向上を目的とする。

【自己評価改善に取り組んだ期間】
2021年4月～2021年10月

【自己評価改善のための取り組み】
『本人の当面の目標「～したい」を目指した日々のかかわりはできていますか？』の質問に対し、職員10人中8人が「あまり出来ていない」と評価した。何故出来ていないかを話し合う中で、「～したい」と利用者が言っても記録がなく職員で共有できていないことが分かった。自己評価改善に向け、本人の日常会話から「～したい」を意識的に記録に残せる様に記録用紙の作成から取り組んだ。

【倫理的配慮】
発表にあたり倫理的配慮を顧慮し、本人・家族の同意を得て報告します。

【利用者紹介】
S 氏、86才、女性、要介護3、独居、2021年6月14日老健退所後、週3日の通い、週4日の訪問を利用

【S 氏の「～したい」】
①食事を作りたい：認知症のため火元管理が困難なため、配食弁当を1日2回届けていた。「ご飯は炊ける」：おかずのみを届ける事に変更 お米の手配は？：昔ながらの馴染みのお米やさんに電話して注文。その後、「味噌汁や野菜炒めを自分で作りたい」から、日常生活用具給付事業を活用し、電磁調理器の給付を申請し、届いた調理器を使い施設で味噌汁作りを実施した。次からは自宅で作ってもらう計画をたてた。②洗濯を一人でしたい：洗濯機、洗濯干し場が階下にあるため、急な階段を上り下りする必要があり、転倒リスクも高いことから、スタッフが行っていた。しかし、利用2週間後からは自分で行っている事が分かり、危険な事を説明するが同意を得られず、環境整備での対応を進めている。③親戚の美容室へ行きたい：送迎をおこない実施。今後も定期的に面会と整容を実施していく。

【考察】
今回「サービス評価」から、「出来ていること」「出来ていないこと」を出し合い、取り組みにつなげることが出来た。サービスを提供する側は、安全性を優先するあまり、利用者ができることを奪っているのではないかと改めて考えた。その後のS氏は、自分でできる事が増えて活き活きとした表情でサービスを利用している。私たちのできる事は、制限することではなく、利用者の「～したい」をどのようにすれば叶えることが出来るか、を提案し実現につなげることである。

【終わりに】
コロナ禍で実現できない事もあるが、利用者が「できてうれしい」と、生活にはりが生まれるように継続し、介護の質の向上と、私たち自身喜びにかえていきたい。

演題番号 111844

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	住み慣れるとは…

県 連 名 長野

院所・施設名 生協総合ケアセンターいいじま

発表者 田畑 由佳 職種 介護福祉士

【はじめに】

いいじまブロックのコンセプトには『地域の皆様と街づくりを考え、住み慣れた地域で暮らし続けられることを目指す』がある。

私は今年、通所から GH へ異動した。通所では、家族・ケアマネ・関係事業所で利用者が『住み慣れた』自宅で生活が続けられるよう支えていた。GH 入居は『住み慣れた』地域だが、『住み慣れた』自宅を離れ、新たな環境で、新たな関係を結び、一から『住み慣れる』事である。この大きな変化の中で、利用者にとって、GH が『住み慣れた』場所になるには、どのように関わっていけばよいのか。ここまでの経過を報告する。

【倫理的配慮】

匿名記載で、個人特定にならないように配慮した

【事例紹介】

A 様 83歳男性 要介護4 ハンチントン舞蹈病 ヘルパー、通所、地域の支えで自宅で生活をしていた
2018年～歩行の不安定さ等身体状態の変化から、小規模利用。訪問と通所、時々宿泊を利用。
2021年 独居での生活の困難さが増えてきたため10月上旬 GH 入居となる。

【経過】

入居当初、緊張もあり落ち着かず、小規模に相談。「来てもよい」と話しあり。行けば顔なじみの方に声をかけられたり、小規模利用時の定位置でテレビを観る。

「うちへ行く」との訴えには、曖昧にせず、なぜここで暮らすようになったかを伝えるよう統一した。

自宅ではテレビを観ながらウトウトされる事も多く、眠くなったら寝る気ままな生活をされていた様だが、当 GH はフロアに共用テレビがあるのみで、テレビを観ながらウトウトする事は難しい。時間は定めていないが21時頃には消灯し、気ままに過ごす事もままならない。しかし、自宅での『眠くなったら寝る』に近づけるよう消灯後も眠くなるまでテレビを見たり、フロアで過ごせるよう対応を検討した。

食べ物を欲する事も多く、台所へ入る事もある。自宅では、小腹が空いたら何かつまんでいたとの情報があり、定時以外でも好きな飲み物やお茶菓子、ご飯を提供できるように共有した。

【考察】

GH に入居し、当たり前だった事ができず、大きな戸惑いがあると考えられる。そんな中で、顔なじみのいる小規模へ行く事は、A 様にとって安心できる時間なのだろう。

一方で、小規模職員の中には「GH での生活に慣れている途中だから GH で過ごした方がよい」という考えもあるようだ。その考えを否定はできない。しかし、A 様が新しい環境、他者との生活に『住み慣れて』いくには、「入居したから」とそれまでの関わりを断ち切らず、連携できるとよいと思う。

また、GH 内では A 氏だけでなく、9 名それぞれの「その人がしてきた暮らし」を考える機会にもなった。

いいじまブロックには、様々な事業所があり、利用者を支えている。その強みを活かす事が自宅を離れて暮らす利用者にとっての『住み慣れた』場所を作る事になるのではないかと思う。

演題番号 111845

11 ⑱認知症	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	その人らしく過ごしていただきたい ～ご家族様とのかかわりについての取り組み～

県 連 名 福岡

院所・施設名 生協デイサービス 虹の樹

発表者 財部 秀史 職種 介護福祉士

【はじめに】

レビー小体型認知症の症状により、幻覚や易怒性がみられるなどの精神症状と振戦や動作緩慢等の身体症状のある A 氏が、安心・安全に過して頂くと同時に QOL の向上・維持を図る為、ご家族様とデイサービスの役割としての取り組みについて報告する。

【倫理的配慮】

今回のテーマにおいて個人が特定できないように配慮し、報告以外での目的に使用しない。

【事例】

A 氏 男性 年齢80歳代 診断名：レビー小体型認知症 便秘症 プルガタ症候群 幻視 振戦 介護度：要介護5 以前、入浴支援目的で、認知症対応型通所介護事業所開始するが、強い拒否があり、利用中止の経緯がある。趣味のオーディオ機器の配線作業も困難になり、配偶者の手伝いに対して怒号がみられる。便秘症により、宿便に対する意識が強く外出意欲の減退につながり、下肢機能低下により歩行動作緩慢である。食事場面では、振戦や手指の巧緻動作が困難である。

【問題点に対するアプローチと結果】

1. 不穏症状や昼食摂取量と水分摂取量の不足および便秘症 デイサービス利用時間帯と在宅での時間帯についてご家族様（配偶者）と職員が相互に把握しやすいように1日24時間の時系列とし生活状況（精神症状の発症有無、睡眠状態等）、服薬（チアプリド、ピコスルファート）、食事量、水分量、排尿、排便状況についてそれぞれの項目を設定した表を作成し、観察ノートの交換を遂行。→多職種での情報の共有。看護師による適切な処置が可能になり、機能訓練指導員の機能訓練時の訓練内容に反映。
2. 利用拒否 送迎前、モーツァルトの音楽をご自宅の BGM として使用。送迎車の BGM や利用中にも使用。→不穏症状等の発症の減少により安心・安全の下での送迎の遂行。
3. 入浴に対しての抵抗感 不穏症状や抵抗感がみられることを考慮して最後に利用。着衣時にのみ強い抵抗感があり、大声とともに他害行為がみられることがあるため、声かけしながら注意・関心を話題に向ける担当と着衣担当の二人体制で着衣を全介助で遂行。→着衣時等に見受けられた大声や自傷・他害行為も減少、安心・安全の下で利用する機会が増加。
4. 食事・水分摂取量の不足 少量摂取での食事中断がみられる為、自立摂取を促しても困難な場合は、ご家族様より嗜好品である果物等を持参。中断後から全介助で対応。水分摂取も少量である為、定時に全介助で対応。→食事摂取量や水分量の増加。

【考察】

ご本人様にとって生活の規則性、目的性、生活空間の拡大といったデイサービスの役割と機能を果たし、レク等の活動時でも笑顔になる場面が多く見受けられていた。観察ノートによる伝達作業は、ご家族様にとって負担を要するものであったが、“自分らしく過ごしていただきたい”という認識を共有することにご尽力していただいた賜物であったと考える。その人に合わせたその人らしさを追求するうえでとても良い機会となった。今後もそれに努めていきたいと考える。

キーワード：ご家族様との関わり

11 ⑱認知症
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践
演 題 名
「最後まで在宅で生活したい」を支える

県 連 名 福岡
院所・施設名 生協ヘルパーステーションくるめ
発 表 者 田中 盟子 職種 介護福祉士

【はじめに】
最後まで在宅で生活したいと思われながらも、人の介助は受けたくない葛藤されている利用者に対し、何が出来るのか日々考えながら支援にあたる事業所の事例を報告したい。

【倫理的配慮】
個人の特長ができぬよう配慮し、本人・家族に説明、承諾を得た。

【取り組み期間】
2020年11月より現在

【事例紹介】
A氏 91歳 女性 要介護4 アルツハイマー型認知症、逆流性食道炎、高血圧症、糖尿病、高脂血症 利用中のサービス：訪問介護5/W、訪問看護1/W、訪問診療1/M、ベッテレンタル 要支援1の認定を持つ夫と同居。

【経過】
市内に住む次男が仕事の合間を縫って介護されたが、家族介護は限界とのことでヘルパーを利用されることとなる。訪問当初、A氏は「お父さんにしてもらいたい」と言われ、ヘルパーからの介助を受け入れられなかった。清拭もままならず、何とか入浴出来ないかケアマネとも相談しながら通所や訪問入浴の提案をした。また、食事の体勢が悪く、逆流性食道炎を繰り返される為、離床時間を確保し、食事の体勢も整えられるよう、車椅子を使う提案をしたが、「これまで通りがいい」と言われ受け入れられない。
訪問看護においてもサービス受け入れに課題があるとのことで、訪問サービスを何とか受け入れていただければ、ヘルパー同士で支援時の様子や声掛けの仕方など細かく共有し、事業所内で話し合い、その内容を訪看とも共有した。その中で、ご主人のことを大切に思っていること、自分は見世物ではない、人に今の自分を見られたくない、金銭面の心配、息子さんに迷惑をかけたくないなどの思いがわかった。声掛けの仕方やタイミング、ご主人にも協力していただくなど工夫し、特にA氏が「お父さんにしてもらいたい」と言われた際には、夫の体調が優れず疲れている為、代わりにヘルパーが介助させていただくことを伝えると、夫のことを心配され、介助の受け入れも良くなった。

【結果】
A氏のことを考えて新しい支援の提案をしているが、受け入れは中々難しい。しかし、ヘルパーの支援は受け入れていただけている。

【考察】
A氏は夫の為に思いヘルパーの支援は受け入れて下さるようになった。A氏は夫と今のまま暮らしていきたいと願われており、ヘルパーの支援の必要性も感じて下さっているのではないかと考える。

【まとめ】
90歳を超えて夫婦で暮らしている二人、周りは在宅生活は難しく、入所なども選択肢の一つと考えた。しかし、A氏は在宅で、ご主人との生活を望まれており、今後も私たちに何が出来るか粘り強く考えて支援を継続しながらお二人での生活を見守りたい。

11 ⑱認知症
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践
演 題 名
コロナ禍におけるケアの実践

県 連 名 岩手
院所・施設名 仁王ケアセンターすみれ
発 表 者 中嶋 岬 職種 介護職員

【目的】
新型コロナウイルス感染症流行により面会制限や外出の自粛が余儀なくされ、家族や友人に会えない、旅行や趣味の制限など入居者もストレスを感じる日々であった。施設内では座って過ごす一日が多くなり、思うようなケアが出来ない日々が続いた。その中でA様がストレスによる症状が見られたため、職員間で共有、施設内でのケアのあり方について考え、症状の軽減や改善ができるのではないかと考えた。

【事例紹介】
Aさん 70代 要介護1
既往歴：アルツハイマー型認知症
ストレス症状：物を投げてしまう、他の入居者に強くあたると、表情が険しい等の精神的症状。だるい、肩こり、頭痛、調子が優れない身体的症状

【倫理的配慮】
個人情報特定されることがないこと、厳重に保護することを伝える

【実施内容】
①居心地の良い空間作り②役割作り③ADL低下を防ぐ④他者と関わる事でお互いに尊敬を守る。楽しむ（レク等）
目標はストレス症状の軽減・改善、他入居者との良好な関係。評価方法については症状が多く見られた11月から1月の記録を参照し、1ヶ月間の取り組み、症状・行動の内容や頻度を比較し評価する。

【実施結果】
11月から1月までストレス症状は平均7回見られ、実施後は8回となっている。回数の減少は見られなかったが、3ヶ月間で合計8回あった身体症状は、取り組み中見られなかった。①プライベートな空間作りを目指したが、生活の導線の確保が難しくなり、また入居者同士の距離感が近くなったため、目に入り気になってしまう事で口論になってしまった。②役割作りでは、本人の意向もあり日常的に家事に参加して頂いた。取り組みの後半では自らキッチンに立つようになり家事をしながら職員との会話も楽しんだ。③ADLの低下を防ぐ④他者と関わる事でお互いに尊敬を守る。楽しむ。では毎日、体操、レクリエーションを実施し運動量も増え、他入居者とのコミュニケーションも増えたため、レクでは笑顔で楽しんでた。

【考察】
空間作りは限られたスペースの為、居場所を作るのではなく席替えや配置換えが必要だと考える。役割作りの為、日常のことを積極的にお願いしていたが、自らキッチンに入るようになり、日々の声かけの成果であると考え。家事手伝い中に他者にも押しつけてしまうことがあったため、手伝いの場所を変える等の配慮が必要である。レクに関して「楽しかった」「すっきりした」と毎回好評であったが、他者に対して感情的になる場面も見られた。全員が楽しめる、分かりやすいレクの企画が必要と感じた。取り組みにより運動量の増加と他者とのコミュニケーションが増えたことで精神的、身体的にも安定できたのではないかと考える。

【まとめ】
職員一人一人が主体となり、レクや関わりの時間を作る事で責任感や日常のケアの重要性を再確認することが出来た。コロナ禍だから出来ないではなく、いまできる寄り添ったケアを今後も継続して行きたい。

キーワード：認知症、コロナ禍、ストレス

12 ①9母性・小児

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

A 病院で分娩した母親の EPDS から見える現状と産後の支援

県 連 名 福岡

院所・施設名 千鳥橋病院

発 表 者 桃原 千波 職種 助産師

共同研究者 塩月 知美、瀬戸 夏葉

【はじめに】

近年、出産後1年未満に亡くなった女性の死因の上位に自殺があり、その多くは産後うつが関係していると言われている。2016年から周産期メンタルヘルス事業が始まり、支援の必要性が重視されるようになっていく。メンタルヘルスの状況を把握する方法の一つにエジンバラ産後うつ病評価表（以後 EPDS）がある。A 病院は助産制度を受けられる医療施設であり、経済的問題や複雑な生育歴など様々なハイリスク因子を抱える妊婦が多い。これまでは出産後にマタニティブルーの徴候のある褥婦に対してのみ活用していた。今回全ての褥婦に質問票を記入してもらい、A 病院の現状把握と産後の支援に役立てたいと考え研究を行った。

【倫理的配慮】

今回の資料をまとめるにあたり、個人が特定されないよう配慮した。

【調査対象、期間】

2021年5月7日～6月29日に出産した褥婦30名とそのうち7月9日までに1ヶ月健診を受診した21名。EPDS の平均点と産後うつのカットオフ値とされる9点以上の割合を全国平均と比較し、背景やリスク因子を検討した。

【結果】

入院中の平均得点は4.2点、9点以上4名（13.3%）、1ヶ月健診の平均得点は4.5点、9点以上3名（14.2%）でリスク因子として未婚や複雑な生育歴、経済的不安のいずれかを抱えていた。

【考察】

産後1ヶ月の EPDS は先行研究と比べても平均得点、割合ともにほぼ平均的であった。入院中は看護者が寄り添い、支援が得られやすい環境であるが、退院後は育児への不安に加え不眠、疲労感などの身体症状により抑うつ感情が高まりやすくなる。またリスク因子があると高得点になりやすい傾向がみられた。

【結語】

低得点であっても自身の状態に気づいていない母親もいたことからメンタルヘルスの状態を総合的に評価することが大切だと感じた。コロナウイルスの流行により交流の場が減り、産前産後の女性を取り巻く環境は厳しくなっている。母親の気持ちに寄り添い、支援者となり得る家族を含めた早期介入、地域や多職種との連携を図るなど継続的な支援を強化していく必要がある。

【参考文献】

- 1) 監修：日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」「妊産婦メンタルケアガイドブック」2021年4月へるす出版
- 2) 周産期医学 Vol.47 No.5 2017 May「なぜ今メンタルヘルスケアなのか？」東京医学社
- 3) 日本医事新報 No.4924 2018/9/8「周産期のメンタルヘルスケアー早期発見と支援 日本医事新報社

12 ①9母性・小児

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

COVID-19発生前後での退院後支援の変化～母乳率への影響～

県 連 名 青森

院所・施設名 健生病院

発 表 者 千葉 千草 職種 助産師

共同研究者 宇波 由貴

【目的】

C 病院では産後2週間で実施している育児フォロー（以下：産後健診）を実施し母乳育児の継続支援を行ってきた。COVID-19蔓延以降、外来・入院中の来院制限等の感染対策を余儀なくされ産後健診は初産婦と助産師が必要と判断した経産婦のみとし、それ以外の経産婦は電話でのフォロー（以下：電話訪問）対応となった。感染対策実施以降、母乳率が低下しているとスタッフ間で話題となり電話訪問と産後健診に来院した対象では母乳育児継続に違いが生じている可能性が考えられた。2つのグループを比較し、ケアによる母乳育児継続への影響を明確化することで産後のケアの改善に活かすため調査した。

【方法】

研究デザイン：実態調査研究 対象者：研究期間中に分娩し1ヶ月健診を受診した褥婦303名 研究期間：20XX 年全例産後健診の6ヶ月間（A 群）と20XY 年 COVID-19による感染対策の産後健診の一時的な全例再開や条件の変化がある時期は除外した電話訪問導入後の6ヶ月間（B 群） 研究実施場所：C 病院 データ収集方法：BFH 認定病院が毎年日本母乳の会に提出を義務づけられている BFH データ提出シートの中の母乳率を基に A 群・B 群で電話訪問したグループと産後健診のグループの1ヶ月健診までの母乳率を収集する。 データ分析方法：A 群・B 群を単純集計し比較した。

【倫理的配慮】

診療録、BFH 認定病院が毎年日本母乳の会に提出を義務づけられている母乳率のデータを基に得た情報に際しては、本研究以外で利用しないこと。プライバシーの保護に努め、個人が特定されず、対象の秘密は保持されること。収集したデータや関連資料は厳重に管理し、研究終了後にシュレッダーで廃棄することとした。

【結果】

総数303件中、A 群は168件（母乳率71%）、B 群は135件（母乳率62%）と予想通り B 群の母乳率が低かった。B 群の産後健診（母乳率：初産44%、経産婦59%）と電話訪問（母乳率：初産83%、経産婦81%）は初産、経産婦共に電話訪問が高かった。初産と経産で比較すると初産婦（母乳率：A 群71%、B 群53%）、経産婦（母乳率：A 群72%、B 群68%）と経産婦の母乳率はほとんど差が無いが初産婦は B 群の母乳率が優位に低かった。

【結論】

B 群での電話訪問の母乳率が高いのは入院中元々母乳育児がスムーズに行えている母子のみに行われた為と考えられる。A 群より B 群の母乳率が低かったのは受診の制限と電話訪問の導入だけで無く母親学級の中止、面会制限などで妊娠中からのイメージ作りへの介入、家族を含めた母乳育児指導が出来ない事による家族のサポート不足が関係している可能性が考えられる。そのため限られた受診回数で母子に対して的確なアドバイスや指導が出来るようなスタッフのスキルアップや本人と家族も含めて母乳の利点や産後のイメージが出来るような対策が必要である。

12 ⑱母性・小児	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	社会的ハイリスク妊産婦への支援を行なう際に助産師が感じる困難

県 連 名 北海道
院所・施設名 勤医協札幌病院
発 表 者 大野 幹子 職種 助産師
共同研究者 堤 千夏、山本 真規子、出塚 望、五十川 聡子

【はじめに】
A 病院は第一種助産施設であることから、社会的ハイリスク妊産婦を多く受け入れており、支援に当たる助産師は多くの困難に直面している。困難に対処しきれず勤務を継続することは、ケアの質の向上を阻害するだけでなく、助産師のバーンアウトに繋がることも否定できない。助産師が直面する困難を明らかにすることで、その対処方法を検討する一助となり助産師のモチベーションの向上に繋がることが期待される。

【研究方法】
研究期間：2020年10月～2021年2月まで
研究デザイン：質的記述的研究デザイン
研究対象：A 病院の産婦人科病棟・外来に勤務する助産師6名
データ収集方法：半構造化インタビュー
データ分析方法：インタビュー内容から、社会的ハイリスク妊産婦を支援する際の困難を抽出及びカテゴリー化し、内容を分析した。
用語の定義：本研究における社会的ハイリスク妊産婦とは、経済的困窮や精神疾患合併・若年妊婦など様々な背景を抱え、ローリスク妊産婦と比較し特別な支援を要する妊産婦のことを指す。

【倫理的配慮】
選定した対象者には研究概要について説明し、協力の同意を得た。対象者には、本研究の参加は自由意思に基づいており、得られたデータは研究目的及び学術集会等での発表以外には使用せず、個人情報保護することについて説明した。

【結果】
インタビューの結果、社会的ハイリスク妊産婦を支援する際に感じる困難について、3つのカテゴリー、7つのサブカテゴリー、23のコードが抽出された。結果の詳細はスライド参照。

【考察】
インタビューの結果として挙げられた困難の中で妊産婦からの暴言・暴力への対応は最多であり、支援にあたる助産師にとって心身ともに大きなストレス要因になっている事が明らかになった。特に、【名指しで怒りを向けられる】に含まれるコードのうち2つは児童相談所が介入し母児分離に至ったケースに対応した際に感じた困難である。社会的ハイリスク妊産婦を多く受け入れる A 病院特有の困難であり、児童相談所との連携し妊産婦にとって受け入れやすい介入方法を検討することや、病院スタッフ間でも対応を統一する必要があると考えられる。
次に、精神疾患特有の感情変化に伴う困難が多く挙げられた。突発的な症状に振り回され時に理不尽な攻撃を受けることもあり、対応する助産師は強い困難感を抱いていた。妊産婦かかりつけの神経科との連携を強化し、内服等で適切な治療を継続できるように介入することが困難の解決に有効であると考えた。
A 病院で管理する社会的ハイリスク妊産婦は多様な背景を抱えるケースが多く、他職種との連携は必須である。行政をはじめとする他職種と連携を行なう際は積極的に情報交換やカンファレンスの場を持ち、それぞれの役割を明確にして、困難を1人で抱え込むことがないようにすることが重要と考えられた。

12 ⑱母性・小児	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	かかりつけ病院において重症心身障害児（者）を守る取り組み ～地域連携・外来における情報収集について～

県 連 名 京都
院所・施設名 京都協立病院
発 表 者 阪梨 知代 職種 看護師
共同研究者 塩見 君代、前田 さや子

【はじめに】
A 氏は重症心身障害児（者）で、生後8か月の時からB病院小児科をかかりつけ病院として通院している。B病院には小児科外来はあるが、小児科病棟は有していない。A氏は201X年12月に通所施設である作業所で心肺停止状態となり、B病院に緊急搬送される出来事があった。急変をきたしたA氏との関わりを振り返ることで、対応が限定されるB病院の外来において、患者とその家族を守るために必要な援助と今後の課題を明らかにしたいと考えた。

【事例紹介】
A氏 20歳代 身長80cm前半 体重8kg台
病名：脳性麻痺、重度心身障害、てんかん
主介護者は母親。病院受診は父親のため直接情報が得にくい。

【倫理的配慮】
研究参加については対象者の自由意志であり強制力は働かないこと、プライバシーを守ることについて文章と口頭で父親より代諾を得た。

【方法】
カルテの診療録や看護記録、合同カンファレンス記録、ナースカンファレンス記録、急変時を含めた過去から現在におけるA氏とその家族に対するスタッフの関わりや対応を振り返る。

【結果】
事前に今後の急変時の対応について、小児科の枠を越えて内科医師や一般外来看護部、医事課のスタッフで対応を協議した。その内容を合同カンファレンスで共有しながら小児科医が不在の時でも内科医が対応可能な場合、A氏の救急搬送を受け入れることができる体制を整えた。外来において収集すべき在宅での情報を整理して、A氏専用の聞き取りシートを作成した。

【考察】
合同カンファレンスの開催は、在宅側との情報共有という意味も重要だが、外来看護師の意識の向上にも寄与する大切な機会であることを再確認した。医療従事者の視点では、受診の付き添いは主養育者である母親が望ましいが家族の役割として父親がそれを担っており、母親の負担軽減と考えられる。前田らは、「外来看護師はケアマネジャーや退院支援看護師と違い、患者の家での様子を直接見たり、他職種と情報共有したりして推測することがむずかしい」¹⁾と述べている。外来では看護師が患者1人に対して関わる時間は数分程度とされており、的確な情報を収集することは容易ではない。A氏の家族の状況を踏まえた正確な情報収集を行うための一つのツールとして、聞き取りシートの作成と運用は有効であると考えた。

【結論】
在宅療養を続ける重症心身障害児（者）とその家族を守る取り組みとして、合同カンファレンスの開催や外来における情報収集の重要性について再認識した。今後もスタッフ皆でアンテナを張り、不明な部分や疑問がある場合はその思いを速やかに共有し、解決に向けた方法を皆で模索しながら具体的な行動につなげていきたい。

【引用文献】
1) 前田明里、永田智子：外来看護師が患者の在宅療養支援のニーズに気づくための情報収集、日本地域看護学会誌、Vol.22No.3,2019

キーワード：外来看護、地域連携

演題番号 121905

12 ⑬母性・小児	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	喫煙初産婦との関わり ～夫婦で児を迎えるために～

県 連 名 山形
 院所・施設名 鶴岡協立病院
 発表者 齋藤 悠里 職種 看護師

【目的】
 妊娠発覚後も喫煙を続ける初産婦を受け持ち継続的に禁煙サポートした症例を検討。

【方法】
 質的研究・事例研究

【倫理的配慮】
 匿名性及びプライバシー保護について、本人に口頭で説明を行い了承を得た。

【実践内容】
 喫煙のリスクに関する知識不足と家事に非協力的で胎児への関心が低い夫へのストレスが喫煙を継続させていた。夫との関わりとして、夫の目のつく所にエコー写真・USBメモリを置き、USBメモリ画像を夫の前で鑑賞する事を提案した。夫は自らエコー写真や病院の資料に目を通しUSBメモリ画像も一緒に見るようになり、家事を協力し始めA氏への気遣いが見られるようになった。A氏も笑顔で夫とのやりとりを話すようになり、産後の生活について夫婦で相談する等夫婦関係に大きな変化が見られた。しかし、喫煙状況に変化は見られなかったため喫煙による影響の情報提供を開始した。アルコールと同様に悪影響であることを口頭で説明するが効果が見られずパンフレットでの指導に変更した。「パンフレットを見て怖くなった」と話し「分婉したら喫煙する」と禁煙時期を念頭に置き始めるようになり、その後「厳しい祖父と会う機会に禁煙する」と決意し、減煙を経て介入から約5か月後禁煙に至った。

【結果】
 禁煙することができ、夫婦で児の成長を楽しみ、産後の生活について考えていけるようになった。

【考察・まとめ】
 妊娠から育児期は生活・家族役割に変化があり、初産婦にとっては未知の事が多く抱える不安も大きい。その中で夫という身近な存在と妊娠経過を共有できない事はストレスとなり、禁煙の妨げになっていたと思われる。A氏と対話を重ね夫との関わりを傾聴・助言していくことで夫の行動変容が見られ、夫婦で児の成長を楽しめるようになった。夫との関係が満たされる事でA氏自身も児への想いが深まり禁煙に繋がれたのではないかと考え、妊婦だけでなく家族への継続した介入の必要性を感じた。しかし禁煙に5か月も要したのは、医療者として『喫煙はやめるべき』の思いが先行し、A氏の想いに寄り添えきれていないまま情報提供に力を入れてしまった為と考える。また禁煙への最後の後押しとなったのが祖父であり、生活環境や育成歴、家族構成・関係性なども踏まえた上で介入することが問題解決の近道だった。このことから民医連の目指す看護の基本となる「3つの視点」で患者と向き合う事の重要性を改めて感じた。産科は妊娠から産褥期と関わる期間が長期である。今回の学びを活かし産婦の想いに寄り添い、健やかな妊娠経過が送れるように支援していきたい。

演題番号 121906

12 ⑬母性・小児	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	手術室における自閉症のある子どもと家族への配慮

県 連 名 広島
 院所・施設名 広島共立病院
 発表者 野川 奈美子 職種 看護師
 共同研究者 増川 真紀

【はじめに】
 自閉症は先天的な発達障害の1つで「社会性と対人関係の障害」「コミュニケーションや言葉の発達の遅れ」「行動や興味のかたより」の3つの特徴がある。今回、自閉症のある子どもの骨折の手術を担当した。児は、慣れない環境下で次々に行われる治療を受容できず、拒絶反応を示した。その後、児への対応について振り返り、どのように関わるかを検討し、児や家族の希望に沿った介入が行えたので報告する。

【事例紹介】
 背景：Aくん、7歳。自閉症で知的発達障害があり、言語による意思表示はできない。新しい場所や初対面の人が苦手。音に敏感。処置などは頻繁に拒否する。という特徴がある。
 経過：授業中に転倒し受傷した。左橈尺骨骨幹部骨折と診断され入院し、翌日、全身麻酔下に骨折経皮的鋼線刺入固定術を受けた。手術から数ヶ月が経過し抜釘手術となった。

【倫理的配慮】
 事例対象者には、個人が特定されないように、患者の個人情報とプライバシーの保護に十分配慮した。また、発表にあたり、所属施設の看護部の承認を得た。

【看護の実際】
 骨折の手術当日、訪問するとAくんは眠っていた。母親は「痛みや刺激を少なくして欲しい」と話され、ルート確保は手術室で行うことにした。入室は母親が同伴し、Aくんは看護師とハイタッチをかわしていたが、医師が現れると、母親に「帰ろう」というサインを始め、声をかけたが拒絶反応を示したため、一旦病室し病棟で鎮静後再入室となり手術は無事終了した。術後、母親は「子供が可哀想、病院職員に申し訳ない」と話された。その後、抜釘手術に向け、自閉症のある児への対応について学習し、主治医などから情報収集を行い「刺激となるルート確保は、小児科医に依頼する。環境の変化に敏感なため、病棟で静脈麻酔薬を投与後、手術室へ入室する」ことを計画した。外来受診時、入院時、手術当日に訪問すると、Aくんは、タッチをしたりハンドサインで答えてくれた。母親は、手術や麻酔を心配しており、特徴に合わせた看護を提供することを説明した。手術当日は計画通り入室し落ち着いた状態で退室し、穏やかな表情で過ごしていた。翌日訪問すると、足で合図する反応があった。母親は「今回は安心できた」と笑顔で話された。

【考察】
 Aくんは、入室時の確認を進めるうちに、不安や恐怖に駆られ拒否を示し、見慣れない医師が現れたことで、混乱を起こし、拒絶反応を引き起こしたのではないかと推察する。Aくんは、周囲の環境刺激の受け取り方がとても敏感な状態であり、母親は、子どもや医療者に対し心苦しさがあった。そのため、慣れた療養環境で鎮静後、手術室に入室するという方法は、Aくんの特徴を理解しAくんや家族の思いを尊重することができたのではないかと考える。

【参考文献】
 「田中恭子,内山登紀夫(2012)発達障害児への支援の基本的な考え方:小児看護,35,534-540,へるす出版,東京。」

キーワード：小児の手術、自閉症者の看護

12 ⑬母性・小児	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・ 介護の質の向上	
演 題 名	生後2 か月の子どもを育てる母の育児への不安や 負担感の調査

県 連 名 北海道
院所・施設名 勤医協札幌病院
発 表 者 大山 弥生 職種 看護師
共同研究者 佐藤 環、戸塚 舞、米山 恵吏、
大山 弥生、佐々木 咲江、多屋 佳葉、
藤原 朱子

【目的】
A 病院小児科外来は、生後3 か月から健診を行っている。健診前の受診は生後2 か月の予防注射である事が多い。その際母からは悩みなどの訴えがなかったが生後3 か月健診時に2 か月の受診時から育児に関する聞き取りや適切な助言が必要とされる事例があった。乳幼児健康診査事業実践ガイドでは、子育ての不安が最も強い時期は子どもが生後1～2 か月の時期であると述べられ、この時期の母親の育児への不安や負担感を聞き取り、看護師に求められる支援を明らかにする。

【方法】
乳幼児健康診査事業実践ガイドの保健指導を参考に独自の問診票を作成しアンケート期間4 か月間に A 病院小児科外来に来院した生後2 か月の子どもを育てている母に記載を依頼した。育児への不安や負担感に関する11項目の回答と母親が看護師に語った言葉をデータとして取り扱う。

【倫理的配慮】
研究の目的、参加の自由、参加しなかった場合の不利益は生じない事、途中辞退できる事、得られたデータは匿名性が保たれる事を書面で説明し同意を得た。

【結果】
本研究では「子どもの身体や発達」、「母の体調」、「育児での悩みや辛さ」についての回答が多かった。「子どもの身体や発達の心配」は、「皮膚」や「向き癖」等に心配をしている母が多かった。看護師はこの時期の母の心配事を意識的に引き出し、具体的な対処方法や病気のサインを見逃さないような観察方法を伝える事が大切であると考えた。「子どもとの生活」では、楽しいと感じている母が多い一方で、中には子どもが可愛いと思えない、イライラしている母もいた。また、「母の体調」については、約半数の母が疲れやすい等の不調を感じている事が明らかになった。立花¹⁾は「子どもができた事による環境の大きな変化、育児での疲弊やストレス等で心身のバランスを崩しやすい」と述べている。産後1～2 か月は産後うつに罹患しやすい時期である為母の表情や言動を観察し、必要時、医師や他機関と連携する事が求められる。「育児での悩みや辛さ」を感じている母は約6割にみられ、内容も多岐にわたっていた。看護師は多角的な視点を持ち一緒に問題を解決する関わりが求められる。また、悩みや辛さに共感し傾聴と労いの気持ちを持つことが大切であると考えた。今回「育児の相談・協力者」がいないという回答はなかった。

【結論】
①生後2 か月の子どもを持つ母は、子どもの発育や発達、育児に関する事等多岐にわたる悩みをもっている。②看護師は子育ての不安が最も強い時期の母の不安や負担感を引き出し、母が困っていることに共感し母に寄り添い、具体的な方策を提示することが求められている。③問診票は、母の育児への不安や負担感を引き出す有効なツールである。

【引用文献】
1) 小児内科 vol150,no6,2018 母親のメンタルヘルス 立花良之

12 ⑬母性・小児	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・ 介護の質の向上	
演 題 名	妊娠をきっかけとした切れ目ない母子支援をする ための活動 ～母子保健地域包括の視点より～

県 連 名 埼玉
院所・施設名 埼玉協同病院
発 表 者 石川 幸恵 職種 助産師

【はじめに】
母子保健を取りまく社会情勢は近年変化し、出産後も必要な支援が受けられるよう地域包括支援体制を構築し、切れ目ない連携が求められている。A 病院でも様々な活動を広げているため報告する。

【活動内容】
リスト化：基礎情報や家族背景、産後支援者が把握できるよう、妊娠経過表を、妊婦に記載してもらっている。字体にも注目し、総合的に気になる患者は、リスト化している。問診 毎回妊婦健診時に、助産師が個室で問診をとっている。顔なじみの助産師と話すことで信頼関係が生まれ、情報が明確になっている。地域連携：リスト化された対象妊婦は、了承を得た上で、地域保健センターに情報共有をしている。複雑な症例は地域とカンファレンスを設け、関わる機関や部署に声かけをし、産後に養育できるか検討を行っている。病院内の連携：精神疾患（既往含む）合併妊婦は、精神科医師の受診に繋げている。毎月、精神科カンファレンスでは、産婦人科と精神科の得た情報を共有し、問題の明確化をしてスタッフに周知している。小児虐待会議では、医療ソーシャルワーカー、保育士や救急外来スタッフ、事務も参加し情報共有を行っている。夜間受診するケースもあり、同じ視点で関わる事を心がけている。チーム制：複雑な症例は、病棟・外来隔ることなくチームを作成し介入している。社会的決定要因（以下、SDH とする）カンファレンスを病棟でも実施。産婦人科全スタッフが、あらゆる視点で妊婦を捉えようとしている。産後支援：退院1 週間前後にフォローを行い、個別の助言を行っている。1 ヶ月健診で気になる症例は地域に情報提供も行っている。

【考察】
精神疾患合併妊婦は、個人産院では対応できない現状もあり、A 病院に紹介されることが多い。年間出産数の約1/6 を占めており年々増加している。武田らの調査から、東京都23区の2005年～2014年の10年間の妊産婦の異常死を分析すると、89例中63例が自殺であった。4-5 割が精神疾患を持っている現状があった。A 病院でも精神疾患合併妊婦を受け入れているため、妊娠中に問題がなくても何かをきっかけに再燃や悪化する事を念頭に対応し、切れ目ない連携をしていく必要がある。A 病院では様々なカンファレンスや会議を毎月行っている。情報集約で大変な面もあるが、SDH の視点を持ち、把握した上で関わりと信頼関係が築けていると感じることも多い。医療者については予測した事をくみ取って話の主導権を握ってしまうが、問診を通し、妊婦から直接話す言葉や表現が大切にしていける必要がある。また、子育ては成長発達において、困難に立ち向かう。虐待の芽がないか注視し、気になるケースは病院全体で把握し対応していく。そしてその情報を、A 病院で完結せず、地域と共に継続して支援していく事が重要である。

12 ⑬母性・小児

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

母乳パンフレットの有効性の検証結果（中間報告）

県 連 名 宮城

院所・施設名 宮城厚生協会坂総合病院

発 表 者 大河内 悠紀 職種 助産師

共同研究者 堀江 優子、岡田 千加子、海和 真紀、
青山 幸恵、佐々木 律子、濱田 あゆみ

【目的】

当院はBHF（母乳育児支援）認定病院である。今回「母乳のお話」のパンフレットを作成し有用性について検証したので経過報告をする。

【方法】

1. 妊娠中から母乳育児の理解を深め、乳頭マッサージの実施を増やすために、妊娠中に読んでもらいたい内容のパンフレットを作成した。おっぱいの構造、母乳分泌の仕組み、母乳の利点、食事内容や水分摂取の必要性、タバコ・アルコールの害、乳頭マッサージの方法、特に妊娠中からの乳頭マッサージの必要性、産後の頻回授乳の必要性などについて分かりやすくまとめ文字を大きくしイラストを入れ、疲れやすく注意力の低下する妊娠期間に読みやすいように工夫。
2. 妊婦健診で来院した出産前の妊婦（22週以降）へパンフレットを配布。
3. 産後2週間健診または1ヶ月健診でアンケートを実施。

【倫理的配慮】

本研究は、アンケートの「結果から匿名化された情報のみを分析して報告するものである。

【結果】

初産婦3名経産婦2名の計5名の褥婦よりアンケートを回収した。初産婦では全員がパンフレットを妊娠中に読んでいた。1人の経産婦は産後に読んでおり、授乳で困ったときに読んで活用できたとの感想があった。妊娠中にパンフレットを読んだ褥婦は産後に読んでいなかった。

パンフレットは役に立った方がいた反面、分からないと答えた褥婦もいた。妊娠中に乳頭マッサージを行った方は3名おり、全員パンフレットを読まなくても乳頭マッサージをしたと思うと答えていた。乳頭マッサージをしなかったと答えたのは今回3回目の経産婦1名とパンフレットを読んだが役立ったか分からないと答えていた初産婦1名だった。

その他「とても分かりやすく、手入れの仕方も丁寧に書いてあって実践しやすかった」との感想もあった。どの内容が役立ったかについては、「おっぱいの出るしくみ、母乳の良いところ、おっぱいのお手入れ」とのことだった。

【考察・まとめ】

今回パンフレットを配布した対象が22週以降であり配布してからアンケート回収までの期間が短かったこと、産後健診にいられた対象者が予想以上に少なく、評価対象が少ないため有用性の検証はできなかった。しかし、妊娠初期から分娩、産後に向けて切れ目なく支援を継続するには外来助産師と病棟助産師の連携が重要であり、分娩後にスムーズに母乳育児に向かうための外来の働きかけの一つとしてパンフレットの配布は母乳育児に対する動機づけの支援として重要であると考えられ、有効性の検証は続けていく必要があると考える。

【参考文献】

- 1) 石川紀子他：乳房ケア・母乳育児支援のすべて、株式会社メディカ出版、48・52・75・80,2017

キーワード：母乳育児

12 ⑬母性・小児

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名ビデオ電話を活用した看護師による無料電話相談をはじめて
～お顔をみて話しましょう～

県 連 名 京都

院所・施設名 吉祥院こども診療所

発 表 者 善明 実 職種 看護師

共同研究者 岡本 由美子、田部 多津子、山本 里穂

【目的】

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、対面での子育て支援活動が制限され、親子で集まり気軽に悩みを相談する機会が失われた。そこで、ビデオ電話アプリケーション（以下ビデオ電話と略す）を活用した「看護師による無料電話相談室」を開設した。育児相談は1件であった。しかし、診療時間内に、症状に関する相談を、ビデオ電話を使用したことで、診療に役立つことがあった。ビデオ電話を活用した保護者に、アンケート調査を実施し、保護者と看護師を繋ぐ新しいツールを見つけることができた。また、保護者からの要望が多かったSNS（以下LINEと表す）を導入することで、コロナ禍でも、気軽に安心して相談ができ、そして、ワクチン予約方法の新たなシステムとして構築することができた。

【方法】

20XX年5月～翌年1月の間にビデオ電話を利用した保護者と対応した医療従事者に対してアンケート調査を実施した。その結果を分析し評価をした。また、LINE導入後の現状を報告する。

【倫理的配慮】

対象者には、本研究の主旨、知り得た情報は研究以外の目的には使用しないこと、また、調査協力を辞退されても患者・保護者に不利益は生じないことを研究同意書にて説明した。アンケートの返送をもって同意を得た。A診療所の管理委員会承認を得た。

【結果】

アンケートの対象者の子どもの年齢は、2歳以下が11名、2歳以上が2名であった。第1子の相談が10名で、相談者は、母親が大半を占めていた。ビデオ電話を利用して「満足だった」と全員から回答があった。「子どもの様子をみてもらえた」「受診の判断をしてもらえた」ことが挙げられた。看護師も画面を通して子どもの様子を把握することができ、双方にとって、ビデオ電話を活用することは有効であった。LINEの活用方法は、最新情報の配信や保護者からの相談に活用している。必要に応じてビデオ電話で対応することもある。また、ワクチン予約を24時間送信可能としたことで、診療時間内での電話予約がなくなり、症状の問合せの電話対応に集中できている。しかし、管理体制は、24時間体制でないため、問合せに迅速に対応できないことがある。また、主に管理は看護師長であり、師長の負担が大きくなっていることが課題である。

【考察・まとめ】

ビデオ電話を活用した看護師による相談は、保護者にとって顔見知りの看護師と顔を見て話すことで、通常の電話相談よりも、満足や安心感に繋がったと評価ができる。看護師も聴覚からの情報だけではなく、親子の状況を視覚から捉えることで情報量が増えアセスメントが容易となった。診療所として、LINEは今やコミュニケーションツールの一つとして欠かせない存在である。保護者の相談や症状の問合せに今後も活用していきたい。

【参考文献】

- 広野優子：小児救急電話相談に利用者が求めること、外来小児科、p238-244,2005。

12 ⑱母性・小児	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	舌下免疫療法をはじめました

県 連 名 大阪
院所・施設名 耳原鳳クリニック
発 表 者 吉年 智子 職種 看護師
共同研究者 榎田 淳子、島野 苗

【背景】
わが国は、花粉症の患者が約3000万人以上いると言われている。そして花粉症は、鼻閉や鼻水などで不眠や集中力・判断力の低下にもつながり、日常生活に及ぼす影響も大きい。当院は、診療科のひとつにアレルギー外来がある。そこで今回、患者からの希望の声も多く、痛みの伴わない舌下免疫療法に着目し、2021年4月より舌下療法を開始した。しかし、この治療は、治療に要する期間が長いために、患者が治療を中断しないように、多職種と連携し、外来看護師として患者の思いを傾聴、励まししながら治療をサポートした。その経過を報告する。

【目的】
アレルギー患者に対し、適切な検査・治療を行い、アレルギー症状の改善・治療薬の減量を目指し、最終的には患者の生活の質の改善につなげる。

【方法】
期間：2021年4月～12月 対象者：当院アレルギー特診でスギ・ダニに反応のある患者・アレルギー症状で受診し、採血し反応がでた患者に、舌下免疫療法の理解を深める為の学習会への参加および舌下免疫療法薬を処方できる為の医師のeラーニング受講を促す。また関連薬局との連携をはかる。患者には、医師が治療に数年かかることや副作用についての説明をする。初回治療は、当院で服用し30分経過観察する。看護師は、受診時に副作用の有無や症状の確認を行い、副作用がでた場合は、治療は長期になる為根気よく継続することの重要性を説明する。診療時間及び診療できる医師を増やす工夫を行う。

【結果】
7歳から66歳の38名が治療開始。口腔内違和感・声がれ・舌の腫脹などの副作用出現件数8％・クラブなどで毎月受診が困難中止になった件数2％・継続が97％だった。治療を開始したばかりで、大きな変化はなかったが、多くは内服すると症状が緩和されていた。中には、副作用の出現で、スムーズに進まなかった例もあった。

【考察】
今回は当院の特診患者を中心に開始した為、患児・保護者との面識もあり治療の導入が比較的しやすく、受診間隔が2・3ヶ月から1ヶ月に短縮したことで、症状の変化にも早めに気づくことができた。また、副作用で苦戦している時は、親子の話を傾聴し焦らず、励まししながら受診間隔を短縮し、症状の観察を行った。治療初回は、薬の在庫の確認の為、事前に開始予定人数を薬局に伝え、院内での内服がスムーズにできるように事務と薬局へも協力を依頼した。会計・薬局での待ち時間の短縮も行った。当初は、長期治療になる為中断する患者も多いのではと思われたが、皮下免疫療法に比べ痛みがないことや工夫した成果が中断は少なかった

【結語】
治療の効果がはっきりわかる数年先には、アンケートを取って患者の意見も聞く予定である。これからも中断しないよう看護師として、少しでも患者の症状緩和につなぎ患者が生活しやすくなるよう支援していきたい

【倫理定期配慮】
この発表内容は、個人が特定されないように配慮している。

12 ⑱母性・小児	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	小児看取りに対するスタッフの不安 ～訪問回数が少なく関わりに悩んだ事例を通して～

県 連 名 兵庫
院所・施設名 訪問看護ステーション別所
発 表 者 澤田 奈津子 職種 看護師
共同研究者 石井 麻記

【目的】
本報告の目的は、普段訪問看護で関わる機会の少ない小児のターミナル事例に対し、小児の看取りを初めて経験した訪問看護ステーションでの関わり方について振り返り、小児の看取りに対する思いを肯定化し、今後の経験につなげていくことである。

【倫理的配慮】
対象者の家族に対して、本発表の主旨と倫理的配慮について口頭で説明し、承諾を得た。

【事例の紹介】
A君3歳男児。両親と3人暮らし。脳腫瘍・水頭症と診断され、手術や化学療法が施行されたが効果なく、ターミナル期に移行・内服治療となる。元々九州在住だったが、父親の転勤で引っ越しとなり、新しい土地での生活を始めることとなる。治療方針としては、新規治療はせず、在宅看取りを希望された。

【看護の実際】
当訪問看護ステーションでは全スタッフ小児科経験がなく、小児看取りに対する不安が強くあったため、訪問開始前に疾患や関わり方、A君の背景についてのカンファレンスを行い、方針の統一を図った。A君は病院慣れしていることもあり、人見知りなく受け入れは良好であった。状態安定していたため保育園に通っており、訪問看護は1回/週での開始となる。両親の病状理解は良好であったが、父親は訪問看護訪問時の表情が硬く、スタッフとA君の関わりと離れた場所から見ていることが多かった。訪問開始から2ヶ月後、脳浮腫症状の出現にて状態悪化し、訪問回数を増やすことを提案するが、A君がスタッフの関わりにストレスを感じて泣き出すことも増え、両親の希望にて隔週の訪問となる。以降も入眠中との理由でキャンセルになることも多く、訪問は希望時の対応となり、訪問開始より5か月で永眠された。

【結果】
A君や家族との信頼関係を構築するために訪問スタッフを1～2名に限定していたため、A君と家族の現状を他のスタッフが把握しづらく、訪問スタッフだけが悩んでしまう状況が生じていた。デスカンファレンス開催時には、小児ターミナルの両親との関わり方が難しいという意見が多くあったが、引っ越したばかりの母親は周囲に思いを表出できる友人もおらず、不安も多かったのではないかという意見もあった。40歳代の両親だったため、訪問にこだわらず、メールでのやり取り等、形にとらわれない関わり方も検討してよかったのかもしれない。また、両親はA君との時間を大切にしていたため、訪問看護の介入を強く勧め過ぎない程度でよかったのではないかと意見もあった。

【結論】
初めての小児の看取りで戸惑いが大あったが、今後の課題として定期的にカンファレンスを開催することで、利用者や家族からの肯定的フィードバックを振り返り、スタッフが揺さぶられた感情をその他スタッフと共有することで自身の関わり方について肯定し、関わりが難しい小児の看取りについて前向きに取り組んでいきたい。

【参考文献】
船戸正久、鍋谷まこと「新生児・小児医療にかかわる人の看取りの医療 改訂第2版 2016.5.20

演題番号 121913

12 ⑬母性・小児

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

へき地にて医療的ケア児の在宅看取りを可能にした看護

県 連 名 群馬

院所・施設名 とね訪問看護ステーション

発 表 者 伊藤 香苗 職種 看護師

共同研究者 星野 日和、小野 弓、永井 真紀、
白井 サユリ

【はじめに】

へき地にある A 訪問看護ステーションでは高度な医療的ケア児の訪問をしたことがなく介入前から看護師に不安と戸惑いがあった。母の思いと家族の理解と協力をもとに小児専門病院と訪問診療、両訪問看護ステーションで連携することで在宅看取りを実現できたことを報告する。

【倫理的配慮】

療養者・家族の個人情報保護を厳守することを書面で説明し同意を得た。

【事例紹介】

主疾患名：染色体異常、家族構成：母（主育児者）、父、きょうだい児、祖母（支援者）、状態：超重症児（スコア25点以上）

【看護の実際】

1) 医療的ケアのある生活と家族の支援 ①母の手技に基づいた医療的ケアの実施（手順書の作成）②母の思いに寄り添う③児と家族にとって普通のことができる環境を整える 2) 多職種との役割調整と連携 ①小児専門病院の担当医と両訪問看護ステーション看護師の連携②訪問診療医と両訪問看護ステーション看護師の連携③ B 訪問看護ステーションとの連携 3) 在宅看取りを支える ①母の覚悟に寄り添う②看護師間の訪問前後の情報共有と方向性の確認③母の思いに寄り添った多職種連携

【結果と考察】

1) 訪問診療医と訪問看護師の覚悟 訪問診療医、訪問看護師は在宅での小児の看取りは経験がなく不安であったが、母の「児と一緒に居たいという思い」に寄り添った。命の限りがみえてきた時期に小児専門病院の担当医に相談すると「訪問診療医と訪問看護に任せる」という返答をもらい看護師は最期まで看取る覚悟がついた。 2) 祖母の存在と協力、母との関係性 児の祖母として甘えることができ、看護師であり医療的ケアができる家族として頼ることができるパートナーだった。嬉しい出来事を喜ぶことは夫やきょうだい児もできるが、不安や悲しみを含む怒りなど複雑な感情に寄り添うことができたのは祖母しかいないと考える。祖母の存在と協力が家族機能をいい方向に向かわせた。 3) こどもが在宅で家族と過ごすことの意味 状態の変化があった時に日々の様子を写真に収めアルバムを作り始め、きょうだい児の友達に紹介され賑やかな中で過ごさせること、きょうだいの用事で留守番をして、児と母が寂しさと愛おしさを感じることで、高度な医療的ケアがあるため簡単にお風呂に入れてあげられないため母、祖母、看護師3人でサポートして入浴できたこと。親として「こどもにしてあげたいこと」は在宅で家族と過ごす中にしかないのかもしれない。

【おわりに】

母の覚悟に寄り添う看護をしたことにより信頼が得られ相談をしてもらえる関係性となり看護師は自信を持つことができた。そして最期まで支えていく覚悟をもった病院と在宅が歩み寄った連携をとることでへき地での医療的ケア児の在宅看取りを可能にした。これからも医療的ケアを必要とする児と家族の在宅生活を支えていきたい。

13 ②〇精神	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	単科精神科病院でのコロナ重点医療機関の立ち上げ 「法人内コロナプロジェクトチーム」 ～顔の見える法人内連携

県 連 名 青森
院所・施設名 藤代健生病院
発 表 者 鳴海 由紀子 職種 看護師

【目的】
コロナ禍における国内では、精神科病院で発生するクラスターが多数報告され、一般病床の逼迫と疾患特有のケアの困難さから、精神科疾患を抱える患者のいのちの選別が危惧されている。実際に精神病症状が著明な患者を一般病棟で対応するにはハード面ソフト面で大きな困難が予想される。一方、単科精神科病院でのコロナ治療とケアは診療体制の確保や看護ケアのスキル獲得からも、手上げする医療機関は少ない。実際当院でも、通院中の患者が陽性になった場合の受け入れ先を巡って、倫理的葛藤が発生することが予想された。これらを踏まえ、コロナ禍における無差別平等の医療を実践するために、精神科治療の専門性をもちつつ、新型コロナの治療を实践できる精神科でのコロナ重点医療機関の立ち上げを法人として決定した。法人内ではセンター病院である A 病院でコロナ重点医療機関をすでに開始しており、運営に関する様々なリソースを持っていた。A 病院、本部と連携した「法人内コロナプロジェクトチーム」による、顔の見える法人内連携の実践と病棟運営開始までを報告する。

【倫理的配慮】
本研究で得た情報は研究以外で使用せず、個人が特定できないようにプライバシーを保護することを口頭で説明し同意を得た。

【結果】
2021年10月下旬にコロナ重点立ち上げを法人で決定し、院内へ12月開始を周知した。既存の60床の病棟をコロナ病棟にするために、院内84名の精神科患者を退院転院させ、同時に11月中旬から順次病室の改修工事を行い、精神科的な病状悪化患者に対応するための保護室個室を整備した。看護配置は、精神科経験のある院内看護師からコロナ病棟希望者を確認し配置予定としたが、勤務希望者の大半は単科精神科のみでの勤務経験であり、治療やケア、看護管理等すべてにおける不安が強い状態であった。それを受けて、法人看護部長、当院総看護長、当院コロナ病棟看護長主任、A 病院感染認定看護師、A 病院コロナ病棟医師・看護長主任を主メンバーとした週1回の「法人内コロナプロジェクトチーム」会議を開催し、当院のスタッフへ向けて、ゾーニングの実際、PPE 装着、コロナ疾患と治療、看護基準手順のシミュレーションの実施と評価、レッドゾーンでの不穏暴力対応、メンタルケアの体制、勤務者の福利厚生などを継続的に検討支援した。また、看護長も含めて全員が A 病院のコロナ病棟で実習を行い、実際の患者ケアを体験した事もあり、顔の見える法人内連携が構築できた。

【考察・まとめ】
精神科疾患を抱えた方の受療権を守るために、法人内でのコロナ治療やケアに対するリソースを活用し、それぞれの立場と役割で課題を捉え、無差別平等の医療の提供を実現することができた。運営を開始した後も、同じ理念をもつ顔の見える法人内連携があれば、些細な事も相談できる心理的安全性があり、運営に大きく貢献している。

キーワード：精神障害、無差別平等

13 ②〇精神	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	精神科コロナ病棟立ち上げ ～病棟看護長として関わってみて

県 連 名 青森
院所・施設名 藤代健生病院
発 表 者 鳴海 香代子 職種 看護師

【目的】
青森県内に精神科病院は26病院あり、これまで県内に精神科コロナ病棟はなかったが、精神科患者の命を守るため県内初の精神科コロナ病棟を立ち上げることとなった。自身は看護長経験1年目で、新しく病棟を立ち上げることに関わったことなく、大きな不安でいっぱいだった。院内の各病棟からスタッフが集まっての病棟立ち上げとなり、スタッフとの関係構築から始まることとなった。また、精神科コロナ病棟を立ち上げる上で、様々なことに関して会議や学習等をセンター病院の協力を得て職場づくりを行ってきた。これまでの経過をまとめる。

【倫理的配慮】
本研究で得た情報は研究以外で使用せず、個人が特定できないようにプライバシーを保護することを口頭で説明し同意を得た。

【結果】
私自身、看護長1年目ということや病棟立ち上げに携わったことがなかったため不安は大きかった。看護部長やセンター病院の感染管理の看護長、当院の総看護長での会議を行い、これまでの精神科病院でのクラスターの事例や今後の組み立てについて話し合うことで、今後何をしなければいけないのかが見えてきた。まずは、病棟の基準手順について病棟の役職中心で作成していった。会議で出た課題について役職だけで取り掛かっており、職場会議の際にスタッフから「今何をしているのかわからない」「やることがあればやりますよ」という声があがった。スタッフからそのような声をきき、何をどこまでスタッフにおろしてしまっていたのかわからなくなっていたことに気が付いた。少しずつスタッフへ業務をおろしていき、病棟が形となっていった。精神科コロナ病棟として、通常のコロナ対応に精神的病状悪化の対応をプラスして考えていかなければいけない。PPE に関しても、暴力的な患者対応では通常使用ものより動きやすく破れにくい別のものを準備した。また、病棟は閉鎖であり、鍵をどこに保管するのかということも思案した。CT 撮影時には、院内のデイルームを通る必要があり、他病棟の患者への配慮も含めて、どのような方法がベストなのかを院内全体でシュミレーションを行い共有した。スタッフのメンタルにも配慮し、月に一回メンタルヘルスのアンケートを行っている。スタッフも入れ替わりをしており異動スタッフに対する育成をしている最中で、安心でき成長できる職場を目指している。

【考察・まとめ】
コロナに罹患した精神疾患患者の受け入れ先が不透明だった中で、県内初の精神科コロナ病棟を立ち上げ、これまでに県内各地から入院依頼がありスタッフ一同地域貢献ができていていると感じている。精神疾患患者を受け入れるまでに、スタッフ一同模索しながら作り上げてきた現在がある。昨年末に開催した、拡大職場会議でのスタッフからの達成感と反省など多数の意見が出され、今後の課題を職場全体でこれからも作り上げていきたい。

13 ②〇精神	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	精神科における長期入院患者の退院支援 ～学習会とマニュアル改訂の効果～

県 連 名 熊本

院所・施設名 菊陽病院

発表者 小林 洋子 職種 看護師

【はじめに】

精神科病院には長期入院や再入院を繰り返す患者と共に社会復帰をめざす病棟がある。家族と疎遠で支援者がいないことが背景にあり、生活能力が乏しいことや地域での受け皿が少ないことで退院支援が困難になることが多く、家族支援や社会資源の活用が必要となる。しかし、昨年度の病棟取り組みの中で、看護師の経験や知識不足が退院支援を遅らせるなど、マニュアルが十分に活用されていないことがわかった。このような課題から看護師の退院支援に対する実践自己評価アンケートを実施し、社会資源や退院支援に関する学習会前後の効果を統計学的に分析した結果と、マニュアル改訂の効果をここに報告する。

【研究目的】

長期入院患者に対する退院支援について、学習会の開催と退院支援マニュアルの改訂を行い、スタッフの退院支援に対する認識や行動の変化を明らかにする。

【方法】

1. 社会資源・退院支援に関する学習会開催 2. 現在の退院支援マニュアルの改訂と活用 3. アンケート調査

【倫理的配慮】

対象となる看護師に対して、調査目的、調査内容、不参加があっても不利益が生じない事、プライバシーの保護を徹底する事を説明し、無記名とし同意を得た。

【実施・結果】

DPWN の下位尺度「Ⅰ. 患者家族からの情報収集」では学習会前と学習会後に DPWN 得点に有意差が認められた。退院支援マニュアル作成では、退院の意志を育む時期、退院後の生活準備を行う時期、地域支援ネットワークを構築する時期で活用するための退院支援マニュアルのアセスメントシートを作成した。

【考察】

すべての項目で学習会後の平均値が上昇しており、学習会の効果は見られたと考えられる。しかし、実践的な項目では、フォローアップ後すべて平均点が低下していた。学習会後から、マニュアル活用開始までに半年ほど期間が空いた事が低下した一因と思われる。従って、学習は一定期間ごとの反復学習が必要と考える。スタッフからは「回復経過に沿った3つの時期での問題点が明確になる事で退院支援の具体的な取り組みがし易くなった」等の意見があった。退院支援は、単に医療制度の転換や在院日数の削減のためではなく、退院そのものを目標にすることでもない。地域生活へ移行するために、一人一人の回復過程に沿った時期を見極めながら進めていく必要がある。昨年度は30年の長期入院患者に退院支援を行い、無事に施設へ退院され現在も元気で過ごされている事例や10年の長期入院患者が独居生活を送るなどの事例もある。

【結論】

1. 一人一人の回復過程に合う方法で退院の準備を進めていく必要がある。 2. 学習会は自己研鑽のきっかけになり知識となって退院スキルを向上することが出来る。

【引用文献】

- 1) 井上新平 安西信夫 池淵恵美 編集：精神科退院支援ハンドブック P53 医学書院
- 2) 末安民生編集：精神科 退院支援 ビギナーズノート P29、P38 中山書店

13 ②〇精神	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	「歩けるようになりたい」 ～社会復帰を望む患者への援助～

県 連 名 熊本

院所・施設名 菊陽病院

発表者 小松 愛美 職種 看護師

【はじめに】

当病院は精神科病院であり、依存症に対する治療も行っている。依存症とは、その対象にのめり込むコントロール障害で精神的な感情や感覚のバランスが崩れてしまう疾患であり、入院して専門的なアルコールリハビリテーションプログラム（ARP）を受けて回復を目指した治療が進められる。本事例（A氏）は、アルコール依存症でウェルニッケ脳症を合併し ADL 低下が著しかった。そのため ARP よりも身体機能の回復に目が向いていた。そのため、これからの生活に焦点を当て、価値観や希望などを尊重して A 氏が望む環境を作り出す関わりを持つようにした。その結果、断酒を決意して退院後の自立した生活へ目を向けることが出来たため報告する。

【症例紹介】

A 氏 40歳代後半男性。現病歴：アルコール依存症 ウェルニッケ脳症 退院先は実家の敷地内にプレハブを建てて独居生活。タクシー運転手であるが復職困難

【倫理的配慮】

事例をまとめるにあたり、個人が特定されないようプライバシーに配慮し目的・留意点を患者に説明の上同意を得た。

【看護の実践】

A 氏は、アルコール依存症でウェルニッケ脳症を合併していた。臥床状態が長く下肢の筋力低下が著しかったため、入院時は自立歩行も困難な状況であった。そのため本人は身体機能の回復にばかり目が向き、プログラムに参加してもどこか他人事の様であった。そんな A 氏に対して、転倒予防を考慮して看護師主体の介助をしていた。しかし、本人の思いを知り入浴方法を回復状況に合わせながら検討・変更した事で自力のシャワー浴が出来るようになった。また、退院先の自宅で問題がないかを見るために自宅訪問を実施して生活環境を確認した。更なる ADL 向上を目指したいと専門的な身体リハビリを受けることが本人の目標となり、リハビリ施設への入所を希望。入所の条件として断酒が必要であるということを入院中に受け入れ、本人の断酒に対する意欲が高まり抗酒剤の服用を始める事が出来た。

【考察】

初めは失ったものの原因を振り返り断酒の重要性を深められるような関わりをしていたが、患者は社会復帰と言う目標を掲げて、今後の生活をどう過ごすかを考えていることが分かった。看護師は安全面に配慮した介入を重要視していたが、患者が何を求めているのかを考える事でどのような援助が必要なのか見えてきた。段階を追って欲求が満たされ、結果的に具体的な社会復帰の取り組みや動機に繋がったと思われる。生活行動援助として実施した自立度回復や社会資源活用の取り組みは、回復の過程に応じた生活環境の確立へと繋がって断酒の動機付けとして効果的であったと考える。

【まとめ】

入院生活は酒害を深めるために学習に取り組んでもらうことも大切であるが、同時に患者の日常生活を取り戻すために重要な期間でもある。患者が人間らしく生きていくうえで欠かせない生活行動を回復に結び付ける看護も重要である。

13 ②〇精神	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	チーム医療を通した患者と家族への関わり方

県 連 名 岡山
院所・施設名 林道倫精神科神経科病院
発 表 者 沖田 遥菜 職種 看護師

【目的】
精神科医療は入院医療から地域医療へと転換が図られ、入院期間の短縮と在宅医療の推進が求められ、入院時から退院を見据え、疾病だけではなく生活面、心理面、社会面を含めた多面的なアセスメントと包括的ケアが必要となる。
今回受け持った A 氏は入院時から治療への拒否、物事へのこだわりが強くコミュニケーションも取れない状態が続いた。また A 氏は家族との関係性も良好ではないため入院生活、退院支援共に難航した状態であった。その中で信頼関係構築の難しさや、チームの看護師としての関わり方について振り返りここに報告する。

【倫理的配慮】
個人のプライバシーを保護するために、個人が特定されないよう配慮した。

【方法】
1. チーム会議 参加者は主に主治医、副主治医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士。A 氏の状況変化に合わせて A 氏への関わり方の検討、A 氏と両親の関係性の把握、退院先検討を情報共有をしながら度々チーム会議を行った。
2. 対応の統一 まずは関係性が保てている主治医より A 氏から情報集取しチーム会議で情報共有する。その後対応について検討し病棟スタッフに共有する事で A 氏への対応の統一を図る。
3. 家族と退院に向けての関わり A 氏と両親は不仲であるため、まずは両者の関係構築のため面談を実施。A 氏の病状を把握してもらうため何回かの面談を通し自宅訪問への了承を貰い自宅訪問を実施。

【結果】
チーム会議を通し、それぞれの専門職で A 氏と関わる事で、入院生活での不安や、今後についての思いを知り、情報共有することで退院に向けて具体的にに取り組むことができた。A 氏とコミュニケーションが取れるようになり、より積極的に関わりを持つことで、A 氏が退院支援に対して、どのように受け止めているのか知ることができた。
また、A 氏の両親はこれまでの A 氏の逸脱行為、暴力により自宅退院への不安が強いことが面談、自宅訪問を通してわかった。

【結論】
A 氏との関わりを通し、チーム医療を提供するにはそれぞれの専門職者と連携を取り、情報共有の重要性や、情報の擦り合わせの中でより患者に合った支援を考慮することが重要である。また、家族も病気の受容に対し困難さがあることを理解することが必要であり、そこを考慮した上で、家族自身へのサービスや支援の提案、退院後の生活に対する家族への不安を緩和することが必要だといえる。

13 ②〇精神	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	衝動性が高く暴力行為を繰り返す患者への看護

県 連 名 岡山
院所・施設名 林道倫精神科神経科病院
発 表 者 石井 浩之 職種 看護師

【目的】
A 氏は女性看護師を標的とした暴力行為を繰り返していた。暴力行為は本人・他者の心身へダメージを与えるリスクがあり、看護師は陰性感情を抱きやすくケアの妨げとなる原因にも繋がる場合がある。今回の事例では衝動性が高く、女性に対して繰り返し暴力がみられた A 氏に対して効果的であった看護について考察する。

【倫理的配慮】
本研究への参加は自由意志での参加であり、参加しない場合でも不利益を受けないこと、参加後いつでも撤回でき、その場合にも不利益を受けないことを保証する。個人情報対象者が特定されることはないこと、厳重に保護することを伝える。なお、本研究は当院研究倫理委員会の承諾を得て実施する。

【方法】
対象患者 A 氏 50歳代、女性
病名：統合失調症、薬物依存症、アルコール依存症、ADHD
女性スタッフを標的とした暴力行為が続いたため、カンファレンスにて原則として女性是一人では対応しない、複数名もしくは男性スタッフが対応することとした。背後からの暴力が多いため、対応中は背を向けないことをスタッフ間で周知した。興奮時はなるべく近寄らず、落ち着いてから十分な距離を取って話し、頓服をすすめることにした。A 氏が興奮する前のサインとして頻回に詰所に来て父の面会やお菓子に関する妄想発言があり、それらがみられた場合には男性スタッフが対応し頓服の内服をすすめたり、刺激遮断を目的に自室へ誘導したりした。今回の入院では高齢の父が自宅での対応が難しくなり、長期の入院となることが予測され、その不安からか退院に関する妄想から興奮することがあった。そのような不安の表出があった時にはどうすれば乱暴なことをせずに過ごせるかを一緒に考えるようにし、鎮静を試みた。

【結果】
以上の対応をとった結果、ドアや壁を叩く粗暴行為はみられたものの、他者に対する直接的な暴力はみられなくなった。A 氏は自分よりも弱いと感じた女性を標的にし、また背を向けて無抵抗な状態を狙っていることから、計画性はないが反撃を受けにくい状況下で暴力を振るいやすい傾向があることが分かった。

【結論】
興奮状態にある患者に対して、複数名での対応は看護者側の力の誇示ができ、攻撃性を抑える効果があることが分かった。日本精神科救急学会（2015）によると、興奮・攻撃性を呈した患者に対し、ポジションパワーを使う、複数の職員で対応するといった力の誇示を用いることで戦意を喪失させ、言語的介入が行いやすくなる場合があると述べている¹⁾。また暴力行為の裏側には不安が内在していることを察し、どうすれば退院に近づくことができるのかを一緒に考えることが関係構築に良い作用をもたらしたのではないかと考える。

【引用文献】
1) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン 2015年版、株式会社へるす出版事業、65、2015。

13 ②⑩精神

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

統合失調症患者の環境変化による影響

県 連 名 岡山

院所・施設名 林道倫精神科神経科病院

発 表 者 森 彩夏 職 種 看護師

【はじめに】

統合失調症は、妄想や幻聴の陽性症状、意欲低下の陰性症状、認知機能障害を主徴とする精神疾患の一つである。これらは、日常生活に影響、ADL 低下、精神面・身体機能も支障きたす。妄想発語や疼痛訴えが見られるようになり、食事・水分摂取量が安定しなかった A 氏に生活環境を変え、活動範囲を拡大していくことで、QOL を高め、妄想発語や活動性・食欲低下が改善したためこれまでの看護の過程を振り返り報告する。

【倫理的配慮】

対象者の個人情報保護し、対象者が特定されないよう配慮した。

【患者紹介】

A 氏 70歳代 女性 主病名：統合失調症

【看護の実際】

・信頼関係構築 ・食事内容変更 ・車椅子移乗 ・買い物

【考察】

A 氏に声掛けや昔のことを話し、関わりを増やすように意識したことで、関係を構築し、意欲を引き出すことが、車椅子移乗に繋がり、「テレビを見る。」「買い物に行く。」という楽しみや目標があることで離床に対する不安や拒否も消失した。高瀬は「統合失調症を患う高齢者では、病棟内外の活動の機会を増やし、活動への参加を促すことで身体活動量が増加し、筋力維持や食欲亢進による食事摂取量が期待される」1と述べている。離床が習慣化したことで、1日のスケジュールが形成され、終日臥床であったことの改善、さらに生活リズムが改善することができたことで、妄想発語や疼痛訴えなどの精神症状、身体症状は見られなくなったと考える。結果、水分摂取量はムラがあるも5〜7割だった食事が毎食全量摂取できた。天野らは「看護者は、患者が病棟で日常生活を送っていく過程で、自分の能力に合った生活の見通しがつけられるように援助すること、患者のADLの獲得とQOLに向けてどのような生活を望んでいるのかという視点をもって援助する必要がある」2と述べている。日中の覚醒時間が増えることで、開眼する時間も増え、刺激を与えられる環境づくりがA氏のQOLに繋がることができたと考え。A氏の「感動した、楽しかった。」の言葉や自閉的で自発的な発言がなかったA氏が買い物に行き、自分で食べたい物を選んで、意思表示できたこともQOLの向上に繋がったと考える。

【参考文献】

- 1) 高瀬理恵子：統合失調症を患う高齢者の栄養低下の要因，日摂食嚥下リハ会誌，214-224, 2018
- 2) 天野瑞枝、北香櫻里：FIMを用いたADL評価―「できるADL」「しているADL」の比較とその関連要因，医と生物，39-44, 2003

【結論】

妄想発語や疼痛訴えの症状があり、食事・水分摂取量が安定しないA氏に生活環境を変えることで、精神・身体症状が見られなくなり、水分摂取はムラがあるも食事が安定することができた。

【おわりに】

統合失調症による症状は食事など日常生活に影響を受けるため、刺激を与える環境づくりやQOLの向上を図ることで、精神症状だけでなく身体機能の維持にも繋がることを学ぶことができた。

13 ②⑩精神

Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名

「どうせ私なんて」を「私だからできる」に変えていく―精神科グループホームの試み

県 連 名 神奈川

院所・施設名 精神科グループホーム

発 表 者 城石 孝雄 職 種 介護福祉士

【目的】

社会福祉法人うしおだが運営する精神科グループホーム（以下GH）は生活の場で精神障害当事者の支援を行っている。GHハイムさつきは・24時間職員常駐ではない、生涯入居可能な滞在型ではなく卒業ありきの通過型である・当事者が地域へ戻るための自信をつけていただく場としての性格を持つ・居室は完全個室（トイレ、風呂、キッチン付）のアパートタイプである・入居者はデイケア、作業所など日中の活動先を持つ（引きこもり防止のため）・毎週1回、スタッフが入居者のお部屋を訪問する（居室訪問）・GHのある地域は古くからの漁師町であり、近所には銭湯がまだ点在する等の特徴がある。現在の入居者は20代から70代まで幅広く、中には年齢を重ねるにつれADLの低下がみられる方もいる。今回は、60代男性で精神疾患に加え後縦靱帯骨化症もありシルバーカー歩行がやっとの入居者A氏の願望からGHの「銭湯に行こう！」企画の実施に至った報告をまとめる。

【方法】

「部屋の風呂は狭くて入りづらいっちゃん。昔は銭湯によく行っていたなあ」。居室訪問の時にA氏がこぼした一言が始まりだった。スタッフ間で、A氏の願いをかなえつつ社会復帰のお手伝いになりえる事は何だろう、と話し合い、生麦は銭湯が多いエリアであることから銭湯に連れ出してみようとの案が出た。また、A氏だけでなく他入居者も参加できるGH全体の企画にしようとの方向性も決まった。しかし、A氏のADLを考えると慣れない銭湯で転倒する等のリスクもあり当初は企画への不安の声が多く聞かれた。まずはA氏の自室浴室でADLの再アセスメントを行い転倒しやすと思われる場面を予め想定しておくこと、当日はスタッフのみならず他入居者の力も借りてA氏の安全を確保すること、企画自体の時間の余裕を持たせること等、細かな危険回避を行い不安を解消していった。

【倫理的配慮】

個人の特定がなされないように倫理的配慮を行った。

【結果】

いよいよ「銭湯に行こう！」企画当日。A氏をはじめ、6割の入居者が参加する一大イベントとなった。A氏の歩行はゆっくりで最寄りのバス停に行くのも休みながらであったが、A氏は頑張って歩き、他入居者はA氏に先立って道路の安全を確認したり、浴槽をまたぐ際の安全確保をしてくれたり、普段とは違う表情を見せてくれた。

【考察・まとめ】

「精神障害者は話しの疎通が悪い、事件や問題を起こしやすい人たち」と思っている人が世間ではまだ多数であろう。私たちは当事者である入居者に対してエンパワメントと支援を行うとともに、ソーシャルアクションとして当事者のあるがままをお伝えしていくことも社会的使命と考えている。

13 ②精神

Ⅱ．安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名

ストレングスモデルを活用した訪問看護
～書くことで妄想が広がる精神疾患 1 例の考察～

県 連 名 京都

院所・施設名 在宅ケアステーションげんき

発 表 者 西田 美恵子 職種 看護師

共同研究者 大槻 めぐみ、梅原 ゆみ、清水 麻里、
大槻 美智代

【目的】

ストレングスモデルによる利用者主体の関わりを通して、利用者の生きづらさが軽減することを明らかにする。

【方法】

事例研究：40歳代男性 A 氏（統合失調症既往、軽度知的障害で治療中）。

- 1) A 氏に、苦しくなった原因と対処・心のスケールを記す生活表（オリジナル）を記入してもらう。
- 2) 萱間氏のストレングスマッピングシート（以下シートと略す）を用いて、利用者の夢に着眼した対話を積み重ねる。
- 3) B 訪問看護ステーションで、ストレングスモデル及び 1) 2) の使い方、接し方のポイントを学習する。

研究期間：20XX 年 8 月 1 日～12月31日

【倫理的配慮】

A 氏に、研究目的・意義、研究方法・期間、研究への参加協力の自由意志、研究参加協力の拒否権、プライバシーの保護他について説明し、書面で承諾を得た。

【結果】

20XX 年 8 月から生活表の記入を開始したが、書くことで妄想がひろがった為、1 カ月で中止した。その後は、看護師が訪問時と退室時の心のスケール変化を聞き取り記録した。心のスケールは、訪問時より退室時に改善している日が多かった。10月から、A 氏の夢や希望について対話し、看護師が代筆、シートを使用した。「将来はグループホームから出て両親の面倒をみたい」と語る A 氏に、夢の修正を助言すると、A 氏の表情は暗く固まった。夢の実現可否を問わず、リカバリーの伴走者になる原点に立ち返り、A 氏の言葉を受け止めると表情が良くなった。A 氏は「お風呂が嫌なのは濡れそうになった記憶があるから」と告白、「ガーネットクロウの曲が好き、漢字をもう一度勉強したい、作業所の賃金をためて自転車を買いたい」等の希望を口にするようになった。また、看護師自身も対話を楽しんでいった。11月、「過去を気にせず未来を見て生活したい」、「週 1 回の訪問看護を 2 回に増やしてほしい」と言う場面が出てきた。研究開始時には、月に 1 度も入浴できていなかったが、12月、1～2 週間に 1 回は入浴できるようになり、「お風呂に入れるようになってきた。さっぱりしたいという思いになった」と話した。研究開始前、支離滅裂な発言が多く入院加療も予測されたが、入院することなく、地域での生活を続けている。シートによる対話で、A 氏が夢や希望を語り笑顔が出てくること、心のスケールが改善することから、ストレングスモデルの活用により、A 氏の生きづらさが軽減したと考える。

【結論】

1. 訪問看護師が、ストレングスモデルに関しての学びを深めれば、利用者の夢や強みに着眼し、主体性を尊重した関わりができる。
2. 書くことで妄想が広がる利用者に対しては、ストレングスマッピングシートの聞き取りという形式をとったとしても、主体性を尊重することはでき、利用者の生きづらさの軽減ができる。

【参考文献】

萱間真美：リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術（1）, 医学書院, 2～31P, 2016.

14 ②慢性疾患

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名透析患者の栄養障害の改善を目指した取り組み
～アミノ酸接種とレジスタンス運動を推奨して～

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連あすかい病院

発 表 者 小林 治歌 職 種 看護師

【目的】

たんぱく質とアミノ酸の摂取を促し同時に透析中の運動を行うことで、リンの上昇を抑えながら栄養状態の改善ができ、筋肉量の維持向上を行う。患者本人が前向きに食事内容の考察や運動を行うことができる。

【方法】

- ・研究デザイン：事例介入研究
- ・データ収集期間：6 ヵ月
- ・データ収集方法：①高エネルギー高たんぱく質の厚揚げと必須アミノ酸100の卵 1 個を毎日摂取してもらった。厚揚げの調理方法は水分調整のため焼くことを勧めた。②毎回透析中にバランスボール運動を勧めた。
- ・データ分析方法：取り組み前中後に体成分測定を実施し、部分別筋肉量・体脂肪・体内水分量（以下、インボディーとする）を測定した。毎 2・4 週目に採血を行い、Alb・P・BUN・K の評価を行う。DW の推移・採血・インボディー値をデータ化し、評価した。
- ・取り組み前後で患者に聞き取りした。

【倫理的配慮】

対象者には研究の概要、これを拒否してもならん不利益がない旨口頭と書面で説明し、承諾を得た。また、所属施設の看護部倫理審査委員会で承認を得た。

【結果】

患者 5 人を対象患者としてはじめたが、取り組みの途中で拒否が見られ、4 人を対象に取り組んだ。それぞれ透析日には食事内容の聞き取りを行い、透析中にバランスボールを用いた運動を行った。患者の体力のレベルに合わせ、体幹と下肢に対して 4 種類の運動を10分間行ったが、患者からは「これをするとなくなる」と前向きな言葉が聞かれた。患者の意欲を引き出すために、取り組み中盤にインボディーの測定を行い、結果を患者にフィードバックした。食事摂取内容の聞き取りでは、個々の生活習慣や食事状況を配慮しながら、卵や厚揚げの摂取状況を確認し、できていることを言葉で伝えていった。採血データの変化では、たんぱく質である厚揚げの摂取をすすめていたが、リンを上昇させずにアルブミンの維持・上昇することができた。今回の取り組みの中で、ストレスの多い食事管理の継続に対して、患者と看護師が協力しながら問題に対応していく社会支援探索型コーピングを使用した。さらに、食事摂取の内容に対して、「食べられていますね」とその都度言葉でフィードバックした。さらに採血データやインボディー値を患者にわかりやすく図を用いて説明し、結果を共有することで「頑張れる」という言葉が聞かれた。患者の感情にアプローチする情動焦点型コーピングと社会支援探索型を同時に行ったことで、患者の取り組みが前向きに変化した。

【まとめ】

- ①レジスタンス運動とアミノ酸の同時接種は栄養障害改善とサルコペニア予防に有効である。
- ②2 種類のコーピングを使用することは患者の意識を前向きに変化させ、取り組み継続に重要である。

14 ②慢性疾患

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

入院中の高齢糖尿病患者におけるインスリン自己注射手技の実態と看護援助

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会大手町病院

発 表 者 十時 綾子 職 種 看護師

共同研究者 小川 亜沙美

【目的】

急性期 A 病院では、インスリン自己注射（以下、自己注射と略す）の高齢者に対し入院時に手技の再確認を行っている。3 年間で確認した手技の実態と看護援助を明らかにし、入院中に必要な援助について考察する。

【方法】

対象：入院した65歳以上の高齢者で入院前から自己注射中であった33 名
調査方法：診療録より必要な情報を抽出。自己注射手技は、独自のチェックリスト11項目の正誤で判定した。
分析方法：自己注射「手技誤り」の割合や項目数、内容を集計。項目数を身体機能障害・認知機能低下の有無で比較した（Mann-Whitney の U 検定）。認知機能低下による手技誤りの内容、入院契機との関連性を検討した（Fisher の直接確率計算法）

【倫理的配慮】

施設の看護研究委員会の承認を得て実施。個人が特定されないよう集計・分析した。

【結果】

年齢 76 ± 7 歳、HbA1c $8.8 \pm 2.1\%$
入院契機：低血糖 5 名高血糖症 4 名、他 24 名
身体機能障害 3 名、認知機能低下（HDS-R20 点以下）9 名
手技誤りの割合：なんらか手技誤りがある者は 26 名 78.8%、『身体機能障害あり』や『HDS-R20 点以下』が『障害なし』『21 点以上』に比べ割合が多かった。
手技誤りの項目数：全体では 11 項目中平均 1.5 個、『HDS-R20 点以下』が 2.9 で『21 点以上』0.9 に比べ項目数が有意に多かった。
手技の誤りの内容：全体では「空打ち」30%「針装着前の消毒」「正しく注入できる」が 21.2% と多かった。『HDS-R20 点以下』では「十分な懸濁」「単位・時間が言える」がほぼ出来ておらず、低血糖・高血糖症で 6 名が入院。認知機能低下と低血糖・高血糖症での入院に関連性を認めた。
看護援助：手技誤り 26 名中『HDS-R20 点以下』9 名では、家族・施設などの他者の管理に移行した。『視力障害』2 名へは環境整備を行い、他 15 名へは再指導やデバイスの工夫、介護サービス導入、薬剤変更依頼等を行い自己管理可能となった。

【考察】

高齢糖尿病患者では、身体機能や認知機能の低下により自己注射の正確な実施が困難となりやすい。今回の対象では認知機能低下による手技の誤りが多く、特に血糖値に影響の大きい単位・時間の認識や懸濁等で手技不十分であり、それが低血糖・高血糖の契機となっていたことが示唆された。内海らはインスリンを使用する高齢患者のセルフケア上の問題として「問題が発見されにくい状況」があると指摘している。入院中に手技を再確認することは、セルフケア上の問題に気づき療養生活に必要な支援に繋げることが出来ると考え、今後も必要な援助である。

【参考文献】

内海香子ら：インスリンを使用する高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護援助、日本糖尿病看護・教育学会誌、2006、10(1)、25～35

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	在宅酸素療法導入の患者の生活実態調査からみた退院指導の評価と課題

県 連 名 北海道
院所・施設名 勤医協中央病院
発 表 者 高田 博子 職種 看護師
共同研究者 上田 湧子、水野 真美子、手間本 希、
高成 沙保里

【目的】
病棟看護師がHOTに関連した退院指導を行い、自宅退院となった患者の自宅での生活実態を把握することで指導の現状と今後の課題を明らかにする。

【方法】
質的研究 慢性呼吸器疾患にてHOTを初回導入し、自宅退院した患者2例。インタビューガイドを用いて看護研究委員が、30分程度の半構造的面接を患者の外来受診時にA病院のプライバシーが保たれる一室で行い、発言内容をICレコーダーで録音し、データ収集した。

【倫理的配慮】
本研究は実施にあたり、当院の倫理委員会・看護研究委員会で承認を得て実施した。対象者には研究の趣旨を説明し、研究への参加は自由意思であること、不参加であっても不利益を被らないことを文章で説明し了承を得た。

【結果】
HOT導入後ADLの拡大や自覚症状の改善があったか、外出範囲や行動範囲が拡大したか、酸素濃縮器の管理について、酸素流量について、受診の目安について、HOTを実際に導入してから的心境の変化についてインタビューを行い、4つのカテゴリと9つのサブカテゴリに分けられた。酸素濃縮器と酸素ボンベの管理や取り扱いに関しては指導の通りにできていた。できていないことに関しては必要な時に酸素を使用していないことや酸素量を自分で調整しているという結果になった。その他にそれぞれの生活環境の中で自ら工夫をして生活をしている実態が明らかとなった。またHOTを導入したが、HOTの煩わしさや余力の無さ、インフルエンザや新型コロナウイルスの影響により活動範囲は予測したほど広がっていなかった。

【考察・まとめ】
A病棟では看護師がパンフレットを用いてHOT導入患者への退院指導を行っている。患者は退院指導をうけて機器の管理、取り扱いに関しては指導の通りに行えていることがわかった。指導通りにできなかったこととしては、必要なときに酸素を使用していないことや酸素の量を自己調整している実態があった。要因として面倒くさいというHOT導入に関連する煩わしさや本人の呼吸苦によるものが大半をしめていた。
活動範囲が予測したほど広がらなかったことに関してはHOTそのものの煩わしさだけでなく、自身の余力の無さという疾患が与える影響やインフルエンザや新型コロナウイルスといった社会的要因も影響していることがわかった。HOTは慢性呼吸不全患者のQuality of Life（以下QOL）の向上を目指した治療法のひとつとして知られており、看護師はHOT導入によりQOLが向上すると考えていた。しかし今回の2事例ではHOT導入の目的であった日常生活を維持することはでき、生活が楽になったという実感はあるが、それ以上に酸素を使用しながら生活することでの不自由さが大きかった。そのため看護師が考えていたよりもQOLは向上しなかったと推測される。

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	リウマチ科外来患者の看護

県 連 名 兵庫
院所・施設名 尼崎医療生協病院
発 表 者 久保 知子 職種 看護師
共同研究者 沖 映美子、西村 圭子、北村 喜美代、
齋藤 恵里奈、氏丸 陸

【はじめに】
「薬を飲んででもいいですか」コロナ禍で患者様からの電話問い合わせが急増した。リウマチ患者にとって免疫抑制薬は病状コントロールに欠かせない一方で、免疫力の低下により感染症のリスクを高める。A病院では新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生し外来診療が休止となった。長期化する新型コロナウイルス感染症の拡大は患者の不安を増大させたと考えられる。
新型コロナウイルス感染症により、リウマチ患者が受けた不安や影響を知り看護師としてできることを再考する機会が必要である。そこで患者へアンケートを実施することにした。アンケート結果より今後のリウマチ科外来看護師としての役割について考えたい。

【倫理的配慮】
アンケートを実施する際、個人が特定されず個人情報外部に漏れることはないことと、アンケートを拒否されても何の不利益を受けることもないことを記載し、調査協力していただいた。

【目 的】
新型コロナウイルス感染症により患者が受けた不安や影響を知り外来看護の役割を再考する。

【方法・対象】
・2021年11月リウマチ科を受診した患者60名を対象とした
・紙面にてアンケートを実施
・アンケートの内容は選択式で回答するもの、自由形式で記入するものとした
・アンケートは無記名で個人は同定できない内容である

【結 果】
・アンケート回収率 66% 40歳代3名、50歳代8名、60歳代13名、70歳代18名、80歳代14名、90歳代2名の60名中40名が回答
・新型コロナウイルス感染症の発生により困ったことがある患者は40名中18名
・「どのようなことで困りましたか」の設問には、診察、治療を受けたいが病院へ行くことが不安、出勤日数が激減した、外出ままならぬ点が困った、失業した、リハビリに行けなかったなどの回答があった
・身近に相談できる方、助けてくれる人がいますかの設問には「いる」が26名、「いない」が4名、「今は必要としない」が8名、無回答が2名であった
・現在不安なこと、気がかりな事がある患者は12名であった うち、身近に相談者がいない患者が2名であった

【考察・まとめ】
アンケート結果より、新型コロナウイルス感染症流行の拡大、長期化により患者は病気だけでなく、生活全般での影響を受けていたことがより具体的になった。中でも相談者がいない患者の不安は計り知れない。リウマチ科医師は「自分の足で棺桶に入るつもりで、寝たきりにならないようにしてください」と患者へ伝えている。
自己免疫疾患である関節リウマチは全身疾患であり、セルフケアが重要である。看護師には感染拡大により受診が困難になった患者のセルフケアを支える力が求められる。そのために、必要な知識、技術力を身につけることはもちろん、患者との対話を大切に、患者が必要としていることを探り続けていきたい。

キーワード：リウマチ科患者様にコロナ禍でのアンケート

演題番号 142105

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	高リン血症になりやすい透析患者への指導

県 連 名 奈良

院所・施設名 おかたに病院

発表者 大和 広菜 職種 看護師

【はじめに】

透析治療では体内に貯留した余分な水分と老廃物を除水・除去しているが透析治療には限界がある。そのため適切な食事管理とリンの吸着剤を含め、様々な内服薬の調整がとても重要である。A氏は透析と内服治療を続けていたが採血結果よりリンの数値が著しく上がっていた。そのため、指導が必要だと考え実施した。今回の指導に対するA氏の反応と言動をまとめることで今後のより良い患者指導に役立てたいと考え、自身が行った指導をふりかえる。

【倫理的配慮】

本事例を振り返るにあたり、個人が特定されないよう配慮することを患者へ説明し同意を得た。

【看護の実際】

A氏の食生活を確認し、改善できる点を伝えながら指導する計画を立てた。食事内容からもリンを抑えられないかを考えるためにA氏の食事内容について聞き取りを行った。A氏は食事内容について量や種類を詳しく記入されていた。記入した食事内容を調べその中でもリンが高かったものをA氏に伝えた。また、A氏が自宅でも資料を見て、意識づけできるように指導内容をまとめた資料を渡した。

【結果】

指導3週間目の採血結果でリンが低下することは無く、医師の指示によりリンの内服薬が増量されて朝夕食後の一日二回の内服に変更と栄養指導が入る事となった。

【考察】

透析の機能には限度があり必要な栄養分の摂取と適切な食事管理を両立させる事が難しいため、患者によっては早い段階で介入する事が大切である。A氏はリンの高い食品についての知識はあったが、採血結果やA氏の言動からリンが高値なため食事について気をつける事に対しての危機意識が低いのではないかと考えた。オレムは一般的な援助方法について、①他者に行動する、②他者を指導し方向づける、③他者を支持する、④発達を促進する環境を提供する、⑤他者を教育する、²⁾と5つのカテゴリーに分類している。今回行ったA氏に対する患者指導はこの分類の②③に関わったのではないかと考える。今回、一対一の指導を定期的に行っていたが、業務で関わっていない場面も多かったため家族や他の看護師と連携して情報共有しながら働きかける必要であったと考える。また、生きてきた年数を辿るとその人の好みを大きく変える事は難しい。精神的・体力的にも衰えていくのが高齢者であり、日々の生活の楽しみが食事であることも多くその点も考慮して関わっていく事が重要である。

【おわりに】

今回の事例を通し指導をおこなう中で、患者の社会背景と透析治療を受けながらどのように内服や食事管理をしているのか情報を聞き取り関わる事ができ、日々指導を振り返る中で患者にどう伝えられれば分かりやすく、効果的であったのか自身の指導方法を見つめ直す機会となった。今後はこの学びを生かし患者の個別性に寄り添った指導ができるよう計画・目標を定め、患者を支援していけるよう経験を積んでいきたい。

演題番号 142106

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	セルフマネジメント教育・支援 ～患者を知ることで行動変容へ繋げていく重要性～

県 連 名 熊本

院所・施設名 水俣協立病院

発表者 荒木 結子 職種 看護師

【はじめに】

現在の日本の糖尿病（DM）有病者数は1100万人で5人に1人は罹患するといわれている。当院では400人を超える患者を管理しており、2年前より検査の待ち時間を利用して療養指導を行っている。生活習慣病とも言われてきただけあり治療の98%以上はセルフマネジメントが非常に重要となる。知識や情報の提供に留まらず自身でマネジメント出来るよう支援している。今回病歴20年以上のコントロール困難患者の指導に携わる中で徐々に行動変容が見られた事例を報告する。

【倫理的配慮】

本事例は、患者が特定されないよう十分配慮し同意を得た。

【実際・結果】

M氏 60歳代 女性

2型DM

職業：精肉店（自営業）兄夫婦と共に経営

長期に渡り、主治医が試行錯誤しながら内服・インスリン調整し経過を見てきたが、入院治療は自営業の為難しくHbA1c10%台で推移し改善がみられなかった。当外来では2019年に糖尿病カードシステムを活用し本格的に指導開始し、食事・運動療法を中心に行っていたが、半年経過しても結果に反映出来ず、次第に看護師が声を掛ける事に対し険しい表情が見られ指導拒否される事も出てきた。その為、3か月間指導を辞め、患者背景を掴む為、よりコミュニケーションを図っていく事にした。情報を基に問題点を抽出、「21時以降に炭水化物メインの夕食」が因子にあげられた、ライフスタイルに沿った解決法や目標を患者と共に設定し、嗜好・ニーズ・価値観を尊重し、強みに焦点をおき会話を進める事に最も留意した。4か月目には、自ら「看護師さん！今日は結果が楽しみ」と笑顔で経過を話してくれる様になり、患者の表情・言動は変化したのと同時にHbA1cは徐々に低下、毎月HbA1cの推移グラフを利用し1年後には6%台にまで改善をみせた。

【考察】

今回の様に行動変容が見られず数値に反映されない患者を、医療者側は「コンプライアンス不良患者」と捉えてしまいがちだが、そこで終われば双方に信頼関係は生れず何の解決にもならない。患者教育の新たな理念にエンパワーメントがある。「患者は医療者の指示を守るだけの受動的な存在ではなく、DMは患者の物であり、患者自身が問題を解決し対処していく能力を持っている」とある。この能力を最大限に発揮する為にセルフマネジメント教育・支援（DSMES）は重要となる。しかし、患者背景・ニーズ・価値観は個々に異なる。生涯、疾病と共存して生きていく患者に対し患者が継続できるようなDSMESを行っていかなくてはならない。患者に中々変化の兆しが見えないと、医療者側も無力感や不全感を抱いてしまうが、今事例は、私達慢患GがこれからDSMESを進める上で大きな励みとなり学びとなった。今事例を共有し今後の外来医療の質の向上・慢患患者への指導に生かしていきたい。

【参考文献】

チームで取り組む自己管理教育・療養支援

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	低血糖を恐れ各種指導も拒否し糖尿病性ケトアシドーシスで死亡した1例を考える

県 連 名 愛知
院所・施設名 名南病院
発 表 者 井口 真志 職種 看護師
共同研究者 竹内 かおる、仁科 智恵美、上田 空、
石川 雪絵、我那覇 美恵

【目的】
重症低血糖を繰り返す患者への看護を振り返り、今後の看護介入への示唆を得ることを目的とする。

【方法】
カルテ記録から低血糖の原因となるエピソードを抽出し、看護の関わりについて考える。対象者40歳代女性、当院に受診を始めてインスリン治療開始後6年間で4回の重症低血糖を経験、その後非自己免疫性1型糖尿病と診断される。10年以上経過後、重症低血糖となり低血糖脳症になった。自宅退院できる程度まで回復し、リブレを使用した糖尿病性ケトアシドーシスとなり死亡した。

【倫理的配慮】
家族より口頭にて同意を得た

【結果】
当院受診前に2型糖尿病と診断され中断していた。知識は前病院で勧められた本を読み合併症や低血糖、食事療法や運動療法についての基本的知識はあった。当院受診後インスリンを調整するが、低血糖を繰り返しておこしていた。低血糖の経験から寝たら起きないのではないかと不安が大きくインスリンを少量しか打たずHbA1cは高値であった。入院は拒否し、受診には三ヶ月毎しか来院できなかった。病院には滞在したくないと各種指導を受けず帰られてしまう事が多かった。夫は協力的でインスリンやグルカゴン注射の手技は獲得できた。1型糖尿病と診断されてから、カーボカウントの指導を行うも、1日で挫折し行わなくなった。食事を本人なりに工夫するも、低血糖をおこしてしまっていた。重症低血糖は死の恐怖以外にも「子どもを泣かせてしまい怖い思いをさせてしまった。」「幼稚園などへのお迎えに行けなくなる」などと語り、血糖値を高めに維持したいと主張した。低血糖脳症後はリブレで高い値を確認しても、低血糖への恐怖からインスリンが打てず、糖尿病性ケトアシドーシスとなり他界した。

【考察】
入院してインスリンカーボ比や絶食テストは受け入れられず、昼食時のインスリンは仕事時の低血糖を恐れ打たない事が多い。三ヶ月毎の通院間隔にこだわり、きめ細かい指導がしにくかった事など、通院自体や血糖パターンマネジメントの指導に困難があった。カルテ記録の中から、患者から情報を引き出す面談やアドバイスをを行う指導的な関わりはあった。しかし、患者がストレスから少しでも解放され前向きに療養を行ってほしいとされる記録は見られなかった。その事から今回の事例では精神的負担を抑える関わりが不十分であったと考える。動機づけ面接法を習得し患者主体で目標を立ててもらふ事や、夫が協力的であったかことから家族面談の機会を設け患者の感情を聞くこと、スモールステップによる成功体験の積み重ねができる関わりなどが必要であったと考える。

【参考文献】
1) 安酸史子著 / 糖尿病患者のセルフマネジメント教育 / メディカ出版 / 2013
2) 北田雅子・磯村毅著 / 医療スタッフのための動機付け面接法 / 医歯薬出版株式会社 / 2016

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍における慢性疾患管理について取り組んだこと

県 連 名 石川
院所・施設名 寺井病院
発 表 者 高橋 さおり 職種 看護師

【はじめに】
コロナ禍になり、二年以上が経過した。現在、一般内科診療と発熱外来の診療体制をとっており、感染拡大防止のための電話診療も行っている。慢性疾患にて定期通院している患者が、中断されたり、診察予約してあっても当日になって電話診察希望されたりと、患者が病院に行くのを渋っている印象がある。また、来院された患者に問診して、予定している定期検査の説明を行う際には、『コロナ流行っているから今はいい』『(病院での)滞在時間が長くなるからいい、薬だけ欲しい』等の声が聞かれることがあった。病気や、その合併症の早期発見、自己管理の指標を目的とした定期検査の年間計画の取り組みを継続していく中で気づきがあったことを報告する。

【倫理的配慮】
個人が特定できないように配慮した。

【取り組み内容】
慢性疾患で定期通院している患者に対し、疾患の合併症や、各種必要な検査に対し資料を見ながら説明し、1年間の検査スケジュールを立てている。患者から了承を得られた場合、その計画に沿って定期検査を行っている。

【事例紹介】
A 80歳代 男性 高血圧 慢性閉塞性肺疾患 頸動脈硬化症
6か月間、定期受診を中断し、内服を切らしていた。久しぶりに来院された時には体調変わりないものの、血圧は高い状態であった。年間計画が予定通りなされず、患者と対話し、再度計画を立て直した。
B 80歳代 女性 糖尿病 高血圧 狭心症
コロナワクチン接種した頃から『みぞおちの辺りがえらい』といわれ受診が続いた。心電図、胃カメラ受けたが所見がなく、心療内科にも受診された。注射をすると楽になると言われ、毎日のように注射のため受診された。定期受診時年間計画で予定していたABIを実施したところ、血管閉塞の疑いがあり、カテーテル治療を行うことになった。
C 80歳代 女性 気管支喘息 6か月間来院なく7回電話診療で薬が処方された。電話にて来院促しても受診されることはなく、電話での会話では患者から切られることが度々あった。生活状況を確認するために自宅に訪問したり、地域包括支援センターに連絡することで、娘付き添いで受診に繋がった。難聴があり、電話での意思疎通が困難になったことがわかった。診察することで必要な治療を再開し、年間計画の立て直しを行った。また、独居生活が困難な状態になっていたことがわかり、介護サービスが必要なが判断できた。

【考察とまとめ】
新型コロナウイルス感染の状況により、患者が必要な治療を受けにくい状態であった。コロナ感染の重症化率が高い時期は、予定通り検査をすすめることが困難であった。コロナの株の特性により、患者の意識が変化してきており、最近では検査は予定通り行われている。コロナ禍であっても年間計画の取り組みを継続し、合併症が進まないように患者と対話をし続けたことで、病状の悪化を予防できたことは効果的であったと考える。

キーワード：コロナ禍

14 ②慢性疾患	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	知的障害のある糖尿病患者へのインスリン導入指導～外来での取り組み～

県 連 名 滋賀

院所・施設名 膳所診療所

発表者 溝上 菜々恵 職種 看護師

共同研究者 石田 順子、滝口 百合恵、原田 園子、
富永 博美、福田 直美、丹羽 有紀子、
安齋 美奈子、三上 せつ子、米田 陽子

【目的】

軽度の知的障害がありインスリン自己注射の導入は不可能であると考えられていた糖尿病患者に導入指導を行った。予想に反してインスリン関連手技を獲得するなど一定の指導効果が得られた。将来の看護実践への示唆を得ることを目的に事例を分析する過程で、困難なケースでもできないと決めつけずに実践可能な方法を模索する事が大切と再認識した。その経過を報告する。

【倫理的配慮】

患者に研究の趣旨と知り得た情報は研究以外には用いないことを説明し同意を得た。研究をまとめるにあたり個人が特定されないよう配慮した。

【方法】

対象は2型糖尿病の60歳代男性A氏。軽度知的障害あり。毎朝診療所に来てもらい、看護師の指導と見守りの下で自己注射と自己血糖測定を実施。字を読むのに気をとられ手技がおろそかになってしまう、手指が不器用で細かい作業が苦手、等のA氏の特性を補うための指導方法・物品等を試行錯誤しながら実践を重ねた。看護師間での情報共有に努め指導内容の統一を図った。介助、見守り、自立へと段階的にすすめ、できている部分は積極的に肯定し本人のやる気を励ますように関わった。

【結果】

指導開始当初は「自分はどんくさいから難しい」等と否定的な発言がみられたが、手技が上達するにつれて意欲的な発言が増え手ごたえを感じている様子だった。指導開始から2か月程で注射と血糖測定の手技を獲得し、自宅で実施できるまでに自立。その後は通院間隔を徐々に延ばし、毎日の血糖・注射単位・体重などを手帳に記録してもらうようにした。手帳は治療方針の決定や生活指導をするうえで重要な情報源となった。また、記載作業を通してA氏本人も血糖値に関心をもつ等の前向きな変化を得た。

【考察】

A氏の理解度に合わせて実現可能な目標を段階的に設定し、失敗を繰り返しながらも粘り強く指導した点が手技獲得において最も効果的だった。A氏を称賛するよう努めた看護師の関わりが自信となりその潜在能力を引き出した。指導開始以前に医療者側がA氏の能力を過小評価していた事実は、先入観が患者の可能性を狭める危険性を示している。

【まとめ】

事例を通して、患者の能力を勝手に決めつけず適切にアセスメントして援助につなげる事が重要であり、民医連看護の「人間は社会のありようや周囲の人たちの働きかけの影響を受けて変わることが出来る」という人間観が大切であると再認識できた。

【参考文献】

Joyce Travelbee, 長谷川浩・藤枝知子訳 (1993), 人間対人間の看護, 医学書院, p283.

栗田李佳・楠見孝 (2012), 障害者に対する両面価値的態度の構造—能力・人柄に関する潜在的—顕在的ステレオタイプ—, 特殊教育研究, 49(5), 481-492.

全日本民医連看護委員会 (2017), 民医連の目指す看護とその基本となるもの～民医連の看護の継承と発展のために～2016年版, (株) 保健医療研究所.

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	糖尿病自己注射の方法の確認 ～手技チェックからみえてきたもの～

県 連 名 兵庫

院所・施設名 ひまわり診療所

発表者 丸山 真理子 職種 看護師

共同研究者 山本 さかゑ、翠 悦子、山口 弘美、
石原 祐喜子、辻本 彩加、北川 恵子

【目的】

糖尿病自己注射が正しく安全に効果的に行われるために手技の確認と指導をする。

【研究方法】

チェックシートと手技チェックリストを作成し、通院中で糖尿病自己注射を行っている患者に聞き取り調査を行う。

【倫理的配慮】

研究の主旨、プライバシーの保護、データを研究以外には用いないことを説明し了承を得た。

【研究結果】

〈対象の構成〉

対象者：26名（47歳～86歳）

自己注射実施者：①本人：20名 ②家族：3名 ③看護師：3名

手技間違いなし：10名

〈チェック項目と出来ていなかった人数〉

① 混濁作業…1名

② 針付け…1名

③ 空うち…4名

④ ダイアルの単位設定…0名

⑤ 皮膚消毒…2名

⑥ 皮膚をつまみ直角打ち…6名

⑦ 注入時ボタン0まで押す…0名

⑧ 10秒待って押したまま抜く…10名

チェックリストを作成し、患者とともにチェックをしたことで、それぞれの手技の理解度や出来ていなかった部分がわかり、指導することで改善ができた。

【考察・まとめ】

手技チェックだけでなく皮膚の観察や針の処理の確認もでき、自己注射が正しく安全に、最大限効果的に行えることで治療が継続できることから、今回の取り組みは有意義であったと考える。

今回一人一人と向き合い、話を聞く時間を持ったことで、患者本人や家族の持つ不安が見えてきた。今後起こりえることを予測しつつ、情報収集に努め、多職種との連携も含めて対策を考えていく必要がある。また傾聴することの大切さも再認識した。患者に寄り添い共に問題に向き合える関係の地域密着型診療所でありたい。

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	高齢1型糖尿病患者のインスリン自己注射手技の実施状況と看護師の関わり方

県 連 名 新潟
院所・施設名 かえつクリニック
発 表 者 千田 友美 職種 保健師
共同研究者 岡村 信子

【目的】
A クリニックの70歳以上の1型糖尿病患者を対象として、インスリン自己注射手技の実施状況と患者のサポート体制を明らかにし、安全な療養生活を送るための看護師の関わり方を検討する。

【方法】
院内基準インスリン手技チェックリストを使用し手技チェックを行った。独自で作成した家族背景・サポート体制のききとり用紙を使用しききとりを行った。

【倫理的配慮】
対象者に対し研究目的・研究参加への自由・研究不参加による不利益がないこと、匿名性の保持・調査結果の公表・質問紙の保管方法を口頭で説明し、調査研究への同意を得て実施した。

【結果】
手技チェックの結果（23項目中）、できている項目は平均17.8項目、最高23項目1名、最低9項目1名であった。手技が自己流になっている人が多く、空打ち・注射部位・硬結については、受け取り方が様々であった。
家族背景・サポート体制のききとりの結果については、独居・高齢夫婦のみの世帯が多く頼れる人が少ないこと、低血糖傾向の人の話を詳しく聞いてみたら、カルテ内の情報と緊急連絡先が違っていたという事例があった。

【考察】
対象者全員がインスリン注射を自分で打っていることが判明したが、ほぼ全員に何らかの手技チェックエラーがみられ、安全な自己注射手技ができていない現状がある。したがって、定期的に手技チェックができる体制づくり、普段から困っていることはないか等の声かけを継続するなど、看護介入を強化する必要がある。
また、家族背景・サポート体制のききとりの結果から、命に関わるような血糖変動と隣り合わせの1型糖尿病だが、緊急時のサポート体制ができていない方が多い。そのため、患者の背景を確認し、可能な看護介入を検討する必要がある。加えて、親族の協力や関係機関と連携しながら、患者が自立している早い段階から先を見据えたサポート体制づくりが重要である。さらに、医療者側の対応として、患者の基本情報、緊急連絡先等をその都度更新していくことも重要である。

【まとめ】
本研究結果から、高齢1型糖尿病患者はインスリン手技ができていないことや、サポート体制が不十分であることが明らかとなった。したがって、安全な療養生活を送るためには、緊急時の備えや生活状況の確認、関係者との連携が重要であることが示唆された。また、定期的・継続的なききとりを行えるような外来支援体制の整備、及び、日頃からの声かけが必要である。今回学んだ事をふまえ、より患者に寄り添った外来看護をめざしていきたい。

14 ②慢性疾患	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	寮でしか生活できないA氏の支えになりたい

県 連 名 福井
院所・施設名 つるが生協診療所
発 表 者 谷口 絵美 職種 看護師
共同研究者 西村 さくら

【目的】
慢性心不全は、増悪を繰り返すことで病態が悪化し、ADLの低下や生活上の規制もある。穏やかに療養するには、サービス介入や住まい調整が必要だが困難となり、社会的に孤立したA氏に対して関わり続けた学びを報告する。

【方法】
◆患者紹介
A氏60代男性。要介護4。B市22年在住。身寄りがなく独居。勤務先の会社の寮住まい中、病態悪化し失職し生活保護受給。家賃滞納あり。治療中断や慢性心不全増悪を繰り返し入退院あり。
◆看護介入 元同僚や多職種と連携し、情報共有。本人と頻回に連絡を取り関係を作り、療養環境を整え治療の継続を図る。

【倫理的配慮】
個人が特定できないよう記載内容に配慮。

【結果】
慢性心不全治療後、入院中のストレスからホテルに1泊した所、動けないと当院に連絡あり。迎えに行くと、浴室で転倒した際に両下肢潰瘍となる熱傷を受傷。治療が必要となったが、受け入れ先がなく、ショートを利用。施設看護師・訪問看護師・当院と連携し、毎日処置を実施。改善困難にて1時間離れた関連病院入院依頼。介護タクシーで職員付き添い入院後、1か月で潰瘍改善されたが、下肢筋力低下が著しく車椅子状態。市職員も交えCCを行ったが、バリアフリーの環境への転居先は見つからず、すべてを諦め会社の寮に戻るしか選択肢がなかった。
リハビリを懸命にされ、杖歩行可能となるまで回復された。心不全増悪予防となるため介護サービス導入勧めるが、寮でのトラブルを避けるため拒否。そこで、A氏との関わりを切らさない為、電話がけを頻回に行った。電話では体調・生活面など細かく聞き、食事にも配慮しているが時々好きなものも食べていることなど話してくれた。
しかし受診時に全身浮腫が著明で体重も（100kg超え）増加。入院か訪問導入のアプローチをしたが拒否されとにかく寮で過ごしたいと希望された。その後も連絡を取り続け、A氏から「体が自由に動けない」と連絡あり。「すぐに訪問します。」と伝えたが、隣人を気にされ拒否。電話の様子から動ける状態ではないと判断し医師と往診に伺う。状態悪化されており、そのまま緊急搬送したが、1か月後永眠された。

【考察・まとめ】
寮以外に行き場のないA氏にとって、寮でのトラブルは避けたく、サービスを受け入れる事ができなかった。病気をかかえていても、生活が困窮していても、差別される事なく、最低限の保障を受ける事ができれば、安心して過ごされたのではないかな。退院してもA氏の生活は常に厳しい状況ではあったが、決して弱音を吐かない強さも感じた。その中でわずかな自由が唯一の支えだった。電話がけや受診時は、状態だけでなく色々な思いに耳を傾けた。
心の中の葛藤や辛い思いを受け止め、決して一人ではないと働き続けたことで、A氏からのSOSに繋がり、最後まで命に寄り添う大切さを学んだ。

キーワード：困難事例への関わり

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	自宅血圧測定 の勧めと手帳の普及 ～コロナ禍でも慢性疾患管理の充実を図って～

県 連 名 福井

院所・施設名 光陽生協クリニック

発表者 杉本 敬子 職種 看護師

共同研究者 山下 美由紀、木村 由美子

【目的】

外来看護師の役割として、慢性疾患を抱える患者・家族に入院中や外来、地域での関わりを通して効果的なケアを提供し自己管理や在宅療養をサポートするとある。コロナ禍で十分な関わりが困難とされているが、様々なりリスクも大きい為、管理の重要性が求められている。慢性疾患の一つである高血圧は、わが国で4300万人以上の患者が推定されており、A クリニックでも1000人以上が内服治療を受けているが、これまでも自宅血圧測定・血圧手帳記録の指導もほぼ行われていない現状にあった。今回、自宅血圧測定と血圧手帳利用を患者に勧め実践する事により、行動変容が図られ、更にセルフケア能力の向上に役立つのではないかと考え調査した。

【方法】

対象：A クリニックで降圧剤服用されている方

期間：xx 年 x 月 x 日～x 月 x 日（4 ヶ月）

研究デザイン：質問紙調査による量的関連探索研究

研究方法：①自宅血圧測定 の勧めと手帳の普及 ②降圧剤内服中お患者さんの受診時に同意がとれた方にアンケート調査

【倫理的配慮】

無記名によるアンケート調査であり、研究への協力は対象の自由意志による事、調査用紙の保管は研究期間 終了するまでに確実に保管する事、終了後は適切に破棄する事を伝え同意を得た。

【結果】

1) 血圧手帳、手帳記録の実態

降圧剤内服中の方全てに同意を得て手帳を手渡した。後日アンケート調査実施。血圧計所持・測定は約80%、手帳所持69.7%、記録している77.5%だった。

2) 意識・療養行動について

運動・塩分・体重という療養行動と血圧測定の有無の間に χ^2 乗検定実施。運動と塩分において1%の水準で有意差がみられた。医師に見せる、時々見せるという行為は64.7%と多く、合併症を知っている方は30.4%と少なかった。内服状況は90%の方が服用出来ており、約半数が内服している薬の名前を知っていた。

【考察】

本研究では指導前後の比較はされていない為、指導による血圧計購入・測定・記録の直接のきっかけになったと断定する事は出来ない。大概¹⁾の研究によると「血圧を所持しているにも関わらず血圧を測定しているものは35%と低く、血圧手帳については、医療機関が勧めても48%が使用していない」と報告している。「その理由として手帳自体の書きにくさや使う意義を対象が認識していないことが考えられる」と述べている。今回の研究ではそれに比べ多く、その理由として受診時に自宅血圧測定の意義を繰り返し説明した事が実践に繋がったと考える。今後も継続していく為に日々の声掛けが重要である。

【引用・参考文献】

- 1) 大槻弥生・池田清子：地域で生活する高血圧患者の療養行動の実態と環境要因 神戸市看護大学紀要17p35-44(2013年)
- 2) 坪田恵子：高血圧患者セルフケア行動に向けた生活指導における教育効果の検証 富山大学看護額会誌16(1)(2016年)

キーワード：セルフケア指導

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	COVID19の感染拡大による糖尿病患者の血糖変動と行動変容 ～A 診療所に通院する患者が行動変容を起こした心理とは～

県 連 名 京都

院所・施設名 大宅診療所

発表者 楠生 紀子 職種 看護師

共同研究者 中井 勝博

【はじめに】

生活習慣病の一つである糖尿病は、無自覚のまま病気が進行していくため、生活習慣の改善の動機付けが難しいと言われている。また、糖尿病はストレスとも密接に関係しており、影響を与えるストレスの要因の一つとして COVID-19感染症の拡大が血糖コントロールや行動変容に影響するのではないかと考え調査を行った。

【研究目的】

COVID-19拡大に対し A 診療所通院中の糖尿病患者における行動変容の内容を明らかにする。

【研究方法】

調査研究

対象者：A 診療所通院中のⅡ型糖尿病患者でセルフケアが自立している74歳以下の患者75名の内 HbA1c が調査期間中に 0.5 以上、上昇した患者 9 名。

上昇後低下：改善群 5 名、上昇後不変：悪化群 4 名

調査期間：20XX 年 1 月27日～3 月16日

COVID-19流行期以前、流行期前半、後半

調査方法：自記式質問紙及び聞き取り、流行前及び流行期の自己管理行動と心理的变化を電子カルテからデータ収集。悪化群、改善群の結果を比較

【倫理的配慮】

事業所内の研究倫理委員会の承認後、対象者に口頭で説明し同意を得た。

【結果】

悪化群

流行期前から積極的に生活習慣の改善に取り組んでいた。

流行期前にストレスを感じた者は少数。

解消法は運動などが大半であった。

流行期前半は外出を控え全員がストレスを感じた。

流行期後半には半数が感染対策への気持ちが緩んだ。

改善群

食事療法、運動療法を意識はしていたが実行できていない。

流行期に運動・食事内容に改善が見られた。

流行期前から半数以上がストレスを感じていた。

解消法は屋内で気分を紛らわせる事が多い。

流行期前半は普段通りに外出をしていた。

流行期後半は全員が感染対策への気持ちを緩めていなかった

【考察】

悪化群は言われた事を真面目に実行している人が多く、運動が主となる解消法を実践していたため、外出自粛など行動抑制から解消する事が出来ずストレスをより多く感じ血糖コントロールが不良となり HbA1c の改善が無かったと考える。一方、改善群は感染症の悪化の恐怖心が生活改善に取り組むきっかけになった。また、解消法が自宅でも可能で生活習慣を変えなかった事がストレス軽減につながった。

また、2 群を行動変容ステージで検討した結果、悪化群は流行期前から実行期や維持期にあり流行期でも変化がなかった。改善群は流行期前が無関心期や関心期であり、流行期の HbA1c 悪化を契機に準備期や実行期へ移行したと考える。

COVID-19の流行が行動変容を起こす要因の一つになったと考える。

【結論】

今回の調査結果から、緊急事態宣言や自粛による行動抑制がストレスとなり血糖コントロールの悪化につながる事が分かった。特に生活習慣の改善に日頃から真面目に取り組んでいる患者ほど環境の変化などのストレスを受けやすく、より患者の変化に目を向け支援していく必要があると考えた。

キーワード：感染症拡大と行動変容の関係

14 ②慢性疾患	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	日常生活での間食及び、透析中の飴の摂取量と体重コントロールの関係性について

県 連 名 京都
院所・施設名 川端診療所
発 表 者 和佐野 陽子 職種 准看護師
共同研究者 高畑 みゆき、白川 京、山田 あや

【はじめに】
A 診療所では透析中に間食する場合は、低血糖予防や、エネルギー補給の目的で飴を3～4個程度摂取するよう勧めている。しかし、実際は4時間の透析中に飴を1袋食べている患者もいる。また、飴を食べている患者の中には、飴以外も食べている人がいる。そこで今回、透析中に飴を摂取している患者に焦点を当て、体重コントロールの違いを明らかにし、今後の指導に活用したいと考え調査することとした。

【研究目的】
透析中の飴の摂取量と日常生活での間食及び、体重コントロールの関係性を明らかにする。

【研究方法】
1. 研究デザイン：量的研究（調査研究）
2. 対象者：A 診療所の透析患者89名
3. データ収集方法：①質問紙を配布し、回収する ②電子カルテからデータ収集
4. データ収集期間：20XX 年1月の13日間

【倫理的配慮】
研究対象者に、研究に同意をしなくても不利益を被らないこと、個人情報保護に配慮すること、研究終了後に収集した情報は破棄することと説明し、アンケート調査に協力をして頂けることで同意を得られたこととした。また、事業所内管理委員会で承認を得た。

【結果】
A 診療所において、透析中に飴を食べているかという設問に対してはいと答えた患者は28名であり、その内の23名は飴のみを、5名は飴以外の物（グミやチョコレートなど）も摂取していることが分かった。飴の摂取量としては6個以上が8名もあり、摂取する目的も口寂しさや口渇予防というものであることがアンケート調査の結果分かった。次に電子カルテからのデータ収集では、アンケート結果から分類された④飴のみ摂取群、⑤飴と飴以外摂取群、⑥透析中間食なし群に分けて、体重コントロールの状況を調査した。研究前は、④飴のみ摂取群及び⑤飴と飴以外摂取群は、⑥透析中間食なし群と比較すると体重コントロールが不良であると予想していたが、実際は④飴のみ摂取群と⑥透析中間食なし群の間には大きな差はなく、ともに体重増加率はDWの6%未満に留まった。一方、⑤飴と飴以外摂取群は6%以上になっていた。最後に、④飴のみ摂取群23名の中で、体重増加率を調査した結果では、DWの6%未満に留まっていたのは20名で、DWの6%以上になっていたのは3名であった

【考察】
飴の摂取は一時的な口渇解消につながるかもしれないが、舐め終わった後の口のネバつきの原因となり、さらなる口渇につながるリスクがある。そのため、飴の摂取は低血糖予防やエネルギー補給を目的に行うよう再度指導していく必要があると考える。飴の過食は、体重コントロール不良の要因の一つとなると推察された。今後は栄養士とも連携を取りながら、透析中だけでなく、自宅での補食の量や種類などを検討し、提案できるようにしていきたい。

【参考文献】
1) 専門医とつくる透析患者さんのための医療情報サイト MediPress, 2021年5月13日閲覧。
2) 日本透析医学会雑誌46巻7号2013第3章

キーワード：透析、患者指導、体重コントロール

14 ②慢性疾患	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	高血圧症患者の疾患に関する意識調査 ～A 診療所に通院中の患者の傾向と今後の課題～

県 連 名 京都
院所・施設名 ふくちやま協立診療所
発 表 者 林 千秋 職種 看護師
共同研究者 塩見 久美子、二木 咲子

【研究目的】
アンケート調査により患者の高血圧症に関するとらえ方や傾向を知り今後の課題を見出す。

【研究方法】
量的研究 実態調査研究 期間：20××年10月から12月 期間中に受診された40歳代～70歳代の高血圧症患者にアンケート調査を行った。

【倫理的配慮】
アンケート調査への協力は回答者の自由意思であり、同意が得られなくても不利益を受ける事はないこと、得られた情報は目的以外には使用しないこと、アンケート調査により個人が特定されることはないことをアンケート調査の用紙に表記し説明を行った。

【結果】
期間中に受診された82名の高血圧症患者にアンケート調査を行い、全員から回答を得た。・高血圧に関して放っておくと怖い病気だと思う→53名・生活習慣で気を付けていることが「ある」→57名、「ない」→23名・内服を時々忘れる→40代～60代：10名、70代：1名・今後も生活習慣を改善したい→37名

【考察】
研究当初は、高血圧症の重要性を認識している患者は少ないのではないかという考えがあった。しかしアンケート調査によると高血圧症に関する認識として、「放っておくと怖い病気だと思う」が最も多く、さらに7割の患者が何らかの生活管理を行っていることが分かった。内服に関し、「時々忘れる」と答えたのは現役世代の患者が比較的多かった。大堀は「高血圧症のように長期間の服薬管理ですでに初期段階で50%の患者が指示を守らない。」¹⁾と述べている。現役世代の特徴として社会生活において多忙にある現代では自分の健康管理が後回しになっている可能性がある。そのことから内服・治療を継続していくために、手軽に内服ができるよう、医師とともに考慮していく必要がある。多くの患者が自己管理行動をとっているにも関わらず、さらに生活習慣を改善したいと考えているようだった。篠山が行った研究では「患者は一般的な薬指導や疾患の説明より、自分に特化された個別の説明を求めている。」²⁾との結果が出ている。本研究のアンケート結果から、対象の患者も高血圧症に関する一般的な説明よりも個別性に合わせた指導を望んでいる可能性がある。

【結論】
1. アンケート調査により大半の患者が「放っておくと怖い病気だ」との認識を持っており、さらに多くの患者がすでに生活習慣を改善していることが分かった。2. 現役世代の患者では自身の健康管理が後回しにされており、医師とともに内服や通院が継続できるよう時間帯や数を工夫していく必要がある。3. 患者は一般的な指導よりも個別性に合わせた指導を望んでいる。

【引用文献】
1) 大堀昇：通院する高血圧患者の服薬に対する受け止めと年齢、罹患年数との関連 東京医科大学看護専門学校紀要 第19巻第1号 P45-50 2009年
2) 篠山重威：我が国の生活習慣病患者意識調査における生活習慣病治療の現状と課題 P1310-1318 2011年

15 ②エンドオブライフケア・ACP

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

患者と家族の希望に寄りそったスピリチュアルケアの実践

県 連 名 福岡

院所・施設名 大手町病院

発 表 者 西村 浩司 職種 看護師

【はじめに】

今回著者は腭頭部癌ステージⅣにより余命僅かな A 氏に関わる機会があった。この関りのなかで患者が抱く希望を見出し、思いに寄り添ったケアを実践する事ができたため報告する。

【倫理的配慮】

症例の主旨を説明し、個人が特定されないように配慮し、健和会看護研究倫理審査会の承認を得た。

【経過】

2019年腭頭部癌を発症し、当院にて化学療法、外来定期受診をされていた。2020年外来受診時、全身倦怠感・食思不振が出現した為、当科に入院となった。当初歩行はできていたが、倦怠感からリハビリが進まず、徐々に歩行困難となり臥床状態となった。「何かしたいことはないですか。」と A 氏に問いかけたところ、「またお洒落な靴を履いて外を歩きたい。」と返答があった。A 氏は自律存在を失うスピリチュアルペインを抱いており、A 氏にとって一番の苦痛になっていると感じた。私は、A 氏にとって一番の希望である「お洒落な靴を履いて自分の力で外を歩く」ということを目標にスピリチュアルケアを計画・実践していった。担当リハビリ技師へ現状の ADL を確認すると、全身状態が低下しているため、歩行は厳しいとの返答であった。また主治医へ A 氏の希望、看護師、リハビリ間で歩行に向けての取り組みを開始したことを説明し緩和ケアチームへの介入依頼を行った。

【結果】

歩行実施日時の調整を行い、両脇を支えられながら歩行することができた。歩行実施中 A 氏から終始笑顔がみられた。その後も、A 氏と接する際笑顔が多くみられていた。今回の取り組みでは、A 氏の一番の希望を実践でき、表情や言動、精神面にも良い変化が得られる結果となった。まずは A 氏の話に傾聴する事で、A 氏の抱える苦痛と希望を見出す事ができ、それを元に具体的な目標を設定する事ができた。この目標を共通のゴールと掲げ、主治医・病棟看護師・リハビリ・緩和ケアチームの多面から A 氏と関わり、歩行実現に向けての様々な問題を共有し、同じ方針のもとケアを行ったことが、A 氏にとって良い変化・影響に繋がった。当初 A 氏の発言から自律存在を失うスピリチュアルペインがあると感じていたが、歩行が実現したことで自律存在を保つことができ、スピリチュアルペインに対し効果的なケアを行なうことができた。医療者側の介入だけではなく、A 氏の希望を実現しようとする気持ちが病氣に対する活力となり、A 氏の目標に向かう努力により歩行が実現した。その後、家族との距離の近い B 病院に転院となり、転院先で永眠された。

【結論】

今回、A 氏と家族の意思を尊重し支持することで、実現が困難な希望でも叶えることが可能であると感じた。患者の希望一つ一つを叶えることは難しいが、この経験を胸の一つでも希望を叶えることのできるような患者との関りを心掛けて看護をしていきたいと思う。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名患者・家族が望み最期を目指して
～臨死期カンファレンスの改善～

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会大手町リハビリテーション病院

発 表 者 森山 裕子 職種 看護師

共同研究者 村田 和貴、岡崎 桃佳、久田 ゆかり、
藤村 佑太

【はじめに】

厚生労働省において策定された人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを基に A 病院でも看取り指針が作成されている。B 病棟では2020年4月よりデスカンファレンスを開始し2020年度16件・2021年度9月までに21件実施していた。しかし、臨死期カンファレンス・デスカンファレンス共に内容が充実しておらず、患者・家族の希望にそった看護や終末期のケアができていないのか疑問に思った。立石は¹⁾「終末期ケアとは疾患や傷害により余命わずかの人や認知症や老衰等により終末期を迎えた人が人生の残り時間を自分らしく少しでも穏やかに最期を迎えられるように身体的、精神的な負担を軽減することを目的とする」と述べていることから、充実した臨死期カンファレンスを行うことで今後の終末期ケア向き合っていけると考えた。

【研究方法】

病棟スタッフ27名に対し臨死期カンファレンスについてアンケートを実施。その意見を基に臨死期カンファレンス用紙の新様式、終末期看護のプロセスフローチャートを作成しスタッフへ説明する。

【倫理的配慮】

倫理審査委員会の了解を得ている。

【結果】

臨死期カンファレンスについて知っていると答えた人数は66%うちカンファレンス用紙を使用した人数は50%であった。使いやすさとの回答は55%で「職員の意識統一のために良い」「ケアがしやすい」との意見であった。使いにくいと回答した意見では「内容が分かりにくい」「使い方が分からない」との意見があった。これらの意見を基に終末期看護のプロセスフローチャート、臨死期カンファレンス用紙を作成。情報用紙・カンファレンス用紙・ケアシートに分け作成し、より実践で使いやすい方式とした。病棟スタッフへ説明を行う際「ケアの統一が出来そう」「終末期のケアが充実しそう」等肯定的な意見が多く聞かれた。

【考察】

坂口は²⁾「チームで情報を共有し統一したケアや関わりをすることでその人らしい最期を迎えることができた」と述べている。臨死期カンファレンス充実させることは家族と密に関わり情報収集を行うことはもちろん、スタッフ間での情報共有やケアの統一に繋がると考える。ひいては終末期患者や家族に対するケアの質の向上になると考えている。

【おわりに】

取り組みを続けていく事でより良い終末期医療の現場を築いていきたい。

【引用文献】

- 1) 立石 憲彦 終末期ケア専門士公式テキスト 第1版 P25 2020.4
- 2) 坂口とき子 急性期内科病棟で終末期看護を考える 滋賀県高島市民病院 地域医療 2014.3

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	終末期がん患者のせん妄に対して緩和ケア病棟の看護師が行っている対処

県 連 名 北海道

院所・施設名 公益社団法人勤労者医療協会勤医協中央病院

発 表 者 大森 綾子 職種 看護師

共同研究者 常見 梨奈、加藤 真由美

【はじめに】

A 施設緩和ケア病棟では、終末期がん患者のせん妄を評価し対応していくために多職種参加のカンファレンスを行っている。終末期がん患者のせん妄ケアは経験の積み重ねもケアに影響しやすいと考えられ、その時々状況において看護師がどのように考え対処しているのか、その実際については十分に明らかにされてはいない。本研究は終末期がん患者のせん妄に対して、緩和ケア病棟の看護師が行う対処に焦点をあて、今後の看護につなげていきたいと考え取り組んだ。

【研究の目的】

終末期がん患者のせん妄のケアの質の向上を目的とする

【研究方法】

1. 研究デザイン：質的記述的研究 2. 研究対象：ホスピス病棟あるいは、緩和病棟に5年以上所属している看護師で終末期がん患者のせん妄ケアに携わった経験者に研究対象者にフォーカスグループ・インタビューを行った。3. データ分析：インタビューで得られた内容の中からせん妄の対処に関連する箇所を抽出し、ひとつの意味内容が含まれる単位データとし、さらにカテゴリ化した。4. 倫理的配慮：対象者へ方法を説明し同意書への署名を得た。

【結果】

本研究において、緩和ケア病棟看護師によるせん妄患者の対処は9カテゴリ、22サブカテゴリが抽出された。看護師はせん妄患者に対し、〔Ⅰ. 経験から培われたせん妄症状の予測をスタッフと擦り合わせる〕、〔Ⅱ. 出現している症状から終末期せん妄かどうか見極める〕対処を行っていた。そして、〔Ⅲ. 予後を見通しながら患者のペースに合わせてとことん付き合う〕〔Ⅳ. これまでの排泄習慣を受け入れていく〕のカテゴリでは、患者のありのままの状況に合わせていく対処をし、〔Ⅴ. 安全評価を行いながら患者が安楽であれば常識に捕らわれず見守る〕ことで、患者にとって安全・安楽な環境を提供していた。さらに、患者が興奮しているときは〔Ⅵ. 一旦立ち止まって頭を整理してまた患者のところに戻る〕などの対処をしていた。また、緩和ケア病棟では家族もケアの特徴として〔Ⅶ. 背景を知ることに関り備えを持つことができる〕、〔Ⅷ. 薬剤使用とタイミングも家族と共に考える〕〔Ⅸ. 家族を巻き込み家族もケアしていく〕というカテゴリとなった。

【考察】

緩和ケア病棟看護師は薬剤による評価を繰り返しながらも、距離を保つことや、見守り付き合うことを行いながら患者に合わせる対処をしていた。昼夜の生活パターンに拘ることなく、患者が過ごす場所、過ごし方なども患者に合わせた対処をしていた。更に家族を巻き込みながら共にせん妄状態の過ごし方を相談していた。加えてせん妄状態に患者の傍らにいる家族のケアもケア対象としていたことが特徴的な対処であった。

【まとめ】

緩和ケア病棟の看護師は終末期せん妄にある患者のその人らしきを守りながら、家族と共にせん妄の対処を行っていた。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	意思決定を尊重した関りについて

県 連 名 東京

院所・施設名 みさと健和病院

発 表 者 渡邊 宙七 職種 看護師

共同研究者 中村 美穂

【はじめに】

治療方針を決めるにあたって「患者の意思」「患者にとっての最善」が挙げられる。家族と医療従事者との話し合いを通して意思決定される。患者、家族とともに治療方針決定の場面に立ち会い、患者自身の人生にとってどのようにすれば最善であるかを考え、今後の看護活動に生かしたいと思い振り返りをした。

【患者紹介】

A 氏 80代女性 気管支拡張症により在宅でHOT導入されている。息子二人、認知症を患い他病院で入院している夫がいる。細菌性肺炎で入院。呼吸状態悪化し人工呼吸器装着（NPPV）を行うかを家族を交えて話し合いを行うこととなった。

【病状説明の場面】

A 氏と息子二人を交えて医師から病状説明実施。予後が短い、人工呼吸器を装着し治療を行うことが望ましい。しかし、患者本人の苦痛が強いことを説明。患者は黙り込みすぐには返事ができなかった。その後、患者が夫を残して逝くことはできない、苦痛を伴うけど頑張るとの発言がみられた。私は「ご主人に会えるように病気を乗り越えましょう、私たちが力になれるように精一杯頑張ります。」と伝えた。

【看護実践のふりかえり】

医師からの病状説明では死に対するものもあったが、A 氏の状態をありのまま伝えることは本人の意思を尊重するために必要だと感じた。思いを打ち明けてくれたとき自身の予後が長くないと分かっていたからこそ生きたいという気持ちが強かったのではないかと考える。

【考察】

文献では「自己決定とはだれにも変わらないその人固有のもの、その人の人生そのものであると理解すること。本人にとって身近な理解者の影響力を自覚しながら、一緒に悩む、迷う、つまづく、喜ぶ＝生きていくことに寄り添っていくことである」と述べて居る。A 氏は夫という自身にとっての影響力を自覚し、今後の人生をどう生きていくかを考えることができ、医療者をして一緒に悩み、どうすることが最善かを考えA 氏の思いに寄り添った行動ができたと考える。最後の時間をどのように過ごすのか、何を大切にしたいかを傾聴し、少しでも意思決定を援助できるように看護師として関わっていきたい。

【おわりに】

終末期にある患者は身体的にも精神的にも苦痛を抱えている状態である。患者さんの望むこと全てを叶えることは難しいがその患者の思いを尊重するためにも状態に合わせた援助を行う事、多職種で情報共有しながらサポートしていくことが大切である。今回の学びから意思尊重した援助ができるように関わりたい。

【倫理的配慮】

プライバシーの配慮として、記述内容で研究対象者が特定できないようにした。

【参考文献・引用文献】

- ①本人・家族の意思決定を支える
https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/25/1/25_35/_pdf
- ②自己決定の支援とはなにか

15 ②エンドオブライフケア・ACP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 緩和ケア病棟紹介時に対する医師・看護師の認識について考える。
～外科外来の現状より～

県 連 名 長野

院所・施設名 長野中央病院

発表者 前澤 綾子 職種 看護師

共同研究者 傳田 里佳、徳光 加代子、藤森 亜紀子、小坂 由美

【はじめに】

A 病院外科外来看護師は、がんと診断された患者に対し、終末期を何処でどのように過ごしたいと考えているのか、という事にも目を向け療養相談を行っており早い時期から患者・家族の意思を確認し、緩和ケア病棟の紹介を含めた情報提供が必要だと考えている。しかし医師から、「治療を行っている間は、患者も改善の見込みがあると希望を持って治療を行っている為、緩和ケア病棟の話はできない」という意見があり、認識の違いを感じた。患者・家族の意思に合わせたタイミングで情報提供ができるようにする為、医師・看護師の認識の違いを明らかにし、今後の課題を明確にしたいと考えた。

【研究方法】

1. 研究方法：独自に作成した無記名式の質問調査用紙を使用し調査を行った。
2. 倫理的配慮：本研究の目的、方法と研究への参加は自由であり拒否権がある事、拒否をする事で不利益を生じない事、個人が特定されないように扱う事を用紙で説明し同意を得たうえで行った。

【結果】

研究対象医師 6 名、看護師 8 名のうちすべての対象者の同意が得られ、アンケートの回収率は 100%。

1. 緩和ケア病棟を紹介する時期はいつだとお考えですか、の質問に対し、「がんと診断された時」及び「治療を開始した時」の回答は医師が 0 % に対し看護師は 70 %。「治療ができなくなった時」及び「終末期と判断した時」の回答は医師が 71 % に対し看護師は 10 % だった。
2. いずれ迎える終末期を何処でどのように過ごしたいか患者・家族の意思確認ができていますか、の質問に対し、できていると回答した医師は 83 % に対し看護師は 25 % だった。

【考察】

看護師は医師が考えている時期よりも早い段階で緩和ケア病棟を紹介した方が良くと考えており、医師と看護師の間で緩和ケア病棟紹介時期に対する認識の違いがあることが明らかになった。また患者・家族の意思確認時期に関しても医師と看護師の間で回答に差があった。その差の理由として結果 1 から、医師の考える意思確認の時期は「治療ができなくなった時」及び「終末期と判断した時」に対し看護師は「がんと診断した時」及び「治療を開始した時」を指している為と考える。

病気の進行状況に関係なく緩和ケア病棟を含めた情報提供をすることは、その後の生活を考える手掛かりとなり、自身の最期について考える時間が持てるのではないかと考える。

今後看護師はコミュニケーション能力を高め、患者や家族の気持ちに寄り添い情報を収集すると同時に医師へ積極的にアプローチをして、意思疎通を図る努力をすることが必要であると共に情報交換する場をどのように持つか検討し定着化させる事が重要である。そして患者や家族にとってどのタイミングでどの様な情報提供が必要か検討し闘病生活が患者や家族の望むものとなる様な支援に結びつけていきたい。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 終末期造血器患者の意向に添った実践からみた A 病棟の特徴と課題

県 連 名 北海道

院所・施設名 勤医協中央病院

発表者 古川 有香 職種 看護師

共同研究者 河上 恵子、西川 司、清水 佳奈実、齋藤 梨杏

【目的】

造血器の終末期患者の意向を尊重する為の聞き取りにてどのような内容の聞き取りと実践が出来たかを明らかにしたい。

【方法】

当該患者のカルテの経過記録から意向が記載されている部分を抽出する。抽出する範囲は亡くなる前に実施していた化学療法の投与時期まで遡って抽出する。

【倫理的配慮】

所属する施設の倫理委員会の承認を得た後、該当患者の遺族へ研究に関する同意を得た。

【結果】

〈副作用を乗り切る自信〉がない患者に対し職員が傾聴し、〈治療に対して前向きな気持ち〉が出現し《治療を乗り切る自信》に繋がった。患者は〈生き長らえるための治療継続の決断〉をする一方〈治療継続に対する迷い〉を感じており、職員が寄り添い患者が自分らしく過ごせる為のイメージを持てるよう情報提供などの関わりが出来ていた。患者の過ごしてきた今までの生活から〈患者の嗜好〉が何え、入院中生活で制限が生じている中でも〈本人のペースで日常生活を送ることを希望〉されている。それが長期間入院する事で〈ストレスの表出〉に繋がりが《本人のペース》で過ごしたい思いが見られ、職員は患者の想いを叶える為に多職種と連携し本人の想いに沿って対応していた。〈突発的な身体的苦痛の表出〉や原病自体が悪化し〈病気の進行に伴う苦痛の表出〉もあり《苦痛の表出》が見られるようになった。化学療法の〈副作用による排泄への影響〉〈副作用による食事への影響〉から下痢や味覚変化の症状があった。それに対して、職員として多職種と情報共有し薬剤や食事提供の調整等を行い患者の意向に沿って対応した。病状進行で〈身の置き所のない苦痛と不安〉が本人を包み〈迫り来る死の恐怖〉が出現し《身の置き所のない苦痛と迫り来る死の恐怖》を感じており、本人に安心感を持っていただけよう関わった。

【考察】

患者を知る為には対話が必要であり、患者の大事にしたい部分やどの様な希望があるのかを A 病棟職員は聴取し、希望を叶える為の方法を多職種で考える事が出来ている事が A 病棟の強みである。また、患者から不安や辛さが表出され、それに対し患者が安心して過ごせるよう介入する事が出来ていた。一方患者がどう生きたいと思って人生を過ごしてきたか・何を大切にしたいと思っているか、という死生観に関わる部分での介入については少なかった。意向を確認した際には既に患者の病態が悪化し、患者自身が意向を答えられる状況になかった事が要因と思われる。患者の人生観を含めた意向を確認していくには、早い段階から患者と対話を重ねていくことが重要である。しかし治療導入の時期は患者も治療に期待を持っている事や現状の受容で精一杯になりやすく、自身の死へのイメージは持ちにくいと考える。どの時期に意向を確認していけば良いか、またどのような情報を得ておく必要があるか、看護師の知識やスキルを獲得していくことが A 病棟の今後の課題と考える。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	卒後2年目が取り組んだ急性期病棟における終末期看護～日々の要求に答えることで見えてきた信頼関係の構築～

県 連 名 東京
院所・施設名 大田病院
発 表 者 小松 隆文 職種 看護師
共同研究者 菊地 藍奈

【目的・方法】
最期までA氏らしい入院生活を送ることができるよう他職種やチームで連携して関わっていったことでA氏を知ることができた事例を報告する。

【倫理的配慮】
研究では個人が特定されないよう配慮し、今回の研究で得た情報は目的以外では使用しないこと、研究への参加は自由でありいつでも参加を辞退できることを説明し同意を得た。

【看護の実践】
A氏は以前からストマ周囲皮膚糜爛があってもストマ管理に看護師が介入することに拒否し悪化したことや、手術当日に拒否があったりと処置や看護を十分に行えておらず関わりにくさを感じる場面もあった。入院時から「イライラする。」「看護師がなんども訪室し長時間滞在されるのがストレス」「食器の音がうるさい」など入院生活や看護師、ヘルパーに対する不満が多く聞かれ、表情は常に硬かった。A氏は自身の病名を理解していたが「前向きじゃいられなくなるから」と現在の病状を知ることには拒否が見られており自身の病状の受け入れができていなかった。A氏の思いを尊重できるよう傾聴していく時間をつくり、入院生活で困っていることや現在の希望などを聴き、信頼関係を築き、A氏らしく過ごせるよう関わった。A氏から「色々やってくれて感謝している」との発言が聞かれた。「自分でトイレに行きたい、あまりいろいろやってほしくない」と発言があったがADL低下と疼痛により実現していなかった。リハビリスタッフよりポータブルトイレ移乗のためのADLは現在がギリギリであるとの情報があったためADL維持のためにリハビリ以外の運動を提案したところ意欲的で、ベッド上で足上げ運動を行う姿があった。

【考察】
A氏は身寄りがなく社会的なつながりがなく「自宅では一人で静かに暮らしていた」という発言から入院による環境の変化やADL低下により思うように動くことができない現実によるストレスのはけ口がなく看護師に対して怒りを表出していたと感じた。チームで対応を統一することや傾聴する機会を作りA氏との信頼関係を築けるような関わりを通してA氏に笑顔が見られるようになった。また看護師に対して感謝の言葉が聞かれ、入院生活に不満はないという発言も聞かれた。「苦しんでいる人は自分の苦しみをわかってくれる人、励ましでもなく説明でもなく聞いてくれる人がいると嬉しい」とあるようにチーム全体でA氏の気持ちを傾聴していったことがA氏の心境の変化に繋がったと感じた。マズローの欲求5段階説よりA氏は疼痛コントロールにより生理的欲求が満たされたことで自分でトイレに行くための行動をとろうとする様子がみられ安全欲求段階に繋がったと考える。「その人らしさを支えるとは本人の思いを置き去りにしないで本人が了解・受容可能な方法を模索すること」と言われているようにA氏の意味を何度も確認しつつ日々の看護を他職種と連携し行ったことがA氏らしい生活に繋がったのではないかと感じた。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	がん告知を受けた患者が生きることに希望をもつことができた急性期病棟の看護

県 連 名 東京
院所・施設名 大田病院
発 表 者 丹野 敦子 職種 看護師
共同研究者 佐藤 薫

【はじめに】
A氏は昨年9月に長男が急逝し、今年1月横行結腸癌、多発転移と診断された。今後A氏がどのような人生を過ごし、どのような価値観や死生観を持っているかを知り、A氏らしい人生を支える援助が必要だと考え研究に取り組んだ。

【倫理的配慮】
研究の目的・内容・方法・個人情報の保護などについて説明を行い、患者の自由意志に基づいて研究に参加・協力することについて書面にて同意を得た。

【看護の実践】
病状説明後は「ああ、これで自分も仏様になってしまうのね」「B診療所で検査結果は聞いていたので、やはりと思った」と話していた。同室患者らに「手術頑張るなさい」と励まされてもただ涙ぐむ様子であった。A氏の父は出兵しており、母子で母の実家に身を寄せていた。戦後父が帰還した後も実家に居候する形で暮らしており、幼少期は何かと肩身の狭い思いをしたという。実妹が障がい者であることから不憫に思った親戚の勧めで夫と結婚し、結婚後は品川区へ転居して過ごした。1月に息子の納骨を済ませ落ち着いた2月に受診しようと考えていたが、痛みが出現し受診が早まった。A氏は看護師から退院したら一番したいことを尋ねられると一人旅で温泉に行くことが趣味であるという。温泉に出かけると7～8回は温泉に入るので、友人と一緒に観光するよりも一人気ままに温泉に入るのが気分転換だった「また温泉に行きたいわね」と話の最後は笑顔となった。術後A氏は「私ね、一度お葬式しているのよ、お骨にもなったし。今は手術をして第二の人生なの。明るい未来になるはずだったのに」「なんかだめになっちゃったね、これぐらいのことで息が上がっちゃったりしてね。早く元氣にならないと」と表情さえないためリハビリスタッフと相談し、カレンダーを掲示して自身のリハビリ実施回数を記載してもらうよう働きかけた。

【考察】
小澤は告知を受けた患者に対して①人生を振り返る機会をつくること②自分がどうありたいか考える時間をつくることが大切なことであると述べている。A氏は「今まで自分のことを誰かに話すことはなく、話すことができて良かった」「やり残したことはないか聞かれて、死に支度しました」と語っている。A氏が病氣・手術＝死と捉え、手術を境に「一度お葬式をしている」と語ったことは、病気が完治しないことは理解しても人生に一度区切りをつけて残りの人生を前向きに捉えていく決意であると感じた。手術によって予定通り横行結腸腫瘍を切除でき、快方へ向かうと笑顔も多くなった。A氏に笑顔が増えた理由を聞くと「息子が自宅で待っているから」と亡き息子の存在がA氏の大きな支えになっていた。一度死と向き合った患者の思いを受け止めながら、回復度合いに応じて他職種と情報共有することで、A氏の気持ちに寄り添った退院支援を実施することができたと考える。

【引用文献】
小澤竹俊『もしあと1年で人生が終わるとしたら？』アスコム、2021年

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	コミュニケーションが困難な終末期の患者との関わり

県 連 名 奈良

院所・施設名 おかたに病院

発表者 亀井 風花 職種 看護師

【はじめに】

今回70歳代の終末期患者を受け持った。自らの思いを表出することが難しかった患者との関りでどのような思いを抱えていたか振り返り、看護者がどのように接すればよかったのかを考察していきたい。

【倫理的配慮】

今回の事例をまとめるにあたり、個人が特定されないように配慮を行った。

【患者紹介】

氏名：A 氏 性別：男性 年齢：70歳代 独居で身寄りがなく連絡できる友人もいなかった。膀胱癌・後腹膜播種による左水腎症と診断される。しかし積極的な治療は望まれず、食欲不振・脱水あり当院紹介となる。

【看護の実際】

入院当初は「死ぬって言われた」と呆然としていた。入院後嘔気が徐々に強くなり中止になった。「しんどい、死にたい」という発言もみられた。当初は話をされていた A 氏も徐々に活気が無くなり病室移動をきっかけに無口になってしまった。嘔気に対して 1 日 3 回プリンペラン® を使用したが症状緩和せずオキノーム® が開始された。この頃から身の置き所のない意欲表示はなかった。しかしナースコールは頻回であり看護師が離れるとすぐに押すような状況があった。また、スタッフに対し暴言を吐き苛立っている様子もあった。身の置き所がない状態が続き、鎮静剤を持続的に使用するか A 氏に説明した。しかし意欲表示は無く鎮静をかけるとどうになってしまうのかという不安があり、なかなかかけることができなかった。消化管出血を起こしドルミカム® を使用開始になる。鎮静効果が得られその数日後永眠された。

【考察】

癌を告知され、積極的な治療を望まれなかった A 氏は自分の死を受け入れなければならなかった。身寄りが無く友人もいない A 氏は生への希望を持たず、「死にたい」という発言をしたと考える。ナースコールが頻回だったのは症状による苦痛と不安や、恐怖感がありスタッフに側にいて欲しかった可能性がある。また、薬剤を使用しても症状が緩和されず得られる効果が得られない苛立ちや、自分の状況が伝わらないやり場のない不安が態度に現れていたと考える。無口になってしまいコミュニケーションが困難になっていったのは日々担当看護師が変わり、信頼関係を築きにくかったと考える。長い時間関りを継続できていたら思いを表出することができていたのかもしれない。A 氏の思いを理解するため、1 ヶ月という限られた期間の中で、患者との信頼関係を構築し意思表示が行える関りが必要であった。

【結論】

A 氏の意味表示ができるよう信頼関係の構築が必要であった。また、A 氏の病状や言動・行動からどのプロセスに立っているのかを理解することが必要であった。

キーワード：終末期ケア

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	がんと共に前向きに生きた A 氏との関わり ～患者と同じ目線に立ち、患者の心情を知る事の重要性～

県 連 名 山梨

院所・施設名 甲府共立病院

発表者 加藤 あゆみ 職種 看護師

【目的】

A 氏との約 1 年に及ぶ関わりを振り返り、担当看護師の役割について考察する。

【方法】

事例研究。初回入院から退院まで 3 つの時期に分けて看護を振り返る。

【事例紹介】

A 氏、60歳代女性、直腸がんステージⅣ。外来初診時にがんを告知され、救命の為人工肛門を造設した。その後入院化学療法が約半年施行され、効果が芳しく内服治療への切り替えと共に外来通院となった。その後症状の進行にて入院し、がん告知から約 1 年の闘病生活の末息を引き取った。A 氏はいつも明るく周囲を気遣う姿が印象的で、笑顔で過ごす事、大切な人のために生きる事を大切にしていた。

【倫理的配慮】

夫に研究協力について口頭で説明し同意を得た。個人が特定されないよう表現に留意した。

【看護実践・結果】

看護実践 1（化学療法開始の時期）：A 氏の思いを知るため、入院の度訪室し話をを行った。悩みは一緒に考えた。病状説明には毎回同席しその時の感情を共有した。

結果：A 氏の喜怒哀楽をありのまま共有する事で、A 氏にとって感情の表出と意思の整理に繋がった。この時から「自のままだに踏ん張ろう」が合言葉となった。

看護実践 2（入院化学療法を継続していた時期）：闘病意欲を維持できるよう入院時は「おかえりなさい」と明るく迎え、企画した誕生日会では歌とメッセージカードを贈った。

結果：A 氏は「ただいま」と入院し治療を継続できた。誕生日は「皆が笑っていて嬉しいよ」と涙を流していた。楽しい時間を共有した。看護実践 3（化学療法終了から最期までの緩和期）：病状の進行に伴い厳しい病状説明がされた。共に事実を受け止め、これからの過ごし方について意向を確認した。希望である外出と病室での毛染めを行った。せん妄で変わりゆく A 氏にタッチングや清潔ケアを行い、チームで協働しながらそばに寄り添い続けた。

結果：「こんな病気になったけど皆が幸せにしてくれたの」「いつも気にかけてくれて嬉しかった」と話し、毛染め後外出し嬉しそうに微笑んでいた。「1 年も見てくれた人達に囲まれて、ここで夫に手を握って見守られながら看取ってもらいたい」と話した。

【考察】

A 氏の感情を共有する時間を重ねた事で A 氏は感情表出しやすくなり、思いの整理に繋がっていた。また次第に築かれていった関係性が治療を継続する闘病意欲を引き出す事にも繋がっていた。担当看護師は患者の横に並び、同じ目線で、変わりゆく目の前の事に向き合い、同じ目標や志を持ち、今できる事を一緒に行う事、患者の置かれた状況を最も近い存在として歩みを進めていく事が役割であり、それが患者の生を支える事だと考える。担当看護師として患者の思いをチームに発信し共有していく事が、患者を支える安心した環境や居場所作りに繋がり、患者が最期まで生を全うする事に結びつくのだと学んだ。

キーワード：闘病支援

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	透析導入が必要な A 氏の意味決定のプロセスを支える看護師の役割について

県 連 名 山梨
院所・施設名 石和共立病院
発 表 者 中澤 霞 職種 看護師

【はじめに】
生活の変化を余儀なくされる透析療法を受け入れることは容易ではない。末期腎不全であり透析導入の決断に時間的な猶予が無い状況ながら、未だ透析導入を決断できずにいた A 氏との関わりを通し、意思決定のプロセスを支える看護師の役割を深めることが出来たので以下にまとめる。

【事例紹介】
氏名・年齢・性別：A 氏 70 歳代 男性
疾患名：慢性腎不全
家族構成：妻と子どもとは疎遠、兄弟がいるが生活には協力できないと言われている。
性格：頑固で気難しい性格、自意見ははっきり言い納得できない事があると易怒的になることもある。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ。

【倫理的配慮】
個人情報保護、不利益に配慮し目的以外に使用しないことを本人へ説明し同意を得た。

【実践】
透析について悩んでいる理由を傾聴した。理由は自分の疾患、透析についての知識が不足しているためであった。疾患・透析についてのパンフレットを作成し情報提供を行った。自覚症状もあったため照らし合わせながら理解することができた。説明後「今は透析をするつもりはない。70 年頑張ってきたから延命するつもりもない。ご飯も食べている、トイレも行ける。もうすぐ死ぬかもしれないという実感がわからない」と発言があった。今後気持ちは変化していくかもしれない、パンフレットを読んでよく考えたいとのことだった。その後も食事・内服について知りたいと質問がありパンフレットに追加し説明を行った。説明を行う中で「これから入退院を繰り返すと思う。俺が透析をしないって決めたから、のけものにされるんじゃないかって思っていた。」と発言があった。

【考察】
患者の意思決定のプロセスを支える看護師の役割として重要なことを以下の 3 点にまとめる。

①患者に関心を持ち、話を傾聴していくこと A 氏の意思決定に関わろうと思ったきっかけは、透析をするかしないか悩んでいるのはどうしてなのか、と疑問を持ったことだった。看護師は日々患者に対して関心を持ち、言動や行動を観察していくことが求められた患者の思いを知ることに繋がり、その患者にとって必要な看護を考えるきっかけになると考える。

②信頼関係を構築すること 「透析をしなかったらのけ者にされると思った」、これは普段頑固で気むずかしく、弱音をあまり吐かない A 氏から聞かれた本心だった。不安を表出してくれたのは、話を傾聴したり情報提供する中で、信頼関係が構築できたからだと考え。

③患者が必要とする情報提供を行うこと A 氏が知りたい情報提供をすることで、今の疾患の状況を受け入れ、その上でなお透析をしないと判断するまでの過程を支えることが出来たと考える。患者の話を傾聴し、その患者にとって必要な情報はどのようなことかを考え 1 人ひとりに合った情報提供を行っていく事が重要である。情報提供を行う中で A 氏の疾患への関心が高まったといえる。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「家に帰ってこれてよかった」～自宅での看取りを決断した家族との関わりより、ACP・退院支援についての一考察～

県 連 名 長野
院所・施設名 健和会病院
発 表 者 吉川 憲子 職種 看護師
共同研究者 松崎 薫、宮下 真理奈、遠山 小枝

【はじめに】
高齢者が最期を迎える場所は、今では医療機関での死亡が全体の 8 割近くとなっている。当病棟でも、患者の病状や身体状況・家族背景等により病院や施設での看取りを選択される方が多い。今回、認知機能の低下や衰弱で意思確認が難しい状態にある中、病院嫌いな患者の意思を汲み自宅での看取りを決断した家族から、退院後自宅での看取りを希望する思いを伺った。家族からの聞き取りを通し、アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP とする）についての振り返りと課題について考察したので報告する。

【倫理的配慮】
プライバシーの保護に努め、事例検討及び発表会以外には使用しないことを家族に説明し、同意を得た。

【患者紹介】
A 氏 90 歳代女性、長男（キーパーソン）夫婦との 3 人暮らし。A 氏は離れて生活。浮腫が強くなり受診を勧めても病院へ行きたがらなかった。度々の転倒、更衣や排泄動作の困難さ、昼夜逆転が目立つようになっていた。

【現病歴・経過】
食事量の低下、体重増加、喘鳴を主訴に受診し心不全と診断された。心不全は改善したが摂食不良が続き日常生活動作の介助量が増えていた。医師より ACP の方針が示され、長男・ケアマネジャー・退院支援看護師を交え面談をされ、退院後は親族との面会を目指し、1 日 1 本の皮下点滴を行い在宅で看取りをする方針となった。退院後のサポート体制を整え、入院から 17 日目に退院した。退院後 9 日目、自宅で家族に見守られ逝去された。逝去後、長男へ電話にて聞き取りを行った。「入院となったことが良かったのか、家にいた方が良かったのか、今思えば入院しない方が良かったかなと思うこともある。亡くなるまでに短くあつてなかった。意思があるのは分かっていたので家に帰ってこれたのは良かった。」との言葉があった。

【考察】
家族と多職種間で不安を共有し、退院後のサポート体制を整えたことで直ぐ相談できる場があるという安心感に繋がり、変化があった際には相談しながら在宅での介護をできたと考え。また、医師から今後予測される変化や対応について具体的に説明されたことで、最期の時もその姿を受け止め家族で看取ることができたと思われる。認知機能の低下や衰弱があり、A 氏の意思確認が困難となっていたが、早期の退院に繋がったことで A 氏の思いが尊重され、住み慣れた家で家族との時間を過ごし、A 氏らしく穏やかに過ごすことができたのではないかと考える。

【おわりに】
今回の事例から、ACP の方針について適切なタイミングを逃さず医師から説明される事の重要性和、いかに早く家族の不安や負担感を掴みサポートできるかが重要であるという事を学んだ。ACP を円滑に進めていくうえで、患者の死生観やどんな意思表示をしていたか、家族・医療者間で話し合った内容や情報を記載するツールがあり、共通認識できるよう電子カルテ内で確認することが必要と思われ、今後の検討課題としたい。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

経口摂取ができなくなった患者の命の分岐点に私たちはどのように関わっているのか

県 連 名 東京

院所・施設名 大田病院

発 表 者 池田 里実 職種 看護師

共同研究者 斎藤 明日香、加藤 千鶴子

【目的】

経口摂取ができなくなった患者の胃ろう造設の社会的背景は大きく変化してきている。胃ろう造設や経鼻胃管チューブの挿入をするかしないかは、そこで命が終わるか続くかの大きな岐路に立つ場合もあり、私たち医療者は、患者や家族の提案をどのように受けとめ、支援することが求められているのか考察する。

【研究方法】

病棟看護師17名、訪問診療看護師5名、診療所看護師6名、訪問看護ステーション看護師4名、医師4名、共同組織組合員26名、診療所外来患者25名に胃ろうについてのアンケートを実施し、訪問診療の患者で新たに胃ろう造設を行った患者家族4名、行わなかった患者家族4名に聞き取り調査を行った。
研究期間2021年4月～2022年3月

【倫理的配慮】

聞き取り調査対象者には、研究の目的、個人が特定されないように配慮すること、研究に参加することは自由意志であること、研究途中での辞退の申し出が可能など等を了承を得た。

【結果】

このアンケートの設問に対する結果は以下の通りだった。この1年間に新たに胃ろう造設した患者を担当したことがある看護師は半数で、医師の説明の同席については8割以上の看護師が同席したことがない。経口摂取ができなくなったが、胃ろうや経鼻栄養を選択しなかった患者を担当したことがある看護師よりも、担当したことがない看護師が6割以上と多かった。ほぼ全ての医師は、患者や家族の意識の変化は大きく変化しているとは感じてはいないかと答えているが、延命を望まない家族は増えていると感じている。胃ろうにする場合の基準については認知障害がなく、嚥下障害があり、本人・家族が「生」に対する意欲があることなど具体的な意見が出された。外来患者、共同組織組合員への設問に対しては胃ろう、経鼻栄養を見たことがあるは49%、胃ろう、経鼻栄養について誰かと話したことがあるが41%だった。ご自身の場合、自分の気持ちが伝えられる場合は胃ろうにするが36%、コミュニケーションが取れなくなった場合には選択するは12%だった。自分の気持ちがまだ伝えられるか伝えられないかは選択の条件に影響されている。造設した患者家族は何もしないという選択は初めからなかった、そばにいて安心できると答え、造設しないことを選択した患者家族は、何もしないという選択肢は初めからなかったのでポートという選択をしていた。

【考察】

地域に住む人たちの胃ろうを見たり、体験したり、誰かと話したりなどの経験が薄く、看護師も胃ろうにする、しない等の場面の経験が少ない。しかし看護師の役割は大きく、事例を振り返りながら、現場でも発言できることや、地域へのアウトリーチも求められている。一時的に入院した病院だけでなく、地域から引き続く継続した命として、経口摂取ができなくなった患者には、これまでかかわってきた在宅チームとともに決定していくことがより良い選択と結果をもたらすと考える。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名

透析患者のアドバンス・ケア・プランニングの支援を行って

県 連 名 山形

院所・施設名 鶴岡協立病院

発 表 者 土田 理紗 職種 看護師

共同研究者 徳田 久美、三浦 朋美、佐藤 法文

【目的】

『アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）』について、厚生労働省では『人生会議』と称し、『もしもの時のためにあなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのこと』と明記している。今回中咽頭癌により永続的失声となり、また、病状進行に伴う日常生活動作（以下 ADL）低下により週3日の維持透析通院が徐々に困難となった透析患者の意思決定支援を行った。その人らしく透析生活が継続できるよう援助した症例から学びを得たことを報告する。

【方法】

週3日4時間の透析中・透析後に、A氏の体調を見て、パーテーションを使用し、『延命措置に関する意思表示書』『ACPシート』を活用しながら、筆談で聞き取りを行った。

【症例紹介】

A氏 70歳代 男性 下咽頭癌・中咽頭癌 シスプラチン腎症による透析導入 下咽頭癌局所再発にて咽頭頭切除・両側頸部郭清術・遊離空腸再建 咽頭摘出にて永続的失声 市営住宅4階に独居 介護度：要支援2（入院前） 日常生活自立度：J2（入院前）→C1（現在）

【倫理的配慮】

プライバシー保護に努め、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

A氏の状況に合わせた ACP シートを作成し聞き取りを行った。はじめは現在の状況を受け入れられず、ACP シートの記入時ほとんどの項目について『現時点ではわからない』と返答していた。2回聞き取りを行い、スタッフとの関りからA氏自身の意思が徐々に明確になり記入に向かった。A氏の意向としてはできる限り住み慣れた4階の自宅からの通院を希望された。しかし、4階からの移動困難となった場合や、透析への通院が困難となった場合、あるいは転倒・転落などあった場合は、入院しサービス調整を行い、ショートステイなどの介護サービスを利用していくことを確認した。確認した内容については介護連携情報共有ツールを利用し、透析室・訪問看護・ケアマネジャー・メディカルソーシャルワーカー・デイサービス・病院送迎担当者で情報共有した。本人の意向に沿い、4階の自宅での独居・透析への通院を援助してきたが、徐々に癌性疼痛の増強がみられるようになり、徐々にADL低下したため入院加療を希望され入院となった。

【考察・まとめ】

ACPの話し合いの開始時点では、患者自身が現状及び、病状が進行した際に起こりうる問題についてなど受容できていない状態であった。しかし、早期に取り組むことにより、本人の意向が確認できたことで、入院までの間、意向に沿った4階の自宅からの通院の継続が可能となったと考える。また、多職種で連携することにより転倒・転落や急変等もなく入院へつなげることができ、切れ目のない支援ができたと考える。今回の症例より、ACPの取り組みについて、早期に取り組むことや、多職種で情報共有することで患者の意向に沿った援助へつながることを学んだ。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	終末期における患者家族への看護

県 連 名 奈良
院所・施設名 おかたに病院
発 表 者 森嶋 花栄 職種 看護師

【目的】
終末期癌患者が自宅での最期を希望する人は40～60％、しかし自宅で最期を迎えた 人は12.8％と希望と実際の差が大きい。以上の点を踏まえて今回癌の終末期だった患 者を受け持ちその患者。家族に関わり意思決定の支援の大事さについて看護の視点から検討を行う

【倫理的配慮】
本研究において対象者の自由意志で研究参加の承諾を得て、研究対象者が特定できないように倫理的配慮を行った

【方法】
癌の終末期である A 氏は自宅に帰ることを希望していたがキーパーソンである妻は A 氏が癌で苦しんでいる姿をそばで見ているのがつらく病院へ面会に来るので精一杯だった。その A 氏・妻の意思決定の支援を行った。

【結論】
A 氏の望む退院はできなかったが患者・家族を傾聴、多職種での連携を行い患者・家族の意思決定の支援の大事さを学んだ

キーワード：終末期ケア

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	化学療法を受ける膵臓癌患者との関わりで学んだこと

県 連 名 山形
院所・施設名 鶴岡協立病院
発 表 者 大川 由紀 職種 看護師

【はじめに】
化学療法（以下ケモ）を受ける患者は、身体的・精神的・社会的な生活が経時的に脅かされていく経過を辿る。今回膵臓癌ステージ4の患者と関わり、入院継続で、外出泊を実施しながらケモを行う患者への支援を振り返ったので報告する。

【倫理的配慮】
本発表にあたり、対象者個人が特定されることのないように配慮した。

【患者紹介】
A 氏・70代・女性、膵臓癌・癌性腹膜炎。既往歴 子宮筋腫・右乳癌術後・高血圧症。夫と二人暮らし。キーパーソンは夫だが、次女・三女も積極的に介入している。

【経過】
令和3年、健康診断で胃炎指摘され胃カメラ・腹部エコー実施。腹水貯留あり腹部膨満にてかかりつけ医から当院に紹介、諸検査施行。膵臓癌・癌性腹膜炎の診断で入院する。入院後 A 氏と家族へ病状説明し、治療方針としてケモか緩和ケアとなる旨伝えられる。告知時 A 氏は涙ぐみ落ち込む様子見られたが、ケモを希望されCV ポート造設しケモ開始。

【看護上の問題】
ケモの副作用や今後の治療に対する不安がある。

【看護の実際】
CV ポート造設翌日ケモ開始し、約1週間毎に腹腔穿刺・腹水再静注も行われた。ケモの副作用は説明されていたが、治療スケジュールについての疑問を言い出せず、家族を通して看護師に質問してくることがあった。A 氏へ遠慮せず訴えてほしいと伝え、また入院前の様子やご家族のこと、趣味についてなど様々なことを会話に取り入れた。徐々に A 氏自ら思いを口にすることが増え、打ち解けてきた様子も見られた。ケモ2クール目実施中、A 氏が「治療すれば癌が治せると思っていたけど、違うんだね」と涙ぐんで話されることがあった。A 氏の思いを十分受け止められていなかったことを謝罪し、A 氏の思いを確認しながら治療について話すよう努めた。また、コロナ禍で院内が面会制限されている状況での特別面会に対し、A 氏は同室者を気にして面会への不安を訴えていた。そこで、スタッフ間で情報共有し同室者の検討や面会場所の提供等行い面会支援を行った。3クール終了後CTにて腫瘍縮小傾向だが、定期的な腹腔穿刺が必要なため、外出泊を行いながら入院継続しケモを続けると主治医より説明あり。抵抗力低下しているため、感染予防を行いながら安全な外出泊を行えるようしおり作成し A 氏に指導実施。指導内容を守り自宅に外出泊され、「家族と楽しい時間をすごせた」と笑顔で話された。

【考察】
民医連の看護の3つの視点に、「患者の立場に立つ、患者の要求から出発する、患者とともにたたかう」と掲げられている。A 氏の思いを尊重し、限られた時間の中家族と過ごす為の支援を行えた。しかし、患者の立場に立つ、という点で、A 氏の不安や苦しみを十分理解できず、求めることに添えていなかったように思う。癌告知された患者の言葉を引き出すためにコミュニケーションスキルの習得に取り組み、適切なケアに繋げていけるよう取り組んでいきたい。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	構造的ライフレビューの実践とその学び

県 連 名 京都

院所・施設名 あすかい病院

発 表 者 後藤 永 職種 看護師

【目的】

構造的ライフレビューを行い①患者理解を深める。②その過程を振り返ることで患者を知るとはということについて考察する。また、ライフレビューを通しての③コミュニケーション技術の向上と④語り手である患者の統合に寄与することを期待した。

【方法】

A 病棟の入院患者 B 氏60代女性を対象に構造的ライフレビューを行った。構造的ライフレビューは『ライフレビュー入門』¹⁾を参考に実施した。

【倫理的配慮】

研究は所属施設の看護研究倫理審査委員会の認可を得た上で行った。B 氏に研究目的・方法・結果の公表等の他、協力は自由意志であり、協力が得られなくても不利益を受けない事等について口頭と書面で説明を行い、書面による同意を得た。また、個人情報の取り扱いは個人情報保護法に準じ厳守した。

【結果】

幼児期、青年期、成人前期、成人後期、まとめの5回に分けインタビューを病室で行い、録音した。1回のインタビューは概ね90分であった。

【考察・まとめ】

- 研究目的の順に述べる。
- ①90分×5回、合計450分のインタビューは当然 B 氏への理解を深める助けとなった。
 - ②生活史の聞き取りをしている社会学者の岸雅彦は調査の目的を「他者の合理性の理解」²⁾としている。ライフレビューを通して B 氏の言動の根底にあるもの、B 氏の言動の合理性を理解することができた。例えば B 氏は終末期の鎮静の希望について述べた。それは「痛いのはいや」という B 氏らしさであるが、同時に今生に執着しないという B 氏の信仰に裏打ちされた希望でもあった。患者理解を深めたことでより多面的に B 氏の言動、合理性を捉えることが可能になった。
 - また、宮坂道夫は「私たちは、個別性をいきている。それは、他人の目からカテゴリー化して眺められれば、同じような多数の物語の一つにしか見えないかもしれない。しかし、私という人間が個別性を生きているということを他人から認められ、そこにかけがえない価値があるのだと理解してもらえるのは、そこに他の人の場合とは違う細部があることを認識されるからである」³⁾述べている。それは60歳代、女性、佐賀県出身、抗がん剤治療歴、手術歴、といったカテゴリーの羅列では B 氏を理解できないことを示している。B 氏が語った具体的な経験、細部を聞くことが B 氏の理解へとつながった。
 - ③ライフレビューで聞き手に要求される、要約や言い換え、感情を聞くなどを意識しながらインタビューをすることができた。
 - ④ライフレビューを通じて、人生への肯定的な評価がきかれ、統合に資したあるいはそれを強化したといえる。

【引用・参考文献】

- 1) パーバラ・K・ハイト、バレット・S・ハイト著 野村豊子監訳：ライフレビュー入門、ミネルヴァ書房、2016
- 2) 岸雅彦・石岡丈昇・丸山里美 著：質的社会調査の方法、有斐閣、2016、p29
- 3) 宮坂道夫：対話と承認のケア、医学書院、2020、P132

キーワード：患者理解

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	維持透析を行っている COPD 患者のターミナル期における本人の思いに添った意思決定支援

県 連 名 東京

院所・施設名 中野共立病院

発 表 者 宗田 彩未 職種 看護師

共同研究者 細川 歩、渋谷 佳奈子

【事例紹介】

A さん 70代 男性 入院期間：20〇〇年 / 5～ / 6 CKD にて入院の10年前から透析開始。既往歴：CHF、COPD 生活歴：妻とは離婚子なし ご自身の姉・弟家族と同居

【目的】

今回の事例を通して、慢性疾患による持続的苦痛が患者に与え続ける苦痛について改めて考えるきっかけとなった。訴えを傾聴し多職種で情報共有することで患者の意思決定に寄り添うことが出来た。

【方法】

入院当日の朝に呼吸苦増強し入院。透析は週3回。苦痛に対し様々な治療を行ったが改善せず。その後本人より透析中止希望あり、意思尊重し透析中止。人工栄養も希望されず、苦痛緩和・お看取りの方向となる。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう匿名化し、本症例のみの使用とする。

【結果】

検査・治療行っても呼吸苦・食思改善せず。家族へICにて麻薬使用検討している旨を伝えた。その頃から「死にたい」との発言増え、透析時間短縮の希望あり。Ns その都度訴え傾聴。多職種を相談し透析時間短縮、塩酸モルヒネ内服開始。コントロール難しく苦痛増強。透析中止希望あり、ICにて透析中止に際するメリット・デメリット伝え、本人・家族より透析中止の意思確認、苦痛緩和へ移行。モルヒネ持続皮下投与で苦痛の訴え減り穏やかな状態でご家族と面会できた。その後徐々に意識レベル低下、6月死亡退院となる。

【考察・まとめ】

呼吸困難の長期化により抑うつ、食思低下などが出現していたと考えられる。治療中止の結果が患者に死をもたらすことを十分に理解しているか否か、患者の理解力の正しさ、判断の強固さ、判断に影響を与える要因の有無、治療を強制することの不適切さについて複数のプロフェッショナルが繰り返し確認し、さらにそれが記録として文書化されていることが重要である。(藤倉ら,2015)とあるように治療中止を決定するためには多職種での議論や本人・家族への繰り返しの意思確認が必要である。また、限られた時間の中で信頼関係を構築するためには、概念くさりげない会話の中からも高齢者の思いを把握する>ことは重要な支援と思われる。(小川ら,2020)その人らしい選択を支援するため、普段の関わりから本人の思いを把握する事やそれに合わせた情報提供が必要と考える。当事例においては患者の訴えを傾聴し、多職種で情報を共有することで、透析を中止とする患者の意思決定に寄り添うことが出来た。この症例での貴重な経験を今後の看護に生かしていきたい。

【参考文献】

・患者本人が決断した維持血液透析の見合わせについて、「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を運用するうえでの課題 藤倉 恵美, 大内 雄太, 宮崎 真理子, 伊藤 貞嘉・慢性腎不全患者のエンド・オブ・ライフ～治療をめぐる課題と終末期のケア～ 高橋雄二・維持血液透析見合わせにおける高齢者の思いに添った意思決定支援 小川真依, 小松美砂, 前田貴彦, 浦野茂

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	最期の時を支援して 一病棟から在宅へ

県 連 名 群馬

院所・施設名 前橋協立病院

発 表 者 田村 菜美 職種 助産師

共同研究者 小林 和恵

【はじめに】

1つのチームとして関わることが出来たケースを、今後の看護への学びとして振り返る。発表にあたり、個人が特定されないよう患者の個人情報保護に配慮した。

【看護の実際】

70代のAさんは原発腹膜癌が多方に転移し、その生涯を家族や友人に囲まれ在宅で終えた。婦人科での手術、療養中に夫の看取り、術後の化学療法、その後も続いた通院と、数年に渡り闘病生活を送っていた。この長い経過の中で、信頼関係は積み重ねられていた。スタッフたちの名前やプライベートなことまで覚え、声をかけてくれるのがAさんらしいコミュニケーションである。病気が着実に進行していくなか、いずれ訪れる最期の時をどう迎えるか。まだ先のことであるときから説明されていたはずでも、医師から予後について再度説明があると泣きながら電話をかけ受け入れられない様子だった。Aさんと家族に後悔のない選択をしてもらうため、話し合いを重ね、「最期は家族や友人に囲まれ自宅で迎える」と結論を出した。だが、家族は自宅で看取ることへの不安が根強く、本人もまた希望で入院という状況を繰り返していた。訪問診療を入れて自宅で過ごす方針に、病院から切り離されたと感じている様子もあったが、カンファレンスを繰り返し、訪問看護師からの“安心して自宅へ戻ってきてほしい”との言葉で納得できた様子だった。それでも退院日は不安と緊張で笑顔は見られないまま見送った。この表情が気かりで、訪問看護師と連携をとり、医師や病棟スタッフが交代でAさんに会いに行った。病棟とテレビ電話もつないだ。窓際のベッドの穏やかな光の中でウトウトされていたAさんも、私たちに気付くと覚醒し喜んでくれた。お子さんたちはもちろん、ご友人たちと笑いあっていたし、よく話をしてくれたお孫さんたちとも共に過ごしたのだらうと思う。コロナ禍の面会制限された病棟では実現できなかっただろう大切な人たちとの空間で、冗談の混じったいつもの彼女の声を聞くことが出来た。退院2週間後、Aさんは静かに最期を迎えた。

【まとめ】

想いも考え方も、みな違う。ただ確かなことはAさんにとっての最善をみな願っていた。Aさんの大切な想いはどこにあったのか、探り続け、寄り添おうとし続けることが必要だった。終末期を迎えたとき、本人の意向だけではなく様々な要素が方針を決める材料になり得る。本人が納得して、選び、決定すること。それを支えること。そこには、信頼関係を築いた医療スタッフからの言葉や、これまで関わったスタッフが継続して携わり続けることが安心材料として、または根拠として患者を支えるかもしれない。Aさんの在宅への決断も、信頼する医師の訪問診療であることや、少なからず信頼関係を築いたチームからの後押しが決断を支えたと信じたい。患者を中心としたチームが一つになることで、答えを導き出せるのだと考える。

キーワード：看取り、在宅

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	意思確認困難と判断された高齢の終末期患者の家族を通した意思決定支援

県 連 名 山梨

院所・施設名 石和共立病院

発 表 者 岡 梨香子 職種 看護師

【はじめに】

A氏は、意思表示ができないと判断され妻と長男（以下家族）へ病状説明後看取りと判断された。家族は患者と会えない中で方針決定することに思い悩む様子があった。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス」を用いた意思決定支援を通して、患者の意思表示方法を確立し、患者と家族の迷いや悩みに対する医療者としてのケアができた。

【対象】

A氏70歳代男性、家族 気管切開により発声できず、頷きとジェスチャーでかろうじて意思疎通が可能だった。中心静脈カテーテルや透析のための短期ダブルルーメンが挿入されていることにより、自己抜去防止のため両手ミトンを使用していた。A氏とは意思疎通が困難と思われていたため、病状説明はされなかった。家族には心不全や胸水の貯留による急変・心肺蘇生リスクについて説明された。家族は急変時の本人への苦痛や負担を考慮され積極的な治療は希望されず、看取りとなった。

【倫理的配慮】

本研究をまとめるにあたり、個人が特定されないよう配慮し、家族へ口頭及び書面にて説明し同意を得た。

【方法】

厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス」を参考に以下の4点で関わった。

1. 意思表示が可能か面談を実施し評価する
2. 意思が変化しうる可能性から、人生観を踏まえたケアを実施することや家族との面談を実施する
3. 医療ケアチームとの会議
4. 柔軟な姿勢で人生の最終段階におけるケアの継続

【結果】

ガイドラインを用いたことで、A氏は手に文字を書くという形で整合性のある意思疎通が可能であり、「手袋を外して」「歩きたい」と自身の意思表示が明確に示せることが分かった。看護チームで抑制について検討し解除することに繋がったことや認知症看護認定看護師と会話方法について検討し単語表の作成による意思疎通方法を確立し、入院生活における意思表示を支援することができた。家族は方針を決定した後も困惑し、面会を強く希望していた。両者の思いに対応し、感染対策を実施しながら面会することに繋がり、意思表示方法を確立したA氏が「テレビをみたい」「みんな仲良く」という思いを家族に伝える機会を作ることができた。

【考察】

ガイドラインには「柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを実施するべき」と記されている。ガイドラインを用いたことで、A氏自身の意思が明確に示せることが分かり、どのように入院生活を送りたいか理解することができた。また、コロナウイルスにおける感染対策で面会制限がなされている中、家族はA氏の思いを知らない中で方針を決定することに迷い、悩んでいた。看護師が、A氏には明確な思いがあり、それを互いに伝えあう機会を作ること、家族が患者の思いや状態を受け止めることに繋がったと考える。入院生活における要求を拾い上げることができ、医療ケアチーム全体でその人らしい最期を支援する事ができたと考えられる。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	高齢者における ACP の重要性和患者の希望を叶えるための多職種連携についての学び

県 連 名 岐阜

院所・施設名 みどり病院

発 表 者 有田 真紀 職種 看護師

共同研究者 福島 麻悠子

【はじめに】

B 病院は、病棟と在宅の連携を密に行っている。A 氏は病院で最期を過ごす方針であったが、コロナ第 5 波の面会制限があり、家族が在宅での看取りを希望された。短期間の調整であったが、本人・家族の望む最期を迎えることができた。施設の強みを生かし、多職種連携で患者の希望を叶える看護ができたため振り返る。

【倫理的配慮】

患者、家族に説明し同意を得た上で、看護部の承認を得た。

【事例紹介】

A 氏 70 歳代女性 末期腎不全 (X-11 年維持血液透析導入) 嚥下障害 入院までの経過：自宅で意識レベル低下、誤嚥による窒息で救急搬送され入院となる。

【看護の実践】

入院後、意識状態の改善なし。入院 3 日目、左被殻出血を認めたと手術適応ではないため、血圧コントロールを行いながら当院で看取りの方針となった。入院 10 日目、傾眠の状態が増えたため、今後のことについて再度家族と面談。前回入院時の ACP では、本人が「家で家族と過ごしたいと思うが、介護者の娘の負担も増えるのではないか」との思いを表出されていた。主治医、看護師、娘 2 人とベッドサイドで本人に確認したところ「透析したい」との思いを表出したため、本人の意思を尊重し、透析を継続しながら病院で看取の方針を再度確認した。入院 22 日目発熱、頻脈により透析が安全にできない状況と判断され、見合わせることを家族へ説明した。家族から最期は自宅過ごさせたいとの強い希望あり、休日だったため、連休明けに担当 CM、診療所、訪問看護ステーション、透析センターへ連絡し、看取りも含めた退院調整を行う。その日の昼には寝台車利用し、病棟看護師同行で自宅へ退院となった。退院当日夕方に主治医の往診、翌日 0 時過ぎに家族に見守られ最期を迎えた。

【考察】

意思表示が難しい状態であった A 氏の思いを汲み取ることができたのは、以前入院した際の ACP の記録があったからである。高齢者は、認知症や様々な疾患により、意思の表出が困難となるケースが多い。『まだ早いのではないか』、『次回入院のタイミングで』と先延ばしにすることで手遅れとなることもあり、今回改めて自分で意思表出できる状態で ACP を行うておくことの大切さを学んだ。また、今回は家族の希望で急な退院という方針となったが、常日頃からの在宅サービスとの密な連携があったことで、在宅での看取りを叶えることができたと考える。

【おわりに】

B 病院の一般病床では、緩和ケアグループを中心に病棟で事前指示書への取り組みを始めている。入院という自分の疾患や残りの人生に向き合うことができる時間だからこそ聴ける思いもあるだろう。また、診療所でも訪問診療患者に ACP を行なっており、形や内容が違うため ACP を普及させるにはどう連携していくかが今後の課題である。病棟グループを中心に多職種で連携し、患者が最期までその人らしく生きることを支援していきたい。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	心不全末期にある高齢者が望む自宅での生活を支える ACP ～本人と家族の暮らしの場でみえてきた認定看護師 (CN) の役割～

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連中央病院

発 表 者 三尾 知沙 職種 看護師

【事例紹介】

80 歳代後半女性の A 氏は、5 年前から心不全増悪による入院を繰り返し、徐々に入院間隔は短縮した。胸水消失や体重減少に要する期間も延長し、心不全ステージは治療抵抗性のステージ D にあった。

ADL は歩行器歩行可能で、認知機能低下はない。しんどくない間はできるだけ家で過ごしたいと希望し、延命治療は希望していない。認知症の姉と同居し、妹 3 人が毎日訪問する。訪問看護を週 2 回、往診は週 1 回利用する。

増悪時の利尿剤投与を在宅チームと調整し、退院し増悪時に利尿剤静注が開始された。しかし、連日の対応に妹の負担が増加し、訪看の介入を拒否され、退院 2 週間で慢性心不全急性増悪により入院となる。

【倫理的配慮】

得られた情報は研究以外の目的では使用せず、患者、家族に不利益が生じないように配慮することを説明し同意を得た。

【実践結果】

介入拒否の原因把握のため、往診に情報確認し、姉の認知症が進行し、妹の負担が増えたことや、治療について「病院で聞いていない」と話したことが分かった。姉の支援など実際の負担増加だけでなく、本人と在宅チームとで調整した支援の意図が伝わっていないことも、妹たちの負担感に繋がったと考えた。また、自宅訪問の際、軒先にシャッターがあり、サービス介入の度に妹が開閉していた。そこで、家族に A 氏の病状と支援の必要性を伝える必要があると考え、病状面談を設定した。また、病状を理解していても、家族も高齢であり、少しでも家族の負担を軽減するためのサービス調整は必要だった。

病状説明では、妹は「弱ってきている姉」を実感し、病状の進行を理解していた。妹は「悪くなれば病院に」と思っていたが、その場で本人の「できるだけ家で過ごしたい」思いを共有し、訪問看護での利尿剤投与について支援が得られた。

【考察】

残された時間を、住み慣れた家で過ごすことは、A 氏の QOL 向上に繋がると考えた。A 氏は心不全増悪により、動悸や倦怠感などの苦痛症状が出現し、活動が制限されたが、症状緩和のための定期的な利尿剤静注は、症状悪化を抑えられ、A 氏が望む生活の継続に繋がると考える。意思決定能力があり、治療など自分で選択してきた A 氏だが、支援する家族と病状や、A 氏の思いを共有することで、必要なサポートを得ることができた。特に高齢者世帯では、本人だけでなく、家族の背景も理解し、家族の支援だけに頼らず、在宅チームの力で支えることが今後も必要である。

今回の事例から考える認定看護師の役割は、現在の病態、今後予測されることをアセスメントし、家族、在宅チームを巻き込み、本人の望む生活を支援することが必要である。また、起こっている現象だけでなく、その背景を把握し、介入する必要がある。実際に見て体感し、その結果から援助に繋げてフィードバックすることが必要であり、自ら暮らしの場に赴き、在宅チームとその場で支援を検討することも、今後求められる役割だと考える。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	最後のときを在宅で過ごしたいと望む本人・家族への退院支援

県 連 名 和歌山

院所・施設名 和歌山生協病院

発 表 者 田中 正光 職種 看護師

【はじめに】

高齢化は日本だけではなく先進国全体で問題となっており、その中でも日本は特に進行が早く世界で最も高い水準である。また和歌山県の高齢化率は32.4%と近畿では1位、全国では9位である。県内の一人暮らしの高齢者は69100人、65歳以上人口の22.4%を占めている。

当院の地域包括ケア病棟では、高齢者の尊厳の保持、自立生活の支援を目的とし、可能な限り住み慣れた場所・環境で本人の希望、本人を取り巻く方たちの希望を聞き叶え、できる限りその人らしい暮らしを最後の時まで続けていけるよう寄り添い支援している。

【事例】

80歳代 男性 当院通院患者 認知症なし 一人暮らし 持ち家 2018年妻他界 妹は東京在住 介護度3 週3回ヘルパー利用。商社海外勤務で慣れない環境を最愛の妻と15年海外で暮らしていた。子供はいない。2015年頃より意欲低下があり2018年最愛の妻と2020年愛犬を亡くし、一層無気力・孤独となった。

今回は2度目の入院の関わりとなるが、1度目の入院は10日間食事摂取せず近隣から報告を受け脱水で入院。入院中にモニターコードを首に巻いて「死にたいや！苦しいんや！」と悲観的な言動を認めた。しかし次第に食事が増加して、ADLはベッド周囲自立レベルとなり本人の強い希望により自宅へ退院している。2度目は自宅で転倒し腰椎圧迫骨折と診断。安静・リハビリ目的での入院となった。安静のためしばらく寝たきりの状況であった。入院中に嚥下機能の低下から誤嚥性肺炎を繰り返す事となり、独居である自宅への退院は困難な状況となっていた。そのため療養型について本人に説明をした。治療方針を説明していく中で、今回の入院の前に「自宅で餓死しようと思っていた」との発言があった。「とにかく自宅で過ごしたい！痛いのは嫌だ！点滴もしたくない」と自宅での生活を強く希望された。入院中にADLが大きく低下してベッド上での生活となり、吸引処置などを要する中で、本人の希望に沿う形で多機関と連携をとり自宅への退院を支援していく事になる。自宅退院に向け、寝たきりの状態で在宅での生活に向けた病棟での関わり、自宅への退院を希望されながらも、自宅での生活に不安を抱く患者への精神的サポートを医師・看護師またケアマネジャーやMSW・訪問看護師と連携した。

【まとめ】

A氏の状態から、安全面を考慮して療養型病院への転院の方が望ましいと考えるのは医療者側である。しかし、リスクを覚悟して自宅に帰りたいと決意し、「家で死にたい」と口にしていた患者が生きる希望を取り戻すこともある。リスクのある在宅に退院する事の判断は容易ではないが、この事例では意思決定ができるA氏の意思が自宅であることを尊重した。私たちは看護師の立場として、多職種と倫理的面も配慮してチームで十分な話し合いをし、最善な方法を検討することで自宅退院した。

※対象者個人の特定に繋がらないよう倫理的配慮をした。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	強い意志・希望がある終末期患者への関わり

県 連 名 和歌山

院所・施設名 和歌山生協病院

発 表 者 西端 花恋 職種 看護師

【はじめに】

終末期とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間を言う。A氏は自分の主張や意志を曲げない性格であり、必要な医療行為を望んでいなかった。しかし、チーム全体で本人の意思に添うように関わった。終末期にある患者の意思・希望を尊重したことが重要であったのか振り返るためにここに報告する。

【患者紹介】

氏名：A氏 年齢：80代前半 性別：男性 性格：気が短いが気が弱い（長女によると）家族構成：妻と二人暮らし、長女京都在住、次女 職業：元大工 麻薬：オキシコンチン5mg2錠/日 レスキュー薬としてオキノーム2.5mg 急変時はDNR

【経過】

胃癌の診断を受け幽門側胃切除術を受けるが術後倦怠感や食思不振のためADL低下し抗癌剤治療は適応ではないとされていた。当院へ入退院を繰り返している中、自宅での療養が困難になり入院加療される。入院後は食べたら嘔吐を繰り返しほとんど食事が摂れない状態であり点滴治療を行っていた。また下血もあり、他院を受診するも輸血のみ行い今後の輸血も拒否され帰院。「家に帰って妻に迷惑をかけたくない、ここで死にたい。」という本人の思いがある一方で食事摂取もままならず、「点滴したらお腹が張ってしんどい。」と点滴治療を望まなくなる。多職種でカンファレンスを行い、本人の思いに寄り添うように関わりを統一することをチームで共有した。「一度家に帰りたい。」という本人からの訴えがでてきたため自宅退院することになったが翌日しんどさがあり、再入院される。自宅から梅酒の持ち込みがあり、飲みたいという本人の希望があったため個室へ移り飲むことを許可される。嘔吐はするが本人の食べたいものを聞き家人に作ってきてもらう。その後は拒否していた腹水穿刺を受け入れ、また点滴は本人がしたい時に行った。痛みの出現も強くなり、麻薬の内服が開始となる。衰弱がかなり進んでいるが本人の希望でトイレ歩行に付き添ったりした。

【考察】

終末期において、身体機能に改善が見込めない場合や治療というより症状の緩和に焦点が当たる時期は患者の当面のQOLを優先させることが重要であるとされている。A氏とはコミュニケーションをとりその時々A氏の思いを確認しそれに寄り添った看護を行った。このことから本人の意思や希望に沿った看護を行ったことが重要であったと考えられる。

【終わりに】

A氏には強い意思・希望があり、また終末期であることから関わりにとっても悩んだ。しかしチームや、多職種で話し合い、A氏の思いに沿った関わりを行ったことから終末期患者の意思・希望を尊重することが必要であると学んだ。今回学んだ事を今後の終末期患者に対する看護に活かしていきたい。

キーワード：ターミナルケア

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	新型コロナウイルス禍で患者様とご家族を繋ぐ取り組みと事例紹介

県 連 名 長野

院所・施設名 上伊那生協病院

発表者 松村 大樹 職種 看護師

【はじめに】

当院療養病棟では、日頃より患者様、家族に寄り添った関わりを心掛けてきたが、コロナの蔓延に伴い病院内への立ち入りや面会の制限が強化されたことで、流行以前と同様の形でニーズを満たすことは困難となった。熟考の末、出来る限り対面に近い形のリモート面会を開始したり、限られた条件の中で患者様と家族がどうにか会える形を実現した。厳しい状況下で、どのような対応の変化が見られたかたや、スタッフにとって印象に残り、特に達成感を得られた事例について振り返った。

【制限下における変化】

当院では面会制限に加え、外出制限がされている。家族は、会えないことで様子が分からず不安に思われる方が多くなった。スタッフとの関わりも私物の受け渡し時のみとなり、関係が築きにくくなってしまった。終末期の患者様もいる中で意見が反映しづらく、ケアに困難さを感じるとともに、今まで家族が担ってきた患者様の私物管理や周囲の環境整備もスタッフが行うようになり、家族のやり方と相違が生じてしまった。

【変化への対応、患者様と家族をつなぐ取り組み】

病棟では面会制限開始時より、私物の受け渡し時に家族へ様子を伝えられるように心がけていたが、受け渡し自体も短時間に限られ詳細にお話しすることが出来なかった。様子を伝えきれない事に対しては、希望される家族を対象に手紙やノートを紹介して状態を伝える取り組みを開始した。「様子がわかってよかった。」「元気なんですね。」といった声が聞かれ、逆に家族からの手紙を患者様へお伝えすることもあった。患者様の中には涙を流して喜ばれる方もいらした。しかし、制限が長期になり、「まだ会えないんですか?」「顔は見えないんですか?」といった声が聞かれるようになった。こういった声に寄り添う為、PCによるリモート面会を開始した。体験した家族からは「元気そうでよかった。」「またやりたい。」といった声が聞かれ、患者様からも「(次が) 楽しみだ。」「よかった。うれしかった。」といった反応が得られた。数件ではあるが、首都圏や海外とのやり取りにも成功した。

【まとめ】

コロナによる制限下で患者様のストレスの増加、家族の不安感の増大、関係構築やケアにおける連携の困難さが生じていたが、患者様、家族へ寄り添おうと試行錯誤するうちに、手紙やノートの活用に始まり、PCでのリモート面会へと形を変え、喜んでいただける形の実現ができた。しかし、全てのニーズに対応できている訳でなく、あくまで希望が聞かれた患者様や家族にとどまっているのが現状だ。今後も終息の見通しはなく全ての想いに寄り添うことは容易ではないが、今回の事例の様に、その時々感染リスクを見極めて柔軟に工夫をしていきたい。

【倫理的配慮】

患者様や家族が特定されないよう配慮した。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	コロナで死ぬのは嫌 ～コロナ禍で不安増強のある患者、家族との関わりを通して～

県 連 名 宮崎

院所・施設名 宮崎生協病院

発表者 長友 綾子 職種 看護師

【目的】

コロナ禍で入院中の面会制限を強いられ、患者のみならずその家族も不安が増強している。今回、「コロナで死ぬのは嫌」と延命治療を希望した家族と多職種で関わった。関わりの結果から今後の看護に活かすことのできる要素をみだし、共有する。

【方法】

入院中や施設での関わりを抽出し、結果から看護にどのような意味があったかを考察する。

【倫理的配慮】

個人が特定されることのないよう配慮した。

【結果】

99歳女性。施設で身の回りのことは自立できるよう100歳を目標にして生活していた。入所中にコロナに感染し、家族より「コロナで死ぬのは嫌なので、できる限り治療をしてほしい」と意向があり入院となった。入院後はADL低下し、家族は患者の状態を常に気にしており不安な訴えがあったため、電話で会話をを行った。しかし、家族の不安は軽減せず、短時間での面会や東京から帰省したひ孫とガラス越しに面会できるように調整した。施設へ退院後は、訪問看護も関わって治療方針を調整し、面会可能になるよう個室調整を行った。しかし、退院後4日目で状態悪化し死亡。家族は「コロナがなければ」と繰り返し訴えていた。亡くなって5カ月後に来院し、「最期がああいう看取りでよかった。施設でみんなに見守られながら亡くなったからこの形でよかったと思うようにしている。」と言葉があった。

【考察】

この事例では、入院後の本人の状態と家族の希望する状態とがかけはなれており、家族への精神的ケアが必要であると考えられた。状態悪化時、家族は治療の見込みがない可能性が高いと説明を聞いたうえで心臓マッサージを希望されていたが、病状に合わせて繰り返し状態を説明すると最終的には看取りの方向となった。これは、状態が悪化する前のイメージしか持つことができず、家族の死に対する心理的プロセスにおいて、否認の局面のままの状態である。そこで、患者に関わる機会を増やし現在のイメージを持つことができるよう関わった。死亡した際受け入れていく局面には達していないと考えられたが、数カ月を経て受容に至ることができたのではないかと考えられる。これは、中立であることを維持しながら情報の提供を行い、不安な気持ちを抑制するのではなく認めたうえで看護したこと、家族がケア提供者になれるよう援助したことが変化のきっかけを与えることになり、家族の自然治癒力で回復したことにつながったといえる。本人のみならず、家族の治癒能力を最大限に引き出し、家族全員のバランスがとれるように援助していくことは、これからの看護を考えるうえで大切な視点であるといえる。

キーワード：コロナ禍での患者、家族との関わり

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「家族に会いたい」 ～コロナ禍における面会制限の壁を越えて～

県 連 名 石川

院所・施設名 城北病院

発 表 者 田中 利紗 職種 看護師

共同研究者 阿部羅 亜理奈、磯端 いづみ、
稲本 明希子

【はじめに】

2020年にCOVID-19が世界的に広まり、全国の病院で面会制限が行われている。緩和ケア病棟も例外ではなく、全国の緩和ケア病棟で面会が可能となっているのは全体の約1.3%¹⁾ というアンケート結果が出ている。当院の緩和ケア病棟は、コロナ禍でも「家族に会いたい」という思いを支え、実現するために患者や家族、医療スタッフが丸一となって感染対策を行い、現在も24時間面会可能な状態を維持できている。その取り組みを、事例を通して紹介する。

【患者紹介】

A 氏 80代女性 要介護1
病歴：膵鉤部がん、肝・リンパ節転移、十二指腸浸潤
既往歴：糖尿病、緑内障、骨折、消化管非ホジキンリンパ腫
家族構成：夫と2人暮らし、県外に長男、長女、県内に次女在住

【倫理的配慮】

看護記録から経過や取り組みについて考察する。家族に事例発表の目的について説明し、同意を得た。個人が特定できないように配慮した。

【看護の実際】

A 氏は当初から奥能登の自宅に帰りたいという思いがあり、長女も自宅での看取りを考えていた。入院期間2月～8月の間に長女に介護技術、インスリン注射の指導を行い、2回の自宅退院が実現できた。再入院後はA氏の苦痛が強くなり、残された時間が限られてきた。長女は東京往復によるコロナの心配、仕事や自分の家族、母の介護に葛藤したが最期まで付き添うことを決めた。家族が全員揃った日には、「写真嫌いのお母さんに怒られる」と笑いながら家族写真を撮った。最期は、家族が見守る中旅立された。

【考察】

一時退院で自宅の花の水やり、友人に会え、家族と過ごせたことはA氏のQOLを高めた。長女は自分が感染源にならないように最寄りの駅で全身着替えて来院されたり、付き添い時は自主的に検温し、長女も医療者も共に感染対策に取り組んだ。

多くの家族は、患者のそばにいて役に立ちたいと思っている。²⁾ 一緒に過ごせたことや、入院中もA氏の側にいたり、看護師とケアをしながら共に語り合ったりすることで、長女の日々の不安な気持ちが共有できた。看護師も長女にケアを任せる時もあれば、長女の疲労を察した時は看護師が代わりに行った。長女とA氏、看護師の良い空間、距離感を保つことで、長女は最期まで母に寄り添えたのではないかと考える。

【まとめ】

最期を過ごす場所として面会できる当院の緩和ケア病棟を希望される方はとても多く、今後も感染対策を継続し患者・家族がともに過ごせる時間を大切にしていきたい。

【引用文献・参考文献】

- 1) 日本緩和医療学会：新型コロナウイルス感染症に対する対応に関するアンケート
- 2) 公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：がん緩和ケアに関するマニュアル（改訂第3版）、第8章家族のケア、2010年

キーワード：緩和ケア

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	遺族にむけた看取りに至る質問紙調査の評価から、訪問診療看護師の看護ケアを考察する

県 連 名 京都

院所・施設名 吉祥院病院

発 表 者 板谷 直子 職種 看護師

共同研究者 小林 真美、芥川 真知子

【はじめに】

新型コロナウイルス感染症により、多くの病院で入院患者の面会制限が実施された。A 往診センターにおいては、終末期患者および家族からの在宅療養の希望が増加し、看取り件数も増加した。そのため終末期看護ケアチームを立ち上げ、毎日カンファレンスを開催し、看護の統一を図っているが、看取りに至る患者と家族との残された時間に、家族が満足できたと思えるような看護の提供ができているのかと考えた。

【研究目的】

遺族からの客観的評価をもとに、終末期看護ケアチームの課題を明らかにした。

【研究方法】

- 1) 研究デザイン：質問紙調査研究
質問紙は、《亡くなる前の1か月以内》の【苦痛の対応】【精神的配慮】【説明】【家族への配慮】【連携や継続性】の5カテゴリ、《ご臨終前後》の【症状緩和】【尊厳】【説明】【家族ケア】の4カテゴリに看護ケアについての質問を入れ、7件法で答えるものとした。
- 2) 質問紙調査対象者：患者遺族30世帯

【倫理的配慮】

研究目的を示し、協力は自由意志で拒否しても不利益にならないこと、データは匿名化し厳重に保管すること、研究終了後の処分について書面で説明し返却をもって同意を得たものとする。なお、本研究は、所属施設の看護部で倫理的配慮が確認されたものである。

【結果】

30世帯中15世帯から返却があった。80%の遺族から全質問において高い評価の回答を得た。しかし、《亡くなる前の1か月以内》での【苦痛の対応】【家族への配慮】、《ご臨終前後》の【説明】は、低い評価だった。また、1遺族からは、《亡くなる前の1か月以内》の全ての項目は高い評価であったが、《ご臨終前後》の【症状緩和】【尊厳】【説明】の項目には厳しい回答があった。付記には、「入院してからはどの様な最期だったのかわからない。検査入院だったので、急変したのが納得できていない」と記載されていた。

【考察・まとめ】

患者・家族に担当をつけ、カンファレンスを通し、担当看護師が患者の対応を常に意識し関わったことは、高い評価を得られた一つの要因と考える。しかし、チームや個々の力量、気づき、視点の違いや、厳しい病状や突然死など、説明する看護師のスキルに差があり、そのことから、患者・家族の満足に至らず、評価を得られなかったのではないかと考える。

余命を受けた患者・家族が残された時間をいかに、より満足に過ごし、より良い看取りができるのか、また、遺族が悲嘆の経過でいかに思いに沿ったグリーフケアができるのかは、タイミングに沿った看護師の関りや支えが重要である。求められる統一した看護の提供を行っていくために、「デスカンファレンスや事例からの看護ケアの振り返り」など、5つの課題を明らかにした。

【参考文献】

清水恵ほか：遺族による終末期がん患者への緩和ケアの質の評価のための全国調査、日本緩和医療学会誌、vol.11, no.4, p.254-264, 2016

15 ②エンドオブライフケア・ACP

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演題名 COVID-19感染症患者とその家族に対する終末期看護

県連名 宮城

院所・施設名 坂総合病院

発表者 中里 優香 職種 看護師

【目的】

COVID-19感染症により永眠された患者の遺族は、大切な人を失った辛さに加えて、面会制限により、最期を通常のかたちで迎えることができないことがある。また、医療従事者は患者に尊厳をもって関わりながらも、感染対策等に多くの不安を抱えている。今回 COVID-19により急死した患者と関わり面会制限がある中で、急変により突然の死別を余儀なくされた患者・家族に対するケアについて考察した。

【倫理的配慮】

A 病院倫理審査委員会の承認を得た。

【患者紹介】

A 氏20代男性。COVID-19による呼吸不全で人工呼吸器管理となった。抜管したが離床後に肺塞栓症を発症し心肺停止となった。経皮的な心肺補助装置を装着したが回復せず永眠。

【方法】

死後処置（清拭と洗髪）、死亡確認後の面会（兄・叔父は病室前で屏越しに面会、母は TV 電話で面会）、家族に副葬品の提案

【結果】

母は濃厚接触者で自宅待機中であった。母は動揺が隠せない状態で対話が困難な状態であった。そのため、兄と叔父が死亡確認に立ち会い、母は TV 電話で A 氏と対面し涙ぐむ姿がみられた。

【考察】

厚生労働省らのガイドラインでは、現時点で COVID-19で亡くなられた方に整容を行う事業所はなく「医療従事者が遺体に直接的ケアを行う時には個人防護具を着用し、最期の場面にふさわしい容貌となるように、可能な範囲で配慮を行う」と記されている。当事者は A 氏や家族に十分な声かけができなかったこと、面会調整ができなかったことに自責念を抱いていた。江川らは「患者の身体的・精神的苦痛が緩和され、死が安らかであったと思えることは、家族の死別に対するストレス認知を和らげ、悲嘆反応を緩和する」¹⁾と述べている。A 氏の死後処置を行ったことは、尊厳を守ると同時に家族の悲嘆過程の促進になり、間接的なグリーフケアに繋がれたと考える。また、COVID-19感染症患者のご遺体は、火葬後に遺骨となって家族のもとへ帰る。J William Worden による死別に適応するための第一の課題は「喪失の事実を受容すること」である¹⁾と述べている。家族が副葬品を添えることは、孤独を緩和し家族の A 氏に対する無力感の軽減にもつながると考えた。面会は、家族が死亡確認後に患者と対面し死を現実と認識する一助になったと考えた。しかし、面会制限により予期悲嘆が不十分なことから、悲嘆過程の阻害要因となり得る可能性が示唆される。

【まとめ】

COVID-19感染症患者やその家族への看護では、感染症対策で制限されている部分があるが、根幹は平時の看護と変わりはない。特殊な状況下でも創意工夫をし、患者・家族の尊厳を守り、気持ちに寄り添った看護をすることが求められる。

【引用文献】

- 1) 江川幸二・山勢博彰編、看護のためのクリティカルケア場面の問題解決ガイド：基礎からわかる臨床に活かす倫理調整、三輪書店、2013,p103-104

15 ②エンドオブライフケア・ACP

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）についての当病棟の現状と課題
～アンケート調査を行ってわかったこと～

県連名 青森

院所・施設名 あおもり協立病院

発表者 三上 尊人 職種 看護師

共同研究者 山田 江里子、渡辺 純子

【はじめに】

ACP とは、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」とされている¹⁾。最期までその人らしい人生を全うするために、ACP は現在世界各国で重要視され、多くの取り組みが行われている²⁾。国内においては2018年に導入されたばかりで ACP がもたらす影響について、明確なエビデンスが得られていないのが現状である³⁾。ACP に対する認識や思いを調査し、課題を明確にすることで看護の質の向上に繋がると考え取り組んだので報告する。

【倫理的配慮】

本調査の概要と目的を説明し、調査から得られたデータは個人が特定されないよう無記名で統計処理すること。調査協力は自由意志であり、得られた情報は研究以外には使用しない事を説明し同意を得た。

【実践・結果】

現在感染対策として面会制限されていることもあり患者様のみ、スタッフは16名からアンケート協力を得た。

【考察】

患者アンケートから、年齢に関わらず命に直結する疾患になるなど、きっかけがないと事前に家族と話し合う必要性を感じている人が少なかった。しかし相談できる家族や近親者がおらず、不安を抱えている方も多かったのであった。再度行いたいのかの問いには、疾患や背景に関わらず、やりたいとの回答が多く、当病棟患者様にとっても有意義なプロセスであることが分かった。宇都宮は「看護師は、医療者の見ている状況と患者・家族の見えている状況には大きな違いがあることを認識しておくべき」「患者・家族の見えている景色（病状認識・今後の病状進行・今後の希望）を確認することから始める」「医師・看護師が単独で行うものではなく、補完的にチームで実践していくことが望ましい」⁴⁾と言っている。しかし、スタッフアンケートから分かったことは① ACP を理解し必要と感じている人が半数でありチームとして行えていない②業務の煩雑さから介入する時間の確保が困難③どのように介入したらよいか分からない④コロナ禍で家族と関わる時間が不十分であるということであった。近田は「実際に ACP を導入する際には、唐突に万が一の際の医療やケアの希望の選択を尋ねると、患者・家族に拒否感や恐怖心などの心理的負担を与えてしまう可能性がある」「患者・家族との信頼関係を築いたうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時に話す話を切り出すことが大切」⁵⁾と言っていることから、スタッフの知識や理解を深めるとともに、ACP 導入方法の検討が必要である。

【おわりに】

アンケートを通し ACP を導入した関わりは当病棟患者にも有効なプロセスであることは分かったが、導入困難となっている問題点が様々あるため、今後検討が必要である。患者様が自分らしい人生、最期を迎えられるよう支援に活かしていきたいと思う。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	終末期における在宅療養移行に向けた支援と今後の課題

県 連 名 長崎
院所・施設名 上戸町病院
発 表 者 古川 玲子 職種 看護師
共同研究者 前本 大地、西尾 真一、富永 香利、
吉村 尚子

【はじめに】
当病棟では、終末期患者の方針をインフォームドコンセントで検討し決定している。しかし、現状では、家族の事情やCOVID-19流行による制限下の影響、家族に迷惑をかけたくないといった本人の思い等があり、誰もが自分の望む場所で最期を迎えられるとは限らない。今回、患者・家族共に「自宅で最期を迎えたい」という希望に沿うことができた事例があり、経過や取り組みをまとめ、今後の終末期看護に活かすために報告する。

【倫理的配慮】
家族へ事例研究の目的や、個人が特定されないように配慮することを説明し、同意を得た。また、情報は本研究以外では使用しないこととした。

【患者紹介】
A氏、94歳、女性、要介護2。独居でキーパーソンは長女。慢性腎臓病で入院を繰り返しており、徐々に病状は悪化していた。本人は透析を望まず、毎回、自宅退院を希望されており、長女の支援や訪問看護、訪問診療などを利用しながら自宅での生活を継続されていた。

【経過】
今回、急性心不全の診断で入院となった。入院後は、多臓器不全の状態であり、予後は2週間と判断された。病状が不安定であるため、家族は自宅での看取りに不安を感じ、当院で看取る方針となった。しかし、付き添う中で本人から「命が短くなっても家がいい。」という言葉聞き、自宅で看取することを決心された。そのため、多職種で協力し、迅速に退院調整を行って翌日には自宅へ退院することができた。自宅では、本人が望んだ粥や水を摂取し、家族と穏やかな時間を過ごされた。その後、家族が見守る中で穏やかに永眠された。

【考察】
自宅で最後を迎えたいという患者の思いがあっても、背景にある様々な事情により叶わないこともある。A氏の場合は、以前から自宅で過ごしたいという意思表示をしており、その思いを多職種で共有していたため、迅速に退院へ繋げることが出来たと考える。今回の事例から、ACPの大切さを実感した。患者や家族の意思決定支援ができるよう、信頼関係や意思疎通を図り、多職種と情報共有・連携していくことが重要だと考える。入院中は、誤嚥リスクが高いため、経口摂取を望む患者の希望に沿えなかった。退院後はその希望に沿った対応が出来、A氏らしい時間を過ごせたのではないかと考える。患者の思いを尊重し、その人らしく過ごせる様、多職種でケア方法を模索していくことも大切である。

【終わりに】
方針決定後も患者・家族の思いは変化することがある。双方の思いに寄り添い、その人らしい最期を迎えられる様、ACPを通じた意思決定支援や、多職種との連携、最期までケア方法を模索し続ける関わりが重要であり、今後の課題である。今回の事例を多職種で共有し、終末期を迎える患者や家族の思いに寄り添ったケアができるよう努めていきたい。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍だからこそ見えてきたチーム医療の重要性について

県 連 名 和歌山
院所・施設名 和歌山生協病院
発 表 者 西岡 千夏 職種 看護師

【はじめに】
コロナ禍で病院の管理状況が大きく変化し「面会」が全国的に厳しく制限された。患者・家族とのインフォームドコンセントの場面に影響が出ている。その中でこそ見えてきた病棟とのカンファレンスの重要性和繋いで行くべき今後の課題について発表する。

【倫理的配慮】
本発表は個人が特定されないように匿名化した。

【患者紹介】
A氏80代男性、直腸癌末期・多発性転移あり。化学療法を受けている途中で腎不全が悪化、2019年より血液透析開始。数年にわたり抗癌剤治療と透析治療を繰り返していた。家族構成は妻と2人暮らし。
妻はA氏を頼りきっており、治療の選択は本人が決定していた。

【既往歴】
糖尿病・狭心症・脳梗塞・高血圧・心不全

【経過】
抗癌剤を定期投与していたが、貧血・疼痛が進行している。透析を受けている為、血圧低下の観点からオピオイドは使用しなかった。定期抗癌剤投与後に透析を受け退院。翌日、腹痛・下痢・発熱で再入院。同日夜より酸素化不良、翌日意識レベルが低下し会話不可、心肺停止となる。妻に電話で現状説明すると妻は心肺蘇生の希望あり蘇生を開始した。その後再び家族より心肺蘇生中止の申し出があり蘇生中止、その後永眠される。後追いではあったがA氏を看取った病棟スタッフとのカンファレンスを開催。
・本人や家族の意向を確認できていない
・透析医と病棟主治医の情報共有の場がない
・早期からアドバンスケアプランニングの導入が必要
等いくつかの問題と課題が明らかになった。

【まとめ】
コロナ禍で面会制限が緩和されることは難しい状況となっている。厳しい面会制限下であるからこそ、関連部署のスタッフが情報を共有することが重要となる。
また家族への病状説明を密にし、病棟主治医と透析主治医との連携、カンファレンス開催時期の検討が課題となってくる。当院ではオンライン面会や病状説明時には患者・家族との面会が短時間ではあるが可能となった。
面会は制限されているが、患者・家族中心の関わりを深め、受け止め方や理解度も把握したうえで、問題に目を向け今後もチーム医療の向上に努めていきたい。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名COVID-19重症患者の意思決定支援
～本人の思いを支えたケアからの学び～

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連中央病院

発 表 者 坂根 真帆 職種 看護師

共同研究者 杉田 両、三代 龍、矢田部 伸子、
前田 勝美

【はじめに】

令和2年からCOVID-19が流行し、2年が経過した。K病院は、ケアミックス病院として、地域の急性期医療を担っている。そのうち2病棟を27床のCOVID-19専門病棟としている。中等症Ⅰ～Ⅱの患者を受け入れており、看取りとなる事例も経験してきた。今回、重症治療後に転院してこられたA氏の事例から、本人や家族の意思決定支援及び看取りも視野に入れた関わりや、苦痛緩和を行い、その後のリフレクションから、本人の思いを支えニーズを満たすケアの重要性について深く学びを得たためここに報告する。

【目的】

重症患者の意思決定を支えた看護について振り返り、実践したケアの効果を具現化する。

【方法】

1. 振り返りシートを作成し看護スタッフ11名を対象にリフレクションを実施する。2. 終末期医療に関するガイドラインを用いて学習し実施したケアを検証する

【倫理的配慮】

院内規定に基づき、知り得た情報は本研究のみに使用することと不利益を与えないことを当該患者および家族、スタッフに説明し了承を得た。

【結果・考察】

COVID-19に対する治療は最大限実施されていたが、改善が乏しく苦痛が増強したため症状コントロールが中心となった。患者の思いに寄り添いながら日常生活援助を継続し、その後回復過程を辿った。救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインでは「医療チームは、その専門性に基づき、医療倫理に関する知識や問題対応に関する方法の修得をすることが求められるが、それらの医療チームによって患者が終末期であると判断され、その事実を告げられた家族らは、激しい衝撃を受け動揺する。このような状況においても家族らが患者にとって最善となる意思決定ができ、患者がよりよい最期を迎えるように支援することが重要である。」と述べている。ガイドラインに沿って検証するとA氏は終末期の状態であった。各病期での意思決定支援は妥当であったと考える。ガイドラインを用いて振り返りを行うことはケアの有効性を知る手がかりとなった。実践したケアについて治療が奏効しない中でも本人の思いを支えニーズを満たすケアを行った事は本人のQOLに繋がった。

【まとめ】

今回、COVID-19が重症化した事例を経験した。終末期医療について患者の意思決定支援、症状コントロールの重要性、いかなる状況においても最善を尽くし患者に寄り添う医療・看護を提供することが重要であると学んだ。リフレクションをすることで実践した看護の意味付けに繋がった。

【おわりに】

A氏は2回の陰性確認後、一般病棟に転床しその後回復過程を辿った。多くの学びをさせて頂いたことに感謝申し上げます。本研究において利益相反（COI）はありません。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

在宅療養中の終末期がん患者の看取りの課題

県 連 名 香川

院所・施設名 生協みき診療所

発 表 者 田淵 環 職種 看護師

共同研究者 松原 遙、黒羽 真実、松中 久美子

【目的】

終末期がん患者の在宅での看取りは今後も増加が予想される。A診療所が担当した終末期在宅療養患者を振り返り、がんの終末期患者が在宅で療養し最期を在宅で迎えるために、またはできる限り在宅で療養するために、どのような課題があるのか考察する。

【方法】

- 1) 在宅診療に同行した看護師3名に①最期まで在宅療養を希望していたが在宅で最期まで過ごせなかった要因、②最期まで在宅療養できた要因を自由記述式アンケートに記入してもらう。
- 2) 在宅療養していたが、在宅で最期まで過ごせなかった患者の主介護者と、最期まで在宅療養された患者の主介護者の方、各1名ずつインタビューを実施し分析する。

【倫理的配慮】

研究参加者には、データから個人が特定されないよう配慮すること等説明し同意を得た。また倫理委員会においても承認を得た。

【結果・考察】

看護師へのアンケートでは、在宅で最期を迎えられなかった要因として、患者のADLが低下し、家族の介護負担が大きくなったことがあげられている。訪問診療・訪問看護・訪問介護などの必要なサービス導入や、医療スタッフが連携して、介護方法を指導したり、今後の経過に関する予測をきちんと伝えることで、療養者と家族が在宅療養できると思えるように関わることが重要だと考える。また、苦痛症状が強く、患者・家族が症状緩和のために入院を希望されたという例もあった。方針転換時すぐに入院対応できるように、在宅療養に移行する時から緩和ケア病棟について説明し、必要時緩和病棟への登録をしておくことは重要だと考える。在宅療養継続か入院するかの選択について揺れ動きながら過ごしている患者・家族にとって在宅療養が困難な時には入院できるという安心感にもつながると思われる。最期まで在宅療養を希望していたが緩和ケア病棟に入院された方の家族のインタビューでは「在宅療養したことによって県外から帰ってきた息子に会うことができ、心残りがなくなったという言葉を開けて本当によかった。コロナ禍なので入院すれば面会制限のあった時期だが、自宅では毎日面会できた。父も満足していると思う」と話されていた。療養者が最期の時を過ごしたい場所はどこなのかを明確にし、家族が家で過ごさせてあげたいという気持ちを大切に、療養場所や看取りについて自己決定できるよう医療スタッフがサポートしていくことが重要だと考える。

【結論】

1. 訪問診療・訪問看護・訪問介護など必要なサービスの導入や、医療スタッフが連携して家族の負担を軽減し、今後の経過に関する予測をきちんと伝えることで、療養者と家族が在宅療養できると思えるように関わることが重要である。
2. 緩和ケア病棟への入院もできるよう適切な時期に本人や家族に説明し、緩和ケア病棟への登録しておくことは在宅療養を継続していく上でも必要となる条件だと考える。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	ACP から学ぶ、寄り添うということ ～高齢の母親と障がいの息子の事例を通して～

県 連 名 福岡

院所・施設名 千鳥橋病院附属大楠診療所

発 表 者 岩田 利沙 職種 看護師

共同研究者 古賀 幸代、安川 千裕

【はじめに】

長く患者と関わっているとその人の価値観・人生観をも理解していると思い込んでしまうことがある。今回、介護保険移行に際し今後の方針について障害担当者より、母親と意見の相違があると相談を受けた。親子の本当の思いに気付かされ学んだ ACP の事例を報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されない様配慮することを説明し、家族に同意を得た。

【事例】

A 氏64歳男性 脳性麻痺 要介護5 障害・介護サービス上限まで利用 92歳の母親と2人暮らし発声で意思表示はあるが母親しか理解できない。今回母親が高齢の為、母親の急逝などで介護できなくなった時のことを考え相談員が施設見学を勧めたが母親は拒否、その時でも A 氏の独居生活を希望。しかし緊急時助けを呼ぶことができず命の危険があることに 後見人は配慮義務を怠ったとみなされる、という理由から A 氏の独居生活は困難と考えられていた。

【経過】

4 分割会議を実施。A 氏は「家がいい、（嫌な記憶がある）施設は嫌」。母親は「施設に入ったら誤嚥性肺炎を起こして胃や喉に穴を開けられた人を沢山見てきた。その様にはさせたくない」という思いがあった。慣れた介護者による丁寧な食事介助が何よりも大切で、施設ではそれは難しいという心配が母親にあった。独居は困難だがその思いを否定せず寄り添うことも会議で話し合った。母親の食事介助の動画を撮影したり、施設への出前指導も可能であることを伝え、母親の不安の軽減に努めた。その後数回、母親を訪問し交流を深めていった。A 氏のアルバムを一緒に見ながら「大勢のボランティアと一緒に色々な体験ができて、本人はこんな体だけでも楽しく過ごしてこれた。私が生きている間は貯蓄を使ってでも色々連れて行って、楽しい経験を沢山させてあげたい。この子も年をとり飲み込みも悪くなってきた。もう何を言っているかも聞き取れない。普通の人は肺炎になっても治療したら治るがこの子は食べられなくなったらもう終わりなんです。息子も私にも何もしないで欲しい。私に何かあったらもう任せます。息子の施設も M 氏（母親の昔からの知人代理人）が何とかするでしょう」と語られた。

【考察】

4 分割会議で多職種が一緒に悩み考え親子の人生を知ることで「施設ありき」という視点から母親が大切にしている思いを共有することへと変化した。

その関わりが、ゆくゆくは施設へという母親の覚悟の変化へ繋がったのではないかと思う。

【おわりに】

ACP は取ったり書いたりすることではなく情をくんだり聴いたりするものかもしれない¹⁾とある。真意をくみ取れるまで聴くことを繰り返すプロセスが大切でありこの価値観を共有するプロセスそのものが ACP だと理解することができた。

実現を支援するまでが ACP であり今後も患者・家族の言葉を大切に対話を続けていきたい。

【参考文献】

ACP 入門 人生会議の始め方ガイド 西川満則・大城京子著 1)

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	患者と家族が望む最期を迎えられた事例 —しっとこノートに寄り添った最期の迎え方—

県 連 名 埼玉

院所・施設名 大井協同診療所

発 表 者 山内 玖美 職種 看護師

【はじめに】

A 診療所では、訪問診療導入時に、現在の治療と予後予測を医師から説明した上で「しっとこノート」（独自に作成したエンディングノート）を記入して頂き患者の意向を確認している。今回、しっとこノートで本人の想いを知り、地域の多職種チームによる円滑な連携が図れ、患者と家族が納得のいく在宅看取りが実現した。この支援について報告する。

【目的】

本人の想いを尊重した最期を迎えるためにしっとこノートの活用を考察する

【方法】

「しっとこノート」を基に多職種と連携し、患者の意向に沿う医療を提供した事例を振り返り考察する

【倫理的配慮】

対象者個人が特定できないように配慮した

【結果】

<事例紹介> D 氏 70歳代 男性 要介護3 疾患名：前立腺癌全摘出後 多発骨転移、高血圧、右大腿骨頸部骨折 家族構成：妻と2人暮らし（経過）腰痛と背部痛があり精査にて前立腺癌と診断された。専門病院で化学療法を施行したが嘔気が強く中止しホルモン療法で経過を見ることになった。内科的加療は安定したが癌性疼痛により外来通院困難となりベスト・サポーター・ケア方針にて訪問診療となった。自宅療養中に転倒し右大腿骨頸部骨折で手術、術後全介助となった。入院した病院の看護師から、持参したしっとこノートに「最後は自宅で過ごしたい」という D 氏の意向が記載されており、現在も自宅に 帰ることを希望していると連絡があった。妻は介護面での不安があり療養先を迷っていたが、診療所の看護師やケアマネージャーが妻の生活も大切にしながら、できることをして、できない部分はサービスを利用する提案をした。妻は自宅退院の決断をした。家の近くの訪問看護・調剤薬局と連携が図れるようにサポート条件を整えた。退院後は、予測される D 氏の身体状態について妻が不安にならないよう支援チームで OPTIM を用いて細やかに説明と支援を行った。D 氏は最期まで妻と一緒に大好きな炭酸飲料やビールを飲むなど穏やかな日常を過ごし、最期を迎えられた。妻からは「皆さんの力添えて私もやれたわね」との言葉が聞かれた。

【考察】

訪問診療開始時に、自分の生き方や大事にしてきたことを振り返り、望む医療や介護について、患者自身が考え、信頼する人と語り合い、記録に残しておく機会を作った。この記載があったことで、事業所をこえた多職種チームで本人の想いを共有し、気づきや情報を交換しながら、家族の想いも尊重した介入ができた。訪問診療導入初期に最期の生き方を考える機会をつくり、しっとこノートに記すことは、有用であった。

【参考文献】

1) 紅谷浩之：意思決定支援とはどうあることか、訪問看護と介護、Vol.24 N06 p.386-389 2019年

15 ②エンドオブライフケア・ACP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

当院の ACP の現状と課題

県 連 名 熊本

院所・施設名 くわみず病院付属くすのきクリニック

発 表 者 秋吉 明子 職種 看護師

共同研究者 安武 さつき

【序論】

厚生労働省は、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るように地域における医療介護関係が連携して、包括的継続的な医療・ケアのための体制整備を推進している。また今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス、いわゆる ACP を推奨している。¹⁾

当院は在宅医療を強みとし、年間10名ほどの在宅看取りを行っている。そのため、私は患者が最後まで自分らしく過ごせるために ACP の定着を進めている。しかし、現状では訪問診療中の患者で ACP の確認が出来ているのは20%である。そこで、在宅看取りを行った4名の事例をもとに当院での ACP の現状と課題について考えた。

【倫理的配慮】

個人が特定されない事を確認し同意を得た。

【結果】

今回、4名の事例は全員認知症があり意思決定出来ない患者だった。また、死亡原因は1名が末期癌で、3名は老衰だった。さらに、老衰患者の家族の方がカンファレンスや病状説明の回数が末期癌患者よりも多かった。当院の事前指示書の記入は、4名中2名だったが、4名ともその都度病状説明を行い家族の意思・意向の確認はできていた。また、意思決定支援開始は、全員が看取りのステージに入ってからだった。家族が見守る中、亡くなった患者は4名中2名であったが、在宅看取りに対して家族の反応は4名とも満足な言葉が聞かれた。満足の理由として、亡くなる前に患者に会わせたい人に会わせることが出来た、家族が患者にケアが出来た、苦痛がなく穏やかな最後であった、医療者が何度も家族の思いを聞いてくれたなどがあげられた。

【考察】

当院では ACP を開始する時期が遅く、ACP を行う段階ですですに認知症や寝たきりなどにより意思決定出来ない状況が考えられる。そのため、状態悪化時家族に ACP を確認することが多く家族が治療の選択をしなければならない。また、老衰患者の家族の方が癌末期患者の家族よりカンファレンスや病状説明が多いことから、治療の選択肢の幅が広いほど家族が悩むことが考えられる。しかし、家族の満足度は高く患者の最期を看取れたかではなく、亡くなるまでの過程でどれだけ家族の希望や話を傾聴し支援したかが重要であることがわかった。

【結論】

今後高齢社会により、認知症などから意思決定能力がない患者や、老衰による死亡の増加が考えられる。そのため、患者本人が元気な時から ACP が開始できるように当院でのシステム作りが必要である。また、患者の代わりに意思決定する家族の負担や不安を軽減するためには、医療者と共にみんなで決定する過程をより大切にすることが必要である。

【引用文献】

1) 厚生労働省 (2018), 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン, 2022年1月7日閲覧, (mhlw.go.jp)

15 ②エンドオブライフケア・ACP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名地域で看取る、診療所看護師の ACP
～最期まで C 太と一緒に過ごしたいを支援～

県 連 名 埼玉

院所・施設名 所沢診療所

発 表 者 坪井 恵美 職種 看護師

【はじめに】

在宅医療において ACP はとても重要な支援であり、A 診療所でも力をいれて取り組んでいる。診療所の ACP 支援について考える機会があったので報告する。

【目的】

在宅看取りを選択した、独居の患者の QOL を高めることができたか考察し、診療所看護師のおこなう ACP 支援について考える。

【方法】

事例をとおして実践を振り返り、B 氏の発言の変化から考察する。

【倫理的配慮】

本人が特定されないように配慮した。

【事例紹介】

B 氏 70歳代 男性 病名肺癌 独居 ペットの犬 (C 太) を飼っている。

訪問診療開始当初は「どうせ具合が悪くなったら、病院に行くのだから、来なくていい。」などの発言があり、訪問診療や介護サービスに対して拒否的であった。

しばらくし、呼吸困難が増強した。犬の散歩に行けなくなったため、犬を引き取ってもらった。その後、急激に食欲が低下し、気力が失われてしまった。「最期まで愛犬と一緒に過ごしたい。」という希望を聞きとり、その思いに答えようと、自宅での緩和ケアに切り替えた。朝夕の散歩、餌やりを他事業所とも協力し、組合員、職員で行った。サービスに強い拒否があったが、関わりの中で気持ちに変化が見られた。「いままで C 太と2人きりだった。今は皆が来てくれる。ありがたい。皆と最期まで一緒にいたい。」との発言が聞かれた。散歩を始めてから10日後、呼吸停止しているのを訪問看護師が発見し、A 診療所で看取りを行った。

【考察】

B 氏は『具合が悪くなったら入院したい。』と思い犬を預ける所も決めていたが、病状が変わるにつれて気持ちは揺れ動いた。B 氏にとって C 太は家族であり、ともに過ごした最期の時間は大きな精神的支えとなっていたと考える。地域で協力し犬の散歩をしたことで、B 氏の願いを叶えることができた。

A 診療所の看護師は散歩の後に人生観や価値観を、聞き取り、話し相手にもなった。B 氏の最期の時間に寄り添うことができた。訪問診療や、サービスに拒否的だったが、良好なコミュニケーションがとれたことで、信頼関係が増したと思われる。“最期をどこで過ごすのか”を問うのではなく、“その時にどのように過ごしたいか”を問うことが私たちに求められている意思決定支援なのではないか。B 氏の発言の変化から、最期の時間を有意義に過ごすことができ、QOL が向上したと考える。

訪問診療の短い時間では聞き取れない思いを、聞き取り、意思決定支援につなげていくことが診療所看護師の ACP での役割であり、残された時間を豊かに生きるためにどのような支援ができるかを考え、看護の視点で感じたことをケアチームにつなぐ、地域のコーディネイト役となることが求められていると思う。

キーワード：ACP

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍の終末期の患者の死を通して

県 連 名 静岡
院所・施設名 浜松佐藤町診療所
発 表 者 古田 克美 職種 看護師
共同研究者 山田 みのり、菅谷 香、加藤 さとみ、
雪山 厚子、坂本 宏美

【はじめに】
癌末期の患者で、入院治療中に状態が悪化し、そのまま永眠された方の事をきっかけに、コロナ禍で面会制限のある状況での看取りについて患者・家族の思いに寄り添う事の重要性を感じた。今までの緩和ケアにコロナという問題も加わった医療体制の中、病棟・在宅それぞれの看取りの症例で学んだ経験から、今後の終末期医療の看護師の役割について検討する。

【方法】
①病院での看取りのケース
②在宅での看取りのケース

【実施・看護・介護展開】
それぞれの症例について、病歴・経過・背景・患者・家族の思いについてまとめる。

【倫理的配慮】
家族に同意を得ている

【結果】
①家族のことも考えてあまり気持ちを言わないようにしていた患者が最後は娘と病院で一緒に過ごせ思いを伝えられた。残された家族の精神的な支えをしていった。
②治療を頑張って続けてきた患者で家族は在宅で不安もあったが訪問看護師に支えられ介護ができ、みんなでお別れの言葉を伝えながら看取ることができた。

【考察】
癌患者の望む終末期のQOL（望ましい死）の在り方を調べた研究では、「家族や友人と十分に時間を過ごせたこと」や、「大切な人に伝えたいことを伝えられたこと」が望ましい死の要因として挙げられる。また、「患者のつらさを和らげる」という緩和ケアにおいて、気持ちのつらさは大切な人の支えが頼りになる。しかし、コロナ禍での面会は病院内の感染蔓延や抵抗力の低い患者の死期を早めることにも繋がるなどの観点から、病院としても制限せざるを得ない状況になっている。また、緩和ケア病棟は家族もケア対象者として家族が抱えているつらさや不安に寄り添うケアを行っているが、面会制限でその機会も難しくなっている。今回の看取りのケースでは、患者の思いに寄り添い患者の望む終末期医療を考え実現できた。
人生の最終段階の医療（エンドオブライフケア）における意思決定での看護師の役割を踏まえ、どう患者や家族を支えていくかが重要になると考える。どんな状況にあっても看護の質が低下しないように患者に寄り添った看護を実践していこうと考える。

【おわりに】
コロナ禍にあり大変な時期に急な選択を迫られることもある中で意思決定をするときや不安で揺れ動いて迷う時もそばで支えて患者・家族の思いに寄り添えるように支援を続けていく。

【引用・参考文献】
医学会新聞 with コロナ時代にオンライン面会の推進を 2020
ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム開発研究会 2020/4

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	若年末期癌の自宅で過ごすことを支える

県 連 名 福岡
院所・施設名 ちどりばし在宅診療所
発 表 者 山下 由紀恵 職種 准看護師
共同研究者 田中 久仁子

【目的】
若年末期癌で、癌性疼痛、出血による急変の予測、著明なADL低下がある中、在宅で過ごしたいと希望する事例を受け持った。コロナ禍で家族と面会が出来なかった事や、退院して住み慣れた町で家族と一緒に過ごしたい、かつ自宅で療養したいと希望されたA氏の強い願いを感じた。病気への不安が強く、繊細な性格なため、担当看護師として顔見知りの関係を築き、不安や希望に寄り添うように迅速に対応するよう努め信頼関係を構築する事を心がけた、A氏と訪問診療看護師としての関わりを報告する。

【倫理的配慮】
個人が特定されないように配慮した。

【患者紹介】
A氏38歳、肝細胞癌 国民健康保険3割 現在無職 全身に刺青あり家族構成：妻（パートタイマー）・5歳児・3歳児4人暮らし。幼少期からこの町の住んでいる。35歳時に巨大肝細胞癌、門脈浸潤の診断。術後に多発再発を認め化学療法を続けるも効果なし。食道静脈破裂の吐血を繰り返し、余命1ヶ月と家族に説明。気落ちしてしまうので本人には伏せて欲しいと妻より希望あり未告知。A氏は肝機能が改善したら治療をしたい、B大学病院の通院を続けたいとの思いがあった。

【方法・結果】
訪問診療を開始するにあたって、本人及び家族の希望で最低限の診察回数で良いと言われた。麻薬管理や急変のリスクを考えると、毎週往診や緊急往診などが必要になる状態だったが国保3割の支払い負担を考えての事だと考察し、妻に問いかけを行った。MSWに繋げ無料低額診療申請し、支払いの負担軽減に対応した。毎日本人や家族に電話で連絡し、状況把握に努めた。実際の観察が必要だと判断した時は看護師のみで自宅訪問をし、相談できる関係をつくった。薬に対してのこだわりが強く自己判断で麻薬の使用が続き、内服状況の確認が困難であった。内服薬や麻薬の調整や増量時に使用状況の確認を行い、素早く医師に報告をし指示を仰ぐことで疼痛や苦痛の軽減に努めた。呼吸苦で酸素化低下の症状を在宅酸素導入し設置し対応できるように手配した。るい痩著明で体重減少の状況を確認し食事水分の摂取量の把握と倦怠感の増強の有無の確認を行い、主治医に報告し指示を貰った。外来で輸血を行うために看護師間で連携をとり苦痛なく行えるようにした。訪問看護の体制が整わない時は訪問診療看護師が積極的に点滴を実施しに訪問した。A氏や家族の不安や希望に寄り添い、迅速に対応することに心がけた。

【考察】
若年末期癌の社会的な背景を理解し、安心して自宅で医療が受けられるように基盤を整えることが大切である。家族が居る自宅で療養したいとの思いに寄り添い、症状の変化による不安を少しでも軽減にできるように努めることで、訪問診療看護師としてA氏と家族との信頼関係を築き、支える事が出来たと考える。

【まとめ】
若年末期癌で自宅で過ごしたいと、住み慣れた場所で、その人らしく生活できるように支え、今後の終末期看護に生かしていきたい。

キーワード：若年癌

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	老健施設での看取り

県 連 名 大阪
 院所・施設名 介護老人保健施設みみはら
 発 表 者 三鍋 兼一 職種 介護福祉士
 共同研究者 森 陽子、丸尾 かおる、道城 和智子、
 中川 博法、有本 直子

【はじめに】

自施設は「在宅復帰強化型」でありリハビリで ADL 向上に尽力しており自宅や新しい施設に行かれる方が主である。しかし、人生の最終期に近づいてる方もおられる。その方々のためにその時が来るまで安心して過ごすことができるように対応していく役割がある。

これまでの看取りは長年老健を利用されている方で高齢で明らかな症状はないが食事摂取量が低下し 徐々に活気がなくなり衰弱してきている方（老衰の状態）が対象であった。しかし、その頃になると本人の意思表示も難しくまた認知症の方も多いため「どうして欲しいと思っているか？」は確認できず家族の意向で施設での看取りを希望され同意書を交わすという経過であった。今回、施設医の交代もあり看取り期を段階的に捉えて直接意思を確認することが可能な状態の時から関わりを深めることで利用者本人の気持ちに寄り添いながら施設での最期を迎えられるように日々のケアに取り組んだ内容を発表する。

【方法】

3 期に分けて対象と思われる方を全職種参加の判定会議で情報共有していった

- ①黄昏れ期・・余命年単位 超高齢（90歳 以上）法入院所に馴染みがある
- ②旅立ち準備期・・余命月単位 活動性の低下 体重減少 栄養不良
- ③旅立ち期（看取り期）・・余命週単位～日 意識 反応の変動 臥床がち 食事量低下

【実際】

黄昏れ期にある利用者が旅立ち準備期に入ったときに医師・看護師・介護士よりご家族へ現在の様子を伝えその中には本人の気持ち・希望を聞き取ったことも伝えてきた。これをきっかけに家族も本人の残りの時間を意識されるようになり面会が増えたり本人の好きな物を差し入れしたりと関わりが増えていった。職員も家族へ連絡することが増えるなど双方で変化があった。食事が減って衰弱されていた方が少しずつ食べる量が増えるということもあった。本人が「どうしたいと思っているか」という意思確認も会話の中で本人の言葉で知ることができ「気持ちに寄り添ったケア」へ少しずつ近づけているのを実感した。

【まとめ】

看取り期の前段階から私たちが関わることで利用者、家族との関係が深まり その人のことをより知ることができ、ケアの質も変わることを実感した。

【倫理的配慮】

発表にあたり個人が特定されないように配慮し対象者に同意を得た

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	老健で守り抜いた高齢者一人ひとりの“生き方”“過ごし方” ～2021年度 看取り統計より～

県 連 名 埼玉
 院所・施設名 介護老人保健施設みぬま
 発 表 者 高橋 恵子 職種 看護師

【目的】

2021年度の統計を通して、施設としての役割やその人らしく「生」を支援した内容を振り返る。

【方法】

2021年度の入退所・入退院動向や治療状況・看取り統計や特徴的な事例を分析し、老健としての看取りの質を考察する

【倫理的配慮】

研究内容に個人が特定できないよう、配慮した

【結果】

1) 入院・治療傾向。A 老健での入所は66%が自宅で、34%は急性期病院からであった。緊急受診は87件、入院は55件で、9割は法人内 B 病院への依頼となっている。A 老健で所定疾患施設療養区分にあたる肺炎、尿路感染、蜂窩織炎の治療は昨年の1.7倍であった。2) 看取りの動向。昨年度は前年度の約倍にあたる年間32人の看取りを行っていた。悪性疾患は25%で、B 病院の緩和ケア病棟から受け入れたのは5人だった。オピオイド使用者は3人、未使用は5人だった。緩和ケア病棟からの受け入れ利用者の予後は、最短2日、最長269日であった。又、総死亡数の約3割が看取りを目的とした入所受け入れであった。高齢者に多い誤嚥性肺炎の死亡病名は1名だった

3) 看取りの特徴的な事例。①老健では入所として受け入れない在宅酸素療法者を1名看取っている。②リピーターでショート受け入れ当日予後数日と判断し、急遽入所に切り替えて看取った。③施設での看取りを希望されたが、外泊時に急変し、意思決定支援を行い在宅で看取った

【考察・まとめ】

1) 急性期病院からの入所は亜急性期での受け入れが多く、受診件数が多くなる傾向は否めない。しかし老健で治療できる病名に介護報酬上加算されるようになったことから、軽度の疾患は老健での治療へと移行し始めており、A 老健でもその傾向が表れていた。2) 看取り病名の傾向として、日本でのがん人口が増えている傾向が A 老健でも表れている。A 老健では、2年前からがん利用者によるオピオイド管理を開始している。B 病院では緩和ケア病棟の機能もある。疼痛コントロールの安定したレスパイトの意味合いを持つがん利用者は、老健で受け入れることにより、地域で増えているがんコントロールの必要な方への適正入院に貢献できることがわかった。又、1か月以内の予後予測が明確な方であれば、在宅酸素療法など医学管理の必要な方でも看取りが可能であり、独居や在宅生活困難者への支援にもつなげられる。多死時代を迎えている中、看取りを前提とする受け入れも今後は地域からもますます求められてくると思われる。3) 特徴的な事例から見えること。① A 老健で死亡病名が誤嚥性肺炎が少ない理由として、経口摂取困難の利用者に対して、完全側臥位法の実施と定期的な口腔ケアの実施が挙げられる。②老健に入所してくる家族の心情として、「自宅で看取ってあげられない後悔」が付きまとう家族も多いが、家族の不安要因や在宅看取りの心構えなどを家族に伝達し、意思決定支援を行うことで、最期まで在宅をあきらめない支援が行えることがわかった

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	県外在住の家族の気持ちに寄り添って ～コロナ禍での看取りのかたち～

県 連 名 長崎
院所・施設名 戸町ふくし村
発 表 者 柴原 功幸 職種 介護福祉士

【はじめに】
ポポロの森の入居者家族には、県内だけで無く県外在住者の方もいる。コロナ禍で看取りに立ち会えない例を耳にする中、当事業所で最後の夜を家族と過ごすことができた事例の振り返りを報告する。

【倫理的配慮】
事例報告にあたり、倫理的配慮を行うとともに、ご家族の同意を得ている。

【利用者情報】
A氏91才女性、要介護4、家族（キーパーソン）長女（千葉）既往歴、アルツハイマー型認知症、小脳出血後遺症、食事、栄養補助食、ミキサー食を全介助

【経過】
平成31年4月ポポロの森入居。入居後は圧迫骨折、小脳梗塞、腎盂腎炎で入退院を繰り返す。令和2年12月25日夕方急変、右被殻脳出血で入院。令和3年2月、退院の方針として点滴は行わず食事は経口摂取、看取りを視野に入れて退院の話があった。家族へは、主治医が直接電話にて病状や今後の対応など報告。ポポロの森では、本人・家族の意向を確認しながら看取りを実施していくかということをチーム内で検討。課題の食事摂取方法を確認するため、病院でSTが行っている食事介助の様子を動画撮影し、その動画を職員全員で共有した。退院後は、本人の状況や状態をわかりやすく家族に報告する事と考え、家族が送ってくれたゼリーなど食べている状況をオンラインで見てもらうなど工夫した。3～4月家族は、徐々に元気になっていく姿を見て「会いたい」という思いを募らせ、長崎にある実家で数日過ごし感染していないことを確認にして面会してはどうか、など提案したが、「実家に戻っていることが近所の人にわかると何を言われるかわからないから」と心の葛藤がある事もあり、実現しなかった。5月になり食事量が大幅に低下。アイスやプリンなど本人の好みを模索しながら少量ずつ提供。家族からは8月にワクチン接種をすませ来崎予定とのこと。しかし、6月に入るとほとんど食事が摂れなくなり、主治医から家族へいよいよ看取りの時が近いことを連絡、6月6日、長女が来崎し施設に来所、やっとの思いでその夜を共に過ごされた。翌朝、長女の長いがかなった事を見届けたように静かに息を引き取った。

【考察】
直接会いたいと思う気持ちは、コロナ禍であっても変わらないし、オンラインでは解消できない。しかし、感染拡大地域からの移動については、感染リスクと周囲の目を考えると、自粛せざるを得ない状況に追い込まれてしまう。今回は、それぞれが出来る所で情報のやりとりをしながら看取りを行った。振り返れば、まだまだ方法はあったのではないかと反省もあるが、最後のひとときを共に過ごすことが出来たことは、職員にとっては唯一の慰めであった。

【最後に】
当施設の入居者で家族が県外というケースは増えている。ウィズコロナへ向けて活動も変化してきているが、まだまだ偏見は無くならない。より豊かな生活を実現するために私たちは、家族や本人の思いに寄り添いながら、経験を糧に介護を続けていきたい。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	老障介護を地域で支える生命（いのち）と暮らし ～聴力障害をもつ我が子を想う在宅死の決意を支えて～

県 連 名 栃木
院所・施設名 訪問看護ステーション虹
発 表 者 大根田 聡美 職種 看護師

【はじめに】
自分自身も介護が必要な状況であったにもかかわらず、自宅で聴覚障害の我が子とともに過ごす最期を望んだ母親。支援者が本人の意思を尊重し、社会的サポートを利用しながら終末期を支えた老障介護の事例を振り返り報告する。

【倫理的配慮】
本事例にあたり家族に説明し（本人死亡のため）同意を得、個人情報保護、対象者が特定されないよう配慮した。

【事例紹介】
対象者：80歳代 女性 既往歴：腰痛（腰椎圧迫骨折の疑い）、高血圧、不安神経症 家族構成：聴覚障害・統合失調症の娘との2人暮らし 利用サービス：訪問看護 週2回、訪問介護 週6回、訪問診療 月2回

【看護の実際】
訪問看護導入初期：布団に寝たきりの状態。布団周囲は使ったティッシュや尿取りパット・ゴミが散乱しており劣悪な環境。義姉の家（空き家・エアコン完備）を転居先として提案するが、住み慣れた土地のほうが娘も生活しやすいからと消極的。猛暑が続く熱中症の危険もあったため、繰り返し説得し転居を納得。転居後の経過：空調が整い生活環境が安定し、穏やかに生活できていた。経過としてはやりたい、とトイレ歩行をするようになると転倒回数も増え、ヘルパー支援を週6回に変更。腰背部痛で同一体位を続けていることで臀部に表皮剥離が発生し、訪問看護・ヘルパー介入で連日処置対応した。肺炎発症～終末期：肺炎を発症するも、本人は入院拒否。娘は在宅療養することに不安が強いが本人の強い希望で在宅看取りの方針となった。病状増悪に伴い、娘から訪問看護へ、連日時間を問わず電話がある。娘は聴覚障害があり言葉が不明瞭で、電話口では状況が把握できないため、電話があれば無条件に訪問し対応した。娘の介護負担は限界を超えてきていたが、本人は入院を拒否し続けた。苦痛によってベッドから転落し、動けないまま朝を迎え低体温症となることも増えた。在宅療養の継続は厳しく、本人は意識朦朧とするなか入院に納得された。娘には、入院しても回復は難しいこと・そのまま亡くなってしまう可能性を話したが、納得された。入院から1週間後、入院先にて逝去。

【考察】
訪問当初は何のサポート体制もなかった親子が、訪問看護の介入をきっかけに社会との接点を持つことができた。さらに、多職種による支援体制の強化により、母親として“一生娘の面倒をみていきたい”というA氏の想いと、“母親を介護できた”という娘の達成感がかなえられたと考える。周囲や行政など社会との接点が多ければ多いほど、親なきあとの子どもの生活にはいくつかの選択肢が生まれ、より質の高い生活を選ぶことが可能になると言われている。このケースも、社会との接点が強化されたことで、娘の生活の質を高めることができた事例である。今後も、老障介護が増加する時代に対応できるよう努力していきたい。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	在宅か施設か 自己決定できるように寄り添った支援～息子の突然の死とその後嫁との生活で揺れ動く気持ちに寄り添って～

県 連 名 栃木

院所・施設名 訪問看護ステーション虹

発表者 馬場 明美 職種 看護師

【はじめに】

現在、日本の高齢者は年々上昇している。しかしその反面、少子化や核家族化により介護の担い手が少なくなり、家庭での介護も難しい状況にある。高齢者の方は、「自宅で最期まで過ごしたい」という思いを抱きつつも「家族に迷惑をかけたくないから施設に行く」方々が多い。また、介護する子どもも高齢となり、子どもの方が病気になり、先に亡くなるケースも多くなっている。今回のケースは、介護者である息子に先立たれ、嫁と二人暮らしとなり、「在宅か施設か」で揺れ動く利用者の気持ちに寄り添いながら「自己決定」の援助を行った。幻聴幻覚で異常言動が増え、急遽入院となり、「自己決定」には至らなかったが経過をまとめ、ここに報告する。

【倫理的配慮】

本人に同意を得ることは困難なため、ご家族に本事例の発表に関し同意を得、個人情報保護、対象者が特定されないよう配慮した。

【事例紹介】

<対象者> A 氏 80代 女性

<家族構成> 当時は、息子夫婦と三人暮らし

<病歴>

慢性心不全、糖尿病、高血圧、肥満、便秘

【経過】

- ・X-4年12月：B診療所にて訪問診療開始。過食もあり。肥満（90kg以上）糖尿病コントロール不良（HbA1C10%以上）の状態。
- ・X-3年5月：肥満治療と糖尿病治療のため週1回の注射（トルリシティ皮下注）が開始され、訪問看護サービス利用が開始される。関り始めた時から、ご本人の拘りと思ひ込みが強く、精神的にも波があり支援時には傾聴し寄り添った。聴力障害のある嫁に対しての不満や愚痴をこぼされることも多かった。
- ・X年3月：息子が突然逝去された。その後金銭的なことで嫁と言ひ争いになり、嫁との関係がギクシャクし始めた。大声での喧嘩、時には叩かれることもあったと本人より。本人も嫁も在宅か施設かで気持ちが揺れ動くようになった。訪問看護は、本人が自己決定できるように寄り添い支援した。
- ・X年9月：幻聴幻覚で問題言動が増え、嫁が在宅は無理と医師に相談し、10月にB診療所へ入院となった。

【考察】

本ケースは息子が急死するという想定外のことが起こり、本人も嫁も、そして私たち支援者も右往左往してしまった。認知が進行し幻聴や幻覚が出現してしまい、本人の在宅か施設かの自己決定に導けないまま入院となってしまった。息子が生きている頃に、息子と本人に今後について働きかけを行う必要があったと考える。

【おわりに】

高齢者福祉の自己決定の原則は、いかに心身が弱ったとしても自分のことは自分で決めるべきという考えである。この自己決定の原則が成立するためには、①本人が意思表示できること②選べるだけの選択肢があること③周囲が本人の意思を尊重することが求められる。しかし、本人の意思表示が出来なかったりすると、家族の意向で合意ができてしまう。今後在宅支援では、本人の納得のいく自己決定が行えるよう声にならない本人の思いにも配慮しながら援助を行っていく

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	誰にも迷惑をかけず、自宅でひなたぼっこしながら死にたい～独居・癌ターミナルの看取りを通し、見えてきた訪問看護の役割～

県 連 名 岡山

院所・施設名 水島虹の訪問看護ステーション

発表者 桐野 光恵 職種 看護師

共同研究者 森田 悦子、高橋 比佐代、塚本 由佳

【目的】

今回受け持ったA氏は長年独居生活、他者との交流に消極的で近所付き合いや友人はない。「誰にも迷惑をかけたくない」思いが強く、自分の病状を知りながら、最期まで家族による支援も希望されなかった。癌のターミナルで日々状態が変化するA氏に、最も身近に関わった事から見えてきた訪問看護の役割について振り返る。

【倫理的配慮】

今回の事例は、倫理的配慮を行い、本人ご家族からの同意を得ています。

【看護の実際】

A氏 女性 60代 子宮頸がんターミナル期：賃貸住宅に独居、結婚歴なし、市内に何年も会っていない姉妹

利用サービス：訪問診療、訪問看護、有償ヘルパー、ヘルパー、福祉用具、薬剤師

開始期：環境調整、信頼関係の構築

安定期：体調管理、生活状況の確認、精神的支援

悪化期：症状緩和、精神的支援、家族への関わり、定期訪問朝夕2回毎日

死別期：定期訪問時に呼吸停止確認、主治医・家族・ケアマネへ連絡。エンゼルケア グリーフケア、デスカンファレンス

【考察・まとめ】

頼る＝迷惑と感じていたA氏。自宅環境や雑談の中からA氏の生活・人生で大切にしてきた事、背景にある価値観を尊重し関わる事で、信頼関係の構築が出来た。悪化期は訪問時間や回数を状況に応じて変更し対応。一人の時間を安楽に過ごせるための予防的な症状コントロールを行った。カンファレンスを繰り返し多職種連携を強化した。症状緩和ができた事、A氏と家族の橋渡しをする事で精神的支援が得られ、穏やかな在宅看取りへつながった。訪問看護師は、様々な調整をタイムリーに短時間で行い、地域の中で医療と生活をつなぐ大切な役割がある事がわかった。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	終末期がん療養者の「生ききる」を支える妻の意思決定への支援

県 連 名 大阪
院所・施設名 耳原訪問看護ステーション
発 表 者 井上 直美 職種 看護師

【はじめに】
終末期の意思決定場面では、本人より家族への説明とその意向を重視する傾向があり、在宅で看取ることについて鈴木ら¹⁾は「在宅死を可能にする最大の決定要因は家族が在宅死を容認することである」と述べている。今回、条件次第での看取りの決断から在宅看取りの決断に至った事例を経験し、妻の意思決定への支援について示唆を得たので報告する。

【事例紹介】
A氏は60代男性で肝臓がんと診断され、治療中に肺炎を合併したことからBSCとなり、訪問看護が導入となった。初回訪問で妻は「肝性脳症など症状が出現すれば家で看することはできないと思う」と話し、A氏は「家で死にたいと思うけど妻の言う通りでいい」と話した。

【倫理的配慮】
演題の発表に際し個人が特定できないよう配慮を行い、療養者家族の同意を得た。

【経過】
A氏は、症状緩和目的の処置など、在宅療養を継続するために必要な医療を選択した。最期の場について迷いを抱える妻に対し、妻の価値観やQOLを尊重しつつ家族の力量を見定めて、現実の生活とすり合わせた介護方法の提案を行った。また、A氏の身体状況と妻の介護の適応状況を見計らい、夫婦の合意形成につながる機会を持った。そして、自宅で看取することを決断した妻に対し、その決定を支えA氏の希望を妻と共に叶えられるよう预期的なサポート体制をとり、今できることを伝えた。

【結 果】
在宅看取りに迷いを抱えていた妻は、「今まで、主人には助けてもらった。希望通り家で見てあげたいと思う」とこれまでの介護状況ならびにA氏の意思や身体状況から判断して、最終的な看取りの場を自宅に決定した。

【考察・まとめ】
A氏の意思決定とその意思が支えられたことは、自尊心の維持とコントロール感覚を保つという肯定的な影響に加え、人生の締めくくりを自ら決定するという重要な意味を持つと考える。また、医療者がA氏の意思を軸に妻へ働きかけたことは、最期までA氏らしく生きられることへの妻の願いを引き出し、その意義を見出せたのではないかと考える。妻の揺れる思いを尊重し在宅看取りの実現に向けた支援は、最期まで自分らしく「生ききる」というA氏の願いを叶え、さらに最期の生活はA氏の希望に沿ったものであったとする妻の認識を高めることに寄与すると考える。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	コロナ禍での在宅看取り ～在宅看取りを選択した家族を支える～

県 連 名 青森
院所・施設名 健生訪問看護ステーションたまち
発 表 者 大巻 真純 職種 看護師

【研究目的】
家族の気持ちに寄り添いながら意思決定を支援する重要性について理解を深め、今後の支援に活かす

【研究方法】
1. 研究期間：20XX年Y月より1か月
2. 研究対象：A氏 女性 80歳代
主病名：悪性リンパ腫ターミナル
長男夫妻（A氏とは元々別居。妻が主介護者）
夫（施設入所中）長女（県外在住）
上記診断にて入院され、長男夫妻と面談の結果BSC方針となった。病院は新型コロナウイルス感染拡大に伴う面会制限があり、家族と面会するために10日後再入院予定で長男夫妻宅へ一時退院となった。
3. 研究デザイン：事例検討

【倫理的配慮】
個人が特定されない、本研究以外では使用しない事を書面にて説明し、同意を得た。

【看護の実際】
退院後は週2回の訪問看護を開始した。夫妻は介護経験がなく、本人の状態も受容しきれていない状況であった。様々な戸惑いや不安を抱えながらスタートした退院後の生活を支えるため、基本的な介護指導から始め、24時間緊急時の対応も受け付けた。状態変化への不安も大きく、一つ一つ疑問に答え、家族の話を傾聴する時間も設けて対応した。再入院間際に、家族より入院後の面会制限を鑑み再入院を延期したいと希望があった。在宅療養の継続は、看取りも見据えた看護介入となる事から、家族を孤立させないよう主治医やケアマネジャーなど関係機関と情報を随時共有、サポート体制を示し、毎日訪問看護に入った。家族が抱える不安や葛藤、戸惑いに常に一緒に向き合いながら援助を行い続け、退院1か月後に自宅でお看取りした。

【考察】
実際に介護を行う負担や病状変化、在宅看取りへの不安感に一時退院後から耳を傾け一緒にケアに当たってきた。家族が感じている率直な気持ちや疑問点を話せるように時間を設けたことや24時間緊急対応を行っていたこと、医師や訪問看護師、ケアマネジャー等と情報共有しながら、それぞれが都度必要な説明を行ったことが家族皆でのお看取りにつながったと考える。

【結論】
今回は在宅看取りまで支えることとなったが、どのような場面でも意思を表出しやすい環境を整え、それを尊重し、守っていく事が重要であった。関わる全ての職種が正しい情報を共有し、家族を支えていく事で、その家族は自分たちの決めたことに自信を持ってケアに当たることができる。

【おわりに】
看取りに限らず様々な場面で利用者やその家族の意思が求められることがある。どんな小さなことでも本人や家族のニーズを捉え、自宅で過ごす貴重な時間を支えることができる様に今後も関わっていききたい。

演題番号 152249

15 ②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	住み慣れた自宅で最期まで生活したい ～定期巡回サービスでの看取り支援～

県 連 名 茨城

院所・施設名 ケアハウスみと

発表者 古内 清孝 職種 介護福祉士

共同研究者 橋本 美智代、村田 志穂子

【はじめに】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、365日24時間体制で介護と看護の連携型支援が可能。退院後や在宅生活が困難になった場合に施設入所等される方も多い中で、末期がん宣告を受け住み慣れた自宅で最期まで過ごしたいという本人の希望を叶える事が出来たケースを振り返る。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮

【事例紹介】

- ・A氏 90代 男性 要介護3 独居
- ・既往歴： 糖尿病 心筋梗塞 前立腺癌（骨盤転移）H27 右骨盤、腰椎に痛み麻薬処方
- ・サービス：定期巡回サービス・訪問看護（医療）・訪問リハビリ
- ・キーパーソン：近くに住む息子・市外に住む娘さん2人
- ・性格： 家族思い、寂しがりや、優しい

【経過】

- R3. 9月頃 病状悪化に伴い入居（在宅困難と判断）
- R3. 10月退所 本人の強い希望で施設退去
 - ・定期巡回 支援開始…令和3年11月～
 - 一日4回定期訪問（朝・昼・夕・夜）から一日3回の定期訪問に変更。（息子が夜訪問）
 - ・支援の内容
 - 状態確認、排泄、食事配膳、内服、洗濯、ゴミ出し、移動見守り等。（食事準備は家族が交代で支援）

【介護目標】

- ① 本人の希望を尊重し一日の生活リズムを本人中心に考える。
- ② 本人の思いを傾聴する事で、本人の不安軽減、家族の負担を軽減する。
- ③ 本人、家族の思いを知り寄り添う。多職種連携。

【実践】

- ① 体調確認、痛み軽減等を第一に思いを持って本人と向き合い支援できた。一日の日課や本人のやりたい事を確認し情報を次のヘルパーへ繋ぐ。
- ② 気になる発言等があればヘルパー同士で情報共有。体調面で不安があれば訪看や家族へ連絡を取り合う。家族が訪問できない時間帯もヘルパーが複数回訪問する事で安心感を得られ不安解消。
- ③ 月1アセスメント以外にも支援内容の評価、見直し、状況に合ったケア内容を決めた。本人・家族の思いを知り双方に寄添う事で信頼関係を築く事ができた。

【結果】

- ・思いを傾聴し、多職種との連携ノート活用報告を徹底した。
- ・体調、メンタル面の不安な様子が見受けられた時は、不安軽減できるよう声掛け気分転換を図った。
- ・本人、家族間の思いの橋渡し。
- ・担当者会議には往診Drも参加し病状や方針内容を再確認でき安心して支援できた。

【考察・まとめ】

施設退去し、最期は自宅でという思いを叶える為、定期巡回を利用しながら家族含めた多職種連携の大切さ。本人や家族と信頼関係を築く事でより良い支援に繋がる事を改めて感じた。このケースを通じて定期巡回サービスの在り方、必要性を振り返る事ができた。

キーワード：定期巡回型、在宅看取り、本人・家族との関わり、多職種連携を密に

演題番号 152250

15 ②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	不安の強い認知症高齢者の訪問看護を通して学んだこと ～認知症の方への地域支援・協働のあり方を考える～

県 連 名 東京

院所・施設名 訪問看護ステーションてっぽうず

発表者 松原 明子 職種 看護師

【はじめに】

超高齢化社会の現代では、認知症をであっても独居生活が続ける高齢者は多い。今回、独居で認知症の利用者が、在宅から施設入所に至るまでの訪問看護に携わった。ケア内容や支援のゴールは正しかったのか、意思決定に関するアプローチを含めた看護の経過について報告する。

【倫理的配慮】

- ・個人が特定出来ないよう匿名化した。
- ・発表に際し法人介護事業部の許可を得た。

【事例紹介】

Y氏87歳女性。独居。結婚歴なし、姪が隣県在住。自宅での生活継続を希望。病名：高血圧、認知症。介護度：要介護1。訪問介護、訪問看護、福祉用具を利用。

【状態と経過】

介入当初から短期記憶障害顕著、服薬管理困難であった。体調や薬に関して緊急携帯へ頻繁にコールあり。その後、腰椎圧迫骨折受傷、その頃から特に独居の不安感が増大し、電話が増え（多い日は一晩で20回）、当ステーション以外の他の関係機関にもかけていた。電話は本人にとって命綱であり、動作不良や紛失の際にはパニックになり隣人より警察に通報されたり、コンビニに駆け込んで保護されることがあった。

【看護の実践】

・服薬カレンダーを用いた服薬管理。・不安時は電話で傾聴。・サービスの増回。・デイサービスや短期入所利用を提案。施設入所検討開始。・携帯電話当番の労働衛生上、夜間の電話対応に関し、ケアマネジャー、主治医、介護事業部長らと協議し、ご家族の同意も得た上、職員の就寝時はやむを得ずY氏のみ着信拒否設定とし起床時に解除とした（実際に着信拒否設定にした日数は1日）。

【結果】

上記支援内容にて、訪問時や電話の際には安心されていたが、一人で過ごすことの不安解消は困難であった。その後、夜間不安感からせん妄状態になることが増え、姪宅に引き取られた後に、姪宅に近い施設に入所した。

【考察】

BPSDに対する支援のあり方においては、行動症状・心理症状の背後にある要因をアセスメントする、自尊感情を守る関わり、コミュニケーションの工夫、介入のタイミングを見計らう等の方法が重要とされる。今回の「不安」という症状もBPSDであると考え私たちは上記の方法をもって看護を試みた。同時に認知症ケアの地域資源である多くの関係者とも密に連携を図ったが、結果的に施設入所となった。在宅では24時間常に付き沿うというサービスはなく、Y氏のような不安の強い方が既存の制度化で安心して過ごす手段はなかったか、地域医療・福祉を担う者として課題の残る事例であった。出来れば認知症になる前から、ACPも含めたエンド・オブライフ・ケアの視点で対象の思いを聞き出し、また訪問看護師としては地域の方へ啓蒙的な働きかけを行うことが、今後迎える多死社会において非常に重要な役割であると実感した。

【おわりに】

今回、在宅における「不安」へのケアが非常に重要であること、時として意思決定の内容をも左右する要素であると学んだ。今後もこの学びを活かして行きたい。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	「若年世代癌末期患者の関わりから学びを得られたこと」 ～希望を叶える、生活を支える、免除制度の新設～

県 連 名 島根

院所・施設名 訪問看護ステーションチューリップ

発 表 者 中村 さおり 職 種 看護師

共同研究者 田辺 和美、高橋 優子

【目的】

今回若年世代の癌末期患者の訪問看護を行なった。若年成人世代は、結婚や出産、育児など様々なライフイベントが起こる時期であり、癌に罹患することで仕事の継続に支障をきたし、治療過程において出産や育児への影響も少なくないと考ええる。さらに、仕事の継続が難しくなり、金銭面の問題も出てくる。このような要因から、様々な問題点に配慮した関わりが必要となる。この事例でも、医療保険サービスしか利用できず、3割負担の為金銭的な理由から1日1回の訪問と、主介護者の夫は生活の為仕事を休まず育児も行う状況。その中で、夫婦の願いは毎日保清を受け、できる限り自宅で過ごしたいであった。進行していく病状の中、最後まで希望に寄り添い、金銭的な不安を少しでも解消できるように関わりを行った経緯を報告する。

【方法】

2022年3月16日～4月13日までの訪問 A氏39歳女性。夫、就学児、祖母の5人暮らし。同敷地内に夫の両親が住んでいるが介護協力は不可。2021年消化器症状にて総合病院受診、直腸癌他指摘。その後多臓器転移あり夫婦の希望にて化学療法継続。継続治療、疼痛コントロールをしながら自宅療養希望し訪問診療、訪問看護導入となる。他疾患あり 退院後オキシコドン360mg→480mg増量 退院後レスキュー：オキノーム45mg→60→70→80mg

【倫理的配慮】

今回の症例が個人が特定されない事等を説明し同意が得られた為ここに報告する

【結果】

病状的には1日2回の訪問が望ましいが利用料が高額になり、他の医療費もかかる為希望されず。疼痛は10/8～9でオキノーム服用後も10/6～7程度。週単位で疼痛増強、それに伴い麻薬も増量。保清時の突出痛を考慮し、ケア前にオキノーム服用し行った。徐々にADL低下保清が難しい状況になる。それでも本人の希望あり、ベット上で疼痛に考慮し毎日行った。点滴指示が出た際、日中だと2回訪問する事になり料金の問題が発生、夜間で行う事を提案し夫の協力を得て施行。オキノーム70mg服用中、「1回飲むと500円する、あまり飲むなと言われる」と発言あり。限度額適用認定書について説明を事務から行い、障害者年金の提案も行った。夫からは安心したと言われた。法人として交通費の免除制度が新設された。更に病状進行し苦痛増強。本人は入院希望、夫は「入院すれば帰れない、ギリギリまで粘りたい」と言われたが、話し合いで本人の意向を尊重し救急搬送となる。

【考察・まとめ】

スタッフ間で、年齢、病状、家族背景を共有した事で、夫婦の希望を叶えたいと気持ちが増した。本人の苦痛が少なく行えるケア検討を訪問毎に行った事で入院前まで提供できたと考える。金銭面に関しても事務との連携を図り対応した事で夫へ安心感を提供できた。種々の課題がある中「生きていく事、生活していく事」に、訪問看護師として「何をすべきか」を考えさせられる症例であった。この学びを今後も生かしていきたい。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	過ごしたい場所で過ごしたい人と ～家族の不安に寄り添って～

県 連 名 徳島

院所・施設名 西部健生訪問看護ステーション

発 表 者 岡本 恵 職 種 看護師

【はじめに】

2018年11月、終末期の方の療養支援の依頼があった。最後のクリスマスを自宅で過ごす為の退院と聞き支援開始した2年後の11月に最期を迎えられるまでの間、家族の葛藤する気持ちに寄り添い、過ごしたい場所・時間をどう支援するか家族とともに悩んだ事例を報告する。

【倫理的配慮】

発表に際し、個人が特定されないよう十分な倫理的配慮を行い、又、患者様ご家族には事前に了承を得た。

【利用者情報】

76歳 男性
病名：悪性神経膠腫
家族構成：本人・妻の夫婦世帯（長男・長女は別世帯）
主介護者：妻（長男長女は、就労し介護介入は困難）
介護サービス：訪問看護2事業所1日2回朝・夕。訪問入浴2回/週

【訪問経過】

2018年、悪性神経膠腫にて予後3か月と診断され、化学療法・放射線療法受けたが、腫瘍の縮小はみられなかった。S氏に病名の告知は受けていたが、家族の希望により余命については知らされていなかった。入院が長期となりS氏の家で過ごしたい気持ちと、妻のサービスを利用しながら自宅療養させたいという希望により、訪問開始となった。

体調に合わせ無理せずに化学療法を続けたことで腫瘍は増大なく経過したが、認知機能は緩やかに進行した。化学療法で食事が進まない時でも「妻の作る食事が美味しい！本で一緒に食べたら（妻が）おいしそうに食べるんよ」と話された。友人に会いたいとでかけ、福祉車両を購入し2人でドライブに行き、長男が監督する野球の応援に、とごく普通の時間を夫婦で過ごされた。2020年4月下肢静脈血栓・肺塞栓症にて入院。同年7月誤嚥性肺炎を発症し再び入院。予後3週間以内と診断されたが、妻は在宅での看取りを強く希望され退院。

10月になり呼吸状態が悪化し、妻は「お父さんは病院で過ごすほうが苦しくないのではないか？」と不安を訴えた。「S氏ならどうしたいかと思えば」問いかけ一瞬に考え悩んだ。長女から「家の方がお母さんも悔いが残らないのでは？お父さんも家の方が喜ぶはず」と助言され妻の決意は動いていった。昼夜問わず頻回のオンコールに対応し夫婦の気持ちに寄り添い続け、家族に看取られS氏は最期を迎えた。

【考察】

在宅での看取りを希望されていても、病状への変化により家族の思いは揺れ動く。看護師も同様に悩みながら支援しているが四十九日を過ぎて訪問した際、妻から「看護師さんが来てくれたら家での看取りも大丈夫と友人に勧めた」と聞いた。2年に及ぶ療養生活は終末期ではあるが夫婦にとってごく普通に過ごせた時間であったと、妻の言葉で確信できた。

【終わりに】

在宅で終末期を過ごしたい方は年々増え、看取りの件数も増加傾向にある。人生のエンドステージを住み慣れた自宅で過ごしていただけるよう、家族の不安な思いに寄り添い、共に悩み、時には少しだけ背中を押すような支援をこれからも続けていきたい。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名多職種連携で支える終末期看護
～最期を自宅で過ごしたい～

県 連 名 沖縄

院所・施設名 生協ケアセンター

発 表 者 當山 美和 職 種 看護師

共同研究者 大城 利佳、泉水 久枝、山川 まゆみ、
小濱 華恵

【目的】

終末期を住み慣れた自宅で過ごしたいと希望した独居利用者への支援を通し、インフォーマルサービスの支援体制、多職種連携の重要性について振り返る

【方法】

事例の振り返り。本事例をまとめるにあたり、個人が特定できないようプライバシーに配慮し作成した

【結果】

事例紹介 …A氏 80代 男性 要支援1・日常生活動作 自立・判断能力あり・疾患名 成人T細胞白血病リンパ腫（末期）・キーパーソン 息子（県外在住）

経過…退院直後のバイタルサイン安定。ADL自立。退院後7日目、症状悪化にて外来受診できず。本人在宅療養の継続のため担当ケアマネを中心に在宅療養の調整を行い、主治医へ報告、同日訪問診療開始。退院後12日目自力での起居動作困難、徐々にADL低下。訪問看護の回数を増加、時間外には本人や近隣住民からの緊急連絡で訪問対応。より効果的に支援ができるよう会議を開催、見守り体制としてのサービスの介入、地域住民の参加確認 24時間訪問看護での緊急対応、旅立ちの時に關して、葬儀の生前契約・その他身の回りの片づけや支払いに關すること等の項目を確認。近隣住民が、話し相手になり水分補給、環境調整など対応。退院後29日日本人より緊急連絡あり訪問。退院後30日目、本人から「自宅での生活は限界」と訴え、入院調整後救急搬送となり再入院。再入院2日目（退院後32日目）深夜に永眠されたと病院相談員より連絡あり

【考察・まとめ】

国の統計では、60歳以上の最期を迎えたい場所は51.0%が「自宅」と答え、男性59%、女性43%と男性が高い。¹⁾ 2021年9月日本の高齢者人口は3640万人と過去最多、総人口に占める割合は29.1%と過去最高の世界一位。2019年の統計では高齢者世帯の約6割を一人暮らし・高齢夫婦のみ世帯が占めており、今後も増加が推測されている²⁾

今回、本人の思いを尊重し在宅療養の支援体制を整えたことで、独居の利用者が終末期を自宅で過ごす事が出来た。利用者にとって安心できる場所だが、終末期を自宅で過ごすには体調の悪化など心配で不安なことが多い。フォーマルサービスの介入が身体的・精神的な安心につながり自宅での生活が継続できたと考えられる。また、いつも親しくしている近隣住民が気軽に顔を見せ、話し相手になったことで精神的な支えは大きかったと思われる。近隣住民らも何かあればいつでも訪問看護へ連絡できることを理解していたことで、安心して利用者をサポートすることができた。終末期とは、誰もが経験する人生の中で最も価値のある有意義な時間と捉え、大切にしなければならない。³⁾ 利用者・家族の思いをしっかり受け止めることが出来るよう多職種連携を図り、フォーマルサービスの利用やインフォーマルサービスでの支援体制が重要であると考え

【引用・参考文献】

- 1) 内閣府：令和元年版高齢社会白書
- 2) 総務省統計局：統計データ
- 3) 在宅ホスピスのすすめ：木星舎 2007年1月

15 ②エンドオブライフケア・ACP

II. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名せまる最期の時
～家族の会えない苦悩に寄り添って～

県 連 名 北海道

院所・施設名 看護小規模多機能型居宅介護

発 表 者 古田 真 職 種 介護福祉士

【目的】

新型コロナウイルス感染が続く中、終末期の入院患者さんは面会制限があるが故に、最期までの時間を家族らと満足に過ごすことが困難となっている。今回、看取りと告げられた妻の最期を、「病院では満足に見届けられない」と知った夫の切実な要求から支援につなげた事例を振り返り、コロナ禍における、看護小規模多機能型居宅介護事業所（以後看多機）が果たすべき役割と機能を明らかにする一助とする。

【方法】

データ収集として介護記録からA氏の言動や行動、ケア内容、聞き取りした情報を収集した。そのデータを基に看多機職員で協議し分析を行った。

【倫理的配慮】

ご本人、ご家族に研究の趣旨や目的を説明し、個人が特定されないようプライバシー保護に留意する旨を説明し同意を得た。

【結果】

事例紹介 A氏 90代 男性、要介護2 ADLは自立。意思疎通も可能で認知症はなし。体調が悪いことも多く妻の介助も困難になっている。A氏の妻 要介護5。腎機能低下にてB病院入院。余命わずかと宣告される。長男はフェリーの乗務員で家に帰れるのは月に一度程度。経過：R3年、主治医よりA氏へ妻が看取り期であると話される。しかし感染予防のため面会制限があり、A氏は病院では妻の最期を看取れない事を知り、もどかし悔しい気持ちを強く感じた。A氏の「それなら出来れば家に連れて帰りたい、一緒にいたい」という思いから、看取りを支援している介護事業所を探すこととなり紹介に至る。当事業所では、安全に面会ができるよう面会マニュアルを作成し対応した。A氏は面会のため外出の度に義足を装着し、公共交通機関を利用し当事業所に来ていた。ある日、面会時にA氏の疲れた様子が伺えた。そこで同建物内の他事業所を含めてカンファレンスを実施し、A氏自身の体調管理、生活援助が必要な状態であることを考慮し、A氏も当事業所の利用者として通うことを検討し、A氏へ提案すると大変喜ばれた。それからは通いながら妻の所へ行き、「そうか、わかったよ」、「頑張れよ」、「俺より長生きするんだよ」など優しく声をかけ続ける姿があった。当初、妻は食事がほとんど食べられない状態であったが、好物のアイスクリームを食べられるまでに回復し、現在もA氏夫婦は当事業所で穏やかな時間を過ごされている。

【考察・まとめ】

コロナ禍の中、長年寄り添ってきた夫婦が最期の時をともに過ごすことができない苦しみは想像に難くない。余命わずかしか残されておらず、身体がつかいときに出来るだけ家族に来てもらいたい…。今のうちに会って色々話をしておきたい…。等、終末期に直面する様々な辛さは、薬による治療だけでなく家族などとのコミュニケーションにより和らぐことも、看取りケアの重要性であることを実感した。今後も看多機は地域住民の困りごとや願いから出発し、多機能のサービスを組み合わせながら、一人一人のニーズを叶えていくことが役割と機能であると学んだ。

キーワード：コロナ禍、看取り、看護小規模多機能型居宅介護

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	終末期の家族看護について

県 連 名 宮城
院所・施設名 ケアステーションあゆみ
発 表 者 小出 渉 職種 看護師

【目的】
厚労省・看取り報告では‘悪性腫瘍以外の患者の看取りは予後予測が困難なことから十分に対応できない可能性がある’と挙げられていたが、コロナ禍で終末期を自宅で過ごしたいという方は増加傾向の印象がある。本研究では、家族への対応に焦点をあて、ターミナルケアの質を向上させる為の要点を明らかにしたい。

【方法】
対象は、熱中症が契機となり老衰終末期と診断を受けた80歳代男性（以後、利用者）、を自宅で看取りをした家族3人（妻・長女・孫）。看護記録から対応経過、利用者・家族の心理について情報収集し、カンファレンス記録やグリーフケア時の情報も含めて分析を行った。

【倫理的配慮】
遺族に対して、研究の主旨や研究参加の自由・同意撤回の権利があること、個人情報を守りプライバシーを保護すること等を口頭で説明し、書面で同意を得た。

【結果】
利用者は外来通院にて点滴を受けていたが改善せず、延命処置を希望しなかったため訪問診療に切り替えた。医師から家族に「回復せず看取りになる場合がある」と説明し、訪問看護が開始となった際も家族にターミナルリフを渡し説明を行った。家族は‘最期まで自宅’という気持ちは一致していたが、病状の理解や受容は大きな差がある状況だった。その為、関係機関内でカンファレンスを開催し、状態変化や家族への対応方法について情報共有を行った。訪問診療開始から死亡までの期間は44日間で、バイタルや意識レベルが約10日単位で段階的に低下していた。家族は「離れたくない」と連日泣いており、死亡2週間前からは状態変化に関する相談や訪問の依頼が17回と増えていた。訪問時は家族其々の気持ちを傾聴するとともに、利用者の母校の校歌と一緒に歌うなど切り替えながら、ケアを行った。また、必要時は医師に病状説明の介入を依頼した。利用者は家族3人に見守られ息を引き取った。グリーフケア時、家族から「皆さんが来てくれて心強かった、本人が望む最期になった」と言葉を頂いた。

【考察・まとめ】
介入当初の家族は、様々な情報を消化しきれない状態だったと考えるが、グリーフケアの様子から利用者の最期を受容できていたと感じた。対応を振り返ると、緊急訪問などで複数のスタッフが関り、多角的に家族を捉え、傾聴や助言の仕方・医師介入のタイミングについて話し合いを重ねていた。その過程で形作られた‘家族其々の気持ちを中立的な立場で傾聴し、労いの言葉をかけるとともに要点を絞って状態を伝え、助言する’という一貫した対応が家族の安心と受容につながったと考える。予後予測が困難だからこそ、複数で関り、情報共有を密に連携をしていくことが重要になると考える。

15 ②②エンドオブライフケア・ACP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	家族の想いに寄り添う ～在宅看取り経験から考える～

県 連 名 福岡
院所・施設名 訪問看護そよかぜ
発 表 者 柄本 理代 職種 看護師
共同研究者 田上 美佐子、館 宮子、安部 玲梨

【はじめに】
新型コロナウイルスが猛威をふるい、入院したら面会制限により、大切な家族との時間を制限され、会いたくても会えない状態となった。癌末期の余命わずかな時間だからこそ、家族と共に過ごしたいという患者・家族の意志決定を尊重し、家族・支援者共に満足した事例を報告する。

【倫理的配慮】
家族に承諾を得て、個人が特定されないように倫理的配慮を行った。

【事例紹介】
① A氏 女性 脊髄腫瘍 髄膜播種 脳転移 両下肢麻痺 家族：夫・子供2人（中学生と小学生）介護の為県外から来ている実母と一緒に5人で住んでいる
② B氏 男性 右肺癌 胸椎浸潤 脳転移 癌性胸膜炎 家族：離婚し実家に戻ってきたうつ病の長男と2人暮らし。妻は入院中。近所に長女・次男が家族と一緒に住んでいる。

【結果】
①嘔吐が続き食事が入らず、毎日点滴に訪問した。介護に不安を抱えた母親への介護指導と子供たちの精神的フォローを行った。家族全員で看取る事ができた。
②うつ病の息子が主に介護を行う為在宅は困難だと考えられた。うつ病が悪化しないように睡眠時間を確保させ、経過を追うごとに非協力的だった兄弟を巻き込み、仲の悪かった兄弟だったが、一緒に看取りをする事が出来た。

【考察】
それぞれの患者・家族の意思決定を尊重し、在宅だからこそ見えたそれぞれの家族の絆があった。ケアマネジャー、主治医、往診看護師、福祉用具など職種が連携し、本人が希望する出来る限りの支援ができたという実感を得る事ができた。

【終わりに】
患者は病気になっても大切な家族の一人である。病に倒れる前から続けてきた大切な日々の暮らしがある。家族の精神的な負担や変わり果てていく姿に戸惑う不安を全て取り除くことはできないが、その気持ちに寄り添い、やがて訪れる最期の時を後悔しないように援助していく事が重要である。

15 ②エンドオブライフケア・ACP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 「ステーキを食べるゾ。」と帰ってきたA氏の苦痛を除くケア

県 連 名 北海道

院所・施設名 勤医協訪問看護ステーションもなみの里

発 表 者 佐藤 百合子 職種 看護師

共同研究者 横山 真美、西山 裕子、藤野 有希

【倫理的配慮】

対象者及びご家族へ、事前に書面と口頭で説明し同意を得た。

【はじめに】

コロナ禍において、自宅看取りを希望した癌終末期の症例へ実施した多職種連携と緩和ケアについて報告。

【事例紹介】

A氏男性70歳後半、要介護4、妻と長女と三人暮らし、温厚な性格。前立腺癌の診断後、入院治療中に対麻痺出現、肺転移判明し予後半年以内と告知受ける。約1ヶ月の入院後自宅退院する。退院前に急に動けなくなったA氏の具体的な介護が分からないとの妻の不安があり、訪問看護・リハビリを利用となる。サービス担当者会議では、体位交換は2人で行う事等を確認した。家族は、家で過ごす為に痛みをとって欲しいと希望あり。A氏の状態は、上肢・頭部以外の自力体動は困難、下肢浮腫、膀胱留置カテーテルは血尿流出、仙骨部に褥瘡形成。疼痛は、左背部中心にあり、オキシコドンとオキノームの処方。事業者が揃っている中で、A氏へクリスマス・イヴに何を食べるのかと問うと、「さあ、ステーキ食べるぞ!」と、ニヤッと笑いながら返答があった。

【サービス内容】

訪問診療、訪問看護・リハビリ、訪問入浴、定期巡回随時訪問介護

【在宅療養経過】

家族へ下剤と鎮痛剤の使用方法や、床上移動の方法を指導。疼痛評価行い、鎮痛剤増量と服用時間調整し、安定した呼吸状態でリハビリや処置を実施。6日目、膀胱内に血餅停滞を認め、医師の病状説明後、自宅看取りを再確認。9日目、尿路感染併発。医師と情報共有し、翌日、終末期のパンフレットを渡した。11日目～22日目、背部痛増強と、尿閉出現、腹水を疑う腹部膨満感出現、褥瘡範囲拡大。訪問看護増回、オキノーム増量し服用を指導。疼痛緩和時は、納豆巻や刺身等を食し、家族の思い出話を伺えた。23日目～32日目、食事量減少、日中の傾眠時間が増え、医師より余命数日と説明ある。鎮痛剤をフェントステープとオプソ服用へ変更。リハビリ後半には眠っていた為、妻と世間話をし、妻へ口渇の対処方法を指導した。34日目早朝に永眠する。

【考察】

A氏と家族から早期に希望や不安を聴取し、サービス内容はすぐに確定できた。34日間の在宅療養ができ、希望のステーキ等家族と共に食事を楽しめた。生活状況や症状への対処方法、介助方法等を事業所間で共有し、A氏や家族とも連携した結果、鎮痛下でのケアを継続できた。訪問リハビリの、痛くない姿勢維持や介助等を実施・指導が、苦痛緩和となった。癌終末期の緩和ケアを展開するために、早期の多職種連携は欠かせない。

【おわりに】

遺族訪問の際、妻より「入院していたら、もう少し長く生きられたのではって考えることがある。」等の葛藤と、「皆さんに助けて貰ったから、介護することができた。」との達成感を傾聴。我々への信頼は、サービスを提供する良い環境である。

16 ②③災害支援・防災・BCP	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	内視鏡センター大地震災害マニュアルを作成して

県 連 名 宮城
院所・施設名 坂総合病院
発 表 者 邊見 あき子 職種 看護師
共同研究者 寺下 小春、近藤 知、青柳 雅貴、
相澤 暁美

【目的】
近年、震度5以上の地震が多発しており、内視鏡検査中に災害があった場合の対応について、疑問や不安の声が多く聞かれた。既存の災害時チェックリストには、具体的な行動が記されており見直しが必要な状況であり、詳しい状況や対応を知る必要があり災害時の対応についてどの程度理解があるかスタッフの現状を把握し、安全に患者の誘導や対応ができることを目標にチェックリストとマニュアル改訂を行う必要があると考えた。

【方法】
2チームに分担し活動
1) アンケート学習会：大地震の対応に関する学習会開催、地震発生時に関するアンケートをマニュアル作成前後で実施
2) マニュアル作成：初動マニュアル、掲示用フローチャート、アクションカード作成。災害時チェックリストの改訂

【倫理的配慮】
本研究は、匿名化された情報のみを分析して報告するものである

【結果】
アンケート調査により、院内災害対策マニュアル（BCP）があることを知らない、読んだことがないが半数を占め、災害時にどのような行動をとれば良いのか分からないが過半数だった。当院の災害時対応を知るための学習会としてBCPの読み合わせを実施。初動マニュアルは上部・下部・特殊検査に分けて作成。前処置係や中周りなどそれぞれの日々の役割によって対応を分担して記載。ラミネート加工し、全スタッフに保管場所の周知、マニュアルの簡略化、フローチャートを作成し各検査室に掲示。その他アクションカードを入れるポケットを作成し、地震発生時に自分の役割を確認しながら行動できるよう配布。BCP作成にあたり内視鏡室の非常電源の位置の確認や設備について、特殊検査に関しては検査ごとに項目分けをして主に検査を行う医師に検査中に災害が起きた場合の対応を確認した。患者が鎮静下である可能性あるため、安全確保を第一とし検査後の誘導、待機場所、待機者エリアとなるため受け入れまでの部屋準備、緊急内視鏡部屋の設置についてBCPに沿って記載。医療機器が多くあるため待機患者が過ごすスペースと器材を保管するスペースに分け、「機材室」「立ち入り禁止」などの案内札を新たに作成。

【考察・まとめ】
学習会、マニュアル作成後に再度アンケート調査実施。事前アンケートでは「仕事中に災害が起きたときどのように動いたら良いか」知らない56%であったが、マニュアル作成後の回答では理解出来た56%・やや理解できた44%であった。新たにBCPを作成したことで、実際に地震発生時を想定しながら患者の対応や行動についてイメージすることができたと言える。内視鏡検査は侵襲的な検査であるが、そこに災害が重なることでの不安は計り知れずパニックとなることが予想される。騒然とした災害現場で、落ち着いて患者や家族の不安な気持ちに寄り添いながら素早く誘導、安全確保を行うためにも、日頃から災害を意識した行動が必要だと考える。今後は、シミュレーションを行い実践に活かしたい

キーワード：防災

16 ②③災害支援・防災・BCP	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	トリアージナース養成講座のまとめ

県 連 名 宮崎
院所・施設名 宮崎生協病院
発 表 者 三好 里美 職種 看護師
共同研究者 坂口 利佳子

【目的】
南海トラフ地震が発生する可能性が高い宮崎県において、災害対策は必須である。当院では災害対策委員会を立ち上げ、2018年から大規模災害訓練を行っている。しかし、基本的な知識や技術が不十分であり、災害発生時の対応に不安を感じていた。そこで2019年より「トリアージ養成講座」を開始し45名のトリアージナースが誕生した。災害対策の基本やBCPなど、さまざまな学びがあったため報告する。

【方法】
2019年に利根中央病院から医師・看護師2名の講師を招きトリアージ養成講座を開催した。プログラムに沿って災害の総論・考え方からマネジメント、START・PATトリアージなど実践を中心に学びを深めた。秋にはLogistic養成講座を開催、多くの事務職員が参加することができた。2020年からは受講者が中心となり、トリアージナース養成講座を開催、今年度は4期生11名が誕生する。2021年12月にコロナ禍ではあったが、利根中央病院から再度講師を招き、トリアージナース更新講座を開催することができた。

【倫理的配慮】
本演題は、トリアージ講習の結果からの報告であり個人情報を含まない。

【結果】
2019年から始まったトリアージ養成講座は4期生まであわせると56名が受講した。看護師だけではなく、医師・理学療法士・薬剤師・事務など、さまざまな職種が参加することができたことはとても有用だった。2019年からの大規模災害訓練では、CSCAの検証、災害対策本部の役割、病院診療の方針などを確認した。訓練では、組合員や医看学生に協力を依頼し模擬患者として訓練に参加してもらった。また、トリアージナースを各エリアへ配置し、模擬患者を組合員・看護学生・医学生へ依頼しSTART・PATトリアージ、緊急検査や災害対策本部との連携などの再確認を行った。訓練時には利根中央病院から講師にきて頂き、指導やアドバイスをもらうことで翌年の災害訓練の質が格別上がった。指示命令システムの徹底や情報伝達の不完全さなど今後の課題も見出すことができた。
2021年12月には再度講師を招き、トリアージナース更新講座を開催した。2期生と3期生が直接指導を受けるのは初めてということもあり好評だった。しかし、新規受講希望者の減少と看護体制確保が困難となったため来年度以降はトリアージナースのフォローアップ研修へ変更し、質の向上につとめるべく計画している。

【まとめ】
今後、組織全体が正しい知識を持って対応できるように取り組みを強化し、これまで養成されたトリアージナースが継続して役割を果たせるよう知識・技術の向上を図りたい。

16 ②③災害支援・防災・BCP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名回復期リハビリテーション病棟退院患者における
自然災害に対する避難準備の意識調査

県 連 名 長野

院所・施設名 健和会病院

発 表 者 原田 美保子 職種 看護師

共同研究者 唐沢 かおり、玉井 ますみ、瀬川 美和子、
古瀬 紀美子、石崎 ゆかり、牧内 正子

【目的】

2020年7月に避難入院を受け入れた経験から、回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）の退院患者は避難準備ができていないのではと考え、避難準備支援の必要性和その内容の検討目的で調査を行ったので報告する。

【倫理的配慮】

研究の目的・意義を説明し、質問への回答を持って同意を得たとみなすこと、質問紙は無記名とし、得られた内容は本目的以外には使用しないことを書面で説明し同意を得た。

【方法】

2016年6月～2021年10月に回復期病棟を退院した当地区の466名を対象に独自の質問紙を作成。郵送にて配布・回収 回収件数169件 回収率36% Google フォームで集計・単純計算し分析をした。

【回答者属性】

平均年齢76.4歳 男性61%女性39%

【結果】

被災すると思う災害「地震」148名「台風」86名、「大雨大雪」59名「崖・土砂崩れ」43名 避難準備の有無「している」47%「していない」43% 準備をしない理由「自分・自宅は安全だから」33名「何をしてもいかわからない」22名「これから」20名 準備内容「ハザードマップの確認」44名「非常持ち出しの準備」46名「食料・水の準備」48名「マイタイムライン作成」2名「個別避難計画書作成」2名「病院指定の食事形態・トロミ剤の準備」0名・防災用語の認知「よく知らない・知らない」と答えた人「ハザードマップ」19%「警戒レベル」27%「個別避難計画書」71%「マイタイムライン」75%「避難計画要支援者名簿」59%

【考察】

当地区で可能性のある災害は「大雨大雪による崖・土砂崩れ・河川の氾濫」「地震」に分類できる。避難準備していない人も「何をしたらよいかかわからない」「これから準備をする」という人もおり避難準備の意識はあり支援ができると思われる。内服・食事・トロミ等の準備されておらず障害に応じた準備が不十分だと考える。防災用語は、個別避難計画書・マイタイムライン・避難計画要支援者名簿の認知度が低かった。予測できる大雨大雪による崖・土砂崩れ・河川の氾濫は、マイタイムラインが、地震は予測できず避難所に避難しなければならない可能性も、障害に合わせた避難方法・避難所での食事・排泄等の準備が必要で、個別避難計画書が有効である。避難準備をしていない理由で、「自分・自宅は安全だから」とした人がいたが、ハザードマップからのリスク判断は必須である。避難準備にでてくる防災用語を理解して正しく活用することが大切だと考える。

【結論】

今回、「避難準備不十分で支援が必要」という結果になった。しかし障害の種類やレベルに加え災害の種類も異なることから、回復期病棟のみでは対応が難しいことも明らかになった。「避難準備の支援」についてプロジェクトチーム立ち上げを検討していきたい。

16 ②③災害支援・防災・BCP

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名災害時における訪問看護師の役割と支援の検討
～自助を高めるために事前対策を考える～

県 連 名 静岡

院所・施設名 訪問看護ステーションかなみ

発 表 者 奥脇 裕子 職種 看護師

共同研究者 上田 元子、山口 照子

【はじめに】

近年は地震だけでなく、水害の頻度も増え、各地で甚大な被害がでている。国は自助の強化、共助・公助の必要性を示しているが、公助の限界も指摘されている。R元年の台風19号で訪問地域に被害があり、私達は防災対策の必要性を痛感した。今回アンケートを行い、防災に対する意識と災害時の行動、公助の実態を調査し、災害対策と看護師の役割を再認識したのでここに報告する。

【目的】

- ①アンケートから被害状況と行動の実態を知る
- ②公助・共助の実態から必要な支援を考える
- ③自助力向上の為に具体策を検討し、利用者に反映する

【対象】

R3・2/1時点で当ステーション利用者の内、同意を得られた方72名

【方法】

- ①記名によるアンケート実施
- ②公助について役場へ聞き取り
- ③自助を高めるための支援方法を検討。パンフレットを作成し利用者に配布していく。

【倫理的配慮】

対象者に対してプライバシー保護及び秘密厳守について、文書にて説明し了承を得た

【結果】

アンケートは72名中68名より回答を得た。19号で「被害があった」48%「実際に避難をした」のは11%であった。台風を経験して意識変化は「あった」22%「変わらない」が74%。食糧の備蓄は全体で68%、薬の備蓄をしているが56%と回答があった。公助の実態として役場への調査を行うと、「避難所は基本的に1人で生活を送れる人が対象で、寝たきりの人が生活するのは困難」「要支援者は福祉避難所への避難もあるが、まず地域避難所に行ってからトリアージされ、開設が判断される」との回答だった。また、緊急医療情報キットが各市町村で作られているが、普及は進んでいないという現状であった。

【考察】

予測ができる災害の場合、早めの避難を促し命を守る行動が重要である。19号の影響があっても避難しなかった割合が高かったのは、「大丈夫だろう」と判断したことが理由と思われる。また、19号後の意識変化は74%が「何も変わらない」という事実を目の当たりにした。1次災害の危険を回避できても、復旧までの数日間を乗り切ることが出来なければ命の危険は続く。この数日を乗り切る為にも災害時の医療機器の取り扱い方法や備蓄の必要性を伝えていく事が重要と考える。利用者を把握している訪問看護だからこそ、個々にあった防災対策を提案できると考える。日常生活に追われ「もしも」の時の考えは後回しになりがちだが、近年の水害頻度を考えると「もしも」の事が現実になる可能性は高くなっている。今回の研究で各家庭の防災意識の把握や、どこを指導すれば自助力向上につながるかが見えてきた。ケアマネ・近所などの共助を活用し、家族と共に避難体制の確認と働きかけを進めている。

17 ②4 ICT・人工知能(AI)の活用	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	グループホームにおける ICT 導入（電子記録媒体へ）

県 連 名 東京
院所・施設名 グループホームこまくさの家・長房
発 表 者 中村 龍平 職種 介護福祉士

【目的】
2021年度法人事業計画の重要な柱の一つにグループホームでの ICT 化を位置付けた。同時期に介護報酬改定における科学的介護推進体制加算 LIFE の新設も位置づけられ、ICT 化の具体化を模索していた。当事業所では2021年10月より紙媒体での記録方法から電子記録媒体へ切り替え半年が経過しほぼ定着に至り、取り組みの経過や今後の業務の効率化に向け報告する

【方法】
ソフト選定で重要な点はグループホームという施設仕様に特化している事だ。生活の場でありながら、訪問診療・看護等の医療情報の共有が課題になってくる。また70代の職員が複数いる中で操作性も課題だった。そして、紙媒体ならではの良さも忘れてはいけない。何を紙媒体に残し電子化を進めるか等、検討を重ねていった。そして LIFE 加算における「科学的介護」と位置付けられた本当の意味での「科学的」という意味を、介護の専門職として全体共有を位置付けた。導入に際してはグループホームの記録に特化した電子記録媒体（ipad 使用）を試験運用の上で選定し、まず常勤スタッフが中心となり使用開始していった。ソフト上の文言が全ての項目で変更可能である事で紙媒体使用時とほぼ項目一致が可能となり、電子媒体への変更を比較的容易にしたと思われる。また仕様はスマホアプリのような使い心地で入力方法も多岐に渡っているという点が選定の決め手となった。移行期間として 4 週間を設け 1 週間毎に入力内容を増やしていった。同時に導入スケジュールを可視化した表やマニュアルを作り、皆の意見を聞きながら文言の変更を行った。この時点で職員の多くは「これなら何とかできそう」との感想を持った。

【結果】
上記計画に基づき運用を行い 4 週間後には完全移行したが大きなトラブルはなく移行する事ができた。だが当初は記録抜けや誤変換なども散見された為管理上の点検は必要だ。導入から 1 か月の 2022年12月から LIFE 加算を取得開始した。全体的には入力の簡素化もでき、紙媒体の書類の大幅な減少も可能となり記録の集計や年度末の書類整理も簡素化した。入居者の身体観察上必要な記録を写真で記録を残し、職員間は勿論のこと医療との連携でも情報共有に役立っている。私たち自身の介護の質の向上にも繋がってきている。

【まとめ】
電子記録媒体導入に際し、苦手意識により職員から不安の声が聞こえてきた。職員の声に管理者も躊躇する部分もあった。しかしソフトの選定や、工夫により導入することが出来た。それにより業務の簡素化や介護の質の向上、医療連携の向上等が図られた事も確かだ。このようなソフトはユーザーが機能を熟知し、使いこなす事で発揮される点も大きい。まだ使いこなせていない機能もあるので少しずつ増やしていき、更なる業務の効率化を追求すると共に科学的介護の本質的な意味を追求しつつチームが一つになり取り組む事に力を入れていきたい。

17 ②4 ICT・人工知能(AI)の活用	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	看護学校における情報通信技術（ICT）活用の取り組み

県 連 名 福岡
院所・施設名 健和看護学院
発 表 者 山田 由美子 職種 看護師
共同研究者 山本 規美子、上田 泰子、高倉 東子

【はじめに】
医療・介護分野においても情報通信技術（以下 ICT と略す）、モノのインターネット（IOT）の導入がコロナ禍とともに急速に進んでいる。看護学校においても、ICT 化の推進は課題となっており、ICT を活用するための基礎的能力を養うことが求められている。当学院で現在までの ICT 化の取り組みと現状、今後の課題について明らかにする。

【目的】
A 看護学院の ICT 化における現状の把握と今後の課題を明確にする。

【倫理的配慮】
健和会看護研究倫理審査会の承認を得た。調査対象には目的を口頭で説明し承諾を得た。

【経過】
2020年の新型コロナウイルス感染症の流行により、急遽オンライン授業を取り入れた。病院実習で学ぶ時間が減少し、学内実習で映像学習を取り入れた。新型コロナウイルス感染症の収束が見込めないことや学院の改修工事で通信環境が整備したことに伴い、学生の学ぶ環境を守るため、21年度の入学生からタブレット端末と電子教科書を導入し、活用に関するアンケート調査を実施した。現在では、日々の体温測定の確認、授業の動画活用、インターネットによる学習教材の活用を取り入れている。

【タブレット端末及び電子教科書活用のアンケート結果】
対象：専任教員18名、1年生80名 回収率：専任教員100%、学生88%であった。
〈教員〉ICT 活用の有無は、有72% 無：28%で、授業資料の配信、映像学習、授業評価、インターネットによる学習教材を活用していた。教員が活用した印象としては、映像や動画でイメージしやすい、すぐに検索できる、教科書の活用がしやすい、授業評価が簡単にできる、学生自身で節度ももち使用することが必要であるということであった。
〈学生〉希望する資料の配付形態は、電子データと紙の資料の両方を希望する学生が86%であった。その理由として、電子データはカラーでみやすい、手元でみられる、電子データのみであると書き込みがしにくい、ということであった。

【評価】
今回のタブレット端末と電子教科書の導入は混乱下ではあったが、学生の学ぶ環境の質向上につながっていると評価できる。教員の ICT スキルも向上しているが個人差があり、ICT 活用の差がみられている。

【今後の課題】
1. 感染症で出校停止になった場合の学生の学びを保証する臨機応変な対応
2. 教員の ICT スキルアップ
3. 学生の情報リテラシー教育
4. 教員の ICT 活用の共有

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	看護タスクシフト 看護補助者との協働 ～夜勤補助者導入の成果と課題～

県 連 名 長野

院所・施設名 松本協立病院

発 表 者 佐藤 康子 職種 看護師

共同研究者 赤羽 聡美、降旗 仁美

【はじめに】

働き方改革は、令和2年診療報酬改訂の基本的視点と具体的方向性にも取り上げられている。看護においても、看護補助の活用を推進し、看護業務のタスクシフトを進めるため、看護補助者に関する診療報酬点数は改訂毎に引き上げられている。当院では、急性期看護補助体制加算50：1を看護補助者の増員と事務業務を担うクラークを配置することで令和2年6月から25：1へ引き上げた。また、夜勤可能な補助者を増員し、夜間100：1急性期看護補助体制加算・夜勤看護体制加算を所得した。導入により、夜勤看護業務軽減の効果は得られた。しかし、看護補助者の定着確保には課題が多い。夜勤看護補助者導入後の成果と課題について報告する

【補助者増員・導入までの準備】

補助者は主に派遣業者を通じて募集した。夜勤可能な補助者の確保に時間がかかり、当初より2ヵ月遅れて加算所得となった。導入前に、病棟看護に「看護補助者業務フロー」「補助者の業務範囲」についてオリエンを行った。

【補助者配置】

3病棟のうち、重症度、医療・看護必要度B項目が高いA病棟に加配し、夜勤帯も主にA病棟の配置となるよう業務フローを作成した。また、他の2病棟には17時～21時30分までの補助者選番を新たに配置することで、夜間帯の看護業務軽減を図った。

【導入後】

夜勤補助者導入後4ヵ月後の看護師に行ったアンケートでは89%が「夜勤業務が改善した・やや改善した」と回答した。

【夜勤看護補助者の確保】

夜勤看護補助者導入後、8名で夜勤を回すことへの負担感が強く、夜勤可能者を随時応募し採用した。しかし、採用後数日で出勤できなくなった方、業務自立できなかった方、人間関係でトラブルとなり辞めた方など、10名が退職している。採用面接で断りする方も多い。

【看護補助者の教育研修】

出勤初日には、看護部長から「看護補助者入職時研修」として、看護補助者への期待・役割、業務範囲、指示命令系統を説明している。また、医療安全管理者・感染管理看護師からの研修も行っている。日常業務は、配属先で教育・研修している。

【看護補助者の定着の課題】

定着のためには、仕事へのやりがいと部署への帰属意識がカギとなる。しかし、業務内容が煩雑なこともあり、「思っていた仕事と違う」とやりがいを見いだせず辞めてしまう方も多く定着に課題がある。

【今後】

看護補助者定着のためには、「やりがい」を見出すことが必要である。チームの一員として活躍できるよう、協働する看護師の教育も進めていく。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	水を使わない陰部洗浄

県 連 名 千葉

院所・施設名 千葉健生病院

発 表 者 野島 友介 職種 介護福祉士

共同研究者 牧 真弓、助石 洋二

【背景】

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が拡大し、当病棟では標準予防策（スタンダードプリコーション）に基づいた感染対策が取組まれている。感染対策の基本は「飛沫感染」「接触感染」を防ぐことである。汗を除いた体液を感染源として予防する考えであり、排せつ物も感染源に位置付けられる。おむつ交換やトイレ誘導などのケアをする際は、「密接」「密室」の状況が発生しやすく、感染対策を行いながら、適切な排せつケアを提供することが重要となる。

【目的】

①コロナ禍での排せつケアの介護負担軽減 ②水を使わない排せつケアで飛沫を起こりにくくさせる ③病棟にある物品や、排せつケア前後の消毒・環境を見直す ④排せつケアの方法を統一して、患者にとってより豊かな生活につなげる

【方法】

現在、病棟で行っているお湯を使った陰部洗浄から、ウェットワイプ（ウォッシュクリーム）を使用しての陰部洗浄を行い、ケアの準備時間、洗浄時間の短縮をし、業務量の軽減につながったかを検証する。平均11名の患者の陰部洗浄を7日間行い、かかった時間を比較する。

【結果】

陰部洗浄にかかる時間比較。①従来の方法で洗浄ボトルに、洗浄剤入りの微温湯を使用して陰部洗浄後タオルで拭き取る、の順番で行った結果、7日間平均、1時間15分で終了した。②陰部をウェットワイプでなじませて拭き取る、で行った結果7日間平均、35分で終了した。また使用したボトル洗浄の時間も加算されるため、時間差は大きくなる。保清ケアの時間が短縮されたことで、日常生活リハなどの時間を増やすことができた。

【考察】

ウェットワイプを使用することにより短時間で保清できだけでなく、ウェットワイプに含まれた水分の成分により保湿・保護まででき、洗浄後の保湿クリームが必要なくなり物品のシンプル化が進んだ。患者からも、微温湯と石鹸よりも低刺激で皮膚トラブルがあっても苦痛ではないと評価された。また、水を使用しないため、水の飛沫や着衣・シーツへの漏れ、洗浄ボトルを介した感染リスクも低減した。陰部洗浄時間の短縮により患者の身体的、精神的負担軽減にもなった。

【まとめ】

新型コロナウイルス感染症の拡大により、感染に関する意識が高まり、正しいPPEの着脱が習慣づいた。「排せつケア後の物品・トイレ環境の消毒の徹底」「飛沫が起こりにくいように注意した陰部洗浄方法の徹底」「ベッド周辺を汚染させないように意識をする」など、当たりの業務だが、今までの慣習を良しとするのではなく、患者にとってもより良く、職員にとっても簡便な方法を見出す必要がある。今後も職員の負担増になりすぎないように職場環境の改善に取り組みたい。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	PNS 定着をめざした看護主任会議での取り組み

県 連 名 埼玉
院所・施設名 埼玉協同病院
発 表 者 町田 美由紀 職種 看護師
共同研究者 中島 美貴子、高橋 亜希、村上 政彦、
岡田 早也果 小野寺 由美子

【はじめに】
A 病院では、2015年6月に病棟でのパートナーシップ・ナーシング・システム（以下 PNS）導入した。当初は3病棟で導入し、少しずつ他病棟への浸透を図ったが、PNS への移行がスムーズにできた病棟とできなかった病棟があり、看護部全体で定着した状況とはいえなかった。PNS の有益性は理解していても部署によって勤務状況や職場環境において抱える問題は様々であるため、部署のパターンリズムに陥ってしまうという先行している病院での報告もある。そこで今年度は、主任会議の中で看護体制チームを結成し、相互支援しながら看護部全体で PNS 定着に向けて取り組んだ。その経過と今後の課題を報告する。

【2021年度の取り組みの概要と結果】
① PNS の現状把握をするため全主任対象のアンケート実施：18名の主任が回答。8病棟中7病棟が PNS の体制をとっていたが、主任自身が PNS の学習歴がなく、病棟内でのオリエンテーションは実施されていない現状が明らかになった。② PNS の学習会企画：①の現状を共有し、まずは主任会議で PNS の学習を実施、その学習会の資料をもとに主任がチューターとなって部門内学習会を実施した。（PNS 体制をとっていない外来、手術室でもパートナーシップマインドを中心に学習）③他病棟の PNS 研修：他部門の PNS 取り組み状況の実際を見てピア評価し、自部門の PNS 運用に活かす機会とすることを目的に看護体制チームメンバーが他病棟の見学体験をした。

【考察】
自部門の現状把握をし、主任会議で共有したことで共通の問題意識を持ちながら、現状に合わせた具体的対策が立てられた。主任が PNS について再学習し、スタッフに伝達する機会を作ったことで、ペア業務、PNS リーダーの配置、リチャッフルタイムの確実な実施など、PNS の“形”の整備が促進された。特に卒後の経験が浅い職員や中途入職者、異動者にとっては安心して業務に入ることができ、指導者側も相手のアセスメントの過程が把握でき支援しやすいなど有効性が高いと評価できた。また、全員が参加するリチャッフルタイムの定着が図られ、業務の偏りの是正、時間外勤務の削減が部門全体でできるようになった。PNS リーダー業務の経験によって、職責者以外でも病棟全体を見ながら業務の組み立てができるようになったり、他の場面でもリーダーシップを発揮したりなど、統率力、管理調整力の向上が見られた。他病棟の研修はまだ調整が十分にできていないため、今後意識的にすすめていきたい。今回の取り組みは、主任会議で共有した問題意識を持ち進めていったことが看護部全体に波及し、成果につながったと考える。

【今後の課題】
・継続的な PNS 学習ができるツールの作成（学習資料、PNS ガイドブックなど）・パートナーシップマインド醸成を進めるための具体策の検討・PNS 監査の仕組みづくり

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	DV 被害者に対する初期対応の統一を目指して ～フローチャート修正に繋がった取り組み～

県 連 名 青森
院所・施設名 健生病院
発 表 者 松舘 満寿美 職種 看護師

【目的】
A 病院救急外来（以下 ER）では、年間約2000台の救急車を受け入れており、一次救急から二次救急まで多様な患者の対応を行っている。直接来院の患者に対しては看護師が問診を行い、トリアージする方法を導入している。そのような繁忙な状況の中で、稀に DV 被害者が受診する場面が見られる。DV 被害者の初期対応は迅速かつ確実に行う必要があるが、ER では初期対応が統一されていない現状があった。ER 看護師に DV 被害者の対応についてアンケート調査をした結果、フローチャートが有効に活用されていないことが判明した。本研究では、初期対応の統一を目指してフローチャートの修正をすることができたため報告する。

【方法】
研究対象：ER 看護師15名。研究方法：4 項目のアンケート調査を行い、そのうち1項目は自由記載とした。また、過去5年間における ER 受診患者のうち診断名が骨折や打撲の患者の電子カルテを検索し、看護師の対応を調査した。

【倫理的配慮】
看護研究の参加の有無において不利益は生じないこと、個人が特定されないこと、得られた情報は研究目的以外には使用されないこと、終了後は速やかにシュレッダーで破棄することを説明し同意を得た。本研究は看護部の倫理審査で承認を得た。

【結果】
①問診時に DV 被害を疑う所見について、「受傷機転が不明確な打撲や骨折」が8件、「おどおどした様子」が6件。②フローチャートについて、「活用していない」が80%、「存在を知らない」が67%。活用していない理由として、情報が不足していて分かりにくいという意見があった。③看護師の ER での勤務年数は4ヶ月～14年。④DV 被害者の対応件数は0～8件。③と④は比例していなかった。また、過去5年間における診断名が骨折や打撲の患者を無作為に抽出して電子カルテを検索したところ、患者自身が DV 被害を認めている事例が10件、DV の対応に関する記録記載は2件。初期対応が統一されていない現状は、フローチャートが活用されていないこと、スタッフの知識や経験の違いがあることが原因と考え、フローチャートの修正を行いスタッフに周知した。

【考察】
柴田らは「フローチャートに基づいた診療によって、DV 被害者に対して適切で効率の良い診療が可能になる」と述べており、今回の修正したフローチャートを活用することが初期対応の統一に繋がり、繁忙な状況においても適切な対応が可能になると考える。

【結語】
今回アンケート調査および電子カルテ調査により現状を把握し、フローチャートを修正することができた。今後は有効性を評価し、必要に応じて改訂していく必要がある。

【引用文献】
柴田芽久美，稲用和也. DV 被害者の診療における新しい取り組み. 日本視能訓練士協会誌. 2009,p298-303

演題番号 182505

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	遅出業務におけるストレスに関する意識調査

県 連 名 長野

院所・施設名 長野中央病院

発表者 茂野 亜矢子 職種 看護師

【はじめに】

A 病棟は循環器・心臓血管外科の病棟で、緊急の場合を除き平日は毎日心臓カテーテルの検査や治療（以下、心カテとする）・アブレーション治療（以下、ABL とする）が行われており、年間件数は2019年度1977件、2020年度1603件、2021年度（12月まで）1506件である。日勤終了後は遅出業務者一人で担当しており、責任や仕事量が増えることにより精神的にも身体的にも負担は大きい。遅出業務を行う中で何に対してストレスや不安を感じるか把握し今後の業務や教育指導に生かすためアンケート調査を行った。

【研究方法】

研究期間：2022年1月7日～1月15日

研究対象：遅出業務を行っている A 病棟看護師 17名

研究方法：アンケート調査 質問項目は心カテ後に起こりうる合併症と当院でのこれまでの事象も踏まえて独自に作成したものを使用した

分析方法：収集したアンケートを集計し結果を分析する

【倫理的配慮】

対象者に研究データや結果は本研究以外では使用しないこと、データは個人が特定できないようにすること、参加を拒否しても不利益が生じないことを文書で説明し同意を得た。アンケート内容は当院の倫理委員会の承認を得た。

【結果】

回収率は100%であった。A 病棟での遅出業務経験年数は1年～3年7名、4年～5年3名、6年～10年3名、10年以上4名となっていた。遅出業務に対するストレスや不安があるかの問いには「ある」17名「ない」0名であった。全体で多かった質問項目は「カテ部の出血」と「血圧低下」に対して15名、「遅出業務内にカテは終わるのか」と「カテ中のため主治医に指示確認ができない」と「認知症のある患者の対応」に対して13名、「安静が守れるか」12名、遅出業務経験年数別で多かったものは1年～3年では「カテ部の出血」「血圧低下」「意識レベル低下」7名、4年～5年では「血圧低下」「患者や家族の対応が困る」「カテ中のため主治医に指示確認ができない」が3名、5年～10年では「認知症のある患者の対応」「カテ患者以外のナースコール対応」が3名、10年以上では「血圧低下」「遅出業務内にカテは終わるのか」が4名であった。

【考察】

今回のアンケート結果から「カテ部の出血」「血圧低下」「意識レベル低下」に対する不安の根底にはその時どのように対処すればいいかという知識・経験不足が考えられ、今後の教育や指導につなげていきたいと考える。病棟看護師間の連携だけでは解決できないこともあり、主治医をはじめ他職種との連携・業務改善等を行うことで、より安心安全な看護が提供できる職場づくりをしていきたい。

【参考文献】

小山内直子 心臓カテーテル検査・治療前後の患者・家族の不安を和らげるかわり方 呼吸器・循環器達人ナース Vol135 No6 P27

玉田田夜子 せん妄 急変 ABCD+ 呼吸・循環器ケア Vol139 No1 P35-38

演題番号 182506

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	COVID-19患者における非挿管下での腹臥位療法の取り組み

県 連 名 埼玉

院所・施設名 埼玉協同病院

発表者 渡部 美奈 職種 看護師

共同研究者 今村 さつき、上原 千絵

【目的】

A 病棟は2020年8月より新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）の軽症～中等症患者の受け入れを開始した。ウイルス性肺炎を併発し、酸素療法を行う患者が格段に増加した。非挿管下での腹臥位療法の取り組みを振り返り、挿管を回避できた1事例の分析を通し、効果を考察する。

【方法】

対象：2021年2月から10月までに腹臥位療法を実施した患者65名（軽症：7名 中等症：58名）① 腹臥位療法導入方法の検討②挿管を回避できた1事例の分析

【倫理的配慮】

事例発表に対し趣旨を説明、同意を得た。個人が特定されないように表記した。院内倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

酸素療法実施者48名、高流量経鼻カニューレ酸素療法（以下 HFNC）10名、人工呼吸器管理3名。副作用は腰部・頸部・前胸部痛、呼吸困難感、上肢の痺れであった。

①リハビリ科と腹臥位療法指導パンフレットの作成しポジショニング学習、看護師腹臥位体験を経て、患者指導を開始した。1日2回、1回1時間として腹臥位療法タイムを設けた。自己チェック表作成し、患者自身に実施記録を記入してもらった。

②挿管を回避出来た事例

1) 事例紹介 B 氏・50歳代・男性 既往歴：高血圧、糖尿病 BMI：27

外来受診時、酸素飽和度83%で肺炎所見あり。中等症Ⅱ。酸素リザーバー10L/分投与で入院となった。

2) 経過

入院当日、HFNC を開始し、腹臥位療法を同日から導入。食事、排泄時間以外は腹臥位で過ごしており、副作用は、腰部・頸部・前胸部痛・呼吸困難感があった。病日7日目に HFNC 離脱となった。

【考察】

柳澤は腹臥位療法について「急性呼吸窮迫症候群（以下 ARDS）や下肺野障害呈した患者に、腹臥位療法を併用することで、酸素化が改善される」¹⁾と述べている。そのため下肺野障害を生じる COVID-19 に対して腹臥位療法が有効であると言える。B 氏は入院時、重症化リスクが非常に高い状態であった。腹臥位療法を治療のひとつとして受け入れ、本人が酸素飽和度の変化を自身で実感できたことにより長時間腹臥位療法を継続できた。従来であれば挿管が検討される状態であった B 氏は HFNC と腹臥位療法を行った結果、挿管を回避出来たと考える。また副作用を軽減するために、体位保持方法を患者と一緒に考える事が重要である。

【まとめ】

COVID-19 患者に対し、非挿管下で腹臥位療法を行った結果、高確率で挿管を回避することに繋がった。COVID-19 患者は自分にいつ生命の危機が訪れるのか不安を抱え入院生活を送っている。私達看護師は患者の一番近くにいる存在として COVID-19 に罹患してしまったことが苦痛の体験としてだけでなく、患者が病気を乗り越えたことを今後の人生の強みに出来る様に今後も共に闘い、支えて行きたい。

【引用文献】

1) 柳澤八重子：急性呼吸不全患者の腹臥位療法，看護学雑誌，68巻6号，2021年6月

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	集中治療室に入室した患者の苦痛体験

県 連 名 長野
院所・施設名 長野中央病院
発 表 者 高橋 理恵 職種 看護師
共同研究者 清水 恵巳、藤沢 瑞穂

【研究目的】
A 病院 ICU 入室患者が感じた苦痛を明らかにする
A 病院 ICU 看護師と ICU 入室患者間で苦痛の捉え方に相違があるのかを明らかにする

【研究方法】
「患者の苦痛として考えられる事項」について独自の記述式アンケートを作成し、A 病院 ICU 看護師14名へアンケートを配布し回答を得た。
研究期間内に A 病院 ICU に2泊以上し、かつせん妄発症・意識障害のない患者14名へ独自に作成したインタビューガイドを使用した半構造化面談の実施、カテゴリー化した。

【倫理的配慮】
研究対象者に不利益が生じるリスクがあるため、個人が特定されないようにデータの取り扱いに注意する旨をあらかじめ説明し、同意を得た。本研究は A 病院倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】
患者との面談で得られた回答で最も多かった苦痛は「疼痛」、次点が「随伴症状」、さらに「騒音」「今後の不安」「不眠」「体動制限」「幻覚」「呼吸苦」「プライバシー」の順であった。今後の不安の内容は、「症状が治るのか」「元の生活に戻れるのか」「金銭面」と多岐にわたっていた。
看護師と患者が考える苦痛として最も多かったのは共通して「疼痛」であった。次点が看護師では「体動制限」、患者では「随伴症状」「騒音」であり、その次が看護師では「呼吸苦」、患者では「今後の不安」であり相違があった。「幻覚」を苦痛として挙げたのは患者のみであった。

【考察】
ICU 入室患者の苦痛は、生理的欲求が満たされないことから生じるものが多く挙げられていた。看護師の考える苦痛の多くは「身体症状に伴うもの」であるのに対し、患者は「騒音」「プライバシーが守られていないこと」など、環境面でも苦痛を感じていた。そのため、看護師は患者の療養環境にも苦痛の原因があることを念頭に置いてケアを行うことが必要である。「幻覚」は看護師では苦痛に挙げられなかったが、苦痛に感じている患者がいることが明らかになった。患者にとって幻覚は初めての経験である場合が多く、自分自身の状態に混乱していることが苦痛に繋がっていたと考えられる。
ICU 看護師と患者が考える苦痛の多くは共通の項目であったが、看護師が苦痛だと考えていないことも患者にとっては苦痛になっていることが明らかになった。今後の不安の対象は多岐にわたっており、患者が置かれている環境や社会的背景によって異なると考えられる。

【結論】
1 A 病院に入室した患者が感じる苦痛は、人間の生理的欲求が満たされないことから生じるものが多い。
2 患者は、看護師があまり意識していない ICU 特有の環境や幻覚にも苦痛を感じており、看護師は配慮が必要である。
3 苦痛把握のためには患者の社会的背景へも目を向ける必要がある。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	転倒予防対策の充実 自動復旧センサー導入と医療スタッフの心理的ストレス軽減

県 連 名 東京
院所・施設名 ふれあい相互病院
発 表 者 島田 雅樹 職種 看護師
共同研究者 稲垣 愛美

【目的】
回復期リハビリテーション病院は施設別、診療科別の転倒率において、一般病院4.1%に対し、回復期リハビリテーション病院は13.9%と結果が出ている。転倒率が上がる要因は、リハビリテーションの過程で、患者の活動量が拡大していく事が要因として挙げられ、転倒防止への取り組みは重要な課題とされている。当院の転倒率は4.8%である。転倒対策を様々な方法で取り組みを行い、低い転倒率を確保している。転倒予防の取り組みとして、「ものの充実」が挙げられる。具体的にはキャッチベッド、足元センサー、赤外線センサーなどの各センサーの充実に加えて、縦型手すり（ベストポジションバー）、全ベッドにL字柵を導入し、ベッドサイドの補助具も充実させている。また、センサー導入時の支援ツールとして、適切な対象に適切なセンサーが選択できる様、センサーフローチャートも導入している。今年度は自動復旧センサーを新たに導入する事となった。自動復旧センサーを導入した背景は、年間の転倒件数94件のうち「センサースイッチの入れ忘れ」による転倒が10件あることを確認した。この10件の転倒を削減したいと考えた。今回導入となった自動復旧センサーに対して、医療スタッフの意識調査を行い評価を行った為、ここに報告をする。

【方法】
自動復旧センサー4台導入後に、2022年1月度に、当病棟の職員、看護師、介護福祉士33名に対してアンケート調査を行い、職員の意識調査を行った。

【倫理的配慮】
当症例は、院内の承認を得て実施している。尚事例に使用したアンケートについては、プライバシーへ配慮し無記名とした。集計後アンケート用紙は破棄している。

【結果】
センサースイッチの入れ忘れに対してストレスがあるスタッフは70%弱。スイッチ入れ忘れによる負担感を感じるのかという質問については、78.6%にが負担感を感じていると回答している。自動復旧センサーを使用し、そのストレスが軽減したかについては、「とてもそう思う」「そう思う」が合わせて34.4%。「どちらでもない」が46.9%であった。この結果は、当院の設備の事情で自動復旧センサーが安全使用できないベッドが3割程度が存在する事が影響したと考えられる。

【考察・まとめ】
自動復旧センサーの導入により、当院のスタッフのヒューマンエラーに対するストレス軽減を期待した。当センサーを導入後のアンケート結果を踏まえ、一定の効果が見込まれる事が分かった。今後の課題として使用方法を関係者が協力し、問題点も理解した上で、使用を範囲を病棟に広げていく必要がある事が分かった。

【参考文献】
1. 離床センサー使用と看護師のストレス及び看護管理・看護業務に関わる職務満足度との関連. 防医大 (2017)42(2)
2. 一般医療法人日本病院協会 QI プロジェクト：2020年度医療の質の評価・公表等推進事業結果報告

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	コロナ禍における家族援助の在り方について

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会大手町病院

発 表 者 橋本 梨穂 職 種 看護師

【目的】

はじめに、2020年1月から新型コロナウイルス感染症は世界的な大流行を生じさせた。この影響で病院では面会制限の対策をとり、その為、患者と会えない事で治療経過や状態について不安を感じる家族が多いと感じた。患者の一番側にいるのは看護師であり、家族の不安を軽減させるのも大切な役割である。しかし、看護師個人の経験や患者の情報収集力に差があり、家族が必要としている情報を家族に届けられていない現状がある。織田らは「看護師は家族が何を望んでいるか考えながらケアを提供しているが、看護師個人の経験や家族観によってニーズの捉え方が異なっている。その前提として認識の違いがあることを知ることが重要である。」¹⁾と述べている。そのため、現在の家族ケアの問題点・課題を明確にし、患者・家族が少しでも安心した入院生活が過ごせる事を目的にして本研究に取り組んだ。

【方法】

入院中の患者家族が看護師に求める情報として優先度の高いもの、実際に自分が行えている看護ケア、家族対応で困った事について29名の看護師にアンケート調査を行った。一般的に家族は患者の状態を詳しく知ることを最も求めていると考えられている。しかし、アンケートでは、実際に家族へ現在の状況を詳しく説明を行っていると回答していたのは13名であった。残り16名は患者像がつかめず、家族対応の際、他の看護師に代わってもらうことがあるとのことであった。患者像が掴みにくい原因として、看護記録に個性が少ないことが考えられた。特に日常生活動作（以下ADLと略す）が看護記録から読み取りにくいことが判明。家族に状態を聞かれた際に看護記録を参照するため、細かいADLやSデータを記載することで患者像がより明確となり家族へ細かな状態を伝えることができるのではないかと考え、例題を用いて学習会を行った。

【倫理的配慮】

対象者個人が特定されないように配慮することを説明し、健和会看護研究倫理審査会に同意を得た。

【結果】

アンケート調査・学習会実施後に聞き取り調査をおこない、個別性のある看護記録を意識して書くようになったとの声が聞かれた。また、家族対応の際ADLや患者の状況・発言が詳しくわかることで家族に説明しやすくなり、家族も詳しい患者の状態を把握し、安心して居る姿を目にすることができた。

【考察】

本研究では、患者家族が面会でできない状況で、看護師が家族への援助方法や現在の看護の問題点を知ることを目的として行い、個別性少ない看護記録が原因の一つであるという結果が得られた。現在進行系の事象であり疫学的な結果は出ていない為今後も調査を継続して行っていく。

1)

【参考文献】

織田知穂、尾原喜美子：家族看護の研究動向と今後の課題、p25~26, 2010.

キーワード：家族看護

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	手術症例マニュアルの整備

県 連 名 福岡

院所・施設名 千鳥橋病院

発 表 者 高良 和信 職 種 看護師

共同研究者 藤原 可南子

【はじめに】

A手術室では、スタッフ定数8.8名で2016年以降の5年間で平均998件の手術を実施している。また、毎年1~2名の新卒及び中途採用（院内ローテ含む）のスタッフを受け入れプリセプター制度のもと、指導・教育を行っている。各プリセプターは、手術室マニュアルを元に指導・教育を実施しているが、術中ケアに必要な症例マニュアルの中に、手術手順のないマニュアルが存在したため、今回スタッフの指導・教育の標準化を目的に、症例マニュアルの整備を実施したので、その取り組みをここに発表する。

【倫理的配慮】

本研究、発表にあたり医療機関、参加者が特定されないよう倫理的配慮を行った

【目的】

症例マニュアルの整備を行い、スタッフへの指導・教育の充実を図る。

【方法】

現存する手術室業務マニュアルの中の症例マニュアル197件を精査し、手術手順のないマニュアルをピックアップ。スタッフ間で振り分けて、マニュアルの修正及び新規作成を実施。

【結果】

2021年1月、手術手順のない44件の症例マニュアルをピックアップし、職場会議にて討議した結果実施頻度の高い症例から優先的に手術手順の修正及び新規作成する事を決定。2月~3月、データの存在するマニュアル11件の手順をスタッフに振り分けて修正作業を実施。5月~6月、同様に手術手順の無いマニュアル10件を、スタッフに振り分けて新規作成し、修正・作成後のマニュアルはスタッフ間で再度内容を確認し最終決定した。

【考察】

A手術室ではこれまで手術手順のないマニュアルの症例に対して、個々のプリセプター独自のオリエンテーションが行われ、これは、プリセプターの持つ経験値や力量によって差が生じる指導内容になっていたのではないかとと思われる。今回、手術手順のない21件の症例マニュアルの整備を実施する事によって、新卒及び中途採用のスタッフに対する教育・指導の標準化に繋がり、当事者にとってもわかりやすい指導内容と、到達目標の明確化も出来たのではないかとと思われる。また、全ての手術室スタッフが、統一されたマニュアルを元に業務を実施する事によって、手術を受ける患者に対して、標準化されたケアを実施できる事になり、より安心・安全な周術期看護を提供する事に繋がったと思われる。

【終わりに】

手術室看護師の役割は周術期における患者の安全を守り、手術が円滑に遂行出来るように専門的知識と技術を提供する事にある。今回44件中21件の症例マニュアルの修正・新規作成を実施。残りの23件も早急に修正・作成し、さらに、新規医材導入時や手順変更時等、リアルタイムでの修正を図り、教育・指導の充実と、安心安全な周術期看護の提供に繋げていきたい。

【参考文献】

日本手術医学会：手術医療の実践ガイドライン（第3版第6章）2019-03

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	心電図モニターの適切な管理に向けたチェックリストの活用

県 連 名 福岡
院所・施設名 大手町病院
発 表 者 塚本 雄太 職種 看護師
共同研究者 下里 潤子

【目的】
A病棟は脳神経外科・泌尿器科・耳鼻科の急性期病棟であり、心電図モニター装着者は年間を通して常時、約20～28人以上が管理対象となっている。A病棟では月に2回心電図モニターカンファレンスを実施し、患者ごとに継続した心電図モニター管理が必要なのかを協議している。中止と判断した患者は主治医に確認後、心電図モニター管理を終了する流れとなっている。しかし、現状はカンファレンス後も、明らかに心電図モニター管理の必要性が低い患者も継続管理となっていることが頻回に見受けられる。管理台数に比例してアラーム数も増加するため心電図モニター管理体制の構築は、医療安全確保のため重要であると考えた。そのため心電図モニター管理体制の見直しと対応を行う必要があると考えた。以上のことから本研究では、心電図モニター管理のチェックリストを使用し、適切なモニター管理を行う上での問題点や課題を明確化した。

【方法】
心電図モニターカンファレンス時に、心電図モニター中止基準を用いて進行する。カンファレンス後の心電図モニター管理台数を対象に集計を行う。またカンファレンスの際、適切にチェックリストを使用出来ているか確認する。データの分析方法として、モニター管理台数集計時点での、全患者数に対するモニター管理患者の割合を算出する。

【倫理的配慮】
倫理上の配慮としてプライバシーの保護を厳守すること、集めたデータは研究、及び今後の発表以外には用いないこと、研究への参加

【倫理的配慮】
研究対象者へは研究内容および研究結果の公表等について説明をし、対象者の自由意志で諾否が決定され、承諾を得た。

【結果】
心電図モニター管理の目的、適応について病棟内で学習会を実施しその後、作成したチェックリストを使用して電図モニターカンファレンスを行った。心電図モニターカンファレンス前後での台数推移と患者総数に対する心電図モニター使用率の変化 12月第4週：20台から14台へ減少（49％から34％）1月第2週：15台から15台と変動なし（31％から31％）1月第4週：25台から16台へ減少（48％から30％）2月第2週：21台から14台へ減少（43％から29％）患者総数に対する心電図モニター装着者の割合は、本取り組み実践前まで年間通して約40％以上で推移していた。しかし今回のチェックリストを使用したカンファレンスの実践後は平均して約30％前後まで減少する結果となった。

【結論】
心電図モニターの適応基準や使用中止に関する知識や考え方は個人で異なる。そのため、今回明確な中止基準を用いてその点に対する統一化を行ったことが台数の減少につながる要因となった。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	病棟職員の車椅子ベルトに対する意識変化

県 連 名 岐阜
院所・施設名 みどり病院
発 表 者 山下 加奈 職種 看護師
共同研究者 安井 希

【はじめに】
当病棟では患者の転倒リスクを考え、車椅子ベルトを使用している現状がある。安全性を優先し、車椅子ベルトが身体拘束であるという職員の意識が自分も含め低下しているのではと感じた。今回、当病棟職員に車椅子ベルトに対する意識調査を行い、学習会・車椅子ベルト拘束体験を実施することで、意識の変化がみられたため報告する。

【倫理的配慮】
患者のプライバシーに配慮し個人の特定がなされないようにした。

【結果】
学習会・拘束体験前のアンケートでは、患者の動作が不安定な場合や認知症などで危険行動があり転倒リスクが高いと判断した時に車椅子ベルトを装着する傾向が多かった。解除時期については動作が安定し、危険行動がなくなるという判断が主であり、ベルトの解除のタイミングが分からず、評価が難しいという現状が車椅子ベルトの継続に繋がっていた。さらに、ベルトに対するイメージは「転倒を防止するためにやむを得ない」という肯定的なものが多く、業務上の安全性を優先している傾向が見られた。学習会・拘束体験後のアンケートでは、車椅子ベルトは身体拘束であると理解した職員が増加し、車椅子ベルトに対するイメージが「患者の自由を奪っている」など否定的なイメージを持った回答が増加した。解除時期についても「見守りができる」という回答が最多となり、「ベルトをすることで患者への悪影響を感じた時」など患者の精神面を考慮した回答もみられ、動作が不安定で危険認識が低い場合でも見守りができればベルトを短時間でも外そうという意見が増加した。

【考察】
学習会前は身体拘束が安全のためと業務を軸に考えていたが、学習会・体験を通し、患者を軸に考えるよう変化し、「拘束をしないという病棟職員の意識」も増加した。研究期間中に車椅子ベルト使用患者がベルトを解除され、歩行などに付き添うことで精神面が安定し表情も明るくなっていった事例があったことも意識変化に影響したと考えられる。患者にとってプラスの方向に向かったことが職員の成功体験となり、意識変化に繋がった。さらに拘束体験により車椅子ベルトが「身体拘束である」という意識づけが出来た。現場で抱く倫理的葛藤をチームや他職種とで共有し、どういったケア・看護をしたいか、本当に身体拘束が必要かを継続的に検討していくことが今後も必要である。療養上の世話を身体拘束に安易に置き換えず、患者が何を望み、どう過ごすことが一番その人にとって良いことかを考え、病棟全体で実践していくことが大切である。

【おわりに】
当病棟でベルトを使用するのは認知症をもつ患者さんがほとんどである。認知症への理解を深め、その人の価値を認めることが重要である。身体拘束を第一選択としないよう現場で試行錯誤しながら創意工夫し病棟全体で助け合う雰囲気職員皆で作ってきたい。

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名抑制が引き起こす、せん妄症状の減少を目指した
身体拘束最小化の取り組み

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会大手町病院

発 表 者 佐藤 梢 職種 看護師

共同研究者 三住 純子、内田 幸子、明時 洗祐

【はじめに】

2001年の厚生労働省が「身体拘束ゼロ」のガイドラインを提示し、徐々に病院での身体拘束をなくす意識は高まってきた。しかし、急性期病棟では術後せん妄症状の出現により、身体拘束をせざるを得ない場面も少なくない。A病棟は消化器外科病棟であり、術後ドレーン管理を必要とする患者がいる。その為、術後せん妄による不穏行動がみられた際は、抑制カンファレンス後、身体拘束を行なう患者が多かった。しかし、身体拘束は患者の精神的苦痛の増強・不穏症状の出現、身体的にも関節の拘縮や脱臼の危険性をきたす。今回、抑制を解除した結果、精神状態の安定が図れ、睡眠状態も改善した事例を報告する。

【倫理的配慮】

個人情報特定されないように配慮した。又、健和会看護研究倫理審査会に承認を得た。

【患者紹介】

70歳代男性 腹膜炎にて入院

【実践・結果】

入院翌日に緊急手術となりICU入室。ドレーン等が複数挿入され、せん妄症状も認めたと、両上肢の抑制とミトン装着が開始された。抑制中は、昼夜問わず叫ぶ・ミトンを噛む・夜間帯一睡もしない状況が続いたため、非定型抗精神病薬などを使用することが多かった。状態が安定し経口摂取の開始に伴い、日中のみミトンを解除したが、夜間は抑制されていた為、入眠せずに叫ぶ行為は続いた。腸瘻ドレーンがクランプ状態であり訴えに正確性もみられたため、夜間帯の抑制解除が可能はないかと考え解除を試みた。すると不穏行為は消失し、コミュニケーションも図れ、夜間も入眠出来るようになり、抑制中に使用していた薬剤も減量することができた。看護記録上も「脱衣や腹帯の自己除去はあるがドレーンは触っていない」と記載されるようになった。

【評価考察】

上肢の抑制・ミトンを抜去したことで、精神的苦痛、動作制限も軽減し、せん妄症状の軽減に繋がったと考える。通常、危険性が高いからという理由により抑制に及ぶことも多かったが、今回の事例は、「危険＝身体拘束」という考え方を変えていくきっかけの一つとなった。また、現在、抑制カンファレンスは看護師のみで実施している為に意見が一方向になりやすい傾向にある。今後は、他職種も参加することにより、多角的な視点で患者にあった防止策が検討できるのではないかと考える。

【おわりに】

外科病棟では、術後せん妄は密接に関係する症状の一つである。看護師は其中で、常に不必要なドレーンはないか、その抑制が患者にとって安全な看護の提供となっているのかを考える必要がある。また、病棟看護の思考力だけでは限界がある為、今後はリハビリや認知症看護認定看護師など他職種を交えたカンファレンスの開催を行ない、多角的な視点で患者と関わる体制作りを目指していきたい。

【参考文献】

看護管理 医学書院2020年6月10日発行
井部 俊子 看護⑩ 日本看護協会2020年10月20日発行

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

せん妄撲滅！「グリーンプロジェクト」

県 連 名 福岡

院所・施設名 大手町病院

発 表 者 小林 万友 職種 看護師

共同研究者 塚原 未夕、中村 悠香、濱村 洗、
梅崎 望

【はじめに】

Intensive Care Unit（以下ICU）でのせん妄の発症率は約7.6～60.9%とされている。入院中にせん妄を発症すると、死亡率の増加・滞在日数の延長・人工呼吸器装着期間の延長・認知機能の低下をもたらすことが指摘されている。特に過活動型せん妄の発症は不眠や不穏、点滴の事故除去により患者の苦痛に加え、対応が業務の負担となっていた。そこでせん妄の発症を減らしたいと考え、せん妄発症率の調査・せん妄予防を目的とした取り組みを集中して行う「グリーンプロジェクト」を1か月設定した。せん妄発症率を通して、「グリーンプロジェクト」の効果と今後の課題を検討したので報告する。

【倫理的配慮】

研究は健和会看護研究倫理審査会から承認を得ている。

【方法】

2020年の6月より、A病院集中治療室に入室する患者のせん妄発症率の調査を行った。せん妄の発症はConfusion Assessment Method for ICU（以下CAM-ICU）で陽性もしくはICDSC（Intensive Care delirium screening Checklist）で4点以上となった場合とした。また、2020年10月の1か月間を「グリーンプロジェクト」と称し、せん妄予防強化月間を設けた。せん妄ハイリスク患者を可視化し情報共有を行った。方法としてはせん妄ハイリスクの患者のベッドサイドに緑色の葉の目印をつけ、せん妄陽性と判断した場合は赤い葉の目印に掛け替えるようにした。その他にもCAM-ICUの評価内容調査・環境調整を呼びかけるポスターの掲示・せん妄の学習会等を行った。また、看護師だけでなく多職種で介入を行っていくために「グリーンプロジェクト」の実施内容をまとめたパンフレットを配布し、呼びかけを行った。

【結果】

せん妄の発症率は2020年6月6%、7月2.7%、8月5.4%、9月7.3%、10月1.4%、11月5.1%となった。

【考察】

せん妄予防強化月間を設けた1か月においてはせん妄発症率は1.4%と集計を開始して以来、最低値となった。これはせん妄ハイリスク患者やせん妄を発症した患者を可視化できたこと、学習会の実施やCAM-ICUの評価回数の増加による成果だと考える。しかし、「グリーンプロジェクト」終了後にせん妄発症率が再上昇していること、低活動型のせん妄の発症に気付いていない可能性があることが課題として上がった。また、スタッフへのせん妄予防のための呼びかけを継続的にやっていくことが必要と考える。

【結語】

「グリーンプロジェクト」を行うことにより、せん妄の発症率を低下させることができた。A病院集中治療室においても、特別な治療や薬物投与を行わずとも関係スタッフで取り組みばせん妄を予防できることを示せた。

キーワード：せん妄予防

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	下肢チェックの質向上に向けた取り組み ～足趾切断事例を通して～

県 連 名 福岡
院所・施設名 戸畑けんわ病院
発 表 者 渡邊 千明 職種 看護師
共同研究者 行時 亜紀、武田 恵利香

【はじめに】
2016度3月の診療報酬改定により、「下肢末梢動脈疾患指導管理表」が新設されA病院でも同年9月から下肢末梢動脈疾患管理用紙を用いて、透析患者を対象に重症下肢虚血や末梢動脈疾患などの重症化の予防を目的とし所定の用紙にチェックを実施している。その中で足趾切断に至った事例を経験した。事例を振り返り、問題点を抽出し下肢末梢動脈疾患管理用紙の見直しを行った。

【患者紹介】
B氏 80歳代男性・妻と2人暮らし・透析歴13年 喫煙歴：なし 既往歴：2型糖尿病・末期腎不全・高血圧症・下肢閉塞性動脈硬化症

【倫理的配慮】
健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている

【経過】
2020年3月の透析時に右一趾中足骨遠位側に潰瘍を発見したため、透析前に外科を受診し治療を行っていた。同年4月上旬、外科受診の際に右第2趾の爪の剥脱を発見し、軟膏処置とガーゼ保護を行っていた。4月中旬に血圧脈波検査を実施、動脈の詰りの程度は（以下ABIと略す）右：0.74左0.80であり動脈狭窄・閉塞の可能性が示唆された。疼痛に伴い杖歩行から車椅子レベルになり自宅での生活が困難となり、6月上旬爪の剥脱部分が難治性潰瘍となったため入院後足趾切断となった。

【結果】
A病院は病棟看護師が病棟と透析室業務を兼務している。下肢チェック当日の担当看護師が下肢末梢動脈疾患管理用紙を見て前月の状態を確認していたが、創の状態や下肢の乾燥状態などの継続した比較が出来ていなかった。また創部の継続的な評価が出来ていなかった。スキントラブル発生時や爪切り必要時に認定看護師（皮膚・排泄ケア、糖尿病看護）へのコンサルテーション依頼も不十分であるため、継続看護の必要性を再認識し、下肢末梢動脈疾患管理用紙の見直し・変更を行った。

【結論】
厚生労働省は「下肢閉塞性動脈硬化症における下肢の予後は総じて良好であるが、一旦重症虚血肢に陥ると予後は不良であり高率に下肢切断に至る。この重症虚血肢は高齢化、透析患者の増加、糖尿病患者に伴って経年的に増加してきており、臨床における重要性は急速に高まっている。」¹⁾と述べている。当院でも下肢末梢動脈疾患管理用紙を作成・使用していたが、その後の評価が不十分であり、継続的に捉えられていなかった。そのため、翌月の下肢チェック時に必ず観察をするべき項目を記入する次回確認事項と糖尿病看護認定看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師へのコンサルテーション依頼を記入する欄を下肢末梢動脈疾患管理用紙に設け、下肢チェックの担当者が変わっても継続した看護が出来るようにした。また毎月実施している透析カンファレンスの用紙にも次回のカンファレンスでの確認事項を追加し、下肢のチェックを重点的に実施している患者であることなどを把握できるように改善した。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	一般外来でのトリアージ導入後の看護師の意識変化

県 連 名 北海道
院所・施設名 苫小牧病院
発 表 者 鈴木 理紗 職種 看護師
共同研究者 高橋 恵子、川真田 可奈子、佐竹 麻未、
西原 りさ、諏訪 恵美、武藤 千鶴、
吉村 由紀恵

【はじめに】
A病院の一般外来では特に症状が無い慢性期患者と有症状患者が混在している。有症状患者に対する緊急度の判断は、アナムネーゼを聴取した看護師の経験や知識など、個人の力量で行っており、早く対応すべき患者への診察が遅れる事例が度々あった。そこで、対応が遅れる事がないようにしたいと考えトリアージを導入した。JTASに準拠した緊急度判定を記載したトリアージカードとテンプレートを作成した。アナムネーゼを聴取した看護師が緊急度を判断し、トリアージカードを用いて緊急度に応じて診察へ誘導することにした。導入から4カ月経過し評価のため再度アンケート調査を行い、看護師の意識がどのように変化したかを明らかにし、今後のトリアージの示唆を得たいと考え研究に取り組んだ。

【研究方法】
1. 研究期間：2020年10月～2021年1月
2. 研究対象：A病院外来看護師 13名
3. 研究デザイン：記述的研究デザイン 質的研究
4. データ収集方法：独自に作成した記述式アンケート用紙を用いて、データを収集した。
5. データ分析方法：アンケートの記述から、類似性や共通性のあるものに分類し、コード化・カテゴリー分類を行った。
6. 倫理的配慮：アンケート用紙は無記名式とし、記載されたアンケート用紙は研究以外に使用しないことを説明し、同意を得た
7. 用語の定義
・JTAS：普及しているトリアージガイドラインの一つ。緊急度判定支援システム
・トリアージカード：緊急度判定を記載し緊急度に応じて色分けをしたもの
・テンプレート：問診票をもとに電子カルテに入力する項目をまとめたもの

【結果】
属性 A病院外来勤務経験年数2～39年 平均8.3年 95個コード数、33個サブカテゴリー、14個カテゴリーとなった。

【考察】
看護師は診察がスムーズに繋がるようになった、医師と連携が取りやすいという変化を感じていた。導入前にあった医師とうまく連携できるだろうかという、戸惑いは解消されたと解った。トリアージカードを使用する事で、緊急度を共有できる事が連携のしやすさに影響していると考えられた。トリアージを行う事で単に診察までの時間を意識するだけでなく、患者の全身状態をアセスメントし検査・治療内容を想定しながら対応するようになったと変化している。また、診察介助看護師でも患者をみるようになり、二次トリアージを行っている事が伺え、患者の変化に注意を向けていると考えられた

【結論】
1. トリアージ導入後の看護師の意識変化は、医師と連携しやすくなった、予想しながら対応する、アセスメント・観察を意識するであった
2. トリアージ導入後の課題として、基準作成・問診票の見直し・事例の振り返りが必要である
3. トリアージを適正に行う事は患者の予後に影響するため今後もトリアージの継続と質の向上に努めることが重要である

【参考文献】
トリアージナースガイドブック2020 監修日本救急看護学会 へるす出版

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	緩和ケアチームへのコンサルテーションを導入して

県 連 名 福岡

院所・施設名 たたりハビリテーション病院

発表者 三船 瑠美 職種 看護師

共同研究者 松下 恵

【はじめに】

A 病院は緩和ケア病棟を併設した総病床数199床の慢性期病院である。2016年に在宅療養支援病院となり、在宅からの緩和ケア患者の入院が増えている。また、緩和ケアは、診断されたときから開始されることが望ましいとされている。しかし、一般病棟では緩和ケアの知識の普及が不十分であったために戸惑いや治療の継続が困難となる実態があった。そこで2020年4月より緩和ケア認定看護師とがん性疼痛看護認定看護師を含む緩和ケアチームを発足した。活動状況をここに報告する。

【目的】

1. 緩和ケアチームへのコンサルテーション方法についてリンクナースへ説明し、各病棟に普及させる。
2. 緩和ケアの基礎知識や早期導入の必要性を、院内スタッフに普及させる。

【倫理的配慮】

本研究は A 病院の倫理委員会での審査承認を受け実施した。

【結果】

5月より隔月で緩和ケアチーム会議を開催し、各病棟のリンクナースが出席し、学習会の開催や各病棟からの相談協議、マニュアル作成などを行っている。また、A 病院の緩和ケア病棟では、患者さんやご家族の思いに寄り添いながら、「その人らしく」穏やかに過ごせるように、多職種と連携を図りながらケアを行っている。しかし、コンサルテーションは看護師間で年に1件程度とコンサルテーションシステムが十分に普及していない現状がある。そこで病棟間での連携をスムーズに行い、よりよい緩和ケアの提供に繋げることを目標にコンサルテーションの普及に努めた。

【考察】

1. 緩和ケアチームの方針と役割について院内スタッフへ向け継続した伝達とコンサルテーションをしやすいシステムづくりが必要である。
2. リンクナースが問題解決に向けて支援できるよう知識の普及が必要である。
3. 今後も継続してリンクナースが所属病棟の問題を把握し、緩和ケアに関する疑問を解決できる場が必要である。

【まとめ】

1. 院内スタッフへ向け緩和ケアチームへコンサルテーションシステムを今後も継続し伝える。
2. リンクナースに緩和ケアについて学習会を開催し、知識の普及に繋げる。
3. リンクナースを介して緩和ケアについての知識の普及を図ることで、他病棟でもより高度な緩和ケアの提供が可能となる。
4. 緩和ケアチームに多職種の介入が必要である。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	整形外科病棟における SSI 結果を活かした創処置の見直しについて

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会大手町病院

発表者 神野 晴香 職種 看護師

【はじめに】

当院の整形外科病棟では毎日、担当医師と看護師で術後患者の創処置回診を行い、創の状態を被覆材上から確認を行っている。創の観察に置いて、手術部位感染（surgical site infection 以下 SSI）を早期に発見することは重要な観察項目である。しかし、現在使用している被覆材は、目視が出来ず SSI を早期に発見が困難な状態であった。そのため、今回、被覆材の見直しとともに、手術後創管理方法の変更を行い SSI 予防に努めることにした。

【倫理的配慮】

本研究で、得られた情報は研究以外では使用せず、調査結果による個人への不利益が発生しないように配慮した。

【対象】

A 病院 B 病棟2018年1月～12月の整形外科 手術833症例。2019年12月～2月の大腿骨近位部骨折手術患者 B 病棟看護スタッフ32名（師長を除く）

【方法】

2018年1月～12月の整形外科手術833症例手術部位感染件数確認 被覆材の検討及び管理方法の見直し 2019年12月～2月 大腿骨近位部骨折手術患者の手術創管理方法の変更・学習会開催 2019年1月 アンケート実施・集計 2019年3月 2019年12月～2月 大腿骨近位部骨折手術患者の手術創管理方法の変更後の手術部位感染件数と評価

【結果】

①全体の感染症例は2例（0.24%）であり、大腿骨近位部骨折手術では感染症例は認めなかった。②手術創管理コストと処置回数を削減でき、感染率は上昇しなかった。病棟スタッフへ学習会を実施し、創観察方法を統一し異常について主治医へ早期に上申できた。アンケート調査では、被覆材自己除去例や、術後出血で吸収力が足りず創汚染を来した例、医師の訪室機会の減少で患者の安心感・満足度が低下した例などが、課題として挙がった。

【考察】

守重らは「術後4日目に創チェックすることにより創離解と SSI のハイリスク症例を見つけ早期デブリードマンや抗生剤の追加投与などの対策を行うことが可能になる¹⁾」と述べており、術後4日目に創状態の観察、10日目に被覆材除去としたことは妥当であったと考える。アンケートでは、症例の選択や創処置回診以外の日常業務の中で対応していく必要があると考えた。これらより、手術創管理方法の変更により業務改善とコスト削減に繋がったと考える。

【おわりに】

今回の取り組みで医師・看護師の業務改善とコスト削減が図れた。今後は高い水準で創観察を行うために定期的な学習会の開催や、患者・家族との信頼が築けるようなコミュニケーションスキル向上に努めたい。

【引用文献】

- 1) 森重 昌彦. 整形外科手術のドレッシング材はいつまで必要か?～ガーゼ湿潤状況による評価～ 日本赤十字医学会 P19,2011. 連絡先 大手町病院 10階病棟

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	認知機能が低下した患者にピクトグラムを活用した転倒予防 ～回復期リハビリテーション病棟において効果的な活用法を考える～

県 連 名 京都
院所・施設名 京都協立病院
発 表 者 村上 和子 職種 看護師
共同研究者 竹原 友子、森田 仁美

【はじめに】
A 病院回復期リハビリテーション病棟では2020年4～9月の間に141件の転倒があり、主な原因は「排泄」に関連した動作である。患者背景には「危険予測不足」があり、特に認知機能が低下した患者はスタッフを呼ぶように説明したり掲示したりしても効果は薄く、結果転倒に至ってしまう現状がある。そこで、医療機関によっては転倒転落などの事故防止のため、情報共有のツールとしても使用しているピクトグラムに注目した。認知機能が低下した患者であってもピクトグラムで視覚に訴えることで直感的に理解しやすいのではないかと考えた。今回転倒予防のためにピクトグラムの活用方法について検証したので報告する。

【研究目的】
認知機能が低下し危険予測が困難な患者へピクトグラムによる表示を行い、転倒転落予防のために必要な行動を促すことができ、転倒転落予防に効果があるのかを明らかにする。

【研究対象】
A 氏80代 脳梗塞 アルツハイマー型認知症 HDS-R：6点

【倫理的配慮】
家族に対し口頭にて研究内容を説明。個人が特定されないように配慮し、収集したデータ等は研究以外では使用せず、研究終了後は直ちに破棄することを説明し同意を得た。本研究は院内師長会議の承認を得て実施した。

【結果・考察】
実施結果は、文章表示のときもピクトグラムのときも、トイレに行く際にはナースコールは押されず、センサーキャッチのみであった。まだ介助が必要な状況であったが自分でポータブルトイレに行こうとされた。以上のことからナースコール自体の理解ができていないと言える。三枝は「高齢者は日常の行動範囲も狭く、ピクトグラムを見る機会も少ないため当然認識が低いという結果が出た」と述べている。そのうえ作成したピクトグラムはA氏にとって初めて目にするものであり、意味を理解することができなかったのも仕方がないと言える。ピクトグラム自体日常生活の至るところで目にするとはいえ、生活背景や教育的背景によって理解が異なるものであるため、A氏にとってはそのどちらも満たしていないことから、ピクトグラムの理解につながらなかったと考えられる。

【結論】
今回の1事例による研究ではピクトグラムを活用した転倒予防につなげることはできなかったが、ピクトグラムを有効に活用するための示唆は得られた。
① A 氏の入院時期や状況に合わせたナースコール指導を行う必要があり、指導にあたっては先行刺激を工夫し、適切な行動ができたときには強化刺激を与えることが重要。
② ピクトグラムを表示する際は対象物と人の動作の組み合わせだけにして補助的に文字を使用すると伝わりやすい。
③ ピクトグラムを繰り返し提示して説明することでピクトグラムへの理解度を高められる。

【引用文献】
三枝孝司：ピクトグラムの形態表現に関する研究-高齢者対象や造形的要素をより考慮した標準案内用図記号案-、九州産業大学芸術学会研究報告、第38巻、251、2007

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	ICUにおけるせん妄ケアの実践によるせん妄発症率の変化

県 連 名 北海道
院所・施設名 勤医協中央病院
発 表 者 綿谷 佳苗 職種 看護師
共同研究者 成澤 慎吾、森本 俊栄、安藤 真希、小沼 仁美

【目的】
せん妄についての学習やケアリストの導入により、せん妄発症率の低下があるかを明らかにする。

【方法】
2019年10～12月、2020年10～12月にICUへ入室した患者のうち、18歳以上で、入室時にせん妄を発症しておらず、2泊3日以上ICUに滞在した者を対象とする。入室患者に対してケアリスト導入しケア実践を行う

【倫理的配慮】
調査した情報は研究以外には使用せず、個人が特定されないようプライバシー保護に努めた。

【結果】
せん妄発症率は12%上昇した。人工呼吸器装着患者は増加・人工呼吸器の装着日数は2日間延長、RASS値は深い鎮静から浅い鎮静へ移行した。人工呼吸器装着の有無で比較すると、人工呼吸器未装着患者は最大ICDSC値が3点増加、せん妄発症率は20.4%増加した。人工呼吸器装着患者はAPACHEⅡスコアが6点増加・人工呼吸器の装着日数は2日延長しているが、せん妄発症率は8.4%減少・最大ICDSC値は1点減少している。

【考察】
せん妄発症率の増加は、人工呼吸器装着患者の増加、人工呼吸器の装着日数の延長、浅鎮静管理への移行が影響していると予測し、人工呼吸器装着の有無でせん妄発症率を比較した。人工呼吸器未装着患者でせん妄発症率は20.4%と高かった。重症化したせん妄が増え、病態の重症度が高くなり、せん妄発症率が増加した可能性がある。せん妄ケアとしては、安心感を与えるようにしたこと、できるだけ早期に不快や苦痛の緩和を図ったこと、睡眠・サーカディアンリズムを調整したことが挙げられる。また、鎮静剤を使用する前の鎮痛緩和を図ったこと、音楽・テレビ・ラジオの娯楽を積極的に取り入れ、心地よく過ごせるようにしたこと、自分でできることは促し、食事の時は椅子に座ってもらったことなど、不活動の解除と早期離床に努めた。一方、人工呼吸器装着患者では、浅鎮静管理へ移行したにも関わらず、せん妄発症率は減少した。また、介入群でせん妄は減少、最大ICDSC値と退室時のICDSC値も増加はせず、せん妄の重症化を予防できた。せん妄持続日数も延長はなく、遷延化もしなかった。せん妄ケアとしては、文字盤や筆談を使用した積極的なコミュニケーションにより、認知機能へアプローチしたこと、浅鎮静時に現状説明や心配事へ対応し、安心感を与えるようにしたこと、RASS目標値の設定やCPOTの導入により、不快や苦痛の緩和を図ったことなどが挙げられる。特に効果が得られた可能性のあるケアとしては、サーカディアンリズムの調整や、不活動の解除と早期離床に関するものと考えられ、疼痛の評価と緩和を行った上で、鎮静剤の開始や増量をすること、日中は浅鎮静もしくは鎮静剤を中止すること、できるだけ抑制せずに付き添うこと、人工呼吸器装着中から、端坐位や立位保持、整容動作などの早期リハビリテーションを実施したことと考える。

キーワード：せん妄、ICDSC、ICU

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名脳血管疾患患者の障害受容変容過程の理解と看護
介護のあり方について

県 連 名 京都

院所・施設名 京都民医連あすかい病院

発 表 者 村山 彩矢佳 職種 看護師

共同研究者 川端 智子

【目的】

障害受容の過程モデルを活用し、障害受容の意図的なアプローチが患者に影響を与えたかを明らかにする。

【方法】

1. 研究デザイン：事例研究
2. データ収集期間：20XX年1月～3月
3. 対象：回復期リハビリテーション病棟に入院中で、元々日常生活動作（以下 ADL とする）が自立しており、今回脳血管疾患を発症し身体障害があるの患者。
4. 方法：普段のコミュニケーションから、意図的に質問し、観察をもとに、障害受容過程モデルに当てはめて段階を分析する。過程モデルは、多角的に分析する為に3つの危機理論を活用する。カンファレンス（以下 Cf とする）で障害受容のどの過程に当てはまるかを評価。障害受容過程モデルの対応方法を参考にケアの内容を検討する。その後統一したケアを実践し日々の発言を記録に残す。1か月ごとに患者に聞き取りをし、上記同様に分析、Cf、ケアの内容を評価、実践を繰り返す。

【倫理的配慮】

所属院所の倫理委員会の承認を受け、患者家族には研究の趣旨、個人が特定できないようにすること、研究以外で使用しないことを説明し同意を得た。また、個人情報の取り扱い個人情報保護法に準じ、厳守した。

【結果】

- < 事例1 > 障害受容は、患者自身の思考の変容によってのみ受容過程が変遷するのではなく、どのような援助が受けられるか、スタッフの対応が障害受容の変容過程に影響していた。
- < 事例2 > 介助が必要な状態であったが、本人は「何とかできる」と考えており、変容過程に立つことができていなかった。しかし、外泊訓練で自身の障害を現実のものと認識することができた。病識の低さもあり自身の障害を認識しづらい状況にあったのかもしれない。しかし、退院支援と併せた意図的な関りの中で、障害受容の変容過程を経ることができたのではないかと考える。
- < 事例3 > 介入時は ADL が向上している途中にあり、回復の見込みは未知の状態であった。そのため、できない現実を認識しているものの「回復への期待」がみられていた。しかし、面談で車椅子生活になることを認識し、「悲嘆」、「回復への期待」、「承認」とを変遷したと思われる。患者の変化を細かく読み取り分析しながら障害受容の段階を把握し介入することがケアにおいては必要であると考えた。

【結論】

障害受容の過程モデルの活用は患者への障害受容変容過程に影響した。日々意図的に患者と関わりを持ち、考えや思いを知り捉える事が必要である。患者が障害受容のどの段階にあり、今必要なケアが何なのかをアセスメントし、一度きりのケアに留まらず関わり続ける事が重要である。

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

感染隔離病棟一年間の歩み

県 連 名 神奈川

院所・施設名 川崎協同病院

発 表 者 百井 隼也 職種 看護師

共同研究者 櫻井 小夜、門脇 未幸

【はじめに】

2021年3月末に今までの隔離病棟に加え、全室個室・ヘパフィルター付き換気扇完備の隔離病棟を新たに設置。COVID-19患者は自身が罹患したことでの身体的苦痛とともに、COVID-19患者への差別や、周囲に感染させてしまった・迷惑をかけてしまった・重症化したらどうしようという強い不安を抱えていた。また、隔離された環境で家族や友人との面会も出来ず、行動も制限された中で抱えるストレスは計り知れないものだった。大きな不安とストレスを抱える患者に対して看護師として自分たちができることはなにか、入院生活を送るにあたり患者がより良い環境で療養するためにはどうしたいのかを考え、実践した

【倫理的配慮】

患者の個人の特定が行われないよう配慮を行った。

【病棟での試み】

患者の困っていることの聞き取りの結果と挙げられた内容に対する取り組み。

- ①買い物が出来ない⇒需要の高い物品の貸出を開始
- ②食事が楽しめない⇒選択式でおやつを提供
- ③面会ができない⇒Wi-Fiを導入し通信環境を調整
- ④筋力低下の不安⇒ベッドサイドでできる運動を患者に説明
- ⑤ストレスの蓄積⇒数独・短編小説など娯楽の提供
- ⑥入浴が出来ない⇒週に1回は清潔ケアの提供を行うよう調整

【まとめ】

COVID-19感染によって影響を受けるのは呼吸苦や倦怠感などの身体的症状のみではない事がわかった。COVID-19の確立した治療薬がないことや、テレビ・インターネットから得た知識から病状変化への恐怖、COVID-19患者への差別なども不安を大きくする要因となっている。また個室隔離に伴う社会的距離など、活動範囲や行動の制限をされる精神的・社会的苦痛も大きいと考えられる。入院後一か月時点での抑うつおよびPTSDなどの有病率は56%にも及ぶとも言われており、より細やかな看護が必要である。感染制御の観点から隔離措置や治療の必要性を平易に説明し、協力を得られるように患者に説明を行うとともに、隔離期間中も患者のQOL向上と、安心して療養できるような環境作りなど精神的・社会的苦痛に対する介入も必要だと考える。

【今後の課題】

COVID-19は現在も多くの新規感染者を出し続けている。携帯電話などの連絡手段がない、認知症や病状によって自身で外部との連絡を取ることが出来ない患者が多く、心配する家族への対応も今後増えていくことが予測される。COVID-19感染流行のなかで、情報を能動的に収集し患者の生活の質の向上と安全確保を行い、身体的・精神的ともに患者が安心して療養できる様に努めていくとともに、家族への適切な患者の状態の説明や対応も丁寧に行っていくことも必要である。そのためには患者や家族の声に耳を傾け柔軟に対応できる様にスタッフ間で情報の共有や検討を重ねていき、よりよい療養環境が提供できる様に協議していく。

キーワード：COVID-19

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	腹腔内に挿入中のドレーン固定方法の現状把握と手技統一したことによる意識の変化

県 連 名 長野
院所・施設名 長野中央病院
発 表 者 石崎 陽子 職種 看護師
共同研究者 長谷川 純子

【はじめに】
A 病棟では消化器内科・外科病棟であり治療目的でドレーン挿入されている患者が多くいる。取り扱っているドレーンの種類は様々で、留置されている患者に対しては毎日固定位置を確認して包交していた。しかし、2021年度に入り2か月の間にドレーンの自然抜去事例が続いた。再挿入にあたり患者の不安や苦痛が生じ、スタッフも管理や手技に不安を抱き、双方にとって不利益に繋がった。徳永らは「ドレーン留置による身体的苦痛や拘束感などの精神的苦痛が最小限になるように確実な固定方法を検討する必要がある」と述べている。今回の事例を機に効果的な（ずれない、抜けない）ドレーン固定方法と管理が行えるのではないかと感じ研究に取り組んだのでここに報告する。

【研究目的】
A 病棟スタッフのドレーン固定や管理について現状を把握し、有効な固定方法の手技について統一されるように学習会を行い、その後実践されたスタッフの意識と行動の変化を再度アンケートで評価する。

【用語の定義】
ドレナージ：体内に留置した消化液や浸出液などを体外に排泄することによって感染症の原因物質を除去、体腔内を減圧する処置のこと。

【研究期間】
2021年9月～2022年1月

【データ収集方法】
質問紙法
ドレーン：ドレナージに用いられる器具

【対象】
A 病棟看護師33名

【研究の倫理的な側面の問題】
本研究は当院の倫理委員会を通し承認を得た。倫理的配慮については書面で説明し、アンケート用紙は個人が特定されないように無記名で統計処理を行った。

【結果】
学習会開催前のアンケート回収率100%開催後のアンケート回収率81.8%だった。開催前の「ドレーン固定に自信を持って行えている」は29%で「不安がある」は65%であった。開催後は「自信がついた」が93%だった。

【考察】
ドレーンの固定手技のほとんどが口頭での直接伝達や独自の知識に基づいた方法であり、基準を把握していると答えたのは僅か2人だった。基準の保管場所を知っている人は10%であった。パソコン内の既存の基準では手順が文字のみ短文で書かれていたため、看護師のケア実施において基準が実際の看護業務に活用されていない結果になったと考える。そこで視覚化した手順を作成し、それを見ながら口頭での説明と共に全スタッフ対象にドレーン固定を体験してもらった。固定についての根拠や方法がイメージでき、理解できるようになった為、自信につながったことが学習会開催後のアンケートに繋がったと考える。

【結論】
1. ドレーン固定の手技を統一することで個々のスタッフの自信に繋がった。
2. 統一した看護には基準が必要である。
3. 基準の活用には必要性和根拠を理解し、活用するという意識を持つことが大切である。

【今後の課題】
今回取り組んだドレーン固定を他のドレーンやチューブ固定に活用し、自然抜去などのトラブル減少に繋げたい。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	今こそ時間管理の時だ～申し送り短縮にむけて～

県 連 名 島根
院所・施設名 出雲市民病院
発 表 者 松井 一枝 職種 看護師

【はじめに】
当病棟は5年前から地域の包括支援病棟として機能している。大学病院などから在宅退院調整目的で転院されることも多く、最近では重症患者や認知機能低下の患者が多数入院など患者層の変化が生じ、業務多忙で時間に追われ気持ちにゆとりがなく疲弊する毎日が続いている。この現状でも医療・看護・介護の質を担保し退院支援をすすめていくためには何が必要かと考え業務改善を行った。今回その取り組んだ内容についてここに報告する。

【目的】
多忙で時間と気持ちに余裕が持てない要因は何か、看護・介護職員に実態調査を行い、要因解析し業務改善を行う。

【倫理的配慮】
発表に関して所属施設長の承認を得た。個人が特定されないように十分な倫理的配慮を行った。

【方法 期間】
2021年5月～2021年12月 対象：当病棟看護・介護職員全員 方法①アンケートで現状把握 ②要因解析し、問題点を抽出し、職場内で共有し対策検討

【結果・考察】
「多忙で時間と気持ちに余裕が持てない要因」のアンケート結果では、処置・検温にあてる時間が短く焦る。センサー使用の患者が多い、週間業務ができないなどの意見が多くあった。これを人と時間の視点から要因解析し、患者層変化の他、深夜から日勤への申し送り・カンファレンスに1時間要しているなどが明確になった。そこで申し送りやカンファレンスの現状や伝達方法の振り返りを行うと、申し送りの方法やカンファレンスに長い時間要しており、再度職場内で時間短縮ができるか考えた。まず、電カルの看護指示や掲示板の使用で重複を避け変化のある患者のみ報告することにした。日々申し送り・カンファレンスにかかる時間を集計し、毎月データの共有とメリット・デメリットについて検討し、結果、30分の短縮に繋がった。個人差もあり学習が必要と考え医療安全室長よりチームステップスの考え方、手法を学んだ。「カンファレンスは簡単な打ち合わせ。第2の申し送りでない。どこでもできる」などの知識を得て、更なるステップアップ目指し再度学習したことを振り返った。行動目標を「9時までには処置へ出発する」とし、日々の行動目標や業務確認は個々が自己発信することにした。メンタルモデルを共有したことで時間の超過はなくなった。早く患者の元に行け、焦らずゆとりをもってケアできる、多職種との情報共が増えたなどの意見があった。また職員個々にこの取り組みのポイントについてクイズ方式で確認したところ100%理解していることもわかった。結果、退院支援のための多職種ミーティングの参加率の向上、患者ケアへ時間も増えることになった。

【終わりに】
今回の活動は長年の申し送りの習慣に問題意識を持ち、学習することで効果的な時間管理ができるようになった。退院支援をすすめる要の病棟として、患者の思いを傾聴し多職種と連携し取り組めるようになった。今後も時間を有効活用し患者ケアの質が向上できるように引き続き取り組んでいきたい。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	看護師・リハビリテーション技師と患者 ADL の情報共有の在り方について

県 連 名 福岡

院所・施設名 健和会大手町病院

発 表 者 元村 隆秀 職種 看護師

共同研究者 椋尾 恒一、青木 渉

【目的】

A 病棟の地域包括ケア病棟は、病状が安定した患者に対し在宅や介護施設への復帰支援を行う病棟である。現在、患者の日常生活動作（以降 ADL と略す）を把握する方法として院内で統一された ADL 表を活用しているが、ADL 表の掲示・更新や他職種との連携が不十分であった。今回、ADL 表活用の徹底と新規に作成した ADL カードを活用することで、スタッフ間での情報共有、ADL 援助の統一を図り、より患者に適した働きかけができる業務改善を目指した。

【方法】

（１）研究デザイン：アンケートによる量的アプローチ（２）対象：① B 病棟看護師 27 名 リハビリ 5 名（３）アンケート項目：①看護師 10 項目 ②リハビリ 10 項目

【倫理的配慮】

健和会看護研究倫理審査委員会に承認を得た。

【実施】

院内統一の ADL 表の更新時期として（１）入院・転入カンファレンス時（２）患者の状態変化時（３）転倒時（４）プライマリー評価時がある。リハビリテーション技師の協力が得られるのは（１）～（３）であり役割分担を実施した。また、病室以外にいる患者の ADL を簡単に見分ける方法を検討し、水色（自立）・黄色（見守り～軽介助）・赤（要介助）・水色／黄色（日中自立・夜間見守り～軽介助）の 4 種類のカードを作成した。杖・車椅子・歩行器に取り付けカードには患者名を記載して使用している患者が分かるようにした。

【結果】

ADL 表・ADL カードの更新時期は多くのスタッフが把握できていた。また、各更新時期についても「できている」という結果になった。「患者の ADL 状況の把握や統一したケアの援助になっているか？」の質問に対しても「思う」との回答が大半を占めた。また、リスク評価を実施したかの調査では、ADL 表が必要な患者の 97% は掲示できており、掲示されているが更新されていないものが 23% であった。

【結論】

河合らは、「リハビリテーションは障害者の ADL の自立の拡大・回復・QOL の向上をめざして、さまざまな職種の医療スタッフが連携し、チームアプローチを行う。」¹⁾と述べている。このことから、ADL 援助をしていくためには看護師だけでなく他職種との連携が重要であることがわかる。今回の取り組みを通して他職種と協力で ADL 表の更新へ繋がった。また、ADL 表・ADL カードを活用することで患者の ADL を可視化することができた。このことは、患者の個性に合わせた統一した援助へ繋がった。アンケート結果より、特に ADL カードの導入はスタッフから好評であり、ADL の共有に貢献できた。

【まとめ】

今回、大幅な業務変更は行わず既存のシステムを見直し他職種と協力することが患者の ADL 拡大や退院へつなげることができた。今後もスタッフ間での情報共有を図り、ADL の援助を統一させ、患者へ安全安楽な援助を提供していきたい。

【引用文献】

1) 河合伸也・金山正子：運動器疾患，学研，338-339, 2007.

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	診療所における在宅支援での看護師の役割について

県 連 名 福岡

院所・施設名 大手町診療所

発 表 者 宗 初恵 職種 看護師

共同研究者 一ノ瀬 歩未、花田 貴子

【目的】

A 診療所はこれまで訪問診療を中心とした地域の在宅医療を担う診療所として医療活動を行ってきたが、2022年 3 月に B 法人のセンター病院の新築移転に伴い隣接地に一般外来診療（内科、整形外科、小児科）の機能を加えた A 診療所として新築移転となった。外来診療活動を始めて 2 か月余り、さまざまな患者を通して地域の中で医療介護ネットワークの一翼を担いプライマリケアを提供していく診療所における在宅支援での看護師の役割について考察したので報告する。

【方法】

2022年 3 月 2 日～2022年 4 月 11 日現在の内科外来受診患者（のべ 553 名）のうち在宅支援者と情報共有し連携した事例について検討し、診療所における在宅支援での看護師として今後の取り組みについて考察する。

【事例紹介】

事例 1 独居。要支援 2。入院中に介護サービス導入を検討していたが本人拒否したため退院後診療所で継続検討となる。MSW を通じて地域包括支援センターと情報共有を行った。事例 2 妻が入院中で独居状態。長谷川スケール 11 点でありケアマネと情報共有する。体動困難あり地域包括ケア病棟に入院となったのを機に退院後の生活についてサービス調整することとなった。事例 3 救急受診時に診療所受診を勧められる。独居で身寄りなく複数の病院を受診しており服薬管理が困難なためケアマネに相談し内科については当診療所で管理していくこととなった。事例 4 息子と同居。要支援 2 であるが最近、動作緩慢で認知機能低下もあると相談あり。長谷川スケール 11 点でありケアマネと情報共有し区分変更とデイケア利用について依頼を行った。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮し、健和会看護研究倫理審査会の承認を得ている。

【考察・まとめ】

診療所での外来診療は総合病院と比較して患者やその家族との距離が近くプライマリケアを提供する診療所の看護師は総合的なアセスメント力が求められる。特にその中で顔の見える地域包括ケアシステムのネットワークを構築し必要な情報をつなぎ、高齢者が住み慣れた地域で生活できるように支援する医療・介護連携のリーダーの職種への成長が期待されていると考える。今回、事例を検討する中で①スタッフ全員を対象として在宅支援についての学習会を地域医療福祉職と協働し実施する②高齢者を中心に在宅支援に必要な患者情報シートの作成③情報シートを用いた多職種との情報交換および共有④在宅支援事業所等での事例検討や意見交換会のようなタイムリーに情報交換できる場に参加する、以上について検討・調整を行っていくことが必要であると考えた。診療所の看護師は患者家族の身近な存在であり、医療的な視点、生活の視点をあわせもち、患者家族のニーズを統合的にアセスメントする能力が求められている。地域他職種と情報共有を行いながら連携を強化することで、共通認識を持って患者家族の思いを大切に支援に取り組んでいかなければならない。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	当院でのフットケアの取り組み ～立ち上げから3年目の経過～

県 連 名 東京
院所・施設名 柳原腎クリニック
発 表 者 鈴木 聖子 職種 看護師
共同研究者 二宮 杏澄、石島 みゆき、下村 里美、
小林 富子

【目的】
透析患者は足病変発症リスクが高く、わずかな傷で下肢切断に至り QOL や生命予後の大きな問題となる。当院では下肢切断となる症例が続く、フットケアの重要性をスタッフ、患者共に理解を深める必要があると感じ、フットケア委員会を再度立ち上げ活動を行ってきた。3年目を迎えこれまでの活動を振り返り、スタッフと患者の意識改革に取り組んだ活動の報告をする。

【方法】
以前のフットチェックは、簡易な用紙と介入するスタッフによる観察の差があり、変化を追えていない状況があった。フットケア委員会再発足後はフットチェックシートを変更し、スタッフへ学習会を毎月行いスタッフのスキルアップに努めた。学習会前後でアンケート調査を行い、フットチェックに対する意識や理解度を確認した。同時に患者へもフットチェック時や創傷処置時に自分の足をみる事、爪の手入れの仕方やスキンケアの必要性を繰り返し説明した。フットチェックシートの記述箇所が少なくなるように観察項目をチェックボックス式にし、電子カルテに記載する処置記録のテンプレートを作成するなどスタッフの業務負担軽減にも努めた。

【倫理的配慮】
本発表に当たり、個人が特定されない様に配慮した。

【結果】
患者からは足に関心を示し問いかける姿が見られた。用紙を変更した事によりスタッフも継続して経過を追跡できるようになり、足の状態に変化があると相談しあう場面が多くなった。患者、スタッフ共に意識が変化してきた事で、異常の早期発見に繋がりが、専門病院への受診に繋げる事が出来た。2021度は目標にしていた下肢切断患者ゼロを達成できた。

【考察】
観察項目を明確にして足図に記載することで、観察の視点を統一できる様になった。一覧表型の簡易なシートから個別シートにした事で、経過観察する箇所が明確化し、指導内容が引き継がれ継続した患者指導の実施に繋がった。スタッフも患者の足を観察し話をする機会を持つ事で、互いに足に関心を向けるきっかけとなり、患者も気になる事があると声を掛けやすい環境になっていった事が、異常の早期発見をしやすくなった要因の一つと考える。創傷処置の記録方法もテンプレートを使用する事で統一した記載内容となり、経過も追跡しやすく、記載事項が明確になることで記録への負担軽減にも繋がっているのではないと思う。また、治療の経過を患者と共有し、フットケア、スキンケアへの働きかけを、スタッフ、患者双方に少しずつ繰り返し行って来た事が、意識の変化に繋がったと考えられる。

【まとめ】
フットチェックや保湿でセルフケアする事が、患者が自分の体を大切にすること意識へと繋がりが、しいてはより良い透析療養生活や、その人らしい生活を送れる事に繋がるのではないかと。今後も患者、スタッフ双方が足への関心を持ち、共にスキルアップしていける様働きかけていきたい。

キーワード：フットケア、患者教育、スタッフ教育

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	看看連携の課題と改善策 ～診療所と訪問看護のアンケート結果から考える～

県 連 名 京都
院所・施設名 たんご協立診療所
発 表 者 小西 保子 職種 看護師
共同研究者 松田 敦子、石崎 真紀

【目的】
A 診療所看護師と B 訪問看護ステーション看護師との日常的な連携方法として、訪問診療前後での FAX 用紙を用いた対象者の情報交換、臨時往診時は電話連絡を行うなど、互いがタイムリーに行える方法をとっている。しかし、癌終末期患者様の状態悪化に備えた週末対応不足、情報共有不足など日々認識する場面がある。そこで、診療所・訪問看護師に連携に関するアンケート調査を行い、連携についての課題抽出と改善策を明らかにしたいと考えた。

【方法】
①調査期間：2021年6月7日～6月14日
②対象者：A 診療所看護師5名 B 訪問看護ステーション看護師6名
③データー収集方法：独自でアンケート用紙を作成し配布
回答は5段階評定と記述式で構成、返却をもって回収とした。
④アンケート分析方法：アンケート結果を単純集計
⑤倫理的配慮 書面にて研究目的とアンケート協力の同意を得た。アンケートで得られた情報は研究以外には使用しない。個人が特定されないよう配慮し、研究終了後に破棄する。エリア内法人の管理者で構成する管理委員会の承認を得た。

【結果】
回収10名 回収率91% アンケート内容は、
①密なやり取りがタイムリーにできている
②必要な情報提供ができている。また、欲しい情報を受け取っている
③現在の FAX 用紙はつかいやすい
④用紙に記入する際、特に注意している点は何ですか
⑤各部署において看護師間での情報不足がある
⑥必要な時期に在宅カンファレンスの開催が行えている
⑦週末に向けた対応、リスクに備えた対応が行えている
アンケート問1～問6より、診療所看護師と訪問看護師の双方が必要とする情報の不足。各事業所内での情報共有不足。カンファレンス不足。の3点課題を抽出した。

【結論】
① 診療所、訪問看護師双方が必要とする情報の不足があり、客観的な指標を用いた情報交換できるツールの作成が必要である
② 各事業所内での情報共有不足があり、事業所内での情報共有が行えるようミーティングの定例化が必要である。
③在宅カンファレンスを定期的に開催し、状態悪化に備えた対応を検討する。

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 「口中からの内服落下のインシデントから学んだこと」
～嚥下能力や認知度との関わりを考察して～

県 連 名 京都

院所・施設名 介護医療院 おおみや葵の郷

発表者 吉川 瑞紀 職種 看護師

【はじめに】

当施設は、基本的にはデイルームの決まった食事席で食事をしてもらっている。内服も食事の様子を見ながら、与薬担当者が内服介助マニュアルのもと一人ずつ経口与薬しているが、毎年多くの内服に関するインシデント報告が出る。その内訳の一部として、時間帯に関係なく①セット間違い②誤薬③内服落下などであり、③のインシデントが毎月数件の報告が出ている。当施設の利用者の内服落下の原因を検証し、利用者に合わせた与薬方法を検討したのでここに報告する。

【倫理的配慮】

1. キーパーソン同席の下、口頭、書面で説明し、了解を得る。2. 無記名とし、匿名性を確保。3. 情報の秘密厳守。研究終了後は破棄する。4. エリアの管理委員会で承認を得た。

【結果】

1. 事例紹介 A 氏 年齢：90歳代 性別：女性
A 氏の飲み込みにくい原因として、嚥下五期モデルに照らし合わせると、舌の動きが悪く、口腔期の問題が主であるが、薬の認識が乏しいこと、飲み込みに不安があることなどから一部先行期の要素が入っているようであることがわかった。薬袋から口中に直接入れるのではなく、薬剤をスプーンに乗せて口中に運ぶように手順を変更した。また、内服介助前に「内服する事を伝える」というスタッフの工夫もあり、内服落下が減少した。

【結論】

1. 内服落下の原因は、嚥下五期モデルの問題点と照らし合わせて考える必要があった。2. 利用者ごとの内服落下の原因に合わせて内服介助する必要があり、A 氏の場合スプーンを使っただけの有効であった。3. 嚥下状態に応じた補助製品の使用も有効であり、使用の検討をしていく。4. A 氏に対してスタッフの経験的に工夫していた声掛けは、認知機能障がい重度でも「くすり」であることを認識する力は持っているというエビデンスがあった。

【引用参考文献】

- 1) 藤島一郎：ナースのための摂食・嚥下障害ガイドブック，初版第6刷，中央法規出版株式会社，東京，3，2010
- 2) 野崎園子：薬剤と嚥下障害，日本静脈経腸栄養学会雑誌 31(2)：699-704：2016
- 3) 藤本貴美子他：嚥下障害患者への服薬の工夫，第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会，1巻 Supplement 号：802.2019 高山成子、宮川充子他：認知症 plus 身体疾患，第1版，日本看護協会出版会，東京，29-30，2020

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 着圧ソックスの適正サイズの選択方法の提案

県 連 名 長野

院所・施設名 老人保健施設ふるさと

発表者 土屋 三奈 職種 介護福祉士

【目的】

下肢や足背に浮腫みのある方がおり、医師の指示により着圧ソックスを使用する事がある。ソックスは家族に購入・持参を依頼する事があるが、家族は浮腫の状況を知らなかったり、着圧ソックスになじみがないため、購入する際に困る事がある。また、サイズが合っていない着圧ソックスを履くことで、傷ができてしまったり、きつくて不快になり脱いでしまったりすることがある。

購入しやすくかつ適切な圧力・サイズの提案ができ、不快なく着用が続けられ、かつ効果的な着圧ソックスの提案ができるよう、市販の着圧ソックスを使用して検証した。

【方法・倫理的配慮】

2週間市販の着圧ソックス使用して測定した
使用した着圧ソックス：メディキュット メディカルリンパケア（足首29hPa、ふくらはぎ20hPa）

下肢（①足首・②下腿（一番太いところ）・③足背）の周長を測定する。週1回体重測定。

本研究は、匿名加工情報のみを用いた研究である

【対象利用者】

A 様（70代 男性 脳梗塞・パーキンソン症候群・レビー小体型認知症）

B 様（80代 男性 アルツハイマー型認知症）

【結果】

※結果の一部を記載する。①～③は上記測定部位参照

B 様 開始前 ①23 ②36 ③23.5 (cm)
6日目 ①22.2 ②33 ③24 (cm)

【考察・まとめ】

今回家族へわかりやすく依頼できるようにと、市販で購入しやすいメーカーの着圧ソックスで検証した。足のサイズに合った着圧ソックスを履くことでトラブルが無く、むくみが取れていくだろうと思っていたが、はっきりとした効果は見られなかった。測定部位や測定方法の検討をしたうえで継続した取り組みが必要と考える。A 様は足首に皮膚トラブルを起こしてしまった。着圧ソックスがしわになり局部に圧力がかったためと思われる。このことから、自分で履きなおすことができない高齢者の場合、介助者が気にかけてしわを直すこと、着圧ソックスの履かせ方について学ぶ機会を設ける事で、トラブルを防ぐことができるのではないかと考える。今回は浮腫の強い方を対象に検証した。市販の着圧ソックスには種類がいくつかあり、着圧ソックスのタイプやサイズ、圧力の違いをご家族が購入時に考え選択することは難しい。一方で、選択を間違えると効果が出なかったり血流を悪くしたり、着用拒否に繋がったりしてしまう。また、長時間着用することでメレや皮膚トラブルを起こす可能性も考えられる。今後も検証を続けていき、家族に効果的な着圧ソックスの提案ができ、利用者が不快なく着用が続けられる、適切な着圧ソックスの使用ができるようにしていきたい。

キーワード：着圧ソックス、下肢の浮腫予防

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	看取りにおける看護、介護のかかわりについて ～デスカンファレンスを試みて～

県 連 名 茨城
院所・施設名 特別養護老人ホームかたくりの郷
発 表 者 海野 和子 職種 准看護師
共同研究者 水沼 清、大武 美香、植松 幸、
石川 友美

【はじめに】
近年、介護施設での看取りが増加傾向にある。当施設でも平成29年開設後より、12名の看取りを行い、令和元年1名、令和2年1名、令和3年5名、令和4年5名と看取りが増加している。看取りを経験しているスタッフが少ないことから、看取りについての意識調査を行った。さらに、事例を通してスタッフ間でデスカンファレンスを実施することで、入居者や家族に対する共通認識が持て、個別性のある対応が出来るのではないかと考えた。

【倫理的配慮】
・アンケートを行う際、個人が特定できないように配慮した。
・看取りのアンケート実施。(スタッフ10名) 回収率100%

【看取りについての意識調査内容】
Q1. 施設での看取りは必要だと思いますか？ Q2. 看取りを行って良かったと思いますか？ Q3. 看取りを行って看護師との連携で不安はありましたか？

【看取りのアンケート結果】
Q1. はい8名 いいえ0名 わからない2名 Q2. はい5名
いいえ1名 わからない4名 Q3. はい2名 いいえ7名
未経験のため分からない1名

【看護師、介護士でK様のデスカンファレンスの実施】
(事例紹介) K様 80歳代 元教師 病名：高血圧、アルツハイマー型認知症 H30年10月7日かたくりの郷入所。キーパーソン：長男夫婦でT市在住。
(デスカンファレンス後のアンケート実施) (スタッフ9名)
Q1. デスカンファレンスを行って良かったか？ Q2. デスカンファレンスで気付けたことはありますか？ Q3. 今後もデスカンファレンスをした方が良く思うか？ Q4. 看取りを通して、できたこと、できなかったことは？

【デスカンファレンスアンケート結果】
(できた事)・病院から施設に戻られた時、住み慣れた環境となれたスタッフの顔や声掛けで、穏やかな表情で安心した感じに見受けられた。・K様がイベントに参加して微笑んでいた。・家族が遠方だったが、面会時間以外でも家族と一緒に過ごせる時間が作れた。・最後の夜勤で出来る限り傍に寄り添う事で来た。・最後に体をきれいにしてあげられたのは良かった。・問題点は看護師、介護士間でコミュニケーションを図り協働できた事で、自分たちのグリーフケアにもなった。(できなかった事)・日常の些細な出来事でも記録に残しておくとか家族や他のスタッフへの説明時に役立つと思った。・急変時に家族に連絡するのは誰なのか、はっきりしていないので不安に感じた。

【考察】
今回デスカンファレンスを行いスタッフの看取りに対しての思いや不安を表出する事で、問題点を見出すことができ、自分自身を見つめ直す良い機会となった。スタッフ間で情報の共有ができ、相互理解が深まって連携が取れケアの質の向上にも繋がった。デスカンファレンスアンケート結果からも行って良かった。必要であるという意見が大多数であるため、入居者一人一人が良い最期を迎えられるように、スタッフの連携を図りながら、これからも継続して行きたい。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	なないろの家の協同の取り組み ～最期まで住み慣れたこの地域この場所で生きる～

県 連 名 長野
院所・施設名 生協ケアセンター春近 小規模多機能なないろの家
発 表 者 竹村 真美 職種 介護福祉士

【目的】
なないろの家は2020年から小規模・グループホームの職員が両部署の全利用者を全職員でケアする体制を構築し、その中で7名の方の看取りを行った。2つの事業所が協力することで最後まで住み慣れた地域で過ごす取り組みを報告する。

【方法】
2020～2021年度の看取りに関する実践を中心に、多職種・他事業所とともに振り返り、実践事例としてまとめる。

【倫理的配慮】
実践・まとめ・発表するにあたり、生前のご本人、ご家族様に同意を得た。

【結果】
①A様男性 小規模利用されていたが入退院を繰り返し、徐々に体力低下。最期はなないろで過ごしたいと希望。小規模⇒GHへ登録を移行し最期を看取る。亡くなる2時間前までトイレに行く、好きなコーヒーを飲む等最期まで自然な形で過ごされる。
②B様女性 小規模⇒GHへ入居。徐々に食事量低下。ご家族延命治療まず最期まででないで過ごすことを希望。穏やかに過ごされ1年後、自然な形で看取り。
③C様女性 心不全にて入院後、著しい体力・認知症状の進行あり。家族より延命せずなないろで過ごすことを希望。出棺の際は全利用者で見送り、ご家族もなないろで過ごせてよかったと話される。
④D様女性 病院に入所していたがコロナで家族に会えず、如何にしても住んでいた市へ帰りたくなないろへ入居。入居の際は帰ってきたと涙を流す。ガラス越しの面会ではあるが息子様毎日面会。1か月程して食事を「食べない」と自分で拒否するようになる。最期は息子様が一晚泊り見守る中で息を引き取る。
⑤E様女性 小規模利用時8年間お風呂に入れず、GH入居し、足浴から始め入浴できるよう全職員で取り組んだ結果、毎回入浴できるようになる。心不全で入院後、最期までなないろで過ごしたいと家族希望し、本人もなないろへ帰ると「ただいま」と。家族は窓からの面会を行い、最後は娘様に見守られ息を引き取る。生前自分で最期に着る服を用意(韓国生まれ)しており、韓服へ着替えて自宅へ戻られる。
⑥F様女性 東京の息子様1年半会えず、最後に会いたいという希望あり、居室を転室、感染対策徹底し面会。生前自分で葬儀会社へ依頼していた為最期は東京まで帰る。
⑦G様女性 小規模利用、徐々に体力低下。家族は自宅で看取りを希望。訪問看護と連携して最後は家族がいる際に自宅で息を引き取られる。

【考察・まとめ】
コロナウィルスにより私達の生活は一変し、また利用者と家族の関係も変化した。今までのように面会・外出ができず看取りであっても同じようには対応できないことが増えている。その中で「できない」ではなく家族と本人が望む暮らしを私達介護職・事業所・法人がどのように支えていけるのかを一緒に考えていく必要がある。なないろの家は一体運用となったことで、自宅での生活を極力途切れさせることなく全職員で利用者の「生活・暮らし」を支ることができている。

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 アロマセラピーを用いたケアを行った訪問看護師と患者の関係性について

県連名 熊本

院所・施設名 在宅総合ケアセンター協立

発表者 西岡 かな 職種 看護師

【目的】

訪問看護では、患者の身体的・精神的看護はもちろん、社会・生活面も含めて包括的な視点も必要であり、かつ医療依存度が高い方も増えている。研究者は様々な背景のある方に対して訪問看護時にアロマセラピーを用いたケア（以後アロマケア）を行っている。その結果、症状変化と共に、患者－看護師間の関係性の変化に気づきを得た。今回の研究はアロマケアによって起きた患者－看護師間の関係性に焦点を当て、明らかにすることである。

【方法】

研究期間：20xx 年 4 月～20xx + 6 年 3 月

研究対象：A 訪問看護ステーション利用者のうち、研究期間中に訪問し、アロマケアを行い、本人または家族から同意を得られた慢性疾患をもつ患者もしくは、がん末期の患者 6 名を対象としている。

研究方法：データー収集法は参加観察法である。ナースセラピスト（アロマケアを学んだ訪問看護師）が対象者宅へ訪問し、アロマケア時の発言や反応を記録。分析方法は内容の文節を単位化（コード作り）し、カテゴリーを生成。本研究は内容分析を行った質的研究である。

【倫理的配慮】

参加は自由意志であり、拒否における不利益はないこと、第三者に特定されることがないことを参加者またはご家族に説明し、文章または口頭で同意を得た。本研究は水保協立病院倫理委員会にて許可を得ている。

【結果】

対象者の属性：性別 女性 4 名 男性 2 名。年齢 40代 1 名、60代 1 名、70代 2 名、80代 1 名、90代 1 名 原疾患 がん 4 名、糖尿病・認知症 1 名、COPD 1 名 訪問期間：7 日間 1 名、1 か月 1 名、1 年間 1 名、2 年間 2 名、5 年間 1 名

アロマケア方法：アロママッサージ（精油 1%濃度）を用いて軽擦法で身体の部分マッサージ、または、インヘーラーやテッシュに精油を垂らして吸入や芳香浴を行った。内容分析の結果 6 つのカテゴリーと 16 のサブカテゴリーで構成された。

アロマケアを行うことで身体的苦痛に対してはリラックスした表情、呼吸が落ち着き、喀痰を促す反応が得られ、心理的反応ではアロマケア時に様々な語りの様子や、看護師をハグされたりと言語的・非言語的に喜怒哀楽を表出することができていた。

【考察】

病気というものの前に患者－看護師はお互いを型にはめて見るというステレオタイプな関わりから、どのような状況においても人間として感情の表現をしたいという患者のニーズを引き出し、お互いを認め合うラポートが図れたと考えられる。また、看護師もケアを提供するだけではなく、患者から学ぶべきことがあった事に気づくことができた。

【結論】

- ①アロマケアは患者の感情の表出を言語・非言語的に促すことができる。
- ②アロマケアは患者－看護師の関係性の構築やケアリングに役立つことができていた。

キーワード：看護ケアツールの多様性とケアリング

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演題名 コロナ禍における訪問看護ステーションでの情報共有の試み
—看護用電子カルテ導入の実態調査と今後の課題—

県連名 埼玉

院所・施設名 熊谷生協ケアセンター

発表者 新野 朋子 職種 看護師

共同研究者 佐藤 千絵、吉岡 未散、鈴木 瞳、伊藤 仁美

【はじめに】

コロナ禍における 3 密回避に向けた措置により、スタッフ間のコミュニケーション不足や情報共有の不備が顕著となった。これらの問題を解決するべく、2021 年より導入した訪問看護用電子カルテ（以下電カルとする）を用い、情報共有ツールとして、より充実した利用につなげる取り組みを行ったため報告する。

【目的】

A 訪問看護ステーションでの電カルを用いた情報共有の実態について調査し、情報共有方法を確立する。

【方法】

A 訪問看護ステーション職員 24 名を対象に無記名自記式質問紙調査を実施。

【倫理的配慮】

対象者に口頭と質問紙上で研究の趣旨と方法を説明。また、質問紙は無記名であり、自由意思による参加とし、得られたデータおよび結果は個人が特定されないこと、および質問紙の回答をもって同意が得られたとみなす旨を説明した。

【結果・考察】

コロナ禍において、スタッフ間のコミュニケーション不足や情報共有の不備が顕著であったが、2021 年より導入した電カルは、「事務所に立ち寄らなくても情報が得られる」「利用者情報にアクセスしやすい」という点で有効となっていることが本研究を通して明らかになった。柏木は「自然災害だけでなく、対面での接触を減らす必要がある今回の新型コロナウイルス感染拡大の状況下においても、職員同士はもちろん、利用者・家族の支援にも役立つものとして、時間や場所に縛られない情報共有手段をうまく活用していくことで、より質の高い訪問看護の提供につながるのではないかと考えます。」¹⁾と述べている。電カルを情報共有のみではなく、最大限に利用することで、利用者および家族に有益となるケアの提供が可能となり、利用者満足度を拡大させていく手立てとなると考える。しかし同時に、情報過多となり、情報の整理や確認が不十分となりやすいことが浮き彫りとなった。そこで改善策として、利用者情報のみにとどまらず、スタッフ間のコミュニケーションツールとしても活用できるよう、項目を作成した結果、「情報が見やすくなった」「優先順位をつけて情報を得られる」と情報を受け取る側の利点は拡大した。その反面、情報を発信する側は、どこに情報を入力するか迷うとの意見が多く見られた。このことから、詳細なマニュアルを作成し、項目を明確にした上で、多職種に共通理解を得られるよう、周知していく必要があると考える。

【引用文献】

- 1) 柏木聖代：ICT の進展がもたらす新しい訪問看護の時代，訪問看護と介護，25 卷（7），pp574-575，2020 年

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	在宅における男性介護者の現状と課題

県 連 名 千葉
院所・施設名 ふたわ訪問看護ステーション
発 表 者 高柳 陽子 職種 看護師
共同研究者 春田 衣江、宮川 あや子、城島 美恵子、
高橋 喜美

【目的】
妻を介護する2人の男性介護者との関わりの中で、介護負担の軽減や患者の病状進行を見据えた関りのしにくさを感じ、男性介護者ならではの問題・課題と、今後の関りや方向性を明らかにする。

【方法】
対象者2名の介護状況と問題について考察した。

【倫理的配慮】
個人が特定されないよう配慮した。

【結果】
2事例の介護者の共通事項として①男性である②自宅内に主介護者の協力者や相談者がいない③時間的な余裕がない④訪問看護との良好な関係性が築けていないことが挙げられた。また訪問看護としては、A氏は繰り返す誤嚥性肺炎への対策や、夫の介護疲労による体調不良、B氏は病気の受け入れや今後の意思決定支援など問題を抱えている状況にあるが、本人や男性介護者と話し合いの場を持ちにくく解決策を見出せない状況が続いている。
津止は男性の介護スタイルについて「家族の大黒柱という規範や自負が自縄自爆となって、過剰な家族責任を呼び込みその責任主体となる自己を内面化する、そして弱音を吐(か)けずに、誰にも頼ら(れ)ず、すべてを一人で抱え込み、葛藤を深める」と述べている。さらに隅田は「専門職として支援する場合、＜認識のズレ＞に配慮し、適切な時期に適切な医療情報や療養生活に関する情報を提供し、～省略～寄り添った支援をすることで＜認識が一致する＞可能性が高くなる」と述べている。
A氏とB氏の夫は、一人の妻を介護していく負担を自己の責任感から表出できずに苦しんでいることが推察された。我々訪問看護師に必要なのはまず、男性介護者との関係づくりを進めていき、介護者が一人で抱え込んでいる負担や思いを傾聴しともに考えていく姿勢を理解してもらうことが必要と考える。
また本人や男性介護者と適切な時期に意思確認しながら、現在の生活の評価の実施や、将来の生き方についての意思決定支援につなげていきたい。

【まとめ】
2人の男性介護者には威圧的な態度が見られることがあり、本人・男性介護者の意思確認がしづらく、具体的な話し合いが難しい状況にある。医療者には高いスキルを求めており訪問時の緊張感が高い。男性介護者の気持ちに寄り添うためにも、まずこの関係性を変えていきたいと考えている。
今回、男性介護者の問題や課題を見直したことで支援の方向性の一標を見出すことができた。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	家族の視点から学ぶターミナルケア ～在宅で看取った家族の思い～

県 連 名 静岡
院所・施設名 訪問看護ステーションふしみ
発 表 者 内田 早苗 職種 看護師

【はじめに】
新型コロナウイルスの蔓延により、感染予防として病院や介護施設では、臨死期・終末期にある患者の家族に対しても厳しい面会制限を設けている。当ステーションにおいては、臨死期・終末期にある患者や家族が自宅退院を希望し、退院してくるケースや入院せずに自宅での看取りを選択するケースが急増した。しかし、退院前カンファレンスが実施されず、在宅調整が不十分なまま療養が始まるケースや、療養開始から看取りまでの期間が短期間で終了するケースも多い。このことから、在宅での看取りを選択した家族が、看取りを行った事に対する想いを調査するとともに、看護師のターミナルケアへの評価、満足度を明らかにし、今後のターミナルケアを再考する目的でアンケート調査を実施したので報告する。

【目的】
①在宅で看取った家族にアンケート調査をし、在宅療養から看取り後までの想いを知る。②家族の希望する看護師の役割や、関わりに対する評価を知り、ターミナルケアを再考する。

【方法】
アンケート調査。選択肢回答形式、自由回答形式を併用。単純集計。

【倫理的配慮】
本研究で使用するアンケートは調査目的以外には使用しないことを文書にて説明し承諾を得た。

【結果】
アンケートの回収率は24名中18名で75%だった。ほとんどの家族が不安を抱えての在宅療養であったが、自宅で過ごせて良かったと回答した。又、全ての家族が息を引き取る瞬間に立ち会いたいと回答している。在宅で看取りをする上で、家族が看護師に期待する事は、安心感、介護負担の軽減、医療行為であり、医療者としての看護師が求められている結果だった。看護師の対応では、思いやりや落ち着いた態度で患者だけでなく、家族の体調や精神面に配慮する声かけがとてもうれしかったという意見も多かった。しかし、看護師の経験談に不快感を抱いたという回答もあった。

【結論】
在宅看取りを経験した家族は、様々な不安を抱きながらも、療養期間の長短に関わらず、自宅で看取れた事に満足感が得られていた。しかし、実際に息を引き取る瞬間に立ち会えた家族は、もし、立ち会えなければ苦しんだと思う、と言っているように、その瞬間を見届ける事を家族はとても重要な事としてとらえている。ターミナルケアにおいて私たちは、全ての家族が最期の場に立ち会いたいと願っている事を念頭に入れ、家族の後悔を最小限にできるよう日々のかかわりの中で丁寧に説明していく必要がある。看護師自身の経験談は、信頼関係が構築されている場合では共感を呼ぶが、そうでない場合は逆効果である為、慎重に言葉を選択していく必要がある。看護師は患者・家族から医療職のプロフェッショナルとしての役割を求められており、そのニーズに応じていかなければならない。そして看護師一人ひとりが死生観や看護観を構築していく事がターミナルケアの質を高める事につながると考える。

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名
安心して利用できるデイサービスへ
～ひなたでの取り組み～

県 連 名 岡山

院所・施設名 中野けんせいえん

発 表 者 田 渕 和 輝 職 種 介護職員

【目的：はじめに】

これまでデイサービスセンターひなたの課題として、薬の預かり忘れ、服用し忘れによる薬剤事故が続けて起こっていることが挙げられていた。ここでは薬剤事故に限らず、事故を未然に防ぐためのヒヤリハットの重要性や1年に複数回あった薬剤事故が対策ののち、現在減少してきていることについて発表を行う。そして「検証⇒対策⇒モニタリング⇒検証・・・」を繰り返し行っていくことで、サービスの質が向上し、利用者様が少しでも安心して利用していただけるデイサービス、ご家族様から信頼されるデイサービスを目指す。

【倫理的配慮】

個人が特定できないように配慮した。

【薬剤事故検証：薬剤事故減少に至った取り組みについて】

・これまでの服薬事故について
2017年度 服薬忘れ（預かり忘れ）2件 服薬忘れ（デイ薬カレンダーに残ったまま）1件
2018年度 服薬忘れ（預かり忘れ）3件 配薬ミス（食前薬出し忘れ）1件
2019年度 服薬忘れ（預かり忘れ）2件 服薬忘れ（デイ薬カレンダーに残ったまま）1件
2020年度 配薬ミス（食後薬を食前薬と間違える）1件
2021年度 服薬忘れ（食後薬出し忘れ）1件
2022年度 今のところなし

【薬剤事故課題⇒対策：見えてきた課題とその対策】

対策① 薬ケースの変更

対策② 目視だけでなくチェック（✓）をいれ、確認

対策③ 食前薬、食後薬は同じところに入れない

【現在行っている取り組み：事故・ヒヤリハットについてひなたで行っている取り組み】

・毎月の職場会議内で事故ヒヤリハットの確認、対策の話し合い、モニタリング実施
・職員同士で見守りが必要なご利用者様、リスクがある場面の共有
・ひなたでレベル4以上（市へ報告）の事故（薬剤を除く）ここ3年間起きていない

【考察】

まず、薬剤事故のほとんどが職員のミスによって起こっているものだと考える。しっかりと対策をたて、実行できれば薬剤事故0は目指せれると思う。ただ人間ミスはつきもので、新しい職員や新しい利用者様がきたり、逆に長くいる職員は慣れがでてきてしまうことでミスの確率はあがると考える。定期的にアラームチェックできているか、目視だけでチェックしていないか等の確認、意識付けは必要になってくると思う。また、他職員と意見交換、リスクの共有などコミュニケーションを取ることで、防げる事故が増えてくると思う。その為会議だけではなく、日々の業務の中でも、気になった事や気を付けた方がいい事があれば、気軽に言い合える関係を築く必要がある。

18 ②⑤業務改善・質の向上

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名
デイサービスの働き方改革、機能訓練指導員の業務効率化
～報酬改定こそチャンス！～

県 連 名 兵庫

院所・施設名 デイサービスさろお

発 表 者 西田 りこ 職 種 介護福祉士

共同研究者 榊 利光、嶋尾 重光、外越 浩基、
宮原 優介、田中 義人、加藤 誠樹

【はじめに】

当法人はデイサービス4事業所にセラピストを常勤配置し、個別機能訓練に取り組んでいる。今回、令和3年度介護報酬改定により、個別機能訓練加算（Ⅰ）ロや入浴介助加算Ⅱ、科学的介護推進体制加算（以下、LIFE）等、新設加算にも取り組んでいる。

【背景・動機】

今後、デイサービスを運営していくにあたり LIFE の算定は必須である。LIFE の取り組みに加え個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ・個別機能訓練加算Ⅱ・入浴介助加算Ⅱ等新設加算の算定、さらに個別機能訓練加算において単位の減収となったが「質」が低下したと感じさせない内容変更をし、加算の算定をすすめている。

【方法】

①毎月1回定例でリハビリ推進会議の実施（R2.12～改定対応について開始）
②バーセルインデックス（以下、BI）を使用し、利用者をレベルに応じたグループに選別
③メドマーや機器等を廃止し、代替え案として浮腫軽減の体操を開始
④介護トータルシステム「寿」（以下、ICT）の活用

【倫理的配慮】

この調査において、個人名が第三者に特定されることがないこと、参加は自由意志であり拒否における不利益はないこと、ならびに本研究の目的と内容を参加者へ説明し口頭と書面にて同意を得た。

【結果】

報酬改定前の個別機能訓練では、集団の機能訓練、生活機能向上の機能訓練に約4～5時間かかっていたが、ICTを活用して業務を効率的に行う事により、個別機能訓練が約2時間程度で提供出来るようになった。結果、居宅訪問や書類作業、LIFE への入力作業・入浴介助加算Ⅱ等に係る時間を捻出出来ている。

【考察・まとめ】

ADL維持等加算は3事業所（1事業所は申請中）で算定を行っており、BIを使用して利用者のレベルに応じたグループに選別した。また、改定前に行っていた機能訓練の内容を一新して、各グループに適した機能訓練を提供することにより、質を維持し、グループで行うことで他者との関わりが増え、モチベーションの向上に繋がっている。機能訓練に携わる時間が短縮したことにより、姫路医療系協デイサービス4事業所共に LIFE や入浴介助加算Ⅱ等新設加算の算定が出来ている。

姫路医療系協は ICT との連動により効率的に LIFE へ入力が行えており、個別機能訓練計画書についても ICT を活用して目標の設定を行う事で書類作業の時短化が出来ている。一方、LIFE は入力に必要な情報が多く、今後も継続して算定していく為には、さらに業務の効率化は必要であると考え。改定毎に新設加算が増え、効率化を図らないと業務は難しくなるが、デイサービスの運営を継続していく上で加算の算定は必須である為、LIFE の提出を行い PDCA サイクルを回し、運営していくことが重要である。

今後もこれらをうまく活用しながら、業務の効率化が出来るように日々試行錯誤していく必要がある。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	綺麗になることで変化した利用者の気持ち ～ネイルサロンを通して得たもの～

県 連 名 茨城
院所・施設名 デイサービスセンターかたくりの郷
発 表 者 片岡 愛 職 種 介護職員
共同研究者 賀川 義昭

【はじめに】
デイサービスセンターかたくりの郷では、外見（髪、化粧、服等）、内面（良好なスタイルの維持等）、居場所の美（清掃やしつらい等）を追求する「KTBC かたくりトータルビューティークラブ」という美を追求したクラブがある。今回、デイサービスでは、外見の美をテーマに上げ、ネイルサロンクラブを立ち上げた経緯とこれからを紹介する。

【事例紹介】
デイサービスセンターかたくりの郷
通常規模通所介護 定員25名
男性 11名 女性 47名
一日平均利用者 16名程度
平均要介護度 2.0程度
職員 5名

【経緯】
①デイの利用者全体の約8割が女性である。
②女性利用者からいつまでも綺麗でいたいとの声が聞かれた。
③女性利用者若いころの様子の聞き取りを行う。（生活歴や職歴等）
④職員間で少しでも綺麗でいてもらいたい、綺麗になってほしいという思いが出てきた。
⑤職場会議にて提案し討議。
⑥ネイルサロンを行うことに決定。

【取り組み】
①クラブ開催日程を設定（月2回）
②女性利用者に向けて、ネイルサロンを開催することを周知。
③利用者の好みを確認しネイル用品の買い出し、個別で対応できる部屋の確保を行った。
④利用者の好みを聞きながら、利用者の想いに近づけるように配慮した。
⑤コミュニケーションを深める場としてともに楽しめる時間作りに動めた。

【結果】
活動に参加することによって、自信につながったのか表情が明るくなった方や外出するきっかけになった方も見られた。外出先で綺麗と声を掛けられてとてもうれしかったなど小さな取り組みが大きな気持ちの変化に繋がっていった。利用者間でもお互いに誘い合い利用増にもつながり、曜日を越えての交流の場にもなった。また職員との関りを多く持つことによって話せる関係作りも構築できた。

【考察】
実際に行くことで興味はあるがなかなか踏み出せない、恥ずかしいなど色々な感情があることが分かった。すべての感情や想いに寄り添えたわけではなくうまく引き出せなかったのではという課題は残ってしまったが、継続していき利用者に寄り添った支援を行うことで、喜びに代わっていく事を目にし実感でき、個別に関わりを持つ大事さにも気付くことが出来た。今回は女性中心の取り組みであったが全体の利用者のニーズに合った活動を企画しあきらめない介護の実践を今後も続けていきたい。

※発表演題に関連した、開示すべきCOIはありません。
※倫理的配慮：調査にあたり、個人を特定できないよう匿名化した。

18 ②⑤業務改善・質の向上	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	「抱えない 訪問入浴」

県 連 名 兵庫
院所・施設名 訪問入浴サービス共立
発 表 者 久保 大輔 職 種 介護福祉士

【はじめに】
訪問入浴サービス共立では、管理者以外は全員が女性なので、ほとんど女性職員のみで対応する訪問を行っています。他の事業所ではないので、とても喜ばれている反面で女性のみで訪問する為に体の疲労は大きく、体の大きい寝たきりの利用者様が多くなる中で移動でのトラブルは事業所として大きな問題でした。既存の移動方法では物理的に解決する事が出来ないで新しい発想が必要になりました。

【目的】
介助者の身体の負担を軽減するために抱える事をしない前提の移動方法を具体化する。
利用者様の移動方法で出来るアプローチを見直して全て行う。

【方法・対象】
新規利用者様の事前訪問にて間取りの確認の時点で移動に問題がある時は、家族様とケアマネジャーと関係事業所とカンファレンスを行いスライドボードが使える間取りの変更や、レンタル物品の変更などの相談を行います。
サービスを行う時点で訪問入浴がスムーズに行える移動環境を事前訪問にて決めておきます。
サービス時にはスライドレールを使う事によってベッドと浴槽に無駄な隙間が無く安全にスムーズに移動して頂き、入浴時にはベッドから浴槽が離れ入浴介助する職員とベットメイキングする職員との間もしっかり取り無理な体勢や立ち位置が違う場所での作業が無いようにしました。

【経過】
スライド（ボード・レール）を使用して、体に負担が無くスムーズに移動できるようになりましたが、ベッドに戻った時にどうしてもベッドの端に利用者様が戻ってきてしまう事が多く。
せっかく抱えずに戻ってきているのに最後に利用者様を抱えてベッドの中央に抱えて戻しては意味が無いのでスライドシートをベッドの防水シーツの下に敷いて戻ってきてからベッドの上でスライドして定位置まで戻って頂くようにしました。

【結果・考察・まとめ】
事前に環境を整える事によって安心してサービスに入る事が出来るようになりました。訪問時には移動方法に一連の流れができて利用者様の移動に職員も体の負担がかなり軽減されました。もう一つ大事な事がありました。「全職員が使い慣れる事」です。物があっても使い方の統一や周知がとても大事でスムーズに行えない事も多々ありました。何回も繰り返し部会などで実際にベッドと浴槽を組んでお湯を張って練習を行い。統一と周知を行いました。最近の取り組みでは、とても安全で体の負担が少ないスライド移動を、知らない利用者様や組合員様に研修会や学習会など通じて、まずは知って頂く活動なども行っています。女性職員の負担を軽減したい思いで新しい業務改善を繰り返し行なってきました。できない事をできる「発想」だけではなく「人材」と「環境」がそろって初めて新しいサービスを安全に提供できる事を実感しました。これからも安全・快適をモットーに体と心温まる訪問入浴サービスをお届けします。

本演題の画像や動画の掲載・使用について利用者・家族に同意を得ております。

19 ②⑥経営改善に向けた取り組み	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演題名	アメーバ経営の実践活動 ～リーダーの行動変化と質の高いサービス提供を 目指して～

県 連 名 埼玉

院所・施設名 老人保健施設さんとも

発表者 増戸 強 職種 介護福祉士

【目的】

- ①アメーバ経営（以下アメーバ）を実践・定着させる
- ②アメーバリーダが自部門の収益・経費を意識して部門のマネージメントを行う
- ③職員が経営的な視点で業務に関われるようになる

【方法】

期間：2021年4月～2022年3月

ツール：月報1、採算表の作成

- ◇収入部門3つ（①通所リハビリ・訪問リハビリ②2階療養棟③3階療養棟）とサポート部門2つ（①食養②事務・管理）に分ける
- ◇月3回（月初：アメーバ管理）（中旬：部責会議）、（月末：運営）会議で、サービス、収入、経費、時間、連携などに関するアクションプランの検討と確認（PDCA サイクル）

【結果】

■ サービスについて

収入部門

- ・コロナ禍で面会ができないので、Ipad を利用して入所中の様子を家族に公開。
- ・接遇、技術不足の職員の育成
- ・重度化予防。10の基本ケアの徹底
- ・事務職員が収入、経費管理をリーダーに指導

サポート部門

- ・イベント食の提供、残食調査と満足度調査の動向を踏まえ、食品ロスの低減など SDGs の推進
- ・超勤削減などを考慮し12月献立見直し、残食量は前月比マイナス50kg。

■ 収入について

収入部門

- ・部門ごとに営業活動が行えるようになった
- ・利用者1人増やす手立てを検討、なぜ少なかったのか週ごとに分析が行えるようになった サポート部門
- ・職員弁当実施。
- ・「栄養の日」イベント協賛でキウイフルーツの提供（≒30,000円）
- ・管理栄養士養成校の臨地実習の受け入れを実施（135,000円）

■ 経費について

収入部門

- ・責任者が経費を管理できるようになり、消耗品費等の整理が行えた サポート部門
- ・食単価：256.2円（前年比マイナス7.8円）エコ活動を両立した豆苗栽培の継続（120,520円）
- ・毎月、部門ごとに超勤分析。40時間超えの職員が5→0名に縮小。超勤時間を10.7%削減

■ リーダの変化

- ・収支を自分が管理することでやりがいになった
- ・お互いのサービスへの理解がふかまり、部門間連携が刺激になった
- ・予算との差をなくすために手立てが立てられるようになった

【考察・まとめ】

アメーバの運用をPDCAサイクルに沿って実施し、収益や経費など経営を意識した業務の改善につながっていることから、アメーバは事業所で定着していると考えられる。成功要因として職員同士が率直に意見交換しやすい職場風土が大切と考える。課題：項目ごとに数字で分析する能力や、目標達成していくためのマネジメント力。引き続き知識の向上が重要と考える。また、リーダー自らが行動できるようになったことで部門を超えた協力体制が強化されたと考える。サービス、収入、経費、時間、連携などのアクションプランを実行し一連のサイクルを繰り返すことで一定の成果を出せることが明らかになった。

19 ②⑥経営改善に向けた取り組み	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演題名	利用者さんがまた来たいと思う場所作り ～2単位から1単位への変更～

県 連 名 神奈川

院所・施設名 大師診療所

発表者 大沼 真早美 職種 介護福祉士

共同研究者 美馬 恵美

【はじめに】

1単位20名で通所リハビリテーションを1日2単位（月・火・木・金で2単位 水・土のみ1単位）で営業していた。利用者減少や介護保険改定による減収も影響し、長らく予算達成に至らなかった。経費削減の為に検討し、単位変更した結果を報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないようプライバシーに配慮した。

【実施内容】

変更前

単位：1単位20名定員を2単位（月・火・木・金）

1単位20名定員を1単位（水・土）一週間で200名予定

場所：2階デイケア室、リハビリ室、浴室、3階デイケア室

人員：介護職員…1日11名（常勤4名）

調理スタッフ…1日2名

ドライバー…1日5名

プログラム：午前（手作業）午後（体操、ゲーム）

変更後

単位：1単位35名定員（月～土）一週間で210名予定

場所：2階デイケア室、浴室3階リハビリ室

人員：介護福祉士…1日8名（常勤4名から3名へ変更）

調理スタッフ…1日1名

ドライバー…1日4名（送迎車を5台から4台へ変更）

プログラム：午前も午後も体操を多く取り入れた

【結果】

2020年4月より単位変更した。2階、3階と分けられたフロアの為動線が長くなり、スタッフ数も2か所のフロアに配置しなければならなかったが、1フロアに変更し、1日の出勤スタッフを減らせた。コロナ禍であり長期にデイケア利用を休む方が増え、また新規も減少していた為、変更以前は、デイケアを営業すれば赤字になる状況であったが、経費節減を行い「営業すれば赤字」を脱却する事が出来た。2021年は、予算に近い稼働率で運営ができています。今後の課題として、入浴は1日30名前後の方が利用の為に混雑している。トイレの数が3ヶ所、口腔ケアの流しが3ヶ所（フロア外）、トイレも流しも足りないなどハード面の問題は残っている。

【まとめ】

1年かけ、経費削減の取り組みを行い、体操主体のプログラムを実施している。利用者様が座ったままの時間が長くないよう、昼休みに自主練習でフロア歩行を行い、手作業や脳トレパズル等も用意し、行っている。2021年4月より機能訓練を取り入れた楽しみの時間を共有する為音楽療法も実施している。1日（6時間）あっという間！また来たい！と思える場所作りを今後も工夫し作り上げていきたい。

19 ②⑥経営改善に向けた取り組み	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	自立支援型通所リハビリテーションの新規開設への経緯と軌跡、今後の課題

県 連 名 大阪
院所・施設名 協立診療所通所リハビリテーション
発 表 者 伊藤 和哉 職種 介護職員

【はじめに】
協立診療所通所リハビリテーション（以下：デイケア）では、2020年4月より、既存の30名定員のデイケアに加え、新たに自立支援型デイケア（定員12名）を開設した。今回は開設の経緯と軌跡、今後の課題を倫理的配慮のもと報告する。

【方法と取り組み】
開設に至った背景と理由は、昨今の介護保険改定、大東市の施策として、要支援認定者のデイサービス利用が困難となり、デイケアの利用は介護保険サービスではあるが、レスパイト目的でなく医療的側面・機能回復が望まれる傾向が強くなっている。目的やADLの異なる要支援、要介護認定者を同一フロアで一体的にサービスを行う事に限界を感じ、そこで、既存のデイケアから、新規事業のコンセプト立案、対象者の選定、実施場所の環境整備をし、新規事業の開設に至った。コンセプトは、住み慣れた地域・自宅で末永く継続して生活が送れることを目標に、より自立支援に特化したサービスを提供すること、対象は要支援認定者、もしくは、要介護認定者でも入浴・食事サービスを希望しない短時間利用で機能訓練がメインの方、環境は昼フロアで台所や浴室があり、より自宅生活を想定したものとした。開設当初は、職員も手探りの中での始動となり、稼働率も30%台と低水準であった。そこで、稼働率増加に向け、まず、新規事業の開設の発信としてコンセプトをかかげたチラシの作成・配布をおこない、大東市の地域ケア会議やケアマネ部会への出席・事業案内の営業活動、外部ケアプランセンターへのケアマネジャー向けの案内用紙の作成・配布、サービスCへの参加もおこなった。また、既存のデイケアとの差別化を図り、満足度向上を目指し、利用者ごとの自主トレメニューの立案、月ごとの体操メニューの作成、セラピスト監修のもと体操DVDの選定、一定期間ごとの目標・プランの見直しをおこなった。その結果に、徐々に稼働率が増え、2022年4月時点では稼働率70%まで上昇した。

【考察・まとめ】
2年間の運営と経験から、今後の課題を報告する。当デイケアにおいて、自立支援型で自宅での生活を想定した訓練・目標の聴取が不十分なことや、スタッフ間での利用者の目標・目的認識の差や、地域の公的サービスの理解が乏しく、デイケア利用以外に転換が可能かといった視点の欠如、デイケア卒業へのアプローチの低さを感じている。また、コロナ禍特有の問題により、地域の入浴サービスや体操などのサービスが利用できず、デイケアの利用に繋がったケースや、要介護から要支援認定となり、独居で自宅での入浴や食事の用意などが難しく、急遽デイケアの利用となったケースなど、介護保険上での問題も見受けられた。この経験より、『健康をつくる。平和をつくる。いのち輝く社会をつくる。』医療生協の理念から、当法人内でのサービスの質の向上は勿論のこと、地域や国へ生活弱者をつくらない仕組み作りの発信の必要性を感じた。

キーワード：自立支援型通所リハビリテーションの新規開設への経緯と軌跡、今後の課題

19 ②⑥経営改善に向けた取り組み	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	民医連の灯を消さず、八王子・多摩地域の民医連活動をさらに発展させるために ～デイサービスセンターたんぽぽの取り組みから～

県 連 名 東京
院所・施設名 デイサービスセンターたんぽぽ
発 表 者 米山 知恵 職種 介護福祉士
共同研究者 井上 友美、酒井 真知子、相澤 美里

発表に関して個人が特定されないように十分な倫理的配慮を行った。

【目的】
DSたんぽぽは、'05年に定員20名で開設。'16年に定員18名の地域密着型通所介護施設となる。事業所は長年経常利益赤字が続く、コロナ禍でさらに厳しい状況が継続。共立医療会全体でも20年以上債務超過にあり、'20年6月に医療福祉機構から1億円を借りることができ息が続いている状況。経営改善ができていない状況は、深刻であり、まったなしの状況。さらに理事長、専務が不在となり、中長期計画もない中で「羅針盤」なき航海をしている感じであった。'21年12月の評議員会で共立医療会と健生会との合併契を結ぶことを決議した。この間のDSたんぽぽの職員の奮闘を中心に報告したい。

【状況】
理事会事務局会議の変化：'21年9月に健生会から、理事長、専務の派遣。新しい風が入り役職者自身に変化が現れ、「収益を上げるには、どうしたら良いか」と職員と一緒に取り組む姿勢に変わり、医療・介護活動を前進させる力が職員の中に生まれた。新たに「現在・過去・未来」の3つのPJが立ち上がり、自分達の活動を振り返ると共に、全職員が目指す「未来ビジョン」（案）を作成した。職場の変化：'21年9月、理事長と専務がたんぽぽに来所、利用者の方と一緒に食事をとり交流。同時期に職場会議でSWOT分析を専務と一緒に全職員が取り組み、たんぽぽの強みと弱みについて議論をした。地域運営推進会議の運営委員からも意見を頂いた。

【結果】
未来PJ中心に作成した「共立医療会未来ビジョン2022」は、'22年4月一職場一事例集会で提案し討論を行った。職員から笑顔の絶えない職場作りが良い。友の会の方から共同組織と一緒に地域を守る、お互いを尊重する関係を一緒にすすめていこう。職員、友の会間で未来ビジョンを共有することができた。たんぽぽでは、黒字の事業所に転換できるか一人ひとりの職員が考え、新規利用者獲得のため、学習会の開催、歯科検診や理美容サービス、友の会と連携してフレイル予防に取り組むことを決めた。理事長、専務が事業所を前進させるために職員と一緒に検討したことが、職員の刺激となり、新しい取り組みに挑戦していこうという意識改革につながった。運営委員からの「厳しいコロナ禍での高齢者福祉施設としてのあり方を、平素より熱意を持って検討・対応していて感謝している」との言葉は職員の励みとなった。

【結論】
経営改善に向けた取り組みの中で気づいたことは、1) 役職者が先頭に立ち、職員と一緒に自分達の事業所の強み弱みを知ること、新しい発想が生まれてくる。2) 笑顔が絶えない職場であれば職員の関係性も良くなる、さまざまな困難が起きても「やるしかない」と団結できる。3) お互いを尊重しコミュニケーションが行きとどいた職場づくりが求められている。4) 友の会の方々と一緒に取り組むことが、院所・事業所の発展につながっていく。

20 ②7制度改善・運動 (介護ウェーブ・処遇改善、奨学金等)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	宮城県における補足給付の縮小による調査結果について

県 連 名 宮城

院所・施設名 宮城厚生福祉会

発 表 者 大内 誠 職 種 事務

【目的】

補足給付の縮小に伴う負担増加で、入居・利用される皆様の利用控え等に繋がっている事例がないか調査を行い、必要な支援について行政に働きかける。

【方法】

県内全介護事業所へ郵送

2021年 11 月初旬～11 月 26 日

郵送、FAX、Google フォームからの入力 of the いずれかで回答 回答数 特養13 ショートステイ 7

【倫理的配慮】

行政への懇談等資料の公表に当たっては、提出事業所・個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

県内約150のうち特養13施設から回答があり、7 月末入居者678名に対し

資産要件で外れた方93名 (19.5%)

食費負担増となった方161名 (33.8%)

退居となった方 2 名となった。

寄せられた声から「負担増により退居となった方 1 名。費用準備のため 2 か月置きの支払いを希望し、相談された方 2 名、支払いの遅延となっている方 2 名、今後の施設利用について心配し相談された方 4 名」「夫婦で年金生活をしている人で、どちらかが施設に入所しても、補足給付の対象とならない場合もあり、生活が厳しい」との相談があった。

短期入所では 8 施設の回答と少なく、十分に結果が反映できない中でも、利用日数減となった方が 3 名いたことが分かった。

これを受け、4 月に宮城県・仙台市と懇談を行い、行政として実態調査を行うことの必要性を訴えている。

【考察・まとめ】

行政が責任を持って調査をすることが必要。

制度改変による退居に至った事例の他、今後の利用制限に繋がりがかねない状況の一端が明らかになった。施設からの退居となれば家族への介護負担が増大するが、介護保険の理念「介護の社会化」から大きく外れてしまう。この調査結果はあくまで全県で起こっている事例の一部に過ぎず、行政が責任を持って調査が行う必要がある。

入居継続や生活継続に向けた相談窓口を設置することが必要。

入居継続が困難な事例や、今後の生活に関わる相談に、行政が相談窓口を設置する必要があると考えられる。また、入居を継続したとしても家族の金銭面はさらに余裕が無くなっている。家族も含め生活を支える必要性があり、介護保険施設の担当者では解決できない課題となっている。介護保険外の支援も含めて行政が実施すべき課題であると考えられる。

制度改変を周知する責任

また、介護施設では制度改変のたびに、家族への説明に関する負担も担っている。「もっと早く周知してほしかった」という家族からのお話が寄せられた事業所があったが、行政が責任を持ってすべての対象者に同じ時期に周知することが必要ではないか。

20 ②7制度改善・運動 (介護ウェーブ・処遇改善、奨学金等)	
I. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	同居家族がいる方の生活援助について ～介護保険制度上の解釈～

県 連 名 長崎

院所・施設名 健友会ケアプランセンター

発 表 者 諸岡 裕美子 職 種 看護師

共同研究者 森 明美、井上 耕一

【目的】

ケアマネジャーは、本人や家族の状況からサービスの必要性を総合的に判断し、居宅サービス計画書を作成する。しかし介護保険の制度上、同居家族がいる場合は生活支援を利用することはできない。今回家族がいるが支援が必要な利用者を担当し、家族を含めた支援、生活状況の改善ができた事例があったので報告する。本会での発表にあたり、今後同様の事例の支援につなげたいとの目的を説明し、ご本人やご家族が特定されない形で行う事をご承諾いただいた。

【事例】

M 氏：(88才) 男性 要介護 1 日常生活自立度：b1 認知症自立度：I 長男と二人暮らし。疾患：慢性呼吸不全 (HOT 管理)・II 型糖尿病など 訪問介護 (週 3 回) 訪問看護 (週 1 回) を利用。

【経過】

令和 3 年 2 月、他居宅より事業所から引き継ぎ支援開始。訪問介護を含む現サービスの継続が希望であったが、本来導入できないため事業所内で集团的に検討した。訪問介護の必要性の確認、他のサービスの検討が必要だとアドバイスがあり、サービス担当者会議で前任のケアマネ、各事業所、主治医から状況を確認し、再度アセスメントを行う事とした。前任のケアマネからは、長男は家事が不慣れでインスタントや、外食が多く、糖尿病がある本人の栄養状態が不安であり、不十分な掃除で呼吸不全の悪化が懸念される事から、訪問介護が必要との意見。本人からはヘルパーさんが作った食事が美味しいので食べたいとの要望。長男からは自分が調理したものや総菜は食べないとの悩みが出された。主治医や訪問看護からは、食事量の減少で栄養不足、体力低下があり、本人が食べられる食事の提供を、との意見が出された。サービスの必要性が再確認され、介護保険課と懇談。「本来は要件には当てはまらない」との返答であったが、唯一食べられるヘルパーの調理支援がなければ栄養を確保できず、今後深刻な問題につながる事を説明し、調理支援に関する訪問介護の導入が認められた。

【考察・まとめ】

当初訪問介護は導入できないと考えていたが、厚労省のホームページに「…ご家族の状況などを確認した上で利用が可能な場合もあります…」との記載があり、必要性を把握して行政へ訴える事が出来た。長男も管理栄養士による調理指導を受け入れ、「介護保険で出来ないことは頼めないもので、自分ができることはします」と変化が見られた。長男が調理した食事を利用者も食べるようになり、管理栄養士による居宅療養管理指導の導入で生活改善が得られた。介護保険は、被保険者だけでなく家族の支援をする場合もある。利用者の健康状態の改善、虐待防止にもつながる。家族が障害、疾病等をかかえていることも多い。今回再度アセスメントを行い、様々な可能性を考えながら必要性を見極めること、一人で悩まず事業所全体で利用者支援する事の大切さを感じた。今後も利用者の生活像に寄り添った支援を行っていきたい。

21 ⑳職員の健康を守る (労働安全衛生、ハラスメント対策)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	腰痛予防と軽減への取り組み ～腰痛体操の継続に向けて～

県 連 名 山形
院所・施設名 本間病院
発 表 者 池田 奈緒子 職種 介護福祉士
共同研究者 佐藤 友佳

【はじめに】
A 病棟は医療型療養病棟で20対1看護の体制で、看護師と介護士が協働し勤務している。病状がほぼ安定し回復期にある患者・リハビリテーションや継続医療が必要な患者・ターミナル期の患者などの受け入れを行っている。近年、入院患者の医療・介護依存度が増加し、約6割を超える介護士が入浴介助による無理な体勢や緊張度による腰痛に悩まされていた。一日の機械浴患者数の増加から、2020年9月には業務改善を目的とし、1日2人で行っていた機械浴介助を午前と午後スタッフの交代を行い、まる1日入浴介助で生じる疲労の軽減を図ったが、慣れない役割の変更・責任の所在が不明となるなど業務改善に至らなかった。以前、始業前に腰痛予防体操を実践し腰痛が軽減した結果があったが体操の継続には至らなかった。

【目的】
腰痛予防を目的とし、腰痛体操の実施方法を見直し効果的に継続出来る取り組みを行った。

【倫理的配慮】
個人情報保護法に配慮し対象者が特定されないよう配慮した。

【方法】
対象者 介護職14名
期間：令和3年3月1日～令和3年5月28日（土・日・祝除く）
①9時に浴室で腰痛予防体操実施 効果的な腰痛体操をピックアップし業務へ組み込み
②始業前後ベインスケール記入
③腰痛に関するアンケート
④腰痛予防体操実施後アンケート

【結果】
●現在の腰痛はありますか
2ヵ月後 「はい」 5名 「いいえ」 8名
●午前と午後の腰痛の違いはありますか
2ヵ月後 「はい」 6名 「いいえ」 7名
●腰痛予防体操を実施し腰痛に変化はあったか
2ヵ月後 「はい」 5名 「いいえ」 7名
●腰痛予防体操を継続したほうが良いか
2ヵ月後 「はい」 13名 「いいえ」 0名

【考察】
腰痛に大きな変化はみられなかったが、腰痛予防に対する意識・精神的・身体的な変化があった。就業前の体操は筋肉の緊張・疲労が軽減した為効果的だったと言え、体操実施後の結果では「継続した方がよい」とスタッフ全員から回答が得られた。体操の継続は腰痛の軽減に繋がり、患者へ安全と安心のケアが提供出来る。ベインスケールの数値では期待する改善はなく、一定の効果はあるものの、『午後は疲労が溜まりいつもと変わらない』という結果もあった。

【結論】
今後、介護の担い手不足の問題や、現在の介護士の平均年齢も上っていく。自身の健康管理としても腰痛予防対策は意識づけて継続し、元気に働き続けられる身体を維持できる取り組みを推進していく必要がある。

【おわりに】
アンケートを通して介護職員の腰痛の現状が把握できた。職員の健康維持や業務改善により、安心して働き続けられるような取り組みを継続していきたい。

【参考文献】
1) ノーリフト 持ち上げない介護 抱えない介護 眞藤英恵氏
2) 社会福祉施設の労働災害防止 介護従事者の腰痛予防対策
3) 三日坊主にならないために 続かない人が続けるための5つの方法著者：末岡洋子

21 ⑳職員の健康を守る (労働安全衛生、ハラスメント対策)	
Ⅲ. 管理運営、職場づくり、職員の確保と育成	
演 題 名	ヘルスケア委員会の活動 ～ハラスメントアンケート調査から見てきたこと～

県 連 名 宮崎
院所・施設名 宮崎生協病院
発 表 者 井上 友香 職種 看護師
共同研究者 小牟田 佐知子、松本 朋美、新地 結衣

【目的】
宮崎民医連では、2021年2月に介護事業所で新型コロナウイルスによるクラスターが発生した。このことをきっかけに、あらためて職員のメンタルヘルス対策は事業存続に不可欠な課題と位置づけ、病院だけでなくクリニックや介護事業所等、法人全体の職員のヘルスケアを支援する目的で職員ヘルスケア委員会を発足し、様々な実践に取り組んできた。その活動について報告する。

【方法】
法人内には精神科の専門が在籍していないことから、①内部サポートでは対応できない場合②職場の人間には話しにくい内容である場合③精神科受診に抵抗のある場合に備え、2カ所の専門機関に委託契約を行った。また、全職員対象にハラスメントに対する学習会を行い、「職員ハラスメントアンケート」を実施した。

【倫理的配慮】
アンケートに関しては個人が特定されることがないこと、参加は自由意志であり拒否における不利益はないこと、ならびに目的と内容を参加者へ説明し同意を得た。

【結果】
委託契約をした専門医の医師と連携を取りやすくなり、気になるスタッフに対して早期に専門のアプローチができるようになった。また、アンケートを実施したことで、職場内でのハラスメントの実態が明らかになったが、4人に1人が「誰にも相談していない」という事実を知る機会となった。このアンケート結果を受けて、Google フォームを使つての相談しやすい窓口設置を行った。

【結論】
健康職場5つの視点として①個人にとって適度な負荷になっているか②職員の安全・安心が保たれているか③技術的に研修の機会が保障されているか④使命が明確で評価されているか⑤職場間、職種間で少数意見が保障され、コミュニケーションが向上しているかである。コロナ禍での職員の健康問題は、国の社会保障削減政策を背景に、人員が十分に確保されていないことによって起こっている。ヘルスケア委員会としてはまだまだ実践できていることは少ないが、社会保障政策の改善を求める闘いと、今働いている職員の健康を守る活動を一層重視して、今後も取り組んでいきたい。

演題番号 212803

21 ⑳職員の健康を守る (労働安全衛生、ハラスメント対策)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	訪問看護契約書改定の取り組み ～暴力・器物破損と警察介入 大腸がん末期 母を看取った息子のトラブル対応から～

県 連 名 東京

院所・施設名 にしたま訪問看護ステーション

発 表 者 関 詩 子 職 種 看護師

共同研究者 芹田 優子、千葉 淳、岩野 さかえ、
遠藤 明代、富沢 知実、野村 洋子、
加藤 あゆ美、船橋 聡

【目的】

医療保険の訪問看護において、利用者・家族等と事業所の双方に不利益が起こらない契約を交わすこと

【倫理的配慮】

匿名化された情報のみを分析して報告する

【経過】

- ・20XY年1月 T病院より自宅退院 医療保険で契約（申込書、重要事項説明書、同意書を交わし訪問開始）
- ・20XY年3月 関係機関ケースカンファレンス（無断離院、飲酒、虐待、喧嘩、警察対応などの経過報告）
- ・20XY年6月 母ADL低下 息子から営業時間内外に事業所電話・緊急携帯に数時間に及ぶ不穏状態対応の相談（サービスの増回、介護の大変さ、排泄介助に関し事前に知らされていれば当事業所とは契約していなかった等）
- ・医師、ケアマネなど各部署から他サービス併用を提案するが拒否「排泄介助のため1日2回来て欲しい」「入院はさせない、訪問看護で全て行え」等の内容の訴えが続く
- ・法人顧問弁護士に相談 現在の契約書内容では解除不可能
- ・20XY年7月 在宅看取り 関係機関デスカンファレンス（経過報告にとどまる）
- ・全職員会議にて弁護士による講義 息子の言動は『訪問看護の現場でよくあるトラブル（言葉の暴力）』であったと認識

【結果】

- ・事業所の職員5名のうち3名が精神的ストレス、不眠等で訪問が困難
- ・訪問継続派と中止派で職員同士が分裂 方針が統一されないまま終了
- ・在宅看取り、排泄介助等、結果は息子（利用者側）の希望通りとなった
- ・訪問看護（医療保険）契約書作成 2022年4月～新契約書運用開始

【考察・まとめ】

本件を通し、訪問看護に看護師等として介入できること・できないことを明確化した 現在でも関わった職員全員が業務を継続できていることから、医療保険の訪問看護において利用者・家族等と事業者の双方を守る体制作りが前進したと考えられる

【参考文献】

- ・長尾和宏『看護の現場ですぐに役立つ緩和ケアのキホン』/2018年3月10日、株式会社秀和システム
- ・小瀬古伸幸『精神疾患を持つ人を病院でなく家で支援するときにまず読む本』/2020年7月1日、医学書院
- ・野嶋佑由美 渡辺祐子『家族看護選書第5巻 終末期の家族看護・グリーフケア』/2012年6月30日、日本看護協会出版会
- ・星智子『訪問看護で起きている暴力の実態と暴力が起きる要因を明らかにする』/2015年3月31日
- ・隍智子他『家族看護実践に影響を与える要因に関する文献検討』/2019年3月31日
- ・光本いずみ他『訪問看護師の仕事の負担感や就業継続意思と業務特性との関連』/2008年30巻第2号 P185-196

演題番号 212804

21 ⑳職員の健康を守る (労働安全衛生、ハラスメント対策)	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	訪問介護利用者の予期せぬ事態への対応

県 連 名 千葉

院所・施設名 ヘルパーステーションなのはな幕張事業所

発 表 者 井滝 耕平 職 種 介護福祉士

【はじめに】

訪問介護サービスは、介護職員が一人で利用者宅へ訪問し、生活支援や身体介護を提供している。在宅では想定外の様々な課題や困難に直面することが多く、決められたサービス内容だけを支援するだけでは足りず、状況に合わせ、その場での判断と対応が求められる。今回は、訪問したら自宅内で倒れていた。という事態に遭遇し、事例を通しての学びと教訓について報告する。

【倫理的配慮】

本事例発表にあたり、個人が特定できないように配慮した。

【事例紹介】

Aさん（享年70歳）要介護3 独居 既往歴：糖尿病、統合失調症

介護サービス…通所リハ（週2回）訪問介護（週4回）内容：食事準備・洗濯・掃除・内服声掛け等

【事例への関りの経過】

当日の朝は登録ヘルパー対応。特にいつもと違う様子はなかった。訪問すると、玄関ドアの鍵が開いたので声掛けするも返答なく入室すると倒れているのを発見。事務所へ状況報告し指示を仰ぐ。事務所と通話状態のまま、対応継続。反応なく呼吸もしていないように見えた。救急車要請し搬送。病院で脳出血の診断で死亡確認。関係各所へ連絡した際、本日はデイサービスの予定だったが、デイでお迎えに行った際、本人から直接お休みしたいと希望があり、デイはお休みしたとの事を知った。本人の都合でデイをお休みすることは多々あったため、ケアマネから当事業所へデイお休みの連絡はなかった。夜に警察から第一発見者へ連絡があり、状況説明。朝に訪問した登録ヘルパーへは直接警察から連絡が行かないように配慮し、所長が窓口となった。

【対応の重要事項】

訪問先の利用者が亡くなっていた場合の対応方法、警察への対応方法、対応職員へのフォロー

【考察】

自宅で利用者が急変し、訪問介護職員が第一発見者となる事例は少なくない。マニュアルや手順書があることで予期せぬ事態へ冷静に対応することができた。また、第一発見者である職員任せにせず、事業所での対応する事はスムーズな対応と職員を守ることにつながると考える。

【まとめ】

職員の予期せぬ事態に一人で対応する不安や、元気だった利用者さんの意識がない状態を目の当たりにしたショックは計り知れない。また、警察への対応の負担も大きく、離職やPTSDの発症等、職員の人生にも影響してしまう危険が大きい。今後は、保健師・産業医とも連携し、職員の心の健康への取り組みを強化していきたい。

22 ㊟その他	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	コロナ禍における救急搬送の変化

県 連 名 石川
院所・施設名 城北病院
発 表 者 崎山 真古都 職種 看護師
共同研究者 中西 智美、村橋 由美

【目的】
救急搬送は社会情勢を反映する。コロナ流行地では「たらいまわし」が問題になっている。コロナ流行前と流行下とで当院での救急搬送受け入れがどのように変化したか、発熱や精神疾患の有無に着目し振り返りを行った。

【方法】
2019年4月～2021年9月の救急搬送者について救急搬送連絡票およびカルテの振り返りにて調査を行った。

【倫理的配慮】
調査に当たっては個人名が特定できないよう配慮した。

【結果・考察】
・2020年度は2019年度より救急搬送数が17件増加している（金沢市全体の搬送数は2020年度比88.9%と減少している）。
・2020年度の旅行者の救急搬送数は前年度の約半数まで減少している。
・2020年度の自殺企図者の救急搬送は前年に比べ0.7%（10件）増加している。
・救急搬送車のうち当院初診は年々増加傾向にある。
・他医療機関で1度でもお断りされ当院に搬送になった事例は2019年度14.9%、2020年度18.7%、2021年度上半期は44.8%と増加している。
・他医療機関で1度でもお断りされ当院に搬送になった事例のうち発熱のあった患者は、2019年度47件、2020年度71件、2021年度上半期は75件と増加している。
・他医療機関で1度でもお断りされ当院に搬送になった事例のうち、精神疾患のあった患者は2019年度23件、2020年度48件、2021年度上半期は32件。
都道府県をまたぐ移動の自粛の影響で旅行者の受診は減少している。自殺企図者については、直接的にコロナ禍による生活苦が原因というケースは少ないが、学校や仕事、人間関係で悩んでいるケースが多く、いわゆる「コロナうつ」との関連があると思われる。コロナ禍においては発熱があるとCOVID-19の感染が疑われるが、発熱患者を受け入れる医療機関が限られているため、当院への発熱患者の搬送が増加したと考えられる。特に精神疾患を有する患者は、発熱があると精神科専門病院での受け入れが難しく、また精神科を有する病院でCOVID-19の対応が可能な医療機関が少ないことが「お断り」を生み出していると考えられる。

【おわりに】
コロナ禍において、発熱や精神疾患のある方の救急搬送先として当院の果たす役割が大きく、初診患者の増加につながっている。当院救急外来では「原則お断りをしない」ことを目標に日々救急搬送の受け入れを行っている。コロナ禍においても、発熱や精神疾患等で医療機関にかかりづらい患者の受け入れを積極的に行う事によって、「受療権を守る最後の砦」として日々奮闘している。

キーワード：救急医療、発熱、精神、お断り

22 ㊟その他	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	集中治療後症候群予防のためのダイアリーの取り組み

県 連 名 東京
院所・施設名 みさと健和病院
発 表 者 佐藤 睦 職種 看護師
共同研究者 山本 瑞穂、中野 沙紀、畑口 貢、
和田 里美

【はじめに】
集中治療後症候群（以下 PICS）とは集中治療室在室中あるいは退室後、退院後に生じる運動・認知機能、精神の障害であり長期予後にも影響を及ぼす。PICSの精神障害は鎮静やせん妄による記憶の喪失も要因の一つとされ、ダイアリーの介入は患者と家族の現状の把握を助け、不安、抑うつ症状、PTSD 症状を軽減し PICS を予防するといわれている。今回、PICS 予防の HCU 在室時の記憶の歪みを補正する目的としてダイアリーを開始した。

【方法】
対象者：気管挿管し人工呼吸器管理を行い、患者家族に同意を得られた8症例 記載者：看護師、コメディカル 内容：入室時から治療経過や家族の反応など、文章や写真を用いて記載。覚醒時には患者と一緒に経過を振り返り、家族には来院時に説明した。退室時に本人や家族に渡し、後日患者にインタビュー形式で質問を行った。

【倫理的配慮】
得られた情報は個人が特定されないよう配慮し開示すべき COI はない。

【患者と家族の反応】
対象8例中3例にインタビューを実施し、他は死亡退院などでできなかった。入室までの記憶では「すべて思い出せる」1名、「いくらか思い出せる」2名が回答し、環境音を記憶していた。退出後、説明できない混乱や不安に襲われたと回答した患者はいなかった。1名は入室中のことを急に思い出すと回答し「退院が近いからか回想し、ゴールが見えているため気持ちが楽」と前向きであった。インタビュー中ダイアリーを確認する様子や「時間を作ってくれたことが嬉しい」との発言もあった。死亡退院された家族よりダイアリーを見て「頑張ったね」「何から何までありがとうございます」との言葉があった。

【考察】
ダイアリーを振り返ることにより欠如した記憶を補正、再構築する助けとなったため「混乱や不安におそわれたことはない」という回答から、HCU 在室中や退室後の精神の障害はなく PICS 予防に繋がった可能性がある。さらに患者から「ダイアリーが嬉しかった」との発言から、患者の精神面の支えになったのではないかと考える。しかし、退院後に関しては評価ができていないため長期的な PICS 予防に関しては不明である。家族に対する有効性はコロナ禍における面会制限があり介入困難で評価は難しいが、家族から患者の病状を按じて電話が来る事が多く、ダイアリーによる患者の経験の共有・理解の補助が必要と考える。

【まとめと課題】
ダイアリーの「記憶の歪みを補正する」点は入室中から退室後まで効果があった。インタビューを通して退出後の患者の思いを知る事で入院中の関わりを見直す機会を得た。しかし退院後の評価ができていないため PICS の長期予後の評価が今後の課題である。またコロナ禍においての家族に対する介入方法についても検討が必要である。

【参考文献】
井上茂亮. 他, INTENSIVIST.Vol.10.No1,MEDSi, 2018

キーワード：集中治療後症候群予防

22 ②⑨その他

Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上

演
題
名

急性期における重症呼吸不全の患者家族とのかかわりを通して

県 連 名 鹿児島

院所・施設名 鹿児島生協病院

発 表 者 遠矢 久仁江 職 種 看護師

【目的】

救急医療、集中治療の場では出会う家族は、突然の出来事に激しく混乱し、深刻な危機に陥りやすいことにある。面会制限を強いられる状況の中で、患者家族と信頼関係を構築し、チームでの介入を認識するため振り返りを行った。

【方法】

急性期看護の経過を振り返り、「患者に何かしてあげたい」という家族の要求を取り入れた介入の経過について考察する。

【倫理的配慮】

守秘義務を厳守し、個人情報の保護に努めるとともに得られた結果は個人が特定されないように配慮した。

【結果】

早期から患者家族の立場に立ち確実にわかりやすく情報を提供することで、家族の不安を軽減することができた。また本人の好きな音楽を聴かせ、会えない期間は状態がわかるようにケアの様子を写真撮影し闘病記録を作成、アルバムを一緒に見ながらコミュニケーションを図った。家族からは「アルバムを見るのが楽しみ。母も少しずつ元気になって嬉しい」と笑顔みられ、看護師へ話かける機会が増えた。多職カンファレンスを開催し、状態を見ながらリハビリをすすめた。肩甲骨をほぐすことから始め、OT/PT 介入のもと看護師もリハビリを進めた。入院1ヶ月後、端坐位がとれ、アイスを食べることができた。

【考察】

鈴木・渡辺¹⁾らは「集中治療室での家族と看護者の最初の出会いが、その後の家族と看護者の関係にとって重要な意味を持つ」と述べている。今回早期より家族へ声かけをおこない、患者の小さな変化を説明したことや好きな音楽を流し家族の希望を統一して行えたこと、面会時間を可能な限り設けたこと、闘病記録で日々の様子を確認できるようにしたこと、夫から「自宅へ連れて帰りたい」と家族が希望を失うことのないよう支える援助に繋がったと考える。山勢²⁾は「家族のニーズとして最も重要なことは①確実に適切な情報を理解しやすい言葉によって受けること②患者のそばにいて何らかの役に立つこと③病状が回復するという希望が持てることである」と述べている。スタッフ間で家族の心理状態や理解度、伝えるべき内容を情報共有したことで家族のニーズをくみ取り早期から家族との信頼を構築できたと考える。

【結論】

・早期から患者家族の立場に立ち確実にわかりやすく情報を提供することで家族の不安を軽減することができた。・家族が患者に「なにかしてあげたい」という要求を受け入れ、患者と家族の相互作用で治療効果を促進でき、チームで統一した援助を提供したことで最善の看護を受けていると実感し信頼を得ることができた。・多職種カンファレンスを通して基本方針を明確化し援助することで早期から QOL の質を向上することができた。

【引用参考文献】

- 1) 鈴木和子・渡辺裕子著：家族看護学 理論と実践 第4版
- 2) 山勢博彰編著：救急患者と家族のための心のケア精神的援助の実践 メディカ出版 2005

キーワード：急性期看護における家族との関わり

22 ②⑨その他

Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践

演
題
名

新型コロナ「自宅療養者」への外来看護師の対応ー電話フォローを振り返って見えてきたことー

県 連 名 東京

院所・施設名 江古田沼袋診療所

発 表 者 工藤 綾子 職 種 看護師

共同研究者 小山 由利子、中村 愛美

【はじめに】

2021年夏は本格化した第5波で感染者が急拡大した。その中で政府は医療提供体制について、重傷者以外の方は自宅療養を基本とする方針をまとめた。自宅療養者はピーク時の8月21日には2万6千人に達した。当院でも発熱患者が日毎に増加していった中、陽性患者から「まだ保健所から連絡がない。」との問い合わせが増えた。保健所では業務が滞り保健師等が電話連絡を入れるまでに数日かかると知った。そうした現状を踏まえて、これまで行っていた患者への電話による声かけを、より密にして、自宅療養者に対し電話による健康観察（以下電話フォロー）を試みた。ここでは、その取り組みを振り返り、見えてきた課題などについて報告する。

【倫理的配慮】

患者名、年齢、国籍など個人が特定できないよう記載に配慮した。

【電話フォローの振り返り】

- (1) 対象者 2021年8月23日以降、当院にてPCR検査を受け陽性が判明し自宅療養された患者と、8月23日以前に当院でPCRを受け陽性と判明し8月23日時点で自宅療養中の患者を合わせた17名。
- (2) 電話フォローの実績 17名の自宅療養者にのべ48回実施。午前中に当番の看護師1名が実施。件数は1日平均2～4件、多い時で7件。電話フォローの間隔は1～3日程度。以下の事柄を意識しながら実施した。①患者を孤立させない まずは保健所からの連絡、療養指示の有無を確認。食料や金銭など困っていないか聴き取り。②病状変化に早く気づき対応する 健康観察後に医師との電話診察を調整（4人）、状態悪化があれば保健所への橋渡し（1人）③自宅療養解除後の支援 仕事復帰の為の陰性証明希望者に情報提供。（1人）
- (3) 印象に残っているケース ①共同生活をしている30代男性の外国人3人が感染したケースでは、日本語が片言だったため、外国対応の難しさを感じた。②60代父親の感染をきっかけに家族全員が感染した事例では、父親が自宅療養1日目で呼吸苦を訴え、医療機関側からの連絡で入院した。自宅療養している家族には連日電話フォローして体調確認し、家族から安心した様子でお礼を言われた。外来看護師として出来る事があったと感じたケースだった。

『考察』17人の自宅療養者のうち16人は軽症で隔離期間を無事終えた。入院は60代男性1人で、今回療養中の死亡者は1人もいなかった。年代別では8割が50代以下の若い世代だった。入院した60代男性は、その後退院したものの後遺症のため仕事ができず、その後諸事情あり解雇されて今は仕事がない。聞き取りを行う中で症状の苦痛だけでなく経済的困難など患者の置かれている状況は様々で深刻であることを知った。コロナ禍は、これまであった社会のひずみをより浮彫にしたように思える。安心して暮らせる為の医療活動が尚更求められていると感じた。

【まとめ】

今回の経験を活かして、今にも孤立しそうな人に寄り添いその声を聴き続けたいと考える。

キーワード：社会的支援、療養者支援

22 ②⑨その他	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演 題 名	その人らしく生きる暮らしを支えたい ～アセスメント方法による見方の変化～

県 連 名 京都
院所・施設名 介護老人保健施設 西の京
発 表 者 長岡 直美 職種 看護師

【目的】
今回、在宅生活が困難な、60代後半男性 A 氏と関わり、全方位型アセスメントを活用し、その人らしく生きる暮らしに繋げてみたいと考え、本研究に取り組んだ。

【方法】
1. 研究デザイン：事例研究 2. データ収集方法：① A 氏からの聞き取り、②カルテ記録 ③相談員の情報 センター方式「私の暮らし方シート」「私の姿と気持ちシート」

【倫理的配慮】
事例研究に関する同意書を用いて以下説明し、同意を得た。
1. 情報の秘密厳守。2. 研究終了後の情報は破棄。

【結果】
1. 事例紹介 A 氏 60代後半 男性 疾患：心原性脳塞栓症 心房細動 要介護度Ⅳ 高齢者日常生活自立度 BⅡ 認知症自立度Ⅱ b 2. 経過 2020年4月、心原性脳塞栓症による、右大脳半球の出血性梗塞と診断され、A 病院に緊急入院。同年6月、リハビリテーション（以下リハビリと略す）目的で B 病院へ転院したが、左片麻痺と半側空間無視が残った。自宅はエレベーターのない3階で、在宅生活は困難で、同年11月に C 施設へ入所。A 氏は、入所後「歩けるようになりたい」という思いが強く、転倒しても、自分でリハビリをすることが続いた。「歩けるようになって、仕事がしたい」と話され、障害受容が出来ていなかった。そこで、車椅子で出来るリハビリを提案した。数か月が経過し、A 氏は意図的に転倒リスクの高い行動はされなくなった。施設での生活に慣れてくると、女性利用者の腰をさすという「セクハラ行為」が問題になった。その後、本人の気持ちや暮らし方の聞き取りを行った。「自由に過ごしたい」「人に迷惑はかけたくない」「7歳から姉とは別々の施設で過ごした」「お父さんは仕事、お母さんは出ていった」「16歳の時に、集団就職で京都に憧れて来た」今、会いたい人は「家主さん、毎晩飲みに行っていた」等、話された。また、人と話すことは好きであるが、「慣れると地獄」「一番難しいのは人間関係」と言われ、胸の内には言葉にされない思いがあることがわかった。これらの情報から、全方位型アセスメントで、A 氏の主観的ニーズの視点から考察すると、「セクハラ」と捉えられた行為は、スキニッピや、他利用者への（腰痛に対する）優しさの部分であったと、とらえることができた。

【考察】
A 氏の生活歴を知り、全方位型アセスメントを活用し、今後の支援に繋げる糸口になればと思い、本研究に取り組んだ。伊藤らは、「援助者は、現在の、目に見える問題だけに意識を向けがちである。…中略… 過去と現在をつないだうえで、今、本人が置かれている状況をイメージすることが重要である」¹⁾と述べている。当初 A 氏は、社会復帰に対する意欲があるのだと思っていたが、生活歴を知り、様々な側面が見えてきた。これからの生活で望んでおられることは、「自由に暮らしたい」ということであった。本人の思いや生活歴を知り、アセスメントすることで、現状を本人の目線ととらえ、支援も変化すると考える。

キーワード：全方位型アセスメント

22 ②⑨その他	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演 題 名	特養入所前に叶えた願い

県 連 名 東京
院所・施設名 まいほ一む墨田
発 表 者 中島 大輔 職種 介護福祉士
共同研究者 笠嶋 明彦

【はじめに】
墨田区のはほ中心にあるまいほ一む墨田。スカイツリーのお膝元の下町は、昔から長く同じ所に住んでいる方が多い地域です。住み慣れた場所で暮らしていきたい。そんな地域の利用者様、御家族の願いに答えるべく職員は日々奮闘しています。安心、安全にその人らしい在宅生活の継続が出来るように向き合っていく事が、私達看多機職員の使命であると考えています。

【倫理的配慮】
個人が特定されないように配慮した。

【事例紹介】
大腸癌オペ後に当事業所利用開始。実家跡地に兄が建てたアパートに一人暮らし。ずっと同じ町で暮らし続けている。3週間ごとに1週間の化学療法による癌治療の入院あり。戻って来る度に「家が一番落ち着くね。」と言われている。網膜色素変性症で視力はほとんどない。当事業所を利用しての在宅復帰から特養入所までの1年2ヶ月間と、入所前にどうしても行きたいと希望されていた喫茶店への外出支援までをまとめた事例になります。

【経過】
週3日の通所と週4日、日に2回の訪問入れて、食事、排泄、内服介助等カバーすることで、独居でも暮らしていけるようにサービス開始する。入院中低下していた ADL も徐々に回復していき、オムツからリハパンツへ、尿バルーンも抜去となる。このころから自宅内を伝い歩き、食べ物探す姿を訪問中に見かけるようになる。糖尿病もあるので、自宅での食品管理についての見直しも行った。大きなアクシデントもなく、好きな家で生活することが出来ていた。しかし、キーパーソンの兄とご本人で話し合わせ、今より動けなくなったら大変だから、今のうちに特養申請をしておくという決断をされる。視力ほとんどない要介護5ということで、待機順位1番となる。「入所したら好きに食べられなくなるんですよね…目が見える頃によく通った喫茶店に行きたかったな…」とご本人に言われ、なんとかその願いを叶えてから特養入所してもらおうと職員は動きました。

【結果】
自宅で好きなテレビを見て（聴いて）、量は決められているが好きなお菓子食べて、大きなアクシデントもなく1年2ヶ月自宅で生活することが出来た。ご本人希望された喫茶店に行き、好きだったナポリタンも食べられた。お店の方も覚えてくれていて、最後に挨拶することも出来た。「さようなら。」とお店のスタッフの方に二度言われ時、熱いものがこみ上げてきました。利用最後の日、ご本人とご家族から「本当にお世話になりました。ありがとうございました。」との言葉を頂けた。

【考察】
住み慣れた場所で暮らしていきたい思いがある、でも元気うちに終の棲家への移行するという決断。介護サービス入ってればまだまだ在宅生活の継続は出来るとは思うがそれも選択肢の一つ。利用者様が幸せ、と思えるような支援が出来る事業所であるように、これからも努力していきたいと思います。

キーワード：独居高齢者の生活支援について

22 ㊟その他	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	コロナ禍でも今まで通り暮らせるように

県 連 名 石川

院所・施設名 寺井病院グループ

発表者 長高 雅子 職種 介護福祉士

共同研究者 森本 美緒子、出雲 貴子

【目的】

新型コロナウイルスが日本に持ち込まれ2年が経過しようとしている。生活様式が変わり自分たちを含め高齢者の方たちにとっても初めての状況下である。感染防止のため大勢での集まりは禁止、外出自粛と言われている中でも、寺井の家では“出来るだけ今までの生活を続けること”を大切に、通い・泊まり・訪問と利用制限せず季節ごとの定例行事もなるべく中止せず、縮小し感染対策をしながら行った。その取り組みを報告する。

【取り組み】

・季節の大きな定例行事として夏祭り、運動会、お楽しみ会とがある。中でも夏祭りに関しては地域の人達にも声をかけ参加してもらい、全利用者と1日で行っていたものを、地域の方の参加を見合わせ、利用者の方が全員参加出来るよう3日に分けて行った。・外出レクリエーションは、大人数での移動を避け、少人数で車の中からドライブがてらの花見等に切り替え行った。・また、家族が県外にあり定期的に帰省していたが出来なくなったため生活状況や病状等を電話やメールでやり取りし情報の共有を行った。

【結果】

・縮小した行事ではあったが、壁画で季節感をだし、行事に合わせたレクリエーションをした事で、笑顔も見られ楽しんでいる様子がうかがえた。・一番の楽しみであった外出レクリエーションに関しても、車の中からでも桜・紅葉を見ることで季節を感じてもらうことができた。・例年なら帰省時に利用者の様子を知ることができたが、メールや電話で細目に連絡を取り合ったことで遠方にいても生活状況が把握でき、今までと変わらない生活を続けることが出来た。

【考察】

新型コロナウイルスの終息が長期化し、高齢者が閉じこもりがちとなり、それが長期化すると正常な高齢者がMCI（軽度認知症）へ、MCIの高齢者が認知症へと進展していくことが懸念されている。当事業所でも、日々の業務に加えて感染対策にも追われ「出来ない」「やれない」と自粛の方向に傾いていたが、「それでも出来ることはないか」「これまでやってきたことを継続出来るように考えられないか」と皆で意見を出し合い、今までの定例行事を自粛せず、縮小して行うことにした。職員の労力は増えたと思うが、利用者の楽しみを減らすことなく、笑顔を引き出し、今まで通り変わらない生活を支えることが出来たのではないかと考える。

キーワード：コロナ禍、レクリエーション

22 ㊟その他	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	在宅療養者を支える家族を支援している訪問看護師の看護観 —A訪問看護ステーションにおける家族支援についてインタビュー結果からみえたもの—

県 連 名 新潟

院所・施設名 下越訪問看護ステーション

発表者 川俣 玲子 職種 看護師

共同研究者 山崎 美帆、伊原 陽子

【目的】

より専門性の高い家族看護提供に向けて、家族の支援者としての訪問看護師の看護観を明らかにする。

【研究方法】

A訪問看護ステーションの看護師4名に対して、半構造的インタビュー方法を用いた。

【倫理的配慮】

対象者に書面で研究の主旨を伝え、参加は自由意志であり拒否や途中辞退をしても不利益がないことを説明し同意を得た。また、研究で得られたデータは研究以外に使用しないことを伝えた。

【結果】

1. 家族への寄り添い

《家族のありようをありのまま受け止める》《家族の思いを尊重する》《コミュニケーションを繰り返すことで家族と関係性を育む》で構成された。自分の主観や価値観を抑えケアが押し付けにならないように心がけ、意識的に対話を重ねることで本人と家族のことを知り、それぞれの家族の形をありのまま受けとめるように努めていた。

2. 家族の力を最大限に引き出す

《支援の方法を伝え力が発揮できる働きかけ》《状況の変化や介護力に合わせた家族の最大限の力に沿う》《意思決定を支える》で構成された。それぞれの家族がもつ力を信じ、力を最大限に発揮できる選択肢を伝え、家族間の意思決定を支えていた。家族ができる方法を一緒に探し介護の場を提供することを意識していた。

3. 家族の健康や生活を守る

家族の体調や生活を気にかけて《家族が望む介護の継続ができるように導く》ことを意識していた。介護者の変化を見逃さずケアマネジャーや他支援者に発信していた。

4. 自己の成長への気づき

《人と人との関わりで自分は成長させられていることに気づくことができる》《経験の積み重ねが自己の成長につながっている》で構成された。様々な家族との出会いから影響を受け訪問看護師としての成長を実感していた。そして、経験を重ねることで視野が広がりケアを深めていた。

【考察】

家族看護の実践にあたりどのような看護観をもっていたかについて知ることができた。コロナ禍による面会制限のため家族が入院中の状態を把握しにくい状況にあり、その状況を受けて訪問看護師の役割は更に大きくなっており、家族に対しても継続的で個別性の高いきめ細やかなケアが求められている。様々な家族との出会いの中で経験を積み、看護観とケア行動の再考を繰り返すことで自らの成長に気づき、その後のケアに活かされていたと考える。

【結論】

一人に対応することが多い訪問看護師は、これでよかったのかと看護師個々で常に自問自答している。今回の研究でA訪問看護ステーションにおいて家族の支援者としての訪問看護師の看護観がみえた。これらを共有することで更にお互いの成長となりより専門性の高い家族看護の提供につながると考える。

キーワード：在宅療養、家族支援、看護観

22 ㊟その他	
Ⅰ. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう 無差別平等の医療・介護の実践	
演題名	「お家が1番だ」 家族支援を行い、ご家族様と一緒に在宅生活の継続を図る

県 連 名 長野
院所・施設名 共立介護福祉センターわかまつ
発 表 者 向井 南々帆 職種 介護福祉士
共同研究者 河野 景子、横山 薫

【目的】
主介護者である娘様は糖尿病を患っており、体調の不調や疲労感が見られ、A様の介護にまで手が回っていなかった。A様の「お家が一番だ」という思いを尊重していく為に、家族ケアも進めながら、家族と一緒に在宅生活を支えた事例について報告する。

【方法】
自宅でのA様の食事・水分摂取の内容について娘様にチェック表記入をお願いした。
排便の状況を医師に情報提供し、通い日以外は訪問を取り入れ確実な服薬を行う。
娘様が在宅の時間に訪問を行い、服薬が継続できるよう声掛けを行う。家族会を開催し、同じ悩みをもつ方々と関われる場の提供を行った。

【倫理的配慮】
今回の事例をまとめるにあたり、個人が特定されないように名前をアルファベットで記載した。プライバシー保護、表現に配慮した。

【結果】
チェック表を記入し、食事、水分量の不足を娘様も理解できた。食事内容の改善は困難が見られたが、水分を摂れるよう、様々な飲み物を試してみようという工夫が見られ、水分提供量、摂取量は増加した。
訪問回数を増やし、娘様と直接話ができる環境を整えたことで、服薬の継続ができ、また食事、水分摂取なども相まって、排便のペースが安定した。
家族会を開催し、同じ悩みを持つ方々と関われたことで、ストレス発散ができたと同時に、地域の繋がりを作ることができた。

【考察・まとめ】
記録し、状況の把握、そして改善に繋げるという明確な目的があり、他職種と娘様もチームの一員として、A様を支えているという実感、役割理解に繋がったのではないかと考える。家族会に参加し、自分だけが悩んでいるのではないと安心感を得られたと考える。ご家族様の生活状況もアセスメントし、どうしたら介護・支援を行いやすいのか、どこまでできるのかをいくつかのパターンを試し、支援内容を考えていくことが大切である。また、家族の居場所、心のよりどころを作り、利用者様の取り巻く環境の強みを引き出した支援も求められる。

【参考文献】
宮坂 啓子 藤田 君支 田渕 康子 (2014). 認知症高齢者を介護する家族の介護肯定感に関する研究18 巻 2 号 p.58-66
日本産業衛生学会講演集 ワーク・ファミリー・コンフリクトと職場環境・家族介護負担の軽減にむけて - 介護家族の支援のあり方に関する一考察 清水 美代子 (2012)

キーワード：家族支援

22 ㊟その他	
Ⅱ. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした 総合的な医療・介護の質の向上	
演題名	訪問看護における排便ケアの実践 ～排便の主体は誰？～

県 連 名 京都
院所・施設名 葵会総合ケアステーション
発 表 者 松浦 恵美 職種 看護師
共同研究者 寸田 初美

【目的】
在宅療養者で疾病や障害により排便に問題を持つ利用者は多く、訪問看護で排便ケアは日常的に行われている。病棟や施設での排便ケアに関する先行研究はあるが、個人の利用者に対して実施し、慢性便秘の解消に向けてその方法を検討した研究は見当たらない。今回、介護者により排便ケアが実施できている利用者に対し、慢性便秘が解消されない原因を分析する。そして利用者に合った慢性便秘の解消方法を検討し明らかにする。

【方法】
対象者：当訪問看護ステーションの訪問看護利用者A氏とその介護者 データ収集方法： 1) 排便日誌の記録を介護者に依頼する 2) 1)を基に生活状況、食事の内容、下剤の量、排便の有無・性状、排泄動作や排便姿勢の情報を得る

【倫理的配慮】
研究参加は対象者と家族の自由意思に基づくものとし、研究の趣旨と方法、プライバシーの保護について口頭で説明し、対象者と家族の同意を得た。本研究は法人看護部で承認を得た。

【結果】
排便日誌でわかったこと 1) 食事内容 2) 腸蠕動を促進する運動 3) 下剤の使用経過 4) 便の性状の変化と排便周期 5) 浣腸の実施頻度と排便時の姿勢 便秘のタイプ 上記結果から直腸性便秘であることがわかった。

【結果】
「高齢者の生活機能獲得のためのプロトコール」の排便プロトコールを参考に、浣腸以外の方法でレシカルボン座薬（以下座薬とする）を試した。介護者が座薬を3～4日で使用し、浣腸は実施せず経過している。浣腸よりも座薬の方がA氏の生活リズムに合わせて使うことができ、負担が少なくなっていた。介護者は散歩への誘導の仕方を工夫し、毎日ではないが散歩にも行けるようになった。座薬の効果については、現在も継続して検証中である。

【考察・まとめ】
A氏は浣腸への抵抗が強く、排便プロトコールに準じて座薬を使用することとした。その結果、A氏と介護者の生活リズムに合わせて排便がある状態となりA氏と介護者の負担の軽減につながった。また、便を軟化させるための緩下剤は服用を続けるようアドバイスした。排便時の怒責で肛門の痛みが生じることは無くなり、散歩に誘導するなどのゆとりもできた。慢性便秘を解消するためには、次の事が明らかになった。 1. 便秘のタイプをアセスメントすることが有効である 2. 個々にあった下剤、浣腸、座薬の調整と結果の評価が必要である 3. 日常生活で体操以外に身体を動かすことが効果的である 今回の研究で排便の主体は常に本人ということを再認識した。排便日誌は今後も利用していきたい。

キーワード：在宅、排便ケア、認知症

演題抄録 索引

(県連別)

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
北海道	北海道勤労者医療協会	勤医協中央病院	高田博子	看護師	在宅酸素療法導入の患者の生活実態調査からみた退院指導の評価と課題	142103	232
			大森綾子	看護師	終末期がん患者のせん妄に対して緩和ケア病棟の看護師が行っている対処	152203	240
			古川有香	看護師	終末期造血管器患者の意向に添った実践からみたA病棟の特徴と課題	152206	241
			綿谷佳苗	看護師	ICUにおけるせん妄ケアの実践によるせん妄発症率の変化	182520	280
		札幌病院	豊吉睦子	看護師	局所麻酔下で白内障外来手術を受けた患者のアンケート調査 ～安心して手術を受けられる手術看護師の役割～	020206	58
			元井里菜	看護師	SVSシート導入により、継続看護につながった事例から学んだ外来看護師の役割	050901	21
			幌沙小里	看護師	社会的バイタルサインを捉え患者の健康権を保障するカンファレンスの実践	050905	126
			大野幹子	助産師	社会的ハイリスク妊産婦への支援を行なう際に助産師が感じる困難	121903	220
			大山弥生	看護師	生後2か月の子どもを育てる母の育児への不安や負担感の調査	121907	222
		勤医協苫小牧病院	石川淳	看護師	回復期リハビリテーション病棟における認知症ケアに対する看護師の困難と課題	111805	197
			鈴木理紗	看護師	一般外来でのトリアージ導入後の看護師の意識変化	182516	278
		老人保健施設柏ヶ丘	奥野正樹	介護福祉士	認知症対応型通所介護利用者のサービス変更を決定する家族介護者に影響を及ぼした介護負担に関する一考察	111824	207
		勤医協札幌看護専門学校	花田未希子	看護師	看護基礎教育における COVID-19感染対策と教育活動の継続	040509	109
	道南勤労者医療協会	函館稜北病院	遠藤美華	看護師	『コロナ禍における退院支援』	081519	168
	道東勤労者医療協会	釧路協立病院	濱田隆司	看護師	退院調整ツールを使用した地域包括期限内での退院率の変化 ～退院調整スクリーニングと方向性カンファレンスシートを使用した結果～	030415	78
					「食いたい」という意欲を支えて	091604	176
			富阪雪乃	介護福祉士			
	オホーツク勤労者医療協会	訪問看護ステーションたんぽぽ	今井由貴	看護師	地域初 共生型放課後等デイサービスの開設の取り組み	061118	146
	社会福祉法人 協いつくしみの会	特別養護老人ホームかりぶ・あつべつ	早田元子	看護師	介護事業所における新型コロナウイルス感染予防対策チェックリストの取り組み	010119	53
	社会福祉法人 勤医協福祉会	特別養護老人ホームもなみの里	佐藤百合子	看護師	「ステーキを食べるゾ。」と帰ってきたA氏の苦痛を除くケア	152257	267
		護小規模多機能型居宅介護 こもれび	古田真	介護福祉士	せまる最期の時 ～家族の会えない苦悩に寄り添って～	152254	265
青森	津軽保健生活協同組合	健生病院	一戸礼子	看護師	緩和ケア病棟における退院支援 ～意思決定を支援するための看護師の役割～	081520	168
			千葉千草	助産師	COVID-19発生前後での退院後支援の変化 ～母乳率への影響～	121902	219
			松館満寿美	看護師	DV被害者に対する初期対応の統一を目指して～フローチャート修正に繋がった取り組み～	182504	272
		藤代健生病院	鳴海由紀子	看護師	単科精神科病院でのコロナ重点医療機関の立ち上げ「法人内コロナプロジェクトチーム」 ～顔の見える法人内連携	132001	226
			鳴海香代子	看護師	精神科コロナ病棟立ち上げ ～病棟看護長として関わってみて	132002	226
		津軽医院	澤田深郷	看護師	津軽医院のアウトリーチ活動の今後の展望	061002	134
		健生訪問看護ステーションたまち	山口由香	看護師	看護小規模多機能型居宅介護としての地域における役割について ～15か月間を振り返る～	061111	143
			大巻真純	看護師	コロナ禍での在宅看取り ～在宅看取りを選択した家族を支える～	152248	262
		健生介護センター虹	成田泰代	看護師	「独居生活を送るためのショートステイでの取り組み」 ～利用者へ継続した機能訓練の提供と情報共有～	071210	152

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
	青森保健生活協同組合	あおもり協立病院	宮田まどか	看護師	新型コロナウイルス感染症重点医療機関への転換による病棟編成、看護の実際	040806	120
			木村さおり	介護職員	安全ベルト解除に向けた取り組み	111808	198
			三上尊人	看護師	アドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）についての当病棟の現状と課題～アンケート調査を行ってわかったこと～	152230	253
		協立クリニック	工藤祐子	介護福祉士	家族支援におけるケアマネジメントの重要性～「8050問題」で学んだこと～	050917	132
		看護小規模多機能型居宅介護事業所ひまわり	館山友佳	介護福祉士	看多機で老老介護を支える～血糖コントロールの必要な方の支援～	030444	93
	社会福祉法人 虹	ショートステイ虹の郷	石岡真奈美	介護福祉士	利用者様に寄り添ったコミュニケーションを行う為に	111827	208
岩 手	盛岡医療生活協同組合	川久保病院	藤原百合香	看護師	当院における感染対策	010113	50
		グループホームさくらの家	高橋怜那	介護福祉士	生きがい～H様と対話を通して～	111837	213
		仁王ケアセンターすみれ	中嶋岬	介護職員	コロナ禍におけるケアの実践	111847	218
宮 城	宮城厚生協会	南光台地域包括支援センター	芳賀明子	保健師	相談業務の中で面する権利の格差から見えてきたこと	061007	137
		坂総合病院	小野紗都美	看護師	手術室における新型コロナウイルス感染症患者を想定した取り組み	010110	49
			柴崎葵	看護師	内服薬自己管理患者における誤与薬の実態	020215	62
			渡邊一也	看護師	多職種による入退院支援カンファレンス実施におけるアウトカム評価～高齢患者の術後せん妄について考察する～	030424	83
			佐藤美津子	看護師	医療依存度の高い患者を支援するA訪問看護ステーションの取り組み	081516	166
			大河内悠紀	助産師	母乳パンフレットの有効性の検証結果（中間報告）	121909	223
			中里優香	看護師	COVID-19感染症患者とその家族に対する終末期看護	152229	253
			邊見あき子	看護師	内視鏡センター大地震災害マニュアルを作成して	162301	268
		泉病院	阿部一葉	看護師	回復期リハビリテーション病棟における尿意と排泄行動の獲得に向けたアプローチ	071303	154
		坂総合クリニック	小野寺祥子	看護師	コロナ禍で行った整理整頓で見えたきたこと	040808	121
		公益財団法人宮城厚生協会	大内誠	事務	宮城県における補足給付の縮小による調査結果について	202701	293
		ケアステーションあゆみ	小出渉	看護師	終末期の家族看護について	152255	266
秋 田	秋田・明和会	中通総合病院	熊谷涼佑	看護師	器質的口腔ケアの技術の向上に向けた取り組み～技術チェック表を用いて～	091603	176
			熊谷涼佑	看護師	安全な食事介助に向けた取り組み～看護師と看護補助者の意識調査～	091605	177
		中通リハビリテーション病院	小林洸平	看護師	排便日誌を活用した個別的な排便アセスメントに向けた取り組み プリストルスケール評価表の活用	101703	186
山 形	山形・健友会	本間病院	加々谷華織	介護福祉士	生活の先を見据えた支援～歩きたい、その思いを叶えるために～	030455	98
			本間由妃	看護師	経験学習を取り入れた指導の実践～YWTワークシートと1on1ミーティングの定着化を図って～	040811	122
			阿部れい子	看護師	プライマリーナースとしての退院支援の実践への取り組み～新たなツールの運用とカンファレンスを通して～	081513	165
			池田奈緒子	介護福祉士	腰痛予防と軽減への取り組み～腰痛体操の継続に向けて～	212801	294
		訪問看護ステーションスワン	野沢恵	看護師	主役はわたし、病気じゃない。ALSですけど何か（笑）？～個別性の追求を考える～	030456	99
	医療生協やまがた	鶴岡協立病院	大井ひかり	看護師	患者の思いを尊重した関わりから学んだこと	030409	75
			加藤穂乃	看護師	セルフネグレクト患者の退院支援を通して学んだこと	081522	169
			齋藤悠里	看護師	喫煙初産婦との関わり～夫婦で児を迎えるために～	121905	221
			土田理紗	看護師	透析患者のアドバンス・ケア・プランニングの支援を行って	152214	245

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
			大川由紀	看護師	化学療法を受ける膀胱癌患者との関わりで学んだこと	152216	246
		鶴岡協立リハビリテーション病院	白幡あゆみ	准看護師	アルコール依存を抱える中での独居生活継続支援の取り組み	030404	73
			佐藤紗耶加	看護師	多職種チームでの退院支援における回復期リハビリ看護師の役割 ～外国籍患者が帰国するために～	030417	79
			皆川直子	介護福祉士	「昨日より元気」 ～介護職からアプローチする自立支援～	071203	149
			渡部香菜	看護師	医療依存度の高い患者の退院支援にかかわって ～住み慣れた自宅で安心して住み続けられるためには～	081502	160
			佐藤優	看護師	高次脳機能障害を抱えた独居高齢者の退院支援を振り返って	081523	170
	社会福祉法人山形虹の会	グループホームかけはし	工藤香奈	介護福祉士	帰宅願望のある方に寄り添って ～ユマニチュードを意識した対応～	111829	209
		介護老人保健施設かけはし	神田大輔	事務	その人の最善に向けて ～身体拘束について考える～	020201	19
			齋藤香澄	准看護師	褥瘡を繰り返す利用者の全身管理と治療の難しさについて学んだ事例について	020224	67
			千葉明美	准看護師	～ＱＯＬアップをめざして～ 多職種と連携して行った看護実践	030436	89
			後藤由衣子	事務	職員採用からみる「多様性を活かした職場運営」	040803	25
		ショートステイかけはし２号館	後藤夏奈子	介護福祉士	頻尿への対策から排泄動作の自立まで	101714	191
		グループホームかけはし南館	佐藤辰美	介護福祉士	共に暮らし、共に支え、共に歩み、共に学ぶ 「出来る力を引き出す介護」の実践	111828	209
福島	福島医療生活協同組合	医療生協わたり病院	松本朋美	介護福祉士	その人らしさを考える ～身体拘束解除に向けて多職種協働～	020207	58
茨城	茨城保健生活協同組合	訪問看護ステーション虹	小野幸加	看護師	在宅看護における家族の合意形成を促す支援	101718	193
		城南病院附属クリニック	長須美穂	看護師	外来看護師によるＳＤＨの視点から患者を捉える取り組み ～高齢者の人権について考える～	050915	131
	社会福祉法人翠清福祉会	ケアハウスみと	星野清栄	介護職員	他職種連携で生活を支える ～その人らしさに寄り添う	030441	91
			渡邊昭子	介護支援専門員	その方らしさを家族とともに支えた時間	030465	103
			森瀬亜美	介護職員	入浴支援の取り組みについて	111835	212
			古内清孝	介護福祉士	住み慣れた自宅で最期まで生活したい ～定期巡回サービスでの看取り支援～	152249	263
		かたくりケアセンターもくせい	薄井愛美	介護福祉士	Aさんのデイサービス利用に対する気持ちの変化 ～カレー作りを通して～	071209	152
		指定介護居宅支援事業所かたくり	平元久子	介護職員	「やっぱりここに居たいよね」 ～地域での生活を支えた事例を通してわかったこと～	061115	145
		特別養護老人ホームかたくりの郷	平野順子	介護福祉士	目の前にいるのは私たち ～被害妄想に混乱するご利用者から学んだこと～	111826	208
			海野和子	准看護師	看取りにおける看護、介護のかかわりについて ～デスカンファレンスを試みて～	182531	286
		デイサービスセンターかたくりの郷	片岡愛	介護職員	綺麗になることで変化した利用者の気持ち ～ネイルサロンを通して得たもの～	182539	290
栃木	栃木保健医療生活協同組合	宇都宮協立診療所	大谷瑠美	看護師	訪問診療導入・継続のための多職種での関わり の一例 ～多職種カンファレンス チームの力で never give up! ～	030428	85
		生協ふたば診療所	伊藤陽子	看護師	在宅患者家族のグリーフケア 「残された家族に寄り添いたい」	020306	71
		訪問看護ステーション虹	大根田聡美	看護師	老障介護を地域で支える生命（いのち）と暮らし ～聴力障害をもつ我が子を想う在宅死の決意を支えて～	152244	260
			馬場明美	看護師	在宅か施設か 自己決定できるように寄り添った支援 ～息子の突然の死とその後嫁との生活で揺れ動く気持ちに寄り添って～	152245	261

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
群馬	群馬中央医療生活協同組合	前橋協立病院	井上佳子	看護師	面会中止中の患者さんと家族をつなぐ心のケアの取り組み	040604	113
			木村明美	看護師	戦争体験の聞き取りをして～平和について考える	040605	114
			田村菜美	助産師	最期の時を支援してー病棟から在宅へー	152219	248
		前橋協立診療所	坂本美絵	看護師	在宅療養支援における診療所看護師の役割	020222	66
	利根保健生活協同組合	介護老人保健施設とね	遠藤三知佳	介護福祉士	在宅生活を継続するためにー胃ろう増設の利用者を受け入れた事例ー	030438	90
	北毛保健生活協同組合	北毛病院	今井日香理	看護師	コロナ禍での癌終末期患者の看取りについて	030403	72
			都丸建人	看護師	病棟看護師による無差別平等の生活支援実践事例	081503	160
		虹訪問看護ステーション	黒岩靖子	看護師	貧困世帯への介入について考える	081532	174
		介護老人保健施設 ぼくもう	大林明美	看護師	バルンカテーテル抜去に向けた支援	101715	192
		渋川市西部地域包括支援センター	高橋敬子	看護師	「多問題解決に対応して高齢者運転事故から免許と独居を返納した一事例」	061006	136
		とね訪問看護ステーション	伊藤香苗	看護師	へき地にて医療的ケア児の在宅看取りを可能にした看護	121913	225
	一般社団法人 群馬保健企画	あおば薬局	島田薫	介護職員	コロナ禍で収入が少なくなり介護費用の支払いが出来なくなった件	050919	133
埼玉	医療生協さいたま生活協同組合	埼玉協同病院	吉田智恵子	看護師	新型コロナウイルス感染症における医療従事者の曝露のリスク	010109	48
			高林由佳	保健師	術前の禁煙指導における他部門連携の実態ー継続した禁煙に繋がる支援体制の確立を目指してー	030406	74
			寺門妙子	看護師	医療依存度の高い重症心身症患者の入院から退院支援を振り返ってー気管切開下陽圧換気療法患者の在宅療養を目指した急性期から退院支援までの継続支援ー	030410	76
			児玉裕美	看護師	新人看護職員ローテーション研修から見えてきたもの	040507	108
			岡田美智子	看護師	「地域とともに産み・育み・看とる 第2弾」本出版にむけてー到達と今後の課題ー	040601	112
			石川幸恵	助産師	妊娠をきっかけとした切れ目ない母子支援をするための活動ー母子保健地域包括の視点よりー	121908	222
			町田美由紀	看護師	PNS 定着をめざした看護主任会議での取り組み	182503	272
			渡部美奈	看護師	COVID-19患者における非挿管下での腹臥位療法の取り組み	182506	273
		埼玉西協同病院	山梨忍	看護師	COVID-19陽性者受け入れから2020年度を振り返って	020216	63
		熊谷生協病院	五十嵐加代子	看護師	外来カンファレンスからー気になる患者へアプローチした事例報告	030412	77
			乙川敏之	介護福祉士	療養病棟による生協10の基本ケアの取り組みー希望叶えるために	111817	203
		秩父生協病院	出浦真由美	看護師	経口摂取困難患者に対して KT バランスチャートを用いた取り組みを行って	091611	180
		介護老人保健施設みぬま	高橋恵子	看護師	老健で守り抜いた高齢者一人ひとりの“生き方”“過ごし方”ー2021年度 看取り統計よりー	152242	259
		介護老人保健施設さんとも	中川美佐子	介護福祉士	技能実習生との歩みー今後の展開についてー	040513	111
			管野亜紀	看護師	老健で障害児者のショートステイを受け入れてー6年間の振り返りと今後の課題ー	061105	140
			岡田将輝	介護福祉士	生協10の基本ケアの取り組みについて	071308	156
			増戸強	介護福祉士	アメーバ経営の実践活動ーリーダーの行動変化と質の高いサービス提供を目指してー	192601	291
		大井協同診療所	河上亮子	保健師	後期高齢者健康診査におけるフレイル問診の取り組みについて	071402	158
			山内玖美	看護師	患者と家族が望む最期を迎えられた事例ーしつとこノートに寄り添った最期の迎え方ー	152236	256
		所沢診療所	坪井恵美	看護師	地域で看取る、診療所看護師の ACPー最期まで C 太と一緒に過ごしたいを支援ー	152238	257

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁	
		医療生協ケアセンターさきたま	中島光枝	看護師	在宅看取りの非がんターミナルケア —本人と家族の「これがしたい」に応える多職種連携—	030459	100	
		医療生協ケアステーションうらしん	村山有光子	看護師	診療所通院患者の継続的ケアを必要とする要因の実態	061109	142	
		熊谷生協ケアセンター	新野朋子	看護師	コロナ禍における訪問看護ステーションでの情報共有の試み —看護用電子カルテ導入の実態調査と今後の課題—	182534	287	
		ケアセンターかがやき	中村晋平	介護福祉士	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の取り組み	030461	101	
千葉	千葉県勤労者医療協会	千葉健生病院	野島友介	介護福祉士	水を使わない陰部洗浄	182502	271	
		二和ふれあいクリニック	芦垣彩加	保健師	健診分野における手指衛生向上に向けた取り組み —租順守率100%を目指して—	010117	52	
		まくはり訪問看護ステーション	高橋政司	看護師	障害を持った A 氏が自分らしく生きていくために —臨床倫理「4分割法」を通して—	030453	97	
			今村京子	看護師	ALS で長期療養している利用者の人権 ～訪問看護師の在り方を考える～	061113	144	
		ふたわ訪問看護ステーション	大塚明子	看護師	若年障害者（10代）の短期間で悪化した褥瘡についての考察	101717	193	
			高柳陽子	看護師	在宅における男性介護者の現状と課題	182535	288	
		社会福祉法人 千葉勤労者福祉会	デイサービスセンターからたち	阿曾純也	介護福祉士	デイサービスという集団活動の中で感染を拡大させない取り組み	010122	55
		特定非営利活動法人健康友の会なのはな	特定非営利活動法人 健康友の会なのはな	井滝耕平	介護福祉士	訪問介護利用者の予期せぬ事態への対応	212804	295
東京	医療法人 健和会	医療法人財団健和会	葛西英子	看護師	看護部オプション研修コースの成果と課題 ～地域看護・公衆衛生看護・地域クリティカルケア看護の3コースの振り返り～	040503	106	
		柳原病院	園田彰江	看護師	感染予防活動の推進に向けての取り組み —外来患者の手洗い研修の実践—	010105	46	
			伊藤直美	看護師	リハビリ課との協働による「集団リハビリ」の取り組み	071305	155	
		みさと健和病院	由利典彦	介護福祉士	排泄自立支援を振り返って	071202	148	
			富田果奈	看護師	新型コロナウイルス感染症に対してのリハビリ的なアプローチについて	071306	155	
			渡邊宙七	看護師	意思決定を尊重した関りについて	152204	240	
			佐藤睦	看護師	集中治療後症候群予防のためのダイアリーの取り組み	222902	296	
		柳原腎クリニック	鈴木聖子	看護師	当院でのフットケアの取り組み ～立ち上げから3年目の経過～	182527	284	
		柳原リハビリテーション病院	近藤まこと	看護師	「手を用いたケア」が定着するまでの取り組み	040809	121	
		すみれ訪問看護ステーション	萩原美幸	看護師	グループホームでの看取りから学んだこと —介護職の振り返りのアンケートを通して—	111838	214	
		まいほーむ墨田	中島大輔	介護福祉士	特養入所前に叶えた願い	222906	298	
		東京保健生活協同組合	大泉生協病院	澤知廣	介護福祉士	本人の能力や尊厳の尊重	020304	70
	黒木美穂子			看護師	理解力低下のある患者と、その患者を受容できない妻とのかかわり	081527	172	
	力丸千恵子			看護師	コロナ禍で増え続けている過活動膀胱の患者さんを通して思うこと	101711	190	
	訪問看護ステーションてっぽうず		松原明子	看護師	不安の強い認知症高齢者の訪問看護を通して学んだこと ～認知症の方への地域支援・協働のあり方を考える～	152250	263	
	千石にじの家		田中邦彦	介護福祉士	COVID-19により重症肺炎になった利用者の在宅復帰までのケア	030443	92	
	城南福祉医療協会		大田病院	小倉恵子	看護師	当院回復期リハビリ病棟における転倒転落対策 アルゴリズム運用 ～ベッド周囲の環境設定を行うスタッフ対応の統一化～	020211	60
		松崎さとみ			介護福祉士	COVID-19感染症クラスター体験後に、回復期リハビリ病棟のBCP作成を試みて	020213	61
		小松隆文		看護師	卒後2年目が取り組んだ急性期病棟における終末期看護 ～日々の要求に答えることで見えてきた信頼関係の構築～	152207	242	

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁	
東京	東京勤労者医療会		丹野敦子	看護師	がん告知を受けた患者が生きていることに希望をも つことができた急性期病棟の看護	152208	242	
			池田里実	看護師	経口摂取ができなくなった患者の命の分岐点に 私たちはどのようにかかわっているのか	152213	245	
			勤医会東葛看護 専門学校	山田かおる	看護師	「自分でやれることは自分でやりたい」と願う C氏の身体抑制を解除しA D L 向上に向けた実 践 ～看護学生の人権を尊重した実践からの学び～	020307	71
			東葛病院附属流 山 セン ト ラ ル パ ー ク 駅 前 診 療 所	藤浪麻里	看護師	コロナ禍で1型糖尿病を発症したA氏への支 援 ～CDEJとして患者に寄り添う～	050914	131
	社会医療法人社団 健 友会	中野共立病院	豊原愛	看護師	コロナ患者を受け入れてからの病棟の取り組み	010107	47	
			宗田彩未	看護師	維持透析を行っている COPD 患者のターミナ ル期における本人の思いに添った意思決定支援	152218	247	
		江古田沼袋診療 所	工藤綾子	看護師	新型コロナ「自宅療養者」への外来看護師の対 応 —電話フォローを振り返って見えてきたこと—	222904	297	
			やまと診療所	矢野睦子	看護師	新型コロナ流行期の発熱外来での患者支援の実 際 ～在宅療養患者へのケアリング実践について～	020219	64
		上高田訪問看護 ステーション	竹木彩子	看護師	地域での生活を継続するために病状安定に向け た訪問看護の関わり方 ～高次脳機能障害の患者を通して学んだこと～	030451	96	
		医療法人 健生会（東 京）	立川相互病院	福島早織	保健師	カウンセリングルーム「スマイルハート」の運 営を通してわかった職員のメンタルヘルスへの 効果と今後の展望	040801	24
	あきしま相互病 院			山田優花	看護師	コロナ禍における在宅医療の変化と課題	061103	139
	羽村相互診療所		小林美幸	看護師	在宅で気管カニューレ抜去の取り組み	020218	64	
	健生会にしき訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン		千葉淳	看護師	訪問看護ステーションで新卒看護師を受け入れ るにあたって	040504	106	
	健生会にしたま 訪問看護ステー ション		関詩子	看護師	訪問看護契約書改定の取り組み ～暴力・器物破損と警察介入 大腸がん末期 母を看取った息子のトラブル対応から～	212803	295	
	健生会ふれあい 相互病院		島田雅樹	看護師	転倒予防対策の充実 自動復旧センサー導入と 医療スタッフの心理的ストレス軽減	182508	274	
	共立医療会		デイサービスセ ンターたんぽぽ	米山知恵	介護福祉士	民医連の灯を消さず、八王子・多摩地域の民医 連活動をさらに発展させるために ～デイサービスセンターたんぽぽの取り組みか ら～	192604	292
	社会福祉法人 すこや か福祉会	ファミリーケア 大島	山田悦子	介護福祉士	「相手の気持ちに寄り添ってこそその人らしさ を引き出せる」	061005	136	
		グループホーム みたて	金谷聡志	介護職員	グループホームみたてにおける感染症発生と拡 散を踏まえ、今後の感染防止、発生時の対応を 考える。	010121	54	
	東京はくと医療生活協 同組合	王子生協病院	大場桃果	看護師	COVID-19罹患後、人工呼吸器管理となった患 者との関わり	010108	48	
			千葉幸子	看護師	オレンジカフェの取り組み	111812	200	
		荒川生協診療所	田中朋子	看護師	代理受診の事例を振り返る ～『民医連のめざす看護とその基本となるも の』の評価・検討シートを用いて～	040602	112	
			生協浮間診療所	後藤智美	看護師・保 健師	都市部のプライマリ・ケアを担う診療所におけ る看護実践 ～ COVID-19の流行を受けて～	010118	53
		訪問看護ステー ションはくと	小林裕美	看護師	同じ目標にむかってより良いケアを届けるため に —チームワーク力を高めるキーワードは何？ 診 療所と訪問看護ステーション編	030454	98	
			平松明美	看護師	訪問看護ステーションでの新卒受入れを行って ♪若手教育ははじめました♪	040505	107	
（社福） いきいき福 祉会		グループホーム こまくさの家・ 長房	斉藤亨	介護福祉士	クラスター発生と対応からの学び ～チーム支援の在り方について～	020225	67	
	中村龍平		介護福祉士	グループホームにおける ICT 導入（電子記録 媒体へ）	172401	270		
	ケアプランセン ターいきいき	大川幸子	介護職員	法人教育委員会で学び実践する ～互いに安心して働ける職場を目指して～	040813	123		
神奈川	川崎医療生活協同組合	川崎協同病院	鈴木奈美	看護師	新人看護師集合研修にピア・サポートを導入し ての考察	040502	105	

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁	
			菅野まり子	看護師	「もの忘れ相談外来」開設1年の歩み ～認定看護師の役割を心に刻みながら～	111813	201	
			百井隼也	看護師	感染隔離病棟一年間の歩み	182522	281	
		大師診療所	地曳祐花	看護師	患者様とのかかわりを通し外来とデイケアで連携した取り組み	030434	88	
			大沼真早美	介護福祉士	利用者さんがまた来たいと思う場所作り ～2単位から1単位への変更～	192602	291	
		あさお診療所	黒瀧幸子	看護師	コロナ禍だからこそ 患者さんにつながる看護	040807	120	
		おおしま訪問看護ステーション	小森千絵	看護師	地域看護コース立ち上げ3年間のまとめ ～新卒から訪問看護師を育てる～	040506	107	
		協同ふじさきクリニック	森光子	看護師	『介護施設職員とともに患者中心のケアを考えるための連携』 ～自職場を振り返りながら～	030427	84	
		横浜勤労者福祉協会	汐田総合病院	今井礼	看護師	インシデントカンファレンスに対する看護師の意識調査と考察	020209	59
	うしおだ老健やすらぎ		伊東辰悟	介護福祉士	電子カルテ・R4システムの導入への取り組みとその成果 ～情報の共有・アセスメントの強化によりケアの個別性を深める～	030437	89	
	医療生協かながわ生活協同組合	医療生協かながわ生活協同組合	佐々木栄津子	看護師	神奈川民医連「看護幹部育成研修」14年間のとりくみ	040701	116	
	社会福祉法人 うしおだ	ハイムさつき	城石孝雄	介護福祉士	「どうせ私なんて」を「私だからできる」に変えていく —精神科グループホームの試み	132008	229	
	新 潟	新潟勤労者医療協会	下越病院	栗賀あゆみ	介護福祉士	A病棟における、私服の更衣に対する支援の実態 —説明用紙導入後のスタッフの認識や意識の変化—	071302	153
				介護老人保健施設おぎの里	伊藤貴紀	介護福祉士	口腔ケアに対する意識調査	091620
坂井輪診療所			山田奈保美	看護師	医療の現場から見える8050問題 ～多職種との連携で解決の糸口を探す～	030429	85	
かえつクリニック			千田友美	保健師	高齢1型糖尿病患者のインスリン自己注射手技の実施状況と看護師の関わり方	142111	236	
下越訪問看護ステーション			川俣玲子	看護師	在宅療養者を支える家族を支援している訪問看護師の看護観 —A訪問看護ステーションにおける家族支援についてインタビュー結果からみえたもの—	222908	299	
有限会社 カエツ			ヘルパーステーション ほっと新潟	岡村朝子	介護福祉士	ずっと働きたい！と思える職場を目指して —聞き取り調査からみえてきたこと—	040814	124
社会福祉法人 かえつ福祉会		特別養護老人ホーム あがうら	松尾美貴	介護福祉士	ユニットレクから得た、「楽しい」のプロセス	040812	123	
富 山		富山医療生活協同組合	富山協立病院	大場恵利香	看護師	外来隔離室へ隔離された患者の思い	010114	51
	森みえ			看護師	透析開始時業務で感じる思いを明らかにする	020203	56	
	在宅福祉総合センターきずな		清水治子	看護師	「多問題家族」を支援するための多職種連携 ～利用者、家族をみんなで支援する～	030457	99	
	社会福祉法人とやま虹の会	特別養護老人ホームしらいわ苑	布瀬明香	介護福祉士	特別養護老人ホームでの口腔ケアの取り組みについて	091615	182	
石 川	石川勤労者医療協会	城北病院	青木静子	看護師	民医連看護を伝えたい ～コロナ禍における看護学生活動 21卒確保目標達成～	040512	110	
			中西智美	看護師	地域の要求に応えるコロナ禍の看護実践 ～発熱外来開設における看護管理者の役割～	040607	115	
			小島直子	看護師	NST リンク委員会活動報告 ～褥瘡をテーマとした実践的な学習会を開催して～	040702	116	
			有澤芳美	介護福祉士	アセスメントから始める排便ケア	101709	189	
			松田知恵	看護師	睡眠に障害のある入院中の認知症高齢者の睡眠状態と光環境の関係	111816	203	
			重光真弓	看護師	コミュニケーションに支障のある患者のケア援助 ～療養環境とストレス刺激の関係について～	111820	205	
			田中利紗	看護師	「家族に会いたい」 ～コロナ禍における面会制限の壁を越えて～	152227	252	
			崎山真古都	看護師	コロナ禍における救急搬送の変化	222901	296	
		寺井病院	佐々木慎	准看護師	コロナ禍におけるタブレット面会の導入 ～患者と家族が安心できる療養環境づくり～	010111	49	
			西東夏海	看護師	身体拘束と延命	020302	69	

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
			高橋さおり	看護師	コロナ禍における慢性疾患管理について取り組みだこと	142108	234
			長高雅子	介護福祉士	コロナ禍でも今まで通り暮らせるように	222907	299
		グループホーム おんぼらーと	加藤麻奈美	介護福祉士	最期まで「俺流で生きる」にこだわった A 氏の 生き様 ～ご家族と共に支えた看取り～	111836	213
福 井	福井県医療生活協同組合	光陽生協病院	白崎安矢実	看護師	地域包括ケア病棟において ACP の実態調査	061102	138
		つるが生協診療 所	谷口絵美	看護師	寮でしか生活できない A 氏の支えになりたい	142112	236
		光陽生協クリ ニック	杉本敬子	看護師	自宅血圧測定の勧めと手帳の普及 ～コロナ禍でも慢性疾患管理の充実を図って～	142113	237
		和の家ぬくぬく	矢部多加子	介護福祉士	レクリエーションの役割	111834	212
	社会福祉法人寿の会	介護老人保健施 設あじさい	津田勝利	介護福祉士	社会福祉施設感染症対策チーム員活動報告 ～新型コロナウイルス感染症によるクラスター 発生施設への支援活動～	010103	17
山 梨	山梨勤労者医療協会	甲府共立病院	小畑恵介	看護師	新型コロナウイルスによる病棟内クラスターを 経験して	010106	47
			保坂典子	看護師	B 看護学院における看護学生の就職先選択の理 由	040511	110
			加藤あゆみ	看護師	がんと共に前向きに生きた A 氏との関わり ～患者と同じ目線に立ち、患者の心情を知る事 の重要性～	152210	243
		巨摩共立病院	角野加世子	看護師	私たちの看護理念を実現するために必要な看護 管理者の力とは ～山梨民医連看護管理者マネジメントリーダーの 導入にむけて～	040606	114
		石和共立病院	中澤霞	看護師	透析導入が必要な A 氏の意味決定のプロセス を支える看護師の役割について	152211	244
			岡梨香子	看護師	意思確認困難と判断された高齢の終末期患者の 家族を通じた意思決定支援	152220	248
		共立高等看護学 院	坂井美紗	看護師	転倒リスクが高い入院患者への転倒予防ケア ー車椅子抑制の解除と環境設定により転倒が減 少した一例ー	020226	68
	社会福祉法人 やまな し勤労者福祉会	共立介護福祉セ ンターわかまつ	三科麻帆	介護福祉士	「安心できる場所」 ～知っている人がいて嬉しいよ～	111832	211
			向井南々帆	介護福祉士	「お家が1番だ」 家族支援を行い、ご家族様と一緒に在宅生活の 継続を図る	222909	300
		共立介護福祉セ ンターももその	依田紗利奈	介護職員	「安心して過ごすことができる環境づくり」	030458	100
		共立介護福祉セ ンターいけだ	中村弥生	看護師	複合型センターの優位性 ～定期巡廻・訪問看護・看多機協働による A 氏の看取り～	030401	21
			望月遥乃	介護福祉士	「認知症高齢者が安心して地域で暮らし続ける ために」 ～介護施設の S W として行ったソーシャルアク ション～	061106	140
			花輪啓子	保健師	多職種連携によるミールラウンドの実践報告と 成果	091619	184
長 野	医療法人 郡内共立福 祉医療会	共立デイサービ スさるはし	矢崎桃子	看護師	インスリン自己管理困難のデイサービス利用者 に対する他職種との連携	030464	103
	長野医療生活協同組合	長野中央病院	江村みなみ	看護師	海外在住にて無保険で手術を受けた患者の看護 を振り返って	030418	80
			佐久間奈央	看護師	コロナ禍における A 病院回復期リハビリテー ション病棟の退院支援の実態	081524	170
			竹之内千恵	看護師	認知症がん患者の疼痛評価及び困難さに関する 実態調査	111801	195
			前澤綾子	看護師	緩和ケア病棟紹介時に対する医師・看護師の認 識について考える。 ～外科外来の現状より～	152205	241
			茂野亜矢子	看護師	遅出業務におけるストレスに関する意識調査	182505	273
			高橋理恵	看護師	集中治療室に入室した患者の苦痛体験	182507	274
			石崎陽子	看護師	腹腔内に挿入中のドレーン固定方法の現状把握 と手技統一したことによる意識の変化	182523	282
		介護老人保健施 設ふるさと	風間寛子	介護福祉士	自職場における人権 café 学習の取り組み	040704	117
			山寄理沙	看護師	身体拘束環境の変化による心身状況の変化と考 察	111825	207
			土屋三奈	介護福祉士	着圧ソックスの適正サイズの選択方法の提案	182530	285

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
	健和会（長野）	健和会病院	松下洋美	看護師	よりよい手術室環境に向けて ～バイキン君を用いた環境整備の取り組みについて～	010112	50
			塚本悠	看護師	緩和ケアとしての関わり ～その人らしい生活を送る為のサポートとは～	030402	72
			佐藤京子	看護師	外来での新人看護師受け入れによる指導の取り組み	040501	105
			吉川憲子	看護師	「家に帰ってこれてよかった」 ～自宅での看取りを決断した家族との関わりより、ACP・退院支援についての一考察～	152212	244
			原田美保子	看護師	回復期リハビリテーション病棟退院患者における自然災害に対する避難準備の意識調査	162303	269
	南信勤労者医療協会	小規模多機能ケアやよい	寺島裕美	看護師	住民調査から見えてきた A 小規模多機能型居宅介護事業所の地域における役割と課題	061107	141
	中信勤労者医療協会	松本協立病院	佐藤康子	看護師	看護タスクシフト 看護補助者との協働 ～夜勤補助者導入の成果と課題～	182501	271
		塩尻協立病院	市川愛	介護福祉士	リフト導入の成果と展望 ～移乗介助による 患者受傷者ゼロ 職員腰痛者ゼロ を目指して～	020205	57
			中塚奈穂	看護師	多職種連携によって認知症高齢者の在宅生活を支える 気に患チームの取り組み	030419	80
	上伊那医療生活協同組合	上伊那生協病院	唐澤ゆう子	看護師	多職種チームでの包括的・連続的な糖尿病ケア	050908	128
			山浦千鶴	看護師	A 療養病棟のスキンテアのケアに関する実態調査から見えた今後の課題	101705	187
			松村大樹	看護師	新型コロナウイルス禍で患者様とご家族を繋ぐ 取り組みと事例紹介	152225	251
		老人保健施設はびろの里	掛川浩代	介護職員	口腔ケア介入困難な利用者への口腔衛生を試みて	091614	181
		訪問看護ステーションみどり	井村紀子	看護師	訪問看護師が退院前カンファレンスを通して実践する退院調整の現状	081531	174
		生協総合ケアセンターみのわ	石川唯	介護福祉士	「看多機利用を心待ちにされて」	061108	141
		生協ケアセンター春近 なの家の家	竹村真美	介護福祉士	なないろの家の協同の取り組み ～最期まで住み慣れたこの地域この場所で生きる～	182532	286
		生協総合ケアセンターいいじま	田畑由佳	介護福祉士	住み慣れるとは…	111844	217
岐 阜	岐阜勤労者医療協会	みどり病院	宮里由以子	看護師	発熱外来の軌跡	010115	51
			岩山あかね	看護師	ICF の観点から振り返る退院支援	071204	149
			米田峻輔	看護師	「看護」をするために人間関係を構築することの大切さ	081517	167
			福島麻悠子	看護師	COVID-19流行下における 認知症高齢者の身体拘束を考える ー認知症看護認定看護師として認知症高齢者の人権を擁護していくためにー	111814	202
			長野蒼	看護師	アクティビティの視点を取り入れた院内デイケアの実践	111818	204
			有田真紀	看護師	高齢者における ACP の重要性和患者の希望を叶えるための多職種連携についての学び	152221	249
			山下加奈	看護師	病棟職員の車椅子ベルトに対する意識変化	182512	276
静 岡	静岡健生会	浜松佐藤町診療所	古田克美	看護師	コロナ禍の終末期の患者の死を通して	152239	258
		訪問看護ステーションふれあい	笹下奈緒子	看護師	独居の癌患者の在宅看取りを振り返り、多職種連携と訪問看護の役割を考える	030447	94
		訪問看護ステーションふしみ	内田早苗	看護師	家族の視点から学ぶターミナルケア ～在宅で看取った家族の思い～	182536	288
		訪問看護ステーションかなみ	奥脇裕子	看護師	災害時における訪問看護師の役割と支援の検討 ～自助を高めるために事前対策を考える～	162304	269
		静岡田町福祉サービスセンター	清野佳昭	介護福祉士	柚子元気UP運動に取り組んで	071309	157
愛 知	北医療生活協同組合	北病院	永井浩美	看護師	2泊3日の嚥下評価入院で経管栄養から経口摂取に移行した1例	091612	180
			中田うらら	看護師	当院における皮膚・排泄ケア認定看護師の取り組み	101710	189
	名南会	名南病院	井口真志	看護師	低血糖を恐れ各種指導も拒否し糖尿病性ケトアシドーシスで死亡した1例を考える	142107	234

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁	
	尾張健友会	千秋病院	松崎美智子	看護師	コロナに対する現場の本音 ～そこから学んだこと～	040805	119	
			服部博子	看護師	病棟での効果的な FIM の導入法	071307	156	
			前田めぐみ	看護師	退院支援を評価する取り組み『退院後の電話訪問』について	081507	162	
			勢川玄樹	介護職員	栄養アセスメント、口腔栄養スクリーニングの取り組み	091613	181	
			山田瑠梨	看護師	オムツの漏れトラブルゼロへの取り組み	101707	188	
		訪問看護ステーション・ちあき	滝愛	看護師	家に帰れてよかったね	081530	173	
三重	みえ医療福祉生活協同組合	津生協病院	大西陽	看護師	退院支援における病棟看護師の役割 ～自宅退院を目指した介入とその先に～	081525	171	
滋賀	滋賀勤労者保健会	膳所診療所	溝上菜々恵	看護師	知的障害のある糖尿病患者へのインスリン導入指導 ～外来での取り組み～	142109	235	
			坂本民主診療所	大塚留美	看護師	若年性認知機能低下の患者へのアプローチ ～患者に寄り添い多職種連携にて～	030426	84
		介護老人保健施設 日和の里	藤田めぐみ	看護師	個別性を理解したケアの確立を目指す取り組み ーライフヒストリーシートを導入してみてー	111822	206	
		訪問看護ステーション陽だまり	松田みゆき	看護師	独居、高齢者、脳梗塞後遺症患者の内服管理 ～多職種連携を通して学んだこと～	030446	94	
		在宅ケアステーションコスモス	椋田恭子	看護師	廃用症候群からの脱却 ～変わりつつある利用者の行動～	071403	159	
	しが健康医療生活協同組合	訪問看護ステーションなないろ	高德政代	看護師	医療依存度が高い老々介護の療養者の在宅療養を支える看護 ～ A 氏の訪問看護を通じて家族看護の重要性を学ぶ～	061110	142	
		医療生協こうせい駅前診療所	谷口とし美	看護師	訪問診療を開始するまでの経過対応を振り返る ～診療所看護師としての関わりを考える～	030425	83	
		京都	京都・信和会	京都民医連あすかい病院	津田はるみ	看護師	病気の背景に目を向け寄り添う看護を目指して ～ SDH の視点を看護のものさしに～	050903
小原久美子	看護師				神経難病とがんを抱えた利用者の在宅看護について考える ～パーキンソン病と肺がん末期で在宅生活を支援した利用者の事例を 振り返って～	050904	126	
高橋佳奈美	看護師				認知症ケアのための PEAP による関わり	111804	196	
小林治歌	看護師				透析患者の栄養障害の改善を目指した取り組み ～アミノ酸接種とレジスタンス運動を推奨して～	142101	231	
後藤永	看護師				構造的ライフレビューの実践とその学び	152217	247	
村山彩矢佳	看護師				脳血管疾患患者の障害受容変容過程の理解と看護介護のあり方について	182521	281	
川端診療所	和佐野陽子			准看護師	日常生活での間食及び、 透析中の給の摂取量と体重コントロールの関係性について	142115	238	
京都民医連洛北診療所	南崎涼子			看護師	社会背景をスクリーニングする ～ SDH 問診で患者の社会的リスクの気づきにつなぐ～	050916	132	
大宅診療所	楠生紀子			看護師	COVID19の感染拡大による糖尿病患者の血糖変動と行動変容 ～ A 診療所に通院する患者が行動変容を起こした心理とは～	142114	237	
訪問看護ステーションたんぽぽ	柳生恭子			看護師	終末期における訪問看護とデイサービスとの連携	030452	97	
訪問看護ステーションどんぐり	原田友香			看護師	拒否が強かった認知症独居の利用者が心穏やかに人生の最終段階を受け入れた要因 ～訪問看護師の関わりをバリデーションのテクニックに当てはめて振り返る～	111839	214	
介護医療院 茶山のさと	西上友実子			介護福祉士	介護老人保健施設における多職種による高齢者への栄養アプローチ KT バランスチャートの活用を通して介護福祉士の役割を考える	091616	182	
訪問看護ステーションひまわり	久世順子			看護師	生活困窮した終末期の訪問看護介入を ソーシャルバイタルサインアクションシートで振り返る ～猫がいるから入院出来ない～	050918	133	
葵会	上賀茂診療所			川西友栄	看護師	高齢者の服薬アドヒアランス向上にむけての支援 ～生活の質も高められる関わりとは～	061004	135
				葵会総合ケアステーション	松浦恵美	看護師	訪問看護における排便ケアの実践 ～排便の主体は誰？～	222910

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
京都保健会	京都民医連中央病院	介護医療院 おおみや葵の郷	吉川瑞紀	看護師	「口中からの内服落下のインシデントから学んだこと」 ～嚥下能力や認知度との関わりを考察して～	182529	285
		京都民医連中央病院	長谷川美智子	看護師	急性期病院における身体拘束解除の取り組み —高齢者の尊厳を守るケアの拡充—	020301	19
			山内未奈	看護師	生命の危機に直面し治療選択を余儀なくされたA氏家族への意思決定支援	030408	75
			寺内桃子	助産師	リフレクションを活用した新人看護師教育	040508	108
			山本美佳	看護師	副主任ワークショップの実践 ～リフレクションを活用して～	040510	109
			藤岡志津	看護師	アルコール依存症患者の回復をささえる消化器内科病棟の取り組み —依存症対応コンサルテーション派遣事業に参画して—	050911	129
			塚本ゆうこ	看護師	多職種協働での COVID-19患者の退院支援 ～ ICF を活用してケアをつなぐ～	071201	148
			河村真莉恵	看護師	コロナウイルス感染症専用病棟での患者向けパンフレットの作成・運用について	071206	150
			布留川美帆子	看護師	コロナ禍における褥瘡回診時の接触時間短縮の実践	101708	188
			山田亜由美	看護師	認知症初期集中支援チーム活動を通して ～地域で生活するために必要な環境調整とは～	111819	204
			三尾知沙	看護師	心不全末期にある高齢者が望む自宅での生活を支える ACP ～本人と家族の暮らしの場でみえてきた認定看護師（CN）の役割～	152222	249
			坂根真帆	看護師	COVID-19重症患者の意思決定支援 ～本人の思いを支えたケアからの学び～	152233	255
		吉祥院病院	大森桂子	看護師	A 病院の在宅医療における新型コロナウイルス感染症に対する看護管理者のマネジメント実践	010101	16
			乾香織	看護師	治療中断を繰り返す進行膵癌を併発した緩徐進行1型糖尿病患者との関わり	030413	77
			土居原美岐	看護師	地域包括ケア病棟から見えた COVID-19感染における高齢者フレイルの現状	071401	158
			小前田かなえ	看護師	便秘症状を有し排便困難感を自覚する高齢者に対し、浣腸を使用せず『便秘改善のケアプロトコール』を実践した事例研究	101706	187
			板谷直子	看護師	遺族にむけた看取りに至る質問紙調査の評価から、訪問診療看護師の看護ケアを考察する	152228	252
		京都協立病院	松田龍二	看護師	転倒リスクのある患者の環境シートを利用した転倒予防対策 ～看護師の転倒予防への意識変容を目指して～	111811	200
			阪梨知代	看護師	かかりつけ病院において重症心身障害児（者）を守る取り組み ～地域連携・外来における情報収集について～	121904	220
			村上和子	看護師	認知機能が低下した患者にピクトグラムを活用した転倒予防 ～回復期リハビリテーション病棟において効果的な活用法を考える～	182519	280
		まいづる協立診療所	佐々木陽子	看護師	2型糖尿病患者が、地域でその人らしく生活するための支援をアウトリーチから考える	061003	135
		たんご協立診療所	小西保子	看護師	看看連携の課題と改善策 ～診療所と訪問看護のアンケート結果から考える～	182528	284
		吉祥院こども診療所	善明実	看護師	ビデオ電話を活用した看護師による無料電話相談をはじめて ～お顔をみて話しましょう～	121910	223
		在宅ケアステーションげんき	西田美恵子	看護師	ストレングスモデルを活用した訪問看護 ～書くことで妄想が広がる精神疾患1例の考察～	132009	230
		近畿高等看護専門学校	塚田みのり	看護師	実習指導教員の効果 ～実習指導者のからのインタビューを通して～	040705	118
		ふくちやま協立診療所	林千秋	看護師	高血圧症患者の疾患に関する意識調査 ～A診療所に通院中の患者の傾向と今後の課題～	142116	238
		京都民医連太子道診療所	大岡淑美	看護師	外来診療継続困難になった要因の検討 重複受診、重複処方を繰り返すA氏を振り返って	030432	87
		上京診療所	真柄明子	看護師	高齢者施設から在宅療養支援診療所に寄せられる夜間休日の緊急コールの内容分析 ～訪問診療を提供する医療機関に求められる役割についての一考察～	030435	88

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
	(一財) 京都労働災害被災者援護財団	京都城南診療所	丸山裕美	看護師	強迫性障害を持つ糖尿病患者への継続的かわわりを検討する	030430	86
	社会福祉法人 保健福祉の会	介護老人保健施設西の京	宇野貴子	居宅介護支援専門員(介護福祉士)	初めてだけど、やってみよう～筋萎縮性側索硬化症患者が独居で希望をもって自分らしく過ごせるように～	030466	104
			長岡直美	看護師	その人らしく生きる暮らしを支えたい～アセスメント方法による見方の変化～	222905	298
大 阪	医療生協かわち野生活協同組合	協立診療所通所リハビリテーション	伊藤和哉	介護職員	自立支援型通所リハビリテーションの新規開設への経緯と軌跡、今後の課題	192603	292
	同仁会	耳原鳳クリニック	吉年智子	看護師	舌下免疫療法をはじめました	121911	224
		介護老人保健施設みみはら	三鍋兼一	介護福祉士	老健施設での看取り	152241	259
		耳原訪問看護ステーション	井上直美	看護師	終末期がん療養者の「生ききる」を支える妻の意思決定への支援	152247	262
	生活協同組合ヘルスコープおおさか	コープおおさか病院	伊原幸伸	看護師	NHF装着患者の自宅退院支援～患者と家族の思いに寄り添って～	081511	164
			中井明美	看護師	退院支援をスムーズに行うために取り組んだこと	081515	166
	(社福) ひまわり会	ヘルパーステーションひまわりの家鳳	笠原めぐみ	介護福祉士	入院できない！！～サービス付き高齢者向け住宅でクラスター発生・コロナ感染者への対応～	010120	54
		ヘルパーステーションひまわりの家蔵前	風早智恵	看護師	病状が進行する夫を在宅で介護する家族の支援を通して	030445	93
	連合会	泉州看護専門学校	松本弘美	看護師	2021年度コロナ禍における3回生の状況	040706	118
	神戸医療生活協同組合	神戸協同病院	郭華美	看護師	高齢者施設クラスター時の初動訪問における感染管理認定看護師の役割についての考察	010102	16
兵 庫			小瀬古実佳	看護師	転倒転落防止につながる看護～入院時に自宅での生活に近い環境設定への取り組み～	020204	57
			丸山真理子	看護師	糖尿病自己注射の方法の確認～手技チェックからみえてきたもの～	142110	235
		訪問看護ステーションにじ	大川友枝	看護師	神経難病で日中独居利用者とその家族への在宅支援について	030448	95
		神戸健康共和会	東神戸病院	花崎桃子	失語症を抱える患者とのコミュニケーション～無断離院を繰り返す患者から学んだこと～	030421	81
	尼崎医療生活協同組合	尼崎医療生協病院	渡邊明日香	看護師	みんなでコロナ病棟つくってみた☆～患者の立場にたって考えた10ヵ月～	040804	119
			川原初代	看護師	在宅での看取りを決断されるまでの支援について	081526	171
			久保知子	看護師	リウマチ科外来患者の看護	142104	232
	姫路医療生活協同組合	訪問入浴サービス共立	久保大輔	介護福祉士	「抱えない 訪問入浴」	182540	290
		デイサービスさろお	西田りこ	介護福祉士	デイサービスの働き方改革、機能訓練指導員の業務効率化～報酬改定こそチャンス！～	182538	289
		姫路市増位・広嶺地域包括支援センター	岩田明日香	保健師	コロナ禍における高齢者の通いの場の現状と課題	061112	143
		訪問看護ステーション別所	澤田奈津子	看護師	小児看取りに対するスタッフの不安～訪問回数が少なく関わりに悩んだ事例を通して～	121912	224
奈 良	岡谷会	おかたに病院	石井弘子	看護師	認知症による不穏症状がみられる患者に安全な透析治療を提供するための取り組み	111806	197
			大和広葉	看護師	高リン血症になりやすい透析患者への指導	142105	233
			亀井風花	看護師	コミュニケーションが困難な終末期の患者との関わり	152209	243
			森嶋花栄	看護師	終末期における患者家族への看護	152215	246
	健生会(奈良)	土庫病院	河本清代	看護師	患者の状態変化と向き合う家族の心理的支援～会えないからこそ「伝える」を大切にする看護～	030405	73
			木村ひなた	看護師	通院が途絶えた患者に対して、外来看護師として関わって～SDHの視点から～	050910	129
和歌山	和歌山中央医療生活協同組合	和歌山生協病院	大石美津子	介護福祉士	嚥下障害のある利用者さんの食事について	091608	178

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
			田中正光	看護師	最後のときを在宅で過ごしたいと望む本人・家族への退院支援	152223	250
			西端花恋	看護師	強い意志・希望がある終末期患者への関わり	152224	250
			西岡千夏	看護師	コロナ禍だからこそ見えてきたチーム医療の重要性について	152232	254
	(社福)わかやま虹の会	特別養護老人ホームわかば	山本真智子	看護師	ようやく始まった こころ躍る専門的な口腔ケア ～地域の歯科クリニックと連携して	091618	183
鳥 取	鳥取医療生活協同組合	鳥取生協病院	中村香	准看護師	当院で長期透析治療をしている患者との関わり ～SDHの視点を取り入れて～	050912	130
鳥 根	出雲医療生活協同組合	出雲市民病院	松井一枝	看護師	今こそ時間管理の時だ ～申し送り短縮にむけて～	182524	282
	ひかわ医療生活協同組合	ひかわ生協訪問看護ステーションチューリップ	中村さおり	看護師	「若年世代癌末期患者の関わりから学びを得られたこと」 ～希望を叶える、生活を支える、免除制度の新設～	152251	264
		ひかわ生協デイサービスつむぎ	森脇阿希	介護福祉士	家族の不安に寄り添い面でさえたことで褥瘡および家族の心理的安心感が改善した事例	101716	192
岡 山	倉敷医療生活協同組合	総合病院水島協同病院	藤尾由貴恵	看護師	透析治療を拒否する高齢認知症患者への援助 ～患者・家族を含む多職種カンファレンスがもたらした効果～	111807	198
			鳥羽ゆかり	介護福祉士	通所リハビリテーションにおける在宅生活へのかかわり with コロナ	030407	74
		玉島協同病院	金谷一平	看護師	退院支援への意識改革、力量向上に向けた取り組み	081504	161
			桐野光恵	看護師	誰にも迷惑をかけず、自宅でひなたぼっこしながら死にたい ～独居・癌ターミナルの看取りを通し、見えてきた訪問看護の役割～	152246	261
	岡山医療生活協同組合	総合病院岡山協立病院	下崎めぐみ	看護師	配薬ケースの導入について	020214	62
			船越麻里	看護師	COVID-19患者の尊厳を守るための看護と家族支援	020303	69
			佐竹真希	看護師	COVID-19後遺症患者の思いに寄り添う看護とは ～人工呼吸器管理に伴う患者のコミュニケーションを通して学んだこと～	020305	70
			佐藤恭江	リスクマネージャー	心理的安全性のある組織を目指した取り組みについて	040802	24
			金谷純子	看護師	5年間のなんでも相談窓口の取り組み	061101	138
			中島由香理	看護師	その人らしさを追求する退院支援	081510	163
			竹本美帆	看護師	コロナ禍における地域包括ケア病棟での多職種連携による退院支援の一例	081514	165
			丸尾葉子	看護師	アルツハイマー型認知症患者の意思支援決定	111815	202
		岡山東中央病院	浅原志穂	准看護師	働きやすい職場風土をつくるために ～チームステップを取り入れて4年後の今～	040810	122
	林精神医学研究所	林道倫精神科神経科病院	岡本愛実	看護師	家族との関わりの重要性	111821	205
			沖田遥菜	看護師	チーム医療を通じた患者と家族への関わり方	132005	228
			石井浩之	看護師	衝動性が高く暴力行為を繰り返す患者への看護	132006	228
			森彩夏	看護師	統合失調症患者の環境変化による影響	132007	229
	社会福祉法人岡山中央福祉会	特別養護老人ホーム中野けんせいえん	出射祥代	介護福祉士	看取りについて考える	030442	92
			田淵和輝	介護職員	安心して利用できるデイサービスへ ～ひなたでの取り組み～	182537	289
		ヘルパーステーションあかね	藤岡和子	介護福祉士	十人十色 ～在宅支援を経験して思うこと～	030463	102
広 島	広島中央保健生活協同組合	訪問看護ステーションコープはつかいち	小田理恵	看護師	退院指導、退院時カンファレンスの大切さ	101719	194
	広島医療生活協同組合	広島共立病院	野川奈美子	看護師	手術室における自閉症のある子どもと家族への配慮	121906	221
	福山医療生活協同組合	しあわせ居宅介護支援事業所	中刎雅子	介護職員	孤立した生活から脱し、地域で暮らしていくために ～認知症の夫婦に起きた出来事から事業や地域の関わりを振り返る～	061119	147

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
山口	医療生活協同組合 健文会	医療生活協同組合 健文会	森山美千留	看護師	人生の半分は虐めで出来ている 兵長、みんなに私のことを知ってもらいたい 障害のある糖尿病コントロール不良の A さんと 当院の20年近くの歩み ～「障害」をもち生きることへの理解～	030423	82
		宇部協立病院	脇本睦美	看護師	地域包括ケア病棟での退院支援を考える。 ～自己吸引が必要な患者の支援を通して～	081506	162
			鮎川幸子	看護師	経管栄養から経口摂取への取り組みにより ADL・QOL が向上した事例 ～経口摂取が可能となり見えてきたもの～	091610	179
		虹の居宅介護支援事業所	三分一尚子	介護支援専門員	コロナ禍で家族と分断された高齢者支援 ～遠距離介護の視点から～	061117	146
		協立グループホームかいなん	寄尾愛	介護福祉士	協立グループホームかいなんでの初めての看取りの取り組み	111830	210
徳島	徳島健康生活協同組合	徳島健生病院	森本まゆみ	看護師	脳血管障害患者との関わりで学んだこと	071301	153
		西部健生訪問看護ステーション	岡本恵	看護師	過ごしたい場所で過ごしたい人と ～家族の不安に寄り添って～	152252	264
香川	香川医療生活協同組合	生協みき診療所	田淵環	看護師	在宅療養中の終末期がん患者の看取りの課題	152234	255
		高松協同病院	川内剛	介護福祉士	寄り添う気持ちが相手の心を溶かす	050909	128
		介護支援センター協同	徳住君代	介護福祉士	新型コロナウイルス禍における退院支援について	081501	22
愛媛	愛媛医療生活協同組合	新居浜協立病院	栗須愛	介護福祉士	地域包括ケア病棟の院内デイケアの実施	030416	79
			矢葺玉喜	看護師	食べることは生きること ～からあげが食べたい～	091601	175
		愛媛生協病院	坂本直子	介護福祉士	利用者中心の医療・看護・介護連携の模索	030414	78
		伊予診療所	亀岡千佳	看護師	診療所でのスキンケアの取り組み ～スキンケアの予防～	101713	191
	(株)えひめメディコープ	高齢者住宅ごしきの家	森野寛司	介護福祉士	その方を「支える」小規模多機能が出来る事 ～多職種連携の重要性～	030440	91
福岡	福岡・健和会	戸畑けんわ病院	御手洗愛子	看護師	手指衛生の意識向上に向けた取り組み	010116	52
			岩本高志	看護師	医療安全管理 safety I から safety II への取り組みに向けて ～事業所内の Good - Job から学ぼう！繋ごう！医療安全～	020202	56
			浦岡孝子	准看護師	電話診療から見えた問題点 ～患者のシグナルに気付くために～	050907	127
			古賀有里恵	看護師	新型コロナウイルス感染禍における多職種で関わる退院支援	081528	172
			渡邊千明	看護師	下肢チェックの質向上に向けた取り組み ～足趾切断事例を通して～	182515	278
		大手町リハビリテーション病院	宮添梨央	看護師	独居男性で自宅退院を望む患者への他職種連携で関わる退院支援についての考察	030422	82
			瀬川京香	看護師	退院を見据えた看護	071207	151
			石谷司	介護福祉士	A 病棟における入浴援助とリハビリテーション介入の改善に向けた取り組み ～回復期病棟の特性を活かして～	071304	154
			加治茜	看護師	褥瘡改善に向けて効果的なポジショニングの意識付けと実践	101701	185
			富貴真吾	看護師	認知症患者に合ったアクティビティケアの評価	111810	199
			森山裕子	看護師	患者・家族が望み最期を目指して ～臨死期カンファレンスの改善～	152202	239
		健和会京町病院	小川千晶	看護師	看護師の身体拘束に関するジレンマ ～看護師の意識調査結果～	020217	63
			安部佳子	介護福祉士	身だしなみを整え認知症周辺症状の緩和へ～	111803	196
		健和会大手町病院	大西郁子	看護師	急性期病棟における退院支援への取り組み	081529	173
			山本尚武	看護師	ポジショニンググローブ使用率改善について	101702	185
			十時綾子	看護師	入院中の高齢糖尿病患者におけるインスリン自己注射手技の実態と看護援助	142102	231
			西村浩司	看護師	患者と家族の希望に寄りそったスピリチュアルケアの実践	152201	239
			橋本梨穂	看護師	コロナ禍における家族援助の在り方について	182509	275
			塚本雄太	看護師	心電図モニターの適切な管理に向けたチェックリストの活用	182511	276
			佐藤梢	看護師	抑制が引き起こす、せん妄症状の減少を目指した身体拘束最小化の取り組み	182513	277
			小林万友	看護師	せん妄撲滅！「グリーンプロジェクト」	182514	277
			神野晴香	看護師	整形外科病棟における SSI 結果を活かした創処置の見直しについて	182518	279

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
			元村隆秀	看護師	看護師・リハビリテーション技師と患者ADLの情報共有の在り方について	182525	283
		大手町診療所	宗初恵	看護師	診療所における在宅支援での看護師の役割について	182526	283
		健和看護学院	山田由美子	看護師	看護学校における情報通信技術（ICT）活用の取り組み	172402	270
		健和会老人訪問看護ステーションのぞみ	齋藤由美	看護師	ゴミ屋敷住人への訪問看護～セルフケア困難な在宅利用者の在宅療養を支援して～	030460	101
	福岡医療団	公益社団法人福岡医療団	灘吉幸子	看護師	法人感染管理担当者の活動と役割について	010104	46
		千鳥橋病院	荒木沙耶	看護師	COVID-19による深部静脈血栓症発生予防の取り組みについて	020210	60
			末吉由季	看護師	糖尿病患者に対するアドヒアランス向上を目指したリーフレット作成について	040703	117
			野中耕子	看護師	病院看護職者による訪問看護ステーション管理者研修の取り組み	061104	139
			溝口琴子	看護師	口腔ケアへの意識の変化とプロトコル作成について	091607	178
			山本沙弥香	看護師	急性期病棟における認知症看護～面会制限の中で私たちがができること～	111802	195
			桃原千波	助産師	A 病院で分娩した母親の EPDS から見える現状と産後の支援	121901	219
			高良和信	看護師	手術症例マニュアルの整備	182510	275
		千鳥橋病院附属大楠診療所	岩田利沙	看護師	ACP から学ぶ、寄り添うということ～高齢の母親と障がいの息子の事例を通して～	152235	256
		千代診療所	押川万寿美	看護師	診療所における発熱外来の取り組み～開設から現在までを振り返る～	020221	65
		訪問看護ステーションそよかぜ	柄本理代	看護師	家族の想いに寄り添う～在宅看取り経験から考える～	152256	266
		たたらリハビリテーション病院	高瀬奈々美	介護福祉士	転倒転落予防にむけた取り組み	020212	61
			三船瑠美	看護師	緩和ケアチームへのコンサルテーションを導入して	182517	279
		あゆみ直方訪問看護ステーション	中村真木	看護師	住み慣れた場所で～つなぐ看護～	030450	96
		ちどりばし在宅診療所	山下由紀恵	准看護師	若年末期癌の自宅で過ごすことを支える	152240	258
	親仁会	米の山病院	山村明日香	看護師	看護師に対して不信感を抱いている患者への介入	030420	81
			吉本絵理	看護師	在宅酸素療法導入患者とその家族への退院支援	081505	161
			古江有理奈	看護師	胃瘻造設患者の退院支援を通して 学んだ事～患者・家族の想いに寄り添って～	081521	169
			松尾あけみ	看護師	透析患者の継続した褥瘡ケア～退院後の家族との関わり～	101704	186
		みさき病院	平山悟	介護福祉士	格差時代に安心なサポートを!!～SDHの視点を育むために～	050902	125
			朝倉愛	准看護師	「自分でご飯が食べたい」	091602	175
			内山康代	看護師	「家におけるごたる」を支える	111809	199
		さかき診療所	松本陽子	看護師	社会的背景から糖尿病の悪化を招き、治療のゴールが見えてこない患者に関わって	050913	130
		介護老人保健施設くろさき苑	高椋愛子	介護福祉士	食事が困難な利用者の支援を行って～家族とスタッフの情報共有を通して～	030439	90
			長嶺さおり	介護福祉士	共に支え共に暮らす	111823	206
		おおむた訪問看護ステーション	岡田美幸	保健師	医療ニーズが高い患者への訪問看護サービス提供体制についての一考察～夜間の定期訪問の依頼のあった事例から～	061116	145
	くるめ医療生活協同組合	生協ヘルパーステーションくるめ	田中盟子	介護福祉士	「最後まで在宅で生活したい」を支える	111846	218
		生協デイサービス虹の樹	財部秀史	介護福祉士	その人らしく過ごしていただきたい～ご家族様とのかかわりについての取り組み～	111845	217
特定非営利活動法人福岡地域福祉サービス協会		ヘルパーステーションたすけ愛の会ひまわり	三井朋子	介護福祉士	「ここで死にます」の思いを支えて	030462	102
		グループホームひまわり大楠	矢野清子	看護師	「よく生きて、よく生き切る」A氏の最期の場所	111831	210
		デイサービスひまわりはらだ	渡邊千鶴子	看護師	法人研修が始まって、自分たちの介護について考察してみました	040815	124

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁	
長 崎	長崎・健友会	上戸町病院	川口弥生	看護師	生活困窮者となり受診を控えることになった患者の問題点と課題 ～SDHの視点で考える～	050906	127	
			柴田啓子	看護師	下肢切断患者の精神的変化の振り返り ～透析室スタッフとしての関わり方とは～	071205	150	
			古川玲子	看護師	終末期における在宅療養移行に向けた支援と今後の課題	152231	254	
		戸町ふくし村	山本幸洋	介護福祉士	利用者の「～したい」実現の取り組み ～介護の質向上を目指して～	111843	216	
			柴原功幸	介護福祉士	県外在住の家族の気持ちに寄り添って ～コロナ禍での看取りのかたち～	152243	260	
		健友会ケアプランセンター	諸岡裕美子	看護師	同居家族がいる方の生活援助について ～介護保険制度上の解釈～	202702	293	
	社会福祉法人 春風会	特別養護老人ホーム 青葉苑	新ヶ江エイコ	准看護師	青葉苑特養部門における食事に関する取り組み ～食事介助に関する職員アンケートから見たもの～	091617	183	
	熊 本	熊本・芳和会	くわみず病院	古家聖子	看護師	多職種連携で取り組んだ発熱外来の取り組み	020208	59
横田愛				介護福祉士	グリーフケア ～看取りを迎えた家族に寄り添って～	030411	76	
愛垣真由美				看護師	研修生と共に学ぶ ～「民医連のめざす看護とその基本となるもの」評価・検討シートを活用して～	040603	113	
菊陽病院			坂本千波	看護師	A氏らしい生きがいや楽しみを考えてみて ～悲観的・衝動的な行動をとる患者の看護～	091606	177	
			小林洋子	看護師	精神科における長期入院患者の退院支援 ～学習会とマニュアル改訂の効果～	132003	227	
			小松愛美	看護師	「歩けるようになりたい」 ～社会復帰を望む患者への援助～	132004	227	
水俣協立病院			荒木結子	看護師	セルフマネジメント教育・支援 ～患者を知ることで行動変容へ繋げていく重要性～	142106	233	
くわみず病院附属くすのきクリニック			秋吉明子	看護師	当院のACPの現状と課題	152237	257	
天草ふれあいクリニック			山口みすぎ	看護師	クリニックと連携する施設職員と協働した看取りに対する意識調査から分かった課題 ～「最期まで自分らしくよりよく生きる」を支援するために～	030433	87	
訪問看護ステーション協立			西岡かな	看護師	アロマセラピーを用いたケアを行った訪問看護師と患者の関係性について	182533	287	
社会福祉法人 くまもと福祉会			特別養護老人ホーム たくまの里	北川祐介	介護福祉士	訪問介護における服薬管理に向けた取り組み	071208	151
				横山海帆	介護福祉士	M氏との関わり ～安心して過ごせるための支援～	111833	211
大 分			大分県医療生活協同組合	大分健生病院	福田妃都美	看護師	「家に帰りたい」 ～気管切開を決意したAさんとの関わり～	081512
		大分健生病院医療生協 介護保険サービスセンター健生		林沙織里	介護支援専門員（ケアマネジャー）	認知症でも最期まで“ここ”で暮らしたい ～向こう三軒両隣。おせっかいな世の中に～	111842	216
	在宅総合センターすこやか	中橋裕香		介護福祉士	在宅介護での家族の介護負担とヘルパーの関わり方	111841	215	
宮 崎	宮崎医療生活協同組合	宮崎生協病院	川崎桃子	看護師	患者のもてる力を引き出すために ～心肺蘇生後の回復過程にある患者の排泄ケアを通して～	101712	190	
			長友綾子	看護師	コロナで死ぬのは嫌 ～コロナ禍で不安増強のある患者、家族との関わりを通して～	152226	251	
			三好里美	看護師	トリアージナース養成講座のまとめ	162302	268	
			井上友香	看護師	ヘルスケア委員会の活動 ～ハラスメントアンケート調査から見えてきたこと～	212802	294	
			おおつか生協クリニック	森琴絵	看護師	クリニックの存在 ～コロナ禍にクリニックが果たす役割とは～	030431	86
			訪問看護ステーションれいんぼう	稲垣澄子	看護師	本人の思いを引き継いだ家族への支援	030449	95
			関屋忠治	介護福祉士	身寄りのない一人暮らしの認知症高齢者を支援する。	111840	215	

県連名	法人名	事業所名	名前	職種	演題名	演題番号	頁
		生協クリニックのべおか	須田辰徳	介護福祉士	【未知のために道を見出す】 どうせダメでは終わらせない、気づくことで出来ることを実現する	020220	65
	宮崎民医連	宮崎県民主医療機関連合会	松本朋美	保健師	食材支援から見てきた学生の実態 ～心と地域をつなぐ支援をめざして～	061001	134
鹿児島	鹿児島医療生活協同組合	総合病院鹿児島生協病院	遠矢久仁江	看護師	急性期における重症呼吸不全の患者家族とのかかわりを通して	222903	297
		国分生協病院	小松清香	介護福祉士	腰椎圧迫骨折の患者の退院支援に取り組んで ～歩けるようになる患者の思いに寄り添って～	081508	163
			善福悠布里	看護師	人工呼吸器を装着した COPD 呼吸不全終末期患者の退院支援から看取りまでを経験して	081518	167
			善福悠布里	看護師	人工呼吸器下患者の経口摂取獲得に向けた取り組み	091609	179
		生協訪問看護ステーションたにやま	押越美保	看護師	独居で孤独を感じながらも最期まで自宅で過ごすことを望まれた癌終末期利用者の支援を通して	061114	144
沖縄	沖縄医療生活協同組合	生協ケアセンター	當山美和	看護師	多職種連携で支える終末期看護 ～最期を自宅で過ごしたい～	152253	265
	(社福) 沖縄にじの会	特別養護老人ホーム知花の里	名渡山洋次	介護福祉士	身体拘束を余儀なくされている入居者に対する、拘束解除へ向けたプロセス ～安全と QOL の向上の狭間で揺れる介護職員の葛藤と家族の意識の変化～	020223	66

第 15 回看護介護活動研究交流集会 運営委員・事務局員

役 割	氏 名	県連名	事業所	職 種
運営委員長 全日本民医連理事	植本 みゆき	岡山	岡山医療生活協同組合 総合病院岡山協立病院	看護師
運営委員	富樫 真紀	北海道	公益社団法人 北海道勤労者医療協会 黒松内町国保くろまつないブナの森診療所	看護師
運営委員	小松 紅実	岩手	盛岡医療生活協同組合 川久保病院	看護師
運営委員	五十嵐 智美	新潟	社会医療法人 新潟勤労者医療協会 かえつクリニック	看護師
運営委員	和知 えり子	山梨	公益社団法人 山梨勤労者医療協会 甲府共立病院	看護師
運営委員	清水 安土	長野	社会医療法人 南信勤労者医療協会 諏訪共立定期巡回ケアえにし	介護福祉士
運営委員	藤原 淳	千葉	社会福祉法人 千葉勤労者福祉会 ヘルパーステーションなのはな二和事業所	介護福祉士
運営委員	三上 朋子	神奈川	公益財団法人 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院	看護師
運営委員	西山 俊太郎	静岡	浜北医療生活協同組合 生協きたはま診療所	看護師
運営委員	田中 奈美	愛知	医療法人 尾張健友会 千秋病院	看護師
運営委員	後藤 正美	愛知	医療法人 名南会 法人本部	介護福祉士
運営委員	高德 政代	滋賀	しが健康医療生活協同組合 訪問看護ステーション なないろ	看護師
運営委員	津留 政美	大阪	社会医療法人 同仁会 老人保健施設みみはら	介護福祉士
運営委員	上田 尚子	鳥取	鳥取医療生活協同組合 鳥取生協病院	看護師
運営委員	森実 美佐	愛媛	愛媛医療生活協同組合 愛媛生協病院	看護師
運営委員	田副 大輔	高知	高知医療生活協同組合 デイスサービスせいきょうやまもも	介護福祉士
運営委員	高本 千絵	福岡佐賀	公益社団法人 健和会 大手町リハビリテーション病院	看護師
運営委員	藤木 竜	福岡佐賀	公益社団法人 福岡医療団 たたらリハビリテーション病院	介護福祉士
全日本民医連副会長	川上 和美	熊本	社会医療法人 芳和会 法人本部	看護師
全日本民医連理事	須田 倫子	北海道	公益社団法人 北海道勤労者医療協会 法人本部	看護師
全日本民医連理事	寺島 由美	青森	津軽保健生活協同組合 法人本部	看護師
全日本民医連理事	井田 智	山形	社会福祉法人 山形虹の会 法人本部	介護福祉士
全日本民医連理事	見川 葉子	埼玉	医療生協さいたま生活協同組合 法人本部	看護師
全日本民医連理事	門脇 めぐみ	千葉	社会福祉法人 千葉勤労者福祉会 法人本部	介護福祉士
全日本民医連理事	井澤 有里美	東京	社会医療法人 健生会 健生会ふれあい相互病院	看護師
全日本民医連理事	藤牧 和恵	石川	公益社団法人 石川勤労者医療協会 城北病院	看護師
全日本民医連理事	河本 真理	福岡佐賀	公益社団法人 福岡医療団 法人本部	看護師
全日本民医連理事	小牟田 佐知子	宮崎	宮崎医療生活協同組合 法人本部	看護師
全日本民医連事務局次長	西村 峰子	全日本	全日本民医連事務局	事務
全日本民医連常駐理事	宮川 喜与美	全日本	全日本民医連事務局	看護師
全日本民医連事務局員	安藤 一美	全日本	全日本民医連事務局	事務
全日本民医連事務局員	瀧澤 大貴	全日本	全日本民医連事務局	事務

第 15 回看護介護活動研究交流集会 現地実行委員

役 割	氏 名	県連名	事業所	職 種
現地 実行委員長 全日本民医連理事	坂田 薫	京都	公益社団法人 京都保健会 京都民医連中央病院	看護師
現地 事務局	西村 淳子	京都	京都民主医療機関連合会 県連事務局	看護師
現地 事務局	春山 未央	京都	京都民主医療機関連合会 県連事務局	事務

全日本民医連 看護介護活動研究交流集会 集会テーマなど (第7回から看護介護活動研究交流集会に名称変更)

第1回	全日本民医連 40 年の歴史に学び、「共同のいとなみ」としての看護を追求しよう 開催日 1993/7/8～9 開催地 北海道札幌市 演題(採用/応募数) 362/381 参加者 753 記念講演テーマ・講師:「聖書とバツハとマルクス」東北学院大学助教授・川端純四郎氏
第2回	民医連の看護が輝くとき ～人権尊重の立場に立った看護実践を学び合おう 開催日 1994/10/1～2 開催地 京都府京都市 演題(採用/応募数) 288/431 参加者 1,041 記念講演テーマ・講師:「超能力を科学する」立命館大学教授・安斎育郎氏
第3回	民医連の看護実践を発展させよう ～高齢者の人権を守る総合的な看護を学び合おう 開催日 1996/6/7～8 開催地 宮城県仙台市 演題(採用/応募数) 241/394 参加者 1,137 記念講演テーマ・講師:「宮沢賢治の世界」秋田桂城短期大学学長・宮城一男氏
第4回	激変する情勢のなかで、いまあらためて問い直そう“国民の求める看護”を ～看護から発信しよう「民医連の医療宣言」 開催日 1998/9/11～12 開催地 青森県青森市 演題(採用/応募数) 261/389 参加者 830 記念講演テーマ・講師:「山内丸山遺跡について」青森県教育庁・岡田康博氏
第5回	21 世紀にゆたかに発展させよう人権を守る民医連の看護 ～安心して住みつづけられるまちづくりの輪の中で～ 開催日 2000/9/29～30 開催地 大阪府大阪市 演題(採用/応募数) 293/449 参加者 1,152 記念講演テーマ・講師:「生き生きと働き続けられるために - 人間と、明日への信頼をたしかめつつ - 東葛看護専門学校校長・三上満氏
第6回	地域から見つめよういのちの大切さ 築こうひとつとと共在る看護 ～半世紀にわたる人権を守る民医連の看護を確信に～ 開催日 2002/9/27～28 開催地 神奈川県横浜市 演題(採用/応募数) 318/515 参加者 1,053 記念講演テーマ・講師: 前進座俳優・嵐 圭史氏 文化企画/ナイトセッション: 劇団前進座俳優の嵐圭史氏による歌舞伎のセリフ入りトーク「芝居を 10 倍楽しもう」
第7回	「輝けいのち! 平和と人権を守り、地域に息づく看護・介護への挑戦を」 開催日 2004/9/24～25 開催地 福岡県福岡市 演題(採用/応募数) 366/596 参加者 953 記念講演テーマ・講師:「ヒバクシャから見た、私たちの世界」鎌仲ひとみ氏(グループ現代・映画監督) 文化企画/ナイトセッション: 菅尾玲子氏(菅尾玲子音楽事務所・歌手)を招いてのシャンソンコンサート
第8回	「いかそう憲法! 語ろう輝く看護・介護の実践。学ぼう いのちの平等つらぬく 民医連の歴史」 開催日 2006/9/29～30 開催地 北海道札幌市 演題(採用/応募数) 383/600 参加者 1,235 記念講演テーマ・講師:「いのちの砦」澤地久枝氏(作家) 文化企画/ナイトセッション: 幕張総合高校シンフォニックオーケストラ部 演奏
第9回	語ろう、つなげよう、ひろげよう いのちの平等と平和を守る民医連の看護・介護 ～しなやかに したたかに、そしてあきらめないで～ 開催日 2008/9/22～23 開催地 千葉県千葉市 演題(採用/応募数) 414/603 参加者 1,150 記念講演テーマ・講師:「今、改めて看護の行く道を問う一次代の看護師へ」(日本赤十字看護大学学部長・川嶋みどり氏) 文化企画/ナイトセッション: 講演「伝えるのは、命の輝き」旭山動物園副園長・坂東元氏
第10回	「地域から発信しよう“生きる”を支える民医連の看護・介護」一きれめない保健・医療・福祉の連携をめざしてー 開催日 2010/10/24～25 開催地 石川県金沢市 演題(採用/応募数) 465/695 参加者 1,065 記念講演テーマ・講師:「仲間とつながり合って、ハッピーに生きようぜ!ー生きづらさに立ち向かう、子どもたちからのメッセージー」金森俊朗氏(北陸学院大学人間総合学部幼児児童教育学科教授) 文化企画/ナイトセッション: 講演とコント「一親の教えに支えられー幸ちゃんの笑い転げて人生哲学」御供田幸子氏(有償ボランティア劇団・花幸会主宰)
第11回	紡ぎつなげよう未来へ!一人ひとりに寄り添い、人間らしく“生きる”を支える私達の実践 ～語り合おう、東日本大震災で問われた看護・介護の原点を～ 開催日 2012/9/30～10/1 開催地 徳島県徳島市 演題(採用/応募数) 430/630 参加者 965 記念講演テーマ・講師:「看護・介護職の魅力を探る」秋葉英則氏(大阪健康福祉短期大学学長) 文化企画/ナイトセッション: 徳島文理大学連(阿波踊りコンテスト9連覇)による演舞。最後は参加者全員が踊りに参加
第12回	60 年の歴史に学び、さらに高めよう!“いのち・人権・くらし”を守り支えきる民医連の看護・介護の力 ～地域と未来への架け橋として～ 開催日 2014/10/12～13 開催地 青森県青森市 演題(採用/応募数) 466/563 参加者 917 記念講演テーマ・講師:「レンズを通してみた生命の輝き」田邊順一氏(公益社団法人 日本写真家協会会員) 文化企画/ナイトセッション: オープニング ピアノ演奏 ナイトセッション 日本民謡協会善知鳥(うとう)会、ねぶた愛好会
第13回	憲法で保障された“いのち・人権・くらし”をまもり抜こう! 民医連の看護・介護の力で ～すべての生命が輝く未来のために～ 開催日 2016/10/23～24 開催地 新潟県新潟市 演題(採用/応募数) 464/570 参加者 904 記念講演テーマ・講師:「ハンセン病を生きてー尊厳回復の願いと私のたたかいー」講師: 森元美代治氏(特定非営利活動法人 IDEA ジャパン理事長) 文化企画/ナイトセッション: 太鼓芸能集団「鼓童」の演奏 「替女唄」の伝統と文化を受け継ぐ、金子まゆ氏による語り和三味線
第14回	守りぬこう憲法 つなげよう民医連のめざす看護・介護 ～すべてのいのちが輝くために～ 開催日 2018/9/30～10/1 開催地 宮城県仙台市 演題(採用/応募数) 455/568 参加者 851 記念講演テーマ・講師: 耳傾けよう平和への伝言ーいのちと暮らしの守り手としてー受け継ぎ、創造し、発展させるためにー 講師: 川嶋みどり氏(日本赤十字看護大学名誉教授) 文化企画/ナイトセッション: ●長袋田植保存会による「長袋の田植え踊り」 ●宮城のうたごえ協議会・合同合唱団による合唱
第15回	憲法を守り 綱領を実践する看護・介護 ～挑もう!!いのちとくらしの護り手として～ 開催日 ●オープニングセレモニー 2022/10/29 記念講演テーマ・講師:「私が大飯原発を止めた理由」講師: 樋口英明氏(元福井地裁裁判長) 文化企画: 京都深堀企画 テーマ別セッション: Ⅰ感染管理の先にある光 Ⅱその人の最善に向けてー身体拘束を考える Ⅲ多職種連携のこれから Ⅳ多様性を認め合い心理的安全性が保てる職場づくりをめざそう ●分科会(オンデマンド) 10/29～11/21 ●クロージングセレモニー 12/3 講演: 講師 川嶋みどり氏(日本赤十字看護大学名誉教授) 開催地 web 開催 演題(採用/応募数) 507/528

『いつでも元気』

MIN-IREN

増誌キャンペーン中!

『いつでも元気』は民医連と「地域・共同組織」をつなぐ月刊誌です。日常の民医連医療や共同組織の活動だけではなく、時事問題についても分かりやすくとりあげています。職員のみなさんの学習材料としても活用できるので、職員必読の雑誌です!

ただいま、増誌キャンペーン中です! 職員のみなさんも共同組織のみなさんも、この機会にぜひキャンペーンに挑戦してください!



いわさきちひろ
トートバッグ



いわさきちひろ
クリアファイル



『元気』
トートバッグ



マスクケース
セット

『いつでも元気』の読者を増やしてくれた すべての方にいずれか1つをプレゼント!

- 贈呈品 「いわさきちひろトートバッグ」
「いわさきちひろクリアファイル」
「『元気』トートバッグ」
「マスクケースセット」

- 応募資格 期間中に『元気』を1部以上増やした方
※プレゼントは拡大部数にかかわらず、お1人様1点限りです

- 対象期間 9月1日～11月30日
- 締め切り 12月5日
- 応募方法 希望の品を明記し、販売所を通して応募してください

〈オンライン書店のご案内〉

(株)保健医療研究所では、全日本民医連が編集する書籍・パンフの出版事業を行なっています。書籍を新たに発行した際には通達(申込書付き)で発信しています。全日本民医連ホームページ内の「オンライン書店」コーナー(トップページの右下)からの申し込みも可能です。最新刊は今年3月発行の「まちづくり実践集」。「民医連統一会計基準」をはじめとした会計シリーズ、「憲法手帳」「事務職員の手引き」「はじめましてMIN-IREN」等も注文できます。ぜひご活用ください。

<https://www.min-iren.gr.jp/ec/html/products/list.php>

見本誌は無料!

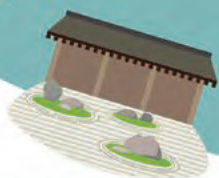
(10～12月号)

注文書・電話・ファックスで
お申し込みください。



(株)保健医療研究所

〒113-0034 東京都文京区湯島 2-4-4 平和と労働センター 8階
Tel: 03(5842)5656 Fax: 03(5842)5657



主催 第15回全日本民医連看護介護活動研究交流集会運営委員会
事務局：全日本民医連 職員育成部TEL03-5842-6451 E-mail : min-ikusei@min-iren.gr.jp

「第15回全日本民医連 看護介護活動研究交流集会」
ホームページ



〈集会時の緊急連絡先〉◎オープニングセレモニー 10/29(土)
◎クロージングセレモニー 12/3(土)
① TEL 070-5568-9152 ② TEL 070-6438-4098