

番号	30 - 9	申請者	看護師 荒川 麻衣
<p>【審査申請課題】</p> <p>急性期病棟におけるひもときシートの開発・運用をおこなって</p>			
<p>【審査課題の概要】</p> <p>昨年度当病棟では、ひもときシートを用いて、患者の思いや行動の意味を振り返り不必要な抑制着に対する看護師の意識を高めたく研究に取り組んだ。その結果、「情報を振り分け、分析するのに時間がかかる」「入院時に入院前の生活背景やその人らしさについての情報収集ができていない」等の意見が多く、急性期病棟に見合ったひもときシートの開発・運用が課題となった。本研究では、急性期病棟におけるひもときシートを開発し、80才以上の転倒による骨折患者に対して運用を行い、看護師の意識や行動の変化を報告する。</p>			
審査結果	承認 (平成30年10月19日)		

番号	30 - 10	申請者	看護師 福本 聡子
<p>【審査申請課題】 ALS患者の想いに寄り添った支援について —リビングウィルノートを作成—</p>			
<p>【審査課題の概要】</p> <p>神経難病は、医学的に原因不明であり、治療法も確立されていない疾患である。なかでも筋萎縮性側索硬化症(以下、ALSとする)は、病状の進行が速く、嚥下機能や呼吸機能の低下により、胃瘻造設や人工呼吸器の装着といった医療的処置の選択に対する意思決定が必要となる。ケアの観点からも継続的な意思決定支援が求められ、介入時期については主治医とともに他職種間の連携が必要となる。介入が遅れることで、患者の意思に沿わない医療行為やケアが行われる恐れや希望するケアが受けられない可能性がある。</p> <p>しかし、現状においては病状悪化に伴い、やむを得ず医療処置が緊急に行われることも少なくない。また、診断、告知後、一定期間在宅療養を行いながら、患者は家族と共に意思決定をしていく。しかし、看護師は揺れ動く患者や家族の思いを十分把握できないまま入退院を繰り返す状態に対して、自分たちの看護を振り返った時に患者の想いに寄り添いたいという思いを抱えながらも本当にそれができているのかというジレンマを抱えている。</p> <p>最近では終活・エンディングノートと言った終末期を考えさせる書物や映像が増えている。エンディングノートを活用することで患者の想いに寄り添った看護を提供できるのではないかと考えた。一般的なエンディングノートは看護の側面から見た時に必要でない内容もあり、エンディングノートといった言葉は、診断の告知を受けた患者・家族にとっては受け入れにくいと考えた。リビングウィルノートと題し、これからの理想の自分の生活と最期を迎えられるノートを作成しながら、患者・家族に寄り添うことで、患者自身が意思表示でき、看護師が患者をより深く理解し、看護師の行動変容に繋がるのではないかと考えた。</p>			
審査結果	承認 (平成30年10月19日)		

番号	30 - 11	申請者	看護師 梅木 香奈
<p>【審査申請課題】 口腔ケアが困難な認知症患者の口腔ケアに取り組んで ～患者に与える効果の検証～</p>			
<p>【審査課題の概要】 近年口腔ケアの重要性が認知され、さまざまな研究が取り組まれている。口腔ケアの重要性と効果が検証されている。その一方で、介護老人福祉施設入居者を対象として誤嚥性肺炎の発症因子を探る研究では、口腔機能低下の他に「意思疎通不可」「歯磨き拒否」「開口保持困難」など口腔ケア実施が困難な対象者の要因が示されている。口腔ケアを拒否する要因として、歯や歯肉の異常などの口腔内のトラブルや認知症などの要因が考えられる。西谷らの研究では、歯科衛生士が用いていた多種多様な方略により口腔ケアの体勢を整え、持っている力を引き出し、快を提供することが示唆されていた。 A病棟は呼吸器内科であり、入院患者の平均年齢は76歳であり、後期高齢者が6割を占めている。認知症患者では、口腔ケアの必要性を説明しても理解できないことがありケアを受け入れられない場合が多くみられ、多場面でスタッフが十分なケアが行えていないことにジレンマを抱えているのではないかと考えた。昨年度の研究において、西谷らの研究から効果的であった方法から看護師が実施可能な口腔ケア技術を取り入れることで、認知症があり口腔ケア困難な患者に心地よさに繋がる口腔ケアが実施できるかを検証したが、症例数が少なく対象限定されたものとなった。そこで、今回対象数を増やし、データの信頼性を高めるとともに、取り組みの結果が得られるか検証をおこなう。</p>			
審査結果	承認 (平成30年10月19日)		

番号	30 - 12	申請者	看護師 山本 真由美
<p>【審査申請課題】</p> <p>離床センサー解除を統一したことによる看護師の判断の変化</p>			
<p>【審査課題の概要】</p> <p>A病院は、外科・循環器・呼吸器などの一般病棟と、自宅への退院支援を主とする地域包括ケア病棟、進行性筋ジストロフィーや重症心身障害児などが入院している政策病棟と大きく3種類に分かれている。中でも一般病棟と地域包括ケア病棟は身体機能が回復してきている段階の患者が多く、立ち上がり、移乗、歩行などADLを再獲得している段階の過程である患者がほとんどである。すなわち、高齢による運動能力の低下・認知能力の低下・疾患に伴う見当識障害や麻痺などにより個々の転倒リスクは高い状態となっている。患者のADLを拡大させながら、いかに未然に転倒転落を防いでいくかが病棟看護師の課題ともなっており、一つの補助手段として離床センサー（以下センサーと略す）を設置し活用している。センサーの設置が長くなることで、患者の精神的苦痛を与えるばかりでなく、日常生活動作を制限してしまう可能性もある。小野寺は「センサー解除基準を満たしているか判断するための具体的な観察項目や看護記録の不足、統一した評価方法がないため、十分なアセスメントができないことからセンサー解除が遅れることがある」と述べている。A病院には離床センサー設置基準はあるが、離床センサー解除基準がない。そこで、当病棟では、昨年、センサー解除に関する看護師の認識について意識調査を実施した。結果、「看護師は離床センサー解除時に認知症や認知面の低下がある場合は経験年数に関係なく、悩みを感じている。」また、「患者のナースコールの理解が得られ、ナースコール後に看護師の到着を待つことができるという事は、大きな判断指標となる。」という事が明らかとなった。それらを基に、センサー解除に関して基準の統一ができるフローチャートを作成。センサー解除の基準の統一を目的としてフローチャートを病棟で活用していき、その後、病棟看護師へ意識調査を実施。フローチャート活用後の看護師の解除判断の変化を明らかにしていく。</p>			
審査結果	承認（平成30年10月19日）		