

研究

当院における転倒・転落アセスメントスコアシート活用の実態 (平成13年から平成15年度の3年間の経過)

Summary of a three year- bed side accidents report by assessment score sheets

尾西 孝一
Kouichi Oonishi

広田 恵子
Keiko Hirota

長岡 優子
Yuuko Nagaoka

森井 泰子
Yasuko Morii

伊藤ひろみ
Hiromi Itoh

要 旨

平成14年度より、当院でも転倒・転落アセスメントスコアシート導入し、一年が経過した。過去3年間に於ける転倒・転落事例から転倒・転落アセスメントスコアシートの導入前・後の転倒・転落や看護計画立案、経過記録について調査した。その結果記載回数の向上はみられたが、更なる予防策の強化や事実を観察する視点の改善が必要である。

Key words : bed side accident, assessment score sheet

はじめに

転倒・転落事例については、川村は、『転倒・転落の事故の多くは、その主たる発生要因は患者側に存在する。すなわち、易転倒性にかかわる加齢、疾病、障害などが存在し、増幅要因として向精神薬などの服薬や病状の変化がある。こうした患者要因にさらに、行動や環境上の危険要因が複雑にからんで発生するため、決定的な発生防止策を見出すことは困難である。』¹⁾と述べられている。当院でも、転倒・転落事故防止に対して有効な防止対策を行う為に平成14年度より、転倒・転落アセスメントスコアシート(以下スコアシートとする)を導入した。さらに防止策の一環としてスコアシートより看護記録、展開シートへの継続を試みている。今回スコアシート活用の実態や転倒・転落について看護記録～記載変化に注目し検討を試みた結果、今後の課題が明確となったので報告する。

調査方法

平成13年度から平成15年12月までの院内の報告書(インシデント・アクシデント)を基に、転倒・転落に関する報告を集計した。報告書での不足部分は、当事者から情報を聴取した。

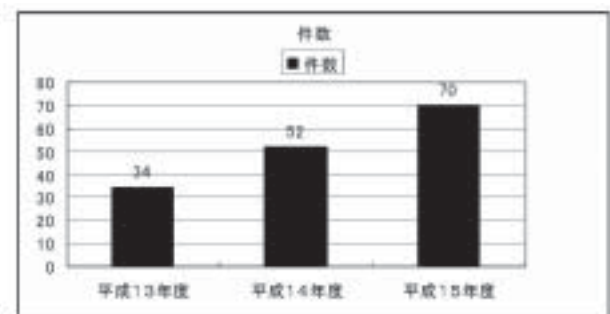
結果・考察

看護部では、転倒・転落に関し各部署での対応に一定のルールがなく、統一されておらず防止対策も様々な方法で行って来ていた。そこで、資料に基づき検討を重ね既成の転倒・転

落アセスメントスコアシートを導入し、平成14年度よりプレテストを2回実施した。これに基づき現在の転倒・転落アセスメントスコアシートを導入するに至った。目的として危険度を理解し事故の要因を把握し、対応策を検討する事で、事故を未然に防ぐ。事故が起きてでも大事に至らずに防止できると考え導入した。スコアシートは、実際に事故発生率の高い事柄を分類し、点数化したもので危険度1・2・3と表現し転倒・転落の可能性を示すように項目を選択した。

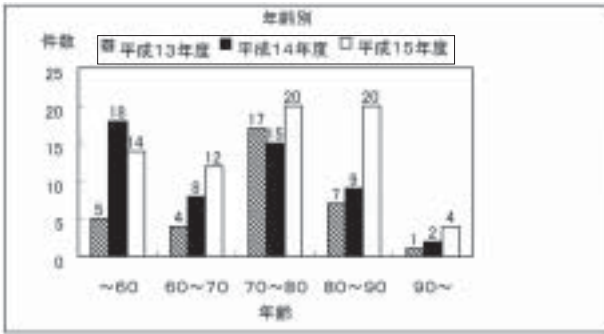
転倒について件数、年齢別件数、時間帯別件数、行動別件数の集計をした。

1. 転倒・転落の件数



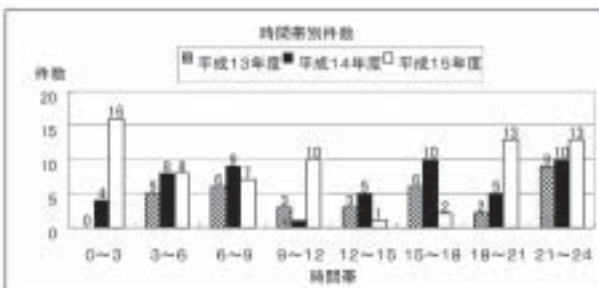
平成13年度から転倒・転落件数は年々20件位増加した。川村によると、11,000事故事例の中で転倒・転落は1540事例(16%)と報告されている。当院の平成15年度の転倒・転落件数は70件であり、事故事例は300件(23%)であったことから、川村氏の転倒・転落件数より多い比率であった。

2. 年齢別転倒・転落の件数



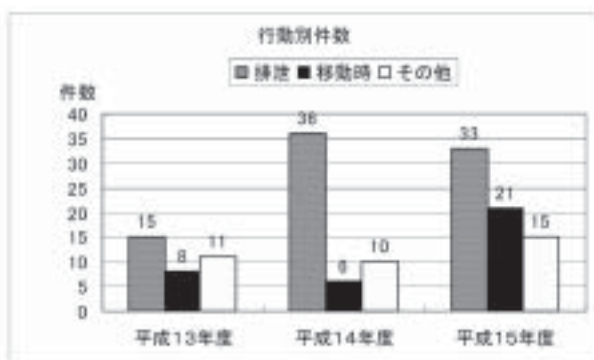
各年度共に、70から80歳代が30%を占めている。スコアシート導入前・後で大きな変化はないが、平成15年度については、80から90歳代が20件の転倒があった。年々高齢者による転倒数が増えている。

3. 転倒・転落の時間帯別件数



転倒・転落の時間帯別件数は、各年度に於いて何れも夜間帯に多い傾向があった。これは、転倒・転落のきっかけとなる行動が排泄時間に影響している。昼間の時間帯は、午前中に多い傾向であった。

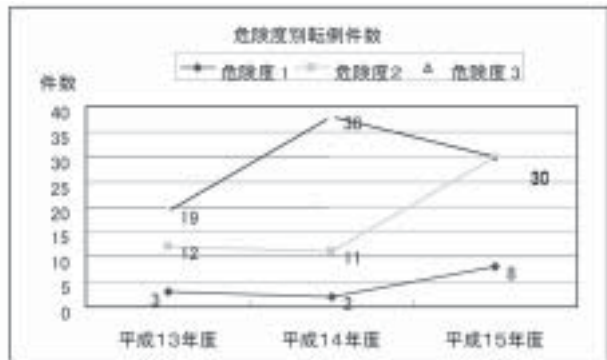
4. 転倒・転落の行動別件数



転倒・転落のきっかけは、基本的欲求の排泄に関する行動が多いという結果であった。

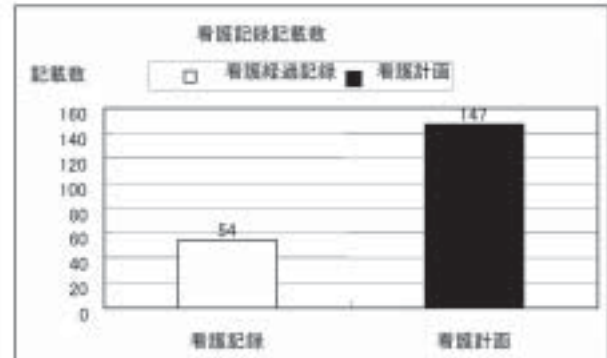
平成13年度34件中11件 32%、平成14年度52件中21件 40%、平成15年度70件中33件 47%であった。移動時とは、更衣を行う、リハビリ時の移動動作、ベッドより靴を履く行為などであった。その他は、転倒理由は不明であり、患者自身が転倒したと認識できない状態での転倒であった。

5. 危険度別転倒数



転倒・転落の可能性が大きい危険度3の患者様の転倒・転落は、平成13年度55% 平成14年度73% 15年度は42%であった。特に危険度3は、平成14年度より15年度では転倒件数が8件減ってきていた。逆に危険度2は平成15年度では19件も増えている。

6. 看護記録 看護計画 記載数



平成15年4月現在、看護記録の経過記録と看護計画の記載率は、危険度2・3の患者様は174名(入院対象数355名)ですが、看護計画が立案されている患者様は147名 42%、看護経過記録に記載されている患者様は54名 15%と共に低い数値結果であった。

導入後の平成15年度(70件)、危険度2・危険度3 各30件と危険度が高い人が転倒・転落しており、この患者様に対して看護計画を立案することが重要となってくる。

しかし、看護計画、看護経過記録の記載率から評価として考えると、スコアシート自体は活用されているが、看護計画立案、具体策立案までは至っていないことが当看護部の問題であろう。この点に関して対策と強化を図ることが当面の課題である。看護計画については、日々の経過記録への記載率が低いことから日々の患者の観察した行動の記載率が増えるようにKOMIチャートシステムの様式や記載方法の検討も課題である。

月1回各部署より転倒・転落の危険度の記載率を調査し、担当者会議で具体的な予防策の検討と部署における課題を意識化することへも取り組まなければならない。スコアシートは、看護計画立案に移行できるように改善して間もない。より患者

様の排泄行動の情報を得るための観察の視点の抽出し、問題点、解決策へと導くことができるようなチェック項目を作成し、看護計画の展開へ反映できることも改善してきた。今後は、さらにスコアシートの評価を定期的に繰り返して行うことも必要である。また転倒事例を検討することで、患者様に対する対策が具体的に、院内統一した対策が看護師に周知できるように行うことが必要であり、各部署で報告しあっている事故事例から事実をもっと表現できるような検討方法にすることも必要である。

転倒・転落の多く発生する時間帯や患者様の行動から考えても看護師側の目の届かない事態での転倒が多いことが予測できる。各部署では当面強化することは、患者様の行動、観察時間をより具体的(排泄時間など)に看護計画に反映して行くことが重要と思われる。

結 論

平成14年度よりスコアシートを導入し、平成15年度は転倒・転落における危険度3の患者様の転倒・転落が平成14年度より減少した。看護経過記録記載は、15% 看護計画記載は40%と低値であった。

ま と め

今回、スコアシート導入し、過去3年間の実態、経過を検討した。今後の検討課題として、看護計画立案、看護記録について、記載の向上が重要であり、更なる意識向上が必要である。その為には、事例分析により、具体策を考え(安全性の高い、有効な具体策)、それを、伝達し周知する方法、看護師の転倒・転落に対する意識改革・継続する事が必要であると思われる。

文 献

- 1)川村治子. ヒヤリ・ハット11, 000事例によるエラーマップ完全本. 医学書院.

研究

KOMI チャートシステムを使った 無為自閉的な患者へのアプローチ

Queing of nursing approach for an autistic patient by Komi chart system

今井 美香 小坂 幸子
Mika Imai Sachiko Kosaka

要 旨

統合失調症の慢性期患者は長期間の入院により変化のない単調な生活を送っていることが少なくない。その中で患者が持つ不満や生活上の希望があっても看護師がそれに気づいてあげられずその結果、意欲や判断能力の低下がますます起り日常生活や社会生活を維持することが難しくなる。今回KOMIチャートシステムにより患者の認識と行動のズレや持てる力・健康な力を活用し高める援助の重要性を学べた。

Key words : Komi chart system , autism

はじめに

統合失調症は再発しやすく慢性化しやすい特性がある。

患者は長期間の入院生活で特別なトラブルを起こすことなく、一見適応しているように見えたがKOMIチャートシステムの読み取りを行い、関わりを持った結果、認識と行動のズレがあり患者は変化を望んでいることや、長期の入院と疾患の特性によって日常生活行動が乱れ、それに不満を持ちながらも行動化できないジレンマがあることを知った。

今回の働きかけで、意図的に関わりを持つこと重要性を学んだので報告する。

I、患者紹介

1、患者について

61歳 男性

統合失調症

昭和56年に発症後8回の入退院を繰り返し現在に至っている。

現在は無為自閉的な残遺状態を基盤にして独語・妄想があるが、比較的落ち着いている。また精神症状の悪化に伴い日常生活行動が依存的になり拒薬が現れる。日常生活行動は比較的自立している。

趣味である音楽を聴いたり、ギターを弾いたり、医学の勉強をして一日を過ごしている。

一人っ子であり、両親も他界しているため家族がいない。親戚もいなくサポートはない。

日常生活に楽しみを感じることができ、日常生活行動(特に清潔面)が自立すること、を目的とした看護方針として看護を展開している。

II、看護の実際(看護の展開)

1、グランドアセスメント

発症後から幻覚・妄想状態が続いており、自閉的な生活のため変化のない生活を送っている。

精神症状に生活行動能力が左右されるため、満足な生活行動が取れないときがある。

しかし、生活に変化を望み、回復を願う気持ちがある。

2、基本的なケアの方針

KOMIチャートから、身体の不潔を不快に感じる気持ちがあり、清潔を望んでいることがわかった。レーダーチャートでも、“皮膚の状態”“快・不快”の項目が低くなっている。しかし、朝と夜の洗面は自ら行っているが「お風呂に入りたい」という言葉はあるものの「風邪気味だから」「浴室が寒いから」「面倒だから」との理由で入浴していない。腰痛があるが動くことに大きな支障はない。自分の身だしなみには関心を持っており、きちんとした装いである。また足底部の疥癬のため清潔を保つことが必要である。そのため安心して清潔行動がとれるよ

うに環境を整えることが必要だと考える。

3、目指すこと

清潔行動を通して日常生活を整える。

4、行い整えること

清潔面では、本人の精神的負担を考え、週1回火曜日を入浴日とすることを決めた。

入浴日には早めに浴槽にお湯をため浴室を温め、天気がいい日にも声かけを行い、本人の「寒いから」という訴えを満たし入浴を促した。

入浴に拒否があった場合は清潔による爽快感を感じてもらうため足浴を促し実施した。

5、結果、変化した内容

清潔面では初めは声かけしてもこれまでと同じような理由で入浴には至らなかった。このことから浴室で足浴を行うことを計画したが「部屋でしてほしい」と希望があった。本人の清潔に対する意欲を失わせないため自室で実施。「気持ちいい。こんなことまでしてもらってすまないね。体調がよくなれば風呂にも入りたいんだ」という言葉が聞かれた。

翌週、入浴時間に自室に促しに行くと、洗面器を持って、入浴の準備をしていた。「今日は風呂に入ろうと思って。風呂場は暖かいかい？」という言葉が聞かれ入浴した。入浴後も「気持ちよかったよ。やっぱり風呂はいいね。ありがとね」という言葉があった。

6、評価

現在も、毎週の声かけを行っているが、入浴は月2～3回程度にしかいたっていない。しかし、声かけをしない日でも自ら入浴することがあり、「今日は入ったよ。気持ちよかったわ」とニコニコしながら報告してくれるようになった。KOMIチャートもわずかではあるが、「自分で洗髪している」「自分で入浴している」の項目が行動化されるようになり、入浴したいという認識と入浴できない行動のズレは小さくなった。

疾患の特徴から行動が気分により左右されることがあるが、入浴したい気持ちは変わらずに持っている。

そのため、計画を修正しながら引き続き清潔の援助を行う必要がある。

Ⅲ考察

特に陽性症状がなく、いつも変わらずに生活している患者様に対して特に問題はないと看護の必要性を見出せず、積極的な関心を持たずにいた。

このような状態から、受け持ちになるまでは言葉をかかわすことも少なく、患者様が何を望んでいるのか、何に困っているのが全くわからなかった。

神部は「看護師は患者に積極的な関心を払い、粘り強くコミ

ュニケーションを図っていかなければならない」と言っている。

今回受け持ちになり、患者様に関心を持ち、コミュニケーションをもつ機会を多く持つことで、患者様が望んでいることを知ることが出来た。

自閉的な生活を送っていた患者様にとって、今までの生活習慣とは違うひとつの行動を起こすというのはとても大変なことである。数回でも入浴できたことは患者様に評価できることであり、これからも、根気強く関わりを持つことが必要である。

金井は「ケアとは、生活にかかわるあらゆることを創造的に、健康的に整えるという援助行為を通して、小さくなった、あるいは小さくなりつつある生命(力)の幅を広げ、または今以上の健康の増進と助長を目指して<中略>、その人の持てる力が最大限に発揮できるようにしながら、生活の自立とその質の向上を図ることである」と言っている。

患者様は、疾患と長期の入院生活によって、満足な日常生活行動がとれなくなっていた。KOMIチャートから、ほとんどの項目で高い認識面を持っていることがわかったため、それを健康的な面と判断し働きかけた。患者様が行動化できないことを受容し、一つ一つの行動に関わることでわずかづつではあるが、生活の自立を図ることができた。

また、生活過程を整えることが、日常生活だけではなく、表情の変化や意欲の向上にもつながることがわかった。

Ⅳまとめ

- ・長期入院の慢性的な患者様には一つの行動をおこなうために長期間のアプローチが必要である。
- ・認識と行動のずれに働きかけることでひとつの行動に結びつく。
- ・KOMIチャートをつけることで、患者様の健康的な面を見つけ、そこに働きかけることができる。
- ・患者様に積極的な関心を持ち、関わりを持つことは看護していく上でとても重要である。

Ⅴおわりに

自閉的な生活を送っている患者様に関心を持ち、意図的に根気強いかかわりを持つことの重要性を知ることができた。まだ、現段階では手探りの状態で、積極的な行動化には至っていないが少しずつ生まれてきている信頼関係を大切にこれから関わりを持っていきたい。

文 献

- 1) 神部博:精神看護の基盤、患者とのコミュニケーション 医学書院 1981、88
- 2) 金井一薫:KOMIチャートシステム・2001 現代社

研究

強迫症状の行動療法に対する看護を振り返って

— 患者の意思を支える関わりで強迫症状が改善した事例から —

Summary of nursing for a patient suffered from the obsessive compulsive disorder
— Respect for patient's will and choice improves the symptom of an obsession —

上野 浩司
Hiroshi Ueno

福しまゆみ
Mayumi Fukushi

藤井 恵子
Keiko Fujii

戸田 悦子
Etsuko Toda

岡崎 泰樹
Hiroki Okazaki

要 旨

長期入院の症状改善が見られない強迫神経症患者に対し、行動療法の治療ガイドに沿った看護を試みたが症状が増悪した。そこで、患者の意思や選択を尊重し、目標を共有化しながら持てる力を引き出すことで強迫症状の改善が見られたのでその経過を報告する。

Key words : obsessive compulsive disorder, self-choice, behavior therapy

はじめに

「強迫神経症は様々な考えや観念が終始、頭にこびりついて離れない(強迫観念)、ある行為を何回も何回も繰り返す(強迫行為)などの症状を持つ。」¹⁾「強迫神経症は積極的に行動療法を行った患者の75%がほぼ治癒する」²⁾といわれている。患者は過去にも数回の入院を繰り返し、今回4年にわたる長期入院であり社会復帰は困難と思われた事例であった。慢性化した症状の改善がみられない患者に対して行動療法の治療ガイドにそって看護を試みたが、不安を強め不穏状態となった。そこで患者の意思や選択を尊重し、目標を共有化しながら持てる力を引き出すことで、強迫症状の改善が見られた事例から看護を振り返ったので報告する。

I. 研究目的

強迫行為の改善が見られた患者の看護の経過を振り返り何が症状の改善に繋がったのかを分析する。

II. 研究方法

1. 研究方法: 事例研究

2. 研究対象: 患者・54歳・女性・1999年5月2日～2003年1月22日入院・傷病名 強迫神経症 抑うつ状態・1981年12月初診。今回6回目の入院。過去に甲状腺腫を指摘され良性と説明されていたが、悪性であったことにより医療行為に対する不信を持つ。体の些細な症状が癌ではないかと気になりだし、強迫的な確認行為が頻回で、重度の興奮状態になる。泣き叫び、自分の首をタオルで絞める。ECT(電気痙攣療法)も試

みたが著明な効果はない。

3. 研究期間: 2002年4月1日～2003年1月22日

4. データ収集方法: 看護記録と看護計画よりデータ収集、詳細が不明な場合は当事者の看護師から聞き取り調査を行った。

5. データ分析方法: 看護者の対応の経過に応じ、かかわりが統一され行動療法を決定するまでの時期を第1期(4月1日～8月11日)患者の思いを引き出す行動療法へ変更し、その実施までの時期を第2期(8月12日～10月9日)かかわりを継続し退院に至るまでの時期を第3期(10月10日～1月22日)上記の3期に分け、何が患者の強迫症状の軽減に繋がったか看護記録と看護計画を振り返り看護の評価を行った。

6. 倫理的配慮: 研究の対象となる患者と家族には研究についての主旨、倫理上の配慮について説明し同意を得た。

III. 結果

第1期

患者は舌を気にして何度も見ることが要求し、不安になり強迫行為を繰り返す。異常のないことを確認しても、すぐに不安になり満足できない。身の回りに手が回らず床頭台・ロッカーやベッド周囲が雑然としていた。看護師は患者の舌を確認した際には医師の説明を反復し、舌を確認しない場合は医師が診察し異常が無いからと対応していた。看護目標は患者が安定した入院生活を送れることとしていたが、看護師の判断によって対応は一貫していなかった。患者は看護師を追いかけ、確認しては鏡で再び舌を覗いていた。日によって確認回数

いときもあるが、要求せず安定しているときもあった。

第2期

強迫神経症では舌を見る行為は一見安心できるように思われるが、それは悪循環に過ぎない。そこで、行動療法の治療ガイドに沿って患者に舌を確認しない統一したかわりを持つこととした。また、医師もかわりの統一に伴いハロペリドール・塩酸クロミプラミンを徐々に減量した。(図1)患者は強迫行為を確認しないことについて不安を持ちながらも了解したが、次第に強迫行為が増悪していった。詰所のプラスチック製の窓を叩いて、看護師の腕をつかみ確認行為をするまで離さなかったり、部屋のドアを開けた他患者に対して急に怒鳴ったりすることがあった。また、外来に飛び込み、診療している主治医に泣き叫び不安を訴えた。些細な身体症状に対して、過剰に確認や検査を要求した。食事量も減少し、入浴や小集団活動もしなくなり(図2)、混乱・過換気状態となった。他患者とのトラブルや自傷行為の恐れもあり、これ以上舌を確認しない看護は困難と判断し中止した。医師も一度減量した塩酸クロミプラミンを第1期と同量に増量した。(図1)

そして

- ①笑顔がみられ、舌の確認行為が減る。
- ②身体症状以外に関心が向き日常生活行動や小集団活動に関心が持てる。

を目標に、患者の意思を反映した看護計画を挙げるため、今の状況と舌の確認行為について話し合いを持った。患者に一日舌を何回見たら安心できるか尋ねると、1日4回という答えが返ってきた。患者は朝の洗面の際、野球中継が始まるまでの15時頃から18時頃までは何度も舌の確認を要求していた。レクリエーションや小集団活動、また趣味の野球観戦の際には確認行為や不安言動が少なかった。これらの生活パターンから、患者が安心感を持ち症状コントロールができるように、確認時間を①6時～6時20分②11時③15時④20時30分とした。自らの意思と行為に責任を持たせるため、舌の確認は患者が見せにくること、時間が守れない場合は見ないことを約束事項とし、患者と目標共有し定期的に評価を行った。

第3期

舌の確認を定期的に行うようになり、4回以上要求していた確認行為が次第に減少した。4回の確認行為と約束事項については、患者がいつでも安心感を得られ自らの選択に責任を持ってもらうため継続した。また、患者に確認行為について話し合いを持つと「外泊中は、みてくれる人いないものね」と話し自らの意思で確認回数を減らしている姿が見られた。足の爪が抜爪した際も、興奮することなく「痛くない大丈夫だよ」と落ち着いて話すことができた。看護師は安心感を与える声かけをし、不安な時は話してくるよう伝え患者を見守っていった。外泊中は舌を見ないで過ごす事が出来る様になり、自身の変化について患者は「看護師さんがちゃんとしてくれるから、何かあっても大丈夫だと思うようになったの」と話した。外泊については家族と話し合いを持ち徐々に期間を延長していった。外

泊に行く際、不眠時薬も「いらない」と話し次第に使用しなくなっていった。患者の精神状態も落ち着き、マイルン酸レボメプロマジンも減量となる。(図1)入浴や食事などの日常生活活動が高まり、小集団活動の調理では、積極的に野菜を切り他の患者にもアドバイスをを行った。クリスマスでは、1時間近く集中して貼り絵に取り組み、演劇では主役を取り自主的に一緒に出演する他患者と台本を読み合わせている姿が見られた。長期間の外泊を繰り返していたため、週一度の作業療法には参加できなかった。(図2)

看護師と話し合い、体温計や内服を自己管理し、外泊や退院について前向きに考えるようになった。笑顔が多くなり、他患者との交流も盛んになった。強迫症状は軽減し1月22日退院となった。

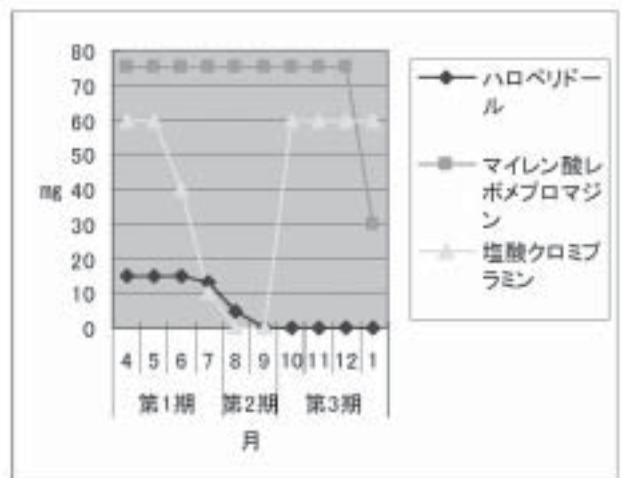


図1 薬物療法の経過

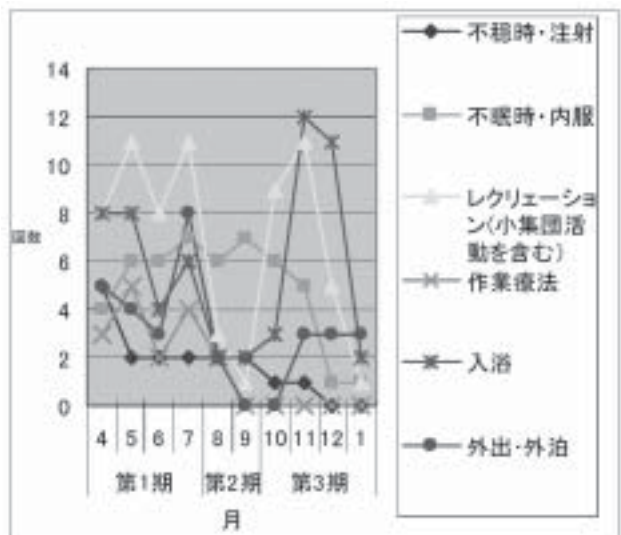


図2 生活活動と追加薬剤使用状況

IV. 考察

患者は第1期に安定と不安定を繰り返していた。慢性的に強迫症状(行為)を繰り返す患者に対し看護者のかかわりも一貫したものがなかった。患者は舌を確認され安心感が得られた時は安定し、逆に確認されない時、確認を頻回に要求する時は不安定となった。このときの患者は看護者に対し舌を見てくれるときもあるという一部の安心感があつた。しかし、第2期に入り医師、看護師に確認しないという一貫した対応をされた事でその一部の安心感が崩れ混乱・興奮状態が見られた。永田は「どんな患者も自分の病態を心因的なものと決め付けられると、人格を傷つけられたように感じ怒りの感情を持つ」³⁾と述べている。このことより患者は確認されないという対応に対し、自らの人格を傷つけられ、安心感が怒りや不安に変わり混乱・興奮したと確信できる。第2期より確認しないという一貫した対応は、治療ガイドに沿って患者に対応した為不安を受け止め患者をみるということを蔑ろにしていた。そのため、患者の状態を見るのではなく、強迫症状(行為)という側面のみをみていた。西らは「看護は疾患に対して行われるのではなく、その時の状態に応じて行われている」⁴⁾と述べている。私たちは治療ガイドに沿って患者を枠にはめ、そこから出ようとして不安を訴える患者を混乱・興奮していると判断していた。黒丸は「医療者は医学常識という先入観にとらわれてしまい話をしている為患者と話がかみ合わない」⁵⁾と述べている。私たちの舌を確認しないという対応は治療ガイドの先入観にとらわれて患者を見ていたため、そこに大きなずれを生じお互いを信用できなくなっていた。しかし、患者自身の不安や状態をみるかわりへと変化させたことで、患者個人に目が向けられ患者の思いに気付くことができた。自分の思いを病的なものとして決め付けられ治療という名のもとに否定されるのではなく、価値観や気持ちを大切にされ認められたと感じることで医療者との信頼関係の再構築が始まった。自ら選択した1日4回の確認行為は自律への第一歩となり、出来たことを看護師に認められる

ことで達成感が得られ自信や次の行動の意欲へと繋がった。活動性が高められ関心がレクリエーションや小集団活動・外泊など外界にも向けられ、その中で次第に内省する事が出来るようになり、強迫症状が軽減していった。このように治療ガイドに囚われず患者個人に目を向けていくことで、患者自身の確認行為に対する考えや不安な気持ちを理解することが出来た。患者の自己選択を導き目標を共有し4回の確認や小集団活動などの援助行為を計画していくことで持てる力を引き出すことが出来、患者の自律を見守り支えることが意欲や自信となり退院に繋がった。

V. 結論

強迫症状のある患者の問題行動や症状そのものを見るのではなく、そのときの患者の状態を把握し不安や考えを理解すること、自己選択を導くよう関わり意思を支え持てる力の可能性を伸ばしていくことが回復の意欲となり症状の改善に繋がった。

文 献

- 1) 粕田孝行:心の成長・発達と防衛機制, 日本精神科看護技術協会監修, 改訂版 精神科看護の専門性をめざして I 基礎編(2003年度版), 185, 精神看護出版, 2002.
- 2) 飯倉康郎:強迫観念の治療ガイド(第一版), 3, 二瓶社, 2000.
- 3) 永田勝太郎:「心あるケア」に求められる患者を見つめる視点, ヘルスカウンセリング, 5(2), 18, 2002
- 4) 西豊子 他:精神科救急・急性期看護の役割, 日本精神科看護技術協会監修, 改訂版 精神科看護の専門性をめざして III 専門編(2003年度版), 75, 精神看護出版, 2003
- 5) 黒丸尊治:患者の力を引き出す信頼関係の築き方, ヘルスカウンセリング, 5(2), 25, 2002
- 6) ペプロウ, (小林富美栄):人間関係の看護論, 155~167, 医学書院, 1995
- 7) 牛島定信:強迫の精神病理と治療, 238~249, 金剛出版, 1997

研究

キネステティック概念をもちいた食事介助の一考察

A case study

Meal care according to Kinaesthetics improves patient's spontaneous swallowing

吉田 康記

Yasunori Yoshida

要 旨

「食べる」という行為は栄養補給だけではない。しかし従来の嚥下訓練や食事介助は栄養補給や嚥下機能への関わりが中心であった。キネステティックな食事介助を行った。そして「先行(認知)期」の認識のプロセスに働きかけた。キネステティック的介助では開口のタイミングが違った。また、すべてに自力摂取が見られた。従来の方法では自力摂取は見られなかった。キネステティック概念による介助は重さやスピード等の情報を触角や固有覚をとおして患者に伝達した。それによって患者はこれを「食事」という行為であると認識できた。結果、自力でスプーンを動かした。また感覚器からの情報と動きとの間のフィードバックにより覚醒レベルが向上し、これらが自力摂取につながった。また患者は言語による意思疎通が難しいため、聴覚以外の感覚器を使った双方向の情報伝達は必要だった。結果として言語による意思疎通が難しくても患者の意思に沿った食事介助を提供できた。

Key words : Kinaesthetics Meal care Cybernetics Living system

はじめに

人間にとっての「食べる」という主体的な行為は、必要な栄養が補給されれば良いというだけではない。口腔の自浄作用、覚醒や高次脳機能の改善、QOLの向上にも効果がある。

現在、当病棟では嚥下障害の専門チームを作り、脳卒中急性期から嚥下機能を評価し、訓練を開始してきた。しかし、それは人間にとっての「食べる」という主体的な行為というよりは、嚥下機能そのものへの関わりが中心であった。意図的に伝達する刺激も味覚が主体であり、認識や満足度は二次的なものとして期待していた。

この事例では食事介助場面にてキネステティック的介助を行った。そして嚥下における「先行期」の認識プロセスに働きかけ、食事の自力摂取がみられた。その1事例の経験を今後の看護活動に活かしていくため、ここに報告する。

【キネステティックとは】

Frank HatchとLenny Maiettaによって作られた学問。行動サイバネティクス、モダンダンス、一般システム理論、認識論、フェルデン・クライスメソッドが根本にある。キネステティックの6つの

コンセプトによって人の活動を分析するツールであり、接触と動きによるコミュニケーションとコントロールにより実施する概念である。介助に使用するととても有効なため、近年国内でも看護・介護界で注目されている。

【事例紹介】

患者:92歳 女性

病名:小脳梗塞

入院期間:H15年2月11日～H15年2月24日

現病歴:2月11日、近隣の施設入所中でした。朝食中、誤嚥による呼吸状態の悪化があり、当院救急外来搬入。CT、MRI(DWI)にて小脳梗塞と診断され入院となる。誤嚥は失調によるものと判断された。

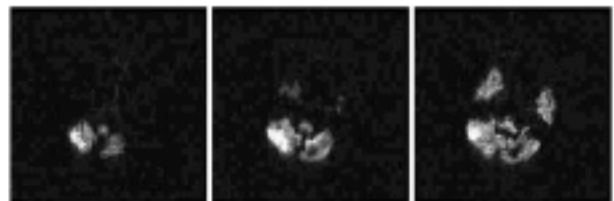


写真1 MRI(DWI)

施設入所中の状態:約1年前に脳梗塞を発症してから活動性

は低下。生活のすべてはベッド上か車椅子であった。発語なく、呼名には振り返るが、自発的に何かをすることはない。食事は全介助で摂取。高度難聴、理解力も著しく弱いため言語でのコミュニケーションは難しい状態であった。

【経過】

3月12日より水分むせなく全粥キザミ食より嚥下訓練開始。看護師により全介助にて摂取量は1/2~1/3。SpO2の下降、肺炎の兆候などなく経過していた。

14日の朝、開眼していたが口を閉じてなかなか食事が進まない状況があり、キネステティック的介助を試みた。まず患者の右手にスプーンを自然に持たせ、そして軽く肘を支えスプーンを持った手に手を添える。私の手の力は抜き、患者の手が自然に動く最小限の力で介助する。全く動きを感じなければ動きを誘導しキッカケを与える。

スプーンにおかゆをすくい、摂食動作のキッカケを接触と動きによって伝達すると患者はその時点で口をあけ、自力で口にもっていきこうとする感じが私の手に伝達される。私はそれに従って一緒に動くだけの食事介助を行う。

するとまだ口に物が入っていたり、ある特定のおかずをスプーンにすくおうとすると私の手に抵抗が感じられ、そうでないときはスプーンが口の中に吸い込まれるような感じが伝達される。

食事介助の後半になって患者の動きがよくなってきたため、介助を中断したところ、自力でおかゆを食べ始め、むせなくほぼ全量摂取した。(写真3)

後日、同様の介助を4回施行したが、すべてにおいて食事の後半に自力摂取が見られ、抵抗を感じる特定のおかず以外全量摂取した。一方従来の方法では促しをしても自力摂取は見られなかった。(写真2)

写真2 従来の方法での介助



従来の介助ではスプーンが口に触れて初めて口を開けている。スプーンの口への接触によって初めて食事であると認識できて動きが出力されている。

写真3 キネステティック的介助



キネステティック介助ではスプーンが口に触れる前に自ら口を開けている。動きによって食事であると認識できているためである。その介助によって覚醒レベルも向上し自力摂取を始めた。

【考察】

一般に先行(認知)期への関わりは手を添えた動作訓練を繰り返す行い、手続き記憶として摂食動作が出来るようになるというものである。

しかし、患者は90年近くも自力での食事を行っていた。今回はその繰り返し行われてきた「食事」という主体的な行為の経験・学習へ働きかけた。それは接触と動きをつかったキネステティック的感覚への情報伝達とフィードバックコントロールによって行った。

認識プロセスの起点は情報としての感覚刺激で、そこから得た客観的現実を経験・学習などの記憶を元に主観的現実を翻訳する(図1)。

今回の介助はスプーンの重さや口にもってくるスピード、摂食動作などの情報を接触と動きで患者に伝達した。またその情報は今までに慣れ親しんだものであった。そして患者はその客観的現実をなれ親しんだ記憶を元に主観的現実を翻訳したとき、これを「食事」という主体的な行為であると認識できた。結果として、わずかな動きではあるが自力でスプーンを動かし、口をあけるタイミングにも違いがあった。

また、この関わりには感覚器からの情報入力と動きとの間のフィードバックが繰り返される。そのプロセスの中で覚醒レベルの向上に効果があった(図2)。

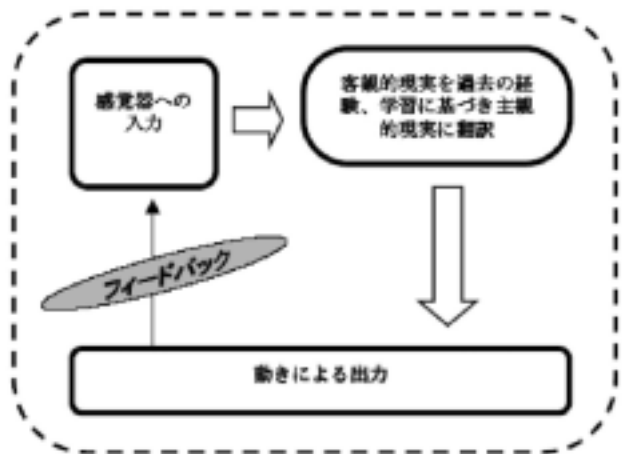


図1 行動サイバネティクスに基づく生きているシステムの活動と認識プロセス

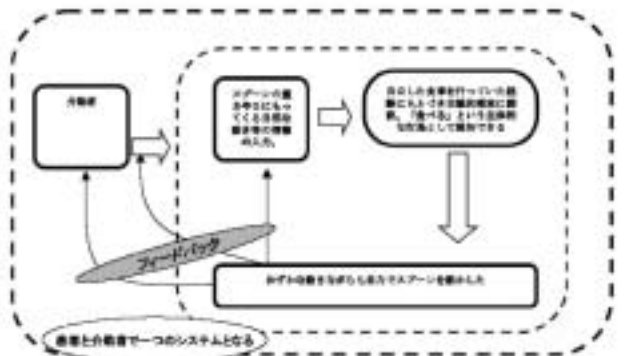


図2 接触と動きによる介助と介助者と患者のインタラクション

さらに慣れ親しんだ行動を再現し繰り返すことによる動きの再学習があった。

認識のプロセスに働きかける、覚醒レベルの向上、そして動きの再学習。キネステティック的な介助によってこのような働きかけができた。これらの結果、食事の自力摂取につながった。

また患者は難聴が強く理解力も弱い。そのため言語でのコミュニケーションは難しい状態であった。そのような患者に聴覚以外の感覚器を使った情報伝達は必要であった。また筋の緊張などにより患者の意思も看護師が受信できた。たとえ言語的コミュニケーションが不可能であっても、触覚・固有覚をつかった双方向の情報交換が可能であり、結果的に患者の意思に沿った食事介助を提供できた。

【おわりに】

患者は実は自力で食事が食べられる人であった。今まで食事は全介助であったためにその能力を使う必要がなく、失われつつある状態であった。看護は患者の持っている能力を発見できずに奪っていた。我々が日常的に行っている食事の全介助は、もしかしたら自力で食べられるかも知れない患者の能力を、意識・身体含めてただ奪っているということもある。その意味でキネステティック的介助は患者の能力に対し適正な介助量を提供できた。

また言語的なコミュニケーションの難しい患者であっても、触覚・固有感覚をつかった双方向の情報交換ができた。キネステティック的介助は接触と動きをコミュニケーションの一つの手段として活用できた。全失語や意識混濁の患者にも認知に働きかけることが出来るため、このような患者のオリエンテーション付けにも効果がある。

今後もキネステティック概念に基づいた介助により、患者の持っている能力を最大限引き出して生きたいと思う。

研究

摂食・嚥下障害に対する看護

A case study:

Frequent intense nursing care improves severe swallowing difficulty in an apoplexy patient

渡辺由香里
Yukari Watanabe本間 美香
Mika Honma

要 旨

脳卒中中で嚥下障害が発生した場合、患者は食べたいと思うものを食べることができず精神的・身体的苦痛に陥る。患者とのかかわりの中でそのニーズをいち早く理解し患者とともに段階を踏んで嚥下障害と向き合い、意識レベルやADLの拡大ができたことを経験した。

Key words : ADL , indirect training ,thermal stimulation, swallowing difficulty

はじめに

脳梗塞により片麻痺などの後遺症を伴う中で人間の三大欲求のひとつといわれている食欲を満たすことは患者の闘病意欲を高め、さらにQOLの向上や感覚刺激による高次脳機能への改善につながる。脳神経外科の入院患者には嚥下障害に苦しむ姿を目にすることは多い。本研究では看護サイドと患者がともに嚥下障害と向き合い食べることの楽しみや入院生活に意欲を持ってすごすことができた1症例について報告する

症 例

対象は84歳女性で診断名は右中大脳動脈閉塞による脳梗塞であり、症状としては意識障害、左上下肢麻痺、左半盲が認められた。JCSでは3～10レベルで表情はボーっとしており、発語はあるがはっきりとは聞き取れず、疎通に欠くことがあった。

アセスメント

改定水のみテストで4点でありSao2の下降はなかったが時々湿性唝声が見られていた。

水を飲み込んだ後にムセがあり、梨上窩に残留していることが予測された。食べ物を認知することは可能であり、口腔内左側に食残を認めたが、それほど舌の運動は問題なく送り込みは出来ていた。以上のことから咽頭期の障害であると考えた。

看護計画

間接訓練、頸部・顔面マッサージ、舌マッサージ、直接訓練、口腔ケア

経 過

平成15年3月4日発症。

翌日の3月5日より経管栄養開始。

3月25日 間接訓練開始。

3月27日 直接訓練開始。本人の希望取り入れヨーグルトで実施。

3月31日 経管栄養と嚥下訓練食の併用で開始。

4月8日 経管栄養と軟菜食の併用に変更。

4月10日 胃管抜去

4月11日 粥キザミ食開始。

<経過その②>

3月25日より間接訓練としてアイスマッサージと頸部・顔面マッサージを開始する。

口腔ケアなど出来るだけ自分で歯ブラシをもたせ動きの介助を行い、車椅子にも乗せるようにした。

3月27日 本人から『牛乳が飲みたい。』『ヨーグルトが食べたい』という希望があり1日に一個のペースで直接訓練も開始とする。ヨーグルトは嚥下、咀嚼は問題なくムセも見られなかった。

間接訓練開始2日目にて発語が多くなり表情もすっきりしてきた。

3月31日 経管栄養と嚥下訓練食を併用で開始する。一日3食で行う予定であったが一回の食事に時間がかかり次の食事までに空腹感が得られない状況や水分でのムセもあり患者への負担が大きいため、翌日から昼食1食に変更した。水分はとろみつけて飲用し不足分は胃管から注入する。

直接訓練開始4日目にて身の回りのことを少しずつ行うようになり、名前などということができオリエンテーションの改善がみられた。座位の保持はまだ不安定で麻痺側へのかたよりがみられた。

4月8日 嚥下訓練食1食ではほぼ全量摂取できた。水分摂取はベッドを30～45度の高さで傾斜をつけて重力を利用した方法で体位を整え実施し、少量ずつ行うととろみをつけなくても水を飲むことができた。経管栄養と軟菜食に変更する。

4月10日 軟菜食スムーズに摂取できており問題ない。1食から3食に変更し経管栄養は中止とする。水分摂取でむせることは少なくなったため胃管抜去する。

4月11日 粥キザミ食に変更するがムセなし。自分でほぼ全量摂取可能。水分摂取量は一日の目標を設定し脱水にならないように注意する。

4月16日 ゆっくりと自分のペースで食事摂取されている。水分も自分から進んで飲むようになり「冷たい水が飲みたい」などの声が聞かれた。また車椅子に乗ることも多くなりトイレに行きたいなどの訴えも聞かれるようになった。

考 察

間接訓練から直接訓練までの期間が2日間しかなく本来ならもう少し慎重に進めたいところであったが、アセスメントによる安全性の確認と本人の希望を考慮し食べることの喜びを感じることができるよう関わることが意欲の維持・向上につながった。好きなものをおいしく食べるという点で味覚刺激が大脳皮質への刺激となり、覚醒レベルを上げそれが有効な嚥下反射を誘発し摂食・嚥下機能の改善へとつながったと考える。また、嚥下訓練開始までに20日間を要したが、嚥下訓練を開始した後の嚥下機能の回復、ADLの回復は非常に急速なものであった。これは、食欲を満たすことにより、患者の治療意欲が向上し、QOL、ADLの向上や高次脳機能への改善があったためのものである。そのため、アセスメントを行い安全性を確認できれば、高齢であったり、梗塞が比較的大きい症例でも早期に直接訓練を実施したほうが嚥下機能の低下を防げるのではないかと考える。

ま と め

- ・嚥下訓練は味覚・嗅覚などの刺激や嗜好を利用することによって効果が高まる。
- ・嚥下訓練は覚醒レベルをあげる。
- ・食欲を満たすことによりセルフケアの拡大につながった。

文 献

- 1) 加藤順一: 摂食嚥下アセスメントマニュアル 日総研 2002.
- 2) Murray, J.: 摂食・嚥下機能評価マニュアル 医歯薬出版株式会社 2001

研究

看護者の関わりが患者様に及ぼす影響について

Mental and physical appropriate nursing support improves an ADL of a urolithiasis patient

中田 有紀

Yuki Nakata

要 旨

73歳男性左腎結石、膀胱腫瘍で手術目的にて入院する。左腎ろうを造設しPNL, ESWLを施行するが破石できず、約2ヶ月の長期入院となる。腎ろうの挿入による行動制限をとめない、長期入院治療による身体的、精神的苦痛に対し、変化を意図的に提供し前向きな気持ちにつなげることができた結果を報告する。

Key words : nursing support patients ADL

はじめに

患者様に対して意図的に関わり、変化を提供していくことで、精神的な安定をはかることができその人の生命力の幅を広げていくことにつながるという学びがあったので報告する。

I、患者紹介

1、患者について

患者様： S様、73才、男性、無職

入院期間：2003年11月27日～2月6日

診断名： 左腎結石、膀胱結石

家族構成：妻他界、長女と同居している。次女がいる。長女は仕事以外は面会に来ている。

2、疾病について

59才膀胱癌にて尿路変更術施行、膀胱ろう造設する。その後膀胱ろう交換のため定期受診していた。諸検査にて、平成15年6月左腎結石、膀胱内に結石発見され、手術すすめられていたが、年令的に手術するのはと拒否あり経過観察していた。その後医師との相談により、手術目的にて入院することとなる。入院し手術施行するも砕石できず、一度退院し再度手術目的にて入院する。手術、体外衝撃波施行することで、徐々に砕石できたため退院可となり、膀胱結石に対しては外来的に治療することとなり、退院となる。

3、入院後の生活の状態

日常生活について、腎ろう挿入により微熱があり倦怠感があ

る。そのため入浴できていない。入院により、良眠できてないことが多い。心理面について、手術しても砕石されず長期になることで本人、家族の不安が強くなってきている。家族の支えは十分にあり、面会時は表情よく経過されている。

II、看護の実際

治療が長期になることで、砕石されるのかという不安、痛みに対して恐怖心が感じられ、入院による生活の制限があり、このままの状態が続くことで、生命の幅が小さくなると考えた。こういった状況から、本人、家族の不安を少しでも軽減でき、日常生活のニードを充足していこうと考えた。手術前後は側にいるようにし手術結果や今後の治療方針の説明をし、その中で不安や苦痛がなかつたか確認し、本人、家族の思いを傾聴し関わった。そのような関わりを継続することで「もう少しだな、がんばるわ」「明日の写真が楽しみだ」など治療効果への関心を言葉に表すようになってきた。また、「本当に眠れるようになった。安心したんだな。」と良眠できるようになった。

考 察

ナイチンゲールは生活の中に変化がなければ、その生命力は小さくなってしまふということを発見し指摘している。また、彼等にとって「変化」はケア提供者から与えられない限り、自らの力では創り出せないものである。

金井は「人は自らの生活の中に小さなプラス変化の起きたときに、元気になったり、元気を取り戻したりするという事実があ

ることである。」と述べている。S様にできるだけそばにいて意図的に関わることで、不安・苦痛が軽減され治療に対する前向きな姿勢が見られたのだと考える。結果、S様に変化を伝えることで自ら進んで治療に参加しようという精神面への変化をもたらし、生命力の幅を広げていくことができたと考える。

ま と め

①生活の中に変化がなければ、その人の生命力は小さくなってしまふ。看護者は変化を提供していく事が、その人の生命力の幅を広げていくことにつながる。

②意図的に関わりを多く持ち、ゆっくり時間をかけるかけることで精神的な安定がはかれ、治療に対する姿勢を高めることができる。

お わ り に

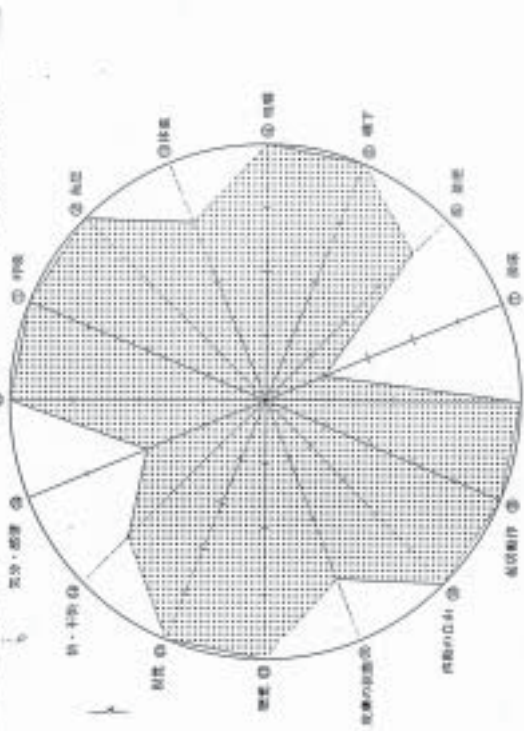
私たちにとってなんでもなような変化が、患者にとっては生命力の幅を広げていくことがわかり、生活とは変化の連続であることに気づかされた。病院の生活のなかで少しでも変化を与えることが大切であり患者様の持てる力、健康な力をのばす関わりができるようにしていきたい。

文 献

- 1) KOMIチャートシステム2000、一ケアの実践を支える原理と方式
-P50～同上書、P51～

KOMIレーダーチャート

氏名 斎藤美智夫 性別 男
 年齢 72歳 性別 男・女
 作成日: 2004年1月20日
 作成者: 中尾有紀

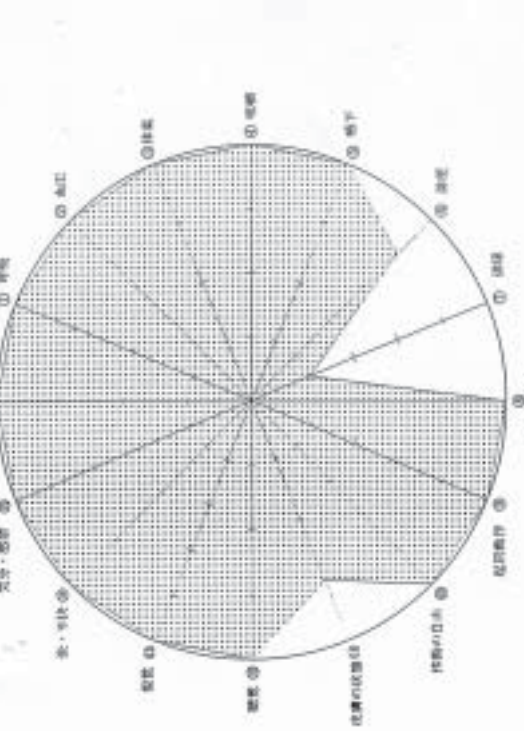


性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他
--	--	--	--

▲レーダーチャートが示す身体面の特徴・課題等
 3. 男系う棒人傾向により、ユフ度合いの強弱があったが正常である。ユフ度合いである。
 4. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 5. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 6. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 7. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 8. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 9. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 10. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 11. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 12. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 13. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 14. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。

KOMIレーダーチャート

氏名 斎藤美智夫 性別 男
 年齢 72歳 性別 男・女
 作成日: 2004年2月6日
 作成者: 中尾有紀



性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代 <input type="checkbox"/> その他
--	--	--	--

▲レーダーチャートが示す身体面の特徴・課題等
 3. 男系う棒人傾向により、ユフ度合いの強弱があったが正常である。ユフ度合いである。
 4. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 5. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 6. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 7. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 8. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 9. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 10. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 11. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 12. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 13. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。
 14. 脳神経系より不調であり、脳神経系に由来し、健康、下痢時一日3回ある。

氏名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ ●・女

氏名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ ●・女

形成日: 2004年12月12日
作成者: 中野有紀

【行動面】

■ 本人がわかる・関心がある
□ 本人がわからない・関心がない
▨ 判別できない (質問事項)
▤ 専門家の援助がはいっている
▦ 身内の援助でまかなわれている

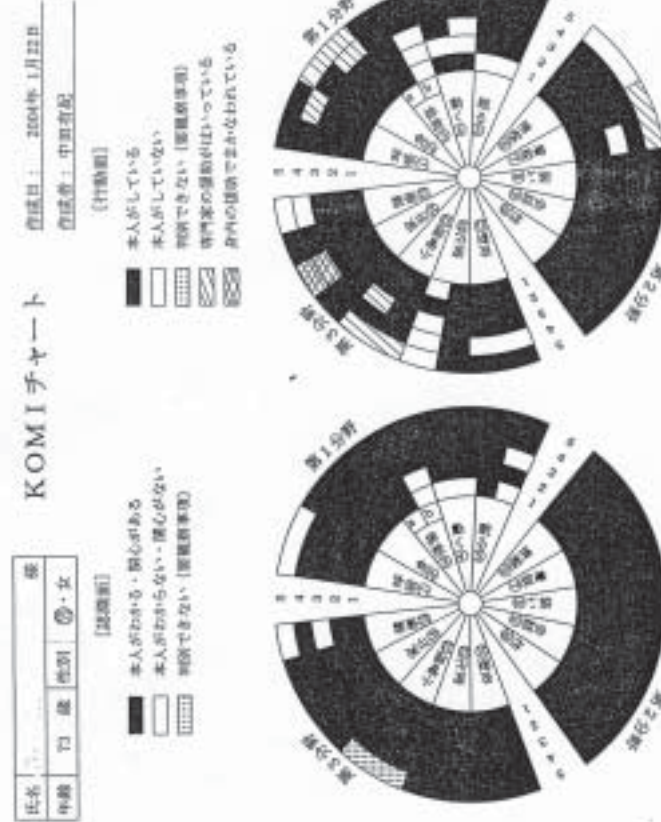
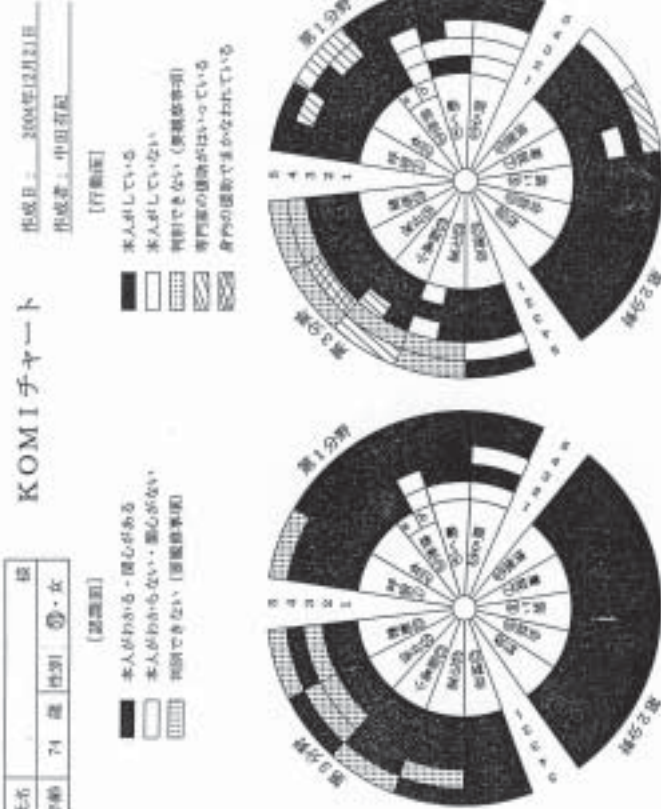
氏名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ ●・女

氏名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ ●・女

作成日: 2004年1月22日
作成者: 中野有紀

【行動面】

■ 本人がわかる・関心がある
□ 本人がわからない・関心がない
▨ 判別できない (質問事項)
▤ 専門家の援助がはいっている
▦ 身内の援助でまかなわれている



▲国マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
21.0 / 77	25.0 / 75	19.0 / 75	65.0 / 77

▲国マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
18.5 / 78	22.5 / 75	14.5 / 75	55.5 / 78

▲国マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
22.0 / 77	25.0 / 75	23.0 / 75	70.0 / 77

▲国マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
20.5 / 78	22.5 / 75	18.5 / 75	61.5 / 78

▲KOMIチャートの「認知面」が示す特徴・状態

2. 食べ物に関しては、自分にとって健康なものがある。健康な食品は、野菜は多く、ほとんど糖質が少ない傾向である。砂糖に関しては不調時の解決策と見られている。専らう管理により糖質の摂取量があり、苦味がある。1, 8. に関しては、糖質とかわらない。9, 10. は、スタンプを心越よく感じ、人と話したいと思いが強い。11. 食事は、自分のことは自分で決めている。12. 食事は自分で決めている。13. 食事は自分で決めている。14. 自分で決めるお金がかかる。15. 心身の不調を感じることであり、専門家に相談しやすくなる。

▲KOMIチャートの「行動面」が示す特徴・状態

2. 自分にとってよいものを制限している。
3. ほとんどは健康な食品が選ばれるように意識している。
4. 食生活が、専らう管理されている。また肉孔は固くは自分で決めている。専らう管理で、食生活が、糖質とかわらない。9, 10. は、スタンプを心越よく感じ、人と話したいと思いが強い。11. 食事は、自分のことは自分で決めている。12. 食事は自分で決めている。13. 食事は自分で決めている。14. 自分で決めるお金がかかる。15. 心身の不調を感じることであり、専門家に相談しやすくなる。

▲KOMIチャートの「認知面」が示す特徴・状態

2. 食べ物に関しては、自分にとって健康なものがある。健康な食品は、野菜は多く、ほとんど糖質が少ない傾向である。砂糖に関しては不調時の解決策と見られている。専らう管理により糖質の摂取量があり、苦味がある。1, 8. に関しては、糖質とかわらない。9, 10. は、スタンプを心越よく感じ、人と話したいと思いが強い。11. 食事は、自分のことは自分で決めている。12. 食事は自分で決めている。13. 食事は自分で決めている。14. 自分で決めるお金がかかる。15. 心身の不調を感じることであり、専門家に相談しやすくなる。

▲KOMIチャートの「行動面」が示す特徴・状態

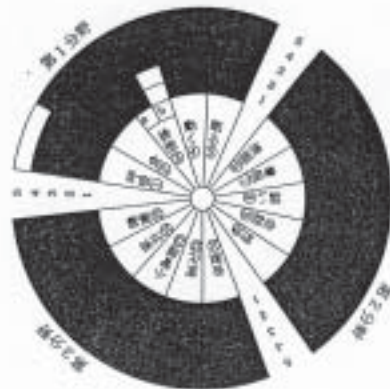
2. 自分にとってよいものを制限している。
3. ほとんどは健康な食品が選ばれるように意識している。
4. 食生活が、専らう管理されている。また肉孔は固くは自分で決めている。専らう管理で、食生活が、糖質とかわらない。9, 10. は、スタンプを心越よく感じ、人と話したいと思いが強い。11. 食事は、自分のことは自分で決めている。12. 食事は自分で決めている。13. 食事は自分で決めている。14. 自分で決めるお金がかかる。15. 心身の不調を感じることであり、専門家に相談しやすくなる。

KOMIチャート

作成日: 2004年 2月 4日
作成者: 中田有紀

氏名	性別	性別	性別
73	歳	性	別
女	性	別	別

- 【認識面】**
- 本人がわかる・関心がある
 - 本人がわからない・関心がない
 - ▨ 判別できない (質問事項)



▲KOMIチャートの「認識面」: 結果

第1分野	第2分野	第3分野	合計
34.0 / 77	25.0 / 25	25.0 / 25	74.0 / 77

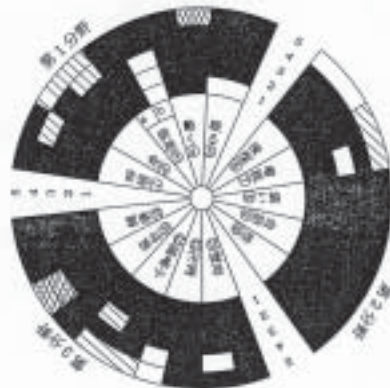
食べ物に関しては、お腹をこわさないように気をつけている。個人により、アレルギーの発症感があり重症化している。おなかの調子が悪く、おなかの調子により苦痛を感じることがある。

KOMIチャート

作成日: 2004年 2月 4日
作成者: 中田有紀

氏名	性別	性別	性別
73	歳	性	別
女	性	別	別

- 【行動面】**
- 本人がしている
 - 本人がしていない
 - ▨ 判別できない (質問事項)
 - ▨ 専門家の助言が聞いている
 - ▨ 身の回りでまわっている



▲KOMIチャートの「行動面」: 結果

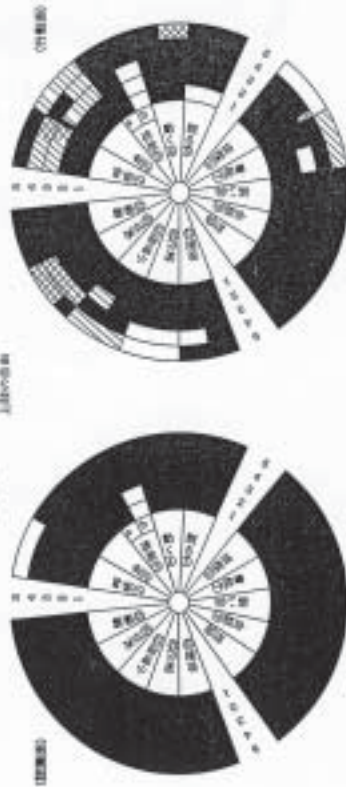
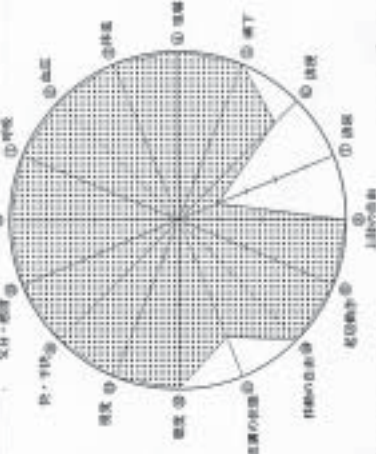
第1分野	第2分野	第3分野	合計
31.5 / 74	22.5 / 25	31.2 / 25	85.2 / 79

腸腸菌が腸管中に多いにわかれています。行動面では、個人にはかかっている。本人も、おなかの調子が悪く、おなかの調子により苦痛を感じることがある。おなかの調子が悪く、おなかの調子により苦痛を感じることがある。おなかの調子が悪く、おなかの調子により苦痛を感じることがある。

KOMIサマリーチャート

作成日: 2004年 2月 4日
作成者: 中田有紀

氏名	性別	性別	性別
73	歳	性	別
女	性	別	別



▲KOMIチャートの「認識面」: 結果

第1分野	第2分野	第3分野	合計
34.0 / 77	25.0 / 25	25.0 / 25	74.0 / 77

▲KOMIチャートの「行動面」: 結果

第1分野	第2分野	第3分野	合計
31.5 / 74	22.5 / 25	31.2 / 25	85.2 / 79



腸管ケア方針

2月6日目標となる。2月20日目標とする。腸管ケアは、個人にはかかっている。本人も、おなかの調子が悪く、おなかの調子により苦痛を感じることがある。おなかの調子が悪く、おなかの調子により苦痛を感じることがある。おなかの調子が悪く、おなかの調子により苦痛を感じることがある。

研究

心臓カテーテル検査のクリティカルパス ～外来との連携を考慮して～

Revision of clinical pass for cardiac catheter examination

成田 双葉

Futaba Narita

要 旨

当科での心臓カテーテル検査クリティカルパス(以後心カテパスとする)開始は1999年から今年で4年が経過したが、高齢化と共に若年者の生活習慣病の広がりや遠隔地からの紹介患者様も増え年間600件前後の件数が行なわれるようになった。件数の増加によりさまざまな問題や患者様の検査に対する不安を強く持っているなどパス改善の必要性があり外来から開始したパスの作成を試み活用した結果を報告する。

Key words : clinical pass cardiac catheter examination

はじめに

心カテパス使用開始から4年が経過したがシリアンスが明確ではないこと、心カテ件数の増加により外来との連携が薄くトラブルも多く仕事量が増加していたこと、更に患者様は検査に対する不安を強く持っていたことなどパスの見直す段階にきていると認識していた。今回から外来からパスの使用を開始し一定の期間においてアンケートを行なった結果問題の改善や今後の方向性が明確となったので報告する。

方 法

旧パスにおいて使用しづらい点、問題点を事前にスタッフからアンケートをとり医療者用パスを作成(図1～5)バリエーションコードは昨年1年間のバリエーション5例をもとに作成したものを使用とする(表1)患者様用パスは検査に対する一連の説明や入院に必要な事項が記入されたものを外来で説明し患者様に渡し自宅でも再度読みかきし可能とした。退院時問題点が生じた場合問題点を外来に情報を提供する。アンケート期間:平成15年5月12日～6月6日までの4週間 対象:45歳～85歳までの40名(アンケートは複数回答とし無記名で回収)

結 果

患者様アンケート結果から以前は文字も小さくみづらいため高齢の方には理解されにくかったが、カラーで文字も大きくし

たことで見やすいパスとなったといえる(表2～3)また、事前にパスを渡すことで入院に必要な事項を確認できる手段となり、検査に対する不安や質問事項が明確となりやすくなったといえる(表4～5)医療者用アンケートでは外来から病棟間で一通りの流れがチェックしやすくなりやすかったということ、患者様の忘れ物が減少し業務もスムーズであったといえる。さらに外来との連携においてオリエンテーションがスムーズに行なえ入院・検査に対する不安の声が軽減したこと、情報交換を蜜にすることで患者様の把握がしやすくなったという結果につながった。しかし、パスの使用によりバイタル欄・指示欄など記入しづらい点がわかり改善の必要性が明確となった(表6～9)

考 察

入院の決定時からパスを開始することは患者様が受ける医療のイメージがつかみやすく不安や検査に対する質問が明確となり、受ける医療ではなく参加する医療へつなぐ手がかりとなったと考える。また、医療者は一連の流れが把握され共通の認識ができることから経験年数を問わず統一した継続的看護へつなぐことが可能となった。

おわりに

今回の結果から旧パスの問題点としてあげた点が改善し業務の円滑化へつなげることができたがアンケート結果により改良の必要性が明確となった点から更なる看護の向上を目指し

たパスを作成していきたいと思う。

文 献

- 1) 阿部俊子 他: クリニカルパスQ&A. 照林社 2000.
- 2) 山崎紳(監修): 心疾患テクニカルチェック、クリティカルパスにみるナーシングケア、メディカ出版 1998

表1

CAG/パスバリエーションコード

I <身体的>

- A) カテ部の出血に対して、治療を要する
- B) カテ部の出血、血腫形成に対して、緊急手術を必要とする
- C) 呼吸停止に対して、挿管を必要とする
- D) カテ挿入による、穿孔が起こり、Aルートを挿入して帰室
- E) 血圧低下に対して、持続的薬剤投与を必要とする
- F) 心タンポナーゼに対して、心のうドレーンを挿入して帰室
- G) 持続的な、モニター監視、バイタル観察を必要とする
- H) ICU入室
- I) AMI併発
- J) 脳梗塞併発
- K) ASO併発
- L) 急性腎不全併発

II <精神的>

- A) 夜間せん妄、痴呆により薬剤・抑制を必要とする場合

III <その他>

バリエーションコード欄への記入例 I -A

III-骨折

検査翌日 月 日 ()	
アカム	検査後の苦痛のコントロールができる 検査後の全身状態の安定
指示	次回受診 (月 / /) 紹介医シフト (有・無) ENT高野 (有・無)
検査	指示Drサイン Nsサイン
処置	
説明 指導	<input type="checkbox"/> 体温計、消毒薬準備 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤
安眠度	<input type="checkbox"/> 院内ア <input type="checkbox"/>
食事摂取 投薬量	
B/D	
K/Y	
P	
発熱	
Kot	
中国/nt	
看護記録	皮膚 乾燥 出血 無 発熱 無 水色 無 赤痢 無 腹痛 無 嘔吐 無 排便 無 尿量 無 意識 無 <input type="checkbox"/> 有の場合外来情報提供 記入
サイン	
ハYP/コト	

切り取り

(病棟から外来への情報)

体温
 水色
 赤痢
 腹痛
 嘔吐

内服薬管理状況

図4

2003.5 砂川市立病院 循環器内科

検査日 月 日 ()	
アカム	検査後の苦痛のコントロールができる 検査後の全身状態の安定
指示	次回受診 (月 / /) 紹介医シフト (有・無) ENT高野 (有・無)
検査	指示Drサイン Nsサイン
処置	<input type="checkbox"/> 体温計、消毒薬準備 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤
安眠度	<input type="checkbox"/> 院内ア <input type="checkbox"/>
食事摂取 投薬量	
B/D	
K/Y	
P	
発熱	
Kot	
中国/nt	
看護記録	皮膚 乾燥 出血 無 発熱 無 水色 無 赤痢 無 腹痛 無 嘔吐 無 排便 無 尿量 無 意識 無 <input type="checkbox"/> 有の場合外来情報提供 記入
サイン	
ハYP/コト	

図3

2003.5 砂川市立病院 循環器内科

月日	予約	指示	検査	処置	観察	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	処置	
2003.5																						

患者アンケート結果 1 みやすさ

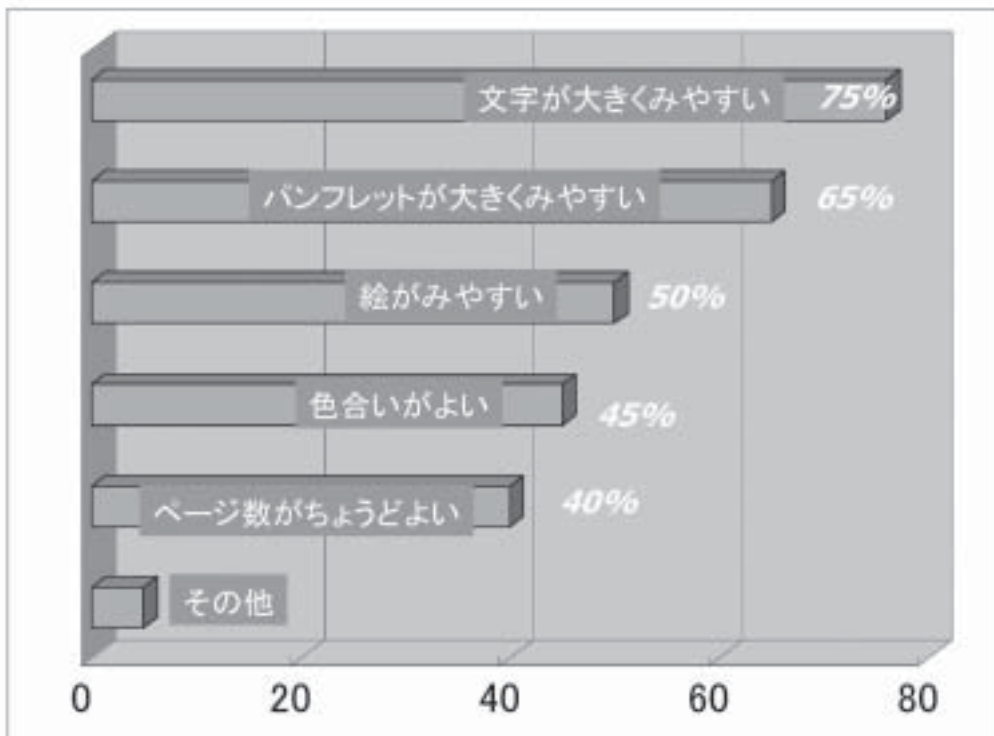


表2

患者アンケート結果 2 みずらさ

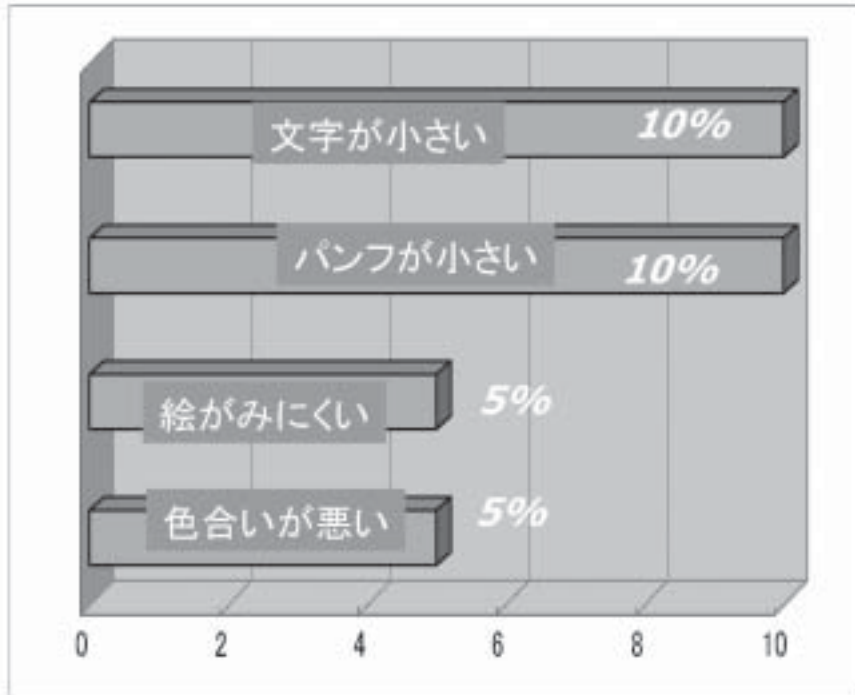


表3

患者アンケート 3 看護師の説明

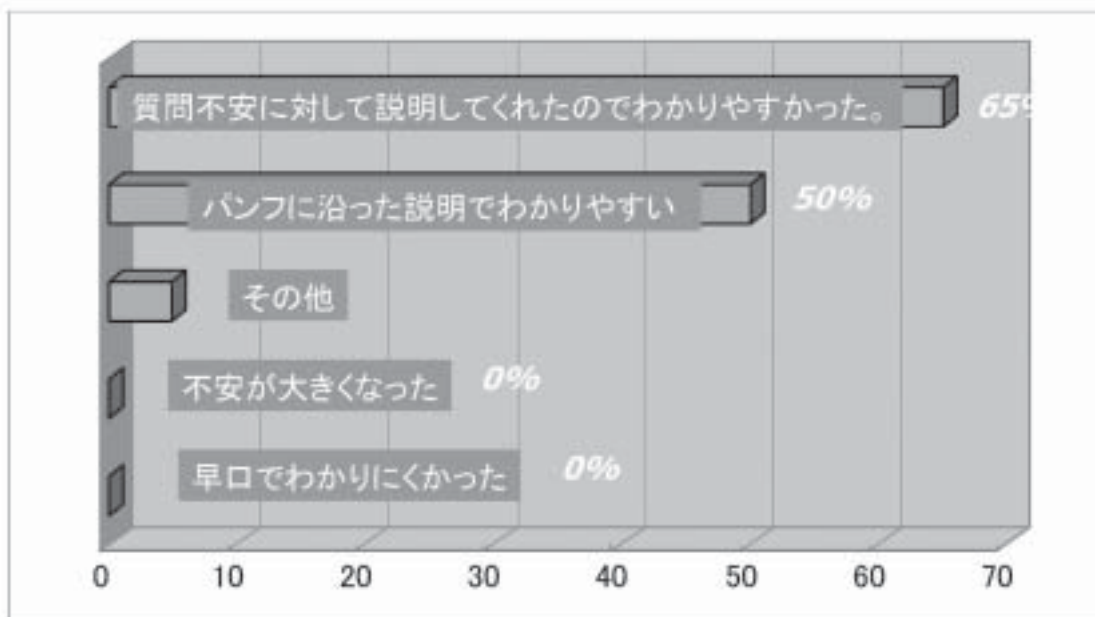


表4

患者アンケート 4 持ち物について

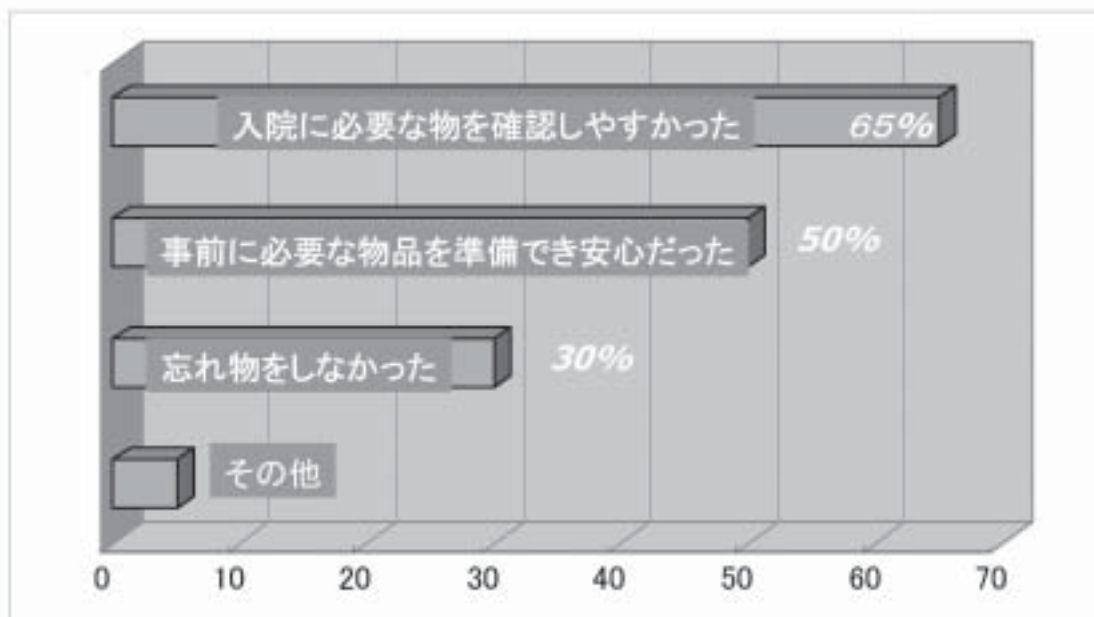


表5

医療者アンケート 1 みづらさ

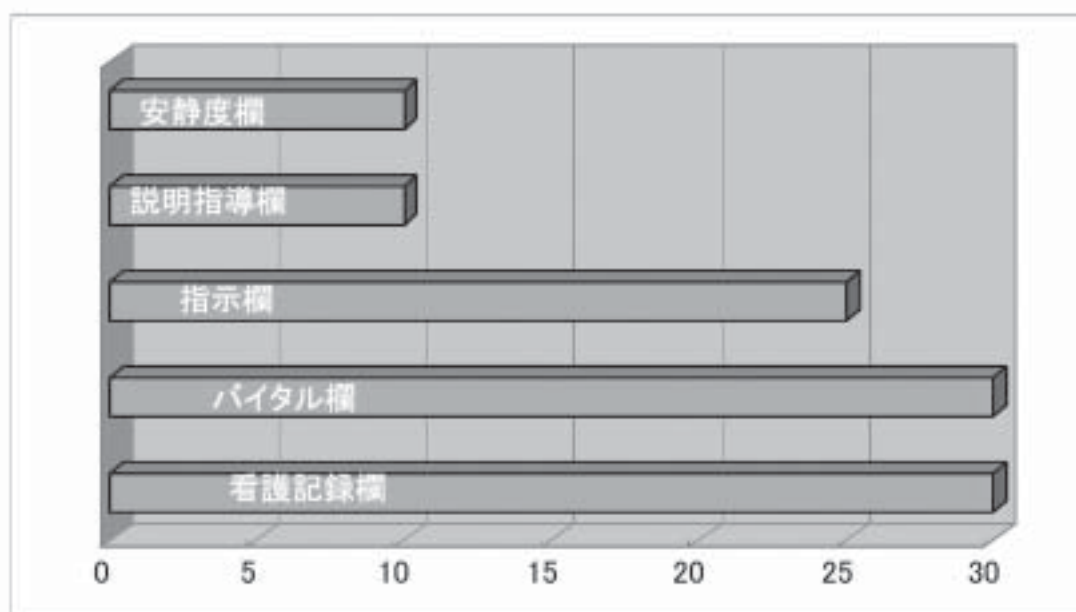


表6

医療者アンケート 使いやすい点

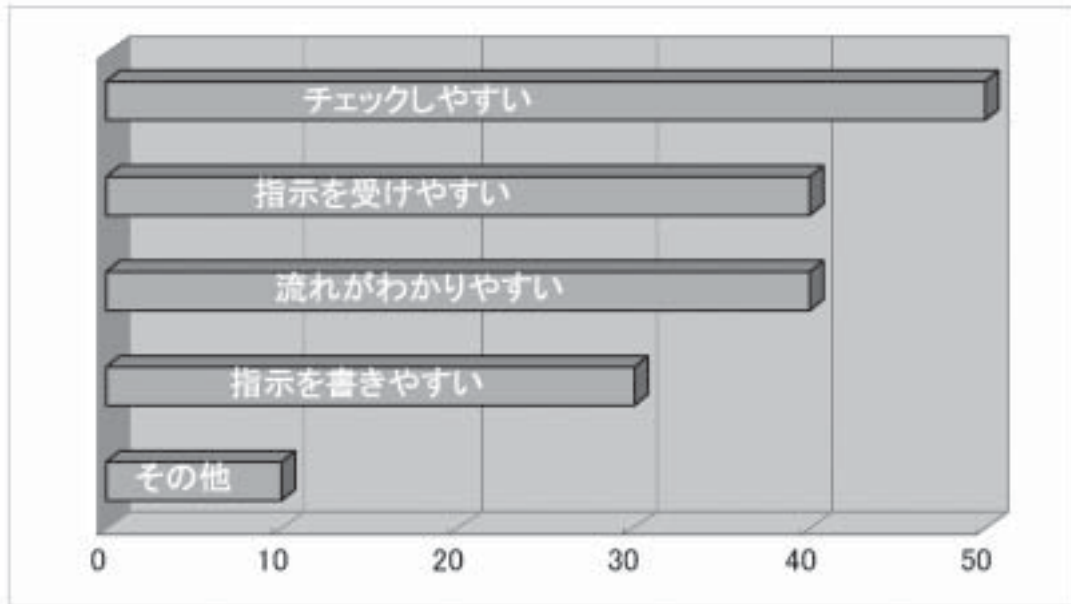


表7

医療者アンケート 使いにくい点

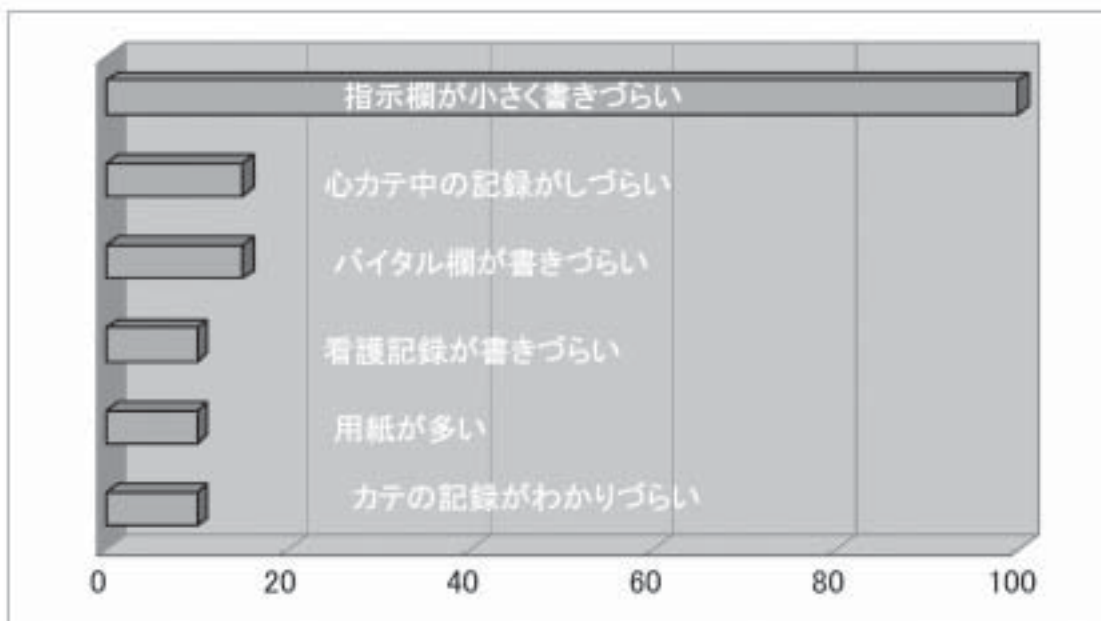


表8

医療者アンケート 4

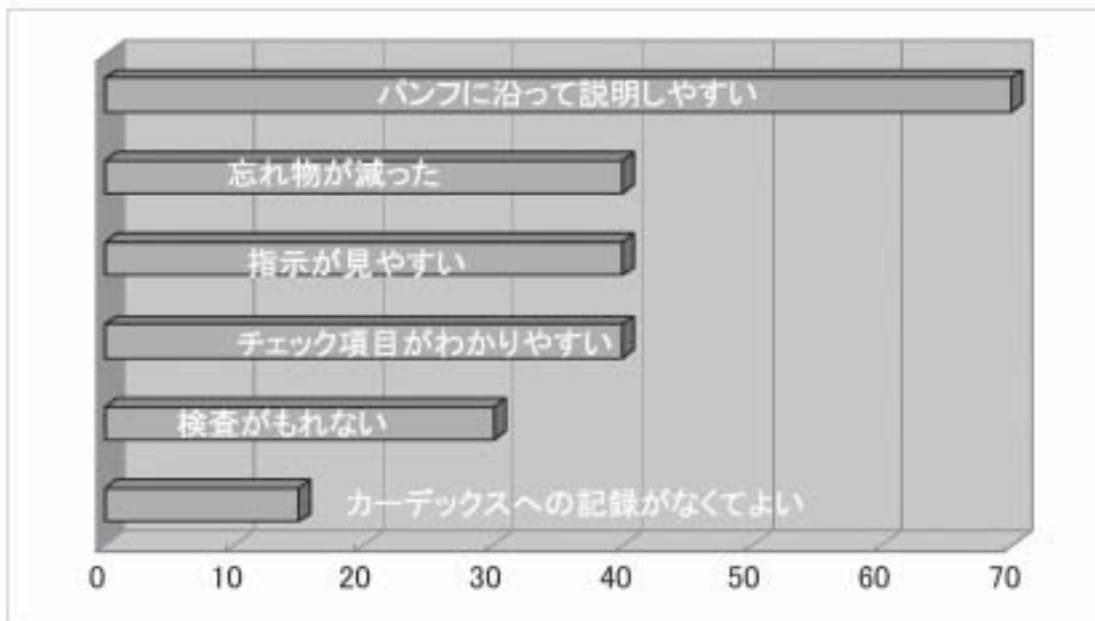


表9

研究

頭部 3D-CTA による穿通枝描出能の検討

- 2DAS type MDCT と 16DAS type MDCT との比較 -

Visualization of Perforating Arteries by Cerebral Three-dimensional CT Angiography(3D-CTA)
- Comparison of 16DAS- and 2DAS type MDCT -

茅野 伸吾¹⁾

Shingo Kayano

米増 保之²⁾

Yasuyuki Yonemasu

白鳥 祥子¹⁾

Shoko Shiratori

斉藤 正樹²⁾

Masaki Saito

宮本 利経¹⁾

Toshitsugu Miyamoto

高橋 明²⁾

Akira Takahashi

要 旨

2DAS type MDCTと16DAS type MDCTの2台のMDCTで頭部3D-CTAを施行された各々の症例に対し、前脈絡叢動脈、中大脳動脈の穿通枝、後大脳動脈近位部の中心枝の3部位に関して穿通枝の描出能について両装置の特性、撮像プロトコールをふまえ、視覚評価にて比較・検討した。視覚評価の結果、3部位すべてにおいて16DAS type MDCTの群が、穿通枝を良好に観察でき、それは統計学的有意差をもって証明された。

Key words : Injector, Perforating Artery, Multi Detector row CT(MDCT),
Three-dimensional CT Angiography(3D-CTA), Cerebral

はじめに

近年、脳動脈瘤の存在診断および手術戦略をするにあたり、侵襲的な血管造影検査からThree-dimensional CT Angiography (3D-CTA) がその主役になりつつある。従来より3D-CTAは動脈瘤などの目的部位を自由に立体的視野で観察できる反面、血管造影検査に比べ、1)空間分解能が低い、2)穿通枝、側副血行などの情報が得られない、3)血流方向が不明、といったことから補足的に血管造影検査が必要であるという報告もある。しかしここ数年のMulti Detector row CT (MDCT)の台頭によりサブミリスライス、サブミリ秒での撮像による空間分解能、時間分解能の向上によって、それらの弱点は払拭されつつある。

当院においては2000年5月より2DAS type MDCTが稼働開始し、2003年11月には16DAS type MDCTが増設・稼働開始している。空間分解能および時間分解能を重視する頭部3D-CTAは2DAS type MDCTから16DAS type MDCTにて施行されるようになり、その検査精度は更に高まっていると期待される。著者らは頭部MRAにおいて脳動脈瘤を疑われ、2台のMDCTで頭部3D-CTAを施行された各々の症例に対し穿通枝の描出能について両装置の特性、撮像プロトコールをふまえ、比較・検討したので報告する。

対象と方法

対象は2003年9月から2003年12月までに砂川市立病院において頭部MRAを施行し脳動脈瘤を疑われ、頭部3D-CTAを施行された連続20症例である。脳動脈瘤クリッピング術後のフォローアップを検査の目的とした症例は除外した。2DAS type MDCTで頭部3D-CTAを施行された連続10症例をA群、16DAS type MDCTで施行された連続10症例をB群とし、2群に割り付けた。A群は男性5例、女性5例、平均66.4±9.6歳、B群は男性5例、女性5例、平均67.5±6.5歳で、両群間に年齢による統計学的有意差は認められなかった(non-paired Student-t testを用い、有意水準0.05にて検定)。

2DAS type MDCTを用いたA群のCT装置はHiSpeed Nx/i (GE横河メディカルシステム社製)である。撮影条件は管電圧140kV、管電流170mA、スキャン時間0.7sec/rotで、collimation 1mm×2列、ヘリカルピッチ0.75 (1.5/2)、画像スライス厚1mm、画像再構成間隔0.5mm、再構成関数STNDとした。

16DAS type MDCTを用いたB群のCT装置はAquilion16 (東芝メディカル社製)である。撮影条件は管電圧135kV、管電流260mA、スキャン時間0.6sec/rotで、collimation 0.5mm×16列、ヘリカルピッチ0.6875 (11/16)、画像スライス厚0.5mm、画像再構成間隔0.3mm、再構成関数FC44とした。

1) 砂川市立病院放射線科

Division of Radiology, Department of Clinical medicine, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院脳神経センター

Neurological surgery and Neurology Center, Department of Clinical medicine, Sunagawa City Medical Center

パワーインジェクターは、A群でオートエンハンスA-50(根本杏林堂)を、B群はDUAL SHOT(根本杏林堂)を使用した。

使用した造影剤はIomeron(350mgI/mL、エーザイ)である。造影剤量は、A群では3.0mL/secで85mLを、B群では4mL/secで75mL注入直後より生理食塩水30mLを3.5mL/secで追加ボーラス注入を行った。また造影剤および生理食塩水は前腕の肘静脈より18~20Gの留置針を介して静注され、右側肘静脈より静注がなされた例が多い。撮像タイミングは、A群はTest Injectionで決定し、B群はReal Prep機能を用いた。以上、2群のプロトコールをTable.1に示す

Table.1 検討プロトコール

Group	Case	Modality and Scan Protocol	Volume of 3D(Original Contrast material/mL and 5.9% ascorbic/L)	Injection Rate	Delay Time
A	17 Scans	HiSpeed Dual 140kV 170mA 2 Topical Iomeron 3.5 HEP 2.75 1 level 0.5 level STMD	Contrast material 85mL and 5.9% ascorbic/L	C.M. 3.0mL/sec	Test Injection
	9 Scans				
B	17 Scans	Aquilion 18 120kV 200mA 2.5 level 3.5 Sec 11.10 HEP 2.80 3 level 0.5 level PC-4	Contrast material 75mL and Saline 30mL	C.M. 4.0mL/sec and Saline 3.0mL/sec	Real Prep
	9 Scans				

穿通枝描出能評価

穿通枝の描出能評価について、FOV 10~11cmに再構成された画像をmulti planer reconstruction(MPR) およびpartial maximum intensity projection (Partial MIP) 画像にて3段階のスコア法で1名の脳外科専門医(T.A)により視覚評価によって判定を行った。穿通枝の描出能評価の判定基準をTable.2に示す。視覚評価を行うにあたり画像解析には、ExaVision LITE ver.1.10(ザイオソフト株式会社)を用い、いずれの評価画像の付帯情報は消去し、2群をランダムに並び替え、高精細液晶モニタで前脈絡叢動脈(anterior choroidal a.) (Fig.1-a)、中大脳動脈(M1)の穿通枝(Fig.1-b)、後大脳動脈近位部(P1)の中心枝(Fig.1-c)の3部位に関して視覚評価を行った。描出能視覚評価の統計学的有意差検定にはMann-Whitney U検定を用い、有意水準0.05にて検定を行った。

Table.2 視覚評価の判定基準

Score	The ability which images the perforating arteries
1	Excellent or Good
2	Fair
3	Poor

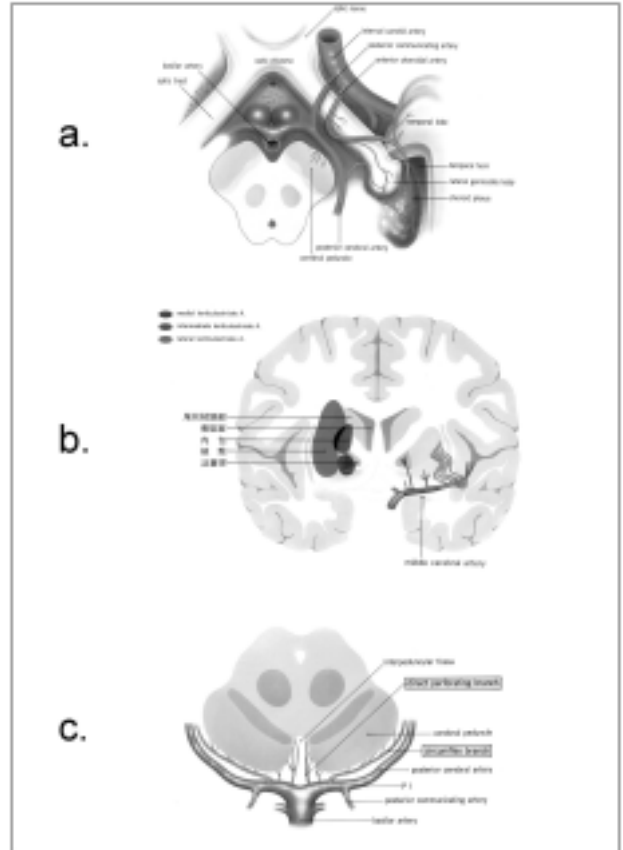


Fig.1 穿通枝描出能の検討3部位
(a)前脈絡叢動脈(anterior choroidal a.)の起始部、走行
(b)中大脳動脈(M1)穿通枝の発生部位、灌漑領域
(c)後大脳動脈(P1)から分岐する穿通枝
—臨床のための脳局所解剖学より引用—

結 果

対象20症例において、造影剤の血管外漏出および造影剤アレルギーは1例も認められなかった。

2群のanterior choroidal a.、中大脳動脈(M1)の穿通枝、後大脳動脈近位部(P1)の中心枝の描出能に対する視覚評価結果をFig.2に、臨床例として同一患者における比較をFig.3に示す。3部位ともB群でExcellent or Goodと評価された例が多く、B群はA群に比べ統計学的に有意に穿通枝の描出能が高いという評価であった(Table.3)。

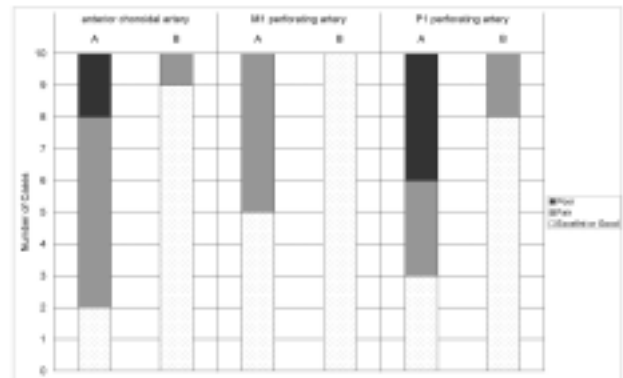


Fig.2 穿通枝視覚評価の結果
A=A群、B=B群

2DAS type MDCT
HiSpeed Nx/i

16DAS type MDCT
Aquilion 16

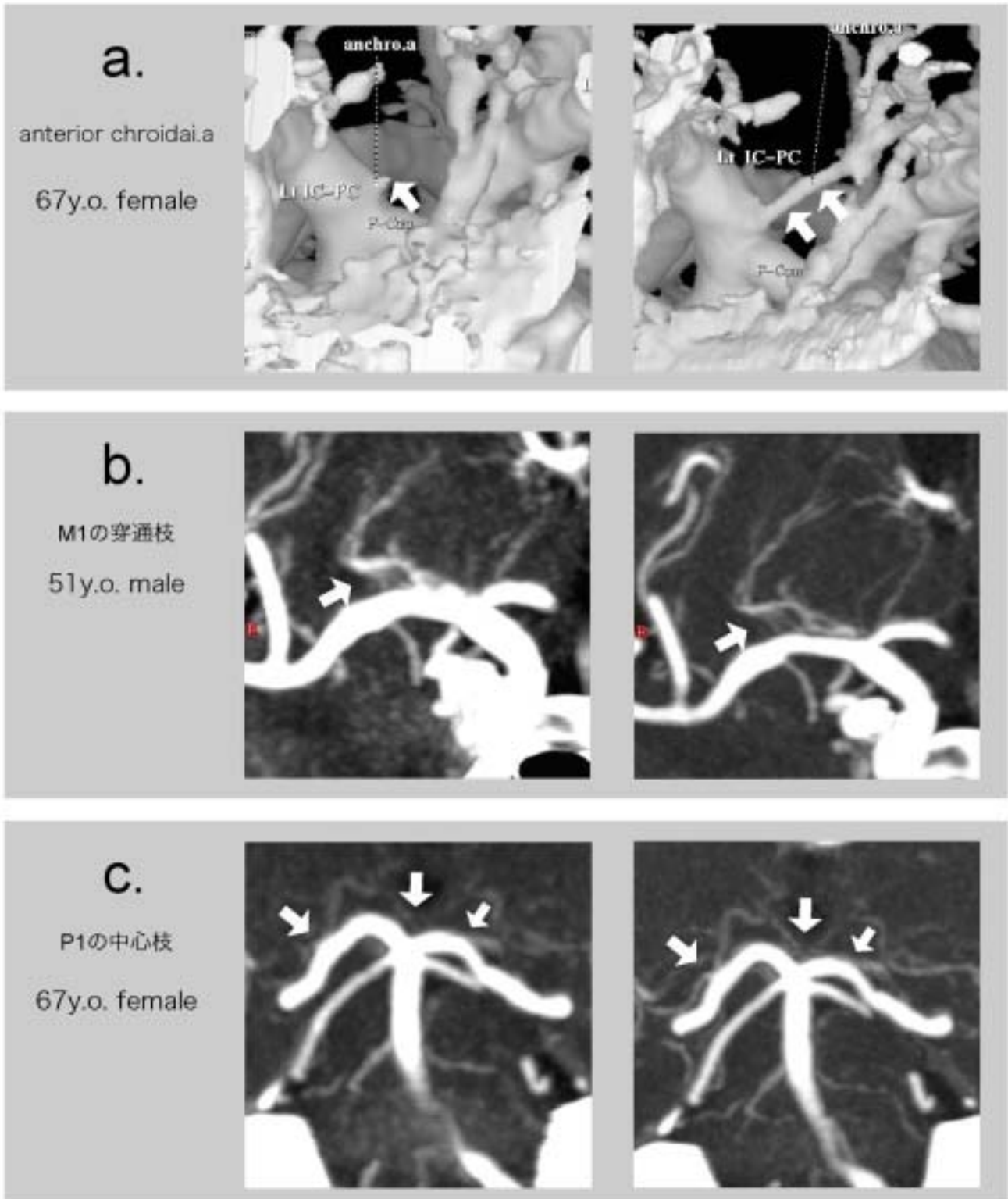


Fig.3 同一患者における穿通枝描出能の比較
 (a)67歳、女性 2DAS type MDCTでは前脈絡叢動脈の起始部のみが描出されているが、16DAS type MDCTでは遠位まで描出されている。
 (b)51歳、男性 M1から発生する穿通枝(レンズ核線条体動脈)が16DAS type MDCTでは良好に描出され、またその本数も数えられる。
 (c)67歳、女性 16DAS type MDCTではP1から発生する穿通枝の起始部を同定可能である。

Table.3 視覚評価の統計学的有意差検定の結果

	anterior choroidal artery	M1 perforating artery	P1 perforating artery
A versus B	P=0.0043	P=0.0325	P=0.0233

考 察

今回の検討では、16DAS type MDCTを用いたB群が2DAS type MDCTを用いたA群に比べ、優れた穿通枝の描出能を示し(Fig.2, Fig.3)、またそれは統計学的有意差を持って認められた(Table.3)。ただし両群間ではCT装置をはじめ、造影剤注入条件など撮像プロトコールが異なるため、いずれの要因が穿通枝の描出能の向上に占めるものか、今回の検討において科学的に立証できない。

著者らは穿通枝の描出能に関し、第一にCT装置の特性が大きく寄与していると考え。それは16DAS type MDCTを使用することによる空間分解能、特に体軸方向分解能の向上があげられる。A群の画像再構成厚は1mm、B群の画像再構成厚は0.5mmであり、B群では体軸方向(Z軸)の解像度がスライス面内(X軸、Y軸)の解像度に近づいていることが要因としてあげられる。これらをボクセルサイズで考えると、A群ではFOV 10cmで0.20×0.20×1mm、B群ではFOV 10cmで0.20×0.20×0.5mmとなり、B群では完全ではないもののX、Y、Z軸の3軸すべての解像度が等しいとされる等方ボクセル(isotropic voxel)に近似したデータの取得が可能となっている。体軸方向分解能の向上に関わる規定因子には検出器collimationのみではなく、Z軸フィルタ、最適なヘリカルピッチの選択があげられ、これらは小径の小分枝動脈や穿通枝の描出能の向上に大きく寄与するとされている。

装置の特性に次いで穿通枝の描出能に寄与する要因として考えられるものに、造影剤注入条件があげられる。これはCT装置がもつ時間分解能によって規定する条件となるわけであるが、時間分解能の向上により高速撮像が可能となった16DAS type MDCTのB群では、少量の造影剤をより高速に投与し、生理食塩水の追加注入を行うことによって、造影剤量の軽減と同時にポーラス性が高まり血管コントラストを向上させ、穿通枝など小径の小分枝動脈の描出能向上に大きく寄与しているものと期待される。

ひとえに穿通枝といってもその分類や直径などは多岐にわたり、個人差も多種である。また検討評価を行った3部位の穿通枝の近傍は脳動脈瘤の好発部位であり、脳動脈瘤クリッピング手術を施行する場合には、穿通枝傷害といった合併症回避のため術前に動脈瘤とこれら穿通枝の位置関係を詳細に

検討する必要がある。更にカテーテルを挿入する血管造影検査には侵襲性の問題があり、神経学的後遺症の発生率は0.3%、死亡率が0~0.16%という報告もある。また費用と人手がかかる点も短所である。MDCTの台頭によって安価で低侵襲のCTAが加速度を増して進歩し、従来の骨、主要な動・静脈、動脈瘤といったメインストラクチャーの評価だけではなく、穿通枝など小径の小分枝動脈の評価も可能になりつつある意義は大変に大きい。

現在、当院脳神経センターでは未破裂脳動脈瘤クリッピング手術において、1)Shave Less(無剃毛)、2)Drain Less(頭皮下ドレナージを留置しない)、3)Angio Less(血管造影検査を行わない)の3Less Methodが行われている。特殊な症例を除く、ほぼ全症例で侵襲性の高い血管造影検査から低侵襲の頭部3D-CTAに置き換え、Angio Lessを可能にしたのは、16DAS type MDCTで施行される頭部3D-CTAが、従来の2DAS type MDCTでは困難であった穿通枝の評価を可能にした点にあると著者らは自負している。しかし頭部3D-CTAは未だ血管造影検査に比して空間分解能および時間分解能が低いことは否めなく、穿通枝の描出に関して血管造影検査と同等の臨床的価値を常に得ることが可能であるかどうか、今後の検討課題とするところである。

結 語

頭部3D-CTAによる穿通枝描出能の評価を2DAS type MDCTと16DAS type MDCTの2台の装置で比較・検討を行った。いずれの要因が穿通枝描出の向上に占めているかは立証できないが、視覚評価の結果、検討3部位すべてにおいて16DAS type MDCTの群が、穿通枝を良好に観察でき、統計学的有意差をもって証明された。

文 献

- 1) 安井敏裕 他: 脳動脈瘤の診断・治療におけるthree dimensional CT angiography(3D-CTA)の限界. 脳神経外科 28(11): 975-981, 2000.
- 2) 中島義和 他: 破裂脳動脈瘤急性期手術におけるCTアンギオグラフィーの有用性. 厚生年金病院年報 25:73-78, 1999.
- 3) 平野透 他: 頭部領域における3D-CT Angiography, 山口道弘(監): 3DCT作成技術マニュアル. 産業開発機構株式会社, 東京, 1997
- 4) 平野透 他: 頭頸部領域の3D-CT Angiography(3D-CTA). 日放線技会誌 58(5): 613-625, 2002.
- 5) 小寺秀一: 脳神経外科領域におけるCT造影検査の適正造影条件. アールティ 2:5-8, 2000.
- 6) 宜保浩彦 他: 臨床のための脳局所解剖学, 初版. 8-25, 中外医学社, 東京, 2000.

研究

2003年褥瘡患者集計報告

Annual report of incidence of bed sore in 2003

井戸向 望 佐藤美恵子
Nozomi Idomukai Mieko Satoh

要 旨

当院における2003年の褥瘡発生報告件数、発生状況について集計を行ったので報告する。

Key words : bed sore, annual report

はじめに

2002年10月より褥瘡対策未実施減算が施行されている。当院においては同年8月より褥瘡対策委員会が設立され、褥瘡対策の検討・調査が行われている。また、2003年10月より、褥瘡回診を行う等より積極的な褥瘡対策を行っている。2003年1月～12月の1年間に発生した褥瘡患者の集計報告をする。

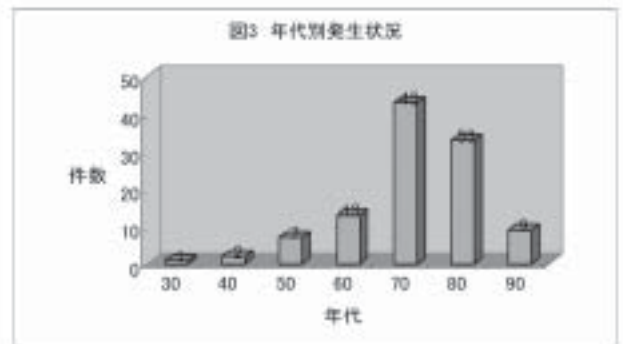
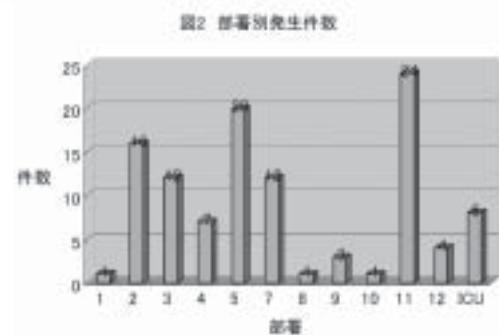
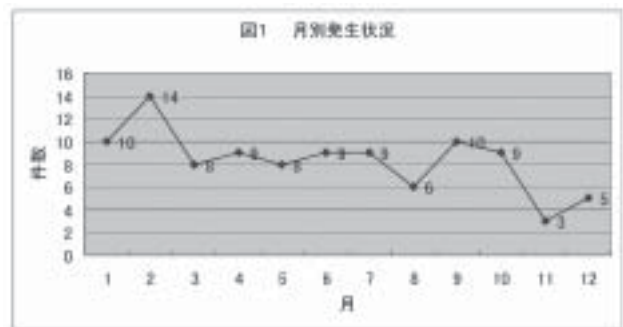
集計方法

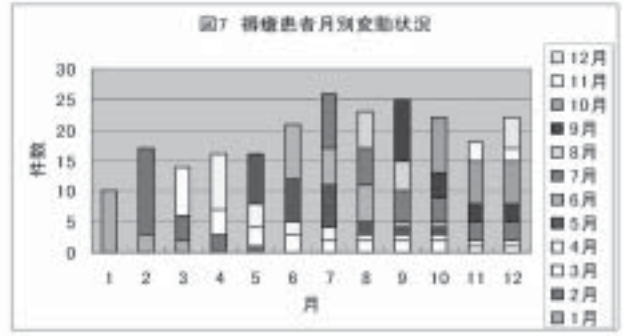
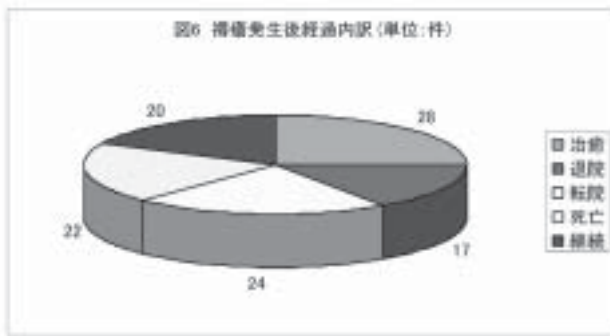
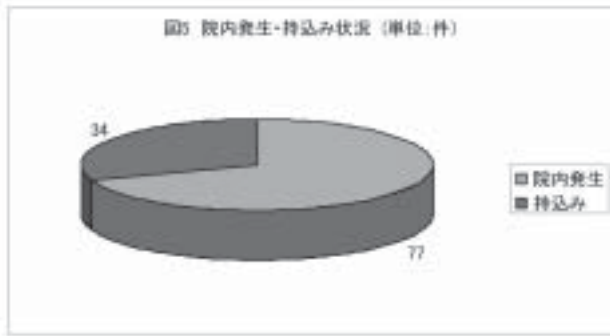
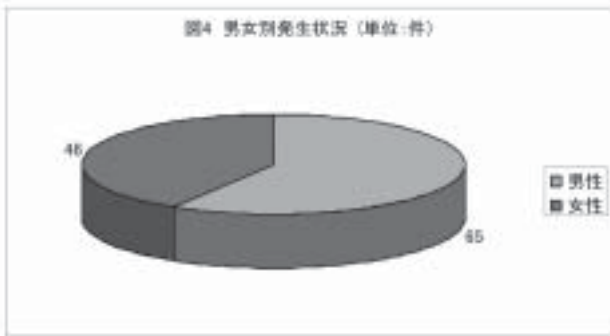
当院では、褥瘡が発生した場合すみやかに褥瘡委員会に褥瘡発生報告書を提出する流れになっている(褥瘡対策実施マニュアルに基づく)。その提出された報告書を基に作成してある。パーセンテージは小数点以下二桁四捨五入とする。

集計結果

昨年の褥瘡発生報告件数は全部で111件であった。

- 1) 月別発生状況(図1)
- 2) 部署別発生状況(図2)
- 3) 年代別発生状況(図3)
- 4) 男女別発生状況(図4)
- 5) 院内発生・持込み状況(図5)
- 6) 褥瘡発生後経過内訳(図6)を以下に示す。





おわりに

当委員会では2003年10月より褥瘡回診を毎月行っている。図1より回診実施の翌月以降褥瘡発生が減少したように思われる。褥瘡回診を行うことで病棟スタッフが褥瘡に対する意識が高まりケアに反映されているのではないかと予測される。今後も集計・調査を継続していき院内の褥瘡発生が減少するように検討していく必要がある。また、持ち込み患者も3割程度あることから地域の中核病院としての啓発も行っていく必要があると考える。

考 察

以上の集計結果から平均褥瘡発生率を割り出すと1ヶ月9.25人の割合で褥瘡が発生したことになる。また、当院は536床であり院内発生率は2.1%である。持ち込み患者を除くと1.4%となる(図1, 5より)。また、図3より褥瘡患者平均褥瘡発生年齢は75.9歳であった。70代、80代が多く、全体の68.5%であった。老年期である60代以降においては全体の88.3%であった。また、図4より褥瘡発生男女比率は男性59%、女性41%であり優位な差は見られなかった。図5より、持ち込み患者は34件であり全体の31%であった。図2より2、5、11病棟が全体の半数以上を占め次いで3、7病棟であり内科系疾患を持つ患者の褥瘡発生が多かった。褥瘡発生後の経過については図6より、治癒25%、退院15.3%、転院21.6%死亡19.8%、継続18%であった。また図7に月別褥瘡患者様の変動を示す。これは褥瘡発生患者を累計したものであり、各月別の褥瘡患者のグラフである。治癒・転院・死亡などの累計の変動一覧である。これより当院には一月あたり平均19.17人の褥瘡患者がいたことになる。

統計

2002年病理科業務報告

Annual report of pathology

堀江 孝子 宮沢 聖博 岩木 宏之
 Horie Takako Miyazawa Seihiro Iwaki Hiroyuki

2002年の病理組織検査から見た、患者の悪性腫瘍の動向をまとめたものを報告する。

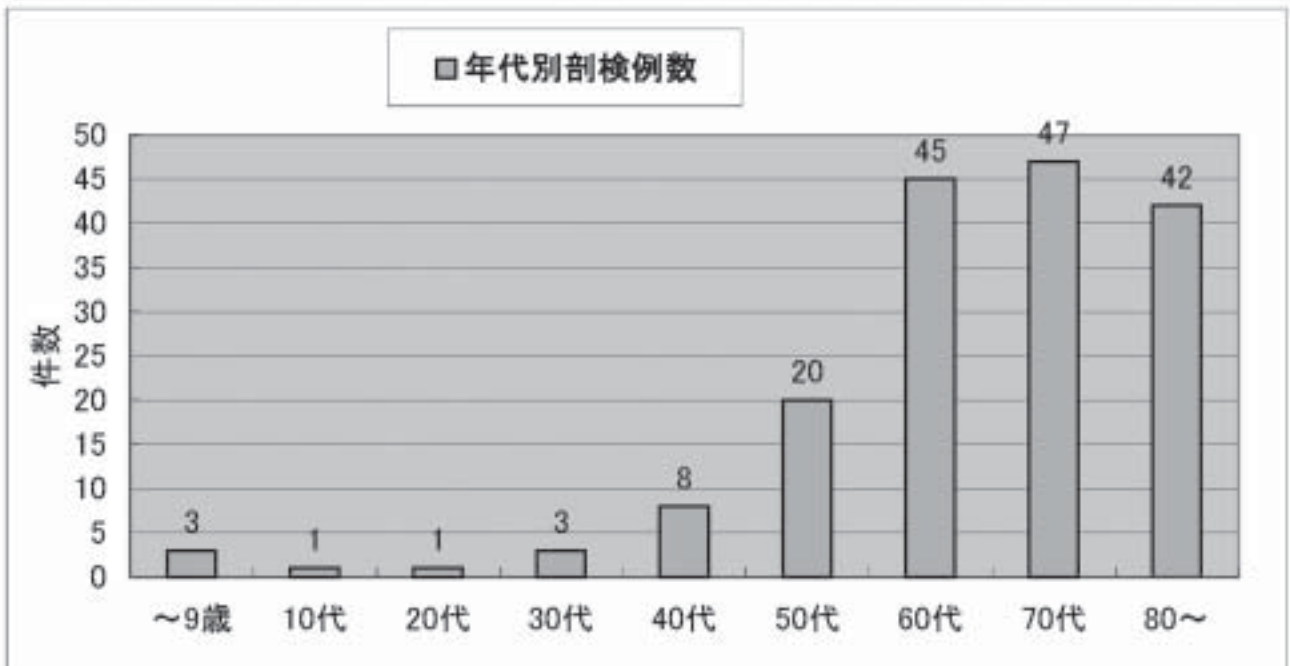
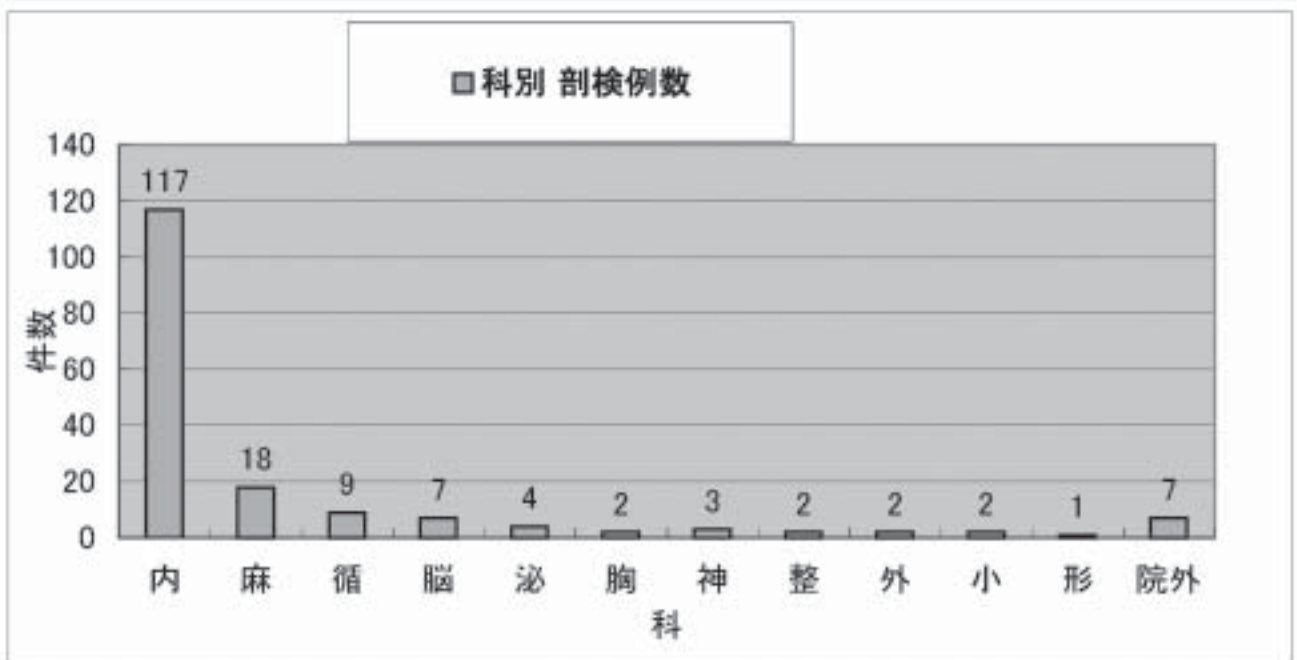
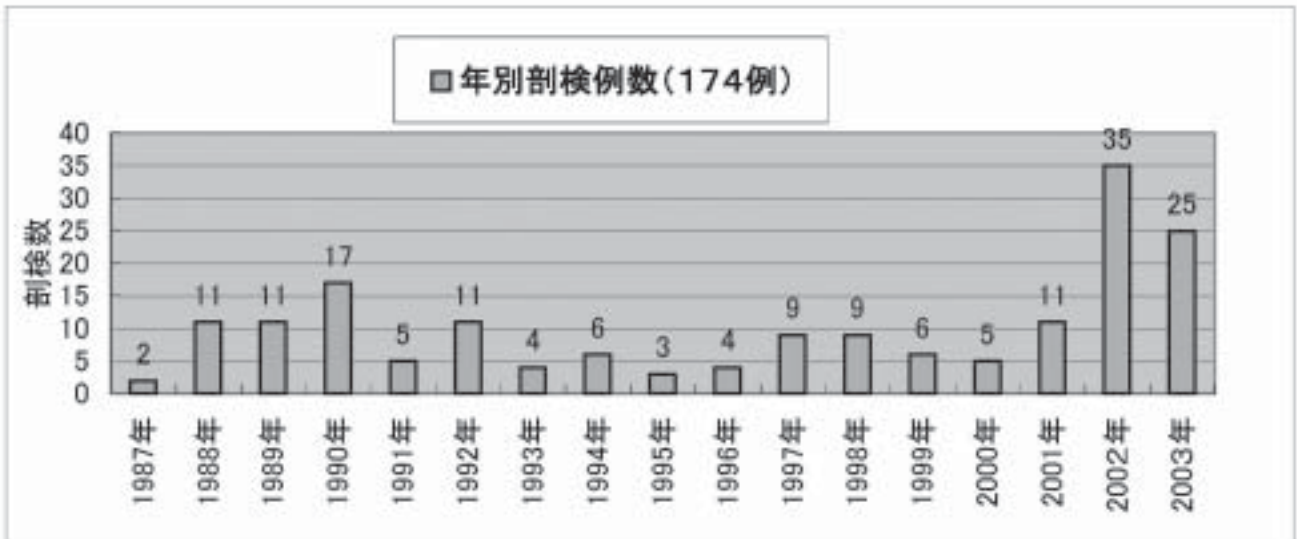
表1 病理組織検査件数(科別)〈2002年〉

科名	件数	割合
内科	1,295	41.0%
外科	349	11.1%
胸部外科	174	5.5%
脳外科	22	0.7%
整形外科	215	6.8%
泌尿器科	347	11.0%
産婦人科	207	6.6%
形成外科	311	9.9%
皮膚科	94	3.0%
耳鼻科	137	4.3%
眼科	2	0.1%
麻酔科	1	0.0%
その他	2	0.1%
院外	1	0.0%
合計	3,157	100.0%

迅速診断75件2.4%

表2 がん診療者数〈2002年〉

区分	実患者数		手術者数		
	人数	割合	人数	割合	
消化器がん	胃がん	71	16.0%	39	13.4%
	大腸がん	95	21.4%	61	21.0%
	食道がん	10	2.3%	1	0.3%
	その他	3	0.7%	1	0.3%
呼吸器がん	肺がん	49	11.0%	18	6.2%
肝がん		8	1.8%	5	1.7%
胆嚢がん		9	2.0%	8	2.7%
膵がん		7	1.6%	5	1.7%
乳がん		18	4.1%	18	6.2%
中枢神経系がん	脳腫瘍	5	1.1%	5	1.7%
舌がん		2	0.5%	2	0.7%
咽頭がん		1	0.2%	1	0.3%
喉頭がん		4	0.9%	4	1.4%
泌尿器系がん	腎がん	14	3.2%	14	4.8%
	膀胱がん	23	5.2%	23	7.9%
	前立腺がん	49	11.0%	30	10.3%
	その他	5	1.1%	5	1.7%
内分泌がん	甲状腺がん	8	1.8%	8	2.7%
	その他	1	0.2%	1	0.3%
女性器がん	卵巣がん	4	0.9%	4	1.4%
	子宮がん	21	4.7%	14	4.8%
白血病		5	1.1%	0	0.0%
悪性リンパ腫		6	1.4%	3	1.0%
筋肉および骨組織がん		3	0.7%	2	0.7%
皮膚がん		20	4.5%	18	6.2%
その他	リンパ節	1	0.2%	0	0.0%
	胸腺	1	0.2%	0	0.0%
	脾	1	0.2%	1	0.3%
計	444	100.0%	291	100.0%	



115	67才	M	肺癌 〔内科 (7病棟)〕	肺癌 (扁平上皮癌:左中葉) 浸潤 食道・上大静脈, 転移:頸部リンパ節・皮膚 閉塞性無気肺 胸水:左2500ml	
116	71才	M	肺癌 〔内科 (7病棟)〕	肺癌 (扁平上皮癌 右S2) 気管支出血による気道閉塞 諸臓器の鬱血 諸臓器の萎縮	放・制癌
117	83才	F	胸腺癌 〔内科 (7病棟)〕	胸腺癌 (扁平上皮癌) 癌性胸膜炎:胸水左1000ml, 右1000ml, 転移:縦隔, 心外膜, 左肺, 横隔膜, 脾, 肝, 骨 (Th12-L4) 甲状腺腫 肺出血・下部消化管出血 両側腎単純性嚢胞	放
118	46才	F	肺癌 脳転移 〔内科 (7病棟)〕	肺癌 (大細胞癌 右上葉) 胸水 右500ml 転移:脳, 胸壁, 縦隔, 骨 (C5-Th2) 気管支肺炎, 肺膿瘍, 出血傾向, 膀胱結石	放
119	68才	M	肺癌 全身転移 〔内科 (7病棟)〕	肺癌 (小細胞癌:右上葉) 転移:両側肺, 肝, 腎, 胃, 骨 (Th9-L2) 潰瘍性出血 下部消化管出血 動脈硬化症	輸血・放・皮ホ・制癌・抗生
120	76才	M	原発性肺癌疑 〔内科 (7病棟)〕	悪性中皮腫 (右上部):浸潤 縦隔, 左肺, 肝, 両側副腎, 胃 胸水 腹水 副腎傍神経節腫 右心不全 黄疽	皮ホ・抗生
121	83才	M	肺癌 DIC 〔内科 (7病棟)〕	肺癌 (小細胞癌 右葉:1950g) 転移:肝, 脾, 脾臓, 両側副腎, 骨 癌性胸膜炎 出血傾向 高度動脈硬化症 脾・腎臓鬱血	放・皮ホ・制癌・抗生
122	82才	M	膵臓癌疑い 〔内科 (11病棟)〕	膵尾部腫瘍 (5x4x2cm) 浸潤:肝・脾・左副腎 膵臓腫IPMN (体部:2x1cm) 黄疽 腹水 胃潰瘍術後状態	皮ホ・抗生
123	86才	M	肺炎 〔内科 (5病棟)〕	気管支肺炎 諸臓器の鬱血	輸血・抗生
124	80才	M	誤嚥性肺炎 〔内科 (11病棟)〕	両側気管支肺炎 (左390g, 右310g), 胸膜炎 子宮内腔膿腫 諸臓器の萎縮 (肝790g, 脾40g, 腎臓 左80g, 右100g)	皮ホ・抗生
125	86才	M	原発性アミロイドーシス 〔内科 (11病棟)〕	原発性アミロイドーシス 心:450g, 腎臓 (70g, 80g) 脾 (50g) 甲状腺 (25g) 消化管 舌 (140g) 透析腎 右心不全 胸水 ((左750ml, 右600ml)	透析
126	71才	M	脾癌 肝硬変症 〔内科 (7病棟)〕	急性心筋梗塞 (前下行枝領域) 粘液産生性肺癌 肝硬変症 (1230g) 食道静脈瘤 両側肺鬱血 (左650g, 右640g)	
127	63才	M	急性心筋梗塞 〔内科 (5病棟)〕	急性心筋梗塞 諸臓器の鬱血	
128	68才	M	塵肺症 〔内科 (ICU)〕	塵肺症 (管理4) 左610g, 右800g 糸球体腎炎 (MPGN) 右室拡張 肝・腎鬱血 骨髄過形成	
129	67才	M	肺癌 〔精神科)〕	肺扁平上皮癌 (左上葉 1050g) 浸潤 肺炎部胸壁 陈旧性肺結核症 DIP 巨大結腸症 Vater乳頭過形成#リープ	制癌・抗生
130	79才	F	黄疽 〔内科 (5病棟9)〕	胆管癌 (肝門部:6x1x2cm) 浸潤:胆嚢, 脾 気管支肺炎 脾血管腫 腹部大動脈瘤 陈旧性心筋梗塞	皮ホ・抗生
131	82才	F	敗血症 〔内科 (11病棟)〕	細菌性肺炎 細菌性心内膜炎 感染性 胃腺腫 甲状腺線維肉腫 傍卵巣嚢胞	抗生
132	88才	F	腸閉塞 大腸癌 〔内科 (7病棟)〕	大腸癌 (S状結腸:8x4cm) 腸閉塞 壊死性腸炎 高度動脈硬化症 子宮筋腫・線筋症	抗生
133	91才	M	肺癌 脳梗塞 〔内科 (7病棟)〕	肺扁平上皮癌 (左下葉) 転移:肺, 胸膜, 心外膜, 両側副腎, 骨, 目臓 癌性胸膜炎 (胸水 左1000ml, 右400ml) 心嚢水 (400ml) 脾単純性嚢胞, 十二指腸脂肪腫, 大腸憩室症	抗生
134	82才	M	肺癌・癌性胸膜炎 〔内科 (7病棟)〕	悪性中皮腫 (左上部壁側胸膜) 転移:大網 腸間膜 癌性胸膜炎 (血性:3000ml) 下大静脈血栓症 右房拡張 線維素性心膜炎	
135	58才	F	乳癌転移 〔内科 (5病棟)〕	乳癌術後状態 (右乳腺癌) 転移:肝, 腎, 骨 細菌性肺炎 MOF (黄疽) 消化管・皮下出血 子宮筋腫	手・皮ホ・制癌
136	45才	M	肺癌 脳転移 〔内科 (5病棟)〕	肺腺癌 (左S1+2) 2.5x2cm 転移:肺 癌性胸膜炎 心膜炎 肺静脈血栓症 諸臓器の鬱血	放・制癌
137	81才	M	多発性肺癌 〔内科 (5病棟)〕	肺扁平上皮癌 (左気管支主幹) 転移:両側肺 左副腎 陈旧性結核 多発性胃潰瘍 諸臓器の萎縮	制癌・抗生
138	83才	M	肺癌 〔内科 (7病棟)〕	肺大細胞癌 (右S7) 5x4cm 転移:脳, 右副腎, 胃 閉塞性肺炎 肺気管支肺炎 肺膿瘍 高度動脈硬化症 前立腺肥大症	皮ホ・制癌・抗生
139	83才	F	ITP 多発性脳梗塞 〔内科 (7病棟)〕	ITP 脾腫 出血傾向 小腸カルチノイド術後状態 肝硬変症 肺梗塞 諸臓器の鬱血	放・皮ホ・抗生
140	87才	M	出血性ショック 〔内科 (11病棟)〕	前立腺癌 (中分化型) 食道潰瘍性出血 虚血性肝細胞壊死 心肥大 (670g) 高度動脈硬化症 透析腎	抗生
141	75才	M	肺小細胞癌 〔内科 (7病棟)〕	肺小細胞癌術後状態 転移:両側肺, 肝, 骨 腹部大動脈瘤 副腎皮質過形成 前立腺肥大症 陈旧性心筋梗塞 胆石症	手・放・制癌
142	67才	M	肺癌 〔内科 (7病棟)〕	肺腺癌 (右S3) 3.5x3cm 転移:肝, 両側副腎, 甲状腺, 骨 癌性胸膜炎 (胸水左右300ml) 閉塞性肺炎 上行性大腸多発潰瘍 前立腺肥大症	制癌

143	91才	F	腹膜炎 〔内科 (2病棟)〕	十二指腸穿孔性腹膜炎 (腹水1000ml) 誤嚥性肺炎 肺線腫 胆嚢腺癌症 陳旧性心筋梗塞 逆流性食道炎	抗生
144	73才	M	腫肺 〔内科 (7病棟)〕	肺腺癌 (左下葉:腺癌) 8×5cm 塵肺症 続発性肺線腫症 胃癌術後状態 腎硬化症 諸臓器の萎縮	抗生
145	91才	M	肺扁平上皮癌 〔内科 (7病棟)〕	肺扁平上皮癌 (右a3) 3×2cm 放射線治療後状態 放射線肺炎 膀胱癌 (移行上皮癌) 線維素性心膜炎 陳旧性腹膜炎 腎硬化症	放
146	73才	F	肺癌 〔内科 (7病棟)〕	肺癌術後状態:転移 肝, 肺, 横膈膜 癌性胸膜炎 (胸水 左右200ml) 誤嚥性肺炎 骨髄低形成	手・制癌
147	78才	M	肺小細胞癌 〔内科 (7病棟)〕	肺小細胞癌 (右上葉) 転移:筋, 縦隔, 心外膜, 肺, 骨 癌性胸膜炎 気管 支性肺炎 脂肪肝 諸臓器の鬱血	
148	90才	M	大腸癌 〔内科 (11病棟)〕	肝細胞癌 (右葉) 15×11×10cm 転移 横行結腸, 肝, 横膈膜 細菌性肺炎 黄疸 諸臓器の萎縮	
149	75才	M	慢性閉塞性呼吸不全 〔内科 (7病棟)〕	気管支肺炎+肺炎腫 胸膜 (胸水左400ml, 右300ml) 全身浮腫 良性腎硬 化症	皮中・抗生