

Tiara

看護情報誌ティアラ 2024 年 3 月

Nursing 最前線 ● 名古屋市立大学病院

周術期管理の実践に向け始動した術後回診チーム
多職種の協働により総合的に術後をフォロー

TOPICS

コロナ禍における医療安全を振り返る
「第41回医療安全管理者
ネットワーク会議」レポート

症例から学ぶアセスメントのコツ

発熱と意識障害、項部硬直が出現！
髄膜炎を疑って腰椎穿刺かと思ったら…？

令和6年能登半島地震によりお亡くなりになった方々に
謹んで哀悼の意を表しますとともに、
被災された皆さまとご家族の方々に
心からお見舞い申し上げます。
被災地域の日も早い復旧をお祈り申し上げます。



周術期管理の実践に向け 始動した術後回診チーム 多職種の協働により 総合的に術後をフォロー

名古屋市立大学病院

大学が有する学部と連携して多角的な医療を展開している名古屋市立大学病院。地域拠点病院として診療所や医師会と連携し地域医療を支えるほか、新たな取り組みも進めています。2022年度診療報酬改定では術後疼痛管理チーム加算が新設されましたが、同院ではそれ以前から術後回診チームを始動させ、患者さんの苦痛の低減とより早期の回復に取り組んでいます。その活動の様子をメンバーの皆さんにうかがいました。



患者さんへの最善を目指し 術後回診チームを段階的に構築

名古屋市立大学病院の術後回診チーム（以下、回診チーム）は、中央手術部看護主任（当時）*1の岡田悠揮さんが麻酔科医師とともに、周術期管理で患者さんにとっての最善を目指したいと立ち上げました。メンバーは麻酔科医師、中央手術部看護師、薬剤師、臨床工学技士*2。まずはIV-PCA*3患者さんを対象に、2016年に週1回の回診からスタートしました。これは、同院の周術期ケアセンター開設（2019年）、診療報酬術後疼痛管理チーム加算*4新設（2022年）に先駆けてのことでした。

「当時は多職種によるチーム医療が盛んになってきたころでしたが、回診チームの活動に対する院内

の理解にはまだばらつきがありました」と話す岡田さん。そのため、院内外での活動報告や研究発表、IV-PCA患者評価プロトコルの作成、チームロゴの作成などにより、他職種とともに周知を図りながら段階的にチームの活動を確立していったといいます。

「多職種が協働して術後患者さんに総合的なケアを行い、術後の早期回復、合併症の低減、患者満足度の向上につなげることを目標に掲げ、職種ごとの役割も明確にしました」（岡田さん）

チームに参加したことで 変化や気づきを得たメンバーたち

現在回診チームの活動は毎平日行われています。朝のブリーフィング*5で当日の回診メンバーが訪室対象を抽出し、9時30分～11時の間に10人程度



1. 術後回診は、麻酔科医師、中央手術部看護師、薬剤師によって行われる。当日は、研修中の新人薬剤師も同行
2. 岡田悠揮部長。2015年に手術看護認定看護師資格を取得
3. 術後回診チームの主だったメンバーの皆さん。（写真左から）山添大輝医師、榊原諒子薬剤師、杉本菜摘看護師、榊原愛子主任、吉谷千枝看護師、岡田悠揮部長、徐民恵医師

*1 現在は看護部長で、周術期ケアセンター副センター長。 *2 ME機器の保守・管理、看護師等への勉強会などの面から参画。

*3 経静脈的自己調節鎮痛法。 *4 術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、多職種で構成される「術後疼痛管理チーム」による疼痛管理を評価した加算。

*5 ブリーフィングは事前に要点を報告・確認すること。一方、デブリーフィングは事後に成果の報告・評価をすること。



4. 回診前のブリーフィングの様子。チームによる記録のほか、病棟からの依頼も含め、患者情報と合わせて確認しながら回診対象者を検討
5. 病棟看護師と回診患者さんについて情報を共有。対象者以外に話が及ぶこともあり、この日は薬剤の変更を提案
6. 取材当日は硬膜外麻酔を施行中の患者さんを訪室。痛みの度合いや嘔気の有無などについて直接確認した
7. 術後回診チームが使用している記録用紙。今後は電子カルテ上に記録し、院内での共有を目指す
8. 周術期ケアセンターのストラップとピンバッジ。回診チームは現在センター機能のなかで活動をしている

の患者さんを回診します。IV-PCA、硬膜外麻酔、一晩のみのPCA、神経ブロックなどの疼痛コントロールを施行している術後患者さんが主ですが、合併症が生じていたり、病棟から依頼があった場合も対象としています。回診後には振り返りのデブリーフィング*5を実施しています。

メンバーである中央手術部看護師は現在7名。吉谷千枝さんは「術後の痛みや嘔気への対策・予防にも看護師が積極的にかかわることで、患者さんの術後の経過を変えられることを実感しています」と話します。杉本菜摘さんは「疼痛コントロールに難渋しているケースなどで、各職種から知識や経験による意見を得たときは、次に生かすための勉強は欠かせません」とチーム活動には新たな学びがあるといいます。中央手術部看護主任の榎原愛子さんは「以前から周術期には関心があり、看護師が術前訪問で得た情報を術後にも結びつけたいと考えています」といい、実際にそれがうまくいったケースについて話をしてくれました。

一方、薬剤師は5名。チームの設立時メンバーである榎原^{あきこ}さんは「チームによって薬剤師のできることは大きく広がったと思います。たった1回の介入でも患者さんは覚えていらして、退院時に声をかけてもらえたときは嬉しかったですね」といい、新たなやりがいを発見した様子でした。

総合的に術後対応ができるチームとして より多くの患者さんをフォローしたい

麻酔科医師の^{そうみね}徐民恵さんは、同院にIV-PCAを導入したこともあり、設立時からチームのオブザーバーとしてデブリーフィングに参加しています。

「当初は皆が手探りのような状態。でも現在は、

メンバー全員が多角的鎮痛法*6を理解し当然のように行っている。そして、患者さんにいかにより術後環境を提供するかというスタンスで、主治医や病棟看護師に対して提案が行えています」（徐さん）

岡田さんは「加算がついたから回数を増やすのではなく、必要な患者さんに質を担保した回診を続ける姿勢が大切」と話し、そのフォローを術後患者さんにもれなく届けるためメンバーの増員に向けて動いているといいます。看護師については評価表に基づいた人材育成が始まっており、薬剤師も術後回診への参加が新人研修に取り入れられています。

「痛みに限らず嘔気や不安も含め術後患者さんを総合的にみられるチームになったと思います。今後は病棟など院内との連携をより深めていきたい」と、岡田さんは次のステップを見据えていました。



DATA

名古屋市立大学病院

愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1

<https://w3hosp.med.nagoya-cu.ac.jp>

開設 ●1931年 病床数 ●800床

職員数 ●2179名 うち看護師956名
(2023年11月1日現在)

看護体制 ●一般病棟7：1

日本医療機能評価機構認定病院／特定機能病院／災害拠点病院／地域がん診療連携拠点病院／肝疾患診療連携拠点病院／救命救急センター／総合周産期母子医療センター／小児がん連携病院／がんゲノム医療連携病院

*6 作用機序や薬効の違う複数の鎮痛法や薬剤を組み合わせる疼痛管理を行うこと。

コロナ禍における医療安全を振り返る 「第41回医療安全管理者ネットワーク会議」レポート

2023年5月から新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行し、世の中は新たな局面を迎えることになりました。約3年に及ぶコロナ禍は医療安全に何を残したのかを考えるため、「医療安全管理者の本当の『仕事』～コロナ禍で出来た事、出来なかった事」をテーマに「第41回医療安全管理者ネットワーク会議」（2023年9月30日／オンライン開催）が開催されました。コロナ禍を振り返り、医療安全管理者の役割を見つめ直したその模様をレポートします。

「第41回医療安全管理者ネットワーク会議」は、大阪府摂津市内にメイン配信会場を構えオンライン開催されました。

寺井美峰子委員（医学研究所北野病院看護部長）を総司会に、遠田光子委員長（公益財団法人日本医療機能評価機構教育研修事業部長）が開会の挨拶を述べ、続いて安宅一晃副委員長（奈良県総合医療センター救急・集中治療センター長）が会議の趣旨を説明しました。この3年間の医療機関の状況について奈良県総合医療センターを例に検証し「新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）の蔓延は3年にわたる災害ともいえる。その間は医療安全を保ち続けることが求められた」とし、病院におけるBCP（事業継続計画）*1にも言及。そして、病院機能をいかに継続していくかという点も踏まえ、「今回の会議は、コロナ禍における医療安全管理者の仕事を振り返ることが、次のパンデミックに備えるための資料になればという思いで企画しました。次につながる何かがみつかることに期待します」と述べました。

コロナ禍での様々な事例から みえてきたもの

講演は、坂口美佐先生（公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部長）により「医療安全管理と新型コロナウイルス感染症―事例から見えてきたもの―」と題して行われました。



写真上：寺井美峰子委員
写真右：安宅一晃副委員長

坂口先生は、医療事故情報収集等事業*2のなかから、新型コロナに関連した事例を検索。2020年には56件、2021年には126件が該当したといいます。その内訳は、①新型コロナの患者の治療・看護の過程で発生した事例、②感染対策に関連した事例、③その他の影響に関連した事例、④ワクチン接種に関連した事例となり、それぞれのなかから特徴的なものについて解説を行いました。

取り上げた事例のなかには、ECMO（体外式膜型人工肺）回路内への空気混入、ルートの接続の緩みや接続間違いなど、通常時も起こり得る内容のものも多くありました。「しかし、ECMOなど使用経験のない医療機器を管理しなければならなかったこと、臨床経験の少ない研修医や畑違いの診療科の医師が治療・処置にあたっていたこと、コロナ禍初期には医療者にも正体不明の感染症に対する恐怖があったことなど、コロナ禍特有の背景を認めたケースは少なくありません」と、坂口先生は要因を分析。さらに、感染対策のためのPPE（個人防護具）着用や飛沫防止のためのビニール越しの処置などが影響した事例、ルールや手順の変更に起因した事例、新型コロナ患者受け入れのための病棟再編による慣れない看護や連携不足が関係したと思われる事例など、新型コロナ対応に関連した事例を紹介しました。

様々な事例を提示した坂口先生は、それらからみえてきたものについて次のように述べました。

「慣れない人、余裕のない状況などによって起こったことは、普段からあるリスクが表面化したものだと思います。ですから、医療事故やヒヤリ・ハット事例を数多く検証し、そこにあるピットフォールをあぶり出し、それに対する注意点を医療者で確認・共有し、教育することが大切ではないかと思います」

そして、コロナ禍で発生した事例の数々が学びと

*1 企業が自然災害、大火災、テロ攻撃などの緊急事態に遭遇した場合に、損害を最小限に留め、事業の継続・早期復旧のために、平常時に行う活動や緊急時の対応などを取り決めておく計画のこと。



講演講師
公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部長
坂口美佐先生

なり、今後別の感染症に遭遇したときには、それが応用できるのではないかと示唆しました。

参加者それぞれが実体験を持ち寄り グループワークにより検証

グループワークは、講演を挟み午前と午後に分けて行われました。14名の参加者が2つのグループに分かれテーマに沿って話し合うもので、グループワーク後に両グループがその結果を発表し、全員で内容を共有するかたちで進められました。

午前のグループワーク①では、山内桂子委員（東京海上日動メディカルサービスメディカルリスクマネジメント室）を座長に、「コロナ禍で出来た事、出来なかった事、工夫した事」をテーマにコロナ禍の振り返りが行われました。

各グループの参加者たちは、自施設の状況や医療安全管理者としての活動についてエピソードを交えながら話していました。同じような問題点を抱えるケースも多く、それぞれの経験や対応を照らし合わせている様子もみられました。

午後には、亀森康子委員（自治医科大学附属さいたま医療センター医療安全・渉外対策部）を座長としてグループワーク②を行いました。テーマは「3年間の経験で学んだことから次に活かせる事」。将来への展望が話し合われました。

グループワーク②の後の全体発表では、入り乱れる情報を取捨選択し、確実に必要な情報をスタッフの隅々まで伝えることが求められるなか、医療安全部門の果たす役割が大きいことを確認したという意見がありました。そして、そのルールを浸透させることが、今後さらに重要であるとなりました。

また、ルールが遵守されていなかったり、病棟にローカルルールがあるなど、病棟再編によって明ら



当日メイン配信会場に集まった会議メンバーの皆さん

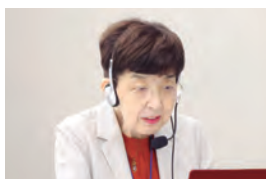
かになった事柄を挙げ、コロナ禍に限ったリスクは意外に少ないのではないかという意見が多くを占めていたようでした。

一方で、コロナ禍に学生時代を過ごした看護師に対する教育について問題視する声が少なからずありました。対面教育や臨地実習が制限され、通常とは異なる環境下で教育を受けた世代に対する懸念や、今後どのような教育を構築・提供するべきかということが話題に上りました。

最後に、嶋森好子さん（岩手医科大学名誉教授・ニプロ株式会社社外取締役）が医療安全管理者へメッセージを送りました。

「新型コロナウイルスが発生し最初こそ混乱したと思いますが、国内の医療機関にはすでに医療安全管理体制が敷かれていたおかげで、3年の間に立て直しながらコロナ禍での医療安全に対応できたのだと思います。この会議でそれを振り返り、感染対策も含めて整理し、次世代に引き継ぐことは大きな意味のあること。医療安全管理者が身に付けてきたノウハウを生かし、未知のことにも対応できる人材を育てていくことに期待しています」（嶋森さん）

最後に松村泰志委員（大阪医療センター院長）が「コロナ禍での皆さんの体験を総括しアセスメントすることで、新たな学びや発見を得ることができました」と参加者への敬意を表し閉会となりました。



写真左：山内桂子委員

写真右：塩津昭子委員（大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院HQM推進センター）



写真上：嶋森好子さん
写真右：松村泰志委員



*2 医療機関から収集した医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例を分析し、医療機関や国民に提供することで医療安全対策の推進を図り、医療事故の発生予防・再発防止に結びつけることを目的とする。



臨床での対応力を高めよう！

症例から学ぶ アセスメントのコツ

水戸済生会総合病院
看護師特定行為研修室長
株式会社ラプタープロジェクト代表

青柳智和 先生

臨床で出合った疑問「？」や予想外の結果「!？」を、ついそのままにいませんか。そんなときの確かなアセスメントができたなら、今よりも一歩進んだ対応が可能になります。さまざまな症例を通して、看護師が身につけておきたいアセスメントのコツを解説していきます。

今回の 症例

発熱と意識障害、項部硬直が出現！髄膜炎を疑って腰椎穿刺かと思ったら…？

患者像

75歳男性。約50年前に結核で左上葉切除、5年前に狭心症で経皮的冠動脈インターベンション（ステント留置）を施行。現在は、抗血小板薬、硝酸薬、Ca拮抗薬を内服中。転倒して左大腿骨転子下を骨折して入院。全身麻酔（局所麻酔併用）による骨接合

術を行った。手術にトラブルはなかったが、術後のADLの拡大が不十分で、リハビリテーションの介入以外はほぼ寝たきりの状態である。意思の疎通は取れるものの、動作は緩慢で食事はほぼ摂取できていない。昨日（術後7病日目）から経腸栄養を開始した。

何が起こったか

術後7病日目の夕方、シバリング（身体震いなどにより体温調節を行おうとする生理現象）が出現し、39.7℃の発熱を認めました。看護師が声をかけると、「ここは……？ わかりません……。へへへ」と会話はできるものの、見当識は失われている様子でした。呼吸数は24回/分、脈拍 112回/分、血圧は、

133/67（87）mmHg。SpO₂が90%と低下を認めたため、予測指示に従って酸素を3L/分（カヌー）投与したところ、速やかに97%まで上昇を認めました。異常な身体所見としては、肺野全体で水泡音が聴取でき、さらに、項部硬直、持続開口（閉口障害）がみられました。



この症例をどう考えるか

あなたなら、この状況をどのように医師に報告しますか？「〇〇さんですが、熱があり体が震えています」と報告しても、医師は何の疾患か類推できず、即座に次のアクションを起こすのは難しいでしょう。本来であれば、何の熱なのかを報告できるのが理想ですが、それは難しいですね。

考え方としては、まず、発熱が必ずしも感染症とは限らないということ。ただし、感染症であった場合はその後敗血症に移行する可能性があるため、常に感染症を念頭に置いておく必要があります。また、気になる所見として、水泡音と項部硬直があります。水泡音をきたす発熱には肺炎があり、項部硬直をきたす発熱には髄膜炎があります。この患者さんはどちらかになるのでしょうか。

高齢者の術後ということを考えると、肺炎とす

るのは矛盾がありません。そのうえで、両側から水泡音が聞こえることを考えると、心原性肺水腫は否定はしておきたいところです。また、髄膜炎の可能性はありますが、入院中の髄膜炎は頻度としては高くはありません。ということで、結果として、この患者さんは肺炎（図）および尿路感染症という診断がつきました。では、なぜ首が堅くなっていたのでしょうか？

図 症例患者さんの肺野（X線画像）





プロフィール●あおやぎ・ともかず

水戸済生会総合病院や近森会近森病院などでICU、ER、手術室、一般病棟、RRT（ラビッド・レスポンス・チーム）、PICC（末梢挿入中心静脈カテーテル）チーム、看護師特定行為研修制の創設を経験。2006年から行っている臨床で必要とされる基礎看護教育のセミナー「出直し看護塾」のべ9万人を動員。診療看護師。看護学修士。医学博士。

青柳智和のYoutubeチャンネルのご紹介

臨床に役立つアセスメントのコツを10分程度の動画で紹介しています。今回は、進行性核上性麻痺患者における嚥下障害の特徴と対策を紹介・解説します。ぜひご覧ください。



アセスメントのコツ

●目の前だけに捉われず広い視点で考えよう

この症例からの学びは、一本釣りをしない、すなわち最初から一つの疾患に決めつけないということと、いつも通りに考えるということです。高齢者の術後ですから、肺炎であってもおかしくはありませんが、項部硬直はその症状としては合いません。髄膜炎であれば、発熱、意識障害、項部硬直は現れますが、頻度や発症機転が合いません。そして、通常は何のきっかけもなく髄膜炎にはなりません。

いやいや、足の手術なので腰椎穿刺（脊椎麻酔）をしているんじゃないの？ と思った方は相当アセスメント能力が高い人です。実はこの患者さん、術前の麻酔科医の診察で項部硬直が指摘されており、脊椎麻酔や硬膜外麻酔は行わず、全身麻酔と局所麻酔で麻酔管理を行うという方針で手術が行われました。つまり、項部硬直は術前からあったもので、今回の発熱と同時に出てきたものではなかったのです。

項部硬直をきたす疾患としては、くも膜下出血や髄膜炎がありますが、そのほかにも変性疾患としてパーキンソン病や進行性核上性麻痺があります。この患者さんは、入院時に診断はついていませんでしたが、嚥下障害や筋強固があったため、その後進行性核上性麻痺と診断されました。嚥下障害¹⁾とそれ

に伴う誤嚥性肺炎も矛盾はないという判断でした。

●患者さんの真の状態を見抜けるようになる

この患者さんは、単純に考えれば「左大腿骨転子下骨折の術後」です。しかし、真実の姿は「進行性核上性麻痺による運動障害を伴う左大腿骨転子下骨折の術後」となります。前者は問題なくリハビリが進みますが、後者は難渋します。患者さんの病態を正しく理解し、きたしうる合併症を待ち伏せ、予防する、あるいは早めに対処するというのが真のアセスメントです。熱が出たから抗菌薬、歩けないからリハビリという対処療法ではなく、患者さんの状態を正確に見抜く力が私たちには求められています。例えば、高齢者が転倒しても不思議には思わないと思います。しかし、実際には転倒するにも理由があるのです。単純な筋力低下ではないかもしれません。整形外科の術後なので神経診察は不要と考える人も多いかと思いますが、「そもそもなぜ転んだのか」と考える余裕が生まれれば、医療がもっと楽しく感じられるかもしれません。

付け加えると、進行性核上性麻痺は治療が困難です。しかし、MRIによって診断はできます。根本的な治療が難しかったとしても、対処する相手がわかればやりようはありますよね。看護師としてできることを考えたいものです。



参考資料 | 1) 市原典子：進行性核上性麻痺患者における嚥下障害の特徴と対策.医療. 2005 ; 59(9). 491-496

心のモヤモヤを
スッキリ解決!

ナースの ストレス攻略術

vol.17

解説

ベスリクリニック
看護師・保健師・心理相談員
田中智恵子さん



今回のストレス

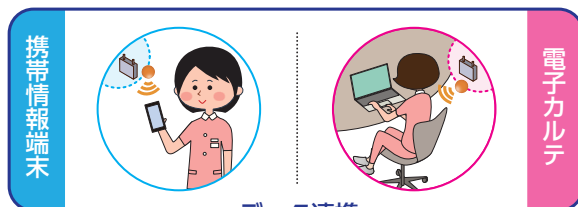
新しい職場のやり方が前の職場と違います。
モヤモヤやイライラをどうしたらよいでしょう？

異動したときや他部署に応援に行ったとき、自分の慣れ親しんだ職場とは違った業務のやり方に遭遇することはあるでしょう。そんなとき、「なぜこんなやり方をしているのか」「自分の（経験した）職場のほうがよい」などと言ってしまつと、場の雰囲気を壊してしまうことになりかねません。あなたにとっては、違和感に感じるやり方や価値観でも、働いている人たちにとっては「慣れ親しんできたもの」であることに変わりはないのです。しかし一方で、あなたの感じる違和感は、業務改善という面では新しい風になり、とても重要な視点に違いありません。

では、どのようにしたらよいのでしょうか。ある業務につ

いて「やり方が違う」「間違っている」と思ったとしたら、一方的に主張せず、まずは一緒にやってみましょう。または、そのような方法になった理由を聞いてみましょう。そのうえで、あなたの経験に基づいて、改善策を提案してみてください。改善策は、具体的でなるべく簡単な方法であることが重要です。取り入れることで、それまでのやり方が整理され手間が省ける、看護の質が高まるなどメリットも併せて示すとよいでしょう。大切なことは、一気に変えるのではなく、少しずつ行動に変化を起し、みんなに喜んでもらえる結果につなげることです。それによって、きっとあなたの心もハッピーになるでしょう。

まずはやってみてから、改善策の提案を。
変化を急がず、みんなが喜ぶ結果を目指しましょう。



※一部対応中の内容を含みます。Cocoron は WindowsOS に未対応です。

HN LINE とは？

HN LINE は、離れた場所でも無線通信によって「医療機器情報」を速やかにかつ正確に共有することで患者さんの QOL の向上とリスク管理を行い看護業務の効率化を図り、働き方改革のお手伝いを致します。



この広告に関してのお問い合わせ先

資料請求先 ニプロ株式会社 大阪府摂津市千里丘新町3番26号

2024年1月作製