

# ナースマガジン

NURSE MAGAZINE

2019  
SPRING

vol. 27



今回の特集

急性期の

## フィジカル アセスメント



03 ケアエキスパートに学べ!  
看護ケアQ&A

06 一人に訊く!  
クリティカルケア管理ここがポイント!

08 何ぞやシリーズ 第21回  
SBT  
(Spontaneous Breathing Trial: 自発呼吸トライアル)  
って何ぞや?



- 10 ケアに活かせる栄養療法の豆知識 第15回  
必須ミネラルのはたらき⑤  
カルシウム(Ca)
- 11 東北から発信! A-CNDnet 第4回  
認知症看護認定看護師が  
看護現場に与えた影響
- 12 聴きある記  
第34回 日本静脈経腸栄養学会  
学術集会等
- 15 しゃべり場  
足し算・引き算の食支援
- 16 教えて! 退院支援の5つのこと 第11回  
特別養護老人ホーム  
グリーンヒル泉・横浜
- 18 看護師あるある!  
勤務中の下着の悩みはこれで解決!!  
下着お悩み座談会
- 20 今日から始めるセルフケア 第7回  
頭皮マッサージですっきり爽快
- 21 5つ!!  
ナース



読者プレゼント

詳しくは22ページへ

プラズマ乳酸菌のiMUSE、オルニユート 各15名様



Medi-Banx Inc.



ナースマガジン  
(15万部発行)



看護研修会



ナースの星Q&Aオンライン  
<http://nurse-star.jp/>

### チーム医療と患者を支える 看護師のために

各ケア領域についての指導経験豊富な医師、歯科医師、認定看護師など、  
多くのスペシャリストと、全国の地域中核医療機器卸販売会社に  
ご賛同ご協力いただき、看護技術向上のために活動しています!

メディバンクス株式会社

東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-4-23 ビクトリーガーデン203

TEL 03-6447-1180 FAX 03-5785-2295

<http://medi-banx.com>

# ケアエキスパートに学べ! 看護ケアQ&A

— 特集 —

## 急性期のフィジカルアセスメント



回答・監修者

札幌市立大学 看護学部  
看護学研究科  
成人看護学領域(急性期看護学)  
教授・看護師

卯野木 健 先生

「緊急度」と「重症度」は臨床の現場で混同して使われがちですが、定義は違います。最近では「緊急度」は「重症化に至る速度あるいは重症化を防ぐための持ち時間あるいは時間的余裕」と緊急度のレベルに応じて定義されています。病棟では看護師の緊急度アセスメントが患者の命に直結することが考えられます。しっかりアセスメントして、早期対応につなげましょう!(編集部)

### A Q1

急変時のフィジカルアセスメント

患者さんが急変しました。まず、何をどうしたらよいですか?  
意識↓A↓B↓Cの順番で観察し、患者の状態に合わせながら救急処置を行いましょう。

《ステップ1: 生理学的評価を行う》

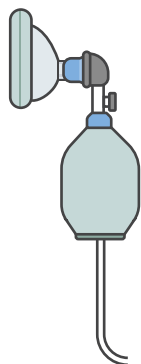
- ① 意識
- ② A (Airway)  
・気道開通の有無
- ③ B (Breathing)  
・呼吸の深さ、速さ、リズム  
・呼吸補助筋使用の有無  
・努力性呼吸の有無
- ④ C (Circulation)  
・冷汗、脈拍触知不能  
次にバイタルサイン測定、SpO<sub>2</sub>、体温測定を行います。  
血圧やSpO<sub>2</sub>を測ろうとしても脈が触れなければ測定できないため、時間のロスにならないよう動くことが大事です。

《ステップ2: 生理学的状態の安定化を図る》

呼吸していなければCPR



A B C に異常が認められる時は1人で全てに対応することはできないので、周りのスタッフを呼んで対処していきます。  
駆けつける際には病棟に常備されている救急カートを留意し、効率よく救急処置につなげられるようにしましょう。



(二次救命処置)、呼吸はしているが脈は触れない場合はDrコールし、モニターをつけながら輸液投与を行う等、様々なパターンがあります。  
例えば脳卒中患者が脳ヘルニアを発症した時、循環はあるが呼吸が弱いこともあり。その場合、気道確保しながらバックバルブマスクで換気を行います。

測定されていたとしても、機械任せであったり、呼吸症状が悪い人のみとなりがちのようです。どのようなバイタルサインが急変を予測するかを調査した研究によると、呼吸数

例えば、見た目の状態は変化がなくても、血圧が低下していくと人間の体は変化を元に戻そうとする働きがあります。末梢組織に酸素供給が不足すると代謝がアシドーシスに傾き、補整しようとして呼吸数が増加します。しかし、呼吸数が日常的に測られていないと、その人の普段の正常値が分からず、異常を発見しづらくなります。

呼吸数が抜けていることが少なくありません。患者の急変前の予兆として、呼吸数はとても重要な指標です。

# A Q3

抜けがちなバイタルサイン

呼吸数を測るのはなぜ重要なのか？

病棟でのバイタルサインの観察で抜けがちなのが呼吸数です。バイタルサインの記録表には血圧、体温、心拍

が最も急変を予測するバイタルサインであったことが示されています。最近では、敗血症が疑われる患者を早期に発見するために、qSOFA(クイックソーフコ)というスコアが推奨されています。ここでも呼吸数の上昇は敗血症を疑う指標として示されており、重要な評価項目であることがわかります。

### qSOFA

- 意識障害 GCS < 15
- 頻呼吸 > 22回/分
- 収縮期血圧 (SBP) ≤ 100

このうち2つ以上に該当した場合、敗血症の可能性が高いといえます。

敗血症が疑われる場合、早急に医師に報告し、抗菌薬治療を行う必要があります。抗菌薬の投与を優先的に行うことで、患者の予後の改善が期待されます。



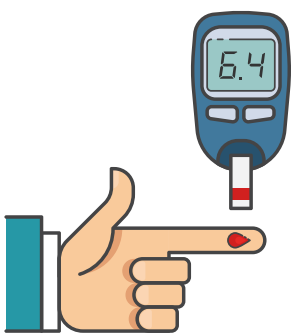
# A Q4

感染性合併症と血糖コントロール

経腸栄養時の血糖コントロールの注意点は？

経腸栄養は免疫機能を司る腸管を活用するため、感染性合併症を減少させるという報告があります。重症患者は免疫能低下により易感染状態にあるため、可能な限り経腸栄養あるいは静脈栄養との併用を選択することが世界的なコンセンサスです。しかし、重症患者は経腸栄養によって高血糖に陥りやすかったり、その対策が逆に低血糖を惹き起こしたりするため、血糖コントロールは慎重に行う必要があります。

与量をコントロールしていきます。目標血糖値は個々の臨床症状によって異なりますが、200mg/dLを超えないようにインスリンを使用して調整します。インスリン投与は、主に持続静注が用いられます。CT等で経腸栄養を止めている間にインスリンが投与され続けて低血糖になってしまった、ということが無いようにしなければなりません。持続経腸栄養(静脈栄養でも)を止めるときには、インスリンも止めるように習慣づけをしておくことが大切です。



参考文献: 日本静脈経腸栄養学会編集 静脈経腸栄養ガイドライン 第3版 照林社 2014

# A Q2

重症患者のせん妄評価

重症患者のせん妄をアセスメントするにはどうしたら良い？

せん妄は適切に評価されずに見落とされ治療されないことも多い精神症状です。Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)は、ICUでのせん妄評価法として国際的に認められた方法です。

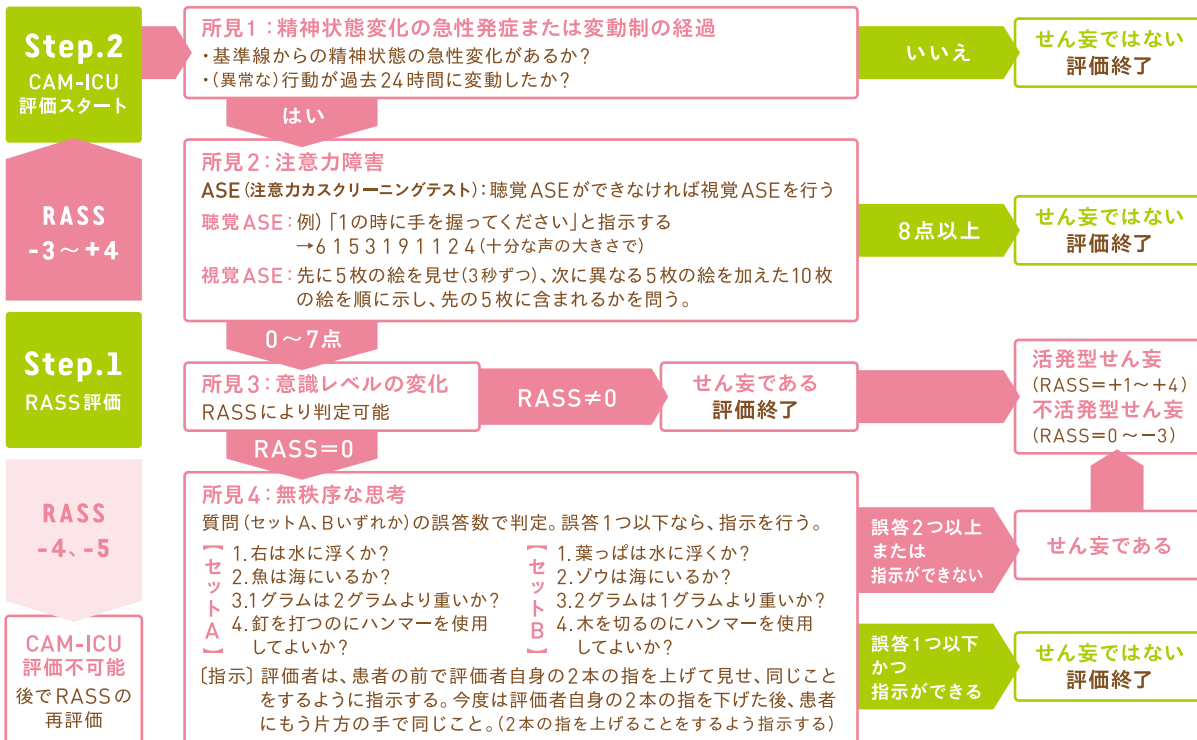
アメリカ精神医学会編「精神疾患の診断・統計マニュアル第5版」(DSM-5,03)によるせん妄の診断基準の要約によると「身体疾患や中毒によって惹起される急性で変動する意識障害・認知機能障害とされています。ICUでは、せん妄は多くの患者に認められ、気管挿管患者の約8割に発症するという報告もあります。せん妄は死亡率の増加、入院の長期化、長期認知障害の発症と関連するといわれています。また、せん妄の重症化とICU入院期間の長期化、医療費の増加にも関連がみられます。

重症患者に対するせん妄評価法には、CAM-ICUの他にICDSCという方法もあります。ICDSCはCAM-ICUと異なり患者の協力は不要で、看護師の記録や観察のみでチェックすることができま。ただし、一定時間内での総合的評価を行うので、現在せん妄かどうかを知りたい、というときにはCAM-ICUの方が向いています。CAM-ICUの第一ステップでは、患者の精神状態の急激な変化や変動があるかどうかを評価します。具体的には、鎮静評価スケールのRASSで評価します。RASSの変化があれば「変動あり」として次のステップに進みます。所見1・2、の判定を経て3あるいは4の基準に該当すればせん妄と判定されます。

### 〈鎮静評価スケール(RASS評価)〉

スコア	用語
+4	闘争的
+3	強い不穏
+2	不穏
+1	落ち着きがない
0	意識が清明で穏やか
-1	傾眠
-2	浅い鎮静
-3	中程度鎮静
-4	深い鎮静
-5	覚醒せず

### 〈日本語版CAM-ICUフローチャート〉



参考文献: 山口医学 第63巻 第2号 93頁~101頁, 2014年 ([https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsicm/17/1/17\\_1\\_73/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsicm/17/1/17_1_73/_pdf))  
・日本語版CAM-ICUフローシートの妥当性と信頼性の検証古賀 雄二、村田 洋章、山勢 博彰  
・Richmond Agitation-Sedation Scale日本語版の作成 卯野木 健\*1 榎本 秀明\*2 沖村 愛子\*3 竹嶋 千晴\*3 青木 和裕\*4 大谷 典生\*5 望月 俊明\*5 柳澤 八恵子\*6

## 痛みを訴えられない患者の痛みの評価

### BPS (Behavioral Pain Scale) :

コミュニケーションが取れない場合は疼痛の評価は難しいが、体動、表情、姿勢などの患者の行動と、心拍数、血圧、呼吸数などの生理学的パラメーターを通して疼痛レベルを評価し、鎮痛薬の効果をこれらの指標の変化で評価する。この場合の鎮痛スケールとして、しかめ面などの表情、上肢の屈曲状態、人工呼吸器との同調性をスコア化したBPSを推奨する。

項目	説明	スコア
表情	穏やかな	1
	一部硬い(肩が下がっている、等)	2
	全く硬い(まぶたを閉じている、等)	3
	しかめ面	4
上肢	全く動かない	1
	一部曲げている	2
	指を曲げて完全に曲げている	3
	ずっと引込めている	4
呼吸器との同調性	同調している	1
	時に咳嗽も大部分は同調している	2
	呼吸器とファイティング	3
	呼吸器の調節がきかない	4

※スコア範囲は3～12でコントロールできるようにコントロールしていく

痛みは主観的なもので、本人の訴えを聞くことができない場合はどうしたらよいですか。  
痛みを客観的に評価し、ケアに活用することはとても大切です。



特挿管していたり、鎮静が行われていたりすると、痛みを自分で訴えることができません。このような場合の痛みのスケールとしてはBSPとCPOOT、2つのスケールが有名です。この2つは併用するのではなく、どちらかを使用すれば十分です。

## クリティカルケア管理の達人

### 卯野木 健 先生

札幌市立大学 看護学部 / 看護学研究科  
成人看護学領域(急性期看護学)  
教授・看護師



参考文献：  
人工呼吸中の鎮静ガイドライン作成委員会開催記録より  
(<http://square.umin.ac.jp/jrcm/contents/guide/page03.html>)

### CPOOT (Critical-Care Pain Observation Tool)

挿管している・していない両方に使用できる。患者の「表情」「体の動き」「人口呼吸器との同調性」(挿管の場合)または「発声」(非挿管の場合)、「筋緊張」の4項目をそれぞれ0～2点で医療者が評価する。

項目	説明	スコア
表情	緊張なし	リラックス 0
	しかめる、眉間のしわ、こわばる、筋肉の緊張	緊張 1
	上記に加えて、強く眼を閉じている	顔をゆがめる 2
体の動き	動かない	動きなし 0
	ゆっくり慎重な動き、痛いところを触ったりさすったりする	抵抗 1
	チューブを引き抜く、突然立ち上がる、体を動かす、命令に応じず攻撃的、ベッドから降りようとする	落ち着きなし 2
人工呼吸器との同調(挿管患者)	アラームがなく、容易に換気	同調 0
	アラームがあるが、止んだりもする	咳嗽はあるが同調 1
	非同期: 換気がうまくできない、アラーム頻発	ファイティング 2
発声(挿管していない患者)	通常のトーンで会話	リラックス 0
	ため息、うめき声	ため息 うめき声 1
	泣きわめく、すすり泣く	泣きわめく 2
筋緊張	受動的な動きに抵抗なし	リラックス 0
	受動的な動きに抵抗あり	緊張・硬直 1
	受動的な動きに強い抵抗あり、屈曲・伸展できない	強い緊張・硬直 2

## 集中治療室でも行っているフィジカルアセスメント

達人に訊く!

# クリティカルケア管理 ここがポイント!

意外と知らない? 今更聞けない? そうだったの? 集中治療室でも行っているフィジカルアセスメントのポイントをクリティカルケア管理の達人にお訊きしました。

## SpO<sub>2</sub>100%は大丈夫?

### パルスオキシメータ

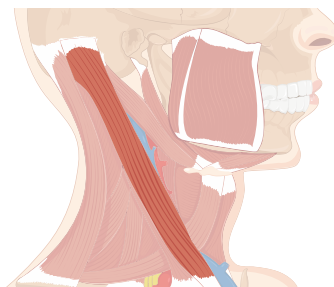


SpO<sub>2</sub>100%は実は安全ではありません。  
この理由には2つあります。ひとつは、SpO<sub>2</sub>100%は酸化のモニタリングとしては不適切であるということです。酸素解離曲線から考えると、PaO<sub>2</sub>が80mmHgから60mmHgに低下(20mmHgの低下)すると、SpO<sub>2</sub>は90%前後から85%前後まで低下して緊急対応が必要となります。極端な話PaO<sub>2</sub>が500mmHgの人は100mmHgまで下がってもSpO<sub>2</sub>は100%のままになります。つまり、高



いSpO<sub>2</sub>では、その人のPaO<sub>2</sub>が500mmHgなのか、100mmHgなのかはわからないのです。そうすると、酸素化能が低下していることに気が付かない、ということになります。よって、SpO<sub>2</sub>を高いままで管理していると敏感なモニターでなくなるということを意味しています。もうひとつは、高いSpO<sub>2</sub>と予後の関連です。私達はついSpO<sub>2</sub>が高めだと安心してしまいがちですが、最近では、高いSpO<sub>2</sub>すなわち高酸素血症と予後の悪化は関連していると言われています。これは高いSpO<sub>2</sub>で管理されていた患者の予後は悪い、ということです。なぜ予後が悪くなるかという活性酸素が増加したり複雑なメカニズムがあるようです。よって、SpO<sub>2</sub>90-93%程度も容認されることが一般的になりつつあります。

### 胸鎖乳突筋



にモニタリングできる環境での話ですので、そのような環境でない場合、例えば在宅等ではもう少し安全域が必要になるでしょう。  
また、呼吸を観察する場合酸化のみでなく、換気がどの程度できているかも観察する必要があります。  
客観的には、呼吸補助筋がどの程度使われているかを観察することが重要です。呼吸補助筋としては、胸鎖乳突筋が比較の見やすいので観察するとよいでしょう。



治療上、人工呼吸管理が必要な場合は少なくありません。かつては段階を経て徐々に行われていた人工呼吸からの離脱(ウィニング)が、今日ではSBT(Spontaneous Breathing Trial)に基づく自発呼吸への早期移行が推奨されています。皆さん、SBTってご存知ですか？

# SBT Spontaneous Breathing Trial (自発呼吸トライアル)

## って何ぞや？



### 人工呼吸早期離脱の意味

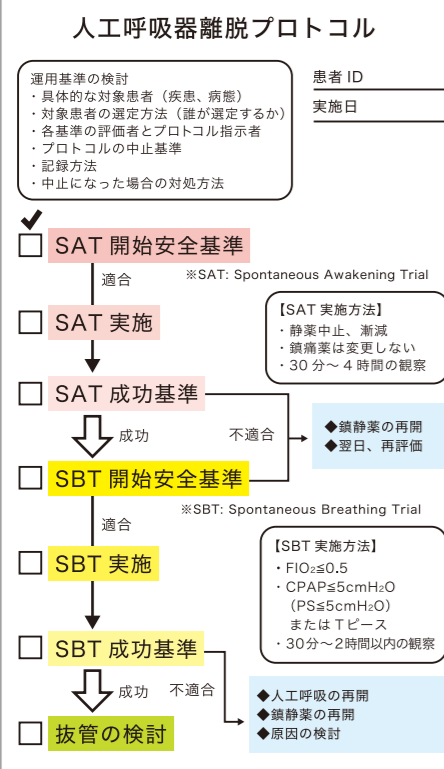
人工呼吸を受けていること自体、気管チューブなどの人工気道が必要になるし、体は動きにくくなるし、陽圧換気で無理やり肺を広げるし、合併症が起こりやすくなっているわけだよね。これらがお互いに影響しあうから、その結果、さらに合併症のリスクが高まるんだね。少しずつ段階的な離脱はそれだけ時間がかかるから、その間こういうリスクを負うことになるわけか。

でも、1日1回30分程度とはいえず、ちょっと大丈夫かな、と思っちゃう。もし離脱が難しかったら、また呼吸サポートをしてしっかり体を休ませて、翌日トライするんじゃないか？結構ハードだよな。だからガイドラインやプロトコルに沿って、安全に行うことが重要なよ(表)。ここでのアウトカムの一つは人工呼吸管理期間をいかに短くするかよ。人工呼吸がまだ必要かを判断するのが難しいことは、今までの研究からわかっているから、評価基準を設けて一気に行おうというわけ。

これが主流とは知らなかったよ。僕ら医師もICUにはいるんな診療科が関わっていて、術後管理まで気が回らないことも多いからなあ。集中ケアの認定ナースや呼吸療法士諸君の方がずっと詳しいし、彼らが介した方が、早期離脱の成績がいいってうじゃないか。ただ、徐々に離脱したほうがいい患者

① SBTの方法	患者が以下の条件に耐えられるかどうかを1日1回評価する 条件：吸入酸素濃度50%以下の設定で、CPAP $\leq$ 5cmH $_2$ O (PS $\leq$ 5cmH $_2$ O)またはTピース30分間継続(注：120分以上行わない) ⇒耐えられなければ、SBT前の条件設定に戻し、不適合の原因を検討・対策する
② 成功基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸数&lt;30回/分</li> <li>開始前より明らかな低下がない(例：SpO<math>_2</math><math>\geq</math>94%、PaO<math>_2</math><math>\geq</math>70mmHg)</li> <li>心拍数&lt;140bpm、新たな不整脈や心筋虚血の徴候を認めない</li> <li>過度の血圧上昇を認めない</li> <li>以下の呼吸促進の徴候を認めない(SBT前の状態と比較する)             <ol style="list-style-type: none"> <li>呼吸補助筋の過剰な使用</li> <li>シーソー呼吸(奇異性呼吸)</li> <li>冷汗</li> <li>重度の呼吸困難感、不安感、不穏状態</li> </ol> </li> </ul>

図 人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコルより一部抜粋



### SBTの前にはSAT

ところでSBTを実施する前に、もう一つ大切なことがあるのよ。SAT(Spontaneous Awakening Trial)自覚覚醒トライアルよ(図)。

そうだね。重症度によってしっかり鎮静をかけないといけない場合もあるけれど、人工呼吸器をつけている人をみんな眠らせておかないといけないわけじゃないよね。むしろ痛みがコントロールできていけば、不安や不穏がない程度の薬でよくて、鎮静が不要なら日中は覚醒を促すことが主流になりつつあるんだね。

僕も調べたよ。例えば昔よく使われていたベンゾジアゼピンの系の鎮静薬だと、覚醒までに時間がかかる上、その過程でせん妄になったり呼吸抑制が起きたりしたんでしょ？今は、気管挿管されている患者さんでも、本当に眠らせる必要のある患者さん以外は鎮静をかける必要がないようにして、鎮静薬のみのこともあるみたいだね。

■監修 札幌市立大学看護学部看護学研究所成人看護学領域(急性期看護学)教授・看護師 卯野木 健先生  
■参考 日本集中治療医学会/日本呼吸療法医学会/日本クリティカルケア看護学会：人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル

# 東北から発信! A-CNDnet

第4回 認知症看護認定看護師が看護現場に与えた影響

今回は、高齢化率日本一の秋田県の中でもさらに高齢化率の高い能代市より、急性期病院における認知症看護認定看護師としての現在の取り組みを紹介します。

企画：日本赤十字秋田看護大学看護学科老年看護学教授 高田由美先生

独立行政法人 地域医療機能推進機構 JCHO 秋田病院 看護部病棟棟長 東 美奈子



**認知症高齢者に対する急性期病院の課題**

能代市は、高齢化率41.1%、高齢者のみの世帯31.0%、うち独居世帯55.1%（平成30年7月1日現在）と高齢化地域です。その地域の中で、当院は急性期から在宅まで支援できる附属施設を併設しており、地域包括ケアの「要」となる医療機関の役割を担っています。

急性期病院では、認知症を悪化させずに身体機能を維持しながら、医療を提供することが求められます。誰もが「パーソン・センタード・ケア」（その人を尊重し、その人の視点に立った認知症ケア）を行いたいと考えている一方で、救命・治療や医療安全が優先され、多くの課題に遭遇しているのも現実です。その一つに身体拘束が挙げられます。

当院ではチューブ類の除去防止のミトンや転倒防止の安全ベルトの着用があります。認知症ケア加算IIの導入を機会に、身体拘束削減のためのマニュアルを周知し、患者の尊厳が守られているかカンファレンスを強化してきました。そこでは不安を抱き混乱する目の前の患者の行動にとらわれ「やむを得ない」と判断するのではなく、その行動を私達へのメッセージとして受け止め、その意味することを認知症看護の根拠づけをしながら紐解く過程を重視しています。患者が興奮状態であればそれを落ち着かせることも必要ですが、認知症をもつ患者も不安を抱えながら生活

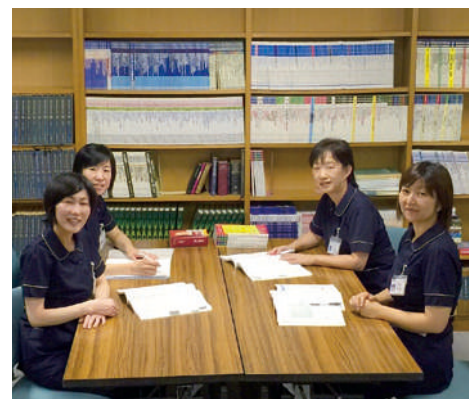
していることを理解し、その時の状況から「何故そうなったのか」という思いを患者と共有することに気づくことが大切です。現在、残念ながら身体拘束ゼロではありません。しかし「身体拘束は仕方ない」から「身体拘束をしないためには」へと看護師の意識の変化と取り組みが身体拘束時間を削減し、確実に患者の尊厳の確保に繋がっています。

このように認知症看護はすぐに成果が見えにくいのですが、患者がその人らしく入院生活を継続できるかどうかは看護師の力量の見せ所となります。看護師自身がその意味を実感しモチベーションを高められるようにフィードバックに心掛けています。

**認知症看護認定看護師としての取り組み**

自分らしく住み慣れた地域で最期まで暮らしたいと願う認知症高齢者の希望に添えるため、私達は医療従事者であると共に地域住民の1人として患者のキーパーソンであることが求められます。認知症で生活困難になってからではなく、早期から継続した介入が必要です。

それを実践するため、2年前から病院と地域の窓口である外来系・訪問看護師等に特化した研修を行い、「秋田病院認知症初期支援チーム」を立ち上げました。同じ頃、院内に「もの忘れ外来が開設され、看護師のみならず病院全体の認知症へのアンテナが高まり、



JCHO 秋田病院認定看護師会

患者相談が増加しました。また患者家族や地域住民への周知も徐々に進み、認知症を心配する人々や相談する機会を持てなかつた人々、何より認知症に対する専門家の介入を拒んできた高齢者を医療や介護につなげる大きな成果に繋がっています。私自身、認知症看護認定看護師としての活動を広げてゆくため、認知症看護委員会を立ち上げリンクナースと共に活動しています。

認知症高齢者への支援は、職種・施設それぞれの役割や専門性を活かしたチームワークが試されると考えています。ここでは認知症患者への多職種での関わりが構築されてゆく手応えを感じています。地域の認知症高齢者を支える病院として活動する中で、院内の各認定看護師会や、A-CNDnetの仲間の情報や活動、サポートが原動力になっていることは言うまでもありません。

A-CNDnet連絡先  
acnd.net@gmail.com

次号では、認知症ケア加算導入の実際について、レポートしていただく予定です。（編集部）

## 必須ミネラルのはたらき⑤ カルシウム(Ca)



西山医院（滋賀県）院長

今回取り上げるのはカルシウム(Ca)。血液中のカルシウムを一定に保たなければ、生命の危機に陥ることがあります。働きや食品に含まれるカルシウム量を把握し、過不足に注意しましょう。

### カルシウム(Ca)とは？

血液中のカルシウムは必ず一定に保たなければなりません。もしも血液中のカルシウム濃度が低下すると、心機能の低下や、脳・神経の情報伝達にも障害があり、生命維持に関わることがあります。そのため、カルシウムの摂取量が少なく血液中のカルシウム濃度が少しでも下がりがかけると、カルシウムが貯蔵されている「骨」からカルシウムを引き出して血液中に補給します。血液中のカルシウム濃度が正常に戻るとその時点で副甲状腺ホルモンの分泌は停止しますが、カルシウム補給が常に不足すると副甲状腺ホルモンの分泌指令が頻繁になります。副甲状腺機能亢進状態となり、分泌量が必要量を上回ってしまうのです。その状態が長く続くと高血圧や動脈硬化などを引き起こしやすくなります。

カルシウムは骨や歯を作る大切なミネラルで、99%はリン酸カルシウムとして骨や歯に含まれています。残りの1%がイオンとなって血液中細胞内に存在していますが、この1%のカルシウムイオンが正常な生命活動に不可欠な役割を担っています。

### ■ カルシウムのはたらき

- ①丈夫な骨や歯をつくる。
- ②心臓機能や血液の状態を正常に保ち、高血圧を予防する。
- ③神経伝達を正常に行い、精神を安定させる。

	男性	女性
一日推奨量	800mg(18~29歳) 700mg(50歳以上)	650mg
一日目安量	900mg	700mg
目標量	650mg	600mg
上限量 男女ともに	2300mg(骨粗鬆症の予防には、若いころから1000~1500mgの摂取が望ましい)	
血清基準	8.5~10.4mg/dL	

### ■ カルシウムの過剰と欠乏

	過 剰	欠 乏
原因	カルシウムやビタミンDの過剰摂取で、腎機能の低下によりカルシウムの排泄が低下	骨からの供給が滞る 尿中に多く排泄される
症状	・脱力感 ・食欲減退 ・嘔気 ・多尿 ・便秘 ・筋力低下 ・不整脈 ・錯乱 ・意識混濁 ・昏睡状態	・骨や歯が弱くなる ・骨の発育障害が起こり成長発達に関わる(幼児の場合) ・骨粗鬆症になりやすくなる(高齢で閉経後の女性) ・テタニー(筋肉の痙攣)やてんかん(全身の痙攣)が起こりやすくなる ・血液中に流出したカルシウムが血管壁の細胞に吸収され血管の平滑筋が収縮して血圧が高くなる ・神経伝達が阻害され精神に影響が出やすくなる

### カルシウムの吸収

カルシウムは主に小腸で吸収されますが、吸収率は成人で20~30%とあまり高くありません。また、活性型ビタミンD、副甲状腺ホルモン、カルシトニン(甲状腺ホルモン)などの関与によって、腸管での吸収、血液から骨への沈着、骨から血液への溶出、尿中への排泄などが制御され、細胞や血液中のカルシウム濃度は一定範囲(8.5~10.4 mg/dL)に保たれています。

骨は約3ヶ月のサイクルで、骨形成(骨へのカルシウムなどの沈着)と骨吸収(骨からのカルシウムなどの溶出)を繰り返しています。成長期には形成量のほうが吸収量より多く骨量は増加しますが、男性では50歳代から、女性では閉経後に、吸収量のほうが形成量を上回るため骨量が減少します。一方、吸収を促進させるものに、ビタミンD、クエン酸、CPP(カゼイン・ホスホ・ペプチド)という牛乳中のたんぱく質などが知られています。

閉経後は、エストロゲンの分泌が少なくなることで、カルシウムの吸収率が下がり、骨中のカルシウムが溶け出しやすくなります。(エストロゲンには、破骨細胞の働きを抑制し小腸でのカルシウムの吸収を促進したり骨中のカルシウムが流出するのを防ぐ働きがあります。)

### カルシウム(Ca)食品100g当たりの含有量 単位 mg

※食物繊維、リン、ナトリウムと一緒に摂ると吸収されづらくなるので食事の組み合わせには注意しましょう。

食 品	含有量	食 品	含有量
桜えび	690	干しえび	7,100
プロセスチーズ	630	煮干し	2,200
しらす干し(半乾燥)	520	桜えびの素干し	2,000
いかなご	500	えびの佃煮	1,800
あゆ(天然/焼)	480	ひじき(乾)	1,400

■水分40%以上の食品 ■水分40%未満の食品



### 第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会

日時：2019年2月14・15日  
会場：グランドプリンスホテル新高輪・国際館Bミールほか  
会長：福島亮治先生（帝京大学医学部外科学講座）  
テーマ：栄養治療の Art and Science  
— 新たな breakthrough を目指して —

二日間のプログラムの中から、トピックスを含め紹介する。

#### シンポジウム 01

#### 地域一体型NSTの現状と課題

地域包括ケアシステム：在宅栄養管理実践に向けての課題  
小山 諭先生  
（新潟大学大学院保健学研究科）

新潟県には在宅医療ネットワークが20団体ある。地域包括ケアの問題点は「栄養ケア」が入っていないこと。訪問看護ステーションの課題としてマンパワー不足、栄養アセスメントができないことがあげられる。訪問栄養食事指導は医師と契約しなければ算定できず、制度はあるものほとんど行われていないのが実情である。

#### 湘南西圏域における地域一体型NSTの取り組み

高崎美幸先生  
（鶴巻温泉病院栄養サポート室）

2010年に地域連携栄養ケア研究会を設立し、約100名の会員がいる。食形態基準の共有、栄養サマリーの推進に取り組んできた。院内に訪問在宅支援サービス運営委員会を立ち上げ、嚥下外来も設立。施設にも出向き摂食嚥下障害に取り組んでいる。

#### 地域一体型NST実現に向けてのモデル構築（保険薬局活用モデルの検討と考察）

篠永浩先生  
（三豊総合病院薬剤部）

地域高齢者の在宅医療・介護では栄養サポートは十分に行われていない。

#### 在宅医療の現状等について

増田利隆先生  
（厚生労働省保険局）

高齢化により治せない疾患も多くなり、癒しが必要とされる。在宅療養患者が増加し、2025年には約100万人と見込まれ、地域包括ケアシステムは2025年を目途に整備を進めている。病床数は1319万床（2017年）→119.1万床（2025年）と予測される。

#### 日本サルコペニア・フレイル学会 日本静脈経腸栄養学会 合同シンポジウム

#### サルコペニア・フレイルを視野に入れた高齢者の栄養管理

#### フレイルの臨床・研究のアップデート

荒井秀典先生

（日本サルコペニア・フレイル学会）

栄養管理などにより、フレイルから再び健康な状態に戻る可能性がある。フレイルサイクルを断ち切るためには、運動療法に加え栄養状態の改善などが重要。身体的・精神的・社会的フレイルを有する人は生命予後が悪い。

地域多職種連携を推進するために調剤薬局の活用を行っている。「栄養サポートツール」「サルコペニア・フレイル/SFNツール」などのソフトを用いて、在宅高齢者、外来高齢者の栄養アセスメントを行っている。

#### 栄養療法を病院から在宅へつなぐ— 退院前カンファレンスの現状と課題

山田圭子先生  
（愛生会山科病院）

平成30年診療報酬改定で入院支援加算が盛り込まれ、入院前の支援が強化された。入院時スクリーニングシートを使って、入院時から始める退院支援・調整システムを稼働している。患者は静脈栄養・経腸栄養の状態では在宅に戻れないと思っている。在宅での生活をイメージした栄養設定を整えることが必要。

#### 出雲市での多い職種連携在宅栄養サポートチーム（NST）の活動状況と見えてきた今後の課題

中山真美先生  
（鳥根県立大学看護栄養学部）

「おうちの食支援」を掲げた地域

#### サルコペニア・フレイルを視野に入れた高齢者のがん治療と栄養管理

鍋谷圭宏先生

（千葉県がんセンター食道・胃腸外科）

患者の高齢化に伴い、サルコペニア・フレイルを併存する症例が多い。これらの患者では①根治の可能性をまず判断、②手術などがん治療に耐えるか（短期予後）を推測、③他病死を含めた長期予後を予測、が必要である。適切な栄養管理は①治療の適応を上げて治療の完遂性を上げ、②合併症減少と生存期間延長につながる。適切な栄養管理に加えて、精神的要素や社会的要素への配慮も重要。

#### サルコペニア・フレイルを視野に入れた高齢者のリハビリテーション栄養管理

若林秀隆先生

（横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科）

リハ栄養とは、リハからみた栄養、栄養からみたリハである。嚥下リハ患者の49%がサルコペニアであった。2018年に①Etiology 1つ以上に該当、②食事摂取量減少、消化不良・50%以下が1週間以上、



NST活動を紹介。NSTメンバー共有モバイルカルテを使用し、IoT (Internet of Things) を活用して治療計画書のオンライン化、テレカンファレンスなどを行っている。在宅NSTの効率化・普及には医療ICT・IoTの利用・活用が有効。

#### WAVESと

#### 地域包括ケアシステム

犬飼道雄先生

（岡山済生会総合病院）

社会栄養学活動WAVES (weave very educators for society) について紹介。WAVESには①気づき、②学び、③実践の3段階がある。①として「元気に食べてますか？」活動を19回開催し、約4万人に低栄養の啓発を行った。今後、活動を各地で展開していく。医療の外を栄養療法でカバーするWAVES活動が必須である。

③炎症・急性炎症が慢性炎症、からなる低栄養のGLIM基準が発表された。病院では医原性サルコペニアが起きている可能性がある。2018年に「サルコペニアと摂食嚥下障害4学会合同ポジションペーパー」が出された。約35kg/cm<sup>2</sup>/kg理想体重とする体重増加を目指した栄養管理が勧められる。

#### 学会名称変更について

2020年1月1日より学会名を「日本臨床栄養代謝学会」(英名: Japanese Society for Clinical Nutrition and Metabolism) とすること。また学会の通称、法人の理念としてJSPEN (Justice, Science, Practice and Education for Nutrition) とすることが発表された。

#### 臨床栄養代謝専門療法士（仮称）認定制度について

本学会のNST専門療法士の上部資格として9つの専門領域から自ら専門とした1領域を選択し、取得申請を行う制度を開始する。  
①認定機関は5年で、更新を必要とする。  
②施行開始に際して5年間の暫定期間を設ける、などが定められ、「がん」からスタートする。

【取材・執筆】西谷誠（ニートリション・マルファ）

# 足し算・引き算の食支援



摂食嚥下機能や消化吸収機能が低下し始めた高齢者の、「食べられない」「食べたくない」に寄り添う食支援とは？ 今回のしゃべり場は、特別養護老人ホームグリーンヒル泉・横浜の神田さおり看護主任と佐藤るり子管理栄養士のお二人にお話を伺いました。

(2019年2月20日取材)

## 施設編

ただ、「ご家族の中には「薬で命をつないでいる」と考え、減薬や中止を受け入れにくい方もいます。「先生からこういう指示が出ました」と、引き算の理由をわかりやすくお伝えし、それに対する家族の思いも確認してスタッフ間で共有することも大切だと思います。

当施設でも食にまつわる課題は多々あります。自分で食べたいもの、口に入りやすいものを摂り、体調の安定した生活を送れるように、という思いがまずあります。食べる機能は問題ないのに食べられないというケースでは、服用薬のチェックも重要なポイントです。薬は吸収状態が悪ければ、薬効が期待できません。高血圧、パーキンソン病、認知症の薬や抗精神薬などは、むしろ食べる際のマイナスイヤクになりえます。本人の病状を見ながら、薬の引き算を医師に提案することもあり、服用を中止してから、再び食べられるようになって方もいらつしやいます。経口薬からパッチタイプの薬に変更する、便秘には飲み薬ではなく座薬や浣腸で対応する、などのアプローチも検討します。



看護主任  
神田さおりさん

## 食事と薬の微妙な関係

必要な栄養量確保(足し算)の話があふれていますが、本人の身体機能や意識レベルの程度によっては、あえて公式に当てはめた必要栄養量までの食事量を目標としないケースもあります。ケアする側の「栄養不足になつてしまつたら食べてほしい」という思いが先行するあまり、食事が本人に苦痛を与えてしまつては本末転倒です。

さらに高齢者の栄養というと、巷には必要栄養量確保(足し算)の話があふれていますが、本人の身体機能や意識レベルの程度によっては、あえて公式に当てはめた必要栄養量までの食事量を目標としないケースもあります。ケアする側の「栄養不足になつてしまつたら食べてほしい」という思いが先行するあまり、食事が本人に苦痛を与えてしまつては本末転倒です。



管理栄養士  
佐藤るり子さん

## 食支援は足し算と引き算で



この日のメニューは上から時計回りにカレー、トマトサラダ、コンスープ、ごはん、手作りプリン。ミキサー食のごはんは、おかゆゼリーでした。

当施設では、介護スタッフからの報告を基にスタッフ間で検討し、本人の身体状況に合わせ、食事量を減らす、食事介助の時間は合わせて20〜25分をめどに切り上げる、といった「引き算の食支援」を取り入れています。限られた時間であるため、少量高栄養の栄養補助食品を追加したり、一口でも本人が味わいを楽しめるものを探す努力など、負担にならない程度の足し算の食支援も忘れません。

- 疲れて眼を閉じてしまう
- 食べたものを口の中のためこむ
- 誤嚥
- 嘔吐

「教えてっ! 退院支援の5つのこと」(次頁)も合わせてお読みください。

## 第20回松戸褥瘡ケアフォーラム

日時…2019年3月23日  
場所…東葛クリニックみらい  
みらいホール  
テーマ…時代を先読みする医療者になる!  
〜褥瘡ケア 最前線〜

第20回を迎えた松戸褥瘡ケアフォーラム。今回は、時代を先読みする「皮膚・排泄ケア特定認定看護師」と「エコー検査を用いた排便ケア」をテーマに開催された。以下に第II部の要旨を紹介する。

### II部「褥瘡汚染予防のためのエコー検査を用いた排便ケアの提案」

佐野由美先生  
(東葛クリニック病院検査部 臨床検査技師)  
浦田克美先生  
(同院皮膚・排泄ケア特定認定看護師)

褥瘡ケアにおいて、皮膚側からは見えないDTRの判別などに、エコーの活用が注目されている。今回は、排泄物汚染による褥瘡の治癒遅延やA/D予防を目的として、便失禁や下痢対策にもエコーを活用できないか、といった新しい試みの提案であった。東葛クリニック病院では、傍肛門からの下部直腸部をエコーを用い観察することで便の有無や便性を



(編集部)  
佐野由美先生資料より

可視化し、排便ケア方法を決定していた。すでに経腹部のアプローチ手法で直腸の便を観察する方法は論文発表されている。しかし膀胱直下に位置する直腸を経腹部エコーで観察するには、無尿の透析患者では困難であった。傍肛門アプローチでは、患者にとってもおむつ交換と同様の姿勢で、苦痛なく短時間で実施できる。その結果、排便周期の把握、便の性状に対応した薬剤の使用や摘便方法の提案ができるようになった(例:肛門から便迄の正確な距離、嵌入便の有無の確認により確実な摘便が可能など)。

## 第34回日本環境感染学会総会 学術集会に参加して

日時…2019年2月22日〜23日  
場所…神戸国際会議場  
箕面市立病院 感染制御部  
「第34回日本環境感染学会学術集会」プログラム委員



四宮 聡

本学会は、感染症の診断・治療から感染対策まで網羅している国内(世界)最大規模の学会です。毎年7000名以上の参加者が、発表・聴講を通して感染症に関する学びを広げ、深めており、多職種が集まる学会として非常に有意義な機会となっております。

今回は、これまでよりさらにパワーアップした多彩なプログラムがあり、参加された皆様も楽しく学ぶことができたのではないかと思います。その理由として、ビギナーからエキスパートまで幅広いターゲットを意識したセッションと楽しく学ぶための工夫がなされていたことが挙げられます。例えば、「Meet the Expert」では、内服抗生薬のみをテーマとしたセッションやガイドラインの解説、周術期、HIV感染の対応など各領域の第一人者がレクチャーをしています。また、ビデオセッションでは、ICUが



見ておきたい手技として、口腔ケアから膿瘍ドレナージ、手術部位感染(SSU)予防のための術中の手技など、動画を多用したセッションも非常に興味深く、実際の臨床現場で見ているような気持ちで学ぶことができました。シンポジウムやパネルディスカッションでは、医師・看護師、臨床検査技師、薬剤師などが同じセッションのスピーカーとして登壇しているのも興味深く、さらに、在宅、精神科、NICU(新生児集中治療室)、透析、救急、手術室といった特殊領域での手指衛生遵守改善の発表も、現場でのヒントや改善策の気付きなどに繋がっていると思います。著名な先生が選ぶTop10ペーパーでは、注目すべき論文を解説付きで紹介され、英語が苦手な筆者も含めて、論文にトライする気持ちが高め、かつ専門的な学習ができる良い機会となっております。来年は横浜で2月14・15日に開催されます。まずは一度参加し、学会の雰囲気や味わってください。そして、2度目は是非発表にトライして下さい。会場でお会いできるのを楽しみにしています。



# 教えて！退院支援の5つのこと

第11回

小山輝幸さん

社会福祉法人寿 特別養護老人ホームグリーンヒル泉・横浜  
介護支援専門員・社会福祉士

今回お訪ねしたのは、前頁「しゃべり場」の取材でもご協力頂いたグリーンヒル泉・横浜。ここでは11年前から施設での看取りにも取り組んでいます。介護支援専門員・社会福祉士の小山輝幸さんに、施設側からの視点でスムーズな退院支援についてご意見を伺いました。



## 1 窓口を探して 情報収集

特養のような施設と入院先との連携の中で、退院時に病院側の退院支援ナースが出てくることは少なく、主に医師やソーシャルワーカー(SW)ですね。治療を終えて元気になって退院する場合は電話での情報ですみますが、医療的ケアが必要な人と看取りを控えた人の退院では、退院時の密な情報交換が必要です。病院側からの看護サマリーに、必要な情報のほとんどは記録されていますが、もっと具体的な詳細を知りたい時には「病棟ナースの方にお話を伺っていいですか?」と打診して病棟に出向きます。施設と病院との窓口は、病棟ナースだったりSWだったり、決まっていなくても多く、「今回、窓口はどちらになりますか?」から病院とのやり取りが始まります。



## 2 入院の目的を 明らかに

配置医師の対応で緩和的な医療ケアを実施し、施設での看取りが自然と思われ

個々の病状や予後予測、退院後に何が必要かが異なるので、担当者が変わってくるのかもしれませんが。

るケースでも、ご家族が看取りを意識し始めつつ気持ちの切り替えができないこともあります。そんな時、体への負担の少ない治療をトライしてみるための入院を病院に依頼することもあります。肺炎、骨折、尿路感染症などで入院するケースでは、一定期間の治療で治癒が見込めれば治療を継続し、回復後退院します。入院はできるだけさせたくないというものの、その治療によって回復し、半年なり1年なり再び施設で今までのような生活ができる方もいらっしゃいます。

一方、要介護度が高くなるほど、入院によって疾患や外傷が治ると引き換えに全身状態が悪くなる、というジレンマを抱えています。本人の苦痛が増すようであれば、早めに入院医療を切り上げて施設に戻り、穏やかに過ごしながら看取りに進むということもあります。入院時には、その方の延命希望等の事前の聞き取

## 3 病院と施設の常識・文化の違いを知る

病院のスタンダード(常識)と施設の文化のギャップがあると、共通言語を持っていても解釈が異なります。

例えば病院では安全のために倒したり起こしたりできるベッド柵が設置され、ガシヤンと柵を起こせばベッドから降りられませんが「転落しない」という認識

です。施設では身体拘束に当たる柵はベッドにつけないので、動きの激しい方は「頻繁に転落する」ということがあります。身体拘束の基準に対する認識の違いです。

また、病院での食事は、ほとんどがベッドの頭部分を起こし、膝を曲げ、ベッド上にテーブルを置いて食べるのがよく見られる光景かと思えます。でも施設では、車いすに乗せてリビングに行き、テーブルに食事を並べて召し上がっていたり、スタッフがスタンダードです。姿勢の重要性、生活の中の食事を意識することで、病院ではあまり食べられないと言われて戻ってきた方が、施設では普通に食べられるようになったケースもあります。



ことではないので伝え漏れることがあります。施設では点滴対応ができないところも多いため、水分不足への危機感に対する認識や受け入れも変わってきます。このような文化や基準の違いをお互いに話しあえるテーブルが地域的にあると、バックグラウンドを踏まえた上で退院時の情報がやり取りできてスムーズだと思えます。病院側のナースが「病院ではこうやっていただけ、施設ではできそうですか?」といってくれると施設側もより具体的に答えやすくなります。それを基に別の選択肢が示せるようになることもあり、家族も理解納得した選択につながるのではありませんか? 施設側のスタッフも、その様なやりとりを引き出す力をつける必要があるでしょう。

施設内の職種によっても考え方の違いがあります。家族や介護職員は「情」で動くことが多いのですが、ナースは「理」の部分を持っていないといけない、と思います。それを踏まえて全体を調整する看護主任の負担は大きいものだと感じています。

## 4 病院看護師は 地域でも活躍を!

病院ナースと施設ナースのギャップを埋めていく活動は、個別のケースへの対

## 5 施設看護師は リンクナースの役割を

施設の看護師は、外部の専門・認定看護師から受けたスキルを自施設に合わせ落として込み、介護スタッフへのアドバイザーとして医療的な知識や技術を指導する役割があります。病院内でナースをまとめているリンクナースのように、入院先の病院ナースと施設の介護スタッフの間に入って調整してもらえると、退院後の受け入れの幅も広がっていくのではない

2月にしてはとても暖かな日差しを浴びながら、グリーンヒル泉・横浜を指した私。  
温まった頭の中では、緩和ケア病棟とホスピスは同じもの、同じ役割を果たしていると思っていました。そんな私に、「最近の緩和ケア病棟は、疼痛コントロールがつけば、がんの末期でも退院となることもありますよ」と教えてくれた小山さん。となると、看取りの対応もしている施設は、緩和ケアを引き受けながらホスピス的な役割も果たしているということですね。今後、臨床宗教師さんとのコラボレーションもあるのかなあ、などと考えながら、傾き始めた日差しに包まれて帰ってきました。

ちょっと一息



(2019年2月20日取材)

なかなか聞けない

# 勤務中の下着の悩みってみんなどうしてるの!?

## 勤務中の下着の悩みはこれで解決??

看護師のみなさんの多くは「白衣だとインナーが透ける」「ブラやショーツのラインが出てしまう」「手を伸ばしたり、前屈みになったりしたときに下着がずれる」など、下着について悩んだことがあるのでは? そこで縫い目がなく、アウトターにひびきにくい「Gunze・キレイラボ」の完全無縫製インナーを勤務中に試着していただき、率直な感想を伺いました。



私たちがGunze・キレイラボを体験しました!



今回参加いただいた看護師のみなさん

# みんなの悩みを解決する「キレイラボ」

肌がよくボススキンウェア  
KIREILABO  
キレイラボ

### ① 縫い糸なし 接着仕様

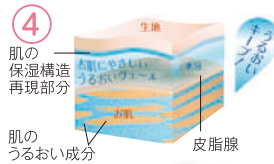
「縫い目」によるチクチク、かゆみを軽減。  
\*特許出願済み

### ② タグがプリント

お肌に刺激となる洗濯タグをなくし、チクチクやかゆみを軽減。

### ③ カットオフ®素材

切りっぱなしですっきり。伸縮して体にフィット!  
\*特許取得済み



### ④ うるおい保湿

うるおいヴェールが肌をやさしく包む。  
\*Gunzeオリジナル

### ⑤ 体を包み込む、やさしいフィット感

伸縮性のよい素材が体にやさしくフィット。ハーフトップはバスト下のWラインと大きめパッドでバストが安定。

## 私たちが気に入った商品はコレ!!



バストをやさしく  
適度にホールド!



Good!!

ノンワイヤーでも、しっかり胸を包んでくれます。夜勤のときも、このまま仮眠を取れます。動いてもずれないので、ランニングにも活用したいです。(原さん)

完全無縫製®  
ハーフトップ



きつくなく  
温かくて快適!



Good!!

締め付け感がなく、夜勤のときにも最適です。カップ付きなので1枚でサラッと着られて、素材は心地良いです。汗取りのパッドも付いているとよいと思いました。(鈴木さん)

勤務中は  
オールシーズン  
活躍しそう!



完全無縫製®  
レギュラーショーツ

綿混素材の肌ざわりがよく、伸びて体にフィットする感じがしました。汗取りが付いているので、脇の下の汗が気にならないし、どんなシーズンにも活用できそうです。(小淵さん)

完全無縫製®ひんやり綿混  
汗取り付ラン型インナー



Good!!

商品情報満載!キレイラボの商品についてもっと知りたい方は同梱のチラシもご確認ください!

## キレイラボ アンバサダープログラム

キレイラボ アンバサダープログラムでは、私たちと一緒にキレイラボの魅力を発見し、一緒に広めてくださるファンの皆様を募集しています。

## キレイラボ アンバサダー限定特典

- アンバサダー限定の商品モニター
- アンバサダー限定のイベント
- アンバサダー限定のキャンペーン



キレイラボ アンバサダー | 検索

<https://www.gunze.jp/kireilabo/special/ambassador/>

**下着のラインや汗じみを見られるのが気になる**

原 白衣の下に普通の下着をつけていると、ラインが出てしまつたのが気になっていました。今のボトムスは、生地は比較的厚めですが、しゃがんだ時や体位変換等患者さんを移乗させる時にラインが見えてしまいます。

田中 他の看護師を見て、白衣にインナーが透けていなくて、気がつくことがあり、自分も大丈夫か気になることがあります。

齋藤 うちの薄い水色のパンツかワンピーススタイルのユニフォームのほか、スワップも選べますが、どれも下着のラインは見えません。

小淵 以前は白衣だったので、キャミソールを着ないと透けていました。今は、タンクやブルースのトップですが、汗じみはわかりません。

熊 私には、パンツにインナーのラインが出るのが嫌で、足のむくみ対策も兼ねて下にタイツなどを履いています。

鈴木 透け対策だけではなく、チフチフする生地もあるので、インナーは必要ですね。

小淵 私はブラジャーが当たるところがかがれやすいのが悩みです。妊娠中は締め付けが苦しいので、柔なようにブラトップのような下着に切り込みを入れていました。

熊 私は敏感肌でアトピー性皮膚炎の悩みもあります。特に汗をかくと、赤くなつてかゆみも

出て、睡眠中に掻いて赤くなつてしまつたんです。

原 下着の締めつけ感が苦手で、夜勤中の仮眠も下着を外して休んで、緊急時に、対応が遅れないか心配しながら寝ています。

鈴木 私は汗がきなので、脇汗が気になります。特に入浴介助のときは汗が指摘されたこともあって、恥ずかしかったです。

原 個室病棟だと、寒がりの方は暖房を30℃に設定していることもあって、そこへ感染症対策でガウンを着て入ると、サウナスーツを着てサウナに入るような状態です。

田中 普段の勤務中もジットリ汗はかかっているので、パッド付きの下着をつけています。敏感肌なので、かぶれることがあるのも悩みです。

**素材やデザインなど細部にまで気遣いが**

小淵 今回、試着したインナーは着心地がよかったです。綿混の生地がサラツツとしていて、ハーフトップは胸をホールドして、脇のラインもスッキリ見えます。

鈴木 きつくないので、背中が楽でした。形もきれいで面積も広いので、ちゃんと覆ってくれ汗をかいても吸収してくれました。

田中 ハーフトップはデザインもかわいいで、ショーツとセットで着るとおしゃれですね。

**みんなのあるある聞いてみました!!**

- ・下着のラインが気になる
- ・汗をかきやすい
- ・脇の下の汗じみが気になる
- ・敏感肌でかぶれやすい
- ・夜勤時の仮眠を快適に過ごしたい

原 ハーフトップはパッド入りで、好みでした。あと、普段短めのショーツを履いていましたが、レギュラーショーツはお腹が冷えないし、食い込むこともなかったです。

鈴木 ショーツはお尻が包み込まれる感じがして、インナーが出ないのがいいですね。

熊 上下ともにゴムがないので不安でしたが、覆われるような安心感がありました。

小淵 ハーフトップやラン型インナーは、波の形にカットされていて、デザインもかわいいですよ。

田中 できれば仕事でもフライングでも着たいです。私はジムにも行くので、スポーツウェアとしても使えるのがいいですね。

齋藤 縫い目がないので、長時間着ても痛くならず快適でした。カラーバリエーションも豊富で気分が上がります。

原 使ってみてよかったものは、同僚にも勧めたいです。

小淵 下着は自分がいちばん気に入ったものを買いたいですね。

田中 そうですね。だから値段よりも、肌ざわりなどで選ぶようにしています。

鈴木 直接肌に分れるものだから、大事ですよね。キレイラボの商品には、素材やデザインなど細部にまで気遣いが感じられました。



**“ナースあるある” 激烈募集中!**

採用された方には **QUOカード1000円** プレゼント!  
自薦他薦は問いません。

ネタ投稿はプレゼント応募フォームからプレゼントと絡に応募してください(一石二鳥!)

## 看護師の 看護師による 看護師のための 「ナースマガジン」 読者レポーター大募集!

「ナースマガジン」は、全国の看護師の皆さんに新しい情報をコンパクトにまとめてお届けしたい、地域による情報格差を少しでも埋めていきたい、という思いで毎月発行しております。とはいえ、北から南まで全国各地取材しきれないのが現状です。そこで! 読者の皆様、レポーターになって学会やセミナーに参加した際の印象記、あるいは自施設や地域で取り組んでいる事例の紹介など、ナースマガジンにレポートしてみませんか?

例えば…

★学会に参加して

- ・ 基調報告の要約
- ・ ディスカッションで議論されたこと
- ・ ハンズオンセミナー参加の感想

★うちの事例

- ・ 院内で行われているイベント
- ・ 地域で取り組んでいる地域包括支援システム
- ・ 訪問看護師と退院支援ナースの連携

★やってみました、  
こんなことあんなこと

- ・ 音楽療法(園芸療法)によって患者さんに現れた変化
- ・ 医療費軽減大作戦~使用物品の見直し~
- ・ ナースの働き方改革

などなど

「聴きある記」「しゃべり場」「TOPIC」などに採用された方には、些少ではございますがお礼をご用意させていただきます。皆様からの投稿、お待ちしております。

応募要項

文章量: 1記事につき1,000文字程度

(写真・図表などもあるとより伝わりやすいです)

形式: 文字原稿 ⇒ ワード又はテキストデータ

図・写真 ⇒ PDF 又は JPG 表 ⇒ エクセル

必要事項: 氏名(紙面上は、実名・ペンネームどちらでもOK!)

看護師歴(年数)

勤務されている施設の種類の(総合病院、訪問看護ステーション、など)

連絡先(電話・メールアドレスなど)

送付先: E-Mail ⇒ info@medi-banx.com

※件名に読者レポートとご明記ください。



# 今日から始めるセルフケア

CHECK!

## 第7回 頭皮マッサージですっきり爽快!



看護師・保健師  
エステディシャン  
熊 杏里

顔の皮膚と頭の皮膚は1枚の皮膚でつながっています。「最近顔のたるみが気になる…」「ほうれい線が顔のマッサージしても消えないの…」なんてことはありませんか? 顔をマッサージしても消えないたるみやほうれい線は、もしかして頭皮をマッサージすることで解消するかもしれません。ぜひやってみましょう!

## 頭皮マッサージってどうやったらいいの?



肩や首の凝りがあると血液の流れが滞ってしまうため、肩や鎖骨の血流を流した状態でスタートしましょう。まず、首の付け根から頭頂部めがけて進行していきます。指で揉むようなイメージです。

手の平を側頭部にあて、耳の上から頭頂部に向けて、次に耳の後ろから頭頂部にかけてゆっくり行います。

指の腹を使い、髪の毛の生え際から頭頂部に向けて頭皮を動かすように行っていきます。爪を立てると頭皮が傷ついてしまうので爪は立てないようにしましょう。

もう一度首のマッサージを行い、顔のエラの下にある少し凹んでいる部分を押し、しっかり鎖骨に老廃物を流していきます。

頭皮の周期は肌のターンオーバーと同じく28日周期と言われています(年齢や疲労具合によって異なることもあります)。自宅で1日1回のマッサージに加え、疲れが取れにくいな…という方は月に1回はヘッドスパに行かれるのも良いかもしれません。

髪の毛はたんぱく質で作られているため、食事にも気をつけていくととっても良いと思います。

たんぱく質を多く含む食品

納豆、豆腐、豆乳(無調整)、肉、魚、卵



私はもともとジャンクフードが大好きなのですが、最近は身体の健康のためにたんぱく質を多く含んだ食事を多く摂っています♥(つづく)

# ナースの星 Webセミナー続々開催中!

なかなかセミナーに行くことができない、院内研修用の資料を探している、そんな皆様に朗報!  
2017年夏よりスタートした「ナースの星WEBセミナー」は、お好きな場所で最新の情報を配信時間内にご視聴できます。  
これまで34講演に延べ約2万人以上の参加をいただいております。ぜひ皆様奮ってご参加下さい!



概要

## — 1テーマ・1講演 —

- 動画再生時間:約40分 配信時間帯はいつでも再生可能
- 費用:視聴のみ⇒無料 レジュメ付き視聴 白黒⇒1,500円 カラー⇒2,500円
- 視聴環境:スマホ、パソコンからのWEBアクセス

5/30

### 「血管内留置カテーテル感染と感染対策」

箕面市立病院 感染制御部 副部長 四宮 聡 先生

日時 5月30日(木) 17:00~21:00  
対象 感染管理認定看護師、感染管理に係る看護師全般  
申込みURL <http://urx2.nu/WebE>

内容  
血管内留置カテーテル感染  
対策としての基礎知識等



6/4

### 「中心静脈カテーテル管理」

箕面市立病院 感染制御部 副部長 四宮 聡 先生

日時 6月4日(火) 11:30~20:00 ※ランチョンセミナーとしてもご利用ください。  
対象 感染管理認定看護師、感染管理に係る看護師全般  
申込みURL <http://urx2.nu/SUM0>

内容  
中心静脈カテーテルの  
基礎知識、カテーテルの  
管理方法と注意点等



6/13

### 「糖尿病患者のフットケア」

足のナースクリニック代表 皮膚排泄ケア認定看護師 西田 壽代 先生

日時 6月13日(木) 17:00~21:00  
対象 糖尿病に係る看護師全般  
申込みURL <http://urx2.nu/GyVa>

内容  
糖尿病足病変から観察ポ  
イント等



6/27・28

### 講演1: 口腔ケアの意義を再考する 講演2: 食支援につながる口腔ケア

藤田保健衛生大学病院 松尾 浩一郎 先生 藤田保健衛生大学病院 三鬼 達人 先生

日時 講演1: 6月27日(木) 17:00~21:00 講演2: 6月28日(金) 17:00~21:00  
対象 口腔ケアに係る看護師全般  
申込みURL <http://urx2.nu/YzUy>

内容  
OHATを利用した口腔管  
理法や口腔ケアの手法と  
実践等



7/4

### 「血液透析患者のスキンケア」

東葛クリニック病院 皮膚排泄ケア認定看護師 浦田 克美 先生

日時 7月4日(木) 17:00~21:00  
対象 透析患者に係る看護師全般  
申込みURL <http://urx2.nu/XBIO>

内容  
透析患者に特徴的な皮膚  
障害と明日から使えるケア  
方法等



7/11

### 「知っておきたいNPPVの管理」

企画:札幌市立大学 看護学部 教授 特定看護師 卯野木 健 先生

講師 公立陶生病院 集中ケア認定看護師 生駒 周作 先生

日時 7月11日(木) 17:00~21:00  
対象 クリティカルケア領域の看護師全般  
申込みURL <http://bit.ly/2HEipzX>

内容  
クリティカル領域の看護師  
がおさえておくべきNPP  
Vの基礎から看護ケア等



7/18

### 「改めて見直す胃ろう管理シリーズ Part①~しっかり使う編~」

医療法人 西山病院理事長・院長 西山 順博 先生

日時 7月18日(木) 17:00~21:00  
対象 栄養管理に係る看護師全般  
申込みURL <http://bit.ly/2HLnqGK>

内容  
胃ろうの構造から種類、  
注入手技等



7/24

### 「改めて見直す胃ろう管理シリーズ Part②~しっかり管理編~」

医療法人 西山病院理事長・院長 西山 順博 先生

日時 7月24日(水) 17:00~21:00  
対象 栄養管理に係る看護師全般  
申込みURL <http://bit.ly/2HvEiC5>

内容  
経管栄養での栄養成分や  
管理方法等



セミナーは随時、ホームページで発表されます。最新情報はナースの星HPでご確認下さい。  
http://www.nurse-star.jp/seminar  
お問合せ:メディバンクス株式会社(勝部・清水・熊) TEL:03-6447-1180 E-mail:info@medi-banx.com

読者プレゼント

各15名様 頑張るナースのために!

「iMUSE professional プラズマ乳酸菌+バリアビタミンC※」と「オルニュート」をプレゼント!



iMUSE professional  
プラズマ乳酸菌+バリアビタミンC※

1日2粒目安で15日分 30粒 2,200円(税抜)  
※表示の価格はメーカー希望小売価格です。

- プラズマ乳酸菌1000億個とバリアビタミンC※を配合
  - ヨーグルト風味で水なしで摂取できるタブレット
- ※本製品では、通常のビタミンCに比べ、熱・光・酸化に対して壊れにくい  
ビタミンC(L-アスコルビン酸2・グルコシド)のことをバリアビタミンC  
と呼び、ビタミンCのうちバリアビタミンCを20%使用しています。



オルニュート ゆず味

1日1包目安で30日分  
6,000円(税抜)  
※表示の価格はメーカー希望小売価格です。

- 「オルニチン」を1スティックあたり1,250mg配合。
- オルニチン以外にもグルタミン1,000mg、亜鉛、  
ビタミンA、Cも配合。
- 粉末飲料のため体調に合わせて水分の量を調節して摂取可能。

## 応募方法

アンケートにお答えの上、下記の方法でお送りください。

応募締切 **6月28日(金)**

- ①商品名 ②お名前 ③生年月日 ④住所 ⑤電話番号 ⑥勤務施設名 ⑦勤務施設の種類の  
⑧勤務先の所属科目 ⑨興味のある記事(3つまで) ⑩ナースマガジンへのコメント・ご希望など

ホームページから <http://medi-banx.com/present/>

FAXの方 **03-5785-2295**

- ご記入いただいた個人情報は第三者に無断で開示・提供することはありません。
- プレゼント当選者の発表は賞品の発送をもってかえさせていただきます。

携帯サイトからも  
応募できます。



## ナースの星Q&Aオンラインのご紹介

ナースマガジン編集部が運営する看護ケアのスペシャリスト25名の  
講義動画の視聴やQ&Aの検索、質問の投稿など気軽に学べる看護ケ  
アの会員制Q&Aコミュニティサイトです。

ナースの星 Q&A オンライン  
<http://www.nurse-star.jp>

専門家 Q&A 講義動画配信 お役立ちコラム 研修会検索 スマホ対応

数十本ある講義動画の視聴や専門家Q&Aの履歴検索、質問投稿、看護技術向上支援研修会の優待ご案内などの  
コンテンツサービスを会員登録する事でご利用いただけます。是非皆様にナースマガジン編集部が運営するナ  
ースの星Q&Aオンラインを試してみたいと思っております。皆様のご登録をお待ちしております。

はフ会員  
はこ登録  
らム



★ナースマガジンは、下記の医療機器卸会社にて配布しております。

### ●MISパートナー一覧(医療機器卸)

北海道	株式会社竹山	011-611-0100
北東北	共立医科器械株式会社	019-623-1205
	株式会社秋田医科器械店	018-839-3551
南東北	株式会社シバタインテック	022-236-2311
	サンセイ医機株式会社	024-944-1127
北関東	株式会社東原医療器械店	0276-37-8586
南関東	株式会社MMコーポレーション	03-3816-1335
甲信越	マコト医科精機株式会社	055-273-0333
	株式会社上條器械店	0263-58-1711
	源川医科器械株式会社	025-229-7766
北陸	富士医療器株式会社	076-237-5555
	株式会社ミクス	0776-24-0500
東海	株式会社八神製作所	052-251-6671
	株式会社名古屋医理科商会	052-723-5400
関西	株式会社三笑堂	075-681-5131
	宮野医療器株式会社	078-371-2121
中国	ティーエスアルフレッサ株式会社	082-501-0316
四国	四国医療器株式会社	087-851-3318
	日新器械株式会社	088-641-5111
九州	アイティアーアイ株式会社	092-472-1881

※上記のエリア以外の方は、下記のメールアドレスへお問い合わせください。  
ナースマガジン編集部 [info@medi-banx.com](mailto:info@medi-banx.com)