

第2回

JCHO地域医療総合医学会

— プログラム・抄録集 —

スタートしたチームJCHO
～その軌跡とミッションの達成に向けて～

会期

2016年9月16日金・17日土

会場

・TKPガーデンシティ品川 ・JCHO本部研修棟

一般社団法人 地域医療機能推進学会

第2回 JCHO地域医療総合医学会

スタートしたチームJCHO
～その軌跡とミッションの達成に向けて～

プログラム・抄録集

会 長：細田 洋一郎
(JCHO埼玉メディカルセンター 院長)

会 期：2016年9月16日(金)・17日(土)

会 場：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

JCHO本部研修棟
〒108-0074 東京都港区高輪3-22-12

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	5
交通案内図	6
会場案内図	7
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	21

抄 録

特別講演	63
会長講演	67
継続テーマシンポジウム	71
シンポジウム	79
接遇セミナー	91
教育セミナー	95
一般演題 口演発表	99
一般演題 ポスター発表	195
理事名簿	225

会長あいさつ

第2回 J C H O 地域医療総合医学会 会 長 細田 洋一郎
(JCHO 埼玉メディカルセンター 院長)

『第2回 J C H O 地域医療総合医学会』を、2016年9月16日（金）、17日（土）の両日、東京都港区高輪の T K P ガーデンシティ品川と J C H O 本部研修棟を会場として開催いたします。

第2回医学会のメインテーマは「スタートしたチーム J C H O ～その軌跡とミッションの達成に向けて～」といたしました。

J C H O が発足して2年間が経過し、本年4月から3年目に入りました。その中で、J C H O の使命の1つに掲げる「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」ことが、この間に達成若しくは推進しているでしょうか。本医学会では、我々 J C H O 職員一人ひとりがこの2年間の軌跡を振り返るとともに、職場・職域を越えて活発な議論をしてまいりたいと考えております。

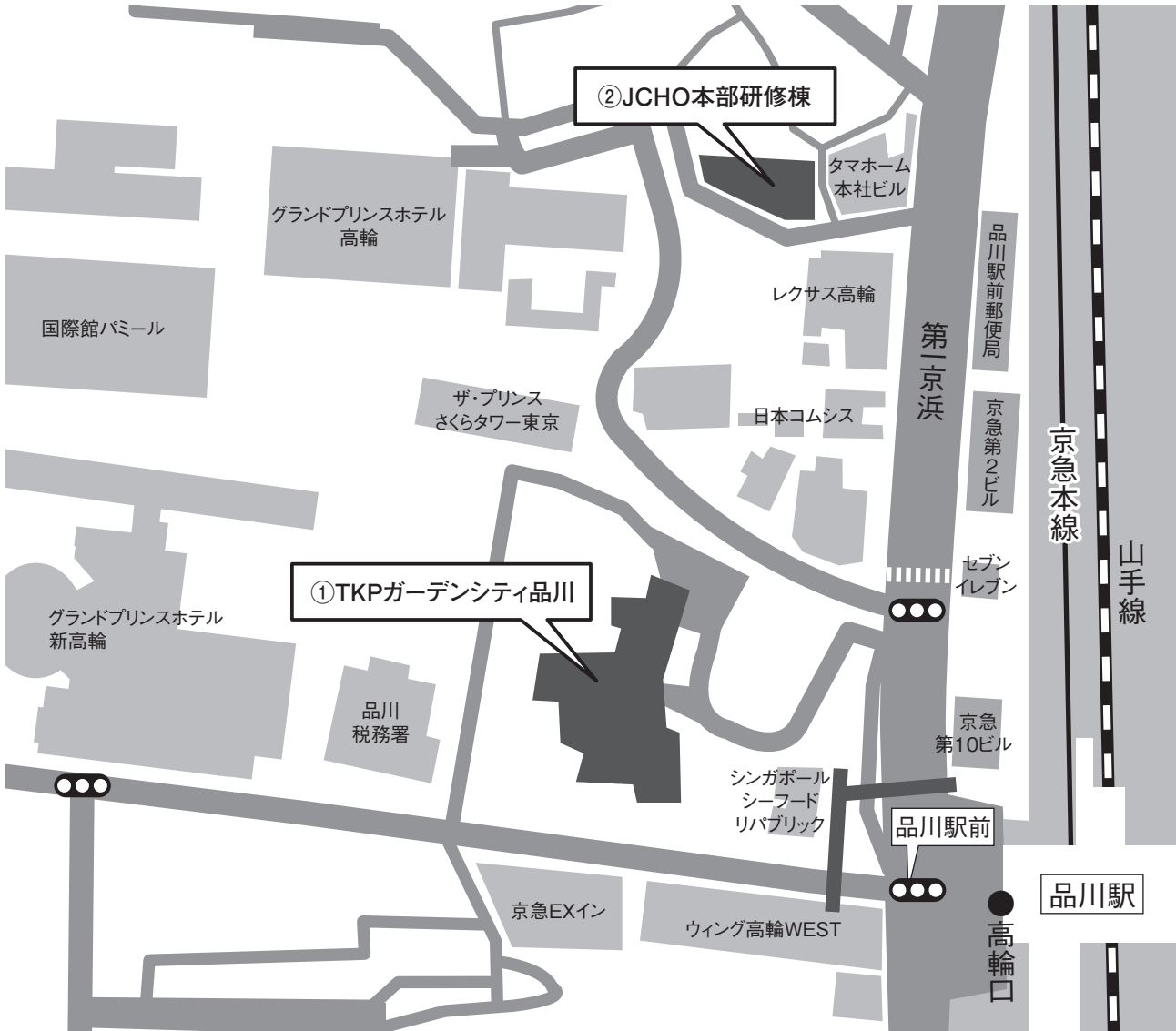
また、今回の医学会は本年2月に開催しました『第1回 J C H O 地域医療総合医学会』のフォローアップの場と位置づけ、それぞれのテーマが「どう展開したか。より深く分析されているか。実行にどのように結び付いているか。」等を検証する場として、各プログラムの企画編成を行いました。

まず始めに「J C H O に至った軌跡とそのミッションに向けて」と題する会長講演を行い、引き続いて第1回医学会からの継続テーマである「地域医療の革新と地域づくり」や「人材の育成」、「事務職に求められる病院マネジメント」等7題のシンポジウムを開催するとともに、第1回医学会と同様に職員の皆様から応募いただいた一般演題を多数発表していただく予定です。さらに今回は、2014年にノーベル生理学・医学賞を受賞されました山中伸弥先生（京都大学 iPS 細胞研究所所長・未来生命科学開拓部門教授）に特別講演を行っていただくこととしております。

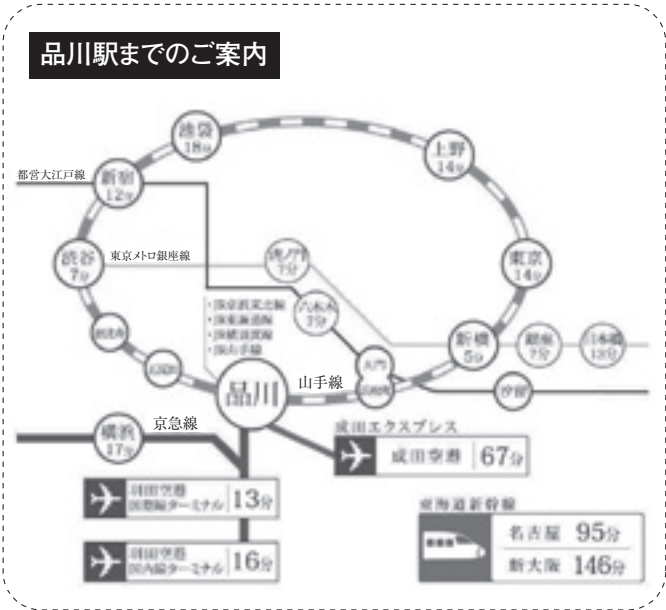
本医学会は、J C H O に勤務する職員の皆様が一堂に会し、互いの成果を発表し、意見を交換する貴重な機会です。

各セッションで活発なご議論が行われることを期待し、皆様の参加を心からお待ちしております。

交通案内図



- ②JCHO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



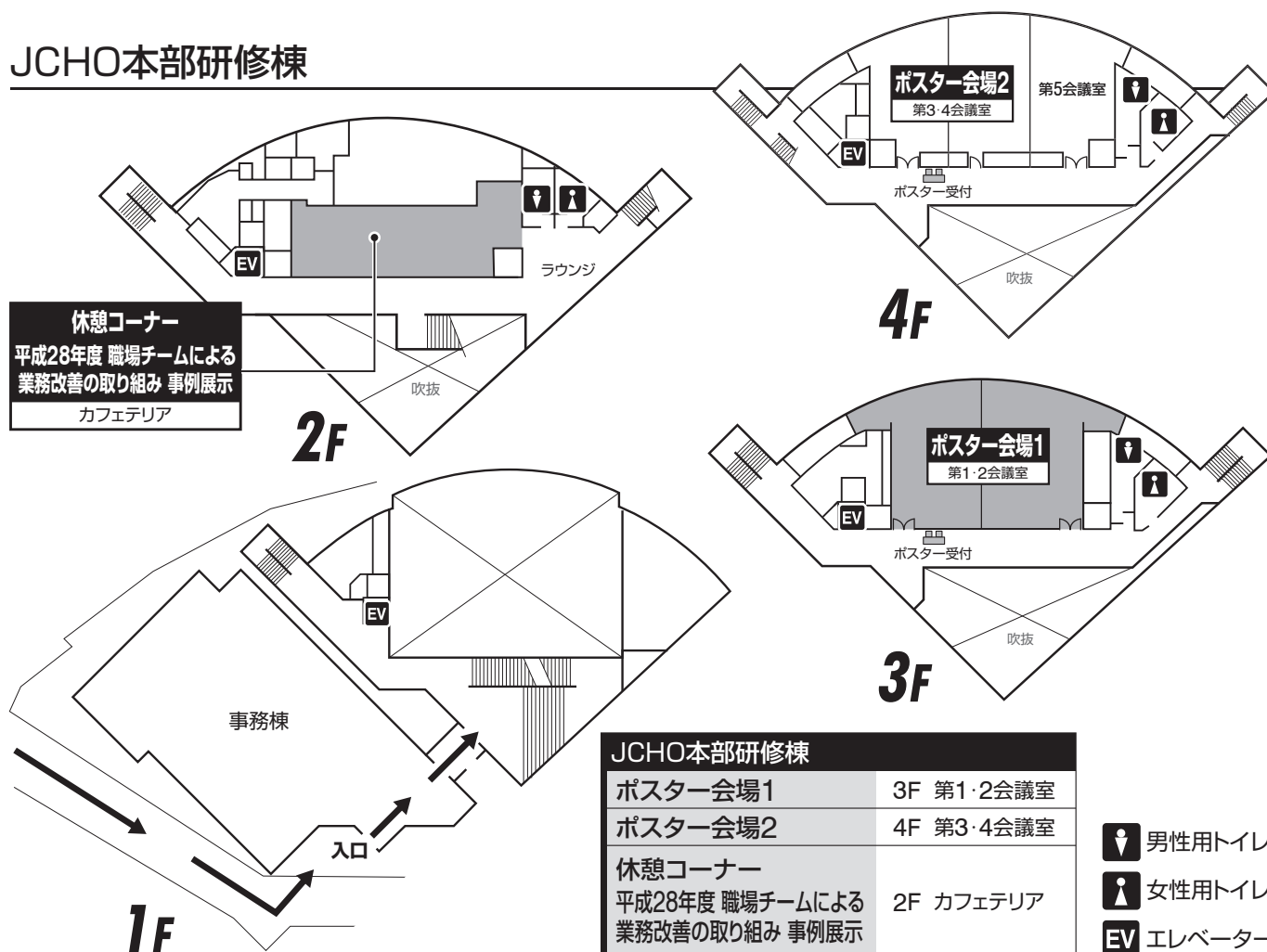
会場案内図

TKPガーデンシティ品川



TKPガーデンシティ品川	
第1会場	グリーンウィンド
第2会場	ネクサスウィンド
第3会場	ネクサスフィールド
第4会場	アネモネ
第5会場	サルビア
第6会場	ダリア
第7会場	チャペル
特別会場	ボールルーム
総合受付	16日 ロビー 17日 グリーンウィンド前
学会本部	カトレア
PCセンター	セントポーリア
休憩コーナー	リオン
講師控室	アベリア、フリージア

JCHO本部研修棟



JCHO本部研修棟	
ポスター会場1	3F 第1・2会議室
ポスター会場2	4F 第3・4会議室
休憩コーナー 平成28年度 職場チームによる 業務改善の取り組み 事例展示	2F カフェテリア

- 男性用トイレ
- 女性用トイレ
- エレベーター

学会のご案内

1. 総合受付

来賓・招待者受付、継続テーマシンポジウム、シンポジウムの座長・演者受付、当日参加受付は16日「TKP ガーデンシティ品川 ロビー」・17日「TKP ガーデンシティ品川 第1会場 グリーンウインド前」にあります。

日 時：9月16日（金）9：45～19：00
「TKP ガーデンシティ品川 ロビー」
9月17日（土）8：15～14：30
「TKP ガーデンシティ品川 第1会場 グリーンウインド前」

参加費（非会員）：3,000円（プログラム・抄録集代含む）※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。

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。
- ・学会期間中、学会場内では、参加証を必ず着用ください。

※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. 平成28年度 職場チームによる業務改善の取り組み 表彰式

開催日時：9月16日（金）17：00～
会場：特別会場（TKP ガーデンシティ品川 ボールルーム）

4. 懇親会

- ・懇親会は、9月16日（金）18:30～特別会場（TKP ガーデンシティ品川 ボールルーム）にて行います。
- ・事前に懇親会参加を申し込まれた方は、懇親会参加シール付きの参加証を着用の上、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、9月16日（金）12：00までに懇親会参加費3,000円とともに、総合受付にてお申し出ください。

5. クローク

クロークはTKP ガーデンシティ品川のみ設置いたしますが、非常に狭いため、手荷物等は、駅のロッカーを使用していただくか、宿泊施設に預けるなどのご協力をお願いいたします。

【クローク開設時間】
9：45～20：30
8：15～15：30

6. 連絡板

- ・会場内において、館内放送による参加者の呼び出しは行いません。
- ・学会期間中の呼び出し、伝言及び参加者へのお知らせは、総合受付付近に設置する「連絡板」をご利用ください。

7. 教育セミナー

- ・9月17日（土）、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、9月17日（土）8：15より総合受付付近の「整理券配布所」にて、先着順に1人1枚ずつ配布いたします。
- ※整理券がなくなり次第、配布は終了とします。
- ※会場整理の都合上、整理券はプログラム開始10分後まで有効といたします。

8. 休憩コーナー

休憩コーナーは、「TKP ガーデンシティ品川 リオン」及び「JCHO 本部研修棟 2F カフェテリア」にございます。ご自由にご利用ください。

9. その他

- ・学会期間中、学会場内では、参加証を必ず着用ください。
- ・本学会の発表につきましては、今後のJCHOの事業運営に活用するため録音等をさせていただきますので、予めご了承ください。
- ・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. 継続テーマシンポジウム、シンポジウム 座長の方々へのお願い

- ・来場時、総合受付（16日「TKP ガーデンシティ品川 ロビー」・17日「TKP ガーデンシティ品川 第1会場 グリーンウインド前」）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、質疑応答時間は各シンポジウムにより異なります。
- ・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6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

- ・ご担当セッション開始15分前までに、ポスター会場前（JCHO 本部研修棟 3F・4F）の「ポスター受付」にお立ち寄りの上、座長用リボンをお受け取りください。
- ・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5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

- ・継続テーマシンポジウム・シンポジウムは、各シンポジウムにより発表時間が異なります。事前にご案内しておりますメールにて発表時間をご確認ください。
- ・一般演題 口演発表は、発表時間 6 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）に保存の上、ご持参ください。

3. 発表データ受付について

- ・メディア保存データ（USB）及びお持込みノート PC は、「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。
※17 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】

TKP ガーデンシティ品川 セントポーリア

9 月 16 日（金） 9:45～17:30

9 月 17 日（土） 8:15～14:30

- ・「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。

4. 発表データ作成方法

USB 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 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ください。
- ・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、時間厳守をお願いします。
- ・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

- ・ポスターは、2日間通して掲示していただきます。
- ・ポスター発表者受付はございません。
- ・画鋏及び発表者用のリボンは、事務局で当日会場（各パネル）に準備いたします。
（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。）。

	日 時	演 題 番 号
掲 示	9月16日(金) 9:45~10:15	
ポスター発表	9月16日(金) 13:30~15:40	P1-01~P1-35/P2-01~P2-17
	9月17日(土) 13:30~14:45	P1-36~P1-45/P2-18~P2-35
撤 去	9月17日(土) 14:45~15:15	

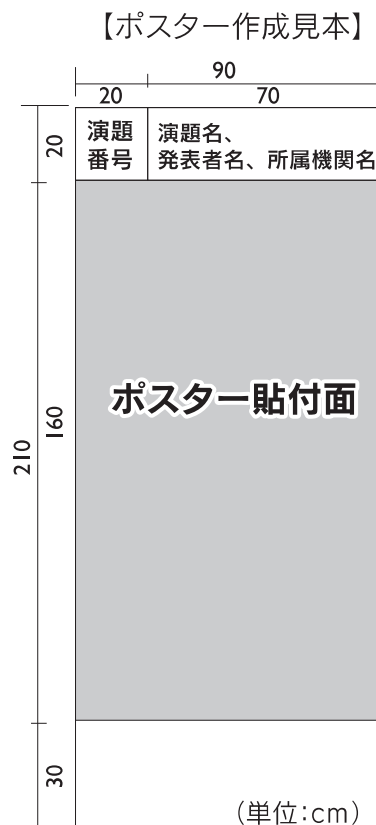
※撤去時間を過ぎても未撤去のポスターは、事務局で処分させていただきますのでご了承ください。

2. 発表について

- ・発表時間5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。
- ・ポスター発表者受付はございませんので、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。

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。（右図参照）
- ・左上の演題番号（縦20cm×横20cm）及び画鋏は事務局で当日会場に用意いたします。
- ・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。
- ・掲示物の事務局への事前送付はご遠慮ください。



第2回JCHO地域医療総合医学会 日程表
【1日目:9月16日(金)】

	特別会場		第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	TKPガーデンシティ品川					
	ボールルーム(ウエスト)	ボールルーム(イースト)	グリーンウィンド	ネクサスウィンド	ネクサスフィールド	アネモネ
9:00						
9:30						
10:00						
10:30		10:30～10:45 開会式				
11:00		10:50～11:50 会長講演				
11:30		「JCHOに至った軌跡と そのミッションに向けて」				
12:00						
12:30						
13:00						
13:30	13:10～14:40 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」	13:10～14:40 シンポジウム1 「JCHOにおける 健康管理センターの 役割」	13:10～13:50 地域医療・介護 (地域包括ケア②) O-009～O-013	13:10～14:00 医療技術① O-024～O-029	13:10～14:10 診療① O-042～O-048	
14:00			13:50～14:25 地域医療・介護 (地域包括ケア③) O-014～O-017			
14:30			14:25～15:15 連携(退院調整) O-018～O-023	14:00～14:50 医療技術② O-030～O-035	14:10～14:45 診療② O-049～O-052	
15:00						14:40～15:45 地域医療・介護 (地域包括ケア①) O-001～O-008
15:30				14:50～15:40 医療技術③ O-036～O-041	14:45～15:45 診療③ O-053～O-059	
16:00	16:00～17:00 特別講演					
16:30	講師:山中 伸弥 (京都大学iPS細胞研究所 所長・ 未来生命科学開拓部門 教授)					
17:00	17:00～17:30 平成28年度 職場チームによる業務改善の取り組み 表彰式					
17:30		17:30～18:30 接遇セミナー 講師:金井 津美				
18:00						
18:30	18:30～20:00 【懇親会】					

	第5会場	第6会場	第7会場	ポスター会場1		ポスター会場2
	TKPガーデンシティ品川			JCHO本部研修棟		
	サルビア	ダリア	チャペル	3F 第1・2会議室		4F 第3・4会議室
9:00						
9:30						
10:00				9:45~10:15 ポスター掲示		
10:30						
11:00						
11:30						
12:00						
12:30						
13:00						
13:30	13:10~14:10 運営 (病院運営①) O-060~O-066	13:10~13:50 連携(患者-医療者の パートナーシップ①) O-078~O-082	13:10~14:15 内部統制・リスク管理・ 診療報酬改定等 O-097~O-104	13:30~14:00 安全(医療安全・ 医療事故調査制度) P1-01~P1-04	13:30~14:15 地域医療・介護 (高齢者医療) P1-19~P1-24	13:30~14:15 運営 P2-01~P2-06
14:00		13:50~14:30 連携(患者-医療者の パートナーシップ②) O-083~O-087		14:00~14:30 安全(感染・褥瘡防止等) P1-05~P1-08		
14:30	14:10~15:00 運営(病院運営②) O-067~O-072	14:30~15:10 連携(地域連携①) O-088~O-092	14:15~15:05 患者サービス O-105~O-110	14:30~15:05 医療技術① P1-09~P1-13	14:15~14:50 地域医療・介護 (地域医療①) P1-25~P1-29	14:15~15:00 連携(チーム医療①) P2-07~P2-12
15:00	15:00~15:40 検診 O-073~O-077			15:05~15:40 医療技術② P1-14~P1-18	14:50~15:35 地域医療・介護 (地域医療②) P1-30~P1-35	
15:30		15:10~15:45 連携(地域連携②) O-093~O-096				15:00~15:35 連携(チーム医療②) P2-13~P2-17
16:00						
16:30						
17:00						
17:30						
18:00						
18:30						

第2回JCHO地域医療総合医学会 日程表
【2日目:9月17日(土)】

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
	TKPガーデンシティ品川				
	グリーンウィンド	ネクサスウィンド	ネクサスフィールド	アネモネ	サルビア
9:00					
9:30	9:00~10:30 継続テーマ シンポジウム2	9:00~10:30 シンポジウム2 「地域包括ケアにおける 認知症への取り組み、 これまでとこれから」	9:00~9:50 医療技術⑤ O-123~O-128	9:00~10:00 診療④ O-153~O-159	9:00~10:00 連携(栄養サポートチーム) O-186~O-192
10:00	「人材の育成」		9:50~10:40 医療技術⑥ O-129~O-134	10:00~10:50 診療⑤ O-160~O-165	10:00~10:40 地域医療・介護 (地域医療・介護①) O-193~O-197
10:30	10:30~12:00 継続テーマ シンポジウム3	10:30~12:00 シンポジウム3 「JCHO病院間の 医師派遣への対応」	10:40~11:30 医療技術⑦ O-135~O-140	10:50~11:55 地域医療・介護 (高齢者医療) O-166~O-173	10:40~11:15 地域医療・介護 (地域医療・介護②) O-198~O-201
11:00	「事務職に求められる 病院マネジメント」				11:15~11:55 運営(人材育成①) O-202~O-206
11:30					
12:00					
12:30	12:10~13:10 教育セミナー 共催:東京ガス株式会社	12:10~13:10 教育セミナー 共催:ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社			
13:00					
13:30	13:20~14:50 シンポジウム4 「特定行為研修制度を 活用した地域医療への 貢献の可能性」	13:20~14:10 情報 O-111~O-116	13:20~14:10 医療技術⑧ O-141~O-146	13:20~14:10 地域医療・介護 (地域医療・医療①) O-174~O-179	13:20~14:00 運営(人材育成②) O-207~O-211
14:00		14:10~15:00 医療技術④ O-117~O-122	14:10~15:00 医療技術⑨ O-147~O-152	14:10~15:00 地域医療・介護 (地域医療・医療②) O-180~O-185	14:00~15:00 運営 (組織マネジメント) O-212~O-218
14:30					
15:00	15:00~15:15 閉会式				
15:30					
16:00					
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					

	第6会場	第7会場	ポスター会場1		ポスター会場2
	TKPガーデンシティ品川		JCHO本部研修棟		
	ダリア	チャペル	3F 第1・2会議室		4F 第3・4会議室
9:00					
9:30	9:00~10:00 連携(チーム医療①) O-219~O-225	9:00~9:40 安全(医療安全・ 医療事故調査制度②) O-252~O-256			
10:00		9:40~10:40 安全 (感染・褥瘡防止①) O-257~O-263			
10:30	10:00~11:00 連携(チーム医療②) O-226~O-232				
11:00		10:40~11:40 安全 (感染・褥瘡防止②) O-264~O-270			
11:30	11:00~12:00 連携(チーム医療③) O-233~O-239				
12:00					
12:30					
13:00					
13:30	13:20~14:20 連携(チーム医療④) O-240~O-246	13:20~14:00 安全 (感染・褥瘡防止③) O-271~O-275	13:30~14:00 診療① P1-36~P1-39	13:30~14:00 地域医療・介護(地域包括ケア①) P2-18~P2-21	13:30~14:00 連携(栄養サポートチーム) P2-26~P2-29
14:00					
14:30	14:20~15:00 安全(医療安全・ 医療事故調査制度①) O-247~O-251	14:00~15:00 安全(TQC活動) O-276~O-282	14:00~14:45 診療② P1-40~P1-45	14:00~14:30 地域医療・介護(地域包括ケア②) P2-22~P2-25	14:00~14:45 連携(患者-医療者の パートナーシップ・ 地域連携・退院調整) P2-30~P2-35
15:00			14:45~15:15 ポスター撤去		
15:30					
16:00					
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					

プログラム

9月16日（金） 16：00～17：00

特別会場

特別講演 「iPS細胞がひらく新しい医学」

講師：山中 伸弥（京都大学 iPS細胞研究所 所長／教授）

座長：尾身 茂（一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長）

9月16日（金） 10：50～11：50

特別会場

会長講演 「JCHOに至った軌跡とそのミッションに向けて」

講師：細田 洋一郎（JCHO埼玉メディカルセンター 院長）

座長：内野 直樹（JCHO 理事）

9月16日（金） 13：10～14：40

特別会場

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：万代 恭嗣（JCHO東京山手メディカルセンター 院長）
島田 信也（JCHO熊本総合病院 院長）

- KS1-1 地域に寄り添う JCHO 病院のあり方～地域医療構想・地域包括ケアの観点から～
(基調講演) 長谷川 学（前 下関市保健部長、下関保健所長（現 厚生労働省健康局総務課 課長補佐））
- KS1-2 地域包括ケアを急性期総合病院として如何に支えるか？
—「在宅医療・介護連携支援センター」受託の経緯、意義と今後の展開—
松本 圭吾（JCHO 神戸中央病院 副院長、地域医療推進部長、脳神経外科部長）
- KS1-3 JCHO 病院の役割と地域医療・地域包括ケアへの貢献—群馬中央病院の取り組み
内藤 浩（JCHO 群馬中央病院 副院長）
- KS1-4 JCHO 二本松病院の役割と地域医療、地域包括ケアに対する現状
六角 裕一（JCHO 二本松病院 院長）

9月17日（土） 9：00～10：30

第1会場

継続テーマシンポジウム2 人材の育成

「総合医等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：山崎 芳郎（JCHO大阪病院 院長）
木村健二郎（JCHO東京高輪病院 院長）

- KS2-1 総合診療医・総合内科医育成がスタートして—現状と課題—
近藤 盛彦（JCHO 神戸中央病院 副院長）
- KS2-2 総合医育成に向けての、東京山手の取り組み。現状と今後の課題。
笠井 昭吾（JCHO 東京山手メディカルセンター 総合内科、医療総合支援部長、地域診療・救急部長）
- KS2-3 大学との連携による総合診療医育成の取り組み
有村 哲朗（JCHO 滋賀病院 副院長）
- KS2-4 看護部の人材育成を考える～育つ人を確保し、育てる人を育てるために～
元嶋 文恵（JCHO 九州病院 看護部長）
- KS2-5 認定・専門看護師養成課程の今日と将来について
高橋 弘枝（公益社団法人 大阪府看護協会 会長）

9月17日（土） 10：30～12：00

第1会場

継続テーマシンポジウム3 事務職に求められる病院マネジメント

座長：宇口比呂志（JCHO 理事）

内野 直樹（JCHO 理事）

KS3-1 事務職員に求められる病院マネジメント

笹 真人（株式会社日本経営 病院経営コンサルティング部 次長）

9月16日(金) 13:10~14:40

第1会場

シンポジウム1 JCHOにおける健康管理センターの役割

座長：石岡 隆（JCHO秋田病院 院長）
大友 敏行（JCHO神戸中央病院 院長）

- SP1-1 JCHO が目指す健康管理センターと地域病院等との連携について
岸川 秀樹（JCHO熊本総合病院 副院長 兼 健康管理センター長）
- SP1-2 当院における健康管理センターの役割～四日市の場合
多田 豊治（JCHO四日市羽津医療センター 健康管理センター長）
- SP1-3 当院における健康管理センターの現状
岡本 将裕（JCHO神戸中央病院 健康管理センター長 放射線科部長）
- SP1-4 JCHO における健康管理センターの役割～大規模健診機関の参入による危機を迎えて～
中城 博見（JCHO伊万里松浦病院 院長）

9月17日(土) 9:00~10:30

第2会場

シンポジウム2 地域包括ケアにおける認知症への取り組み、これまでとこれから

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 介護老人保健施設における認知症周辺症状(BPSD) への取り組みについて
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）
- SP2-2 地域住民を交えた認知症研修会の開催と院内デイケア、認知症回診への取り組み
ー地域に根ざした病院を目指してー
川岸 春代（JCHO群馬中央病院 看護部）
- SP2-3 認知症疾患医療センター地域型としての取り組み
土井 皓平（JCHO諫早総合病院 精神保健福祉士）
- SP2-4 地域包括ケア病棟における認知症患者への取り組みと課題
山口 裕子（JCHO四日市羽津医療センター 地域包括ケア病棟看護師長）
- SP2-5 地域包括ケアにおける当院の認知症への取り組み
大坪 天平（JCHO東京新宿メディカルセンター 精神科主任部長）

9月17日(土) 10:30~12:00

第2会場

シンポジウム3 JCHO病院間の医師派遣への対応

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 における医師派遣の取組の現状と
JCHO 版病院総合医（Hospitalist）育成プログラムの開始について
吉住 奈緒子（JCHO 本部 企画経営部医療課長）
- SP3-2 地域の周産期医療崩壊回避に向けた JCHO 病院間支援
谷本 宏成（JCHO 熊本総合病院 麻酔科部長）
- SP3-3 JCHO 秋田病院での地域医療研修の経験
玉腰 大悟（JCHO 中京病院 後期研修医（総合診療科・神経内科））
- SP3-4 JCHO 二本松病院の現状と JCHO 病院間の医師派遣の対応
六角 裕一（JCHO 二本松病院 院長）

9月17日(土) 13:20~14:50

第1会場

シンポジウム4 特定行為研修制度を活用した地域医療への貢献の可能性

座長：中野 恵（JCHO 理事）
河嶋 知子（JCHO本部 企画経営部患者サービス推進課長・
研修センター看護研修課長）

- SP4-1 特定行為に係る看護師の研修制度について
加藤 典子（厚生労働省 医政局 看護課 看護サービス推進室長）
- SP4-2 日本看護協会における特定行為研修の実際と平成 27 年度修了生について
渋谷 智恵（公益社団法人日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 課長 特定行為研修担当）
- SP4-3 特定行為・創傷管理関連における活動報告
加瀬 昌子（地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 スキンケア相談室 看護師長）
- SP4-4 地域包括ケア病棟における特定行為研修修了者の活動の実際ー施設内から地域へー
森下 幸子（医療法人永広会島田病院クオリティマネジメントセンター）
- SP4-5 チーム医療における診療看護師の活動と役割
高田 美由紀（JCHO 千葉病院 看護部）

9月16日（金） 17：30～18：30

第1会場

接遇セミナー

「医療現場で活かす「おもてなしの心」

金井 津美（株式会社コリマ研修企画 パートナー講師／

日本アドラー・カウンセラー協会 認定カウンセラー）

9月17日（土） 12：10～13：10

第1会場

教育セミナー1

「病院建築と設備の過去・現在、そして未来」

長澤 泰（東京大学名誉教授・工学院大学名誉教授）

共催：東京ガス株式会社

9月17日（土） 12：10～13：10

第2会場

教育セミナー2

座長：橋本 悦子（東京女子医科大学 消化器病センター 消化器内科）

「C型慢性肝炎に対する経口薬治療 －特に腎機能低下例に対して－」

今村 道雄（広島大学病院 消化器・代謝内科）

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

9月16日(金) 14:40~15:45

第1会場

地域医療・介護(地域包括ケア①)

座長：室谷 典義 (JCHO千葉病院 院長)

- O-001 地域包括ケア病棟を導入して一ベッドコントロール強化の成果—
篠田 千恵 (JCHO 高岡ふしき病院 病床調整委員会)
- O-002 地域包括ケア病棟における多職種連携による服薬管理支援の取り組み
相松 伸哉 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- O-003 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションの提供
—多職種による病棟トレーニンググループの活用—
武部 敏 (JCHO 滋賀病院 リハビリテーション部)
- O-004 地域包括ケア病棟開設への取り組み
岡野 礼子 (JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)
- O-005 チーム医療によってなされた地域包括ケア病棟開設の経緯
山田 美由希 (JCHO 佐賀中部病院)
- O-006 地域包括ケア病棟の看護の実際と今後の課題
野中 恵美 (JCHO 可児とうのう病院 看護部 東3病棟)
- O-007 地域包括ケア病棟再稼働に伴っての取り組み
筏井 真紀子 (JCHO 東京城東病院 看護課)
- O-008 急性期及び地域包括ケア病棟リハビリテーション両立の工夫
大石 理奈 (JCHO 滋賀病院 リハビリテーション部)

9月16日(金) 13:10~13:50

第2会場

地域医療・介護(地域包括ケア②)

座長：藤田 宜是 (JCHO横浜中央病院 院長)

- O-009 在宅療養後方支援病院に求められる役割と課題
吉浪 典子 (JCHO 東京蒲田医療センター 看護部)
- O-010 認定看護師による在宅介護従事者向け研修会への取り組み
江見 早紀子 (JCHO 佐賀中部病院 看護課)
- O-011 施設入所者の通常体重と、それが示唆することを読み取る
藤友 典子 (JCHO 千葉病院附属介護老人保健施設 栄養課)

- O-012 在宅強化型老健としての取り組みと特徴
吉川 雅俊 (JCHO 宮崎江南病院附属介護老人保健施設)
- O-013 リハ会議の実施により自宅入浴が可能になった1症例
山崎 ちひろ (JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設)

9月16日(金) 13:50~14:25

第2会場

地域医療・介護(地域包括ケア③)

座長：加藤 弘巳 (JCHO 高岡ふしき病院 院長)

- O-014 介護老人保健施設での誤嚥性肺炎予防における日常の口腔ケア
～看護師・介護職の意識と行動の変化～
中島 陽子 (JCHO 金沢病院附属介護老人保健施設)
- O-015 地域の医療・保健・福祉との事例検討を中心とした情報交換会の報告
～2年間の取り組み～
伊藤 美智子 (JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部)
- O-016 「経口維持・向上への取り組み」
佐藤 美紀子 (JCHO うつのみや附属介護老人保健施設)
- O-017 不適切ケア防止への取り組み～リフレクションを通して～
柳原 孝至 (JCHO 神戸中央病院附属介護老人保健施設)

9月16日(金) 14:25~15:15

第2会場

連携(退院調整)

座長：河野 幸裕 (JCHO 若狭高浜病院 院長)

- O-018 外科外来から関わる退院支援に向けての検討
萩原 友美 (JCHO 群馬中央病院 看護部)
- O-019 地域連携室における退院支援と今後の課題
永吉 由紀子 (JCHO 三島総合病院 看護師)
- O-020 患者・家族の願いを叶える退院支援～地域包括ケア病棟での取り組み～
武田 由美 (JCHO 宇和島病院)
- O-021 医療・生活介護の課題を持つ患者の退院支援における地域包括ケア病棟の看護師の役割に関する検討～糖尿病合併症を抱える事例への介入を通して～
竹田 美樹 (JCHO 東京蒲田医療センター 看護部)

- O-022 地域包括ケア病棟における退院調整～独居者への退院調整のあり方～
日野 幸子 (JCHO湯布院病院 看護部)
- O-023 地域包括ケア病棟における在宅復帰支援の取り組みについて
～退院支援情報シートを活用して～
伊藤 美穂 (JCHO山梨病院 包括ケア病棟)

9月16日(金) 13:10～14:00

第3会場

医療技術①

座長：伊藤 美夫 (JCHO登別病院 院長)

- O-024 当院における脳卒中患者の内服管理基準の検討
矢部 千恵 (JCHO東京新宿メディカルセンター リハビリテーション室)
- O-025 トルバブタン使用時の血清ナトリウム濃度の検討
肥田 あゆみ (JCHO可見とうのう病院 薬剤科)
- O-026 DXA 大腿骨骨密度測定における膝関節屈曲が与える影響
北山 貴章 (JCHO東京城東病院 放射線科)
- O-027 骨盤部 MR 検査でのポジショニングによるアーチファクト低減の工夫
境 一也 (JCHO大和郡山病院 放射線部)
- O-028 MRI を用いた全身の骨転移検索ルーチン法の紹介と躯幹部拡散強調画像の画質改善の試み
定 昭彦 (JCHO大阪みなと中央病院 放射線科)
- O-029 CT-AEC を用いたときの寝台高さ補正機能の検討
高橋 大地 (JCHO北海道病院 放射線部)

9月16日(金) 14:00～14:50

第3会場

医療技術②

座長：白尾 一定 (JCHO宮崎江南病院 院長)

- O-030 電子線治療での汎用モンテカルロ法の利用
阿野 匡昭 (JCHO埼玉メディカルセンター 放射線科)
- O-031 手術後のX線ガーゼ遺残防止につながる画像処理の検討
福永 慎一郎 (JCHO徳山中央病院 放射線部)
- O-032 腰椎圧迫骨折の有無による骨密度測定値の評価
多々良 直矢 (JCHO東京山手メディカルセンター 放射線部)

- O-033 メタルアーチファクト低減技術に関する基礎検討
遠藤 優 (JCHO 星ヶ丘医療センター 診療放射線部)
- O-034 逐次近似応用法を用いた低管電圧撮影による下肢静脈撮影法の検討
廣川 隆史 (JCHO 群馬中央病院 放射線部)
- O-035 320 列 ADCT による小児心臓 CT 検査の検討
川崎 直正 (JCHO 九州病院 画像診断センター)

9月16日 (金) 14:50~15:40

第3会場

医療技術③

座長：吉永 憲正 (JCHO 徳山中央病院 診療放射線技師長)

- O-036 一般撮影での診断参考レベル (DRLs2015) と当センターにおける入射表面線量の比較
徳永 華子 (JCHO 星ヶ丘医療センター 診療放射線部)
- O-037 当院における条件付 MRI 対応ペースメーカー挿入患者の撮像条件の検討
餅谷 優希 (JCHO 金沢病院 放射線科)
- O-038 当院放射線科における、始業・終業点検の見直しと事例報告
石原 由美 (JCHO 東京蒲田医療センター 放射線科)
- O-039 心筋血流シンチでのタリウム投与量変化における画像評価
神山 和明 (JCHO 東京山手メディカルセンター 放射線部)
- O-040 常染色体優性多発性腎嚢胞 (ADPKD) の MRI による腎体積測定について
佐藤 大輔 (JCHO 仙台病院 統括診療部放射線科診療部)
- O-041 一般撮影における再撮影の把握 (傾向と対策)
八木 隆行 (JCHO 群馬中央病院)

9月16日 (金) 13:10~14:10

第4会場

診療①

座長：下川 恭弘 (JCHO 人吉医療センター 副院長)

- O-042 熊本地震で派遣した医療救護班の薬剤師の活動と現地の状況
影本 渉 (JCHO 中京病院 薬剤部)
- O-043 熊本地震による被災状況と支援透析の経験からみた今後の課題
建原 渉 (JCHO 熊本総合病院 臨床工学部)

- O-044 平成 28 年熊本地震における湯布院町民に対する当院のリハビリテーション支援活動
大田 繁 (JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科)
- O-045 熊本地震における当院の災害支援活動についての報告
大宮 弘司 (JCHO 諫早総合病院 看護部)
- O-046 熊本地震における災害支援活動の報告
福田 和行 (JCHO 九州病院 看護部)
- O-047 平成 28 年熊本地震に連動する地震を契機に発症した「たこつぼ型心筋症」の一例
村上 直美 (JCHO 熊本総合病院 検査部)
- O-048 A 病院における病院防災～大規模災害に備える前の現状把握を行って～
福添 恵寿 (JCHO 東京城東病院 看護課)

9月16日 (金) 14:10～14:45

第4会場

診療②

座長：根橋 良雄 (JCHO 湯布院病院 院長)

- O-049 2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災への対応 その 1
～今後の災害対策に向けての課題～
麻生 真紀子 (JCHO 湯布院病院 看護部)
- O-050 2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災対応 その 2
～リハビリテーション科の活動～
米倉 正博 (JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科)
- O-051 2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災への対応 その 3
～災害支援ナースとしての報告～
日野 ますみ (JCHO 湯布院病院)
- O-052 2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災への対応 その 4
～災害時における地域連携部門の役割～
割石 高史 (JCHO 湯布院病院 医療社会福祉相談室)

9月16日 (金) 14:45～15:45

第4会場

診療③

座長：関根 信夫 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長)

- O-053 当院、整形外科における離島・へき地医療の取り組み ～隠岐島前 海士診療所にて～
吉田 昇平 (JCHO 玉造病院 整形外科)

- O-054 奇異性脳塞栓症の症例経験より
小山 俊一 (JCHO 東京山手メディカルセンター 脳神経外科)
- O-055 膀胱がんと告知された患者にがんサロンを活用した看護介入
ーアギュララとメズイックの危機モデルを用いてー
木下 和子 (JCHO 下関医療センター 看護部)
- O-056 化学療法を受ける血液悪性腫瘍患者の抱く不安とその関連要因に関する検討
田中 麻依 (JCHO 相模野病院 看護部)
- O-057 患児の入院処置に対する家族の思い
森本 絢香 (JCHO 諫早総合病院 看護部)
- O-058 心肺停止蘇生後から長期入院となった患者への支援～『病みの軌跡』を用いて～
井上 亜由美 (JCHO 神戸中央病院 看護部)
- O-059 乳腺外来看護師の行動変容をもたらした倫理カンファレンス
園山 好恵 (JCHO 下関医療センター 看護部)

9月16日 (金) 13:10～14:10

第5会場

運営(病院運営①)

座長：佐々木文章 (JCHO 札幌北辰病院 院長)

- O-060 薬剤科主導の後発医薬品使用促進による経済効果
武馬 優也 (JCHO 可児とうのう病院 薬剤科)
- O-061 栄養管理室におけるコスト削減の取り組み
中林 智洋 (JCHO 群馬中央病院 栄養管理室)
- O-062 透析室開室における現状と問題点
細田 祥 (JCHO さいたま北部医療センター 手術部臨床工学技士)
- O-063 当院における車いす管理システムについての報告～ティルト・リクライニング機能付き車いすの不足の解決に向けたリハビリテーション部主導での取り組み～
宮垣 さやか (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- O-064 紹介型外来開設による外来適正化の取り組み
根岸 晴美 (JCHO 群馬中央病院 地域医療連携室)
- O-065 往診による胃瘻カテーテル交換における院内での経済効果
鈴木 由美子 (JCHO 群馬中央病院 医事課)
- O-066 コスト削減活動の取り組み
渡辺 公章 (JCHO 山梨病院 総務企画課)

9月16日(金) 14:10~15:00

第5会場

運営(病院運営②)

座長：浅見 昭彦 (JCHO佐賀中部病院 院長)

- O-067 JCHO 札幌北辰病院における総合診療科の役割
若林 崇雄 (JCHO 札幌北辰病院 総合診療科)
- O-068 JCHO 発足時における放射線治療の現状
黒崎 弘正 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 放射線治療科)
- O-069 病棟採血管在庫管理の取り組み
石倉 陽子 (JCHO 玉造病院 臨床検査室)
- O-070 再検手順の統一化による再検数削減と検査コスト削減の取り組みについて
濱津 育宏 (JCHO 人吉医療センター 臨床検査部)
- O-071 機能別病棟運営を支えるために多職種で行う院内病床調整会議
稲田 貴子 (JCHO りつりん病院 看護部)
- O-072 医業未収金比率を向上・維持させる方策について
魚住 佳史 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 総務企画課)

9月16日(金) 15:00~15:40

第5会場

検診

座長：竹口東一郎 (JCHO天草中央総合病院 院長)

- O-073 二日ドックにおけるロコモティブシンドローム啓発と運動能力維持への働きかけ
田中 健毅 (JCHO 大阪病院 リハビリテーション科)
- O-074 効率的な胃がん予防・検診システムの構築に向けた JCHO グループ統一基準案の作成と
多施設前向き研究の提案
中島 滋美 (JCHO 滋賀病院 総合診療科)
- O-075 検査技師による健診センターでのオプション検査の取り組みについて
小倉 麻衣子 (JCHO 大和郡山病院 中央検査部)
- O-076 保健指導の対象者拡大と効率化を目指した取り組み
松森 麻里衣 (JCHO 札幌北辰病院 健康管理センター)
- O-077 健康管理センターにコンシェルジュナースを起用しての取り組み
西浦 知子 (JCHO りつりん病院 看護部)

9月16日(金) 13:10~13:50

第6会場

連携(患者-医療者のパートナーシップ①)

座長：池田 登 (JCHO玉造病院 院長)

- O-078 がん治療目的で当院に入院した患者へ管理栄養士が行なった食事対応についての報告
大庭 久実 (JCHO九州病院 栄養管理室)
- O-079 術前訪問時に患者が求めているニーズとその評価
齋藤 優二 (JCHO三島総合病院 看護課 手術室)
- O-080 糖尿病を持つ女性・家族と看護職者のためのセミナーから今後の患者支援を考える
村岡 知美 (JCHO埼玉メディカルセンター 看護部)
- O-081 高齢がん患者・家族の治療選択における意思決定支援を通しての考察
須崎 了子 (JCHO天草中央総合病院 看護課)
- O-082 看護師が対応困難と感じる患者への精神看護専門看護師の介入
平井 元子 (JCHO東京山手メディカルセンター 看護部)

9月16日(金) 13:50~14:30

第6会場

連携(患者-医療者のパートナーシップ②)

座長：野田 晏宏 (JCHO福岡ゆたか中央病院 院長)

- O-083 リンコントロール不良患者に学習援助型アプローチを試みて
駒田 さゆり (JCHO四日市羽津医療センター 看護部)
- O-084 遺族の立場に立ったエンゼルケアを考える
—死後の処置からエンゼルケアへ看護師の意識変化—
渡邊 奈保子 (JCHO桜ヶ丘病院)
- O-085 経口摂取困難となった患者の家族が経管栄養を受容できるまで
—家族参加の口腔ケアを取り入れた取り組み—
原田 芽衣 (JCHO秋田病院 看護課)
- O-086 HCUで死を迎えた患者と家族を支える看護師の困難感
吉村 扶美 (JCHO下関医療センター HCU)
- O-087 エンパワーメント法を用いた栄養指導によりHbA1cが改善した一例
藤田 恵理 (JCHOりつりん病院 栄養管理室)

9月16日(金) 14:30~15:10

第6会場

連携(地域連携①)

座長：岩崎 厚子 (JCHO桜ヶ丘病院 総看護師長)

- O-088 病診連携による当院へのC型肝炎ウイルス持続感染者の紹介状況について
加藤 嘉明 (JCHO東京蒲田医療センター 消化器内科)
- O-089 リウマチ患者指導における薬剤科での取り組み
稲森 芙美 (JCHO埼玉メディカルセンター)
- O-090 手根管症候群・ばね指術後の作業療法における地域連携の有用性に関する検討
加藤 聡美 (JCHO仙台病院 リハビリテーション部)
- O-091 周産期における病院と行政の連携
～産後相談 236 件を通して、妊娠・出産包括ケアを考える～
赤井 律子 (JCHO三島総合病院 看護課)
- O-092 皮膚・排泄ケア認定看護師による褥瘡保有者への退院後在宅訪問を行った 2 事例
伊藤 貴典 (JCHO東京山手メディカルセンター 看護部)

9月16日(金) 15:10~15:45

第6会場

連携(地域連携②)

座長：大矢 早苗 (JCHO中京病院 看護部長)

- O-093 ひらかた地域医療連携ネットワークの設立と発展に向けて～当院の働きかけ～
佐古 乃莉子 (JCHO星ヶ丘医療センター 事務部)
- O-094 ICT「きしのうらネット (ID-Link)」の運用実績と、今後の課題について
峯 修平 (JCHO九州病院 医療支援部)
- O-095 大和郡山市地域包括ケアシステムにおける地域連携室の取り組みと実績
砂原 直美 (JCHO大和郡山病院 地域連携室)
- O-096 医療と介護の連携のための取り組み
滝田 治子 (JCHOうつのみや病院附属介護老人保健施設 地域包括支援センター雀宮)

9月16日(金) 13:10~14:15

第7会場

内部統制・リスク管理・診療報酬改定等

座長：横須賀 収 (JCHO船橋中央病院 院長)

- O-097 「看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ事業」3 年間の取り組み
柏 澄子 (JCHOうつのみや病院 看護部)

- O-098 勤務中に地震災害が発生した場合の看護師の意識調査
布 雄士郎 (JCHO 高知西病院 看護課)
- O-099 集中治療室増床に伴う看護体制の検討
中村 明美 (JCHO 大阪病院 看護部)
- O-100 退院時リハビリテーション指導料算定による収益の変化
吉田 政人 (JCHO 東京山手メディカルセンター リハビリテーション部)
- O-101 当院における ADL 維持向上等体制加算の導入について費用対効果に着目した検証
菊池 恵 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- O-102 地域包括ケア病棟入院料施設基準データ部門間共有への取り組み
下田 哲也 (JCHO 宇和島病院 総務企画課 (医事))
- O-103 平成 28 年度診療報酬改定に伴う看護必要度見直しへの取り組みを通して
野々山 義仁 (JCHO 中京病院 総務企画課 経営企画係)
- O-104 退院支援加算 1 算定に向けた試み
岩本 亜加根 (JCHO 東京蒲田医療センター 医療福祉相談室)

9月16日 (金) 14:15~15:05

第7会場

患者サービス

座長：朝倉 徹 (JCHO 仙台南病院 院長)

- O-105 「栄養管理室一体となつての行事食の取り組み」
小林 美穂 (JCHO 湯河原病院 栄養科)
- O-106 人間ドック受診者の待ち時間と感じ方の傾向
廣田 俊子 (JCHO 三島総合病院 看護課)
- O-107 小児科付添者が感じる騒音への対処を考える
小田桐 麻衣 (JCHO 札幌北辰病院 看護部 5階西病棟)
- O-108 健診業務の効率的な運用・受診者満足度向上への取り組み
岩永 弘美 (JCHO 大和郡山病院 看護部)
- O-109 緩和ケア病棟退院後のエンゼルケアの評価～葬儀業者へのアンケートより～
神田 尚美 (JCHO 人吉医療センター 看護部)
- O-110 残菜量を減らし喫食率の向上へ繋げる
岩城 アイ子 (JCHO 二本松病院 栄養管理室)

9月17日(土) 13:20~14:10

第2会場

情報

座長：佐々木仁史（JCHO東京山手メディカルセンター 事務部長）

- O-111 診療統計データの活用と職場間連携による分析と収入向上の検証
塚本 崇基（JCHO 高岡ふしき病院 総務企画課）
- O-112 情報システム管理における「平成 28 年熊本地震」の経験と課題
西村 秀洋（JCHO 熊本総合病院 医療情報システム管理センター）
- O-113 JCHO における電子図書館の可能性～東京新宿メディカルセンター図書室からの提案～
山田 有希子（JCHO 東京新宿メディカルセンター 事務部 総務企画課総務係 図書室）
- O-114 EF ファイルの利活用～後発品変更シミュレーションツールの作成とその効果～
伊藤 典子（JCHO 東京山手メディカルセンター 薬剤部）
- O-115 当院における呼吸教育入院の取り組みについて
～リハビリの効果と保険診療報酬に着目して～
北村 優友（JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部）
- O-116 クリティカルパスによる在院日数コントロール—効率性の維持と強化へ向けて—
大塚 のり子（JCHO 九州病院 医事課）

9月17日(土) 14:10~15:00

第2会場

医療技術④

座長：菅沼 泰（JCHO京都鞍馬口医療センター 統括診療部長）

- O-117 関節撮影スライス厚 2mm にむけて～膝関節中心に～
船本 亮太（JCHO りつりん病院 放射線部）
- O-118 当院における不規則抗体検出状況
五十嵐 陽祐（JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床検査科 輸血検査室）
- O-119 産後 10 ヶ月で誘因なく腰仙部痛を発症し、体動困難となった一症例を経験して
村本 知世（JCHO 北海道病院 リハビリテーション部）
- O-120 当院の輸血前・輸血後感染症検査実施率の現状について
鈴木 重徳（JCHO 東京新宿メディカルセンター 中央検査室）
- O-121 当院における抗酸菌検出状況について
鈴田 朱美（JCHO 諫早総合病院）

- O-122 血糖用採血管を用いた HbA1c 測定の検討
安藤 美郷 (JCHO 四日市羽津医療センター 検査部)

9月17日(土) 9:00~9:50

第3会場

医療技術⑤

座長：草野 英二 (JCHO うつのみや病院 院長)

- O-123 当院における中心ライン関連血流感染症と血液培養検出菌状況について
室谷 真紀子 (JCHO 東京山手メディカルセンター ICT)
- O-124 便中に糞線虫を認めた一例
辻 香翠美 (JCHO 大阪みなと中央病院 検査室)
- O-125 非浸潤性乳管癌 (DCIS) の診断の変化と検討
阪本 裕子 (JCHO 人吉医療センター 臨床検査部)
- O-126 実食型食事指導導入における継続的栄養指導の効果について
川浪 めぐみ (JCHO 伊万里松浦病院 栄養管理室)
- O-127 早期に長下肢装具を使用し、起立・歩行練習を行った重度左片麻痺の一症例
福長 直尚 (JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部)
- O-128 ベンス・ジョーンズⅡ型多発性骨髄腫における PE と Online-HDF の有用性
木幡 宏実 (JCHO 仙台病院 臨床工学部)

9月17日(土) 9:50~10:40

第3会場

医療技術⑥

座長：佐々木功典 (JCHO 下関医療センター 院長)

- O-129 遠隔モニタリングシステム導入での成果と課題
松本 景史 (JCHO 大阪病院 臨床工学室)
- O-130 当院における透析液清浄化～透析装置更新後のバリデーション検証～
御厨 翔太 (JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床工学)
- O-131 当院の ECMO システムと管理について
有馬 敬宏 (JCHO 徳山中央病院 臨床工学部)
- O-132 東日本大震災直後の透析条件変更による検査値への影響
佐藤 尚也 (JCHO 仙台病院 臨床工学部)

O-133 個人用RO装置の熱水消毒による配管清浄化

満間 大介 (JCHO 三島病院 臨床工学室)

O-134 ME 機器管理システムを導入して～当院での臨床工学技士の取り組みと効果～

持屋 美季 (JCHO 宮崎江南病院 臨床工学室)

9月17日 (土) 10:40～11:30

第3会場

医療技術⑦

座長：来見 良誠 (JCHO 滋賀病院 院長)

O-135 COPD Assessment Test(CAT) は、男性 COPD 患者における外出制限を示唆させるスクリーニング検査として有用か？

今泉 裕次郎 (JCHO 佐賀中部病院 リハビリテーション科)

O-136 全人工膝関節置換術におけるクリティカルパス変更前後での術後リハビリテーションの比較

木村 宏隆 (JCHO 大阪病院 リハビリテーション室)

O-137 脊髄腫瘍摘出術後に下肢麻痺を生じた一例に対する理学療法

田中 駿 (JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部)

O-138 ポータブルデバイスによる棚卸システムの開発

渡邊 研人 (JCHO 東京山手メディカルセンター 統括診療部)

O-139 当施設デイケア利用者に二重課題を用いたリハビリの効果

ー認知機能とバランス機能に着目してー

小室 英生 (JCHO 二本松病院附属介護老人保健施設)

O-140 入院患者の歩行自立判定に関する評価表の作成

岡林 碧 (JCHO 高知西病院 リハビリテーション科)

9月17日 (土) 13:20～14:10

第3会場

医療技術⑧

座長：長郷 国彦 (JCHO 諫早総合病院 院長)

O-141 理学療法士の呼吸器内科、内分泌代謝科混合病棟への配置について

～入院患者の ADL 維持向上を目指して～

寺谷 章弘 (JCHO 中京病院 リハビリテーションセンター)

O-142 右大腿骨転子部骨折を呈し歩行開始時にのみ跛行が生じる症例に対して、中枢神経系に着目して歩容の改善を得た一例

木村 亮太 (JCHO 東京蒲田医療センター リハビリテーション科)

- O-143 当院における過去3年間の輸血副作用発生状況についての解析
鈴木 克 (JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床検査科 輸血検査室)
- O-144 当院回復期病棟におけるサルコペニア患者の状況調査
石井 亮太 (JCHO 登別病院 リハビリテーション室)
- O-145 頸髄損傷を受傷し不全麻痺を呈した一症例に対するリハビリテーションの経験
船岩 亮介 (JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部)
- O-146 脳卒中後、重度片麻痺および腱板断裂増強を呈したが両側上肢トレーニングにより ADL の質が改善した症例
帯田 有希菜 (JCHO 九州病院 リハビリテーション室)

9月17日(土) 14:10~15:00

第3会場

医療技術⑨

座長：山田 光俊 (JCHO 高知西病院 院長)

- O-147 がんリハビリテーション開設とその効果検証
本山 隆浩 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 リハビリテーション科)
- O-148 現実検討と自己効力感の獲得から ADL が向上した症例
山口 沙織 (JCHO 登別病院 リハビリテーション室)
- O-149 喚語困難時に音韻数(かな文字数)を想起する能力は喚語能力の回復に影響するか？
橋本 幸成 (JCHO 熊本総合病院 リハビリテーション部)
- O-150 軟性体幹装具の使用法とトラブルシューティングの実例報告
伊藤 貴之 (JCHO 湯河原病院 義肢室)
- O-151 ロボット支援手術導入に向けての取り組み
山崎 加奈子 (JCHO 九州病院 手術室)
- O-152 白血球系細胞除去療法における血液流量特性の基礎的検討
丸山 航平 (JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床工学部)

9月17日(土) 9:00~10:00

第4会場

診療④

座長：石井 耕司 (JCHO 東京蒲田医療センター 院長)

- O-153 日本人における筋性部心室中隔欠損の頻度とその予後
岡川 浩人 (JCHO 滋賀病院 小児科)

- O-154 完全房室ブロックを発症し、医療連携により診断に至った心サルコイドーシスの一例
山内 貴雄 (JCHO相模野病院 循環器内科)
- O-155 術後に耐糖能が改善した腎癌の1例
高島 三洋 (JCHO金沢病院 泌尿器科)
- O-156 SGLT 2阻害薬に対する意識調査
古川 健治 (JCHO金沢病院 内科)
- O-157 当院におけるがん化学療法の現状
沼 文隆 (JCHO徳山中央病院 産婦人科)
- O-158 尿管癌に対するHo:YAGレーザーを用いた経尿道的手術の検討
原 浩司 (JCHO可見とうのう病院 統括診療部 泌尿器科)
- O-159 ホルミウムレーザー前立腺核出術 (HoLEP) の臨床的検討
青木 重之 (JCHO可見とうのう病院 統括診療部 泌尿器科)

9月17日(土) 10:00~10:50

第4会場

診療⑤

座長：大井田正人 (JCHO相模野病院 院長)

- O-160 手術室における災害対策への取り組み～アクションカードの導入効果～
中村 望 (JCHO久留米総合病院 手術センター)
- O-161 産褥期の下肢浮腫に対する足浴・浮腫用ソックスの効果について
河口 舞 (JCHO徳山中央病院 周産期センター)
- O-162 直腸脱患者の術前・術後における排便障害症状の検討
積 美保子 (JCHO東京山手メディカルセンター 看護部/山梨大学大学院医学工学総合教育部)
- O-163 当院における生理検査室の取り組み
唐田 秀司 (JCHO天草中央総合病院 検査部)
- O-164 新生児胸腹部レントゲンにおける撮影条件の検討
鈴木 明日美 (JCHO船橋中央病院 放射線部)
- O-165 放射線関連情報システムの地震への備え(熊本地震を経験して)
溝内 克己 (JCHO熊本総合病院 放射線技術部)

9月17日(土) 10:50~11:55

第4会場

地域医療・介護(高齢者医療)

座長：田中 眞紀 (JCHO久留米総合病院 院長)

- O-166 当院におけるポリファーマシーの状況
大熊 範和 (JCHO群馬中央病院 薬剤科)
- O-167 廃用性・加齢に起因する摂食嚥下障害から改善までの過程で困難を要した一事例
—オレム—アンダーウッド理論を用いて看護展開を考察する—
大角 仁美 (JCHO船橋中央病院 看護部)
- O-168 摂食機能訓練を取り入れた誤嚥性肺炎再発予防
～横紋筋融解症により嚥下機能の低下したA氏との関わりを通して～
菊池 健太 (JCHO東京城東病院 看護課)
- O-169 一般病棟で認知症高齢者をケアする看護師の感情
—ネガティブ感情からポジティブ感情に転換した体験—
友田 夕紀子 (JCHO金沢病院 看護部)
- O-170 認知症患者に対するユマニチュード技法の実践と効果
～患者の認知・行動と看護師(介護福祉士)の意識の変化を認めた事例～
山口 裕子 (JCHO四日市羽津医療センター 地域包括ケア病棟)
- O-171 演題取り下げ
- O-172 もの忘れ外来開設における現状から明確になった課題
齊藤 路子 (JCHO三島総合病院 看護課)
- O-173 オムツ交換業務の見直しと効果
秀坂 彰夫 (JCHO伊万里松浦病院 看護課 2病棟)

9月17日(土) 13:20~14:10

第4会場

地域医療・介護(地域医療・医療①)

座長：田代 雅彦 (JCHO群馬中央病院 院長)

- O-174 当地域における脳卒中診療の現状と問題点、および解決法の検討
原田 有彦 (JCHO徳山中央病院 脳神経外科)
- O-175 東京城東病院総合内科の試み 2016年度
森川 暢 (JCHO東京城東病院 総合内科)

- O-176 大腿切断長断端で断端部に潰瘍がある患者の理学療法経験
～ ICEROSS シールイン X 5 ライナーを使用して～
前田 佳徳 (JCHO 大阪みなと中央病院 リハビリテーション科)
- O-177 大腿骨頸部骨折患者における嚥下機能と栄養評価の実施～術後アウトカムとの関係～
久保 美紀子 (JCHO 佐賀中部病院 リハビリテーション科)
- O-178 大腿骨近位部骨折患者における原因・要因の実態
船越 美香 (JCHO 横浜中央病院 看護部)
- O-179 長期行動制限から ADL が低下した患者に対するセルフケア再獲得に向けての関わり
～ ADL チェック表を用いて～
中村 美咲 (JCHO 秋田病院 看護部)

9月17日 (土) 14:10～15:00

第4会場

地域医療・介護(地域医療・医療②)

座長：田熊 淑男 (JCHO 仙台病院 院長)

- O-180 整形外科 術後せん妄患者のリスクファクターを抽出
村山 由貴 (JCHO 東京高輪病院 看護部)
- O-181 個別性のある口腔ケアを目指した取り組み
中村 美由紀 (JCHO 宮崎江南病院 看護部)
- O-182 当院回復期リハビリテーション病棟における退院後の課題
和田 佳奈恵 (JCHO 福井勝山総合病院 リハビリテーション科)
- O-183 当院のボツリヌス療法における脳神経外科とリハビリテーション科診療部の連携について
松坂 基博 (JCHO 神戸中央病院 リハビリテーション科診療部)
- O-184 穿刺痛緩和におけるエムラ[®] クリームの有用性と QOL への効果
水田 舞衣 (JCHO 四日市羽津医療センター 看護部：人工腎センター)
- O-185 家屋評価におけるソーシャルワーカーの役割に関する一考察—インタビュー調査を通して—
小野 祥子 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 地域連携・総合相談センター)

9月17日 (土) 9:00～10:00

第5会場

連携(栄養サポートチーム)

座長：亀川 隆久 (JCHO 南海医療センター 院長)

- O-186 栄養部と連携したゼリー食および検査食の開発と当院における嚥下機能検査の現状
小河原 克訓 (JCHO 船橋中央病院 歯科口腔外科)

- O-187 2ヶ月間絶食患者にNSTが介入し、消化態栄養剤から半消化態栄養剤へ段階的に移行し消化管合併症発生を軽減できた1症例
小園 裕子 (JCHO久留米総合病院 栄養サポートチーム)
- O-188 経腸栄養メニュー表の運用・改訂を通した、より良い経腸栄養に向けての取り組み
佐藤 和佳 (JCHO大阪病院 栄養管理室)
- O-189 維持血液透析患者に対する食育SATシステムを用いた食事調査に関する検討
木村 文香 (JCHO徳山中央病院 栄養管理室)
- O-190 座位バランスと摂食・嚥下の関連性
大内 秀和 (JCHO二本松病院 統括診療部)
- O-191 退院後に治癒遅延した褥瘡へ栄養介入した一症例
阿部 祥子 (JCHO福井勝山総合病院 栄養管理室)
- O-192 栄養アセスメントツールを用いた高齢透析患者の栄養評価
岡 洋恵 (JCHO徳山中央病院 看護部)

9月17日(土) 10:00~10:40

第5会場

地域医療・介護(地域医療・介護①)

座長：小澤 俊総 (JCHO山梨病院 院長)

- O-193 在宅褥瘡ケア理解不足の利用者への関わりを通して
堂下 広美 (JCHO福井勝山総合病院附属訪問看護ステーション)
- O-194 宇和島地域における訪問看護の実態調査
梶山 美千代 (JCHO宇和島病院附属訪問看護ステーション)
- O-195 慢性期疾患療養者・家族の意向に沿った在宅看取り
山本 綾子 (JCHO神戸中央病院附属訪問看護ステーション)
- O-196 在宅看取り患者と家族への継続的関わり
香西 恵利子 (JCHOりつりん病院附属訪問看護ステーション)
- O-197 訪問看護師の在宅療養者に対する栄養管理
高木 紀子 (JCHO横浜保土ヶ谷中央病院附属訪問看護ステーション)

9月17日(土) 10:40~11:15

第5会場

地域医療・介護(地域医療・介護②)

座長：兜 正則 (JCHO福井勝山総合病院 院長)

- O-198 当院におけるサロン活動報告と展望～理学療法士介入前後の体力測定結果を通して～
小野 和春 (JCHO三島総合病院 リハビリテーションセンター)
- O-199 強化型老健と看取りの関係性を説く～強化型老健での看取りの必要性とは～
浦崎 亜由美 (JCHO天草中央総合病院附属介護老人保健施設)
- O-200 地域との関わり～近隣小学校における食育の取り組み～
猪狩 玲子 (JCHOさいたま北部医療センター 栄養管理室)
- O-201 高校柔道部におけるスポーツ傷害の実態調査
ー当院における地域スポーツ活動への関わりの中からー
小林 幸一郎 (JCHO山梨病院 理学療法室)

9月17日(土) 11:15~11:55

第5会場

運営(人材育成①)

座長：渡部 昌平 (JCHO宇和島病院 院長)

- O-202 放射線部実習生における現状の把握～意識調査アンケートより～
伴 伸次 (JCHO札幌北辰病院 放射線部)
- O-203 A 病院看護職の継続教育に関する実態調査～学習・教育ニーズの測定をおこなって～
長谷川 潤子 (JCHO東京城東病院 看護課)
- O-204 e- ラーニングシステム利用促進のための支援
丸茂 美智子 (JCHO千葉病院 看護部)
- O-205 JCHO 東京城東病院における診療看護師研修プログラムの紹介
高橋 淳 (JCHO東京城東病院 看護課)
- O-206 当院での日本救急医学会認定 ICLS 院内コース定期開催の評価と課題
～急変にチーム医療で立ち向かう人材育成と今後の課題～
福添 恵寿 (JCHO東京城東病院 看護課)

9月17日(土) 13:20~14:00

第5会場

運営(人材育成②)

座長：吉田 和子 (JCHO仙台病院 看護部長)

- O-207 内視鏡看護師の教育内容の評価
佐久間 正和 (JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部)
- O-208 勤務異動者・既卒入職者に対する看護技術チェックリスト運用の検討
岩根 舞 (JCHO 熊本総合病院 看護部 9階病棟)
- O-209 急変対応教育体制の検討 ～急変対応技術に対するアンケート調査から～
清田 望 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 看護部)
- O-210 結核病棟看護スタッフへの教育の取り組み～教育プログラムの導入～
中山 佐代子 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 看護課)
- O-211 外国人候補生受け入れによる職員の就労意識の変化～職員アンケート調査を実施して～
鈴木 美智代 (JCHO 宇和島病院附属介護老人保健施設)

9月17日(土) 14:00~15:00

第5会場

運営(組織マネジメント)

座長：黒田 豊 (JCHOさいたま北部医療センター 院長)

- O-212 稼働2年目のランチラボ方式での検体検査部門運営
前島 澄子 (JCHO 札幌北辰病院 検査部)
- O-213 職務満足向上に向けた取り組み
松原 久仁子 (JCHO 大和郡山病院 看護部)
- O-214 安全・安心な看護を提供するための業務改善～PNS看護方式を導入して～
伊藤 七恵 (JCHO 北海道病院 看護部)
- O-215 ストレス緩和に向けて一部機能別方式を取り入れて
(行動と思考に着目して業務改善した試み)
川上 ゆみ (JCHO 天草中央総合病院 看護課)
- O-216 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 (2)
松邑 恵美子 (JCHO 東京城東病院 看護課)
- O-217 看護体制変更への一考察
出口 孝子 (JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部)

O-218 JCHO と当院の入院患者満足度調査に関する検討

空閑 邦夫 (JCHO福岡ゆたか中央病院 事務)

9月17日(土) 9:00~10:00

第6会場

連携(チーム医療①)

座長：松本 昌泰 (JCHO星ヶ丘医療センター 院長)

O-219 チーム医療による褥瘡評価指標の劇的な改善

大岡 建太郎 (JCHO熊本総合病院 薬剤科)

O-220 微生物検査室としてのICTへの取り組みと課題へのアプローチ

山下 裕一 (JCHO大阪病院 中央検査室)

O-221 体動が激しい患者の経鼻経管栄養

宮崎 雅子 (JCHO大和郡山病院 栄養管理室)

O-222 過食症合併の2型糖尿病患者に対し透析予防指導を継続して行った一例

秋本 みどり (JCHO北海道病院 栄養管理室)

O-223 多職種で共通認識を持つための食事形態一覧表の検討

清水 梨沙 (JCHO熊本総合病院 栄養管理室)

O-224 条件付きMRI対応ペースメーカー植込み患者のMRI検査体制の構築

赤坂 祥吾 (JCHO札幌北辰病院 ME部)

O-225 当院におけるASV在宅導入指導の取り組みについて

上田 樹 (JCHO滋賀病院 臨床工学部)

9月17日(土) 10:00~11:00

第6会場

連携(チーム医療②)

座長：鳶原 康行 (JCHO大和郡山病院 院長)

O-226 当院における内視鏡室での臨床工学技士の活動

加來 佳訓 (JCHO九州病院 臨床工学室)

O-227 モニターアラームコントロールチームの在り方について

谷口 総志 (JCHO熊本総合病院 臨床工学部)

O-228 人工骨頭置換術後に夜間の不穏行動で脱臼を呈した症例

一再脱臼予防を目標とした回復期チームスタッフの取り組み—

島袋 尚紀 (JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)

- O-229 脳卒中回復期リハビリテーション病棟における質の評価
～質の高いリハビリテーション実践に向けた取り組み～
羽田 晋也 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- O-230 重症型アルコール性肝炎発症後、多職種連携での介入が有効であった1例
城宝 深雪 (JCHO 北海道病院 リハビリテーション部 言語聴覚士 NST 専門療法士)
- O-231 病院における入院患者の口腔アセスメントの取り組み
長谷川 直子 (JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)
- O-232 脳神経外科領域における MMT (徒手筋力テスト) 評価方法の実態調査と評価基準の見直し
赤城 亜矢子 (JCHO 東京高輪病院 看護部)

9月17日 (土) 11:00～12:00

第6会場

連携(チーム医療③)

座長：木本 妙子 (JCHO九州病院 副看護部長)

- O-233 群馬県内病院の小児病棟に勤務する看護師と保育士の連携の現状
—A 病院での看護師と保育士の協働をめざして—
清水 あゆみ (JCHO 群馬中央病院 看護部)
- O-234 急性期病棟で求められる診療看護師について～2年目を迎えて～
大垣 美千代 (JCHO 東京城東病院 看護部)
- O-235 入退院センター開設の取り組みと今後の課題
信澤 弓子 (JCHO 群馬中央病院 入退院センター)
- O-236 緩和ケア心療外来の開設とチーム医療における認定看護師の役割
松村 広子 (JCHO 可児とうのう病院 看護部)
- O-237 当院の糖尿病専門病棟における糖尿病教育入院パスの実態調査から見た今後の課題
前田 結香 (JCHO 大阪病院 看護部)
- O-238 外来出向をしている病棟看護師の継続看護に対する認識
木下 千恵 (JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部)
- O-239 Child protection team (CPT) 活動開始後の対応変化と課題
田崎 弘美 (JCHO 星ヶ丘医療センター CPT)

9月17日(土) 13:20~14:20

第6会場

連携(チーム医療④)

座長：岸田 喜彦 (JCHO可児とうのう病院 院長)

- O-240 肩腱板断裂修復術患者の社会復帰へ向けた関わり
～医療チームで共有できるクリティカルパスの改訂～
宮川 三希子 (JCHO 熊本総合病院 看護部 7階病棟)
- O-241 A 病院における腹部 CT 画像を用いたストーマサイトマーキングの有効性と課題
桑田 幸子 (JCHO 山梨病院 看護課)
- O-242 開心術後患者に対する嚥下評価表を用いたスクリーニングの試み
近藤 亜樹 (JCHO 北海道病院 看護部)
- O-243 特定行為研修修了者の修了後研修及び所属と配置に関しての一考察
高橋 淳 (JCHO 東京城東病院 看護課)
- O-244 手術室で生じた倫理的課題に対して多職種と協働した手術室看護師の取り組み
高橋 良知 (JCHO 大阪病院 看護部)
- O-245 認知症ケアチームの活動状況と今後の取り組み
奈良 まり子 (JCHO 東京城東病院 看護課)
- O-246 外来での継続看護への取り組みの紹介と今後の課題～他部署との連携に向けての試み～
大塚 りか (JCHO 桜ヶ丘病院 外来看護部)

9月17日(土) 14:20~15:00

第6会場

安全(医療安全・医療事故調査制度①)

座長：鳥谷部 悟 (JCHO仙台病院 診療放射線技師長)

- O-247 診療放射線技師による疑義照会の評価—医療の質改善に向けて—
中谷 瞬 (JCHO 大和郡山病院 放射線部)
- O-248 放射線室におけるヒヤリ・ハット対策 【第2報】—患者誤認防止への取り組み—
須田 学 (JCHO 玉造病院 放射線室)
- O-249 MRI 検査における吸着事故の経験と、その後の安全対策への取り組み
栗林 武志 (JCHO 中京病院 放射線部)
- O-250 マンモグラフィのインシデントレポートに対する改善策について
恩蔵 舞子 (JCHO 相模野病院 放射線部)

- O-251 生体情報モニターアラームに対する意識改革
佐藤 結城 (JCHO 中京病院)

9月17日 (土) 9:00~9:40

第7会場

安全(医療安全・医療事故調査制度②)

座長：中馬 敦 (JCHO 東京城東病院 院長)

- O-252 状態急変時の対応力向上の取り組み～リハビリテーション時の不安軽減に向けて～
鈴木 研登 (JCHO 三島総合病院 リハビリテーションセンター)
- O-253 心肺蘇生教育の実際と評価～急変対応はどう変わったか～
高田 美由紀 (JCHO 千葉病院 看護部)
- O-254 当院の抗がん剤曝露対策の現状と課題
國次 葉月 (JCHO 徳山中央病院 看護部)
- O-255 インシデントレポートの【スタッフ間の連絡・連携が不十分】に起因する傾向の分析
松本 香菜子 (JCHO 大阪みなと中央病院)
- O-256 腎機能低下患者に対する薬剤の適正使用への取り組み
萩原 紫織 (JCHO 三島総合病院 薬剤科)

9月17日 (土) 9:40~10:40

第7会場

安全(感染・褥瘡防止①)

座長：村本 弘昭 (JCHO 金沢病院 院長)

- O-257 脊椎手術における SSI 発生を予測する新しい層別化ツールの開発
難波 孝徳 (JCHO 東京城東病院 整形外科)
- O-258 尿道留置カテーテル適正使用への取り組み
～2015年4月よりCAUTIサーベイランスを開始して～
増田 奈々 (JCHO 宇和島病院 感染管理室)
- O-259 当院における末梢静脈カテーテル関連血流感染の現状
宮崎 佳奈子 (JCHO 札幌北辰病院)
- O-260 外来維持透析患者のバスキュラーアクセス感染予防への取り組み
～透析前のシャント肢手洗いの実態調査と患者指導を通して～
田爪 絵梨子 (JCHO 宮崎江南病院 看護部)
- O-261 皮膚障害のある職員への介入－手指衛生遵守率向上への取り組み－
斉藤 博子 (JCHO 千葉病院 医療安全部)

- O-262 分娩介助時の个人防护具装着率上昇への取り組み～助産師のアイシールド着用に特化して～
高橋 泉 (JCHO 北海道病院 感染対策室)
- O-263 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 ICT)

9月17日(土) 10:40～11:40

第7会場

安全(感染・褥瘡防止②)

座長：森 望 (JCHO大阪みなと中央病院 院長)

- O-264 当院における血液培養 2 セット採取の現状と課題
高木 千香子 (JCHO 高岡ふしき病院 看護課)
- O-265 ERCP 時の強制体位による頭頸部の苦痛を軽減する枕の作成と検証
横山 綾 (JCHO 仙台南病院)
- O-266 適切なオムツの選択と患者の個別性に応じた排泄ケアへの取り組み
佐藤 裕子 (JCHO 東京蒲田医療センター 看護部)
- O-267 JCHO 仙台病院における調理室の清掃強化チームの取り組み
伊藤 慎吾 (JCHO 仙台病院 栄養管理室)
- O-268 さいたま北部医療センターにおける抗インフルエンザ薬の処方傾向
川合 由記 (JCHO さいたま北部医療センター 薬剤科)
- O-269 当院におけるインフルエンザアウトブレイク防止の取り組み
杉浦 三智子 (JCHO 横浜保土ケ谷中央病院 院内感染対策委員会)
- O-270 入院患者・職員の季節性インフルエンザ発生における関連要因と対策
石倉 淳子 (JCHO 玉造病院 中央材料室)

9月17日(土) 13:20～14:00

第7会場

安全(感染・褥瘡防止③)

座長：中城 博見 (JCHO伊万里松浦病院 院長)

- O-271 院内褥瘡発生の現状と対策の検討
谷口 愛子 (JCHO 大阪みなと中央病院 看護部)
- O-272 当院での褥瘡発生予防への取り組み
佐伯 郁子 (JCHO 横浜中央病院 看護部)

- O-273 緩和ケア病棟の終末期がん患者における褥瘡予防ケア～褥瘡リンクナースを中心とした、皮膚排泄ケア認定看護師と緩和ケア認定看護師との協働より～
井上 明美（JCHO東京新宿メディカルセンター 看護部）
- O-274 持ち込み褥瘡の発生状況について
安田 瑞貴（JCHO北海道病院 褥瘡管理室）
- O-275 褥瘡に対する訪問指導の経験～質の高い褥瘡予防支援を目指して～
西田 真基（JCHO宮崎江南病院 リハビリテーション科診療部）

9月17日（土） 14：00～15：00

第7会場

安全(TQC活動)

座長：後藤 英司（JCHO横浜保土ケ谷中央病院 院長）

- O-276 転倒予防に対する看護師の行動変化―参画的変化サイクルに沿った取り組みを実施して―
中根 美奈子（JCHO中京病院 看護部）
- O-277 外来看護師における看護専門性の認識に対する検討
小松 文子（JCHO相模野病院 看護部）
- O-278 転倒・転落アセスメントスコアシートの見直しとリスクカンファレンスの導入
内野 加那子（JCHO伊万里松浦病院 看護課 3病棟）
- O-279 医療安全 e ラーニングツール導入とその効果
奥主 仁（JCHO東京高輪病院 薬剤科）
- O-280 血液製剤に関する知識の共有における検査部の取り組み
樋口 布抄子（JCHO可見とうのう病院 検査部）
- O-281 安心・安全な食事提供を目指して
山崎 里織（JCHO宮崎江南病院 栄養管理部）
- O-282 会議室利用の見直しについての取り組み
井上 紳（JCHO埼玉メディカルセンター 事務部）

9月16日(金) 13:30~14:00

ポスター会場1

安全(医療安全・医療事故調査制度)

座長：善家かずみ(JCHO大阪みなと中央病院 看護部長)

- P1-01 携帯端末型ピッキングサポートシステムの導入とその成果
新屋 和馬(JCHO神戸中央病院 薬剤部)
- P1-02 内服管理フローチャートの実践と評価
大井川 裕美(JCHO東京高輪病院 看護部)
- P1-03 看護記録の質向上に向けた取り組み～監査用紙変更の効果～
鈴木 麻希(JCHO諫早総合病院 看護部記録委員会)
- P1-04 汎用データベースソフトを利用したヒヤリ・ハット事例収集・分析ソフトの開発
堀内 政宏(JCHO宇和島病院 総務企画課)

9月16日(金) 14:00~14:30

ポスター会場1

安全(感染・褥瘡防止等)

座長：圓能寺貞子(JCHO久留米総合病院 総看護師長)

- P1-05 転倒・転落事故防止における安全用具の説明～危険性を加えた説明用紙の有効性～
小林 紗也佳(JCHO札幌北辰病院 看護部)
- P1-06 清拭タオルに対する過酢酸による消毒後の *Bacillus cereus* 検出状況の検討
木枝 秀人(JCHO四日市羽津医療センター 検査部)
- P1-07 当院における褥瘡予防の取り組みーポジショニンググラウンドの報告ー
越田 雄(JCHO金沢病院 リハビリテーション科)
- P1-08 手術室スタッフの感染対策に対する感染リンクナースとしての取り組み
太田 法子(JCHO埼玉メディカルセンター 看護部)

9月16日(金) 14:30~15:05

ポスター会場1

医療技術①

座長：齊藤 幸弘(JCHO横浜保土ケ谷中央病院 臨床検査技師長)

- P1-09 冠動脈肺動脈起始症の2症例
菅谷 直美(JCHO中京病院 検査部)
- P1-10 術前下肢静脈エコーによる深部静脈血栓症診断の検討
高柳 美沙(JCHO金沢病院)

- P1-11 当院における ALK 陽性肺癌の特徴
水口 敬司 (JCHO 金沢病院 検査部)
- P1-12 JCHO 仙台病院の移植検査の歩みとこれから～高感度機器を運用して～
森川 勉 (JCHO 仙台病院 統括診療部臨床検査科診療部)
- P1-13 自費検査への取り組みについて
大塚 美里 (JCHO 湯布院病院 臨床検査科)

9月16日(金) 15:05～15:40

ポスター会場1

医療技術②

座長：磯谷 聡 (JCHO 中京病院 薬剤部長)

- P1-14 当院におけるエプレレノン錠の適正使用調査
松岡 芳樹 (JCHO 諫早総合病院 薬剤科)
- P1-15 当院におけるブレアボイド報告につなげる疑義照会
仲宗根 亜紀 (JCHO 諫早総合病院 薬剤科)
- P1-16 頸髄不全損傷者一症例の歩行能力向上への試み
ー Spastic gait 改善のための立位姿勢と歩行動作へのアプローチ
愛知 諒 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- P1-17 外来患者への夜間ポジショニングの指導と保温対策により肩関節の夜間痛が軽減した一症例
米山 智晃 (JCHO 中京病院 リハビリテーションセンター)
- P1-18 当院における肩腱板断裂に対する関節鏡視下修復術後の経過と傾向
妹尾 麻未 (JCHO 玉造病院 リハビリテーション室)

9月16日(金) 13:30～14:15

ポスター会場1

地域医療・介護(高齢者医療)

座長：福井 是子 (JCHO 可児とうのう病院 看護部長)

- P1-19 高齢者における腎機能を考慮した医薬品の適正化とそれに伴う医療費削減についての検討
富田 翔子 (JCHO りつりん病院 薬剤科)
- P1-20 もの忘れ外来の現状と今後の課題
丹賀澤 康子 (JCHO 滋賀病院 看護部)
- P1-21 3 階病棟の変遷と入院患者の変化
杉島 由美子 (JCHO 二本松病院 看護部)

- P1-22 認知症評価の問題点
遠藤 彩花 (JCHO 二本松病院 看護部)
- P1-23 視覚教材の作成と指導を試みて—ストーリーメイクが受容できる患者指導を目指す—
大村 麻和 (JCHO 桜ヶ丘病院 看護課)
- P1-24 ソーシャルワーカー (MSW) としての関わり—身寄りが無く意思決定が難しい高齢者—
沖野 優香 (JCHO 高知西病院 地域連携室・医療福祉相談室)

9月16日 (金) 14:15~14:50

ポスター会場1

地域医療・介護(地域医療・医療①)

座長：井出志賀子 (JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部長)

- P1-25 歩行速度を落とすことで間質性肺炎による労作時 SpO₂ 低下を防止できた 1 症例
清水 大地 (JCHO 金沢病院 リハビリテーション科)
- P1-26 急性期病棟における睡眠援助の検討—睡眠状況の調査を行って—
熊井 里紗 (JCHO 福井勝山総合病院)
- P1-27 糖尿病を有する慢性腎臓病 (CKD) 患者への看護介入時の情報収集に関する実態
石橋 理恵子 (JCHO 金沢病院 血液浄化療法部)
- P1-28 脊髄損傷患者の就労支援に関する意識調査とチャート作成
高井 さおり (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- P1-29 ケアマネージャー支援として地域包括支援センターに求められる役割
～認知症独居高齢者の事例を通じて考える～
鈴木 まり (JCHO 埼玉メディカルセンター附属介護老人保健施設 地域包括支援センター)

9月16日 (金) 14:50~15:35

ポスター会場1

地域医療・介護(地域医療・医療②)

座長：細野 克子 (JCHO うつのみや病院 看護部長)

- P1-30 京都北薬剤師会の事業への参画と協力による地域連携への取り組み
国府 孝敏 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 薬剤科)
- P1-31 理学療法士による学校職員に対する腰痛予防講座巡回講師派遣事業の活動報告
村上 達典 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- P1-32 諫早総合病院歯科口腔外科の役割と課題～3年を経過し見えてきたこと
今井 美紀 (JCHO 諫早総合病院 リハビリテーション部)

- P1-33 患者参画型看護計画に対する患者評価
河田 ひとみ (JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部)
- P1-34 乳幼児における採尿方法の工夫
黒川 陽代 (JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部)
- P1-35 A病棟のデスカンファレンスの実際と課題
大川内 直美 (JCHO 久留米総合病院)

9月16日(金) 13:30~14:15

ポスター会場2

運営

座長：森田 克徳 (JCHO中京病院 事務部長)

- P2-01 経営改善支援について～当事者とは違った視点から～
石森 秀峰 (JCHO 北海道東北地区事務所)
- P2-02 経営改善等プロジェクトの取り組み
佐藤 勇 (JCHO 仙台南病院)
- P2-03 師長会で取り組んだ「超過勤務削減」
前川 紋子 (JCHO 大和郡山病院 看護部)
- P2-04 当院における作業療法部門新人教育の取り組み
藤村 三穂 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- P2-05 A 病院における看護師確保・定着の取り組み
園田 保子 (JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)
- P2-06 人材育成を取り入れた経営改善プロジェクトの取り組み
菅原 健一 (JCHO 北海道東北地区事務所)

9月16日(金) 14:15~15:00

ポスター会場2

連携(チーム医療①)

座長：土居 早苗 (JCHO宮崎江南病院 看護部長)

- P2-07 糖尿病患者の療養行動を支援するCDEJの活動
遠藤 さゆり (JCHO 埼玉メディカルセンター 栄養管理室)
- P2-08 糖尿病透析予防チームの取り組み
小坪 容子 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 栄養管理室)
- P2-09 当院の嚥下調整食の取り組みについて
東 由里 (JCHO 星ヶ丘医療センター 栄養管理室)

- P2-10 当センター嚥下チームにおける作業療法士の役割
～嚥下回診導入後の効果と今後の課題を通して～
森 剛正 (JCHO 南海医療センター リハビリテーション科)
- P2-11 当院におけるがんのリハビリテーションへの取り組みについて
今井 美早 (JCHO 大阪病院 リハビリテーション室)
- P2-12 皮膚筋炎で重度嚥下障害となり胃瘻造設したが、多職種との積極的なアプローチにより食事可能となった症例
橘 瞳 (JCHO 金沢病院 リハビリテーション科)

9月16日 (金) 15:00～15:35

ポスター会場2

連携(チーム医療②)

座長：安富恵美子 (JCHO 大和郡山病院 看護部長)

- P2-13 診療看護師と微生物検査室との連携プログラム
井手上 龍児 (JCHO 東京城東病院 看護課／総合内科診療看護師)
- P2-14 当院のフットケア外来の取り組みと今後の課題～チーム医療としての活動～
新井 美和 (JCHO 横浜中央病院 フットケアチーム)
- P2-15 歯科のない地域がん診療連携拠点病院におけるオーラルサポートチームの活動と今後の課題について
平石 絵里子 (JCHO 九州病院 看護部)
- P2-16 外来における療養支援の取り組み
山口 桂子 (JCHO 諫早総合病院 看護部)
- P2-17 血液浄化センターにおける腹膜透析患者の腹膜機能管理の連携
新田 靖之 (JCHO 下関医療センター 看護部 血液浄化センター)

9月17日(土) 13:30~14:00

ポスター会場1

診療①

座長：古本たつ子（JCHO下関医療センター 看護部長）

- P1-36 外傷および外来手術における抗生剤の必要性
角田 真貴（JCHO若狭高浜病院 外科）
- P1-37 頸椎椎弓形成術術後在院日数コントロールの工夫～患者用パスを有効利用して～
仲田 紀彦（JCHO東京山手メディカルセンター 脊椎脊髄外科）
- P1-38 子宮内膜細胞診にて術前診断に至った子宮体癌の一例
中村 恵美子（JCHO中京病院 検査部）
- P1-39 糖尿病センターと連携した継続的な栄養指導の実施とその効果
越野 庸介（JCHO高岡ふしき病院 栄養管理室）

9月17日(土) 14:00~14:45

ポスター会場1

診療②

座長：野村 仁美（JCHO金沢病院 看護部長）

- P1-40 自己で健康づくりを希望した特定保健指導該当者の1年後の実態調査
松岡 麻利子（JCHO諫早総合病院 看護部）
- P1-41 糖尿病患者教育における看護師の指導の視点
藤田 正恵（JCHO星ヶ丘医療センター 看護部）
- P1-42 教育入院での介入を経て、呼吸困難感改善に至った COPD 患者の一症例
巽 芽生（JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部）
- P1-43 「スプリンティングシート」の活用
東田 翔平（JCHO東京高輪病院 リハビリテーション室）
- P1-44 病棟看護師の肛門疾患術後出血表現方法統一化に向けて
古谷 京子（JCHO千葉病院 看護部）
- P1-45 鎮痛・鎮静管理における現状分析とその対策
元山 幸奈（JCHO神戸中央病院 集中治療室）

9月17日(土) 13:30~14:00

ポスター会場2

地域医療・介護(地域包括ケア①)

座長：的場由紀子(JCHO札幌北辰病院 看護部長)

- P2-18 地域包括ケア病棟に関わってから1年を振り返って
久保寺 司(JCHO山梨病院 理学療法室)
- P2-19 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題
後藤 美紀子(JCHO京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科)
- P2-20 地域サロンの出前講座を経験した病院職員の認識の変化
北村 浩一(JCHO若狭高浜病院 地域連携室)
- P2-21 経口維持加算(Ⅰ)への取り組み
黒田 直美(JCHO久留米総合病院附属介護老人保健施設)

9月17日(土) 14:00~14:30

ポスター会場2

地域医療・介護(地域包括ケア②)

座長：鈴木 佐紀(JCHO仙台南病院 看護部長)

- P2-22 当施設嚥下チームの取り組みー安全な経口摂取を目指してー
大石 賢介(JCHO南海医療センター附属介護老人保健施設 リハビリテーション科)
- P2-23 老健入所高齢者の立位バランス向上方法の検討
森重 俊一(JCHO下関医療センター附属介護老人保健施設)
- P2-24 癌末期患者がグループホームで最期まで過ごすために、訪問看護師ができること
笹田 侑実(JCHO高岡ふしき病院附属訪問看護ステーション)
- P2-25 アルツハイマー型認知症事例者と子供との交流を通して
伊藤 紀子(JCHO久留米総合病院附属介護老人保健施設)

9月17日(土) 13:30~14:00

ポスター会場2

連携(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)

- P2-26 当院 NST 活動の変遷とこれからの課題
佐竹 陽仁(JCHO横浜中央病院 薬剤科)
- P2-27 小腸瘻半固形化法にて自宅退院を果たした一例
宮武 恵子(JCHOりつりん病院 栄養管理室)

P2-28 診療報酬改定に伴う栄養食事指導の取り組み
田中 友梨 (JCHO札幌北辰病院 栄養管理室)

P2-29 経口維持加算の取り組みと実績および嚥下調整食の見直し
川崎 真美子 (JCHO若狭高浜病院附属介護老人保健施設 栄養管理室)

9月17日(土) 14:00~14:45

ポスター会場2

連携(患者-医療者のパートナーシップ・地域連携・退院調整)

座長: 長谷川美穂 (JCHO船橋中央病院 看護部長)

P2-30 腎移植を受ける子どもと家族を支える勇気のビーズ
〜ビーズ・オブ・カレッジプログラム導入の効果〜
三浦 清世美 (JCHO中京病院)

P2-31 小腸癌術後の両側性下肢リンパ浮腫に対する複合的理学療法の実践
福島 雅美 (JCHO熊本総合病院 8階病棟)

P2-32 自宅退院における課題認識の差と情報提供について
〜医療機関のリハ職と地域の介護支援専門員を比較して〜
井芹 康貴 (JCHO南海医療センター リハビリテーション科)

P2-33 独居在宅療養者の最期の看取りを支援する
ーJCHO横浜中央病院 療養支援の取り組みー
矢郷 敦子 (JCHO横浜中央病院 地域ケアサービスセンター 療養支援科)

P2-34 自宅療養を希望した終末期がん患者への退院支援
成田 志乃 (JCHO南海医療センター)

P2-35 退院支援の早期介入の取り組み
岩井 陽子 (JCHO可見とうのう病院 医療連携室)

特別講演



山中 伸弥

略 歴

現 職

京都大学 iPS細胞研究所 所長／教授

学 歴

昭和62年3月 神戸大学医学部 卒業
平成5年3月 大阪市立大学大学院医学研究科 修了（博士（医学））

職 歴

昭和62年7月 国立大阪病院 臨床研修医
平成5年4月 Postdoctoral Fellow, Gladstone Institute of Cardiovascular Disease, San Francisco, CA, USA
Research Fellow, University of California, San Francisco, CA, USA
平成8年1月 日本学術振興会 特別研究員
平成8年10月 大阪市立大学医学部薬理学教室 助手
平成11年12月 奈良先端科学技術大学院大学 遺伝子教育研究センター 助教授
平成15年9月 奈良先端科学技術大学院大学 遺伝子教育研究センター 教授
平成16年10月 京都大学再生医科学研究所 再生誘導研究分野 教授
平成19年8月 Senior Investigator, Gladstone Institute of Cardiovascular Disease, San Francisco, CA, USA
平成19年9月 Professor of Anatomy, University of California, San Francisco, CA, USA
平成19年10月 京都大学物質・細胞統合システム拠点 教授
平成20年1月 京都大学物質・細胞統合システム拠点 iPS細胞研究センター センター長
平成22年4月 京都大学iPS細胞研究所 所長
平成24年6月 京都大学iPS細胞研究所 教授
平成24年6月 京都大学物質・細胞統合システム拠点 連携主任研究者
平成25年4月 京都大学物質・細胞統合システム拠点 学術顧問
現在に至る

賞 罰 等

東京テクノフォーラム21賞 第10回ゴールド・メダル賞（平成16年4月）
平成20年度 科学技術分野の文部科学大臣表彰 科学技術特別賞（平成20年4月）
Shaw Prize in Life Science and Medicine 2008（平成20年9月）
Robert Koch Prize 2008（平成20年11月）
2009 Albert Lasker Basic Medical Research Award（平成21年10月）
2009 Canada Gairdner International Award（平成21年10月）
平成22年度日本学士院 恩賜賞・日本学士院賞（平成22年6月）
平成22年文化功労者 顕彰（平成22年11月）
第26回（2010）京都賞 先端技術部門（平成22年11月）
2010 Balzan Prize for Stem Cells: Biology and Potential Applications（平成22年11月）
2011 King Faisal International Prize（平成23年3月）
米国科学アカデミー外国人会員 選出（平成23年5月）
2011 Wolf Prize in Medicine（平成23年5月）
ミレニアム技術賞・大賞（平成24年6月）
文化勲章（平成24年11月）
ノーベル生理学・医学賞2012（平成24年12月）
2013 Breakthrough Prize in Life Sciences（平成25年2月）
ローマ法王庁科学アカデミー会員選出（平成25年11月）
日本学士院会員選出（平成25年12月）
新経済連盟イノベーション大賞2014（平成26年7月）
米国医学アカデミー国際会員選出（平成27年10月）
フランス科学アカデミー外国人会員選出（平成27年11月）

など

座長：尾身 茂（一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長）

iPS 細胞がひらく新しい医学

京都大学 iPS 細胞研究所 所長／教授

山中 伸弥

今から10年前の2006年、マウスの皮膚から採取した線維芽細胞に4つの遺伝子を導入することで、体の全ての組織や臓器の細胞に分化できる能力を備えた「iPS細胞」(induced pluripotent stem cell)を樹立できることを報告しました。翌年、ヒトの細胞でiPS細胞の樹立を報告し、iPS細胞は失われた体の細胞や機能の回復を図る為の「再生医療」への利用をはじめ、細胞移植治療や創薬研究に革命をもたらす技術として、社会から注目を浴びています。

iPS細胞は導入する遺伝子や導入方法など多くの改良が加えられ、2014年秋には、世界で初めて加齢黄斑変性の患者さんにiPS細胞から作製した網膜色素上皮細胞を移植しました。

こうした状況を踏まえ、京都大学iPS細胞研究所(CiRA：サイラ)では、2030年までに達成すべき4つの目標を定めました。

第一の目標は、iPS細胞ストックを柱とした再生医療の普及です。予め健康な方からiPS細胞を作製し、安全性などを十分に検証した細胞をストックする計画です。患者さん由来iPS細胞を作製する場合と比べ、格段に費用と時間が節約できると考えられます。

第二の目標は、iPS細胞を使った個別化医療の実現と難病の創薬です。患者さん由来iPS細胞からその疾患の特徴をもった細胞が得られると、それを用いて疾患のメカニズムを調べ、それぞれの患者さんにあった適切な薬を選択することができると考えられます。

第三の目標は、iPS細胞を利用した新たな生命科学と医療の開拓です。iPS細胞を道具として用いることで、新しい概念の治療法や薬の開発を目指します。

第四の目標は、日本最高レベルの研究支援体制と研究環境の整備です。これまで構築してきた研究支援体制を一層充実させ、上記3つの目標を達成することを目指しています。

世界に先駆け、一刻も早くiPS細胞を利用した再生医療研究の成果を患者さんに届けるべく、研究に取り組んでいます。

会長講演

座長：内野 直樹（JCHO 理事）



JCHOに至った軌跡と そのミッションに向けて

JCHO 埼玉メディカルセンター 院長

細田 洋一郎

略歴

昭和46 慶應義塾大学医学部卒業
慶應義塾大学医学部外科学教室
入局
昭和52 埼玉社会保険病院 外科医長
昭和61 同 外科部長
平成4 同 副院長
平成5 藤田保健衛生大学医学部
客員教授
平成18 埼玉社会保険病院 院長
慶應義塾大学医学部外科学教室
客員教授
平成20 慶應義塾大学関連病院会 副会長
平成22 埼玉県医師会勤務医部会 会長
平成25 社会保険病院院長会 会長
埼玉県医療審議会 委員
平成26 JCHO埼玉メディカルセンター
院長
JCHO関東地区理事
全国JCHO病院院長会 会長
東都医療大学 臨床教授

社会保険病院、厚生年金病院、船員保険病院という、設立目的も文化も異なる三つの病院団体が、平成24年4月に独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）に出資され、平成26年4月には尾身理事長のもと、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）として新たな船出をした。

そして、本年2月には第1回のJCHO地域医療医学会総会が尾身理事長を会長として開催され、今回第2回を迎えた。第1回目のテーマである「チームJCHOによる新しい地域医療のスタート」を追認し、スタートしたチームJCHOと、その軌跡並びにミッション達成へ焦点を当てたい。即ち、ここに至った軌跡を振り返り、新たなスタートでJCHOとして2年を過ぎた現在、そのミッションに向けて邁進している状況を考えてみたい。

医療をめぐる環境が厳しい中、社会保険病院に対する風当たりも強く、厚生労働省の指示のもと、平成15年から経営改善3か年計画が開始された。そんな中、医師の偏在、不足を始めとする「医療崩壊」、「立ち去り型サボタージュ」という言葉も生まれた。そして、次々と不祥事が明るみになった社会保険庁が平成21年12月31日で廃止された。そんな幾多の荒波を乗り越え、多くの方々の協力のもと、JCHOの目的である公衆衛生の向上、住民の福祉の増進への寄与等を検証し、ミッションの要である地域包括ケアを含め、これから迎える超高齢化に如何に対処していくか考えてみたい。

最後に、会長講演という大変光栄な機会に際し、一医師としての今までを振り返り、思考を少々述べさせていただくことをお許し願いたい。

継続テーマシンポジウム

座長：万代 恭嗣（JCHO東京山手メディカルセンター 院長）
島田 信也（JCHO熊本総合病院 院長）

KS1-1
（基調講演）
**地域に寄り添う
JCHO 病院のあり方
～地域医療構想・地域包括ケアの観点から～**

前 下関市保健部長、下関保健所長
（現 厚生労働省健康局総務課 課長補佐）

長谷川 学

日本において高齢者世代の増加、現役世代の減少、社会保障財源の確保難が見込まれる中、社会保障制度の持続可能性に黄色信号が灯っている。また、地方から東京への若者・企業の流出は続いており、地方を取り巻く環境はさらに厳しさを増している。

そのような中、有識者（社会保障制度改革国民会議）によって提示された処方箋が「地域づくり」、「地域医療構想」、「地域包括ケア」である。

地域医療構想においては、2025年の医療需要を推計し、地域ごとに、関係者が参集し、医療提供のあり方について議論し、計画を策定することとなっている。結果責任を負うことになる医療関係者、行政、住民等が参集し、「話し合って決める」というコンセプトは、人類が編み出した民主的な手法であるが、計画策定関係者が結果責任を負えるまでに、熟度の高い話し合いを持つことが出来るかどうかのポイントとなる。

今後、各地域の社会保障体制を維持するためには、社会資源（医療、介護、福祉、公的サービス、NPO、社会、近所、家庭等）を持ち寄り、最大限活用する地域包括ケアの確立が求められている。

地域医療機能推進機構（JCHO）は、地域医療に貢献することを目的に設立された法人であるが、法人設立前から、個々の病院は、それぞれの地域で必要とされ、地域医療に多大な貢献をしてきた。JCHO病院は、地域医療と地域包括ケアの要としての役割を期待されており、それぞれの地域において、課題を抽出し、その解決を図るための中心的役割を担い、リーダーシップを発揮することが期待されている。

KS1-2 **地域包括ケアを急性期
総合病院として如何に支えるか？
―「在宅医療・介護連携支援センター」
受託の経緯、意義と今後の展開―**

¹ JCHO 神戸中央病院 副院長、地域医療推進部長、
脳神経外科部長、² 地域医療推進部 医療福祉相談室
主任医療社会事業専門員、

³ 地域医療推進部 地域連携室看護師長、⁴ 院長

松本 圭吾¹、早草 健志²、西田 珠貴³、大友 敏行⁴

日本社会の急速な高齢化に対する医療介護システムの備えとして「地域包括ケアシステム」の構築が急がれているが、課題も明らかになってきている。その一つとして、医療と介護の連携が円滑に行われていない実態がある。厚労省の幾つかのモデル事業をもとに、平成27年度から30年にかけて「在宅医療・介護連携推進事業」が成されようとしているが、その中核的な事業として「在宅医療・介護連携支援センター」（以下「連携支援センター」）の設置がある。これは、市町村が運営主体となり、郡市医師会に委託できるとされている。神戸市では、各区に「連携支援センター」が設置されるが、9区のうち4区において28年度から設置されることになった。そのなかで、当院のある北区では、区を2分する形で2つの公的病院（JCHO、済生会）に委託され、各2名のコーディネーターが配置されることになった。委託に至った経緯としては、地域での公的中核病院の分布、病院と地元医師会との関係性、地方都市的な地域特性などがあげられる。「連携支援センター」の主な事業として、1.相談事業、2.多職種連携事業、3.教育啓発事業があるが、メインの相談事業を有効なものとするには、連携会議、研修会などを通して地元の医療介護スタッフとの顔の見える関係づくりが重要と考えられる。地域の急性期中核病院（とくに地域医療支援病院）は地域の施設・事業所との既存のネットワークと地域のスタッフへの教育・研修の実績があり、「連携支援センター」の受託は急性期病院が「地域包括ケア」を支える方法として一つの有効なモデルとなり得ると考えられる。また、寄せられる相談内容によれば、公平性を担保しつつ病院附属の介護関連施設の特徴を生かす形で施設の活性化に繋がる可能性もある。「連携支援センター」の受託は、「地域包括ケア」を支えるシンボルとしてJCHO病院のプレゼンスを上げる絶好の機会である。

座長：万代 恭嗣（JCHO東京山手メディカルセンター 院長）
島田 信也（JCHO熊本総合病院 院長）

KS1-3 JCHO 病院の役割と
地域医療・地域包括ケアへの貢献
一群馬中央病院の取り組み

JCHO群馬中央病院 副院長
内藤 浩

群馬中央病院のある前橋市は、人口34万人で、今後10年間総人口は減りつつ高齢者の割合が増える典型的な地方都市である。一つの大学病院と、当院を含む四つの地域医療支援病院があるなかで、当院ではよりよい地域医療を提供するためにさまざまな事業を行ってきた。事業の多くは地域包括ケアシステム構築につながるものであり、現在、行政や医療・介護・福祉施設とともに活動を広げている。今回はそのなかから、「地域医療連携センター」と「栄養療法ネットワーク・前橋」の取り組みを紹介し、地域医療におけるJCHO病院の役割を考えたい。

「地域医療連携センター」は2002年から地域連携室として活動を開始し、2011年に退院調整機能を付加してセンター化した。昨年度は11300件の紹介患者を受け入れている。本年4月には入退院センターを開設した。連携センターは、通常の業務に加え、登録医大会、院外向け講演会・カンファレンス（昨年度34回、2456名参加）、ミニ健康教室（毎日）、リビングウイル「私の意志表示ノート」の普及、など多くの情報を地域に発信し、地域包括ケアにつながる活動をおこなっている。

「栄養療法ネットワーク・前橋」は当院に事務局をおく栄養を中心とした地域ネットワークで、医療圏のすべての地域医療支援病院を含む100以上の医療、介護、福祉施設、団体が参加している。月一回の定例会を中心に、地域連携バス、往診胃ろう交換、施設訪問地域一体NSTなどの活動を行っている。定例会では栄養のみならず、認知症や医療制度など幅広いテーマで勉強会を行い、地域の医療水準の向上に貢献している。往診胃ろう交換は年間250件以上行っており、患者・家族、施設の負担軽減につながるとともに後方連携形成に大きく役立っている。

JCHO病院が地域医療、地域包括ケアに貢献するためには、地域の実情に合わせたサービスの提供が不可欠である。また行政を含めた地域との連携構築が重要であり、そのための体制づくりと支援が大切であると考えている。

KS1-4 JCHO 二本松病院の役割と
地域医療、地域包括ケアに対する現状

JCHO二本松病院 院長
六角 裕一

JCHO二本松病院は福島県中通り、県北地域に位置する160床の病院で、付属介護老人保健施設や訪問看護ステーション、訪問リハビリステーションを有している。当院は二次医療圏として県北医療圏に属するが、福島市と郡山市の中間に位置し、国道4号線や高速道路で両市へ約30分の距離にある。福島医大までは車で約15分程度の距離である。

二本松市には3つの病院があるが、最大のベッドを持つ病院でも204床であり、当院はベッド数でみれば2番目の規模となる。中小規模の病院だけなので、二本松市から福島、郡山の病院を受診するケースは多い。二本松市の人口は約56,000人で前期高齢者約8,000人、後期高齢者約9,000人で高齢化率は30.1%に達する。

このような状況下で当院はこの地域の実情に応じた運営に努めるために、保健所長、医師会長、その他関係者を招いて地域協議会を行ってきた。そして今後も協議会や地域ケア会議などを通じて、意見の交換などを行っていく予定である。平成27年には地域連携室を開設し、地域の施設、ケアマネージャーと連携を図ってきた。附属老人介護施設は平成9年に開設されたが、現在入所100名、通所40名で運用している。入所利用は短期入所の比率が高く、また在宅復帰率も高く平成28年5月の時点で約64%となっている。二本松市は地域包括支援センターを運営していたが、当院がその業務の一部を受託し、現在準備をしているところで、平成29年4月から運営を行っていく予定である。この業務が委託されたのは、病院、老健の運営がうまくいっていることを評価されたものと受け止めている。訪問看護ステーションは平成11年に開設され、現在は看護師9名、非常勤事務2名の体制で業務を行っており、在宅療養支援について積極的に動いている。また平成27年10月には、訪問リハビリテーションも開設した。今後全力を挙げて地域医療、地域包括ケアへ貢献していきたいと思っている。

座長：山崎 芳郎（JCHO大阪病院 院長）
木村健二郎（JCHO東京高輪病院 院長）

KS2-1 総合診療医・総合内科医
育成がスタートして
—現状と課題—

JCHO 神戸中央病院 副院長

近藤 盛彦

第1回JCHO地域医療総合医学会で発表したように、様々な準備や努力また幸運もあり、総合内科が立ち上がって3年目、2016年4月から、初めて専攻医3名を迎えて、総合診療医・総合内科医の育成がスタートしました。

その後、半年が経過しました。本年度（もしかしたら来年度も）は、専門医機構による新専門医制度が開始されていない狭間の時期であるため、まったくの手探りの状態でスタートしていますが、実際に、専攻医の育成が開始されて半年経過して見えてきた現状と課題について発表予定です。

KS2-2 総合医育成に向けての、
東京山手の取り組み。現状と今後の課題。

¹ JCHO 東京山手メディカルセンター 総合内科、

医療総合支援部長、地域診療・救急部長、

² 消化器内科医長、³ 腎臓内科部長、⁴ 副院長

笠井 昭吾¹、斉藤 聡²、吉本 宏³、高添 正和⁴

【はじめに】JCHOの重要な使命の一つに、地域に貢献する医師（＝総合医）の育成が挙げられています。この方針のもと、当院では様々な取り組みを行っており、現状と今後の課題を発表します。

【総合医とは】一口に総合医、総合診療といっても、地域ごとで必要とされる総合医は異なります。「家庭医」であったり「ホスピタリスト」であるかも知れません。新宿に立地する当院としては、地域の後方支援の役割、医療－介護、福祉の連携が重要と考え、「高い専門性を持ちつつ、総合医、家庭医マインドを持つ医師の育成を病院全体で行うこと」を基本方針としました。

【2年間の取り組み】2014年度より1）内科改め総合内科とし、2）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、「顔の見える連携」、地域包括ケアを実践しつつ、総合医育成を行うことを目標としました。2015年度より、総合診療（家庭医）後期研修プログラムによる研修を開始、都会の地域医療を学ぶ「地域密着型の研修」として、2名の専攻医を迎えています。

【今年度の取り組み】総合内科とはいえ総合診療医は不在、医療総合支援部の業務は地域連携の窓口（事務的）役割であり、地域連携業務が実臨床に直接つながりにくいと実感しました。そこで2016年度より新たに「地域診療・救急部門」を立ち上げました。その役割は、1）地域の後方支援を診療部門として行う、2）救急診療の充実、3）これらを実践する中で、総合医マインドを持つ医師を育成することです。今後始まる新専門医制度では、総合診療専門研修の中心的役割を果たし、内科専門研修では、総合内科、救急科領域の研修を行います。

【今後の課題】総合診療専門研修プログラムでは、JCHO東京城東病院、東京高輪病院などと施設群を構成し総合医育成に取り組めます。総合医育成のためには指導医の存在が不可欠であり、指導医の育成も重要な課題と考えています。

座長：山崎 芳郎 (JCHO大阪病院 院長)
木村健二郎 (JCHO東京高輪病院 院長)

KS2-3 大学との連携による
総合診療医育成の取り組み

JCHO 滋賀病院 副院長
有村 哲朗

背景

当院が所在する大津市は人口約34万人の2次保健医療圏で、当院の半径20km範囲内には赤十字病院、市民病院、そして大学病院と500床以上の病院が点在している。今後人口減少を伴う高齢化ではない都市近郊型地域医療として急性期から回復期まで幅広く対応できる医師の育成が急務となっている。

地域医療教育研究活動拠点

昨年9月、JCHO本部と滋賀医科大学による「地域医療教育研究拠点」に関する包括協定が締結された。この地域医療教育研究活動拠点は県内ではNHO東近江総合医療センターに次いで2番目であり、目的は都市近郊型地域医療の充実、将来の地域医療を予測した教育研究、総合診療医の育成、優秀な医師の確保・診療科の安定化である。JCHO滋賀病院において医学科5年生、6年生の学生臨床実習を行うことにより、教員派遣などで大学との人材交流が可能となり、今年7月には当院に乳腺センターを開設した。総合診療医モーニングカンファレンスと学生実習

昨年5月より総合内科モーニングカンファレンスを開始した。入院患者の症例検討であり、当初は内科医師のみであったが、外科、小児科、泌尿器科医も参加し総合診療マインドの形成に寄与している。臨床実習の開始に伴い、このカンファレンスに全員参加を義務づけ、学生ならびに今後研修医の教育の場として整備している。また、学生実習は診療科を12のコースに分割し、このうち10コースを個別にローテーションするユニークな方法を取っている。

JCHO 滋賀病院総合診療専門医研修プログラム

滋賀医科大学ならびに家庭医療専門クリニックと連携した、総合診療専門医研修プログラムを構築している。当院では特任指導医のみならず総合診療マインドをもつ各診療科専門医による研修環境を準備している。病気だけでなく患者・家族、そして地域を診る医師の育成を目指し、近未来型地域医療を実践していきたいと考えている。

KS2-4 看護部の人材育成を考える
～育つ人を確保し、
育てる人を育てるために～

JCHO九州病院 看護部長
元嶋 文恵

私は人材育成について考えるときに、育つ人、育てる人という視点が必要だと思っている。給与や福利厚生 の充実、その他インセンティブを求める人は、良い条件があれば簡単に他施設へ転院する可能性がある。看護職は売り手市場である。勤務先を変えることに抵抗がない看護師は少なくはない。就業規則や給与規定等は簡単に変更や追加はできない。人材確保において重要なことは「JCHO九州病院で頑張りたい、看護を学びたい」という強い思いと、成人学習者として「自ら成長する力」を持つ看護師を採用面接で見抜くことと考える。九州地区では平成29年4月の採用より地区事務所での一括採用が始まった。できるだけ多くの応募者を確保し、求める人材を採用できるよう地区事務所を中心に採用活動に取り組んだ。

次に重要なことは、育てる人を育てることである。平成22年4月から新人看護職員研修が努力義務化された。多くの病院が教育プログラムを整備しホームページに掲載している。しかし、必要とされる教育内容はガイドラインに示されており、各病院の教育内容に大きな差は感じられない。そこで求められることは、現場の教育力や指導力である。先日、業者による看護職員アンケート調査を行った。その結果、満足度において「同僚との関係」「他職種との関係」「上司との関係」のポイントが高く、フリーコメントでもポジティブな回答を得ることが出来た。この結果は、私にとっては満足いく結果であった。看護師は人間関係や上司との関係に満足しており、他部門との関係もよいことが分かった。良好な人間関係は教育には重要である。今後の課題として、中堅看護師のスキル向上とモチベーションの維持、そこに必要な継続教育と予算の獲得は看護部長としての大きな役割と考えている。

座長：山崎 芳郎（JCHO大阪病院 院長）
木村健二郎（JCHO東京高輪病院 院長）

KS2-5 認定・専門看護師養成課程の 今日と将来について

公益社団法人 大阪府看護協会 会長

高橋 弘枝

少子・超高齢・多死社会に対応するために医療提供体制の抜本的改革が進められ、各医療職種に役割拡大が求められています。国民の「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える」ことが使命である看護職の担う役割は、今後ますます大きくなります。

「暮らしと医療を支える」ためには、発症の予防から急性期、慢性期、在宅療養支援に至る、シームレスでつなぎ目のない看護の提供が必要で、そのためには看護師（ジェネラリスト）の看護実践力を高め、活動を強化すること、そして、専門性の高い看護師（スペシャリスト）の活用は不可欠です。

専門性の高い看護師の活用に関しては、施設の将来を見据え、施設としてニーズはあるか、看護職員が研修を希望したらどう対応するのか、その準備するとともに、どのような活用をするのか、育成と活用環境をどう整えていくのか等の課題があります。

今回は専門性の高い看護師の育成、特に認定・専門看護師養成課程の現状をご紹介しますと共に、その将来について考えたいと思います。

座長：宇口比呂志（JCHO 理事）
内野 直樹（JCHO 理事）

KS3-1 事務職員に求められる 病院マネジメント

株式会社日本経営
病院経営コンサルティング部 次長

笹 真人

弊社では十数年間にわたって、医療介護業界に専門特化した多種多様なコンサルティング事業を展開している。私共が関与した病院の中でも、改善活動がスムーズに進捗する病院とそうではない病院が見受けられるが、その要因がどういった点にあるのかを考えたい。

病院内では、何らかの内部コミュニケーション（経営会議など）が定期的に開催されるが、この運営方法に大きな課題を抱えるケースが多い。具体的に課題を整理すると、次の二点に集約され则认为る。第一に「会議資料が改善施策を言及できる内容まで作成できていない」。また、第二に「会議資料作成に準備時間のほぼすべてを費やしてしまい、数字が変動した要因確認のための現場インタビューや会議運営のための事前打ち合わせができていない」という点がある。主要な課題はこの二点に集約されていると考える。

しかしながら、平成15年度にDPC制度が開始されてから、事務部門における業務量も増加の一途を辿っていることは間違いなく、そのような時間を確保することも困難だと言える。また、病院事業という点から様々な地域で運営しなければならないという事情も相まって、専門的な分析技術を持った人材確保も困難である。そのため、多くの病院ではこれらのデータ活用が、出来高請求金額とDPC請求金額を比較するだけに留まっており、データ作成の恩恵を受けることができていないのが実情である。しかし、多くの時間・労力・コストをかけて作成されたDPCデータやレセプトデータなどが病院の改善活動に利用できないことは経営上の大きな損失であることは言うまでもない。そのため、先に挙げた課題を解消しつつ、これらのデータ活用に取り組むことが必要になる。

本講演においては、これらの矛盾したテーマに対して事務職員ひいては病院経営層がどのように取り組みを進めていくべきか、その改善方法を紹介したい。

シンポジウム

座長：石岡 隆 (JCHO秋田病院 院長)
大友 敏行 (JCHO神戸中央病院 院長)

SP1-1 JCHO が目指す健康管理センターと 地域病院等との連携について

¹ JCHO 熊本総合病院 副院長 兼 健康管理センター長、

² 健康管理センター・糖尿病センター医長、

³ 健康管理センター・糖尿病センター医師、

⁴ 健康管理センター・看護副師長、⁵ 外来部門・看護師長、

⁶ 健康管理センター課長、⁷ 総務課ネットワーク担当、⁸ 院長

岸川 秀樹¹、村田 雄介²、猪島 俊朗²、
坂本 和香奈³、宮崎 春美⁴、赤松 智子⁵、
元山 信也⁶、西村 秀洋⁷、金澤 政幸⁷、
島田 信也⁸

健康管理センターは、病院診療部門と並ぶJCHOグループの中核組織であり、JCHOグループの規模の大きさを考えると、健康管理センター活動は医療福祉行政に大きな影響を及ぼす重点事業と言える。本発表では、JCHOグループ健康管理センターに共通すると思われる課題をとりあげ、当院における課題解決策を紹介しJCHOグループ健康管理施設への提言としたい。1) 利用者ニーズの把握：利用者からの意見聴取と苦情内容や対応をスタッフ間で共有する。平成28年5月受診者の要望で内視鏡センターが拡充された。2) 院内連携：病院長のリーダーシップのもとで各診療科による支援・協力体制を持続する。3) 地域の診療所・病院・施設との連携：地域連携会議などの活動を通じ協力関係を強化する。4) 県内健診施設との連携：人間ドック事業で先進的な取り組みを行う済生会熊本病院予防医療センターとの業務協力。5) JCHO健康管理センター間の連携：施設間情報交換を県内のみでなく、ブロック内・ブロック間でも促進する。3月に開催される健康管理施設担当者会議は貴重な情報交換の場であり、今後の発展が望まれる。6) 地域医師会との連携。7) 地方行政との連携及び対応。8) 厚労省等の重点事業への積極的な参画：メンタルヘルス・チェックシステムを本院独自に構築し、厚労省オリジナルシステムに比べ理解が容易な結果通知書を作成しえたため、地域の多くの産業医が当院システムを利用することになり、地域医師会との連携が強化された。9) 社会環境変化への対応：人口減少社会で受診者減が予想される中、健康管理センターへの受診者の集中と安定確保は医療圏拡大と再構築の要となる。そのため将来計画が重要となる。

以上のような様々な課題や対応はJCHO健康管理施設に共通するものと思われ、個々の施設の工夫・対応をJCHO健康管理施設間で共有し、協調して課題の解決にあたることが重要と考える。

SP1-2 当院における 健康管理センターの役割 ～四日市の場合

JCHO 四日市羽津医療センター
健康管理センター長

多田 豊治

当院において、健康管理センター（以下健管）の役割と思われるものは、大きく分けると以下の3点と思われる。1. 地域社会への貢献として、地域住民あるいは職域において良質な健診を提供すること。2. 病院併設型の健管として、健診受診者における『要医療対象者』を病院受診へと円滑につなげること。それと同時に病院の外来あるいは入院の増患対策に寄与すること。3. 病院の収益改善に寄与し、病院経営を支えること。などが考えられる。1. については、総合病院の高度医療機器（CT、MR、PETなど）を健診にも導入し、質の高いオプション健診等を行っている。また、いわゆる『逐年健診』者を増加して、地域住民のまさしく『健康管理』ができる健管を目指している。2. については、病院の電子カルテと健診システムの互換性を高めて、病院側から、健診データの閲覧が可能になるように、IDの統一化を含むシステムの構築を行っている。また『要医療対象者』になった受診者の受け皿となる専用の外来を開設して、円滑な病院受診へとつなげている。3については、これがほとんどのJCHO病院で一番の課題となっている点と思われる。当院でも、健管の収益が、病院の赤字を補てんし、さらに病院全体の収益を黒字化している現状がここ十年ほど続いている。中規模病院の経営の難しさは全国共通と思われ、健管の収益が病院全体の経営を支えていると言っても過言ではない。以上の3点について、詳細なデータを示し解説しつつ、さらに今後の問題点にも触れたい。

座長：石岡 隆 (JCHO秋田病院 院長)
大友 敏行 (JCHO神戸中央病院 院長)

SP1-3 当院における 健康管理センターの現状

JCHO 神戸中央病院 健康管理センター長
放射線科部長

岡本 将裕

神戸中央病院では年間約5万人の健診を本院健康管理センターと外部の附属施設および健診バスにより行っています。健診は病院全体の収益向上に寄与しています。3種の健診はそれぞれ特徴があり、その特徴を活かすことで受診者の確保を目指しています。このような健診形態を持つことはJCHO病院の中でも稀であると考えます。今回、その実際について報告させていただきます。

神戸中央病院は阪神地区のベッタウンである神戸市北区にあります。神戸中央病院に併設されている本院健康管理センターは、この3種の健診業務の中核を担っており、全体の予約業務や結果発送などの事務作業を集約して行っています。本院健康管理センターは病院併設であるという強みを活かした質の高い総合的な健診を提供しています。検査には病院の高度な検査機器を利用して多種類のオプション検査を充実させています。また健診後の精密検査や治療を病院の各科と連携して提供する態勢を整えています。より高度な健診をご希望の方々に多く利用いただいています。

外部の附属施設は神戸市の市街地にあり、その立地を活かして働き盛りの世代の方々に仕事の合間に受診していただくことが可能です。さらに時間的な負担をより軽減できるよう速やかな健診を心がけています。施設は海に面したビルの17階にあることから、美しい神戸港を眺めながら気持ちよく受診していただいております。継続して利用いただくための重要な要素になっています。こちらの施設は数多くの方々に受診いただくことで、収益の向上を目指しています。

健診バスはこちらから健診に出向くことで、健診による企業の労働時間のロスを最小限に抑えることができます。健診バスによる健診を希望される事業所は、兵庫県の広範囲に散在しており、病院から遠方の事業所からも好評を得ています。神戸中央病院健康管理センターでは年間約220日、健診バスを稼働させています。

SP1-4 JCHO における 健康管理センターの役割 ～大規模健診機関の参入による危機を迎えて～

¹ JCHO 伊万里松浦病院 院長、

² 副院長 兼 健康管理センター長

中城 博見¹、藤澤 伸光²

当院は佐賀県と長崎県の県境に位置し、現在12科、病床数112床を有する地域の中核的病院として疾病の予防、健康の保持増進、治療、社会復帰に至るまで一貫性のある模範的な診療を目指している。とくに健診事業では、県内はもとより長崎県まで積極的に事業を展開している。JCHO病院の中では規模的には最少でありながら、九州地区では受診者数がNo.1の実績を上げている。平成26年度の保健予防活動収益は¥316,551,876(全収益の24.8%)、27年度は¥319,692,447(同27.4%)であった。

今年度は伊万里市にある大手造船所の健診(下請け会社を含め受診者約2,000名)が福岡の大規模健診機関(以下I健康財団)と競合し、社内で検討の結果、健診受診先をI健康財団に変更された。I健康財団に移行した決定要因は、健診単価及び健診日数の違いであった。法定健診、有機溶剤健診が極端に安価であり(法定健診540円(当院1,500円)、有機溶剤健診2,020円(同3,500円、同外注検査料2,600円))。費用総額で約200万円の差があった。健診日数では当院での25日間を11日で完了するとのことであった。

これにより、約2,500万円の収入が減少し、収益ベースで約1,400万円の収益減少が見込まれている。健康財団は胸部・胃部健診バス28台、乳がん・子宮頸がんバス保有、骨塩検査バス保有と大規模であり、当院の健診バス2台体制では太刀打ちできなかった。

健診専門機関の参入が今後も予想されることから、次のことに重点を置き取り組むことになった。

1. 営業活動を充実させ、特に小規模の新規事業所の開拓を行い、限られた受診者を積極的に受け入れていく、2. 保健師と医師による詳細な健診データの報告を行い、データに基づいた受診勧奨を含めた事業所へのフォローを行い、顔の見える関係を作る、3. 価格競争に対抗できる健診単価の見直し、などである。

今後も種々の対応を検討しながら健診専門機関に対抗していく必要がある。

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）

SP2-1 介護老人保健施設における 認知症周辺症状（BPSD）への 取り組みについて

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

高齢化社会を背景に、認知症患者の受け入れを余儀なくされる医療機関や施設は確実に増加している。

第一回JCHO地域医療総合医学会では、「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」というテーマにおいて、認知症周辺症状（BPSD;Behavioral and psychological symptoms of dementia）がある入所者の症例をあげ、その対応が、医療介護従事者の過剰な負担を招き、リハビリテーションの効果が表われにくく、在宅復帰に繋がらないケースが多い現状を報告した。

シンポジウムでは、精神科との連携や多職種施設職員、主介護者の十分なBPSDへの理解の重要性、パーソン・センタード・ケアやレクレーションの導入などが議論され、今後の当施設におけるBPSDへの取り組みを検討するにあたり、大変有用であった。

当施設では、本年度からの併設病院の増床に伴い、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が増加傾向である。

したがって、徘徊やせん妄、異食等のBPSDへの対応として、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する部分がさらに増大する事は、今後も否めない。

今回は、前医学会のシンポジウムを踏まえ、フォローアップとして、BPSDがある入所者が、他入所者とともに如何に安全で心地よく過ごすことができ、多職種施設職員や主介護者と良好な関係をもって在宅復帰を可能にすることができるかを、あらゆる視点で検討した。その結果、

1）精神科との連携：精神科医リエゾンによる睡眠障害に対する薬物療法の効果。2）主介護者の十分なBPSDへの理解；在宅復帰サポートパス導入の意義と効果。3）パーソン・センタード・ケアやレクレーションの導入；認知症リハビリテーション、レクレーションの取り組みについて。

以上を当施設で経験した症例を提示し、BPSDへの当施設の取り組みとして報告する。

SP2-2 地域住民を交えた認知症 研修会の開催と院内デイケア、 認知症回診への取り組み －地域に根ざした病院を目指して－

¹ JCHO群馬中央病院 看護部、² 看護部長、
³ リハビリテーション部

川岸 春代¹、関塚 明子¹、横手 千秋¹、
茂木 香里²、土屋 謙仕³

前橋市は人口311,616人、高齢化率23.4%の地域であり、入院患者でも認知症患者は増加傾向にある。JCHO群馬中央病院における、認知症研修会、院内デイケア、認知症回診の取り組みについて報告したい。

認知症研修会は、平成25年に認知症に興味を持つ職員によって「認知症を考える有志の会」として発足した。点滴の自己抜去や転倒・転落等に対して病棟看護師は日々苦渋しながらも、適切なケアが実践できていない現状にあった。そこで、認知症の正しい理解と対応を学ぶことが必要なのではないかと考え、研修会の企画を行なった。平成26年度からは群馬県在宅医療総合推進事業に沿って「認知症ケア研修会」と名称を変更し、研修会参加者を病院職員に限定せず、地域住民が参加できるように働きかけを行った。地域住民と病院職員と合同の研修会を行うことで、意見交換の場にもなり、病院での取り組みを知ってもらう良い機会になっている。また、地域の方が正しい認知症の知識を得ることで、病院周辺で暮らす認知症の方の支えとなり、認知症の方が住み慣れた地域で安心して過ごすことのできる環境作りにも繋がっていくのではないかと考える。

院内デイケアは、平成25年より病棟において看護部門とリハビリ部作業療法部門が協力して行っている脳活性化リハビリテーションを活用した集団ケアである。入院という環境の変化により、周辺症状の悪化やせん妄が生じるが、この取り組みにより、見当識の向上などの効果が得られており、入院からスムーズな退院へ繋げることができている。

今後の取り組みとしては、認知症サポート委員会を立ち上げ、認知症回診の実施を行う予定である。認知症回診の実施により、入院している認知症高齢者へのさらなる認知症ケアの向上に努めていくことができると考えている。認知症高齢者に対し、継続的に支援できるような環境を病院内、そして地域で整えていけるような関わりを今後も行っていきたい。

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）

SP2-3 認知症疾患医療センター
地域型としての取り組み

JCHO 諫早総合病院 精神保健福祉士

土井 皓平

社会の高齢化に伴い、2025年には高齢者の5人に1人が認知症だと言われている。そのような中で、諫早市・市医師会でも認知症対策を進める必要があるという機運が高まり、県より平成26年10月に認知症疾患医療センター地域型（以下、センター）の指定を受けた。また、医療現場及び地域において認知症の方々とその家族の支援問題は複雑かつ多様である。そこで、当センターは院内の認知症医療とケアの質の向上及び認知症の方々とその家族が地域で安心して生活できるような支援体制の構築と推進を行っているので、ここに報告する。

前述したように認知症に関する問題は多岐にわたるが、重要なのは早期発見・早期治療に繋ぐための問題として偏見や情報の少なさによる受診や介護サービスに繋がりにくい「入口問題」ではないだろうか。当センターは認知症の専門知識を有する相談員を配置し、医療連携室の中で運営することで地域医療支援病院としての既存の連携システムを利用した業務を行っている。業務内容は、鑑別診断目的の予約調整や適切な医療機関等の紹介、本人と家族、院内外が多職種からの認知症に関する医療や介護の相談に対応し、情報普及のための疾患教育も行っている。さらに認知症の方が入院した場合、治療が効果的に進まない、合併症が生じ安全の確保と裏腹に活動の制限をせざるを得ない状態といったジレンマを抱えることも多々ある。そのため、安全で安心してその人らしく入院生活を送れるように多職種で構成されたチームで支援を行い、本人が持てる能力の維持、退院後の生活基盤の整備を行うことでシームレスなケアを実践している。また、今年度の診療報酬改定により新設された「認知症ケア加算」に繋がっている。

今後の取り組みとして、地域単位での認知症対策を展開する時代に入っている中で、JCHOが掲げる理念に基づき、地域住民、行政、関係機関との連携を強め、常に時代が求める活動に参画していきたいと考える。

SP2-4 地域包括ケア病棟における
認知症患者への取り組みと課題

JCHO 四日市羽津医療センター

地域包括ケア病棟看護師長

山口 裕子

【現状と取り組み】

当院は平成27年4月より地域包括ケア病棟を開設している。昨年度の延べ新入院患者数は576名、在宅復帰率は92.0%であった。入院経路は、開設当初では整形外科や内科からの院内転棟が多かったが、地域への周知が進むにつれケアマネジャーからの入院依頼や急性期病院からの転院患者が増え、現在では全体の6割を直接入院が占めている。年齢では、75歳以上の患者が77.6%と多く、認知症高齢者の日常生活自立度判断基準Ⅲ以上の患者は全体の30%を占める。

平成28年度の診療報酬改定では「身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価」が新設され、認知症患者に対するケアの対応力と質の向上が評価されるようになった。当院では今年度より、認知症ケア委員会を立ち上げ、認知症ケアマニュアルの作成に取り組み認知症ケア加算1の算定に向け準備を始めている。

当病棟では部署目標を「認知症ケアの知識と技術を習得しケアの実践に活かす」とし、各自が目標達成に向け取り組んでいる。部署内の勉強会では、認知症をテーマとしたコミュニケーション技法を学習し実践している。また、ユマニチュード入門研修を5名のスタッフが受講し、この技法を実践したケーススタディーにも取り組んでいる。昨年度は5名のスタッフが認知症ケア専門士の資格を取得し、病棟全体での認知症ケアに対する士気は高まっている。

【今後の課題】

部署により認知症に対する知識や対応力にばらつきが生じるため、認知症ケアマニュアル作成による標準化が求められる。また、病床編成によりひとつの病棟を地域包括ケア病棟として開設したため、ハード面での徘徊患者の離棟、離院対策がとられていない。現在、医療安全対策チームと離院防止ステッカーの試作に取り組んでいる。

今後、急増していく認知症患者を病院だけでなく地域全体で支えていくためには、当病棟が発信源となり顔の見える関係づくりが必要である。

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）

SP2-5 地域包括ケアにおける 当院の認知症への取り組み

¹ JCHO東京新宿メディカルセンター 精神科 主任部長、

²精神科 医長、³精神科 医員、⁴5C病棟 師長

大坪 天平¹、佐野 奈々²、高橋 杏子²、

柳川 和音³、田中 康³、星野 由美⁴

JCHO東京新宿メディカルセンター（以下、当院）は、東京飯田橋にある514床の総合病院である。当院の前身である東京厚生年金病院は、昭和27年に整形外科を中心とした病院として開設されたこともあり、充実したリハビリテーション施設を有するという特徴を持っている。整形外科を中心とした回復期リハビリテーション病棟41床が、平成26年6月より、地域包括ケア病棟に移行し、現在に至っている。

当院には常勤と非常勤あわせて5人の精神科医がおり、比較的精神科医数に恵まれていることから、地域包括ケア病棟を含む病院全体において、認知症への取り組みを行っている。特に、高齢化の進む入院患者における、認知機能低下、不眠、せん妄へのリエゾン・コンサルテーション活動に力点をおいている。

平成24年より、新宿区の認知症サポート医や認知症・もの忘れ相談医、および地域包括支援センター、地域保健センターと密な連携をとり、認知症専門医療機関として、地域包括ケアシステムの中で重要な役割を果たしている。さらに、当院精神科医は、地域保健センターを窓口とした認知症相談者への自宅訪問面談を定期的に行い、地域で孤立した認知症患者への適切な介入の手助けを行っている。

地域包括ケア病棟は、その機能としてリハビリテーションとレクリエーションが重要な位置を占めており、認知症を持つ身体疾患回復期患者の在宅・復帰支援において重要な役割を果たしていると考えられる。参考までに、平成28年7月7日時点の当院地域包括ケア病棟の現状を調査すると、全体40人（女性30人）で、平均年齢は80.5歳と高齢者がほとんどであった。そのうち、認知症と診断されていた患者、抗認知症薬服用中、精神科にせん妄などで依頼された患者を合わせると9人（全体の22.5%）であった。

発表当日は、上記を含めた地域包括ケアにおける当院の認知症への取り組みを総括する。

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
医師派遣の取組の現状と
JCHO 版病院総合医 (Hospitalist)
育成プログラムの開始について

JCHO 本部 企画経営部医療課長

吉住 奈緒子

JCHOにおいて、離島、へき地を含む医師不足地域への支援は重要な使命の一つであり、JCHO自体も医師確保が困難な状況にある中、積極的にへき地医療に取り組んでいる。平成27年度は22病院が25か所に対し、医師を中心に医療従事者を延べ5,006人日派遣し、医師不足地域の医療を支援した。この取組については、平成27年3月に取りまとめられた厚生労働省の「へき地保健医療対策検討会報告書」において、「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超えたへき地医師確保対策の取組を実施することを期待する」と結論付けられており、独法評価委員会でも高く評価されるなど、対外的にたいへん大きな期待を寄せられている。一方で、医師派遣に伴う派遣元医療機関の負担が大きくなっているという現状がある。今後、派遣する医師や派遣元医療機関の負担軽減に向け、派遣要請自治体との協議を行うなど、本部としても処遇改善や派遣の見直しに向けた努力をしていきたい。

JCHO内病院間医師派遣については、主に地区事務所管内において、医師不足・医療従事者不足病院に対して積極的なサポートが行われており、地区事務所管内を超えて全国レベルでサポートが行われている事例もある。派遣の形態は、月単位、週単位、土日の当直支援など様々である。また、JCHOでは平成29年度からJCHO版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラムの運用を開始する予定であり、このプログラムを通じて医師不足地域で貢献する医師を育成するとともに、プログラムの中でも積極的に地域医療を実践している病院で研修をしていただくなど、JCHO内外の医師不足病院に資する取組を行っていきたいと考えている。

SP3-2 地域の周産期医療
崩壊回避に向けた
JCHO 病院間支援

¹ JCHO 熊本総合病院 麻酔科部長、

² 総合診療科部長、³ 病院長

谷本 宏成¹、一瀬 景輔²、島田 信也³

周産期医療は、今後の日本の将来を支える特に重要な医療分野である。若し、ある地域において、周産期医療を与える病院が唯一無二の存在であった場合、当該病院における麻酔科医師の不在化は、地域の周産期医療の崩壊を意味するものであり、病院自体の存続のみならず、地域自治体ならびに県全体においても、由々しき大問題である。

当該市の人口は約9万人。産科があるのはA-JCHO病院 (A病院) と開業医1軒の合計2施設で、緊急帝王切開に対応できるのはA病院のみである。地域的に交通アクセスが不良で、近隣の医療圏へは自家用車で2時間あるいは公共交通機関のバスのみである。派遣元の大学病院産婦人科もその状況を鑑みて、産婦人科医3人体制を維持している。当然のことながら、帝王切開術においては麻酔科医の存在は必須であり、その医師確保は最重要課題である。麻酔科医不在では、地域における周産期医療の提供は、全く不可能である。

元来、A病院は2名の常勤麻酔科医を有していたが、手術数減少や派遣元大学病院の人手不足から、8年前より1人体制となった。これはたった1人の麻酔科医に、24時間365日の外科系手術も含めた待機を強いることであり、勿論、学会への参加も不可能となり、麻酔専門医資格も失効した。そしてその後、バーンアウトから辞職による麻酔科医不在、地域における周産期医療の崩壊という最悪の結末が垣間見えてくる。

最悪の事態の危機が表面化したのは昨年11月のことである。A病院の麻酔科医師が1月をもって退職の意向を表明し、その辞意は固かった。病院側ならびにJCHO本部のみならず、当該市や県も大学病院麻酔科へ陳情を行ったが、芳しい返事はなく補充の目は全く立たなかった。病院長同士の繋がりから当院へ相談が持ちかけられ、当院麻酔科がそのテーブルにつくこととなった。

今回のシンポジウムでは、当院ならびに麻酔科が、どのようにして、A病院ひいては当該地域の周産期医療危機の回避に取り組んだかについて紹介したいと思う。

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 JCHO 秋田病院での
地域医療研修の経験

JCHO中京病院 後期研修医
(総合診療科・神経内科)

玉腰 大悟

当院JCHO中京病院では全研修医が初期研修2年目の期間にJCHO秋田病院やJCHO若狭高浜病院などの関連施設において4週間の地域医療研修を行っている。私が派遣されたJCHO秋田病院は世界自然遺産である白神山地に程近い秋田県能代市に位置する病床数167床の二次医療機関であり、院内の研修医は当院から派遣の初期研修医1人のみである。研修中の業務内容は毎日の内科外来初診患者の外来診療と担当の内科入院患者の診療に加え、外科手術の助手・麻酔や訪問診療など多岐にわたった。内科系・その他診療科の上級医師のみならず病院全体の職員からも十分に働き手として認識されており、普段以上に高い意識を持って日々の研修を積むことができた。また普段出会わない疾患を診療したり訪問診療など異なる診療形態を体験したりといった地域医療独特の経験を得ることができた。それらの経験は派遣された初期研修医の希望進路によらず、医師としての基礎を築く上で非常に有意義であると考えている。JCHO秋田病院での研修を通じて、病院間での医師派遣が双方の施設や医師にとってどのような意義があるか考察させていただく。

SP3-4 JCHO 二本松病院の現状と
JCHO 病院間の医師派遣の対応

JCHO二本松病院 院長

六角 裕一

当院は福島県中通り県北地域に位置する160床の病院で、100床の付属介護老人保健施設がある。またバス5台で検診をおこなう健康管理センターと、100人の透析をおこなっている腎センターをもっている。また、二本松市の人口は約5万5千人で高齢化率は29.4%となる。

当院の常勤医は、H13年(2001年)には7科20人いたが、徐々に減少してJCHO発足時のH26年には3科6人にまで減り、H27年には外科医の一人が大学に戻されて一時5人にまで減少した。常勤医の減少に伴って、少ない人数で入院患者をみななければならないため、仕事量が増えて多忙を極めている。また外来診療においては、外来のコマ数の半分以上が大学などからの手伝いの医師に頼らざるを得なくなっている。内科は常勤医が二人のため、二人とも週4日外来診療を行っている。そしてそれでもなお、以前に比べて外来の診療科、医師数は少ない状態である。この医師数の少なさが患者数の少なさにつながっているものと考えられる。

当院ではJCHO発足時から医師の派遣を本部にお願いしてきたところであるが、なかなか実現には至らなかった。しかし最近他のJCHO病院からお手伝いをいただいた例があった。最初の例は仙台病院から腎臓内科の医師が手伝いに来てくれたのだが、この例は医師の個人的な事情が当院に手伝いに来てくれる条件に合致していたためであった。次は山の手メディカル、新宿メディカルセンターからの当直の手伝いであるが、これは浪江町の津島診療所の支援と一緒に当院の当直を行ってくれるというものである。被災地の支援はJCHOの重要な事業であり、それと一緒に当院の支援をしていただけるのは非常にありがたいことである。

当院のような田舎の中小病院に対しての医師派遣は非常に難しいものがあるが、派遣する側のメリット、デメリットや、それぞれの病院の事情などを詳細に調べていくことによって、JCHO病院間の医師派遣が進んでいくことを期待したい。

座長：中野 惠 (JCHO 理事)

河嶋 知子 (JCHO本部 企画経営部患者サービス推進課長・研修センター看護研修課長)

SP4-1 特定行為に係る
看護師の研修制度について

厚生労働省 医政局 看護課
看護サービス推進室長

加藤 典子

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う、看護師を養成し確保していく必要があります。

このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、平成27年10月1日に施行されました。

特定行為における指定研修機関は、平成28年2月10日現在で21カ所が厚生労働大臣により指定されています。

今回は、本制度の概要と指定研修機関の確保に向けた厚生労働省の取組についてご説明します。

SP4-2 日本看護協会における
特定行為研修の実際と
平成27年度修了生について

公益社団法人日本看護協会 看護研修学校
認定看護師教育課程 課長 特定行為研修担当

渋谷 智恵

団塊世代が75歳以上となる2025年に向けてさらなる在宅医療等の推進を図るため、医師の判断を待たず手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成し確保する必要があり、「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設されました。保健師助産師看護師法の一部が改正され、平成27年10月1日からは、手順書により特定行為を行う看護師に対し「特定行為研修」の受講が義務付けられています。平成28年2月現在、全国で21の指定研修機関が特定行為研修を実施しています。

日本看護協会は、看護師が看護を基盤にさらに医学的知識・技術を特定行為研修で強化し、対象者を包括的にアセスメントし専門性を発揮することで、質の高い医療・看護を効率的に提供することを期待しています。本制度を活用することで、少子超高齢社会における地域のニーズ、国民のニーズに積極的に応えていけるものと考えています。

本会が平成27年度より行っている特定行為研修は、認定看護師を対象に実施しています。2016年7月現在、全21分野認定看護師は全国で17,443名いますが、実践の場で活動する認定看護師がさらに専門性を発展させ、病態の変化や疾患を包括的にアセスメントする能力を強化させることで、タイムリーで質の高い医療・看護を効率的に提供でき、活躍の場を在宅に拡大することも視野に入れたさまざまなニーズに応える看護師が育成されと考えています。平成27年度修了生は39名、そして平成28年度からはさらに研修生の受け入れ人数を増やしていく計画です。本会の特定行為研修を修了した認定看護師は、臨床実践者として、かつ特定行為研修の指導者としてもその活躍が期待されます。

座長：中野 惠 (JCHO 理事)

河嶋 知子 (JCHO本部 企画経営部患者サービス推進課長・研修センター看護研修課長)

SP4-3 特定行為・創傷管理 関連における活動報告

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院
スキンケア相談室 看護師長

加瀬 昌子

当院は救命救急センターを有する病床数986床の地域基幹病院である。

特定行為の活動は、2012年日本看護協会看護研修学校 看護師特定能力養成調査試行事業から消化器外科、形成外科、泌尿器科の医師を指導医として実践してきた。2015年度の看護師特定研修を修了後からは、安全対策等の整備の元、手順書に基づいた活動を中心に実践している。

そこで、特定医行為及び特定行為区分、38行為21区分にある創傷管理関連「褥瘡・慢性創傷における血流のない壊死組織の除去」と「創傷の陰圧閉鎖療法の実施」について報告する。

まず、褥瘡・慢性創傷における血流のない壊死組織の除去については、手順書または、直接的指導のもとで、褥瘡回診やフットケア外来を中心に実践している。また、在宅患者訪問においては、タイミリーに訪問看護に同行し、褥瘡を中心とした創傷処置を実践している。

次に創傷の陰圧閉鎖療法については、外科系を中心に介入している。中でも最も介入、実践が多いのは、消化器外科と形成外科である。消化器外科は、下部消化管穿孔で緊急手術後に手術部位感染症 (SSI) を発生もしくは予測して陰圧閉鎖療法 (NPWT) が開始となることが多く、部署の看護師の調整で医師と一緒に介入している。また、形成外科領域では、医師からの直接依頼のもとで足病変や褥瘡に対して手順書に基づいて実践介入する機会もある。

特定行為を3年間通して実践してきた中で、チーム医療の重要性を再認識している。医師や看護師、理学療法士など多職種が時間を調整しベッドサイドで互いのアセスメントや考え方を共有することで多角的な視点を学ぶ機会となっている。

同じチーム間または、他のチームと連携し、適切な医療を適切なタイミングでシームレスに対応できる活動に努めていきたいと考えている。

SP4-4 地域包括ケア病棟における 特定行為研修修了者の活動の実際 －施設内から地域へ－

医療法人永広会島田病院
クオリティマネジメントセンター

森下 幸子

当施設は、整形外科に特化し、年間手術件数1600件を行う43床の小規模病院でありましたが、5月から地域包括ケア病棟を目指し、45床を増床しました。現在、私はこの45床の病棟において、内科医と共に患者管理を行う役割と病棟看護師への教育を担っています。また、法人内には、他に119床の療養型病院、100床の介護老人保健施設、訪問看護ステーション等のサービスを提供する施設があり、これまで感染管理認定看護師として法人全体の感染管理を実践してきました。しかし、介護老人保健施設含む発熱患者の感染症治療について、医師や薬剤師からのコンサルテーションが増え、感染症治療に寄与したいと考え、特定行為研修を受講し、「感染に係る薬剤投与関連」と「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を修了しました。

感染症治療については、医局カンファレンスへ出席し、発熱患者への細菌検査や適正抗菌薬について意見を述べ、主治医が手術等で指示が遅れる場合は、薬剤師と相談し手順書を用いて、治療を開始します。私の目標は、抗菌薬の遅れによる重症化を防止すること、適正な抗菌薬使用の推進により薬剤耐性菌の出現を抑えること、高齢者の特性から低栄養状態を改善し内因性感染症を予防すること、治療や病状について患者や家族へ分かりやすく丁寧な説明を行うことです。そして、病棟では患者ケアチームの一員として、特定行為研修において学んだ臨床推論を基に、看護師へアセスメントの指導を行い、多職種へ医師の思考を「通訳者」として伝える役割を担います。これらの活動は、組織内にとどまらず地域の新人看護師研修会においてフィジカルアセスメントを担当するなど地域全体へ拡大しているところです。

今回、特定行為を実施している自施設での活動状況と地域への取り組みについて報告します。

座長：中野 惠 (JCHO 理事)

河嶋 知子 (JCHO本部 企画経営部患者サービス推進課長・研修センター看護研修課長)

SP4-5 チーム医療における 診療看護師の活動と役割

¹ JCHO千葉病院 看護部、² 院長、³ 副院長、
⁴ 看護部長

高田 美由紀¹、室谷 典義²、堀 誠司³、
市原 京子⁴

「患者の一番身近にいる看護師が、患者のニーズにもっと早急にそして的確に対応できれば、患者のQOLを向上させることができるのではないか。」

私は以前より、患者の必要としている検査・処置などを医師待ちで早急に対応できないことへのジレンマがあった。臨床現場では、看護師は常に検査データや患者の症状から患者の病状をアセスメントしている。しかし、従来法律の下では医療における看護師の自律性は低く、必要な検査や薬剤が分かっているにもかかわらず医師の判断と指示を待つしかなかった。そこで、患者の一番身近にいる看護師が看護の視点に医学的視点を統合させて患者のニーズに早く的確に対応し、患者満足度を向上させたいと考え、大学院の診療看護師養成分野へ進学した。

そして2013年3月に大学院を修了したのち、試行錯誤で実践を始め4年目を迎えた。当院では上司および職場がこの新しい制度を理解し、病院内の様々な場所での活動を支えてくれている。

現在は手術室に在籍しながら、外科や透析科で特定行為を含めた医療行為を行っている。例えば外科では抜糸・抜鉤やドレーン抜去、PICCを含む中心静脈カテーテル挿入、初期診療等を、透析科では外来および入院患者の回診や手術の助手等、従来看護師が行っていなかった医行為を数多く実施している。

2015年10月1日より「特定行為に係る看護師の研修制度」が国の制度としていよいよスタートした。世間は特定行為に目を向けがちであるが、診療看護師に求められるものはそれだけではなく、多職種連携の調整や急変時のタイムリーな対応、患者・家族のサポート役となること、他の看護師のロールモデルや指導者となること、そして医師と看護師との架け橋となることだと考える。

診療看護師は看護師であって決して医師ではない。しかし、看護師の医療行為の幅を拡大することによって、病院だけでなく地域医療の場でも患者を中心としたより良いチーム医療が提供できるようになると考える。

接遇セミナー

医療現場で活かす「おもてなしの心」

株式会社コリマ研修企画 パートナー講師

日本アドラー・カウンセラー協会 認定カウンセラー

金井 津美

略歴

聖心女子大学文学部卒業
株式会社ホテルオークラにてレセプション
スト、OJTトレーナー、プロジェクト
チーム担当として勤務する。その後、国連
日本政府代表部（在NY）の臨時職員とし
て勤務する。大手流通会社の人材開発部・
研修アシスタントを経て、2003年講師と
して活動を開始し、数多くの企業、病院、
官公庁、自治体の研修を担当。アドラー心
理学をライフワークとして学び続けており
「勇気づけ（エンカレッジメント）」の精神
で受講生に接することを信条としている。
実践と共有、そして勇気づけを忘れない啓
発型研修は「楽しく、わかりやすい」「やる
気がわいた」と好評を博している。現在、
心理カウンセラーとしても臨床現場、ビジ
ネス界にて活動中。

主な研修テーマ

アドラー心理学を基礎にしたマネジャー、
リーダー育成研修
顧客満足研修（ホスピタリティ）
対人関係構築のための基礎スキル研修
新入社員研修（ビジネスマナー、コミュニ
ケーション、フォロワーシップ、モチベー
ション）
アサーティブ・トレーニング（ビジネス
パーソン、看護師・福祉士向け）
就職、再就職面接対策講座
プレゼンテーション研修

①サービスとホスピタリティ その違いとは？

皆さまはこの2つの言葉の違いについて、お考えになったことはあります
か？この言葉の語源から意味を探っていくと、興味深いことが分かります。
簡単に説明すると、サービスとは「相手のためにすること」で、ホスピタリ
ティとは「相手の立場に立ってすること」です。

どちらも大切な観点ではありますが、提供側がこの違いを自覚して、その時
その場その相手に合ったものを提供できることが好ましいのではないでしょ
うか。

②トータルペインマネジメント（全人的苦痛）を考える

4つの「痛み」…身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな
苦痛

この言葉は、イギリスのシシリー・ソンドース博士が広めた言葉だと聞いて
おります。

終末期の患者さんが抱える「痛み」には様々なものがあり、どれかひとつの
治療や解決だけではなく、いかに痛みを全人的なものとして捉え、患者さん
の個人差に寄り添うかが、今後の医療関係者には問われてくるのでしょうか。
カウンセリングには「解決しようとする前に、分かろうとせよ」という教え
があります。「共感」の姿勢で患者さんと向き合うことを忘れないでいただ
きたいと思います。

③心の“三種の神器”

“こころがけ” “こころくばり” “こころざし”

これは、すべて頭に「こころ」がついた言葉です。

ひとつめは「こころがけ」、つまり自分が大切にしている教えや約束事に基
づく、いわば心の軸です。この軸がぶれないでいてほしいものです。

そして「こころくばり」は配慮のことです。「心遣い」とも言えるでしょ
う。仕事は常にチームワークで成すものですから、自分のことだけではなく
周囲（職場内外を問わず）への配慮が肝要です。

最後に「こころざし」ですが、これは目標と言い換えられます。何を目指
し、何のために進んでいくのか、組織の目標に根ざしつつ、その中で個人と
しての達成目標は何なのか？この自覚と日々の小さな努力の積み重ねが大切
なのではないでしょうか。

教育セミナー

病院建築と設備の過去・現在、そして未来

東京大学名誉教授・工学院大学名誉教授

長澤 泰

100年ごとに区切った「世紀」は、歴史的に深い意味はない。しかし、我々が過去を回顧し将来を展望する際には有用である。21世紀も既に15年以上経過、20世紀は既に過去の世紀という意識がある。我々がいま「病院」と呼ぶ建築形態は20世紀後半に成立した。つまり病院建築は前世紀型を今世紀にまだ引きずっている。こう考えると21世紀を展望した今後のあり方を模索する時期に至っている。

前世紀型は機能効率の最大限発揮を目指した。結果として工場建築のように大規模集約型の「治療工場病院」が出現した。冷房・暖房・換気の空調設備、照明・搬送・情報通信の電気設備、給排水・給湯設備を活用した人工環境がその機能発揮の基盤である。結果としてエネルギー消費量と光熱費高騰を招いた。

病院のLCC（ライフサイクルコスト）の2割弱を占める初期投資費用では、建築と設備が半々の状況である。約8割を占める運営費の低減はさらに重要な課題である。病院建築・設備は平常時・災害時にかかわらず連日四六時中酷使される。その機能を常に最適に保つためのメンテナンスが必須である。これを実施しないと、まず災害時には機能しない。さらに効率低下してエネルギーの無駄だけでなく機器の劣化も早い。従って病院設備に特化したメンテナンス技術者が必要である。

病院は建物の竣工が増改築の始まりである。1950年代に英国の研究報告書で病院建築・設備の「成長と変化」に対応する必要性が示された。20世紀後半には、ホスピタルストリート型、多翼型、I S S型など、さまざまな対応策が試みられた。しかし、将来の予測は所詮困難であるという事実が最近認められるようになった。日本の病院は20世紀には老朽化したら建替える「使い捨て病院」であった。21世紀は既存の建築・設備資産（ストック）活用時代といわれる。まず、しっかり建てて長く使うことが第一。講演ではこれらの問題点と対策を考察してみたい。

一般演題
(口演発表)
9 月 16 日金

O-001

地域包括ケア病棟を導入して
—ベッドコントロール強化の成果—

篠田千恵、加藤きよ子、藤永重美、小久米千里、原田淳也、長谷川孝宏、
宮下美保子

JCHO 高岡ふしき病院 病床調整委員会

【背景】2014年度診療報酬改定により、当院は入院基本料7対1の算定要件を満たすことが難しくなり、10対1DPC病棟（60床）と13対1地域包括ケア病棟（60床）の2病棟で運営する方針となった。しかし方針転換当初は2つの病棟の役割分担についての認識が不十分で効率的なベッド調整が検討課題だった。【方法】2015年5月より、医師、医事課、医療ソーシャルワーカー、病棟師長、外来師長など多職種からなる小委員会を設置してベッドコントロール強化を行った。2014年10月から12月の3か月とベッドコントロール強化後の2015年10月から12月の3か月を病診連携の状況、入院人数、単価、収益について比較検討した。【結果】DPC病棟の回転が速まり、安定した地域包括ケア病棟の入院患者数を維持することができた。入院人数は221人から205人にむしろ減少したが、包括病棟の平均患者数が増加したことにより、延べ人数が3939人から4355人に増加し、単価も33720円から35460円に増加した。また急性期病院からのリハビリ入院を多く受け入れ、在宅復帰支援も計画的に実施することができた。この結果として、入院収益が向上した。一方で多様な病態の患者を受け入れることにおける医療安全面の課題も明らかとなった。【考察】当院の目的は質の高い医療を提供し地域の住民の健康と医療を支えることである。多職種で構成されたこの小委員会は収益面、患者病態、社会的背景など多角的な視点から病棟運用を行うことができた。その結果として収益の増加と地域における当院の地域包括ケア病棟の役割も確立されてきたものと思われる。

O-002

地域包括ケア病棟における多職種連携による服薬管理支援
の取り組み

相松伸哉¹、片山歳也¹、市川宏久¹、山口裕子¹、中島範子²、石井雅昭¹、
松田浩明¹

¹ JCHO 四日市羽津医療センター、² JCHO 桜ヶ丘病院

【背景・目的】四日市羽津医療センター（以下、当院）地域包括ケア病棟では、65歳以上の高齢者の入院割合は93.3%であり、1人当たりの内服薬平均種類数が7.0と多く、7種類以上の内服患者割合が52.7%と高かったため、在宅または施設入所復帰のためには、患者の服薬管理支援が重要な課題と考えられ、多職種連携による服薬管理支援体制の構築を試みた。【方法】面接法を用いた簡易質問形式の判定基準である服薬能力判定試験（J-RACT）中の服薬理解能力評価スケール（以下、RCS）を利用し、患者の服薬管理能力を客観的に評価できる内服管理フローチャート（以下、内服管理FC）を考案した。内服管理FCには、評価者の偏りを避けるため、多職種（医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士、薬剤師）による服薬管理能力の評価を組み入れた。内服管理FCの運用2ヶ月後に看護師へアンケートを実施した。【結果】運用開始2ヶ月で、内服管理FCを使用した患者は15名であった。アンケートでは、「地域包括ケア病棟での「内服管理FC」導入の必要性を感じましたか」では、「必要である」が66.7%、「内服管理FC」の導入により看護師配薬の業務負担の変化を感じましたか」では、「業務負担が軽減した」が25.0%、「業務負担が増えた」が33.3%、「内服管理FC」内の多職種による内服管理変更可否の評価の必要性を感じましたか」では、「必要である」が58.3%、「入院中の配薬カレンダーの活用は退院後を見据えた内服管理方法の一つとして有用性を感じましたか」では、「有用である」100%、「退院前カンファレンス等で協議する際に「内服管理FC」は活用できると思いますか」では、「活用できる」が83.3%であった。【考察】今回考案した多職種が連携した内服管理FCは、地域包括ケア病棟入院患者の服薬能力に応じた服薬管理支援に有用と考えられた。今後、保険薬局と連携することで退院後の服薬管理遵守率向上に有益なものとしていきたい。

O-003

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションの提供
—多職種による病棟トレーニングルームの活用—

武部敏¹、松浦康孝¹、山添浩孝¹、飯田剛太¹、赤尾順子²、坂井田裕³
¹ JCHO 滋賀病院 リハビリテーション部、² 看護部、³ 整形外科

【はじめに】

当院は平成27年12月に地域包括ケア病棟50床を開設した。全病床232床で、リハビリスタッフの配置は一般病棟にPT6名、OT2名、地域包括ケア病棟に専従PT1名での開始となった。平成27年12月から平成28年3月の期間、「1日平均2単位以上のリハビリ提供」対象者は入院患者全体の36%に留まった。限られたリハビリ人員配置の中で、より効果的かつ効果的なリハビリを入院患者全体に提供できるように、平成28年4月、病棟内にトレーニングルームを導入した。

【目的】

廃用予防とADLの維持向上、またモチベーションの向上と円滑な自宅復帰支援

【対象】

平成27年12月から平成28年7月までの地域包括ケア病棟入院患者

【方法】

病室ごとに、病棟トレーニングルームを使用する曜日と時間割を決め、患者にあらかじめそのスケジュールを告知する。運動プログラムは医師の指示のもと療法士が立案して、患者個々の退院支援パスへ記入し病棟スタッフで共有する。運動の実施・記録は、その日の病室担当の看護師が中心となり、専従PT・看護助手と協働で進める。また、入院期間を通しての受け持ち看護師が入棟時、中間、退院時にBarthel IndexによるADL評価を行い、経過を共有する。

【現状と課題】

病棟開設の12月から3月までの平均在宅復帰率は92%であった。従来の2階リハビリテーション室で実施する療法士によるリハビリ以外に、4階病棟にトレーニングルームを導入したことで、病棟スタッフによる個々の患者に応じたトレーニングが効率よく提供可能となり、入院患者全体の運動時間が増えた。同時にスタッフと患者の接する時間が増え、患者の状態把握につながったと考える。今回の取り組みを通して、ADLの維持向上、また在宅復帰にいかに関与しているかを、今後、評価結果・意識調査を用いてさらなる分析を加える。

O-004

地域包括ケア病棟開設への取り組み

岡野礼子¹、福光由希子²、森本二郎³

¹ JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部、² 地域連携室、³ 内科診療部

【はじめに】A病院では2016年4月の地域包括ケア病棟開設に向け、2015年7月「病棟再編ワーキンググループ」を発足した。B病棟は、様々な疾患に対応している46床の内科系病棟で、入院患者の約7割が緊急入院で占める病棟である。退院支援に積極的に取り組んでいる病棟であり、B病棟が地域包括ケア病棟の第1候補になった。地域包括ケア病棟開設に向けて病棟師長として取り組んだ経過を報告する。【取り組みの経過】A病院全体で慢性期の患者は18%であった。長期入院患者の状況を見ると、DPC包括算定期間を過ぎた患者や退院支援に時間を要している患者が各病棟に点在していた。入院時からの退院支援を他病棟に働きかけ、退院調整に時間を要する患者把握を地域連携室と協力して行った。また、整形外科の手術患者は、DPC包括算定の対象入院期間1期終了時期とリハビリ期がほぼ一致し地域包括ケア病棟での診療報酬算定要件を満たすことがわかった。2015年10月B病棟を地域包括ケア病棟とし、2016年1月～3月までのリハビリ実績を申請し4月開設を目指すことになった。まずは、院内の急性期病棟から患者を受け入れ、在宅・生活復帰支援を行なうことから始め、ベッドコントロールは病棟師長が担当した。2016年1月から整形外科患者を受け入れ、2月からは全病棟の患者を対象に選定して受け入れた。B病棟看護師に対しては、地域包括ケア病棟の説明と、人工膝関節手術の看護とリハビリの勉強会を実施した。【結果】患者層は大きく変化し約6割が転入患者となり整形外科患者が全体の約3割となった。病棟看護師は、7：1看護から10：1看護への不安を抱いていたが、退院支援を行なうことでプライマリー意識が向上し、やりがいへとつながった。【結語】地域包括ケアシステムを支えていく病棟を目指し更に体制を整備し、近隣施設、地域との連携を充実させる。

O-005

チーム医療によってなされた地域包括ケア病棟開設の経緯

山田美由希、富山ルミ、山本千治、諸岡由美子、居石理彦、高塚英二、
山口真美恵

JCHO 佐賀中部病院

当院の周辺には高度急性期医療を提供する施設が多く、2014年診療報酬改定により入院基本料7対1が保てず10対1となった。病床機能報告制度も伴い、小児科・産科が廃止となり当院に課せられた医療機能について検討した結果、2016年4月より地域包括ケア病棟を44床で開設することが決定した。そこでプロジェクトチームを立ち上げ、他職種が協働して週1回の地域包括ケア病棟推進会議（仮称）を開催するに至った。地域に根ざした地域包括ケアシステム構築の一環としての地域包括ケア病棟について多職種で考え、院内全体の取り組みとして活動した結果、有意な成果を得たのでここに報告する。2015年9月より元重急性期病床8床を用いて地域包括ケア病床のシミュレーションを行った。しかし運用基準が不明確で、職員の意識が薄く役割理解も不十分であったため対象患者選出に苦慮した。そこで、地域包括ケアシステムを先駆的に構築されている他県A病院への視察を実施。そこで得た知識を基に検討を重ね、医事課によるDPC点数との比較表作成、リハビリ科によるリハビリ単位の調整、当該病棟師長による退院日数を見据えた患者の選出、MSWによる退院支援の進捗状況の把握を行った。他職種合同の包括ケア病棟判定会議で対象患者を決定し、医師へ患者説明を依頼する方法をとり、現在は円滑な病棟運営が出来ている。また曖昧であった地域包括ケア病棟についての理解を得るために、患者説明用パンフレット、運用基準マニュアルを作成し職員へ浸透を図った。地域包括ケア病棟への入室基準がマニュアル化され、医事課により点数化・カレンダー化され解りやすくなり、主動を医師だけではなくチーム全体としたことが円滑な運用に繋がったと考える。他職種が協働することで不足するお互いの情報を補うシステム作りが、地域包括ケア病棟の創設には不可欠である。

O-006

地域包括ケア病棟の看護の実際と今後の課題

野中恵美、今橋典子

JCHO 可児とうのう病院 看護部 東3病棟

【はじめに】当院は、平成27年9月に地域包括ケア病棟を開設した。対象患者は、1、急性期病棟からの受入れ 2、レスパイト入院 3、看取りの患者 4、短期滞在手術の患者である。急性期病棟の看護は、診療の補助に重点が置かれ、時間をかけてゆっくり関わることが困難であるが、地域包括ケア病棟では濃厚な治療・ケアを必要とする患者が少ないため、患者個々に合った生活支援を時間をかけて提供できる環境にある。そのような環境の中で、実践した看護の経過を振り返り、得られた成果と今後の課題を明らかにした。【看護の実際】患者の生活リズムを整えADLを拡大する目的で、食事は可能な限り食堂に移動し、排泄はトイレでできるよう誘導した。退院後の介護に必要なケアや移動の手段は、患者・家族や他機関の担当者と相談し決定した。退院に向けて個々に合わせた看護を提供することが、患者・家族の不安を軽減し在宅復帰につながった。高齢者や認知症状のある患者については、生活に変化を持たせ、他者とのコミュニケーションの機会を設ける目的で集団リハビリへの参加を促した。集団リハビリへの参加を続けることにより、認知症で表情の硬かった患者に笑顔が見られることもあった。また、患者・家族で過ごす時間やリハビリ以外の時間を工夫することにより認知症状が落ち着き、身体抑制の軽減につながった。食堂で大勢と食事をすることや集団リハビリを行うことは、他者とのコミュニケーションを伴い、さらに声を出す、笑う、体を動かすなどが脳の刺激となり、患者の持つ力を活用できたものと考え。看取りに関しては、患者・家族に寄り添い、穏やかな時間を過ごせるよう配慮することで家族のグリーフケアにつながった。【今後の課題】多職種を含むチーム内の情報共有が十分とは言えず、また、退院支援に関する看護師の力量に差があるため、標準退院支援計画書や情報共有のシステムを強化する必要がある。

O-007

地域包括ケア病棟再稼働に伴っての取り組み

後井真紀子、夢田理恵

JCHO 東京城東病院 看護課

【はじめに】A病院は2014年4月の診療報酬の改定に伴い全3病棟の一病棟を重急性期病棟から地域包括ケア病棟に転換した。急性期病院である当院では退院後の受け皿となる地域包括ケア病棟は必要不可欠であった。しかし2016年からの総合内科の後期研修医臨床施設の受託やそれに伴う診療体制の変化は小規模病院においては経営に直結する判断を伴うため、一時休止し、その動向を注力する時間を要した。しかし、あらためて地域が求めている医療を鑑み、地域連携を強化する取り組みが必要という英断を得て再稼働となった。今回、病棟稼働から再稼働の取り組みの一連を看護管理者として、組織行動の視点から考察し、看護職員の行動変容について検討を行ったので報告する。【方法】対象地域包括ケア病棟に関わるメンバーとの取り組みと当該病棟の職員の言動行動などの反応の場面を再構成し時系列に検討し必要な支援の抽出とその評価を検討した。組織行動の評価については変化理論を援用し組織変化の妥当性について看護管理者と共に分析した。本研究は収集されたデータは匿名化を行い、言動行動の内容による評価を受けないことを倫理的配慮した。【結果・考察】地域包括ケア病棟プロジェクトチームを編成し、週単位での検討会の後、組織全体への周知、勉強会を通じて一部の病棟の取り組みとせず、病院、附属老人保健施設を含めたひとり一人の取り組みとして関心が高まるように全体最適を目指した。多職種連携が機能した結果、順調に運用することができた。看護職員は病棟の機能変化に不安が強く、心理的抵抗を表す内容があったが、現在は、包括ケア病棟の看護の質に目を向ける行動がみられるようになった。現在は急性期病棟からの転棟患者による運用が多いが、本来目的の在宅支援として地域連携の強化を支援する取り組みを続けていきたい。

O-008

急性期及び地域包括ケア病棟リハビリテーション両立の工夫

大石理奈¹、武部敏¹、山添浩孝¹、松浦康孝¹、坂井田稔²

¹JCHO 滋賀病院 リハビリテーション部、²整形外科

【目的】当科は、従来232床の急性期病床を対象としてリハビリを行ってきたが、平成27年12月から地域包括ケア病棟が開設され、50床から開始されてきた。今年度より3名の増員があり現在PT10名、OT2名のスタッフにて急性期病棟より地域包括ケア病棟（包括病棟）へ転棟し退院まで同一者が担当するシステムをとっている。そこで両病棟でのリハビリが両立する工夫をしてみた。

【方法】（1）時間の節約：本院のリハビリ室は2階にあり、各病棟病室からの患者様の移動は、安全性のこともあり基本PT、OTがしている。包括病棟は4階にあり、当然最もリハビリ対象患者が多く2階への移動だけで時間がかかり、そこで4階の大部屋1室にトレーニングルームを設置したことで、移動時間の節約につながった。主に個別リハビリは、2階リハビリ室で行った。

（2）リハビリの効率化：徒手にてROM改善、筋力増強に加え、2階、4階に運動機器を導入した。リハビリ室には、自転車、健歩くん、ステップエイド、トレッドミル、歩行訓練用の平行棒、レッグエクステンション等の運動機器があり、患者様の状態により使い分けている。健歩くんは、坐位でのスクワット様の運動ができ、角度調節にて運動強度が変えられ、安全に下肢筋力強化が可能である。ステップエイドは、靴型荷重測定装置にて、退院前までに患側に全荷重できるように音信号設定が可能であり、音認識により適正な荷重状態に導き歩容の改善に利用している。これらの運動機器を活用しリハビリ効果を高めている。

【結果および考察】リハビリシステムの工夫、リハビリ機器の有効利用にてマンパワー不足を可及的に補い、なおかつリハビリのクオリティは改善できたと思われる。

O-009

在宅療養後方支援病院に求められる役割と課題

吉浪典子¹、宮本和男²¹ JCHO 東京蒲田医療センター 看護部、² 地域連携室

【はじめに】在宅療養後方支援病院には在宅療養中の患者に入院が必要となった場合、速やかに受け入れる機能が求められている。近隣には在宅医療専門の診療所も多く、在宅療養後方支援機能の需要が高いと考えた。そこで、在宅医療を提供する診療所との緊急時入院の受け入れ体制調整を行い、2014年7月に在宅療養後方支援病院の届出を行った。今年度の2年を迎えるにあたり、当院に求められる役割と課題について考察する。

【方法】2014年5月～6月に、地域の医師会での説明会を開催するとともに診療所を訪問し、在宅療養後方支援病院としての機能や体制について説明を行った。訪問時の意見や要望を元に書式や体制を見直して院内周知し、システムが整理できたところでホームページからでも登録申請できるようにした。施設基準では連携する医療機関と3ヶ月に1回以上の情報交換を行っていることが義務付けられているが、その方法は電子メールやFaxなど記録が残る方法であればよいとされており、必ずしも会合が必要とはされていない。しかし、互いの信頼関係を保つためには顔の見える関係が重要と考え、対面の情報交換を行って入院中の登録患者の状況を情報提供し、在宅療養移行を支援した。

【結果】2016年4月30日時点の総登録患者は10施設484名、平均年齢83.4歳、そのうち入院に至った患者は延べ138名であった。登録数の動向をみると施設数に大きな変化はなく、登録患者数も届出して1年以降は微増であった。

【考察】2014年度診療報酬改定以降、在宅療養後方支援病院として届出する病院が増加した。1人の患者が複数の医療機関に登録されることは想定されないこと、また高齢の患者が多いことから登録を取り下げられることもあり登録数は微増になっていると考える。地域包括ケアシステムの確立が求められる中、在宅医療を実施する診療所の需要に応えるべく柔軟に対応する必要がある。

O-011

施設入所者の通常体重と、それが示唆することを読み取る

藤友典子

JCHO 千葉病院附属介護老人保健施設 栄養課

【はじめに】長期入所者（以下、入所者）の体重減少は、ご家族にとって心配事の一つである。入所者の身体状況を明らかにし、それが示唆することを読み取る。【方法】1. 平成26年11月の入所者の身体状況を、同年の国民健康・栄養調査の70歳以上（以下、国民栄養調査）の結果と比較する。2. 入所者の通常のBMIを算出し、その時の要介護度とADLを調査する。（通常のBMIは平成26年度から平成27年度の2年間に、6か月以上体重変動率3%以内を維持されていた時のものとする。）3. 施設で看取った入所者28名の終末期の体重変動を調査する。【結果】1. 男性では、やせは国民栄養調査6.4%、入所者50.0%であり、肥満は国民栄養調査24.7%、入所者0%であった。女性では、やせは国民栄養調査8.9%、入所者43.1%であり、肥満は国民栄養調査24.7%、入所者2.8%であった。2. 入所者の通常のBMIは、12.79～30.77の範囲にあった。最多はBMI19であり、次いで16であった。3. 終末期と判断された時点から死亡するまでの期間は1日～1年11か月であり、この間の体重減少率は0～27.07%であった。体重が増加した入所者もいた。死亡時のBMIは10.9～20.6であった。【考察】BMI18.5未満であっても要介護度が低い入所者や歩行が自立している入所者、形ある食事が食べられている入所者が存在する。低体重が一概に不利益となっていないようである。終末期と判断されてから死亡するまでの状態は個人差が大きい。終末期と判断される事由は病状進行や老衰、嚥下機能低下が多く、低体重は必ずしも終末期に近いことを示してはいないと思われる。浮腫や利尿剤の有無など、体重が水分の影響を受けているかも把握すべきである。【結論】低体重であっても病状やADLが安定しているのであれば、それがその年齢での適正体重であると思われる。

O-010

認定看護師による在宅介護従事者向け研修会への取り組み

江見早紀子¹、坂井英美子¹、松岡真知子¹、横尾美智子¹、山下将司¹、富山ルミ¹、齋藤孝子¹、内田郁美²、入部直子¹¹ JCHO 佐賀中部病院 看護課、² JCHO 湯布院病院 看護部

【はじめに】JCHOのミッションの1つとして地域包括ケアの推進が謳われている。住み慣れた地域で自分らしい生活を続けるためには、医療と生活の両面を支える包括的なチームアプローチが大切になってくる。当院には6分野の認定看護師が在籍し、いずれも在宅支援に関連が深く、医療と介護の連携構築に貢献したいと考えていた。そこで地域で活動する介護支援専門員やヘルパーなどを対象に研修会を計画し、平成27年10月より毎月1回、6ヶ月間開催し研修前、終了後のアンケート調査、交流会を行ったのでその結果と今後の課題について報告する。【結果及び考察】研修会参加者は延べ331人、参加施設は76施設であった。事前アンケートより、認定看護師が提供したい知識・技術と対象者のニーズには乖離があることを知り、対象者のニーズを踏まえた研修内容を検討した結果、終了時のアンケートでは、89%が「内容を理解できた」と回答。今後現場で役に立つ内容であったか、の設問にも90%が「役に立つ」と回答している。また、6回の開催で参加者が減少することなく50名以上の参加があったことは、当院認定看護師の各分野が在宅領域に関係が深く、今後も地域医療支援に貢献できるものとする。研修会では、医療・介護の連携の構築だけではなく、地域・現場のニーズを知ること、認定看護師としてより専門性を活かした提案を行うことができた。また、研修会を企画・運営し、交流会を通じて意見交換をするなかで、地域で生活するための知識や情報不足を実感する機会にもなった。【まとめ】今後も研修会を継続して顔の見える関係性を深めていくこと、地域で生活するための知識、ニーズを把握し現場へのフィードバックを行う。また、地域医療支援におけるチーム医療へ参画するためにも、病院だけではなく自ら地域の現場へ行くような取り組みが課題であるとする。

O-012

在宅強化型老健としての取り組みと特徴

吉川雅俊、川越大地、三原直子、投山誠志郎、別府和男
JCHO 宮崎江南病院附属介護老人保健施設

【はじめに】平成24年度に在宅強化型老健が新設され、老健における在宅復帰という機能は年々強く求められている。当施設においては、平成25年2月から、現在まで在宅強化型老健として継続できている。今回、昨年度実績の分析を行う事で、特徴や課題が見えてきたので報告する。【当施設の取り組み】インテークでは、利用者、ご家族様のneedsを把握して、退所先を明確にするように働きかけている。判定会では、退所先別に4つに区分けを行い、目標人数、現入所者数の見える化を図っている。訪問指導では、リハ職種、支援相談員、介護福祉士で訪問する事で、幅広い指導や相談を行っている。在宅復帰バス、カンファレンスでは、退所時期を意識したりハビリ、ケアを提供すると共に、各職種間で情報共有を図っている。【昨年度実績から見えてきた特徴】入所時点で、在宅、在宅型施設への退所を考えている方が、約70%と在宅復帰率を上げるための利用者確保が行えている事や、退所先未定の方が約15%と少ない事が見えてきた。これは、インテークが機能している事が考えられる。予定していた退所先に約70%の方は退所できており、カンファレンスが機能している事が見えてきた。在宅復帰者の入所期間は、約3ヶ月となっており、在宅復帰バスが機能している事が見えてきた。一方で、予定していた退所先へ帰る事が出来ない利用者が約30%いる。その約70%は入院が原因であった。入所直後、長期入所者の入院が多い特徴や要介護4、5の方の入院率が高い傾向が見られた。入所前の医療機関との連携不足や医学的管理不十分が要因として考えられる。【まとめ】入所する前からの早期の関わり、退所後の生活をイメージした目標設定、多職種での密なカンファレンス、医学的管理、医療連携の重要性を改めて感じた。今後も、質の高い在宅強化型老健として、地域包括ケアシステムの一翼を担いたい。

O-013**リハ会議の実施により自宅入浴が可能になった1症例**

山崎ちひろ、矢野辰志、池田馨、吉田徳子、山畑公弘、森下輝、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】平成27年4月の介護報酬改定において通所リハビリテーション（以下通所リハ）ではリハビリテーション会議（以下リハ会議）の実施を要件としたリハビリテーションマネジメント加算Ⅱが新設された。当施設においても改定後からリハ会議を実施している。そこで今回多職種による支援が有効であった事例について報告する。【対象】平成27年4月からリハ会議実施し、多職種による支援で自宅での入浴が可能となった1症例。【症例紹介】60歳代女性。脳梗塞発症から半年後に通所リハ開始、要介護3。右BRS 2-2-4、杖歩行自立、感覚・高次脳機能・認知機能問題なし。介入時から自宅での入浴希望あったが通所リハ利用時のみ実施。ADL動作は洗体・洗髪・着衣に介助要していた。環境把握のためケアマネ・福祉用具業者・OT・PTで訪問実施。手すり設置とシャワーチェア導入、浴槽の跨ぎ動作習得・洗体自立に向けた自助具使用練習・衣服着脱練習実施した。【結果】身体機能の大幅な改善はないものの、自助具使用により施設での入浴動作は自立となり、自宅浴室改修と福祉用具導入し入浴可能な環境となった。しかし通所リハで週3回入浴していたため、次第に自宅入浴への意思も薄れ、5回目のリハ会議までは自宅での入浴は実施されなかった。気候も良くなり6回目のリハ会議で改めて目標を再確認、家族に対して本人のADL能力の伝達と入浴時の見守り依頼をし、入浴日を決めて自宅で実施し、週1回の自宅入浴が定着した。【まとめ】リハ会議実施により関係者間での密な連携が図れるようになり、当事者の抱える生活課題の把握が行いやすくなった。また、医師から現状や予後の説明があり本人・家族も現状を捉えやすく目標の共有も行いやすい。さらに今後は活動と参加に目を向けた質の高いサービスを提供し、社会参加や通所リハ卒業を見据えた支援の展開を図る必要がある。

O-014

介護老人保健施設での誤嚥性肺炎予防における日常の口腔ケア ～看護師・介護職の意識と行動の変化～

中島陽子、長岡華枝、北瀬由紀、北林春代
JCHO 金沢病院附属介護老人保健施設

【はじめに】介護老人保健施設の看護師の役割は、入所者の生活を健康面から支えることである。今回、誤嚥性肺炎による入院が続いたことで原因を振り返った。その結果、個性にあったケアが継続されていないことが分かった。そこで口腔ケアに関する職員の意識調査を行い、課題解決への取り組みを行った。【方法】看護師5名、介護福祉士13名、療養介助員2名に、質問紙による意識調査を行い、課題を抽出した。課題解決のために言語聴覚士に依頼し、口腔ケアの研修会を開催した。受け持ち職員と、個々の利用者に有効な口腔ケア手順を作成するため、個別の方法を共有出来るように掲示した。これらの介入を行い、介入前後の職員の意識の変化を調査した。【結果】長期臥床している入所者の口腔内の保清ができていないのは、「だいたいできていない」「できていない」が、介入前は看護師0%だった。理由は「口唇や口腔内、舌の乾燥が目立つ」「1日3回の口腔ケアでは十分な清潔保持は困難」だった。介護職は33%で、理由は「看護師に任せている」「定時で口腔清拭が行われている」等が聞かれた。介入後は、看護師80%、介護職92%と増加した。「経管栄養注入時以外にも訪室毎に口腔内を観察し、ケアを実施している」「看護師だけでなく介護職も行っており、保清ができていない」等へと変化した。【考察】変化のステージモデルでみると、無関心期に口腔ケアの研修会を行い、知識を得、整理する機会を設けたことで、口腔ケアを行う動機づけとなった。看護師・介護職が共通した口腔ケアを実施するためには、何が障害であるかを話し合うことで、職員の不安が緩和され関心期に入った。口腔ケアを行う時間の設定や物品の準備、口腔ケアの方法を個別に掲示したことで準備期が整い行動変容に繋がったと考える。今後の課題として口腔内環境が望ましい状態になっているか評価が必要である。

O-015

地域の医療・保健・福祉との事例検討を中心とした情報交換会の報告 ～2年間の取り組み～

伊藤美智子、高橋綾子、小林宏美、伊藤直美、伊藤恵、山口良子、澤澤敦子、青木竜太、嶋田文子、柳田千尋
JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部

【はじめに】住み慣れた地域で最後まで暮らし続けるために急性病棟の退院支援・調整では退院後のイメージを視野に入れたケアが重要である。そこで、在宅療養を支える医療・保健・福祉との連携体制の強化を目標に事例検討を中心とした情報交換会を行ったので報告する。【目的】事例検討会を中心とした情報交換会を5回開催した効果を明らかにする。【方法】情報交換会のアンケート結果の分析。【結果・考察】第1回の事例は褥瘡2例、第2回は間質性肺炎患者と独居の胆管癌終末期患者、第3回は脊椎梗塞の褥瘡患者、第4回は在宅で看取った2例、第5回は認知症患者であった。院内から退院調整について、地域から在宅療養の実態を発表し、スムーズな退院調整を目的にグループワークを行った。出席者総数は324名（院内183名、院外141名）。職種は看護師、保健師、PT、OT、MSW、医師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパー、相談員、後見人、弁護士など。アンケート結果：満足度は満足が96.1%、今後役立つと思うかは役立つが97%であった。意見：「早期の情報交換の必要性は理解していたが忙しいので連絡しにくかった。GWにより顔が見える関係ができて遠慮しないで連絡できる。」「医療者のアセスメントを押し付けるのではなく患者・家族の意向や希望を尊重した援助の必要性が理解できた。」「地域との退院前カンファレンスにより退院直後の不安が軽減すると知った。」「急性期病棟の早い流れでの退院調整が理解できた。」等の意見があり病院と地域の相互理解に繋がった。行政、後見人や弁護士からの意見は参加者の新しい気づきの機会となった。【まとめ】1多職種参加の情報交換会により病院と地域の相互理解が深まり、地域全体を視野にした退院調整を心がけるようになった。2患者・家族の意思決定や希望を尊重したケアが出来るようになった。3情報交換会が自院の看護と地域ケアの向上に役立ち安心した療養生活に繋がるよう取り組みたい。

O-016

「経口維持・向上への取り組み」

佐藤美紀子¹、内田千代¹、伊東雅子¹、小林幸子¹、
武藤亜耶子²、佐藤智子¹、古川好恵¹、篠崎真由美¹、木平百合子¹
¹JCHO うつのみや付属介護老人保健施設、²JCHO うつのみや病院

1はじめに高齢者は、加齢に伴いADLの低下や身体機能の低下が起こり、特に摂食・嚥下障害は誤嚥性肺炎や、栄養不良によって褥瘡など、様々な複合病態に繋がっていく。当施設は、言語聴覚士が在籍していない為付属病院の言語聴覚士と協力し、経口維持・向上の取り組みを行ったので報告する。2期間平成27年4月～28年4月対象者37人3方法1) 経口維持のためのチームを結成2) 算定書類の作成3) 病院職員言語聴覚士による水飲みテスト4) 対象者へ多職種によるミールラウンド5) 情報の共有・評価6) 経口維持加算算定マニュアル作成7) 経口維持・向上の勉強会8) 書類の簡素化4結果・考察 言語聴覚士、管理栄養士、作業療法士、看護師、介護福祉士での、水飲みテスト、ミールラウンド、評価、アドバイスをを行った。経口維持加算算定は37人。その中で6か月以上継続した12人中、経口機能の向上が6人、維持が3人であった。ミールラウンドのチェック項目では口腔ケアの充実で口腔内の食残が少なくなり、食事形態の変更で拒食者が減少した。次々と食べ物を口に運んでいるに関しては、スプーンを小さくする事で急いで食べる事が改善できた。また、トロミ剤の配分でむせが少なくなった。期間中、経口維持向上機能加算算定者37人中、肺炎と診断され入院となった対象者は4人であった。入院となった4人は、水飲みテストでハイリスクでなく、全員が自己摂取している方であった。しかし、4人中3人は感冒などをきっかけにミールラウンド評価でむせたり咳き込んだりする機能の低下が見られていた。5今後の課題 入所時のミールラウンドの評価が悪くなくても、多職種による評価が下がっている場合は肺炎のリスクがあると考え、下がっている項目に対する対策が早急に必要である。特にむせ、咳き込みがみられ始めた場合は肺炎のリスクが高いと考え、状態の変化を早期に知る為に、多職種間の連携を密にする事が重要である。

O-017

不適切ケア防止への取り組み～リフレクションを通して～

柳原孝至¹、石橋昌代²、井上阿貴子²、東尾裕子²、梅田真由美²、清水由美²
¹JCHO 神戸中央病院附属介護老人保健施設、²看護・介護部

【はじめに】近年高齢者施設での不適切ケアが社会的に問題視されるようになっている。今回、より質の高いケアを提供することを目的にチームで不適切ケア防止に取り組み、リフレクションを行うことで職員の意識に変化がみられた。その取り組みについて報告する。【対象】老健2階療養棟（看護師、介護職員）17名【方法】1.リフレクションの勉強会2.神戸市高齢者虐待防止映像を教材に使用し、不適切ケアと思われる場面を12項目にわけ、毎月のチーム会で事例検討3.行動目標設定後、行動を行う。行動前後の職員の意識の変化をアンケートで評価4.チーム全体の取り組みについて意識の変化をアンケートで評価【倫理的配慮】実際のケアの場面の検討やアンケートの際、個人を特定・追及しないこととした。【結果】最も意識の向上がみられたケア項目は「下膳時はその方の食事が終わったか声をかけてからにする」である。しかし「職員の不適切ケアに気付いた時、直接職員に声をかけている」という項目は変化がなかった。チーム会の取り組みでは全ての職員が、「自分の行動を振り返り、言動の意味を考えるようになった」等、意識に変化があったと答えている。【考察】今回の取り組みでは、自分たちが日ごろ行っているケアと教材を照らし合わせることで、個々の、問題点を明確にし、個人の経験を知識に変換することができた。又、束めぐみのいうリフレクションの4つのプロセスを踏むことで、個々のケアに対する意識が高まった。さらにケアについてチーム全体で、個々のケアに対する思いを共有することで、チーム内にリフレクティブな関係ができ、利用者のケアに対する意識の向上に繋がった。今後、より質の高いケアを提供するために職員間でリフレクティブな関係を維持確立していきたい。

O-018

外科外来から関わる退院支援に向けての検討

萩原友美、金古理英、久保美幸、佐藤幸子
JCHO 群馬中央病院 看護部

はじめに 当院外来では、入院が決定した患者に対して診察につく看護師が入院説明を行っていた。そのため、入院説明に十分な時間を取ることができず患者の詳しい生活状況や入院加療に伴う問題・退院支援の必要性を把握出来ていない状況であった。入退院センターを設立するにあたり入院予定患者の退院支援に関わる要望を明らかにすることで、早期から適切な情報提供が出来るのではないかと考えた。そこで、患者に退院支援に関わる要望を調査し外来から関わる退院支援に向けた介入のあり方を検討することとした。

目的 入院説明時に退院支援調査シートを用いて、退院支援に関わる要望とその程度を明らかにし退院支援へ向けた介入のあり方を検討する方法

1 対象

外科に入院予定の外来通院患者100名

なお、患者が回答できない場合、その家族を対象とする

2 データ収集方法

退院支援に関わる要望を問う選択回答式質問調査シートを用い、入院説明時に配布し記載後に回収した

結果 経済面に関して、不安を感じている者は22.0%で高額医療制度に関する情報を得た者は35.0%であった。また、介護に関しては身体障害者手帳や福祉サービスの利用に関する情報に知りたいたいと思っている者が7.0%で介護保険に関する情報に知りたいたいと思っている患者が12.0%であった。退院後の生活に関して相談したいと思っている者が8.0%で、家族や仕事について悩みがある者が14.0%であった。また、退院後の自宅での生活について相談したいと思っている者は25.0%であった。これらをADL別にみると自立した者が70.0%以上を占めていた。

結語

1 入院決定時には病気に対する不安が先行し、治療に関わる費用や退院後の生活の事を気に掛ける余裕がない

2 患者の不安に対してその時々で適宜情報提供をしていく必要がある

3 入退院センターと連携して支援を行い、よりよい医療サービスを提供できるよう取り組んでいきたい

O-019

地域連携室における退院支援と今後の課題

永吉由紀子¹、黒田あいか²、梅原ゆかり²

¹ JCHO 三島総合病院 看護師、² ソーシャルワーカー

【はじめに】地域包括ケアシステムの構築のひとつとして、地域連携室に退院調整専任看護師が配置され退院支援を行っている。病院から在宅療養へスムーズに移行するために退院支援は、地域の保健・医療・福祉サービスとも連携しながら、患者・家族をサポートすることが重要となる。【目的】良質な退院支援を行うことを目的に退院支援に関する実態を調査し、今後の課題を明らかにする。【方法】H27年4月からH28年3月までに退院調整看護師が関わった128件を対象とした。入院前の生活により、「独居」「高齢者世帯」「家族と同居」「施設入所」に分け、退院支援内容を調査した。【結果】患者属性は、男性45件女性83件、平均年齢83.2歳。診療科別では整形外科・呼吸器科・脳神経外科が上位を占めた。在宅復帰率は87.3%。支援内容は、「独居」「高齢者世帯」「家族と同居」においては、介護保険の申請・区分変更の説明、在宅療養に必要な医療・介護の指導、在宅療養に必要な福祉用具の調達、訪問看護の導入、在宅サービスの調整・導入が多かった。在宅療養に必要な医療・介護の指導は、排泄助動・食事助動・マウスケアが多く、他に吸引や胃瘻管理があった。訪問看護の導入では、全身状態の観察・排便コントロールが多かった。入院前よりADLの低下や新たにケアマネージャーを調整したケースでは、ケアマネージャーが在宅復帰後に必要なサービスを調整することになった。「施設入所」では、在宅療養に必要な医療・介護の指導が多かった。【考察】退院後の在宅療養に関して、入院前と同様の生活が出来る件数は少なく、新たな医療介護や社会福祉サービスが必要となっていることが明らかになった。【今後の課題】今後更に増加する高齢者の在宅療養を支援するために、患者家族及び看護介護関係者からの退院後の在宅療養生活について、生活状況・介護状況などのフィードバックを行い今後の退院支援に活かすことが必要である。

O-020

患者・家族の願いを叶える退院支援
～地域包括ケア病棟での取り組み～

武田由美
JCHO 宇和島病院

高齢化率35.6%の宇和島市で地域包括ケア病棟54床を開設し「地域住民の幸福な生活を支えるケアを提供する」という看護理念のもと退院支援に取り組んでいる。本人の家に帰りたいという意思を尊重し、実現出来た事例を通して看護師の役割を再認識したので報告する。腰椎圧迫骨折で入院された87歳のM氏は「家で好きに暮らしたい。自分で何でもできる。」と自宅退院を強く希望された。しかし長距離の歩行が不安定、軽度の認知症状、誰とも交流を持たない、自宅周辺に急な坂や石段があるという4つの課題があった。誰の支援も受けず独居生活を続けることは困難な状況だったが、環境や介護サービスの調整ができれば自宅に帰ることは可能だと判断した。そこでM氏が自宅で生活するために多職種・病棟カンファレンスで提案し何が問題かをアセスメントし、解決策を話し合った結果、日常生活動作の自立を促し、IADLが整えば自宅に帰れるのではないかとという結論に至った。姪と市の担当者は施設入所を希望されていたため、頻りに連絡を取り、話し合いの場を設けた。食事、排泄、入浴など1つ1つの生活動作が可能か、本人と共に検討した。その結果、介護保険の利用について承諾されサービスを調整していくことになった。退院後訪問では、物の場所がわからなくなることや、畳の生活に戻り、ふらつく姿も見られたが「やっぱり家はいい」と笑顔がみられた。安全な環境とはいえないが、住み慣れた家、思い出の中で生活できるM氏の喜びに触れ、私達看護師は「人」を支援し「人生」を支援するのだと実感することができた。本人の思いや家族の不安を受け入れ、安全や安心を整えることは容易ではない。さらに退院後は患者を直接支援することはできない。だからこそ入院中に日常生活動作をアセスメントし患者・家族と地域をつなぐことが大切である。看護師が諦めない姿勢で、患者・家族の願いが叶えられる退院支援を実践していきたい。

O-021

医療・生活介護の課題を持つ患者の退院支援における地域
包括ケア病棟の看護師の役割に関する検討
～糖尿病合併症を抱える事例への介入を通して～

竹田美樹、鈴木礼子、吉浪典子
JCHO 東京蒲田医療センター 看護部

【目的】事例分析から地域包括ケア病棟の看護師の役割を検討する。【方法】対象：A氏、50代男性、無職。糖尿病性壊疽、糖尿病性網膜症。右下腿切断後の創感染を繰り返したが、状態が安定し地域包括ケア病棟へ転棟。A氏は他院の眼科受診を急いでいるが、創閉鎖に至っていない、糖尿病の療養法が具体化できない、不衛生な自宅環境が改善されない等の課題を抱えながらも自宅退院した。その後、転倒を繰り返し、退院14日後に右下肢断端創感染にて一般病棟へ入院した。24日間の経過を経て再び地域包括ケア病棟へ転棟した。データ収集：診療録・看護記録より看護師の役割と考えられる内容を抽出し分析した。倫理的配慮：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】A氏は「この病棟に來たならそろそろ退院だけど、このまま転院させて」と語るなど、看護師に依存的になっていた。そこで、A氏がどうしたいののかの意思決定を支援して自宅退院へ向けた支援を開始した。A氏の医療管理上の課題を医師に相談し、一般病棟からの看護を引き継ぎつつ認定看護師と栄養士に相談して創処置や糖尿病療養法のセルフケアの簡素化と具体化を行った。生活介護上の課題を理学療法士、ケアマネジャー、訪問看護師へ相談し、ADL充足や療養法が実践できる環境調整等の在宅療養支援体制を整えた。退院前カンファレンスでは「眼科手術まで現状維持」を目標に療養法や、サービス内容を決定して自宅退院となった。【考察】地域包括ケア病棟の看護師の役割は、1) 急性期を引き継ぎ医療管理上の課題と生活介護上の課題を包括的にアセスメントし介入、2) 院内内外の多職種協働の調整、3) 地域包括ケア病棟の特徴を生かし退院後の生活再構築への支援と強化、と考えられた。今後、退院支援体制の整備、看護実践の質や妥当性の検討、組織全体での地域包括ケアの概念の定着を促進していく必要があると考えられる。

O-022

地域包括ケア病棟における退院調整
～独居者への退院調整のあり方～

日野幸子

JCHO 湯布院病院 看護部

【はじめに】地域包括ケア病棟の役割は、急性期病院と在宅への橋渡しである。地域包括ケア病棟（以下A病棟）の入院患者の主たる疾患は、循環器及び呼吸器疾患・内分泌疾患や整形外科疾患で、A病棟のH27年の平均年齢は73.7才、在宅復帰率は84.6%であった。【目的と方法】リハビリテーション提供単位についてみると、回復期リハビリテーション病棟に比べて少ない病棟（地域包括ケア病棟）での脊椎椎体骨折の実態を調査し、あわせて独居者への退院調整のあり方を考えた。H27年5月～H28年3月まで入院した脊椎椎体骨折患者について、カルテからデータ抽出した。【結果】入院患者378名中、主たる病名が脊椎椎体骨折である患者は23名6.1%であった。男性4名・女性19名、平均年齢86.4歳であった。入院前の環境は独居6名、老夫婦世帯3名、子供との同居13名、施設1名であった。在宅復帰者は22名95.6%で、退院時の機能レベルは歩行レベル20名87%、車イスレベル3名13%で、全員が受傷前の状態に改善していた。独居者6名は全員が在宅復帰しており、車イスレベルの患者が1名いた。【考察】限られた入院期間で独居生活を再開できたのは、在宅復帰を目指した詳細な情報収集や退院前在宅訪問での実際の動作確認、そして在宅生活を継続するために何が必要かを入院中早期から明確にして対応・解決したことが挙げられる。私たちは、時に患者の機能レベルを見て「独居は無理だ」と考える傾向がないとは言えない。しかし、「在宅復帰したい」という患者の強い意志を尊重しながら、院内の多職種や訪問看護・地域と連携し、住み慣れた地域でその人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退院支援していくことで、良い結果をもたらすことができると考えられた。

O-023

地域包括ケア病棟における在宅復帰支援の取り組みについて
～退院支援情報シートを活用して～

伊藤美穂、河窪孝子、依田志保、池谷容子、菊部千草

JCHO 山梨病院 包括ケア病棟

【はじめに】H27年3月に地域包括ケア病棟を開設した。急性期治療に伴う安静等により入院前よりADLが低下し転棟するケースが多い。急性期病棟入院時より退院支援に取り組んでいるが、生活環境の情報不足や、実際の患者の状態と患者・家族が期待する生活状況にズレが生じ、スムーズな退院支援が行えない現状がある。そこで、山梨県看護協会作成の退院支援マネジメント・ガイドラインの退院支援アセスメント用紙をベースに独自の情報シート「退院支援アセスメント用紙」（以下アセスメント用紙とする）を作成、退院に関わる問題点の明確化と目標の共有が可能となったので報告する。【目的】退院支援アセスメント用紙を作成・評価し、患者・家族のニーズに沿った退院支援につなげる。【方法】質問紙によるアンケート調査【対象】H27年7月から9月に地域包括ケア病棟へ入院した患者と家族【結果】アセスメント用紙を使用することで退院後の生活がイメージでき、退院先について患者・家族の考えは92%が一致していた。また、医療チームでの関わりにより退院の目標や退院後の生活をイメージし、必要なサービスについて明確になったと83%が回答した。一方、短期間の関わりにより不十分さを感じたと17%が回答した。【考察】アセスメント用紙を活用することで、情報共有が可能となり退院後の生活やADLに合った退院支援が明確となり、早期から多職種との連携を図ることにつながった。アセスメント用紙は個性に合わせた退院支援に有用であると考えた。現在、入院決定時に外来よりアセスメント用紙を使用し、急性期病棟から退院を見据えた関わりができるよう、入院当日に退院支援スクリーニングシートを記載、入院一週間を目安に四者カンファレンスを実施している。今後も、患者・家族が不安や希望を表出できる環境を整え、退院支援の充実と質の向上を図っていききたい。

O-024

当院における脳卒中患者の内服管理基準の検討

矢部千恵¹、稲熊成憲¹、室生祥²¹ JCHO東京新宿メディカルセンター リハビリテーション室、² リハビリテーション科

【序論】脳血管障害患者にとって、内服薬の自己管理は再発予防の為に重要なセルフケアの一つである。当院では、看護師による内服練習で自己管理の可否を評価している。現状ではその対象や開始基準は曖昧であり、作業療法士の関わりは不十分である。回復期リハビリテーション病棟入院中の脳血管障害患者を対象に、内服練習を行った人の特性を明らかにした。【対象】2013.11～2014.3に当院回復期リハビリテーション病棟入院のクモ膜下出血を除く脳卒中患者であり、入院中に内服練習を終了した35名を対象とした。【方法】電子カルテより後方視的に調査し内服練習実施群と未実施群に分けた。年齢・性別・疾患名・損傷部位・発症回数・就労歴・復職必要性・転帰（自宅／自宅以外）・入院前内服自立度・内服の協力者の有無・初期（入院後1ヶ月）FIM運動・認知項目の得点・二木の予後予測に基づいた分類に関し分析した。内服自立度は、ア）7日間分渡された内服薬を自己でピルケースに仕分ける、イ）自身で開封する、ウ）処方通り内服する、の3項目を7日間連続で行える場合を自立とした。統計処理にはSPSSver.11.0を用いた。本研究を進めるにあたり当院倫理委員会による承認を受けた。【結果】内服練習実施群と未実施群に関し、年齢・転帰・二木分類・初期/最終FIMで有意差が得られた。また実施群と未実施群で、初期FIMの運動項目が50点以上と50点未満の群に分けカイ二乗検定を行った結果、実施群に50点以上の者が多く有意差が得られた。【考察】若年で自宅退院を予定し歩行自立が見込まれる者が練習開始の対象となっていた。初期FIMの運動項目の得点が50点以上、二木の分類が練習開始の基準となる可能性がある。今回の調査結果から、仕分け→開封→内服の順位性が見られ作業療法での介入が必要な項目である。

O-025

トルバプタン使用時の血清ナトリウム濃度の検討

肥田あゆみ¹、兼松哲史¹、中村英明¹、横内一彦²、山田清康²、岩田敬和²¹ JCHO 可児とうのう病院 薬剤科、² 統括診療部 循環器内科

【目的】トルバプタンはバソプレシンのV2受容体への結合を選択的に阻害し、水分のみを排出する水利尿作用を有する。トルバプタンは既存利尿薬で改善しない心性浮腫に対し適応があるが、添付文書の警告に記載があるように急激な水利尿から高ナトリウム血症を来す可能性がある。今回、可児とうのう病院（以下、当院）循環器内科においてトルバプタン服用中の患者に対して血清ナトリウム濃度の変動についてレトロスペクティブに検討した。【対象及び方法】調査期間2015年1月から2015年12月までの間で、当院循環器内科でトルバプタンが投与された心不全患者を対象とした。平均調査期間は7.18日±4.95日間であった。患者は28例、うち女性17例、男性11例であった。平均年齢は81.37±11.29歳、投与量は7.5mgで開始した患者が19例、3.25mgで開始した患者が9例であった。15mgで開始した患者はいなかった。【結果】トルバプタン投与前の血清ナトリウム値の平均は138±4.61mEq/L、中央値：139mEq/L、投与後の血清ナトリウム値の平均は138.3±5.231mEq/L、中央値：138mEq/Lであった。血清ナトリウム値が150mEq/L以上の患者は1例（3.5%）であった。3.75mg投与群と、7.5mg投与群において、血清ナトリウム値の上昇に有意な差は認められなかった。（p=0.3、Mann-Whitney U-test）【結果】トルバプタンの国内使用成績調査において高ナトリウム血症の発現率は3.6%と報告されている。当院においては3.5%であり高齢患者が多い中、トルバプタンは国内使用成績調査と同等であった。

O-026

DXA 大腿骨骨密度測定における膝関節屈曲が与える影響

北山貴章

JCHO 東京城東病院 放射線科

【目的】骨密度測定は骨粗鬆症診療に不可欠な検査として臨床に用いられており、当院でも使用しているDXAは骨粗鬆症の診断基準や予防と治療のガイドラインでgold standardの方法として位置づけられている。骨密度は年余にわたってゆっくり変化するため、その定量評価には高い精度が要求される。DXAは生体の定量検査の中では精度が高いと言われており、その高い精度は測定技術によって担保されている。今回は右大腿骨骨密度測定による膝関節屈曲が与える影響を調べ技術向上に役立てたい。【方法】ボランティア10名に骨密度測定を協力してもらい右大腿骨骨密度測定をする。測定は右膝関節伸展位および20度屈曲位の2種類行い測定データに与える影響を考察する。【結果】すべての測定で膝関節伸展に比べ20度屈曲の骨密度測定データが低下した。【考察】ワークステーションで20名の健常者大腿骨頸部X線入射位置における頸部中心の距離を測定した。すべての人で伸展に比べ、屈曲の距離が短くなった。骨密度低下の原因はこの解剖的な要因におけるものと思われる。骨密度測定患者の中には膝関節の痛みがある方もおられ、膝関節伸展の困難な状態である場合も少なくない。その場合見かけの測定値よりも本来は高い可能性もあり、どのような状態の測定体位であったか医師との密な連携が必要である。今後は骨密度測定レポートの作成などを検討していきたい。

O-027

骨盤部 MR 検査でのポジショニングによるアーチファクト低減の工夫

境一也¹、中谷瞬¹、飯田真衣¹、風間千紜¹、辻村恭平¹、中尾哲¹、高谷道和¹、中西攝子²¹ JCHO 大和郡山病院 放射線部、² 放射線科

【はじめに】現在当院における骨盤部のMR検査は、各シーケンス1分半～5分程度で撮像する息止めのない検査としている。そのため、腹壁や体幹部の動きが原因となるアーチファクトが目立つことがあった。腹壁の動きを抑制するために骨盤部に腹帯を巻き、体幹部の動きを抑制するために検査台にバキュームクッションを敷いている。今回それらを組み合わせてポジショニングし、アーチファクト低減について検討したのでここに報告する。【使用装置】MAGNETOM Skyra 3T SIEMENS社【方法】1.『何も使用しない』2.『バキュームクッションのみ』3.『腹帯のみ』4.『腹帯を骨盤部に巻き、バキュームクッションを敷いた検査台にのる』5.『バキュームクッションごと腹帯を巻く』といった5種類の方法で撮像する。そしてMR担当診療放射線技師5名と放射線科医師1名による視覚的評価を行い腹壁や体動によるアーチファクトの違いを検討する。【結果】アーチファクトが最も強く出現したのは1.『何も使用しない』の場合であった。逆に最もアーチファクトが少なく腹壁や体幹部の動きを抑制できたのは5.『バキュームクッションごと腹帯を巻く』の場合であり、診療放射線技師と放射線科医の間に相違はなかった。【考察】バキュームクッションごと腹帯を巻くことでバキュームクッションと体との密着性が向上し、より腹壁や体幹部の動きを抑制できていると考えられる。今後骨盤部にかかわらず、固定が重要となる整形領域など様々な部位においてバキュームクッションや腹帯、砂囊、固定ベルトなどを駆使し、より動きによるアーチファクトの少ない診療価値のある画像を提供していきたい。

O-028

MRIを用いた全身の骨転移検索ルーチン法の紹介と躯幹部拡散強調画像の画質改善の試み

定昭彦、中垣英治、尾崎浩司、浅野景子、岡崎忠司、橋本達、小林美登利
JCHO 大阪みなと中央病院 放射線科

本研究の目的は、全身の骨転移検索に臨床応用しているMRI躯幹部拡散強調画像の画質を改善することである。使用装置はPHILIPS社製 Intera Master 1.5T, Release 2.6, gradient strength=30mT/m, slew rate=150T/m/sである。全身の骨転移検索には $b=600\text{sec/mm}^2$ のMPG (motion probing gradient) を印加したDWIBS法 (diffusion weighted whole body imaging with background body signal suppression) による拡散強調画像を撮像しているが、SENSEコイルを使用できないため、全て本体のQD-BODY coilで撮影を行っている。従って、システム上の理由からノイズによる問題を改善する余地があった。視覚評価としてHalf factorの違いによるファントム実験を行い、信号、ノイズ、鮮鋭度について検討を行った。結果、Half factorを0.6からnoへ変更して撮像することで、ノイズが軽減し、鮮鋭度が増した。また、健常ボランティアを撮像した比較評価でも、視覚的に画質の改善が見受けられた。当施設では、PET (Positron Emission Tomography) や骨シンチグラフィーの設備がないため、2003年から現在に至るまでMRIを用いた躯幹部拡散強調画像で全身の骨転移検索を施行している。PETや骨シンチで全身スクリーニング検査をする際は、治療方針に重大な影響を与える場合や造影剤アレルギーでCTやMRI検査の造影検査ができない時であるが、腫瘍の病理性状を反映している躯幹部拡散強調画像で骨転移をフォローすることは、当院のようにPETや骨シンチの設備がない施設では、非侵襲的であり有用な手段と期待できる。今回の報告では、上記の画質改善に加えて、当科で13年間定着している躯幹部拡散強調画像を含めた全身の骨転移検索のルーチン検査法を紹介し、MRI躯幹部拡散強調画像を用いた全身の骨転移検索の有用性を2例の症例を提示して説明する。

O-029

CT-AECを用いたときの寝台高さ補正機能の検討

高橋大地、山口隆義、藤井友則
JCHO 北海道病院 放射線部

【目的】CT装置にはスキャノ画像から撮影線量を自動で設定できるCT-AECが装備されている。従来のCT装置では同一被写体でも寝台の高さの違いによってスキャノ画像の拡大・縮小がおこり、被写体の誤認識から管電流値に差が生じ、画質に影響を及ぼしていた。今回ソフトウェアのVer. upに伴い、寝台の高さに対する補正機能が備わったのでその精度について検討した。

【方法】TOSHIBA Aquilion ONE visionおよび水ファントムを使用した。撮影条件は120kV、設定SD10、管球回転速度1.0sec/rot、スライス厚 2.0×4 、FOV500mm、reconスライス厚8.0mmとした。水ファントムを用いて、寝台の高さをFOV 中心から上下方向に30mmずつ(+90~-120mm)変化させ、寝台高さ補正なし、補正ありでそれぞれのmAs値と中心および周辺4箇所CT値のSDを測定し比較した。

【結果・結論】FOV中心より寝台を上げるにつれ、補正なしではSDが下がり、ありでは変化は見られなかった。また、寝台を下げるにつれ、補正なしではSDが大きく上がり、ありではSD変化は小さかった。次に、寝台の高さを+90から-120へと下げるにつれ、補正なしのmAs値は徐々に小さくなり、補正ありではmAs値に変化は見られなかった。寝台高さ補正のあるCT-AECは精度がよいことがわかった。

O-030

電子線治療での汎用モンテカルロ法の利用

阿野匡昭、安藤裕、松坂宏夫
JCHO 埼玉メディカルセンター 放射線科

【背景】放射線治療において、線量の分布を把握することは重要である。照射計画する局面では、専用ワークステーションを用いたコンピュータシミュレーションによって、線量の分布は把握される。しかしながら、電子線治療においてはペンシルビーム法を用いられることが多く、線量計算の不確かさが大きい。これを解決するにはモンテカルロ法を用いることが近道であることが知られているが、このモデリングには困難も多い。そこで今回、我々が作成した一部計算済みのデータ^[1]を用いることで簡便に体内線量分布をシミュレーションする手法について、臨床での利用を想定したワークフローを策定したので報告する。

【目的】電子線の線量分布を、モンテカルロ法を用いて高速に計算すること。

【方法】Elekta Synergy の6MeV 電子線を想定してモデリングした一部計算済みのデータを10cm10cmに整形し、CT画像から変換したボクセルファントムに照射する計算機シミュレーションを行った。汎用モンテカルロコードにはPHITS^[2]を用いた。

【結果】システムの導入コストを投じることなく、CT画像をもとにした電子線線量分布のシミュレーションが可能となり、従来より3倍以上高速になった。

【考察】一部計算済みのデータを用いることで、モンテカルロ法による体内線量分布をシミュレーションすることへの道筋を得ることができた。今後は、計算機グリッド環境の構築などを進めることでさらなる高速化を進め、全症例への適応を目指す。

[1] Ano M.: Dump file creation based on the scattering foil structure calculation in the electronbeam Monte Carlo simulation. Japanese Journal of Medical Physics, 35:3, 135 (2015)

[2] Sato T, Niita K, Matsuda N, et al.: Particle and Heavy Ion Transport Code System PHITS, Version 2.52, J. Nucl. Sci. Technol. 50:9, 913-923 (2013)

O-031

手術後のX線ガーゼ遺残防止につながる画像処理の検討

福永慎一郎、中村祐也、三吉恵恵、横川裕子、吉永憲正
JCHO 徳山中央病院 放射線部

【背景・目的】手術に使用したX線ガーゼが体内に取り残されて（遺残）ないかを確認するため、開胸、開腹手術後にX線撮影を施行する。しかし、手術後の胸部撮影では、通常の胸部画像処理で画像を観察すると縦隔（心陰影）内の画像濃度が白とびし、X線ガーゼを見落とすリスクがある（モニタ読影viewerで画像濃度を変更しても読取ヒストグラム外であればX線ガーゼを見つけ出すことは不可能である）。加えて、読取ヒストグラム内であっても画像処理次第ではX線ガーゼの検出は難しくなる。同様に、腹部撮影においても、脊椎などの高吸収体、仙腸関節などの構造上判別が付きづらい部位と重なることでX線ガーゼを見落とすリスクがある。手術室でのX線撮影条件、画像処理を見直すことで、医療事故の防止の一助につなげることを目的とする。【方法】当院では富士フィルムメディカルFCRを使用しており、マルチ周波数処理（MFP）の強調係数や処理パラメータを設定し、視覚評価等を行う事で最適な画像処理条件を導き出す。【結果】強調係数や処理パラメータを理解し、遺残X線ガーゼの検出を目的とした適切な画像処理条件に設定する事で、X線ガーゼの視認が容易になった。【考察】手術後のX線撮影（特に腹部）の目的は遺残X線ガーゼの検出が目的であるにも関わらず、診断画像と同様の撮影条件でX線撮影をし、画像処理で画像出力を行っていた。しかし、本検討を経て、胸部撮影ではLysholm Blendeを使用した腹部X線撮影条件を使用し、胸部条件と縦隔条件の2枚を出力する。腹部撮影では被写体に対するノイズ成分を抑えるためにX線撮影条件を80kV台の電圧とする。そして、本検討で求めた胸部、腹部の手術室用の強調係数や処理パラメータを用いることで医療事故防止の一助につながるかと考える。

O-032

腰椎圧迫骨折の有無による骨密度測定値の評価

多々良直矢、神山和明、平井幸栄
JCHO 東京山手メディカルセンター 放射線部

【はじめに】

わが国においては、人口の急速な高齢化に伴い骨粗鬆症の患者が年々増加しつつある。骨粗鬆症とは骨強度が低下して骨折リスクが増大した状態である。骨折が起こると、その結果身体機能の低下、運動機能障害と内臓器障害をきたし、ADLとQOLを低下させ、重症では寝たきりにいたる。したがって、骨粗鬆症の正確な診断は非常に重要なことである。骨密度測定では、特にDXA法による腰椎・大腿骨近位部の骨密度測定が主流となっている。

DXA法はエックス線によるイメージングと定量解析によって骨ミネラル量（骨塩量）を測定することにより骨量を知ることのできる方法である。骨密度測定において最も精度が高い。

骨粗鬆症をはじめとする代謝性骨疾患の早期発見、治療効果の判定などに用いられる検査である。

【目的】

骨密度測定の診断に対する信頼性の向上を目的とする。

圧迫骨折や硬化性変化などの有無によって骨密度測定結果にどの程度影響がでてしまうのかを検討した。

【方法】

GE社製（LUNAR Prodigy）DXA法を使用した。

腰椎圧迫骨折や硬化性変化などを有する患者様を対象とした。疾患部位をROIに含めたデータとはずしたデータの平均値を算出し、その差を比較した。また経時的にフォローアップされている患者様についての結果表示についての検討を行った。

【おわりに】

骨密度測定は圧迫骨折や硬化性変化などの有無によって測定結果が大きく異なるため、目的に応じて適切な検査をすることが大切である。ほとんどの臨床現場では診療放射線技師によって検査が行われている。実際に検査を行っている我々診療放射線技師は今一度骨密度測定の臨床での位置を考え、高い精度での検査を行えるようにしていきたい。

O-033

メタルアーチファクト低減技術に関する基礎検討

遠藤優
JCHO 星ヶ丘医療センター 診療放射線部

【目的】MRI検査では、人工関節や再建韧带固定金具などの体内金属によるメタルアーチファクトにより、画質が大きく低下する。その対策としてバンド幅を拡大する、分解能を高めるなどの方法が一般に用いられているが、大きなアーチファクト低減効果を得ることは困難である。近年メタルアーチファクト対策が進み、今回導入されたMRI装置にはメタルアーチファクト低減技術（以下、WARP-VAT法）が備わっている。そこで今回、WARP-VAT法を使用するに際し、その可変パラメータであるVAT値を変化させ、至適条件について検討を行った。【使用機器】SIEMENS社製 MAGNETOM Skyra 3T、TxRx Knee 15 A 3T Tim Coil、自作ファントム、ImageJ【方法】医療用金属と同等の磁性体を封入した自作ファントムを用いて、従来の撮像法と、VAT値を0～100まで10毎に変化させたWARP-VAT法にて撮像を行った。撮像断面は2Dの冠状断（PE：R-L、H-F）、矢状断（PE：H-F、A-P）、横断面（PE：R-L、A-P）とした。取得した各断面の画像を用いて、同一面における位相方向、周波数方向の信号値のPlot ProfileをImageJにて作成した。信号ピーク間の距離の計測値を画像の歪みの指標とし、WARP-VAT法のメタルアーチファクト低減効果を評価した。【結果】WARP-VAT法にて、設定VAT値を大きくするに従い信号ピーク間の距離が小さくなった。しかし、上限設定値付近ではピーク間距離が大きくなった。【考察】WARP-VAT法による歪み補正は、VAT値を設定することで一定の効果が得られたが、設定値が大きすぎると効果が低下した。歪み補正に用いられるスライス選択方向の傾斜磁場が過度に強くなり、補正された歪み部分が正常部分に干渉することで信号低下を招いたためと考えられる。WARP-VAT法におけるメタルアーチファクトを効果的に低減する適切な設定VAT値の存在が示唆された。

O-034

逐次近似応用法を用いた低管電圧撮影による下肢静脈撮影法の検討

廣川隆史、高橋徹、小林賢一、八木隆行、岸俊夫
JCHO群馬中央病院 放射線部

＜目的＞当院のCT検査において腎機能障害患者に造影剤を使用する場合にはeGFR値をもとに造影剤投与量を減量して撮影を行っているため、下肢静脈撮影では造影剤減量時の造影効果の低下が問題になっていた。そこで今回、低管電圧撮影による造影剤減量時のコントラストの改善と、逐次近似応用法（AiSR）を用いたノイズの改善を利用した被ばく低減を目的に下肢静脈撮影法の検討を行ったので報告する。＜方法＞造影剤通常投与時と減量投与時を想定して、管電圧120kV撮影時のCT値が120HUと80HUの造影剤に一般的に言われる血栓のCT値に近い55HUのチーズを用いて擬似血栓ファントムを作成し13cmの水の中に入れて撮影を行った。当院の撮影プロトコルである管電圧120kV・ノイズインデックス（NI）10の画像を基準として線量を変化させてX線エネルギー別・AiSR使用時別のCNR・CTDI値と水のSD値をそれぞれImageJで測定し、画質と被ばくについて比較検討を行った。＜結果＞造影剤通常投与時の擬似血栓ファントムでは線量不足によるノイズの影響があまり受けずどの状態においても血栓の確認は可能であった。減量投与時では擬似血栓ファントム内のコントラストが低いほどノイズの影響が認められたが、低管電圧撮影で逐次近似応用法を用いることによりノイズの影響を少なくしながら血栓とのコントラストを改善させることができた。＜まとめ＞下肢静脈血栓症における低電圧撮影では逐次近似法を利用することによって腎機能障害患者にたいして造影剤を減量しても画質を落とすことなく、X線被ばくの低減が可能であった。今後臨床において造影剤量に対する適切な撮影条件をこの方法から確立していきたい。

O-035

320列ADCTによる小児心臓CT検査の検討

川崎直正¹、元岡秀昭¹、鈴木洋平¹、末弘正人¹、落合由恵²、宗内淳³
¹JCHO九州病院 画像診断センター、²心臓血管外科、³小児科

【背景・目的】当院では先天性心疾患の手術前後に小児心臓CT検査を行っている。2004年の16列CT装置導入以降、県外からの検査依頼も増えており、年間150件を超えている。しかし小児心臓CT検査は血流の速さと使用できる造影剤量が少なく複雑な心形態の評価を目的としていることから造影剤注入方法と撮影タイミングが成人の場合と大きく異なり、その精度が要求される。当院では2005年の64列、2015年の80列CT装置導入に伴い検査精度向上のさまざまな検討を行ってきた。2015年12月に逐次近似再構成法（Full IR）を搭載した320列ADCT装置（以下ADCT）が導入され、更なる小児心臓CT検査の精度向上を目指し検討を行ったので報告する。【方法】ADCTで撮影方法、造影剤注入条件について検討を行い従来法と比較した。FBP再構成とFull IR再構成で小児胸部に模擬した水ファントムを撮影し被ばく線量評価値CTDIvolを比較した。次に造影剤と生理食塩水の混合比率を変えて撮影し、撮影電圧と造影剤希釈濃度によるCT値の変化を調べた。また希釈造影剤を封入した注射器を撮影してそれぞれ3次元構築し3D画像で比較した。【結果】ADCTは1回転0.275秒で撮影が終わるため心拍動と呼吸によるモーションアーチファクトが軽減され、造影剤注入時間も短くなり造影剤量を低減できた。Full IR再構成を用いることで被ばくを約1/5まで下げつつ、末梢血管描出能を向上させることができた。さらに低電圧撮影を用いると造影剤のCT値が上昇するので低濃度希釈造影剤を使用することが可能となり腎機能不良な新生児でも造影剤1mlで良好な画像が得られた。同一患児で比較すると従来法である80列CT装置での検査に比べ被ばくが最大1/20まで低下し、冠動脈や側副血行路の描出能が向上した。ADCTによる小児心臓CT検査は被ばくと造影剤の大幅な低減を可能としつつ手術前後に必要な形態評価能を向上させるため検査精度が著しく向上したと言える。

O-036**一般撮影での診断参考レベル（DRLs2015）と当センターにおける入射表面線量の比較**

徳永華子、青木和好、藤本浩昌、友森周三、高橋博史
JCHO 星ヶ丘医療センター 診療放射線部

【目的】年々増加する医療被ばくに対応するため、国際機関や団体が協力してエビデンスベースの医療放射線防護の実現に向けた検討を行っており、その対策の一つが防護の最適化のための診断参考レベル（Diagnostic Reference Level：DRL）（以下DRL）の適用である。日本では各関連団体の協力のもと医療被ばく研究情報ネットワーク（J-RIME）が発足し、撮影線量の定義や調査方法についての検討を行い、2015年6月7日にDRLs2015として公表された。このことから当センターにおける患者への撮影線量がDRLs2015に準じて最適化されているか実測値と入射表面線量推定ソフトを用いて、比較検討を行ったので報告する。【使用機器】RADCAL9015、指頭型電離箱線量計（RADCAL MOD 10×5-6）、TOSHIBA KXO-80G、入射表面線量推定ソフト二種類（sdec、EPD）【方法】指頭型電離箱線量計を用いて計測した実測値と、撮影条件を入力し簡易的に入射表面線量を求めることができる二種類の入射表面線量推定ソフト（以下sdec、EPD）を用いて求めた各々の値についてDRLs2015と比較し検討を行った。【結果・考察】当センターの一般撮影における撮影線量は、指頭型電離箱線量計を用いて測定を行った実測値とsdecとEPDの計算値のすべてにおいてDRLs2015の値より低い結果となった。一例として腰椎正面の実測値は2.2mGy、sdec計算値は2.41mGy、EPD計算値は2.13mGyとなった。また、sdecとEPDの計算値の差は最大17.1%であり、この差は、計算方法の違いだと考えられる。実測値との差異の傾向としてsdecは高値になり、EPDは低値となった。今回の測定で線量計を用いた実測値と入射表面線量推定ソフトの計算値の差はかけ離れたものではなかった。このことから線量測定のための機器を保有していない場合は自施設の入射表面線量を測定することは困難だったが、このソフトを用いて計算することでおおよその自施設の線量とDRLs2015との比較が行えると考えられる。

O-037**当院における条件付 MRI 対応ベースメカ挿入患者の撮像条件の検討**

餅谷優希、吉岡栄治、今村正、岡本崇宏、長東秀一
JCHO 金沢病院 放射線科

【目的】条件付MRI対応ベースメカ挿入患者のMRI撮像には、撮像部位や体位など様々な制限があるが、実際の撮像時においてはRF磁界による発熱の指標である組織における比吸収率（SAR）が基準値を超えないことが重要となる。被験者の体重や体型によっては、第一次水準管理操作モードに切り替えるよう装置から求められることがあり、その際には通常操作モードに収まるよう撮像パラメータを変更して検査を行わなければならない。そこで今回、SAR上限値を超えない安全な撮像条件をあらかじめ作成する。【方法】撮像可能な部位に対して、パラメータを変更した撮像条件を作成する。SARの程度を設定するパラメータであるRF pulse typeを変更する。変更出来ない場合はTR延長、スライス枚数の減少、flip angleの減少、高速SE法のETLの減少を適宜行う。作成した撮像条件で健常ボランティアの撮像を行い、通常操作モードで撮像できるようパラメータを調整していく。【使用機器】SIEMENS社製 MAGNETOM Avanto 1.5T【結果、考察】3D収集や高速撮像法など、一部のシーケンスでは撮像時間が延長した。大半のシーケンスでは撮像時間にほとんど変化がなかった。体格の大きいボランティアの撮像が出来たことから、今回作成した撮像条件を使用すればほとんどの人が通常操作モードで撮像出来ると考えられる。体型や水分量など個人差があるため全ての人に当てはまるわけではないので、安全確認を怠らず慎重に検査していきたい。

O-038**当院放射線科における、始業・終業点検の見直しと事例報告**

石原由美、中村匡宏、金澤真司
JCHO 東京蒲田医療センター 放射線科

【目的】患者の医療事故や医療過誤への意識も高まってきている中で、当院の放射線科においても事故防止のために過去のトラブル事例を振り返り、始業・終業点検の見直しを行った。それによりいくつかの事故が未然に防げたので報告する。【方法】始業・終業点検のチェック表を見直し、現実には起こりえるトラブルを想定して未然に防げるように、新たな表を作成した。平成25年1月より、週ごとに撮影装置の担当者を決めて、決まった時間にチェック表を用いて点検を行った。【成績】新たなチェック表を用いてから1年3ヶ月が経過した中で、点検時に異常があった件数は45件あった。そのうち業者へ連絡をした件数は4件であったが、至急に業者を呼んで修理対応したことで滞りなく検査や手術を行うことができた。【結論】わずかな異常についてもチェック表に記入することで、点検者全員で経過観察できるため、検査に支障を来すようなトラブルが防げたと考えられる。今後は各病院と連携して点検時のトラブル事例を共有できれば点検項目を充実させることができ、事故を防ぐ機会が増えると思われる。

O-039**心筋血流シンチでのタリウム投与量変化における画像評価**

神山和明、深田直樹、平井幸栄
JCHO 東京山手メディカルセンター 放射線部

【背景】

心筋血流シンチグラフィは、心筋の血流分布を非観血的に観察できる検査法である。心筋血流が放射性同位元素の集積分布によって表わされるために、冠動脈病変による血流低下部は、放射性同位元素の集積低下領域として表示される。

検査に用いられる放射性同位元素の1つに塩化タリウム（以下TlCl）があるが、平成28年4月より、それ以前までのものと比べて量が減少した。メーカーの事情によるもので、ユーザー側としては量を変更することはできない。そのため、従来通りの撮影を行った際に画像変化がどれくらい現れるかを検討することとした。

【目的】

TlCl投与量減少による画像変化を定量・定性的に評価する。

【方法】

模擬心臓ファントムを用いて、心筋部にTlClを均一に分布させた。心筋部内には欠損部を作成し、これを冠動脈病変における血流低下部分と仮想した。

従来通りのTlCl投与量と減少時のファントムを作成し、撮影条件は同一にして画像を収集した。出来上がった画像に対して定量・定性評価を行った。定量評価方法としては、心筋に対して均一にTlClが分布している箇所ROIを用いて放射能（カウント数）を求めた。定性評価方法としては、欠損部（仮想血流低下部分）に対して5段階の視覚評価を行った。

O-040**常染色体優性多発性腎嚢胞（ADPKD）のMRIによる腎体積測定について**

佐藤大輔

JCHO 仙台病院 統括診療部放射線科診療部

【諸言】

常染色体優性多発性嚢胞腎（ADPKD）は腎に嚢胞が多発する遺伝性疾患で、嚢胞の増大とともに腎機能が低下し、徐々に腎不全に至る疾患である。これまで本症に対する根本的な治療法はなかったが、2014年3月にトルバプタン（商品名サムスカ[®]）が治療薬として認可を得た。本剤はADPKDの進行を遅らせる作用を有しているが、実際の使用に際しては「総腎体積（両側腎体積の合計）が750ml以上」、「総腎体積の増加率が年間で概ね5%以上」であることが必要条件となっている。このため経時的な腎体積の測定を要するが、CTでは被ばくの問題があり、当院では2015年4月以降の新規患者についてはMRIにより測定を行っている。この方法の実際と妥当性について報告する。

【方法】

当院MRI装置（MAGNETOM シンフォニー 1.5T：SIEMENS製）を用いて腎体積を測定した33例について検討した。位置決め用の冠状断像から、腎の長軸に沿った厚いHASTEを撮像し、得られた画像から腎の長軸方向に薄いスライスのHASTE冠状断像を撮像、ワークステーションに転送して体積測定を行った。全例において自動と手動で腎を抽出、測定し結果を検討した。

【結果】

腎体積測定が自動抽出で行えると効率上のメリットが大きいが、嚢胞による腎の不整形が著しい症例や多発性肝嚢胞を併発している症例では自動抽出がうまくいかないことがあった。このような場合の測定値の信頼度を高める為にも手動抽出を行い測定値が異常でないか検討した。自動抽出と手動抽出の差について検討し、さらに体積測定における工夫や撮像上の工夫についても言及する。

O-041**一般撮影における再撮影の把握（傾向と対策）**

八木隆行、岸俊夫

JCHO 群馬中央病院

【目的】 一般撮影業務において発生した再撮影を分類し傾向を分析し、その防止策を提案することにより再撮影による医療被ばくの低減に取り組む。**【方法】** 2015年4月以降発生した再撮影を分類し、原因別（ポジショニング、異物の写りこみ、目的部位の欠損像、確認不足により発生）に傾向を分析し対策を検討する。**【成績】** 2015年度の再撮影は5～6月が多く7～9月にかけて減少していき、冬にかけて多くなった。件数に対する再撮影の割合は1年を通して5～7.5%となった。原因別ではポジショニングが1番多く、次に異物（ボタン、カイロなど）、欠損像（人工関節など）、確認不足により発生（照射野、センターの位置など）という順となった。部位別では膝の側面が1番多く、次に胸部、腹部（臥位）、膝のテロスをを用いたストレス撮影の順となった。対策として、ポジショニングは再撮影になった画像を検討し、部内で情報を共有する。異物の写りこみは、脱衣所に検査についての張り紙を貼り、視覚的に確認できるようにした。目的部位の欠損像はデジタルの機能を生かし過去画像を確認してから撮影を行うようにした。確認不足については撮影ボタンのところに確認事項を記載し、未然防止策とした。**【結論】** 単純撮影での再撮影率の発生は一定率で存在し、また様々の要因で発生している。再撮影の調査を行い、各項目に対して具体的な未然防止策を提案することができた。今回の提案は、再撮影率、被ばく低減において有用であると考えられる。

O-042

熊本地震で派遣した医療救護班の薬剤師の活動と現地の状況

影本渉、長谷川徹、浦崎圭太、河井和子、伊藤和幸、磯谷聡
JCHO中京病院 薬剤部

【はじめに】2016年4月14日に震度7の前震が、4月16日には震度6強の本震が熊本県を襲った。4月19日に熊本県知事より各都道府県に被災地へ医療救護班の派遣が依頼され、4月20日に愛知県医療対策調整本部が立ち上がり、JCHO中京病院（以下、当院）に派遣要請が届いた。今回は被災地に派遣された医療救護班の薬剤師の活動について報告する。【期間】4月21日に愛知県を出発し、4月22～25日まで熊本県に滞在し活動を行った。【状況と活動報告】当院は熊本県熊本市西区の避難所の巡回を担当した。医療救護班での薬剤師の業務として、まず初めに当院から持参する医薬品の選定を行った。現地では避難所の回診に同行し、調剤、服薬指導を行った。また避難所の保健衛生の確認などを行った。多くの病院や診療所が通常通り開業しており、かかりつけに受診している人が多かった。その中でも、足腰が弱く誰かの助けがないと受診が難しい高齢者もあり、体調不良を訴える避難者には、総合感冒薬や湿布薬が処方され、調剤し服薬指導を行った。避難所の保健衛生は、室内では履物を脱いだり、トイレの使用時は別の履物に履き替えるなど、生活場所と外部を分けて対応していた。また断水のためトイレを流す水をプールや川からバケツでくみあげて対応していた。【考察・結論】今回の医療救護班の活動は薬の調剤業務よりも、健康状態の確認や保健衛生の確認などの面が強かった。避難所はすでに保健衛生の悪化予防に努めており、感染予防の対応を行っていたが避難生活の長期化によるストレスや免疫力の低下により、感冒症状を訴える人が多く、保健衛生の維持が重要な課題であると考えられた。災害活動を経験できる機会は少ないため、今後の震災対策に活かせるようにしていきたい。

O-043

熊本地震による被災状況と支援透析の経験からみた今後の課題

建原渉、高濱格、白濱一也
JCHO熊本総合病院 臨床工学部

【はじめに】平成28年熊本地震は県内の医療提供体制にも打撃を与え、透析不能に陥る施設が多発した。日奈久・布田川断層帯の連鎖により大規模地震を引き起こしたと考えられているが、日奈久断層（八代地域）では未だ大規模地震の発生する確率が高く今後も警戒が必要である。【経過】4月14日（M6.5）、16日（M7.3）の地震により県内92施設中21施設が透析不能になる。八代市内7施設はいずれも透析可能であったが、当院が八代地域の災害時透析拠点病院として情報の集約と受入れ調整を行い近隣施設との連携のもと16、17日の2日間で197名の支援透析を行った。資材が不足していたがディーラーの協力により必要数を確保。14日、患者情報はFAXで届く予定だったが通信障害により患者到着を待つ準備するという状況であった。熊本市内では建物損壊で透析不能になる施設もあったが、装置や設備被害は少なく18日以降は自衛隊の給水支援ならび井水使用により徐々に回復した。【考察・課題】ライフライン途絶の有無にかかわらず機能することが拠点病院の役割を果たす上で重要であり、病院設備は勿論のこと装置被害を最小限に止める対策が必要となる。今回透析装置の破損被害がなく、RO・透析液供給装置といった重要装置も稼働不能に陥らなかったのは、新築による建物の耐震対策と装置のジェル固定といったこれまでの対策が奏功したものと考える。一方、支援透析では正確な情報伝達、移送手段確保、受入れ体制の整備等が必要になるが、施設間の連携はあったものの、県全体での組織的な動きは殆どなく手探りで進める状況であり、情報がスムーズに伝達されない。移送手段が確保できない。長期化した際の資材やスタッフ確保はどうするのか。といった多くの課題が明らかになった。【結語】今後発生が懸念される大規模地震災害に備え、県透析施設協議会を中心に支援透析に係る体制の構築が急務と考える。

O-044

平成28年熊本地震における湯布院町民に対する当院のリハビリテーション支援活動

大田繁¹、佐藤友美¹、大隈和喜²、根橋良雄²
¹JCHO湯布院病院 リハビリテーション科、²内科

【はじめに】平成28年4月に発生した熊本地震により、大分県由布市は震度6弱を記録し、道路・建物に甚大な被害を受け1000名以上の市民が避難生活を強いられた。そこで、大分県リハビリテーション支援センター湯布院病院（以下、県リハ支援センター）は大分県健康づくり支援課からの依頼を受け、廃用症候群、エコノミー症候群の予防を目的に集団、個別介入を行った。今回、介入経過及び結果について整理し、今後の災害に対するリハビリテーション関連職種（以下、リハ職）の介入の在り方についてまとめたので報告する。【概要】平成28年4月22日～5月6日、午前・午後1時間、公的避難所2施設において対象者延べ62名に対し、4名1組のリハ職（PT 7名、OT 3名、ST 1名、DH 1名）が支援にあたった。【支援内容】今回、地震による由布市の被害は住宅の倒壊は少ないものの、ライフラインが寸断されたため、日中自宅で過ごし、夜間は避難所で過ごすという生活スタイルをとる高齢者が多かった。そのため派遣当初、避難高齢者の生活課題抽出を目的に保健師からの基本情報を収集し、対象者の生活機能の評価を実施した。その後、床上動作や移動が不安定な者には環境整備を行い、安全で活動的な生活空間の確保に努めた。次に、集団体操によって運動機会を提供すると共に生活不活発病に対するリフレット作成やポスター掲示を実施した。余震回数の減少に伴い避難者が少なくなり、リハ職の介入を終了した。【まとめ】避難所生活へのリハ職の介入では、1）環境変化に伴う生活機能低下者の発見と廃用予防のための運動機会の提供、2）避難所の環境整備、3）新たな生活課題の抽出や健康不安などの情報を保健師やケアマネジャーへ発信すること、などが重要と考えた。今後も上記を踏まえ県リハ支援センターとして、被災地へリハ職派遣にあたりたい。

O-045

熊本地震における当院の災害支援活動についての報告

大宮弘司¹、村谷良昭²、福田妙美¹、飛田光太郎¹、高橋征史³
¹JCHO諫早総合病院 看護部、²医局、³医事課

はじめに

当院は長崎県諫早市を医療圏とする2次救急病院であり、災害拠点病院としての役割も担っている。2011年の東日本大震災より災害マニュアルを作成し、毎年災害発生を想定した多数傷病者受け入れ訓練を実施してきた。熊本地震では当院も災害拠点病院としての活動を行う事となり、発災から災害対策本部を立ち上げ、院内の被災状況を把握し管理体制を整えると共に、DMATやJCHO救護班（先遣隊）を派遣した。活動を通し、災害マニュアルの早期改善の必要性や災害対策本部での連携の重要性、更に救護班の出動準備のあり方について学んだ。災害対策本部要員として、また、救護班として関わった看護師の視点から、当院が行った災害医療の実際と学びについて報告する。

活動内容

平成28年4月14日21時26分熊本県熊本地方を震源とするマグニチュード7.0（震度6強）の地震が発生。当院が位置する長崎県諫早市でも震度5弱を観測。

1. 災害対策本部の立ち上げと医療搬送の受け入れ準備（後方支援活動）（4月14日～5月17日現在も継続）
2. DMAT一次隊の派遣：益城町での活動（4月14日～16日）
3. JCHO救護班先遣隊の派遣：菊池市（菊陽町及び大津町）での救護活動（4月20日～23日）

考察及びまとめ

今回の熊本地震では、災害対策委員会やDMAT隊員を中心に災害対策本部の立ち上げから医療班の派遣、後方支援に至るまで、病院管理者と連携して行う事ができた。しかし、全職員が初めての体験であり、災害対策本部の設置や後方支援の運営に関して、初動体制作りの遅れ等災害マニュアル活用の反省点が多く見られる結果となった。また、救護班の活動を行う上で活動資金を含めた医療資機材の準備不足が浮き彫りとなった。

今回の教訓を活かし、さらなる災害医療に対する意識付けとマニュアルの早期改善を行い、当院が管轄する医療圏ならびに地域住民へ還元できる体制を整えていきたい。

O-046

熊本地震における災害支援活動の報告

福田和行、黒木真二
JCHO九州病院 看護部

【はじめに】

当院は災害拠点病院として災害派遣医療チーム（以下DMATと略す）を編成、隊員養成・資機材整備を行い大規模災害に備えてきた。今回2016年4月14日に発生した熊本地震でのDMAT・医療班活動を行い今後の課題を考察したので報告する。

【活動の実績】

4月14日よりDMAT派遣として3日間熊本赤十字病院参集拠点を中心に活動を行った。本部にて本震を経験し、参集拠点病院に来院した軽症患者に対するトリアージ業務を行った。その後、活動した震源地近郊の救護所では外傷患者が多く縫合処置に必要な資器材が不足する状況であった。今後予測される処置や資器材の在庫数確認、患者数や患者情報を把握し後続DMATへ業務を引き継いだ。

4月23日からはJCHO本部からの要請により医療班として3日間菊池保健所管内での活動を行った。DMAT派遣時期と異なり、飲料水や都市ガス以外のライフラインは復旧、医療機関も一部を除き通常診療を再開していたため、避難所での保健予防活動が主体であった。避難所では夜間の利用者が増加し、車中泊者が多く、DVT予防指導・弾性ストッキングの配布、ノロウイルス感染症予防のため手洗い指導・次亜塩素酸スプレーの配布を行った。JCHO医療班の先発隊・後発隊とは医薬・一般資器材一覧表の作成や定時の活動報告を活用し情報共有を行った。

【考察・今後の課題】

今回の災害支援活動では現地の医療従事者と連携することにより、被災地での医療ニーズを把握し医療活動を行うことができた。また、被災地では超急性期から亜急性期、慢性期へと短期間で医療ニーズが変化することを経験した。短期間で変化する医療ニーズに対応し、効率的な活動を行うためには、先発隊や後発隊および現地医療従事者との情報共有が重要と考える。

O-048

A 病院における病院防災 ～大規模災害に備える前の現状把握を行って～

福添恵寿¹、松邑恵美子¹、井手上龍児¹、高橋淳¹、本橋伊織²
¹JCHO東京城東病院 看護課、²総合内科医師

【はじめに】1995年の阪神淡路大震災から地震に対する病院防災という考えが始まり、今後南海トラフ巨大地震や首都直下地震等の大規模地震発生に対する備えが重要であるといえる。現在多くの病院が病院防災の観点からマニュアル整備を行っている。病院防災における備えとして、病院は自施設のある地域で起こると考えられる災害に対して専門的知識と技術を用いて事前に努めて堅実に対応できるようにしておく活動していかなければならない。梅花女子大学看護保健学部が作成した「自然災害に対する病院看護部の備え測定尺度」においても「病院のある地域で起こる可能性のある災害を把握している」が一項目にあげられている。当院でも災害対策マニュアルは存在するが、一般的な項目で作成されており、活動内容など抽象的な表現となっている。今後訓練の実施、及びマニュアルの見直しを行うためにも、当院のある地域で起こる可能性のある災害を明確にし、発災時にどのような地域への被害が想定され、それに伴い病院機能にどのような影響が考えられるかを考察したのでここに報告する。【目的】現在の立地を含めた当病院に起こりうる自然災害とそれに伴う被害想定を明確にする。被害想定による病院機能への影響を明確にし、今後のマニュアル作成に活用していく。【方法】首都直下地震発災を想定した東京都、江東区、並びに一般社団法人東京23区研究所の出しているデータを収集し、当院に起こりうる影響を明確にする。【結果】江東区における大規模災害にともなう被害状況は、水害の程度により左右される。水害による当院への影響は、ライフラインのみでなく、自主参集困難も引き、長期化を呈する恐れがある。これらを踏まえた病院防災システムの構築が必要。患者受け入れ想定は、急性期外傷、亜急性期より感染症を中心とした内科疾患とし、受け入れ想定数を明確化しておく。

O-047

平成28年熊本地震に連動する地震を契機に発症した「たこつば型心筋症」の一例

村上直美¹、田山信至²、小出俊一²、上村孝史²
¹JCHO熊本総合病院 検査部、²循環器センター

【はじめに】平成28年熊本地震に連動する地震を契機に発症した「たこつば型心筋症」の症例を経験したので報告する【症例】84歳、女性（既往歴）高血圧、糖尿病、突発性難聴（現病歴）平成28年4月19日17時52分、八代市にてマグニチュード5.5、震度5強の地震に遭遇した。すぐに避難所へ避難したが、避難所へ着く頃には胸や肩の痛みが出現していた。横になり休んでいたが症状の改善なく冷汗も出てきた為、4月20日午前1時に当院救急搬送となった。（経過）来院時心電図は洞調律、完全右脚ブロックで以前的心電図と変化に乏しかったが、採血データにて白血球上昇、hs-Troponin上昇、BNP上昇し、急性冠症候群が疑われた。緊急心エコー図にて、左室心尖部の無収縮と心基部の過収縮をみると、たこつば型心筋症が疑われた。確定診断の為緊急心臓カテーテル検査を施行し、冠動脈に有意狭窄をみとめず、たこつば型心筋症の診断で入院となった。【考察】たこつば型心筋症は、心身ストレスを受けた閉経後の女性に好発する。突然の胸痛発作や呼吸困難、心電図変化、心臓壁運動異常など、急性冠症候群と極めて類似した発症形態であるが、冠動脈に有意狭窄をみとめず左室収縮不全をきたすことが特徴である。症例患者も余震の揺れに強い不安感を訴えており、発症の契機となったと思われる。当院における年間心エコー図検査件数は4500件、昨年たこつば型心筋症が疑われた症例は10症例程で、確定診断に至った症例数は3症例と稀な症例である。【結語】平成16年10月23日北陸地方を襲った新潟中越地震でも、たこつば型心筋症の患者数は震災後一週間で過去10年分の患者数にのぼったとされている。今なお熊本県では余震が続いており、今後の患者数の増加に注意が必要であり、急性冠症候群を疑う場合には、たこつば型心筋症も念頭に検査に当たらなければならない。

O-049

2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災への対応 その 1
～今後の災害対策に向けての課題～

麻生真紀子、内田郁美
JCHO 湯布院病院 看護部

【はじめに】平成28年4月16日深夜、熊本地震に伴い湯布院町もM6弱の揺れが発生し、湯布院病院は建物の損壊やライフラインが障害された。飲用水を供給する屋上の高架水槽が破損し、8tの水が天井を突き破り病棟へ一気に流れ込み、スプリンクラーも破損した。この時、院内には当直医・当直師長の他、病棟夜勤者14名、および施設・設備担当者と守衛各1名が勤務していた。地震発生直後、職員約90名は病院に自主参集し、天井から流れる水の病室流入を防止する作業を停電の中で行った。この後、飲用水や雑水の完全復旧まで7日間を要した。【目的】今後の災害対策等に活かすために今回の震災への対応を振り返り、課題を明らかにすることを試みた。【結果】下記の問題点が抽出された。1. 飲用水の水質の保障2. 排泄物の処理と感染症発生リスク3. 備蓄食の食形態と量4. 病棟閉鎖と患者の退院・転院5. 災害支援ナースの組織的活動6. 災害対策本部の運用7. 災害対策マニュアルの見直し8. 職員の労務管理とメンタルサポート個々の問題点については現在分析中で、発表時に詳述する。【おわりに】今回の震災では多くの職員が被災者であったが、医療者としての責任感や湯布院病院への思いから、深夜時間帯にも関わらず多くの職員が自ら駆け付け、夜通し水の処理にあたった。患者・職員の誰一人犠牲者が出なかったこと、真冬や真夏など自然環境が厳しい季節ではなかったことが不幸中の幸いであった。湯布院病院として、今回の震災を教訓として、病院の状況に応じた備えに向けて取り組まなければならない。

O-050

2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災対応 その 2
～リハビリテーション科の活動～

米倉正博¹、根橋良雄²、大隈和喜³
¹JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科、²院長、³内科診療部

【はじめに】平成28年4月16日1時25分に湯布院町は震度6弱の地震にみまわれ、その後も余震が続いた。被災直後、当院は停電・断水の状況となった。病院の復旧へ向けてリハ科の対応について振り返り、被災時の今後への教訓としたい。【地震直後の病棟支援】地震直後には、病院近隣の寮・アパートからスタッフが自ら集結し、余震が続く中、深夜から明け方まで職域を超えて復旧にあたった。余震が繰り返し発生し被害拡大の可能性があったので、病棟運営の支援としてリハ科職員を4グループに分け8時間勤務の3交代制とし3日間実施した。リハビリ科スタッフが夜間にも在棟し、患者の介護支援と共に、余震時の声掛けや配膳を行った。【入院患者へのリハビリ対応】被災日より患者はベッド上で過ごす時間が長く、廃用症候群が危惧されストレスがたまったとの発言も聞かれた。廃用症候群予防や心理的支持として3日目より一部の患者に20分（1単位）のリハビリ訓練から開始した。早期より、廃用予防、心理的安定、生活リズムの調整、離床機会の確保に留意した。結果的に能力の低下を示した患者は認めなかった。また、断水による患者転院に際しては、単なる情報提供に留まらず、セラピスト、MSWが同行して説明を行った。【訪問リハ・介護支援事業・通所リハ利用者へのリハビリ対応】訪問リハ・介護支援事業所では、利用者の被災状況の確認と共に能力低下予防のため、4日目より利用者への訪問を開始した。また、通所リハでは6日目より近隣の公民館を借り、利用者を集め午前・午後に分け3日間実施した。住宅等の被災が無い者でも、活動量の低下や不安の増大、生活リズムの乱れ等により生活不活発に陥っている状況が窺えた。早期に対象者を発見し集う場を提供することが必要であると考えた。【おわりに】病院職員としての病棟支援、専門職としてのリハビリによる患者・利用者のサポートに十分な活動が行え、貢献できたと考えた。

O-051

2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災への対応 その 3
～災害支援ナースとしての報告～

日野ますみ、河野裕希、森山志枝、工藤三幸
JCHO 湯布院病院

【はじめに】当院は、現在災害支援ナースは4名いる。2015年は、全職員に対して防災の意識調査を行い様々な意見があげられた。その結果、災害支援ナースを中心に、災害コアチームを立ち上げ、多職種20名が月一回の会議開催で院内のマニュアルの見直しや災害の整備状況の学習を実施していた。地震発生直後より、災害支援ナースとして院内の患者の安全を最優先とした活動を開始した。【活動報告】災害支援ナースの院内での役割を検討し、感染拡大防止や食事提供・排泄に関する諸問題の対応もあったが、特に災害関連死等を予測した身体管理を重視し、患者全員に血圧測定3回/日・食事量と飲水量のチェックを実施した。またこの災害の記録をビデオ撮影で残し院内の災害対応が振り返れるようにした。度重なる余震に看護職員も緊張し、普段の看護ケアに対する思考が出来にくい状態に陥っていると感じた。支援ナースとして巡回時には、不安や要望などを確認し管理者への報告に努めた。建物の安全性の確認後は、今必要なケアの提供として、全員の更衣や清潔（清拭・陰部洗浄）への実施を提案した。また、部署により汚物処理法に差異があり、ノロウイルス感染のアウトブレイクが1病棟で起きるなど、予防策の実践方法を視覚で確認できる工夫などを必要とした。躊躇するスタッフや、不安で活動できない看護師もみられ、意志の統一を図ることは非常に難しいと感じた。自宅や家族の不安を抱える患者の傍に寄り添いメンタルサポートに配慮した。【今後の課題】今回の経験から全職員が災害教育を受ける機会を持ち、個々が実践できるアクションカードなどを作成して役割認識を持てる取り組みや、患者・家族への院内災害対策への提示などを検討して次の災害に備える準備は必要であると考えている。

O-052

2016 年 4 月の熊本・大分地震による被災への対応 その 4
～災害時における地域連携部門の役割～

割石高史
JCHO 湯布院病院 医療社会福祉相談室

【はじめに】平成28年4月16日に発生した熊本地震に伴い、断水や病棟破損などにより、通常の医療機関として機能を果たせない状況となり、患者の安全と治療の継続を優先し、短期間で多くの患者の退院調整を行った。今回、被災時の状況やその後の経過を振り返り、災害時における地域連携部門の役割を考察したため報告する。【被災時の状況とその後の経過】被災時、患者は205名在院、内訳は一般病棟45名、回復期病棟55名、地域包括ケア病棟（2病棟）97名、緩和ケア病棟8名であった。上記被災状況を踏まえ退院調整を進める事となり、本人・家族への説明と退院先について希望の聴取、受入れ可能医療機関の情報収集、搬送手段の確保の3点について地域連携部門の職員で対応した。その結果、震災後1週間で153名の退院調整を実施し、転帰先は自宅92名、医療機関52名、介護施設9名であった。また急遽退院調整を進めた事もあり、震災後1週間後より転帰先へ個別訪問を行った。【考察・まとめ】当院の入院患者は亜急性～慢性期のリハビリテーションを目的とする方が多く、そのような患者にとって活動が制限される病棟環境等は、安静による廃用症状の進行や自立支援に向けた意欲の減退等も懸念された。そのため個々の患者にとって必要な時期に適切な関わりを行う事ができる療養環境を保证するという観点からも今回退院調整を進めたことには意義はあったと考える。また転帰先への個別訪問を行った事で詳細な情報提供が行えたことや、自宅退院となった患者の生活状況を把握する事で再入院の必要性を検討する事に繋げられた。その一方で、被災した同地域の医療機関や介護施設との連携や外来患者などの状況把握などには課題を残した。今回の経験を踏まえ、災害時における地域連携部門のマニュアル作成に繋げたい。

O-053

当院、整形外科における離島・へき地医療の取り組み
～隠岐島前 海士診療所にて～吉田昇平¹、榊原均²、木田川利行²、三原一志¹、石坂直也¹、大西祥博¹、
中村健次¹、神庭悠介¹、長谷川泰隆¹、池田登¹¹JCHO玉造病院 整形外科、²海士町国民健康保険海士診療所

【はじめに】日本において、これまで、へき地診療所、へき地医療拠点病院、へき地医療支援機構の整備等を通じ、へき地医療の充実が努められてきた。今後、地域における少子高齢化、人口の地域格差拡大が予測され、更に重要視される分野である。【経緯】2012年11月、海士町主催での健康講座の依頼が当院にあった。その際、海士町における高齢化に伴う整形外科領域の患者が多数占める現状、受診困難な実情などを聞き、「何とか協力ができないか」と、院内で検討した。結果、2013年5月より当院、整形外科医がおおよそ1回、派遣医師として診療に従事する事となった。【海士町の紹介】島根県隠岐郡海士町の中ノ島は、隠岐諸島の島前に属し、島根半島の沖合約60km程の日本海に浮かぶ島である。歴史的には承久の乱後、後鳥羽上皇が配流された島として有名である。面積は32.3平方キロメートル、人口が約2400人の小さな島であり、老年人口率が40%を越えている。島唯一の医療機関である海士診療所には、内科、小児科の常勤医が2人在籍する。【業務内容】毎月第二土曜日午前8時30分から12時まで診療時間としている。予約制とし、20人前後の枠としている。当初、診療所常勤医からの紹介という形が多かったが、徐々に新患が増加している。また、基本的に診療時間の短縮目的で、レントゲン撮影は前日までに診療所常勤医に施行して頂きながら時間の効率化を図っている。診察を行い、更なる精査治療が必要な場合、後日当院へ紹介としている。【考察】当院から海士診療所へ整形外科医派遣を開始し約3年経過した。更なる医療充実の為、放射線技師の派遣を検討している。今後も診療所との連携を図り、円滑に患者のやり取りをする事、そして派遣診療継続の為、マンパワー確保が重要と思われる。

O-054

奇異性脳塞栓症の症例経験より

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】奇異性脳塞栓症は若年性脳梗塞、塞栓源不明脳梗塞の原因として重要視されており、静脈で形成された血栓が、心臓の卵円孔閉存(PFO)等右左シャントを介し左心系に流入して脳動脈に塞栓症をきたすことで発症。今回我々は、急性期の同症に血栓溶解療法を施行し著効。抗血栓薬による二次予防後、慢性期にカテーテルによるPFO閉鎖術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】症例は27歳男性。X月X日、過労で仕事を休み前日深夜から昼過ぎまで水分もとらず寝ていた。起床時トイレに行き強く息んだ後から右上下肢の脱力感を自覚。様子をみても改善せず自分で救急要請し当院へ搬送(発症から40分)。来院時、意識清明、BP136/80、HR84/整、右上下肢に不全麻痺、軽度の構音障害を認めNIHSS5点。MRI拡散強調画像にて左基底核に淡い高信号域を認めたが主幹動脈に閉塞は認めず。MRI撮影後、右上肢の麻痺が増悪しNIHSS7点。発症から87分でt-PA静注療法施行。直後より麻痺は改善し、投与60分後full recover。原因検索で施行した経食道心エコーにてPFOを認めた。他に塞栓源は認めず、過労状態で強い息みを伴う排便後に脳梗塞を発症したことより、PFOによる奇異性脳塞栓症と診断。二次予防として抗血栓療法を開始。しかし、長期間の同薬内服に対し本人の抵抗感が強く、他の選択肢としてカテーテルによるPFO閉鎖術を提示したところ強く希望。発症から1年後にA病院にて同術施行。6ヶ月後に抗血栓薬中止が可能となり現在経過良好。【結論】米国のガイドラインではPFOによる奇異性脳塞栓症の二次予防として、再発の危険性の高い症例に対し一定の安全性が確立されたデバイスを用いてPFOに対するカテーテル閉鎖術を施行と記載。本邦では現在のところ保険未承認。卵円孔閉鎖術の適応と実際につき文献的考察を含め報告する。

O-055

睨がん告知された患者にがんサロンを活用した看護介入
ーアギュララとメズイックの危機モデルを用いてー

木下和子、園山好恵

JCHO下関医療センター 看護部

【目的】

告知後の患者に対しアギュララとメズイックの危機モデルから分析し、看護介入にがんサロンを活用して危機回避を導く。

【方法】

告知後60歳代女性にアギュララとメズイックの危機モデルを用い、看護介入にがんサロンを活用した結果を分析する。

倫理的配慮：当院研究倫理審査委員会の承諾を得た。

【結果】

出来事知覚は、「睨がんは治療してもきついでけよくならない。何もしない方がいい。」と現実認知の歪みがあった。

社会的支持は、同居の娘、息子、夫が、病氣と闘うためのキーパーソンであり、精神的な支えである。告知後から、思いの共有ができず、希薄な家族関係となっていた。家族は患者の発言、態度に対し困惑し、十分な支援ができなかった。

対処機制は、食事にも摂れず、寝て過ごす日々が続いていた。効果的な対処行動がとれない状態であった。患者、家族に対し、情緒的支援の必要性を感じ、当院が開催しているがんサロンへの参加を勧めた。

家族と共に参加し、同病者の体験談を聞く中で、「こんな思いは私だけじゃない。頑張ってみる。」と現実認知への言葉がでた。また、患者、家族がそれぞれの思いを語ることができた。「無理せず治療してみる。家でも出来ることを見つけてみる。食べられるよう工夫してみる。」など、今後の生活に対し問題解決への手段を自ら考えるようになった。

【考察】

がん告知は、均衡状態が揺らぎ危機的狀態に陥ることがある。今回、同病者の体験談が、患者、家族の情緒的支援となり、バランス保持要因の促進に繋がったと考える。今後の生活に対し、患者、家族がそれぞれの立場で、問題解決的対処方法を見いだせたことが、危機回避に至ったと言える。危機モデルでの分析、がんサロンの活用は有効であったと考える。

【結論】

本事例では、告知後の患者に対し、アギュララとメズイックの危機モデルを用い分析し、がんサロンを活用したことで危機回避に導くことができた。

O-056

化学療法を受ける血液悪性腫瘍患者の抱く不安とその関連
要因に関する検討

田中麻依、吉場由美、渡邊梨紗、浦部裕子

JCHO相模野病院 看護部

【はじめに】不安・抑うつと副作用の関連性は強く、精神的苦痛や生活基盤の変化による社会的役割の喪失等の影響要因が不安の出現と関連する可能性があることが前研究で明らかになった。不安の特徴やその関連要因を明らかにするために本研究で調査した。【方法】血液悪性腫瘍患者で化学療法実施した患者を対象に化学療法後の副作用と生活や入院期間に対する不安やストレスについて調査。平均値を算出し、不安項目・その関連要因項目及び患者特性との関連性をノンパラメトリック検定を用いて検討した。【結果・考察】男性は、治療効果が出るか分からないことについて不安が強く、入院期間が長期化することにより不安を感じやすい可能性がある。また職業人としての役割や経済的基盤を確保する役割があり、入院により制限されるためであると考えられる。40歳代は、仕事ができないことによる不安・ストレスを感じる可能性がある。壮年期は仕事や家庭役割が大きく、遂行できないことが不安につながると思われる。社会的役割に関する情報が不足しているため、今後は身体面のみならず社会面にも早期に介入できるよう、情報収集を行い他職種との連携を強化していく。同居者がいる方は倦怠感、手足の痺れ、家族役割遂行困難に不安・ストレスを感じる可能性がある。身体的苦痛が家族の負担になってしまうのではないかとという気持ちが不安の増強に繋がっているため、家族を含めた看護ケアが必要である。身体的症状よりも、食事や生活に対する不安やストレスを強く感じる傾向があった。食事や生活は個人差が大きく出るため、明確な説明ができないことが、不安やストレスを強く感じる傾向に繋がると考えられる。身体的症状の観察のみではなく、患者の言動や表情の変化をキャッチし、病状説明の調整や傾聴の場を設けることが必要である。

O-057

患児の入院処置に対する家族の思い

森本絢香、中尾佳代子、福島昌子
JCHO 諫早総合病院 看護部

【目的】近年子どもの権利や精神的安定という目的から、家族が側について入院処置を行うことが一般化してきている。当院小児科では家族と離れて処置を行っているため、家族がどのような気持ちを抱いているのか明らかにする。【方法】平成27年10月～12月に当院小児科で処置を受けた児の家族69名に対し、質問紙調査を実施。【結果】質問紙回収は有効回答63名。児と離れている時の気持ちは「医療者に任せる」41%、「頑張れ」22%を占めた。医療者への要望は「処置時間や内容の十分な説明」33%、「素早く安全な処置」33%を占めた。処置の同席希望28名、希望しない35名。そのうち0～2歳の同席希望18名、希望しない24名。3歳以上で同席希望12名、希望しない9名。希望する理由は「児の安心のため」、希望しない理由は「邪魔をしたくない」が上位を占めた。【考察】家族は医療者へ任せるしかないという気持ちの一方で、心配や不安など様々な心理状態であることがわかった。このような気持ちを考慮し、処置の様子や頑張りを伝えることで、児の辛さや不安を共感でき、安心感につながると考える。医療者に対して、安心して任せられる態度と確実な処置を進める技術を期待しており、入院時より詳細な説明や対応を行い、信頼できる関係づくりが求められる。0～2歳は同席を希望しないという回答が多かった。実際の処置の様子をイメージしにくいため、感情的な思いや医療者への気遣いが先にたってしまうと考えられる。3歳以上は同席を希望する回答が多かった。3歳になると明らかに愛着形成される段階であり、家族と離されることにより不安が増強し泣いてしまう。家族も泣いているのに側にいられないことで不安が増強すると考えられる。児が一人で処置を受けることが、家族や児にどのような影響を与えるのか児の年齢も考慮して声かけをし、積極的に働きかけていくことが必要である。

O-059

乳腺外来看護師の行動変容をもたらした倫理カンファレンス

園山好恵、松岡清美、山内奈津子、奥野美穂
JCHO 下関医療センター 看護部

【目的】乳腺外来看護師の行動変容の介入に倫理カンファレンスを用いた結果を明らかにする。
【事例紹介】A氏は60歳代女性。右乳がん術後の左副腎転移にて化学療法中であった。がん進行のため、レジメン変更したが、A氏は家族に伝えていない事実が判明した。乳腺外来看護師は気がかりには思っていたが、主治医への報告で終わり、患者の意思決定を支援することはなかった。
【介入方法】乳腺外来看護師に患者の意思決定支援をするために臨床倫理4分割法を基にカンファレンスを行った。患者の思いが引き出せるように情報収集に繋がる介入を行った。
【結果】乳腺外来看護師たちは倫理カンファレンス時の臨床倫理4分割法用紙から、情報不足と整理の必要性を理解した。また患者の思いが引き出せていないことに気が付いた。そして情報を得るための関わりの必要性を再認識した。得られた情報を看護師間で共有するようになった。また患者の反応を記録に残すようになった。気がかりなことは、看護師間で臨床倫理4分割法を用いた倫理カンファレンスを行うようになった。
【考察】倫理カンファレンスにおける臨床倫理4分割法用紙は患者問題に気付くための道具である。それを実施することにより、情報不足と整理の必要性に気付くことができた。また情報を系統的に収集することに繋がったと考える。情報不足は、患者への関わりが希薄になっていたのではないかと感じた。患者の反応を記録に残す行動変容は、患者の思いを引き出すことが重要であることを認識したと考えられる。このことはカンファレンスに介入したことが乳腺外来看護師にとって役割意識の動機付けに繋がっていると思われる。倫理カンファレンスの成功体験は、乳腺外来看護師たちの自己効力感が高まったと考えられる。
【結語】倫理カンファレンスを用いた介入を行ったことで、乳腺外来看護師の行動変容をもたらすことができた。

O-058

心肺停止蘇生後から長期入院となった患者への支援～『病みの軌跡』を用いて～

井上亜由美、石井ひとみ、皆本美喜
JCHO 神戸中央病院 看護部

【目的】『病みの軌跡』モデルを使用し、急性期の危機的状況から慢性期、安定期へと経過する患者の退院時期の検討や看護介入について考察する。【事例】70歳代男性、心肺蘇生後。気管切開術が施行され人工呼吸器管理中に転棟してきた患者。気管カニューレ閉塞等あったが徐々に状態改善。意識改善とともに脳梗塞の既往から易怒性・意欲低下状態から危険行動があり看護介入が困難であった。また、麻痺もあり入院当初はADL全介助。リハビリを行い、徐々にADLは拡大。その後、状態安定し療養型病院へと転院した。【看護】転棟当初より循環動態のモニタリング、気管切開の管理不十分による誤嚥・窒息のリスクがあったため、呼吸状態に注意し看護を行った。また、危険行動がみられたため環境調整を行い転倒転落防止とルートトラブルがないよう注意した。慢性期になるとケアの拒否が目立ったため、患者の気分に合わせて関わりを変えた。また、医師と相談し苦痛を伴う処置の見直し、薬剤の調整も行った。嚥下機能評価、食形態の見直し、嗜好にあった付加食の検討を行い、リハビリにてADLの拡大を図った。患者の退院調整を開始したのは156日後であった。【考察】『病みの軌跡』で考察すると入院から退院までの急性期の間にも安定期が存在している。しかし実際は患者の日々の状態変化や、窒息などの病状変化への対応、即ち急性期の治療に対する看護を重要視するあまり安定期に今後の療養について患者・家族への介入が行えず、退院支援の実施が遅れてしまい入院が遷延してしまった。『病みの軌跡』を用い、患者の時期を見ることでその時期にあった看護介入や次の段階に向けた目標設定をすることの重要性を学んだ。患者と家族の生活の再構成という「編み直し」を支援する必要がある。

O-060

薬剤科主導の後発医薬品使用促進による経済効果

武馬優也¹、兼松哲史¹、前田芳樹¹、中村英明¹、奥村一二三²

¹JCHO 可児とうのう病院 薬剤科、²医事課

【目的】厚生労働省では平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」が策定された。さらに平成27年6月の閣議決定において「後発医薬品の数量シェアの目標値については平成29年央に70%以上とするとともに、平成29年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」という目標が設定された。当院薬剤科でもこのような国の医療政策や病院経営貢献のため後発医薬品の採用を積極的に進めている。また、診断群分類包括評価対象病院（以下、DPC病院）である当院において後発医薬品を採用し、機能評価係数ⅠⅠにおける後発医薬品係数をより高く取得することで病院経営に貢献することができると考えられる。そこで今回はその経済効果について報告する。【方法】調査期間を平成26年度始めから平成27年度末とし、各年度ごとの数量シェア、機能評価係数ⅠⅠにおける後発医薬品係数による経済効果を算出した。【結果】各年度の数量シェアは平成26年度では55.74%、平成27年度では57.42%であった。また、各年度における機能評価係数ⅠⅠにおける後発医薬品係数による経済効果は平成26年度では20,608,710円、平成27年では16,747,883円となった。【考察】現時点では当院は平成27年6月の閣議決定により設定された目標値を達成することができていないため、今後より後発医薬品の採用を進めていく必要がある。より高い数量シェアを達成することで病院経営に貢献できるため、後発医薬品の採用促進は病院経営に有用であると考えられる。

O-062

透析室開室における現状と問題点

細田祥¹、大久保志津香²、佐藤弘明³、黒田豊⁴

¹JCHO さいたま北部医療センター 手術部臨床工学技士、

²看護課、³医事課、⁴内科

【経緯】透析患者の各科入院に対応すべく、病棟の重症加算室の配管工事を行い、2台の個人用透析装置を設置した。医師、看護師、臨床工学技士で準備し、2015年6月より稼働した。稼働後の状況として、入院のみの運用では件数も少なく、施行しない時期もあった。また病棟の看護師に透析業務経験者がおらず、透析患者を看護することへの不安の訴えがあり、さらに病棟の業務と兼務していたため、スタッフ教育が進まない状況だった。【目的】血液透析の稼働状況を上げるため、入院患者のみならず、外来での近隣在住透析患者の受け入れ体制を整備し、マニュアルを作成、透析導入にも対応できるスタッフ体制を構築すること。【方法】外来透析を可能にするための問題点を抽出し、検証する。また、同時に外来透析室の安全な運用方法を模索する。【結果】2015年6月から同年12月まで7人。透析回数は計59件だった。外来透析室稼働のための大きな問題点は5つあり、場所の確保、水道配管・電気容量の設備面、改装工事や必要物品の設備投資、スタッフ配置、近隣施設や住民へのPRだった。【まとめ】透析室稼働に向け、5つあった問題点は医師・看護師・臨床工学技士・医療事務・総務企画課で相互扶助し全てクリアした。しかし、スタッフ教育の面で、当施設の稼働状況から早急には困難であった。【今後の課題】環境は整備されたが、担当するスタッフの知識・技術の習得など、十分な体制とはなっていない。そのため、知識・技術の教育は急務であると考えているが、担当するスタッフのペースで進めていきたい。そのほか、さいたま市北区の高齢化に向けて当院透析室と地域医療連携室で協力し、地域医療への関わりと体制作りが課題と考える。

O-061

栄養管理室におけるコスト削減の取り組み

中林智洋、塚越淳、金古亮子、穴澤祐子、品川浩一、木村奈央、萩原睦美、瀬下愛理

JCHO 群馬中央病院 栄養管理室

【はじめに】世界的な不況や物価の上昇等により一般外食企業が相次いで値上げしていく中で病院食の材料費となる入院時食事療養費は2006年に定められた一食640円のまま現在に至っている。組織形態がJCHOに移行し、より一層のコストダウンと質の向上が求められる中、食材原価の高騰に対して栄養管理室がどのように対応してきたかを報告する。【目的】限られた人員とコストの中で美味しさを追求し且つコスト効率を意識した病院食へと方針転換をしていく。【方法】1.献立の中に質の高い加工品や冷凍食品、カット済み生野菜を取り入れることで味を落とさず調理業務を軽減し、残業時間を減少させる。2.障害者支援施設サニズマーケットと年間契約を結び、生鮮野菜の品質と価格を安定させる。3.軽くて割れにくいABS食器を導入することで食器破損によるロスを軽減する。【結果】1.調理体制の大幅な改革を行った結果、これまで240時間/月あった調理人員の残業時間は平均で40時間/月にまで改善された。平均200時間/月の残業時間の減少によって正職員の月給1人分に相当する人件費が削減された。2.生鮮野菜の購入単価が安定化し、これまでより安く高品質な野菜を仕入れやすくなった。3.平成26年では年間メラミン製食器1167個の破損があり、損失額は年間70万円ほどであった。ABS食器を導入した平成26年5月以降、平成28年5月現在までABS食器の破損数は3個、平成27年度年間食器破損数は863個と昨年に比べ73%にまで抑えられた。【まとめ・考察】食材費等食事にまつわるコストは食事の味にも大きく影響し、数字を下げることだけに注力し味や品質を落としてしまうと患者様の満足度や栄養状態にも悪影響を及ぼしかねない。新しいサービスや製品・新しい取引先などに注目して、当院にとって有益となるものを随時検討していくことで時代に合わせた給食管理・栄養管理のあり方を模索していきたい。

O-063

当院における車いす管理システムについての報告 ～ティルト・リクライニング機能付き車いすの不足の解決 に向けたリハビリテーション部主導での取り組み～

宮垣さやか、松村彩子、稲村一浩

JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】当院では、重症患者の難床に必要なティルト・リクライニング機能付き車いすなどの特殊車いすが不足している状況にあったが、管理部署の不明確さのために効率良く使用できず、また必要台数の新規購入の請求に難渋していた。これらの特殊車いすの使用時は、リハビリテーション目録での正しいポジショニングの評価が必要となるため、まず院内の特殊車いすをすべてリハビリテーション部（以下リハ部）の管理下に置き、使用を効率化するために電子システム化した。さらにこのシステムから、必要と考えられる車いすの台数と車種を算出し、リハ部名義で病院へ物品購入請求を行い実際に購入が可能となった。今回は以上のような特殊車いすの管理システムを用いた取り組みについて報告する。【経緯と方法】当院では車いすが普通型、特殊型ともに、病棟管理のものとしリハ部管理のものが混在し、台数が不足しているものの複数部署が物品請求を行うために購入が認められない状況にあった。そこでまず特殊車いすはリハ部の管理下に置き、ナンバリングを行った。さらに、使用される特殊車いす、使用患者の担当セラピスト、使用時間帯を全病棟で参照できるようエクセルで車いす使用表を作成した。これにより使用時間帯の調整が可能になり、効率的な使用が可能となった。さらにエクセル上で1か月分の使用状況を集計し特殊車いすが不足している状況の明確化を図った。結果、特定の車種に使用が集中し、台数も不足している状況が具体的な数値データとして把握された。このデータを用いて院内の物品請求に申請したことで、4台のモジュラー、ティルト機能付き車いすの購入が可能となった。【結語】以上のリハ部主導の取り組みにより、管理元、管理方法が徹底されたことで院内全体の車いすの効率的な使用が可能となり、また経営的にも効率的な物品購入が可能となった。

O-064

紹介型外来開設による外来適正化の取組み

根岸晴美¹、鈴木由美子²、吉井英子¹、岡塚明子³、内藤浩⁴¹JCHO群馬中央病院 地域医療連携室、²医事課、³患者支援室、⁴副院長

【はじめに】当院の地域医療連携センターは、平成23年10月に発足し、地域の基幹病院としての機能を果たすための様々な活動を行っている。当院は地域医療支援病院であり、医療機能の分化と連携をすすめ、地域の医療機関との連携を強固にする役割を担っている。その中で、外来の適正化を図ることを目的に、一部の外来を紹介患者のみの診察とし、その効果を分析して報告する。【現状・課題】当院の紹介患者数は、年間1万人を超えており、群馬県内にある13施設の地域医療支援病院のなかでも上位であり、1ベッド数あたりの紹介患者数は地域で1位である。しかしながら、紹介率は紹介患者数の割に上がらず、2015年度は62.3%にとどまっている。これは、紹介状を持たない飛び込みの初診患者が多いためと考えられる。【取組み】調査対象は、整形外科と耳鼻科で、整形外科は週5日の外来日のうち、2日間を紹介型外来（初診患者は紹介患者のみに制限）とし、耳鼻科は同じく週5日のうち1日を紹介型外来とした。あわせて、紹介状をもたない患者に対して、緊急性の有無を確認したうえで、登録医MAPやリーフレットを利用し、地域の登録医への受診を誘導した。【結果・考察】紹介型外来を開設したことにより、整形外科・耳鼻科ともに外来患者数は減少し、1人あたりの外来単価は増加した。それに伴い、紹介率も上昇している。上昇率は、週2日紹介型外来にした整形外科のほうが週1日紹介型外来にした耳鼻科よりも高いことがわかった。このことから、紹介型外来の開設は、外来適正化の取組みとして有意であったと考えられる。今後、再診患者の逆紹介の取組みを積極的に行い、地域の医療機関との連携を強固にすることで、地域医療支援病院としての役割を果たし、またそれにより外来適正化へつなげていくことができると考える。

O-066

コスト削減活動の取り組み

渡辺公章¹、小林留美²、古旗珠理²、石原宏³、切金竜³、根津徹也³、丸山孝教⁴、野方尚⁵¹JCHO山梨病院 総務企画課、²看護部、³総務企画課医事、⁴乳腺外科部長、⁵副院長

はじめに：我々は、病院経営の黒字化に向けた課題の一つであるコスト削減を検討する組織として「コスト検討委員会」を昨年度より立ち上げた。当委員会では職員からコスト削減に関わる多種多様の意見を収集したうえで、内容を吟味し、実行する際のアイデアを検討した。今回はその中でも簡便で普遍性のある「感染性廃棄物の処理費用の削減」を中心に報告する。目的、方法：これまで使用済みの点滴ボトル、ルート、注射針は一塊として感染性廃棄物として「メディペール」に投入していた。これを分解し、点滴ボトルは通常の「産業廃棄物」として処理。一方点滴ルート、針は今まで通りメディペールに投入する。このことによってメディペールの使用数が減少し、「感染性廃棄物の処理費用の削減」を目指した。結果：今までメディペールの処理費用は年間平均約1400万円であった。昨年11月より病院全体で前記の方法で処理を開始したところ、4ヶ月で140万円以上の削減が実現できた。考察：このまま順調に行けば年間の処理費用は今までの約30%の削減が見込まれる。この際、点滴ボトルからネームシールを剥がして個人情報の漏出を防ぐ配慮が必要であった。また、点滴バッグは非常にかさ張るので、新たに大型のビニール袋と樹脂製のパイプで組んだ専用の廃棄カートを導入した。その他のコスト削減実施例として「節電の徹底」により前年比約515万円の削減を実現したことを始め、消耗品、診療材料を委託型SPD業務委託として約1100万円の在庫コストを節減。後発医薬品への積極的な変更、DPC入院中の検査の慎重化などを行っている。これからのすべての職員にコスト削減の意識を堅持してもらえよう、当委員会は活動を続けていく所存である。

O-065

往診による胃瘻カテーテル交換における院内での経済効果

鈴木由美子¹、根岸晴美²、岡塚明子³、内藤浩⁴¹JCHO群馬中央病院 医事課、²地域医療連携センター 地域医療連携室、³地域医療連携センター 患者支援室、⁴副院長

【はじめに】現在、胃瘻患者は全国で30～40万人と推測され、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向かい、その数は増えていくと言われている。2008年より経管栄養カテーテル交換法は保険適応になったが、交換後、画像診断か内視鏡での確認が義務付けられた。このため、通常は胃瘻カテーテルの交換は診療所や病院で行われるが、カテーテル交換のための通院は、患者、家族、施設職員にとって経済的にも身体的にも負担が大きい。そこで、当院では2012年より在宅や施設に医師が訪問してカテーテルの交換を行う、往診による胃瘻交換を開始した。【目的】カテーテルの交換を往診で行うことによる効果を患者、施設、病院の経営的側面から試算し、その有用性を検証した。【方法】対象は胃瘻造設状態の要介護患者200名で、通院には介護タクシーを利用するとし、時間と距離を決めて費用の試算をした。さらに内視鏡室の稼働状況を調査し、往診胃瘻交換の病院施設利用面からみた経済効果を検証した。【結果】往診のカテーテル交換は年々増加している。往診で行うことにより、移動による患者や家族、施設職員の人的、時間的労力が大幅に削減され、経済的にも負担が軽減できた。病院側としても内視鏡室の一室を他の検査や治療に充てる事ができ、医療資源の有効活用ができた。【考察】交換を往診で行うことにより、患者、家族、入所施設スタッフの負担を軽減することができる。今回の検討では、患者側のみではなく、病院にとっても経済的効果が大きいことが検証できた。今後、地域包括ケアシステムを進めていく上で、この取り組みは大変有用であると考えられる。

O-067

JCHO 札幌北辰病院における総合診療科の役割

若林崇雄

JCHO 札幌北辰病院 総合診療科

【はじめに】進行する高齢社会において、これからの医療を支える総合診療医が注目されている。当院でも2016年4月より総合診療科を本格的に稼働している。稼働間もない診療科ではあるが、今後目指す方向性も含め発表したい【方法】JCHO札幌北辰病院において総合診療科は以前より稼働していた。しかしその中心は専門診療科医であったため、診療範囲が広がらない問題を抱えていた。本年4月に札幌医大総合診療科より演者が赴任し、総合診療科の本格稼働を開始した。当科では紹介状を持たない初診患者・平日日中の内科系救急車患者をすべて診療するとともに、今後、院内に設立される地域包括ケア病棟・在宅診療部の責任診療科になることとなった。また従来から院内で行われていた研修医向けモーニングレクチャーの責任診療科となり院内教育にも力を入れている。このように多忙な専門診療科医の目の届きにくい分野にきめ細かく対応することで総合診療科、専門診療科双方に資する体制作りを始めている。また札幌医科大学の総合診療科後期研修プログラムに登録し、当院で総合診療専門医取得が可能となった。今後、大学を含めた各方面に働きかけることで総合診療医育成に寄与したい。【結果】抄録登録時点で詳細を記載できないため、発表時に半年分の成果を報告する予定である。【考察・結論】総合診療科と専門診療科は矛盾する概念ではない。双方が協力し合うことにより、より良い病院文化の形成が可能であると思われた。

O-069

病棟採血管在庫管理の取り組み

石倉陽子¹、木佐悠¹、吉儀美賀¹、勝部弘子²

¹JCHO 玉造病院 臨床検査室、²看護部

【はじめに】玉造病院ではこれまで、病棟採血管の在庫管理は病棟で行っていた。このたび業務改善委員会を通じ、看護部より病棟採血管の在庫管理を行ってほしいと臨床検査室に要望があった。そこで、適正在庫数と点検方法を見直し、簡便で効率のよい在庫管理方法を検討し導入したので報告する。【方法】1.適正在庫数の調査：病棟で発行されたラベル履歴より病棟の在庫採血管使用実績を調査し、各採血管の月間最大使用数を基に適正在庫数を決定した。2.保管方法：病棟ごとに在庫する採血管のレイアウトが違っていたため、在庫切れが分かりにくかった。そこで、採血管のレイアウトを統一し、在庫不足を視認しやすくした。3.在庫点検方法：今までは、在庫補充のみ行っていたため、検査頻度が少ない採血管は使用期限が切れたものもあった。また、病棟に在庫しない外注専用採血管が保管されていた。そこで、1か月に1回、病棟の在庫採血管を総入れ替えすることで病棟の採血管を管理し、病棟で使い切れなかった採血管は、臨床検査室で外来採血に使用し使用期限内に使い切るようにした。1か月以内に不足した採血管は病棟から請求してもらい補充し、補充頻度が多い採血管は在庫数を見直すこととした。【結果】在庫保管が小スペースになり一目で在庫不足も視認できる。また1か月に1回、在庫採血管を総入れ替えするため、臨床検査室の手間も少なく、使用期限切れで採血管を廃棄することも無くなった。【考察】臨床検査室で採血管の管理をすることで採血管の無駄が無くなった。病棟の業務軽減と5Sにも協力出来たのではないと思う。

O-068

JCHO 発足時における放射線治療の現状

黒崎弘正¹、内海暢子²、綾川志保²、高岡大樹²、渥美和重³、片山節⁴、西多俊幸⁵、前角智子⁵、宮本裕二⁶

¹JCHO 東京新宿メディカルセンター 放射線治療科、

²JCHO 中京病院 放射線科、³JCHO 九州病院 放射線科、

⁴JCHO 徳山中央病院、⁵JCHO 大阪病院 放射線科、⁶JCHO 神戸中央病院

【目的】放射線治療は死因第1位である悪性腫瘍の治療に欠かせない治療方法であることはいままでもないが、専門医が全国でも1000人程度と少数であったり、装置そのものが高額のため、すべてのJCHO病院で行われているわけではない。今回、JCHO発足時の放射線治療の現状を把握する目的でアンケート調査を行ったので報告する。【対象と方法】2014年10月1日付けで57病院のうち放射線治療を行っている15病院にアンケート調査を行った。【結果】15施設のうち14施設より回答が得られた。常勤治療専門医の医師が9名、非常勤医が21コマでJCHOの放射線治療が行われていた。医学物理士が5名、認定技師が20名在籍していた。外部放射線治療装置は17台であったが、2005年以前に導入された装置が7台あり、老朽化が問題とされていた。年間の新規患者数は2328名で、日本全体のほぼ1%の放射線治療をになっていると考えられた。また、年間新規患者数が100名以下の施設が5施設もあり、全体として小規模放射線治療施設が多かった。高精度な放射線治療も小線源治療施設は2施設34名、IMRTは90名、定位照射は34名と少数であった。【結論】JCHO病院は全国の放射線治療の1%を担当していたが、全体的に小規模放射線治療施設が多かった。治療内容として高精度放射線治療を施行している施設は少数であった。

O-070

再検査手順の統一化による再検査数削減と検査コスト削減の取り組みについて

濱津育宏¹、阪本裕子¹、山田孝幸¹、福島ゆかり²

¹JCHO 人吉医療センター 臨床検査部、²薬剤科

【はじめに】

不要な再検を減らす目的で平成27年に再検データに基づき再検が必要であったかの評価を行った結果、初検値で異常値がでた事に不安を感じ再検したものと同回数との差が大きく再検したものはほとんどが不要な再検であったことが判明した。そこで、今回は精度管理体制が充実している事を前提条件として再検査手順を統一化することで不要な再検を減らす事を試みたので報告する。

【方法と対象】

期間：再検査手順統一化前 平成27年4月21日から平成27年5月18日まで

再検査手順統一化後 平成28年4月19日から平成28年5月16日まで

対象：再検査数 128検体、検査項目 延べ562項目

方法：生化学自動分析装置で測定した検体のうち再検を行った項目について、再検査手順統一化の前後で再検査数と再検理由の内訳を比較した。

【結果】

検体再検査手順統一化前では再検査数85検体、延べ446項目うち不要な再検であったものが51検体延べ142項目であった。再検査手順統一化後には再検査数43検体、延べ116項目うち不要な再検であったものが14検体延べ30項目となった。再検査手順統一化の前後ともに総検体数は約3500件と同程度の検査件数であり再検査数自体を減少させることができた。

【考察】

再検査手順を統一化する以前は検査システムの再検チェック機能でチェックし再検指示をする判断は臨床検査技師にゆだねられていたため、データに不安を感じた為や前回値との差がある為の不要な再検が技師間で業務経験の差として表れていたと考える。

【まとめ】

今後の課題は今回実施した再検査手順の統一化を継続し不要な再検を減らしていく体制を維持していく事で検査コストの削減を図る。

O-071**機能別病棟運営を支えるために多職種で行う院内病床調整会議**

稲田貴子、軍神弘美、水谷和子、堀志郎
JCHO りつりん病院 看護部

【はじめに】当院は、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を併せ持つ地方の急性期一般病院で、訪問看護ステーションも併設している。同医療圏内には、3次救急を行う2病院をはじめ10病院がある病床過剰地域でもある。このよう環境の中で当院の特色を最大限に生かした地域医療を推進していくために『機能別病棟運営』に取り組み、多職種で週1回定例の院内病床調整会議（以下会議とする）を始めた。今回はその取り組みの有用性について考察する。【方法】各病棟機能に特化した患者を集約させ、各職種の業務を集約・効率化させることを目的に、医師がリーダーシップを取り2015年6月に『機能別病棟運営』をスタートした。会議のメンバーは医師1名、医事課事務員1名、看護部長1名、副看護部長1名、各病棟看護師長7名で構成した。第1段階は、独自に作成した「病棟点数表」に病棟師長が入力し、スコア化された患者リストをもとに会議を行った。しかし丁寧にスクリーニングしたはずの患者は何らかの適応外条件患者が多く、会議の場での対象患者の絞り込みに時間がかかった。第2段階は、各病棟の稼働状況、患者の状況、看護師配置状況などをもとに独自に作成した「病棟状況調査表」を使った。これによって「病棟間の平等感」を可視化し、「患者の治療、病棟運営、病院運営」の3つの視点をもとに、気持ちよく病棟間の患者調整ができるようにした。さらに会議のメンバーにはMSW1名、理学療法士1名、副院長が参加し、その場で専門職の視点で患者の回復機能に応じた病棟の選別・調整ができるようになった。【結果・考察】週1回30分程度の会議で、参加者全員が納得のいく病棟間の患者調整ができるようになった。会議の場を通してお互いの病棟の状況を共有し、また回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の特殊性について学ぶことができるのは、急性期病棟で退院調整を行う上でも非常に有用である。

O-072**医業未収金比率を向上・維持させる方策について**

魚住佳史、吉田耕治、中尾崇、小野祐亮、橋口将治、山本兼市
JCHO 福岡ゆたか中央病院 総務企画課

1. はじめに

我が国においては、少子高齢化が社会的な問題となり医療業界においても、医療制度改革は現在進行中であり、単なる診療報酬の抑制から「予防医療」へとシフトしている。また、日本経済の低迷が長期に渡り国民一人当たりの収入も減少している影響により医療費の滞納者が増加する傾向が、平成20年度・平成21年度に現れてきた為、医業未収金を回収する取り組みをおこない一定の効果は得たものの、それ以上の効果が表れなかった。そこで、平成25年度より医業未収金回収プロジェクトを立ち上げて、現状分析・具体的な取り組み内容の実施を図り、PDCAサイクルでプロジェクトメンバーと意見交換をして現在の医業未収金比率まで向上・維持させている。

2. 活動内容・成果

1) 活動内容 (1) 現状分析 ・入院患者、外来患者別未収金発生比率の把握 ・加入保険別未収金発生比率の把握 (2) 対策立案 ・職員研修の実施 医事 看護 地域医療連携室との連携強化 ・未収金回収方法マニュアルの作成 ・医療費未払者に対する生活環境を考慮した支払方法の工夫 患者、家族との面談及び状況に応じた支払方法の提案と誓約書を交わす ・自宅への家庭訪問を実施 2) 成果 平成28年1月末現在の医業未収金比率:0.008% (JCHO平均0.077%)

3. 結語

この取り組みは医事課職員が中心となって活動したが、看護職員・地域医療連携室員の協力があって達成した案件である。また、職員の意識改革がなければ達成しない地味でストレスの大きな仕事であるが、職員教育から始め意識改革を図ってきた成果が実った取り組みであると考えられる。

O-073

二日ドックにおけるロコモティブシンドローム啓発と運動能力維持への働きかけ

田中健毅¹、石橋里江子²、藤田芳正²、吉岡奈美²、西谷雅尋²、黒木恭子³、坂本正子⁴、二宮晴夫¹、富士武史⁵

¹ JCHO大阪病院 リハビリテーション科、² 内科・健康管理センター、³ 看護部、⁴ 栄養管理室、⁵ 整形外科

【背景】当院健康管理センター二日ドックでは2014年度より医師、健康運動指導士らを中心に、看護師、管理栄養士らと連携し、ロコモ度テストおよび運動能力を評価し、啓発に努めてきた。また、測定に際して種々の安全管理対策を構築し、個別対応を重視し症状や運動能力を評価した上で運動指導を行っている。【目的】当院二日ドックのロコモ度テストにおける安全管理対策とテスト結果に基づき行った運動能力維持への働きかけによる効果を検討した。【対象・方法】2014年4月～2016年3月に本テストを受けたのべ172例（男性113例、女性59例、平均年齢61.0±12.9歳）を対象とした。3種類のロコモ度テストに加え、運動能力として下肢筋力、握力、開眼片脚立ち時間等を測定した。予め、問診、準備体操を行い、片脚立ち時間を評価した上で、後のテストの可否を判断した。テスト中は転倒予防ベルトの装着、2人サポート、環境整備等により転倒を主とする有害事象の予防に努めた。また、継続評価できた47例（男性33例、女性14例）に対しロコモ度変化を検討した。【結果】筋肉痛や関節痛等の軽～中等症のエピソード発症率は9/172例（5.2%）であり、転倒等の重症例はなかった。エピソードを生じた8.9例は、予め体幹から下肢の疼痛やしびれの保有頻度は介入前35/47例（74.5%）から介入後26/47例（55.3%）へと有意（ $p<0.005$ ）に低下していた。47例中14例（29.7%）においては、何らかのロコモーショントレーニングを週3日以上行っていた。【考察】多職種が連携して取り組み、個別対応を重視することで比較的安全にテストが遂行でき、運動能力維持のために、有効な指導ができたと考えられた。今後、より長期間での検討が必要である。

O-074

効率的な胃がん予防・検診システムの構築に向けたJCHOグループ統一基準案の作成と多施設前向き研究の提案

中島滋美

JCHO 滋賀病院 総合診療科

【目的】ヘリコバクター・ピロリ（Hp）の感染が胃がんの重要なリスクファクターであること、除菌をすれば胃がんのリスクがある程度減少すること、および除菌後も胃がんのリスクが残ることから、Hp感染者には除菌を勧め、除菌後の人には定期的胃がん検診受診を勧めるべきである。演者らは、胃X線検査でHpの現在または過去の感染および未感染と対応した背景胃粘膜診断ができることを以前から主張してきた。本年、ようやく主張の一部が認められ、日本消化器がん検診学会の新しい診断基準に背景胃粘膜診断の概念が少し加えられることになった。しかし、その診断・記載方法は地方自治体の住民検診を念頭ににおいた二次予防主体のものであり、除菌による胃がんの一次予防を意識したものではない。一方、JCHOグループと関わりの深い協会けんぽや組合健保の生活習慣病予防検診や人間ドックでは、二次予防のみならず一次予防も考慮した健康診断と事後指導が実施されている。しかし、残念ながら胃X線検診では、一次・二次予防まで考慮した診断および事後指導は確立されていない。今回、効率的な胃がん予防・検診システムの構築に向けたJCHOグループ統一基準案を作成したので紹介する。【方法】演者らが今までに報告した学会・研究会・厚生省研究班等での発表を総合し、JCHOグループにふさわしい背景胃粘膜診断基準と事後指導案を考案した。【結果】背景胃粘膜診断は、Hp現感染に対応した慢性活動性胃炎、過去の感染に対応した慢性非活動性胃炎、未感染に対応した正常胃、および判定保留の4つに分類する。慢性活動性胃炎の受診者には医療機関受診を勧奨し、Hpが陽性ならば除菌療法を受けることを勧める。その他の受診者には逐年健診を指導する。【結論】効率的な胃がん予防・検診システムの構築に向けたJCHOグループ統一基準案を提案した。また、その妥当性を調べるための多施設前向き研究を提案する。

O-075

検査技師による健診センターでのオプション検査の取り組みについて

小倉麻衣子¹、橋本一二三¹、坂山明岐¹、井田淳¹、佐藤直美¹、東修一¹、中村純造¹、古川元庸²、藤村和代³

¹ JCHO大和郡山病院 中央検査部、² 健康管理センター、³ 消化器内科

【はじめに】当院では、健診センターでのオプション検査を検査技師が企画、立案している。近年、受健者数は僅かではあるが増加傾向であり、多様化するニーズに対応すべく、過去3年間に新規オプション検査を導入した事例を報告する。

【内容】血液検査の新規項目として、2014年度にアミノ酸分析（AICS；早期がんの発症リスク検査）、2015年度にIgE抗体およびMAST33（アレルギー検査）、2016年度にはLOX-index（脳梗塞・心筋梗塞の発症リスク検査）を導入した。導入過程で、価格設定、報告方法、結果表に記載する判定コメント、パンフレット作成を行った。

【結果】検査件数の内訳はAICSが76件（2014年17件、2015年58件、2016年4月で1件）、IgE抗体およびMAST33が38件（2015年35件、2016年4月で3件）、LOX-indexが6件（2016年4月で6件）であった。

【考察】AICSに関しては、検査件数が増加していたが、要精査の判定結果と精密検査との不一致が認められるケースがあり、2016年度からオプション検査の案内から削除し希望者のみの実施とした。また、導入時の課題として、受健者の方に広く認知してもらうことが挙げられていた。

そこで、2015年度はMAST33のパンフレットを作成しセンター内に設置したが、検査件数はそれほど伸びなかった。この結果から、2016年度はより積極的なアプローチを目的として、事前に受健者に送付する健診の案内にLOX-indexのパンフレットを同封する試みを行った。その結果、2016年4月のみで6件と今後、件数の増加が期待される結果となった。積極的にオプション検査の導入を行うことで、新たな検査機器導入などの初期投資を行わなくても、健診収益の向上に貢献できると考えられる。

【結語】積極的なプロモーションにより新たに導入したオプション検査件数の増加が期待される結果となった。今後も受健者のニーズにあった有意なオプション検査を企画、立案していきたいと考える。

O-076

保健指導の対象者拡大と効率化を目指した取り組み

松森麻里衣、高橋悦子、田頭素子、鈴木明日香、神谷タ香里、小熊佐智子、江原亮子

JCHO 札幌北辰病院 健康管理センター

【はじめに】

A健康管理センターは、企業健診の割合が全健診者の約7割を占めており、健診後に出動する受診者も多いため、健診が午前中に終了する体制をとっている。平成20年より健診当日に特定保健指導初回面談の施行を開始し、保健指導の対象者を徐々に拡大した。受診者の速やかな健診終了というニーズに応えつつ、時間と人数が限られている中で必要な対象者への保健指導体制を構築した取り組みを報告する。

【取り組み方法・結果】

待ち時間短縮のため、診察や検査の待ち時間を利用して保健指導を実施できる体制を整えた。さらに多職種と連携し、受診者5～6人毎に検体を搬送し、随時血液検査結果を把握出来るようにした。また、検査部と連動した専用パソコンを導入し、結果が出るまでの時間短縮を図った。保健指導を担当する保健師は、複数の業務を並行し保健指導の時間確保が難しかった。そのため、保健指導対象者（以下：対象者）が増える時間帯に保健師が指導できるよう、多職種の協力体制のもと業務調整をしている。保健師だけでなく多職種も対象者のスクリーニングが容易にできるよう独自のハイリスク基準を設定し、フローチャートを作成した。1日の健診受診者は平均64名で保健指導担当者は0.5～2.5名。保健指導実施可能時間は約2時間30分。対象は、血糖値ハイリスク基準該当者、ドック受診者全員、特定保健指導該当者、前回健診データのハイリスク基準（生活習慣病に関する項目）該当者、肥満者のハイリスク基準該当者としている。保健指導実施数は平均18名（保健指導実施率 約28%）。

【まとめ】

限られた人数で効率的に保健指導を行うには、多職種・他部門との連携が重要である。また、検査結果と生活習慣との関連性を即座に判断し、短時間で効果的な保健指導を行うためには、保健指導担当者のスキルアップが必要である。多様な受診者のニーズに対応できるよう、更なる業務の効率化を目指し保健指導の充実を図りたい。

O-077

健康管理センターにコンシェルジュナースを起用しての取り組み

西浦知子、瀬尾珠美

JCHO りつりん病院 看護部

【はじめに】当健康管理センターは、70名／日の院内健診と県下約150の事業所へバス健診を実施している。病院内の施設設備を利用するため移動距離が長いというハード面の問題を抱えている。また、看護師2名、保健師1名、非常勤看護師5名で院内健診・バス健診に従事しておりマンパワー不足の問題も抱えている。このような中リリーフナースで人員不足を補い、コンシェルジュナースを配置することで情報の一元化を図り受検者の満足が得られたので報告する。【方法】コンシェルジュナースの位置づけとして、健診が円滑に実施できるようコメディカルと連携を図る。リリーフナースの負担軽減に向け業務に滞りがある場合はサポートできるよう采配する。受検者に身体的問題が生じている場合は情報の共有化を図り問題解決にあたる。そこで、顧客満足度調査を実施し「待ち時間」「待ち時間の受けとめ方」「看護師の態度」「看護師の説明」に対する満足度を3段階評価し有用性を検討した。【結果・考察】顧客満足度調査を実施し1121名（回収率84％）より回答が得られた。「待ち時間」の短縮は図れていたが、「待ち時間の受けとめ方」には変化が見られなかった。「看護師の態度」で良いと答えた人が88％「看護師の説明」に関してわかったと答えた人が99％であった。この結果から、マンパワー不足があるなかでも受検者の満足は得られていたと考える。コンシェルジュナースが情報の一元化を図ることで、予測をもって対応することができ受検者の満足度の向上にも寄与できていた。そして、マンパワー不足の中でも適在適所に人員配置を行うことで、受検者が一カ所に集約されず分散化を図れたことで待ち時間の短縮にも繋がっていたと考える。そして、リリーフナースの業務に関する疲弊感の緩和にも繋がれていた。今後も看護師個々のスキルの向上を図り、受検者の待ち時間に対する配慮・言葉かけを行いより一層満足できる健診としていく。

O-078

がん治療目的で当院に入院した患者へ管理栄養士が行なった食事対応についての報告

大庭久実、原裕子、三輪真紀子
JCHO九州病院 栄養管理室

【はじめに】がん患者は、治療にともなう副作用の出現により栄養障害に陥ることが多く、栄養障害は予後を悪化させる。当院でも副作用の出現により必要栄養量を摂取できず、経口と末梢静脈栄養の併用、あるいは中心静脈栄養が投与されていることが多い。しかし、口から食べたいという希望も多く、少しでも経口摂取できるようにと、管理栄養士が行なっている食事対応についてまとめたので報告する。【期間と対象】2015年4月～2016年3月の1年間に当院に入院し、産婦人科（子宮・卵巣がん）・血液腫瘍内科で化学療法・放射線治療を受け、欠食・1週間以内に摂取量が5割以下・食べムラのある患者【結果】食事対応を行なった人数は、産婦人科では対象者95名中47名・血液腫瘍内科では対象者198名中88名であった。診療科により、がんによる食欲低下につながる原因が異なり、産婦人科では腹部膨満感・倦怠感が多く、血液腫瘍内科では発熱・倦怠感が多い傾向にあった。また、両科において吐き気や副作用による嗜好の変化も大きく関わっていた。対応内容としては、栄養補助食品の付加39％・食種変更23％・食事量変更22％であった。【まとめと考察】食事対応をしていく中で、患者より「これ（栄養補助食品）は栄養があるって聞いたから、飲むようにしているよ」「口から食べないと元気がでないから食べるようにがんばっているよ」などの発言が聞かれた。食事が苦痛にならず少しでも口から食べたいと思う気持ちや、治療を乗り越えるための体力を維持させるためにも、患者の気持ちに寄り添い、信頼関係を築きあげながら情報を得ることができている。また、各科との情報交換も個々に合った食事を提供する上では重要であり、チーム医療により多方面からサポートすることによってがん患者のQOL・予後の向上につながると考える。

O-079

術前訪問時に患者が求めているニーズとその評価

齋藤優二、幸山妙貴子、勝間田智美
JCHO三島総合病院 看護課 手術室

【はじめに】手術は患者にとって非日常体験であり、不安を抱える患者は多い。術前訪問は治療・看護についての同意を得、心身の準備を促すために必要な看護行為となっている。A病院でも術前訪問を行っているが、患者への説明は、口頭説明のみとなっていた。そこで今回、全身麻酔で手術を受ける患者にアンケート調査を行い、術前訪問時に患者が求めているニーズとその評価について報告する。【研究方法】平成27年9月から平成28年1月に全身麻酔で手術を受けた患者60名に対し、術前訪問前後に質問用紙を用いて手術に対する不安や疑問について回答してもらい、手術室看護師が訪問したことでそれらが軽減、解決できたかを調査した。【結果・考察】術前アンケートより、手術に対し不安を抱えている患者は41名であり、その内容は手術、術後疼痛、麻酔、術後の経過についてであった。先行研究でも術後疼痛や術後の経過に大きな不安を抱えている患者が多いと報告されており、今回の調査でも同様の結果であった。術後アンケートにおいて、疑問を抱えていた患者60名中57名は疑問が解消したと回答し、不安を抱えていた患者41名中36名は不安が軽減したと回答した。このことから説明内容は患者が求めるニーズに合致していたと考えられた。しかし、訪問が手術直前であり慌ただしく不安を伝えられなかった（2名）、説明がわかりにくく不安が軽減しなかった（1名）との回答もみられた。このことから、不安をより軽減するには訪問日時の配慮、説明方法の改善が必要と考えられた。【おわりに】患者がより安心して手術が受けられるよう、今後も効果的な術前訪問を行い、継続して改善を行っていきたい。

O-080

糖尿病を持つ女性・家族と看護職者のためのセミナーから今後の患者支援を考える

村岡知美
JCHO埼玉メディカルセンター 看護部

【目的】1型糖尿病を持つ女性患者・家族の支援について示唆を得る。【方法】1型糖尿病を持つ女性患者（以下：女性患者）・家族と看護職者を対象に、妊娠・出産についてのセミナーを開催した。セミナーのプログラムは「共に語ろう妊娠・出産」をテーマに、助産師による女性患者の妊娠・出産についての講演と看護職者、1型糖尿病で出産経験がある患者を交えた座談会、グループディスカッションを行った。グループディスカッションはそれぞれのグループを女性患者・家族、看護職者で7～8名程度の編成とした。セミナー後のアンケート結果から女性患者・家族の妊娠、出産に対する思い、看護職者の患者支援への思いなどを抽出した。【倫理的配慮】参加者には個人が特定されないことを口頭で説明し、アンケートの記入を持って研究参加への同意を得た。院内の生命倫理審査委員会で承認を得た。【結果・考察】セミナーへの参加動機は「他の患者の意見が聞きたかった」、「妊娠・出産に関する情報が欲しい」、「将来の悩み」であった。これらの参加動機が達成された参加者は「同じ1型糖尿病患者との情報交換ができた」「看護師の考えを聞くことが出来た」「将来どうするか（妊娠・出産）を考えるきっかけとなった」「前向きに考えるきっかけとなった」と回答している。同じ疾患、同じ悩みを持つ者が同じ場所で語り合えることで、自分だけではないという安心感を得ることができ、将来について前向きな気持ちになれる。看護職者は「患者のリアルな体験や感じていることを聴く機会になった」「生活の中での患者の思いや様子を見ることが出来た」と回答している。患者の生の声を聴くことで、看護職者の患者理解が深まり、患者・医療者との相互理解が深まると考える。このようなセミナーは患者理解、支援を考えていくために有効であり、継続して行っていくことが重要であると考える。

O-081

高齢がん患者・家族の治療選択における意思決定支援を通しての考察

須崎了子
JCHO天草中央総合病院 看護課

【目的】高齢がん患者・家族の治療選択における意思決定支援について考察する。【方法】事例研究。家族および多職種による話し合いの場を振り返り、提供した意思決定支援を評価、考察した。【倫理的配慮】家族の同意を得て、匿名性とデータの機密性を厳守した。【症例】A氏、胃痛、80代、女性。A氏は2ndラインの治療開始時よりグループホームに入所し、通院にて治療を受けていた。治療回数の増加に伴い、治療による副作用の悪化、またグループホームの生活への不満や「治療は止めたい」、「自宅に帰りたい」といった意向を示した。NCCNガイドライン「高齢がん患者治療決定アルゴリズム」による患者評価でA氏は、治療中止により病状悪化の可能性があった。治療への理解や自身の状況理解、理性による決断等に問題はああるが、治療や療養場所について自身の決定の伝達が可能であり、患者の意思決定能力の一部に問題がありと評価した。そこで、家族と多職種による話し合いの場を設けた。家族は、認知機能が低下している状況での治療継続は困難なことを理解しつつも、少しでも効果が期待できる治療を中止してよいものか困惑していた。家族には、家族の希望ではなく、患者の意思を代弁してもらうよう促した。その結果、化学療法は中止し、自宅療養に向けた支援体制の整備、社会資源の活用によりA氏は自宅へ戻ることができた。【考察】治療やケアの意思決定においては、患者の意向や価値観を尊重することが重要である。A氏は一部意思決定能力に問題はあったが、治療や療養場所について自身の意向を示していた。一方家族は、患者の状況を理解しつつも、家族の意向で治療中止を決断してよいか躊躇していた。医療者が、患者・家族とのコミュニケーションを通じて、患者や家族の懸念や意向、価値観などを共有することで、患者の意思決定能力を過少評価せず、それぞれが納得できる合意形成、選択、決定ができたと考えられる。

O-082**看護師が対応困難と感じる患者への精神看護専門看護師の介入**

平井元子

JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部

【はじめに】精神看護専門看護師（以降、精神看護CSNと称す）が、一般病棟の看護師から受けるコンサルテーションには、患者の不安や抑うつ等の精神状態に関する相談と、看護師が“対応困難”と感じる患者への関わり方についての相談がある。看護師が患者に対して“対応困難”と感じる理由と、精神看護CNSの介入について、2015年度の依頼事例に基に分析したことを報告する。【方法】2015年3月から2016年3月までの1年間に、相談依頼のあった事例から、対応困難事例を抽出し、内容の分析を行った。【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 1年間の総依頼数71例 そのうち対応困難事例は13例。2. 対応困難を感じる理由 対応困難に感じた主な理由として、精神疾患による精神症状（5）、自殺企図（2）、不定愁訴（2）、医療者に対して攻撃的な態度（2）、急激な身体症状の変化による不安（1）、理解・協力が得られにくい（1）が挙げられた。3. 精神看護CNSの介入 1）看護師に対して介入し、対応策を検討した7事例。初回相談時に、精神看護CNSとの面接を患者が希望しているかどうか確認した。精神看護CNSの面接を患者に提案するのが難しい5事例、提案したが患者が希望しない2事例であった。看護師の話を聞き、関わり方について具体的な方法を提案した。2）患者と看護師の両者に対して介入し、対応策を検討した6事例。精神科受診歴のある4事例、受診歴はないが自殺企図の2事例に対して、精神看護CNSが患者との面接を実施した。患者の精神状態を把握したうえで、看護師の話を聞き、関わり方について具体的な方法を提案した。【考察】看護師が“対応困難”を感じる理由のひとつに、精神疾患による精神症状が挙げられた。一般病棟の看護師が、精神症状を理解して患者に関わるために、精神看護CNSの介入は有効であると考ええる。

O-083

リンコントロール不良患者に学習援助型アプローチを試みて

駒田さゆり、平岡めぐみ、三宅真人、水谷安秀
JCHO 四日市羽津医療センター 看護部

【はじめに】透析患者におけるリンコントロールは食事や服薬状況に左右され、難渋することが多い。患者は50歳代男性で透析歴7年。「リンを良くしたい」と言いつつも、行動できずにいた。実践の中で自分に合った方法を見つけるために「学習援助型」の支援を試みた。【看護の実際】1. 自分を知り、要因を考える 食事記録や聞き取りからリンの過剰摂取があること、リン吸着剤が飲めていないことをともに振り返った。2. 適切な判断に必要な知識の学習 食事中のリン含有量の計算方法、1錠あたりの吸着量を説明し、現在の食事に対する必要量を計算で推測しコントロールをする方法があることを伝えた。3. 方向性と目標を決める コントロールの方法を「過剰なたんぱく質・リン摂取を減らす」か「内服量で調整する」かを、本人含むチームで検討し「食事に合わせた内服量の調整ができる」という目標を共有した。4. 生活での応用方法を話し合う 患者の嗜好品やよくする外食を想定し、リン含有量の計算と必要な吸着剤の量をともに計算した。患者は食事中のリン含有量に対する関心が高まった。5. フィードバックで自信と知識を増やす 採血毎にリン値と吸着剤の内服や判断した状況、迷いや気づきについて話し合い、失敗や成功体験からの気づきを肯定的にフィードバックしていった。患者は「食事量によりリン吸着剤の内服量を変えている」と話し、患者は生活の中で食べる物と薬を判断しながらコントロールできていることが分かった。【考察】今回、患者が適切に判断するための知識を提供し、生活の中で行った判断や行動を賞賛し、ともに考えたことで、患者の自信につながり自分自身をコントロールする力をつけていったと考える。【まとめ】透析患者が病气とともに生きていくための力を高める支援として、学習援助型アプローチは効果的である。

O-085

経口摂取困難となった患者の家族が経管栄養を受容できるまで－家族参加の口腔ケアを取り入れた取り組み－

原田芽衣、白鳥司子、高松絵里子、清水真由子
JCHO 秋田病院 看護課

【目的】誤嚥性肺炎と診断され今後経口摂取は困難であると説明されたA氏の長男妻が、希望していた経口摂取が今後できないと危機的状況に陥った。A氏の口腔ケアを通し長男妻が経管栄養を受容するまでの過程を明らかにした。【方法】期間：平成27年3月から5月。対象：A氏（93歳、女性）と長男妻。A氏は日常生活自立度C-1、要介護度5、長男夫婦と同居。食事は全介助で経口摂取できていた。方法：看護記録より長男妻の反応、看護介入をプロセスレコードに再構築し、長男妻の経管栄養受容までの経過と看護師の看護介入をフィンの危機モデルに沿って分析する。【結果】衝撃の段階では、長男妻は経口摂取ができず、経管栄養チューブが留置されたA氏をみて、入院前は口から食べていたのにとの言葉が聞かれた。看護師は毎日の面会時長男妻の思いを受け止め傾聴するが経口摂取希望への思いに変化はなかった。防衛的退行の段階では、経管チューブは一時的な治療の為だと発言が聞かれ、変わらず経口摂取への強い思いがあり主治医と相談、プリンの経口摂取が開始となった。看護師は長男妻が参加できる口腔ケアに差し入れとして持参する果汁を使い、頬マッサージを毎日一緒に実施すると、介助を行う長男妻に笑顔が見られるようになった。またプリン介助時は誤嚥の危険性を説明し介助する長男妻を傍で見守った。長男妻は一口ずつA氏の嚥下を確認しながら介助することができた。【結論】A氏が再び経口摂取することができないという危機に陥った長男妻が、自ら参加できる口腔ケアを継続実践した取り組みはA氏の現実を認知できる機会となり経管栄養受容へつながった。

O-084

遺族の立場に立ったエンゼルケアを考える
－死後の処置からエンゼルケアへ看護師の意識変化－

渡邊奈保子、深澤みさほ、久田珠巳
JCHO 桜ヶ丘病院

【はじめに】現在の逝去時の対応は処置の仕方に個人差があり、鼻に詰めた綿が見える状態でメイクや顎バンドで人相が変わってしまうことがある。エンゼルケアをどう捉え実際の処置をどのように行っているか、処置とケアは違うものであるが、現状は死後の処置を業務として行っていることが多いのではないかと、疑問に感じることがあった。病棟スタッフはエンゼルケアをどう考えているのか意識調査し、最期だからこそ生存時と変わらない本来の姿で送り出してあげるために私たちができる最後の看護としての意識を高め、エンゼルケアについて見直したいと考えた。

【目的】死後の処置に対しての現状を把握し、看護師のエンゼルケアへの意識のあり方を見直す。

【方法】

1）研修前後のアンケートで看護師の意識変革を調査。
2）他職種を含め、一般的なエンゼルケアのとらえ方についての意識調査を行う。

【結果】

研修前：1）病棟看護師22人回答（回収率100%）研修後：病棟看護師20人回答（回収率91%）

2）病棟スタッフ27人、他職種66人、計93人回答（回収率100%）全員死後の処置の経験があり、現状の死後の処置は先輩スタッフに伝授されたように綿を詰め、口を閉じて顎バンドをし、手を組んで合掌バンドをするなどルーティンで行う事が多かったが遺族の立場で希望する処置としては、綿詰めやバンド使用に対して過半数が否定的な意見であった。

【考察】遺族の立場を考える視点で伝達講習をしたことが、今まで当たり前のように行っていた処置を見直す機会となり処置ではなくケアであることが痛感できた。看護師の意識のあり方が変化することで、家族への関わり方も変化する。そして意識変化をすることで一連の業務として行っていた処置から個別性のある看護としてのケアに変化し、看護師のエンゼルケアに対する意識のあり方を見直すという目的は達成できた。

O-086

HCUで死を迎えた患者と家族を支える看護師の困難感

吉村扶美、工藤美由紀、里崎広美、川村佐知
JCHO 下関医療センター HCU

【はじめに】現在、集中治療領域での治療の差し控えにおける看護師の役割に関しては具体的に示されていない。看護師は終末期ケアに困難を感じながら患者、家族への支援を行なっているが、その評価を得ることが難しく、日々の煩雑な業務に追われているという現状にある。様々な集中治療領域における終末期ケアに関する研究はあるが、終末期ケアが積極的に行われたかを明確にしたものはない。また治療方針の変更に伴う集中治療領域の看護師の終末期ケアの実践・実態に焦点をあてた研究は見当たらなかった。そこで看護師の語りからA病院HCUにおける看護実践を振り返る。

【目的】集中治療領域において、治療の差し控えを余儀なくされた患者の終末期ケアにおける看護師が抱える困難感の要因を明らかにする。

【方法】A病院HCUに勤務する看護師5名に対しインタビュー方式でデスカンファレンスを行い、その逐語録から内容を概念化しカテゴリーを生成した。

【結果】対象となった看護師の平均経験年数は10.6年、HCUでの平均経験年数は4.4年であった。コーディングの結果、＜看護師としての実力不足を感じる＞＜チーム内での意識の相違＞＜救命と終末期ケアが同時進行＞＜患者を擁護する事の難しさ＞の4つのカテゴリーが抽出された。

【考察】集中治療領域では懸命な治療の甲斐なく、救命困難となる症例が少なくない。救命から終末期ケアに方向転換せざるを得ない場合、本人や家族はもちろん、それを支える看護師も戸惑いや葛藤を感じていた。救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインでは「医療スタッフの対応は、患者の意思に沿った選択をすること、患者の意思が不明な場合は患者にとって最善と考えられる選択を優先することが望ましいが、それらを考える筋道は明確に示されていない。」とある。今回、得られた結果からHCU看護師の持つ困難感の背景を分析し、より良い終末期ケアを考察する。

O-087**エンパワーメント法を用いた栄養指導によりHbA1cが改善した一例**

藤田恵理、末澤涼子、宮武恵子
JCHOりつりん病院 栄養管理室

【目的】HbA1cの改善と悪化を繰り返す2型糖尿病患者に対しエンパワーメント法を用いた栄養指導により、行動変化がみられHbA1cの改善につながった症例について報告する。

【症例】70代男性。身長161cm、体重81.6kg。糖尿病歴32年。初診時随時血糖279mg/dl、HbA1c（NGSP）10.1%。

【経過】当院初診時より栄養指導を受けてきたが、改善と悪化を繰り返していた。2015年3月に大学病院での経皮的冠動脈形成術目的の入院をきっかけにHbA1cの改善がみられ栄養指導は中断されていたが再びHbA1cが上昇したため、エンパワーメント法を用いた栄養指導を再開することとなった。毎回、食事記録の振り返りを行い、問題点と解決策について話し合った。始めはどうしたら良いのかと戸惑いがみられたが、回を重ねるごとに、食生活の問題点に自ら気がつき、解決策を考えられるようになっていった。その結果、食事内容も改善され、HbA1cも改善してきている。また、頑張りが数値に表れることで、より意欲が高まってきているように感じる。

【考察】糖尿病は生涯にわたって自己管理を必要とする疾患であり、合併症の発症や進行を防ぐためには、患者一人ひとりに合った教育を継続的に実施していくことが重要である。誰かに決められた目標ではなく、患者自身が考え立てた目標の方が行動変化を起こしやすいが、始めから目標を立てる事は難しい。そのためには、何度もかわり信頼関係を築き、患者の生活状況や価値観などを把握することで、問題解決のために必要な情報提供や助言を行い、患者自身が目標を立てられるように支援していく事が大切であると考えます。

O-088

病診連携による当院へのC型肝炎ウイルス持続感染者の紹介状況について

加藤嘉明、清宮伶、勝呂麻弥、天沼誠、松井哲平、宮澤秀明、篠原正夫、石井耕司

JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科

【目的】 インターフェロン（IFN）フリーの Direct acting antivirals（DAA）が認可されるまで、C型肝炎ウイルス（HCV）持続感染者（CHC）には IFN を中心にした治療が行われてきた。しかし、特に高齢者では IFN の副作用を懸念して治療を断念することも多かった。平成 26 年 9 月から初めての DAA であるダクラタスビル（D）とアスナプレビル（A）の使用が認可されてから、平成 27 年 9 月以降、次々と新しい DAA の使用が認可されて CHC に対する治療の選択肢が増えている。今回、東京都大田区蒲田地区においてここ 2 年間で当院に紹介された CHC 症例の動向を明らかにする。

【対象および方法】 平成 26 年 4 月 1 日から 28 年 3 月 31 までの 2 年間に当院に紹介された 57 人の CHC 患者（男/女：35/22）が対象である。紹介された患者の月ごとの人数、性別、年齢、抗ウイルス治療（治療）導入数を調査した。

【結果】 平成 26 年度の紹介患者数は 22 人（男/女：14/8）で、年齢中央値 60（47～77）歳、そのうち治療が導入された患者は 21 人であった。27 年度の紹介患者数は 35 人（男/女：21/14）で年齢中央値は 65（33～85）歳、治療が導入された症例は 30 例であった。この 2 年間で最大 7 人/月の紹介があった平成 26 年 9 月は初の IFN フリー治療である D と A の併用療法が保険診療上認可された月であった。平成 27 年 7 月からソフォスブビル（SOF）とリバビリン併用が、同年 9 月からは SOF とレディバスピルの合剤が上市されて以降、紹介患者数は増加している。

【結論】 IFN フリー治療が開始されるようになってから紹介患者数は増加し、高齢化している。新しい IFN フリー治療が認可される度に、紹介数が増加する傾向が明らかになった。

O-089

リウマチ患者指導における薬剤科での取り組み

稲森美美、臺裕子

JCHO 埼玉メディカルセンター

<はじめに>

リウマチの治療はメトトレキサート（以下 MTX）及び生物学的製剤（以下 BIO）の登場により大きく変化を遂げた。が一方でこれらの強力な免疫抑制作用により重篤な感染症や潜在性感染症などのリスクが増加しておりこの点における患者指導が非常に重要となっている。当院では、リウマチの BIO 導入時における手技指導を含めた患者指導を薬剤師が行っており、体調の変化等をできるだけ早い段階で気づくことができるよう指導の内容の検討を行ってきた。今回その取り組みを紹介する。

<取り組み>

1. MTX の薬剤指導には、医師と相談して独自に作成した指導箋を用いて説明。

2. 自覚症状の乏しいリウマチ患者の呼吸不全に対して、パルスオキシメーターでの酸素濃度測定の日常化を勧める。

3. 高齢の患者が服用日や注射日を間違わないようにカレンダーを作成。

4. 保険調剤薬局の薬剤師にも院内の薬剤師と同様の説明をお願いすべく、当院のホームページからこれらの指導箋をダウンロードして指導に使用してもらう。加えて、定期的に薬業連携の会として当院の膠原病内科医師、薬剤師との勉強会を開催し、日常業務で困っていることや患者からの質問例などの検討をしている。

<効果・課題> 電話での問い合わせや保険調剤薬局の薬剤師への患者から質問などが増えており患者の意識が高くなっていると感じている。薬業連携の会の定期的な開催はお互いのレベルアップとなり、院内外で患者の安全を守ることからも意味のあることであるので継続していく予定である。今後、高齢となってもできるだけ長く安全に自己注射による治療継続が可能となるような指導を検討していくことを目標とする。

O-090

手根管症候群・ばね指術後の作業療法における地域連携の有用性に関する検討

加藤聡美¹、江井洋¹、永末拓也¹、稲森貴也¹、野口京子²

¹JCHO 仙台病院 リハビリテーション部、²整形外科

【はじめに】 当院は透析医療の中核病院であり、宮城県全域、近県からの透析合併疾患の紹介も多い。長期透析症例ではアミロイド沈着に伴う様々な症状が全身に現れる。整形外科では手根管症候群（以下 CTS）、ばね指、アミロイド骨関節症、破壊性脊椎関節症等の手術を数多く行っているが、特に CTS、ばね指は非常に発症頻度が高い。今回、CTS、ばね指の早期発見、術後のリハビリテーション（以下リハビリ）における地域連携の重要性について作業療法士の立場から検討した。【方法】 当院では、CTS、ばね指の術後早期から「使える手」を目指したリハビリプログラムを作成し実施している。術後の浮腫、腫脹の管理や拘縮の予防、改善には、術後早期からこのプログラムを実施することが重要であり、患者の疾患に対する理解にも役立っている。また、自助具の紹介や、ADL 指導の機会となっている。しかし、これらの手術に要する入院期間は短期であり、維持透析のためにリハビリ継続目的の通院は容易ではない。そこで当院退院後も透析医療機関でリハビリを継続して頂くために自主訓練、ADL 指導用パンフレットを作成し宮城県、近県の透析関連病院 73 か所の医師、看護師へ発送した。また、年 4 回当院で発行している地域連携ニュースへ、透析関連疾患の病態と治療について掲載し、これら疾患概念の浸透に努めた。この効果について、発送を行う前後 6 か月において、透析関連病院 73 か所から当院整形外科へ紹介された CTS、ばね指患者の紹介件数の比較を行った。【結果】 今回の試みを通して紹介件数が 31 件から 55 件と増加がみられた。医師はもちろん、透析患者のより近くにいる看護師へ情報を提供することで、疾患や患者への理解、拘縮のリスク回避、早期治療の促しなどのメリットがあった。【考察】 患者個人のみならず、病院単位で情報発信することで、疾患に対する理解、早期発見、治療へとつながると考えた。

O-091

周産期における病院と行政の連携 ～産後相談 236 件を通して、妊娠・出産包括ケアを考える～

赤井律子¹、川村見子¹、山川博子¹、水野有紀子¹、土屋美恵¹、伊藤里香²、佐野文示³

¹JCHO 三島総合病院 看護課、

²三島市健康推進部 健康づくり課（三島市立保健センター）、

³三島市社会福祉部 長寿介護課

【はじめに】 核家族化や地域のつながりの希薄化により、地域において妊産婦や家族を支える力が弱くなっている。そのため、病院から地域へ切れ目のない支援が必要である。今回、A 市より委託を受け、M 病院助産師 5 名が A 市保健センターに出向き、母乳・ミルク相談ステーションを開設した。平成 27 年 11 月 10 日～平成 28 年 3 月 31 日の期間内に 240 件の相談を受け、そのうち産後相談 236 件を分析したので報告する。【目的】 産後相談 236 件の相談内容及び背景を分析し、病院と行政連携の利点及び課題を明確にする。【結果】 相談経緯は本人からが 110 件、保健センターでの事業後や紹介は 46 件であった。さらに、出生通知書に悩みの記入がある場合は電話訪問を行った。相談内容で多かったのは授乳に関することであり、児の発育不安、育児不安の訴えと続いた。相談時期は、生後 3 ヶ月未満が 60% をしめた。相談回数は、1 回のみが 156 名、2 回以上は 80 名であり、うち継続フォローが必要と判断した症例は 28% だった。私たちは、この結果を保健センター保健師と連携し、お互い情報交換を行い家庭訪問実施や保健センターでの事業時にフォローする等の支援へつなげていった。【考察】 今回、母乳・ミルク相談ステーションを開催し様々な相談を受けた中で、授乳に関することが多くを占めていた。授乳は母親となり育児を行う上の基盤で、本来は楽しい時間のはずである。しかし、相談する母親にとっては、育児不安の要因になってしまっていた。病院での入院期間に限られており、授乳、育児が確立せずに退院する母親も多い。出生通知書の悩みに対応したことなどで、地域に帰った母親を継続してフォローするためには、行政との連携が必須であることが理解できた。今回、保健師と直接情報交換をすることにより、適切な母子支援を展開できた。今後、病院と行政の連携についての体制づくりが必要と考える。

O-092

皮膚・排泄ケア認定看護師による褥瘡保有者への退院後在宅訪問を行った2事例

伊藤貴典、積美保子、伊藤美智子
JCHO東京山手メディカルセンター 看護部

【はじめに】当院では、医療ニーズの高い患者を対象に病院と地域の連携、及び地域包括ケアの強化に取り組んでいる。今回、皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCNと略す）が退院後に在宅訪問をすることで重度褥瘡患者の再発防止、褥瘡の改善に繋がったため報告する。【倫理的配慮】個人が特定されないように配慮した。【事例の経過と結果】事例1）A氏、90歳代女性。全身衰弱のため入院。褥瘡は右大転子部DU:24点、左腸骨後面DU:23点、右肩峰d2:4点。日常生活自立度C2、日中独居、社会資源の活用はなし。自宅退院を希望したため家族へケア指導を行ったが十分な協力が得られず、ケアマネジャーと連携しサポート体制を整えた。往診医、訪問看護（特別訪問看護指示）を導入し退院（入院21日間）。訪問看護師と情報交換し、退院2週間後に褥瘡評価を目的に在宅訪問し、褥瘡ケアを変更。結果、褥瘡は右大転子部DU:17点、左腸骨後面D3:11点に改善し右肩峰は治癒した。事例2）B氏、40歳代男性。クローン病。脊椎梗塞による下半身麻痺があり車椅子生活。巨大褥瘡と膀胱瘻の感染にて入院。褥瘡は坐骨結節部D5:50点。創部の壊死組織除去、ポケット切開し肉芽形成後に創面を縫合。退院後の創離開、感染予防を目的に体圧分散や除圧、ずれ予防を本人・看護師・訪問看護師に指導し退院（入院72日間）。退院1週間後外来で創を評価、退院3週間後に在宅訪問を行いセルフケア状況と褥瘡ケアを評価した。結果、創離開や感染徴候はなかった。【考察、まとめ】退院調整の段階からWOCNが介入することで、1. タイムリーな創評価、ケアの継続2. 専門的な視点での生活環境調整3. 訪問看護師と円滑なコミュニケーションが図れ、褥瘡の再発防止、改善に繋がった。今後の課題として、医療ニーズの高い患者は退院直後に褥瘡の急性増悪リスクがある。患者が安心した在宅療養を継続できるよう退院後訪問指導を活用しながら地域包括ケアに取り組みたい。

O-093

ひらかた地域医療連携ネットワークの設立と発展に向けて～当院の働きかけ～

佐古乃莉子¹、百瀬均²、加藤晴久²、松本祥敬¹、石垣孝昌¹、渡辺龍輔¹、山本陽加¹¹JCHO 星ヶ丘医療センター 事務部、²診療部門

【目的】インターネットを利用して診療情報を地域の医療機関に共有することで、患者にシームレスな医療提供できる医療連携システムについて、市町村レベルで行っている取り組みを報告する。【取り組み】当院が所在する枚方市では、2013年健康医療都市ひらかたコンソーシアム事業の一環として、当院を含む枚方市内の5基幹病院の連携強化、病診連携強化を目指すITシステム構築の検討を行う地域医療連携システム部会が設立され、当院も参画していた。一方で、当院は2012年電子カルテ導入時に、インターネットを通じて診療所から電子カルテの閲覧を可能とするシステムの検討を行い、翌年にWGを立ちあげて当院独自の運用方法等を整備したが、機移行期と重なり、予算の取得に難渋し、保留状況となっていた。予算化を進める中、2015年7月に基幹病院の1つである市立ひらかた病院から両病院で大阪府のICT連携整備事業の補助金交付申請を行い、枚方市のコンソーシアム事業の一環として、病診連携を含めたネットワークを構築するという構想の提案を受けた。両病院で取り組みを進め、2015年12月にネットワーク協議会を設立、2016年3月にネットワークの稼働が実現した。【考察】今回、大阪府の補助金申請を行うことで、2015年度中のネットワーク稼働が必須となった。約8ヶ月という短期間であったが、当院独自の運用方法を基に効率的に市立ひらかた病院と協議を行い、コンソーシアム事業として展開することで実現に至った。現在は、両病院の診療情報を診療所から参照する形での稼働だが、今後両病院間の相互閲覧や、救急応対時の応用についても検討を続ける必要がある。また、協議会設立時には消極的だった基幹病院が、今年度は補助金交付申請を行ってネットワークへの参入を検討するなど、新たな可能性も生じている。今後、さらに充実したネットワークを目指し、継続して取り組んでいく。

O-094

ICT「きしのうらネット（ID-Link）」の運用実績と、今後の課題について

峯修平、是永緑、曾我美穂子、高崎薫子、水島明

JCHO 九州病院 医療支援部

【はじめに】医療支援部は、看護師、MSW、事務員の多職種で、診療相談、地域連携、がん相談、福祉相談業務を担っている。近年の医療福祉関連法の改正や、診療報酬改定等の影響もあり業務範囲は拡大傾向にあり、新たにICT「きしのうらネット（ID-Link）」を活用した地域連携業務への対応を開始した。きしのうらネットは、診療情報の一部を地域の医療機関と共有する医療連携ネットワークシステムである。平成25年4月より運用を開始し、3年が経過した平成28年度末では、参加医療機関26施設（病院13、診療所13）、登録患者1019名となった。3年間の活動内容と今後の課題について報告する。【対応と結果】実務主担当は、看護師2名、MSW2名、事務員3名と計7名であり、全て兼任である。運用開始時は5施設、開示項目は、入院履歴、処方・注射内容、検体検査結果、放射線画像からスタートした。その後、随時寄せられる要望や意見に加え、年度末に全施設を対象に行う監査・アンケート調査の結果を基に運用改善に努めてきた。意見・要望への対応は、毎月1回開催する電子情報連携部会と年2回開催する地域連携推進委員会が協議し決定している。既に対応完了した項目1. 閲覧項目拡大（退院サマリ、画像レポート、心電図12誘導、小児心カテレポート追加）2. 開示情報の印刷・ダウンロード許可3. 同意書取得方法変更（試験的に退院前に当院で同意書を取得）4. データ取得時間の短縮（対処法照会）対応検討中の項目1. 閲覧項目の更なる拡大（カルテ記事、手術記録、内視鏡などの動画情報、肺機能検査レポート、検査結果の時系列表示等）2. 閲覧職種の拡大（看護師、理学療法士、臨床工学技士、薬剤師、放射線技師、事務職員）【まとめ】今後は、地域包括ケア体制の構築の中で、きしのうらネットを更に活用する為に、登録手続きの簡略化や開示項目、閲覧職種拡大に取組み、参加施設、登録患者の増加を目指したい。

O-095

大和郡山市地域包括ケアシステムにおける地域連携室の取り組みと実績

砂原直美、森由加里、藤村和代
JCHO 大和郡山病院 地域連携室

【はじめに】当院は地域医療、地域包括ケアの要として地域に密着した235床の急性期病院である。地域の医療機関、福祉・介護機関、行政等と連携を図り医療連携業務と医療社会事業専門員3人体制による相談業務を行っている。【相談業務】年々、退院支援の必要な患者が増加し患者の支援を通じ地域の医療・介護機関等との連携も充実し信頼関係が確立されてきた。平成27年度の目標として退院支援の充実とそれに伴う診療報酬の算定につなげるよう退院支援リンクナースと協議を重ねた。その結果、平成26年度の退院時共同指導料は11件から平成27年度は30件へ、同じく退院調整加算259件から590件へ、介護支援連携指導料752件から1009件へと大幅に算定実績が増えた。また、患者相談窓口による退院支援以外の相談件数も増え608件から1456件に増加しており、幅広い知識を必要とする相談も多く多職種で連携し支援を行っている。【地域包括ケアシステム】大和郡山市では平成25年8月に市医師会長、薬剤師会理事、地域包括支援センター、当院医療社会事業専門員が中心となり地域包括ケアシステム推進のために多職種連携会議を立ち上げた。さらに、歯科医師会、県理学療法士協会、訪問看護ステーション等の地域で活躍する多くの職種をメンバーとし協議を重ねた。平成27年度は地域包括ケアシステムのパンフレット作成、地域ケア会議のマニュアル作成、研修会の開催を行った。また、個別検討を目的とした第1層の地域ケア会議、困難事例から地域の課題をまとめ行政レベルへつなぐための第2層地域ケア会議にも医療社会事業専門員が参加した。【まとめ】このように相談業務を通じ大和郡山市地域包括ケアシステムに寄与し、これまで以上に地域の医療・介護機関や行政等との連携を中心に患者さんがより良い医療を受け、安心して住み慣れた地域で治療・療養ができるべく様々な角度から支援を行い地域包括ケアシステム構築に貢献していきたい。

O-096

医療と介護の連携のための取り組み

滝田治子¹、高橋香奈子¹、山口真¹、渡邊有希子¹、齋藤朋美¹、木平百合子²¹JCHO うつのみや病院附属介護老人保健施設 地域包括支援センター雀宮、²副院長

【はじめに】地域包括ケアシステムの構築の中で、「医療と介護の連携」が我が国最重要の課題の1つと指摘されている。当包括では、双方の良好な連携構築をめざし、「南宇都宮医療と介護の連携強化のための研修会」を開催している。今回、関係者の「顔の見える関係作り・情報提供・共有」への取り組みと今後の課題について報告する。【方法】H27年10月14日・H28年1月13日・4月13日の計3回アンケート実施【結論・考察】介護事業所（ケアマネ・通所・訪問・老健・訪看・小規模多機能）・薬局、参加者数79名・アンケート回収率70％・参加感想として、非常に満足19.5％・満足75.5％・どちらともいえない5％、今後どの職種との連携への希望があるかの質問に対しては、医師18％・薬剤師11％・看護師19％・リハビリ技師20％・ケアマネ11％・生活相談員9％・社会福祉士・介護福祉士は7％であった。また、研修会への評価としては、地域が多職種との顔の見える関係構築や意見交換が出来て良い・専門職の意見が参考になっている・これからの連携に役立てていければ良いとの好評が得られた。今後、医療との連携に対しての課題としては、医師への情報提供方法の検討や意見交換が行える場があること・看取りを在宅で希望される方への連携・医療と介護の共通理解・内服薬管理等であった。地域包括支援センターや当院に対しての希望としては、多職種連携のための研修会の継続であった。今回、定期的に研修会を開催していく中で、南宇都宮地域の各職種間での「顔の見える関係づくり」については出来つつあると思われる。今後、「地域包括ケアシステム」を構築していく中で、各職種が在宅生活支援において何が出来るか・今後の連携の中で、どんな取り組みが必要であるか等の把握や、地域の在宅医を含めた会議開催等の検討も必要である。

O-097

「看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ事業」3年間の取り組み

柏澄子¹、石川美香子¹、星野紀恵¹、細野克子¹、上野広美²¹JCHO うつのみや病院 看護部、²JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部

【はじめに】平成19年内閣府仕事と生活の調和推進官民トップ会議において「仕事と生活の調和ワーク・ライフ・バランス（以下、WLB）憲章」が制定された。日本看護協会は、超高齢社会における看護ニーズの拡大および少子化に伴って予測される看護師不足を解消するため人材の確保と定着が不可欠であり、看護職のWLB推進ワークショップ事業を開始した。自施設はJCHO移行の時期に参加した。職員が一丸となり新機構への円滑な移行と、仕事と生活を両立し活き活きと働き続けられる職場環境作りを目的に取り組んだ成果を報告する。【活動の実際】・WLB推進委員会を立ち上げ委員会の開催と職員への周知各部署から選出し7人の構成で病院全体での取り組みを目指した。・新機構への円滑な移行に向けての取り組み 移行調査や職場作りアンケートを実施し面接を頻回に行った。地域への発信は広報誌の発行、各医療講座、市民公開講座などを開催した。・仕事と生活を両立する職場環境づくり 勤務時間の検討や休日の均等取得の実施を行った。【結果】看護師長による定期的およびタイムリーな面接は信頼関係を構築し、JCHO移行時の離職率は6.7%と低値であった。インデックス調査では「看護職を大切にしている組織である」は54%から76%「仕事の成果を公正に評価している」は65%から80%「必要時に的確なアドバイスや支援をしてくれる」は72%から83%であり働きやすい職場環境となった。広報誌の発行や各医療講座・公開講座を開催したことは、病院の取り組みやJCHOの使命・役割を地域住民に理解して頂く良い機会となった。更に地域住民から率直な意見を聞きニーズを把握することができた。【まとめ】WLB推進は、自施設の現状や課題が明らかになり活き活きと働きやすい職場環境を作るには必要と考える。全職員で取り組むことはモチベーションが上がりより成果に繋がった。

O-098

勤務中に地震災害が発生した場合の看護師の意識調査

布雄士郎、田中裕子、清水裕子、森仁美

JCHO 高知西病院 看護課

（研究目的）一般病棟における災害時看護の理解、知識の程度を明らかにし、職員が必要とするマニュアルの見直しに向けての基礎的資料の参考とする。（研究方法）1・調査期間：2015年10月1日～10月30日 2・調査場所：高知西病院3階、4階、5階病棟（3交代勤務を行っている病棟を対象）3・調査対象者：看護師63名（看護師長を除く）4・調査方法 災害時の看護に関する質問紙調査質問紙調査は高橋らの「一般病棟における災害看護教育の検討」を参考に研究者が設問項目を作成した。質問紙には自由記載欄を設けた。倫理的配慮 調査への参加は自由意志であり協力が得られなくても不利益は生じないこと、研究の趣旨や質問紙内容及び結果は研究以外には使用しないことを文書で説明し承諾を得た。（結果）質問紙の配布人数63人に対し56人の回答があり回収率は89%であった。アンケートの結果、災害看護に対する関心は高いが、理解は不十分である事がわかった。（結論）当院の看護職は災害時の看護活動に関心はあるものの、危機感や現実味が乏しく知識不足である。そのため不安が大きい。地震災害時の看護職の役割を詳細にし、実践できるように記述したマニュアルを作成し周知徹底する。また出来上がったマニュアルを使つての実践訓練を行い、再検討しながら常に改善をしていくことが求められている。災害看護に対する定期的な学習会や訓練の開催を行うことで、知識を深めて今ある不安が軽減され、実際の被災場面において行動できるようにしていくことが必要である。

O-099

集中治療室増床に伴う看護体制の検討

中村明美¹、澤井真理¹、栗田聡²¹JCHO 大阪病院 看護部、²麻酔科

【背景】2015年5月の新病院移転に伴い病床数が10床から12床へ増床した。その際に現行の看護体制を継続するとリーダー看護師の負担が増加し、看護の質の維持や看護師への教育的関わりにおいて問題があると考えた。そこで新看護体制として継続受け持ち制・デイパートナー方式を導入した。【用語の定義】デイパートナー方式とは、安全で質の高い看護を提供することを目的に、継続受け持ち制を基本として、看護師がベアを組みパートナーシップを発揮しながら、日々の看護業務を行うことである。【目的】継続受け持ち制・デイパートナー方式の目的達成度と今後の課題を明らかにする。【方法】期間：2015年4月～2016年3月。超過勤務時間、インシデント・アクシデント件数、看護師アンケートなどから目的の達成状況を評価する。【結果・考察】デイパートナー方式の目的は「業務の効率化」「インシデント・アクシデントの減少」「パートナーによるOJTの強化」の3つである。「業務の効率化」の指標の1つである超過勤務時間は昨年度より増加した。しかし超過勤務時間が増加した理由としては他の要因もあり、デイパートナー方式の効果なかったとは言いきれない。アンケートでは、タイムリーにケアやダブルチェックができるといった内容がある一方、多忙時はベアで行動できていないといった意見があった。「インシデント・アクシデントの減少」については、昨年度30件→今年度32件と増加した。「パートナーによるOJTの強化」については、アンケートでは指導を受ける機会が増えたと感じる看護師は多かったが、OJTをベアナースおよびリーダー看護師両方が担うことでOJTの責任が不明瞭となったと考える。以上のことから、安全で質の高い看護を提供するためには、看護体制の更なる検討が必要だと考えられた。

O-100

退院時リハビリテーション指導料算定による収益の変化

吉田政人、藤井理恵、遠藤隆史、原豊寛、長谷川卓哉、上内哲男

JCHO 東京山手メディカルセンター リハビリテーション部

【はじめに】平成28年度の診療報酬改定により、急性期病院のリハビリテーション部門が算定している初期加算と早期加算の算定条件が厳しくなった。このように、算定項目の変更に着目することは病院経営に重要である。当リハビリテーション部では、平成27年度より退院時リハビリテーション指導料の算定を開始し収益の増加を認めた。今回リハビリテーション指導料の算定状況を後ろ向きに検討し、更なる収益増加の可能性が得られたため報告する。【方法】平成27年4月から平成28年3月の間にリハビリテーションを実施し、自宅退院した774名を対象とした。医師に対して退院時リハビリテーション指導料を算定するためにはリハビリテーション指示箋に別途処方が必要であることを説明し、リハビリテーション部内に対しては算定方法をオリエンテーションした。患者台帳とリハビリテーション指示箋から処方率（処方数/自宅退院数）と算定率（算定数/処方数）を求めた。算定率が低下した際は聞き取り調査を行い、原因をリハビリテーション部内で共有した。【結果】算定数は233件で処方率は33%（280/850）、診療科により処方数のばらつきがみられた。算定率は83%（233/280）で、算定漏れの多くは急な週末退院が原因であった。算定数は運用開始から徐々に増加していった。【考察】年間で233件69900点の増収を認めたが処方率は33%と低値であった。処方率低下の理由として、処方システム上の制約によりデフォルト入力が困難で個別の処方入力が必要であること、医師へのアナウンスが不十分であったことが考えられる。また、算定漏れでは急な退院に対応できるよう早めに算定することが必要であると考えられる。今後は自宅退院の如何を問わずリハビリテーション処方時に退院時リハビリテーション指導料の処方を同時入力していただけるよう周知し、処方率を向上させ収益増に寄与したい。

O-101

当院におけるADL維持向上等体制加算の導入について費用対効果に着目した検証

菊池恵、道脇理嘉、大西和彦、稲村一浩
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【はじめに】平成26年度の診療報酬改定において、ADL維持向上等体制加算（以下ADL加算）が新設された。当院では26年10月より、消化器外科・内科病棟を加算対象病棟としてPT1名を専従に置き、届出・加算開始とした。一方、施設基準の要件、費用対効果等の理由から、全国的に届出・算定をしている病院はごく少数に限られている。平成28年度の診療報酬改定にてADL加算は大幅増となった。当院においてのADL加算導入までの経緯や実際の取り組みも踏まえ、費用対効果に着目し、導入を検証したので報告する。【方法】当該病棟のパーセルインデックスによるADLの低下率、入院・入棟件数、導入前後における当該病棟の疾患別リハビリ処方件数を調査した。また、当該病棟50床のうちADL加算対象件数、疾患別リハビリ実施件数の平均を算出した。【結果】当該病棟のBIを用いたADL低下率は26年度が1.45%、疾患リハビリ処方件数は25年度122件、26年度167件、27年度168件、入院・入棟数は26年度1140件、27年度1190件であった。当該病棟のリハビリ対象は呼吸リハが多くを占め、標準的なPT1名の一日常算18単位×175点=3150点とすると、専従1名が一日最大6単位算定し、28年度の診療報酬改定により1日80点となったADL加算の一日26名程度の算定によって3130点とほぼ同程度となる。【結論】ADL低下率は導入年度と次年度において同程度であった。PTのADL評価と病棟との情報共有によって導入前よりリハ依頼・処方の件数は増加し、それまで埋もれていた疾患別対象患者のリハビリ実施の掘り起こしになったと考えた。上記の算定に、これを加味すれば、導入の経営的メリットは十分あると考えられる。また、28年度の診療報酬改定にて、ADL評価の基準や、配置に関して算定要件が緩和されており、休日等実施内容の充実を図り、人員数など対費用的配置を検討すれば、更に経営面への貢献の余地はあると考えられる。

O-102

地域包括ケア病棟入院料施設基準データ部門間共有への取り組み

下田哲也
JCHO 宇和島病院 総務企画課（医事）

【目的】愛媛県宇和島市は高齢化が全国より早く進んでおり、後期高齢者の約半数が独居である。このため当院では、医療機能の分化・強化、連携を進めるべく地域包括ケアシステムの要となる地域包括ケア病棟を現在導入している。当該病棟は期限が60日のため正確な日数管理が必要であるが、施設基準のうち「リハビリテーション1日平均2単位以上提供」及び「A項目、C項目該当割合1割以上」の項目についても常に現状を把握しておく必要がある。このことから、Excelを用いて正確かつ迅速に現場へデータ提供することを目的とする。【方法】（1）新入棟患者ID・氏名・入棟経路・入棟日登録、（2）退棟患者退棟日・退棟先登録、（3）退棟先集計、（4）在宅復帰率算出、（5）60日到達日算出、（6）リハビリ単位数登録、（7）リハビリ単位数集計、（8）リハビリ延べ日数集計、（9）1日平均リハビリ単位数算出、（10）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度登録、（11）必要度該当数集計、（12）必要度の基準を満たす割合算出（13）様式50と様式50の3に転記（14）共有フォルダへアップロード【結果】（1）（2）（6）（10）電子カルテ等を基に手動入力（3）（4）（5）（7）（8）（9）（11）（12）（13）関数・マクロを使用し自動更新（14）htmlの拡張子に変換【考察】1. 当該入院料の算定要件である「入院までの経過等を診療録に記載」「退室した先を診療録に記載」の確認ができている。2. 算定期限7日前に黄色、期限を過ぎると赤色にセルが自動で変わること、視覚的に把握できている。3. リハビリ部門と情報共有することで平均単位数の維持に繋がっている。4. 関数・マクロを効果的に使用することで迅速なデータ提供が可能となった。

O-103

平成28年度診療報酬改定に伴う看護必要度見直しへの取り組みを通して

野々山義仁、浅井玲子、高橋靖和、山田将巳、望月昭洋、服部晋
JCHO 中京病院 総務企画課 経営企画係

【背景と目的】平成28年度診療報酬改定において、一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の見直しが行われた。合わせて7対1入院基本料の基準を満たす患者割合の要件として、病棟入院患者の25%以上が示された。2015年12月末にJCHO本部より看護必要度のシミュレーション実施の通知が届き、短期間での報告が必要であったこと、またDPC調査提出データとして、Hファイルを平成28年10月より作成が必須になったことによりEF統合ファイル等との整合性も求められてくるのではないかと予測から、出来る限り新たな情報の入力を行うことなく、既に入力されている電子カルテシステムのデータと医事会計システムのデータを利用して患者割合の推測が可能となる独自システムを構築することにした。【方法】看護必要度で新たにA項目に追加された2項目とC項目の情報を医事会計システムから取得し、新たにB項目に追加された2項目を電子カルテ内に登録されている情報から取得した。特にC項目については、医事会計システムのマスタと判断基準に示された期間を結びつけたマスタを作成し、自動計算されるようにした。【考察とまとめ】今回の取り組みで自院の状況をいち早く知ることができ、素早く院内の行動に移すことができた。また独自にシステム構築を行うことで、改定の内容をいち早く反映させることができた。電子カルテベンダーに依頼するという選択肢がなかったわけではないが、多額の費用が掛かることと日に日に明らかになる改定の内容をシステムに反映させるスピードは確実に遅いと想定されたことから早い段階で選択肢から外れた。今回は看護必要度であったが、今後、病院を取り巻く環境の変化がさらに加速していく中、どの病院においても年々巨大化する病院情報システムに精通し、有用な提言を素早く行うことのできる体制の強化はさけられないのではないかと考えられる。

O-104

退院支援加算1算定に向けた試み

岩本重加根¹、夏目みゆき¹、田島葉子¹、村瀬涼太²、吉浪典子²
¹JCHO 東京蒲田医療センター 医療福祉相談室、²地域連携室

【はじめに】今年度の診療報酬改定でこれまでの退院調整加算が退院支援加算に名称が変更された。点数設定も入院日数に着目した評価から退院を支援する体制に着目した評価へと変更となった。当院は一般病棟4病棟と地域包括ケア病棟1病棟の230床である。社会福祉士（以下MSW）は医療福祉相談室に常勤3名と地域連携室に非常勤が1名配置されている。今回退院支援加算1の届け出を行った当院でのプロセスを報告する。【方法】退院支援加算1の算定要件（1）3日以内に退院困難な患者を抽出→（当院での対応）入院時にスクリーニングシートを病棟看護師が作成し退院支援部門が確認。（2）7日以内に患者家族と面談→医師・看護師に協力を依頼。（3）7日以内にカンファレンスを実施→病棟カンファレンスに退院支援部門と病棟専従MSWが参加。（4）退院調整部門に専従1名→専任看護師と専任MSWを配置。（5）退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置→5病棟を医療福祉相談室の3名のMSWで振り分け専従配置。（6）連携する20箇所以上の職員と定期的な面会→さまざまな会議の議事録などを添付。（7）介護支援専門員との連携→介護連携指導料算定数を添付。【結果】当院では医療福祉相談室のMSW3名がそれぞれ病棟専従となるため、地域包括ケア病棟の在宅復帰支援担当者をMSWから病棟師長に変更、患者サポート体制加算の届け出をMSWから事務員に変更した。【考察】従来の業務に加え退院支援体制を整えるには人員の確保が必要であるが、MSWの役割が増えることにより医療と福祉の両面で適切なケアができる地域づくりが期待できる。平成22年まではMSWの業務は診療報酬上では病院経営に寄与しなかったが、今回の改定で効率的な病床管理をMSWが行うことが明確となった。本来のMSWが果たすべき患者支援の役割を忘れずに、健全な病院経営に寄与していきたい。

O-105

「栄養管理室一体となつての行事食の取り組み」

小林美穂、藤井信也
JCHO 湯河原病院 栄養科

【はじめに】平成28年度診療報酬改定に伴い入院にかかる自己負担額が1食あたり360円となり平成30年度からは1食460円となるまで決定した。今後、食事に対する要望は益々増えるものと推測できる。そこで当院栄養管理室スタッフ全員で今後の対応を話し合った結果、月1回の行事食を行い患者満足度向上を目指す事とした。【方法】毎月のテーマを決め食事内容は調理師主導、管理栄養士が献立を調整する。料理を演出する折り紙などはパート職員が担当しスタッフ全員で平成27年9月より実施した。当日は看護師とともに栄養管理室スタッフも各病棟の配食サービスを実施。調理師は料理説明を行い患者様と接して生の声を聞いてもらった。【結果】「食事内容」「盛り付け」「食器・色合い」「季節感」について5段階評価でアンケートを実施し、いずれも高評価を得ることができた。また、「季節感を感じおいしかった」「手作りでもてなしてくださり真心を感じました」など感謝と喜びのお言葉や「暗くなりがちな入院生活が明るくなりました」「身体の痛みも忘れしました。リハビリがんばろう！」など患者様の気持ちも明るく前向きになり治療に対する意欲につながるお言葉もいただくことができた。【まとめ及び考察】行事食を実施したことでスタッフの業務に対する自発的なアクションがみられるとともに、スタッフ間のコミュニケーション力もアップした。また、食べる側の患者様と作る側の栄養部門スタッフとの接点が出来、顔が見えるフードサービスの取り組みがスキルアップにもつながり、実施前と比べ食事に対するクレームも激変した。日々の食事業務に今後も栄養管理室一体となってきめ細やかな患者サービスを行い、患者様の満足度向上に取り組んでいきたい。

O-106

人間ドック受診者の待ち時間と感じ方の傾向

廣田俊子
JCHO 三島総合病院 看護課

【目的】当センターの人間ドック受診者は年間約1600人であり、更に多くの受診者を受け入れていきたいと考えている。待ち時間は満足度を左右するとの報告があるが、当センターでは受診者の待ち時間に関する調査を行っていなかった。そこで待ち時間調査を行い、初回受診と再受診とで見られる傾向について調べた。【方法】2015年5月から6月の人間ドック受診者男性174名女性29名、計203名を対象とし、健診待ち時間アンケートを作成し実施した。初回受診者42名、再受診者161名であった。健診の検査項目ごとに待ち時間をどう感じたかを主観的項目として「長い」「普通」「短い」の三択とした。実際の待ち時間は何分位と感じたかを六択とし、「長い」と感じた項目については理由も調査した。【結果】回収率100%、有効回答率97.5%であった。全項目において待ち時間を「普通」と感じた人の割合が約60%で最も高く、初回、再受診とも同様の傾向であった。86%は主観的待ち時間は「20分以下」であると感じていた。待ち時間を最も「長い」と感じた検査項目は腹部エコー検査19.3%で、初回14.3%に対し再受診20.6%と開きがみられた。二番目は胃腸検査で18.2%（初回15.4%再受診19.0%）三番目は視力・聴力検査で16.7%（初回14.3%再受診17.4%）だった。「長い」と感じた理由は、「いつ呼ばれるかわからないから」が51.9%と最も高く、続いて「受診者が多いから」が31.1%であった。【考察】待ち時間を「長い」と感じたのは10%以下であり、初回受診者よりも再受診者の方が「長い」と感じる割合が多かった。待ち時間は予測時間と実際の差が大きい場合に長く感じられると先行研究にあるように、過去の受診経験に基づく予測が影響を及ぼしていると推察する。時間の予測がつかなければ人はその時間に対する対策や行動がとれず大きなストレスになる。受診者にはより具体的な待ち時間や順番等の情報提供など工夫が大切である。

O-107

小児科付添者が感じる騒音への対処を考える

小田桐麻衣¹、坪田花代²、荒川愛子¹、佐藤理子¹、清水優子¹、倉田志保¹
¹JCHO札幌北辰病院 看護部 ²JCHO北海道病院 看護部

【目的】小児科付添者が感じる騒音を明らかにし、当病棟でのストレス軽減策を考える。【方法・結果】当病棟職員へのアンケートでは泣き声や話し声、いびき、医療機器音、ドアの開閉音が騒音として挙がった。これを基に騒音に関する小児科付添者へのアンケートを作成、平成27年7～9月に50部配布し、48部回収した。他人の騒音が気になった者は11人、自分の騒音が気になった者は24人で、泣き声や話し声、ドアの開閉音、医療機器音等が気になっていた。騒音が気にならなかった者は34人で、理由はお互い様である、付添者と仲良くなった、騒音の説明を受けていた等であった。【考察・結論】騒音の説明を受けていない、大部屋を利用、家族構成が3人以下、男児の付添者は有意に他人の騒音を気にしていた。また、入院日数が4日以上、家族構成が3人以下の付添者は有意に自分の騒音を気にしていた。これは複数児が出す騒音に慣れていない、騒音の心構えなく大部屋に入った、入院が長期化し疲労した付添者といえ、配慮を要する。入院オリエンテーションで騒音について説明をすることは、騒音を受け止めやすくする効果が期待でき、入院後に統一された説明を確実に行う対策が有効となる。更に、騒音は隣人をよく知らない場合ほど強く感じるとされ、付添者が知り合うことで強い騒音を感じにくくできる。他人の騒音が気にならない人では、騒音はお互い様であるとする人が有意に多いことから、入院時には付添者同士の挨拶や日中のカーテン開放を促していく。当病棟では保育士による患児の集団遊びも、コミュニケーションの促進に役立っている。一方、患児の騒音発生時には騒音が気になりにくい別室を提供する等で、付添者のストレスの軽減につなげる。今まで病棟の騒音対策には、防音設備が必要と考えていたが、今回の研究で心理的な対策も有効であることを明らかにできた。

O-108

健診業務の効率的な運用・受診者満足度向上への取り組み

岩永弘美
JCHO 大和郡山病院 看護部

【目的】当院では毎年、外来と入院患者を対象に満足度を調査しているが健康管理センター（以下センター）での待ち時間調査はされていない。今回、健康診断（以下健診）の所要時間を含めた実態を把握し、受診者の満足度向上にむけて検討した。【方法】対象は、平成27年11月13日から平成27年12月11日の間に、生活習慣病と半日ドックの健診を受けた234名である。一人あたりの健診所要時間を把握するため受付開始から健診終了の時間を調査した。次に待ち時間と満足度に関するアンケートを、同意を得られた232名に配布し単純集計とクロス集計した。【結果】当センターの初回利用者が12%（28名）で、88%（204名）が2回目以上の利用者だった。当センターの選択理由は「職場指定」「受診歴がある」「自宅や通勤先に近い」「言葉使いや対応が良い」と「総合病院内にある」であった。初回利用者が次回も当センターの利用を希望する79%（22名）、2回目以上の利用者も81%（166名）が次回も当センターの利用を希望していた。所要時間は平均1時間40分で、予約時に案内している予定時間より短く終了していた。【考察】受診者の満足度を向上させるためには、検査項目の充実以外に、快適に過ごせる環境づくりと、受診者へのサービス向上が第一である。そこで、環境づくりとしてひざ掛けの使用、防寒着ベストの設置を行い、サービスの向上として、健診所要時間の短縮のために他検査への案内や、待ち時間対策としてキャンディを配り不満解消に努めている。また、時間に関する事以外に、接遇や継続的な健康管理および二次健診を当院で受診出来ることが望まれているといえる。【結論】今後も、他部門とも連携し待ち時間の短縮について取り組み、健診の質やサービスの向上を図り、新規受診者の確保と業務の効率化を目指し、受診者満足度向上にも努めていきたい。

O-109

緩和ケア病棟退院後のエンゼルケアの評価
～葬儀業者へのアンケートより～神田高美¹、久保田良美¹、上野明美¹、木村正美²¹ JCHO人吉医療センター 看護部、² 院長

- はじめに
緩和ケア病棟を有する病院として、病棟では地域連携研修会や病棟勉強会を通し知識・技術を深めている。平成23年に葬儀業者を対象にエンゼルケア後の遺体の変化についてのアンケートを実施した結果、体液流出が全体の50%を占めた。今回、遺体の変化についての把握と現在のエンゼルケアの評価を行ったので報告する。
- 目的
遺体の変化の状況を把握しケアの評価を行う。
- 研究方法
(1) 調査期間：平成27年8月1日～11月31日
(2) 対象者：1. 葬儀に携わるスタッフ 2. 病棟スタッフ
(3) 調査手順：1. 葬儀業者へ死亡退院した患者を見送る際に、看護師がアンケートを渡し、FAXで返信依頼する 2. 病棟スタッフは情報シートにエンゼルケア時の状況を記載する
- 結果
アンケート実施35名（回収率83%）
出血3名（うち口腔2名 要処置・点滴除去部1名 処置不要）
悪臭6名（臭気分類 便臭3名・腐敗臭2名・血液臭1名）
体液流出1名（四肢）
クーリング開始からエンゼルケア終了までの時間平均44分であった。
エンゼルケア後の深部体温は平均37℃であった。
- 考察
出血は、終末期に吐血があり、搬送時の揺れに伴い、体内に貯留していた血液の流出が考えられ、オムツなど吸収できるもので対処し、葬儀業者へ情報提供を行う。悪臭は、口腔内乾燥を防ぎ、下顎硬直前に口腔ケアを行っていく。エンゼルケア中、寝衣交換や清拭などで、常にクーリングを行うことが困難であり、深部体温が低下していないため、悪臭、体液流出の軽減につなげるには、クーリングの継続が必要である。今後も葬儀業者と連携し、情報共有を行っていくことで質の高いケア提供ができると考える。

O-110

残菜量を減らし喫食率の向上へ繋げる

岩城アイ子、齋藤昭子、溝井博之、佐久間美穂、武内聖子、高橋あすか、
齋藤美香、渡部淳子

JCHO二本松病院 栄養管理室

【目的】当院では患者の嗜好に合わせた食事提供を行うため、年4回嗜好調査を行っている。また日々残菜調査を実施し、患者の摂取状況を把握するよう努めている。その中で、残菜の多い料理が特定のものに偏っていることに気付いた。そこで、それらを分析し、残菜量を減らし喫食率を高めるために本研究を行った。【方法】1) 残菜調査の中で1人当たりの残菜量が1食平均100gを越えた月に注目し、残菜量の多い料理の洗い出しを行った。2) 残菜記録簿に残菜量の多かった料理名を記入し、何故残ってきたのか調理師間で話し合い改善案を検討した。3) 嗜好調査に具材の大きさについて新たに調査項目を設け、患者の要望を把握し、食材の切り方や調理法を見直した。4) 検討した方法について残菜調査及び嗜好調査を行い確認した。5) 上記の変更の前後で残菜量を検討した。【結果】1) 残菜調査からお浸し類の残菜量が多いことが分かった。対策としてお浸し全般の分量を調節した。2) 食事介助にあたっては看護師から「具材が大きくて食べにくいのではないか」という意見があった。調理師間で食べやすさを重視した切り方に統一し、そのままでは食べにくい大きさから一口大へと変更した。3) 嗜好調査で「大きさがちょうど良い」との回答が60%から91%へと増加した。4) 上記の改善を行った結果、残菜量が月間約50kg減少した。【考察・結語】当院入院患者は高齢者が多いことから、具材の大きさを個別に調節すると喫食率を高めることができると思われる。また食形態を変えることで残菜量を減らすことが可能と考えられる。そして調理師も積極的にラウンドし、患者個々の食事状況を把握することが必要である。今後とも毎月検証し、残菜量を減らし喫食率の向上へ繋げていきたい。また、患者嗜好の把握に努め、季節料理や行事食を通じて、食の楽しさを味わってもらえる満足度の高い食事提供を心がけていきたい。

O-111

診療統計データの活用と職場間連携による分析と収入向上の検証

塚本崇基、長谷川孝広、橋場泉
JCHO 高岡ふしき病院 総務企画課

【はじめに】

病院経営において医事収入の向上は大きなファクターを占めている。しかし新たな施設基準の取得には限界があり、入院ではDPCなど多くの医療行為が包括される中で、収入の向上を図るのは難しい。そこで医事部門として、多職種と連携し、分析や取り組みといった点から増収へとつなげるアプローチをしていきたいと考える。

【方法】

分析…入院において当院では主治医が診断群(病名)を決定し、医療資源等の変更があれば主治医から病名変更依頼を受ける。しかしそれだけでは必ずしも適切なコーディングが行われているとは言えないため、診療内容等を精査し、レセプト点検時に出来高との比較等を全ての患者に行い、大きな乖離があった場合や手術・処置等の行為にかかる医療行為が高額薬剤について抽出し、診断群の逆引きも行った上で医師と適切な診断群を決定する。

取り組み…算定において注視すべき項目に入院基本料等加算や医学管理料がある。これらは医療行為とは異なり、医事部門が大きく介入でき、DPCにおいても出来高算定できる場合が多く、収入にも大きく寄与する項目と言える。救急医療管理加算の算定において今までは退院時やレセプト点検時に入院時の医療資源の投入量から主治医が算定の可否を決めていたが、算定件数を増やすため病名連絡シートにチェック項目を追加しリアルタイムに算定できるようにした。

【結果と考察】

適切なコーディングにより、DPC 期間早期での転棟や退院に寄与し、単価アップにつながることができた。また、救急医療管理加算の算定増により救急医療係数のアップや救急搬送年間件数の要件クリアによる急性期看護補助体制加算の施設基準取得ができた。

【まとめ】

医事部門は算定のエキスパートであるという自覚を持ち、医療行為を漏れなく、また多職種と連携しながら情報を共有・分析し、算定を行っている。多角的な観点から収入の向上を目指しこれからも業務にあたっていく。

O-112

情報システム管理における「平成 28 年熊本地震」の経験と課題

西村秀洋、金澤政幸
JCHO 熊本総合病院 医療情報システム管理センター

【はじめに】平成 28 年熊本地震では、観測史上初めて 2 回の震度 7 や相次ぐ余震により、熊本地域に甚大な被害をもたらした。震源に近い病院ではサーバラックの転倒や停電が発生し、電子カルテが停止、診療記録が参照できない施設もある。当院においては、幸いにも大きな被害はなく通常の診療を行えたが、情報システムの視点からいくつかの経験をしたので、見えてきた課題と、今後の改善策を報告する。【経験と課題】今回の地震により、ハード面では、サーバラックの位置ずれ、電子カルテ端末の転倒・破損、ネットワークスイッチの予期せぬ再起動が発生した。サーバラックは転倒防止金具により転倒は免れたが、位置が大きくずれた。以上のような状況から、サーバおよび端末の物理的な地震への備え不足や、ネットワークスイッチ、通信回線に不具合が出た場合の院内の通信の途絶が課題となった。また、ソフト面では、電子カルテが停止した際の診療業務の継続性に対する不安があった。【対策】(1) 電子カルテ端末・モニタの耐震補強、(2) サーバラックのアンカー打設、(3) ネットワーク構成の冗長化、(4) 電子カルテ導入時に作成した電子カルテ停止時のマニュアルを見直し、運用に耐えるかのウォークスルーを行った。【結果と考察】各対策に対して費用と設計工数はかかったが、地域の医療を支える使命がある JCHO 病院の情報システム耐震対策として、必要なレベルは確保できた。これにより、長期間の停電がない限りは、電子カルテが停止することはない。本来なら初期導入の段階で上記対策はとられるべきである。熊本は地震が少ないという甘い考えで、電子機器への地震対策が十分検討されず、耐震措置を実施していなかったことは反省点である。【結語】当院は新築で建物は強固だが、将来の大災害に備える必要がある。現在、JCHO ではクラウド化が進行中であるが、大地震を経験した今、DR や BCP 観点でのクラウド効果を期待している。

O-113

JCHO における電子図書館の可能性
～東京新宿メディカルセンター図書室からの提案～

山田有希子¹、青山猛²、迫田実²

¹ JCHO 東京新宿メディカルセンター 事務部 総務企画課総務係 図書室、
² 総務企画課

【背景と目的】尾身理事長が発信した「魅力ある JCHO を目指して」の「7. 研究できる環境の整備」の中に、「3. インターネットを通じた医学文献検索システムについて、希望する病院が共同利用できるようにする」とあった。これにより、各病院が購入していた資料を、まとめて安く購入する取り組み(コンソーシアムという)が推奨され、実施されている。ただ、先般実施された図書室に対する調査において、予算や人員的な要因などから図書室の充実が図れないと思われる施設があることから、より、効率的・効果的な方法として、JCHO における電子図書館の可能性を検討したい。

【方法】電子図書館構想をまとめる。さらに、JCHO の中で、Web や年報に記載のあった病院図書室にヒアリングを行い、構想をさらに具体化する。

【考察と提案】JCHO 本部に中央図書室を設置する。

- 1) 担当者 専任の担当者(司書) 1 名の配置
- 2) 機器 パソコン・プリンタ 1 台
- 3) 設備 中央図書室(独立した部屋かスペース)
- 4) システム 司書アシスト(ナレッジワイヤ提供)
- 5) 機能 JCHO 病院が保有している資料の把握
JCHO 病院職員がアクセスできるホームページの作成・運用
自院にない資料の貸出複写システムづくり
コンソーシアムの積極的導入・活用のための整備と教育
- 6) 効果 コンソーシアムを推進することによる各病院の図書予算の削減
図書室担当者が不在の病院への当面のサポート
教育や研究のために必要な図書室の機能は、物・場所・人の 3 つの機能で構成されるが、司書と電子システムと場所があれば、JCHO 電子図書館ができ、各病院へのサポートが可能となる。外国雑誌などの毎年の価格高騰により、各病院で購読を継続していくことが難しい状況でもあるため、JCHO 電子図書館が実現し、さらに、各病院の負担が少ない JCHO 全体での購読の検討も提案したい。

O-114

EF ファイルの利活用
～後発品変更シミュレーションツールの作成とその効果～

伊藤典子¹、高澤賢次²、春日美弥子³

¹ JCHO 東京山手メディカルセンター 薬剤部、² 外科、³ 医療情報室

【背景】平成 28 年度診療報酬改定で後発医薬品係数の評価上限が 70% となり、全国約 1600 の DPC 病院のうち半数以上が満点の(係数 0.01058)評価を受けた。政策誘導的な側面が強いいため、いずれ係数自体がなくなり逆に減算されるなどの憶測もでている。当院の後発医薬品係数は平成 26 年度 0.00045、27 年度 0 と後発医薬品切り替えが進まない状態が続いていた【目的】後発品切り替えを迅速に行うための問題点を抽出し、可視化できるツールを作成し利用する【方法】DPC データの EF ファイルを利活用し、シミュレーションツールを作成した。【結果】診療報酬適正化 DPC 委員会(以下 DPC 委員会)が主導した後発品変更シミュレーションツールを作成、それを基に切り替え医薬品を決定し変更を推進した。現在なお進行中ではあるが、平成 27 年 11 月からの 6 か月の短期間に約 50% まで使用率が上がった【考察】後発品の切り替えは主に病院長の指示のもと薬剤部主導で行われる施設が多いが、薬剤部門長の異動などもあり、早急な対応が薬剤部のみでは難しい状態であった。一方後発医薬品係数は、前々年の 10 月から前年 9 月の使用率によって新年度に割り付けられるため、少しでも早く着手しなければいけない。DPC 委員会は多職種で構成され、主に査定や診療報酬上の問題について協議する場で毎月開催されている。この委員会の長所を生かし、医師からは管理者・医師への働きかけ、薬剤師が後発品の切り替えシミュレーションのためのデータの見方、解析方法を提案し、データベース作成スキルを持つ事務員がツールを作成した。このツールは月ごとの使用量をドラッグするだけで使用比率が変化し、切り換え効果が数値で認識できる。変更の際に説得力が加わり後発品変更推進に寄与したと考えられる。今回は後発品に関する DPC データの利活用の報告であるが、病院経営に寄与できる DPC データの利活用は今後も進めていきたい。

O-115

当院における呼吸教育入院の取り組みについて
～リハビリの効果と保険診療報酬に着目して～

北村優友¹、中村孝人²、竹田倫世²、西野由規枝³、道脇理嘉¹、今院洋介¹、
高村麻加¹、嶋崎勇介¹、巽芽生¹、大西和彦¹

¹JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、²呼吸器内科、³医事課

[はじめに]当院では呼吸器疾患患者に対し、予防教育として3週間の呼吸教育入院（以下教育）を行っている。医師、看護師、理学療法士、作業療法士で構成され個別のプログラムを作成し治療を行っている。今回教育によるリハビリの効果を教育前後で比較し、診療報酬を教育と呼吸器リハビリを行った一般入院患者（以下一般）とで比較し検討したため報告する。[対象・方法]H.27.4.1～H.28.3.31に入院した教育22名と一般22名。比較項目は、6MWT、Borg Scale、DPC包括内点数、総診療点数とした。6MWTとBorg Scaleはリハビリの効果を表す。DPC包括内点数と総診療点数は診療報酬を表し、入院から3週間までの点数を算出した一般の値と比較した。[結果]6MWT（対応のあるt検定）は初期 356.5 ± 86.8 、最終 374.5 ± 77.2 （ $P > 0.05$ ）。Borg Scale（2要因の反復測定分散分析）は初期と最終、歩行前と後で主効果があり、交互作用を認めた。後検定は、歩行前の初期最終で有意差なし、歩行後の初期最終、初期の歩行前 0.46 ± 0.92 後 4.24 ± 2.11 、最終の歩行前 0.52 ± 0.91 後 2.78 ± 1.62 に有意差あり。DPC包括内点数（マンホイットニーのU検定）は一般入院が 22224 ± 12324 、教育入院が 3682 ± 2174 （ $P < 0.05$ ）。総診療点数（マンホイットニーのU検定）は一般 84063 ± 11160 、教育 83060 ± 8745 （ $P > 0.05$ ）であった。[考察]6MWTは低下せずBorg Scaleは最終で初期よりも低下している（ $P < 0.05$ ）ことから、最終は楽な自覚症状で動けており、かつ歩行距離は低下していないためリハビリの効果があると考えられる。診療報酬は、総診療点数に有意差はなく同様の収益を得ているが、DPC包括内点数は一般で大きく上昇している。そのため教育よりも治療に対して用いた物品費や人件費が多いと考えられ、教育がコストパフォーマンスの高い取り組みと考えられる。教育は、患者は症状の急性増悪を回避でき、病院はよりコストパフォーマンスの高い診療が行えるWin Winな取り組みと考える。

O-116

クリティカルパスによる在院日数コントロール
—効率性の維持と強化へ向けて—

大塚のり子

JCHO九州病院 医事課

【目的】平成28年度の診療報酬改定により、DPC制度における設定入院期間3（以下期間3）の日数が延長され、期間3の点数は平均値へ引き下げられた。これにより、期間3で退院している症例について、現状のままでは収益が下がってしまう。また、期間3で退院している症例は、効率性の面からみても見直しが必要である。そのため、全国平均在院日数である設定入院期間2（以下期間2）以内に退院を調整し、病床回転率を上げる必要がある。そこで、クリニカルパス（以下パス）に着目し、現在あるパスの設定日数について見直しを行った。【結果】現在あるパスの設定日数について調査したところ、200以上のパスのうち、全体の約25%が期間2を超えた設定日数又はDPC分岐により細分化の検討が必要なものであった。各パスに期間2の日数を表示した一覧表を作成し各病棟へ周知した。また、症例数の多い疾患・在院日数が長い疾患について新規パスの作成を提案した。パスの見直しによる入院期間の変化を把握するために、期間2以内の退院割合を毎月チェックしていくこととした。平成27年度の期間2以内の退院割合は66%であった。【考察】設定日数が長いパスについては、DPCデータを活用し、ベンチマークにて他院の状況を参考にするなどして日数の短縮が図れないかどうかを検討していく。その際、日数の短縮により医療の質低下にならぬよう注意する。当院の平成27年度のパス使用率は64%と過半数を超えており、パスの設定日数の見直しを強化することで、今後、期間2以内の退院割合は高くなっていくと思われる。

O-117

関節撮影スライス厚 2mm にむけて～膝関節中心に～

船本亮太

JCHO りつりん病院 放射線部

(はじめに) 当院では平成25年7月より3.0T MRIが稼働中である。導入当初関節撮影は通常2D-3mm、Thin slice撮影は3D-0.5mmであったが、すべての関節撮影を2D-2mmに変更した。シーケンスの変更部分、2D-2mm撮影のメリットを報告する。(目的) 3D-撮影は薄いスライスで撮影が可能ではあるが、撮影時間が長い、2D撮影に比べて画像がボヤけて見える、というデメリットがある。靱帯の部分断裂等細かいところを見るためには薄いスライスの2D撮影が有用ではないか考えた。(使用機器) PHILIPS社製 Ingenia 3.0T、8ch knee coil (方法) 撮影範囲、撮影時間、SN比の変更を最小限にするようにシーケンスを変更した。変更部分は位相方向、SENSE factor、Flow compensation等。Voxel size、FOVは変更していない。(まとめ) 撮影シーケンスを工夫することにより、SN比の大幅な低下、撮影時間を大幅に延長することなくスライス厚を薄くすることができた。2D-2mm撮影のメリットはあると思われる。

O-118

当院における不規則抗体検出状況

五十嵐陽祐、鈴木克

JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床検査科 輸血検査室

当院では2004年1月より不規則抗体スクリーニング検査の方法をそれまでの試験管法からカラム凝集法に変更した。この前後でのおよそ10年間の不規則抗体の検出状況について集計・比較し、報告する。

O-119

産後10ヶ月で誘因なく腰仙部痛を発症し、体動困難となった一症例を経験して

村本知世¹、大日向純¹、岩佐志歩¹、館博明¹、庄野泰弘²¹ JCHO 北海道病院 リハビリテーション部、² 整形外科

【はじめに】妊娠に伴う仙腸関節や恥骨結合の骨盤靱帯の弛緩は運動時の腰痛増強の要因になるといわれている。To WWらは遷延性疼痛を産後12ヶ月以降の67%が経験し、産後24ヶ月時点で21%が継続していたと報告している。今回、産後10ヶ月で腰仙部痛を発症し、体動困難となった患者に対して骨盤帯アライメントの改善と体幹深層筋群の再教育を重点的にアプローチしたので報告する。【症例】34歳女性。診断名急性腰痛症。起床時に腰仙部痛を認め、体動困難となり緊急入院となった。保存療法により疼痛が緩和され、10日後に自宅退院した。しかし乳児を抱くことやおむつ替え、沐浴などの育児は困難だった。外来リハビリテーション移行時、体幹前屈動作で左腰部に強い痛みを生じ、座位保持で仙腸関節痛が出現した。骨盤帯はアライメント不良を認め、仙腸関節痛誘発testは陽性を示した。触診にて体幹深層筋収縮の減弱が何え、腰椎レベルの左脊柱起立筋は過緊張であった。【経過】左腰部痛改善目的に左脊柱起立筋のダイレクトストレッチ、仙腸関節痛改善目的に右腸骨後方mobilization、腹横筋・多裂筋の再教育を中心とした骨盤帯のアライメント修正を実施した。介入3日目で左腰部痛は軽快し、体幹前屈可動域の改善を示した。しかし仙腸関節痛は一時的に増強したため、仙腸関節の安定化を図るプログラムを施行した。【結果と考察】週3回の介入を約2週間行った結果、仙腸関節痛が改善し、育児動作が獲得された。本症例は右寛骨前方回旋により仙骨の左回旋、長後仙腸靱帯の伸張を生じており、仙腸関節の不安定性による腰痛が出現していたと考えられた。腰痛改善に伴う仙腸関節痛の増強は妊娠期間中に生じた仙腸関節の弛緩が遷延している状態と思われる。骨盤帯へのアプローチを行ったことが改善に寄与したものとする。妊産婦の腰痛に対するリハビリテーションは有効であり、今後積極的に介入していきたい。

O-120

当院の輸血前・輸血後感染症検査実施率の現状について

鈴木重徳¹、内野智章¹、平安山良彦¹、船石理絵¹、鈴木博子¹、浦雅子¹、藤田雄一¹、塩之入千恵子²¹ JCHO 東京新宿メディカルセンター 中央検査室、² 臨床検査科

【はじめに】当院では、2005年から輸血前・輸血後感染症検査の実施率向上に取り組んでいる。以前は、医師および看護師への周知不足と患者への説明が十分でなかったことから、輸血前・輸血後感染症検査の実施率は10%未満であった。2009年電子カルテ導入をきっかけに、各種取り組みを行った。今回、各種取り組みとその効果について報告する。【取り組み】(輸血前検査) 検査室にて感染症検査歴を確認し未実施の場合、医師に直接電話して検査を依頼した。(輸血後検査) 患者に対しては、輸血実施時に「輸血後感染症検査のご案内」の書面を手渡し、さらに輸血後3ヵ月に書面の自宅への郵送を開始した。電子カルテシステムとしては、電子カルテのポップアップ機能を利用し、輸血後3ヵ月にカルテに「検査促進コメント」を表示するようにした。さらに感染症検査依頼画面やセット項目等で、医師が依頼しやすいように工夫した。医師への周知としては、輸血講習会、医局会等で検査の必要性和依頼方法について、数回にわたり説明した。【方法】2010年から年ごとに輸血前・輸血後感染症検査の実施率を検証した(2015年は1月から9月まで)。なお輸血前・輸血後感染症検査の実施率は、輸血療法委員会が定めたHBs抗原、HBs抗体、HBc抗体、HCV抗体、HIV抗体5項目すべて測定した患者数で算定した。【結果】2015年には、輸血前感染症検査実施率は94%、輸血後感染症検査実施率は45%までに改善した。また、輸血後感染症検査未実施の状況について検討した。通院中は14%、通院なし(転院含む)は20%、死亡は21%であった。【考察】各種取り組みによって、2015年輸血前・輸血後感染症検査の実施率が飛躍的に向上した。今後の課題は、輸血前・輸血後感染症検査の実施率を維持することと、輸血後感染症検査未実施患者の状況から、通院中の患者や転院患者についての対応を工夫していくことなどである。

O-121

当院における抗酸菌検出状況について

鈴木朱美、山田慶太
JCHO 諫早総合病院

【はじめに】長崎県は全国でも結核罹患患者が多く、また当院は結核隔離病棟を有するため、結核感染拡大防止の観点からみても当院の抗酸菌検査の果たす重要性は高い。今回、当院での抗酸菌検出状況について検討したので報告する。【対象】2010年1月から2015年12月までの6年間で抗酸菌検査に提出された、5629件を対象とした。【結果】6年間で抗酸菌培養陽性率は11.4%であった。菌種ごとに見てみると、*Mycobacterium tuberculosis* 8.0%、*M. avium* : 25.4%、*M. intracellulare* : 37.6%、その他非結核性抗酸菌 : 9.0%であった。男女比は*M. tuberculosis*では男性50.7%、女性 : 49.3%と明確な差は認められなかったが、*M. avium*では男性27.3%、女性 : 72.7%、*M. intracellulare*では男性37.4%、女性62.6%、その他非結核性抗酸菌では男性33.3%、女性66.7%と女性優位な結果となった。年齢は全ての抗酸菌において60代以降に占める割合が80%以上と高かった。塗抹と培養の一致率は*M. avium*だけ48%と少し高かったが、その他の菌種はすべて40%前後であった。【まとめ】男女比は結核菌では明確な差は見られなかったが、非結核性抗酸菌は女性優位であった。年齢別に見てみると、60代以降が占める割合が高かったが、結核菌に関しては若年者の感染も少数ながら認められた。塗抹と培養の一致率は菌種によって大きな差はなかった。年度によって多少の差はあるものの、抗酸菌検出数は年間およそ50件であった。全国的には結核患者は減少しているが長崎県は依然として罹患患者が多く、適切な対応が重要であると考えられる。

O-122

血糖用採血管を用いた HbA1c 測定の検討

安藤美郷¹、松本広明¹、片山孝文²

¹ JCHO 四日市羽津医療センター 検査部、² JCHO 中京病院 検査部

【はじめに】HbA1cの測定にはEDTA管やNaF管が用いられている。当施設ではEDTA管を用いているが、今回血糖との同一採血管での測定を目的として、EDTA-2KとEDTA-2K + NaFの採血管種によるHbA1c値の差を比較した。

【対象及び方法】

1) 対象 : ボランティア6名、外来患者43名 測定装置 : JCA-BM6010
測定試薬 : BMテストHbA1c 採血管種 : EDTA-2K (以下E管)
EDTA-2K + NaF (以下FE管)

2) 検討内容

経時の変化 : 診療検体測定条件を条件Aとし、ボランティア6名の検体を採血直後800g×5分にて遠心したものを、遠心直後、6時間後、24時間後、48時間後、72時間後に測定し、健診検体測定条件を条件Bとして、ボランティア6名の検体を採血後4℃にて6時間放置後800g×5分遠心したものを、6時間後、24時間後、48時間後、72時間後に測定を行い、条件AとBの経時の変化を変化率にて確認した。また、採血管種による差異の確認のため、条件Aは遠心直後、条件Bは6時間後の結果にてt検定を行った。

相関性 : 外来患者43名の検体を用い相関性を確認した。

【結果】

経時の変化 : 条件Aでの変化率はE管で1.9%、FE管で1.3%であり、条件Bでの変化率はE管で2.8%、FE管で3.3%であった。経時の変化は認めなかった。採血管種にてt検定を行った結果、条件A、Bともに有意差は認められなかった。

相関性 : FE管 (y) と E管 (x) の相関性は $y = 0.9762x + 0.1294$ $R^2 = 0.9969$ であった。

【まとめ】

E管とFE管では相関性も良好で有意差は認められなかったため、EDTA-2K + NaFによる測定は可能であると判断した。患者様の侵襲性の減少やコストダウンも見込めるが、システム上の問題もあり、採血管の変更時期については検討中である。

O-123

当院における中心ライン関連血流感染症と血液培養検出菌状況について

室谷真紀子、津端貴子、川上聖子、富谷康子、酒匂美奈子、大河内康史
JCHO 東京山手メディカルセンター ICT

【はじめに】当院では中心ライン関連血流感染症 (CLA-BSI) の感染の把握、監視、発生防止策の立案を目的とした、CLA-BSI ラウンドを行っている。当院の特色として、クローン病および潰瘍性大腸炎に代表される炎症性腸疾患 (IBD) 専門外来を設けているため、他施設より IBD 患者が多いところにある。今回、CLA-BSI ラウンドの活動によって得られた情報を基に血液培養検出菌状況を報告する。【ラウンド方法および感染の定義】ラウンドは週1回行っている。メンバーは3名 (医師1名、看護師1名、微生物検査技師1名) で構成。感染の定義は全米医療安全ネットワーク (NHSN) 感染症判断基準を使用し、(1) 検査確認された血流感染 (LCBI) と (2) 臨床的敗血症 (CSEP) の定義に分類し判定した。対象は、2011年4月~2015年3月に挿入された中心静脈カテーテル1601件とした。【結果】対象1601件中、(1) LCBIは47件 (2.9%) うち血液培養陽性数は47件 (100%)、(2) CSEPは201件 (12.6%) うち血液培養陽性数は80件 (39.8%)、感染判定となった85.9%はIBD患者であった。血液培養検出菌は、Coagulase-negative staphylococci (CNS) 91件 (71.7%)、*S. aureus* 20件 (15.7%)、*Candida* 属 9件 (7.1%)、腸内細菌科 6件 (4.7%)、*E. faecalis* 1件 (0.8%) となった。【まとめ】CLA-BSI の主な原因微生物の37%がCNSと報告されているが、当院では71.7%がCNSであった。IBD患者のほとんどが歩行や入浴が可能であり、発汗の機会は増える。よって挿入部から侵入したCNSの感染率が増加したと考えられた。判定時、血液培養採取が少ないため、感染判定が困難な症例が多かった。血液培養はCLA-BSIの適切な診断、治療につながる重要な検査であるため、今後更に複数セット採取を推奨していきたい。

O-124

便中に糞線虫を認めた一例

辻香翠美¹、由谷親夫²、山元博義³、沖田健一⁴

¹ JCHO 大阪みなと中央病院 検査室、² 臨床検査室 検査専門医、

³ 内科部長、⁴ 臨床検査室 技師長

糞線虫は世界の熱帯、亜熱帯地方に蔓延しており、我が国でも沖縄地方で時々患者発生が認められる。汚染された土壌などから皮膚に侵入し、成虫が十二指腸および空腸の粘膜下層に寄生するが、感染しても無症状で数年経過し、突然の消化器症状を来す。今回、著明な好酸球増加症を認めた患者の便より糞線虫を検出した症例を経験したので報告する。

【症例】

80代男性

出身地: 沖縄県 (4歳まで在住)

家族歴: 母: 呼吸器疾患で死亡。父: マラリアで死亡。

既往歴: C型肝炎、IgE増加を伴うアレルギー性皮膚炎、薬剤性好酸球増加症

現病歴: 急性気管支炎の疑いで当院入院。

【入院時検査所見】

WBC 9100/ μ l、RBC 412万/ μ l、Hb 11.9g/dl

好中球 56.0% 好塩球 1.0% 好酸球 25.0% リンパ球 13.0%、単球

5.0% IgE > 16000 IU/ml

軟便を訴えた為、皮膚疾患以外的好酸球増加症の原因を疑い精査。便検査実施

【結果】直接塗抹法にて確認したところ、便中に寄生虫らしきものが認められた。体長約280 μ m、幅約20 μ m、体部に比べて先端が細く、内部構造に食道や腸管が認められた。周囲に成虫や虫卵は認められず。以上の形態的特徴に加え、患者の出身地が沖縄であることから糞線虫を疑い、血清にて寄生虫抗体スクリーニング検査を実施し、抗糞線虫抗体陽性であったため、糞線虫と確定された。

【経過】現在、イベルメクチン錠で駆虫治療中。

【考察】高値であったIgEや好酸球数が、糞線虫の駆虫治療により低下するかは経過を追っている途中である。

【まとめ】本症は沖縄県では一般人の寄生率は3.6~18.1%とされているが、関西でみられるのは比較的珍しい (1975年~1999年 大阪17例)。このような寄生虫感染症も念頭において検査に当たらなければいけないと感じた。この経験を生かして、他の疾患で説明できない好酸球やIgEの増加があれば、患者の生活歴も考慮し、糞線虫も鑑別にあげて、臨床側にフィードバックできればいいと思う。

O-125

非浸潤性乳癌腫 (DCIS) の診断の変化と検討

阪本裕子¹、木村正美²、西村卓祐²、米永和真³、横田康宏³、佐藤敏美⁴

¹ JCHO 人吉医療センター 臨床検査部、² 外科、³ 放射線科、⁴ 病理診断科

<はじめに> DCISの診断はマンモグラフィ (MMG) の微細石灰化が有用と言われMMG健診、マンモトーム (MMT) 生検によりその患者数も増加してきた。一方、従来MRIは乳癌の広がり診断に有用で乳癌の存在診断には積極的に用いられてこなかった。最近、当院では3Tと1.5TのMRIを使用し積極的にMRIを乳癌精密検査に使用している。その結果、MMGで検出しないDCISを経験することが多くなった。今回、最近のDCIS診断の変化について検討を行った。

<症例と方法>

対象: 2011年~2015年の乳癌180例中DCIS 36例

方法: DCISの発見契機となった検査方法、特にMMGの石灰化の有無による超音波 (以下US)、MRIの描出率の違い、病理診断への進み方、MMTの関わりなどについて検討した。

<結果> DCISの診断率はUS 45%、MMG 79%、MRI 91%。MMGで石灰化あり26例はUS 42.3%、MRI 92.3%、石灰化なし7例では、US 57.1%、MRI 85.7%が診断可能であった。DCISの病理診断はUSガイド下針生検34例、MMT生検2例であった。MMGで石灰化がなくても約85%がMRIで病変が指摘され、USの再検査で病変を指摘して針生検がなされ病理診断がついた。したがって36例全症例でUS単独ではDCISの診断はできなかったが、MMGまたはMRI後のUSでは病変指摘は可能であった。

<考察> DCISに対してMRIが最も診断能が高かった。病理診断確定のためには、MRIでDCISが疑われる症例を含めUSによる病変指摘およびUSガイド下針生検が必須であるが、USの精度とUS技師の技量も大きく関与する。今後は高精度US経験値を積み重ねDCISのUS単独診断能向上を図ることが必要だと考える。またMMTは当院では癌の除外診断で有用であった。

<結語> DCIS診断において病理確定診断はUS再検査による存在診断とUSガイド下針生検による組織診断の両者により確定される。検査機器の精度向上とUS技師の技術向上によりさらなるDCIS診断レベルアップが期待される。

O-126

実食型食事指導導入における継続的栄養指導の効果について

川浪めぐみ、中尾美智子、松永久美子

JCHO 伊万里松浦病院 栄養管理室

【目的】当院の個人栄養指導件数を疾病別でみると、糖尿病が一番多いことと、継続的指導につながっていないことから、今回、「実食型食事指導」「糖尿病栄養指導ミニバス」を導入し、栄養指導がより効果的にできるか検討した。

【方法】平成24年3月~平成26年3月までの参加者44名を対象にし、参加後にBMI、血糖値、HbA1cの変化を観察した。

【結果】対象者の内訳は、男性27名、女性17名、平均年齢58.6歳であった。BMIは指導1回目25.6 $\pm$ 5.4から指導3回目24.8 $\pm$ 5.9、血糖値は指導1回目157.4 $\pm$ 53.4から指導3回目138.4 $\pm$ 38.9、HbA1cは指導1回目7.4 $\pm$ 1.6%から指導3回目6.9 $\pm$ 1.2%で改善がみられた。「糖尿病栄養指導ミニバス」のみの適用患者も増加したことから、外来の指導件数は前年度比36.7%増で、診療報酬の増収にもつながった。患者からは、食事量の見直しや食べ方について参考になったという意見が多くみられた。

【考察】「実食型食事指導」「糖尿病栄養指導ミニバス」を導入することで、担当制により、患者との信頼関係が深まるとともに、初診の患者のみならず、再教育を受ける患者自身が問題点に気づき、改善事項を明確に捉えることができ、行動目標を明確にすることにつながった。

【今後の課題】実食型食事指導実施に関して周知されておらず、ポスター掲示や院外報、健康教室開催時に広報活動を行っていく。入院患者の退院後、外来でのフォローについても、きめ細やかな栄養指導は大変重要であると考えられることから、ミニバスを活用し、継続的な指導に結びつけたい。

O-127

早期に長下肢装具を使用し、起立・歩行練習を行った重度左片麻痺の一症例

福長直尚

JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】今回、右アテローム血栓性脳梗塞により左完全麻痺、感覚障害、プッシュャー様症状、左半側空間無視（以下：USN）、を呈した症例に対し急性期の介入を行った。早期に長下肢装具を使用した起立・歩行練習行なったことで、体幹の安定性が向上した。また、感覚障害、プッシュャー様症状、USNの軽減もみられたため報告する。【症例紹介】70代後半、男性、自宅で倒れ救急搬送。検査にて脳梗塞を認め、r-TTPAを施行。その後、再度脳梗塞を発症し、意識障害、左麻痺を呈した。初期評価＜発症後15日目＞JCS2～3、BRS(R)II、MAS2～3、右感覚障害重度鈍麻、SCP6/6、USN検査：測定困難、基本動作：全介助 FIM18点【介入内容】開始時は床上でROMexのみ実施。発症後15日目より離床開始し、19日目に長下肢装具を使用して起立exを開始。随時、基本動作 ex、立位保持・重心移動・歩行ex、端座位ex、移乗ex、体幹・頸部の回旋運動ex、ストレッチも実施した。【最終評価】＜発症後46日目＞HDS-R10点 BRS・MAS変化なし、感覚障害中等度鈍麻、SCP4.75/6、USN検査（線分抹消：7/36右端のみ）、端座位保持：中等度介助、移乗：重～中等度介助、FIM41【考察】本症例は随意性の低下と著明な筋緊張亢進を上下肢ともに認めていた。ハムストリングス・下腿三頭筋の過緊張の抑制および麻痺側への荷重、関節可動域制限の予防、体幹・股関節の安定性向上を目的に長下肢装具を使用した起立練習を行った。座位保持の介助量が軽減してから歩行練習も開始。最終評価時には筋緊張に著明な変化は認められなかったが、早期に受動的な立位練習を開始したことで体幹の安定性が向上し、基本動作の介助量軽減がみられた。また、上記の訓練内容も併用して行なったことで感覚障害とプッシュャー様症状、USNも軽減し、FIMも向上したのではないかと。

O-128

ベンス・ジョーンズλ型多発性骨髄腫におけるPEとOnline-HDFの有用性

木幡宏実¹、菊地幸枝¹、高橋舞香¹、高橋奈津美¹、石森菜緒子¹、川上将平¹、郷右近純¹、佐藤尚也¹、斎藤まゆみ¹、葛岡孝一¹、長井克敏¹、横昭弘¹、神田学²、水野真一²、眞田寛²、木村朋由²、佐藤光博²、佐藤壽伸²

¹JCHO 仙台病院 臨床工学部、²腎センター医局

【はじめに】今回我々は、ベンス・ジョーンズλ型多発性骨髄腫からの急性腎不全に対し、エバキュアー[®]を用いた血漿交換（以下PE）と血液濾過透析（以下O-HDF）を施行し寛解に至った症例を経験した。【目的・方法】臨床工学技士の立場から、ベンス・ジョーンズλ型多発性骨髄腫におけるPEとO-HDFの有用性と溶質除去性能について検討した。【対象及び治療条件】年齢49歳、性別男性、入院時高Ca血症、腎機能障害、貧血、骨病変を認め化学療法を開始、その後急性腎不全と免疫グロブリン軽鎖（以下FLC）の除去を目的として、PEとO-HDFを交互に連続施行した。PEは血漿分離器エバキュアー[®]EC4A10、置換液アルブミン4.4%を使用し血漿処理量3000mLを目標とした。またO-HDFはヘモダイアフィルターMFX[®]25Ueco、透析液及び置換液キンダリー透析剤4E、Qd600、Qb200mL/min、QS6～12L/h、透析時間は4hとした。【結果・考察】エバキュアー[®]によるPEはFFPを必要しないメリットのほかマイルドな除去特性を示した。O-HDFを併用したことで、高Ca血症、腎不全症状は早期に是正され、貧血症も治療終了後、回復傾向が伺えた。FLCの除去性能については、治療前後除去率O-HDF施行時、FLCλ21.1%、FLCκ73.9%、PE施行時、FLCλ43.1%、FLCκ34.7%であり、高値を示していたFLCλは、入院時29800mg/L、治療終了時658mg/Lと低下したことから、PEにO-HDFを併用し連続施行したことでFLCのリバウンドを緩和させ、より治療の効果が向上したと思われる。【まとめ】エバキュアー[®]を用いたPEとO-HDFは、早期の高Ca血症、腎不全症状の是正の他、FLC除去を目的とした治療効果に寄与する可能性が示唆された。

O-129

遠隔モニタリングシステム導入での成果と課題

松本景史¹、三沼英彦¹、吉屋雅弘¹、中嶋耕兵¹、寺澤直之¹、勝賀瀬朗¹、三好美和²、長谷川新治²

¹ JCHO大阪病院 臨床工学部、² 循環器内科

【背景】心臓植え込み型電気的デバイス（CIEDs）管理における遠隔モニタリングシステム（RMS）は、数々の報告で有用性が示されている。【目的】CIEDs患者RMS導入による、外来の時間短縮、管理業務の効率化、アラートの早期発見を目的とし、成果と課題を報告する。【方法】当院でフォローアップしているMedtronic社製のCIEDs患者全例に対して導入を進めた。ICD、CRT-Dは自動送信が可能であるため、スケジューリング設定を行い送信とした。IPGに関しては手動送信となるため、外来予約表に合わせて送信日を記載した用紙を患者に渡す事とした。RMSを拒否された患者、手動送信が不可であった患者は、別のRMSであるCareLink Expressを使用する事とした。【結果】現在の所、導入率は98%であり、外来の時間短縮、管理業務の効率化、アラートの早期発見等、目的とした全てにおいて成果を得る事ができた。課題としては高齢者へのRMSの説明、送信エラー等があった。【考察】成果が得られた事で当院でも医療側、患者側共に有用であることは示唆された。しかし課題として高齢化するCIEDs患者での運用困難が予想される。【結論】当院におけるCIEDs患者RMS導入の成果と課題を報告した。

O-130

当院における透析液清浄化
～透析装置更新後のバリデーション検証～

御厨翔太、中井歩、市川公夫、富樫紀季、加藤彩夏、丸山航平、石丸裕美、後藤隼人、阿部祥子、渡邊研人
JCHO東京山手メディカルセンター 臨床工学

【緒言】当院では2016年3月末に水処理装置、多人数用透析液供給装置、透析監視装置の更新を行った。更新した透析監視装置はOHDFの機能を備えているが施行に際しては透析液の清浄化を実施し、これをバリデーションする必要がある。【目的】OHDF施行に必要な水質を確保するため更新直後からバリデーションを行ったところ洗浄・消毒方法の違いにより透析液中の生菌数の推移に違いがみられ、比較・検討することで若干の知見を得ることができたので報告する。【方法】水処理装置、多人数用透析液供給装置、透析監視装置合わせて全44カ所の透析液サンプルポイントを13グループに分割し、全グループ1ヵ月で2回の透析液採取を終えた。透析液採取方法は透析液清浄化ガイドラインver.2.01に基づいており、生菌数検査法はMF法を用い、検体量50mL、23℃で7日間培養した。得られた生菌数はグループ毎に平均し、洗浄・消毒方法別に以下のように分類・比較した。RO封入比較：ROライン次亜塩素酸封入なし群・ROライン次亜塩素酸封入あり（週1回）群・ROライン次亜塩素酸封入あり（週3回・封入濃度3倍）群洗浄工程比較：過酢酸洗浄後群・次亜塩素酸消毒後群・次亜塩素酸消毒+ROライン次亜塩素酸封入群比較にはkruskal-wallis検定を用いて、危険率5%未満をもって有意とした。【結果】洗浄工程比較・RO封入比較ともにROライン次亜塩素酸封入回数・濃度変更後その他の洗浄工程・方法で有意差を認めた。【考察】グループ毎の生菌数の平均は採取開始7日目にピークアウトした。これはROラインの封入開始と一致し、封入開始前後で有意差を認めたため効果はあったと考える。またその後、封入回数を増やし濃度を上昇させることによりさらに生菌数は低下し、有意差も認められたことから生菌の汚染源はROラインにあると考えられた。【結論】生菌数の推移を洗浄・消毒方法毎に比較することで汚染源の検討に役立てることができた。

O-131

当院のECMO システムと管理について

有馬敬宏、住本一紀、和久益寛、岡村清美
JCHO 徳山中央病院 臨床工学部

【はじめに】当院は、急性期総合医療及び専門医療を提供する基幹病院であり24時間体制で救急医療に取り組むと同時に、地域医療との連携に力を注いでいる。年間のECMO症例数は少ないが、心臓血管外科手術で人工心肺離脱困難症例や循環器内科で心臓カテーテル中の循環不全、救急科でECPRに対してCardiac ECMOや呼吸不全に対してはRespiratory ECMOを行っている。今回、当院のECMOシステムと管理について検討したので報告する。【ECMOシステム】ECMO装置はテルモ社製キャピオックス遠心ポンプコントローラーを2台、JMS社製ミクスフローコンソールを1台保有し、人工肺は泉工医科工業社製、送脱血管は東洋紡社製ヘパリン化カニューレを使用している。温度は人工肺より送血温を測定し、圧力は人工肺前圧、送血圧、脱血圧を測定している。また、A-Vシャント回路にCDI500を用いて連続的に酸素分圧やカリウム、Hbなどをモニタリングして管理している。酸素ガスフラッシュは2時間毎、血液ガス測定は6時間毎に行い、体外循環中の記録は1時間毎に記録している。【考察】ECMO装置は2機種あるが月1回の練習と人工肺など回路システムを統一化することで、セットアップの短縮やトラブルの回避に繋がると考える。また、送血圧や人工肺前圧及び脱血圧のモニタリングは流量が出ない要因としての迅速な判断や人工肺の評価をすることが可能となり、カニューレおよび回路トラブルの判断策として有用である。さらにCDI500で酸素分圧を連続的にモニタリングすることは異常の早期発見や採血量低減、酸素ガスフラッシュの指標となり有用な方法である。【結語】ECMO装置の各種モニタリングや練習はECMOの操作及び管理において必須と考える。

O-132

東日本大震災直後の透析条件変更による検査値への影響

佐藤尚也¹、菊地幸枝¹、高橋舞香¹、高橋奈津美¹、石森菜緒子¹、川上将平¹、郷右近純¹、斎藤まゆみ¹、葛岡孝一¹、木幡宏実¹、横昭弘¹、木村朋由²、佐藤壽伸²
¹ JCHO 仙台病院 臨床工学部、² 腎センター

【緒言・目的】透析治療は水や電気といったライフラインが必要不可欠であり、大規模災害が発生すると影響を受けやすい脆弱な医療である。東日本大震災時は、透析治療に必要なライフラインだけでなく消耗品の物流にも多大な影響を及ぼし、かつ透析拠点病院での患者一極状態ではミニマムな透析条件への変更が不可避であった。今回、このミニマムな透析条件から以前の透析条件に戻るまでの期間が患者によって異なっていたことから、この期間の長短は検査値に影響したのか調査した。※ミニマムな透析条件：尿毒症、高K血症、心不全の改善を目的とした最低限の透析条件。2.5時間透析を中1日、QB $\geq$ 200mL/min、QD400mL/min、ダイアライザを1・2型・1.5m²とした。【対象患者】当院で行った支援透析を受けた患者全例のうち、評価期間中の検査値がすべて揃っている患者を対象とした。【方法】変更期間の長短は、透析条件が以前の透析条件に戻るまでに要した日数の中央値を算出し、その前後で2群に分類した。この2群間においてTP、Alb、総コレステロール、BUN、P、Kの経時変化について比較した。統計学的解析はRepeated measures ANOVAを用い、危険率5%未満を有意差ありとした。【結果】両群とも震災直後にTP、BUN、Pの有意な低下を認めた。【考察】現在市販されているダイアライザは一部のEVAL膜以外では小分子クリアランスに差がなく、治療時間においても2.5時間である程度の除去は見込めるため、今回のミニマムな透析条件でも深刻な透析不足を生じることはなかった。むしろ、平常時より飲水量や食事摂取量を管理できている患者については、震災時のような制限された環境下では透析量が低下した期間の長短よりも栄養状態の悪化による影響が反映された可能性が高い。【結語】透析条件を変更した期間の長短は小分子量領域の検査値に影響しない。

O-133

個人用RO装置の熱水消毒による配管清浄化

満間大介¹、高橋壮太郎¹、藤野瑛里加¹、西尾勝¹、杉田栄一¹、平賀聖悟²¹JCHO三島病院 臨床工学室、²移植科

【背景】透析液清浄化ガイドラインVer2.00より、在宅血液透析やICU、病棟などで透析治療を施行する際に使用される個人用逆浸透装置（RO装置）に関する項目が追加され、間欠的な使用となることの多いRO装置及びRO給水管においても水質確保に向けた取り組みが必要とされている。【目的】単独で熱水消毒を実施できる個人用RO装置について、RO装置、給水管の熱水消毒の効果と消毒頻度の検討をした。【対象】RO装置（JWS社製MZ-II）、RO水給水管【方法】給水管はRO装置から出てRO装置に戻るループ配管となっており、配管中に設けた分岐部より1.5mの配管で透析装置への給水を行なっている。消毒は、RO装置で80℃に加温した熱水を循環・送水する方法で週2回実施した。10、5、2mのループ配管を用い、消毒後4日目にサンプリングし消毒効果を検討した。2mのループ配管を用いた消毒頻度の確認は、消毒後1～6日目でサンプリングした。RO膜後、分岐部、透析装置入口で生菌数、エンドトキシン活性値（ET）を測定した。【結果】ループ配管10mでは、各サンプリング箇所が生菌数0.1CFU/ml以上、ETも検出された。5mでは、RO膜後、分岐部で生菌数0.06～0.98CFU/ml、ETは検出されたが未検出であることもあった。2mでは、各サンプリング箇所が生菌数0～0.02CFU/ml、ETは未検出であった。2mで生菌は、消毒後5日目より検出された。【考察】RO装置の熱水消毒は、ループ配管5m、消毒回数週2回で、ガイドラインの示す基準値を満たし、2m、週2回の熱水消毒で生菌数0CFU/ml、ET活性値未検出となった。これは配管が短くなり、熱損失が減少したためと考えられた。生菌は、熱水消毒後5日目から各配管より検出されたため、週2回の消毒回数が妥当であると考えられた。【結語】個人用RO装置の熱水消毒は、給水管での熱損失を考慮することで生菌、ETは未検出となり、清浄化に有用であった。

O-134

ME 機器管理システムを導入して
～当院での臨床工学技士の取り組みと効果～持屋美季¹、小倉遥子¹、中武宏文¹、小笠原元太¹、岩田裕美¹、片岡陽聖¹、
姫松祥平¹、三浦友美¹、淀川菜穂子¹、山田和弘²¹JCHO宮崎江南病院 臨床工学室、²腎疾患透析科

【はじめに】

当院では平成20年に、血液透析業務・装置管理を行う目的で、臨床工学技士（以下、ME）が配属された。その後、透析以外の医療機器に関する保守点検なども求められ、徐々にMEの増員やその他の業務体制が構築されてきた。現在、透析業務以外に、10種類207台の医療機器を管理している。しかし、当院では医療機器は中央管理システムではなく分散管理しているため、業務が煩雑であった。今回、ME機器管理システムを導入し、業務が改善されたので報告する。

【ME機器管理システムの概要】

（株）ゼロシステム社製ZERO-MEは、PC4台と端末タブレット3台で構成され、各医療機器にバーコードを添付し、機器情報、点検状況等を電子化して管理する。

【評価方法】

- ・システム導入前と導入1年後の医療機器ラウンド点検の作業時間を測定し比較する。
- ・各MEにアンケート調査を行い、業務が改善したか評価する。

【結果】

全病棟の医療機器ラウンド点検平均作業時間は、システム導入前は約57分、導入後は31分に短縮した。アンケートでは、9人中8人がシステムを導入して作業効率が良くなったと回答し、1人が少し良くなったと回答した。

【考察】

システムを導入したことで、医療機器ラウンド点検作業時間は約1/2となり、平均で30分短縮し、作業効率は改善したが、その主な理由は、点検・修繕履歴がすぐに呼び出せることや、修繕箇所が画像で保存でき、各機器の点検修繕の詳細を把握しやすくなったためと思われる。

【結語】

機器管理システムを導入したことは業務上有用であった。

O-135

COPD Assessment Test (CAT) は、男性 COPD 患者における外出制限を示唆させるスクリーニング検査として有用か？

今泉裕次郎¹、岩永久美子¹、松枝希見子¹、池田さやか¹、柴田貴章²、
内田賢³、河島通博³、堀江淳³、林真一郎⁴

¹JCHO佐賀中部病院 リハビリテーション科、²呼吸器内科、
³京都橋大学 健康科学部、⁴医療法人社団高邦会高木病院 呼吸器センター

【目的】

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 患者の身体活動性は、予後因子としての重要な risk factor であると考えられている。そのため、早期から COPD 患者の活動能力を把握することは、病状安定期を維持管理する上で重要と考える。そこで今回、運動能力の指標である6分間歩行距離で、外出制限が生じ始めると報告されている400mを境界とし、臨床の場面で広く活用されている COPD Assessment Test (CAT) を用いて cut off 値を算出し、CAT が活動性低下の早期発見のためのスクリーニング検査として有用か検討した。

【方法】

対象は、研究の参加に同意が得られた病状安定期の男性 COPD 患者86名で、平均年齢は73.3±7.5歳、BMIは22.4±4.7、%FEV₁は59.3±25.2%であった。測定指標は、CATの得点および6分間歩行距離(6MWD)とした。統計学的解析は、外出制限が生じ始める400m以上群と未満群を従属変数、CAT得点を説明変数としてROC曲線を求めCATのcut off値を算出した。曲線の精度は、ROC曲線下面積 (AUC) にて分析した。統計解析ソフトはSPSS version20を使用した。

【結果】

対象のCAT得点は14.9±6.4点、6MWDは363.1±118.1mであった。CAT得点での外出制限が生じ始めるcut off値は13点 (AUC=0.84) であった。

【結論】

本研究から、CATはCOPD患者の外出制限を想起させる一つの指標となりうる可能性が示唆された。今後は、今回のcut off値を参考にCOPD患者の活動性低下をいち早く把握することで、早期からの呼吸リハビリテーション介入指標として、臨床場面に活用できればと考える。

O-136

全人工膝関節置換術におけるクリティカルパス変更前後での術後リハビリテーションの比較

木村宏隆、濱田浩志 (RPT)、永富孝幸 (RPT)、古賀智希、二宮晴夫 (MD)
JCHO大阪病院 リハビリテーション室

【はじめに】当院での全人工膝関節置換術（以下TKA）のクリティカルパス（以下パス）では術後早期において屈曲可動域が低下する傾向が認められた。早期可動域改善を目的に2016年1月よりTKAのパスを変更した。今回、同一症例において変更前後のパスを使用したTKAのリハビリテーション（以下リハビリ）を経験する機会を得たので報告する。【パス変更点】1.ドレーン留置期間の短縮。2.術後の抗凝固薬内服期間を短縮。3.自己チェックシートを導入。4.自己リハビリの積極化（三角枕の使用）。【症例】83歳女性、身長144.7cm、体重48.8kg、BMIは23.31。2015年10月に右TKAを、2016年3月に左TKAを施行した。術前の状態は右TKA施行時、膝関節屈曲角度120度。大腿周径では右膝蓋骨上縁直上で35.5cm、上縁5cm上方で34.0cm。左TKA施行時、膝関節屈曲角度は120度。大腿周径では左膝蓋骨上縁直上で36.0cm、上縁5cm上方で35.5cmであった。術後経過は右側時、術後7日目で膝関節屈曲100度に対し、左側時は術後1日目で120度屈曲を獲得できた。術側の周径は術後21日目において、右側時では膝蓋骨上縁直上で36.0cm、上縁5cm上方で36.0cmと腫脹が残存していた。しかし左側時では膝蓋骨上縁直上で36.0cm、上縁5cm上方で35.5cmと術後の腫脹が軽減していた。術後7日目、14日目、21日目における術側の膝痛については、Numerical Rating Scaleでは右側安静時0.0、動作時2.0であった。左側時では安静時2.1、動作時5.4、2とパス変更後に痛みが強い傾向があった。退院時のレベルは両側とも杖歩行自立であった。【まとめ】パス変更により早期の屈曲角度の低下を予防でき、周径においては術後21日目の腫脹の軽減が認められた。要因の1つとして自己でのリハビリをより積極的に行うことで、早期より術中角度を獲得できたと考えられる。膝痛については、パス変更後に残存が認められた。今後は医師、看護師との連携をより密接にし、物理療法を含めた疼痛管理方法を考えていきたい。

O-137

脊髄腫瘍摘出術後に下肢麻痺を生じた一例に対する理学療法

田中駿
JCHO徳山中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】今回、脊髄腫瘍摘出術後に下肢麻痺を生じた症例を経験したので報告する。【症例紹介】80歳代の女性、4月より腰痛出現していたが自宅にて経過観察していた。6月に整形外科を受診、坐骨神経痛と診断され内服フォローしていた。9月当院にてMRI、ミエログラフィーを実施され上記診断、10月に手術を施行された。術後1日目から19日目まで理学療法介入後、回復期病院へ転院された。既往歴に高血圧あり。【初期評価】両下肢MMT3、足関節MMT2（右>左）、表在感覚は左下腿鈍麻・左足部脱失、深部感覚は両下肢共に鈍麻（右<左）、ベッド上安静のため基本的動作は未実施、FIMは37点であった。【経過】術後4日目より起立・歩行訓練を開始した。表在・深部感覚障害が著明であるために、下肢の動きに拙劣さが目立った。足部内反位での接地、自分の足を踏むなど、コントロールがうまくいかない様子が多く見られた。理学療法では、筋力増強運動、下肢の協調性改善運動、起立・歩行訓練を中心に実施した。歩行訓練は平行棒内、介助歩行の2種類を行い、鏡を用いて視覚での代償を促しながら実施した。【最終評価】両下肢MMT4、足関節MMT3（右>左）、表在・深部感覚障害残存も改善傾向。起居動作は見守りで可能、歩行は平行棒内であれば、比較的下肢のコントロールができるようになった。FIMは64点に改善した。【考察】安定した立位や歩行には足底からの正常な感覚入力が重要であり、姿勢制御はこれらの情報をもとに行われる。足底には地面からの情報を受け取るレセプターが多く存在しており、足底からの感覚情報は静的、動的姿勢制御において重要とされている。今回治療、訓練によって足底での接地が可能となり、下肢のコントロールに改善がみられた。これらの下肢機能向上が、歩行能力の向上に寄与したと言える。

O-138

ポータブルデバイスによる棚卸システムの開発

渡邊研人¹、加藤彩夏¹、丸山航平¹、石丸裕美¹、後藤隼人¹、御厨翔太¹、
富樫紀季¹、阿部祥子¹、市川公夫¹、中井歩¹、高澤賢次²
¹JCHO東京山手メディカルセンター 統括診療部、²心臓血管外科

【背景】近年、医療機器の適正運用を目的とした臨床工学士による中央管理体制の構築が進められ、医療機器の不具合が原因とされる臨床トラブルの即時対応を求められるケースが増加している。トラブル対処のために関連物品を在庫として多く抱えるようになったが、在庫管理における業務整理がなされておらず、その負担は通常の臨床業務を圧迫しており、対応を迫られていた。【目的】在庫の適正管理および業務効率化を図れる棚卸システムを開発すること。【方法】FileMaker Pro 13 Advancedで棚卸データベースを作成し、FileMaker Server 13で公開。Mac MiniのBluetooth PANによるNetwork接続を利用し、入力端末にはiPad touchを使用した。iPad touchのカメラ機能を利用したバーコード読み取りによる棚卸を実施することで、定数を割った消耗品に対し、業者への発注メール送信および事務用申請書印刷が自動で行われるように設計した。また、在庫がなくなり臨時発注が必要となった消耗品に関しては、個別に発注メールと申請書印刷ができるようプログラムを作成した。【結果および考察】棚卸システムを利用することで、業務負担を極力抑えた形で在庫の適正管理が実現できた。当院では月1回の棚卸が義務付けられているが、FileMaker上で棚卸結果を事務提出用の規定書式に記載されるようにレイアウトを作成し、棚卸終了後に自動印刷させることで、さらなる業務負担軽減が図れると考えられた。【結語】本システムは在庫管理において有用であることが示唆された。

O-139**当施設デイケア利用者に二重課題を用いたりハビリの効果
－認知機能とバランス機能に着目して－**

小室英生、奥山高司、関和良太、前平奈加、石井照子
JCHO二本松病院附属介護老人保健施設

【はじめに】

認知症の予防にはワーキングメモリーが重要である。二重課題の遂行に大きく関与しており、二重課題下での運動が認知症の予防・改善に効果があると言われている。また、二重課題下での運動は転倒リスクを減少させるとも言われている。そこで今回、当施設デイケア利用者に対して、二重課題を用いたりハビリを実施し、認知機能とバランス機能の変化について調べたので報告する。

【対象】

当施設デイケア利用者の中で認知機能検査mini-mental state examination(以下MMSE)とバランス機能検査timed up and go test(以下TUG)が測定可能であった24名(平均年齢81.2±7.4歳)。

【方法】

マシントレーニングの際に計算問題を解くという二重課題を12週間実施した。計算問題は加減算各5問ずつ、難易度の異なる物を2枚作成し、1週間ごとに問題を変更した。また、6週目から利用者の要望にて乗除算も追加した。効果を判定する為、開始時と12週後にMMSEとTUGを測定した。結果をWilcoxonの符号付順位検定を行った。

【結果】

介入前後でのMMSEの結果では24名中14名が改善したものの(平均値0.63点UP)、有意差はなかった。TUGの結果では24名中16名が改善し(中央値-0.99秒)、有意差があった。また24名中12名が両方改善した。

【考察】

MMSEの介入前後での差には有意差がなかったが、対象者の半数以上が改善した。また、TUGでは有意差があり、半数以上が改善された。このことから、有意差の有無はあるものの二重課題を用いたマシントレーニングは認知機能やバランス機能に好影響を与えている可能性が示唆された。さらに、12週間という短い期間でも認知機能やバランス機能に効果があることも分かった。今回得た結果を活かし、今後も当施設で継続していきたいとスタッフ間で話し合った。

O-140**入院患者の歩行自立判定に関する評価表の作成**

岡林碧、大山幸綱、市川祐生、前田理奈
JCHO高知西病院 リハビリテーション科

【はじめに】歩行は日常生活で重要な移動手段であり、臨床現場でも歩行自立の可否を判定する機会が多い。しかし、過大・過小評価など不適切な歩行自立判定が行われた場合には、転倒リスクの増加や活動量の低下などを生じさせる可能性も考えられる。当院でも歩行自立と判定した入院患者の転倒事例が発生しており、歩行自立を判定するための統一された手順や方法がないことが問題点として考えられた。そこで今回、統一して使用可能な歩行自立判定に関する評価表を作成したので報告する。**【方法】**歩行自立判定に関する評価表は、歩行自立や転倒に関連する要因の評価項目と、病棟での歩行動作や生活関連動作の観察項目に分類した。歩行自立や転倒に関連する要因の評価項目は、等尺性膝伸筋筋力・Berg Balance Scale・長谷川式簡易知能評価スケール・服薬状況・転倒歴の有無など11項目とした。病棟での歩行動作や生活関連動作の観察項目は、歩行自立許可範囲をA病棟トイレ、B病棟内、C院内の3つに区分し、それぞれの区分に必要な観察項目(A12項目、B15項目、C21項目)を抽出した。観察期間は1週間とし、理学療法中に担当理学療法士が動作を観察することとした。また、客観的な視点を含めるために、担当理学療法士以外が動作を観察する機会も設定した。歩行自立の基準としては、「各項目が1週間転倒の危険がなく、安全に実施できること」を第一条件とした。また、歩行自立や転倒に関連する評価項目の結果に関しても、基準値と比較するなど判定に利用することとした。評価表を使用する対象は、転倒を起因とした骨折患者とした。**【今後の課題】**今回、入院患者の歩行自立判定に関する評価表を作成したことで、担当理学療法士の裁量に委ねられていた判定方法を統一することができた。今後は臨床場面で本評価表を活用し、改良を重ねながら実用的なものにしていきたいと考える。

O-141

理学療法士の呼吸器内科、内分泌代謝科混合病棟への配置について～入院患者のADL維持向上を目指して～

寺谷章弘¹、瀧昌也¹、竹村柁俊¹、戸田美美²

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

【はじめに】わが国では、急性期病棟における理学療法士などの配置に対する評価として、ADL維持向上等体制加算が新設された。これは疾患に対するリハビリテーション（リハビリ）ではなく、ADL低下を予防する役割を担う事、在院日数の短縮や廃用症候群・誤嚥・褥瘡・転倒予防といった、病棟マネジメント業務を多職種と連携して行う事を目的としている。当院では2014年10月から消化器内科病棟、続いて2015年7月から呼吸器内科と内分泌代謝科の混合病棟に理学療法士の病棟配置を開始した。今回は混合病棟での病棟配置の取り組みについて報告する。【方法】理学療法士1名を混合病棟へ配置し、病棟全患者のADL評価としてBarthel Index (BI) を入院時に評価している。疾患別リハビリが必要な患者については医師へ相談し、それ以外の患者は必要に応じてADLに関する個別指導、集団リハビリとして、週5回の集団運動療法を実施している。毎週各科の合同カンファレンスに参加し、またリハビリ医師と病棟看護師、理学療法士で病棟回診を行うことで患者状態の把握に努めている。【結果】BIは入院時 67.9 ± 38.0 点、退院時 77.3 ± 34.8 点、ADL低下率は $1.43 \pm 0.01\%$ であった（2015年7月～2016年3月）。【考察】理学療法士の病棟配置により、ADL低下・廃用症候群疑いの早期発見、早期リハ介入が可能となった。また、他職種との連携により身体機能・ADLの情報共有、患者・家族への情報提供などが容易となった。今後は、病棟配置の効果などについて検討していく。

O-142

右大腿骨転子部骨折を呈し歩行開始時にのみ跛行が生じる症例に対して、中枢神経系に着目して歩容の改善を得た一例

木村亮太、箕輪俊也

JCHO東京蒲田医療センター リハビリテーション科

【はじめに】右大腿骨転子部骨折を呈し観血的整復固定術（以下ORIF）が施行され1ヶ月経過したが、歩行開始時にのみ跛行が生じる症例に対し、転倒恐怖感の克服や自己効力感の向上等の中枢神経系に着目したアプローチを行い歩容の改善が得られた一例を経験したので報告する。【症例紹介】本症例はヘルシンキ宣言に沿った説明を行い、同意を得た90歳代女性。自転車走行中に転倒受傷し、右大腿骨転子部骨折の診断で当院入院となった。受傷後5日目にORIFを施行し、術後翌日より理学療法を開始して術後73日に退院した。尚、2年前にも自転車で転倒した既往がある。【理学療法評価及びアプローチ】術後翌日より炎症や疼痛を考慮した筋力トレーニングや荷重練習を実施。脚長差や関節可動域制限はなかった。術後7日よりサークル歩行器を用い歩行を開始した。Manual Muscle Testing（以下MMT）のレベルは股関節屈曲・膝関節伸展4、股関節外転3。術後36日には杖歩行開始時の右立脚期に膝折れや骨盤の右偏位等の跛行がみられたが、数m歩くと歩容は改善した。10m歩行は18.7秒26.5歩、Timed up and go test（以下TUG）は21.1秒。歩行開始時に跛行が生じる原因として転倒恐怖感に関与していると評価した。そこで上記プログラムに加え、跛行が生じないようサークル歩行器を貸与し課題の難易度を下げ、外的焦点を用い身体に意識を向けないように歩行練習を継続した。その結果、術後47日で歩行開始時の跛行は消失し杖歩行自立に至った。10m歩行は14.5秒23.5歩、TUGは18.4秒。MMTは変化なかった。【考察】河島らは歩行の1歩目には大脳皮質が関与すると報告している。本症例は過去にも転倒歴があり、歩行開始時の跛行は転倒恐怖感から生じていると評価した。恐怖感を克服し歩行開始を意識せずに歩けるよう実践した結果、歩容の改善に至った。運動器疾患においても心理面や歩行の神経システムを考慮して治療を行う必要性が示唆された。

O-143

当院における過去3年間の輸血副作用発生状況についての解析

鈴木克、五十嵐陽祐

JCHO東京山手メディカルセンター 臨床検査科 輸血検査室

当院では輸血副作用の全数把握を実施するために2013年7月から用紙運用による輸血副作用報告を実施している。2013年7月から2016年7月までの3年間の輸血副作用を集計し、現状を報告する。

O-144

当院回復期病棟におけるサルコペニア患者の状況調査

石井亮太

JCHO登別病院 リハビリテーション室

【目的】加齢に伴い骨格筋が減少するサルコペニアは高齢者のADLを低下させる要因になると報告されている。今回、当院回復期病棟の入棟患者におけるサルコペニア有病率とFIMや在宅復帰率との関連について検討した。【方法】2015年4月～11月に当院回復期病棟に入棟・退棟した患者117名（男性47名、女性70名、平均年齢 78.9 ± 10.2 歳）を対象とした。疾患は脳血管疾患24%、廃用症候群16%、運動器疾患60%。身体計測と、Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) によるサルコペニア診断のためのチャート表を用いてサルコペニアを抽出し、サルコペニア群と非サルコペニア群で、在棟日数、入棟時・退棟時FIM、FIM利得、FIM効率、リハビリ一日平均実施単位、在宅復帰率について比較検討した。統計にはMann-WhitneyのU検定を使用し有意水準は5%未満とした。【結果】サルコペニア群は37名（男性17名 女性20名 80.1 ± 9.8 歳）、非サルコペニア群は80名（男性30名 女性50名 78.8 ± 10.5 歳）であった。サルコペニア有病率は31.6%であった。在棟日数に有意差は認められなかったが、非サルコペニア群が高い傾向にあった。入棟時FIMに有意差は認められなかったが、退棟時FIMはサルコペニア群91.7、非サルコペニア群101.6で有意差が認められた。FIM利得はサルコペニア群13.2、非サルコペニア群19.2で有意差が認められた。リハビリ平均実施単位はサルコペニア群5.5単位、非サルコペニア群6.1単位で有意差が認められた。在宅復帰率には有意差は認められなかったが、非サルコペニア群が高い傾向にあった。【考察及び結論】サルコペニアを有する患者は、非サルコペニア患者と比べるとADLの改善が低いことが示唆された。リハビリの実施時間も少なく、低栄養などが合併して積極的な介入が行えていない可能性が考えられる。今後はサルコペニアの簡易スクリーニングを実施し、栄養面と運動量を踏まえた積極的な介入が必要と考える。

O-145**頸髄損傷を受傷し不全麻痺を呈した一症例に対するリハビリテーションの経験**

船岩亮介

JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】頸髄損傷によるC6不全麻痺を呈した症例に対して自宅退院を想定しての機能練習やADL練習を実施し、自宅改修後に在宅復帰となった症例を経験したので報告する。【対象】60歳代男性。自転車での事故で受傷し、翌日より理学療法介入、受傷11週日より作業療法介入。妻と二人暮らしで、自宅への退院を希望。40代にてDM発症。趣味は自転車と園芸。【初期評価】Zancolliの分類C6B。ASIA 不全麻痺C。運動機能41点。感覚機能 痛覚65点、触覚63点。FIM56点。基本動作全介助レベル【経過】介入1週日より、低周波を併用した上肢の機能練習を実施。各手指の機能回復を認め、4週頃より右手でのつまみ動作が可能となり。「箸は使えるか」といった発言が頻繁に聞かれるようになる、6週目頃より自助具を用いた食事動作や更衣動作といったADL練習を開始。介入15週目に関連職種、妻とカンファレンス、16週目に自宅訪問を実施。「退院したら庭をいじりたい」「旅行にいきたい」等の退院後の生活を話す事が増える。19週目に住宅改修着工、26週目に自宅退院となった。【退院時評価】Zancolliの分類C8B。ASIA 不全麻痺C。運動機能71点、感覚機能 痛覚66点、触覚64点。FIM112点。基本動作自立レベル。握力右9kg、左6kg。ピンチ力右2.5kg 左2.0kg (Key pinch)【考察】本症例は機能回復への希望が強かったことから、機能練習に多くの時間を割いた。特に機能練習に低周波を併用したことにより、手指機能の向上や本人の意欲、後のADL能力向上に影響を与えた。また、自助具を用いて一つ一つ自分で出来る動作が増えていったことが、今後への意欲や将来に対する不安の軽減に繋がった。そして、自宅退院という目標に向け、症例本人と妻や関連職種が連携を取りながら取り組めたことが、退院に向けての不安軽減や意欲に繋がった。そして、退院後の主体的な生活へ目を向け、円滑に生活の場を自宅へ移行することができたのではないかと考える。

O-146**脳卒中後、重度片麻痺および腱板断裂増強を呈したが両側上肢トレーニングによりADLの質が改善した症例**

帯田有希菜

JCHO 九州病院 リハビリテーション室

【はじめに】今回脳卒中後に重度右片麻痺、腱板断裂増強を呈し両側上肢トレーニングを実施することでADL向上に繋がった症例を報告する。【症例紹介】70歳代後半の男性。診断名：左内包後脚梗塞（右片麻痺）併存疾患：右腱板損傷・右尺骨突起上げ症候群（脳梗塞発症後整形外科受診時診断）、高血圧【経過】介入時は基本動作練習と麻痺側の管理、可能な限りの自動運動の促しを実施。第5病日より三角巾装着練習及びADL動作練習（トイレ、食事、更衣、整容）を開始。この頃より右肩関節痛が出現し、第12病日に整形外科受診。麻痺による腱板断裂増悪と診断されたため麻痺の改善に向けて麻痺側リハビリ（ワイピング等の関節保護、ペグ、グリップ、セラブラスト）を開始。第13病日より利き手交換（グリップ箸での食事、書字）を開始。第26病日より右肘屈伸運動が安定し、握力4kgとなったため食事の際に麻痺側で茶碗を把持する練習を開始。第39病日より肩関節の自動運動が見られるようになったため補助手として使用できるようになり要領よく動作が行えるようになった。【評価項目：初期→最終】FIM(moter)：25→80点。Br.stage:I-II-IV→II-V-VI。上田式上肢/手指：グレード2/2→7/12。SIAS(moter)：49→63点。握力：0→7kgf。ピンチ力：0→2kgf。ROM(active)：肩屈曲0→20度、外転0→20度、肘屈曲0→130度、回外0→30度。MMSE：30→29点【考察】右肩の腱板断裂による疼痛増悪を軽減するために早期より両側上肢トレーニングを実施した。積極的な麻痺側上肢を使用することで早期に疼痛を軽減することができADL向上に繋げることが出来た。

O-147

がんリハビリテーション開設とその効果検証

本山隆浩¹、田仲紘明¹、國村和美²、小野洋³¹JCHO 福岡ゆたか中央病院 リハビリテーション科、²看護課、³医局

【目的】がんの罹患者数は年々増加し、治療技術の進歩で生存率も上昇しているとの報告を散見する。しかし、治療過程でADL制限が生じQOL低下が懸念されている。これらの2次障害を予防し、機能や生活能力の維持改善を目的としリハビリを行う必要性は今後さらに増えることが予想されている。当院では従来がん患者に対する廃用リハとして行っていたが開始時期の遅延・多職種連携不足や専門性の不足が問題となっていた。そこで、平成26年12月より多職種によるがんリハビリテーションチーム、(以下「がんリハチーム」)を開設し、開設前後においてその効果を検討し若干の考察を得たのでここに報告する。【方法】がんリハチーム開設前1年間の実施数20名(Ⅰ群)と開設後1年間の実施数77名(Ⅱ群)について、1.背景因子2.入院からリハビリ処方までの日数3.平均在院日数4.死亡退院を除いた入院時と退院時ADLの変化(Barthel Index)の4項目をMann-Whitney検定を用い比較した。【結果】12群間に年齢・HDS-R・入院時Barthel Index・退院困難度を示す入院時スクリーニングテストに有意差は認められなかった。2.Ⅱ群でリハビリが有意に早く開始された(Ⅰ群10.4±10.7日、Ⅱ群5.4±6.6日:p<0.05)。3.Ⅱ群で有意にADLが改善した(Ⅰ群7.6±10点、Ⅱ群33±35.6点:p<0.01)。4.Ⅱ群で有意に早く退院となった(Ⅰ群37.8±25.2日、Ⅱ群24.0±17.5日:p<0.01)。【考察】多職種チームの活動により、医師を交えた毎週のカンファレンスとリハビリスタッフの外科総回診への参加がなされ、患者さんのADLに関する検討がなされるようになった。その結果、がん患者さんのリハビリの重要性が医師に再認識されリハビリ処方が早期になされた。他に、リハビリ効果の推移に関する医師の指示も充実し、退院時のADLが上昇し在院日数が短縮した。今後、スタッフの専門的知識・技術向上などの質的改善やカンサーボードの充実など質の向上を図る予定である。

O-148

現実検討と自己効力感の獲得からADLが向上した症例

山口沙織

JCHO 登別病院 リハビリテーション室

【はじめに】機能回復に楽観的で自主性低下した患者に対し、現実検討と自己効力感の獲得から自信と自主性の向上、ADLの向上を図り、在宅復帰に繋げた症例について報告する。【症例】50代女性。脊髄梗塞による下肢の不全麻痺により、発症60日後、当院回復期病棟へ転院。下肢筋力低下著明、肥満、立位保持困難。棟内移動は車椅子、入浴、トイレ、下衣操作は全介助レベル。うつ病の息子と同居し、在宅復帰の希望は強いが、機能回復に楽観的で自主性低下の状態。【経過】社会背景から、在宅復帰には体重減量と両松葉杖歩行自立、トイレ・シャワー浴自立、調理・洗濯自立が必要と考えた。しかし患者の現実検討が不十分であることを要因とする自主性低下が阻害因子となり目標達成困難と思われた。そのため在宅復帰への課題と目標を提示し、目標達成困難であれば療養型病院へ転院する可能性を説明。患者は直接在宅復帰することを強く望み、チームで在宅復帰に向けた課題と目標を共有した。徐々に現実検討は得られたが、在宅復帰への不安は高まった。不安軽減のため、自己効力感の獲得を図り「しているADL」を拡大し、自信と自主性の向上を図った。訓練内容とADLを言語的説得で結びつけ、実践したADLに対し正のフィードバックを行った。また、体重減量の意識付けに、ADL変化を記載した体重グラフやチェックリスト式の自主訓練メニューを作成した。【結果】当病棟転棟後、約30日で更衣、トイレ自立、約60日で両松葉杖歩行、階段昇降、シャワー浴、洗濯、調理自立となり、目標達成された。体重は13kg減少、FIMは78点から112点に改善。転棟後90日で在宅復帰。【考察】ADLが向上し在宅復帰となった要因には、現実検討を促し課題と目標を共有できたこと、不安に対して自己効力感を獲得し自信と自主性の向上を図れたことと考える。ADLの向上には、現実検討と自己効力感の獲得が重要であった。

O-149

喚語困難時に音韻数(かな文字数)を想起する能力は喚語能力の回復に影響するか?

橋本幸成、濱田則雄

JCHO 熊本総合病院 リハビリテーション部

【はじめに】言いたい言葉が出てこない「喚語困難」は、単語の意味想起が可能であるものの音韻想起が困難な現象と考えられ、脳損傷に伴う失語症例では症状として頻発する。当院では年間15例程度の失語症例に対して言語訓練を行っているが、過去5年間で1例のみ喚語困難時に音韻数を頻繁に表出する症例があった。本発表では、一失語症例において、喚語困難時に音韻数が想起できるか否かという違いが、喚語能力の自然回復に影響するか検討した結果を報告する。

【症例】症例は60歳の右利き女性。左側頭部痛、会話の不成立が生じたため当院を受診し、頭部X線CT検査にて左側頭葉の皮質下に高吸収域を認めたため、脳出血と診断され入院となった。

【方法】喚語能力の評価にはSALA失語症検査のPR24呼称検査を用いた。初回評価(発症後66日)では、喚語可能か否か、喚語不可能な際に音韻数が想起できるか否かについて評価した。再評価(発症後97日)では、初回検査で喚語不可能であった単語の内、音韻数が想起できた単語群、音韻数が想起できなかった単語群に分けて、それぞれの改善率を比較した。なお、この間は喚語能力を改善させる言語訓練を行っていなかった。

【結果】初回評価では、全体の正答率が50%(45/90)であった。不正答であった45語の内、音韻数が想起できた単語(想起群)が12語、音韻数が想起できなかった単語(非想起群)が33語認められた。再評価では、全体の正答率が68%(61/90)であった。初回評価の想起群12語では8語(67%)が喚語可能となり、非想起群33語では8語(24%)が喚語可能となった。両データの比率の差を検定した結果、有意差が認められた(p=0.0086)。

【結論】本症例において、喚語困難時に音韻数が想起できた単語群は、想起できなかった単語群に比べて呼称成績が改善しやすい点が明らかとなり、喚語困難時に音韻数を想起する能力が喚語能力の自然回復に影響すると考えられた。

O-150

軟性体幹装具の使用方法和トラブルシューティングの実例報告

伊藤貴之

JCHO 湯河原病院 義肢室

【概要】

体幹装具は補装具の中でも処方数の多い装具であり、特に軟性体幹装具(以下、ダーメンコルセット)は使用頻度の高いものである。ダーメンコルセットの適応は、カリエス、脊髄損傷、ポリオなどによる体幹筋力低下や変形があり、脊柱の固定や体幹の支持を必要とする症例とされている。(当院では主に脊椎圧迫骨折、椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄症とその術後などが中心である。)

ダーメンコルセットは処方後に採寸及び採型した情報を基に、患者様一人ひとりに合わせて製作しているため、正しく装着することが出来なければ良好な適合を得ることができない。また、整形外科病床を備えた病院においては、看護師や療法士によるコルセットの着脱を行うことも多く、装着者の違いにより装着感・適合に違いがあらわれ易い義肢装具士以外の医療従事者が、日常業務の中で扱う頻度の高い装具と言える。

そこで今回は、正しい装着方法や適合とはどのような状態を示すのかについて、体幹装具の使用方法和目的、よくあるトラブルシューティングの実例などを紹介させていただく。この機会を通じて、補装具製作者との連携が迅速、適格に行われ、地域の医療サービス向上に繋がることを期待したい。

O-151**ロボット支援手術導入に向けての取り組み**

山崎加奈子
JCHO九州病院 手術室

【はじめに】当院では2015年8月からロボット支援腹腔鏡下前立腺摘除術（以下RALPとする）が開始となった。患者にとって安全なRALPがスムーズに開始できるように準備期間から初症例までの経緯とロボット支援手術導入を通してチーム医療の重要性を再認識したので報告する。【実際】手術支援ロボット“ダヴィンチ”が導入される事となり、最初に医師、看護師、臨床工学技士からなるダヴィンチチームを立ち上げた。予定では初症例は10月頃となっていたが8月下旬に早まり、早急に初症例に向けて準備を行う事となった。7月に関連部署が集まりキックオフ会を開催後、医師・看護師・臨床工学技士がそれぞれ担当者から説明を聞き、トレーニングを始めた。7月下旬にはダヴィンチチームで実施施設へ見学に行き、実際の様子や各職種の役割を確認した。同時に自施設ではどう対応していくかをチーム内でそれぞれ意見を出し合い自施設に合った対応策を立案した。RALPを実施する上で看護師として一番問題だと考えた事は術中に低頭位30°にするため、皮膚神経損傷のリスクが高くなる体位に関することだった。見学施設の看護師から工夫点を聞いたり、手術看護認定看護師の繋がりを活用し、ダヴィンチを導入している他施設から情報を得たりして体位固定の方法を考えた。そしてシミュレーション実施時には泌尿器科医師、麻酔科医、手術室看護師、臨床工学技士が参加し、実際の流れ、使用機器・器械の配置、体位の確認を行った。体位の確認時には院内の皮膚排泄ケア認定看護師にも参加してもらいアドバイスを受け、体位固定の方法を決定した。器械の洗浄・滅菌に関しても手術室看護師とサブライ業務担当者が負担にならず滅菌の質が保障されるように打ち合わせをした。【おわりに】今回、RALP導入に携わり各職種がそれぞれの専門性、役割を認識し互いに尊重し合いチーム医療を行うことが患者にとって安全で安楽な手術に繋がる事を再認識した。

O-152**白血球系細胞除去療法における血液流量特性の基礎的検討**

丸山航平
JCHO東京山手メディカルセンター 臨床工学部

【目的】白血球系細胞除去療法（LRT）は、通常血液流量30～50mL/minの治療条件で施行され、専用装置を用いるか血液透析（HD）を行っている施設ではHD装置で施行することも可能である。LRTにおけるバスキュラーアクセスには肘窩の静脈等が用いられるが、炎症性腸疾患の患者では脱水などで血管が虚脱していることが多く、治療中に脱血圧が陰圧を示すことは少なくない。このような場合、治療に用いる機種等により実血液流量が異なる可能性が考えられる。今回、我々はLRTの血液流量条件下において脱血圧を陰圧に設定した際の専用装置およびHD装置の流量特性を検討したので報告する。【方法】装置にはGMA専用装置MM6-N（JIMRO社製、以下MM）、血液浄化装置ACH-Σ（旭化成メディカル社製、以下Σ）、HD装置TR-2000MV（東レ社製、以下TR）、DBB-100NX（日機装社製、以下DCS）を用いた。血液回路をそれぞれ装着し、恒温槽にて37℃に加温した50%グリセリン水溶液を循環させ、120秒間メスシリンダにて流量計測を行った。その際、脱血圧を-100、-150、-200mmHgに調整し、流量の変化について検討した。【結果】設定流量30mL/minにおける無負荷状態の流量に対し脱血圧を設定した際の流量変化率は、設定脱血圧-100、-150、-200mmHgの順にMMではそれぞれ98.4、92.9、85.0%、Σでは96.6、95.0、94.1%、TRでは97.6、96.0、94.4%、DCSで98.2、96.4、92.9%と低下した。【まとめ】今回の検討に用いた専用装置とHD装置は、ほぼ同等の陰圧耐性を示した。

O-153

日本人における筋性部心室中隔欠損の頻度とその予後

岡川浩人¹、横江保彦²¹JCHO滋賀病院 小児科、²ハビネスバースクリニック

【はじめに】従来、先天性心疾患（CHD）の頻度は1%前後とされてきたが、欧米では、新生児早期の心エコー検査が普及するにつれ、小さな心室中隔欠損（VSD）、特に筋性部欠損（Kirklin IV型）の頻度が非常に多く、CHDの頻度ももっと多いとされるようになった。しかしながら、日本においては頻度・部位別割合も従来の考えが主流である。今回、単科産科医院の出生新生児において積極的に先天性心疾患を発見する試みを行い、心室中隔欠損の部位別頻度とその経過のデータを得ることができたので報告する。【方法】平成21年1月から平成28年3月までに出生したVSD合併新生児を検討の対象とし、VSDの頻度、欠損孔の部位別割合、経過について検討した。全ての診断は演者自身が行い、少しでも心疾患を疑う場合には出生早期より積極的に心エコーを行うようにした。【結果】VSD症例は32例（男児16例、女児16例）、平均観察期間は320日であった。欠損部位別の割合は、I型が2例（6.3%）、II型が13例（40.6%）、IV型が17例（53.1%）であり、従来の日本の報告より明らかにIV型の頻度が高く、欧米の報告に近かった。I型2例は心不全と肺高血圧で生後7ヶ月で外科的修復術を受け、II型13例は、自然閉鎖3例、開存残存6例、高次医療機関紹介4例であった。IV型17例は、自然閉鎖が11例、開存が4例、紹介2例であった。Kaplan-Meier法による開存率の検討では、生後2年の段階でII型は60.0%、IV型は12.5%で、IV型が高率に自然閉鎖することが示唆された。【考察】日本人においても早期に積極的に心エコーを実施する事により、VSD・CHDの頻度、IV型VSDの割合が増加し、欧米の結果に近づくものと考えられた。IV型VSDは高率に自然閉鎖し、治療を要する症例はほとんどなかったが、学術的観点からはやはりVSDの正確な頻度、部位別割合を日本人でもまとめる必要があると考えられた。

O-154

完全房室ブロックを発症し、医療連携により診断に至った心サルコイドーシスの一例

山内貴雄¹、池田宏美¹、亀山欽一¹、尾崎友美¹、片山卓爾¹、今崎貴生¹、大井正人¹、百瀬満²、大銅門³¹JCHO相模野病院 循環器内科、²東京女子医科大学 核医学、³北里大学 病理学

49歳男性。既往症なし。2015年春頃から認められた顎下のリンパ節腫脹があり、血液検査により可溶性IL-2R高値、CTにて縦隔リンパ節腫脹を認め、悪性リンパ腫の疑いで当院、血液内科へ紹介された。しかし、2015年11月頃から、階段の上りで息切れや倦怠感を認めるようになり、2016年1月の始め頃から眼前暗黒感が見られ、完全房室ブロックによる心拍数30回/分の高度徐脈により当科へ精査入院した。身体所見：脈拍50回/分、血圧120/70mmHg、胸部聴診にてラ音なし、心雑音なし。心電図所見：完全房室ブロック。胸部レントゲン：CTR肺うっ血なし。血液検査結果：可溶性IL-2R 705U/ml、BNP 16.2pg/ml、ACE 30.5U/l、リゾチーム 8.4 μg/ml。心臓エコー検査では、中隔の菲薄化認めず。心臓カテーテル検査：LVG: contraction normal, EDVI 61, EF 64%, CAG: 冠動脈に有意狭窄なし、右室心筋生検では変性所見と炎症性所見あり。治療経過：アダムス・ストークス症状を伴う進行性の完全房室ブロックにて、2016年1月29日DDDペースメーカー植え込み手術施行し退院となった。退院後、外来にて医療連携により他院で検査施行。顎下リンパ節生検（2016/3/25）：リンパ組織内に類円型核で好酸性細胞質の細胞が、類上皮性肉芽腫を形成。FDG-PET（2016/3/29）：心筋にFDG異常集積あり。以上より、心サルコイドーシスと診断しステロイド治療を開始した。結語：完全房室ブロックを発症した心サルコイドーシスの一例を経験した。FDG-PET、リンパ節生検の施行により診断に至ったが、検査施行において、円滑な医療連携を活用できたことが有用であった。

O-155

術後に耐糖能が改善した腎癌の1例

高島三洋¹、上野悟¹、山秋直人²、湊宏³¹JCHO金沢病院 泌尿器科、²内科、³金沢医大 臨床病理部

症例は64歳男性。近医にて糖尿病に対し内服薬による加療を受けており、HbA1cは6%以下とコントロールは良好であった。2015年1月より急激な血糖値の上昇を認め、2015.7月には8.1%まで増悪した。CTにて左腎癌が認められ、2015.10.27当科紹介初診となった。初診時HbA1cは11.0%とさらに上昇していたため、術前に当院内科に一旦入院となった。強化インスリン療法が導入され、グルリジン（アピドラ）18-10-10単位、グラルギン（ランタス）0-0-8単位にて血糖値は安定した。CT、骨スキャンにおいて周囲への浸潤、遠隔転移は認められなかった。2015.11.26経腹的根治的左腎摘除術が施行された。腎上極に直径7.5cmの腫瘍が認められた。手術時間は2時間24分、出血量は130mlであった。病理結果は淡明細胞型腎細胞癌で、被膜を超えた浸潤は見られなかった。悪性度はG3主体であった。pT2aN0M0。臨床病期IIと診断された。手術後は血糖値が低下し、インスリンの減量が必要となり、術後9日目にはインスリン中止、内服薬のみに切り替わり、術後13日目には退院となった。術後HbA1c7.0%であり、2016年1月以降も外来通院中であるがミチグリニド（グルファスト）30mg/日、リナグリプチン（トラゼンタ）5mg/日にてHbA1cは7.0%以下が維持されている。腎癌の再発、転移は認められていない。本症例は耐糖能の急激な増悪を契機として発見された腎癌に対して、根治的摘出術後に強化インスリン療法からの離脱が可能となった一例であり、腎癌の影響により耐糖能が増悪していたと考えられ報告する。

O-156

SGLT 2 阻害薬に対する意識調査

古川健治¹、岡田守弘²、山秋直人¹、奥田理香¹、大山公典¹、西上潤²、村本弘昭¹¹JCHO金沢病院 内科、²薬剤部

【目的と方法】SGLT2阻害薬は種々の代謝改善効果が期待され、既存薬にはないアンメットニーズを満たすことが期待されている。実際欧米では、日本の糖尿病薬の標準薬であるDPP4阻害薬を超える量が処方されている。一方本邦では、上梓され1年以上が経過したが、未だ処方量は多くない。そこで今回我々は、SGLT2阻害薬に関する意識調査（1.期待すること、2.併用薬、3.投与の日安、4.投与を考えるBMI、5.懸念点）を、医師（以下医）と薬剤師（以下薬）に実施した。【結果】全113名（医55名、薬58名）のうち同意が得られた101名（医55名、薬46名）の結果につき報告する。1.体重を減らす（全91.1%、医89.1%、薬93.5%）、HbA1cを下げる（全65.3%、医72.7%、薬56.5%）。2. DPP4阻害薬（全64.4%、医74.5%、薬52.2%）、メトホルミン（全61.4%、医61.8%、薬60.9%）。3. BMI（全55.4%、医56.4%、薬54.3%）、見た目（全32.7%、医32.7%、薬32.6%）。4.30以上（全44.6%、医32.7%、薬58.7%）、24.9以上（全33.7%、医43.6%、薬21.7%）。5.尿路・性器感染症（全57.4%、医47.3%、薬69.6%）、血栓・塞栓症（全36.6%、医25.5%、薬50.0%）、多尿・頻尿（全35.6%、医25.5%、薬47.8%）、体液量減少（全34.7%、医29.1%、薬34.7%）が多かった。【結論】SGLT2阻害薬に対して、体重減少効果に期待が強いこと、BMI、見た目の体型を指標に、肥満、過体重者に投与を考慮するという結果であった。併用薬はメトホルミンが多く、肥満者に投与を考慮することに合致した。また、これらの傾向は薬剤師でより強かった。結果にも示されている種々の懸念点のため、投与を考慮する患者像が限定されているため処方量が多くなっていないと考えられた。

O-157

当院におけるがん化学療法の現状

沼文隆¹、大森義朗²、國次葉月³、伊藤敬子⁴、山下浩司⁵¹ JCHO 徳山中央病院 産婦人科、² 薬剤部、³ 看護部、⁴ 地域包括支援部、⁵ 血液・内分泌内科医師

がん治療の3本柱は手術、放射線、薬物療法（抗がん剤）である。その中でも薬物療法の進歩は、新薬の開発普及やエビデンスの蓄積により、最近目覚ましいものがある。がんの特異性の高い標的を探し出し、その標的に効率よく作用する薬（分子標的治療薬）の開発が進み、臨床現場でも分子標的治療薬は、単独あるいは従来の「細胞障害性抗がん剤」との併用で積極的に用いられている。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。がん化学療法も医師、薬剤師、看護師、MSW等が連携して熱心に取り組んでおり、年間のがん化学療法総件数は6,766件である（平成27年度）。そしてその6割（3,975件）が外来化学療法、4割（2,791件）が入院化学療法である。外来化学療法の診療科内訳は、外科（47%）、放射線科（15%）、消化器内科（13%）、整形外科（8%）、耳鼻咽喉科（7%）、脳神経外科・血液内科・婦人科・歯科口腔外科・泌尿器科・皮膚科（10%）で、入院化学療法の内訳は血液内科（29%）、婦人科（22%）、外科（13%）、泌尿器科（11%）、耳鼻咽喉科（9%）、放射線科・消化器内科・歯科口腔外科・整形外科・脳神経外科（16%）となっている。この外来および入院化学療法の選択は、主として各疾患治療に用いる薬剤の種類や投与スケジュールに因るが、レジメンは益々多様化、複雑化してきている。当院におけるがん化学療法の現状について報告する。

O-158

尿管癌に対するHo:YAGレーザーを用いた経尿道的手術の検討

原浩司、青木重之、山田芳彰

JCHO 可児とうのう病院 統括診療部 泌尿器科

【目的】硬性・軟性尿管鏡の進歩により、上部尿路のすべての部位に容易に、しかも低侵襲性にアプローチできるようになった。これに伴い筋層非浸潤性膀胱癌の治療と同様に上部尿路においても経尿道的内視鏡手術が可能となった。現在、尿管癌に対する標準術式は、腎尿管全摘除術である。しかし、low grade, low stage 症例に対しては絶対的適応症例だけではなく、相対的適応症例に対しても腎機能保存目的のための手術が選択されるようになってきた。今回、われわれはホルミウムヤグレーザーを用いた経尿道的内視鏡手術の安全性と有効性を検討した。【対象】全例相対的適応症例で、男性3例、女性2例の計5例、年齢は58～81歳（平均62.2歳）、右側3例、左側2例、全例尿細胞診：陰性、水腎症：なし、生検による異型度はgrade 1（NCCN分類）で、全例既往に膀胱癌による経尿道的膀胱腫瘍切除術が行われていた。【手術手技】膀胱内に腫瘍のないことを確認後、尿管口より0.035 inch の safety guide wire を留置し、硬性尿管鏡は直視下に尿管口より挿入した。還流液は生理的食塩水を使用し、高さ100cmで自然落下とした。レーザーファイバーはguide wire に接触しないように注意しながら腫瘍の周囲から蒸散、切除してゆき、最後に腫瘍基部とその周囲粘膜を十分に凝固、4.7FダブルJ尿管ステントを留置し手術を終了した。【結果】パルスエネルギー設定は0.5-1.0J（平均0.8J）、周波数は10Hzであった。総エネルギー量は0.15-1.26KJ（平均0.52KJ）で、手術時間は43～48分（平均45.2分）。術後観察期間は2-32カ月（平均23カ月）1例は2年後に膀胱癌にて病死した。他の4例は膀胱癌も含め再発、転移を認めていない。【結論】尿管癌に対するホルミウムヤグレーザーによる経尿道的内視鏡手術は、安全で有効な治療法であり、相対的適応症例にも良好な治療成績が期待できると考えられた。

O-159

ホルミウムレーザー前立腺核出術（HoLEP）の臨床的検討

青木重之、原浩司、山田芳彰

JCHO 可児とうのう病院 統括診療部 泌尿器科

【背景】前立腺肥大症に対する内視鏡的外科治療としては、電気メスで腫大した腺腫を尿道内側より切除する経尿道的前立腺切除術が行われてきた。一方、ホルミウムレーザー前立腺核出術（HoLEP）はホルミウムレーザーを使用し腺腫を細分化することなく前立腺被膜より剥離し腺腫を一旦膀胱内に落とした後、モーセレーターを使用して前立腺を細切・吸引して摘除する手術法である。出血量が少なく、低Na血症が生じないため、腺腫の完全核出が可能であるという利点を有する。【目的】当院では2012年4月よりHoLEPを開始した。現在までの当院における導入後の治療成績について検討した。【対象と方法】2012年4月より2016年3月までに当院にてHoLEPを施行した46例。平均年齢69歳（56-87）、術前前立腺重量は平均66ml（20-123）。核出は順行性剥離法により行った。総手術時間、核出時間、モーセレーション時間、核出重量、術前後の平均Hb減少量、国際前立腺症状スコア、最大尿流量率、残尿量、合併症について評価を行った。【結果】総手術時間の中央値は154分（71-452）、核出時間は平均78分（29-175）、モーセレーション時間は平均25分（3-125）、核出重量は平均46g（11-175）、術前後平均Hb減少量は2.2g/dl（0.3-7.1）であった。術後の国際前立腺症状スコア、最大尿流量率、残尿量は、術前に比べいずれも有意な改善を認めた。HoLEPの施行により、自覚症状、他覚的所見のいずれも、術前に比し有意に改善した。合併症は外尿道口狭窄が9例、術後6ヶ月の時点でpadを3枚以上必要とする尿失禁が4例、後出血2例、輸血1例、モーセレーション時の膀胱損傷が1例であった。【結論】HoLEPは前立腺肥大症に対する有用で安全な内視鏡的手術法であると考えられる。

O-160

手術室における災害対策への取り組み
～アクションカードの導入効果～

中村望、野口ひろみ
JCHO久留米総合病院 手術センター

【はじめに】A病院では病院全体の地震と火災訓練を毎年行っているが、手術室では災害訓練や災害マニュアルの整備も十分とは言えない状態だった。そこで、アクションカード（以下ACとする）を活用したシミュレーションを計画し、災害に対する初期行動が出来るよう取り組んだ為ここに報告する。【方法】対象：手術室看護師11名研究期間：2015年8月～2016年4月1）事前に災害についてアンケート実施2）机上シミュレーション実施3）災害発生初動フローを作成4）AC作成後、随時修正を行う5）災害について勉強会実施6）全身麻酔下での腹腔鏡下手術中に震度6の地震が発生した想定で所属長に報告するまでのシミュレーション実施7）シミュレーション終了後に災害に対する意識の変化を調査【結果】災害時の対応について「災害時指標となるものがあつた方がよい」という質問に対し全員が「あつた方がよい」と回答した。その為ACは役割別に色わけし地震発生時、外回り看護師が手術室の壁に貼るという設定にしたが、ACを壁に貼る時間がない、ACを見ながらの行動しか出来ないという意見があつた。その為いつでも日常に見る事が出来るミーティングルーム、更衣室に設置した。また、頭の中に入れていつでも行動できるようにしたいという意見があり携帯できるようポケットサイズに変更した。また、シミュレーションを重ねる毎に地震発生から報告までにかかった時間は短縮された。【考察】看護師全員の意見を聞きながら作成に関与した事や、ACを日常的に見る場所に提示した事で災害時対応の意識や認識を高める事ができたのではないかと考える。今回、実際に災害を想定としたシミュレーションを繰り返し行った事が災害の初期対応に対する意識の変化や初期行動時間の短縮に繋がった。【おわりに】多職種と共に災害に対応できるように定期的にシミュレーションを行うことが必要である。

O-161

産褥期の下肢浮腫に対する足浴・浮腫用ソックスの効果について

河口舞、西村純代、岸川佳江
JCHO徳山中央病院 周産期センター

産褥期は妊娠期の体内の水分の蓄えにより、胎盤の剥離と同時にプロラクチンの分泌が増加し体内の水分が蓄えられた状態となる。さらに乳汁産生・分泌に向けた進行性変化に伴い水分出納バランスが一時的に不均衡になるため、産後早期より浮腫が起りやすい。そして褥婦は授乳・育児や集団指導があり、離床時間が長くなることに伴う水分の下方移動により、下肢浮腫が出現する傾向にある。下肢浮腫の増大を予防する方法は、足浴、下肢挙上、浮腫用ソックス（以下ソックスとする）などのケアが良いと言われているが、比較検討されていない。それぞれの効果を検証するために下肢挙上群を基準に足浴群、ソックス群、足浴・ソックス群で、足背・足首・脛脛の周囲径の増減率を比較検討した。結果は下肢挙上群では、効果が得られないことが分かった。足浴群では、足背・足首・脛脛の最大増加率は、3日目、4日目であった。さらに、足首、脛脛の最大増加率は40%台を示し、下肢挙上群にくらべ高値を示しており足浴のみでは効果が得られないことが分かった。ソックス群では、全ての期間で足背は有意に減少し、効果的であることが分かった。足浴・ソックス群では、ソックス群に比べ、足浴を追加することで1%程度増加し有意差にばらつきがあつた。足首の最大増加率は-1.0%～-2.0%台を示しており、こちらも有意差にばらつきがあつた。足首、足背は3日目16時以降有意に減少してくる。今回全ての群で脛脛は増加した。これは、アンシルク®の脛脛圧が14 mmHgであつたため、静脈血の圧迫圧の効果が低かつたのではないかとと思われる。今回の研究結果を踏まえた上で、分娩後のケアに今後も務めていくことが重要と考える。

O-162

直腸脱患者の術前・術後における排便障害症状の検討

積美保子¹、山名哲郎²、佐原力三郎²
¹JCHO東京山手メディカルセンター 看護部/
山梨大学大学院医学工学総合教育部、²大腸肛門病センター

【目的】直腸脱の患者では、便失禁や便秘などの排便障害の症状を伴うことが多く、直腸脱の治療のみならず排便障害の治療を必要とする患者が多い。今回、我々は直腸脱の手術を施行された患者における術前後の排便障害の症状を詳細に把握するために本研究を行った。【方法】2015年4月から2016年3月の間に直腸脱の手術を受けた患者の診療録および排便障害症状の問診票をretrospectiveに検討した。【結果】対象は139例（男性17例、女性122例）で、平均年齢は73.6歳（25から93歳）であつた。術前の排便障害の症状は便失禁83例（60%）、便秘52例（37%）であつた。施行された術式は経肛門の術式であるDelorme法が24例、Gant-三輪-Thiersche法が12例、Gant-三輪のみが7例、Thiersche法のみが22例、その他1例、経腹的術式である腹腔鏡下直腸固定術が62例、開腹直腸固定術が11例であつた。術後の排便障害の症状は便失禁40例（29%）、便秘39例（28%）であり、術前より減少していた。【結語】直腸脱患者は術前から便失禁や便秘の排便障害の症状を有している患者の割合が60%と高率であることがわかつた。直腸脱の術後にはこれらの排便障害の症状の改善が期待できるが、術後も排便障害の症状に悩まされる患者も29%と多かつた。直腸脱の術後の患者に対する排泄ケアの介入の有用性を検討する必要があると思われるため、今後は計画的な前向き研究を行いたい。

O-163

当院における生理検査室の取り組み

唐田秀司、杉本勝郎、山崎由美子
JCHO天草中央総合病院 検査部

【はじめに】2014年度よりJCHO評価制度が開始された。当院生理検査室では外来検査数の増加という目標を立てた。その取組内容・方法・結果を報告する。【期間】2014年8月から2016年3月【方法】生理検査室にて内科患者様全般の中から特に心疾患の関与があると思われる基礎疾患（糖尿病・脂質異常など）を持つ患者様を事前に調べる。その患者様のこれまでの検査状況を確認し、当院にて心電図が一度も記録されていない患者様や、1年以上心電図を記録していない患者様には電子カルテ上に付箋をつける。主治医に検査の必要性を判断してもらい依頼してもらおう。【結果】2014年8月から2015年3月の間に付箋をつけた数が461件、実際に検査依頼があつたのが120件（検査依頼率26%）だつた。また心電図に付随する検査も同時に依頼されることもあり全体としての検査数も増加した。2015年度は300件の付箋をつけ、46件（検査依頼率15%）の検査依頼があつた。【考察】今回の取り組みにより1年目は心電図の依頼件数を増やすことができ、生理検査室として病院から評価してもらうことが出来た。しかし、2年目になると、対象患者の減少と検査依頼率も減少が見られた。よって今回の取り組みは長期間に渡つての効果が期待できないと思われた。【まとめ】心電図を定期的にとることは経時的な変化を見逃さないためにも重要である。また、多くの患者様の心電図を記録することで、緊急搬送された際に比較可能となるため臨床的に有用であると思われる。今後は心エコー等の検査数も増加させていけるよう考えていきたい。

O-164**新生児胸腹部レントゲンにおける撮影条件の検討**

鈴木明日美、山本進治、石橋章彦
JCHO 船橋中央病院 放射線部

【はじめに】当院では、周産期母子医療センターの併設にともない、様々な疾患を有する新生児の受け入れが行われている。診断目的のために胸腹部レントゲン撮影を行っているが経過観察や処置などにより繰り返し撮影が行われることもある。画質や放射線被曝の観点から撮影条件の取り決めは重要である。【目的】新生児胸腹部レントゲン撮影では患者によらず一定の放射線量で撮影を行っていた。この様な撮影条件では、過少・過大線量となり画質が安定しないと推察される。今回我々は、薬の投与量を設定する際に利用されている体表面積法を用いて、患者ごとの放射線量を設定することより撮影条件の最適化ができるか検討を行った。【使用機器】X線装置：Sirius Star Mobile、画像処理装置：REGIUS190（コニカ社製）、ファントム：タフウォータ、タフランク（京都科学社製）【方法】撮影条件はSID70cm、管電圧50kV、照射野30.5cm×25.4cm、また新生児の身体条件は体重3kg、身長50cmを基準とし、各サイズでの体表面積を求めた。撮影条件はS値200を目安に新生児の基準条件を想定したファントムにて厚みと材質の組み合わせを変化させ評価を行った。画質の評価はmAs値の増減によるS値と粒状性の変化について調べ体表面積から求めた補正係数より患者ごとの撮影条件を決定した。【結果】体表面積法から求めた補正係数より撮影条件を決定したがS値や粒状性について診断上問題となる値は示されなかった。また患者ごとの撮影条件の設定により被曝低減となりその有用性が確認できた。【考察】新生児胸腹部レントゲンの撮影条件を決定するために、今回我々は新生児の身長・体重などの身体的条件の違いを体表面積法を用いて検討した。しかし撮影装置の基本性能や保育器の形状の違いなど他要因の影響についても今後検討する必要があると思われる。

O-165**放射線関連情報システムの地震への備え
(熊本地震を経験して)**

溝内克己、坂田励起、岩坪高雄、三藤欽英、中曽根豊
JCHO 熊本総合病院 放射線技術部

【目的】病院において情報システムに依存している部分は大きく一旦情報システムが停止すると病院機能に多大な支障が発生する。平成28年4月熊本地震が発生し近隣では多大な被害を受けた施設があるが、当院は堅牢な新病院のおかげで特に被害を受けることはなかった。今回、当院での放射線関連情報システムにおける地震への備え、地震時の状況、対応、結果について報告する。【方法】地震時に以下の5点について検討を行った。1. 地震の備えとしてラックのスタビライザー固定・連結と故障発生時自動通報システム、2. 当院及び熊本県内主要病院における放射線関連情報システムの状況調査、3. 担当放射線技師とベンダーによる現場およびリモート操作での動作確認、4. ハードディスクの損傷を調査するための定期的メディアチェック、5. 災害時運用取り決め【結果】方法に対応した結果を示すと、1. サーバーに損傷はなく故障も起きなかったため自動通報は作動しなかった。2. 震源地に近い病院ではサーバーラックごとの転倒、停電等によるシステム停止が発生したが、当院ではトラブルは発生しなかった。しかし、より耐震性を向上するためサーバーラックを床面固定した。3. ベンダーとの連携取り決めにより迅速な対応ができた。4. メディアエラー数は上昇なく損傷していないと思われる。5. 災害時運用については影響の最小化及び早期復旧のため災害時対応手順を作成し訓練を行った。【考察】熊本地震において放射線関連情報システムに被害が発生しなかったのは堅牢な新病院の耐震構造によるものと考えられる。もし、旧病院のままであれば甚大な被害が発生したと思われる。また、災害時の業務運用の確立も重要であり随時更新・訓練することが必要である。【結語】熊本地震を経験し病院の耐震性が極めて重要であることを痛感した。引き続き災害時でも地域医療に貢献すべく今回の経験と対策を生かしたい。

O-166

当院におけるポリファーマシーの状況

大熊範和、山賀章一

JCHO群馬中央病院 薬剤科

【はじめに】ポリファーマシー（polypharmacy）とは多種類の薬を服用している「多剤処方」を示す。高齢者はポリファーマシーに陥りやすく、高齢化が進む日本では薬剤有害事象のリスクや医療経済の観点から社会問題となっている。日本老年医学会は2005年に「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を発表しており、昨年4月にその改訂案が公表された。改定案の中には「ストップリスト（高齢者には中止を考慮すべき薬剤のリスト）」が新設され、ポリファーマシーを改善する上で有効なツールとなる可能性が期待される。当院入院患者のストップリストの持参状況やポリファーマシーの状況を把握するため、持参薬調査を行ったので報告する。

【方法】2015年4月の全入院患者のうち、65歳以上かつ持参薬のあった患者253名を対象にストップリスト薬剤の持参状況とその種類の傾向を調査した。ストップリスト薬剤は「対象となる患者群」が「すべての高齢者」、「腎機能が低下している患者」となっているものを対象とした。

【結果・考察】ストップリストに該当する薬剤を持参されていたのは156名（61.7%）であった。該当薬剤を中止するためには個々の症例において医師とともに慎重な検討が必要となる。継続する場合も十分な副作用のモニタリングを行い漫然と投与しないことが重要であると思われる。また、持参薬の平均剤数は1人あたり6.9剤であり、ポリファーマシーになっている患者が多いことが推測された。高齢化が進む中で、生理機能の低下している高齢者に対する医薬品適正使用やリスクマネジメントはますます重要となってくると考えられ、ポリファーマシーの改善もその中に含まれる。今後は「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」などのツールを利用するなどして、ポリファーマシー改善のための介入方法について検討していきたいと考える。

O-167

廃用性・加齢に起因する摂食嚥下障害から改善までの過程で困難を要した一事例－オレム－アンダーウッド理論を用いて看護展開を考察する－

大角仁美

JCHO船橋中央病院 看護部

【はじめに】高齢者は疾患・加齢変化・長期臥床による筋力低下から摂食嚥下障害を起こしやすく、その予防として早期離床を目的としたセルフケア拡大は重要である。今回、離床が進まず、セルフケアの拡大に困難を要した症例の看護展開をオレムアンダーウッド理論のセルフケア概念に基づいて考察した。【目的】セルフケアの観点から患者行動を理解し、看護師の介入方法について検証する。【倫理的配慮】対象者へは口頭と文書で説明し、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。【症例紹介】89歳男性、胆嚢炎にて入院。一週間床上安静・絶食、一週間後より食事開始。食事摂取量少なく、摂食嚥下障害看護認定看護師介入する。セルフケアが拡大していく過程において、並行してADLアップも試みたが、本人の意欲減退によりベッド上から車いすへの離床がなかなか進まず、PTとの連携により体幹保持を短期目標にケアを行った。体幹保持安定とともにADLが拡大し、摂食嚥下障害は改善された。【結果】オレムアンダーウッド理論のセルフケアレベルはIV段階に分けられており、レベルIは患者のニードの殆どを看護師が充足し、レベルIIは患者の一部不足するニードに対し看護師が介入する。この症例は、入院当初のレベルIから離床となるレベルIIへ移行する段階において、患者・看護師間でセルフケアの目標設定に相違があり、離床が進まなかったと分析した。【考察】患者は、レベルIの時期に廃用性症候群による筋萎縮と意欲の低下などを起こし、レベルIIでは離床に対して退行という防衛機制が働いていたと考える。一方、看護師は在宅へつなげるために少しでもセルフケア拡大へという思いから、自分たちのニードを優先させてしまい、患者・看護師間で認識に相違が生じたと考える。看護師は、患者が自分のセルフケアができるように、患者や他職種とともに目標設定を行うことが重要である。

O-168

摂食機能訓練を取り入れた誤嚥性肺炎再発予防
～横紋筋融解症により嚥下機能の低下したA氏との関わりを通して～

菊池健太

JCHO東京城東病院 看護課

【はじめに】嚥下障害があり誤嚥性肺炎を発症した70代男性に対して摂食機能の回復、誤嚥性肺炎の再発予防目的に摂食機能訓練を行った。【方法】実施期間：平成27年11月16日からの74日間対象：70代男性。横紋筋融解症。入院時より全身の筋力低下に伴う嚥下障害と構音障害を認めていた。介入の内容：1.頸部可動域訓練 2.舌突出訓練 3.構音訓練をそれぞれ1回/日、反復嚥下テスト1回/週を看護師主導で実施し、記録した（A介入）。介入開始8週間後から介入終了までは上記訓練を患者主体で行えるよう1.看護師の言葉による動作の誘導 2.看護師が患者が行うべき動作を実演し患者に模倣させる 3.他動的に訓練を行う、の3種類を用い、1～3のどの段階で患者が訓練を行えるのかを毎日記録した（B介入）。尚本症例は情報の匿名化を行い当院の審議において承認されたものである。【結果及び考察】1.頸部可動域訓練は開始時から6週間にかけて、右回旋/左回旋/伸屈/屈曲：20度/45度/30度/15度→80度/80度/70度/40度まで可動域拡大。2.舌突出訓練は開始時から6週間にかけて0cm→最大2.0cmまでの突出が可能となった。3.構音訓練は「パンダの宝物」の発音を実施。介入1週間後には全てはっきり発音できるようになった。いずれの訓練も開始6週以降は向上を認めなかった。B介入は開始1週間後には、患者主体で訓練を実施できるようになった。また退院まで誤嚥性肺炎を発症しなかった。上記結果の理由として、1.訓練の簡便さ 2.長期間の実施 3.患者に内発的動機付けが存在したこと、が考えられた。また患者の誤嚥性肺炎を予防できた理由として患者の全身状態の回復と摂食機能訓練の成績向上が相互的に作用していたと考えられた。しかし、患者は多職種による介入があり、今回の結果が本介入のみによるものと評価するには至らなかった。これについては同様の症例を積み重ねることによって、明らかに出来る可能性があり今後の課題となるだろう。

O-169

一般病棟で認知症高齢者をケアする看護師の感情
－ネガティブ感情からポジティブ感情に転換した体験－

友田夕紀子、干場るみ子、坪内ゆかり、佐々木勝美

JCHO金沢病院 看護部

【はじめに】近年、認知症高齢者の増加に伴い、認知症高齢者の入院もまた増加している。先行研究で、認知症高齢者をケアする看護師の感情は肯定的感情と否定的感情の両方が存在し、看護師の感情のありようが認知症高齢者のケアの質に影響すると述べている。本研究では、看護師がネガティブ感情からポジティブ感情へ転換した体験に焦点を当て、カテゴリ化し明らかにした。【研究の方法】一般病棟看護師135名全員に認知症高齢者の看護体験について質問調査用紙を配布回収し、研究目的に合致した5名に、半構成的面接を行った。録音内容から作成した逐語録を精読し、感情の変化を表す文脈を短文化し、共通性と相違性に基づいて分類したものをカテゴリ化した。倫理的配慮は研究の主旨、任意参加、プライバシー保護を説明し、同意を得て、研究審査委員会の承認のもと行った。【結果と考察】認知症高齢者に対するネガティブ感情からポジティブ感情へと転換した場面について21局面が抽出され、共通点から、3項目のカテゴリ「認知症ケアの学習」、「認知症高齢者の本来の姿への接近」、「成功体験」を導き出した。「認知症ケアの学習」では、認知症を学習し、患者の興奮状態や行動の意味を理解すれば、自らが対応が可能かもしれないという意欲へ繋がる。「認知症高齢者の本来の姿への接近」は対応困難な高齢者という固定観念を払拭し、患者の行動にも意味があると捉えられる。「成功体験」では、認知症高齢者への関わりが経験値となり、よい反応が得られることで嬉しさを感じることが出来る。これらのカテゴリには、認知症ケアの学習をし、実践で患者本来の姿へ接近し、成功体験に繋がるという一連の流れがあり、ポジティブ感情へと転換するために必要であると関連づけた。このことをロールモデルとして示せば、より多くの看護師がポジティブ感情を持つことが出来、認知症高齢者に対する質の高い看護へと繋がると考える。

O-170**認知症患者に対するユマニチュード技法の実践と効果
～患者の認知・行動と看護師（介護福祉士）の意識の変化
を認めた事例～**

山口裕子、鈴木聖、中原静香、黒田絵梨、荒木知子、石井雅昭
JCHO 四日市羽津医療センター 地域包括ケア病棟

【目的】認知症患者は2025年には470万人に上ると推定されている。当院、地域包括ケア病棟における、認知症判断基準3以上の患者は全体の約30%を占め、今後も増加する見込みである。今回、無気力及び感情鈍麻の認知症患者に対し、イヴ・ジネスト氏が提唱するユマニチュード技法を実践することで、実践前後での患者の認知・行動と看護師及び介護福祉士（以下、看護スタッフ）の意識に良い変化が認められた事例を経験したので報告する。【方法】研究期間 平成27年12月15日～平成28年2月15日対象はアルツハイマー型認知症、80歳代、女性ユマニチュード技法の実践前後でNEECHAM（日本語版ニーチャム混乱/錯乱状態スケール）を用いて、混乱・錯乱状態を評価した。看護記録に看護の実践内容や患者の反応を具体的に記載し、経時的な患者の変化を捉えた。看護スタッフ4名に対して半構成的面接にて意識や対応の変化について調査した。【結果】NEECHAM評価では、認知・情報処理、行動のサブスケール点数が実施後では高くなり、実施前の中重度～重度の混乱・錯乱状態から、実施後では軽度または初期の混乱・錯乱状態へと改善が見られた。患者の反応も、会話量が増え表情が豊かになった。看護スタッフへの面接では、患者の反応が良くなることで話しかける機会も増え、かかわることが楽しく感じるようになった、との意見が聞かれた。【考察】ユマニチュードの4つの技法である、見る、話す、触れる、立つの実践は、人と人の絆を結んでいく。この絆を大切にしながら丁寧にかかわったことで、両者の間に前向きな感情と言葉を取り戻すことができた。ユマニチュードは、認知症のみならずどのような患者にも提供できるため、日常的に実践できれば、私たちの病棟理念である「患者・家族に入院して良かったと言ってもらえる病棟であり続ける」ことができ、看護スタッフの達成感へと繋がっていく。

O-171**演題取り下げ****O-172****もの忘れ外来開設における現状から明確になった課題**

齊藤路子¹、平塚世津子¹、武政英理子²、三島由紀²、青柳昌樹³

¹JCHO三島総合病院 看護課、²リハビリテーションセンター、³脳神経外科

【はじめに】現在、日本の高齢者人口は増加し高齢化率は26.7%1)となった。市の高齢化率は2016年2月には26.4%と年々上昇している。当院は2015年4月より認知症サポートチームを立ち上げ、もの忘れ外来の開設から1年の経過を報告する。【目的】1年間の事例を振り返り、認知症サポートチームの役割と今後の課題を明確にする。【方法】2015年4月から2016年4月の間に、もの忘れ外来を受診した男性28名、女性29名を対象とした。基礎情報用紙をもとに既往歴、日常生活や社会的背景、本人・家族の困っていることなどを確認した。得た情報は医師、言語聴覚士と情報共有を行い、必要な検査（頭部CT、血液、認知機能）を行っている。【結果】平均年齢は76.2歳。受診動機は「物の置き忘れや人の名前が出てこない」が最多で37%であった。52.6%は症状に気付いてから初診までの期間が1年未満であった。61.4%は家族が気付き受診しており、26.3%は自身で症状が気になり受診していた。近隣の医院からの紹介は4例で、地域包括支援センターより相談、受診となったケースは2例であった。【考察】受診者の多くは同居家族がおり、比較的早期に受診行動がとれたため、日常生活に大きな支障をきたさずに済んだケースが多かった。しかし、受診までの期間が長く早期受診・早期診断に至っていないケースもみられる。このことから、地域との連携を図り早期受診・診断することで、安心して住み慣れた地域で生活し続けることが必要である。そのためにはサポートシステムの構築が必要である。【おわりに】早期受診につなげるために地域包括支援センターと連携するシステムの一つとして、情報共有するための情報連携シートを作成する。安心して在宅での生活が継続できるよう、認知症サポートチームによる地域に密着した活動体制を構築することが課題である。

O-173**オムツ交換業務の見直しと効果**

秀坂彰夫、栗原奈美、池田佳奈絵、池田直美、井手智子、坂口信子
JCHO伊万里松浦病院 看護課 2病棟

【はじめに】A病棟は寝たきりでオムツを使用している患者が9割を占めている。オムツに関連する業務を見直すことで、業務の効率化およびオムツの使用量に係る患者家族の負担軽減に繋がると考え取り組んだ。【目的】1. 従来のオムツ交換の手技について実態調査する 2. 最新のオムツ交換方法について学習会を開催し、手技の統一を図る 3. 取り組み前後でのオムツ使用量と価格の比較検討を行う 【方法】1. 現状でのオムツ交換方法の実態調査（2014年10月1日～2015年3月30日） 2. 患者に合った尿取りパッドを導入し、オムツ交換の手技統一を図る（2015年1月8日～3月16日） 3. 取り組み前後で、オムツ交換にかかる時間を比較検討する 4. 取り組み前後で、オムツの平均使用枚数と料金の比較検討をする 【結果】従来のオムツ交換の実態調査の中から 1. 尿取りパッドの重ねづけや引き抜き、ギャザー部分を割いて陰茎を固定させる方法等様々な方法が行われていた。さらにそのことにより皮膚トラブルや褥瘡の悪化、潰瘍形成が起こっていた 2. 手技の統一として、従来のオムツに新しい尿取りパッドを1枚加える方法とし、重ねづけや引き抜きなどは行わないこととした 3. 取り組み前後の比較として、1) オムツ交換に要する時間は1時間以上から39.1分となった 2) オムツ使用枚数は昼用24.1枚・夜用23.8枚から昼用22.5枚・夜用10.2枚となった 3) オムツの価格は、昼用758.0円+夜用1140.0円から昼用809.2円+694.8円へととなった 【おわりに】オムツ交換業務の見直しを行うことで、手技の統一とオムツ交換に係る時間の短縮につながった。さらにオムツの使用枚数が減少し患者家族の負担軽減に繋がった。今後もオムツに関する定期的勉強会を継続し、患者にとって安全で安楽に行える排泄援助方法について追及していきたい。

O-174

当地域における脳卒中診療の現状と問題点、および解決法の検討

原田有彦¹、稲村彰紀¹、原田克己¹、上田祐司¹、安部真彰²、山下進³、清水弘毅³

¹JCHO徳山中央病院 脳神経外科、²神経内科医師、³救急科医師

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、脳卒中中の急性期医療を担っている。脳卒中診療は脳神経外科医4名と神経内科医1名、救急科医2名により維持されている。毎年500名前後の脳卒中患者を受け入れており、その半数以上が救急者による搬送患者である。脳卒中中の内訳は脳梗塞や一過性脳虚血発作などの虚血性疾患が7割を占めており、急性期血栓溶解療法も毎年30名前後行っている。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をとっている。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。理学療法士7名、作業療法士5名、言語療法士1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。急性期を過ぎた患者については地域連携による転院調整を行っている。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おり、入院後早期の退院調整をおこなっている。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おり、退院調整開始後約2週間で転院可能となっている。このように当医療圏では中核病院である当院を中心にして医療連携を図っており、以前に比べると連携は良くなっているが、脳卒中の多い冬場には患者の転院調整が円滑に出来なくなることがある。また夜間・休日においては当直医とオン・コールの脳卒中診療医との間でいかに正確な情報伝達を行うか等の問題点も指摘されている。当院内および当地域における脳卒中診療の問題点と、その対応策を考察したので報告する。

O-175

東京城東病院総合内科の試み 2016年度

森川暢

JCHO東京城東病院 総合内科

東京城東病院に2015年度より総合内科が立ち上がった。2015年度は急性期医療を重視し、スタッフ6名、レジデント8名の合計14名の大部帯として始まった。2016年度からは病院の実情に合わせ、地域包括ケア病棟を導入したケアミックス型の病院運営を開始し、総合内科もスタッフ3名、レジデント6名と人数の適正化を図った。2016年度は始まったばかりだが、人数が少なくなったにも関わらず内科の入院患者数は45人前後を常にキープしている状態であり、2015年度とほぼ同等の人数である。これは地域包括ケア病棟を導入することで安定した入院患者の確保が可能になったことが大きい。今後はさらなるスタッフの充実が課題である。また院内のカンファレンスや回診などのレジデントへの教育を充実させるだけでなく、病院の全面的なバックアップのもと多数の院外講師を招聘している。これによってレジデントのモチベーション維持が可能になるだけでなく、Facebookを中心としたSNSでの活動報告・宣伝活動の発信にもつながり、東京城東病院の知名度も徐々に広がっている。実際にSNSを通じて病院見学に来ている研修医も出てきている。きたる2017年度の新専門医において、小規模病院における総合診療の基幹病院も申請しており、JCHO全体の小規模病院におけるフラッグシップモデルたる病院になりつつあると考える。今後の展望も見据えて東京城東病院総合内科の現状を報告する。

O-176

大腿切断長断端で断端部に潰瘍がある患者の理学療法経験～ICEROSS シールイン X 5 ライナーを使用して～

前田佳徳、酒井直博

JCHO大阪みなと中央病院 リハビリテーション科

【はじめに】左大腿切断長断端で潰瘍痕のある患者に対しシールイン X 5 ライナー（以下 X 5）を使用したもので報告する。【症例紹介】74歳男性。左大腿骨開放骨折受傷し A 病院にて創外固定術施行。数日後筋肉部壊死となり大腿切断した手掌大の潰瘍が発生し治療目的で当院転院。潰瘍部治療で大腿切断端形成術施行したが小豆大程度の潰瘍発生し保護シート処置対応。切断端末～健側膝軸（膝蓋骨中央）高低差は6 cm。【経過】理学療法開始5 W経過時点で弾性包帯使用が許可。当初ピン式ライナー試着するも疼痛を認めたので X 5 に変更。check 義足ではライナーとソケット間に1横指程度の隙間が生じ歩行訓練で跛行を認めた。そこでソケット底に EVA 素材を挿入し下腿パイプ部の調整で脚長差を改善し松葉杖歩行を獲得した。【考察】ライナーはピン方式の牽引が主流であるが、切断端末～健側膝軸高低差10 cm以下の場合、膝継手が健側膝よりも下方に位置してしまい、ADL 上見栄えが悪くなる。今回の症例は切断端末～健側膝軸高低差6 cmの大腿長断端で断端部に潰瘍痕があった。今回の X 5 は牽引方法がメンブレン5本のソケット吸着式であり、ライナー挿入法はソケット内部とメンブレンにアルコールを噴霧し行う。利点はビンアタッチメントを使用しないので長断端でも自然な膝位置が設定でき、クッション性に優れ潰瘍部の除痛が望める事である。今回の症例で前述した利点は得られたものの、ソケット挿入の際に大腿後面メンブレン部分のアルコール噴霧が難しい点、義足牽引力は得られたがソケット底に死腔が生じ義足調整に時間を要した点があった。またピン式に比べシールイン式は大腿部萎縮が発生した場合の牽引力低下が危惧され、修正等の対応をしないといけない。しかし、大腿切断長断端や断端部に疼痛がある症例では、総じて義足装着時の患者満足度は高く有効なライナーと考える。

O-177

大腿骨頸部骨折患者における嚥下機能と栄養評価の実施～術後アウトカムとの関係～

久保美紀子¹、重松正森²

¹JCHO佐賀中部病院 リハビリテーション科、²整形外科

大腿骨頸部骨折後に術後の回復が遅れ、在院期間が延長し、退院先の選択に難渋するケースはよくある。このような患者に対する嚥下・栄養状態の早期評価の実施にはいくつか弊害があり、なかなか行えていないのが現状だが、今回は簡易的嚥下評価を行い、その結果と術後アウトカムの関係を検討した。対象は2012年から1年間で、人工骨頭挿入術を行った大腿骨頸部骨折16症例、平均年齢81.8歳。全て術後早期より全荷重許可あり、受傷前は完全経口栄養摂取であった。嚥下機能、血清 ALB 値、血清 PreALB 値、血清 TP、在院日数と術前・術後の歩行能力等を検査・調査した。必須検査である反復唾液のみテストは除外した。嚥下機能テスト問題あり群は全体の約4割で、問題あり群の平均年齢は問題なし群よりも10歳高く、在院日数は5日ほど長かった。受傷前の歩行能力については、問題なし群は全て歩行可能であったが、問題あり群は車椅子レベルが約30%存在した。術前、術後1週間、2週間時の ALB、P-ALB、TP 値は、問題あり群はなし群よりも優位に低かった。術後2週間の歩行能力については、問題あり群はなし群に比べて車椅子レベルが多く、受傷前からそうであったケースを除いても術後の機能回復が遅かった。退院先として、問題なし群は自宅退院もあったが、問題あり群は全て転院となった。この結果から、嚥下機能に問題のある、又はありそうな患者は術後経過が悪く、在院期間が長くなる可能性が示唆された。骨折や手術によっても嚥下機能のサルコペニアが生じると思われ、手術待機期間中に痛みや臥床時間が長くなり、食事摂取量が減ることを避けるためにも、早期の嚥下・栄養評価を行い、退院後も転院先への情報提供などの包括的な管理継続に繋げたい。今後は骨折部位や手術待機日数の違いについても継続調査を行っていきたい。

O-178**大腿骨近位部骨折患者における原因・要因の実態**

船越美香、鈴木雅喜、荒井瑞歩、唐澤香織
JCHO 横浜中央病院 看護部

【はじめに】人口の高齢化に伴い大腿骨近位部骨折は当院においても増加する傾向にある。平成26年は年間約100件の大腿骨近位部骨折の手術があり、中には再骨折の患者も含まれていた。今回、改めて対象者の骨折の原因・誘因を調査し、骨折や再骨折を予防するための退院指導に活かせるように考えた。【対象】平成26年の大腿骨近位部骨折で当該病棟に入院した75歳以上の患者。【方法】対象の診療録・看護記録から基礎情報を集計し、骨折の要因と考えられる項目（性別・認知症の有無・睡眠剤内服の有無・ADL・同居の有無・認知症状の変化など）を抽出し集計した。この研究は院内の倫理委員会で承認された。【結果】対象患者は73名であった。性別は女性が82%であった。認知症の有無は有が51%であった。睡眠剤は内服なしが82%であった。ADLは独歩が59%であった。同居の有無は同居・施設入所患者が77%であった。【考察】今回の調査をするまでは日々の看護をしている中で、認知症がある人や睡眠剤の内服をしている人の方が大腿骨近位部骨折が多いと考えていたが、認知症もなく普通に生活している人が骨折していることがわかった。また睡眠剤の内服をしていない方が骨折していることもわかった。さらに同居よりも独居の方が転倒骨折のリスクが高いと考えたが、同居が77%と多く、独居が少ないことが明らかになった。そのため今後は同居・独居を問わず予防対策を勧め、転倒を起こしやすい時間・場所・行動について退院時などに説明し、注意喚起する必要がある。また大腿骨近位部骨折は女性が多く、これは高齢人口に女性が多く、閉経に伴い骨粗鬆症になりやすく転倒した場合に骨折することを反映している。今後は更に高齢者が増加するので、転倒予防だけではなく骨粗鬆症に対する取り組みが必要である。

O-179**長期行動制限からADLが低下した患者に対するセルフケア再獲得に向けての関わり～ADLチェック表を用いて～**

中村美咲、平野順子、伊藤志保、東美奈子
JCHO 秋田病院 看護部

【はじめに】今回上行結腸癌の80歳代男性で手術7週間前よりイレウスチューブ挿入による疼痛や長期の行動制限からADLが低下し離床に対する意欲がなくなった患者を受け持った。この患者に術後の離床意欲回復のためにセルフケア再獲得の状況を視覚的に共有できるADLチェック表（以下ADL表）を用いたことでADL回復に繋がったので報告する。【方法】ADL表を用いて食事、移乗、移動、便、尿、更衣、清潔、整容の8項目についてセルフケア再獲得の状況を毎日日動帯で患者と共に確認し、現状を共有し次の段階への目標設定することで動機付けを行う。看護記録より患者の行動や言動を収集し、オレムの基本的看護システムに分類し、全代償システム1点、部分代償システム2～5点、支持・教育システム6点と点数化し、セルフケア再獲得の状況と意欲の有無を分析する。8項目全て支持・教育システムで48点となる。【結果・考察】術後1週目ADL表に興味を示さず離床への言動もなく8点であった。達成可能な目標を設定し離床のための働きかけをする。術後2週目介助で車椅子移乗可能となり18点となる。本人からの前向きな言動はなく、ADL表は看護師が提示することで確認した。術後3週目から患者自身がADL表を確認する行動が見られ、食事、排泄、更衣は一部介助で22点となった。術後6週目には患者自身で出来ることが増え入院生活の大部分が自立し38点となった。ADL表を用いた関わりはセルフケア再獲得状況を患者と看護師が共有でき、患者が目標設定することで達成感が次の段階への動機付けとなりADL回復に繋がったと考える。またADL表を用いることで、看護師は患者自身が出来る活動の段階を理解し、目標達成できるように助言や低点数の項目を重点的に援助していくことができた。【結論】ADL及び離床意欲が共に低下した患者にADL表を用いた関わりは、自らのセルフケア再獲得の状況を視覚的に共有できADL回復に繋げることができた。

O-180

整形外科 術後せん妄患者のリスクファクターを抽出

村山由貴、早坂久美
JCHO 東京高輪病院 看護部

【はじめに】 当病棟で術後せん妄と考える突然の行動を起こす患者いた。術前にリスクの認識ができれば発症の予測ができるのではないかと考えた。【研究目的】 術後せん妄リスクの妥当性を評価し、当病棟のリスクファクターを知る【研究方法・対象】 研究期間中に手術する成人患者対象。日本語版NEECHAM 混乱・錯乱スケールを用い術後せん妄患者の共通点を比較する。【用語の定義】 日本語版NEECHAM 混乱・錯乱スケール：24点以下で術後1日目以降も24点以下の患者をA群。24点以下を手術日のみの患者をB群。入院時より25点以上の患者はC群。【結果】 対象患者47名中27名が、術後軽度または発生初期の混乱・錯乱状態である24点以下を示した。血管の変性に繋がる既往歴を持っている患者はA群：8/8名、B群：7/19名であった。ベンゾジアゼピン系の抗不安剤、眠剤を使用している患者はA群：4/8名、B群：3/19名であった。H2ブロッカーを使用している患者はA群：5/8名、B群：3/19名であった。B群の中16名が全身麻酔で手術をし、全員がフェンタニル0.1mg/2mlを使用していた。【考察】 B群ではフェンタニルの体内への貯留が助長し入眠でき、術後せん妄は出現していなかった。A群は高齢者が多く、共通点が3つあった。1 血管の変性に繋がる既往歴 2 眠剤や抗不安薬を日常的に内服していた。3 H2ブロッカーの使用率である。これらが重なり、術後せん妄の確率が上がったと考える。【結論】 低酸素血症や腎不全、代謝性疾患、心肺疾患は術後せん妄のリスクファクターである。血管の変性に繋がる既往歴と、薬剤、高齢が当病棟の術後せん妄のリスクファクターである。B群は麻酔による一時的な鎮静により、術後せん妄は発症していない。

O-181

個性のある口腔ケアを目指した取り組み

中村美由紀、岩永知見、相星裕子、武市り子、鬼東ひとみ
JCHO 宮崎江南病院 看護部

【目的】 平成25年度に独自の口腔ケア手順書と評価表を作成し、口腔状態に合わせた口腔ケアが容易に選択できるようになっていた。しかし、スタッフの異動なども重なり、手技のばらつきが見られ、統一した口腔ケアが継続できていなかった。そこで、口腔ケアに関する勉強会や肺炎カンファレンスを開始し、口腔ケアについての検討を行った。その取り組みが個性のある口腔ケアに有効であったかを明らかにする。【研究方法】 手順書と評価表の使用方法を説明し、摂食・嚥下・口腔ケアについて勉強会を行う。週1回の肺炎カンファレンスを開始し、口腔ケアについて検討する。【結果】 手順書を使用した口腔ケアを1日3回実施し、口腔ケア後に評価表へ記入する事をスタッフ全員へ再度説明を行った。また、口腔ケアの必要性の理解を得るために、言語聴覚士より、摂食・嚥下・口腔ケアについて勉強会を開催した。肺炎カンファレンスでは、適切な口腔ケアが来ているか手技の見直しを行い、また口腔ケアに必要な物品が患者に合ったものであるかを検討した。手順書と評価表を使用した口腔ケアを18名の患者に実施した。そのうち7名は口腔状態の改善がみられ、9名は入院時より口腔状態が良好のまま経過した。2名は全身状態の悪化に伴い、改善・悪化する事なく経過した。【考察】 肺炎カンファレンスを開始したことで、評価表を見ながら口腔状態をアセスメントし、適切な口腔ケアについて検討することが出来た。また、情報の共有やケアの統一も図れ、患者個々の口腔状態に合わせた口腔ケアが継続でき、口腔ケアの質の向上に繋がったのではないかと考える。今回の取り組みを通して、口腔状態に合わせた口腔ケアと継続した口腔ケアが重要であると再認識できた。今後も、早期にアセスメントを行いながら手順書を使用し、患者の状態に合わせた口腔ケアを継続的に行っていく必要がある。

O-182

当院回復期リハビリテーション病棟における退院後の課題

和田佳奈恵、山下宏巳、伊藤宏高、松村一宏、藤田裕子、多田将也、木下良一
JCHO 福井勝山総合病院 リハビリテーション科

【はじめに】 当院では平成26年より回復期リハビリテーション病棟が設立され、2年が経過した。退院後も患者・家族が安心した生活が送れるよう、訪問指導や家族への介助・介護指導、患者・家族を交えてカンファレンスを行っている。在宅医療・介護まで継続したサービスを提供するには、退院後の生活状況を把握し、入院中の指導内容を見直す必要がある。今回、介護支援専門員（以下、CM）の協力を頂き、退院後の生活状況や入院中の指導が適切だったのかアンケート調査を実施した。入院中の指導内容やサービス提供を見直すことができたため、報告する。【倫理的配慮】 アンケート調査で得られた情報は本研究以外には使用しない。【対象】 当院回復期リハビリテーション病棟を平成27年4月～平成28年3月までの間に在宅復帰をした患者88名（男性25名、女性63名）の担当CM（事業所20カ所、CM50名）に対し、退院後の生活状況や入院中の指導が適切だったのかを調査。【方法】 当院で作成したアンケート用紙を各事業所に郵送した。【考察・まとめ】 回復期リハビリテーション病棟設立後、退院後の生活状況、入院中の指導が適切かを完全に把握しきれておらず、アンケート調査を実施した。結果、在宅環境の見直し、転倒リスクの説明は入院中の指導で十分なアドバイスがあったと返答がみられた。一方で、退院後に個別リハビリの回数が減ったことで、歩行能力が低下したという患者もいた。退院後、電話や訪問などで生活状況を確認し、必要な患者にはバックアップ体制を充実させると共に、他の地域医療機関や自治体他と連携を図る必要がある。アンケート調査を実施して、入院中から予後予測を踏まえた上で、サービス提供を行う大切さを改めて実感し、指導内容の見直しが他職種と検討できた。当院は、福井県の奥越地区唯一の公的基幹病院であるため、今後も地域の方が安心して生活を送ることができるように努めていきたい。

O-183

当院のボツリヌス療法における脳神経外科とリハビリテーション科診療部の連携について

松坂基博¹、松本圭吾²
¹JCHO 神戸中央病院 リハビリテーション科診療部、²脳神経外科

【はじめに】 ボツリヌス治療（以下BTX）において脳神経外科とリハビリテーション科診療部（以下リハ部）が協働することで、効果的な評価と治療が可能となり、歩行能力の向上がみられた1例を経験したので報告する。【症例紹介】 症例は70歳男性、左片麻痺患者である。左下肢の痙攣改善の為にBTX施行目的で入院した。歩行時に「つま先を引きずりやすく、歩きにくい」との訴えがあった。BTX前の評価では左下肢BRSIIIであり、痙攣に関してはMASは足趾屈筋群2、足関節底屈筋1+であった。他動関節可動域（以下P-ROM）は左足関節背屈0°、左母趾MP関節伸展20°、第2～5趾MP伸展10°であった。歩行は四点杖を使用し、麻痺側遊脚期に足部外旋位で足尖を引きずりながら下肢を振り出しており、麻痺側立脚期は接地時間の短縮と、健側方向への重心偏移がみられた。ADLは移乗・歩行動作で最大介助レベルであり、FIMは62/126点、10m歩行は57秒であった。BTX施行部位は、患者の主訴と術前評価の結果から左短母趾屈筋と短趾屈筋へそれぞれ30単位、合計60単位を施行された。その後、約2週間にわたり理学療法介入を行なった。【結果】 最終評価ではMASは1へと向上した。P-ROMは左足関節背屈では10°、左母趾MP関節の伸展では35°、第2～5趾のMP伸展では20°と改善がみられた。歩行は麻痺側遊脚期の足部外旋位は残存しているが、つま先の引きずりは消失し、振り出し時のクリアランスが向上した。また、麻痺側立脚期では踵での接地が可能となり、麻痺側下肢へ重心移動が改善し、健側方向への重心偏移が軽減した。ADLは移乗・歩行中等度助で可能となり、FIMは70/126点に向上した。10m歩行は37秒と改善した。【結論】 BTX施行前後にリハ部が介入することにより、詳細な痙攣の変化とADLの確認が可能となったと思われる。今回の症例によりボツリヌス療法において、脳神経外科とリハ部の協働したアプローチの有効性が示唆されたと考える。

O-184

穿刺痛緩和におけるエムラ[®]クリームの有用性と QOL への効果

水田舞衣、佐藤亜矢、山本清美、丸田麻紀、降井洋平、平岡めぐみ、
安田芳樹、三宅真人、水谷安秀
JCHO 四日市羽津医療センター 看護部:人工腎センター

【背景・目的】2015年6月、外用局所麻酔剤（エムラ[®]クリーム）の効能に静脈留置穿刺時の疼痛緩和が追記改訂された。局所麻酔剤種類別や方法別に疼痛の程度・使用感を医療者が体験し、エムラ[®]クリームの有用性と QOL への効果を検討した。【対象・方法】医療者24名に一定の疼痛体験ができる装置を作成し、2種の貼付局所麻酔剤と外用局所麻酔剤（エムラ[®]クリームによる密封法および非密封法を各1gと0.2g）を使用する方法別に30分・1時間・1時間30分・2時間での疼痛体験しアンケートを実施した。10段階評価（VAS）で数値化し、NRSスケールにて4段階にレベルを分け検定を行った。さらに体験からの知見より考察した。【結果】1. 薬剤別2時間後の疼痛緩和において、エムラ[®]クリームは優位に効果が高かった。2. エムラ[®]クリーム密封法は1時間30分より最大の鎮痛効果が得られ、1時間後より約80%が疼痛緩和レベルに達し他剤よりも早期の効果が期待できる。3. エムラ[®]クリーム0.2g減量密封法では1g密封法と有意差なく少量でも密封法は十分な鎮痛効果を示した。【体験からの知見・期待と工夫の声】1. 穿刺痛の緩和によって透析治療へのマイナスイメージを軽減できそう。2. 貼付剤による皮膚トラブルで長年麻酔剤せずに我慢している患者さんの希望となる。3. 広範囲に塗布でき穿刺部位の選択が広がることで、シャントの長期開存が期待できる。4. エムラ[®]クリームをラップで密封し、ネットで固定する方法が簡便で助めたい など支援のヒントを得た。【考察】1. エムラ[®]クリームの鎮痛効果は早い上に高く、透析治療への苦痛緩和に繋がる。2. 少量密封法は、簡便で利用しやすく継続的に自己管理ができる可能性がある。3. 医療者が体験することで支援に役立つ一助が得られ、私たちは患者の背景やニーズに合わせて創意工夫していく関りが最も重要である。【結語】エムラ[®]クリームは透析患者の QOL を高める効果が期待できる。

O-185

家屋評価におけるソーシャルワーカーの役割に関する一考察—インタビュー調査を通して—

小野祥子、篠崎陽樹、山崎まどか、太田英恵、君島一葉、溝尾朗、谷口茂夫
JCHO 東京新宿メディカルセンター 地域連携・総合相談センター

自宅退院を予定する患者に対して、入院中からケアマネジャー、福祉用具業者等と共に院内のスタッフが家屋評価を実施する場合がある。それは、主に生活環境のアセスメントや住宅改修、福祉用具の利用の提案を行うことを目的とし、残された入院期間に患者の生活空間に合わせたリハビリテーションを提供する上でも有効で、特に回復期リハビリテーション病棟で重要視されている。一方、当該病棟は、平成26年度診療報酬改定の体制強化加算の新設に伴い、社会福祉士が専従配置された。チーム医療の中でソーシャルワーカーは、患者がこれまでどのような人生・生活を送ってきたか、どのように病氣や障害を受け止めているか、今後どのような生活を希望しているかを丁寧に聴き、地域生活の再構築にむけた支援を行う。その過程で、患者-家族間、患者家族-関係者間の調整役を担うことも往々にしてある。しかし、家屋評価に焦点化したソーシャルワーカーの役割に関する調査研究はまだ少ない。そこで本調査は、家屋評価においてソーシャルワーカーがどのような視点をもって、専門的役割を発揮しているかについて検討することを目的とする。調査方法は、院内のソーシャルワーカー3名を対象に、豊富な観点を得るためフォーカスグループインタビューを実施する。その内容は許可を得てICレコーダーに録音し逐語録に起し、カードワーク手法を用いて質的分析を行う。なお、発表する際には患者個人を特定することのできないよう十分配慮する。本調査を通して、回復期リハビリテーション病棟の家屋評価におけるソーシャルワーカーの役割を明らかにすることで、業務の標準化・効率化、質の向上、院内スタッフおよび地域との相互理解と関係強化に繋がるものと考えらる。

O-186

栄養部と連携したゼリー食および検査食の開発と当院における嚥下機能検査の現状

小河原克訓¹、白土謙之介¹、鈴木悠哉¹、鈴木理絵¹、石毛俊作¹、杉山健太郎¹、高橋喜久雄¹、岩崎奈美子²、白田有希³、佐々木博²、長友和樹³、岩城正男³、栄美津弘³、大角仁美⁴

¹ JCHO 船橋中央病院 歯科口腔外科、² 栄養部、³ 放射線部、⁴ 看護部

栄養管理はあらゆる疾患治療のうえで共通する基本的医療であり、栄養管理をおろそかにするといかなる治療も効力を発揮せず、逆に栄養障害に起因する合併症を併発する可能性すらある。現在、超高齢社会において疾患の多様化に伴い、摂食嚥下障害を有する患者は増加しており、栄養管理の場において苦慮する場面は多くなってきている。当院においても歯科医師がNSTに参加し、この活動の一つとして栄養部と協力したゼリー食の開発、運用を開始した。「ゼリー食」は、付着性・凝集性・かたさに配慮し、密度が均一なゼリー状で、スライス法で粘膜に付着することなく食塊状に出来、消化管を滑らかに通過する物性があり、主に嚥下訓練目的で、3食で760Kcalと栄養補給は補助的となっている。これにより嚥下食ピラミッドのレベル2にあたる食事が完成、嚥下ピラミッドに基づいた段階を踏んだ嚥下食の提供が可能となった。また、摂食嚥下対策委員会において我々歯科医師が嚥下機能検査のうち嚥下内視鏡検査（VE）及び嚥下造影検査（VF）を行っている。兵頭スコアを用いた評価用紙を作製し、スコアに応じて嚥下訓練法や食事形態の指導を行っている。VEでの評価困難な場合、もしくはより詳しい検査が必要な場合はVFまで施行する。当院では栄養部にて様々な形状のパリウム食を用意してもらい、看護師、放射線部と連携してVF検査を施行し、歯科医師が評価している。検査依頼は増加傾向にあり、今後も継続して定期的に勉強会を開催し、病院内の摂食嚥下に対する意識の向上を図っていきたい。

O-187

2ヶ月間絶食患者にNSTが介入し、消化態栄養剤から半消化態栄養剤へ段階的に移行し消化管合併症発生を軽減できた1症例

小園裕子、塩山美穂、近藤恵、白石石、住吉佐江子、牛島瑞恵、枝園節雄
JCHO 久留米総合病院 栄養サポートチーム

【目的】長期絶食患者は腸管粘膜萎縮、免疫能低下による消化管合併症発生リスクが高い。今回、胃瘻造設患者に腸内環境改善を行うとともに、消化に負担の少ない消化態栄養剤を選択して、半消化態栄養剤へ段階的に移行を試み、逆流、嘔吐、下痢予防の効果をみた。【症例】80歳男性。誤嚥性肺炎。入院時、意識レベル低下。末梢静脈栄養管理。仙骨部褥瘡あり。【経過】8日より介入。10病日、中心静脈栄養に変更。30病日、経口摂取を試みるが、嚥下困難。経腸栄養提案し、51病日に胃瘻造設。【方法】52病日、グルタミン、ファイバー、オリゴ糖含有補助食品を6日間投与。56病日、消化態栄養剤を低速度から開始し、58病日、100ml/Hで維持、経過をみる。カロリーは2日毎アップし、腹部症状をみて、半消化態栄養剤に移行。褥瘡を考慮し半固形タイプを選択した。水分投与は栄養剤の30分前とした。【結果】入院中、逆流、嘔吐なし。補助食品投与期から消化態栄養移行期は、泥状便。58病日、水溶性食物繊維6g追加した。消化態栄養剤を9日間投与後に半消化態栄養剤に移行し、軟便で経過していたが、67病日、水様便出現したため、水分投与を栄養剤の1時間前に変更したところ、便回数が減り、軟便で安定した。78病日、転院。生化学検査および理学所見（介入前→後）：A1b（2.2→2.5）CRP（6.1→2.5）褥瘡サイズ（7×4→6.5×3.5cm）上腕周囲（17→19cm）上腕筋囲（16.4→18.4cm）【考察 結論】長期絶食患者に経腸栄養を開始する場合、一旦、消化管合併症を起こすと、改善に難渋することがある。消化態栄養剤から開始し、段階的に栄養剤と投与方法を調整する事で合併症発生リスク軽減の効果が期待できると思われる。さらに半固形タイプの栄養剤は、投与時間の短縮もはかれ褥瘡改善に寄与したと考えられた。今後、症例を増やし検討をかさねていきたい。

O-188

経腸栄養メニュー表の運用・改訂を通した、より良い経腸栄養に向けての取り組み

佐藤和佳¹、名越由実子¹、玉置まどか¹、塩田恵理都¹、本田美和子¹、田野岡文子²、中西由香²、北山佳菜子³、西川晴子⁴、畑崎聖弘⁵、前田香⁵、宮田哲⁶、野呂浩史⁷

¹ JCHO 大阪病院 栄養管理室、² 看護部、³ 薬剤部、⁴ 検査室、⁵ リハビリテーション科、⁶ 内科、⁷ 外科

当院NSTが稼働を開始した2001年当時、院内は紙カルテで運用されており、経腸栄養の投与指示や投与内容のみを記載・確認できる書式がなかった。そのため、投与指示が他指示に埋もれて確認しにくく、経腸栄養が計画的に実施されていない、誤投与の懸念がある、等の問題点がNST回診で明らかとなった。このことから、患者の状態に合わせた経腸栄養の計画的実施と、投与内容の明確化ならびに誤投与防止に向けて、経腸栄養における標準書式の作成と運用を試みた。使用する栄養剤、投与量、投与速度、投与栄養量、目標栄養量、投与計画の全てが一つの書式で確認できる経腸栄養メニュー表（以下、当メニュー表）を作成し、2004年より運用を開始した。栄養剤と投与速度はプルダウン方式で選択可能にし、投与栄養量は自動計算される仕組みとした。身長、体重、年齢、性別は書式に自動入力され、ハリス・ベネディクトの式により活動係数、ストレス係数を入力すれば目標栄養量も自動計算される仕組みとした。これにより、投与内容の明確化だけでなく、投与栄養量と目標栄養量算出の簡便化も可能とした。まずはNST介入中の経腸栄養患者より運用を開始し、投与内容の評価と併せて当メニュー表の使用感や問題点についても検討を行いながら、適宜改訂を重ねた。最新の改訂では、経腸栄養を開始・変更・中止した日付を記載する欄を設け、一つの書式で開始・変更・中止指示も確認可能とした。運用開始直後は、一部の患者にしか使用されていなかったが、徐々に院内でその利便性が評価され、紙カルテから電子カルテ運用へ移行後、更に普及した。現在では経腸栄養における院内標準書式として確立された。また、当メニュー表の運用開始により、経腸栄養の計画的実施に管理栄養士も積極的に参画するようになり、チーム医療の体制が強化された。今後も、より良い経腸栄養管理に向けて検討を重ねていく。

O-189

維持血液透析患者に対する食育SATシステムを用いた食事調査に関する検討

木村文香
JCHO 徳山中央病院 栄養管理室

【目的】維持血液透析患者の食事管理は重要であるが、透析期間が長くなるほど自身の食生活を振り返る機会は少なくなると思われる。今回日頃の食生活の見直しをしてもらうために、食育SATシステムを用いた食事調査を実施することとした。このシステムは体験型の栄養教育システムであり、フードモデルを選んでセンサーボックスに乗せると、瞬時にエネルギー等指定した栄養素量が計算される。これを透析患者へ用いることが適切であるかどうかの検討も同時に行うこととした。【方法】当院の外来血液透析患者37名（男性20名・女性17名、平均年齢62.9±11.5歳、透析歴7.5±7.0年）を対象に、食育SATシステムを用いた食事調査と調査前後でのアンケートを実施した。【結果及び考察】SATシステムについては全体の70%が使い方は簡単であると答えた。エネルギー量やたんぱく質量については誤差も少なく、簡単に栄養価が数値として把握できる点で有用である。一方で塩分・カリウムなどは誤差も大きく、正確な把握が困難であり十分な補足説明が必要である。全体の傾向としてエネルギーは不足傾向であるが、たんぱく質は十分摂取できしており、食事の偏りが見られた。主食のご飯を減らすことで体重を調整しようとする患者が多く、結果的にエネルギーの不足を招いていると考えられる。そこで調査の際に、過不足のない十分なエネルギー補給のための主食や油の適量摂取の重要性、体重増加には塩分の過剰が大きく影響することを確認した。その結果、調査後のアンケートでは理解の深まった項目としてエネルギーを挙げた患者が3割程度みられ、実施前に比べると十分なエネルギー摂取が良好な栄養状態の維持につながるという意識が高まったと考えられる。【結論】透析患者では、食事を制限することに対する意識は高いが、自身の適正エネルギーを自覚して必要な栄養を摂るという認識は低いと考えられ、わかりやすい継続指導の実施は必須である。

O-190

座位バランスと摂食・嚥下の関連性

大内秀和、江口紘也、小室英生、奥山高司、関和良太、石井照子、前平奈加
JCHO 二本松病院 統括診療部

【研究の背景】食事は正しい姿勢で取ることが誤嚥予防に良いと言われる。しかし、当院では寝たきりでいる患者が誤嚥しやすい傾向にある。そこで、食事をする際の一般的な姿勢である座位に着目し、座位と摂食・嚥下の関連性を調査した。【方法】被験者は嚥下訓練を行っていないリハビリテーション実施患者42名とし、平均年齢は85.9±18歳。うち認知症患者23名、要介護認定者は30名であった。測定には嚥下機能を「改定水飲みテスト」（5段階）、摂食機能を「藤島の摂食・嚥下グレード」（10段階）、座位バランスを「Motor Assessment Score」（6段階）を用いた。統計処理は危険率1%を有意水準とし、スピアマンの順位相関係数検定にて分析した。【結果】座位バランスと摂食・嚥下機能の間に正の相関がみられた。（ $p<0.01$ ）全体の摂食・嚥下機能と座位バランスの相関係数はそれぞれ $r=0.659$ 及び $r=0.751$ であった。要介護認定者の摂食・嚥下機能と座位バランスの相関係数はそれぞれ $r=0.581$ 及び $r=0.692$ であった。認知症患者の摂食・嚥下機能と座位バランスの相関係数はそれぞれ $r=0.654$ 及び $r=0.737$ であった。【考察】座位バランスと摂食・嚥下機能には相関が見られ、認知症の有無や介護度に関わらずその傾向を示した。そのため、座位バランスが摂食・嚥下機能を図る上での指標となる可能性を示唆する。座位バランスが低下している者は、長期臥床によって廃用症候群が進み、全身の関節拘縮と筋力低下により、体幹と頭部を正中に保てず座位を保持できない者が多い傾向にあった。これは、頭部・体幹が不安定となり、摂食・嚥下の際、頭部を前屈できず、気道の閉塞と食道入口部の拡大が不十分となり、誤嚥しやすいと考えた。また、座位バランス訓練が間接嚥下訓練となる可能性を示唆し、誤嚥予防には座位能力を高める事が重要と考えた。

O-192

栄養アセスメントツールを用いた高齢透析患者の栄養評価

岡洋恵¹、斉藤日都美¹、坂本奈津子¹、貞邨佳世¹、木村文香²
¹JCHO 徳山中央病院 看護部、²栄養管理室

【はじめに】透析患者は食事制限などの様々な要因に伴い、たんぱく質・エネルギー栄養障害や筋肉量の減少・筋力低下を示すサルコペニアをきたしやすい。A病院の透析室では総蛋白値や血清Alb値、患者の主観、体重増減等を栄養状態の指標としており詳細な評価はしていない。高齢透析患者の栄養障害リスクを有する患者を効果的に抽出するために栄養アセスメントツールGNRIとMISを用いて評価し、栄養状態改善の必要性について検討したので報告する。【方法】期間：2015年10月～12月 対象：A病院外来維持透析患者で65歳以上の61人のうち同意を得られた60人（男性35人、女性25人、平均年齢73.1歳、平均透析歴6.2年）方法：1) GNRIを用いて栄養障害リスクあり、なしを判定した。2) GNRIで栄養障害リスクありと判定された患者にMISシート（矢吹バージョン）を用いて「良好」、「軽度栄養障害」、「中・高度栄養障害」に判定した。3) 年齢、透析歴、%AMC、%TSF、BMI、血清AlbとMISの相関関係をピアソン積率相関係数（単位r）で分析した。4) 年齢、透析歴、%AMC、%TSF、BMI、血清AlbをMIS結果の中・高度栄養障害群と軽度栄養障害群の2群に分け、対応のないt検定を行った。5) MIS調査時に食事制限に関する意識調査を行った。6) 評価結果を患者に説明した。【結果】GNRIによる栄養障害リスクあり30人（50%）、栄養障害リスクなし30人（50%）であった。MISの結果は中・高度栄養障害が17人（57%）、軽度栄養障害が13人（43%）、良好が0人（0%）であった。「体重の変化」「透析歴と合併症」「筋肉量の減少」「BMI」「血清Alb」の項目がリスクの要因として多かった。【考察】栄養障害リスクの高い患者は、痩せ、体重減少、筋肉量の減少が示唆され身体機能が低い要因をもつ患者が多く、高齢透析患者は栄養状態の詳細なアセスメントを行い、栄養状態改善のための介入が導入期以後も必要である。

O-191

退院後に治療遅延した褥瘡へ栄養介入した一症例

阿部祥子¹、山田友香¹、高橋秀典²、田中泉子³
¹JCHO 福井勝山総合病院 栄養管理室、²皮膚科、³看護課

【はじめに】褥瘡発生には多くの因子が関与しており、低栄養状態もその一因である。そのため、褥瘡の治療では適切な栄養管理が求められる。今回、当院で褥瘡を入院治療し、退院後に施設で治療が遅延した事例について報告する。【症例】70歳代女性。脳出血後遺症。要介護5。仙骨部褥瘡が感染拡大し当院を紹介され受診した。NPUAP分類stage IV、D5-E6s3I9G6N6P24:54点。【経過】デブリードマン施行後、保存的に加療した。入院当初から栄養状態の改善を図るために食事内容を調整し、経口摂取は安定して確保できていた。術後の経過は良好で局所の処置を継続として施設へ退院となった。その後、外来にてフォローされていたが褥瘡治療が遅延し、右腸骨後部に新たな褥瘡も発生した。その背景として、施設に管理栄養士がいないため、必要量を充足させながらの食事調整が困難であること、経口摂取量が低下していることが挙げられた。管理栄養士が再度介入し、その後、褥瘡は改善傾向を認めた。【考察】入院中は適切な栄養管理により治療の効果をj得ることができる。しかし、退院後の環境次第では栄養管理の継続が困難であることも多く、管理栄養士がそれを把握するには限界がある。そのため、入院中だけでなく退院後もシームレスに管理栄養士が関わることのできるシステム作りが必要と考える。

O-193

在宅褥瘡ケア理解不足の利用者への関わりを通して

堂下広美、平賀弘美、南真弓美、松田孝子、笠松留美子、竹島敦子
JCHO 福井勝山総合病院附属訪問看護ステーション

【はじめに】ADL自立の高齢者が急にベッド上臥床状態になり褥瘡を発生した。入院治療・在宅サービスを拒否し家族で処置していたが悪化したため、医師・WOC・訪問看護師・ケアマネが連携し介護力、介護負担を考慮しながらアセスメントを行い問題を解決し、完治に導くことができた症例を経験した。【目的】在宅療養者の生活を尊重しながら、看護師としての的確なアセスメントをおこない、実行可能なケアを在宅療養者・家族とともに考え褥瘡を改善させる【事例紹介】93歳、男性、関節リウマチ症、糖尿病、認知症なし、次女と孫3人の5人暮らし。自宅で転倒し動けなくなる、整形受診し骨折所見なし打撲と診断される。その後ベッド上臥床状態となり、仙骨部NPUAP4、両坐骨部NPUAP2、ブレデンスケール14点、OHスケール3点、在宅版K式スケール前段階2点・引き金スコア3点の褥瘡を発症した。【看護の問題】ご家族・本人が褥瘡治療に対する理解不足、知識不足があり治療・対策に非協力的であるため治療が困難となっている【看護目標】在宅療養者・家族が褥瘡ケアの必要性を理解し、在宅における褥瘡対策チームの一員として褥瘡の治療促進、悪化予防、再発予防を実践できる【経過】外来受診時に壊死組織の除去、洗浄、外用処置を行った。在宅サービスが導入され、訪問看護師が介入し処置・生活指導、福祉用具も導入され、褥瘡は治癒した。【考察】患者本人や家族の理解不足や不適切な処置は褥瘡治療困難となる。患者の意思や生活背景を考慮し、訪問看護師の介入など在宅チーム医療を積極的に取り入れることは褥瘡治療に効果があったと考えられる

O-195

慢性期疾患療養者・家族の意向に沿った在宅看取り

山本綾子、榊田友規子、内垣靖子
JCHO 神戸中央病院付属訪問看護ステーション

【目的】当訪問看護ステーションは療養者・家族の意向に沿った看護を提供する事を目標にしている。今回、積極的な治療を拒否し、在宅での看取りを希望された療養者の看護を振り返り、在宅看取りに向けた訪問看護師の役割を検討した。【事例紹介】療養者A氏80歳男性 病名：尿路感染症、前立腺癌 妻と2人暮らし。【看護の実践】(1) 退院前：A氏は家に帰って静かに暮らしたいと希望。妻は症状の変化に不安あり。24時間緊急体制と訪問看護週3回導入(2) 訪問開始：倦怠感強く、排泄時以外ベッド上で過ごす。ケアはA氏と相談し、希望するケアを実施。A氏は自分の体調について多くを話すことはなく、妻より現在の状況、変化など確認した。A氏は以前より自分の建てた家で看取って欲しいと妻に伝えており、妻もその意向に沿いたいと話す。看護師は今後予測される変化を妻と一緒に確認し、苦痛の緩和、安楽なケアの提供に努めた。(3) 3ヶ月後状態悪化：看護師は、本人の意向は知っていたが、命を助けなければという葛藤があった。しかし、在宅主治医とのICの場を意図して設定することで、迷いなくA氏の意向に沿って在宅看取りの支援ができた。永眠後、在宅主治医は「僕が在宅を促したわけではない。その時その時の状況を伝え、病院で出来ること、在宅でできることを提案してただけです。」と話した。妻は自宅で看取するという意向をしっかりと持ち、迷いなく関わっていると感じていた。しかし、グリーフケアで「私もとても怖かった。でも支えてくれる人がいたからできた。」と話した。【考察】(1) 療養者の今まで生きてきた人生、性格、在宅・入院に対する思いなどを知った上で、現在の病状・状態をアセスメントし、今後の予測を立て、選択肢を提示することが意思決定を支援する看護である。(2) 看護師が療養者の変化を家族と共有し、今後の予測、対処法を丁寧に伝えていくことが家族支援である。

O-194

宇和島地域における訪問看護の実態調査

相山美千代¹、藤山菊美¹、佐々木辰子²
¹ JCHO 宇和島病院附属訪問看護ステーション、² 地域連携室

【はじめに】国では2025年を目途に地域包括ケアシステムの構築を目指しているが、宇和島地域では、すでに高齢化率は32.6%であり一足早く高齢化が進行している。今回、地域包括ケアにおいて重要な役割をもつ訪問看護が、宇和島地域ではどのような現状であるかを知り今後のあり方について検討するために調査を実施した。

【調査の概要】

1. 対象 宇和島地域の訪問看護事業所17か所
2. 期間 平成28年1月8日～1月25日
3. 方法 アンケート方式
4. 調査者 宇和島保健所、宇和島ナースの会
5. 倫理的配慮 結果の公表はデータのみとし、回答をもって調査への同意とした。
6. 配布及び回収 配布17、回収16、回収率94.1%

【調査結果】規模別では5人未満の小規模事業所が75%を占めている。ほとんどの事業所が緊急加算の届出をしている。利用者状況は、80歳代が一番多く、要介護5が最も多かった。指示医の約半数は診療所であった。紹介元は、多い順に介護支援専門員、病院地域連携室、在宅医、本人、家族から直接であった。医療処置については、多様な処置に対応している。

【考察】宇和島地域では、紹介元の7割が介護支援専門員であり、専門員との連携強化の必要性を感じた。本人、家族からの直接相談が少ないため、利用促進の対策が必要である。指示は地域の多くの病院から出ており、医師の理解は進んでいる。医療処置は多様なニーズがあるため、訪問看護師のアセスメント能力、技術の向上が望まれる。訪問看護師が、外来看護師、訪問薬剤師との連携を求めている、また、入院の早期からの関わり合いの必要性を感じていた。病院から在宅へ、在宅から病院へのスムーズな連携が利用者の安心、安全につながると思われる。

【まとめ】初めて、宇和島地域の訪問看護の現状調査をした結果、小規模事業所が多いながらも24時間体制をとり、多様な医療処置にも対応している実態が分かった。この結果を踏まえ地域に密着した活動をしていきたい。

O-196

在宅看取り患者と家族への継続的関わり

香西恵利子、山本祥子、太田弘美
JCHO くりりん病院附属訪問看護ステーション

【はじめに】訪問看護室開設後9年が経過し、がんターミナル患者の看取りは50名を超えた。大切な家族を失った後も、在宅看護を共にやってきた訪問看護師への家族の信頼は厚い。今回、患者本人を看取ったあとも、そのパートナーである配偶者に継続的に関わり、看取りまで行った2事例を報告する。【事例1】膀胱癌末期の夫を2008年11月から2010年3月まで訪問し在宅看取りを行った。その後妻のAさんは在宅介護サービスを利用しながら独り暮らしを続けたが認知症が悪化し、嚥下性肺炎で入退院を繰り返した。以前は穏やかだったが、入院に伴う不穏のため治療が継続できず、2015年6月に訪問看護が開始となる。家族背景・経済状況を把握していたため、懐かしさを感じながらの看護であった。最後まで経口摂取をし、同年8月家族に見守られながら自宅で永眠された。【事例2】前立腺癌末期の夫を持つBさん夫婦は仲が良く、遠方の息子に迷惑をかけないように2人暮らしをしていた。2010年10月から翌年6月まで訪問看護を行ったが、貧血が悪化し永眠された。その後息子はBさんとの同居を望んだが、「夫の墓・仏を守る」と独り暮らしを続けた。自暴自棄となり内服の管理が必要となったBさんに、2014年6月から訪問看護が開始となる。入退院を繰り返したため、始めは拒否していたサービスも利用し、訪問看護・訪問介護でひとり暮らしを支援した。その後病状が急変し2015年8月病院で永眠された。【考察】24時間体制でいつでも連絡相談が取れるようサポートし、住み慣れた環境のまま家族の介護の労をねぎらい共に苦労を分かち合った。そして大切な命を家族と共に見つめて苦悩し、かかりつけ訪問看護師として「今ここで何ができるか」を常に考え対応した。その結果、「またあの看護師さんに相談したい」という信頼につながり24時間体制での訪問看護の大切さを実感した。

O-197**訪問看護師の在宅療養者に対する栄養管理**

高木紀子、森田洋子、尾付野恵美子

JCHO 横浜保土ケ谷中央病院附属訪問看護ステーション

【はじめに】在宅医療の推進により在院日数が短期化され栄養管理が必要な在宅療養者が増えている。今後地域包括ケアシステムに向け「在宅栄養サポートチーム」として訪問看護師の役割は大きい。そこで当事業所のあるA区内の訪問看護師の在宅療養者に対する栄養管理の実態調査を行い効果的栄養管理を実施するために本研究を行った。【方法】区内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師に質問紙法で実施。質問項目は個人属性6項目、栄養管理一連の流れ36項目（栄養状態の評価・判定、栄養指導の実施、指導に対する評価、多職種連携）、栄養管理を行った体験より4項目。回答方法は三段階スケール・選択式・自由記載のものを使用。【結果】対象者82名で回答数51名。栄養状態の評価・判定では各観察項目によるアセスメントの実施率95%以上。栄養指導では各項目94%以上。指導に対する評価は70%以上が定期的に評価。しかし「栄養障害の有無」のスクリーニングツールを用いて把握しているのは30%。また多職種連携ではヘルパー 75%、歯科医師や歯科衛生士35%、言語聴覚士21%、管理栄養士0%。栄養管理を行った体験より栄養管理が必要と思われても行えない事がある90%、理由は「他のケアが優先される」「療養者が希望しない」「時間が無い」等。【考察】1.栄養管理の必要性を感じても十分な介入できない原因は看護ケア時間の問題と看護師及び療養者や家族の栄養に対する意識の問題があると考えられる。2.栄養評価を短時間に行えるアセスメントツールの活用されておらず認知度の低さが推測される。3.管理栄養士と連携がされていない事は地域におけるマンパワー不足がある。【まとめ】今後の取り組みとしてツールの周知度を上げ活用する事、専門的知識が活用できるサポート体制作りに向け療養者に身近な訪問看護師が窓口となり多職種連携を構築する事が栄養管理の向上に繋がる。

O-198

当院におけるサロン活動報告と展望
～理学療法士介入前後の体力測定結果を通して～小野和春¹、尾熊洋子¹、渡邊太樹²、小崎朋子³、梅原利光³¹ JCHO 三島総合病院 リハビリテーションセンター、² JCHO 三島総合病院附属介護老人保健施設 診療部、³ JCHO 三島総合病院附属介護老人保健施設 地域包括支援センター

【はじめに】当院附属介護老人保健施設は地域包括支援センターを有し、地域の自主的グループ活動（以下サロン）の立ち上げ及び活動支援を行っている。理学療法士は予防の観点から、体操指導、体力測定、リーダーの育成に携わっている。理学療法士介入前後の体力測定と問診結果を比較検討し、効果の検証及び支援における理学療法士の役割について報告する。【対象】サロンに参加した30名中、理学療法士介入前後の2回体力測定を実施した7名（男性4人、女性3人）を対象とした。平均年齢77.1歳±8.1歳。対象者には事前に書面と口頭にて研究の目的、趣旨を説明し同意を得た。【方法】サロンでは、平成27年9月～平成28年1月の4ヵ月間、下肢の筋力とバランス強化を中心に構成された錦田元気体操を8回実施し、理学療法士は4回の体操指導を行った。握力、開眼片足立位時間、Timed Up and Go Test（以下TUG）、5m歩行試験（通常歩行、最大速歩）及び転倒不安尺度について、介入の前後でウィルコクソンの符号不順位検定を用いて検討した。【結果】介入前後で、最大速歩時間に有意な改善を認めた（ $p<0.05$ ）。その他の項目については、有意な変化は認められなかった。また、転倒不安尺度は初期より低い傾向にあった。【考察】大杉らは歩行には下肢筋力やバランス能力の関与が大きいと報告している。今回最大速歩時間の向上が認められたものの筋力、バランスの評価には有意差を認めず、大杉らの報告とは異なる結果となった。介入期間が4ヵ月と短期であった事や症例数が少なかった事が要因と考える。2回目の体力測定参加者が少なく、自立した生活を送る予防対象者においてサロン活動の難しさを感じた。サロンにおける理学療法士の役割は、参加者が自己の身体機能を理解し、運動の重要性を認識する支援を行うとともに、地域ごとに自立して運動を推進し継続していけるようリーダーを育成していく事と考える。

O-199

強化型老健と看取りの関係性を説く
～強化型老健での看取りの必要性とは～浦崎亜由美、矢野辰志、川上幸恵、萬谷郁美
JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設

はじめに 当施設では平成19年から看取りを始めた。24年の介護保険改正から強化型老健となった。しかし、看取りのニーズは減っておらず、当施設が取り組む、看取りそして在宅復帰の関係性について検証した。強化型老健からみた看取り在宅復帰率は前6ヵ月間で50%越えが必要である。平成24年から入所、退所件数ともに伸びている。看取り死亡があった場合、そうではない場合を平成26年7月～12月と比較すると、在宅復帰率は半年の間2%～5%の差があり、看取りを行った場合の方が高かった。ベッド回転率要件には平均在所日数がある。これは直近在所日数が重要となる。直近3ヶ月であるため、入所日数は最大92日である。看取り退所者は入所日数が長期化しやすいが、これも問題なかった。重度者要件は要介護4、5である者の占める割合が35%以上である。当施設で看取りを行った方の平均介護度は4.1であり、重度者要件に該当する結果となった。考察老健における看取りは介護保険改訂ごとに高く評価されている。在宅強化型老健を支えるには看取りも必要不可欠と考える。特に地域の現状から老々介護、認々介護が増えていく。しかし、老健や居宅サービスを利用しながら限界まで自宅で暮らし、ターミナル期を老健で看取る。これが現在の老健に与えられた使命とも考える。強化型老健が看取りを積極的に行うことは制度的にも、経営的にも問題ないことが証明された。今後の課題・展望在宅強化型老健で地域の方を最期まで支えてく為、地域住民に向けた看取り講座などを通じ、看取りの「事前共有」まで活動を広げていく。これらを「看取りパス」として構築し、他の老健のモデルとなる事で、在宅強化型老健として地域の高齢者の在宅復帰を最期まで支えていきたい。

O-200

地域との関わり～近隣小学校における食育の取り組み～

猪狩玲子、宮寺伊佐男、奥村真美子、黒津圭三
JCHO さいたま北部医療センター 栄養管理室

【はじめに】私たちの身体は日々、摂取したもののから作られている。元気な身体を作ることは、必要な栄養素を補給することであり、学童期の食事は成長過程の中でとても重要である。近年食育への関心が高まる中で、家庭での食事の重要性を考慮し、近隣小学校より、保護者を対象に食育講習会をとの依頼を受けた。平成25年、26年と継続して依頼を受け、講習会と併せ調理実習を行なって欲しいとのことであったため、調理師と管理栄養士とで行なった。当院では地域に貢献することや、地域の子どもの健康を守ることをも目標としており、その中での活動であった。給食管理を、直営で行っているからこそできる地域貢献でもある。ここにその活動内容をまとめたので報告する。【方法】小学校より提示されたテーマをもとにオリジナルレシピを作成。簡単な食育講習会に続き、調理実習、試食会、質疑応答の流れで実施。成長期の子どもを持つ保護者の疑問や不安を解決し、食の重要性を理解してもらうこと、料理のハードルは上げないことを第一目標として行った。【結果】共働きが多い時代となり、子どもの食事は大事であると感じながらも、時間をかけることが出来ずにいる保護者から、すぐにでも実践できる、もっと知りたいとの好評価をいただいた。【まとめ】幼少期や学童期の食環境は、将来の生活習慣病と密接な関係にあると言われている。学童期の子どもを持つ保護者を対象として、このような取り組みを続けていくことが、生活習慣病の予防にもつながる大切な一歩であると考えている。今後の展望としては、このような活動を続けるとともに、当院独自の情報提供の場をもうけ、簡単な料理のコツやレシピ本の発行など、治療だけではなく予防を含めた活動として地域との関わりを広げ、さらに地域の食育に貢献していきたい。

O-201

高校柔道部におけるスポーツ傷害の実態調査
～当院における地域スポーツ活動への関わりの中から～小林幸一郎¹、佐々木茂²、久保寺司¹、白倉裕也¹、向山耕太¹、荻原千尋¹、代永紗妃¹、前嶋哲男¹、諸井威彦²、相川大介¹
¹ JCHO 山梨病院 理学療法室、² 整形外科

【はじめに】当院では平成23年度より地域活動の一つとして整形外科医師と理学療法士が連携して高校柔道部に関わっている。柔道の競技特性上スポーツ傷害は多く、特に下肢傷害は競技実施に影響する。そこで、現在関わっている高校柔道部のスポーツ傷害について調査したので報告する。【方法】柔道部への介入目的はメディカル面のサポートで、運用方法は医師包括的指示のもと、理学療法士が寮や練習・試合会場などの現場へ出向き、必要に応じて病院受診を促している。今回は平成23年度から4年間について部位別対応数を現場対応時と病院対応時について調査した。【結果】現場での対応部位は4年間で上肢1,019件、下肢9,97件、体幹4,72件となり上下肢は体幹に比べ有意に高く、膝・下腿515件、肩・上腕429件、胸腰部420件の順であった。病院での対応部位は下肢66件、上肢35件、体幹13件で有意差があり、膝・下腿41件、足・足趾18件、肩・上腕および手・手指13件の順であった。【考察】柔道はスポーツ傷害の多い競技の一つである。社会人で競技レベルが高い選手に比べ、高校生はスポーツ傷害の知識が少ない。そこで地域貢献の一つとして高校部活動に着目し病院とスポーツ現場で連携して理学療法士が現場に出向きスポーツ傷害受傷時の病院受診の選別やフィジカルコンディション調整などの対応を行っている。今回の調査結果より、対応部位は現場では上下肢はほぼ同数であるのに対し、病院では下肢が半数以上で特に膝・下腿が競技再実施に影響した。今後はスポーツ傷害予防も含め医療とスポーツ現場で対応し安全な競技環境を整えていくことが必要である。【結語】地域活動の一つとして整形外科医師と理学療法士が連携して高校柔道部に関わっている。現場対応は上下肢が多いのに対し、病院対応は下肢のスポーツ傷害が多く競技復帰に影響した。下肢のスポーツ傷害の中でも特に膝・下腿が多かった。

O-202

放射線部実習生における現状の把握
～意識調査アンケートより～伴仲次、星野広史、秋元聰
JCHO札幌北辰病院 放射線部

【はじめに】当院では、養成教育の一環として、医師や看護部門で実習生の受け入れを行っており、放射線部でも同様に実習生を受け入れている。医療研修推進財団主催の研修にあるように、診療放射線技師は診療放射線に関する最新の知識や技術を習得し、実習指導者としての資質の向上を高めたうえで実習を効果的に実施すると定められている。指導者として実習内容の振り返りは重要な課題である。【目的】当院での実習期間を終えた実習生の現状を把握し、実態調査を行なった。【対象および方法】平成27年度に当院放射線部の実習生12名（2年生3名、3年生3名、4年生6名）を対象に、実習スケジュールや指導にあたる技師に関することなどのアンケート調査を行ない、その集計結果から現状の問題点を洗いだし検討した。【結果】スケジュールに関する項目では、ほぼ良好な結果が得られた。しかし一部には同一モダリティの通し実習はつらいという意見があった。技師の指導方法についても好評価が得られたが、各モダリティの理解度に「ややできない」「できない」の回答が見られた。意見として挙げられたなかに、「患者と接する実習をしたかった」という意見が多かった。【まとめ】今回、実習生にアンケートをとり実習生の考えや求めていることが把握できた。このアンケートの結果を今後の実習に生かし、実習プログラムに改良を加えたい。更にはアンケート項目の見直しを図り改善していきたい。

O-203

A 病院看護職の継続教育に関する実態調査
～学習・教育ニーズの測定をおこなって～長谷川潤子、松邑恵美子、石橋直子、大野ゆり、浅井真紀子、中田紀子、牧野紀子
JCHO東京城東病院 看護課

【目的】効果的な教育支援を行うため看護師の学習・教育ニーズを把握し、院内教育プログラムの立案に活用できることを目的とし実態調査を行った。【方法】対象者：看護職員106名 調査期間：平成27年12月～平成28年1月 調査方法：対象属性についての質問用紙及び舟島らが開発した学習ニーズ・教育ニーズアセスメントツール「臨床看護師用」を用いた。倫理的配慮：対象者には口頭・書面にて目的、匿名性の厳守、プライバシーの保護、調査不参加により不利益を被らないことを説明し同意を得た。【結果・考察】院内研修について67%が関心あると回答し、魅力を感じているは57%であった。院内研修は74%が満足と回答した。受講状況は87%が受講、受講していないが13%であった。理由として、余裕ないが38%と最も多く、勤務だったが23%であった。院外研修については41%が受講しており平均受講回数は2.1回であった。95%が満足と回答した。学会参加状況について、関心あるが不参加が59%と最も多かった。学習ニーズ総得点平均値は132点と中得点領域にあり、学習への要望があるもののその高さは平均的であった。ラダー別では、レベルIIIが126点と低得点領域にあり学習への要望が低かった。レベルIIでは学習内容として、個別状況にあった急変時の対応方法についての学習ニーズが高くこの内容を提供することにより教育効果を期待できると思われる。教育ニーズ総得点平均値は93.4点と中得点領域にあった。教育の必要性が中程度であり病院に就業する看護専門職として平均的な状態にあった。ラダー別ではレベルIII、IVは総得点平均値が高得点領域にあり教育の必要性が高く、教育ニーズ下位尺度VIが高得点領域となり組織の人材育成、職場の士気向上、組織活動への参加など組織の発展に尽力できる状態に近づくための教育の必要性が示唆された。

O-204

e-ラーニングシステム利用促進のための支援

丸茂美智子
JCHO千葉病院 看護部

JCHOが「クリニカルラダー」を採用したことにより、当院では2015年5月からe-ラーニングシステムを導入した。看護職員各自に1IDを付与し、師長会や教育委員会が使用を推奨する啓蒙活動を行ったが、導入6カ月経過後もログインが確認できないIDがあり、調査をおこなった。1. 研究目的 e-ラーニング未ログイン者への聞き取り調査とその後の被調査者の行動から、支援のあり方について考察する。2. 研究対象 導入後6カ月経過時点で未ログイン状態であった23名のうち休職状態にない16名3. 研究方法 インタビューガイドに沿った聞き取り調査4. 結果1) 未ログインの理由 a.ログインできなかったb.個人IDログインの必然性を感じなかったc.PC入力が苦手d.PC・スマートフォン所持なしe.学習時間が確保できないf.学習よりも優先すべき業務があるg.放置、周知理解に関する限界感h.いつかはと思いながらもログインしなかったi.すっかり忘れていた2) どのような条件が整えば活用できるか a.正しいID/パスワードを再取得b.ID・パスワードがもっと簡単c.機器設定がわかればd.携帯電話契約内容を変更すればe.終業時間が早まればf.時間ができればg.視聴時間を業務に組み込めばh.集合開催日時がわかればi.勤務時間内であればj.配信スケジュールが手元であれば3) 院外での受講環境が整わない場合の方法 a.印刷資料があればb.DVDで閲覧できればc.所属部署のPCが使用できればd.部署以外で受講できる場所があれば4) システム利用に向けての支援内容（複数回答）a.I D／パスワード再配布6件b.使用機器のシステム設定・設定補助4件c.システムの操作説明5件5. 考察 a.個人的諸事情に見合った支援を行うことで学習者の限界感の突破に繋がるb.諸事情には組織全体の問題も含まれるc.導入の意図やシステムの仕組みの理解状況を確認し乖離を埋める作業が必要な場合がある

O-205

JCHO 東京城東病院における診療看護師研修プログラムの紹介

高橋淳¹、松邑恵美子¹、井手上龍児¹、大垣美千代¹、茂木美佳¹、斉藤岳史¹、森川暢²、木橋伊織²、松本真一²、志水太郎³、福添恵寿¹
¹JCHO東京城東病院 看護課、²総合内科、³獨協医科大学 総合診療科

【はじめに】当院は東京都江東区にある130床の2次救急指定病院であり、二次保健医療圏では区東部保健医療圏（江東区・江戸川区・墨田区）に属している。診療科は内科、外科・消化器科、肛門科、整形外科、リハビリテーション科の5科を有しており、外来患者数は1日平均320人、救急車搬送件数は月間平均165台（Walk-in除く）である。2015年4月から新たに総合内科診療が開始になり総合内科スタッフ医師7名、総合内科専修医9名、診療看護師（以下JNP）2名、計18名で診療開始となった。2016年には更に診療看護師3名を追加採用し診療看護師5名体制となった。当院の診療看護師研修プログラムの特徴は、専修医研修プログラムにリンクした形で診療看護師研修プログラム（以下、JNP研修プログラム）を行っていることと看護研修がプログラムに取り入れられている点である。【JNP研修プログラムの特徴】スタッフ医師の下に専修医とJNPが付く形でグループが形成され、当院では初期研修医がいないことから、診療看護師が初期研修医の立ち位置を担っており、屋根瓦方式での研修を行っている。実際の業務としては、専修医と共に救急初期対応や入院患者の疾病管理行いと共に病棟看護師と情報共有を行っている。診療に関してはBuck upのスタッフ医師が必ずいるため、いつでも相談ができる体制が確立されているのも大きな特徴である。さらに教育の一環としてUp To DateログインIDも発行され、常に最新の情報を得ることができる。また、2か月～4か月程度は看護師として病棟業務を行っている。診療看護師として業務を行うためには医師および病棟看護師の協力が必要不可欠であることからコミュニケーションの確立目的も含めた看護研修を行っている。

O-206

当院での日本救急医学会認定 ICLS 院内コース定期開催の 評価と課題 ～急変にチーム医療で立ち向かう人材育成と今後の課題～

福添恵寿¹、松邑恵美子¹、井手上龍児¹、高橋淳¹、本橋伊織²

¹ JCHO 東京城東病院 看護課、² 総合内科 医師

【はじめに】日本の医学・医療が進歩する中、少子超高齢社会により、医療は新たな方向へ発展していかなければならない。多様化する医療の実状の中、医療者は各々の専門スキルを発揮し、チームとして患者のQOLを維持しなければならない。このことは日常診療のみでなく、急変対応についても同様のことが言える。当院は2015年より外科・整形外科に加え総合内科チームが設立され、多様の疾患を患う方の通院及び入院加療を受け入れることとなった。当院ではチーム医療の教育の一環として日本救急医学会認定 ICLS 院内コース（以下：ICLS 院内コース）を導入した。シミュレーターを用いた実践的な医学教育は、臨床における知識のみでなく、医療安全、チーム医療などにも効果が高いとされている。今院内 ICLS コース終了後のアンケート結果より、当院におけるコース開催の評価と今後の課題についてまとめたのでここに報告する。

【目的】ICLS 院内コース受講が、医師及び看護師と共通した知識の習得につながり、チーム医療への自信に繋がったか調査する。ICLS 院内コース開催について改善点・課題の表出を行う。【方法】前記2点についてアンケートより調査する。アンケートは院内 ICLS コース終了直後に受講者に対し実施。【結果】院内 ICLS コースを開催することで、急変対応の理解につながる事ができた。ICLS コースでチームダイナミクスを学ぶことで、他職種の立場・役割を理解でき、質の高いチーム医療の理解につながった。集団シミュレーション教育を行うことで、チームとしての知識の共有化ができた。現在の院内スタッフで認定ディレクター1名、認定インストラクター2名であり、短期間での定期開催は運営側への負担が否めない。1日コースであるため、受講生確保による各部署への業務負担がある。今後 ICLS 院内コースを半日ずつに分ける・BLSのみの開催など、病院の業務状態に合わせたスケジュールを考え、継続的に開催していく。

O-207

内視鏡看護師の教育内容の評価

佐久間正和、松島真知子、広田真美、竹下五月、酒井久美、中野完、小松茜、田中由香里、山神由紀子、菊田由美子
JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部

はじめに効果的にスタッフを育成することを目的に、教育計画を作成し、実践したので報告する目的内視鏡独自の教育計画の実践を振り返る方法指導者用教育計画書、個人評価表は共通して、成果目標、看護実践到達目標、小項目、指導時期、指導担当の項目で構成し、指導者用教育計画には項目毎に具体的な教育方法、項目の教育時期、指導者の条件となるステージ、個人評価表には自己評価、他者評価、コメント欄を設けた。ステージは3段階とし、ステージ1はルーチン検査の39項目、ステージ2は内視鏡治療の50項目、ステージ3は緊急対応の23項目の計112項目で構成した。評価は「A」はできる、「B」は助言があればできる、「C」は見学、「D」は未経験とした。ステージ到達の基準は他者評価で「A」が80%以上かつ必須項目が「A」になっていることを条件とした。結果 実践報告期間は、2014年4月1日～2015年3月31日で、教育対象は6名、内訳は、看護師歴平均15.3±5.53年、内視鏡配属歴平均2.6±1.5年であった。実践開始時のステージ毎の初回評価時→期間内最終評価の到達度は、ステージ1 87.5%→96.0%、ステージ2 49.4%→80.3%、ステージ3 14.9%→28.6%であった。共通してA評価に至らなかった項目は、経験が少ない項目であった。考察 日常で遭遇する機会が少ない処置は、自信がなく自己評価し辛いと考える。特に偶発症の対応では、シミュレーション実施及び評価項目をより明確化、具体化することで自己評価、他者評価がしやすくなると考える。現在、指導者としての使用が少なく、今後は指導者を育成し、多く使用することで新たな意見・改善案が出てくるものと思われ、この教育計画を適宜見直す事で、より効果的な教育計画となると考える。結論1) 実践数が少ない項目は、シミュレーションを用いた教育及び評価指標の明確化が必要である。2) 教育者を育成するためにも、教育方法の具体化・明確化が必要である

O-208

勤務異動者・既卒入職者に対する看護技術チェックリスト運用の検討

岩根舞、前崎元美、平野千恵、小林明子
JCHO 熊本総合病院 看護部 9階病棟

【目的】当病棟では看護部の教育プログラムに沿って新人看護職員の教育を行い確立している。しかし既卒入職者や勤務異動者に対しては、看護技術チェックリストはあるが、指導者や評価方法が定まっておらず、十分な活用ができていなかった。そこで看護技術チェックリストを活用し、スタッフの理解度を客観的に評価できる指導者のための運用マニュアルを作成し、勤務異動者や既卒入職者に指導を行いその効果を検証した。【方法】対象者13名（勤務異動者3名、既卒入職者1名、看護師経験5年日かつ当病棟配属1年以上の指導評価者9名）に対してH28年1月より実施した。方法は1. チェックリストを活用するための運用マニュアルを作成し指導を行う。2. 対象者へ指導についてのアンケート調査を行い検証する。【結果・考察】チェックリストの項目をわかりやすく具体的に改訂し、看護技術の到達目標や到達時期、指導方法を明記した、指導者のための運用マニュアルを作成した事で、教育プログラムに沿った効果的な指導を行う事が出来た。またアンケート調査結果より、勤務異動者・既卒入職者全員が新しい病棟で仕事を始めることに不安を抱えており、その内容は病棟の特殊性から業務内容の違いや未経験の検査・処置に戸惑うことがある等であった。また指導評価者側は、指導内容や評価者・評価期間等を明確にすることで責任を持って指導する事が出来、指導評価者側の不安の軽減にも繋がった。部署教育の体制を整えることで早期に職場環境に適応でき、質の高い看護の提供ができると考える。【まとめ】今回、指導者のための運用マニュアルを作成したことで指導内容や評価基準が明確になりチェックリストの有効活用に役立った。また、チェックリストを有効に活用することは、勤務異動者・既卒入職者の不安の軽減につながった。

O-209

急変対応教育体制の検討
～急変対応技術に対するアンケート調査から～

清田望
JCHO 福岡ゆたか中央病院 看護部

【はじめに】A病院では全職員に対してBLS研修を年2回開催し、医師や看護師に対しては二次救命処置のトレーニングを行なっている。全職員研修では、1回の研修につき参加者約50名の参加となり、すべての職員の技術習得までは困難を要していた。そこで、平成27年度より発足した急変対応対策委員会が中心となり、急変対応教育の見直しに着手した。第一段階として、現状確認と問題点を明らかにするために、看護師を対象に急変対応技術に対するアンケート調査を行った。このアンケート調査から今後の教育体制の方向付けがなされたのでここに報告する。【目的】看護師の急変対応技術に対する自己評価を行い、現状と課題を明らかにすることで効果的な教育体制を検討し、急変対応技術の向上を図る。【対象】看護師155名【期間】平成27年10月1日～平成27年10月31日【方法】アンケート用紙を用いた自記式留置法。急変対応に必要な技術内容を救急医学会ICLSコースの内容を参考に最も必要と思われる14項目を選定し、自己評価は5段階とした。【結果】回収率：97% 「一連の急変対応」を目的変数とした多変量解析（重回帰分析）でのステップワイズ法実施の結果：急変時の記録（標準偏回帰係数0.334 P<0.01）気管内挿管の介助（標準偏回帰係数0.192 P<0.01）自己評価の低い項目の理由：経験不足、知識不足、技術不足、恐怖心がある、の4つに分類された。【考察】有意差のあった3項目に重点を置いたカリキュラムを構成することが、急変対応技術の向上に効果的であることが示唆された。また、学習方法として自己評価の低い項目の理由を考慮し、内容に合わせ座学の選択や実技中心のシミュレーション実習を選択する必要性が示唆された。

O-210

結核病棟看護スタッフへの教育の取り組み
～教育プログラムの導入～

中山佐代子、茂呂田和恵
JCHO 福岡ゆたか中央病院 看護課

【はじめに】A病棟では、結核疾患の治療、看護や感染症について学習会を開催しているが、不定期で効果的な学習会とは言い難い現状がある。今回、教育の見直しの目的で、専門知識の習得度を判定するテストを行い、評価と内容分析から、最も重視すべき学習の内容が確認できた。異動や新入職員にも対応できるシステム構築が必須である。そこで、現在までの教育を見直し、新たに教育プログラムを作成したので報告する。【目的】スタッフの結核知識の向上のため、教育プログラムの作成と導入を図る。【期間】平成27年4月～平成28年3月【対象】結核病棟看護師14名。看護師経験年数：5年未満2名、5年以上10年未満0名、10年以上20年未満2名、20年以上10名【方法】1.結核の基礎知識、技術、療養支援を中心とし10項目の確認テストを実施。100点満点で、経験年数で正解率を算出し平均値を評価した。2.テスト結果から、経験年数別に正解率の低い項目を抽出した。【結果】テスト実施率は100%。正解率：平均71点、経年別では、5年未満の平均57点、10年以上74点、20年以上73点であった。正解率の低かった項目としては、1、感染症法の基準38%、2、服薬管理の支援60%、3、退院基準64%で、全員に共通して低い値であった。経験年数5年以下では、上記結果に加え、4、抗結核剤の副作用7%、5、入院中の検査データの見方4%などが挙げられた。【考察】結果から経験値による差が確認できた。結核の専門知識は全体研修だけでは補いきれず、部署研修や自己学習が重要となる。今回の取り組みからスタッフ教育の現状と問題点が明らかとなり、新規プログラムを作成する上での基盤となった。今後、新規教育プログラムを活用し、評価して行く必要がある。【結論】統一した看護を実践する為には、より実践に即した教育が必要である。今後は実践を考慮した学習会を念頭に置き、より効果的なプログラムを考案し、質の向上努めたい。

O-211

外国人候補生受け入れによる職員の就労意識の変化
～職員アンケート調査を実施して～

鈴木美智代

JCHO 宇和島病院附属介護老人保健施設

平成22年12月より5年間外国人候補生の受け入れを実施した。目的は国家資格の取得と候補生との関わりを通して職員自らも介護の在り方を学ぶことである。今回、候補生との関わりを通して職員の意識の変化についてアンケート調査を行い、就労意欲が向上したという結果を得たのでここに報告する。研究方法平成28年2月1日～2月29日に看護・介護スタッフ39名に自記式調査用紙を配布し回収した。調査内容は1)仕事に取り組む姿勢2)職場の雰囲気3)業務体制4)帰国について5)仕事への取り組みの5項目とした結果・考察回収率は100%であった。調査項目1)仕事に取り組む姿勢については「一生懸命取り組んでいた」思う、まあまあ思う72%、「業務中の指示を理解できていない」8%であった。言葉の壁もあり解釈の違いによるものと思われる。2)職場の雰囲気では「職場が明るくなった」87%で候補生の人柄と異文化に触れることによる相乗効果と思われる。3)業務体制について候補生は業務の半分以上が勉強時間であったが「業務に支障が出る」31%、「優遇されていると思わない」45%で候補生の業務に取り組む姿を見てスタッフが協力的であったと思われる。4)帰国については人員が減るため「業務的に困った」72%であったが本人の意思を尊重すべき、今まで頑張ったから帰国したい気持ちが分かるという意見があり、思いやりの気持ちがうかがえる。5)仕事への取り組みについて「就業意欲が向上した」57%で指導者は指導することで勉強になった、他の職員は候補生が頑張っているから頑張る、負けられないと言う意見があった。言葉の壁もあったが候補生を受け入れることで自分自身を振り返る機会になり、就労意欲の向上につながったと考える。今後このような機会があれば取り組んでいきたい。

O-212**稼働2年目のプランチラボ方式での検体検査部門運営**

前島澄子¹、保谷俊行¹、宮本亜矢子¹、中西勝也¹、尾崎敏康²、長尾真人³、吉田純一¹、佐々木文章¹

¹ JCHO札幌北辰病院 検査部、² 医事課、³ 経理課

【はじめに】

当院検査部は、平成10年8月より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。平成27年1月、公募型プロポーザル方式でB社と委託契約締結。同年4月、B社検査システムにて検査開始。稼働2年目の目標を「安定した検体検査運営」とし、現状と課題を検討した。

【方法】

バランススコアカード（BSC）の4つの視点を参考に、稼働2年目の検体検査部門を評価した。業務プロセスの視点では「検査精度の保証」を目標に仕様書要件を検証し、精度管理データおよびインシデント分析を実施。顧客の視点として「顧客満足度の向上」を目指したB社の取り組みを、アンケートおよび検査報告時間調査をもとに検討した。財務の視点では「収益性向上」を健診部門に着目し評価した。人材の視点として「委託検査員の能力向上」に取り組み、B社検査員への聞き取り調査を実施。

【結果および考察】

仕様書に記載のある文書は稼働後1年経過したが完備されず、本社による自主監査も実施されていない。マニュアル整備は進んだが、未検査リストなどのシステム機能の活用は不十分。しかし、検査システムに関わるインシデントは激減し、臨床要望への対応も迅速になった。外部精度管理成績はいずれも95点以上だったが、内部精度管理は前年度4件であった指摘項目が33件に上り、検証過程で不適切な運用が明確となった。委託費は全体で前年度比72.7%、健診部門では56.0%であった。2度のアンケート調査の比較から臨床の評価は向上。議事録、案内文、インシデント報告の添削を行い、B社検査員と共同のグラム染色研修会、部内勉強会を実施し、研修とともに交流の場となるよう努めた。

【結語】

稼働2年目のB社プランチの現状と課題を検討した。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取り組みの違いを実感した。受託責任者による具体的な運営計画の審査および検査員の教育が安全な検査の遂行に不可欠である。

O-213**職務満足向上に向けた取り組み**

松原久仁子、増井里香、馬場辰巳、前川紋子、安富恵美子
JCHO大和郡山病院 看護部

【はじめに】職務満足が高いと、職場は活性化し看護の質向上につながると考える。当院は新機構移行による様々な規則の変更に加え、平成26年11月より7対1から10対1になり人員が減少した。それが看護師のモチベーションを低下させ離職につながると危惧された。そこで看護部が一体となり職務満足向上に取り組んだので報告する。【方法】平成27年度の各部署目標に職務満足向上を掲げた。フィッシュ哲学を取り入れた職場活性化の取り組みとして、サンキューカード、バースデー休暇、挨拶運動等を行った。職務満足について9項目からなる自作の質問紙によるアンケート調査を実施した。平成26年度と平成27年度の看護職員離職率を比較した。【結果】職務満足アンケートは看護職員195名対象に実施し回収率は67%であった。同僚や患者に気配りができる」「職場は報告連絡相談をしやすい」「非常にそう思う」「そう思う」の回答が84%であった。「仕事にやりがいを感じる」「療養環境を調整している」「非常にそう思う」「そう思う」の回答が65%であった。「休日の取り方」は「非常に不満」「不満」が46%であった。離職率は平成26年度10.7%、平成27年度10.8%であった。【考察】各部署が年間目標としてフィッシュ哲学を取り入れたことで、職場の人間関係の満足度は高かった。その結果離職率は増加しなかった。しかし4割の看護師が仕事のやりがいに不満を持っていることがわかった。これは看護の成果を実感できていないのではないかと考える。ナラティブ研修等により今後も成果を実感できる場を提供していきたい。また働きやすさのために休日休暇を公平に取得できる取り組みも必要と考える。

キーワード：職務満足、フィッシュ哲学

O-214**安全・安心な看護を提供するための業務改善
～PNS看護方式を導入して～**

伊藤七恵、梅田美智子
JCHO北海道病院 看護部

1. はじめに 当病棟は、地域医療の中核病院として緊急的な処置を必要とする患者が搬送される消化器センターである。病床数は50床、病床稼働率は80%～83%を維持している。平成26年度 JCHOへの移行時退職者が多く看護師のマンパワー不足から、業務多忙により他看護師に確認や相談・指導できる環境が作れず、知識不足等のインシデントが発生していた。そこで看護方式を変更することで、安全・安心な看護の実践、新人や院内異動者の早期の成長が期待できると考えPNSを導入した。その結果スタッフの満足度が向上し安全な看護が提供できたので報告する。2. 研究方法 平成27年度にパートナーシップナーシングシステム（以下PNS）導入を部署目標にあげた。5～8月までを周知と準備期間として、8月から本格的にパートナーを作り看護実践を開始した。PNSの有効性の評価は、8月から12月の5か月間の実践を踏まえてスタッフからのアンケート及び聞き取り調査、当院既定の職員満足度調査の経年比較、インシデント件数の比較で行った。3. 結果病棟の看護師24名におけるアンケート調査結果では、業務の負担が減ったとの回答が62%であった。聞き取り調査では、初級中級看護師は、ベアで同一患者を受け持つため相談しやすい環境となった、先輩と重症患者を受け持つことで勉強になる、仕事の進め方や観察点が参考になる等安心感と確実性が増したとの意見があった。上級看護師からは精神的、体力的に負担が減ったとの意見があった。又職員満足度調査では、「忙しい時にお互い助け合い協力している」「気が付いたことを率直に話すことが出来ている」の項目において向上していた。インシデント件数も37.9%減少した。4. まとめ PNSのメリットとして挙げられている、「安全・安心な看護の実践」「看護の伝承・伝授」において成果があった。

O-215**ストレス緩和に向けて一部機能別方式を取り入れて
(行動と思考に着目して業務改善した試み)**

川上ゆみ、江上るみ、溝口真美
JCHO天草中央総合病院 看護課

【目的】看護業務は、「直接・間接看護」「診療補助」「連絡」等の多重業務であり、超過勤務も行うことになりストレスが大きい。業務を整理し一部機能別方式を取り入れ超過勤務を減らすことができればストレスが緩和するのではないかと仮説を立て業務改善を行ったので報告する。【方法】日々の看護業務を行動と思考に分け一部機能別方式を導入した看護体制とした。病棟スタッフに業務改善の目的と意義・実施方法を説明する為に勉強会を行った。副看護部長自ら2回のシミュレーションを行い、試行期間を1ヶ月とした。試行前後に個々の業務内容についてアンケートを行った。また、試行期間と昨年度の入院患者数等の同じ条件下の月の超過勤務との比較を行った。【倫理的配慮】アンケートは個人を特定とするものではなく研究以外に使用しないことで了承してもらった。【結果】ストレスを感じる業務で試行前は、1位超過勤務、2位多重業務、3位多様な病期の患者の受け持ちであった。試行後は1位多重業務、2位超過勤務、3位多様な病期の患者の受け持ちであった。ストレスの程度は、試行前後で多重業務が63%から83%、超過勤務89%から79%、多様な病期の患者59%から41%であった。昨年度の平均超過勤務時間の比較では最高で4時間59分の時間短縮の月もあった。【考察】試行後超過勤務を減らすことができ、そのストレスは若干緩和することが出来た。又、業務を整理したことで、受け持ち患者に対するストレスも緩和した。しかし、多重業務に対するストレスは増えている。これは試行期間が1ヶ月と短く新しい業務に慣れていないこと、行動者が点滴や処置・清拭等を行うようになったことが原因だと考えられる。今回の研究で超過勤務を減らすことができ、ストレスが緩和した業務もあった。しかし、依然として超過勤務や多重業務のストレスは高い。今後もこの新業務体制を継続しさらに業務改善していく必要性を感じた。

O-216

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（2）

松邑恵美子、井手上龍児、高橋淳
JCHO 東京城東病院 看護課

【目的】診療看護師（院内呼称、以下NP）は看護課所属でありながら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をH27年より行っている。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】専門性の高いNP育成に関する調査を病院および附属老人保健施設を含む職員200名に実施し、NP2名が受け持った直近1年以内に退院患者3名を対象にヒアリングを行った。質問紙ではNPの実践活動、安全性、NPに期待することなど今後のニーズについて調査し、患者に対しては、活動内容や印象などを中心にヒアリングし、意味内容を変えずに要約してコード化、NP活用への課題やキャリアパスについて検討した。なお対象者には本報告はNPの院内外における社会的認知やキャリア発達に必要な調査である主旨を伝え、匿名性を確保し、内容について治療への影響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】院内調査では、NPの活動に対する満足度は、＜どちらともいえない＞という回答が65%を示し、次いで＜不満足＞の結果を得た。実際の診療看護場面への質問として、初期対応や患者の状態をより速く正確に把握できるといった内容では不満足は0%、満足度10%であった。診療看護師が必要であるの質問では、＜必要＞、＜やや必要＞＜どちらともいえない＞の回答に分散され、いずれも優位な回答はなかった。但し、＜不要＞は0%であった。平成27年度は制度開始・採用・病院での体制作りとともに並行しての運用であったため、院内周知や理解度の促進など時間を要した。また特定行為研修修了者と診療看護師との違いを含め、患者、専門職種間でも認識や理解度に差があった。患者にとって安心と安全な医療の提供実践するために＜わかりやすい＞診療と看護の体制作りが急務となることが示唆された。

O-217

看護体制変更への一考察

出口孝子、平川洋子、伊藤直美、野村生起子、新井真理子
JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部

【はじめに】現在当院の看護体制は担当式であり、1人の患者と密に関われる反面、業務の煩雑化などで負担感が大きく、1人で看護することでの不安など、ストレスも大きいと言われている。そこで、看護体制について検討した。【研究方法】2つのモデル病棟を対象に、日勤のみ2人でベアになり業務を行った。具体的に挨拶・検温は2人で実施し、ケアや処置は患者の状態に応じ1人または2人で実施した。その前後で職場ストレス尺度によるアンケート調査を行い業務ストレスの変化を測定した。【結果および考察】「業務遂行に伴う重責」では、「患者へのケアに際してミスしないか不安に感じる」「患者と信頼関係が築けないと感じる」というストレスがそれぞれ減少していた。「患者とケアに関する葛藤」では、はわずかながら増加していた。「上司・同僚との葛藤」では、「スタッフの協力が得られず看護の継続がなかなかできない」が減少し、「多忙・業務過多」では、「自分の職場に十分な人手がいない」が増加していた。また「看護に対する無力感」では変化がみられなかった。職場ストレス尺度の結果から5因子の中で最も高かったのは「多忙・業務過多」で、「最も低かったのは上司・同僚との葛藤」であった。スタッフからは、先輩と一緒に行動することで知識技術の習得ができ勉強になった、その場で確認できるから安心という意見が多く聞かれた。反面、上級者2人で業務することは勉強にもなるが多忙な時は非効率であるという意見も聞かれた。「業務の重責感」の軽減にはベアで業務を行うことは効果的であったが、「多忙・業務過多」が増加しており、ベアで行動することは業務の非効率な場面もあったのではないかと。どの業務をベアで行うか、検討が必要である。

O-218

JCHO と当院の入院患者満足度調査に関する検討

空閑邦夫¹、野田晏宏²

¹JCHO 福岡ゆたか中央病院 事務、²院長

＜はじめに＞平成27年に、JCHO本部による入院患者満足度調査（JCHO調査）が57病院で実施され、当院は総合1位であった。項目別では57項目中10項目が1位で、36項目（63%）が5位以内であった。当院では平成23年より毎月入院患者満足度調査（当院調査）を行っており、JCHO調査との関係を検討した。＜方法＞両調査で、医師、看護師以外の部署での設問で欠値が多い為、医師、看護師のみ分析対象とした。差の検定ではZ検定を用い、多変量解析では重回帰分析（ステップワイズ法）を用いた。＜結果＞1）当院調査（平成23年から平成26年）で、医師・看護師に関する多くの項目で経時的に患者満足度の有意の向上が見られ、各項目別の検討では、医師に関しては評価が全項目で向上し（ $p < 0.01$ ）、看護師については、採血・注射の技術の向上が見られなかったが、他の項目ではすべて向上が見られた（ $p < 0.05$ ）。2）JCHO調査と当院調査（平成26年度）の関係 JCHO調査と当院調査を比較において、項目の平均で有意差は認められなかった。設問項目「全体として当院に満足されましたか」を目的変数として重回帰分析を行った結果、両調査に共通して医師については「診療・治療技術」に関する項目が有意、看護師では「プライバシーの保護」「看護師間の連携」が有意であった（ステップワイズ法）。＜考察＞当院では平成23年1月より、毎月入院患者満足度調査を実施し、結果を院内に掲示することで、患者様からの評価が年々高くなっていった。今回のJCHO本部による患者満足度調査で高い評価が得られた事について、当院の長年の患者満足度調査が影響している可能性がうかがわれた。

O-219

チーム医療による褥瘡評価指標の劇的な改善

大岡建太郎¹、古田洋一¹、塚本五月²、山崎千歌³、宮崎智子³、山口薫⁴、久保正英⁵

¹ JCHO 熊本総合病院 薬剤科、² 看護部、³ 栄養管理室、⁴ リハビリテーション部、⁵ 皮膚科

【背景と目的】低栄養やサルコペニア等、様々な褥瘡誘発因子を持つ高齢者は年々増加傾向にあり、入院患者の持ち込み褥瘡や新規発症の増加が懸念されている。以前の褥瘡対策チームの問題点として、1.「回診体制」2.「褥瘡に対するスタッフの知識」等が不足しており、包括的なチーム医療が十分行われていなかった。そこで2014年4月より、目標指向性による相互乗り入れチーム医療に重点を置き、褥瘡対策チームの変革を行った。

【方法】2014年度より、1.褥瘡の早期介入による対策として、「週1回の定期回診や臨時回診」「回診メンバーの再構築」「新規発生や持ち込みの情報伝達」、2.知識向上や予防の意識付けとして、「新人研修の見直し」「定期研修会」「処置の適正判断や変更提案」を行い、褥瘡対策活動前後における状況変化を調査した。

【結果】活動前の2013年度から比較し、2014年度・2015年度における褥瘡総件数は[138→140→132]と変化は見られなかった中で、院内褥瘡発生率は[0.92→0.45→0.47]と大幅に減少し、日本褥瘡学会実態調査における発生率を大きく下回った。また早期治療の評価として、DESIGN-R評価点数と治癒関与日数から算出した「治癒予測日数」に関しても、NPUAPにおけるStageにおいて、II[81.2→43.2→17.2] III[37.4→175.2→63.4] IV[553.2→192.5→158.7]と大幅に短縮し、こちらも日本褥瘡学会社会保険委員会の調査結果と比較すると、約1/2に短縮された。

【結語】今回、チーム医療による様々な褥瘡対策を行ったことで、各専門職による独自の知識や技術がチーム全体で相互な連携に反映し、包括的に治療を行うことが可能となった。さらには「褥瘡ハイリスクケア加算」の算定も可能となり、褥瘡の発生予防や早期治療に大きな効果をもたらした。今後の課題としては、未だコアメンバーの負担が大きい部分もある為、スタッフ全体への褥瘡に対する意識付けやスキルアップに継続して取り組んでいきたい。

O-220

微生物検査室としてのICTへの取り組みと課題へのアプローチ

山下裕一¹、福田央子¹、日照田敦子¹、川口和子¹、今井綾那¹、小川祐司¹、岡田昌子²、柴谷涼子²、中村匡宏¹

¹ JCHO大阪病院 中央検査室、² 臨床検査科、³ 看護ケア推進部、⁴ 内科

目的：医療関連感染防止対策および早期感染症診断と治療に貢献することを目的に、ICTと微生物検査室は密接な連携を図りながら業務を行ってきた。今回、検出菌等の報告体制の確立、職員への感染管理に対する教育と啓発および微生物検査の迅速化について取り組んできたので、その業務の成果と課題へのアプローチについて報告する。取り組み：1. アンチバイオグラムや材料別・病棟別菌検出状況を“3か月報”として年4回発行、2. 感染管理の教育・啓発分野として、年間を通し週1回開催の研修医対象のグラム染色研修、看護部教育委員会と提携した看護師対象の微生物検査や耐性菌に関する年2回の教育講演、2か月ごとに紙媒体で全職員に配布している院内便り“ICTニュース”の企画と編集、3. 全休日を含めた365日微生物検査日勤体制の構築、についてそれぞれICTと協議しながら取り組んできた。結果と考察：アンチバイオグラムや病棟別菌検出状況についてはempiric therapyの一助となっているが、15年が経過したので見直しが必要であると考えている。また教育・啓発への取り組みのうちグラム染色研修では、初期研修医が約半年間で検体から特定菌推定を行うことができ、適切な抗菌薬選択を学ぶ機会として好評を得ている。一方、院内便りの発行は全職員の医療関連感染防止対策の意識付けとなっているが、ICTから職員への一方通行であり、今後は職員が求める題材を取り入れる必要があると考えている。さらに全休日の微生物検査日勤業務体制においては、重症感染症患者の検査対応や迅速報告が充実、週末に提出される培養検体については、概ね週明けに結果報告ができる体制が定着し、休日の血液培養結果を主体とした緊急報告と遅延のない微生物検査体制を整えることができた。ただし休日報告において非効率的である課題が生じており、感染症診断や治療により有効に生かされるためにも、報告体制の見直しと改善を試みている。

O-221

体動が激しい患者の経鼻経管栄養

宮崎雅子¹、藤崎栄子³、中島有美²、増井里香²、柳田千恵美¹、藤村和代³、北大路正顕¹

¹ JCHO 大和郡山病院 栄養管理室、² 循環器病棟、³ NST

【はじめに】経腸栄養剤には多様な特徴を持った多種製品があり、患者の病態や消化吸収能を考慮して適切な経腸栄養剤を選択することが重要である。管理栄養士はチーム医療の一員として、経腸栄養剤に関する提案や情報提供をしていく使命があると考ええる。今回、液体栄養剤で経鼻経管栄養（以下：経腸栄養）を開始したが体動が激しく胃管の自己抜去や注入後の逆流が懸念され、半固形栄養剤「ハインイーゲル」の使用を試みた。気管切開により会話できないストレスがある中で心身の苦痛を軽減し、経腸栄養から経口摂取へ移行できた症例を報告する。【方法】心疾患にて循環器病棟に入院となった90歳男性。意識清明。気管切開により意思疎通は筆談となり、意思を充分伝えられないストレスを抱えていた。筆まめな患者であった為、毎日訪室し筆談で交流をもった。経腸栄養は液体栄養剤を用いて開始したが、120分の注入時間に耐えられず体動が激しいためハインイーゲルの使用を試した。ハインイーゲルは消化態濃厚流動食であり、注入時は液体でありながら胃内で胃酸と融合するとゲル化する半固形栄養剤である。嚥下訓練は1日1回から開始し食事摂取量が半分以下であれば液体栄養剤を経管で補い、摂取量が半分以上になれば順次食事回数を増やす計画とした。【結果・考察】ハインイーゲルの使用により注入時間は400kcal当たり120分から50分に短縮できた。注入時間が短くなったことで患者は静かに車いすに座ることができ、逆流と褥瘡を予防できた。会話が可能となると笑顔が見られ、気持ちに傾聴しながら食事内容と形態を調整した。経腸栄養開始14日後より嚥下訓練食を開始した。最初はむせることが多かったが、リハビリの時間を夕刻から午前中に変更したことで摂取量が増えた。経口摂取開始12日後、3食共に経口摂取へ移行でき摂取量も良好となった。ハインイーゲルは高価なため常用は難しいが、短期間での使用は有効であったと考える。

O-222

過食症合併の2型糖尿病患者に対し透析予防指導を継続して行った一例

秋本みどり¹、山田朋枝¹、瀧川博子¹、山本瞳¹、中澤まな¹、越後弘子¹、佐伯祐子²、長友佳那²、笹本陽子²、井上篤³、古家乾⁴

¹ JCHO 北海道病院 栄養管理室、² 看護部、³ 糖尿病・内分泌内科、⁴ 消化器センター

【目的】過食症合併の2型糖尿病患者に対し、透析予防指導を行い、チームで関わることで、治療意欲を維持し継続している症例について報告する。

【症例】50歳男性。2001年に2型糖尿病と診断、内服にて血糖管理をしていた。併存症は高血圧、脂質異常症。また身体化障害、過食症で他院で治療をしていた。2010年入院してインスリン治療を開始。退院後4か月間外来栄養指導を継続し、HbA1c 6.0%へ改善し終了、受診のみ継続していたが、暴飲暴食を繰り返した。2014年10月HbA1c 8.5%、尿蛋白/Cr 0.63、2015年11月HbA1c 10.4%へ上昇、体重81.7kg、BMI 30.6kg/m²、血圧148/91mmHg、Cr 1.37mg/dl、eGFR 44.7ml/min、糖尿病腎症第3期で翌月より透析予防指導を開始。食事摂取量は3700kcal、塩分9g以上と推定された。

【結果】看護部の指導時は心理面の情報収集も行った。管理栄養士より食事療法の基本と適正化、減塩等を指導。実践していることを支持し、無理のない目標を立てるよう注意した。食事記録の提出は「プレッシャーになる」という本人の気持ちに配慮して行わず、口頭で確認した。4回終了時、体重に大きな変化はなかったが、食事は推定1600kcal、塩分5g、HbA1c 6.0%、血圧126/80mmHg、Cr 1.23mg/dl、eGFR 50.3ml/min、尿蛋白/Cr 0.1へ改善した。その後も本人の希望で透析予防指導を続けていく。

【考察】医師、看護師、管理栄養士が情報共有を行い、チームで継続的な指導介入を行うことで、患者の意欲を維持し改善につながったと考えられる。しかし、精神疾患のある患者は精神的ストレスが治療に大きく影響することから、信頼関係を構築し、心理状況に配慮しながら指導を続けていくことが重要と考えられる。

O-223

多職種で共通認識を持つための食事形態一覧表の検討

清水梨沙¹、春田佳花¹、山崎千歌¹、宮崎智子¹、白坂亜子¹、奥田吟子¹、橋本幸成²、古賀一成³

¹ JCHO 熊本総合病院 栄養管理室、² リハビリテーション部、³ 脳神経外科

【背景】院内の電子カルテ上では、食事種類の名称だけで、どのような食事形態が見えない。そのため、食事種類・食事形態に関する問い合わせが多かった。多職種で患者に合った食事種類・食事形態を決定するスケールの必要性を感じていた。今回、当院の嚥下調整食を日本摂食・嚥下リハビリテーション学会より発表された学会分類2013に基づき、食事形態より食事種類が分かる当院独自の「目で見て分かる食事形態一覧表」を作成し、医療チームのメンバーが共通認識のもと食事種類の選択が容易に出来るよう検討した。【方法】学会分類2013の嚥下調整食0j、1j、2-1、2-2、3、4の6分類に当院の嚥下調整食の開始食、訓練食1、2、ミキサー食、ソフト食、軟菜食を当てはめ、写真を入れた表を作成した。摂食嚥下委員会で承認を得て、表を病棟に配布し、1ヶ月利用して食事種類を選択してもらい、評価を検討した。【結果】患者の食事選択が容易になり、嚥下機能だけでなく咀嚼能力や麻痺による摂食嚥下機能障害などに対応できた。患者の摂食嚥下の状態を多職種間で共有できるようになった。分類の見直しで、当院軟菜食の形態を変えることで嚥下調整食3（細きざみ、きざみでトロミ付き）、嚥下調整食4（粗きざみ）となった。嚥下調整食3のソフト食の献立と調理法が嚥下調整食4に近いものがあった。【考察】当院独自の「目で見て分かる食事形態一覧表」は、学会分類で食事種類を選択でき、食事形態の申し送りがスムーズになったと考えられる。嚥下調整食3にソフト食と軟菜食2種類あり、患者の認知度、身体に残存能力に相応しい食事形態が選択出来ている。ソフト食の調理法は管理栄養士と調理師が同じ認識を持つ必要性が考えられた。【結語】院内で食事形態に関する共通の認識を持てた。今後、地域病院や施設へ転院する咀嚼・嚥下障害の患者に対して、栄養管理情報提供書に「食事形態一覧表」を添付して活用を目指したい。

O-224

条件付き MRI 対応ペースメーカ植込み患者の MRI 検査体制の構築

赤坂祥吾、小幡大輔、小野寺健太、八木橋香澄、岩間友弥、横井香保里、五十嵐水紅、植田文恵、高根麻央、斉藤徳、真下泰

JCHO 札幌北辰病院 ME 部

【目的】ペースメーカ植え込み患者のMRI検査は、電磁干渉を受けるため禁忌であったが、2012年10月に、MRI検査が可能な「条件付きMRI対応ペースメーカ」が認可された。使用するにあたっては施設基準や実施条件が示されており、循環器内科医、放射線診断医、看護師、診療放射線技師、臨床工学技士と様々な職種が携わり、より厳格に遵守されることが求められている。今回、当院で導入するにあたり、多職種間の連携を強化し、より安全にMRI検査を施行する目的でフローチャートを作成し、実際にシミュレーションを行い、その有効性を検討したので報告する。【方法】当院で作成したフローチャートに沿ってシミュレーションを施行した。【結果】フローチャートは院内医師からの外来、入院患者対象のMRI検査要請パターン、連携室を通して院外患者対象のMRI検査要請パターンの2パターンで作成した。シミュレーションではフローチャート通りを行うことでスムーズに対応可能であった。また、実際にMRI対応ペースメーカ植え込み患者のMRI検査をスムーズに行うことができた。【考察】臨時オーダーの対応や、患者がペースメーカ手帳と条件付きMRI対応カードを携帯していなかった場合の対応など、スタッフ個人の能力を向上させることも必要であると思われる。【結語】MRI検査撮像時における各職種のフローチャートを作成することで、連携が強化されるとともにスムーズな検査体制が構築できると考えられる。当院ではMRI検査の症例が少ないため、今後も年に1～2回のシミュレーションを継続実施する必要がある。

O-225

当院における ASV 在宅導入指導の取り組みについて

上田樹、持田勇輝、天野義久、梅本芳弘、上田晴代、福本明子、堀井亮、増田丈二

JCHO 滋賀病院 臨床工学部

【はじめに】ASV (Adaptive Servo-Ventilation) とは、マスク式人工呼吸器の一種である。近年では、チェンストークス呼吸 (CSR)、及び中枢性睡眠時無呼吸 (CSA) などの睡眠呼吸障害 (SDB) の治療に用いられている。また、心不全症状の軽減によるQOLの向上や生命予後の改善も期待されている。【目的】当院では2011年11月より院内でASVを導入し、現在では患者退院後のASV在宅使用を目的とした導入指導も行っている。今回、2014年6月より開始した在宅導入マニュアルを用いた患者指導の取り組みについて報告する。【方法】在宅導入指導マニュアルを作成した。主な内容は、治療の必要性の説明、機器の組み立て、マスクの装着方法、開始と終了操作、マスクや呼吸回路の手入れ方法とした。指導マニュアルを用いて約1週間のトレーニングを実施した。【結果】2016年4月末現在で、14名の在宅導入患者がいる。在宅導入指導に関わる臨床工学技士は10名おり、マニュアル作成以前では、トレーニング担当者によって指導方法や内容に個人差があり、指導を受ける患者本人も戸惑うケースが見られた。マニュアル導入後は、指導方法も統一され、担当者が代わっても同じ内容、同じ質の指導が実施できた。【考察】統一された内容で繰り返し指導を行うことで、患者自身の理解度が深まった。高齢の患者ほどASVの受け入れが困難な傾向にあったが、指導中に十分な説明を行い、治療の必要性を理解してもらうことや初めてマスクを装着する際に、設定圧を低くするなど工夫することによりASVの受け入れが良くなったと考える。【まとめ】マニュアルを用いた指導を実施することで、スタッフ間での指導方法の違いがなくなり、患者の戸惑いやストレスが軽減し、スムーズに指導が行えた。

O-226

当院における内視鏡室での臨床工学技士の活動

加来佳訓、川原未伎、長富有樹、谷政範、松本一志、濱本英治
JCHO九州病院 臨床工学室

【はじめに】平成26年度より臨床工学技士が内視鏡室に常駐するようになり、2年間で行った活動内容と効果を報告する。【活動内容】内視鏡室で使用する機器の点検やメンテナンス・スコープ先端フードの作成・他職種への機器の故障の原因や対策のアナウンス・夜間・休日の緊急内視鏡の準備【効果】内視鏡室に臨床工学技士が常駐するようになり、医師・看護師がどのように感じているのかアンケート調査したところ、トラブル対応がスムーズになった、機器の点検やメンテナンスにより安心して使用ができる、検査で臨床工学技士がデバイスの操作をしてくれると看護師は、患者観察や記録に集中できる、スコープの管理や洗浄履歴の入力をしてきて看護師の負担が減ったなど臨床工学技士の常駐に賛成の意見がほとんどであった。また人工心肺回路で作成したスコープの先端フードの装着やスコープの故障の原因と対策などを毎月揭示し医師・看護師にアナウンスすることで注意喚起を促すことができ臨床工学技士の常駐前と比べてスコープ修理費を92万円削減することに成功した。夜間・休日の緊急内視鏡の準備ではマニュアルの作成、処置の種類、内容などの勉強会の実施、一人一人に指導しテストをすることで全ての臨床工学技士が当直帯に準備を行うことができるようになった。その結果宅直看護師の到着後すぐに処置を開始し、医師と患者の待ち時間を短縮することができた。【まとめ】内視鏡業務に臨床工学技士が参加することでトラブル対応の円滑化、スコープ修理費の削減、緊急内視鏡の開始までの時間短縮につながり、内視鏡室で臨床工学技士が重要な役割を担っていると考えられる。今回のアンケート調査で臨床工学技士への要望として「高周波装置の原理や設定について勉強会をして欲しい」また「故障要因分析および分析結果の業務への反映、施行医へのフィードバックしてもらいたい」などがあったので今後改善していこうと思う。

O-227

モニターアラームコントロールチームの在り方について

谷口総志¹、大森隆浩¹、紺屋本哲也¹、平松幹貴¹、諸熊裕也¹、井川美江²、中村菜穂子²、上村孝史³、小出俊一³、山田信至³
¹JCHO熊本総合病院 臨床工学部、²看護部、³循環器内科

【背景】生体情報モニターのアラームに気付かず患者が死亡する事故が散見されている。当院でもモニターアラームに関連するヒヤリハットが数件報告されている。これらはアラームの頻発によって「慣れ」が生じ「ノイズ化」されるのが原因である。そこでこのアラームを最適化すべく熊本総合病院モニターアラームコントロールチーム（K-MACT）を2016年2月1日に発足させた。【目的】モニターアラームを最適化することで、医療安全の向上に貢献する【方法】循環器センター48床を対象とした。2016年2月13日～3月31日まで48日間のデータを集計し、アラームレポートを作成した。原因と傾向を解析し、個別に対応した。【結果】アラーム平均は24時間で7814件、うちテクニカルアラーム：41%、バイタルアラーム：59%であった。アラーム反応時間は約90%が20秒未満であったが、30分以上反応できていないものや、解除されなかったアラームも一定数存在した。【対策】アラームは電極外れなどのテクニカルと、設定範囲を超えることで起こるバイタルに大別される。テクニカルはスタッフの意識を高めることで減らすことが出来る。よって、スタッフを啓蒙するため、週に一回のカンファレンスと勉強会を行っている。一方、バイタルは設定の最適化が必要である。そこで無駄鳴りを減らすべく生命にかかわる項目だけを抽出して大幅に変更した。【考察と結語】K-MACTの介入後は、4月末時点で病棟のアラーム数は2000件（ $p<0.001$ ）まで減少した。これはモニターに対する意識改革と初期設定の変更が奏功していると考えられる。モニターアラームが減少したことで「ノイズ化」を防ぎ、スタッフは迅速に対応できるようになった。今後、さらにアラーム数の減少を目指し対策を講じる。本大会では、新基準の解析を加えK-MACTの取り組みと在り方について報告する。

O-228

人工骨頭置換術後に夜間の不穏行動で脱臼を呈した症例ー再脱臼予防を目標とした回復期チームスタッフの取り組みー

島袋尚紀、宮垣さやか
JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【はじめに】人工骨頭置換術（以下、BHA）後脱臼は、代表的な合併症の一つである。特に認知症患者は、脱臼に対する認識が乏しく脱臼のリスクが高い。そのため、チームスタッフの連携と管理が重要とされている。今回、認知症患者が、BHA術後早期に夜間の不穏行動で脱臼を呈した。そこで回復期チームスタッフにて、再脱臼予防を目標とし連携を図り、施設退院に至ったので報告する。【症例紹介】80歳代の女性で施設入所中に転倒し、左大腿骨頸部骨折を受傷。当院へ搬送されBHAを施行。術後6日後、夜間の不穏行動による転倒で脱臼し、翌日に整復術を実施。Drより再脱臼のリスクを考慮し、回復期病棟へ転棟後に外転装具を装着し離床の指示を受ける。【カンファレンス】術後33日後に回復期へ転棟、転棟日に回復期のチームスタッフ（PT、Ns、MSW）と施設スタッフによる臨時のカンファレンスを実施した。施設スタッフから再脱臼のリスクが低い移動形態と生活環境での退院を希望された。また本症例は、施設入所時より夜間は尿意の訴えで反復転倒を繰り返していた情報を得た。そこで、昼夜とはずいぶん外転装具を着用し再脱臼の予防、日中は車いす座位で生活し歩行による転倒リスクの軽減、就寝時はベッドからの転落を予防するため床での生活を提案し、翌日より病室を上記の環境に変更した。【取り組み】PTは外転装具の装着で可動域が制限されても乗車が可能なティルトリクライニング型車いすの選定。また就寝時は床上まで低床が可能で、かつNsが医療や介護的介入を行う際に昇降が可能なベッドの選定を行った。Nsは、昼夜逆転の予防のために車いす座位への促しや定期時間のトイレ誘導、長期の外転装具の着用による発赤等の皮膚症状の管理を実施した。MSWは、PTが選定した福祉用具のデモの調整を実施した。【結果】回復期転棟後は、再脱臼が予防でき、回復期入院期限内に施設への退院が可能となった。

O-229

脳卒中回復期リハビリテーション病棟における質の評価ー質の高いリハビリテーション実践に向けた取り組みー

羽田晋也¹、光吉俊之¹、白井淳史¹、大道雅之¹、玉村美紀²、大本真寿美²、伊藤泰司³、矢田定明³
¹JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、²看護部、³リハビリテーション科

【はじめに】当センターの回復期リハビリテーション病棟では、平成23年7月より365日体制のリハビリテーションを提供している。平成28年の診療報酬改定では、厚生労働省が回復期リハビリテーション病棟のアウトカム指標の算出式（全患者のFIM運動項目の利得の合計／全患者の算定上限日数に対する在院日数の割合の合計）を示して、基準値27を上回ることを質の高いリハビリテーションの指標としている。当センターにおける脳卒中患者のみが入院している回復期リハビリテーション病棟のアウトカム指標は基準値を超えており、現在は充実加算の取得に向けて準備を進めている。そこで今回、約3年前より看護部と協働して行っている取り組みについて検討を加え報告する。【対象と方法】平成27年7月～12月に回復期リハビリテーション病棟を退院した患者84例について、年齢、算定起算日から入棟までの日数、入棟から退院までの日数、FIM運動項目の利得、厚生労働省の示すアウトカム指標を算出した。【結果】年齢は70.70±13.24歳、算定起算日から入棟までの日数は27.69±16.55日、入棟から退院までの日数は78.42±52.81日、FIM運動項目の利得は14.08±15.14点、アウトカム指標は31.12であった。【考察】看護部と協働して行っている取り組みとしては、I看護部のチームに合わせたリハビリテーション部（PT、OT）のチーム編成、II二週毎に行うチームカンファレンス、III病棟ワークが挙げられる。チーム編成における最大のメリットは「できるADL」と「しているADL」の情報共有が円滑になることである。2週毎のチームカンファレンスでは、患者それぞれの問題点を共有し方針を決定する。病棟ワークでは、実際のADL場面を通じて看護部への介助方法を指導していくことで「しているADL」から「できるADL」への転換を図っていく。これらの取り組みが、厚生労働省の示す基準値27を上回るアウトカム指標31.12の獲得につながったと考える。

O-230

重症型アルコール性肝炎発症後、多職種連携での介入が有効であった1例

城宝深雪¹、中田紀²、若月雅人²、館博明²、瀧川博子³、金谷健史⁴、馬場英⁵、古家乾⁵

¹ JCHO北海道病院 リハビリテーション部 言語聴覚士 NST 専門療法士、

² リハビリテーション部、³ 栄養管理室、⁴ 耳鼻咽喉科、

⁵ 消化器センター 消化器内科

【はじめに】重症型アルコール性肝炎（以下SAH）は100日後生存率61.2%の予後不良な疾患である。今回、入院後に肝腎不全、門脈圧亢進症性胃腸症、誤嚥性肺炎、急性呼吸窮迫症候群、心室性不整脈を併発し呼吸不全から気管切開術施行となるも、栄養サポートチーム（NST）をはじめとする多職種が介入する事で、早期に経口摂取が確立されADLが自立し在宅復帰が可能となった症例を報告する。【症例】症例はアルコール性肝硬変の57歳男性。上腹部膨満、食事量減少、黒色便と倦怠感が出現し、受診時に消化管出血を認め、肝腎不全を伴っており致死的病態の為、当院消化器内科入院となる。第2病日ARDS、DICにて人工呼吸器管理を開始した。第3病日心室性不整脈出現しICUに入院し腹水に対し腹腔ドレーン挿入、CVC挿入、NG挿入となりTPN・ENを開始した。第11病日抜管施行するも吸促拍あり気管切開術を施行し人工呼吸器管理を再開した。早期離床目的に第13病日よりB.I.0点の状態からPTを開始した。第17病日呼吸器離脱し第19病日よりNSTが介入しTEE1,730kcalにて経腸栄養を開始した。第23病日気管カニューレ周囲より大量出血あり止血焼灼術を施行した。気管切開術後の嚥下障害に対し第24病日ST開始、ADL拡大に向け第28病日OT開始となる。嚥下内視鏡検査結果を踏まえSTは段階的摂食訓練を継続した。経口移行状況をNSTで情報共有し栄養量安定を図り、リハビリ部門へは栄養に関して情報提供を行った。PT・OTでは各科1～3METS；20～60min/日で訓練を継続した。第48病日に経口摂取確立、第73病日で気管カニューレ抜管。B.I.100点で第80病日在宅復帰となった。【結語】本症例は、急激な全身状態悪化を呈し、気管切開術後の嚥下障害を発症したが、各治療過程で各部門が連携する事で早期の回復が得られた。栄養状態が安定している事でADL獲得に向けたリハビリテーションが積極的に進められ在宅復帰が可能となったと考えられた。

O-231

病院における入院患者の口腔アセスメントの取り組み

長谷川直子¹、岡野礼子¹、松本怜子²

¹ JCHO埼玉メディカルセンター 看護部、² 栄養管理室

【はじめに】高齢者は入院により歯科医療の機会が失われ、口腔機能の低下に陥りやすい。口腔機能の低下は咀嚼・嚥下・発音・会話・呼吸障害等主疾患自体に影響を及ぼすことが明らかであり、摂食・嚥下障害は誤嚥性肺炎・低栄養・食べる楽しみの喪失につながり、これを予防するためには医科と歯科の連携が重要である。口腔機能の向上・維持は医療費の高騰や入院期間の延長といったデメリットの回避と疾病の治療・合併症予防、それによる患者のQOL向上が期待できる。平成27年度より地域歯科医療機関と連携し、入院患者の口腔アセスメント・口腔ケアを開始した。その取り組みと効果について報告する。【方法】全入院患者を対象とし、各病棟で毎週、医師・看護師により口腔アセスメントの必要な患者の選定を行う。毎週木曜日に歯科医師・歯科衛生士が来院し口腔アセスメントを実施する。歯科治療が必要とされ治療を希望された患者には在宅歯科医療推進窓口を通し、かかりつけ医に連絡を取る。かかりつけ医による往診が不可の場合は他の診療所で対応。また口腔ケア・ブラッシング方法・唾液腺マッサージ等の対応が必要な患者には、歯科衛生士より看護師が指導を受け実践する。【期間】平成27年4月～平成28年4月【対象者】入院患者73名（男性33名平均年齢78.2歳、女性40名平均年齢75.2歳）【結果・考察】依頼内容件数1位：義歯不適合22件、2位：口腔粘膜トラブル10件、3位口腔内乾燥7件、4位：動揺歯5件の順であった。口腔粘膜トラブル・口腔内乾燥が17件であり、看護師の口腔内の観察とアセスメント力が不足していると考えられた。連携後、歯科衛生士の指導の下、口腔ケアを実践することで、食事摂取量の増加・痰喀出量の減少・発語数の増加・表情の変化（覚醒時間の延長・笑顔）等の効果を認め、連携のメリット・重要性を改めて認識できた。【課題】今後は看護師の口腔ケア技術・知識の更なる向上と普及を目指したい。

O-232

脳神経外科領域におけるMMT（徒手筋力テスト）評価方法の実態調査と評価基準の見直し

赤城亜矢子

JCHO東京高輪病院 看護部

I、はじめに 徒手筋力テスト（以下MMTと略す）は徒手により全身の骨格筋の筋力を0～5の6段階で評価する検査法である。脳神経外科領域においてはMMTを応用する形であり、評価基準はおおまかで詳細な評価基準を記した文献も少ない。そのため判定結果に個人差が生じ評価基準を明確化する必要性を感じていた。判定結果の差異は異常の早期発見や患者の予後に影響を及ぼす。評価基準の明確化により統一したケアが実施できると考えた。II、研究目的 脳神経外科領域におけるMMT評価基準を明確化し各スタッフが統一した視点でフィジカルアセスメントができる。III、研究方法 本研究に同意を得た当院ICU看護師15名に対して、2015年8月～2016年1月、半構成的アンケートによる質的調査とMMT評価方法についての勉強会を実施した。IV、結果改訂した評価基準に対するアンケート結果を以前の評価基準に対するアンケート結果と比較した。「わかりやすい・ややわかりやすい」が0%→93%、「わかりにくい・ややわかりにくい」が86%→7%に改善した。V、考察脳神経外科領域におけるMMT判定結果に個人差が生じた要因は「定義の解釈が明確でない」「定義の解釈に個人差がある」「MMTの段階付けには主観的要素が含まれる」の3点であり、これらの要因を補う形で評価基準の改訂、勉強会の実施により評価方法の明確化ができた。改訂した評価基準は現時点で80%以上の看護師から「わかりやすい・評価しやすい・看護師間の評価のズレが減った」との結果を得た。今回は研究期間が短く改訂した評価基準による判定結果の差異までは調査できなかったため今後も継続して調査していきたい。VI、結論当院ICUにおいて、脳神経外科領域におけるMMTの評価基準はわかりづらく判定結果には個人差があった。改訂した評価基準を用い勉強会を実施したことで評価基準が明確になり評価し易くなった。各スタッフの判定の正確性について継続調査をしていきたい。

O-233

群馬県内病院の小児病棟に勤務する看護師と保育士の連携の現状—A 病院での看護師と保育士の協働をめざして—

清水あゆみ、鈴木美佐子、小見恵美、橋本春美
JCHO 群馬中央病院 看護部

【はじめに】A 病院に保育士が採用された当初は病棟会議で話し合い、業務の改善を行っていた。次第に意見交換の場がなくなり、業務は個々に行っているという認識がある。同じ病棟で働く他職種としてチーム医療を推進していくために連携を図ることが大切である。【方法】県内の小児病棟に勤務する看護師・保育士間で行なわれる連携の現状を問うアンケート調査を実施。【結果と考察】連携がとれている事は看護師、保育士共に病状や留意点の情報交換との意見があったが、A 病院の看護師からは情報交換はできていないという意見があった。今後保育士も主体的に意見が言える場を検討する必要がある。連携が必要な事については看護師、保育士共に患児の生活指導や長期入院患児との関わりであった。患児の治療が円滑に行われるにも生活習慣を正すことや日常の楽しみも必要であると考え、保育士が主体となる遊びの機会は看護師と互いに相談し提案することで、日々行われてよいと考える。連携に必要な情報や知識は、看護師は保育の専門知識や月齢・発達に合わせた関わり方、保育士は保育士がしていることや患児の疾患であった。これは日々看護・保育を行う際に戸惑うことがあるためではないかと考える。看護師からの知りたい情報には保育士会の報告がある。県内病院勤務の保育士が定期的に集まる保育士会では保育士同士の情報交換等が行われている。現在 A 病院では互いの専門知識を伝え合う機会はないが、伝達や勉強会を行うことで互いの情報を共有し連携する事ができると考える。【結論】看護師・保育士双方の意見がディスカッションできるようなカンファレンスにする必要がある。看護師・保育士が業務を行う上で互いの知識を得たいと思っていることが明らかになったため定期的に学習会等を行う必要がある。

O-234

急性期病棟で求められる診療看護師について～2 年目を迎えて～

大垣美千代、斉藤岳史、茂木美佳、細谷敬子、牧野紀子、小澤幸
JCHO 東京城東病院 看護部

＜はじめに＞2015 年より診療看護師（以下：NP）2 名を採用し、NP 研修プログラムを実施している。1 年目を終え NP の活動状況による実態調査を行った結果、診療看護師の存在や職務内容が不明瞭という声が多く聞かれた。今年度は3 名増員し、更なる期待が高まる中、入職後3 ヶ月の活動状況を調査した。研修を通し診療看護師の認知度、求められる診療看護師像、今後の課題が明らかになったため、ここに報告する。＜方法＞急性期病棟に勤務していた看護師15 名を対象に認知度・必要度・期待について調査を行い、昨年度との比較検討を行った。＜結果＞「NP に対する認知度」は変化していた。しかし特定行為のみを行う特定看護師と大学院出身の診療看護師の違いに関する認知に関して、区別されてはなかった。「NP の必要性」は病棟へ配属する必要がある。「NP への期待」は患者の病態を含めた看護のレクチャーや検査・画像診断の捉え方など治療だけではなく看護展開の向上に期待する回答が得られた。＜考察＞認知度の上昇に関しては昨年度より NP が存在し働く実態があったことがあげられる。必要性が高い理由については、入職時より病棟に配属されたことで業務中に患者の病態などを指導する機会があり関係性を構築できたことが考えられる。一般看護師は医学の知識だけでなく看護展開の向上に関することを求めている。NP は看護師であるが、看護師より深く医学的知識を学び医師の治療方針の理解、基本的治療や身体診察が可能であり、必要に応じて特定行為も可能である。今回の結果より病棟の NP の役割としては、医学に関する知識だけではなく看護師の教育が期待され NP として活動の幅を広げていかなければならないことが示唆された。今後 NP として共に働くためには、診療部での研修が必要不可欠であるが、それと共に病棟看護師との教育体制の構築をしていく必要性が課題となった。

O-235

入退院センター開設の取り組みと今後の課題

信澤弓子、須田旬子、関塚明子、内藤浩
JCHO 群馬中央病院 入退院センター

はじめに当院では、平成28 年4 月から入退院センターの運営を開始した。今回、開設までの経緯と現状を分析し、今後の課題を報告する。経緯入院に関する説明は、通常外来看護師が診療介助の合間に行うが、限られた時間内の説明では、患者の不安や訴えを十分に聞くことはむずかしい。また、入院が決まると、患者は様々な部署を回ることになり、肉体的、精神的負担を強いられる。これらの問題点を改善することを目的に、入退院センターを開設することとした。平成27 年8 月に設置検討委員会を立ち上げ、同年11 月から試験運用を開始した。試験運用で得られたデータを分析して運用に必要な職種、人数、ブース数等を決定し、平成28 年4 月1 日に本稼働とした。現状現在、看護師6 名、クラーク1 名を専任とし、外科及び整形外科の予定入院患者を対象に業務を行っている。外来から依頼を受けると、入退院に係わる部署（栄養管理室、リハビリ、MSW、薬剤部、医事課等）に連絡し、患者がワンストップで入院に係わる説明を受けられるように調整している。看護師は患者ごとのファイルを作成し、必要書類の記入説明、入院説明、クリニカルパス説明、患者基礎情報の入力等を行う。同時に不安や疑問などの問題抽出に努めている。今後の課題今後、緊急を含む全入院患者に介入することを目標としている。また、病棟や外来看護師のより一層の負担軽減もセンターの目標である。多職種、全外来・病棟がかかわるため、問題点があればその都度話し合い、業務改善をしていくことがより良い入退院センターの運営に大切であると考えている。

O-236

緩和ケア心療外来の開設とチーム医療における認定看護師の役割

松村広子、岩井綾子、大野映子
JCHO 可児とうのう病院 看護部

【はじめに】当院では、緩和ケアチームの再結成により、本年4 月から緩和ケア心療外来が開設された。今回の開設に伴って、医師、外来看護師、その他のスタッフの連携システムの確立や、認定看護師としての役割を振り返り、今後の取り組みについて検討した。【方法】1）外来運用方法について緩和ケアチーム内で検討し、医師、看護師、医事課スタッフへ説明会を行い、院内周知の徹底を行った。2）患者窓口である各科外来看護師との連携を深め、対象患者の抽出方法や連絡方法を検討した。【結果】以前から外来緩和ケアメンバーの活動はあったが、スタッフ間の交流はなく、個々の取り組みでしかなかった。緩和ケア心療外来の開設により、外来看護師からの発信の窓口が出来、その情報の取りまとめを認定看護師が行うことで、主治医のIC 後の患者家族の理解度の確認や、化学療法の治療の場面での意思決定支援、薬剤師による処方された薬の使用法の説明など、その患者の診療に係る様々な場面での連携が図れるようになった。また高額医療や介護保険についての説明や訪問看護について等を連携室に繋げることで、患者の知りたい情報をタイムリーに提供することが可能となった。【考察】緩和ケア心療外来の新設に伴い、外来患者さんに係る緩和ケアの流れについて再検討することができ、患者を継続的に支援することができるようになった。また認定看護師として、組織に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、皆で継続して患者支援が行えていると感じることは、医療者のモチベーションの拡大にも繋がったと思われる。今後は更に病棟看護師との連携を図ることで、外来から入院、入院から退院へと切れ目のない緩和ケアが提供できるようにしていきたい。

O-237

当院の糖尿病専門病棟における糖尿病教育入院パスの実態調査から見えた今後の課題

前田結香¹、中筋葉子¹、藤林佳奈²、岡田理恵子²、塩田恵理都³、
本田美和子³、宮田哲⁴

¹JCHO大阪病院 看護部、²薬剤部、³栄養管理室、⁴内科

【目的】JCHO大阪病院は2015年5月より新病院開院となり、糖尿病内科・皮膚科・形成外科からなる新たな病棟（A病棟）が設置された。A病棟における糖尿病教育入院クリティカルパス（教育入院パス）を適応した患者の実態を調査し、今後の課題を検討する。【方法】対象：A病棟に入院した教育入院パスを適応した患者165名（平均年齢68±12.3歳、男女比89名：76名、期間2015年5月7日から2016年3月31日）。入院目的、成囚分類、入院時と退院時の治療内容、HbA1c、入院期間などの項目を抽出し分析する。【結果】入院目的別では、高血糖教育入院目的（教育群）117名、術前血糖コントロール目的（術前群）45名、約73%が整形外科からの依頼であった。血糖コントロール状況は教育群のHbA1c 9.4±1.7%に比し、術前群ではHbA1c 8.1±1.1%と有意に低値であった。在院日数の比較では、教育群が18.4±6.7日と設定期間を上回り、個々の症例で入院が長期化した原因を評価し、改善していくことが必要だと思われる。また治療別では、術前群前後で経口血糖降下薬、インスリン、インクレチン製剤の使用頻度割合がほぼ同じであった。一方教育群では、インスリンおよびインクレチン製剤の使用が増加していた。成囚分類別での比較では、2型糖尿病患者が150名、1型糖尿病患者が12名、その他糖尿病が3名で、大多数が2型糖尿病患者であった。入院時の血糖コントロール状況は、2型糖尿病はHbA1c9.1±1.7%、1型糖尿病は8.6±0.74%であった。【結語】今回の検討により、糖尿病患者の入院実態が明らかとなった。高血糖教育入院群では治療内容の変更が多くみられ、変更に伴う教育を充実することが必要と考えられた。教育入院パスの設定期間内に入院目的を達成できるように早期より支援が必要である。

O-239

Child protection team (CPT) 活動開始後の対応変化と課題

田崎弘美、濱田雅之、中河いよう、松尾康史、児玉真理子、谷山久枝、
久保美抄、土田清美、中山和子、三上真理子、猪鹿倉隆洋
JCHO 星ヶ丘医療センター CPT

【はじめに】A施設は、脳外科および整形外科が24時間365日にわたり救急を受け入れている急性期病院であり、小児の外傷事例が少なからず受診する。小児の虐待に対する組織だった対応が望まれたため、2015年11月Child protection team（以下、CPTと略す）を立ち上げた。【目的】A施設における児童虐待症例の早期発見、対応を目指し、迅速・的確な対応を図るCPT活動状況を調査する。【方法】調査期間：2015年11月～2016年4月 調査対象：A施設を受診した15才以下の外傷事例活動内容：第1期：12月から疑わしい事例のみに子ども外傷チェックリスト（以下、チェックリストと略す）を使用しトリアージを開始した。第2期：2月から全ての外傷事例にチェックリストを使用した。調査方法：チェックリストの使用数を月別に調査し（第2期では使用率も調査）、その後の公的機関への相談および報告件数を調査した。【倫理的配慮】事例は個人が特定されないようにコード化し、得られた情報は研究以外の目的に使用しない。【結果】第1期のチェックリスト使用数は12月5件、1月0件で、虐待を疑う事例はなく、院外へ1件支援依頼した。第2期の使用数は、2月22件（使用率71%）、3月13件（39%）、4月39件（81%）であった。CPTが関わった事例は4件で、連絡・相談は全てCPTメンバーが行った。【考察】CPT活動開始前の公的機関への報告件数は3件（2012年～2015年11月）であるのに対し、活動後の半年で4件の報告を行った。活動前は主治医が報告していたが、活動後はCPTが行い個人の負担が軽減している。しかし、チェックリストの使用率にばらつきがあり、職員への継続的な啓蒙・教育が必要である。虐待だけでなく、育児支援を要する症例も拾いあげることができており、さらなる地域貢献が期待できる。【結論】1. A施設において、CPT活動は子ども虐待の早期発見・対応に寄与している。2. 職員には活動の啓蒙、継続的な教育が必要である。

O-238

外来出向をしている病棟看護師の継続看護に対する認識

木下千恵、石濱慶子
JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部

【目的】近年、在院日数の減少、外来における高度治療の進歩などを背景に、外来と病棟との継続看護の強化が求められている。地域中核病院の急性期7:1看護体制をとるA病棟では、病棟看護師が継続看護を目的に外来出向している。主な業務内容として化学療法を受ける患者の問診・手術予定患者のオリエンテーション・緊急入院患者の対応である。これらの取り組みの評価として、外来出向をした病棟看護師の、継続看護への認識を明らかにする。【方法】対象：外来出向の経験のある病棟看護師（卒後4年以上）7名。調査方法：1. 外来業務を継続看護と認識しているか 2. 外来業務を通じた自己の継続看護における気づきや課題以上2項目について研究者が聞き取り調査を実施。倫理的配慮：対象看護師には研究への協力の有無にかかわらず不利益がない事を口頭で説明し、同意を得た。調査結果は個人が特定されないよう配慮した。【結果】調査項目1. 対象者全員が「継続看護の意識を持っている」と答えた。調査結果2. 気づきとして「病棟と外来では看護の視点が違う」「化学療法による副作用が、日常生活でどのように影響するのかを知ることができた」「退院患者が外来へ繋がる流れを理解できた」「退院後、どのように過ごしているのかを知ることができた」であった。課題については「継続してほしい看護を適切に伝えるための表現方法」「外来との情報共有の方法」であった。【考察】外来出向での業務を通して、退院後の患者の様子から入院時に必要な看護について考える機会を得ていた。入院期間の短縮もあり、病棟看護師は患者が安全に治療を受けて退院することに重点を置いていたと考える。病棟看護師は継続看護の流れ、継続看護の必要性の再認識および課題の焦点化ができた。今後、入院期間では補えない看護をどのように外来へ伝えていくか考えていく必要がある。

O-240

肩腱板断裂修復術患者の社会復帰へ向けた関わり ～医療チームで共有できるクリティカルパスの改訂～

宮川三希子、沖元善裕、木原茂美、隈部由美子、山本明世
JCHO 熊本総合病院 看護部 7階病棟

【はじめに】肩腱板断裂は40歳以上の男性に頻発し、外傷によるものは半数で、残りは日常生活動作・加齢による変性、仕事やスポーツで上腕を酷使することにより特に右肩に発症する。治療の選択は保存療法・手術療法があり、後者の場合、約4週間の装具固定を行い、日常生活援助が必要となり、入院時より社会、職場復帰を目標に医療チームとしての関わりが重要と考える。整形外科病棟において、H27年に腱板断裂手術を受けた患者の症例数は31件であり、退院後の日常生活、職場復帰に対する不安が半数以上の患者から聞かれた。各職種がお互いの役割や患者の経過を共有できていないのではないかと推察し、今回見直しを行った。【方法】1 術後の日常生活動作の指導方法について整形外科病棟勤務1年以上の看護師にアンケート調査を実施。2 医療チームメンバーで共通認識をもつためカンファレンス実施。3 医療者・患者用クリティカルパスを改訂しリハビリ及び生活指導の効果を評価する。【結果・考察】アンケートの結果、リハビリや装具の必要性・入浴時の注意点や退院後生活の指導について、3年未満看護師の半数以上が実施出来ていなかった。医療チームメンバーでカンファレンスを実施したことで、互いの役割を理解し患者の退院後の生活を見据えた、関わりを行い適切な知識と技術を提供することが必要であることの共通認識をもつことができた。栄養管理と理学療法士が行うリハビリと看護師が病棟で行うリハビリの連携ができるパスに改訂した事で、早期から社会復帰へむけてサポートができ、退院後生活の不安軽減につながった。また経験年数に関わらず統一した指導が可能となった。【まとめ】医療チームで共有できるクリティカルパスの改訂をした事で、早期から患者に社会復帰へむけてサポートができ、退院後生活の不安軽減につながった。

O-241

A病院における腹部CT画像を用いたストーマサイトマーキングの有効性と課題

桑田幸子¹、曾田均²、白倉裕也³
¹JCHO山梨病院 看護課、²外科、³理学療法室

【はじめに】A病院では、年間約15例程度のストーマ造設術が施行されており、昨年度のストーマ造設患者の平均年齢は73.4歳と高齢化が進んでいる。より安全なストーマケアを目指し、医師と協働し、5年前より術前に撮影した腹部CT画像（以下CT画像）を用いたストーマサイトマーキング（以下マーキング）に取り組んでいる。この取り組みを通してA病院におけるCT画像を用いたマーキングの有効性と、今後の課題について報告する。【目的】CT画像を用いた腹直筋及びマーキングの評価【方法】1. マーキング前：CT画像をもとに医師、WOCNが腹直筋や腸管の状態を確認 2. マーキング実施：クリーブランドクリニックの5原則及び大村の原則をめやすに実施 3. マーキング後：再度CT画像をもとにマーキング部位の評価【結果】CT画像を用いた有効性として、（1）腹直筋や腸管の状態をアセスメントしたマーキングの実施、（2）カンファレンスにより病態や治療方針、ストーマ造設による合併症の発生リスク等の情報共有、（3）合併症予防及び合併症発生時の早期介入、（4）マーキングの連携システム整備。今後の課題として現時点では以下の3点が挙げられる。（1）高齢者へのストーマ造設後、筋力低下に伴う腹壁変化時の対応及びケア方法の検討、（2）夜間緊急手術時のマーキング実施に関する対応、（3）術後の病態変化による予測の限界。課題（1）に対して、これまでのデータをもとに理学療法士と協働し、腹直筋群の筋力評価方法、並びに手術前後での理学療法介入等の検討を行っている。【おわりに】ストーマ造設は、患者家族のこれから先の生活に大きく影響を与えるため、今回の取り組みにより得られた有効性は大きいと考える。今後は課題解決に向け、患者を中心に多職種が協働し努力していきたい。

O-242

開心術後患者に対する嚥下評価表を用いたスクリーニングの試み

近藤亜樹¹、高橋ひかり¹、大山睦美¹、原田幸子¹、梅田美智子¹、城宝深雪²
¹JCHO北海道病院 看護部、²リハビリ部

【はじめに】2012年の先行研究より開心術後の嚥下機能には術前の既往歴よりも手術侵襲の程度や術後経過の様々な要因が関連しているとわかった。先行研究で作成した嚥下スクリーニングシートでは嚥下1～3期の評価ができていない、評価基準が明確に示されていなかった。【目的】誤嚥リスクを見落とさないため評価項目や評価基準を示した新たな嚥下機能評価表を作成、使用し開心術後患者の嚥下状態の実態を明らかにする。【結果・考察】当院で開心術を施行された20例のうち評価表を使用してハイリスクと判断され言語聴覚士による嚥下訓練を行った3例をA群、誤嚥リスク状態の看護計画を立案した6例をB群、看護計画の立案がされなかった11例をC群に分けた。A群では3例とも手術・人工心肺使用が長く、術後に急性呼吸窮迫症候群や循環不全を発症して長期挿管管理となった。2例で術後せん妄が見られ、全例で摂食・嚥下機能が低下した。B群は術前に自歯の欠損や脳血管障害などの既往歴から計画が立案されていた。1例を除いて術場抜管もしくはICU帰室直後に抜管となり、どの例も術後合併症を起こさなかった。C群は挿管時間がA・B群より短く術後合併症も起こさなかった。A群とB・C群を比較した結果、A群では手術侵襲や術後合併症の影響もあり挿管時間が長かった。また、嚥下1期で認知機能が低下、2期で口腔内の運動機能が低下、3期で湿性嗝声で軽度～重度みられ改善に時間を要し、4期で反復嚥下テストが基準値以下だった。術前の既往歴や自歯の欠損は嚥下機能の低下に直接影響していないことも明らかになった。【結論】術後の嚥下機能低下は、術前の既往歴よりも長期挿管管理や手術侵襲、術後経過が影響しており、術後に行う評価表のハイリスク基準は妥当であった。

O-243

特定行為研修修了者の修了後研修及び所属と配置に関しての一考察

高橋淳¹、松邑恵美子¹、井手上龍児¹、大垣美千代¹、茂木美佳¹、斉藤岳史¹、森川暢²、本橋伊織²、松本真一²、福添忠寿¹
¹JCHO東京城東病院 看護課、²総合内科

【はじめに】2014年6月、「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」が成立し「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化された。それに伴い、保健師助産師看護師法も大改正となり、翌2015年10月より「特定行為に係る看護師の研修制度」が施行された。「特定行為に係る看護師の研修制度」は研修内容や研修時間数などは詳細に記載されているが、卒後研修や研修修了者の配置、業務内容については記載がなく、採用した病院ごとに独自の運用を行う形となっている。そのような中、当院では2015年4月から大学院での教育を修了した2名の診療看護師を採用、本年度は更に3名の大学院教育修了者を追加採用し総合内科で研修を行っている。また、当院では診療看護師は看護課所属ではあるが、特定行為を行うには医師との連携が必要不可欠という判断に至り、研修している診療科の医師と一緒に医局に席を置くという形を取っている。施設によっては診療部に所属しているところもあれば、当院のように看護部所属としている施設も少なくはない。診療看護師にとって研修終了後の研修は必要かどうか。どのような所属で、どのような配置が理想であるか大学院生、診療看護師、看護部責任者からアンケートを行ったので、結果及び考察をここに報告する。【方法】アンケート方式、調査対象：大学院生、診療看護師（JCHO職員を除く）、看護部責任者

O-244

手術室で生じた倫理的課題に対して多職種と協働した手術室看護師の取り組み

高橋良知¹、古田由美子¹、藤原千佳¹、中島佐和¹、中谷桂治²、島田幸造³、安政啓吾⁴

¹JCHO大阪病院 看護部、²麻酔科、³整形外科、⁴外科（消化器外科・呼吸器外科）

【はじめに】新病院への引っ越しを機に構造は大きく変化し、これまでになかった新たな課題も数多く生じた。手術室で生じる倫理的課題に対して、患者の権利を守るべく手術室看護師が多職種と協働して取り組んだ内容と結果について報告する。【実際】手術室では、医療者の言動や態度、システムが患者の権利を脅かしている様な場面を、手術室看護師の視点で投書する意見箱がある。新病院への構造変化に伴う倫理的課題として1件の投書があった。また、手術室看護師36名に「新病院引っ越しに伴い患者サービスの質低下が考えられること」について、自由記載形式のアンケートを実施すると、倫理に関する回答は38件であった。投書、アンケート結果に対して、改善策の検討と導入を行った。入室ホールは旧病院の1/3程度の広さとなり、個人情報保護と羞恥心の配慮の観点から、申し送り方法に課題が生じた。医療安全の視点を踏まえて麻酔科医師と共に検討し、申し送り方法を変更した。また、手術退室ホールと手術室の扉が同時に開扉することで、手術中の患者の姿が外部の眼に触れるという状況が生じた。その為、手術室扉の前に可動式の衝立を設置し、扉が開いても部屋の内が見えない環境を外科医師と調整した。手の外科手術では、手術室の1室内に麻酔準備コーナーがあり、手術中の患者と麻酔中の患者の2名が同室内に存在することで、プライバシーの保護や精神面への配慮に対して課題が生じた。手の外科医師と共に、安全な麻酔管理とプライバシー保護、精神面への配慮が可能な環境を共に検討し、衝立の活用と手術室内のBGMの利用により対応した。【おわりに】倫理的課題は様々な場面で発生する。その場面に關わる多職種で共有しつつ、多角的な視点から患者の権利を守るためにそれぞれの専門分野で協働していく必要がある。

O-245

認知症ケアチームの活動状況と今後の取り組み

奈良まり子、野田和男、松本真一、松邑恵美子、勝野満里子、村田美保、菅野抄織

JCHO 東京城東病院 看護課

はじめに 2016年身体疾患を有する認知症患者のケアに対する診療報酬改定（「認知症ケア加算」開始）時より、A病院では認知症ケアチームを立ち上げ、多職種と連携・協働し認知症ケアの質の向上に努めている。身体疾患のために入院した認知症患者に対して、認知症ケア対策を討議・検討し、病棟における対応力とケアの質の向上とその効率的な推進を図るために認知症ケアチームを設置した。そこで認知症ケアチームの活動状況と今後の取り組みについて報告する。方法 平成28年4月より身体疾患のために入院した「認知症高齢者の自立度判定基準」におけるランク3以上かつ加算対象に該当する患者に対して、平成28年4月からの1ヶ月間に人口学的変数、身体拘束実施の有無、入院日、加算開始日、などについて調査した。また1回/週程度の病棟巡回において認知症ケアチームの運営方法について討議・検討した内容についても調査した。その結果から認知症ケアチームにおける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 認知症自立度判定基準3以上かつ加算対象患者は28名で平均年齢87歳、女性15名、男性13名であった。認知症ケアチームで病棟巡回時の依頼内容が多かったのは「認知症自立度判定基準3以上」の該当者であるかの評価依頼が多かった。A病院の特徴として入院時から3日程度経過してから認知症自立度判定基準3以上該当患者へリストアップされていた。そこで入院時からの認知機能評価判断と認知症症状悪化予防支援を行うシステム作りが今後の課題である。

O-246

外来での継続看護への取り組みの紹介と今後の課題～他部署との連携に向けての試み～

大塚りか、佐藤陽子
JCHO 桜ヶ丘病院 外来看護部

【はじめに】

近年、外来においても患者中心のチーム医療・継続看護の必要性が求められている。

外来での継続看護について事例検討や伝達学習を実施した結果、記録に残す事が情報共有の手段の1つであるとわかった。また、患者の問題を解決する上で外来看護師だけでは解決できないことが多く、その為には病棟・MSW・医師などを含めたチームで話し合う必要がある事も理解した。そこで他部署との連携強化の方法や時期・対象などを検討した結果、今後の課題が明確になったのでここに報告する。

【方法】

継続看護が必要と判断した患者を抽出し他部署との連携方法を検討した。

1 退院カンファレンスに参加し、継続看護の必要性の検討と問題点を共有した。

2 外来通院中の患者の他職種との連携方法を検討した。

3 当院訪問看護師との連携方法を検討した。

【結果】

退院カンファレンス参加により、患者の自宅での問題点の明確化や外来での介入の必要性がさらにみえてきた、それとともに各部署の役割が明確になった。外来通院患者への他職種の介入方法や介入時期がわかり始めた。訪問看護利用者に対しては、受診時の様子を外来看護師から訪問看護師へと情報を伝えるようになった。

【まとめ】

外来看護師だからこそできる看護介入や他部署との連携が必要な事例は多いと改めて認識した。今後は、病棟と外来間で継続看護が必要と判断した事例に対し退院カンファレンスに参加できる方法を探る。事例検討を重ねる事で、継続看護の必要な患者の判断基準を作り看護の標準化を図る。他施設の訪問看護師やケアマネとの情報共有の方法を考える。これらを課題とし、今後も患者や家族の求めている事にいち早く気づき実践できる看護師を目指して検討を重ねていきたい。

O-247**診療放射線技師による疑義照会の評価
—医療の質改善に向けて—**

中谷瞬、境一也、西川理沙、中尾哲、高谷道和
JCHO 大和郡山病院 放射線部

【はじめに】診療放射線技師（以下技師）の重要な業務のひとつとして、医師からの検査依頼に対して安全で正確な検査情報を提供する事がある。放射線部では各検査において、疑義があれば技師が個別に医師に確認してきた。確認すべき内容に個人差があったため、新たな取り組みとして疑義照会の調査を行った。また日本診療放射線技師会も推奨しているように、技師が適正な疑義照会を行うことは患者不利益の回避に繋がると考える。副作用の防止・放射線被ばく抑制・有効性向上を通して医療の質向上につなげていきたい。【対象と方法】13名の技師が専用の調査用紙に記入する方法で、疑義照会事例を平成28年4月から収集した。依頼医に対して問い合わせを必要とするすべての事象を対象とし、定期的に報告会を行う事で発生状況を部内で共有した。【結果】疑義内容としては、造影検査依頼時の腎機能チェックや撮影依頼部位の左右間違いが多く、特に当日依頼の検査に多く疑義照会が発生した。収集件数の調査内容の報告は当日会場にて行う。【考察】今回、放射線部全体で疑義照会を行うことで、短期間にも関わらず日常業務において幅広い分野で疑義照会が発生していることが判明した。将来的に電子カルテやRISシステムに調査結果を反映して、患者不利益が回避出来るシステム構築の材料として活用していけると考える。またチーム医療の一環として、今後も継続して疑義照会を実施調査していくことで、他の職種との情報共有を働きかけていきたいと考えます。

O-248**放射線室におけるヒヤリ・ハット対策 【第2報】
— 患者誤認防止への取り組み —**

須田学、勝田和弘、大西誠一、丸山賢吾、高井大輔、齊藤麻里子、永海智之
JCHO 玉造病院 放射線室

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ことを前回報告した。

- 1) 情報の共有によるリスクの把握：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、ヒヤリハットレポートを作成しフィードバックする。
 - 2) リスクを評価・分析して対応策を検討：発生したインシデント事例の重大性を評価し、早急に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：システムの整備や対策の実施を行い、リスクマネジメント部会に報告する。
 - 4) 対応策の評価：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。
- 今回、誤認防止について行った2つの取り組みについて事例と共に報告する。

1. オーダリストからの患者選択ミス**2. 患者誤認防止対策**

患者誤認は、重大なアクシデントにつながる可能性が高いため、誤認を防止することは、安全で良質な医療を提供するために極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、日常業務に関するあらゆるリスクをなくすための対策に積極的に取り組んでいきたい。

O-249**MRI 検査における吸着事故の経験と、その後の安全対策への取り組み**

栗林武志¹、遠山優也¹、飛鳥井真有子¹、片桐江美子¹、村井智明¹、伊藤智高¹、安藤康徳¹、鈴木香織²、小栗美代子²、豊田信子²、足立清子²
¹JCHO 中京病院 放射線部、²看護部

【目的】近年、放射線技師会等へ報告されている様に検査件数の増加とともにMRI装置による吸着事故が増加している。当院においてもMRI検査に対する危険性の認識不足により不必要物品の持ち込み事例と点滴棒の吸着事故、さらに酸素ボンベの持ち込みの重大な2事例を経験した。今回これらMRI検査における事故を未然に防ぎ安全に検査を行える環境を作るために吸着体験を含む講習会を行ったので報告する。【方法】診療放射線技師と放射線科看護師と共同で看護職を中心とした病院スタッフに対しMRI検査の危険に対する講習と高磁場下での吸着力の体験実習を含むMRI安全講習会を企画し実施した。放射線技師よりMRI検査における事故について報告を行い、放射線科看護師より看護師サイドでのMRI検査に対する注意点を説明した。その中で当院にて病棟患者および救急外来患者のMRI検査施行時に使用しているMRIチェックリストの項目内容と必要性の説明を行った。さらにMRI装置の吸着力を理解するために3.0TのMRI検査室にて事務用金属クリップを用いてMRI装置の吸着力の体験実習を行い、終了後アンケートを実施した。【結果】2016年3月31日現在27回（322名）の安全講習会を開催した。アンケート結果からMRIに対する理解が得られた。また、チェックリストの項目について理解を得ていない現状と、チェック項目の説明不足という不備がわかった。開催後、チェックリストの提出状況や記入不備の改善が見られた。【考察】MRI検査を安全に運用するためには、多職種に渡るMRI検査の危険性の認識が必要であることは言うまでもない。一度に少人数制にて体験実習を含む講習会は講義形式の講習会に対し印象に残り効果的である。身を持って高磁場を体験することによりMRIの危険性の認識を高め、チェックリストの重要性と必要性について理解を得ることが可能だと考えられた。

O-250**マンモグラフィのインシデントレポートに対する改善策について**

恩蔵舞子、早田恵実、武藤秀徳
JCHO 相模野病院 放射線部

【はじめに】当院ではマンモグラフィでのインシデントレポートが数件挙げられており、その中でも患者影響レベル3クラスの事例について改善策を設けたので、その事例と改善策を報告する。

【目的】インシデントレポートに対する改善策を検討・実行することにより、検査の安全・安心を担保できる環境を整える。

【事例1】30歳代女性。検診受診時で撮影後の圧迫解除直後と同時に転倒。転倒時後頭部を打撲し外科に診察を依頼。

【改善策】

1. 撮影室の床全体にマットを敷きつめた
2. 撮影室内に椅子を配置
3. 操作室と撮影室の間の扉を常に全開にして撮影を行う
4. 受診前に記入してもらうチェックリストを作成

【事例2】60歳代女性。検査1週間後に受診者より「検査後から胸の痛みが引かず近医受診をしたところ、肋骨骨にひびが入っているとの診断を受けた」との連絡。

【改善策】

1. 撮影時の注意事項となる文章を作成し、撮影前に受診者に目を通しってもらう

2. 事例1の改善策で作成したチェックリストにも注意事項の文章を追加

【考察】マットを敷きつめることにより転倒時の外傷を防ぐことができ、また迷走神経反射や貧血等による気分不快や意識消失した受診者を直接床に寝かせることがなくなった。さらに扉を開けて撮影を行うことにより受診者の観察が行いやすくなった。

チェックリストの作成により受診者の既往などの情報が得られるようになり、受診者との撮影中のコミュニケーションがとりやすくなった。

撮影時の注意事項の文章を作成し、チェックリストにも注意事項の文章を追加することにより、受診者に撮影時の注意を促すことができ、受診者からも技師に対して質問などをしやすい環境になった。

【まとめ】インシデントレポートに対する改善策を実行したことにより、検査の安全・安心を担保できる環境が整えられた。今後も更なる検査の安全・安心を担保できるよう掛けていきたい。

O-251**生体情報モニターアラームに対する意識改革**

佐藤結城、神倉和見、富田俊彦、井上照代

JCHO 中京病院

生体情報モニターのアラーム機能は患者の状態変化を迅速に察知でき、人員不足の現在の医療現場に必要不可欠である。精度の高い機器を使用してもヒューマンエラーによる事故は後を絶たず、JCHO 病院においても患者の心電図アラームに気付かず急変発見が遅れ心肺停止状態であり、蘇生を行った事例が発生している。A 病院では看護職員を対象に、生体情報モニターアラームに対する意識調査を行ったところ、アラームの重要性は理解しているが業務の煩雑さにより対応できない、アラームが日常的な音と化し緊急性を感じられない等、本来のアラーム機能を果たせていない現状が露呈した。そこで全病棟看護師に対し、危機意識・リスク感性を高める目的でアラームに対する勉強会を開催し、勉強会後の意識変化を調査した。蘇生を行った事例紹介でアラームを意識する動機づけを行い、アラームへの適切な対処方法等を取り入れた。勉強会後のアンケート結果では、アラームの重要性を改めて実感した等の意見が聞かれ、意識変化が見られた。また、現場の看護師は医療機器に対する苦手意識からモニターの取り扱いに自信を持てず、指導も行き届いていないことが判明した。生体情報モニターについての知識不足を補い、機器管理を適切に行い患者の安全が守られる環境づくりができるよう今後も定期的な勉強会開催、機器管理を看護師と共に行える対策を考えていきたい。

O-252**状態急変時の対応力向上の取り組み
～リハビリテーション時の不安軽減に向けて～**

鈴木研登、石月亜由美、尾熊洋子
JCHO 三島総合病院 リハビリテーションセンター

【はじめに】当院リハビリテーションセンターでは、急変時対応力向上のために年2回Basic Life Support訓練を実施しているが、その他にも術後合併症や嘔吐など様々な状態急変時の対応力が必要である。今回、スタッフの状態急変に対する不安要因に着目し、勉強会とシミュレーショントレーニングを実施した。結果、不安軽減に結び付いたため報告する。【方法】スタッフ10名（理学療法士8名、言語聴覚士2、経験年数14.2±12.8年）に対し状態急変時の不安に関するアンケートを実施した。アンケートはリハ中に起こり得る状態急変事項を9項目に分類し、それぞれ0～10段階に不安の強さを設定した。不安の強かった項目について議論形式の勉強会を3回、シミュレーショントレーニング2回、危険予知トレーニング2回を実施した。その後、同様のアンケートを実施し、取り組み前後の結果を比較検討した。統計処理はウィルコクソン符号付順位検定を用いた。【結果】初回アンケートで不安の強かった項目は心疾患、脳血管疾患、深部静脈血栓症であった。取り組み後のアンケートでは各点数が深部静脈血栓症は6.6±2.5から4.4±2.6へと有意に低下（ $p<0.05$ ）、脳血管疾患は6.4±2.5から4.3±2.4へと低下傾向（ $p=0.07$ ）にあったが、その他各項目に有意差はなかった。また、実際の状態急変の件数は平成26年度15件から平成27年度10件と減少が見られた。【考察】スタッフは状態急変に遭遇した時、的確で迅速に対応できるかという漠然とした不安を持っている。知識はあっても実際に急変を体験する機会は少ない。状態急変に対する不安を勉強会にて議論し経験者と意見を共有した結果、不安が軽減したと考える。特に心疾患に対する状態急変は生死に関わるため不安は強いが、対応手順の把握や模擬体験により冷静な対応を可能とする。不安軽減により自信を持って迅速に急変対応できるよう、今後も定期的な取り組みが必要である。

O-253**心肺蘇生教育の実際と評価～急変対応はどう変わったか～**

高田美由紀¹、品田みゆき²、堀誠司³
¹JCHO千葉病院 看護部、²医療安全部、³医局

【はじめに】院内では予期せぬ心肺停止が起こることも少なくない。より早い救命処置を目指すためには、看護師や医師が救命処置に熟知し、少ない人員の中で最大限に協力しあう必要がある。しかし、当院の心肺蘇生は各医療職の経験に基づき、医師によっても蘇生法が異なるため、現場でチームワークを発揮するのが困難であった。そこで科学的根拠に基づいた心肺蘇生の標準化をめざして、2013年に心肺蘇生マニュアルを作成した。また、心肺蘇生教育として、同年よりALS(Advanced Life Support：二次救命)研修、2014年より実際の病室を利用した急変対応シミュレーションを実施している。教育開始から3年が経過し、今回様々な観点から心肺蘇生教育の評価を行ったので報告する。【研究目的】心肺蘇生教育の評価を行い、当院の心肺蘇生がどう変化したのか、今後の課題は何かを明らかにする。【結果】蘇生処置の記録から、発見時に頸動脈で脈拍触知を行い、脈がなければすぐ胸骨圧迫を開始するという初期対応はできるスタッフが増えていることが分かった。また、シミュレーションの得点を見ても、発見者が迅速な心肺蘇生を開始できるようになってきている。アンケート調査では、マニュアルに準じて、声を掛け合いながらチームで協力しあい心肺蘇生を実践できるようになっていることも分かった。【考察】一連の教育によって、急変時にはすぐ脈拍を確認し、早急に胸骨圧迫を開始できる看護師が増えた。しかし、細かい手技の習得やAEDを使用した早期の除細動実施は今後の課題である。2015年度は看護師だけでなく全職員対象のBLS研修も実施することができた。また他院の救急部医師へ依頼し、医局での講義も実施され、2013年より開始した心肺蘇生教育は院内でも高い評価を得ている。今後は心肺蘇生における各部署の問題点の把握とフィードバックを行うことと、全職員の研修継続により、病院全体の組織能力の向上を目指していきたい。

O-254**当院の抗がん剤曝露対策の現状と課題**

國次葉月
JCHO 徳山中央病院 看護部

抗がん剤には発がん性、変異原性、催奇形性などがあり、抗がん剤を取り扱う医療従事者への曝露対策が全国的に広まっている。当院では、2004年から薬剤部で抗がん剤の調製を開始し、現在は安全キャビネット内で調製を行っている。2005年頃より、がん化学療法の研修を受けた薬剤師、看護師を中心に抗がん剤を取り扱う際の曝露対策に取り組んできた。抗がん剤ボトルの取り扱い時に手袋を着用するようになり、その後、マスク、フェイスシールド付きマスク、エプロンを着用するようになった。抗がん剤が付着した廃棄物の処理についても、感染対策の充実と同時に他の医療廃棄物とは別に処理するようになった。さらに、2016年4月の診療報酬改定を機に全ての抗がん剤投与時にCSTD(閉鎖式薬物移送システム)の使用を開始した。2014年2月に、実際に行っている曝露対策の有用性と目に見えない抗がん剤の曝露状況を把握するために抗がん剤の残留試験を実施した。サンプル箇所（外来化学療法室リクライニングシート横、外来化学療法室内トイレ、薬剤部混注台、調剤室ドア）にシートを貼付し、薬剤の検出の有無、程度について調べた。その結果、外来化学療法室のリクライニングシート横、つまり患者への抗がん剤投与場所では、調査した4薬剤とも抗がん剤は検出限界以下であった。しかし、外来化学療法室内のトイレからは最大7704ng、調剤室のドアから79ngの抗がん剤が検出された。現状と残留試験の結果から調製、投与、廃棄物処理においては一定の曝露対策が実施できていると考える。しかし、トイレの清掃の問題、個人防護具の適切な使用方法などについては、課題が残っている。よって、今後は清掃や廃棄物処理、施設担当を含めた病院全体での抗がん剤曝露についての教育と、個人レベルでの安全対策の実践が必要と考えている。

O-255**インシデントレポートの【スタッフ間の連絡・連携が不十分】に起因する傾向の分析**

松本香葉子、松本茜、山脇佳子、久保山美穂、近藤知美
JCHO 大阪みなと中央病院

研究目的：インシデントレポート（以下レポートと略す）の事故の原因項目のひとつである【スタッフ間の連絡・連携が不十分】に起因するインシデントの傾向から、看護師間での連絡・連携の現状を明らかにする。研究方法：平成26年度レポート68件から、【スタッフ間の連絡・連携が不十分】をキーワードとして、スタッフ間の情報共有・連携があれば防げたであろうという点に着目、コーディングした。当事者がその項目にチェックをつけたものを抽出、事故の種類・内容別に分類、検討を行った。倫理的配慮：院内の倫理委員会の承諾を得て実施する。結果：コーディングを行った結果、16件（23.5%）となり、当事者が挙げていた例は7件（10.2%）であった。事故の種類としては、〈点滴・注射〉に関するものが9件（56%）で、その内容は自己抜去が最も多かった。原因として重複した項目は順に、【不注意】【確認ミス】【患者の機能把握不足】といった看護師側の要因、次いで【患者側の要因によるもの】であった。考察：当事者が【スタッフ間の連絡・連携が不十分】に該当すると思わなかった事例が9件あった。これは、各個人によって情報の捉え方や、連絡・連携、共有についての認識に違いがあるためだと考えられる。患者側の要因から起こる事故は、観察や予防的対策をしても防ぎきることは困難である。しかし、事故の要因は複数あり、患者の状態変化があった時点で情報共有し複数のスタッフでアセスメントすることが重要である。情報伝達・共有には、送り手と受け手が存在する。それぞれが正しく役割を果たし、フィードバックを行うことで、スタッフ間の密な連絡・連携に繋がる。そのためには情報の送り手は確実にカルテに記載・申し送りをし、受け手はカルテから情報として読み取り、不明点や疑問点を送り手に確認することが必要である。個々のスタッフの多様な考え方に耳を傾け、新たな視点や気づきを活かすことが重要である。

O-256

腎機能低下患者に対する薬剤の適正使用への取り組み

萩原紫織、横山美智江
JCHO 三島総合病院 薬剤科

【目的】当院は、入院患者の約6割が70歳以上であること、付属老健施設が隣接していること、約60名の患者が通院する人工透析センターを擁することから、腎機能低下患者が多い。以前より、薬剤科では腎機能に応じた薬学的ケアを実施していたが、13名の薬剤師それぞれの意識・技量によりケア内容にばらつきがあった。そこで、腎機能低下患者に対する適正な薬剤選択、用量調節を行なうことで副作用軽減、腎機能障害の増悪防止、薬学的ケアを誰でも一定の水準で実施できるようにシステム改善の取り組みを行った。

【方法】「腎機能障害時の投薬ガイドブック」を作成し、それに基づいて用量調節の必要性・投与可否を表すシールを調剤棚に貼付した。また、当院採用薬の中で重要度の高い薬剤は、調剤システム上に目印となるマーク（リマインダー）を設定し、調剤時に血清クレアチニン値をチェックする流れを整備した。これらの取り組みがどのように業務に影響を及ぼしたか調査した。

【結果・考察】薬剤の用量調節・投与可否をシールで可視化したことにより、腎機能低下患者に対する薬剤の適正使用への意識が高まった。ガイドブックの作製により基準が明確になり、調剤担当から医師へ疑義照会を行いやすくなった。最重要薬剤のリマインダーによって、適切な投与量が誰にでもわかるようになり、調剤者と病棟担当者でのダブルチェックが確実にになった。一方、持参薬調剤時にはリマインダーが整備されていない点、検査値チェックの手間により調剤の業務スピードが低下する点、血清Cr値からの腎機能評価を患者ごと適切に行うことが難しい点が問題点として挙げられた。今回の取り組みは、経験や知識の差に関わらず標準的な薬学的ケアの実践を可能にしたことに加え、薬剤科全体の適正使用に対する意識が高められ、副作用の軽減や腎機能悪化を予防するうえで有意義であると考えられる。

O-257

脊椎手術における SSI 発生を予測する新しい層別化ツールの開発

難波孝徳、萩原義信、仲澤徹郎、斉藤忍、中馬あつし
JCHO 東京城東病院 整形外科

【目的】効果的な手術部位感染（SSI）予防対策のためには、感染を発生する確率の高い患者を特定し、そのリスク因子を制御することが必要である。しかし脊椎外科領域においてはまだ有用な SSI の予測指標は存在しない。我々は過去の脊椎手術症例を検討し、SSI の発生を予測する clinical prediction rule の作成を試みたため報告する。【対象および方法】2005 年 9 月～2011 年 5 月にかけて施行した脊椎手術 822 例を対象とした。検討項目は年齢、性別、BMI、ASA score、併存症の有無、喫煙、ステロイドの内服、免疫抑制剤の使用、血清総蛋白値、アルブミン値、緊急手術、インプラントの使用、手術時間、出血量など 19 項目とした。単変量解析にて変数の絞り込みを行い、SSI の発生を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。得られた β 係数をもとに各因子の score 化を行い、SSI 発生の予測モデルを作成した。また 2010 年 1 月～2014 年 5 月までの症例 1020 例にて外的妥当性の検討を行った。【結果】性別、緊急手術、糖尿病、皮膚疾患、透析、喫煙、血清総蛋白値、アルブミン値、出血量が SSI 発生との関連が高かった。これらの因子についてカテゴリ化を行い、糖尿病、皮膚疾患、アルブミン値、緊急手術、出血量の 5 項目に対し各々 score を付すスコアリングシステムとした。また 2010 年 1 月～2014 年 5 月までの症例で検討を行うと、スコアポイントが増加に伴い感染率が増加しており、本スコアリングシステムは脊椎手術の感染予測指標として有用と考えられた。【考察】本モデルは整形外科領域における脊椎手術専用の感染予測指標であり、術前に患者のリスク層別化を行うことで積極的な SSI 予防策として既往症の最適化、栄養状態の補正、手術方法の再考などの介入の指標とすることが出来る。

O-258

尿道留置カテーテル適正使用への取り組み
～2015 年 4 月より CAUTI サーベイランスを開始して～

増田奈々
JCHO 宇和島病院 感染管理室

【はじめに】当院では、2013 年より内科病棟で CAUTI サーベイランスを開始していたが、外科病棟では実施できていなかった。今回、2014 年に病棟編成が変わり、内科と外科が混合病棟になったため、2015 年 4 月より CAUTI サーベイランスを開始した。今回、同時に適正使用に向け、カンファレンスで毎日検討することで意識付けとなり、適正使用と早期抜去につながり、使用比が低下したのでここに報告する。【方法】病棟看護師全員にサーベイランスの主旨・尿道留置カテーテル管理について説明し、2015 年 4 月より CAUTI サーベイランスを開始した。また、毎日のカンファレンスで適正使用について検討する場を設けた。検討内容と挿入理由、尿の性状や自覚症状の有無を日勤で記録してもらい、結果は、6 月・8 月・3 月に病棟看護師にフィードバックした。また、2014 年度の尿道留置カテーテルの留置期間と使用比を調査した。挿入理由の比較には、2014 年度に開催された感染防止対策地域連携カンファレンス時に調査した結果（9 月 1 か月分）を参考とした。【結果及び考察】1 年間で 201 名の挿入ケースがあり、感染したケースは 6 名であった。2015 年より開始したため、感染率に関してはベースラインの把握のみとなった。2014 年 9 月に調査した結果と比較すると、挿入理由では、尿失禁ケアのための挿入が無くなり、重症 23%、留置のまま入院・転院 14%、手術・医師指示が各 12%、心不全が 10%と不適切な使用はなかった。また、前年度の挿入期間と比較すると、10 日以内に抜去が 44%から 58%へ上昇、30 日以上留置が 22%から 14%へ低下し、使用比も 0.31 から 0.23 へ低下した。毎日カンファレンスで検討することにより、看護師への意識付けとなり、早期抜去と適正使用につながったと考えられる。今後も継続し、感染率の低下へつなげていきたい。

O-259

当院における末梢静脈カテーテル関連血流感染の現状

宮崎佳奈子、門村将太、宮本亜矢子、北澤竜馬、藤井達郎、高木静江、東館義仁、吉田純一
JCHO 札幌北辰病院

【はじめに】当院では 2015 年に末梢静脈カテーテル（PVC）関連と考えられる血液培養陽性例が増加したが、ベースラインが不明で以前との比較ができなかった。今後も PVC の使用が増えると予想されるため、PVC 関連血流感染（以下、PLABSI）サーベイランスのシステム構築が必要である。

【目的】当院の PLABSI の現状と、電子カルテを利用したサーベイランスシステム構築についての検討

【方法】電子カルテの検索システムを利用し、平成 25 年 4 月 1 日から 3 年間の PLABSI サーベイランスを行った。症例判定と感染症発生率算出は、厚生労働省院内感染対策サーベイランス（JANIS）の定義を用いた。

【結果】年間延べ入院患者数は 53,475 人から 55,104 人に、静脈注射オーダーは 5,623 人から 6,051 人に増加した。PLABSI 発生率（/1000 患者・日）は、平成 25 年度 0.10、平成 26 年度 0.06、平成 27 年度が 0.42 であった。3 年間の血液培養陽性は 33 人で、検出菌の割合は表皮ブドウ球菌 18.2%、緑膿菌 15.2%、コアグラウゼ陰性ブドウ球菌（CNS）12.1%、MRSA と MSSA がいずれも 6.1% で、その他 42.4% であった。

【考察】平成 27 年度の PLABSI は過去 2 年より高く、また検出菌は表皮ブドウ球菌、CNS、および緑膿菌の割合が JANIS と比較し高かった。皮膚汚染菌である表皮ブドウ球菌と CNS、主に環境に生息する緑膿菌の割合が高いことは、PVC の管理が適切でない可能性を示すため、主な実施者である看護師への教育が必要である。本研究の限界として、電子カルテ検索システムからのデータ収集は、オーダー入力時の注射手技が「静脈」以外の場合や注射と血液培養オーダー日に差がある場合に、条件から外れるため抽出されないことで多少の誤差が発生する可能性がある。しかしながら、本システムは感染管理担当者 1 名でも実施継続可能な作業であり、自施設の PLABSI 発生状況を監視するには有用な方法である。

O-260

外来維持透析患者のバスキュラーアクセス感染予防への取り組み～透析前のシャント肢手洗いの実態調査と患者指導を通して～

田丸絵梨子、平山薫
JCHO 宮崎江南病院 看護部

【目的】A 病棟では、透析導入時にパンフレットを用いて、バスキュラーアクセス（以下、VA とする）管理方法について指導を行っている。しかし、主な指導は透析導入時のみで、その後の継続的な指導や評価が行われておらず、シャント肢手洗いの現状について把握できていなかった。そこで、外来維持透析患者と透析室に勤務する看護師を対象に、シャント肢手洗いに関するアンケート調査を指導前後で行い、シャント肢手洗いの必要性への理解と実践に繋げることができたかを明らかにする。【対象】（1）維持透析を受ける外来患者のうち、VA の種類が内シャント、動脈表在化のいずれかである 99 人。（2）透析室に勤務する看護師 29 人。【方法】調査用紙を配布し、無記名自記式による実態調査を行い単純集計した。【結果】患者の透析歴は、5 年未満が最も 55% だった。透析前のシャント肢手洗いの指導を受けたことがあるのは、指導前 21%、指導後 100% だった。シャント肢手洗いの必要性を理解しているのは、指導前 60%、指導後 91% だった。透析前のシャント肢手洗いの実践は、指導前 20%、指導後 59% だった。透析室看護師で透析前のシャント肢手洗いの必要性を理解しているのは、指導前 76%、指導後 100% だった。透析前のシャント肢手洗いの患者指導実践は、指導前 14%、指導後 83% だった。【考察】今回、患者および看護師へ指導を行ったことで VA 感染予防について、患者・看護師共にその必要性への理解が深まった。また、実際にシャント肢手洗いの場面を見ることができ、シャント肢手洗いの重要性は理解できたが、実践までには至らなかった。そのため、今後は、患者自身がシャント肢手洗いについて実践できるように自己評価できる評価シート等を用いた個別指導を行うことが必要である。また、正しい方法でシャント肢手洗いが実践できているか直接観察し、評価する必要がある。

O-261

皮膚障害のある職員への介入
～手指衛生遵守率向上への取り組み～斉藤博子、野村攝子、伊東高広、河野好子、三木陽二、中村広志
JCHO千葉病院 医療安全部

手指衛生の励行は医療関連感染を防止するために重要であるが、同時に医療従事者が皮膚障害を生じることもある。皮膚障害を生じた手指では有意に菌数が多くなるとの報告もあるため、皮膚障害は感染対策を行う上で重要な留意事項と考えられる。当院では手指衛生の充実を図るために、2015年より擦式アルコール製剤の携行を義務化した。皮膚障害の事案があるとICTが対応していたが、義務化に伴って皮膚障害への対応も充実が必要と考え、介入を開始した。方法は、所属長やリンクナースを通じコンサルト希望者を募った。次いでICD、皮膚・排泄ケア認定看護師、感染管理認定看護師で対象者の勤務部署を勤務時間内に訪問した。さらにアレルギーの有無、職場や家庭での皮膚障害因子を聴取し、皮膚障害の状態を評価して点数化した。手指衛生の指導や皮膚保護のアドバイスを行い、皮膚科受診が必要な場合には施行した。11名に対し計14回のコンサルテーションを行った。介入の前後で、自覚症状の改善の有無・皮膚障害スコアの変化などを評価した。1年間の短期であるが結果を報告する。

O-262

分娩介助時の个人防护具装着率上昇への取り組み
～助産師のアイシールド着用に変化して～高橋泉
JCHO北海道病院 感染対策室

【はじめに】当院産科病棟は、地域周産期母子医療センターとしての機能をもち、年間600件を超える分娩を取り扱っている。そのうち経陰分娩が420件ほどである。助産師は分娩介助時、常に血液曝露のリスクにさらされており、そのリスクは周術期同様ともいわれている。分娩介助時、アイシールドを着用して分娩介助を行う助産師は約20%しかおらず、粘膜曝露リスクが高い状態であった。アイシールド装着率100%にむけて取り組みを行った。【方法】分娩時に直接観察法を実施し、アイシールドの使用率を調査。マスクとアイシールド一体型のフェイスカバー製品を導入して管理方法を統一。全てのスタッフが同じ条件で利用できる環境を整えた。同時に曝露リスクを理解してもらうために、エビデンスに基づいた学習会を実施した。【結果】管理方法も整理され、装着率は80%まで上昇。急激な分娩の進行時など、介助者が着用できない環境にある場合は、外回りの助産師が装着させるなど、助産師の行動にも変化がみられた。【考察】医療の質・安全の確保とスタッフにとっての安全性の両立において感染対策の充実に向けての教育は必須であるが、押しつけでは行動変容には至らない。スタッフに内発的動機づけを行い、自立的に動くために学習会の内容を検討し、どうしたら実践へつなげる事ができるか考える機会を設けたことで、曝露のリスクを脅威と考える事ができ、行動変容につながったと考える。しかし、感染の有無で装着の必要性を判断する事が習慣づいているため忘れろといった課題は残る。今後も装着するのが標準であるという考えを定着・維持させるために、繰り返しの教育に努めていく。利益相反なし。

O-263

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、
小無理那、下川智之
JCHO神戸中央病院 ICT

【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、2012年の必須研修会の参加率の平均値は25.6%であった。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%、89.7%となった。2015年の不参加者フォローを含めた必須研修会の受講率の平均値は96.1%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-264

当院における血液培養2セット採取の現状と課題

高木千香子¹、横川伊都子²、吉村雅美³

¹JCHO 高岡ふしき病院 看護課、²臨床検査科、³薬剤科

【目的】血液培養は感染症治療に重要な役割を持ち、複数セット採取が推奨されている。当院ICTは、2014年4月から血液培養2セット採取の推奨活動を開始した。これまでの取り組みの成果と今後の課題について検討したので報告する。

【方法】ICTの推奨活動は2014年4月に診療報酬改訂による2セット算定可能な周知、6月からは血液培養提出率を委員会で報告開始、同年7月と2015年1月に研修会をおこなった。2014年1月から2016年3月までに提出された血液培養を対象に血液培養件数、2セット採取率、陽性率、汚染率を調査した。また、2016年3月に病棟看護師47名を対象に血液培養についての意識調査をおこなった。

【結果】血液培養件数は、2014年613件、2セット採取率は56.4%、陽性率は9.6%、汚染率は3.3%であった。2015年の件数は、600件、2セット採取率は86%、陽性率は10%、汚染率は3.3%であった。2016年1月から3月までの3ヶ月間の2セット採取率は81.2%であった。アンケートの回収率は100%で、血液培養の必要性を理解している者は44名（94%）であった。2セット採取の必要性を理解している者は35名（75%）であった。血液培養採取時に2セット採取できないことがあると36名（77%）が回答し、その理由として血管が見えにくく採取できないと全員が回答した。

【考察】ICTの推奨活動により、血液培養2セット採取率は80%台まで上昇した。アンケート結果から看護師の中には、2セット採取の必要性を十分に理解していない人がいた。また、当院の入院患者は75歳以上の高齢者がほとんどである。このような患者背景から、採血する血管の確保が難しく1セットのみの採血になっていることが示唆された。ICTの活動により2セット採取は浸透してきた。今後は、2セット率向上のための教育や汚染率減少のために採血手技の確認などの継続した活動が必要である。

O-265

ERCP 時の強制体位による頭頸部の苦痛を軽減する枕の作成と検証

横山綾、野地真奈美

JCHO 仙台南病院

【目的】ERCP時の頭頸部の苦痛を軽減するため新枕を作成、有効性を明らかにする。

【方法】平成26年11月～平成27年10月に当院職員10名を対象、旧枕（25×26×4cm）でERCPの体位をとり、左頬部・左耳介・左顎部・左肩峰の体圧を（株）モルテン社製簡易体圧測定器PREEDIA[®]にて測定。苦痛の評価は回旋している頸部も含め5部位とし、数値の評価スケール（以下NRS）で30分後に評価、終了時枕の使用感も聴取。新枕は70×58×6cm、右上を切り取りL字型とし旧枕同様の評価をした。データはWilcoxonの符号付順位検定にて旧枕と新枕を比較、 $p < 0.05$ 有意差ありとした。

【結果】体圧の平均値（単位mmHg）は左頬部が旧59.9、新37.7（ $p=0.012$ ）、左耳介が旧42.7、新25.5（ $p=0.011$ ）、左顎部が旧60.7、新35.2（ $p=0.005$ ）、左肩峰が旧17.9、新16.8（ $p=0.678$ ）。体圧の平均値と標準偏差は旧45.30±17.38、新28.80±8.29。NRSの部位別平均スコアは左頬部が旧2.8、新1.7（ $p=0.058$ ）、左耳介が旧2.0、新1.9（ $p=0.943$ ）、左顎部が旧2.0、新2.0（ $p=0.660$ ）、左肩峰が旧0.2、新0.3（ $p=0.655$ ）、頸部が旧3.2、新1.0（ $p=0.017$ ）。

【考察】旧枕では左顎部・左頬部・左耳介で褥瘡発生の危険性がある基準値32mmHg以上の体圧だったが、新枕では減少し有意差がみられた。標準偏差も減少、圧の偏りが解消され体圧分散効果があった。旧枕では頸部の苦痛の訴えが多くNRS平均スコアも高かったが、新枕では有意に低下した。これは新枕の基底面を大きくし頸部を支えたことで筋緊張が緩和されたためと考えられる。

【結論】新枕は頭部の体圧減少と体圧分散に効果がみられ、頸部の苦痛軽減に有効であった。

O-266

適切なオムツの選択と患者の個別性に応じた排泄ケアへの取り組み

佐藤裕子、吉浪典子

JCHO 東京蒲田医療センター 看護部

【目的】患者にとって安全で安心な療養環境を整える為に、適切なオムツの選択と患者の個別性に応じた排泄ケアへの取り組みを行うことの有用性を検討した。

【方法】平成26年9月から平成28年4月の期間に、卒後4年目以上の看護師や褥瘡リクナース、業務委員の計52名を対象に研修と実技指導を行った。受講者には各部署での伝達講習を依頼して理解を深めた。また、48名の新入職者に対しても入職時研修を実施した。次に院内採用しているオムツの種類を見直し、他部門の協力を得て新たな種類を追加した。患者家族の理解が得られるよう院内掲示や説明書を作成し周知した。オムツの選択肢が増えたことで迷いが生じないようフローチャートを作成し、業務委員や感染対策委員と協力してマニュアルを改訂した。

【結果】研修受講者からは自分の業務優先の看護を反省する言動が聞かれた。排泄ケアの標準化を行うことによりオムツの過剰な巻きつけや横シートの使用は減少し、臀部周囲の皮膚障害の発生も減少傾向である。オムツを見直したことで患者のADL等の個別性に合わせたオムツの選択が出来るようになった。また、オムツの選択肢が増えたが、フローチャートを活用することによりオムツの選択が容易になった。

【考察】研修による知識と技術の習得や臨床現場での直接指導を行うことにより、関心が低かった排泄ケアへの関心が高まったと考えられる。また、他部門と連携して排泄ケアを見直すことで安全で安心な療養環境を整えることができ、退院後も継続した排泄ケアにつながると考える。

【結語】排泄ケアにおける更なる看護の質の向上を図る為には、定期的に研修を行うとともに、課題を明確化して解決に向けて取り組むことの重要性が明らかになった。

O-267

JCHO 仙台病院における調理室の清掃強化チームの取り組み

伊藤慎吾、福田幸之助、高橋さと美、若木秀之、菅原未来、守屋淑子

JCHO 仙台病院 栄養管理室

はじめに

当院では、調理室内の清掃を徹底するため、平成27年6月より、調理師を中心とした清掃強化チームによるラウンドを開始した。今回、清掃点検ラウンド実施後の効果等について調査検討したので報告する。

方法

【1】担当調理師が毎週土曜日（以後、週1ラウンド）に、調理師職長と管理栄養士が第4週（以後、月1ラウンド）にそれぞれ清掃状況を点検した。調査期間（平成27年6月～平成28年3月）における総指摘件数を算出し、エリア別および実施月別に比較・検討した。

【2】平成27年11月、調理スタッフ24名の清掃点検ラウンド実施後の評価（5段階評価）を得るため記述式調査を実施した。

結果

調査期間中の総指摘件数は、週1ラウンド117件、月1ラウンド50件であった。エリア別にみると両ラウンドとも調理エリアの指摘件数が最も多かった。月1ラウンドの総指摘件数は減少傾向が認められた。調理スタッフの評価では、清掃点検ラウンドについて全体の約80%が「良い」と回答していた。ラウンド実施後、「調理室内が清潔になった」との回答が全体の70%、「掃除・衛生管理に関する意識が向上した」との回答が全体の91%であった。ラウンド時に指摘された箇所をすぐに改善できた調理スタッフは全体の86%であった。

考察

調理師が中心となり清掃点検ラウンドを実施したことで、調理室のエリア別の問題点が明らかになり、的確な改善策を立案できるようになった。月別の総指摘件数が減少した要因として、指摘内容に基づいて清掃マニュアルを改訂できたことや清掃に関する調理スタッフの意識が向上したこと等が考えられる。清掃点検ラウンドを実施したことで、調理スタッフが緊張感や達成感を持ち、衛生管理に対するモチベーションを高めることができたと考ええる。今後も調理師の立場で様々な取り組みを企画していきたい。

O-268

さいたま北部医療センターにおける抗インフルエンザ薬の処方傾向

川合由記、林秀企、徳永洋子

JCHO さいたま北部医療センター 薬剤科

【背景】当院では、さいたま市の委託を受け、休日診療として内科・小児科・耳鼻科・眼科を、夜間小児救急においては平日・休日を問わず365日対応している。特に、冬場の感冒流行時期には多数のインフルエンザ患者が来院し、新型インフルエンザの時には1日800人を超える救急患者の対応に追われたこともあった。現在本邦において抗インフルエンザ薬は4種類5剤あり、その使い分けについては様々な議論があり、重症度や年齢によるインフルエンザ薬の使い分けは感染症学会のガイドラインなどで提言されている。しかし、デバイスによっては高齢者や小児では使いにくい事もあり、投与日数における問題点が示唆されているのも事実である。【目的・方法】2012年からの4期にわたる当院での抗インフルエンザ薬の処方件数、合計7650例から、その処方傾向を分析し、実際の処方傾向の把握をすることにより、インフルエンザ薬の選択・使い分けの問題点について検討した。また薬剤師として、どう治療や患者に寄与できるかについても検討したので報告する。【対象】2012年4月1日～2016年3月31日の抗インフルエンザ薬の院内処方7650例【結果】患者年齢は、0歳以上15歳未満が60%、15歳以上75歳未満が39%、75歳以上が1%であった。処方薬においては、イナビルが一番多く43%、次いでタミフルドライシロップが25%、リレンザが16%、タミフルカプセルが15%であった。また、吸入デバイスの薬品が5歳未満及び75歳以上に処方されているのが、110例ほどであった。【考察】このようなデバイスの使用は高齢者では扱いにくく、小児においては吸入時に吹いてしまうことがあるため非常に注意を要する。それを防ぐためにも薬剤師の説明というのが一層重要であることが分かる。

O-270

入院患者・職員の季節性インフルエンザ発生における関連要因と対策

石倉淳子

JCHO 玉造病院 中央材料室

整形外科治療を目的とする入院が殆どを占める当院では、季節性のインフルエンザ（以後インフルエンザ）が最も身近な流行性ウイルス疾患である。2013年から感染対策の強化として、感染症発生時の報告体制の整備や職員教育、マニュアルの充実などの取り組みを行ってきた。2013年～2016年の各シーズン毎の罹患者はそれぞれ、2013/2014シーズンが14人（職員のみのみ）、2014/2015シーズンが42人（入院10人、職員32人）、2015/2016シーズンが19人（入院2人、職員17人）で、特に2014/2015シーズンは今までにない多数の罹患があった。職員のインフルエンザワクチン接種率は2013年から2015年までそれぞれ92%、92%、94%であるが、いずれも罹患の有無とワクチン接種に統計学的有意差はなかった。各短期間中のアウトブレイクや同一の罹患者から2人以上の感染者が発生することはなかった。予防投与はそれぞれ3件、10件、8件で全21件の内15件は院費負担による投与を行い、いずれも発症はなかった。入院患者の感染原因は外泊時や面会者による持ち込みの可能性、職員では家族からの伝播が多いと予測された。感染対策の基本は感染源を持ち込まないことであり、このことは特に高齢者が多い入院状況を踏まえても重要な点である。そこでインフルエンザの持ち込みをなくし、効果的な感染対策を行うことを目的に、患者や家族の生活背景の視点で調査分析を行ったので報告する。

O-269

当院におけるインフルエンザアウトブレイク防止の取り組み

杉浦三智子、川井孝子、谷口佳己、岩下菜摘子、吉澤壽子、後藤英司

JCHO 横浜保土ケ谷中央病院 院内感染対策委員会

【はじめに】冬期感染症の代表であるインフルエンザは、高齢者、免疫不全患者などで重症化することがあり院内感染対策が重要である。当院は平成26年度にインフルエンザアウトブレイクを4度経験した。このため、平成27年度のアウトブレイク防止を目標に掲げ、対策を行った。【方法】〔流行期前〕職員向け講習のテーマとして冬期感染症を取り上げ、未受講者にはビデオ講習を複数回行った。外来患者にはワクチン接種を呼びかけ、職員のワクチン接種率向上のため各部署に責任者を置いた。〔流行期〕院内にインフルエンザ啓蒙ポスターを掲示し、院内放送で手指消毒とマスク着用を呼びかけた。全職員のマスク着用を義務づけた。職員は就業時体温チェックを行い、37.5℃以上の発熱者は高感度インフルエンザ検査を行った。患者入院時の体温が37.5℃以上のときも同様の対応を行った。業務中にインフルエンザ患者と濃厚接触した職員へはオセルタミビル予防投与を行った。インフルエンザ発症が疑われた入院患者は、積極的に検査、コホート、同室者への予防投与等を実施した。入院患者への面会者通路の工夫と面会時間制限を設けた。【結果】職員のインフルエンザワクチン接種率は93.0%と前年度（81.3%）に比較して改善した。平成27年度、職員のインフルエンザ発症者は医師4名、看護師8名、その他7名であったが、迅速な届け出と対応により入院患者への感染はなかった。インフルエンザ患者の合併症治療目的入院は通常通り受け入れたが、個室管理、標準予防策の徹底により感染拡大はなかった。結果、平成27年度インフルエンザアウトブレイクは発生しなかった。【考察】インフルエンザアウトブレイク予防には種々の対策が必要であるが、標準予防策の徹底と啓発活動、共通の高い意識のもとに的確な対応をとること、職員が発症した時に速やかに届け出て休める職場環境を整えること等が重要と考えられた。

O-271

院内褥瘡発生の現状と対策の検討

谷口愛子

JCHO大阪みなと中央病院 看護部

【目的】過去1年間の院内褥瘡発生の現状を明らかにし、今後の課題と対策について検討する。【方法】対象は平成27年度に院内褥瘡発生した患者の、発生部位、褥瘡最深達度、発生原因を抽出し分析した。【倫理的配慮】個人が特定されないように配慮した。【結果】院内発生は52名で、うち医療機器関連圧迫創は14名（平成26年度：6名）であった。推定褥瘡発生率は1.15％であった。褥瘡発生部位は、仙骨部が14名（24％）と最も多く、次に踵部9名（15％）、鼻孔8名（13％）、尾骨5名（8％）、下腿3名（5％）の順であった。褥瘡深達度はd1：11名（21％）、d2：33名（63％）、D3：4名（8％）、D4：1名（2％）、U：3名（6％）であった。褥瘡発生誘因の看護師側因子として、「リスクアセスメントの誤り」「ポジショニング不足」が24名と最も多かった。患者側因子として「皮膚の脆弱化」が27名と最も多く、次いで「著しい低栄養（Alb2.0/g以下）」が12名であった。【考察】褥瘡好発部位である仙骨と踵の発生が毎年多い。観察は密に行い早期発見できているが、発生因子として「ポジショニング不足」が多いことから、ポジショニングが難しい、患者にあったポジショニングビローの選択ができていないことが考えられる。病的骨突出・関節拘縮の褥瘡リスク因子のある場合、体圧測定しポジショニングの評価を数値化しケアを統一していく必要がある。また、医療機器関連圧迫創が増加した。これは、地域包括病棟開設に伴い、病棟編成により専門的な視点が不足していたことが一因である。実技を組み込んだ研修を実施しているが、業務により全員が参加できない。そのため現場レベルの教育も課題である。当院の後期高齢者の入院費率は高く皮膚脆弱な低栄養の患者が多い。TPN・PPN管理で腸管を使用しないケースが少なくない。そのため褥瘡発生前から栄養介入を強化していくことも今後の課題である。

O-272

当院での褥瘡発生予防への取り組み

佐伯郁子

JCHO横浜中央病院 看護部

はじめに：平成26年度の褥瘡推定発生率は1.83％、褥瘡院内発生件数は117件、142ヶ所であり、前年度からの減少が見られなかった。褥瘡推定発生率の低下、褥瘡院内発生数の減少を目指した褥瘡対策チームでの取り組みについて報告する。取り組みの方法：平成26年度の褥瘡院内発生117件、142ヶ所の発生部位、深達度、発生時期、ケア要因、個体要因の集計・分析結果を基に、年間活動目標を、1) 股部褥瘡発生の減少、2) 足部褥瘡発生の減少、3) 深い褥瘡（D3以上）発生の減少とし、活動計画を立案・実施した。1) 2) については、演習を中心とした研修を実施し、研修参加者が所属部署での伝達講習を行い、全ての看護職員に研修内容が浸透することを目指した。また、1) については、皮膚湿潤（失禁）が発生総数の60％以上の個体要因となっていたため、品質の良いおむつへの変更も行った。3) については、褥瘡リスクアセスメントスケール（ブレイデンスケール）を導入し、適切なリスクアセスメントに基づいた計画立案・実施が可能となることを目指した。また、エアマットレスの一時的な不足への対応としてレンタルシステムを導入し、褥瘡マニュアルの改訂を実施した。結果：平成27年度の褥瘡推定発生率は2.02％（0.19ポイント増加）、褥瘡院内発生件数は92件（25件減少）、110ヶ所（32ヶ所減少）であった。まとめ：推定発生率の低下には至らなかったが、院内発生件数・総数は20％程度減少したため、一定の効果はあったと考える。院内発生件数・総数が減少したにもかかわらず推定発生率が上昇した要因としては、深い褥瘡がさほど減少せず、治癒までに時間を要したこと、算出のタイミングと考えられた。また、リスクアセスメントスケールの使用は定着したとは言い難く、今後の課題である。褥瘡発生状況の分析に基づいたチーム活動により、褥瘡院内発生件数の減少につなげることができた。さらなる減少を目指し、活動を継続していく。

O-273

緩和ケア病棟の終末期がん患者における褥瘡予防ケア～褥瘡リンクナースを中心とした、皮膚排泄ケア認定看護師と緩和ケア認定看護師との協働より～

井上明美、船木智子、安西由梨子

JCHO東京新宿メディカルセンター 看護部

【はじめに】緩和ケアとは患者がその人らしく過ごせるよう全人的苦痛を緩和しQOLの維持を目標としている。しかし、がん患者は全身状態の悪化やADLの低下などにより褥瘡が発生しやすい。また発生した褥瘡は治癒困難なことが多く、患者のQOLを低下させる。そのため終末期がん患者の褥瘡予防は重要である。当院は皮膚排泄ケア認定看護師が病棟の褥瘡リンクナースと共に褥瘡予防活動をしている。しかし、緩和ケア病棟では前年度よりⅡ度の褥瘡発生件数が8件から14件に増加した。そこで褥瘡増加の原因を追及し対策の再検討を行ったので報告する。【方法】皮膚排泄ケア認定看護師と緩和ケア認定看護師が協働し、褥瘡リンクナースの活動のサポートを強化した。緩和ケア認定看護師は褥瘡リンクナースと褥瘡発生増加の原因をアセスメントし、スキンケアや除圧、ドレッシング材使用の徹底など予防ケアを強化した。また、新たに褥瘡ハイリスク患者の抽出や褥瘡発生原因のアセスメントとケアについて定期的なカンファレンスを導入した。皮膚排泄ケア認定看護師は定期的な病棟ラウンドを開始し、病棟スタッフからの相談の強化とベッドマットや除圧物品の調整を図った。【結果】終末期がん患者は身体的な原因の他、ADLが低下する時期の褥瘡発生リスクが高まる。この時期の看護師のアセスメントが不足し、除圧や保湿など基本的な予防ケアの介入が遅れたために褥瘡が発生していることが明らかとなった。この原因をカンファレンスで共有したことで病棟スタッフの予防ケアに対する意識が高まり早期に予防ケアをし、Ⅱ度の褥瘡が9件に減少した。【考察】終末期がん患者の褥瘡予防は、がん患者の時期や特徴を踏まえた予防ケアの励行やケアの工夫によりQOLの維持につながる。また、皮膚排泄ケアと緩和ケア認定看護師が協働して褥瘡リンクナースのサポートを強化することで、病棟スタッフの意識が向上し、褥瘡発生減少の可能性が期待できる。

O-274

持ち込み褥瘡の発生状況について

安田瑞貴¹、梅田美智子²¹ JCHO北海道病院 褥瘡管理室、² 看護部

【目的】高齢者が年々増加する中、在宅や施設からの持ち込み褥瘡が多い。持ち込み褥瘡患者の現状を把握し、今後の当院における課題を検討する。【方法】平成26年4月から平成27年3月の間で当院入院時に褥瘡を有していた患者の、発生部位、発生場所、NPUAP分類による褥瘡深達度などを調査した。【倫理的配慮】個人情報保護に留意し、患者個人が特定されないように配慮した。【結果】持ち込み褥瘡35名、44件、平均年齢81.7歳（24-103歳）。入院前の生活場所、自宅63％、病院14％、施設23％。OHスケール、危険因子なし11％、軽度レベル40％、中等度レベル31％、高度レベル17％。褥瘡部位、仙骨部30％、坐骨部9％、尾骨部11％、大転子部18％、踵部18％、その他14％。NPUAP分類Ⅰ度23％、Ⅱ度50％、Ⅲ度23％、不明5％。入院時栄養指標等の平均値、ALB2.62g/dl、Hgb10.3g/dl、BMI19.6 kg/m²。転帰、治癒40％、死亡退院26％、自宅退院3％、転院・転所31％。【考察、まとめ】持ち込み褥瘡は高齢で、独居または配偶者との2人世帯が多い。自宅で発生した褥瘡が約半数以上を占めており、発生要因の一つに介護力不足や褥瘡の知識不足が挙げられる。またOHスケールによる危険要因は軽度レベルが40％を占めているが、その大半が自力で体動できない状態での入院であった。褥瘡部位も臥床時の好発部位が多い。明らかな発生要因は分かっていないが、高齢者は皮膚が脆弱であり、褥瘡が発生しやすいことから、入院直前の体調不良に伴う同一体位の持続、栄養状態悪化などの一時的変化が褥瘡発生要因となったと考える。今後も高齢者が増加し、医療と介護の需要が高まり、在宅、地域との連携がより重要となる。退院先への情報提供、また必要がある患者には退院後訪問、同行訪問などの活用が今後の褥瘡予防、発生時の早期対応となり発生率低下へ繋がると考える。利益相反なし。

O-275

褥瘡に対する訪問指導の経験
～質の高い褥瘡予防支援を目指して～西田真基¹、小野文子¹、落合敏彦¹、大岡剛裕²¹ JCHO 宮崎江南病院 リハビリテーション科診療部、² 形成外科（手外科・創傷センター）

【はじめに】当院の形成外科（手外科・創傷センター）では褥瘡患者に対し多職種協働での包括的介入を行っている。作業療法士としては褥瘡リスクを多面的に評価し、褥瘡の再発防止の介入を行っている。しかし、退院後の生活と病院との環境の違いが大きく、入院中の介入だけでは実際の生活環境での最良の予防が提案できたのか不明確であった。今回、褥瘡予防支援として訪問指導を行い、生活環境下での原因を明確化し予防策を提案できた2症例を報告する。【症例1：在宅訪問例】70歳代男性、診断名：右坐骨部褥瘡、既往歴：脊髄損傷（T h 1 0～1 1）右大転子部骨折。本人及び家族の褥瘡の理解度：不十分。問題点：ベッド周囲に本人使用の支持物が無く、家族の介助も臀部の離床が不十分で、移乗時に殿部の擦れが生じている点。指導内容：移乗時の介助方法について指導し、臀部の十分な離床を図った。結果：以降の褥瘡の再発は無く、家族からも移乗に関して意識している発言あり。【症例2：施設訪問例】70歳代男性、診断名：左坐骨部褥瘡、既往歴：脊髄損傷（C 5）、本人及び職員の褥瘡の理解度：不十分。問題点：日中の座位時間が長時間であることや使用している福祉用具の除圧効果が不十分な点。指導内容：日中の座位時間に関して指導を行い座位での除圧動作を指導した。座位環境の改善のために除圧効果が高い福祉用具を提案した。結果：以降の褥瘡の再発は無く、日中の座位時間や除圧動作を意識している発言あり。【考察】訪問指導を行うことで作業療法士として生活環境下での褥瘡リスクが明確化でき、対策を提案できた。また入院時と比較し、褥瘡の再発防止に対する本人や家族の意識が高められたことは訪問指導の効果と考える。今後はチームの一員として、入院中の介入に加え、実際の生活環境に積極的に訪問していくことにより、質の高い褥瘡予防支援を行っていききたい。

O-276

転倒予防に対する看護師の行動変化
— 参画的变化サイクルに沿った取り組みを実施して —

中根美奈子、田中咲恵、佐藤奈津美、依田悦子、高藤和子
JCHO 中京病院 看護部

【目的】 インシデントレポートやKYT(危険予知トレーニング)の分析結果のフィードバック及び転倒・転落アセスメントシートの運用方法の変更によってみられた転倒予防に対する看護師の行動変化を明らかにする。【対象】 A病棟看護師 32名【方法】 1、研究期間2015年8月～2016年1月 2、調査方法 1) H26年度A病棟転倒インシデントレポート49件 2) 質問紙、ブリコード回答・自由記載 3) KYT【結果または成績】 H26年度のA病棟内転倒件数は49件であり、男性・70歳以上・眠剤使用・夜間の排泄行動時・下肢障害者の割合が多くみられた。転倒転落アセスメントシートを、統一して評価できるように評価方法を修正し、評価日を変更した。また、いち早く転倒リスクが高いと判断できるようなKYTを実施し、年代に関係なく様々な危険予測ができていることが分かった。これらの取り組みにより、「カンファレンスを活発に行えるようになった」「カンファレンスの回数が増え、みんなが転倒についての意識向上を考えて行動するようになった」3年目以下の看護師の中には、調査実施前のアンケートで、「カンファレンスで発言できない」という意見があったが、調査実施後のアンケートで「年代問わずカンファレンスで情報を得ていることがわかり、自分の情報を伝えることが大切だ」といふ発言できるようになった」など様々な意見や、カルテの記載内容からも、転倒予防行動に変化がみられた。【まとめまたは結語】 本研究では行動変容プロセスに焦点を当て実施したことにより今後もカンファレンスを継続していけるという集団行動の変化につながったと考えられる。しかし、多忙な業務の中でのカンファレンス開催は困難になるとの意見もあり、どのような状況下でも統一した転倒予防行動が実施できることが今後の課題である。

O-277

外来看護師における看護専門性の認識に対する検討

小松文子、大嶋美加子、岩戸ちずる、岩水志津子
JCHO 相模野病院 看護部

昨年度の研究に於ける、当院の外来看護業務量調査で明らかとなったことは、診療補助助働や事務的業務が多く、看護の専門性である療養相談や日常生活指導、看護記録ができていないことであった。今日の外来医療では、生活習慣病などの慢性疾患の増加、在院日数の短縮、患者の価値観の多様化、医療進歩などに伴い、外来看護の対象は重症化、複雑化する一方である。外来患者は社会や家庭生活に密着しているため、セルフケアが最も重要となる。このような外来医療の変化に伴い、外来看護師に専門性が求められている。当院外来看護師は看護の専門性をどの様に認識しているのかを明らかにすることにより、専門性への取り組みの一助となると考えた。調査の結果から『患者が変化により良く対応できるように支援し継続的に対処すること』『医師の指示に基づき医療行為を行いその反応を観察すること』『緊急事態に対する効果的な対応をこなうこと』『在宅療養を支援するための連携の必要性』を、当院外来看護師は看護の専門性であると認識している事が分かった。その反面、介入成果が見えにくい身の回りの介助や内服管理、社会資源の情報提供などへの意識は低いことがわかった。『病棟・地域との連携』の認識は低い、患者に必要な「直接ケア」の認識は高かった。患者の生活に関連したセルフケアや療養相談への認識は低い。しかし、『医療処置を受ける患者』、『手術や検査を受ける患者』への療養相談は、必要であると認識しており、多くの患者に対して、医療相談・指導、記録も重要と考えていることがわかった。記録に関しては、緊急入院患者、救急入院患者に対する必要性の認識は高いが、受け持ち患者に対する認識は低かった。看護記録は、継続看護における患者情報共有の手段である。このことから、外来看護師は『看護記録』の重要性を更に認識し、看護の専門性を発揮できるように努める必要がある。

O-278

転倒・転落アセスメントスコアシートの見直しとリスクカンファレンスの導入

内野加那子、柿谷大貴、福田清美、大石裕子
JCHO 伊万里松浦病院 看護課 3病棟

【はじめに】 A病棟は、75歳以上の患者が入院患者の8割弱を占め、認知症を有する患者が常時4割強を占めている。その中で転倒予防対策としてセンサーの使用等を行ってきた。入院時には転倒・転落アセスメントスコアシート(以下スコアシートと略す)にて転倒リスクをチェックしている。しかし、個々の受け持ち看護師が判断し、患者の対策を立てている状況である。さらに、転倒リスクの高い患者の情報共有も周知されていない状況がみられた。そこで転倒対策についてのアセスメントの視点を再度整理し、スタッフ間の情報共有の徹底が必要と考えた。【目的】 (1) スタッフの転倒・転落に対する意識を調査する。(2) スタッフ全体で患者の転倒・転落リスクの把握と対策の共有が出来る。【方法】 (1) スコアシートを見直し、活用方法を整理。更にナースコールボードで転倒・転落危険度別のリスク表示を行う。(2) 毎朝の転倒カンファレンスを導入 (3) 取組み開始前後で病棟看護師18名を対象にアンケートを実施。【結果】 スコアシートにおいては危険度別に計画がチェック項目で立案出来るように改定。再評価日も設定したことで患者の変化を捉えた転倒対策を行うことが出来るようになった。更にナースコールボードに転倒リスク危険度別の虫マークを設定。リスク表示の可視化を行うことでスタッフ全体の情報共有に繋がった。また、多職種によるカンファレンスを導入したことで情報共有をより早期に行うことが可能となった。対策前後のアンケートからスコアシートの活用が対策前の39%から72%と上昇している。また、カンファレンス導入の結果については全スタッフがカンファレンスは有効と回答している。【おわりに】 スコアシートを見直し、転倒カンファレンスを導入したことでスタッフの転倒・転落に関する意識の向上と個々の患者の対策の徹底が図られた。

O-279

医療安全 e ラーニングツール導入とその効果

奥主仁¹、小竹学²、黒川文希³
¹JCHO 東京高輪病院 薬剤科、²放射線室、³看護部

【背景】 医療法では、医療機関に勤務する全ての職員が参加する医療安全研修を年2回程度開催することが定められている。しかしながら、医療施設故の勤務形態では、勤務時間内の研修開催は困難であり勤務時間外開催を余儀なくされる。繰り返し補講を開催しても研修参加率は全体の70%程度にとどまる事が現状であり、これは他の多くの医療機関においても同様である。医療安全研修はその重要性から、様々なテーマについて繰り返し研修を開催する必要があるが、スケジュール調整は困難である。【結果】 以上の背景下、当院では平成28年2月に医療安全 e ラーニングツールを導入した。40種程度ある学習コンテンツの中から医療安全管理室が課題を選定し、非常勤・パート職員を含む全職員が自己学習期間内に課題を受講することとした。受講進捗状況についてはシステムからリアルタイムで確認することが可能であり、未受講者の受講促進は各部署所属長の責任下にて行った。第1回課題については受講率100%を達成し、併せてアンケート調査を行った。48%の職員が業務空き時間に課題を受講しており、48%の職員が自宅PCやスマートフォン端末を受講に利用していたことが確認された。特にこれまで勤務時間の都合により研修会に参加できなかった非常勤職員・パート職員も受講を修了しており、その簡便性がメリットとして現れた。また、全職員の90%が「e ラーニングを導入して良かった」と回答し、96%の職員が「医療安全の意識が向上した」と回答した。【考察】 これまでは医療安全マニュアルなど文字媒体を用いた医療安全学習が主であった。e ラーニングでは映像コンテンツにより医療事故を疑似体験することが出来、視覚的に学習することが出来るようになった事は大きなメリットでと考える。e ラーニング導入効果、特に職員の医療安全意識に関わる変化については継続して検証していく予定である。

O-280

血液製剤に関する知識の共有における検査部の取り組み

樋口布抄子¹、三尾美江子¹、金丸ユミ子¹、清水ひとみ¹、中澤見大¹、坂本修二¹、伊藤貴彦²

¹ JCHO 可児とうのう病院 検査部、² 統括診療部 内科

血液製剤の知識は管理する検査部門だけではなく輸血に関わるすべての職種において認識する必要がある。そこで検査部が行なっている知識・情報の共有における取り組みの一例を報告する。

輸血には最初の15分を1ml/分、その後問題がなければ5ml/分という標準滴下速度があるが、標準ではない輸血速度が指示されると、血液製剤の容量が不明瞭で輸血にかかる時間の予測がつかず滴下数が分からない看護師が多いため、その都度直接検査部に質問がきていた。そこで、輸血製剤の容量や標準滴下速度では何分程度で輸血が終了するかなどの聞き取り調査を行った結果、多くの看護師が回答できないことがわかった。

この問題に対し検査部では、病棟勉強会などに出向き赤血球製剤RBCの製造過程を説明した上で全血から作られるRBC標準内容量を提示、さらに、各製剤の輸血速度早見表を作製し配布した。その結果、看護部から輸血現場でのストレスがかなり軽減されたと好評を得、容量・滴下速度に関する質問は減少した。この経験から、小さな質問でも取り上げることにより輸血現場が抱える不安や疑問がわかり、それを個々の問題として処理するのではなく、全体に説明することで輸血に関する情報は浸透・共有しやすくなることがわかった。

この一例以外にも、医師・看護師から寄せられた多くの質問に対し、文書または研修会で説明を行っているが、今後、看護部に輸血の知識・手順に対するアンケートを行い、さらなる問題点を把握し情報提供を行っていきたい。

O-281

安心・安全な食事提供を目指して

山崎里織¹、小林伸吾¹、鬼塚桂子¹、白尾一彦²

¹ JCHO 宮崎江南病院 栄養管理部、² 外科

【目的】 当院の栄養管理部では患者の食事を提供するにあたり誤配膳を防ぐための一つとしてトリプルチェックを行っているが、誤配膳はなかなか防止できていないのが現状である。先日トマトアレルギーのある患者にケチャップを提供する事例を経験した。間違いの無い配膳を行うためには、食札への正しい表示、検品の精度が求められる。今回この問題を解決するための原因を検討したので報告する。【検討内容】 正しい食札表示実施に向けた患者への聞き取り調査をおこなった。検品精度の把握のためのK-1(検品)グランプリを実施した。【結果】 アレルギーのある患者に対して調査用紙を作成し、より詳しく聞き取り調査を行った。対象患者22名中14名(64%)が実際にはアレルギーでなかった。検品を行う際の調理師2名の組み合わせを考え、今まで以上に真剣に取り組むように検品間違いを記録した。このペアで行う検品グランプリを実施し、調理師のレベル確認ができた。検品間違いの平均回数は、正規職員は8回、非正規職員職員は12回であった。また60-50歳代は12回、40-20歳代は6回であった。【まとめ】 患者への聞き取り調査を実施することでアレルギー患者の症状を把握でき、食札表示が正しくでき無駄な調理の手間が省けた。患者のアレルギーに関する聞き取り調査を行い、実際にアレルギーのあった患者は36%であったので今後も患者の聞き取り調査を実施していくことは重要である。検品グランプリを実施したことで、調理師検品の精度を把握することができ今後の対策の参考にできた。【今後の対策】 検品グランプリを実施したことで、調理師の精度に差が見られたので、年齢・知識レベルなどを考慮し調理師の組み合わせ(ペア)を考え検品を実施していく。調理師の知識レベルの差があるので年齢などを考慮して勉強会を実施し、指導していく勉強会実施の際には、調理師個人の知識や年齢などを考慮したグループにて行っていく。

O-282

会議室利用の見直しについての取り組み

井上紳、柳沢小百合

JCHO 埼玉メディカルセンター 事務部

【目的】 事務における業務の効率化といえ一般的に業務時間の短縮による生産性の向上である。しかし無駄を減らす取り組み以外にも成果を増やす事で生産性を上げる取り組みは可能か。その取り組みの一例として当院では施設管理規程における会議室等の使用許可管理業務に関し、施設使用料金の見直しを行った。【方法】 1.会議室等院内施設の使用状況の把握。2.病院近隣の民間貸し会議室の使用料金調査。3.試算。4.院内会議室等の使用料金再設定。5.利用者への周知。6.運用【結果】 平成26年度以前における院内会議室等利用については無料としており、平成26年度から使用時間に関わらず一律で2,000円の使用料を徴収していた。平成26年度は134件の使用に対し273,500円の使用料収入があった。平成27年度より病院近隣の民間貸し会議室の使用料金を調査し、会議室1部屋1時間の使用に対し3,500円の料金設定に見直した。また病棟のカンファレンス室等においても同様の料金を徴収した事により194件の使用に対し1,471,900円の使用料収入があり1,198,400円の増収につながった。使用の99%以上が製薬会社からの製品説明に利用された。料金設定見直しに対する苦情はなかった【考察】 利用回数が平成27年度において前年度より60件も増加したのは病棟・外来カンファレンス室等の事務で把握していなかった施設利用が掘り起こされたものと考えられる。結果として当初の試算以上の増収に繋がると共に施設管理規程のより適切な運用もなされた。業務手順を見直して無駄を排除しようとするのではなく、同じ業務量から得られる成果を増やすことでも業務の効率化は図れる。

一般演題
(ポスター発表)
9 月 16 日金

P1-01

携帯端末型ピッキングサポートシステムの導入とその成果

新屋和馬¹、勘田大統¹、木村秀哉¹、山中祥蔵²、佐々木秀美¹
¹JCHO 神戸中央病院 薬剤部、²湯山製作所SS部

【目的】当院では、日当直中における一人調剤での調剤過誤防止の目的で、2015年5月より携帯端末型ピッキングサポートシステム（ユヤマ製作所 Patient Oriented Risk Management System、以下PORIMS）を導入した。PORIMS導入による調剤ミス回数・使用状況の実態を調査し、有用性について評価した。【方法】PORIMSのメンテナンスサーバーで医薬品のRSS/JANコードを登録し、処方箋にPORIMS読み取り用バーコードを印字させ、PORIMS端末に処方内容・ピッキングする薬品が表示されるようにした。2015年5月より日当直帯、一人調剤時における監査システムとして運用した。2016年8月までのデータについて、メンテナンスサーバー上で調剤ミス（取り間違い）の件数、薬剤について集計した。また日当直を行う薬剤師14名を対象にPORIMS使用状況についてのアンケート調査（設問毎に5段階評価および自由記入欄）を行った。【結果】集計の結果、調剤ミスは規格違いや名称類似の薬で多発していた。院内における採用薬品の変更や医薬品に印字されているRSS/JANコードの変更による読み取りエラー（照合データが登録されていない場合も取り間違いとして集計される）が多く、正確なサポートが出来ていないこともわかった。アンケートではPORIMSを導入しミスが減ったと強く思う・思うとの回答が93%、安心して調剤が行えるようになったと強く思う・思うとの回答が86%であった。一方、PORIMSの整備は行き届いているかとの設問には強くそう思わない・そう思わないとの回答が36%あり、PORIMSへの期待感・信頼感はあるが完全には整備が出来ていない結果となった。【考察】今後、注射室・調剤室の担当薬剤師とも情報共有を行い、調剤ミスを減らすような配置など検討・工夫をしていく。院内採用薬やRSS/JANコードは随時変更されていくため、定期的な整備をし、正確性・信頼性を高めていく必要がある。

P1-02

内服管理フローチャートの実践と評価

大井川裕美、島元智恵、清水美穂
JCHO 東京高輪病院 看護部

1. はじめに 前年度の看護研究では「内服管理方法を決定するための評価スケールの作成」というテーマで内服管理フローチャートの作成を行った。昨年度は作成のみであり実施には至らなかったため、今年度は臨床での実施・評価を行ったことを報告する。2. 研究目的 すべてのスタッフが一定のアセスメントを行うことができるように内服管理フローチャートを使用し実践に活用する。3. 研究方法 対象患者に内服管理フローチャート（以下フローチャート）を使用しアンケートを実施した。また、フローチャートを使用した期間前後の内服に関するインシデントの発生件数と内容の調査を実施した。4. 倫理的配慮 1) 研究に際し、対象者には研究発表の機会があることについて、説明書および同意書により確認する。得られた情報はこの研究にのみ使用し個人が特定されないようにする。2) 東京高輪病院の倫理審査委員会の認証を受け行う。5. 結果 アンケート回収率は100%であった。使用しにくいと考える人が少数いた。フローチャート実施前後の内服に関するインシデントの発生件数は、調査期間前は11件であり、調査期間中のインシデントは3件発生しているが、フローチャートに関するインシデントは0件であった。6. 考察 フローチャートを使用していくにあたり、誰もが明確な判断を示すことができる指標が必要であり、さらに経験年数に関わらず全ての看護師が統一したアセスメントができるように改善が必要である。インシデントの発生件数が減少したのでフローチャートは有効であった。7. 結論 今回の研究で課題が明確となり、改善してより効果的なフローチャートになるよう見直していく。

P1-03

看護記録の質向上に向けた取り組み～監査用紙変更の効果～

鈴木麻希、相知篤子
JCHO 諫早総合病院 看護部記録委員会

【はじめに】諫早総合病院看護部はH27年度に記録様式をフォーカスチャートティングからSOAPに変更した。その際同時に監査方法を検討し監査用紙の改定を行った。評価基準を明確にしたことで監査が容易となり成果を上げたので報告する。【取り組みの実績】当院では平成8年に記録様式をSOAPからフォーカスチャートティングに変更した。しかし実践計画でもある看護情報と看護計画のつながりがなく看護計画が機能していない、看護師のアセスメント能力が低下したなどの問題を抱えていた。そこで記録委員会での数年にわたる検討の結果、平成27年に再度SOAPに変更しそれらの問題に取り組むこととなった。同時期にSOAP記録の定着と記録全体の質の向上を目指して記録監査用紙の改定を行った。改定のポイントは、監査対象とするカルテの条件を具体的に示したこと。これまで項目ごとの評価基準が大きなものであったのを、項目ごとに更に小項目に分けて具体的な評価基準を示したこと。また4段階評価から2段階評価に変えたことである。使用開始後監査担当に対して行った調査において、監査対象のカルテ選択・監査項目ごとの評価のしやすさ・監査所要時間の短縮など全ての項目で高い評価であった。また評価基準を具体的に示したことで、今後の課題も明確になった。主な課題は、1. 基礎情報の「患者・家族が問題と感じていること・望んでいることについて記載不十分、2. 入院に際しての医師の説明を患者及び家族がどのように理解しているかの記載不十分、3. 看護計画に個性がないことであった。【考察・まとめ】評価基準を具体的に明示したことで監査担当者は迷わず評価できるようになり、評価のばらつきが減少した。課題である1～3はどれもコミュニケーションスキルやアセスメント能力を必要とするため、記録委員・リンクナースによる継続した教育が必要である。

P1-04

汎用データベースソフトを利用したヒヤリ・ハット事例収集・分析ソフトの開発

堀内政宏¹、清家和子²、松尾典良³、下田哲也¹
¹JCHO 宇和島病院 総務企画課、²医療安全管理部、³薬剤部

【背景・目的】医療安全対策のため、ヒヤリ・ハット報告を収集・分析することは重要である。当院では、従来、FileMakerで作成したシステムを使用し、報告・集計を行ってきた。しかし、今後のシステム維持のためには、バージョンアップ、サーバー更新に伴う費用やライセンス料等が別途必要になる。加えて、当院では今年度に電子カルテシステム（以後、電カル）の更新を控えており、電カルに連動したシステムが開発できないかとの要望もあった。以上のような背景のもと、汎用データベースソフト、Microsoft Accessを用いたシステムの開発に取り組んだ。【方法】1) 現状の把握：入力項目について医療安全管理者と確認し、必要な項目を検討2) 業務の効率化：データを出力後、Excelで集計、グラフ化していたものを自動処理3) 属性管理：病院管理者、医療安全管理者、部署責任者、入力者に分けてデータを管理4) データ維持：現行システムのデータを移行【結果】1) 外部データの利用やリストから選択することで入力作業が簡略化できた。2) 期間別集計・グラフ作成を自動処理することで効率化を図れた。3) 入力者の特定を困難にしたことで報告数の増加が見込める。4) 過去データを従来のソフトで参照する手間を省いた。5) JCHOが一括契約しているAccessを利用することで費用を抑えることができた。【結論】Accessを使用することで院内の全端末から入力が可能となった。また、入力を簡略化し、さらに属性管理をしたことにより今後のヒヤリ・ハット報告数の増加が期待される。一方、データ集計、帳票作成のカスタマイズが自由に行えることは、独自にシステムを開発する際の大きなメリットの一つである。今後、内容を更に充実させ、医療安全対策への実用性を高めていきたい。

P1-05

転倒・転落事故防止における安全用具の説明～危険性を加えた説明用紙の有効性～

小林紗也佳¹、石上文香¹、勾坂愛美¹、高田真季¹、加藤由美¹、松山恵¹、青柳友世¹、岩田佳代²

¹JCHO札幌北辰病院 看護部、²JCHO北海道病院 看護部

1. はじめに 近年、入院患者の転倒・転落事故防止が重要視されている。事故を防止するオリエンテーションにおいて、挿絵を用いた説明が効果的との文献はあるが、その有効性を研究したものはなかった。そこで挿絵を用いた説明用紙でのオリエンテーションの有効性を検証するため、本研究に取り組んだ。

2. 研究目的 説明用紙の使用前後での転倒・転落件数を比較し、説明用紙の有効性を検証する。

3. 研究方法

調査期間：A群：平成25年6月1日～8月31日、B群：同年9月1日～11月31日

研究対象：研究期間中の当病棟入院患者614名のうち、当院で用いている転倒・転落アセスメントシート危険度2（以下危険度2とする）以上の患者335名。

調査方法：従来のオリエンテーションを行ったA群173名と、挿絵を用いた説明用紙でのオリエンテーションを行ったB群162件の転倒・転落件数を比較検討。

倫理的配慮：得られた情報は本研究の目的以外に使用せず、プライバシーの保護に努めた。

4. 結果 研究にあたって、環境の変化や疾患・治療の影響を含め、実際の動作における危険性を挿絵で示し、離床時はナースコールを押すことを指導した。患者からは分かり易い等の言葉が聞かれた。期間中の転倒・転落件数はA群4件、B群3件であった。いずれも件数が少なく、検証出来る程のデータとはならなかった。

5. 考察 ファルヴォは「挿絵や図表はポイントを明らかにするばかりではなく、患者の目をひきつけるのに役立つ」と述べており、挿絵を用いることでより事故防止への意識づけができた。入院という環境の変化や疾患・治療の影響によって転倒・転落リスクは高まる。その自覚を促す介入を行っていく必要がある。

6. おわりに 視覚的に訴えるオリエンテーションは患者にとって分かり易いものであり、患者の安全に対する意識が高まった。有効性の検証には至らなかったが、今後も安全な看護を提供出来るよう加入を行っていきたい。

P1-06

清拭タオルに対する過酢酸による消毒後の *Bacillus cereus* 検出状況の検討

木枝秀人¹、小高由博¹、法山志穂²、伊藤佐知子²、伊藤ゆかり²、片山歳也³、町田祐子⁴、佐藤良子⁵、馬場弘次¹

¹JCHO四日市羽津医療センター 検査部、²看護部、³薬剤科、

⁴小児科、⁵内科

【背景】*Bacillus cereus*（以下、*Bcereus*）は、環境に広く分布し、芽胞を形成する為、高温にも耐え、エタノールでも不活化されず、乾燥にも強い菌でもある。非病原性であるが、稀に菌血症や敗血症などを起こし、その原因としてリネン類の汚染や血管内留置カテーテルの汚染が考えられる。今回、同一病室の患者から*Bcereus*が検出され院内感染が疑われ、今年度の本菌による当院の血液培養検出件数の増加傾向であった。今回我々は、清拭タオルに対する消毒剤変更前後の*Bacillus cereus* 検出状況の検討結果を報告する。【対象・方法】対象：2015年7月（1回目環境調査）、次亜塩素酸で消毒した清拭タオル、2016年1月（2回目環境調査）、過酢酸で消毒した清拭タオルについて検討した。方法：清拭タオルを無作為に選びサンプルとし、滅菌生理食塩水に浸し、絞った液体を検査材料とした。血液寒天培地に塗抹培養し観察、*Bcereus*を疑うものだけを菌種同定および薬剤感受性試験を行った。【結果】1回目の環境調査では、各病棟の清拭用タオルから*Bcereus*が検出された。2回目の環境調査では、各病棟の清拭用タオルから*Bacillus*属が少数検出されたが、*Bcereus*は検出されなかった。【考察】清拭タオルの消毒剤が次亜塩素酸から過酢酸に変更されてから、*Bcereus*が環境調査から検出されておらず、さらに血液培養検査からの検出数の減少を認めている。過酢酸による清拭用タオルの消毒は*Bcereus*による清拭用タオル汚染の減少に有用である可能性が示唆された。今後も*Bcereus*についての院内感染対策を行っていく予定である。

P1-07

当院における褥瘡予防の取り組み—ポジショニングラウンドの報告—

越田雄¹、山下美樹²、伊川友香³

¹JCHO金沢病院 リハビリテーション科、²看護部、³皮膚科

【はじめに】当院では褥瘡保有患者に対して、皮膚科医をはじめとした多職種で褥瘡の評価と治療に向けての回診を週に1回行なっている。しかし、褥瘡予防に向けたポジショニングに関しては検討する機会が少ない状況であった。そこで、平成26年度から作業療法士（以下OT）と皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCN）で各患者に応じたポジショニングをベッドサイドで検討するポジショニングラウンド（以下ラウンド）を開始した。今回、その活動内容に若干の考察を加えて報告する。【対象】褥瘡を保有している、またはリスクアセスメントスケールにて褥瘡発生リスクが高く、関節拘縮や筋緊張亢進などにより病棟看護師がポジショニングに難渋している患者。【方法】WOCN、病棟看護師が対象者を選定してOTに連絡し、ベッドサイドにて褥瘡部位や発生が予測される部位を確認しながら適切なポジショニングを病棟看護師と共に検討する。そのポジショニングを写真または図にてベッドサイドに掲示し、病棟看護師全員が同様のポジショニングを行なえるよう情報を伝達する。掲示したポジショニングが実際にに行なっているか回診時などにチェックする。【結果】ラウンド件数は平成26年度が49件、27年度が89件であった。褥瘡推定発生率はラウンド開始前の平均が2.80%だったのに対し、26年度は1.60%、27年度は1.01%と低下を認めた。【考察】ラウンドによって褥瘡発生リスクの高い患者に対して、発生が予測される部位や関節拘縮などを考慮したポジショニングを検討できた。それに加えて写真や図の掲示により、病棟看護師全員が同様のポジショニングを継続して行なえたことが褥瘡推定発生率低下の一因になったと考えられる。【まとめ】ポジショニングラウンドは褥瘡の発生予防に有効であることが示唆された。

P1-08

手術室スタッフの感染対策に対する感染リンクナースとしての取り組み

太田法子

JCHO埼玉メディカルセンター 看護部

はじめに 手術室における感染対策は、患者が安全に手術を受けるために必要不可欠なものであり、正確な知識や技術は患者のみならず自分や仲間を守ることに繋がる。しかし当手術室では、床が本来不潔領域であるという認識が低い等、スタッフの行動から感染対策に対する課題が見いだせた。そこで感染リンクナースとして行った取り組みや働きかけから生じたスタッフの感染対策への行動変容について報告する。方法 チェックリストを作成し、勉強会の効果の指標とした。勉強会の内容はCDCガイドラインの標準予防策を基本に、手術室の環境と个人防护具（PPE）についての根拠等を盛り込んだ内容とした。結果・考察 当手術室では、スタッフの不潔領域に対する認識が低く、感染リンクナースとして取り組む以前は床に落下した滅菌物を開封しようとする、手術時に使用する足台を椅子代わりにする、手術後にモニターのコード類を床に落とす等、の行動が見られた。この現状からチェックリストを作成し、自分たちが行っている事を客観的に認識できるよう、実際の写真を使用した勉強会を開催した。勉強会後のチェックリストでは、床汚染への意識の向上が見られた。経験が長くなると行動が習慣化され無意識であるほど行動変容は難しくなると言われており、当手術室でも経験の長いスタッフが多く、同様の傾向があった。そのため今回は写真を多用し、誰もが実際に客観的に認識できる形式の勉強会とした。事前に個々の行動をチェックリストで可視化する事で、他人事ではなく自分の事であると認識できたのがPPEの習慣化や不潔領域に対する認識の変化といった行動変容に繋がった。また一方的に課すだけでなく、勉強会後に意見交換を行い、個々の持つ考えも話し合いで解決するなどの取り組みも効果的であったと考える。

P1-09

冠動脈肺動脈起始症の2症例

菅谷直美¹、野田徳子¹、鈴木恵子¹、片山孝文¹、吉田雅博²、村上央²、
加田賢治²、坪井直哉²¹JCHO 中京病院 検査部、²循環器内科

【はじめに】冠動脈肺動脈起始症は先天性心疾患の約0.3%と極めて稀な疾患である。今回我々は左冠動脈肺動脈起始症と右冠動脈肺動脈起始症の2症例を経験したので報告する。【症例1】67歳女性 健診胸部レントゲンにて心胸比拡大を指摘され当院受診<心電図>V1~V4でR波増高不良<経胸壁心エコー>左室・左房の拡大、前壁中隔・前壁の壁運動低下を認めた。右冠動脈起始部は10mmと拡張し、左冠動脈の大動脈からの起始は確認できなかった。左室心筋内には異常血流シグナルを認め、パルス波形は拡張期優位の2峰性であった。また、前下行枝の血流は逆行性であり、肺動脈内へ流入する血流を認めた。<冠動脈造影検査>著明に拡張した右冠動脈から発達した側副血行路を介して左冠動脈が造影された後に肺動脈へと造影剤が流入しており、左冠動脈肺動脈起始症と診断された。肺動脈での酸素飽和度のステップアップも認められた。【症例2】65歳男性 呼吸苦を主訴に当院受診<心電図>異常なし<経胸壁心エコー>左室収縮能良好、局所壁運動低下なし。右冠動脈は大動脈短軸像で横切るように走行し、大動脈からは起始していなかった。左室心筋内には異常血流シグナルを認め、右後下行枝の血流は逆行性であった。<冠動脈CT検査>右冠動脈は肺動脈から起始し、左冠動脈から連続する発達した側副血行路を認め、右冠動脈肺動脈起始症と診断された。【結語】発達した側副血行路を伴う成人型の冠動脈肺動脈起始症の2症例を経験した。本症例において心エコー図検査では肺動脈から起始する冠動脈の逆行性血流、左室心筋内の異常血流が診断の足がかりに有用である。

P1-10

術前下肢静脈エコーによる深部静脈血栓症診断の検討

高柳美沙、水口敬司
JCHO 金沢病院

【目的】当院では2015年11月より外科外来患者の術前下肢静脈エコーによる深部静脈血栓症(DVT)診断を検査部で行っている。現在は一般外科手術予定者全例を対象にWhole leg法で検査を実施している。BernardiらはD-dimer測定を併用することで2点圧迫法(鼠径部総大静脈、膝窩~腓腹筋静脈分岐部)とWhole leg法でDVT正診率に差がないと報告している。またWellsらはWells score低リスクかつD-dimerが陰性であれば下肢静脈エコーを省略できると報告している。そこで当院においても超音波検査と同時にD-dimer測定とWells score算出を行い、2点圧迫法の有用性と超音波検査省略の可否を検討した。【方法】外科外来患者103例に対しWhole leg法とD-dimer測定、Wells scoreを算出し血栓の有無との相関を評価した。超音波検査は静脈圧迫とカラードブラ併用で下肢全体の血栓を検索した。【結果】下肢静脈エコー実施患者103例中、血栓は10例(9.7%)で認められた。発生部位はヒラメ筋静脈8例、膝窩静脈1例、浅大腿静脈分岐部1例であった。また、その10例におけるD-dimerの値は全例1.1 μ g/ml以上であり、Wells scoreは0が1例、1が4例、2が5例であった。【考察】血栓が認められた10例のうち8例はヒラメ筋静脈にみられ、2点圧迫法にヒラメ筋静脈を加えた3点の観察を行えば全症例の血栓が検出可能であった。当院の一般外科術前検査ではWells scoreに関わらずD-dimerが1.0 μ g/ml以下の患者の血栓陽性率は0%で、安全に下肢静脈エコー検査を省略できるかもしれない。またD-dimerが1.1 μ g/ml以上でも3点圧迫法を行うことで全症例において血栓の検出が可能であった。現在、症例数が103例と少ないが、今後さらに症例を蓄積し有用性を検討予定である。

P1-11

当院におけるALK陽性肺癌の特徴

水口敬司¹、三谷有貴¹、渡辺和良²
¹JCHO 金沢病院 検査部、²内科

【背景】ALK融合遺伝子肺癌は2007年にSodaらによって軽度喫煙者の男性肺癌からEML4-ALKとしてはじめて同定され、現在までに多数のvariantが明らかとなっている。これらのALK融合遺伝子はNSCLCの約3~5%に認められ、分子標的治療薬としてクリゾチニブ、アレクチニブが承認された。これらの治療薬の使用にはALK IHCとFISH検査が必要不可欠で、病理検査の役割は重要である。FISHをゴールドスタンダードとした場合、IHCの感度と特異度はかなり高いことが報告されているが、不一致症例の報告も少なからず存在する。当院ではALK検査開始時より、全症例IHCとFISHをおこなってALK融合遺伝子を評価している。当院におけるALK検査の傾向と臨床病理学的特徴について文献的考察を含めて報告する。【方法】2012~2015年に組織細胞学的にNSCLCと診断された63例において臨床所見、病理所見、免疫組織化学的所見を再評価した。【結果】63例中ALK FISH陽性は5例(7.9%)で、腺癌のみでは43例中5例(11.6%)であった。5例中IHC陽性は2例のみで3例の検査不一致症例が認められた。ALK陽性NSCLCは60歳以下で有意に多かった($p=0.046$)。また統計学的な有意差は認められなかったが、低分化な症例に多い傾向が見られた($p=0.065$)。その他の項目ではALK陽性例と陰性例の間に有意差は見られなかった。【考察】当院では手術適応とならない進行肺癌患者が多いことが高いALKの陽性率につながっていると考えられた。文献的なALK陽性肺癌の特徴に加え、自施設での肺癌患者の特徴も理解することが必要不可欠である。今回のALK検査不一致3例の中にはクリゾチニブが奏効した症例も存在した。このような症例を見逃さないためにも、慎重に検査を進める必要があると考えられた。

P1-12

JCHO 仙台病院の移植検査の歩みとこれから
~高感度機器を運用して~森川勉¹、中村篤司²、芳賀泉²、高山哲郎²、天田憲利²¹JCHO 仙台病院 統括診療部臨床検査科診療部、²統括診療部外科診療部

【はじめに】

当院は腎疾患専門病院として、(公社)日本臓器移植ネットワークの特定移植検査センター(HLA検査施設)であり、東北地方の移植を支える施設として24時間365日の献腎移植検査の待機を行っている。移植検査は操作に熟練を要する検査と言われ、判定には免疫血液学の深い知識が必要とされてきた。昨今は機械化が進み、高感度に(de novo)HLA抗体が検出可能となり、移植腎の長期活着が期待されている。高感度機器導入前後のリンパ球クロスマッチ陽性率(以下、陽性率)比較、それに伴う移植検査に要する時間を総合的に比較してみた。

【方法】

測定機器はBD FACS Canto II、HLA抗体の検出にはLuminex(検査試薬Single Antigen)を用いた。2010年5月~2015年5月まで5年間の当院移植外来から依頼された生体腎移植検査のうち、(a)高感度機器導入前62例、(b)導入後184例を解析対象とし、以下の項目について比較した。

(1) 陽性率の比較

(2) 機械化による検査時間の比較

【結果】

(1) 陽性率の比較

高感度機器導入前後陽性率(%)は、導入前4.8(%)導入後15.2(%)であった。

(2) 機械化による検査時間の比較

機器導入前累計で12時間検査に要していたが、導入後累計9時間で短縮が可能であった。(再検、追加試験時間を含まず)

【考察】

高感度機器の導入により陽性率の上昇が見られ、検査時間短縮ができた。近年、生体腎移植では、血液型不一致、妊娠歴有、輸血歴有、夫婦間、再移植など前感作がある移植希望が増加傾向にあり、高感度検出の意義は高い。

一方、陽性率の上昇により再検や追加確認試験が増加する反面も有する。特に、献腎移植時には臓器のバイアビリティを良好に保つため速やかな結果提出が求められるが、再検を少なくする方法の検討が必要である。

P1-13**自費検査への取り組みについて**

大塚美里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、
江藤美幸¹、岩下大輝¹、福永充²

¹JCHO湯布院病院 臨床検査科、²循環器内科

【はじめに】特に症状がなくても、潜在的な疾病や将来の罹病リスクに不安や疑問を抱えている人は存在する、又従来何らかの検査を希望しても、その実施に困難を伴う場合がある。保険診療の対象にならない時、健康診断では実施時期や項目の制限があること、また人間ドック等での希望しない検査もおこなう負担等が挙げられる。そこで当院では本人が検査項目を自身で選択し、かつ希望する時期に検査がおこなえるように自費検査を開始した。

【目的】検査項目を自ら選択し希望する人に対して、その要望と本人の状況を十分に確認し、適切な検査項目選択のサポートと検査前説明などによりニーズに充分応える体制作りをおこなうとともに多くの人に臨床検査を知ってもらうことを目指した。

【経過】平成27年4月より自費検査開始に向けて検査項目の実質単価を算出、保険点数などを確認し、自費検査の意義が高いと思われる項目を抽出し、金額設定をおこない、検査申込書・予約伝票・検査内容の説明書などの書類と検査フローチャートを作成した。検査科内の勉強会開催、職員への啓蒙をおこなった。ポスターなどにて来院者などへ予告案内をおこない自費検査を平成27年11月より開始した。

【まとめ】今回の試みによる成果としては、検査に対する質問などが多くなり患者等とのコミュニケーションの機会が増えた。その際、解りやすい説明を心がけるようになったことで各検査技師の検査への研鑽の機会にもなり業務への意欲向上に繋がった。更に保険点数や実質単価を再確認し、試薬単価などの見直しが出来、経費削減に繋がった。一方で課題として多くの人に自費検査を周知し、理解を深めてもらうことや検査に関する不安や疑問などを少しでも軽減し、解りやすい説明が出来るよう更なる研鑽が必要と思われる。

P1-14

当院におけるエプレレノン錠の適正使用調査

松岡芳樹、木場重徳
JCHO 諫早総合病院 薬剤科

【はじめに】平成27年9月に中等度以上の腎機能障害のある患者はエプレレノン錠が高カリウム血症を誘発させるため投与禁忌であり、処方に際して腎機能を確認してほしいという適正使用のお願いが発行された。また調査時の禁忌該当患者の割合等も報告されていたが、14.8%と比較的高い値であった。そこで今回、当院におけるエプレレノン錠の使用状況についても同様の調査を行い、若干の知見を得たので以下に報告する。【方法】平成27年10月から平成28年2月までの5か月間に当院でエプレレノン錠が処方された患者について腎機能の評価を実施した。薬剤部スタッフにはエプレレノン錠の処方があった場合には、腎機能を確認し必要に応じ疑義照会を実施するように依頼した。【結果】5か月間におけるエプレレノン錠の処方患者は延べ152名であった。中等度以上の腎機能障害が見られた患者は、38名（25%）でありメーカーの案内よりも高い割合であった。血清カリウム値が5.0mEq/Lを超える患者は4名（2.6%）ですべて外来患者であった。このうちCCr50ml/分未満の患者は1名であった。またカリウム排泄を促進する利尿剤との併用を調査した所、75%の患者に利尿剤が併用されていた。CCr50ml/分未満の患者において、血清Crが基準値内の患者が男性で23%、女性で32%も見られた。腎機能障害の見られた入院患者については疑義照会を実施したが減量はされなかった。【考察】1.血清Crが基準値内でも中等度以上の腎機能障害を有する患者は高齢化社会に伴い今後も多く見られると考えられた。2.当院は外来患者の9割以上が院外処方となるため院外薬局への腎機能の伝達が更に必要と考えられた。3.利尿剤の併用が7割以上と多い為、高カリウム血症の患者が比較的少なくすんでいると考えられた。4.エプレレノンが特殊な薬剤であることから中止・減量が難しいものと思われた。それ故K値のモニタリングが非常に重要であると考えられた。

P1-15

当院におけるプレアボイド報告につなげる疑義照会

仲宗根重紀、松村瑛子、川原和也、川原里佳、中路洋輔、橋口知加子、原田忠幸、宮崎由佳、前山幸史、草野俊明、浦瀬剛嗣、松岡芳樹、森一郎、木場重徳
JCHO 諫早総合病院 薬剤科

【はじめに】疑義照会は薬剤師に課せられた義務である。当院では疑義照会を行った件数を集計していたが、今回疑義照会の内容を詳細に検討するために疑義照会チェック表を作成した。そのチェック表を用いて当院での疑義照会の内容とプレアボイド報告につながるような薬学的ケアについて解析したので報告する。【方法】調査機関:平成28年2月～平成28年7月までの半年でその期間に集積した疑義照会の解析を行った。チェック表は、時間帯・診療科・疑義照会の内容などチェック項目がある。【結果】平成28年2月から抄録提出までの結果をについて記載する。診療科別に解析すると、消化器内科や呼吸器内科など内科系が50%以上を占めており、そのうち腎臓内科が13%で最も多かった。疑義照会の内容は用量が最も多く、次に用法で、日数であった。【考察】診療科別で内科系が多くを占めているのは薬剤数が多いため処方数も多いことが関係していると思われる。用量の変更が最も多いのは、週周期のバスに抗生剤が含まれており腎機能低下により減量対象となったことや小児の体重の過量過小投与に基づくと考えられる。現在も引き続き解析を行っており、半年間の疑義照会の解析を行う予定である。

P1-16

頸髄不全損傷者一症例の歩行能力向上への試み
－ Spastic gait 改善のための立位姿勢と歩行動作へのアプローチ－

愛知諒¹、羽田晋也¹、植田耕造¹、河島則天²、稲村一浩¹

¹JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、

²国立障害者リハビリテーションセンター 研究所

【目的】典型的なspastic gaitを呈した脊髄不全損傷症例に対し、立位姿勢と歩行動作に対する痙性影響を最小化し、歩行機能回復のための段階的な介入を行った結果、独歩獲得に至った症例を経験したので報告する。

【方法】対象は第5頸髄レベル以下の不全麻痺を呈した20歳代男性。測定は受傷後13週目（初回）、15週目（中間）、19週目（最終）の3回実施した。評価は平地歩行時の歩幅とcadence、10m最大歩行時間を測定し、また動画解析によりステップ長、立脚時間の左右比を算出した。開眼立位の足圧中心を測定し、周波数解析により0.03、0.31、1.3（Hz）の3帯域のパワースペクトル密度を算出した。介入方法として、姿勢調節への介入には重心動揺リアルタイムフィードバック装置（BASYS、テック技販社製）を用いた。歩行への介入には、体重負荷トレッドミル歩行練習（BWSTT）を実施した。

【結果】各回（以下初回→中間→最終の順）における歩幅は55.8→65.3→66.7cm、cadenceは76.4→88.5→103steps/分、10m最大歩行時間は11.7→9.1→6.8秒、ステップ長左右非は0.44→0.57→0.72、立脚時間左右非は1.24→1.02→0.96であった。周波数は0.03Hzは162→150→195、0.31Hzは29.3→38.9→46.4、1.3 Hzは12.6→11.9→7.6であった。

【考察】痙性発現に伴う姿勢動揺の減弱を目的としBASYSを用いて介入した結果、初回から中間にかけて静止立位における痙性の程度（脊髄反射興奮性）を反映する高周波成分の減少に繋がったと考える。左右対称かつ円滑な下肢ステッピング運動を実現することを目的にBWSTTによる介入を行った結果、立脚から遊脚への速やかな位相転換が可能となり、歩行時間は短縮され独歩の獲得に至った。

キーワード：頸髄不全損傷、体重負荷式トレッドミル歩行練習、重心動揺リアルタイムフィードバック装置

P1-17

外来患者への夜間ポジショニングの指導と保温対策により肩関節の夜間痛が軽減した一症例

米山智晃¹、工藤啓介¹、戸田美美²、馬淵まりえ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整形外科

【はじめに】肩関節の夜間痛に対して、保温やポジショニングが有効とされている。今回、腱板損傷により夜間痛を呈した症例に対し、ポジショニングと保温対策が夜間痛の軽減に有効であった症例を以下に報告する。【症例】70歳代女性。診断名は右腱板損傷。特発性血小板減少症のため、コロナールのみの内服で経過観察となっていたが、症状の改善が得られず3か月後に作業療法が開始となる。【作業療法経過】初期評価は、疼痛誘発テストpainful arc sign、棘上筋テストとも陽性。関節可動域は自動にて肩関節屈曲135°、外転120°、伸展35°、外旋55°。日整会肩関節疾患治療成績判定基準（以下JOA）では、I疼痛5点（夜間痛頻回）、II機能17点、III可動域22点、IV X線所見評価5点、V関節安定性15点であった。症例は夜間痛が生じており、良眠できることを希望されていた。作業療法では、物理療法、関節可動域訓練を実施。また夜間のポジショニングとして、肩から肘下に枕を設置しクッションを抱えるポジショニングを提案。しかし夜間痛は残存。自宅でのポジショニングを確認したところ、肩関節が軽度伸展位の状態であったため、クッションの高さ調整に加え、保温対策も実施した。それにより、疼痛誘発テスト、肩関節の自動関節可動域は変化がなかったが、JOAのI疼痛が10点（時々夜間痛）と改善が得られた。【考察】夜間痛は肩関節が軽度伸展位となり、上腕骨頭が前上方に移動することで肩峰下滑液包圧が上昇し疼痛が誘発するとされている。当初のポジショニングは、肩関節は伸展位の状態のため、疼痛は持続していたと考える。また皮膚温の低下が、疼痛閾値を低下させ夜間痛を誘発するとされている。本症例は、特発性血小板減少症により鎮痛剤の内服に制限があったため、自宅環境に沿った状況下でのポジショニング指導と夜間の保温対策は有効であったと思われる。

P1-18**当院における肩腱板断裂に対する関節鏡視下修復術後の経過と傾向**

妹尾麻未、来海悟、川上和子、山崎敦広
JCHO 玉造病院 リハビリテーション室

【はじめに】当院では肩腱板断裂に対し関節鏡視下修復術（以下 ARCR とする）施行後の後療法を作業療法士が行っている。そこで本研究では日本整形外科学会肩関節疾患治療成績判断基準（以下 JOA - SCORE とする）を用いて、その治療成績ならび傾向を分析したためここに報告する。【方法】当院にて ARCR を施行した患者に対し術前、術後 3 ヶ月、術後 6 ヶ月の外来定期受診時の JOA - SCORE データの上位 4 項目（疼痛、外転筋力、耐久性、ADL）及び自動屈曲・外転・外旋可動域をカルテより後方視的に抽出した。また各項目において%換算し傾向を分析した。各期間において統計学的処理として T - test を用いて有意差を算定した。なお、有意差は 5 % 未満とした。本研究は当院の入院誓約書にて対象者の同意を得て実施した。【対象】平成 25 年 4 月 1 日から平成 26 年 3 月 31 日の期間に当院で ARCR を施行した 33 症例 33 肩、内訳は右肩 21 名、左肩 12 名とした。【結果】術後 3 ヶ月では疼痛および ADL について有意に改善がみられ、特に ADL では 80 % の機能回復が得られた。その他の項目では有意差は示されないものの、自動屈曲・外転では改善傾向がみられた。【考察】今回の結果より ARCR 施行により上腕骨頭の求心方向への張力が改善し関節運動の骨頭運動軸の安定性・可動性に寄与したと考えた。それに伴いインピンジメント症状を主体とする疼痛軽減が図られ、結果として ADL の改善につながったと考えた。間中らは「各項目点数すべて 80 % 以上になった場合を機能回復とする」と報告しているが当院では全ての項目を網羅して 80 % 以上を獲得することは 6 ヶ月以上時間を要すると考えられる。【結語】本研究では当院の術後傾向について分析を行ったが、骨頭求心位を早期に獲得することはその他の機能・生活を拡大させるのに必須項目であると考えられる。

P1-19

高齢者における腎機能を考慮した医薬品の適正化とそれに伴う医療費削減についての検討

富田翔子、富田真理、小山春菜、脇谷恭子、西山泰史、阿部武由
JCHO りつりん病院 薬剤科

【目的】一般的に高齢者は腎機能が低下していることが多く、医薬品の投与にあたっては腎機能に応じた減量を必要とする。そこで、我々は高齢者を主とした腎機能障害患者への投与量の適正化を目的とし、現状を調査するとともに、それによる医療費の削減について検討した。

【方法】2016年5月16日に当院で入院している患者148名を対象とし、同日に投与された医薬品名及び1日投与量を調査した。さらに、腎機能に応じた減量を必要とする医薬品に対し減量後の投与量を求め、適正な減量の実施状況を調査した。腎機能（クレアチニンクリアランス値:CLcr）は過去2週間以内に測定した血清クレアチニン値を用い Cockcroft & Gault 式と菅野の年齢別 CLcr 推定式から算出した。腎機能に応じた投与量は「添付文書」および「腎機能別医薬品使用マニュアル」を参考にした。

【結果】入院患者のうち対象となる高齢者かつ推定 CLcr が 60mL/min 未満の患者は全体の 89%、131 名であった。入院患者に投与された医薬品は 1,028 品目で、そのうち腎機能に応じた減量が適正におこなわれていなかった医薬品は 51 品目（5%）であった。件数の多い順にファモチジン 11 例、ロキソプロフェン 11 例、フロセミド 10 例、アロプリノール 4 例であった。いっぽう腎排泄型薬物の中で特に注意を要する医薬品では抗菌薬 3 例、抗不整脈薬 2 例、糖尿病治療薬 1 例、抗凝固薬 1 例であった。また、これらの減量で生じる医療費の削減額は 1 日 5,675 円（薬価）であった。

【結論】高齢者を主とする入院患者に投与された医薬品のうち約 5% の医薬品で腎機能に応じた減量が必要であった。しかし、上記で述べた特に注意が必要とされる医薬品については概ね適切な減量がおこなわれていた。腎機能に応じた減量に伴う医療費に対する影響は、1 日 5,000 円（年間 180 万円）程度の削減が見込まれることがわかった。

P1-20

もの忘れ外来の現状と今後の課題

丹賀澤康子¹、藤本志織²
¹ JCHO 滋賀病院 看護部、² JCHO 滋賀病院付属介護老人保健施設

厚生労働省によると、認知症及び認知症予備軍の人は 65 歳以上の 4 人に 1 人と言われている。認知症は今、だれにとっても身近な病気である。自分自身や身近な人の異変に早くから気付いてはいたけれど、どこに受診すればいいかわからないと感じていたり、認知症と言われたけれど進行させないために生活をどのように工夫すればよいか悩んでいる方も多い。そこで当院では神経内科医による「もの忘れ外来」・認知症看護認定看護師による「もの忘れ看護相談」2015 年 9 月から開始した。もの忘れ外来、もの忘れ看護相談開設から現在までの経過、今後の課題を報告する。もの忘れ看護相談では、初診を中心に認知症看護認定看護師の視点による問診、認知機能のスクリーニング、本人や家族の困っていることや今後の生活に関する相談を行っている。一人 1 時間でスクリーニングだけでなく、本人や家族の思いを十分に表出できる場としての役割も担っている。その後、医師による診察、検査等が行われ診断に至る。初診での受診が多いため、他部署との連携により、不安や抵抗感の軽減にも努めている。もの忘れ外来を受診する患者は開業医や院内他科からの紹介、本人や家族が心配して受診を希望するケースがある。相談内容は最近忘れっぽくなってきた、これ以上進行させたくない、生活の方法が知りたいなど様々であり、地域住民の認知症に対する悩みをうかがい知ることができる。地域住民の認知症に対する不安も大きい。また外来患者アンケートでも関心が非常に高い。地域住民が認知症の不安を感じたとき、地域の総合病院のもの忘れ外来と看護相談は精神科受診よりも抵抗感が少なく、今後ますます需要が見込まれていると考える。認知症の診断や BPSD など症状の緩和を図るとともに、本人の思いに寄り添った生活相談や思いを表出できる場の提供を継続して行っていきたい。

P1-21

3 階病棟の変遷と入院患者の変化

杉島由美子、遠藤彩花、本多順子、佐藤妙子、大塚京子
JCHO 二本松病院 看護部

【はじめに】当院 3 階病棟は産婦人科病棟の閉鎖に伴い混合病棟に変更となり 3 年が経過した。地域に信頼される病院を位置づける資料として、今回入院受け入れ状況調査を行うことで患者動向を把握する。【方法】平成 24 年度後期から平成 27 年度前期に 3 階病棟に入院した患者状況の調査。【結果】重症度、医療・看護必要度の高い症例は増加している。転倒・転落アセスメントにおける危険度 2 の例数は増加している。認知度評価は、認知度低下があると判断した例数は増加している。入院期間は減少している。混合病棟変更以前に比べ入院患者の高齢化・入院時の疾患の種類の多様化および転倒危険度が高い症例の増加が見られた。また当院外来からの入院の比率が減少し紹介患者の入院の比率が増加している。転帰においては入院時の状況と比較すると、施設や他の医療機関への逆紹介の比率が増加している。【考察】施設からの入院患者さんは回復後すべて同じ施設に退院しているが、在宅に退院することのできない患者さんについては地域連携室や MWS の協力を得て訪問看護の導入や施設入所への退院調整を行い、患者と家族がより良い環境で生活できるよう退院支援を行っている。超高齢化社会に向け地域包括システムを活用しスムーズに退院調整・支援ができるよう他職種との連携と地域連携室と病棟看護師が協働すること入院期間の短縮につながった。患者および家族の思いに沿った働きかけをすることで自分らしい暮らしが送れることができ、必要時適切な医療を受けられるような体制作りの必要性を確信した。

P1-22

認知症評価の問題点

遠藤彩花、杉島由美子、本多順子、佐藤妙子、大塚京子
JCHO 二本松病院 看護部

【はじめに】当院は地域医療に根差し疾病の予防や健康の増進から看取りまでシームレスに対応することを理念に掲げている病院である。超高齢化社会の中、自部署も入院患者層が変化してきたと同時に認知症患者に対するケアが重要視されるようになってきた。そこで、私達看護師の認知症評価について検討したので報告する。【方法】平成 24 年度後期から平成 27 年度前期に 3 階病棟に入院した患者について看護師の認知症評価に関しての調査をした。産婦人科患者は除いた。【結果】認知症患者の平均年齢は入院全体の平均年齢に比べ高齢であった。認知症患者の平均在院日数は 34.0 日と入院全体の 27.3 日に比べ有意に長期であった。認知症患者では、看護必要度が高い例が多く見られ、また転倒・転落アセスメントの危険度の高い症例も多く見られた。看護師による認知症評価に比べ医師の認知症診断率は低く、医師の診断との間にギャップが認められた。認知症を合併していても症状を主訴に入院する症例は少なかった。【考察】入院初期では、認知症が合併していても気づかないことがある。更に、高齢者ではせん妄状態を呈して認知症と間違えることがあり、認知症の評価は難しいと考えられる。看護師の認知症評価と医師による確定診断との間にギャップを見られたことから、看護師は重く評価しがちなこと、および入院初期の評価では入院契機疾患に基づくせん妄を評価している可能性が示唆された。また、入院後患者と患者を取り巻く環境の変化を見逃さず適切にアセスメントしていくことの必要性を再確認した。さらに頻回なアセスメントのために、もっと簡便で信頼性を損なわない評価方法がないかと考えている。

P1-23**視覚教材の作成と指導を試みて
－ストーマケアが受容できる患者指導を目指す－**

大村麻和、宮代裕美、玉城優子、石本寿美子
JCHO 桜ヶ丘病院 看護課

【はじめに】当院では手術後3日目よりストーマケア指導を開始するが、患者の理解の程度は様々である。また高齢者のストーマ造設も多いが、指導に時間を要することでストーマの受容は可能である。しかし当院の指導はパンフレットやマニュアルがないため高齢者にもわかりやすいように、視覚教材を作成し指導を行った結果と今後の課題をここに報告する。

【目的】視覚教材を作成し、教材を用いた退院指導の効果を検討し今後の課題を見出す。

【方法】平成27年7月1件、8月3件のストーマ造設患者4症例に対し、視覚教材を用いてストーマ指導を行い、プロセスレコードで指導の有効性を評価・分析し、ストーマ外来との連携の方法を検討する。

【結果】視覚教材を用いた指導は患者にストーマケアのイメージを持ってもらうには有効であった。

【考察】症例4ではボディーイメージの変容により、ストーマに対し拒否が感じられたので患者の言動・行動を注意深く観察し、指導の時期を遅らせた。その後、自らストーマやパンフレットに目を通す姿が見られたため、指導を開始した。指導の時期を見極められたこともあり、徐々にストーマケアを受け入れることが出来た。指導の理解の程度は様々で、ストーマケアの手技は確認できたが獲得までには至らず、退院後に手技が自己流となりトラブルが起きているという症例もあった。入院中に全てを取得し理解してもらうのは困難である。

そこで入院中の経過と退院後の状況について情報共有を行い、継続看護につなげたいと考えた。継続看護の第一歩としてストーマ外来との連携を図るためにストーマ情報提供書を作成した。この用紙を活用し、ストーマ造設患者の情報交換を行っている。

【まとめ】ストーマケアの受容には指導の介入時期の見極めとそれを継続看護につなげることの重要性を学んだ。今後は介入時期の見極めるためアセスメント能力の向上とともに情報共有を行っていきたい。

P1-24**ソーシャルワーカー（MSW）としての関わり
－身寄りが無く意思決定が難しい高齢者－**

沖野優香、山本三千子、西本祥子
JCHO 高知西病院 地域連携室・医療福祉相談室

（目的）単身世帯の増加や家族関係の希薄化に伴って、当院でも、身寄りのない高齢者の入院は珍しくない。ソーシャルワーカー（以下、MSW）が日々の実践の中で出会う患者においても本人以外に今後の方向性の確認や意思決定を行う者がいないことがしばしばある。退院後の生活のみならず、入院生活に不自由が生じていることもある。このような患者に対してMSWが介入し問題の整理や解決、今後の生活の再構築を支援することが必要である。患者の入院生活継続と退院後の生活再構築の為にMSWとして何ができていたかを考察し今後の実践に活かしていく。（方法）MSWの記録から、関わりの過程を振り返り支援展開を整理した。（結果）入院時は金銭的な余裕がなく必要物品の準備、入院費の支払いも困難な状況であった。院内外の機関や人に働きかけ、物品の寄贈等を行っていただき物品や金銭の確保を行う事ができた。さらに、生活歴の整理やキーパーソンの搜索では、市や成年後見サポートセンターに介入を依頼し、情報交換を行いながら制度利用へ繋げ、問題解決を行う事ができた。（結論）本事例では、地域の様々な機関と連携し患者を中心とした支援ネットワークの構築を行ったことで、現実的な退院後の方向性の検討や親族関係の整理を行う事ができた。患者は意向の表明ができない状態であったが、少しでも意向のくみ取りや受傷前の人となりを知るため、頻回な自宅訪問や面接を行う事で、患者自身の理解に努めた。MSWだけでなく多職種・多機関の意見もくみながら支援を行うことで患者に不利益なく支援を行う事ができたのではないかと。MSWが中心となって患者を取り巻くネットワークを構築する事が重要な役割であると再確認する事ができた。

P1-25

歩行速度を落とすことで間質性肺炎による労作時 SpO₂ 低下を防止できた1症例

清水大地¹、山崎隆幸¹、江村匠史¹、早稲田優子²
¹JCHO金沢病院 リハビリテーション科、²内科

【はじめに】歩行速度と酸素摂取量との相関関係は知られている。また間質性肺炎患者のADLトレーニングでは、動作中のSpO₂が90%を下回らないよう動作指導することが知られているが、歩行速度に着目した報告は少ない。今回40代の間質性肺炎患者の理学療法を経験し、労作時の著明なSpO₂低下を認める患者に対して、大量ステロイドでの治療と併用して、6分間歩行試験から得られた結果をもとに、歩行速度を落とすことで歩行することを指導した。これにより、歩行中のSpO₂低下を防止でき、社会復帰までQOLを改善できたため、ここに報告する。

【症例紹介】47歳、男性、警備員。労作時の呼吸苦あり、間質性肺炎の精査加療目的にて入院。修正MRC息切れスケール2、呼吸機能検査%FVC:50.2%、%DLCO:27.4%、血液検査KL-6:1805U/ml、SP-D:468.1ng/ml、胸部CT:両側下肺胸膜下に網状影を認め、間質性肺炎疑い。入院から13日目よりPSL60mg/日にて治療開始となる。

【理学療法での介入】入院直後より呼吸リハビリテーションを実施。また週に1度、6分間歩行試験を実施し、WristOx2TM6MW（スター・プロダクト）を用いて、歩行時のSpO₂とHRの推移を記録した。入院時の6分間歩行試験では、歩行距離:360m、歩行速度:約3.6km/h、SpO₂は71%まで低下した。PSLでの治療を開始して10日後の6分間歩行試験では、歩行距離:463m、歩行速度:約4.63km/h、SpO₂は77%まで低下した。歩行時のSpO₂は6%改善したが、90%を大きく下回ったため、6分間歩行試験の歩行速度を参考に、トレッドミルを使用し、SpO₂が90%を下回らない3.0km/hの歩行速度から歩行練習を行った。また、患者に対し、6分間歩行試験後にSpO₂低下の推移を視覚的に伝え、歩行速度を落として歩行練習を行う理由を説明した。

【結果】退院時には歩行速度4.2km/hで、SpO₂が90%を下回らずに、歩行できるようになった。

【考察】歩行速度を落とすことで、酸素摂取量を軽減させ、SpO₂低下を防止できたと考える。

P1-27

糖尿病を有する慢性腎臓病（CKD）患者への看護介入時の情報収集に関する実態

石橋理恵子、室崎美鈴、伊藤典子
JCHO金沢病院 血液浄化療法部

【はじめに】CKD患者へ効果的な介入を行うためには、十分に情報収集を行いアセスメントすることが不可欠である。しかし、外来での介入は情報収集に時間を費やし、個別な指導が十分できていない現状があった。本研究は介入の質向上への一段階として、情報収集の時間と内容を客観的に明らかにし、個別性との関連について検討を行った。【方法】院内倫理審査委員会で承認後、対象患者から研究協力の同意を得た上で実施した。対象はCKDステージ4・5の患者5名、介入は腎不全看護の経験6年から13年の看護師4名が行った。介入内容を情報収集と指導に分類し、情報収集の時間を測定後、総介入時間に対する割合を算出した。情報収集の内容を分類し患者の個別性との関連を検討した。

【結果】5名の患者に対する総介入時間は4時間18分5秒、情報収集には3時間19分3秒を要し、77.1%を占めていた。情報収集の内容は、A氏は＜自覚症状＞が1番多かった。外食の利用が多く心不全症状を認めていた。B氏は＜塩分・水分＞が1番多かった。コンビニや惣菜を利用し塩分摂取量高値が続いていた。C氏は＜社会背景＞が1番多く、高齢で通院には妻が付添っていた。D氏、E氏はCKDステージ5の患者で＜透析・シャント＞が1番だった。【考察】CKD患者にとって塩分制限は重要である。食生活の改善が目標であり、症状の確認や塩分・水分について情報が必要だった。C氏が療養生活を送るためには周囲のサポートが必要だと判断し、支える力を把握するために社会背景の情報収集が多くなった。ステージ5は医師から具体的な透析導入時期を告知され、不安や拒否感を抱きながらも透析への関心が高くなる段階である。この段階の介入では透析導入に向け腎代替療法選択支援と精神面の援助が必要である。患者の知識と思いや不安を把握し、よりスムーズに透析を導入するため透析・シャントの情報収集が多くなった。

P1-26

急性期病棟における睡眠援助の検討
—睡眠状況の調査を行って—

熊井里紗、仲谷美里、髙内咲恵、穴田久美、藤沢昌輝
JCHO 福井勝山総合病院

【目的】

睡眠が健康の維持、増進、そして健康障害からの回復に欠かせないということは言うまでもない。しかし、入院は疾患そのものに関する要因のほかに、物理的環境の変化や、人的影響を受け睡眠が障害されやすいといわれている。

A病棟は複数科が混合する急性期病棟であり、昨年度の平均在院日数が10.5日であった。その現状で過去のカルテ記録を参照し2016/4/15の入院患者の睡眠状態を調査したところ、入院中不眠と答えた患者は、39名中21名（53%）と半数を占めていた。だが短期入院患者が多く、適切な睡眠援助が行えず不眠を解消しないまま退院となる場合もあり、睡眠に対する援助が必要ではないかと考えた。そこで、不眠と答えた患者の原因を明らかにし、看護援助で緩和できるものがないかを知るため、A病棟の入院患者を対象とした調査を行ったので報告する。

【方法】

A病棟入院患者（小児を含む回答が困難と思われる患者を除く）を対象に睡眠に関するアンケート調査を実施した。

【結果・考察】

入院前と入院中の睡眠状態の変化では、入院前と比べると「熟眠感に変わらない」と回答した患者が約8割を占める一方で、就寝時間に変化がある患者が約半数以上、睡眠時間が減少した患者が約3割という結果となった

入院中の睡眠満足度は「やや不満～不満」が約4割以上あり、その理由として多い順に身体的要因の「考え事・心配事」「体の痛み・痒み・だるさ」、環境的要因の「寝具」「湿度・温度」「物音」が挙げられた。

A病棟は、夜間の入院・緊急手術もあり、不眠の物理的環境や人的影響を受けやすい。これらの睡眠阻害要因に対し、入院環境上介入困難な部分もあるが、出来る限り入院中の睡眠の質を確保するために、今後は具体的な援助方法の検討を行っていききたい。

P1-28

脊髄損傷患者の就労支援に関する意識調査とチャート作成

高井さおり、上野広恵、橋川舞、岩川泰子、山根梓沙、数見悦子
JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】前回の看護研究で、入院中の頸髄損傷患者の復職について考えた際、1. 回復期病棟ではADLの獲得に時間を要するため就労支援ができていないこと、2. 看護師が病棟で出来る就労支援は情報収集し共有すること、3. 脊髄損傷患者は「仕事復帰したい」「リハビリを継続したい」という思いが混在していることがわかった。就労支援とは復職、再就職の有無に限らず仕事復帰への支援と考える。特に、2に着目して、看護師の意識調査を行い、病棟看護師全員が就労支援に取り組めるように脊髄損傷患者の就労支援チャートを作成した。

【方法】研究期間は2015年6月～2016年4月。回復期病棟看護師23名、医療ソーシャルワーカー4名（以下MSWと略す）に質問紙調査を実施し、脊髄損傷患者の就労支援チャートを作成した。

【結果】看護師とMSWより就労支援を行う上で必要な情報として「仕事の内容」「資格・技能、障害者手帳の有無」「現在の収入状況」「本人の就職や仕事復帰に関する思い」があがった。就労支援を始める時期は「転入1ヶ月目」「転入3ヶ月目」「本人が興味を持った時」との回答が得られた。看護師への質問「就労支援は必要だと思うか」では「はい」が20名、無回答が3名であった。「脊髄損傷患者を受け持った時、患者から就労支援に関する情報収集をしたことがあるか」では「はい」が9名、「いいえ」が11名、無回答3名であった。要因として「話をするタイミングが難しい」「どの時期から支援していけば良いかわからない」との意見があった。上記の結果を踏まえ、脊髄損傷患者の就労支援チャートを作成した。

【考察】就労支援をする必要があると感じる看護師は多いが、実際就労に関する情報収集をしたことのある看護師は少ない。その要因として就労支援の内容の不明瞭さがあると考えられる。

【結論】脊髄損傷患者の就労支援チャートを作成したことで就労支援法の統一に繋がる。

P1-29

ケアマネジャー支援として地域包括支援センターに求められる役割～認知症独居高齢者の事例を通じて考える～

鈴木まり、小林奈津子、杉平栄子

JCHO 埼玉メディカルセンター附属介護老人保健施設 地域包括支援センター

地域包括支援センター（以下包括）の主要業務の一つに、居宅介護支援事業所のケアマネジャー（以下ケアマネ）への支援がある。ケアマネ対象の研修会の開催や、ケアマネが抱える困難事例の相談に応じ、必要に応じて個別支援会議を主催し問題解決を図っている。更に個別事例から浮かび上がる地域課題の抽出やネットワーク構築、社会資源の開発に繋げる機能として地域支援会議も主催している。H27年度のケアマネからの相談は51件のうち2事例について個別支援会議、地域支援会議で検討できた。認知症独居高齢者を担当するケアマネの支援として、包括に求められる役割を明らかにすることを目的に、より効果の得られた1事例について報告をする。事例の関係者と包括で選任した委員、包括とで個別支援会議を行い、情報共有して支援策を検討した。後日包括と委員のみで地域支援会議を行い、地域課題について意見交換した。事例は認知症独居女性。結婚歴なくキーパーソンは県外に居住。昔から近所付き合いがあり見守りをされていたが、ケアマネ、ヘルパー、住民は独居の限界を感じ始めていた。見守りが長期化していたため、個別支援会議で支援経過を振り返り、現状の課題の確認、今後の支援方針と役割分担を行なった。各関係者の情報を共有し合うことで、本人の強みや希望を再発見し、関係者に連帯感が生まれ、見守りのチームとしてモチベーション向上に繋がった。関係者と委員とで検討する事により、アセスメントが多面的・客観的になり、本人を尊重した支援方針を考えることができた。認知症独居高齢者の生活には、家族や友人、近所の方、専門職など様々な人の支えがあり、包括はケアマネ支援を通じて間接的に高齢者を支援している。ケアマネ支援として、見守りのチーム作りとチームが機能するように調整したり、チームのモチベーションを高めるための支援が求められている。

P1-30

京都北薬剤師会の事業への参画と協力による地域連携への取り組み

国府孝敏¹、尹美帆¹、芝山宏¹、瀧沼代²、福田勝哉¹、小寺隆幸³、西村雅子³、平田実³

¹JCHO 京都鞍馬口医療センター 薬剤科、

²JCHO 宇和島病院 薬剤科、³京都北薬剤師会

【背景】 京都北薬剤師会は京都市北区12病院的薬剤部門と52の調剤薬局からなる組織で、平成22年4月、京都府病院薬剤師会と京都府薬剤師会が統合し再編された。病院薬剤師と薬局薬剤師が情報を共有し連携を深め、地域医療に貢献することが重要と考え、京都鞍馬口医療センター薬剤科としても事業に積極的に参画協力してきたので、その取り組みについて報告する。【経過】 京都北薬剤師会は、その下部組織として地域医療委員会・学術委員会・医療安全委員会・実務実習受入委員会を設置し諸事業を推進している。学術研修関連の事業として、地域医療に携わる薬剤師の資質向上と、臨床的かつ学術的な薬学的知見の習得と活用を目的に、勉強会や研修会を開催してきた。また、在宅医療に貢献できる薬剤師を育成するため、フィジカルアセスメントや医療器具関連の研修会も実施している。さらに、地域行事である御園橋祭りへ参加し、住民とのふれあいの中で「健康相談」「お薬手帳の啓蒙」に関する企画にも参加してきた。実務実習は、北区地域内の病院と薬局で実習中の薬学生を対象とし、当院でスモールグループディスカッション（SGD）を開催している。討論のテーマは、病院と薬局で共通の「医療倫理」「リスクマネージメント」等に関する事例を設定し、KJ法によりSGDを行った。SGD参加者へのアンケート結果は、「非常に良かった」が42%、「よかった」が56%であり、良好な評価を得たので報告する。【展望】 今後も、地域一体となって学術研修事業を推進していくと同時に、SGDを含め実務実習において、病院と薬局が協同して指導を行っていき環境を整えていきたい。また、薬・業連携の中で、かかりつけ薬局や在宅医療と実務的にも相互に支援・協力し合えるよう業務調整すべきと考える。更には、医師会・歯科医師会との連携事業への取り組みも開始しており、より地域に密着した医療の提供を目指す。

P1-31

理学療法士による学校職員に対する腰痛予防講座巡回講師派遣事業の活動報告

村上達典、今錠洋介

JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

はじめに 腰痛の有訴者数は非常に多い。また、腰痛による仕事効率の低下なども報告されており、腰痛予防の重要性が注目されている。今回、当院リハビリテーション部は大阪府北河内圏域の学校職員に対する腰痛予防講座を実施したのでその内容について報告する。

経緯 北河内圏域にある養護学校教員には腰痛に悩んでいる方が多く、以前より腰痛健診が行われていた。その健診場所として新しく当院が選ばれた。その際に教育委員会より、リハビリテーション部による運動指導の依頼をいただき、学校職員に対する講師派遣事業が行われることとなった。

対象 北河内圏域にある5つの学校（内1つの学校では2回実施）の教職員、事務員、合計85名（男性50%）。年齢は20代から60代。急性腰痛のある者、医師による運動制限がある者に対しては基本的に実技指導を行わなかった。

方法 1回の講座時間は2時間。1時間30分の集団講座と、希望者に対して30分の個別指導を行った。講義では、急性腰痛と慢性腰痛の違いについて説明し、主に慢性腰痛に対する指導を行った。実技では、自己の立位姿勢をデジタルカメラ等で撮影し、姿勢の特徴を自己分析させた。そして、自己の脊柱の動きを認識させ、腰痛予防のための姿勢へと誘導した。

結果 講習会終了後にアンケートを実施した。

・講習会の全体的評価については、良かったが全体の86%

・講習会レベルについては、適切が全体の92%

・同僚に受講を勧めるか？の問いには、勧めるが全体の86%であった。

今後の課題 本事業の効果判定を行うためには、実施後数か月における腰痛症状の変化をアンケート調査などによりフォローアップする必要があると考える。また、1回の講座で得られる効果は限定的であると考えられるため、継続的な介入が行えることが望ましい。そのためには、継続的な介入を希望する学校職員を抽出し、その人たちに対して当院で腰痛予防講座を開催するなどの対応が求められると考える。

P1-32

諫早総合病院歯科口腔外科の役割と課題～3年を経過し見えてきたこと

今井美紀¹、岩下ひろ子¹、吉富泉²

¹JCHO 諫早総合病院 リハビリテーション部、²歯科口腔外科

当院歯科口腔外科は1. 地域歯科診療所の後方支援、2. 高次歯科医療の提供、3. 医科患者の口腔機能管理を期待され2013年4月新設された。歯科診療所とのやり取りを主体とした1・2の役割では、歯科従事者同士でもあり地域歯科医師会との共同事業を立ち上げつつおおむね問題なく進めることができていたが、3. については医師含めた病院職員の意識の問題や、患者への周知不足などもありまだ順調に行っていない現状がある。2014年以降の診療報酬改定で医科歯科連携に関する項目が新設されているが、これは医科からの情報提供があり歯科が介入することで算定できるものであり、原疾患の診療に多忙を極める医科からの紹介を得ることは難しく院内でのシステム構築を進める必要があると考えている。さらに、チーム医療への歯科介入が求められているが、NST、摂食嚥下、糖尿病教育入院の3つのみの参加であり口腔内トラブルの多い慢性腎臓病患者への介入や歯科衛生士による病棟の口腔ケアは行えておらず不十分と考えている。当科は新設間もないこともあり常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士1名、非常勤歯科衛生士1名と少ない人員で診療に携わっており、日々多忙を極める中、さらなるチーム医療への参加をどのような人員配置・時間配分で取り組むべきであるか、また、収支の面から口腔外科入院・手術や補綴などの一般歯科診療を増加させる必要がある患者構成比への配慮が喫緊の課題と考えている。これまでの3年を経過し、当科の現状を各種データで紹介するとともに、克服すべき今後の課題について考察する予定である。

P1-33

患者参画型看護計画に対する患者評価

河田ひとみ、瀬見井千砂

JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部

【目的】 当院では、患者主体の看護計画を実現するために、平成19年から患者と共に看護計画を立てる患者参画型看護計画に取り組んでいる。定着のために看護師用のチェックリストを作成し、看護師の評価を実施しているが、患者からの評価はされていない。今回A病棟において、看護師のチェックリストに沿って患者用評価用紙を作成し、患者評価を実施したので報告する。【方法】 退院前日または当日に、評価用紙を使用してインタビューを行う。【対象】 5日以上入院している認知症のない患者46名 【結果・考察】 入院時に患者参画型看護計画について説明を受けた患者は40名（87%）、看護計画立案時に要望や意向を聞かれた患者は（34名）74%、看護師と共に計画内容を選択した患者は30名（81%）、看護計画を提示されて説明を受けた患者、看護計画の内容に納得した患者は共に43名（93%）であった。しかし、入院中の看護計画の追加・修正については、その説明を受けた患者は対象患者18名中8名（44%）、追加・修正を看護師と共に行った患者は対象患者18名中8名（44%）で低い割合であった。入院中に看護師と共にカンファレンスに参加した患者は30名（65%）であった。また、患者参画型看護計画の取り組みについては、「きちんと説明してもらえた」「自分が何をすればいいのかわかった」「早く解決できる」「コミュニケーションがはかれた」「安心感があった」「相談しやすい」などの回答があった。入院時に患者参画型看護計画について説明し、患者と共にゴールや看護実践内容を考える姿勢は、患者から一定の評価がされている。入退院が激しい中で看護計画を患者と共に考えることで、患者に安心感を与え、信頼関係づくりに役立っていると思われる。看護計画内容の追加・修正に関する評価が低いため、今後、さらに患者のカンファレンス参加を促し、個々の患者に応じた看護実践に努めなければならない。

P1-34**乳幼児における採尿方法の工夫**

黒川陽代、久保美抄、藤野由紀、岡本芽萌、井原千秋
JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部

くはじめに>小児科では入院時診断のため尿検査を行っている。乳幼児の採尿バッグは剥れやすく、1回での成功率は37%であった。そのため、治療開始が遅れたり、何回も貼り直す事で皮膚発赤も起こしやすくなっていた。先行研究で、逆流防止のために輪ゴムを使用した採尿方法が紹介されていた。しかし、ゴムアレルギーの児には対応できないため、輪ゴムをテープに変更し、採尿成功率を検討した。<研究期間>2015年5月～2016年4月対象者:尿検査を行う乳幼児<倫理的配慮>親の同意を得た上で行った。また倫理委員会へ臨床研究承認申請書を提出し、承認を得た。<結果と考察>従来の方法では、採尿バッグ貼付時、児が暴れる中看護師1名での介助、啼泣により外陰部が湿潤した状態での貼付、また、採尿バッグ貼付中頻回に確認できていなかった事が失敗に至る原因であったと考えられた。そこで、逆流防止のため採尿バッグ100mlの目盛部分をテープで絞り、貼付する方法（方法1）を口頭説明のみ行い、実施した。結果、対象者45名中24名（53%）成功したが、依然成功率の向上が低かった。そのため、方法1に写真付き資料を用いて手技の統一を図り（方法2）実施した。結果、対象者20名中15名（75%）成功した。手技を統一したことで、テープを使用した採尿方法でも、逆流防止効果があったと考えられる。また、1回で採尿できたことにより、早期に治療が開始でき、何回も採尿バッグを貼り直さないことで児の苦痛・皮膚発赤の軽減に繋がった。このことから、採尿バッグの工夫だけでなく、貼付時の介助・貼付後の観察が重要だと考える。<結論>1. テープでも逆流防止の効果はあり、採尿の成功率はあがる。2. 工夫は採尿バッグだけではなく、貼付時の介助・貼付後の観察も重要である。

P1-35**A病棟のデスカンファレンスの実際と課題**

大川内直美、常富久美子、坂口まさみ、古賀友理子
JCHO 久留米総合病院

【はじめに】デスカンファレンスの意義や目的は、共通化されたものではなく、研究者個々によってさまざまである。よく言われるのは「ケアを振り返ることで今後のケアの質を高めるためのもの」「スタッフ間で気持ちを共有するもの」等がある。A病棟では患者を看取った後に、もっとよい看護が提供できたのではないかと声が上がることがあった。そこでデスカンファレンスを行う事で、少しでも看護に活かす事ができるのではないかと考え始めることにした。1年間行ってきたデスカンファレンスを振り返った結果デスカンファレンス開催を意識づけられたが、改たな課題も明確になったので報告する。【方法】1.対象は2015年4月～2016年2月の死亡患者23名2.デスカンファレンス前にプライマリナースがカンファレンスのテーマを決めておく【実際及び結果】1.期間中の死亡患者23名中デスカンファレンスを行った患者は12名2.デスカンファレンスの中で事前にテーマが決まっていたものは2例3.内容としては、「家族とのかかわり」「家族が終末期である事をどうやったら受容でき、より良い終末期を迎える為に意志決定できたか」「患者らしい最期を迎える為に何が出来たか、また、どうすればより患者らしい最期を迎えることが出来たと思うか」というものが多かった。4.結果 デスカンファレンスを定着させる事はできたが、テーマを決定しないままの開催が殆どだった。又プライマリナースの参加も勤務の都合上不在だった事から内容が曖昧なものもあった。【考察及びまとめ】全症例を対象とした事でデスカンファレンスを定着させる事ができた。しかし、テーマが決まっていなかった事で、必要性は感じているものの次に活かしているのかといったカンファレンスへの意義についての疑問をスタッフは感じているという事がわかった。

P2-01

経営改善支援について～当事者とは違った視点から～

石森秀峰¹、菅原了²、若佐孝男¹、吉田茂生²¹ JCHO 北海道東北地区事務所、² JCHO 仙台南病院

【はじめに】仙台南病院は、JCHO移行初年度から▲44,216千円の赤字決算となった。そこで、黒字化を目指し、経営改善に向けた支援を行うことになった。現状分析により、広報、地域連携・病床稼働率向上、経費検証・削減、健診、老健の5つの分科会を立ち上げた。地区事務所職員を加えた事務部のみならず、看護・コメディカル等他職種を含めて取り組んだ。ここでは、私がメンバーとして参加した経費検証・削減分科会について主に報告する。【目的】当事者とは違った視点から関わっていくことを目的とした。【手法】主に1省エネの院内啓発、報告体制の整備、2警備・清掃委託等で他施設の契約内容との比較、3診療材料・消耗品の検証・削減の検討を行った。【結果・考察】1は、既に行われている省エネ活動だったが、注意喚起するポスターの掲示や部門長会議で省エネ効果を報告していった。広報を強化し、取り組み結果を示すことで職員意識を啓発し、電気・水道料は、前年比▲5,671千円減となった。2については、管内の黒字施設と比較して、警備員の人数が多い、清掃の委託範囲が広い等が見えたため、警備員数の縮減、清掃範囲の縮小を提案した。提案を基に年度内の契約変更を目指したが、交渉が難航し、次回契約時にに向けた指標を作成するに納めた。3は、院内のIT化がハード・ソフト両面で難しく、連絡文書の印刷物が多かったので、既存の院内LANを使用した連絡体制を整備し、ペーパーレス化を推進、コピー用紙購入量の減少を実現した。平成27年度決算時の経常収支は3,899千円となり、結果として、経営改善プロジェクトが黒字化に貢献した。【結論】地区事務所職員として、主体者でありながら俯瞰した立場で参加できた。そのため、既に取り組みが終わっていると思われる事柄について、別な切り口から提案や実行に向けた活動ができた。結果として、経営改善に協力することができた。

P2-02

経営改善等プロジェクトの取り組み

佐藤勇、菅原了、太田保幸、木村郷史、吉田茂生
JCHO 仙台南病院

【はじめに】JCHO移行初年度の平成26年度は、▲44,216千円の赤字決算となった。経営改善が急務であることから、平成27年度計画（黒字化）の達成を目的として、地区事務所支援のもと、経営改善等プロジェクトを立ち上げ、経営改善に取り組むこととなった。【目的】最終目的である黒字化に向けた年度計画の執行管理のほか、病院職員及び地区事務所職員の資質向上を目的としてボトムアップ方式（職員による経営改善に向けた提案）を採用し、職員に広く経営参画の場を与えることにより、自主性を養い労働意欲を向上させることを目的とした。【方法】カテゴリーを広報、地域連携・病床稼働率向上、経費検証・削減、健診、老健の5つに分類し、それぞれを1つの分科会として、事務係長をリーダーとする他職種によるチームを編成し、地区事務所職員2名が各チームの支援を行い、事務部長と総務企画課長がオブザーバーとして携わった。協議・検討は分科会毎に行い、定期的にリーダー会議を開催して情報の共有化を図り、内容は都度地区事務所へ報告した。各チームの活動・協議の結果は、中間報告や最終報告で提言として発表されたほか、実現可能なものについては、報告を待たずに随時実行した。【結果】各分科会のテーマは経営改善に直結するもの、将来に向けた足掛かりとなるもの等、様々ではあったが、平成26年度▲44,216千円の赤字に対し、経常収支で3,899千円の黒字となり、改善額としては48,115千円となった。【まとめ】平成27年度の経常収支黒字化には病院としての様々な取り組みがあり実現したものではあるが、経営改善等プロジェクトの推進により職員の資質向上が図られ、職員一人一人が病院を良くして行こうという風土が根付きつつあることを実感している。

P2-03

師長会で取り組んだ「超過勤務削減」

前川紋子、諸越真理子、松原久仁子、高谷享子、安富恵美子
JCHO 大和郡山病院 看護部

【はじめに】平成26年度に看護配置が7:1から10:1に変更したが、看護の業務量は変化せず、超過勤務の増大と、そのためによる職員の健康管理が問題であると考えた。そこで超過勤務の削減に師長会で取り組み、4部署において成果を認めたため報告する。【方法】9部署でフレックスタイム導入・応援体制・医師への働きかけ・看護師の意識改革などにより超過勤務削減に取り組み、平成26年度と平成27年度との超過勤務時間を比較する。【倫理的配慮】得られた情報は匿名性の保持に配慮し、不利益が生じないよう取り扱った。【結果】平成26年度は総超過勤務時間5505時間、平成27年度は4127時間で25%の削減であった。特に手術室と3つの病棟において大きな削減を認めた。手術室では午後開始の手術の場合には退出勤務とすることで、54.2%の削減となった。A病棟（整形外科）とB病棟（外科）では、平日にはロング日勤者を1名つけ、日勤終業前の緊急入院の対応などを行う事とし、その他の日勤者は遠慮なく終業するよう部署全体の意識改革を行った。ロング日勤者の勤務時間の差は夜勤明けをショート夜勤として調整を行った。A病棟57.2%、B病棟31.4%の削減となった。C病棟（消化器内科）ではフレックスタイムの導入と医師の協力を得て、内視鏡検査を30分早めて開始する事で35.6%の削減となった。また年間100時間以上の超過勤務者が7人から1人になった。平成26年度と27年度では入院患者数は4.3%減、看護師数は15%減、手術件数は9%減であった。【考察】フレックスタイムの導入や他部署からの応援体制は、忙しい時間帯に着目して適正な人員配置を行う事で、超過勤務削減につながった。また医師の協力など、他部門の協力を得ることでさらに削減が期待される。業務改善、定時就業の意識改革は、定期的に行う事が必要である。師長会で超過勤務の削減に取り組んだことは、職員の健康管理にもつながったと考える。

P2-04

当院における作業療法部門新人教育の取り組み

藤村三穂
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

<はじめに>On the Job Training（以下OJT）とは上級者がメンバーに対し日常の業務を通し、必要な能力を重点・計画的に習得させる教育手段である。計画（個別計画書）、実行、評価のステップがある。当院作業療法（以下OT）部門では個別計画書を用いた新人研修を実施したので報告する。
<取り組み>2013～2015年入職の9名に実施。1.指導担当：経験年数4年目以上が治療を含めた指導（以下SV）、2～3年目が事務内容の指導を担当。主任はSVの調整、指導を実施。2.OJT：新人は個別計画書の目標、達成レベル、手段、期間、自己評価を記入。SVは目標に沿ってOJTを実施。1、3、6、12ヶ月後、新人は主任面談を行い課題確認と情報共有をした。3.ケーススタディ：治療内容をOT内で検討。治療を振り返り各スタッフと意見交換。最終面談で新人へのアンケート（研修の感想）とグループワーク（新人に必要な要素）を実施した。
<結果>アンケートでは新人全員が研修は「必要」、その理由に8名が「目標の見直し」「アドバイスがもらえる」と答えた。上肢やActivityの使い方など治療内容の研修を6名が希望した。SVは「年間通した指導ができた」との意見がでた。主任面談では他者の意見を聞くことで、新人自ら新しい課題をみつけた。個人目標からは約3ヶ月で書類作成が自立、半年までにカンファレンスに一人で参加、1年でSVからの詳細な指導は不要になる傾向がみられた。最終のグループワークでは新人同士に必要な要素を挙げる事ができた。
<考察>新人の能力やスキルは一定ではなく個別的な指導が必要とされる。個別計画書により研修の成果が書面にて「見える化」された。評価が明確化したことで、新人とSVが課題を遂行し易くなった。目標設定にも個性があったが、1年間でほぼ全員が詳細な指導が必要ない能力レベルに到達した。これは、当院新人の能力基準の明確化につながったと考えられ、今後クリニカルラダーを作成していきたい。

P2-05

A 病院における看護師確保・定着の取り組み

園田保子、井出志賀子

JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部

A 病院は、395床の急性期病院で、同じ医療圏に、300床以上の急性期病院が4つあり、今年度は400床以上の急性期病院や大学病院が新設されるなど看護師確保を困難とされる要因がみられた。また、埼玉県は看護師の供給率が低いと、看護師の確保・定着は重要課題である。A 病院では、看護師確保対策において様々な取り組みを実施している。病院見学、インターンシップの受け入れ、病院説明会への参加などである。その他、臨地実習も7校受け入れている。一昨年前の看護師の職務満足度調査では、同僚との関係が良い・直属の上司との関係が良い・他職種との関係が良いなど、人間関係の良さが上位を占めていた。そこで、病院見学・インターンシップの際は、職場環境の良さをアピールし実感してもらうことを最優先に接するように取り組んだ。具体的には、病院見学者にも、院内の他職種の職員からも笑顔でのあいさつを徹底し、インターンシップでは、看護業務の見学だけでなく昼食・休憩も看護師と一緒に過ごした。休憩中の会話なども参加者に好印象を与えることができた。臨地実習では、ウエルカムボードの作成や指導体制や対応について看護学生や学校から好評を得ている。そして、病院見学、インターンシップ、病院説明会を実施し、A 病院への就職へ繋がったのは、実習施設25名、病院説明会・見学20名、インターンシップ15名であった。近年は、新卒看護師の就職者数20名前後であったが、今年度新卒看護師34名を迎えた。また、看護師の定着促進に関しては、教育体制の充実やキャリアアップの支援、勤務形態の多様化に組み込み職務満足度調査でもこれらの項目は良い結果であった。昨年度の看護師離職率は10.6%（新人看護師4.4%）であり、全国平均より低い結果であった。これらからA 病院の取り組みは効果的であるといえるが、さらに今後、教育体制・職場環境の整備など強化し、看護師確保と定着への取り組みを推進していく。

P2-06

人材育成を取り入れた経営改善プロジェクトの取り組み

菅原健一¹、佐藤勇²、佐々木和久²、吉田茂生²、若佐孝男¹

¹ JCHO 北海道東北地区事務所、² JCHO 仙台南病院

【はじめに】仙台南病院は、現機構に移行して以来、経営状態は赤字基調で、職員の人材育成への士気の低下の懸念があった。そこで、経営改善を目的とするプロジェクトチームの活動から人材育成の支援を行ったので報告する。【手法】プロジェクトチームメンバーは、事務職の係長をリーダーとする多職種協同型のチームを編成した。チームは広報、地域連携・病床稼働率向上、経費削減、健診、老健の5つとし、各チームの課題から職員一人ひとりが関わる経営改善方法を検討し、病院管理者へ提言するというボトムアップ形態で遂行した。【結果・考察】当初「病院をどの様に良くしていくか」を考えて行動するという職場風土が薄かった。このようなことから職員がチームの一員となって経営に主体的に参画でき、課題を見つけることができるよう、SWOT分析を用いて、実際に分析した結果から課題を見つけ、改善策を考えてもらった。また、キックオフ発表、中間発表、最終発表の中で病院管理者に提言をする機会を設けた。管理者に提言することで、経営改善に参画しているという意識が芽生えプロジェクトの経過に伴い、プロジェクト参加者一人ひとりが病院の状況を理解するようになった。また、管理者から各チームの提言に対し、フィードバックをもらうことで、活動に対しての承認により組織人としての士気を高め、前向きに活動がなされたと考えられた。さらに、多職種が同じ目的意識を持って、それぞれの視点から経営改善に関する課題を共有することで、効果的に多職種連携を図ることができた。【結論】平成27年度の経常収支の黒字化については、本プロジェクトが直接の要因とは言えないが、結果として人材育成と同時に収支についても黒字化し、当事者意識も深まった。また、今後は人材育成だけでなく、チームとして積極的に管理者に提言し、それが評価される仕組みが必要であり、業績評価にも繋げていく必要がある。

P2-07

糖尿病患者の療養行動を支援するCDEJの活動

遠藤さゆり¹、南雲千夏子¹¹JCHO埼玉メディカルセンター 栄養管理室、²看護部

【はじめに】糖尿病患者が年々増加するに伴い、糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を持ち、医師の指示の下で療養指導を行うことのできる医療スタッフの存在が重要となっている。日本糖尿病療養指導士（以下CDEJ）は、セルフケアを支援する存在であり、A病院では20名のCDEJが活動している。【目的】A病院では2001年の第1回認定からCDEJの資格取得を奨励している。2003年には「糖尿病療養指導士会」を発足させ、CDEJの看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・臨床検査技師の5職種が集い活動を実施してきた。その12年間の活動の振り返りを報告するとともに今後の課題を検討した。【活動内容】1. 集団指導（糖尿病教室）のカリキュラム作成・改編とスタッフ間での指導内容の共有2. 広報誌「ぐるさば」を作成し、患者へ知識に関する情報を提供3. 世界糖尿病デーに合わせ、2012年より院内イベントを実施4. 患者会の活動支援5. 糖尿病療養相談外来6. 地域から依頼のあった患者対象の集団指導と個別栄養相談【結果・考察】継続的に活動してきたなかで2013年に今後のCDEJの活動について見直しを行った。チームでの取り組みを深めるため、2016年度からは糖尿病療養指導士会を毎月開催のカンファレンス・ミーティングとし、難治症例の検討や個々で活動テーマを決定し多職種メンバーと共に内容を検討・作業を共同でおこなうような新しい形に発展している。世界糖尿病デーに合わせた院内イベントでは、初回のポスター展示のみであったが、昨年度はポスター展示と無料公開講座の実施へと拡大した。CDEJは任意で取得している資格であるが、毎年活動の幅を広げており療養支援に対するスタッフ意識は高いと考える。【課題】院内の活動を充実させるとともに、地域連携システムを構築し、活動範囲を病院内にとどまらず地域へと広げていくことが今後の課題である。

P2-08

糖尿病透析予防チームの取り組み

小坪容子¹、橋本達夫²、市川奈津子¹、中野彰子¹、小笠原郁恵³、中村千鶴子⁴、上濱重弓⁵、山坂奈奈子⁶¹JCHO横浜保土ヶ谷中央病院 栄養管理室、²腎臓内科、³看護部、⁴検査室、⁵薬剤科、⁶リハビリ科

目的：平成24年11月から透析予防外来を開始し3年が経過した。現在実施している当院での糖尿病透析予防指導の取り組みと結果、今後の課題など管理栄養士の立場から報告する。

対象、方法：腎症2期-4期の外来糖尿病患者に対して、主治医（腎臓内科医師）の指示のもとチームでサポートする事を説明し、指導を開始した。1-3ヶ月に1度のペースで、透析導入前まで継続して指導をおこなった。医師は対象者に糖尿病腎症の病期と治療の説明をおこない、看護師、管理栄養士は当院で作成したシリーズ別の指導媒体等を用い、病期別に患者の生活に合わせた指導をおこなった。

結果、考察：同一日に指導をおこなう事で、患者の状況がタイムリーに把握でき、それぞれの指導内容がわかり、統一した指導をおこなう事ができるようになった。さらに、患者自身が病状の理解を深め、臨床指標や自己管理に対する意識が高まり、糖尿病関連の数値の維持や改善が認められた。一方、ヘモグロビン低下に伴う影響等は考慮していない為、今後の検討課題となっている。

結論：チームの目的は、継続したサポートを行う事で病状の悪化を予防する事である。その為に、患者には食事療法や薬物療法についての理解、又セルフモニタリングなどの自己管理を継続しておこなってもらう必要がある。又、今年度4月から糖尿病専門医師が常勤となった事により、第2期（早期腎症期）患者の増加が予想され、幅広いサポート体制が求められる。指導媒体の再検討、指導の終了時期をどうするか等も含め、チームでカンファレンスを重ね情報を共有しながら、よりよい治療を患者に提供できるよう、腎症進行予防のアウトカムを示す事が大切であり、課題でもある。

P2-09

当院の嚥下調整食の取り組みについて

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 栄養管理室

【はじめに】個々の嚥下機能にあった嚥下調整食の提供は嚥下訓練を行う上で重要である。食事は楽しみでありQOLの維持、向上には極めて大切である。【目的】当院の旧嚥下調整食はキザミ形態を含む6段階6食種で対応していたが、この嚥下調整食は摂取栄養補給量の不足、甘みの強い補助食品の提供が主であったため、新しい嚥下調整食4段階6食種に変更し、嚥下訓練の向上、QOLの向上に取り組んだ。【方法】平成24年5月医師、管理栄養士、言語聴覚士、看護師をメンバーとして『嚥下調整食ワーキンググループ』を発足させた。【期間】平成24年5月～平成24年8月協議、検討を行い、平成24年9月～平成27年3月から実施。【結果】嚥下調整食の提供割合は、平成24年度11%、平成25年度11%、平成26年度12%、平成27年度13%と新しい嚥下調整食開始後提供割合は増加している。濃厚流動食の提供数割合については、平成24年度8%、平成25年度7%、平成26年度8%、平成27年度8%であり、濃厚流動食の提供食数割合に変化はなかった。【まとめ】嚥下調整食の提供は摂取リハビリにおける段階的摂食訓練となることから、安全性はもちろんリハビリとしての有用性とも密接に関わっている。今回、新しい嚥下調整食に変更したことで患者個々の状態に応じた嚥下調整食を提供することができ、患者が持つ摂食機能を引き上げることにつながったと考える。嚥下調整食を改良したことで、嚥下調整食の提供数割合が増加し、「口から食べる」ことで患者さんのQOL向上にも繋がった。個人性の高い嚥下調整食は、問題が多く認められるのも事実である。又、嚥下訓練として専門性の高い知識とスキルが必要な分野でもあり、今後も安定した嚥下調整食をチームで工夫し提供できるよう努力したい。

P2-10

当センター嚥下チームにおける作業療法士の役割
～嚥下回診導入後の効果と今後の課題を通して～森剛正、井芹康貴、一瀬崇志、吐合貴士、山畑友美、淡路光俊、西田貞利
JCHO 南海医療センター リハビリテーション科

【はじめに】

今回、嚥下回診導入前後での誤嚥性肺炎と誤嚥性肺炎疑い（以下、誤嚥性肺炎）の発症件数を調査し、嚥下回診の効果と今後の課題について考察した。また取り組みを通して、嚥下チームにおける作業療法士の関わりについて再確認したので以下に報告する。

【調査方法】

対象は嚥下回診導入前後4カ月間とし、後方視的に調査を行なった。対象期間はX年4月1日から12月24日までとし誤嚥性肺炎の判断は、主治医の診断と日本呼吸器学会の診断基準を参考にした。そして食形態別と介助方法別での件数を導入前後で比較した。尚、非経口摂取者の誤嚥性肺炎発症者は除外した。

【結果】

誤嚥性肺炎の発症件数は導入前38件から導入後20件の減少を認めた。食形態別は普通食が16件から5件、移行食が8件から6件、嚥下食が8件から2件、嚥下開始食が6件から7件という結果であった。摂取方法別では自力摂取者が13件から7件、一部介助者が2件から3件、全介助者が23件から10件という結果であった。

【考察】

食形態別では普通食が最も多く減少を認めた。これは、嚥下回診で全経口摂取者を対象にしてきたことで、これまで、嚥下機能に全く問題がないと見落とされていた患者に対しても必要に応じて対応が行えるようになったことが要因と考える。一方で嚥下開始食者は回診導入前後で変化がみられなかった。嚥下開始食者は食物以外の誤嚥の危険性が非常に高いことも要因である。そのため食事の際は特に注意深く観察する必要がある。それと同時に普段からの口腔ケアの徹底が重要と考える。嚥下チームにおける作業療法士の関わりは、治療的介入として誤嚥のリスク排除、栄養の確保が重要であると考えられる。その上で、個別性に適した摂取方法の提供や環境調整を行うことで、生活場面での食事に繋がり、純粋に食事を楽しめることがQOLの向上に繋がることを改めて感じた。

P2-11**当院におけるがんのリハビリテーションへの取り組みについて**今井美早¹、二宮晴夫²、濱田浩志¹¹JCHO大阪病院 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】当院は大阪市西部医療圏の地域医療支援病院として地域の中核を担う急性期総合病院であり、大阪府がん診療拠点病院としても位置付けられている。当院におけるがんのリハビリテーション（以下がんリハ）の取り組みについて以下に報告する。【方法】平成25年10月にがんリハ施設基準を取得、以後職員の研修参加を継続し現在まで2年半の間に、Dr5名、Ns5名、PT13名、OT3名、ST1名の計17名が有資格者となり、あらゆる病期のがん患者に対してがんリハを実践している。また院内多職種連携を目的にがんリハ勉強会を開催、そして緩和ケアチームと協力してがんリハパンフレットの作成や緩和ケア回診にセラピストが参加しチームとしてがん患者へ介入するように努めている。平成27年からは骨転移カンファレンスを開始し、各科主治医を始め、放射線科、整形外科、リハビリテーション科の医師、がん関連認定/専門看護師、セラピストやMSWが参加してチームで問題解決を図り、また自己研鑽の場となるように努力している。更に骨転移患者に対してはリハビリテーション同意書を作成しリスク管理を行うようにした。院外活動としてはがんリハ有資格者のなかから、5名（内訳Dr1名PT2名OT1名Ns1名）ががんリハ企画者研修を修了し、PT/OT協会主催の研修会へスタッフとして参加、その後当院が中心となり他施設と協力して大阪府におけるがんリハ実行委員会を設立し、平成28年1月に第1回がんリハ研修会を開催するに至った。【考察】当院において、院内ではがんリハへの多職種を含めた勉強会や緩和ケア、カンファレンスへの参加、院外ではがんリハ研修会の開催等によりがんリハの発展に取り組んでいる。今後も院内の教育充実、院外への発信も行い、がん患者のQOLを高めるべく、地域連携しながら、がん拠点病院としての責任を担えるように活動していきたいと考える。

P2-12**皮膚筋炎で重度嚥下障害となり胃瘻造設したが、多職種との積極的なアプローチにより食事可能となった症例**

橘隆、宮腰真、酒井翔大

JCHO金沢病院 リハビリテーション科

【はじめに】皮膚筋炎は、全身の横紋筋、特に四肢近位筋、頸筋、咽喉頭筋の炎症による筋力低下をきたす原因不明の自己免疫疾患である。今回、皮膚筋炎によって重度嚥下障害を呈したが医師（以下Dr）、看護師（以下Ns）を中心に多職種と連携しアプローチを行えたことで経口摂取が可能となった症例を経験したため報告する。【症例】症例は80歳代の男性。妻と二人暮らし。現病歴は1ヶ月前より嚔声、10日前より嚥下障害が出現。CKの上昇、四肢の筋力低下、眼瞼と手背の皮疹あり、皮膚筋炎疑いで入院となった。既往歴は特記事項なし。ADLは病室内自立、リハビリ室は歩行器歩行。HDS-Rは24点、理解力・記憶力低下あり、繰り返し説明・指導を行う必要あり。抑鬱傾向だが、リハビリ意欲あり。【経過】X+1日に理学療法、言語聴覚療法（以下ST）開始。病棟では口の体操やshaker法を部屋に張り紙しNsに促してもらった。X+17日に嚥下内視鏡検査（以下VE）で重度嚥下障害と診断ありX+21日に胃瘻造設。ステロイド療法で皮膚病変、四肢筋力低下は改善したが重度嚥下障害は残存。X+40日にDr同席のもとSTがバルーン法を2回/日の訓練を開始。X+90日のVEにて嚥下機能の改善が若干あり、shaker法やバルーン法は継続しながら、昼のみプリン開始。X+124日のVEで左側屈嚥下が有効となる。食前にバルーン法を施行しながらの3食ゼリー開始となる。X+138日にミキサー食、X+159日のVEにて明らかな嚥下機能の改善を認め、粥と刻み食に食上げとなる。X+181日に胃瘻抜去となり経口摂取確立、翌日軟飯・極々軟食に食上げ、X+188日に自宅退院となった。【考察】皮膚筋炎による筋力低下により重度嚥下障害を呈したが、長期にわたるDrのフォローアップ、Nsによる病棟での間接的嚥下訓練や食事練習も行えたことにより、STのみで行う嚥下訓練に比べ、訓練時間の増加と多様なアプローチの継続が可能となり、嚥下機能の改善につながったと考えられる。

P2-13

診療看護師と微生物検査室との連携プログラム

井手上龍児¹、米澤仁²、高橋淳¹、松邑恵美子³、大垣美千代¹、茂木美佳¹、
斉藤武史¹、福添恵寿¹、浅利美穂子²

¹JCHO 東京城東病院 看護課／総合内科診療看護師、²臨床検査科、³看護課

【背景】当院では2015年度より総合内科が新規立ち上げとなり、診療看護師（Nurse Practitioner: NP）も同時に採用となった。当院NPの業務内容としては、初期研修医に準ずる立場で診療や看護業務など多方面で活動を行っている。当院は130床を有する市中の小規模病院であり、コモンな感染症患者も多数来院される。感染症の原因菌の同定には迅速性と特異性が必要であり、グラム染色は非常に有用な検査である。一般的には、検査技師や医師が行うグラム染色だが、NPがグラム染色の技術を学ぶことで生じる利点も存在する。今回、微生物検査室とNPの連携を行ったので報告する。

【検査科との連携にあたって】当院のNPは看護部所属だが、勤務場所は総合内科であり、勤務の調整が必要であった。当院の専修医はリサーチや地域枠が特別に4週間設けられており、NPも同様の期間が設けられている。NPは外部研修が困難であり、院内での研修を選択制で行った。

【連携内容】当院専従の微生物検査室の検査技師より、感染症の一般的原则や染色のポイントなど、実際の検体の写真やグラム染色した所見を症例ベースで振り返り、教育を受けた。

【本プログラムの利点】実際の症例を振り返ることで、有用な検体採取の必要性を理解し、目的の細菌を探しに行く事ができるようになった。これは、病歴よりターゲットを絞り“必ずある”という眼で見なければ見えてこないものである。実際患者から病歴を聴取し、鑑別疾患を想起しつつ鏡検することは、NPの利点であるといえる。また、実際の検体から、良質な検体と不良な検体の見分けがある程度推測可能となった。検体を採取する立場としては、良質検体採取の重要性が理解でき、看護師教育としても有用性を得ることができた。

【結語】NPが染色や鏡検の技術を学ぶことで、特に多忙な医師および微生物検査技師の役割を担うことが可能となり、微生物検査室とNPのシームレスな活動が可能となった。

P2-15

歯科のない地域がん診療連携拠点病院におけるオーラルサポートチームの活動と今後の課題について

平石絵里子¹、平島惣一²、内山明彦³、小川亮介⁴、正門直美¹、杉本光徳⁵、
永野美智代¹、是永緑⁶、後藤芳子¹、倉元宏美¹、進藤美舟¹

¹JCHO九州病院 看護部、²産業医科大学病院 歯科口腔外科、³外科、⁴内科、
⁵リハビリテーション科、⁶医療支援部

平成24年4月から診療報酬改定で周術期口腔機能管理が保険収載され、がん診療連携拠点病院の多くで医科歯科連携を中心とした口腔ケアが重要視されるようになった。治療前から治療後まで、歯科が関わることで、がん治療中の口腔合併症を最小限にすることができるといわれている。しかし、当院では歯科がなく、医科歯科連携がとりにくい状態であった。そのため、平成26年度から、北九州ブロックの地域がん診療連携拠点病院である産業医科大学病院歯科口腔外科と当院、八幡歯科医師会との3者で、がん患者の歯科医療推進事業として、がん患者歯科医療連携研修会の活動を行ってきた。平成28年4月から当院では、産業医科大学病院歯科口腔外科より歯科医師による週1回の診察を開始、さらに歯科衛生士が採用（非常勤）となった。それに伴い、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、摂食嚥下障害看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師などの多職種によるオーラルサポートチームを立ち上げ、がん患者への口腔ケアに治療前から治療後まで関わるようにした。

オーラルサポートチームの活動として、Eilers Oral Assessment (OAG) や有害事象共通用語基準v4.0日本語訳JCOG版を参考にした口腔内のアセスメント用紙を作成した。看護師はOAGのポケット版を携帯し、アセスメント用紙に記入することで、統一して評価できるようになった。

P2-14

当院のフットケア外来の取り組みと今後の課題～チーム医療としての活動～

新井美和、柏崎暁、大岩功治、小林知加、中峰さゆり、濱谷真裕美、木下純
JCHO 横浜中央病院 フットケアチーム

糖尿病・高血圧・喫煙・加齢により閉塞性動脈硬化症や重症虚血肢の患者数が近年増加傾向にあるのが現状である。足病変は、糖尿病神経障害や網膜症などの視力障害から、傷があっても気が付きにくく発見が遅れてしまうこと、血流障害により潰瘍になってしまうことで、傷が治りづらく治癒が遅れてしまうことが重症化し、切断に至る大きな原因といわれている。また、頸動脈疾患や冠動脈疾患を併発する危険性も高く、生命予後は不良ともいわれている。そこで、下肢病変の予防、治療にはチーム医療（集学的医療）が重要と考え、JCHO横浜中央病院では、フットケアを総合的かつ重点的に診療を行う部門として、平成24年11月より「フットケア外来」を開設した。当院でのチーム医療は、下肢局所疾患の予防、診断、治療（薬物、血管内治療、バイパス手術、局所皮膚処置など）を一人の患者様に対して、それぞれの専門家（血管外科・循環器内科・腎臓内科・皮膚科・整形外科・専任看護師、検査技師）が互いに協力し集学的治療を行う専門外来とした。現在4年が経過したため、外来でのフットケアの取り組みと今後の課題について症例を提示し、チーム医療としての我々の活動について報告する。

P2-16

外来における療養支援の取り組み

山口桂子、田崎昭子、阿比留千春
JCHO 諫早総合病院 看護部

【はじめに】在院日数の短縮により外来医療が複雑高度化しており、在宅療養における看護介入が必要な症例が急増している。このような中で患者が安全・安心で満足できる在宅療養生活を送るために取り組んだので報告する。【取り組み】1.カルテ内に定型文を作成し療養上問題のある患者をスクリーニングする。2.処置を要する患者に在宅療養の用紙で問題点をアセスメントし支援が必要な患者を抽出する。3.カンファレンスを実施しアセスメント能力を高め社会資源に目をむける。4.患者が納得できる療養生活を送れるように多職種と連携し支援を強化する。【経過及び考察】平成26年より療養支援に必要な簡単な項目を定型文で作成し、75歳以上、介護保険の有無、ADLについてスクリーニングを開始。これにより看護介入が必要な患者をスクリーニングできるようになり、療養支援の必要性を感じ意識の向上に繋がった。しかし個別性に応じた支援を展開するまでには至らなかった。平成27年より処置が必要な患者に、療養支援項目を増やし在宅療養支援の用紙を使用。これにより神経内科の難病患者、消化器・呼吸器のがん患者に対する支援が必要であるというデータがとれ関わりやすさを感じた。平成27年6月より内科カンファレンスを開始。意見交換の場をつくることで患者の生活像・社会像を総合的視点で捉え、社会資源の利用状況に目を向けることができるようになりアセスメント能力が向上した。平成28年より医師、連携室、MSW、専門・認定看護師、臨床心理士などで多職種カンファレンスを実施し、神経難病・がん患者の予後が家族と共に納得いく療養生活を送れるように支援調整している。現在外来療養支援スクリーニングシートをテンプレート入力できるように作成し看護外来へ繋げようとしている。さらに、入院患者の退院時カンファレンスに参加し外来から病棟、病棟から外来、在宅へと連携し患者の生活を支えるよう取り組んでいる。

P2-17**血液浄化センターにおける腹膜透析患者の腹膜機能管理の連携**新田靖之¹、品川弥生¹、廣吉俊弥²、山口史朗²¹ JCHO 下関医療センター 看護部 血液浄化センター、² 泌尿器科

腹膜透析（以下、PD）に対して、PD ファーストが提案され、残存腎機能が残っているうちからPD導入を行っている。残存腎機能の低下に伴い、溶質の除去・水分除去量が低下するため、至適透析量の確保が必要になる。PD患者は至適透析量を確保できないと、尿毒症症状や水分貯留といった身体的影響を感じるようになり、PD処方の変更を余儀なくされる。PD処方の変更は、場合によって患者の生活スタイルに影響することもあるため、患者情報を十分に持ったスタッフが必要になる。

当院では半年ごとの腹膜平衡試験（以下、PET）を実施しており、その結果と臨床症状から現在のPD処方を評価している。日本腹膜透析医学会の腹膜透析ガイドラインにある「腹膜透析量は週当たりの尿素Kt/Vで評価し、適正透析量として残存腎機能と併せて最低値1.7を維持する」をクリアするようにPD処方を確認しているが、透析量不足を考える場合にPD処方の変更を行っている。PD処方の変更作業は、看護師がPD アデクエスト（Baxter社）を使用して、PETの解析から新しいPD処方のシミュレーションを考えているが、患者の生活情報や日々関わる時間が多い看護師（血液浄化センター・訪問看護）の患者情報から、患者の生活スタイルにできるだけ影響がないPD処方を医師へ提案している。看護師が提案したPD処方を、看護の立場と医師の立場から最終検討し、患者へ提案する流れになっている。

今回、PETの結果からPD処方を変更した症例を示し、腹膜機能管理の連携について報告する。

一般演題
(ポスター発表)
9 月 17 日土

P1-36

外傷および外来手術における抗生剤の必要性

角田真貴

JCHO 若狭高浜病院 外科

【目的】耐性菌の検出が問題とされる昨今、当院外来にて漫然と抗生剤が処方される症例が散見される。そこで外傷もしくは外来手術を施行した患者の創部所見の経過を観察した。【方法】2015年11月18日から2016年5月16日の間に、当院外来にて縫合処置および抜糸を施行した患者27人を対象とした。初診時の医師の判断、または直接創部を診察した結果、抗生剤を処方するかどうか考慮した。患者の内訳は挫創11人、切創9人、外来手術7人であった。外来手術患者の内訳は粉瘤5人、脂肪腫1人、疣贅1人であった。抗生剤はセフジニル、ユナシン、ケフラールが使用された。【結果】患者27人中、13人に抗生剤を処方した。抗生剤を処方した患者の内訳は挫創8人、切創3人、外来手術2人であり、それぞれ挫創患者の72%、切創患者の33%、外来手術患者の28%に抗生剤が処方されており、挫創患者により抗生剤が処方される傾向がみられた。創部所見の経過を診ていく過程で、26人に感染症状を認めなかったが、1人に感染を疑う所見が診られたため、抗生剤の追加処方を行った。最終的に全患者において、創部の改善傾向が認められた。【考察】外傷の程度により、抗生剤が必要と考えられる症例はあるが、適切なブラッシング洗浄、汚染組織の切除が施行されれば、抗生剤処方は必ずしも必要ではないと考える。可能な限り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。

P1-38

子宮内膜細胞診にて術前診断に至った子宮体癌の一例

中村恵美子¹、中西太¹、山田真¹、堀川麻衣²、岡本知光²、佐藤朋子³、服部行紀³¹JCHO 中京病院 検査部、²産婦人科、³病理診断科

<はじめに>子宮内膜細胞診には多くの非腫瘍性変化があり、確定診断が困難な事が多く、術前診断における役割は限定的と思われる。しかし今回我々は子宮内膜細胞診のみで術前診断ができた子宮体癌の症例を経験したので報告する。<症例>50才代女性、不正性器出血にて当院婦人科を受診<術前診断>内膜細胞診、生検及び掻破術、画像診断を行った。内膜細胞診：変性壊死物及び多数の炎症細胞を背景に、N/C比が高く裸核状の細胞が強い結合性で索状構造をとり多数出現した。核クロマチンはやや粗く増量、核縁の肥厚はなく核形不整も弱い、中型で明瞭な核小体を1個認めた。また楕円形～やや高円柱状の腺管構造をとる細胞もみられ、これらの所見よりClass 5と診断した。内膜生検及び掻破組織検体：散在性に高度異型を疑う細胞を認めるが、出現量が少なく悪性との確定診断不能であった。骨盤MRI所見：明かな内膜の肥厚は無し。体癌を疑わせる所見は認められず。細胞診に基づき診断的意義も含め、子宮全摘+両側付属器切除術が行われた。<摘出標本>腫瘍は筋層内を主座としていた。腺管形成部と低分化な小型細胞成分の混在によりなり、腺管形成部では高円柱状の腫瘍細胞が癒合腺管などを形成、低分化部ではN/C比の高い腫瘍細胞が索状構造などを呈していた。未分化癌、小細胞癌としても非典型的であり、除外的に類内膜腺癌(Grade 3相当)とした。<まとめ>今回細胞診にて非腫瘍との鑑別が必要となったが対照となる非腫瘍性内膜がほとんどみられない点が問題となった。組織型については定型的類内膜腺癌ではなくその細胞学的特徴が明らかでない点で診断に難渋した。子宮体癌は通常内腔を主座とするがこの様に筋層内を主座とする場合、組織診において十分な採取量を得られない事が考えられる。組織診で陰性であっても内膜細胞診での細胞診を検討する事は診断の上で有用と考えられた。

P1-37

頸椎椎弓形成術術後在院日数コントロールの工夫～患者用パスを有効利用して～

仲田紀彦¹、俣田敏且¹、早坂豪¹、橘知子²、井上純羽²、宮崎華子²、熊谷幸恵²、岩本麻弥²、田上詩織²¹JCHO 東京山手メディカルセンター 脊椎脊髄外科、²看護部

【緒言】頸椎椎弓形成術の周術期医療の標準化において、パスのバリエーション分析結果が示す問題点として、設定したアウトカムに対する負のバリエーションには術前併発症の関与が、また術後在院日数に対する負のバリエーションには術後の患者の身体状態ではなく患者自身の退院への不安や家族の迎えの都合が大きく関与していることが挙げられた。すなわち術前併発症の十分な術前評価と計画的な退院への誘導が重要である。患者用パスは「患者が自身で活用するための回復進行予定表」である。患者用パスの有効利用の退院計画上の重要性について評価した。【対象と方法】2014年9月から2016年4月までに施行した棘突起縦割法頸椎椎弓形成術79例を2014年9月から2015年12月までに施行した59例(対照群)と患者用パスを積極的に使用し術後在院日数を意識したパス運用を行った2016年1月から2016年4月までの20例(介入群)の2群にわけ術後在院日数への効果を評価した。主な介入点は退院予定日を明示し治療経過をわかりやすいようにデザインした患者用パスへの改訂と、患者用パスのベッドサイドへの掲示である。患者用パスについてのアンケート結果について集計した。【結果と考察】平均術後在院日数そのものを減らすまでには至らなかったが、患者の不安や家族の希望による術後在院日数の予定日からの超過に歯止めをかけていた。アンケート結果を評価すると、医療従事者からは業務の効率化、指導・説明の標準化が、患者からはインフォームドコンセントの充実が高く評価された。【結語】従来からの当院の退院計画の工夫である「入院時に患者及び家族と相談の上、退院日を仮決定すること」と「術後早期から退院後の生活指導を開始すること」に加え、患者の視覚と感性に働きかける患者用パスの有効利用により、術後在院日数延長に大きく関与した患者と患者家族の希望や都合による超過を減らすことができ、円滑な退院計画とパスの運用が可能となった。

P1-39

糖尿病センターと連携した継続的な栄養指導の実施とその効果

越野庸介、山崎五奈、加藤きよ子、鈴木ひかり、小林正

JCHO 高岡ふしき病院 栄養管理室

【諸言】従来、当院において継続的な栄養指導は実施しておらず、指導時に計画した内容の実施状況や病態の動向についてモニタリングおよび評価、再計画できておらず、十分な栄養指導の流れを構築しているとはいえなかった。そこで、平成27年度4月より当院糖尿病センターと連携し、継続的な栄養指導、評価、再計画及び経過良好な患者の表彰を実施し、効果について検証した。今回は1年間の継続的な取り組みの結果、指導件数の増加及び患者の有意な病態改善に関与できたので報告する。【方法】対象：糖尿病センター外来患者57名、期間：平成27年4月～平成28年3月 初回の栄養指導実施後、医師の指導及び患者同意のもと、2回目以降の栄養指導予約を実施した。また、経過が顕著に良好な患者に対し、医師が表彰した。【結果】継続的な栄養指導を1年間実施した結果、糖尿病センター患者に対する栄養指導件数は前年度比で1.9倍増となった。また、HbA1c及び体重において、初回指導実施時と最終指導時を比較するといずれも有意に低下した(P<0.01)。なお、改善された食事内容には「野菜から摂取」、「食事・間食量の減量」など一定のパターンが見られた。【考察】従来の新規患者のみに対する栄養指導から、継続的な指導実施により、件数増加に繋がった。また、継続的な指導により患者との信頼関係が深まり、現実的な計画を設定でき、指導の質も向上したと考えた。なお、有意な改善は、食事療法として「野菜から摂取」することで、糖質の消化吸収遅延や、満腹感増加がその後の食事・間食減少に繋がったことや、医師による診療はもちろん、表彰制度が患者のモチベーションを向上させ、食事療法の継続に繋がったことが要因と考えた。今後、栄養指導をとおし、地域住民等と信頼関係を深めることで、地域医療推進の一助となれるよう努めたい。【結論】継続的な栄養指導は、栄養指導件数の増加および糖尿病患者の病態改善に関与しえる。

P1-40

自己で健康づくりを希望した特定保健指導該当者の1年後の実態調査

松岡麻利子、今里幸代、中原梓、堤愛子、山口智美、道辻真由美
JCHO 諫早総合病院 看護部

【はじめに】当センターでは、特定保健指導（以下、保健指導とする）の利用者は年々減少している。そこで、断る理由で最も多かった自己での健康づくりを希望した該当者の生活習慣病リスク評価を行う必要がある。【目的】自己での健康づくりを希望し、保健指導を利用しなかった該当者の1年間の健康づくりの実態を調査し生活習慣病リスクを評価する。【方法】対象は、平成26年度 保健指導を勧めた際に自分での健康管理を希望した241名（自己管理群）と保健指導を受けた146名（保健指導群）のうち、平成27年度の健診を受けた自己管理群190名と保健指導群119名とした。生活習慣病のリスク（以下、リスク）に関連するデータ（腹囲、BMI等）を基に1年後の保健指導レベルから分析した。リスクが変わらない人を変化なし群、リスクが減った人をリスク減少群、リスクが増えた人をリスク増加群、服薬開始を服薬開始群に分類した。【倫理的配慮】本研究は、個人が特定されないように十分に留意し、病院の倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】自己管理群でリスク評価の変化なし群は121名（64%）、リスク減少群は52名（27%）、リスク増加群は12名（6%）、服薬開始群は5名（3%）であった。一方、保健指導群は変化なし群50名（42%）、リスク減少群48名（40%）、リスク増加群12名（10%）、服薬開始群9名（8%）であった。【考察と課題】自己管理群は変化なし群が最も多く、リスクを抱えたまま1年間経過し、リスク増加群は1年間生活習慣の改善はなかった。一方、リスク減少群は1年間に自ら何らかの方法で生活習慣を改善し保健指導レベルが減少した。自己管理群の変化なし群には積極的支援が多く、保健指導群に比べリスク減少群が少ない。そのため、今後、保健指導による結果の有効性を提示し、保健指導の関心を持ってもらう必要がある。

P1-41

糖尿病患者教育における看護師の指導の視点

藤田正恵、山本めぐみ、川崎綾香、志水璃保、上宇都直美、福田純子、元島仁弥
JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部

【はじめに】急性期の混合内科であるA病棟で糖尿病教育入院患者を受け始め3年が経過した。今後の糖尿病患者教育のシステムや看護師の育成に活かすために、現状分析としてA病棟の看護師の糖尿病患者教育における指導の視点を明らかにした。【研究目的】糖尿病患者教育において、看護師の指導の視点・指導内容の現状を明らかにする。【研究方法】研究期間：平成28年3月～4月研究対象：A病棟看護師20名 研究方法：1. 経験年数の異なる看護師5-6名にグループ分けを行い、事例を通して「どのような指導が必要か」「指導時、気を付けている事や大事にしている事、工夫している点は何か」「糖尿病患者教育への思いや考え」についてディスカッションする2. 発言内容をカテゴリー化し分析をする。【倫理的配慮】研究の目的と方法、任意性と撤回の自由、利益と不利益、個人情報保護について説明し同意を得た。【結果】指導に必要な患者情報は共通していた。看護師の多くが、指導に関して苦手意識を持ちながら精神的アプローチを取り入れていた。看護師経験3年目以上では、ライフスタイルや、患者の年齢や理解度を確認しながら指導していた。インスリン注射の指導など技術指導は効果確認ができ達成感を得ていたが、退院後の生活指導の評価は入院中の言動のみのため、効果が確認できず達成感に繋がっていなかった。【考察】看護師経験3年目以上では指導の経験を活かして個性のある指導が行えていた。全ての看護師が、指導した内容が退院後も継続しているのか教育効果が確認できないことに不安を感じていた。【結論】1. 指導に必要な患者情報は共通していた。2. 看護師経験3年目以上はライフスタイルや患者の年齢、理解度を確認しながら指導していた。3. 指導の効果を確認できる体制が必要である。

P1-42

教育入院での介入を経て、呼吸困難感改善に至った COPD 患者の一症例

巽芽生、湯浅沙絵、下西徳、道脇理嘉
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

＜目的＞当院では呼吸器疾患患者に対しての教育入院は3週間実施しており、身体評価と個々の身体状態に合った運動介入、また退院後も継続して行えるよう必要に応じた運動や動作指導を主に実施している。今回、呼吸困難感を訴えられるCOPD患者に対し介入し、酸素療法の導入も含め呼吸困難感改善に至った一症例を担当したため報告する。
＜対象＞70歳代、男性。身体的特徴は左右胸部の硬さ、頸部周囲の呼吸補助筋の過活動、残気量3.33L(193.6%)も多く肺過膨脹が認められる。
＜検査結果(6MWT)＞室内気のマイペース条件で実施。初期では総歩行距離276m、SPO2は96%から90%、脈拍77回から99回/分、Borg Scaleは息苦しさと下肢疲労感を問診し、0.5/0.5から7/0.5と呼吸困難感の増大を認めた。またテスト終了後のリカバリーは自覚症状と身体所見を含め4分であった。最終時は、同条件にて総歩行距離350m、SPO2は97%から89%、脈拍86回から104回/分、Borg Scaleは0/0から3/0.5、終了後リカバリーは3分30秒であった。また酸素1L吸入下では、SPO2は最低値で94%、Borg Scaleは0/0から2/0.5とさらに改善が認められた。
＜治療介入＞呼吸法は口すぼめ呼吸を指導し、また呼吸補助筋は胸部周囲と腰背部に努力性が認められたため、胸部の可動性向上と腰部周囲の分離性に対し介入し呼吸努力性や残気量の軽減と運動効率の改善をはかった。また動作指導は歩行スピードを調整し、休憩のタイミングを自己管理しやすいようBorg Scale3を目安にするよう反復した指導を行った。
＜考察＞胸部や腰背部の可動性向上に伴い、呼吸補助筋の過活動が改善し、運動や呼吸の効率が上がったと考えられる。また適切な歩行スピードや休憩への指導を行った結果、過度な身体負荷を避けて自己にて運動コントロールが出来たため呼吸困難感の改善に至ったと考えられる。

P1-43

「スプリンティングシート」の活用

東田翔平¹、仲木石京¹、成田大地¹、石井寿枝¹、白土貴史²

¹JCHO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センター

【はじめに】当院OT室では、ハンドセラピーのひとつの手段としてスプリント療法をおこなっている（2015年度、330件）。スプリントは作製するだけでなく、対象者への十分な説明のもと、理解や協力を得ることが重要となる。そこで我々はスプリント療法に際して「スプリンティングシート」を使用し、対象者への説明・指導の充実を試みている。当院の現状や、シートの内容、症例について、以下に紹介する。
【スプリント療法について】対象者の評価のもとスプリントを作製し、目的の説明と、管理方法の確認をおこなう。その際、口頭での指導ではなく、以下のような項目でシートを作成し、対象者とともに装着・管理方法や運動方法を共有できるように努めている。項目は1.患手の状態、2.装着目的、3.装着スケジュール、4.装着下のADL指導、5.取り扱い方法、6.運動指導、7.管理方法である。指導後、そのシートを対象者へ渡している。
【症例供覧】90代女性。独居。橈骨遠位端骨折に対し手術施行。術後にスプリントを安静・保護目的で作製した。24時間の装着スケジュールであったが、適切に装着できていないことがあり、その都度、口頭で指導していた。術後4週目、退院に際して自己管理が必要な為、シートを用いて指導をおこなった。後日、装着状態を確認すると適切に装着、管理がおこなえていた。また圧迫箇所についても的確に指摘でき、スプリントの修正をおこなうに至った。
【考察】スプリント療法は作製技術だけでなく、対象者の理解や協力を得ることが重要である。当院の対象者には高齢者も多く、生活の中で自己管理ができるかを考慮しなければならない。スプリントは適切な装着・管理をすることで効果を得られるが、不適切な装着・管理により褥瘡や、非固定関節の拘縮など、弊害を生じる可能性がある。今回のスプリンティングシートは適切な装着・管理について、有用であると思われる。

P1-44

病棟看護師の肛門疾患術後出血表現方法統一化に向けて

古谷京子、江澤莉紗、茂申明日美、湯浅歩、岡崎加洋子
JCHO 千葉病院 看護部

当病棟では年間約40件の肛門疾患に関連した手術がある。肛門は血管に富んでいるため出血しやすく術後創部からの出血には十分注意する必要がある。出血量が多い場合にはショック状態になる可能性もあり、医師に報告し指示を受けたり、止血のための再手術が必要になる場合もある。よって術後出血のアセスメントは重要である。新人看護師から出血の正常と異常の違いについて質問された際に、色や量を口頭で伝えることに困惑する。申し送りの際も観察した出血の色や量を相手に正確に伝えることは困難である。医師への報告にも、出血の表現方法に困惑する事がある。よって、経験年数に関係なく看護師が出血の程度を同じように判断でき、情報を正確に報告出来る事が術後出血の早期対応のためには必要だと考え現状調査を行った。調査の結果、半数以上の看護師が術後出血の申し送り時に出血量や色を正確に伝えるのが難しく、出血の表現方法が統一されていないと感じていた。出血の色や量を表現する言葉はバラバラであった。正常・異常の判断基準もバラバラであり、情報が不正確のため、目で見てわかるスケールの必要性を感じた。先行研究の出血スケールを参考とし、外科医師の意見ももらって、肛門疾患術後出血スケールを作成した。実際に患者5例に使用した後、アンケート調査を行った。調査では94%の看護師が申し送り時に役立つと感じ、100%の看護師が出血の状態を把握できたと感じていた。出血の色や量の表現方法をスケールを使用することで統一出来たと考える。今後、肛門疾患術後出血スケールを使用することで、看護師が出血量や色を同じように判断でき、情報を正確に伝えられるようになる事が期待できると考える。ただ、出血スケールの再検討するまでの症例がとれなかったのと、スケール表にのっていないような状況についてどうすべきかは示せていないので、今後の課題としていきたい。

P1-45

鎮痛・鎮静管理における現状分析とその対策

元山幸奈、佐藤裕美、木下敏孝、藤本俊一、宮川徹、平田啓
JCHO 神戸中央病院 集中治療室

【目的】近年、鎮痛の重要性が高まり深い鎮静は患者の予後に悪影響を及ぼすことが示され、浅い鎮静での管理が推奨されている。しかし、当院ICUの鎮痛・鎮静管理は、主として鎮痛よりも鎮静を優先して管理されている現状があったため、過鎮静となり患者の状態変化を捉えて鎮痛鎮静量を調節することが困難であった。そこで今回、鎮痛・鎮静プロトコルを作成し、適正な鎮痛・鎮静管理を行うことを目指したので報告する。

【方法】平成27年4月1日～平成28年3月の期間、新たに作成した鎮痛・鎮静プロトコルを使用し、その活用前後で鎮痛・鎮静管理の変化を調査した。プロトコルは鎮痛・鎮静剤投与量と方法の標準化を必要としたため、J-PADガイドラインを基準に麻酔科医監修で作成した。また鎮痛・鎮静管理を行う医師・看護師に対して、プロトコルの使用方法、十分な鎮痛・浅い鎮静の意義について勉強会を行った。医師には麻酔科医師により医局会で啓発を依頼した。

【結果】プロトコル導入前は中等度鎮静から深い鎮静状態を維持する指示が多く、鎮痛剤はほぼ使用されていなかった。プロトコル導入後は、意識清明から軽い鎮静状態で管理することが目標となり、鎮痛剤を併用することで浅い鎮静深度を維持する方針へと変化した。また十分な鎮痛が可能となったことで鎮静剤を使用せずに管理されることが増え、患者との意思疎通を図ることができるようになった。

【考察】麻酔科医を中心にプロトコルの標準化と鎮痛・鎮静管理の重要性を啓発したことで、医師・看護師双方へ最新の治療指針を普及する機会となった。これにより医師・看護師間の鎮痛・鎮静管理における認識は、鎮痛を図ることが鎮静量の漸減につながることに変化し共通認識を持って管理することが可能となった。また浅い鎮静で管理することで患者と意思疎通が図れるようになったことは、当院の鎮痛・鎮静管理において大きな変革をもたらしたと考える。

P2-18

地域包括ケア病棟に関わってから1年を振り返って

久保寺司¹、佐々木茂²、白倉裕也¹、向山耕太¹、荻原千尋¹、代永紗紀¹、前嶋哲男¹、相川大介²、諸井威彦²、小林幸一郎¹

¹JCHO山梨病院 理学療法室、²整形外科

〔目的〕当院では平成27年3月に地域包括ケア病棟（ケア病棟）を開設した。理学療法の役割は患者やその家族が自宅安心して生活するために機能や能力面の維持向上を図ることである。今回はその活動について報告する。〔方法〕ケア病棟は一病棟、最大受入数は42人を専任理学療法士（PT）1人と専任PT3人で対応している。また、ケア病棟転棟時に理学療法の必要性を多職種で検討し、継続した患者（継続患者）と終了患者を分けている。今回は開設から1年経過したため、それらの日常生活活動（ADL）および転帰先を調査した。なお、ADLはケア病棟転棟時と退院時をバーセルインデックス（BI）で比較検討した。〔結果〕理学療法の継続患者数は99人、終了患者数は70人であった。継続患者は1日平均7.8±2.4人で、1ヵ月平均は236.7±71.2件であり、患者1人に実施した平均単位数は2.36±0.2であった。BIは継続患者、上昇74人（74.7%）で61.6から79.3点、変化なし18人（18.2%）で72.8点、下降7人（7.1%）で56.4から30.7点であった。終了患者は上昇26人（37.1%）で41.7から53.8点、変化なし38人（54.3%）で70.8点、下降6人（8.6%）で37.5から17.7点であった。転帰先は継続患者で自宅67.7%、在宅強化型施設等15.1%、その他17.2%であり、終了患者は自宅68.6%、在宅強化型施設等14.3%、その他17.1%であった。〔考察と今後の課題〕継続患者、終了患者ともにADLは維持向上傾向でありPTの役割はほぼ満足いく結果となった。転帰先は自宅復帰率でそれぞれ82.8%、82.9%であり、ほぼ満足いく結果となったが、自宅復帰率を100%に近づけるために患者やその家族の希望に沿った手段的ADLへの対応や家屋状況の調査も含めて検討していくことが課題となっていく。

P2-19

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題

後藤美紀子¹、長野真¹、舌正史¹、谷口ゆり²、菅沼泰³

¹JCHO京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科、²看護部、³外科

【はじめに】当院では平成28年3月より地域包括ケア病棟を開設した。今回開設までの経過と開設後2ヵ月間のリハビリテーションの現状と課題について報告する。【対象および方法】対象は平成28年3月～平成28年4月に地域包括ケア病棟でリハビリテーションを実施した患者26名（男性9名、女性17名、年齢79.96±9.94歳）とした。患者一人当たりのリハビリテーション1日平均単位数（休日含む、休日以外）、在宅復帰率、地域包括ケア病棟の平均在院日数、疾患割合を調査、検討した。【結果】1日平均単位数2.24単位、休日以外の1日平均単位数3.36単位、在宅復帰率は94.1%、平均在院日数21.96日であった。疾患の割合は運動器疾患53.8%、脳血管疾患等19.2%、廃用症候群11.5%、呼吸器疾患11.5%、がん3.8%であった。【考察】地域包括ケア病棟開設にあたり平成28年9月より準備室が立ち上がり、リハビリテーション科は翌10月より会議に参加した。開設後は月1回地域包括ケア病棟運営委員会を開催し病棟の運営状況を把握し、運営上の問題点や課題の検討改善を行っている。また、週1回地域包括ケア病棟調整カンファレンスを実施し患者選定を行っている。地域包括ケア病棟の施設基準のためリハビリテーションを1日平均2単位以上実施しなければならないが、当院では土日祝日が休みとなるため、リハビリテーション対象者を一般病棟からの転入のみとし、1日3単位以上実施可能な患者とした。1日数回実施するなど工夫し1日平均単位数は2.24単位と2単位以上実施できた。また、期限内に在宅復帰できるように看護師とも協力し離床を促し、休日は看護師サイドでの歩行練習などを依頼しADL向上に努めた。【今後の課題】休日の多い月の対応、1日に3単位以上実施困難な患者への対応、レスパイト入院の患者への対応なども検討していく必要がある。また、単位に追われカンファレンスなどの参加も不十分であり、他部門との連携にも改善が必要である。

P2-20

地域サロンの出前講座を経験した病院職員の認識の変化

北村浩一¹、藤井紀男²、諸江由紀子³

¹JCHO若狭高浜病院 地域連携室、²リハビリテーション科、³看護課

〈はじめに〉当院では、昨年度から地域包括ケアの一環として、職員が病院を出て地域に向き、地域住民とふれあい、ニーズに応える「出前講座」を企画し、地域の老人サロンで開催している。平成27年度はのべ17回開催し、19名の職員が参加している。「出前講座」は、病院の事業として勤務時間内に移動時間を含めて1時間前後実施。それ以外にも準備など担当者の負担は少くない。しかし、参加した職員の満足感が高く、地域住民への関心が高まっていた。そこで今回、出前講座に参加した職員から出前講座に参加したことで自身の認識にどのような変化があったかを調査し、病院職員が地域に向くことで得られる、学びを明らかにしたい。〈調査方法〉「出前講座」に参加した病院職員にアンケート調査と聞き取りを行い、キーワードを抽出、概念化・カテゴリ化する。〈結果〉参加職員の職種は、看護師、MSW、事務員、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、ケアマネージャー、医師。参加回数は1～4回であった。出前講座以外の院外勤務の経験は、「あり」が5名、「なし」が12名、無回答が1名であった。出前講座に参加した印象は、「とてもよかった」6名、「よかった」8名、「まずまず」3名、「あまりよくなかった」、「よくなかった」0名、無回答1名であった。「今後も出前講座を継続したほうがよいか」という問いには、「はい」が13名、「どちらともいえない」が5名であった。参加者が感じたことは、「病院のPRになった」「地域の方々の健康への関心の高さを知った」「地域の方々の距離が近くなったように感じた」「伝えることで自分の知識が強化された」「地域の方々の健康増進や介護に貢献しているという実感が得られた」の5つのカテゴリに分類された。出前講座の継続を「どちらともいえない」と答えた職員からは、「部署に負担をかけているという懸念」、「地域住民のニーズと合っているのか不安」などがきかれた。

P2-21

経口維持加算（Ⅰ）への取り組み

黒田直美、田代綾子、永松祐介、立花希、林田久美子、原田由美子、熊丸孝子、毛利己智、千住由美子、佐藤麻子、田中真紀

JCHO久留米総合病院附属介護老人保健施設

【はじめに】平成27年度の介護報酬改定により、他職種による支援の充実に努めることを目的として経口維持加算（Ⅰ）（以下、経口維持計画）が設置された。当施設も、平成27年4月より入所者の認知機能や摂食・嚥下機能の低下による誤嚥性肺炎防止や窒息リスク軽減を図るため、経口維持計画への取り組みを行った。当施設での経口維持計画の取り組みの開始から1年の経過を報告する。【取り組み】1.月1回の栄養委員会メンバーによる昼食時のラウンド。2.毎週1回の管理栄養士（以下、栄養士）による食事時間のラウンド。3.月1回栄養委員会にて、対象者のカンファレンス及び対象者の抽出を検討。4.経口維持計画実施に必要な記録用紙の作成。5.食事形態の問題点を調理従事者と共有し調整。【結果と考察】平成27年4月から平成28年3月までの延べ1350名の入所者のうちカンファレンスにて抽出した34名に経口維持計画を行った。月1回の栄養委員会メンバーによるラウンドでの他職種からの情報をもとに、栄養士は週1回のラウンドで状態観察を行った。経口維持計画記録用紙は厚生労働省の様式を採用し、観察ポイントを統一することが出来た。しかし、経時的な様式ではないため、今度の様式改訂が必要と考えられる。栄養士は、他職種からの情報をもとに週1回の観察を継続することで、看護・介護スタッフからの情報収集も可能となった。また、利用者の状態変化を調理従事者に詳細に伝達することができ、危険リスクなどの理解を得たうえで食事調整を行うことが出来た。【結語】経口維持計画に取り組んで1年ではあるが、他職種連携の取り組みを継続的に行うことで、利用者の摂食状況や口腔内の状態変化を把握し情報共有することができ、他職種間の食事への関心を深めることができた。また、今後も継続することで、利用者の異常の早期発見とよりよい食事環境づくりに役立つと思われる。

P2-22

当施設嚥下チームの取り組み－安全な経口摂取を目指して－

大石賢介¹、山本明日香²、富松満代¹、奈須野卓也¹、藏本慎¹、廣瀬佐知子¹、平岩友子³、高橋豊美³

¹ JCHO 南海医療センター附属介護老人保健施設 リハビリテーション科、
² 栄養科、³ 看護介護部

【はじめに】

当施設では平成27年4月より管理栄養士を中心に、多職種で嚥下チームを発足。経口維持や誤嚥性肺炎減少のための活動を行ってきた。約1年が経過し、経口維持に対する取り組みが根付き、誤嚥性肺炎の発生件数減少が見られた。平成26年度との比較とともに活動の振り返りと今後の課題について考察したのでここに報告する。

【活動内容】

入所時の嚥下評価、毎月の嚥下回診の実施、食事時や安静時のポジショニング、食事介助や口腔ケア方法の指導や啓蒙を行った。また、食事変更の判断が難しい症例は系列病院言語聴覚士へ評価依頼も行った。

【調査方法】

対象は平成26年4月より平成28年4月までの当施設入所者とし、後方視的調査を行った。誤嚥性肺炎の判断については主治医の診断と日本呼吸器学会の診断基準をもとに分類した。

【結果】

誤嚥性肺炎発症者数は平成26年度18名から平成27年度11名に減少が見られた。また誤嚥性肺炎による入院者数は平成26年度16名から平成27年度6名への減少が見られた。

【考察】

今回、嚥下チームが入所時の嚥下評価を行い、評価手順や視点の統一を図ったことで誤嚥リスク者抽出の確度の向上に繋がった。嚥下回診については、毎月食形態や、摂取方法、自助具、姿勢や環境設定などを観察し、検討を繰り返したことで、利用者の状態に適した食事環境を細かく調整できるようになった。また、評価や嚥下回診の環境が整ったため、7月より経口維持加算の算定ができるようになった。その他に、安静臥床時のポジショニングや食事介助・口腔ケアについて職員の意識向上がみられた。これらの結果として嚥下チーム発足前後を比較し、誤嚥性肺炎発症者数及び誤嚥性肺炎による入院者数に減少がみられ、施設からの入院率減少にも繋がった。しかし、現在はまだ職員間での口腔ケアや食事介助技術の格差があるため、今後は情報を共有しやすい環境を整え、更なる質の向上を図っていきたいと考える。

P2-23

老健入所高齢者の立位バランス向上方法の検討

森重俊一

JCHO 下関医療センター附属介護老人保健施設

【目的】高齢者の立位における重心移動域を直接計測することにより歩行に必要なバランス能力を向上させる為の効果的な介入方法を検討する。【方法】対象は自身で歩行可能な入所者のうち、一本杖を使用・独歩を行う者9名（男性5名、女性4名、平均年齢85.8±3.3歳、以下杖歩行群）シルバーカー・歩行車を使用する者9名（男性1名、女性8名、平均年齢87.8±8.5歳、以下歩行車群）とした。測定にはCONFORMatを使用し、静止立位の被験者が足圧中心点（COP）を前後・左右・斜めの8方向に可能な限り移した際の重心移動軌跡の最前点を記録し、静止立位COPとの距離を測定した。測定肢位は開眼立位で踵を着け、足向角は自由とした。静止立位COPを中心とした8方向の重心移動距離の差異を杖歩行群と歩行車群で比較分析した。【結果】測定値は杖歩行群は前2.6±0.6cm、右前3.2±1.0cm、右4.1±1.1cm、右後3.5±1.3cm、後3.1±0.6cm、左後3.3±1.2cm、左3.5±0.5cm、左前3.1±0.6cmであった。歩行器群は前3.6±1.2cm、右前3.1±0.7cm、右3.3±0.4cm、右後2.0±0.4cm、後1.8±0.8cm、左後1.9±0.8cm、左2.9±0.9cm、左前3.1±0.9cmであった。歩行車群の右後、後、左後への重心移動距離は杖歩行群に比し有意に低下していた。（P<0.05）他の方向において有意差は認められない。【考察】結果より、歩行車群は杖歩行群に比し後3方向のバランス能力が低下していた。一般的に高齢者は足関節戦略が機能しにくくなると言われ、歩行車群は特に後方への足関節戦略が弱体化しており、前脛骨筋の筋力低下が疑われる。姿勢変形を有する高齢者は、股関節を屈曲させて後方重心に対応しており、股関節戦略を使用した後方への姿勢変化に対応しにくい。また、日常的な体幹前傾位の歩行車の使用は後方へのバランス能力の低下を助長する。後方バランス能力の向上には、前脛骨筋・大殿筋の筋力強化と、補助具での歩行姿勢の変化を確認すべきである。

P2-24

癌末期患者がグループホームで最期まで過ごすために、訪問看護師ができること

笹田佑実、宮野智栄子、溝江佳子、澤田孝子、濱向万里子、原田淑子
JCHO 高岡ふしき病院附属訪問看護ステーション

近年はグループホームやサービス付高齢者住宅等、自宅以外で生活する高齢者も多く、最期を迎える場所も様々である。今回、グループホーム入居中の癌末期患者の事例を報告する。認知症のA氏は、大腸癌の診断を受けたが積極的治療は行わず、グループホームに入居していた。家族は、住み慣れた場所で最期まで過ごさせたいと希望し、施設では癌末期患者の介護経験はないが、家族の意向を尊重し、訪問看護と連携しながらA氏を支援していくことにした。A氏は疼痛や不穏行動が出現し、疼痛緩和のため麻薬の使用が開始となった。がん性疼痛看護認定看護師が介入し、麻薬の管理や副作用等について介護職員へ指導した。訪問看護では、介護職員の疑問や不安に対して傾聴と助言を行った。A氏の不穏行動は一時減少し、他の入居者とともに穏やかに過ごす時間もあったが、再び不穏行動が悪化するに伴い、介護職員の死への恐怖感や不安が大きくなっていった。麻薬の変更や増量も行われたが、A氏の行動が他の入居者にも影響を与えるようになった。施設はグループホームでの療養継続が困難と判断し、入院し病院で最期を過ごすこととなった。介護職員にとって死は、看護師が考える以上に非日常的なものである。本事例では、介護職員に看取りのパンフレットを用いて、今後の経過について説明することで、死への恐怖感が軽減するように努めた。しかし、疼痛と、それに伴う不穏行動が悪化したことにより、介護職員の今後に対する不安が大きくなっていった。このことから、疼痛と随伴症状をアセスメントし、適切な疼痛管理を行うとともに、介護職員への精神的な支援を行うことが必要であると考察する。グループホームは家であるとともに、共同生活の場でもある。癌末期患者の療養と他の入居者の生活を維持していくために、他の入居者に不安を与えない環境づくりを施設と共に考えていくことも課題である。

P2-25

アルツハイマー型認知症事例者と子供との交流を通して

伊藤紀子¹、熊丸伸正¹、豊田澄人¹、真方香代¹、永田博明¹、千住由美子¹、佐藤郷子¹、田中真紀¹、小林恵²、寺崎綾香²、飯島寧子²、中園麻紀²

¹ JCHO 久留米総合病院附属介護老人保健施設、² キッズルームSUNSUN

【はじめに】当施設は、職場内託児所が設置され、利用者は来所時には足を止めて子供を眺めることや手を振る姿がみうけられた。A氏は、利用中に同世代の人との交流もほとんどなく、症状として幻視や不穏行動が出現することがあった。そこで、託児所の子供との交流の機会を設けることで症状に変化があったので報告する。【対象者】A氏、女性、69歳、要介護4病名：アルツハイマー型認知症利用日：月曜日～土曜日【実践方法】1、子供達との交流期間：H27年4月29日～7月4日（合計8回）2、時間：週1回10:30分～11:15分3、交流内容：子供達に合わせた歌・リズム体操・チャンバラ・糸電話等4、評価方法：（1）介護福祉士2名が、対象者の交流日と交流日以外の日中の幻視や不穏行動について5段階にて評価。（5：穏やかに過ごせている～1：終始不穏行動が出現）（2）介護福祉士と保育士が交流日の表情の変化や子供に対する言動等を共に記録した。【結果と考察】交流前と当日と翌日と交流日以外の評価を比較した結果（平均値）交流前：2.1 当日：4.2 翌日：4.7 交流日以外：3.0であった。交流を実践する中で、当日にはA氏は子供との握手する場面や笑顔の表情が増え子供の話をスタッフに語る等の日頃には無い表情や行動が確認できた。また、5段階評価を確認すると当日と翌日には幻視や不穏行動が減少したが、時間が経過すると症状が再燃する傾向があった。今回、子供達との交流は短時間ではあったが、A氏にとって託児所の窓越しに見つめるだけでなく、実際に身体に直接ふれ合いながら行動を共に行うことが相乗効果につながったと考える。【まとめ】今後も、子供との交流を行う事で利用者の表情の変化や不穏行動の軽減に期待し、交流会を継続的に実施していきたい。

P2-26

当院 NST 活動の変遷とこれからの課題

佐竹陽仁¹、斎野容子²、難波ひとみ³、植木沙央里³、阪口美穂³、絹川雅夫⁴、三松謙司⁵

¹JCHO 横浜中央病院 薬剤科、²栄養部、³看護部、⁴口腔外科、⁵外科

緒言：

当院は神奈川県横浜市内にある病床数250床の地域一般病院で、2008年3月よりNST活動を開始した。これまでのNST活動の変遷について検討し、今後の課題を考察した。

NST活動の変遷：

2008年3月全科型NST活動開始。2009年7月院内NST勉強会開始。2010年12月経腸栄養マニュアル作成。2012年8月摂食嚥下マニュアル作成。2012年4月水飲みテスト・フードテストによる嚥下機能評価開始。2014年4月NSTに歯科医師が加わり、口腔ケア・義歯チェックを開始。2014年6月病棟看護師による身体計測開始。2015年10月VEによる嚥下機能評価開始。2015年8月NST加算取得開始。

結果：

2008年3月から2016年4月までの8年2ヶ月間に、NST回診は、774例（平均年齢79歳、男性440例、女性334例）に延べ1298回施行。診療科は、呼吸器内科162例、消化器内科136例、循環器内科114例、腎臓内科96例、外科93例、整形外科89例、脳外科49例。入院からNST介入までの平均日数は17日。NST活動として、院内NST勉強会54回、院外講演2回開催。学会活動は、JSPEN発表60演題、JSPEN論文投稿2編。資格取得は、NST専門療法士7人、摂食嚥下機能認定看護師2名。

考察と結語：

今後の課題として、栄養管理に関しては多様な疾患を有する高齢者や認知症患者、介護者がいない、経済的問題などを抱えた患者に対する対応、入院早期のNST介入が挙げられる。また、NST活動に関してはNSTと摂食嚥下チームの分離の是非、医師への啓蒙、スタッフ教育、モチベーション維持が挙げられる。これらの課題に対して、栄養管理に関しては、患者個々の病態だけでなく生活環境の把握が必須であり、多職種での情報共有が必要となる。また、NST活動のモチベーション維持には目標を持った活動が重要である。

P2-27

小腸瘻半固形化法にて自宅退院を果たした一例

宮武恵子¹、土居恵美¹、藤田恵理¹、石井晶子²、近藤真紀³、香西恵利子³、堀志郎⁴、森崎訓明⁵

¹JCHO くりりん病院 栄養管理室、²リハビリテーション部、

³看護部、⁴外科、⁵脳神経外科

【はじめに】紆余曲折しながらも、簡便で拘束時間の少ない小腸瘻半固形化法と、QOLを重視した経口摂取にて自宅退院を果たした症例を経験したので報告する。

【経過】73歳女性、くも膜下出血後遺症による痙攣発作にて入院。ADL低下、両下肢硬直が強くなってきていた。6病日眼振・振戦が生じ、レベル低下あり、経口摂取不能となった。13病日NSTが介入し、20病日よりSTによる経口摂取訓練と並行して、経鼻経管栄養を開始した。VF検査にて意識レベルが安定していれば経口摂取可能であり、昼のみ少量の経口摂取、朝夕は経腸栄養に変更した。その後も体動時に幻暈も発生し、良性発作性頭位めまい症の加療も行っていった。経口摂取量は増えず、45病日胃瘻造設をすることとなったが、術前精査で早期胃癌が見つかり、70病日腹腔鏡下胃切除術と同時に小腸瘻を造設した。75病日半固形栄養剤（400 kcal）を少量より開始し、1200kcalまで増量も、腹満感と嘔気を訴え、内服にてコントロールした。89病日昼のみ経口摂取を再開し、朝夕に容量の少ない半固形栄養剤（300kcal）を2Pずつ注した。91病日便臭強いクリーム状の排便継続あり、プロバイオティクスを注入し、普通便が排泄されるようになった。99病日やはり腹満感の訴え強く、毎食1Pずつに減量した。125病日薬価の半固形栄養剤に変更、毎食少量ずつ嗜好に合わせた自宅でも用意できるものを提供することにした。同時に、ご主人への注入指導を開始した。148病日に退院となるまで、退院後の生活時間に合わせた注入時間の検討を細かく行った。栄養状態は改善し、現在でも当院訪問看護が継続して関わっている。

【考察】自宅で経管栄養法を行うことは、家族の協力と、地域包括ケアが得られなければ難しい。高齢化が進み、老老介護となる場合が多く、患者の病態や生活背景に寄り添った栄養管理方法の検討が必要と考える。

P2-28

診療報酬改定に伴う栄養食事指導の取り組み

田中友梨¹、中川幸恵¹、横山直矢¹、金住美希¹、富永史子¹、増田創²、中川隆公³

¹JCHO 札幌北辰病院 栄養管理室、²糖尿病内科、³外科

【背景】平成28年度診療報酬改定において「がん」「摂食・嚥下機能低下」「低栄養」の患者に対する栄養食事指導が新設された。当院では、従来から当該患者への積極的な栄養食事指導を行ってきたが、算定要件に合わせたマニュアルはなかった。【目的】診療報酬施行に向け、栄養食事指導が円滑に実施されるよう事前に準備を開始したので報告する。【方法】1.平成27年4月から12月の当院における当該患者を調査し、算定要件に合う指導媒体を勘案した。2.「がん」「摂食・嚥下機能低下」「低栄養」に適応した治療食基準・献立とリーフレットを作成した。3.栄養食事指導が効率よく実施できるよう管理栄養士の配置を病棟担当から診療科担当に変更した。【結果】1.「がん」「摂食・嚥下機能低下」「低栄養」の該当患者は、それぞれ20名/月、4名/月、6名/月であった。「がん」のうち、術前術後は4名/月、化学療法は14名/月、緩和療養は2名/月であった。2.「がん」「摂食・嚥下機能低下」「低栄養」の治療食は加算対象ではないが、指導媒体と考え、従来ある食種を利用し作成した。リーフレットは、初回栄養指導用と継続栄養指導用に分け作成した。内容は「がん」が術前術後・化学療法・緩和療養、「摂食・嚥下機能低下」が在宅栄養管理に向けた嚥下調整食の分類・作り方、「低栄養」がCOPD・ロコモティブシンドロームとした。さらに、指導内容の統一を図るため栄養士用フローチャートを作成した。3.平成28年4月の栄養指導件数は、平成27年4月と比較し86件増であった。うち「がん」「摂食・嚥下機能低下」「低栄養」は40件であった。【結語】診療報酬施行に向け事前に準備を開始した結果、栄養指導件数が増加した。今後も治療ガイドライン等の根拠を有する指針を十分に把握し、栄養教育にかかわる指導媒体を用い、患者個々の治療目的・病態・症状に合わせた指導を行っていきたい。

P2-29

経口維持加算の取り組みと実績および嚥下調整食の見直し

川崎真美子¹、阿部喜代子²

¹JCHO 若狭高浜病院附属介護老人保健施設 栄養管理室、

²JCHO 若狭高浜病院 栄養管理室

【背景】当施設の栄養管理は病院と共用で運営し、療養食を含めた幅広い食種に対応しているが、摂食・嚥下機能低下者は多い現状である。そこで、平成27年度介護報酬改定において多職種連携による評価を含めることや療養食加算との併算定が可能となったことを機に経口維持加算の取り組みの充実をはかった。【目的】改定経口維持加算（I）取得に向けた1年間の取り組みと実績、学会分類に沿った嚥下調整食の見直しを行ったので報告する。【方法】1.厚生労働省の様式を基に、当施設対象者に即した食事観察チェックリストを作成した。2.ミールラウンドは週1回程度、昼食時に多職種が参集して実施した。3.経口維持カンファレンスは特に食事形態の検討が必要な対象者に対して実施した。管理栄養士が進行、多職種の意見や評価、改善点を計画作成につなげた。議事録を配布し、施設ケアプランにも反映するよう働きかけた。4.経口維持計画作成、モニタリングと再評価も適宜実施した。5.嚥下調整食学会分類に沿った献立、調理形態等の見直しを実施した。【結果】1.経口維持加算取得割合は要介護度が上がるにつれて上昇。2.食種別加算取得数は月を追うごとに増加、入所者の70%以上が対象となった。3.LSTを用いて物性の確認を行い、当施設の嚥下調整食一覧表を作成した。【考察】取り組みを進める上で運用の見直しが必要となったのは、カンファレンス開催時間の調整、対象者毎の統一内容や注意点等をまとめた一覧表を用いた多職種の素早い情報共有と周知徹底方法についてであった。食事に対する多職種からの報告・相談がこれまで以上に多くなり、多職種による支援と連携がはかれたことは取り組みの効果と考える。”口から食べる楽しみ”を提供する為には食事形態だけでなく、個々の身体状況についてあらゆる角度から考慮することが重要であり、治療も含めた食種選択による病院と施設での一貫した栄養管理の有用性を実感した。

P2-30

腎移植を受ける子どもと家族を支える勇気のビーズ
～ビーズ・オブ・カレッジプログラム導入の効果～

三浦清世美、足立清子、森由貴子、野澤身和子、小峯志鶴子、松村裕見子、
近藤清典
JCHO 中京病院

【目的】 ビーズ・オブ・カレッジプログラムの導入効果を明らかにすること

【方法】 腎移植を受けた子どもと家族8組の看護記録の内容分析を行った。ビーズ大使として活動中の職員12名にはグループ面接を行い、ビーズ大使の役割と問題点を抽出した。倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果及び考察】

1.導入までの準備と方法

本プログラムはアメリカで考案され、4つの効果（Resilience、Confidence、Self-esteem、Self-transcendence）が認められている。2013年、認定NPO法人シャイン・オン！キッズの支援を受け、米国ビーズ・オブ・カレッジからプログラム導入施設として許可を得た。医師、看護師、理学療法士、事務員がトレーニングを受け、延べ46名がビーズ大使となった。ビーズ大使が日記に記載された内容に沿ってビーズを渡すと、子どもはビーズを紐に通し、つなげていく。

2.導入後の効果

手術室やICUに持参するなどビーズはお守りとなっていた。辛いことだけでなく、退院や復学、行事への参加などうれしいことも形となるため、がんばりの証となっていた。他者から勇気を称えられることにより、自信や安心感につながっていた。ビーズをつなぎ、体験を共有することで、闘病を意味付けることができていた。

3.ビーズ大使の役割

ビーズ大使が思いやりを目に見える形で渡すことで治療やケアをする人から体験を共有する人になり、信頼関係や協力関係を強化することができていた。他者に語る機会を提供するきっかけとなり、体験の意味付けを促進していた。現在ビーズ大使は半数以下となり、プログラムの継続には現場の理解促進が必要である。

【結語】 4つの効果は認められなかったが、ビーズがきっかけとなり、安心感を得た子どもたちは自ら選んだことにチャレンジする勇気を持つことができていた。症例数は少ないが、腎移植を受ける子どもと家族の闘病を支える取り組みであることが示唆された。

P2-31

小腸癌術後の両側性下肢リンパ浮腫に対する複合的理学療法の実践

福島雅美¹、村上慶子¹、宮原希¹、長江智美¹、島井美保子²

¹JCHO 熊本総合病院 8階病棟、²外来化学療法室

【はじめに】 癌治療の後遺症の一つにリンパ浮腫があり、一度発症すると治りにくい特徴がある。今回、小腸癌術後の両側性下肢リンパ浮腫患者に対する複合的理学療法を実践し、著明な効果が得られたため報告する。【症例】 80歳代独居女性 小腸癌に対して20XX年10月小腸部分・横行結腸部分切除並びにリンパ節郭清を行った。術後76日目両下肢浮腫を自覚し、術後90日目浮腫の増強みられ利尿剤開始となった。術後95日目歩行に支障をきたした為、リンパ浮腫セラピストへ介入依頼があった。初回介入時、下腹部から両下肢にかけて皮膚の硬化あり、特に両膝窩・両膝外側の皮膚の突っ張り感が強く歩行時に疼痛あったが、圧迫痕は見られず、下肢静脈血栓はなかった。外来で4回の用手的リンパドレナージを施行したが、一時的な浮腫の改善ですぐに再燃するため入院となった。【複合的理学療法の経緯と結果】 圧迫による患者の負担と苦痛を考え、入院10日目までは短時間の多層包帯法を実施、入院11日目より患者自身でも実施できるよう手技が簡便な筒状包帯法による持続的な圧迫療法に切り替えた。また、複合的理学療法を維持するにはセルフケアが重要となるため、リンパ浮腫セラピストによるスキんケア、圧迫下での運動、セルフドレナージに加え、食事や日常生活についても指導した。その結果、下肢の各部位で1.0～7.5 cm改善がみられた。浮腫の軽減に伴い、歩行時の疼痛も軽快したことで、歩行状態の安定に繋がり、入院24日目退院となった。退院後は再燃なく経過良好である。【まとめ】 難治性リンパ浮腫では早期から複合的理学療法を行うことが推奨されている。また、複合的理学療法の継続においては、リンパ浮腫セラピストの介入による患者のセルフケアの習得が重要である。今後定期的セルフケア状況の確認や患者指導を外来と連携しながら継続していく。

P2-32

自宅退院における課題認識の差と情報提供について
～医療機関のリハ職と地域の介護支援専門員を比較して～

井芹康貴、森剛正、一瀬崇志、渡邉信一郎、栃原章博、西田貞利
JCHO 南海医療センター リハビリテーション科

今回、患者・利用者が自宅退院する際の課題と情報交換の頻度・内容の把握を目的に、介護支援専門員（以下、ケアマネ）及び理学療法士・作業療法士（以下、リハ職）を対象にアンケート調査を行った。調査項目は、1. 関係者・スタッフからの情報収集の頻度（リハ職へはケアマネへの情報提供の頻度）、2. 医療機関から自宅へ退院する際の問題点や課題、3. リハ職から得たい情報（リハ職へは、ケアマネへ提供したい情報）とし、項目1は「行う」「たまに行う」「あまり行わない」「行わない」の4段階から選択。項目2・3は、自由記載とし、得られた結果をカテゴリ化した。結果、アンケートの回答者数はケアマネ・リハ職ともに57名。項目1では、ケアマネからリハ職へ情報収集を「行う」「たまに行う」が78.9%、リハ職からケアマネへ情報提供を「行う」「たまに行う」が64.9%であった。項目2・3では、時期毎に大カテゴリ：『入院中の内容』『退院後の内容』『退院時又は入院中から退院後全般にかけた内容（以下、全般の内容）』とし、内容毎に小カテゴリ：「健康」「心身機能」「活動」「参加」「環境因子」「環境因子」「リハビリ・運動」「今後の目標と期間」「情報交換・連携」「過ごし方・生活上の注意・リスク」「その他」とした。項目2では、ケアマネで大カテゴリ間に大差はなかったが、リハ職では『退院後の内容』が5割以上を占めた。小カテゴリでは、両職種共に「環境因子」と「情報交換・連携」の回答が多かった。項目3では、リハ職で『全般の内容』と「心身機能」「活動」の回答が多い一方で、ケアマネでは『退院後の内容』と「リハビリ・運動」「今後の目標と期間」の回答が多かった。結果より、医療機関と自宅での環境の違いや連携不足による課題が明確となった。更には、ケアマネとリハ職間で必要と感じる情報にずれがある事も分かった。早期から十分な自宅環境の把握と情報交換・連携が必要である。

P2-33

独居在宅療養者の最期の看取りを支援する
－ JCHO 横浜中央病院 療養支援の取り組み－

矢郷敦子¹、古川恵美子²、齋藤聖子³

¹JCHO 横浜中央病院 地域ケアサービスセンター 療養支援科、

²訪問看護ステーション、³包括ケアサービスセンター

【はじめに】 ターミナル期にある在宅療養者が、独居で生活するには多くの困難がある。最期のその時まで、“その人の生を全うできるように”より添い支援する”にはどのようにしたらよいのか、地域連携体制の課題である。そこで今回、平成27年度にターミナル期の独居療養者であった事例をもとに、その関わりを振り返り療養支援の在り方を考える。【方法】 1. 事例研究 2. 対象：3事例（療養者及び家族）とその支援者（横浜中央病院：地域ケアサービスセンター・訪問看護ステーション・主治医・病院各職種及び社会資源：介護支援相談員・訪問介護員） 3. 分析（内容）：カルテ記録（その人の思い・支援者の役割行動・支援者間の連携）【実際】 当病院の地域ケアサービスセンターは、急性期病院と在宅医療をつなぐ役割を担っている。特に療養支援科と訪問看護ステーションは、入院と在宅の情報交換を密にし、病院内及び地域との連携に努めている。事例A氏は、4回入院退院を繰り返し、2回目入院時の退院調整カンファレンスにて方針を立て、サービス担当者会議でa内服管理、b食事の提供、c緊急時の対応等について検討し、退院翌日から訪問看護を開始した。体力・食欲のない療養者に、食べて頂くための支援体制には課題が残ったが、4回目の入院4日後 家族に見守られ亡くなった。【考察】 事例を分析し、地域で生活するターミナル期にある独居療養者を支援するには、当急性期病院が持つ在宅療養サポート体制の必要性を確認できた。当病院は、その人の自宅療養生活の延長線上にあり、療養支援科と訪問看護ステーションを中心に、状況に合わせて医療を繋ぐことで、その人らしく生を全うすることを支援できると考える。今後は、介護支援専門員・訪問介護員との連携及び研修等の強化も課題である。

P2-34**自宅療養を希望した終末期がん患者への退院支援**

成田志乃、小田奈都子、大良和恵、濱田絵里
JCHO 南海医療センター

【はじめに】終末期がん患者にとって人生の最期をどの場所で過ごすかということは、生活の質に直結する重要な問題である。今回本人の望む形で死亡する直前まで自宅療養できた症例を経験した。3回の入院を振り返り、今後の終末期医療のありかたや、個人の生活をサポートするうえでの示唆を得ることができたので報告する。【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、50歳代、女性。大腸がん術後再発。夫と介護を要する義母の3人暮らし。化学療法を繰り返したが効果がなく、2年後に治療を中止し自宅療養を選択した。がん性疼痛などによる苦痛のなか、家族を世話することに生きがいを感じていた。1回目は疼痛コントロール目的で入院となった。麻薬導入後、「こんなに楽になり笑え、歩けるとは思っていなかった」と喜び、退院となった。2回目は食欲不振改善目的で入院となった。閉塞性イレウスによりストーマを造設し、1カ月と余命宣告があった。自宅退院を希望したためA氏がストーマを受け入れ、便破棄の方法を習得できるよう介入し、訪問看護を導入して退院となった。3回目の入院は看取りであった。夫は「痛みと苦しさはしっかり取って」とA氏の意味を代弁した。夫の想いがケアに反映されるよう努め、夫に寄り添われ永眠した。【考察】夫がA氏の意味を尊重したことがA氏の心の支えや生きる希望につながった。看護師が夫と信頼関係を築いたことでA氏や夫の想いを反映したケアを提供できた。退院後の生活に何が必要なのかを看護師が的確に把握し、多職種が介入することで自宅療養への移行がスムーズとなった。【結論】1. 患者の自己決定を肯定的に支援していくことが、本人や家族の想いを反映したケアにつながる。2. 患者や家族に多職種でかかわれるよう看護師がコーディネーターとしての役割を担うことが退院支援において重要である。

P2-35**退院支援の早期介入の取り組み**

岩井陽子¹、高橋幸江¹、村瀬真由美²、奥村美穂²、二本スミ子²、池戸航³

¹JCHO 可児とうのう病院 医療連携室、²看護部、³総務企画課 経営企画係

＜目的＞当院では退院支援に関わる診療報酬の算定件数が少ない事が判明した。その原因として退院調整関連記録の利用が進まず入院早期から関われない事や、入院と在宅の情報共有が不十分であることなどが考えられた。そのため記録の見直しを行ない算定件数の増加がみられるか検討をおこなったので報告する。＜方法＞1、退院支援の成果である退院調整加算・介護連携指導料の算定件数を月別に出すことにより退院支援を開始した時期と介護支援専門員との連携を行なった件数を調査した。2、師長・副師長をはじめ退院調整看護師と共に、退院支援の流れに沿ったカルテ記載ができるように、記録シートを作成した。3、介護事業所と共に在宅療養で必要とされる情報の検討会を行ない、積極的な情報提供をめざした。＜結果＞1、については入院早期から退院支援への関わりが少なく事が判明した。2、については師長・副師長と共に入院時スクリーニングから退院カンファレンスまでの記録内容を見直した結果、病棟と連携室で早期から統一した退院支援ができるようになり、算定件数の増加につながった。3、については地域との検討会を行った結果、病棟看護師と介護事業所との顔の見える連携がとれるようになり、わかりやすい看護情報の提供につながった。＜まとめ＞見直した記録シートをうまく活用し、病棟主導での退院支援につなげる事ができるよう、病棟と継続した取り組みを行っていく事が重要である。また地域と連携を行うことで医療と介護の情報交換ができ、患者・家族が望む場所で安心して生活できるよう支援することにつながると考えられる。

一般社団法人地域医療機能推進学会 理事名簿

代表理事	尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長
業務執行理事	宇口比呂志	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事（管理・労務・経営担当）
理事	中野 恵	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事（医療・介護・地域包括ケア担当）
理事	内野 直樹	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事（総合診療医・病院経営担当）
理事	田熊 淑男	独立行政法人地域医療機能推進機構	仙台病院 院長
理事	石岡 隆	独立行政法人地域医療機能推進機構	秋田病院 院長
理事	細田洋一郎	独立行政法人地域医療機能推進機構	埼玉メディカルセンター 院長
理事	関根 信夫	独立行政法人地域医療機能推進機構	東京新宿メディカルセンター 院長
理事	万代 恭嗣	独立行政法人地域医療機能推進機構	東京山手メディカルセンター 院長
理事	高取 吉雄	独立行政法人地域医療機能推進機構	湯河原病院 院長
理事	絹川 常郎	独立行政法人地域医療機能推進機構	中京病院 院長
理事	住田 安弘	独立行政法人地域医療機能推進機構	四日市羽津医療センター 院長
理事	山崎 芳郎	独立行政法人地域医療機能推進機構	大阪病院 院長
理事	前場 隆志	独立行政法人地域医療機能推進機構	りつりん病院 院長
理事	田中 眞紀	独立行政法人地域医療機能推進機構	久留米総合病院 院長
理事	島田 信也	独立行政法人地域医療機能推進機構	熊本総合病院 院長
監事	割田亥知朗	独立行政法人地域医療機能推進機構	本部 総務部長

第 2 回 JCHO 地域医療総合医学会

平成 28 年 9 月 16 日(金)・17 日(土)

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

URL: <http://www.jchs.or.jp/wp/>

一般社団法人 地域医療機能推進学会