

脊損看護 Q&A

I. 排泄管理

1) 排尿管理

Q1：損傷部位に応じた排泄方法について（排尿）/自己導尿の基準

A1：当院で用いている目安的なものです。

残存機能別排尿管理方法

| 神経高位 | (頸椎高位) | 筋力評価 | 排尿管理 | | | |
|------|--------|---------------------|----------|-------|------------|------------|
| C1/2 | (C1) | 僧帽筋、胸鎖乳突筋などの頸部筋 0~3 | 膀胱瘻カテーテル | 失禁性排尿 | | |
| C3 | (C2) | 頸部筋 4~5 横隔膜麻痺 | | | | |
| C4 | (C3) | 横隔膜 OK(呼吸十分) | | | | |
| C5 | (C3/4) | A 上腕二頭筋 1~3 | 膀胱瘻カテーテル | 失禁性排尿 | 自己導尿可能(男性) | 自己導尿可能(女性) |
| | | B 上腕二頭筋 4~5 | | | | |
| C6 | (C4/5) | A 手根伸筋 1~3 | 膀胱瘻カテーテル | 失禁性排尿 | 自己導尿可能(男性) | 自己導尿可能(女性) |
| | | B 手根伸筋 4~5 | | | | |
| C7 | (C5/6) | A 上腕三頭筋 1~3 | 膀胱瘻カテーテル | 失禁性排尿 | 自己導尿可能(男性) | 自己導尿可能(女性) |
| | | B 上腕三頭筋 4~5 | | | | |
| C8 | (C6/7) | A 指屈筋 1~3 | 膀胱瘻カテーテル | 失禁性排尿 | 自己導尿可能(男性) | 自己導尿可能(女性) |
| | | B 指屈筋 4~5 | | | | |
| T1 | (C7) | 肋間筋4~5 | | | | |

残存機能だけで判断せず退院後の環境やQOLを考慮し選択

Q2：自己導尿指導、自己導尿開始のタイミング

A2：女性の頸髄損傷者の場合、体位調整のストレスを考え、ポジショニングがとれやすい更衣動作が可能になってから行っています。胸腰髄損傷の場合は移乗動作が可能になってからのタイミングで実施します。

男性の場合は座位バランスが保持できるようになってから行います。

両者ともに装具装着による可動域の制限がある場合、尿道口確認が困難なため、装具除去後であることも必要です。また本人の障害受容、自己導尿の同意、意欲の確認も重要です。

Q3：排尿自己導尿時の延長チューブの使用について、どのような製品を使用していますか。

A3：延長チューブはホームセンター等で購入が可能なホースです。カテーテルの

サイズに合ったものを作業療法士で準備しており、患者さんが退院後に購入が可能なようにサイズをお知らせしています。1m30円くらいです。



Q4：排尿が自力でできない患者には、介助導尿か、バルンカテーテル留置のどちらの方が良いのでしょうか。

A4：長期間の尿道カテーテル留置は感染や尿道のトラブルのリスクがあるため、可能であれば介助による間欠導尿が望ましいです。しかし、介助が不可能な場合は、尿道に関する合併症の頻度が低い膀胱瘻カテーテル留置を選択することもあります。

Q5：膀胱瘻について

A5：自己導尿が不可能で介助者がいなければ膀胱瘻管理がよいと考えます。

それぞれ以下のような特徴があります。

長所 ・ 管理が容易で介助者の負担が少ない

- ・ 排尿管理の自立性が高い
- ・ 造設手技が比較的容易で低侵襲
- ・ 可逆的である

短所 ・ 定期的なカテーテル交換が必要

- ・ カテーテルトラブル及びそれによる自律神経過緊張反射の危険性
- ・ 尿路感染および結石形成の危険性が高い
- ・ 膀胱がん発生の危険性がある

Q6：尿路感染に対して、本人・家族の指導方法についてどのように取り組んでいますか。

A6：個々で VUR(膀胱尿管逆流症)を起こさないために、膀胱に貯留できる安全な量が異なるため、下部尿路機能の検査を行い、判断する必要があります。導尿回数、導尿時間、飲水量、飲水時間のコントロールを行えるよう排尿日誌を記載し指導しています。尿路感染を起こした際の尿性状の観察方法、過緊張反射時の対応など、異常を早期発見できるよう指導しています。また、カテーテル留置中の患者には、ウロガードを低い位置に設置し尿の流れを良くすること、ウロガードやカテーテルの接続部を清潔に保つこと（汚染時は交換する）について指導しています。

2) 排便管理

Q1：損傷部位に応じた排泄方法について（排便）

A1：当院で用いている目安的なものです。

残存機能別排便管理方法

| 神経高位 | (頸椎高位) | 筋力評価 | 排便管理 | | | | | |
|------|--------|---------------------|--------|--------------|--------|-------|--------|----|
| C1/2 | (C1) | 僧帽筋、胸鎖乳突筋などの頸部筋 0～3 | ベント上排便 | シャワー キャリー | | | | |
| C3 | (C2) | 頸部筋 4～5 横隔膜麻痺 | | | | | | |
| C4 | (C3) | 横隔膜 OK(呼吸十分) | | | | | | |
| C5 | (C3/4) | A 上腕二頭筋 1～3 | | | | | | |
| | | B 上腕二頭筋 4～5 | | | | | | |
| C6 | (C4/5) | A 手根伸筋 1～3 | | | 高床式トイレ | 座薬挿入器 | 肛門刺激用具 | |
| | | B 手根伸筋 4～5 | | | | | | |
| C7 | (C5/6) | A 上腕三頭筋 1～3 | | | | | | |
| | | B 上腕三頭筋 4～5 | | | | | | |
| C8 | (C6/7) | A 指屈筋 1～3 | | | 洋式トイレ | | | 摘便 |
| | | B 指屈筋 4～5 | | | | | | |
| T1 | (C7) | 肋間筋4～5 | | | | | | |

全介助
 残存機能だけで判断せず退院後の環境やQOLを考慮し選択

Q2：在宅でも継続して行える排便コントロールについて（下剤、便処置の方法など、より便失禁がなくコントロールする方法）

A2：定期的に同じタイミングでの排便習慣をつけます。食後の腸蠕動のタイミングで、トイレ移動可能な場合はトイレへ行き座るようにします。肛門刺激（摘便・ウォッシュレット）、腹部マッサージなど患者さんにあった方法を見つけます。生活様式を見直します。不規則な生活・水分不足・食物繊維不足・腸内環境の乱れ・活動性の低下、生活様式を変えても改善がみられない時は下剤を使って調整します。急性期は大腸刺激性下剤を使用しますが長期連用により依存性や耐性が出現し難治性便秘になることがあるため注意が必要です。当院では1か月経過を目途に胆汁酸トランスポーター阻害剤・膨張性下剤・浸透圧性下剤・上皮機能変容薬等に変更します。個々の状態にあった下剤を選択し、下剤の内服時間、排便頻度の調整を行っています。

Q3：排便管理の選択肢として、人工肛門造設の説明をしている患者の割合

A3：脊髄損傷者全員に、排便管理指導のパンフレット「退院後の排便状態の変化で問題となった時のために」で排便方法の選択肢としてご紹介していますが、入

院中に人工肛門の造設を選択することはありません。可能な限り自然排便に近い方法で侵襲の少ない管理で調整しています。

3) 経肛門的洗腸療法の導入について

Q1：どの損傷レベルの患者が多いのでしょうか。

A1：上肢機能が保たれている胸腰髄損傷者が割合としては多いですが、頸髄損傷者でも他者が行う方法で導入しているケースもあります。

Q2：保険診療となっていますが、患者さんの自己負担はないのでしょうか。

A2：・保険診療の範囲内で、患者さんの保険割合によって変わってきます。しかし経肛門的洗腸療法をしている患者さんは障害者医療証をもたれている方が多く、自己負担額は変わらない事が多いです。

Q3：途中で経肛門的洗腸療法を中止する方はいますか。

A3：当院では導入途中で中止するケースはR2年10月現在ではありません。

Q4：その他、導入における問題点があれば教えてください。

A4：理解力があり手技が獲得できること。

肛門カテーテル挿入には体幹の柔軟性が重要です。

多量の微温湯を使い排泄されるため、できればトイレへの移動が可能な方が良いです。自律神経過緊張反射による血圧の上昇が顕著な方の場合は危険です。

経肛門的洗腸療法
(ペリスティーン®アナ
イリゲーションシステム)



II. 肺合併症予防について

Q1：肺合併症予防のための取り組みについて

A1：1) 早期体位変換・早期リハビリテーション：

頸髄損傷者の場合、手術適応でない患者は、入院当日よりオルソカラーを装着し、体位変換、ギャッチアップを行います。翌日よりリハビリテーションを開始します。手術を実施した患者は、手術直後よりオルソカラーを装着し体位変換が可能

となります。手術後早ければ翌日よりリハビリテーションが開始となります。

2) 排痰法：以下の方法で排痰法を実践します。

(1) 体位ドレナージの実施：痰を中枢気道まで移動させ、痰が貯留している部位を上にした体位をとることが重要です。40～60 度前方へ傾けた状態で、最低 5～15 分間維持します。

(2) スクイーピングの実施：息を吐くときに痰が貯留している場所を介助者の手で圧迫し、換気を補助することで排痰を促す方法です。痰の貯留している部位を 500g 以下の軽い力で、息を吐いたときに合わせて軽く圧迫します

(3) 胸部圧迫法の実施：下部胸部を圧迫し呼気流速を高め排痰を促す方法です。技術を習得する必要があり、院内で教育し実践しています。

(4) ハッフイングの実施：圧迫法に類似している方法です。最大限に息を吸った状態で、“ハー”と一気に吐き出します。息を吐くときに介助者は両手で腹部を圧迫します。

スクイーピング



Ⅲ. 摂食嚥下について

Q1：誤嚥を予防しながら不快に感じないトロミの付け方 [解説動画はこちら](#)

A1：「水分トロミの濃度に関しては、必ず嚥下評価を参考にして、濃度を統一する。」が最も大事です。また、トロミ粉も多数の種類があります。商品の統一も加えてお願いします。看護師個々の判断で、トロミの濃度が変わる事は絶対に避けてください。また、見かけと実際は、かなり違いますので、やはり、嚥下評価が必要となります。日本摂食嚥下リハビリテーション学会がトロミの濃度に関して、指針を出されていますので是非参考にしてください。

<https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2013-manual.pdf>

| トロミの程度 | | | |
|----------------------------|-------------|----------|---------|
| とろみの強さ | ++++ | +++ | ++ |
| かたさの目安 (N/m ²) | ～200 | 200～400 | 400～700 |
| とろみのイメージ | フレンチドレッシング状 | とんかつソース状 | ケチャップ状 |

トロミ弱 ⇒⇒ 100mlに対して青スプーン1杯 (1g)
上の表の【+】に近い

トロミ強 ⇒⇒ 100mlに対して赤スプーン1杯 (2g)
上の表の【++】に近い

Q2：自分で飲水が困難な人への対処方法、水分バランスの維持・管理について

A2：食事中は、オーバーテーブルにリハビリテーション部で作成したクリップを設置し、患者さんの口元にストローをあわせると自己で摂取できます。

また、長いストローを購入して頂き、ペットボトルに挿して、患者さんの口元に合わせたりすることもあります。

臥床中は、その都度看護師介助にてお茶を飲用することもあります。上肢の可動域に応じて可能な場合は、ゴム製のストローを手に巻き付けて飲水したいときに自由に飲水できる方法もあります。



Q3：高齢患者が増えており嚥下障害を合併している方も多く、看護師の視点での必要なアセスメントについて

A3：・病歴、既往歴（摂食嚥下障害に直接関係する疾患があるかもしれません。）

- ・薬歴（摂食嚥下障害に関係する内服薬があるかもしれません。）
- ・食習慣、食事形態、食事量（偏った食事や、硬いものを避けるといった傾向が見えてくるかもしれません。）
- ・歯の問題、義歯の有無（高齢者の方々は比較的、義歯を持たれている方が多くいます。入院した際に、義歯未装着のまま入院生活を送ると、義歯が合わなくなり、また、義歯の合わないまま長年過ごされている方もいます。義歯は食形態を決定する上で、必要な物になります。）
- ・飲水量、トイレの回数、活動性、検査データ（脱水症の早期発見）
- ・体重減少の有無、検査データ（低栄養の有無）
- ・肺炎の有無
- ・喀痰の増加や発熱、呼吸器症状の場合、誤嚥のエピソード確認（誤嚥性肺炎のリスク）

この中で、高齢者患者の多くは脱水症を発症しやすい状況です。トイレの回数を減らすために水分を控える傾向が多いため、水分励行の声掛けが必要になります。

IV. 褥瘡予防・スキンケア

Q1：患者への褥瘡予防教育について [解説動画はこちら](#)

A1：褥瘡対策患者（家族）指導基準に沿って、患者（家族）指導・教育を実施しています。

1) 褥瘡対策患者（家族）指導基準の内容

- ▶ 対象者
- ▶ 指導実施日
- ▶ 実施基準（指導実施の時機/パンフレットの項目・指導の視点・看護ケア）
- ▶ 実施手順

褥瘡対策患者（家族）指導パンフレットを使用し、患者（家族）指導を行っています。また、車いすシーティングを用いた車いす乗車時の褥瘡予防の指導・教育を行っています。

2) パンフレット内容

(1) 褥瘡ってなに (2) 体位変換の必要性と方法 (3) 褥瘡がしやすい身体の部分 (4) ベッド上で座るときの褥瘡予防 (5) 関節拘縮予防 (6) 皮膚の観察方法 (7) 車いすに乗ったときの褥瘡予防 (8) ベッド⇄車いすで発生する褥瘡について (9) 褥瘡ができる危険性について (10) スキンケアについて (11) ドライスキン（乾燥肌）のケア (12) 皮膚湿潤のケア (13) 尿失禁が原因の褥瘡の予防 (14) 便失禁が原因の褥瘡の予防 (15) 褥瘡と栄養の関係 (16) 自宅での褥瘡予防

3) 車いすシーティング（坐位に対する評価と対応）による教育

リハビリ技士・医用工学研究員・看護師で実施している車いすシーティングで

- (1) 座位時の殿部の形状（骨突出の状態）、座面圧分布の測定
- (2) 車いす・車いすクッションの適合の判定
- (3) 座位姿勢の調整

これらを行う中で、患者自身が行う除圧・圧分散の効果を実際の座面圧をフィードバックしながら指導を行っています。



Q2：褥瘡予防について（良肢位の工夫、睡眠時の予防方法、体位変換時の留意点）

A2：・脊髄損傷者は歩行できないことにより、臀部や大殿筋の筋萎縮がこり軟

部組織が薄くなります。その為、仙骨、尾骨、坐骨部が突出しやすい傾向にあり、30度の側臥位では仙骨部の除圧が不十分となります。その為、確実に仙骨部の除圧ができているかということであるため、個々に合わせた角度で側臥位を行い、仙骨部に手を挿入して除圧ができていることを確認することが重要です。

・体位を保つためにはポジショニング枕を使用します。

通気性、安定性がある蒸れにくい吸水性のある素材、体格に合わせたサイズ、除圧や体を十分に支えることができるもの。枕の数、ベッドマットレスト体の間に隙間があるときは、そこを埋めるように工夫した体位を行います。

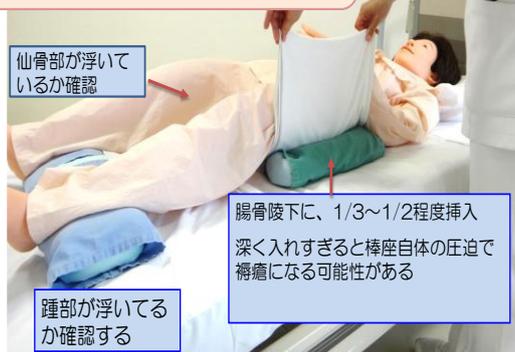
・側臥位体位変換の方法として(1)ネル生地の横シート(以下、ネルと略す)を臀部の幅に折りベッドに敷いておきます。看護師2人で左右よりネルを持ち、体位変換側の反対側へ患者を寄せます。(2)体位変換側の看護師が患者の肩とネルを持ち患者を側臥位にします。もう1人の看護師が体位変換枕を背部に挿入します。(3)上側の上肢を前に下側の下肢を後ろに交差し、両下肢間に体位変換枕を挿入します。体位変換側の外踝部の除圧のために、足関節下に小枕を挿入します。



・睡眠時の予防方法として、基本は仰臥位で休んでもらうように仰臥位での体位変換をします。方法として、(1)ネルを臀部の幅に折りベッドに敷いておく(2)看護師1人が自分と反対側のネルを持ち臀部を浮かし圧抜きをしよう1人の看護師が棒座を腸骨陵下に挿入します。(3)反対側も同様に棒座を挿入します(4)両踵骨部の除圧のために、足関節の下に小枕を挿入します。(5)終了後は除圧ができているか確認を行います。



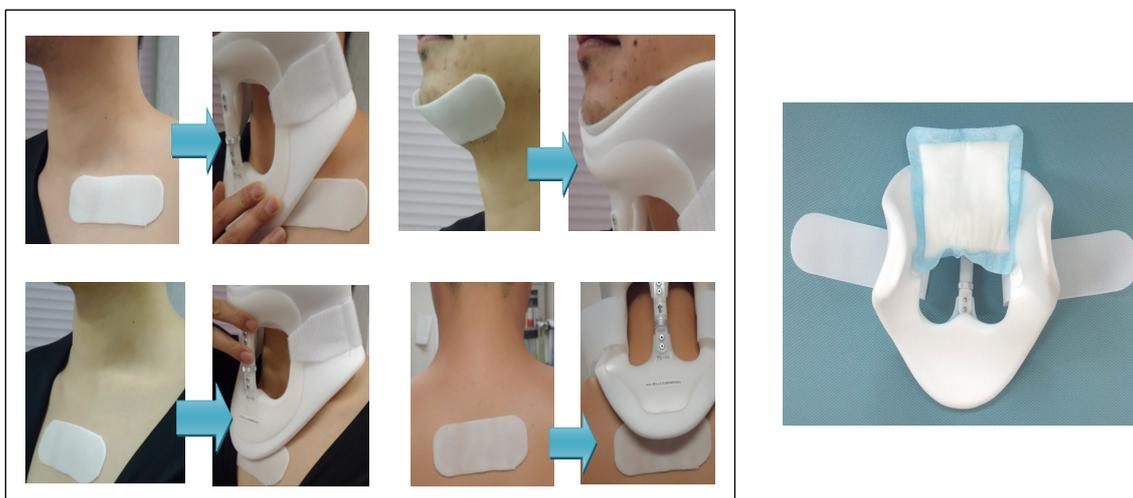
胸腰椎損傷の患者さんの場合は、コルセットを装着するまでは、棒座を使用することができないので、注意する



脊髄損傷者にとって褥瘡は、切り離して考えることができない大きな課題である。褥瘡が原因で患者のQOLを低下させないためにも、介護者への指導と本人への意識付けが必要であることを念頭に褥瘡予防に努めています。

Q3：頸椎カラー使用中の患者に対するMDRPU（医療関連機器圧迫損傷）予防対策について [解説動画はこちら](#)

A3：当院では、カラーと皮膚の接触面（鎖骨部、前胸部、下顎部、耳介部、上背部）の除圧保護にはメピレックストランスファー、ガーゼ、ハンドタオルなどを使用。後頭部は、水で膨潤させ吸収帯をゲル化させたメクストラを使用しています。骨突出等、よりリスクの高い場合にハイドロコロイド材（ハイコロール・デュオアクティブ等）を使用することもあります。ズレなどに注意しながら観察し、汚染したりした際はその都度交換しています。



Q4：おむつ使用患者の蒸れへの対策は、おむつ使用をやめることが一番ですが、外せない患者もいます。その場合の工夫について

A4：おむつの選択として、通気性の良いものや吸収性の高いもの、尿量に合わせた尿取りパッドの併用など個々に適したものを選ぶことが重要です。当院ではTENAを使用し、患者に合わせて選択しています。個人持ち込みのおむつの場合、本人・家人へ説明し、適したおむつの購入を提案しています。

- ・ドライタイムを作ることを目指しますが、ウェットタイムのスキンケアも重要となります。当院では撥水剤（セキューラPOやTENAバリアクリームなど）を塗布しスキンケアを行っています。
- ・尿失禁でおむつ使用が必要な場合は、男性であればコンドーム型収尿器や夜間であれば傘袋を使用したりすることもあります。

Q5：褥瘡対策ケア用品や患者・家族への指導で必要なことについて

A5：褥瘡ケア用品

ポリウレタンフィルム

ハイコロール（未滅菌ハイドロコイド材/予防用）

デュオアクティブCGF、ET（発汗があったり入浴を毎日する場合）

メピレックスポードーライト（保護しながら摩擦を軽減）

メピレックスポードーAg（保護しながらずれを軽減）



保湿剤：セキューラML、PO

シルティ保湿ローション

撥水材：セキューラPO

TENA バリアクリーム



入院初期から褥瘡対策に関するパンフレットを用いて家族を含めて指導を行っています。体位変換の必要性と方法、褥瘡ができやすい身体の部分、ベッド上で座るときの褥瘡予防法、関節拘縮の予防とポジショニングについて、皮膚の観察方法、車椅子に乗ったときの褥瘡予防法、車椅子⇄ベッドの乗り移りで発生する褥瘡、褥瘡ができる危険性、スキンケアについて等を、パンフレットを用いて指導を行っています。

V. 退院指導・家族指導

Q1：退院調整はスムーズに行われているか。退院するまで外泊はできているか。

A1：外泊は可能です。自宅退院の方や社会復帰前に環境に慣れるための試験的な外泊は、個々の状況に合わせて計画的に実施しています。脊髄損傷患者の場合、個々によって、退院までの目標が異なってきます。多職種でカンファレンスを行い、目標設定や退院までの支援を協力し、行っています。受傷レベルや環境もさまざまですが、当初から入院期間を決めることは難しい場合が多いですが、四肢麻痺の方は1年、下肢麻痺の方は半年の入院期間を目安にしています。



Q2：脊損損傷者に関する社会資源・活用について

A2：介護保険の対象となる方の場合は、居宅介護支援事業所を決めて、福祉・医療サービスの調整をしています。介護保険の適応でない方の場合は、身体障害者手帳を利用して、相談支援事業所を選定して福祉サービスの調整を行っています。対象者の受傷レベルや原因、年齢、家庭状況などに応じ、対象毎に合わせた対応を行っています。



Q3：一般急性期では入院前から情報収集し、早期介入を行っていますが、脊髄損傷者は入院期間が長期にわたると思います。自宅退院に向けて、退院調整や家族への指導は入院中のどの時点から介入しているのでしょうか。

Q4：近年、脊損の疾患だけでなく脳血管障害や高齢者も多く、認知性の低下、嚥下障害を有している方も多いです。そのような方達が在宅に退院するには、家族や地域の他職種との連携調整が必要であり、今後の課題と感じています。退院支援の取り組みについて教えてください。

A3・4：当院は、外傷による脊髄損傷者の急性期治療から、リハビリテーションを経て、自宅・社会復帰に至るまでの一貫した治療を行っています。また、退院後も継続的な外来受診や外来リハビリテーションを行っています。外傷で当院入院後は、まず診察を行い受傷レベルや麻痺の有無・程度の把握をします。手術適応となれば、手術を行います。手術適応でない場合は、当日よりギッチアップを行い、翌日よりリハビリテーションを開始します。手術後も早ければ翌日よりリハビリテーションを開始します。家族への病状説明後、家庭環境や住環境、仕事内容など細かく情報収集を行います。脊髄損傷者は、受傷後生活環境が大きく変わってしまう事が多くあります。そのため、入院当日から速やかな情報収集を行い、自宅へ退院できるのか、介護力はどうか、自宅の改修や車いすでの生活ができる住環境への移住が必要かなど早期に判断し、介入を開始します。自宅退院や社会復帰を果たすためには、3 か月をめどに障害者手帳の取得が必要となってきます。家族の思いを聴き、自宅のある地域のケアマネジャーとの連絡や病院内で行われる医療チームでの話し合いを経て、自宅へ帰るか、他施設への入所か、転院かを判断します。患者・家族の意向と医療者側の意向が一致できるように他職種が多方向から密に情報収集し共有を行っています。胸腰髄損傷者は半年、頸髄損傷者は1年を目標として退院できるように調整を行っています。

Q5：家族へのサポートについて

A5：可能な範囲で家族の来院時に話す時間を設けるようにしています。家族が障害や今後の事についてどのように考えているのかを確認し、身障者手帳申請の時期や退院後の生活が自宅になるのか、施設になるのかなど家族が今後を想像しやすいようアドバイスを行います。また、医師との面談前には不安な事や分からない事がないかを事前に確認しておきます。

VI. 精神的ケア

Q1：病状説明のタイミングやその受け止めの確認などの意思決定支援について

A1：当院では、基本的に積極的な障害告知はしていません。入院時に医師から家族へはどの程度の回復が見込めるか等を含めた病状説明を行います。その際に医師から退院後に必要な支援や自宅改修の必要性の説明や家族の受け入れ状況などの意思の確認も行っています。本人へは、入院から3ヵ月ほど経過し身障者手帳の申請のタイミングで医師から簡単な説明をすることが多いです。全身状態が安定し、リハビリテーションが進み、他患者との関わりの中で自身の障害の受容に繋がることもあります。

退院支援を行うためには、患者が退院へのイメージを持つことが必要です。看護師は、日常のケアや退院支援のための指導などを通じてコミュニケーションを図る中で患者の思いや受け止め方を知り、状況に応じて本人や家族へのインフォームドコンセントを医師へ依頼します。その後 MSW や医用工学研究室、リハビリテーション部と情報を共有し退院に向けての住宅改修など患者へ必要な情報提供を行い意思決定支援に繋がっています。



Q2：患者本人の疾患に対する受け止め方と障害の程度のギャップがある場合、どのように介入していますか。厳しい現実に対する精神的なサポートケアについて。

（急性期では患者のメンタル面でのダメージが大きいのではないかと思います）

A2：リハビリの進捗状況、自宅改修の話を中心に2週に1回MSW、医用工学研究員、リハビリテーション技士、看護師、入退院支援看護師で多職種カンファレンスを行っており、それぞれが持っている患者のメンタル面についての情報共有を行い、その人に合わせた関わり方ができるよう話し合いを行っています。

Q3：看護師として障害受容に向けてどのように関わっていけば良いでしょうか。

A3：不安の表出があれば傾聴し、話せる時間を設けるよう心がけています。不安の表出がない患者でも言動や表情などに表れている事もあるので、リハビリへの意欲、食欲、活気の有無、睡眠状態など十分な観察が必要となります。リハビリが順調に進むよう支援していきませんが、場合によってはリハビリ量を調整したり、臨床心理士との面談を検討したりしていきます。また、医師、リハビリスタッフなど他職種間との報告・連絡・相談を密に行いよりよいケア・治療を提供出来るよう関わっていきます。

Q4：障害受容ができず、攻撃的になったり、悲観的になったりしたときの患者さんへの支援として、ピアサポートのできる専門員（カウンセラーや臨床心理士、心療内科医師など）の介入は行っていますか。

A4：当院では積極的な障害告知は行っていないため、リハビリなどを通して周囲の患者を見たり、コミュニケーションの中で自身の障害の程度を知り、時間をかけて受容していくことが多いです。

その中で、希望される方には週に1回臨床心理士との面談の場を設けています。

Q5：訓練棟でのリハビリは行うが、生活場면을リハビリの一環として捉えられない患者さんへの指導で工夫していることがあれば教えてください。

A5：生活場面では自分で出来る事でも看護師に依頼する患者は多く、生活場면을リハビリの一環として捉えられない事があります。無理に押し付けるような言葉かけをせず、一緒にやってみましょうと言ったような声掛けを心がけています。患者の障害をどのように受け止めているか状況をしっかり見極め、段階に合わせて関わっていくことが必要です。また、看護師によって対応が異なる事もトラブルの原因となる場合があるため情報共有を行い一貫した対応が出来るようにしています。

Q6：自宅での介護が必要な場合、介護者への身体面のみならず精神面の援助も必要となってきます。どのように支援しているのでしょうか。

A6：介護が必要となる場合、家族指導を行います。家族の反応を見ながら実施しています。技術面での不安が強いようであれば、家族指導の時間を多めにとる事で何度も繰り返し行い、分かりやすく、思い出しやすいようパンフレットを使用しています。漠然とした不安が強いようであれば、退院後に活用できる社会資源の情報提供を行ったり、MSWに介入してもらい面談の機会を設けています。

Ⅶ. その他

Q1：フットポンプや弾性包帯、弾性ストッキングの使用期間

A1：(DVT 予防・早期発見)

入院時は弾性ストッキングを全症例装着（既往症によっては、装着しない場合もある）しています。入院時の血液検査でD-ダイマーを測定し、初期評価において血栓がないと診断され、（ベッドサイドを問わず）リハビリが開始されるまで装着しています。入院時よりDVTの観察記録を使用し、大腿及び下腿周囲計測を実施し、異常の早期発見に努めています。



Q2：移乗について、当院ではリフターを使用していますが、看護師の負担を軽減するため何か工夫することがありますか。 [解説動画はこちら](#)

A2：リフターを使用する場合は、看護スタッフ2名以上で介助を行い安全に移乗させます。車いすの側方移乗時の自立支援や介護負担を軽減する為、スライディングボード（当院医用工学研究部開発）を使用しています。

スライディングボード

