

第1回

JCHO地域医療総合医学会

—プログラム・抄録集—



会期 平成28年2月26日(金)・27日(土)

会場 JCHO本部研修棟
TKPガーデンシティ品川
AP品川アネックス

一般社団法人 地域医療機能推進学会

第 1 回 JCHO 地域医療総合医学会

チーム JCHO による新しい地域医療のスタート
～ダッシュに向け全員参画を～

プログラム・抄録集

会 長：尾身 茂
(一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長)

会 期：2016 年 2 月 26 日（金）・27 日（土）

会 場：JCHO 本部研修棟
〒108-0074 東京都港区高輪 3-22-12

TKP ガーデンシティ品川
〒108-0074
東京都港区高輪 3-13-3 SHINAGAWA GOOS 1F
TEL：03-5449-7300

AP 品川アネックス
〒108-0074
東京都港区高輪 3-23-17 品川センタービルディング 1F・B1F
TEL：03-5475-6109

学会事務局：一般社団法人地域医療機能推進学会
〒108-0074 東京都港区高輪 3-22-12
TEL：03-3445-5125 / FAX：03-3445-5110
mail：info@jchs.or.jp
URL：http://www.jchs.or.jp/

目 次

会長あいさつ	4
交通案内図	5
会場案内図	6
学会のご案内	8
座長の方々へ	10
口演発表の方々へ	11
ポスター発表の方々へ	13
日程表	14
プログラム	19

抄 録

特別講演	71
特別企画	75
継続テーマシンポジウム	83
シンポジウム	93
メディカルスタッフ特別セッション	113
一般演題 口演発表	121
一般演題 ポスター発表	231
定款	267
理事名簿	277

会長あいさつ

第1回 JCHO 地域医療総合医学会 会長 尾 身 茂
(一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長)

記念すべき『第1回 JCHO 地域医療総合医学会』を、平成28年2月26日(金)、27日(土)の両日、東京都港区高輪の独立行政法人地域医療機能推進機構(以下、JCHO)本部研修棟と近隣する施設を会場として開催いたします。

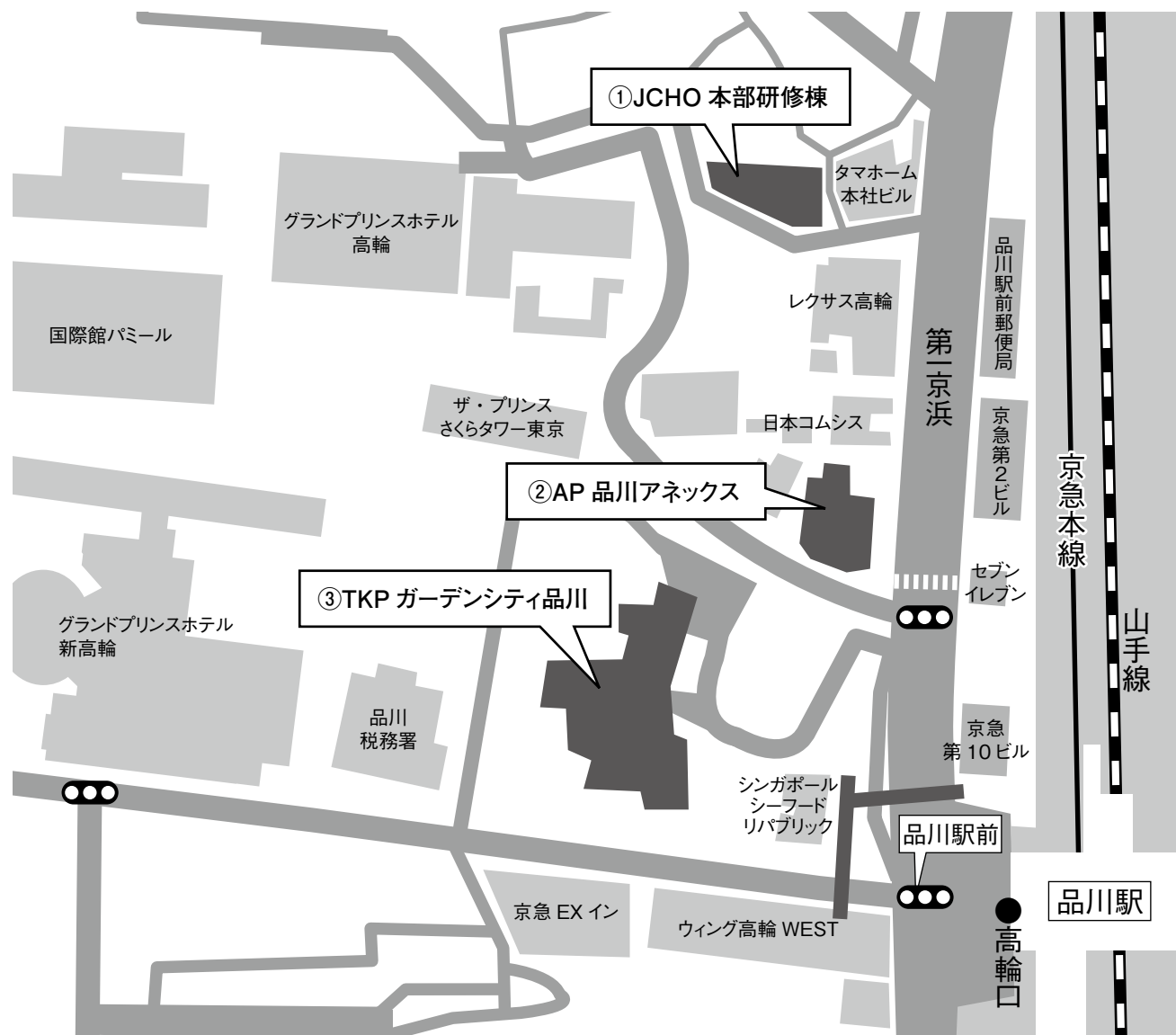
皆さまのご協力によりまして、一般演題434題という多数のご応募いただき、心から感謝しております。

本医学会を主催いたします一般社団法人地域医療機能推進学会は、JCHOに勤務する当法人会員の資質向上、地域医療に関する調査研究並びに教育の促進を図り、地域医療の向上及び医学・医療の発展に寄与することを目的に本年1月に設立され、医学会やセミナーの開催、地域医療に関する調査、研究及び教育、また各種福利厚生事業を行っております。

初回の本医学会のメインテーマは「チームJCHOによる新しい地域医療のスタート～ダッシュに向け全員参画を～」といたしました。「JCHOへの期待、JCHOとしての応え」と題する特別企画をはじめ、地域医療・地域包括ケアへの貢献や総合医の育成等をテーマとした多数のシンポジウム、一般演題の発表、さらにプロスキーマーの三浦雄一郎先生に特別講演を行っていただくこととしております。

本医学会は、JCHOに勤務する当法人会員の皆さまが一堂に会し、互いの成果を発表し、意見を交換する年に一度の貴重な機会です。活発なご議論が行われることを期待しています。皆さまのお越しを心からお待ちしております。

交通案内図



① JCHO 本部研修棟 <品川駅 高輪口 徒歩 7 分>

〒108-0074
東京都港区高輪 3-22-12
TEL : 03-3445-5125

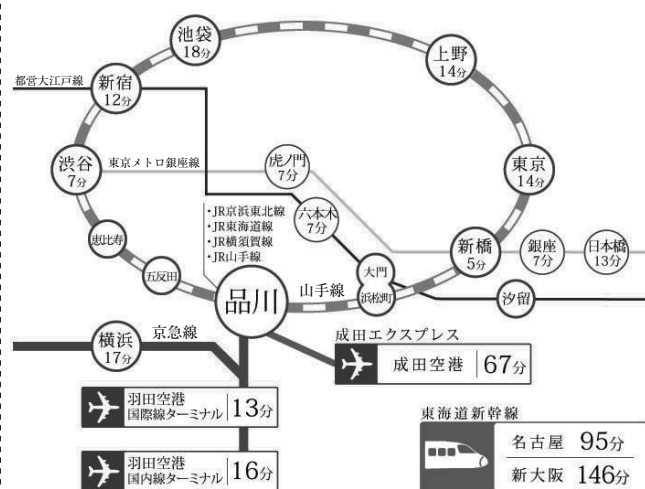
② AP 品川アネックス <品川駅 高輪口 徒歩5分>

〒108-0074
東京都港区高輪 3-23-17
品川センタービルディング 1F・B1F
TEL : 03-5475-6109

③ TKP ガーデンシティ品川 <品川駅 高輪口 徒歩3分>

〒108-0074
東京都港区高輪 3-13-3
SHINAGAWA GOOS 1F
TEL : 03-5449-7300

品川駅までのご案内



会場案内図

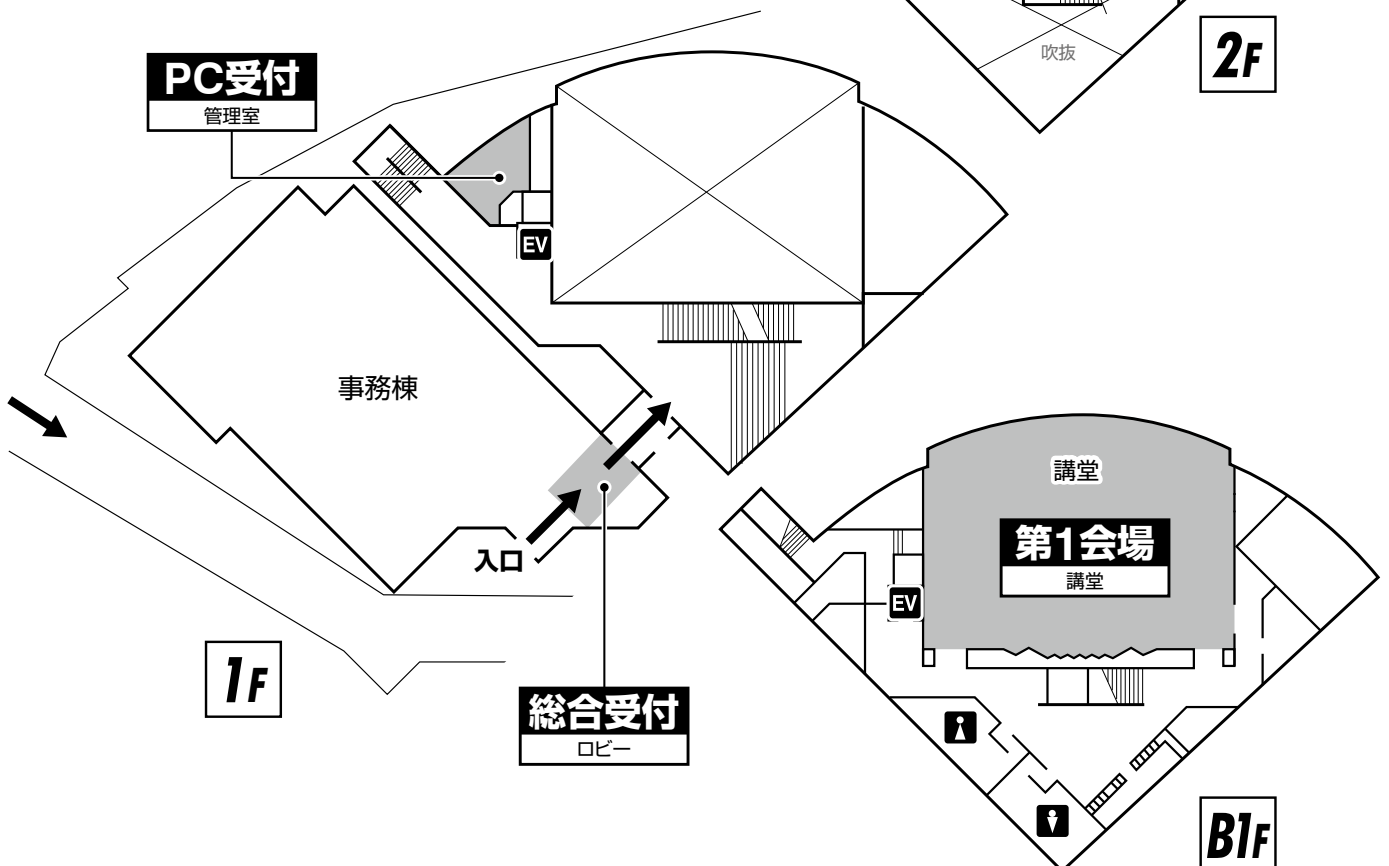
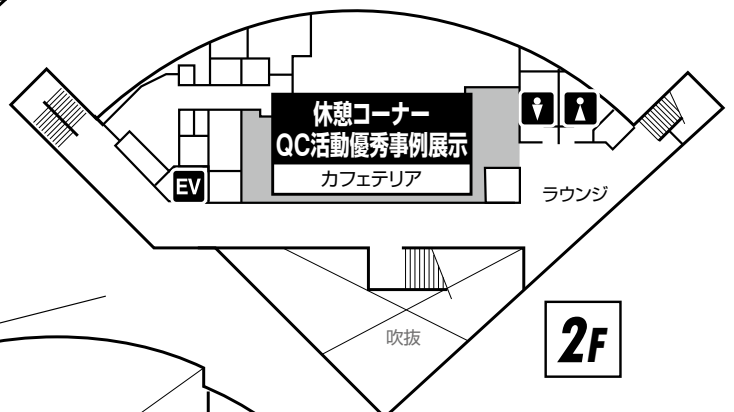
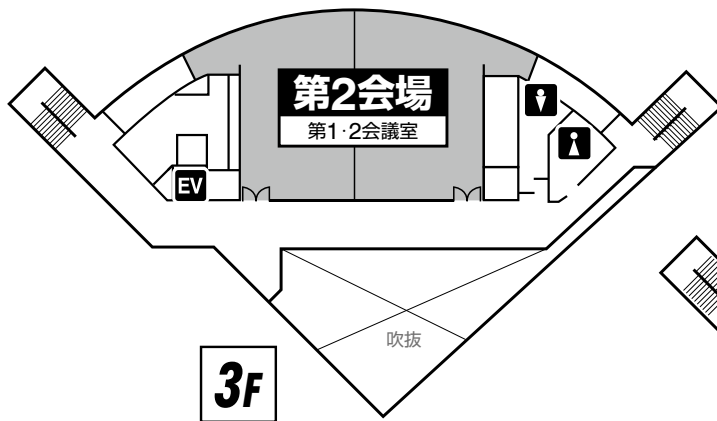
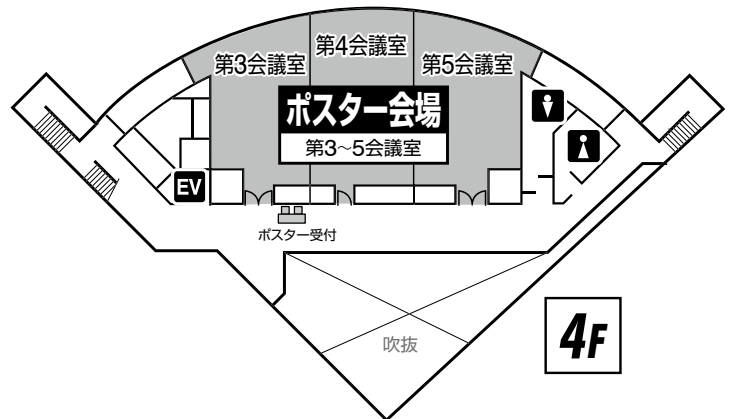
JCHO本部研修棟

JCHO本部研修棟

第1会場	B1F 講堂
第2会場	3F 第1・2会議室
ポスター会場	4F 第3～5会議室
休憩コーナー QC活動優秀事例展示	2F カフェテリア
PC受付	1F 管理室

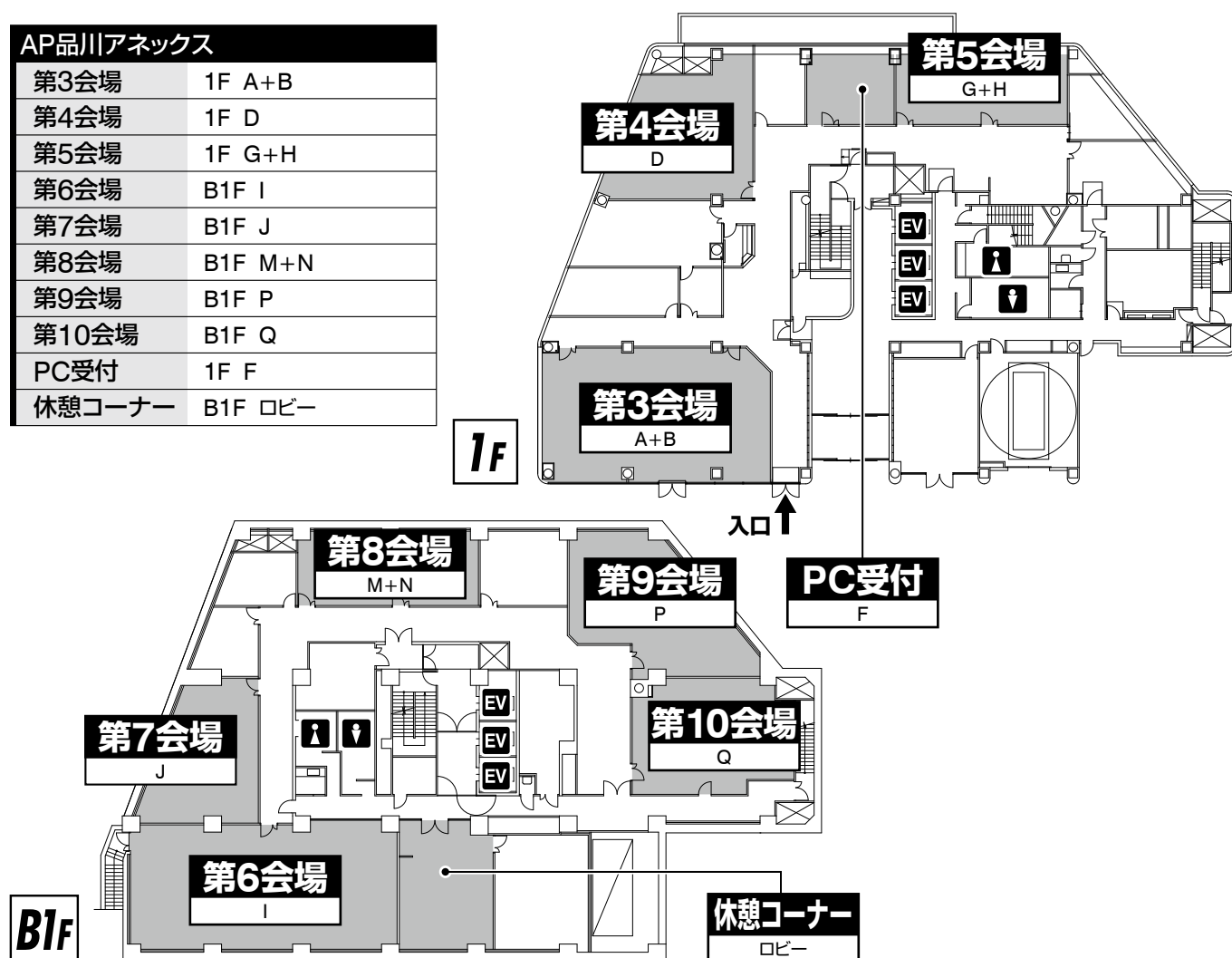
JCHO本部事務棟

総合受付	1F ロビー
------	--------



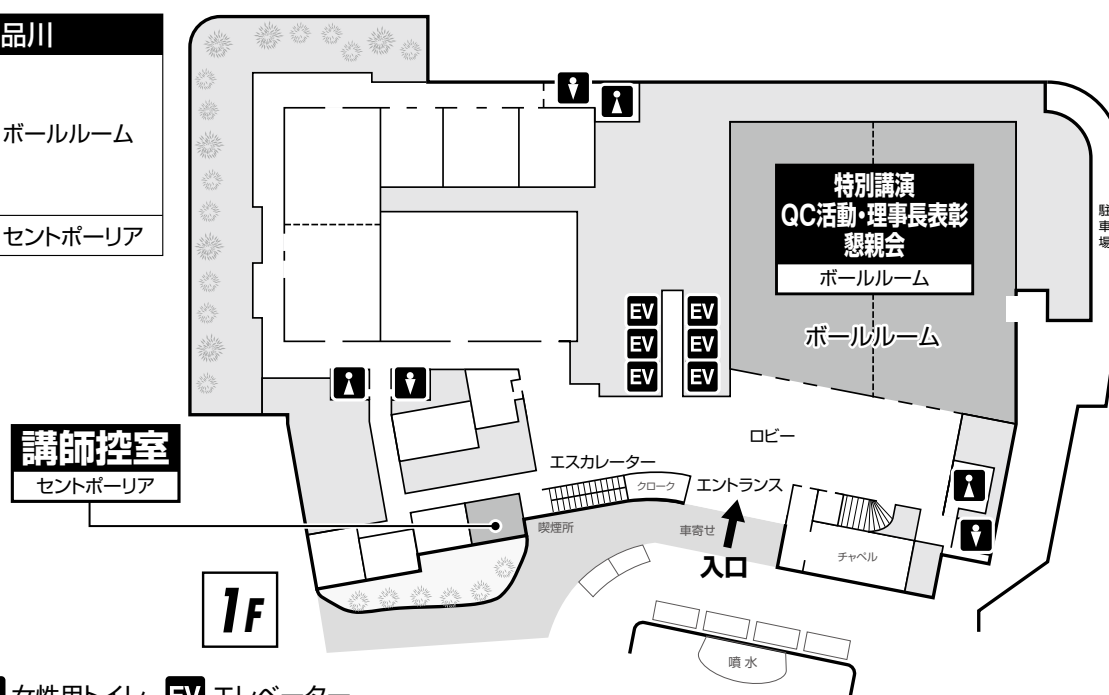
AP品川アネックス

AP品川アネックス	
第3会場	1F A+B
第4会場	1F D
第5会場	1F G+H
第6会場	B1F I
第7会場	B1F J
第8会場	B1F M+N
第9会場	B1F P
第10会場	B1F Q
PC受付	1F F
休憩コーナー	B1F ロビー



TKPガーデンシティ品川

TKPガーデンシティ品川	
特別講演 QC活動・ 理事長表彰 懇親会	1F ボールルーム
講師控室	1F セントポーリア



♂ 男性用トイレ ♀ 女性用トイレ EV エレベーター

学会のご案内

1. 総合受付

来賓、特別セッション^{*}の座長・演者受付、当日参加受付は、「JCHO 本部事務棟 1F ロビー」にあります。

^{*}特別セッション＝特別企画、継続テーマシンポジウム、シンポジウム、メディカルスタッフ特別セッション

日 時：2月26日（金）8：45～15：00
2月27日（土）8：10～15：30

参加費（非会員）：3,000円 ※参加証をお受け取りください。

懇親会参加費：3,000円 ※当日空きがある場合のみ受付を行います。※参加証に「赤丸」シールをお貼りします。

プログラム・抄録集：1,000円

2. 事前参加登録をされた方

参加登録のために総合受付にお越しいただく必要はありません。事前に送付いたしました参加証、ネームカードホルダーをご持参の上、ご入場ください。

※参加証は再発行いたしませんので、当日は必ずお持ちください。

3. QC活動・理事長表彰及び懇親会

・QC活動・理事長表彰は、「TKP ガーデンシティ品川（1F ボールルーム）」にて特別講演終了後の2月26日（金）16：20～16：50に行います。懇親会は、17：30～より同会場にて行います。

・事前に懇親会参加を申し込まれた方は、参加証を着用の上、ご参加ください。

・当日、空きがある場合のみ受付を行います。定員になり次第、締め切りますので、お早めにお申し込みください。

当日、参加を申し込まれる方は、懇親会費3,000円とともに、2月26日（金）12：00までに総合受付にてお申し出ください。

4. クローク

学会開催期間中、JCHO 本部研修棟、及び、AP 品川アネックスともロッカー、クロークの設置はございません。

手荷物等は、駅のロッカーを使用するなど、各自で管理してください。

5. 会場での呼び出し

会場内において、参加者の呼び出し（放送）は、一切行いません。緊急の場合は、JCHO 本部研修棟 1F ロビーに設置する「連絡板」をご利用ください。

6. 連絡板

参加者相互の連絡及び参加者へのお知らせは、JCHO 本部研修棟 1F ロビー及び、AP 品川アネックス 1F に設置する「連絡板」をご利用ください。

7. 教育セミナー

- ・2月27日（土）、JCHO 本部研修棟の第1会場、第2会場にて開催いたします。会場入り口にて整理券と引換にお弁当と飲物を受け取り、セミナーにご参加ください。
- ・整理券は、8:10より、JCHO 本部研修棟 1F ロビーの「整理券配布所」にて、先着順にて1人1枚ずつ配布いたします。

8. 休憩コーナー

休憩コーナーは、JCHO 本部研修棟 2F カフェテリア及び、AP 品川アネックス B1F ロビーにあります。無料のドリンク、軽食をご用意しておりますので、ご自由にご利用ください。数には限りがありますので、予めご了承ください。

9. その他

- ・会場内での携帯電話の使用はご遠慮ください。会場内では電源をお切りになるか、マナーモードに設定してください。
- ・会場内は禁煙です。喫煙は所定の喫煙コーナーをお願いいたします。
- ・教育セミナーを除き、講演会場内での飲食はご遠慮ください。

座長の方々へ

1. 特別企画、継続テーマシンポジウム、シンポジウム、メディカルスタッフ特別セッション 座長の方々へのお願い

- ・来場時、総合受付（JCHO 本部事務棟 1F ロビー）にて受付をお済ませください。
- ・ご担当セッション開始 10 分前までに、各会場内右側前方の「次座長席」にご着席ください。
- ・発表時間は 8 分、質疑応答 2 分です。
- ・アナウンスはご用意しておりません。座長席上に計時装置が設置してあり、発表終了 1 分前に黄色、終了時に赤色の警告ランプが点灯します。各セッションの進行は座長に一任いたしますが、限られた時間内で発表が円滑に進行するようご配慮ください。

2. 一般演題 口演発表 座長の方々へのお願い

- ・一般演題 口演発表の座長受付はございません。ご担当セッション開始 10 分前までに、各会場内右側前方の「次座長席」にご着席ください。
- ・発表時間は 4 分、質疑応答 2 分です。
- ・アナウンスはご用意しておりません。座長席上に計時装置が設置してあり、発表終了 1 分前に黄色、終了時に赤色の警告ランプが点灯します。各セッションの進行は座長に一任いたしますが、進行に影響がでないように終了時間は厳守してください。

3. 一般演題 ポスター発表 座長の方々へのお願い

- ・来場時、ポスター会場（JCHO 本部研修棟 4F 会議室）の「ポスター受付」にお越しください。座長用のリボンをお渡しいたします。
- ・ご担当セッション開始 10 分前までに、ポスターパネル前にて待機してください。
- ・発表時間は 4 分、質疑応答 2 分です。
- ・セッション開始のアナウンスはございませんので、開始時間になりましたら、開始してください。
- ・各セッションの進行は座長に一任いたしますが、進行に影響がでないように終了時間は厳守してください。

口演発表の方々へ

1. 発表時間について

- ・特別セッション※は、発表時間 8 分、質疑応答 2 分です。
※特別セッション＝特別企画、継続テーマシンポジウム、シンポジウム、メディカルスタッフ特別セッション
- ・一般演題 口演発表は、発表時間 4 分、質疑応答 2 分です。

2. 発表方法について

- ・口演発表はすべて PC（パソコン）による発表のみで、一面映写です。
- ・口演会場では、Windows7 及び Microsoft Power Point 2007 / 2010 / 2013 がインストールされた PC を使用します。Windows データに限り、発表データはメディア（USB ストレージ）に保存の上、ご持参ください。

3. PC 受付について

- ・発表施設ごとにデータ受付を行います。ご自分の発表施設以外でのデータ受付はできません。
- ・お持込みノート PC およびメディア保存データは、会場に設置されている PC センターに担当セッションの 1 時間前（早朝は 30 分前）までにご持参ください。
※ 27 日（土）の午前中の発表者は、できるだけ前日にデータ受付をお済ませください。

【PC センター受付時間】

第 1・2 会場：JCHO 本部研修棟 1F 管理室
2 月 26 日（金）9：00～17：00
2 月 27 日（土）8：30～14：30

第 3～10 会場：AP 品川アネックス 1F 会議室 F
2 月 26 日（金）12：00～17：00
2 月 27 日（土）8：10～14：30

- ・「PC センター」にて発表データの変更はできません。
- ・一時的に混雑する場合がありますので、できる限り時間に余裕を持って PC センターにお越しください。
- ・第 2 日目の発表の方は、第 1 日目の午後からお越しください。
- ・Windows で動画をお使いになる方、Macintosh でデータを作成された方は、ご自身のノート PC をご持参ください。また、MiniD-sub15 ピンへの変換ケーブル、電源ケーブルも忘れずにご持参ください。レンタルなどのご用意はございません。
- ・ノート PC お持込みの方も必ず PC センターにて出力チェックを済ませてください。
- ・お持込みノート PC の受け渡しは、発表会場内前方のオペレーター席にてお願いします。
- ・発表データは、ハードディスクに一旦コピーさせていただきますが、学会終了後に事務局にて責任を持って消去いたします。

4. 発表データ作成方法

USB ストレージにてデータを持ち込む際の注意点（Windows のみ）

- ・フォントは文字化けを防ぐため下記のフォントで作成してください。
日本語の場合：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝
英語の場合：Arial、Arial Black、Century、Century Gothic
- ・データファイル名の統一
持ち込まれるメディアには、当日発表されるデータ「完成版」以外のデータを入れないようにしてください。
またデータのファイル名には、演題番号（半角）に続けて演者の氏名（漢字）を必ず付けてください。

（例） SP1-1 学会太郎 O-001 学会花子

- ・データ作成のアプリケーションソフトは Microsoft Power Point 2007 / 2010 / 2013 のバージョンが使用できます。
- ・Macintosh で作成されたデータのお持込みはできませんので、ご自身のノート PC をご持参ください。

5. PC お持込みの際の注意点について

- ・お持込みに際しては、外部ディスプレイ出力が可能であることを必ずご確認ください。
PC センターにて出力チェック後、セッション開始 30 分前までにご自身で会場内の前方演台付近のオペレーター席までノート PC をご持参ください。
- ・ノート PC は、発表終了直後にオペレーター席にて返却いたします。
- ・発表に使用される Power Point に動画（Movie）ファイルを添付されている場合は、ノート PC お持込みの場合でもバックアップ用データを USB ストレージでご持参ください。また、電源アダプターは必ずご用意ください。
- ・お持込みの場合、会場でご用意する PC ケーブルコネクタの形状は MiniD-sub15 ピンです。この形状にあったノート PC をご用意ください。また、Macintosh など、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご自身でご持参下さい。
- ・第 3 ～ 10 会場につき、演台へご自身のパソコンをご用意することはできません。
- ・再起動をすることがありますので、パスワード制限、スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除してください。

6. 発表について

- ・ご自身のセッションが始まる 10 分前に、次演者席付近に着席してください。
- ・発表中の画面操作は、データお持込み、ノート PC お持込み、いずれの場合も、演台に置かれたモニターを見ながら、お預かりしたデータの 1 枚目のページをオペレーターが出しますので、2 枚目以降は、ご自身でマウスを操作して画面を進めていただきます。
- ・発表終了 1 分前に黄色、終了時に赤色の警告ランプが点灯しますので、時間厳守でお願いします。
- ・質疑応答・発言は時間の都合上、途中で打ち切ることもありますので、予めご了承ください。

ポスター発表の方々へ

1. ポスター掲示・撤去について

- ・ポスター掲示は、1日目と2日目は入れ替え制となります。
- ・ポスター掲示前に、ポスター会場（JCHO 本部研修棟 4F 会議室）の「ポスター受付」にお越しいただき、発表者用のリボンと画鋏をお受け取りください。（発表者用のリボンはセッションが始まる前に、左胸など見やすい位置にご着用ください。）

	2月26日（金）	2月27日（土）
演題番号	P-001～P-055	P-056～P-109
掲 示	9：00～9：30	9：00～9：30
発 表	13：10～14：45	13：10～14：50
撤 去	14：45～15：05	14：50～15：10

※撤去時間を過ぎても未撤去のポスターは、事務局で処分させていただきますのでご了承ください。

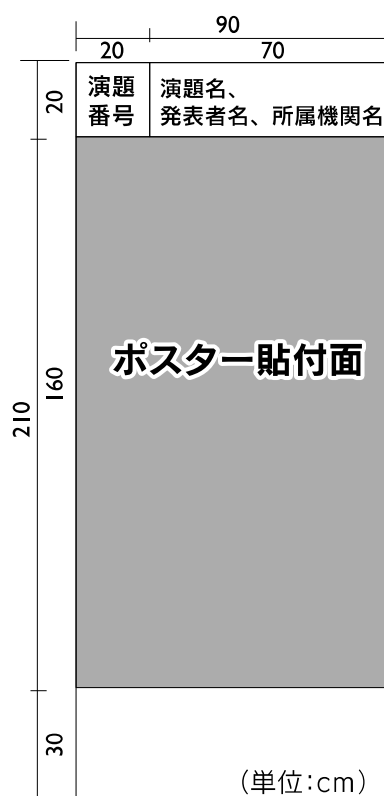
2. 発表について

- ・発表時間4分、質疑応答2分です。座長の指示に従い、時間厳守をお願いいたします。
- ・ご自身のセッションが始まる10分前に、発表されるパネル付近に待機してください。
- ・ご自身の発表が終わっても、座長の指示に従って、当該セッションの質疑に加わってください。

3. ポスター作成要領

- ・ポスター本文の貼付面は縦160cm×横90cmです。（下図参照）
- ・左上の演題番号（縦20cm×横20cm）は事務局で用意いたします。
- ・本文とは別に縦20cm×横70cmに収まるように演題名、発表者名、所属機関名を記したタイトルをご用意ください。
- ・画鋏は当日会場にご準備いたします。
- ・掲示物の事務局への事前送付はご遠慮ください。

【ポスター作成見本】



第1回 JCHO 地域医療総合医学会 日程表
【1日目：2月26日（金）】

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場	第7会場
	JCHO本部研修棟		AP品川アネックス				
	B1F	3F	1F			B1F	
	講堂	第1・2会議室	会議室A・B	会議室D	会議室G・H	会議室I	会議室J
9:00							
9:30							
	9:30～10:00 開会式						
10:00							
10:30							
	10:10～11:50 特別企画						
	「JCHOへの期待、 JCHOとしての 応え」						
11:00							
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30	13:20～14:50 継続テーマ シンポジウム1	13:20～14:50 シンポジウム1	13:20～14:00 地域医療・介護 (地域医療①) O-001～O-006	13:20～14:05 地域医療・介護 (地域医療③) O-013～O-019	13:20～14:00 地域医療・介護 (地域包括ケア①) O-025～O-030	13:20～14:50 シンポジウム2	13:20～14:05 地域医療・介護 (地域包括ケア③) O-037～O-043
14:00	「地域医療の革新 と地域づくり」	「地域における面 での感染対策の 効果と問題点」	14:00～14:40 地域医療・介護 (地域医療②) O-007～O-012	14:05～14:35 地域医療・介護 (地域医療④) O-020～O-024	14:00～14:40 地域医療・介護 (地域包括ケア②) O-031～O-036	「病院・介護施設に おける高齢者医療 のあり方、特に 認知症への対応」	14:05～14:35 地域医療・介護 (地域包括ケア④) O-044～O-048
14:30							
15:00							
15:30	以下、特別講演・QC活動・ 理事長表彰・懇親会 会場 TKPガーデンシティ品川 (1F ポールルーム) 15:20～16:20 【特別講演】 「～80歳エベレスト登頂～」 講師：三浦 雄一郎 (プロスキーヤー／クラーク記念国際高等学校 校長) 16:20～16:50 【QC活動・理事長表彰】						
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00	17:30～19:00 【 懇 親 会 】						

	第8会場	第9会場	第10会場	ポスター会場			
	AP品川アネックス			JCHO本部研修棟			
	B1F			4F			
	会議室M・N	会議室P	会議室Q	会議室			
9:00							
				9:00～9:30 ポスター掲示			
9:30							
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30	13:20～14:00 地域医療・介護 (地域包括ケア⑤) O-049～O-054	13:20～13:50 診療① O-061～O-065	13:20～14:00 診療③ O-073～O-078	13:10～13:55 情報他 P-001～P-007	13:10～13:50 安全(医療安全・医療 事故調査制度・TQC活動) P-013～P-018	13:10～13:55 連携 (地域連携) P-027～P-033	13:10～13:55 連携 (チーム医療②) P-041～P-047
14:00	14:00～14:40 情報 O-055～O-060	13:50～14:35 診療② O-066～O-072	14:00～14:30 診療④ O-079～O-083	13:55～14:25 安全(感染・褥瘡防止) P-008～P-012	13:50～14:40 連携(退院調整・ 地域連携バス) P-019～P-026	13:55～14:40 運営(人材育成)／ 連携(チーム医療①) P-034～P-040	13:55～14:45 連携(チーム医療③・ 栄養サポートチーム P-048～P-055
14:30							
				14:45～15:05 ポスター撤去			
15:00							
15:30							
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							

第1回 JCHO 地域医療総合医学会 日程表
【2日目：2月27日（土）】

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場	第7会場
	JCHO本部研修棟		AP品川アネックス				
	B1F	3F	1F			B1F	
	講堂	第1・2会議室	会議室A・B	会議室D	会議室G・H	会議室I	会議室J
9:00							
9:30	9:20～10:50	9:20～10:50	9:20～10:50	9:00～9:45 医療技術③ O-098～O-104	9:00～9:40 医療技術⑨ O-137～O-142	9:20～10:50	9:00～9:45 運営(病院運営) O-179～O-185
10:00	継続テーマ シンポジウム2	シンポジウム3	メディカルスタッフ 特別セッション1	9:45～10:25 医療技術④ O-105～O-110	9:40～10:20 医療技術⑩ O-143～O-148	シンポジウム4 「医療事故調査 制度が実施されて」	9:45～10:15 運営(組織マネジメント) O-186～O-190
10:30	「人材の育成」	「へき地及びJCHO 病院間医師派遣 への対応」	「JCHOの使命1」	10:25～11:05 医療技術⑤ O-111～O-116	10:20～11:00 検診① O-149～O-154		10:15～10:55 連携 (栄養サポートチーム) O-191～O-196
11:00							
11:30		11:00～11:50 医療技術① O-084～O-091	11:00～11:40 医療技術② O-092～O-097	11:05～11:35 医療技術⑥ O-117～O-121	11:00～11:40 検診② O-155～O-160	11:00～11:40 運営(人材育成③) O-173～O-178	10:55～11:40 連携(退院調整) O-197～O-203
12:00	12:00～13:00	12:00～13:00					
12:30	教育セミナー1	教育セミナー2					
	共催：中外製薬㈱	共催：田辺三菱製薬㈱					
13:00							
13:30	13:20～14:50	13:20～14:50	13:20～14:50	13:20～14:10 医療技術⑦ O-122～O-129	13:20～13:50 運営(人材育成①) O-161～O-165	13:20～14:50	13:20～13:50 連携(地域連携バス他) O-204～O-208
14:00	継続テーマ シンポジウム3	シンポジウム5	メディカルスタッフ 特別セッション2		13:50～14:35 運営(人材育成②) O-166～O-172	シンポジウム6 「接遇の向上－実践 とその効果－及び クレーム対応への 体裁の構築と各職種 の役割」	13:50～14:20 接遇・患者サービス他① O-209～O-213
14:30	「医療の全国ネット ワーク」	「事務職に求められる 病院マネジメント」	「JCHOの使命2」	14:10～14:55 医療技術⑧ O-130～O-136			14:20～15:00 接遇・患者サービス他② O-214～O-219
15:00	15:00～15:30 閉会式						
15:30							
16:00							

	第8会場	第9会場	第10会場	ポスター会場			
	AP品川アネックス			JCHO本部研修棟			
	B1F			4F			
	会議室M・N	会議室P	会議室Q	会議室			
9:00							
9:30	9:00～9:40 連携（地域連携①） O-220～O-225	9:00～9:50 安全（医療安全・ 医療事故調査制度） O-256～O-263	9:00～9:40 連携（チーム医療②） O-291～O-296	9:00～9:30 ポスター掲示			
10:00	9:40～10:20 連携（地域連携②） O-226～O-231	9:50～10:40 安全 （感染・褥瘡防止①） O-264～O-271	9:40～10:20 連携（チーム医療③） O-297～O-302				
10:30	10:20～11:00 連携（地域連携③） O-232～O-237	10:40～11:25 安全 （感染・褥瘡防止②） O-272～O-278	10:20～11:00 連携（チーム医療④） O-303～O-308				
11:00	11:00～11:40 連携（地域連携④） O-238～O-243		11:00～11:30 連携（チーム医療⑤） O-309～O-313				
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30	13:20～14:00 安全（医療メディエーション・ 医療の質） O-244～O-249	13:20～14:00 運営（事務の効率化）／ 情報（電子カルテ） O-279～O-284	13:20～13:50 連携（チーム医療⑥） O-314～O-318	13:10～13:50 運営（総合医育成・ 病院運営） P-056～P-061	13:10～14:00 医療技術① P-070～P-077	13:10～13:40 地域医療・介護 （地域包括ケア①） P-086～P-090	13:10～13:55 地域医療・介護 （地域医療①） P-097～P-103
14:00	14:00～14:40 安全（IQC活動） O-250～O-255	14:00～14:40 連携（チーム医療①） O-285～O-290	13:50～14:40 連携（患者－医療者の パートナーシップ） O-319～O-326	13:50～14:40 診療 P-062～P-069	14:00～14:50 医療技術②・ 検診 P-078～P-085	13:40～14:20 地域医療・介護 （地域包括ケア②） P-091～P-096	13:55～14:35 地域医療・介護 （地域医療②） P-104～P-109
14:30							
15:00				14:50～15:10 ポスター撤去			
15:30							
16:00							

2月26日(金) 15:20～16:20 TKP ガーデンシティ品川 (1F ボールルーム)

特別講演 「～80歳エベレスト登頂～」

講師：三浦 雄一郎（プロスキーヤー／クラーク記念国際高等学校 校長）

座長：尾身 茂（一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長）

2月26日(金) 10:10～11:50 第1会場(JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)

特別企画 「JCHO への期待、JCHO としての応え」

座長：田中 滋（慶應義塾大学 名誉教授）

- SP1 JCHO への期待－国立病院機構より
桐野 高明（独立行政法人国立病院機構 理事長）
- SP2 超高齢社会の地域医療とまちづくりを考える－柏プロジェクトからの報告を通して
辻 哲夫（東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授）
- SP3 超高齢社会における医療政策と JCHO への期待
島崎 謙治（政策研究大学院大学 教授）
- SP4 将来の医療・介護に取り組む JCHO
細田 洋一郎（JCHO 埼玉メディカルセンター 院長）
- SP5 医療過密地域の中での地域貢献
田中 真紀（JCHO 久留米総合病院 院長）
- SP6 将来を見据えた JCHO による地域医療・地域包括ケアとまちへの貢献
島田 信也（JCHO 熊本総合病院 院長）

2月26日(金) 13:20～14:50 第1会場(JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)

継続テーマシンポジウム1 「地域医療の革新と地域づくり」

それぞれの地域で求められている JCHO 病院の役割と地域医療・地域包括ケアへの貢献

座長：大道 久 (JCHO 顧問)

島田 信也 (JCHO 熊本総合病院 院長)

KS1-1 JCHO 宮崎江南病院の地域医療・地域包括ケアへの貢献

白尾 一定 (JCHO 宮崎江南病院 院長)

KS1-2 住民主体の医療づくりとまちづくり

～福井県高浜町での住民－行政－医療介護のコラボレーション

井階 友貴 (福井大学医学部地域プライマリケア講座／高浜町国保和田診療所 講師)

KS1-3 JCHO 病院の果たす役割と存在意義

内野 直樹 (JCHO 東京蒲田医療センター 院長)

KS1-4 都市型急性期病院が担う地域包括ケアシステム

－地域包括ケア病棟の利用を中心に－

大岩 功治 (JCHO 横浜中央病院 副院長)

KS1-5 一地方都市における地域医療・包括ケアの現状と課題

那須 誉人 (JCHO 徳山中央病院 副院長)

KS1-6 地域包括ケアシステム構築における「オールやつしろ」および当院の取り組み

古賀 一成 (JCHO 熊本総合病院 副院長)

2月27日(土) 9:20～10:50 第1会場(JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)

継続テーマシンポジウム2 「人材の育成」

総合医育成のキーポイント－自院での取り組みの現状と課題－

座長：亀井美登里 (JCHO 理事)

木村健二郎 (JCHO 東京高輪病院 院長)

コメンテーター：

徳田 安春 (JCHO 顧問)

竹本 文美 (JCHO 東京城東病院 副院長)

KS2-1 総合診療医・総合内科医育成への当院の取り組み－現状と課題－

近藤 盛彦 (JCHO 神戸中央病院 副院長)

KS2-2 総合医育成のキーポイント、自院での取り組みの現状と課題

志水 太郎 (JCHO 東京城東病院 総合内科 チーフ)

KS2-3 熊本県人吉球磨と総合診療医育成

田浦 尚宏 (JCHO 人吉医療センター 総合診療部長)

- KS2-4 飯塚病院での取り組みの現状と課題
井村 洋（飯塚病院 副院長／総合診療科 部長）

2月27日（土） 13：20～14：50 第1会場（JCHO 本部研修棟 B1F 講堂）

継続テーマシンポジウム3 「医療の全国ネットワーク」
クラウドプロジェクトの現況と展望

座長：中村 重郎（JCHO 理事）
井上 裕二（JCHO 徳山中央病院 院長）

- KS3-1 WEB 技術の活用で、電子カルテは地域包括ケアにどう役立つか？
姫野 信吉（医療法人八女発心会 姫野病院 理事長）
- KS3-2 JCHO クラウドシステムに期待する
絹川 常郎（JCHO 中京病院 院長）
- KS3-3 医療情報システムの変遷と今後の方向性
佐藤 秀暢（富士通株式会社ヘルスケア・文教システム事業本部 SVP）
- KS3-4 情報やシステム、そして社会制度に騙されてはいけない
石原 謙（愛媛大学大学院 医学系研究科 医療情報学講座 教授）

2月26日(金) 13:20～14:50 第2会場(JCHO 本部研修棟 3F 第1・2会議室)

シンポジウム1 「地域における面での感染対策の効果と問題点」

座長：細田洋一郎(JCHO 埼玉メディカルセンター 院長)
万代 恭嗣(JCHO 東京山手メディカルセンター 院長)

-
- SP1-1 地域医療における感染症専門医の役割(東京高輪病院の取り組み)
岡 秀昭(JCHO 東京高輪病院 感染症内科 部長)
- SP1-2 地域における病院感染対策への合同カンファレンスの有用性
広瀬 崇興(JCHO 北海道病院 副院長)
- SP1-3 地域ネットワークと職種別連携
安野 朝子(JCHO 群馬中央病院 感染管理室長)
- SP1-4 地域包括ケアにおける感染対策室の取り組み
大東 芳子(JCHO 神戸中央病院 感染対策室長 看護師長)
- SP1-5 感染管理認定看護師(CNIC)が行う地域連携
柴谷 涼子(JCHO 大阪病院 看護部 看護ケア推進室室長 看護師長)
- SP1-6 超高齢地域の医療を担う秋田病院の感染対策活動と今後の課題
阿部 亜矢子(JCHO 秋田病院 医療安全管理室 看護師長)
- SP1-7 地域のお施設と関わることで見えてきた地域連携の課題
宮田 貴紀(JCHO 埼玉メディカルセンター 副看護師長)
- SP1-8 地域連携で明らかとなった Antimicrobial Stewardship の成果と問題点
片山 歳也(JCHO 四日市羽津医療センター 薬剤科 副薬剤科長)
- SP1-9 地域での感染対策において病院薬剤師が果たす役割と課題
門村 将太(JCHO 札幌北辰病院 薬剤科 主任)

2月26日(金) 13:20～14:50 第6会場(AP 品川アネックス B1F 会議室I)

シンポジウム2 「病院・介護施設における高齢者医療のあり方、特に認知症への対応」

座長：住田 安弘(JCHO 四日市羽津医療センター 院長)
高取 吉雄(JCHO 湯河原病院 院長)

-
- SP2-1 認知症を包み込む多職種ネットワークとの連携
佐々木 淳(JCHO 横浜中央病院 放射線科 部長)
- SP2-2 地域拠点型認知症疾患医療センターとの連携
森 麗(JCHO 熊本総合病院 神経内科 部長)

- SP2-3 当院における高齢者医療への取り組み
西谷 由美 (JCHO 中京病院 看護師)
- SP2-4 介護老人保健施設における認知症周辺症状 (BPSD) への対応とその限界について
佐藤 郷子 (JCHO 久留米総合病院附属介護老人保健施設 総合診療科医長・老健担当医師)
- SP2-5 老健における認知症ケアの取り組みと課題
金原 有紀子 (JCHO 宇和島病院附属介護老人保健施設 介護福祉士)
- SP2-6 当施設における 物忘れ外来医師との連携
宮田 昌代 (JCHO 徳山中央病院附属介護老人保健施設 看護師長)

2月27日(土) 9:20～10:50 第2会場 (JCHO 本部研修棟 3F 第1・2会議室)

シンポジウム3 「へき地及び JCHO 病院間医師派遣への対応」

座長：絹川 常郎 (JCHO 中京病院 院長)
前場 隆志 (JCHO りつりん病院 院長)

- SP3-1 JCHO における離島・へき地への医師派遣及び病院間医師派遣の概要と実績について
長濱 誉佳 (JCHO 本部 副研修センター長／企画経営部 医療担当 副部長)
- SP3-2 へき地及び JCHO 病院間医師派遣への対応～派遣して頂いた病院の現状～
石岡 隆 (JCHO 秋田病院 院長)
- SP3-3 新島診療所への短期赴任を経験して
小林 正宏 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 呼吸器内科)
- SP3-4 へき地医療支援に対する当院の活動状況と問題点への提言
猪島 俊朗 (JCHO 熊本総合病院 糖尿病センター 医長)

2月27日(土) 9:20～10:50 第6会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 I)

シンポジウム4 「医療事故調査制度が実施されて」

座長：田熊 淑男 (JCHO 仙台病院 院長)
山崎 芳郎 (JCHO 大阪病院 院長)

- SP4-1 実際に医療事故に対応する臨床現場の観点からみた意見
百瀬 均 (JCHO 星ヶ丘医療センター 副院長)
- SP4-2 医療事故調査制度をめぐる医療者側の混迷と課題
上村 哲郎 (JCHO 九州病院 副院長)
- SP4-3 医療事故調査制度のあるべき姿～医療基本法構想から
鈴木 利廣 (すずかけ法律事務所 弁護士)

- SP4-4 新たな制度に患者・遺族が望むこと
豊田 郁子（IMS グループ 新葛飾病院 医療安全対策室・患者支援室 医療対話推進者／
患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋 理事長）
- SP4-5 新制度のこれからを考える
木村 壮介（一般社団法人日本医療安全調査機構 常務理事）
- SP4-6 医療事故調査制度 JCHO 本部の取り組み
松浦 真理子（JCHO 本部 企画経営部 医療課 医療安全専門職）

2月27日（土） 13：20～14：50 第2会場（JCHO 本部研修棟 3F 第1・2会議室）

シンポジウム5 「事務職に求められる病院マネジメント」

座長：内野 直樹（JCHO 東京蒲田医療センター 院長）
宇口比呂志（JCHO 上席審議役）

- SP5-1 事務職に求められる経営マネジメントー経営改善の必要性和人材の育成ー
三島 俊彦（JCHO 九州病院 事務部長）
- SP5-2 地域医療連携に寄与する事務職のマネジメント
田浦 輝次（JCHO 横浜中央病院 事務部長）
- SP5-3 事務職に求められる病院マネジメント
菊池 恭一（JCHO 東京高輪病院 事務部長）
- SP5-4 JCHO 病院事務部門の新たな展開
佐々木 仁史（JCHO 東京山手メディカルセンター 事務部長）

2月27日（土） 13：20～14：50 第6会場（AP 品川アネックス B1F 会議室I）

シンポジウム6

「接遇の向上ー実践とその効果ー及びクレーム対応への体裁の構築と各職種の役割」

座長：前野 一雄（JCHO 理事）
谷島 健生（JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長）
田中 眞紀（JCHO 久留米総合病院 院長）

【接遇】

- SP6-1 模擬患者が参加する医療安全（クレーム対策）研修の取り組み
末松 文博（JCHO 九州病院 薬剤部長）
- SP6-2 医療の接遇は病院の使命～接遇文化を意識から無意識に落とし込むために～
井出 志賀子（JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部長）
- SP6-3 情報の共有とコミュニケーション
山口 育子（NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長）

【クレーム】

- SP6-4 クレームにきちんと向き合える看護師を育てる～看護の専門性と接遇～
諸江 由紀子（JCHO 若狭高浜病院 副総看護師長）
- SP6-5 接遇の発展途上～相模野病院の現状および安全管理室の役割～
高橋 悦子（JCHO 相模野病院 歯科口腔外科 部長 兼任 安全管理室 副室長）
- SP6-6 弁護士から見た医療現場における患者対応
桑原 博道（仁邦法律事務所 所長（弁護士・医学博士））

2月27日(土) 9:20～10:50 第3会場 (AP品川アネックス 1F 会議室A・B)

メディカルスタッフ特別セッション1 「JCHOの使命1」

座長：大友 敏行 (JCHO 神戸中央病院 院長)
佐々木功典 (JCHO 下関医療センター 院長)

- MS1-1 群馬中央病院と前橋市薬剤師会による薬薬連携の取り組み
～安心・安全な在宅医療への移行に向けて～
新木 美枝 (JCHO 群馬中央病院 薬剤科)
- MS1-2 薬薬連携の新しい試みー検査データ付き院外処方箋の運用ー
磯谷 聡 (JCHO 中京病院 薬剤部 薬剤部長)
- MS1-3 医療被ばく低減施設認定前後での意識変化
新留 信幸 (JCHO 大阪病院 放射線室 診療放射線技師)
- MS1-4 被ばく低減施設認定取得に向けて (被ばく低減施設認定取得準備施設)
氏原 健吾 (JCHO 諫早総合病院 診療放射線技師長)
- MS1-5 地域の感染管理における検査技師の取り組み
柴崎 真由美 (JCHO 千葉病院 統括診療部 臨床検査科)
- MS1-6 グループ間におけるデータの共有化
小山 博史 (JCHO 埼玉メディカルセンター 統括診療部 臨床検査技師長)

2月27日(土) 13:20～14:50 第3会場 (AP品川アネックス 1F 会議室A・B)

メディカルスタッフ特別セッション2 「JCHOの使命2」

座長：村本 弘昭 (JCHO 金沢病院 院長)
来見 良誠 (JCHO 滋賀病院 院長)

- MS2-1 57施設の現状と地域包括ケア・地域医療活動のアンケート調査報告
江井 洋 (JCHO 二本松病院 リハビリテーション士長)
- MS2-2 多様な施設を要するJCHOグループのキャリアアッププランの提案
稲村 一浩 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション士長)
- MS2-3 地域医療の向上・発展に向けた管理栄養士の役割
中川 幸恵 (JCHO 札幌北辰病院 栄養管理室長)
- MS2-4 つなげよう、地域における栄養ケアネットワーク 在宅まで使える栄養サマリーの作成
杉山 清子 (JCHO 三島総合病院 栄養管理室長)

- MS2-5 チーム医療における臨床工学技士の使命
神倉 和見（JCHO 中京病院 臨床工学技士長）
- MS2-6 臨床工学技士の専門性～認定技士取得に向けて～
真下 泰（JCHO 札幌北辰病院 臨床工学技士長）

2月27日(土) 12:00～13:00 第1会場(JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)

教育セミナー 1

座長：万代 恭嗣(JCHO 東京山手メディカルセンター 院長)

「加齢に伴う機能低下を補償する感覚／運動機能に関する研究」

前田 太郎(大阪大学大学院 情報科学研究科 バイオ情報工学専攻 人間情報工学講座 教授)

共催：中外製薬株式会社

2月27日(土) 12:00～13:00 第2会場(JCHO 本部研修棟 3F 第1・2会議室)

教育セミナー 2

座長：高添 正和(JCHO 東京山手メディカルセンター 副院長)

「新しい時代に入った炎症性腸疾患の内科治療」

吉村 直樹(JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 診療部長)

「当院外来におけるインフリキシマブ投与時の看護師の役割」

岡堀 裕子(JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部)

共催：田辺三菱製薬株式会社

2月26日(金) 13:20～14:00 第3会場 (AP品川アネックス 1F 会議室A・B)

地域医療・介護 (地域医療①)

座長：野田 晏宏 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 院長)

- O-001 職域健診におけるウイルス性肝炎無料検診同時実施によるキャリア抽出効果の検討
山下 智省 (JCHO 下関医療センター)
- O-002 当院における後期高齢者に対する ERCP の有用性について
三村 享彦 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- O-003 認知機能低下症状を把握する問診表～入院時からせん妄を防ぐために～
中澤 文香 (JCHO 山梨病院)
- O-004 急性期病棟における認知症教育システムの構築を目指して
田淵 稔英 (JCHO 福岡ゆたか中央病院)
- O-005 A病院を取り巻く地域の現状と課題
佐藤 育子 (JCHO 仙台病院)
- O-006 救急外来における院内トリアージに関する取り組み
松山 佳子 (JCHO 大阪病院)

2月26日(金) 14:00～14:40 第3会場 (AP品川アネックス 1F 会議室A・B)

地域医療・介護 (地域医療②)

座長：井須 和男 (JCHO 登別病院 院長)

- O-007 骨盤部創外固定術・観血的骨接合術施行後歩行獲得を目指した症例
杉尾 隆一 (JCHO 下関医療センター)
- O-008 ロボットスーツ HAL でのリハビリテーションの現状と入院患者の
継続実施に影響を及ぼす因子の検討について
沖田 将盛 (JCHO 徳山中央病院)
- O-009 両側同日人工膝関節全置換術と片側人工膝関節全置換術における患者満足度の比較
野沢 昇平 (JCHO 埼玉メディカルセンター)
- O-010 当院における人工膝関節全置換術後の腫脹・疼痛・関節可動域の変化
加藤 俊久 (JCHO 湯河原病院)
- O-011 急性期病院および地域包括ケア病棟における日曜日リハビリテーションの効果
浪越 啓史 (JCHO 東京高輪病院)

- O-012 精神状態悪化のため早期自宅退院後外来言語リハを継続した重度失語症例
古田 翔二郎 (JCHO 徳山中央病院)

2月26日(金) 13:20～14:05 第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 D)

地域医療・介護 (地域医療③)

座長：河嶋 知子 (JCHO 北海道病院 看護部長)

- O-013 マズローの基本的欲求理論を用いた終末期がん患者の欲求の考察
小越 千恵 (JCHO 宇和島病院)
- O-014 夫婦2人暮らしの癌ターミナルの在宅看取りを支える
尾付野 恵美子 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院)
- O-015 継続的な透析予防指導の効果
荻野 俊美 (JCHO 神戸中央病院)
- O-016 ピックアップカンファレンス実施に伴う看護師の意識調査からの課題
秋葉 裕子 (JCHO 登別病院)
- O-017 体幹抑制しない看護への取り組み～赤外線センサー見守りシステムを導入して～
廣畑 かおる (JCHO 桜ヶ丘病院)
- O-018 回復期リハビリテーション病棟における排尿困難患者に対する支援の取り組みと効果
伏見 佳代 (JCHO 宇和島病院)
- O-019 インスリン療法の継続を支える退院支援－高齢者2人暮らしの事例－
井上 詩織 (JCHO 神戸中央病院)

2月26日(金) 14:05～14:35 第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 D)

地域医療・介護 (地域医療④)

座長：渡部 昌平 (JCHO 宇和島病院 院長)

- O-020 外来片麻痺患者に対して HAL 単脚型を用いて、歩行能力が向上した1症例
藤本 領佑 (JCHO 徳山中央病院)
- O-021 脳卒中重度片麻痺者における歩行練習アシストを用いた歩行再建への取り組み
佐藤 周平 (JCHO 湯布院病院)
- O-022 脳梗塞による喪失感を乗り越え家事活動が可能となった事例
～左片手動作による調理技能獲得の波及効果～
笠嶋 瑛梨 (JCHO 湯布院病院)

0-023 魚摂取頻度が血液透析患者に与える影響に関する研究
村上 智恒 (JCHO 南海医療センター)

0-024 当院における在宅血液透析の取り組み
持田 勇輝 (JCHO 滋賀病院)

2月26日(金) 13:20～14:00 第5会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 G・H) 地域医療・介護 (地域包括ケア①)

座長：亀川 隆久 (JCHO 南海医療センター 院長)

0-025 口腔衛生管理加算導入の取り組み
伊東 雅子 (JCHO うつのみや病院)

0-026 肺炎を予測するスケール作成を試みて～気づきを生かしたケアを提供するために～
原田 薫 (JCHO 天草中央総合病院)

0-027 老人保健施設における末期癌利用者への看護介入を通して
～家族の思いや支援の在り方を考える～
大崎 恭子 (JCHO 仙台南病院)

0-028 個々の利用者が見えるケアを目指して～機能別から受け持ち制へ～
井上 阿貴子 (JCHO 神戸中央病院)

0-029 強化型デイケアへの挑戦
吉川 雅俊 (JCHO 宮崎江南病院)

0-030 在宅強化型維持への取り組み～短期間の集中的リハビリと在宅復帰との関連～
吉田 徳子 (JCHO 天草中央総合病院)

2月26日(金) 14:00～14:40 第5会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 G・H) 地域医療・介護 (地域包括ケア②)

座長：竹口東一郎 (JCHO 天草中央総合病院 院長)

0-031 業務改善への取り組み～ AI レポートの見直しによる効果～
山本 直人 (JCHO 天草中央総合病院)

0-032 在宅強化型老健の今後～地域ニーズに答えて～
萬谷 郁美 (JCHO 天草中央総合病院)

0-033 施設新聞「さわやか」を作成して～7年間の軌跡～
松岡 祐一 (JCHO 天草中央総合病院)

- 0-034 当施設におけるリスク対策
渡辺 翔太 (JCHO 二本松病院)
- 0-035 ベッド利用率向上プロジェクトチーム活動報告
別府 和男 (JCHO 宮崎江南病院)
- 0-036 当施設の看取りケアについて～ 7 年目を迎えて～
服部 真和 (JCHO 佐賀中部病院)

2 月 26 日 (金) 13:20 ～ 14:05 第 7 会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 J)

地域医療・介護 (地域包括ケア③)

座長：草野 英二 (JCHO うつのみや病院 院長)

- 0-037 地域の高齢化をみすえた JCHO 神戸中央病院の地域包括ケアの取り組み
松本 圭吾 (JCHO 神戸中央病院)
- 0-038 地域の病院として医療・介護体制が充実した生活環境づくりを目指して
～ JCHO カフェの取り組みと今後の課題～
大谷 陽子 (JCHO うつのみや病院)
- 0-039 認定看護師として支援できた在宅患者
藤崎 栄子 (JCHO 大和郡山病院)
- 0-040 JCHO 家族の会～地域包括における家族の会の役割について～
鶴牧 明記 (JCHO うつのみや病院)
- 0-041 地域包括ケアにおける医療ソーシャルワーカーの取り組み
佐野 晴美 (JCHO 横浜中央病院)
- 0-042 地域の在宅医療体制の確立を目指して～自治体への提案～
松本 祥敬 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- 0-043 管理栄養士における生活習慣病の一次予防対策の第一報
～地域住民を対象とした料理教室を開催して～
平井 未央 (JCHO 福岡ゆたか中央病院)

2 月 26 日 (金) 14:05 ～ 14:35 第 7 会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 J)

地域医療・介護 (地域包括ケア④)

座長：大矢 早苗 (JCHO 中京病院 看護部長)

- 0-044 地域包括ケア病棟の開設～看護部 他職種合同ベッドコントロールからの実践報告～
小木曾 佳子 (JCHO 相模野病院)

- O-045 地域包括ケア病棟における退院支援の課題と今後の取り組み
與野 ちあき (JCHO 東京蒲田医療センター)
- O-046 地域に必要とされる都市型地域中核病院をめざして～地域包括ケア病棟開設後の検証～
小池 由紀恵 (JCHO 横浜中央病院)
- O-047 地域包括ケア病棟の取り組みと今後の課題
黒木 香 (JCHO 宮崎江南病院)
- O-048 多職種連携で在宅復帰を支援
中島 範子 (JCHO 四日市羽津医療センター)

2月26日(金) 13:20～14:00 第8会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 M・N)

地域医療・介護(地域包括ケア⑤)

座長：根橋 良雄 (JCHO 湯布院病院 院長)

- O-049 地域包括ケア病棟における現状とソーシャルワーカーの役割
南場 静香 (JCHO 東京高輪病院)
- O-050 地域包括ケア病棟における介護チームの取り組み～CチームのCはCareのC～
荒木 知子 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- O-051 地域包括ケア病棟における言語聴覚療法対象患者の現状について
衛藤 素子 (JCHO 湯布院病院)
- O-052 東京高輪病院における地域包括ケア病棟運用にあたっての現状と課題—第1報—
青木 一平 (JCHO 東京高輪病院)
- O-053 地域包括ケア病棟運用に当たっての現状と課題
川合 美穂子 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)
- O-054 地域包括支援センターの取り組み
山口 真 (JCHO うつのみや病院)

2月26日(金) 14:00～14:40 第8会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 M・N)

情報

座長：森田 克徳 (JCHO 中京病院 事務部長)

- O-055 ICTを利用した遠隔地からの生活習慣改善プログラムの提案
—生活習慣改善の実効性と健康リテラシーの向上をめざして—
本間 聡起 (JCHO 埼玉メディカルセンター)

- 0-056 画像管理システムにおける冗長化
岩坪 高雄 (JCHO 熊本総合病院)
- 0-057 MMWIN を用いた透析情報の施設間共有および遠隔バックアップの構築
鈴木 真佐也 (JCHO 仙台病院)
- 0-058 システムベンダーの言いなりにならないシステム構築・導入について
金澤 政幸 (JCHO 熊本総合病院)
- 0-059 地域連携強化を考慮した持ち込み CD の診察前取込みについて
魚澤 正克 (JCHO 大阪病院)
- 0-060 病院の「いま」を伝える広報誌
池戸 航 (JCHO 可児とうのう病院)

2月26日(金) 13:20～13:50 第9会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 P)

診療①

座長：菅沼 泰 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 統括診療部長)

- 0-061 地域の脳卒中診療における当院の役割
原田 有彦 (JCHO 徳山中央病院)
- 0-062 アルツハイマー型認知症を併発した2型糖尿病患者への関わり
～在宅療養困難と思われたが地域連携が成功した一事例～
伊佐次 小百合 (JCHO 可児とうのう病院)
- 0-063 糖尿病療養指導による薬剤師の高齢者在宅療養に及ぼす効果
中島 明日香 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)
- 0-064 整形外科病棟にて高照度光療法を導入した効果
服部 あゆみ (JCHO 中京病院)
- 0-065 災害医療支援病院における BCP 策定の実践的研究
篠原 有幸 (JCHO 四日市羽津医療センター)

2月26日(金) 13:50～14:35 第9会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 P)

診療②

座長：兜 正則 (JCHO 福井勝山総合病院 院長)

- 0-066 当院におけるがん性疼痛看護認定看護師の課題
佐伯 睦子 (JCHO 高岡ふしき病院)

- O-067 「病院の相談のしやすさ」を向上させる がんのミニ健康教室の効果
土屋 謙仕 (JCHO 群馬中央病院)
- O-068 穿刺針カテーテルレングス (PCL) 変更による実効血流量 (QB) の影響について
中村 正樹 (JCHO 千葉病院)
- O-069 臨床工学技士 (CE) の経皮的血管形成術 (PTA) 補助業務とその有用性について
芦澤 桃子 (JCHO 千葉病院)
- O-070 NOAC (Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants) の当院における使用状況と評価
吉田 愛未 (JCHO 福井勝山総合病院)
- O-071 悪性リンパ腫患者における CHOP 及び CHOP 類似療法施行時に誘発される吃逆発現の
性差に関する調査
兼松 哲史 (JCHO 可児とうのう病院)
- O-072 当院におけるペグフィルグラスチムの使用成績調査
北山 佳菜子 (JCHO 大阪病院)

2月26日(金) 13:20～14:00 第10会場 (AP品川アネックス B1F 会議室Q)
診療③

座長：松本 昌泰 (JCHO 星ヶ丘医療センター 院長)

- O-073 認知症の画像診断について
森崎 訓明 (JCHO りつりん病院)
- O-074 超急性期脳卒中診療における病院間連携
小山 俊一 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-075 当院におけるがん診療の現状
沼 文隆 (JCHO 徳山中央病院)
- O-076 地域の糖尿病発症予防、重症化予防、患者モチベーションの向上と維持をもたらす
seamless な地域糖尿病医療体制構築を目指した取り組み
小林 正 (JCHO 高岡ふしき病院)
- O-077 高浸透圧性昏睡に尿崩症、PAD の急性憎悪を合併した一例
下元 麻梨子 (JCHO 埼玉メディカルセンター)
- O-078 右視床出血発症後に端座位保持困難となった症例
～腰痛の既往歴の影響を考慮した介入の一例～
久保 洋平 (JCHO 星ヶ丘医療センター)

2月26日(金) 14:00～14:30 第10会場 (AP品川アネックス B1F 会議室Q)

診療④

座長：鳶原 康行 (JCHO 大和郡山病院 院長)

- | | |
|-------|---|
| O-079 | 開業産科医院で出生する先天性心疾患児の実態と病院小児科によるサポートの重要性
岡川 浩人 (JCHO 滋賀病院) |
| O-080 | 個別性のある看護ケアに活かすための有効的なカンファレンスとは
～看護カンファレンスにおけるアプローチ方法の検討～
野頭 智美 (JCHO 相模野病院) |
| O-081 | 継続した看護師のトリアージ実施状況の報告
黒木 真二 (JCHO 九州病院) |
| O-082 | 新生児二分脊椎症超音波検査での新たな取り組みについて
佐藤 直美 (JCHO 大和郡山病院) |
| O-083 | 妊婦水腎症の検討
中村 杏奈 (JCHO 相模野病院) |

2月27日(土) 11:00～11:50 第2会場(JCHO 本部研修棟 3F 第1・2会議室)

医療技術①

座長：中馬 敦(JCHO 東京城東病院 院長)

- O-084 当院におけるホルミウムヤグレーザーを用いた f-TUL の治療成績
原 浩司(JCHO 可児とうのう病院)
- O-085 病理診断科の IT 機器充実と地域医療の活性化や遠隔病理診断ネットワークの為の有効活用とその展望
猪山 賢一(JCHO 熊本総合病院)
- O-086 末梢静脈持続点滴管理における滴下不良の検証実験
瀬野尾 優香(JCHO 仙台南病院)
- O-087 ペースメーカー植え込み患者における冠動脈 CTA への影響と Single Energy Metal Artifact Reduction の有用性
山口 隆義(JCHO 北海道病院)
- O-088 当院における条件付き MRI 対応ペースメーカー挿入患者の撮影について
岡本 崇宏(JCHO 金沢病院)
- O-089 支援画像として 3D ワークステーションの活用～連携・貢献をキーワードに～
小林 靖雄(JCHO 埼玉メディカルセンター)
- O-090 デンタル CT における 3D 画像処理の検討
小原 貴喜(JCHO 相模野病院)
- O-091 ドパミントランスポーターシンチ～画像処理条件の検討～
深田 直樹(JCHO 東京山手メディカルセンター)

2月27日(土) 11:00～11:40 第3会場(AP 品川アネックス 1F 会議室 A・B)

医療技術②

座長：白尾 一定(JCHO 宮崎江南病院 院長)

- O-092 立位荷重時下肢全長撮影時の下肢の回旋によってどのような影響を受けるのか？
平塚 美由樹(JCHO 秋田病院)
- O-093 X線透視室における散乱線モンテカルロシミュレーションによる従事者被ばくの可視化
阿野 匡昭(JCHO 埼玉メディカルセンター)
- O-094 50 歳未満の健診受診者における胃 X 線所見と ABC 検診の対比
畑中 大輔(JCHO 宮崎江南病院)

- 0-095 診療放射線技師の立場における Artis zeego の導入と使用経験
中岡 伸悟 (JCHO 大阪病院)
- 0-096 頭頸部領域における金属アーチファクト低減処理を用いた撮影条件の検討
元岡 秀昭 (JCHO 九州病院)
- 0-097 ワークステーションによる高周波強調フィルタを用いた CT 画像の検討
江口 徹 (JCHO 星ヶ丘医療センター)

2月27日(土) 9:00～9:45

第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 D)

医療技術③

座長：君野 孝二 (JCHO 諫早総合病院 院長)

- 0-098 背景粘膜を基に検討した、上部消化管検査結果について
赤羽根 誠 (JCHO うつのみや病院)
- 0-099 当院における消化器癌の手術支援画像
吉野 将太 (JCHO 福岡ゆたか中央病院)
- 0-100 microscopy coil を使用した MRI TFCC 撮影標準化について基礎的検討
中富 崇史 (JCHO 佐賀中部病院)
- 0-101 放射線線量管理システムによる線量最適化への取り組み
山口 浩嗣 (JCHO 諫早総合病院)
- 0-102 3D-dual echo の合成画像を用いた頭部 MR-Venography における再構成条件の基礎検討
遠藤 優 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- 0-103 デジタルマンモグラフィの平均乳腺線量測定方法の検討
佐藤 慶 (JCHO 群馬中央病院)
- 0-104 当センターの健診における透視検査の安全対策
田中 靖 (JCHO 東京山手メディカルセンター)

2月27日(土) 9:45～10:25

第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 D)

医療技術④

座長：佐々木文章 (JCHO 札幌北辰病院 院長)

- 0-105 多職種協働で行う転倒予防を目的とした「生活動作アセスメント」の試み
木村 鷹介 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)

- O-106 登別病院における短時間通所リハビリテーションへの取り組み
富盛 由李絵 (JCHO 登別病院)
- O-107 頸髄損傷後の不全麻痺患者に対する維持期水中機能訓練の有効性について
西川 昭彦 (JCHO 宇和島病院)
- O-108 入退院を繰り返した若年心不全患者に対する心臓リハビリテーションの経験
永井 博規 (JCHO 宮崎江南病院)
- O-109 低血糖性昏睡による遷延性意識障害に対し行った理学療法
山本 崇 (JCHO 札幌北辰病院)
- O-110 投薬調整により入退院を繰り返しているパーキンソン病患者に対する運動療法の経験
内田 直祐 (JCHO 大阪病院)

2月27日(土) 10:25～11:05 第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室D)

医療技術⑤

座長：岸田 喜彦 (JCHO 可児とうのう病院 院長)

- O-111 糖尿病性筋萎縮症の理学療法経験
荒木 直哉 (JCHO 大阪病院)
- O-112 呼吸リハビリテーションにより呼吸困難が軽減し自宅退院し得た慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の急性増悪の一例
半谷 華緒梨 (JCHO 北海道病院)
- O-113 左変形性肩関節症、上腕骨頭壊死によりリバーズ型人工肩関節全置換術を施行した一症例
近藤 絵美 (JCHO 相模野病院)
- O-114 入院中の維持血液透析患者に対する栄養と日常生活動作の評価
浅野 光香 (JCHO 中京病院)
- O-115 急性期医療終了後のリハビリテーション及び生活支援が2か月間十分に行われず、その後当院訪問リハビリテーションで対応した1症例
小野木 愛 (JCHO 可児とうのう病院)
- O-116 バランス障害を呈した軽度運動麻痺の脳卒中患者に対し重心の位置に着目した訓練により歩行獲得に至った一例
岩附 雄平 (JCHO 東京蒲田医療センター)

2月27日(土) 11:05～11:35 第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室D)

医療技術⑥

座長：加藤 弘巳 (JCHO 高岡ふしき病院 院長)

- O-117 気腫合併肺線維症患者に対する呼吸リハビリテーションの経験
中田 早紀 (JCHO 北海道病院)
- O-118 非麻痺側の過剰努力が歩行獲得を妨げた右片麻痺の一例
毛利 圭成 (JCHO 宇和島病院)
- O-119 離床困難症例の ADL 向上に対する免荷式リフト POPO® の有用性
横田 昌誠 (JCHO 福岡ゆたか中央病院)
- O-120 血液培養検査での汚染に関する基礎的検討
福田 央子 (JCHO 大阪病院)
- O-121 若年発症発作性夜間血色素尿症 (PNH) の一例
中村 恒平 (JCHO 諫早総合病院)

2月27日(土) 13:20～14:10 第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室D)

医療技術⑦

座長：小澤 俊総 (JCHO 山梨病院 院長)

- O-122 病院機能評価更新審査の取り組み (輸血検査室での対策)
鈴木 克 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-123 心臓カテーテル検査中に心室細動を起こした冠攣縮性狭心症を経験して
阿部 裕之 (JCHO うつのみや病院)
- O-124 Salmonella による胆嚢炎から一過性の敗血症をきたした 1 例
山田 慶太 (JCHO 諫早総合病院)
- O-125 新病院の検体検査新システムにおける TAT 解析について
木原 理恵 (JCHO 大阪病院)
- O-126 CPAP 治療中、RLS (レストレスレッグス症候群) が合併し投薬により睡眠の改善が得られた一例
野村 亮 (JCHO 高岡ふしき病院)
- O-127 頸部血管超音波検査において全周性の血管リモデリングを認めた症例
内田 早紀 (JCHO 諫早総合病院)

- O-128 多様な連携をさせた医療機器管理システムの導入
山田 泰弘 (JCHO 中京病院)
- O-129 熱水消毒システムによる透析用水配管清浄化～既存配管における熱水消毒～
満間 大介 (JCHO 三島総合病院)

2月27日(土) 14:10～14:55 第4会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 D)

医療技術⑧

座長：朝倉 徹 (JCHO 仙台南病院 院長)

- O-130 当院の透析液清浄化取組みの報告
安江 一修 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- O-131 当院における O-HDF の変遷
佐藤 尚也 (JCHO 仙台病院)
- O-132 OHDF 治療における各種ヘモダイアフィルタの溶質除去性能についての検討
三浦 友美 (JCHO 宮崎江南病院)
- O-133 血液浄化用穿刺針ハッピーキャス NEO の性能評価
ー針先加工が止血に及ぼす影響および内針の血液汚染に関する検討ー
丸山 航平 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-134 インピーダンス心拍出量計を利用した A-V delay 最適化の検討
谷口 総志 (JCHO 熊本総合病院)
- O-135 当院における仙骨神経刺激療法への関わり方
後藤 隼人 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-136 年間使用例が少ない機器を安全に運用するための取り組み
和久 益寛 (JCHO 徳山中央病院)

2月27日(土) 9:00～9:40 第5会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 G・H)

医療技術⑨

座長：武井 秀憲 (JCHO 三島総合病院 院長)

- O-137 Bland-Altman 解析を用いた測定血流量モニタの性能評価
加藤 彩夏 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-138 慢性炎症性脱髄性多発神経炎患者に対する作業療法の役割
塚原 圭子 (JCHO 諫早総合病院)

- O-139 心臓リハビリテーションにより良好な経過を辿った高齢者うっ血性心不全の一例
伴野 哲也 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- O-140 当院における肘内側上顆, 外側上顆炎に対するハンドセラピー
成田 大地 (JCHO 東京高輪病院)
- O-141 漢字と仮名の音読／書字のうち仮名の書字のみ可能であった失語症例
橋本 幸成 (JCHO 熊本総合病院)
- O-142 もの忘れ外来開設の現状と課題～言語聴覚士 (ST) の役割について～
三島 由紀 (JCHO 三島総合病院)

2月27日(土) 9:40～10:20 第5会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 G・H)

医療技術⑩

座長：森 望 (JCHO 大阪みなと中央病院 院長)

- O-143 演題取下げ
- O-144 病院情報システムを利用した調剤進捗情報共有環境の構築
渡邊 正彦 (JCHO 大阪病院)
- O-145 診療報酬改定に伴う薬剤科の取り組み
牧野 以佐子 (JCHO 横浜中央病院)
- O-146 専門的口腔ケアにおける口腔内細菌数と口腔乾燥度の検討
宮崎 希 (JCHO 相模野病院)
- O-147 非アルコール性脂肪性肝障害患者の食事・運動指導における効果の検討
山本 瞳 (JCHO 北海道病院)
- O-148 病院調理師として地域に携わる
石崎 克彦 (JCHO 四日市羽津医療センター)

2月27日(土) 10:20～11:00 第5会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 G・H)

検診①

座長：大井田正人 (JCHO 相模野病院 院長)

- O-149 企業健診における診察所見の年齢層別集計、精査受診状況
宮島 江里子 (JCHO 相模野病院)

- O-150 宇和島市で働く人々の生活習慣病の動向～ 11 年間の健康診断結果の分析～
佐々木 修 (JCHO 宇和島病院)
- O-151 特定保健指導実施率向上に向けての取り組み
安藤 幸恵 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-152 健康管理センターと病院間の健診連携予約システムの構築
奥野 美穂 (JCHO 下関医療センター)
- O-153 内臓脂肪面積と腹囲の関係 (CT 画像から…)
三浦 勉 (JCHO 二本松病院)
- O-154 当院の放射線被ばくの実態－ J-RIME 診断参考レベルとの比較－
長友 俊樹 (JCHO 諫早総合病院)

2 月 27 日 (土) 11:00 ～ 11:40 第 5 会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 G・H)

検診②

座長：室谷 典義 (JCHO 千葉病院 院長)

- O-155 健診における診療放射線技師の胃部 X 線検査読影能力の現状把握
－技師レポートの導入と分析－
中谷 瞬 (JCHO 大和郡山病院)
- O-156 心電図 2 次検査予約数の推移～ 2 次検査循環器連携パスを使用して～
鈴木 明日香 (JCHO 札幌北辰病院)
- O-157 当院における特定保健指導利用者増加を目指した取り組み
～久留米市の特定保健指導受診率アップを目指して～
古賀 富恵 (JCHO 久留米総合病院)
- O-158 健診結果の分析に基づく産業保健活動の展開について
小長光 裕子 (JCHO 福岡ゆたか中央病院)
- O-159 日帰りドック受診者増加に対する取り組みと今後の課題
山田 梨恵子 (JCHO 神戸中央病院)
- O-160 地域への健康福祉活動 (出張講演会・演者派遣)
滝上 潤 (JCHO 玉造病院)

2月27日(土) 13:20～13:50 第5会場 (AP品川アネックス 1F 会議室G・H)
運営(人材育成①)

座長：高橋 誠 (JCHO 船橋中央病院 院長)

- O-161 当院におけるICLSコースの立ち上げ
～全職員による救命率向上と心肺蘇生法の普及を目指して～
元茂 拓和 (JCHO 神戸中央病院)
- O-162 臨床工学技士における新人研修制度確立の取り組み
堀井 亮 (JCHO 滋賀病院)
- O-163 研修会不参加者への対応～実技とDVDによる「ハイブリッド研修」への取り組み～
小野寺 真里子 (JCHO 仙台南病院)
- O-164 不整脈業務に携わる臨床工学技士を教育する勉強会を発足して
松本 景史 (JCHO 大阪病院)
- O-165 血液透析治療中の血液凝固を再現する教育訓練用シミュレータの開発
小幡 大輔 (JCHO 札幌北辰病院)

2月27日(土) 13:50～14:35 第5会場 (AP品川アネックス 1F 会議室G・H)
運営(人材育成②)

座長：安富恵美子 (JCHO 大和郡山病院 看護部長)

- O-166 新人看護師教育にストーマケアに関するDVDを活用して
佐々木 裕子 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-167 職場適応を支援する効果的な中途採用看護師オリエンテーションへの取り組み
圓館 真由美 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- O-168 中小規模病院における中堅看護師の学習ニーズの分析
渡邊 薫 (JCHO 南海医療センター)
- O-169 急性期病院病棟看護師における“口腔ケアに関するアンケート調査”からの課題抽出と
改善策の検討
小久保 佳津恵 (JCHO 中京病院)
- O-170 当院における認知症看護認定看護師の活動と課題
柴田 えり奈 (JCHO 北海道病院)
- O-171 シミュレーションを取り入れた急変時研修の取り組み
中野渡 千早 (JCHO 札幌北辰病院)

- O-172 当院における職員研修の検討～第3報～
今井 純子（JCHO 相模野病院）

2月27日（土） 11:00～11:40 第6会場（AP品川アネックス B1F 会議室I）
運営（人材育成③）

座長：黒田 豊（JCHO さいたま北部医療センター 院長）

- O-173 中心静脈カテーテルについての教育と安全管理の取り組み
黒木 雄一（JCHO 中京病院）
- O-174 A病院における習熟段階別教育導入による療養介助員教育の実際
迫田 美佐（JCHO 南海医療センター）
- O-175 病院に勤務する診療看護師（仮称）の活動状況と今後の方略（1）
松邑 恵美子（JCHO 東京城東病院）
- O-176 外来スタッフの自律的行動への取り組み
小林 奈津子（JCHO 埼玉メディカルセンター）
- O-177 内視鏡センターの新人指導について～『二人三脚で学ぶ』共育関係～
遠藤 千鶴子（JCHO さいたま北部医療センター）
- O-178 手術室における指導体制の現状と改善へ向けた取り組み
初心者（レベル1）にクリニカルラダー評価表を用いて
田口 由香（JCHO 大和郡山病院）

2月27日（土） 9:00～9:45 第7会場（AP品川アネックス B1F 会議室J）
運営（病院運営）

座長：大村 英幸（JCHO 滋賀病院 事務部長）

- O-179 受診勧奨ハガキの効果結果による考察
加藤 きよ子（JCHO 高岡ふしき病院）
- O-180 病棟検査機器・検査物品等の管理業務の活動報告
江藤 美幸（JCHO 湯布院病院）
- O-181 病院経営に薬剤部門が果たす役割
山賀 章一（JCHO 群馬中央病院）
- O-182 無理なく取り組める医事収支向上の工夫
和田 雄一（JCHO 熊本総合病院）

- O-183 経営改善のためのデータ提供～活かされるデータとは～
圓城 健二 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- O-184 経営面から見た地域包括ケア病棟
下田 哲也 (JCHO 宇和島病院)
- O-185 医業未収金に関する督促マニュアルについて
渡邊 一人 (JCHO 東京蒲田医療センター)

2月27日(土) 9:45～10:15 第7会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 J)

運営 (組織マネジメント)

座長：六角 裕一 (JCHO 二本松病院 院長)

- O-186 医師を中心としたチームから生まれた救急研修充実のための救急体制強化の取り組み
山中 崇 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- O-187 混合病棟におけるチーム再編成による業務改善の取り組み
相知 篤子 (JCHO 諫早総合病院)
- O-188 鋼製小物器材の中央化に向けた取り組み
齋藤 美智子 (JCHO 二本松病院)
- O-189 ブランチラボ方式での検体検査部門の現状と課題
前島 澄子 (JCHO 札幌北辰病院)
- O-190 熊本総合病院薬剤部門の業務改善活動～試みた手法と8年間の成果～
藤井 憲一郎 (JCHO 熊本総合病院)

2月27日(土) 10:15～10:55 第7会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 J)

連携 (栄養サポートチーム)

座長：山田 光俊 (JCHO 高知西病院 院長)

- O-191 栄養サポートチーム (NST) による摂食嚥下胃カメラパスの有用性と地域連携
三枝 陽一 (JCHO 相模野病院)
- O-192 NST 活動の紹介と薬剤師の役割
河井 和子 (JCHO 中京病院)
- O-193 NST における薬剤師の関わり
山戸 真子 (JCHO 九州病院)

- O-194 食事・運動療法継続が困難な肥満症患者へのセルフモニタリングを用いた関わり
プロセスカの行動変容ステージにおける行動の変化
藤原 望 (JCHO 秋田病院)
- O-195 摂食機能障害患者への取り組み：対象者の抽出と訓練実施の普及を目指して
朝倉 悦子 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- O-196 入院患者の病院食に対する評価と改善項目の検討
富安 広幸 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)

2月27日(土) 10:55～11:40 第7会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 J)
連携 (退院調整)

座長：松岡 君代 (JCHO 東京蒲田医療センター 看護部長)

- O-197 予後を宣告され自宅療養を希望した乳がん患者への退院調整
菅原 真由美 (JCHO 埼玉メディカルセンター)
- O-198 地域包括ケアを見据えた急性期病院での退院調整システムの構築
齋 育子 (JCHO 仙台病院)
- O-199 退院支援カンファレンスの質向上に向けた医療連携委員会の取り組み
岡村 ひとみ (JCHO 諫早総合病院)
- O-200 地域医療支援病院における退院支援に関する現状調査
藤本 一彦 (JCHO 群馬中央病院)
- O-201 地域連携・退院支援に関わる看護師教育～院内教育の現状と課題～
是永 緑 (JCHO 九州病院)
- O-202 病棟看護師が行う退院支援に対する実態調査
古賀 洋子 (JCHO 佐賀中部病院)
- O-203 早期退院と退院後の生活に関わる支援への多職種の介入を効率化する
フローチャートの検討
本山 隆浩 (JCHO 福岡ゆたか中央病院)

2月27日(土) 13:20～13:50 第7会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 J)
連携 (地域連携バス他)

座長：三河 義弘 (JCHO 玉造病院 院長)

- O-204 大腿骨頸部骨折地域連携バスの運用状況
俣田 敏且 (JCHO 東京山手メディカルセンター)

- 0-205 身寄りの無い患者はどこへ行くのか？
大寺 直子（JCHO 中京病院）
- 0-206 脳卒中看護における急性期・回復期病院との顔の見える関係の構築
ー合同カンファレンスの効果ー
本間 春雪（JCHO 神戸中央病院）
- 0-207 心筋梗塞二次予防のための薬物療法と急性心筋梗塞地域連携パス
吉国 健司（JCHO 九州病院）
- 0-208 「訪問栄養食事指導」の重要性と課題
山田 友香（JCHO 福井勝山総合病院）

2月27日（土） 13:50～14:20 第7会場（AP 品川アネックス B1F 会議室 J）

接遇・患者サービス他①

座長：田代 雅彦（JCHO 群馬中央病院 院長）

- 0-209 院内ハラスメントの現状
野田 吉和（JCHO 相模野病院）
- 0-210 「くらしと医療の相談窓口」開設～地域住民の生活支援を目指して～
松原 栄子（JCHO 大阪病院）
- 0-211 外来看護職員の接遇への取り組み
斎藤 久仁子（JCHO 群馬中央病院）
- 0-212 上部内視鏡検査における苦痛緩和の試み（二次的にコスト削減ももたらした）
斎藤 祐美子（JCHO 二本松病院）
- 0-213 病院に求められる接遇力～患者満足度調査より～
瀬高 香澄（JCHO 熊本総合病院）

2月27日（土） 14:20～15:00 第7会場（AP 品川アネックス B1F 会議室 J）

接遇・患者サービス他②

座長：中城 博見（JCHO 伊万里松浦病院 院長）

- 0-214 上部消化管内視鏡検査における検査待ち時間短縮の取り組み
坂本 葉子（JCHO 伊万里松浦病院）
- 0-215 病棟患者の検査後待ち時間短縮の取り組み
池田 直樹（JCHO 札幌北辰病院）

- 0-216 200床規模病院に併設する健診センターのアンケート調査報告
大石 淳子 (JCHO 仙台南病院)
- 0-217 NICUに長期入院する児の親が抱く不信感から見た看護の課題
～看護師の言動に関する調査より～
佐々木 冴美 (JCHO 船橋中央病院)
- 0-218 通院患者の健康増進、意識向上を目的とした最寄り駅から病院へのマップ作成の試み
井川 晃太郎 (JCHO 滋賀病院)
- 0-219 当院の病院食における残食状況とメニュー満足度との関連について
笹木 直人 (JCHO 仙台病院)

2月27日(土) 9:00～9:40 第8会場 (AP品川アネックス B1F 会議室 M・N)
連携(地域連携①)

座長：元嶋 文恵 (JCHO 九州病院 看護部長)

- 0-220 専門・認定看護師の地域に向けた活動内容と今後の課題
梅田 美智子 (JCHO 北海道病院)
- 0-221 地域連携を目指した急性期病院の取り組み～地域交流会の成果～
君島 一葉 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)
- 0-222 地域包括ケアシステム構築に向けた急性期病院としての取り組みと今後の課題
塚本 五月 (JCHO 熊本総合病院)
- 0-223 感染制御に関するニーズを取り入れた地域連携支援の取り組み
～疥癬症例から学ぶ地域支援～
西島 睦子 (JCHO 仙台病院)
- 0-224 もの忘れ外来開設1年における現状と今後の取り組み
奈良 まり子 (JCHO 東京城東病院)
- 0-225 右乳がん広範囲自壊創を伴うリンパ浮腫患者の在宅療養支援を振り返る
大良 和恵 (JCHO 南海医療センター)

2月27日(土) 9:40～10:20 第8会場 (AP品川アネックス B1F 会議室 M・N)
連携(地域連携②)

座長：的場由紀子 (JCHO 札幌北辰病院 看護部長)

- 0-226 バスキュラーアクセス地域連携への取り組みと課題
川名 篤子 (JCHO 仙台病院)

- 0-227 女性混合病棟における枚方市産後ケア事業の取り組み
入江 眞理 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- 0-228 当院における下肢血管インターベンション施行患者の現状
～重症虚血肢撲滅を目指したベッドサイドケア向上への取り組み～
井川 美江 (JCHO 熊本総合病院)
- 0-229 当院における地域包括ケア推進室の取り組み
栗林 明美 (JCHO さいたま北部医療センター)
- 0-230 地域包括ケア病棟から施設への看護・介護の継続をめざして
福田 小智美 (JCHO 湯布院病院)
- 0-231 地域と連携した支援における助産師の役割 複数の市町村と連携した事例
関 かをり (JCHO 大和郡山病院)

2月27日(土) 10:20～11:00 第8会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 M・N)
連携 (地域連携③)

座長：島田 孝夫 (JCHO 桜ヶ丘病院 院長)

- 0-232 切れ目のない地域連携が透析患者の足と命を救う！
佐藤 元美 (JCHO 中京病院)
- 0-233 在タイ日本国大使館領事局海外邦人安全課援護班 (援後班) との医療連携について
大坂 広之 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- 0-234 放射線部における地域連携への取り組みー高度医療機器共同利用の推進ー
森田 不二夫 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- 0-235 熊本県内の地域連携による感染症情報共有化の取り組み
木下 まり (JCHO 熊本総合病院)
- 0-236 地域医療構想における当院の現状と課題ー県域を越えた医療提供体制についての検証ー
久保田 智子 (JCHO 人吉医療センター)
- 0-237 顔の見える医療・介護連携～嚥下障害を有する一症例に対する関わりを通して～
石井 晶子 (JCHO りつりん病院)

2月27日(土) 11:00～11:40 第8会場 (AP品川アネックス B1F 会議室M・N) 連携(地域連携④)

座長：河田 哲也 (JCHO 北海道病院 院長)

- O-238 県境に位置する地域医療支援病院における医療福祉連携室の役割
～幅広く、柔軟に、そして繊細に！～
山田 一裕 (JCHO 人吉医療センター)
- O-239 「医療と福祉の相談窓口」の新規開設
～相談窓口の取り組みと、役割の可能性に着目して～
日和 慶二 (JCHO 湯布院病院)
- O-240 当院での低糖ロールケーキによる臨床試験より
本康 淳子 (JCHO 桜ヶ丘病院)
- O-241 院外へ！寸劇で糖尿病を伝える－アンケート結果より：当院糖尿病教育の方向性－
濱田 千鶴 (JCHO 宇和島病院)
- O-242 当院で地域病院栄養士会と取り組んだ嚥下調整食
東 由里 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- O-243 病診・薬局連携による薬物療法の質と安全性の確保
福島 ゆかり (JCHO 人吉医療センター)

2月27日(土) 13:20～14:00 第8会場 (AP品川アネックス B1F 会議室M・N) 安全(医療メディエーション・医療の質)

座長：宮川 昌子 (JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部長)

- O-244 当院における患者相談窓口の役割
松隈 真紀子 (JCHO 九州病院)
- O-245 安全にフルベストラントを投与するための取り組み
園山 好恵 (JCHO 下関医療センター)
- O-246 手術室における静脈ルート逆血確認の一考察
三浦 慎一郎 (JCHO 熊本総合病院)
- O-247 申し送りの改善を試みて－ベットサイドケアの充実をめざして－
松本 悦子 (JCHO 伊万里松浦病院)
- O-248 パートナーシップ・ナーシング・システム (PNS) 導入 1 年半の成果と課題
野々垣 加津子 (JCHO 可児とうのう病院)

- 0-249 常に改善し成長する検査部を目指して 検査部の“質の向上”を目的とした委員会を設置して
高橋 典子 (JCHO 相模野病院)

2月27日(土) 14:00～14:40 第8会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 M・N)
安全 (TQC 活動)

座長：木村 正美 (JCHO 人吉医療センター 院長)

- 0-250 ST 上昇型急性心筋梗塞患者を対象とした医療の質向上への取り組み
村上 貴子 (JCHO 九州病院)
- 0-251 多部門連携による資材管理ラウンドの効果と今後の課題
坪根 淑恵 (JCHO 下関医療センター)
- 0-252 アナフィラキシーショック対応の取り組み～造影剤ワーキンググループの活動から～
西澤 千春 (JCHO 札幌北辰病院)
- 0-253 返品薬減少を目的とした処方適正化への介入とその効果
田中 裕貴子 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- 0-254 外来採血業務におけるリスク回避の取り組み
石倉 陽子 (JCHO 玉造病院)
- 0-255 5S 活動における臨床工学技士の取り組み
松村 考志 (JCHO 九州病院)

2月27日(土) 9:00～9:50 第9会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 P)
安全 (医療安全・医療事故調査制度)

座長：後藤 英司 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 院長)

- 0-256 危機管理に対する意識向上に向けての取り組み
金子 里美 (JCHO 徳山中央病院)
- 0-257 睡眠薬と転倒・転落の関係性をインシデントレポートから探る
蕪木 享有 (JCHO うつのみや病院)
- 0-258 安全な手術室環境を造る
江川 弘美 (JCHO 仙台病院)
- 0-259 当院リハビリテーション科における医療安全の現状と課題
箕輪 俊也 (JCHO 東京蒲田医療センター)

- 0-260 放射線室におけるヒヤリ・ハット対策
須田 学 (JCHO 玉造病院)
- 0-261 当院における CT 造影検査時の副作用報告からの意識調査
岸 俊夫 (JCHO 群馬中央病院)
- 0-262 加温加湿器で使用する水の損失量
平石 育己 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)
- 0-263 造影剤投与時の安全対策における副作用発現シミュレーションの有用性
木村 智茂 (JCHO 札幌北辰病院)

2月27日(土) 9:50～10:40 第9会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室P)

安全(感染・褥瘡防止①)

座長：野村 仁美 (JCHO 金沢病院 看護部長)

- 0-264 多職種への感染防止技術遵守率チェックの取り組み
小西 直子 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)
- 0-265 おむつ交換ベストプラクティスを用いたスタッフ指導
藤田 恵美 (JCHO 九州病院)
- 0-266 手指衛生コンプライアンスに関する意識調査と今後の課題
林 俊也 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- 0-267 特殊エリアの検証と今後の課題
中里 トモ子 (JCHO 中京病院)
- 0-268 U 病院における股関節手術での手術部位感染発生リスクの検討
館野 洋子 (JCHO うつのみや病院)
- 0-269 当院の褥瘡患者の傾向と課題
藤井 京子 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- 0-270 当院における褥瘡専門訪問看護の成果と今後の課題
菅野 美代子 (JCHO 船橋中央病院)
- 0-271 腹腔鏡下腸切徐術に関連した神経・皮膚症状を認めた症例の振り返り
三股 阿沙美 (JCHO 南海医療センター)

2 月 27 日 (土) 10:40 ~ 11:25 第 9 会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 P)

安全 (感染・褥瘡防止②)

座長：多治見 司 (JCHO 九州病院 院長)

- O-272 VRE のアウトブレイクを経験して～職員の危機意識を高めるためには～
森本 麗華 (JCHO 九州病院)
- O-273 外回り看護師の手術衣への血液飛散状況
野口 梓 (JCHO 諫早総合病院)
- O-274 中心ライン関連血流感染対策の取り組み
川上 聖子 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- O-275 感染対策職員必須研修の参加率向上に向けた取り組み
大東 芳子 (JCHO 神戸中央病院)
- O-276 当院における ICT の一員としての細菌検査室の取り組みについて
北 真知子 (JCHO 滋賀病院)
- O-277 インフルエンザアウトブレイク防止に対する院内感染対策バンドルの成果分析
片山 歳也 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- O-278 手指衛生講習および受講回数が手指衛生技術へ与える影響の検討
大久保 寛子 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)

2 月 27 日 (土) 13:20 ~ 14:00 第 9 会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 P)

運営 (事務の効率化) / 情報 (電子カルテ)

座長：鈴木真佐也 (JCHO 仙台病院 総務企画課長補佐 (企画))

- O-279 EXCEL を用いた給与業務効率化への取り組み
北村 大輔 (JCHO 札幌北辰病院)
- O-280 未収金管理体制づくりへの取り組みー未然防止と早期回収ー
青木 由美 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)
- O-281 院内文書管理～データベース化への取り組み～
手塚 正人 (JCHO 福井勝山総合病院)
- O-282 エクセル文書による手術室看護記録の電子化検証
大森 真久 (JCHO 東京高輪病院)
- O-283 クラウド型電子カルテの導入
及川 晶博 (JCHO 東京蒲田医療センター)

- 0-284 薬剤部から見た電子カルテと全部門システムとの連携に関する問題点
～電子カルテ導入時に全部門システム導入ワーキングに参加して～
辻川 正彦（JCHO 大阪病院）

2月27日（土） 14:00～14:40 第9会場（AP 品川アネックス B1F 会議室 P）

連携（チーム医療①）

座長：古本たつ子（JCHO 下関医療センター 看護部長）

- 0-285 ALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断された2型糖尿病患者への在宅療養支援
真壁 奈津子（JCHO 諫早総合病院）
- 0-286 禁煙外来の現状と課題
本田 美佳（JCHO 横浜中央病院）
- 0-287 手術における在院日数短縮のための取り組み
～入院期間の短縮を希望する患者の要望に応じて～
田邊 勝久（JCHO 伊万里松浦病院）
- 0-288 がん看護外来における相談内容の傾向と今後の課題
石田 智恵子（JCHO 船橋中央病院）
- 0-289 CKD（慢性腎臓病）に対する療養外来「そらまめ相談室」の有用性と今後の課題
小池 由香（JCHO 滋賀病院）
- 0-290 当院看護職員のレジリエンスに関する実態調査
富谷 康子（JCHO 東京山手メディカルセンター）

2月27日（土） 9:00～9:40 第10会場（AP 品川アネックス B1F 会議室 Q）

連携（チーム医療②）

座長：浅見 昭彦（JCHO 佐賀中部病院 院長）

- 0-291 東京城東病院内科アドバンスレジデンスプログラムについて
根本 隆章（JCHO 東京城東病院）
- 0-292 チーム医療により行い得た日帰りおよび週末一泊入院による口腔外科全身麻酔手術
高橋 喜久雄（JCHO 船橋中央病院）
- 0-293 当施設における RST 活動
伊藤 勇（JCHO 九州病院）
- 0-294 院内急変対応のシミュレーション成果
福田 友紀（JCHO 北海道病院）

- 0-295 登録リウマチ看護師の患者教育～生物学的製剤治療の中断事例より～
近藤 典子 (JCHO 湯河原病院)
- 0-296 当院フットケアチームの地域連携における課題
～フットケア研修会後のアンケート調査をととして～
中西 由香 (JCHO 大阪病院)

2月27日(土) 9:40～10:20 第10会場 (AP品川アネックス B1F 会議室Q)
連携(チーム医療③)

座長：土居 早苗 (JCHO 宮崎江南病院 看護部長)

- 0-297 造影CT業務の改善を行って
農添 光代 (JCHO さいたま北部医療センター)
- 0-298 A病院における糖尿病教育入院クリニカルパスの効果と今後の課題
～退院後3年のHbA1c追跡調査を通して～
古賀 美紀 (JCHO 福岡ゆたか中央病院)
- 0-299 Disruptive behavior (ちゃぶ台返し) ゼロを目指して
～Disruptive behaviorとEQの実態からTeamSTEPPS導入のカギを探る～
横山 みどり (JCHO 東京高輪病院)
- 0-300 当院における中心静脈カテーテル挿入と診療看護師としての関わり
高田 美由紀 (JCHO 千葉病院)
- 0-301 病院と地域におけるチーム医療の架け橋へ
～PICCカテーテルの挿入を強みとした診療看護師の役割～
松橋 詩織 (JCHO 東京高輪病院)
- 0-302 妊産婦のニーズに応える院内助産の取り組み
佐藤 雅美 (JCHO 北海道病院)

2月27日(土) 10:20～11:00 第10会場 (AP品川アネックス B1F 会議室Q)
連携(チーム医療④)

座長：河野 幸裕 (JCHO 若狭高浜病院 院長)

- 0-303 オルニチンの創傷治癒効果に関する検討
宮崎 雅子 (JCHO 大和郡山病院)
- 0-304 栄養管理室における継続したCKD調理実習の取り組みと効果
宮崎 智子 (JCHO 熊本総合病院)

- O-305 尾骨が腐骨した重度褥瘡と膿胸を伴う患者に NST と褥瘡チーム、
ICT の連携により改善を認めた 1 症例
中川 恵 (JCHO 金沢病院)
- O-306 誤嚥性肺炎 0 人を目指して～摂食・嚥下障害チームの取り組み～
永友 里沙 (JCHO 宮崎江南病院)
- O-307 嚥下食の見直しとエネルギーアップへの工夫
千葉 裕介 (JCHO 仙台南病院)
- O-308 当院の嚥下調整食への取り組み
山田 敏夫 (JCHO 中京病院)

2月27日(土) 11:00～11:30 第10会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 Q)
連携 (チーム医療⑤)

座長：藤田 宜晃 (JCHO 横浜中央病院 院長)

- O-309 口腔リハビリテーションが嚥下機能や ADL の向上に奏功した脳梗塞後無動性無言症の一例
谷岡 優花 (JCHO 湯布院病院)
- O-310 嚥下障害を有する患者様の経口摂取確率へ向けたチームでの関わり
佐久間 悠 (JCHO 登別病院)
- O-311 車椅子用シートを用いた病棟との連携－脳幹梗塞の症例を通して－
門川 泰輔 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- O-312 当院の条件付き MRI 対応ペースメーカー植込み患者に対する MRI 検査時の体制
村田 渉 (JCHO 滋賀病院)
- O-313 医療機器に対する病棟スタッフの指導体制を検討して
葛岡 孝一 (JCHO 仙台病院)

2月27日(土) 13:20～13:50 第10会場 (AP 品川アネックス B1F 会議室 Q)
連携 (チーム医療⑥)

座長：石岡 隆 (JCHO 秋田病院 院長)

- O-314 カルシウム－アルカリ症候群を通じて独自に作成した VD 服用中の注意に関する情報の発信
市川 康子 (JCHO 熊本総合病院)
- O-315 外来患者の手術前中止薬のスクリーニングの試みについて
佐野 真由実 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)

- 0-316 糖尿病療養指導士による療養相談外来の立ち上げとその成果
岡田 守弘 (JCHO 金沢病院)
- 0-317 がん患者指導管理料 3 に対する取り組み
上淵 未来 (JCHO 熊本総合病院)
- 0-318 くも膜下出血後に人工呼吸器管理となり、末期子宮体癌の診断を受けた患者に
対する終末期に向けたチーム医療での取り組み
辻内 名央 (JCHO 星ヶ丘医療センター)

2月27日(土) 13:50～14:40 第10会場 (AP品川アネックス B1F 会議室Q)
連携(患者－医療者のパートナーシップ)

座長：吉田 和子 (JCHO 仙台病院 看護部長)

- 0-319 緊急手術でストーマ造設を余儀なくされた患者が受容できるまで
池田 佳子 (JCHO 九州病院)
- 0-320 質問紙 SCAQ を用いた関わりによる患者の療養法とセルフケア能力向上への
効果的な支援方法の一考察
竹田 美樹 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- 0-321 ターミナル患者と妻への傾聴と受容の効果
宮腰 茜 (JCHO 秋田病院)
- 0-322 挿管後の代理意思決定支援に対する看護の役割
三木 裕子 (JCHO 桜ヶ丘病院)
- 0-323 多職種によるミニ健康教室の試み～健康意識の啓発と外来時間対策の両立～
佐藤 幸子 (JCHO 群馬中央病院)
- 0-324 患者の希望を叶えるために短期間でがんサロンを開設して
木村 恵美子 (JCHO 下関医療センター)
- 0-325 精神看護専門看護師の関わりを必要とした患者の継続看護
平井 元子 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- 0-326 患者に合った術前訪問パンフレット改善への取り組み
山口 幸 (JCHO 大阪みなと中央病院)

2月26日(金) 13:10～13:55 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)**情報他**

座長：山崎 司 (JCHO 諫早総合病院 事務部長)

- P-001 全身麻酔における患者入室から麻酔導入までの看護－患者の疑似体験を通して－
岡村 裕美子 (JCHO 高知西病院)
- P-002 糖尿病手帳に対する意識調査を行って～糖尿病手帳の活用の仕方を考えるために～
久保 由香 (JCHO 高知西病院)
- P-003 当院における外国人患者受診動態の検討
佐川 えりか (JCHO 東京高輪病院)
- P-004 外来待ち時間調査結果の検討
奥田 綾一 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)
- P-005 地域小児医療充実のための Facebook 活用法
黒崎 くみ子 (JCHO さいたま北部医療センター)
- P-006 術式別原価計算
石垣 孝昌 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-007 腎機能低下時に注意すべき薬剤のデータベース化
松尾 典良 (JCHO 宇和島病院)

2月26日(金) 13:55～14:25 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)**安全(感染・褥瘡防止)**

座長：濱本 英治 (JCHO 九州病院 臨床工学技士長)

- P-008 医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)に対する取り組み～DVT 予防用品に着目して～
三宅 多恵子 (JCHO 九州病院)
- P-009 手術時手洗い方法の見直し～現行法とウォーターレス法の比較検討～
城野 加奈 (JCHO 久留米総合病院)
- P-010 オムツ交換手順を病棟で統一する為に～感染管理ベストプラクティスの活用～
金子 佳純 (JCHO 船橋中央病院)
- P-011 高齢者の姿勢変形に対応した仰臥位での褥瘡予防肢位の検討
錢本 修己 (JCHO 下関医療センター)
- P-012 JCHO 若狭高浜病院附属老健施設における感染性腸炎のアウトブレイク事例
野田 学 (JCHO 若狭高浜病院)

2月26日(金) 13:10～13:50 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
安全(医療安全・医療事故調査制度・TQC 活動)

座長: 細野 克子(JCHO うつのみや病院 看護部長)

- P-013 5S 看護部プロジェクト活動報告
外園 文代(JCHO 九州病院)
- P-014 血液疾患患者に対する転倒予防 血液内科病棟の転倒予防に対する看護の実態調査
藤原 由布子(JCHO 神戸中央病院)
- P-015 外来看護における看護業務の実態調査～5日間のタイムスタディを通して～
岩戸 ちずる(JCHO 相模野病院)
- P-016 JCHO 若狭高浜病院における介護員・看護補助者の身体拘束に関する意識調査
諸江 由紀子(JCHO 若狭高浜病院)
- P-017 体内異物遺残防止対策としての器械カウント用紙改訂の取り組み
高橋 さゆり(JCHO 仙台南病院)
- P-018 PNS 導入による時間外労働、投薬関連インシデント削減の効果
鍛冶 佳美(JCHO 金沢病院)

2月26日(金) 13:50～14:40 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
連携(退院調整・地域連携パス)

座長: 長谷川美穂(JCHO 船橋中央病院 看護部長)

- P-019 慢性呼吸不全地域連携パス作成への取り組み
岩田 裕子(JCHO 東京山手メディカルセンター)
- P-020 大腿骨頸部骨折地域連携パスの退院調整を病棟で行うことでもたらされた効果
大橋 恵(JCHO 中京病院)
- P-021 当院における大腿骨頸部骨折地域連携パスの運用状況と退院転帰先による
在院・術後日数の検討
成宮 久詞(JCHO 金沢病院)
- P-022 急性期混合病棟における在院日数 90 日を超える要因
中村 真衣(JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-023 副看護師長の立場から考える受け持ち看護師の役割ー退院後訪問から見えてきたことー
金田 司(JCHO 神戸中央病院)

- P-024 退院支援看護師の活動の実際
一條 智子 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)
- P-025 緩和ケア病棟における看護師の役割を考えるー在宅復帰を果たした一事例を通してー
田中 淑子 (JCHO 湯布院病院)
- P-026 退院調整シートを利用した情報共有の有効性について～スムーズな退院調整のために～
入枝 芳枝 (JCHO 千葉病院)

2月26日(金) 13:10～13:55 ポスター会場 (JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
連携 (地域連携)

座長：福井 是子 (JCHO 可児とうのう病院 看護部長)

- P-027 地域包括ケア推進に向けた「ゆふいん・食連携チーム」の組織化
木本 ちはる (JCHO 湯布院病院)
- P-028 地域連携における栄養サマリーの作成と運用
山田 善昭 (JCHO 大阪みなと中央病院)
- P-029 アシスト入院取り組みの実践報告
北田 美奈子 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-030 認定看護師による地域医療機関に向けた研修の実践報告
林 由規彦 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-031 多職種連携における現状と課題
梅原 里実 (JCHO 湯河原病院)
- P-032 かかりつけ薬局に対する患者および保険薬局の意識調査
長谷川 真美 (JCHO 神戸中央病院)
- P-033 地域特性を生かした連携室業務の見直しについて
田村 むつみ (JCHO 山梨病院)

2月26日(金) 13:55～14:40 ポスター会場 (JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
運営 (人材育成) / 連携 (チーム医療①)

座長：稲村 一浩 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション士長)

- P-034 地域に向けたがん看護研修会への取り組みと今後の課題
須崎 了子 (JCHO 天草中央総合病院)

- P-035 がん化学療法におけるラダー教育へ向けて～組織変革へのアプローチ～
宮原 希 (JCHO 熊本総合病院)
- P-036 外来看護師へのキャリア支援への取り組み
中村 啓子 (JCHO 中京病院)
- P-037 当院におけるがん患者リハビリテーションの現状と課題
酒井 翔大 (JCHO 金沢病院)
- P-038 当院における脊髄損傷教室の取り組み
島袋 尚紀 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-039 当院における口腔ケアの現状～口腔ケアマニュアル作成に向けて～
橘 瞳 (JCHO 金沢病院)
- P-040 救急外来のトリアージにおける看護師と窓口業務との有効的な連携
田中 智恵美 (JCHO 徳山中央病院)

2月26日(金) 13:10～13:55 ポスター会場 (JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
連携 (チーム医療②)

座長：鳥谷部 悟 (JCHO 仙台病院 診療放射線技師長)

- P-041 チーム医療の中の看護補助者として必要なスキル
小野寺 千夏 (JCHO 仙台病院)
- P-042 誤嚥性肺炎を減らすために嚥下口腔委員会を発足して
三輪 菜穂子 (JCHO 金沢病院)
- P-043 合併症予防に向けた登録リウマチ看護師の取り組み
藤井 紘子 (JCHO 湯河原病院)
- P-044 一般病棟における緩和ケアチームの現状と課題 (遺族のアンケート調査より)
川上 ゆみ (JCHO 天草中央総合病院)
- P-045 チーム医療における認定看護師の役割
ーがん患指導管理料算定に向けた取り組みを通してー
横尾 美智子 (JCHO 佐賀中部病院)
- P-046 腰椎手術後患者に対する離床後の創内ドレーン留置に伴う
早期離床クリニカルパスの有効性
吉田 聡子 (JCHO 玉造病院)
- P-047 「元氣アップ教室」における診療放射線技師の関わり
小手川 美沙紀 (JCHO 湯布院病院)

2月26日(金) 13:55～14:45 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
連携(チーム医療③・栄養サポートチーム)

座長: 平 正人 (JCHO 星ヶ丘医療センター 栄養管理室長)

- P-048 急性期病院での院内デイケアの取り組み
～認知症看護認定看護師と作業療法士との連携～
新 博恵 (JCHO 金沢病院)
- P-049 当院救急外来での診療看護師の勤務体制が救急室滞在時間に与える影響
井手上 龍児 (JCHO 東京城東病院)
- P-050 難治性再発性心不全症例に対する多職種介入による心不全チーム医療は再発予防に有用
塚田 恵美子 (JCHO 横浜中央病院)
- P-051 抗がん剤の曝露防止対策閉鎖式薬物混合器具 (CSTD) 導入時の取り組みとその後の対応
大井 隆広 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-052 入退院センターにおける薬剤師の関わりとその成果
居塚 しのぶ (JCHO 九州病院)
- P-053 病棟編成に伴う病棟担当栄養士の役割
塩月 桂 (JCHO 湯布院病院)
- P-054 当院の NST 活動について
藤澤 恵美 (JCHO りつりん病院)
- P-055 自宅退院した摂食嚥下障害をもつ患者に対し、多職種が連携して関わった一例
越野 庸介 (JCHO 高岡ふしき病院)

2月27日(土) 13:10～13:50 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
運営(総合医育成・病院運営)

座長: 岡田 安正 (JCHO 埼玉メディカルセンター 事務部長)

- P-056 内科総合診療チーム『チームG』による総合医育成の試み
東原 和哉 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)
- P-057 総合医育成に向けての東京山手の取り組み
笠井 昭吾 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- P-058 頸椎椎弓形成術パスのバリエーション分析に基づいた運用
ー入院時からの退院計画の重要性ー
仲田 紀彦 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- P-059 薬剤師業務が病院経営改善に貢献する
奥主 仁 (JCHO 東京高輪病院)
- P-060 近畿中国四国地区病院等における固定電話回線一括共同契約について
佐々木 優 (JCHO 近畿中国四国地区事務所)
- P-061 職員の意識改革と経営改善
渡邊 いとみ (JCHO 東京蒲田医療センター)

2月27日(土) 13:50～14:40 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)
診療

座長: 善家かずみ (JCHO 宇和島病院 総看護師長)

- P-062 糖尿病患者のセルフケア支援ー災害時の備えについてー
多田 由紀 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
- P-063 終末期がん患者の在宅支援
星川 美穂 (JCHO りつりん病院)
- P-064 化学療法を受ける患者の不安・抑うつ状態とその影響因子
坂本 沙織 (JCHO 相模野病院)
- P-065 docetaxel・trastuzumab 併用療法と trastuzumab 単独療法での
infusion reaction に関する調査研究
中嶋 陽一 (JCHO 久留米総合病院)
- P-066 乳がん手術施行患者における術後運動指導用パンフレット作成の取り組み
西山 貴美子 (JCHO 中京病院)

P-067 助産外来受診後に生じた妊婦の心理
ー A 病院の助産外来予約制と担当制に焦点を当ててー
塩澤 麻子 (JCHO 群馬中央病院)

P-068 NICUにおける閉鎖式保育器に関する消毒方法の確立
久保 大一郎 (JCHO 相模野病院)

P-069 救急受け入れ件数の検討
島津 忠司 (JCHO 東京高輪病院)

2月27日(土) 13:10～14:00 ポスター会場 (JCHO 本部研修棟 4F 会議室)

医療技術①

座長：伊藤 和幸 (JCHO 中京病院 副薬剤部長)

P-070 骨転移後の乳がん患者に対するリハビリテーション～病棟との連携を通して～
中野 郁子 (JCHO 久留米総合病院)

P-071 交通事故により足関節脱臼骨折を呈した一症例ー母趾の感覚・運動機能に着目してー
宮下 創 (JCHO 星ヶ丘医療センター)

P-072 脳卒中片麻痺患者における歩行動作の自立に向けた理学療法
～麻痺側下肢の遊脚期に着目して～
前田 理奈 (JCHO 高知西病院)

P-073 造血幹細胞移植を受けた悪性リンパ腫患者に対する理学療法の経験
中田 富美恵 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)

P-074 脳梗塞の既往がある女性への二重課題を用いたリハビリ介入にて ADL が向上した一症例
小室 英生 (JCHO 二本松病院)

P-075 左被殻出血による右肩麻痺を呈した1例
曾田 陽介 (JCHO 玉造病院)

P-076 持参薬の与薬カートセットへの取り組み
加藤 仁美 (JCHO 相模野病院)

P-077 レボフロキサシン錠を通しての医薬品の適正使用に関する調査
松岡 芳樹 (JCHO 諫早総合病院)

2月27日(土) 14:00～14:50 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)

医療技術②・検診

座長：齊藤 幸弘(JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 臨床検査技師長)

- P-078 薬剤部門システムを利用した特定抗菌薬使用報告システムの構築
末廣 勉(JCHO 下関医療センター)
- P-079 BEP療法による口腔粘膜炎に対しポラプレジンクーアルギン酸ナトリウム懸濁液
(P-AG液)が著効を示した一例
川原 和也(JCHO 諫早総合病院)
- P-080 COPDに肺梗塞発症後NIPPV管理となり離床に難渋した一症例
～フィジカルアセスメントを指標に用いて～
北村 優友(JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-081 上肢機能改善がセルフケアに生かされなかった脳梗塞症例を経験して
橋本 あゆみ(JCHO 京都鞍馬口医療センター)
- P-082 当院におけるペースメーカー関連業務への臨床工学技士参入とその取り組み
金丸 和仁(JCHO 諫早総合病院)
- P-083 JCHO 中京病院における緊急輸血の現状
栗本 有姫(JCHO 中京病院)
- P-084 大腸癌術前3D-CTの有用性
上村 美和(JCHO りつりん病院)
- P-085 健診車業務での医師立ち合いが不要となった胸部撮影時の確認票作成について
松尾 義幸(JCHO 久留米総合病院)

2月27日(土) 13:10～13:40 ポスター会場(JCHO 本部研修棟 4F 会議室)

地域医療・介護(地域包括ケア①)

座長：圓能寺貞子(JCHO 久留米総合病院 総看護師長)

- P-086 地域包括ケア構築に向けての現状と課題
安藤 さとみ(JCHO 山梨病院)
- P-087 社会的入院患者の在宅療養事例の考察
壺屋 みゆき(JCHO 山梨病院)
- P-088 演題取下げ

P-089 地域包括ケア病棟における生活リハビリの結果
バーサルインデックスの食事・排便・排尿に焦点を当てて
岡田 真理 (JCHO 横浜中央病院)

P-090 当院の地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション科の取り組みと実績
江島 圭亮 (JCHO 湯布院病院)

2月27日(土) 13:40～14:20 ポスター会場 (JCHO 本部研修棟 4F 会議室)

地域医療・介護 (地域包括ケア②)

座長：橋本 純一 (JCHO 桜ヶ丘病院 事務長)

P-091 当院における地域包括ケアに対するリハビリテーションの実施状況について
石橋 祐太 (JCHO 横浜中央病院)

P-092 当院の地域包括ケア病棟におけるリハ介入の現状と課題
岩崎 洋子 (JCHO 宇和島病院)

P-093 地域包括ケア病棟の要として～地域包括ケア病棟運用の現状と課題～
根津 徹也 (JCHO 山梨病院)

P-094 地域包括ケア病棟における介護福祉士の役割
中川 宏季 (JCHO 湯布院病院)

P-095 介護老人保健施設における在宅復帰サポートパスの取り組み
永田 博明 (JCHO 久留米総合病院)

P-096 居宅介護支援センターが在宅強化型算定と通所サービス利用率に与える効果
上野 孝之 (JCHO 下関医療センター)

2月27日(土) 13:10～13:55 ポスター会場 (JCHO 本部研修棟 4F 会議室)

地域医療・介護 (地域医療①)

座長：瀬高 香澄 (JCHO 熊本総合病院 看護部長)

P-097 適切な抗生剤の選択に関する検証
角田 真貴 (JCHO 若狭高浜病院)

P-098 多職種チームと協働して行うせん妄カンファレンス
倉本 佳代子 (JCHO 九州病院)

P-099 手術室における看護師術後訪問定着への取り組み～術後訪問カンファレンスの効果～
岩井 亜紀 (JCHO 可児とうのう病院)

- P-100 当病棟行動制限解除基準フローシートの作成～行動制限期間の短縮に向けて～
堂前 千晶 (JCHO 福井勝山総合病院)
- P-101 人工膝関節機種別の術後半年間における活動量の変化の推移
～ Japanese Knee Osteoarthritis Measure を用いて～
三上 真依 (JCHO 玉造病院)
- P-102 多発性筋炎患者に対する ADL 動作指導と運動負荷量の工夫
岐部 千佳子 (JCHO 九州病院)
- P-103 ヘルペス脳炎後良好に機能改善を示した 1 症例
田中 誠 (JCHO 徳山中央病院)

2月27日(土) 13:55～14:35 ポスター会場 (JCHO 本部研修棟 4F 会議室)

地域医療・介護 (地域医療②)

座長: 佐藤 美樹 (JCHO 相模野病院 看護部長)

- P-104 パーキンソン病患者に認められた上口唇の難治性潰瘍の 1 症例
長谷川 彰則 (JCHO 京都鞍馬口医療センター)
- P-105 個別性のある日常生活援助の統一をめざして～援助表を活用した取り組み～
桜井 桂子 (JCHO 福井勝山総合病院)
- P-106 誤嚥性肺炎患者の入院の長期化する要因
今泉 愛 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P-107 総合病院 A 病棟看護師における神経精神科入院患者に対する意識調査
鈴木 みどり (JCHO 埼玉メディカルセンター)
- P-108 糖尿病患者の足病変予防を目指した取り組み
～専門病棟に勤務する看護師のフットケアに関する意識調査～
南雲 千夏子 (JCHO 埼玉メディカルセンター)
- P-109 大和郡山市の特産である金魚を用いた動物介在療法
～認知症患者に対する応用行動分析的介入～
由良 優実夫 (JCHO 大和郡山病院)

特別講演

座長：尾身 茂（一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長）



～ 80 歳エベレスト登頂～

プロスキーヤー／クラーク記念国際高等学校 校長

三浦 雄一郎

略歴

1932年青森市に生まれる。北海道大学獣医学部卒業後、1964年イタリア・キロメーターランセに日本人として初めて参加、時速172.084キロの当時の世界新記録樹立。1966年富士山直滑降。1970年エベレスト・サウスコル8000m世界最高地点スキー滑降（ギネス認定）を成し遂げ、その記録映画 [THE MAN WHO SKIED DOWN EVEREST] はアカデミー賞を受賞。1985年世界七大陸最高峰のスキー滑降を完全達成。2003年70歳、2008年75歳、そして2013年80歳にて3度にわたり世界最高峰エベレスト山(8848m)登頂を果たし、人類の新たな可能性を押し広げ世界最高齢登頂記録を更新するとともに、次男で元オリンピック選手の豪太との2度にわたる親子同時登頂の世界記録も樹立する。プロスキーヤー・冒険家としてだけでなく、全国で1万人以上が在籍する広域通信制高校、クラーク記念国際高等学校の校長としても活動している。

記録映画、写真集、著書多数。

賞

プロスポーツ大賞殊勲賞、スペイン山岳会名誉会員、アカデミー賞長編記録映画部門、世界山岳探検会議特別会員、ワシントン州名誉市民、ニューヨーク映画祭ゴールドエンイグル大賞（南極）、国際探検映画祭・冒険探検特別賞、内閣総理大臣表彰、フランス政府スポーツ青少年功労賞金賞、スーパーババ・ゴルカ・タクシナ・バフ勲章（ネパール政府）、青森名誉市民、弘前市民栄誉賞、青森名誉市民特別功労賞、青森県民栄誉大賞、深川市民栄誉賞、日本スポーツグランプリ賞、北海道民栄誉賞、東京都名誉都民 他

※ 2013年6月「三浦雄一郎記念冒険家大賞」が日本政府により創設される。

2013年5月、三浦雄一郎は3度目の世界最高峰エベレスト山(8,848m)登頂に成功し、世界最高年齢(80歳)での登頂記録を樹立しました。

70歳(03年)と75歳(08年)。過去に、70歳代で2度のエベレスト登頂を成し遂げましたが、翌09年にスキー場で骨盤など複数箇所を骨折する大怪我を負い、76歳からの完全復活は、ほぼありえないと思われました。しかし、エベレストへ向けた強い意志と、山への憧れが驚異的な回復をもたらし、半年後にはトレーニングを再開。2度の不整脈手術を乗り越え、3度目となる80歳での登頂に挑みました。

標高8,848m、酸素濃度は平地の4分の1。地球上で最も宇宙に近いエベレスト山頂で、80歳の三浦雄一郎の体力年齢は150歳になるともいわれ、山頂を極めるには不整脈の克服のみならず、人類の可能性の扉を開くべく、究極のアンチエイジング(抗加齢)の試みとなりました。そして様々なハードルを越え、遂に2013年5月23日、80歳と7ヶ月にして、エベレストの頂上に辿り着きました。山頂からの第一声は「最高の気分だ。疲れたけど、80歳でもまだまだいける。ありがとう。最高の宝物を授かった」・・・というもの。

三浦の挑戦の原動力は、飽くなき「好奇心」と夢を追い続ける心でした。

冒険家として若い頃はスピードスキー競技、世界7大陸最高峰からの滑降・・・など様々な世界記録をうちたてた三浦雄一郎ですが、60歳を境に、身体と心に脂肪がつき、いつのまにか陥っていた「メタボリック症候群」。人生においてリタイアを意識したそのときに、101歳まで大いなる探究心をもってスキーを続けていた父・敬三、そしてオリンピックで活躍していた息子・豪太らの姿を見て再び心にスイッチが入ったのです。サミュエル・ウルマンの「青春」の詩にあるように、＜青春＞は心の在りようと同時に、「生きがい」を持つことによって身体も若返ることができる。老いは避けられないものではありますが、人生と向き合い、目標を持つことによって元気に明るく生きる工夫と努力。それぞれの目標＜エベレスト＞を持つ意義と、家族と人の絆の大切さ、そして新たな挑戦について語ります。

特別企画

座長：田中 滋（慶應義塾大学 名誉教授）

SP1 JCHO への期待—国立病院機構より

独立行政法人国立病院機構 理事長

桐野 高明

地域医療機能推進機構（以下 JCHO）は設立から2年を経過しようとしている。JCHO が安定して運営され、発展しつつあることは日本の医療に取って大いに喜ばしいことである。日本の病院は、大学病院や一部の自治体病院を除いては、ほぼ診療報酬のみで運営される収支相償方式を採用し、その設置形態の差異に関わらず役割は近くなっている。ただし、診療報酬は安定しているものではなく、政府の政策に大いに影響され、病院の投資計画を大いに狂わせ、時には大きな財務上のショックとなる。このような不安定さを回避するためには、同一の設置形態の病院をまとめて運営する方式は有益である。実際国の医療機関は国立大学病院やハンセン療養所を除いて、NHO も労災病院もそのように運営されているし、準公的病院である日赤、済生会なども同様である。JCHO は57病院、26介護老人保健施設を擁するグループであり、それぞれが孤立した病院として運営されるよりは長期的な持続力を増したものと考えられる。さらに、全体として医師・看護師などの医療スタッフをはじめ、職員の教育・研修に組織的に取り組むことが容易になることも挙げられる。全体として医療に関連するデータを集積し、その分析結果を社会に発信する機能も飛躍的に増大する。このような機能は、各県や地域において大学病院を中心とするヒエラルキー型の病院構造だけでは得られないメリットである。これから重要とされる総合診療医の養成に意識的に取り組むとされていることも、大いに期待される。JCHO では発足当初からそのミッションを明瞭に意識した組織戦略が練られ、その路線に沿って運営が進められている。今後を大いに期待したい。国の財源に制約があり、これからの病院には悩みも多い。地域における病院が苛烈な競争によるつぶし合いをするのではなく、これまでの資産を有効に使って機能分化と連携の体制を取って行くことが肝要である。

座長：田中 滋（慶應義塾大学 名誉教授）

SP2 超高齢社会の地域医療とまちづくりを考える — 柏プロジェクトからの報告を通して

東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授

辻 哲夫

世界に例のない超高齢化が日本で進行している。

当面、急速に進む後期高齢者の急増への対応は、高齢化最前線国日本の試金石である。そのあるべき方向は、生活習慣病の予防と虚弱化の予防をまず進めるとともに、長生きの結果として虚弱な状態を経て死に至ることが普通になる中で、生きていてよかったと安心して地域の中で生き切れる、次なる社会システムを作ることである。

とりわけ今後の医療は、治すことを主眼としてきた「病院医療」に加えて、「在宅医療を含む地域包括ケア」の展開が日本全体の大きな課題となっている。

柏プロジェクトでは、まちづくりの視点から、柏市、柏市医師会等が中心となって、地域のかかりつけ医を含む多職種の研修や多職種連携のシステム化等の様々な実践を行う一方、高齢化最前線ともいえる UR 豊四季台団地で、地域包括ケアを目指す住まいを基本とする典型的なモデルシステムの導入に取り組んでいる。

その概要とともに、超高齢社会のまちづくりを考える上で、JCHO への期待についても触れてみたい。

座長：田中 滋（慶應義塾大学 名誉教授）

SP3 超高齢社会における医療政策と JCHO への期待

政策研究大学院大学 教授

島崎 謙治

政策は未来に向けた選択であるが、未来の条件は現在と同じではない。日本は未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える。日本の人口減少は加速し、2040年以降は毎年100万人以上減少する。総人口の減少以上に深刻なのは人口構成の変化である。高齢者数は2040年頃まで増加する一方、生産年齢人口や年少人口が激減する。超高齢化や人口減少は経済成長にマイナスの影響を及ぼす。生産年齢人口の減少に伴い、財政制約と並んで医療・介護の人的資源制約も大きな問題となる。

「2025年問題」といわれることがあるが、医療提供体制の改革は着手から完成するまで10年程度かかる。したがって、残された時間はほとんどない。また、2018年度は、次期医療計画の策定、医療費適正化計画、国民健康保険の改正（ポイントは都道府県が財政責任を担う）の施行、診療報酬と介護報酬の同時改定等の「結節点」となっており、この数年が正念場である。

医療の高度化の要請に対応するためには「医療密度」を高める必要があり、医療機能の分化・集約化は必須である。また、超高齢社会では「治す医療」だけではなく「生活を支える医療」も必要になる。そのためには、狭義の医療だけでなく、保健・介護・福祉・就労、さらには「まちづくり」まで視野に入れた総合的な取り組みが必要となる。

「医療は医学の社会的適用である」という言葉があるが、適用すべき社会経済が一変すれば、医学や医療のあり方そのものの見直しが迫られる。JCHOには、そのリーディング役をぜひ担っていただきたい。具体的には、他の病院・診療所と役割分担・連携を図り地域包括医療ケアの展開を行うとともに、幅広い診療能力を有する総合診療医の養成・派遣に積極的に関わっていただきたい。また、JCHOの病院のデータ分析等を行うことにより、超高齢社会における望ましい診療報酬のあり方の提言など医療政策の発信機能を発揮することも期待される。

座長：田中 滋（慶應義塾大学 名誉教授）

SP4 将来の医療・介護に取り組む JCHO

JCHO 埼玉メディカルセンター 院長

細田洋一郎

2014年4月1日より社会保険病院、厚生年金病院、船員保険病院は独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）の病院として再出発した。

JCHOの目的は、地域医療機構法3条にある通り「5事業、リハビリテーションその他地域において必要とされる医療及び介護を提供する機能の確保を図り、もって公衆衛生の向上及び増進並びに住民の福祉の増進に寄与すること」とある。使命は、「地域医療、地域包括ケアの要として、超高齢化社会における地域住民の多様なニーズに応え、地域住民の生活を支える」「地域医療の課題の解決・政策提言を通じた全国的な地域医療・介護の向上を図る」「地域医療・地域包括ケアの要となる人材を育成し、地域住民への情報発信を強化する」「独立行政法人として、社会的な説明責任を果たしつつ、透明性が高く、自律的な運営を行う」ことである。

JCHO57病院は、100ないし200床台の病院が36施設、300床以上500床に満たない病院が16施設、500床以上の病院が5施設、また、一般病床中心の病院が36施設、回復期・慢性期機能複合型の病院が21施設と、その規模・機能も多岐にわたる。この多岐にわたる全国ネットのJCHO病院が地域住民、関係機関、行政とともに地域住民の多様なニーズに応えるべく改革を進め、安心して暮らせる地域づくりに貢献するという理念の基に各々努力をしている。

JCHO 埼玉メディカルセンターは、人口120万人を超える日本で13番目の政令指定都市であるさいたま市の基幹病院の一つで、395床の急性期病院を中心に、付属の介護老人保健施設、健康管理センターを併せ持つ地域に根ざした医療・介護の施設である。高齢化の増加率が全国一高い埼玉県において、当施設の利用者、行政、地元医師会との協議会等を通じ、一体となって地域包括ケアを進めるべく、そして、JCHOのキャッチフレーズである「安心の地域医療を支えるJCHO」を旗印に地域完結型の医療・介護を目指し、日々の努力を紹介する。

座長：田中 滋（慶應義塾大学 名誉教授）

SP5 医療過密地域の中での地域貢献

JCHO 久留米総合病院 院長

田中 真紀

JCHO への期待として、本院が置かれている医療圏で検討してみた。

久留米総合病院は人口46万人の地方都市型二次医療圏に所属しており、患者はこの二次医療圏の周囲の福岡県南部や佐賀県からも多く集まる急性期病院の一大集積地の医療過密地域といっても過言ではない。病院から10分以内には大学病院を含む1000床を超える病院が2つとDPCⅡ群病院が1つある。

JCHOが掲げる診療事業計画として救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の5事業があるが、すでに各々にヘリポートを有する高度救命センターと救命センター、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、2か所の地域周産期母子医療センター、小児救急医療センター、さらに2か所のがん拠点病院があり、参入するのはなかなか困難な状況にある。地域包括ケアセンターも久留米市が民間に委託し市内数か所にセンターを有している。大手の民間病院は高度急性期病床から介護、ケアハウスに至るまでの全ての機能を揃えており、中小病院や診療所にとって脅威の地域である。

このような隙間のない厳しい医療圏の中でどうやってJCHO病院として地域に貢献するかが大きな課題であった。

- ① 特色ある医療を明確にする。平成14年から開始した女性総合外来はすでに定着している。また乳癌症例は増加傾向にあり平成26年度は全国で13番目の症例数であった。婦人科では内視鏡手術指導医の勤務により手術症例数が飛躍的に増加している。他科の手術も増加し平成26年度の手術症例数は1800例を超えた。
- ② 患者にとって受診しやすい敷居の低い病院をめざす。市内の高度な救急患者を扱う病院は疲弊していたこともあり、平成24年から輪番制以外に1次・2次救急医療を開始した。3次救急が必要な患者が救命センターを受診できるようになったことは地域にもたらす利益が大きい。また婦人科救急の緊急手術が増加している。
- ③ 平成27年11月末に築50年の病棟の建て替えが完成した。新しく乳癌に対する放射線治療を開始する予定である。

このように「病院機能は常に動いている」ことを地域住民に感じてもらうことは重要であり、JCHOの役割と考える。

座長：田中 滋（慶應義塾大学 名誉教授）

SP6 将来を見据えた JCHO による
地域医療・地域包括ケアとまちへの貢献

JCHO 熊本総合病院 院長

島田 信也

これからの地域医療を含む地域包括ケアの推進にあたって、日本における人口の大都市集中と地方の過疎化は大きな問題であり、JCHO がそれぞれの地域における「地域包括ケアの基盤となるまちづくり」にも少しでも貢献できれば幸いと思います。

地方過疎化の一番の原因は地方に仕事がないことです。これは政府の地方創生策に期待しますが、一方、一寸姑息的な「大都市の75歳以上を地域包括ケアの余力のある地方への移住策」も提案されています。いづれにしても、地方の過疎化を打開していくためには、地域包括ケアの基盤となる地方のまちが魅力的で住みやすくなければなりませんし、この「まちづくり」にJCHOグループが大いに貢献できる可能性があります。

あの忌まわしい東日本大震災で何もかも失われた各都市は、逆に、新生まちづくりの千載一遇のチャンスと思いましたが、私の知る限り、4年経っても行き当たりばったりで何も大計的に進んでいないようで、残念でなりません。一方、地方の老朽化した既成市街地においては、まち全体を壊すことはできませんので、固有の特長を生かした綿密な都市計画の下に再生しなければなりません。その際、まちなか病院が核となって、地域包括ケアが円滑に稼働しやすいまちづくりも大事な選択肢の1つではないかと思います。

そのためには、街並みの1つ1つを長持ちする建物にすることが重要です。そうすれば、将来を見据えて、公的機関のみならず高齢者ケアに必要な建物の長期的集約によって地域包括ケアにも資する世紀を跨ぐ景観豊かな住みやすいまちを形成することができ、高齢者のみならず若者にも誇れるずっと住みたいまちに変貌していくでしょう。そして、その都市の大小によって適切に区画されたこれらのまちの集合が国の基盤となり、資金を無駄にしない上にサービスの質が高く低コストの地域包括ケアにも貢献できると考えます。

継続テーマシンポジウム

継続テーマ シンポジウム 1

2月26日(金) 第1会場 (JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)
13:20 ~ 14:50

座長：大道 久 (JCHO 顧問)
島田 信也 (JCHO 熊本総合病院 院長)

KS1-1 JCHO 宮崎江南病院の地域医療・ 地域包括ケアへの貢献

JCHO 宮崎江南病院 院長
白尾 一定

宮崎江南病院は、宮崎市大淀川南部の江南地区に位置し、病院周囲には、県立宮崎病院 (630 床)、潤和会記念病院 (426 床)、宮崎市郡医師会病院 (248 床) などがあり病院激戦区である。病床数 (269 床) は、一般病床 206 床、回復期リハ病棟 43 床、地域包括ケア病棟 20 床で、付属施設として健康管理センター、老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センターを有している。2004 年に地域医療推進室を設置し、紹介率・逆紹介率の向上と、入院中心の診療へ切り替え、2006 年 11 月に地域医療支援病院に認定された。2015 年 9 月現在、登録医療機関 141 施設、登録医 148 名で、紹介率は 78.5%、逆紹介率は 67.2% である。2014 年 4 月の診療報酬改定に伴い、8 月に地域包括ケア病棟を新設し在宅療養後方支援病院の認可を受けた。2014 年 4 月と 10 月に地域協議会を開催、地域包括ケアシステムへの積極的参加を表明した。2015 年 10 月現在、在宅療養後方支援病院として 5 施設、96 名を登録している。2014 年 12 月に訪問看護ステーションの看護師長を地域包括ケア担当看護師に任命、地域包括ケアセンターへの挨拶回り、院内研修会など、地域包括ケアシステムへの取組みを開始した。2015 年 4 月に地域包括ケア推進センターを設置、2015 年 2 月から月 1 回の地域包括ケア・医療連携委員会を開催、院内外へのアンケート調査、多職種交流会および「わたしの健康栄養手帳」を作成した。部会として、連携・研修、健康栄養手帳、認知症ケアマニュアル、地域包括ケア病棟、事例検討部会が活動している。この手帳は、生涯を継続して、栄養・摂食嚥下・リハビリの観点から、入院中だけでなく生涯、継続して患者様を支える手帳で、病院と地域への架橋として利用していく予定である。地域医療支援病院としての紹介中心の医療と地域包括ケアの中での地域に開かれた病院として貢献できるように改革していく必要がある。

KS1-2 住民主体の医療づくりとまちづくり ～福井県高浜町での住民－行政－ 医療介護のコラボレーション

福井大学医学部地域プライマリケア講座／
高浜町国保和田診療所 講師
井階 友貴

福井県の最西端に位置する高浜町では、平成 13 年に町内に 13 名いた医師が平成 20 年に 5 名まで減少、町の医療は危機的な局面を迎えた。ところが、足のある町民は車で 20～30 分の、同じく医師不足に悩む近隣市中核医療機関にかかるようになったため、町民の町内の医療への関心や危機感は低いままであり、このままでは近隣市医療機関とともに共倒れとなる危険性があった。

町民の関心や危機感を高める必要性を感じた演者は、当初町の広報誌やシンポジウムなどで町民に訴えかけたが、そもそも町の医療に関心の無い町民は、誰も振り向いてくれなかった。この時、町民が主体的に医療を考え行動していく必要性を痛感し、そのような住民活動に関心を持つ町民を募集したところ、平成 21 年 9 月、「たかはま地域医療サポーターの会」が誕生した。会では、医療のために住民が守るべき行動として「地域医療を守り育てる五か条」を提言、パンフレットやビデオを作製し、老人サロンや婦人会などに出向いて直接訴えかけている。その他、医療と住民をつなぐ「かけはしメールボックス」の設置や、いざという時の救急受診方法を症状別にフローチャートで示した「救急フローチャート」(ホームページ www.acahun.com 上で公開中、実費相当で冊子配布中) の作製など、住民としてできることを数多く模索し実行され、「住民主体の医療づくり」が実現した。会の活動により、かかりつけを持つ人が増える、医療満足度が上昇するなどの効果が認められている。

高浜町では今年度、医療に関する活動だけではなく伝わりやすい層を取り込むため、また、人口減少に悩む地域を将来長きにわたって存続可能にするため、行政、教育、まちづくり関係組織、自治体組織などと一緒に、街中そのものを健康コミュニティスペースとしてソーシャル・キャピタルを醸成する取り組みを開始、「住民主体のまちづくり」へと展開している。

住民主体、かつ行政や医療介護とのコラボレーションによる理想の医療が全国に展開されることを願ってやまない。

継続テーマ シンポジウム 1

2月26日(金) 第1会場(JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)
13:20~14:50

座長：大道 久(JCHO 顧問)
島田 信也(JCHO 熊本総合病院 院長)

KS1-3 JCHO 病院の果たす役割と 存在意義

JCHO 東京蒲田医療センター 院長
内野 直樹

病院が各地域において「地域に必要な病院」としての役割を果たし、その集合形がJCHOという機構の日本における存在意義を示すものであると考え、その要旨を述べる。

目的を達成するために、各病院はJCHOの4大ミッションに積極的に参画することが要求される。①過疎地、僻地への医療支援は総合医構想と表裏一体であると考え。総合内科医と総合診療医の区分け、総合診療部と家庭医の方向性等論点は残っているが、医師不足地域における医師確保は喫緊の課題であり、この中でも総合医の需要は大きい。研修医の地域医療支援を必須研修とすれば年間10施設以上に医師派遣が可能となり、指導医と組み合わせることにより内外へ広範囲な医療支援を行い得る。②地域包括ケアへの受動的な参加は無意味である。病院の持つ特性を生かし、病院が各地域でどの部分を担当していくか積極的に判断し、能動的に参画することにより地域の主導権を保てる。③病院群では日本初となるクラウド型電子カルテを導入したことにより、患者データ共有による利便性、秘匿性、安全性などの面で医療界に新たな基準を示した。年間150万人の受診者を擁する健診業務は、全国を網羅することで他病院群では不可能なビッグデータを保持、解析、運用する大きな可能性を秘める。④安定経営は病院存続の最低限の条件となる。そもそも公的医療機関は自立可能な安定経営を維持することが義務付けられており、様々な優遇措置を甘受しながら赤字を計上することは、存在意義を自ら否定することとなる。経営面で余裕が生じることにより、地域で不足する診療科の展開、不採算部門であっても地域からの要望が強い診療科の維持等が可能となり地域に貢献出来る。

JCHOは2年という僅かな実績しか残していないが、明確な基本方針(ミッション)に則る新たな試みへの積極的参画、公的医療機関唯一の補助金に依存しない自立運営等、他団体に見られない特徴を有する。現状では適切な評価を受けているといい難いが、われわれの継続する挑戦は日本の医療を変えていく大きな流れを作るものと確信している。

KS1-4 都市型急性期病院が担う 地域包括ケアシステム —地域包括ケア病棟の利用を中心に—

JCHO 横浜中央病院 副院長
大岩 功治

はじめに：JCHO 横浜中央病院は、横浜市中区の中心にあり、四方を商業地区や住宅地区、さらに中華街や、生活貧窮者が集まる寿地区に囲まれた複雑な環境下のもと約60年間社会保険病院として医療を提供してきた。場所柄多種多様な利用者があり、地域にマッチした地域包括ケアシステムの構築が重要であり、これまでの当院の取り組みを紹介する。

地域包括ケアシステムの体制整備：横浜市中区は一般診療所数が非常に多く、人口10万対比率でもトップクラスに多い。このような周辺医療圏の特徴や超高齢化社会に適應するため2010年に病院再編に着手した。既存の急性期医療に加え、地域に根差し時代のニーズに合った急性期医療と在宅医療や回復期の架け橋となる地域包括ケアシステムの確立を目指すことになった。このため2013年に地域ケアサービスセンターを開設し、入院から退院時調節に専門の看護師を配置し療養支援を行い、訪問看護室、医療福祉相談室、地域連携室に救急科と総合診療科に加えて窓口を一本化し、シームレスな院内連携が可能となった。さらに後述する地域包括ケア病棟と訪問看護ステーション、さらには地域療養支援病院と"3本の矢"を放ち、地域包括ケア病棟を核とする当院の地域包括ケアシステムを構築した。

地域包括ケア病棟の導入：2014年の診療報酬改定に伴い病床再編に着手し、高度急性期の患者はHCUに集約し、7:1急性期病床の他に地域包括ケア病棟50床のケアミックス型で再出発した。主にポストアキュート患者を在宅につなぐ架け橋的な病棟として、余裕を持った退院調節が可能になり、多職種連携による医療支援を入棟時から退院時まで可能となった。1年間の稼動状況も報告する。

まとめ：在宅医療ソースが多い都市部における地域包括ケアは、地域包括ケア病棟を中心に在宅療養後方支援による地域医師会との連携や、訪問看護ステーションによる医療介護の連携にて行い、地域住民に対する医療、介護、生活支援を地域一体となり提供できるシステム作りが大切と考える。

結語：在宅医療も複雑多様化しており、あらゆるケースに対応できる急性期病院こそ地域包括ケア体制の中心的な役割が可能と考える。

継続テーマ シンポジウム 1

2月26日（金）第1会場（JCHO 本部研修棟 B1F 講堂）
13:20～14:50

座長：大道 久（JCHO 顧問）
島田 信也（JCHO 熊本総合病院 院長）

KS1-5 一地方都市における地域医療・ 包括ケアの現状と課題

JCHO 徳山中央病院 副院長
那須 誉人

徳山中央病院は山口県の東部に位置し、山口県（人口142万人）の8医療圏のうち周南医療圏に属し周南、下松、光の3市で構成され、その対象人口は25.3万人である（平成25年10月現在）。この2次医療圏内には当院以外に210～330床の病院が4施設、30～150床の病院が9施設存在し、救急告示病院は当院を含め10病院がある。

平成27年5月に届けられた周南医療圏の病床機能届出区分では2039床中（10病院）、高度急性期：507床（25%）、急性期：894床（44%）、回復期：144床（7%）、慢性期494床（24%）と全国的に見ても典型的な頭でっかちな病床配置を示している。

当院には周南医療圏における高度急性期の機能が求められ、それに応えるべく長年にわたり病院機能の向上に努め、厚生労働省労働省の医療計画における5疾病5事業、それに加えて山口県固有の16要件中14件に対応し、周南医療圏唯一の高度急性期病院としての役割を果たすに至っている。

単純に国の示した2025年（平成37年）の総病床数、病床機能比率から推計した周南医療圏の地域医療・地域包括ケアを考えると、必要とされる高度急性期病床は342床、一般急性期病床は652床の推計となる。

したがって当院の507床も地域包括ケアを検討する必要があるが、地方都市では大都市圏と若干異なった下記のような独特の問題が浮上している。

- 1) 従来の急性期病院での常勤医師の減少による一般急性期の機能低下
（軽症手術症例の当院への移行傾向）
- 2) 救急外来における周南医療圏外からの患者の増加傾向
（近接医療圏の高度急性期への対応不全）
- 3) 看護師の充足率低下の常態化
（通年採用しても絶対数が不足）
- 4) 医師確保の困難さと高齢化
（山口県における医師厚生労働省の高齢化が顕著）

現在惹きつつあるこれらの事象を検証、紹介していくことにより、今後の病床計画の参考にしたい。

KS1-6 地域包括ケアシステム 構築における「オールやつしろ」 および当院の取り組み

JCHO 熊本総合病院 副院長
古賀 一成

当院は八代市および氷川町で構成される人口14万人の八代医療圏にある。65歳以上の高齢者はすでに27%を越えており、在宅医療・介護が喫緊の課題となっている。八代医療圏における地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを紹介する。

当地域では自治体を中心となり、医療・介護・福祉に関わる機関・団体が構成される「オールやつしろ」体制で「住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らせるやつしろ」を目指している。26団体の代表者からなる八代地域在宅医療連携体制検討会議（地域会議）が課題抽出や方策検討を行い、保健所・二つの自治体・市郡医師会からなる八代地域在宅医療等推進検討委員会（五者会議）がその実務を担当している。医師会が行っている在宅医療連携拠点事業では、医師会員や多職種リーダーのための研修ならびに人材育成研修等が催され、自治体による在宅医療介護連携推進モデル事業では市民の意識アンケート調査・連携推進員の配置・ケアマネージャー向けの医学知識研修・医療機関と介護サービスの連携強化・地域ケア会議などが行われている。

このような多職種間の交流や連携によって、新たな脳卒中地域連携パスが構築されつつある。従来運用されていたパスは急性期と回復期病院の連携が中心であり、在宅医療までの連携は十分とはいえない状況にあった。そこで維持期・在宅医療・介護との連携をもっと取り入れるために、回復期に該当する医療資源を見直し、急性期の段階から地域包括支援センターが介入できるようなパスを作成した。これは医師会による在宅医療連携拠点事業の一環として検討会を重ね、平成27年9月より試験運用を開始した。今後は医療機関と介護関係者との連携調整を行う在宅医療・介護支援センター（仮称）を医師会に設置する予定である。

当院はこれまで地域医療機関との連携強化を図ってきた。地域包括ケア推進に今後も貢献するためには、基幹病院としての機能をさらに高めて地域で完結できる高度急性期医療体制を維持すること、地域包括ケア病棟への一部転換や病棟の再編、健康管理センターの機能強化による市民の健康増進と疾病予防の実践などが必要であろう。

継続テーマ シンポジウム2

2月27日(土) 第1会場 (JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)
9:20 ~ 10:50

座長：亀井美登里 (JCHO 理事)、木村健二郎 (JCHO 東京高輪病院 院長)

コメンテーター：徳田 安春 (JCHO 顧問)、竹本 文美 (JCHO 東京城東病院 副院長)

KS2-1 総合診療医・総合内科医育成への 当院の取り組み－現状と課題－

JCHO 神戸中央病院 副院長

近藤 盛彦

2013年に、総合内科のトレーニングを受けた1名の医師の入職を機会として、2014年4月から総合内科として立ち上を行った(6名でスタート)。

役割としては、専門内科に分類が難しい疾患、不明熱、脱水、高齢者の肺炎患者、専門医が不足する科の患者などの入院診療や総合内科外来での診療、日勤帯での救急外来での初期対応に加え、ICT(感染対策チーム)、NST(栄養サポートチーム)活動への参加。初期研修医への教育(研修医カンファレンスの運営、近隣の病院にも門戸を開いたJCHO顧問の徳田先生をお招きしての教育回診の運営)を行っている。

更にこれらと並行して、総合内科は総合診療医育成の中核となる予定であることから、日本プライマリケア連合学会(PC学会)の指導医の取得(4名)。JCHO 若狭高浜病院と連携したPC学会後期研修プログラムの認定習得。厚労省による専門医認定支援事業への申請。新専門医制度による総合診療専門医育成プログラムの策定準備を行っている。

成果としては、育成面では、目立った成果はないが、総合内科による研修医教育が開始された初年度の研修医3名中、2名が当院での後期研修を希望するという変化が現れた。(当院での後期研修を選んだ初期研修医は過去10年で、わずか2名であった。)また、専門医が専門分野に集中できるため、専門医の定着率が上昇し、専門医が増加した。

課題としては、PC学会後期研修プログラムを開始するが、初年度は、応募ゼロで、現時点では目標である総合診療医・総合内科医の育成はできてない。また、昨年からは、循環器、腎臓、呼吸器などの専門医が増加、充実した反面、総合内科医の診療する患者数の減少や、患者層が高齢者や認知症、不明熱などに偏り、やりがいやをなくしたり、他分野の専門医を目指して離職する医師もあり、医師数が6名→4名まで減少しており、総合内科医自体の定着率に問題が出てきている。

KS2-2 総合医育成のキーポイント、 自院での取り組みの現状と課題

JCHO 東京城東病院 総合内科 チーフ

志水 太郎

東京城東病院総合内科は2015年4月にスタートした。当初総合内科としてのスタートを切ったが、今年度後半に明らかになってきた2017年以降の新総合専門医制度に即した総合医育成にシフトするために、病院の機能とメンバーの強みを活かした形に調整することとなっている。総合医育成の具体的な事項はすなわち後期研修医の総合診療訓練の内容であり、現時点での国内の総合医育成プログラムは新専門医制度の展望、地域における各医療機関の役割、近隣病院との教育連携の考慮、の3つがキーポイントとなる。東京の住宅街にある120床・3科体制の東京城東病院が具体的にどのように総合医育成に取り組んでいるかの現状と課題を紹介する。

継続テーマ シンポジウム2

2月27日(土) 第1会場 (JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)
9:20 ~ 10:50

座長：亀井美登里 (JCHO 理事)、木村健二郎 (JCHO 東京高輪病院 院長)

コメンテーター：徳田 安春 (JCHO 顧問)、竹本 文美 (JCHO 東京城東病院 副院長)

KS2-3 熊本県人吉球磨と 総合診療医育成

JCHO 人吉医療センター 総合診療部長

田浦 尚宏

【はじめに】熊本県においても医師の偏在は顕著であり、総合診療医が活躍できる場所は地域において多数存在する。全人的医療を意識し、それぞれの環境で広く活躍できる総合診療を目指し、その現状を報告し、課題と今後の対策について検討する。

【現状】南九州に存在する人吉球磨では、歴史的背景や地理的背景もあり、患者が選択できる医療機関は限られる中、当院では全人医療を理念にかかげ、救急では患者を断らないことを基本方針に、地域完結型医療を実践してきた。人吉球磨のもう一つの総合病院や医師会、宮崎県西部や鹿児島県北部の医療機関と連携し、面積は広いが小さくまとまり地域を守る医療体制を継続している。熊本県内では熊本市とその他の地域で医師数の格差があり、特に公的病院における医師数減少が著明であるが、人吉球磨地域の他、天草地域などにおいても地域完結型医療を実践しており、それぞれの地域において地域を守る医療体制を構築している。各地域において地域を守る医療体制はこととなるが、部署別や病院別ではなく、地域単位、組織単位の医療体制を経験し、さらに広い地域や異なる環境においても幅広く医療を提供することができるように、熊本県内の多数の医療機関で研修できる体制にしている。

【課題】①指導医が少ない。医療機関の医師数が少ないこともあるが、専門科では一人診療科も多く、地域の中でも唯一の専門科に患者が集まりやすく、指導に充てる時間が少ない。また、総合診療医や地域を知る指導医が少ない。②熊本県に総合診療ができてから期間が短い。

【今後の対策】熊本県内や隣接県の機関で救急や総合診療の連携を図り、情報を発信し人が集まりやすい環境を構築する。

KS2-4 飯塚病院での取り組みの 現状と課題

飯塚病院 副院長／総合診療科 部長

井村 洋

当院の総合診療科には、2つの総合医グループがある。ひとつは病院総合内科であり、もうひとつは家庭医療である。それぞれが異なるプログラムを運営している。指導医であるスタッフ医も、2つのグループに分かれている。後期研修医は、相互連携のローテーションを行う機会がある。スタッフ医も、教育指導の学習を一緒に行う機会がある。

総合医の育成という新たな事業を行うために、気をつけてきたことがある。それは次の3つである。まずは、病院が地域に置かれている状況や病院の運営方針が、どのようなものであるかを見極めること。二つめは、どのように総合医を育成していけば、そのような病院に貢献するかを考えておくこと。言い方を変えると、総合診療科および総合医の存在意義は何なのか、あるべき姿はどのようなものなのかと、置かれた環境に照らし合わせて現実的に考えておくこと。外国に存在するから、日本にも必要だろうとは決めつけないこと。三つめは、総合医を目指している若者たちの熱意やベクトルを、見失わないように意識しておくこと。耳を傾け続けること。

やっかいなことに、これら3つは、必ずしも一致しない。しかし、大事なことは、これら3つを上手く擦り合わせて、イノベーションを起こし続けることである。

安定したリクルート、教育プログラムの向上は、常に課題である。

継続テーマ シンポジウム3

2月27日(土) 第1会場 (JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)
13:20 ~ 14:50

座長：中村 重郎 (JCHO 理事)
井上 裕二 (JCHO 徳山中央病院 院長)

KS3-1 WEB技術の活用で、電子カルテは 地域包括ケアにどう役立つか？

医療法人八女発心会 姫野病院 理事長
姫野 信吉

21世紀に入りインターネットの普及、技術革新は加速度を増しており、電子カルテにも、以下に示すような、大きな恩恵をもたらすようになった。ICT全体の発展の流れを概観し、病院や医療や介護を含む地域包括ケアでの現在および今後の活用の方向を考える。

- (1) サーバーの集約化(データセンター化)と、サーバーとブラウザとの情報交換方式の標準化(ウェブサービス)が普及し、業務利用の枠組みが標準化(SaaS/クラウド化)された。これにより、ハード、ソフトの選択の自由度が増大し、開発導入、維持費を含めた大幅なコスト削減が可能となった。
- (2) 病院内はもちろん病院間でも多職種間の情報を画面上に呼び出し、共有/連携を図ることが容易となってきた。他職種、他機関情報を参照、活用することにより、安全で効率性の高いチーム医療、地域包括ケアの実現に寄与するようになってきている。
- (3) 多種多様な書類の作成、多職種間のスケジュール調整、患者/利用者の見守りなど、決して付加価値が高いとはいえない間接業務にスタッフが忙殺されている現状がある。今後電子カルテ/ICTの活用で、これらの業務を効率化し、各職種本来の、付加価値の高い対人サービスを強化する事が、病院などの競争力強化に重要となるだろう。

KS3-2 JCHO クラウドシステムに 期待する

JCHO 中京病院 院長
絹川 常郎

1999年、厚生省が診療録の電子化を容認したのを契機に急速に電子カルテの導入が進むようになった。電子カルテの特徴として、診療の普遍化、ルーチン業務の省力化、データ保管空間の圧縮などの利点が強調される中、先進的な病院はベンダーの協力の下、クリニカルパスをはじめ自院の特性を活かすシステム開発に熱心であった。2010年代に入ると、ペーパーレス化や画像システムへの対応など種々の理由で、システムを更新する病院が増えつつある。ところが、標準フォーマットがない状況で開発されたシステム下でのデータ移行の問題、カスタマイズ継続に伴う費用の増大、情報セキュリティとBCPへの対応など、長期的展望をもたずにシステムを導入した病院には、そのつげが回ってきている。

IT化は今クラウドの時代であるが病院システムへの応用は遅れている。これは多くの病院が①カスタマイズを質の高い医療の提供のためと信じていること、②個人情報保護、災害対策のために患者データを自院に置くべきと考えていることなどによる。①については、最近の基本システムで殆どの要求が充たされること、②については、専門的な管理下にある頑丈なクラウドシステムの方が個別対応より優れていることなど、基本は解決済みである。

JCHOクラウドプロジェクトは、200床前後の比較的小規模な病院で進められている。これらの病院にはIT管理を専門とする職員は少なく、現行システムからの移行は大変な負担である。しかし病院は、これを乗り切れば端末の管理以外の面倒な仕事から開放され、より患者サービスに専念できる。その先には新たな技術革新で400床以上の大規模病院システムのクラウド化という新たな道筋も見えてくる。57の病院群であるJCHOが、クラウドシステム上に共通フォーマットでデータを置くことで、無駄を省き、解析の容易なビッグデータを元に国に様々な医療政策を提言する立場を確保し、全国にその先進性を誇示できることを期待している。

継続テーマ シンポジウム3

2月27日(土) 第1会場 (JCHO 本部研修棟 B1F 講堂)
13:20 ~ 14:50

座長：中村 重郎 (JCHO 理事)
井上 裕二 (JCHO 徳山中央病院 院長)

KS3-3 医療情報システムの変遷と 今後の方向性

富士通株式会社ヘルスケア・文教システム事業本部 SVP
佐藤 秀暢

医療情報システムは、1970年代にメインフレームを活用したホスト集中型システムとして、医事会計や検体検査など院内の部門システムの導入からスタートした。

1980年代に入ると、診察室や病棟に設置した端末から、処方や検査の指示・依頼を直接入力するオーダーエントリシステムが普及し始め、さらにパソコンの普及とともにホスト集中型からクライアント・サーバ型の分散処理システムへと遷移した。

1999年に厚生労働省が診療録(カルテ)の電子保存を認可して以来、診療録そのものを電子化する電子カルテシステム(EMR)の普及が進んでいる。

一方、医療を取り巻く環境の変化とともに、院内完結型から地域完結型医療への転換が進む中、電子カルテの普及やインターネットの普及とともに、地域医療ネットワーク(EHR)の構築が進み、ネットワーク型医療を支える重要な社会インフラになりつつある。

今後は、医療従事者がカルテの情報を共有するだけのネットワークから、ネットワークを通じて収集した大量なデータを分析し、医療サービスの向上や医療政策、経営戦略に役立てたり、臨床研究や創薬、教育など様々な分野で活用されていくものと考えられる。

このように、医療情報システムや地域医療ネットワークは、今後ますます多様化すると同時に利用者層も急速に拡大していくため、適用技術だけではなく運用管理面やコストも視野にいれながら構築していく必要がある。

クラウドや仮想化、Webやセキュリティなど医療情報システムやネットワークを構成する情報通信技術の方向性を睨みながら最新のソリューションを事例を交えて紹介する。

KS3-4 情報やシステム、そして 社会制度に騙されてはいけない

愛媛大学大学院 医学系研究科 医療情報学講座 教授
石原 謙

情報化社会での電子カルテ推進、サーバー類のクラウド化、認証の厳格運用、医薬分業、DPC、アウトソーシング、COI(利益相反)の厳格管理、誰もが入る生命保険等々。これらは当然とされる昨今だが、本当にそうだろうか。医療者たるもの騙されてはいけない。

日医標準レセプトソフト(通称ORCA)の初代責任者として開発と普及を推進し、愛媛大学で異なるベンダー間での電子カルテシステム更新を世界で始めて成功させた経験から、上記には多くの問題点を指摘せざるを得ない。

方向性としての電子カルテ推進は理解するとしても、ベンダー間どころか病院間での操作法の相違は大問題で、医療者の転勤時に必ず大きな問題になり、インシデントの原因ですらあり、さらには災害時の救援者には操作不能である。おそらくJCHOはそれらも含めて統一的にクラウド化を推進していると思うが、災害時に危惧されるネットワークの混雑や障害時の可用性は大丈夫だろうか。もちろんクラウドではリスクが中央集中する脆弱性にも配慮が必要で、災害時にこそ自己完結性が要請される病院の性格にはそぐわない。紙カルテならば、これらの問題は一切ないことは今一度噛みしめるべきであろう。

医薬分業もお上の方針で診療報酬にかかわるから推進せざるを得ないが、患者の立場からは本当に良い制度か? 病の身をおして、院外の薬局まで受け取りに行くのは大変と聞くし、患者の自己負担は月々少なからぬ金額が増えることをご存じだろうか? せめて難病や重症患者だけでも院内でワンストップサービスにしてあげることが真の医療者の態度ではないだろうか。JCHOが組織として率先すれば本当に地域のために賞賛されよう。

アウトソーシングはできるだけ回避すべきで、直接雇用のクラークなどは一石十鳥とも言える効果がある。医事のアウトソーシングは経営的な自殺行為ですらある。

日本人が世界の生命保険の半額にあたる年額50兆円の保険料を支払っており、米国の保険会社は利益の8割を日本で稼いでいる。そして何と支払われる死亡保険金は年間5兆円に過ぎない。日本の医療費の高さを攻撃する経済界やマスコミを啓発し、国民には実態を知らせるべきだ。日本の安い皆保険こそが良き保険制度なのだから。

時間が許せば、COI厳格管理の弊害や電子カルテ利用の際の認証の本質についても触れたい。

シンポジウム

座長：細田洋一郎(JCHO 埼玉メディカルセンター 院長)
万代 恭嗣(JCHO 東京山手メディカルセンター 院長)

SP1-1 地域医療における
感染症専門医の役割
(東京高輪病院の取り組み)

JCHO 東京高輪病院 感染症内科 部長
岡 秀昭

2014年11月東京高輪病院に感染症内科が設立された。

高輪病院は東京のターミナル駅品川最寄りの総合病院である。

この地域に必要な医療の1つに、外国人診療、渡航者医療が挙げられ、当院の重点医療となっている。東京入国管理局、東京国際空港検疫所からも積極的に患者受け入れを行っているため、必然的に輸入感染症をはじめとする感染症診療のニーズが高い。HIV、結核患者も決して珍しくない。一方で、周辺医療機関を見回しても感染症内科の標榜の競合がなかった。

感染症内科設立により、輸入感染症をはじめ様々な感染症の受け入れ態勢を整えた。空気陰圧室の設置、デング熱やマラリアの迅速検査体制の確立、未承認輸入ワクチンも取り扱うトラベルクリニックの開設を行った。

青壮年者通勤者に多いHIV患者が継続受診しやすいようなHIV外来も行っており、エイズ診療拠点病院にも新規申請中である。

一方で、感染症専門医の役割は、輸入感染症やHIV診療のみではない。感染症は臓器横断的に発症し、その診断治療は極めて総合診療的である。総合診療医においてもサブスペシャリティとして感染症診療を得意とするものも多い。

総合診療医の養成はJCHOのミッションの一つであるが、当院当科の方針は、感染症に専門性を有する総合診療医、あるいは総合診療マインドを持つ感染症専門医の養成である。当院の感染症専門医はベッドを有し、感染症診療、感染管理のみならず、救急外来診療、初診外来、研修医教育に中心的役割を果たしている。活躍の場が多岐に渡るため、スタッフレジデントの増員が予定されている。

米国では感染症専門医はベッドを有さず、コンサルテーションのみを行うスタイルであるが、医療制度が異なる我が国における感染症専門医の活躍の仕方の一例として、当院の取り組みをシンポジウムで紹介させていただきたい。

日本型感染症専門医の地域医療に貢献できる役割は大きい。

SP1-2 地域における病院感染対策への
合同カンファレンスの有用性

JCHO 北海道病院 副院長
広瀬 崇興

地域医療における医療関連感染対策の貢献方法には種々の方法がある。例えば地域において「地域ネットワーク」を構築し、医療関連施設からの相談を受けて対応する方法も報告されている。しかし、この方法はボランティア活動が中心となり、その構築および継続には困難を伴う。一方、平成24年度に診療報酬改定において定められた感染防御対策加算1と2の施設間による年4回の合同カンファレンスにより、小病院を含め感染対策の標準化が可能になる機会を与えられた。当院は当初から加算1の施設基準を満たし、加算2を満たす地域の7施設と合同で参加者30数名程度の合同カンファレンスを年に4回、これまで14回行った。テーマについては1か月前に参加施設から募集して数題決定し、それに関する各施設の資料を準備してもらい当日お互いに論議する方法としている。回数が増えるに伴いテーマ選択には難儀するが、年度末には各施設における具体的なその有用点と改善希望点について出し合っている。その際の有用点としては、「ICT(感染対策チーム)ラウンドのチェック項目や方法を適正化できた」「サーベイランスの方法が具体的にわかった」「感染防御マニュアルの内容が標準化した」「適正なインフルエンザ、ノロウイルス対策が確認できた」「最新の知見を得られた」「自施設で抱える問題の相談ができた」「他施設の対策に気づき自施設でも対応できた」「手指消毒の適正化が出来た」「カンファレンスを機会に各種対策の病院への働きかけが容易になった」「抗菌薬使用状況をAUDで行うようになった」「院内研修会の講師を参加施設から依頼できた」などであった。一方、途中で改善希望点としては「参加人数が多く発言しにくい」「共通の取り組み対策がないか」「議事録の配布希望」などが挙げられ、その都度改善することができた。以上のような経過をより具体的に報告したい。

座長: 細田洋一郎(JCHO 埼玉メディカルセンター 院長)
万代 恭嗣(JCHO 東京山手メディカルセンター 院長)

SP1-3 地域ネットワークと
職種別連携

JCHO 群馬中央病院 感染管理室長
安野 朝子

群馬県では感染防止対策加算に地域連携が盛り込まれた2011年、既存のつながりから発展したネットワークを群馬県感染症対策連絡協議会とした。連絡協議会は群馬大学、群馬県医師会、群馬県衛生環境研究所、加算1の21病院、加算2の52病院で構成されている。活動内容は、加算1同士の相互訪問の調整、合同カンファレンスの開催、研修会の開催、協議会メンバーの多職種による病院アウトブレイク支援、障害者施設や保育園等への感染対策支援、職種別の分科会活動などである。ICN分科会では感染対策の具体的な標準化を目指したチェックリストの作成、教育ツールの開発、手指衛生サーベイランス実施手順書の作成などを行っている。

県内加算1同士の相互訪問は連絡協議会が調整して実施してきた。相互訪問先を毎年変え、3病院とは相互訪問となり、2病院は来院のみ、訪問のみとなっている。この訪問により県内複数の加算1病院の実情を知ることができ、実践の標準化や相互理解を深め、相談しやすい環境を生み出してきた。

感染対策の地域連携を行うには、院内のICTが機能していることが重要である。当院ICTは専従看護師2名と専任・兼任の資格を取得した医師・薬剤師・検査技師・看護師と経理課職員合計10名である。日々の活動では各職種の役割をオーバーラップさせ、チームとして育て、更なる専門的役割が果たせるよう活動し続けることが、地域連携の基盤となると考えている。

加算2の8病院と連携カンファレンスを実施し、地域の感染対策標準化につながる話し合いを進めている。参加者から希望の多かった職種別カンファレンスも2回実施した。耐性菌対策などの情報共有が課題であるが、まずは各病院の感染症情報把握を進めることと、現場での基本的な感染対策が出来るようになることが地域病院に必要である。そのために当院ICTの持てる力を地域に還元すべく取り組んでいるところである。

SP1-4 地域包括ケアにおける
感染対策室の取り組み

JCHO 神戸中央病院 感染対策室長 看護師長
大東 芳子

神戸市北区では地域包括ケアの先駆けとして地域を5つに分け、各ブロックで地域課題の抽出とその対応に取り組む事業を展開している。当院が取りまとめる第2ブロックでは、会議を重ねる中でケアを提供する事業所の多くが感染症をもった利用者への対応について様々な疑問や不安を抱えているという現状が明らかとなった。そこで、当院の地域医療推進部より感染対策室に相談があり、「地域における感染対策」を地域課題の一つとしてとらえ、連携してこの課題の解決に取り組んでいる。

具体的な対応として、平成27年7月よりケアを提供する事業所を対象とした感染対策セミナーの開催と感染対策相談事業の立ち上げを行った。

感染対策セミナーは3回シリーズで、「地域ケアにおける標準予防策」「結核疑いの利用者への対応」「ノロ・インフルエンザ対策」をテーマに2カ月に1回開催した。ケアマネージャーを中心にそれぞれ20~40名の参加があり、より実践的な内容に関心が高い傾向があった。意見交換等を通して、手指衛生の必要性や結核に対する正しい知識が十分でないことがうかがえ、継続的な知識の普及が必要だと考えられた。

感染対策相談事業は気軽に相談できる窓口開設の要望が多く立ち上げを行ったが、ブロック会議や感染対策セミナーで疑問や不安に対する一定の回答を得たのか、現在のところ相談件数は多くない。しかし、いつでも困ったときに相談できる窓口は病院が感染対策の側面から地域包括ケアに貢献できる大切な機能であると考え、今後も継続して地域へ向け広く開いていく予定である。

今後の課題として、多くの事業所が結核疑いの利用者の対応に苦慮している現状を踏まえ、ケア提供者がN95マスクを着用して在宅ケアを継続できることを目指したいと考える。

座長: 細田洋一郎(JCHO 埼玉メディカルセンター 院長)
万代 恭嗣(JCHO 東京山手メディカルセンター 院長)

SP1-5 感染管理認定看護師
(CNIC)が行う地域連携

JCHO 大阪病院 看護部 看護ケア推進室室長 看護師長
柴谷 涼子

自身がCNIC資格を取得後、地域に向けて最初に取り組んだのは、在宅での生活指導に生かせるマニュアル作成である。作成前、在宅で生活される患者の実情を知る必要があると考え、訪問看護ステーション研修に参加した。そこで、急性期病院では見えなかった患者の在宅での現実を見、病院と在宅のケア方法の相違、訪問看護師の感染管理に関する認識のギャップを感じた。その後、CNICとして地域に向けて実施した活動は、1.地域の養護学校での講義。2.公開講座。3.一般市民向け講演会講師、など知識の普及が主な活動であった。訪問看護師向けの書籍や研修も増えたことにより、在宅領域で働く医療職者も感染管理に関する認識は向上したとを感じるが、耐性菌についての理解等は不十分な点もあり、かつ誤ったあるいは不十分な知識の上に、誤った判断やスタッフ自身が曝露の危険に晒されているケースもある。今後は更に施設間の連携を深めることが重要だと考える。2013年度より始まった感染対策地域連携加算はその一助になっており、施設ごとの相互理解が深まり、役割を補完することに役立っている。そして、現在最もニーズが高いのは、問題が起こったときにすぐに相談やともに検討できる体制作りだと考える。2013年度から計7回開催している訪問看護師、ケアマネージャー等が参加し事例検討などを行うケア連携の会や新病院に移転後に開設した「くらしと医療の相談窓口」は地域と顔の見える関係性を築くのに役立っており、そこで関係性を気付いた訪問看護ステーションに、結核発生時には直接赴き、情報提供や支援を行うことができた。病院としての地域連携に係わる取り組みにCNICも参画することにより、患者や家族他地域の方々の相談に対応しながら、地域全体が抱えるニーズを吸い上げ、更に具体的な活動を見出していきたいと考えている。

SP1-6 超高齢地域の医療を担う
秋田病院の感染対策活動と今後の課題

JCHO 秋田病院 医療安全管理室 看護師長
阿部亜矢子

秋田病院は平成22年に感染対策チームを立ち上げ、組織的な活動が始まった。平成24年に院内感染防止対策加算1を取得し、更に活動を強化している。病院のある能代山本地区は県内でも高い高齢化率であり、患者の多くが高齢者施設からの入院や訪問看護利用者等、何らかの支援を有する高齢者である。入院理由は肺炎、尿路感染症等の感染性疾患が多く、MRSA等耐性菌の検出される率も増加の傾向にある。このような現状から、患者の移動イコール耐性菌の移動と認識し、院内の感染対策はもちろんのこと、地域全体における対策が不可欠であり、高齢者への感染防止対策の普及は地域医療を担う当院に課せられた責務と認識し、地域の高齢者施設等へ出向き、相談活動並びに研修会等の支援を行ってきた。平成25年まで、数年続けてインフルエンザや感染性胃腸炎のアウトブレイクが発生していた2施設で、26年はアウトブレイクが発生しなかったことは、これまでの地域に向けた取り組みの効果の一つといえる。しかし、地域の医療施設や高齢者施設との連携はまだまだ不足しており、地域全体の取り組みには至っていない。

地域における感染対策活動は、一施設の努力で完結するものではないと考えている。高齢者施設、地域住民が感染対策の重要性を認識し、自らができる感染対策を進めていくことが重要であり、当院を含めた病院等医療施設はそれを支援する役割にある。現在、院内感染防止対策加算1を取得しているのは当院を含め2施設、加算2施設は27年7月に取得した1施設のみであり、先述したように、地域全体の感染対策への取り組みも十分でなかった。しかし、院内感染防止対策加算を追い風に一部の連携体制が構築されつつある。更に今年度からは市内保健所の支援により、地域の医療施設、高齢者施設等との連携を構築する目標を立てた行動をしていくこととなり、地域全体の感染対策につながっていくものと期待している。

座長: 細田洋一郎 (JCHO 埼玉メディカルセンター 院長)
万代 恭嗣 (JCHO 東京山手メディカルセンター 院長)

SP1-7 地域のお施設と関わることで 見えてきた地域連携の課題

JCHO 埼玉メディカルセンター 副看護師長
宮田 貴紀

当センターでは2010年より感染管理専従者を設置し、院内における感染対策を推進してきた。当初、地域の病院間での感染対策における連携はなく、埼玉県内の感染対策を担う多職種からなる埼玉県感染対策ネットワークや、埼玉県内の感染管理認定看護師ネットワークに参加し、感染対策の情報交換を行っていた。その後、2012年の診療報酬改定により感染防止対策加算に地域における連携の評価が含まれたことにより、感染管理専従者を配置している近隣の同規模病院との感染対策における相互評価と、近隣の感染管理専従者を配置していない3施設との感染対策における連携が開始された。

連携開始時は、地域における感染対策の連携がどのような活動を行うべきか不明確であり、主に感染対策研修を中心に年4回カンファレンスを行っていた。2年経過し、活動の評価を行う際、連携施設と共に合同カンファレンスの有り方について検討を行った。この活動の評価により、感染対策研修から連携している施設の感染対策の現状評価に向けた活動に移行した。現在、連携病院の感染対策チームが各施設へ感染対策ラウンドを行い、ラウンド結果は合同カンファレンスにて情報共有をおこない、各施設の感染対策の改善に繋げている。

現在、サーベイランス実施による施設間の評価は行われていない。よって、感染のアウトカム算出条件を統一した地域でのサーベイランス実施による評価が今後の課題である。そして、感染症のアウトブレイク発生時の対応は地域の保健所が行い、連携施設による介入は行われていない現状である。今後、連携施設間での感染対策ラウンドやサーベイランスによる各施設の評価の他、地域の保健所を中心とした感染症患者を取り巻く医療関連施設間の情報共有、介入が重要であると考えます。

SP1-8 地域連携で明らかとなった Antimicrobial Stewardship の成果と問題点

JCHO 四日市羽津医療センター 薬剤科 副薬剤科長
片山 歳也

【はじめに】当院は235床の急性期病院で地域包括ケア病棟を有し、昨年度までは感染防止対策加算1施設であったが、今年度のみ院内の問題にて加算2施設となっている。感染防止対策では自施設のみではなく地域において、耐性菌の伝播防止のための標準予防策の徹底や耐性菌抑制のための抗菌薬使用管理 (Antimicrobial Stewardship: 以下 AS) の実践が求められる。本発表では地域での AS を実践すべく、感染防止対策地域連携加算会議または相互ラウンドにおいて検討した事例と効果および問題点を報告する。

【感染防止対策地域連携加算会議および相互ラウンドでの AS に関する検討事項】

＜方法＞加算1施設と2施設における抗菌薬使用量、抗菌薬に対する感受性、液体せっけん使用量および手指消毒使用量、新規 MRSA 検出数を比較検討した。

＜結果＞患者背景および施設背景の影響を受け、広域スペクトル抗菌薬使用量は加算1施設で多い傾向があり、ある加算2施設では緑膿菌に対するイミペネムの感受性が約30%と驚くべき結果であり、抗 MRSA 薬の採用数により使用量の偏りが顕著であった。液体せっけん使用量および手指消毒使用量が多い施設では、新規 MRSA 検出数が少ない傾向であった。

【感染防止対策の効果と問題点】本検討や相互ラウンドにより、血液培養陽性例や耐性菌検出例に対する迅速対応について検査部と薬剤科が連携を強化してきた。現在は感染症関連診断群の患者数は増加しており、広域スペクトル抗菌薬使用量は増加したが、その在院日数と死亡率の低下を認めており、一定の成果を得ている。しかしながら、感染防止対策に必要な人的・物的資源の確保と維持には、問題を抱える中小病院は多く、この閉塞感を JCHO という組織でブレイクスルーして欲しいと考える。

座長：細田洋一郎(JCHO 埼玉メディカルセンター 院長)
万代 恭嗣(JCHO 東京山手メディカルセンター 院長)

SP1-9 地域での感染対策において
病院薬剤師が果たす役割と課題

JCHO 札幌北辰病院 薬剤科 主任
門村 将太

当院は276床を有する急性期病院であるが、微生物検査は完全外部委託である。2010年度から感染防止対策加算の算定を開始し、現在は感染防止対策加算1および地域連携加算を算定している。1-1連携の1施設とは年1回相互訪問・チェックを、1-2連携4施設とは当院において連絡会を複数回開催し情報共有を図るとともに、感染管理認定看護師が窓口となって相談応需や講演なども行っている。

私自身は、感染制御のスキルアップのために、感染制御認定薬剤師(日本病院薬剤師会)、抗菌化学療法認定薬剤師(日本化学療法学会)の資格を取得した。現在、薬剤師が行っている院内活動として、感染管理チーム会議(毎週)において届出抗菌薬使用症例・無菌検体培養陽性症例報告、感染管理部会(毎月)において広域抗菌薬使用状況、抗菌薬使用量集計などの報告、その他、手指消毒薬使用量集計、アンチバイオグラム作成などを挙げられる。一方、院外活動として、北海道薬剤師臨床感染症研究会(H.CLIP:旧・札幌薬剤師感染制御研究会)役員として、文献抄読会・症例報告会、メーリングリストによる情報共有、年1回の症例検討・講演会の開催、など薬剤師の感染制御スキルアップに努めている。

私が現在感じている感染対策の問題点として、院内については、グラム染色ができない、外部委託による微生物検査結果報告の遅延、細菌検査に関する教育の不足などが挙げられ、院内のマネジメントはまだ課題が多い。また後任育成と人員確保、資格取得および維持のための費用負担もまた問題であろう。一方、院外では、1-2の相互訪問は実施できていない、地域の加算非算定施設の状況が不明である、クリニックなどの外来部門における抗菌薬適正使用の推進ができていない、などが挙げられる。

地域や施設によって異なる問題点もあると思うが、今回シンポジストおよび参加者とディスカッションしてみたい。

座長：住田 安弘 (JCHO 四日市羽津医療センター 院長)
高取 吉雄 (JCHO 湯河原病院 院長)

SP2-1 認知症を包み込む
多職種ネットワークとの連携

JCHO 横浜中央病院 放射線科 部長
佐々木 淳

1. 高齢者と認知症

高齢者の増加と認知症罹患率から考えると、認知症はすでに common disease と言えるでしょう。一昔前のごとく「認知があるから診ることが出来ない」では済まない状況なのはご承知の通りです。では高齢者医療の中で特に認知症の扱いは何処が大変なのでしょう？

2. 認知症と環境 (社会)

認知症は脳病変のために認知症機能に問題起こし、日常生活や社会生活が困難になった状況です。認知症が大変になる原因は、神経症状 (主に病識欠如と健忘) とその症状と社会環境との齟齬、またそれによって引き起こされる精神症状と考えられます。

3. 認知症と入院

病院における入院は重要な機能の一つですが、一般に医学的または看護学的な管理を行い治療することと定義されます。しかし認知症患者さんは様々な食い違いが内在するために管理されることが困難です。挙句入院管理では拘束などの方法を余儀なくされるために、多くの病院で入院治療が困難になっています。

4. 病院、その役割

認知症を基礎疾患に持っている方は身体疾患を発症するとせん妄症状を起こすことが多く、入院管理でさらに混乱に至り拘束などを余儀なくされるので出来る限り短期入院にする必要があります。そこで病院に必要な次の役割は、通院療養ができる様な環境を準備する事になります。しかし環境は短時間で変えられるものではなく、常日頃から生活にハンデをもつ方でも暮らせる環境を整える必要があります。さてこの様な漠然として捉えどころがない問題にどういうアプローチがあるのでしょうか？具体的な方策の一つを紹介します。

5. 「多職種による認知症支援困難事例検討会」

全国的に広がる「認知症版 見える事例検討会」は、地域で認知症問題に関わりある方を中心に集っていただき認知症の支援困難事例について、各職種の立場から意見を頂き、出来る限り患者さんの要望に沿いながら解決方法を探る検討会です。この様な集会で認知症患者さんを取り巻くネットワークが少しずつでも形成され、ひいては生活環境も含めて徐々に整備されることが目標です。

SP2-2 地域拠点型認知症疾患
医療センターとの連携

JCHO 熊本総合病院 神経内科 部長
森 麗

本邦では、認知症医療の切り札として厚生労働省と地方自治体が、全国 500 ヶ所を目標に認知症疾患医療センターの配置を進めている。熊本県では、その 1 つとなる、基幹型認知症疾患医療センターが、2009 年から設置された (熊本大学医学部附属病院 神経精神科)。県内全域の患者さんや家族を身近に支援するために、基幹型センターと地域に密着した 9 ヶ所の地域拠点型センターを設置し、基幹型・地域拠点型を合わせると 10 ヶ所のセンターが一丸となって認知症医療に取り組むという、全国でも例外的なシステムを構築することとなった。

現在、認知症医療に求められている課題としては、① 早期診断と介入、② 認知症に伴う精神症状や行動障害の治療、③ 身体合併症を伴う方のマネジメント、④ かかりつけ医への標準的な認知症医療の普及・啓発、が考えられ、このうち、基幹型である熊本大学では、複数の認知症専門医の診察と最新鋭の機器を使用した、認知症の早期診断のみならず、その前駆状態の時点での同定、研修や講習による標準的な治療の普及・啓発、認知症にかかわる多職種の人材育成を担当し、9 つの地域拠点型センターでは、早期診断と精神症状の治療、地域の総合病院や診療所との連携による身体合併症のマネジメント、地域の包括支援センターや介護施設との連携による認知症ネットワークの形成を担当している。

2012 年度時点で、日本には認知症に苦しむ患者さんが 450 万人以上いるといわれており、さらに 2025 年にはその 1.5 倍の 700 万人を突破し、65 歳の 5 人に 1 人が認知症であるという試算となる。そのため、認知症は、高血圧や糖尿病などの生活習慣病と変わらない、ごくありふれた病気であるといってもよいと思われる。認知症医療において、熊本県における取り組みは、多くの患者さん、家族の日常が充実したものになるために、また、当院がその一端を担うためにも、これからさらに重要性を増してくるものと考えられる。

座長：住田 安弘 (JCHO 四日市羽津医療センター 院長)
高取 吉雄 (JCHO 湯河原病院 院長)

SP2-3 当院における
高齢者医療への取り組み

JCHO 中京病院 看護師
西谷 由美

認知症有病率は年齢が上がるほどに上昇し 65～69 歳では 5% に満たないが、75～79 歳は 10% を超えると言われている。¹⁾ 当院の 65 歳以上の入院患者は 2014 年で 59.8% であり、認知症の診断がついていなくても認知機能低下が潜在している高齢者がいると考えられる。

高齢者は環境の変化に弱く、認知機能が低下している人は周辺症状が出やすいため、早期からの予防的なケアが必要となる。急性期医療を担う当院では入院起点となった疾患が最優先となるため、認知症への対応が遅れ認知機能低下が増悪している現状がある。そのため、数年前より当院は多職種と協働し高齢者医療に力を入れている。当院の主な取り組みについて 3 点を以下にまとめる。

① 組織横断的な活動として Dementia Support Team 回診 (以下 DST ラウンドとする) を週 1 回実施

DST ラウンドは医師、臨床心理士、認知症看護認定看護師、附属介護老人保健施設看護士の多職種で一般病棟をラウンドし、認知症の有無の鑑別や認知症患者対応のコンサルテーションを行っている。このラウンドで 2015 年 4 月から 9 月のコンサルテーションは 203 例であった。

② 地域との連携の一つとして認知症サポーター養成講座を開催

病院職員全体の認知症に対する理解向上をねらい地域のいきいき支援センターの協力を得て、認知症サポーター養成講座を 2 回開催した。

③ 院内レクリエーションを週 1 回開催

DST ラウンドを通して、入院前にデイサービスに通っていた経験がある人などを対象に、整形外科病棟で開催されるレクリエーションへの参加を促している。

これらの活動を通して、院内全体での高齢者医療のあり方、認知症への対応に理解が深まりつつあるので報告する。

1) 国立国会図書館 認知症対策の現状と課題 調査と情報—ISSUE BRIEF— NUMBER 846 (2015.1.27.) (http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_8943898_po_0846.pdf?contentNo=1, 2015.10.18)

SP2-4 介護老人保健施設における
認知症周辺症状 (BPSD) への対応と
その限界について

JCHO 久留米総合病院附属介護老人保健施設
総合診療科医長・老健担当医師
佐藤 郷子

久留米市には久留米大学病院をはじめ、500 床以上を持つ病院が多数あり、市民にとっては医療的に恵まれている地域である。しかし、高齢化社会を背景に認知症患者の医療機関における外来や入院患者数が増加傾向にあり、受け入れる病院や施設では、認知症特有の病状の変化への対応に苦渋し、その重要性が見直されている。殊に認知症周辺症状 (BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia) への対応は、医療介護従事者の過剰な負担や在宅での家族の介護困難を招き、認知症患者自身の意にそぐわない結末となることが多い現状である。

当施設には、高齢者の圧迫骨折や呼吸器疾患等の加療後の生活リハビリテーションを目的とした認知症のない利用者も入所しており、徘徊やせん妄、異食等の BPSD への対応は、認知症の程度に応じた居室の配置や、異食の危険性があるものは置かない等の可能な限りの環境整備と、施設職員の認知症患者へのケアに依存せざるをえず、その負担は大きい。

また、週に 1 回の精神科医によるリエゾンはあるが、認知症専門医による十分な診療や、介護保険での適切な薬物療法が困難な現実もある。

一方で老健施設の地域包括ケアの役割として、一部が短期療養利用となっている為、家族の介護軽減目的や独居高齢者をもつ遠方の家族からの入所希望もあり、リハビリテーションへの家族の期待は大きい。しかし、攻撃行動や意欲の低下等の BPSD の為にリハビリテーションが計画どおりに実施できず、家族の期待する効果が現れにくい事が多いが、家族は身内の認知症に対する許容ができていない為に、施設職員は現況の説明に苦渋している。

結果として多職種間でリハビリテーションに勢力を注いだにもかかわらず、BPSD がある入所者は在宅復帰へ繋がらないケースが多い。この事は家族の不満を招き、施設職員の多大な精神的ストレスとなっている。

以上の点を踏まえて、当施設で経験した症例を提示し、BPSD への対応における問題点を挙げ、その解決と限界について言及したい。

座長：住田 安弘 (JCHO 四日市羽津医療センター 院長)
高取 吉雄 (JCHO 湯河原病院 院長)

SP2-5 **老健における
認知症ケアの取り組みと課題**

JCHO 宇和島病院附属介護老人保健施設 介護福祉士
金原有紀子

高齢化に伴い認知症高齢者も増加しており、当施設でも利用者の約9割程度の方に認知症の症状がみられている。認知症だけでなく、その他の疾患を抱えている利用者がほとんどで、苦痛、不快などをうまく伝えることが出来ない利用者が多い。私たち介護職員はそのような利用者との日々の会話やケアの中で心身の変化に気づくことができ、その情報を医師、看護師に提供し、利用者の健康状態を維持するための重要な役割を担っていると考えている。

また、当施設では継続的な認知症ケアの実践、基礎づくりを目標にH24年に一定の研修を経た委員を中心として認知症委員会を立ち上げ、現場でのいろいろな問題点に対して助言、指導ができるよう、施設外研修への参加や施設内研修を行っている。

認知症のBPSDは様々だが、対応にあたる職員に求められるのは「統一したケア」だと考える。そのために当施設では理念の再確認、認知症に関するケアプランの立案の徹底などを行い、職員によるケアによって少しでも症状を改善することができればと考えている。しかし、職員も日々の業務に追われ利用者に関わる時間が充分にないという現状があり、業務改善の必要性も感じている。

このような取り組みを継続し、当施設の基本方針である「明るく家庭的な雰囲気の中で尊厳あるサービスを適切に提供できる」ということを実践することができれば、利用者や家族から求められるサービスの提供に続けていけるのではないかと考える。

施設内での取り組みも大切だが、当施設は「老健」である。老健の「病院と家庭の中間施設」という役割をはたしていかなければならない。そのためには介護職員の疾患に対する理解を深めるとともに、家族にも疾患について理解してもらえるよう指導を行っていく必要がある。

今後は地域、行政などと連携しながら職員間での意識の統一を図り、地域に根付いた信頼される施設を目指していきたい。

SP2-6 **当施設における
物忘れ外来医師との連携**

JCHO 徳山中央病院附属介護老人保健施設
看護師長
宮田 昌代

【はじめに】

厚生労働省は、全国で認知症を患う人の数が2025年には700万人を超えると発表している。

当施設においても入所者の7割に認知症の症状がみられる現状がある。基本的に症状に応じた介護、環境調整を中心とした対応を行っている。しかし他人所者の迷惑行動や、本人の健康状態に影響を及ぼす周辺症状が強くなった時は、物忘れ外来医師と連携を取り治療を行っている。療養棟へ医師が定期的に往診する体制をとり、指示治療内容を多職種で情報共有による係わりで、より治療効果が高いと考える症例を含め当施設の試みを報告する。

【現状と考察】

平成24年4月併設病院に「物忘れ外来」が設置された(常勤医1名)。

特徴は物忘れ症状が有れば、若年者から高齢者まで幅広く診療を行う事である。当施設においては、問題となる周辺症状が強く、施設長が治療が必要だと判断した場合、物忘れ外来へ紹介となる。

週1回の往診体制をとっており、家族の同席も促している。

現在までの約3年間で紹介人数は23人である。診断名はアルツハイマー認知症、脳血管性認知症、妄想性障害、老年期うつ病、せん妄、老年性不安症等であった。又成年後見制度の申請に必要な認知症の診断も行っている。

医師が入所者の生活の場に出向く往診体制、老健施設の強みである多職種の存在は、それぞれの視点で係わりをもちながら連携をとることを可能にし、治療上重要な要素となっている。しかし治療の経過や症状によっては生活の場の変更も必要となる。又介護保険のシステム上、高価な投薬を継続する事は難しい。これらを含め「物忘れ外来医師」との連携効果は大きいと考える。

座長：絹川 常郎 (JCHO 中京病院 院長)
前場 隆志 (JCHO りつりん病院 院長)

SP3-1 JCHO における離島・へき地への
医師派遣及び病院間医師派遣の
概要と実績について

JCHO 本部 副研修センター長／
企画経営部 医療担当 副部長
長濱 誉佳

JCHO において、医師不足地域への支援は、重要な使命の一つであり、平成 26 年度は、23 病院から 23 カ所に対し、医師を中心に医療従事者を延べ 5342 人日派遣して頂いた。JCHO 自体、医師等の確保が困難な状況にある中、全国ネットワークを活用し地域医療を支える特段の取り組みを行ったとして年度評価時に主務大臣から高い評価を受けた。また厚生労働省が設置しているへき地保健医療対策検討会においても、「JCHO は、へき地診療所等の指定管理や医師派遣等を実施しており、今後、全国的なネットワークを持った組織がこうした県を越えたへき地医師確保対策の取り組みを実施することを期待する。」と結論付けられている。対外的に JCHO の果たしてきている取り組みは高く評価されている。一方、医師派遣に伴う派遣元医療機関の負担増大は、今後も持続的に取り組みを行うための大きな課題である。派遣する医師のみならず、残されるスタッフの診療体制の環境整備に本部としても処遇面などでより一層の考慮を検討していきたい。

病院間医師派遣に関しては、主に地区事務所管内において、積極的に派遣先医療機関のサポートが行われている。1～2ヶ月間赴任し診療支援する場合や週1～2回専門性の高い医師が派遣するなど形態は様々である。特に若手の医師の派遣は、派遣先病院の雰囲気が明るくなり、効果的であるという意見が多い。数多くの初期・後期研修医の方が派遣し、様々な経験を獲得して頂きたいと考えているが、初期臨床医に関しては臨床研修そのものの考え方、後期研修医に関しては 29 年度から開始となる新専門医制度が壁となる側面もある。専門医機構の動向を見据え、本部としては、各病院の各領域における研修プログラムへのコミットを今後も促していきたい。また離島・へき地医師派遣と同様、病院間医師派遣においても派遣元・派遣先の診療体制のみならず生活環境の改善に努めていきたい。

SP3-2 へき地及び JCHO 病院間
医師派遣への対応
～派遣して頂いた病院の現状～

JCHO 秋田病院 院長
石岡 隆

当院は秋田県北西部に位置する 167 床の病院で 100 床の介護老人保健施設が附属している。地域人口は約 8 万 5 千人で、高齢化率は 38% を超え、圏域内に厚生連の拠点病院と医師会立の病院があり、規模では 3 番目である。

臨床研修制度の変更を控えた平成 17 年に内科医の派遣元医局への引上げがあり、医師数の標準の改定を機に平成 18 年 4 月に医師数の標準が満たせない、いわゆる標欠状態となり入院料の 1 割削減を余儀なくされた。平成 19 年 10 月より 12 月まで東北・北海道ブロックの病院より 1 週間交代で医師の派遣を頂き、標欠状態から抜け出すことができ、大変有難かった。その後平成 20 年 1 月に産婦人科医師の引上げで再び標欠となったが、標欠から抜け出す直前の平成 21 年 2 月から 3 月にかけても同様に派遣を頂いた。

その後、平成 23 年 5 月より中京病院から初期研修医の地域医療研修として 1ヶ月交代で年 8 人から 10 人の派遣を頂き、大いに助かっている。常勤医の高齢化、内科医のマンパワー不足などの苦しい状況の中、若い研修医に来て頂くことは、医局のみならず、病院全体の雰囲気が若返って明るくなり、非常に効果的である。

田舎の病院には医療の面でも生活の面でも色々とハンディキャップがあり、医師の定着には難しい点が多いと思われる。無理なく来て頂くためには、1ヶ月から 3ヶ月程度、長くても半年程度のローテーションでの派遣が現実的と考えられ、特に研修医の研修の一環としての派遣が有望である。この辺を接点として希望者を募り、システムとして構築して頂くことを期待している。

現在、田舎の病院では医師の確保に非常に難渋しているが、機構内で医師の派遣が行われることは、機構全体の業績の向上に繋がるものと確信している。

座長：絹川 常郎 (JCHO 中京病院 院長)
前場 隆志 (JCHO りつりん病院 院長)

SP3-3 新島診療所への
短期赴任を経験して

JCHO 東京新宿メディカルセンター 呼吸器内科
小林 正宏

私は2014年4月から9月にかけての半年間、JCHOによる僻地医療事業の第一号として、伊豆諸島の新島村診療所に派遣された。また、2015年9月から11月までの3か月間にも、同診療所での勤務を経験した。

本診療所は島で唯一の医療機関であるため、内科の慢性疾患のほか、高齢者から小児まであらゆる年齢層、多様な領域の疾患を診療する。透析の管理も日常業務として行っている。脳卒中、心疾患などの救急患者のほか、さまざまな外傷や骨折、更には学校保育園健診や妊婦検診、老人ホームの定期診察、在宅診療など、地域医療に関わることであれば何でも対応していた。

患者と同じ場所に住んでいる、という点は、離島医療の特徴である。一度診た患者はいずれ再び診療所に来院するため、自分の診療に対して必ずフィードバックが得ることができる。

当初は慣れないマイナー科疾患の対応や、透析業務に戸惑うこともあった。幸いにも新島診療所は医師3人体制で、離島の診療所としては人員に恵まれていたため、ほかの医師にその都度教わって乗り越えることができた。したがって事前準備は必ずしも必要ではないが、内科医師、眼科や耳鼻科、皮膚科、整形外科の基本的な診察治療手技や、余裕があればエコーの手技などを習得有用である。また、消化器内科など、科特有の手技がある医師であれば、大いに重宝する。

派遣元医療機関の人員確保は、今後の大きな課題である。東京新宿メディカルセンター内科でも、もともと人員が十分でない中で離島派遣であったため、残されたスタッフの負担が増大するという事態に見舞われた。任期の前後で私が引き継ぎを行った他院医師の話でも同様であった。今後、JCHOグループで僻地医療事業を持続可能なものとしていくためには、各関連病院内で、人員を確保するための体制改善は避けて通れない問題である。

SP3-4 へき地医療支援に対する
当院の活動状況と問題点への提言

JCHO 熊本総合病院 糖尿病センター 医長
猪島 俊朗、福永麻希子、村田雄介、岸川秀樹

独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO) では、機構が果たすべき5事業の一つとしてへき地医療を中心とした地域医療への支援を掲げている。当院が位置する熊本県八代・芦北地域は周辺に交通環境や地理的条件に恵まれない地域が多く、同地域における医療支援はJCHO病院である当院にとって非常に重要な課題である。当院では、地域医療支援活動の一環として、①へき地診療所への診療援助、②県内各地への巡回健診を通じた地域の健康管理支援活動を行なっている。

そのうちへき地医療支援については熊本県が設立した「熊本県へき地医療支援機構」の指針に基づき、平成25年4月より、芦北郡芦北町の国民健康保険吉尾温泉診療所への支援を開始した。同地域は人口1200名程度、65歳以上の割合が51.1%と高齢化が進行しており、同院の延べ診療患者数は2300人/年である。地域での医療基盤の確保は重要であるが、平成21年10月以降、同院では常勤医不在の状態となっている。そのためへき地医療支援機構の要請を受け、当院から隔週1回、同院への医師派遣を行なっている。診療所での内科診察、近隣地域への巡回診療、患者宅への往診など内科、外科に関わらず、十分な設備がない中で、総合的な診療が重要となる。当院での通常業務では、自科の専門的な診療を中心に行っているが、へき地医療を通じて、全人的な診療を経験できることは、自身の経験としても有益であると考えられる。しかし常勤医の不在により常時の医療を確保できないことや地域の高齢化など、へき地医療特有の問題点を目の当たりにし、地域医療の質の確保の重要性を再認識する現状である。

発表では当院の活動経験を基に、へき地医療支援としての活動状況及びへき地医療の問題点について報告提言を行う。

座長：田熊 淑男 (JCHO 仙台病院 院長)
山崎 芳郎 (JCHO 大阪病院 院長)

SP4-1 実際に医療事故に対応する
臨床現場の観点からみた意見

JCHO 星ヶ丘医療センター 副院長
百瀬 均

2015年10月から施行された医療事故調査制度の目的は、医療現場で発生した死亡事例について、事例が発生した施設が主体となって自主的に原因を解明し、再発防止に繋げようというものであり、その意義については皆が認めるところである。しかし、1999年に重大な医療事故が多発したことを契機とした本制度に関する構想は、政権交代の影響や関連団体からの意見を受けながら多くの議論が重ねられ、紆余曲折を経た結果、当初の構想とは幾分異なった性質のものとして完成したことも事実である。

医療事故対応の責任管理者としての立場から本制度を見た場合、1)当初は重要な論点であったはずの医師法21条に代表される警察への届出義務との関係性が完全に回避されていること、2)制度の本体が法令であるため具体性を欠いた表現で示されており、解釈に混乱が生じる危険性があること、3)その結果、各種団体が「対応マニュアル」や「ガイドライン」を作成しているが、それらの間に整合性が担保されていないこと、4)それらの「マニュアル」や「ガイドライン」は本制度の発効前に作成されていることから、当然本制度の運用において生じた実際の問題点に対する検証を経ておらず、机上論的な要素を払拭できないこと、などが問題点として挙げられる。

本シンポジウムの発表では、医療事故対応の現場において、これらの要因を背景として起こり得るであろう様々な問題点を提起し、本制度を円滑かつ適正に運用していくための方策についてのディスカッションの材料としたい。

SP4-2 医療事故調査制度をめぐる
医療者側の混迷と課題

JCHO 九州病院 副院長
上村 哲郎

医療事故調査制度に対する解釈と推奨される対応や手引きが各会から出されているが、実例に伴ったシミュレーションが不十分なため、混迷を生じている点について、医療者側から論じたい。

【制度の目的の認識不足】本制度の目的は、医療事故の分析・原因究明により、その再発防止策を医療界全体で共有することで、日本の医療の安全の確保へと繋がることである。このことは、患者・遺族のためだけではなく、医療者が安全かつ質の高い環境で医療を行えるとの認識が未だ薄い。

【制度上の医療事故の定義の取り扱い】制度外の言葉としての“医療事故”は、病院内及び診療中に発生した患者・スタッフにとって不利益となる全ての事例を指すが、制度上の「医療に起因する予期しなかった死亡」いわゆる診療関連死の判断は悩ましく、院内審議の場が必要となる。対象を絞り込まないことには医療現場に深刻な影響を与えかねない上に。病院側と遺族側の“予期”の内容に齟齬が生じると、そもそも報告対象になるかどうかをめぐって紛糾することとなる。また、年間1万件を超える死産の中からの選定を厳密にすれば、胎児診断や胎児治療など周産期医療の萎縮・混乱を生じる可能性がある。

【院内事故調査のあり方】病院管理者と医療者の間には利益相反があるため、院内調査で原因を究明することは、時に個人責任に帰着しやすい傾向がある。あくまでもそのとき何が起きたかを調査すること徹すべきである。また、外部委員の選択における適性と迅速性の担保ができておらず、各都道府県の支援窓口の支援が待たれる。

【事故報告書のあり方と医療者の人権保護】報告書は院内調査結果の遺族への説明方法でもあり、秘匿性を守った説明で遺族の納得が得られるのか？という疑問もあるが、“本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないこと”が、報告書冒頭に記載されていることから、医療者の秘匿性や非懲罰性は担保されていなければならない。また、ヒューマンではなくストラクチャルな原因や再発防止策の掲示された報告書が望ましいと考える。

座長：田熊 淑男 (JCHO 仙台病院 院長)
山崎 芳郎 (JCHO 大阪病院 院長)

SP4-3 医療事故調査制度のあるべき姿
～医療基本法構想から

すずかけ法律事務所 弁護士
鈴木 利廣

医療事故調査制度のあるべき姿を構想する場合、医療のグランドデザイン（医療基本法構想）から医療安全対策とりわけ医療事故対策（事故予防と被害者対応）のあり方、そのうえでの被害予防策のあり方、そして予防対策における事故調査制度のあり方を検討する必要がある。

一般の医療事故調査制度が医療制度のあるべき目的・理念に沿ったものとして設計されているか、今後の運用をどのような視点で評価すべきかについて問題提起したい。

SP4-4 新たな制度に
患者・遺族が望むこと

IMS グループ 新葛飾病院 医療安全対策室・患者支援室
医療対話推進者／患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋 理事長
豊田 郁子

医療事故調査制度が開始されて数か月が経ちましたが、実際の医療現場での実施状況はどのようなになっているのでしょうか。

私は、2003年3月に当時5歳の息子を医療事故で亡くしました。解剖により重い腸閉塞であったことが判りましたが、当直医師が軽いと判断し、適切な対応と引き継ぎを行わなかったために、入院したものの病室に医師が一度も訪室することなく、ショック状態になり、心肺が停止しました。病院は当初、「診療には最善を尽くした」としていましたが、新聞社に届いた内部告発により問題のある診療体制が発覚しました。しかしその後も病院は曖昧な対応を繰り返し、事実を認めたのは事故から2年半後でした。

この経験から当該医療機関が患者・家族に向き合うことの重要性を痛感した私は、2004年10月に「うそをつかない医療の実践」を理念に掲げている新葛飾病院に入職し、現在も医療安全対策室で、患者・家族と医療従事者の対話をつなぐ取り組みを行っています。

他方、医療事故に遭った患者や家族、遺族が集う患者団体にも所属し、医療事故調査制度の早期設立を願った署名活動への参加や、多くの患者・家族の声を聞いてきました。

新しい制度で患者側が懸念している事に、①事故調査の対象になるかの判断を、管理者が恣意的に「事故ではない」と判断しないか、②制度上に、患者側が相談できる窓口がない、③事故調査の結果は、書面ではなく、口頭で説明しても良いとされている等があげられます。調査結果を、口頭だけで難しい医療用語を使って説明されても、遺族は理解することが難しく、説明が理解できなければ対応も不誠実に感じられ、むしろ対立を煽ることになるのではないかと心配する声も多く聞かれます。

シンポジウムでは、患者・遺族側と医療機関側の懸念や実際の医療現場の現状を踏まえ、より良い制度に向けて、さまざまな立場の皆さまと意見交換をさせていただきたいと思います。

座長：田熊 淑男 (JCHO 仙台病院 院長)
山崎 芳郎 (JCHO 大阪病院 院長)

SP4-5 新制度のこれからを考える

一般社団法人日本医療安全調査機構 常務理事
木村 壯介

始めて法制化された医療事故調査制度が始まり、事故報告、事故判断の相談内容内容等が蓄積されるに伴い、全国規模での医療事故の実態が見えてくることが期待される。

医療事故発生の報告件数について、全国規模での予測発生件数は、従来の事故の判断基準の下に推計されたものだが、1,300～2,000件/年であったところ、本制度開始の10月1ヶ月間では20件のみであった。予測より少なかった理由として新制度における「事故の判断」に困難を伴い、時間がかかっている場合が挙げられる。事故発生からセンターへの報告まで、平均11日(最短3日、最長25日)を要していた。次第に報告数が増加していることもその現れであると考えている。

事故の判断に関する相談内容に関しては、医療事故の定義に関するものが多く、「提供した医療」は概ね理解されているが、「予期しなかったもの」に関しては、医療機関、当事者自らの判断によるため、その判断、考え方についての確認、相談が多く、センターとしても内部の委員会で「合議」の上、助言として医療機関へ答える形をとっている。相談事例の多くは、医療機関として真摯に対応し、助言を求めるものであった。

このような「相談」は、支援団体でも対応している訳であるが、その対応、考え方を統一した全国基準で行うことは困難を伴うと思われ、本制度成立の際、参議院厚生労働委員会の附帯決議で指摘された、「地域間における事故調査の内容及び質の格差が生じないようにする観点からも、中立性・専門性が確保される仕組みの検討を行うこと」を実現させるには時間もかかると思われる。

センターと支援団体、学術団体と職能団体といった横の連携を深め、協力し合うことが、これから本制度を発展させ、医療の質と安全の向上へ重要なポイントであることが示唆される。

SP4-6 医療事故調査制度
JCHO 本部の取組み

JCHO 本部 企画経営部 医療課 医療安全専門職
松浦真理子

医療事故調査制度は、平成27年10月1日施行開始された。JCHO本部では、JCHO病院が本制度を正しく理解し円滑に運用できることを目指し、マニュアルの整備に努めた。今回はその取組みと現状及び課題について報告する。

1. JCHO 医療安全管理責任者・医療安全推進者会議における制度の理解と課題の共有

平成27年7月9日(木) JCHO 医療安全管理責任者・医療安全推進者会議を開催した。本会議は前年度は12月に行ったが、10月施行開始の医療事故調査制度に備え時期を早めての企画であった。内容は医療事故調査制度の理解と課題の明確化に焦点を絞り、まず「医療事故調査制度について」厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長・大坪寛子氏からご講演いただいた。それに引き続き本部としての対応を示し、さらに病院から「医療事故調査の実態―現場と病院管理部のすべきこと―」「Ai (Autopsy imaging)」「患者・家族対応」についてご発表いただきパネルディスカッションを行った。

2. 『JCHO 医療事故調査制度対応マニュアル』の作成・発出

本制度については、平成27年5月8日付で厚生労働省医政局長より「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行(医療事故調査制度)について」が各病院に通知された。これに基づき、本部ではJCHO病院の医療事故調査制度対応マニュアルを作成した。作成においては、JCHO本部に設置した医療安全推進検討会で素案を検討し、さらに制度の性質上特に病院長の判断が重要となることを鑑み地区理事の協力を得て57病院の院長の意見や有識者からの助言を反映させ9月28日発出に至った。

なお、元来はその上位となるJCHO病院共通の医療安全管理指針や重大な医療事故発生時対応の各種マニュアル等が求められており、現在、医療安全推進検討会において作成に着手している。

3. JCHO における医療事故調査制度に係る現状と課題

本制度が施行され4ヵ月余が経過した。今後は現状をふまえマニュアルの改訂を図る等、本部として、より一層現場を支援できるよう努めたいと考えている。

座長：内野 直樹 (JCHO 東京蒲田医療センター 院長)
宇口比呂志 (JCHO 上席審議役)

SP5-1 事務職に求められる経営マネジメント
－経営改善の必要性和人材の育成－

JCHO 九州病院 事務部長
三島 俊彦

要 旨

平成26年4月に地域医療機能推進機構が発足し、組織基盤の確立と今後の発展が大いに期待されているところである。また、個々の病院においては、地域医療の実情を踏まえ病院機能の拡充を図りつつ、「良質な医療サービスの提供」、「安定的な経営」の実現を目指し、地域医療の貢献に努めているところである。一方、病院の経営環境は、地域医療構想による病床機能の選択、医療費抑制、消費税率改定等、個々の課題に対応した効率的な運営が強く求められる。また、医療保険制度の変革期において、特に、事務部門は、社会経済情勢に即応した実践的な経営マネジメント業務が要求されることとなり、経営を支援する部門として、幅広い業務知識と業務遂行能力を備えた人材の育成に取り組むことが、これからの課題であり、病院運営に期待される役割である。

1 継続的な経営改善の必要性

(1) 社会情勢の変化及び機能分化が進む中、当院は、高度急性期病院として、地域及び患者に良質な医療を的確に提供することが求められており、経営の安定化と地域医療に寄与することが役割であること。

(2) 経常収支は、医療制度改革による診療報酬の抑制が見込まれる一方、建物等減価償却費や高度急性期病院として機能維持に係る大型設備費の増加が見込まれている。

また、病院経営は、厳しい医療環境において自院の医療資源を最大限に活用しつつ、「定められた診療報酬制度」のなかで、効果的な経営実績が求められ、継続的な経営改善が必要であること。

2 事務部門における病院経営マネジメント業務の必要性

(1) 事務部門は、財務、医事、経営管理等の業務を幅広く担当し、個々の経営課題や外的な要因分析などにおいて、マネジメント業務に直結した組織であること。

(2) 事務組織は、新たに経営企画係、業績評価係が設けられ、経営を支援する実効性がある体制が整った。しかし、実情は、業務の標準化、人材の育成が進んでおらず、具体的な事務内容を整理し、病院経営を支援する担当係として充実・発展する必要があること。

3 マネジメント業務に精通した事務職員の育成

(1) これからの事務職は、一部門の専門業務に留まることなく、幅広い知識、業務経験によるマネジメント能力が高く要求される。育成の手法としては、専門知識の習得に加え、中長期的な業務ローテーションの実施、施設間の人事交流を積極的に実施し、広い視点とマネジメント業務に精通した人材の養成が病院運営に必要であること。

(2) 人事交流においては、病院間の事務定数に相違が生じている。現状の病院個々の定数については、段階的に病床規模別定数に整理し、円滑な人事交流による業務の活性化を図り、病院経営に貢献できる事務組織に育成する必要がある。

SP5-2 地域医療連携に寄与する
事務職のマネジメント

JCHO 横浜中央病院 事務部長
(前 JCHO 高岡ふしき病院 事務長)
田浦 輝次

与えられた課題は「事務職に求められる病院マネジメント」である。病院マネジメントについては、職種を問わずその役割が存在し、特に事務職はその機会に恵まれている。言い方を変えれば法律上業務独占、名称独占の専門職でない事務職には行政や一般の企業の総務部門が担う人事、給与、労務等に加え他の事務部門が担わない事務を行う庶務(総務企画)部門、提供した医療行為等を請求事務により現金に換える医事部門、院内における全ての金銭の出納に関わり、未収金の管理や現金資産の管理を含む債権債務の管理を行う経理部門、病院施設や医療機器の管理、調達を行う施設(施設・用度)部門に加え健康管理センターや付設する介護老人保健施設における事務部門も存在し、それぞれの部門の特性をツールとしてマネジメント機能を発揮できる。

一方、マネジメントを求める主語(体)は何か。経営主体である独立行政法人なのか病院の経営に責任を持つ院長なのか、事務職以外の病院職員なのかあるいは顧客である患者なのか。

課題が、「事務(部)長に求められる病院マネジメント」の場合一義的には「病院長が求めるマネジメント」に解を出すことである。各病院において提供する医療全般に、併せて経営に責任を持つ院長が求める情報を提供しつつそのビジョンを具現化できるよう下支えすることであり、その一方でコンプライアンスを遵守することを常に認識しながらガバナンスを発揮できることである。そのことは、結果として法人が求める病院マネジメントに一致する。

現段階で考えられる、JCHO 病院の事務職に求められる病院マネジメントは、「着眼」において地域医療機能推進機構病院が推進すべきミッションを常に意識しながら、医療制度、病院立地診療圏の人口・疾病構造の変化を含め、病院を取り巻く環境を的確に捉え、「着手」において庶務、医事、経理、施設、用度、IT の各部門でスキルを磨き、内なるステークホルダーともいえる院長はじめ院内のライン、スタッフのニーズに応えることにあるのではないかと。

その具体的な実践例として、JCHO 高岡ふしき病院の事務職の地域医療介護連携に果たしている役割について紹介したい。

座長：内野 直樹 (JCHO 東京蒲田医療センター 院長)
宇口比呂志 (JCHO 上席審議役)

SP5-3 事務職に求められる
病院マネジメント

JCHO 東京高輪病院 事務部長
菊池 恭一

医療の専門職の集団である病院においては、事務職は深淺の差はあっても病院運営のすべてに係わることとなるが、病院の経営の安定化に寄与することが最も重要であろう。

安定した経営を維持するためには、継続的に収益をアップしていく必要がある。

費用の削減が即利益に直結することから、医療職の中には費用(特に経費)の削減を強く唱える職員もいる。経費の削減を否定はしないが、当院の場合、前年度の費用のうち経費の占める割合は7%程度であり、経費の中身も光熱費や通信費などインフラ的なものの割合が高い。費用削減の観点から考えれば、委託費を含めた人件費が総費用の3分の2を占めていることから、職員削減の効果は高いが、いざ各論に及ぶと、日々多忙な業務に追われている現場からの賛同を得ることはなかなか困難な実情である。

よって、医療機器の整備や職員の定期昇給を考えると、超高齢化社会を踏まえながら増収策による拡大再生産を考えるのか、診療科と職員を絞り利益を確保していくかとなるが、単に規模の縮小だけで終わるのなら、職員のモチベーションを考えると、まずは増収策を職員全員で考えていくべきと考える。

病院経営の安定化に、病院長のリーダーシップが一番大切であることは言うまでもない。

一方、病院は事務職・技能職以外は理科系人間の集まりである。そのため、具体的な数値やベンチマークがあれば理解してくれるケースが多い。JCHO 移行により、57 病院の集積した各種データをベンチマークとして、職員に示していければと思っている。資料の提示にあたっては、医療職でも理解しやすい説明や数字の羅列ではなく図表資料を用い、病院長がリーダーシップを十分に発揮できるようにするとともに、職種を超えて職員が一枚岩になればいいと考えている。

SP5-4 JCHO 病院事務部門の
新たな展開

JCHO 東京山手メディカルセンター 事務部長
佐々木仁史

平成26年4月の独立行政法人化にあり、事務部門は組織移行に伴う事務処理や手続き、新ルールへの対応、そして職員への説明や周知など、膨大な作業を成し遂げた。民間型からみなし公務員型へという前例のないケースであり、単に名称が変更されるということではなく、制度が全く異なる組織へと移行する過程は、相当の労力を要し混乱もあった。この難局を乗り越えることができたのは、事務職員の苦悩と努力があつてこそ成し遂げられたものである。このような事務部門の職員を指揮し、院長を助け、施設を正しい道へと導くのは事務部長の役目であり、まさに事務部長の的確な采配があつてこそ組織維持や経営はブレることなく運営される。

新組織では事務部門の活躍する機会が広がっており、事務組織への期待感も高まることから事務部長のマネジメント能力は注視されて行く。

病院という他職種多人数が絡み合う組織において、ルーチン業務以外にも、院内トラブル、通知・通達、経営管理など様々な対応に追われ、次から次へと滝のように流れてくる問題を解決するために日々頭を悩ませていることも事実である。問題解決のためには、まず何が問題であるか現状を理解し、仕事の優先度を見極め、院内のコンセンサスを得て、如何に部下を指揮し、すばやく対応することがマネジメント能力である。

理想的なマネジメントの出来る事務部長となるためには、管理職としてのセンスや指導力もさることながら、組織運営に必要な基盤となる法令や各種の規定を理解し、豊富な経験を持ち、さらに幅広い知識と情報を持ち合わせる事が重要である。

新法人発足から既に2年になろうとしているが、事務職員教育は不十分と感じており、人材育成方法と堅固な事務組織の構築が課題である。本部の指導や通知に十分対応できていないことから生じる問題、不安、悩みを抱えている施設は多いのではないだろうか。

事務の各係は、それぞれ専門性を持った職場でスペシャリストは育てているものの、幅広い知識を持つゼネラリストが育てていないことが課題と考えている。勤労意欲を持たせつつ将来幹部となる人材を育てて行くことも事務部長の役割である。

この発表においては、JCHO 組織を益々発展させ、事務部機能を効率的かつ効果的に機能させて行くためには、どのようなマネジメントが必要であるのか、病院組織における事務部長の役割とは何か、期待されている役割は何か、人材育成に立ちはだかる現実と対応、そして、今後の強固な事務組織づくりを考えてみたい。

座長：前野 一雄 (JCHO 理事)、谷島 健生 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長)
田中 眞紀 (JCHO 久留米総合病院 院長)

SP6-1 模擬患者が参加する医療安全 (クレーム対策) 研修の取り組み

JCHO 九州病院 薬剤部長
末松 文博

「聞いたことは忘れる。見たことは覚える。やったことはわかる」

中国の思想家、荀子のことばをといわれているが、接遇やクレーム対策研修も専門家による講演を聞くだけではすぐに忘れてしまい、実際の現場で活かすことはむずかしい。患者の気持ちに自然に共感できる感性、実際に起こりうる深刻事例への対応などは、ロールプレイなどを繰り返し行うことで次第に身体が覚えて自分のものになる。

演者は2014年4月に湯布院厚生年金病院(現・JCHO 湯布院病院)よりJCHO 九州病院に異動してきたが、今回は、前院より取り組んできた模擬患者(以下SP)参加型の医療安全(クレーム対策)研修について紹介すると共に、その後県内で設立した医療コンフリクト・マネジメント研究会についてもお話ししたい。

1. SPが参加する医療コミュニケーション教育と医療安全(クレーム対策)研修

湯布院厚生年金病院では、当時の院長の方針で2010年より職員を対象にSP養成を行い、その後医学部実習生や新人職員に対する医療コミュニケーション教育にSPが参加するロールプレイを取り入れた。さらに、SPがクレーム患者役として参加する医療安全(クレーム対策)研修を始めた。研修では、実際に起きたトラブル事例を元にシナリオを作り、SPと医療者との実演を行った後に、参加者全員で意見を出し合う。「もしかすると、自分がその当事者になるかも知れない」と感じるのが大切である。

2. 地域全体で情報を共有し、対策をみんなで考える

われわれは、2013年1月に医療者や弁護士、患者オンブズマンなどと一緒に「大分県医療コンフリクト・マネジメント研究会」を設立した。2015年10月現在、県内34病院が施設会員となっており、各施設で起こった医療トラブル事例の検討や医療メデイエーターのマインドとスキルを勉強するセミナーなどを定期的に開催している。

医療者側と患者側の情報を共有し、具体策について参加者全員で考えるユニークな会へと発展している。

SP6-2 医療の接遇は病院の使命 ～接遇文化を意識から無意識に落とし込むために～

JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部長
井出志賀子

患者は病気を治すために病院を訪れ、同時に心のケアを求めていることがある。

患者は何を病院に求めるか。人の温もりを感じられ安心して治療が受けられる病院であり、だからこそ、医療の接遇は病院の使命とも言える。そのためには「心」が汲み取れる医療人の育成が必要であり、心温まる病院の空間ができれば自ずと患者さんに選ばれる病院となる。

1. 個人の体験を共有する⇒医療人が同じベクトル
2. 否定しない
3. 押し付けない

この3点を考えて行動すれば患者さんの心に響くと思う。

例えばケアの実践中一瞬でも目が合うとそれだけで安心を与えられる。その一瞬に患者の気持ちを汲み取ろうと努め、その一瞬の手間を惜しまない。そうすることで思いやりは伝わると信じている。思いやりの心は実践することで養われる。その結果、クレームをクレームの芽の段階で感じとり、摘み取れるようになる。

私たちの日常は、意識的に感じ行動する顕在意識が1～3%、潜在意識が97～99%と言われている。毎日、意識し続けて訓練や努力をし、身体が覚えてしまえば、意識せず「心」ある行動ができるようになる。

医療の接遇、つまり思いやりの心をもって行動することは、地域社会での病院の存在価値と医療の質を高める上で欠かせない医療スキルである。

本来、看護関係は患者と看護師が、人として対等であって初めて成立する関係であり、その場合の対等とは、責任ある看護を提供して初めて対等になることができる。

患者の身になること、患者の立場は患者にならない限り理解できないことを知る謙虚さから看護は始まらなくてはならない。しゃべり過ぎても、無言でも、その時の患者の心理状態や体調によりわずらわしかったり、気になったりする。看護師はその時の状況、場面をしっかりと見て感じる事が大切である。思いと行動と言葉が一致していますか？

座長：前野 一雄 (JCHO 理事)、谷島 健生 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長)
田中 眞紀 (JCHO 久留米総合病院 院長)

SP6-3 情報の共有と
コミュニケーション

NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
山口 育子

患者の主体的医療参加や患者と医療者のよりよいコミュニケーションを目指して、私たち COML は 25 年間活動が続けてきました。その中でも、活動の柱とも言えるのが全国の患者・家族の生のこえを聴き続けてきた電話相談です。

医療事故・ミスの報道が過熱した 2000 年前後、患者は医療不信に陥り、医療現場は委縮して防衛的になりました。COML に届く電話相談も医療不信一色になり、連日「医療事故に遭った」「医療ミスが起きた」「納得いかないで賠償を求めたい」「医療訴訟を起こすにはどうすればいいか」という相談が急増しました。そのような医療不信は 2003～2004 年にピークを迎えたと感じています。その後、「医療崩壊」として医師不足や救急医療の危機などへとメディアの報道がシフトし、それに見事に呼応するかのよう、「医療訴訟を起こしたい」という相談が激減しました。

このように、ここ 20 数年間に患者を取り巻く医療環境は大きく変化し、患者の意識も変遷を遂げてきました。もちろん、そこには医療現場の医療安全対策、コミュニケーションや接遇の重視などによる患者対応の変化が大きく影響を及ぼしていると感じます。しかしその一方で、上記のようなマスメディアの報道による大きな影響力も電話相談を受けていると感じます。

25 年間で 55000 件を超える全国からの電話相談に対応してきて、患者が医療不信を抱くのは大きく分けて 3 つの原因が考えられます。それは「急変時(特に死亡した場合)」「情報の共有が不十分なとき」「問題が生じた際の医療者の対応」です。これらは、コミュニケーションの工夫・努力によって、ある程度抑えることができるのではないかと感じています。

電話相談で感じる患者の医療への基本ニーズは「安全、安心、納得」です。それを実現するためには、情報の共有とコミュニケーションが欠かせません。それがひいては、これからの医療安全につながっていくと思います。

SP6-4 クレームにきちんと向き合える
看護師を育てる
～看護の専門性と接遇～

JCHO 若狭高浜病院 副総看護師長
諸江由紀子

フローレンス・ナイチンゲールは、「看護とは、患者の生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえることである」としています。また、「病院の第一の条件は、患者に害を与えないことである」とも話しています。

わたしたち看護師が、患者・家族からのクレームに向き合うとき、そこには、(悪意のある金銭要求は別として) 生命力を消耗した患者・家族がおられます。そしてそれは、残念ながら、病院が患者に害を与えたことの結果と受け止めなくてはなりません。そのクレームは、自分たちが行った多くのことのたった一部についてかもしれませんし、それも(わたしたちから見たら) 単なる行き違いかもしれません。あるいは、別の事情で生じた不安・不快で八つ当たりされたのかもしれません。それでもそれが、わたしたち看護師の見過ごしていた「消耗」だと見てとったら、ただちにそれを「最小にする」働きかけを始めなくてはなりません。

しかしクレームの多くは、わたしたちを脅かし、これまで行ってきたケアを否定するものです。看護師もまた、感情を持った人間です。クレームを言う患者・家族にポジティブな感情を抱けず、その消耗に着目できないこともしばしばです。自分が脅かされているときに、「ねばならない」だけでは、相手の位置に立つことができないからです。患者の表現にとらわれず、その気持ちに寄り添い、ケアが始められるためには、事例を振り返り、相手の立場でその感情を追体験する訓練が必要です。

接遇・クレーム対応について、形式ばかりをととのえて「ねばならない」が増えるばかりになってはいないでしょうか。倫理・接遇・クレーム対応。これらは、すべて看護に内包されるもの。看護師は、これらに困ったら「看護とは」に戻ればよいのではないのでしょうか。

座長：前野 一雄 (JCHO 理事)、谷島 健生 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長)
田中 眞紀 (JCHO 久留米総合病院 院長)

SP6-5 接遇の発展途上
～相模野病院の現状
および安全管理室の役割～

JCHO 相模野病院 歯科口腔外科 部長 兼任
安全管理室 副室長
高橋 悦子

【はじめに】医療の安全を向上させるために接遇の向上は必須である。形式的な接遇の習得ではなく『医療安全のための接遇の向上』というところに目標を置き当院では職員教育に力を入れてきた。その概要を報告する。

【現場の悩み】「こっちが悪いことをしている訳では無いのに怒鳴られた」「長時間待たされている不満が多い。我々の努力ではこれ以上どうにもならない」「きちんと説明したのに、分かってくれない」といった職員側の声がある。一方、患者側の視点からは当然正当な訴えであり、患者視点に立ってくれない病院の対応への不満がある。このような双方の認識の違いによって引き起こされる負の感情に対して、お互いに辛い状況に追い込まれる。

【当院の及第点と課題】当院はISO9001 および病院医療機能評価を受けている。特に毎年受審しているISO9001により品質向上に対する目標が明確である。起こった事象に対して各部署や各ミーティング等で話し合い、事例によっては有害事象調査検討委員会を開催する等、一人で悩みを抱え込まないような体制を構築している。しかし、実際にはルール無視によるインシデント等の報告は絶えず、不具合が生じた現場で問題を抱え込んでいる場合も少なくない。

【現在の取り組み】このような課題に対して、安全管理室は現場の悩みに沿った接遇の研修を全職員対象に平成25年から開催した。当院非常勤臨床心理士に講師を依頼しロールプレイを用いて職員参加型で行った。また、安全管理室スタッフの研鑽目的でコーチングやファシリテーションスキル等を専門機関に委託し当院仕様のプログラムで平成27年前期に指導を受けた。

【取り組みの効果と期待】研修の参加状況やアンケート調査により職員の意識向上が見られた。安全管理室の接遇に関する取り組みは順調に進んでいると考えられた。今後ロールプレイを重ねることでクレームやコンフリクトは減少することが期待できる。

SP6-6 弁護士から見た
医療現場における患者対応

仁邦法律事務所 所長 (弁護士・医学博士)
桑原 博道

私自身が患者対応をしたり、患者対応について相談を受けた経験から、帰納的に1. 接遇とクレーム対応の関係、2. 各職種の役割分担のポイントを考察した。

1. 接遇とクレーム対応の関係 ～傾聴～

クレーム対応の基本は傾聴に努めることである。一方で、適切な接遇はクレームの発生自体の予防に繋がる。そして、接遇の基本もまた傾聴に努めることである。換言すれば、傾聴に努めることは、クレーム対応の基本であるとともに、クレーム予防の基本でもある。このように傾聴に努めることが接遇とクレーム対応の両段階にとって基本となるのは、傾聴が人間関係の構築にとって極めて重要であるためであろう。

2. クレーム対応の役割分担

(1) 医療職の役割

医療職は、診療経過や医学的な見解について説明を行なう。このような説明は、医療職でないと不正確になるので、事務職が行なうべきではない。

(2) 事務職の役割

事務職は、(1)の説明に納得が得られず、執拗に説明を求められたり、金銭的なことを求められた場合に対応する。金銭的なことは、医療とは異なるのであるから、医療職が対応すべきではない。なお、医療職からの説明の際に、事務職が間に立ってや患者側とのやり取りを仲介する場合には、ADRにおけるメディエーターの役割に近くなる。

(3) 病院長の役割

求められるがままに面談しない。仮に、明らかな医療過誤があり、重篤な結果をもたらした場合には、求められてからではなく、病院自らの判断として、病院長の面談を検討する。この場合も、病院長単独での面談はしない。

(4) 顧問弁護士の役割

(1)(2)(3)について、相談を受ける。特殊な場合には、(2)の後を受けて自ら対応する。なお、患者側が弁護士に委任した場合には、金銭的な求めではなく、医療的な説明の求めがあったにとどまる段階でも、病院側も対応窓口を弁護士とする。

メディカルスタッフ特別セッション

メディカルスタッフ 特別セッション 1

2月27日(土) 第3会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 A・B)
9:20～10:50

座長：大友 敏行 (JCHO 神戸中央病院 院長)
佐々木功典 (JCHO 下関医療センター 院長)

MS1-1 群馬中央病院と
前橋市薬剤師会による薬薬連携の取り組み
～安心・安全な在宅医療への移行に向けて～

JCHO 群馬中央病院 薬剤科
新木 美枝

2014年6月「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立し、「地域医療構想」が策定されることとなった。「地域医療構想」の実現は、診療報酬などでの誘導はあるものの、医療機関の自主的な取り組みに委ねられている。また、厚生労働省は2025年を目途に全国57000薬局全てを「かかりつけ薬局」にすると発表し、患者の服用薬を一元管理してポリファーマシーや重複投与の防止、残薬対策を挙げ、薬薬連携がさらに重要視されている。

群馬中央病院(以下当院)では、1993年から院外処方箋を発行し、前橋市薬剤師会(以下薬剤師会)を対象に、化学療法レジメン等の講習会や新薬の合同説明会等を開催してきた。2008年からは定期的な協議を行い、院内や薬剤師会の現状把握や処方箋記載様式等の意見交換を継続している。また、2012年には当院新人薬剤師の教育の一環として薬剤師会会営薬局での実習と、薬剤師会からも当院で実習を行い相互理解を図った。2014年からはさらに連携しやすい環境を構築すべく、当院薬剤師によるミニレクチャーを開始して交流の場としている。

病院薬剤師と開局薬剤師の交流が増え、顔の見える関係が構築されたことにより、疑義照会や相談をしやすい環境が整えられた。また、2014年4月には群馬県在宅医療提供拠点薬局無菌調剤室整備事業として薬剤師会会営薬局に共同利用無菌室が設置され、運用前から当院薬剤師が関わり、在宅中心静脈栄養法への移行も円滑に行える環境が整備された。近隣薬局では当院との相互乗り入れの機会が増え、円滑な薬薬連携が確立されつつある。

患者さんが安心して在宅医療へ移行するためには保険薬局の協力が欠かせず、処方応需や調剤が情報と知識を伴って行われることで、在宅での薬剤治療が安全に継続できる。開局薬剤師と病院薬剤師が連携し易い環境を整え情報を共有することで、薬学的管理の質の向上をもたらし、如いては在宅医療の推進、地域包括ケアの充実の一助になると考える。

MS1-2 薬薬連携の新しい試み
—検査データ付き院外処方箋の運用—

JCHO 中京病院 薬剤部 薬剤部長
磯谷 聡、河井和子、伊藤和幸

当薬剤部は名古屋市南区の薬剤師会と連携して薬薬連携合同勉強会・意見交換会を随時開催している。意見交換会では保険薬局の薬剤師から「患者情報が不足している。病名や検査データ等を公開してほしい。」との意見が多く聞かれ、当薬剤部は平成26年5月25日から検査データ付き院外処方箋の発行を開始した。

院外処方箋はA4サイズの横型で左半分は処方内容、右半分に検査データを表形式で配置した。検査データは血液・生化学検査の①WBC、②Hb、③Plt、④PT-INR、⑤AST、⑥ALT、⑦T-Bil、⑧血清Cr、⑨eGFR、⑩CK、⑪CRP、⑫K、⑬HbA1cの13項目で直近1年以内の検査値と検査日、基準値を併記した。また、異常値には警告のマークを表示する様にした。

個人情報保護の観点から患者自身の判断で院外処方箋から検査データを切り離して保険薬局に提出する事も可能である。

院外処方箋に検査データを記載した理由は薬剤師が検査データを基に投与量、禁忌項目等を確認する事で重篤な副作用の発現を未然に防止できるからである。

また、チアマゾール、ベンズブロマロン等の様に添付文書の警告欄に「定期的に検査を必要とする。」と記載のある医薬品に関しては検査の未実施が医薬品副作用被害救済制度の不支給の原因になるため、検査の有無は必ず確認すべきである。当薬剤部は上記対象の採用薬品と検査項目の一覧表を作成して希望する保険薬局に配布し、医薬品の適正使用を呼び掛けている。

更に、保険薬局と中京病院を回線で繋いだ地域医療連携ネットワークシステムの導入を試験的に進めている。電子カルテ内の①処方・注射オーダ、②検査データ、③画像データを保険薬局の薬剤師へ提供するシステムである。

以上の様に当薬剤部は保険薬局への情報提供の手段を確立し、地域住民へ有効性と安全性の高い薬物療法を提供する事で地域医療へ貢献したいと考えている。

メディカルスタッフ 特別セッション 1

2月27日(土) 第3会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 A・B)
9:20～10:50

座長：大友 敏行 (JCHO 神戸中央病院 院長)
佐々木功典 (JCHO 下関医療センター 院長)

MS1-3 医療被ばく低減施設認定 前後での意識変化

JCHO 大阪病院 放射線室 診療放射線技師
新留 信幸

<具体的な目標設定でモチベーションアップ>
認定取得を目指した当初(平成20年)は、放射線管理士・放射線機器管理士ともに1名しかおらず、技師長案件で技師全員がもう一度医療被ばくに問題意識を持つところからスタートしました。それが現在(平成27年)放射線管理士・放射線機器管理士ともに8名にまで増え、それぞれが担当モダリティを持ち線量管理や機器管理を行っております。認定取得という具体的な目標は、仕事に対するモチベーションアップにも繋がるものだと考えております。

<新たなスキルを身につけ自信向上>
活動の中で一番苦労したのは患者被ばく線量の把握でした。それまで一般撮影では、入射表面線量をNDD法や既存ソフトウェアを利用して測定していましたが、組織臓器線量の把握までには至りませんでした。しかしPCXMCやImPACTの計算ソフトを購入し、JARTが開催する「実践 医療被ばく線量評価セミナー」に参加することで検査ごとの組織臓器線量を求めることができるようになりました。それまで解らなかった放射線感受性が異なる臓器線量の把握は、技師が患者に対し、より安心して検査を受けて頂ける術を身につける良い機会になったと言えます。このようにスキルアップを目指して日々努力する事は、自信向上に繋がるものだと考えております。

<連携意識で医療の質が高まる>
医療被ばく低減施設認定は病院全体如くは地域全体の取り組みとして行わなければなりません。そのためには多職種との連携も然る事ながら、地域連携も必要となります。それは線量の低減は技師だけでもある程度可能であるが、被ばく線量の評価は当然の事ながら患者中心に考えるべきことだからです。すなわちEBM(エビデンス)に基づく医療を推進していくためには、連携を強化し情報共有することが必要不可欠であると言えます。

そして、この垣根を越えた連携意識は医療の質を高めるものだと考えております。

<医療被ばくに対し、真摯に向き合う>
認定は5年更新で、取得後も被ばくに関する動向に目を向けておかなければなりません。

2015年6月7日にJ-RIME(医療被ばく研究情報ネットワーク)から公表されたDRLは、検査線量の最適化をしていく上で今後基準になるツールだと考えております。とは言えDRLはあくまでも施設間の検査線量のばらつきを低減するためのものであり、患者被ばく線量ではありません。真の最適化とは、患者被ばく線量の最適化如くは防護の最適化ではないかと考えます。いかに少ない線量でより良い画像を得るのか技師の永遠のテーマであるこの課題に真摯に向き合わなければ、今後放射線診療は危機を迎えるのではないかと考えております。

MS1-4 被ばく低減施設認定取得に向けて (被ばく低減施設認定取得準備施設)

JCHO 諫早総合病院 診療放射線技師長
氏原 健吾

国際放射線防護委員会(International Commission on Radiological Protection: ICRP)は、医療被ばく低減目標値として、診断参考レベル(Diagnostic Reference Level; DRL)を定義し使用することが、診断領域の医療放射線防護において最適化のツールであると勧告している。DRLの目的は、最適化であって、線量低減ではない。正当化がなされた検査は必用な診断情報が得られなければ、かえって無駄な被ばくとなる。検査に当たっては、マージンを含んで必要な線量を用いることが前提である。

そのような中、2015年6月7日に医療被ばく研究ネットワーク(J-RIME)からDRL s 2015が公表された。DRLの効果的な運用を目指すために、当院で用いている一般的なプロトコルでの線量とDRL s 2015を比較して、越えている場合臨床的に正当な理由がない限り、線量が最適化されているかどうかを、判定するための見直しを行う必要がある。

医療被ばく低減認定施設とは、公益社団法人日本診療放射線技師会が、安心できる放射線診療のために診療放射線技師へ求められる責務として、医療被ばくのさらなる低減を推進しており、推進事業の一環として医療被ばく低減施設の認定を行っているもので、現在51施設、そのうちJCHOが2施設である。

医療被ばく低減認定施設を取得するということは、放射線検査の行為の正当化につながり、各検査で受けた被ばく線量を把握し、管理するということでもある。併せて放射線医療機器の精度管理も実施し、「安心できる放射線診療」を提供するということである。

メディカルスタッフ 特別セッション 1

2月27日(土) 第3会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 A・B)
9:20～10:50

座長：大友 敏行 (JCHO 神戸中央病院 院長)
佐々木功典 (JCHO 下関医療センター 院長)

MS1-5 地域の感染管理における 検査技師の取り組み

JCHO 千葉病院 統括診療部 臨床検査科
柴崎真由美

感染制御チームの一員として臨床検査技師が活動していくためには、地域や全国の耐性菌検出状況を把握することは必要不可欠である。感染管理に関わる臨床検査技師として、3月まで勤務していた群馬中央病院で実際に行ってきた取り組みについて報告する。

【地域での取り組み】

EBIC 研究会は感染管理の質と効率を高めるため、科学的根拠に基づいた感染管理を実践することを目的に2004年に設立された。耐性菌の検出状況を把握するために、会員施設である群馬県内の5施設と県外1施設で、継続的にデータ解析を行っている。地域の耐性菌の検出状況を把握することは、入院後の感染症治療や院内感染対策防止に必要である。2005年に研究会から報告された結果が契機となり行われた耐性菌対策について、その経過と取り組みについて報告する。

【全国での取り組み】

旧社会保険病院臨床検査技師会は、技師の知識の向上のために各部門で全国研修会の開催、調査研究事業などの活動を行ってきた。その活動の一環として微生物研修班では、2012年にESBLサーベイランスを実施した。ESBLは年々増加傾向にあるが、地域での検出状況の報告は多く見られるものの全国での報告はなく、旧社会保険病院12施設と協力し全国調査を行った。その結果について報告する。

【今後の課題】

臨床検査技師は、耐性菌検出時に迅速に対応をすることが求められるが、自施設の蓄積されたデータを地域や全国と共有し、フィードバックすることも重要な役割である。2012年に感染防止対策加算・感染防止対策地域連携加算が新設され、地域においては情報共有ができる仕組みが徐々に整備されつつある。JCHO 病院では、まだ十分な情報共有ができる仕組みが構築されていない。今後、施設間で情報共有する仕組みができ、各施設の感染制御チームでの活動につながることを期待する。

MS1-6 グループ間における データの共有化

JCHO 埼玉メディカルセンター 統括診療部 臨床検査技師長
小山 博史

独立行政法人地域医療機能推進機構では各種機関と連携し、地域の医療を支えることが重要な任務とされ、それは理念・使命にも謳われている。更に、平成27年3月にはJCHOクラウド・プロジェクト最適化計画が策定され、推進されているが、これはシステムの共有化、業務の均質化・効率化、災害時の業務継続等を主な目的としている。これらいずれもグループ間、地域の医療機関とのシームレスな医療連携が重要であり、当然ながら臨床検査データもその中に含まれる。現状の臨床検査データが抱えている問題点とは何なのであろうか。言うまでもなく臨床検査データにおいて重要なことは精密性と正確性である。分析機器と試薬の改良および関係者の絶え間ない努力により、各施設での測定値のばらつきはとても小さなものとなってきた。しかしながら、測定値のかたよりは小さくなったかといえまだまだ不十分である。正確性を担保するためには標準化、すなわち標準法と標準物質が決定し、各施設での測定結果へ正確さの伝達が必要がある。日常的に測定されている生化学的検査項目の多くは、標準法と標準物質の決定により施設毎のデータのかたよりは小さなものとなった。一方、血液学的検査や免疫学的検査では標準化が遅れている。特に免疫学的検査の領域では問題が大きく、例えば大部分の腫瘍マーカーでは検査結果を見ただけでは基準値内か異常値かの判断すらできない状況である。全国的なデータの標準化には更に多くの時間を要す現状において、まずはJCHO傘下施設の測定機器、試薬、測定原理などを一元管理するチームを設け、継続したデータの確認、すなわち日々の精度管理の状況確認も行う。そうして集約したデータを全施設にフィードバックすることにより、他施設とのデータ比較も可能になり、共有化に有益であると考ええる。

メディカルスタッフ 特別セッション2

2月27日(土) 第3会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 A・B)
13:20～14:50

座長：村本 弘昭 (JCHO 金沢病院 院長)
来見 良誠 (JCHO 滋賀病院 院長)

MS2-1 57施設の現状と地域包括ケア・ 地域医療活動のアンケート調査報告

JCHO 二本松病院 リハビリテーション士長
江井 洋

平成26年4月、地域連携を推進するJCHOへ移行しました。リハビリテーション（以下リハ）の職域としても、地域包括ケアシステム（以下地域ケア）を推進するため地域の関係機関との連携をより進める取り組みが求められています。さらにJCHO施設間の横の繋がりも重要になってきます。

今回初めての地域医療推進学会であり57施設の現状把握と地域ケアについて調査を実施したので報告します。

57施設のリハ施設基準は運動器Ⅰが96%、呼吸Ⅰが89%、脳血管Ⅰとがんが52%、心大血管Ⅰが38%、脳血管Ⅱが29%でした。老人保健施設では在宅強化型9施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算施設が12施設、従来型は8施設でした。

地域ケアへの取り組みとして連携パスの活用は大腿骨近位骨折・脳卒中は35%、がん14%、急性心筋梗塞7%でした。地域住人に講座・教室を実施している施設は29施設（50%）があり、内容は、体力測定、健康・転倒予防教室、介護予防等が実施されていました。その他、ケア会議参加は19施設（33%）、医療者向け研修会・勉強会を開催している施設は21施設（37%）といった状況でした。

今回の調査で大規模施設は地域連携パスの活用や介護予防協力事業を半数の施設で実施していることがわかりましたが、難しい施設では部署内から介護予防の簡単な体操などを発信しても良いのではないかと考えます。また、ケア会議では行政と関わりを持てる場へ出向いて、顔を合わせる機会が必要となってくるのではないのでしょうか。

連携の充実には各施設や職種の形態で地域ケアへの取り組みに違いはありますが、臨床現場の積み重ねを通して実績をつくり、地域との連携を通して貢献して行かなければならないと考えます。

MS2-2 多様な施設を要する JCHO グループの キャリアアッププランの提案

JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション士長
稲村 一浩

JCHOグループとなり、旧組織との大きな違いは、57病院を5つの地区単位のグループでのスケールメリットを活用した人事制度となったことである。転勤が伴う昇格とマイナス面がクローアップされている。リハビリテーション（リハ）部門で考えると、スタッフ31-74名8施設21-30名10施設、11-20名17施設、10-4名22施設と規模が違い、将来リハ士長となる可能性が1/74と1/4と大きな格差がある状態から1/17（約970名で57リハ士長）と機会均等となる。しかし57施設も急性期病院、ケアミックス急性期病院、回復期リハビリ専門病院、老人保健施設等の維持期在宅リハとリハ機能も多様である。

そこで、57施設の職員が機会均等の為に、多様なリハビリモデルの基準化を行い、標準化した個人評価、標準化した研修課題、施設間交流による情報共有で、時代に適応性のあるキャリアアップシステムを作る必要性を提言したい。

まず行うべき課題は、57施設の多様なリハビリ機能の施設を

- ① 直接業務で病床数での分類した急性期、回復期リハ病院、老人保健施設を有するケアミックス病院といくつかのパターン分類をし、リハ運用システムモデルの提示。
- ② 今回のアンケート調査による地域包括ケアシステムへの関わるシステムモデルの提示。
今後の行動目標案として
 - ・モデル分類を行う調査検討委員会の立ち上の提案。
 - ・目標の共有で、職員の目標の基準化と、個人評価の標準化
 - ・電子カルテのクラウド化で、同モデルの施設単位で基本疾患の評価表と評価時期の統一化を進め、患者治療評価のビックデータ化。
 - ・地区・全国レベルでの研修テーマの明確化
 - ・新人、中堅、主任、副リハ士長、リハ士長のキャリアアッププランの明確化
 - ・日本のリハビリテーションシステムのモデルをJCHOグループが提言

メディカルスタッフ 特別セッション2

2月27日(土) 第3会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 A・B)
13:20～14:50

座長：村本 弘昭 (JCHO 金沢病院 院長)
来見 良誠 (JCHO 滋賀病院 院長)

MS2-3 地域医療の向上・発展に向けた 管理栄養士の役割

JCHO 札幌北辰病院 栄養管理室長
中川 幸恵

医療連携は、患者の視点に立った安全・安心、質の高い医療が受けられる体制を構築することを目的に急性期（基幹）病院から療養型病院あるいは介護施設等への移動において医療情報を提供し、円滑に適正な治療を目指したシステムである。厚生労働省は「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」という5つの構成要素が一体的に提供され、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で在宅生活ができるシステムの構築を目指している（地域包括ケアシステム）。「医療」「介護」「予防」などのサービスを個々人の抱える課題に合わせて提供するためには、これらサービス提供が機能的かつ有機的に連携され一体的に行われことは重要である。特に食生活の支援や栄養ケアは重要な位置を占めており、在宅での適正な栄養管理にかかわる QOL や ADL の維持または向上につながるためには管理栄養士の存在は欠かせない。病院栄養士が常時、在宅や診療所等の他施設への介在は、現状の病院栄養士数の配置では難しいが、病院での栄養管理に関する情報を伝達することは充分可能である。病院の在院日数の短縮から早期退院を余儀なくされることもあり、栄養状態が不安定のまま転院や在宅での生活が始まることで、退院後に食が維持できずに低栄養状態へ移行されることも少なくない。特に嚥下障害は超高齢化社会では避けて通れない機能障害であり、急性期から慢性期、在宅に至るまであらゆる医療等現場で直面する問題である。口腔機能の改善が栄養状態の改善に繋がることも数多く報告されている。入院中での栄養状態に加え、食事の形態や栄養摂取状況等を病院栄養士は積極的に発信すべきである。栄養管理情報は各県・地域により作成されているが、地域特性に合わせたツールが望ましい。

今回のシンポジウムでは、医療機関の機能分化・強化と連携、「在宅医療」や「連携ネットワーク」への取り組みにおける管理栄養士の役割と活動について述べたい。

MS2-4 つなげよう、地域における栄養ケア ネットワーク在宅まで使える栄養サマリーの作成

JCHO 三島総合病院 栄養管理室長¹、中伊豆温泉病院²、あしたかホーム³、
ながいずみホーム⁴、池田病院⁵、静岡県東部健康福祉センター⁶

杉山 清子¹、飯田みつ江²、大沼直美³、
大川愛⁴、西山朋子⁵、内藤慶子⁶

目的

平成22年より静岡県東部保健所管轄に於いて病院・福祉の高齢者等施設の食事支援に携わる管理栄養士・栄養士は、対象者が転院・転所するときに食事に関する情報を的確に伝えるために統一した情報提供書を作成して5年が経過した。今回、栄養サマリー普及率の向上と在宅介護にも活用できる提供書を検討し改訂した。

検討内容

静岡県東部保健所管理栄養士、給食協会沼津伊豆支部の病院・老人福祉施設の管理栄養士5名で栄養サマリー検討委員会を立ち上げた。

保健所管理栄養士が、医療監視時に各施設に栄養サマリー活用状況についての聞き取り調査を実施し、その結果に基づいて検討した。発行、受取とも年々回数は増加しているが、どちらも実施していない施設の割合が約半数占めている状況は変わらなかった。病院側は入退院が激しく記載が困難、施設側は急変し食止め対応になって入院する為、記載しない等の意見があり、FAX 対応できるように施設連絡簿を作成した。

施設入所時に栄養ケアマネジメント作成資料として活用できるように主食・副食の喫食状況、血液検査項目 (Alb, Hb) を明記できるようにした。在宅支援への栄養サマリー活用について、脱水、経口保水液の作り方、簡単粥の作り方、とろみの目安量、便の性状分類の資料を添付した。

また特記事項に記載する情報例として、入院中の摂食状況、摂食嚥下機能検査報告書、LST 版についても掲載した。

まとめ

栄養サマリー改訂の中で、栄養サマリーの普及率を上げる為に情報を栄養ケアマネジメントに有効活用できるようにした。そして、住み慣れた地域で安心して生活できるように在宅支援として他職種でもわかりやすい栄養サマリーの情報を発信していくことがきめ細やかな栄養サービスの提供する上で必要であると考えた。

今後も栄養サマリーが地域の中で活用できるように栄養ケアネットワークとして繋げて行きたい。

メディカルスタッフ 特別セッション2

2月27日(土) 第3会場 (AP 品川アネックス 1F 会議室 A・B)
13:20～14:50

座長：村本 弘昭 (JCHO 金沢病院 院長)
来見 良誠 (JCHO 滋賀病院 院長)

MS2-5 チーム医療における 臨床工学技士の使命

JCHO 中京病院 臨床工学技士長
神倉 和見

昨今、医療の高度化・専門化の流れに伴い、臨床工学技士は医療機器のスペシャリストとして数多くのチーム医療に参加している。

チーム医療とは患者に対し、多くの職種が関わりそれぞれの立場で診断と治療の過程を共有し、患者と共に最良の治療を行うことである。

臨床工学技士法が施行される前から諸先輩方は、現場のニーズに答え内容を変化させ、業務拡大を行い、様々なフィールドで活躍されてきた。昭和63年に臨床工学技士法が施行され臨床工学技士になり、現状に即応する形で業務指針が策定、改正がされた。

現在、多くの施設では手術室業務、人工心肺業務、血液浄化業務、心臓カテーテル業務、アブレーション業務、人工呼吸器業務、埋め込みデバイス業務、高気圧酸素業務などそれぞれの業務における教育、医療機器管理、操作、患者データ管理を行い、他職種とコミュニケーションをとり良質な医療を患者に提供している。

今後もそれぞれの施設で、現場のニーズに答え、新たな業務を取り入れていく可能性が大いにあり、業務内容はさらに拡大傾向にある。

既に、手術における直接介助業務、内視鏡業務、医療安全、滅菌業務等、様々な業務を臨床工学技士がチーム医療の一端を担っている施設も増えつつある。

当院でも新たなチャレンジとして数年前より多職種と連携する、医療機器管理システムの導入や手術室を中心に業務拡大を行い、器械出し介助業務、術中神経刺激モニタリング、ナビゲーション、ダビンチのセッティングを取り入れ、医師、看護師等の多職種と共に多くの症例に関わり、チーム医療に大きく貢献できたと考えられるが、チーム医療における臨床工学技士の本来の役割と看護師不足による人材補充とでは、業務内容、他職種への関わり方、臨床工学技士のモチベーションに大きな差が生じている。

今回チーム医療における臨床工学技士の関わりを理想と現実を踏まえ、当院の事例を交えて述べさせていただきます。

MS2-6 臨床工学技士の専門性 ～認定技士取得に向けて～

JCHO 札幌北辰病院 臨床工学技士長

真下 泰、斉藤 徳、高根麻央、八木橋香澄、
岩間友弥、横井香保里、五十嵐水紅、赤坂祥吾、
植田文恵、小幡大輔

医療機器の多様化・高度化が一層進む中、医療機器が関与した医療事故が後を絶たないことから、その安全対策として厚生労働省は医療機器管理室設置事業の推進と医療機器の専門家である臨床工学技士の活用、医療法の改正による医療機器安全確保のための体制の構築、更には診療報酬に医療機器安全管理料の創設など医療機器管理に対して重点的に見直しされている。また、厚生労働省の医療機器産業ビジョンにおいては、「臨床工学技士会等による専門認定制度の設立等による臨床工学技士の専門性の向上」が謳われ、臨床工学技士の更なる活用と資質の向上が示唆されている。職能団体である(公社)日本臨床工学技士会では、そのこと受け「血液浄化」、「不整脈関連」、「呼吸治療」、「高気圧酸素治療」の4種の専門臨床工学技士認定制度が構築され、約400名の専門臨床工学技士が誕生している。関連業務の各学会において行っている認定制度にも多くの技士が挑んでおり、専門認定/学会認定は、臨床工学技士の一人前度の評価や自己研鑽の目標であり、自らの専門性の誇りとなっている。また(公社)日本臨床工学技士会では新たに、仮称ではあるが「集中治療」、「手術領域」、「心・血管治療」、「内視鏡治療」の準備中である。専門認定取得だけが良いとは言えないが、取得に向く向上心が臨床工学技士各位の職業意識や学術研鑽への意欲となり、知識・技術の高揚に繋がると考える。取得後は専門性を生かし、チーム医療に貢献できると確信する。加えて医療の安全確保と質の向上にも直接的に貢献するものと思われる。

一方で専門臨床工学技士は、各領域の指導者となるべき人材の育成も含んでいることも忘れてはいけない。各位が専門領域での認定制度にチャレンジされることを期待したい。

O-001

職域健診におけるウイルス型肝炎無料検診同時実施によるキャリア抽出効果の検討

山下智省、加藤彰、奥田真也、長井義和、佐々木功典
JCHO 下関医療センター

わが国の肝硬変、肝臓癌の主因を占めるB型肝炎とC型肝炎の治療に近年めざましい進歩がみられた。特にC型肝炎において高いウイルス陰性化率を有する優れた抗ウイルス剤が開発され、その克服が視野に入りつつある時期を迎えている。一方、わが国にはB型肝炎あるいはC型肝炎のウイルス保有者（キャリア）は約300万人と推定されるが、このうち170万人がキャリアであることに気づかず放置されており、キャリアと診断されても治療を受けていない患者が53万人いるという推計がある。今後のウイルス型肝炎診療の課題は、これら潜在的なキャリアや患者を拾い上げ、専門機関への受診を勧奨することにある。既に、肝炎ウイルス検診の無料化、キャリアの検査費用や治療費の一部助成といった施策が取られているが、この中でも無料検診の実施が十分ではないことが問題である。健診の啓発と普及がミッションであるJCHOはこの課題に取り組む責務を負っていると言える。しかし、JCHOが担う職域健診では、ウイルス型肝炎スクリーニングの実施が義務づけられていないため、受診者の多くが肝炎検診未受診のままである。我々はこの点に着目して、当院健康管理センターで実施される職域健診に無料肝炎ウイルス検診を組み込む事業をスタートさせた。これは厚生労働省肝炎克服事業の一環として、また下関市との提携により行うこととした。すなわち、受託企業への啓発と受診希望者の登録をあらかじめ行い、職域健診と同時にHBs抗原とHCV抗体検査を実施し、さらに陽性者には肝疾患専門機関への受診を勧奨する案内を通知した。この事業によるウイルス型肝炎受診者数および陽性者の専門機関受診者数を集計し、その改善効果を報告する。

O-002

当院における後期高齢者に対するERCPの有用性について

三村享彦、石井耕司、天沼誠、内田久美子、高橋孝慈、三治哲哉、宮澤秀明、内野直樹
JCHO 東京蒲田医療センター

【目的】高齢化社会になり高齢者にも内視鏡的治療を行う機会が増えている。今回、ERCPを行った75歳以上の後期高齢者の臨床的特徴と内視鏡的手技の有用性を明らかにする。【対象および方法】2014年4月から2015年8月までに当科でERCPを行った20人の後期高齢者が対象（男/女は9/11）で、年齢は75から95歳で、原疾患の内訳は総胆管結石13例、胆管癌4例、膵臓癌1例、IgG4-関連硬化性胆管炎（IgG4-SC）2例である。鎮静剤としては、フルニトラゼラムを使用し、モニターおよび意識状態を確認しながら適宜、ベンタゾシンを併用した。これらの症例の併存疾患と、延べ23回行ったERCP時の胆管挿管率と偶発症の頻度について検討した。【結果】併存疾患は循環器疾患3例（15.0%）、呼吸器疾患3例（15.0%）、脳血管疾患2例（10.0%）、肝疾患2例（10.0%）、糖尿病3例（15.0%）であった。抗血栓薬内服例は3例（15.0%）であった。認知症はあるが疎通は可能な症例が4例（20.0%）であり、脳血管疾患で疎通困難な症例が1例（5.0%）であった。脳血管疾患で胃瘻造設後の1回が胆管挿管不能で、胆管挿管成功率は95.7%（23回中22回成功）であった。偶発症は3回（13.0%）あり、内訳は膵炎1回（4.3%）、EST後の後出血1回（4.3%）、術後の誤嚥性肺炎1例（4.3%）で、ERCP手技に関連する死亡例はなかった。【結論】併存疾患を考慮した術前準備や患者管理、内視鏡手技の習熟、偶発症の早期発見と迅速な対応することで後期高齢者に対しても安全かつ有効なERCP手技が行えることが判明した。

O-003

認知機能低下症状を把握する問診表～入院時からせん妄を防ぐために～

中澤文香、奥野美佳、清水清美、樋かほる、鈴木たかね、小林奈津美、小沼久美
JCHO 山梨病院

【はじめに】急性期病棟に入院する高齢者は、疾患・治療に伴う苦痛や不安・環境の変化・薬物療法等により、せん妄を起こしやすい。せん妄により、入院生活に危険が生じ、治療継続困難や転倒転落等さまざまな問題が起きる。そのため、入院時に患者の認知機能や生活パターン等を情報収集し入院早期から予防的介入が重要となる。しかし、当院には入院時に認知機能低下やせん妄を判断する基準はなく、看護師個々の経験値により病棟に情報提供を行っていた。そこで、外来担当看護師が統一した視点で情報収集でき、入院後病棟看護師がアセスメントツールとして活用でき、認知機能低下を把握できる問診表（以下問診表）を作成し、活用しているため報告する。【目的】問診表を作成し、基準手順に沿って活用する。【方法】1. 文献検索による問診表の作成。2. 質問紙による調査・分析。対象：外来担当看護師・病棟看護師。3. 問診表の使用基準・手順の作成。【結果・考察】1. 認知症の中核症状と周辺症状について文献検索し、加齢による認知機能低下や軽度認知機能障害がある患者に焦点を絞り、認知症初期状態の中で看護師がよく経験する症状に対し問診表を作成した。また、症状別に予測される看護問題や留意点を記入し、入院後の危険リスクが病棟に申し送りできるよう工夫した。2. 外来看護師に問診票は統一した視点で認知機能の評価ができると評価されたが、問診聴取が負担であったため、問診表の形式や聴取方法を変更した。病棟看護師は情報収集や看護計画立案に問診票を活用できると評価した。しかし、問診表の必要性についての理解が十分ではなかった。3. 問診聴取を看護師の聞き取りから家族の記載方式とし形式もよりわかりやすい文章に変更した。問診表の必要性・目的等を列挙した使用基準・手順を作成し看護師に周知した。【結論】入院前に患者の認知機能低下症状が把握できる問診票が作成できた。入院早期からせん妄症状に対する予防を実施するために問診票の使用基準・手順を周知徹底する。

O-004

急性期病棟における認知症教育システムの構築を目指して

田淵裕英、白土由香、水田美千代、小野寿賀子
JCHO 福岡ゆたか中央病院

【研究目的】認知症高齢者は入院による環境の変化から混乱が生じ、身体的治療が困難となる場合がある。身体的治療をスムーズに行うためには認知症ケアが重要である。そのためには情報の共有や看護職の知識向上が必要であると考えた。今回は看護経験年数による対応方法の違いを明らかにし、認知症ケアに必要な教育・研修の方向性を得ることができたのでここに報告する。【方法】A病棟看護職37名のうち回答の得られた34名のアンケート結果を対象とした。対応困難事例（「治療拒否」「転倒リスクが高いが安静を保てない」「夜間不穏」「帰宅願望・離院」「不潔行為」する患者）について項目ごとに一つの意味内容を含む文節を素材とした。その内容をKJ法を用いて親近性、類似性、相違性をグループ編成し、抽象度の高い表札群を大グループとし、看護経験年数による対応の違いを考察した。当研究は看護部の承諾を得て行った。【結果】看護経験年数別の対処方法は4年目以下：117件、5～10年目：112件、11年目以上194件となった。対応方法と知識をグループ分けした結果【認知症高齢者の特徴を理解し患者の意思を尊重した対応方法】【安全を重視し危険回避するための対応方法】【最終的な不潔行為を回避するための対応方法（介護つなぎ衣）】などに分けられた。【考察】10年目以下の看護職の対処方法の件数自体が少ない事から知識不足が考えられる。患者の意思尊重と、リスク回避というジレンマの中、最終的な対応として患者の意思に反した抑制をせざるを得ない状況があると考察された。不潔行為は最終的に介護つなぎ衣という手段をとらなければならない状況があることがわかった。【結論】1. 10年目以下の看護職に認知症高齢者の特徴を理解したケア研修 2. 抑制に対する基準と倫理的配慮に関する研修 3. 不潔行為に対する排泄ケアの研修という方向性を考えた。

O-005**A病院を取り巻く地域の現状と課題**

佐藤育子
JCHO 仙台病院

【動機】超高齢化社会の今、医療と介護の連携は最優先課題であり、中でも認知症高齢者の問題がクローズアップされている。仙台二次医療圏のH27年の高齢化率は22.4%であり、さらに増加の傾向にある。「認知症になっても安心して暮らせる街づくり」の実現のために、急性期医療から在宅医療まで途切れない連携が必須である。A病院は地域医療支援病院であり、病院として何をすべきかを検討する必要性を感じた。

【目的】A病院に対する要望や利用者の方々からの相談など、地域包括支援センター（以下支援センター）のニーズを調査、認知症を含む高齢者の地域住民の現状と課題を知る。また、患者が生活者として住み慣れた地域で安心・安全に暮らすために、A病院にどのような役割があり、認知症看護認定看護師としてどのような支援ができるか手がかりを得る。【結果・考察】支援センターDは、仙台市63中学校区のうち75歳以上人口、介護保険認定者数、1人世帯数がいずれも上位4番目に高かった。相談件数は年々増加、約7割が本人や家族・友人であり、2割が事業者、病院、役所であった。その内容は認知症、独居、拒否、無関心、同居者の精神状態などであった。そして、60・80人の利用者を相談員1人が抱えており、複雑化している福祉・介護領域に関する制度の説明にかかる時間確保や限られた情報での判断を求められるなど、困難事例が急増している現状があった。支援センターNでは、認知症である事実や介護困難を周囲に打ち明けられず、家族が抱えている傾向が伺えた。A病院の役割は、患者の受診行動をきっかけに認知症の症状や程度に気づき、患者やその家族に適切な対応や治療に関する情報提供をする。また、認定看護師として地域住民への啓発活動を行い、認知症患者を地域で支援できるようにする。その架け橋になることが求められている。

O-006**救急外来における院内トリアージに関する取り組み**

松山佳子、平野淑美、大野彰子、本田裕子、細川香織、土岐昌世
JCHO 大阪病院

【はじめに】当院は大阪市西部医療圏の二次救急指定病院として、24時間救急患者を受け入れている。平成24年から院内トリアージ（以下トリアージとする）を実施しているが、トリアージ方法の見直しが行えていない現状にあった。そこで、平成27年6月から日本版救急患者緊急度判定支援システム（JTAS）に基づいた5段階へ変更し、トリアージ用紙に主訴や経過などを記入するよう改訂した。導入後の意識調査により今後の課題が明確になったため、報告する。【目的】当院のトリアージの課題を明確にする。【方法】救急室看護師12名に意識調査を行い分析した。【倫理的配慮】得られた情報は個人が特定できないよう配慮し、報告に用いた。【結果】救急外来看護師の経験年数は16.5年で、58.3%がJTASコースを受講していた。トリアージ判定がしやすくなったと91.6%が回答したが、83.3%がトリアージに不安を感じ、71.6%が知識や問診能力不足と回答した。83.3%が自分で事後検証を実施し、対象患者の24.6%がアンダートリアージかもしれないと回答した。事後検証方法がわからないという意見もあった。【考察】トリアージカテゴリの変更は、JTASコースと連動し判断しやすくなった。また、トリアージ用紙に必要な情報を記入することで、問診が確実に行き、トリアージ方法の統一が図れた。しかし、JTASコースの未受講者が4割おり、トリアージカテゴリの知識が不足している可能性がある。統一したトリアージの実施に向けた教育的取り組みが重要であると考えた。8割の看護師がトリアージに不安を感じ、約3割の症例にアンダートリアージの可能性を示唆し、事後検証の方法がわからないと回答があった。事後検証システムがないことが大きな要因であり、トリアージナース全体で症例の共有、振り返る事後検証会の実施・定着に取り組む必要がある。

O-007

骨盤部創外固定術・観血的骨接合術施行後歩行獲得を目指した症例

杉尾隆一
JCHO 下関医療センター

【はじめに】今回、骨盤骨折を受傷され、骨盤部創外固定術を施行9日後に骨接合術を施行した。担当医より術後1週目はベッド上リハEX、術後2週目より両下肢免荷にて車椅子移乗開始。術後3週目より右下肢全荷重、左下肢免荷で立位、歩行訓練開始。術後5週目より左下肢部分荷重開始との指示であった。症例とご家族の希望としては歩けるようになって自宅退院し元の生活に戻りたいとの事で、症例に対してアプローチ方法を提示し若干の考察をここに報告する。【症例紹介】症例は70歳代男性。9月12日の自宅近所の横断歩道を渡っている最中に右側から来た軽トラックに跳ねられ転倒受傷。当院に救急搬送され、諸検査の結果、仙骨左側・両坐骨・左恥骨・左腸骨部に骨折の診断され骨盤創外固定術、骨接合術を施行した。【理学療法評価】関節可動域について、左右の股j・膝j・足j・左手jの可動域制限あり。MMTは上肢は左右共に3+～4レベル、下肢はSLRが左右1+、左股j1～2-・左膝j2-・右股j1～2-・右膝j3-レベル。下肢長はSMD、TMD共に有意な左右差なし、周計も左右差なし、BIは5点、疼痛は安静時には腰背部全体に認め他動時には骨盤周囲に認める状態であった。ギャッジUPはOP後フリーとの事であったが初期評価では骨盤周囲の疼痛の為に未実施。【理学療法アプローチと経過】術後1週目はベッドサイドリハでROMEX、筋力EX、術後7日目よりベッドギャッジ30°挙上するが、骨盤周囲疼痛訴えあり、術後8日目よりリクライニング車椅子でリハビリ室でEX実施。10日目より40°、11日目より徐々に上げ80°まで上げるが起立性低血圧の訴えあり60°でEX実施。13日目より30°～45°～60°～80°と段階的にギャッジを上げて最終的には80°で10分弱姿勢保持が可能となる。【結果】現在、立ち上がり～起立保持・歩行動作に向け理学療法を継続中だが、全身状態不良及び荷重量制限中の為に歩行は未実施である。【考察】今後は立ち上がり～起立・歩行の獲得に向けリハビリアプローチを継続していきます。

O-009

両側同日人工膝関節全置換術と片側人工膝関節全置換術における患者満足度の比較

野沢昇平¹、児玉隆夫²
¹JCHO 埼玉メディカルセンター リハビリテーション部、²整形外科

【目的】わが国の人工膝関節全置換術（以下TKA）の先行研究において、「身体機能」、「患者満足度（以下QOL）」で有意な改善が望めるとの報告は数多く存在する。しかし、片側TKA症例の中には、対側も変形性膝関節症を呈していることでQOL変化が得られず、その後、対側TKAを施行した症例も散見する。また、両側同日TKAにおける先行研究は少なく、臨床的、動作自立獲得に時間を要す症例を多く経験する。今回、両側同日TKA症例と片側TKA症例の術前から退院時までのQOL、疼痛（以下VAS）変化と歩行、階段昇降の自立獲得時期、入院期間を比較検討し、当院における両側同日TKAの特徴をここに報告する。【方法】2014年5月から2015年3月までに当院において、術前評価から退院時まで理学療法を施行した両側同日TKA群（23例46膝、JOA score 55.54 ± 8.6）と片側TKA群（76例76膝、JOA score 53.40 ± 8.9）を対象とし、日本語版変形性膝関節症機能評価尺度（以下JKOM）を用いて比較検討した。【結果・考察】両側同日TKA群のQOLで著明な改善を認め、2群間でも有意差（ $p < 0.05$ ）を認めたことから、片側TKA群より高い患者満足度が得られた。JKOMにおいて改善要因を調べると、上位5項目は「起立動作、歩行動作、階段昇降時における疼痛、動作困難感」であり、疼痛改善が動作獲得に反映している結果を示した。一方、歩行、階段昇降自立獲得時期、入院期間では有意差を認めなかった。本研究より、両側同日TKA施行により患者の満足、疼痛軽減が得られ、術後は片側TKA同様の経過を辿る事が示唆された。今後の展望として、術後理学療法において、患者のHOPEを考慮し、「起立動作、歩行動作、階段昇降における質的要因（疼痛、動作困難感）」の改善に努める事が更なる患者満足度向上に不可欠であると考えられる。

O-008

ロボットスーツ HAL でのリハビリテーションの現状と入院患者の継続実施に影響を及ぼす因子の検討について

沖田将盛
JCHO 徳山中央病院

【はじめに】今回、当院におけるロボットスーツ HAL® 福祉用（HAL）の現状を調査して継続実施の可否に影響する因子の検討を行った。【対象】2014年3月から2015年9月までの間に、当院にてHALでのリハビリテーション（HALリハビリ）を行った入院患者15名。【方法】後ろ向きコホート研究とし、診療録から終了理由、年齢、性別、開始病日、開始時FIM、初回時感想（1：また使いたい・2：どちらとも言えない・3：また使いたくないの3段階順序尺度、主観的感想）を調査し、終了理由から継続群と中止群の2群に分類した。統計学的分析にはJ-STATを用いて有意水準は5%とした。群間比較はMann-WhitneyのU検定、Fisherの直接確立計算法を行った。次に継続群と中止群を目的変数としたロジスティック回帰分析にて継続実施の可否に関与する因子の抽出を行った。対象者には研究の趣旨を十分に説明し同意を得た。【結果】継続群は9名で年齢64.2 ± 9.2歳、性別は男性6名、女性3名、開始病日は26.2 ± 23.5日、開始時FIMは95.3 ± 18.6点、初回時感想は1が6名、2が3名であった。中止群は6名で年齢70.2 ± 6.7歳、性別は男性5名、女性1名、開始病日は21.5 ± 7.4日、開始時FIMは59.3 ± 16.6点、初回時感想は2が3名、3が3名、主観的感想では3と答えた全例で重量感と疲労感の感想が聞かれた。群間比較では開始時FIMと初回時感想で有意差が見られた。ロジスティック回帰分析では、変数増加法で開始時FIMが有意な独立変数として選択され、オッズ比は0.90407、判別率的中率は80%であった。【考察】今回、HALリハビリの継続実施の可否に開始時FIMが影響を及ぼす因子であることが示唆された。本研究の限界は対象者が少ない点であり、今後、対象者を増やして再検討する必要があると考える。

O-010

当院における人工膝関節全置換術後の腫脹・疼痛・関節可動域の変化

加藤俊久、山口翔平、村山淳、竹中弘行
JCHO 湯河原病院

【目的】人工膝関節全置換術（以下TKA）後の患者は、腫脹や疼痛が強いほど膝関節可動域は制限を伴う印象がある。本研究は、当院におけるTKA術後の可動域や疼痛、腫脹を毎日に計測し、その経時的変化及びその関係を調査した。【方法】平成27年4月から10月までに当院に入院し、TKAを施行した18例22膝を対象とした。年齢は57～82歳（平均72.8 ± 6.5歳）であった。対象者には、本研究の目的と内容の説明を行い、書面での同意を得た。周径は術前と術後可及的早期から3週まで毎日の理学療法開始時に膝蓋骨上縁周径と下腿の最大周径を計測した。疼痛は術後からVAS（Visual analog scale）を用いて安静時、膝自動屈曲時を計測した。膝関節可動域は伸展、屈曲の自動可動域を角度計で各日の担当理学療法士が計測した。各測定項目は術後2日目より測定を開始したが、膝蓋骨上縁周径は5日目より計測を開始した。周径は術前値との差を算出した。各週毎の変化をTukey法によるFriedman検定を用いて、各時期の測定項目間での相関をSpearmanの順位相関係数を用いて検討した。なお本研究は、湯河原病院倫理委員会の承認を得た。【結果】周径は、膝蓋骨上縁で術後5日から3週（ $P < 0.01$ ）、1週から3週（ $P < 0.01$ ）、下腿最大で1週から2週（ $P < 0.05$ ）で有意に減少した。疼痛は、安静時は2日から2週（ $P < 0.01$ ）、2日から3週（ $P < 0.01$ ）、屈曲時は2日から2週（ $P < 0.05$ ）、2日から3週（ $P < 0.01$ ）で有意に減少した。膝関節可動域は、伸展は2日から2週（ $P < 0.01$ ）、2日から3週（ $P < 0.01$ ）、1週から3週（ $P < 0.05$ ）、屈曲は2日から2週（ $P < 0.01$ ）、2日から3週（ $P < 0.01$ ）、1週から3週（ $P < 0.01$ ）で有意に増加した。各時期での相関は、1週間の安静時疼痛と屈曲時疼痛に弱い相関を認めた（ $r = 0.47$ 、 $P < 0.05$ ）。【結論】各項目において、術後早期から比較した変化は2週目以降に認めた。測定項目間の相関は認められず、腫脹、疼痛は可動域に直接影響を及ぼしていないと考えられる。

O-011**急性期病院および地域包括ケア病棟における日曜日リハビリテーションの効果**浪越啓史¹、成田大地¹、金山永勲¹、白土貴史²¹JCHO 東京高輪病院 リハビリテーション室、²リハビリテーション科

【はじめに】当院では地域包括ケア病棟の開設により、急性期から在宅復帰までの一貫した治療を提供している。2015年9月より、継続したリハビリテーションの提供やサービスの充実の為、現在のスタッフ数（PT9名、OT4名、ST1名）で日曜日リハビリテーション（以下日曜リハ）の開始することとなった。現在、多くの急性期病院では人員数の問題等から日曜日、休日にリハビリテーションに関する報告は少ない。今回、当院のような急性期病院および地域包括ケア病棟における、日曜リハの効果を検討したので以下に報告する。【対象と方法】日曜リハの患者選定基準として、①整形外科疾患術後30日以内、②脳血管疾患発症および術後30日以内、③地域包括ケア病棟にリハビリテーション目的に入院した患者、④廃用症候群、運動器不安定症において自立歩行の獲得が見込める症例とした。また全身状態が不安定な症例や、リハビリテーションゴールに達している症例については除外とした。日曜リハの効果の検証として2014年10月～2015年1月の期間に当院にてリハビリテーションを受けられた症例（対照群）、および2015年9月～12月に当院にてリハビリテーションを受けられた症例（日曜リハ群）とした。両群間における年齢、性別、平均在院日数、リハビリテーション実施日数、および入・退院時 Barthel Index を抽出し、比較を実施した。【説明と同意】本研究は当院倫理委員会の承認を得ており、個人は特定されないように倫理的配慮を行った。日曜リハ対象者に対しては十分な説明を行い、同意を得て実施した。【展望】新たな試みとして当院のような急性期病院において日曜リハを実施した。今回得られた結果より、今後の日曜リハの運営の修正、改善を図っていく。また同規模の急性期病院において、日曜日、休日のリハビリテーション導入の検討について参考となれば幸いである。

O-012**精神状態悪化のため早期自宅退院後外来言語リハを継続した重度失語症例**

古田翔二郎、田中瞳

JCHO 徳山中央病院

【はじめに】不穏等の精神症状悪化のため、回復期病院への転院困難で早期退院となった重度失語症患者に対し、外来言語リハを行い、言語機能の改善が認められたため報告する。【症例】60歳代男性、右利き。【現病歴】突如仕様の合わない発言著明となり、妻が救急要請。当院受診しCTにて左視床から側頭葉・頭頂葉にかけ出血を認めた。翌日、内視鏡下脳内血腫除去術施行。【経過】初期評価時、重度感覚性失語を認め、理解は簡単な口頭指示に従う事も困難。発話はジャーゴン様であるも復唱は良好。状況判断は保たれていた。発症10日目頃より夜間不眠やNsへの暴力行為、ベッド柵を叩く、病棟内の徘徊等問題行動を多く認めた。訓練場面ではリハへの誘導に応じず、散歩と称し連れ出し妻と共にST室へ入室。課題には取り組み問題行動ないが表情暗く、声かけに対しての発話は返事のみだった。抗精神病薬内服開始と妻の終日付添いにより夜間睡眠可能となるも、大声や興奮、病棟内の徘徊等不穏行動持続。医師より妻へ、入院生活の継続は更なる精神状態悪化を招く恐れがあるため回復期病院へは転院せず、外来通院での言語リハ継続を提案。妻同意し発症21日目退院。その後外来言語リハ開始。開始時、訓練日時に来院するも、表情暗くST室に入ろうとせず、妻の誘導で入室。言語機能は理解は単語レベルで可能。発話は著変なくジャーゴン様だが、自発的発話あり。徐々に精神状態安定しリハに対し意欲的となり、現在、言語機能は簡単な会話理解可能。発話はジャーゴン様発話消失し、音韻性錯語多くあるも短文レベルで可能となった。【考察】症例は重度感覚性失語であり、発症から21日目では本来回復期病院でリハを集中的に行う事が望ましいが、精神状態悪化のため転院は困難であった。しかし、早期自宅退院という選択により精神状態が安定し、言語リハに意欲的に取り組めるようになった事が、順調な機能回復の一因と考える。

O-013

マズローの基本的欲求理論を用いた終末期がん患者の欲求の考察

小越千恵、吉本香奈、高橋晶菜
JCHO 宇和島病院

【はじめに】当病棟は終末期患者を受け入れているが、急性期病棟でありまた緩和ケア認定看護師やカウンセラーもいないためがん患者と時間をかけてコミュニケーションをとることが難しい。日常会話から患者・家族の思いや希望を看護に反映させることが困難な状況である。そこで、食べたい物・入院前の生活環境・現在の不安や希望等の質問を書いたノートを作成し、会話では1つしか見つけられないことも、書いたことで複数のキーワードが見つかり、マズローの欲求段階説に当てはめその中から実現可能なことを優先し欲求を満たすことが自己実現になると考えた。【研究目的】終末期がん患者における欲求段階を明らかにする。【研究方法】ノートから得られた複数のキーワードをマズローの欲求段階説に置かせ、研究者間でその結果に至った背景を考察する。【結果・考察】極端なまでに生活のあらゆるものを失った人間は、生理的欲求が他のどの欲求よりも最も主要な動機付けとなると言われている。つまり終末期患者にとって生命維持のための食事・睡眠・排泄などの本能的根源的な欲求が最も多くないと考えていた。今回の2事例で29のキーワードがありマズローの欲求段階説に当てはめると、食に関する生理的欲求7個、健康状態の不安・暮らしの水準に関する安全の欲求16個、人間関係に関する社会的欲求と愛の欲求6個に分類された。これは病院という環境の中で、生命維持のための食事・睡眠・排泄などは看護ケアにより満たされていると考えられ、逆に終末期患者にとって健康状態の維持や暮らしの水準に対して不安や恐怖を感じていることから、予測可能で秩序だった状態を得ようとする安全の欲求が1番求められているのではないかと考えられる。【おわりに】環境や病状・その人の背景などで欲求段階は変化することが考えられるため、個々の欲求段階を知り患者の思いや希望を看護に反映させていきたい。

O-014

夫婦2人暮らしの癌ターミナルの在宅看取りを支える

尾付野恵美子、難波廣子、関淳子、本田輝寛
JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院

＜目的＞夫婦2人暮らしの癌末期の在宅看取りを支える為の支援体制について2事例を通し包括的ケア体制のあり方と課題を明らかにする。
＜方法＞対象：夫婦2人暮らしの癌末期で在宅看取りをした2事例の経過を振り返り検証。

＜概要と経過＞A氏：62歳。肝細胞癌末期。精神疾患で強制入院後、状態安定し退院勧められたが夫は仕事をしており介護未経験で不安あり。緩和ケア病棟入院待機中で訪問看護の依頼あり。退院時、腹水による腹部膨満著明、体動困難で全てに介助必要。夫は不定期の勤務。支援体制として医療は訪問看護、医師、薬剤師、バックベッド確保。介護はヘルパー、訪問入浴、福祉用具、市内在住の子供2人、姉妹、近所の友人。生活状況と夫の精神的不安や介護負担等の把握はCMと情報共有し適切な支援に努め、主治医とはFAX等で情報共有し早期対応に努めた。B氏：71歳。肺癌末期。子供なく全盲の夫と2人暮らし。下肢の浮腫増強で歩行困難。緩和ケア病棟入院待機中で訪問看護依頼あり。夫は入院と同じような医療が受けられるなら在宅でみたいという。介護の支援体制はヘルパー、配食弁当、行政ゴミ収集サポート、福祉用具レンタル。感染予防と苦痛緩和、安全に過ごす事を中心に取組んだ。浮腫の増強で両下肢から浸出液多量にあり。死亡20日前、夫が妻に気づかず振向いた際転倒、以後寝たきり状態。全盲の夫に配慮し福祉用具レンタル業者と協働しベッド周囲の環境調整。オピオイド服用は本人拒否していたが死亡10日前、痛みと呼吸困難で本人納得で開始。死亡7日前、本人宅でDrとNs他で状態と今後の指示確認。緊急時の連絡方法再確認。＜結果＞A氏は疼痛コントロールより疼痛緩和され死亡5日前に本人「今とっても幸せ。腹水抜かないでこのままでいい」という。最期は夫と子供に見守られ永眠。B氏は夫から深夜に呼吸をしていないと訪問看護ステーションに連絡あり。Nsから主治医に連絡。親族に見守られて永眠。

O-015

継続的な透析予防指導の効果

荻野俊美、永瀬紗奈衣
JCHO 神戸中央病院

＜症例＞50代男性。身長166cm、体重62kg。糖尿病歴7年。自己判断で内服治療を中止していたが、2013年高血糖を指摘され当院紹介受診。HbA1c13.7%、mAlb1582.1mg/g、eGFR109ml/分、尿蛋白(2+)腎症3期と診断され透析予防指導を開始した。倫理的配慮は、発表に際して本人に書面で説明、同意を得た。＜方法＞2013年3月～2014年9月までの全10回の指導記録から振り返る＜経過＞指導6回目ごろ炭水化物を独自に減らしていたため、管理栄養士、看護師が根気よく血糖値を下げることに固執せず、蛋白制限と減塩の説明を行う。指導7回目、炭水化物制限をしても血糖値が下がらないと混乱する状況があった。管理栄養士、看護師は患者の気持ちに寄り添い傾聴し、常に正しい知識の提供が必要と考え、血糖値が下がらない要因をみつけ改善を指導した。指導8回目、炭水化物制限を継続。日常生活の現状を聞きとる中で、空腹感を満たすために飴を多く摂取していたことがわかり改善を指導した。指導9回目ごろより徐々に炭水化物を摂取し始めHbA1cは低下した。患者は空腹感が緩和され、その後も炭水化物を制限することなく適切な食事療法の体得に至った。＜考察＞糖尿病は生涯にわたり自己管理を必要とする疾患である。合併症の発症や進行を防ぐために、患者は日常生活を送りながら治療を継続しなければならず多大な労力を要する。長い経過の中で厳しい現実を突きつけられることや、療養生活がうまくいかないことがある。そのような場面で医療者は患者教育を継続的に実施し、軌道修正しながら支援することが重要であると確認できた。また、患者の行動に変化をもたらすことができたのは、医師、看護師、管理栄養士がそれぞれの立場から患者の問題点をアセスメントし、職種を超えた医療チームの連携で患者を多角的に捉え支援したことにあると考える。

O-016

ピックアップカンファレンス実施に伴う看護師の意識調査からの課題

秋葉裕子、竹中美和、小林和代、小田嶋里枝
JCHO 登別病院

「はじめに」当回復期リハビリテーション病棟（以下当病棟）は、定期的な看護計画カンファレンスの他、転倒転落発生後の再発防止策の検討や予防対策を行ってきた。しかし、毎年100件近くの転倒転落が発生し、十分な安全管理を行っているとは言い難い現状があった。平成24年より、ピックアップカンファレンス（以下ピックアップ）と称し、転倒転落リスクの高い患者をその日の日勤メンバーで抽出し、安全防止策の検討をチームで毎日取り組んでいる。一時的に発生件数は減少したが転倒転落は継続している。この現状から、課題を見出し更なる改善を行いたいと考え、病棟の看護師に意識調査を行ったのでここに報告する。「結果」ピックアップを実施して「良かったと思う」は、94.1%。ピックアップ時の対策やアセスメントが自分自身への学びや思考が深まったかの項目では「すごく思う」52.9%、「思う」41.1%、と全体の90%以上を占めている。どのような時ピックアップを行っているかの問いでは、「転入時」70.5%、「転倒転落後」70.5%、「患者の状況をみて」88.2%だった。抽出判断基準の自由記述では、認知の有無・高次脳機能障害・ADLの変化など様々な視点で判断していた。転倒転落の危険性を予測し患者を抽出できるかの問いでは「できる」64.7%「あまりできない」23.5%「できない」5.8%であった。「考察」今回の意識調査から、「転入時」「転倒転落後」のピックアップ実施よりも、「患者の状況をみて」を行っている割合が88.2%と高いことが解った。このことから、転倒前からリスクを考えて予防策を立てていることが考えられる。転倒転落の危険性を予測し患者を判断できるかでは、「あまりできない」「できない」が29.3%と、若年層の看護師が半数を占めている。看護師経験が少ないことにより予測が難しいことが課題の一つであると考え、「結論」ピックアップを実施する患者を誰もが同じく抽出できる判断基準を標準化していくことが今後の課題である。

O-017**体幹抑制しない看護への取り組み
～赤外線センサー見守りシステムを導入して～**

廣畑かおる、北條加奈美、横垣多都子
JCHO 桜ヶ丘病院

（はじめに）病院理念の基、当院は二次医療圏内で二次救急医療を月20回以上行っている。入院患者の社会的背景は様々で、高齢独居、認知症、キーパーソンが遠方でご協力が得られにくい方が増えている。急な入院により生活環境が変化し、せん妄発症や認知症状が悪化する。そのことにより転倒リスクも高まり、リスク評価後は、抑制を行わざるをえなくなる。医療安全の視点で医療事故を起こしたら困るという想いと、人を縛ることは倫理的に問題だというジレンマを感じる事が臨床では日々起こる。抑制すれば転倒は予防できるが活動性は低下し、入院前のADL確保は難しい。そして、疾患が改善した頃は、ADLが低下し、自宅への退院が困難になったり、精神的なストレスにより認知症症状が増悪したり、せん妄状態が改善できないという悪循環に陥る。厚生労働省の「身体拘束ゼロへの手引き」（2013年）には5つの基本的ケアが挙げられている。①起きる②食べる③排泄する④清潔にする⑤活動するに注目してケアすることである。（目的）転倒リスクを評価して体幹抑制を用いない方法を選択することで生活の質低下を予防し安全・安楽・尊厳が保障できる看護の質向上に努める。（方法）1）平成27年8月10日～9月20日までの間、当病棟に入院した患者様に見守りシステムを使用（当病棟4階慢性内科病棟に当初5台設置、10月5日より3階急性期内科病棟に5台設置）2）検知履歴を読み取り行動パターンより問題点を抽出し、対策を立案する。3）立案した対策とシステムの活用を分析、評価する。（結果）見守りシステムを導入することで抑制を減らし、ADLを低下させず看護の質の向上が図れる。（考察）見守りシステムで患者の行動パターンを把握し、対策を立案することで先回りのケアで転倒リスクの回避が可能になったと考える。又、夜間帯などの少人数の勤務帯でもリアルタイムの画像を確認する事ができる為、危険行動が予知できたと考える。よってADL低下予防ができ、ストレスが少ない生活が維持できたと推測する。（結語）タイムリーな看護介入は転倒率減少と患者の尊厳を守り看護の質の向上に繋げる事ができる。

O-018**回復期リハビリテーション病棟における排尿困難患者に対する支援の取り組みと効果**

伏見佳代、福永羊子、伊勢本琴枝、森田恵里、松崎希美
JCHO 宇和島病院

【はじめに】当病棟には、脊椎損傷や脳血管疾患、腰椎骨折の後遺症により、尿閉や残尿が多い状態で転入する患者がいる。排尿を司る神経が障害され、正常な排尿ができなくなった患者の精神的負担は計り知れない。今回一生涯カテーテルが必要と思われた患者に対し、回復期リハ病棟ケア10項目宣言の「排泄はトイレで」という考えに基づいて支援を行った。その結果、尿意を感じトイレでの排泄が可能となったため、その取り組みについて報告する。【対象】2011年3月～2014年5月までに、当病棟に転入してきた排尿困難患者のうち、医師から膀胱内留置カテーテルまたは導尿が必要と言われたが、排泄支援により尿意を感じトイレでの排尿が可能となった患者5名。【方法】本人の意向を確認後膀胱内留置カテーテル抜去。膀胱内の尿が400mlを越えないよう、個々に応じてトイレ誘導やブラダースキャンを用いた残尿測定、導尿を施行した。リハビリより座位訓練・骨盤底筋のトレーニング訓練、看護師へのトイレ移乗動作の実演指導を実施した。【結果・考察】患者・家族は「せめて自分でトイレができるようになったら」と希望することが多い。介助を行う家族にとっても負担が大きいため、今後どのように生活していくのかを具体的にイメージして、目標を持って支援していく必要がある。リハビリとの協働のもと、患者の気持ちに寄り添い患者と共にあきらめずできる限り排泄支援を行った。その結果、不可能とされていたトイレでの排泄が可能となり、患者の希望する方向に導かれたと考える。排泄障害を有する患者が一人でも多く、自分の望む生活の場に戻ることができるよう、これからも支援を続けていきたい。

O-019**インスリン療法の継続を支える退院支援
—高齢者2人暮らしの事例—**

井上詩織、正田美雪、永瀬紗奈衣
JCHO 神戸中央病院

＜目的＞高齢夫婦二人暮らしのインスリン使用患者が、退院当日の夕方に自宅で混乱した事例から退院支援が十分であったのかを振り返る。＜方法＞実践報告 1. 研究報告：2014年10月～11月 2. 分析方法：4月1日～30日の入院カルテの記録と、退院後の病棟管理日誌からデータを抽出 3. 倫理的配慮：患者と夫に研究の説明を行い書面で同意を得た 4. 患者紹介：70台前半女性、2型糖尿病、週1回訪問看護を利用。ノボラビッド30ミックスを1日2回自己注射していたが低血糖が頻発し入院。物忘れがあり入院後1週間は病室を迷っていた。夫（60代後半、物忘れあり）と2人暮らし、子供はなし＜結果＞入院後、低血糖予防のためトレシーバ注屋1回の投与へ変更。患者のインスリン施注手技（以後手技とする）はできる日もあれば何か1つ抜ける日もあり、看護師は手技の見守りを続けた。ケアカンファレンスを開催し、週4日は社会資源を利用、週3日は夫がA氏の手技を見守る体制とした。夫にも手技や低血糖対処について指導。夫に患者の手技を見守ってもらい、夫が空打ちを促したりし、夫婦で協力しながら手技ができるようになった。退院直前まで病院で手技を見守り、退院翌日の初回の自宅での手技は訪問薬剤師が見守る調整とした。「明日は薬剤師さんが来てくれるのですね。注射とか心配ですが頑張ります。」と述べ退院。しかし夕方に患者から「何をどれだけ打つか分からない。」と何度も病棟に電話があり混乱した様子があった。＜考察＞私たちの退院支援は手技を見守ることに重点が置かれていた。しかし患者にとっては自宅に帰ることも環境の変化であり加えてインスリンの施注タイミングも変更となったことで、いつ施注するのかという段階から混乱が生じ夫婦二人では解決できなかったと考える。今後は高齢でインスリン療法を継続する患者に対して、インスリンを管理する能力を見極めて退院支援していくことの重要性を学んだ。

O-020

外来片麻痺患者に対して HAL 単脚型を用いて、歩行能力が向上した 1 症例

藤本領佑、沖田将盛
JCHO 徳山中央病院

【目的】今回ロボットスーツ HAL を用いた歩行練習を片麻痺患者に対して外来にて行い、歩行能力の向上が見られたので報告する。【症例紹介】60 歳代女性。診断名：右被殻出血。障害名：左片麻痺（Br.s:L/E:IV）。FIM124/126 点。歩行：T 字杖で修正自立。左の分回し歩行。HAL 開始は 1064 病日。【方法】HAL を週 2 回、各回 1 時間（装着 15 分、訓練 45 分）訓練内容は歩行練習を中心に実施し、PC 上での重心軌跡の確認と姿勢鏡での歩容の確認も同時に実施した。股・膝関節の設定は適宜調整した。評価は HAL での訓練前に行い、開始時と 4、8、12、16、20、26 週目の 10m 歩行テスト（快適・最速での秒数、歩数、歩幅）を実施した。また、開始時と 26 週目の歩容の動画撮影後、動画解析ソフト kinovea にて PC 上で画像解析し歩行分析を行った。【結果】開始時と 26 週目のみ記載した。（開始時→26 週目）10m 歩行テストの結果は、快適で秒数 11' 25→9' 60、歩数 18→17、歩幅（左/右）54.0/60.5→63.0/56.0 であった。最速で秒数 8' 18→7' 91、歩数 16→16、歩幅（左/右）69.0/59.0→70.0/63.0 であった。歩行分析での最大関節角度は、快適歩行では股関節屈曲 28°→35°股関節伸展 10°→16°膝関節屈曲 32°→32°膝関節伸展 3°→-1°であった。最速歩行では股関節屈曲 21°→35°股関節伸展 11°→11°膝関節屈曲 30°→32°膝関節伸展 3°→2°であった。【考察】今回、HAL でのリハビリを片麻痺患者に対して実施し、歩行能力の向上が見られた。歩容改善は、HAL により左遊脚期での純粋な左股・膝関節屈曲動作の学習が行われ、非装着時での分回し軽減に繋がりと、歩行時間短縮と歩幅拡大が起こったと考える。

O-021

脳卒中重度片麻痺者における歩行練習アシストを用いた歩行再建への取り組み

佐藤周平、大石雄平、宮崎吉孝、大隈和喜、川口正人、根橋良雄
JCHO 湯布院病院

【はじめに】トヨタ自動車（株）が開発中の歩行練習アシスト（Gait Exercise Assist Robot, 以下 GEAR）は、脳卒中後の片麻痺者を対象として歩行の支持期には膝折れを防止し、遊脚時に膝を曲げる機構を持っており、そのアシスト量を任意に設定することができる。また、音声や視覚によるフィードバック機能も搭載され、歩行を効率よく再建できることが期待される。今回、GEAR を使用した 1 症例と長下肢装具を使用した群の歩行能力の改善結果を比較することで GEAR の有用性について検証したので報告する。【対象と方法】症例は 65 歳、男性、被殻出血を発症後 35 日より GEAR による歩行練習を開始した。歩行練習開始時の身体機能は、SIAS 下肢機能 6 点、感覚障害は重度鈍麻であった。5 日/週以上、歩行が見守りとなるまで実施した。過去 3 年間の長下肢装具適用者（以下、長下肢装具群）における歩行練習開始から見守り歩行到達までの日数と歩行見守り時の 10m 歩行時間をカルテより抽出し、GEAR 使用例と比較した。【結果】GEAR の歩行練習は、全 24 回実施し、1 日の歩行量は平均 233.9m であった。身体機能は SIAS 下肢機能 13 点と向上を認め、感覚障害には著変なかった。長下肢装具群は 25 例、見守り歩行到達の平均日数は 68.1 ± 47.9 日、10m 歩行時間は 32.6 ± 11.2 秒であった。GEAR 使用例は、長下肢装具群と比べて見守り到達までは 28 日と短縮しており、10m 歩行時間は 19 秒と速かった。【考察】長下肢装具群に比べて GEAR 使用例は、歩行能力改善の期間短縮と歩行速度の向上を認めた。これは GEAR により十分な歩行練習量を提供できたことや歩行の課題に応じてアシスト量を変更し、最適な難易度を設定できたことで歩行の再建が効率良く行われた結果と考える。また、GEAR の持つフィードバック機能が重度の感覚障害を代償した可能性も示唆された。

O-022

脳梗塞による喪失感を乗り越え家事活動が可能となった事例～左片手動作による調理技能獲得の波及効果～

笠嶋瑛梨、本城悠太、菅のぞみ、佐藤友美、大隈和喜
JCHO 湯布院病院

【はじめに】脳梗塞後の心身機能低下の喪失感が強かった事例に対し、利き手交換による片手動作での調理技能獲得に関わった。結果、家事全般が可能となり退院後の活動的な生活につながったので、ここに報告する。【事例紹介】70 歳代女性。X 年に脳塞栓症（左放線冠）を発症し、X+1 月に回復期病棟に入院した。病前は夫と二人暮らしで家事全般をこなし、農業及び食堂（直営併設）を営んでいた。【作業療法評価・目標】Br.stage 右上肢・手指 I、下肢 III、高次脳機能障害なし（FIM89/126 点）。チーム目標は「4 か月で T 字杖にて移動し左片手で家事全般が自立し自宅生活できる」とした。【課題設定とプログラム】独歩での移動が安定して ADL が自立した 2 か月目に興味関心を聴取し、最も重要な活動に「料理」を掲げた。課題は、調理に必要な左片手動作の要領を獲得することであった。そこで、①毎日ぬか床の世話をする、②難易度を変えた計 4 回の模擬練習をプログラムとして計画した。②については、毎回本人と課題を分析し、次の料理へ発展させた。加えて訓練後に満足度、実行度、SDS を測定した。【経過】導入時は消極的であったが、1 回目で「できそう」と実感が語られた。2・3 回目には、具体的な課題を自身で抽出し、次回の目標を立案した。4 回目には 3 品を 1 時間で調理可能となり、外泊して夫見守りで調理ができた。洗濯や掃除にも意欲的に取り組むようになり退院した（FIM118/126）。退院後は夫と共に家事全般を行え、買い物や直営所にも出かけている。【結果とまとめ】実行度及び満足度は回を重ねるごとに向上し自信に繋がった。SDS も徐々に改善し、悲観的な言動は減少した。脳梗塞により諦めていた料理が可能となり、他の活動への意欲につながった。今後の目標は、直営所にて手作りの手芸作品を販売し、従来行ってきた直営所の業務を行うことを挙げている。

O-023

魚摂取頻度が血液透析患者に与える影響に関する研究

村上智恒¹、久々宮美樹¹、福泉剛生¹、狩生美奈子¹、亀川隆久¹、安藤忠志²
¹JCHO 南海医療センター、²大分大学医学部 腎泌尿器外科学

【目的】心血管病変（CVD）は血液透析（HD）患者の主死因であり、若年時から始まる動脈硬化の早期予防が重要である。週 2 回以上の魚摂取は動脈硬化予防に貢献するが、HD 患者についての研究は皆無である。当院 HD 患者の魚摂取状況とそれが及ぼす影響を報告する。（対象と方法）本研究へ参加の同意が得られた当院 HD 患者に魚の摂取頻度アンケート調査を行い、血液検査結果や CVD 既往との関係性を検討した。（結果）148 名が本研究に参加した。若年者は魚摂取頻度が少なかった。週 2 回以上の魚摂取群（F2）は 116 名、週 1 回以下の魚摂取群（F1）は 32 名であった。F2 は F1 より有意に EPA/AA（エイコサペンタエン酸 / アラキドン酸）比が高値であり T-CHO、LDL が低値の傾向であった。CVD 既往や炎症関連数値には有意差はなかった。（考察）HD 患者の若年からの週 2 回以上の魚摂取は CVD 予防につながることが期待される。

O-024**当院における在宅血液透析の取り組み**

持田勇輝¹、梅本芳弘¹、上田晴代¹、福本明子¹、堀井亮¹、増田丈二¹、
熊木貴子²、有村徹朗³

¹JCHO 滋賀病院 臨床工学部、²腎センター、³腎臓内科

【はじめに】在宅血液透析（以下、HHD）は、回数や時間に保険上制約がないことから頻回透析や長時間透析が可能となり、十分な透析量を確保できる。これにより合併症は軽減され、良好な生命予後につながると考えられている。また、自分のライフスタイルに合わせて透析を行えることも魅力のひとつであり、社会復帰に高く貢献している。当院においては2010年よりHHD導入に向けた取り組みを開始し、現在では4名の患者がHHDを実施している。今回、その取り組みについて報告する。【HHD導入前の支援】週3回の外来透析日を利用し、患者本人と介助者に対して教育カリキュラムに沿ったトレーニングを実施。透析回路組立、プライミング、自己穿刺、開始操作、返血操作、後片付けなどを反復練習で行い、緊急時対応についても学んでもらう。自宅下見を臨床工学技士が行い、透析部屋のレイアウトを検討し水道・電気の工事内容を患者に提示した。工事完了後、メーカーと共に装置を搬入し、動作確認を行った。【HHD導入後の支援】血液透析の適正さを表わす指標としたHemodialysis Product（以下、HDP）があり、透析量がおおよそ70以上の患者では、臨床症状が良好であると言われている。HDP:70以上を前提に中2日をあけないスケジュールでの透析実施を条件とし、その中で透析回数や時間は患者の自己管理とした。また、月1回の外来診察を設け、検査の実施、薬剤投与や処方、患者の状態把握を行った。臨床工学技士は月1回の訪問メンテナンスを実施し、その他の対応は24時間のオンコール体制とした。【結果】2011年12月～2015年8月の間に4名の患者がHHD導入に至った。導入後、各患者のHDPは施設透析時に比べ、おおよそ2倍となり十分な透析量が確保できた。【まとめ】今回、透析療法の選択肢として新たにHHDを導入することができた。HHDを行うことで得られる十分な透析量は患者のQOL向上に大きくつながると考えられる。今後もHHDを広めていくと共に、患者が安心してHHDが行えるよう支援体制をより充実にしていきたい。

O-025

口腔衛生管理加算導入の取り組み

伊東雅子

JCHO うつのみや病院

1 はじめに 高齢者は、ADLの低下や身体機能の低下が起こり、特に摂食・嚥下障害や唾液分泌の低下で誤嚥性肺炎を起こしやすい。米山氏は「要介護者の口腔環境は誰かがケアをしない限り自然に改善する事はない」と述べており、介助者のみならず、自立している方に対しても介入の必要がある。当施設では、適切な口腔衛生管理の普及促進の為、入所者全員に対して行なわれる口腔衛生管理体制加算と、日頃のケアを評価見直しして加算を取れる口腔衛生管理加算に着目し、計画を立て取り組んだ結果、個別の口腔状況に対し、統一したケアを行うことができ、ケアの向上が図れたので報告する。2 研究期間 平成27年4月～10月 3 研究方法 1) 歯科医師による口腔ケアの研修会開催 2) 口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算研修会 3) 口腔衛生管理加算マニュアル作成 4) アンケート調査 5) 個人ケアカード作成 4 結果・考察 当施設は、平成10年より協力歯科医師による診療を導入していたが、統一したケアが充分に出来ていない状態であった。今回、口腔衛生管理加算導入を機会に、歯科医師による口腔衛生についての研修会を職員全員に開催した。また、口腔衛生管理加算算定者に関しては、歯科衛生士による指導をもとに、ケア方法を書いた個別カードを作成し、車椅子後部に掲示することによりケアの統一が図れた。アンケート結果からも統一したケアが行われ口腔ケアの質の向上に繋がったと考える。5 まとめ 今回、個人ケアカードを作成することで個人に合わせた口腔ケアの介入が統一して図れた。今後は口腔衛生管理加算算定者だけでなく利用者全員対象に個別のケアが提供できるよう業務改善、技術・知識の向上に努めていく必要がある。6 協力機関 高橋歯科クリニック 高橋 久雄 歯科医師 福島 聡 歯科医師 7 参考文献 1) 平成23年度労働経済の分析、厚生労働白書 2) 後期高齢者医療における歯科医療の果たすべき目的 米山歯科クリニック 米山武義氏

O-027

老人保健施設における末期癌利用者への看護介入を通して～家族の思いや支援の在り方を考える～

大崎恭子

JCHO 仙台南病院

【目的】老健で癌終末期の看取りの看護介入を明らかにし、今後の看護に活かす。倫理的配慮 施設の倫理委員会承認を受け、匿名性を厳守し個人を特定できないようにした。【症例】A氏 73歳女性 末期直腸癌 脳・骨転移 併設病院から施設へ入所。主な介護者は夫と長女であり、最期は病院を希望していた。入所時、夫は「もう長くはない」と思っているからさ。そう言う、子供たちに怒られるんだね。」と話していた。がん性疼痛看護認定看護師の継続的な介入により疼痛コントロールは良好で、テレビを観ていると、笑顔も見られ、好きなものを食べ、入浴もできていた。しかし入所後1か月で意識消失し、すぐ回復したため、今日は様子を見て明日再診するよう当直医師より説明され、夫、長女ともに承諾された。翌日の受診で、長女は「施設で、最期まで見てもらいたい」、「最期まで人間らしく生きさせてあげたい。」と話し、その長女の言葉を受け、夫も病院ではなく施設での看取りへ意向が変化した。【考察】夫と長女には死への受容認識の差が生じているのではないと思われる。長女は意識消失を目の当たりにした際に母の死が近いことを初めて認識し、更に施設が最も本人らしい生活ができる場所であると感じたようだった。その思いを夫に対して表現することで長女は母の死を受け入れ、夫に娘の思いを考えるきっかけを作り、思いが変わったものと思われる。併設病院からの継続的な関わりにより疼痛コントロールが図れていて、施設にいたとしてもすぐに診てもらえるという安心感も要因と考える。【結論】末期癌利用者を患者として施設で看取る経過の中には、がん性疼痛を含めた体調コントロールが図れていることが重要なため、継続的な支援が不可欠であるとともに、家族がまもなく死にゆく大切な人がどう生きたいのか考えるきっかけを作れるよう寄り添う事も重要である。

O-026

肺炎を予測するスケール作成を試みて～気づきを生かしたケアを提供するために～

原田薫、矢野辰志、川上幸恵、山下富貴子、渡邊律子

JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設

【背景・目的】肺炎は日本人の死因の第3位を占めており、高齢者にとって命に関わる重大な疾患である。当施設においても、肺炎罹患率は高い。そこで、今回「気づき」を生かした、誰でも分かる「肺炎を予測するスケール」（以下、肺炎スケール）を作成したので報告する。【研究期間】H26年4月～H27年7月【対象】肺炎罹患患者41名（うち、入院者数28名、繰り返しの罹患患者7名）平均年齢86.2歳、平均介護度3.56 認知度：長谷川式スケール0点：7名 1点～19点：30名 20点以上：4名【方法】過去の記録やデータ情報収集し、項目毎に分類、点数化した。【結果】症状は、多い順に①発熱（41名）②痰・喘鳴・SPO2低下（27名）③咳嗽（22名）④その他の症状（21名）⑤顔色不良（20名）⑥嘔吐（6名）であった。※⑤その他の症状とは…呼吸速迫、呼吸困難、意識レベル低下、チアノーゼ、咽頭痛、浮腫、嚔声、冷汗、鼻汁等。肺炎の臨床症状に特徴的な発熱を1～4点、咳や呼吸器症状を各1点としたが、症状が出現する前に早期発見できるよう、「いつもと違う」「何か様子がおかしい…」という「気づき」の項目（元気がない、起立困難、姿勢の傾き等）の点数を高く設定した。【考察】高齢者の肺炎は、重症化する前に気づく事が重要である。経験値に関わらず、肺炎スケールにより肺炎を予測する事が可能であると考えられる。早期発見出来れば、迅速な対応により、治療期間も短縮でき、入院せず、慣れ親しんだ環境で過ごすことにより、入所者も環境の変化に伴う精神的・肉体的負担が軽減されることが考えられる。【まとめ】今後は施設内で肺炎スケールを活用し、肺炎の早期発見につなげていきたい。また、改良を重ねながら実用的なものにしていきたい。

O-028

個々の利用者が見えるケアを目指して～機能別から受け持ち制へ～

井上阿貴子、石橋昌代、井下訓見

JCHO 神戸中央病院

【はじめに】高齢者施設ではケアを機能別で行なっていることが多い。機能別ケアは分業化するため業務効率は上がるが、利用者からは担当者がわかりにくい・職員間でのコミュニケーションが取りにくい・職員の満足度が低いといわれている。機能別から受け持ち制へ移行したことで個々の利用者が見えるケアを提供する事が出来たので報告する。【方法】期間：平成24年5月～平成27年3月 対象者：看護師6名 介護職12名・チーム会活動、小集団活動・勉強会・記録類及び業務の整理・「ちょっときてカンファレンス」の実施・アンケート調査・ケアプランとの連動【結果】記録ではチームワークシートをケアプランと連動させ、個別性のある記録に繋がった。排泄ケアについては業務整理を行い、排泄一覧表を作成することで個々にあった排泄ケアの提供が出来るようになった。アンケートでは全職員が受け持ちを意識したケアが行えるようになったという回答であった。【考察】チーム会活動と小集団活動が活発になった結果、記録類や業務内容の変更が統一しやすくなりスムーズに取り入れる事が出来たと考える。日々の業務の中でその都度業務改善を繰り返した。小さな進歩や成功を積み重ねることが問題解決につながったと考える。職員間で行動調整・環境調整を行なえるよう取り組んだことで個々のメンバーが積極的に利用者の状態を意識し、責任感が向上した。多職種協働の中で新たな取り組みを実践する時、QJや個々の理解度に合わせた指導や職場環境を整えるということが重要であると再認識した。今回の取り組みは他職種との情報共有にも有効であった。【今後の課題】在宅復帰強化型を目指す老健として高齢者が住み慣れた場所でその人らしい生活ができるよう援助するために、更に個々の利用者が見えるケアを目指していきたい。

O-029**強化型デイケアへの挑戦**

吉川雅俊、吉田祥子、三原直子、川越大地、別府和男、小河由林、武本祐典
JCHO 宮崎江南病院附属介護老人保健施設

【目的】今年度の介護報酬改定で、デイケアは社会参加を念頭に入れた、質の高いリハビリテーションマネジメントが求められている。そのため、社会参加支援加算、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ等も新設され、強化型デイケアという言葉も散見されている。強化型デイケアを目指すことは、地域連携、施設経営の面でも重要となっている。今回、強化型デイケアを目指し、施設全体で取り組んだ経緯をまとめたので報告する。【経過】強化型デイケアを目指し、関連部署の責任者とプロジェクトチームを立ち上げ、検討を行った。主に、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ、社会参加支援加算の算定に向けた検討を行った。【結果】リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを、4月は54件、5月は75件、6月には全利用者の88件が算定できるようになった。収益面においては、6月では、従来のリハビリテーションマネジメント加算Ⅰで算定した場合は202,400円、加算Ⅱでは897,600円であり、約70万円の増収を図ることが出来た。地域連携という面では、リハビリテーション会議の開催により、ケアマネジャーや居宅サービス事業者との連携が密接となり、在宅生活の課題が把握しやすくなった。【結論】リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定する事ができ、収益向上、地域連携が図れた。利用者、御家族の抱えている問題やニーズが把握しやすくなり、リハビリテーションにおいても、目標が明確になり、リハビリテーションの質向上が図れている。今後は、利用者をデイケアから卒業させ、社会参加に繋げていく事が課題として見えてきた。

O-030**在宅強化型維持への取り組み
～短期間の集中的リハビリと在宅復帰との関連～**

吉田徳子、矢野辰志、山畑公弘、池田馨、森下輝、山崎ひろ、樋口美寿々
JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設

【はじめに】当施設は平成24年10月から在宅強化型を算定している。これまでは3か月をめぐりに積極的なリハビリをしてきたが、入所が長期化するにしがたい体調を崩したり、在宅への意思が薄れたりと在宅復帰が難しくなっていた。今回、早期に在宅復帰できるよう取り組んだ結果、効果が得られたので報告する。【方法・対象】平成27年8月から9月に入所された27名の本人と家族を対象とした。在宅復帰に向け最も必要と思われる動作を設定し、集中的にリハビリ実施した。リハビリの効果と退所人数を1年前の同時期と比較検討した。【結果】・目標とする動作は、移動13名、移乗4名、排泄動作4名、その他4名・改善した動作は、移動11名、移乗・排泄動作2名・1年前と比較すると退所の全体数は平成26年11名、平成27年12名とあまり変化なし・自宅への退所者が平成26年は7名、平成27年は12名と増加・自宅退所者の半数は40日以内の退所。また、退所に繋がった全ての方が目標達成。【考察】今回、多数の方が早期に目標に達し在宅復帰に至った。これは以下の3つの点を強化したためと思われる。①入所前後訪問指導にリハビリスタッフが同行し、そこで家族と一緒に本人の状態確認を行い、住宅環境や介護力も含めて今後の目標設定を行った事。②カンファレンスに動画（自宅での様子）を導入し、多職種間での情報共有を行った事。③退所日と目標を一覧にし、効率的なリハビリを行えるようにした事。【まとめ】今後も在宅強化型を維持していくためには、目標を明確にし、早期退所へ導いていくことが重要であると思われる。また、在宅復帰には初回のインテーク面接と多職種連携の重要性を改めて感じた。最後に、現在リハビリ専門職の定数が老健では大変少なく、今後地域包括ケアシステムに向かっていく上で、定数増を強く望みたい。

O-031**業務改善への取り組み
～AⅠレポートの見直しによる効果～**

山本直人、矢野辰志、柴田純、浦崎亜由美
JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設

【目的】当施設では、アクシデントの発生に伴いレポートの提出を義務づけている。当初レポートの提出には、安全推進委員会であらかじめ用意した用紙に、アナログ的要素と発生状況を再現した様子をカメラで撮影し貼り付けていた。しかし、用紙の記入に時間を要し残務、超勤時間の増加やレポート提出に対しての意識の希薄に繋がる問題点が浮かび上がってきた。安全推進委員会での検討にも時間を要していた為レポート提出の改善を試みた経緯を報告する。【期間・対象】平成27年4月～平成27年9月 全職員【経過】アクシデント発生時のレポート提出は遭遇した職員が記入し提出を行う様にしていたが、手書きによる提出への時間を考慮すると業務時間内に提出するのが難しい状況も見えてきていた。その為、リスクマネジャーと安全推進委員会によりレポート項目の見直しを行い、レポート用紙への記入もデジタル的要素を取り入れることとした。レポートへの入力時間や提出期間が早められ残務、超勤時間の短縮に繋がった。安全推進委員会では提出されたレポートの分析を行っているが、レポート項目の見直しにより検討内容も深まり、委員会運営もスムーズに行われ残務、超勤時間の短縮に努めることが出来た。【結果】レポートを手書きからパソコン入力へ変更することにより、入力時間や提出期間の早期化に繋がりレポート提出への意識も高まった。意識が高まることによりリスクマネジメントへの相乗効果が表れ、リスク予防に対し効果があったと思われる。安全推進委員会での分析も一度だけの入力により統計が取れるようになり、委員会開催時間の短縮が行われるようになった。【まとめ】今回アクシデントレポート用紙の改善を試みたことにより残務、超勤時間の短縮だけではなく、リスク管理に対しての意識も高まった。残務、超勤時間の短縮だけではなく、相乗効果が得られる様な業務改善を行い更に進歩できる様尽力していきたい。

O-032**在宅強化型老健の今後～地域ニーズに答えて～**

萬谷郁美、矢野辰志、芹田あつ子、宗像桂子、川上幸恵、浦崎亜由美
JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設

【はじめに】当施設は平成7年に開設し、入所100床、通所リハビリ40名の介護老人保健施設（以下老健）である。施設の位置する熊本県天草市は人口86,116人、高齢化率35.9%（H27年9月現在）と全国平均を大きく上回り、地域包括ケアシステムの構築が急がれる地域である。また、在宅サービスは不足しており定期巡回や夜間対応型の訪問サービスが少なく、医療ニーズの高い利用者については連携に苦慮することも多い。このような中で、老健はH24年の報酬体系で3つの類型となり、当施設もH24年10月から在宅強化型施設として運営している。今回、在宅強化型老健として維持していく中での取り組みと今後の課題について報告する。【方法】在宅復帰委員会でも毎月細かな在宅復帰計画を立て、算定に必要な3つの要件を確認（在宅復帰率・回転率・重度化率）、R4システム導入しインテークから退所に向けた計画を立案する。また、入所前後訪問指導実施し退所に向けた目標を設定する。カンファレンスで自宅訪問時の動画を利用、さらに退所前訪問指導を行い退所後のサービス調整を行う。【結果】在宅復帰率を維持する取り組みとして①インテーク時に退所時期を計画し、入所前後訪問指導時にPT・OTが同行することで具体的な目標を設定ができた。また、住宅環境を職員間で共有できた。②入院患者を減らすため医師と連携し所定疾患施設療養費で対応した。③退所前後訪問指導時に居宅CMへ同行依頼し連携を行った。ベッド回転率に関しては長期入所者のベッド数を85床とし残りを短期入所ベッドで利用。【まとめ】老健を取り巻く状況は年々複雑化している。当施設も強化型老健として四年目を迎えたが今後の課題として、中重度者や医療ニーズの高い利用者でも安心して在宅生活が送れるようサービス体制を構築し、切れ目のないサービスを提供するため地域の課題や資源開発などネットワーク作りには今後目を向けていく必要があると考える。

O-033**施設新聞「さわやか」を作成して～7年間の軌跡～**

松岡祐一、矢野辰志、山畑公弘、森山敬志恵、佐藤綾香
JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設

【はじめに】当施設では、介護老人保健施設の理念である在宅生活支援施設として、利用者様、ご家族、地域の方々に施設の取り組みを紹介する為、施設新聞「さわやか」を発行している。記事集めから関係機関への配送に至るまで、全て職員の手で行い7年目を迎えた。今回、その軌跡と取り組みについて紹介する。【対象】利用者様やご家族を中心に、地域の方、看護学校、介護施設等に配布、配送している。また施設内の数カ所と併設病院の受付にも配置。さらにインターネットでも閲覧できるよう、当施設ホームページにも掲載している。【内容】平成8年施設新聞を創刊。その後、不定期で発行していた。平成20年4月に新聞委員会を発足し、同年5月から、年6回発行し現在に至る。内容は、施設行事のほか、様々な分野の専門家に記事を依頼している。リハビリ科から「姿勢と腰痛について」「杖の選び方」、栄養課から「脳を若く保つ食生活」「むせずに飲み込みやすい食事」等の情報を、写真やイラストを付けて連載。冬季に流行する「ノロウイルスやインフルエンザ予防」を、当施設感染委員会に依頼して掲載。平成26年11月から併設病院の歯科医師にも協力を頂き、「歯と健康について」の記事を連載する事ができた。またご家族へ記事を依頼し、在宅での介護手記も掲載させて頂いている。さらに当施設の職員が、各地域に出張して介護方法や食事の指導など実技指導や講義を行っている「地域貢献事業」の活動内容も取り入れている。毎年30件近くの依頼があり、新聞掲載の効果が現れている。【まとめ】施設行事や専門的な分野の記事、施設内で力を入れている事業の紹介を取り入れることで、ページ数、内容に厚みが増し、施設のPRにも繋がっている。今後も「地域に開かれた施設」として、多種多様な情報が提供できるよう、委員会のスローガンである「見やすさ、読みやすさ、読者のニーズに答えた新聞作り」を目指していきたい。

O-034**当施設におけるリスク対策**

渡辺翔太
JCHO 二本松病院附属介護老人保健施設 介護福祉士

【はじめに】当施設では、医療依存度の高い入所者や認知症の入所者が増加傾向あります。それに伴いヒヤリハットも多くあげられるようになりました。しかし、そのヒヤリハット中には我々スタッフのヒューマンエラーによるミスが原因となるケースもあります。そこで私たちは、まずベッド周辺で起こるヒューマンエラーの減少に取り組んだので報告します。【方法】リスク委員会にてヒヤリハット報告書を毎月集計し分析する（1）平成25年4月～平成26年8月ベッド周辺で起こるベッド柵、センサーマット、衝緩マット、在宅酸素関係のミスに対して視覚的アプローチを行う為、ブラカードを作成し下げる。柵や床にテープを貼り注意喚起する。（2）平成26年9月～平成27年3月環境チェックシートを作成し、利用者ごとにチェック項目を記入し、ベットサイドに置く。毎食ケア実施後にチェックしサインをする。【結果】（1）ブラカードによる注意喚起など視覚からのアプローチでは、センサーマットのスイッチの入れ忘れは減少傾向となった。ベッド柵、在宅酸素、衝緩マットは件数が減少した月もあったが継続した減少はみられなかった（2）環境チェックシート活用後は、ほとんどの項目で減少がみられた。特に在宅酸素や衝緩マットにおいては実施前とは明らかな効果を得ることができた考察視覚的アプローチでは、軽度の効果が見られたが十分ではなかった。これは視覚的アプローチだけでは複数の業務が入ってきた際に行動が抜けてしまったためだと考えられる。環境チェックシートは介護実施後にサインをすることで忘れずに行えたと考えられる。【まとめ】人間は忘れる生き物です。スタッフが対策を覚えていても、対策が視野に入っても複数の業務に追われ意識的についていかずミスに繋がってしまします。今回環境チェックシートを活用しヒューマンエラーの減少に効果を得られたことは有効な対策手段の一つであったと思います。

O-035**ベッド利用率向上プロジェクトチーム活動報告**

別府和男、大野尚子、長友宏樹、吉川雅俊、川越大地、松元智、吉田祥子
JCHO 宮崎江南病院附属介護老人保健施設

【はじめに】平成24年度介護報酬改定では、在宅復帰支援に力を入れる在宅強化型老健を評価する基本報酬が新たに創設された。当施設においては、平成24年5月より在宅復帰支援機能加算を算定開始、平成25年2月より現在まで在宅強化型施設サービス費を継続して算定している。しかし、在宅復帰支援を推し進めることにより、在宅復帰率は向上したが、目標としているベッド利用率95%が平成24年度から達成できていない状況であった。そこで、「ベッド利用率向上プロジェクトチーム」を立ち上げ、年間平均ベッド利用率95%達成へ向け取り組んでいる。【活動内容】1) 入退所調整システムの変更と確立 2) ベッド利用率の可視化 3) 併設病院・近隣機関への広報活動の強化 【結果】1) 平成24年度93.6%、平成25年度92.4%、平成26年度92.9%と比較すると平成27年4月～9月の平均ベッド利用率は94.1%と向上している 2) 入退所者数や短期入所者数の増加により、ベッド回転率が上がり、その結果、在所日数については、平成23年度と平成26年度で比較すると約60日短縮していた。3) 紹介元は、併設病院・在宅（リピーター含む）からが多かった。他医療機関については、月別で比較するとバラツキがあった。【考察】今回の取り組みで、相談から利用まで早期の受け入れが可能となり、入所までの日数が短縮したことや短期入所者の利用日を調整したことなどで、目標としているベッド利用率95%に近づけることが出来た。しかし、月別で比較すると大きくバラツキがあり、先を見据えた退所調整が必要である。他機関への広報についても、継続していくことと、定期的に広報活動方法の見直しをしていくことが重要であり、今後の課題である。地域包括ケアシステムの中核を担う老健施設として、さらに地域との連携を深め、地域完結型に向けて、「チーム江南」で頑張っていきたい。

O-036**当施設の看取りケアについて～7年目を迎えて～**

服部真和、檜上晶子、諸隈豊子、石橋実
JCHO 佐賀中部病院附属介護老人保健施設

【はじめに】平成21年度の介護保険改定により、介護老人保健施設においてターミナル加算が認められるようになった。施設開設当初は施設で死者は出さない方針で併設病院へ搬送されていたが、施設での「穏やかな死」を支援する目的で平成21年10月より看取りケアを開始した。看取りケア開始より7年目を迎え、35名の利用者を施設で看取ってきた。そこで7年間の看取りケアの実態と今後の課題について報告する。【対象】平成21年10月～平成27年10月までに施設で看取りケアを行った利用者【結果及び考察】平成21年10月から平成27年10月まで、35名の利用者を施設で看取ってきた。年間で見ると、平成23年が10名と特別多かったが、平成22年より4名以上看取りケアを実施しており年々増加傾向にある。また、看取り対象者の入所期間として35名中14名が5年以上10年未満の入所期間、12名が3年以上5年未満の入所期間で、入所の長期化が伺えられる。実際にデイケア利用時から合わせると18年間と施設に関わり施設で最期を迎えられた事例もあった。看取りケア開始より永眠までの期間では、10日以内に永眠された利用者が35名中12名で最も多かった。【まとめ】7年間の中で、実際の看取りケアにおいては身体的苦痛の緩和、精神的苦痛の緩和、居室の環境整備、家族に対する配慮など、ケアの中で各職員がそれぞれ利用者と家族と関わっている。看取りケアにおいて利用者を取り巻く全職員、家族が密接につながりお互いに意見を交換し利用者本人の終末期について検討する時間が必要である。「穏やかな死」を迎えるには「その人らしさ」を職員、家族が共有し利用者に対して寄り添い支援することが重要と考える。今後も一つ一つの関わりと繋がりを大切に「寄り添う」ケアを検討し実施していきたい。

O-037**地域の高齢化をみすえた JCHO 神戸中央病院の地域包括ケアの取り組み**

松本圭吾、早草健志、井下調見、内垣靖子、西田珠貴、福田幸子、水田裕文、倉田佳和、大東芳子、中村裕子、大友敏行
JCHO 神戸中央病院

【背景】社会の高齢化が地域の急性期病院のあり方にも変化が求められている。当院は神戸市北区（人口約20万）に立地する中規模急性期病院であるが、立地条件から高齢化地域の「郊外型中核病院」のモデルとなりうる。【方法】以下について現状を調査し、今後の包括ケアの取組みについて検討した。1. 地域の高齢化と当院における高齢者救急の実態 2. 当院付属の老人保健施設、訪問看護ステーションの地域での活動 3. 地域の医師会をはじめとした各団体との連携 4. 地域の医療介護従事者、住民への相談・教育・啓発活動【結果】1. 神戸市北区の高齢化率（65歳以上の人口比率）はこの平成27年6月の推計値で27.3%であり、同区の一部では40%を超える地域もあった。また、データからもう一戸建ての高齢者単独世帯が増えつつあった。この3年間での統計では当院の救急入院（当日入院）のなかで高齢者の占める率は高く（6524/10390;63%）、高齢者では救急車の利用率も高く（38%）、在院日数も長かった（24日）。高齢者の救急入院の病因として多かったのは、肺炎、脳卒中、消化器疾患、心疾患の順であった。2. 当院老健は退院後の医療依存度の高い利用者の受け入れ、訪問看護は末期のがん患者の受け入れにより、病院・施設と地域との連携・補完を行っている。3. 医師会および多職種スタッフ、住民代表を交えた連絡会、会議により地域のニーズを知りえた。4. 医療従事者に対してはニーズの高い「感染予防」「認知症」などの研修会を開催し、良いアンケート結果を得ている。【結論】1. 地域医療支援病院として増大する地域の高齢者救急の需要に対応する必要がある。2. 付属の在宅・介護施設を通して医療の地域完結が重要である。3. 委託が予定されている「在宅医療・介護連携支援センター」を通してより統合的に地域のニーズの把握・研修・教育・情報発信を行うことにより地域包括ケアの要となりうる。

O-038**地域の病院として医療・介護体制が充実した生活環境づくりを目指して～JCHO カフェの取り組みと今後の課題～**

大谷陽子、水平百合子
JCHO うつのみや病院

【はじめに】当院は地域の包括医療・介護体制の充実した病院を目指し、2009年から医療や健康に関する知識や情報を提供する目的に定期的に医療講座を開催している。2014年からは、さらにJCHO モーニングセミナー・JCHO カフェ・JCHO 家族の会・JCHO うつのみや病院市民公開講座を開設し実施した。このように様々な取り組みを行っているが、今回JCHO カフェの現状と課題について報告する。【現在の取り組み】他職種と連携・協働し、①介護に携わる地域住民の悩みを参加者で共有し共に考えながら、知識や知恵を得ることができる。②認知症本人やご家族に寄り添いながら認知症について理解を深めることを目的に年4回開催している。構成は、JCHO 医療講座と2部制で実施しており、前半はテーマに基づく講義スタイル、後半は参加者によるディスカッションで60分となっている。参加者は外来患者、地域住民を対象に院内掲示板や広報紙にて開催を提示し募集している。【結果と課題】参加者についてはアンケートにより、会に対する満足度は高いという結果は得られている反面、会の目的である介護に携わっている参加者は少数という現状がある。このような結果から、現在は医療講座との2部制という構成になっているが、今後は介護の実践的指導を行っているJCHO 家族の会と組み合わせる方が、介護に携わっているご家族が参加しやすいと考える。そのため、入院や老健入所中・訪問看護利用者のご家族などに参加してもらえるような方法を検討していく必要がある。これからも療養生活を過ごすための情報や知恵を得ることができる場づくりと、介護に携わる「仲間」という共通の意識を持ち、知識や情報を共有しながら、ともに悩み「少しでも辛くない介護」ということを参加者と共に考えて実践していきたい。

O-039**認定看護師として支援できた在宅患者**

巖崎栄子、餅田友希
JCHO 大和郡山病院 訪問看護室

【はじめに】地域包括ケアシステムの一環とし、当院でも平成26年9月より訪問看護室を開設。Y市には現在5つの訪問看護ステーションが存在し、在宅看護を支援している。また認定看護師が在職する病院は当院のみであるため、この強みを活かし皮膚・排泄ケア認定看護師として訪問看護を実施、成果を得ることができた症例を報告する。【症例】1. 60代、男性。直腸がん、穿孔性腹膜炎のため人工肛門造設。既往歴は脳梗塞を2回発症、右不全麻痺あり。高次機能障害もあり理解力に乏しい。妻と子供2人いるが、事情により施設入所となる。介護認定は要介護2。半年後、病状と認知症の進行によりストーマ管理困難となり施設から退去の申し出があったと、家人より相談があった。認定看護師としてストーマ管理困難の状況を施設へ訪問、対策を検討。施設担当者とは看護師、本人に説明指導を行い、改善を得ることができ入所を継続できた。2. 70歳代、女性。神経因性膀胱にて自己導尿（以下、CICとする）指導開始。既往歴は大腸がん術後、脳出血、左不全麻痺、白血病。脳梗塞後遺症で右片麻痺と失語症を発症した夫と2人暮らし。介護認定は要介護2。入院中にCIC指導するが十分な手技確立には至らず、夫のことが気になると退院。退院後は自信が持てず外出を控えていたが、訪問看護にて手技確立と外出時の工夫を提案することで、現在はデイサービスに参加できるようになった。【結果・考察】ストーマケア、CIC、どちらも特殊な技術に対する専門的介入が必要と思われる症例であった。これらの症例に早期に認定看護師として専門的立場で関ったことで、在宅生活の質向上に繋げることができた。今後もこのような情報や症例を地域へ発信し、在宅看護の質向上と地域の相談窓口となれるよう地域医療に貢献していきたい。

O-040**JCHO 家族の会
～地域包括における家族の会の役割について～**

鶴牧明記
JCHO うつのみや病院

【はじめに】超高齢化社会が進む中、国が構築を進める「地域包括ケアシステム」は医療、介護、福祉等の専門職と本人、家族及び各種の関係団体等が連携を図っていく事がその第一歩である。その中でJCHO うつのみや病院、附属介護老人保健施設も、地域包括ケア推進室を中心に「市民講座」「モーニングセミナー」「医療講座」「JCHO カフェ」「フレイル予防講座」「リクエスト講座」「家族の会」と様々な活動に力を入れている。「家族の会」は入院患者、老健を利用されている家族、及び地域住民に対し、介護に関する情報や技術、介護者の健康管理等について学んで頂く事を目的に設立し、多くの方に参加を頂いている。地域包括ケアシステムの1つの核として認知されてきた事を報告する。【方法】平成26年7月25日、10月24日平成27年2月27日の計3回アンケート実施【結果・考察】参加者数75名アンケート回収率100%平均年代76.3代受診状況当院受診64%、他院32%参加感想とても良かった51%、良かった43%、普通1パーセント今後のリクエスト腰痛18%、認知症15%等家族の会実施に約94%の方が「とても良かった・良かった」とあり一定の評価が得られたものと考えられる。今後、行ってほしい内容では介護者の健康問題や介護知識、技術に対してニーズが高い。参加者にとって介護は身近な問題であり、また自身の問題であると同時に様々な疑問や問題点を潜在的に抱えていると考えられる。【まとめ】重要な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける事が出来るよう、住まい、医療、介護、予防、生活を一体的に支援、提供する事が重要である。「家族の会」を通し、各専門職が家族や地域の方のニーズに応じた、介護の仕方や介護者の健康作り等を行なっていき、安心して在宅で介護が出来、暮らせる地域作りに貢献していきたい。

O-041

地域包括ケアにおける医療ソーシャルワーカーの取り組み

佐野晴美、方堂友子、弦間美奈

JCHO 横浜中央病院 地域ケアサービスセンター 医療福祉相談室
医療ソーシャルワーカー

【はじめに】 当院は戦後間もなく設立され、今年で創立67年を迎える。この長い歴史の中で時代と共に変わる地域住民のニーズに応え続け、地域に密着した医療を行ってきた経験を持っている。こうした病院が「地域医療、地域包括ケアの要になること」を使命としているJCHO病院になったことを、働く職員としても、一地域住民としても大変喜ばしく誇らしく感じている。さて当院は、使命に沿うために、H25.4.1地域ケアサービスセンターの立ち上げ、H26.7.1地域包括ケア病棟開設、H27.8.1在宅療養後方支援病院登録を行い、組織を上げ院内改革を行ってきた。その中で当院が地域包括ケアの要になることを現場レベルで実現するために、医療ソーシャルワーカー（以下MSWとす）もいくつかの取り組みを行っているので報告する。【実際の取り組み】福祉職であるMSWとしては、まず医療と介護の良好な連携を目的として、①H24.12「地域包括ケアにおける医療介護連携に関する検討会」を自主的に立ち上げた。（H26.4.からは中区役所の公的な事業へ変更されている。）さらに、②H27.4.1「中区在宅医療相談室（横浜市在宅医療・介護連携推進事業）運営会議・中区かかりつけ医バックアップシステム連絡会」へ定期的に参加を行い、顔が見える関係を作り、後方支援を行う病院のパイプ役、地域医療チームづくりに力を入れた。【結果】①では、見守りキーホルダーシステムを提案。H26.5中区役所が事業化し実現している。現在は連携シートについて検討している。②では、当院の地域包括ケア病棟の活用を含め、在宅患者さんを地域と共に支える連携の在り方が形になり始めている。これらの詳しい内容は当日報告したい。【おわりに】地域包括ケアの実現においては、医療と福祉の両立場の把握をしているMSWの役割は大きいと感じている。

O-043

管理栄養士における生活習慣病の一次予防対策の第一報～地域住民を対象とした料理教室を開催して～

平井未央、野口直子、大生理恵、中塚敬輔、都田まゆみ
JCHO 福岡ゆたか中央病院

【目的】直方市の高齢化率は、30.3%と全国平均より高く、生活習慣病の増加が懸念される。当院は平成18年より、料理教室を開催していたが、生活習慣病に対する意識の低さからか、参加者が少ない現状であった。そこで今回、参加者が生活習慣病の一次予防に対する意識向上と、健康増進に取り組めるような内容の料理教室を開催したので報告する。【対象】直方地域の高齢者と家族【方法・内容】料理教室は年3回開催とした。一次予防のためのテーマに限定し、毎回のテーマは、参加者のアンケートに添うものとした。第1回目は、「発酵食品」というテーマで、腸内環境を整え免疫力を高めるチキンのヨーグルトみそ焼きなど5品。第2回目は、「体に良い油」とし、悪玉コレステロールを減らし、動脈硬化予防に効果的な、豆腐の美味しいビビンバなど5品。第3回目は、「玉葱氷」で、美味しく減塩、血糖上昇を緩やかにする、野菜ごろごろミネストローネなど5品とした。いずれも、高齢者にも簡単に作れるように料理を工夫し、毎日実践、継続できるものとした。【結果・考察】参加者は35名で、65歳以上が80%であった。一次予防として食事療法への意識はあったが、「もっと早く聴きたかった」「どうしたら良いか分からなかった」などの意見が71%あり、行動変遷ステージ熟考期、準備期にあると思われた。参加して、味付けや量、調理の工夫などを実感し、「食事療法を頑張ろうと思った」「家で作ってみたい」「玉葱氷を味噌汁に入れて、塩分を減らせた」「家の油を、オリーブ油やゴマ油に変えたい」という意見が聞かれた。食事療法の意識を問うアンケートでは、参加者の93～98%に意識が高まったとの結果が得られた。これらは、参加者が、主体的に生活習慣病の一次予防を行うという意識の向上であると伺えた。今後も、一次予防に効果のあるレシピを考案し、地域の健康増進に努めていきたい。

O-042

地域の在宅医療体制の確立を目指して～自治体への提案～

松本祥敬、柳井忠生、松尾悦子、米倉道仁、佐古乃莉子、土田千夏、岡田眞二、百瀬均、松本昌泰
JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】団塊の世代が後期高齢者を迎える2025年問題に対して地域医療のニーズを踏まえ、地域住民が安心できる地域医療を支える病院として、自治体を巻き込んだ取り組みについてその方向性を検討したので報告する。【実施方法・期間】枚方市の将来推計人口、高齢者率、在宅医療資源等を調査し、当院が取り組むべき方向性の検討、具体的な取り組みを整理した。期間は、平成27年3月～現在。【結果】2025年の枚方市の将来推計総人口は減少するが、75歳以上の後期高齢者は、2015年と比較すると約3万1500人が増加し、後期高齢者率は20.2%と全国平均より2.2%高と予想されている。急速な高齢化により医療介護需要指数も全国平均を大きく上回っている。枚方市内の在宅医療資源調査では、訪問診療を行う診療所は52か所存在するが、かかりつけ患者以外の訪問診療を積極的に行っている診療所は、5か所にも満たない。また、訪問看護ステーションは24か所あるが、機能強化型ステーションは2か所に留まる結果であった。【考察】後期高齢者率の上昇により在宅医療・介護の需要は今まで以上に拡大することが容易に推測できる。しかし調査の結果、枚方市の在宅医療体制は十分とはいえない。この体制を充実させるためには、訪問する診療所のみに負担を負わせるのではなく、緊急時の受入病院の確保や訪問看護ステーションとの役割分担、介護との連携など地域全体での環境整備が不可欠である。この環境整備は自治体や地域医師会が中心となり中立公正な立場で推進していくことが重要である。枚方市の在宅医療体制の環境整備の中で当院が貢献しうる機能として、緊急時の入院受入や24時間対応の訪問看護の提供が挙げられる。これらを実現すべく、院内調整を行うとともに、自治体へも現状の課題を積極的に提起し、住民が安心して在宅医療が受けられるように、将来を見据えた体制作りの提案を行った。

O-044

地域包括ケア病棟の開設
～看護部 他職種合同ベッドコントロールからの実践報告～小本曾佳子¹、佐藤美樹²¹JCHO 相模野病院 地域包括ケア病棟、²看護部

【はじめに】当院は平成26年度診療報酬改定を機に、8月から地域包括ケア病棟（以後地包病棟）を開設した。そこで、一般病棟から地包病棟へ転棟する患者選択について看護部と他職種で連携を行った。その結果転棟までの運用方法が円滑にでき、効果的なベッドコントロールが行えたので報告する。【経過】開始8月から11月までは、毎日一般病棟入院患者全員の情報リストを作成し、翌日他職種とのベッドコントロールミーティングで転棟患者を選択、日程調整を行った。しかし転棟決定まで日数を要したため一般病棟の緊急入院受け入れが困難な状況となった。そこで12月からミーティング前日に各病棟師長と医事課包括担当が転棟患者の優先順位を決め、地包病棟の空床状況から対象患者選択をする方法に変更した。【結果】地包病棟転棟決定までの日数は8月から11月が2～3日であったが、12月は当日～1日となった。地包病棟の病床利用率は8月から11月が平均71.7%に対し、12月から3月は平均90%であった。一般病棟緊急入院数は8月から11月が平均102名に対し12月から3月は平均151名であった。【まとめ】地包病棟開設後、一般急性期病棟が4から3病棟へ減少し、8月以降地包病棟への転棟患者選択整備が急務であった。開設当初は他職種と施設基準の確認や包括病棟の運用状況の共有、そして患者と医師への対応の統一が重要となり時間を要した。そこで対象患者選択方法を検討した結果、12月以降は病床利用率や一般病棟緊急入院数の増加に繋げる事ができた。また転棟決定までの日数が短縮できたのは各部門が患者の背景と病態を把握し、医師へ説明したことが両者の信頼関係に結びつき、部門間連携行動ができた成果と考える。小中規模病院の急性期病棟は、混合科管理が業務を煩雑化させベッドコントロールを難しくさせる。今後、地包病棟の運用では回復期患者の受け入れを円滑にできるよう、より看護部と他職種の連携を強化していきたい。

O-045

地域包括ケア病棟における退院支援の課題と今後の取り組み

奥野あき、竹田美樹、鈴木礼子

JCHO 東京蒲田医療センター

＜目的＞ 地域包括ケア病棟として、患者や家族の意思を尊重し地域で生活できる退院支援に取り組んできた。開設後9ヵ月を振り返り、今後取り組むべき課題を明らかにする。＜方法＞ 一般病棟との連携のため転棟時の患者情報用紙を独自に作成した。病状経過や患者家族の意思を確認し看護カンファレンスを行った。次に、多職種カンファレンスを実施し、ゴールの設定や今後の方向性を検討した。同時に、ADL向上や退院後の生活をイメージした援助計画の実践を行った。＜結果＞ 患者情報用紙は転入時の申し送りに活用できたが、入院前の生活状況の情報が不足していた。カンファレンスにおいては患者家族が求めるゴールが高く、特に排泄行動に関する家族の希望と現状との不一致がみられた。また、ディルムでの食事、排泄行動などの援助を実施したが、援助方法の情報共有が医療者間でタイムリーに行われないこともあった。＜考察＞ 患者情報用紙に記入することで、一般病棟では患者家族の具体的な希望や考えを聞く機会となった。しかし、自宅での生活状況の情報が不足していたことから、一般病棟において患者家族を含めた多職種カンファレンスを定着できれば、在宅療養の方向性と地域包括ケア病棟の役割が明確化すると考える。又、カンファレンスを継続的に行うことでゴールの妥当性や患者家族の不安要因の解決策を検討できる。家族のリハビリ見学や看護師の自宅訪問の実施、排泄支援等を通して在宅療養が具体的にイメージできるように支援することが重要である。今後、情報共有の工夫として、コミュニケーションツールである医療看護支援ピクトグラムの利用を考慮中である。＜結語＞ 一般病棟で入院前の情報から在宅療養の方向性を検討し、地域包括ケア病棟ではゴール設定など自宅での生活をイメージしたカンファレンスを実施、在宅療養に向けての援助を他職種協働で取り組むことが今後の課題と考えられた。

O-046

地域に必要とされる都市型地域中核病院をめざして
～地域包括ケア病棟開設後の検証～

小池由紀恵、澤邊綾子、矢郷敦子、森理恵

JCHO 横浜中央病院

【はじめに】人口減少に加え少子高齢化となり社会問題が山積している中、現在求めているのは住み慣れた地域で自分らしい暮らしができる社会の実現である。そのために住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を整備していくことが急務である。平成26年の診療報酬改定から「地域包括ケア病棟」が創設され、7月から当院でも開設した。また、平成27年には訪問看護室から実績を積み上げ訪問看護ステーションへと変化を遂げた。また、在宅療養後方支援病院として地域の医師会へ連携を保ち、地域で必要とされる都市型地域中核病院をめざしている。【目的】昨年7月より「地域包括ケア病棟」開設し、1年経過し、本来の地域包括ケア病棟としての役割を果たしているのか、実際のデータを分析し、その内容を検証する。【結果】1. 入院目的は、在宅調整が50%、次いで転院調整が30%、レスパイト目的が12%、終末期も3%存在する。2. 地域包括ケア病棟への入院元は、院内の急性期病棟からの転入が79%と一番多く、次いで自宅が18%、他院からの転院が3%である。3. 診療科内訳は、内科系が全体の55%を占め、次いで整形外科19%、脳神経外科が15%、外科が7%である。4. 医療看護必要度は、地域包括ケア病棟の要件である10%をはるかに超え、平均36.7%であった。そのため看護配置は、要件の13:1では運営できず、10:1看護を行っている。5. 在宅復帰率は75%である。【考察・課題】診療報酬改定直後より地域包括ケア病棟を立ち上げたため、多施設の方が見学にこれら様々な視点から振り返る機会を持つことができた。さらに、多岐にわたる疾患患者を受け入れる地域包括ケア病棟が本来の役割「安心して住み慣れた地域に戻れる」を果たし、看護職がやりがいをもって働けるよう支援をしていくことが重要である。

O-047

地域包括ケア病棟の取り組みと今後の課題

黒木香、鬼東ひとみ、三笠彩、蛸原沙紀、黒木晋作、内山香織

JCHO 宮崎江南病院 看護部 4階東病棟

【はじめに】2014年7月に地域包括ケア病棟が新設された。病棟の稼働率が上がり診療科が混合しアクシデント・インシデントが発生した。安全な医療の提供を目指し業務の効率化を図る事と、退院調整を含めた活動を報告する。【活動】転入時に必要な情報が入った「転入時チェックリスト」と診療科の特徴や業務基準をまとめた「決まり事ファイル」を作成した。また、各診療科の勉強会を開催した。60日の入院期限を充たす為に退院調整も必須となった。そこで、受け持ち看護師が中心となり転入から2週間以内に多職種とのカンファレンスを開催した。新設1年後に看護師15名にアンケート調査を実施した。【結果】「転入時チェックリスト」と「決まり事ファイル」を活用した結果、インシデント・アクシデントレポートの件数に変化はなかったが、情報漏れが減少し、業務の統一が図れるようになったとの意見が8割を占めた。退院調整は、転入後2週間以内に多職種とカンファレンスを開催することで、患者情報を共有し退院支援を含めた看護ケアに繋がって直近12ヶ月の在宅復帰率は92.9%であった。アンケートの結果では退院調整シートの活用と記録の統一ができていない等の課題も見えてきた。【考察】新設後、業務内容の確立も困難な中、業務の効率化を図るために取り組んだことは、業務の標準化と安全な医療の提供に繋がった。受け持ち看護師を中心に多職種とのカンファレンスを開催したことは、在宅復帰率を維持できた一つの要因だと考える。今回の取り組みを通して、新設前から地域包括ケアシステム及び地域包括ケア病棟に関する基本的な知識の習得、業務内容の検討を行うべきであったと考える。今後も病棟の役割を認識し、在宅復帰の促進に努めていきたい。

O-048**多職種連携で在宅復帰を支援**

中島範子、田中敬子、位田由起子、小川修、三輪陽子、市川宏久、相松伸哉、
野村麻優子
JCHO 四日市羽津医療センター

【はじめに】平成26年度診療報酬改定により看護必要度が厳格化され看護配置7対1の維持が困難となった。また年々患者数が減少傾向となり、新たな患者層を獲得する必要性が生まれ、看護配置13対1の地域包括ケア病棟（以下包括ケア病棟と言う）45床の運用を開始した。開始後の在宅復帰支援の取り組みと成果を報告する。【方法】包括ケア病棟受け入れの窓口や運用方法、多職種で情報共有するための仕組みを作成しシステム化した。また入院後の多職種の介入やカンファレンスの方法も企画し、実施した。【結果】多職種による取組みで患者・家族の意思決定を支援することができ、在宅復帰率は平均90%を維持している。しかし、患者と家族の思いが異なり難渋するケースもあった。家庭訪問やカンファレンスを繰り返し、患者や家族にとってどうしていく事が一番良いのか検討を重ねた。患者の思いが通らず泣く泣く転院していったケースもあった。だがこのような症例を通して多職種間の連携が深まり、チーム力がアップしたと考える。【考察】包括ケア病棟に配属されたスタッフやそこに関わる職種は、自らの希望による配置換えや動機づけ面接により意識が高い集団となった。そのため病棟自体が活性化されていったのではないかと考える。それに加えて病院だけでなく、老健や訪問看護ステーションの付属施設等、組織全体での患者フローの仕組みが整った事が、在宅復帰率を上げる成果に繋がったと考える。【おわりに】人は地域で生活しており拠点は地域である。そして病院は地域の中のほんの一部にすぎない。開設から半年間の取り組みで、包括ケア病棟を持つ当院の地域での役割は、地域全体を見渡し「ケアを繋ぐ」ことであると考ええる。このことを病院も含めた地域の中で改めて認識することができた。

O-049

地域包括ケア病棟における現状とソーシャルワーカーの役割

南場静香

JCHO 東京高輪病院

【目的】当院は平成26年10月より地域包括ケア病棟を開設した。開設後1年が経過し、入退院患者に関わることで、ソーシャルワーカー（以下、SW）の役割とあり方について考察した。【方法】平成26年9月～平成27年9月に外部から医療連携・患者支援センターを介して地域包括ケア病棟への相談があったケースを1)相談件数2)年齢構成3)住居地4)紹介元5)利用目的6)平均在院期間7)退院先に分類し集計した。【倫理的配慮】患者氏名や関係機関が特定されないことがないよう配慮した。【結果】相談件数248件、年齢構成は70歳以上が82.6%、住居地は港区・品川区が63.7%、紹介元は病院が71.8%、利用目的はリハビリが62.1%、レスパイトが20.2%、退院患者数における平均在院期間は34.5日、退院先は自宅が70.7%に対し自宅以外の施設・病院が24.4%となった。【考察】地域包括ケア病棟を利用した患者の多くの目的はリハビリやレスパイトなどで、自宅退院を念頭としているケースが90.2%と大半を占めていたものの、実際の転帰先は自宅は70.7%に留まり、リハビリ目的にて老健、長期入院・入居が可能な療養型・有料老人ホームなどの自宅以外の施設に転帰しているケースが20.7%となった。全体としての在院平均期間は34.5日ではあるが、転帰先別でみると自宅が31.3日に対し、老健・療養型・有料老人ホームは46.5日である。入院後自宅以外を検討しなければならなくなった場合60日間と決められた利用期間の中で、介入時期やクライアントの顕在・潜在的なニーズを考え適切な支援を行っていく必要がある。国が目指す地域包括ケア病棟の目的を今一度考え、本当の意味で地域住民が必要としているものは何かをSWは考えなければならない。地域包括ケアシステムは地域住民のためのシステムであり、地域一体となって構築していくためには、住民を支える様々な機関が連携を行っていくことが必須である。SW自身は、その要となり、連絡調整だけではなく、自ら情報発信をすることも必要と考える。

O-050

地域包括ケア病棟における介護チームの取り組み～CチームのCはCareのC～

荒木知子、東松ゆかり、高橋一代、山内志穂、福田朋穂、伊藤良輔、倉田彩加、中島範子

JCHO 四日市羽津医療センター

【目的】今年4月地域包括ケア病棟が開設され、JCHO グループ病院の中で初めて介護と看護とのケアミックスが開始となる。介護福祉士・ケア助手の7名がCチームとなり取り組んだ活動を報告する。【方法】①包括ケア病棟の組織図を基に、看護・介護方式と指示命令システムを明確化する。②介護独自で可能なケア・介護と看護が共に行うケア・看護が行うケアを明確化しケア内容を検討する。③Cチームのケアマニュアルを作成し周知する。④チームリーダー・サブリーダーを決定し業務分担を行う。⑤チーム目標を設定し月一回チーム会を開催する。【結果】①病棟でのCチームの立ち位置が明確となり、介護の視点から意見がでるようになった。②介護福祉士として可能・不可能な業務が明確化され、看護と介護の連携が深まった。③Cチームのスキルが異なる為、ペアリング制度を導入しケアの質の統一を目指すことができた。④役割が明確となり、モチベーションアップに繋がった。⑤リーダー会や病棟会で業務改善に繋げる意見を出すことができた。【考察】組織図やケア内容、役割等を明確にすることで新たなケアにスムーズに取り組むことができた。また介護福祉士とケア助手とのペアリングをすることで、介護福祉士の技能を活かしたケアが提供できるようになった。これは介護者側の安心にも繋がり、患者との信頼関係も良好となった。しかし、個々の経験年数や今までの勤務環境が異なる為、意思統一が難しく看護が行うケアとのジレンマを問題提起したり、介護の専門家としての意見を積極的に発信していく事が今後の課題である。【おわりに】開設から半年が経過した。課題は山積みであり試行錯誤が続くだろう。私達は患者が退院後その人らしい生活が送れるよう、また家族が苦痛なく在宅介護を継続できるよう、ケアの担い手となる専門性を追求していきたい。このような意味を込め「Care」のCチームとして携っていきたい。

O-051

地域包括ケア病棟における言語聴覚療法対象患者の現状について

衛藤素子、中野貴雅、木村暢夫、山本周平、松尾真弓、谷岡優花、園田大輔、帆足由梨衣、武邊純代、大杉美由、大隈和喜

JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

【目的】当院では、平成26年6月より地域包括ケア病棟を開設し、急性期治療後の患者及び在宅・介護施設から傷病発症した患者を受け入れ、地域・在宅への復帰支援に取り組んでいる。今回、地域包括ケア病棟での言語聴覚士の取り組みを振り返り、言語聴覚療法の現状と今後の課題について考察したので報告する。【対象と方法】対象はH27.4.1～H27.7.31に当院地域包括ケア病棟に入院し、リハビリ処方のあった118名。方法は電子カルテを元に、ST介入患者数、ST依頼内容、言語障害の種類、口腔内評価（ROAG）、簡易栄養状態評価結果（MNA-SF）、嚥下スクリーニング（RSST、MWST、FT）、藤島嚥下グレード（Gr）等の入院時データを後方視的に調査した。【結果】ST介入患者33名（男性21名、女性12名、平均年齢76.2±11.9歳）の依頼内容は言語機能評価・訓練が8名（24%）、言語機能評価・訓練＋嚥下訓練18名（55%）、口腔＋嚥下訓練が7名（21%）と嚥下訓練に対する依頼が多かった。言語障害の種類は33名中、失語症7名（21%）、構音障害15名（46%）、記憶障害1名（3%）、認知症6名（18%）、その他4名（12%）。口腔内状況は全ST介入患者でROAGが9点以上「口腔内問題あり」で、口唇や声、歯・義歯の問題が多かった。MNA-SFは32名（97%）が低栄養傾向であった。嚥下はGr7以上が20名（60%）、RSSTが2回以下は31名（94%）。ROAGはMNA-SFとは有意な相関関係を示し（ $r=0.65$ 、 $p<0.001$ ）、Grとも相関関係を認めた（ $r=0.53$ 、 $p<0.01$ ）。【考察】ST介入患者の全てが口腔内に問題を抱え、低栄養状態であった。口腔内状況の悪化は栄養不良や嚥下障害と有意に相関し、誤嚥性肺炎やサルコペニアのリスクが高いことが示唆された。高齢者の在宅生活では摂食嚥下障害への対応は重要な要素である。地域包括ケア病棟では、口腔機能維持向上、コミュニケーション、栄養管理、活動等の総合的アプローチに於ける、ST介入の必要性は極めて高い。

O-052

東京高輪病院における地域包括ケア病棟運用にあたっての現状と課題—第1報—

青木一平、岡田順子、南場静香、齋藤誠二、永井玲子

JCHO 東京高輪病院

【はじめに】当院は平成26年10月1日より地域包括ケア病棟を開設した。開設1年を機に患者データを分析することで、当院が立地する地域における地域包括ケア病棟の現状と課題などについて述べる。【方法】データ抽出期間は平成26年10月1日から平成27年9月30日までとし、地域包括ケア病棟の対象とならない患者については除外した。【結果】期間内に地域包括ケア病棟に入院した患者は述べ379人で、男性33.5%女性66.5%であった。男女合わせた平均年齢は80.4歳で、そのうち当院が所在する港区及び隣接する品川区以外に居住する患者は36.3%であった。平均在院日数は19.9日、在宅復帰率は93.1%であった。リハビリ提供単位数は患者一人当たり2.41単位であった。入院に関する医療連携・患者支援センターへの相談件数は248件、そのうち近隣の急性期や回復期病院からが71.8%、地域の開業医やケアマネジャーなどからが19.8%、家族から直接は0.4%であった。また当院急性期病棟からの移動は66.5%であった。入院の主な目的（複数回答）はリハビリ62.1%、レスパイト20.2%、在宅調整のみ及び施設入所待ち2.4%、その他12.9%であった。また患者本人の外出を伴った家屋調査は17件で、全入院患者のうち4.5%であった。【結論】当院は地域包括ケア病棟入院患者を院内急性期病棟からだけでなく、相談に応じて近隣の急性期・回復期病院からも受け入れている。国が目指す地域包括ケアシステムでは本来は急性期病院から直接自宅（地域）に戻り、患者の重症化を防ぐ目的で地域包括ケア病棟などが利用されることを想定している。しかし7割が急性期・回復期病院から地域包括ケア病棟を経て自宅へ戻っている。また13対1看護や専従リハビリスタッフがい人といった慢性的な人手不足の問題も抱えており、国と共に克服していくべき今後の課題と言えるのではないかと。【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言の趣旨を尊重して適正にデータを管理し、個人の氏名などは一切公表しない。

O-053**地域包括ケア病棟運用に当たっての現状と課題**

川合美穂子
JCHO 東京新宿メディカルセンター

当院は平成14年2月に脳血管疾患中心の回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）37床を開設した。また、平成19年4月には、整形外科を中心とした回復期病棟を増床（41床）し88床を稼働させ、急性期から回復期までシームレスな医療を提供してきた。そして、昨年の診療報酬改訂を受け、平成26年7月に整形外科を中心とした回復期病棟41床を地域包括ケア病棟（地域包括病棟）へ移行し、開設した。地域包括病棟を運営し1年が経過し課題が明らかとなったため、現状を踏まえ報告する。新たなスタートをきった地域包括病棟であるが、施設基準を満たすための患者選定が管理上重要となっている。まず、看護必要度のA得点1点以上を満たす患者が1割以上については、もともと整形外科主体の患者を受け入れており、整形外科の術後患者が9割を占めるため、工夫が必要となる。内科系の病棟から地域包括病棟対象患者（褥創、心不全等）を選び受け入れているが、看護師教育をはじめとした受入れのための体制づくりが課題となっている。また、在宅復帰率は整形外科術後患者が中心であり、80%以上を維持している。しかし、在宅以外の療養・回復期等の病院へ転院となることもあり、ADL及び生活レベルの向上と退院調整・支援の更なる充実が必要である。さらに、リハビリテーション一日平均2単位以上は月平均でクリアしているが、リハビリを必要とする患者の割合が高いため、祝日の多い月は、PT、OTのリハビリ単位の調整、若しくは、患者の選定が必要となる。地域包括病棟では地域から直接入院を受け入れたのは2事例にとどまっている。今後地域医療に貢献するためにも、施設基準のバランスを取りながら、医療依存度の高いレスパイト目的の患者などをスムーズに受け入れていくことなどが重要課題であると考えている。

O-054**地域包括支援センターの取り組み**

山口真
JCHO うつのみや病院

＜はじめに＞地域包括支援センターは、市町村と連携しながら地域包括ケアシステムの構築をするため平成18年に開設した。日頃は地域住民への支援活動が主体であるが、今回は併設の病院に対して、認知症の研修会を通じて高齢社会の現状について理解を深める目的で職員研修を実施した。＜目的＞病院職員は在宅介護について関わる機会が少ないので、今回、併設の病院職員に当センターの、地域活動のひとつである認知症サポーター養成講座を開催し、地域で起こっている認知症の現状やオレンジカフェ等の活動などを紹介する。＜支援内容＞平成26年11月と平成27年4月に認知症サポーター養成講座を実施した。内容は看護師が認知症サポーターキャラバンの説明。医師が認知症の症状・診断・治療・予防の説明。最後に、対応の良い例や悪い例を知ってもらうためDVDによる症例検討会を実施した。そして講座を修了した参加者にオレンジリングを配布した。＜結果＞2回の認知症サポーター養成講座実施により病院や附属老健のオレンジリング取得率が46.3%（193/417）の取得につなげることが出来た。また、参加者の意見として「院内のみでなく日々の生活場面で支えていける対応をしたい。」「地域と医療機関の連携の必要性を感じた。」といった感想が多く聞かれた。＜考察＞今回、2回の認知症サポーター養成講座を行ったことで、独居老人の認知症問題など、在宅介護や在宅医療における地域課題を伝えることが出来た。今後も地域医療機能推進のため病院職員のオレンジリング取得率80%を目指し活動していきたい。

O-055**ICTを利用した遠隔地からの生活習慣改善プログラムの提案—生活習慣改善の実効性と健康リテラシーの向上をめざして**

本間聡起、中島真紀子
JCHO 埼玉メディカルセンター

地域住民を対象とした有効な生活習慣の改善を図るに際し、良い生活習慣について対象者本人が自ら理解できる健康リテラシーの向上と、自ら健康的な生活習慣を獲得すべく行動できるエンパワメント獲得が重要な目標となる。さらに健康指導内容においては、個人個人で異なる生活様式や習慣に対応した、いわゆるテーラーメイドの指導が有効とされる。そのための情報源として、個別の生活習慣や健康状態の把握に、最近、普及しつつある活動量計（加速度センサ付き歩数計）、体重計、血圧計などによる日常的なモニタリング結果を活用することも有効で、これらのデータを外部サーバに伝送し、随時、ダウンロードできるテレモニタリングのサービスも利用可能になっている。一方、保健指導を行う各医療専門職については地域による偏在が課題だが、通信ネットワークの発達により、遠隔からの指導を行うことも可能になった。制度的にも、一定条件下では特定保健指導における対面指導を遠隔からテレビ（TV）電話を用いて実施することが可能となり、またデータヘルス計画におけるPDCAサイクルの中で、個別の健康に関する情報源としてテレモニタリングも供用されている。これら遠隔地からの各種の保健指導に関する自験例として、首都圏の医療専門職者と北海道、東北、沖縄の各地区とを結び実証実験を行ってきた。各実験のプロトコルは、健康指標のテレモニタリングを共通に、実験によりTV会議システムを利用した集団での保健指導、個別でのTV電話または文書レポートによる指導を加えており、一定の成果を挙げた。これらのプログラムは、一部の地域住民代表を対象に行うだけでも、健康リテラシー向上の波及効果を期待できる可能性がある。今回、報告する各種プログラムは、全て市販のシステムを組み合わせることで実施可能だが、実際、どのプログラムを採用するかは、各地域のニーズに応じて選択されるべきと思われる。

O-056**画像管理システムにおける冗長化**

岩坪高雄、溝内克己、三藤欽英、中曽根豊、門田正貴
JCHO 熊本総合病院 画像診断・治療センター

【背景・目的】当院ではPACS（画像管理システム）の導入に伴いファイルムレスとなったが、システム障害時の診療業務への影響が問題となる。電子保存の3原則の一つとして見読性の担保がPACSには求められる。そのため障害が発生した場合でも、診療時に画像情報を見読可能とするシステムの冗長化や代替的な手段を用意することが必要とされている。当院でも画像情報の見読性を維持させるために安定稼働を目的とした対策を行ったので、その冗長化システムについて提示する。【方法】1. 効果的な冗長化を行うため、診療業務に影響するサーバーの分析を行った。2. 診療業務への影響をできる限り少なくするために適切な冗長範囲で機器の導入を行った。【結果】1. 現PACSではシステム連携サーバーとレポーティングサーバーの2台が診療業務に直接影響し、かつ既存のサーバーにシステムを置き換えることが不可能なサーバーであった。また、画像保存サーバー2台においては診療業務に影響はするが互のサーバーにシステムの置き換えが可能であった。2. 前者に対して代替サーバーの導入を行い、後者に対しては別サーバーへのネットワーク自動切り替えが可能となるロードバランサの設置を行った。【考察】従来はシステムの復旧までに約半日を要していたが、冗長化を施したことで障害時でもシステムを安定稼働させることで、障害による診療業務への影響を最小限にすることが可能となった。【結語】冗長化技術はシステムを安定稼働させるために不可欠であるが、導入にかかる費用は決して安価ではない。そのため管理者は導入の際に、システム障害時の損失、診療への影響を十分に検討し、適切な範囲で冗長化を行う必要がある。

O-057**MMWINを用いた透析情報の施設間共有および遠隔バックアップの構築**

鈴木真佐也¹、横昭弘²、大野和美³、木村朋由⁴、佐藤壽伸⁴
¹JCHO 仙台病院 総務企画課（企画）、²臨床工学部、³血液透析室、⁴腎センター

【背景】東日本大震災を機に、診療情報の遠隔バックアップおよび診療情報の共有の必要性・有効性を当院でも強く認識したところである。宮城県では平成24年6月に一般社団法人みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会（Miyagi Medical and Welfare Information Network：以下MMWIN）が設立され、災害に強く平時にも役に立つ地域医療情報連携基盤の構築が進められた。【目的】当院は透析床数65床を有し、宮城県の腎疾患医療の中核を担う病院となっている。当院と他施設との間で透析条件及び透析経過記録のやり取りを行っており、その手段はFAXである。そこで当院はこれら透析情報のやり取りをFAXからMMWINを用いた電子情報でのやり取りに置き換え、MMWINに参画しているすべての施設で参照可能にするとともに、この電子情報が遠隔バックアップとなり災害時に活用できるシステムをMMWINと共同で構築することにした。【方法】MMWINはSS-MIXをベースとした地域連携基盤であるが、透析情報をSS-MIXに変換するには透析部門システムに大規模な改修が必要となる。そこで、透析情報の紙帳票を電子イメージ化する手法を取った。具体的には、システムで作成した帳票を印刷する際、プリンタドライバに「仮想プリンタ」を指定して電子ファイルに変換する。次にこれに必要な情報（患者属性等）を付与したのち、MMWINにアップロードするというものである。これにより他施設でもMMWINを通じてこの電子化された透析情報を閲覧出来るようになる。【考察】この仕組みについては現在構築中でありまだ運用には至っていない。構築における最優先事項は日々の業務に新たな負荷とならないようなシステム作りと考えている。まずは構築が進んだところで東北大学病院血液浄化療法部と実証実験に入り、システムの使い勝手等の評価や運用上の課題等を整理していく予定である。この実証実験を経たのちにこの透析情報共有を行う透析関連施設を段階的に増やしていく計画である。

O-058**システムベンダーの言いなりにならないシステム構築・導入について**

金澤政幸¹、西村秀洋¹、宮崎春美²、岸川秀樹²
¹JCHO 熊本総合病院 医療情報システム管理センター、²健康管理センター

【背景と目的】労働安全衛生法が改正され、2015年12月からメンタルヘルスチェックの実施が義務化された。これまでの健康診断と一元化したサービスを提供することで健診数数の増加が見込める。そこでメンタルヘルスチェックのシステム化（要件定義・構築・導入等）をシステムベンダーに依頼したところ、概算見積が約800万と高額であったため、システム化を病院独自で行い、コスト削減を図った。【方法】医師と看護士が厚生労働省のガイドラインや要求仕様をもとに仕様を定義。その仕様から院内SEが実現方法の策定、開発を実施した。仕様：職業性ストレス簡易調査票57項目を入力させ、データ分析する。実現：チェックシートの策定、入力内容の読み取り、集計・分析、出力を行う。マークシート形式での入力とし、汎用スキャナと読み取りソフトでデータ化。EXCELマクロで集計・分析、出力することで実現が可能と判断。【結果】ベンダー見積の80分の1ほどの費用でシステム化を実現。ベンダーを介さないことで迅速な導入と大幅なコスト削減に成功した。①ハード面≒10万 専用端末は遊休資産＋セキュリティ対策暗号化ソフト＋高速スキャナ＋OCR読み取りソフト ②ソフト面≒作業工数（8人／日）医師1名看護士1名が要件定義等（5日）＋院内SEが開発（3日）【結論】ベンダーに丸投げせず要件を明確にし、実現方法を工夫することで迅速且つ、システム化への投資は大幅に圧縮・削減できる場合がある。官公省庁の指示や法案施行に伴う中小規模のシステム構築・導入は各病院で共通して発生する。実現する術や構築したシステムを組織全体が共有できるような仕組みがあると更なる費用圧縮に繋がると考える。

O-059**地域連携強化を考慮した持ち込みCDの診察前取込みについて**

魚澤正克
JCHO 大阪病院

【背景】JCHO 大阪病院（以下、当院）は平成 19 年より地域医療支援病院の認定を受け、地域医療連携に力を入れている。近年、地域の医療機関からの紹介時に診療情報提供書とともに放射線などのデジタル画像を保存した CD 等（以下、他院持ち込み CD）が同時に提供されることが増加している。これらの他院持ち込み CD を閲覧するためには、コンピュータで CD を読み込ませて表示させなければならないが、これまで当院の電子カルテではセキュリティ上、可搬媒体の接続ができないように設定していたため、電子カルテ端末で直接他院持ち込み CD を閲覧することができなかった。そのため、各診療科の外来診察室では、ネットワークに接続していない単独のノートパソコンにて他院持ち込み CD を閲覧することとしていた。【問題】しかし、地域連携している医療機関は登録しているだけでも 3,000 を超え、日々増加しているため、CD 付属の画像閲覧ソフトも、医療機関毎に種類やバージョンが異なり多種多様に渡った。そのため、診察時に CD 付属の画像閲覧ソフトが起動しない場合や、画像閲覧ソフト自体が付属していない CD があるなど、業務が煩雑となり、個別対応に苦慮していた。また、他院からの画像を当院の電子カルテに取込み保存したい場合は、放射線画像は放射線室にて PACS サーバへ取込む必要があり、放射線以外の画像は、その都度検討が必要であった。【改善策】そこで、新病院移転と電子カルテシステム更新に合わせ、他院持ち込み CD を診察前に電子カルテの画像一時保管サーバに取込み、診察時に電子カルテから閲覧できるように設計し、運用を開始した。また、一時保管サーバに取込んだ画像のうち当院医師が当院の電子カルテシステムに保管する必要を認めた画像については、画像閲覧システムにて「取込チェック」するだけで、当院の PACS、汎用画像管理システムへ取込みするようにしたので報告する。

O-060**病院の「いま」を伝える広報誌**

池戸航、麓和典、坂井和人、奥村明人
JCHO 可児とうのう病院

【はじめに】当院は、平成 24 年に病院広報誌を大きくリニューアルし、「はとぶき」として 3 年間で 12 号の発行を重ねてきた。創刊に際し、病院全体での制作とオリジナリティのある誌面にこだわった。また、その活用による戦略的な広報を目指してきたのでここに報告する。【取り組み】当院は、平成 11 年よりホームページ委員会の立ち上げ、企画サービス課による広報誌の発行など、常に広報を担当するセクションを作り病院全体で取り組んできた。従来の広報誌は、A4 サイズの両面にカラー印刷したものであり、その情報量が大きな課題であった。さらなる充実を目指し、平成 21 年「広報推進委員会」を発足させ、医師を含む多職種参加型の組織として、総合的な検討を行ってきた。平成 24 年、課題の打開に向け、内製してきたホームページと広報誌の制作を外部委託することが決定した。「はとぶき」の一番の特徴は、地元のタウン誌を発行する広告会社に制作を依頼した点である。読む人が興味を持つ取材形式の文体に統一、撮影は全て業者のプロカメラマンに依頼し、その誌面の内容をより強く伝える写真の掲載にもこだわった。継続性の難しさを解消するために、誌面のコーナー化も推し進めている。また、近隣医療機関の紹介コーナーも医療連携を含め大きな効果を生んでいる。年々発行部数を増やし、今年度からは増ページも行い情報量を増加させた。モニター制度による定期的な評価も行っており、毎号のレベルアップを目指している。中には「はとぶき」を見て来院された方もおり、広告が難しい病院の顔として大きな役目を担っている。【まとめ】広報誌の面白みは、発信した情報の評価がダイレクトに返ってくることにある。また、病院の重要な広報ツールである位置づけも発行者として身が引き締まる思いである。「はとぶき」が地域との架け橋となるよう、さらにアイデアを捻出していきたいと考える。

O-061

地域の脳卒中診療における当院の役割

原田有彦、上田祐司、原田克己、稲村彰紀、山下進、清水弘毅、樽本浩司、山本奈緒美、石合綾子、寺尾隆、小田真理子、巳之口由季
JCHO 徳山中央病院

当院は山口県周南市に位置し、周南市、下松市、光市を含む2次医療圏の中核病院として、24時間365日の急性期医療を担っている。脳卒中診療は脳神経外科医師4名と救急科医師3名により維持されている。平成25年度と平成26年度の脳卒中患者数は其々577名と454名であり、脳梗塞や一過性脳虚血発作などの虚血性疾患が7割を占めていた。脳卒中患者は超急性期には救急救命病棟にて治療を行い、病状が安定すれば一般病棟に移るシステムになっている。当医療圏には急性期病院が他にもあるが、当院ではCT、MRIが24時間稼働していることもあり、大部分の救急患者は当院へと搬送されている。脳卒中診療において地域住民から当院に求められているのは「高度で信頼される急性期医療」であり、しかも「求められれば断らない医療」である。このような医療を実現するためには医師や看護師等の人材の確保と共に、チーム医療を通じた高度で信頼される医療システムの構築が重要である。当院では医師、看護師、管理栄養士、リハビリスタッフおよび地域連携室(MSW)がチームを組み、相互に患者情報の共有を図りつつ診療に当たっている。また理学療法士7名、作業療法士5名、言語療法士2名が脳卒中専属に配属されており、超急性期からの機能回復訓練を行っている。これらの取り組みが地域住民からの支持に繋がっていると推察している。一方、現実問題として限られた入院病床で全ての救急患者を受け入れるためには早期の退院調整が必須である。当院では個々の患者についての情報を各職種間で共有しているため、入院後早期の退院調整が可能である。また現在、当院は周南医療圏にある12病院(6病院は回復期リハビリテーション病棟を有している)と密接な地域連携を結んでいるため、出来る限り患者の希望に沿った早期の転院調整が行えている。

O-062

アルツハイマー型認知症を併発した2型糖尿病患者への関わり～在宅療養困難と思われたが地域連携が成功した一事例～

伊佐次小百合¹、今枝典子¹、安藤恵美¹、白村聡子²、渡辺智恵美²
¹JCHO 可児とうのう病院 附属訪問看護ステーション、²看護部

糖尿病の治療と管理には、患者自身が十分な知識を持って自己管理を継続することが求められる。しかし高齢者は心身の老化や認知力の低下により自己の生活管理や治療に支障を生じやすいため何らかのサポートが必要となる。今回、80歳台の2型糖尿病患者の女性が認知症を発症し、インスリン注射の自己中断による高血糖にて救急搬送された。入院中に認知症状が悪化、血糖が安定しても退院に必要な血糖自己測定やインスリン自己注射の指導が進まず、また主介護者が弱視の夫であったため退院後は施設入所の方で検討された。しかし本人や夫の強い在宅希望と夫婦そろっての施設利用は金銭的に困難とする理由から在宅への調整となった。在宅復帰を可能にするため、治療に関わるすべてのケアを代償する在宅サービスの導入と在宅療養をイメージした治療の構築を主治医、認定看護師、病棟看護師、訪問看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーにより行った。退院後の在宅生活では、デイサービスの拒否、過食や高血糖、夫と喧嘩による家出などさまざまな問題が起こり、その都度ケアマネジャーと相談し、在宅調整を行った。また、糖尿病認定看護師と連携することで緊急時の対応も可能であり、他職種との協働により退院後約1年以上再入院することもなく経過し、かかりつけ医へと移行することができた。今回の事例は血糖コントロールが決して良好とはいえなかったが、認知症があり在宅療養が困難と思われても、本人の希望を尊重し周囲がサポートしていくことでその人らしく在宅での生活を送ることが可能となった。今後、医療依存度の高い高齢者の在宅療養が増加するであろう。訪問看護では住み慣れた地域で安心して療養できることを目標に援助して行かなければならない。

O-063

糖尿病療養指導による薬剤師の高齢者在宅療養に及ぼす効果

中島明日香、北澤文章、福田勝哉、瀧沼代、鎌田智泉、上田久美、国府孝敏
JCHO 京都鞍馬口医療センター

【目的】医療は地域包括ケアへと大きく転換する中、糖尿病は療養生活が大きく影響することから在宅療養支援が重要と考えられる。当院では入院から糖尿病教室での外来療養指導に至るまで、薬剤師は薬物療法に関する指導を実践してきた。そこで今回、チーム医療体制による地域医療連携を推進する目的から、高齢糖尿病患者を対象として薬剤師の療養指導に基づく介入が在宅療養に及ぼす効果について評価した。【方法】薬剤師の在宅療養に及ぼす効果は入院及び外来の65歳以上の糖尿病患者を対象に評価した。入院の場合、2014年9月～2015年3月に在宅療養に向けて介入を行ったインスリン施行患者を対象に、退院後3ヶ月間のHbA1c及び低血糖発現の変化を調査した。外来では糖尿病教室における薬剤師の指導をアンケート調査により評価した。期間は2015年6～10月とし、アンケートは無記名択一方式(評価尺度:5段階)にて8名に実施した。【結果・考察】症例1は自己管理能力低下の80歳代女性、不安定な食事摂取量による低血糖にて入院。摂取量は安定せず、在宅でのグリニド薬の自己服用は困難と考え中止を提案、またシックデイ対策を医師と取り決めて家族に指導した。その結果、退院3ヶ月後HbA1cは8.1%から7.7%まで低下、低血糖の再入院はない。症例2は低血糖の不安から間食をする70歳代男性であった。正しい病識及び自己注射を繰り返し指導した結果、入院前HbA1c 9.8%から退院3ヶ月後には7.5%まで改善した。在宅へ移行後の安定した病状は入院療養指導による効果と考えられた。一方、アンケートの結果、内服薬、注射剤、低血糖及びシックデイの説明項目に関して、「わかりやすい」及び「とてもわかりやすい」と回答した患者が78%を占めた。従って、外来療養指導は在宅セルフケアに効果的であることが示された。以上より、入院から外来に至る薬剤師の継続的療養指導は、高齢糖尿病患者の在宅療養支援に寄与できることが示唆された。

O-064

整形外科病棟にて高照度光療法を導入した効果

服部あゆみ、田中史、松尾正智、近藤千予美、栗本聡美、辻野美帆、大橋恵
JCHO 中京病院

【目的】高齢者の大腿骨近位部骨折手術後に高照度光療法を行い、術後せん妄の推移を明らかにする。【対象】65歳以上の大腿骨近位部骨折による手術予定患者のうち、日本語版ニーチャム混乱・錯乱状態スケール(The Japanese version of the NEECHAM Confusion Scale. 以下J-NCSと略す)25点以下の患者【方法】1.研究期間:平成27年9月15日～11月30日2.実施内容:日中3000～5000ルクスの照度が確保できる場所で、1日合計2時間になるように高照度光療法を週3回以上実施し、J-NCSを入院時、術後1日目、3日目、退院前日に測定【倫理的配慮】本研究の主旨と方法、プライバシーの保護、研究により生じる個人への利益及び不利益ならびに危険性、研究参加後であっても参加を中断できることなどについて口頭及び書面にて同意を得た。本研究はJCHO 中京病院 倫理小委員会の承認を受け実施した。【結果および考察】ここでは、Y氏80歳代女性に高照度光療法を実施した結果を述べる。J-NCSで特に改善が見られたのは[サブスケール①認知情報処理・指示反応性]と見当識]及び[サブスケール②行動・動作]であった。以下サブスケール①とサブスケール②とする。J-NCSの合計点は、術後1日目は入院日より低下が見られるが、高照度光療法を実施後上昇した。田ヶ谷は「高照度光は覚醒度を高め、昼夜の活動・休息のメリハリをつける作用がある。」と述べている。このことから、サブスケール①とサブスケール②の変化から、高照度光療法は覚醒度及び、日中の活動性に影響を及ぼしたと考えられる。【結論】高照度光療法は大腿骨近位部骨折の術後せん妄のサブスケール①とサブスケール②に効果があることが示唆された。したがって、術後せん妄の遷延化予防への寄与が期待できる。今後はエビデンスの構築に向けて症例数を増やし、研究を継続していく。【引用・参考文献】田ヶ谷浩邦:概日リズム睡眠障害(CRSD)の診断と治療,p.773,2010、一瀬邦弘ら:せん妄すぐに見つけて!すぐに対応! ,p.32～p.33,2004

O-065**災害医療支援病院における BCP 策定の実践的研究**篠原有幸¹、岩谷米幸²、森下浩一郎³、渥美伸一郎⁴、住田安弘⁵¹JCHO 四日市羽津医療センター 検査部、²総務企画課、³整形外科、⁴副院長、⁵病院長

【背景】H24 年度内閣府調査で医療機関の BCP 策定率は 7.1% と他業種に比べ低率であった。医療機関の BCP 策定が進まない理由として、策定方法が不明、人材不足等が挙げられている。BCP 策定済医療機関においても、事業影響度分析 (BIA) を実施せずに策定しているケースが少なくない。そのため一般的なガイドラインに沿った BCP を策定することが医療機関に求められている。【目的】医療機関の BCP 策定率を向上させる為に国、各種文献や自治体等で公表されている BCP ガイドラインを参考にして、当院で実際に BCP 策定に取り組んだ上で分かりやすい策定方法を提案することを目的とする。【方法】1. 当院の方針・体制を決定し、被害想定を確認した。2. 当院の中核業務を決定した。3. 各部署の業務分掌を基に業務一覧を作成し、各所属長とのヒアリングで重要業務を選定した。事業影響度分析 (BIA) を実施し目標復旧時間、目標復旧レベルを設定し、重要業務の実施に必要なリソースを導出した。4. 各リソースの対策優先度を判断するためにリスクアセスメント (RA) を実施した。リスク値は影響度と脆弱性の積で求めた。影響度は、3 段階で評価し、脆弱性は 4 段階で評価した。5. リスクアセスメント (RA) の結果を基にリスク値 8,9,12 のハイリスクなリソースについて短期、中期、長期戦略を検討し事業継続戦略を構築した。現在は具体的な行動を示すアクションプランを策定中である。【結果・考察】これらの実践的アプローチから我々は医療機関における具体的な BCP 策定手法を構築できた。また、構築課程において、医療機関の BCP 策定を行う上で広域災害では、単独医療機関だけの BCP では巨大災害に立ち向かうことは不可能であり、災害拠点病院等との医療連携、さらに医薬品等のリソース供給システムの構築が不可欠であることも明らかになった。今後は他医療機関との連携等を含めた広域の BCP を策定していく予定である。

O-066

当院におけるがん性疼痛看護認定看護師の課題

佐伯睦子

JCHO 高岡ふしき病院

【目的】がん性疼痛看護認定看護師（以下認定看護師と略す）の資格取得後に行ったオピオイド使用患者のコンサルテーションより、自己の課題を見出す。【研究方法】平成24年10月～平成27年9月にオピオイドを使用した患者のコンサルテーションを分析した。【倫理的配慮】院内倫理審査委員会の承認を得た。また匿名性の保持に留意した。【結果】オピオイド使用患者47名のうち、コンサルテーション依頼は23件であった。依頼者は医師が2件、他は全員看護師であった。依頼時期はオピオイド導入前2件、開始後20件、家族の希望時1件であった。依頼内容はレスキュードーズやオピオイドスイッチング、副作用対策であり、オピオイド導入前から関わった患者の疼痛コントロールはいずれも良好であった。しかし依頼のなかった患者の中には疼痛コントロールが不良な事例も多かった。【考察】認定看護師が実践モデルとなり患者の疼痛マネジメントを行うことは、患者の良好な疼痛コントロールにつながる。またコンサルテーションにより看護師のスキルアップを図ることで、患者や家族に質の高いケアを提供することが可能になる。しかし疼痛コントロールが不良であるにも関わらず依頼のなかった事例が多いことから、認定看護師の活用がまだ不十分とも考える。当院における認定看護師の役割の認知不足や、認定看護師としての活動時間が明確でないこと、専門外来による相談窓口が確立していないことなどが挙げられる。今後リソースナースとしてさらに活用してもらうには、自己の実践能力を高めるのみでなく、具体的な役割の提示、コンサルテーション依頼書の作成、定期的な活動時間の確保など院内の環境調整を図る必要がある。【結論】環境調整を図り認定看護師をさらに活用してもらうことで、看護の質を向上させ、患者および家族に質の高いケアを提供することが必要である。

O-067

「病院の相談のしやすさ」を向上させる がんのミニ健康教室の効果

土屋謙仕

JCHO 群馬中央病院

【はじめに】がん対策推進基本計画では、がん患者・家族が相談できる体制を強化することを求めている。がんサロンでのミニレクチャーの実施は患者や家族の病院のスタッフに対する相談のしやすさを向上させていると考えるが、調査した報告はない。今回、ミニレクチャーは、相談のしやすさに影響を与えているか検証をした。【方法】対象：2015年4月～8月に開催された9回（がん患者に対する接し方、がんの食事、がん予防法を15～30分実施）に参加し、開催前後に無記名のアンケートに同意して記入した者とした。方法：質問項目は、年代、性別、①ミニレクチャーでのがんの話の希望、②病院のスタッフとの相談のしやすさとして作成した。①②は、5段階評価で①（1是非してほしい、2してほしい、3どちらともいえない、4あまりしてほしくない、5絶対にほしくない）、②（1とても相談しやすい、2相談しやすい、3どちらともいえない、4相談しにくい、5非常に相談しにくい）とした。分析：①②の前後について Mann-Whitney U test ($p<0.05$) で比較した。倫理的配慮：過去に実施した連結不可能な情報を使用した。【結果】参加者53名中、ミニレクチャー前44名（回収率83%）、後32名（回収率60%）であった。表記数字は中央値（最小値～最大値）とし、①がんの話の希望は、レクチャー前1.4（1～3）、レクチャー後1.5（1～3）と前後とも希望は高かった。②相談のしやすさは、レクチャー前2.5（1～4）、レクチャー後1.8（1～3）とレクチャー後は相談のしやすさの値は向上した。検定の結果、②病院のスタッフとの相談のしやすさのみ有意な差が見られた（ $p=0.02$ ）。【考察】ミニレクチャーは、主観的な病院スタッフとの相談のしやすさを向上させることが分かった。ミニレクチャーはサロンに参加し易くすると言われ、患者や家族が医療者に溶け込みやすくする。そのため、がん患者・家族が相談できる体制作りに寄与すると考えた。

O-068

穿刺針カテーテルレングス（PCL）変更による実効血流量（QB）の影響について

中村正樹、野口雅司、芦澤桃子、島村隆一、森麻里子、矢部茂信、吉野貴光、渡辺豊、岩崎秀明、永吉武彦、横川孝、岡澤勝巳、鶴岡昭久、室谷典義
JCHO 千葉病院

＜目的＞血液浄化において QB（以下実効血流量）不足は治療への影響が大きく、確実に QB を得ることは大事である。そこで今回、穿刺針の PCL を変更することにより QB の変化を調査した。＜方法＞ CL を 44mm → 25mm、33mm → 25mm に変更し超音波血流計（HDO2 モニター）を用いて QB を測定。＜結果＞ 33mm カテーテルから 25mm カテーテルに変更し約 4% QB が上昇した 44mm カテーテルから 25mm カテーテルに変更し約 7% QB が上昇した。＜考察＞臨床においては患者への侵襲を考慮し、PCL が細いものを選択した場合、時に QB 不足が起こるが、流体力学的考えから PCL の長さを短くすることで QB を上昇させることが可能となった。しかし、血管壁の厚み、血管の深さを考慮すべきであり慎重に判断する必要があると考える。＜まとめ＞ PCL を短くさせることは、QB を上昇させることに有効であった。

O-069

臨床工学技士（CE）の経皮的血管形成術（PTA）補助業務とその有用性について

芦澤桃子、野口雅司、中村正樹、島村隆一、森麻里子、矢部茂信、吉野貴光、渡辺豊、岩崎秀明、永吉武彦、横川孝、岡澤勝巳、鶴岡昭久、室谷典義
JCHO 千葉病院

＜目的＞当院の昨年度の PTA は 752 症例で、医師業務の軽減を目的に平成 26 年 12 月から CE が PTA に参入した。今回半年が経過し、PTA 業務に対する有用性について検討した。＜方法＞医師 7 名・CE 8 名を対象に PTA 業務に関わるアンケートを実施した。＜結果＞結果は治療時間の短縮や 2 症例並行しての PTA が可能となり、業務がスムーズになった…7 名。VA に対する CE の理解度が深まる…15 名。PTA に関わることで医師と CE の接点が増え、VA や穿刺部位についての相談がしやすくなった…6 名であった。＜考察＞医師全員から業務負担が軽減したという回答が得られ、業務に貢献している実感を得た。CE からは血管の走行をイメージし易くなり狭窄部位の把握、穿刺部の選定など VA について理解を深められたとの回答があった。実際の透析業務に有用かどうかは今後の検討課題と思われる。＜結語＞CE が PTA 業務に関わることで医師業務の軽減になり CE の VA に関する知識と理解が深まった。

O-070**NOAC (Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants) の当院における使用状況と評価**

吉田愛未、石川幸恵、宮澤光、竹内哲夫
JCHO 福井勝山総合病院

【はじめに】NOACは食事制限や凝固能検査を不要という長所を持つとされており、現在4種が上市され使用も増加傾向にある。しかし使いやすい抗凝固薬というイメージの反面、腎障害症例・抗血小板剤併用症例では死亡例や出血性副作用が問題となっており、適正使用に向けた情報収集の必要性があると考え、当院採用のNOAC4剤及びワルファリンについて処方傾向と副作用状況を調査をしたので報告する。【方法】期間は2011年1月から2014年12月までの4年間で当院にて術後VTE予防及びAF患者における使用症例(延べ595名)を対象としレトロスペクティブに調査を行った。【結果・考察】①2011～2014の期間で当院ではワルファリンの使用量が2014年に減少し、その要因はNOACの処方量が年々増えていることからNOACに置き代わっていると考えられる。NOACの全期間におけるワルファリンからの切り換え例は39例、新規治療が86例であった。またNOACから他NOACへの変更は21例あり、その要因にはAPTTの延長、消化器症状の副作用が多くを占め、APTT延長による切り替えはすべてダビガトランから他のNOACへの切り替えであった。CLCr別のNOAC使用で不適切な禁忌基準の使用は無く適応、腎機能の観点から概ね適正に使用されていると考えられたが出血傾向などの有害事象を十分管理しなければならなかったことがわかった。②エドキシパン錠は肝機能障害が少なくと言われているが当院のVTE予防投与例80例において低用量での使用にも関わらず肝機能障害で中止及び減量となった症例が全症例の15%にみられた。AF患者への使用が認められ、使用が増えると考えられるがエドキシパンは60mgが通常用量とされていることより肝機能障害は常に観察する必要があると考えられる。以上のことより病棟薬剤業務実施加算の業務の一環としてNOACの適正使用に処方設計時から関与しファーマコビジランスを実践したいと考える。

O-071**悪性リンパ腫患者におけるCHOP及びCHOP類似療法施行時に誘発される吃逆発現の性差に関する調査**

兼松哲史、中村英明、吉田均、伊藤貴彦
JCHO 可児とうのう病院

【目的】悪性リンパ腫(以下、MLと略す)患者の治療に使用されるCHOP及びCHOP類似療法(以下、CHOP及びCHOP likeと略す)は吃逆の副作用を発現することがある。吃逆は生命に直接影響を及ぼす副作用ではないが、吃逆のために夜間不眠に陥ることなどから患者のQOLを低下させることがあり、実臨床では男性に発現することがしばしば認められる。そこで今回ML患者におけるCHOP及びCHOP likeによる吃逆発現の性差を明らかにするために調査を行った。【方法】平成24年10月から平成27年8月までの間、JCHO 可児とうのう病院において、CHOP及びCHOP likeを施行されたML患者を対象に診療録より吃逆について後ろ向きに調査した。【結果】対象患者は男性24例、女性20例の計44例であった。吃逆は女性では認められなかったが、男性では10例(41.7%)に認められ、その発現率は男性で有意に高かった($p=0.0008$)。また吃逆の治療には芍薬甘草湯、メトクロプラミド、クロルプロマジン、柿のへたエキスが用いられていた。【考察】吃逆の発現率は男性において有意に高かったことからCHOP及びCHOP likeが施行される男性に対してあらかじめ吃逆が発現する可能性について説明し、その対処方法を決めておくことにより患者のQOL維持に寄与できるものと考えられる。【結論】ML患者におけるCHOP及びCHOP likeによる吃逆は男性に多く発現する可能性がある。

O-072**当院におけるpegフィルグラスチムの使用成績調査**

北山佳菜子、渡邊正彦、十川恵子
JCHO 大阪病院

【目的】

発熱性好中球減少症(以下FN)はがん化学療法中に発現する有害事象のひとつであり、時に致命的な感染症を引き起こすことから管理の重要性が問われている。治療薬であるG-CSF製剤の中でも、フィルグラスチム(以下グラン注)をPEG化し持続性をもたせたpegフィルグラスチム(以下本剤)は、がん化学療法の1サイクルごとに1回の投与でフィルグラスチム連日投与に劣らない効果を発揮し、FN発症の予防が期待できる新規薬剤である。当院登録レジメン別の本剤の使用状況、また本剤使用によりFN発症をどれほど予防できているかを把握するためにレトロスペクティブに調査を行った。

【方法】

2014年12月1日～2015年9月30日の期間に本剤を投与された患者を抽出し、電子カルテより対象患者における本剤投与件数・化学療法施行歴・投与前後における好中球数・体温などの情報をもとに本剤投与後におけるFN発症状況を調査した。

【結果】

本剤全投与例は54例(162件)で、その内訳は乳腺外科31例(104件)呼吸器内科14例(29件)産婦人科4例(16件)外科4例(8件)泌尿器科1例(5件)であった。乳腺外科においてFEC(エピルビン+シクロホスファミド+5FU)、呼吸器内科においてはカルボプラチン+エトポシド、産婦人科ではDC(ドセタキセル+カルボプラチン)が約半数以上を占めていた。本剤使用にて無熱性好中球減少症発現は9例(12件)、FN発症は4例(4件)であった。

【考察】

本剤投与後においても無熱性好中球減少症・FN発症例は存在していたが、FN発症抑制による感染症発症リスクの低減、がん化学療法の投与量やスケジュール遵守が期待できる薬剤であると考えられた。薬剤師としてレジメンのリスクや患者個々のリスク要因から治療前のFN発症リスクを評価し、費用対効果を踏まえた薬剤選択や適切な投与タイミングの提案など、適正使用にむけての情報提供を行っていく必要があると考える。

O-073

認知症の画像診断について

森崎 訓明

JCHO くりつりん病院

近年認知症疾患が増加してきており、認知症の早期発見や鑑別診断の重要性が増してきている。認知症診断においては問診や病歴、神経学的所見が重要であるが、画像検査も進歩してきており診断に有用である。各種画像検査を含めた当科における認知症診断の手順を提示し、認知症診断において画像診断が有用であった症例を紹介する。当科では外来初診時に病歴聴取と神経学的診察、頭部 CT または MRI 検査を行っている。CT または MRI により脳器質疾患のチェックおよび脳萎縮度などを評価している。MRI では VSRADadvance2 というソフトで内側側頭部の萎縮度や背側脳幹 / 内側側頭部の萎縮比などの数値による評価が可能である。再診時には改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) と脳血流シンチグラフィーを行っている。脳血流シンチグラフィーでは Z-SAM という手法で認知症関心領域の血流低下を評価している。また平成 26 年よりダットスキャンが本邦で可能になったが、これは大脳基底核におけるドーパミントランスポーターの取り込み低下をみる核医学検査法でレビー小体型認知症の診断に有用である。アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症の鑑別に苦慮することがあり、画像検査が鑑別診断の一助になった症例を提示する。

O-074

超急性期脳卒中診療における病院間連携

小山俊一、武田泰明

JCHO 東京山手メディカルセンター 脳神経外科

【目的】東京都新宿区内には多くの基幹病院が隣接している。その中の T 病院と当院間で超急性期脳卒中診療における病院間医療連携 (Drip, Ship and Retrieve) が機能し良好な転帰に繋がった症例を経験した。今回は患者搬送時に脳血管内治療医が同乗した。この方式の利点と問題点を検討した。【症例】73 歳男性。X 年 X 月 X 日 22 時、通常通り入浴。23 時過ぎ部屋で倒れている本人を妻が発見し救急要請。T 病院救命センターへ搬送。来院時 NIHSS16 点、右内頸動脈急性閉塞による脳梗塞と診断され発症 3 時間 21 分で t-PA 投与開始。続けて脳血管内治療の可能性を考えたが、同センターに空床がなく近隣の当院へ受け入れ要請。血管室、ICU の受け入れ可となり t-PA を dripしながら脳血管内治療医同伴で当院へ救急搬送。発症 5 時間で血栓回収術を開始。閉塞部位は右 MCA 起始部へ変化しており血栓の distal は M2 で非常に長い血栓。Trevor, Penumbra 5Max, Penumbra 4Max にて血栓回収を試み、最終的には TICI2B の再開通を認めた (発症から 6 時間 40 分)。術直後より意識レベルが改善し術後 2 時間で NIHSS2 点に改善。翌日には 0 点まで改善。経過良好で独歩退院となった。【結論】2 病院は救急車で 5 分の距離で今回、血管内治療医が同乗したことで患者搬送に伴うリスクは軽減。また、受け手側も治療のスタンバイを整えてからの受け入れで搬送後直ちに治療を開始することができた。問題点としては、病院間で同意書の書式が異なるため一人の治療医が再度 IC に手間がとられた点等効率化にはまだ様々な問題点も指摘された。今後はバス化も視野に都内の関連病院を含め超急性期脳卒中医療連携を強化したい。

O-075

当院におけるがん診療の現状

沼文隆、斎藤満、那須啓人、井上裕二

JCHO 徳山中央病院

当院は、地域がん診療連携拠点病院として、専門的ながん医療を提供し、地域との連携や、患者への相談支援、情報提供を活発に行っている。年間の新入院がん患者数は新入院患者数の約 2 割を占め、がんの手術件数は 1,054 件、化学療法を受けた延べ患者数は 1,120 人、放射線治療の延べ患者数は 307 人と県内トップレベルである (平成 25 年データ)。患者の 9 割は下松・光市を加えた 2 次医療圏からで、1 割が岩国・柳井・山口防府といった他の医療圏から来院している。診療面では肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がんはもちろのこと、全領域の癌に亘り、積極的に洗練された治療を行っている。手術療法では、可能な限り低侵襲・機能温存手術が行われており、泌尿器科の前立腺癌に対するダビンチ手術、婦人科の進行子宮頸癌に対する妊孕能温存手術等も既に軌道に乗っている。小児がんを含めた希少がんへの対応は今後の課題である。がん診療連携拠点病院として要求される、医療従事者、診療実績、緩和ケアに関する条件項目は多数にのぼるが、特に緩和ケアに関しては社会からの要望も多い領域である。院内では「がんを診断された時から身体的・精神的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを行い、苦痛を緩和する」という認識が浸透し、緩和ケアチームの活動も活発化している。また、がん患者サロン「とことこ」も順調に開催している。当院の現状および今後の取り組みについて報告する。

O-076

地域の糖尿病発症予防、重症化予防、患者モチベーションの向上と維持をもたらす seamless な地域糖尿病医療体制構築を目指した取り組み

小林正¹、鈴木ひかり¹、加藤さよ子²、岡田明美²、福島喜代美²、栗本弘美²、吉村雅美³、山崎五奈⁴、越野庸介⁴、加藤弘巳⁵¹JCHO 高岡ふしき病院 糖尿病センター、²看護課、³薬剤科、⁴栄養管理室、⁵病院長

糖尿病は年々増加し、2 次健康日本 21 計画においても対象となる 5 疾患にも入り、重要対象疾患になっている。1 次の取り組みでは、まだ肥満に対する取り組みや検診にて糖尿病と診断されているにもかかわらず受診せずに、重症化してから視力低下を契機に初めて受診することが多い。会社側の糖尿病患者に対しての受信勧奨も必要であり、我々の検診後の指導のみでは不十分で、事業主・検診施設・糖尿病専門施設などの協力体制が必要である。糖尿病患者が受診を開始しても follow 中に脱落することも多く、そのような患者には手紙などで再受診するように働きかけているが、会社側でも呼応する形で継続受診に協力が望ましい。一般市民の街頭での糖尿病発症率 2.4%、検診での糖尿病発症率 7.5%、そのうち治療される患者が約 47.9%と低く、まったく治療されない患者が 52.1% になった。その後の外来受診で中途脱落が 10% 程度に認められること、自己管理などの不十分な患者がこのグループに多く、モチベーションを上げるような表彰制度により、体重減少なども効率よく認めることが分かった。このような一貫した seamless な働きかけは医療費の節約になることが、データで認められ、広く市民に働きかけることから個別に新しい仕組みでやる気を育てる教育や、社員教育の改善をはかることや、JCHO 全体の検診施設を有するグループとして事業者との取り組みが求められる。

O-077**高浸透圧性昏睡に尿崩症、PADの急性憎悪を合併した一例**

下元麻梨子、三石正憲、多田愛、森本二郎
JCHO 埼玉メディカルセンター

症例は67歳男性。最高体重85kg、BMI30と肥満歴があり、20年前に狭心症にてPCIを施行された。2年前の健診では高血糖の指摘なし。8月3日頃より口内炎、全身倦怠感、食し低下を認め、改善なく13日から口内炎に対しPSL15mg/日開始となった。14日頃から呂律がまわらなくなり8月17日当院を受診した。来院時随時血糖1090mg/dl、HbA1c11.5%、BUN57mg/dl、Cr1.88mg/dlと高血糖および脱水を認め、pH7.400とアシドーシスは認めず高浸透圧性昏睡の診断にて入院となった。入院時身長165.9cm、体重62kgで体重減少5-8kgを認めていた。入院後インスリン持続静注および補液を開始した。第2病日血糖は低下し、脱水は改善したが高Na血症を認め第4病日3700mlと尿量増加を認めた。血清浸透圧320mOSM/kg、尿浸透圧164mOSM/kg、AVP0.9pg/mlと中枢性尿崩症が疑われた。デスマプレシン負荷試験を行い、尿量低下、尿浸透圧130mOSM/kgから376mOSM/kgへの上昇を認めた。下垂体MRIでは下垂体後葉のT1WI高信号の消失を認め、中枢性尿崩症に一致する所見であった。また第6病日に右下肢の疼痛出現し、造影CTにて右総大腿動脈から膝窩動脈にかけての狭窄を認めPADの急性憎悪と診断し、ヘパリンおよびプロスタグランジン製剤投与を開始した。尿崩症についてはデスマプレシン点鼻薬で調整していたが尿量安定しないためミニリンメルトOD錠(60μg)4錠分2に変更し尿量1500-2000mlに安定、下肢痛も軽快して第31病日退院とした。本症例は動脈硬化が進行しており、血流低下から尿崩症・PADの悪化をまねいたものと考えられた。高浸透圧性昏睡は高齢の2型糖尿病患者に多く、動脈硬化を合併した症例に高度な脱水を伴うところから警告的な症例と考え報告する。

O-078**右視床出血発症後に端座位保持困難となった症例
～腰痛の既往歴の影響を考慮した介入の一例～**

久保洋平、辻内名央、権藤要
JCHO 星ヶ丘医療センター

【はじめに】今回、右視床出血発症後に端座位保持困難となった症例を担当した。本症例は脳卒中後の重度左片麻痺と高次脳機能障害に加え、既往歴に腰痛、脊柱側弯があり通常とは異なる介入が必要であったためその一例を報告する。【方法】右視床出血発症後左片麻痺を呈した70歳の男性。既往歴に腰椎ヘルニアがあり、非麻痺側の腰痛と左凸の脊柱側弯変形を認めた。理学療法所見(発症から2週):左SIASmotor:1.0.1.1.1、感覚は左上下肢で重度鈍麻～脱失、高次脳機能検査は言語理解が乏しく精査は困難であったが、左半側身体失認と左半側空間無視の疑いがあった。端座位は左へ倒れ保持困難、FIMは24点であった。以下に介入方法を記載する。麻痺側は左であったが、既往の腰痛・脊柱側弯により非麻痺側の体幹機能の低下を認めた。本症例が端座位を獲得するには、まず非麻痺側での姿勢コントロールが必要と考え初期に介入を行った。麻痺側へは長下肢装具を装着した立位保持の課題にて、両側下肢・体幹の抗重力活動の向上を目的とした介入を行った。介入は全て動きの中での運動の促進を行った。【結果】介入初期、腰痛の軽減とともに非麻痺側体幹筋の活動が向上し、非麻痺側上肢の支持があれば端座位保持が可能となった。その後、立位保持練習を中心とした介入の開始とともに、両側的な体幹の活動が向上、上肢支持なしでの端座位保持が可能となった。同時期に左側への注意機能も向上し、座位を中心としたADL動作に改善を認めFIMは32点となった。この時、発症から10週間が経過していたが、左上下肢の運動麻痺や感覚障害は変化がなかった。【考察】本症例は重度左片麻痺を呈した症例であり、端座位を獲得する過程において運動麻痺や感覚障害の変化はなかった。しかし非麻痺側を含む体幹機能への介入をきっかけに端座位の獲得につながった。本症例を通して既往歴の影響も考慮した介入が必要であることを経験した。

O-079

開業産科医院で出生する先天性心疾患児の実態と病院小児科によるサポートの重要性

岡川浩一¹、横江保彦²、岩下寿子³、木下康³¹JCHO 滋賀病院、²ハビネスバースクリニック、³木下産婦人科

近年、産婦人科医の不足による病院産科の休診が全国的な問題となるにつれ、開業産科医院がさらなる分娩を担うことを得なくなっている。産科医院で出生する先天性心疾患児は増加していると考えられ、危急症先天性心疾患の発見、治療管理の必要な先天性心疾患の発見と管理、生理的範囲内か要治療の病態かの鑑別など病院小児科によるサポートの重要性が増している。当院では、以前より、近隣産科医院と積極的に連携し、軽症例まで含めた積極的紹介、必要により小児科医が出向いて相談・診断する試みを行っている。今回、それらの症例の予後をまとめる機会を得たので報告する。平成20年1月から平成27年8月まで、2施設の産科医院から紹介を受けた症例のうち経過を追えたものは185症例であった。内訳は、心室中隔欠損26例、心房中隔欠損146例、動脈管開存28例、肺動脈狭窄(末梢性を含む)33例、僧帽弁逆流8例、三尖弁逆流10例であった(重複症例あり)。心室中隔欠損は、1型の2例が生後6ヶ月に心不全・肺高血圧により手術、2型の4例が心不全等により高次医療機関紹介となった。10例は自然閉鎖し、現在10例が経過観察中である。心房中隔欠損の8割は経過中に自然閉鎖していたが、大欠損孔の症例が4例あり、今後も長期のフォローが必要と考えられた。動脈管開存は早期閉鎖が多かったが、閉鎖まで長期を要するものや開存残存例もあり、心不全症状により閉鎖を必要としたものも1例あった。僧帽弁逆流、三尖弁逆流、肺動脈狭窄は経過中にいずれも軽快しており、特に積極的治療を必要とする症例はなかった。

また、危急症先天性心疾患として、ファロー四徴症、右室型単心室、修正大血管転位があった。いずれも小児科医が産科医院まで出向いて診断し、そのまま高次医療機関に紹介となった。今回の検討で、産科医院出生児の器質性心疾患が十分に診断・管理されていない可能性が示唆され、生命的予後の観点からも病院小児科による積極的な介入の必要性が示唆された。

O-080

個別性のある看護ケアに活かすための有効的なカンファレンスとは
～看護カンファレンスにおけるアプローチ方法の検討～

野頭智美、井上光子、早乙女珠美、宮澤恵美子

JCHO 相模野病院

【はじめに】前年度の看護研究より、当NICUにおいて、「①一人が発言をし、参加者は同調のみの場合が多い、②早産・低出生体重児における身体面、母児関係・社会面でのアセスメント内容が乏しい」といった現状が認められた。その為、カンファレンス内容の改善をするための勉強会を実施し、カンファレンスへのアプローチの方法として適切であったか検討を行った。【研究目的】看護計画初期評価時のカンファレンスを活性化させるため、アセスメント方法及び、看護カンファレンスに関する勉強会を実施し、カンファレンス内容の分析をする。【研究対象】早産・低出生体重児における看護計画初期評価時のカンファレンス【調査期間】平成26年12月15日～平成27年1月16日【方法】NICUスタッフ全員に対し、早産・低出生体重児における①身体面のアセスメント方法、②母児関係・社会面のアセスメント方法、③看護カンファレンスに関する勉強会を実施し、その後のカンファレンス内容をICレコーダーで録音する。【分析内容】カンファレンス参加者の経験年数、参加人数、実施時期、所要時間、発言時間、発言率(参加者の内、発言した人の割合)と発言者別の割合【結論】早産・低出生体重児におけるアセスメントについての勉強会を実施した結果、カンファレンスでの身体面に関する発言はより細かく、具体的にになっており、意見交換も活発に行われる様になった。また、カンファレンスで話し合われた内容は、看護計画に反映され、個性が表れていた。しかし、母児関係・社会面においては、特記事項がない事例の場合、面会時の両親の様子などの評価であり、アセスメント内容が乏しいままであった。勉強会を実施することは、個々の知識を高め、カンファレンスの発言率なども上昇することが分かったが、精神面・社会面のアセスメント能力を高めるためには、勉強会内容の検討や他のアプローチ方法を検討する必要があることが分かった。

O-081

継続した看護師のトリアージ実施状況の報告

黒木真二

JCHO 九州病院

看護師による院内トリアージとは、来院した患者の評価および優先順位付けを行い、診療を受けるまで安全に待つことの出来る時間を決定することである。当院には年間約15,000人の患者が自力で来院しており、救急車搬入台数も4,500台を超えている。このように、自力来院患者と救急車来院患者が混在する2次救急医療施設では、トリアージが特に重要な看護業務の一つである。当院では、2012年度よりCTAS(緊急度判定支援システム)を用いてトリアージを実施している。トリアージ導入に際してTQM活動を行い、トリアージマニュアルの作成、患者問診票の修正、トリアージ票の作成、患者周知掲示物の作成、スタッフ教育、ファーストエイドナースの育成などを実施した。トリアージ実施後はその妥当性を評価するために3つの段階を踏んで事後検証を実施している。トリアージ担当者による振り返り、その中でトリアージに迷った症例に対して救急認定看護師による検討、アンダートリアージ症例を医師とのカンファレンスにより再検討している。トリアージ実施患者数は16,908人で、実施率は93%であった。各緊急度で分類した患者の入院率は蘇生70%、緊急57%、準緊急35%、低緊急7%で全てのカテゴリでCTASの入院予測率と合致していた。また、アンダートリアージ率は0.84%、オーバートリアージ率は0.59%であった。これは、諸外国や学会で報告されている他施設のデータと比較しても適切な判断がなされているといえ、年度別のデータと比較しても継続して一定の成果を挙げている。先述したが、当院では事後検証を実施することで問題点や改善点をスタッフへフィードバックしている。また、事後検証は各スタッフのフィジカルアセスメントのスキルアップにも繋がっており、こうした取り組みが継続して一定の成果を挙げている要因といえる。今後も、トリアージ症例の検証・分析結果をふまえた教育体制やトリアージマニュアルの改善など、質の向上に努めていきたい。

O-082

新生児二分脊椎症超音波検査での新たな取り組みについて

佐藤直美¹、井田淳¹、東修一¹、中村純造¹、松吉創太郎²、松村正彦²、藤村和代^{1,3}¹JCHO 大和郡山病院 中央検査部、²小児科、³消化器内科

【はじめに】二分脊椎症とは胎生期における神経管の先天性異常で大きく顕在性と潜在性に分けられる。そのうち潜在性は、腰仙部の瘤をつくらぬ皮膚症状(腰仙部に皮膚陥凹、皮下脂肪腫、人尾、異常多毛髪など)をきっかけに発見される事が多く、発見が遅れると成長に伴い排尿排便障害や下肢の運動知覚障害などを呈する事がある為、早期発見・治療が非常に重要になる。今回小児科からの依頼で、出生後皮膚症状が疑われた患児に超音波検査を取り組んだので症例をふまえて報告する。【対象】2014年4月～2015年9月までの出生児660名のうち、腰仙部皮膚症状が疑われた生後1日～35日までの38名と小児科外来受診の1歳児、3歳児を含めた40名。【検査方法】検査体位は腹臥位で6～14MHzリニアプローブを使用し、背尾側から頭側へ仙椎(S5～1)と腰椎(L5～1)を描出し脊髄円錐下端レベルの同定、脊髄、馬尾神経、終糸を観察し嚢胞や肥厚像、馬尾神経の可動性など脊柱管内異常の有無、皮膚陥凹部の嚢胞や脊髄との明らかな連続性などを観察した。【結果、考察】検査当初は脊髄全体像や脊髄円錐下端レベルの同定が難しく、覚醒時の患児は体動もあり描出が困難で助産師にミルクを授乳してもらいながら技師2名で検査を施行していたが、睡眠時など安静時に連絡体制をとる事により技師1名で検査を行えるよう効率化を図った。また脊髄円錐下端レベルの同定には頭肋間より胸椎、腰椎を確認し同定する方法もあるが、実際には手技的に描出が困難な状況で今後の課題となっている。【結語】今回の新たな取り組みで二分脊椎症の精査、治療を要した症例もあり超音波検査は早期発見・治療を行うスクリーニングにおいて有用であると考えられる。

O-083**妊婦水腎症の検討**

中村杏奈、山辺さをり、宮澤由美、高橋典子、阿部記子、金子恵美、久高真澄、宮尾舞、佐々木貴子、村上裕美子、野田芳人、平井祥司、池田宏美、吉原一
JCHO 相模野病院

【目的】当院では妊娠中期（19～24週）に胎児計測超音波検査を、妊娠後期（30～34週）に下肢静脈超音波検査を実施している。その際に母体の水腎症についても同時に確認している。これは昨年妊娠26週に水腎症を発症し、ステント留置の処置を実施した症例が確認されたため、当院泌尿器科と周産期母子医療センターの要請のもと検査を開始した。この1年間の検査件数を基に統計をとり、妊娠水腎症の実数を把握することを目的とした。【対象・方法】平成26年8月から平成27年8月までの1年間に検査した妊娠中期の産科計測超音波検査783件、妊娠後期の下肢静脈超音波検査804件のうち水腎症の割合をそれぞれ求めた。また妊娠性水腎症は中期より後期に減少する傾向があるといわれている。そこで、今回は妊娠後期で水腎症中等度の妊婦の割合も求めた。今回の統計では、水腎症の基準として腎中心部高エコー乖離径を5mm以上、水腎症中等度を1mm以上として算出した。【結果】妊娠中期全妊婦のうち水腎症の割合は右腎20.8%・左腎1.6%・両腎6.0%、このうち中等度の割合は右腎12.3%・左腎23.1%・両腎0%だった。妊娠後期全妊婦での水腎症の割合は右腎14.6%・左腎1.7%・両腎2.2%、このうち中等度の割合は右腎31.6%・左腎3.8%・両腎3.8%だった。【結論・考察】妊娠中期・後期ともに右腎の方が水腎症になりやすいことがわかった。これは解剖学的に子宮は右側に傾いているため、妊娠水腎症は右腎に多いとされていることと一致する。また、妊婦の水腎症発症原因に胎児による尿管圧迫が考えられているが、この場合中期よりも胎児の子宮占拠率が高い後期の方が水腎症件数は多くなるはずだが、今回の集計では中期の方が多かった。妊婦水腎症の統計を採り出しておよそ1年間で今回のデータが得られたが、周産期母子医療センターを有する当院としては、母子管理の一環として良質な医療を提供できるように今後も検査を継続していく方針である。

O-084**当院におけるホルミウムヤグレーザーを用いたf-TULの治療成績**

原浩司、青木重之、山田芳彰
JCHO 可児とうのう病院

【目的】近年硬性、軟性尿管鏡の発達により経尿道的に上部尿路全ての部位に安全にアプローチ出来るようになった。当院では2012年4月からホルミウムヤグレーザーを用いた経尿道的尿管結石砕石術(TUL)を施行している。2012年4月から2015年3月までに、当院で施行した軟性鏡による経尿道的尿管結石砕石術の治療成績について報告する。【対象と方法】2012年4月～2015年3月までの3年間にTULを施行した126例のうち、軟性鏡を用いた経尿道的尿管結石砕石術(f-TUL)20例を対象とした。男性13例、女性7例、平均年齢は53.5歳(37歳～75歳)であった。結石部位は、R1:1例、R2:4例、R3:9例、U1:6例であった。患側の尿管口より0.035inchのガイドワイヤーを2本留置し、硬性尿管鏡を直接、もしくはガイドワイヤーに被せて挿入し、尿管内を観察。尿管狭窄がないことを確認後、ナビゲーターを留置し軟性鏡を挿入。結石を確認後、ガイドワイヤーに接触しないよう注意しながらホルミウムレーザーにて結石を破碎。破碎した結石はバスケットカテーテルにて回収した。術後は尿管ステントを2週間留置した。ホルミウムヤグレーザー発生装置はVersaPulse select100、軟性尿管鏡はOLMPUS社製P5、硬性尿管鏡はWolf社製、レーザーファイバーは200 μ mを使用した。【結果】結石径は平均13.6mm(3～22.5mm)、手術時間の平均は平均80.4分(37～116分)、f-TULでstone freeとなった症例は12例。追加でESWLを施行した症例は6例。結石に到達できなかった症例は2例。f-TUL単独のstone free rateは60%であったが、ESWLを併用することによりstone free rateは90%まで上昇した。合併症は敗血症を1例認めた。【結語】ホルミウムヤグレーザーを用いたf-TULはESWLと組み合わせることにより、良好な治療成績が期待できる治療法である。

O-085**病理診断科のIT機器充実と地域医療の活性化や遠隔病理診断ネットワークの為に有効活用とその展望**

猪山賢一、平岡陽介、寺園広太、安楽映美、飯干未来、園田美子
JCHO 熊本総合病院

【はじめに】当院は2014年4月より病理診断科標榜に際し、最新IT機器(1)術中迅速病理診断支援システム、(2)病理診断支援システム、(3)バーチャルスライドマイクロコピーの導入を行った。本学会ではこれら機器の有効活用による地域医療の活性化と展望について考察する。【IT機器活用の現状と結果】1)術中迅速診断支援システム：病理診断室に居ながら病理医は手術室の手術経過がリアルタイムに観察可能となり、病理診断室からは顕微鏡の顕微鏡ミクロ画像を手術室のモニターに配信して双方向性にマクロ像、ミクロ像を術者と病理医間で討論しながら検体の良悪性の判定や切除範囲の決定を行っている。2)病理診断支援システム：電子カルテからの病理診断報告書やマクロ画像、ミクロ画像が臨床医も随時閲覧可能となり、患者への病理診断結果の説明、病理組織検査履歴の検索や紹介元への病理診断情報提供および臨床各科医療スタッフとの合同術後カンファレンスや若手臨床医への教育研修が迅速かつ容易になった。3)バーチャルマイクロコピー：熊本県全域の医療水準のボトムアップを図る為、バーチャルスライドを活用した遠隔病理診断(テレパソロジー)を構築中である。現在、常勤病理医のいない公的病院への病理医派遣を行いつつ、派遣先病院へのバーチャルマイクロコピーの有用性とその啓蒙活動を推進している。【考察】上記IT機器の有効活用により迅速かつ正確で質の高い病理診断の提供が可能となった。今後の遠隔病理診断ネットワークの構築は病理医不在病院への地域医療支援にも大きく繋がる事が期待される。

O-086**末梢静脈持続点滴管理における滴下不良の検証実験**

瀬野尾優香、本間美幸、逸見奈央
JCHO 仙台南病院

【目的】末梢静脈持続点滴の固定で、漏れや抜けはないが滴下不良となることがあり、その対処方法としてフィルム固定の上から滴下良好となる位置に、紙絆創膏で引き気味で固定しているという現状に疑問を感じ原因を明らかにする。【対象と方法】被験者の看護師3名に対し手背と前腕部を手関節から下部、中部、上部に分け疑似的に点滴刺入を行う。様々な動きを行い留置針と皮膚の差をズレと浮きとして測定した。また、屈曲したものは著しく負荷がかかったものとみなし10mmとして数値化した。【研究デザイン】検証実験研究【用語の定義】ズレとはフィルム固定内でカニューレが左右どちらかにずれたものとし、浮きとはカニューレが皮膚から浮いた状態とした。【倫理的配慮】本研究は所属施設の倫理委員会の承認を受けたうえで実施し、被験者の安全を第一優先に行った。【結果】ズレも浮きも生じなかった部位は、前腕上部区間であった。最もズレや浮きが多かったのは前腕下部区間であった。カニューレの浮きやズレが生じることで滴下不良が起き、戻ることによって屈曲が起きた。【考察】滴下不良の要因として、私たちは点滴ルートが引っ張られることや絆創膏固定の伸縮が影響していると考えたが、予想以上に様々な動きがカニューレに伝わることでズレや浮きが生じることが分かった。前腕上部は、中部や下部と比べ筋肉量があり関節の動きに影響されにくく、固定が安定すると思った。年齢や体系などの個人差も関係することが分かった。【結論】末梢静脈持続点滴管理中の滴下不良の要因は、様々な動きによりカニューレのズレや浮きが生じ、屈曲するためである。屈曲したカニューレは元の状態に戻ることではないため、一時的に刺入部の上から紙絆創膏を用いて引き気味で固定するのは無意味であった。また、この方法は本来の安全な点滴固定ではないことと、患者の皮膚トラブルやカニューレの破損を起こす可能性もあるため避けるべきである。

O-087**ペースメーカー植え込み患者における冠動脈CTAへの影響とSingle Energy Metal Artifact Reductionの有用性**

山口隆義、森田真理、高橋大地、江本貴、藤井友則
JCHO 北海道病院

【背景】冠動脈CTAは、ペースメーカー植え込み患者に対しても施行される。この際、リード先端からのアーチファクトによって、一部の冠動脈評価が困難となる場合を経験するが、これらに関する詳細な報告はない。一方、メタルアーチファクト低減を目的とした画像再構成法が開発され、心臓以外の体内金属への有用性が報告され始めている。【目的】ペースメーカー植え込み患者における冠動脈CTAでの描出能を評価し、Single Energy Metal Artifact Reduction (SEMAR)の有用性に関して検討する。【方法】DDDペースメーカー植え込み患者20例を対象に、AHA分類による各冠動脈セグメントにて、リード先端からのアーチファクトの影響を、0:影響なく評価可能、1:影響あるが評価可能、2:評価不能の3段階に分類した。また、電極リードを用いたファントムを作成し、SEMARを含む各種画像再構成法によるアーチファクトを評価した。さらに、臨床例に対してSEMARによる画像再構成を行い、その効果を確認した。【結果】評価不能セグメントは全体の5%であり、#1:40%、#8:15%、#7:10%の順に多く認めた。ファントムによる評価では、SEMARで有意にアーチファクトの低下を認めた。また、臨床例にSEMARを適用した場合、金属アーチファクトによる評価不能セグメントは出現しなかったが、フル再構成法にしか対応出来ないため、心拍数の高い症例でモーションアーチファクトが発生した。【結語】SEMARはペースメーカー植え込み患者に対して有用となる可能性がある。

O-088**当院における条件付き MRI 対応ペースメーカー挿入患者の撮影について**

岡本崇宏¹、吉岡栄治¹、今村正¹、餅谷優希¹、長東秀一¹、源雅弘²、森雅之²
¹JCHO 金沢病院 放射線科、²循環器内科

【背景と目的】現在日本では5社から、条件付きMRI対応ペースメーカー（以下PM）が発売されている。当院でも2013年6月にメトロニック社のAdvisa®挿入患者の腰椎MRIの施行を機に、ボストン社のPMに関しても施設認定を受けたが、検査オーダーが無い状況が続いていた。しかし、今年度に2例目となるAdvisa®挿入患者の頭部MRI検査が施行されたので、これら2例について報告する。【結果】Advisa®の実施条件を踏まえSARが基準値を超えないように、撮影条件を調整し検査を施行した。2例とも、メーカーや他職種との連携もスムーズに行われ、患者に大きな異常もなく検査を施行することができた。【考察】今後、条件付きMRI対応PM挿入患者は増加していくことが予想される。当院でも、残りの3社についても施設認定を検討し、マニュアルの作成や周知を徹底して、検査が安全に施行できるようにしていきたい。【使用機器】SIEMENS社製MAGNETOM Avanto 1.5T

O-090**デンタルCTにおける3D画像処理の検討**

小原貴喜、恩蔵舞子、藤田勉、鈴木達弥、高橋悦子
JCHO 相模野病院

【目的】当院では平成25年3月から歯科口腔外科の開設により、パノラマ・デンタル撮影およびデンタルCTの撮影が開始された。CT装置におけるデンタルCT専用ソフトは、従来のレントゲン撮影では表示できない任意断層の再構成画像を作成することができ、診断や治療に有用な画像情報を提供することができる。今回、デンタルCT撮影だけではなく汎用画像診断装置ワークステーション（ZIOSTASION）を使用し、3D画像の作成を行い診断および治療に有用な画像情報が得られるか検討した。【方法】平成25年4月から平成27年3月までのデンタルCT撮影を行った156例のうち66例について、歯科口腔外科医師の指示のもと3D画像を作成し検討を行った。【使用機器】TOSHIBA AquilionCX、デンタル（歯科用解析）オプションソフトウェア、ZIOSTASION ver.2【結果】目的症例に対する3D画像の作成方法は、以下の3種類に分けられた。①嚢胞性病変の症例に対し、骨のみを表示②埋伏歯の症例に対し、骨を透過させ歯のみを強調③過剰歯の症例に対し、骨を透過し歯を強調させ、さらに過剰歯を着色上記のように、目的症例に応じ表示方法を工夫することで診断および治療に有用な画像情報が得られることが分かった。【考察】3D画像は、診断および治療を行う上で病変を立体的に把握することができ、骨画像をもとに治療計画を立てることもできる。また患者に対し説明する点でも有用であると言える。断面だけでは判断できない病変に対し3D画像表示を行うことで、全体像の把握や周囲との位置関係など様々な画像情報を得ることができる。しかし、それぞれに適した画像処理方法があり、目的症例に対し知識を深め最適な画像情報を提供することが重要であると考えられる。

O-089**支援画像として3Dワークステーションの活用～連携・貢献をキーワードに～**

小林靖雄、松坂宏夫
JCHO 埼玉メディカルセンター

（背景）近年、CT装置は1画像づつ観察するだけの診断方法に用いるだけでなく、ボリューム情報の三次元的な観察の要素が高まりコンピュータの処理能力も向上し再構成時間も短縮。横断画像の再構成というよりは、三次元的なボリュームデータの再構成装置としての位置付けとしての意味合いが大きい。（目的）JCHOの理念である「…連携し、地域医療の改革を進め安心して暮らせる地域づくりに貢献」との視点から、診療放射線技師という立場で主に携わるCT業務、中でも3D処理が有用であった症例を報告する。（使用機器）TOSHIBA Aquilion 64 TOSHIBA Aquilion Super4 ziostation 2（方法）主に当院で行われている3D処理は、整形・形成外科での骨作成、CTA（頭部、胸部、腹部、下肢等）、心臓冠動脈が主である。3D処理症例からJCHOの理念である「…連携」、「…安心して暮らせる地域づくりに貢献」という視点で症例を検討してみた。（結果）上記の視点「…連携」「…貢献」から支援画像として特に有用と思った3D処理症例を示す。症例1：右頸部外切開による異物摘出術の術前3D処理 症例2：開胸開腹横隔ヘルニア根治術の術前3D処理（考察）CT装置、3Dワークステーションでの画像提供の重要性は大きい、購入するには経済的負担が大きい。JCHOの理念とJCHO病院の社会的使命を背景に3Dワークステーションを使用して3D処理を行った今回の症例は、患者様のQOL向上に貢献できたと思える。さらに、その処理能力は近年飛躍的に向上している。使用する技師も日々自己研鑽に励み技術の習得と向上をし、より有用性の高い画像提供が求められる。（結語）JCHOの理念と公的医療機関としての社会的使命、JCHO病院の地域での役割りを真摯に受け止め安心の地域医療を支えるJCHOの一員、診療放射線技師として常に向上心を持ち業務に携わって行こうと思う。

O-091**ドパミントランスポーターシンチ～画像処理条件の検討～**

深田直樹、神山和明、山本進治
JCHO 東京山手メディカルセンター

【背景】パーキンソン病やレビー小体型認知症などでは、ドパミントランスポーター（DAT）密度が低下していることが知られており、鑑別診断にはSPECT画像も用いられる。画像の評価は線条体RI集積の視覚的、半定量的指標により行われるが、収集条件や画像処理条件により変動が大きい。【目的】画像再構成法に3DOSEM法を用い、サブセット数やイタレーション回数、減弱補正（以下AC）や散乱補正（以下SC）の有無による視覚的な画像の評価と、半定量的指標値がどのように変化するのかが検討した。【方法】ファントムの線条体：バックグラウンドのカウント比が8:1、4:1となるように、濃度をえて収集を行った。画像処理条件は、サブセット数やイタレーション回数を変化させた。またACやSCの有無により再構成処理された画像の視覚的評価、DAT VIEW（解析ソフト）による半定量的指標の確認を行った。これらの評価には線条体ファントム内の同一の場所に直線ROIを置き半値幅が収束する画像を用いた。【結果】半値幅はサブセット数・イタレーション回数の積が40を超えたあたりで、収束をはじめた。視覚的評価では、ACの効果により、よりカウント比が低い場合に、被殻後部で描出が良くなった。SCの効果により、SCありのみの場合に被殻前部、被殻後部で描出が悪くなった。ACあり・SCありの場合に線条体描出はより良好であった。半定量的指標の値は、AC・SCともに補正後の半定量値が高くなった。SCなしの場合では、収束傾向を示したが、SCありの場合で安定しなかった。【考察】ACでは中心部のカウントを上げること、SCでは散乱成分を除去することが目的であり、ファントム中心部の被殻部、周辺部のバックグラウンドではAC・SCの影響を受けやすい。また、半定量的指標評価では、解析ソフトによる自動輪郭抽出の影響も受けると考えられる。これらの特性を理解したうえで実際の臨床では使用する必要がある。

O-092

立位荷重時下肢全長撮影時の下肢の回旋によってどのような影響を受けるのか？

平塚美由樹、大塚博徳、大高一憲、木村一朋
JCHO 秋田病院

立位下肢全長正面機能軸が撮影時の下肢の回旋によってどのような影響を受けるか？(第一報)【目的】立位荷重時下肢全長正面レントゲンは、変形性膝関節症に対しての関節形成術の術前計画と術後の長期予後を評価する上で必須な検査であり、その精度と再現性が重要である。本研究の目的は、本レントゲンの機能軸が撮影時の下肢の回旋によってどのような影響を受けるのかを調査し、デジタルラジオグラフィ装置 SONIALVISION Safire17 の有用性を評価することである。【方法】対象症例は、当院において人工膝関節全置換術を施行された変形性膝関節症 39 例である。撮影機種は島津メディカル社製 SONIALVISION Safire17 であり、撮影台を床面に垂直にして立位を取らせた状態で、下肢が中間位・内旋位・外旋位を取るような足型の上に立たせてそれぞれの肢位でスロット撮影した。膝関節部での機能軸がどの部位を通過するかを測定するため、脛骨の全横径で脛骨内顆縁から荷重軸までの長さを除した値% MA を測定し、中間位の% MA から内外旋位での% MA の差を処理して評価した。【結果】中間位の% MA は、平均 46.54 ± 4.30 であり、内外旋による中間位との% MA の差は、内旋で 3.38 ± 4.29 、外旋で 4.08 ± 2.87 であった。% MA の差が 2SD 以上の症例は、内旋で 2 例 5%、外旋で 0 だった。【考察】内外旋で% MA の差が大きい症例を検討してみると、撮影時に膝の完全伸展を保持できない症例、大腿骨や脛骨の彎曲が強い症例、撮影台での立位が前傾姿勢となってしまう症例だった。【結論】完全伸展位で立位を保持できる症例においては、下肢の内外旋の影響が少ない事が判明した。立位下肢全長正面撮影時に正確な機能軸のデータを提供するにおいて、デジタルラジオグラフィ装置 SONIALVISION Safire17 の使用は有用である。

O-093

X線透視室における散乱線モンテカルロシミュレーションによる従事者被ばくの可視化

阿野匡昭、松坂宏夫
JCHO 埼玉メディカルセンター

【背景】X線透視室における IVR は、イレウスチューブの挿入や ERCP など長時間の透視を必要とする手技が多い。手技の自由度を向上するために進んだ検出器の大型化は、視野の拡大と引き換えに患者と従事者の被ばくを増加させる可能性を有している。患者の被ばくは、面積線量計による数値化や処置に対する正当化などにより管理されるが、従事者被ばくの管理は個人被ばく線量計による実測が中心であり、線量の把握に最大で 1.5 か月程度の待機時間を必要とすることから対応は遅れがちである。医療チームの専門化などを背景として特定の個人に被ばくが累積するなかで、放射線防護デバイスの利用法も含めた教育訓練等による教育が従事者被ばくの低減に最も有効な手法であることは明白であるものの、放射線物理学の系統的な教育を受けていないものにとっては難解であると考えられることも多く、空間の線量分布を直感的に理解できる教材の開発が望まれた。【目的】従事者被ばくと放射線防護手法の理解を目指した空間線量分布可視化モデルの作成。【方法】X線透視室および透視装置の構造を汎用モンテカルロコード上で記述し、散乱線の粒子輸送から光子フルエンスと空気カーマの空間分布を導出した。線源は、拡張性と計算資源導入コスト削減のため、仮想線源モデルを使用した。X線スペクトルは理論式により導出した。【結果】空間線量分布がカラーマッピングされ、照射野サイズや従事者の位置移動に対する被ばく線量の応答が明確となった。【考察】検査室内構造物をレンダリングして空間線量分布の重ね合わせをすることで俯瞰が可能となり、自由な視点から被ばく線量の理解が可能となった。これにより被ばく線量の可視化という目的は果たされたが、被ばく線量の低減効果や防護意識の変化については今後の追跡調査の必要があると考えられる。

O-094

50 歳未満の健診受診者における胃 X 線所見と ABC 検診の対比

畑中大輔¹、森岡祐平¹、横田重弘¹、鳥原善人¹、石元進也²、杜若陽祐³
¹JCHO 宮崎江南病院 放射線部、²健康管理棟 管理課、³健診部

【目的】H.pylori (以下 HP) 感染や胃粘膜の萎縮の進行が少ないと考えられる 50 歳未満の受診者の胃 X 線所見と ABC 検診を対比し、X 線所見での HP 感染の有無の判定が可能であるか背景胃粘膜の評価を行うこと。【対象・方法】対象は平成 24 年 4 月から平成 27 年 3 月の間に胃 X 線検査と ABC 検診を両方行った 50 歳未満の受診者 185 人(男性 114 人、女性 71 人)である。ABC 検診は血清 HP 抗体検査および血清ペプシノゲン I / II 検査を行い分類した。また、胃 X 線検査の背景胃粘膜の評価は、ひだの分布、ひだの形状、ひだの幅、粘膜表面像の 4 つの形態について検討した。【結果】ABC 検診では A 群が 119 人(64.3%)、B 群が 49 人(26.5%)、C 群が 15 人(8.1%)、D 群が 2 人(1.1%) であった。各群において割合の高い X 線所見は、ひだの分布では、A 群の萎縮なしが 46 人(38.7%)、B 群、C 群の萎縮中等および高度がそれぞれ 41 人(83.7%)、12 人(80.0%) であった。ひだの形状では、A 群の正常型が 73 人(61.3%)、B 群、C 群の異常型がそれぞれ 27 人(55.1%)、8 人(53.3%) であった。ひだの幅では、A 群で細い(4mm 未満) ひだが 96 人(80.7%)、B 群、C 群で太い(4mm 以上) ひだがそれぞれ 32 人(65.3%)、12 人(80.0%) であった。粘膜表面像では、A 群の平滑型が 105 人(88.2%)、B 群、C 群の粗造型および中間型がそれぞれ 43 人(87.8%)、13 人(86.7%) であった。また、A 群において、ひだおよび粘膜表面像がいずれも正常(萎縮なし、正常型、細い、平滑型すべての所見が一致)であった割合は、約 3 割(29.4%)を示した。【結論】HP 感染の有無を判定する所見として、粘膜表面像が最も有用であった。ひだおよび粘膜表面像がいずれも正常な A 群についてエビデンスが揃えば、今後、検診間隔等の変更も可能であると考えられる。

O-095

診療放射線技師の立場における Artis zeego の導入と使用経験

中岡伸悟、圓尾圭司、大泉隆
JCHO 大阪病院

【はじめに】2015 年 5 月の当院建替えに合わせ、心臓血管外科が中心となり、ハイブリッド手術室アンギオシステムが新規導入されたので、装置概要と使用経験を報告する。また、心臓血管外科のオペ使用日以外の装置有効利用を図るため、他科のオペも施行するようになったので、併せて報告する。【導入装置】(血管造影装置):Siemens 社製 Artis zeego。(手術台):MAQUET 社製 MAGNUS。【症例】① EVAR: 3D 血管像を透視画像上へ投影する 3D ロードマップ機能により、腎動脈と AAA の位置把握が容易となる。また、CT ライクイメージングを使用することで、ステント留置後のエンドリーク確認を行う。② 下腿バイパス、内臓剥離 + PTA (循環器内科との共観): 最大視野約 48cm の大型 FPD を使用し、従来の I.I. より広範囲の撮影が可能。また、視野周辺領域も歪まない画像が得られる。また、3 枚存在するフィルターを使用することにより、両足の間も含めハレーションを抑えることが出来る。③ 頸椎後方固定(整形外科): 手技は X 線透視下もしくは CT ガイド下で行うのが一般的であるが、両方の機能を駆使して行うのが最も有効と思われる。そこで X 線透視下で針を進め、CT ライクイメージングにより穿刺位置を確認する。【今後の課題】産後出血に対する動脈塞栓術、膝 HTO、脳外・耳鼻科の腫瘍摘出などもハイブリッド手術室の対象症例となり得る。【まとめ】近年、血管造影は診断から治療へと領域が変化してきている。また術中 CT ライクイメージングのニーズも増えつつある。この流れの中でハイブリッド手術室でのアンギオシステムは治療部位や治療過程の正確な把握が行えることから、診療科を問わず今後も有用性が期待出来る。

O-096**頭頸部領域における金属アーチファクト低減処理を用いた撮影条件の検討**

元岡秀昭、川崎直正、井上友紀、福田洋介、瀧口雅晴、末弘正人
JCHO 九州病院

【背景・目的】当院では耳鼻科、頭頸部外科の術前に造影 CT 検査を必須としているが、歯科治療用金属歯による金属アーチファクトが原因で軟部組織の評価が難しい場合がある。2014 年に 80 列 MDCT が導入され、金属アーチファクト低減処理 Single Energy Metal Artifact Reduction (SEMAR) が使用できるようになった。従来の撮影はヘリカルスキャンにて行っているが、80 列 MDCT において SEMAR はノンヘリカルスキャンでの限定使用である。今回、SEMAR を用いた金属アーチファクト低減処理画像での低コントラストを評価し、撮影条件の検討を行ったので報告する。【方法】始めに CatphanCT ファントムの低コントラストモジュールを、撮影条件（電圧、電流、回転速度、FOV）を変えて撮影した。次にファントム辺縁の 2 か所に金属歯（金銀パラジウム合金）を配置し、同様に撮影条件を変えて撮影し、SEMAR で再構成を行った。金属歯がない場合と金属歯があり、SEMAR を使用した場合の同一箇所での CNR を測定・比較し、撮影条件の検討を行った。【結果】頭頸部領域において、ノンヘリカルスキャンでの SEMAR を使用する場合、検討より得られた撮影条件を用いることで、軟部組織のコントラストを維持したまま、金属アーチファクトの影響を低減でき、診断に良好な画像の提供が可能となった。

O-097**ワークステーションによる高周波強調フィルタを用いた CT 画像の検討**

江口徹、山本侑司、松島正直、友森周三、高橋博史
JCHO 星ヶ丘医療センター

【背景・目的】CT 検査では目的とする部位により標準関数画像を保存している。このため肺野などの高周波関数を用いた画像を必要とした時、ワークステーション（以下 VINCENT）付属の画像処理機能を用いて高周波成分を強調させた画像を再構成し代用することがある。今回、標準関数から高周波成分を強調させた画像を作成し、物理的・視覚的評価を行い、その有用性について検討した。【方法】1) VINCENT を使用し標準関数画像に 0 から 100 まで変化可能な高周波強調フィルタを 4 段階（25, 50, 75, 100）に変化させ画像を作成した。これら 4 画像と高周波関数画像の計 5 画像について以下の 2 項目を検討した。1 - 1) Catphan700 (CTP682) を使用し、ワイヤー法にて空間分解能を算出した。1 - 2) Catphan700 (CTP714) を使用し、スリットによる視覚的評価を行った。2) 複数の臨床胸部画像を用いて方法 1 と同様に高周波成分を強調した 4 種類の画像を作成した。それらの画像から高周波関数画像を差分した画像を作成し、ImageJ にて各差分画像の SD 値測定を行いミスレジストレーションの評価をした。【結果】1) ワイヤー法における空間分解能は大きな変化がみられなかった。スリットの視覚的評価では高周波強調フィルタ 100 が高周波関数画像と近似していた。2) 高周波強調フィルタ 50 が最も低い SD 値となり、ミスレジストレーションが小さくなった。【考察・結語】アンダーシュートやオーバーシュートが再現されていないためにワイヤー法の物理的評価は大きな変化がみられなかった。しかし、スリットによる視覚的評価では画像の大きな改善が認められた。また、スリット評価と臨床画像評価の結果に差異が生じたのはファントムの単調な構造と人体の複雑な構造に明らかな違いがあるためと考える。本研究では差分画像から算出した SD 値と臨床画像の結果より最もミスレジストレーションが小さくなった高周波強調フィルタ 50 の画像が参照画像として有用であることが示唆された。

O-098**背景粘膜を基に検討した、上部消化管検査結果について**

赤羽根誠、設楽賢司、大垣善弘、館野裕介、齋藤直樹、遠藤絵里子、藤本健司、大澤孝光
JCHO うつのみや病院

【目的】近年 X 線画像のヒダと背景粘膜から粘膜の萎縮の状態を想定することが可能であるとの報告がなされており、萎縮の進んだ状態の粘膜から高確率でがんが発生すると言われている。そこで当院の検査結果を調べ、今後当院がやるべきことを検討した。【方法】対象は健康管理センターで過去5年間に発見された胃がん15例のX線画像である。今回の検討はピロリ菌感染の有無、及び内視鏡の結果を検討項目に入れない。あくまでも X 線画像から想定した萎縮度をもとに行った。粘膜の状態から萎縮を判断する方法は、大宮医師会胃がん検診委員会及び関西消化管撮像懇話会の判定基準を基にした。これらの判定基準を基に当院で発見された胃がんの背景粘膜がどのような状態であったかを調べた。【結果】15例中13例において、画像上粘膜の萎縮が疑われた。当院でも萎縮している粘膜から高確率で胃がんが発生していた。また受診者が少なくピロリ菌の感染も少ないためと考えられるが、30代から胃がんは出ていなかった。また40代からは1名のみが発見であった。当院でも60歳を超え、粘膜に萎縮のある状態の男性からの胃がんが多かったが、今回の結果から50歳以上の粘膜萎縮を思わせる男性の場合はがんを想定し特に慎重に検査するべきであることがわかった。

O-100**microscopy coil を使用した MRI TFCC 撮影標準化について基礎的検討**

中富崇史、志岐祐介、中村寿志
JCHO 佐賀中部病院

【目的】当院では microscopy coil を使用して TFCC（三角繊維軟骨複合体）を撮像している。この撮影は、coil の位置等の手技的な問題のため、画質の標準化が難しい撮影である。今回、常に一定の品質の画像を提供できるように、撮像の基礎的考察をおこなったので報告する。【方法】microscopy coil の撮像範囲を特定するために、ファントム撮影を行い、得られる信号値から撮像範囲の特定および FOV による信号値のの違いの検討を行った。また、TFCC の位置を体表面から知るための手がかりを調べるため、microscopy coil を手関節のさまざまな位置に置いて撮像を行った。体位による画像の違いを知るために、仰臥位で手を下ろした体位と伏臥位で手を上げた体位の二体位の画像比較を行った。【結果】FOV による最大信号値は FOV が大きなもののほうが、大きい傾向が見られた。また、撮像範囲は5cm程となった。microscopy coil の位置は尺骨頭に coil 穴の下縁を合わせるのが TFCC の信号が良好に得られる傾向が見られた。体位の違いは画像ではあまり現れなかったが、解剖学のおよび磁場の均一性を考えると伏臥位がよいと考えられる。しかしながら、撮像時間が長時間に及ぶため、体動により検査が不良となることを考えるとどちらがよいと一概には言えないと考えられる。【考察】MRI TFCC 撮影では、coil の位置と体位が重要であることがわかった。coil の位置の目安を尺骨頭にあることで、画質の安定が図られた。

O-099**当院における消化器癌の手術支援画像**

吉野将太、池田沙緒里
JCHO 福岡ゆたか中央病院

目的：当院では平成27年4月に3DワークステーションSYNAPSE VINCENTを導入し、現在、手術支援画像を提供できる体制を整えている。平成27年度4月から9月までの手術件数は485件。うち外科の手術件数178件で、胃癌・大腸癌等の消化器癌に対する腹腔鏡手術件数は23件である。今回、本装置を用いた腹腔鏡下胃癌・大腸癌手術支援画像を作成する取り組みについて報告する。使用機器：CT装置はSOMATOM Definition AS+（SIEMENS社）を用い、三次元ワークステーションにSYNAPSE VINCENT（FUJIFILM社）を使用した。造影剤は非イオン性造影剤を使用、自動注入器はStellant DF（MEDRAD社）を用い、ヨード量約600mgI/kg、注入時間25～30秒で急速注入を行った。方法：①当院では翌週の（仮）手術予定表が火曜日に発行される。その（仮）予定表にて手術日程を把握し、検査施行後より可及的速やかに手術支援画像を作成する。②画像作成後、手術時に問題となる分岐形態のanomalyやvariation等について術者とディスカッションを行う。ディスカッションによって必要とされた画像は追加作成を行い、再度ディスカッションを行った後、PACSに画像を送信する。③手術後、作成した手術支援画像・手術内容について再評価を行う。術者より得たフィードバック情報は、次回以降の手術支援画像作成に活かすようにする。結果：手術支援画像は血管の位置関係が把握でき、合併症の回避・手術時間の短縮につながり、術者間の情報共有にも有用であった。また、事前に手術プランの作成も可能となり、手術の安全性の確保につながった。まとめ：手術支援画像作成で大切なことは、目的血管を忠実に描出し、術者が必要とする画像を提供することである。高画質な画像を作成するためにも、技師が画像作成に必要な知識を取得し、術者とのディスカッションを重ねながら、術者が必要とする可能な限り正確な画像を作成することが必要である。手術支援画像作成の際、術者とコミュニケーションを図ることは臨床的に有用な高画質な画像提供につながる重要なことと考える。

O-101**放射線線量管理システムによる線量最適化への取り組み**

山口浩嗣、長友俊樹、本石柱也、碓智亮、氏原健吾
JCHO 諫早総合病院

【目的】近年、医療分野における放射線の利用が急速に拡大し、医療で受ける放射線被ばくによる影響への関心が高まっている。その中で、2015年6月に被ばくに対する正当化と最適化を考慮した診断参考レベルが医療被ばく研究情報ネットワーク（Japan Network for Research and Information on Medical Exposures: J-RIME）により公表された。しかし、実際の臨床において患者がどの程度被ばくしているか詳細には把握できていない現状にあるため、当院に導入している、放射線量管理システムで被ばく線量最適化の検討を行った。【方法】当院で接続しているモダリティについてどの程度被ばくしているかを把握するために、線量最適化支援システム（DoseWatch）で蓄積された被ばく線量を参考にしながら、診断参考レベル（J-RIME）と検証した。【結果】接続モダリティから線量情報を直接取得、追跡、レポートし院内全体の線量管理を行い、線量の最適化を図ることにより、低被ばくで鮮明な医用画像の作成をサポートすることが可能になった。【まとめ】線量超過の原因を突き止めることにより撮影時の線量を最適化し、線量データを可視化・分析し、最適化を促進することができた。さらに、自動線量通知機能を使用することにより、累積線量に対して閾値を設定することができるため、心カテなどで閾値を超えた場合には、術者に対してアラートを発信するので、放射線被ばく管理の面からも有用である。

O-102**3D-dual echo の合成画像を用いた頭部 MR-Venography における再構成条件の基礎検討**

遠藤優、田上幸弘、石原正仁、友森周三、高橋博史
JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】3D-dual echo の合成画像を用いる Hybrid of Opposite-Contrast (HOP) 法は、動脈が高信号である 1st-Echo に全脳血管が低信号である 2nd-Echo を合成する東芝独自の撮像法である。主に頭部末梢動脈の描出に用いられる撮像法であるが、画像合成時の重み付けにより 1st-Echo の影響を小さくし 2nd-Echo を強調することで静脈を描出することも可能である。しかし 2nd-Echo の合成により、組織に埋もれているノイズや抑制されている背景信号が出現し画質低下を招くことがあるため、その特異性を把握することは重要である。本研究では、静脈の描出に影響の大きい 2nd-Echo の変更パラメータである重み付け量（重み係数）に関する検討を行った。【使用機器】東芝社製 EXCELART Vantage XGV 1.5T 【使用コイル】QD ヘッド SPEEDER 【方法】HOP 法を用いて撮像した MR-Venography 画像を無作為に抽出して、1st-Echo は重み係数一定、2nd-Echo は 20～200% の範囲で 20% 毎に新たに再構成し、静脈と背景組織（脳実質、脂肪）の信号強度を測定した。またそれらの画像において視覚評価を行った。【結果・考察】2nd-Echo の重み係数を大きくするに従い、背景組織の信号強度はそれぞれ異なる傾きで低下したが静脈は高信号に保たれていた。視覚評価では、2nd-Echo の重み係数が大きい画像ほど静脈のコントラストは高いが動脈や脂肪まで描出された。一方で小さくなると動脈は描出されないが静脈まで描出不良になってしまうという結果となった。2nd-Echo の重み係数の増加とともに静脈と背景組織との信号強度差は大きくなるにもかかわらず、再構成画像にて静脈だけが強調して描出されなかったのは、一部の背景組織がノイズ成分の増加による信号強度のばらつきにより相対的に高信号に描出されたためと考えられる。背景組織の信号強度差が最も小さい時の重み係数付近の画像は、背景が均一に抑制され信号にばらつきはなく、静脈のみが強調され目立った描出不良もなかった。以上のことから、HOP 法 MR-Venography における 2nd-Echo の重み係数の最適化が図れた。

O-104**当センターの健診における透視検査の安全対策**

田中靖、瀧沼清仁、神部拓人、深田直樹、鈴木基展、坂口秀喜、坂井英章、奥田圭二
JCHO 東京山手メディカルセンター

【はじめに】2015 年 5 月、巡回検診の胃 X 線検査で透視台と壁に頭部を挟まれ死亡するという重大な事故があったことは記憶に新しい。この事故で、日本消化器がん検診学会や NPO 日本消化器がん検診精度管理評価機構など胃 X 線検査に関連する団体から注意喚起および安全確認の徹底に関する文書が通知されました。当センターも例外ではなく、改めて安全対策について見直すこととしました。【目的】健診における胃 X 線検査に伴う偶発症を新胃 X 線撮影法ガイドラインを参考に、安全対策を構築します。【対象】健康管理センターを受診、胃 X 線検査を施行し偶発症を起こした受診者を対象としました。【方法】ガイドラインに沿って、誤嚥、腸閉塞、腸管穿孔、過敏症、その他を偶発症例とし、また、透視装置で起こった機械的・人為的トラブルについても検討しました。【結果】当日提示します。【まとめ】高齢化社会を迎えて、健診の内容も時代に合った取り組みをおこなっている施設も多々存在します。健診で苦痛な検査の代名詞である胃 X 線検査も年々減少していますが、上部消化管検査では、まだ圧倒的な数を施行しています。今回の見直す契機となった死亡事故に鑑み、いろいろなケースを想定して安全対策をおこなわなければならないと考えます。

O-103**デジタルマンモグラフィの平均乳腺線量測定方法の検討**

佐藤慶、野村香苗、廣川隆史、斎藤潤子、宗形彩美、善如寺梓、岸俊夫
JCHO 群馬中央病院

デジタルマンモグラフィの精度管理の中で、平均乳腺線量（AGD）の評価は受診者の安全と安心のために欠かせない項目のひとつである。線量評価については NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構（精中機構）のデジタルマンモグラフィ品質管理マニュアルにより、厚さ 40mm の PMMA ファントムを用い、線量計の位置は胸壁端から 6cm の位置において行うと定められている。このマニュアルは International Electrotechnical Commission 61223-3-2: 2007 をもとに、国際的な基準にのっとった測定を行うことを目的に精中機構で定められたものであるが、このファントム厚や測定位置は、欧米人女性のデータから決定されたものであり、日本人女性の乳房に対して合致しているかどうかの検討がなされていない。そこで今回、日本人女性の乳房に対する線量評価が適切になされるかどうか検証することを目的に、自動露出機構（AEC）を用いて FULL AUTO で撮影された当院の健康管理センターの乳がん検診受診者のマンモグラムの画像と、付帯情報である被検者の年齢、管電圧、付加フィルタの種類、撮影時間、管電流、圧迫乳房厚、および AGD を抽出した。撮影装置は LORAD M-IV Selenia（米国 HOLOGIC 社製）。抽出画像は 1200 例をこえている。撮影は、日本乳がん検診精度管理中央機構から検診マンモグラフィ撮影診療放射線技師として A 認定を受けた 4 名の診療放射線技師により実施された。結果として、ファントムの厚みに関しては日本人女性にも十分対応できるものであり、撮影位置にしても問題ないことが確認された。今後も受診者にとってより良い検査が行われるよう、国際的な基準にあわせながらも、日本人女性にも対応できる精度管理の方法や評価についてさらに検討を重ねていきたい。

O-105

多職種協働で行う転倒予防を目的とした「生活動作アセスメント」の試み

木村鷹介、猪股紗織、木村理恵、濱中康治、田中尚喜、川合美穂子、室生祥
JCHO 東京新宿メディカルセンター

【背景と目的】脳卒中患者の転倒には環境因子が関与することが知られている。当院では、病棟内歩行自立者の転倒予防を目的として「生活動作アセスメント」に基づいた環境調整を行っている。具体的には、ベッドサイドの生活スペースに関連する動作などを作業療法士、理学療法士が評価して、その結果を看護師と情報共有し、環境を調整している。本研究では、「生活動作アセスメント」の効果について検証した。【対象】平成24年5月から平成27年9月までの間に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中患者のうち、入院時に病棟内歩行が自立しておらず、入院中に病棟内歩行が自立した95例とした。【方法】本研究では、生活動作アセスメントを実施した平成25年9月以降の60例を導入群、それ以前の35例を対照群とした。調査項目として、病棟内歩行自立日から退院日までの転倒の有無、合計転倒件数、転倒場所を診療録より後方視的に調査した。さらに、年齢、病型、発症から病棟内歩行自立までの期間、病棟内歩行自立時の下肢Brunnstrom stage、10m歩行速度、Functional Balance Scale、Functional Independence Measureの認知項目合計点、転倒転落リスクアセスメントシートの得点を調査した。統計学的解析では、両群の転倒者数について χ^2 検定を行った。それ以外の調査項目については χ^2 検定、Mann-WhitneyのU検定、t検定を行った。統計ソフトはSPSS ver21.0を用いた。有意水準は5%とした。【結果】両群の転倒者数に有意差はなかったが、対照群は7/35名(20.0%)、導入群は5/55名(8.3%)であり、導入群の方が少ない傾向にあった。合計転倒件数は、対照群は11件、導入群は8件であった。転倒場所は、対照群は6/11件、導入群は3/8件が病室内で生じていた。それ以外の調査項目は、両群に有意差はなかった。【考察】有意差は認められなかったものの、転倒者数は導入群の方が少ない傾向にあり、「生活動作アセスメント」は環境因子が主因である転倒事故の減少に一定の効果をもつと考えた。

O-106

登別病院における短時間通所リハビリテーションへの取り組み

富盛由李絵、成田可奈、成田元気、山田幸信
JCHO 登別病院 リハビリテーション室

＜はじめに＞近年、社会のニーズは医療と介護の連携や生活期リハビリテーションの充実に拡大してきている。当院は急性期、回復期の他、生活期のサービスとして訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、1時間以上2時間未満の短時間の通所リハビリテーション（以下短時間通所リハ）を運営している。今回、短時間通所リハ事業所の現状と特色、今後の展望について述べる。＜経過＞当事業所は平成12年より4時間以上6時間未満の通所リハビリテーションの運営を開始した。時代のニーズと周辺地域の状況を踏まえ、平成25年9月に地域初の短時間通所リハを併設、平成26年11月からは短時間通所リハのみの提供へ移行した。＜現状と特色＞短時間通所リハの登録者数は、開設時で13名、移行時で41名、平成27年9月末時点で78名となっている。現在はサービス提供時間90分間、1日2クールを職員8名で運営しており、1日の利用者数は13～23名（平均18名）である。当事業所ではリハビリテーションマネジメントに基づき、利用者個々にリハビリカード（利用者用・職員用）を作成している。これにより、利用者の主体的な運動の促しと、職員間の情報共有に役立てるとともに、限られた時間と職員数でも個性を重視したリハビリテーションを十分に提供できるよう配慮している。また、家事動作練習や屋外歩行、集団レクリエーション等も織り交ぜ、社会参加へ“楽しく”繋がるよう支援している。＜今後の展望＞短時間通所リハは、地域で生活する為の自立支援の手段として重要な役割を担っていくと考えられる。現在、当事業所は管内唯一の短時間通所リハであり、登録者数も増加している。退院患者の集中的・継続的なフォロー体制の整備や利用者の適切な修了、他事業との連携など課題はあるが、地域のニーズに応え、一体的な医療・介護サービスを提供できる環境づくりを目指していきたい。

O-107

頸髄損傷後の不全麻痺患者に対する維持期水中機能訓練の有効性について

西川昭彦¹、藤井充²、渡部昌平²
¹JCHO 宇和島病院 リハビリテーション科 診療部、²整形外科

【はじめに】当院では、頸髄損傷後の患者に対してプールを利用した水中機能訓練を積極的に行っている。水中では合併症などにより、訓練室では実施困難な起立・歩行訓練などが可能となり、継続する事でデコンディショニングの防止や活動性の維持が期待できる。今回、退院後も水中機能訓練が導入でき、機能の維持・改善がみられた症例を若干名経験したので報告する。【対象】当院に入院し水中機能訓練が導入できたFrankel分類Cレベルの頸髄損傷後の不全麻痺患者で、退院後も水中機能訓練を継続できた2例を対象とした。【方法】外来通院で週2回の水中機能訓練を実施、ハリビク法を応用した筋力強化と動作訓練、姿勢反応を利用した起立・歩行訓練を行った。評価項目は、ASIA motor score、Zancolli分類、水中歩行状態について退院時と1年経過後を比較検討した。【結果】ASIA motor scoreは、症例1では退院時36点から1年後42点、症例2では、32点から45点へ、Zancolli分類は、症例1では退院時、右C5Bから1年後C6A、左C6AからC6A I、症例2では、右C5Bから右C6B IIへ、左C5BからC6Aへ改善が認められた。水中歩行は、症例1では、退院時は頸部水位で何とか歩行訓練が可能な状態であったが、1年後には胸部水位両手介助で10m程度の歩行訓練が可能となった。症例2では頸部水位での歩行訓練から、胸部水位片手介助の歩行訓練が可能となった。【考察】今回の頸髄損傷患者にとって水中は、起立・歩行訓練が行える唯一の環境であった。水中での運動は等速性の状態で行われ、筋力の強弱にかかわらず適切な運動負荷を与える事ができ、浮力は粘性と共に作用する事で弱い筋力でも自動運動が可能となる。また、立位時には身体を支えるよう作用するため、起立・歩行動作が可能となると考える。【結語】頸髄損傷後の不全麻痺患者に対して外来通院での水中機能訓練を実施した。退院後も継続できた事で機能の維持・改善がみられ、維持期における水中機能訓練の有効性が確認できた。

O-108

入退院を繰り返した若年心不全患者に対する心臓リハビリテーションの経験

永井博規
JCHO 宮崎江南病院

【はじめに】入退院を繰り返していた若年心不全患者に対し、入院による心臓リハビリテーション（以下心リハ）を実施し一定の効果を得たため報告する。【症例】60代男性。50代にAMI発症、PCI施行。10年後VT発症を契機に心不全増悪。その後ASV導入やCRT-D植込術、左室形成術施行するも、短期間に心不全増悪による入退院を繰り返す。当院入院まで心リハ経験が無く、心リハ目的に当院紹介入院。入院時の身体機能はADL自立、独歩で移動可能。【経過】入院後の経過や問診より、心不全の原因は、飲水過多や不適切な食事管理、過負荷な運動と判断。飲水過多に対しては、厳密な飲水制限を実施したが守られず、体重が増加する傾向。そのため、飲水量と体重を毎日記録してもらい関連性を繰り返しフィードバックすることで、徐々に飲水制限が可能。運動に関しては、運動療法に加え、生活指導も実施。入浴動作では、座位での入浴や更衣方法を指導。また、日中の過負荷防止のため、具体的な歩行速度や距離を提示すると同時に、心負荷軽減のために歩行器を導入。日々の体調を本人と確認しながら、徐々に有酸素運動や低負荷でのレジスタンス運動を開始。運動量の自己調整を行うため、頸静脈拡張や下腿浮腫等の身体所見を確認するように指導し、自己管理能力向上を図った。入院中も心不全の増悪と寛解を繰り返したため、その都度本人と原因を考え、行動変容の働きかけを行った。退院前には本人同行で自宅を訪問し、具体的な家屋環境の調整と動作指導を実施。4ヵ月の入院にて自己管理能力が向上し、自宅退院。当院退院後は心不全の再燃なし。【結語】入院による包括的な心リハ導入により、身体状況や自宅での生活状況を十分に評価し、個々に合わせた適切な指導を実施したことで、自己管理能力が向上し再発防止に繋がった。心不全治療には薬物療法、外科的治療のみならず集中的な心リハが重要であり、それを担うのが当院の役割と考える。

O-109**低血糖性昏睡による遷延性意識障害に対し行った理学療法**

山本崇、田附満、大山聡、三輪昌子、佐々木美紀、佐藤直人
JCHO 札幌北辰病院 リハビリテーション部

はじめに：今回、低血糖性昏睡による遷延性意識障害の患者に対しリハビリ介入する機会を得たのでここに報告する。症例紹介：64歳男性。糖尿病によりインスリン使用。H27年4月5日飲酒後、持続インスリン量を誤って増量し午後9時頃就寝。6時間後、妻が異変に気付き午前4時頃当院救急搬送となる。搬送直後、JCS300、BS20mg/dl以下、BP185/62mmHg、PR90～100回/分、SpO2 97%、KT35.9℃。低血糖に対しグルコース投与するが意識状態変わらず。脳画像上は急性期病変なし。その後もグルコース投与を継続したがJCS3桁で経過。4病日目より意識障害に対する刺激入力目的の為にリハビリ開始。経過：4病日目JCS100～30、両上下肢自発運動あり。ギャジアップから離床開始。開眼得られやすくなるが意思疎通困難。8病日目JCS30～10、端坐位開始。端坐位中は常に開眼し稀に発話あるが従命困難。関係者に声掛けなどの刺激入力を依頼。11病日目JCS3～10、簡単な意思疎通可能も記憶力低下あり。基本動作、歩行器歩行練習開始。意思疎通可能な場面が徐々に増えた為、病棟での離床機会を増加していった。17病日目以降JCS1桁維持し日常会話も概ね可能。基本動作、歩行も見守りで可能となるも記憶力低下は残存。54病日目に記憶力低下あるが病状安定した為、独歩にて自宅退院となった。考察：低血糖性意識障害の程度は様々である。本症例は遷延性意識障害改善の為リハビリ介入となった。覚醒機能は脳幹網様体中枢が存在し、抗重力姿勢となることで脳幹網様体が賦活され覚醒機能向上に有効であると報告されている。本症例もリハビリにより離床促進する事で脳幹網様体が賦活され覚醒向上可能と予測し離床中心に介入していった。結果的に意識障害は週内変動見られたが、離床促進することで開眼や発話、意思疎通が可能となり、リハビリ介入が覚醒向上に繋がったと考えられる。またリハビリにより早期離床を行った事で二次的合併症を予防出来た点も、独歩での自宅退院に繋がったと考えられる。

O-110**投薬調整により入退院を繰り返しているパーキンソン病患者に対する運動療法の経験**

内田直祐、濱田浩志、二宮晴夫 MD
JCHO 大阪病院 リハビリテーション室

【はじめに】近年、パーキンソン病(PD)患者に対する理学療法において、運動の大きさに焦点化したプログラムが注目されている。今回、長期罹患によって投薬調整のための入退院を繰り返している患者に対し、運動の大きさに焦点化したプログラムを実施する経験を得たためこれに報告する。【症例提示】71歳女性、52歳のときから左上下肢の動きにくさが出現し、55歳でパーキンソン病と診断、69歳から投薬調整のために入退院を繰り返されている。主訴は不随意運動の増悪と幻覚の出現。既往歴は変形性腰椎症、子宮体癌術後、胆石術後である。入院時現症として入院数日前から体調不良の訴えがあり、徐々に倦怠感の増悪、発熱が出現し、ジスキネジアの増悪と幻覚が出現し当院受診された。投薬コントロールを目的に当院入院となり、入院翌日から理学療法介入となった。介入時評価では、Hoehn-Yahr重症度分類：Ⅳ、Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)：67点、10m歩行：17.5s、Timed up and Go Test (TUGT)：14.1s、歩幅：30cmであった。入院中に投薬コントロールを行い、運動療法として運動の大きさに焦点を当てた動作を週5回40分実施した。結果、UPDRS：48点、10m歩行：14.4s、TUGT：13.8s、歩幅：37.5cmと改善が認められ、投薬コントロールによってジスキネジアおよび幻覚の改善が認められたため自宅退院となった。【考察】本症例において、運動の大きさに焦点を当てた動作を実施したことによってUPDRS、10m歩行、TUGT、歩幅の改善が見られた。先行研究ではLee Silverman Voice Treatment®BIG (LSVT®BIG)を実施したことによって、UPDRSⅢの改善が見られると報告がある。本症例においてもLSVT®BIGの基本概念である運動の大きさに焦点を当てることを目標に運動療法を実施したことで、UPDRSⅢ(運動機能)は24点から21点と改善しており、更に歩幅も30cmから37.5cmとなり歩行効率の向上により、10m歩行、TUGTともに改善したものと考えられる。運動の大きさに焦点を当てて介入したことで、長期罹患のPD患者でも改善が見られることを示した。

O-111

糖尿病性筋萎縮症の理学療法経験

荒木直哉、濱田浩志 (RPT)、永富孝幸 (RPT)、二宮晴夫 (MD)、河野有紀 (MD)、
深阪勲 (MD)
JCHO 大阪病院

【はじめに】今回、糖尿病性筋萎縮症により歩行困難となった症例に対して、運動療法及び薬物療法を施行し、自宅退院可能となった症例を経験したので報告する。【症例紹介】60歳後半の男性、身長168.7cm、体重51.5kgであった。主訴は歩行困難、両下肢の痺れによる睡眠障害、併存症はⅡ型糖尿病、黄色靱帯骨化症(Th11~12)、既往歴は17年前に頸椎症性脊髄症にて前方固定術を施行している。現病歴はX年より糖尿病指摘。投薬開始となったが、血糖コントロール不良。その後、X+4年10月頃より両下肢の痺れ、筋力低下により歩行困難が出現。X+5年2月に歩行できなくなり精査目的で当院入院。【経過】入院1病日より理学療法開始。入院時HbA1Cは11.2、関節可動域(以下ROM)は膝関節に軽度の伸展制限を認めた。感覚は両側大腿以遠に常時強いしびれがあり、表在覚鈍麻、深部覚は関節位置覚正常、振動覚は低下、温痛覚は軽度鈍麻であり、深部腱反射は膝蓋腱反射両側軽度亢進、アキレス腱反射は両側低下であった。筋力はMMT2レベルであった。起き上がりは可能、立ち上がり・立位保持は支持物がなければ不可であり、FIMは106点であった。入院中、薬物療法・食事療法による血糖コントロール、併せて筋力強化・歩行練習などの理学療法を実施した。19病日には歩行器歩行可能となり、筋力は徒手筋力計にて股関節屈曲筋力74.9/80.5Nm、膝伸展筋力39.1/43.9Nmであった。55病日HbA1Cは9.0と改善、筋力はMMT3レベル、徒手筋力計では股関節屈曲筋力129.9/102.3Nm、膝伸展筋力81.8/81.4Nmと改善、独歩可能となり自宅退院となった。FIMは125点であった。【考察】今回、約8週間の入院加療で薬物療法・食事療法によって血糖コントロールが可能となり、さらに理学療法を施行したことで、神経症状の改善は認めなかったが、筋力ならびに歩行能力の改善に至った。糖尿病性筋萎縮症の予後に関しては様々な報告がされているが、今後も長期的な経過を追っていく必要があると考える。

O-113

左変形性肩関節症、上腕骨頭壊死によりリバーズ型人工肩関節全置換術を施行した一症例

近藤絵美、松久孝行
JCHO 相模野病院 整形外科

【目的】リバーズ型人工肩関節全置換術(以下RSA)は、平成26年4月に日本でも開始され、従来の人工肩関節全置換術と異なり、ボールとソケットの位置を逆にして肩甲上腕関節の回転中心を内下方へ移動し、三角筋のモーメントアームと張力を高めることで挙上の初動を行う手術である。当院でもまだ症例件数は少なく、今回、両側RSAを施行した症例に対し、術後の理学療法を行う機会を得たので経過を報告する。【症例紹介】70歳代女性、両変形性肩関節症による上腕骨頭壊死のため両肩挙上困難となり平成26年5月に右RSA施行後、今回左RSAを施行した。【理学療法評価】術前評価：左肩自動ROMは屈曲50°外転40°、他動ROMは屈曲125°外転115°、右肩自動ROMは屈曲120°外転120°であった。腹斜筋、広背筋の伸張性低下から体幹回旋の可動性低下を認めた。【経過】術後翌日より理学療法を開始した。術後4週間は外転装具で固定、術後5週目から三角巾固定、術後6週目から固定なしとした。術後2週より他動運動、術後4週より自動介助運動、自動運動を開始した。他動運動開始前は、肩甲骨可動域訓練、三角筋等尺性筋力訓練、体幹・下肢筋のストレッチ、筋力訓練から始めた。術後5週の自動ROMは屈曲50°外転50°、術後2ヶ月では屈曲80°外転80°、右肩筋力、腹斜筋、広背筋の伸張性低下が改善し体幹回旋可動性が向上した。現在は外来リハビリ継続中である。【考察】先行研究によると、自動ROMの経過は概ね術後3ヶ月で屈曲90°とされている。本症例の自動ROMの経過は、右RSA後はやや遅れたものの左右共に先行研究と概ね同等であった。右肩筋力、体幹回旋可動性が向上したことから術後早期より開始した体幹・下肢筋の柔軟性、筋力向上へのアプローチが経過につながったと考えられる。従って、早期の肩甲上腕関節固定時期より体幹機能へのアプローチを行うことが大切であると考えられる。

O-112

呼吸リハビリテーションにより呼吸困難が軽減し自宅退院し得た慢性閉塞性肺疾患(COPD)の急性増悪の一例

半谷華緒梨¹、尾山陽平¹、猪狩智生²、長井桂²、原田敏之²、秋山也寸史²、
館博明¹

¹JCHO 北海道病院 リハビリテーション部、²呼吸器センター

【はじめに】安定期においても高度な呼吸困難により活動制限が生じていたCOPD症例の急性増悪時の入院において、呼吸困難の軽減にリハビリテーション介入が有効であったので報告する。【症例紹介】74歳男性、66歳時当院呼吸器内科を受診、COPD、気管支喘息の診断で吸入ステロイド/長時間作用性β刺激薬吸入、長時間作用性抗コリン薬吸入、テオフィリン製剤を処方され加療中、本人が家事全般を実施し、入院前は家事や歩行時に呼吸困難で複数回の休憩を要していた。呼吸困難、全身倦怠感が増強し、同科再診。急性肺炎の診断で緊急入院となり、抗菌薬治療と酸素療法を開始した。炎症制御に時間を要し、第15病日に理学療法介入となった。【初期評価】BMIは21.40。修正MRC息切れ(mMRC)スケールはgrade3。基本動作や歩行は自立レベル。握力は右26.1/左12.0kgf。膝伸展筋力は右250/左248Nm(42.4/42.1%BW)。6分間歩行距離(6MWD)は330m。試験中鼻カニューレ5L/minで最低SpO2 90%。修正Borg scaleにて呼吸困難は開始時0、終了時7。Barthel Index(BI)は90点。【経過】筋力や運動耐容能の低下に対し、筋力トレーニング(膝関節伸展、カーフレイズ、起立反復)および全身持久力トレーニング(歩行、自転車エルゴメーター)を実施した。また口すぼめ呼吸や歩行に合わせた呼吸の方法を指導し、第17病日より作業療法を併用し日常生活動作練習を実施した。肺炎治癒後も低酸素血症が遷延したため、在宅酸素療法(HOT)を導入(安静時1L/min、体動時4L/min)。第33病日に自宅退院し、退院後は外来にて身体機能の評価や活動量の確認を実施しフォローアップした。【退院時評価】mMRCはgrade2。6MWDは380m。試験中の呼吸困難における修正Borg scaleは開始時0.5、終了時4と、呼吸困難と運動耐容能は改善し、BIも100点に向上した。【まとめ】肺炎の治癒に加え、HOT導入による低酸素状態の改善、呼吸法の修得および意欲的なトレーニングによる運動耐容能の改善などにより呼吸困難が軽減したと考えられる。

O-114

入院中の維持血液透析患者に対する栄養と日常生活動作の評価

浅野光香¹、佐藤元美²

¹JCHO 中京病院 リハビリテーションセンター、²腎臓内科・透析センター

【目的】50歳以上の維持血液透析(HD)患者において33.7%にサルコペニアが認められたことから、近年、HD患者は二次性の疾患関連サルコペニア群に分類されている。また、入院による不動によりさらに筋肉量・筋力が低下し日常生活動作(ADL)の低下をきたす可能性もある。入院したHD患者の栄養状態やADLを維持し非HD患者と同様に早く確実に在宅復帰させるためには、入院時から栄養状態や身体機能を把握しそれらの維持・改善へ取り組む必要がある。今回、当院に入院したHD患者の栄養状態およびADLについて検討した。【方法】調査対象は、平成27年8月以降、外科的手術を目的に予定入院となった65歳以上のHD患者とした。入院時、退院時、およびリハビリテーション開始時のHD開始前に、HD患者移動動作評価、Functional Independence Measure(FIM)、等尺性膝伸展筋力、握力、10m歩行速度、Time up and goを測定した。また、管理栄養士により各評価時のHD中に栄養評価を実施した。【結果】現在までに3例を評価した。2例は、FIMおよびHD患者移動動作評価のスコアが低下し、等尺性膝伸展筋力、10m歩行速度、握力も低下していた。栄養状態も低下傾向であった。【考察】ADLの低下や運動機能低下の一因として、外科的手術による疼痛の影響が示唆された。今後、さらに症例を増やして、HD患者における入院中の身体的変化・ADL変化とその要因を検討する予定である。

O-115

急性期医療終了後のリハビリテーション及び生活支援が2か月間十分に行われず、その後当院訪問リハビリテーションで対応した1症例

小野木愛

JCHO 可児とうのう病院

【はじめに】近年、急性期病院では早期退院が増えている。それを受けて医療・介護・生活支援の一体化の為、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。今回、退院調整が十分に行われず在宅復帰し、訪問リハビリテーション（訪リハ）導入が遅れたが、当院訪リハが介入に至り、ADL・QOLが改善した症例を経験した。【症例紹介】要支援2の90代女性。独居であるが長男夫婦と敷地内同居。夫は施設入所中。頸椎症性脊髄症と診断されA病院で椎弓形成術施行。初回訪問時は、両手指・足指の痺れは残存。加えて下肢・体幹筋力はMMT3レベルであった。自宅内は這うかシルバーカーで移動。屋外のトイレ・浴室へは伝い歩きと不安定ながら自立。易疲労性や転倒への恐怖心もあり、1人での外出は不可能であった。【経過】術後、シルバーカー歩行可能となり退院許可がでた。リハビリ及び退院調整目的でB病院へ転院するも、約1週間で自宅退院となった。その際、退院後に訪リハやデイサービス（デイ）等へ繋ぐ為の退院調整・連携は十分に行われていなかった。術前はADL自立、夫の介護も行っていたが、退院後はADL能力が低下していた。夫のケアマネージャーよりサービス導入の必要性について相談を受け、退院約2ヶ月後に週2回で訪リハ介入となった。9か月後には筋力MMT4レベル、ADLはほぼ自立した。現在はデイ2回、訪問回数も週1回となった。今後は地域の健康教室への参加を促し訪リハ終了も検討している。【まとめ】本症例に関しては、当院のサービスへ繋がれたものの約2か月を要してしまった。この期間を解消する為に出来る事が多々見受けられた。その中で重要な要素として、施設間の連携不足が挙げられる。本症例の様な高齢者を早期に見出し、より適切な支援をしていく為にも、地域包括ケア会議や地域包括ケアシステムの充実が望まれる。当院も、誰からでも相談を受けられる様な体制を整備し、地域へ発信していく必要があると考える。

O-116

バランス障害を呈した軽度運動麻痺の脳卒中患者に対し重心の位置に着目した訓練により歩行獲得に至った一例

岩附雄平¹、中川昌子¹、木村貞治²

¹JCHO 東京蒲田医療センター、²信州大学医学部保健学科

【はじめに】左皮質下出血により運動麻痺が軽度にも関わらず、バランス障害、特に重心が後方へ偏位した症例に対し、重心の位置に着目した訓練（重心着目訓練）により歩行能力が向上したため報告する。【症例紹介】本症例はヘルシンキ宣言に沿い事前の説明を行い同意を得た80歳代男性。入院前は独歩自立だったがX日に左皮質下出血発症。翌日PT開始。開始時、Brunnstrom Recovery Stage 右上下肢IV、起き上がり一部介助。下肢関節覚、足底感覚いずれも0/5。【経過】介入1週目で座位保持近位監視、車椅子乗車訓練開始。3週目で起居動作自立、起立時と立位保持時に後方へふらつく。Berg Balance Scale (BBS) 22/56点（立位動作2/28点）。歩行は腋窩介助で10m歩行検査33.99秒・歩数63歩。5週目で重心動揺検査で矩形のY方向中心が開眼-3.39、閉眼-1.30。以降、患者がセラピストの肩を前方へ押す起立訓練を追加。立位で前方のベッドを両上肢で押す訓練と左右方向へ重心移動訓練と前後左右方向の抵抗に抗しつつ重心を中心位に保つ重心移動訓練を追加。8週目で起立と立位が近位監視、重心動揺検査で開眼-0.70、閉眼0.25。下肢関節覚4/5、足底感覚5/5。BBS42/56点（15/28点）。歩行は補助具なしで近位監視。10m歩行検査19.78秒・歩数30歩。9週目で回復期病院転院。【考察】5週目に追加した訓練を継続した結果、深部覚が改善し重心の後方偏位の改善も得られた。BBSの点数が増加し10m歩行検査も向上したため、重心着目訓練が歩行能力の向上に有用であると思われた。今後は重心着目訓練の即時的効果について症例を更に増やして検討する予定である。

O-117

気腫合併肺線維症患者に対する呼吸リハビリテーションの経験

中田早紀¹、尾山陽平¹、半谷華緒梨¹、猪狩智生²、長井桂²、原田敏之²、
秋山也寸史²、館博明¹

¹JCHO 北海道病院 リハビリテーション部、²呼吸器センター

【はじめに】気腫合併肺線維症（CPFE）は肺の気腫化と線維化が共存した特異的疾患であり、体動時の息切れと低酸素血症が特徴である。在宅酸素療法（HOT）の導入に伴い、失業、活動性低下を認め、さらには著明な運動耐容能の低下と体動時の息切れを来した症例を担当した。呼吸リハビリテーション（PR）介入により、運動耐容能が著しく向上を認めたので報告する。【症例】70代男性。X年6月より労作時呼吸困難出現。X年7月 出血性胃潰瘍にて吐血し、他院の消化器内科に入院。低酸素血症、胸部CTにて蜂巣肺を認め、精査の結果、CPFEと診断された。ステロイド内服、HOT導入（体動時O₂ 3.0L/min）にて自宅退院した。退院後、体動時の息切れが増強し、当院呼吸器内科に入院した。第5病日より酸素流量の調節と運動耐容能の改善を目的にPRを開始した。【経過】初期評価時のBMI24.2、6分間歩行距離（6MWD）は305m、等尺性膝伸筋力（QF）は39.5% BWであった。体動時に高度な息切れ（mMRC3）と低酸素化を認めた。コンディショニング、呼吸法や動作指導、筋力トレーニング（カーフレイズ、膝伸運動、反復起立）、歩行運動（200m）から開始した。症状の改善にあわせて運動強度をあげ、持久力トレーニング（自転車エルゴメーター10分～20分）、階段練習を実施した。10週間の介入後に6MWDは475m、QFは46.3% BWへ向上した。酸素流量の低減は困難であり、息切れは残存したが、退院時mMRC2と入院時と比較し、改善を認めた。【まとめ】CPFE患者に対するPRの実施は、運動耐容能を維持・向上し、呼吸不全悪化後の息切れによる活動制限の進展を予防する可能性が示唆された。

O-119

離床困難症例のADL向上に対する免荷式リフトPOPO®の有効性

横田昌誠¹、本山隆浩¹、古長秀太¹、田仲敏明¹、馬木雄太¹、佐々木まい¹、
佐藤敦¹、中塚敬輔²

¹JCHO 福岡ゆたか中央病院 リハビリテーション科、²内科

【目的】離床困難症例に対し離床を進めるときは、リハビリ技師として転倒・骨折など二次的障害へのリスクを懸念しベッド上での機能訓練に留まっていた現状がある。当院では離床困難症例が入院した場合、早期離床のツールとして2014年1月に免荷式リフトPOPO®（POPO）を導入し、ADL拡大に向けて取り組んでいる。今回、POPO導入の効果について検証したので報告する。【対象と方法】2014年以降のリハビリ対象となった障害高齢者の日常生活自立度でランクB2（介助により車椅子に移乗する）、C1（自力で寝返りをうつ）に相当する患者のうち短期入院・意思疎通困難な患者を除外し、POPO使用を同意された群（使用群、N=11）とPOPO使用を拒否された群（非使用群、N=45）に分けBarthel Index（BI）を用いてADLの状態を評価した。ADL改善度は（退院時BI-入院時BI）とした。【結果】両群間において性別・年齢・介入前ADLの有意差はなかったが、在院日数については使用群51.6±38.1日が非使用群65.4±32.4日に比べ有意に短かった（P<0.05）。ADL改善度は使用群20.5±11.5点であり非使用群12.2±15.1点に比べ有意に改善した（P<0.05）。BIの10項目の内、移動（自立15点・部分介助10点・大部分介助5点・全介助0点）に関して使用群5.0±3.9点であり非使用群1.9±3.6点より有意に改善した（P<0.05）。他項目（食事・整容・移乗・トイレ・入浴・階段昇降・更衣・排尿自制・排便自制）においては差を認めなかった。POPOを使用し重篤な有害事象はなかった。【考察】POPOを使用した群で重篤な有害事象も無くADL改善・在院日数短縮を認めた。POPO使用により在院日数短縮の一助となる可能性も考えられた。移動に関して免荷機能により荷重関節の負担軽減や体力消耗の抑制効果が生じたこと、安全な歩行経験を得たことで離床訓練に対する不安・ストレスが軽減し、意欲的に取り組むことができ早期離床に繋がった可能性が考えられた。今後、症例数を増やし、安全性の確保・ADLの早期改善が得られるような理学療法プログラムの作成を目指す。

O-118

非麻痺側の過剰努力が歩行獲得を妨げた右片麻痺の一例

毛利圭成
JCHO 宇和島病院

【はじめに】今回心原性脳塞栓により右片麻痺を呈した症例に対し、歩行獲得を目指し理学療法を実施したが、非麻痺側の過剰努力による連合反応を生じ治療に難渋した症例について報告する。【症例】76歳、男性。平成27年5月19日心原性脳塞栓発症、急性期病院にて加療後、5月27日リハビリテーション（以下リハビリ）目的にて転院した。既往歴として平成3年頸椎・胸椎後縦靱帯骨化症にて手術施行。平成24年10月心原性脳塞栓発症。【開始時所見】Brunstrom Stage（以下BRS）手指V、上下肢VI、感覚障害（-）。両下肢ともに筋緊張の亢進がみられた。疼痛は股関節周囲を中心として安静時に著明で（左>右）、少しの刺激でも容易に緊張が高まった。股関節伸展制限が著明であり（左-25°、右-20°）、脊椎の可動性はなかった。起居動作自立、歩行器歩行可能であったが麻痺側の膝折れおよび振り出し不良のため、病棟では車椅子を使用していた。【経過】平成27年6月13日より回復期病棟にてリハビリ開始した。歩行器歩行の安定を目標として、下肢筋力訓練、歩行訓練中心に実施した。しかし、運動負荷の増加に伴い非麻痺側優位に筋緊張が高くなり股関節周囲を中心とした疼痛が増強し、歩行に対するモチベーションが低下した。そこで、運動強度・頻度を見直し、筋緊張抑制による疼痛緩和を図った。疼痛の寛解に合わせて、麻痺側支持性向上による非麻痺側の荷重調節などを行った。結果、T字杖と手すりにて屋内自立、両杖での屋外歩行が可能となった。【考察】本症例は歩行に対してのNeedsが高く、歩行訓練中心のプログラムを進めていった。しかし、下肢BRSは高かったが、非麻痺側への依存度が高く、麻痺側にほとんど荷重できないまま歩行させた。結果、連合反応による過緊張状態に陥り、疼痛が増強したと推察される。筋緊張の抑制と疼痛の緩和により、非麻痺側の過剰努力は軽減され麻痺側の機能改善へと至ったと考える。

O-120

血液培養検査での汚染に関する基礎的検討

福田央子¹、山下裕一¹、日照田敦子¹、川口和子¹、今井綾那¹、小川祐司¹、
内藤雅文²、中村匡宏³

¹JCHO 大阪病院 中央検査室、²臨床検査科、³内科

【目的】血液培養検査は、敗血症や菌血症をはじめ各種重症感染症の診断に欠かすことができない重要な検査である。当院では血液培養検査の検査件数も年々増加し2セット採取率も定着してきたが、汚染菌混入が起こることも少なくない。不必要な抗菌薬の使用を避けるために汚染かどうかを適切に判断することは重要である。今回、我々は汚染かどうかを判断するために汚染の発生率と菌種、ボトルの陽性本数との関連について検討したので報告する。【方法】2015年5月3日から8月31日までの約4か月間に提出された血液培養検査801例について検討した。なお汚染か否かの判断はICDと協議し決定した。【結果】汚染例数は35例（4.4%）であり、最も高率であったのはStaphylococcus spp. (coagulase negative staphylococci: CNS) で22例（2.7%）、次いでBacillus spp. の6例（0.7%）であった。また、2セット4本採取614例の培養ボトル陽性本数別汚染率では、4本中1本陽性の汚染が36例中23例（65.7%）と最も高率であった。これとは逆に4本中4本すべて陽性の汚染が36例中1例（2.8%）と最も低率であった。一方、4本中1本のみの陽性であっても感染例が存在し、特にEscherichia coliをはじめとする腸内細菌科では36例中7例（19.4%）が感染例であった。【考察】汚染かどうかの判断のためには、培養ボトルの陽性本数がひとつの指標となるが、予測していた通り、2セット採取例において陽性本数が少ないほど汚染率が高いことを確認することができた。そのため菌種の推定に加え、陽性本数を考慮した報告（中間報告を含む）が必要であると考えたが、たとえ1本のみの陽性でも菌種によっては感染例も少なくないことから、血液培養検査における報告については臨床と綿密なコミュニケーションを図り、敗血症の診断に寄与したいと考えている。

O-121**若年発症発作性夜間血色素尿症 (PNH) の一例**中村恒平¹、下田博臣¹、今里和義¹、早田央²¹UCHO 諫早総合病院 検査部、²血液内科

【はじめに】発作性夜間血色素尿症 (以下 PNH) は後天的に PIG-A 遺伝子に変異が生じた造血幹細胞がクローン性に拡大することにより発症し、補体介在性の血管内溶血、血栓症、造血障害と多彩な病態を呈する。進行性であり白血病や MDS に移行する症例も少なくないことから、日常診療での早期診断と治療への早期介入がきわめて重要になる。今回、我々は若年者に発症した PNH の一例を経験したので報告する。【症例】21 歳、男性。既往歴：特記なし。経過：2013 年 7 月から 11 月まで鉄欠乏性貧血の診断で鉄剤内服治療。その後、貧血が改善したため鉄剤中止。しかし、2014 年 4 月の検診で再び貧血を指摘され、精査目的で当院血液内科に紹介となった。【検査所見】血液検査: WBC 3,050/ μ L、RBC 303 万/ μ L、Hb 7.3g/dL、PLT 21.3 万/ μ L、Ret 7.7%。生化学検査: T-Bil 1.6mg/dL、TP 7.2g/dL、ALB 4.2g/dL、LDH 1,222U/L、AST 50U/L、ALT 15U/L、Fe 27 μ g/dL、フェリチン 15ng/dL。尿検査: 比重 1.011、潜血 (+)、赤血球 0～1 などの所見と問診で得た『朝方の尿が濃い』との情報より溶血性貧血を疑い追加検査を行った。Hp < 3.0mg/dL、直接抗グロブリン試験 陰性、Ham Test 陽性、Sugar water test 陽性、NAP 活性低下、細胞表面マーカーにおいて好中球、赤血球 CD55、CD59 の低下などにより PNH と診断された。【考察】本邦において PNH の有病率は 100 万人あたり 3.6 人と稀な疾患である。慢性に経過し比較的予後が良好であるが、感染症などに伴い溶血発作が一過性に増強されることがあり、著明な貧血、血栓症を伴う急性腎不全が起これば急速な経過をたどる。また、頻繁な溶血発作から鉄排泄が亢進し、鉄欠乏をきたす症例では見逃される可能性があるため、慎重に検査を進める必要がある。本症例は、検査所見、患者情報より PNH を疑い的確に追加検査を行うことで診断、治療に貢献できた一例であったと考える。

O-122

病院機能評価更新審査の取り組み（輸血検査室での対策）

鈴木克、五十嵐陽祐
JCHO 東京山手メディカルセンター

当院は病院機能評価を2004年7月(ver.3.0)に新規審査、2009年6月(ver.6)に更新し、2015年4月23日、24日に更新審査一般病院2<ver.1.1>を受けた。前回(2009年)の病院機能評価ver.6では保守点検、精度管理などの記録や輸血マニュアルの整備などに重点が置かれていたが、今回の一般病院2<ver.1.1>では記録、マニュアル整備を基本として、ケアプロセス調査が重要となっている。ケアプロセス調査とはサーベヤーが訪問病棟において、代表的な症例である一人の患者について診療録を参照しながら、来院・外来受診、入院から退院までの一連の経過に沿って提供される医療サービスについて確認する調査である。今回、病院機能評価審査に先立つ2年前よりプロジェクトチームを結成した。プロジェクトリーダーの心臓外科医師がリーダーシップをとり、受診準備から訪問審査まで担当した。現在、訪問審査を終え、「中間的な結果報告」を待っている状態である。輸血検査室として輸血マニュアルの整備(副作用の全例把握、輸血後感染症検査、血液製剤の使用基準)や自己血マニュアル(副作用の全例把握)、輸血療法委員会での症例検討などを病院機能評価対策として検討し、概ね対応できた。今回の一般病院2<ver.1.1>の特徴としてプロセス重視の審査、継続的な質改善の支援が挙げられる。訪問審査を終えて、輸血検査室がケアプロセスや継続的な質改善のサポートが出来ていたかなど確認する必要がある。今回は「中間的な結果報告」から、輸血の場面において技師が病棟、外来でサポートできるか検討していきたい。

O-123

心臓カテーテル検査中に心室細動を起こした冠攣縮性狭心症を経験して

阿部裕之
JCHO うつのみや病院

【はじめに】冠攣縮性狭心症は、心臓の表面を走行する比較的大い冠動脈が一過性に異常収縮したために生じる狭心症と定義されている。今回、我々は冠攣縮薬物誘発試験目的の心臓カテーテル検査中、冠攣縮が生じ心室細動を引き起こした症例を経験したので報告する。【症例】27歳男性【現病歴】2014年11月3日就寝中に動悸で覚醒。7時半頃からは前胸部の絞扼感も出現した。10分ほどで消失したが看護師である妻の勧めで同日当院受診。細胞外液輸液開始後暫くして30分間に3回の胸部圧迫感が出現。症状はニトログリセリン錠舌下で消失。病歴等より冠攣縮性狭心症を疑い、Ca拮抗剤等処方され帰宅となった。【経過】その後心臓カテーテル検査での冠攣縮薬物誘発試験目的で11月11日入院。11月13日心臓カテーテル検査施行。右冠動脈を造影したところ、右冠動脈入口部と円錐枝に冠攣縮を生じ、直後に心室細動が出現。300、ついで360Jの2回目のDCで洞調律に回復。冠攣縮閾値が非常に低いと考えられ、その後の検査は危険と判断され中止となった。カテ先スバズムの可能性もあるが、冠攣縮閾値の低い冠攣縮性狭心症と判断され多剤冠血管拡張薬併用で11月15日退院となった。現在、当院にて通院加療中である。【まとめ】今回我々は、薬物誘発試験を予定していた心臓カテーテル検査開始直後に、心室細動を発症した冠攣縮閾値の低い冠攣縮性狭心症の患者を経験した。今回の症例は、薬物誘発試験前のコントロール造影1ショット目に心室細動発症と、造影剤によるアナフィラキシーショック以外では、比較的に稀な開始直後の予想外の事態でもあった。幸い各スタッフが速やかに対応できたため事なきを得たが、心臓カテーテル検査を安全に完遂するために、常に様々な合併症を想定し、急変にも対応できるようカテ室に携わる全てのスタッフがスキルアップを図る必要性があることを改めて考えさせられた。今後更なる安全に努めたいと考える。

O-124

Salmonella による胆嚢炎から一過性の敗血症をきたした1例

山田慶太¹、増輪文治¹、早田央²
¹JCHO 諫早総合病院 検査部、²内科

【はじめに】Salmonellaは軽い胃腸炎や食中毒のほか、速やかに死に至る敗血症など様々な臨床症状を呈する。今回、感染経路は不明であったが、Salmonellaによる胆嚢炎によって、総胆管が閉塞し胆汁がうっ滞するMirizzi症となり、閉塞性肝障害、一過性の敗血症に至った症例を経験したので報告する。【症例】23歳、男性。2015年某日より、食欲不振、嘔吐を繰り返し、近医受診するも、6日後症状悪化のため再度近医受診し、胆嚢緊満の画像所見で当院紹介。その後当院にてPTGBD(経皮経肝的胆嚢ドレナージ)の適応となった。【細菌学的検査】提出胆汁より、グラム染色にて多数の白血球とグラム陰性桿菌の貪食を認め臨床へ報告した。また、翌日、血液培養にて同様の形態を示すグラム陰性桿菌を検出。翌日の培養ではDHL寒天培地に乳糖を分解せず、無色透明、中央部が黒色の特徴的なコロニーを形成したことよりSalmonellaを疑い、試験管培地とSalmonella抗血清によりSalmonella O7群と同定した。また、感受性の結果より基質特異性拡張型β-ラクタマーゼ(以下ESBLs)およびAmpC型β-ラクタマーゼ(以下AmpC)の存在が疑われたためAmpC/ESBLs鑑別ディスク(関東化学株式会社)にて検査を実施したところAmpC産生型のSalmonella O7群と同定された。臨床には、AmpC産生型のSalmonellaであることを報告し、標準予防策だけでなく接触感染予防を追加するように伝えた。【まとめ】Salmonellaによる感染症の報告は近年減少傾向にあるとされている。しかし、薬剤耐性度の高いESBLsやAmpC産生型のSalmonellaは年々増加傾向とされ、今回の症例は菌種同定だけでなく院内感染対策上重要なESBLsやAmpCなどの検出が改めて重要であると認識した症例であった。

O-125

新病院の検体検査新システムにおけるTAT解析について

木原理恵¹、小井エミ¹、西川晴子¹、竹村真俊¹、小川祐司¹、内藤雅文²
¹JCHO 大阪病院 中央検査室、²臨床検査科

【はじめに】今回われわれは、病院の新築移転に伴い結果報告の迅速化・コストの削減・作業効率の向上等を目的とした検体検査システム(測定機器・搬送・採血室システムを含む)を構築した。開院から約5か月が経過し、結果報告の迅速化に対しTATの解析から検証を行ったので報告する。【使用機器】・採血管準備システム:小林クリエイト(i-pres core)・生化学分析装置:日立ハイテックノロジーズ(LABOSPRET008)・検体搬送システム:IDS・検体検査システム:アイテック阪急阪神(MELAS-I)【方法】2015年9月28日(月)から2015年10月2日(金)までの5日間の入院及び外来患者の生化学データにおいて解析を行った。【結果】当院では、朝一番の入院患者の検体については8時から検査技師が病棟へ検体回収に出向しており、入院検体は8時20分頃にはすべて検体検査室に到着している。ここで到着する検体は、1日の入院検体全体の約80%に相当するが、結果報告時間の解析により、これらほぼすべての検体は10時30分には報告が完了していることが判明した。また外来検体においては、新病院移転に伴い採血室から検査室までの動線がかなり長くなったにもかかわらず、採血完了から約45分(検体到着からは30数分)で結果報告を行っており、当初の目標通りであった。【考察】入院検体においては担当医への早期報告が可能となり、診療への貢献に結びついているものと思われる。一方、外来検体においても、採血完了から報告まで約45分報告ができており、外来の診療前検査、緊急検査に関しては、以前と同様診療のニーズに応えることが可能となった。しかし、採血待ち時間、検体搬送距離の長さ、凝固までの待機時間、遠心機の待ち時間など、多少時間を要する要素については今後も改善し、更なるTAT短縮につなげていきたいと考える。

O-126

CPAP 治療中、RLS (レストレスレッグス症候群) が合併し投薬により睡眠の改善が得られた一例

野村亮¹、横川伊都子¹、上野勝¹、条谷直美²、篠田千恵³、和田政⁴¹JCHO 高岡ふしき病院 臨床検査科、²看護科、³呼吸器内科、⁴循環器内科

【はじめに】重症SAS (睡眠時無呼吸症候群) と診断され、CPAP (経鼻的持続陽圧呼吸療法) 治療を開始後、一旦は日中の眠気が改善したが再び眠気が強くなり、その原因として睡眠時随伴症の合併が考えられ、その治療効果が得られた一例を報告する。【症例】60歳男性、日中の眠気、いびき、無呼吸を訴え来院。PSG (ポリソムノグラフィー) を実施し、AHI - 38.8 と重症の閉塞性無呼吸と診断されCPAP治療 (8.0cmH₂O固定圧) を開始した。【経過】処方圧や使用マスクの変更などの対処で治療を継続していた。治療前と比較し眠気は改善したが、徐々に日中の眠気が強くなってきた。CPAP治療を継続しても眠気が増し、使用率も年々低下してきたことから効果判定PSGを行った。呼吸イベントは改善していたが、頻繁に脚の付随運動 (PLM) がみられ、同時に脳波の覚醒反応が多く認められた。このため十分な睡眠が取れず、日中の眠気の原因と考えられた。【診断】入眠前の脚の不快感の訴えもあり、RLSの4つ診断基準と重症スケールを確認したところ、4項目すべて基準をみたし重症度スケールでは30点と重度であった。【治療】重度のRLSの診断後、治療薬であるピ・シフロール (ドパミン作動性パーキンソン病治療薬) の処方を開始し、2か月後に再び診断基準とスケールを確認したところ4項目→3項目 重症度スケールは30点→6点に改善しており、日中の眠気、入眠障害は改善していた。【まとめ】日中の眠気の強さの原因は、効果判定PSGと患者の聞き取りから、周期性四肢運動障害を伴うRLSであると考えられた。PSG上では無呼吸の改善がみられても眠気が残存する場合には、睡眠随伴症 (RLS・PLMDなど) の合併も考慮する必要がある。

O-127

頸部血管超音波検査において全周性の血管リモデリングを認めた症例

内田早紀、本多育美、城宏史

JCHO 諫早総合病院

【はじめに】血管リモデリングとは、血液循環状態の変化に伴う血管の構造上の変化である。壁肥厚やプラークができると血管は血流を維持しようと血管の外側に押しやり、血管自体が外側に拡大することで血管内腔を狭窄から守る作用が生じる。今回、頸動脈の一部に全周性の血管リモデリングを認めたので報告する。【症例】65歳男性、現病歴2型糖尿病【頸部血管超音波所見】右総頸動脈の起始部から約5cmにわたるびまん性に壁肥厚様所見を認める。壁肥厚は低輝度で全周性。血管径が拡張しており内腔の狭窄は認めない。【MRI所見】右総頸動脈に甲状腺上極から下極レベルでびまん性の壁肥厚を認める。内腔の狭窄は認めない。炎症による壁肥厚疑い。【CT所見】右総頸動脈に壁肥厚を認め、大動脈弓部から胸部下行動脈にわずかに壁肥厚を認める。その他の部位壁肥厚なし。【血液検査】CRP:0.29mg/dl、IgG:1936mg/dl、血沈:17mm (1h) 37mm (2h)【PET所見】右総頸動脈や大動脈弓部に軽度の集積を認める。【考察】血管が全周性に壁肥厚していることからマクロニサインが疑われた。また、解離腔から血腫が器質化した可能性も疑われた。しかし、血管内腔の狭窄がないことや全周性に壁肥厚していることから血管リモデリングを強く疑った。65歳男性ということと、追加検査より巨細胞性動脈炎が疑われた。【結語】血管炎は多彩な全身症状を呈し、特異的な所見が得られにくいことから判断が困難である。そのため、血管炎の存在を疑い積極的に画像診断を行うことが必要である。今回、頸部血管超音波検査において血管リモデリングを認め、画像診断などの追加検査により血管炎の診断に至った。頸部血管超音波検査は全身の動脈硬化の程度や脳血管疾患に対する評価などを簡便にかつ非侵襲的に行うことができるため、確定診断につながる重要な役割と考える。

O-128

多様な連携をさせた医療機器管理システムの導入

山田泰弘¹、神倉和見¹、水野貴仁¹、茶納里美¹、中根貴徳¹、渡邉亜耶子¹、二村峻矢¹、佐藤好得¹、森田亜樹²¹JCHO 中京病院 SMI センター、²機器購入担当部署

「はじめに」昨今、病院機能評価やISOの認定などで医療機器の管理が重要視されている中、様々な機器管理システムが発売されており、スタンドアローンで使用するシステムが多数をしめている。機器管理において台帳管理をしているが、病院の機器台帳・機器管理部門の機器台帳など重複する台帳が存在している施設が多くを占めているのが現状である。「目的」当部署の医療機器管理は自作のシステムで約7000台の機器を管理していたが、2013年10月よりアルカディア社製医療機器管理システム「CEIA system」(以下CEIA)を導入した。台帳を一つにすることで多様な連携が可能となり、機器購入の担当部署や使用者等の情報を収集できるようになったことから、機器のトレーサビリティが可能になった。CEIA導入により更なる医療機器安全管理の向上が示唆されたので、その概要を報告する。「システム概要」端末 (内 機器購入担当部署、点検用端末、貸出返却用端末) 合計10台を利用し、機器登録、一般的な保守点検と実施記録を行っている。WEBにて機器の配置状況、点検スケジュールの把握、又、自部署から他部署への申し送り事項や案内、PMDA等の情報も閲覧が可能となっている。又、ベットサイドにて患者カルテに入力した使用中点検が「CEIA」の保守カルテに反映する仕組みとなっている。そして、機器購入担当部署と連携することにより購入から使用、廃棄までの全ての情報収集が可能である。「考察」機器の稼働状態、使用頻度は把握することが出来たが、現場の業務が増えることによりデータが煩雑になり、実際の機器の配置状況とシステムの配置状況に相違がみられる場合があるというデメリットがあった一方、機器購入担当部署と連携することにより院内登録シールを統一することが出来、多くのメリットがあった。「結語」他部署への啓蒙活動により正しい情報を入手する事で、更なる医療機器安全管理の向上が示唆される。

O-129

熱水消毒システムによる透析用水配管洗浄化～既存配管における熱水消毒～

満間大介¹、藤野瑛里加¹、野村豊¹、西尾勝¹、杉田栄一¹、森田尚克²¹JCHO 三島総合病院 臨床工学室、²腎臓内科

【はじめに】透析用水配管の消毒方法として熱水消毒の効果は知られているが、RO装置から透析装置まで全ての透析用水配管に対して行う熱水消毒は普及していない現状がある。これは、熱水消毒を開始するにあたり施設の既存配管が熱水に対応していないことがひとつの要因である。当院は2001年施設建て替えを行ったが、当時熱水消毒を採用しておらず施設の既存配管は熱水に対応していなかった。2010年、熱水消毒対応型RO装置、透析装置の導入により熱水消毒を週1回開始した。排水配管は既存配管のまま熱水を排水する際、水と混合することで排水温度を下げるシステムを考案、作成し、RO装置から個人用透析装置までの熱水消毒を可能とした。今回、既存配管における熱水消毒システム構築の取組と、熱水消毒の効果を確認したので報告する。【目的】RO装置およびRO水供給配管、透析装置の熱水消毒【対象】日機装社製RO装置DR0-EX、RO水供給配管、個人用透析装置【方法】RO装置からのRO水供給配管はループ配管となっており、RO装置内タンクへ循環、ループ配管の途中には透析装置への分岐を設け、各装置へRO水を供給している。熱水消毒は、RO装置タンクで加温した熱水をRO水供給配管へ循環し消毒後、透析装置へ送水、排水しながら消毒を行った。RO装置内やRO水供給配管の数箇所から採水した透析用水の生菌数とET活性値を測定し消毒効果を検討した。【結果】1. 熱水消毒開始した5年間で、排水に関するトラブルは1件もなかった。2. RO装置、RO水供給配管の生菌数、ET活性値は熱水消毒開始以降10週間で未検出となり、以降未検出状態を継続している。【考察・まとめ】熱水消毒システムにより、1. 配管引き換え工事することなく、RO装置から透析装置まで全てのRO水供給配管で消毒実施可能となった。2. 週1回の消毒で全ての生菌数、ET活性値は未検出を継続しており効果を認めた。

O-130

当院の透析液清浄化取組みの報告

安江一修、安田芳樹、西村直樹、大原典明、山川貴裕、大原さなえ、山口直紀、田中奈緒、小川加奈、山下まより
JCHO 四日市羽津医療センター

①はじめに 従来より、透析液の清浄度は、透析患者の合併症等に影響するとして重要視されたきたが、昨年、透析液水質確保加算も設けられ、その認識はさらに高いものとなってきた。これに対し当院においても、その対策に取り組んできたが数年前より RO 膜の洗浄を実施してきたので、その成果について報告する。②方法 RO 膜に対して隔週でアルカリ化剤とクエン酸洗浄を交互に実施した。③結果 RO 膜の著しい劣化は認めず、また問題のない範囲で生菌数と ET 値は推移している。④まとめ これまでは、各透析関連機器に供給される透析用水の清浄化については、汚染の抑制を目的に配管を遡っても RO タンクまでに留まり、それ以前の経路に汚染箇所を推察してもアプローチ出来なかったため、やむを得ず一般的な頻度である 2 から 3 年に 1 度の RO 膜交換を実施してきた。これは RO 膜の性能劣化の程度に左右されるが、我々はこれに依存しない管理体制の構築を目的として RO 膜洗浄の実施に至った。それにより RO 膜の交換頻度を低減させることが期待されるが、反面、日常の洗浄に要する手間や費用も伴うためメリットばかりではない。しかしながら、透析用水を自分たちの手でコントロール出来るという手応えを得たことは、スタッフの良質な水質確保への意識をより高め、それが透析医療への貢献につながっていることは明らかな利点として感じ得たことである。

O-131

当院における O-HDF の変遷

佐藤尚也、木幡宏実、横昭弘、佐藤壽伸
JCHO 仙台病院

I. 緒言・目的 2012 年の診療報酬改定にてオンライン HDF (以下 O-HDF) が施行可能となり、当院でも移行患者数が増加している。この 2 年間、ヘモダイアフィルタの見直しや透析液変更といったこともあり、これらを含む当院の O-HDF 治療は患者にどのような変化をもたらした、影響してきたのか分析した。II. 方法 1.2 年間の血液データの結果より、透析効率・栄養・貧血、Alb 透過型ヘモダイアフィルタ変更の影響、透析液変更の影響について評価した。2. 愁訴の聞き取り調査を実施し、症状改善の程度を評価した。III. 対象患者 当院で O-HDF 施行中の 25 名を対象とした。平均透析歴:22.3 ± 7.3 年、平均年齢:57.2 ± 11.2 歳、原疾患は全例 non-DM であった。IV. 結果透析効率、栄養、貧血に関する項目および Alb 透過型ヘモダイアフィルタに変更した影響については関連項目に有意差は見られなかった。しかし、透析前補正 Ca のみカーボスターを使用した O-HDF 移行後に有意な低下を示した。この間、関連薬剤の投与量に関しては有意差がなかった。愁訴については、O-HDF 移行 1 年後のイライラ感や痒みが悪化していたが、ヘモダイアフィルタ変更 1 年後には明らかな改善を認めた。V. 考察 1. 血液データの変動について 透析前補正 Ca が有意に低下した原因として、1) クエン酸含有透析液を補液として使用したことによる影響があった、2) アルカリロース化が進んだことでイオン化 Ca が低下した、以上 2 点が考えられた。2. 愁訴の改善について Alb 透過型ヘモダイアフィルタに変更後には劇的に改善されたことから、やはり α 1MG の目標除去率は 35 ~ 40% 程度にするべきと考えられる。VI. 結語 当院で O-HDF を行ってきた 2 年間には様々な影響因子があったものの、その都度行ってきた対応による効果のほうが大きく O-HDF の有効性を再確認できた。

O-132

OHDF 治療における各種ヘモダイアフィルタの溶質除去性能についての検討

三浦友美¹、淀川穂子¹、小倉遥子¹、片岡陽聖¹、持屋美季¹、姫松洋平¹、小笠原元太¹、山田和弘²

¹JCHO 宮崎江南病院 臨床工学室、²腎疾患・透析部

【背景】当院の透析室は 60 床であり、平成 25 年 3 月より on-lineHDF 治療法を導入した。昨年、V 型ダイアライザとヘモダイアフィルタ MFX-Meco の性能評価を行った。MFX-Meco は V 型ダイアライザに比べ β 2-MG、α 1-MG の除去には劣るが Alb の漏出量が少ないことがわかった。本来、ヘモダイアフィルタは患者別に適したものを選択することが望ましい。そこで今回我々は各社より発売されているヘモダイアフィルタを対象とし、溶質除去性能等について比較・評価を行ったので報告する。【目的】各社より発売されているヘモダイアフィルタの溶質除去性能について、比較評価する。【対象】当院の外来維持透析患者 8 名 (男性 3 名、女性 3 名、年齢 57.3 ± 15.5 歳、ドライ体重 51.4 ± 7.1 kg) 【方法】on-lineHDF 治療の施行条件は、前希釈法で総置換液量 20 L/4h (Qd + Qs = 500 ml/分)、Qb = 200 ml/分で行い、ヘモダイアフィルタ FIX-19Meco、FIX-21Seco、ABH-21P、TDF-20H 使用下における、UN、Cre、β 2-MG、α 1-MG の除去量、Alb 漏出量を評価した。【結果】UN、Cre は同等の除去性能であった。β 2-MG 及び Alb の除去量の平均値は MFX-19Meco、FIX-21Seco、ABH-21P、TDF-20H の順に 123 mg、187 mg、195 mg、192 mg 及び 0.09 g、2.50、1.42 g、1.29 g であった。また、MFX-19Meco は、ほとんど Alb 漏出を認めないものの、β 2-MG 除去量は劣っていた。MFX-19Meco 以外の Alb 漏出量に対する β 2-MG 除去量は、TDF-20H が最も効率が高かった。【結語】FIX-21Seco、ABH-21P、TDF-20H は β 2-MG、α 1-MG の除去に優れており、比較的若い患者等に選択すると良いと思われた。しかし、Alb の漏出量が多かったため、低 Alb 血症や高齢の患者への使用の際は、慎重に選択する必要があると思われた。これらの結果を踏まえて、ヘモダイアフィルタの除去特性を把握することは、on-lineHDF 治療において患者の病態に合わせた機材選択に重要と考えられる。

O-133

血液浄化用穿刺針ハッピーキャス NEO の性能評価
一針先加工が止血に及ぼす影響および内針の血液汚染に関する検討

丸山航平、中井歩、御厨翔太、富樫紀季、後藤隼人、渡邊研人、加藤彩夏、石丸裕美、阿部祥子、市川公夫
JCHO 東京山手メディカルセンター

【目的】血液浄化用穿刺針には、優れた切れ味や針刺しリスクの低減策等の工夫が求められ、近年では各社様々な加工を施した製品が多岐に渡り発売されている。今回、内針の刃面形状にバックカット加工を採用し、感染対策として内針による血液暴露を防ぐフルカバタイプのパッシブセーフティ機能を備えたメディキット社製 HappyCath NEO (以下、NEO 針) を使用する機会を得たので、その性能評価を報告する。【対象および方法】NEO 針 17G および当院で採用しているコヴィディエン社製メディカットイーゼークランプ付カニューレ 17G (以下、CO 針) を健常人 5 名に対し 3 日以上の間隔にてクロスオーバーで穿刺し、出血時間、出血量および内針の残留血液汚染度を比較した。止血は、穿刺後 100 秒間外套を留置した後、抜去すると同時にガーゼを傷口に静置し、圧迫を一切せず、ある程度ガーゼに血液が湿潤した際に交換し、自然止血されるまで繰り返した。出血時間は血液がガーゼに付着しなくなった時間とし、出血量は使用したガーゼ重量より計測した。残留汚染度は、キッコーマンバオケミファ社製ルミテスターの試験薬ルシバック Pen を用い、穿刺後の内針の周囲を一周するよう縦に 6 回擦過し、ルミテスター PD-20 にて汚染度を測定し比較した。統計学的検定は、Wilcoxon 符号付順位和検定を用い、危険率 5%未満を有意水準とした。【結果】出血時間は CO 針 117.4 ± 73.5 秒、NEO 針 123.8 ± 80.7 秒となり、差はなかった (p=0.6101)。出血量は CO 針 1.8 ± 1.9g、NEO 針 1.4 ± 1.7g と有意差はみられなかった (p=0.7695)。残留汚染度は、CO 針 361.2 ± 211.9RLU、NEO 針 6.3 ± 0.6RLU となり、NEO 針に汚染は認められなかった。【結語】本検討において、出血時間および出血量は、NEO 針は CO 針と同程度であることが示唆された。NEO 針が備えるフルカバタイプのパッシブセーフティ機能は、内針の金属部分の血液汚染を密封するため、感染対策に有用である。

O-134

インピーダンス心拍出量計を利用した A-V delay 最適化の検討

谷口総志¹、紺屋本哲也¹、諸熊裕也¹、白濱一也¹、上村孝史²、小出俊一²、田山信至²

¹JCHO 熊本総合病院 臨床工学部、²循環器内科

【背景】心臓ペースメーカーは房室ペースング間隔（以下：A-V delay）の設定を行う。A-V delay の設定は標準値が 150ms となっており、機種により 80～400ms まで設定が可能である。この A-V delay は最適化がされておらず、それぞれの施設基準に則り設定を行っているのが現実である。【目的】非侵襲インピーダンス心拍出量計（エスロンミニ®）を利用することで A-V delay の最適化に寄与できるかを検討する。【方法】完全房室ブロックの 5 症例を対象とした。心拍数を 70ppm に固定し、A-V delay を 100、150、200、300、350ms と順に設定変更を行った。比較データは一回拍出量とし、それぞれ 1 秒間隔でデータを取り込み 10 秒間の連続データとした。10 秒間の連続データは正規分布に従わないためノンパラメトリックとし、数値データは 10 秒間の中央値とした。【結果】5 症例ともに A-V delay の時間軸の違いで一回拍出量に変化した。縦軸を一回拍出量、横軸を時間とし一回拍出量をプロットしたとき、200ms 前後で最小拍出量となる谷型パターン（3 症例）と、200ms 前後で最大拍出量となる山型パターン（2 症例）であった。【考察と結語】洞調律の A-V 間隔は 150ms 前後であり、その値が生理的との理由でペースメーカーの基準値が設定されている。今回の結果は基準値が必ずしも一回拍出量の増大に繋がらないばかりか最低値となる可能性も示唆された。これは心臓の機能や左室駆出率、病態の違いが関与していると考えられる。いずれにせよ、非侵襲でリアルタイムに心拍出量を測定できるインピーダンス心拍出量計は A-V delay の設定時に数値として拍出量を可視化できるため最適化に寄与できる可能性がある。

O-136

年間使用例が少ない機器を安全に運用するための取り組み

和久益寛、砂川航輝、土井優鷹、藤川沙也加、樋口彰、渡邊翔太、西村昌紘、辻原恵、有馬敬宏、住本一紀、岡村清美、山縣頼人
JCHO 徳山中央病院

【諸言】呼吸・代謝・循環に関係した生命維持管理装置の操作・保守点検が臨床工学技士（以下 CE）の主な責務である。加えて他の ME 機器の操作・保守管理も行っている。中には年間わずかな使用回数の機器もある。それらの機器の準備には時間がかかるだけでなく操作者が限られる場合がある。当院は地域の中核病院であり CE に求められる技術も多岐にわたる。当直制とし 24 時間体制を始め更なる業務依頼もある。よって当直スタッフには様々な機器に精通しておく必要がある。【方法】使用数が少ない PCPS と NO 吸入療法機器に対して勉強会や実施シミュレーションを定期的に行うことで対応することにした。【結果】PCPS はプライミングシミュレーション、開始・管理については座学を行った。自信が持てるまで各自月 1 回程度トレーニングを繰り返した。NO 吸入療法機器は月 1 回の機能点検を行うことで使用トレーニングとした。回数にはこだわらず、各自時間を作り納得いくまで行った。また点検の動画を作成し E ラーニングにも配慮した。【考察】PCPS においては使用中のトラブルシューティングも問題になる。ポンプの交換、人工肺の交換トレーニングがまだ不十分なので、これにの対応が課題として挙げられる。どの機器についてもシミュレーションを行うのは時間外となることが多く、各自の情熱に頼っているのが現状である。これについて今後は義務化して業務の一環とするなどの対応をしなければ常に安定した技術レベルを維持することが難しいのではないかと考える。そして各自のレベルを客観的に判断する仕組みの導入も必要ではなかろうか。【まとめ】使用頻度の少ない機器を安全に安定した技術レベルで提供するためには日頃のトレーニングが重要になる。レベルを維持するには定期的な実施が必要になる。各自業務に対する情熱も必要だが、息長く続けるためには業務として行う等の対応も必要と考えられた。

O-135

当院における仙骨神経刺激療法への関わり方

後藤隼人、丸山航平、加藤彩夏、石丸裕美、御厨翔太、富樫紀季、渡邊研人、市川公夫、中井歩

JCHO 東京山手メディカルセンター 統括診療部 心臓血管外科 診療部
臨床工学技士

【背景】便失禁患者は、高齢者を中心に国内で 500 万人いると推計される。便失禁は生命を脅かす疾患ではないが、自尊心の低下、羞恥心などの心理的影響による QOL 低下を伴う。治療方法としては、食事療法や薬物療法などの保存的治療、外科的治療があるが、2015 年 4 月に仙骨神経刺激療法（Sacral Nerve Modulation: SNM）が、公的医療保険適用され、治療方法の拡大となった。【SNM とは】仙骨裂孔（S2～S4）から穿刺し、刺激電極リードを植込み、体外式試験刺激装置にて 2 週間の試験刺激を行い、症状の改善効果を認めた患者にのみ臀部の皮下に刺激装置を植込む。改善効果が無ければ、刺激電極リードを抜去する。刺激電極から仙骨神経などの排便に関する神経を持続的に電気刺激することで便失禁を改善する治療法である。しかし、改善する機序は多因子的と考えられ明確な結論は出ていない。欧米では 20 年程前から行われており、治療成功率は約 80% と言われている。国内の治療では 21 人の患者に対して行われ、便失禁回数が全体平均で週 15 回から 3 回に減り、4 人は完治した。本邦では、SNM は保存的治療では十分な症状改善が無い患者に対して、従来の外科的治療より低侵襲で、効果的と期待されている。今回、当院で SNM の導入となり、臨床工学技士の関わり方について報告する。【臨床工学の関わり】SNM において使用する、刺激電極リード植込み時の体外式試験刺激装置の操作及び管理、刺激装置植込み時の医師用プログラムの操作及び管理、患者用プログラムの取扱説明、外来フォロー時のデバイスチェックなどに関わり、医師、看護師、放射線技師との連携をとり、患者の QOL 改善等に努めている。【結語】今後も、SNM 対象患者は増加すると考えられ、デバイス管理や知識習得に励み、更なる発展に取り組んでいきたい。

O-137

Bland-Altman 解析を用いた測定血流量モニタの性能評価

加藤彩夏、中井歩、富樫紀季、丸山航平、御厨翔太、石丸裕美、後藤隼人、
阿部祥子、渡邊研人、市川公夫
JCHO 東京山手メディカルセンター

【目的】東レ社製透析装置 TR-3000MA には測定血流量モニタが搭載されており、諸家により有用性の報告がなされている。しかし、モニタの測定値と実流量の相関性等を検討した報告はあるが、誤差の詳細については明らかではない。今回、Bland-Altman 解析を用い in-vitro にて測定血流量モニタの性能評価を行ったので報告する。【方法】恒温槽にて 37℃ に加温した 50% グリセリン水溶液を血液回路に循環させ、メスシリンダにて計測した流量を実流量 (以下、R-QB) とした。血液ポンプの流量設定を 100, 150, 200, 250 mL/min とし、それぞれ設定脱血圧無負荷状態から -300 mmHg まで 50 mmHg ずつ負荷をかけて流量計測し、測定血流量モニタ表示値 (以下、TR-QB) と R-QB を比較した。評価にあたり、流量測定値を設定脱血圧ごとで無負荷から -50 mmHg を mild、-100 から -150 mmHg を moderate、-200 から -300 mmHg を severe に分類し、Bland-Altman 解析にて検討した。また、パーセント誤差 5% 以内、相対誤差 $\pm 5\%$ 以内が総測定回数の 90% 以上であれば互換性ありとした。【結果】設定脱血圧 mild では負方向に、設定脱血圧 moderate, severe では正方向に加算誤差を認めた。また、TR-QB と R-QB の差と平均は、設定脱血圧 mild では相関係数 $r=0.770$ となり比例誤差を認めた ($p=0.0025$)。設定脱血圧 moderate, severe では有意な相関はなく、比例誤差は $p=0.5500$, $p=0.7445$ と共に認めなかった。パーセント誤差はそれぞれ 3.9%, 3.4%, 4.9% であり、いずれも互換性があった。しかし設定脱血圧 severe でのみ相対誤差測定 5% 以下の測定回数は総測定回数の 25% に留まり、設定脱血圧が負圧になるほど TR-QB と R-QB は乖離する傾向がみられた。【まとめ】TR-QB は、設定脱血圧無負荷から -200 mmHg では加算誤差、比例誤差を認めたが、パーセント誤差、相対誤差は設定値を超えず、高い互換性を有していると考ええる。設定脱血圧を -200 mmHg より陰圧に設定すると R-QB と TR-QB は乖離する傾向がみられた。

O-139

心臓リハビリテーションにより良好な経過を辿った高齢者うっ血性心不全の一例

伴野哲也、伊藤貴之、植野蓉子、山中崇、川村正樹
JCHO 四日市羽津医療センター

厚生労働省による「平成 25 年我が国の人口動態」によると心疾患の死亡率は平成 8 年に第 2 位となり、その後増加の一途をたどっている。心臓リハビリテーションは、多くの研究により有効性及び安全性の証明がなされ、適用疾患も拡大し、循環器疾患に対する有効な治療としての認識が高まりつつある。今回、我々は心臓リハビリテーションにより良好な経過を辿った高齢者うっ血性心不全の一例を経験したので、我々の知見もまじえて報告する。

O-138

慢性炎症性脱髄性多発神経炎患者に対する作業療法の役割

塚原圭子、清水吾朗、徳永誠次、長郷国彦
JCHO 早稲総合病院

【はじめに】慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (以下、CIDP) は 2 ヶ月以上かけて緩徐に進行する四肢筋力低下と感覚障害を主徴とする後天性脱髄性末梢神経障害であり、日本においては CIDP の有病率は人口 10 万人で 1.61 人 (厚生労働省 2008 年報告) である稀な特定疾患である。今回、長期的に 1 症例の作業療法を経験し、その役割について検討したので以下に報告する。【対象と方法】対象は 70 代前半の男性、平成 5 年両下肢筋力低下を主訴に発症し平成 24 年より神経内科的治療 (免疫グロブリン静注療法) に並行して作業療法を紹介された。以後、1 年間に 4 回の入退院を繰り返し、入院時の簡易上肢機能検査 (以下、STEF) と握力、Barthel Index (以下、BI) および本人の ADL ニードを評価項目として介入した。【説明と同意】症例には研究の目的と内容を説明し、書面による同意を得た。【結果】STEF の経過として、右 72 点、80 点、76 点、74 点。左 60 点、81 点、78 点、79 点。握力は右 6kg、5kg、5.5kg、5kg。左 8.9kg、7.8kg、9kg、7kg。BI は 95 点、95 点、90 点、85 点となった。また、ADL ニードはペットボトルや小銭の掴み、ボタン掛け、食事動作、書字・トイレ動作の困難さを訴え、それぞれに対応した。【考察】CIDP の臨床経過や予後は多種多様で、CIDP に対するガイドラインにおいて自転車をごく運動を 1 日 20 分以内で 6 週間行い、筋力スコアが優位に改善したとリハビリの有効性を示唆する報告があるが、作業療法に関する報告は少ない。川手らは日常生活の視点に立った、長期的なリハビリが必要であると述べている。今回の評価結果において、STEF や握力の数値では大きな有意差はみられなかったが、本人の ADL ニードは入院ごとに異なった。これは STEF の点数に表れないレベルでの生活のきめ細かな作業に支障を及ぼしていたという事でもある。今回の症例を経験して、生活場面に適した環境での作業療法アプローチが重要であり、生活環境に適應するべく作業療法を行うことが必要であると思われる。

O-140

当院における肘内側上顆、外側上顆炎に対するハンドセラピー

成田大地¹、仲木右京¹、石井寿枝¹、東田翔平¹、白土貴史^{1,2}、中川種史²
¹JCHO 東京高輪病院 リハビリテーション室、²整形外科

【はじめに】当院では上腕骨内側・外側上顆炎に対して、再発や疼痛予防の観点から可能な限り解剖学的修復を図るため、損傷部の縫合術をおこなっている。術後は縫合部の修復の為、通常 4 週間の固定が必要となるが、我々は修復部位の安静を図りつつ、早期から関節可動性を維持する目的のセラピーを展開している。以下にセラピーを紹介し、これまでの成績を報告および症例を供覧する。【セラピー】セラピープロトコルは次の通りである。・術後肘関節屈曲位のスプリントと、内側上顆炎では手関節伸展制限、外側上顆炎では手関節屈曲制限のスプリントを作製し、組み合わせて装着することで、縫合部の減張位を保つようにする。・術後 2 週より肘スプリントを除去し、手関節固定下での肘関節可動域訓練を開始する。加えて肘関節屈曲位での手関節の可動域訓練をおこなう。・術後 4 週で手関節のスプリント固定も解除し、肘関節、手関節の可動域訓練を進める。・術後 6 週より肘伸展位にて手関節伸展または屈曲位にすることにより縫合筋に Total Stretch を加える。・術後 8 週より、縫合筋の筋力強化として手、手指筋群の筋力強化をおこなう。・また、日常生活での手の使用をスムーズに導入することを目的として、組織の修復状態を考慮し、各週単位で段階的に修復肢の ADL への導入をはかることをおこなう。【対象と成績】2007 年～2015 年までに、上記プロトコルに基づいてセラピーをおこなったのは 15 例であった。内訳は、手術部位が内側 5 例、外側 6 例、内側・外側上顆両側 4 例。罹患側は右 13 例、左 2 例。性別は男性 5 例、女性 10 例。平均年齢 54.6 歳。平均治療期間は 157 日であった。結果、開始後 3 カ月で可動域の平均が肘関節屈曲 141.8 $\pm$ 4°, 伸展 3.7 $\pm$ 5.1°, 手関節屈曲 69.2 $\pm$ 5.8°, 伸展 75.7 $\pm$ 6.8° となり、全例再発や疼痛の再燃は認めなかった。

O-141**漢字と仮名の音読 / 書字のうち仮名の書字のみ可能であった失語症例**

橋本幸成、森麗、濱田則雄
JCHO 熊本総合病院

【はじめに】漢字では音読および書字がともに困難である一方、仮名では音読が困難であるものの書字は可能であった失語症例の障害機序について、脳の損傷部位に基づき分析した結果を報告する。【症例】症例は農業に従事している70歳の右利き男性であった。現病歴として、20XX年Y月、呂律が回らず物との距離感が掴めなくなり当院を受診され、脳梗塞の診断にて同日入院となった。既往歴に、不整脈に対するペースメーカー植込み術があった。神経学的所見として右同名半盲、失名詞失語、軽度の注意障害および記憶障害を認めた。発症2日後のX線CT所見では、左後頭葉から側頭葉底部にかけて低吸収域を認め、脳動脈の支配領域からは、左中大脳動脈と左後大脳動脈の閉塞が考えられた。音読と書字の検査としては、SALA失語症検査の下位検査を抜粋して実施した。音読検査のOR35単語の音読Ⅱでは、漢字単語10% (3/30)、仮名単語7% (4/60)、OR37無意味語の音読では、仮名非語0% (0/28)の正答率であり、いずれの表記タイプでも正答率が著しく低かった。書取検査のD39単語の書取Ⅱでは、漢字単語13% (4/30)、仮名単語90% (54/60)であり、漢字単語に比べて仮名単語が有意に高い正答率であった ($p < .01$)。D40無意味語の書取では、仮名非語83% (47/56)の正答率であり、仮名単語の書取と仮名非語の書取では正答率に有意差を認めなかった ($p=0.33$)。【考察】本症例では左中大脳動脈と左後大脳動脈の梗塞が同時に生じた点が特徴的であり、そのため言語障害の様相も複雑化した。漢字・仮名ともに音読が困難であったことは左後頭葉の損傷に由来し、漢字の書字が困難であったことは左側頭葉後下部(紡錘状回)の損傷に由来すると考えられた。仮名の書字が選択的に保たれたのは、左角回および左縁上回を含む書字の音韻経路が保存されているためではないかと思われた。

O-142**もの忘れ外来開設の現状と課題
～言語聴覚士(ST)の役割について～**

三島由紀¹、武政英理子¹、尾熊洋子¹、斉藤路子²、平塚世津子²、岡田朋章³、青柳昌樹³、武井秀憲³

¹JCHO 三島総合病院 リハビリテーションセンター、²看護課、³脳神経外科

【目的】当院は平成27年4月に、もの忘れ外来を開設し、医師の診察・検査、認知症看護認定看護師による問診、STによる神経心理学的検査を実施している。今回、カルテより調査し、もの忘れ外来の現状と課題、STの役割について検討し報告する。【対象】平成27年4月1日～8月31日の5カ月間に、もの忘れ外来を受診した21名(男性7名、女性14名、平均年齢78.5±12.5歳)である。【調査内容】受診経緯、診断、処方、検査結果、助言について後方視的に調査した。【結果】受診経緯は、他院紹介4名、直接来院17名。受診動機は自覚的受診6名、他覚的受診15名であった。受診者の診断はアルツハイマー型認知症14名、脳血管性認知症1名、年齢相応6名であった。認知症と診断された受診者は当院または紹介元にて内服治療を開始された。全受診者に行ったHDS-Rの結果、21点以上の受診者のうち半数が3つの言葉の遅延再生・5つの物品記憶を正答出来なかった。20点以下の受診者では上記に加え、日時の見当識・数字の逆唱・計算も正答出来ていなかった。三宅式記憶力検査では、HDS-Rの結果が21点以上の受診者でも有関係対語・無関係対語共に正答率が低い傾向にあった。【考察】今回の受診者は、3つの言葉の遅延再生・5つの物品記憶が低下し、有関係・無関係対語共に正答率が低下した頃、自身や周囲が変化に気づくことが分かった。これらの項目は記憶に関与しており、初期のアルツハイマー型認知症患者が呈する記憶力低下といった症状と合致している。よって対策法として日付の確認、計算、音読、メモを勧め、逆唱や記憶練習を加えることで認知機能の維持が期待出来ると考えた。今後は症例数を増やし、検査形式の過不足や治療効果についての検討を加える。認知症の地域医療として、かかりつけ医、地域包括、行政との連携を強化し、軽度認知障害(MCI)の早期発見、在宅患者を支えるシステムづくりが必要と考える。

O-143

演題取上げ

O-145

診療報酬改定に伴う薬剤科の取り組み

牧野以佐子、依田竜也、當間嗣利
JCHO 横浜中央病院

2014年度診療報酬改定に伴い、薬剤科では以下の三点の取り組みを行った。①一般名処方の推進②後発医薬品係数の上昇③地域包括ケア病棟に向けた服薬指導の充実である。医師、医事課の協力のもと、薬事審査委員会の承認を得て、一般名処方、後発品採用を行いながら、同時に採用医薬品の見直しを行った。使用することがなく、期限を切らせてしまう医薬品を極力減らし、採用しても、動きのない薬剤は在庫をおくことをやめるなどの工夫をした。必要最低限の在庫を減らしていくことは、困難であるが、薬剤の有効利用のため、毎月の見直しを続けていきたい。また、地域包括ケア病棟では、退院後の患者の服薬アドヒアランスをあげていけるように、病棟カンファレンスにて調整を行っている。服薬リハビリの依頼や、近隣の保険薬局との連絡など、新たな試みを行っている。

O-144

病院情報システムを利用した調剤進捗情報共有環境の構築

渡邊正彦、谷口善彦、十川恵子
JCHO 大阪病院

【目的】病棟からの調剤進捗状況の確認電話は調剤現場での電話のかなりの部分を占め、これらの問い合わせ電話に対応することは多大な時間と人手のかかる業務となっている。特に夕刻の調剤最繁忙時には問い合わせ電話が集中し、その電話に対応することがさらなる調剤の遅延を招くという悪循環が起こっている。そこで、これらの業務に費やす労力・時間を軽減すべく、病棟で調剤の進捗状況がリアルタイムに確認できるシステム（以下、当システム）の構築を試みたので報告する。【方法】当システムはMicrosoft Access 2003を用いて作成した。構造としてデータをサーバに、システムを電子カルテ端末に配置した。起動は電子カルテのランチャーより行い、ディスプレイの右下隅に当システムを表示させ本来の電子カルテ業務に影響がないよう配慮した。電子カルテに表示されている処方箋番号を当システムに入力することにより、調剤の進捗を表示し、調剤が完了している場合には何時の定時搬送便で搬送されるのかを表示する機能を持たせた。薬局での入力作業は調剤の完了した処方箋番号のバーコードを読ませるのみである。また、平日の月曜から金曜の5日間に関して電話対応件数及び所要時間の調査を行った。【結果・考察】病院情報システムを利用した当システム導入により、院内のどこからでも薬局での調剤の進捗が確認できる環境が構築でき、このことによる電話対応件数・所要時間の減少が確認できた。また、薬剤師が調剤進捗の確認の電話を受けた際にも、以前よりは数分短時間で返答できる体制となった。当システムは別のアプリケーションを立ち上げる感覚は無く、電子カルテ機能の一部のような感覚で容易に使用することができ、シームレスなシステムに成り得たと考える。また、調剤完了の有無のみならず搬送便時刻を表示させたことにより、実務に直結する実用性の高い情報の共有化が実践できた。

O-146

専門的口腔ケアにおける口腔内細菌数と口腔乾燥度の検討

宮崎希、角田愛美、鈴木奈月、青島泰子、山本玲、高橋悦子
JCHO 相模野病院 歯科口腔外科

【目的】口腔ケアの場面で、口腔内細菌数を測定する細菌カウンタ（バナソニック社製）や口腔乾燥度を測定するムーカス（ライフ社製）は多く使用され、近年報告が増えてきている。今回、歯科衛生士による専門的口腔ケアを実施することで口腔内細菌数、口腔乾燥度にどのような変化をもたらすか、細菌カウンタとムーカスを用いて測定してみた。全身状態も含めて検討したので報告する。【対象および方法】平成27年5月25日から9月15日までに歯科衛生士の専門的口腔ケアに10回以上介入した3名を対象とした。3名ともセルフケア全介助であった。細菌カウンタとムーカスの測定部位はそれぞれ右上の歯（歯がなければ顎堤）と右頬粘膜とした。測定は口腔ケア直前と直後の2回行った。あわせて実施した日の体温、抗菌薬使用の有無、血液検査を確認した。【結果】口腔内細菌数は3名とも口腔ケア直後は減少した。口腔ケア介入継続で、口腔ケア直前の口腔内細菌数は1名が減少傾向、2名は変化なく一定であった。口腔乾燥度は口腔ケア直前、2名が正常から境界域、1名は不安定であった。口腔ケア直後は3名ともムーカスの数値は改善したが、そのうち1名は口腔ケア直後も乾燥状態のときが3回あった。測定結果が不安定であった1名のみ抗菌薬をほぼ毎回使用しており、血液検査ではCRPが高かった。【考察】今回の対象者はADLが低く、セルフケアは全介助であり口腔環境悪化のリスクが高かったが、口腔ケア直前の口腔内細菌数が日を追うごとに増加することはなかった。口腔ケア直前の口腔内細菌数や口腔乾燥度の測定結果が不安定の場合、全身状態も悪いと考えられた。【まとめ】口腔ケア時に細菌カウンタとムーカスを使用することで、口腔環境が可視化された。口腔環境と全身状態の関わりがあったため、体調管理の一つの指標となり得ると思われる。今後は口腔ケアの実施時間を統一して口腔環境と全身状態について検討していきたい。

O-147

非アルコール性脂肪性肝障害患者の食事・運動指導における効果の検討

山本瞳¹、山田朋枝¹、瀧川博子¹、秋本みどり¹、中澤まな¹、越後弘子¹、古家乾²

¹JCHO 北海道病院 栄養管理室、²消化器センター

【はじめに】当院では、平成24年度よりNASH・NAFLD用に作成した資料を用い、継続した栄養指導を行ってきた。今回、指導の効果を検討したので報告する。【目的】NASH・NAFLDを対象に、統一した食事・運動指導を6ヶ月間実施し、その効果を検討する。【方法】対象は、平成24年10月～平成26年11月までにNASH・NAFLDと診断された外来患者で、食事記録票の記入や6ヶ月間の継続した通院が可能な30名（男性17名/女性13名）。6ヶ月後に1カ月以上運動を継続している群（運動あり群）と運動出来ていない群（運動なし群）のBMI・生化学データ、栄養摂取バランスの変化を比較、検討した。介入時と6ヶ月目に、問診票で食生活の問題点を項目毎に点数化し、患者の意識変化を比較した。資料は、当院で作成したNASH・NAFLD用の資料と、糖尿病の食品交換表の資料を使用した。なお、検定はt検定で行った。【結果】運動習慣のある者は、5名(17%)から17名(57%)へ増加した。BMI・生化学データは、運動あり群と運動なし群の2群間で有意な差はなかったが、運動あり群では、介入時に比べて6ヶ月目のBMIとALT、TGが有意に改善した（BMI $29 \pm 3.5 \rightarrow 27 \pm 3.6$ kg/m²、ALT $90 \pm 51.9 \rightarrow 53 \pm 39.9$ IU/L、TG $153 \pm 89 \rightarrow 102 \pm 48$ mg/dl）（ $p < 0.05$ ）。問診票の項目は、両群で6ヶ月後の「食行動」の点数が有意に変化した（ $p < 0.05$ ）。また、運動あり群のみ、「運動」の点数も有意に変化した（ $p < 0.01$ ）。全体の各食品グループ別の充足率は、介入時に過剰だった表3（魚・肉他）が134→109%、表5（油脂類）が161→142%、調味料が169→123%と改善し、不足していた表6（野菜・海藻他）は82→91%へ上昇した。また、両群間で有意差はなかった。【まとめ】食事・運動指導により、問診票の「食行動」「運動」の項目で患者の意識変化がみられ、運動習慣のある者が増加した。また、運動あり群ではBMI及びALT、TGが有意に改善した。今後は、行動変容に繋がらなかった症例を調べ、指導方法や資料を検討する事が課題である。

O-148

病院調理師として地域に携わる

石崎克彦¹、三輪陽子¹、木村由香¹、町田祐子²

¹JCHO 四日市羽津医療センター 栄養管理室、

²摂食嚥下リハビリ口腔ケアチーム

近年病院給食業務は進化している。嚥下機能や食物アレルギーだけでなく、病状や嗜好による細かな個別対応が求められるようになり、作る側である私達調理師にもスキルの向上が常に必要とされている。今回、地域の施設間での食形態の情報共有や統一した嚥下食基準の作成も視野に、調理師が自主的に疾患や嚥下摂食機能の勉強を行い、様々な給食に関する情報を得るための取り組みを始めたので一年間（平成27年1月～平成28年2月）の活動を報告する。地域において、施設主催、企業主催研修会や勉強会等への参加、協力、調理や盛り付けにおいての工夫、また試食会を兼ねた嚥下困難食の講習会、施設内での嚥下基準等の多職種の情報交換に積極的に取り組んだ。その結果、栄養管理室内だけでなく、自施設内、さらにはJCHOグループでの情報の共有等の必要性がある事も感じ得た。また、診療報酬改定に伴い、260円である患者負担額は2016年より360円、2018年には460円と増額されることが決定しており、さらに日本人の食事摂取基準2015年版では食塩相当量の目安が厳しくなったこともあり、患者の希望に応えるためには更なる工夫が必要とされると考える。地産地消はもとより、適正なコスト管理、献立の見直し等を行うことで給食業務全体の改善のために力を注ぎ、患者満足度向上のために更なる努力が課題である。四日市羽津医療センター栄養管理室としてこれからも地域の中で貢献できれば幸いという思いを、今後の展望と共に伝えたい。

O-149

企業健診における診察所見の年齢層別集計、精査受診状況

宮島江里子^{1,2}、角田正史²、加藤彰¹、五十嵐敬子¹、吉田宗紀¹、野田吉和¹、大井田正人¹

¹JCHO 相模野病院、²北里大学 医学部 衛生学

【背景・目的】一般に定期健康診断における医師の診察は、問診と簡易診察（眼瞼結膜・頸部の触視診、胸部聴診）で行われるが、企業出張健診（企業健診）では、これを短時間に行わなければならない場合が多い。その際どのような所見がどの年齢層に多いかを考慮して行うのは効率的である。本研究では、企業健診の診察での頻度の多い所見とそれがどの年齢層に多いかを集計し、また健診後の精査受診状況を調査し、企業健診診察で注意すべき点の参考資料とする。【対象・方法】対象は、H25年4月～9月に企業健診を受診した15歳から88歳の12,607人である。診察の判定区分は（A:異常なし、B:軽度異常、C:12ヶ月後要経過観察、C0,3,6:各々1,3,6ヶ月後要経過観察、D:要治療、E:要精密検査）で、治療中の場合も所見により何れかに判別される。医師の指示（C0,3,6,D,E）の人数を集計し、頻度の多い所見の人数と、各所見はどの年齢層に多いかを集計した。またE判定の人の精査結果を次回健診受診時に医師が聴取し、集計した。【結果】医師の指示人数は156人（1.2%）であった。所見は多い順に、甲状腺異常46人、脈の異常42人、心音異常38人、皮膚異常15人であった。甲状腺異常の約75%が20-40代、脈の異常と心音異常の約70%が40-60代、皮膚異常のうちアトピー性皮膚炎は全て10～30代であった。E判定者111人中、精査結果を聴取できた87人のうち、精査未受診は44人（50.6%）、治療が7人、経過観察が13人、問題なしが23人であった。【考察】企業健診では甲状腺異常が20-40代、脈又は心音異常が40-60代で多いことを考慮し、頸部の触視診、胸部の聴診を対象年齢に注意しつつ実施すべきと考える。精査は受診した人の約半数が治療や経過観察に繋がった一方で、未受診も多く、所見指摘時の受診勧奨が大切である。

O-150

宇和島市で働く人々の生活習慣病の動向～11年間の健康診断結果の分析～

佐々木修、佐々木留美、橋本清香、堀川慶一、三好一宏
JCHO 宇和島病院

【目的】当院健康管理センターで行った健康診断（健診）データを基に、メタボリックシンドローム（メタボ）の診断項目を中心に分析し、宇和島で働く人々の生活習慣病の動向を検討した。【方法】2003～2014年までの健診受診者、延べ99,791名を、肥満、高血圧、脂質異常、糖尿病および喫煙について分析した。【結果】平均年齢は、全体で44.6→46.1歳へと推移した。体格指数が25 kg/m²以上の肥満および腹囲異常（男性≧85 cm、女性≧90 cm）の該当者は、男女ともに増加傾向を示した。収縮期血圧が140 mmHg以上の人は、2007年度から男女ともゆるやかな減少傾向を示した。総コレステロール異常者（≧240 mg/dl）の割合は、男女ともに2006～2011年度にかけて増加傾向を示したが、2012年度以降は減少に転じた。中性脂肪異常者（≧150 mg/dl）の割合は、男女ともにゆるやかな増減を示しつつ推移した。耐糖能異常者（血糖≧110 mg/dl）の割合は、男性は若干の増減を示し、女性はほぼ横ばいであった。男性平均値は、特定保健指導階層化基準の100 mg/dlを超える年があった。なお、最近5年間の高血圧症、脂質異常症、糖尿病の治療を受けている症例の割合は、各疾患とも年々増加していた。メタボ該当率は、宇和島（当院の健診結果）、日本（国民健康・栄養調査から抜粋）とも男性が高率だった。総数では男女ともに日本より宇和島の割合が低かった。宇和島のメタボの割合は、男女とも増加傾向だった。日本は、女性が先行して低下傾向を示した。喫煙率は、宇和島男性は2008年度から一貫して減少傾向を示したが、日本男性との比較では高率だった。宇和島女性は、日本女性をわずかに上回る程度だった。【結論】健診は、自分自身の健康状態を認識できる大切な機会である。健診実施機関は、生活習慣病の推移を把握しておく必要がある。そして、受診者自身が現在の動脈硬化危険因子の状況を把握でき、生活習慣改善の行動変容に繋がる効果的な健診の構築に努めることが重要である。

O-151

特定保健指導実施率向上に向けての取り組み

安藤幸恵、井原こずえ、星野直美
JCHO 東京山手メディカルセンター

【目的】受診者が特定保健指導を受ける理由、受けない理由を明らかにし、保健指導実施率を上げるための示唆を得る。【方法】2014年11月19日～2015年6月12日、当センターで当日階層化を行った人のうち支援レベルに該当し、本研究参加に同意を得られた438人を対象にアンケートを行った。【結果】回収数438人（100%）、うち有効回答数356人（81.3%）。平均年齢50.7歳、男性84%、女性16%で、職業は87%が会社員であった。積極的支援が207人（58%）、動機づけ支援が149人（42%）、保健指導を受けた人は252人（71%）であった。保健指導を受ける主な理由は「病気になるたくない」、「生活習慣を見直すきっかけにしたい」、「減量したい」であった。受けない理由は「このあと仕事や用事があり、時間が無い」が過半数を占めた。保健指導を受けた人と受けなかった人を年齢、性別、職業、認知度、支援該当レベルで比較したところ、支援該当レベルで有意差があり（ $p < 0.05$ ）、動機づけ支援に比べて積極的支援の実施率が低かった。【考察】特定保健指導を受けない理由は「このあと仕事や用事があり、時間が無い」が最も多かった。対象者の年齢や職業が影響していると思われる。待たせずに保健指導に案内できる体制づくりが必要である。積極的支援該当者の保健指導実施率が低いことは必要な人に指導が行っていないということである。受診者が自分の体に関心を持ち、指導を受けてみたいと思えるような働きかけが必要である。例えば、結果が出る前から待ち時間を利用した啓発や情報提供を行う、結果が出てからの説明や案内方法を見直す等、対策を検討していきたい。

O-152

健康管理センターと病院間の健診連携予約システムの構築

奥野美穂、長井義和
JCHO 下関医療センター

【背景と目的】健康管理センターは、病院に併設された健診施設であり、そのメリットを活かし、二次健診の受診を勧め、疾患罹患の早期発見・早期治療を目指している。しかし受診者が健診結果から病院受診する二次健診の受診率は、例年20～25%と低値である。健診の結果が活かされてこそ地域住民の健康保持に役立つが、向上しない。そこで、この現状を踏まえ、受診者がより受診しやすい病院とすることで受診率の向上に繋がるのではないかと考え、医療支援室を介した、健康管理センターと診療科の連携を図ることを目標に取り組んだ。この取り組みの基盤には、健康管理センターと病院の診療科が連携を密にし、受診者を中心に考えた外来受診の新システムの構築が必須となる。今回、連携システムを運用し、二次健診受診率の向上を見たのでここに報告する。【対象・方法】対象：健診の結果、要精密・要治療となった受診者。方法：①二次受診勧奨票者に受診案内メッセージカードを送付。また、病診連携予約システムである当院受診のメリット記載の案内文も同封し、受診を促める。②受診者の受診希望日を聞き、希望に沿った日程調整ができるように医療支援室との予約連携を図る。その後、予約の結果を受診者に予約票として送付する。【結果】システム導入後、二次受診率は25%から30%となった。また当院受診率30%前後で経過していた所、60%前後と上昇した。【考察】受診者が当日受診するために並ばず、健診科からの予約という形で受診できる健診連携予約システムは、当院の受診率を上げることに繋がった。また受診者の疾患罹患予防への意欲向上にも繋がる結果となった。

O-153

内臓脂肪面積と腹囲の関係（CT画像から…）

三浦勉

JCHO 二本松病院 放射線室

目的：厚労省によるメタボリックシンドロームの診断基準の一つに腹囲（へそ周囲）があります。この基準は、男女共に腹部CT画像上での内臓脂肪面積100以上に相当するとされています。それでは実際のところ、内臓脂肪面積と腹囲は、どの程度相関し、どの程度のズレが生じるのか検討してみました。方法：H25年4月1日～H26年12月31日に当院で撮影した全ての腹部CT（Aiは除き、同一患者の重複はない）を対象とし、PACSの計測ツールで内臓脂肪面積と腹囲を測定し、測定結果を男女別・年代別に比較しました。また、対象CT検査前後1カ月以内に血液検査（T-cho, TG, HbA1cのいずれか）を行っている場合には血液データも比較しました。同時に健診のデータを利用しBMIと腹囲（立）の関係も調べて見ました。結果：・内臓脂肪面積と腹囲（臥）、BMIと腹囲（立）は非常に高い相関関係がありました。（考察）・腹囲がメタボ基準未満でも内臓脂肪面積が100を超える方は、全体の約1割程度いると予想されます*1。・内臓脂肪面積の結果から推定される腹囲の基準は、男性は約85.5cm、女性は約88.4cmという結果となりました*2。一方、院内健診から調べたBMIと腹囲の関係からは男性は約86.4cm、女性は約85.1cmという結果になりました。・女性よりも男性が、そして年齢が上がるにつれて、内臓脂肪の割合が増加する結果となりました。これは、一般的に言われている内臓脂肪蓄積にはホルモンと基礎代謝が大きく関わっている事を現わしていると言えます。・今回の結果からは血液データと内臓脂肪面積・腹囲の間には優位な相関関係を見出すことはできませんでした。（ただし、*1*2に関しては、CT撮影は臥位であること、また吸気であることを考慮しなくてはなりません。）結び：今回の測定はCT画像を利用して内臓脂肪面積と腹囲（臥）の比較を行いました。①腹囲は臥位と立位、吸気と呼気で変化する。②血液データは治療中や薬の飲用により変化する。今後はこれらの事も考慮に入れた比較を検討して行きたいと考えています。

O-154

当院の放射線被ばくの実態 ー J-RIME 診断参考レベルとの比較 ー

長友俊樹、山口浩嗣、本石桂也、碓智亮、氏原健吾

JCHO 諫早総合病院

【目的】近年、医療分野における放射線の利用が急速に拡大し、医療で受ける放射線被ばくによる影響への関心が高まっている。その中で、2015年6月に被ばくに対する正当化と最適化を考慮した診断参考レベル（Diagnostic Reference Level: DRLs 2015）が医療被ばく研究情報ネットワーク（Japan Network for Research and Information on Medical Exposures: J-RIME）により公表された。しかし、実際の臨床において患者がどの程度被ばくしているか詳細には把握できていない現状にあるため、当院における検査種別の一般的なプロトコルにおける被ばく線量とJ-RIMEの診断参考レベルとの比較を行った。【方法】当院の様々なモダリティの放射線使用機器についてどの程度被ばくがあるかを把握するために、ファントムを使用して測定した線量を診断参考レベルと比較検証した。【結果】当院で用いられている検査種別の一般的なプロトコルにおける線量は、診断参考レベルより低い値を示した。【考察】今回の測定で診断参考レベルよりも低い値になったことから、当院で使用している様々なモダリティの放射線使用機器の線量設定は最適化がなされていることがわかった。また、線量最適化支援システム（DoseWatch）を用いることにより患者ごとの被ばく線量を容易に管理することが可能で、診断参考レベルとの比較も簡便になった。

O-155

健診における診療放射線技師の胃部X線検査読影能力の現状把握—技師レポートの導入と分析—

中谷瞬、白沢善敏、大久保昌広、瀧上香織、境一也、小林真衣、西川理沙、
風間千紘、辻村恭平、中尾哲、高谷道和
JCHO 大和郡山病院 放射線部

【はじめに】平成27年4月より診療放射線技師法が改正され、診療放射線技師（以下技師）が画像診断等において読影補助することが業務として認められた。当院健康管理センターでは、従来より胃部X線検査において技師が異常に気付いたとき、その病変や検査状況等を技師の簡易コメント欄に記入し、医師読影システムに添付することで読影医師に伝えてきた。さらに、より質の高い読影の補助を行うため、技師読影用のレポートの運用を検討している。そのためには技師の教育を兼ねて、読影医師と形式が同様のレポートを用いて胃部X線検査読影能力の現状把握を行うことにした。【対象と方法】平成27年9月に撮影された計1058例の胃部X線検査の中で、技師読影にて所見があると判断された場合はレポートを作成する。そして最終的な判定結果と技師レポートの比較を行い、技師、部位、所見別に一致した割合（以下一致率）を検討した。【結果】読影医の異常所見指摘は338例あり、技師からの指摘は計263例であった。読影医との所見一致率は78%であった。その中でも部位、所見まで完全一致したのは83例25%であった。338例中75例は技師からの指摘がなく、そのうち要精査は5例あった。異常所見の部位一致率は33%で、所見診断名の一致率は33%であった。技師別にみると12%～67%と個人差がみられた。【考察】今回の調査結果から、技師と読影医において読影能力には大きな差があることがわかった。病変発見率に比べて部位、所見の一致率が低く、より正確な読影力の養成が今後の課題となった。健診では大量の検査を短時間で終わらせないといけない環境のため、今まで以上に画像とレポートのチェックを行い、質の向上につなげていきたいと考えている。また、実際現場で撮影している技師から病変の存在を指摘することができるように、技師は読影能力を高める努力を行い、その能力評価についても今後さらに追跡調査を行う必要があると考える。

O-156

心電図2次検査予約数の推移 ～2次検査循環器連携パスを使用して～

鈴木明日香、松森麻里衣、高橋悦子、田頭素子、浅野真未、神谷夕香里、堀由美
JCHO 札幌北辰病院

当健康管理センターでは、健診を受診された方へのサービスの 일환として、健康管理センターで2次検査の電話予約を行っている。平成20年度までは事務担当者が外来の診察予約のみ行っていたが、平成21年5月より、電話予約業務を保健師・看護師が行っている。平成22年、循環器医師と話し合いの機会をもち、平成23年、2次検査循環器連携パスの運用を開始した。パス運用後は、電話予約時に診察だけではなく必要な精密検査の予約も同時に行うことで待ち時間の緩和にも配慮し、さらなるサービスの向上に努めてきた。2次検査循環器連携パス運用の今日までの経過と、2次検査予約数の変化について報告する。

O-157

当院における特定保健指導利用者増加を目指した取り組み～久留米市の特定保健指導受診率アップを目指して～

古賀富恵¹、石橋由紀¹、山口彩¹、深山真希子¹、篠崎麻衣¹、長谷川久子¹、
平井祐治²
¹JCHO 久留米総合病院 健康管理センター、
²国立病院機構 東佐賀病院 循環器内科

【目的】当健康管理センターでは、平成20年度より協会健保、健保組合、久留米市市民健診の利用者を対象に特定保健指導を行ってきた。現在、久留米市の特定健診受診率が県内ワースト1という状況を受け、健診当日の受診勧奨・保健指導ができるよう業務改善を行い、特定保健指導利用者増加をはかった。【方法】受診日の早い段階での階層化・受診勧奨を行うために、採血時間を早めた。また、保健指導の対象者がわかるようにパンフレットを使用し、医師による健診結果の説明時や診察前後での保健師による受診勧奨を行った。【結果】これまでは、当センターの特定保健指導利用者の大半が2～3月に集中し、例年18～29名の利用となっていた。特に、6～8月の利用者が0名であったため、今年度は6月からの利用者獲得を目指した。その結果、これまで（10月初旬まで）に特定保健指導対象者57名中21名（36.8%）に指導を行なうことができた。例年に比べ、著明な利用者増加につながった。【結論】久留米市市民健診の現状を受け、健診当日のより早い段階での受診勧奨を目指した結果、利用者増加につながった。事務職員・医師との事前打ち合わせや、取り組み開始後も日々話し合いの機会を設けたことで、効率よく流れへ改善できた。健診結果を聞いた当日に保健指導を受けることが可能となり、参加者増加につながったと考えられる。今後も、より成果の出る保健指導の関わりを目指し、指導後の改善率にも着目していきたいと考えている。

O-158

健診結果の分析に基づく産業保健活動の展開について

小長光裕子、秋元雅博
JCHO 福岡ゆたか中央病院

【はじめに】近年、従業員の健康保持・増進を図ることにより、業績向上につなげるという「健康経営」が大きくクローズアップされている。また、社会的に健康づくりの関心が高まっており、従業員の健康に対する行動変容につながる保健指導が求められている。従って、保健指導で活用できる情報を収集するため、過去の健診結果の履歴を分析した。【調査の趣旨】保健指導を効果的に行うためには、健診結果が「良性化した者」と「悪化した者」の違いを可視化し、客観的な情報を持って保健指導に当たることが有効と考えられる。そのため、当センターの過去の受診履歴を活用し、4つの検査判定（血圧・脂質・肝機能・血糖）と16項目の問診（特定健康診査質問票の「喫煙」から「保健指導」まで）の相関について比較分析を行った。【対象者・分析方法】○対象者：5年間（2010～2014年度）継続して協会けんぽ健診を受診した者5,184人 ○分析方法：2010年度と2014年度の2カ年の①血圧・脂質・肝機能・血糖の判定結果について、「良判定（要精密未満。以下同様。）」と「要精密以上」を区分し、検査結果が良判定から要精密以上に移行したものを「悪化した者（718人）」とし、その逆を「良性化した者（836人）」とした。②「悪化した者」と「良性化した者」について、16項目の問診回答割合を算出し、比較分析を行った。【結果】16項目の問診のうち、特に「体重変化（20歳の時から10kg以上の増加）」では「はい」を選択した者は、悪化した者42.5%に対して、良性化した者32.2%と大きな差であった。そこで、4つの検査判定ごとに検定を実施した結果、血糖に関して「体重増加」について有意差（ $p < 0.05$ ）を認めた。【まとめ】今回の結果から、特に「体重変化」がある血糖の悪化した者については、警鐘を鳴らすことができると考える。同時に、当該分析情報に基づく効果的な保健指導を行い、従業員の健康づくりに貢献していきたい。

O-159

日帰りドック受診者増加に対する取り組みと今後の課題

山田梨恵子²、岡本将裕¹、小黒厚²、奥田加代子¹、大西里佳²、小鹿憲司¹

¹JCHO 神戸中央病院 健康管理センター、²附属健康管理センター

【はじめに】当センターでは平成21年4月、社会保険神戸中央病院のサテライトとして立ち上げ、平成27年3月で6年が経過した。開設当初は受診者の確保に重きをおいていたが、更なる経営向上を目指し、全体に占める日帰りドック（単価の高い健診）の割合を向上させる為に取り組んだ事例に関して報告する。【取組】1）平成23年10月より、健診終了後の食事内容を日帰りドックのみ充実させることにより一般健診と日帰りドックの差別化を図った。2）平成25年より健診当日の結果説明可能人数を段階的に増やし日帰りドックのサービス向上に努めた。【結果】日帰りドック受診者数が平成22年度には1,388名だったが平成23年1,820名、平成24年度は2,634名、平成25年度は2,969名、平成26年度は3,095となった。全体に占める日帰りドックの割合も、平成22年度には6.94%平成23年度は8.37%、平成24年度は11.11%、平成25年度は12.31%、平成26年度12.36%となり、上記の取り組みは有用性があったと考えられる。しかし検査項目の多い受診者が増え、『健診時の待ち時間が増えた』『希望時間での予約が難しくなった』などの意見があり、サービス面での低下がみられた。【まとめ】上記の取り組みではある一定の効果は得られたが、現状の受け入れ態勢では限界がきているのではないかと考える。今後より一層の発展の為には、日帰りドックの割合増加に努めると同時に、対応できるマンパワーの強化や健診時間拡大など、顧客満足度アップや受診者へのサービス低下を防ぐ策を考えることが課題である。

O-160

地域への健康福祉活動（出張講演会・演者派遣）

滝上潤

JCHO 玉造病院

玉造病院では地域医療へ貢献すべく健康福祉活動として以下の取組を行っている。「出張講演会・演者派遣」地域住民に、病気・怪我の予防や治療、健康増進に関する、専門的な知識や情報を解りやすく提供することで、健康な日常を過ごすための一助となることを目的に実施している。1. 松江市内及び近郊の在住、在勤、在学の団体・グループ等を実施対象とし広報を行っている。2. 窓口は、地域連携室が担当、希望者よりの申込みの受付を行い。また、問合せについては、実施要綱・演題等の案内を行う。3. 依頼内容に応じ講演内容を提案（講演内容は部門毎に1～6項目を用意あり、依頼者の希望に合う項目・部門を選択提案する）。4. 講演内容・日時等決定後、担当部門と調整、演者（各科医師及び各部門医療スタッフ）等を決定する。5. 講演当日は、講演内容に応じ資料配布・運動指導等を行う。地域住民の健康への関心は高く、2011年12月の開始から2015年7月現在までに、100講演を実施し述べ3600人の参加があった。参加者からも好評であり、健康福祉活動として一定の評価はされる取組であると考えが、講演会だけでは情報を提供するに留まってしまう為、参加者が講演内容を自身の健康増進に繋げる意識が必要となる。今後は、参加者が講演内容を日常生活に取り入れ易いような、講演内容・講演方法等の検討を行いながら活動を継続していきたい。

O-161

当院における ICLS コースの立ち上げ
～全職員による救命率向上と心肺蘇生法の普及を目指して～

元茂拓和¹、柳野哲寛¹、木下敏孝²、宮川徹³、高利守⁴
¹JCHO 神戸中央病院 臨床工学部、²集中治療室、³総合内科、⁴外科

（はじめに）当院の急変における取り組みとして職員の救急蘇生における知識と技術の向上を目的とし、同時に患者様に還元するべく当院主体で救急医学会認定 ICLS コースと BLS コースを開催したのでその経過を報告する。（目的）当院での BLS や ALS の院内講習会は各部門で独自に行われており、一貫した教育システムは確立していなかった。また、指導者は ICLS コースでの知識や技術の向上を目指していたが ICLS コースの受講公募は全国的にも少なく、受講したくてもできない職員が多数見られた。そこで ICLS コースを院内で行い認定インストラクターを養成することで教育システムの確立及び職員の技術向上を図ることが出来るのではないかと考えた。（方法）ICLS コース開催には救急医学会の認定コースディレクター（医師）と認定インストラクター数名が必要となる。当院のインストラクターは1名であり他院の認定コースディレクターや医師、看護師、救命士を招聘して2014年11月に第1回 JCHO 神戸中央病院 ICLS コースを開催した。受講した医師、看護師が他院のコースへブレインストラクターとして参加し認定インストラクターを取得した後、第2回コースを2015年2月に開催した。これは今後当院のスタッフで ICLS コースを開催していく為、インストラクター養成という課題も含まれたコースとなった。2015年6月より医師、看護師、ME、事務員で構成した ICLS 委員会を設立、コースの円滑な運営と急変対応の検証を行った。（結果）当院コースの受講者は過去3回で合計44名となり、認定コースディレクター医師1名、認定インストラクターも6名となり全職員に対する救急医学会認定の BLS コースを2015年9月より毎月2回開催するに至った。（考察）日本病院機能評価機構では BLS、ICLS 講習会の開催、受講を必須としている。今回の取り組みで当院では独自での ICLS コース開催の基盤が整った。今後は地域の拠点病院という責任を果たすべく、近隣の施設からも受講者を募り、地域全体で心肺蘇生に対する意識改革を図っていきたい。

O-162

臨床工学技士における新人研修制度確立の取り組み

堀井亮¹、大瀬哲弥¹、天野義久¹、増田丈二¹、有村徹朗^{1,2}
¹JCHO 滋賀病院 臨床工学部、²腎臓内科

《はじめに》当院における臨床工学技士は代謝、循環、呼吸、消化器の多岐に渡る分野で専門知識や技術を活かした大変幅広い役割が求められている。各分野での業務は担当制としているが、兼任という形でローテーション（日替わりで業務分担）している。これまで、当部署に明確な新人教育プログラムはなく、新人スタッフは知識や技術を自主的に学んだ上でローテーションに加わり業務を行わなければならなかった。また、様々な分野で総合的に活躍できる人材を育成していく上で確立された教育プログラムが必要であった。今回、新人教育プログラムを作成し、研修制度として運用を実施できたのでここに報告する。《対象・方法》ローテーション業務に加わる前の入職2年目の臨床工学技士を対象に、血液浄化部門、循環器部門、ME 機器・呼吸器管理部門、内視鏡部門の4つに区分した教育プログラムを作成し、数ヶ月の研修期間で設定し実施した。研修期間中、学習会、見学、模擬実践、筆記テスト、実務を行い、それぞれの実施項目に対し、研修者の自己評価、指導者評価を行うこととした。《結果》血液浄化部門で16日、循環器部門で12日、ME 機器・呼吸器管理部門で16日、内視鏡部門で8日の研修を行った。研修者の自己評価として、業務内容の理解が深まると同時に自分に足りないものも発見でき、それを補うため、業務に対する意欲が増したとの意見があった。また、指導者の評価としては、教育プログラムを通して基礎、実践、応用と計画的に教育できることから建設的に手厚く指導できたとの意見があった。《まとめ》新人がローテーション業務に入る前に研修者として教育を受けることは、業務に対する理解を深め、自信が増すことに繋がった。今後も特定の分野だけでなく、幅広い分野の研修を行うことで物事を広い観点で捉え、考え、それを総合的に判断、実行することができる人材を育成していきたい。

O-163

研修会不参加者への対応
～実技とDVDによる「ハイブリッド研修」への取り組み～

小野寺真里子、千葉律
 JCHO 仙台南病院 臨床工学技士

【はじめに】当機構病院にて、平成26年12月28日にB i P A P v i s i o n を用いたNPPV中の重症呼吸不全患者の死亡事例報告があった。事例に対し当院では全看護師を対象としたV60の実技研修会を行う事となった。しかし実技研修不参加者が出ることも予想された為研修DVDを作成し研修会後に配布することとした。今回、実技研修のほかに実技研修会不参加者がDVD研修を受けられる「ハイブリッド研修」を試みた。【方法】全看護師を対象に実技研修をH26年2月16日、2月20日の各15分2コマの計4回実施と研修DVDの作成を行い、4月21日にDVD配布。有用性と問題点を知るためアンケートを8月12日に行った。【結果】アンケート対象：102名 回答79名 アンケート回収率77.5%『実技研修を受けた』のは39名、『実技研修を受けてない』39名の内『DVD研修を受けた』が25名でDVD研修を含めた研修参加者は64名となった。『実技研修・DVD研修いずれも受けていない』は14名。DVDを見なかった理由として最も多かったのが『見る時間がない』『忘れていた』というものだった。【考察】研修参加率は約6割と多くはなかったが、25名がDVD研修を受けたことで操作の確認ができたと考えたとDVD研修を組み合わせるのは有効である。しかし事故事例があったにもかかわらずアンケートの未回答が23名もいることに危機感を覚え、もし未回答者が『いずれも受けていない』だった場合37名の約4割が研修を受けていない結果となる。この約4割の方にどのようなアプローチをしていくかが今後の課題である。今後は他のME 機器研修にも対象者への積極的なアプローチ方法と『ハイブリッド研修』を取り入れ機器を使用する人、される人の安全に努めていきたい。

O-164

不整脈業務に携わる臨床工学技士を教育する勉強会を発足して

松本景史
 JCHO 大阪病院

【目的】医療技術の発展に伴い、臨床工学技士（ME）の活躍する業務内容は増加傾向にある。昨今では不整脈関連業務への関わりが特に増加している。そこで今回、不整脈関連の勉強会を発足したので活動と共に現況を報告する。【方法】不整脈関連業務に従事し指導側の立場にあるMEに複施設協力して頂いた。協力を求めたMEは指導側の立場では有るが比較的若い者とした。心臓植込みデバイスを主とする会、RFCA業務を主とする会の2つの会を発足する事とした。【結果】どちらの会も初級者の知識底上げを目的として開催し、参加者は毎回50名を超える会となっている。施設によって業務への関わる姿勢の違いはあるがアンケート結果では、良好な結果が出ている。【考察】学会あるいは上級者向けへの勉強会は多数存在するが、大阪を中心とした初心者向けの勉強会が今までは存在しなかった。その為認定単位の取得に際しても、他府県に出向かなければならない状況であった。その中で発足した会が勉強したい初心者、単位取得を狙う上級者にとって必要な会になりつつあるのではないかとと思われる。【結語】不整脈関連業務の勉強会を発足し、その活動と現況を報告した。

O-165**血液透析治療中の血液凝固を再現する教育訓練用シミュレータの開発**

小幡大輔、八木橋香澄、岩間友弥、横井香保里、五十嵐水紅、赤坂祥吾、
植田文恵、高根麻央、齊藤徳、真下泰
JCHO 札幌北辰病院 ME 部

はじめに：血液透析治療は透析患者監視装置や水処理装置など、患者にとって安全な治療を行うための複雑なシステムで成り立っている。これらに対応するためには、透析関連の機器の進歩・発展にのみ頼らず、各スタッフが知識と技術を一層磨きあげていく必要がある。

目的：血液透析治療中に異常が発生した場合、透析スタッフ全員が最適な対処を行う必要があるが、新人教育期間あるいは透析症例が少ない環境では経験を積む事自体が難しいのが現状である。現在、透析業務における異常訓練として、水回し用回路による訓練や熟練者の業務遂行を見ながら学習する方法が一般的であるが、水回し用回路による訓練では再現できる異常が少なく、異常が発生しなければ対処の経験を積むことができないといった問題点があり、異常対処能力を養う訓練としては不十分であると考えられる。そこで、血液透析治療の際に発生する各種異常を再現出来、且つ異常対処能力を養うための透析異常訓練の確立を図るため、教育訓練用シミュレータの開発を考えた。

方法：より忠実度の高いシミュレータにするため、模擬血液として磁石に吸い寄せられる性質を持つ磁性流体を使用し、血液凝固のように徐々に起こる事例や回路内が完全閉塞までは至らない事例の再現を目指す。

まとめ：血液透析に関わるスタッフ全員が、異常時に最適な対処が出来るかは専門的な知識を持ち、多くの経験を積んでいることが重要となる。より実践的な透析異常訓練の確立を行う事で、経験年数による不足を補う事が出来る。また、シミュレータの運用方法や評価方法を確立し、その教育効果を検証する事で、透析スタッフ間で意識の安全改革を進める事が出来ると考える。

O-166

新人看護師教育にストーマケアに関するDVDを活用して

佐々木裕子、持原美里、木村まや、青木竜太、木口真奈美、山口良子
JCHO 東京山手メディカルセンター

【はじめに】当院の大腸肛門科・消化器内科両病棟に入院中の患者のうち、ストーマ保有患者は約2割を占める。看護師には、ストーマ自己管理においてストーマケアの専門性の高い実践能力が求められている。しかし、両病棟の看護師の2014年の平均在職年数は3.4年と4.0年であり、十分な指導ができるスキルを持った看護師が少ないのが現状である。今回ストーマケアの教育ツールとして、ストーマ装具交換についての自作のDVDを活用することが学習に役立つと示唆されたのでここに報告する。【研究方法】ストーマ装具交換の看護手順を基に、DVDと7つの項目、29の内容のストーマ装具交換評価表を作成した。DVD作成にあたっては、内容の精度を上げるよう、皮膚排泄ケア認定看護師を含めて意見交換をした。大腸肛門科・消化器内科両病棟の新人看護師7名を対象とし、1名ずつDVD視聴後に演習用モデルで、評価担当者がストーマ装具交換について評価した。評価基準は「一人でできる」2点、「指導されるとき」1点、「できない」0点とした。【倫理的配慮】研究で知り得た情報は、研究以外に使用しないことを説明した。【結果及び考察】DVDの視聴後は、全項目において評価点数が上昇した。その中でも、「1. 装具交換に必要な物品の知識がある」は0.9点、「6. ストーマ・ストーマ周囲の皮膚の観察ができる」は0.5点上昇した。これらの項目は、知識に関する内容であり、音声説明や字幕の挿入が知識を想起させることに役立つと考える。また、項目の「4. ストーマ周囲の皮膚洗浄ができる」「7. ストーマ装具を着着できる」は共に0.4点上昇した。これらの項目は、手技に関する内容であり、細かな手先の動きがある場面を、分かりやすく見えるように、クローズアップしたことが理解に繋がったと考える。これらのことから、DVDを取り入れたことは、ストーマ装具交換の学習において知識の習得と手技の上達に役立つと考える。

O-167

職場適応を支援する効果的な中途採用看護師オリエンテーションへの取り組み

圓館真由美、浅川茂子、南口悦子、吉浪典子、松岡君代
JCHO 東京蒲田医療センター

【背景】当院では、看護師確保のため年間を通じて看護師を採用しているが、4月以降の中途採用者にはオリエンテーションを実施していなかった。中途採用者は即戦力であるが入社1年以内の離職率が高く、就業継続が課題であった。そのため、平成25年より副看護師長がその教育を担い、中途採用者教育の一環として入社オリエンテーションを3ヶ月毎に実施した。しかし、入社直後からの要望もあり毎月定例化する事によって職場適応支援ができるのではないかと考えた。【目的】中途採用者が職場環境に適応できるよう入社オリエンテーションを定例化し、支援体制を整える事の有用性を明らかにする。【方法】月1回定例日に、副看護師長が進行・講師を交代で実施し、受講者アンケートの結果を元に副師長会議で評価、次回の企画・検討をする。【結果】受講後のアンケートでは実地ですぐに活用できる事を学べて良かった、少人数で質問しやすく疑問がその場で解決できたなどの好意的な回答が多い中、講義内容についての要望もあった。入社1年以内の離職率はオリエンテーション実施前過去4年間平均20.4%に対し、平成26年度は0%であった。【考察】当院では、4月入社でなければ組織理念やシステムを知る機会がなく、中途採用者は技術面よりも職場環境に適応できるかという不安を感じる事が離職要因の可能性がある。アンケートでは、オリエンテーションをきっかけに同期入職者との関係が良好に継続しているという意見も聞かれ、離職率が低下した結果からもオリエンテーションの効果があったと推察される。また、定例化することで企画や講師経験を通して、副看護師長の自己啓発にも繋がっていると考えられた。入社オリエンテーションは、中途採用者が職員としての自覚や職場環境への適応支援として有効であったと思われる。

O-168

中小規模病院における中堅看護師の学習ニーズの分析

渡邊薫¹、藤内美保²
¹JCHO 南海医療センター、²大分県立看護科学大学看護部

【目的】中小規模病院に勤務する中堅看護師の学習ニーズの構造を明らかにし、個人的背景との関係を検討することを目的とした。【用語の操作的定義】中堅看護師は臨床経験10年以上の役職に就いていない看護師とした。中小規模病院は200床以下の病院とした。【方法】対象は、全国中小規模病院に勤務する中堅看護師500名（層化無作為抽出）、調査期間は2014年7月1日から20日に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。内容は、年齢、経験年数、所属施設の病床数などの個人的背景と作成者の許可をえて「学習ニーズアセスメントツール—臨床看護師用—」全28項目を用い6件法で回答を求めた。研究目的と方法、協力への自由意志、協力の有無により不利益は生じないこと、匿名性の保証等を明記し返信をもって同意とした。A大学所定の倫理委員会の承認を得た。統計解析はSPSS（17.0J）を用いて記述統計量を算出し、学習ニーズは探索的因子分析を行い、得られた因子構造について下位尺度得点を算出した。個人的背景との関連は、Mann-Whitney U検定、Kruskal-Wallis検定、相関分析を用い有意水準は5%とした。【結果】分析対象151名、平均年齢42.1±7.3歳、臨床経験年数18.3±6.6年であった。学習ニーズの因子分析結果、6つの因子を抽出し「日常看護の学習と専門化」「看護研究の推進と成果の活用」「対象の多様性の理解」「職業の継続と看護の専門性」「教育的機能の発揮」「社会情勢の先取り」と命名した。個人的背景と学習ニーズの下位尺度得点の関係では、「研修はニーズに合うか否か」「子どもの有無」「教育委員会の有無」「教育責任者専従の有無」「研修は役立つか否か」「役割の負担感」「年齢」の項目に有意差がみられた。【考察】「研修はニーズに合うか否か」は4つの因子に関連しており、中小規模病院の中堅看護師の研修を構築するには、個人の研修ニーズを把握することが重要であることが確認され、病院の組織的な教育体制の工夫が必要であることが示唆された。

O-169

急性期病院病棟看護師における「口腔ケアに関するアンケート調査」からの課題抽出と改善策の検討

小久保佳津恵、岡田三保、戸田美美
JCHO 中京病院

【はじめに】口腔ケアは各種合併症の予防効果についての報告もあり、看護師の重要なケアの一部である。しかしNSTの中で、各病棟における食事に関する一連のケア（口腔ケア・食事介助・与薬・衛生管理）についての問題提起があった。今回はNST活動の一環として食事に関する一連のケアについて看護師の意識調査を行った。【目的】病棟における口腔ケアについての現状を把握し、課題の抽出と改善策を検討する。【方法】対象：A病院の病棟に勤務する看護師 515名 調査方法：質問紙 プリコード回答法・自由回答法 調査期間：2014年9月1日～9月15日【結果】回収率90.3%（465名）、有効回答率が88.5%（456名）であった。「口腔ケアは看護師が行う重要なケアだと思いませんか」に対し、「とてもそう思う・そう思う」と99%（452名）が回答した。「自分が行っている口腔ケアは充分に行えていると思いますか」に対し、「そう思わない・全くそう思わない」と46%（211名）が回答した。口腔ケアに要する時間は、最長で2～5分以内が68.6%（313名）、1分以内17.5%（80名）、最長で5～10分以内54.4%（248名）、2～5分以内26.3%（120名）であった。口腔ケア時の障害要因は、開口困難339名・患者の拒否304名・時間不足258名が上位に挙がった。口腔ケアを十分に実施するために必要な問題解決・対策として、重要性の理解269名、技術の向上261名、歯科衛生士の介入212名、情報知識の向上212名が上位に挙がった。【考察】病棟看護師の99%が口腔ケアを重要と回答している事から重要度は十分認識されていると考えられる。しかし実際には約半数が十分に行っていないと感じていた。多忙な看護業務の中で効果的な口腔ケアを行うためには、歯科衛生士・言語聴覚士などと協働し、指導を行い技術の向上を図っていく必要がある。

O-170

当院における認知症看護認定看護師の活動と課題

柴田えり奈
JCHO 北海道病院

【はじめに】厚生労働省の新オレンジプランの中で、身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上や看護職員の認知症対応力向上が求められている。当院では、治療優先あるいは安全管理の立場から、認知症の周辺症状やせん妄に対しては身体抑制や向精神薬による行動の鎮静を図ることが多かった。看護職員の認知症ケアの質の向上を目指した認知症看護認定看護師の取り組みを報告する。【目的】認知症認定看護師の活動成果と課題を明らかにする。【結果】平成26年10月から平成27年9月まで計9回の院内研修会を実施した。そのうち、ラダーレベルVの看護師や薬剤師と協働した研修会を企画した。ラダーレベルVの看護師と行なった研修会では、事例を用いて認知症の周辺症状やせん妄に対する対応方法について、薬剤師と行なった研修会では、薬物療法と非薬物療法をテーマに行なった。受講者のアンケートでは、認知症に関する知識や対応方法が学べ、実践に活かすことができるという内容が多数あった。また、近隣病院や老健施設の看護師や介護士を招いた地域研修では、認知症の基礎知識や心理・対応に対する理解や不安軽減に繋がった、このような研修の場が少ないため再度開催してほしいという受講者の意見が聞かれた。平成26年10月から病棟と附属介護老人保健施設を週1回で院内ラウンドを開始し、平成27年9月まで計35件の相談依頼があり介入を行った。認知症ケアが継続して行われるように意識付けや助言を行い、入院環境の調整、身体拘束の除去や薬物使用の減少を検討するなどの看護師の行動変化も見られるようになった。【考察】認定看護師の組織横断的な活動は、認知症ケアの底上げにつながるものであり、今後ますます増加する認知症者に対するケアの質の向上や、介護者の負担軽減のために認知症ケアの浸透を院内に留まらず、地域にも発信していくことが課題である。

O-172

当院における職員研修の検討～第3報～

今井純子、大井田正人、野田吉和、高橋悦子
JCHO 相模野病院

【はじめに】当院では、年間に医療安全職員研修を複数種類実施している。その中でメインのテーマに位置付けている『接遇』の研修に関して、過去2回学会報告してきた。考察として1)研修内容を吟味し検討することで研修参加の満足度も高いものになった2)ロールプレイ形式の研修会も参加職員にとって満足度の高いものになった3)職員の自主的な参加率が低いという問題点が今後の課題であった。この結果を基に平成27年度の職員研修を実施したので報告する。【方法】研修は平成25年度より継続して『患者および職場環境で対立を防ぐ技術』というタイトルで実施した。講義形式ではなくロールプレイ形式で行った。職員はより参加できるよう研修会は同じ内容を2回実施した。1回目および2回目ともに研修後にアンケート調査を実施した。平成26年度は基本的に自主的に参加してもらったが当日朝および夕方開始直前に各部署にアナウンスした。平成27年度は広報を院内PCによる配信および各リスキーマネージャーを介してアナウンスするといった方法で統一した。【結果】2回合計した研修参加率は全職員に対して29.1%であった（平成25年度40.9%、平成26年度24.8%）。研修後のアンケート調査の結果、『内容が理解できた』の回答率は98.1%（平成25年度85.1%、平成26年度90.9%）、『ロールプレイは役に立つ』の回答率は94.2%（平成25年度87.5%、平成26年度94.2%）であった。【結語】安全管理室が参加強制を働きかけた平成25年度に比べ、自主的な参加を目指した平成26年度と更なる自主性を重んじた平成27年度は、職員の参加率が減少したまま変化がなかった。しかしながら、アンケート結果より、内容に関しては職員の感心も高く、またロールプレイ形式の方法は研修効果も期待できると思われる。したがって、研修内容、方法には問題ないと考えられた。今後はより研修会に参加者を増やす方法を考えていきたい。

O-171

シミュレーションを取り入れた急変時研修の取り組み

中野渡千早、本郷淑子、斉藤徳、堀由美、的場由紀子
JCHO 札幌北辰病院

＜はじめに＞患者急変は院内のどこでも起こり得るため、病院職員すべてが対応できることが求められる。当院では「病院職員として日常生活で突発した急変事態に初期対応できる」を目標に、H25年から医師を除く全職員を対象にシミュレーションを取り入れたBLS研修を定期開催している。これまでの当院の取り組みから、今後の課題が明らかになったので、報告する。＜研究方法＞H26年2月～H27年9月の期間に参加した206名（うち看護師102名）を対象に、終了後アンケートを実施。結果を単純集計し、分析した。研修プログラムはシミュレーションを取り入れた当院オリジナルである。＜結果・考察＞急変に遭遇した際、自信をもって実践できるかの問に対し、概ね実践できる及び実践できると答えたのは、全体で81%（看護師89%、他職種73%）であった。橋本らは「良き医療人育成という期待に応えられる有望な方法は、シミュレーション教育の活用であろう。（中略）失敗が許される場が必要であり、その場をバーチャルに作りだす。これがシミュレーションの根本原理である」と言っている。他職種の意見に「リアルに考えられてよかった」「実際自分が行うとは思ってなかったが、実施できなければと思った」とあった。シミュレーションにより、自分たちの目の前で実際起こり得ると危機感を感じ、自ら学びを深める必要性を認識したと考える。他に「今後も定期開催してほしい」と多数意見としてあった。当院でのシミュレーション研修は有効であると考ええる。＜まとめ＞急変時対応は、定期的に経験を積んで知識・技術を研鑽していかなくてはならない。その期間設定等今後検討が必要である。また、柔軟に企画運営するための人材育成も課題となった。

O-173

中心静脈カテーテルについての教育と安全管理の取り組み

黒木雄一、露木幹人、小松智徳、広瀬加代子、田口淳子
JCHO 中京病院

【背景】当院において、中心静脈カテーテル（CVC）挿入手技は、従来、個々の上級医による口伝により指導されており、教え方も異なっていた。また、実施記録が様式化されていなかったため、内容不十分なものが多かった。事故が起こった際にも原因分析には至らず、再発予防のための方策が立てられないまま、事故の当事者がインシデントレポートという名の反省文を提出しておしまいというのが実状であった。【目的】CVC教育体制と安全管理体制の整備構築【方法】2013年、臨床研修センターを中心としたメンバーにより「CVC班」が立ち上げられた。CVC班は以下のような取り組みを行った。①教育体制の整備：推薦を受けた上級医が院外講習会を受講し、指導方法を体得した上で、インストラクターとして院内講習会を定期的に開催するようになった。講習会ではエコーガイド下穿刺を中心とした安全なCVC挿入方法の実習を行っている。②院内認定医制度の構築：院内講習会を受講し、認定医の監督下に定められた回数の手技を実施してはじめて認定医の資格が与えられ、単独でCVC挿入を実施することが許されるという制度を構築した。③記録の様式化：CVCを実施した際は、電子カルテの様式化されたテンプレートに記録を残すルールとし、さらに、この記載がないと、認定医の資格に必要な手技としてカウントされない決まりとした。④記録の集計と分析：テンプレートに記載された内容を定期的にモニタリングし、分析を行っている。【結果】当院において、CVCに関連する事故はここ1年以上起こっていない。【結語】ルールを構築し、できるだけ標準化された方法を院内に普及させていくことにより、CVCの安全性が高まった。

O-175

病院に勤務する診療看護師（仮称）の活動状況と今後の方略（1）

松邑恵美子
JCHO 東京城東病院

総合内科による救急外来および病棟運営に伴い、来院患者の正確かつ迅速なトリアージとともに患者の状態を的確に円滑にマネジメントできる職員として平成27年4月にクリエイティブ領域NP（ナースプラクティショナー：診療看護師：院内呼称）大学院を修了した2名を採用した。NPは看護課所属でありながら会議等により組織横断的な活動ができるように診療部研修参加等、調整しながらの活用状況であった。新制度に伴うNPの新たな実践活動と今後のキャリアパスについて検討を行ったので報告する。方法 直近1年以内に入职したNP2名に対し、師長、副師長および多職種に質問紙及びヒアリングを行った。NPの実践活動、安全性、チーム医療の醸成、今後のニーズについて調査し、活動に対する課題及びキャリアパスについて検討した。ヒアリングは、意味内容を変えずに要約してコード化した。なお本報告は内部調査研究につき倫理的課題が問われるが、NPの院内外における社会的認知やキャリア発達のために必要な調査である旨を伝え、匿名性を確保し、内容については処遇評価を受けないなど十分に説明し協力を得た。また結果の厳密性については複数で検討を行った。結果および考察 NPは看護課所属であるが、6か月総合内科チームに所属、半年間は臨床研修医と同じ医師の直接指導の下、救急外来、病棟業務でできるだけ多くの症例が経験できるプライマリケアの基本を習得できるようにした。その後、他科希望研修1か月と看護課での実践活動を行い、当該患者での医師との調整、フィジカルアセスメント指導、カンファレンスなどの対応などを行い、職種間の連携を図りながら中心的な役割を發揮した。必要な医行為は、栄養および水分管理、感染に係る薬剤投与関連が多く、次いで動脈ガス分析を経験していた。高侵襲の医行為については経験がなかった。内容分析からは、治療方針の判断やエビデンスに基づく臨床推論の向上など対象患者にとって＜重症化を予防するための取り組み＞の存在の一方、＜チーム医療の醸成への困難さ＞＜アイデンティティの不明瞭さ＞＜安全体制の準備不足＞＜当該組織人としての未成熟＞などが挙げられた。

O-174

A 病院における習熟段階別教育導入による療養介助員教育の実践

迫田美佐、高次美香、大良和恵、渡邊薫、田中由美子
JCHO 南海医療センター 看護部

はじめに A 病院では、平成22年度より看護部教育委員会の療養介助員教育責任者が中心となり、療養介助員や教育担当看護師の意見と文献を参考に療養介助員の教育内容、具体的な業務範囲などを検討してきた。また平成25年度より習熟段階別教育導入のための準備をすすめ、平成26年度より導入した。今回、療養介助員の習熟段階別教育体制を構築し療養介助員教育の新たな体系を築くことができたので報告する。方法 看護部教育委員会の記録物より療養介助員教育に関する記録を振り返った。個人が特定されないように配慮しA病院倫理委員会の承認を得た。結果 療養介助員の臨床現場で必要とされる知識と技術の習熟段階を5段階に分け、導入年である平成26年度は、療養介助員20名全員をレベル1に位置づけた。平成26年5月に新教育体制に関する説明会を療養介助員および教育担当者を対象に行った。申請からレベル認定に至るまでには、集合教育と部署内教育を受け、評価表を用いて自己評価と他者評価を行い、レベル認定を申請するための必要な書類を整え、上司評価を受け認定の申請が行われた。集合教育の講師は、認定看護師や呼吸療法士など院内の資格取得者や部門の責任者に依頼した。また、部署内教育および他者評価は教育担当看護師が行った。平成26年度は、6名の療養介助員からのレベル2への申請があり、評価会における認定審査結果で全員に認定証が交付され、年度末の看護部総会で病院長からの表彰を受けた。また、認定者の名札にシールを貼りレベル2であることがわかるようにした。考察 研修を実施することにより日々の療養介助を振り返る機会となった。また、療養介助員の熟達段階のレベル認定を行うことにより、レベル認定審査に合格した療養介助員は病院長からの表彰を受け、病院組織に認められた療養介助員であるということを実感できた。さらに、看護部総会での表彰は療養介助員の努力を看護師に伝える機会となった。

O-176

外来スタッフの自律的行動への取り組み

小林奈津子
JCHO 埼玉メディカルセンター

はじめに 当院は急性期病院として地域医療を担っている。外来では、がん患者の告知や治療の意思決定などが行われる。しかし現在の外来では、意思決定時の支援や患者・家族に対する看護師としての役割が發揮できていないと感じる。外来看護師としての役割意識の低さや看護師としての意見が言えていない現状がある。また看護師と医師が医療チームの一員として対等の立場でないことも要因と考える。外来看護に対する役割意識の低さや専門職としての意識の低さを問題と捉え、専門職としての意識を持った伝達が行えるよう自律的行動への取り組みを行なったので報告する。実践の目的 看護師としての役割を認識し、専門性を持った外来看護師の役割行動がとれ、効果的な伝達方法を知り、意識的に活用することができる。実践方法 期間平成27年2月から8月 対象外来看護師45名 事前聞き取り調査の実施。事前聞き取りをもとにグループワーク及び勉強会を開催。話し合いで抽出した重点項目を外来業務内で実行。【SBAR】『2 チャレンジルール』『CUS』を用いた報告を実施。実施後アンケート調査と一部のスタッフに半構成面接を実施。結果、考察 多くの意見や思いを一度に取り組む事は困難なため、各グループ重点項目を挙げた。共通したとして項目『患者の安心安全な対応・急変時の対応』『待ち時間に対する患者の苦痛軽減』『分かりやすい説明』であった。外来全体に共通する課題として日々苦慮し、看護師自身が解決・改善したいと考えている項目と考える。6ヶ月後アンケートは30名に実施。回収人数27名回収率90%。報告にスキルを用いたスタッフは、患者の状態と看護師自身の意見を伝えた事で結果良いケアとなり、医師への信頼感が繋がった。外来看護師として役割意識が持てた事で具体的な行動へ繋がったと考える。指示を待つ姿勢から『看護師として』を意識しながら行動したことは、行動や意識変化に働きかけ自律的行動へ繋がったと考える。

O-177**内視鏡センターの新人指導について
～『二人三脚で学ぶ』共育関係～**

遠藤千鶴子、大野竜一

JCHO さいたま北部医療センター 内視鏡センター

【はじめに】自施設の内視鏡センターでは年間約 7000 件を超える検査を行っている。配属された看護師の殆どが内視鏡の未経験者である。当内視鏡センターは、パートナーの技術や知識を実践的に学ぶために、パートナーシップを重きに置いた指導方法を取り入れているので、現状の指導方法を報告する。【指導の実際】内視鏡は、特殊な技術が多くまた知識も専門性を多く含んでいる。新人のパートナーを決める時は、師長が技師経験 5 年以上のリーダー的存在スタッフと相談し選出している。決められた指導者は、独自の技術や業務習得の為にチェックリストを使用し、日々の業務である検査介助から始まり、洗浄、外回り（問診・前処置業務）の 3 つに分け、注射薬の指示確認から準備、器械チェックやスネアリングの介助に至るまで常に 2 人で 1 つの業務を担当としている。その中で技術・知識を学び、研修も一緒に参加することで共通認識を深めている。技術や業務の進捗度に関しては、約 1 カ月ごとにパートナー同士でチェックリストの確認を行い、進捗度を把握し見守りへと移行している。【考察】内視鏡での看護実践能力の習得は、内視鏡看護と共に技術も不可欠となる。看護の臨床経験があっても、技術は新人である。臨床の場で幾度となく実施しなければ身に付かない。不安や緊張で中々思うようにスキルアップしないのが現状である。その不安や緊張感を軽減するには病棟や他のセクションでも同様で、如何に安心して臨む事が出来るかに掛っていると考える。その安心を保持する事が出来るサポート体制が、指導や育成には必要である。信頼できるパートナーの存在が不安の軽減に結びつき安心して技術に臨めると考える。【結語】内視鏡での新人指導は、様々な育成ツールを使いこなし、適切に運用し、業務や技術の達成感を味わい、自らの成長が実感できるように働きかける事が出来るパートナーの存在が大切である。

O-178**手術室における指導体制の現状と改善へ向けた取り組み
初心者（レベル 1）にクリニカルラダー評価表を用いて**

田口由香、高谷享子

JCHO 大和郡山病院

【はじめに】手術医療は日ごとに高度化、複雑化している。手術室看護師は安全で安心な周術期看護の提供を目指し知識や技術を習得しなければならない。現在は独自の術式別経験チェックリストを用い指導している。しかし内容の評価には至っていなかったため、日本手術看護学会手術室看護師の「臨床実践能力の習熟度段階」（以後クリニカルラダーとする）を用いて到達度の評価を行ったので報告する。【研究目的・方法】2014 年 8 月～11 月にクリニカルラダーを用いて初心者（以後レベル I とする）を対象に自己評価、他者評価を行った。他者評価には、指導する看護師と手術の円滑な進行は患者の早期回復にもつながるために術者である医師とした。5 つのカテゴリー 68 項目を「できない（努力を要する）」1 点・「支援すればできる」2 点・「できる」3 点・「良くできる」4 点で評価を行った。【結果】5 つのカテゴリーすべてにおいて、他者評価より自己評価の点数が低かった。器械出し看護実践のカテゴリーで「器械出し看護について振り返りができる」の項目は自己評価が高く平均は 3 点、他者評価の平均は 2.8 点であった。しかし、「術式に沿って安全に器械出しができる」という項目は、自己評価の平均は 2 点、他者評価の平均は 3.09 点であり差は最も大きかった。【考察】レベル I にとって「器械出し看護について振り返りができる」項目の自己評価が他者評価より高いことは、指導する看護師と振り返るなかで実践した看護の評価の共有ができることに満足していると考えられる。しかし、実際の一連の器械出し業務では自己評価と他者評価の平均点に差が生じており、実践での指導方法が統一されていないのではないかと考える。このことにより、今までの独自のチェックリストでは不十分であり、改善をしていく必要がある。【結論】1. 評価表を用い到達度の把握が出来た。2. 教育・指導体制を改善、再構築する必要があることが明らかとなった。

O-179

受診勧奨ハガキの効果結果による考察

加藤きよ子、坪井ちえみ、長谷川孝広
JCHO 高岡ふしき病院

【目的】外来患者数の確保対策として、2011年より未受診予約患者に対し受診勧奨ハガキ（以下ハガキとする）を郵送しているがハガキの効果は未評価だった為、今回2014年度1年間について検証した。【方法】（1）対象 2014年4月～2015年3月期間中受診予定日より2週間以上経過の未受診患者（2）ハガキの裏面 プライバシー保護シールを貼り郵送（3）検証内容 ①再診の有無②患者数③性別④年齢⑤住所⑥診察予約月⑦内服処方の有無：2015年9月時点で評価。【結果】ハガキ郵送患者総数312名で男性202名（65%）女性110名（35%）。ハガキ郵送後の受診者198名（63%）未受診者114名（37%）。年代別は、受診者60歳台（29%）50歳台（24%）80歳台（16%）の順で、未受診者40歳台（28%）50歳台（21%）80歳台（16%）の順であった。住所別は、受診者は伏木・太田地区（以下地域とする）50%、市内、市外それぞれ25%、未受診者は地域39%、市内29%、市外32%であった。未受診者の診察予約月は10月（13%）9月（12%）が多かった。内服処方を受診者94%の方に処方、未受診者75%の方に処方。【考察】ハガキを郵送し6割の患者が受診。受診者の50～60歳は地域に居住、内服処方者が多く、都合により受診できなかった。80歳台は、ハガキによる気づきや家族に指摘され受診、また家族の都合で受診できなかったと考えられる。高岡市の高齢化率は31.1%と高く特に伏木地区は37.8%。ひとり暮らし高齢者は高齢者人口に対する比率5%であり増加傾向にある。病院に受診できない場合の支援方法を考える必要がある。一方未受診者の40～50歳台は市内・市外各3割を占めている。特に当院健診者の内科受診率が低く中断者も多い。自宅近医に受診を変更した可能性がある。毎年健診を受けるので、個別面談の強化が今後の課題と考える。【結語】ハガキは再受診行動に有効であった。今後は社会資源の活用も考慮した関わりができるよう連携体制の強化を図りたい。

O-180

病棟検査機器・検査物品等の管理業務の活動報告

江藤美幸¹、佐藤清八¹、志賀美佐子¹、衛藤文子¹、大山佳宏¹、河野大吾¹、大塚美里¹、岩下大輝²、福永充³
¹JCHO 湯布院病院 臨床検査科 ²臨床工学技士、³医師

【はじめに】当院は以前、病棟の検査物品管理等は病棟スタッフに一任していた。しかし、管理不備による検査の不具合等の問題が続いた為、平成26年4月より安心安全で精度の良い運用を目指し、検査物品管理に加え検査機器の管理も全面的に検査科で行うこととした。【活動理由・経緯】1. 検査機器の変更に伴い、新規規格採血管と入れ替えを行ったが、その後も旧規格採血管での検体が一部であるが提出された。2. 使用期限が切れた採血管を使用していた。3. 管理不良の手書き伝票を病棟に多数置き、使用を続けていた。4. 心電計周辺に乾燥による使用不能のディスプレイやケラチンクリームがあった。【活動内容】検査科スタッフにて担当病棟を割り当て、管理実施一覧表を作成し各病棟の検査機器・物品管理を行っている。チェック内容としては、1. 採血管の差し替え、取り決め枚数の伝票や検査機器の物品補充、簡易型血糖測定器の管理を各月末に実施。2. 臨床工学技士による心電計、DC、モニターの機器管理を実施。【結果】検査機器・物品の管理を開始したことで、未使用のまま使用期限が切れた物品の廃棄量が多かったことが分かった。活動理由に挙げた4点については改善され、検査物品の不足や機器の不具合の減少に繋がりを、また再採血依頼の減少、採血管の廃棄もなくなった。精度管理の為に始めた管理であったが、結果として病棟サイドから喜ばれるようになった。【まとめ】病棟の検査機器・物品の管理を全面的に検査科で行っていくことで、検査に対する精度は保たれ、検査物品の経費削減に繋がった。またこの活動を行うことで病棟とのコミュニケーションもより円滑になり、病棟のマンパワーの軽減にも繋がった。今後、活動内容を見直し、更なる病棟のマンパワーの軽減に繋がる取り組みを続けていきたい。

O-181

病院経営に薬剤部門が果たす役割

山賀章一、新木美枝、小村直人、千吉良幸子、村田文
JCHO 群馬中央病院

【目的】医療環境が大きく変化の中で病院薬剤師の業務は質・量共に幾多の変遷を重ねてきた。現在、業務の中心は病棟にシフトしているが、「薬剤師法第一条」に明記された薬剤師の任務の中で「医薬品の供給」は医薬品の選定・購入から情報が伴った供給と適正使用まで病院経営に直結する重要な業務である。今回、病院経営に果たす薬剤部門の役割を収益（プラスの貢献）と医薬品の適正使用（マイナスを出さない貢献）の両面から検討した。【対象・方法】H21年度からH26年度まで6年間で対象とし、薬剤部門が行っている病棟業務（薬剤管理指導料、病棟薬剤業務実施加算、無菌製剤処理料等）、外来業務（外来化学療法加算、がん患者指導管理料3等）のほか、H26年度からDPC対象病院が算定可能となった後発医薬品係数についても検討した。マイナスを出さない貢献は具体的な取り組みについてまとめた。【結果】病棟部門は従来の薬剤管理指導料のほか、H24年度から病棟薬剤業務実施加算が加わった。薬剤師の病棟常駐に対する病棟スタッフの評価は高く、副次的に薬剤管理指導料の請求件数増加にもつながった。H26年度は病棟部門で約5200万円、外来部門で約420万円の収益が得られ、後発医薬品係数（0.01192）の収益は約2200万円だった。H27年度は同係数が満点の0.01274となり、さらなる収益増を予測している。中央部門では医師からの強い要望もあり、手術室のハイリスク薬管理、麻酔科外来での持参薬管理、小児科ワクチン外来支援、研究倫理審査委員会の事務局機能整備等、業務の拡大を図った。【考察】H24年度に病棟薬剤業務実施加算を算定すべく、薬剤師を増員できたことが病棟部門のみならず、中央部門の業務展開につながっており、結果として病院の収益増に貢献できたと考える。また、後発医薬品への移行が比較的順調に進んでいる要因として医師の協力が大きい。今後はチーム医療の観点から人材育成と他部門とのさらなる連携が課題と考える。

O-182

無理なく取り組める医事収支向上の工夫

和田雄一、嶋田瑞穂、田尻美樹、島田仁美、西村奈央
JCHO 熊本総合病院

【背景と目的】病院経営を安定的なものにするにあたり必要不可欠なものは医事収支である。増え続ける人件費、材料代等を補っていくには、医事収支の向上が必要となる。しかし施設基準をどんどん取得して収支を上げていくには、限界もあり、そこで注目されるのが、ちょっとした工夫、取り組みで収支を上げることである。ここでは、その取り組みを報告する。【方法】①病院としての取り組み：当院は病床稼働率を重視しており、毎朝、医師、看護師、コメディカル等出席のカンファレンスにて、当日の入退院患者数、在院患者数、在院日数を共有することによって、稼働率の安定をはかっている。そのため、医師、看護師等、職員間の連携を密にしている。②医事課での取り組み：再入院での入院歴（再入院の場合、前回入院からリセットできる場合と出来ない場合あり）の確認により、出来高算定となった場合の入院料の加算のとり漏れを防ぐことが出来る。又算定基準が曖昧な加算（救急医療管理加算2、重症者療養環境特別加算等）は基準の明確化を行い算定している。更に死亡時の処置、行為等も一覧表を作成し、確認しながらの算定をしている。【結果】ちょっとした工夫や取り組みにより収益増になり、算定漏れ、入力漏れの防止にも繋がりを、安定した医事収支を継続できるようになった。【結論】医事課では、計算時、更にとれる加算はないか、真摯な姿勢を持って業務を行っている。一番大切な事は、病院職員個々が、収支を向上させるという意識を常に持って、業務にあたる事である。

O-183

経営改善のためのデータ提供～活かされるデータとは～

圓城健二、増田智恵
JCHO 四日市羽津医療センター

【はじめに】診療情報管理士として、多様化するデータの中で「現場を動かすデータとは何か」を考え、実際にデータが活用された事例を含めて報告する。【病院において重要な指標】病院運営においては、まず「病床稼働率」があげられるが、急性期病院として「稼働率重視」の考え方では厳しくなっている。そのため複数の項目を「KPI（重要業績指標）」として毎月報告しており、その項目は14項目となる。各項目の相関で入院収益に影響するのかわけ、病床稼働率は新入院数との相関が高くなる。【実際の活用例】まず、「地域包括ケア病棟」での私の役割として検討会議においてどの患者が対象なのかをDPC期間等を表にまとめ、現場に端的に表すことで負担感を減らすことであった。稼働後の状況では、院内転棟において1日平均約8,000円のプラスとなっており、年間約6,000万のプラスとなる。次に、救急体制では救急応需を輪番日と非輪番日、時間内と時間外に分けると、応需率は輪番日80%、非輪番日40%、入院した確率では時間内50～60%、時間外30%と大きな差があった。そこで、「輪番日は今まで通り積極的応需、加えて時間内の救急体制を見直す」の方針のもと、新しい内科の時間内救急体制が構築され、応需率が60%から80%に向上し、そこからの入院数も増加する結果を得られた。【考察と今後】「稼働率を上げる」というメッセージだけでは医師の協力は得られず、現場の理解を得られるのは、各病院での細かなデータではないかと考える。一般的な指標である稼働率や費用の対収益比率だけでは具体的な対策が出て来ず、病院間を比較するだけで良悪を判断できるものでもない。また、データから対策や企画を検討していただける管理者の推進力・バックアップも大切である。今後、具体的な対策に資するデータをいかに出していくことができるかを意識していきたいと考える。

O-185

医業未収金に関する督促マニュアルについて

渡邊一人、中嶋克彦
JCHO 東京蒲田医療センター 経理課

医業未収金問題（医療費の未払い金の防止・回収）は各病院を大きく悩ませている問題であり、病院経営をも揺るがす状況となっており、四病院団体協議会等の加盟病院の総計だけでも年額370億円発生しているといわれている。また、JCHO病院でも全国57病院で、平成27年1月末現在、医業未収金の不良債権相当額は約557,753千円となっており、今後も増加傾向が予想される。そんな状況の中で、医業未収金を発生させない対策を行うことはもちろんのこと、また、発生しても回収する策を講じる等、各病院で防止策及び回収策に温度差が有るのが実態である。しかしながら、限られた人員の中で確実に回収することはかなり困難な状況であるが、何も策を講じなければ、雪だるま式に増加するのが目に見えているため、事務だけでなく、病院全体の問題としてとらえて、対応していく必要があり、具体的な、防止策としては、下記事項が考えられる。・退院時精算の確実な実施（看護部との連携）・クレジットカード利用の促進・入院保証金（預かり金）の導入・クレジットカードの登録・限度額認定症の確実な受理・委任払い、貸付制度の案内・ケースワーカーも含めて、福祉制度の活用など。また、医業未収金が発生してしまった場合の対応策としては、下記事項が考えられる。・電話督促（連帯保証人含む）・文章による督促（連帯保証人含む）・出張督促・次回来院時に徴収依頼・法的措置（支払い督促、少額訴訟、強制執行等）（連帯保証人含む）・弁護士の活用・分割払いの対応・配達証明の発送などが考えられるが、これをマニュアル化することにより、担当部署はもちろん、事務全体、病院全体で対応し、病院の経営改善を図っていく。

O-184

経営面から見た地域包括ケア病棟

下田哲也
JCHO 宇和島病院

【目的】平成26年度診療報酬改定では、医療の機能分化と在宅医療の推進が求められ、医療は病院完結型から地域完結型へと移行されていく。そのような背景の中、宇和島市は高齢化率35.3%と全国よりはるかに早く超高齢化社会となり、後期高齢者の約半数が独居である。一方、内部環境では経過措置7対1入院基本料の算定期限が平成26年3月31日までであったこと、短期滞在手術等基本料の見直しや特定除外の取り扱い変更により平均在院日数の維持が困難となり稼働率が低下すること等から大幅な減収が危惧された。よって、地域包括ケアシステムの要となる地域包括ケア病棟入院料を導入することにより、経営面での増収を図ることを目的とする。【方法】①経過措置7対1入院基本料算定期間中の入院収益と平成26年度診療報酬改定後の10対1入院基本料のみを算定した場合の入院収益を比較する。②地域包括ケア病棟在院患者に対して出来高で算定した場合との差額を計算する。③経常利益と比較し、当該病棟導入の影響を評価する。【結果】①（7対1入院基本料－10対1入院基本料）×平成26年1月延べ日数×10（円）＝約8,500,000円。②地域包括ケア病棟（54床）届出後の差額平均：約8,300,000円③地域包括ケア病棟届出後の経常収支平均：約7,800,000円【結論と考察】7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更することで大幅な減収が危惧されていたが、地域包括ケア病棟入院料を届出したことにより最小限の差額に抑えることができていた。また、平均在院日数については、地域包括ケア病棟入院料が除外対象（特定入院料）のため、施設基準（21日以内）を維持できている。経常収支については、地域包括ケア病棟入院料算定以降、順調に推移している。

O-186

医師を中心としたチームから生まれた救急研修充実のための救急体制強化の取り組み

山中崇、佐藤良子、圓城健二、金川宏子、澤田豪人、田中敬子
JCHO 四日市羽津医療センター

【はじめに】JCHO移行から1年が経過し、病院の活気に陰りを感じた内科診療部長は、医師自ら改善策を企画、実行することで職員が元気になるとの考えから診療科の枠を超えて医師に声掛けし、医療の質を向上させるための医師を中心としたチームをつくった。そして、チームから課題として「高齢者に対する医療の強化」、「人材育成」等が上がり、高齢者の急患に対する受入体制強化に取り組むことになった。また、研修医への聞き取りから研修医が当院の救急研修において指導の充実を望んでいることがわかった。【目的】救急研修を充実させるために救急患者の受け入れ率を向上させる。【方法】救急患者受診の統計から夜間よりも日勤帯において入院率が高いことが示された。また、日勤帯の救急患者未応需の原因として、応需する医師が初診外来と兼務しているために多忙であることが一因であった。そこで、まず内科から取り組みを行い、日勤帯の救急診療枠を午前、午後に設け、各枠に上級医と初期研修医を配置する案を作成した。そして、上級医、研修医一人ひとりにこの趣旨を説明し理解を得て、管理者、研修管理委員会の承認を経て7月中旬から新しい内科の救急体制を開始した。【結果】内科の日勤帯の救急車の受入率は体制変更前の1か月平均56%から83%に向上した。また、紹介患者の急患受入れ率も67%から87%に向上した。そして、研修医から多くの症例が経験できる、指導がきちんと受けられるという評価を得た。【考察・課題】病院をよくするために診療科の枠を超えて有志で医師がチームを形成するということは当院ではこれまでなかったことであり、そこから長年の課題であった救急体制強化に取り組み、救急研修の充実につなげたことは大きい。しかし、当院の規模で救急体制を強化することは医師の負担増もあり、今後も現場の意見を尊重し調整していくことがこの体制継続の課題になると考える。

O-187

混合病棟におけるチーム再編成による業務改善の取り組み

相知篤子、馬場文子、一瀬幸子、福田妙美
JCHO 早稲総合病院

【はじめに】A病院B病棟は腎臓内科と泌尿器科を中心とした定床54の混合病棟である。20年以上診療科別の2チームで業務を行ってきたが、業務量と患者数の偏りという問題を抱えていた。今回リーダー会を中心にチーム再編成による業務改善に取り組み、超過勤務の低減と年休取得を増やすことができたので報告する。【取り組みの実績】平成25年度初回目標面接において、業務量と超過勤務についての不満が複数聞かれた。そこでリーダー会（師長、副師長、チームリーダー、サブリーダーで構成）が中心となり業務改善に取り組むことにした。20年以上続けてきたチームを変えることには不安があり抵抗も予想されたが、思い切ってチーム編成を変えることに決めた。病棟例会でリーダー会からスタッフに対しチーム再編の必要性和目指すものを説明し、不足部分は副師長やリーダー・サブリーダーが休憩時間等を使って詳しく説明することで改善への前向きな環境作りを行った。新しいチームに移行するにあたりPNSの年間パートナー決めを行った。診療科に関係なく患者を受け持つことにし、病室単位の担当チーム分けを患者単位に変更し10月より新チームで業務を開始した。チーム再編後の問題は毎月リーダー会で検討し病棟例会で説明した。医師との連携に大きな問題は発生せず、再編後ヒヤリハット件数の増加はなかった。超過勤務はH25年10月以降徐々に減少し、年休取得は増加した。【まとめ】スタッフの意見を出発点として、チーム会を中心に病棟全体が自分たちの問題として業務改善に取り組んだ。チーム会は業務改善活動への前向きな環境作りに大きな役割を果たした。業務改善は超過勤務の低減と年休取得の増加につながった。

O-188

鋼製小物器材の中央化に向けた取り組み

齋藤美智子
JCHO 二本松病院 中央材料室

Iはじめに 病院組織の中で、中央材料室（以下中材）の業務目的は、手術・治療に必要な医療器材の滅菌業務を行い、感染防止を徹底した安全な医療器材を提供することである。当院では従来、鋼製小物器材（以下器材）の洗浄・滅菌は中材で行うが、管理は各部署に任されていた。そこで、器材の適切な処理・運用を図る為、平成26年4月から中央化に取り組んだので、ここにその経過を報告する。II問題点 1. サージバンドカラーテープ（以下テープ）を巻いているが、このテープによる弊害がある。2. 器材配置数が把握できていない。3. 器材の名称が統一されていない。4. 各部署作成の滅菌依頼用紙が7種類ある。5. 使用されずに、再滅菌をする器材が多数ある。6中材職員による器材の性能チェックができていない。III対策 1. 配置定数を決め、余剰在庫を回収し中央化する。2. 器材名称表を全部署に配布する。3. 滅菌依頼書を統一（婦人科以外）する。4. 器材の点検方法を決め、器材チェックをする。IV結果 器材を中材管理にしたことで、テープを巻かずに各部署共通で使用可能となった。滅菌依頼書を統一したことで、中材スタッフが見やすくなった。不要な器材を回収し、再滅菌数の減少に繋がった。器材購入費は例年30万円前後あるが、26年度は6万円台に減少した。V考察 器材を中央化したことで、テープによる弊害が無くなった。中材では、チェックをし、払い出す器材に対し、個々の責任感が強まった。今回の取組みをきっかけに、救急室と外科の回診車・器材が統合され、思わぬ波及効果が見られた。また、ラウンド時、各部署の収納状況が改善されたことが確認できた。

O-189

プランチラボ方式での検体検査部門の現状と課題

前島澄子、保谷俊行、宮本亜矢子、中西勝也、尾崎敏康、長尾真人、大日向孝之、吉田純一、佐々木文章
JCHO 札幌北辰病院

【はじめに】当院検査部は、平成10年8月より病院方針で、輸血関連検査を除きA社プランチラボ方式（以下プランチ）を導入した。平成27年4月1日、入札によりB社と委託契約し、検査機器および検査システムを一新。現時点での検体検査部門の現状と課題を検討する。【経過】平成26年11月公示。施設見学および任意でA社との検査相関検証実施。12月プレゼンテーション審査を行い、翌1月にB社選出。安全稼働を優先し、A社と同じ検査システムを採用。2月院内準備室開設、受託責任者着任。B社との移行前全体会議6回、検査部内会議はほぼ毎日開催。レイアウト・備品確認の施設見学4回、A社運用見学および精度管理業務引継ぎ各2回実施。【方法】B社の運用が当院委託仕様書に沿っているかを検証した。また、検査の質の保証として全国サーベイおよび全社連血清での精度管理成績を検討し、インシデントやB社臨床アンケートの分析を行った。さらに委託費についても評価した。【結果および考察】仕様書に記載のある文書が10月1日現在、完備されていない。感染管理データは定期的に提出されているが、報告体制は十分とは言えない。緊急検査はA社より10項目増え、概ね30分以内に報告。システムトラブルの多くは解消した。日臨技サーベイ結果は良好だったが、全社連血清のデータから精度管理上の多くの問題が発見された。9月までのインシデントは34件、うち結果報告に関する事例が14件あり、マニュアルの不備が目立った。アンケート調査では不満は一部の診療科に留まった。委託費は4月から9月までの前年比で約3割削減できたが、病院職員の検体業務に関わる人件費や光熱費なども考慮すべきである。事務部門と協力し検体検査の委託先変更を行ったが、準備期間が短く、現在も運用上の課題が多く認められる。プランチにおける検査センター間での引継ぎの難しさや当院受託責任者による具体的運営計画の審査が必要と感じた。

O-190**熊本総合病院薬剤部門の業務改善活動
～試みた手法と8年間の成果～**

藤井憲一郎、藤井裕史、市川康子、濱田政司、上淵未来
JCHO 熊本総合病院

【はじめに】熊本総合病院（旧八代総合病院）薬剤部門は、病院自体の経営不振の為、17年度に薬剤部長を含め3名退職、18年度にも薬剤部長以下3名が退職するなど人材流出が続き、19年度には薬剤師9名で認定取得10件と少なく、地域活動も無く、長時間残業が常態化する状態であった。そこで職場の安定化と発展を目指し、BSC導入や人材活用策、業務の標準化などを進めた結果、病棟業務関連収益、認定取得数、学会等との連携深化などにおいて県内有数の活動実績を持つ部門となったので報告する。【対策と結果】I. 人材確保・育成策：将来への悲観が人材の流出の一因であるため、BSCの導入等により「県内トップになる」とする将来目標とその達成手順を明示した。またスタッフ個々の存在感の醸成が業務意欲の向上に繋がると考え、学会や地域研究会へ参加、講演・講義等の積極的関与を行った。結果、地域での当院薬剤部の知名度も上がったことで人材が集まり、相互の学び合いも深化、現在は薬剤師数14名で各種認定数65件を数える県内トップクラスの部門へと成長した。II. 増収策と成果：医薬品情報室担当を2名に強化、各種マニュアルや手順書の整備による業務標準化を進めた結果、業務適正化による残業の削減を実現し、病棟薬剤業務実施加算も取得、病棟関連業務売上は6千万円程度へ伸展した。III. 院外の評価：JCHOへの移行を機に地域医療を推進する牽引役を目指し、地域への人材アピールを行った結果、学会や地域研究会世話人などへの関与20件のべ22名を数え、他県からの見学や取材等も来る魅力ある薬剤部門へ変貌した。【結語】BSC等のオーソドックスな手法と、業務の簡素化・標準化の司令塔の整備、スタッフ個々の存在感の醸成は、人材の持続的な成長と確保、業務意欲の向上が実現され、薬剤管理指導収入等の増収や地域活動の充実に有用であった。今後さらに歩を進めたい。

O-191

栄養サポートチーム（NST）による摂食嚥下胃カメラパスの有用性と地域連携

三枝陽一、高橋悦子、細谷智、鈴木奈月、角田愛美、佐々木智子、増田友加、佐藤みどり、宮崎望、青島泰子、山本玲、長塚裕二、小木曾桂子、美原静香、今崎 貴生、大井田正人
JCHO 相模野病院

【背景】高齢化社会では脳神経疾患、悪性疾患、加齢性変化で嚥下障害の症例が増えてきている。当院では内科外科医、歯科医、看護師、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカーが NST メンバーとして集い嚥下評価し治療している。当院の嚥下評価パスは入院して一日目に血液検査、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査、胸部レントゲン検査をして、翌日に上部内視鏡検査を施行するパスを行っている。その結果を嚥下連絡票にして作成して報告している。摂食嚥下胃カメラパスを使用した 43 症例で特に有用であった 2 症例をご紹介します。【症例】症例 1：64 歳、男性。食事の際にむせこみを認め摂食嚥下評価胃カメラパス入院となった。嚥下内視鏡検査では喉頭の動きは非常に良く、嚥下造影検査でもバリウムゼリーが嚥下でき、嚥下機能は問題なし。胸部レントゲン検査では食道にバリウムの残存があった。嚥下評価検査終了して病室に帰室時にむせこみが若干あったが、すぐに軽快した。2 日目上部内視鏡検査を施行したところ進行食道がんを認めた。嚥下機能は問題なかったが、食道通過障害があり、誤嚥していたものと考えられた。その後は大学病院で治療中。症例 2：82 歳女性、嚥下障害で近医より紹介受診。当院で嚥下評価して筋萎縮性側索硬化症が疑われ、神経内科医と連携し確定診断となった。御本人と相談し胃瘻造設・経管栄養と少量経口摂取の方針とした。その後は施設へ NST 嚥下連絡票を渡し転院となった。【結果】嚥下評価のため嚥下内視鏡検査と嚥下造影検査を同時に施行して嚥下評価していることが多い。当院では多職種が協力しおり嚥下評価だけでなく、ある程度全身評価ができる。また入院で行っており、患者の食事摂取の状態や検査後の身体経過観察もできる。また看護師、ソーシャルワーカーも参加しており退院後の在宅医療、施設での退院や転院後もケアできる。【結果】当院の嚥下評価のシステムが有効であった症例をご紹介します。

O-193

NST における薬剤師の関わり

山戸真子、本間敦子、小倉秀美、末松文博
JCHO 九州病院 薬剤部

【はじめに】当院では 2004 年 2 月の NST 発足当初より、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師・理学療法士・言語聴覚士で週 1 回回診を行っている。NST における薬剤師の役割としては、TPN 無菌調製をはじめ静脈・経腸栄養療法における処方支援・処方設計、栄養療法における医薬品の適正使用の推進などがある。今回、電解質異常をきたした患者の輸液療法における処方支援を行った症例について報告する。【症例】66 才男性。165cm、75kg。既往に糖尿病あり。膀胱癌にて膀胱全摘術及び回腸導管術施行。術後 1 病日 TPN 開始。血清 K 値 4.6mEq/L。術後 5 病日排ガスを認め、TPN に加え流動食開始。摂取カロリーは 1600Kcal。術後 8 病日イレウスのため流動食は中止、血清 K 値 6.0mEq/L と高値を認め、NST 薬剤師介入開始。輸液と流動食に含まれるカリウムは、約 78mEq であったため、TPN から PPN（当日 K8 me、翌日以降 K40 me）への処方変更と、イレウスに対して大建中湯の内服を依頼した。術後 9 病日血清 K 値 5.0mEq/L。術後 12 病日より食事再開となり、喫食量と血清カリウム値を確認しながら輸液内容を適宜変更し、カリウム値は徐々に改善、常食に移行することができ、術後 61 病日に退院となった。【考察】NST 薬剤師は、静脈・経腸栄養法に関する基本的知識、特に、電解質輸液、アミノ酸輸液などの各種輸液ならびに経腸栄養剤の製剤的特性を十分に理解した上で、患者の病態を考慮して、薬学的視点から栄養投与経路の選択や病態に応じた処方設計支援等を行っている。NST 回診では、食事が摂れない患者や Alb 低値の患者が対象となることが多いが、今回の症例のような定期手術の患者でも電解質異常を来すことがあるため、病棟薬剤師と連携した NST 薬剤師の活動も極めて重要であると考えられる。

O-192

NST 活動の紹介と薬剤師の役割

河井和子、藤川景子、伊藤和幸、磯谷聡
JCHO 中京病院 薬剤部

【はじめに】近年、入院患者のうち栄養不良と判断される割合が 30～40%あり、それが原因で病気の改善が遅くなるばかりか、様々な合併症により重篤化することが解ってきた。中京病院ではチーム医療の一環として、2003 年に栄養サポートチーム（以下：NST = Nutrition Support Team）を発足し活動を開始した。今回当院における NST の活動内容と薬剤師の役割について報告する。【活動内容】NST 構成メンバーは 2003 年発足当初は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、管理栄養士の 5 職種からスタートし、現在ではリハビリスタッフ、歯科衛生士、調理師が加わり 8 職種 28 名の回診スタッフで経管栄養から経口摂取まで摂取経路に応じた栄養管理の充実を目指して日々奮闘している。主な活動内容は 1) 栄養評価 2) 栄養ルート（経口 or 経腸 or 経静脈）の設定 3) 栄養剤とスケジュールの設定 4) NST 回診でのフォローおよび栄養管理法の再検討等である。また、院内勉強会やランチョンセミナーを年 2 回開催している。当院では 2 名の NST 担当薬剤師が配属され、薬学的観点に基づいた静脈・経腸栄養療法における処方支援・設計、栄養療法における医薬品の適正使用推進、病棟薬剤師と栄養管理の連携を行っている。【課題】NST 活動を浸透させていくためには、現場の看護師を始めスタッフの協力が必要不可欠である。まずは、NST の認知度を高めるために病棟における栄養に関する基礎知識の習得と啓発が必要と考える。薬剤師は、他の業務の傍らでの活動のため、個々の患者さんの状態を把握できていないところが問題であり、病棟薬剤師や医療スタッフとの連携が不可欠であると思われる。【今後の取り組み】院内における栄養に関する効果的な教育・研修ができるように多職種で協力しながら取り組みを行う必要がある。さらに今後、地域連携の取り組みとして転院先との情報の共有や教育、訪問型 NST を進めて行きたい。

O-194

食事・運動療法継続が困難な肥満症患者へのセルフモニタリングを用いた関わり プロチェスカの行動変容ステージにおける行動の変化

藤原望、宮腰優子
JCHO 秋田病院

【目的】食事・運動療法の継続が困難な肥満症患者に対してセルフモニタリングを活用する事が退院後の食事・運動療法の継続に効果があったので報告する。【研究方法】期間：平成 26 年 4 月から 8 月。対象：肝機能上昇で入院した 38 歳女性。体重 109.5kg、BMI45.5。対象者が入院中から 1 日 1 回の体重測定、3 食の食事内容、1 日の運動状況を専用ノートに記録する。退院後 1 ヶ月目に半構成的面談、退院後 2、3、4 ヶ月目に電話で聞き取り調査を行う。面談及び調査内容をプロチェスカの①無関心期②関心期③準備期④実行期⑤維持期の行動変容ステージに沿って分析する。【倫理的配慮】本研究は A 病院での倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】無関心期では対象者と共に生活習慣病について考え、危険性を身近に感じる事が出来た。関心期よりセルフモニタリングを行い、入院前の生活習慣を振り返り食事・運動療法に取り組みセルフモニタリングが行われていた。退院後 2 ヶ月目の聞き取り調査時に間食や食事量増加の不安が聞かれた。対象者と共に空腹時の対処方法を考え実践した結果、退院後 4 ヶ月間はセルフモニタリングを続け食事・運動療法を継続でき体重の増加もなかった。【考察】無関心期では生活習慣病の危険性を学び、行動変容の必要性を認識する事に効果があった。関心期ではセルフモニタリングが入院前の生活習慣を見直す機会となり達成感や反省から食事・運動療法に取り組む事に効果があった。準備期・実行期では食事・運動療法に取り組むが効果が見えない時期もあったため継続した支援を行い、面談や聞き取り調査から対象者の努力を承認しねざらう事で患者の自信に繋がったと考えられる。

O-195

摂食機能障害患者への取り組み： 対象者の抽出と訓練実施の普及を目指して

朝倉悦子¹、中川昌子¹、岸本正彦²

¹JCHO 東京蒲田医療センター リハビリテーション科、²内科

【背景】近年、我が国における高齢化は著しく、脳血管疾患による後遺症などで摂食嚥下機能の低下をきたす患者が増加している。摂食嚥下機能の低下は誤嚥性肺炎、栄養不良による褥瘡など様々な複合病態につながり、その機能回復は患者自身の QOL のみならず医療経済的にも重要である。【目的】入院患者における摂食機能療法について同療法を導入する際の問題点を明らかにし、スムーズな施行、また摂食機能療法の効果を明らかにすることを目的とした。【実施事項】①摂食機能療法施行上の問題点の聞き取り調査を行い、改変を試みた。②改変前後での摂食機能療法の算定件数の変化を解析した。③摂食機能療法対象患者の所属担当科の分布を調べた。④同対象患者における合併症を調べた。⑤個々の症例で摂食機能療法施行の効果を確認した。【結果】①聞き取り調査の結果、実施記録の記入の煩雑さ、対象患者の見落としなどの指摘があり記録用紙を簡略化し、全入院患者対象に EAT-10 嚥下スクリーニング質問紙を使用し、さらに改訂水飲みテストで絞り込みをかけた。②①により摂食機能療法の算定件数は H27.5 月 280 件（対象患者 36 名）から 8 月 1032 件（同 71 名）と飛躍的に増加した。③対象患者は内科、外科、整形外科、リハ科など多岐に及んだ。④合併症は誤嚥性肺炎、褥瘡、糖尿病、脱水、尿路感染症などが挙げられた。⑤摂食機能療法により経管栄養から離脱に成功する症例もあった。【考察】摂食機能療法対象患者の抽出が不十分であり、実施も業務上の煩雑さが阻害要因であると考えられた。また、摂食機能療法による栄養状態の改善が各病態に望ましい影響を与えられると考えられた。【結語】摂食機能療法対象患者は従来想定されたものより多い事が確認され、摂食機能療法の普及は極めて重要である。

O-196

入院患者の病院食に対する評価と改善項目の検討

富安広幸、卯路亜由実、西田尚美、坪内康則、能見伸八郎

JCHO 京都鞍馬口医療センター

【目的】病院食の満足度向上に関して改善すべき優先課題を検討するために、味付けに関する設問を中心として「病院食に関する重要度・満足度のアンケート調査」を実施した。今後の病院食の改善等に反映し満足度を向上することを目的として、味付けに関するどのようなことが、患者満足度向上につながる可能性があるのか、また、年代により差があるのかを調査結果を分析し検討したので報告する。【方法】1. 対象：入院患者 371 名（男性 188 名、女性 183 名）。2. 調査時期：平成 26 年 4 月、7 月、10 月及び平成 27 年 1 月。3. 方法：1) 各同一の設問項目に対する重要度・満足度それぞれの 5 段階評価を点数化し、平均点を算出する。2) 1) より算出された各設問項目の重要度と満足度の点数をそれぞれ評価する。3) 1) より算出された各設問項目の重要度と満足度の点数の差で改善項目の優先度を評価する。4) 対象者を 70 歳以上の群（A 群）と 70 歳未満の群（B 群）に分け比較した。比較には Mann-Whitney' s U test を行った。味付けに関する設問は、塩味・甘味・苦味・酸味・うま味とした。【結果】重要度は A 群、B 群ともに“うま味”の平均点が最も高い結果であった。満足度では、両群とも“料理の見た目”の平均点が最も高く、味付けの設問の中では“うま味”の平均点が高い結果であった。また、重要度と満足度の点数の差では両群とも“うま味”が、最優先で検討する結果であった。うま味の重要度は 2 群間で差は認められなかったが、満足度は A 群が B 群より有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。【考察】入院患者は、味付けに関して“うま味”が五味の中で最も重要だと考えていることがわかった。また、当院病院食における味付けに関する改善の最優先課題も“うま味”に関することであることもわかった。今後は“うま味”を意識しながら味付けを検討していくことで、患者満足度の高い病院食を提供できるように目指していきたい。

O-197

予後を宣告され自宅療養を希望した乳がん患者への退院調整

菅原真由美、園田保子
JCHO 埼玉メディカルセンター

1. はじめに 近年、医療は「治す」から「支える」医療へ「病院完結型」から「地域完結型」へと転換を推進している。そして、看護師は病院と地域との繋がり「患者中心の医療」を推進するために中心的役割を期待されている。自院でも昨年地域医療連携室を創設し地域との連携を深め、患者の退院調整にも力を注いでいる。今回、予後 2～4 週間と告知を受け、病院から自宅へ退院を希望した A 氏に対して、患者の意思を尊重した退院調整が行えたので報告する。2. 症例 A 氏 57 歳。主病名：乳癌、肺転移、肝転移。夫と 2 人暮らし。経過：2005 年左乳癌の手術。2009 年右乳癌の手術。2011 年左肺転移の手術。その後化学療法を実施。2014 年より近医クリニックにて緩和療法のみを実施していた。2015 年 4 月腹水貯留、呼吸困難、不眠、体動困難の症状で自院に入院となった。入院直後より麻薬による疼痛コントロールを開始した。A 氏は症状コントロール後早期の自宅退院を希望し、入院後 17 日目に自宅に退院した。そして、その後 1 週間後自宅で夫に看取られた。3. 結果・考察 入院後、麻薬による疼痛コントロールを開始し、A 氏は主治医より「予後は 2～4 週間である」と説明を受け、担当看護師に自宅退院を希望したが、夫や主治医へ伝えることができなかった。A 氏が退院の意志を伝え、夫の気持ちを確認すると、介護休暇を取得し毎日 A 氏の病室で過ごしているが、自宅での生活や介護には不安を感じていることがわかった。そこで、訪問医や訪問看護師を導入し、夫の不安を解消につとめた。しだいに受け入れ体制ができ、不安が減少し退院に至った。そして、地域の専門職に支えられながら住み慣れた自宅で夫と最期の時間を過ごすことができた。今後も、病棟看護師、地域医療連携室看護師が中心となり、関係機関と連携を図り、患者の意志に沿った退院調整を行って行きたい。

O-199

退院支援カンファレンスの質向上に向けた医療連携委員会の取り組み

岡村ひとみ、福田妙美、平山香織
JCHO 諫早総合病院

【目的】A 病院の退院支援は、外来から紹介し、病棟は入院時より退院後の生活を見据えたアセスメントを行い、退院支援カンファレンス（以後カンファレンス）を実施している。しかし、連携室看護師より病棟間で看護師の意識や記載内容の差があるという指摘があった。今回、医療連携委員会でカンファレンスの現状を把握するために監査を行った結果、各病棟の問題点が明らかになりカンファレンスの質向上に向けた取り組みが示唆されたので報告する。【方法】調査期間：平成 27 年 6 月 26 日～7 月 4 日調査内容：医療連携委員が自部署のカルテから、療養支援シートでスクリーニング該当「あり」の患者に対し、退院調整に必要な情報の有無・アセスメントの有無・1 週間以内のカンファレンス実施の有無を監査基準に沿って調査。【結果】全患者数 271 名中スクリーニング該当「あり」は 140 名 A 退院調整に必要な情報がありカンファレンスでアセスメントができていた 87 名（62%）B 情報収集またはアセスメントができていない 15 名（11%）C 情報収集とアセスメント両方ができていない 35 名（25%）D 1 週間以内のカンファレンス記録なし 1 名（1%）であった。病棟別でみると、A 該当率は 18%～100%と差があった。B は 0～18%と大差はなかった。C は 1 病棟のみ 75%と高値だった。また 7 病棟の内 4 病棟は 2 回目以降のカンファレンスの漏れが多いと評価している。【考察】情報不足があり準備ができていない状況でカンファレンスが行われている。特に緊急入院が多い病棟は情報不足がありアセスメントができていない。初回カンファレンスはできていないが次に繋がっていないという現状が明らかになった。情報収集した上でのカンファレンスの実施、アセスメントを踏まえた次回カンファレンスの設定について部署内教育、OJT の必要性が示唆された。

O-198

地域包括ケアを見据えた急性期病院での退院調整システムの構築

齋育子、田屋恵子
JCHO 仙台病院

【目的】近年、医療は病院完結型から地域完結型へと変化してきており、病院機能分化の推進・地域間での連携強化が求められている。それに伴い、患者やその家族たちは、依然病院完結型を求める傾向にあり、国の政策と国民の意向が乖離している状況にある。仙台病院では、6 年前に地域連携室を開設。退院調整看護師と MSW を配置し病院内の退院調整を一手に引き受けてきたが、6 年を経過して教育や院内外の連携不足と診療報酬の算定が十分に出来ていないなどの問題が浮かび上がってきた。そこで看護部では、看護部長会が中心となり平成 26 年度に「患者・家族が満足する退院支援」を目標に掲げ、看護師の退院調整力向上に向け全病棟で取り組んだ。これまでを振り返り、今後地域包括ケアを推進していくために、急性期病院である当院が取り組むべき課題を明らかにする。【結果・考察】看護師長でプロジェクトチームを作り、企画室の協力を得ながら退院調整システムを構築していった。入院時からの関わりでは、初期カンファレンスの定例化や病棟看護師による退院支援計画書の作成と退院調整看護師が全てを確認する体制にした。また院内研修を全 7 回実施し、研修に参加できない看護師も DVD で視聴できるようにした。また事例検討を通して介入の振り返りを行っていった。更には他職種との連携では、リハビリ実施患者のカンファレンスに退院調整部門が参加することで、患者を生活の場に戻すための検討ができるようになった。院外連携については、ケアマネジャーや訪問看護師と早期から連携をとり情報交換することで顔の見える関係作りを積極的に行っていった。ケアマネジャーからは「気軽に電話でも相談ができるようになった」という声が聞かれている。これからは外来から退院後の生活を見据えた療養支援を実施していく体制作りを構築することが課題である。

O-200

地域医療支援病院における退院支援に関する現状調査

藤本一彦、藤井岳志、折田利子、日野原敦子、堀越重昭、関塚明子
JCHO 群馬中央病院 看護部

I. はじめに A 病院は、平成 27 年度より退院支援委員会を発足し円滑な退院支援を目指して取り組んでいる。委員会の具体的な活動内容としては、退院支援に関してマニュアルの整備やスタッフへの教育がある。しかし、スタッフ間で知識や退院支援に取り組む姿勢にばらつきが見受けられたため、退院支援に苦手意識を感じている部分があると考えた。先行研究では、急性期医療を担う病院の退院調整看護師の現状と課題として、退院調整看護師と病棟看護師の連携強化が挙げられていた。そこで本研究は A 病院における退院支援の現状を調査し、そこで得られた情報から効果的な研修や指導につなげることを目的として行った。II. 目的 退院支援に関するアンケート調査を実施し現状と課題を把握する III. 研究方法 1. 研究期間 2015 年 4 月 1 日～10 月 9 日 2. 研究対象 A 病院の退院支援をおこなっている病棟に勤務し同意を得られた看護師 211 名 3. 調査方法 アンケート用紙は、対象の特性と退院支援に関する実施状況を問う選択式と自由回答式からなる。先行研究を参考に独自のアンケートを作成した。4. 分析方法 アンケートで得られた結果を項目ごとに集計し比較した。自由回答は意味内容の類似性からカテゴリ化し分析した。IV. 結果 有効回答 166 名。できていると答えた項目で多いものは「退院支援スクリーニングシートと退院支援計画書の作成」であり、できていないと答えた項目で多いものは「家族への指導」と「退院支援で発生する診療報酬の理解」「患者家族のニーズが満たされているか評価する」であった。V. 考察 書類は作成できているが活用ができていないことが分かった。また家族への指導や診療報酬の理解が不十分であることが示唆された。そのため書類の有効活用について、患者家族のニーズが満たされているかを評価するシステムの検討が必要である。加えて退院支援に関連する診療報酬についての研修会を開き、退院支援の充実を図っていく。

O-201**地域連携・退院支援に関わる看護師教育～院内教育の現状と課題～**

是永緑、高田由美子、谷口由美子、峯修平、吉松朋代、曾我美穂子、高崎薫子、水島明
JCHO 九州病院

1. はじめに当院は急性期病院で関連の在宅医療機関を有していないことから、地域との連携強化を目指して、平成18年より、医療支援部として看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）、事務員等多職種での対応を開始してきた。看護師を対象に地域連携や退院支援の教育計画を実施してきたが、思うような成果が得られずにいた。今回、現状を調査し、今後の方向性が示唆されたので報告する。2. 病院の概要と院内教育の経過病床数575床、急性期一般病院 看護配置7:1、診療科46科、看護単位14単位、平均在院日数12.7日、病床利用率89.2%、紹介率79.6%、（地域医療支援病院計算式）逆紹介率107.1%（地域医療支援病院計算式）在宅復帰率88.8%平成19年～退院支援システムの提示、退院支援リクナース会議開始、医療支援部スタッフの病棟担当、病棟カンファレンスでの退院支援の検討平成21年～新採用看護師研修会、全看護師対象研修会開催、病棟別学習会平成24年～看護部連携委員会定例開催（病棟別の分析、事例報告会）➡看護師対象平成26年～看護部連携委員会定例開催（事例報告会、カンファレンス評価）➡副看護師長対象、院内臨床指導者研修会での研修3. 調査対象 看護師対象（各部署の管理者を含む経験年数5年以上の職員）調査方法 アンケート調査調査内容：アンケート項目として、地域連携・退院支援に必要な①地域医療支援病院関連、②診療所情報、③病院情報、④介護保険制度、⑤在宅医療・在宅療養サービス、⑥医療制度・医療費、⑦病区分の設問に対して、4段階の回答から選択する形式とし、現状への意見として自由記載欄も設けた。4. 調査結果・考察アンケート配布103枚、（回答率100%）アンケートの結果より、知っているやできると回答した比率は各項目どれも30%未満であるが、だいたい知っているやだいたいできると回答した比率を合わせると50%前後の項目が多く、全般的に分かっているが自信をもって対応できていないことが明らかになった。項目別にみると①～③、⑥、⑦は低値で④、⑤に関しては出来ると回答した項目の比率が少し高い傾向であった。入退院センターのように介護保険の説明等、常時、行っている部署は他の項目も高値であった。又、アンケートに回答することで、自身のレベルを認識し、同時に反省したと自由記載の欄には、不安要因が示されていた。5. 結語急性期病院での退院支援・退院調整は、早期に患者・家族のニーズを把握し、円滑に患者の自己決定を促すような働きかけが必要であり、看護師は患者の身近にいて大きな役割を担っている。看護師の役割を明確にし、行動につながるような教育計画が必要である。今後、①実践的なマニュアルの整備、②Q & Aやフローを加えた説明用紙の改良、③介護保険等の説明場面の映像化、④デジタルサイネージでの啓発、⑤各部署でのカンファレンスでの教育活動等、知識が行動に移行できるような具体的な取り組みが必要である。

O-202**病棟看護師が行う退院支援に対する実態調査**

古賀洋子、古賀麻衣子
JCHO 佐賀中部病院 看護課

【目的】病棟看護師における退院支援の実態を明らかにし、情報アセスメントシート作成の一助とする。【研究方法】病棟看護師16名を対象に退院支援におけるスクリーニングとアセスメント、情報共有、について独自に作成した質問紙を用いて実態調査を行った。【結果】入院時スクリーニングシートを用いた情報把握では、「社会保障制度・資源の活用」は93%ができていた。情報把握が不足なものは「自宅の構造」73%「ADL・IADL」40%であった。受け持ち看護師が行う支援では「アセスメントの修正」73%「カンファレンスへの議題提議」53%ができていなかった。退院支援で困っていることでは、「社会資源の知識不足」、「情報収集」「退院にむけた指導援助」が上位であった。より良い退院支援への自由記載では、個人で取り組むことは「患者家族としっかり関わる」が最多で、病棟での取り組みでは「カンファレンスの活用・充実」「情報の共有」の順であった。【考察】スクリーニングシートを用いて、退院支援が必要なケースにおいて介入しているが、「自宅の構造」と「ADL/IADL」は情報収集ができておらず、記載する項目や具体性など記録用紙の作成が必要だと示唆された。この結果を参考に情報アセスメントシートを作成し、細やかな情報把握に努め支援していく必要がある。又、社会資源についての情報収集はできているが、退院支援を行う際に社会資源の知識不足で困っているという結果であった。このことは、患者及び家族の状況が変化する中で、社会資源が必要なケースへ適切に介入できていないことが考えられる。受け持ち看護師が主体となりカンファレンスへ問題提議を行い、アセスメントの修正や問題の抽出、討議内容を記録に残すことで受け持ちとしての自覚が高まり、更にチーム内の情報共有につながる。今後情報アセスメントシートの作成と活用、そしてカンファレンスの定期的な開催を行いより良い退院支援に繋げていきます。

O-203**早期退院と退院後の生活に関わる支援への多職種の介入を効率化するフローチャートの検討**

本山隆浩、中嶋講治、國島美佐子、帆足満江、白土由香、国村和美、魚住佳史、小野裕亮、浦田恒夫、笹木鉄三、野田晏宏
JCHO 福岡ゆたか中央病院

【目的】患者の早期退院と退院後の生活に関わる支援について、多職種の効率的介入が可能となるフローチャートを作成しその有用性について検討した。【方法】1) 退院支援に関わる退院調整加算と、退院後の生活に関わる支援、介護支援連携料、退院時共同指導料、退院前訪問指導料、退院時リハビリテーション指導料の算定率をフローチャート使用前（平成25年、平成26年）の総入院患者について比較した。2) 平成26年度総入院患者の内、65歳以上・在宅復帰予定でかつ退院困難度を示す入院時スクリーニングテストが1点以上の患者を、介入を希望した群（介入群、254名）と介入を拒否した群（未介入群、55名）の2群で平均在院日数を比較した。死亡退院・短期滞在入院・転院・完全自立（Barthel Index, 100点）の患者は除外した。【結果】1) 退院支援に関わる退院調整加算の算定率は、平成26年度に於いて前年より11.1%増加した（ $P < 0.01$ ）。退院後の生活に関わる介護支援連携料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料はそれぞれ2.1%（ $P < 0.01$ ）、4.1%（ $P < 0.01$ ）、0.6%（ $P < 0.01$ ）増加した。2) 平成26年度総入院患者において介入群と未介入群の間に年齢・性別・入院時ADL（Barthel Index）に差はなかった。平均在院日数は、介入群で23.7日±17.1日であり、未介入群の28.3日±31.5日であったが、両群間に有意差はなかった。しかしながら標準偏差は未介入群で有意に大であった（ $P < 0.01$ ）。【考察と結論】早期退院と退院後の生活に関わる支援を行うフローチャートの活用は、多職種の効率的介入を行う事で在院日数のばらつきが少なくなり早期退院がなされた。しかし、退院支援に向けた介入の実施率は必ずしも高くなく、今後さらに多職種による退院支援チームの活動度を向上させる必要がある。

O-204

大腿骨頸部骨折地域連携バスの運用状況

俣田敏旦¹、飯島卓夫²、森田裕之²、伊藤直美³、上内哲男⁴、遠藤隆史⁴、
柳田千尋⁵、園田恭子⁵
¹JCHO 東京山手メディカルセンター 脊椎脊髄外科、²整形外科、³看護部、
⁴リハビリテーション室、⁵医療総合支援部

【目的】2006年10月から地域連携バスの使用を開始し、2008年7月には大腿骨頸部骨折地域医療連携研究会を発足させた。年3回開催し、バスの見直しや症例検討を行っている。はじめの1年間はリハビリ病院退院後の情報のフィードバックが不十分であったが、徐々にこの点が改善されてきた。今回地域連携バスの運用状況、在院日数について検討した。【対象・方法】2008年1月から2015年3月まで大腿骨頸部骨折で手術した258例を対象とした。連携バス群と非連携バス群の在院日数、術後在院日数、総在院日数を検討した。【結果】自宅退院は66例、転院は189例、死亡は3例であった。転院の内訳は、連携バス群は116例、非連携バス群は73例（リハビリ病院は49例）であった。術前期間を含めた当院在院日数は、自宅退院群は平均30.8日、連携バス群は平均30.2日、非連携バス群は平均37.5日であった。術後在院日数は、自宅退院群は平均26.1日、連携バス群は平均24.2日、非連携バス群は平均31.6日、非連携バス群のリハビリ病院群は平均33.2日で、連携バス群が最も短かった。総在院日数は、自宅退院群は平均30.8日、連携バス群は平均90.4日、非連携バス群のリハビリ病院群は平均117.9日であった。【考察・結論】自宅退院群の総在院日数が短かったのは平均年齢が76.4歳と低いためであると考えられた。連携バス群の平均年齢は83.2歳、非連携バス群は82.9歳で差がなかった。よって年齢を考慮しても連携バス群は非連携バス群より在院日数は平均7.3日、総在院日数は平均27.5日短かった。地域連携バスは治療期間短縮に有用であった。

O-206

脳卒中看護における急性期・回復期病院との顔の見える関係の構築—合同カンファレンスの効果—

本間春雪、喜多由賀里
JCHO 神戸中央病院

＜目的＞A 急性期病院の脳卒中患者は、脳卒中地域連携バス（連携バス）を使用して関連のリハビリ病院へ転院になるケースが多い。その中でも、近隣のB 回復期病院へ転院する患者が最も多い。急性期病院と回復期病院が連携バスという書類上の関係だけでなく、顔の見える関係を構築する事が必要と考えた。今回、合同カンファレンスの実施から、患者の回復経過とお互いの看護や患者との関わりを知ることで、看護師に与える影響を考察する。＜方法＞A 急性期病院から、B 回復期病院へ転院した患者2事例を選択し、それぞれの特徴を踏まえた看護ケアをまとめ合同カンファレンスを実施した。カンファレンス後に行ったアンケート調査より、参加したスタッフにどのような効果が生じたのか考察した。＜結果＞アンケート内容を分析し、3つのカテゴリーにわけられた。
1. 看護師の気づきとして、退院支援、継続看護への気づき、看護業務への活動、患者との関わりケアについての振り返り、家族支援・家族との関わり方の振り返りが上がった。
2. カンファレンスの実施による相互理解の向上では、一連の回復過程の理解、イメージの向上、今後の課題として発表者の負担、形式ばらないが上がった。
3. 継続看護の意識向上として、役割分担の認識と責任感の向上、モチベーションの向上が上がった。＜考察＞カンファレンスを実施することで、実際に看護にあっている脳卒中患者の一連の経過を深く知ることができ、急性期看護と回復期看護の相互理解と継続看護へ意識の向上に繋がった。看護師が脳卒中患者の急性期から回復期までの一連の経過と回復した状況を知ること、急性期の看護師は、患者とその家族との関わり方、また、退院後を意識する機会になった。回復期の看護師は、生命の危機を脱した患者を引き継ぐ事を意識する機会になった。看護師は患者の変化を知ることでモチベーションの向上に繋がっている。

O-205

身寄りの無い患者はどこへ行くのか？

大寺直子、佐藤仁美、堂垣千尋、竹野大介、佐藤章弘
JCHO 中京病院

【序論】近年、当院に入院する患者のうち、身寄りのない患者の数が増加している。身寄りのない患者が入院すると医療機関は診療行為を遂行する上で様々な問題が生じる。1 医療同意 2 医療費支払い等経済的問題 3 金銭管理 4 入院中の必要物品の用意等がある。とりわけ何らかの意識障害により意思決定能力が低下する患者においては顕著である。そこで治療が終了し退院調整として患者の生活場所を考える時、身元保証人がいないという現実が、転院・施設入所の先を限定し支援を困難にさせている実態を調査した。【目的】身寄りのない患者の退院調整を困難にしている背景・要因を分析し、可能な限り住み慣れた地域で住み続けることが出来るための課題を明らかにする。【用語の定義】「身寄りのない患者」とは親族がいないあるいは親族がいたとしても縁が切れている患者とする。【方法】H26年度及びH27年4月から9月の期間にMSWが行った退院調整患者の中で身寄りのない患者を対象に地域に帰る為に影響を及ぼすと思われるいくつかの項目について分析する。項目 ①年齢構成 ②職業 ③医療処置の有無 ④治療前後の介護度 ⑤経済状態 ⑥判断能力の有無 ⑦家屋の状態 ⑧身元保証人の有無 等々【結論】MSWが退院調整として関わる身寄りのない患者の総数は中京病院の退院調整患者のごくわずかである。しかし、この問題は2025年問題を迎える10年後にはさらに深刻化することが予測される。地域の中で医療・介護・生活の一体的支援を目指す地域包括ケアのネットワーク構築には、地域各々の特性・課題を明らかにする必要がある。退院調整困難患者の課題の解決はその地域の地域包括ケアのより強いネットワークを作ると考える。現在、身寄りのない患者の支援・課題への取り組みの検討会を地域の病院8施設とともに開始した。

O-207

心筋梗塞二次予防のための薬物療法と急性心筋梗塞地域連携バス

吉岡健司¹、高永康弘²、矢頭直子³、辻郷裕美³、安河内純子⁴、有吉雄司²、
鍛塚圭子¹、宮本愛子¹、末松文博¹、毛利正博⁵
¹JCHO 九州病院 薬剤部、²リハビリテーション室、³看護部、⁴医療支援部、
⁵循環器内科

【目的】急性心筋梗塞を発症した患者の再発予防や長期的な予後改善には、かかりつけ医での薬物療法の継続や冠動脈危険因子の管理が不可欠であるため、確実な服薬の継続、冠危険因子の管理、心血管イベント発生時のスムーズな病診連携が必要である。当院では、2008年10月に医師を中心としたコメディカル参加型のワーキンググループを結成し、2009年9月に近隣の開業医を中心に意見・要望の聞き取り調査を行った。2010年3月に、八幡循環器疾患診療連携協議会を発足させ、急性心筋梗塞患者の二次予防を効率的におこなうことを目的とした「急性心筋梗塞地域連携バス」（以下、地域連携バス）を作成し、北九州市統一の地域連携バスとして運用してきた。そこで今回、二次予防のための薬物の処方状況および脂質管理について検討した。【方法】2013年4月から2014年12月までに急性心筋梗塞で入院し、地域連携バスを導入した105症例（平均年齢68.3歳、男女比83:22）を対象とした。退院後の処方継続率や服薬状況および入院時と確認造影検査時のデータを用いて冠危険因子である脂質代謝値について検討した。【結果】かかりつけ医での処方継続率は、アスピリン97%、スタチン95%、β遮断薬96%、ACE-I/ARB94%と、患者の服薬状況は遵守されていた。中止理由としては、薬疹や腎機能悪化、高K血症、血圧低値など副作用であった。冠危険因子の指標であるLDL-C値、TG値、TC値は確認造影検査時には有意に減少していた。LDL-C値の管理目標（＜100mg/dL）達成率は入院時37%、確認造影検査時77%であった。【考察】心筋梗塞二次予防ガイドラインに沿った適正な薬物療法が退院後も継続されていた。地域連携バスに適正な薬物療法や管理目標値を記載していることで、循環器を専門としないかかりつけ医とも情報共有ができた結果と考えられる。地域連携バスは二次予防を目的とした冠危険因子の管理に有用である。

O-208**「訪問栄養食事指導」の重要性と課題**

山田友香、兎正則、小澤真二、結城智仁、山内裕子、竹内誠治、中村友美
JCHO 福井勝山総合病院

【はじめに】超高齢化社会において地域包括ケア体制の構築に取り組むことはJCHOの使命であり、具体的な取り組みをすすめることが急務である。その中でも住み慣れた自宅で「楽しむ食事」と「治療と介護予防のための栄養」はどちらも重要であると考え。しかし残念なことに、地域包括ケアシステムの構想図にはそれを専門とした「管理栄養士」が全く組み込まれていないのが現状である。入院が原因となる状態に「誤嚥性肺炎」「低栄養」「脱水」「褥瘡」「血糖コントロール悪化」「下痢」「便秘」などの食事・栄養に関わるものが少なくない。ここ最近、在宅栄養管理の重要性が叫ばれてきてはいるが、様々な問題から一般的に普及していないのが現状である。今回、私たちのこれまでの訪問栄養食事指導の経験を踏まえて在宅栄養管理の重要性と課題と取り組みについて改めて考えたい。【症例】①84歳・男性。誤嚥性肺炎で入院。既往歴は脳梗塞、慢性呼吸不全で在宅酸素療法中。退院後に訪問栄養食事指導の希望あり実施。②83歳・女性。独居。ネフローゼ症候群加療後、在宅を目指してリハビリ目的にて転院。既往歴は高度肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病、ネフローゼ症候群。退院後の食事が不安とのことで訪問栄養食事指導の希望あり実施。③80歳・女性。独居。意識消失で入院。既往歴は糖尿病、心不全。退院後に訪問栄養食事指導の希望あり実施。【結果・考察】病院や施設で栄養管理ができていても、在宅患者までなかなか目が行き届かず、再入院を繰り返すことが少なくない。しかし管理栄養士が訪問することはその予防効果があり、食事に対する心の負担軽減効果もあると考える。それでも普及しない原因は様々である。原因はいずれにしても他職種との理解と協力が欠かせない。これまで「ありがとう」の言葉に支えられ、前向きに取り組んできたが、今後もその期待に応えられるように取り組みたい。

O-209

院内ハラスメントの現状

野田吉和、高橋悦子、今井純子、宮川楓、中村芳夫、大井田正人
JCHO 相模野病院

はじめに職場におけるハラスメント行為は個人を傷つけるだけでなく、職場環境を悪化させていく。今回安全管理室でハラスメントアンケートを行ったので、その結果を報告する。対象及び内容アンケート配布は平成27年8月4日に行い、回収期間を2週間とした。対象は常勤職員(任期付を含む)437名に行った。アンケート内容は①用語セクシャルハラスメント以外のハラスメントは和製英語だと知っていたか。②自分がハラスメントを受けたことがあるか。ある場合その内容。結果回答数は328件、回収率86%だった。セクシャルハラスメントのみが英語だと知っていたのは164名(42.9%)だった。ハラスメントを受けたと回答した職員数は104名(27.4%)だった。部門別は医師が21.7%、看護部門30.4%、事務部門19.3%、医療補助部門24.5%が被害者と訴えた。ハラスメントの内容は過度な叱責が最も多く55件、次いで暴言侮辱で44件であった(重複申告有)。ハラスメントへの対応は当院被害者の104名中我慢したが64件(62.7%)、仲間内で愚痴を言ったが49件(47.1%)だった(重複有)。考察平成24年12月厚労省発「ワーハラスメント発生状況」アンケート結果で企業従業員の25.3%がハラスメントを受けたと回答している。当院アンケート結果27.4%と近似しており、当院で職場内ハラスメントが極端に多い結果ではなかった。部門別では看護部門が最も頻度が高く、以下医療補助、医師、事務部門となった。看護部門で高いのはハラスメント内容の叱責が多いことから、生命を預かる仕事ゆえの過度な指示教育からと推察される。ハラスメントを受けた対応は我慢したが62.7%と厚労省アンケート結果の何もなかった46.7%より多かった。当院規定はハラスメントの相談担当が産業医または臨床心理士であり、職員が相談しにくい環境ではないかと推察した。この対応策として相談方法に投書方法を追加し、担当者を副院長へ変更した。この内容について発表する。

O-211

外来看護職員の接遇への取り組み

齊藤久仁子、齊藤郁美、佐藤幸子
JCHO 群馬中央病院 看護部ナースングクオリティー委員会

【はじめに】「病院の印象は、外来の印象で決まります。患者さんと最初に関わる担当看護師の対応は、病院の印象づくりにおおきな影響を及ぼす。」と言われていました。当院で取り上げられるクレームを分析すると説明不足や言葉使い、待ち時間が上がります。日々、外来看護職員がどのような事に注意・意識して患者対応を行っているのかアンケート調査を行い、対応策を意識・共有化することで、どのように接遇向上に影響するのかを検証してみた。【研究方法】期間：平成26年2月～平成27年2月 対象：アンケート配布時に無記名用紙に同意した外来看護職員全員 方法：1、外来看護職員はクレームになりそうだと感じているか、対応策や事前の配慮について質問紙を用いてアンケート調査を実施、アンケート内容をカテゴリー化し分析する 2、外来看護職員間で実践されている患者対応方法を伝達し実践を促す 3、意識調査 H26年度とH27年度の結果を評価する【結果】2年間のアンケート結果から、クレームになりそうだと80%以上の看護職員が感じていた。H26年度では、自分なりの対応を取っていると答えた看護職員は84%であったが、H27年度では89%に増えていた。H26年度の対処方法を実践したかの質問に対し77%との看護職員が答えている。看護職員の意見をカテゴリー化すると、H26年度とH27年度ともに患者の表情や態度、口調から事前に察知している人が多い。対処法に関しては、「傾聴する」19記録単位が21記録単位とH27年度ではわずかに上昇し変化している。【結論】1、外来看護職員は常にクレームに対する危機感を持っている 2、患者対応の方法を共有化することで接遇向上に役立つ

O-210

「くらしと医療の相談窓口」開設 ～地域住民の生活支援を目指して～

松原栄子、北由美、田中小百合
JCHO 大阪病院

JCHO 大阪病院は平成27年5月7日の新病院開院に伴い、地域包括ケアの要としての役割発揮を目指し、「くらしと医療の相談窓口」を開設した。地域住民の多様なニーズの受け皿となる「くらしと医療の相談窓口」開設までの経緯と、開設後の取組みについて報告する。旧病院では各種相談は、「総合案内」「患者相談窓口」「医療福祉相談室」で各々が対応していたが、窓口を一本化するにより、「利用しやすい、円滑な対応」とJCHOの使命である「地域住民の生活を支える」ことが実現できると考え、他部門・他職種の協力を得ながら「くらしと医療の相談窓口」開設準備に取組んだ。旧病院の総合案内では8時から13時まで看護部長OBと外来看護部長が主に担当し、平成26年度の業務件数(月平均)は、①受診科相談69件②受診手続き900件③患者対応(介助)3件④館内案内662件⑤病室問合わせ81件⑥外部電話(受診相談)33件⑦来院者対応8件⑧苦情・要望1件⑨相談1件であった。病気や治療の不安・介護の悩みから「愚痴を聞いて」「誰に相談すれば良いの…」と総合案内に立ち寄る人もしばしば見られた。新病院では、事務職員が館内案内や来院者対応のために「総合案内」を担当し、「くらしと医療の相談窓口」は、看護部・外来・看護ケア推進室・医療安全管理室・医療福祉相談室の看護師が交代で担当することに決定した。「くらしと医療の相談窓口」で受けた相談は、その内容により、専門部署・職種、専門領域のスペシャリスト(専門看護師・認定看護師)へ取次ぐこととした。開設後から9月までの業務件数(月平均)は、①受診関連145件②相談109件③苦情・要望10件④館内案内等932件であった。多職種やスペシャリストと連携して対応する事例が増加する一方、相談業務外の館内案内・病室問合わせが多いなどの課題もあり、定期的に関連部門と改善策を検討している。

O-212

上部内視鏡検査における苦痛緩和の試み (二次的にコスト削減ももたらした)

斎藤祐美子、渡辺久美子、内藤祐子、二階堂陽子、国分美恵子、鈴木晶子、伊藤悦子、遠藤幸子
JCHO 二本松病院

【はじめに】上部内視鏡被験者から前処置でキシロカイン®ビスカスを含むことや蠕動運動抑制の注射に対して不快を訴える人が多い。そこで他の方法に変更してみた。また内視鏡施行時に被験者の背部をタッチングしてその効果についても調査したところ、それぞれで良好と答えた人が多かった。さらに薬剤変更に伴うコスト面でもメリットがあることが認められたので報告する。【方法】対象：注射薬使用者(注射群)162名。胃内散布薬使用者(散布群)162名。胃内散布+スプレー使用者(スプレー群)162名。研究方法：当院で上部内視鏡検査 既往のある被験者に前処置の変更前後での 良悪とタッチングについてアンケート調査を行った。薬剤変更による仕入れ値および一人あたりの平均薬価について調べた。【結果】アンケート調査では散布群で注射がなくなったことに良いと答えた人が圧倒的に多かった。ビスカスよりもスプレーの方が、およびタッチングが良いと答えた人が多かった。散布群では散布薬を必要とせず、蠕動運動抑制薬を使用しなくても検査可能だったのは157例(96.9%)であった。仕入れ値の比較では、変更前193,571円から変更後22,280円と約1/10に縮小した。平均薬価は、注射群で1379円から散布群28円と著明に減額された。【考案】注射による苦痛を無くしたことはほとんどの被験者から支持を受けた。また散布薬を使用しなくても内視鏡検査を実施できる症例は約97%も存在することを明らかにした。咽喉麻酔ではビスカスよりもスプレーの方が良いとする人が多かったが、逆に答えた人も見られたので検査経験者では被験者にその方法を選ばせることもあり得ると考えられた。被験者に少しでも検査中の苦痛を緩和できたばかりでなく、薬剤仕入れ値と平均薬価の大幅な削減は、病院にとってもコストの面で利点をもたらしたものと考えられる。

O-213

病院に求められる接遇力～患者満足度調査より～

瀬高香澄

JCHO 熊本総合病院

【はじめに】病院における接遇には、心身に不安を抱えてくる患者のため「安心感を提供する」という大きな目的がある。当院は、平成25年2月に新築移転し、最新の医療機器や療養環境は整ったが、ご意見シートは67件から187件に増加しており、患者満足度調査結果から教育の参考になると考えた。【目的】患者満足度調査を行い、患者が望む接遇の要因を明らかにする。【方法】1. 研究対象：外来1098名、入院224名 2. 調査期間：外来 平成27年6月22日～26日、入院 7月6日～17日 3. データ収集および分析方法：質問紙調査法で項目ごとに満足度を5段階で単純集計し、自由記載回答はカテゴリー化し分析 4. 倫理的配慮：調査結果は目的以外に利用しないことを明記し、調査用紙の回収をもって同意を得る。【結果】回収率外来70.6%、入院74.6%で、満足以上は外来85%、入院90%と良好であったが、外来では医師の診察、入院では医師の毎日の診察、看護師の悩みや相談の適切な対応、看護師同士の連携が比較的満足度が低かった。自由記載では、カテゴリー別に施設79件、診察22件、看護師14件、医師7件であった。満足30件の内容は明るい、優しい、清潔、不満の内容は説明不足、パソコンばかり見ている、専門用語が多い、廊下や階段であいさつがない、親切でないであった。【考察】患者の期待は、不安や痛みを理解してくれる、優しく対応してくれることである。医療の質の向上には、知識・技術・施設に加えて接遇が欠かせない。不満は、ごく一部の職員の対応であり個別指導が必要である。接遇文化の定着には、全職員が一体となって取り組むことに加え、人の心や痛みを理解できる医療人の育成が欠かせない。【結論】患者が病院や職員に求めているのは「安心と安全」である。患者が何を求めているか推察し、職員一人一人が考えて行動することで、患者の期待以上の接遇が満足となり「再来したい、家族や友人に紹介したい」につながる。

O-214

上部消化管内視鏡検査における検査待ち時間短縮の取り組み

坂本葉子、島内三枝子、久原純子、浅田絵里架、前川奈津美、金武抄子、大石裕子、吉富章三
JCHO 伊万里松浦病院 内視鏡室

【はじめに】当院の上部消化管内視鏡検査は、2014年度は年間1803例で、健診センターと併設しているため受検者が大部分を占め、外来診療患者は488例であった。1日平均7.4名の上部消化管内視鏡検査を行っているが、このうち外来患者は平均2名である。検査機器は1台のみで内視鏡医は基本的に1名で検査を行っている。2015年度は前年よりも検査数が増加しており、検査の待ち時間が長く、改善が望まれていた。

【目的】健診部門と協議の上、外来患者の上部消化管内視鏡検査の待ち時間短縮を目的に、検査予約方法の変更に取り組んだ。上部消化管内視鏡検査を受ける外来患者において、変更の前後で検査の待ち時間を比較し、変更した予約方法の有効性を検討した。

【方法】従来、上部消化管内視鏡検査予約に際しては、検査日の予約のみで時間枠は設けていなかった。今回、検査の待ち時間短縮を目的に、外来患者の内視鏡検査予約の段階で、時間毎の予約枠を設定した。予約枠設定に際しては、健診部門と協議し、検診者の検査に支障を来さないように設定した。来院時刻から検査開始時刻までを検査待ち時間とし、変更前1か月を前期群、変更後1か月を後期群とし検査待ち時間について比較検討した。

【結果】前期群は35名、後期群は34名であった。予約患者の平均検査待ち時間の比較では前期群で85.3分、後期群で76.4分($p=0.131$)と有意差は認めなかった。

当院の上部消化管内視鏡検査の予約方法変更に関し、若干の考察を加え報告する。

O-215

病棟患者の検査後待ち時間短縮の取り組み

池田直樹、中垣里美、水岡由佳理、林光昭、矢野睦美、沼畑幾久子、宮本亜矢子、保谷俊行、前島澄子、紺野由実、中西勝也
JCHO 札幌北辰病院

【目的】当院では、病棟患者の移送は病棟看護師や病棟助手が行っている。しかし、病棟業務が忙しい場合、検査部から依頼しても病棟ではすぐに対応できず、検査後、患者には人の目が届きやすい入口付近で待つ頂くことがある。今回、患者のストレスの軽減と安全性を考え、検査技師による患者の移送について検討した。【方法】生理検査の多い4西病棟(循環器内科・整形外科・耳鼻咽喉科の混合病棟)と協力し、検査部までの送迎時間を調べた。対象は2015年7月1日から9月30日までに、付き添いや車イスなどを必要とする患者、のべ194名(平均年齢73.4歳)。病棟に連絡してから患者が到着するまでの時間(以下到着時間)と、検査後に連絡してから迎えが来るまでの時間(以下迎え時間)を調べ、看護師とともに検査技師による移送の具体案を作成した。実施後、検査後の患者待ち時間を調査し、再度、看護師と改善策を検討した。【結果と考察】到着時間は平均値11.2分で、5分未満は23名だったが、20分以上も23名であった。いずれも患者は病室で待つため精神的、肉体的負担は少ない。一方、迎え時間は平均値4.1分で、10分以上が7名であった。迎え時間は患者が病衣のまま入口で待つ時間を意味しており、少なからずストレスがかかる。当初、看護師の負担軽減と、到着時間短縮による検査効率や患者満足度の向上を期待し、送迎協力を考えていた。しかし、看護師との話し合いで、病態を知らずに患者を迎えに行くことの危険性がわかり、検査後の移送に取り組むことにした。開始にあたり看護師からシリンジポンプ操作や患者移動の研修をうけ、病棟との引き継ぎなどの運用面の整備も行った。移送協力後の患者待ち時間の変化に加え、今回の取り組みの利点や今後の課題についても明らかにしたい。看護師との職種横断的な取り組みにより、患者満足だけでなく互いの業務の理解が深まった。

O-216

200床規模病院に併設する健診センターのアンケート調査報告

大石淳子
JCHO 仙台南病院

I. 目的 受診者満足度を把握、満足度向上にむけた対応を検討する。II. 方法 2014年12月8日から12日の5日間に生活習慣病健診と1日ドック健診受診者301名に対しアンケート用紙をセンター内で配票し答票箱で回収した。フェイス項目は、対象者の属性、施設・環境満足、職員接遇満足・全体的な満足度について、プリコード回答法とした。III. 結果 有効回答者数は219名、回収率は79%であった。男女比は男性62%、女性38%、年齢は40～50代が56%を占め、利用回数は2～9回70%、当センターを選んだ理由は、職場指定が77%であった。センター内のインフォメーションサービスに関する満足度は案内表示が71%、案内板が73%、オプションの提示が55%、施設設備に関わる満足度は、待合室の広さ・椅子の数は62%、図書・雑誌の種類は39%であった。検査項目オプションに関する満足度は、オプション内容が54%であった。待ち時間に対する満足度は、医師の診察で44%、看護師の採血、視力、眼底で48%、放射線、生理検査では共に57%であった。対応については、医師63%、看護師72%、放射線技師68%、検査技師66%。話しやすい雰囲気があるかについては、医師62%、看護師69%。全体的な満足度は72%であった。IV. 考察 当センターは、職場指定で受診される方が約8割となっている。インフォメーションサービスに対して満足されている傾向にあるが、オプションサービスに関しては、約3割の方の利用で満足度も低いことが分かった。オプション内容の詳しい提示や説明、どのようなオプションを望んでいるのか、啓蒙が必要であり検討すべき課題が明確になった。また、健診の所要時間が約1～2時間に対し待ち時間満足度が44～57%、全体の満足度は72%となっている。職員の対応、話しかけやすい雰囲気、説明などの接遇が全体の満足度の評価に影響していると考えられる。今後、待ち時間対策と接遇力を強化することが満足度向上への課題である。

O-217

NICUに長期入院する児の親が抱く不信感から見た看護の課題～看護師の言動に関する調査より～

佐々木芽美、藤田実希子、藤田正、木村美佳、開保津貴子
JCHO 船橋中央病院

I. 研究目的 当院NICUでは、長期入院児の両親から看護師に不信感を抱いていると思われる経験をした。今回、長期入院児の親が不信感を抱く看護師の言動を明らかにした。II. 研究方法 退院児も含め、3か月以上の入院した児の親、計41名を対象にアンケート調査。内容は、①入院期間②自分の子供を安心して預けられないと思った場面の有無とその場面③看護師との関わりの中で思うことについての自由記載。研究目的と倫理的配慮について記載し、回収をもって同意を得たものとした。分析は、回答をコード化し、類似性にてサブカテゴリー化、さらにカテゴリー化した。分類は、研究者間で何度も検討するとともに、専門家のスーパーバイズを受けた。III. 結果 41名中21名から回答を得た(回収率51%)。「自分の子供を安心して預けられないと思った場面があった」人は6名(29%)で、入院期間が長い児の親ほど「あった」と回答していた。また、回答から38コード、16サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された。IV. 考察・まとめ 各カテゴリーの関係性をみると、親が感じる不信感の中核には【常に良いケアがされているか不安】があった。【看護師間のコミュニケーション不足】【両親と医療者間のコミュニケーション不足】により【常に良いケアがされているか不安】が助長され、さらに【親の望むケアがされていない】に関しても、親の思いを十分にすくい上げる関わりや十分な説明がされなかったことにより【常に良いケアがされているか不安】になり不信感に繋がっていたと考えられる。また、【児への愛情がない】【マナー不足】は、自分の子ども以外の児や親への対応や看護師の言動から感じており、看護師に対しても期待とのギャップから不信感を感じていた。NICU看護師は、本来親が行う療育の「代行者」でもあり、人間性を含む期待が大きいと考えられ、その分、厳しい目が向けられると考えられる。

O-218

通院患者の健康増進、意識向上を目的とした最寄り駅から病院へのマップ作成の試み

井川晃太郎、坂井田稔、松浦康孝、山添浩孝、上野谷弘樹
JCHO 滋賀病院

【目的】当院の患者のほとんどは中高年者であり、また最寄り駅から徒歩15分と遠く、しかも高台にあります。そのため、当院に通院する患者の多くは自家用車、路線バス、タクシーで通院しています。そこで駅から病院までの経路を大津の四季を感じながら、特有の史跡、観光名所紹介をすることで道中を楽しめるようなマップ(案内図)を作成し、徒歩で来院する患者を増やし健康増進につながる試みを行いました。【方法】当院から20分以内にある3ヶ所の駅までのマップを作成し、整形外科外来に自力通院可能な患者にマップ、歩行指導書及びアンケートを配布し、徒歩通院への意識調査を行い、徒歩通院にトライする患者には、万歩計を貸出し追跡調査を実施しました。【考察および結果】本院への通院は自家用車が最も多く、続いて路線バス、タクシー、徒歩の順となっています。しかしながら自家用車では、当院駐車場は325台ありますが満車のこともあり、自家用車を駐車できず診察予約時間に遅れると患者の方から謝りの言葉が聞かれ、本末転倒なことがあります。路線バスについては当院正面玄関に直結していますが、平日1時間に1～2本、休日は1時間に1本と少なく、タクシーは便利であるが金銭的な負担があるなどの不満も聞かれます。徒歩通院が増えればこれら苦情改善も期待されます。大津は、琵琶湖と山に囲まれ四季がはっきりしたところであり、本院周辺は住宅地ですが、まだ田畑もあり緑も多く自然に恵まれています。また、滋賀県の特徴としてお寺の数が全国で4番目に多く当院までの道中でも個性豊かなお寺を見ることができます。道中鳥のさえずりを見聞きしながら、中高年患者の聴力、視力の向上に加え徒歩通院患者自身の体力健康増進に寄与すると考えています。

O-219

当院の病院食における残食状況とメニュー満足度との関連について

笹木直人、伊藤慎吾、高橋さと美、植松美江、守屋淑子
JCHO 仙台病院

【目的】入院中の食事は、患者の楽しみのひとつである。同時に、病院食の喫食率は、患者の栄養状態や病状に影響を及ぼす。しかし、病院食の喫食状況等に関する報告は極めて少ない。そこで、病院食の残食量を食種および提供時間別に調査し、メニュー満足度との関連について検討した。【方法】対象食種は、常食・エネルギーコントロール食をEC群、たんぱく20～40g食をLPD群、たんぱく50～70g食をHD群の3群とした。食種別および提供時間別に残食率を算出し、メニュー満足度との関連を検討した。残食調査：調査期間は、2014年9月1日～2015年8月31日。毎食後、管理栄養士と調理師が病棟で実施した。下膳された食事の残食量を患者別に目視で調査し、残食記録表(残食量/提供量＝4/4、3/4、2/4、1/4、0/4)の該当欄に正の字で人数を記した。メニュー満足度調査：調査期間は、2015年7月28日。調査当日に対象食種を喫食していた入院患者を対象に自記式質問票(尺度：満足、やや満足、普通上、中、下、やや不満、不満より1つ選択)を用いて実施した。尺度が「満足、やや満足」をメニュー満足度が高いと定義した。【結果】残食調査の延べ食数は、243038食であり、総提供食の91.2%であった。平均残食率は、EC群では、朝食5.3±0.7%、昼食6.6±1.0%、夕食5.6±0.6%、LPD群では、朝食3.9±0.9%、昼食4.6±1.0%、夕食4.5±1.1%、HD群では、朝食6.6±0.7%、昼食7.8±1.0%、夕食7.5±1.0%であった。満足度の延べ調査人数は216名であり、回収率は、92.5%であった。メニュー満足度が高かった患者は、EC群では、朝食32.6%、昼食37.0%、夕食33.7%、LPD群では、朝食43.8%、昼食37.5%、夕食43.8%、HD群では、朝食22.7%、昼食24.0%、夕食24.0%であった。【結論】食種別の残食量は、LPD群、EC群、HD群の順に少なかった。残食量が少ない食种群ほど、メニュー満足度が高かった。3群とも朝食の残食量が1番少なかったが、提供時間別のメニュー満足度に大きな違いはなかった。

O-220

専門・認定看護師の地域に向けた活動内容と今後の課題

梅田美智子
JCHO 北海道病院

当院は現在1名の専門看護師と16名9分野の専門・認定看護師が在籍している。平成23年度から専門・認定看護師連絡会を発足し、院内研修の計画立案や、各分野の実践の情報交換を行ってきた。平成25年度に地域医療支援病院の承認を得たことを機会として地域医療の質の向上に貢献することを目的に、地域の看護職を対象とした研修会を開催した。その実際と結果、今後の課題を報告する。＜活動の実際＞平成25年度は対象を地域の訪問看護職員とし「在宅に役立つ専門知識」というタイトルでストーマケアと糖尿病看護についての研修を行った。ストーマケアについては①ストーマ装具の特徴とアクセサリーの使用方法について②ストーマ装具選択のためのアセスメント③ストーマ装具選択のポイント。糖尿病看護については①インスリン療法の基礎、GLP-1受容体作動薬との違い②高齢糖尿病患者の特徴③在宅療養支援のポイントという内容で研修を行った。平成26年度は対象を地域の訪問看護職員とし「在宅にて輸液療法を受ける患者の看護」というタイトルで開催した。集中ケア認定看護師は「経口摂取のできない患者の免疫・感染リスクを知る」がん化学療法看護認定看護師は「CVポートの取り扱いが理解できる」感染管理認定看護師は「CVポート留置中の感染リスクを理解し、感染対策を知る」というタイトルで研修を行った。平成27年度対象は地域の看護・介護職員「認知症患者のケア」というタイトルで「中核症状とBPSDに対する対処方法」という研修を行った。＜今後のビジョン＞研修のアンケート結果からはよく理解できた・まあまあ理解できたという回答が9割を占めた。今後も地域の医療従事者の希望に沿った研修の開催を行っていきたい。また認定看護師同行訪問のシステムを確立した。今後はリソースとしての活動も幅広く展開し、より質の高い看護の実践を目指していこうと考える。

O-222

地域包括ケアシステム構築に向けた急性期病院としての取り組みと今後の課題

塚本五月¹、古賀一成²、川上奈央³、本岩春葉³、押方千明³、堤可美³
¹JCHO 熊本総合病院 看護部、²脳神経外科、³医療連携室

【はじめに】当院の本年度の目標に地域医療及び地域包括システムの構築がある。看護部ではこれまで、顔の見える地域連携作りを目的に年に1回地域医療・介護担当者会を実施している。また、退院時移行シートによる情報提供、退院調整カンファレンス実施の推進、有料老人ホーム等の医療・介護資源調査を行い、在宅医療・介護との連携に努めてきた。さらに強化をしていくために、地域包括ケアシステムについて職員の共通理解と院内連携体制の構築に向けて取り組んだのでその結果と今後の課題について報告する。【取り組み】1. 地域包括ケア推進委員会の立ち上げ、院内連携システムを構築する 2. 在宅医療・介護との連携における今後の課題を抽出する【結果】院内の各部門の代表で構成する地域包括ケア推進委員会を発足し、月1回の会議を実施した。各部門の地域包括ケアシステム推進における現状と今後の課題を発表することで、各部門の活動の理解と課題に対する検討が可能となった。また、在宅医療に関わる対象者の研修会、病院職員対象の研修会を企画・開催し、地域包括ケアシステムの共通理解を深めた。院内連携システム構築では、連携窓口を一元化し、MSWの増員と病棟担当制を導入し、退院支援・調整カンファレンスを積極的に行える体制を整えた。また、在宅医療の要である訪問看護ステーションとの連携強化をするために、各ステーションを訪問しアンケート調査を行い、各ステーションの強み、体制を理解した連携が可能となるように情報を整理した。【考察】急性期病院から在宅への退院支援・調整は今後さらに増加することは必至である。地域包括ケア推進委員会を中心に、各部門の現状と課題を共通理解することで、急性期病院としての役割が明確になった。今後も病院職員の在宅支援の意義と理解を深める研修を継続し、病院医療から在宅医療へスムーズな移行ができるように訪問看護師等在宅医療に関わる医療従事者へ認定看護師等の専門職を活用した教育支援体制の構築が課題である。

O-221

地域連携を目指した急性期病院の取り組み～地域交流会の成果～

君島一葉¹、塚越ひろみ²、野月千春²

¹JCHO 東京新宿メディカルセンター 地域医療連携・総合相談センター、
²看護部

【目的】当院看護部では、病棟看護師が主体となり退院支援・調整を推進するシステム構築に取り組んできた。その一環として平成20年度より地域連携推進チーム会を発足させ、平成22年度からは定期的に地域交流会を開催、今年度からは看護部地域連携推進委員会として活動の場を広げている。今回は委員会で行っている地域交流会の成果、地域からの評価と今後の課題を報告する。【地域交流会について】地域交流会は平成22年度から年2回開催している。参加者数は毎回70～80名程度（地域40～50名、当院30名弱）となっている。院外からの参加者は、ケアマネジャーや訪問看護師だけでなく、地域包括支援センターの職員、訪問診療医など多職種が参加している。交流会テーマは「退院支援」「地域との情報共有」「事例検討」（2回）「地域とのカンファレンスの持ち方」「認知症高齢者支援」で開催。参加者8名～10名程度を1グループとし、テーマのグループ討議、グループ発表を行い、全体共有する形式で行っている。終了後のアンケート結果より、参加者の交流会全般に対する満足度は「大変満足」「満足」の回答を、毎回9割程度得られている。【成果】交流会に参加した当院看護師からは地域への理解を深める事ができたとの言葉が聞かれ、地域からは当院との連携について評価や意見を得る事ができている。交流会を通じ病棟看護師が地域とつながる事ができ、連携を行う上での関係構築、互いの立場を理解した上での調整が行えるようになりつつある。【今後の課題】退院支援は看護師のみでなく、院外関係機関と院内チームの各々が、専門性を発揮し役割を果たせるよう、院内外の多職種が参加して地域連携・交流を必要とする。今後は看護師以外の職種が、企画から地域交流会に参加できるようにする事で、病院全体で地域と連携を深めていきたい。

O-223

感染制御に関するニーズを取り入れた地域連携支援の取り組み～疥癬症例から学ぶ地域支援～

西島睦子
JCHO 仙台病院

【背景】2012年診療報酬改定において感染防止対策地域連携加算が新設され、医療機関同士の連携、および地域における感染対策のさらなる推進を図ることが期待されている。感染対策の地域支援活動に関する重要性は示唆されているが、現状の地域連携では、加算を取得した医療機関のみの支援体制であり、施設基準を満たすことが出来ない小規模医療機関や老人福祉施設等において、その内情は変わらない。仙台東部地区では2014年より、仙台東部地区感染対策チームとして活動を開始し、多くの方が参加できるよう5病院で合同の講習会を開催している。質問は、特に疥癬に関することが多く、介護施設では疥癬の間違った対応や誤解からアウトブレイクし、終息しない疥癬症例に振り回されている実情が浮かび上がってきた。感染症発生時の初期対応やアウトブレイク時の対応等が困難であり、より具体的に実践的な教育が求められていると感じた。現在、各施設に赴いて実施している出張講座についての現状を報告する。【結果・考察】研修会では、疥癬の基礎的な知識に加え、当院で経験した普通疥癬と角化型疥癬の発生と治療方法の経過を振り返りながら、発生状況や治療経過・対応や注意点を説明している。また施設状況に応じて適宜内容を加え、より実践に即した内容に努めており、これまでの研修参加者は339人であり、継続的に他施設からも研修開催が要望されている。相談や質問は、通所施設利用の可否や集団感染を繰り返している現状についての対応など多岐に渉るため、地域と連携した継続的な支援体制の構築が必要であると考え、今後地域包括ケアを推進していくにあたって、各医療機関が地域の情報を得て、介護や在宅などに情報を提供し、地域からも病院に情報提供がなされるなど、繋がりのある相互支援体制の整備が大切である。

O-224**もの忘れ外来開設1年における現状と今後の取り組み**

奈良まり子

JCHO 東京城東病院 看護課 認知症看護認定看護師

目的

高齢社会の進展に伴い「認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることが出来る社会」の実現を目指し、認知症対策が国家戦略としても実施が開始されている。当院においても平成26年9月より老年内科・もの忘れ外来が開設され（1回/週、午前中のみ）、1年間で外来患者数は92名であった。そこで開設後、1年間の現状と外来における認知症認定看護師としての活動と今後の取り組みについて報告する。

研究方法

平成26年9月からの1年間に老年内科・もの忘れ外来受診患者92名を対象に人口学的変数、他院からの紹介率、逆紹介、地域包括支援センターからの相談件数などを調査した。また、相談者、受診理由、家族状況、診断名、神経心理検査、診療時間などについても調査した。その結果から認知症看護ケアの今後の課題を検討した。尚、本調査はデータの匿名化を行い、病院の審議委員会において承諾されたものである。結果および考察

当院のあるA区は、平成12年の介護保険制度開始時から高齢者人口は1.78倍増加し、高齢化率は20.6%である。また、要介護認定者における認知症自立度Ⅱ以上の人（Ⅱ～Ⅳ）は全体の29.9%である。患者は女性が全体の62%であり、独居が25%、老老介護が29%、2世帯以上が45%であった。アルツハイマー型認知症患者は57%であった。加齢的物忘れとMCⅠの診断を受けた患者群は24%を占め、うち女性が82%で、相談者は本人からが82%であった。紹介率6.5%（6件）逆紹介率9.7%（9件）、地域包括支援センターからの紹介率7.6（7件）であった。外来平均一人あたりの平均診療時間は35.6分であり家族からの介護相談などにより診療時間の延長を来していた。そのため、認定看護師による相談外来の充実や、独居世帯、老老介護の治療継続にも積極的な地域連携が必要である。

O-225**右乳がん広範囲自壊創を伴うリンパ浮腫患者の在宅療養支援を振り返る**

大良和恵、迫田美佐、渡邊薫、秋山義輝、佐藤雅美、武内裕

JCHO 南海医療センター

はじめに A病院は急性期病院である。今回高度進行性右乳がん患者が、訪問看護等を活用し、前胸部の広範囲の自壊創、リンパ浮腫、がん性疼痛をコントロールしながらの在宅療養を支援した。この事例を通し、外来通院しながら在宅で療養する患者の支援体制のありかたについて振り返った。倫理的配慮 A病院倫理委員会規定に従い、個人が特定されないよう配慮し、患者に了承を得た。看護の実際 A氏、40歳代、女性。身長150cm、体重77kg、脳梗塞後遺症がある母親と二人暮らし。7年前より右乳房にしこりを自覚し、さらに5年前より皮膚に潰瘍を認めていたが受診行動に至らず、呼吸困難と右上腕の浮腫を主訴に乳腺専門医を受診した。高度進行性右乳がんによるがん性胸膜炎、前胸部（右>左）自壊創、右上腕リンパ浮腫であり、手術適応外と診断された。入院治療が必要であったが、近医での治療を希望しA病院へ紹介入院となった。入院後、胸水穿刺と並行して化学療法がおこなわれた。その結果、胸水の減少と自壊創の縮小が認められ退院となった。創処置、退院調整について相談があり、入院中より皮膚・排泄ケア認定看護師が介入を開始した。退院後は本人と訪問看護師により創処置が行われることとなった。患者が外来化学療法に来院した際に生活状況の確認や自壊創のフォローを行った。訪問看護師と連絡をとり、異常時や患者が不安を訴えた際には外来受診を勧めるよう依頼した。自壊創は悪化傾向にあり、がん性疼痛のコントロールや日常生活に支援が必要となったが、2年間外来通院することができている。考察 今後がんの進行に伴いさらに全身状態の悪化が予想される。症状をコントロールしながら、できる限り患者が望む在宅生活を送れるよう支援していく必要がある。在宅においてはさまざまな専門職が時間調整をして患者家族とかがわかるため、さらに情報を共有し連携していくことが重要であると示唆された。

O-226

バスキュラアクセス地域連携への取り組みと課題

川名篤子、大野和美
JCHO 仙台病院 血液透析室

【はじめに】仙台病院はバスキュラアクセスセンター（以下VAセンター）を有し、年間約700件前後のPTA治療を行っている。また外科的手術も含めたVAの作製・修復の治療も行っている。2006年には、連携施設間で共有しているシャントトラブルスコアリング表（以下STS）を改良し地域連携クリニカルパス（以下連携パス）として運用を開始した。今回はその運用状況や成果について報告する。【運用状況と成果】連携パスは双方向循環型となっている事が特徴で、約50施設との地域連携体制をとっている。各施設からの情報はFAX通信で行っており、院内での各部門はこの情報をオーダーリングシステムや電子パスシステムに転記している。連携パスの修正や改定などの運用評価は、年1回のVA連携会議を通じて行っている。成果としては、地域内でのVA機能評価が標準化されPTAの申し込みタイミングが適正化された事、カフ型カテーテルの機能評価にもこの運用を応用できた事、等があげられる。また、東日本大震災で多くの血液透析患者を救済できたのは、この日常的な地域連携体制の成果によるものだと考えられた。【今後の課題】課題としては、連携施設からの情報を各部門で別々に取り扱っているため、情報が分散してしまい院内での運用が非効率的になっている事である。シームレスな地域連携活動を行うためには、電子化の流れを受けて、院内外で共有できるVAの作製・修復に関わる地域連携支援システムの構築なども、今後の課題なのではないかと考えている。【まとめ】既導入患者の透析期間の長期化、新規導入患者の高齢化や心機能障害、血管系の合併症を有する患者も増加してゆく中で、今後も、地域連携会議を通じてVAの作製・修復のニーズを把握しながら、連携パスにおけるアウトカムの共有やバリエーション設定の適切性について検討を重ねていきたい。

O-228

当院における下肢血管インターベンション施行患者の現状～重症虚血肢撲滅を目指したベッドサイドケア向上への取り組み～

井川美江¹、野藤清美¹、中村葉穂子¹、上村孝史²、小出俊一²、田山信至²
¹JCHO 熊本総合病院 看護部、²循環器内科

【目的】県南中核病院である当院では、地域透析施設より切迫に至る重症虚血肢（CLI）患者の紹介が少なくない。今回、当院における下肢に限局した末梢血管インターベンション（EVT）施行患者の現状を分析し「CLI撲滅」を目指したベッドサイドケア向上への取り組みを実践する。【方法】2014年度、当院におけるEVT施行患者40名を後方的に調査・分析する。地域透析施設に対して、アンケートによるフットケアの現状把握や、末梢動脈疾患（PAD）に関する意識調査を実施し、結果を分析する。【結果】患者40名中16名（40%）が維持透析中のCLI患者であった。さらに治療1年以内の死亡8名中6名（75%）が維持透析中のCLI患者であった。患者全体に対する死亡率では、維持透析患者17.5%非透析患者2.5%で7倍の大差となった。これらの分析結果からはPAD診断及びEVT実施に至るまでの時間的経過の遅延が問題となった。併せて、地域透析施設におけるフットケアの現状や、PADに関する意識調査結果からは、各施設間におけるベッドサイドケア実践力に差が見られ、PADに関する認識の差が問題となった。【考察】維持透析患者は腎機能廃絶に伴う腎代替療法の為、3回/週、約4時間ずつ各施設にてベッド臥床を伴う拘束時間が発生する。この治療時間を利用し、看護師によるベッドサイドでの問診から下肢観察、必要に応じて適切な傷処置を提供できる看護実践力の向上を図る事が、早期異常の発見及びPAD早期診断への一助となり、その結果CLI発生予防に繋がるのではないかと考える。【結語】CLI撲滅の為には、PAD早期診断が重要であり、ハイレスクである維持透析患者へのフットケア等を通じてベッドサイドケアの充実が不可欠である。実践力向上への第一歩として、まずは地域透析施設と連携したPADに関する認識の統一を図ることが重要である。

O-227

女性混合病棟における枚方市産後ケア事業の取り組み

入江眞理、沖田眞理子、佐古乃莉子、河合清五、加藤むつ子
JCHO 星ヶ丘医療センター

目的）産婦人科女性混合病棟で、H26.12より枚方市が行う府内初の医療と地域の継続ケアとなる産後ケア事業の産後母子の受け入れを開始した。取り組みの実際と今後の課題について明らかにする。産後ケア事業の概要）出産後の心身ともに不安定な母子を対象に母の心身の安定と育児手技の獲得、育児不安の解消を図り、家庭での円滑な育児を支援し児童虐待の予防に努める。利用対象）市内在住の生後4ヶ月未満の乳児及び家族等から産後支援を受けられない又は育児不安があり支援を必要とする母親。提供体制）ショートステイ（宿泊型）とデイサービス（日帰り型）で個室を利用し病棟内の助産師が母子同室で対応し、からだところ・育児のサポートを行う。結果）H26.12～H27.9まで5名利用。デイサービス述べ8日、ショートステイ13泊。母の平均年齢36.6歳、初産婦2名、経産婦3名。利用開始時の子の生後日数は7日以内3名、14日以内1名、2ヶ月以内1名。分娩方法は正常分娩4名、早産で帝王切開1名。利用時の栄養方法は母乳栄養3名、混合栄養2名。産後ケア申込み理由は支援困難2名、自分の体調不良4名、母乳分泌・沐浴・育児の知識・技術の習得3名。利用してよかった事は産後の心身の疲労軽減5名、育児方法の習得4名、母乳育児の不安の解消3名。考察）利用者の申請時に抱えていた支援困難、体調不良、授乳や育児の不安は、助産師による産後ケアサービスを利用することで軽減していた。産褥期の母親に対して母親の話を傾聴し母親が行っている育児に対して受け止め、認めるケアが必須である1）と述べられていることと一致する。地域と医療の専門職が連携を強化し情報を共有して早期対応する事は有効であると考えられる。結論）産後ケアを利用する事で母親の心身の疲労軽減や育児方法の習得、不安の軽減につながった。地域と医療の専門職が連携し情報共有して早期対応する事は有効である。産後ケアを周知PRし利用者を増やす。

O-229

当院における地域包括ケア推進室の取り組み

栗林明美、橋村健司
JCHO さいたま北部医療センター

【はじめに】当院はさいたま市北区に位置する地域密着型の急性期病院である。特性は、現在人口14万人で高齢化率は16.7%、全国的にみても若い世代の多い地域である。しかし、2025年には高齢化率は25.1%、高齢者が10年で約12000人増加すると試算されており、急増する高齢者が住み慣れた地域で暮らすための地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である。今年度より地域包括ケア推進室が発足、具体的な活動を試みたので報告する【実際の取り組み】当地域での地域包括ケアシステムを構築するため、まずは地域の主要な医療、介護、福祉機関と「顔が見える関係」を築き、地域の問題を共有することが必要と考えた。そのため、当院が主体となり、地域包括ケア連絡会を立ち上げた。連絡会のメンバーとして、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、特別介護老人保健施設や有料老人ホーム、介護福祉系企業などに参加を呼びかけた。初回は顔合わせと今後の方向性を話し合い、2回目以降は症例検討会を中心に課題解決に向けた話し合いを行っていった。【結果】連絡会を重ねるごとにメンバー間の親和性が深まり、それぞれの立場からの意見交換が可能となり、お互いの役割と機能を理解することが出来た。グループディスカッションを通じて、高齢者ケアの問題点を明らかにし、参加者全員で今後の方策を共有することができた。【考察】地域包括ケアシステムの中では、入院治療が必要な患者を速やかに受け入れ、早期に家庭や社会に戻り安定した療養生活が送れるよう、関係職種と連携を取ることが当院の役割であると考えられる。地域に多職種連携の意識が芽生え、同じ目的を持った仲間として集まることは多職種協働の推進となる。今後も連絡会を継続し、発展させることが必要である。

O-230**地域包括ケア病棟から施設への看護・介護の継続をめざして**

福田小智美、松尾明美、宿利亮太、荻本照子、中川宏季、古椎久美
JCHO 湯布院病院

＜目的＞在宅療養を継続している全身拘縮が進行した症例に対して、全身のリラクゼーションを行った結果、拘縮の改善を認めた。今回、入院中のケアを継続するためにデイサービスのスタッフとの連携強化を行ったのでその取り組みを報告する。＜事例紹介＞糖尿病を基礎疾患に脳梗塞発症し左片麻痺を呈した78歳男性、息子と二人暮らし。要介護5で日中は、6日間デイサービスを利用している。発熱や脱水で入退院を繰り返している。今回の入院は仙骨部の表皮剥離の治療目的であった。自動運動がなくほぼ臥床状態で全身の拘縮が進み、頸部も後屈が強く誤嚥の危険性も高い状態であった。創の治療のため安静臥床の指示があった。＜方法＞リラクゼーション方法の写真を入れたパンフレットを作製し、毎日、看護・介護職が統一した方法で頸部を中心に全身のリラクゼーションを行い、施行前後の全身の状態を比較する。デイサービスのスタッフと継続するリラクゼーションの内容を検討し、退院用のパンフレットを作成・指導を行う。＜結果・考察＞前回入院時から本患者へリラクゼーションを行いデイサービスでも継続できていたが、全身の拘縮が進んでいた。そこで拘縮の改善・回復を目的とした用手微振動法と、摂食・嚥下機能の向上を目的としたムーブメントプログラム（バランスボール使用）を実施した。特に入浴後に用手微振動法を取り入れたことで全身の拘縮が改善された。全身の拘縮が進まないように継続可能な方法をデイサービスの状況も踏まえながら、入院中よりデイサービスのスタッフと検討し、直接指導を行ったことで、連携が深まり、ケアの継続ができた。今後も患者個々の事例を通して地域スタッフと顔が見えるネットワークの構築を行い、必要な情報を繋ぎ、より効果的な継続看護を行なっていきたい。

O-231**地域と連携した支援における助産師の役割
複数の市町村と連携した事例**

関かをり、藤田久子、西畑康代
JCHO 大和郡山病院

1. はじめに 妊娠期から出産、産褥期まで通して関わることができる助産師は、対象者を理解し、適切な情報を地域と共有する必要がある。今回、中国国籍の母親への継続した育児支援を行った。結婚を前提に日本へ転居し、異国の地で、文化の違いに戸惑いながら産褥期をむかえ、産後にネグレクトが危惧された。この事例について振り返り、地域との連携において、施設で働く助産師に求められる役割を考えた。2. 倫理的配慮 対象者へ、文書と口頭で説明し同意書の提出をもって同意を得た。所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。3. 事例紹介 対象者は中国国籍の20代後半の女性。パートナーは日本人。中国では日本人への中国語講師をしていた。日本語で日常の会話ができる。出生直後から、児が保育器管理となり母児分離されたことや、同室患者とのトラブルから、ストレスが蓄積され、「赤ちゃんを置いて今すぐ退院したい。別に子供が欲しかったわけではない。」という言葉が見られた。母児愛着形成が危ぶまれ、ネグレクトが危惧された。4. 支援の実際 対象者は入籍前に妊娠、出産したことにより、母児が異なる住民票を持つこととなった。そこで、退院後の対象者の居住地であるB市、児の出生届が提出されたC市と連携した上で、助産師による育児相談外来で支援することとした。3か月で、計4回のB市、C市による家庭訪問と、育児相談外来での面談を4回行った。面談時の話の内容は、自分の体や生活の事が中心であったが、4回目は終始、児とどれだけ楽しく過ごしているかという報告へと変化した。対象者とパートナーは、親として児への愛着を形成し、役割意識を持つことができた。出産を終えて、地域へ帰る母児の支援は、産科施設だけでは限界がある。児が心身ともに健康に成育していくには、継続した地域の支援が欠かせない。今後も、地域と連携した支援を継続していきたいと考える。

O-232

切れ目のない地域連携が透析患者の足と命を救う！

佐藤元美¹、葛谷明彦¹、三浦裕子¹、立奈良崇¹、橋本悠作¹、青山功¹、鴨井大典²、佐藤俊昭³¹JCHO 中京病院 腎臓内科・透析センター、²名古屋共立病院 循環器内科、³名古屋共立病院 形成外科

【はじめに】無症候性も含めると4割近くの血液透析（HD）患者が末梢動脈疾患（PAD）を合併している。さらに、その予後は極めて悪く、PAD 早期診断・治療および予防体制の確立が急務となっている。しかしながら、それら体制を1施設のみで完結させることは困難であり、各医療機関の特徴を活かした「分業化」と「連携」が必須となる。このような状況の中、約3年前に中部地区の数施設が中心となって下肢救済ネットワーク「Critical Limb Ischemia Network in aiChi (CLINCH)」が発足した。その中で当院の役割は、透析療法・LDL アフェレシス治療（LDLA）を併用した血行再建と創傷管理の実践である。今回、当院での治療成績をふまえて連携システムの有用性を検討した。【方法】PADを合併した265例（糖尿病性腎不全188例、HD 249例、重症下肢虚血224例）に対して、LDLAを中心とした集学的治療を実施した。【結果および考察】短期的には、約80%に症状の軽減など何らかの臨床効果を認めた。LDLAと血行再建術との併用を積極的に開始した2007年1月以降の重症下肢虚血（CLI）118例においては、5年生存率33%とそれ以前（77例）の14%に比し有意に上昇していた（ $p < 0.01$ ）。さらに、他院で血管内治療を施行した患者の可及的早期の入院など連携を強化した2011年9月以降のCLI 54例においては、創傷治癒率の向上とともに1年生存率88%、2年生存率73%と予後が劇的に改善した。【おわりに】適切な連携が透析患者の足を救うだけでなく予後も改善することが示唆された。治療効果の長期的な維持や再発予防などへの取り組みが重要であり、栄養・リハビリテーション介入や循環動態に影響しない透析療法の工夫など課題は多い。

O-233

在タイ日本国大使館領事局海外邦人安全課援護班（援後班）との医療連携について

大坂広之、石井耕司、天沼誠、三村享彦、宮澤秀明、伊藤俊幸、服部宏行、内野直樹

JCHO 東京蒲田医療センター

海外在留邦人が病気がけがで帰国せざるを得ない状況で、親族が受け入れを拒否した場合には援護班の職員と日本飛行機が到着する都市の行政職員との連携で帰国前後の生活を援助することになる。今回、タイに滞在中に病気がけがで帰国せざるを得ない状況で、帰国便が到着する羽田国際空港（空港）が位置する東京都大田区役所職員から当院に入院要請があった2症例を報告する。症例1は70歳代後半の男性。55歳まで日本で働いた後にタイに渡りタイ人女性と結婚。2014年夏ごろからタイのロブリー県の老人施設に認知症様症状のため収容されている邦人が居るとの連絡が援護班に入り、2015年7月14日早朝に帰国した。直ちに空港最寄りの東京都大田区役所税谷・羽田出張所を経由して当院に入院。諸検査で脳血管性認知症と診断し、内服治療とともにリハビリテーションを約2ヶ月間行い、有料老人施設に入所となった。症例2は60歳前半の女性。タイ長期滞在中にパスポートや現金の盗難にあった上に、歩行障害があるため援護班からの要請で大田区役所職員が対応することになった。患者は2015年8月20日の早朝に空港に到着し、症例1と同様のルートで当院に入院。問診で初めて今年3月にビルの4階から飛び降り自殺をして一命を取り留め、6月30日にタイの病院で第12胸椎圧迫骨折に対して脊椎固定術を受けたが、退院後にホテルで転倒し左肩を打撲した。当院で行ったX-P左上肩関節脱臼粉碎骨折が判明した。第7病日に精神科受診を勧めパノニアと診断された。第12病日に精神科の管理下で整形外科の手術が受けられる病院に転院した。帰国後の治療を円滑に行うためには、援護班職員は本国の行政担当者を経由して受け入れ病院には知りうる限りの情報を伝達すべきと思われる。

O-234

放射線部における地域連携への取組み—高度医療機器共同利用の推進—

森田不二夫、藤川久元、森部聡志、西村友美、福村友梨恵、三井賀代、吉田亘孝
JCHO 四日市羽津医療センター

【目的】当院の放射線部では、地域医療に貢献するため高度医療機器であるPET、CT（320列、64列）、MRI（1.5T）、骨密度測定装置を中心に共同利用を推進している。平成20年7月より診療放射線技師による地域医療機関への訪問を実施し、その結果紹介件数の増加が見られたので取組内容を報告する。【方法】1. モニタリングデータ分析を基にした連携機関への訪問 2. 検査別の案内パンフレット・症例集の作成、配布 3. 病診連携カンファレンス等への積極的参加や地域自治会での講演活動 4. 地域連携機関への放射線漏洩線量測定 5. 地域連携専用予約枠の増設と日単位の予約枠調整を行った。【結果】取組み前と比較して、PET101件から296件（193%増加）、CT473件から907件（92%増加）、MRI766件から1601件（109%増加）、骨密度測定0件から51件の増加が見られた。また、それに伴い検査装置の稼働率向上にもつながり、さらに連携機関からの直接的な要望が聞け、スムーズな現場対応が出来るようになった。【結語】院外である地域医療機関への訪問に当初は大きな戸惑いがあったが、診療放射線技師が職域の壁を越え病院視点の活動を行うことにより、紹介患者を増加させることができた。さらに専門的な情報交換ができたことによって、結果的に検査の精度が向上でき、信頼関係の構築にも繋がった。また、モニタリングデータ分析を基にした効率的な訪問活動を行うことで効果が可視化され、個人のモチベーションアップにもつながった。今後も現場と一体になり検査精度を向上させていき、延いては紹介患者数を増加させ地域医療に貢献したい。

O-235

熊本県内の地域連携による感染症情報共有化の取り組み

木下まり、泉翔太、小林敏郎

JCHO 熊本総合病院

【目的】臨床微生物検査は感染症の診断や治療において重要な情報である一方、その集積されたデータは解析により施設内や地域での感染症動向の把握や感染対策にも活かすことができる。感染管理は、地域連携により施設を越えた地域での必要性が生じている。この地域での感染対策の支援として、微生物検査部門の情報共有化からはじまった熊本県内におけるネットワーク活動の取り組みを中心に報告する。【対象と方法】2000年より熊本県内の13施設の基幹病院を中心に熊本臨床微生物ネットワーク研究会として活動を行っており、特に感染症関連の情報として薬剤耐性菌や血液培養分離菌等の集計を行い、解析結果を参加施設へ還元し感染対策等に役立てている。今回は、薬剤耐性菌であるESBL産生菌について平成15年度から平成25年度までの11年間の分離動向の解析結果を示す。【結果】対象期間におけるESBL産生菌分離数は7096株であった。年次推移は、平成15年度153株から平成25年度1533株へと増加傾向である。地域別にみるとESBL産生菌は平成15年度当初は県北部を中心に分離されていたが、近年は熊本市内や県南部でも分離が多く県内に蔓延している。【考察】今回の結果より、薬剤耐性菌は要介護高齢者増加という社会背景からも減少は望めず、これらの状況を踏まえた上で個々の感染防止対策を確実に実行していくことが重要と考える。また、これまでの活動を通して施設間の連携が深まり、情報提供の機会をとおして他職種との意見交換や介護施設や行政から助言を求められたりすることも増えてきた。【結語】全国的な感染症のサバイランスのJANISとともに地域における感染情報の把握も重要と考える。限られたなかでデータの解析や啓蒙活動を効率的に行っていくことが今後の課題の一つであるが、医療関連施設をはじめ行政や医師会などの各種団体とも連携をとりながら地域での感染対策に役立てるように努めていきたい。

O-236

地域医療構想における当院の現状と課題
— 県域を越えた医療提供体制についての検証 —久保田智子
JCHO 人吉医療センター

【目的】地域医療構想ではDPCデータとNDB（ナショナルデータベース：電子レセプト）、病床機能報告制度のデータ等を用い、地域の病院規模と機能、疾病構造差、人口推計、受療動向、地域の医療需要、必要病床数の推計がなされる。各病院は行政任せではなく、地域における自院の役割を考えて行くことが求められる。そこで県境地域を含めた当院の患者動向と2025年に向けて必要な医療提供体制の検証を行った。【方法】近年の自院の患者動向、DPC公開データ、救急車搬送数（消防署）、医療機能ごとの病床の状況（県医療政策課）、データ視覚化ツール「Tableau Public」上の公開データ（国立がん研究センター石川ベンジャミン光一氏）を用い急性期病院へのアクセス状況や移動時間等の集計を行った。【結果】二次医療圏内の管外搬送と境医療圏の患者増加、救急搬送では県境医療圏の搬送が年々増加している。当院の入院患者の受診範囲は県境から60～90分以上かけて来院しており、急性心筋梗塞、くも膜下出血というような待てない急性期疾患では県境地域では30分以内に搬送できる施設がないことが示唆される。また、当医療圏の病床機能報告では6年経過後も回復期へ転換する施設は少なかった。【考察】当院は二次医療圏のみならず医療資源の少ない県境地域の急性期医療も担っている。今後、医療圏を超えて医療提供を行っている医療機関は、県域を超えて行政とともに医療計画を立案していく必要がある。また、一般急性期機能をもつ病院の集約化も必要と考える。地域包括ケアシステムを視野に入れた医介連携、市町村や地域支援事業団体との連携は発展途上であるため、地域の実情に即した医療提供体制への取組みが急がれる。【結語】2025年問題を見据えて当院がどのような医療提供体制が必要なのかを検討していくため、また地域医療構想に寄与するデータ提供ができるよう、情報収集および分析力強化に努めていきたい。

O-237

顔の見える医療・介護連携
～嚥下障害を有する一症例に対する関わりを通して～石井晶子¹、森崎訓明¹、江崎聡¹、太田倫子¹、梅田由希子¹、綾野理加²、村田尚道²¹JCHO りつりん病院、²岡山大学病院スペシャルニーズ歯科センター

【はじめに】当院から介護施設への退院時、嚥下障害に対する配慮を要する場合には、言語聴覚士が担当会議と添書で情報提供を行なっている。しかし、退院後の食事や訓練に関しては施設側任せで、誤嚥性肺炎による再入院例も少なくはなく、フォローが不十分と感じていた。地域包括ケアが推進される今日、医療から介護への連携は重要度を増している。今回、STとして医療・介護連携に積極的に関わった一症例を通して考えたことを報告する。【症例】80代男性、パーキンソン病、口腔期・咽頭期の嚥下障害をみとめた。約4ヶ月間の入院リハビリを行ない、サービス付き高齢者住宅へ退院となる。継続した嚥下訓練が必要であり、施設スタッフに対して以下の関わりをもった。・入院リハビリ見学の提案 ・訪問指導 ・電話や連絡ノートの活用 ・嚥下外来での評価のフィードバック ・外来リハビリ見学の提案【結果】①一方向的な情報提供にとどまらず、相互に積極的な情報交換ができていた。②嚥下訓練と楽しみレベルの経口摂取を安全に続けられている。③患者様から「食べること」以外のニーズも引き出した。【考察】①顔を合わせるまとまった時間を一度はもつことにより、スタッフ間の垣根が低くなり、躊躇せずやりとりができる。知りたいこと、理解度などがみえやすく、フォローしやすい。②目標を共有し、適宜評価を行うことで、患者様の状態に寄り添いながら、安心して関わるができる。③訪問により患者様の生活を思い描きやすくなり、多職種を交えることで具体性のある話ができる。【おわりに】今回の関わりを通して「顔の見える連携」の大切さをあらためて感じた。今後の医療・介護連携におけるシステムの中で専門職が役割を果たすためにも、まず顔の見える信頼関係の構築が重要であると考え。働きかけを待つのではなく、医療側から受け皿側への意識的な関わりが必要であり、提供できることの積極的な発信に努めたい。

O-238

県境に位置する地域医療支援病院における医療福祉連携室の役割～幅広く、柔軟に、そして繊細に！～

山田一裕、岡本理恵、岩崎ユリ
JCHO 人吉医療センター

はじめに 当地域は南九州三県県境に位置し、医療圏は熊本県人吉球磨地域だけでなく、宮崎県えびの・小林地区、鹿児島県伊佐・湧水地区の約20万人を有し、人吉市の高齢化率約32%で、日本の10年先の高齢化社会を迎えていると言われている。高齢化が進み医療資源の限られた地域で当院が地域医療支援病院の役割を担うために医療福祉連携室ではMSW8名、臨床心理士1名、事務1名が在籍し業務を行っている。今回医療福祉連携室で行っている業務について報告する。取り組み医療福祉連携室の業務は大きく3つに分類される。①連携業務：開業医との連携（登録医、医療機関訪問、地域協議会・南九州三県県境医療連携懇話会開催など）、予約センター（患者・開業医からの予約、開業医からの救急紹介など）、逆紹介（症状が安定した患者への情報提供）、地域連携バス運用（5大がん、脳卒中、大腿骨頸部骨折、虚血性心疾患、婦人科がん、糖尿病）、広報活動（広報誌・診療科案内などの作成）②相談業務：経済的支援、退院支援（転院相談、在宅相談）、療養中の心理的・社会的支援（民間資源、家族間調整、患者会）、就労相談などの社会復帰支援、苦情対応（ADR）、カルテ開示③院内支援：問診、ヘリ・高規格救急車要請、各種講演会・カンファレンスの企画運営管理、住民向け出前講座の調整、指定管理五木村診療所の支援など 結果と考察 当院は地域医療支援病院として、登録医240名、紹介率80.4%・逆紹介率80.1%、月平均外来患者数311.6名、年間救急外来7,402名、年間ヘリ搬入搬送支援28件。また、平均在院日数11.5日。外部医療福祉機関と顔の見える連携ができているMSWが橋渡し役を担うことで、地域の中核病院の役割を果たす一助となっていると考えられる。医療連携室の業務が多岐に渡る一方で連携の質や相談支援の質が問われ、今後はQuality Indicatorを設定し質の維持と向上に努めたい。

O-239

「医療と福祉の相談窓口」の新規開設～相談窓口の取り組みと、役割の可能性に着目して～

日和慶二、割石高史、繁田聖子、稲積幸子、大隈まり（MD）、桑野慎一郎（MD）
JCHO 湯布院病院

当院では、利用する患者の多くに医療ソーシャルワーカーが関わり、在宅生活が安定して送られるように支援を行っている。その中で、慢性疾患の管理がうまく行えず入院を繰り返す患者や、患者の財産をあてに生活する家族等との関わりも増えてきた。このようなケースは、継続して関われる支援者がおらず、また利用できる制度がほとんど無いことから、地域生活を送る事に不安を感じる事も少なくなかった。地域で暮らしている住民の中にも、生活のしづらさを抱えたまま支援の手が行き届かず埋もれてしまっている可能性がある事が問題となってきている。当院ではこれらの状況を地域の課題として捉え、生活のしづらさを抱える方に病院から出向き関わる事が出来るソーシャルワーカー（以下、SWrとする）を配置し、相談に応じる「医療と福祉の相談窓口」（以下、相談窓口とする）を今年度開設した。現在、SWr1名体制で介護支援専門員を兼務している。具体的な取り組みとして、相談支援・アウトリーチ・潜在化した問題の明確化・関係機関との連携・モニタリング等を実施。相談窓口が幅広く活用して貰えるように、行政や社会福祉協議会、地域包括支援センター等への広報活動や、民生委員の会合等へも参加し、相談しやすい関係作りに努めている。相談件数は、H27年4月から9月末現在で16件である。具体的には、疾患の自己管理が十分でない患者宅への訪問と見守り、内服管理が行えていない患者がどう問題に気付き改善していくかの検討、飲酒等による家庭内暴力の恐れがある家族への定期的な訪問等を行っている。一機関では対応しきれないケースがあることから、今後は関係機関が連携しながら問題解決を図れる地域づくりを目指し関わっていく事が重要である。また、これまでSWrとしての支援の中心が高齢者であった為、対象を問わず多岐に渡る問題に関われるよう視野を広げ、柔軟な支援が展開できるようにしていきたい。

O-240

当院での低糖ロールケーキによる臨床試験より

本康淳子、種川純、竹内祐騎、石井博尚
JCHO 桜ヶ丘病院

目的：血糖コントロールにおいて、食事の順守は必須であるが嗜好、生活背景、習慣、流行等が大きく関与しており、これを蔑ろにはできない。医療従事者としては、QOLを損なわない様本人の選択を重視したい。当院では、近隣ホテルレストランとコラボレーションし低糖フルコースや低糖スイーツを広く一般の方々に提供している。今回その低糖スイーツが、血糖値他各種検査値に及ぼす影響について比較検討した。方法：当院糖尿病センター通院中のⅡ型糖尿病患者12名（男8名女4名）に小麦粉やグラニュー使用の、通常ロールケーキと低糖ロールケーキを摂取していただき経時的に検査値を測定し、また美味しさ、満腹感等もアンケート調査し比較検討した。結果：低糖ロールケーキは通常ロールケーキに比べ各種検査は、優位に低値を示した。考察：本試験では、Ⅱ型糖尿病患者において、使用食材を工夫し糖質低めであれば、インスリン分泌は少なく、血糖上昇も緩やかである事を明らかにした。結語：血糖管理が必要な患者様には、当院とコラボしているレストランのスイーツの様な菓子を適宜推奨するの一案かと思われる。

O-241

院外へ！寸劇で糖尿病を伝えるーアンケート結果より：当院糖尿病教育の方向性ー

濱田千鶴¹、斧美歌¹、久保田紀江¹、山本明毅²、坂本小百合²、原正樹²、上村頼子³、坂本剛志⁴、佐々木留美⁵
¹JCHO 宇和島病院（ジェイコー糖尿病チーム） 栄養管理室：管理栄養士、
²臨床検査科診療部：臨床検査技師、³看護課：看護師、
⁴リハビリテーション科診療部：理学療法士、⁵医師

【目的】当院の糖尿病教育は、平成12年にチーム医療の形で糖尿病教室から開始した。そして糖尿病看護外来、糖尿病合併症検査などを展開している。糖尿病予防は地域全体で行っていくことが重要であると認識しており、地域で活動するために楽しく糖尿病を伝えたいと思い、平成22年に糖尿病一座を結成し寸劇の公演を始めた。今回、一座の活動に対するアンケートでの評価を試み、糖尿病教育の方向性を確認する。【方法】アンケート 対象者：病院及び介護施設の職員 107名（当院・当院以外の糖尿病チームスタッフ、糖尿病スタッフ以外） 期間：平成26年9月～11月 内容：寸劇の内容について・当院糖尿病チームのイメージを漢字一文字で表現【結果】劇を見た人のほとんどが楽しんでいると感じていた。その反面、当院チームスタッフの約20%が糖尿病の知識が伝わっているかどうか「分からない」と回答し、不安を持ちながら活動している様子が伺えた。全体では劇の内容について簡単すぎると感じている人が少数いたが、約90%の人が次の劇を見たいと回答した。しかし、当院スタッフの一部に劇に参加したくない人もいたという結果であった。劇を含めたチームのイメージを漢字一文字で表現してもらった。イメージされた漢字49のうち、「偏」というネガティブな一文字があったが、上位3つは「楽」「笑」「和」であった。【結論】一座の活動は受け入れられていると考える。劇の難易度については対象者の背景やニーズに合わせて変化させるべきである。チームイメージを表す漢字では、ネガティブな一文字を頂いた事で改善の糸口が見えてきた。チームは「自分たちが楽しくなければ、相手には伝わらない」というコンセプトの下、活動をしている。今回の結果を受け止め、伝わる糖尿病教育のために自分に出来る事は何かを考えながら、劇の公演にとどまらない活動を行っていききたい。そして一人一人が地域の中で自信を持って活動できるチームを目指したい。

O-242

当院で地域病院栄養士会と取り組んだ嚥下調整食

東由里、仲田寿実、坂東由香、上野綾香、平正人
JCHO 星ヶ丘医療センター

【はじめに】当院は、580床の回復リハビリテーションを有する急性期病院である。退院調整時や入院時の情報を確認する際、先方の嚥下調整食の段階の有無や名称から食事内容が分からないなどの課題が生じていた。又、嚥下調整食の物性の乖離をなくすためには、転院先では、どのような食事形態で提供しているのかわかる必要があった。そこで、地域にある病院栄養士会管内の嚥下調整食の段階や名称などの情報を「嚥下調整食分類2013」を用い、病院栄養士会で共有することを目的に取り組んだので報告する。【方法】1、アンケート実施期間：平成26年6月13日～6月30日対象：46病院、2診療所、2調理実習と試食会を実施。実施日：平成26年10月22日【結果】嚥下調整食分類2013の分類による提供実施病院数は、Ot:14病院、Oj:20病院、1j:28病院、2-1:39病院、2-2:20病院、3:27病院、4:24病院であった。【まとめ】名称や段階は各病院で異なり、又同じ名称であっても提供している食事内容が異なっている場合もあった。名称や段階を統一する必要性を認識するも、規模や嚥下調整食の必要度、及び給食管理上の課題が大きく、統一を図るのは困難であった。今回、各病院の名称が嚥下調整食のどの段階であるかが分かる様に早見一覧表を作成。又、嚥下段階や食事内容に対する管理栄養士間における見解の相違も課題となり、「嚥下調整食分類2013」をツールとして、調理実習や試食会を実施。作成した一覧表は、病院栄養士会で共有し、当院では、全病棟、退院調整室、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、看護ステーションに配布した。【今後の課題】退院先は地域の施設も多く、地域施設との共有化も考えている。病院、施設、在宅のどこにいても嚥下調整食の提供ができる地域作りを目標に取り組みたいと考えている。

O-243

病診・薬局連携による薬物療法の質と安全性の確保

福島ゆかり、嘉村基樹、木下志保里、上野直哉
JCHO 人吉医療センター 薬剤科

（目的）医薬分業により、外来は院外処方せんとして保険薬局で調剤されるが、院内に比べ、保険薬局においては処方監査を十分に行うための情報が少なく、患者の様子や訴え、薬歴、処方箋記載薬剤等で処方監査を行っているのが現状である。そこで外来患者も入院患者と同様に処方監査の質を高め、より効果的で安全性の高い薬物療法の管理を目指し、特に高齢者の薬物療法におけるセーフティネット機能を発揮するため処方箋へ検査値を添付する体制を構築したのでその効果について報告する。（方法）今回の試みを地域全体で取り組みたいと考え、地域医療支援委員会を通じて処方箋へ検査データを添付する意義を説明した。一方で、検査データを処方監査へどう活用するか地域の薬剤師会において教育し、特に腎機能の評価について研修会を開催した。処方監査の質向上は入院時（H27年1月～2月）の持参薬の状況から外来処方での処方監査の状況を評価した。（結果）期間中619例の鑑別を行った。鑑別した中で腎機能障害時の用量の調節が必要な薬剤は33剤であった。中等度以上の腎機能障害を認める患者のうち当院外来処方では慎重投与は含まれるが禁忌、過量投与は認めなかった。当地域以外の医療機関の処方分では禁忌・過量投与は55.5%に認められた。当地域の他医療機関の処方では禁忌・過量投与は28.8%であった。（まとめ）当院外来処方に関しては処方監査の質は高く、腎機能障害患者における禁忌・過量投与は認められなかった。地域薬剤師会と連携し研修等も含め薬物療法への安全関与の意識を高めた結果当院以外の地域の医療機関についても積極的にデータを求めるなどの行動変化が見られ、他県の医療機関処方と比べ、処方監査の精度は上がったと考える。当院では全科に関わる薬剤師外来を開設しており、今後は保険薬局との連携窓口として病棟での情報もフィードバックした薬物療法安全に取り組みたい。

O-244

当院における患者相談窓口の役割

松隈真紀子、松本文子
JCHO 九州病院

【背景と目的】当院の患者相談窓口は2012年に新設され、医療メディエーション認定を受けた看護師が相談・苦情に対応している。今回、その内容を分析し、相談窓口の役割について考察したので報告する。【取り組み】相談窓口担当者は相談・苦情を電話や患者相談室における面談で対応している。初回対応後、相談内容を医療安全管理部の定例カンファレンス（週1回施行）で検討している。その後、当該医療者へフィードバックし、共に対策を検討して、患者へ回答している。【結果】相談件数は2012年度26件、2013年度34件、2014年度61件、2015年度9月までの半年で42件と年々増加傾向にあった。相談申し出者のほとんどは患者本人・家族であった。いわゆる“相談”よりも苦情が多く、苦情の分類では、接遇より診療・看護に関することが多かった。その内訳は、説明不足、診療内容に納得がいかない、気持ちを伝えて欲しい・もっと話を聞いて欲しいというものであった。苦情対象者は、医師が多く、次いで看護師であった。【考察】医療者は、診療や看護を行う際、その時の最善と思われる説明を行っているが、説明した内容が患者へ伝わっていかず、誤解されたりしている。患者や家族は、医師や看護師に分かりやすく説明をしてほしい、気持ちをちゃんと聞いて欲しい、わかって欲しいと思っているが、その時・その場で直接聞くことができずに、不平や不満へとつながっている。これらの切実な気持ちから生じる不平・不満に対して、相談窓口担当者は医療メディエーターとして初期対応しなければならない。相談者の気持ちに共感し、不満があったが聞いてもらってよかった、相談してよかったとってくれるよう、医療者との関係の橋渡しができる役割が求められている。患者と医療者のどちらにも偏らない立ち位置で、お互いの信頼関係を維持していく調整役であることが必要である。

O-246

手術室における静脈ルート逆血確認の一考察

三浦慎一郎¹、井上久美¹、谷本宏成²
¹JCHO 熊本総合病院 看護部、²麻酔科

【背景・目的】手術時は静脈ルート確保が必須である。また、血管外漏出が禁忌となる薬剤を使用することも多く、静脈内に確実に留置されていることが重要である。当手術センターにおいて、静脈ルート内への逆血がないことを認識していたにもかかわらず、滴下良好という理由で漫然と輸液・麻酔薬の投与を行い、血管外漏出を認めた事例があった。以後、静脈ルート内への逆血確認の重要性を認識し、手術室入室前に静脈ルート確保されたものを含む全手術症例に逆血確認を行っている。これまで2000例以上の逆血確認を行ってきた中で、輸液バッグを刺入部より下げただけでは逆血が容易に確認できない症例がみられた。血管内に確実に留置されていれば、容易に逆血確認が可能と考えていたが、そうではないことが示唆された。そこで、安全な輸液管理のために、静脈ルート内への逆血確認の実態を調査の上、最善の静脈確保確認策を探究した。【方法】全身麻酔・局所麻酔に関わらず全症例でのデータ（性別・年齢・穿刺部位・穿刺針の太さ・逆血有無・確認に要した時間・冷感）を収集し分析する。【結果・考察】データ収集を行った166例中、輸液バッグを下げるのみで逆血が確認できた症例は85%であった。確認できなかった症例が15%あり、その中で用手圧迫（駆血）やマッサージを行うことで確認できた症例は13%であり、そのほとんどが30秒以内に逆血を認めた。2%の症例に再確保したが、逆血が確認されなかったというだけで血管内に留置されていた可能性は完全に否定できない。つまり、静脈留置針が血管内に確実に留置されていても全ての症例において逆血が容易に確認されるわけではないことが分かった。穿刺部位に冷感を認めた症例は16%だった。冷感の有る症例は、無い場合と比較すると逆血確認が困難になる傾向があることが分かった。（ $p<0.0001$ ）これは冷感により末梢血管が収縮し、逆血が得られない事の要因の一つであると考えられる。【結論】輸液バッグを下げるのみでは静脈ルートの逆血が確認できない症例は15%だった。その内、86%は用手圧迫やマッサージを行うことで30秒以内に逆血を認め、最善の静脈確保確認策として推奨された。

O-245

安全にフルベストラントを投与するための取り組み

園山好恵、山中原み子、兼行亜弓、本田浩子、林麻美、松岡清美、脇坂久美、花元幸恵、山内津津子、奥野美穂
JCHO 下関医療センター

はじめに 閉経後の進行、再発乳がんの内分泌療法の一つとしてフルベストラント注射剤がある。当院では外来中央処置室で看護師がフルベストラントの注射を施行している。今回、注射部位が皮膚壊死を起こした事例を経験した。皮膚壊死の原因は、薬剤の皮下への漏出が原因と言われている。この事例より安全にフルベストラントが投与するための取り組みを検討した。方法 ①確実に筋肉内に投与するために、施行全患者に対して注射推奨部位のエコーを実施。（筋膜までの長さを確認する） ②針の種類を増やした。（2種類から3種類にした） ③部位の特定に関しては看護師2人でのダブルチェックを実施。 ④治療が決定した患者には事前にパンフレットを使用して注意事項などの説明を看護師が実施。 ⑤薬剤の特徴及び、手技を再確認するための研修会を実施。対象 2015年4月から2015年8月までのフルベストラントを施行した4症例、のべ34回穿刺について検討した。結果 皮膚壊死は全例認めなかった。エコーによる中殿筋確認も全例可能であった。考察 現在も看護師による注射の実施を行っている。エコーにより視覚的に注入部位を観察でき、確実性も増していると思われた。また、安全に皮膚表面の硬結部位を避けて注射が実施できるようになった。看護師が薬剤の特徴や用法・容量を理解したうえで、看護実践したことが技術の向上に繋がったと考えられる。エコー等の客観的なデータを基に医師へ報告することで、医師側の理解も容易に得られ、皮膚壊死に対する配慮のある診察へと変わった。医師が診察をすることで患者の不安を早期に軽減することもできた。医療者との情報共有が密となった。患者の安全が担保された看護実践を行うことが、患者の生活の質向上に繋がることがなる。おわりに エコーを併用することにより、皮膚壊死を回避した、安全なフルベストラントの筋肉内注射が施行できると思われた。

O-247

申し送りの改善を試みてーベットのサイドケアの充実をめざしてー

松本悦子、池田真紀、池田さおり、松永みゆき、井手智子、坂口信子
JCHO 伊万里松浦病院 看護課

【はじめに】当病棟は療養病棟であり、入院患者のほとんどが高齢者で病状変化が比較的に少ない事が多く、看護助手も患者の状態を把握できるように申し送りは全員で聞いていた。しかし申し送りに時間を要していた事もあり、個別に部屋担当制で申し送りをする事で、申し送りの短縮、ベットのサイドケアの充実、看護師の責任感の向上につながると考えた。【目的】申し送り方法及び、部屋担当制看護に変更によりケアを充実させる。【方法】研究期間：平成27年7月1日～平成27年8月31日。部屋担当看護師による情報収集の後、全体での申し送りをし、病棟看護師を対象にアンケート実施。【結果】申し送り変更については有効だと思う人は47%で、情報伝達手段としてカーデックス・カルテ・看護記録について、有効活用できていると思う人が67%と半数以上だった。部屋担当看護師によるケアができようになったと思う人が53%で患者の表情を含め一般状態の観察ができるようになった。またそう思わない人が20%あった。【考察】国岡らによると「申し送りは情報伝達の手段として行われているが、看護業務を行う上で時間的損失となり時間外労働の大きな原因となり、ひいてはこれらによって起きる看護婦のベッドサイドケアの不十分感が生じる。」と述べている。アンケート結果より、申し送り方法の変更により患者と関わる時間が増加しケアの実施化を図ることができたと考える。また部屋担当看護中心ケアを行なった事で患者の情報をしっかりと観察、ケアが出来るようになり責任の所在を明らかに出来たと考える。【結語】申し送り方法改善したことで患者と関わる時間が増え、状態の把握、判断力が向上し継続ケアに繋がった。今後更に適切なケア提供を提供するためにはカンファレンスで情報の共有、カルテ記載の充実を検討する必要があると考える。

O-248**パートナーシップ・ナースング・システム（PNS）導入
1年半の成果と課題**

野々垣加津子、濱美絵、大島順子、遠真理子、村瀬真由美
JCHO 可児とうのう病院 看護部

福井大学から発信された PNS は新看護方式として、全国的に注目され導入が進んでいる。当病棟では、2014 年 4 月より、新人教育・看護の効率化の効果を狙い導入に踏み切った。準備期間が 2 か月と少なく、看護方式の転換についてスタッフの不安は計り知れないものであった。開始当初からスタッフの意見を丁寧に聞き取り、反映させ当病棟流 PNS の形を作り上げてきた。導入 1 年半を経過し、日ごろの看護実践と看護師の意識調査から PNS の成果と課題を述べる。1、新人教育面において、常に先輩看護師と行動を共にすることで安心感があり、看護の共有ができる。半面、意図的・計画的・継続的な関わりができないパートナーでは、新人はいつまでも独り立ちできず依存的になり看護実践能力が十分育たない。2、看護の効率化においては、2 人で受け持ち看護実践をするため記録がリアルタイムにでき時間短縮につながっている。また、ダブルチェックができ指示の見落としが減った。しかし、パートナーとのコミュニケーションがとりづらく情報共有ができないと無駄な動きになる。さらにはリーダー業務が確立されておらず、各パートナーの残務確認や業務調整のためのリシャッフルなどほとんどできていない。超過勤務については導入後においても削減できていない。3、PNS 導入後の看護師の意識は、否定的な意見はあったが肯定的な意見が多数を占めた。新人看護師のみならずベテラン看護師にとっても、複数で関わることは安心感につながる。人に見られる看護は刺激的であり、お互いに成長できると実感している。これらの結果から、現状の課題を解決するためには、すべてがパートナーシップマインド（自助・自立の心、複眼の心、与える心）を正しく理解し看護実践の中で位置づけていくことだと考える。そして、PNS の期待される効果が発揮されるように、常に現場の意見を聞き PNS の中で反映させることは必須である。

O-249**常に改善し成長する検査部を目指して 検査部の“質の向上”
を目的とした委員会を設置して**

高橋典子¹、高橋深雪¹、三村勇造¹、宮澤由実¹、山辺さをり¹、村上裕美子¹、池田宏美²

¹JCHO 相模野病院 検査部、²医局

【趣旨】JCHO 相模野病院検査部では平成 27 月 1 月より臨床検査における精度保証及び多岐にわたる検査関連業務の“質の向上”を目的とした委員会「精度管理委員会」を発足させ活動している。【委員会体制】月一回指定日に開催、参加者は検査部スタッフ全員対象、全体を検体検査、生理検査、クオリティマネジメント（以下 QM）部門の 3 部門とし実務管理責任を担う品質管理者をそれぞれ指名【報告・検討内容】1）月々の精度管理報告 2）外部精度管理調査報告 3）QM 改善計画及びその進捗・結果報告【活動内容】1）各部門の精度管理体制を見直し管理表を Excel ベースに変更、日々の管理を入力・結果確認・委員会報告まで一括対応 2）大規模外部調査の結果を各部門統一のフォーマットにて委員会報告 3）現状における業務での改善点・問題点や QI（クオリティインディケーター）から業務改善計画を作成し原因解析（RCA）と目標、改善計画、進捗・成果確認（PDCA サイクル）を明確に設定し対応【活動事例 1】各部門の精度管理実働業務の改善事例【活動事例 2】検体紛失における採血室の業務及び環境整備事例【活動事例 3】精度管理が行われにくい分野の管理方法の提案とその状況【考察】これらの活動を行う事で日々業務の中で発生する問題への改善手順・体制を構築、また精度管理に対する解析・報告により統計的なアプローチやプレゼンテーション能力を養う事が出来、検査部全体としてスキルアップの期待ができる。【結語】検査の精度や検査業務の改善活動に関して検査スタッフ全員が集まり（全検査分野）意見を交わす時間は非常に重要である。本委員会を通じて現状と問題点または改善活動の進捗についてすべてのスタッフが関与できるという事は検査部全体の“質の向上”には必須である。またこの活動により個々のスタッフのレベルアップや問題解決へのプロセスを習得する事も期待している。今後も継続しさらなる“質の向上”へ努力する。

O-250

ST 上昇型急性心筋梗塞患者を対象とした医療の質向上への取り組み

村上貴子
JCHO 九州病院

当院は、急性期医療・専門的高度医療を 24 時間体制で提供する役割を担っている。救急センターでは、多職種と協働しながら全次にわたる各科多岐の患者を受け入れている。救急疾患の中でも、特に急性心筋梗塞 (acute myocardial infarction: AMI) 患者は、速やかな対応が救命の鍵となる。米国心臓病学会では、ST 上昇型急性心筋梗塞患者に対して、来院から 90 分以内に経皮的冠動脈形成術を行うことを推奨しており、その時間を door-to-balloon time (DTBT) と呼んでいる。AMI 患者が当センターに到着して心臓カテーテル検査室へ搬入されるまでには、様々な検査や処置が行われ、多くの職種が関わる。2007 年の DTBT を調査すると平均 101 ± 46 分であり、90 分以内の割合は 58% であった。DTBT が遅延している要因を分析した結果、①心臓カテーテル検査スタッフへの緊急連絡体制の整備、②多職種へ緊急性の伝達を徹底、③多職種の煩雑な業務の見直しが必要であると考えた。そこで、医師や看護師だけでなく、診療放射線技師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員と協働して、QC 手法を用いて DTBT 短縮に向けて取り組み、2008 年に初療システムを構築した。2009 年以降は DTBT を平均 70 分台に維持することができ、DTBT90 分以内の割合も 80% 以上を維持できている。QC 手法を用いて取り組みを行ったことで、「歯止めと標準化」により、DTBT のデータのモニターとスタッフへのフィードバックが継続でき、医療の質を定期的に評価することに成功した。また、治療のガイドラインを踏まえ新たな取り組みにもつながっている。JRC 蘇生ガイドライン 2010 では、「救急隊接触から治療までを 90 分以内」とすることを努力目標としている。2014 年の当センターの救急隊接触から治療までの時間は平均 93 ± 25 分であり、ガイドラインの目標達成には至っていない。当センターにおいても 2015 年 10 月より「派遣型救急ワークステーション」の試行運用を開始したことを踏まえ、今後救急隊とも協働して努力目標を達成していきたい。

0-251

多部門連携による資材管理ラウンドの効果と今後の課題

坪根淑恵、高野和恵、新田靖之、古本たつ子、岡本朋子、菊池勉、山崎麻由、
加藤彰、江村草平、花岡正子
JCHO 下関医療センター

【目的】感染防止対策委員会、診療材料委員会、医療安全推進委員会、SPD センターが連携して病棟の資材管理ラウンドをし、管理状況を改善するため介入した。この活動で得られた成果と今後の課題について検討した。【方法】1 回目のラウンドで衛生材料や滅菌器材の管理状況を確認した。過剰在庫が多く、適正に保管できていなかった。使用期限が経過している資材もあった。SPD センターがデータを示し、定数変更を行った。請求基準の周知や使用中止となった資材の返品を推奨し、管理状況の見直しを提案した。しかし、改善しなかったため、半年後に 2 回目のラウンドを行った。今度は過剰在庫や期限切れ資材を回収した。回収した資材の写真や価格を示した報告書を作成し、各部署の現状と問題点を可視化してフィードバックした。それに対して各部署で改善策を検討し提出を求めた。【結果】1 回目のラウンドは、一時的な提案になり改善には至らなかった。2 回目のラウンド後は、資材管理状況を改善することができた。返品資材数を介入前後 10 ケ月間で比較すると、介入後は 1514 点(262,539 円分)増量した。資材棚が整理され、使用期限が経過した資材はなくなった。【結論】返品資材数が多いことは、過剰請求していることが要因の一つかもしれない。しかし、現場で問題意識を持って見直し、改善をしているとも言える。多部門、多職種が連携してラウンドし、可視化した結果をフィードバックしたことは、現場の意識改革や資材管理の改善につながった。今後は、定期的にメンバー交代しながらラウンドを継続していく必要がある。

0-252

アナフィラキシーショック対応の取り組み
～造影剤ワーキンググループの活動から～

西澤千春、西部有望、本郷淑子、の場由紀子
JCHO 札幌北辰病院

くはじめに>当院では、2014年に造影剤による重篤なアナフィラキシーショックを起こした事例が2例発生した。そのうち1例は造影CTを複数回実施していたが副作用なく終了した患者であった。この経験を通し造影剤を使用した検査に携わるスタッフ間で、アナフィラキシーショック時の対処の適切さ、前投薬使用や問診のあり方など、様々な疑問や不安が生じた。そこで同年10月造影剤ワーキンググループ（以下WGとする）を立ち上げ、スタッフが抱える疑問や不安が解決できるような検討を重ねてきた。＜研究目的＞ WGでの活動を振り返り、今後の課題を明確にする。＜経過＞メンバーは、看護部長、放射線科医師、安全管理専従、外来副師長、放射線技師、薬剤師、特殊診療部看護師2名の計8名で構成。当院における造影剤使用時の対策を検討するため、①現状の課題の明確化 ②課題解決のための対策を検討 ③対策のマニュアル化と提示 ④病院マニュアルとして周知する の4つを目標とし、月1回、計7回に及びミーティングを実施した。ミーティングでは、1. 現状の前投薬にエビデンスはない 2. 副作用の既往の有無に関わらずアナフィラキシーショックは予測できない 3. 造影剤を使用すること自体にリスクがあることを認識し、日常の訓練強化にシフトすべき 4. 問診はリスクの想定を行うものであるが、その情報が総てではない という見解が得られた。その結果を元に、特殊診療部の看護師、放射線技師と共に造影剤副作用急変時のシミュレーションを実施し、行動や意識にどのような影響があったかをアンケート調査した。また病院内の医療安全推進研修会で、院内スタッフへアナフィラキシーショックを起こした患者の事例報告を行い、他部署の看護師を対象にアナフィラキシーショックへの意識調査としてアンケートを実施した。そこから得られた結果から、今後の課題を報告する。

0-253

返品薬減少を目的とした処方適正化への介入とその効果

田中裕貴子、宮原阿友美、田島千愛、塚谷沙耶香、菊地幸子、稲場純子、
網野祥子、道下佳子
JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】当院では様々なクリニカルパス（以下、パス）を運用しており、各パスに応じて多くの薬剤が組み込まれている。しかし、中には現在使用率が低下している薬剤もあり、未使用のものも返品されるものも多々ある。返品薬の処理は多くの時間と人手がかかるばかりでなく、返品ミスから調剤時のインシデントに繋がるリスクがある。今回、業務改善を目的にパスの見直しを図ったので報告する。【方法】2014年7月の1週間に返品薬について調査を実施した。調査内容は返品薬の処方方法、処方数、返品数、診療科、処方医、パス利用率とした。その結果をもとに（1）パスの術前頓用処方回数への介入、（2）医師へ処方数の減少の依頼やパスの利用の推奨、を行った。その後、2015年1月の1週間に再度調査を行った。【結果】1回目の調査の結果、返品薬は頓用処方が最も多く、診療科では整形外科が4割を占めていた。そのうち9割がロキソプロフェン錠、ジクロフェナクNa坐剤、センノシド錠、ソルビデム錠であった。処方3の3割は周期期のパスを使用していたが、それ以外は医師毎のセット処方であった。パスの見直し、セット処方変更依頼後の2回目の調査の結果、返品数は、ソルビデム錠4.1個→2.6個、ロキソプロフェン錠6.8個→4.3個、ジクロフェナクNa坐剤3.8個→2.8個、センノシド錠4.5個→2.8個であった。【考察】パスの見直しにより返品数を減少することができ、適切な処方数へ貢献出来たと考える。また、薬剤部では返品数減少により作業時間の短縮に繋がりと、病棟では管理薬剤が減ったことで看護師の負担軽減に繋がったと考える。今後の課題として、整形外科以外の診療科でのパスの見直しとパスの利用率を上げることに取り組んでいきたいと思う。

O-254**外来採血業務におけるリスク回避の取り組み**

石倉陽子、木佐悠、岩間真奈美、加藤雄司
JCHO 玉造病院

【はじめに】当院での臨床検査技師による採血は、整形外科入院後の術前検査のみ行っていた。2009年7月よりDPC導入にあたり、各診療科で行っていた採血を臨床検査室で行うこととなった。当院の臨床検査技師は総勢7名で検体検査と生理機能検査を行っている。また当院には中央採血室が無く、臨床検査室内に採血コーナーを設置し採血を行っていることもあり、採血業務の専従が難しく全員が何らかの形で採血業務に係らざるを得ない。しかしながら採血手技には侵襲性があり、また採血管準備や本人確認など業務が煩雑でリスクを伴う。そこで想定されるリスクを回避し安全に採血を実施するための取り組みを行ったので報告する。【方法】①採血時の気分不良による転倒防止②患者間違い防止③採血管間違い防止④採血における注意事項（患者情報）の確認の4点において対策を検討し実施した。【結果】①採血時の患者姿勢に着目し患者様用の椅子の選定を行った。②本人確認の方法を統一、徹底した。③院外委託検査専用採血管と貼付するバーコードラベルを工夫し、ラベル貼付をダブルチェックした。④自動採血管準備システムの機能を活用する事で注意事項を採血前に把握し、採血時に対応した。①～④の対策の結果、安全に採血を実施出来ている。【考察】今回実施した対策は、想定したリスクを回避するために適切な取り組みであった。採血業務において、リスクを回避し患者様の安全を確保する事は、私たち臨床検査技師が安心して採血に集中でき、患者様の信頼につながると感じた。今後も検討課題を見いだし、より安全で質の高い医療提供に寄与したい。

O-255**5S 活動における臨床工学技士の取り組み**

松村孝志
JCHO 九州病院

【目的】JCHO九州病院では2008年度より病院全体で5S活動を行っている。臨床工学室（ME室）も2009年第2回5S活動から参加し、最優秀賞など数多くの表彰を受けている。2014年度第7回5S活動では、MEと看護部のコラボプロジェクトとして病棟倉庫の整備・ME室との連携の見直しを看護部からの依頼により行うこととなった。病棟倉庫は本来、急患用ME機器の充電や、備品を一時的に補完するために利用していた。しかし、ME機器の充電場所が守られておらず、備品以外の物を収納する結果、物置ようになっていた。また、ME機器の受領・返却置き場は配達された清潔な機器と、返却する不潔な機器が分かり難いという問題もあった。そこで“安全に考慮した病棟内のME機器管理棚、配線整備”“ME機器の安全でスムーズな受領、返却”を目的に病棟倉庫の整理を看護部と協力し行ったので報告する。【方法】病棟の作りはほぼ同じため、まずモデル病棟を指定し、ME機器管理棚の作成を行った。新人MEを各病棟に担当として配置しモデル病棟のME機器管理棚を元に他病棟も整理を行った。長期間使用されていない物品は廃棄し、臨時で必要となるような物品はME室管理とした。充電コード類もタグなどを使用して整理した。機器の貸借には、各病棟に専用の返却台を設置し、機器の清潔不潔を区別した。【結果】ME機器管理棚を整理し、タグやバンドで充電コードの混線を防止することにより機器破損に対する安全性が向上した。貸借棚を分けることで、清潔も保たれるようになった。ME室で、大きく場所をとる物品を管理することにより病棟倉庫がすっきりした。看護部からは倉庫がすっきりし、棚が有効活用できるようになった。常に清潔な機器を使用できるようになったと感謝の言葉を頂いた。【考察】今回、看護部と協力し病棟倉庫の整備や返却方法の変更を行った結果、安全・衛生の面から改善が行えた。

O-256

危機管理に対する意識向上に向けての取り組み

金子里美、藤田紀美代
JCHO 徳山中央病院

【はじめに】2013年A病院集中治療室（以下ICU）は、インシデント増加要因の1つとして看護師一人ひとりの危機管理意識が低く、勉強会や事例の分析検討会を行うことで意識向上に努めることができた。しかし、インシデント報告件数は減少せず、危機管理意識の低下が考えられた。そのため、2015年、看護師の危機管理に対する意識調査を再度行った。【対象】ICU看護師：2013年4月11人、2015年9月17人（その年の新人看護師は除く）【方法】院内の医療安全対策マニュアルのインシデント・アクシデント報告の項目ならびに竹村らの研究を基に検討を重ね、独自の質問紙を作成し、危機管理に対する意識調査を実施した。質問は「予防行動積極性の把握」4項目、「対応力の把握」1項目、「理解度・遂行状況の把握」3項目、「マイナス感情の把握」2項目、「情報共有・情報交換の積極性の把握」3項目の計13項目とし、4段階評価とした。集計は、4段階評価を点数化し、結果は平均値で示した。群間の比較はマン・ホイットニー検定を用い、 $P < 0.05$ をもって有意差ありとした。【結果・考察】有意差が認められたのは、「理解度・遂行状況の把握」の1項目、「マイナス感情の把握」の1項目、「情報共有・情報交換の積極性の把握」の1項目であった。有意差はなかったが、平均点が上昇したのは、インシデントレポートをその日のうちに提出している、インシデントに関して他のスタッフと情報共有を積極的に行っている、再発予防策が徹底している項目であった。看護師のメンバーは、2年前と変わっているが、看護師の危機管理意識の低下はみられなかった。ICU看護師として常に危険を予測して業務のあたっており、2013年から定期的に医療安全に関するカンファレンスを行い、事例の分析検討会も継続していることが危機管理意識の維持につながっている。

O-258

安全な手術室環境を造る

江川弘美、我妻裕子、鈴木知美
JCHO 仙台病院

目的：A病院の手術室内のME機器・パソコン及び可動式の複数の機器が組込まれたモニタータワーの配線は整理されずコンセントに接続されている。整理されない配線は接触による転倒や機器の故障リスクを増加し安全に手術を遂行できる環境とは言い難い。配線を整理し安全な手術室環境を造ることを目的とした。方法：ME・情報室の協力を得、配線の向き・長さ・張力で抜けるリスク・汚染を考慮しプラスチック製の結束バンドを使用、移動範囲が広い機器は乗上げ対策に滑車状に細工した結束バンドと洗濯バサミで固定した。モニタータワーは配線を整理し余裕を持たせ固定、配線図を作成しタワーに取付た。スタッフに周知し、清掃チェックリストに配線整理の項目を設け週一回の定期清掃時に活用した。倫理的配慮：院内倫理委員会へ申請し承認を得た。結果：配線は整理された状態を保持しており医療者の転倒や機器の不具合による手術時間延長の事例は発生していない。考察：配線を整理し作業動線を確保したことが転倒リスクを下げ、張力・踏付けによる抜けや断線を回避したと推測する。整理された状態の保持と断線箇所の早期発見・報告がされておりスタッフの意識付けが確立したと言える。整備されたME機器と整理された作業動線は患者及び医療者の安全な手術室環境を作る条件である。日本手術医学会では機器の正しい使用法の熟知と定期・使用前の点検によりME機器の状態把握に努める事が重要であるとしており、機器の安全管理は専門知識のあるMEが担うことが最善である。ME配属のない手術室では他部門と連携をとり協働する事が患者の安全、医療者の安全に繋がる事になると言える。まとめ：安全な手術室環境を提供し続けるにはスタッフの継続した意識付けとリスクマネジメントを習慣化する事が必要である。医療チームとして他部門との連携・協同は不可欠であり円滑に情報を発信し合えるシステム作りが今後の課題である。

O-257

睡眠薬と転倒・転落の関係性をインシデントレポートから探る

蕪木亨有、細野克子、草野英二
JCHO うつのみや病院

【目的】患者の転倒のリスクには外的要因や内的要因ことに薬剤の使用などがある。睡眠薬が転倒の危険因子として論じている研究も少なくないが、当院では睡眠薬に焦点を当てた検討は殆ど行われていなかった。そこで今回、我々は転倒を誘発する可能性のある睡眠薬について検討する。【方法】①2014年4月1日から1年間の患者診療録、インシデントレポートから調査する。②調査項目は年間件数、性別、年齢、危険度、発生時間帯、睡眠薬の種類などである。【結果】調査対象は転倒を起こした189件で睡眠薬によると考えられたのは13件（7%）だった。服用から転倒発生までの平均時間は3.1時間で、薬剤の最高血中濃度到達時間の近傍に集中した。内服睡眠薬はBZ系が70%、非BZ系が23%、メラトニン受容体作動薬が7%だった。睡眠薬が転倒の原因と判断し、医師または看護師が評価して減薬または睡眠薬の種類を変更したのは3件だった。【考察】一般にBZ系睡眠薬がより転倒を高率に誘発するが、我々の調査もそれを裏付ける結果となった。BZ系睡眠薬が転倒を起こしやすい理由としては、睡眠作用のみならず、抗不安作用や筋弛緩作用を有するためと考えられ、実際に70%を占めた。また、転倒の発生時間帯は、それぞれ使用した薬剤の最高血中濃度到達時間の近傍に集中していた。このことから、薬の筋弛緩作用が最大となり転倒のリスクを高めていると考えられる。今回の調査で、転倒後に医師または看護師によって睡眠薬が転倒の原因と判断し、減薬または種類を変更している事例が3件あった。睡眠薬が転倒の原因となり得るため、慎重な対応が望まれる。【結論】BZ系による薬剤は転倒を誘発する危険性が高いことから、睡眠薬の転倒防止には薬剤の特性を把握して対策を立てる必要がある。

O-259

当院リハビリテーション科における医療安全の現状と課題

箕輪俊也、中川昌子
JCHO 東京蒲田医療センター

【背景】当院のリハビリテーション（リハビリ）科では、7年前から月1回の頻度で、シミュレーション形式の急変時対応勉強会等を行い、医療安全の向上に努めてきた。しかし、事故予防における具体的な取り組みは乏しいのが現状である。【目的】過去のインシデントアクシデントレポート（レポート）の分析とスタッフの意識調査を行うことで、事故予防のために必要な今後の対策を明らかにする。【方法】2012年4月～2015年8月までにリハビリ科から提出されたレポートの内容を集計した。さらに、リハビリ科スタッフ11名にレポートに関するアンケートを実施し、結果を集計してレポートとの関連を検討した。【結果】2012年度のレポート（インシデント）件数は39（7）件、2013年度は33（7）件、2014年度は29（8）件、2015年度は25（5）件であった。アンケート調査では11名全てのリハビリ科スタッフが医療安全への関心を持っていた。また、ヒヤリハットは100%、急変事例は73%のスタッフが経験していた。レポート報告のレベル分類や報告の基準についてはスタッフ間で認識に違いがあった。【考察】事故予防においてインシデントレポートは不可欠である。しかし、ハインリッヒの法則から、毎年300件前後のインシデントが発生していると推定される当科では、報告件数が明らかに不足していると考えられる。アンケート結果からレポートの重要性をほとんどのスタッフが理解している一方で、レベル分類や報告の基準にスタッフ間で認識の違いがあり、報告を順守できていない現状が明らかになった。【結論】事例のレベル分類や報告の基準を明確化・統一化した上で、レポート報告の励行を図り、事例を基にした事故予防の質向上に向けた取り組みをしていく必要性が明らかになった。

O-260**放射線室におけるヒヤリ・ハット対策**

須田学、勝田和弘、大西誠一、丸山賢吾、高井大輔、永海智之
JCHO 玉造病院

当院 放射線室では、発生したヒヤリ・ハット報告に対し、以下の流れで問題解決に取り組んでいる。①情報の共有：リスクの把握 スタッフ全員が事故に発展する可能性のある問題点を把握するため、発生したインシデント事例をフィードバックする。②全員参加：リスクの評価・分析 ⇒ 対応策の検討 発生したインシデント事例の重大性を評価し、対応すべき問題点を選別して発生機序・背景要因を分析し、再発防止対策・未然防止対策を検討する。③システムの整備・対策の実施：リスクの対応策の決定・実行 システムの整備や対策の実施及び職場環境整備を実行し、リスクマネジメント委員会に報告する。④対応策の評価：リスクの再評価 実施した対応策・ルールが守られているか、対応策によりインシデント発生が軽減・防止されているかを検証する。放射線検査に関わるインシデントの発生を防ぐことは、安全で良質な医療を提供するためにはきわめて重要であると考えます。今後も、発生したインシデントひとつひとつに注目し放射線室の診療業務に関するあらゆるリスクをなくすための対策を積極的に取り組んでいきたい。

O-262**加温加湿器で使用する水の損失量**

平石育己、塩見素津、瀬川雅也
JCHO 京都鞍馬口医療センター

人工呼吸器とは患者の換気を器械的に補助又は代行する医療機器である。人工呼吸器から患者に供給される送気ガス（吸気ガス）は非常に乾燥しているため、気道感染や気道閉塞の原因になると言われている。そのため、人工呼吸器を使用するうえで吸気ガスの加湿は重要な要素とされている。近年では、呼吸回路の簡便さや管理のしやすさから人工鼻を用いている施設も多くなってきている。しかし、気道内分泌が粘稠で痰の切れが悪い患者に人工鼻を使用することは禁忌であるため、加温加湿器を使用する場合も多い。独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）によると加温加湿器を使用する際のトラブルとして、電源の付け忘れや温度プローブやヒータワイヤの外れ、水分供給忘れ（空焚き）などが報告されている。加温加湿器に給水する方式は、給水用ポートを使用して加湿チャンバ内に手動で給水するタイプとフロートによって加湿チャンバ内の水量を一定に保ち適正水位になると給水が停止する自動給水タイプがある。回路汚染防止や空焚き防止のためには、自動給水タイプの加湿チャンバを使用するほうが安全と言われている。しかし、自動給水タイプの加湿チャンバは水分供給用の滅菌蒸留水のボトル交換が必要であるため根本的な空焚き防止策になっておらず、また滅菌蒸留水の交換時期など明確にされていない。そこで本研究では、一定の温度で加湿したチャンバ内の水分損失量を検討する。方法は、当院で使用しているシングルヒート呼吸回路を用い、人工呼吸器から加温加湿器、Yピース、テストバックを経由して呼吸弁に戻る回路を製作した。加温加湿器の設定は元温度 40℃、チャンバ温度 37℃とした。そして、一定時間加温加湿した空気をこの回路内に流した後、加湿チャンバ内の水分損失量を測定した。実験結果の詳細は後日報告する予定である。

O-261**当院における CT 造影検査時の副作用報告からの意識調査**

岸俊夫、高橋徹、佐藤慶、廣川隆史、八木隆行、小林賢一
JCHO 群馬中央病院

【目的】昨年 8 月から造影剤の副作用報告を「くしゃみ 1 回」のような、軽微で造影剤によるものなのか、わからない場合においても報告するように変更した。そこで、① 1 年間のデータから当院の CT 室における副作用の状況を報告する。②報告書の徹底を図った事で、CT 担当技師の副作用に対する意識や対応の変化をアンケートで調べてみたので報告する。【方法】① 2014 年 8 月からの CT 室から提出された造影剤副作用報告書から、当院の副作用の発生率、発症症状の頻度を調査した。② CT 担当技師 5 名に対して、副作用報告の徹底をした前と後での、造影剤使用の患者さんに対するの注意度の変化、副作用発生に対するの行動変化を尋ねた。【結果】①副作用報告より、1 年間の撮影件数 9,980 件、そのうち造影剤使用件数は 7,085 件、副作用の発生した件数は 80 件、副作用発生率は 1.1%となっている。②アンケートより、以前と全く変わらないとの回答は、5 人中 1 人。他の 4 人は以前と比べて造影剤注入中・注入後の患者さんへの注意度は「以前より少し高くなっている」との回答しており、副作用が発生した時に、放射線科医師に連絡する割合も増えている。【考察】当院の副作用の発生は 1.1%であり、一番重篤な症状（中等度の副作用）としては「咽頭浮腫」になった症例が 1 例（0.014%）あったが、ほぼ文献通りの発生率となっている。副作用報告は、もともと副作用に対して意識が高いものに対しては影響を与えていないが、それ以外の者には、注意度や副作用を発症した時の行動に影響を与えていると言う結果が得られた。

O-263**造影剤投与時の安全対策における副作用発現シミュレーションの有用性**

木村智茂、星野広史、秋元聡、本郷淑子、西澤千春、吉川裕幸
JCHO 札幌北辰病院

緒言 放射線部門における造影剤を使用する検査には CT 検査や MRI 検査及び血管造影検査などがある。造影剤使用による重篤な副作用の報告も少ないながらもあり、当院においても稀ではあるが中等度や重度な副作用を経験することがあったが、実際の対応を経験する機会の少ない技師も多く、どのように行動すれば良いか、看護師や医師との連携に苦慮することもあった。目的 造影剤による副作用発現時に、技師がより素早く、迷わず行動し、看護師や医師ともスムーズに連携することで、より適切な対応ができるようにすること。方法 定期的なトレーニングとして、多職種参加型の副作用発現シミュレーションを実施した。また、その模様をビデオ撮影にて記録することで、より効率的にレビューミーティングを行える環境を整えた。結果 シミュレーションから問題点や課題が明確になった。ビデオによるレビューミーティングにより、細かな問題点を指摘できた。多職種が参加することで、あらゆる角度から検討することができた。考察 診療放射線技師の業務拡大に伴い、診療放射線技師養成教育機関にも新たな教育という課題が与えられ、その中でも医療安全管理学を新たな科目として 1 単位追加され、医療安全に配慮して造影剤の投与など適切に検査に伴う行為ができる能力を身につけ、また造影剤の投与に伴う危険因子を認識し、重篤な合併症の発生時に適切に対処するため、速やかに医師等に連絡し、自らが一次救命処置（Basic Life Support：BLS）を適切に実施できる能力を身につけるとしていることから、診療放射線技師に対する副作用に関する知識を含めた BLS を学ぶ講習会やシミュレーションを通して実際の対応を経験することは重要であると考えられる。結語 定期的な副作用発現シミュレーションを実施することは、より安全に検査を行う上で必要であり、有用性は高かった。

O-264

多職種への感染防止技術遵守率チェックの取り組み

小西直子、溝尾朗、中尾亜由美、茂木真由美、内川由香、田島幸子、清水紀枝
JCHO 東京新宿メディカルセンター

【はじめに】感染対策は、関連する全ての者が正しい知識をもち実践できなければ防止することはできない。そのため、当院では、看護職、医師、リハビリテーション技師など感染リスクの高い複数の職種を対象とし、感染防止技術（手指衛生、個人防護具など）の遵守率をチェックし、個別指導の機会としてきた。その取り組みと効果について報告する。【方法】感染リンクナース、感染防止対策委員、看護部認定感染制御スタッフがチェックリストに基づき観察や質問によりチェックを行い、不足部分について個別指導を実施した。【結果】各職種の初年度から直近年度の全体遵守率の変化を示す。看護職 85.3% → 96.8%、医師 62.8% → 84.7%、リハビリ技師 92.3% → 94.4% と改善し、基本的な感染防止技術については一定の知識と技術は有するようになっていくことが確認できた。【今後の課題】実際の臨床場面における実施状況を確認し、臨床現場での実施率の向上を目指す。

O-266

手指衛生コンプライアンスに関する意識調査と今後の課題

林俊也、岩田基秀、吉浪典子、鯉淵由美
JCHO 東京蒲田医療センター

【目的】医療関連感染対策として手指衛生は最も重要な手段の一つであり、正しい手指衛生のタイミングを理解し実施する事が重要である。平成 27 年 5 月～7 月の当院における手指消毒使用量の平均目標達成率は 11% と低率であった。そこで手指衛生に関する意識をどのように高め、適切な手指衛生を実践してもらうために必要な事は何か、なぜ手指衛生の実践は改善されないのか、臨床での現状を知りコンプライアンスを改善する要因を明らかにする。【方法】看護師 159 名、医師 34 名の 10 部署を対象とし、先行文献より得た知見より独自に作成した自記式アンケートを用い、部署毎に留め置き法による調査を行った。期間は平成 27 年 9 月 5 日から 9 月 25 日。調査内容は「手指衛生の必要性」、「タイミング」、「手指衛生向上のための必要性」の項目である。分析方法は、全ての調査項目毎に合算し度数で算出した。【結果】アンケート回収率は 81%。質問事項の「手指衛生が必要な場面を知っているか」では知っている 99%、タイミングの項目の内、「体液に曝露された可能性がある場合」では 64%、「清潔／無菌操作の前」では 58%、「患者に触れた後」では 53%、「患者に触れる前」では 48%、「患者周辺の物品に触れた後」では 44%、「手指衛生向上の為に必要な事」で一番多く回答されたのがハンドケア剤の設置 53% であった。【考察および結論】手指衛生の必要な場面について 99% が認識し、実践している平均は 55% であった。事前に調査した手指消毒使用量目標達成率が 11% だったことから認識と実態に乖離があり、手指消毒の必要量と必要回数に達していない事が判明した。手指衛生を容易にできる環境を整備し、共に自ら手指衛生を実施しなければならないと考えよう動機付けを行う必要性が明らかとなった。

O-265

おむつ交換ベストプラクティスを用いたスタッフ指導

藤田恵美、泊裕美、富松紀代美、藤本結花、堀江恭子、松山美佐紀
JCHO 九州病院

【はじめに】感染管理ベストプラクティス（以下ベストプラクティス）は、科学的な根拠がある解決策を検討したイラスト手順書と感染管理チェックリストを用い、行動変容を目指す有効な手法である。当院では、2013 年におむつ交換ベストプラクティスを作成し指導を行ってきた。しかし、物の配置やワゴンの使用方法に個人差があり、適切な汚染物の取り扱いの点で、より具体的な行動レベルを示したベストプラクティスを作成する必要性を感じた。今回、問題解決に向けて見直しを行い、指導した効果を報告する。【実施】1) 2014 年にベストプラクティスを見直し、以下の 3 点を変更。・実施時はプラスチック製のかご（以下かご）を用いる。・かごはベッド上の手の届く所に配置する。排泄物が付着したおむつや使用後の防護具は、速やかにかごに入れ密封し、使用後の洗浄ボトルはかごに戻す。・実施後はかごと汚物室に持ち運び、汚染物品の消毒と感染性廃棄物を処理する。2) スタッフへの指導。・改訂前の手技でおむつ交換を実施し、スタッフ間で問題点をディスカッションする。・改訂後の手技でデモンストレーションを行い、感染対策上重要な部分を指導する。3) 感染管理チェックリストを用いて他者評価を実施。・リンクナースが、各部署のスタッフ 10 名を評価した。【結果と考察】「汚染物の取り扱い」の項目で、遵守率は導入時 70% だったが、改訂後 92% になった。かごの導入と汚染物の導線を明確にしたことで、効果的で実践可能な簡素化された手順となった。また、汚染物処理の動線が短くなったため作業効率が上がった。スタッフ自身で問題点を明確にしたことが、正しい手技を遵守する動機付けとなり行動変容に繋がった。【まとめ】ベストプラクティスは実践現場に即したマニュアル作りに有効である。マニュアルを遵守するには、スタッフ自身が問題点に気づくように指導することが大切である。

O-267

特殊エリアの検証と今後の課題

中里トモ子、渡邊美幸、福井真理子、感染対策室
JCHO 中京病院 看護部

【背景】2004 年の MRSA アウトブレイクをきっかけに、循環器・形成外科病棟の一部にゾーニングした特殊エリアが設置された。昨年この特殊エリアを、日々変化する知見や感染対策などの情勢を鑑み見直しした。【目的】特殊エリアの見直し後の変化と課題を明らかにする。【経過】当該病棟のベッド 60 床の内 14 床（4 人床 3 部屋、個室 2 部屋）を特殊エリアに指定。エリア利用に関しては様々な制約が定められ利用対象者は熱傷患者とされた。内部では MRSA 陽性者の病室を設けてはいたが、エリアに立ち入る際の布製エプロンは同じものを使用。また個別化されていない共有物品などが見られた。2010 年より医療従事者のみティスボエプロンに変更すると共に、処置に使用する共有物品を個別化した。その後、面会家族の布製エプロン着用についても取りやめ、標準予防策を基本に対策を見直した。2014 年 9 月より手指衛生を強化しつつ、この特殊エリアの廃止に踏み切った。【方法】当該病棟の MRSA サーベイランスデータを特殊エリア廃止前後で比較する。【結果】見直しにより稼働ベッド数の増加、布製エプロンのクリーニング料金や衛生材料等の無駄はなくなった。また MRSA 検出者総数のうち新規検出者が占める割合は、廃止前は 42.5% であったが廃止後は 32.6% となった。さらにエリア廃止後も保菌圧の上昇は見られなかった。【考察】今回、削減コストの算出はできなかったが、漫然と継続せず見直すことは必要である。またエリア廃止後 MRSA 検出に増加を認めなかった点は、手指衛生を中心とした標準予防策に力を注いだ結果と考える。このことから特殊エリアの長期存続が、医療従事者に誤った安心感を与え、基本的な感染対策の遵守を妨げる要因となり、設置当初ほどの効果が期待できなくなっていたものと考えられた。今後の課題は適切なサポートと標準予防策の維持である。【結論】ゾーニング廃止後も MRSA 新規検出者の増加は見られなかった。

O-268**U 病院における股関節手術での手術部位感染発生リスクの検討**

館野洋子
JCHO うつのみや病院

【目的】人工股関節置換術など股関節手術は清潔手術と呼ばれ、埋入物を留置することで術後創部感染（以下 SSI と略す）は深刻な問題である。これまで SSI を発生した症例に共通のリスク因子があると考え、調査した結果を報告する。【方法】2008 年 4 月から 2014 年 3 月までに U 病院で行った股関節手術 887 件を後ろ向きケースコントロールで調査した。院内の倫理審査で承認を受けた。【結果】SSI 発生は 19 件（発生率 2.14%）発症例の内訳は表層感染 53%、深部感染 37%、骨髄にまで及び体腔 / 臓器感染 10% であった。糖尿病合併 15.8%、副腎皮質ステロイド服用 36.8%、喫煙 10.5%、BMI25 以上 47.4%。術式別 SSI は初回人工股関節置換術 1.3%、人工股関節再置換術 0%、杉岡式回転骨切り術などの骨切り術 11.5% であった。全症例でリスク因子に有意差が認められたのは、手術時間、糖尿病の合併、副腎皮質ステロイド剤の服用歴であった。とくに強い関連を認めた因子は術式が初回の人工股関節置換術以外（ $P < 0.05$ ）、糖尿病合併（ $P < 0.05$ ）であったが、術前の血糖値が 200mg/dl 以上の因子（ $P > 0.05$ ）は統計学的有意差を認めなかった。【考察】初回の人工股関節置換術に比べ、他の股関節手術は手術時間が長時間に及び、また骨切り術に関しては術操作が複雑である事や、大腿骨骨頭壊死などステロイド服用症例も多いことなどが考えられる。今回の調査では喫煙や術前的高血糖などに関して有意な関連を認めなかったが、いずれも米国疾病予防センターのガイドラインで実施を勧告するとされる I B エビデンスレベルであり、術前 30 日以上喫煙や血糖のコントロールが推奨されている。これらの患者情報は入院前の外来通院中から得られる情報でもあり、早期から禁煙指導など看護介入していく必要がある。SSI リスクのある患者に対してのスクリーニングやリスク別に積極的介入を行うことで感染率を低減させ、医療の質向上に努める必要がある。

O-269**当院の褥瘡患者の傾向と課題**

藤井京子、積美保子、伊藤貴典、伊藤美智子
JCHO 東京山手メディカルセンター

当院の年間褥瘡発生率は、近年 0.6 ～ 0.7% を推移していた。しかし、H26 年度の年間褥瘡発生率は 1.0% と上昇し、特に H27 年 1 月の褥瘡発生率は 1.7% であった。今後の褥瘡対策を充実させていくために、1 月に褥瘡発生した 13 名の分析・検討を行った。その結果を報告する。【方法】H27 年 1 月の褥瘡発生患者 13 名を対象とし、病態、危険因子などより特徴を H26 年度のデータなどと比較検討し分析する。【結果】対象の褥瘡は 17 カ所、仙骨部 6、踵部 4、尾骨部 2、脊椎突起部 2、腓骨部 2、膝蓋骨 1 カ所であった。深達度は、DESIGN-R の評価で d2 が 15 カ所、D3 が 1 カ所、DU が 1 カ所であった。性別は、男 8 名、女 5 名、平均年齢は 85.4 才で、H26 年度褥瘡発生患者の平均 77.2 才より 8.2 才高かった。疾患別では、循環器系 4 名、呼吸器系 1 名、下部消化器系 4 名、骨筋肉系 1 名、その他 3 名であり、11 名は緊急入院であった。自立度 C は 10 名、自立度 B は 3 名、OH スケールの平均は 5.38 であった。ハイリスク算定項目（重複）の該当は、皮膚の脆弱 4、ショック状態 3、危険因子 + 褥瘡 2、鎮痛剤の持続 1、特殊な術体位 1、該当なし 3 件であった。アルブミン値は 2.5 mg/dl 以上 1 名、2.5-2.0mg/dl は 5 名、2.0mg/dl 以下 5 名、検査未実施 2 名であった。転帰は治癒 2 名、退院 2 名、死亡 9 名であった。治癒した 2 名の褥瘡は、術中の特殊体位である腹臥位と、心不全の呼吸苦によるファロー一位が原因で発生し、病状が回復し離床が進むことで治癒に至った。アルブミン値 2.0mg/dl 以下の 5 名は全員死亡であった。【考察】今回の結果より、85 才以上の高齢者で、自立度 C かつアルブミン値 2.5mg/dl 以下の場合、褥瘡発生の危険が高いため二層式エアーマットを使用する。さらに、85 才以上の高齢者の緊急入院では、上記の条件が当てはまるか判断できない場合でも、入院時より二層式エアーマットを使用し褥瘡予防ケアを実施する。以上のことが示唆された。

O-270**当院における褥瘡専門訪問看護の成果と今後の課題**

菅野美代子、茅野昌子
JCHO 船橋中央病院

【目的】診療報酬が改定し、訪問看護を利用中の真皮を超える褥瘡保有者に対し、専門性の高い看護師が訪問看護師と同日訪問する事で、1285 点が算定される。当院では皮膚・排泄ケア認定看護師 2 名が 2012 年 8 月より「褥瘡専門訪問看護」を開始した。これまで関わった 4 症例の活動の成果と今後の課題を報告する。【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。【活動の実際】導入のきっかけは、当院の形成外科で褥瘡治療を受けている患者が 2 件、近隣の訪問看護ステーションからの紹介が 2 件であった。当院では、形成外科に受診した患者に、医師と協働して月に 1 度の訪問を行っている。【結果】実際に訪問すると、家屋の状況以外に日中過ごしている姿勢、マットレスや体位変換クッションの使用状況などの療養環境、使用している医療材料や使用方法、訪問看護師や家族の褥瘡ケアのスキルが見えた。その他、患者の全体像や、家族・訪問看護師との関係性も見え、在宅における連携の課題がわかった。4 症例の延べ訪問回数は 15 回、治癒 2 件、死亡 1 件、途中中断症例は 1 件であった。【考察】外来患者に対しては局所から発生要因をアセスメントし、耳から得た情報のみで対策を見出し、実際に訪問し、エアーマットの調整、力学を考慮した体位変換と移動、在宅にあるクッションを用いたポジショニング、効果的な褥瘡ケアなどの具体策を専門的に提示できた。今後の課題は、有効性を示せるよう症例数を重ねる事である。褥瘡専門訪問看護についてホームページや近隣施設向けセミナーや退院調整会議における広報活動を行っているが、訪問件数が増えていない。【結論】専門知識を持って在宅における褥瘡ケアに介入する事は有効であると考え、症例を増やして検証する必要がある。今後、地域施設と気軽に相談できる関係性を構築し、訪問件数を増やす事で地域の質の向上に貢献できるよう、活動を広げる必要がある。

O-271**腹腔鏡下腸切徐術に関連した神経・皮膚症状を認めた症例の振り返り**

三股阿沙美、竹村亜矢、神河美枝
JCHO 南海医療センター

【はじめに】A 病院では、腹腔鏡下腸切徐術における体位固定時、低反発素材の手術用体位固定マットを使用している。マット導入後 8 ヶ月が経過し 10 症例に使用した。その中で腹腔鏡下低位前方切徐術を受けた 1 症例に術後の神経・皮膚症状を認めた。今回、この 1 症例を振り返り今後の課題について検討したので報告する。【研究方法】B 氏の診療録より、神経・皮膚症状予防に関する看護を振り返った。（倫理的配慮）A 病院の倫理委員会へ承認を得た。B 氏に研究の目的、協力は自由意志であることなどを説明。同意書への署名にて同意を得た。【結果】B 氏、40 歳代、男性、BMI18.1。手術前の日常生活自立度 J1、OH スケール 0 点。術前訪問を行い、やせ型で軽度の脊椎後弯症であることが分かった。医師の指示通り手術用体位固定マットを使用した。皮膚・神経圧迫部位、ズレの有無などを医師と確認しながら体位作成したが、体圧・ズレ力測定器は使用していなかった。肩部と固定具の間は、低反発ウレタンマットレスを使用していた。骨盤腔内が狭かったこと、術中内視鏡を行ったこともあり、手術時間は 9 時間 33 分、頭低位 + 右下位の体位が 8 時間 32 分であった。手術中は可能な限り肩部に手を入れて除圧を行っていたが、覚醒時より両肩と右上肢痛を訴えた。頬部には反応性充血が生じていた。症状の程度を確認し病棟へ申し送り、術後訪問にて症状の消失を確認していた。【考察】今回この症例を通して、患者の特性に合わせて体位固定において必要な情報収集をし、アセスメントすることが大切であると学んだ。手術前は褥瘡発生のリスクが低い状態であっても手術を受けることで重点的なケアが必要な状態となる。今後は術前アセスメントや除圧方法など皮膚・排泄ケア認定看護師と連携して行っていきたい。また、体位作成時は適切な固定具の使用や体圧・ズレ力測定器を使用し、医師への適切な情報提供と協力を得ることが必要である。

O-272**VREのアウトブレイクを経験して
～職員の危機意識を高めるためには～**

森本麗華、堀江恭子、土屋邦喜、小川亮介
JCHO 九州病院

【はじめに】当院では、2013年にバンコマイシン耐性腸球菌（以下VREとする）のアウトブレイクが起こり様々な対策をとることで約1年後の終息宣言にこぎつけたが、2015年6月N病棟に入院中の患者より初回アウトブレイクとは別系統のVREが検出された。以後9月までに同病棟の9名をはじめ、全6病棟で計19名のVRE保菌者が確認されたため、2回目のアウトブレイクを宣言した。初回のアウトブレイクでは、一診療科の関係する2病棟のみで環境整備とおむつ交換の強化を行ったが、2回目のアウトブレイクでは異なる複数の診療科、複数の病棟で保菌者が確認された。短期間での再発であったことより、病院全体で感染対策の問題点を共有し、再検討するため全職員を対象にアンケート調査を行った。【方法】全職員1,238名に調査票を配布した。アンケートでは日常業務の中で「もっとここを改善してほしい」「ここができていない」といった率直な現場の意見を募った。【結果】758名（61.2%）から回答があり、うち医師の回答率は21%であった。70.9%は感染対策が徹底できていないとし、2年前のアウトブレイク時に対策を強化した環境整備とおむつ交換は279名（36.8%）の職員が徹底できていないと回答した。その要因としては、「手順通りにできていない」（141名）、「忙しくてできない」（62名）、「認識が薄い」（14名）と指摘した。【考察】アンケートでは2年前のアウトブレイクで強化した感染対策が活かされていなかったという現状が明らかになった。多くの職員は、現在の対策が不十分であると認識しているにも拘らず、アウトブレイクに対する危機意識が薄く、日常業務の中で対策を徹底できていなかった。職員一人ひとりの危機意識を高めるために、定期的にVRE発生の情報提供を行い、危機感を持ってアウトブレイクを防ぐ教育を繰り返し行っていく重要性が再認識された。

O-273**外回り看護師の手術衣への血液飛散状況**

野口梓、森有希、馬場郁子
JCHO 諫早総合病院

【研究目的】湿性生体物質などの感染性物質に触れる可能性のある場合には手袋・ガウン・マスクなどの個人用防護具が適切に配備され、その使用法が正しく認識、遵守される必要がある。手術中は手術衣への汚染防止としてガウンの装着が望ましいが、A病院手術部の外回り看護師のガウンの着用はほとんどみられない。今回、外回り看護師の手術衣への血液飛散の実態を明らかにし個人防護具着用への動機づけを目的に研究に取り組んだ。【研究方法】調査対象：ガーゼカウントや標本を受けとる外科手術を担当した外回り看護師13名調査期間：平成27年6月30日～7月29日調査方法1. ガウンに血液飛散の可能性がある部位（胸部・腹部・膝部）にあらかじめマーカーで印をつけた。2. 調査対象の看護師に印をつけたガウンを着用してもらい拭き取り検査をした。本研究ではキッコーマン社ルミデスターPD30を使用した。倫理的配慮：看護師には、研究主旨を文章と口頭で説明し同意が得られた者を対象者とした。得られた結果は本研究のみで使用し、研究発表後は得られたデータは破棄する。【研究結果】調査した外科手術は20件。そのうち開腹術が14件、鏡視下術が6件であった。開腹術の測定値の平均が598.8RLUであった。鏡視下術の測定値の平均が409.1RLUであった。次に胸部・腹部・膝部で数値が高く出たのは開腹術では胸部で平均が321.2RLUで、鏡視下術でも胸部で平均が252.3RLUであった。【考察】手術中はガーゼカウント時や標本受け取り時は胸部周辺での操作が多いため、胸部の汚染が多いと考えられる。ルミデスターの基準値は200RLUとされている。開腹術と鏡視下術での平均は200RLUを超えているため、両者共に手術中は血液汚染があると考えられる。【結論】手術室の外回り看護師はガーゼカウント時、標本受け取り時に胸部への血液汚染が高いことがわかった。そのため、状況に応じたゴーグル・マスク・手袋及びエプロンまたはガウン着用を推奨していく必要がある。

O-274**中心ライン関連血流感染対策の取り組み**

川上聖子、富谷康子、大河内康実、酒匂美奈子、室谷真紀子
JCHO 東京山手メディカルセンター ICT

【はじめに】当院は炎症性腸疾患（以下、IBD）患者が多く、その多くが中心静脈カテーテル（以下CVC）を挿入している。2004年より中心ライン関連血流感染（以下、CLABSI）サーベイランスを実施しており、サーベイランスを開始後2010年までは感染率が低下していたが、その後感染率の上昇を認めた。2010年11月よりマキシマルバリアプリコーションを導入し、遵守率上昇に向けて取り組みを行ったが、感染率低下にはつながらなかった。今回挿入部位の管理方法に着目し、改善を行ったのでその取り組みと結果について報告する。【方法】消化器内科・外科混合病棟にてCVCを挿入した患者を対象とし、日本環境感染学会の診断に基づきCLABSIサーベイランスを実施した。期間は、介入前2013年4月～9月、介入後2014年4月～9月とした。2014年4月からシャワー浴時のCVC挿入部保護方法に防水テープを使用、消毒回数を2回/週から1回/週に変更、挿入部位を保護するフィルムドレッシング剤の見直しを行った。これらが統一した手技で実施できるよう手順書を作成し、病棟看護師に指導と勉強会を実施した。【結果】2013年4月から9月までのCLABSI感染率は13.7（医療器具使用比0.28）であったのに対し、2014年4月から9月までのCLABSI感染率は7.2（医療器具使用比0.31）であった。【まとめ】マキシマルバリアプリコーションの導入によりCLABSI感染率が低下したと多く報告されているが、当院ではシャワー浴時の防水措置、消毒回数、フィルムドレッシング剤など挿入部位の管理方法を見直すことでCLABSIは低下した。今後は継続して遵守できるような取り組みが必要である。

O-275**感染対策職員必須研修の参加率向上に向けた取り組み**

大東芳子、池上直矢、曾我耕次、國富照子、喜多由賀里、岡崎友美、小山理那、下川智之
JCHO 神戸中央病院

【はじめに】当院は感染防止対策加算1を算定しており、その施設基準の一つに「職員を対象として年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」という要件がある。研修会の参加率は100%を目指すことが求められているが、当院の参加率は30%に満たなかった。そこで、研修会の参加率向上をめざし取り組んだのでその成果について報告する。【方法】2013年、年5～6回開催していた感染対策研修会のうち2つを必須研修として定め、全職員の参加が必要であることを委員会やポスター掲示でアピールした。2014年、様々な時間帯に同じ内容の研修会を8回開催し、さらに研修時間を従来の60分から30分に適正化を図った。2015年、研修会への参加を勤務時間内に保障する体制の整備、研修会の運営の一部を事務部門に協力依頼、研修会の不参加者へのフォロー体制の整備を行った。【結果】取り組みを行う前の2012年の必須研修会の参加率は25.6%であった（前期と後期の平均値）。取り組み開始後の2013年、2014年、2015年の参加率の平均値はそれぞれ52.7%、71.3%、88.9%（2015年は前期のみの参加率を記載）であった。2015年前期の不参加者フォローを含めた必須研修会受講率は97.9%であった。【考察】必須研修には全職員の参加が必要であることを明確に広報し、継続的に職員に周知を行った。さらに、研修会の開催回数や時間帯を工夫し、職員が参加しやすい環境整備に努めた。研修会の時間内受講の保証や事務部門による研修会運営の協力体制は管理者の支援を得ることにより実現した。参加率向上を目標に継続的、段階的に取り組みを行ったことにより必須研修会の組織的な運営基盤の構築と職員の必須研修参加に対する意識向上が図れ、参加率の向上につながったと考える。今後は、参加率のさらなる向上と研修内容の充実を課題に取り組んでいきたい。

O-276**当院における ICT の一員としての細菌検査室の取り組みについて**

北真知子¹、嶋作英美¹、長谷川亜紀²、末吉範行¹、佐藤喜祝²、阪上芳男¹
¹JCHO 滋賀病院 検査部、²感染制御部

【はじめに】当院は医師、看護師（ICN）、薬剤師、臨床検査技師、事務員から成る感染制御部を有している。活動内容としては院内環境ラウンドに加えて耐性菌の検出状況、抗菌薬使用状況など感染対策に関わる内容について一週間に一度会議を行い情報共有している。しかしそれだけでは臨床の現場とのタイムラグがあり、感染対策が後手にまわってしまうケースも少なくない。細菌検査室から直接主治医、各病棟看護師長、ICNに随時連絡することで、感染症治療のみならず、より迅速な感染管理体制をとるために貢献できるようになった。【活動の実績】各種耐性菌の検出者、血液培養陽性者 C.difficile トキシン陽性者、C.difficile 培養陽性者、ノロウイルス陽性者、抗酸菌塗抹検査陽性者、その他無菌材料培養陽性者等について判明した時点で主治医、各病棟看護師長、ICNに電話で連絡する。報告した検体についてはワークシートに報告者がサインをする。耐性菌については同一患者の同一材料から再検出された場合は各技師の判断によって報告をしているという現状である。【方法】2014年1月1日から2014年12月31日までの一年間で報告対象となる検体数を調査した。さらに耐性菌についてはワークシートにサインがされていた検体数を調査した。【結果と考察】報告対象となる検体数は376件で内訳は血液培養陽性101件、耐性菌183件、C.difficile 29件、抗酸菌塗抹16件、その他47件であった。耐性菌についてワークシートにサインが確認できたものは93件であった。サインが確認できなかった90件のうち再検出検体は63件で27件は不明であった。サインが確認できなかった検体のなかには報告が漏れている検体が含まれている可能性があり、今後マニュアル等の作成で改善していく必要があると思われる。

O-278**手指衛生講習および受講回数が手指衛生技術へ与える影響の検討**

大久保寛子、富安広幸
JCHO 京都鞍馬口医療センター

当管理室では手指衛生励行のため、従事者全員を対象とし、過去2回実技指導を兼ねた講習やツールを用いた視覚的な各自の手洗い技術の把握の取り組み等を行ってきた。本年度3回目を実施し、講習が手指衛生技術へ与える影響や、受講経験者と初受講者の技術差の比較による定期的な意識づけの有用性等を検討した。【方法】調査は平成27年9月に3回実施し、対象者は30名（男性14名、女性16名）、平均年齢51.8±13.7歳、平均経験年数は15.2±12.8年であった。また受講回数別では3回目10名、2回目5名、初回15名であった。最初に手洗いチェッカーLED（サラヤ株式会社）（以下チェッカー）の使用法に基づいて、通常行っている手洗いレベルを評価した。洗い残しがあった場合、右手・左手・手の甲・手のひらの各々を1から23までに区分した調査票の該当部位に○印を記入した。その後、対象者は1-3名程度の小人数で実技指導を伴う講習を受け、チェッカーを用いての評価を再度行った。また受講から2週間後に対象者はチェッカーによる洗い残し箇所を確認、記入する作業を繰り返した。評価方法として、洗い残し「有り」を1点、「なし」を0点とし、合計92部位について調査ごとに集計、検討した。【結果及び考察】洗い残し箇所の合計点数が全体に占める割合を洗い残し率として算出した。全体の結果としては講習実施前19.5%、実施直後12.6%、実施2週間後12.8%であった。また受講回数別では、3回目が実施前16.3%、直後12.9%、2w後12.5%、2回目が29.6%、20.4%、17.4%、初回が18.2%、9.7%、11.4%の結果であった。講習実施後は、実施前に比べ洗い残し率が低下し、また2週間後もある程度維持されていた。受講回数別の技術差は無く、手指衛生技術維持には頻回の講習が必要だと考えられた。今後は講習回数の頻度上昇による意識づけの強化を行うとともに、その内容も工夫することで更なる手指衛生励行、管理室全体での技術向上維持に取り組んでいきたい。

O-277**インフルエンザアウトブレイク防止に対する院内感染対策バンドルの成果分析**

片山歳也¹⁶、伊藤佐知子²⁶、法山志穂²⁶、伊藤ゆかり²⁶、荒木優¹⁶、木枝秀人³⁶、小高由博³⁶、町田佑子⁴⁶、佐藤良子⁵⁶、松田浩明¹

¹JCHO 四日市羽津医療センター 薬剤科、²看護部、³検査部、⁴小児科、⁵内科、⁶ICT

【目的】2013年度に病棟、透析室および併設の老人保健施設で院内インフルエンザアウトブレイク（以下インフルアウトブレイク）を経験したことより、インフルエンザワクチン接種の勧奨、抗インフルエンザ薬の予防投薬の推進、インフルエンザ罹患職員の迅速把握シート作成、標準予防策の徹底に基づくインフルエンザに対する院内感染対策バンドルを強化し、成果分析を行ったので報告する。【方法】2013年度を対照として2014年度における職員および透析患者のインフルエンザワクチン接種率、1000患者入院日数あたりのインフルエンザ検出数（件/1000PD）、抗インフルエンザ薬の予防投薬件数（件/1000PD）、手指消毒剤使用量（L/1000PD）、インフルアウトブレイクにおける抗インフルエンザ薬の投薬に伴う病院負担金額を比較検討した。【結果】職員のインフルエンザワクチン接種率は91.9%から98.6%に増加し、透析患者では91.8%から100%に増加した。インフルエンザ検出件数は16.6件/1000PDから17.6件/1000PDに増加し、抗インフルエンザ薬の予防投薬件数は0.2件/1000PDから1.2件/1000PDに増加し、手指消毒剤使用量は2.9L/1000PDから3.3L/1000PDへと増加を認めた。2013年度のインフルアウトブレイクに要した病院負担の薬剤費は235,894円であったが、2014年度はインフルアウトブレイクが発生しなかったため、追加薬剤費はなかった。【考察】必要な院内感染対策バンドルを実践することで、職員および透析患者のインフルエンザワクチン接種率の向上、インフルエンザの予防投薬件数と手指消毒剤使用量の増加、そしてインフルエンザ罹患職員の隔離管理に関する体制が強化できたことが、インフルアウトブレイクの発症防止と病院負担の薬剤費抑制に繋がったと考えられた。

O-279

EXCELを用いた給与業務効率化への取り組み

北村大輔、早川華枝、渡部彰美、佐藤聖美、笹森純司、江口美恵子、篠原澄子
JCHO 札幌北辰病院 総務企画課

＜はじめに＞これまで、給与の変動データの作成は勤務時間管理簿から電卓で集計し、給与システムへ入力をしてきた。しかし、紙の管理簿から職員各自の出勤時間の集計や、集計後の給与システムへの入力に労を要するだけでなく、集計の正確さも不安があった。そこで、事務効率化と給与計算の精度向上を目指し、エクセルを用いた給与取込データの作成を試みた。その効果について報告する。＜方法＞ファイルには職員各自の勤務時間を入力する「入力シート」と、入力時間を集計する「集計シート」を作成する。なお、作成作業簡略化のため人事システムから職員名簿を作成し、ファイルに職員名を張付けすることで、入力シートと集計シートが自動生成されるようにした。作成手順は下記のとおり。①勤務時間管理員の管理簿確認完了後、給与係が入力シートへ出勤時間等を入力する（毎日）。②入力者以外の給与係がシートと管理簿を確認。集計シートはCSV形式で保存し給与システムへ取込む（毎月初）。③ファイルは総務企画課のNASへ保存する。＜結果＞エクセルシート導入前後で、給与業務に携わる総務企画課職員の超過勤務時間数が過去3ヶ月の平均値より約20%削減された。＜考察＞日々時間数を入力する運用に変えたことで集計にかかる時間を大きく削減できた。また、精度向上についてもこれまでの集計者と確認者が同じ方法（電卓で集計）でのチェックに比べ、「入力者」と「確認者」の役割が明確となり、それぞれの役割に集中して業務にあたることで精度向上に繋がっていると考える。また、勤怠情報が電子化されたことによりデータの二次利用も可能となった他、今回の運用検討を総務企画課全体で行ったことにより、就業規則、給与規程等の理解が深まる効果もあった。

O-280

未収金管理体制づくりへの取り組み～未然防止と早期回収～

青木由美
JCHO 東京新宿メディカルセンター 医事課長

医療機関が提供した医療サービスの対価として、当然収納すべき診療費が何らかの理由により未収金として滞納されてしまうことは、病院経営に大きな影響を及ぼします。健康保険制度においては、医療機関が一部負担金を受領するものとされており、未収金となってしまうケースについての未然防止と回収努力は医療機関に課せられているのが現状です。無保険者、保険料長期滞納者、生活困窮者などの回収が難しいケースや、支払う意思のない悪質ケースについて、「いつ・誰が・何を」行うのかを明確にした「医療未収金回収マニュアル」に則り、全職員が情報共有しながら未収金対策に力を注ぐことが重要です。また、個々の職員の行動や熱意が大きく影響されるため、各職員の意識改革につながる職場環境の構築も必要であると考えます。1 医事課職員の意識啓発職員の債権に対する意識向上は日常業務の中にあります。未収金回収に携わる職員は、誠意と責任感でその業務に就かなくてはなりません。「未収金管理」は「危機管理」と置き換えて問題意識を持つことから始まります。職員間の連携を保ちつつ、未収として派生する兆候を見抜く力が必要となります。2 未収金の早期発見と早期回収患者本人が発している情報を的確に、速やかに把握し、在院中に未収とならないよう努力を怠らないことが肝要であります。医事課職員は、診療費を回収して初めて仕事が完了するという意識を持ち、「回収業務を遅らせれば遅らすほど回収できなくなる」ということを認識しなければなりません。3 医療未収金回収マニュアルの活用医療未収金の効率的な回収は、病院の健全経営の基本となります。未収金未然防止策、発生した未収金の初期対応から督促連絡までの方法をマニュアル化し、実行していくことが重要です。マニュアル化により、各職員の業務を明確化し、効果的な回収へとつなげています。

O-281

院内文書管理～データベース化への取り組み～

手塚正人、斎藤久美子、森永新市、村西荒樹、多田義和、山場智則、岡山栄治
JCHO 福井勝山総合病院

＜はじめに＞当院では各部署で繰り返し使用する院内文書（以下、院内文書）を用途担当者が各部署の依頼に応じ印刷を行っているが、文書は多種多様であり、管理も煩雑であったため印刷業務にかなりの時間を要していた。また利用が多様化する契約書等の重要書類（以下、契約書等）の保管管理方法についても多くの課題があった。今回、文書のデータベース化にて問題の解決を試み、改善を得たので結果を報告する。＜方法＞1. 院内文書については、各部署の文書の収集を行った後、その文書を電子化し管理番号を付番、アクセスを使用したデータベースシステム（以下システム）を構築し電子化した文書を登録、データベースを作成した。各部署へはシステムの利用方法、印刷依頼書の出力方法等を周知徹底した。2. 契約書等については契約締結後、契約管理表に契約内容を記載、管理番号を付番する。契約書の電子化（原本をスキャン後PDFファイルとして保存）を行い管理番号、契約名称等を付け、契約係の共有フォルダに保存。契約書の原本は管理番号を記載後、台帳に綴り保管する。＜結果＞1. では管理番号を付番したことで印刷依頼された文書の特長が容易になり作業時間を短縮することができた。各部署からは文書の一覧をシステムにて確認できるようになり、また印刷の依頼についてもシステムより印刷依頼書を出力できるようになるなど効率化することが出来た。2. では契約書を電子化したことで契約書内容を容易に確認することができるようになり、契約書原本を台帳から探す必要がなくなったため破損や紛失を防ぐことができた。また所轄部署へのフィードバックも容易になり、情報の共有化が実現された。＜まとめ＞大量の文書を取り扱う上でこの文書のデータベース化は非常に有効であり、大きな業務改善に繋がった。今後は更に各部署との連携を深め、業務に関連する文書等を可能な限りデータベース化し業務改善を図っていきたい。

O-282

エクセル文書による手術室看護記録の電子化検証

大森真久
JCHO 東京高輪病院

【はじめに】当院では用紙の手術室看護記録を使用してきた。平成25年1月にオーダリングシステムを更新し、電子カルテ化は行われなかったものの、エクセル文書として手術室看護記録をオーダリングPC上に残せるよう試み、導入後の意識調査を実施したので報告する。【方法】対象：手術室看護師10名、病棟看護師12名、医事課クラーク7名。用紙記載、PC入力両方での手術室看護記録使用経験のある看護師・クラークを対象にアンケートを実施。PC入力化した事の効果、エクセルを使用した事の影響、業務の時間短縮を5点満点で調査し単純比較分析を行った。【結果】受け入れに関する5段階評価の結果では、手術室看護師は平均3.1、病棟看護師は平均3.5と支障なく受け入れができていた。記録記入時間に関しては平均3.8と短縮傾向にあるという結果である。閲覧時間に対しても平均3.8と短縮傾向にある。エクセルでの記録作成には全員が「支障がなかった」と回答している。見やすさに対しては平均3.4と用紙と変わらないとの結果である。医事課でのコスト確認への有用性は、平均4.4と全員が良くなったと回答している。【考察】使用していた用紙の取り込みにより手術室看護師・病棟看護師ともに導入に支障は少なかった。プルダウン機能・自動計算機能等の使用で記載時間の短縮が図れた。色分けが記入漏れ防止となり安全性が高まった。全セクションで閲覧できる事によりカルテを探す時間の短縮となり、医事課のコストチェックの際の電話問合せといったロスも減少した。作りこんだ手術室看護記録を作成文書としてオーダリング化する事で、電子カルテと同様な運用効果を得ることができた。

O-283

クラウド型電子カルテの導入

及川晶博、中嶋克彦
JCHO 東京蒲田医療センター 医事課

1. 背景・情報システムの更新時期を向かえていること、使用しているクライアントなどのOS（XP）の対応も既に終了している。・赤字病院であっても、システム更新は急務である。2. JCHOの方針・平成26年度よりJCHO本部は長期計画としてクラウド型電子カルテを導入する方針が打ち出される。・データセンターを設置することで、病院のデータを安全に担保する事。・JCHO版の医療アプリケーションソフトの基本パッケージ化。・今回対象となるのは、300床以下の36病院。（第一グループは10病院）3. 導入のためのプロジェクトの立ち上げ。10病院がプロジェクトを組み同時期に運用開始をする。（先行6病院、後発4病院に分割）・病院側もこれに合わせ院内プロジェクトを立ち上げる。3-1 コンサルタント会社の現状調査・JCHO本部はコンサルタント会社の採用を行う。3-2 プロジェクト会議による本部と施設とコンサルの情報共有・プロジェクト会議は、本部と病院、コンサルタント会社とで定例会議を実施。3-3 メーカー選定のための仕様書の作成から決定へ・本部とコンサル、参加10病院とでソフトメーカー決定するための仕様書を作成。4. 導入準備の開始・病院は電算室に選任を配置（メーカーと病院の窓口的に役割）・院内にメーカーSEの準備作業室を設置5. 最初に始めた事・各部門のワーキングの開始・部門システムの更新と新規の検証・操作訓練を行う場所の確保・インフラ整備（ネットワーク工事）・機器搬入に備えて保管場所の確保7. マスター作りと帳票作成・現行帳票の見直しと新たな帳票作成8. 電子カルテ導入のための広報9. 部門と運用の検証・ワーキングと実際の運用との違いを検証する。10. 医師向けの電子カルテ説明会（機能面、操作面、運用面）【注】導入途上のため、学会発表までに順次まとめるものとする。

O-284

薬剤部から見た電子カルテと全部門システムとの連携に関する問題点 ～電子カルテ導入時に全部門システム導入ワーキングに参加して～

辻川正彦、渡邊正彦、十川恵子
JCHO 大阪病院

【目的】2015年5月に新病院の移転に伴い電子カルテを更新した。薬剤師の視点から薬剤関連の部門システムと電子カルテへの連携に関する問題点が散見されたので報告を行う。【方法】電子カルテに接続する薬剤が使用される部門システムのワーキングに参加して、薬剤関連の連携、患者・医療従事者への医薬品関連の安全性配慮、マスターの統一化、医療事故防止対策などの項目を確認した。【結果】平成20年5月の電子カルテ導入時に降多くの部門システムが連携しており、今回新たに手術室・ICU・NICUで部門システムが導入された。薬剤関連の連携については、各ワーキングに参加したが、7年経過した更新時においても以前と同じく、その部門のみで完結しており薬剤に関する安全の配慮はなかった。唯一ICU・NICUの部門システムのみ薬剤関連の連携が行えた。また、電子カルテ自体も薬剤に関しては医療安全性の面から大きくは向上していなかった。【考察】電子カルテの更新により機能や安全性が向上した部分もある。しかし薬剤に関しては、電子カルテと部門システムがうまく連携しなければ使用禁止薬剤・併用禁忌薬剤などのチェック機能や薬剤関連の情報の共有などが不十分になる。連携が取れていないシステムは医療従事者が使用するには未熟なシステムである。本来、電子カルテにおいては、操作性はもとより、患者・医療従事者への安全性が求められる。薬剤に関する医療事故が多く報告される中、IT化が進んでいても電子カルテや部門システムは、うまく連携しなければ薬剤の安全性の向上が期待できない事を痛感した。今後クラウド化される電子カルテや部門システム導入時には医薬品関連の安全性が少しでも向上させるために、電子カルテ導入の計画時や部門システムの選択時や連携時にも積極的に薬剤師が関与し意見することが必要である。

O-285

ALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断された2型糖尿病患者への在宅療養支援

真壁奈津子
JCHO 諫早総合病院

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症（以下ALS）と診断された2型糖尿病患者の在宅療養支援を振り返り、糖尿病看護認定看護師の役割について考察したので報告する。【方法】実践報告 期間2014年2月3日～3月19日 倫理的配慮：院内の倫理委員会の承認を得た。【結果】A氏80代男性は、低血糖昏睡のため入院し、入院後ALSと診断された。【患者の思いをひきだし、課題を見つける】A氏はお墓を守るために自宅へ帰りたいとの思いを抱いており、糖尿病看護認定看護師（以下CN）は、カンファレンス時その思いを代弁した。支援課題として、A氏のインスリン自己注射の継続、妻へのインスリン注射手技教育を病棟看護師と共に実施した。【協力者となるメンバーへの調整と連携】医療連携看護師と情報交換しながら、訪問看護師やケアマネジャーとの連携を図った。【合同カンファレンスの実施】2回の合同カンファレンスを実施。CNが作成したA氏のインスリン量、シックディ対応表を活用しカンファレンス参加者と共有した。【考察】糖尿病医療はチームで行うことが重要とされる。CNがA氏の在宅療養に対する思いの代弁者となったことで、療養支援目標を明確にできた。合同カンファレンスを実施し、他職種と連携・調整を図り、コーディネーター的役割を果たしたと考えられた。

O-287

手術における在院日数短縮のための取り組み～入院期間の短縮を希望する患者の要望に応じて～

田邊勝久、中城博美、松倉史郎、山口日登美、渡邊明子
JCHO 伊万里松浦病院

【はじめに】当院は過疎地域における中核的病院の役割を担っている。外科手術では鼠径ヘルニア手術や痔核手術などの一般外科領域の手術を中心に行われている。特に若年者や有職者、また介護者において、可及的短期間での自宅退院を希望する患者がいる。2014年4月の診療報酬改定で、鼠径ヘルニア手術・痔核硬化療法が短期滞在手術等基本料3の対象手術に分類され、在院日数短縮のための取り組みが各施設でなされている。当院では外科手術患者は原則的に手術前日入院としていたが、在院日数短縮を目的に、2015年8月より鼠径ヘルニア手術・痔核硬化療法患者のうち希望者には手術当日入院を導入したので、今回その結果を検討した。【目的】当日入院患者（当日入院群）・前日入院患者（前日入院群）間で、患者背景、在院日数・手術件数を比較検討した。また手術当日入院導入後に顕在化した問題点を検討した。【結果】手術当日入院患者用に、クリニカルパスの作成を行った。医師からの手術説明、外来看護師からの病棟案内、病棟看護師による情報収集、必要書類作成は外来診察時に行うようにした。在院日数は当日入院群で短い傾向にあり、当日入院群は、有職者や前期高齢者に多い傾向があった。患者からは、直前まで家族と過ごせるため安心感が得られ、家族の負担が減ったなどのコメントがあった。問題点としては、①外来診察時点で十分な説明が必要。②入院直後の手術に対する患者の不安。③必要業務の一部が外来に移行され、外来看護師の役割の重要性が増している。④抗血栓薬の休止等必要な処置がある場合は厳格なオリエンテーションが必要であり、慎重な判断が必要なこと等が挙げられた。【結語】手術当日入院導入により、在院日数の短縮が図れ、患者の要望に答えられている。ただし問題点もあり、今後も周術期の安全を確保しながら手術当日入院を継続していくために、改善していく必要がある。

O-286

禁煙外来の現状と課題

本田美佳、勝呂元、石渡祐作、西澤司、中峰さゆり、中司司穂
JCHO 横浜中央病院

【はじめに】当院は平成20年のバレンクリン発売後6月より禁煙外来を開始した。呼吸器内科外来で水曜日の午後、木曜日の午前に診察をしている。禁煙成功率は毎年50%前後であり成功率を上げるためにはどのような対策をとったらよいか過去6年間を振り返り検討した。【対象と方法】対象は平成20年6月～平成26年12月31日までに当院禁煙外来を受診した患者である。禁煙外来は診察の前に問診票を使い看護師が情報収集し、オリエンテーションする。そこから得た情報や問題点などを医師に報告する。成功例と不成功例に分け性別、年齢、TDS、BI、受診回数について検討をした。最終外来日までに禁煙ができていた人を成功とした。通院を中断した患者については追跡調査し、禁煙を確認し成功とした。【結果】6年間の患者数は346名（男性263名、女性83名）。平均年齢は全体55.4歳、男性56.2歳、女性52.8歳である。禁煙の成功者は346名中185名（53.5%）だった。男女別に成功率をみると男性137名（52.1%）、女性48名（57.8%）であった。平均年齢は成功56.5歳、不成功54.0歳で差はなかった。TDSは平均値で成功7.37点、不成功7.78点で有意差が認められた。BIは平均値で成功877、不成功876で有意差は認められなかった。受診回数は成功者185名中94名（50.8%）が12週まで受診していた。不成功者161名中81名（50.3%）が4週以内で途中離脱していた。【考察】今回の検討ではBIよりもTDSが高い人のほうがやめられない傾向があることがわかった。また受診回数が多いほど成功率が高く最後まで受診できるように促す必要があると考えられた。

O-288

がん看護外来における相談内容の傾向と今後の課題

石田智恵子、茅野昌子
JCHO 船橋中央病院

【目的】平均在院日数の減少により、外来看護の役割は多様化してきている。外来におけるセルフケア支援は画一的ではない、個々の患者のライフスタイルに合わせた専門的な支援を提供する必要性が出てきた。当院はがん診療連携協力病院として、がん患者・家族への支援を充実させていく使命があり、これに対して、がん関連の認定看護師が協働してがん看護外来の構築を図ってきた。これまでの相談内容を分析して明らかになった課題をここに述べる。【方法】対象：がん看護外来で相談を受けたがん患者とその家族。調査期間：2014年9月～2015年8月。調査内容：相談内容を分類し、介入の時期とがん患者・家族が必要としている支援を明らかにする。倫理的配慮：個人が特定されないように配慮した。【結果】がん看護外来の総数は153件であった。主な相談内容は、化学療法の副作用24.9%、告知後の悲嘆18.3%、がん性疼痛15%、治療選択における迷い11.8%、抗がん剤治療に対する不安9.1%であった。がん看護外来への依頼元は、がん看護外来担当者自身の声かけが41.1%と一番多く、次いで外来看護師から16.3%、患者・家族からは11.8%であった。【考察】がん看護外来の相談内容から、がん患者・家族への支援は、化学療法等の治療に伴う副作用マネジメント、セルフケア支援、疼痛コントロール、治療選択における意思決定支援、予後や治療への不安に対する介入等が必要であることが示唆された。看護介入は、手術、放射線、化学療法等の治療を行う前や施行中、がんや再発告知の場面であったことから、この時期を逃さず能動的に関わり、医師や薬剤師等、他職種との連携が重要であることを再確認した。今後の課題としては看護実践の評価と患者・家族の満足度調査による看護の質の評価、がん看護外来の周知である。

O-289**CKD（慢性腎臓病）に対する療養外来「そらまめ相談室」の有用性と今後の課題**

小池由香、後藤京子、苗村葵、天野義久、古澤美子、川村路代、木下光江、熊木貴子、松川裕一、出路奈緒子、有村徹朗
JCHO 滋賀病院 腎センター

【目的】滋賀県では、CKD 患者が 2752 万人（平成 25 年末）に達しており、深刻な健康課題となっている。CKD 治療では食事療法・薬物療法・生活習慣の改善が治療の鍵となるため、当院では平成 24 年 12 月より CKD 対策委員会を発足し、平成 25 年 4 月個別に継続指導できる療養外来「そらまめ相談室」を開設しチーム医療を運営している。今回は「そらまめ相談室」開設以来の有用性と今後の課題を検討する。【方法】平成 25 年 4 月から平成 27 年 7 月の「そらまめ相談室」開設からの利用患者 31 名（G3a.b: 6 名 G4.G5: 25 名）CKD 重症度分類の推移と腎代替療法計画導入率にて評価し、また、G4.G5 ステージより介入し、腎代替療法に至った 11 名に「そらまめ相談室」利用前・後での知識の変容の程度と満足度のアンケートを行い Wilcoxon 分析と集計を行った。【結果】「そらまめ相談室」開始時から現在までの CKD 重症度分類の推移をみると、G3a.b から介入の患者 6 名は急性憎悪なく保存期が維持できている。G4.G5 からの介入では 25 名中 11 名（うち、G5/A3:8 名）が腎代替療法導入となった。腎代替計画導入は 9 名であり、1 名においてはシャント作成後であったが、薬による腎機能悪化にて透析導入となった。腎代替療法に至った患者からのアンケートでは、「そらまめ相談室」利用前後での効果は、「カリウムの制限と工夫」「血圧管理」「尿毒症症状の理解」「腎代替療法の理解」で有意差を認め、「塩分制限と工夫」「定期的な服薬」「腎障害をきたす薬の理解」「禁煙の必要性」「運動の必要性」においては有意差を認めなかった。【考察】G3a.b での介入は急性憎悪なく経過できている、この段階からの介入は有効と考える。G4.G5 療法選択においてはスムーズに計画導入へ移行できる指導が行えていると考える。アンケートの結果からは、服薬指導関係は前後の有意差を認めず、理解度も低い傾向であったことから、服薬アドヒアランス向上のため、薬剤師の介入を積極的に検討する必要がある。

O-290**当院看護職員のレジリエンスに関する実態調査**

富谷康子、佐藤孝子、白石ゆかり、木村美和子、積美保子、福井美保子、中村晴子、松本香織
JCHO 東京山手メディカルセンター

【はじめに】レジリエンスは一般的に「復元力、回復力」などと訳され、職務レジリエンスとは「職務中に困難な状況に直面して精神的に落ち込んだ際に発揮される個人の回復力」とされている。看護職は多くの困難に直面しそのネガティブイベントから回復できないと精神的に不健康状態に陥るとも言われている。今回、当院看護職員のレジリエンス状態を知りスタッフ支援の一助とするため調査したので報告する。【方法】先行文献を参考に作成した自己記入式質問紙で調査【対象】当院に勤務する看護職員 274 名【倫理的配慮】文書で調査の趣旨、プライバシー保護、自由意志参加保障を説明し返答をもって同意とした。【結果】対象：274 名回収 230 名回収率 94% 平均年齢 33.3 歳 平均経年数 9.6 年 アンケート結果：1. 先行研究の A 病院看護師 470 名の結果と比較して当院看護職員の職務レジリエンスは高く、促進要因では特に「ポジティブイベントの想起」が高かった。2. チームレジリエンスは先行研究と比較すると全体的に高く、促進要因は「チーム学習」と「チーム目標に基づく解決」が低く、9～11 年目が顕著に低かった。3. 経年数別で比較すると 4 年目～11 年目が低かった。【考察】当院看護職員の職務レジリエンスとチームレジリエンスは先行研究と比較して高いことから今後もレジリエンスを維持できるような支援をしていきたい。チームレジリエンスの促進要因で「チーム目標に基づく解決」が低く、9～11 年目が顕著に低いことからチーム目標が十分に共有できていないと考えられる。そのため、看護管理者は看護職員に対し目標を明確に示して共有できるように働きかけていく必要がある と考える。チームレジリエンス促進要因の行動をとることによりチームレジリエンスとチーム満足度が高まり結果として個人の職務レジリエンスが高まると言われていることから、チームレジリエンス促進要因に関して具体的に示し支援していきたい。

O-291**東京城東病院内科アドバンスレジデンスプログラムについて**

根本隆章、志水太郎
JCHO 東京城東病院 総合内科

現在、医療の細分化が進み、また医療費増大などの社会背景から総合内科医の育成が望まれている。そのような背景より2015年4月からスタッフ7名、専修医8名、NP2名というメンバーで構成される東京城東病院 総合内科が設立された。一般内科病棟診療、初診外来診療、2次救急診療、訪問診療を軸に総合内科医に必要な基礎力が備わるようにプログラムされている。日本の何処にもない新しいプログラムであり、今後の総合内科教育を先導するものであると考えられる。プログラムが始まって半年が経ったため、診療実績を報告する。

O-293**当施設における RST 活動**

伊藤勇、村島浩二、井上勝博、古賀美砂紀、松隈真紀子、竹林洋子、永末順子、小倉秀美、三輪真紀子、松村考志、佐藤憲明、星木宏之
JCHO 九州病院

【はじめに】2012年より当院の呼吸ケアサポートチーム（RST）は「安全な人工呼吸管理」を目標に、臨床工学技士（ME）、看護師、リハビリ技士、医師のチームで成人人工呼吸管理患者のラウンドを開始した。2013年は薬剤師、栄養士も加わり、「呼吸ケアの質の向上」も目標に加え、取り組んだ。当院の人工呼吸管理と課題をRST活動から報告する。【方法】2013年度と2014年度の人工呼吸管理症例を対象に、後期高齢者の比率と人工呼吸管理日数をラウンド記録から調査した。【結果】人工呼吸管理症例総数は2013年度291症例と2014年度281症例で後期高齢者の比率は42.6%と50.1%、人工呼吸管理の平均日数は4.8日と8日だった。【考察】人工呼吸管理症例の総数は年度別の変化はないが、後期高齢者の比率は前年度より7.5%増加し人工呼吸管理の平均日数は前年度より3.2日増加した。当院は高齢化の著しい北九州市の西部の中核となる急性期型地域基幹病院である。呼吸管理の基本方針の変更は行っていないが呼吸管理日数は増加した。その原因は慢性疾患を抱え重症化しやすい後期高齢者の増加が考えられた。更なる患者の高齢化に伴い人工呼吸器関連肺炎予防等の呼吸ケアの基準を整備徹底する必要がある。教育活動としてリンクナースを各病棟に配置し呼吸管理・ケアの教育と呼吸ケアの質の向上に努めている。しかし現在もMEによる安全管理ラウンドではインシデントを未然に防いだ事例が報告されている。そのため一般病棟で日常的に呼吸ケアの指導ができるリンクナースの育成・活用が急務である。【まとめ】前年度より後期高齢者の比率は7.5%増加、人工呼吸管理の平均日数も3.2日増加した。これは人工呼吸管理対象患者の高齢化が一因と思われる、管理日数の増加が要因である。更なる呼吸ケアの充実が必要である。

O-292**チーム医療により行い得た日帰りおよび週末一泊入院による口腔外科全身麻酔手術**

高橋喜久雄¹、森弘輝¹、石毛俊作¹、小河原克則¹、佐藤豊彦¹、津野あずさ¹、橋口里花¹、粕谷和可葉¹、平山幸子¹、鈴木康江²、桜井康良³、中島ふみ⁴、伊東久寿⁴、浅利隆人⁴
¹JCHO 船橋中央病院 歯科口腔外科、²看護部、³麻酔科、⁴医事課

船橋中央病院歯科口腔外科では以前より週末を利用した1泊2日の口腔外科全身麻酔手術（Weekend Surgery）を行ってきたが、その後、患者のニーズに応える形で本年からは日帰りによる全身麻酔手術を試みている。両者とも現在までほぼスムーズに運用されているものの、当然このような短期入院手術では時間的制約が大きく、口腔外科、麻酔科、看護部間での密でスムーズなチームプレーが最も重要となっている。今回はその概要について報告する。

O-294**院内急変対応のシミュレーション成果**

福田友紀、有本悦子、木村由里、和田実乃里、中条ちおり、香澤佳代子、山村剛、河田哲也
JCHO 北海道病院

【背景】当院にて透析前更衣時に意識消失、心肺停止した患者の急変時対応を経験した。その対応を振り返ったところ、①蘇生処置を行うスペース確保②AEDの活用③処置物品の準備④患者のプライバシー保護⑤他の透析患者への対応に改善が必要と思われる内容が挙げられた。前述の問題点について、改善にむけ急変時のフロー・役割分担の構築を検討した。【方法】経験した急変時の対応を振り返り、各場面での問題点を抽出。改善策を話し合った。その後医師、臨床工学技士、看護師、医療安全管理者合同参加のシミュレーションで当時と同じ状況設定で検証、再度対応策を検討し急変時対応フローを作成した。【結果】シミュレーションでは、心肺停止の発見からリーダーが役割分担指示後、現場への応援到着に1分以上かかった。処置スペースを確保したがプライバシー保護のため近くのカートを閉めると、処置の進行状況がわからなかった。AEDを速やかに使用し救命処置はスムーズに行われ、患者が集中治療室への移動で退室するまでの時間が短縮された。その結果、待機している他の透析患者の入室を早めることが可能であると思われる。【考察・まとめ】急変時対応はリーダーが役割をスタッフへ指示するより、あらかじめ役割分担を固定しスタッフが自発的に行動することで、速やかに処置スペースが確保でき、救命処置がスムーズに進む。その結果、待機中透析患者の入室を早くすることができる。患者のプライバシー保護は、処置スペースの周辺を覆うのではなく他の患者の視界を遮るほうが良い。今後も定期的に状況設定を変えて年に1～2回継続実施が必要であるが、効果的に急変時対応フローを活用するためには、スタッフ個々のアセスメント能力の向上と医師との連携強化が必須である。

O-295**登録リウマチ看護師の患者教育
～生物学的製剤治療の中断事例より～**

近藤典子、平井沙知、植田美和
JCHO 湯河原病院

【はじめに】当院では「リウマチ生涯治療」をモットーに、あらゆる段階の治療に取り組んでいる。2003年より生物学的製剤を導入し、2007年には延べ患者数は415名となり、登録リウマチケア看護師が主体となり生物学的製剤導入に際しての関わりを持っている。今回、生物学的製剤の治療が実施できなかった事例が続き、患者指導について看護師の関わりを振り返る事で、治療、看護実績の向上に示唆を得た2症例について報告する。【事例紹介】1. A氏60歳代女性。内服コントロールが不良となり、トシリズマブ導入目的で入院。入院時の情報より、右鼠径部に化膿疹を繰り返し発症していることが発覚し、治療が中止となる。2. B氏60歳代女性。内服コントロールが不良となり2012年にインフリキシマブ導入。今回、13回目投与目的の入院。入院前より齲歯の治療中で歯肉痛があり、抗生物質の内服中であることがわかり中断となる。両者とも、生物学的製剤投与に伴う免疫低下による感染症悪化の恐れがあるため、薬物投与が延期となった事例である。【結果考察】この2つの事例に共通している患者意識として、「これ位なら大丈夫だろう」という思いが、薬物治療には影響がないという判断に至っている。これは患者自身が感じる症状が軽ければ軽いほどみられる傾向で、リウマチ治療の経過が長い患者に多く見られる。今回看護師は、患者への具体的な投げかけにより、治療継続の可否の判断ができた事例であり、このことからリウマチ治療において、登録リウマチケア看護師の役割としての観察力が大事な部分である。生物学的製剤の投与治療はクリニカルパスを使用するが、治療にとって重要な鍵となる患者との会話から得られた情報が、治療中断にも影響したと考える。今後は更なるリウマチの知識向上やチーム連携での患者教育、クリニカルパスの再検討などを通して、リウマチケア看護師の役割を発揮していきたい。

O-296**当院フットケアチームの地域連携における課題
～フットケア研修会後のアンケート調査をとおして～**

中西由香、酒井圭子、清水加世子、森田和美、寺岡真美、池上隆太
JCHO 大阪病院

【はじめに】当院は大阪市西部基本医療圏に属する地域医療支援病院で、地域の急性期医療としての役割を担っている。2009年よりフットケアチームを結成し、糖尿病や重症下肢虚血などの足病変に対して、予防・治療ともに一定の成果を上げている。しかし、足壊疽が進んだ状態で受診されるケースも少なくなく、地域全体でフットケアの取り組みが必要である。そこで、地域を対象に糖尿病・重症下肢虚血による足病変の早期発見と予防的フットケアに関する知識の普及を目的としたフットケア研修会を実施した。終了後のアンケートから、フットケア研修における課題が明らかになったので報告する。【方法】2015年フットケア研修会（基礎知識と技術に関する研修）を実施。研修に参加した地域の透析関連病院・施設・訪問看護ステーションの看護職と介護職24名を対象に、研修終了後自記式アンケートを実施した。【結果・考察】参加者の9割は看護師であった。終了後のアンケート結果では、看護師からは「フットケアを実践する上でドブラーや爪の切り方について体験しながら学べて良かった」「医師と看護師が近い距離で様々な相談できる機会となり良かった」との意見が多かった。介護士やケアマネジャーからは「病気について知れた」「知っている在宅ケアの幅が出る」との意見が聞かれた。また、今後の研修会に関して、「研修会を続けてほしい」「在宅でできる足の評価方法が知りたい」「異常を発見した時に相談できる場が欲しい」という意見が聞かれた。以上から、研修内容は職種のニーズに応じて変更し、難渋する症例について急性期病院と地域、職種の壁を越えてフットケアについてディスカッションできる場が必要と考える。【課題】地域の医療職・介護職が一丸となりチーム医療を推進していくためには、個々で難渋する症例の治療やケアに困った時に相談し合える場を作っていくことが課題である。

O-297

造影 CT 業務の改善を行って

農添光代、永井純子
JCHO さいたま北部医療センター

【はじめに】造影 CT 検査実施にあたっては、ショック発生に対応する体制が必要である。平成 26 年 3 月まで当院では、院内からの検査依頼は、指示を出した医師と部署の看護師 1 名で診療業務を中断して実施し、外部からの検査依頼は、放射線科非常勤医師の勤務日に合わせ放射線科非常勤医師と外来看護師 2 名で行っていた。主治医が対応する場合、通常の診療業務を中断して検査にあたっていた為途中で診療に戻り、医師不在の事があった。また、診療中及び検査の患者を待たせてしまう事もある等の問題点が上がっていた。平成 26 年 4 月より常勤の放射線科医師が配属となったことを機に、造影 CT 検査に対応する体制を見直した。【方法】放射線科医師により関係者対象に研修会を開催、研修後のマニュアルの見直しを行い、放射線科医師と看護師 2 名を輪番制で担当する体制を整えた。【結果】看護師からは、造影 CT への理解が深まった。放射線科医師が居るのですぐに相談でき安心。検査前の問診で糖尿病治療薬などのチェックができていた。放射線技師からは、検査前に血圧、クレアチニン値、同意書の確認を行うので安全性が増した。副作用が発生してもスタッフが複数いるので安心・安全に検査が行える。ほぼ予約時間通りに実施できている。医師からは、本来の業務に専念できる等の声が聞かれた。これらから、患者だけでなく介助側も安心して安全で円滑な検査を提供できるようになった。また、患者を待たせることもほとんどなくなった。【考察】常勤の放射線科医師が居ること検査日が増え、外部からの検査依頼が、前年度より 155%増加した。このことは、地域医療に大きく貢献できていると考える。また、今回見直したことで安全・安心が担保できるようになってきた。しかし多くのメリットを得た反面、看護業務の中断や業務量が増えるなどの課題も明らかになり、今後は、医師・放射線技師と協力し合い課題解決に取り組んで行きたい。

O-298

A 病院における糖尿病教育入院クリニカルパスの効果と今後の課題～退院後 3 年の HbA1c 追跡調査を通して～

古賀美紀、桑幡まゆみ、帆足満江、小林見子
JCHO 福岡ゆたか中央病院

【はじめに】糖尿病の進行予防・進展抑制は日常生活に大きな影響を受ける。A 病院では、糖尿病チームで糖尿病教育入院クリニカルパスに携わっている。糖尿病教育入院クリニカルパスの効果について様々な報告はあるが、退院後 12 ヶ月以降の血糖コントロールについての報告は少ない。そこで、退院後 3 年までの HbA1c の追跡調査を行い、糖尿病教育入院クリニカルパスの効果と今後の課題を検討した。【研究方法】期間：平成 21 年 4 月～平成 24 年 3 月 対象：A 病院に入院した糖尿病教育入院クリニカルパス患者（以下「パス群」）55 名、クリニカルパスを用いない血糖コントロール入院患者（以下「非パス群」）17 名、追跡が中断した患者（以下「追跡中断群」）113 名 方法：3 群において入院時と退院後 3 ヶ月、6 ヶ月、1 年、2 年、3 年の HbA1c 推移を比較した（t-検定）。なお、この研究は A 病院看護部の承諾を得て調査を実施した。【結果】パス群：入院時 HbA1c9.6 ± 2.0%、退院後 3 ヶ月に 7.4 ± 1.3% (p < 0.0001) と最大に低下し退院後にも 3 年 8.7 ± 1.8% と低値 (p < 0.05) であった。追跡中断群：入院時 HbA1c9.6 ± 2.4%、退院後 3 ヶ月で 7.0 ± 1.5% (p < 0.0001) と最大に低下し、退院 2 年後には差を認めなかった。非パス群：入院時 HbA1c9.0 ± 1.7%、退院後 3 ヶ月で 7.6 ± 1.4% (p < 0.01) と低下し、1 年後には差を認めなかった。【考察】「パス群」は退院後 3 年にわたり HbA1c が低下し続け、「非パス群」において退院 1 年後に差が認めなくなったことは、糖尿病教育入院クリニカルパスの有用性を示唆するものと思われる。糖尿病教育入院クリニカルパスで得た経験と知識が、糖尿病患者の生活調整への動機づけにつながったと考える。一方「追跡中断群」は、何らかの要因で受診が中断され HbA1c の上昇となった可能性も考えられる。しかしながら、「パス群」も退院 3 年後に HbA1c が 8.7 ± 1.8% に上昇し、長期的な血糖コントロールを維持する上での今後の重要な課題となった。

O-299

Disruptive behavior (ちゃぶ台返し) ゼロを目指して～Disruptive behavior と EQ の実態から TeamSTEPS 導入のカギを探る～

横山みどり、大滝智香子
JCHO 東京高輪病院

Disruptive behavior (破壊的行動) は、医療安全に大きな影響を及ぼすことがわかっている。人の感情や行動を左右するのは個々の観念や信念であり、それを示す EQ (emotional intelligence quotient) の実態を調査し、Teamstevens 導入に向けた課題を見出す。当院看護師全員を対象に、簡易 EQ テスト 40 問及び、Disruptive Behavior の実態、EQ と Teamstevens 認知度に関するアンケートを実施。その結果を年齢ごとに 6 つのカテゴリーに分けてデータ化した。その結果、EQ と年齢は比例しなかった。また EQ が高い看護師の特徴が明らかとなった。1) 感情コントロールとコミュニケーションスキルの重要性を認識している。2) 破壊的行動を起こした経験がない。3) 他者の破壊的行動から受ける影響が少ない。4) 他者の破壊的行動に何等かの行動を起こしたことがある。この中でも 40 歳以上が、感情コントロールとコミュニケーションスキルが重要と回答した割合が最も低い結果となった。また、対自己 EQ は 35 歳以上、対他者 EQ は 20 代が高いという特徴も見えた。リーダー EQ こそが組織の EQ であり、今回の結果から組織的 EQ が弱い可能性がある。『社会的デフネスト』の周囲とうまくやっていくスキルに弱いという、組織の特徴も明らかになった。今回の研究から、TeamSteps におけるリーダーシップ、コミュニケーションスキルなどコンピテンシーに弱い可能性があり、Teamstevens 導入には適していない現状にある可能性があると判断した。そのため、EQ 理論をベースにした、Teamstevens 導入に関する教育を行い、患者安全と職場風土の環境醸成を目指す。

O-300

当院における中心静脈カテーテル挿入と診療看護師としての関わり

高田美由紀¹、堀誠司²、斉藤博子³
¹JCHO 千葉病院 看護部、²副院長、³医療安全部

【はじめに】2014 年 6 月「特定行為に係る看護師の研修制度」に関する保助法が改正され、特定医行為を一定の研修を受けた看護師が実施できるようになった。私は 2013 年 4 月に大学院を修了し、現在透析科では回診や手術の助手、消化器外科では医師からの指示を受け抜糸・抜鉤やドレーン抜去等、従来看護師が行っていなかった医行為を実施している。2014 年 9 月より特定行為の 1 つとされる末梢挿入型中心静脈カテーテル (peripherally inserted central venous catheter, 以下 PICC) 挿入を消化器外科で導入し、中心静脈カテーテルにおける第一選択となるところまで位置づけることができたので報告する。【方法】調査期間：2014 年 9 月から 2015 年 8 月、対象：PICC 挿入患者 40 名【成績】穿刺成功率 93%、留置期間は 3 ～ 60 日間、平均 20 日間であった。【結果及び考察】PICC 導入に先立ち、大学院やトレーニング施設において知識と手技を学んだ。その後、PICC 挿入技術の習得を希望する消化器外科医師に挿入方法や管理方法を説明し、実際の挿入時は立会いを行った。その結果消化器外科においては PICC が中心静脈カテーテルにおける第一選択となった。他科においては、PICC はまだ浸透していないが、少しずつ立会いの依頼も増えてきている。今年度より患者の満足度調査も開始しており、現時点では「末梢点滴のように入れ替えをすることがなくて良い。」や「首からの点滴に比べ挿入時の恐怖心が少ない。」など、PICC に満足しているという意見が聞かれている。疾患にもよるが、PICC を挿入することにより病院の収入の増加等経済的效果も見込まれる。また末梢点滴での輸液管理に比べ、PICC は数日毎の入れ替えは必要なく、採血もカテーテルから行えるため、穿刺は 1 回で済み、患者の QOL の改善にもつながると考える。【結語】診療看護師が医行為を行うにあたり、一番重要なことは、「患者の安全と安心」である。今回の PICC 導入に際して、患者からは安心や満足の声が聞かれているが、今後も一つひとつの特定行為を安全かつ確実に、患者の満足度向上につなげていきたい。

O-301**病院と地域におけるチーム医療の架け橋へ
～ PICC カテーテルの挿入を強みとした診療看護師の役割～**

松橋詩織、清水新、山本雅人
JCHO 東京高輪病院

【背景】平成 25 年 10 月に「特定行為に関わる看護師の研修制度」が法施行された。当院では、2 名の診療看護師が入院から退院まで患者と継続的に関わり医師の治療に参画する一方、末梢挿入型中心静脈カテーテル（以後 PICC とする）を全科から依頼されていることが特徴としてあげられる。そこで PICC チームを設立し院内外に渡る活動状況を報告する。【活動内容】H 25 年 11 月より診療看護師が PICC 挿入を担うことになった。挿入依頼後当日中に挿入し、留置後も定期的に回診することで挿入件数は 1 年で約 2 倍に増加した。H27 年 6 月より PICC チームを設立し、挿入から抜去までの一連の管理をチームで担うこととした。【経過】チーム設立により PICC を必要とする患者に早期に挿入することが可能となり、末梢静脈カテーテルの挿入を繰り返す患者の苦痛緩和と多方面からのケアが可能になったと考える。医師から治療に即したタイムリーな挿入が可能になったことが評価される一方、看護部からは主治医を待つことなく対応できることから、看護業務の効率化に寄与していると評価を得ている。また、地域包括ケア病棟の利用目的に在宅栄養の選択肢として PICC 挿入の入院を掲げており、在宅療養における QOL 改善の支援も可能となった。PICC を留置したまま転院するケースや、胃瘻・CV ポートに代わる選択肢として PICC を留置し在宅へ退院するケースも増加してきている。近隣の介護施設や地区ケアマネジャーからは、勉強会の希望があり、その都度対象者に沿った勉強会を実施している。【考察】診療看護師がチーム医療に加わることで、タイムリーに必要な医療処置の実施と退院後の継続したアフターケアが可能となり、患者の治療効果や満足度は高まると考えられる。超高齢社会を迎える 2025 年に向けて患者のキーステーションが変化していく中で、特定行為は診療看護師の専門性や強みにもなり、院内だけでなく地域との隙間を埋め継続的な医療と看護の架け橋になると考える。

O-302**妊産婦のニーズに応える院内助産の取り組み**

佐藤雅美、石岡秀子、井上江美、山下香穂里、山田晴佳、白井紀子
JCHO 北海道病院

はじめに当院は地域周産期母子医療センターの中で平成 25 年より院内助産を開設した。院内助産を希望する妊婦は、自然に生みたい、助産師のケアを受けたいというニーズを持っていた。妊婦のニーズに応じていく中で、助産師の専門性を生かす働き方や妊産婦の満足度に繋がる助産ケアが見えてきた。これらの取り組みについて報告する。活動内容院内助産対象者は、身体的な要件を満たし、かつ、自分が思い描く自然な分娩を希望する妊婦である。月 2 人の分娩枠の妊産婦に対し、5 人の院内助産担当助産師が関わる。妊婦健診は、助産師外来が 10 回程度、医師外来が 3 回程度の割合で進められ、妊婦は繰り返し同じ助産師による健康診査や保健指導を受けることが可能である。分娩は、量と分娩台の両方を兼ね備えた部屋で産婦主体のフリースタイル分娩である。特徴的な取り組みは、個別のニーズに応える計画を医師も含めたチームで検討している事である。例えば、妊婦健診毎にカンファレンスを実施し、次の妊婦健診で継続的なケアを受けられるようにしている。月に 1 回は医師もカンファレンスに参加し、正常な妊娠経過である事を評価している。分娩に向けたカンファレンスも実施する。パースプランに基づき、分娩進行を促す工夫点、前回の分娩の結果から児娩出時の手技をどのようにするか等も検討し、担当者全員が同様に関わる事ができるよう取り組んでいる。異常時にすぐに対応できる部屋と医師等の人員が確保できる環境にした事も分娩時の安全を担保する為の工夫点である。分娩後も、医師や病棟スタッフと分娩の振り返りを行い、今後のケアに繋げている。活動評価平成 26 年度の院内助産で出産した人数は 7 人であった。分娩を終えた褥婦からは、安心、安全に自分らしく出産できた事、自分のことをよくわかっている固定した助産師による、継続的な自分のニーズに応じたケアを受けられた事による満足度が高かった。

O-303

オルニチンの創傷治癒効果に関する検討

宮崎雅子、藤崎栄子、山内智子、柳田千恵美、藤村和代、北大路正顕
JCHO 大和郡山病院

【はじめに】身体に存在するアミノ酸の多くは蛋白質という形で機能しているが、中には蛋白質にならないものの重要な働きをする「遊離アミノ酸」が存在している。遊離アミノ酸のひとつであるオルニチンは、構造がアルギニンより窒素量が少ないため窒素負荷による腎臓への負担を軽減する。また、細胞分裂を促進するポリアミンや皮膚・骨・血管などに存在するコラーゲン合成を促進するプロリンに代謝され、蛋白質合成、免疫機能増強、創傷治癒効果も注目されている。【目的】腎臓機能が低下している褥瘡患者に対し、オルニチンを投与することにより創傷治癒効果について検討したので報告する。【方法】経口摂取が可能な褥瘡を有する循環器疾患にて入院している患者2名に、オルニチン2包（協和発酵バイオ：オルニチン2500mg含有：ゆず味）を水で溶解したものを毎日提供した。定期的に褥瘡の評価を行った。【結果】オルニチンは「美味しい」「飲みやすい」との感想もあったが、柑橘系の味が苦手な患者は提供開始後16日目から嫌気がさし摂取量が低下、1包に減らす、冷やすなどの調節を要した。創傷治癒に関しては、2症例共に提供開始7日目より上皮化・縮小が見られ、14日目には7ヶ所中4ヶ所が治癒となり投与していなかった患者より治癒が早まる印象があった。【考察】栄養状態改善に向けて美味しい付加食品を探索している中、オルニチンは「ゆず味」で比較的理解が良好だと思われた。しかし、柑橘系の味を好まず嫌気がさしてしまった症例もあった。創傷治癒については1日2包（オルニチン2500mg含有）により約2週間効果認められた。今後、症例数を増やして採血データの改善も併せて検討を重ねる予定である。

O-305

尾骨が腐骨した重度褥瘡と臍胸を伴う患者にNSTと褥瘡チーム、ICTの連携により改善を認めた1症例

中川恵、橋本寿美子、水野弘昭、山下美樹、橘瞳、高柳美沙、今度和子、山秋直人
JCHO 金沢病院 NST

【はじめに】当院では多職種からなるチームがいくつか活動を行っている。今回、尾骨に達した重度褥瘡患者に対して、入院時よりNSTと褥瘡チーム、ICTが介入し、栄養状態、褥瘡が改善した1症例を経験したので報告する。【症例】70歳男性。臍胸の治療のため他院から当院内科へ転院。小脳出血、脳梗塞、大腸癌の既往あり。身長160.9cm、体重40.2kg、BMI15.5。尾骨部に45×60mmの骨に達し尾骨が腐骨したポケットのあるV度褥瘡がみられた（DESIGN-R:50点）。TP6.1g/dL、Alb2.2g/dL、Hb8.3g/dL、CRP8.42mg/dL。【経過】臍胸の治療に加え、入院時喀痰から緑膿菌が検出され抗生剤投与となっていたため、ICTは抗生剤の変更や中止の提案を行った。NSTはTEE1700kcal/日と評価し、早期に胃瘻からの経腸栄養を開始した。前医ではグルタミンの投与のみであり、栄養開始により消化器症状の出現が懸念されたため消化態栄養剤と、褥瘡改善目的にアルギニン配合補助食品を投与した。経過をみながら半消化態栄養剤へ変更したが泥状便が持続し、褥瘡部に便汚染あったため半固形栄養剤へ変更、その後便性状が軟便へ改善。褥瘡は壊死組織のデブリドマンを行い、褥瘡チームの回診時に局所ケアや体圧ケアの指示を行った。第45病日にポケット切開を行い、60病日には露出していた尾骨部は塞がり（DESIGN-R:19点）、TP6.1g/dL、Alb2.2g/dL、Hb8.3g/dL、CRP8.42mg/dLと栄養状態の改善も認めた。【考察】今回多職種からなる多チームが連携し情報を共有することで患者に合わせた創傷・栄養管理、また感染の治療を総合的に行ったことが栄養状態や褥瘡の早期改善に有効であったと考えられる。

O-304

栄養管理室における継続したCKD調理実習の取り組みと効果

宮崎智子¹、大門紗耶香¹、清水梨沙¹、春田佳花¹、山崎千歌¹、白坂亜子¹、奥田吟子¹、水本輝彦²

¹JCHO 熊本総合病院 栄養管理室、²腎センター

【背景】当院には熊本県南地域唯一の腎センターがあるため紹介患者も多い。その際、慢性腎臓病（CKD）患者に栄養指導のみで調理実習を行っていただけなかったため「食事療法の実践が難しい」「具体的な量や方法が分からない」「カリウム制限や低たんぱく食品の使い方が分からない」との声があった。新病院へ移転後、調理実習室の新設を機にH26年5月より月1回調理実習、試食後、腎センターの医師と管理栄養士による講義を行っている。【目的】CKD患者の食事療法に調理実習が有効であるかどうかを検証する。【方法】（1）調理実習参加者15名（平均年齢63.7±7.7歳、男性5名女性10名。本人8人、家族7人で2回目以上の参加者が2名、5回目以上が13名）へ1ヶ月間のアンケート調査、（2）16回実施した調理実習（参加者月平均19.3人）で3回以上参加した患者のBUN/Cr比の推移の比較を行った。【結果】アンケート結果：減塩達成率は53.3%であった。調理実習参加後の感想は「たんぱく質のとおり方、減塩、カリウム等について関心が高まった」「食べられる食品、量等が自分で判断出来る家族に迷惑をかけることが少なくなった」「同じ病気の人と情報交換ができた」また、今後望むことは「継続してほしい」「手早く出来る料理を取り入れてほしい」であった。調理実習参加前後のBUN/Cr比（20.53±5.76vs12.85±3.76、P<0.05）に有意差を認めた。【考察】長期継続参加、また本人参加も多く、参加するCKD患者は自己管理意識が高いと考えられた。継続した調理実習の実施は有意にBUN/Cr比が低下することから、食事療法実施に有効である可能性が示唆された。【結論】食事療法を実践するためには、調理実習に参加し、味や量、作り方を知り慣れることが有効であるため、継続参加したくなる調理実習の企画運営が望まれる。今後は地域病院と連携を図り、対象者の拡大と地域に開かれた調理実習の開催を目指したい。

O-306

誤嚥性肺炎0人を目指して～摂食・嚥下障害チームの取り組み～

永友里沙、山口華奈、黒木勇輝、坂口一美、桜井聖子、武藤直子、安藤ちはる、清水孝治

JCHO 宮崎江南病院附属介護老人保健施設

【目的】平成27年度介護報酬改定では経口摂取が困難となっても、自分の口から食べられる楽しみを得られるよう経口維持加算の算定基準の見直しが行われた。当老健施設では、平成23年度より介護福祉士5名で摂食・嚥下障害チームを発足し、平成24年には地域の歯科医院と連携して、口腔衛生管理体制加算算定も開始した。今回、チームの活動と経口維持加算算定の取り組みを報告する。【取組】月1回の摂食・嚥下障害チーム会での1. 対象者の抽出・問題点の検討、2. 経口維持加算対象者の見直し、3. 食事・口腔ケア用品媒体の作成、4. トロミ剤の使用法の統一等、5. 全体勉強会の実施により、施設内での誤嚥性肺炎予防、摂食・嚥下障害増悪予防に取り組んでいる。【結果】平成22年度～27年9月までの肺炎での入院数の比較では、平成22年度15名、平成23年度20名、平成24年度20名、平成25年度10名、平成26年度9名、平成27年度9月時点で6名と減少傾向にあった。経口維持加算は算定開始の平成24年度は10件、平成25年度は1件、平成26年度は0件と減少していたが、平成27年度、介護報酬の改定により、摂食・嚥下障害チームで加算算定の見直しを行った結果、9月時点で37件と大幅な増加が認められた。【結論】誤嚥性肺炎での入院数は摂食・嚥下障害チームの発足、歯科医院との連携の結果、減少したと考えられる。また、チームのメンバーだけでなく、職員の摂食・嚥下に対する知識や技術、意識が向上している。今後も、チームのメンバーを中心に、誤嚥性肺炎0人を目指し、入所者の口から食べる楽しみの支援の充実を図りたい。

O-307**嚥下食の見直しとエネルギーアップへの工夫**

千葉裕介¹、高田美香¹、齋藤裕子²、高橋ひかり²、三浦恭子³、高橋秀子⁴、
竹田智美⁵

¹JCHO 仙台南病院 栄養管理室 調理師、²管理栄養士、³NST 専従、⁴看護師、
⁵言語聴覚士

・はじめに 嚥下調整食分類 2013（以下学会分類）に合わせた内容の見直しが必要となった。また、食事摂取量の少ない患者への効果的なエネルギーアップも課題であった。・目的 学会分類に沿って食形態を調整しソフト食を新設、「開始食・ゼリー食・ペースト食・ソフト食・やわらか一口大」と形態をイメージの湧く名称とし、見ため、味、色彩ともに以前よりバリエーションに富んだものに変更していく事を目標とした。また、ペースト食の79%がハーフ食の提供であり、効果的にエネルギーアップできる主食の検討を行った。・結果 2013年9月から看護師、言語聴覚士、管理栄養士、調理師による学会分類に合わせた食形態のミーティングを開始した。それまでは高齢者が好む和風のメニューが中心であったが、常食と同様の献立に可能な限り合わせ、和洋中の味付けも増やした。食事介助スタッフへのアンケートから、香り、色彩の良い料理に関心を示す患者が多いとの意見を得た。味付けの幅を広げることで、患者満足度が上がった。また、エネルギーアップの方法として熊本リハビリテーション病院の「パワーライス」を参考に、全粥にMCTパウダー・オイル・プロテインパウダーを混ぜ合わせた「E粥」を作成、2015年7月から提供開始した。E粥と高エネルギー缶煮に変更する事で、現在の食事より1食200kcal増加が可能となった。・考察 当院では、2006年から嚥下食への取り組みを行っている。2011年に言語聴覚士（ST）が入職し、多職種で嚥下食・介護食の形態調整、味付けの種類増加、エネルギーアップの食事調整を行った。今回の工夫については、地域勉強会にて発表試食を行い、他施設の医療スタッフにも好評を得た。今後もさらに検討を重ね、地域への発信を継続していきたい。

O-308**当院の嚥下調整食への取り組み**

山田敏夫¹、山下則孝¹、磯貝隆弘¹、戸田亘¹、水谷規子¹、鈴木奈穂子¹、
岡田三保²、萩野未沙²、小久保佳津恵³、戸田美美⁴

¹JCHO 中京病院 栄養管理室、²リハビリテーションセンター、³看護部、

⁴リハビリテーション科

【はじめに】高齢の入院患者が増えている昨今、病院食では嚥下機能に応じた食事の提供が必要とされている。当院では、2009年より調理師全員で嚥下調整食の調理を担当し、提供を開始した。400食の大量調理の中での嚥下調整食の調理は容易ではない。そこで、調理師嚥下チームを設立し、嚥下調整食の改善に向けての取り組みを行ったので報告する。【方法】調理師、栄養士、言語聴覚士、摂食・嚥下障害看護認定看護師、病棟看護師など多職種で嚥下調整食の試食による評価と勉強会を実施した。そこで問題となった見ため、離水、味のバリエーション、硬さの不均一さについて、調理師嚥下チームで食材に対するトロミ剤と水分量の配合マニュアルの作成と、調理師全員の指導を行った。改善後の嚥下調整食について、再度多職種で試食による評価を行い、また、調理師による対象患者の食事風景の観察、聞き取り調査と摂取量の確認を行った。【結果】改善後の試食では、前より食べやすくなり、味も良くなり、飲み込みやすくなったなどの評価を得た。聞き取り調査では、美味しい、むせなく食べる事が出来た等の評価を得、その摂取量は多かったが、中には食べにくそうな患者も見られた為、形や大きさや硬さをさらに改善した。この取り組みにより調理師同士の意見交換を頻回にする様になった。【考察】多職種による評価と勉強会を実施することで、嚥下調整食の形態の問題がより明確となった。マニュアル作成と調理師嚥下チームの指導により、均一な食形態を提供する事が可能となった。また、食事風景の観察、聞き取り調査を調理師が行う事で、新たな問題点にも気づく事が出来た。【まとめ】調理師が提供側の立場から食べる側の視点に立てた事で、食事の工夫の大切さを知る事ができた。今後は、技術の向上と臨床側の食事に対するニーズを他の調理師と共有し、さらなる工夫と努力をしていきたい。

O-309

口腔リハビリテーションが嚥下機能やADLの向上に奏功した脳梗塞後無動性無言症の一例

谷岡優花、木村暢夫、山本周平、松尾真弓、園田大輔、帆足由梨衣、武邊純代、大杉菜由、大田翔子、藤田直樹、大隈和喜
JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

【はじめに】今回、脳梗塞により眼球運動を除いて発話や自発的な体の動きがみられず無動性無言症と考えられる症例を経験した。食物の取り込みや送り込みが不良のため経口摂取は困難であった。口腔内環境の改善や直接嚥下訓練を糸口とした生活リズム再構築に向けたチームアプローチにより経口摂取可能となり、ADLが向上したので報告する。【症例】86歳女性。X年にアルツハイマー病と診断されたが、ADLは自立していた。X+5年、右中大脳動脈、左前大脳動脈領域の心原性脳梗塞を発症し、21病日目にリハビリ目的にて当院回復期リハビリ病棟へ入院となった。入院時所見：JCS 200-A、両上下肢に麻痺はないが自発運動なし。摂食嚥下能力：Gr.2、摂食状況Lv.2であった。口腔顔面の意図的な運動は困難だが、咳嗽や欠伸は認めた。【経過】31病日に角度30度で改訂水飲みテスト及びフードテストを実施したが、口腔内に溜め込み、送り込みは認めなかった。血圧低下のため離床時間の延長に時間を要した。95病日頃より動きかけに反応が出現し、開口や咀嚼様運動を認める機会が増えたため、他職種と協力し日中は上下総義歯装着を習慣化した。107病日では、義歯装着時に協力動作が得られ、表情変化や発話量の増加を認めた。40分程度の離床も可能となった。その後のVFにて軟飯・軟菜食は座位にて摂取可能と判断し、137病日より3食経口摂取可能となった。義歯装着や起居・移乗動作は軽介助にて行え、他者交流場面への参加を通じた場の共有が可能となった。【考察】本症例では失外装状態で自発性が低下していた。覚醒の向上とともに残存していた嚥下機能に着目し、口腔ケア、義歯装着習慣化、直接嚥下訓練等を実践した。結果、嚥下運動が促進され3食経口摂取が可能となった。また、離床、排泄、集団活動と段階的にチームアプローチを行なうことで本能行動レベルながら再学習が得られ、ADLの向上へと繋がったと考える。

O-310

嚥下障害を有する患者様の経口摂取確率へ向けたチームでの関わり

佐久間悠²、石井亮太^{1,2}、松原文平²、渡辺俊介²、水野光³、秋葉裕子⁴、中村誠志^{1,5}

¹JCHO 登別病院 NST、²リハビリテーション室、³栄養部、⁴看護部、⁵外科

【はじめに】誤嚥性肺炎を発症後体力低下や廃用による機能低下をきたした症例に対し、嚥下機能が低下することなく、栄養改善を図るため行ったチームでの取り組みについて報告する。【症例紹介】80代男性である。X年4月に誤嚥性肺炎を発症し救急搬送された。5月にリハビリ目的にて当院転院となる。【評価・方針】嚥下反射遅延や喉頭上力低下が著明にみられ、経口摂取では誤嚥性肺炎の危険性が高く、誤嚥リスク軽減には経管栄養による栄養摂取が望ましいと考えた。しかし本人・家族から経口摂取の希望が強く聞かれた。このため嚥下機能向上と誤嚥の予防を図り、安全に食事摂取が出来ることを目標に介入することとなった。【経過】NST 回診にて経口摂取をすにあたり、栄養量の確保と体力向上を目的に経鼻栄養を行うこととなった。経鼻栄養開始時は痰の量が多く、唾液誤嚥の予防の為ベッド上のポジショニングや、排痰を促す等間接的嚥下訓練を行った。またリハビリや日常場面で口腔ケアを行い、口腔内の汚染を防いだ。経鼻栄養を開始1か月後より活動性が徐々に増加し、痰の量も減少した。この頃より段階的な直接訓練、食事摂取や体力向上へ向けた介入を行ない、日常生活場面でも離床時間を増やした。経鼻栄養開始し2か月目で3食経口摂取へ移行した。再評価では喉頭上力向上、嚥下後の咽頭残留量も減少した。【考察】本症例が安全に経口摂取を行うためには、誤嚥性肺炎により低下した体力の改善と、嚥下機能の向上を図る必要があった。体力向上と十分な栄養量の確保を図るうえで経鼻栄養は効果的であったと考える。しかしその間に嚥下筋の廃用の可能性が考えられたため経口訓練を徐々に行った。食事摂取が段階的に開始となってからは、誤嚥性肺炎や嚥下機能の向上に向けチームにて口腔ケアや頸部のストレッチなどに取り組んだ。このことにより、嚥下機能を低下させることなく3食経口摂取へ移行できたと考える。

O-311

車椅子用シートを用いた病棟との連携—脳幹梗塞の症例を通して—

門川泰輔、横山雄
JCHO 星ヶ丘医療センター

【はじめに】今回、急性期病棟において標準型車椅子に簡便に設置できる車イス用シートを用い、離床段階における良肢位・抗重力活動の促し、病棟連携を含めた離床アプローチを行い、良好な結果を得たため報告する。【症例紹介】(23病日)を初期評価として介入。60歳代男性。脳幹梗塞。PT,OT,STでリハビリ介入中。GCS:E4V5M6、構音障害あり。HDS-R 29/30 その他著明な高次脳機能障害なし。左右上下肢失調性麻痺。感覚は右上下肢軽度鈍麻。起居動作一部介助。FIM38点。嚥下は1cc水分でむせあり。車椅子座位は骨盤後傾位で体幹は従重力方向へ崩れ頸部屈曲位。易疲労認めPT、OT訓練時のみ20分乗車実施。楽しみレベルの摂食が長期目標であったが、座位耐久性向上を含め病棟でも良肢位での離床を進める必要があった。【方法】標準型車椅子に置くだけで座シート、バックサポート部のたわみを補整出来るシートをOTで作成。体幹の安定性を補助するために背面にバスタオルを挿入。病棟での車椅子乗車の際に、看護師にポジショニング指導、電子カルテ上での情報共有を行い、1週後再評価した。【結果】体幹部の抗重力活動、頸部コントロールが向上し40分程度の車椅子乗車可。PT、OT以外での車椅子乗車が可能となり、整容等のADLも一部自己にて可能となった。ポジショニングの再現性も高く、看護師からは「置くだけで使いやすい」、患者からは「座っている感じがする、首が挙げやすい」との感想が聞かれた。【考察】シートにより補正された座面は、姿勢保持に重要な坐骨への荷重感覚が知覚され、体幹部の抗重力活動とともに上肢操作や頭頸部の分節的な運動を保証し整容など生活動作に繋がったと考えられる。また継続的な離床時間確保には病棟の協力が欠かせないが、簡易な道具を用いてポジショニングが複雑化しない事で、看護師の再現性も高くなり、PT、OT時と同様の姿勢調整で離床時間の延長が可能であったと考えられる。

O-312

当院の条件付きMRI対応ペースメーカー植込み患者に対するMRI検査時の体制

村田渉、天野義久、上田晴代、増田丈二
JCHO 滋賀病院 臨床工学部

【はじめに】従来のペースメーカーは、MRI撮像時にリード先端の発熱による組織損傷や、予期せぬペースメーカー本体への動作によりMRI検査は禁忌であった。2012年10月、メドトロニック社から条件付きMRI対応ペースメーカー（以下MRI対応PM）が発売され、その後、他社からも発売された。近年、一部の従来から販売されているリードに対してもMRI撮像の承認があり、MRI撮像が可能となった。その一方で、メーカーや機種の種類により、MRI全身撮像可能、胸部撮像不可、または時間制限の有無など、MRI撮像条件が複雑化している。【目的】当院では、新規植込み症例に対して時間制限の無い、全身撮像可能なMRI対応PMを選択している。今後、交換の症例や他院の紹介患者に対するMRI対応PMのMRI撮像を考え、複雑化に対応した手順を医師および看護師、地域連携室、放射線部、臨床工学部で検討し、運用した。【方法】院内や地域連携室からペースメーカー植込み患者のMRI検査依頼があった場合、循環器医師へ連絡が行き、植込み後6週間以上経過しているなどの撮像条件を満たしているが臨床工学技士とともに確認する。臨床工学技士がMRI検査前にペースメーカーチェックを行い、測定値に問題ないかを医師と確認し、固定モードや出力UPなど（MRIモード）の設定変更を行う。その後すぐにMRI撮像を実施する。検査終了後、ペースメーカーチェックを行い、測定値の確認と元の設定に戻す。【結果】当院では、これまでにMRI検査を8件実施した。いずれも、作成した手順書を使用することにより、日々の業務担当者で各部署の連携がスムーズに行え、患者に安全かつ必要最低限の負担で検査を終えることができた。【結語】MRI対応PM患者のMRI撮像は、院内の手順書に従って連携を取り、遂行することで安全に実施できる。

O-313**医療機器に対する病棟スタッフの指導体制を検討して**

葛岡孝一、木幡宏実、横昭弘、佐藤壽伸
JCHO 仙台病院

はじめに 厚生労働省の通達により医療機器の安全に対する項目が位置付けられ、病院と医療機器安全管理責任者の果たすべき役割が明確になった。当院においても医療機器に関する安全性の確保がますます重要となり、保守点検・業務体制の改善・使用のための研修など、様々な安全業務の改善を図ってきた。今回私たちは、項目「医療機器の安全使用のための研修の実施」に係る業務である院内研修（以下、研修会）についてより効果的な方法と、スタッフの医療安全に対する意識の向上を目指し検討したので報告する。目的 これまでの研修会を見直し、現在当院に必要な研修会の体制と方法を検討する。方法研修会受講者を対象に、特に苦手意識が強かった「人工呼吸器」について、アンケートと聞き取り調査を行い、問題点等を把握する。また、研修会受講後の意見と感想から今後の研修会の内容に反映させた体制と方法を検討する。結果・考察 調査の結果、多人数制（20人以上）の研修会では「内容が難しい」「人数が多くて質問し難い」「講義のみで眠くなる」「ポイントが分からない」などの意見が聞かれた。そのため多人数制研修会の欠点を補う方法として、受講者からME機器指導員を育成し、受講生に合わせた内容とした少人数制（10人以下）の研修会を、高頻度に行う方法を検討し実施した。少人数制研修会開催後の受講者からの意見、感想からその有用性が伺え、また指導員からは個人のスキルアップ、業務への意欲、満足度の向上が伺えた。今回、受講者と指導者（企画者）ともに、充実した研修会を開催するための体制作りと方法を検討することができた。ME機器指導員育成と、少人数制研修会の開催を実施して約二年が経過し、現在は病棟業務として定着しつつあり、今回の試みはスタッフの医療安全に対する意識向上にもつながったと考える。

O-314**カルシウム—アルカリ症候群を通じて独自に作成したVD服用中の注意に関する情報の発信**市川康子¹、藤井裕史¹、藤井憲一郎¹、水本輝彦²¹JCHO 熊本総合病院 薬剤科、²腎センター

【背景・目的】今回、高Ca血症、代謝性アルカローシス、急性腎障害を呈する比較的稀な病態であるカルシウム-アルカリ症候群を経験した。炭酸Ca（以下Ca）1.2g/日やNaHCO₃等の重炭酸を含有するOTC胃腸薬（以下OTC）を服用していたことから、原因は活性型VD（以下VD）とOTCの併用による可能性が高かった。医薬品とOTCの相互作用情報は少ないことから今回の症例を通じてOTC服用中の患者様へ情報提供する手段として、保険薬局と連携することが効果的と考えOTCやVD服用に関する情報を収集した。【方法】①Caを多く含むOTCには注意が必要であるため、Ca含有量についてPMDA（医薬品医療機器総合機構）のサイトを用いて検索し一覧表を作成した。②薬剤性高Ca血症の危険因子にはVDやCa剤がある。適正使用には定期的な血清Ca値測定が必要である。これらの処方状況、血清Ca値測定状況や検査結果をH26.8～H27.7の当院入院・外来患者に対して調査した。【結果】①Caを含有するOTCは98品目121剤あり、配置用医薬品もあった。含有量は150～3000mg/日で1000mg以上含有する薬剤は22剤であった。②VD及びCa剤の処方人数はVD：655名、Ca剤：169名、両剤併用群：75名であり、血清Ca値の測定状況は併用群では全例実施、VD単剤のみでは94.6%実施であった。未実施については検査を依頼した。血清Ca $\geq$ 10.0mg/dL（補正值）は併用群で14.7%、VD単剤で4.3%、うち血清Ca $\geq$ 13.0mg/dL（補正值）の2名はVDの中止により正常化し腎機能も保たれていた。その他の症例においては基準値の範囲内であった。【結語】セルフメディケーション領域にも今回のような危険が潜んでいることを痛感し、院内外に情報を発信する必要性を強く感じた。今回の情報収集後、独自に作成したパンフレット「活性型VD服用中の患者様におけるOTC胃腸薬使用に関する情報提供」を病院のHpに掲載し保険薬局へ向けて情報提供している。県の研修会においても情報提供予定である。今後も医師と薬剤師また保険薬局と情報共有し薬剤の適正使用に継続して取り組んでいきたいと考える。

O-315**外来患者の手術前中止薬のスクリーニングの試みについて**

佐野真由実

JCHO 東京新宿メディカルセンター

東京新宿メディカルセンターでは、2015年1月より、外来患者に対して薬剤師による検査及び手術前中止薬のスクリーニングが医師や看護師との連携で始められている。従来まで、手術前中止薬のスクリーニングは外来において医師や看護師が行って服用中止を指導して、更に入院当日に薬剤師が持参薬鑑別として服薬状況の確認を行っていた。しかし、何度か外来でのスクリーニングをすり抜けて手術前中止薬が中止されずに服用され、手術の延期や中止の事例が報告されていた。また、後発医薬品の増加や複数科の受診などにより服用薬が増加している状況の中で、外来でのスクリーニングに時間を要する等の背景があった。手術予定患者のスクリーニングでは、検査及び手術の内容により抗血小板薬等の休薬期間が個々の患者で異なる場合がある。そのため、薬剤師は外来受診前にスクリーニングを行い、その結果に基づいて最終的に診察時に医師が休薬指示を行う体制をとっている。また、手術前に中止する薬剤は、麻酔科医師との事前相談のうえ、抗血小板薬、低用量ビル等の女性ホルモン製剤、一部のサプリメントとし、薬剤部内のスクリーニング基準の標準化を図っている。医師と外来看護師による手術前中止薬の確認にチーム医療の一員として薬剤師も参画することは、外来での診療の効率化とリスク軽減につながると考えられる。

O-316**糖尿病療養指導士による療養相談外来の立ち上げとその成果**

岡田守弘、岡田昌江、西上潤、越田美佳、荒井香映、佐藤愛、清水大地、江村匠史、新谷小百合、毛利清香、橋本寿美子、山秋直人、岡崎智子、大山公典、古川健治

JCHO 金沢病院

【目的】糖尿病患者への自己管理の教育と療養指導は良好な血糖コントロールを達成・維持するだけでなく、合併症の発症を予防・進展を抑制し、QOLの確保に極めて重要である。患者がこれらの知識や技術を習得するために糖尿病教育入院は有効な手段であるが、仕事上の都合などにより入院を拒否される患者も少なくない。そこで、我々は医師・看護師・栄養士・薬剤師・検査技師・理学療法士によるチーム医療として療養相談外来を立ち上げて、入院困難な2型糖尿病患者に対して教育入院に準じた療養指導を外来で行い、その成果を検証した。【方法】調査期間は平成25年7月8日から2年間とした。この期間で教育入院が困難な患者25名をケース群とし、同じ調査期間で教育入院をしており年齢（ ± 5 歳）、性別、BMIを用い2例ずつマッチングさせて、無作為に抽出した患者50名をコントロール群とした。ケース群25名の患者には教育入院で使用するテキストを配布して、来院日ごとに各職種が順番に介入した。療養相談外来を担当する医療スタッフは糖尿病療養指導士の有資格者とした。評価項目は介入時と24週後のHbA1cとQOLの変化とし、QOLはDiabetes Therapy-Related QOLを用いてスコア化した。なお、本研究はJCHO 金沢病院倫理審査委員会の承認を受けている（承認番号：13-03-00）。【結果】ケース群は男性19名、女性6名、年齢 54.4 ± 10.9 歳、介入時のHbA1cは $8.8 \pm 2.3\%$ 、24週後のHbA1cは $6.9 \pm 0.8\%$ とコントロール群と同様に低下した。また、QOLスコアは介入時 61.4 ± 17.6 、24週後 71.2 ± 14 へと有意に改善した。【考察】糖尿病療養指導士による療養相談外来は入院困難な2型糖尿病患者に対して教育入院と変わらない治療効果を生み出し、QOLの向上に貢献できると考えられた。

O-317**がん患者指導管理料3に対する取り組み**

上淵未来、塩塚雄基、守田尚史、藤井浩毅、大岡健太郎、森山彬、浜田政司、藤井憲一郎

JCHO 熊本総合病院

【背景と目的】平成26年度診療報酬改定で、「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」として、がん患者指導管理料1,2,3が設定されたが、特に、がん患者指導管理料3は、病院薬剤師の活動を評価するもので、今後の充実が期待されているものの、課題も多い。すなわち、指導料を算定することに関する同意の取得、プライバシーに配慮した個室の確保、文書による説明、請求回数の6回制限、がん治療の資格を持った薬剤師の配置、外来診療の時間内での情報収集と実施が求められるなど条件が厳しい。そのため、各がん拠点病院ですら、日常業務として行えない状況にある。そのような中、がん患者指導管理料3に対する取り組みを行ったので報告する。【方法】①同意取得：新しく同意を取り直すのではなく、従来のがん化学療法同意取得の際に同時にとれるようにした。②プライバシーの配慮：個室を確保した。③文書による説明：レジメパンフレットを整備し電子カルテ上で出力、保存できるようにした。④薬剤師の配置条件：がん薬物療法認定薬剤師が常駐することとした。⑤情報収集等：カルテ内の必要情報のみを集め閲覧できる場所を掲示板に設定した。【結果】同意取得や、文書作成を簡便にすることで業務の効率化が図られ、掲示板に情報を集約することで、すみやかな情報収集ができ、外来での患者説明がスムーズに行われた。このことから、外来がん化学療法室において、平成26年4月～平成27年8月まで、計215件の診療報酬を行えた。【結語】がん患者指導管理料3に対する取り組みを行い、要件を達成した。今後の課題は、6回の指導をいつ行えば、患者アドヒアランスの向上ならびに、支持療法の充実による副作用の軽減に寄与できるのか、検討していく必要があると思われる。

O-318**くも膜下出血後に人工呼吸器管理となり、末期子宮体癌の診断を受けた患者に対する終末期に向けたチーム医療での取り組み**

辻内名央、大西和彦、遠山真紀、早崎浩司
JCHO 星ヶ丘医療センター

【はじめに】くも膜下出血発症後に人工呼吸器装着となった状態で末期子宮体癌の診断を受けた患者を看取りまでの約2年間担当した。終末期に向けて患者家族と医療者間で意思疎通を図り、チーム医療での関わりを経験したため報告する。【症例】60歳前半の女性。左椎骨動脈解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血にて入院。母血管閉塞により延髄梗塞を来し、意識障害・呼吸障害・重度四肢麻痺を呈し人工呼吸器管理となった。【経過】夜間はCPAPにて管理し、日中のみ離脱していた入院半年後に末期子宮体癌の診断を受けた。本人の希望は食べたい、家族の希望は①呼吸が苦しくないように②食べさせてあげたい、声が聴きたい③家に帰らせてあげたいであった。しかし、呼吸状態の不安定さに加え、次第に腫瘍からの出血による腹部膨満等がみられた。常に家族・医療者間で意思疎通を図り、チームの一番の目標を急変による最期ではなく家族付添いの中で緩やかに最期を迎えることとした。更にリスク管理のもと希望を叶えられる様、呼吸器合併症や褥瘡の予防を目的に呼吸理学療法や病棟と連携しポジショニングの管理を行った。また、外出を目標に週1回のリクライニング車椅子の乗車も実施した。その後、主治医・看護師・PT・ST・MSW付添いのもと月1回自宅へ外出し、覚醒の向上がみられた自宅で口からの呼吸や発声練習を行うことが出来た。終日人工呼吸器管理となった終末期では、腹部膨満の増大や重度の貧血、深部静脈血栓症もみられた。その時期には全身管理についての症例検討会、主治医付添いのもとポータブル人工呼吸器をつけての外出や入浴も行った。【最終転帰】個室の環境で家族に付添われ、呼吸器合併症や大出血等ではなく緩やかに最期の時を迎えた。【おわりに】患者・家族と医療者間や医療者同士の信頼関係を築くことでneedが明確となり、多様な関わりができた。それにより患者・家族内に貴重な時間を作る事が出来たと考える。

O-319

緊急手術でストーマ造設を余儀なくされた患者が受容できるまで

池田佳子
JCHO 九州病院

はじめに ストーマ造設患者はボディイメージの変化や排泄障害のために心理的ダメージははかりしれない。看護介入として、患者の心理的サポートと共に術後の回復過程の援助と排泄行動の変化に伴うセルフケア確立の援助が重要である。入院してくる多くの患者は、手術を決心するまでに、外来で、がん及び人工肛門に関する説明を受けている。田中は「外来での状況から入院までの心の葛藤はまさに、衝撃から防御的退行の時期ととらえることができる」といっている。今回の事例は、突然の腹痛から始まり、急患手術によりストーマ造設を余儀なくされた42歳女性患者に行った看護介入を危機モデルを用いて振り返ったので報告する。経過 Fink の危機モデルは Maslow の動機づけ理論に基づいており、第三段階までは安全のニーズを充足する方向へ、最後の段階は成長のニーズの方向へと向けられている。手術後患者は痛みが強く、まず身体的苦痛をとることを目標に、医師と共に痛みの緩和を中心に援助を行った。同時に、がん専門看護師と協力しながら精神的援助を展開していった。人工肛門に関しては、自身で見える事すら出来ず、ストーマという言葉や言葉を聞くだけで、涙する状態であったため、ストーマの装具交換は皮膚・排泄ケア看護師が実施し、手技が難しくない印象を与えた。毎回1時間以上の時間をかけて話を聞き、信頼関係を築いていった。次第に自身のことだけでなく、今後の治療への戸惑いや家族のことなど患者が話そうようになった。少しずつ受け入れができたことを考えられるようになったと判断し、セルフケアの必要性や今後の生活について情報を与えていき、ストーマケアを自立できた。まとめ・突然の手術で受け入れが困難であっても専門的な知識をもとに働きかけることで効果的な行動変容を起こすことができる。・危機モデルを活用しながら、時期を逸さずに看護介入することが必要且つ効果的である。

O-320

質問紙 SCAQ を用いた関わりによる患者の療養法とセルフケア能力向上への効果的な支援方法の一考察

竹田美樹、吉浪典子
JCHO 東京蒲田医療センター

疾患と折り合いをつけ生活を再構築する慢性疾患患者への関わりにおいて、SCAQ は療養法のセルフケア能力を高める支援方法の一助となる可能性があったため報告する。方法：A 氏、50 代女性、無職。2 型糖尿病、糖尿病網膜症。2 年前から易疲労感、体重減少、視力障害等を自覚したが家族の介護や急死によるストレス症状と自己判断し未受診。今回、糖尿病の精査加療目的で入院となった。診療録、事前面談、SCAQ の結果から支援の分析を行った。倫理的配慮として A 氏には研究の趣旨および個人情報保護について説明し同意を得た。結果：SCAQ の結果、＜健康に関心を向ける能力＞の得点率が 96.0% と最も高く、A 氏の強みと考えられた。A 氏は糖尿病教室に積極的に参加し療養法の具体的な方略を看護師に語ることができていた。A 氏の健康への関心について称賛し、療養法の妥当さを保証し、A 氏の体験の意味付けを尊重しながら糖尿病の知識提供を行った。＜支援してくれる人をもつ能力＞の得点率は 60.0% と最も低く課題と考えられ、＜体調を整える能力＞＜生活の中で続ける能力＞も各々 63.3%、62.9% と低かった。A 氏は、これら 3 つの能力の質問項目の殆どを「どちらともいえない」と回答していた。そこで事前面談のアセスメントを元に質問項目を抽出し、強みと課題について A 氏と再検討した。A 氏から SCAQ の内容を達成できると良いのかと問いがあり、A 氏が自己決定した退院後の療養目標に質問項目も追加し、関わりを終了した。考察：SCAQ を用いたことで A 氏のセルフケア能力の強みと課題を明らかにし、療養法に生かす関わりが出来たと考える。また、看護師のアセスメントと A 氏の自己評価を擦り合わせるツールとして機能し、A 氏の全体像について相互促進的に理解が深まったと考えられる。さらに、質問項目を目標に取り込むことで患者のセルフケア能力を底上げする一助となる可能性がある。

O-321

ターミナル患者と妻への傾聴と受容の効果

宮腰茜、伊藤峰子、加藤美由紀、野呂田新
JCHO 秋田病院

（目的）ターミナル期で不穏になった A 氏と妻の意思を傾聴し受容する事が A 氏の不穏軽減と妻としての役割の達成感に効果があったので報告する。（研究期間）平成 23 年 3 月 9 日から 3 月 26 日（研究方法）研究者が、肺がんターミナル期にある A 氏と妻の意思を傾聴し受容する。（分析方法）看護記録からプロセスレコードに再構築し、樋口の終末期ケアの「開始期」「安定期」「移行期」「臨死期から死別期」の 4 期から分析する。（倫理的配慮）B 病院の倫理委員会の承認を得て本研究は実施した。（結果）「開始期」では、A 氏は不穏状態になり、点滴の自己抜去を繰り返したため、ミトンを着装したが「これ外して」としきりに訴えた。そこで看護師が訪室する度にミトンを外した事で、A 氏の不穏行動は落ち着いた。「安定期」では、呼吸苦痛は軽減し表情が穏やかな日が続いた。A 氏の「ベッドから車椅子に移りたい」との意思と、妻の「夫の希望はかなえてあげたい」との意思を受け入れ、車椅子移乗し日中の活動を促した。「移行期」では、胸部苦痛が増強したが、「手を握る」「身体に触れる」等タッチングを妻と共にこなした事で、A 氏は安心した表情となった。「臨死期から死別期」では、凶吟が多くなり鎮静剤の投与が開始された。妻の「最後まで付き添いたい」との意思を尊重し、聴覚への話しかけを提案すると、「悔いはない。ありがとう。」と語りかけていた。（考察）A 氏と妻の意思を傾聴し受容した結果、A 氏と妻の触れ合いの時間が増え、A 氏の不穏軽減や妻としての役割の達成感に繋がったと考える。また、A 氏と妻の訴えを傾聴した事により、A 氏・妻双方の安らぎや安心感となり信頼関係を構築する事が出来たと言える。

O-322

挿管後の代理意思決定支援に対する看護の役割

三木裕子、田代知美、野呂瀬静
JCHO 桜ヶ丘病院

はじめに 当院は静岡県の中部地区に属し、2 次保健医療圏区域の 2 次救急病院である。静岡県の高齢化率も平成 27 年は 26.9% となり、上昇傾向にある。2013 年の「日本人の年齢別死亡数年次推移」より、死亡年齢で多いのは 75 歳以上が 72%、その内 43% が終末期に意思決定支援が必要であり、さらに 70% は自己判断能力がないというデータがある。（厚生労働省）そして終末期医療においても本人が「延命を希望しない」が 80% でその内「他者への伝達」を口頭で伝えているが 50%、伝えていないが 50%（厚生労働省調）である。急変時に於ける場面では患者の意思を確認する際に意志決定が必要となるが、患者が意思を伝えることができない場合は家族、または近親者がその役割を担う。代理意思決定とは「健康管理に関する判断を自分自身で行うことができない人のために意思決定を行う人」1）とある。そこで当院の挿管症例は意思決定時にどのような意思決定支援がされているか調査を行った。平成 26 年度の 1 年間の挿管患者は 21 名であり、80% 以上が救急外来での挿管症例であった。挿管患者の平均年齢は 75 歳でそのほとんどが CPA での搬送であった。挿管中の日数は 1 日～2 日が 11 名、3 日～5 日が 3 名、6 日～10 日が 5 名、14 日が 2 名であった。21 名中、気管切開 2 名、挿管 2 名、挿管中の死亡 15 名であり、退院 2 名の内 1 名が自宅、1 名は呼吸器装着のまま療養型へ退院となった。CPA 搬送の中には施設からの搬送もあり、搬送時に延命希望の有無の確認書を持参する施設もあるが持参しない施設もあり、持参しない施設は家族への確認を行う。救急外来では患者の多様性、煩雑化、重症度が高い中での意思決定支援は困難な状況である。しかし煩雑化の中でも代理意思決定支援は 1～2 例係わりができた。救急外来での意思決定は第一段階であり、看護師はその後変化が生じる事を踏まえて看護をしていく必要があると考える。今回救急外来で挿管をされた患者が当病棟へ入院し、挿管後の家族の揺れ動く気持ちに対し、どのように看護師として係わり対応したかの症例を紹介する。目的 救急外来での代理意思決定に対し、医療従事者として専門的な情報提供をし、家族と共に本人らしさを考え、納得のできる代理意思決定支援ができる 考察 意思決定支援とは決して挿管する際だけではなく、挿管中、抜管後と、経過に変化があることに援助が必要である。家族が納得できる入院生活を送るためには、揺れ動く心理の変化があることを前提に支援し、専門的な情報提供をすることが重要であると考えられる。引用文献 1) 患者中心の医師決定支援 中央法規 中山和弘 岩本貴

O-323**多職種によるミニ健康教室の試み
～健康意識の啓発と外来時間対策の両立～**佐藤幸子¹、佐野間寛幸²、友松瑠実子²¹JCHO 群馬中央病院 看護師、²MSW

【はじめに】 JCHO の使命には、「地域医療、地域包括ケアの要として、超高齢社会における地域住民の多様なニーズに応え、地域住民の生活を支える」と掲げられている。当院では、この使命に基づき地域住民に健康に関する情報を発信する場として、さらに外来の接遇や待ち時間対策として、院内の12職種が講師を務め多職種でミニ健康教室を開催している。活動から1年を経過した現在、ミニ健康教室に参加した患者・家族にどのような影響を与えているのかをアンケート調査を行い検証してみた。【方法】 期間：平成26年7月～27年10月現在 対象：平成27年9月にミニ健康教室に参加した患者・家族106名（アンケート配布時に無記名のアンケートに同意した者） 方法：1、月曜日から金曜日の午前10時30分にミニ健康教室を開催。2、ミニ健康教室を開催して1年が経過した時点で、参加した患者・家族にアンケートを配布し協力を得る。3、患者・家族の質問項目は、性別・年齢・参加理由・回数・認知度・認知方法・開催時間・内容・希望等についてとした。【結果】 患者・家族のアンケート結果では、性別差では女性が78%と多く参加し、年齢では60～70歳代の参加が70%以上を占めている。参加回数は、初めて67%、リピーター33%であった。参加理由は待ち時間の有効活用が73%、次いで健康教室参加目的が17%であった。待ち時間の有効活用についての質問に対しては、85%の参加者が有効活用できたと答えている。【結論】 1、ミニ健康教室は、待ち時間対策として有効である。2、ミニ健康教室は、地域住民の健康への意識向上に役立っている。

O-324**患者の希望を叶えるために短期間でがんサロンを開設して**木村恵美子、西村拓、縄田涼平、久保田厚子、松永佳恵、益田恵梨、佐藤洋子、山田なみ子、関山好恵、古本たつ子、佐々木功典
JCHO 下関医療センター

現在、当院では緩和ケアチーム、緩和ケア内科外来などを通じがん患者の身体的な痛みを中心に精神心理面、社会的、スピリチュアルな面も含めて対応してきた。しかし、がん患者やその家族においては、医療従事者のサポートだけでは埋められない溝が存在する。近年、この溝を埋めるためにがんサロンを設けている施設が増えている。当院でも必要性を感じていたが、なかなか着手できずにいた。今回ある患者、家族の強い意欲、希望に刺激され、がんサロンを短期間で開設、開催することができたので報告する。40代男性、前立腺肉腫術後再発。本人・妻から「病気に关してさまざまな情報はあがるが、何を信じてよいか、誰に相談したらよいかかわからない」、また「同じ病気の人同士で話せる場所がほしい」という希望を話された。この時点での予後は3か月程度と考えられた。緩和ケアチームを中心に病院運営側と相談。運営側の協力もあり、すぐさま会場の確保、緩和ケアチームがサポートすることへの了承、院内での告知と、短期間で開設することができた。各外来スタッフ、外来化学療法室のスタッフを中心に患者へ呼びかけを行い、準備期間約2ヶ月で開催した。患者・家族を含め7名の参加であった。該当の患者も積極的に発言を行い、患者家族間と交流を深めた。様々な不備はあったが、この患者・家族とも参加でき大変満足されていた。他の参加者からも「同じような人がいるので安心した。」「また参加したい。」などの声があり、がんサロンを開設したことは有意義であったと考える。事前の準備は必要であるが、まずは場を設けてやってみる事も大切であると考えられた。今後も、患者、家族の希望、地域の資源、特性などを考慮し、多様性を認めつつ、患者・家族が主体となったがんサロンの発展、継続を見守りサポートしていきたいと思う。

O-325**精神看護専門看護師の関わりを必要とした患者の継続看護**

平井元子

JCHO 東京山手メディカルセンター

【はじめに】 精神看護専門看護師は、入院、通院に関わらず、身体疾患患者の不安や抑うつ等、精神的な援助が必要な場合、看護師や医師から依頼を受ける。その中には、入院や通院に際し継続して関わった事例があり、その傾向について分析を行った。【方法】 2012年4月から2015年3月までの3年間に、医師・看護師から相談依頼を受けた事例データを使用し、継続して関わった事例を抽出した。【倫理的配慮】 患者情報活用に関し個人が特定されないように配慮した。【結果】 1. 事例数：期間内の新規依頼総数は202例、その中で、該当する事例は18例であった。2. 継続看護＜入院から通院への継続＞入院中に依頼を受けた事例で、退院後、外来受診時に継続して面接を実施したのは11例。内訳は、炎症性腸疾患（以降IBD）患者が8例、婦人科系悪性疾患患者が2例、下痢・るい瘦が1例であった。理由としては、不安や気分の変調（主に気分の落ち込み）に関連する要因として、疾患以外に、職場や家族との人間関係のストレスを自覚していることがあった。外来通院時に継続して関わることは、患者と相談の上、決定した。＜通院から入院への継続＞外来受診時に依頼を受け、入院時にも継続して関わったのは7事例。内訳は、がん患者が5例、IBD患者が2例。がん患者の事例は、外来化学療法を実施していたが、体調の変化で一時的に入院、または状態の悪化で入院した場合であった。依頼の理由としては、治療の効果が上がらない、体調が変化する等の、病状に関連する不安や気分の変調（気分の落ち込みや抑うつ）があげられた。外来での関わり方の経過等を、病棟看護師と共有した。【考察】 継続が必要な事例の傾向として、IBD患者では、疾患以外のストレス要因があること、がん患者では、病状の進行による不安や気分の変調があることが示された。

O-326**患者に合った術前訪問パンフレット改善への取り組み**

山口幸、敷内益奈、福田純子、村野みちよ

JCHO 大阪みなと中央病院

【目的】 A 病院の術前訪問パンフレットは、麻酔別に作成し使用している。しかし統一された指示変更などが追加・修正されず、現状に合わなくなっていた。そこで旧パンフレットの問題点を抽出し、患者に合った内容を記載できる新パンフレットを作成・評価したことにより患者が理解しやすく、統一した術前説明ができたので報告する。【方法】 1. 手術室看護師8名に、術前訪問の現状把握と問題点抽出のため意見交換会とアンケート調査を実施。アンケート調査は、看護師1名が患者5名、合計40名に実施し評価した。調査項目は①パンフレット使用の有無②時間③説明は丁寧か④説明量⑤個々の状況に応じた説明か⑥付け加える説明の有無⑦反応⑧不安の解消は感じたか⑨質問事項 2. 結果より新パンフレットを作成。使用後、同様にアンケート調査を実施し評価した。【結果・考察】 旧パンフレットは、「用紙に不足な説明を追加した」「不要箇所に斜線を引いて説明した」との意見より、新パンフレットには「麻酔導入時、薬液による刺入部痛があります」「術前経口補水開始により入室後に点滴静脈内注射をします」などを追加した。また「動揺歯がある時の義歯装着での入室」「特殊な体位時の説明」など個人に合わせた内容が追加記入できる空白欄を作成した。アンケート調査結果は、旧・新パンフレットの各項目において差は認められなかった。旧パンフレットでの術前訪問は、手術室看護の経験から必要な情報を追加説明していたためと考える。新パンフレットは、患者にとって必要な情報提供ができ、共通認識することで不安軽減にも繋がった。【結論】 1. 新パンフレットは患者が理解しやすくなり、患者の不安軽減に繋がった。2. 新パンフレットは看護師も説明しやすく、内容も統一された。3. 今後は患者の意見も取り入れ、指示変更にも対応できるよう継続したパンフレットの修正が必要である。

一般演題
(ポスター発表)
2月26日金

P-001**全身麻酔における患者入室から麻酔導入までの看護
—患者の疑似体験を通して—**

岡村裕美子、藤原美由樹
JCHO 高知西病院

〔目的〕入室から麻酔導入までの患者の疑似体験を行い、手術室看護師が患者に及ぼす影響を明らかにする。〔方法〕手術室入室から麻酔導入までを3場面に分けて、手術室スタッフ7名が患者役の疑似体験を実施。看護師の声かけ、人数、接し方、ストレッチャーでの移送等について5段階で評価するアンケート結果を単純集計し平均値を算出する。自由記載によって得られたデータは意味内容の類似性によって、分類しカテゴリー化する。〔結果〕病棟ベッドからストレッチャーへの移動の場面では、平均値の低かったものはラクラックスシートによる移動と看護師の人数であった。ストレッチャーから手術室への移送の場面では、ラクラックスシートによる移動と、通路の勾配と段差の平均値が低かった。ストレッチャーから手術台へ移動し麻酔導入までの場面では、医療機器の装着やライン類の確認・固定等を同時進行で行うことについての平均値が低かった。自由記載のカテゴリー分類は、【患者に触れる温度】【患者を取り囲む音】【ストレッチャーでの移送とラクラックスでの移動】【手術室の特殊な設備環境】【担当看護師との関係】【看護師の人数】【看護師の声かけ】【看護師との触れ合い】【作業や処置の同時進行】という9つの大カテゴリーが抽出された。〔結論〕手術室看護師が患者に及ぼす影響は、人数、動作、音、関係性、声かけ、触れ合いであり、手術室の構造や特殊な設備環境、温度も患者に影響を与える。今後の検討課題は、患者にストレスや不快感を与えない看護師の人数となるように調整することと、担当看護師が代弁者になれるように、患者のそばから離れないシステムの見直しである。

P-002**糖尿病手帳に対する意識調査を行って
～糖尿病手帳の活用の仕方考えるために～**

久保由香、坪内美和、池本摩弥
JCHO 高知西病院

〈はじめに〉当院、内科外来では糖尿病手帳を毎回持参してもらい、血液・尿の検査や体重、血圧を記入し、診察を受けてもらっている。しかし、看護師は手帳の活用の仕方など十分な声かけが出来ていないのが現状である。患者は自己管理の為手帳をどのように活用しているのかと疑問に思った。そこで糖尿病手帳についての意識調査を行い、手帳の活用方法や指導に役立てる示唆を得る目的で行った。〈研究方法〉1、調査期間：2014年10月1日～10月31日 2、対象：手帳を自分で管理している糖尿病患者 3、方法：オリジナルに作成したアンケート用紙による調査を実施(直筆回答、一部聞き取り)〈結果〉インスリン療法と、内服治療の人とで比較すると、インスリン療法の方の約4割が「血糖値のみ知っている」と答えた。内服治療の人は、ブドウ糖の携帯率も低く、「手帳を持つ理由」についても「病院で渡されたから」という割合が約半数であった。「手帳を活用できているか」では、両者共に3割が出来ていると答え、出来ていないのは3～4割であった。半数以上が当院受診時だけ携帯しており、他外出時に携帯していないことが分かった。これらのことから、手帳の活用の仕方が、十分に伝わっていないと考えられる。「手帳を読んだことがありますか」「低血糖症状や糖尿病の合併症を知っていますか」の問いに、約6～7割の方は「はい」と答えている。しかし、低血糖症状や合併症を「知らない」と答えた方も1～2割いる。年齢別、手帳を持ち始めた年数別では差がほとんどなかった。全体で見ると、「手帳が活用できている」と感じている人は3割であった。〈まとめ〉①年齢、経験年数、治療方法別に見ても手帳の活用の仕方に差は見られなかった。②手帳を手渡す初期の段階からパンフレットと共に声掛けを行う。③受診時は持参しているため、この機会を生かし、患者と共に見直しを行う必要がある。

P-003**当院における外国人患者受診動態の検討**

佐川えりか、高千恵
JCHO 東京高輪病院

JCHO 東京高輪病院は今年2月から国際係をたちあげ、開設当時から英語及び中国語対応可能なスタッフを専属で配置し、外国人患者の診療サポート全般を行っている。7月からはロシア語対応も可能となっており、タブレット端末を用いて韓国語、タイ語を含め、24時間の対応が可能になっている。我々は国際係開設当時2月からの外国人患者数統計を、それぞれ国籍別、言語別、対応種別、診療科・疾患別、選択理由別、対応時間別にデータ化し傾向を探った。また国籍別では港区に在住する外国人の数と当院患者数を比較検討したので報告する。

P-004**外来待ち時間調査結果の検討**

奥田綾一、長濃佳子、尾崎美智恵、藤田和代、増田祥子、阿部華子、兵頭萌、竹沢亮太、卯呂亜由実、長谷川敏史
JCHO 京都鞍馬口医療センター 患者サービス向上小委員会

【はじめに】当院で毎年実施している「外来患者満足度調査」において「待ち時間が長い」という結果が出ており、病院機能評価でも外来の待ち時間に対して「配慮しているか」が問われている。このような状況下で患者サービス向上小委員会(以下委員会)では、待ち時間に対する各科の現状とその対応を検討するために待ち時間調査を毎年行っているが、今回直近の3年度間の調査結果をもとに考察し報告する。【方法】調査対象は平成25年度からの予約外の内科、整形外科、耳鼻咽喉科と、予約の整形外科、産婦人科、泌尿器科を受診した患者とした。平成25年度719名、平成26年度588名、平成27年度739名が対象となった。外来待ち時間調査表をもとに各科協力のもと調査した。調査項目は8つに分け、その中でも「受付または予約時間から診察開始までの時間」に焦点を当てて年度間で比較検討した。【結果】外来待ち時間調査表の集計より、受付または予約時間から診察開始までの時間は、予約外の内科では年度間で30分ずつ増え続け、整形外科で26年度に40分増え27年度に30分減り、耳鼻咽喉科で26年度に40分増え27年度では横ばい、予約の整形外科では10～20分増え続け、産婦人科で26年度に20分増え27年度に20分減り、泌尿器科では3～8分増え続けたという結果だった。【考察】受付または予約時間から診察開始までの時間を3年度間で比較すると、増え続けている科や増えたが減ったという科もある。予約外の整形外科では対策を講じ病棟や手術当番の先生が応援体制を取り、外来が円滑に回るような協力体制を取る事ができ、平成27年度調査では待ち時間が減少した要因であると考え。【まとめ】今後は、調査結果を全職員が周知し、さらに「待ち時間の短縮」や「待ち時間への配慮」ができるよう協力体制を強化していきたいと考えている。

P-005

地域小児医療充実のための Facebook 活用法

黒崎くみ子、中村明夫

JCHO さいたま北部医療センター 小児科、小児医療研究会

【背景】地域における医療機関の情報は信憑性があるため積極的に伝える必要性があり、その方法として Facebook の活用を推奨されている。【目的】当院では多職種の医療従事者から構成される小児医療研究会において小児の諸問題を議論しているが、その議論した情報を地域へ発信し共有するために Facebook を運用したので報告する。【方法】各専門分野の視点から情報の収集と分析をした。記事内容は地域で流行している病気や頻繁に起きる事故に注目し様々な視点から分析し閲覧者が理解しやすいように具体例を含めて編集した。写真欄は個人情報に配慮し当院イメージキャラクター等を使用したイラストにした。強調した表現や威圧的な表現方法、事故原因について過度の分析は控えた。【結果】投稿内容を病気・事故・予防・健康・その他に分類し「いいね!」の獲得数を集計した結果、「その他」の当院周辺の自然に関する内容が最も多かった。続いて小児医療研究会の紹介や医師からのメッセージ、子育て経験談、医療セミナーへの参加情報となっている。【考察】「いいね!」の獲得数をページのファン数と比較すると地域情報や実体験に基づく情報に多くの支持が得られた一方で医療情報への「いいね!」の獲得数については少なくなっている。これは、事故・予防・健康についての医療情報の内容は決して「いいね!」で判断できない理由から閲覧者が「いいね!」を押せなかったのではないかと考える。【結論】ページのファン情報から育児中の世代への地域情報の発信と共有方法として Facebook の活用は有効。投稿記事に対して支持が多かった内容について今後も充実させる事によりページのファンを増加させ継続的に情報を発信し地域小児医療の充実を実現する。

P-006

術式別原価計算

石垣孝昌

JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】術式別の原価計算を行い、どの術式で収益が多いのか、または費用がかかっているのかを調査し、今後どのような分野の患者を戦略的に増やすことでさらに収益を上げられるのか、医療材料や薬剤の価格交渉をどの品目に集中して実施することで効率的な経営ができるのか等の判断材料にしたい。【対象】2014年4月から2015年3月までの手術室で実施した全手術を対象とした。【方法】実施術式ごとに収入(主・従術式点数+麻酔+検査+処置+償還薬剤+償還診療材料)から支出(非償還薬剤+非償還診療材料+人件費+委託費+減価償却費)を控除し、全実施手術ごとに手術による利益を算出した。薬剤費と診療材料費は納入価による計算を行った。光熱水道費は手術室単独で抽出できなかったため計算に含んでいない。看護師は患者が手術室へ入室してから退室まで、麻酔科医師は麻酔開始から終了まで、執刀医・助手は手術開始から終了までの時間を人件費算出の元にした。【結果・考察】整形外科・呼吸器外科の術式で収支が大幅にプラスになるものがあり、地域の診療所との連携を図ることなどで戦略的に特定症例の患者を増やすことができないか検討したい。手術室の利用率は年間を通して60%弱の状況である。単純計算で利用率が1%増えると約1千万円の利益増となる。手術室の利用率向上は必須である。償還できる診療材料のうち償還価格より納入価が高い材料は重点的に価格交渉の実施や別材料への見直しを検討したい。【問題点】今回の計算方法では人件費・委託費・減価償却費を手術時間で按分しているため手術時間の長い例ではマイナスになる例がみられた。また、経験のある医師の方が人件費が高いため、同手技の手術であっても利益率が低く算出される傾向があった。

P-007

腎機能低下時に注意すべき薬剤のデータベース化

松尾典良

JCHO 宇和島病院

【はじめに】2012年に、当時勤務していた調剤薬局において、内服・外用薬を対象にした腎機能低下患者に対する薬学的管理を支援するソフトを作成した。そのソフトを6か月間運用した結果、腎機能低下時に注意の必要な薬剤の処方されている患者をあらかじめスクリーニングした薬学的管理は、従来から行われてきた個々の薬剤師の能力に任せた薬学的管理よりも有用性が高いことを見出し、日本薬剤師会学術大会にて報告した。今回、勤務先が当院へ移動したことに伴い、当ソフトを部門システムから抽出した患者・処方データに接続し稼働できるよう改変した。【方法】ソフトは、マイクロソフト社 Access2010 を用い作成した。腎機能低下時に注意の必要な薬剤情報は、日本腎臓病薬物療法学会が一般公開している「腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧」を参考にした。今回は病院での使用となるため、注射薬の情報も加えた。部門システムから処方・患者データを抽出するソフトの作成は、業者に依頼した。【結果】①腎機能低下時に注意の必要な薬剤が処方されている患者ごとに、腎機能に応じた用法用量の一覧が表示・印刷できる。②部門システムから電子的に処方・患者データを出力するため、患者ごとに処方を入力する必要がある。【考察】ソフトを利用することで、一定の基準で腎機能低下のある患者への薬学的管理が行うことが可能になった。しかし現状では、最新のCr値等の検査値から腎機能低下患者を選定することができないため、患者ごとに検査値を確認する必要がある。当院では、平成28年に電子カルテの更新を予定している。その折には、電子カルテからCr値等の検査値を抽出することで腎機能低下患者を選定することが可能になると考えている。そこへ当ソフトを対応させれば、腎機能の低下がみられる患者のみに対する注意すべき薬剤の一覧を作成することが可能となる。今後、これらが実現するよう取り組んでいきたい。

P-008**医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）に対する取り組み
～DVT 予防用品に着目して～**

三宅多恵子
JCHO 九州病院

【目的】九州病院は、年間約 8000 件の手術がおこなわれている急性期病院である。周手術期は弾性ストッキングや間欠的空気圧迫法（フットポンプ）を使用し、DVT 予防に努めている。近年、医療関連機器圧迫創傷（以下 MDRPU）の報告が増加し対応が急がれている。当院でも 2012 年 MDRPU が 72 件あり、そのうち DVT 予防用品による MDRPU が 36 件であった。そこで看護部褥瘡対策委員会がチームを結成し、取り組んだ結果を報告する。【方法】2013 年度に DVT 予防用品使用時における院内での MDRPU 予防対策の調査を実施した。その結果、各部署統一性のない予防対策を行っていることが分かった。そこで、皮膚・排泄ケア認定看護師と共に DVT 予防用品使用時における院内での MDRPU 予防対策のマニュアル作成と DVT 予防用品使用時の看護記録の改訂を実施。マニュアルは各部署への周知を図り、改訂した看護記録用紙は、術前に患者個々のリスク判定を行い、周手術期を通して各部署共有して使用できるように作成した。合わせて DVT 予防用品の使用方の説明会を実施し、2014 年度はマニュアル、看護記録について各部署にて理解度を確認した。【結果】2012 年度の DVT 予防用品による MDRPU の発生件数は 36 件、2013 年は 17 件、2014 年は 13 件であった。理解度の確認はテスト形式で行い、前期は正答率 88.9%、後期は 93.2%であった。【考察】DVT 予防用品による MDRPU の発生状況を把握し、リスク評価や観察及び予防対策を統一したことで発生の軽減ができた。また、スタッフへの教育を繰り返したことで、DVT 予防用品使用時の MDRPU への予防の意識づけが高まった。今後も DVT 予防用品を含めた MDRPU に関する予防対策について、活動を継続したい。

P-009**手術時手洗い方法の見直し
～現行法とウォーターレス法の比較検討～**

城野加奈、野口ひろみ
JCHO 久留米総合病院

【はじめに】2002 年 CDC ガイドラインよりウォーターレス法（以下 WL 法）が推奨されているが、当院での手術時手洗いは、抗菌性スクラブ剤と速乾式擦式手指消毒剤を用いて行う、ツーステージ・サージカル・スクラブ法（以下現行法）で実施している。しかし、看護師・医師間での手術時手洗い手順や時間が異なり、現行法が有効なのかと疑問に感じた。そこで WL 法導入を検討し、有効な結果が得られたので報告する。【対象】手術室看護師 11 名・医師 20 名【期間】平成 26 年 10 月から平成 27 年 2 月【検体採取方法】手洗い直後の利き手を滅菌寒天培地で採取し、48 時間培養を行う。【分析方法】 χ^2 乗検定とスチューデントの t 検定を行う。【経済効果の比較】現行法と WL 法にかかる費用の算出【導入方法】医師・看護師に学習会を行い、手洗い場にポスターを掲示した。手洗い時に個人へ手順・手技を指導した。【結果】現行法の手洗い時間は、平均 4 分 45 秒であり、菌陽性が 5 検体。WL 法の手洗い時間は、平均 3 分 39 秒であり、菌陰性は 0 検体。2 群間の検定結果は、 $P = 0.015$ ($P < 0.05$) となった。また、現行法の菌陽性検体と菌陰性検体の手洗い時間の比較検定結果は $t = -2.42$ ($t < 0.01$) となった。1 回の手洗い費用は、現行法 348.6 円、WL 法では 37.4 円となった。この結果を手術運営委員会で報告し、WL 法を導入した。【考察】手術時手洗い方法を検討し、WL 法が細菌学的な指標で問題なく、費用対効果も得られた。そして WL 法が簡便であることもあり、スムーズに導入することができたと考える。しかし、アルコール過敏症の人には、現行法を継続していくが、手順・手技の見直しが必要である。【結論】・統計的に現行法より WL 法が、手順の習得も簡易であり有効であった。・アルコール過敏症の人に対して、現行法の手洗い方法、手順を見直していく必要がある。

P-010**オムツ交換手順を病棟で統一する為に
～感染管理ベストプラクティスの活用～**

金子佳純¹、石村幸子¹、松下梨恵¹、成田亜希子¹、後関義之²、星野智子²、小山田恭子³
¹JCHO 船橋中央病院 看護部 5H 病棟、²感染認定看護師、³東邦大学 看護学部

【はじめに】当病棟では接触予防対策が必要な患者が常時入院している。今回、日常的なケアのひとつであるオムツ交換時の手順の統一を目的にオムツ交換時のベストプラクティス（以後ベスプラとする）を作成し、導入した。導入後の現状を調査し改定したことで、より実践的なベスプラの定着が図られたので報告する。【研究方法】当病棟看護師 30 名に対して、①ベスプラの自己評価②導入半年後に研究者による観察型他者評価③遵守率が低い項目に対する質問紙調査【倫理的配慮】F 病院の倫理規定を遵守し、特に観察時の患者のプライバシーや羞恥心に配慮する。【結果】23 項目の自己評価中「体位を横に向ける際に患者に触れない（6a）」「手袋交換時の手指衛生の実施（8a2）」の 2 項目が低く評価された。観察による他者評価では、6a は 80% が実施できるようになっており、8a2 は 10% 程度の改善に留まった。さらに、他 3 項目でベスプラ遵守率が低値を示した。質問紙調査では遵守できないとした理由に時間の短縮のためと 76% が回答したが、ベスプラの改定は必要ないと 56% が回答した。手袋脱に関して手指汚染の実感がないと 40% が回答し手指衛生に対する理解が低いことがわかった。【考察】清潔不潔を理解した行動についての理解にばらつきがあるため、根拠を踏まえたケアのために、手指衛生と手袋交換のタイミングをベスプラで明示し、共通理解し実施することで、統一した接触予防対策が図られると考えられる。【今後の課題】ベスプラ遵守の為の啓蒙と定期的な監査の実施を行い統一した感染予防対策が継続できるように活動していきたい。

P-011**高齢者の姿勢変形に対応した仰臥位での褥瘡予防肢位の検討**

銭本修己、佐田孝治
JCHO 下関医療センター

【目的】本研究の目的は、体圧の直接測定に基づき、高齢者の姿勢変形に対応した最適な仰臥位での仙骨部褥瘡予防肢位を明らかにすることである。【方法】対象は、要介護・要支援高齢者 27 名。測定には体圧測定装置 CONFORMat を使用し、仰臥位で以下の肢位における仙骨部体圧を測定した。1) 仰臥位 (A)。2) 膝関節と足関節にタオルを挿入した肢位 (B)。3) 下腿部に枕を挿入した肢位 (C)。4) 大腿部と下腿部に枕を挿入した肢位 (D)。5) 大腿部と下腿部に枕、膝関節と足関節にタオルを挿入した肢位 (E)。5 種類の肢位において 30 秒間体圧を測定し、その最高値を指標とした。5 指標の差異を計測・解析した。【結果】対象者の年齢は平均 87.6 歳、身長は平均 147.2cm、体重は平均 43.1kg であった。各肢位の測定値結果は、A は 97.4 ± 34.2mmHg、B は 95.9 ± 32.7mmHg、C は 87.1 ± 29.6mmHg、D は 63.4 ± 18.8mmHg、E は 65.4 ± 16.1mmHg であった。各肢位における仙骨部体圧の比較について、D、E は A、C に比し体圧が有意に低かった ($P < 0.05$)。A、B、C 間と D、E 間それぞれにおいて有意差はみられなかった。【考察】D、E は A、C に比し仙骨部体圧が有意に低く、D、E 間に有意差はみられなかった。従って、仰臥位における仙骨部の除圧には、大腿部と下腿部での圧分散が最も重要であり、膝関節と足関節での除圧効果は期待できないことが判明した。従来、褥瘡予防では、身体と支持面の隙間をなくし接触面積を増やすべきと言われていた。今回の研究における新発見は、膝関節での体重支持に褥瘡予防効果はなく、逆に阻血性圧迫や、常に屈曲方向への力が働くことにより関節拘縮発生の危険因子となりえる。仰臥位での仙骨部の除圧には、大腿部と下腿部で圧分散させる肢位が最も適しており、関節部における圧分散は避けるべきである。

P-012**JCHO 若狭高浜病院付属老健施設における感染性腸炎のアウトブレイク事例**

野田学

JCHO 若狭高浜病院

2015年2月、JCHO 若狭高浜病院付属老健施設にて感染性腸炎のアウトブレイクが発生した。その経過と今後の対策を報告する。【経過】2015年2月12日（発生1日目）午前1時に1階入所者1名がトイレにて嘔吐したのをきっかけにし、13日（2日目）朝までに1階入所者5名、2階入所者8名、職員4名に嘔吐や下痢の症状が見られた。同午前、対策会議を実施し、1階フロアの隔離、家族面会の制限、リハビリ・レクリエーション等の集団活動の停止、入浴の停止、通所リハの停止、食器等のディスポの使用などの措置を取った。また、若狭健康福祉センター（保健所）、地区事務所への報告を行い、若狭健康福祉センターによる立ち入り調査が行われた。同午後、14日（3日目）、16日（5日目）にも対策会議を開いた。14日（3日目）以降も新規患者が発生し、2/17（6日目）までに1階入所者9名、2階入所者10名、職員7名の計26名に症状が見られた。2月23日（13日目）、院長より終息宣言が出された。【課題】・最初の嘔吐者の吐物処理にノロセットがあるにも関わらず使用されていなかった。・感染拡大防止に対する施設としての速やかな集団行動（集団リハ、食事）の制限の基準がない。【再発防止策】・日常勤務で嘔吐・下痢時は、季節に関係なく次亜塩素酸の使用を徹底するために定期的に吐物処理、オムツ交換の実演を実施する。・集団活動の制限の基準を策定。突然の有熱者（37.5℃以上）が3名以上、また同日嘔吐者2名以上の場合はフロア隔離を行う。【まとめ】今回、最初の職員の対応が、毎年嘔吐時の対応の勉強会を行っているにも関わらず、ノロ対応セットを使用していなかったことがアウトブレイクの原因としてあげられる。職員の認識の甘さ、怠慢があったように思われる。引き続き職員対象に勉強会を実施し、対応の徹底をはかしていきたい。

P-013**5S 看護部プロジェクト活動報告**

外園文代、宮原寛子、久保由美子、松木香奈枝
JCHO 九州病院

[はじめに]5Sは、整理・整頓・清掃・清潔・躰の5つを基本柱としている。安全で快適な環境で業務を行うための思考を培い、医療の質の向上をめざし、病院全体で平成20年より活動を開始した。毎年スローガンを決め、部署ごとに活動し、年末に成果発表会を行うことで活動を深めてきた。[活動内容]看護部では、「異動したスタッフが迷わず安全に業務ができる」という目的で、平成24年に看護部プロジェクトチームを発足した。病棟により異なる物品配置は、戸惑いと時間のロスを生む。動線を考え、整理方法を工夫し、病棟、外来の環境統一を進めた。平成25年度は、「文具、処置物品の定数見直し」をテーマとし、不良在庫を削減できた。また関連物品が一度に取り出せるよう収納場所を統一した。さらに安全環境を目指し、各部署の救急カートの上においていた物品配置を見直し、緊急時にカートの上で作業できるスペースを確保した。移動式心拍モニターのコード類は、絡まないように束ねて、使い易く、見た目も美しい収納の工夫を行った。平成26年度は、全体スローガンが「Next Stage 5S ～更なる安全環境を目指して～」であり、MEセンター、施設整備のスタッフとのコラボレーションを行った。各病棟のパソコンやPHSの充電器をはじめ、複雑なタコ足配線の現状を打破し、掃除を行いやすく、防災面にも配慮した配線整備を行った。そして平成27年度は、感染予防の観点からICT（感染管理チーム）と処置用フゴンについてコラボレーション中である。[まとめ]これらの改善活動は、仕事の効率化だけではなく安全で快適な環境を提供する事に繋がった。多職種とコラボレーションすることで、専門的な知識と技術で安全に配慮した活動が行えた。また、部署を超えた活動は、連帯感や新しい発想を生み出し、有意義な活動となった。

P-014**血液疾患患者に対する転倒予防 血液内科病棟の転倒予防に対する看護の実態調査**

藤原由布子、國重麻衣子、田淵美穂
JCHO 神戸中央病院

<目的> 血液疾患患者は治療開始時には日常生活が自立しているが、治療に伴い、ふらつき等が出現し転倒リスクが高くなる。看護師が血液疾患患者に対してどのような転倒予防策を実践しているのかを明らかにし、今後の課題を見出す。<方法> 血液内科病棟に勤務する看護師13名に模擬患者（65歳、多発性骨髄腫、男性、化学療法後骨髄抑制が起きている状態）に対し転倒予防をどのように実践するかについてインタビューを実施した。<分析方法> インタビューをもとに逐語録を作成しKJ法を用いて転倒予防を表す部分を抽出し、コード化を実施した。<データ収集期間> 20XX年1月～5月末<結果> インタビュー調査の内容から①患者の転倒リスクをアセスメントする②転倒予防のための環境整備③転倒予防のための指導④血液疾患の患者特有の個別性のある転倒予防⑤チームで転倒予防を図る⑥患者・家族と信頼関係を築くという6つの看護介入を抽出した。<考察> 血液疾患患者は入院時には日常生活動作が自立している患者がほとんどであるが、治療による汎血球減少に伴う貧血、発熱、クリーンルームへの隔離などから転倒リスクが高くなる。患者心理としては、看護師を呼ぶことへの躊躇、自尊心、「一人で動ける」という思いなどから、自分が転倒するかもしれないという実感が無いことが考えられる。看護師は患者が治療経過を理解できているか確認し、治療前から治療に伴う副作用や体力の低下が原因で転倒リスクが高くなることを説明する必要がある。また、患者の心理を理解した上で、患者自身が転倒予防行動を取れるよう教育的指導を行っていくことが大切である。指導を効果的に行うためには、一方的に説明を行うだけでなく、普段からコミュニケーションを密に図り、信頼関係を築くことが大切である。

P-015**外来看護における看護業務の実態調査 ～5日間のタイムスタディを通して～**

岩戸ちずる、犬童絵里子、岩水志津子
JCHO 相模野病院

平成22年度看護協会業務委員会より、「外来看護における看護の専門性の発揮に向けた課題」が発案された。外来での相談・指導などのスキルが不足している実態があり、外来での看護職の役割の明確化と人的資源管理が不可欠であると言われている。そのことから当院の外来看護の実態と看護業務量調査を実施し、現状を把握し課題を明らかにすることを目的とし、外来看護師自身が業務実態を記録するタイムスタディ調査を実施した。その結果、看護業務の上位は全ての科で共通しているものは診療補助、診療処置介助であった。その他には問診・点滴・注射の実施・外来手術患者の介助と手術室申し送り・物品補充・翌日準備等であった。日常生活指導は全科で低い結果であった。日常生活指導は業務の中で診療処置介助の一環と捉え、看護支援と認識していない事が推察された。また調査結果内容から、翌日準備に時間がかかっていることから業務整理の必要性が示唆された。

P-016**JCHO 若狭高浜病院における介護員・看護補助者の身体拘束に関する意識調査**

諸江由紀子
JCHO 若狭高浜病院

1.はじめに当院は、一般病棟、療養型病棟に加え、老健施設を併設している。認知症高齢者の割合は増加の一途であり、中には、安全のための規制が守れず、身体を拘束されるケースも少なくない。これらの認知症高齢者のケアにあたっているのは、看護師、介護福祉士、介護員、看護補助者などで、資格の有無や種類はさまざまである。有資格者は、基礎教育で「倫理」については履修済みである。しかし、それ以外の職員は、それぞれどのように考え、対象の安全と尊厳を守りながらケアにあたっているのか。地域に選ばれる病院であるためには、すべてのスタッフが高い倫理観を持ち、ケアにあたることが求められる。病院としては、そのための環境をととのえる必要がある。そこで今回、基礎教育を経ずに医療・介護の領域で勤務することになった職員の、身体拘束に関する意識調査を行った。そして、それと、勤務する部署の特殊性や、一緒に勤務する有資格者の意識との関連を知り、今後の院内教育を考える上での示唆が得られたので、ここに報告する。2.研究目的 JCHO 若狭高浜病院における介護・看護補助者の身体拘束に関する意識の特徴を明らかにし、所属する部署の看護師・介護福祉士のそれとの関連について知る。3.研究方法 1) 研究対象：JCHO 若狭高浜病院の全看護・介護職員。2) 調査方法：質問紙法（半構面面接）3) 倫理的配慮：本研究で収集したデータは、研究の目的以外には使用しない。また、本研究への参加・不参加は自由であり、途中で参加を辞めても本人の職務上の不利益にはならない旨を説明し、同意を得た方のみ協力いただいた。4.結果基礎教育を経ずに医療・介護の領域で勤務することになった職員の、身体拘束に関する意識には部署ごとの特徴があった。それは、勤務する部署の有資格者と類似していた。部署や資格の有無にかかわらず、身体拘束に関しては、「抵抗を感じつつも人手不足でやむを得ない」というジレンマを抱えている者が多かった。

P-017**体内異物遺残防止対策としての器械カウント用紙改訂の取り組み**

高橋さゆり、平形美穂
JCHO 仙台南病院

【目的】手術時、体内に異物を残さない為の業務改善評価と新カウント用紙の作成【方法】平成25年9月から平成26年10月まで、看護師8名を対象とし、カウント用紙作成前後で半構造的インタビューを一人20分程度実施し、カウント用紙の使い勝手等を質問し、内容を単純集計と類似性をカテゴリ化し質的帰納的に分析した。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を受け、対象者に研究の目的、方法、参加の自由や途中辞退の権利、プライバシーの保護を文書と口頭で説明し書面にて承諾を得た。【結果】A病院では長時間手術の際、鋼製小物190点、ガーゼ200枚、針類178点、タオル6点、血管テープ6点、合計580点の器械が使用されており、そのうち術中追加物品は43%を占めていた。一回目のインタビューで《書き込み欄のスペースが狭い》《名称手書き作業が大変》《種類別に整理されていない》の3つのカテゴリが抽出された。【考察】1回目のインタビューではカウント用紙の書き込み欄は66%が小さいと回答し、術中追加物品が増えると欄外にはみ出し、手書きの記載作業が大変であることが明らかとなりカウントエラーにつながると考えられた。そのため、新カウント用紙は、使用物品を種類別に整理し、使用頻度の高い器械や針類の名称を全て印字し、一部記入方法を変更した。2回目のインタビューでは、96%が書き込み欄のスペースが大きくなったと回答し、欄外にはみ出す不具合は解消された。針類の印字については、100%が使いやすくなったと回答しており記入方法の工夫により、清潔野の針の数量が一目瞭然となった。また、新カウント用紙の術中追加物品数が21%削減され、カウント用紙の改訂は有用であったと考える。

P-018**PNS 導入による時間外労働、投薬関連インシデント削減の効果**

鍛冶佳美、谷之美根里、須磨悠子
JCHO 金沢病院

【はじめに】A病棟では、恒常的な時間外労働、投薬関連インシデントの多発、知識不足や技術が未熟な状態で看護ケアを提供することによるデメリットが生じていた。そこで、モジュール型看護方式からPNSに移行した。本調査で、PNS導入前後のインシデントの件数と内容を比較、および看護師の意識調査からPNS導入の効果と課題について知見を得たので報告する。【方法】PNS導入前後6か月間の平日日勤の時間外労働時間、インシデント件数と内容を調査比較した。また、病棟看護師にアンケート調査し、自由記載記述部分をカテゴリ化した。【結果】1. 導入前の時間外労働時間数は合計443.6時間、導入後は279時間であった。2. インシデント件数の合計は導入前59件、導入後47件であった。投薬関連は導入前発生16件に対し、導入後は17件であった。そのうち、PNSを行っている日勤帯の発生は2件であった。それ以外は夜間または休日に発生した事例であった。3. PNSを導入して、良かった点は、【安全の提供】【同時に複数の業務を実施】【記録の担保】【リーダー機能の確立】【先輩からのスキルの伝承】【連帯感の誕生】と6つのカテゴリが抽出された。課題として、【リーダーの育成】【先輩看護師の負担軽減】【記録・看護計画の充実】【カンファレンスの充実】が抽出された。【考察】PNS導入後は入院患者数、病棟稼働率共に上昇しているが、時間外労働時間数が減少した。PNSではタイムリーなダブルチェックにより、投薬関連のインシデントが減少した。また、ペアで受け持つことにより、協力・補完しあい、看護の質の担保と効率化につながったと考える。今回のアンケート調査から先輩看護師の負担軽減として、効果的なリシャッフルや、リーダーの強化等の課題が示唆された。

P-019

慢性呼吸不全地域連携バス作成への取り組み

岩田裕子¹、笠井昭吾¹、大河内康実²、亀山和代³、山口良子³、石川知子⁴、中村矩子⁴、吉田政人⁵、山本美由紀⁶、佐々木秀果⁶、中野一実⁶、日下生玄⁷
¹JCHO 東京山手メディカルセンター 総合内科、²呼吸器内科、³看護部、⁴薬剤部、⁵理学療法部、⁶事務、⁷百人町診療所

はじめに：当院では、現在、地域連携バスとして脳卒中バス、大腿骨頸部骨折バスが運用されているが、これらは病病連携を主とした連携バスである。2015年度の取り組みとして、病診連携の推進を目的とした慢性呼吸不全地域連携バスを作成、2016年度からの運用を目標とした。背景：当院の立地する新宿区百人町＝大久保地区は、都会新宿の中でも昔ながらの住宅街、都営住宅が多く、高齢化率が高い。慢性呼吸不全の診断と治療方針の決定を行う事は、ニーズが高いと考えた。方法：作成にあたっては、医師主体ではなく、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、事務員（医事課・メディカルクラーク）など多職種でワーキンググループを結成、更に家庭医にも加わってもらい、それぞれの立場の視点、知見を活かし、地域のニーズをより反映したバスの完成を目指した。成果：短期入院の上、慢性呼吸不全の原因となるCOPDや間質性肺炎の病状を評価し治療方針を決定、服薬・吸入指導などを行い、呼吸法の指導を行う。必要時には在宅酸素療法の導入を行う。安定期は家庭医が治療を継続し、急性悪化時には当院で入院も含めた緊急対応を行う。DPCコスト的にも適正な地域連携バスが完成した。今後2016年度より運用開始予定である。

P-020

大腿骨頸部骨折地域連携バスの退院調整を病棟で行うことでもたらされた効果

大橋恵、辻野美帆、水上朋子、田中理恵、馬淵まりえ
JCHO 中京病院

はじめに 当院整形外科では大腿骨頸部骨折を対象とした地域連携クリティカルバス（以下、連携バスとする）を活用し、回復期11病院、維持期30施設と年間130件程運用している。この連携バスの急性期在院日数の定義は14日以内であるが、当院平均在院日数は25.4日であり、DPCⅡ～Ⅲ期であった。当院の連携バスにおいて在院日数が長引く要因について調査した結果、様々な問題点が明らかとなり地域連携室での改善を求めている。しかし、地域連携室のオーバーワークがあり、その要因を解決できずにいた。そのため、2014年6月より連携バスの退院調整を病棟で開始し、そこでもたらされた効果について報告する。結果・考察 病棟で退院調整を開始し平均在院日数は15.7日となり、DPCⅠ期での転院の大幅な増加を認めた。しかし、回復期病院での在院日数に変化はなかった。これは急性期で短縮した入院日数分、患者は早く家に帰るようになったことがいえる。さらに、適切な時期に回復期病院へ転院することで、日常生活機能評価の改善も図れる結果が出た。本来、地域連携室で行うべき退院調整を病棟で行い、通常業務に加え、退院調整の業務の増加が新たな問題となった。しかし、退院支援の視点で患者や家族と関わりあうことの重要性を認識し、病棟看護師として常に在宅復帰を見据え、「地域医療に基づく退院支援」について学びを得るチャンスになった。おわりに 連携バスの退院調整を通して地域医療との顔の見える連携作りを始めているが、地域の方に選んでいただける病院であるために、看護師がもっとベッドサイドに行き、患者に寄り添える環境を整えていきたい。そして、在宅医療・介護保険に関する知識不足から、退院後の生活に不安を抱えている患者家族に対し、的確な助言が出来るよう病棟看護師の退院支援能力向上を図り、患者家族にとって満足度の高い退院支援につなげていきたい。

P-021

当院における大腿骨頸部骨折地域連携バスの運用状況と退院転帰先による在院・術後日数の検討

成宮久詞¹、山崎隆幸¹、宮腰真¹、黒田和美²、滝野哲也³
¹JCHO 金沢病院 リハビリテーション科、²地域連携室、³整形外科

【はじめに】当院では回復期病院との円滑な連携を行うことを目的に、大腿骨頸部骨折地域連携バス（以下、地域連携バス）を運用している。一方で、近年の介護を取り巻く環境が変化し、退院転帰先によっては地域連携バス適用例以外で在院日数が短い例が散見されている。そこで、当院の地域連携バスの運用状況と退院転帰先による平均在院・術後日数の差異の有無を調査、検討した。【対象】平成23年7月～平成27年3月の間に当院に入院した大腿骨頸部骨折患者110例（バス適用群32例、非適用群78例）。【方法】地域連携バス適用の有無と退院転帰先別に、平均在院・術後日数を集計し、有意性の検討は対応のないt検定を用い、有意水準は5%未満とした。倫理的配慮に関してはヘルシンキ宣言に準じて、被験者の秘密保護に十分配慮して実施した。【結果】バス適用群の平均在院/術後日数は40.7±13.7日/32.4±13.2日、非適用群で39.9±17.5日/31.1±17.2日となり、2群間に有意差は認められなかった。退院転帰先別では、バス適用転院と比して非適用転院、自宅、有料老人ホーム等、介護施設等の各群との間に有意差を認めなかったが、有料老人ホーム等への退院群で、バス適用転院群より平均在院日数が3.7日、平均術後日数が4.3日短い結果であった。また、全体の60%の患者が入院前と同様の居住地へ退院または転院していた。【考察】当院における地域連携バスの運用は、対象患者の将来的な在宅復帰を目標に、連携病院へ円滑に転院を行う上で効果を発揮していると考えられる。退院転帰先別では、バス適用群に比して有料老人ホーム等への退院群の在院、術後日数がやや短い結果となっており、これは患者個別の社会的事情等によるケースが散見された。以上のように、患者背景や受傷前の居住地等が平均在院・術後日数に影響する可能性があると考えられるため、リハビリテーションや退院調整を行う際に考慮すべき一要因になると考えられる。

P-022

急性期混合病棟における在院日数90日を超える要因

中村真衣¹、陳内俊子¹、岩田恵美¹、古田麻依子¹、杉本里穂¹、松波茜¹、田上佳代²、久門容子³
¹JCHO 星ヶ丘医療センター 7階病棟、²外来、³JCHO 下関医療センター

1. 研究目的 急性期混合病棟である当病棟では、退院支援システム構築後も在院日数90日を超える患者がいる。早期から計画的な退院調整を行うために、90日を越える患者の要因を検討したので報告する。2. 研究方法 対象者：在院日数90日を越えた患者35名 方法：院内の退院支援スクリーニング票、病棟スタッフおよび文献より項目を抽出し、それをもとに対象者のカルテより後ろ向き調査を実施した。3. 倫理的配慮 本研究の実施と公表については院内の倫理委員会の承認を得た。4. 結果 患者側の特徴としては、複数疾患がある患者は97%、感染症に罹患している患者は65%、複数回の手術を受けている患者は65%であった。入院前の日常生活状況は、77%の患者に介護が必要で、入院後に再評価した結果、81%に増加していた。91%の患者が自宅から入院し、60%が入院前の場所に戻ることを希望していたが、45%の患者の家族は在宅療養に不安があり、新たな療養先を希望していた。医療者側の特徴としては、退院後の環境の見直しを必要としたケースが81%であるが、全体の40%は家屋の状態を把握できていなかった。また、70%のケースにMSWが介入していたが、合同カンファレンスは30%しか実施できていなかった。5. 考察 急性期混合病棟における在院日数が90日を越える要因は疾患や家庭の状況、治療の進行為様々であるため、早期より情報収集し、患者、家族、医療者、地域を含めた合同カンファレンスの開催が必要であることが明らかとなった。6. 結論 在院日数90日を越える患者側の要因としては「感染症」「疾患が複数」「1回以上の手術を受けている」「日常生活に何らかの見守り・介助が必要」「退院後の環境の見直しが必要」「患者・家族の意見の相違」が挙げられた。また、医療者側の要因としては、患者・家族・医療者間で退院に向けた目標を共有する場の調整やそれに必要な情報収集をすることが不足していたことが挙げられた。

P-023

副看護師長の立場から考える受け持ち看護師の役割 —退院後訪問から見てきたこと—

金田司、植野里美、筒川美智、福田由紀子、下野富美代
JCHO 神戸中央病院

＜目的＞当院はJCHOの指針である地域完結型医療を目指し、継続看護の推進を挙げ活動している。受け持ち看護師の役割として、看護計画を立案しシームレスに退院や転院が行えるよう退院支援に日々取り組んでいる。今年度、地域医療との連携の評価をするため、退院後訪問を行った。地域で生活する患者を自らの目で確認することにより、入院中からの退院支援の在り方について振り返る。＜方法＞1. 退院支援を実施した患者の退院後訪問を4部署で実施 本人・家族・介護支援専門員・訪問看護師などから退院後の生活に対する思いを聴取 2. 入院中からの看護計画や退院支援についての振り返り・評価 ＜結果＞受け持ち看護師として退院後に本人が望む生活を叶えるため、予測される生活・介護上の課題を考え退院調整を行ってきた。しかし、退院後訪問を通して、患者が在宅で生活していくには、入院中の関わりで得ていた情報だけでは不足していた。＜考察＞今までの退院支援は、患者を取り巻く社会資源を活用することに焦点が当てられていたため、情報は病院から地域への一方通行であった。しかし、地域で生活する患者と関わりのある訪問看護師・介護支援専門員等からの情報がより患者の生活に密着しており、二つの情報を合わせることで、治療・看護を受ける患者の生活に合った退院支援となる。また、入院中から退院後に患者をサポートしていく人達と一緒に、退院時のゴールを設定していけるような意見交換の場を作ることが受け持ち看護師の重要な役割である。受け持ち看護師の役割としてサポートする人達との情報交換や退院後の生活に必要なアセスメントが行えるよう、受け持ち看護師育成の研修を企画していく必要がある。

P-024

退院支援看護師の活動の実例

一條智子、北村洋子
JCHO 京都鞍馬口医療センター

平成26年度より退院支援システムを導入し、退院調整看護師1名と各部署に退院支援看護師を1名から多い部署では3名配置している。入院1週間以内に退院支援が必要な患者を選定し、医師、医療福祉相談員と情報共有し、退院支援計画書を作成している。昨年度の退院支援計画書作成件数は100件強であった。作成後は受け持ち看護師が退院アセスメントシートや退院に向けた看護計画を立案し、看護実践をしている。また1週間に1回、退院調整看護師と退院支援看護師、医療福祉相談員による退院支援カンファレンスを実施し情報や退院支援の方向性を共有している。情報の共有においては、看護記録とは別に、各部署内で情報を共有するシートなどを作成し、カンファレンスに必要な情報をタイムリーに書き込み、誰でも現状を把握できるように工夫をしている。退院支援システムの充実に向け、退院支援看護師を対象に、月1回の退院調整会議による全体的な問題点やシステムの調整、在宅での入浴介助の実例などを体験する在宅看護研修会、訪問看護師に同行した在宅患者への訪問、他職種と連携し退院前カンファレンスの参加や、ADL・家屋評価のための退院前訪問などを実施している。このような取り組みの中で退院支援看護師は入院中だけでなく在宅での生活を見据えた継続看護への意識が高まり、医師とともに終末期の患者の在宅訪問を行うケースなど実践にもつながってきている。退院支援システムを導入して1年、医師や病棟看護師が退院支援の必要性を判断し依頼が増えてきているが、依頼のタイミングが遅い、患者の生活を把握する情報収集不足などの課題がある。病棟の退院支援看護師は、患者や家族の思いを確認しながら、地域へ帰るために必要な支援をアセスメントし、退院調整看護師や医師、他職種と連携しチームで支援していくことが必要である。

P-025

緩和ケア病棟における看護師の役割を考える —在宅復帰を果たした一事例を通して—

田中淑子、平井雅子
JCHO 湯布院病院

【はじめに】当院の緩和ケア病棟はリハビリテーション（以下リハ）を全員の患者に提供し、可能な限り在宅での生活を目指し、退院した後も体調に合わせていつでも入院できる体制をとっている。今回、左尿管がんと診断され、血尿や尿閉を呈した患者の在宅へ向けての援助を経験したので報告する。【事例】A氏 90歳代 女性 独居 二人の息子は遠方に在住疾患：左尿管がん cT 4N 2M0 膀胱腫瘍 PT2 以上 2013年～うつ病の治療中本人・家族ともに手術を拒否し、当院の緩和ケア病棟に入院となった。入院当初から在宅療養の希望があり、在宅に向けて調整を図る事とした。独居生活は本人や家族の不安が強く、話し合いの結果、遠方ではあったが一時退院時の協力を得られる事となった。退院の3日前に、尿閉やコアグラなどの排出、排尿時痛が出現したため泌尿器科受診し、バルンカテーテル挿入の状態となった。状態が変化した中で在宅生活を送ることに「退院は延期しようか？」という言葉も聴かれたが、長男の協力を得られる時期に制限があることや、退院の時期を逸する可能性があったため、訪問看護を導入し、膀胱洗浄や緊急入院の必要性の判断などがタイムリーに出来る状態になっていることを本人や家族に説明し、安心して生活が送れるように関わり退院となった。1週間後再入院されたが、A氏からは「息子との濃い時間が過ぎて儲けもんでした」と息子たちとの密な時間を過ごせた事に笑顔が見られた。【考察】退院の3日前に病状が悪化し、退院を見合わせるべきか迷ったが、本人や家族の不安を減らすために訪問看護の導入や新たに必要になった管理面の指導など細かく行うことで、患者やかそくの満足できる在宅での生活を実現することができた。今後も患者が望むそのらしい生活が出来るように他職種や地域と連携して患者を支える事が看護師の役割だと考える。

P-026

退院調整シートを利用した情報共有の有効性について ～スムーズな退院調整のために～

入枝芳枝、湯浅歩
JCHO 千葉病院

2025年の超高齢社会に向けて、厚生労働省は地域包括ケアという概念（構想）を提唱している。地域包括ケアとは“高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、地域の包括的な支援・サービス提供体制を構築すること”といっている。地域包括ケアとしての支援・サービスを提供するために、当院では平成26年度より、地域包括ケア病棟が開設された。その中で当病棟の特徴（急性期病棟）を踏まえると、退院支援・退院調整が重要となる。しかし現状では、患者の意思の確認が遅れたり、家族の意向の確認を怠ったり、ケアマネジャーの有無、介護保険の申請の進行状況がわからなかったりと、退院支援・退院調整に関わる体制が整っているとはいえない。そこで、地域包括ケアの理念である、患者の状態や希望に応じた場所で療養生活が出来るように、スムーズに退院支援・退院調整を行うためには、まず病棟内で情報を共有できるようにすることが必要と考えた。具体的には、がん医療のOPTIMで使用されていた、退院支援・調整ツールを参考に、当病棟の状況に合わせて改変した退院支援・退院調整シートを使用して情報共有をすすめた。この結果、退院調整シートを使用したことで、退院支援・退院調整に必要な情報を効率的に抽出し、整理することができた。また関わるメンバー全員が退院支援・退院調整の経過がわかるようになった。患者・家族の状況によって、退院調整シートの使い勝手はさまざまであり、現在使用している、退院調整シートもまだ完成形には至らない。しかし、今回退院調整シートを使用したことで、病棟スタッフが退院支援・退院調整に関心をもって、患者・家族に関わることができるようになったことで、一定の成果が上がったと考える。

P-027**地域包括ケア推進に向けた「ゆふいん・食連携チーム」の組織化**

木本ちはる、木村暢夫、後藤菜穂子、田中まゆみ、梅尾さやか
JCHO 湯布院病院

【はじめに】2025年問題に向けて地域包括ケア推進が具体化されてきた。当院は脳卒中患者を中心に摂食・嚥下リハビリテーションに取り組んできた。2014年、経管栄養で入院した患者の転帰は在宅10%、老健施設24%、病院47%であり、各施設間の食に関する連携は事例を通して展開するものの、その場の支援にとどまり、線の視点を持った地域ぐるみで患者を支えるシステム作りは不十分であった。今回、「食連携の推進」を目的に町内の病院、福祉施設等が集まり研修会を開催した。施設間の抱える問題を共有し、地域ぐるみで問題を解決していくための指針を検討したので報告する。【方法】Y町内にある病院、福祉施設等に研修会の目的を説明し同意を得た後、研修会を開催した。2015年7月に開催された研修会のGWにおいて明らかになった食に関する問題について検討し今後の活動指針を検討した。【結果】Y町内での食事の形態、とろみの濃度、呼び名、カロリー設定、補助栄養の種類など統一されたものではなく退院調整時には情報が整理されていないため時間を要し、その評価も不十分であった。GWで検討された問題では1)アセスメントの知識不足、2)低栄養、認知症、肺炎などの合併症管理、2)治療方針の決定、3)食事介助、リスク管理、4)口腔ケアの実践技術、5)食事形態、名称のばらつき、6)連携に必要な情報用紙や人的交流の不足などがあがった。【考察】地域包括ケア推進が叫ばれる中、食の連携の必要性は認識しているものの、施設間の抱えている問題を共有できず、具体的なイメージが不十分なまま、支援していることが明らかになった。今後は地域全体で病院や施設を支援し継続できる実践力、ネットワークづくりが重要である。当院はリハビリテーションの実績からY町の嚥下のコンサルテーションの役割を担っている。施設間の垣根を低くし、現場に出向く、顔の見える交流を強化したシステム作りを目指していきたい。

P-028**地域連携における栄養サマリーの作成と運用**

山田善昭¹、池田美奈子¹、岸岡ゆり²、栗田佑紀菜²、鹽井愛子³、横山貴美江⁴、田中千恵⁵、田中香依⁶
¹JCHO 大阪みなと中央病院、²愛港園、³第二愛港園、⁴港晴寮、⁵多根第二病院、⁶ザイオン

＜背景＞目的＞港区内では、病院、特別養護老人ホーム等の施設の栄養士による栄養士部会があり、月に一度、情報交換及び地域住民を対象としたイベントを行っている。平成23年に報告した「地域連携における食事形態一覧表作成について」では、各施設の食事形態の名称と食事内容を明確にしたが、看護（介護）サマリーでは、転院する個人の食事内容の詳細な部分までは把握できなかった。そこで、より詳細な食事内容の情報を退院先の施設へ提供できるよう、今回、栄養士部会で話し合い、統一した栄養サマリーのフォーマットを作成したのでその内容と運用を報告する。＜方法＞運用の方法を記載する。当院では地域連携室より、施設へ転院する患者情報をもらい、その後サマリー作成を行っている。現時点ではサマリーの郵送は行っておらず、サマリーの内容を転院先へ電話連絡し伝えている。今後は、看護サマリーと同封し郵送または施設の職員へ手渡しできる方法へ変更する予定である。＜考察＞施設から当院に来る際は救急なことが多いので、情報提供が遅れる。・栄養士部会に参加している6施設間での運用となっているので、他の施設の場合では運用できていない。・急な退院の際は情報提供が遅れる。・現時点、郵送ができていないので、電話連絡で詳細を伝えている。今後これらの点につき検討の必要がある。

P-029**アシスト入院取り組みの実践報告**

北田美奈子、森田靖子、元島仁弥、米倉道仁、吉川健治
JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】当センターでは、大阪府在宅重症難病患者一時入院事業の一環として、平25年2月より神経難病患者を中心にレスパイト（以後アシスト）入院の受け入れを開始し、平成27年8月までに延べ66件（実人数21名）を受け入れた。受け入れ目的「医療処置、医療機器を利用しながら在宅療養している重症度の高い、神経難病患者とその家族を支援する」が、達成できているか取り組みの効果を実態調査より考察する。【研究方法及び研究期間】研究方法：カルテから属性及び内容を後ろ向き情報収集する。研究対象：平成25年2月から平成27年8月に入院された延べ66件の患者及びその家族【結果】入院延べ66件、実人数21名であった。一人の利用回数は、最大10回で2回以上の利用は14名（67%）であった。入院依頼者は、ケアマネージャーが34件（48%）だった。利用回数の多い疾患は、多系統萎縮症、ALS、進行性核上性麻痺、パーキンソンであった。ケア内容は、人工呼吸器4名、吸引9名、注入9名、酸素5名、膀胱留置カテーテル5名と、医療依存度は高かった。家族の支援は、予定外の電話連絡5件、予定外の来院4件で、それ以外は、退院時の迎えの来院であった。物品の不足や使用機器のトラブルに至った事例はなかった。【考察】具体的な効果として、2回以上利用する患者が21名中14名であったことは、患者自身が入院中に自宅で受けていたケア環境を提供してもらえたことを実感できた結果であり、患者支援につながった。また、物品の不足や機器のトラブルがなかったことは、入院前に必要な情報を家族から収集できていたためである。家族の予定外の面会や電話連絡は全体の13.6%と低く、家族の支援として、日頃の介護から一定の期間離れることができ、来院することなく過ごせる時間が確保できた。【結果】アシスト入院の取り組みは、家族・患者の支援に効果を認めた。

P-030**認定看護師による地域医療機関に向けた研修の実践報告**

林由規彦、大石勝美、石濱慶子
JCHO 星ヶ丘医療センター

目的：JCHOの使命は、地域医療への貢献である。当院はJCHOに移行する以前より、地域医療支援病院として、近隣地域や医療施設との連携を促進してきた。その取り組みの一つとして、認定看護師（以下CNとする）による、地域医療機関に向けた研修（以下公開研修とする）を実施している。公開研修は、①地域医療支援病院のCNとして地域医療に貢献する②CNとしてのスキルアップの2点を目的としており、4年目を迎えた。今回3年間の取り組みを振り返り、今後の公開研修の在り方について検討した。現状報告：当院看護部には、H24年度より、「特定領域において優れた知識や技術を持つ人材を活用し、質の高い医療を提供すること」を目的として、Advanced Practice Nurse センター（以下APNセンター）が設置された。現在APNセンターには、CNが11分野20名在籍し活動している。公開研修は、APNセンターの活動として、平日夕刻、1～2時間で行っている。初年度は1回実施し、参加施設は22施設、参加者は45名だった。H25年度は7回、延べ44施設106名参加、H26年度は9回、延べ131施設202名の参加だった。対象も当初は看護師を対象としていたが、現在は介護職や看護助手を対象とした研修も実施している。考察：施設数、参加者数ともに増加しており継続参加の施設もあるため、公開研修は地域医療機関のニーズに見合っており、一定の評価を得ることができていると考えられる。看護師を対象とした研修は様々な機関で実施されているが、介護や看護助手などを対象とした研修は少ないことや、時間帯を夕刻に設定しているため、勤務終了後に参加できることも、参加者が増加している要因と考えられる。結論：APNセンターで実施している公開研修は、地域医療機関のニーズに見合っており、継続する意義のある取り組みである。

P-031**多職種連携における現状と課題**

梅原里実
JCHO 湯河原病院

当院の診療圏内周辺地域の高齢化率は、2015年現在35%を超え、2040年には47.7%と推計されている。つまり、今後ますます高齢者の医療が必要になることが予測されている。このような地域においても喫緊の課題である。また、JCHOの理念を鑑み当院の果たす役割は大きいと考える。しかし、この多職種連携強化を図るうえで当院は、交通の便をはじめ急な坂の上にある立地条件の問題や、専門職不足の問題がある。また地域においては、縦割り政策における制度の隔たりをはじめ、必要なサービスの不足、職種間のコミュニケーション不足など、当院や地域を取り巻く現状の中での課題が多く存在している。これらの課題に対して、これまで地域医療連携室は顔の見える関係づくりを強化し、スムーズな医療連携を図るためにシステムを変更するなどの取り組みを行ってきた。また、その中で当院に対する役割期待が大きいことが分かった。院内の連携に関しては、病院付きの訪問看護をおこなっており、多職種連携を図りながら利用者を増やしている。今後、地域の将来像を支えるには、特に24時間対応できる訪問診療や訪問看護が必要であり、取り組むべき課題の一つと考える。

P-033**地域特性を生かした連携室業務の見直しについて**

田村むつみ、加藤由香、中村成一郎、小島恵美子、島津弘江、小沼久美、石原司
JCHO 山梨病院

JCHO 山梨病院は、甲府駅西方600mに位置し救急告示病院（2次救急）である。当院1km範囲内に救急告示病院が当院を含め4施設あり医療提供の激戦区である。「だれでもいつでも気持ちよく安心してかかれる病院」を基本理念とし、患者増を目標に職員一丸となり取り組んでいる。地域医療連携業務は地域関係機関との連携強化にあるが、一般的に明確に規定されているものはなく社会の変動や診療報酬改定に伴ってその活動は流動的であることが特徴としてあげられる。したがって社会の動向や近隣の病院の変化を掴み、今当院ができることは何かを考えていくことが不可欠な要素となる。その役割を大きく担う部署として、日頃の業務の中から「院内連携なくして地域連携はあり得ない」ことに気づき、まず院内の体制づくりを行い、次いで院外の連携に関する業務の見直しを行った。院内体制では連携室に配属される職員の職種構成を考慮し医師1名、看護師2名、ワーカー3名、事務員1名の構成をもって平成17年地域医療連携室が院内に本格的に設置された。今回連携室業務の見直しの中で①スムーズに受診につなげるための院内システムの構築として開業医からの受診依頼と施設からの受診依頼の窓口の明確化②連携強化のための他機関訪問実施③逆紹介率の向上として長期投薬患者の開業医紹介・検査後の報告書と紹介状記載の徹底④年4～5回の地域連携研修会について、これらの見直しと強化を行った。その結果受診依頼に対する返答の時間短縮が図れるなど、当院の機能的役割である急性期病棟と地域包括ケア病棟が効率的に運用できるようになり、地域における当院の特色を明確に示すことが出来るようになった。今回これらの取り組みの詳細と今後の課題について報告する。

P-032**かかりつけ薬局に対する患者および保険薬局の意識調査**

長谷川真美、新屋和馬、佐々木秀美
JCHO 神戸中央病院

【目的】厚生労働省は、「かかりつけ薬局・薬剤師」をもつことをすすめている。各医療機関前の保険薬局で薬を貰っている患者の重複投与などについて、現在お薬手帳がどの程度活用されているか、また、患者の健康をサポートする上で、益々重要となる服薬指導について、保険薬局が抱えている問題点を把握するためにアンケート調査を行い、今後、当薬剤部が薬業連携として協力できることを検討する。【方法】①かかりつけ薬局・薬剤師について簡単に説明を記載したアンケート用紙を門前の6薬局に配置し、患者にお薬手帳の活用や今後の要望などの調査を行った。②神戸市北区の全保険薬局の薬剤師に対しても、服薬指導の現状とかかりつけ薬局・薬剤師に関する問題点についてアンケート調査を行った。【結果】①患者に行ったアンケートでは、薬をどこでももらいたいのかの問いに病院の中か病院のそばと答えた患者は75%以上となり、かかりつけ薬局を決めることが難しいということを示唆する結果となった。②保険薬局の行ったアンケートでは、服薬指導時間は5分との回答が最も多く、お薬手帳はほぼ持参が約30%で十分に活用できていない。服薬指導を行う上での検査データの必要性については、90%以上の薬剤師が必要と感じており、特に血糖値や腎機能値の情報を求める結果となった。【考察】お薬手帳は、アプリなどIT化が神戸市内でも試行されているが、北区保険薬局薬剤師の3割しか賛成していない。患者情報源として暫く手帳が使用されることより、当院退院時には薬歴情報のお薬手帳への一層の充実を図り、患者へもお薬手帳の活用を薦めたい。保険薬局への検査値データの情報提供については、要望を踏まえながら当院としてどこまで公開することができるのかシステムのにも検討課題である。

P-034

地域に向けたがん看護研修会への取り組みと今後の課題

須崎了子、川上ゆみ、宮川まゆみ、松本恵里子
JCHO 天草中央総合病院

【目的】当院は病床数155床の地域密着型の一般病院で、県指定のがん診療連携拠点病院である。地域におけるがん看護の質向上に向けた取り組みとして、平成23年度より他施設の看護師を対象に、がん分野認定看護師によるがん看護研修を実施している。この取り組みの評価を行い、今後の課題を明らかにする。【方法】研修は過去3年間で計11回開催し、研修終了時の質問紙調査結果を分析した。質問紙調査は独自に作成し、内容は新たな知識の獲得度、満足度、実践への活用度など5段階自己評価、選択式回答、自由回答とした。【倫理的配慮】対象者に目的、方法、個人情報保護を口頭で説明、同意を得た上で無記名アンケートとした。【結果】研修受講者は延べ265名であった。40才代、経験年数11年以上の参加者が最多であった。有効回答率は100%であった。肯定的評価の割合を2011年、2013年、2014年の年度毎に記すと、新たな知識の獲得度は、96%、100%、100%、満足度は76%、97%、97%、実践への活用度は76%、93%、100%であり、高評価に加え、年度毎に上昇傾向を示した。「事例を通じた内容で分かりやすかった」、「他施設の看護師の意見が聞けて学びになった」、「経験する機会は少ないが実践に活かしたい」などの意見も多かった。要望としては、多職種連携や事例検討に関する意見があった。【考察】本研修は受講者の知識向上と満足につながった。がん4分野の認定看護師の多角的視点での講義や事例紹介、グループワーク（GW）など内容は受講者のニーズに概ね合致しており、がん看護の機会の少ない看護師からも高い実践への活用意欲を引き出し、地域のボトムアップにつながった。地方において自地域のがん看護の質向上には、認定看護師を活用した研修会を開催することは効果的であり、今後も多職種による講義や最新情報、看護実践に役立つ事例検討、GWなどニーズに応じた研修の継続が必要である。

P-035

がん化学療法におけるラダー教育へ向け
～組織変革へのアプローチ～

宮原希、島井美保子
JCHO 熊本総合病院

【背景】当院では、JCHO スタートに伴って、がん化学療法看護を円滑に行うためにクリニカルラダーシステムを導入し、マニュアルをラダー別へ変更する必要性を感じた。今回、がん化学療法に携わる病棟での指導の統一と安全・確実な実践を目的に、ラダー別に到達目標と評価表・指標を作成し、がん化学療法看護の教育の整備を行った。【方法】1. 化学療法に携わる病棟看護師を対象に聞き取り調査を行い、現状把握と問題点の抽出。2. 既存のがん化学療法マニュアルをラダー別に到達目標を設定し、評価表・指標の作成と運用マニュアルの整備。3. 統一した指導を行うために、副看護師長に個別研修を開催。【結果】聞き取り調査の結果、既存のマニュアルでは統一した教育が出来ていないなどの問題点が明らかになったと同時に、ラダー別に到達目標や評価表・指標を作成し変更したことで、自己・他者評価を行うことができ、相互の到達度に違いがあることがわかった。また、実践リーダーである副看護師長を対象に研修会を開催、実践・指導について周知することで教育の統一ができ、看護師の知識・技術の向上に繋がった。【考察】臨床現場では、継続教育を専門とする看護師の存在が必要とされ、がん化学療法看護認定看護師も臨床現場での継続教育を期待されている。部署の問題点の抽出と明確化を図ることで、継続看護の方向性を再認識でき、がん化学療法看護実践の育成と向上への変革の動機づけとなった。さらに、評価表や指標を基に副看護師長へ指導を行い、ラダー教育の統一の整備ができた。【結論】ラダー別の評価表と指標を作成したことは、看護実践を振り返る機会となり、個人の成長だけでなく、看護部の目標達成と医療の質の向上につながると考える。今後も、多職種との連携を図り、がん化学療法を安全・確実に提供するための継続したアプローチを行い、質の高い看護の提供を目指す。

P-036

外来看護師へのキャリア支援への取り組み

中村啓子
JCHO 中京病院

少子高齢化、慢性疾患患者の増加、医療の高度化、在宅医療やチーム医療の推進などにより、外来医療や看護は変化している。医療技術の進歩により、日帰り手術やがん化学療法などの高度な治療を外来でも受けることができる時代となった。このような変化により疾病を持ちながら、地域で生活する患者が増加し、長期にわたる外来での継続治療など外来における医療・質の高い看護を提供する必要性が高まっている。当院の外来点滴ルーム／外来化学療法室は30歳～62歳、20名の看護師で構成されており、大半が結婚・出産・子育て中で多くのライフイベントを抱えた看護師である。そのため、時間の制約や時短業務、時間外での勉強会への参加が困難な状況もあり、看護師としてのモチベーションの向上や自己の課題達成が困難な場合がある。しかし一方で、経験豊かで、臨床判断能力や実践技術なども持ち合わせている。これらの状況より、外来看護師の“個を尊重”し、能力開発・人材育成に取り組むことは看護師長として果たすべき役割であり、外来看護師たちの将来の自己実現、モチベーション向上と働きがいを持つことができれば、支援を行なったことで報告する。【目的】看護師のキャリアニーズを把握し、個々の看護師への支援を考察する【方法】目標管理シートおよび独自に作成した「看護師としての強み・弱み・将来像」を基に支援を行なう

P-037

当院におけるがん患者リハビリテーションの現状と課題

酒井翔太、山崎隆幸、江村匠史、松林京子、成宮久詞、吉田駿
JCHO 金沢病院

【目的】当院リハビリテーション（リハ）科では平成26年8月よりがん患者リハビリテーション（がんリハ）を開始している。がんリハ実施状況に関する調査を行い、現状と今後の課題を検討した。【方法】平成26年8月から平成27年7月までのがんリハを実施した109名の入院患者を対象とし、カルテ情報から患者の年齢、性別、原発巣、リハ開始時の病期別分類、治療法、入院からリハ開始までの日数（リハ開始日）、在院日数、転帰、ADL（リハ開始時、退院時FIM点数）を調査した。ADLについては、治療法により手術群、化学療法（ケモ）群、補完代替療法（代替療法）群、緩和ケア（緩和）群の4群に分類し、Wilcoxonの順位検定を用いてリハ開始時と退院時のFIM点数を比較した。有意水準は危険率5%未満とした。【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に準じ、個人情報特定できないよう十分配慮した。【結果】原発巣は消化器（63%）、呼吸器（24%）が多かった。治療法はケモ36%、手術29%、代替療法20%、緩和15%であった。平均リハ開始日は10.3日、平均在院日数は43.0±34.5日であり、リハ開始時の病期別分類は維持的リハ55%、回復的リハ34%、緩和的リハ6%、予防的リハ5%であった。転帰は自宅61%、転院12%、死亡27%であり、在宅復帰率は68%であった。FIM点数は手術群で97.7±22.6から111.9±24.2に改善した（p<0.05）。ケモ群と代替療法群ではそれぞれ99.3±27.1から85.8±43.2、68.8±28.5から61.5±36.3となり差がみられなかったが、死亡例を除いた場合は、ケモ群、代替療法群ともに改善がみられた。緩和群はリハ開始時80.4±15.8点であり、16例中15例が死亡退院となっていた。死亡29例中緩和的リハを行ったのは18例（62%）であった。【考察】手術群のADLは改善したが、術前の予防的リハは不十分であり、今後の課題と考えられた。死亡例に対し緩和的介入を行った割合は6割程度にとどまり、緩和期に入ってから介入方法にも課題があると考えられた。

P-038

当院における脊髄損傷教室の取り組み

島袋尚紀、小渡麻理子
JCHO 星ヶ丘医療センター

星ヶ丘医療センター（以下、当院）のリハビリテーション部では、脊髄損傷のリハビリテーション治療の中核を担っている。1965年以降に脊髄損傷者のリハビリテーションは開始され、受傷から自宅や社会復帰までの病院完結型リハビリテーション治療が行われていた。しかし、2000年の医療制度改革を契機に、当院は回復期リハビリテーション病棟が新設された。それに伴う入院期間の短縮により、全ての脊髄損傷患者が病院完結型のリハビリテーション治療の維持は困難となった。また、病気の合併症や随伴症状への理解不足や対処方法がわからない患者、障害に向き合えない患者もいた。そこで、当院では脊髄損傷患者の自宅や社会への復帰、障害の受容の一助となるべく脊髄損傷教室（以下、脊損教室）を開催した。脊損教室の運営は、理学療法士と作業療法士、看護師、ソーシャルワーカーを中心に実施している。脊損教室の講義内容は、整形外科医による脊髄損傷の概要、泌尿器科医による排尿障害、皮膚排泄ケア認定看護師による排便障害や褥瘡予防、理学療法士による除圧指動作指導等についての講義を行っている。また大阪頸髄損傷連絡会の会員を招き、当事者団体におけるピアサポートを実施している。参加人数は、時期により入院者数が異なるため、患者や患者家族を含め10名から15名程度が参加されている。脊損教室の参加後は、合併症・随伴症状についての理解を深め、脊損教室で学んだ対処方法や介助方法を実施する患者や家族が増え、患者だけでなく家族も障害と向き合う場面を見受ける。また、脊損教室を通して参加者同士が交流し、症状の共有や他者の障害を理解され、ピアサポートの形成も行えている。一方、運営においては、入院時期により患者の損傷レベルは異なるため、随時プログラムの再考と開催時期や開催回数の検討を実施している。

P-039当院における口腔ケアの現状
～口腔ケアマニュアル作成に向けて～

橘瞳¹、中西裕恵²、本多美希¹、杉本奈那子¹
¹JCHO 金沢病院 リハビリテーション科、²看護部

【目的】口腔内には多数の細菌が常在しており、口腔内の乾燥や食物残渣により繁殖し誤嚥性肺炎の原因になりやすく、毎日の口腔ケアが重要である。現在、当院の病棟で行われている口腔ケアは看護師によって方法が様々である。充実した口腔ケアの提供を図るため、口腔ケアマニュアル導入の要望があった。マニュアルの作成に向けて、病棟看護師で行っている口腔ケア状況と当院で実施している口腔ケアラウンドの周知率の把握を目的にアンケートを実施した。【方法】調査対象は当院病棟勤務看護師全員を対象とし、筆記式のアンケート調査を行った。【結果】口腔ケアラウンドの周知率35%であった。日常業務6項目の中で口腔ケアの優先順位は5番目が最も多く39%であった。口腔ケアの必要性について、「できればしたくない」50%であった。口腔ケアが「十分に行えている」0%、「ますます行えている」41%であった。一人の患者に行う口腔ケアの回数は「3回/日」81%、1回あたりの口腔ケアの所要時間は「1～3分」92%であった。1回の口腔ケアで1番長かった所要時間は「5分」と「10分」が共に33%であった。業務が多忙な時の口腔ケアは「忘れずに実施」6%、「時間を短縮して実施」50%、「すぐには実施できない」44%であり、すぐに実施出来なかった時の対処として、「時間が空けば実施」70%、「実施せずに終わる」30%であった。手技で不安になった際の対応としては「他の看護師に聞く」65%であった。口腔ケア時の悩みに関して「口腔ケアの方法」44%、「使用する道具」42%であった。【考察】口腔ケア1回に要する時間は少ないが、日常業務の中での優先順位が低く多忙な時、口腔ケアを実施せず終わる割合が30%を占めるということが明らかになった。今後、口腔ケアの必要性の理解、マニュアル導入や口腔ケアラウンドの周知による個々の患者への口腔ケア方法の充実化を図っていきたいと考える。

P-040

救急外来のトリアージにおける看護師と窓口業務との有効的な連携

田中智恵美、属浩子、菅井雅子、清水公世美、石合綾子
JCHO 徳山中央病院

【背景】当院では2012年からERでのトリアージシステムを導入し、その後もトリアージシステムの強化に努めている。【目的】救急受付の事務職員教育など、事務手続きレベルでのシステム改善によりトリアージ時間を短縮できるかを検証する。【倫理的配慮】データは全て個人が特定できない形で収集し、データ、解析結果は本研究のみでの使用に限定した。【研究方法】救急受付の事務職員に対して緊急性の高い症状をキーワードとして提示し、緊急性が高いと感じられた場合にはすぐに看護師に連絡するよう教育を行った。また、問診票もトリアージ票と一体化し、迅速なトリアージが行えるよう改善した。事務との連携前の2か月間（2013年2月、8月）と、連携後の1か月間（2013年12月）で受付からトリアージ実施までの時間を比較、検証した。【結果】連携前、連携後に独歩来院患者はそれぞれ2295人、1027人で、トリアージ実施率はそれぞれ47%、48%であった。連携前後の独歩来院患者のトリアージ時間を比較したが統計学的な有意差はなかった。連携後、電話トリアージを除く直接来院患者のトリアージ率は86%でありトリアージ実施までの時間が6.5分～9.5分と短縮された。【考察】事務との連携を改善した事で、事務職員の視点に変化し、トリアージ時間の短縮につながったと考える。緊急患者・重症患者を有効的な連携で早期に対応することが出来たが、全ての患者にトリアージは不可欠でありトリアージシステムの再構築、トリアージナースの意識改革と質の向上が今後の課題である。

P-041

チーム医療の中の看護補助者として必要なスキル

小野寺千夏、鈴木恵里、木根内めぐみ、鶴薪文香
JCHO 仙台病院

【はじめに】日本看護協会が提示する基本的な考え方を参考に、教育企画として看護補助者に対する研修会が企画されている。看護補助者の知識・技術の習得を目的に年12回の講義が開催されており、研修会には必ず全看護補助者が参加している。看護補助者は半年から1年毎にローテーションを行っており、業務内容に関しては、患者搬送、シーツ交換が大半を占め、配置部署によっては食事介助や清拭、オムツ交換、入浴介助を行っている。私たちは基礎知識だけでなく、より専門的な知識・技術を高めたいと思い、昨年度は院内で決められた基礎研修の他に、自分達が知りたかったことを題材に安全で正確なリフト体重計での測定方法について等の勉強会を自ら企画・開催した。多くの経験を積み重ね、仕事に余裕が生じ、見えなかった物が見えてくるようになり、自らの仕事の優先順位を考え行動できるようになると考える。昨年度勉強会を実施し、積極的に学ぶことで食事介助や入浴介助等を頼まれるようになるなど、仕事の幅が広がり、看護補助者のモチベーションアップにも繋がった。しかし、業務を行う中で聞いただけで覚えた気持ちになり、参加して満足していたりしているのではないのか等の疑問が浮かんだ。【目的】看護補助者に求められる役割と必要なスキルは何か、現状を調査し報告する。【方法】看護補助者22名に質問紙調査を実施【結果・考察】昨年度勉強会を企画・開催し、褥瘡予防用具の管理、患者移乗、ME機器取扱いの注意点、感染対策などの題材は全部署で業務に活かしている。しかし、実践する機会が少ないものは記憶に残りにくいことが分かった。看護補助者としての必要なスキルを高める為には、全員が同じ内容の研修を受けること以外にも、個々のレベルに応じたテーマ別の教育を専門職者に依頼し実施する必要があると感じた。

P-042

誤嚥性肺炎を減らすために嚥下口腔委員会を発足して

三輪穂子¹、正司佳久¹、小林誠¹、大黒剛士¹、南知江¹、山本紗季¹、池田敦子¹、北村さやか¹、柿本由利子¹、北川裕美¹、坂倉可奈子¹、坂井朱里¹、藤元栄輔²

¹JCHO 金沢病院附属介護老人保健施設、²歯科口腔外科

【はじめに】施設において利用者に安全かつ、おいしく食事を取っていただくことは重要なことであるが、誤嚥性肺炎、窒息といった問題も浮上してくる。誤嚥性肺炎による入院は利用者にとって廃用症候群や認知症の進行をもたらす、施設にとっては空きベッドの増加という事態を引き起こす。当施設でも、誤嚥性肺炎を予防することは重要であると認識しながらも取り組みとしては不十分な状況であった。そこで、嚥下・口腔ケアに関する、職員の意識・技術向上、他職種間の連携を深めるために平成24年度嚥下・口腔委員会を発足した。発足から4年経過し、これまでの活動を振り返り、反省点や、今後の展望について報告したい。【委員会の概要】委員会は月一回、デイケア、各療養棟の看護師及び介護福祉士と、栄養士、言語聴覚士で実施。そこでハイリスク者をピックアップし、そのケア方法や食形態、姿勢などに関して解決策を話し合っている。歯科医連携の窓口としても活動しており、月一回、歯科医とラウンドしている。また、口腔チェックリスト、職種間連絡票の作成と実施、嚥下や口腔ケアに関する勉強会などを行ってきた。【現在の状態】発足から4年経過し、誤嚥性肺炎は徐々に減少の傾向にある。高リスク者について、スタッフ間で問題点を共有することで、意識的な対応ができたことが良かったと思われる。また、職員から言語聴覚士に相談されることも増え問題意識も高まってきたと思われる。一方で、チェックリストや連絡票は職員の業務負担から途絶えがちになっており、また、食後の口腔ケアの統一も足踏み状態となっている。【今後の課題】4年間を振り返り、委員会の目的は個人では達成出来たが、施設全体としてはまだ改善の余地があると痛感している。全職員に浸透させるには口から食することの大切さを深く理解してもらうことと、利用者のケア方法をより簡便かつ確実に共有できるシステムの構築が不可欠と思われる。

P-043

合併症予防に向けた登録リウマチ看護師の取り組み

藤井紘子、土屋京子
JCHO 湯河原病院

【はじめに】関節リウマチの治療には、生物学的製剤やステロイドなどが使用されるため、免疫力が低下し細菌性・真菌性などの呼吸器系の感染症を合併しやすい。看護師は、生活上の注意点や服薬指導を随時行っていたが、期待する指導効果が得られない事例を体験した。そこで、登録リウマチケア看護師として、指導効果を上げるための取り組みを行ったので報告する。【事例紹介】平成23年発症のA氏70歳代男性。メトトレートを内服し、レミケード点滴を3回実施。その後から湿性咳嗽、食欲不振が生じていたが自宅で経過観察していた。翌月当院外来受診し、間質性肺炎・ニューモシスチカリニ肺炎・細菌性肺炎と診断され点滴、酸素などの治療を受け2ヶ月後退院。その4ヶ月後、再度、湿性咳嗽、39度の発熱が生じた。しかし、市販薬で対応し、次回外来受診迄待ち受診した結果、細菌性肺炎と診断された。【取り組み】看護師は、初回入院の際、感染予防対策として重篤な症状、管理方法などに関して説明をしており、患者は理解していると思っていた。しかし、患者A氏は、重篤な副作用を軽んじて考えており理解不十分だった。そこで、「通常なんでもない菌が免疫抑制剤を服用している人の場合、命を脅かす菌となる」ということをまず、理解してもらうために看護チームで繰り返し説明したところ、理解を示す言動、行動へとつながり退院した。退院後、入院時の指導内容が理解されているかどうかを評価するため、A氏の外来受診日に医師から健康状態を情報収集し、外来受診後に面談する機会を設けた。その結果、患者A氏は「2度と同じ繰り返しをしたくない。症状がある時はまずは、近医にかかる」等と話され、指導効果があったことが分かった。【おわりに】急性増悪を未然に防ぐためには、患者の学習能力を見極めること、認識度をより適切に評価することから始まる。今後も登録リウマチ看護師として中心的役割を發揮していきたい

P-044

一般病棟における緩和ケアチームの現状と課題（遺族のアンケート調査より）

川上ゆみ、須崎了子、宮川まゆみ
JCHO 天草中央総合病院

【目的】当院の緩和ケアチーム（以後チームと称する）メンバーはすべて兼任であり、コンサルテーションで週1回のラウンドを行っている。チーム活動の質の評価を行い、問題点や改善点を抽出し今後の課題を明らかにする。【方法】チーム介入患者で死亡後半年から2年たった遺族52名に対して、遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価尺度CES（Care Evaluation Scale）を参考に独自のアンケート用紙を作成し、郵送による記述式調査を行った。内容は、チームの評価と主治医や当該病棟との連携に関して、各々〈身体的緩和〉〈精神的配慮〉〈家族への配慮〉など、5段階自己評価、選択式、自由回答とした。【倫理的配慮】対象者に目的、方法、個人情報保護を文章で説明、返信をもって同意得たものとした。【結果】有効回答率27名（52%）であった。①チームの評価と②主治医や当該病棟との連携に関して満足率を項目ごとに示す。〈身体的緩和〉は①78%、②69%、〈精神的配慮〉①72%、②61%、〈家族への配慮〉①65%、②59%であった。【考察】チームの評価は、〈身体的緩和〉〈精神的配慮〉はおおむね高評価であったが、〈家族への配慮〉は低かった。これは、週1回のラウンドでは家族と十分な時間が取れず、細やかな支援が提供できなかったと考える。また、連携に関しての評価はチーム評価より低い傾向にあった。直接ケアを提供するのは病棟看護師である。一般病棟では、様々な状態の患者を対象としており、緩和ケアに対する看護師の意識の違いがある。そのため、チームと主治医・看護師が十分な話し合いのうえ統一した方針でケアをしていく必要があるが、今回の結果では、医療チームとしての連携が不十分であったことが示唆された。今後は、個々の看護師の緩和ケアに対する意識の向上と統一したケアが提供できるよう連携を強化する必要がある。

P-045**チーム医療における認定看護師の役割
—がん患指導管理料算定に向けた取り組みを通して—**

横尾美智子、富山ルミ
JCHO 佐賀中部病院

【はじめに】平成26年度診療報酬改定では、がんと診断された時から継続的に支援することの必要性が評価され、看護師が行う不安軽減のための面接をした場合の評価としてがん患者指導管理料算定が新設された。当院でのがん患者指導管理料に向けた取り組みを通し、チーム医療における認定看護師の役割について考察したので報告する。【方法】当院では、平成27年4月よりがん患者指導管理料算定に向けて取り組みを開始した。それまでは、ICへ同席、がん患者へ説明を実施してもほとんど算定できていない現状であった。そのため、症例数の多い診療科の医師と協働し依頼方法の統一などを行った。また、委員会やカンファレンスを活用し院内の周知を図った。【結果】今回の取り組みを通して、がんと診断を受けた時から認定看護師が継続的に支援することで患者、家族の思いを引き出すことができ、かつ専門的な視点で適切な情報を提供することで患者の不安軽減につながった。また、委員会やカンファレンスを活用してチーム内で情報交換を行い、成功体験を共有することでモチベーションの向上につなげることができた。認定看護師として組織横断的に働きかけることで他部門からの協力を得ることができ8月より算定可能となった。【考察】がん患者指導管理料算定に向けて取り組んだことで、患者を継続的に支援することができ、また医療者のモチベーションも上がり、病院の収益にもつながるというWin－Winの関係を作ることができたと考える。継続して患者を支援するということは、患者の治療意欲の向上や相談できる場所があるという安心感につながったと考える。また、多職種が自立・自律した存在として互いに専門性を生かしながら、話し合うことができる雰囲気作りも認定看護師として大切な役割と考える。

P-046**腰椎手術後患者に対する離床後の創内ドレーン留置に伴う
早期離床クリニカルパスの有効性**

吉田聡子²、蛭子三奈²、下村園子²、野田可純²、石原幸子²、板垣幸子²、
南喜代美²、神庭悠介¹、石部達也¹

¹JCHO 玉造病院 整形外科、²脊椎外科センター

キーワード：早期離床クリニカルパス、創内ドレーン留置、腰椎手術
【目的】2013年7月から導入した創内ドレーンを留置したままで離床する腰椎早期離床クリニカルパス（以後早期離床パスとする）と従来のクリニカルパス（以後従来パスとする）とを比較し、有効性を検証する。
【対象と方法】医師・看護師・理学療法士にアンケートを配布し従来パス使用時の問題点や早期離床に伴う留意点を収集した。その上で早期離床パスを作成した。2013年1月～10月に腰椎後方除圧術を受けた患者121例（従来パス群50例、早期離床パス群71例）を対象とし両群の属性の類似性の検証、離床までの経過（所要日数）、医療処置からの離脱にかかった日数、有害事象と合併症の発生の比較を行った。所属病院倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】両群の属性に有意差はなかった。従来パス群と比較して早期離床パス群で有意に早期に達成された項目は、ベッドアップ（-1.2日）、歩行開始（-1.3日）、食事摂取5割以上摂取可能となった日（-0.6日）、持続点滴除去（-0.6日）、膀胱留置カテーテル除去（-0.5日）（Mann-WhitneyのU検定）であった。有害事象と合併症の発生の比較では、両群ともドレーン誤除去や排泄時のガーゼ汚染はなかった。下部尿路感染を従来パス群で4例・早期離床パス群で3例、術後せん妄を従来パス群で3例・早期離床パス群で1例、表層感染を早期離床パス群で1例、術後硬膜外血腫を従来パス群で1例認めた。いずれの有害事象も両群間に有意差はなかった（Fisherの直接確率計算法）。
【結論】
1. 早期離床パス群ではベッドアップ、歩行開始、食事5割以上摂取、持続点滴除去、膀胱留置カテーテル除去が早期に達成した。
2. 両群間で有害事象と合併症の発生に有意差はなかった。
以上の2点より医師・看護師・理学療法士が共同で作成した早期離床パスの導入は有効であった。

P-047**「元氣アップ教室」における診療放射線技師の関わり**

小手川美沙紀、牧野秀昭
JCHO 湯布院病院

当院では、生活習慣病予防を目的とした「元氣アップ教室」を今年度6月より入院患者対象に行っている。この教室は内科疾患、整形疾患、リハビリなど病気や予防のことをもっと知って元氣になってもらおうという想いから始められた。講師は医師をはじめ、看護師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・栄養士・理学療法士など他職種が協働となり開催している。講義は平日の夕方20分程度で内容は各部署がテーマを決め取り組んでいる。私たち診療放射線技師は、放射線を用いる検査から解ることや患者が気になっていることを講義したいと思い4つの講義をローテーションしながら行っている。その内容は「骨粗鬆症について」「腰椎圧迫骨折について」「大腿骨頸部骨折について」「放射線検査における人体への影響について」である。骨折の原因が骨粗鬆症の可能性も含めた脊椎圧迫骨折や大腿骨頸部骨折の高齢患者が多く入院している。手術を受けた人は、なぜ骨折がおこるのか、骨折の箇所により骨接合や人工骨頭置換術など術式が違ふこと、自分がどのような術式の手術を受けたのか理解していない患者も少なくない。また手術後の患者は毎週のようにX線撮影を行うため、被ばくについての不安もあるのではないかと思い、X線検査による人体への影響についても取り入れている。講義は少人数で行われていることや、関心のある方が自主的に参加されていることもあり、講義後の質問もしやすいため、多くの質問を頂き有意義な講義が行えている。患者が普段疑問に思っていることを聞ける良い機会でもあり、また私たちも患者からの疑問に答えられるよう更なる知識の向上に努めている。今後の講義内容の充実性を図るため講義を通して患者の理解度と関心度についてアンケート調査を現在行っている。詳しい講義内容やアンケート調査については会場で紹介する。

P-048

急性期病院での院内デイケアの取り組み
～認知症看護認定看護師と作業療法士との連携～

新博恵¹、越田雄²、宮腰真²、新村菜穂香²、板倉沙織²
¹JCHO 金沢病院 看護部、²リハビリテーション科

【はじめに】急性期医療の場で高齢者の入院が増加している。高齢者にとって入院という出来事はストレスとなり、認知症の発症や認知症の行動・心理症状の誘発に繋がる。そこで当院では2015年7月から認知症看護認定看護師（以下CNと）作業療法士（以下OT）と連携し、院内デイケアを開始した。3ヵ月実施した結果、患者の情動や身体機能に変化がみられ、また家族や看護師にも心理的な変化が得られたので報告する。【方法】1）研究期間：2014年7月～10月2）対象：院内デイケア参加に同意を得た患者70名3）デイケアの概要：平日毎日午前中1時間30分CN：体の五感使った現実見当識訓練・回想法・音楽などOT：集団レクリエーションとして体操・ゲームなど4）データ収集と分析：デイケア中の患者・家族の表情や言動を参加観察し記録し、デイケア後の変化は看護記録と看護師へのアンケート調査から収集し、得られたデータを記述的に分析した。5）倫理的配慮：個人情報特定されないようにデータの取り扱いに留意した。【結果】患者の情動として「笑顔などの非言語的表現の増加」「喜びの表出」「自己表出の増加」がみられ、「故郷を絵で表現」「家族への感謝の言葉」「周囲への思いやりの行動」「意欲の向上」に繋がっていた。また「退屈な表情」「あきらめ」もみられた。身体的変化では「昼夜逆転の減少」「不快の訴えの減少」「活動範囲の拡大」「集中力の増加」が見られた。看護師は患者の持てる力を再発見し、患者の笑顔から新たな活力となっていた。家族は「母との思い出の想起」「母のできることの再発見」「笑顔がみられた安堵感」があった。【考察】病床を離れ四季や生活を感じることでできる空間で、他者と交流を持ちながら患者の保持機能である長期記憶や手続き記憶に働きかけたプログラムを行ったことで、患者の情動や身体機能を動かし、またその変化を目にすることで家族・看護師に心理的変化となったと考ええる。

P-049

当院救急外来での診療看護師の勤務体制が救急室滞在時間に与える影響

井手上龍児¹、高橋淳¹、奈良まり子¹、松邑恵美子¹、志水太郎²、根本隆章²
¹JCHO 東京城東病院 看護課、²総合内科医師

【Introduction】国際的に救急室（Emergency Room :ER）滞在時間は45分以内が目標である。しかし、当院におけるER滞在時間は明らかでない。また、ER滞在時間にNurse Practitioner:NP（診療看護師：院内呼称）の介入がどの程度影響を与えるのか不明である。本研究における目的は、NPの初期診療への介入がER滞在時間へ与える影響を検討した。【Method】当院に救急車で来院し入院となった症例、かつER来院時間及び病棟入室時間の記録が記載されている症例を後方視的に検討した。収集した項目は「来院時間から病棟入室までの時間」「診断名」「点滴施行の有無」「経静脈的抗菌薬使用の有無」「年齢」「NP勤務の有無」とした。これらの項目についてNP勤務の有無に群別しER滞在時間をそれぞれkaplan-meier生存曲線で図示し、log-rank testを行った。【Result】合計21症例を収集した。結果はいずれも中央値（25～75パーセンタイル）、もしくは症例数（%）で示す。年齢76（84～58.5）歳、ER滞在時間116（139～97）分であった。点滴施行は20症例（95%）に施行され、抗菌薬使用は8症例（38%）、NP勤務は9症例（43%）であった。外れ値の2症例を除く19症例での解析を行った。NP勤務とNP不在ではlog-rank test（P>0.5）であった。【Conclusion】今回の調査では、多くの限界があるもののNPの初期診療への介入はER滞在時間を短縮することには寄与しなかった。今後のさらなる検討が必要である。

P-050

難治性再発性心不全症例に対する多職種介入による心不全チーム医療は再発予防に有用

塚田恵美子¹、大岩功治²、小池由紀恵¹、山口めぐみ¹、中沢瑠衣¹、松本真明²、神田弘太郎²、牧野以佐子³、依田竜也³、柴尾広子⁴、角本雅彦⁴、斎野容子⁵、伊藤祐介⁵

¹JCHO 横浜中央病院 看護部、²循環器科、³薬剤科、⁴理学診療部、⁵栄養課

【はじめに】

当院では2015年より医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士による多職種心不全チーム医療を開始した。導入以前には、各医師の外来治療のみで外来通院していたが、特に難治性再発性心不全の場合、短期間で入院を繰り返すことも少なくなかった。今回半年以内に入院をもち再発性心疾患3症例に対し、多職種による生活指導、服薬指導、栄養指導などの介入により心不全再入院が回避できた3症例を報告する。

【症例】

年齢62～83歳 男性1名 女性2名 全患者が冠動脈疾患を有し、PCI後2症例、弁形成術後1症例、退院時EF平均値29.8（17.4～49）%と低値を示した。全例に入院及び外来心臓リハビリテーションを導入し、加えて多職種チーム医療で生活習慣や内服、栄養管理の面で介入指導を行った。

【検討と結果】

検討：患者退院直後の病状、導入2～3ヶ月後、半年後の病状の比較検討を行った。さらに導入後の患者側からの意見をアンケートにて調査した。

結果：3症例とも半年の経過で再入院はなかった。検査結果からは、BNPはチーム医療導入前後で有意に低下した。その他各データを提示する。また心不全チーム医療導入による患者側意見を生活背景や家庭背景から報告する。チーム医療導入とチームカンファレンスによる情報共有と問題点に対する介入が心不全増悪を回避出来ていると考えた。

【結語】

難治性心不全に対する多職種介入が心不全増悪や再入院を予防できた可能性がある。今後も入院時から継続した多職種患者介入が重要であると考えた。

P-051

抗がん剤の曝露防止対策閉鎖式薬物混合器具（CSTD）導入時の取り組みとその後の対応

大井隆広¹、加地真¹、網野祥子¹、道下佳子¹、吉岡美紀²、乾直美²、酒井和江²、辰巳満俊³

¹JCHO 星ヶ丘医療センター 薬剤部、²看護部、³外科

【目的】平成27年6月に「がん薬物療法における曝露対策合同ガイドライン」が発行され、医療従事者に対する抗がん剤曝露防止対策の重要性が再認識されつつある。調製から投与、廃棄に至るまでの抗がん剤の曝露防止対策向上のため、当院では平成26年4月21日より揮発性薬剤のシクロホスファミド、イホスファミドと当院で使用頻度が高いシスプラチン、5-FUを対象に閉鎖式薬物混合システム（以下、CSTD）を導入した。運用開始にあたり事前にかん化学療法に関わる医師、看護師、薬剤師で検討し、同時投与やインフューザーポンプなどの投与時の問題点を解決し円滑に運用を開始できた。また運用開始後に明らかになったインフューザーポンプ使用に関する問題点についても改善することができたため、その活動について報告する。【方法】ルートの選択、接続、薬剤の投与順が各医療者に視覚的に伝わるようにCSTDを使用する全54レジメンのルート図を作成しファイリング、電子カルテにも掲載し院内手順の統一化を図った。また、インフューザーポンプ使用時のトラブルを検証、メーカーと協議した。【結果】各レジメンのルート図作成により、手順が統一でき導入時の混乱を回避できた。側管からの同時投与やインフューザーポンプ使用といった複雑なレジメンのある5-FUでCSTDの導入ができたことで、調製から投与、廃棄に至るまでのより安全な抗がん剤の運用が可能となった。また、インフューザーポンプの接続コネクタの問題点をメーカーと協議したことで製品が改良され、5-FU投与時のトラブルが解決した。【考察】医師、看護師、薬剤師による導入前の綿密な共同検討が有効であった。薬剤師がCSTD導入の中心的役割を担い、チーム医療に貢献できた。また、運用開始後も継続的な活動によって5-FU投与の安全性が向上した。

P-052

入退院センターにおける薬剤師の関わりとその成果

居塚しのぶ¹、矢川結香¹、有村博江²、中島愛子²、木本妙子²、末松文博¹、水島明³

¹JCHO 九州病院 薬剤部、²看護部、³副院長

【目的】九州病院では、2013年12月より外科、肝臓内科を対象に入退院センター（以下、センター）を開設した。2014年4月より診療科を拡大し、現在5科を対象としている。薬剤師は主に周術期の患者を対象に介入し、9名の薬剤師が交代で服用薬の確認と中止薬の説明を行っている。今回、センターにおける薬剤師の関わりとその成果について報告する。【方法】外来初診時にセンターにおいて薬剤師が服用薬の確認を行う。院内プロトコル「抗凝固薬・抗血小板薬 服用患者の手術・処置時の対応」に従って、術前に中止すべき薬を服用している場合は鑑別報告書に注意書きをし、医師へ提出する。医師は鑑別報告書を確認した上で術前中止薬の指示を行い、再度センターにて薬剤師が患者・家族へ中止薬の説明を行っている。なお、外来初診時に中止薬指示がある場合には、センターでは服用薬確認と中止薬説明を同時に行っている。【結果】2013年12月から2015年8月までにセンターを経由した患者は4,399名、薬剤師が介入した患者は2,642名であった。その内、服用薬確認を行った患者は1,963名、中止薬説明を行った患者は188名、服用薬確認と中止薬説明を同時に行った患者は491名であった。患者一人あたりの平均面談時間は6.9分、薬剤師拘束時間は42.7分だった。薬剤師が発見した中止薬指示漏れは24件、中止期間訂正は15件、また、他施設への問い合わせ件数は197件であった。【考察】入院前に薬剤師が服用薬確認や患者への中止薬説明を行うことで、センターの目的でもある医療安全の向上、患者の安心感と満足度の向上に寄していると思われる。また、術前中止薬指示漏れの発見や中止期間適正化など薬剤師介入による成果も出ており、薬に伴う手術の延期件数が減少し、在院日数の短縮などにも影響するものと考えられる。センターでの服用薬確認は、服用状況だけでなく、その管理方法も確認でき、入院後の病棟担当薬剤師へのスムーズな情報提供も可能となっている。

P-053

病棟編成に伴う病棟担当栄養士の役割

塩月桂、亀井靖子、亀田千佳、佐藤優子、後藤菜穂子

JCHO 湯布院病院

【はじめに】当院は成人病（生活習慣病）のリハビリテーションを中心に地域の医療を担う拠点病院として昭和37年50床で開院した。平成13年居宅介護支援センターを開設し、平成18年には回復期リハビリテーション病棟180床を中心に291床を有する病院となり、平成26年機構の変更に伴い翌年5月より一般病棟（1）・地域包括ケア病棟（2）・回復期リハビリテーション病棟（1）・緩和ケア病棟（1）へと編成し病床数は273床となった。編成に伴った栄養士の役割を報告する。【概要】一般病棟60床では看護スタッフステーション2ユニット制を利用した内科・整形外科の混合病棟で運営され整形外科は脊椎疾患及び大腿骨骨折等の外傷に対して手術を行い内科は糖尿病の教育入院など幅広い疾患にNSTが中心となり栄養管理を行っている。地域包括ケア病棟111床は整形外科・内科の2病棟で運用しており整形外科は一般病棟の術後患者が80%を占め自宅復帰を目標としている。内科は退院前の食形態調整を行っており在宅復帰率が約90%である。回復期リハ病棟60床は約80%が脳血管疾患患者で稼働率は90%以上である。嚥下困難者に対し経口摂取促進加算を算定し経口移行を積極的に行っている。緩和ケア病棟10床は自宅へ帰ることを目標に全員へリハビリを行い1人当たりの提供単位数は2.6単位である。稼働後6か月の平均患者数は7人/日で入院時訪問し食欲・嗜好等を聞き取り摂食状況と病態に合わせた食事管理を行い食事提供は100%である。安全な経口摂取が出来るよう嚥下機能に応じたゼリー形態も提供している。さらに調理を導入して患者が触れ合う機会を設けるなど支援を行っている。【まとめ】今後病棟担当栄養士は地域医療に基づいた食形態指導と併せてコメディカルと情報共有し基礎疾患の栄養指導も積極的に行っていく事が重要と思われる。また、全患者に継続したリハビリが実施出来るよう安定した食事摂取に努めていきたい。

P-054

当院のNST活動について

藤澤恵美、宮武恵子、藤田恵理、堀志郎

JCHO りつりん病院

【目的】平成26年度より、栄養サポートチーム加算の算定に向けて活動を始め、同年9月より、看護師による週1回のNSTアセスメントを導入し、主にNSTチームから介入依頼を出す方法で、12月より算定を開始している。平成26年度12月から平成27年度8月までの9ヶ月間で見えてきた動向から、NSTアセスメントの活用効果と、当院のNST活動について分析する。【方法】上記の期間中NST介入した81症例で、①入院時現疾患、②介入時アセスメント評価、③介入までの日数、④介入期間における栄養状態の変化、⑤退院時転帰について検討する。【結果】平均年齢は82.5歳、男性31名、女性50名 ①骨折17名、肺炎14名、脳血管障害13名、腸管使不可8名、嚥下障害7名、脱水6名、悪性腫瘍3名、その他13名 ②A5名、B35名、C19名、D16名（介入率は25%） ③平均11日 ④入院時Alb3.2g/dl、介入時Alb2.8g/dl、介入終了時Alb3.0g/dl ⑤栄養ルート変更したのは31名で、経口+PEG5名、経口+経鼻胃管2名、TPN8名、PPN1名、PEG11名、経鼻胃管4名【考察】NSTアセスメントを導入したことで、病棟看護師が患者の栄養状態の変化を意識することができ、病棟からNST依頼を受けることもあった。しかし、NSTアセスメント評価だけでは一概に判断することができず、特にB評価の段階からの栄養介入が必要だということが分かった。また、介入から終了までの栄養状態の変化を考えると、さらに早期からの介入が望まれた。当院では、嚥下機能の低下事例が多いため、脳外科、整形外科の症例数が多く、言語聴覚士の介入率も63%と高かった。NST活動の特徴として、積極的にチームから介入依頼をし、主治医より栄養管理を任された患者にはNST医師が直接指示を出している。そのため、主治医は入院時疾患に専念することができ、多職種の間々の意見も、話し合いの上に増強されたチームの意見として、スピーディーに実施することが可能となっており、当事者意識も高めることができていると考えられる。今後は、栄養治療実施計画書に合わせて、加算と同時期に導入した栄養サマリも活用して、地域間との連携も強めていきたい。

P-055

自宅退院した摂食嚥下障害をもつ患者に対し、多職種が連携して関わった一例

越野庸介、山崎五奈、宮下美保子、前畑香代子、宮元歩、宮崎幹也

JCHO 高岡ふしき病院

【諸言】当院の再入院患者において、92%が低栄養又はそのリスクありの状態で、特に栄養管理が不十分な自宅退院患者に対し、低栄養予防・改善を目的にサポートが必要と考えた。サポート内容は、当院の自宅退院患者に関わる医療・介護従事者へのアンケート調査の結果を参考に設定した。今回は、自宅退院した摂食嚥下障害を持つ患者に対し、多職種が連携して継続的にサポートし、栄養状態維持・全身状態改善した症例を経験したので報告する。

【症例】88歳、男性、159cm、51.3kg、BMI19.5、Alb3.1g/dl、Hb11.5g/dl、Ht34.7（%）、寝たきり状態、会話不能、歯・義歯なし、妻と2人暮らし、食事介助一部必要。インフルエンザ罹患後食欲低下し、脱水改善目的に入院し、自宅退院を目指す。30病日NST依頼あり、VF検査実施し、食事・補助食品の食形態を定めた。また食形態の幅を広げる目的に、訪問歯科診療と連携して義歯作成依頼した。誤嚥なく経過し、59病日自宅退院し、デイサービス利用することとなる。退院後、義歯は訪問歯科診療にて調整され、摂食嚥下機能はVF検査により評価し、食事形態の変更検討や摂食嚥下訓練を提案した。栄養摂取内容は、外来・訪問栄養指導、デイサービスでの食事の様子確認によりモニタリング、評価、指導した。また自宅での看護、摂食嚥下訓練等を充実させるため、地域連携室と連携し、訪問看護ステーション介入し、サポートした。結果、栄養状態維持され、自立歩行、会話可能など全身状態が改善した。

【考察】栄養摂取量・摂食嚥下機能のモニタリング、評価、指導により栄養状態維持し、低栄養の予防に繋がったと考えた。また多職種連携し、トータルにサポートできた結果、全身状態改善にも繋がったと考えた。今後、多職種が連携した継続的な栄養管理を強化し、自宅退院後の低栄養の予防・改善を図り、よりよい地域医療提供の一助となるよう努めたい。

【結論】自宅退院患者への多職種による継続的な栄養管理は低栄養予防改善に関与しえる。

一般演題
(ポスター発表)
2月27日土

P-056**内科総合診療チーム『チーム G』による総合医育成の試み**

東原和哉、山川元太、嶋崎容史、板谷美穂、清水秀文、山田滋雄、森下慎二、溝尾朗、谷口茂夫、関根信夫
JCHO 東京新宿メディカルセンター

日本は未曾有の高齢化社会を迎え、当院でも身体的・社会的問題を複合した高齢の入院患者が増加している。また初療の段階で診断が確定せず、診療科の選定に難渋する例が散見されるようになった。この状況に対応すべく内科及び救急スタッフ、初期・後期研修医からなる内科総合診療チーム『チーム G』が創設され、上記のような困難例の診療にあたっている。担当症例は不明熱・意識障害・食欲不振などの診断未確定なものから膠原病、神経筋疾患、悪性腫瘍、感染症、そしてレスパイトも含めた社会的入院まで多岐にわたり、他診療科からのコンサルトにも対応している。総合医の定義・役割は地域や施設によって異なると思われるが、その根幹となるのは病歴聴取・身体診察に代表される基本的診察能力、問題の複合した高齢者をマネージメントする能力、院内はもちろん院外との連携をとる能力と考える。これを踏まえ、チームでは日々のベッドサイドでの診察やミーティングを行い診察・診断能力の向上を図るとともに、院内外との多職種とも積極的に連携するよう努めている。将来的にどの診療科を目指すにしても、これらの能力は不可欠と考え、当院では初期研修医・後期研修医に『チーム G』のローテーションを必修化している。研修医に対しては屋根瓦式のエデュケーションを提供することができると同時に各専門家から細やかな指導を受けることができる。またスタッフも他診療科の知識を brush up する良い機会となっており、チーム全員で充実した日々を過ごしている。新たな診療科を増設せず、既存の診療科でチームを編成し、総合診療を行う新たな取り組みについて紹介したいと思う。

P-057**総合医育成に向けての東京山手の取り組み**

笠井昭吾¹、田中隆久¹、斉藤聡¹、吉本宏²、日下浩二³、畑田康政⁴、高添正和⁵、小林浩一⁵、万代恭嗣⁶

¹JCHO 東京山手メディカルセンター 総合内科、²腎臓内科、³外科、

⁴消化器内科・院長補佐、⁵副院長、⁶病院長

JCHO の重要な使命の一つに、地域に貢献する医師（＝総合医）の育成があります。この方針のもと、当院では院内の体制整備も含め様々な取り組みを行っており、現状と今後の目標を発表します。当院の内科は、患者数 3000 名を誇る炎症性腸疾患センターをはじめとして、各専門領域で多くの専門医を有し高いレベルの医療を提供しています。その専門性を持ちつつ、総合医マインドを持つ医師の育成を病院全体で行うことを基本方針としています。2014 年度より内科改め総合内科とし、医療総合支援部（地域連携室）に実臨床に当たっている医師を配置、地域医療・介護機関と「顔の見える関係」を構築しつつ、病診連携を実践し家庭医マインドを学ぶ、地域診療部門の体制を整備しています。2015 年度より、総合診療（家庭医）後期研修プログラム（日本プライマリケア学会認定）による研修を開始、新宿ならではの都会の地域医療を学ぶ「地域密着型の研修」として、2 名の後期研修医を迎えています。2017 年度から始まる新専門医制度下での後期研修では、基幹施設として、内科専門医、総合診療専門医領域の後期研修を行うべく準備を進めています。ここでも、「地域密着型の研修」として、総合医・家庭医マインドを持つ医師を育成することを目標とし、更に JCHO グループのスケールメリットを生かした、都内 5 病院間の連携体制の構築も目指しています。

P-058**頸椎椎弓形成術パスのバリエーション分析に基づいた運用—入院時からの退院計画の重要性—**

仲田紀彦、俣田敏良
JCHO 東京山手メディカルセンター

【目的】待機的な手術である本手術では、術前に既往症のコントロールを良好に行えば比較的外科手術のバリエーションが生じにくい一方で、バス対象期間が長いため術後在院日数に負のバリエーションが生じやすく、その原因の 2/3 が患者と家族の希望であったことを昨年報告した。2012 年 12 月以降、入院時に患者・家族と相談の上、退院日を仮決定し、術後早期より退院後の生活指導を行うように運用を変更した。その結果を検証した。【方法】2011 年 2 月から 2014 年 5 月に施行した頸椎椎弓形成術 95 例について、アウトカムおよび術後在院日数について評価した。全例術中術野に排液ドレーンを留置し術後 2 日目に抜去後、離床開始と設定した。退院基準は「少なくとも術前と同等の生活が可能となること」とした。【結果】アウトカムの負のバリエーションは、不穩によるドレーンの早期抜去や合併症の発生などで、正のバリエーションは術後疼痛軽度による早期離床であり、発生率に変更前後に有意差はなかった。一方平均術後在院日数は 20.1 日から 15.5 日に、また術後在院日数の負のバリエーションは 16 例（34%）から 3 例（7%）に減少した。3 例のバリエーションの原因は、隣接椎間の黄色靱帯骨化巣除去術合併例 1 例、高齢のためリハビリ期間延長 1 例、合併症治療 1 例であった。【考察】術後在院日数の面では、患者と家族因子の減少が課題であった。本手術のような手術成績が安定しているが対象期間が長いバスにおいては、その治療行程の見込みを事前に示すことで術後在院日数の負のバリエーションが減少し、結果的に平均在院日数も減少した。【結論】円滑なバスの運用には入院時からの退院計画が重要である。

P-059**薬剤師業務が病院経営改善に貢献する**

奥主仁、田中慶彦
JCHO 東京高輪病院

【はじめに】今年度 JCHO 本部より発刊された医療安全情報のうち、薬剤に関連する情報が多くを占めることから、安全な医療を提供するうえで薬剤師の職能に対する期待は大きい。一方で病院経営に目を向けると、病院運営費の内訳のうち薬剤費の占める割合は人件費に次いで大きく、院内採用医薬品の管理は病院経営に与える影響も大きい。また、先行研究においては、薬剤師業務により入院期間の短縮や薬剤性有害事象回避による経済効果が示されている。今回、直近一年間の薬剤師業務および医薬品管理業務の実績を振り返りながら、今後の方向性特に病院経営改善効果について検討する。【結果 1】「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成 22 年医政局通知 0403 号）に基づき、①院外処方箋疑義照会プロトコルの作成②薬剤師による薬物血中濃度測定オーダの代行入力③持参薬から院内採用薬への処方切り替え時の薬剤師による処方代行入力の承認を得て実行。医師の業務負担軽減、安全な薬物治療への貢献に寄与している。②については特定薬剤治療管理料の算定件数増加が期待される。【結果 2】厚生労働省「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（平成 25 年厚労省発）に基づき、継続的に後発医薬品への採用切り替えをしている。平成 27 年 10 月 1 日現在後発医薬品採用品目数：303 品目（前年同月 214 品目）、後発医薬品比率：46.7%（同 24.3%）へと上昇、薬剤部門医薬品在庫金額が前年同月比 81%に減少した。【結果 3】薬剤師病棟常駐を目指し、モデル病棟でテストを開始した。薬剤管理指導件数は 1.5 倍に上昇、今後は病棟薬剤業務実施加算算定取得を目指す。【考察】安全・良質な医療を提供するためにも薬剤師に求められるニーズは大きい。また、健全な病院経営への貢献に期待される職能もある。与えられた人的資源を最大限に活用し薬剤師業務さらに展開していく必要がある。病棟薬剤業務実施加算は典型的である。

P-060**近畿中国四国地区病院等における固定電話回線一括共同契約について**

佐々木優、西村慎吾
JCHO 近畿中国四国地区事務所

【目的】 地区事務所主導により共同契約を行う事で、JCHO のスケールメリットを活かした通信費の削減及び管内 13 病院の契約事務担当者の事務作業の効率化を図る事を目的とする。【方法】 通信サービス利用状況、共同契約のメリットを検証する為、各病院から現契約の支払明細書を取り寄せ、業者に試算を依頼した。経費削減効果が見込まれた為、回線毎に切り替え可能か現地調査を行った。その調査結果を各病院に提示し、共同契約を希望する病院を募り、一般競争入札にて業者を決定した。【結果】 管内 13 病院全ての病院が共同契約に参加。平成 30 年 9 月末までの 3 年契約で管内 13 病院と地区事務所において総額 2,700 万円、現行契約と比較し約 27%の通話料金の削減が見込まれている。また、本契約プランは加入者間での通話に関し、災害時での通信規制を行わない為、有事の際にも地区内における安定的な通信環境が確保できた。加えて、契約窓口を地区事務所に一本化した為、各病院において業者との交渉・契約する手間が省略され、業務の効率化にもつながったと考える。【考察】 病院単独での契約では、価格交渉するにも交渉材料が少なく、値引きにも限界があるが、共同契約によってボリュームディスカウントが生じた事により、今回の結果に至ったと考える。共同契約を行う為には、規格、仕様の統一等の必要があり、対象品目の調整が難しいと言えるが、今回の電話回線契約においては、初期投資が不要で、品質に優劣が無かった為、病院としても判断しやすく、共同契約に向いていたと考える。【結論】 経営の安定化を図る一つの方策として、グループ化した事によるスケールメリットを活かした共同購買は効果的であり、今後も推進していく必要があると考える。その為には、各購買担当者が自院の現状を把握し、積極的な情報交換を行わなければ協力体制は構築できない。横のつながりを重視し、情報を共有できる体制や関係作りが必要と考える。

P-061**職員の意識改革と経営改善**

渡邉いとみ、中嶋克彦、進士浩一
JCHO 東京蒲田医療センター

【目的】 当院は現機構に移行して以来、経営状態は赤字続きであった。しかし、平成 26 年 11 月の経営改善以降、黒字に転換し現在のように黒字を計上出来る状況へと変化した。平成 26 年 11 月以降に何をしたのかを確認したい。【方法等】 1、職員の意識改革のために実施したこと ①全職員に向け、当院の置かれている現状と今後の方針説明・今は赤字で他のグループ病院に寄りかかって運営しているので、今後は自立出来る病院となる・「東京で一番に向かって頑張る」ことで全職員が同じ方向を向いて仕事をする・今、自分は病院のために何が出来るかを考える・病院は正直な職員を全力で守ることを約束 ②診療部長面談（月 1 回程度）③地域包括ケア病棟開始（平成 26 年 12 月開始（49 床））④基幹職に職責やコスト意識を持つよう指導・特に診療部長には医療器械の購入時に償還計画を立てるよう指導・健全な経営のもとで良質な医療の提供が可能であることの意識付け ⑤全職員の個人面談 2、職員数の推移・平成 26 年 4 月 医師 42 名、他 256 名の計 298 名・平成 27 年 4 月 医師 36 名、他 251 名の計 287 名 ※医師が減少【結果】・平成 26 年 4～8 月 約 167 百万円の赤字 給与費 62.3%・平成 27 年 4～8 月 約 145 百万円の黒字 給与費 49.5%【考察】・経営改善前まで赤字だったが、改善後直ぐに黒字が出せるようになった・多くの診療部長は今のままではダメなことに気付き診療単価が上がり始めた・職員一人一人が当院の本当の状況を理解し、自分に出来ることを考えて行動するようになった・職員から病院への信頼を取り戻してきた・「ダメ病院」のレッテルを貼られた病院でも経営方針の転換や運営方法により生まれ変われるという事実を確認出来た・もし 11 月からここまでの経営改善がされなければ当院も確実に経営改善重点対応指定病院となっていたであろう・やれば必ず出来る

P-062

糖尿病患者のセルフケア支援—災害時の備えについて—

多田由紀、近見知子
JCHO 東京山手メディカルセンター

【はじめに】日本糖尿病教育・看護学会では東日本大震災を機に、2013年「災害時の糖尿病看護マニュアル」を作成した。当院では2011年から糖尿病教室に「災害時の備え」に関する内容を取り入れ、2013年からはより詳しい内容で実施している。また、2014年には院内の看護師と地域で連携していく方々を対象に研修会を開催したので報告する。【倫理的配慮】アンケートに関しては個人が特定されないようプライバシーに配慮した。【活動方法】1. 糖尿病教室実施（計4回）対象：糖尿病患者及びその家族や支援者 内容：糖尿病患者の災害時の備えについて、「準備」「災害発生～3日」「災害発生4日～1週間」の期間に分け、「エネルギーの確保」「低血糖対策」「薬物療法」「脱水予防」「フットケア」「深部静脈血栓予防」「資材の紹介」について実施 2. 研修会の実施 対象：院内の看護師と地域で連携していく施設の職員 内容：上記内容 3. アンケートの実施 目的：「糖尿病患者の災害時の備え」に対する認識を知る 対象：糖尿病教室と研修会の参加者 方法：糖尿病教室と研修会の開催時にアンケート用紙を配布し、任意での回答を依頼した。【結果】1. 糖尿病教室 参加人数のべ30名 2. 研修会 参加人数は院内看護師22名、ケアマネージャー5名、介護士1名の計28名 3. アンケート結果 ①糖尿病教室 アンケート回答人数23名 理解度：「わかりやすかった」95.7%、「ふつう」4.3% 満足度：「よかった」95.7%、「ふつう」4.3% 自由記載：「災害への心積もりができた」「準備について検討したい」②研修会 アンケート回答人数28名 理解度：「とても理解できた」35.7%、「理解できた」60.7%、「普通」3.6% 満足度：「とても良かった」46.4%、「良かった」46.4%、「普通」3.6%、無回答3.6% 自由記載：「災害時への視点が広がった」「今まで考えたことがなかった」【まとめ】これらの結果から「災害時の備え」について認識を高めるような活動を継続する必要性を感じた。

P-063

終末期がん患者の在宅支援

星川美穂、森誠治、堀志郎、坂本英起、西山泰史
JCHO りつりん病院

【はじめに】終末期がん患者・家族の多くは、情報不足や介護力不足、不安のため在宅移行できないことが多い。2013年に実施された人生の最終段階における医療に関する意識調査において、終末期がんの時約71%の者が居家で過ごすことを希望していたが、その内でも約47%の者が最終段階を医療機関で過ごしたいと回答している。これは、終末期がん患者の在宅療養に多くの課題があることを示唆している。今回、在宅療養支援を行ったがん性疼痛を有するがん終末期患者2症例を振り返り、在宅療養支援に必要な看護について考察した。【症例】症例1：A氏・80歳代・女性・右下部尿管がん・多発性肺転移・家族10人暮らし。症例2：B氏80歳代・男性・右肺がん・肋骨転移・右腎転移・家族3人暮らし。【考察】がん性疼痛を有するがん終末期患者2症例を診療録・看護記録・訪問看護記録より振り返り検討した。その中で必要な看護として、がん性疼痛・苦痛症状のコントロール、患者・家族の意思決定支援、多職種並びに訪問看護との連携、主治医の継続診療などが挙げられた。入院時当初より在宅療養に積極的な家族と、支援を続けることで在宅療養にスムーズに移行できた家族との2症例だったが、どちらとも患者が自宅へ帰ることを希望していた。終末期がん患者や家族にとって在宅移行の選択は、人生最後の場所であり、家族にとっては病状が進行していく患者の介護を担うことを選択である。新田らは、「在宅において、病院看護の代わりをする家族の疲労は大変なものである。病状の変化に対する不安や夜間介護における肉体的疲労が重なり、精神的不安感も増大する1）」と述べている。がん患者や家族は在宅移行や在宅療養継続において様々な不安や負担、ストレスを感じているため在宅移行が困難になることが多い。そのため、それらの内容を十分に捉えて対応していくことが重要である。

P-064

化学療法を受ける患者の不安・抑うつ状態とその影響因子

坂本沙織、川島雅織、君野花恵、浦部裕子
JCHO 相模野病院 看護部 4B 病棟

【研究テーマ】化学療法を受ける患者の不安・抑うつ状態とその影響要因【背景】造血器疾患患者の症状は重篤であることも多く、化学療法は長期に及び、また副作用も強く出現する。入院という限られた生活の中で患者同士の繋がりは強く、他患者の病状の変化にも過敏になり、再発や死への不安・恐怖が大きい。【目的】化学療法実施患者における不安・抑うつ傾向と関連要因を明らかにする。【対象】本研究への文書同意が得られ、造血器疾患に罹患し、化学療法を実施された患者を対象とした。【方法】倫理審査委員会の承認を得て、平成26年11月～平成27年2月にアンケート調査を実施した。不安・抑うつ度については、Hospital Anxiety and Depression Scale（以下「HADS」とする）を使用。副作用症状は、先行研究からうつ度が高いとされる睡眠・食欲・体重減少・心悸亢進・疲労の項目に、脱毛・味覚障害・吐気嘔吐・発熱・倦怠感・口内炎・便秘・神経障害の項目も追加し調査した。執着気質は、うつ病になりやすい性格といわれている。その特徴として、責任感が強い・凝り性・仕事熱心・几帳面の項目についてアンケート実施。【結果】不安7項目（HADS-A）の調査では、1週目に出現した副作用として不眠が2名（40%）、脱毛・食欲不振・口内炎・便秘・神経障害・体重減少・動悸が1名（20%）、3週目に出現した副作用として、不眠2名（66.6%）、脱毛・食欲不振・味覚障害・発熱・倦怠感・体重減少・動悸が1名（33.3%）であり、不眠が強く出現していた。抑うつ7項目（HADS-D）と執着気質での調査では1週目と3週目に有意差は見られなかった。【結論】不安・抑うつと副作用症状の関連は強く、D8点以上の患者では脱毛・味覚障害・不眠の症状が80%で出現した。様々な影響要因が不安・抑うつ出現と関連しており、個々の抱える不安の要因を明確にすることにより個別性のある看護介入に繋げていく事が出来ると考えられる。

P-065

docetaxel・trastuzumab 併用療法と trastuzumab 単独療法での infusion reaction に関する調査研究

中嶋陽一¹、柿原圭祐¹、薬田昌生¹、松崎雄¹、白石亘¹、佐伯衣里佳¹、米倉博知¹、三上忠司¹、野瀬育宏¹、田中真紀²
¹JCHO 久留米総合病院 薬剤科、²乳腺外科

【目的】trastuzumab 療法の問題となる副作用の一つに infusion reaction がある。今回 docetaxel+trastuzumab（以下 DH）併用療法群と trastuzumab（以下 H）単独療法群との間における infusion reaction 発現率について、有意な差があるかどうか検証を行ったので報告する。【方法】2012年3月1日から2015年3月31日までに JCHO 久留米総合病院化学療法センターにて DH 療法または H 療法を、術前または術後補助療法として行った乳がん患者を対象とし、電子カルテ内の記事より後ろ向きに調査を行った。infusion reaction は発熱、悪寒、悪心、嘔吐、疲労、紅斑のいずれかの記録をもって発現ありとした。両群の発現の差は Fisher's exact test で検定を行い、有意水準は5%とした。【結果】期間内に DH 療法を行った患者数は56名（術前：24名・術後：32名）、H 療法は52名（全て術後）であった。DH 療法は全例前投薬として dexamethasone6.6mg が投与されていた。一方、H 療法には前投薬がされていなかった。全例 trastuzumab 投与後は90分程度の経過観察が行われていた。infusion reaction が起こった患者は DH 療法で3名、H 療法で10名であり、両群間に有意な差（ $p=0.0375$ ）を認めた。【考察】今回 DH 療法と H 療法の infusion reaction の発現率に有意な差が認められた。この理由として DH 療法では、前投薬のステロイドがその発現抑制に関与しているのではないかと考えられる。

P-066

乳がん手術施行患者における術後運動指導用パンフレット作成の取り組み

西山貴美子¹、山本菜央¹、小島好¹、工藤啓介¹、戸田笑美²、文字悠子³
¹JCHO 中京病院 リハビリテーションセンター、²リハビリテーション科、³外科

【はじめに】当院では、乳がん患者に対して術後の上肢機能維持・改善を目的とした作業療法（以下 OT）を提供しているが、OT 内容においては統一されていない。そこで、OT 内容の統一を図るため、術後の上肢機能維持・改善を目的とした運動指導用パンフレットの作成を検討した。作成にあたり、当院における乳がん患者数を調査し、今後の取り組みにつき報告する。【方法】2014 年 4 月から 2015 年 7 月までの間、当院にて乳がんの手術を施行された患者 70 例を対象に、OT 介入件数、術式、腋窩リンパ節郭清（Ax）の有無につき調査した。【結果】平均年齢は 62 ± 15 歳であった。70 例中、乳房全摘術 53 例（内、Ax 有 14 例、Ax 無 39 例）、乳房温存術 17 例（内、Ax 有 5 例、Ax 無 12 例）であった。そのうち OT 介入件数は 23 例であり、術式は乳房全摘術 19 例（内、Ax 有 13 例、Ax 無 6 例）、乳房温存術 4 例（内、Ax 有 3 例、Ax 無 1 例）であり、Ax 施行例 20 例中 17 例に OT が介入していた。【今後の取り組み】当院における乳がん手術施行患者数を調査した。結果より、OT が介入できていない症例も多数存在しており、適切な運動指導が実施されていないことが分かった。今後、乳がん患者に対して、上肢の運動指導を目的としたパンフレットを作成し、術後から全例に指導を行っていく。パンフレットの内容は、術後ドレーン挿入期間とドレーン抜去後の期間に分類して作成。Ax 施行例は肩関節の運動機能障害が生じやすいとされているため、Ax 施行患者は全例 OT 介入とし、運動指導も並行して行っていく。また、OT 非介入となる患者に対しては、パンフレットをもとに病棟看護師より運動指導を行うこととし、乳がん患者全例に統一した運動指導を提供していく。

P-067

助産外来受診後に生じた妊婦の心理 ー A 病院の助産外来予約制と担当制に焦点を当ててー

塩澤麻子¹、行田智子²、横山京子²
¹JCHO 群馬中央病院、²群馬県立県民健康科学大学

【目的】助産外来の予約制と担当制のシステムに焦点を当て、助産外来を受診した妊婦の気持ちを明らかにし、その気持ちの経過を考察する。【方法】助産外来 1 回受診後（妊娠 16 ～ 20 週前後）、2 ～ 3 回受診後（妊娠 26 ～ 30 週前後）、3 ～ 5 回受診後（妊娠 32 ～ 36 週前後）の期間に受診した初産婦 11 名を対象に、縦断的に 3 回面接したデータを Berelson.B. の内容分析を用いて分析した。A 大学及び施設の倫理委員会の承認を得て、研究の概要と同意後の撤回の自由等を対象者へ説明し同意を得た。【結果】助産外来のシステムに関して生じた妊婦の気持ちは、面接 1 回目「予約通りの受診による心身の安楽」の 1 コアカテゴリ、面接 2 回目「継続受診による家族の付き添い希望」「充実した引き継ぎによる担当交代への満足感」など 5 コアカテゴリ、面接 3 回目「午後健診と予約通りの受診による心身の安楽」「同一担当者に伴う妊娠経過の共通認識による喜びと安心感」など 6 コアカテゴリであった。Scott.W.A. の式による一致率は、76.5%から 98.2%であり信頼性を確保していた。【考察】合計 12 コアカテゴリより妊婦の気持ちは、[予約通りの受診による妊婦の心身の安楽は、継続受診により同様の気持ちを維持し、家族の気軽な付き添いによる安心感へ繋がっていった] [同一担当者に対する親近感から担当制を希望する妊婦の気持ちは、継続受診により、同一担当者と共に妊娠経過を認識する喜びと安心感に繋がっていった] などの経過を辿る可能性があることが示唆された。予約通りの健診は妊婦に負担が少なく、家族にも気軽に付き添いをお願いでき満足のいく結果に繋がったと考えられるため、この体制を維持する必要がある。また、医師の健診では異常の早期発見、助産師は妊婦一人一人に丁寧な時間をかけて接すると共に充実した引き継ぎやチームでの情報共有を行う必要がある。

P-068

N I C Uにおける閉鎖式保育器に関する消毒方法の確立

久保大一郎、平川智子、住谷千宗、折田祥悟、薄葉新太郎、渡部紗己、関美波
JCHO 相模野病院

【目的】閉鎖式保育器は高度管理医療機器に指定され、綿密な保守管理することが求められている。その保育器で全身管理される新生児、特に未熟児は感染に対する抵抗力が低いため使用する保育器は雑菌がないことが管理条件といえる。今回、使用済み閉鎖式保育器内部の細菌の有無とその種類を調査し、効果的・効率的な消毒方法の確立を目指す。加えて紫外線殺菌灯の有効性についても検討する。【方法】大腸菌、緑膿菌、ブドウ球菌、MRSA の 4 種類を使用済み保育器内部より 10 ヶ所を選定し培養検査した。また消毒後も同様の 10 ヶ所より培養検査し、細菌の有無と消毒効果について検討した。調査保育器：試用期間平均 10 日間の閉鎖式保育器 5 台を対象。消毒使用薬剤：次亜塩素酸ナトリウム※保育器内部は次亜塩素酸ナトリウムで清拭した。保育器の外せるパッキン類は次亜塩素酸ナトリウムに 15 分間浸した。消毒外部機器：紫外線殺菌灯 ※保育器内部を薬液消毒前・後で殺菌灯を照射し細菌の有無を検査した。【結果】使用直後の閉鎖式保育器から大腸菌・緑膿菌・MRSA は検出されなかったが、ブドウ球菌は 10 ヶ所すべての場所で検出された。次に次亜塩素酸ナトリウムで清拭後は保育器内部でブドウ球菌は検出されなかった。さらにパッキン類も次亜塩素酸ナトリウムで消毒後は検出されなかった。また、紫外線殺菌灯を薬液消毒前に 2 時間照射し、上記細菌培養を試行した結果、ブドウ球菌の減少はみられたものの保育器内で検出されたすべてのブドウ球菌を消失させることはできなかった。【考察】紫外線殺菌灯は消毒効果があるものの、照射できる範囲が決まっているので、照射されないところは意味をなさない。よって紫外線殺菌灯の照射は行わなくても問題ないと判断する。そして今回、最も重要な事は、保育器内部の薬剤によるきめ細かい清拭であることが実証された。

P-069

救急受け入れ件数の検討

島津忠司、日山博文
JCHO 東京高輪病院

自院における救急搬送患者の受け入れの傾向や潜在的な余力について検討することを目的に、東京消防庁が公表している救急活動のデータと自院のデータを月別・曜日別に比較検討した。結果、東京都全体の搬送件数と自院の受け入れ件数の傾向は一定程度一致する部分が見受けられるものの、自院独自の月別、曜日別の傾向が見られた。このような検証結果に基づき、都内における救急搬送の傾向に応じた形で自院内にも人員配置や体制整備ができるのではないかと考察される。

P-070

骨転移後の乳がん患者に対するリハビリテーション
～病棟との連携を通して～

中野郁子、松尾健一、田中真紀
JCHO 久留米総合病院

【はじめに】今回、多発骨転移と左大腿骨転子部骨折をともなった乳がん患者のリハビリテーションを経験した。疼痛や不安などが体動をさらに困難にさせていた症例に対し、病棟看護師や他職種との連携を図りながらリハビリをすすめた結果、自宅退院が可能となったので報告する。【症例紹介】患者は40歳の女性。平成23年に左乳がんの診断にて左乳房温存術をうけ、平成25年に乳がん再発し多発骨転移をきたす。平成26年9月に左大腿骨転子部の病的骨折のため手術目的で他院へ入院するも手術拒否により同年10月に当院へ転院し入院翌日よりリハビリ開始となる。【リハビリ経過】初期評価時、左大腿骨転子部骨折にともなう疼痛がADL阻害因子として挙げられた。とくに腰部と左股関節の強い動作時痛は、右下肢の動作も困難にさせ、起居動作をさらに制限させていた。ベッド上では右側臥位しかとれずギャッジアップによる端坐位はおろか背臥位への寝返りも困難であった。リハビリに対する意欲はあり「ポータブルトイレに移りたい」というニーズを踏まえ「移乗動作の獲得」を目標とし、リハビリでは全身のリラクゼーションを得るために、患肢以外のマッサージ、健側下肢の筋力増強運動や両下肢のROM運動からはじめ、徐々に基本動作練習へとつなげていった。また、病室でのリハビリは理学療法士だけでなく看護師も参加し移乗練習時の介助を行った。可能となった基本動作がすぐに病棟のADLへ反映され、患者や病棟から要望された動作もすぐに看護師と確認し練習することで、リハビリ開始から1ヶ月後には起居動作および車椅子移乗が自立。在宅復帰にむけ福祉用具の選定やケアカンファレンスを行い、他職種と連携をとりながら環境整備を図り平成26年11月に自宅退院となった。まとめ】疼痛コントロールに配慮したADL練習を行い、他職種との連携をとりながら病棟内ADLを改善し退院後の環境整備を行うことで自宅退院を可能にできることを学んだ。

P-071

交通事故により足関節脱臼骨折を呈した一症例
—母趾の感覚・運動機能に着目して—

宮下創
JCHO 星ヶ丘医療センター

はじめに 今回、足関節脱臼骨折を呈し、歩行での母趾蹴り出しが減少した患者を担当した。母趾機能に着目し運動療法を施行した結果、歩容の改善を認めたため報告する。なお症例には、本発表の目的と意義について十分に説明し、書面にて同意を得た。症例紹介 症例は10歳代男性。バイク走行中に自動車と衝突し転倒。他院にて左足関節脱臼骨折の診断を受ける。手術とリハビリ目的で受傷2日後に当院入院。受傷8日後、観血的治療を施行。術後37日後より当院回復期病棟へ転棟し、急性期担当から引き継ぎPT開始となる。理学療法評価 初期歩行の足圧中心移動を圧力分布計測装置(Xsensor)で評価し、母趾の蹴り出しの減少を認めた。ROMは足関節背屈-10°、外返し0°、母趾MP関節(以下、MP)伸屈10°、母趾IP関節(以下、IP)伸屈-5°であり、特に長母趾屈筋(以下、FHL)の短縮を認めた。感覚評価は、母趾底側面に著明な感覚障害をNRS(右10)で2レベルを認めた。左足根骨の叩打刺激によるTinel徴候は陰性であった。筋力評価はHHDを用いてMPとIP屈指筋力を測定し、患/健比はMPが40.5%、IPが33.9%、MMTの母趾外転は1、内転は3であり母趾筋群の筋力低下を認めた。疼痛評価は、左母趾外転筋(以下、AbH)でNRS7、短母趾屈筋(以下、FHB)でNRS5の圧痛を認めた。治療内容と経過 感覚障害に対して内側足底神経の滑走練習を、運動障害に対して母趾筋群の筋力強化練習を実施した。また補高を挿入と、足関節背屈誘導と踵骨回内誘導テーピングも実施した。考察 母趾屈曲において内側楔状骨と第1中足骨で構成される第1列をAbHとAdHの同時収縮により安定させる(尾田,2004)、母趾には皮膚受容器が密集し足圧の変化を感じ取る役割を担い(Bizzini,2000)、母趾は歩行で重要な動きを考えると考えられる。本症例において、PTでは母趾筋群の筋力強化と神経滑走練習により母趾機能が改善し、母趾の蹴り出しを認め、歩容が改善したと考えられる。

P-072

脳卒中片麻痺患者における歩行動作の自立に向けた理学療法
～麻痺側下肢の遊脚期に着目して～

前田理奈
JCHO 高知西病院

【はじめに】脳卒中患者は、運動麻痺や高次脳機能障害などによって歩行動作自立の獲得が困難な場合がある。自立した歩行動作獲得および介助量の軽減を目的とした理学療法を実施することで、身体活動量増加および廃用予防はもちろんのこと、動作を頻回に繰り返すことで自己効力感の向上に繋がる可能性が示唆される。今回、歩行動作中に麻痺側 toe clearance 不良により歩行動作に介助が必要であった症例に対して、理学療法を実施し、改善がみられたので考察を加えて報告する。【対象】78歳、男性、診断名は脳出血による左片麻痺である。入院時の理学療法評価は、Brunnstrom recavary stageは、左上肢：V・左手指：I V・左下肢：V、Manual Muscle Testは、麻痺側股関節屈曲筋力：4、麻痺側膝関節伸屈筋力：3、麻痺側足関節底屈筋力：2、麻痺側足関節背屈筋力：3。Barthel indexは、60点、長谷川式簡易知能評価スケールは24点であった。歩行動作中に麻痺側 toe clearance 不良が認められ転倒リスクが高かったため、院内の移動手段を車椅子とした。【方法】麻痺側 toe clearance に対しての理学療法は、下腿三頭筋および前脛骨筋の筋力増強訓練、平行棒内に障害物を使用し、麻痺側下肢の遊脚相前期に対して部分的な歩行訓練を実施した。麻痺側 toe clearance のアウトカムとしては、10m歩行中に麻痺側 toe clearance 不良が生じた回数とし理学療法介入前後で比較した。【結果】10m歩行中の麻痺側 toe clearance 不良回数は、理学療法介入当初は14回であったが、介入後7週目には0回へ減少し、院内でのT字杖歩行動作が自立となった。【考察】本症例において、toe clearance 不良に関連する因子である下腿三頭筋、前脛骨筋の筋力が増強することで歩行動作の自立が可能となった。臨床現場では toe clearance の評価は難しく具体的な評価が確立されておらず、また、toe clearance に関連する身体的因子も複数あることから、今後の課題として、評価や理学療法のさらなる検討が必要であると考えられた。

P-073

造血幹細胞移植を受けた悪性リンパ腫患者に対する理学療法
の経験

中田富美恵¹、長野真¹、淵田真一²
¹JCHO 京都鞍馬口医療センター 理学療法士、²血液内科医師

【はじめに】造血器腫瘍患者では様々な理由から廃用症候群を生じやすい。原疾患による貧血・神経障害・易疲労が体力低下をもたらし、化学療法・放射線療法などの治療による悪心・嘔吐・心機能障害・末梢神経障害によっても体力低下が生じる。また、造血幹細胞移植後には移植片対宿主病(GVHD)による皮膚粘膜障害・肝障害・下痢が体力低下を引き起こす。そのうえ長期化する治療によるストレスや全身倦怠感も活動性の低下につながる。以上により生じた廃用症候群は、退院後のADLやQOLを低下させる。身体機能や活動性の改善には早期からの理学療法介入が効果であると証明されており重要である。今回、造血幹細胞移植患者を担当する機会を得たので若干の知見を添えて報告したい。【症例紹介】症例は悪性リンパ腫を発症し、造血幹細胞移植を受けた60代の男性である。妻と2人暮らしで現在無職。前向きな性格であり、生活の質の維持を望まれていた。退院後の目標として、趣味の登山を再開すること、仕事に就くことを希望されていた。【経過】2009年11月悪性リンパ腫発症。同年12月より治療開始。2013年9月まで寛解・再発を繰り返し、2015年1月から3月まで入院にて治療行っても寛解せず移植を決定。2015年6月1日入院。6月4日より理学療法開始。筋力維持増強運動・持久力運動・ストレッチを週5日実施した。7月8日造血幹細胞移植を施行。移植後は翌日より無菌室内で理学療法再開し、10月9日に自宅退院となった。移植直後は有害事象の発生や活動範囲の制限により、一時筋力・持久力低下が生じたが、退院時には移植前と同等の身体機能・日常生活動作を獲得できた。【考察】本症例は患者との明確な目標の共有によりリハビリ意欲を維持できたこと、早期から積極的に理学療法介入したことでも機能回復に至ったと考える。本症例を通し移植後リハビリの問題点、苦勞した点、今後の課題をまとめ検討したい。

P-074**脳梗塞の既往がある女性への二重課題を用いたリハビリ介入にてADLが向上した一症例**

小室英生
JCHO 二本松病院

【はじめに】近年、異なる複数の作業を同時に遂行する能力である二重課題（以下DT）遂行能力が低下すると生活能力の低下や転倒を引き起こす危険性が高くなると報告されている。またDTトレーニングは脳の前頭前野を活性化させるため認知症予防に有用だという報告もある。今回脳梗塞後、上行結腸癌を呈した女性に対し、在宅復帰を目指してDTを用いたリハビリを行った。その結果を紹介する。【症例状態】67歳女性。平成8年に脳梗塞、平成26年10月に上行結腸癌を呈した。退院後仮設住宅での独り暮らしが困難となり施設入所となった。PT評価ではTimed up and Go Test（以下TUG）18.1秒（四点杖使用）、HDS-R 25点、Barthel Index（以下BI）80点。【介入内容】マシントレーニング、階段昇降、スリングを用いたバランス訓練を行った。マシントレーニングでは回数カウントの際に一定数を引いていくDTを行った。介入約4週後からは独歩訓練や坂道・砂利道歩行訓練を、約8週後からは輪投げやボールを用いたバランス訓練や実際の階段を使用している階段昇降を追加した。【結果・考察】介入約90日後、開眼片脚立位 右3.0秒 左4.3秒、TUG 10.5秒（四点杖使用時11.8秒）、HDS-R 29点、BI 90点となった。歩行面では短距離を独歩で、四点杖使用で階段昇降が自立レベル、砂利道や坂道を含めた屋外歩行はふらつきが減少し見守りレベルになった。マシントレーニングの際にDTを実施したことは筋力強化だけでなく歩行バランス能力向上、軽度認知症者の認知機能改善につながったと考えられる。このことからDTを用いてリハビリを行う事は、単にリハビリを行う際の結果に加え、歩行バランス能力や軽度認知症者の認知機能改善に有用である事が示唆された。【まとめ】今回脳梗塞後、上行結腸癌を呈した女性に対し、在宅復帰を目指してDTを用いたリハビリを行った結果、バランス機能や認知機能、ADL自立度を向上させる事が出来、その結果独り暮らしでの在宅復帰の目途を立てることができた。

P-075**左被殻出血による右肩麻痺を呈した1例**

曾田陽介、戸山茂
JCHO 玉造病院

【はじめに】今回、発症により運動時の姿勢調整が拙劣となった症例に対して、転院より1ヶ月間は上肢ROM訓練、体幹強化訓練中心の機能訓練を実施し、その後、上肢作業活動を用いて姿勢調整の改善を図った結果、介入開始約2週間で右上肢活動参加が拡大した症例について報告する。【症例】50歳代男性、X年Y月草刈中に右手のしびれ、脱力感を感じ、頭部CTにて左被殻出血認めた。右片麻痺、構音障害をきたものの、会話は日常問題ないレベルまで回復し、発症より1カ月で当院転院。転院時、日常生活動作は左上肢を使用してほぼ自立していた。【初期評価（第28病日）】他動関節可動域（以下ROM）肩屈曲150°肩伸展0°肘伸展-10°、BRS上肢Ⅳ-1手指Ⅱ-1（廃用手レベル）下肢Ⅵ、FIM118/126点であった。食事は利き手交換により、箸にて動作遂行可能であったが、右上肢の使用は見られなかった。また、その他の場面に置いても活動参加はなく、両側性動作は困難であった。【経過】第28～59病日まで、Dr指示により上肢ROM訓練、体幹強化訓練中心に実施し、第59病日目～積極的な上肢操作訓練開始し、立ち座り動作、下垂位ワイピング（スライディングシート使用）ボールを利用した探索活動等のプログラムを立案した。第72病日に歯ブラシ把持動作し、歯磨き粉をつけることが可能となった。第75病日に右上肢でタオルを把持して左上肢洗体可能となり入浴自立となった。第91病日でROM肩屈曲150°肩伸展40°肘伸展0°、BRS上肢Ⅴ-2手指Ⅲ-4（補助手Bレベル）下肢Ⅵ、FIM124/126点と改善した。【結果】ADLでの右上肢の使用向上し、封筒を持つ、小銭入れを持つ、歯ブラシを把持し蛇口までリーチ可能となった。【終わりに】今後、更なる活動参加に向けてプログラムの再検討を実施し、ADL活動の幅を拡げ社会参加に繋げていきたい。

P-076**持参薬の与薬カートセットへの取り組み**

加藤仁美、水野知子、岩渕薫、矢沢直樹、高落祐紀、有竹昌史、嶋田泰久、北原みゆき、本橋茂
JCHO 相模野病院

【目的】当院では従来、入院患者の定期内服薬の与薬カートセットは薬剤師が行い、持参薬の与薬カートセット（以下持参薬セット）は病棟看護師が行っていた。しかし、医療安全の観点から持参薬セットに薬剤師が関わる事が求められていた。その為、薬剤師による持参薬セットを平成27年7月より1病棟を開始し、平成27年9月から更に1病棟増やし現在2病棟を実施している。その経過を報告する。【方法】持参薬セットは定期内服薬のセット日と同日に7日間分セットする。持参薬セット対象は以下の1から3の条件を満たしている患者である。1 持参薬が保管ボックスに入っている事。2 看護師が与薬カートに「持参薬あり」のラベルを貼付する事。3 持参薬に関する医師指示が記載されている用紙（継続、変更、中止など1枚に集約されている用紙）が与薬カートにファイルされている事。以上の条件を満たした患者の引出しに薬剤師が「薬剤師セット」のラベルを貼付し、持参薬セットを行う。持参薬セット後、セットを行った患者名、セットした日数、残薬数を指定の用紙に記入し看護師へ申し送る。【結果・考察】第一に、申し送りを口頭でなく、書面にする事で持参薬セット時に残薬数を薬剤師・看護師の間で共有でき、院内処方への切り替えが円滑に行えるようになった。第二に、薬剤師が持参薬セットをする前は院内採用のない持参薬を使い切る直前になってから、連絡をしてくる状態が多かった。しかし、薬剤師が持参薬セット行う様になり購入申請を早期に促す事で、スムーズな治療薬の継続が可能となった。第三に、薬剤師が持参薬の用法用量や処方重複などを確認でき、インシデント防止につながり、患者の安全確保により一層貢献できる様になった。以上より、薬剤師による持参薬セットは様々な点で成果があり、有用であると思われる。

P-077**レボフロキサシン錠を通しての医薬品の適正使用に関する調査**

松岡芳樹
JCHO 諫早総合病院

【目的・方法】当院における入院患者では、これまで病棟担当薬剤師による処方提案が中心であった。しかしながら、H25年4月より調剤室においても、これまで行っていた併用禁忌や相互作用のチェック、ハイリスク薬のチェックに加え、腎機能低下時に減量が必要となる薬剤について、電子カルテで腎機能を確認し、統一して疑義照会を実施するようになった。統一した疑義照会開始後の1年間において、入院患者へのレボフロキサシン錠の投与量が、腎機能に応じた投与量で処方される割合等に変化が見られるか後ろ向き調査を実施したが、あまり大きな変化は見られなかった。そこで今回、更に1年後の3ヵ月（H27年1～3月）でその後の現状を追跡調査したので以下に報告する。【結果】H25年4～6月では、疑義照会後の処方変更が16件の15.4%で、最初から医師による減量を実施された件数が18件の17.3%だった。H26年1～3月では疑義照会後の処方変更が10件の9.1%で、最初から医師による減量を実施された件数は18件の16.4%だった。H27年1～3月では、疑義照会後の処方変更が5件の4.4%で、最初から医師による減量を実施された件数が20件の17.7%だった。また透析患者においては、前半4件、後半6件、今回3件の計13件の全てのケースにおいて最初から医師による減量を実施されていた。【考察】今回の調査により疑義照会率が減少していることから改善は見られていると思われる。また、CCrが50を超える症例においても、80オを超える高齢者では数例において最初から医師による減量を実施されたことから、腎機能に応じた処方が浸透して来ているものと思われる。逆に、CCrが50未満でもeGFRが50を超えている症例では、レボフロキサシン錠が減量されないケースが見られたことから、腎機能の評価にeGFRが浸透してきているとも考えられた。

P-078

薬剤部門システムを利用した特定抗菌薬使用報告システムの構築

末廣勉¹、岡本朋子¹、久保田厚子¹、塚原邦浩¹、大西利彦¹、竹村有美¹、西村麻希¹、原田晃典¹、深井希江¹、大田泰子¹、福田智津¹、佐伯勝成¹、坪根淑恵²、菊池勉³、山崎麻由⁴、加藤彰⁵

¹JCHO 下関医療センター 薬剤科、²看護部、³臨床検査科、⁴総務企画課、⁵消化器内科

【目的】当院では2006年11月より院内LANで抗MRSA用薬及び特定抗菌薬の使用を報告するシステムを運用し、薬剤科で報告が出ているかをチェックしていた。しかし、処方とは別画面を開いて報告しなければならず、入力項目も多いため、処方時に報告書が薬剤科に送信されておらず、報告書の有無のチェックが出来ない状況であった。そこで、当院に入っている薬剤部門システムを利用し、特定抗菌薬を入力する際に報告することができるシステムを構築した。【方法】当院の薬剤部門システムは(株)ユヤマのYUNICOM-Exであり、その中の血液製剤管理システムを一部改良することで特定抗菌薬使用報告システムを構築した。オーダリングと薬剤部門システム間の情報のやりとりには変更がなく、双方の医薬品マスターを同期させることで、医師がオーダリングで処方する際に処方画面に「報告しますか?」というポップアップを出し、「OK」を押すと部門システムで処方せん出力時に報告書が印刷される。また、前日に同じ薬品の処方があれば報告書は出力せず、1週間連続で処方された場合は別途報告書が出力される仕様とした。【結果】従来、医師が報告書を入力するには別画面での入力が必要であるが、これがワンクリックで済むようになった。加えて薬剤科では、報告書の有無を全ての抗MRSA薬について確認していたが、全例出力されるため、この確認作業が不要となった。従来報告書中でバンコマイシンの血中濃度解析の要・不要が記載されていたが、今回、バンコマイシンが処方された場合には、全ての患者に対して検査依頼と採血時間の案内を送付するため、早期に解析及び補正ができることになった。【考察】医師が特定の抗菌薬を使用する場合に、報告の手順が多いと処方と報告が同時に薬剤科に届かず情報が一致しない。このように既存のシステムを利用することで簡便で確実な報告が出来ることで、業務の軽減が図れ、また患者の治療へも貢献できるものと考えられる。

P-079

BEP療法による口腔粘膜炎に対しポラプレジンクオールギン酸ナトリウム懸濁液(P-AG液)が著効を示した一例

川原和也
JCHO 諫早総合病院

【背景】口腔粘膜炎は抗がん剤の代表的な副作用の一つであり、その発現はしばしば患者のQOLを低下させる。また、重篤化すると摂食障害をもたらす栄養状態が悪化する為、休薬やレジメン変更等を余儀なくされ、治療の妨げとなることもある。口腔粘膜炎による弊害を回避すべく、多くの施設で口腔粘膜炎の予防・治療方法の検証が行われ、今日まで様々な薬剤の有用性が示されてきた。ポラプレジンク OD 錠をアルギン酸ナトリウム内用液内に懸濁した P-AG 液もまた、幾つかの施設で有用性が報告されている院内製剤の1つである。今回、抗がん剤投与により発現した口腔粘膜炎に対し、P-AG 液が良好な治療効果と発現予防効果を示した症例を経験した為その経過を報告する。【症例】53歳男性。左精巣腫瘍と診断され、精巣摘出後 BEP 療法が開始となった。1クール目 day12 を経過したあたりから口腔粘膜炎が発現。デキサメタゾン口腔用軟膏と半夏瀉心湯で改善を期待するも grade4 (CTCAE v4.0) に悪化した為、アズレン・キシロカイン含嗽液が処方された。その結果、grade2 まで改善したが、2クール目開始時も同程度の口腔粘膜炎が残存していた。2クール目開始後、再度口腔粘膜炎の増悪を認めた為 P-AG 液を開始したところ、grade1 まで改善が認められた。3クール目及び4クール目では、P-AG 液の口腔粘膜炎発現予防効果を期待し day1 より P-AG 液を開始したところ、口腔粘膜炎の発現は認められなかった。【考察】今回の症例から、抗がん剤による口腔粘膜炎に対する P-AG 液の治療的及び予防的使用は有効であると考えられる。しかし、今回報告した症例以外の P-AG 液が処方された患者の記録を遡ったところ、アルギン酸ナトリウム内用液特有の口腔内の不快感からコンプライアンス不良となる症例が多く存在しており、更なる改善が必要と思われる。

P-080

COPD に肺梗塞発症後 NIPPV 管理となり離床に難渋した一症例 ～フィジカルアセスメントを指標に用いて～

北村優友、大西和彦
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

[はじめに] 今回 COPD に肺梗塞を発症し NIPPV 管理となり離床に難渋した症例を担当した。ABG、フィジカルアセスメントを指標に用いて離床に取り組み、NIPPV 装着下で歩行練習実施可能となったため報告する。[症例紹介] 75歳男性で BMI 16.8 と痩せ気味。肺梗塞を発症し左無気肺を呈していた。ABG は PO2 (mmHg) :56.0、PCO2 (mmHg) :161.9 とⅡ型呼吸不全を呈しており、A-aDO2 (mmHg) :481.6 と拡散障害、P/F ratio:57 と酸素化障害が生じていた。また DD:25.0 μ g/ml と凝固因子の増大を認めた。NIPPV は PCV モード、IPAP:12mmHg、EPAP:4mmHg、RR (回/分) :20、O2 (L) :1 で設定し終日 NIPPV を着用していた。目標は少しでもいいから歩きたい。[経過] 初期は、背臥位で呼吸補助筋++と活動が強く、RR:34 と努力呼吸を呈しており JVD++と右心負荷徴候を示していた。10日間の NIPPV 加療後 PO2:76.5、PCO2:46.9、A-aDO2:37.6、P/F ratio:319 と ABG に変化がみられ、DD:1.5 と凝固因子の低下を認めたため離床を開始した。この時より NIPPV は夜間のみ装着し日中 O2:1n.c で管理となった。ギャッチアップ 30°、50° は O2:1n.c で著明なバイタル変動を認めなかったが、下垂座位で呼吸補助筋+++、JVD+、RR:38 と過度な努力呼吸を呈した。そのため長座位で NIPPV 装着下のバイタル変動を確認し下垂座位を実施。JVD+、呼吸補助筋++と過剰収縮を認めるものの RR:24 と呼吸努力は認めなかった。NIPPV 装着下で下垂座位練習を反復し、NIPPV 装着下で立位、ステップ練習を呼吸補助筋の活動、RR、JVD の変化を指標に負荷を変更し約3ヶ月後 NIPPV 装着下で歩行練習を行える様になった。[考察] NIPPV など陽圧換気が必要とする重度呼吸障害患者に対して離床を行う際は、フィジカルアセスメントを評価し過負荷とならない様に注意を払い段階的に離床を進める事で、重症化、急変を予防し最大限の活動能力を引き出す事が可能になると考える。

P-081

上肢機能改善がセルフケアに生かされなかった脳梗塞症例を経験して

橋本あゆみ¹、中路悟史¹、大川善文²
¹JCHO 京都鞍馬口医療センター 作業療法士、²内科医師

[はじめに] 脳血管障害では認知機能低下等により実生活で本来の能力を発揮出来ない場合がある。今回、脳梗塞右片麻痺において身体機能改善を認めたが ADL に反映されない症例を経験したので若干の知見を添えて報告したい。[症例] 70歳代男性、右利き。左レンズ核線条体動脈領域に梗塞巣を認めた。Need は患側手を使用した食事動作の自立であった。[経過] 発症2日目より介入を開始した。初期評価時(発症1～2週)の身体機能は Brunnstrom Test (以下 BRS) 右上肢・手指Ⅳ。上肢の自動関節可動域(以下 AROM) および筋力は前腕・手関節・手指で低下がみられ、握力は右が優位に低下していた。感覚に左右差は認められなかった。精神機能は改訂長谷川式簡易知能評価スケール(以下 HDS-R) 19点。Trail Making Test で A 113.96秒、B 298.42秒(エラー1回)であった。ADL については Functional Independence Measure (以下 FIM) 46点であった。食事動作は非麻痺側手を使用し自立、洗顔動作・清拭動作・下衣の着脱に介助を要した。作業療法プログラムは 1) 上肢機能訓練、2) ADL 動作訓練、3) 環境設定、4) 筋力増強訓練、5) 持久力向上訓練を実施した。最終評価時(発症4～5週)では BRS 上肢・手指Ⅴ。AROM は改善がみられた。筋力は手関節掌屈のみ改善した。FIM は 107点となった。食事動作では麻痺側手で口にさじを運び入れることが可能となったが、非麻痺側を使用していた。清拭動作ではタオルを用いた洗体が可能となった。しかし実際の場合では実用手として使用されず介助を要した。洗顔・更衣動作は自立した。[考察] ADL 拡大・セルフケア能力の向上を認めたが、実際の場合において食事と清拭動作で麻痺側手は使用されなかった。般化されなかった理由として、食事動作では筋力や持久性の低下、清拭動作では観察内容や HDS-R より記憶力低下が影響していると考察する。今後は精神機能が ADL へ及ぼす影響についての評価・考察を深め QOL の再獲得にむけて検討していきたいと考える。

P-082

当院におけるペースメーカー関連業務への臨床工学技士参入とその取り組み

金丸和仁
JCHO 諫早総合病院

【はじめに】2008年より「医療機関における医療機器の立会いに関する基準」が実施され、2010年「臨床工学技士基本業務指針2010」にペースメーカー・植え込み型除細動機器業務が明記された。それに伴い2012年、循環器医師の依頼を受け、ペースメーカー（以下PM）関連業務に臨床工学技士（以下CE）が携わることとなったが、当時当院に所属するCEは2名のみであり、マンパワー不足により本格的な参入はできていなかった。その後、2013年にCE2名の増員となり、2015年1月より再びPM業務にCEが携わることとなった。【方法】当院のPM植込みの症例は月に2～3例程度と少なく、使用するメーカーも3社のため、PM関連業務の早期習得を目標としCE4名のうち1名を専任とした。プログラマー、PSAの操作をメーカー立会いのものと行い、操作方法の習得に努めた。また、各メーカーに勉強会を依頼し定期的に行うことで、知識の定着化を図った。メーカー3社のうち最も症例の多い1社のプログラマーを病院に常設することで、入院患者のチェックや設定変更を行えるようにした。【結果】現在、フォローアップや外来チェックはCEによって行えるようになったが、トラブル時はメーカーのサポートが必要である。PM植え込みもメーカー立会いのものと行っており、メーカーフリーでの業務は行えていない。【考察】CEのPM業務参入から10ヶ月が経過したが、トラブル時の対応等まだ多くの課題が残っているのが現状である。今後は課題をクリアしていくと共に、他CEに知識及び手技を拡散し、CE全体でPM関連業務に携わることが必要と考える。

P-083

JCHO 中京病院における緊急輸血の現状

栗本有姫¹、高橋圭司¹、玉木由香里¹、水平晶子¹、竹内基¹、馬場弘次¹、進士都¹、坪井直哉¹、中島神史²

¹JCHO 中京病院 検査部、²救急科

【はじめに】当院は、病床数663床の、救命救急センターを有する3次救急指定病院である。年間では赤血球液（RBC）約7,600単位、新鮮凍結血漿（FFP）約3,400単位、濃厚血小板（PC）約6,700単位の輸血を実施しており、重症搬送患者への緊急輸血の依頼も多い。緊急度に応じて、緊急度0（Grade0、G0）をO型RBC輸血（血液型未検査、未交差O型照射済RBC）として依頼を受けてから5分以内の払出し、緊急度1（Grade1、G1）をABO同型RBC輸血（血液型検査2回実施、未交差患者同型照射済RBC）として30分以内の払出しで対応している。今回、当院における緊急輸血実施状況を調査したので報告する。【対象】平成22年8月から平成27年7月までの5年間に、実施された緊急輸血182件を調査した。【結果】対象期間中の緊急輸血182件のうち、夜間・休日の依頼が133件（73%）であった。G0は45件、G1は137件であった。G0のうちG1に移行したものは22件であった。疾患の内訳は、外傷66件（36%）、消化管出血61件（34%）、腹部大動脈瘤破裂18件（10%）、消化管以外の出血19件（10%）、その他18件（10%）であった。G0のうち36件（80%）が外傷であり、G1では48件（35%）が消化管出血であった。また、各疾患別の10単位以上の輸血を実施した割合は、腹部大動脈瘤破裂では72%、外傷では42%、消化管出血では18%、消化管以外の出血では32%、その他では6%であった。FFP、PCを併用したものは76件（42%）であった。【考察】緊急輸血のうち約70%が、人手が少なく不慣れなスタッフも対応する夜間・休日に依頼されていたことから、マニュアルの周知徹底をはかり、安全な輸血の実施に努めていきたい。また、腹部大動脈瘤破裂や外傷の症例では大量の輸血に至ることが多く、全症例の約40%がFFP、PCも併用していたため、緊急発注を必要とする場合も多かった。臨床や血液センターとの連絡を密に取り、迅速な血液製剤の準備、供給に努めることが重要であると考えられた。

P-084

大腸癌術前3D-CTの有用性

上村美和、福永浩太郎
JCHO りつりん病院

【はじめに】近年、大腸の領域においても腹腔鏡下の手術が普及しているため、術前のCTアンギオグラフィ撮影が増加している。当院においても3Dワークステーションが更新された2013年7月から2015年10月の間に54件の全腹部CTAが撮影され、そのうち、大腸癌の術前検査は40件（74.1%）を占めた。実際に手術を行った37件中17件（45.9%）が腹腔鏡下手術だった。そこで術前に動静脈の走行を把握することで、安全で迅速な手術に貢献できると考える。【目的】今回、術後症例や大動脈瘤破裂のため判定不能だった症例を除く50症例に対して、下腸間膜動脈（IMA）から分岐する左結腸動脈（LCA）、S状結腸動脈の変異を分類し、諸家の報告と比較する。【使用機器等】CT装置：東芝社製 Aquilion64列3Dワークステーション：AZE Virtual Place 風神造影剤量/造影剤注入速度：630mg/kgにて30秒注入 【方法】ポリウムレンダリング画像にて、大動脈から下腸間膜動脈（IMA）を根部から切り離し、その分岐の観察を容易にする。その後この抽出した下腸間膜動脈にて左結腸動脈とS状結腸動脈の分岐を下記のように分類しその頻度を調べる。1）独立分岐型：左結腸動脈とS状結腸動脈がIMAから独立して分岐している2）共通幹型：左結腸動脈とS状結腸動脈がIMAから共通幹を形成している3）3分岐型：左結腸動脈とS状結腸動脈がIMAから3mm以内で分岐している4）辺縁型：左結腸動脈がなくS状結腸動脈から辺縁動脈にて下行結腸が栄養されている【結果】独立分岐型26件52.0%、共通幹型14件28.0%、3分岐型6件12.0%、辺縁型4件8.0%であった。【考察】諸家の報告では共通幹型が最も多いとされていたが、今回の報告では独立分岐型が最も多く異なっていた。左結腸動脈、S状結腸動脈の分岐にはバリエーションがあり、その走行を把握することで安全で迅速な手術に貢献できると考える。

P-085

健診車業務での医師立ち合いが不要となった胸部撮影時の確認票作成について

松尾義幸、坂田滋、中原博子、山口裕司、松藤義治
JCHO 久留米総合病院

【背景】平成26年6月25日に診療放射線技師法及び診療放射線技師法施行規則が改正、施行された。これにより検診車において診療放射線技師が胸部X線撮影（以下胸部撮影）を行う場合、医師の立ち合いがなくても実施できることとなった。しかし実施に際しては、事前に責任医師の明確な指示を得ることや緊急時の連絡体制の整備を行い、安全の確保を十分に図ることが求められている。当院では、従来から検診車業務に関して、マニュアル・緊急連絡体制を整備し業務を行っている。今回法令改正に伴い、医師立ち合いが不要となった胸部撮影を行う場合の確認表を追記し運用を行うこととしたので報告する。【方法】医師が同行しない検診車胸部撮影を行う場合の確認表を作成し、関係部署会議で協議し決定した。これは実施に際し必要とされている、①事前に責任医師の明確な指示を得ること②緊急時等の医師への連絡体制③機器の日常点検の管理。の3点を満たした記載内容とした。確認表の運用に関しては、業務前日までに、医師、事務担当者、撮影担当技師が記載内容の確認を行う。当日検査中に医師の指示を受ける事例が発生した場合、マニュアルに沿って対応し、その内容を記載する。帰院後に医師の指示印を受け、関係部署にて閲覧、情報の共有を行うこととした。【結語】現在、当院の検診車業務において医師の同行しない胸部撮影は行っていない。しかしながら今回の法令改正に伴い整備を行った。今回、マニュアル等の直しや確認表の作成などを通じ「受検者に安全な検査を行う」という再認識ができた。今後はより一層の安全な医療が提供できるよう、従事者の教育・研修に力を入れると共に業務内で起きた事案を元に、マニュアル・確認表の検討を重ねていきたい。

P-086

地域包括ケア構築に向けての現状と課題

安藤さとみ、小沼久美、阪野祐子、石原司
JCHO 山梨病院

当院は 168 床（42 床× 4,7:1）で病床運営を行っていた。H26 年 1 月～ 12 月の一日平均入院患者数 116.6 名、病床稼働率 69%、平均在院日数 14.5 日、医療・看護必要度基準超（H26 年度診療報酬改定後）16.9% であった。急性期病床とは言え回復期の患者が混在していた。JCHO の使命である地域包括ケアの要としての役割を果たすため、平成 27 年 3 月に包括ケア病棟を開設し、回復期にある患者が安心して在宅療養に移行できるよう環境調整すると共に積極的に救急患者の受け入れが出来るよう整備した。半年が経過する中で現状と課題が見えたので報告する。【現状】 1. 包括ケア病棟への転棟患者の基準作成、それを基に「病床調整会議」を平日包括病棟責任医師・各病棟病長・退院支援担当部長・医事課員・専従 PT・MSW 等で転棟患者の選定 2. 平均病床稼働率：急性期病棟（80.2%）包括ケア病棟（65%）、急性期病棟医療看護必要度一般基準超 18.3% 3. 包括ケア病棟直接入院患者 3 名 4. 高度急性期病院からの紹介は急性期病棟で全ての患者は治療継続が必要 5. 急性期病棟平均在院日数 13.9 日以上の診療科：内科・整形外科【問題】 1. 選定した患者の転棟に主治医の協力が得にくい 2. 急性期病棟の在院日数目標を二つの診療科が満たしていない 3. 包括ケア病棟の病床稼働率が向上しない 4. 包括ケア病棟の対象患者の紹介が少ない 5. 院内外共に包括ケア病棟の機能について浸透していない 6. 退院支援の内容・タイミングが掴めていない【課題】 1. 地域包括ケアシステムにおける当院の役割を浸透させる（院内外） 2. 退院後の患者がどのような療養生活をするのかイメージできるように事例検討実施 3. 専従医の確保を含む直接包括ケア病棟入院の体制づくり【まとめ】地域包括ケアの要としての役割を果たすため地域の特性・ニーズ・その時代に合った医療・介護・福祉の連携強化を図る努力をしていきたい。

P-087

社会的入院患者の在宅療養事例の考察

壺屋みゆき、齋藤寛子、池谷谷子、荏部千草、島津弘江
JCHO 山梨病院

平成 27 年 3 月より地域包括ケア病棟が開設され、社会的入院患者も受け入れている。入院前家庭訪問を行い、入院前の生活について院外の多職種との情報交換等連携を図り、患者の生活・介護の状況に沿った支援を実施した。院内外他職種との連携強化、介護者の負担軽減に繋がった事例を報告する。【事例紹介】40 歳代 男性 急性心筋梗塞後、低酸素脳症で寝たきり状態、食事は胃瘻造設にて管理、全身の関節の拘縮あり、リハビリ病院・ショートステイ等利用し在宅療養中だったが、高齢の両親の介護負担軽減のため包括ケア病棟へ入院（入院期間 30 日）【考察】訪問看護ステーションより当院の地域連携室に相談があり、包括病棟担当医師・退院支援看護師・地域連携窓口担当者が、カンファレンスで検討し入院が決定。地域連携窓口担当者が、訪問看護ステーション看護師とヘルパーが訪問ケアを実施しているときに入院前訪問が行えるよう調整し、当院の訪問看護師、病棟担当看護師が、患者宅に出向き介護状況・家族の思い等の情報交換を得た。在宅療養環境により近い環境を作り、安心して療養できるよう入院環境を整備した。またケアの視点からも介護負担軽減に重点を置き、wOC 看護師、PT 等の協力を得て、おむつ交換の回数の減少、体位交換の工夫を行い、在宅介護方法の見直しに努めた。また体重コントロールのため胃瘻からの水分量、注入量を医師、管理栄養士、栄養課と調整した結果、約 1 kg の減量につながった。家族が面会に来た時を利用し家族への指導を行うと共にケアマネージャー、訪問看護師等が病院を訪れた時情報交換し退院に向けて連携を図った。【まとめ】入院前訪問することで入院前から退院後の療養にむく課題に取り組み、多職種との協働による退院支援ができたこと考える。退院先は決して在宅とは限らないが、患者・家族が望む生活の場少しでも安心して早く戻れるようこれからも支援を行ってきたい。

P-088

演題取下げ

岡田真理、森理恵、金子智子、難波ひとみ、三瓶沙織
JCHO 横浜中央病院

【はじめに】地域包括ケア病棟は 2025 年問題を踏まえ平成 26 年の診療報酬の改訂で新設された。その役割は、「誰もが安心して医療・介護を受けることができる環境をつくる」であり、JCHO の理念そのもので、安心して住みなれた地域に帰ることである。つまり、従来型医療から生活支援型医療へ変換する状況となっており地域包括ケア病棟はその役割を担っている。施設基準の要件は 1 日平均 2 単位以上のリハビリが必要であるが、すべての患者に行えているわけではない。しかし、在宅・生活復帰支援と QOL の向上を目標に上げている病棟であるため、病棟看護師は生活の中にリハビリを取り入れて行っている。そこで今回は病棟看護師によるリハビリを行った患者に焦点をあて、食事・排便・排尿等の生理的欲求がリハビリ前後でどの程度変化するかを評価を行ったので報告する。【期間】平成 26 年 10 月～平成 27 年 9 月方法①地域包括ケア病棟に入棟時、担当看護師がリハビリ計画書を作成。・食事時は歩行や車いすで病室からディルームに移動する。・看護師による摂食機能訓練や嚥下評価、食事内容の調整。食事後排泄の有無を確認しトイレに移動する。④リハビリ開始時と退院時にバーサルインデックスによる評価を行い ADL の変化を比較検討。【結果】食事の項目はリハビリ開始直後から全期間で上昇していた。排便はリハビリ開始後 31 日から 40 日では上昇は見られなかったがそれ以外は全期間を通して上昇していた。排尿はリハビリ開始後 21 日から 30 日では上昇は見られなかったがそれ以外は全期間で上昇が見られた。排泄の上昇と同時に移動の項目も上昇していた。【考察】背景として患者の平均年齢 75 歳、入院生活という環境が機能低下をもたらすことを考えると、看護師による生活リハビリは 30 日程度で在宅復帰をすることが望ましいと言える。

P-089地域包括ケア病棟における生活リハビリの結果
バーサルインデックスの食事・排便・排尿に焦点を当てて

岡田真理、森理恵、金子智子、難波ひとみ、三瓶沙織
JCHO 横浜中央病院

P-090**当院の地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション科の
取り組みと実績**

江島圭亮、西岡大輝、佐藤友美、大隈和喜
JCHO 湯布院病院

【はじめに】当院は、地域包括ケア病棟を2病棟111床有し、地域住民の自立支援に向けたリハビリテーションを展開している。今回、整形外科疾患を主とする1病棟51床における当科の取り組みと平成27年度6ヶ月間の入院患者に関する実績をまとめた。【地域包括ケア病棟での取り組み】方針は「自立支援」と「医療と介護をつなぎ在宅生活の継続を支える」ことである。PT8人、OT2人、ST1人を配置し、平均2.3単位/日、365日リハビリテーションを提供している。入院上限期限の2か月に健康状態及び心身機能の改善、ADL・IADL能力の獲得、更には入院前の生活課題の解決を図る必要がある。そこで、医師・コメディカル・地域で支援を行う介護支援専門員等と連携し、入院前から退院後の生活まで、一貫して自宅生活を見据えた関わりを行っている。内容は、①個別リハ、②集団活動（趣味活動、介護予防体操教室）、③体育館での集団体操、④自己訓練（各種運動、プール浴等）を導入している。患者教育として「元気アップ教室」を開催し、介護予防の意識づけを図っている。【実績】平成27年4月1日から9月31日の6ヶ月間に入院しリハ処方があった者は153名（男性53名、女性100名、平均年齢76±11.8歳）、疾患内訳は運動器82%、脳血管15%、その他3%、自宅復帰率は89.8%であった。入院前に介護保険サービスを利用していた者は59%。退院支援として訪問指導45件（うち施設訪問3件）、外出訓練を5件行った。介護支援専門員の来院や担当者会議等にて退院後の支援者との直接的な情報交換は61%実施した。情報提供書は全件作成した。【まとめ】個別リハに留まらず、様々なプログラムを立案・計画・実施した。退院後の生活課題の解決には地域連携や介護予防の視点は必須である。今後も、より効果的なプログラムを構築し地域包括ケアシステムにおける役割を果たしたい。

P-091**当院における地域包括ケアに対するリハビリテーションの実施状況について**

石橋祐太¹ 柴尾広子¹ 角本雅彦¹ 森理恵² 三瓶沙織² 難波ひとみ²
¹JCHO 横浜中央病院 リハビリテーション科、²看護部

【はじめに】当院では平成26年7月より地域包括ケア病棟が設立され1年が経過した。これまでのリハビリテーション室での実施状況について報告する。【対象】平成26年7月～平成27年6月までの地域包括ケア病棟入棟者、全530名の中で理学療法士・作業療法士が介入した196名（男性90名、女性106名）を対象とした。【調査項目】年齢、入棟日数、診療科別、リハビリテーション実施単位数、転帰先、入院時・地域包括ケア病棟入棟時・退院時の日常生活活動評価 Barthel Index（以下、BIと略す）を用いた点数等を参考に現状の検討・考察をした。【結果】平均年齢76.3歳、平均入棟日数約21日、リハビリテーション実施者の診療科は上位順に整形外科・脳神経外科・循環器内科と続く。入棟期間での1日平均リハビリテーション実施単位数は2.39単位、在宅復帰率は83.4%（自宅・在宅強化型施設含む）であった。BIの平均点数は、入院時37.3点・地域包括ケア病棟入棟時62点・退院時70点であった。【考察】在宅復帰率、BI点数が向上している要因として、個別リハビリテーション実施時間以外にも、病棟看護師と協同で、生活期リハビリテーションとして食事動作、移動、トイレ動作などの環境設定や実際の日常生活動作練習を行っていることが関係していると考えられる。今後の課題・対策として、病棟看護師との定期的な勉強会やカンファレンス以外でのミーティングの開催、リハビリテーション実施者以外のADL評価・指導などを行うことにより、更なる生活期リハビリテーションの充実化に繋がってくると考える。

P-092**当院の地域包括ケア病棟におけるリハ介入の現状と課題**

岩崎洋子、廉谷菜以、篠原奈津紀、下田哲也、善家かずみ、富永康浩
JCHO 宇和島病院

【はじめに】当院では、平成26年7月に地域包括ケア病床22床を開設し、10月からは54床の病棟として運用を開始した。今回、当院の地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション（以下リハ）の対象者と介入状況から今後の課題を検討した。【方法】対象は、平成27年7～9月に地域包括ケア病棟を退院した患者138名とした。内訳は、男性61名、女性77名、平均年齢76.0±26.9歳、地域包括ケア病棟の平均在院日数は26.5日（最短1日、最長59日）であった。対象患者を入院経路別に、「ポストアキュート」「サブアキュート」「その他」に分類し、それぞれのリハ介入の状況を調査した。【結果】「ポストアキュート」66名、「サブアキュート」71名、「その他」1名で、「ポストアキュート」「サブアキュート」と分類された患者はほぼ同数であった。「ポストアキュート」として入棟した患者のうち、疾患別リハとして介入した患者は53名、全くリハが介入しなかった患者は3名であった。「サブアキュート」として入院した71名のうち、全くリハが介入しなかった患者は26名、疾患別リハ以外としてリハ介入した患者は40名であった。「その他」1名はポリソムノ目的の入院でリハの介入はなかった。【考察】「ポストアキュート」は、リハ目的の患者がほとんどであり、回復期リハ病棟と同等のリハ介入が必要とされた。また、「サブアキュート」においても、疾患別リハの対象外の患者も含め、ADLの向上、退院支援等としてリハの介入を必要とする患者が多かった。【結論】地域包括ケア病棟においては、リハが包括されること、また疾患別リハ1日平均2単位以上という要件から、開設にあたってリハの介入は懸案の1つであった。当病棟への転棟あたっては、入棟前より60日という入院期限を見据えた予後予測を、リハ専門職を含めた多職種で行う必要があるとともに、入棟直後からのADL向上、退院支援を多職種で取り組んでいくことが重要である。

P-093**地域包括ケア病棟の要として
～地域包括ケア病棟運用の現状と課題～**

根津徹也、石原司
JCHO 山梨病院

当院は平成27年3月1日よりベッド数42床の1フロアを「地域包括ケア病棟」として開設した。開設にあたってはJCHOの使命である、地域住民の為の病院としての位置づけである事と地域からの要望を受けた事を考えて、地域包括ケア病棟構築の要として県内では2番目、当該医療圏では初めての開設を行う事となった。開設に当たり半年程前より事前準備を行い職員の採用や配置換え等を実施した。又、開設前月までに地域包括ケア病棟の体制を整えられるように病棟間での引越し等を行った。開設後の運用は、急性期病棟からの転棟患者については平日の夕方、医師、各病棟看護師長、理学療法士、医療相談員、医事入院係をメンバーとする転棟患者選考会議を毎日実施して患者選考を行っている。この会議では、患者の状態はもとより、退院先や社会的背景、診療報酬点数を考慮する等して検討を行い転棟該当患者となるか選考をしている。地域包括ケア病棟開設前の急性期病棟の平均在院日数は平成26年9月から27年2月までの6ヶ月平均は14.5日だったが、地域包括ケア病棟導入後は6ヶ月平均13.3日まで短縮された。又、病床稼働率は地域包括ケア病棟導入前の6ヶ月平均は70.8%だったのに対し、導入後6ヶ月平均は80.2%となった。課題としては、地域包括ケア病棟に専従の医師がいない事である。又、地域包括ケア病棟の病床稼働率は平成27年3月から8月までの開設半年間で平均65.0%と低い数字となっている。開業医や訪問看護ステーション等からの紹介による入院患者を積極的に受入れる事で病床稼働率を上げる努力が継続して必要と考えている。職員への地域包括ケア病棟の必要性に対する理解が十分に浸透していない部分もある為、意見交換会やカンファレンス等を行い、転棟後のサービス内容が低下しない事や診療報酬点数の説明等を行い、地域包括ケア病棟の要としての役割が担えるように取り組んでいる。

P-094**地域包括ケア病棟における介護福祉士の役割**

中川宏季、荻本照子、小林瞳、松尾明美、福田小智美、古椎久美
JCHO 湯布院病院

【目的】一般病棟や急性期病院からの患者の受け入れ、地域からの緊急時の受け入れなど地域包括ケアシステムを支える要となるために1年前に地域包括ケア病棟を開設した。これまで以上に患者の状態にあった医療提供と早期退院を目指すために質の高いケアの提供が求められている。地域包括ケア病棟に入院中の患者へ提供しているリハ単位は一日に2単位である。残りの時間の日常生活を看護・介護職は、それぞれの専門的視点でその人らしい生活を支援し、在宅復帰につなげなければならぬ。これまで、新設された地域包括ケア病棟の介護職の役割は明確になっていなかった。そこで病棟の現状、問題点を抽出した。その結果から業務全体を見直し、介護職の役割を整理し、活動したので報告する。【対象と方法】当病棟の看護職24名・介護職10名を対象に病棟の現状、業務上の問題点を抽出した。その結果から地域包括ケア病棟における介護職の役割を整理し、業務全体を見直す。【結果・考察】病棟の現状は、スタッフ間のコミュニケーションが不足しており、他職種との連携が取れていない。また、介護業務が整理できていないためアクティビティーの時間が持てていないことがわかった。その結果から業務全体を見直し、地域包括ケア病棟における介護職の役割は、看護職と協働しながら退院支援を行い、アクティビティ活動を積極的に行っていくことと考えた。介護職が退院支援をするために退院前在宅訪問に同行した。介護職が看護、セラピストと協働しながらADL能力や活動向上を図るためのアクティビティ活動と病院全体で実施している生活習慣病予防教室（元氣アップ教室）を実施した。今回、介護職が看護、セラピストと協働し、患者の視点に立ち、退院支援とアクティビティ活動を自立支援の一環として実施したことで連携がより一層図れるようになったと考える。

P-095**介護老人保健施設における在宅復帰サポートパスの取り組み**

永田博明、林田智史、永松祐介、佐藤貴寿、三浦博文、田代綾子、千住由美子、佐藤郷子、田中真紀
JCHO 久留米総合病院

【はじめに】利用者が在宅復帰を目指す過程において、職種毎に利用者及び家族に対し担当分野の説明を実施してきたが、老健の役割や機能について十分な理解が得られなかった。また、職種間の連携が機能せず利用者及び家族との間で在宅復帰の意思や時期が曖昧となり、結果として退所時期を逃してしまい入所が長期化するケースがみられた。利用者への計画的な支援と家族が安心して在宅復帰を実現する為の手段として在宅復帰サポートパス（以下パスと略す）を検討し、平成27年7月より運用を開始したので報告する。【活用の実際】・相談員が入所前に老健の役割や安心して在宅生活ができる介護サービスについて説明。・介護支援専門員が入所時に面談日や訪問日、カンファレンスなど具体的なスケジュールを説明。・理学療法士または作業療法士が利用者や家族の意向を踏まえ具体的な目標を提示し、目標を共有した後に訓練内容を説明。【結果】・家族が在宅復帰後の生活をイメージでき、安心して迎え入れる準備ができた。・利用者や家族との連携が密になり実現可能な生活目標を設定することで、共通認識が得られた。・パスに取り組むことで職員間の連携が深まり職種による考え方の相違が明確になった。【考察】同じツールを用い可視化することで、利用者や家族に老健の役割・機能の理解を促し、スケジュールを分かりやすく説明することが可能となり安心して在宅復帰に繋がったと考える。また、利用者及び家族と共通認識が得られたことは在宅生活を想定した具体的な支援に繋がったと考える。パス導入により一定の効果は得られたが、職種による考え方の相違を改善するために、入退所検討会議を活用することが必要と考える。今後、各職種の進捗状況を確認しながら計画的に入退所の調整を図る事が重要である。【結語】円滑にパスを実施していくためには、職員間の相互理解が必要であり、さらにチームを成熟させなくてはならない。

P-096**居宅介護支援センターが在宅強化型算定と通所サービス利用率に与える効果**

上野孝之、佐田孝治、錢本修己
JCHO 下関医療センター

【目的】本研究の目的は、居宅介護支援センター（居宅）開設後の経時的な利用者の増加が、1.在宅強化型算定に必要な在宅復帰率とベッド回転率に与える効果、2.通所サービス利用率（通所利用率）に与える効果を明らかにすることである。【方法】居宅開設後の2年間（平成24年10月～平成26年9月）のデータを分析した。調査項目は①居宅介護支援サービス利用件数（利用件数）、②在宅復帰率、③ベッド回転率、④通所利用率の4項目とした。【結果】居宅開設1年後の利用件数、在宅復帰率、ベッド回転率、通所利用率は、28件（入所3件、通所16件、その他9件）、57.7%、7.4%、65.4%であった。開設2年後はそれぞれ、35件（入所3件、通所21件、その他11件）、66.7%、8.7%、61.4%であった。居宅介護支援サービス利用者の関与は、1年後の在宅復帰率11.5%、ベッド回転率0.6%、通所利用率12.9%、2年後はそれぞれ、16.7%、1.0%、18.3%であった。開設後の利用件数の増加に伴い、在宅復帰率、ベッド回転率、通所利用率に対するサービス利用者の寄与が増大した。【考察とまとめ】当施設は在宅強化型算定を目指している。算定3要件の指標は、在宅復帰率、ベッド回転率、重傷者の受け入れである。重傷者の受け入れは長期入所に繋がり、在宅復帰率やベッド回転率を低下させる要因となる。介護支援専門員1名体制で開設後2年の時点で、当施設入所者のうち在宅復帰した利用者の25%（4人に1人）を居宅利用者が占めるに至っている。従って、介護支援専門員を3～4名配置し、利用者の増加に伴い自宅と施設を行き来するリピーター群が増えれば、在宅復帰率とベッド回転率が著明に上昇するので、重傷者の長期入所による在宅復帰率とベッド回転率の減少を相殺することができる。その結果、強化型施設の算定要件全てを十分満たすことができる。通所利用率においても居宅利用者の占める割合は年々増加しており、通所利用率の増加には居宅との連携が必須である。

P-097

適切な抗生剤の選択に関する検証

角田真貴
JCHO 若狭高浜病院

誤嚥性肺炎や尿路感染症は、高齢化社会において必須の疾患である。当院には感染症専門医がおらず、また耐性菌の検出が増加してきたため、適切な抗生剤の選択が必要と考え、グラム染色ならびに細菌培養検査による抗生剤の選択を検討した。まず、誤嚥性肺炎と診断した患者の喀痰、ならびに尿路感染症と診断した患者の尿のグラム染色を施行し、起因菌を推測した。次に、過去の細菌培養結果も考慮し、適切と考えられる抗生剤を選択した。使用する抗生剤は SBT/ABPC、PIPC、TAZ/PIPC、CEZ、CMZ、CTRX、MINO、LVFX、CLDM、MEPM、VCM の中から選択した。最後に、数日後の薬剤感受性試験の結果と照らし合わせ、陽性的中率等分析した。ガイドラインに沿った治療を逸脱することはできないが、グラム染色を直接確認することによって、狭域の抗生剤で治療可能な場合がある。可能な限り広域の抗生剤を使用することなく、耐性菌の出現を防ぐことは、今後の高齢者医療において重要であると考えられる。

P-098

多職種チームと協働して行うせん妄カンファレンス

倉本佳代子
JCHO 九州病院

【はじめに】急性期病院の高齢入院患者は年々増加している。その中でせん妄は、術後合併症でも高齢者が罹患しやすく、様々な問題を引き起こす原因となる。また、消化器手術は腹腔鏡の低侵襲手術に変化し、今まで適応外だった高齢者も手術対象となっている。A 病棟の 2015 年 4 月～8 月までの 65 歳以上の術後せん妄発症患者数は 31 名であった。術後は治療のためのチューブ類が拘束感を与え、患者に混乱や昼夜逆転を招き、「チューブ類を抜去しようとする」「夜間起き上がり歩こうとする危険行動がある」など患者安全が脅かされ、看護師達はこの状況に難渋、疲弊している。そこで、多職種（老年病医師、薬剤師、MSW、臨床心理士、PT・OT、認知症看護認定看護師）による認知症・せん妄チームと協働し、せん妄要因の分析、対策を検討する目的で、せん妄カンファレンス（以後カンファレンス）を実施している。現在までの活動評価を報告する。【カンファレンスの対象と看護の実際・評価】対象：カンファレンス対象患者は全員 65 歳以上の高齢者 男性 8 名 女性 12 名 全員がせん妄症状（興奮・暴言・攻撃的・不眠・叫ぶ・徘徊・危険行為）2 項目以上あった。原因は術後せん妄が 18 名、昼夜逆転や環境変化が 3 名であった。重症化・遷延化した患者は薬剤使用が 5 名、認知症患者 4 名、電解質・炎症所見の増悪 2 名であった。対策として薬剤の検討、患者状況の把握を行った。看護ケアとしては生活状況を見直し、日中座位で過ごす、入院前の生活習慣を取り入れる（テレビ鑑賞、散歩等）、3 回 / 日口腔ケアを徹底し生活リズムを調整した。また、カレンダーや時計を設置し見当識改善を図った。【考察】カンファレンスで、原因追究し専門性を活かした、患者個々に応じた多面的な評価や、意見交換ができるようになった。また、具体的な対策を実践することでせん妄改善につながっていると実感している。今後はカンファレンス拡充に向け努力していきたい。

P-099

手術室における看護師術後訪問定着への取り組み～術後訪問カンファレンスの効果～

岩井亜紀¹、虎本真由美¹、白木啓子¹、葉袋淳子²、肥後恵美子²
¹JCHO 可児とうのう病院、²岐阜医療科学大学

【研究目的】周術期看護におけるカンファレンスが、手術室看護師の術後訪問に対する意識を変化させ、術後訪問の定着に繋がるのか示唆を得る。【研究方法】研究対象者は、手術室看護師 8 名。術後訪問用紙を作成し、その用紙を基に術後訪問カンファレンスを毎日行った。術後訪問カンファレンス実施の前後で、質問紙による術後訪問に対する意識調査を行い、変化を統計的に調べた。【倫理的配慮】A 病院倫理委員会の承認を得た後、対象者の同意を得てから実施。【結果・考察】術後訪問カンファレンスを実施した前後の、質問項目全体については、ウィルコクソン符号順位検定を用い調べた結果、有意差を認めた。カンファレンス実施後は、術後訪問に対する消極的な認識がなくなっており、他者の手術看護の視覚化により、トラブル時の対処方法などが共有できたことで、カンファレンスが自己成長の場となっていた。また、カンファレンスに関する質問項目の一つである情報の共有では、術後訪問カンファレンス前後に、有意差が認められたことから、カンファレンスを毎回開催することが、次第に看護師の意識を変化させたと考えられた。術後訪問用紙への記入率は 100% となり、これは、既存の用紙内容を再検討したことで記載内容の統一が図られ、記載しやすくなったと考えられる。このような運用価値や利用価値への認識が、記載への動機付けとなり、術後訪問に対する意識の向上にも繋がったことがうかがえる。術後訪問カンファレンスをしている間は、術後訪問率が平均 80% 以上となり、術後訪問が業務への組み込みの慣性化に変化し影響したといえる。【結論】術後訪問用紙は、術中・術後の看護を評価するうえで有用であり、看護師間での情報共有を行いやすく、さらには自己成長にも繋がったといえる。術後訪問カンファレンスの実施は、看護師の意識を高めることに繋がり、手術室における今後の術後訪問定着への示唆を得た。

P-100

当病棟行動制限解除基準フローシートの作成～行動制限期間の短縮に向けて～

堂前千晶、建石直美、村中西、柳内美奈子、石川美知枝
JCHO 福井勝山総合病院

はじめに A 病棟は、脳神経外科患者が多く生命維持につながるドレーン類が多く留置されている。また、患者は危険行動のリスクが高い為治療を最優先に考え行動制限をやむをえず行っている。当院では行動制限解除基準に基づくフローシート（以下フローシート）が作成されているが、解除については、個々の看護師の判断より医師の指示を仰ぎ実施している為行動制限期間に差が生じている。そこで行動制限期間を最小限にする事を目的に統一した判断基準指標を用いたフローシートを作成したので報告する。Ⅰ研究目的 当該病棟独自の統一したフローシートの作成。Ⅱ研究方法 1 期間：2015 年 4 月～9 月 2 対象：病棟看護師 26 名 3 調査方法：アンケートを独自に作成し、選択式と自由記述式を実施。4 用語の定義 行動制限：安全帯やミトンを用いた身体拘束を行動制限とする。Ⅲ結果 アンケート回収率 88%。安全帯必要性の有無で悩んだことがあるかの問いに 91% があると回答。解除時のタイミングの時期は、ドレーン類の抜去、末梢点滴の抜去、創処置終了、床上安静解除時の順であった。安全帯解除後の患者・家族の反応は、ADL が拡大し喜んだ、ほっとした、大声をださなくなったなどがあげられた。Ⅳ考察 安全帯解除時の患者の状況及び環境の判断指標として、アンケート結果では意識レベル、理解力低下、ADL 低下の身体面の項目が多くあげられた。行動制限解除の観察ポイントとしては、意識レベルの確認、危険行為の有無、危険認知、回避能力の有無などをあげており、これらは患者の生命に関わる急性期の状態から脱していく過程において解除できるか否かの判断指標として重要であると考えられる。Ⅴ結論 治療的に安静度が解除された場合、看護師は、個々に意識レベル、せん妄、理解力、ADL をアセスメントし行動制限解除の判断基準としてきた。今後は統一した判断指標を用いたフローシートを活用し適切な行動制限の実施に結びつけたい。

P-101**人工膝関節機種別の術後半年間における活動量の変化の推移～Japanese Knee Osteoarthritis Measureを用いて～**

三上真依、若槻圭、戸山茂
JCHO 玉造病院

【はじめに】当院では2014年7月より、人工膝関節全置換術（以下、TKA）実施の患者に対して、従来の膝関節機能評価、下肢筋力評価に加えて、日本語版変形性膝関節症機能評価尺度（以下、JKOM）を導入し、患者立脚型評価尺度による評価を開始した。今回、当院で使用する人工関節機種をPS型とCR型に分類し、術後成績の改善を術後4週、3か月、6か月で評価を実施し、患者の身体活動量の経時変化を明らかにするとともに、機種別の術後成績の推移を対比し、検討したので報告する。【方法】対象は2014年7月から2015年2までに当院でTKAを施行した患者の内、同意が得られ調査を完遂した146例を、使用機種別にPS型とCR型に分類した。内訳は、PS型77例（男性18例、女性59例、平均年齢75.4歳、BMI25.9kg/m²）、CR型67例（男性13例、女性54例、平均年齢74.5歳、BMI26.1kg/m²）とした。評価時期は術前、術後4週、3か月、6か月とした。評価項目として、膝関節可動域とJKOMでは痛みの程度、疼痛とこわばり、日常生活機能、全般的活動、健康状態、総合計、手術全般の満足度について、PS型とCR型で統計処理（ $p < 0.05$ で統計学的有意とした。）を用いて、比較検討した。【結果】膝関節可動域はPS型、CR型ともに術前より術後4週時には有意に可動域改善が認められ、術後6か月後も両機種の可動域は良好に維持されており、有意差は認めなかった。また、JKOMでは術後4週と3か月では両機種間で有意差は認められなかったが、術後6か月では日常生活機能、全般的活動、総合計でCR型の方に有意な改善が認められた。

P-103**ヘルペス脳炎後良好に機能改善を示した1症例**

田中誠
JCHO 徳山中央病院

はじめに：急性期以後の単純ヘルペス脳炎は、生存例でも記憶障害、健忘症候群、健忘失語、人格変化などが多くの症例で認められ、社会復帰できるのは全体の20-30%とされている。今回、ヘルペス脳炎の症例を経験し、良好に機能改善したので報告する。対象：66歳男性、電気回路設計士、妻と二人暮らし、趣味は旅行。入院翌日にリハビリ開始。介入時、MRIは左側海馬周辺領域・側頭葉、前頭葉から頭頂に点在する炎症反応あり。JCSII-10、言語障害・右上肢運動障害あり、FIM20点（運動13 認知7）であった。方法：介入初期は廃用変化予防。離床前期は注意（分配・転換）、構成障害（プランニング）のアプローチとADL動作練習を実施。離床後期は記憶障害のアプローチ（視覚イメージ法・間隔伸張法・手掛かり消去法：単語と待ち合わせ・道順・人名・会話の内容を覚える課題）を実施。介入期間は58日である。結果：離床前期はコース立方体テストIQ58.3→116.7、TMT B257秒→83秒へ改善。病棟ADLは自立、外泊が可能となった。離床後期はWAIS-IIIがFOQ94→100、VOQ89→94、PIQ102→108、VC86→86、PO103→110、WM100→109、PS100→105と改善。WMS-Rは言語69→95、視覚115→114、一般83→108、注意/集中力108→110、遅延再生68→99と改善した。生活場面は待ち合わせが可能となり、病棟からリハビリ室の道順、介入頻度の多いスタッフの名前は覚えることができた。考察：記憶障害に対するアプローチは①記憶機能改善、②行動変容、③環境設定とされている。今回、①・②のアプローチを実施することで知能・記憶が改善し病棟ADLが自立した。転院後、③を含めたアプローチ実施により社会復帰が可能になるのではないかと考える。

P-102**多発性筋炎患者に対するADL動作指導と運動負荷量の工夫**

岐阜千佳子、林秀俊
JCHO 九州病院 リハビリテーション室

【はじめに】多発性筋炎で近位筋の筋力低下によりADL動作に一部介助が必要であったが、ADL動作指導やCK値を確認しながら筋力強化を実施した結果、比較的早期にADLが自立し、筋力が改善した症例を経験したので報告する。【症例紹介】60歳代前半、男性、診断名：多発性筋炎。【経過・結果】特に誘引なく徐々に肩関節周囲筋の筋力低下を認め、活動性が低下し当院神経内科にて多発性筋炎の診断。入院しステロイドパルス治療を開始（前日CK値4737）。同日より作業療法介入。入院時、更衣、入浴動作に介助を要しBarthel Index（以下BI）は80点、肩屈伸自動可動域は右20°～20°、左20°～0°であった。プログラムとしてCK値確認で上肢筋力強化訓練と動作の姿勢や自助具での代償手段を指導した。筋力強化はCK値が低下した治療5日目より実施し、同日にADLは自立した。治療12日目にCK値は1761と減少し、治療15日目に肩屈伸自動可動域は右40°～30°、左40°～25°と改善を認め、BIは100点、治療16日目に自宅退院となった。【考察】多発性筋炎及び活動量低下に伴い、筋力低下を生じていた。しかし、多発性筋炎の筋力強化は、過負荷では筋破壊を進行させ更に筋力低下を引き起こすとされている。そのため、CK値の変化や疲労、筋通など自覚症状を注意深く観察し、運動負荷量を調整しながら実施したことで、筋力は改善したと思われる。また、易疲労性ではあるが、状態に合わせて動作姿勢や自助具など代償方法を指導したことで早期にADLの自立が達成できたと考ええる。【結語】多発性筋炎患者においてもCK値や自覚症状を確認しながら負荷量を調整することで、筋力は改善しADLは早期に自立可能であることが示唆された。

P-104**パーキンソン病患者に認められた上口唇の難治性潰瘍の1症例**

長谷川彰則、西野悠貴、岡本智恵、立志知子、吉田祥子
JCHO 京都鞍馬口医療センター 歯科・口腔外科

【緒言】パーキンソン病は、中脳の黒質ドパミン細胞の変性脱落により、ふるえ、歩きにくさ、動きにくさなどを示す疾患である。摂食嚥下障害が進行すると、誤嚥性肺炎のリスクが高まり、経口摂取が困難になったパーキンソン病患者には、胃瘻造設が行われることがある。今回、われわれは末期のパーキンソン病患者に認められた上口唇の難治性潰瘍の1症例を経験したのでその概要を報告する。【症例】患者は、71歳、男性。パーキンソン病末期（Hoehn&Yahrの重症度分類Ⅴ度）で寝たきり、胃瘻造設され、近医の往診を受けていた。発熱が続くため、当院内科に紹介受診、胸部CT等より誤嚥性肺炎の診断で入院加療となった。誤嚥性肺炎は、抗菌薬 SBT/ABPC 投与で解熱し、症状も改善していた。【経過】病棟での口腔ケアの際、左側上口唇粘膜に潰瘍形成を認め、歯科口腔外科に精査・加療と専門的口腔ケア依頼の目的で紹介を受けた。長期寝たきりのため、開口状態は顕著で、顎関節は固定され拘縮が生じ、咀嚼運動は不可能な状態であった。さらに下顎は後退し、舌は咽頭に沈下して固定されていた。舌圧が低下し、分厚い顔面表情筋が後頭方向へ流れることで荷重が前歯部にかかり、歯列弓全体が舌側傾斜移動していた。しかし、左側上顎中切歯のみが従前の位置に植立しており、そのために覆いかぶさってきた上口唇粘膜に当該歯牙が食い込み、潰瘍を形成していた。精査の結果、当該歯牙のみがインプラント体であり、歯根膜を有しないために外力による歯牙の舌側傾斜移動が起こらず、上口唇に潰瘍を形成していたことが判明した。観血処置を伴うインプラント除去手術は、家族が希望されなかった。【考察】インプラント埋入手術の恩恵を受けた患者が、高齢化を迎えると基礎疾患が増加し、さらに寝たきりになると口腔清掃状態が悪化して、インプラント周囲炎を発症して除去手術のリスクが高まる。このような症例が、今後増加し、重大な問題となってくると考える。

P-105**個性のある日常生活援助の統一をめざして～援助表を活用した取り組み～**

桜井桂子、竹内照美、田中美穂、三屋紀恵、原崎陽子
JCHO 福井勝山総合病院

【はじめに】H26年当院に回復期リハビリテーション病棟が開設された。当初、援助内容は生活全般の介護度を記載したボード、電子カルテの掲示板などから把握していたが、大掴みな上、リアルタイムな情報ではなかった。そのため看護師・看護補助者（以下スタッフ）内にどこまで介助して良いのか判らないという戸惑いや、患者が自分で行うのを待たずに介助する事があった。また、退院調整において必要な援助が出来ていない事があった。適切な援助を行うには退院後の介護環境や本人の能力をふまえたゴールを明確にして援助内容を検討し、統一する事が必要だと考えた。そこで、リハビリと連携しスタッフがすぐに見る事ができ修正が容易な援助表を作成し、適切な援助への取り組みを行った。【目的】援助表を活用することで個性・統一性のある日常生活援助を提供できる【方法】援助表を作成・改良し活用前後でスタッフにアンケートの実施【結果・考察】アンケートより改良後には適切な援助の提供、援助内容の統一において「ほぼ出来ている」が100%と良い結果が得られ、戸惑いが「ある」は33%から0%に減少した。援助表やカードックスを作成し日々変化する援助内容を毎日動で見直した結果、リアルタイムな情報が容易に得られ、細かい援助内容の把握が可能となった。また、見直し時の活発な意見交換を通し患者のADLや退院後の生活環境を把握し、必要な援助を意識できる様になった。その結果ゴールが明確になり個性のある援助に繋がった。また、日々の援助や退院調整に対する考え方の差やスタッフの戸惑いが減少し、統一性のある援助へと近づけた。高次脳機能障害・認知症など対応が困難な患者に対しても援助を統一することで患者の混乱が減少している。患者の能力を高めていく為にチーム全体で待つ看護・見守る看護を行い、退院＝ゴールではなくその先の生活まで考え個性・統一性のある援助の提供を継続していきたい。

P-106**誤嚥性肺炎患者の入院の長期化する要因**

今泉愛、佐藤真由香、西村恵梨、徳田愛、松井しおり、井上香里、酒井和江
JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】A病棟の呼吸器病棟において誤嚥性肺炎は、入院が長期化している。要因を明確化し、患者に対する退院支援の介入方法について考察する。【研究方法】対象：誤嚥性肺炎で入院した患者49名。データ収集期間：2012年3月～2014年12月。調査指標：年齢、入院期間、MSW介入、食事形態、ADL、入院前の環境と退院希望先。分析方法：「A群」入院期間14日以内の患者11名、「B群」入院期間14日以上患者リストの入院期間が長い人から11名とし、長期化の要因を両群で比較、相関関数を考察した。【倫理的配慮】対象機関となる病院の個人情報取り扱いの規定に基づいて行い、得られた情報は本研究以外には使用しない。【結果】入院が長期化した要因として、A群は自宅退院・施設退院・常食摂取の患者が多かった。B群は嚥下食・経管栄養・家族が転院先を探した・退院先が入院前と変わった患者が多かった。①MSW介入までの期間と入院日数の相関係数は0.67、②退院支援の日数と入院日数の相関係数は0.70、③離床するまでの期間と入院日数の相関係数は0.82であった。【考察】B群に経管栄養・嚥下食が多いのは退院先の選択肢が制限されるためだと考えるが、患者家族はその制限を理解できずズレが生じるため、方向性の統一が必要である。また退院先が入院前と変更となる場合、生活の再構築が必要となるため長期化したと考える。結果①②からMSW介入の遅れや支援日数延長があり、入院時から退院後の生活について考慮する必要がある。またB群には家族が転院先を探している傾向があり、親を介護するのは子供の任務という心理が働いている事を認識して介入していく必要がある。結果③より早期離床患者は入院期間が短い。離床が遅れると廃用症候群からの嚥下機能の低下がより回復が難航すると考えられる。【結論】長期化の要因は、嚥下食、経管栄養、家族が転院先を探した、退院先が入院前と変更になった、MSWの介入が遅れる、離床が遅いことである。

P-107**総合病院A病棟看護師における神経精神科入院患者に対する意識調査**

鈴木みどり、大塚麻衣子、三浦美和子、岡野礼子、羽鳥明子
JCHO 埼玉メディカルセンター

1.はじめに精神科看護は患者と看護師との信頼関係を発展させることが、治療的役割の一つと考えられる。A病棟は内科の急性期、神経精神科、心療内科の混合病棟である。このような入院形態は利点もあるが内科の処置が優先されやすい傾向や、精神症状に対して他科の患者の治療の妨げになることがある。看護師は業務に追われることで精神科患者への対応に不安を感じることがある。今回、その様な環境で働く看護師の意識調査をすることで看護の質の向上につなげたいと考えた。2.研究対象者と方法 A病棟で勤務する看護師24名をから無作為に8名抽出し半構造化面接を実施。インタビュー結果を逐語化し、看護師の意識について意味のある文脈を抽出し類似した内容をカテゴリー化し、質的分析を行った。3.倫理的配慮本研究は、院内倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加者には、文書にて説明し同意を得た。インタビューは対象者の都合に合わせてプライバシーに配慮できる場所で行った。4.結果 類似した内容をカテゴリー化した結果、【精神科看護に対するジレンマ】【精神科患者への対応困難】【患者と看護師の信頼関係の形成】【精神科看護の学び】の4つとなった。5.考察看護師は、精神科看護に対する陰性感情を持ちながらも内科の患者と同様に看護を実践したいと考えている。現場では短時間でも言葉を交わす「会話」が常に行われている。特別な時間と場所を準備するのではなくたとえ短くても継続した会話を交わす毎日の看護の場の対話性は、相手の話に耳を傾け言葉を返すことで患者の変化を期待できる看護になると考えられる。6.まとめ知識不足や関わり方に不安を抱きながら、日々の看護を行っている現状がわかった。精神科看護の知識を習得できる環境作りと、多職種とのカンファレンスを充実し、患者の情報共有を行い看護の質の向上を目指したい。

P-108**糖尿病患者の足病変予防を目指した取り組み
～専門病棟に勤務する看護師のフットケアに関する意識調査～**

南雲千夏子、岡野礼子
JCHO 埼玉メディカルセンター

【目的】フットケアは糖尿病患者のADL維持、QOL向上に重要であるといわれている。A病棟では糖尿病患者の、足の観察を目的とした記録用紙を作成し足の観察と評価を行っている。しかし、医療処置が必要な患者のみの関わりとなることが多く、予防から治療に至るまでの介入が行なえていない現状がある。そこで、A病棟で勤務する看護師が糖尿病患者のフットケアに対してどのような意識を持っているか調査し、介入に至らない原因と課題を明らかにする。【方法】A病棟在籍の看護師24名を対象に、2015年9月に独自に作成したアンケート調査を実施。倫理的配慮は院内倫理委員会規定承認。対象には回答を持って同意を得た。【結果】回収24名有効回答23名（95.8%）。平均経年数11.8年±8.9年。病棟配属年数3年未満17名（73.9%）。アンケートの結果、『フットケアに興味・関心がある』87.5%、『糖尿病患者のフットケアは重要である』は100%。しかし、『フットケアを実践している』45.8%、『個別のセルフケア指導を行なっている』25%と半数以下だった。フットケアを実際に行ったことがない者は配属3年未満で70%であり、そのうち84.6%は方法がわからないと回答した。フットケアを実践するために必要と思うことは、知識と技術の習得、正しい観察方法、研修に参加するといったことがあがった。【考察】糖尿病患者の足病変予防のためにフットケアが重要であることは高く認識されているが、方法がわからず実践に至っていないことが示唆された。足病変ハイリスク患者を抽出できるような観察シートの作成と、予防的フットケアから創傷のあるフットケアまで幅広く、観察・評価・実践・指導ができるような教育プログラムの検討が必要である。

P-109**大和郡山市の特産である金魚を用いた動物介在療法
～認知症患者に対する応用行動分析的介入～**

由良優実夫、坂田直也、石川玲子、北瀬真司、鈴木達也
JCHO 大和郡山病院

【問題と目的】認知症により意思疎通が困難な高齢者のリハビリテーション（以下、リハ）場面では、セラピストの言語的促しが理解しづらく対象者が適切な運動をおこなえない事象は珍しくない。そのような場合、由良・眞邊（2013）は対象者自身の生活歴から行動変容に繋がる刺激を抽出し、その刺激を用いてリハ従事行動の増大を図ったが、これは生活歴の情報収集に手間が掛かりやすいという難点があった。田丸（2001）は、動物との触れ合いによるリラクゼーション効果を報告している。今回、大和郡山市特産の金魚を用いてリハに難渋した認知症患者の運動療法が効果的に実践できたため報告する。【方法】対象者：80歳代の患者4名（A・イ・ウ・エ氏）。ア～エ氏の長谷川式簡易知能評価スケールは2～13点の高度認知症患者で従命動作は不良。転倒リスク軽減のため安定した立位保持の獲得が望まれた。ア～エ氏の手続き：独立変数「立位中は金魚が見える」従属変数「立位保持時間」とし、実験デザインは両変数の因果関係を強く検証出来るABAB反転デザインを用い、介入（A：立つと金魚が見える）と非介入（B：立っても金魚は見えない）を交互に計20回繰り返した。【結果と考察】4名とも介入期の平均立位保持時間は大幅に増大し、非介入期に比べてア＝270%、イ＝97.5%、ウ＝694%、エ＝487%の増となり、ADLの維持が図れた。4名の認知症の程度を勘案すると、通常の促しのみでは立位保持行動は維持されにくい。従って、誘発された標的行動は金魚の視覚刺激により維持されたと考えられ、有効なリハの方法が示唆されたと言える。【参考文献】田丸政男（2001）．アニマルセラピー．医学のあゆみ，197（8），622-623．由良優実夫・眞邊一近（2013）．個人の生活歴に基づく運動療法．日本行動分析学会第31回大会抄録，68-68．