

35-1 日常的管理や記録

個別性に配慮した行動チェック表の活用から得たもの

富家病院 看護部

まるおか ひろみ

○圓岡 宏美（看護師）

【はじめに】

当病棟は28名の療養病棟であるが、ADLは全介助から歩行見守りまで幅広く、転倒や転落のリスクのある患者様も多い。病棟内で患者様が安心して過ごせるためには、患者様の個別性に配慮した関わりが大切になる。今回、行動チェック表を活用するなかで申し送りやミーティングで振り返りを行い、対応方法の統一化を図り患者様の個別性がある看護を提供できたので報告する。

【目的】

行動チェック表を活用し対応の統一を図る

【患者紹介】

A氏90代女性、下痢症状、右大転子部褥瘡あり、栄養状態改善のため当院入院。

車椅子使用、HDS-R 7点（R1/7/12最新）、右耳難聴があるがコミュニケーション可、食事自立、排泄要介助、教師として長年勤めていた。

【研究期間】

令和元年11月29日～12月20日の3週間

【方法】

- ① 行動チェック表を活用し不穏内容、対応、結果を経時的に記録。
- ② 朝、夕の申し送りやミーティングでA氏の変化や対応を振り返る。
- ③ 対応の統一化のためスタッフで情報を共有。
- ④ 決定事項は情報用紙に記載し申し送る。

【考察、まとめ】

今回の事例を通して、行動チェック表の記入は視覚的に経過が把握しやすいように矢印や簡潔な表記にする、日勤帯は黒、夜勤帯は赤というように記入方法のルール化が必要であることがわかった。また、情報の共有のために患者様との関わりで改善点や工夫を日々の申し送りやミーティングで振り返ることで継続した看護、患者様の安心・安全につながることを学んだ。

35-2 日常的管理や記録

当院における透析患者のVAの現状

1 富家千葉病院 ME部, 2 富家千葉病院 人工透析外科

ふるはし さとし

○古橋 諭司 (臨床工学技士)¹, 楠瀬 由佳¹, 斎藤 寛太¹, 小町 敏弘¹, 木村 健児¹, 南出 仁¹, 佐藤 幹生², 影原 彰人²

背景

バスキュラーアクセス (以下VA) は血液透析患者にとって命綱である。しかしながら、血管の加齢変化や心機能の低下等の要因からAVFの再建、AVGや非シャント性VAに変更する患者もいる。年々、透析患者の平均年齢が上昇している事から、今後更に高齢の透析患者は増加すると考えられる。当院では、療養型病院という事もあり高齢の透析患者が多く、VAの種類も様々である為、今回当院のVA状況について検討した。

対象

2020年7月時点で当院の透析患者102名 (平均年齢76.2歳) 平均透析歴8.8年、DM56名のVAを日本透析医学会 (以下JSDT) 2017年末のVA集計と比較した。

結果

VAの種類はAVF69名 (68.3%)、AVG14名 (13.9%)、動脈表在化13名 (12.7%)、長期カテーテル4名 (5.1%)、JSDTでは、AVF89%、AVG7.3%、動脈表在化1.7%、長期カテ1.3%であり、AVFは少なく他のVAは多い結果になった。

考察

今回の結果と2017年末JSDTのVAを比べると、当院はAVFの割合は低く、他のVAは高い割合である事から、高齢者は様々な要因からVAの選択が行われていることが考えられる。又、VAの状態変化に対応する為には、定期的なスクリーニングが必要であると考えられる。

対策

当院では、独自のフローチャートを用いて定期的なシャントエコーを施行し、異常数値や血管狭窄があれば、血管造影を行い有意狭窄の有無によってVAIVT施行し、施行後のフォローアップ、状況次第では、血管造影を行い血管状態の把握に努めている。

結語

今回の結果から高齢者に対するVAの重要性を再確認する事が出来、今後もVA管理を行っていきたいと思う。

35-3 日常的管理や記録

回復期リハビリ病棟における内服自己管理能力獲得に向けての取り組み

堺平成病院 看護科

いしまる ようこ

○石丸 洋子（看護師）、吉田 朝子

[背景]

回りハ病棟の患者は、主として自宅退院を目指している。内服自己管理能力を獲得することは、自己退院を目指す患者にとって重要課題である。

[目的]

対象者が内服管理するために必要な能力と、自己管理するための不足部分を明確化し、病棟内スタッフでその評価方法と患者介入に対する意識統一と支援に繋げる。

[対象]

ADLアップ後に自宅退院の見込める50代～90代の患者30症例

[方法]

期間：令和1年10月～令和2年1月

自宅退院の見込める患者に1週間を目安に1日配薬、または1週間配薬を開始。内服自己管理チェックシートを用い評価し（①会話ができる②麻痺がない③薬袋の字が読める④薬袋を開封し取り出せる⑤内服時間を間違わない⑥すべて内服できる）、その結果を数値化し、看護師が管理するべきかか自己管理可能かを決定する。さらにその後の服薬状況を経過的に確認する。

[結果]

内服自己管理チェックシートを用いることで短期間で患者の服薬能力を客観的に評価でき、服薬の自立に向けての不足部分を明確化することが出来た。また、認知症で自己管理能力が低い患者には時間を要したが看護師の対応の統一、根気強い声掛けの継続で服薬習慣が獲得できた。

[考察・結論]

内服自己管理チェックシートは患者の機能面と認知面の双方から患者の能力を簡潔に評価でき、短時間でその情報が得られることで自己管理能力の程度が早期に明確化できる。看護師間で入院早期よりチェックシートを通して患者の情報共有の適正化が図れ、スムーズな介入が可能となった。

今後は入院患者すべてを評対象とし多職種ともその情報を共有することで病棟内での内服管理の徹底と、患者のQOL向上を目指したい。

35-4 日常的管理や記録

リブレ管理が困難な高齢患者への自己管理に向けての指導

堺平成病院 外来

とば りさ

○鳥羽 梨沙（看護師）、樋口 明子

【目的】

当院は「H30年から主にI型糖尿病患者に対し、Freestyle リブレの導入を始めた。高齢によりリブレの必要性と操作が理解できない患者への指導は大変難しい。また外来患者は入院患者とは違い、頻回の通院にも負担がかかる為、限られた時間・回数で管理方法を習得してもらう必要がある。外来通院の指導の中でリブレの理解と手技の獲得を目的とし、リブレの管理が困難な高齢患者を指導した結果、自己管理可能となった症例をここに報告する。

【対象】

I型糖尿病患者 77歳 女性 夫と二人暮らし 認知症不明

【方法】

観察法、アンケート調査（①リブレ導入時②日めくり記述式）

リブレ導入前にアンケートを実施。指導チェックリストとパンフレットに追加する説明用紙を作成し、通院時に本人・夫に指導した。必要に応じて電話でも指導と確認を行った。

【結果】

指導開始後約1ヵ月で、看護師の助言と見守りの元リブレセンサーの貼り換え・測定が行えるようになった。その間、センサー破損や質問で3回の通院での指導と2回の電話での指導を行った。3ヶ月経過後には夫の見守りで自宅での自己管理が可能となった。計7回の通院指導と計8回の電話での指導を要した。

【考察・結論】

外来通院での指導は時間が限られている為、自宅で記入してもらった日めくり記述式アンケートが状況把握に役立った。高齢者に対しては見やすいチェックリストを用いて段階的に理解を深めていくことが必要である。また自宅で不安や疑問を感じた際、電話で対応していくことも自立につながると認識した。当初は本人のみの自己管理を希望していたが、看護師の関りによって夫の見守りの協力を得ることが出来、本人の負担が軽減できたと考える。今後は複数の症例で介入を試み、データ収集した上で、更に効果的な指導方法を考えていきたい。