


平成28年度 玄州会職員研究交流会
プログラム・抄録集



平成28年11月10日 (木)
18 : 00 ~ 20 : 00
光風 1階フロア

抄録集・プログラム

目的 看護介護実践を行う為の知識や理論を取得し、研究によって得られた知識や理論を実践に活かし、ケアの質を向上させる。玄州会において看護、介護すべての業務に携わる職員が、気軽に参加でき施設間の連携及び発表者と参加者がお互いに研鑽しあうことができる交流会を目指す。

日時 H28年11月10日(木)18:00~20:00

場所 光風1階

演題

① ガンリハビリテーションの概要と当院の取り組み

光武病院リハビリ科 松田 武史

② ICTラウンドを導入して

光武病院 院内感染委員会 眞竹 佑樹

③ 母よい家さね帰ろうやな

～在宅チーム連携で良かったこと今後の課題～

在宅ケア総合支援センター 末永 紀子 田中 かおり
松尾 智恵 徳邑 麻由

④ オムツ外しの取り組み

～より良い排泄ケアを目指して～

光風2階入所介護 豊田 裕次

⑤ みて！いって！きいて！かんじて！

～事故対策から不適切ケア～

GH みのり介護 南川 香織

⑥ ふるさとを想い今を生きる

～実りでの役割を得て～

GH みのり 介護 平田 美穂

研究テーマ：がんリハビリテーションの海洋と当院の取り組み

所属施設名：光武病院 リハビリ科

研究者名：松田 武史 共同研究者：大田 隰 滋、大島 諒悟、堤 康平、
長嶋 真理、大久保直子、竹浦宏幸、堀江 竹織、重田朋子、殿川 恭子

【目的】がんリハビリテーションを当院に導入する。

【方法】

- 1、期間：2015/12/12～13と2016/6/18～19にがんのリハビリテーション研修
- 2、対象：医師、理学療法士、看護師
- 3、方法：研修に参加した内容を当院の仕組みに合わせて改変。

【結果】がんリハ共有シート、経過表の作成

毎月1回チームミーティング施行

毎週1回患者の症例カンファレンス施行

【結論】病院全体で質の良いケアを提供するため、多職種で入院当初からの早期介入が重要である。

『研究テーマ』
『所属施設名』
『発表者』

ICTラウンドを導入して
光武内科循環器科病院 院内感染委員会
眞竹 佑樹

【はじめに】

2010 年度診療報酬改定に伴う感染防止対策加算の算定要件に、感染防止対策チーム (Infection Control Team ; ICT) による週に1回程度の院内ラウンドの実施が義務付けられた。

しかし、ICTによる院内ラウンドの目的は、感染対策防止加算を得ることではなく、日々の環境管理を定期的に観察し、問題点を明らかにすることと、病院職員への感染対策の意識を引き上げることこそが目的です。

今回、平成 27 年度より新規委員会になり、ラウンドの運営方法の変更を行い、各部署や委員会に改善点や協力の取り組みを行ったのでその内容を紹介します。

【方法】

各部署 (外来病棟、一般病棟、療養病棟、薬局、リハビリ科) を各週一つ感染対策委員が約 30 分かけ、環境確認を行う。

その際はチェック用紙を用い、チェックから漏れた場所の写真を取り、後日担当部署へ改善要求点の文書と共に配布する。

また、改善に他部署や他委員会の協力が必要となる場合は、感染委員会として該当部署へ意見書を提出する。

【考察】

写真に撮ることで該当箇所がわかりやすく、改善までの時間が短くなった。

感染委員会名義で行っているため、意見やこうして欲しいなどの要求などもまとめやすく、意見に対する回答、周知も速やかに対応出来た。

また、あらかじめ組織として清掃が勤務項目に組み込まれている部署はチェックに引っかかる項目も少なく、携帯型手指消毒剤の使用率も高かった。

【結論】

感染対策委員会だけで行うラウンドでは、視点が一方的になることがある。しかし他委員会と情報を共有し、多角的視点を取り入れることができれば病院環境の正常化へ近づけることが出来る。

また、1度改善されたからといってラウンドを辞めることは推奨されない。環境管理に終わりはなく、絶えず啓発していくことで、職員の意識も継続し向上していくものと考えられる。

母(かか)ちゃんよい、うちさね帰ろうやなあ

～在宅チームの連携で良かったこと・今後の課題～

【はじめに】

本人や家族の意向・揺れる思いに添い、在宅での生活を選択した要介護者をどう支えるか？ご家族をどうフォローしていくかを在宅チームでの連携を通して振り返り、今後の課題を考える。

【事例紹介】

- ・氏名：N氏 女性 70歳 要介護5
- ・既往歴及び現病歴：脳梗塞・多系統萎縮症
- ・家族構成：夫、長男夫婦・孫と同居。主介護者は夫

【本人の意向】

○自宅で過ごしたい・最期まで自宅に居たい。

- ・延命のための気管切開は行わない
- ・胃ろうの造設はしない

デイサービスには、楽しみでもあり、夫への負担を軽くするためにも、なるだけ通い続けたい。

【支援経過】

- ・平成24年7月の脳梗塞発症後、介護サービス利用なし
- ・平成26年4月、四肢体幹の筋力低下が進行。
- リハビリデイサービス 3回/週、時間短縮にて利用開始。
- ・同年6月頃、ADLの低下著しいことから、区分変更申請
- 要介護①の認定。デイサービス通常時間での利用へ。
- ・平成27年5月、多系統萎縮症と診断。翌月には完全車椅子利用へ。7月に介護保険の更新、要介護③の認定。8月には体幹の支持困難でリクライニング式車椅子へと変更。
- ・平成27年8月から、主介護者農繁期で多忙なため、ショートステイ利用の意向あり。利用重ねる中で、「SS中に夫と嫁が浮気している」と、妄想が出現。本人ショートステイ利用拒否。眠剤内服拒否。
- ・主介護者不在時、多忙期、ショートステイ利用の代わりにヘルパーの利用介入開始。(不定期)
- ADL低下に伴い、主介護者の精神的不安増大し、ヘルパーの定期利用へ。
- ・平成28年1月、痰の吸引など必要な状況多くなり、ひかり訪問看護利用開始。
- ・平成28年7月、在宅療養継続目的で気管切開のため入院。
- ・平成28年9月 永眠。

【デイサービスリハビリより】

N氏は、家族との生活を一貫して希望。また、最後までデイサービスに通うことを切望。

N氏は、告知を受けた直後より、「他の利用者の方へ自分の病

気について話をしたい」と希望される。他の利用者もN氏に対して、同情ではなく、N氏のリハビリに対する姿や笑顔を自分たちの生きがい、楽しみとして受け入れられる。

N氏をデイサービスで受け入れることのリスクが高くなるにつれ、スタッフ間の精神的不安もあった。しかし、在宅でN氏が生活を継続するには、デイサービスでの受け入れは、重要な役割があることを繰り返し確認。

【ホームヘルパーステーションリハビリより】

既に発語が厳しくなった段階からの利用開始であったため、本人とのコミュニケーションをとることの難しさを痛感。

また、嚥下状態の悪化に伴い、ヘルパーでの食事介助への不安も増大。しかし、訪問看護がヘルパーの不安である部分を代替し、それぞれの役割をチームとしてサービス調整ができたことが良かった。一方、スタッフ側のケアの質の格差もあり、限られたスタッフの関わりになっていったことは、今後の課題。

【ひかり訪問看護より】

本人・家族・ヘルパーやデイサービスのスタッフなどの不安を軽減する役割を担えた。また、本人の「デイサービスへ行きたい」という希望を叶えるために、サービス提供の時間帯をデイサービス帰宅後へ変更するなど臨機応変な対応に努めた。

進行性の疾患でコミュニケーションツールの獲得や経口摂取の継続を可能な限り継続するために、STの介入時期や方法が適切であったかという点では課題が残った。また、気管切開を行うにあたり、事前の説明や現状のサービスで受け入れの状況などの説明が不十分だったのではないかと。

現状の限られた資源の中で、重度の医療依存度が高い利用者を在宅で支えるには、課題が残るケースであった。

【考察・まとめ】

今回、N氏を在宅で支援するにあたっては、頻回にそれぞれの役割を整理し、チームとして最大限でできることを模索してきた。可能な限り、意向に添った支援が出来たのではないかと感じる。同時に、課題も多く残った。通所系・訪問系のサービスだけでは限界がある。レスパイト等やリアルタイムでのショートステイの受け入れがこの上なく重要なものだとこのケースを通して強く感じた。また、今回入院された際に、本人の「在宅で」という意向の確認が途絶えたように感じる。病院スタッフとの連携方法も今後の課題ではないかと。

最後に夫より、「家で看ちよかったばい。かかんおらんことになって誰ん、おんちゃんようやったなあち言うちくれさず。それ聞いたらほんによかったち思えた。」と笑顔で話された。N氏のケースを無駄にしないように、今後は是非つなげたい。

研究テーマ : オムツ外しの取り組み
～より良い排泄ケアを目指して～

所属施設名 : 社会医療法人 玄州会 光風 2階入所介護

研究者名 : 豊田 裕次

【目的】 齢を重ねADLの低下とともに排泄行為を他人へ委ねないと生活ができなくなると、人としての尊厳が損なわれ、「諦め」「恥ずかしさ」等負の感情を抱き生活意欲の低下や自らの存在意義を否定するようになる。「トイレに行きたい」というAさんの希望に多職種でカンファレンスを重ねトイレでの排泄が出来た症例を報告する。

【症例】 82歳 女性 心不全の為ベッド上での定期的オムツ交換を実施していたがAさんの「トイレにいけんやろうか」の言葉を受け、多職種でのカンファレンス意見交換を重ね、心臓への負担を観察しながら、起立、立位保持、回旋動作の確認、ポータブルトイレ差し込みによるトイレ誘導。リハビリパンツ着用への変更を経て昼間は本人の尿、便意にあわせたトイレでの排泄が出来るようになりそれに伴い日常生活でも「頑張って立たなあね」「トイレでする方が良かねえ」「車イスを自分で漕ぎたい」等排泄の自立がAさんの大きな自信につながりまだ自分にできる事があるのではという光風の生活に意欲的な面が多くみられるようになった。

【結論】 認知症になってもどんな状態であっても人として排泄の自立が我が身の尊厳を大きく確立すると考える。病状に合わせながら本人の意向を聞き逃すことなく、多職種で連携をとりながら個別性をふまえた排泄ケアを目標に掲げ、アプローチし続けていきたい。

研究テーマ :みて！いって！きいて！かんじて！
～事故対策から不適切ケア～

所属施設名 :社会医療法人 玄州会 グループホーム みのり

研究者名 : 南川 香織

【目的】グループホーム みのりでのH24年11月からH28年10月までの4年間の事故件数は123件であり、その中でMさんの事故件数は43%を占めている。Mさんの事故対応としてH27年からソファで休んでもらう事にしたところ事故件数が激減した。その反面その対応は不適切ケアに値するのではないか転倒事故への対策と不適切ケアについて検討したので報告する。

【症例】87歳 女性 入居当初は独歩でみのり内を自由に移動され、時には玄関から出られて屋外歩行に付き添う等対応。2年前から下肢筋力低下、認知面の進行から歩行不安定で、転倒、尻餅をつく、ソファ、イスに座りそこなう等ヒヤリ、ハット及び事故が多発。事故件数を減らす対応策としてソファへ背臥位で休憩するスタイルでの対応で事故件数激減した。
反面ソファで背臥位に休むスタイルは身体拘束、不適切ケアへ繋がるなどのスタッフ間の意見もあり検討を重ねた。

【結論】リスク対応を考える時職員本位の考えに偏りがちで自己満足に陥り易い。認知症の方の抵抗がない場合は、特に職員間で入居者本人への思いを巡らし家族へ説明、同意を得て確認しながらケアを実践していく事が大切であり介護のプロとしてお互いの思いをチームの中で自由に話合える職員間の良好な関係作りが虐待や不適切ケアを防止できる鍵であると考えます。

研究テーマ : ふるさとを想い今を生きる
～みのりでの役割を得て～

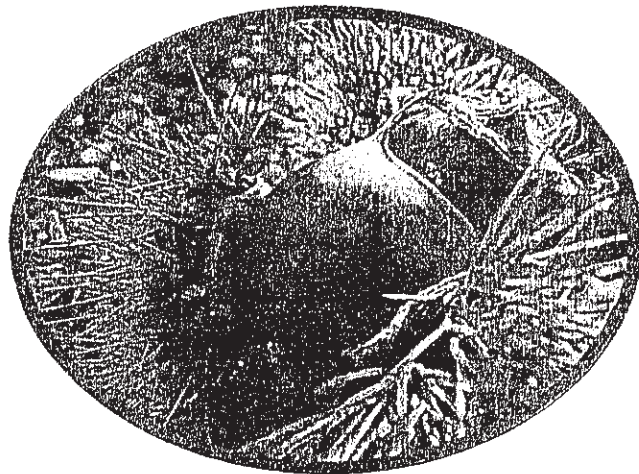
所属施設名 : 社会医療法人 玄州会 グループホーム みのり

研究者名 : 平田 美穂

【目的】グループホームみのりでの入居生活10年目を迎えられ、認知面の進行も少なく入居当初と変わらないみのりの「お母さん役」として、今なお毎日生き活きと穏やかに生活をされているHさんのみのりでの生活を報告し、家族の在り方グループホームみのりの役割を考える。

【症例】86歳女性 みのり入居当初の本人の想いをQシート活用で確認
入居生活10年目を迎えられ本人の想いを私の手帳活用で確認
認知面の進行も少なく、みのり入居生活で穏やかな安定した生活を
10年間続けられている。Hさんの要因は
生活の中でみのりの「お母さん役」としての役割がある。
家族関係が良好である。
入居前からの趣味、希望される事が続けられている。
みのり他入居者及び職員との関係が良好である。
短期記憶障害重度であり今を生きてある。

【結論】認知症があり独力では日常生活を送ることが困難な方々に対して
家庭的な雰囲気のある共同生活住居において穏やかで安定した生活
ゆったりと、楽しく、自由に、ありのままにその人らしく生活ができ
家族間の良好な調整役としてグループホームみのりの役割がある。



平成28年度玄州会職員研究交流会運営委員会

加勢田妙子(光風) 松尾智恵(リバティ)
山内加代子(光武病院) 眞竹佑樹(光武病院)