C-46

CICU 開設激動の１年～やりがいのある病棟づくりをめざして～

[1]平塚共済病院　心臓センター　CICU

芝岡　多美子[1]、上嶋　絹恵[1]

【目的】当院は 2004 年４月より、特定集中管理料の施設基準を取得し、CICU として独立した。この開設１年は CICU として機能する事と、スタッフがやりがいのもてる病棟作りを目指し取り組んだ。思考錯誤の 1 年の稼動状況と病棟作りについて紹介する。【方法】16 人の看護要員が確保され、看護基準 2:1、3 人夜勤２交代を実施している。医療機器も整備され重症患者の集中ケアに専念できるようになった。基準取得を活かし職員が前向きに取り組めるよう支援した。【稼動の実際】年間平均病床利用率は 100．7%、1 日平均在室患者数は 5.1 人、ほぼ順調に稼動している。「気持ちよく患者様を受け入れる」姿勢を徹底。スタッフは１人１人が大事なメンバーであることを意識的に伝えた。院内委員会委員を活用し病棟とリンクさせ病棟基盤作りに力を発揮させた。委員が中心となり学習会の企画運営、業務手順作成等積極的に取り組んだ。学習意欲は高まり、学習会は年間３０回開催、院外の学会やセミナー参加者は述 60 人、学会発表・研究会報告は６題に及んだ。３月には１年間の成果をポスターにまとめ共有、院内職員にもアピールした。目標管理は個々のキャリア支援を意識して関わった。【総括】やりがいのある病棟作りのポイントは「よい医療を提供したいという医療者間の目的の一致、看護実践を真摯に振り返る雰囲気、個人のキャリア支援も意識した目標管理、役割の委譲とサポート、忙しいだけではなく充実感を味わえる支援などが重要と実感する。今後は専門性を高め、より機能が発揮できるよう努めたい。

C-47

高周波カテーテル・アブレーションにおける現状の把握と今後の課題

[1]滋賀県立成人病センター　看護部　外来

中川　祐介[1]、西本　加月香[1]、今井　民子[1]、宍戸　尚美[1]、柴田　美喜[1]、小早川　香樹[1]、島口　佳代子[1]

【目的】高周波カテーテル・アブレーション（以下 RFCA）は不整脈の治療方法として有効性が確立されてきており、当院では昨年度より件数が増加している。今回 RFCA が患者にどのような影響を及ぼしているのかを把握するために、治療の特殊性や現状を分析し、今後の課題を検討したので報告する。【方法】2004 年 4 月～2005 年 3 月までの 106 件カルテより、情報収集し現状分析を行った。【結果】1.対象年齢の平均は 50.5 歳、年齢幅は 12 歳～84 歳。2.治療対象疾患を分類すると 21 種におよび、Af,AFL が約 40%を占めた。3.平均検査治療時間（両心造影、冠状動脈造影を含む）は 5 時間 29 分だった。平均時間を越える症例の 62%は Af を含む疾患であった。4.RFCA 症例のうち鎮静剤、鎮痛剤使用した患者は 78%であった。5.RFCA 中患者の訴えの 72%は「痛み」であり、その中でも「腰痛」「疼痛」「胸痛」「穿刺部痛」の順で多かった。6.全症例のうち 3.3%にタンポナーデが見られ、全例 Af であった。【結論】1. 治療対象疾患は多種多様であり、対象年齢も幅広いことから対象疾患の理解や、患者個々に応じた看護が必要である。2.RFCA には鎮静剤、鎮痛剤使用が重要である。しかし苦痛のコントロールには薬剤だけでなく看護師によるかかわりが必須であり、苦痛の緩和について検討していくことが今後の課題となった。3. Af の症例ではタンポナーデを合併することも念頭に置き、十分な対応が行えるようにする。

C-48

冠危険因子としての睡眠時無呼吸症候群

[1]宇和島社会保険病院　看護局、[2]宇和島社会保険病院　循環器科
若山　かおり[1]、浜浦　富美[1]、佐々木　修[2]、林　豊[2]

【はじめに】内科混合病棟に勤務していると、睡眠中に一過性の呼吸停止を認める患者をしばしば見かける。その中には睡眠時無呼吸症候群（SAS）が含まれていると考えられるが、SAS は心血管疾患を合併することが多いといわれている。【目的】SAS が冠危険因子かどうかを明らかにするために、SAS と虚血性心疾患（IHD）の関連につき検討した。【方法】対象は、心臓カテーテル検査と睡眠呼吸検査を同時期に施行した 493 例（女性 208 例、平均年齢 67±10 歳）。アプノモニターを用い、無呼吸低呼吸指数 10 以上で SAS と診断した。IHD 群（234 例）と non-IHD 群に分類し比較検討した。【結果】全症例のうち 188 例（38%）に SAS を認めた。IHD 群は non-IHD 群に比較して有意に高齢であったが、高齢者（65 歳以上）の比率は差がなかった。IHD 群で男性が多く、喫煙歴も高かった。さらに、高血圧症、高脂血症、糖尿病、SAS（45 vs. 32%、$p<0.005$）の合併率も高かった。IHD の有無に関して、高齢者、性別（男性）、肥満（肥満指数≧25 kg/m^2）、高血圧症、高脂血症、糖尿病、喫煙歴、SAS を説明因子として多変量ロジスティック回帰分析を行うと、高脂血症が最も主要な説明因子であった（オッズ比＝2.27、$p<0.0001$）。SAS は、喫煙、高齢者、糖尿病と共に IHD の有意な説明因子であった（オッズ比＝1.57、$p=0.0292$）。【総括】SAS は従来の危険因子と同様の重要な冠危険因子であると考えられた。【おわりに】病棟勤務者の注意深い観察が、SAS の適切な診断・治療に結びつけば、心血管疾患の発症率減少に貢献できるかもしれない。

C-49

症状別に見た下肢閉塞性動脈硬化症の受診経緯と患者背景

[1]関西労災病院　看護部

川上　裕子[1]、別役　美代子[1]、福中　真由美[1]、原　智子[1]、飯田　修[1]、南都　伸介[1]

目的：当院における下肢閉塞性動脈硬化症（以下 PAD）の受診経緯、患者背景につき症状別に調査し問題点を考察する。対象：2001 年 1 月から 2005 年 3 月まで当院循環器科で血管造影検査で PAD と診断された 258 例。方法：フォンテイン分類 1,2（203 例）とフォンテイン分類 3,4（55 例）の 2 群に分類し、専門外来（循環器科、血管外科）受診前の通院加療科を確認した上で、(1)PAD 危険因子の有無　（性別、年齢、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、糖尿病、喫煙）(2)自覚症状出現から血管造影検査に至るまでの期間 (3)動脈硬化性疾患の有無　（冠動脈疾患、脳梗塞）(4)慢性維持透析の有無を調査した。結果：フォンテイン分類 1,2 対フォンテイン分類 3,4 で示す。専門外来受診前の通院加療科：もともと循環器科にかかっていた患者が 31.8%対 16.7%（P=0.04）、透析病院 5.7%対 18.0%（P=0.005）、整形外科 22.9%対 10.4%（P=0.05）、皮膚科 2.1%対 16.7%（P<0.0001）、(1)高脂血症：59.9%対 38.5%(P=0.005)、その他危険因子は有意差認めない。(2)20.8±29.7 ヶ月対 24.3±60.0 ヶ月　(n.s)（3）冠動脈疾患：56.0%対 52.8%（n.s）脳梗塞：20.3%対 28.0%（n.s）(4)10.2%対 35.3%（P<0.0001）結論：フォンテイン 1,2 の症例は整形外科での加療患者、フォンテイン 3,4 の症例では、慢性維持透析症例が多く、透析病院、皮膚科からの紹介が多かった。しかし 2 群において専門外来受診に至るまでの期間に有意差は認められなかった。まとめ：慢性維持透析患者は重症虚血肢が多く、医療者、患者と家族に対し PAD の知識の提供をしていく必要がある。

C-50

下肢閉塞性動脈硬化症の発症から経皮的血管形成術に至るまでの経緯

[1]関西労災病院　看護部、[2]関西労災病院 循環器科

原　智子[1]、飯田　修[2]、南都　　伸介[2]、川上　裕子[1]、福中　真由美[1]

【背景】近年、動脈硬化性疾患は増加傾向にある。動脈硬化性疾患の一つである下肢閉塞性動脈硬化症(以下 PAD)は初発症状が下肢に出るため、他の動脈硬化性疾患と比べ受診行動に至るまでに時間を要したり、循環器科以外の科を受診し他科で経過観察されている事が多い。【目的】PAD 患者の受診経緯について調査し、その問題点を明らかにする。【対象】2001 年 1 月から 2005 年 3 月までに当院循環器科において、血管造影検査で PAD と診断された 258 例(男性：200 例、女性：58 例)。【方法】循環器科受診までに経由した科を確認した上で、専門外来受診までに他科受診のない群(直接群)、専門外来受診までに他科を経由した群(間接群)に分類した。(1)自覚症状出現から循環器科受診までの期間(2)フォンテイン分類(1/2/3/4)(3)PAD 危険因子(性別・年齢・高血圧・高脂血症・高尿酸血症・糖尿病・喫煙)(4)初診時 ABI(両肢のうち低値)を調査し、2 群で比較した。【結果】受診科を確認できた対象は 240 例。そのうち直接群は 69 例、間接群は 171 例であった。間接群において経由した科の内訳は内科 79 例、整形外科 49 例、透析病院 18 例、皮膚科 11 例、形成 3 例、外科 1 例であった。以下直接群対間接群で示す。(1)10.5 ± 20.4 対 25.7 ± 41.9(P=0.007)(2)10.1%/78.3%/8.7%/2.9% 対 12.3%/64.3%/8.2%/15.2%(P=0.05)(3)危険因子に関しては両群間に有意差なし。(4)0.64±0.22 対 0.58±0.25(n.s)【結論】他科受診群では治療に至るまでの期間が長く、自覚症状も進行していた。PAD 予備軍患者に対する啓蒙の重要性が示唆された。

C-51

効果的なAMI患者の退院指導の検討　～集団指導を取り入れて～

[1]財団法人　星総合病院　心臓病センター

石井　志保[1]、生田目　妙子[1]、佐久間　浩樹[1]、渡邉　直彦[1]、木島　幹博[1]

【目的】当院では、主にAMI患者に対し入院２日目でCCUで退院指導を行なっている。しかし一般病棟で指導内容の理解度を確認すると「覚えていない」という声が多く聞かれたため、入院生活の中で患者の知識の確認と今後の生活における再指導の必要性を感じ、昨年より一般病棟で薬剤師、栄養士による個別指導を行なっている。しかしAMI患者に限らず、OMI・AP等の冠動脈疾患患者に対しても再発予防等のため退院指導必要性を感じた。そこで現在行なわれている個人指導に加え、より効果的な指導として集団指導を取り入れ、患者が日常生活を振り返る機会となり、行動変容のきっかけとなったか等について比較検討し効果的な退院指導を検討する。【方法】対象：A群・平成17年1月～4月に入院されたAMI患者、B群・平成17年5月～7月に入院されたAMI患者、PCIを必要とされた患者。方法：A群の患者に対し薬剤師・栄養士・看護師による個別指導を行なう。B群に患者に対し薬剤師・栄養士・看護師による集団指導を行なう。退院後、指導が有効的に生活に取り入られたか等についてアンケート調査を実施し、分析をする。【結果】【結論】後日報告する。

C-52

当施設における冠動脈疾患患者の指導現況と問題-理想的な指導様式-

[1]医療法人　高清会　高井病院

吉岡　弘子[1]、符川　英里[1]、城　阿美[1]、山田　真由美[1]、三浦　日登美[1]、廣尾　操[1]

【目的】当施設では現在月間 150 例のＣＡＧを行っている．平均在院日数２～３日の短期間で患者指導のあり方について日々模索している．そこで今回，患者及び家族を対象としたアンケート調査を実施し，患者指導の現況と問題点を検討する.【方法】対象は 2005 年１月～４月に入院した患者でＣＡＧもしくはＰＣＩの治療歴がある患者９０名，家族９０名．過去に受けた指導に対する印象，指導を受ける時期への希望,指導のスタイルなど２０項目の質問用紙によるアンケート調査.【結果】1.指導を受けるスタイルについては『患者本人』だけで受けたい 7.6%,『家族も同席』して受けたい 85%,『同疾患患者数人』で受けたい 1%だった．2.指導を受ける時期は『入院中』を希望するものが 15.3%,『外来通院中』が 4.3%,『入院中と外来通院中』が 71.4%だった．3.疾患を管理するのは『患者本人』と考えている者は 59.3%,『患者家族』と考えている者は 14.2%,『患者と医療者』,『患者と家族』と考えている者はいずれも 6.5%だった.【結論】患者が疾患を自分で管理していくという認識を持ち，更に家族からの支援も期待している.また，入院中だけでなく，外来通院中も継続した指導が望まれている.

C-53

心臓カテーテル検査を受ける患者様の教育法

[1]大道中央病院　病棟看護師

屋島　惠実[1]、垣花　叶[1]、玉城　成裕[1]、中神　秀美[1]、仲田　栄寿[1]、比嘉　歩[1]

【目的】当院では現在まで心臓カテーテル検査および治療後の安静時間や包交時間を患者様に口頭で説明してきました。しかし安静を守られず穿刺部出血した例もありました。せこで心臓カテーテルの患者様用パンフレットを作成することで患者様の理解と協力を得て、かつ安全に退院後までの援助をする。【対象】平成１７年４月から平成１７年１１月までの心臓カテーテル検査および治療を受ける患者様【方法】心臓カテーテル検査の患者様用パンフレットを作成し検査、治療後から退院後までの一連の流れや目的、その説明を記載し又患者様と口頭での説明をする患者様との２群に分け両者にアンケートをとり比較検討する。

C-54

心臓カテーテル検査後の安静による苦痛への理解

[1]東京警察病院　A 棟 7 階、[2]東京警察病院　循環器センター
小森谷　有子[1]、佐藤　志津子[1]、堤　基代子[1]、森下　寿美[1]、椎原　大介[2]、湊　久利[2]、新田　宗也[2]、野崎　みほ[2]、笠尾　昌史[2]、白井　徹郎[2]

【背景・目的】心臓カテーテル検査（以下、CAG）は冠動脈疾患の診断において不可欠である。CAG 後の安静時間は短縮傾向にあるが、その中でも苦痛を訴える患者が多くいる。そこで、患者の状態と看護ケアの関連性を明確にし、より良い看護の提供を図るため、患者が体験している苦痛とは何かを明らかにし、さらに患者の苦痛を適切に理解しているのかを明らかにする。【研究方法】CAG 後患者の苦痛項目を抽出し、各々の苦痛項目の程度を３段階のスケールで表す質問紙による調査を２回以上 CAG 経験のある患者５０名に実施した。看護師に対しては、病棟看護師２０名に CAG 後の安静を想定してもらい同様の調査を行った。【結果】患者の調査結果では「排泄」「睡眠」、看護師の調査結果では「食事」「排泄」「移動」の項目で苦痛を強く感じていた。また、穿刺部位により苦痛の差があり、ほぼ全員が大腿動脈からの検査での検査後の安静による苦痛を生じていた。【考察】全般的に患者に比較し看護師の方が苦痛を強く認識していることが推測された。看護師は多くの患者の看護をしていることから、苦痛を訴えた患者を想定して評価したためと考えられる。患者と看護師が苦痛と認識している項目は類似しており認識の差がほとんどないと言えるが、中には患者よりも低く認識している項目もあり看護師はさらに患者苦痛を適確に認識する必要がある。【結論】看護師は患者の苦痛をほとんど理解していたが、患者よりも低く認識していたりまたは過大評価している部分もあった。

C-55

心カテ入院患者への看護の見直し～患者満足度調査を行って～

[1]石川県立中央病院

倉下　陽子[1]、高沢　真美[1]、清水　シズ子[1]、柴田　由美子[1]、寺井　加寿美[1]

当病棟において心臓カテーテル検査及び治療（以下心カテとする）目的の入院は年間約 600～800 件であり、その入院期間は１泊２日から１週間以内と短く、看護業務は繁雑化している。平成 11 年よりクリティカルパスを導入しているが、患者からの評価は行っておらず医療や看護に対する満足度は不明である。そこで今回、短期入院患者に対して満足度調査を行い、現状を見直し今後の課題点を明確にすることで患者の求める看護援助を見出せるのではないかと考え研究に取り組んだ。＜対象・方法＞平成 16 年７月～12 月に当病棟において心カテ及びＰＣＩを受けた患者 70 名に対し、無記名方式でのアンケート調査を実施した。＜結果・考察＞すべての項目において肯定的な意見が得られた。また性別、年齢、心カテ回数・結果別に t 検定を行なったが有意差はみられなかった。退院指導に対しては項目にばらつきはあるがほぼすべての患者が説明をうけていた。以上の結果より患者のニーズは満たされており満足は得られていると考える。しかし心疾患では予防教育が重要であり、さらに充実した退院指導を行なうために今後指導方法を統一していくことが必要である。

C-56

CICUにおける術後せん妄予防を目指した看護ー根拠にもとづく看護実践ー

[1]国家公務員共済組合連合会　平塚共済病院　看護部

生川　潤[1]

【目的】術後せん妄の予防のための看護に根拠を持つことで、効果的なケアができると考えた。この活動の有用性を報告する。【方法】１．期間平成１６年７月～１０月２．心臓血管外科手術を受けた患者９名に対し、ニーチャム混乱・錯乱スケールを用いて術後せん妄の発症予測を行う。３．独自に作成した看護ケア表にせん妄予防のために行った援助内容を記録。（看護ケア表とは、せん妄の発症要因に着目した看護援助の視点として、環境の調整、感覚障害の期間を長引かせない、全身状態のバランスを保つ、活動と休息のバランス・睡眠を調整する、拘束をとる、の５項目からなり、それぞれ具体的な援助方法を示した用紙）これらについて、全スタッフに説明し実施した。【結果】ニーチャム混乱・錯乱スケールの評価結果から８名がせん妄発症の危険性が高いと示唆されたが、せん妄症状の発症はみられなかった。残りの１名に関しても、不整脈の出現によりスコアの悪化がみられたが、せん妄を発症することはなかった。看護ケア表の記録から、適切な照明に環境を調整すること、患者に日付や時間について情報を提供し、感覚障害の期間を長引かせない看護援助が多く実施されていた。また、ライン類を早期に抜去する働きかけを行うなど、早期離床への看護が積極的に行われていた。【結論】看護ケア表を作成し用いたことで、せん妄予防のための看護の必要性をスタッフ個々が理解し、根拠に基づいた看護の実践につながったと考えられた。

C-57

当院での電子カルテ導入後における心カテ看護業務の問題および対策

[1] 東邦大学医療センター大森病院　看護部、[2] 東邦大学医療センター大森病院　臨床工学部、[3] 東邦大学医療センター大森病院　心血管インターベンション室

佐藤　久江[1]、江口　裕美子[1]、田村　清美[1]、畑中　晃子[1]、田中　雅博[2]、山下　稔晴[2]、我妻　賢司[3]

当院では 2000 年 12 月より診療業務の一部オーダリングを開始し、2003 年４月にはほぼ全てのオーダー・記録において電子カルテで運用されている。心臓カテーテル部門（以下、心カテ室）も 2003 年 3 月からオーダリングが開始された。但し、心カテオーダーは全体の電子カルテから部門システムとして独立している。 【部門システムの問題点】１）部門システムが、患者入室認証システムとリンクしていないことから、認証の有無に関わらず検査記録・会計入力ができるため患者誤認の危険がある。２）薬品・材料マスターについて；病院全体のマスターと心カテ部門マスターが異なるため、心カテ部門マスターに入っていない薬品・材料がある。３）「心カテ伝票入力」ソフトは、緊急心カテなどで日付を超えると医事課に送信不能になってしまう。４）コンピューター・キーボードに不慣れな看護師は入力時間を要している。【対策】１）について；前室で患者認証、さらに検査室で氏名を確認する。２）について；薬品・材料に対しては電子カルテ管理部門に随時追加依頼をしている。未登録のものは従来の紙伝票による医事課報告をしている。３）について；従来の紙伝票による医事課報告が必要になる。４）定型文を増やし、テンプレートを充実させ、直接入力を少なく出来るようにしている。【結語】電子カルテは業務の効率化に有用であるが修正すべき点があり、完成度を高めていくことが必要と考えられた。一方で患者の状況に応じ個々に対応することにより大きなトラブルなく業務を行うことが可能であった。