

## 13-1 看護計画

## 病棟内で統一した漏れないストーマケア

富家病院 看護科

やました しずか

○山下 静香（看護師）

## 《はじめに》

ストーマとは消化器疾患による病巣を取り除いた後に、便の排泄経路を得るために、消化管を人為的に体外に誘導して造設した開放孔である。小腸の主な働きは栄養と水分の分解と吸収である。今回小腸ストーマ造設後患者が入院され、ストーマ周囲からの漏れが多く、ストーマ周囲の皮膚トラブルにつながってしまった。これを改善するためのストーマケアの見直しと統一を図った結果について、ここに報告する。

## 《患者紹介》

78歳男性、非閉塞性腸間膜虚血により小腸部分切除、Ⅱ型呼吸不全、慢性炎症性脱髄性多発性神経炎。人工呼吸器管理中。長期臥床によりオムツ使用中。左腹部に小腸ストーマが造設されている。ストーマケアは看護師が介助している。

## 《研究方法》

期間：平成31年2月14日～3月1日

目標：漏れを防ぐストーマケアを統一する事で、患者の苦痛が軽減する。

内容：1、パウチのはがし方、装着方法の手順をパウチスタッフに統一したケアを行ってもらう。

2、パウチ交換時のチェック表を作成、用いて評価する。

## 《結果》

パウチ着脱方法の統一や定期的な時間のガス抜きなどの看護ケアにより、ストーマ装着部位から排泄物のもれはなくなった。その結果、皮膚トラブルは改善し、患者の苦痛の訴えも聞かれなくなった。

## 《考察》

看護手順やケアを「文章化」することで、スタッフのケア意識が高まるとともに統一した看護を行うことが出来た。そのため確実なケアの統一を図ることができたと考える。

## 《まとめ》

病棟内で統一したストーマケアを実践するにあたり、看護知識や手順を向上することができた。それに伴い、質の向上が図れ、その結果患者の苦痛の軽減につながられた。今後も統一したケアを行い、質の高い看護が提供できたらなお良いと考える。

## 13-2 看護計画

## 人工呼吸器患者に対して無気肺の予防・改善の為に積極的に離床させてみた

1 平成記念病院 看護部, 2 平成記念病院 診療部

さかがみ けんたろう

○阪上 健太郎 (看護師)<sup>1</sup>, ヌル ファンディ<sup>1</sup>, シアハーン サマリア<sup>1</sup>, 綱島 光代<sup>1</sup>, 築山 真希<sup>2</sup>

背景 無気肺とは、肺組織が虚脱している状態で閉塞性無気肺で急速に気道狭窄が進行する場合、胸痛、呼吸困難、低酸素血症などの症状が認められることがあるが、緩徐に進行する場合には無症状で、胸部X線などで発見されることも多い。長期臥床・人工呼吸器装着・手術後の患者は無気肺の危険性が増大する。臥床状態では重力の関係で背部に気道分泌物が移動し横隔膜の動きが制限されるので下肺葉への換気が悪くなる。その為上体を挙上すると腹圧が横隔膜にかからなくなり、換気量が増大すると考えられる。今回、無気肺の診断がある長期臥床の患者に対し、無気肺改善の検証の為に計画的に離床を実施した。

目的 積極的に離床を取り入れることで、無気肺の改善につなげる。離床による無気肺の改善がなされ気道分泌物の誤嚥による肺炎の発症や酸素飽和度低下の予防につながることを期待する。

対象 A氏 女性 75歳 低酸素血症 寝たきり JCS II-20気管切開 人工呼吸器離脱後

B氏 男性 36歳 急性大動脈解離の術後 寝たきり JCS I-30発語なし 頷きや首振りで意思表示可 気管切開 人工呼吸器離脱後

方法 1週間に2回1時間リクライニング車椅子にて離床を3ヶ月間実施した。ギャッジアップは60°で固定した。離床直後とベッドに戻る直前に喀痰吸引を実施した。

結果 1ヶ月後と3ヶ月後にCT検査にて評価

1回目 A氏は無気肺が改善された B氏は変化なし

2回目 2名とも1回目と比較して変化なし

考察・結論

A氏は無気肺が改善された。改善の要因が離床によるものだけとは断定出来ないが、離床を行う際の移乗などの一連の体動が体位ドレナージや横隔膜が下がることによる肺拡張域の拡大による喀痰吸引がより効果的に行えたことが改善の一因となったのではないかと考察する。患者の状態を見ながら長期臥床患者に対して無気肺の予防と改善の為に積極的に離床を行う事は、看護師として非常に重要であると考えられる。

## 13-3 看護計画

## 終末期にある言語的コミュニケーションの難しい患者との関わりを通して

江藤病院

ゆあさ みほ

○湯浅 美穂（看護師）、古本 久美子、藤田 光子、大和 孝子、由宇 教浩、武久 洋三

## [目的]

終末期にある患者に対する傾聴・共感のコミュニケーションは、全人的苦痛の緩和において重要な技術である。しかし、病院で終末期を迎える多くの高齢者には、言語的コミュニケーションに難しさがあり、自らの声で言語的にメッセージを伝えて頂くことが難しい。

言語的コミュニケーションの難しい患者A氏との関わりを振り返り、言語化されないメッセージを分かち合い・共有するために必要な関わりについて考察した。

## [対象]

対象者：A氏、90歳、男性

病名：誤嚥性肺炎後廃用症候群、肺気腫、膀胱がん、骨盤内リンパ節転移

## [方法]

声かけやタッチングを積極的に取り入れ、日常のケアで得られるA氏の反応からメッセージを読み取る。A氏が表現する感情を反復して伝える。家族との関わりからA氏の全体像を捉える。

## [結果]

・日常のケアの中で、快・不快の感情を表す動作がみられた。

看護師の手を握る動作は快の感情、吸引時の抵抗は不快の感情をメッセージ化した動作であった。

・家族との関わりからA氏の背景を知り、A氏が尊重されるべき存在であることを再認識し、コミュニケーションをとる上での看護師の感受性を高めた。

## [考察]

A氏は動作や表情で感情を表出していた。その感情を看護師が言語化し反復することで、A氏とコミュニケーションを図ることができたのではないかと考える。また、患者の反応を意味のあるものと捉え、患者の背景や根拠を踏まえてメッセージを読み取る努力をすることが必要だと感じた。

新人看護師として、急変の可能性のある患者のケアをする事は不安や緊張が大きかった。しかし、家族の話から患者の内面を知るにつれて、患者への捉え方が変化していき、心に寄り添い理解したいという思いのほうにより強くなった。このように、患者に対する捉え方を変えるだけでも、今まで見えなかった患者のメッセージに気づくことができるのではないかと考える。

## 13-4 看護計画

### 入退院を繰り返す患者の実態調査と退院支援における今後の対策

西部総合病院 3階西病棟

あさこ よしえ

○浅子 喜江（看護師）、伊勢 陽子、玉井 翔子、斎藤 満津子

#### 【はじめに（背景）】

当病棟では、外科系疾患で入院する患者は急性期治療を終えると自宅や回復期リハビリ病棟への退院が決まっている。内科入院の場合は、治療期間が長期化することも多く退院時にADLの低下や認知面など変化を認めることが多い。また短期間で再入院をするケースも多く、その要因に退院支援が個別の変化に対応できていないのではないかと考えた。

そこで内科疾患で2回以上の入退院を繰り返した患者の実態を集計し看護師を対象に退院支援に関する意識調査を行い、退院支援の問題点を明らかにする。

#### 【目的】

退院支援における意識調査を行い、問題点を抽出し今後の課題を明らかにする

#### 【対象と方法】

意識調査：病棟看護師21名に質問紙調査

患者実態調査：2016.2.1～2019.9.30 内科系疾患で入退院2回以上の患者

#### 【結果】

研究期間中に内科系疾患で2回以上入退院歴のある患者は130名。そのうち、病棟→自宅→病棟→入院は10名であった。アンケート調査からは、自宅退院する患者の85%に個別退院指導が実施されていなかった。退院にあたり、90%のスタッフは介護サービス調整の必要を感じていたが、介護保険の有無や利用していたサービスを知らないという結果だった。

#### 【考察】

入院期間が短縮している現在、他職種との連携と早期の退院調整、退院計画立案が重要である。看護師は疾患や入院によるADLの低下などが及ぼす日常生活への影響を個別の退院計画に結び付けていく。

#### 【結語】

患者背景や生活歴を知り、入院中から退院後に必要な医療、介護を継続して受けられる環境設定が重要である。それには、看護職員も介護保険制度をはじめ社会資源を理解が求められる。

退院後の患者の情報交換の方法や在宅療養に関する研修会の参加などの教育の充実が望まれる。

## 13-5 看護計画

退院困難と思われた重症患者へのアプローチ  
～療養病棟からの在宅復帰を目指して～

西部総合病院 2階西病棟

としま ゆみ

○戸島 由美 (看護師), 伊藤 潤, 若宮 貴子, 野間 夕加

## 【はじめに (背景)】

当病棟は医療療養病棟であり、長期の療養を必要とする患者、重症度の高い患者が多い。今回病状の改善とともに自立への援助を行い、サービス付き高齢者住宅へ退院した事例をとおしてそのアプローチを振り返りたい。

## 【目的】

長期療養患者の在宅復帰を目指した取り組みを振り返り、行った看護を明らかにする。

## 【対象と方法】

1. 研究期間：2019年5月～11月
2. 事例：A氏 57歳 女性 外傷性くも膜下出血 脳挫傷 気管切開術施行後スピーチカニューレ使用
3. 研究方法：看護記録とスタッフからの聞き取りにより、時期別に患者の変化と看護を振り返る。

## 【結果】

意思疎通困難期は話に脈絡がなく内容がちぐはぐで、会話は困難であった。活動期は意思疎通が図れ、自己主張ができるようになった。ADL拡大に伴い危険行為が頻発した。離床を促し、トイレ誘導や散歩等で気分転換を図った。安定期では趣味やリハビリテーションを意欲的に取り組むことができ、生活リズムを整えサービス付き高齢者住宅へ退院した。

## 【考察】

意思疎通困難期は失語症状と呂律障害が強くコミュニケーションは取れなかったが、何か伝えようとする意志は強く見られた。活動期に入り、コミュニケーションが取れるようになると、トイレに行きたいという生理的欲求を表現し、対応したことでメンタル面での安定に繋がったと考える。離床時間が長くなり活動性と意欲が向上した。趣味や興味のあるものを積極的に取り入れ、たことでさらなるADLの拡大と意欲の向上につながり退院に至った。

## 【結語】

療養病棟では、リハビリテーションに制限があり看護師の援助が必要不可欠となる。回復への道のりは長期に渡るが、じっくりと患者と向き合い患者のニーズに応えることが重要である。

## 13-6 看護計画

## ナイチンゲールの「小管理」を実践したことで患者のADL拡大が図れた事例

竹川病院 看護部

つきた まさし

○月田 雅史（看護師）、畑中 晃子、松本 英樹

## 【はじめに】

ナイチンゲールは「看護覚え書」の中で、『あなたがそこにいるとき自分がすることを、あなたがそこにいるときにも行われるよう対処する方法』を知らないならば、その結果はすべてが台無しになったり、まるで逆効果になったりしてしまうだろう』と述べている。個人が献身的にケアを行っても、交代勤務であるがゆえに効果的なケアにはつながらない。今回、情報共有し統一して関わった事例から、その重要性を考察したので報告する。

## 【症例紹介・実践】

O氏、80歳代、女性。腰椎圧迫骨折にてADLの向上が望めず、自宅退院が困難なため療養病棟へ入院された。体動時の腰部、両下肢痛を訴え、臥床が中心であった。食事摂取量はギャジアップ30度の全介助で2割程度であり、会話は成立せず、昼夜を問わず叫び、危険行動もみられた。

そこで、カンファレンスを行い、「甘いものは比較的食べる」、「足の位置はこれくらいが良い」等の意見から、体位変換、食事調製等の介入方法を統一した。

## 【結果・考察】

入院時日常生活動作の援助をしながら疼痛の改善を待ち、ADL拡大を図ることが看護方針であった。しかし、腰痛が悪化し食事摂取量も減少した。この状態を、療養病棟であり穏やかに過ごせば良い、食べないものは仕方ないという思いで見守っていた。カンファレンス後統一したケアを実践した結果、腰部痛は持続していたが、側臥位で疼痛を訴えずに食事摂取できるようになった。リハビリテーションも積極的に行い、約10か月後に施設に転院された。各々の想いで提供していたケアを、カンファレンスで集約して方向性を看護計画で統一・共有した結果である。

私たちは、患者に良い影響を与えたと感じたケアについて、その場のみ、自分のみで満足することがある。情報を共有し、誰もが行えるようにケアの統一を図る小管理を用いた看護・介護ケアを提供することが、患者にとってより良い影響を与え続けることができる。