

第3回

JCHO地域医療総合医学会

JCHOによる新しい地域医療の覚醒

プログラム・抄録集



会期 2017年 **11月17日(金)・18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3回 JCHO地域医療総合医学会にご参加の皆様へ

SAISON PLATINUM AMERICAN EXPRESS® CARD

プラチナカード特別ご招待キャンペーン

限られた方だけにインビテーションでご案内しているプラチナカードのご入会申し込みを特別に承ります。



セゾンプラチナ・アメリカン・エクスプレス®・カード
年会費:20,000円(税抜)

コンシェルジュサービス

■ プラチナ会員の皆様のご相談・お問い合わせにお応えするために、専用のコールセンターをご用意しました。ホテル・レストランのご予約、航空券・鉄道乗車券、フラワーギフトの手配、旅行プランのご提案、予約手配等、24時間365日、専任のスタッフが誠心誠意お応えいたします。

永久不滅ポイント

■ ポイントは無期限。国内でのご利用分が1.5倍(1,000円/税込ごとに1.5ポイント)。海外でのショッピングご利用分は2倍(1,000円/税込ごとに2ポイント)貯まります。

国内	1,000円(税込)ごとに 1.5 ポイント
海外	1,000円(税込)ごとに 2 ポイント

※本アイテムはクレディセゾンによるものです。※Amazon.co.jpは、本キャンペーンのスポンサーではありません。※Amazon、Amazon.co.jpおよびそのロゴはAmazon.com,Inc.またはその関連会社の商標です。

SAISON MILE CLUB

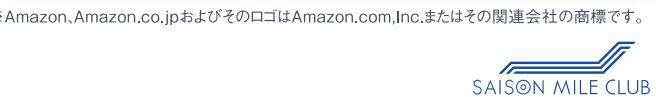
■ ショッピングのご利用で、自動的にマイルが貯まるサービスです。マイルに加えて永久不滅ポイントが貯まり、貯まったポイントをJALマイルに交換することで、マイルがさらに貯まりやすくなります。

1ヵ月のショッピングご利用総額 1,000円(税込) ごとに ▶ 10 マイル + 2,000円(税込) ごとに ▶ 1 ポイント 貯まったポイントは200ポイントごとに500マイルに交換できます。

※別途申し込みが必要です。ご登録料はいただいておりません。

■ グルメ・家電・ギフト券など多彩なアイテムやマイル・各種ポイントと交換いただけます。
200ポイントで交換できるアイテム一例*

[600マイル]	ANA	または	[500マイル]	JAL
[920ポイント]	nanaco ナナコ ポイント		[1,000円分]	amazon.co.jp ギフト券



■ 永久不滅ポイントはマイルに交換可能です。

永久不滅ポイント 200 ポイント ▶ 500 マイル

OTHER SERVICE

■ 空港ラウンジサービス ■ 海外・国内旅行傷害保険 ■ 手荷物無料宅配サービス ■ ファミリーカード

当会場にて、クレジットカードに関する相談ブースを設けておりますので、お気軽にお立ち寄りくださいませ。

お問い合わせ先：株式会社 クレディセゾン東京支社 法人営業部 03-5319-1107(9:30~17:30 土・日・祝休み)

※審査によりお申し込みの意に添えない場合がございます。※「アメリカン・エクスプレス」はアメリカン・エクスプレスの登録商標です。このカードはアメリカン・エクスプレスのライセンスに基づき、(株)クレディセゾンにより発行されたものです。※本紙記載の情報は2017年9月1日現在のものです。変更になる場合もございますので、あらかじめご了承ください。



ソバルディ錠400mg
SOVALDI® Tablets (ソホスブビル製剤)
処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること



効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元
ギリアド・サイエンシズ株式会社
〒100-6616 東京都千代田区丸の内1-9-2 グラントウキョウサウスタワー 16階
<http://www.gilead.co.jp/>

資料請求先
メディカルサポートセンター
フリーダイヤル: 0120-506-295 9:00-17:30(土日祝日及び会社休日を除く)

抗ウイルス剤
ハーボニー® 配合錠
HARVONI® Combination Tablets
(レジバシビル/ソホスブビル配合錠)
処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること



抗ウイルス化学療法剤
ベムリディ錠25mg
VELMIDY® Tablets (テノホビルアラフェナミドフマル酸塩錠)
処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

新発売

第3回 JCHO地域医療総合医学会

JCHO による新しい地域医療の覚醒

プログラム・抄録集

会 長：絹川 常郎
(JCHO 中京病院 院長)

会 期：2017年11月17日(金)・18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.....	19

抄 録

特別講演.....	69
会長講演.....	73
継続テーマシンポジウム.....	77
シンポジウム.....	89
特別企画.....	99
教育セミナー	105
一般演題 口演発表.....	113
一般演題 ポスター発表.....	215
理事名簿	272
協賛企業一覧	273

会長あいさつ

第3回JCHO地域医療総合医学会

会 長 絹川 常郎

(JCHO 中京病院 院長)

『第3回JCHO地域医療総合医学会』を、2017年11月17日（金）、18日（土）の両日、TKPガーデンシティ品川とJCHO本部研修棟を会場として開催いたします。

第3回医学会のメインテーマは「JCHOによる新しい地域医療の覚醒」といたしました。これを決めた経緯ですが、JCHOの重要な使命に「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」ことがあります。昨年開催された本医学会でも、地域医療の推進を目指した取り組みが多く施設から報告されましたが、ユニークではあっても、まだこれから取り組むことの報告にとどまる発表も散見されました。1年経った今回の医学会では、このような発表のその後を確かめ、それらの中から将来大きく成長する取り組みを発見し、学会に参加したJCHOの職員がそれを励ますとともに、仲間として参加する契機となれば、地域医療におけるJCHOの使命を果たすことにつながるものと考えました。つまりメインテーマにある「新しい地域医療の覚醒」とはまさに今まで地中にあった多くの有望な種が目覚め、新芽となってやがて大きく成長して行く過程をイメージしたものです。

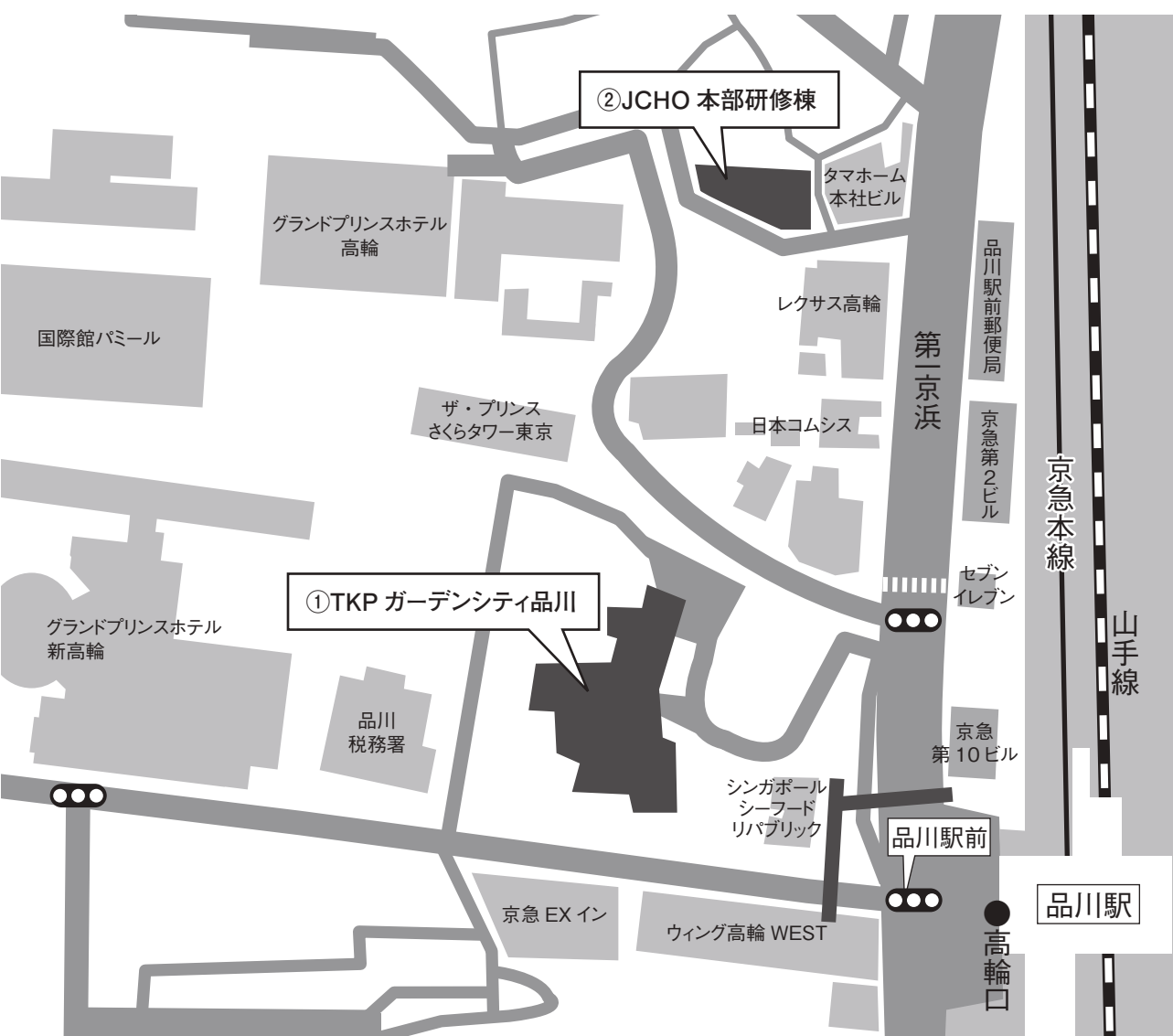
実際の学会のプログラムは、まず始めに「私の出会いと学び、それをJCHOのミッションに生かすために」と題して会長講演を行います。

引き続いて、第1回から継続することが決定しているテーマ「地域医療の革新と地域づくり」、
「人材の育成」、「事務職に求められる 病院マネジメント」等に関するシンポジウムや新たなシンポジウムを開催するとともに、JCHO学会会員の皆さんから応募された一般演題を出来るだけ多数発表していただく予定です。私はこれらの発表からきっと多くの新芽の目覚めが確認できることと期待しています。

恒例の特別講演は、誰もがご存じの将棋の羽生善治氏にお願いしました。今、話題の将棋界ですが、羽生氏は人工知能についても立派な見識をお持ちです。「人工知能と人間の感性」と題する特別講演は、AIを医療の現場でどう生かして行くかを模索しているJCHO職員にも大きなヒントを提供して下さるのではと期待しています。

本医学会への多数の会員の皆様の参加をお待ちしています。

交通案内図



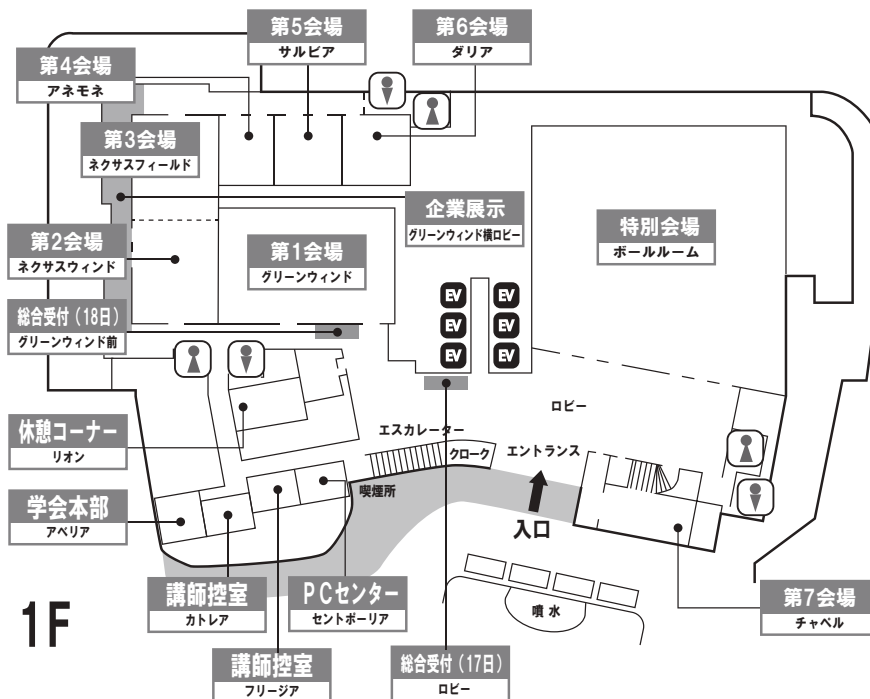
- ①TKP ガーデンシティ品川 <品川駅 高輪口 徒歩3分>
〒108-0074
東京都港区高輪 3-13-3
SHINAGAWA GOOS 1F
TEL : 03-5449-7300
- ②JCHO 本部研修棟 <品川駅 高輪口 徒歩 7 分>
〒108-0074
東京都港区高輪 3-22-12

品川駅までのご案内



会場案内図

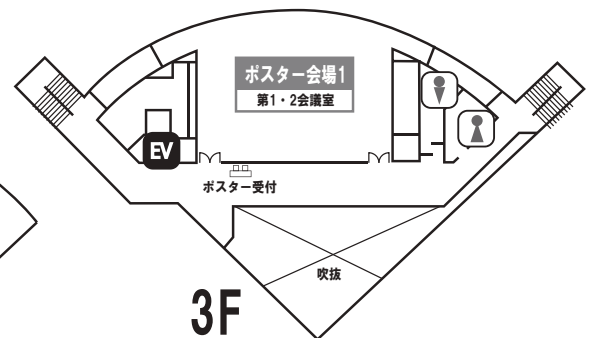
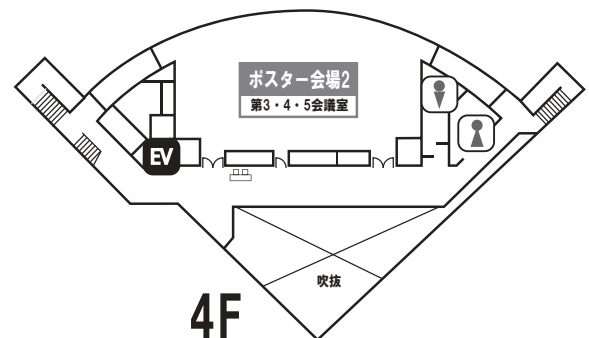
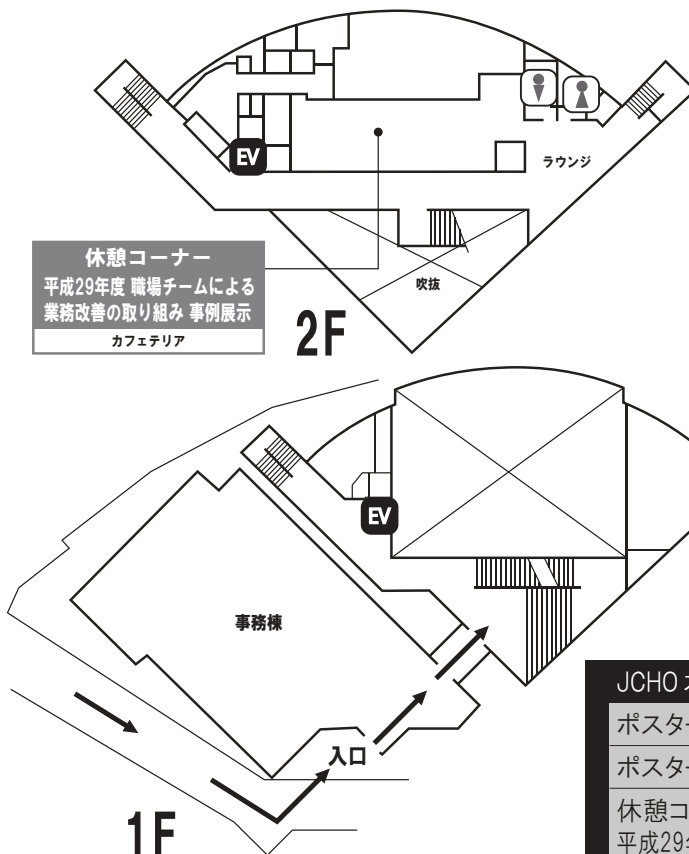
TKPガーデンシティ品川



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	17日(金)ロビー 18日(土)グリーンウィンド前
学会本部	アベリア
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	フリージア、カトレア

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・5会議室
休憩コーナー 平成29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

日時・場所：11月17日（金） 9：45～17：30 TKP ガーデンシティ品川 ロビー

18日（土） 8：15～13：30 TKP ガーデンシティ品川 第1会場 グリーンウィンド前

2. 受付方法

(1) 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（青）を必ずご着用ください。

※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。

(2) 当日参加登録をされる方

- ・総合受付にお越しください。

●参加費（ポケットプログラム含む） 会員：無料 / 非会員：3,000円

●プログラム・抄録集：1,000円

●ポケットプログラム：500円（抄録は記載されていません）

(3) 来賓、招待者、特別企画、継続テーマシンポジウム・シンポジウムの座長・演者の方

- ・来場時に総合受付にて受付をお済ませください。

(4) 懇親会当日申込希望の方

- ・当日は空きがある場合のみ受付を行います。定員になり次第、締切りますのでお早めにお申し込みください。
- ・当日申込希望の方は、11月17日（金）14：30までに懇親会費3,000円とともに、総合受付にてお申込みください。

3. 懇親会

- ・懇親会は、11月17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。
- ・懇親会参加を申し込まれた方は、懇親会参加証（オレンジ）を着用の上、ご参加ください。

4. 平成29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：11月17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）

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】

11月17日（金）9：45～20：30

11月18日（土）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

- ・11月17日（金）、18日（土）の2日間、第1会場・第2会場・第3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、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。

【整理券配布時間】

11月17日（金）9：45～ / 11月18日（土）8：15～

※整理券がなくなり次第、配布は終了とさせていただきます。

※会場整理の都合、整理券はプログラム開始10分まで有効といたします。

8. 企業展示

開催日時：11月17日（金）11：30～16：30 / 11月18日（土）9：00～15：00

会 場：TKP ガーデンシティ品川 第2会場（ネクサスウインド）側横通路

9. 休憩（ドリンク）コーナー

開催日時：11月17日（金）10：30～16：30 / 11月18日（土）9：00～15：00

会 場：TKP ガーデンシティ品川 リオン

JCHO 本部研修棟 2F カフェテリア

※TKP ガーデンシティ品川 リオンでは無料のドリンクをご用意しております。

ドリンクには限りがありますのでご了承ください。

10. その他

- ・特別講演時の会場内での取材、録音、写真撮影（スマートフォン等での撮影も含む）はすべて禁止となりますので、ご注意ください。
- ・学会期間中、学会会場内では、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でお願いいたします。
- ・教育セミナー及びドリンクコーナーを除き、講演会場内での飲食はご遠慮ください。

座長の方々へ

1. 特別企画、継続テーマシンポジウム、シンポジウム 座長の方々へのお願い

- ・来場時、総合受付（17日（金）「TKP ガーデンシティ品川 ロビー」・18日（土）「TKP ガーデンシティ品川 第1会場 グリーンウィンド前」）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おり、発表終了1分前に黄色ランプ、終了時に赤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手前方の「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おり、発表終了1分前に黄色ランプ、発表終了時に赤色ランプが点灯いたします。各セッションの進行は座長に一任いたしますが、進行に影響がでないように終了時間は厳守してください。

3. 一般演題 ポスター発表 座長の方々へのお願い

- ・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）の「ポスター座長受付」にお立ち寄りのうえ座長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、発表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、進行に影響がでないよう終了時間は厳守してください。

口演発表の方々へ

1. 発表時間について

- ・特別企画・継続テーマシンポジウム・シンポジウムは各セッション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 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、1 面映写です。
- ・口演会場では Windows 及びアプリケーション PowerPoint2010/2013/2016 がインストールされた PC を設置いたします。Windows PowerPoint で作成したデータで、動画を使用されない場合に限り、発表データはメディア（USB）に保存のうえ、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）及びお持ち込みノート 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。

※11月18日（土）午前中の発表の方は、できるだけ前日（17日（金））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

11月17日（金） 9：45～17：00

11月18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。
- ・一時的に混雑する時間帯がありますので、できる限り時間に余裕をもって PC センターにお越しください。
- ・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-sub15pin 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 をお持ち込みの方も必ず PC センターにて出力チェックを済ませてください。
- ・お持ち込みノート 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）を必ずつけてください。
（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 PowerPoint 2010/2013/2016 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ち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 お持ち込みの際の注意点について

- ・お持ち込に際しては、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左側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 PowerPoint に動画（Movie） ファイルを添付されている場合は、ノート PC をお持ち込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。
- ・お持ち込みの場合、会場でご用意する PC ケーブルコネクタの形状は MiniD-sub15pin 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は必ずご自身でご持参ください。
※DVI、HDMI などのデジタル映像端子は対応しておりませんのでご注意ください。
- ・画像出力の関係で再起動することがありますので、パスワード設定、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、会場内左手前方の「次演者席」付近にご着席ください。
- ・発表の際、演台にお立ちになりましたら、オペレーターが1枚目のスライドを映写いたします。スライドの送り操作は、演台に置かれたモニターを見ながら、マウス、キーボードを操作し、ご自身でお願いいたします。
- ・口演中は緑色のランプが点灯し、発表終了1分前に黄色、終了時に赤色のランプが点灯します。ご発表時間の目安としてご利用いただき、時間内の発表にご協力ください。
- ・質疑応答・発言は時間の都合、途中で打ち切ることもありますので予めご承知おきください。

ポスター発表の方々へ

1. ポスター掲示・撤去について

- ・ポスター掲示は、1日目と2日目で入れ替え制となります。
- ・ポスター発表者受付はございません。
- ・画鋏及び発表用のリボンは、事務局で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。)

	1日目：11月17日(金)	2日目：11月18日(土)
演題番号	P1-01～P1-74	P2-01～P2-76
掲 示	9：45～10：15	8：45～9：15
ポスター発表	13：30～15：30	11：15～15：00
撤 去	15：30～16：10	15：00～15：30

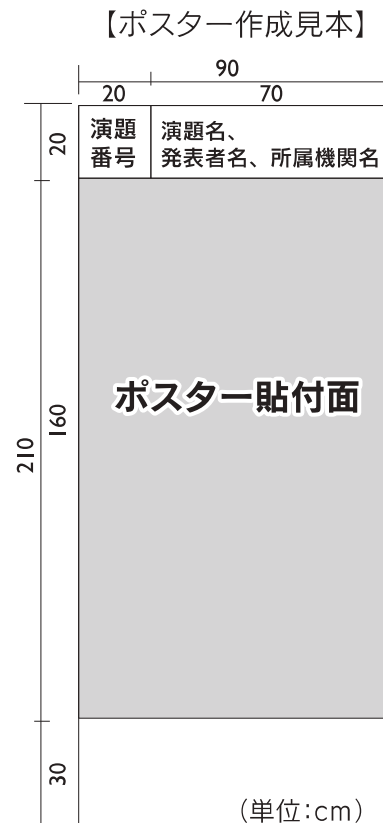
※撤去時間を過ぎても未撤去のポスターは、事務局で処分させていただきますのでご了承ください。

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で待機してください。

3. ポスター作製要領

- ・ポスターの本文の貼付け面は縦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3回JCHO 地域医療総合医学会 日程表
【1日目：11月17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
10:30						
		10:30～10:45 開会式				
11:00		10:50～11:50 会長講演 「私の出会いと学び、 それをJCHOのミッショ ンに生かすために」				
11:30						
12:00						
12:30			12:00～13:00 教育 セミナー1 共催：日本電気 株式会社	12:00～13:00 教育 セミナー2 共催：東京ガス 株式会社	12:00～13:00 教育 セミナー3 共催：株式会社 コーチ・エイ	
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 継続テーマ シンポジウム2 「特定行為研修 制度を活用した 地域医療への 貢献に向けて」	13:10～14:00 運営(組織 マネジメント) O-007～O-012	13:10～14:10 地域包括ケア① O-025～O-031	13:10～14:00 連携 (患者－医療者の パートナーシップ①) O-042～O-047
14:00				14:00～15:00 運営 (人材育成①) O-013～O-019	14:10～15:00 地域包括ケア② O-032～O-037	14:00～14:50 連携 (患者－医療者の パートナーシップ②) O-048～O-053
14:30						
15:00			14:50～15:40 安全 (感染・褥瘡防止) O-001～O-006	15:00～15:40 運営 (人材育成②) O-020～O-024	15:00～15:35 高齢者医療 O-038～O-041	14:50～15:40 連携 (地域連携①) O-054～O-059
15:30						
16:00	16:00～17:00 特別講演 「人工知能と人間の感性」 羽生 善治 (将棋棋士)					
16:30						
17:00						
17:30	17:00～17:30 平成29年度 職場チームによる 業務改善の取り組み 表彰式					
18:00			17:30～18:30 特別企画 「JCHOが地域から 信頼される病院と なるための提案」			
18:30	18:30～ 懇 親 会					
19:00						

	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 会議室		4F 会議室		
10:30				9:45～10:15 ポスター掲示				
11:00								
11:30								
12:00								
12:30								
13:00								
13:30	13:10～14:00 安全 (医療安全・医療 事故調査制度①) O-060～O-065	13:10～13:50 診療① O-078～O-082	13:10～14:10 医療技術① O-096～O-102					
14:00	14:00～14:50 安全 (医療安全・医療 事故調査制度②) O-066～O-071	13:50～14:40 診療② O-083～O-088	14:10～14:50 医療技術② O-103～O-107	13:50～14:40 地域医療・介護 (その他) P1-01～P1-07	13:30～14:15 地域医療・介護 (介護②) P1-15～P1-20		13:30～14:05 連携 (チーム医療②) P1-43～P1-47	13:30～14:05 患者 サービス他② P1-59～P1-63
14:30					14:15～15:00 地域医療・介護 (医療①) P1-21～P1-26	14:05～14:55 運営(病院運 営・組織マネー ジメント) P1-31～P1-37	14:05～14:50 連携 (チーム医療③) P1-48～P1-53	14:05～14:40 安全(医療の 質の向上①) P1-64～P1-68
15:00	14:50～15:40 連携 (チーム医療①) O-072～O-077	14:40～15:40 診療③ O-089～O-095	14:50～15:40 医療技術③ O-108～O-113	14:40～15:30 地域医療・介護 (介護①) P1-08～P1-14	15:00～15:30 地域医療・介護 (医療②) P1-27～P1-30			
15:30								
16:00				～16:10 ポスター撤去				
16:30								
17:00								
17:30								
18:00								
18:30								
19:00								

第3回JCHO 地域医療総合医学会 日程表
【2日目：11月18日(土)】

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場
	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	ダリア
9:00						
9:30	9:00～10:30 継続テーマ シンポジウム3	9:00～10:30 シンポジウム1	9:00～10:00 地域医療・介護 (介護①) O-114～O-120	9:00～9:50 連携 (地域連携②) O-148～O-153	9:00～9:50 連携 (チーム医療②) O-182～O-187	9:00～9:50 検診 O-216～O-221
10:00	「人材の育成」	「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」		9:50～10:30 連携 (退院調整) O-154～O-158	9:50～10:40 連携 (チーム医療③) O-188～O-193	9:50～10:40 内部統制・ リスク管理 O-222～O-227
10:30			10:00～10:50 地域医療・介護 (介護②) O-121～O-126			
11:00	10:40～12:10 継続テーマ シンポジウム4	10:40～12:10 シンポジウム2	10:50～11:30 地域医療・介護 (介護③) O-127～O-131	10:30～11:10 安全 (医療の質の向上①) O-159～O-163	10:40～11:30 連携 (チーム医療④) O-194～O-199	10:40～11:20 情報 O-228～O-232
11:30	「事務職に求められる 病院マネジメント」	「JCHO病院間の 医師派遣への対応」	11:30～12:10 地域医療・介護 (介護④) O-132～O-136	11:10～12:10 安全 (医療の質の向上②) O-164～O-170	11:30～12:10 連携 (チーム医療⑤) O-200～O-204	11:20～12:10 接遇・ 患者サービス① O-233～O-238
12:00						
12:30		12:20～13:20 教育セミナー4	12:20～13:20 教育セミナー5			
13:00		共催：東洋羽毛工業 株式会社	共催：日本化薬 株式会社			
13:30						
14:00	13:30～15:00 シンポジウム3	13:30～15:00 シンポジウム4	13:30～14:20 地域医療・介護 (医療①) O-137～O-142	13:30～14:10 安全 (医療の質の向上③) O-171～O-175	13:30～14:20 連携 (チーム医療⑥) O-205～O-210	13:30～14:20 接遇・ 患者サービス② O-239～O-244
14:30	「JCHOにおける健康 管理センターの役割」	「各病院が取り組む べき課題(個別病院 ごとの課題)への 取組みと経営改善」	14:20～15:00 地域医療・介護 (医療②) O-143～O-147	14:10～15:00 安全 (医療の質の向上④) O-176～O-181	14:20～15:00 連携 (チーム医療⑦) O-211～O-215	14:20～15:00 運営(病院運営) O-245～O-249
15:00						
15:30	15:10～ 閉会式					

	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				
	チャペル	3F 会議室		4F 会議室		
9:00		8:45～9:15 ポスター掲示				
9:30	9:00～9:50 医療技術④ O-250～O-255					
10:00	9:50～10:40 医療技術⑤ O-256～O-261					
10:30	10:40～11:30 医療技術⑥ O-262～O-267					
11:00	11:30～12:10 医療技術⑦ O-268～O-272					
11:30		11:25～12:00 医療技術① P2-01～P2-05	11:15～12:00 運営 (人材育成他①) P2-16～P2-21	11:25～12:00 地域包括ケア他① P2-33～P2-37	11:15～12:00 連携 (地域連携他①) P2-44～P2-49	11:25～12:00 安全 (感染・褥瘡防止他①) P2-61～P2-65
12:00						
12:30						
13:00						
13:30						
14:00	13:30～14:10 医療技術⑧ O-273～O-277	13:40～14:15 医療技術② P2-06～P2-10	13:40～14:30 運営 (人材育成他②) P2-22～P2-28	13:40～14:25 地域包括ケア他② P2-38～P2-43	13:40～14:25 連携 (地域連携他②) P2-50～P2-55	13:40～14:15 安全 (感染・褥瘡防止他②) P2-66～P2-70
	14:10～15:00 医療技術⑨ O-278～O-283	14:15～14:50 医療技術③ P2-11～P2-15	14:30～15:00 診療 P2-29～P2-32		14:25～15:00 連携 (チーム医療④) P2-56～P2-60	14:15～15:00 安全(医療安全・ 医療事故調査制度) P2-71～P2-76
15:00						
		～15:30 ポスター撤去				
15:30						

プログラム

11月17日（金） 16:00～17:00

特別会場

特別講演 「人工知能と人間の感性」

講師：羽生 善治（将棋棋士）

座長：尾身 茂（一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長）

11月17日（金） 10：50～11：50

特別会場

会長講演 「私の出会いと学び、それをJCHOのミッションに生かすために」

講師：絹川 常郎（JCHO 中京病院 院長）

座長：内野 直樹（JCHO 理事）

11月17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
「革新のための計画と実践」

座長：細田洋一郎（JCHO 埼玉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) | 地域医療革新のための地域医療構想と地域包括ケア
椎葉 茂樹（厚生労働省大臣官房審議官） |
| KS1-2 | 地域包括ケアを支える地域医療介護連携システムの革新
ー医療・介護・福祉・薬局を含めた多職種連携への進化ー
関塚 永一（国立病院機構埼玉病院 名誉院長／セコム医療システム 顧問／和光福祉会 理事長） |
| KS1-3 | JCHO 病院主導の広域的病理診断支援体制による地域医療の革新
猪山 賢一（JCHO 熊本総合病院 病理診断科 部長） |
| KS1-4 | 医療と介護の連携強化への革新～住みよいまちづくりへ～
新町 智穂（JCHO 宮崎江南病院 地域医療連携室 看護師長） |

11月17日(金) 13:10~14:40

第1会場

継続テーマシンポジウム2 特定行為研修制度を活用した地域医療への貢献に向けて
「特定行為研修における効果的な指導・学習方法について」

座長：中野 恵（JCHO 理事）

吉浪 典子（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）

- | | |
|-------|---|
| KS2-1 | 特定行為研修～共通科目についてのアプローチ
山内 豊明（名古屋大学大学院医学系研究科 教授／放送大学大学院 客員教授） |
| KS2-2 | 日本看護協会が実施する特定行為研修の実際
～専門性の発揮と活躍する場の拡大を目指して～
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） |
| KS2-3 | 特定行為研修と医療の質向上
関根 信夫（JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長） |
| KS2-4 | 特定行為研修の実際と効果的な研修に向けての今後の課題～研修生の立場での一考察～
山地 陽子（JCHO 東京新宿メディカルセンター 看護部） |

11月18日(土) 9:00~10:30

第1会場

継続テーマシンポジウム3 人材の育成

「総合医等育成のキーポイントー自院での取り組みの現状と課題ー」

座長：山崎 芳郎 (JCHO 大阪病院 院長)

田中 真紀 (JCHO 久留米総合病院 院長)

- | | |
|-------|---|
| KS3-1 | 特定行為研修に対して看護管理者のコンセンサスを得る取り組み
酒井 礼子 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 看護部) |
| KS3-2 | 社会人基礎力を用いて中堅看護師の院内研修の在り方を考える
服部 南美 (JCHO 久留米総合病院 看護課) |
| KS3-3 | 都市型急性期総合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) |
| KS3-4 | 当院における病院総合医育成の取り組みの現状、および今後の課題
山東 剛裕 (JCHO 星ヶ丘医療センター、総合内科部長、消化器内科部長、統括診療部長、院長補佐) |
| KS3-5 | JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラムについて
吉住 奈緒子 (JCHO 本部 企画経営部医療課長) |

11月18日(土) 10:40~12:10

第1会場

継続テーマシンポジウム4 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)

- | | |
|--------|--|
| KS4-1 | JCHO 東京山手メディカルセンターにおける経営改善事例
廣田 啓佑 (JCHO 本部 財務経営アドバイザー (株式会社日本経営 主任)) |
| KS4-2 | JCHO 伊万里松浦病院における経営改善事例
高園 忠助 (JCHO 本部 財務経営アドバイザー (株式会社日本経営 次長)) |
| KS4-3 | 事務屋の誇りを持つ ^{しこ} 醜 ^み の御楯
内野 直樹 (JCHO 理事) |
| 指定発言 1 | 万代 恭嗣 (JCHO 東京山手メディカルセンター 院長) |
| 指定発言 2 | 中城 博見 (JCHO 伊万里松浦病院 院長) |

11月18日(土) 9:00~10:30

第2会場

シンポジウム1 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 「外来診療（もの忘れ外来の役割）と入院患者への対応（認知症ケア加算を含む）」

座長：那須 誉人（JCHO 徳山中央病院 院長）

高嶋修太郎（JCHO 高岡ふしき病院 院長）

- SP1-1 地域包括ケアにおける“もの忘れ外来”の役割
高嶋 修太郎（JCHO 高岡ふしき病院 院長）
- SP1-2 急性期病院における認知症への取り組み
沼 文隆（JCHO 徳山中央病院 副院長）
- SP1-3 認知症カンファレンス記録用紙の改善に向けた取り組み
倉本 佳代子（JCHO 九州病院 看護部）
- SP1-4 高齢者におけるレクリエーション活動の有効性について～身体的・認知的機能への影響～
向笠 亜子（JCHO 三島総合病院 看護課）
- 指定発言 地域型認知症疾患センターとしての認知症診療
長郷 国彦（JCHO 諫早総合病院 院長）

11月18日(土) 10:40~12:10

第2会場

シンポジウム2 JCHO 病院間の医師派遣への対応 「医師派遣を通じて今、見えてきたもの」

座長：石岡 隆（JCHO 秋田病院 院長）

関根 信夫（JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長）

- SP2-1 浪江町津島診療所、二本松病院の応援勤務を経験して
山川 元太（JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科）
- SP2-2 JCHO 登別病院の現状と今後、そして医師派遣の必要性和意義
伊藤 美夫（JCHO 登別病院 院長）
- SP2-3 九州から北海道へ 初期臨床研修医の地域医療研修としての医師派遣について
酒井 賢一郎（JCHO 九州病院 総合診療部 部長）
- SP2-4 JCHO における医師派遣の取組
吉住 奈緒子（JCHO 本部 企画経営部医療課長）

11月18日(土) 13:30~15:00

第1会場

シンポジウム3 JCHOにおける健康管理センターの役割

「特に病院経営における健管センターの果たす役割と今後の課題」

座長：住田 安弘（JCHO 四日市羽津医療センター 院長）

大井田正人（JCHO 相模野病院 院長）

-
- SP3-1 病院経営における健康管理センターの果たす役割
五十嵐敬子（JCHO 相模野病院 健康管理センター 管理部長）
- SP3-2 当院における健康管理センターの現状と展望
岡本 将裕（JCHO 神戸中央病院 健康管理センター長 放射線科診療部長）
- SP3-3 病院経営に貢献した健康管理センターの取り組みとその成果について
位田 浩（JCHO 四日市羽津医療センター 健康管理センター 管理課長）
- SP3-4 JCHO 病院における中規模健康管理センターの経営面での貢献度と目指すべき将来像について
岸川 秀樹（JCHO 熊本総合病院 副院長 兼 健康管理センター長）

11月18日(土) 13:30~15:00

第2会場

シンポジウム4

「各病院が取り組むべき課題（個別病院ごとの課題）」への取り組みと経営改善

座長：木村 晴行（JCHO 本部東日本地区事務所 統括部長）

柳沢 直樹（JCHO 本部北海道四国地区管理部 部長）

-
- SP4-1 森 元春（JCHO 本部東海北陸地区事務所 統括部長）
- SP4-2 新田 晴久（JCHO 本部近畿地区事務所 統括部長）
- SP4-3 高尾 安則（JCHO 本部九州地区事務所 統括部長）
- SP4-4 井澤 裕匡（JCHO 本部企画経営部 改善指導課長）
- SP4-5 笹 真人（株式会社日本経営 病院コンサルティング部 次長）

11月17日（金） 17：30～18：30

第1会場

特別企画 JCHO が地域から信頼される病院となるための提案

座長：住田 安弘（JCHO 四日市羽津医療センター 院長）

磯谷 聡（JCHO 中京病院 薬剤部長）

-
- | | |
|-----|--|
| SE1 | 複雑性・不確実性に向き合うところを持った良医の育成
加藤 友也（JCHO 中京病院 総合診療科 医員） |
| SE2 | 自殺予防に向けた対策と連携づくり～地域で安心して暮らせるために～
渡辺 朋子（JCHO 人吉医療センター 看護部 副看護部長） |
| SE3 | 医師と薬剤師が協働して、地域で取り組むポリファーマシー対策
～「北九州高齢者薬物療法研究会」発足とその活動～
末松 文博（JCHO 九州病院 薬剤部長） |
| SE4 | 臨床検査技師による地域への参画～運転免許更新時の認知機能検査の実施～
前島 澄子（JCHO 札幌北辰病院 臨床検査技師長） |
| SE5 | 当院における食育の取り組みと今後の課題について
猪狩 玲子（JCHO さいたま北部医療センター 栄養管理室長） |

11月17日（金） 12:00～13:00

第1会場

教育セミナー 1

地域包括ケアとICT～多施設・多職種の連携を目指す、天かける医療介護連携事業の課題～
佐野 弘子（NPO 法人天かける 理事）

共催：日本電気株式会社

11月17日（金） 12:00～13:00

第2会場

教育セミナー 2

東京2020パラリンピックを契機にした共生社会の実現
田口 亜希（アテネ・北京・ロンドンパラリンピック射撃日本代表
日本郵船株式会社 広報CSRグループ 社会貢献チーム）

共催：東京ガス株式会社

11月17日（金） 12:00～13:00

第3会場

教育セミナー 3

医療分野、病院、介護施設等における「システミック・コーチング」
桜井 一紀（株式会社コーチ・エィ 専務取締役）

共催：株式会社コーチ・エィ

11月18日（土） 12:20～13:20

第2会場

教育セミナー 4

睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に!!～知られざる睡眠の働きを知り、質の良い眠りへ～
臼杵 礼司（東洋羽毛工業株式会社・一般社団法人睡眠教育機構認定 睡眠健康指導士）

共催：東洋羽毛工業株式会社

11月18日（土） 12:20～13:20

第3会場

教育セミナー 5

座長：梅枝 覚（JCHO 四日市羽津医療センター 副院長）

新しい時代に入ったIBDの内科治療～当院におけるバイオシミラーの使用経験を踏まえて～
吉村 直樹（JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 部長）

共催：日本化薬株式会社

11月17日(金) 14:50~15:40

第1会場

安全(感染・褥瘡防止)

座長: 来見 良誠(JCHO 滋賀病院 院長)

- O-001 病棟における非活動性肺結核患者の感染対策について
宮崎 佳奈子(JCHO 札幌北辰病院 感染管理部)
- O-002 院内託児所の感染対策強化の必要性~感染性胃腸炎のアウトブレイクの経験から~
伊藤 佐知子(JCHO 四日市羽津医療センター 感染対策室)
- O-003 血液内科病棟における中心静脈カテーテル関連血流感染のリスク因子の検討
阪藪 麻依(JCHO 熊本総合病院 看護部)
- O-004 口腔・鼻腔内吸引ベストプラクティスを用いた教育
森 美由希(JCHO 宇和島病院 看護課)
- O-005 当院附属老人保健施設での感染管理認定看護師の介入の試み
小濱 美保(JCHO 可児とうのう病院 看護部)
- O-006 当院の腰痛予防対策~腰痛予防講習会を開催して~
栗本 聡美(JCHO 中京病院 看護部)

11月17日(金) 13:10~14:00

第2会場

運営(組織マネジメント)

座長: 渡部 昌平(JCHO 宇和島病院 院長)

- O-007 医療クオリティマネジャーとしてのスキルを活かした業務改善への取り組み
葉田 昌生(JCHO 久留米総合病院 統括診療部薬剤科)
- O-008 病棟再編成によるスタッフの不安解消に向けた取り組みの効果
橋本 裕子(JCHO 群馬中央病院 看護部)
- O-009 点滴準備業務の手順統一のための取り組み
須崎 了子(JCHO 天草中央総合病院 看護課)
- O-010 病院に勤務する診療看護師(院内呼称)の活動状況と今後の方略(3)
松邑 恵美子(JCHO 東京城東病院 看護課)
- O-011 医事責任者による経営マネジメントへの取り組み
下田 哲也(JCHO 宇和島病院 総務企画課(医事))
- O-012 職員満足度の経年的変化に関する報告
木嶋 隆(JCHO 福岡ゆたか中央病院 総務企画課)

11月17日(金) 14:00~15:00

第2会場

運営(人材育成①)

座長: 野田 晏宏 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 院長)

- O-013 院内教育プログラムの実態調査
吉田 晃 (JCHO 群馬中央病院 看護部)
- O-014 リフレクションを活用した副師長としての人材育成
佐藤 香 (JCHO 登別病院 看護部)
- O-015 外来倫理カンファレンス取り組みの評価
濱 由紀子 (JCHO 下関医療センター 看護部)
- O-016 訪問看護ステーション実習での学生の学び
古川 恵美子 (JCHO 横浜中央病院附属訪問看護ステーション)
- O-017 新人看護職員研修における実地指導者・教育担当者の役割認識と「新人看護職員研修ガイドライン」体制への思いとの関連
牧野 真美 (JCHO 可児とうのう病院 看護部)
- O-018 JCHO 仙台病院看護師の看護研究に関する意識調査
庄子 美智子 (JCHO 仙台病院 看護部)
- O-019 ADDIE モデルに基づく救急救命士病院実習設計
～PDCA サイクル用紙を活用したナレッジマネジメント～
坂本 恵子 (JCHO 人吉医療センター 看護部)

11月17日(金) 15:00~15:40

第2会場

運営(人材育成②)

座長: 佐々木功典 (JCHO 下関医療センター 院長)

- O-020 当検査部における新人職員職場順応への取り組み
三浦 みどり (JCHO 徳山中央病院 臨床検査部)
- O-021 当院リハビリテーション室における臨床実習指導への取り組み
成田 元気 (JCHO 登別病院 リハビリテーション室)
- O-022 勤務管理システム導入による勤務時間管理簿の作成とその効果について
高階 聖美 (JCHO 北海道病院 総務企画課)
- O-023 中京病院研究部の診療補助・研究補助業務についての振り返り
鈴木 清美 (JCHO 中京病院 研究部)
- O-024 すっきりとした文書管理～電話対応時間・保管文書・未収金の軽減をめざして～
小倉 めぐみ (JCHO 東京新宿メディカルセンター 医事課)

11月17日(金) 13:10~14:10

第3会場

地域包括ケア①

座長：山田 光俊（JCHO 高知西病院 院長）

- 0-025 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション実施者の特性と効果
～平均在院日数とADLの視点から～
石月 亜由美（JCHO 三島総合病院 リハビリテーションセンター）
- 0-026 利用者満足度調査からみた訪問看護サービスの課題
～訪問看護室から訪問看護ステーションに移行して～
古賀 未央（JCHO 星ヶ丘医療センター附属訪問看護ステーション）
- 0-027 地域包括ケア病棟開設後の現状と課題
～整形外科病棟から地域包括ケア病棟への移行3か月間に焦点をあてて～
藤本 一彦（JCHO 群馬中央病院 看護部 地域包括ケア病棟）
- 0-028 病棟再編成後の評価 地域包括ケア病棟開設に伴う管理課題について
阿部 亜希子（JCHO 東京城東病院 看護課）
- 0-029 地域包括ケア病棟と急性期病棟の看看連携と在宅療養アセスメント能力向上にむけた取り組み
山田 美由希（JCHO 佐賀中部病院 看護課）
- 0-030 地域包括ケア病棟を活用することで在宅療養が継続できている1事例の考察
白村 聡子（JCHO 可児とうのう病院 東3病棟）
- 0-031 地域包括ケア病棟での退院支援を実践する看護師教育の取り組みと今後の課題
山下 千波（JCHO 東京蒲田医療センター）

11月17日(金) 14:10~15:00

第3会場

地域包括ケア②

座長：高取 吉雄（JCHO 湯河原病院 院長）

- 0-032 地域包括ケア推進に関する多角的取り組み
内藤 浩（JCHO 群馬中央病院 地域医療連携センター）
- 0-033 地域包括ケア病棟の新たな活用に向けての取り組み
ー病床機能分化と患者利便性の両立を図る連携ー
原田 淳也（JCHO 高岡ふしき病院 地域連携室）
- 0-034 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と評価
江見 早紀子（JCHO 佐賀中部病院 看護課）
- 0-035 在宅医療・介護連携推進事業受託後の展開と見えてきた地域課題
早草 健志（JCHO 神戸中央病院 地域医療推進部）

0-036 連携ミーティングの効果と今後の課題について
橋爪 太郎 (JCHO 神戸中央病院 地域医療推進部)

0-037 単身高齢者の退院先からみた地域包括ケアシステムの実現化についての検討
夏目 みゆき (JCHO 東京蒲田医療センター 医療福祉相談室)

11月17日 (金) 15:00~15:35

第3会場

高齢者医療

座長：石井 耕司 (JCHO 東京蒲田医療センター 院長)

0-038 サロンにおける錦田元気体操継続の効果
渡邊 太樹 (JCHO 三島総合病院 リハビリテーションセンター)

0-039 当院地域包括ケア病棟における大腿骨頸部・転子部骨折パス症例の治療効果について
ー平成28年度疾患別リハビリを行えた症例の成績よりー
番谷 巖 (JCHO 高岡ふしき病院 リハビリテーション科)

0-040 入院中に最愛の夫と死別した患者に対する悲嘆から回復にむけての援助
ーウォーデン悲嘆作業の4つの課題からの分析ー
袴田 ひとみ (JCHO 秋田病院)

0-041 認知機能障害のある高齢者のアセスメント指標における日常生活自立度判定基準と臨床的認知症尺度との比較～入院生活が与える環境要因との関連～
今野 詩織 (JCHO 相模野病院 看護部)

11月17日 (金) 13:10~14:00

第4会場

連携 (患者－医療者のパートナーシップ①)

座長：長郷 国彦 (JCHO 諫早総合病院 院長)

0-042 出産施設助産師による新生児訪問の試みー訪問を受けた母の反応ー
樋口 尚子 (JCHO 大阪病院 看護部)

0-043 がんと診断された娘への告知を拒む母親との倫理的視点からの関わり
古瀬 美和子 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部)

0-044 両側尿管皮膚瘻を造設した患者の退院後訪問指導を振り返る
～術後創処置およびストーマケア習得支援が必要な状況で退院となった患者へのケア指導～
大良 和恵 (JCHO 南海医療センター 看護部)

0-045 スピリチュアルペインを持つがん患者との関係性を築くために
～「対人援助論」に基づいた看護の実践～
成澤 洋子 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 看護部)

O-046 治療を拒否していた乳がん患者が治療受け入れの契機となった看護師の関わり
園山 好恵 (JCHO 下関医療センター 看護部)

O-047 意思疎通困難な患者の家族が治療中止を決断できるまでの経過
大久保 信子 (JCHO 天草中央総合病院 看護課)

11月17日 (金) 14:00~14:50

第4会場

連携 (患者－医療者のパートナーシップ②)

座長：田中小百合 (JCHO 大阪病院 看護部長)

O-048 糖尿病患者が自己血糖測定器を選択するための看護師の役割
梶野 未緒 (JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)

O-049 年末年始を意識したリーフレット配布による糖尿病療養指導の効果について
笹本 陽子 (JCHO 北海道病院 看護部)

O-050 意思を確認できなかった患者の治療・ケアにおける看護の振り返り デスカンファレンスから
竹田 美樹 (JCHO 東京蒲田医療センター 看護部)

O-051 当院での糖尿病フットケア外来の取り組み
立木 由紀子 (JCHO 宇和島病院 看護部)

O-052 中等度のアルツハイマー型認知症のある癌患者の治療選択－家族の代理意思決定への支援－
西田 珠貴 (JCHO 神戸中央病院)

O-053 口腔ケアの早期介入へ向けた取り組み
浅井 美鈴 (JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)

11月17日 (金) 14:50~15:40

第4会場

連携 (地域連携①)

座長：村本 弘昭 (JCHO 金沢病院 院長)

O-054 地域医療支援病院としての近隣医療施設との連携の方策－紹介率アップのための工夫－
松本 圭吾 (JCHO 神戸中央病院 副院長 (脳神経外科、地域医療推進部))

O-055 地域医師会との連携を通じたロコモティブシンドロームの啓発
富士 武史 (JCHO 大阪病院 整形外科)

O-056 地域医療連携ネットワークシステム導入と今後の課題
河井 和子 (JCHO 中京病院 薬剤部)

O-057 宇和島保健所管内における高齢者施設の感染予防対策への取り組み
～宇和島ブロック会を開催して～
増田 奈々 (JCHO 宇和島病院 感染管理室)

- 0-058 大阪府の災害対策連携について
荒尾 正 (JCHO 星ヶ丘医療センター)
- 0-059 当院周辺地域におけるトコジラミ発生状況とその対策について
小林 芳宏 (JCHO 横浜中央病院 院内感染対策チーム)

11月17日 (金) 13:10~14:00

第5会場

安全 (医療安全・医療事故調査制度①)

座長: 下川 恭弘 (JCHO 人吉医療センター 副院長)

- 0-060 院内発生 of 全死亡事例把握のための取り組み
原田 有彦 (JCHO 徳山中央病院 医療安全管理部長・診療部長)
- 0-061 南海医療センターにおける医療安全向上にむけた取り組み
～ハイリスク薬剤研修会・くすりミニレクチャーを継続して～
谷口 公章 (JCHO 南海医療センター 薬剤科)
- 0-062 地震発生時の対応シミュレーション
安田 昂平 (JCHO 大和郡山病院 放射線部)
- 0-063 心電図モニタアラームのムダ鳴り削減への取り組み
松村 考志 (JCHO 九州病院 臨床工学室)
- 0-064 医師を対象とした医療機器研修の効果
埴 伸郎 (JCHO 東京蒲田医療センター 臨床工学室)
- 0-065 当院での透析前体重測定 of ヒューマンエラー防止対策 (Web カメラ導入を試みて)
神田 大地 (JCHO うつのみや病院 臨床工学技士)

11月17日 (金) 14:00~14:50

第5会場

安全 (医療安全・医療事故調査制度②)

座長: 小澤 俊総 (JCHO 山梨病院 院長)

- 0-066 4本柵適正使用に向けた取り組みで見えた課題
清家 和子 (JCHO 宇和島病院 安全管理室)
- 0-067 医療安全 of 院内ラウンドを通して見えてきたもの
森 千代子 (JCHO 桜ヶ丘病院 看護課)
- 0-068 当院における医療事故調査制度を踏まえた院内体制について
ー医療事故調査委制度前後での報告実態と CPR 事例における新しい報告体制の構築ー
坂田 晃一郎 (JCHO 下関医療センター)

- O-069 病院職員の医療安全に対する意識調査
片岡 昌子 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 医療安全管理室)
- O-070 当施設通所リハビリテーションでの安全対策としての取り組み
狩野 あゆみ (JCHO 群馬中央病院附属介護老人保健施設)
- O-071 当院における女性理学療法士の重度な高位頸髄不全損傷者に対する移乗介助への取り組み
床走行リフトを用いるメリット
西山 芽生 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)

11月17日 (金) 14:50~15:40

第5会場

連携 (チーム医療①)

座長: 多治見 司 (JCHO 九州病院 院長)

- O-072 医療過疎地で専門家不在緩和ケアチームへの Web 会議システムを用いた Remote Assistance 活動の有用性
吉本 鉄介 (JCHO 中京病院 緩和支援診療科)
- O-073 内科外科合同による腹腔鏡補助経皮内視鏡的胃瘻造設術
三枝 陽一 (JCHO 相模野病院 消化器病センター)
- O-074 小児心臓外科領域での診療看護師の役割と課題
櫻井 一 (JCHO 中京病院 心臓血管外科)
- O-075 画像診断における読影補助の可能性ー診療放射線技師による読影補助ー
中谷 瞬 (JCHO 大和郡山病院 放射線部)
- O-076 院内血糖自己測定機器の検査室によるメンテナンスと精度管理について
内野 智章 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 中央検査室)
- O-077 児童虐待対策チームの一員である MSW の役割発揮の重要性
～児童虐待防止を目指し府県を越えた連携の実際～
乗本 英紀 (JCHO 大阪病院 医療福祉相談室)

11月17日 (金) 13:10~13:50

第6会場

診療①

座長: 河野 幸裕 (JCHO 若狭高浜病院 院長)

- O-078 VITOM ICG スコープを使用した ICG 蛍光法による乳癌センチネルリンパ節生検の導入
鈴木 和志 (JCHO 可児とうのう病院 外科)
- O-079 もの忘れ外来開設2年
青柳 昌樹 (JCHO 三島総合病院 脳神経外科)

- 0-080 終末期における家族看護～家族と共に歩むプロセスの大切さ～
辰井 はるか (JCHO 神戸中央病院 看護部)
- 0-081 インスリン自己注射による皮下腫瘍改善に向けての取り組み
森木 智子 (JCHO 徳山中央病院 血液・内分泌内科外来)
- 0-082 大動脈炎を来した多発血管炎性肉芽腫症の一例
龔 倩 (JCHO 東京蒲田医療センター 診療部)

11月17日 (金) 13:50～14:40

第6会場

診療②

座長：高橋 昌宏 (JCHO 札幌北辰病院 院長)

- 0-083 将来的に加療が必要となる ASD の新生児期スクリーニングの可能性について
岡川 浩人 (JCHO 滋賀病院 小児科)
- 0-084 入院中に取り組むべき産褥サポートを考える
～生後1カ月未満の児を持つ母親の相談内容から～
川村 晃子 (JCHO 三島総合病院 看護課)
- 0-085 退院に向けての効果的な指導の検討～褥婦が望む指導、助産師が考える指導について～
山村 智子 (JCHO 大和郡山病院)
- 0-086 当院における大腿骨近位部骨折の術前待機期間と合併症の調査
友澤 翔 (JCHO 宇和島病院 整形外科)
- 0-087 当院におけるC型肝炎ウイルス感染者に対するインターフェロンフリー治療の効果
榎本 有里 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- 0-088 経口膾石溶解療法にて耐糖能の改善を認めた慢性石灰化膵炎の一例
～膵石症診療実態調査の提案
芦沢 信雄 (JCHO 玉造病院 消化器内科)

11月17日 (金) 14:40～15:40

第6会場

診療③

座長：木村健二郎 (JCHO 東京高輪病院 院長)

- 0-089 ドネペジル (アリセプト錠) の個別化薬物療法を志向した薬物動態学的検討
阿部 武由 (JCHO りつりん病院 薬剤科)
- 0-090 HISCL-5000 を用いた敗血症バイオマーカー (プレセプシン) 測定の基礎的検討と症例
民本 重一 (JCHO 天草中央総合病院 検査部)

- O-091 当院におけるスポーツ外来の現状とリハビリテーション室の取り組み
濱中 康治 (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-092 劇症型溶血連鎖球菌感染症発症に至るまでの関わり～急変の前兆に対する気づき～
高橋 由香里 (JCHO 桜ヶ丘病院 看護課)
- O-093 在宅復帰に向けた取り組み～整形外科疾患リハビリテーションプログラムを活用して～
大山 まどか (JCHO 神戸中央病院 看護部)
- O-094 パノラマX線写真と歯科用CT画像を用いた下顎管の走行状態の評価
山中 瑞穂 (JCHO 船橋中央病院)
- O-095 医師事務作業補助者介入による効果
今井 明美 (JCHO 可児とうのう病院 医療情報管理室)

11月17日(金) 13:10～14:10

第7会場

医療技術①

座長：濱本 英治 (JCHO 九州病院 臨床工学技士長)

- O-096 末梢動脈閉塞性疾患に対する灌流指標機能付きパルスオキシメータによる下肢血流評価の有用性
諸熊 裕也 (JCHO 熊本総合病院)
- O-097 透析中、静脈側血液回路内に気泡が発生した事例に対する考察
満間 大介 (JCHO 三島総合病院 臨床工学室)
- O-098 一酸化窒素ガス管理システムの使用経験と臨床工学技士の関わり
皆川 和也 (JCHO 中京病院 SMI センター)
- O-099 患者・家族の安心向上を目指したペースメーカ説明
小野寺 真里子 (JCHO 仙台南病院 臨床工学室)
- O-100 当院透析センターにおける自動プライミングおよび自動返血機能運用時の所要時間と安全性に関する検討
富樫 紀季 (JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床工学部)
- O-101 心臓植え込みデバイスにおける心房細動管理への取り組み
松本 景史 (JCHO 大阪病院 臨床工学室)
- O-102 血液モニタ BLM (Blood Monitor) の使用経験
郷右近 純 (JCHO 仙台病院 臨床工学部)

11月17日(金) 14:10~14:50

第7会場

医療技術②

座長：片山 孝文（JCHO 中京病院 臨床検査技師長）

- O-103 乳房超音波検査でとらえられなかった DCIS 症例についての検討
正木 恵（JCHO 相模野病院 臨床検査部）
- O-104 ネオチューブ RC-ST（急速凝固採血管）を導入する有用性
菖蒲 巧（JCHO 諫早総合病院 検査部）
- O-105 RF 測定における前回値参照による初回希釈測定での TAT 短縮とコスト削減の効果
小井 エミ（JCHO 大阪病院 中央検査室）
- O-106 高感度 HBs 抗原定量試薬「ルミパルス Prestoll HBsAg-HQ」の検討
高橋 圭司（JCHO 中京病院）
- O-107 経胸壁心エコー検査で診断し得た大動脈四尖弁の4症例
福本 直栄（JCHO 大阪みなと中央病院）

11月17日(金) 14:50~15:40

第7会場

医療技術③

座長：田附 満（JCHO 札幌北辰病院 理学療法士長）

- O-108 下肢筋力トレーニングに消極的な認知症患者に対する応用行動分析学的介入
～グーグルマップストリートビューによる散策を報酬に用いて～
由良 優実夫（JCHO 大和郡山病院 リハビリテーション科）
- O-109 知的機能低下を有する大腿切断患者の退院後フォローアップ～義足装着動作に着目して～
堀内 歩美（JCHO 高知西病院 リハビリテーション科）
- O-110 身体の重心の正中位置の練習が転倒予防と歩行の安定性に及ぼす効果について
～訪問リハビリならではの工夫を交えて～
赤岡 智行（JCHO 二本松病院 統括診療部）
- O-111 当院におけるがんリハビリテーションの現状
竹村 柁俊（JCHO 中京病院 リハビリテーションセンター）
- O-112 冠動脈バイパス術後の歩行遅延の因子に対する検討
成松 義雄（JCHO 熊本総合病院 リハビリテーション部）
- O-113 理学療法士による学校教職員に対する腰痛予防講座の活動報告（第2報）
川村 知史（JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部）

11月18日(土) 9:00~10:00

第3会場

地域医療・介護(介護①)

座長：草野 英二 (JCHO うつのみや病院 院長)

- O-114 在宅訪問栄養指導の構築とその取り組み～栄養士も積極的に地域包括ケアに参加しよう～
本吉 佳世 (JCHO 宮崎江南病院 栄養管理部)
- O-115 当院の在宅訪問栄養食事指導における課題と取り組み
三宅 史与 (JCHO さいたま北部医療センター 栄養管理室)
- O-116 訪問による胃瘻交換の実践と地域医療機関への技術普及
関塚 明子 (JCHO 群馬中央病院 看護部)
- O-117 ウロストーマ造設患者における退院後訪問導入の取り組みと今後の課題
立石 さやか (JCHO 諫早総合病院 看護部)
- O-118 皮膚排泄ケア認定看護師による退院後訪問指導
大畑 直子 (JCHO 諫早総合病院 看護部)
- O-119 施設に入所した患者へ退院後訪問指導を行った2症例
坂井 英美子 (JCHO 佐賀中部病院)
- O-120 病院と在宅の地域に根ざした連携を促進する訪問看護を目指して
黒崎 恵子 (JCHO 東京新宿メディカルセンター附属訪問看護ステーションなないろ)

11月18日(土) 10:00~10:50

第3会場

地域医療・介護(介護②)

座長：森崎 訓明 (JCHO りつりん病院 診療部長)

- O-121 感染症流行期の面会制限にどう向き合うか～当施設の新たな取り組み～
森下 輝 (JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設)
- O-122 後期高齢要支援認定者における介護予防通所リハビリテーションの効果
高見 奈津子 (JCHO 二本松病院附属介護老人保健施設)
- O-123 JCHO 千葉老健看取りの現状と課題～職員と家族へのアンケートから～
松本 歩 (JCHO 千葉病院附属介護老人保健施設)
- O-124 重症小児への訪問看護の取り組み
南 真弓美 (JCHO 福井勝山総合病院附属訪問看護ステーション)
- O-125 老健施設におけるオーダーリングシステムを取り入れた医療管理業務の成果
大場 亜由美 (JCHO 二本松病院附属介護老人保健施設)

- O-126 心不全を繰り返す利用者のエンド・オブ・ライフを考える
～「臨床倫理の4分割法」を用いた合同カンファレンスを開催した例～
水船 和 (JCHO 中京病院附属介護老人保健施設)

11月18日(土) 10:50～11:30

第3会場

地域医療・介護(介護③)

座長：松村 正彦 (JCHO 大和郡山病院 院長)

- O-127 TOROMI project ～利用者の安全を守る為に～
東 華菜 (JCHO 千葉病院附属介護老人保健施設)
- O-128 介護の見える化を目指して～SGスコアの導入～
奥井 宏次 (JCHO 滋賀病院附属介護老人保健施設)
- O-129 看取り介護の現状と今後の課題
坂本 美沙 (JCHO 秋田病院附属介護老人保健施設 看護介護課)
- O-130 「介護福祉士としての役割を果たせる場！普及啓発活動を通して」
中嶋 静香 (JCHO 北海道病院附属介護老人保健施設)
- O-131 「チームで紡ぐ看取りケア」～最期まで利用者・家族に寄り添える職員であるために～
眞壁 ひとみ (JCHO 北海道病院附属介護老人保健施設)

11月18日(土) 11:30～12:10

第3会場

地域医療・介護(介護④)

座長：白尾 一定 (JCHO 宮崎江南病院 院長)

- O-132 熊本地震に対する「熊本県復興リハビリテーション」への貢献ー運動機能の初期評価ー
寺川 雄介 (JCHO 熊本総合病院 リハビリテーション部)
- O-133 介護支援専門員の不安軽減への取り組み～気づきのコメントを活用して～
渡辺 明子 (JCHO 福井勝山総合病院附属居宅介護支援センター)
- O-134 CN/CNSによる「訪問します!! 健康講座」
澤井 真理 (JCHO 大阪病院 看護部)
- O-135 「出前講座の取り組み」～お届けします！久留米総合病院グループの出前講座～
小鍋 敦志 (JCHO 久留米総合病院附属介護老人保健施設)
- O-136 親子の絆づくりプログラム「赤ちゃんがきた！」による育児支援の試み
木村 美貴子 (JCHO 大阪病院 小児科病棟)

11月18日(土) 13:30~14:20

第3会場

地域医療・介護(医療①)

座長：根橋 良雄(JCHO 湯布院病院 院長)

- O-137 低栄養褥瘡患者に微弱電流療法を施行し改善を呈した一例
白倉 裕也(JCHO 山梨病院 理学療法室)
- O-138 OHAT-Jを活用した口腔アセスメント定着への取り組み
田村 信子(JCHO 東京蒲田医療センター 看護部)
- O-139 ベッドアップ 30 度体位制限下での自己摂取能力を向上させる看護援助
ー腰椎手術を受ける患者を対象にした検討ー
中山 遊貴(JCHO 東京蒲田医療センター)
- O-140 心臓カテーテル検査後の止血バンド装着による身体的・精神的苦痛の軽減に向けた経験的・
視覚的アプローチの有用性
廣木 綾香(JCHO 群馬中央病院 看護部)
- O-141 心筋梗塞再発予防指導に行動変容モデルを用いたアプローチ
瀧石 彩香(JCHO 下関医療センター)
- O-142 地方で手術に携わる看護師の現状と研修会への意欲
尾方 陽子(JCHO 人吉医療センター 看護部 手術室)

11月18日(土) 14:20~15:00

第3会場

地域医療・介護(医療②)

座長：岩崎 厚子(JCHO 桜ヶ丘病院 総看護師長)

- O-143 摂食嚥下障害を有する患者への地域包括ケアの取り組み
小林 秀太郎(JCHO 船橋中央病院 歯科口腔外科)
- O-144 ABO 血液型不適合腎移植前における選択的血漿交換療法(Selective exchange: SePE)
を施行した1症例の検討
中根 貴徳(JCHO 中京病院 S.M.I センター)
- O-145 トヨタ歩行練習アシストの円滑な導入と効果的活用に向けた取り組み
佐藤 周平(JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科)
- O-146 アウトカム評価を通して見えてくる当院回復期リハビリテーション病棟の現状と効果的・効
率的な介入戦略の検討
佐々木 諒平(JCHO うつのみや病院 リハビリテーション科)
- O-147 透析室のフットケア～SPP 値を用いて～
渡辺 由紀(JCHO 二本松病院 看護課 腎センター)

11月18日(土) 9:00~9:50

第4会場

連携(地域連携②)

座長：芳賀 克夫(JCHO天草中央総合病院 院長)

- O-148 市民マラソン大会の救護ボランティアチーム
愛甲 宣代(JCHO人吉医療センター)
- O-149 在宅看取りを支える地域の多職種連携と病院の役割
ー事例をもとにした院内外合同勉強会を通してー
矢郷 敦子(JCHO横浜中央病院)
- O-150 「医療と福祉の相談窓口」開設後、2年間の取り組みについて
日和 慶二(JCHO湯布院病院附属居宅介護支援センター)
- O-151 紹介元医療機関への「もれのない返書システム」構築
堤 可美(JCHO熊本総合病院 地域医療連携室)
- O-152 当院における医療ソーシャルワーカーの役割～身寄りがない患者の退院支援～
美尾 朱美(JCHO桜ヶ丘病院 看護課 退院調整室)
- O-153 東京山手メディカルセンターにおける地域貢献ーリフレッシュ入院の実践報告ー
園田 恭子(JCHO東京山手メディカルセンター 医療総合支援部)

11月18日(土) 9:50~10:30

第4会場

連携(退院調整)

座長：池田 登(JCHO玉造病院 院長)

- O-154 地域医療支援病院の看護師を対象とした退院支援に関する現状調査
藤井 岳志(JCHO群馬中央病院 看護部)
- O-155 個別性を踏まえた退院支援計画書の作成に向けて
川上 ゆみ(JCHO天草中央総合病院 看護課)
- O-156 チームで退院支援を円滑にすすめるために～退院支援・調整フロー図を作成して～
犬塚 美奈(JCHO伊万里松浦病院 看護課)
- O-157 退院支援に対する看護師の意識変容を目指した取り組み
久保寺 栞(JCHO山梨病院 看護部)
- O-158 クリニカルパス使用の現状と今後の展望について
齋藤 孝平(JCHO仙台南病院 リハビリテーション科)

11月18日(土) 10:30~11:10

第4会場

安全(医療の質の向上①)

座長: 田熊 淑男 (JCHO 仙台病院 院長)

- O-159 医療安全管理領域における事務系職員の役割とは
～メディエーションマインドを用いた医療事故患者との関わりから～
菱田 裕 (JCHO 中京病院 医療安全管理室)
- O-160 家族との対話を重視した老健施設における転倒予防の取り組み
船越 俊幸 (JCHO 秋田病院 総務企画課)
- O-161 リハビリテーション介入患者の転倒リスク因子の傾向
横田 昌誠 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 リハビリテーション科)
- O-162 気管支鏡検査における機器の設置と画像記録の取り組み
戸倉 正光 (JCHO 下関医療センター 臨床工学部)
- O-163 当院におけるRO装置の異常警報の追跡調査
小倉 遥子 (JCHO 宮崎江南病院 臨床工学室)

11月18日(土) 11:10~12:10

第4会場

安全(医療の質の向上②)

座長: 横須賀 収 (JCHO 船橋中央病院 院長)

- O-164 指差し呼称定着のための医療安全管理者としての活動の効果
檜垣 叔子 (JCHO 高知西病院 医療安全管理室)
- O-165 外来看護に求められる能力と実践度に関する検討
鈴木 敏子 (JCHO 相模野病院 看護部)
- O-166 手術室におけるインシデントレポートの傾向と今後の課題
永原 藍子 (JCHO 東京蒲田医療センター 看護部)
- O-167 A病院看護師の採血およびおむつ交換におけるマニュアル遵守状況とマニュアル逸脱にかかわる要因の検討
伊藤 千鶴 (JCHO 滋賀病院)
- O-168 化学療法の副作用に対する早期の看護計画立案への取り組み
扇 真二郎 (JCHO 諫早総合病院 看護部)
- O-169 術後訪問定着に向けての取り組み～基準作成を通して～
柳 菜美子 (JCHO 久留米総合病院 看護部 手術センター)
- O-170 心臓カテーテル検査における穿刺台の検討
高木 静江 (JCHO 札幌北辰病院 特殊診療部)

11月18日(土) 13:30~14:10

第4会場

安全(医療の質の向上③)

座長: 松田 義雄 (JCHO 三島総合病院 院長)

- O-171 中京病院におけるMTP運用・危機的出血対応の工夫
中島 紳史 (JCHO 中京病院 救急科・輸血問題検討委員会)
- O-172 外科と共働する診療看護師として2年目を向かえての一考察～他者評価を踏まえて～
高橋 淳 (JCHO 東京城東病院 看護課)
- O-173 緊急頭部MRIオーダーにおける医師と技師の認識の相違についての検討
片桐 江美子 (JCHO 中京病院 放射線部)
- O-174 CD毒素陰性患者に対する追加培養検査の有用性と臨床への貢献
泉 翔太 (JCHO 熊本総合病院)
- O-175 宿・日直担当技師のスキルアップのための取り組み
上野 嘉彦 (JCHO 可児とうのう病院 検査部)

11月18日(土) 14:10~15:00

第4会場

安全(医療の質の向上④)

座長: 兜 正則 (JCHO 福井勝山総合病院 院長)

- O-176 抗生物質に含有するNaが電解質バランスに与える影響
奥野 雅崇 (JCHO 大阪病院 薬剤部)
- O-177 持参薬における腎機能に対する薬剤の適正使用について
森脇 崇 (JCHO 大阪病院 薬剤部)
- O-178 短期入院におけるプロトコールに基づいた薬物療法の導入と効果について
秋山 諒 (JCHO 三島総合病院 薬剤科)
- O-179 短期間の急激な体重減少によりフェニトイン中毒をきたしたと考えられる1症例
森本 拓也 (JCHO 星ヶ丘医療センター 薬剤部)
- O-180 腎排泄型薬物レボフロキサシン錠500mg投与の実態調査と今後の課題
井ノ口 美貴 (JCHO 宮崎江南病院 薬剤科)
- O-181 エドキサバン錠による術後下肢静脈血栓塞栓症予防の評価
地下 隆介 (JCHO 人吉医療センター 薬剤科)

11月18日(土) 9:00~9:50

第5会場

連携(チーム医療②)

座長：中馬 敦(JCHO 東京城東病院 院長)

- O-182 当院におけるESBL産生大腸菌の検出動向からの今後の課題
横川 伊都子(JCHO 高岡ふしき病院 臨床検査科)
- O-183 福井県における血液培養検査の現状と課題
松尾 智子(JCHO 福井勝山総合病院 臨床検査科)
- O-184 当院における手術室業務への取り組み
森本 雅典(JCHO 大和郡山病院 医療安全室)
- O-185 フローチャートに沿ってペースメーカー植込み患者にMRI検査を行った1例
赤坂 祥吾(JCHO 札幌北辰病院 ME部)
- O-186 「湯布院病院における臨床工学技士の業務について」
～一人臨床工学技士・就職2年目を経験して～
岩下 大輝(JCHO 湯布院病院 手術室)
- O-187 PCPS導入による院内トレーニングの取り組み
中村 友祐(JCHO 東京新宿メディカルセンター 臨床工学会)

11月18日(土) 9:50~10:40

第5会場

連携(チーム医療③)

座長：藤田 宜是(JCHO 横浜中央病院 院長)

- O-188 当院における「周術期口腔機能管理」の取り組みについて
人見 幸恵(JCHO 滋賀病院 クリニカルパス委員会)
- O-189 骨盤底筋体操指導の標準化～入院前から退院時までの継続指導～
吉光 恵梨(JCHO 九州病院 看護部)
- O-190 人工呼吸管理を担う看護師の意識調査から見たRCT活動の今後の課題と対応
石丸 弘子(JCHO 下関医療センター 看護部)
- O-191 脳神経外科領域におけるMMT評価基準・アルゴリズム導入後の実態調査
～評価統一へ向けての取り組み～
森尾 奈美(JCHO 東京高輪病院 看護部)
- O-192 透析室看護師における人事交流の効果
小林 さゆり(JCHO 大阪みなと中央病院 看護部)
- O-193 A病院の糖尿病透析予防指導管理対象者の実態報告－2年間継続介入の効果について－
桑幡 まゆみ(JCHO 福岡ゆたか中央病院 看護課)

11月18日(土) 10:40~11:30

第5会場

連携(チーム医療④)

座長: 浅見 昭彦 (JCHO 佐賀中部病院 院長)

- O-194 特定行為「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」実習の実際
～脱水のアセスメントと輸液による補正の実習における症例を通して～
坂本 千帆 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 看護部)
- O-195 血液透析患者の栄養管理～栄養・食事の実際と定期的な栄養指導の導入～
高田 美由紀 (JCHO 千葉病院 看護課)
- O-196 入退院を繰り返す心不全患者に対する退院指導
仲原 智絵 (JCHO 徳山中央病院 看護部 病棟)
- O-197 急性期病棟における終末期ケアのための連携
～退院調整と多職種連携で患者・家族の思いをかなえる事ができた一事例～
熊坂 美希子 (JCHO 横浜中央病院)
- O-198 心臓血管外科診療看護師の活動報告と今後の課題
伊藤 美佳 (JCHO 中京病院 看護部)
- O-199 そんな疑われた高齢患者に環境調整を実施して関わった一例
外崎 えり奈 (JCHO 北海道病院)

11月18日(土) 11:30~12:10

第5会場

連携(チーム医療⑤)

座長: 田代 雅彦 (JCHO 群馬中央病院 院長)

- O-200 COPD 患者における遊離脂肪酸と栄養学的指標・身体機能との関係
富田 学 (JCHO 佐賀中部病院 リハビリテーション科/NST)
- O-201 当院ICUにおける心臓血管外科術後患者の早期リハビリテーション推進に向けた医療チームの取り組みーセラピストと看護師との連携強化ー
安福 祐一 (JCHO 大阪病院 リハビリテーション室)
- O-202 当院回復期リハビリテーション病棟におけるFIM評価基準の統一と多職種連携強化に向けた取り組み
城 緑 (JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科)
- O-203 当院における摂食嚥下障害に対する嚥下評価の見直し
朝倉 悦子 (JCHO 東京蒲田医療センター リハビリテーション科)
- O-204 口腔衛生管理に関する実態と今後の課題
川上 恵美 (JCHO 徳山中央病院 歯科口腔外科診療部)

11月18日(土) 13:30~14:20

第5会場

連携(チーム医療⑥)

座長: 黒田 豊 (JCHO さいたま北部医療センター 院長)

- 0-205 粘度可変性流動食の有用性検討～看護師アンケート結果と当院整腸剤使用量から～
水野 光 (JCHO 登別病院 栄養管理室)
- 0-206 退院後を見据えたがん患者に対する周術期栄養指導
塚越 淳 (JCHO 群馬中央病院 栄養管理室)
- 0-207 CKD 治療における腎臓病教室参加の意義～CKD チェックリストを用いた検討～
山崎 千歌 (JCHO 熊本総合病院 栄養管理室)
- 0-208 当院糖尿病教育入院患者の経過～調理教室を通しての管理栄養士の取り組み～
福山 千穂 (JCHO 九州病院 栄養管理室)
- 0-209 外国人2型糖尿病患者に行った栄養指導の経験とその課題
中澤 まな (JCHO 北海道病院 栄養管理室)
- 0-210 がん患者の栄養管理、化学療法食と栄養指導の取り組み
鈴木 奈穂子 (JCHO 中京病院 栄養管理室)

11月18日(土) 14:20~15:00

第5会場

連携(チーム医療⑦)

座長: 服部 一夫 (JCHO 東京蒲田医療センター 薬剤科長)

- 0-211 プロトコールに基づく薬物治療管理
～薬剤師によるがん化学療法レジメンの修正オーダー入力の実践について～
北澤 文章 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 薬剤科)
- 0-212 腎移植患者への薬剤師の介入に関して
越智 達郎 (JCHO 徳山中央病院 薬剤部)
- 0-213 褥瘡ゼロを目指した積極的他職種活動
大岡 建太郎 (JCHO 熊本総合病院 薬剤科)
- 0-214 薬剤科としてのアロマテラピーへの取り組みについて
林 美香 (JCHO 湯布院病院 薬剤科)
- 0-215 当院の外来化学療法室においての薬剤師業務の現状と課題
吉井 雅美 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 薬剤部)

11月18日(土) 9:00~9:50

第6会場

検診

座長：岸田 喜彦（JCHO 可児とうのう病院 院長）

- 0-216 胃がん検診の上部消化管内視鏡受検者の意識調査～内視鏡看護の質の向上を目指して～
坂口 清子（JCHO さいたま北部医療センター 内視鏡センター）
- 0-217 健診センターでの超音波検査における2種（温／乾）タオルの導入について
井田 淳（JCHO 大和郡山病院 中央検査部）
- 0-218 新診療棟開設を機に 健診一次胃カメラ検査増を目指して
牟田 庸夫（JCHO 久留米総合病院 健康管理センター）
- 0-219 肺がんCT 健診における、冠動脈石灰化スコアと気腫性変化および呼吸機能との関係
篠田 千恵（JCHO 高岡ふしき病院 内科）
- 0-220 当院における細胞診／HPV 検査併用子宮頸がん検診の検討
木枝 秀人（JCHO 四日市羽津医療センター 検査部）
- 0-221 当院独自に構築したストレスチェックシステムで得られた事業所データの分析
宮崎 春美（JCHO 熊本総合病院 健康管理センター 看護部）

11月18日(土) 9:50~10:40

第6会場

内部統制・リスク管理

座長：松本 昌泰（JCHO 星ヶ丘医療センター 院長）

- 0-222 手術室における震災後の対策
安部 大悟（JCHO 湯布院病院 手術室・中央材料室）
- 0-223 小児科新生児室における災害時アクションカードを用いた避難訓練の問題点
ー安全かつ円滑な避難訓練実施に向けた改良を目指してー
石崎 みのり（JCHO 群馬中央病院 看護部）
- 0-224 一般急性期病院での自殺事故後のデスカンファレンスにおけるスタッフのポストベンション
～司会の役割の視点から～
能登 智重（JCHO 金沢病院附属介護老人保健施設）
- 0-225 救命救急センター看護師の大規模震災時の対応に関する意識調査
河野 綾菜（JCHO 中京病院 看護部）
- 0-226 認定看護師取得希望者減少の要因分析
樋口 和美（JCHO 人吉医療センター 看護部）
- 0-227 医療機器管理方法の検討
炭田 律子（JCHO 東京蒲田医療センター）

11月18日(土) 10:40~11:20

第6会場

情報

座長：朝倉 徹（JCHO 仙台南病院 院長）

- 0-228 独自に構築した「病院IDー健診IDひも付けシステム」の利便性と経済性について
金澤 政幸（JCHO 熊本総合病院 総務企画課）
- 0-229 診断群分類で見る包括病棟の導入効果
池戸 航（JCHO 可児とうのう病院 総務企画課経営企画係）
- 0-230 重症度、医療・看護必要度精度向上における診療情報管理士の関わりーDPCデータ等を用いた検証による現状把握ー
久保田 智子（JCHO 人吉医療センター 医事課 算定病歴係）
- 0-231 心臓植込み型デバイスにおける遠隔モニタリングデータ自動収集化への試み
渡邊 研人（JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床工学部）
- 0-232 当院回復期リハビリ病棟でのアウトカム評価への取り組みと除外患者の選定について
石井 亮太（JCHO 登別病院 リハビリテーション室）

11月18日(土) 11:20~12:10

第6会場

接遇・患者サービス①

座長：六角 裕一（JCHO 二本松病院 院長）

- 0-233 看護師の身だしなみに対する患者・家族の意識調査
須藤 菜奈子（JCHO 札幌北辰病院 看護部 4階西ナースステーション）
- 0-234 当院看護職員のハラスメントに関する実態調査～アンケート調査を実施して～
二宮 英里音（JCHO りつりん病院 看護課）
- 0-235 医事課職員の接遇についてー患者満足度調査向上に向けた取り組み
渡辺 真理（JCHO 埼玉メディカルセンター 医事課）
- 0-236 看護師がいきいきと実践する清潔援助の意味と専門職的自律性
野村 仁美（JCHO 金沢病院 看護部）
- 0-237 看護師による相談窓口の取り組みと今後の課題
須田 由加里（JCHO 東京蒲田医療センター 看護部）
- 0-238 倫理カンファレンスの現状と課題
栗本 聡美（JCHO 中京病院 看護部）

11月18日(土) 13:30~14:20

第6会場

接遇・患者サービス②

座長：室谷 典義 (JCHO 千葉病院 院長)

- 0-239 当院で出産をした褥婦の満足度調査からみえる今後の課題
阿部 みどり (JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部)
- 0-240 帝王切開術における夫立会いを実施して～立会いを希望する夫婦のニーズに応えるために～
高谷 享子 (JCHO 大和郡山病院 看護部)
- 0-241 乳児1ヶ月健診時における産後うつ傾向の母親の心理状況
ー小児科外来看護師が提供できる支援の検討ー
田畑 千恵子 (JCHO 群馬中央病院 看護部)
- 0-242 初めて白内障手術を受ける患者の術前ストレスの現状ー術前・術後の面接を通してー
保坂 涼太 (JCHO 秋田病院 看護部)
- 0-243 上部内視鏡検査後の健康管理センターと内視鏡室の連携
ー健康診断受診者がスムーズに帰宅できるためにー
坂本 葉子 (JCHO 伊万里松浦病院 看護課)
- 0-244 骨粗鬆症患者の治療率・治療継続率の向上に向けた啓蒙活動
ー骨粗鬆症マネージャーとしての活動報告ー
須田 学 (JCHO 玉造病院)

11月18日(土) 14:20~15:00

第6会場

運営(病院運営)

座長：森本 章生 (JCHO 南海医療センター 院長)

- 0-245 入札準備の仕様書等の見直しによる費用削減効果について
丸目 恵 (JCHO 千葉病院 総務企画課)
- 0-246 当院リハビリテーション部の取得単位数増加に向けた取り組み
～スタッフへの具体的な目標提示によるシステム化と病院経営への貢献～
辻内 名央 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- 0-247 A医療圏における放射線治療患者の傾向と今後の課題
松本 恵里子 (JCHO 天草中央総合病院)
- 0-248 「重症度・医療看護必要度対策チーム」委員会の活動報告～病院経営に参画するために～
田元 弘 (JCHO 宮崎江南病院 事務部)
- 0-249 データに基づく将来の必要病床数推計の試み
大橋 真紀子 (JCHO 中京病院 医事課 算定病歴係)

11月18日(土) 9:00~9:50

第7会場

医療技術④

座長：島崎 千尋 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 院長)

- O-250 仙腸関節障害と似た周辺の病態
ー 1：仙結節靱帯障害，2：腸腰靱帯障害，3：腰部多裂筋障害の症例ー
佐々木 健 (JCHO 仙台病院 リハビリテーション部)
- O-251 頸髄不全損傷に対するロボットスーツ HAL の使用経験
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-252 RA 患者の歩行に着目し靴とインソールによる継続的介入を行った一症例
末吉 優也 (JCHO 神戸中央病院 リハビリテーション科診療部)
- O-253 左上腕軟部腫瘍に対して腫瘍摘出術，広背筋移行術を施行された一例に対する作業療法
渡部 哲也 (JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部)
- O-254 左頭頂部脳出血により右不全片麻痺、高次脳機能障害を呈したが早期に普通箸操作における食事動作が自立した症例
廣田 早織 (JCHO 九州病院 リハビリテーション室)
- O-255 橈骨遠位端骨折術後の手関節自動関節可動域と生活環境の関係性の検討
成田 大地 (JCHO 東京高輪病院 リハビリテーション室)

11月18日(土) 9:50~10:40

第7会場

医療技術⑤

座長：大友 敏行 (JCHO 神戸中央病院 院長)

- O-256 当院における気管支鏡術前 CT の画像処理の検討
松村 茂 (JCHO 下関医療センター 放射線部)
- O-257 大腸 CT 検査と注腸検査における被ばく線量の検討
中田 裕貴 (JCHO 大阪病院 放射線室)
- O-258 当院のポータブル撮影および救急撮影における Virtual Grid の使用経験
中村 健一 (JCHO 下関医療センター 放射線部)
- O-259 FPD における胸部 X 線撮影条件の検討 (3)
鈴木 明日美 (JCHO 船橋中央病院)
- O-260 排便機能障害における排便造影の役わり
福村 友梨恵 (JCHO 四日市羽津医療センター 放射線部)
- O-261 胃バリウム検査によるヘリコバクター・ピロリ感染の判定に関する考察
堀江 好一 (JCHO さいたま北部医療センター)

11月18日(土) 10:40~11:30

第7会場

医療技術⑥

座長：大泉 隆 (JCHO 大阪病院 診療放射線技師長)

- O-262 高精度放射線治療装置トモセラピーの使用経験について
松谷 玲奈 (JCHO 東京新宿メディカルセンター 放射線室)
- O-263 単純左房CTにおける最適撮影条件の検討
猶塚 光子 (JCHO 星ヶ丘医療センター 診療放射線部)
- O-264 320列ADCTによる冠動脈サブトラクションCT検査の検討
川崎 直正 (JCHO 九州病院 放射線室)
- O-265 ポータブル撮影におけるVG使用時の撮影距離の影響
善如寺 梓 (JCHO 群馬中央病院)
- O-266 頭部脳転移検索MRI検査における考察
秋元 聡 (JCHO 札幌北辰病院 放射線部)
- O-267 肺定位放射線治療における計算アルゴリズムの線量計算精度の検討
西橋 みな美 (JCHO 中京病院 放射線部)

11月18日(土) 11:30~12:10

第7会場

医療技術⑦

座長：古家 乾 (JCHO 北海道病院 院長)

- O-268 Dual-Energy CTのもたらす革新
村上 久洋 (JCHO 熊本総合病院 放射線技術部)
- O-269 バリウムパッドを用いたMRI感度補正について
勝見 晃司 (JCHO 東京城東病院 放射線科)
- O-270 救急診療における画像参照システムの使用実態
大谷 廉 (JCHO 下関医療センター 放射線部)
- O-271 当院における肺動静脈分離CTプロトコルの確立と運用
吉野 将太 (JCHO 福岡ゆたか中央病院 放射線科)
- O-272 MRIの静音化技術を用いた撮像法の検討
宮崎 弘紀 (JCHO 二本松病院 放射線室)

11月18日(土) 13:30~14:10

第7会場

医療技術⑧

座長：氏原 健吾（JCHO 諫早総合病院 診療放射線技師長）

- O-273 腰椎仰臥位側面X線撮影における散乱線補正処理ソフトを用いた画像評価
林 美紀（JCHO りつりん病院 放射線部）
- O-274 膝関節X線側面撮影の検討大腿骨内外顆の不一致補正について
薮下 進一（JCHO 東京山手メディカルセンター 放射線部）
- O-275 放射線検査における被ばく線量の測定と線量管理について
ー第1報 当院における被ばく線量の測定と診断参考レベルとの比較ー
朝長 真也（JCHO 諫早総合病院 放射線部）
- O-276 放射線検査における被ばく線量の測定と線量管理について
ー第2報 被ばく線量の評価結果の運用と放射線機器管理ー
永田 智子（JCHO 諫早総合病院 放射線部）
- O-277 金属アーチファクト低減処理SEMARに関する基礎的検討
渡邊 浩平（JCHO 星ヶ丘医療センター）

11月18日(土) 14:10~15:00

第7会場

医療技術⑨

座長：後藤 英司（JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 院長）

- O-278 20mm以上の腎結石に対するTULおよびESWL併用療法の治療成績
原 浩司（JCHO 可見とうのう病院 統括診療部 泌尿器科）
- O-279 当院における末梢性肺腫瘍に対する診断目的の気管支鏡検査について
森田 克彦（JCHO 下関医療センター 外科）
- O-280 病棟薬剤業務導入による薬剤師業務の量的・質的变化の検討
小材 直人（JCHO 群馬中央病院 薬剤科）
- O-281 多発性骨髄腫に対するカルフィルゾミブの使用経験
兼松 哲史（JCHO 可見とうのう病院 薬剤科）
- O-282 当院言語聴覚士による摂食機能療法の現状と今後の課題
城宝 深雪（JCHO 北海道病院 リハビリテーション部／栄養サポートチーム／NST専門療法士）
- O-283 中規模病院に勤務する一般看護師の相対的医行為実施に伴う不安感とその関連要因
長川 博美（JCHO りつりん病院 看護課）

11月17日(金) 13:50~14:40

ポスター会場 1

地域医療・介護(その他)

座長: 佐藤 美樹 (JCHO うつのみや病院 看護部長)

- P1-01 マウスウォッシュ噴霧による口腔内の変化とケアの評価
浮須 恵 (JCHO 大阪みなと中央病院 看護部)
- P1-02 緩和ケア対象患者のニーズに沿った食事支援
野添 真由 (JCHO 宮崎江南病院 看護部)
- P1-03 介護予防事業「いきいき百歳体操」の参加が早期退院につながった一症例
相場 みどり (JCHO うつのみや病院 リハビリテーション科)
- P1-04 JCHO 玉造病院附属健康増進ホーム玉造について
～理学療法士としての健康増進活動や介護予防的取り組みについて～
吉野 一太 (JCHO 玉造病院 リハビリテーション室)
- P1-05 家族ケアも含めたサポートにより目標を達成した一事例
武田 志保 (JCHO 登別病院 リハビリテーション室)
- P1-06 当院のTHA 満足度とその傾向
半田 彩 (JCHO 玉造病院 リハビリテーション室)
- P1-07 通所リハビリテーション室における介護福祉士の役割り～口腔ケアを通じての在宅支援～
杉田 剛志 (JCHO 湯布院病院附属居宅介護支援センター)

11月17日(金) 14:40~15:30

ポスター会場 1

地域医療・介護(介護①)

座長: 長谷川美穂 (JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部長)

- P1-08 精神疾患療養者と認知症の母親との在宅療養支援
室塚 亜希子 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院附属訪問看護ステーション)
- P1-09 介護老人保健施設における医師・看護師・介護士・理学療法士の連携により完治した踵部褥瘡の一症例
篠崎 真由美 (JCHO うつのみや病院附属介護老人保健施設)
- P1-10 在宅強化型施設における利用者家族の自宅との往復利用を継続するための要因
～認知機能の低下を伴う利用者の在宅支援～
吉村 知恵子 (JCHO 北海道病院附属介護老人保健施設)
- P1-11 生活行為向上マネジメントの実施により生活圏の拡大が図れ、地域貢献に至った1事例
関根 恭裕 (JCHO うつのみや病院附属介護老人保健施設)

- P1-12 色カルタにより症状の改善が見られた認知症高齢者についての報告
近藤 修一 (JCHO 久留米総合病院附属介護老人保健施設 診療部)
- P1-13 A介護老人施設に入所する認知症利用者に実施したデュアルタスクの成果
～認知機能とADLの維持に焦点をあてて～
大澤 知栄 (JCHO 群馬中央病院附属介護老人保健施設)
- P1-14 JCHO 中京病院と連携した在宅復帰支援の一考察
～再入院予防として老健を活用する仕組みづくり～
岩下 拓生 (JCHO 中京病院附属介護老人保健施設)

11月17日(金) 13:30～14:15

ポスター会場 1

地域医療・介護(介護②)

座長：瀬高 香澄 (JCHO 熊本総合病院 看護部長)

- P1-15 在宅看取りへの家族の不安に対する看護～遺族の聞き取り調査から見たこと～
榊田 友規子 (JCHO 神戸中央病院附属訪問看護ステーション)
- P1-16 自宅での看取りを希望したがん性疼痛を有する終末期患者・家族への在宅療養支援について
振り返る
星川 美穂 (JCHO りつりん病院)
- P1-17 清潔間欠自己導尿へのセルフケア支援を考える
堀 麻衣 (JCHO 福井勝山総合病院 看護課)
- P1-18 当院における訪問リハビリテーション利用者とその傾向
山崎 和行 (JCHO 玉造病院 リハビリテーション室)
- P1-19 患者・介護者・財布に優しい半固形化経腸栄養プラン導入の取り組み
宮崎 雅子 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 栄養管理室)
- P1-20 地域包括ケアシステムの一翼を担う管理栄養士の役割
山田 友香 (JCHO 福井勝山総合病院 栄養管理室)

11月17日(金) 14:15～15:00

ポスター会場 1

地域医療・介護(医療①)

座長：江井 洋 (JCHO 仙台病院 理学療法士長)

- P1-21 当院回復期リハビリテーション病棟における重症脳疾患患者への取り組み
森崎 訓明 (JCHO りつりん病院 脳神経外科)
- P1-22 Honda 歩行アシストのアシストトルク設定に3次元動作解析装置を用いた取り組み
吉村 修一 (JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科)

- P1-23 特発性肺線維症により慢性呼吸不全を呈した症例に対し、リザーバー式カニューラを用いて在宅酸素療法導入を行った一例
森下 耕靖 (JCHO 人吉医療センター リハビリテーションセンター)
- P1-24 既往に脊髄小脳変性症・骨髄異形成症候群をもち、腰椎圧迫骨折を呈した症例について
川野 倫紀 (JCHO 南海医療センター リハビリテーション科)
- P1-25 片脚着地動作時の膝外反角度増加と足圧中心・最大垂直床反力の関連性
天野 顕 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- P1-26 自宅から入院し施設退院となった患者の傾向
甲斐 万智 (JCHO 南海医療センター リハビリテーション科)

11月17日(金) 15:00~15:30

ポスター会場1

地域医療・介護(医療②)

座長：告川 咲月 (JCHO 人吉医療センター 看護師長)

- P1-27 手術看護師による術前パンフレットを使用した術前訪問の有用性
堀江 香奈 (JCHO 相模野病院 手術室)
- P1-28 肩腱板修復術後患者用入浴用装具改良における有用性の検証
小嶋 美玖 (JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部 4階西病棟)
- P1-29 利き手切断後の患者への看護介入～障害の受容とADL自立に向けた関わり～
尾川 愛夢 (JCHO 宮崎江南病院 看護部)
- P1-30 診療看護師が実施するグラム染色の1症例
適正な抗菌薬使用を目指し、抗菌薬選択・治療効果を追跡した事例報告
斉藤 岳史 (JCHO 東京城東病院 看護課)

11月17日(金) 14:05~14:55

ポスター会場2

運営(病院運営・組織マネジメント)

座長：田中 敬子 (JCHO 相模野病院 看護部長)

- P1-31 千葉病院薬剤科2年間の業務実績報告～服薬指導ゼロ件からの出発～
河野 好子 (JCHO 千葉病院 薬剤科)
- P1-32 看護必要度が急激に上がった病院に勤務する看護師の職務満足度
高橋 淳 (JCHO 東京城東病院 看護課)
- P1-33 看護職員満足度調査の結果より見えてきた課題
岩下 真美 (JCHO 東京蒲田医療センター 看護部)

- P1-34 二交代制勤務導入後の現状と課題
岩川 嘉奈子 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部)
- P1-35 診療促進に向けた放射線部門の取り組み
石橋 章彦 (JCHO 船橋中央病院 放射線科診療部)
- P1-36 当院における生活保護業務の現状と課題
大野 秀光 (JCHO 横浜中央病院 医事課)
- P1-37 感染性廃棄物の分別方法見直しによるコスト削減の取り組みについて
仲口 大志 (JCHO 宇和島病院 総務企画課 (経理))

11月17日 (金) 14:55~15:30

ポスター会場2

連携 (チーム医療①)

座長: 市原 京子 (JCHO 船橋中央病院 看護部長)

- P1-38 外来患者の適切なレスキュードーズ使用に電話指導を導入した成果
木下 和子 (JCHO 下関医療センター 看護部)
- P1-39 診療看護師と患者の関わりについての一考察~新システムの導入を試みて~
高橋 淳 (JCHO 東京城東病院 看護課)
- P1-40 Jハートの取り組み~ろう患者と向き合って~
見谷 榮美 (JCHO 宇和島病院 看護課)
- P1-41 小学生に対する「がん教育」への取り組み
中村 啓子 (JCHO 中京病院 がん診療センター)
- P1-42 当院における褥瘡回診の現状と今後の課題
野口 ひろみ (JCHO 久留米総合病院 褥瘡対策委員会)

11月17日 (金) 13:30~14:05

ポスター会場2

連携 (チーム医療②)

座長: 今 麗子 (JCHO 東京高輪病院 看護部長)

- P1-43 前立腺がん密封小線源治療を受けた患者の治療や療養生活に関する認識
早川 直子 (JCHO 中京病院 放射線科)
- P1-44 デスカンファレンスを通じたターミナルケアの向上を目指して
常富 久美子 (JCHO 久留米総合病院 看護課)
- P1-45 地域の認知症高齢者を支える認知症初期集中支援チームの役割と効果
福光 由希子 (JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)

- P1-46 附属訪問看護ステーションとの連携強化を目指してー求められるお互いの機能・役割ー
加納 由美子 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院)
- P1-47 摂食嚥下障害看護認定看護師のNST専従としての役割
阪口 美穂 (JCHO 横浜中央病院 看護部/NST)

11月17日(金) 14:05~14:50

ポスター会場2

連携(チーム医療③)

座長: 国府 孝敏 (JCHO 大阪病院 薬剤部長)

- P1-48 病棟における口腔アセスメントシート(OHAT-J)導入後の実施状況
小澤 通子 (JCHO 東京蒲田医療センター 歯科口腔外科)
- P1-49 認知症ケアチームラウンドでの薬剤師の関わり
草野 俊明 (JCHO 諫早総合病院 薬剤科)
- P1-50 JCHO九州病院における治験受託件数増加への取り組み
大西 利彦 (JCHO 九州病院 治験支援センター/薬剤部)
- P1-51 緩和ケアが行われたがん死亡患者における口腔衛生管理の介入時期に関連する因子の検討
小粥 照子 (JCHO 中京病院 歯科口腔外科)
- P1-52 持続血糖測定器(CGM)FreeStyle リブレPro導入に伴う検査室の関わり
中村 千鶴子 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 検査室)
- P1-53 糖尿病教育入院患者へのチームアプローチに対する理学療法士の役割と単位取得への取り組み
巽 芽生 (JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)

11月17日(金) 14:50~15:25

ポスター会場2

患者サービス他①

座長: 福田 妙美 (JCHO 諫早総合病院 看護部長)

- P1-54 当院職員の腰痛に関する調査報告〜アンケート調査から現状と課題分析〜
大嶋 恭平 (JCHO 三島総合病院)
- P1-55 A病棟における看護師のストレス調査
吉田 葵 (JCHO 南海医療センター 看護部)
- P1-56 統一した口腔ケアを継続できるシステムの構築
竹中 美和 (JCHO 登別病院 看護課)
- P1-57 業務改善による申し送り時間の短縮とケア時間の確保
丸山 恵 (JCHO さいたま北部医療センター 看護部)

- P1-58 投書箱「患者さんの声」から見えてきた課題
佐々木 幸子 (JCHO さいたま北部医療センター)

11月17日 (金) 13:30~14:05

ポスター会場2

患者サービス他②

座長：堀 由美 (JCHO 北海道病院 看護部長)

- P1-59 外来診察待ち時間調査～アンケート調査を行って～
勝又 裕美子 (JCHO 三島総合病院 看護課)
- P1-60 申し送り廃止に向けた申し送り時間の短縮
宍戸 章奈 (JCHO 仙台南病院 看護部)
- P1-61 終末期がん患者へその人らしく過ごす為の看護援助を行って
木戸 稚春 (JCHO 金沢病院 看護部)
- P1-62 入院時の充実したオリエンテーションを試みて
柳澤 美由紀 (JCHO さいたま北部医療センター 看護部)
- P1-63 再加熱カートを用いた新調理による料理別評価と今後の課題
町田 孝也 (JCHO 仙台北病院 栄養管理室)

11月17日 (金) 14:05~14:40

ポスター会場2

安全 (医療の質の向上①)

座長：鈴木 佐紀 (JCHO 仙台南病院 看護部長)

- P1-64 手術室における薬剤師業務の現状と今後の展開
杉浦 和繁 (JCHO 中京病院 薬剤部)
- P1-65 人工膝関節全置換術後の弾性ストッキング及び弾性包帯装着の実態
—下肢の腫脹とDVT発生状況に着目して—
佐藤 恵 (JCHO 玉造病院 看護部)
- P1-66 3階病棟スタッフの災害時対応能力向上への取り組み
前田 智子 (JCHO 福井勝山総合病院 看護課 3病棟)
- P1-67 多職種協働によるシームレスな服薬管理マニュアル作成への取り組み
鯉渕 由美 (JCHO 東京蒲田医療センター)
- P1-68 鎮静剤を併用した診断的気管支検査における患者管理の実際について
吉田 智子 (JCHO 下関医療センター 看護部)

11月17日(金) 14:40~15:25

ポスター会場2

安全(医療の質の向上②)

座長: 野村 仁美 (JCHO 金沢病院 看護部長)

- | | |
|-------|---|
| P1-69 | 患者の安全に配慮した術後ベッド周囲の検討
小口 佳那 (JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 看護部) |
| P1-70 | K病院手術室における地震用役割別アクションカードの作成
~災害時シミュレーション訓練を通して~
内田 育美 (JCHO 福井勝山総合病院) |
| P1-71 | 当院における診療看護師の効果
井手上 龍児 (JCHO 東京城東病院 看護課外来) |
| P1-72 | 最大全身平均比吸収率 (SAR) を低減した腰椎 MRI 検査における発熱効果の検討
荒川 信 (JCHO 仙台南病院 診療放射線科) |
| P1-73 | 当院における輸血療法委員会の活動~11年間の取り組み~
鈴木 克 (JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床検査科) |
| P1-74 | 当院における輸血検査室の活動~11年間の取り組み~
五十嵐 陽祐 (JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床検査科) |

11月18日(土) 11:25~12:00

ポスター会場1

医療技術①

座長：小川 祐司（JCHO 大阪病院 臨床検査技師長）

- P2-01 病棟薬剤業務4年目の現状と課題
中川 紗耶香（JCHO 山梨病院 薬剤科）
- P2-02 当院健診センターにおける腹部超音波検査の現状
砂坂 京代（JCHO 徳山中央病院 臨床検査部）
- P2-03 反応増強剤（PEG）による非特異反応で抗体同定に苦慮した一例
松野 友香（JCHO 諫早総合病院 検査部）
- P2-04 当院での脳波記録簡易睡眠装置〈Sleep profiler〉導入の現状
大竹 葉子（JCHO 東京蒲田医療センター 検査科）
- P2-05 RaspberryPiを用いた透析回路プライミング排液タンク水位監視装置の作成
堅田 玄慧（JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 臨床工学室）

11月18日(土) 13:40~14:15

ポスター会場1

医療技術②

座長：吉田 亘孝（JCHO 四日市羽津医療センター 診療放射線技師長）

- P2-06 FPD 導入に伴う仕事の効率化
丹治 星羅（JCHO 船橋中央病院 放射線科診療部）
- P2-07 当院 flesh blood imaging（FBI）法の使用が出来ないMRI装置における非造影下肢アンギオ撮影方法の工夫
亀井 秀樹（JCHO 神戸中央病院 放射線科）
- P2-08 心筋血流解析ソフトの比較検討
（当院における cardioREPO と Heart Risk View -S の比較検討）
八木 威洋（JCHO 神戸中央病院 放射線科診療部）
- P2-09 MRIにおける冠動脈MRAと冠動脈プラークの同時評価の検討
永井 剛（JCHO 横浜中央病院 放射線部）
- P2-10 CT装置更新に伴う冠動脈CT検査導入への取り組み
～頻度の少ない検査をいかに安定的に行うか～
野田 幸代（JCHO 久留米総合病院 放射線科診療部）

11月18日(土) 14:15~14:50

ポスター会場1

医療技術③

座長：青木 寛幸（JCHO 東京城東病院 理学療法士長）

- P2-11 肺炎からARDSを発症した症例の呼吸リハビリテーションを経験して
野中 正大（JCHO 久留米総合病院 リハビリテーション部）
- P2-12 脊椎結核を呈し両下肢不全麻痺を生じた一症例～免荷式リフトPOPOを使用して～
倉益 裕介（JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部）
- P2-13 上行・弓部大動脈瘤術後、対麻痺を呈した症例～歩行獲得に至るまで～
古賀 智希（JCHO 大阪病院 リハビリテーション室）
- P2-14 蜂窩織炎後の廃用により歩行不能になった重度肥満症患者への治療経験
牛来 梓（JCHO 東京蒲田医療センター リハビリテーション科）
- P2-15 A病院におけるがんリハビリテーションの介入と効果（倦怠感に着目して）
清水 吾朗（JCHO 諫早総合病院）

11月18日(土) 11:15~12:00

ポスター会場1

運営（人材育成他①）

座長：松岡 君代（JCHO 宇和島病院 総看護師長）

- P2-16 看護管理者育成のためのOJT支援について
マネージメントラダー作成への取り組みにむけて
松邑 恵美子（JCHO 東京城東病院）
- P2-17 中途看護師が入職時に感じる不安
丸山 涼（JCHO 東京高輪病院 看護部 3東病棟）
- P2-18 大卒社会人経験を持つ新卒看護師の職場適応に向けた効果的な支援のあり方について
野月 千春（JCHO 東京新宿メディカルセンター）
- P2-19 若狭高浜病院における看護職者の60才以降の働き方に関する意識調査
諸江 由紀子（JCHO 若狭高浜病院）
- P2-20 新人看護師の入職時から入職後6ヶ月のストレス変化について
守口 雲母（JCHO 下関医療センター 看護部）
- P2-21 診療看護師として3年目を向かえての一考察～今後の方向性と課題について～
高橋 淳（JCHO 東京城東病院 看護課）

11月18日(土) 13:40~14:30

ポスター会場1

運営(人材育成他②)

座長: 小泉由貴美(JCHO 札幌北辰病院 看護部長)

- P2-22 シミュレーションを用いた新人多重課題研修の取り組み~オリジナルシナリオの評価と課題~
川村 由美子(JCHO 札幌北辰病院 看護部)
- P2-23 外来の看護計画に対する看護師の意識変化
~カンファレンスシートを用いた定期的なカンファレンスで看護計画の立案・評価を行って~
田尻 真紀(JCHO 天草中央総合病院 看護課)
- P2-24 日本看護協会クリニカルラダー導入への取り組み
齋藤 秀子(JCHO 佐賀中部病院 看護課)
- P2-25 陰部洗浄を行う学生に対する実習指導を担う看護師が抱く認識
安原 伊佐子(JCHO 山梨病院 看護部)
- P2-26 看護課で生じた倫理的課題に対しての内容と倫理的感受性の高めるための取り組みについて
松邑 恵美子(JCHO 東京城東病院 看護課)
- P2-27 当院作業療法部門におけるクリニカルラダーモデル作成の試み
藤村 三穂(JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部)
- P2-28 治験審査委員会の効率的運用への工夫
寺倉 邦代(JCHO 中京病院 臨床研究支援センター)

11月18日(土) 14:30~15:00

ポスター会場1

診療

座長: 堀江 好一(JCHO さいたま北部医療センター 診療放射線技師長)

- P2-29 都市型総合病院である当院における総合診療の現状と課題
野崎 裕広(JCHO 中京病院 総合診療科)
- P2-30 骨吸収抑制薬(抗RANKL抗体・デノスマブ)と血管新生阻害薬(ベバシズマブ)の併用
患者に認められた薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の1例
長谷川 彰則(JCHO 京都鞍馬口医療センター 歯科・口腔外科)
- P2-31 子宮頸部原発腺様嚢胞癌の一例
城 貴(JCHO 中京病院 検査部)
- P2-32 当院における透析中のリハビリテーションの試み
大黒 剛士(JCHO 金沢病院 リハビリ)

11月18日(土) 11:25~12:00

ポスター会場2

地域包括ケア他①

座長：長野 真 (JCHO 京都鞍馬口医療センター 理学療法士長)

- P2-33 地域包括ケアシステム構築を目指して～地域に開放されたベッド活用～
岩崎 厚子 (JCHO 桜ヶ丘病院 看護課)
- P2-34 急性期病棟から地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への円滑な転棟と今後の課題 (リハビリ部門の立場より)
江崎 聡 (JCHO りつりん病院 リハビリテーション部)
- P2-35 地域包括ケア病棟開設とリハビリテーション提供単位
居石 理彦 (JCHO 佐賀中部病院 リハビリテーション科)
- P2-36 高齢者の居場所づくりを目指して
～M市の「協働のまちづくり活動」によるCST (認知症サポートチーム) 出前講座～
杉山 清子 (JCHO 三島総合病院 CST (認知症サポートチーム))
- P2-37 A病院における認知症患者の運転状況についての調査
釜崎 史子 (JCHO 諫早総合病院 リハビリテーション部)

11月18日(土) 13:40~14:25

ポスター会場2

地域包括ケア他②

座長：瀧 昌也 (JCHO 中京病院 理学療法士長)

- P2-38 地域包括ケア病棟における認知症患者への看護ケアの効果の検証
蜂谷 祥子 (JCHO 仙台病院 地域包括ケア病棟)
- P2-39 地域包括ケア病棟における専従理学療法士の取り組み
市川 宏久 (JCHO 四日市羽津医療センター)
- P2-40 当院地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション提供単位数の管理方法の検討
坂下 茉以 (JCHO 金沢病院 リハビリテーション科)
- P2-41 地方紙に短歌投稿を再開された1例
機能障害の改善から趣味活動の支援まで
山畑 公弘 (JCHO 天草中央総合病院附属介護老人保健施設)
- P2-42 当院における大腿骨近位部骨折術後患者の動向について
～地域包括ケア病棟開設前後を比較して～
石橋 祐太 (JCHO 横浜中央病院 理学診療部)
- P2-43 高浜町における地域主体の地域包括ケアシステム構築への取り組み
～健高カフェ参加を通じて～
津原 賢太 (JCHO 若狭高浜病院附属介護老人保健施設)

11月18日(土) 11:15~12:00

ポスター会場2

連携(地域連携他①)

座長：井出志賀子(JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部長)

- P2-44 退院調整の充実に向けて、1・2年目看護師の意識の変化
田中 萌子(JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)
- P2-45 退院調整から退院支援体制へ移行した現状と今後の課題
大橋 恵(JCHO 中京病院 地域医療連携・相談室)
- P2-46 『在宅難病患者訪問診療事業』制度に利用した神経内科医の地域医療への介入により、患者ADLの著しい改善をみた具体例
藤井 大輔(JCHO 東京新宿メディカルセンター 内科)
- P2-47 中京病院歯科口腔外科における初診患者の臨床統計的検討最近4年間の実態と傾向について
森 建輔(JCHO 中京病院 歯科口腔外科)
- P2-48 九州病院における検査値付き処方せん発行について
小倉 秀美(JCHO 九州病院 薬剤部)
- P2-49 門前薬局との疑義照会の簡素化
長谷川 真美(JCHO 神戸中央病院 薬剤部)

11月18日(土) 13:40~14:25

ポスター会場2

連携(地域連携他②)

座長：尾崎美智恵(JCHO 神戸中央病院 看護部長)

- P2-50 患者の生活を支える地域のケアマネージャーと病院との連携
寺見 加保里(JCHO 湯河原病院 看護部)
- P2-51 救急センターにおける地域連携の現状と課題
古賀 美砂紀(JCHO 九州病院 特殊外来)
- P2-52 病院内外の多職種連携を考えるー地域合同勉強会による参加者の意識の変化ー
齋藤 聖子(JCHO 横浜中央病院 療養支援科)
- P2-53 クラウド型インターネット予約システム：8年間の使用経験
(愛知県下の予約受け側施設間連携を含む)
安藤 康德(JCHO 中京病院 放射線部)
- P2-54 「糖尿病地域連携システム」の構築
～「かかりつけ医」と病院メディカルスタッフのチーム医療～
橋本 寿美子(JCHO 金沢病院 栄養管理室)

- P2-55 透析中断を決めた患者の命をつないだ管理ノート～生きる希望は“心の友”～
丸田 麻紀 (JCHO 四日市羽津医療センター 人工腎センター)

11月18日(土) 14:25～15:00

ポスター会場2

連携(チーム医療④)

座長：徳永 圭子 (JCHO 東京山手メディカルセンター 栄養管理室長)

- P2-56 フルマラソンを目指す糖尿病患者に対する栄養指導の一例
森本 友里子 (JCHO 中京病院 栄養管理室)
- P2-57 難治性心不全に対する多職種介入心不全チーム医療における管理栄養士の関わり
伊藤 祐介 (JCHO 横浜中央病院 栄養管理室)
- P2-58 周南NST研究会での新たな試み
田中 佳江 (JCHO 徳山中央病院 栄養管理室)
- P2-59 放射線・化学療法により発生した有害事象に対しNSTが介入した1症例
木村 文香 (JCHO 徳山中央病院 栄養管理室)
- P2-60 当院における院内デイケアの取り組みの現状と課題
宮腰 真 (JCHO 金沢病院 リハビリテーション科)

11月18日(土) 11:25～12:00

ポスター会場2

安全(感染・褥瘡防止他①)

座長：坪内 純子 (JCHO 玉造病院 看護部長)

- P2-61 失禁関連皮膚障害予防ケアの実態調査と今後の課題
玉城 絵美 (JCHO 大阪みなと中央病院 看護部)
- P2-62 適切なカフ圧管理の取り組み～VAE減少を目指して～
清水 麻美 (JCHO 九州病院 看護部)
- P2-63 看護補助者が行う尿廃棄業務の改善から感染リスクを考える
山口 美樹 (JCHO うつのみや病院 看護部)
- P2-64 介護老人保健施設におけるインフルエンザアウトブレイクの発生要因
宮田 貴紀 (JCHO 埼玉メディカルセンター 感染管理室)
- P2-65 行政機関と他医療機関と連携した新型インフルエンザ等訓練(医療機関実働訓練)を実施して
斉藤 博子 (JCHO 千葉病院 ICT)

11月18日(土) 13:40~14:15

ポスター会場2

安全(感染・褥瘡防止他②)

座長: 本田 康恵(JCHO 福井勝山総合病院 総看護師長)

- P2-66 保健所と協同した学校現場における吐物処理実技研修会の実践報告
中川 佳子(JCHO 大和郡山病院 感染対策室)
- P2-67 手術室におけるニュートラルゾーン導入への取り組み
岩島 さやか(JCHO 金沢病院 医療安全管理室)
- P2-68 手指衛生向上への取り組み
水野 陽子(JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部)
- P2-69 医療機器汚染度調査から見る感染対策の取り組み
菱田 晃規(JCHO 滋賀病院 臨床工学部)
- P2-70 安全・安心なベットサイド環境を目指して~日中のポータブルトイレの除去を行って~
栗原 奈美(JCHO 伊万里松浦病院 看護課)

11月18日(土) 14:15~15:00

ポスター会場2

安全(医療安全・医療事故調査制度)

座長: 大矢 早苗(JCHO 中京病院 看護部長)

- P2-71 安全な周術期看護を提供するための取り組み
荒木 ゆかり(JCHO 諫早総合病院 看護部 手術室)
- P2-72 外科病棟におけるミトン抑制患者のライン類自己抜去要因を探る
伊丹 美歩(JCHO 仙台病院 看護部)
- P2-73 小児病棟の家族付き添い時によるベビーベッドからの転落要因分析
川元 藍(JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部 3西病棟)
- P2-74 当院における生体情報モニターアラーム対応の実態調査と改善策の検討
山下 貴弘(JCHO 可児とうのう病院 検査部)
- P2-75 当院における転倒事故の実態と対策ー複数回転倒の関連要因についてー
小室 絵利奈(JCHO 仙台南病院 リハビリテーション科)
- P2-76 当院における入院患者の転倒事故状況およびその予防対策について
中路 悟史(JCHO 京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科)

特別講演

座長：尾身 茂（一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長）



人工知能と人間の感性

将棋棋士

羽生 善治

略歴

1970年 所沢市生まれ

全タイトル戦のうち竜王戦を除く6つでの永世称号の資格保持者（「永世6冠」）。加えて名誉NHK杯選手権者の称号を含めた7つの永世称号の保持は史上初。6歳で将棋を覚え、12歳で二上達也九段に入門。

1985年 史上3人目の中学生棋士となる

1989年 初タイトル、竜王を獲得

1996年 将棋界で初の7タイトル独占を達成

著書

『羽生の頭脳1－10』『羽生の法則1－4』（日本将棋連盟）

『先を読む頭脳』（共著、新潮社）

『決断力』『大局観』（角川書店）

『直感力』『捨てる力』（PHP研究所）

『適応力』（扶桑社）

『人工知能の核心』（NHK出版新書）

など

会長講演

座長：内野 直樹（JCHO 理事）



私の出会いと学び、 それをJCHOのミッションに生かすために

JCHO 中京病院 院長

絹川 常郎

略歴

昭和50年3月 名古屋大学医学部卒業
昭和50年4月 社会保険中京病院研修医
昭和52年4月 社会保険中京病院泌尿器科
医員
昭和57年1月 カリフォルニア大学外科
留学
昭和59年9月 社会保険中京病院泌尿器科
医員
昭和62年12月 市立岡崎病院泌尿器科
第一部長
平成9年4月 社会保険中京病院泌尿器科
主任部長
平成15年4月 社会保険中京病院副院長
平成25年4月 社会保険中京病院院長
平成26年4月 JCHO 中京病院院長
JCHO 東海北陸地区理事
平成18年4月 名古屋大学臨床教授

JCHO ミッション達成のため、私の臨床医としての経験や留学経験から学んだことから、将来につながるいくつかの提案をしたい。

私は、今から40年以上前に腎移植の医療に関心を持って泌尿器科医となった。その頃の移植は先進医療だったが未解決の課題も多く、移植医は拒絶反応治療に伴う種々の合併症と戦わねばならなかった。私の指導者は、他科の医師にコンサルトしても、最終的には自分達の責任で患者を治す方針を示しており、移植医はまさに総合医であることも求められた。私は、今でも臓器別専門医と、総合診療専門医が混在する新専門医制度に違和感を持っている。前者も一流になるためには、初期段階で総合医的な経験を積むべきで、一方、総合診療専門医を目指す者は、今は数が限られているので、他の専門医も保持すべき総合医的水準を研究し、新たな教育システムを提案すべきと考える。

医師として8年目、移植を深く勉強するため米国に留学した。研究所の教授は、臓器移植を免疫抑制剤なしで行うことを生涯のテーマとしている生物学者であった。彼は数々の手段を用いて多岐に及ぶ領域で研究を行い、数は力と、世界中の研究者、臨床医と交流し、移植成績向上に必要なビッグデータを収集し、解析の成果を関係者に広く還元するため、研究所では大型コンピュータがいつも動いていた。今、日本では、個人情報保護ばかり強調されるが、これを遵守するのは医学の進歩、医療の効率化などのために、ビッグデータを収集、解析することも目的の一つであることをわれわれは認識しなければならない。

私はこれ以外の経験も含め、これからのJCHOの医療改革に生かしたい。JCHO 学会会員がこれからJCHO 発展のため取り組まねばならない課題を解決するヒントも、自らの経験の振り返りや、周囲の注意深い観察からも見つけれられるはずである。

最後に、会長講演という大変光栄な機会をいただき、私の医師として経験から教訓じみた話をさせていただくことをお許しいただきたい。

継続テーマシンポジウム

座長：細田洋一郎（JCHO 埼玉メディカルセンター 院長）
島田 信也（JCHO 熊本総合病院 院長）

KS1-1
（基調講演）
**地域医療革新のための
地域医療構想と
地域包括ケア**

厚生労働省大臣官房審議官
椎葉 茂樹

高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。

過度な病院頼みから抜け出し、QOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院・病床や施設の持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要となる。すなわち医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要があり、このためには、コンパクトシティ化を図るなど住まいや移動等のハード面の整備や、サービスの有機的な連携といったソフト面の整備を含めた、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠である。

以上は、平成25年8月に公表された「社会保障制度改革国民会議報告書（確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋）」の中に記載されている文章の抜粋だが、我が国の医療・介護は、確実にこの報告書に沿って改革が進められている。

シンポジウムでは、国民会議報告書の中で触れられた地域医療構想、病床機能報告、地域医療介護総合確保基金、地域医療連携推進法人、医師の働き方改革、医師の偏在是正対策、総合診療専門医、人生の最終段階の医療、医療ICTを中心に地域医療革新に向けた今後の取組について述べてみたい。

KS1-2
**地域包括ケアを支える
地域医療介護連携システムの革新
－医療・介護・福祉・薬局を含めた
多職種連携への進化－**

国立病院機構埼玉病院 名誉院長
セコム医療システム 顧問
和光福祉会 理事長

関塚 永一

現在、2025年問題に向け、郡市医師会や自治体を中心となって地域包括ケアシステムの確立を目指し、ICTの活用が期待が集まっている。医療連携におけるICTの活用は不幸にも、行政の補助金に頼り、採算性を度外視してきたという経緯がある。その中で、予約返書システムから発展した地域医療連携サービス カルナコネクト（富士フイルム社）は、検査・診療予約や、その結果を診療情報提供書や画像として提供するなど、実収益に結びつく仕組みとなっていることから、高い採算性を維持してきた。

カルナコネクトでは、MRIやマルチスライスCT、超音波、内視鏡などの検査や外来診療予約を、24時間365日いつでも簡単に実施でき、さらにモバイル端末（iPad）を利用して、診療所の看護師や事務が、各種予約や結果・所見の参照・説明もできる。当院ではカルナコネクトの活用もあり、今年度5月は紹介率82%、逆紹介率162%という驚異的な数字を実現した。

当院は2013年10月に和光市と協定を結び、カルナコネクトを地域医療のシステムにとどまらず、介護・福祉の分野にも応用することで地域包括ケアシステムのICT化推進を開始した。実際に和光市や地域包括支援センター、居宅介護支援事業者とも協定を結び、ケアプラン、フェースシート、介護用診療情報提供書（書式12）、退院時サマリーや看護サマリー、そして主治医意見書などの共有化を実現している。今年度はこちらにつけ薬局や介護施設へと発展を施行しているところである。本システムは、患者さんとそのご家族を中心として、健康・医療・介護・福祉に関係した施設すべてを、責任ある情報のやりとりを基本に、ICTを介して信頼のネットワークで結び、理想の地域包括ケアの確立に向けて一步一步前進している。

これまで当院で行ってきた病院改革と、地域医療への貢献、経営改善等のノウハウの一部でもお伝えできればと考えております。

座長：細田洋一郎（JCHO 埼玉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 病院主導の 広域的病理診断支援体制による 地域医療の革新

¹JCHO 熊本総合病院 病理診断科 部長、
²医療情報システム管理センター、経営企画課、³院長
猪山 賢一¹、金澤 政幸²、西村 秀洋²、島田 信也³

【はじめに】

JCHO 病院群での病理診断科標榜は 57 病院中 21 施設（37%）にとどまり、常勤病理医の確保は病院の機能評価の点からも深刻な課題を抱えている。当院は 2014 年 4 月の JCHO 移行時、病理診断科を標榜し、IT 機器の重点化を行った。(1) 病理診断室と手術室間での手術視野ライブ動画像と術中迅速病理診断組織動画像との双方向性送信システム、(2) 病理診断支援システム、(3) 自動免疫染色導入による病理診断と治療方針決定の迅速化に努めている。さらには熊本県南地区、病理医不在公的基幹病院の病理診断支援を試み、本年 4 月より (4) ライブ画像対応バーチャルマイクロコピー（VM）を支援先基幹病院に設置し、遠隔病理診断サポート体制を整え、病理診断支援の効率化を試みている。

【方法と結果】

当院病理医は病理診断室から手術室状況のモニター確認と迅速病理診断報告では病理組織デジタル顕微鏡動画像の手術室配信により病理医—外科医間で的確な病理情報を共有し、医療安全の面からも極めて有用である。病理診断支援システムと電子カルテの合体は術後症例カンファの毎週開催を簡便に実施可能とし、臨床各科医師や研修医の研修環境の充実にも貢献している。遠隔地の支援病院からのライブ画像対応 VM による遠隔病理診断は支援病院の臨床医や病理検査技師と共に緊密な情報交換が可能であり、当院と支援病院が一体化となるサポート体制が整った。免疫染色の受託では、支援病院の病理システムを当院病理診断室から入力可能とし、迅速な病理診断報告書の作成と早急な治療方針の決定に大きく寄与している。

【考察】

JCHO 病院・病理診断科のこのような IT 機器の重点化配備と有効活用は地域の病理医不在基幹病院に対して広域的病理診断支援の活路を引き出す手段となり得る。今後、このような充実した IT 機器環境下での若手病理医の育成においてもさらなる革新が期待される。

KS1-4 医療と介護の 連携強化への革新 ～住みよいまちづくりへ～

¹JCHO 宮崎江南病院 地域医療連携室 看護師長、
²院長 地域医療連携室室長
新町 智穂¹、白尾 一定²

地域包括ケアにおける本来の目的は住みよいまちづくりである。病院は「状態悪化時の緊急受け入れ先であり、急性期医療が中心」という概念が定着しているが、これからの高齢化社会を考えると病院の役割の変革が求められている。しかし、まだどのようなことに取り組みればいいのか迷走している病院も多いのではないだろうか。

当院では 2015 年地域包括ケア・医療連携委員会を立ち上げ、地域医療連携室を中心に多部署の委員が病院の中でリーダーシップを取りながら地域包括ケアへの取り組みと仕組みづくりを進めてきた。取り組みとしては、管理栄養士やセラピスト、認定看護師などの専門職の地域派遣、地域多職種交流会、無料体験検診会の開催を行い、地域ケア会議にも積極的に参加している。また、地域包括支援センターと連携して「医療と介護の連携を考える会（こねっと）」を結成し、さまざまな多職種勉強会の企画や、地域住民向け健康フェスタの開催を重ね、地域多職種のチカラは病院を越えてもっと大きな住みよいまちづくりへと繋がってきている。このような取り組みを病院全体が共有し、地域の課題を身近に感じること、連携の振り返りを行いながらさらなる目標に向かっていくことで病院に求められている地域包括ケアへの期待に応えられると確信している。生活の場へ戻せる医療、生活に寄り添う医療がこれから先の「人生の質を重視した生き方」へ繋がる。自分らしい生き方の選択を考えることができる「エンディングノート」の情報提供も宮崎市と一緒にやっている。

病院に入院する期間は人生のほんの一部、みんなが望む生活が続けられるように、今後は医療と介護をつなげる窓口として活動の幅を広げ、地域多職種と協働しながら住みよいまちづくりに参画し、進化していきける病院を目指している。

座長：中野 恵（JCHO 理事）

吉浪 典子（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）

KS2-1 特定行為研修 ～共通科目についてのアプローチ

名古屋大学大学院医学系研究科 教授

放送大学大学院 客員教授

山内 豊明

国として2桁万人台の養成を目指す特定行為研修が展開されている。研修内容は共通科目と区分別科目から構成されている。後者は、主にはその特定行為を行うであろうと想定されている医療機関が指定研修機関として教育研修を展開している。教育機関が主体となって特定行為研修を展開する場合も区分別科目を履修する場合は、指定研修機関（協力機関）の協力が不可欠である。いずれにしても、指定協力機関は臨床実践が多忙な中で研修を進めるために過剰なまでの負担が生じている。

他方、共通科目は指定研修機関で行われるだけでなく、共通科目のみを教育展開することも可能であり、いくつかの組織がその提供を行なっている。その一つに放送大学がある。放送大学では長年にテレビ番組・ラジオ番組による学習者のニーズと都合に柔軟に対応できる遠隔教育を提供し実績を積んでいる。さらに同大学では、すでにeラーニングによる教育も展開している。

放送大学では、今回の特定行為研修の共通科目7科目全てをeラーニングで整備している。さらに講義だけでなく、演習科目についてもeラーニングで学び切れるように構築してある。そのために、学習者各自がそれぞれのペースで学ぶことができるのである。

実習に関して放送大学は医療機関ではないため、直接の実習現場として機能できないが、実習のある共通科目に関しては、実習の進め方と評価についての指針を用意して、実習を担当する医療機関の負担軽減を図っている。

さらには放送大学の特定行為研修科目は大学院科目でもあるため、その修了により大学院としての単位としても認められ、特定行為研修のためのみならず、将来的にもかく学習者にとって有利に働くものでもある。

本シンポジウムでは放送大学における特定行為研修科目の構築と運用に参画している立場から、情報提供と今後のより良い活用のために皆様との意見交換をさせていただければ幸いである。

KS2-2 日本看護協会が実施する 特定行為研修の実際 ～専門性の発揮と 活躍する場の拡大を目指して～

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

渋谷 智恵

特定行為に係る看護師の研修制度は、医療サービス提供体制の改革として「チーム医療の推進」を重要視し、その一環として、多職種協働による質の高い医療を提供するため創設された。2017年7月現在、厚生労働省が指定する指定研修機関は全国に40箇所ある。

日本看護協会（以下、本会）が行う特定行為研修が他の教育機関と大きく違うところは、研修受講者を認定看護師に限定しているところである。認定看護師の専門性をさらに発展させることによって、特定行為を含むタイムリーな対応が可能となり、質の高い医療・看護を効率的に提供するとともに、活躍の場が拡大することも期待できる。本会の特定行為研修を修了した認定看護師には、臨床実践者として、かつ特定行為研修の指導者としての活躍が期待される。

特定行為研修は春期入学コースと秋期入学コースの年2回実施している。集合研修開始前の約2か月半がeラーニングによる遠隔教育期間となるが、約200時間のeラーニングを決められた期間内で終えるためには、研修生に自律して計画的に取り組む姿勢が求められる。一方で、研修生にeラーニングの学習経験を確認すると約半数程度しか経験者はおらず、教育機関が十分な支援体制を整備し対応する必要性も感じている。

集合教育を行う科目については、その効果を最大限に発揮した演習や実習のあり方を考える必要がある。ロールプレイやシミュレーターによる実習などは、特定行為研修の基盤となる共通科目の理解を深め、様々な分野の認定看護師による意見交換の場は互いに多くの刺激を受け、視野が広がり、多様な場面における自身の専門性の活用について考える機会となっている。

認定看護師としての専門性を発揮しながら、2025年問題に対応する看護師として活躍の場を拡大し、チーム医療のキーパーソンとしてその役割を果たしていくことができる人材の育成を目指している。

座長：中野 恵（JCHO 理事）

吉浪 典子（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）

KS2-3

特定行為研修と 医療の質向上

JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長

関根 信夫

タスクシフティングとしての看護師による特定行為の導入には、単なる「医師の負担軽減」ではなく、「医療の質の向上」が使命として課せられている。したがって、研修プログラムの策定や研修の実施にあたっては、「質向上」を前提とした目標設定が求められる。平成 28 年度、未だ認定施設が限られる中、当院では施設単独で共通科目及び 2 区分の研修を開始した。当初課題とされたのは、指導医の選任、講義のレベル（難易度等）の設定、受講者の知識・技能の能力評価、そして研修内容の理解度の確認であり、区分別研修においては、最適かつ効果的な研修方法のあり方についての検討が必要であった。研修プログラムの内容は豊富かつ多岐にわたり、一病院のスタッフで全てを担当することの困難が予想されたが、既存のシステムを活用、各指導医個人の負担を最小限として分担すること、そして受講者によるレポート作成や参加型演習の重視などによって対応した。具体的には、研修医対象の系統講義を共通・区分別科目の講義としても活用し、講義終了後、理解の度合いを小テストやレポートで確認、不明の点については補講を行った。手順書の作成に関しては、医師側からの一方的な基準の設定ではなく、受講者による、実際に指示を受ける立場からの考察を重視することで、その実効性の向上を図った。一方、区分別研修においては、「質向上」の観点から、当該行為に関連するチーム医療への参加を有意義かつ効果的な研修方法と考え、特に「インスリンの投与量の調整」において専門チームラウンドを活用した。当院の研修方法は、担当医により直接指導を受けながら、実際の診療業務において実施するスタイルであり、多様な病態に対応できる能力を習得しうることや、チーム医療の促進という点でも医療の質向上につながる可能性がある。また、特定行為の継続的实施はフォローアップ研修としても有意義であるものと考えられた。

KS2-4

特定行為研修の実際と 効果的な研修に向けての今後の課題 ～研修生の立場での一考察～

JCHO 東京新宿メディカルセンター 看護部

山地 陽子

急性期病院である当院では 28 年 4 月より、施設単独で共通科目及び 2 区分（「栄養および水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」）の研修を開始し、1 期生として受講した。区分別研修では、講義を受講後、模擬患者についてフィジカルアセスメント、介入プランを考える演習を行った。その後の実習では、各行為 5 症例を手順書に基づき担当した。具体的な方法としては「栄養および水分管理関連」のうち「水分管理」では、指導医が在籍する救急外来で 12 時間ほどの実習を行った。当行為では即時のアセスメントや介入プランを考えることが求められたが、現場で指導医から直接指導や支援が受けられた。救急外来では複雑な病態の対応にあたるものが多く、初期アセスメントを行っても特定行為の対象外と判断されるケースもあった。当該患者の経過については実習指導医のみならず病棟主治医からも指導を受けた。「血糖コントロール関連」では、当院独自のシステムである糖尿病ラウンドに参加し、多数の対象患者の状況を把握するとともに 5 例の担当患者への介入をのべ 20 時間にわたり行った。当実習では多様な病態を有するケースを通して、血糖管理に影響する種々の要因について考察することや、糖尿病専門医の考え方やアプローチ法を直接学ぶ機会を得た。チーム診療に参加する形の実習では、多くのケースを学習できる他、特定行為研修終了後の研鑽や実際の活動の場にもなりえるなど利点が多い。一方、症例ごとに行を実践する場合には、指導医の選任や症例の選択について施設の事情に応じた体制の構築が必要であり、研修終了後の活動や研鑽の場についても各病院において検討していく必要があると考える。また、就業しながら院内で研修を行うことは常に患者の状況を把握することが可能である反面、その時間の確保に若干の困難を感じることもあり、環境調整への配慮も必要である。

座長：山崎 芳郎（JCHO大阪病院 院長）
田中 眞紀（JCHO久留米総合病院 院長）

KS3-1 特定行為研修に対して 看護管理者のコンセンサスを 得る取り組み

JCHO東京新宿メディカルセンター 看護部

酒井 礼子、野月 千春、堂園 道子、青木 和美、
覚張 慕、若林 美由紀、船木 智子、松田 久子

【目的】特定行為研修（以後『研修』とする）指定研修機関の指定を受け、H28年4月より『研修』を開始した。当初、看護師長でさえもこの研修制度を十分に理解しておらず、全体の意識を高めるためにも看護管理者への教育が急務の課題であった。そこで、研修生の支援や活用、育成を担う看護管理者にコンセンサスを得ることを目的として看護管理研修を実施したので報告する。

【方法】看護管理研修として、一つが指定した『研修』講義5つを含めて8以上の講義を聴講すること、二つ目が2回の管理研修への参加であった。1回目の管理研修の目標は、『研修』を理解して自分の言葉で表現できるとし、特定行為を安全に行うために必要な能力や指導体制を検討した。2回目の管理研修では、『研修』修了生の役割・位置づけ・活用・育成と今後の課題について管理者間で合意し、KJ法を取り入れたワールドカフェ方式で意見交換を行った。

【結果】看護師長・副看護師長全員が8以上、多い人では25の講義を聴講していた。ワールドカフェでは、患者ケア、スタッフへの教育、処遇など、多方面から幅広い意見交換ができた。この研修のアンケートでは、「『研修』を理解できた」、「考え方に広がりが出た」などの意見が多かったが、一部で「まだ、修了生を活用するイメージは難しい」との意見もあった。『研修』終了後のアンケートでは、『研修』を理解するのに役立った取り組みとして、指定された『研修』の聴講やワールドカフェとの回答であった。

【考察】講義の聴講は、知識を得るだけではなく、実際のカリキュラムを肌で感じ、『研修』のイメージ化に繋がった。また、管理研修の意見交換は『研修』を幅広く考える機会になった。実習では師長が患者・家族への説明を担えるようになり、管理者、特に看護師長に働きかけたのは有用であった。

KS3-2 社会人基礎力を用いて 中堅看護師の院内研修の 在り方を考える

JCHO久留米総合病院 看護課

服部 南美

【はじめに】昨年度より経年別教育からクリニカルラダーへ移行した。自らがレベル別の目標に向かってキャリアアップしていくことが重要だが、卒後6年目以上の看護師はラダー別研修に積極的に参加する事が少ないのが現状である。自律的に研修を受けたいと思えるように研修計画の再検討が必要ではないかと感じた。先行研究で中堅看護師は「考え抜く力」や「チームで働く力」が低い傾向にあった。そこで、中堅看護師の社会人基礎力を把握することが今後の院内研修内容を検討する1つの材料となるのではないかと考えた。中堅看護師の社会人基礎力に着目し現状把握をした結果、課題が明確になったので報告する。

【方法】卒後6年目以上の看護師に対して社会人基礎力評価表を用いた質問紙を使用しアンケート調査を実施。

【結果】回答を得られたのは55名で回収率78.6%だった。社会人基礎力は「前に踏み出す力」「考え抜く力」「チームで働く力」の3つの能力と12の能力要素から構成されている。A病院の中堅看護師は「前に踏み出す力」の平均値が最も低く、能力要素では状況把握力、主体性、課題発見力の順で低かった。

【考察】「前に踏み出す力」の主体性は物事に進んで取り組む力と定義され、この力が弱いと自己の目標が明確にならない。「考え抜く力」の課題発見力にも言えることで、課題と解決策が見いだせない。これがキャリアアップしようという看護師が少ない原因の1つではないかと考えられる。状況把握力は人間関係をつくる力として重要な能力と位置づけられ、自己の果たす役割を把握するために必要である。細分化された能力要素まで把握できたことで、院内研修の再検討が必要でその内容を決めていく上で良い結果が得られたと考ええる。

【結論】

1. 3つの能力では「前に踏み出す力」が低かった。
2. 能力要素では「状況把握力」が最も低かった。
3. 院内研修の検討が必要であることがわかった。

座長：山崎 芳郎（JCHO大阪病院 院長）
 田中 眞紀（JCHO久留米総合病院 院長）

KS3-3 都市型急性期総合病院における総合診療科の役割

JCHO札幌北辰病院 総合診療科

若林 崇雄、須藤 大智、中村 文彦、渡邊 智之

【はじめに】高齢化に伴いマルチプロBLEMに対応する総合診療科が注目されている。専門科が集まる総合病院でも総合診療科（総合内科）が開設されつつあるが、その役割は施設により異なる。ここでは内科系診療を主とする総合病院の総合診療科が地域医療に対しどのような働きを担っているか紹介患者を分析することで明らかにしたい。

【方法】当院は238床の急性期病院であり、総合診療科は4名（スタッフ3名、後期研修医1名）で主として内科の一部として運営されている。紹介患者は 1. 当日緊急に紹介 2. 地域連携経由に予約紹介 3. 院内他科より紹介の3パターンに分けられる。2016年5月より2017年2月まで紹介患者を集計し、診療分野や入院などについて集計・分析した。

【結果】期間中の紹介患者は383名（男性152名、女性231名）だった。10代から90代まで幅広い年齢層だったが60代以上が60.4%と多数を占めた。紹介経路は当日が210名（54.8%）、地域連携経由が65名（17.0%）、他科が108名（28.2%）だった。院外紹介は診療所からの紹介が多く（79.8%）、当日と地域連携経由に差は見られなかった。患者は診断目的の紹介が大半を占めた（315名；82.8%）。患者の最終診断は内科9分野すべてに及び、外科疾患・精神科疾患も混在していた。総合診療科入院は51名（13.3%）、他科紹介は97名（25.3%）だった。

【考察/結語】総合診療科は多分野に及ぶ初期診療を行い、当日の急な紹介によく対応していた。診療は入院増加や他科の患者増加にもつながっていた。また総合診療科で研修することは様々な訴えの患者に対し横断的な診療能力を涵養すると思われた。尚、学術集会時には2017年4月分まで集計し報告する予定である。

KS3-4 当院における病院総合医育成の取り組みの現状、および今後の課題

¹JCHO 星ヶ丘医療センター、総合内科部長、

消化器内科部長、統括診療部長、院長補佐、

²総合内科部長、呼吸器内科部長、³総合内科医長

山東 剛裕¹、中村 孝人²、小畠 祐介³

近年内科領域は診療の高度化に伴い専門分化してきたが、日本の高齢人口の著明な増加に伴い、一人の患者に複数の疾患が併存するようになり、各領域の専門医が複数で診療する場合有機的な意思疎通が困難で、かつ専門医の在籍しない領域の診療は難しく、首尾一貫した診療は困難な状況になってきていた。

大都市圏に立地し、急性期医療を中心とした当院でも同様の問題があり、総合病院でありながら、どの科で診療すべきか明確でない症例が多数存在していた。このような状況下で総合内科を平成25年4月新規に開設し、複数疾患を同時にマネジメントし、高度の専門性を要する状況では各領域の専門医と協働して「広く」「深く」総合的に診療を行えること、どこに相談すべきか判断がつけにくい病状についての的確な診断・治療を行うことを使命とし、4年半が経過した。

現在の体制として、常勤医では総合内科専従医が5名、専攻医1名に加え、内科系専門各科のサポート医数名が担当し、院外から総合診療教育に特化した指導医を招聘している。これにより各専門科が避けがちな日中全時間帯の初診外来、救急診療も含め「断らない」内科診療を実践している。

また、教育、人材育成にも力を入れており、定期的に院外の著名な総合診療医を招聘し、教育回診、闘魂外来、カンファランス、教育講演などを開催し、病院ホームページ、フェイスブックなどよりイベントの告知や教育的なトピックスの発信を行い、院内のみならず、医学生、院外医師も参加している。

現在の課題として、夜間休日では総合内科医不在の時間帯が多くなるため、かかりつけ患者以外の患者を診療することが困難になること、来年からの新専門医制度において総合診療専門医が新設されるが、若い医師達に選ばれるためにいかにすべきか、専門医を取得した医師のキャリアをより良いものにするためどうサポートするか、などがあげられる。

座長：山崎 芳郎（JCHO 大阪病院 院長）
田中 眞紀（JCHO 久留米総合病院 院長）

KS3-5 JCHO 版病院総合医
(Hospitalist)
育成プログラムについて

JCHO 本部 企画経営部医療課長

吉住 奈緒子

医療の現場では専門医志向が強くなる一方、地域医療の場では、幅の広い診療能力を有する病院総合医(Hospitalist)が求められるようになってきている。こうした時代の要請に対応するため、JCHOは他の団体に先駆け、平成29年度から「JCHO版病院総合医(Hospitalist)育成プログラム」(以下「育成プログラム」という。)を開始した。この育成プログラムは、JCHO全57病院のネットワークを活用し、医師個人のニーズに合ったカリキュラムを提供するJCHO独自のプログラムである。

育成プログラムで対象としているのは後期研修を修了した卒後6年目以降の医師であり、地域医療の現場で必要なエッセンスを詰め込んだ2年間(3年間まで延長可)のカリキュラムを修了することで、(1)地域医療の実践病院(主に中小病院)における総合内科医、(2)医師不足地域(離島・へき地を含む)で貢献する医師、又は(3)総合診療が可能な開業医、として地域医療を実践する能力を習得することを目標としている。JCHO全57病院は、その特性に応じて総合診療重点病院、地域研修病院、又は専門研修病院に指定されており(重複あり)、各病院が育成プログラム用の研修プログラムを作成している、プログラムでは、2年間又は3年間の研修期間の中で、複数の研修病院・研修内容を組み合わせ、医師個人のニーズに合ったオーダーメイドのカリキュラムを提供することが特徴である。

平成29年度は2名の医師がこの育成プログラムに参加し、東京新宿メディカルセンター、宇和島病院、登別病院で研修を行っている。また、平成30年度も既に参加の問合せをいただいている。

JCHOは、この育成プログラムの提供を通じて、時代に求められる優秀な病院総合医を多数育成し、地域医療に更に貢献していきたいと考えている。

座長：宇口比呂志 (JCHO 理事)
内野 直樹 (JCHO 理事)

KS4-1 JCHO 東京山手メディカル センターにおける経営改善事例

JCHO 本部 財務経営アドバイザー
(株式会社日本経営 主任)

廣田 啓佑

【はじめに】

JCHO 本部の財務経営アドバイザーとして今年度の4月より経営改善の取組み支援をしてきた。本抄録記載は8月であるため4月~7月の財務実績を材料とするが、前年同時期比較で経常利益が約-1000万円から1.6億円になり、約1.7億円/4ヶ月の利益改善となった。今年度実施した経営改善の取組み施策を下記に紹介する。

【取組み内容】

今年度4月より経営改善施策を院長・事務部長と検討し、経営幹部に意見をいただきながら、改善施策のマスタープランを作成・実行している。取組み内容は大きく以下の5点になる。

1. 収入の増加 (新入院患者数の増加)
ベッドコントロール強化、患者数の先行管理、救急部門強化、地域連携強化、病床稼働率が低下する時期への対応
2. 収入の増加 (入院/外来診療単価の増加)
ICUの利用率向上、診療報酬の算定強化、施設基準の取得、コメディカル部門生産性向上、午後透析患者数の増加
3. 費用の削減
材料費の削減 (後発医薬品の採用、診療材料の適正化)、経費の削減
4. その他収入増加に向けた取組み
診断書料金の引き上げ、分娩料の引き上げ
5. 今後に向けた取組み
地域医療支援病院の取得、健管センターへの病院のフォロー強化

【まとめ】

具体的な取組み施策の羅列となったが当院の経営改善においてもっとも重要だったことは、各部門の管理職・現場職員双方が病院の経営を自分事で捉え、経営層と一丸となって働いていただいていたことである。利益とは事業の存続に必要な費用であり、それが確保できてはじめて、病院経営が安定し、良質な医療の提供、職員の物心両面の幸福を達成できる。6月より毎日のオーダーリング画面を利用し、経営改善のための目標値と万代院長のメッセージを記載している。組織が同じ方向を向くためにリーダーが継続的にメッセージを発信したことが何より重要であったと考える。

KS4-2 JCHO 伊万里松浦病院に おける経営改善事例

JCHO 本部 財務経営アドバイザー
(株式会社日本経営 次長)

高園 忠助

【はじめに】

今年5月15日より伊万里松浦病院(稼働88床)の経営支援をしている。4~7月の昨年度対比で46,743千円の利益改善し、経常利益率も-16.6%から-3.4%まで縮小した。以下、当院の取組みを紹介していく。

【取組み(抜粋)】

1. 接遇を正し患者志向を高めるために
・接遇研修、多面評価、Weekly Letterの毎週配信
2. 経営層のレベルアップのために
・経営者勉強会、合宿会議、ビジョン・戦略マップの策定
3. 職員を大切にす病院になるために
・給料袋に院長の手紙、バースディカード、サンキューカード
4. 患者を大切にす病院になるために
・退院患者アンケート、退院カード、待合室改善
5. 実績を上げるために
・医師の目標管理、実績の見える化、会議の改善、診療報酬の算定強化、施設基準取得、コスト削減、ベッドコントロール強化

【まとめ】

様々な取組みを列記したが、当院の改善の肝は「マネジメントの徹底」である。目新しいことはないが、やるべきことを妥協せず徹底した。

医師には個人別の実績が見える化し、毎週進捗を報告した。進捗が芳しくない時は個別に話をした。接遇の乱れには上記【取組み1】をクイックに実施、部署間の不協和音には、多方面から情報収集し関係幹部に即伝達、ファシリテートして解決を図った。また全職員とヒアリングし、現場に正しい現状把握に努めた。

当然、現場からは出来ない理由や言い訳、経営層や私への不満が少なからず出てくる。それらに理解を示しつつも、目標や成果に対しては妥協せずに求め続けた。このように隅々まで手を突っ込み、やるべきことを徹底したことが改善の肝であると考えている。このマネジメントの徹底の必要性は、多くの赤字病院にも共通することと考える。

今回の成果は、伊万里松浦病院全職員の努力の賜物に他ならない。当院を改善事例として共有できたことを嬉しく思うとともに全職員の取組みに心から感謝したい。

座長：宇口比呂志 (JCHO 理事)
内野 直樹 (JCHO 理事)

KS4-3 事務屋の誇りを持つ
醜^{しこ}の御楯^{みたて}

JCHO 理事

内野 直樹

事務部長クラスの年齢になればご存知と思うが、「醜の御楯」という言葉がある。万葉の時代に天皇陛下の先兵として国を守る「防人」が、自分たちのことを卑下しつつ、大きな誇りを持って言う語である。演者は、この言葉こそ病院における事務職の立場を明確に表すものと考えている。

病院では、スポットライトを浴びながら称賛や感謝を受けるのは医師を中心とする技術職となる。事務職は黒子として陰から病院を支える立場ではあるが、実は病院運営の根幹、中枢を担っている。優秀な事務職無くして病院は成り立たないとも言えよう。しかるに現状では、病院の技術職から「事務職にもっとしっかりして欲しい」あるいは、「事務職がやるべきことを我々がやっている」というような不満を聞くことが多い。提出書類の数字に誤りがあり修正を繰り返す、加算、算定を理解していない、経営改善のため安易なコンサル業者依頼を行う、これらが事務職存在意義の否定につながるという重大な事実を理解しているのだろうか。事務職諸君はこの批判を跳ね返すことが出来るか問いたい。

「指示されたことが確実に実施出来ない」のは論外であるが、「指示されたことが確実に実施出来る」ではB級に留まる。病院の将来を背負うA級事務職を目指すのであれば、「先に自分で考え提案できる 他人の提案に対して反対であれば対案を示せる」という位置を目指すべきである。自己保身のために前例踏襲、課題の先送り、上司の顔色伺いを続けていては職員の信頼は得られない。

全ての事務職は、「事務屋」という言葉に大きな誇りを持ち、病院は自分たちが中心となって動かしていく、という気概で精進していただきたい。

今回は、学会発表という場にそぐわないことを承知で、演者が過去10年以上主張し続けてきた事務職への要望、鬱憤を吐露し、事務職に望むことにつき概説したい。

会場からの活発な討議と反論を期待する。

シンポジウム

座長：那須 誉人（JCHO 徳山中央病院 院長）
高嶋修太郎（JCHO 高岡ふしき病院 院長）

SP1-1 地域包括ケアにおける
“もの忘れ外来”の役割

JCHO 高岡ふしき病院 院長
高嶋 修太郎

- 「地域包括ケアにおける“もの忘れ外来”の役割」について報告し、問題点を提起する。
- 1) 認知症の診断：診断に際し、treatable dementiaを鑑別することが肝要である。鑑別後に認知症の病型診断を行い、治療方針を検討する。合併症の評価も行う。診断を効率的に行うために、患者背景シートの作成、血液検査、画像検査はルーチン化している。
 - 2) 認知症患者の背景：認知症患者の住居、同居家族、保護者（ケアの主体）、ADL、IADL、1週間の生活リズム、介護認定、サービスの利用、さらにBPSDの有無など、認知症患者の背景シートを作成する。そして、患者背景を考慮し、認知症の診断に基づいたケア方針を検討する。尚、背景シートの作成は認知症認定看護師が担当している。
 - 3) 問題症例への対応：特に問題がある患者の場合は、医師、認知症認定看護師、患者、家族、ケアマネジャー、地域連携室職員などの関係者が集まり、患者が和やかに暮らせる1週間の生活リズムの構築を目指す。独居患者で、患者の保護者が存在しない場合の対応が問題である。
 - 4) 運転免許更新時の診断書：運転免許更新時に認知機能低下を指摘された症例を受け入れ、認知症の評価を行っている。運転免許試験場で焦った可能性もあるので、落ち着いた状態で認知症の有無を評価するように努めている。また、受診時には親族同伴を指示している。認知症と診断した場合は、運転免許自主返納を患者および家族に勧める。同時に認知症の治療及びケア方針を検討する。認知症でない場合は、「認知症ではないが認知機能の低下がみられ今後認知症となるおそれがある」に多くの症例は該当するので、患者家族にその旨を伝え了解を得る。地方では、運転できなくなると日常生活が制限され、認知症が悪化する危険性もある。

SP1-2 急性期病院における
認知症への取り組み

JCHO 徳山中央病院 副院長
沼 文隆

当院は山口県東部3市（周南市、下松市、光市）、約26万人を診療圏とする地域最大の基幹病院として、1次から3次救急まで対応する急性期医療を担っている。軽症、重症を問わず救急を受け入れており、平成28年度の救急車受け入れ数は4,694件で、救急患者数は25,390人であった。

周知のように我が国の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は年々上昇を続け、平成26年内閣府データでは26.7%と報告されているが、当県の高齢化率は31.3%（全国4位）と高齢化の著しい県となっている。高齢化に伴い、問題となるのが認知症等の精神疾患の増加である。

実際、当院における入院精神療法（I、II）の算定件数も平成22年以降、年間数百件に及び、平成28年度は556件であった。ちなみに平成28年度の精神疾患診療体制加算2、入院精神療法、精神疾患診断治療初回加算の算定件数は各々2件、15件、8件であった。

このような背景のもと、当院では、精神疾患を患っている患者さんが、身体的な病気をきたした時にも対応できるように、認知症看護研修をはじめとして院内の体制整備を急ピッチで行っている。幸いなことに、平成29年4月より認知症認定看護師赴任を契機に認知症ケアチーム活動がスタートし、総合入院体制加算2が算定可能となった。シンポジウムではこれまでの経緯およびこれからの取り組みについて発表する。

座長：那須 誉人（JCHO 徳山中央病院 院長）
高嶋修太郎（JCHO 高岡ふしき病院 院長）

SP1-3 認知症カンファレンス 記録用紙の改善に向けた取り組み

JCHO 九州病院 看護部

倉本 佳代子

【はじめに】A 病院は 2011 年から多職種（医師、薬剤師、社会福祉士、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、認知症看護認定看護師）で構成された認知症・せん妄チーム（以降認知症チーム）が活動している。2016 年診療報酬改定において、認知症ケア加算が新設され、6 月から認知症ケア加算 1 の算定を開始した。算定条件であるチームによる認知症カンファレンス（以降カンファレンス）の際に情報共有できるカンファレンス記録用紙を作成し、使用した取り組みについて報告する。

【実際の取り組み】認知症チームによるカンファレンスの際に、患者の基礎情報、症状観察、対応について情報共有できるカンファレンス記録用紙を作成し使用した。しかし、「症状観察が不十分」「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の判断が不適切」「身体拘束の状況が不明瞭」「薬剤に関する情報がない」など複数の問題が明確になり、活用できなかった。そこで、カンファレンスに必要な内容がスクリーニングできるように、全ての項目を細分化し、チェックマーク方式を導入し、記載漏れがないように工夫した。また、日常生活自立度の判定基準の注釈をつけて適切な判断ができるようにした。使用薬剤の記載については、せん妄を起こす可能性のある薬剤を明記し、「中止検討」「変更検討」「推奨」の項目に分けてチェックするようにした。その結果、全病棟で漏れなく正確な記載ができるようになった。

【結果と課題】今回、標準化した視点で正しく患者状態を記載できるカンファレンス記録用紙を作成し、カンファレンスの基盤をつくることができた。今後も多職種間の情報共有ツールとして、評価と改善を重ねていくことが課題である。

SP1-4 高齢者における レクリエーション活動の有効性について ～身体的・認知的機能への影響～

JCHO 三島総合病院 看護課

向笠 亜子、妹尾 奏枝

【目的】当院は平成 28 年 6 月より地域包括ケア病棟を開設することとなった。地域包括ケア病棟ではリハビリが必要な高齢者の受け入れが多く長期入院による環境の変化で認知機能の低下や ADL の低下となっているのではないかと考え、レクリエーション活動を実施した。レクリエーション活動が身体的機能、認知的機能に与える影響について検証した。

【方法】1) 研究対象：65 歳以上の高齢者で、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準でⅡ～Ⅲに該当する意思疎通が可能な男 3 名、女 17 名、平均年齢 86.9 歳を対象とした。2) 方法：音楽に合わせた軽度の運動等を毎日 1 時間、実施した。3) 期間：平成 28 年 9 月～平成 29 年 1 月 4) データの収集方法：機能的自立度評価法（FIM）およびミニメンタルステート（MMSE）検査をレクリエーション参加前・退院前に実施し、身体的機能と認知機能の変化についてウィルコクソン（符号付順位和）検定を用いて分析し $P<0.05$ で有意差ありとした。

【結果】参加前の MMSE により正常 3 名、軽度認知症疑い 13 名、重度認知症疑い 4 名と判定した。レクリエーション参加前と退院前において、MMSE を比較すると $P<0.05$ の有意差が認められなかった。2 名の軽度認知症疑いの者は正常値に改善した。認知症疑いの患者の FIM の結果では運動 FIM は $P<0.05$ の有意差があり、認知 FIM は有意差を認めなかった。

【考察】レクリエーション活動は、身体面と精神面の両方の効果がある。身体のような部位を動かすことにより、加齢による衰えがちな運動能力や体力、集中力や思考力の維持・向上、日常生活では味わえない達成感がある。臥床時間を減らし、他者とのコミュニケーションを図ることで気分転換や協調性を養い認知機能の維持が期待できた。レクリエーションは身体だけでなく環境、心理もすべてのリハビリに繋がっていると考えられる。

【結論】軽度の認知症疑いの高齢者においてレクリエーション活動は、身体的機能の向上に有効である。

座長：石岡 隆（JCHO 秋田病院 院長）
関根 信夫（JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長）

SP2-1 浪江町津島診療所、
二本松病院の応援勤務を経験して

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科
山川 元太

JCHO では機構が果たすべき 5 事業の一つとしてへき地医療を中心とした地域医療への支援を掲げており各地で様々な取り組みがなされている。

当院からは、昨年度浪江町津島診療所と二本松病院で、今年度は二本松病院での応援勤務として月 1-2 回のペースで医師派遣がなされた。津島診療所では内科一般外来を行い時には同じ敷地内にある仮設住宅に往診へ出向き、二本松病院では当直業務と翌日の内科外来を行った。当院での通常業務では自身の専門領域に特化した診療を行っているが、医師派遣を通じて内科外科問わず総合診療を経験できることは大変有益であると感じ、さらに派遣要請医療機関の業務負担軽減にわずかでも力になっているのであれば大変うれしく思う。しかしその一方で、へき地病院の医師不足が少ない常勤医の疲弊を招き、さらに患者減少へつなげる現状を目の当たりにすると、より良い地域医療の確保の重要性和医師偏在の問題を再認識させられる。また派遣元医療機関としては、残されたスタッフの負担が増大する事態が発生している。今後も JCHO がへき地医療事業を持続可能なものにしていくには、人員確保は避けて通ることのできない問題である。

JCHO 病院間の積極的な医師派遣は有意義であると思われ今後も支援が拡大するであろうが、地域医療の抱える様々な課題をさらに多くの医師が実体験し身近な問題として捉え、要請側と派遣側で事前に十分な打ち合わせを行いより効率的な支援が行われることを期待する。

SP2-2 JCHO 登別病院の
現状と今後、そして
医師派遣の必要性和意義

JCHO 登別病院 院長
伊藤 美夫

登別市は北海道太平洋側、西胆振に位置し、人口 5 万弱で、全国でも有数の温泉地である。JCHO 登別病院は開設以来 71 年、厚生年金病院時代から 45 年経過しているが、建物の老朽化と慢性的な赤字体質から、JCHO 登別病院として再生した後もその存続が危ぶまれていた。しかし現在地の温泉地区から JR 登別駅近郊へ平成 32 年 4 月を目途に移転・建て替えが決定した。新病院設立までのタイトなスケジュールの中で経営改善と新病院への準備を行わなければならない、職員一同日々悪戦苦闘している。現在当院は急性期 50 床、回復期 54 床、計 104 床で、診療科は整形外科、外科、内科、リハビリ科、麻酔科、泌尿器科、神経内科の 7 診療科である。新病院は 110 床、診療科は同じ 7 診療科でほぼ同規模病院である。現在常勤医は整形外科 4 人、外科 1 人、内科 1 人、リハ科 1 人、麻酔科 1 人の計 8 人で、泌尿器科、神経内科は大学からの外来応援医である。今年度は JCHO から 2 年目の初期研修医が 11 ヶ月、内科応援医は 4 ヶ月、今年度より開始した JCHO 版病院総合医は 3 ヶ月の応援診療で通年の体制は出来ず不安定な診療状況となっている。当院は登別で唯一の公的機関で自治体病院のように地元住民、医師会、さらに観光協会からも期待されており、特に内科・外科の救急医療についての要望が大きい。整形外科が 4 人で常時待機制をとることが可能で、外傷など外科系の救急医療は何とか対応出来ているものの、内科医不足で内科系の救急体制が出来ず、ここ数年大きな課題となっている。JCHO 本部にはこの内科診療をお願いしているが、応援医不在の期間もあり、十分な体制とはいえない。現在各大学の医局が人員不足でさらに専門医制度の問題もあり、地方への医師不足は当面続くものと推察される。地域医療推進のために JCHO 全体で医師派遣の体制と総合医の育成の確立が必要と考える。

座長：石岡 隆（JCHO 秋田病院 院長）
関根 信夫（JCHO 東京新宿メディカルセンター 院長）

SP2-3 九州から北海道へ
初期臨床研修医の地域医療研
修としての医師派遣について

JCHO 九州病院 総合診療部 部長
酒井 賢一郎

九州病院から登別病院への医師派遣は当院が九州厚生年金病院時代に遡る。

派遣対象は内科医であり、かつては内科部長等が2週間程度交替で、最近では後期臨床研修医が1か月交替で毎年数名が赴任している。

またこれとは別に初期臨床研修医の地域医療研修先としても登別病院とは連携関係にある。これにより月によっては内科医1名、初期臨床研修医1名の2名が同時に登別病院に在任したり、初期臨床研修医を経て当院内科後期研修医となった者は計2か月登別病院での診療にあたるケースもある。実は当院の地域医療研修プログラムは2つあり、1つは福岡県内の医療機関での研修なのだが、ここ数年は圧倒的に登別病院での研修が人気となり、今年度も11名の研修医全員が登別行きを希望した。

登別プログラム選択の背景には様々な「ギャップ」が関わっている。

急性期医療と回復期・慢性期医療、比較的医師に恵まれた環境での医療とへき地医療、そして九州と北海道。北海道という地は1か月という期間限定であれば観光的な魅力がより付加されるのであろう。現に研修医の間では派遣時期の希望が重なるため調整を要するほどだ。

動機は様々だが実際に登別病院での研修を受けると彼らの医療に対する視野は確実に広がってくる。

医療を提供する環境の違いの中で彼ら若い医師たちは九州病院では経験することのなかった課題に直面し、新たな成長を遂げる機会を得ている。北海道登別病院への医師派遣は九州病院の若手医師たちを時に癒し、成長させてくれている。JCHO グループのスケールメリットを生かしたこのような病院間交流の場が広がることを望む。

SP2-4 JCHO における
医師派遣の取組

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、自身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。この取組は対外的に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り、マンパワーにも限界があるため、昨年度は、これまで本部主導で行っていた東京都新島村診療所及び北海道市立根室病院への派遣を昨年度末で終了するなど、医師派遣先の整理を行った。更に、JCHO 各病院の医師不足状況と医師派遣の可否について調査を行い、次年度の JCHO 全体の医師派遣計画を本部で作成するなど、医師派遣の新たな仕組みを整えたところである。

医師派遣について、JCHO ニュース第12号では、医師不足病院に派遣された若手医師と医師派遣を受け入れた病院の幹部の対談を行ったが、そこで若手医師達から、派遣先で普段はできない業務を経験でき、とてもためになったという意見を伺った。通常業務から一定期間離れることのデメリットもあるものの、派遣先病院で新たな経験を積むことで医師としてのキャリアに資するというのは、医師派遣を行う上で非常に重要な視点である。

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しており、今年度は2名の医師が東京新宿メディカルセンター、宇和島病院、登別病院で研修を行っている。この取組は、研修期間中に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ことで、JCHO の医師不足病院に資するとともに、研修医師本人にとっても、地域医療の実践の場で総合医としての研鑽を積む良い機会となっている。

JCHO 本部としては、今後も、こうした医師と受入病院が WIN-WIN の関係を築くことのできる取組を提供していきたいと考えている。

座長：住田 安弘（JCHO 四日市羽津医療センター 院長）
大井田正人（JCHO 相模野病院 院長）

SP3-1 病院経営における 健康管理センターの果たす役割

JCHO 相模野病院 健康管理センター 管理部長

五十嵐 敬子

超高齢化社会の地域医療においてJCHO病院の果たすべき役割は、年々増大している。地域住民のニーズに対応し、地域医療に貢献していくために各病院で様々な取り組みがなされているが、それらを実行していくには何よりも病院の安定的な経営が重要だと考える。

健康管理センターは、地域住民の健康保持に寄与することはもちろん、病院における収益確保にも大きな役割を担っている。当院においても、病院の経常利益約5億5400万円のうち、健康管理センターの経常利益は約3億2900万円で59%を占めている。

当健康管理センターでは毎年利益を増加させてきた。人間ドック受診者への当日午前中の結果説明、診察における女性医師希望、病院と連携した健診後受診の簡便化などにより、受診者は年々増加している。しかし近年は、繁忙期における受診者数の飽和状態、同業種間の競争などによりその増加率が鈍ってきている。

受診者満足度を向上させつつ更に収益を増加させるために、次のような点に力を入れて取り組みを行っている。1) 閑散期の受診者数の増加：年末年始の特別料理の提供や縁起物の配付、閑散期のオプション検査のサービス 2) リピーター率の向上：人間ドック受診者へのヘルシー懐石料理の提供、看護師による健康講話、管理栄養士による栄養相談 3) 受診者単価の増加：オプション検査の充実、などである。

費用についても検討しなければならない。近年、人件費の増大は看過できないものとなっており、当院でも支出に占める割合が75%を越えている。当健康管理センターでは事務の多くを委託・派遣の職員が占めており、その費用は増える一方である。受診者数の増加に伴い、予約や結果処理、発送などに多くの労力が必要になるのはある程度仕方のないことであるが、作業の効率化を図ることは重要である。健康診断の質を保ちつつ、いかに費用を抑えて収益を上げることができるか、改善できる点を模索したい。

SP3-2 当院における 健康管理センターの現状と展望

JCHO 神戸中央病院

健康管理センター長 放射線科診療部長

岡本 将裕

当院では年間約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る。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る。

健康管理センターの役割の一つとして純粋な収益および要精査や要治療の受診者を臨床につなげ病院の患者数を増やすことにより病院全体の収益向上に寄与していることが挙げられるが、当院においても重要な要素を占めている。

しかし近隣人口の推移や他施設との競合などを考慮すると、今後は当院でも受診者や収益が減少する可能性も考えられる。既存の受診者に継続して受診していただくことや、人口が減少する中で新規の受診者を獲得するためには、より充実した健診サービスを提供する必要がある、ハード面のみならず職員配置の確保を含めたソフト面での充実がさらに必要となる。また受診者が減少した場合に収益を確保するためには、効率よく質の高いオプションを追加設定することなどにより健診単価を上げる方策を考慮する必要がある。

今回は当院でのそれぞれの健診施設での現状や問題点を示し、それを踏まえた収益確保のための実際の取り組みや今後の展望についても言及したい。

座長：住田 安弘（JCHO 四日市羽津医療センター 院長）
大井田正人（JCHO 相模野病院 院長）

SP3-3 病院経営に貢献した 健康管理センターの取り組みと その成果について

JCHO 四日市羽津医療センター
健康管理センター 管理課長

位田 浩

当院健康管理センターは年間約 10 万件を実施しており、三重県下はもとより、JCHO グループの中でも最大規模である。収益面についても平成 28 年度は約 17 億円で病院経営のうえでも重要なポジションである。

しかし、健診事業を取り巻く環境は安価な民間機関の参入も多くあり、年々競争が激化しているのが現状である。そこで当院のこれまでの取り組みとその成果を報告するとともに、今後の課題点と展望についての考えを報告したい。

今回のテーマ「特に病院経営における健管センターの果たす役割と今後の課題」から 1) 健管収益増による病院収益への貢献、2) 健診結果「要医療対象者」の受診による病院増患への貢献が重要ポイントであると考えます。

1) について施設健診では健診受入れ体制の拡大、1 人当たりの健診単価の増加、オプション検査の充実、閑散期対策の取り組みを、またバス健診では時間当たりの健診受け入れ体制の拡大、効率的な配車管理による 1 台当たりの収益増加対策、閑散期対策の取り組みを報告する。

2) について「要医療対象者」のための専用外来「総合健診科」の開設、電子カルテと健診システムの ID 統一化を行い外来受診時の健診データ閲覧を可能にすることによる病院受診円滑化の仕組みづくり、健診当日の結果データをもとに「要医療対象者」の受診に対し受動的でなく能動的に受診予約勧奨を行う取り組み、また当院にない受診科について近隣病院への紹介など連携強化にも努めた。

以上それぞれの取り組んだ詳細を報告する。

今後の課題点や展望については、これまでの取り組みと成果をもとに、地域性を含めた健診機関を取り巻く背景や病院併設型の健管センターの体制、JCHO グループという組織背景などのメリット、デメリットを踏まえて報告したい。

SP3-4 JCHO 病院における中規模 健康管理センターの経営面での 貢献度と目指すべき将来像について

¹JCHO 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³、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 設立理念の一つである地域社会への貢献のみならず、病院経営上においても大きな役割を担う。本発表では、JCHO グループの中で中規模施設に相当する本院健康管理センターの立場から、経営の現状と課題および対策、今後目指すべき将来像を紹介し JCHO グループ健康管理施設への提言としたい。

当院健康管理センターの受診者数は年間 2 万数千人で、JCHO グループでは中規模施設になる。センター職員数は病院職員数の 5 % 程、医師は病院診療との兼任という体制で、センター収益は病院収入の約 5 %、病院利益の約 10 % に相当する。10 数年前には経営危機に陥りセンター収益で病院の赤字を補填するという状態であったが、現在は医師確保・受診者数増・新病院建設がなされ、病院利益に占める割合は縮小した。当院健康管理センターの特徴は、企業向け健診の比率が高く人間ドック受診者数が少ないこと、受診者単価が低いことである。今後、周辺医療圏の人口減に伴い契約企業と受診者数の減少が予想され、当センターは、企業向けには当院独自のメンタルヘルスチェックサービス・健診後指導の拡充、受診者個人へは健診時ホスピタリティーの向上、有所見者の院内受診後サービスでは病院 ID と健診 ID 紐付けシステムを構築した。さらに、健診バスを新規購入し院外健診でもサービス向上に努めている。一方で、受診者要求は年々高度になり、当院健診で異常を認めた場合に、優先的かつ速やかに当院で最高の医療を提供するよう求められることも多い。要求を満たすには、病院に最新機器を揃え専門医を確保し病院診療の質を高めること、病院と健診の連携を密にする必要がある。JCHO 組織の健康管理センターが、院内・地域内・組織内でその存在意義を担保するには、健康管理センターの自助努力と病院本体の経営努力が共に重要となっている。

「各病院が取り組むべき課題（個別病院ごとの課題）」への取り組みと経営改善

座長 木村 晴行（JCHO 本部東日本地区事務所 統括部長）

柳沢 直樹（JCHO 本部北海道四国地区管理部 部長）

SP4-1 森 元春（JCHO 本部東海北陸地区事務所 統括部長）

SP4-2 新田 晴久（JCHO 本部近畿地区事務所 統括部長）

SP4-3 高尾 安則（JCHO 本部九州地区事務所 統括部長）

SP4-4 井澤 裕匡（JCHO 本部企画経営部 改善指導課長）

SP4-5 笹 真人（株式会社日本経営 病院コンサルティング部 次長）

本年、5月に開催された「事務(部)長、看護部長・総看護師長会議」において、「各病院が取り組むべき課題」が示された。

この課題は、病院運営を行う上で非常に重要な項目(注)が網羅されており、診療報酬関係・地域連携・病床管理やクリティカルパスなど、これらに取り組むことにより、安定的な病院運営に資するものと考えられる。

従来は、全病院横並びの画一的指導が多かったところであるが、今回示された課題は項目は統一するものの、個別病院ごとの特性や弱点を踏まえ病院ごとに異なった課題が示されたものである。

注)項目

1. 診療報酬算定に関する事
2. 後発医薬品への置き換えに関する事
3. 査定に関する事
4. 取得可能性のある施設基準等に関する事
5. 地域医療連携室の機能強化に関する事
6. 地域包括ケア病棟の運用に関する事
7. 紹介率・逆紹介率に関する事
8. 老健施設との連携に関する事
9. 病床管理及びクリニカルパス等の運用に関する事

各病院はこれらの課題に取組み、その状況（問題点・今後の方針等）を毎月本部へ報告しているものであるが、今年度前半が終了したことから、各病院の取組み状況・システムも含め生じた問題や対策・今までの経緯等をまとめ、更に取組みが進んでいる病院の取組み事例も併せて紹介するものである。

また、日本経営より更なる経営改善等を目的としたLibraの活用方法、今後着目すべき経営視点等についても紹介いただく予定である。

特別企画

座長：住田 安弘（JCHO 四日市羽津医療センター 院長）
磯谷 聡（JCHO 中京病院 薬剤部長）

SE1 複雑性・不確実性に向き合う こころを持った良医の育成

¹JCHO 中京病院 総合診療科 医員、²部長、³専攻医
加藤 友也¹、立川 和重²、大西 浩史³、
水野 智章³、野崎 裕広²

超高齢化社会を迎え、社会や人々のもつ健康問題は、ますます複雑性を増しています。

人の健康管理は、機械の安定制御のように正常運転が前提とされていて異常が出たら部品を交換して治すというような単純なものではありません。生命、病態への科学的理解は進歩し、検査・診断技術も日々高度になっています。現在の高度に細分化・専門化した診療体制は、複雑性に対応した一つの結果です。しかし、細分化し要素に分けて理解する還元主義的対応では限界があります。複雑な現象を複雑なまま理解しようとする姿勢、複雑系科学の方法論が必要となります。

医療現場の問題点として、専門医は一つの狭い分野に長期にわたって精力を集中するため展望がきかなくなり、患者の訴えが自分の「専門とする領域」にあてはまれば診療を行うがそうでなければ、問題の解決は放棄されるという問題があげられます。医師として、自己の専門分野でない患者さんの訴えに対応した診療を行い、マネジメントを行っていけばこういった問題は起こりません。実際、専門医の先生の中にはそういう先生もおられます。

しかし、時間や資源は有限です。科学技術が進歩しても、科学（サイエンス）と術（アート）に不確実性は存在し、また、われわれ人間を人間たらしめている希望・恐怖心などに伴う不確定要素も存在します。強固な意志がなければ総合的な診療を行うことは困難であると思われます。これまでの専門医とは違った方法論、視点を持った医師が必要です。それは、コミュニケーション、病歴聴取と身体診察、診断推論と臨床問題解決、医療倫理といった基本的概念や理論・技法に加え、特徴的な技法として患者中心の医療を実践する総合診療医です。

良医を育成するためには総合診療がシステムとして存在することや、初期臨床研修における基本的診療の教育現場で上記技法の教育を行い、総合診療マインドを持った専門医を育成することが必要です。

SE2 自殺予防に向けた 対策と連携づくり ～地域で安心して暮らせるために～

¹JCHO 人吉医療センター 看護部 副看護部長、
²総合診療部医師 外科医師、
³医療連携室 社会福祉士、⁴院長

渡辺 朋子¹、田浦 尚宏²、田頭 隼人³、木村 正美⁴

わが国の年間自殺者数は、平成 10 年から 14 年連続で 3 万人を超えて推移し、平成 27 年に 24,025 人と減少傾向に転じたが、若年層（20 歳未満）の死亡率は横ばいであり、20 歳から 30 歳代の死亡原因の 1 位は自殺である。

熊本県の自殺率は、18.6%（平成 26 年）であるが、人吉球磨地区は、27.6%と高い傾向にある。そこで、圏域の関係機関が地域の実情を共有し、活動報告や意見交換を通し、連携強化を図る目的で平成 25 年に人吉・球磨地域自殺対策連絡会が発足し、地域の急性期病院として、当院から医師・看護師・社会福祉士が参加した。

当院は、急性期医療を提供し、年間約 2000 件の救急搬送患者に対応しているが、精神科がないことで救急での精神科患者への対応に苦慮していた。そこで、平成 28 年 12 月に医療機関と保健センター・警察署で具体的事例検討と人吉球磨地域の体制を検討し、人吉・球磨地域の精神科救急医療体制（休日・夜間体制）フローチャートを作成し、自殺企図患者の連絡体制は構築されつつある。

一方で、精神的不安を抱えた患者が受診した場合の地域との連携が不十分である事から繰り返し自殺企図患者が搬送される事例も多く認める。その事から地域で行われているゲートキーパー講習会に着目し、平成 29 年 8 月にゲートキーパー講習会を開催する事とした。ゲートキーパーとは、「悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人の事である」と言われている。このように、研修会を開催する事で、救急搬送される自殺未遂患者や自殺企図患者への対応技術が向上し、次へ繋ぐ事が出来ると考える。また、生活の場である地域に目を向け、医療関係者がゲートキーパーになる事で、身体的・社会的・精神的問題を抱えた人を早期に医療機関などへ繋ぐ事が出来ると考える。また、今後は、人吉・球磨地域自殺対策連絡会を活用し、地域で生活する精神疾患を抱えた人を保健センターなどへ情報提供し、地域全体で支えるような連携を構築したい。

座長：住田 安弘（JCHO 四日市羽津医療センター 院長）
磯谷 聡（JCHO 中京病院 薬剤部長）

SE3 医師と薬剤師が協働して、 地域で取り組むポリファーマシー対策 ～「北九州高齢者薬物療法研究会」 発足とその活動～

¹JCHO 九州病院 薬剤部長、
²主任薬剤師、³老年内科部長

末松 文博¹、小倉 秀美²、吉国 健司²、折口 秀樹³

今後増大する高齢者薬物療法に対する医療ニーズや予防医療に対しては、薬の専門職である薬剤師が地域の医師や多職種と協働して取り組み、成果を示していく必要がある。高齢者薬物療法において近年問題となっているポリファーマシー対策については、平成 28 年度に「薬剤総合評価調整加算」が新設されるなど、国も後押しをしている。

我々は平成 29 年 2 月に、北九州勤務薬剤師会会員施設に対しポリファーマシー対策に関するアンケート調査を行った。その結果、薬剤総合評価調整加算を算定していないが 56 %、月に 1 件以下の算定が 31 %であり、多くの施設が算定できていない実態が明らかとなった。また、課題として「専門外の薬の場合、提案に対しても医師は消極的になる」「医師、さらには患者自身が不必要な薬を減らしたいと思わないと難しい」など医師との協働が必須との意見があがった。

そこで、北九州市八幡地区の基幹病院の医師（院長、副院長、部長）や薬剤部長、医師会や薬剤師会の幹部など 18 名が世話人となり「北九州高齢者薬物療法研究会」（事務局：JCHO 九州病院薬剤部）を立ち上げた。4 月 22 日には九州病院講堂において設立記念講演会（参加者 165 名）を、さらに 7 月 5 日には、全員参加型の WS（参加者 140 名）を開催した。参加した八幡医師会会長や副会長からは、今後も是非参加したいと高い評価を得た。研究会の取り組みは、マスコミでも多数取り上げられ注目されるとともに、行政からも協力依頼を受けている。研究会では、講演会と WS をそれぞれ年 2 回程度開催する。その他、一般市民向けの講演会や共通の患者情報提供書の作成なども想定している。

ポリファーマシー対策など、一施設ではできないことも地域全体で取り組むことで、より効果的な取り組みが可能となる。全国の政令指定都市の中で最も高齢化が進んでいる北九州市において、今後の地域医療のモデルとなるような活動を進めていきたいと考えている。

SE4 臨床検査技師による 地域への参画～運転免許更新時の 認知機能検査の実施～

¹JCHO 札幌北辰病院 臨床検査技師長、
²JCHO 埼玉メディカルセンター 臨床検査技師長、
³JCHO 大阪病院 臨床検査技師長、
⁴JCHO 南海医療センター 臨床検査技師長、
⁵JCHO 群馬中央病院 臨床検査技師長、
⁶JCHO 中京病院 臨床検査技師長

前島 澄子¹、小山 博史²、小川 祐司³、
御旗 雅敏⁴、深澤 恵治⁵、片山 孝文⁶

【はじめに】2017 年 3 月 12 日に高齢運転者への認知機能検査を強化する改正道路交通法が施行された。5 月末までに 431,338 人中 11,617 人が「認知症のおそれ」と判定され、今後も増加が予想される。しかし、高齢者の精神面や生活に影響しかねない検査にもかかわらず、医療免許をもつ者が行っているとは限らない。臨床検査技師は、検査の専門家として認知機能検査の精度を保ち、地域の交通安全と認知症の早期発見に務めるべきではないだろうか。

【提案】専門研修を受けた臨床検査技師が、JCHO 病院で運転免許更新時の認知機能検査を行い、「認知機能低下のおそれがない」高齢運転者には「証明書」を発行し、検査を免除できる体制をつくる。

【期待される効果】検査の質を保証し、医師の診療負担を軽減する。「認知症」や「認知機能の低下」のおそれのある高齢者が速やかに院内の専門医に受診できるため、認知症の発症や重症化の予防に貢献できる。専門医不在の病院も、地域連携を活かし CT や MRI 実施後、患者を紹介することで収益が見込め、免許更新が円滑になるため高齢者の検診としての需要も期待できる。

【計画】地域の運転免許センターでの調査を基にアンケートなどを用いて、全国の運転免許センターにおける認知機能検査の現状を調べる。同時に JCHO 病院における検査技師の認知症検査への関わりや認知症領域検査技師数、JCHO 認知症対応力向上研修の受講状況などを把握し問題点を明確にして、導入計画を作成する。検査技師の研修を行い、各地区選出のモデル病院で検査実績を作り、院内実施を目指す。検査実績と収益、現行検査との認知症の発見率の差などから本提案の評価を行う。

【今後に向けて】検査室から飛び出し、臨床、そして地域で活躍する検査技師像を想像して、運転免許更新時の認知機能検査の実施を提案した。医療チームの一員として地域住民を支える、そんな臨床検査技師をいっしょに目指そうではないか。

座長：住田 安弘（JCHO 四日市羽津医療センター 院長）
磯谷 聡（JCHO 中京病院 薬剤部長）

SE5 当院における食育の取り組みと 今後の課題について

JCHO さいたま北部医療センター 栄養管理室長

猪狩 玲子

【はじめに】私たちの身体は日々、摂取したものから作られている。そして、健康な身体は幼児期から学童期の食事に左右されるとも言われている。心身ともに健康な身体を作ることは、必要な栄養素をバランスよく摂取することであり、中でも学童期の食事は成長の過程でとても重要である。そして現代社会においては、食に対する様々な情報が飛び交い、食育の重要性を文字で理解はしていても、実際の生活につながっていない保護者も多いのが現状である。

【実際の活動】近隣の小学校より、保護者を対象に食育講習会をとの依頼を受け、平成 25 年、26 年には、講義と調理実習を行った。事前に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し、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した。その後は平成 27 年に病院まつりでの味噌汁試食会、平成 28 年には夏休み、冬休みの長期休暇中の幼児、学童を対象に親子料理教室を開催した。また、小児科医師からの依頼で、小児肥満の栄養相談も継続で、現在 10 組ほどの親子に定期的に指導を行っている。

【考察・課題】子どもの食事は大事であると感じながらも、時間とお金をかけなければ、きちんとした食事を作ることが出来ないと思い込んでいる保護者が非常に多いのが現状である。また入院中の児童の親からは、「病院食は子どもらしい食事ではない。」「私が食べて美味しいと思うが、子どもには向かないと思う。」などといった声が聞こえてくることに、ある種の恐怖を覚えるものである。食文化の変化、その全てを否定するものではないが、未来を担う子どもの健康維持と食習慣の重要性を伝えていく事、さらには親任せではなく、子ども自身に身を守る術として、食の重要性を教える事こそが、私たち栄養士の役割であり、今後の課題であると考えている。

教育セミナー

地域包括ケアとICT～多施設・多職種の連携を目指す、 天かける医療介護連携事業の課題～

¹NPO 法人天かける 理事、²理事長

佐野 弘子¹、伊藤 勝陽²

総務省 国勢調査・住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査によると、尾道市の人口は15万人弱、高齢化率は34.2%。高齢単身世帯（65歳以上の単身世帯）と高齢夫婦世帯（夫65歳以上で妻60歳以上の夫婦一組の世帯）を合わせた割合は33.1%となっています。高齢者のみの一般世帯の割合は全国平均（22.5%）に比べ10.6%ポイントも高くなっています。高齢化率は県や国に比し約10年先行し、我が国の高齢社会の課題に直面している現状です。

このような背景をもとに1990年代より医師会が中心となって医療・介護連携を始めました。この医療・介護連携（尾道方式）をよりスムーズに、質の高い医療と介護、包括ケア実現にむけて2011年より総務省の健康情報活用基盤構築事業、内閣府の地域活性化総合特区（医療・介護・健康分野）、広島県の在宅医療推進拠点整備事業補助金によりICT基盤整備に取り組んで参りました。一人の患者さんの医療（薬や検査結果など）や介護（ADLなど）等の情報が、直接サービスを受ける施設・建物が変わってもスムーズに連携できるための、ICTによるシステム構築であります。多くの組織・施設が関連するため、医師会・NPO等民間主導の協議会において運営し行政とも連携を取りながら国の支援が終わった後も取り組みを継続・発展させています。

地域完結型の医療介護連携包括ケア提供を実現させるためには、タイムリーでスピーディーな情報共有が不可欠です。紙等による従来の手法では物理的距離を埋めることはできません。質の高いサービス提供には地域包括ケアに必要な共有情報を電子化し、ICTにより共有を実現し、地域全体を一仮想病院として捉える必要があると考えます。

以上のような地域包括ケアとICTへの取り組みに関して課題と対策について紹介します。

東京2020パラリンピックを契機にした共生社会の実現

アテネ・北京・ロンドンパラリンピック射撃日本代表
日本郵船株式会社 広報 CSR グループ 社会貢献チーム

田口 亜希

東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会の開幕まで3年を切った。同大会が世界最高峰のスポーツ大会であることはもちろん、開催都市である東京、そして日本社会に与える影響は大きい。中でも東京 2020 パラリンピック競技大会（以後、「東京 2020 パラリンピック」）は超高齢化社会を迎える日本にとって、人種・障がいの有無などを自然に受け入れ互いに認め・助け合う「共生社会」を実現していく大きな契機となる。

本セミナーでは、客船「飛鳥」の乗組員であった私が25歳の時に車椅子の生活となり、その後パラリンピックへの出場した経験も交えて、東京 2020 パラリンピックの開催意義や日本社会にもたらすレガシーをお話する。

パラリンピックの起源は、1948年にイギリスのストックマンデビル病院でロンドンオリンピック開会式と同時に開催された、車椅子利用の入院患者による競技会とされる。その後、東京 1964 オリンピックの後に「第13回国際ストックマンデビル車椅子競技大会」が「パラリンピック」という愛称で開催された。当時は車椅子利用の競技者による大会であったが、現在のパラリンピック競技者の障がいは多岐に渡り、東京 2020 パラリンピックでは22競技537種目が実施される。

東京 2020 パラリンピックでは4,400名の障がい者アスリートが参加するほか、車椅子利用をはじめとする障がいがある多数の観客の観戦も想定されることから、競技会場はもちろん、会場に行くための公共交通・道路などのバリアフリー化が計画されている。またそれらの使い方などハードを補うソフト面も含めた「アクセシビリティ」が重要となる。セミナーではこの「アクセシビリティ」とはどのようなものか、そしてその概念が東京 2020 パラリンピックのレガシーになるためにはどのような事が必要かお話ししたい。

医療分野、病院、介護施設等における 「システミック・コーチング」

株式会社コーチ・エィ 専務取締役

桜井 一紀

「システミック・コーチング」とは「コーチ型マネジャー」を組織内に配置、機能させることで、対話型の自ら考える文化を醸成し、自律主体性の高い組織を作ることです。一般企業だけでなく、病院という様々な専門職で構成され、以前にも増してチーム力が問われている組織でも、マネジメントの効果や効率を高めることを目的に「システミック・コーチング」を導入する試みが進んでおります。

病院において「システミック・コーチング」を導入する際の目的は、下記のように様々です。

●次世代リーダー開発

個人のニーズが多様化している現在の病院組織の中で果たすべき役割の大きいリーダーを積極的に開発・育成することで、病院全体を動かしている職員の活性化につなげたい

●職員満足度の向上

部門や診療科毎に異なる職場環境の中で、職員満足度の鍵となる上司との対話の質を改善し、自発的で“働きやすい職場”にしたい

●チーム医療の推進

対話を通して、専門性の高さや職種による視点の違いを認め合い、医療の質や医療安全の向上を実現するチームを作っていきたい

「システミック・コーチング」を導入するにあたっては、導入目的を明らかにするとともに、何を学び、何をどのように実行していくのかその手順を知っておく必要があります。本セミナーでは、コーチ型マネジメントの実施方法を中心に以下の内容について事例を交えてご紹介させていただく予定です。

「システミック・コーチングとは何か」 / 「コーチ型マネジメントとは何か」

「なぜコーチングが必要なのか」 / 「コーチングの効果」

「コーチングが機能する領域としない領域」 / 「対話することの意味」

「専門性とコーチングの関係」 / 「病院におけるシステミック・コーチング導入の事例」等。

なお、会場内に弊社のブースを出展しております。資料等を配布しておりますのでお気軽にお立ち寄りください。

睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に!! ～知られざる睡眠の働きを知り、質の良い眠りへ～

東洋羽毛工業株式会社・一般社団法人睡眠教育機構認定 睡眠健康指導士

臼杵 礼司

高度に成熟した日本社会は、生活が便利・快適になり 24 時間眠らない社会となっています。その中で、本来、人間に備わっている体内時計が乱れ、睡眠トラブルや健康問題を抱えている人が国民の 1 人／4 人～5 人という状況になっています。

専門家による睡眠の研究が進み、睡眠トラブルが、子供の心身の成長や学力に影響したり、生活習慣病などの因子となったり、また、重大な産業事故・交通事故のリスクを高める要因であることが解明されてきました。

情報機器の急速な普及や 24 時間社会の中で、普通に生活しているだけで体内時計が乱れ、それにより睡眠の質が低下し、ホルモンの分泌が乱れ、生活の質の低下をまねきやすくなっています。人生 80 年時代、その 1/3 を眠るとすると 24 年は眠っている計算です。この 24 年の良し悪しが、起きている 56 年の人生を左右すると言っても過言ではありません。

私たちは毎日、眠りますが、その間に営まれる様々な働きが、翌日の心身の状態を左右します。

例えば、睡眠の長短が食欲が増すことや、ご機嫌の良し悪しに関係していたり、眠りを安定させるホルモン「メラトニン」、その分泌を促す神経伝達物質「セロトニン」の安定が、食生活に関係していることがわかってきました。等々、様々な睡眠の働き・役割を知り、習慣を整えることで心身の状態を良好に保つことにつながります。

お話を通して、皆様がキラキラと輝いて生活・仕事をされるヒントになれば幸いです。

東洋羽毛では、これからもと機能性の高い商品と正しい睡眠知識の提供を通して、皆様の健康的で笑顔の溢れる人生のサポートができるよう活動して参ります。睡眠健康指導士とは

※一般社団法人「日本睡眠教育機構」(JSES) が認定する資格です。

座長：梅枝 覚（JCHO 四日市羽津医療センター 副院長）

新しい時代に入ったIBDの内科治療 ～当院におけるバイオシミラーの使用経験を踏まえて～

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 部長

吉村 直樹

炎症性腸疾患（IBD）は原因不明の再燃と寛解を繰り返す慢性の難治性の炎症性腸疾患である。本邦においても食生活の欧米化に伴い、患者数は年々増加しており現在、20万人を超えている。IBD治療のゴールは粘膜治癒による手術回避であるが、これを達成するためにはspeedとcontrolを備えた2刀流のオプションが必要である。近年、登場したバイオ製剤は中等症以上の症例に対する2刀流のオプションであり、バイオ製剤の導入で粘膜治癒は加速化した。IBD領域でのバイオ製剤にはこれまでインフリキシマブ（IFX）、アダリムマブ（ADA）が保険適用となっていたが、今年になり新たにゴリムマブ、ウステキヌマブが承認され、IBDの寛解導入率、手術回避率の向上が期待できる一方でバイオ製剤の不適切な使用過多が国民医療費の高騰を招いている。このような中、非バイオ医薬品（低分子医薬品）を中心に以前より後発品（ジェネリック）への切り替え政策が始まっており、高額であるバイオ製剤についても後発品に切り替えようという潮流が押し寄せているのは事実である。バイオシミラー（BS）とは先行バイオ薬品と同等・同質の品質を有するバイオ後続品を指し、先発医薬品と有効成分、用法・用量、効能・効果が同一である後発品とは一線を画す。インフリキシマブBSはIFXの後続品であり、既に世界79カ国で承認されており先行品と有効性、安全性に差がないことが海外でも報告されている。本邦でも昨今、先行品からインフリキシマブBSへの切り替えを推奨している病院が増えており、当院でもこれまで30例のIBD患者にインフリキシマブBSを導入したが、先行品と同様の有効性と安全性を認めている。IBD領域は市場規模が大きいため今後も続々とBSの参入が予想され、本格的なBS時代の幕開けになりそうだ。医療費高騰の一因となっている先行バイオ製剤の使用を見直す時代に来ている。

O-278

20mm以上の腎結石に対するTULおよびESWL併用療法の治療成績

原浩司、青木重之、山田芳彰

JCHO 可児とうのう病院 統括診療部 泌尿器科

＜目的＞

20mm以上の腎結石に対しての治療法は、尿路結石診療ガイドラインでは経皮的結石破砕術（PNL）が第一選択である。経尿道的結石破砕術（TUL）は、主に尿管結石に対して施行されてきたが、硬性・軟性尿管鏡の発達により、腎結石に対しても安全にアプローチ出来るようになった。近年では、PNLの適応となる大きな腎結石に対して、TULと体外衝撃波結石破砕術（ESWL）を組み合わせることで良好な治療成績が報告されている。今回、我々は20mmを超える腎結石に対し、TULおよびTULとESWLを併用した症例の治療成績と合併症を検討したので報告する。

＜患者背景＞

2012年4月から2017年3月までにTULを施行した206症例中、20mmを超える腎結石10症例を対象とした。男女比は、男性6例、女性4例、年齢は37歳～74歳（平均年齢52.3歳）、結石径は20.5mm～30mm（平均23.17mm）、結石部位はR1 4例、R2；6例であった。

＜方法＞

腰麻静下にて碎石位とし、膀胱鏡にて尿管口より0.035inchのガイドワイヤーを2本留置、硬性尿管鏡を直視下に挿入し、尿管内を観察。尿管狭窄がないことを確認し、硬性尿管鏡で到達できる腎結石に対しては365μmのレーザーファイバーで破砕した。硬性尿管鏡で到達できない腎結石に対しては軟性尿管鏡を使用し、200μmのレーザーファイバーで結石を破砕した。術後は尿管ステントを2週間留置した。

＜結果＞

TUL単独でstone freeとなった症例は5例（stone free rate: 50%）、ESWLを併用した症例が4例、ESWLを併用しても破砕できなかった1症例は、TULを追加しstone freeとなった。今回の検討では、全体のstone free rateは100%であった。合併症は1例に発熱を認めた。手術時間は平均89.1分（65分～115分）であった。

＜結語＞

20mm以上の腎結石に対し、TULとESWL併用による結石破砕術は安全で有効な治療法である。

O-279

当院における末梢性肺腫瘍に対する診断目的の気管支鏡検査について

森田克彦¹、坂田晃一郎¹、村上誠一²、渡邊孝幸³、吉田智子⁴、安森亜希子⁴、足立美智子⁴、伊川恵美⁴、角弘子⁴、波佐英美⁴¹JCHO 下関医療センター 外科、²放射線部、³臨床工学部、⁴看護部

背景：本邦の高齢化、CTの普及で肺病変が多く見つかるようになった。それにともない診断目的の気管支鏡検査は増える一方である。しかしながら、気道に対する内視鏡検査ゆえに侵襲は少なからず存在し、それに見合う診断率が得られているのか検証が必要である。

対象と方法：悪性を疑う末梢性肺病変128例に対して本例を施行し、最終診断が悪性であった90例を対象とした。末梢病変に対する誘導気管支を同定するため、目視による枝読み図作成、仮想内視鏡作成（医師がDirectPath、放射線技師がSynapse Vincentを操作）を予め行う。鎮静下に極細気管支鏡（BF-XP290 オリンパス）で気管支観察を行い、透視併用で枝読み図やナビ画像に従い病変、あるいは病変近傍まで誘導、関与気管支を最終的に決定する。続いて細径気管支鏡（BF-P290 オリンパス）を生検目的に再挿入し、EBUS-GS(endobronchial ultrasound with guide sheath)法にて検体採取する。Radial型超音波プローブに先端金属マーカー付きのガイドドリスを被せたGS probeを病変関与気管支に挿入し、出来るだけ内部到達するようにした。ガイドドリスは病変内にあるため一定のタンポナーデ効果があり5回の擦過、生検をルーチンにした。生検による組織検体、擦過、気道洗浄、シース洗浄、器具洗浄による細胞診検体を得た。迅速細胞診は導入していない。

結果：気管支鏡診断率は80/90（88.9%）であった。1例の気胸が発生したがドレーナージ不要で軽快した。

結語：従来の報告に比較して同等以上の診断率が得られた。今後は検査時間短縮目的に迅速細胞診の導入が望まれる。

O-280

病棟薬剤業務導入による薬剤師業務の量的・質的变化の検討

小材直人、鈴木一成、和田七実、山中碧、村田文、大熊範和、西場弘美、田子加代子、森田淳介、新本美枝、山賀章一

JCHO 群馬中央病院 薬剤科

【目的】

平成24年4月の診療報酬改定で入院基本料の加算に病棟薬剤業務実施加算（以下：加算）が新設され、薬剤師が病棟で積極的に薬物治療への支援に取り組むことで、医師等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に寄与することが求められている。今回、病棟薬剤業務（以下：病棟業務）導入後の病棟業務の量的・質的变化について分析し、今後の業務展開、課題について検討を行ったので報告する。

【方法】

1. 量的変化は、加算取得後の薬剤管理指導請求件数（以下：指導件数）、持参薬解析件数の変化、さらに病棟業務時間について解析を行った。
2. 質的变化は、新規薬剤師業務として、薬学的介入の内容、同受診率、ランチタイムミーティングについて検討を行った。

【結果】

指導件数は、加算取得前は500-600件/月であったが、導入後は800件/月台を推移し、持参薬解析件数も5000件/年と増加し、病棟業務時間は22.7時間/週であった。薬学的介入は、開始初年度は370件/年であったが、平成28年度は1400件/年と大幅な増加が見られ、介入受診率は90%台であった。また、ランチタイムミーティングでは各病棟間での問題点、介入事例の共有を行い、介入件数の増加に繋がった。また、ミーティング時に週2回腎機能低下患者に対する評価を行い、腎排泄型薬剤の適正使用への関わりを通じ、病棟間での標準化、可視化に繋がった。

【考察】

加算の取得は、指導件数の増加と共に病院内での医薬品適正使用や未だの副作用回避、医師等の負担軽減に繋がり、さらに薬物療法における質的向上に寄与できると考えられるが、業務内容や人的問題で病棟業務が導入できていない施設がまだ多くある現状となっている。今後、更なる業務の可視化を行うことにより医療安全、病院経営等へも大きく貢献できると考える。また、課題として地域包括ケア病棟稼働による指導件数減少への対応や薬剤師の病棟配置の妥当性が今後の課題となっている。

O-281

多発性骨髄腫に対するカルフィルゾミブの使用経験

兼松哲史¹、中村英明¹、伊藤貴彦²、吉田均²¹JCHO 可児とうのう病院 薬剤科、²統括診療部 内科

【目的】

新規プロテアソーム阻害薬であるカルフィルゾミブ（以下、CFZ）は再発または難治性の多発性骨髄腫治療薬として2016年8月に薬価収載され、レナリドミド（以下、LEN）、デキサメタゾン（以下、DEX）との併用（以下、KRd）において使用可能となった。可児とうのう病院（以下、当院）では2017年1月から導入開始となり、今回は当院での使用経験について報告する。

【方法】

2017年1月より2017年4月までに当院にてCFZが施行された7例についてレトロスペクティブに調査を行った。

【結果】

年齢中央値75歳（64-84）、男性/女性：5例/2例、前治療レジメン数中央値：4（2-7）、治療レジメン：KRd7例、CFZRelative Dose Intensity（以下、RDI）中央値：100%（7.6-100）、LEN RDI中央値：32%（0-100）、DEX RDI中央値：50%（25-100）、overall response rate（以下、ORR）：28.6%、服薬アドヒアランス不良3例であった。

【考察】

海外第III相臨床試験（以下、PIII）と比較すると、ORRに差が生じた（当院：28.6% vs PIII：87.1%）。当院は前治療レジメン数がPIIIと比較すると多く、多剤耐性になっている可能性が推測される。またRDIについて、CFZはほぼPIIIと同等であったが、LEN、DEXは低下していた。LENのRDI低下が当院のORR低下の一因である可能性は推察されるが、当院では前治療としてすべての患者にLEN使用歴があり、LEN耐性を生じている可能性があることから効果が期待できず、血球減少などの副作用によって減量・中止が避けられない状況であったと考えられる。一方、服薬アドヒアランス不良患者が3例みられたことからRDI低下を回避し治療を継続していくために、薬剤師と看護師が協力して服薬アドヒアランスを向上させることが必要不可欠と思われる。

O-282

当院言語聴覚士による摂食機能療法の現状と今後の課題

城宝深雪^{1,4,5}、館博明¹、瀧川博子^{2,4,5}、正村裕紀^{3,4}¹JCHO北海道病院 リハビリテーション部、²栄養管理室、³外科、⁴栄養サポートチーム、⁵NST専門療法士

【目的】

厚生労働省公表の平成28年人口動態統計によると、肺炎は死因の第3位であり、そのうち65歳以上が97.2%を占める。肺炎患者の多くは誤嚥性肺炎であるが、高齢者では複数の疾患を併せ持ち、肺炎以外の基礎疾患の加療中に栄養状態の悪化やADL低下、嚥下機能低下を来し誤嚥性肺炎が生じる場合が多い。当院においても加療中に嚥下機能低下が生じる症例が多く、摂食機能療案件数が平成24年度に比し平成28年度では2倍と増加している。また、平成28年度、当院NST対象者237例の検討では、入院後の誤嚥性肺炎発症者21例について平均在院日数に対し6日間の延長、入院からNST介入まで5日間の延長、対象の11例が死亡退院という結果が得られた。今回、摂食機能療法対象者を見直し、現状の把握と今後の課題について検討した。

【方法】

対象は平成27年4月から平成28年3月まで入院中に摂食機能療法を実施した者とし、年齢、性別、基礎疾患、診療科、嚥下機能低下の出現時期、在院日数、入院から介入までの日数、訓練日数、栄養評価、介入時の口腔内状態、嚥下機能評価、終了時の栄養方法、認知機能低下の有無と介護度、転帰について後方視的に検討した。

【結果】

対象者は190例で平均年齢は82.3±8.7才、BMIの平均は男性19.7±4.4Kg/m²、女性19.31±3.7Kg/m²である。平均在院日数は51.0±34.8日、入院から介入開始までは11.2±15.6日、死亡例は34例であった。介護保険利用は135例であり、内要介護者は116例と全体の61.1%を占める。口腔内状態は179例(94.2%)で介入時の口腔内汚染を認め、義歯適不適合と共に終了時の栄養方法に差が認められた。

【考察】

当院での摂食機能療法対象者は介入時より、低栄養、認知機能低下、口腔内状態不良を認める。入院での嚥下機能回復において栄養状態の改善、及び口腔内状態の改善が必要と考えられた。

O-283

中規模病院に勤務する一般看護師の相対的医行為実施に伴う不安感とその関連要因

長川博美¹、名越民江²、南妙子³、真鍋芳樹⁴¹JCHOりつりん病院 看護課、²東京医療保健大学 和歌山看護学部 設置準備室、³香川大学 医学部 看護学科、⁴香川大学 アドミッションセンター

【目的】中規模病院に勤務する一般看護師の相対的医行為実施に伴う不安感と、その関連要因を明らかにすることである。

【方法】対象：全国組織をもつ医療団体に属する病床数200床以上350床以下の病院に勤務する看護師820名。方法：質問紙郵送法。質問紙の構成内容：先行研究から要因として抽出した基本項目8項目に加え、医行為46項目の不安の程度や実施に関する4項目と自由記述2項目。データ収集期間：2013年4月～7月。分析方法：統計解析ソフトSPSS ver.21を用いて、独立性の検定、群間比較、相関分析、数量化分析I類を行った。有意水準は5%以下とした。自由記述項目は、類似内容ごとに帰納的にカテゴリー化した。

【結果】配布数820名中、回収数746名(91.0%)、有効回答676名(82.4%)で、602名(89.1%)が「医行為実施に伴う不安感がある」と回答した。「医行為に関する取り決めがない」と「医行為の実施指示に対して疑問に思いつつも実施する」が「不安感がある」に関連し、医行為46項目の「不安の程度の個人平均」との関連では「医行為実施に伴う不安感がある」が不安の程度を高くし、「医師の指示があれば問題ないので実施する」が低くする要因であった。「不安の程度」と「実施頻度」の相関分析では、有意な負の相関を認めた。

【考察】看護師の医行為実施に伴う不安感の軽減に必要なことは、院内における取り決めや基準・手順の整備、看護師個人が実施責任を自覚し、不安や疑問があるときには医師や他の看護師に対して支援を求め、相談や依頼がしやすい組織風土や教育支援体制の充実が必要であると考えられる。

【結論】約9割の看護師が、医行為の実施に伴う不安感を持っており、関連する要因として「医行為実施に係る看護師の実施責任の認識の相違」、「医行為の実施頻度」、「医行為実施に関する院内での取り決めの有無」の3要因が明らかとなった。

一般演題
(ポスター発表)
11月17日 金

P1-01

マウスウォッシュ噴霧による口腔内の変化とケアの評価

浮須恵、善家かずみ、坂本女里子、渡邊恵理、小野菜子
JCHO 大阪みなと中央病院 看護部

【はじめに】

A 病棟は平成 26 年度に消化器内科から地域包括ケア病棟へ移行した。移行に伴い、日常生活援助が必要な患者が増え、口腔ケアに介助が必要な患者も増加した。口腔内汚染に対し、短時間でできる有効なケアの方法について文献検索し、マウスウォッシュの噴霧を取り入れたケアを知った。口腔アセスメントガイドを基に評価表を作成し、効果の評価をしたので報告する。

【方法】

自己で口腔ケアが出来ない患者を対象に評価毎に一日の噴霧の回数を決め、それに加えて通常のケアを行い口腔内環境の変化を評価した。病棟看護師にアンケート調査を行った。

【結果】

症例 1 は介入後に発熱みられ、中断。症例 2 は絶食中。意思疎通不可。常時開口状態であり、口腔内環境の改善はみられなかった。症例 3 は絶食中。意思疎通可。口腔ケアと摂食訓練開始し、食事開始となった。口腔内環境の改善がみられた。看護師へのアンケートでは、評価方法について簡単であったが 40%、難しかったが 13%、どちらともいえないが 47%、業務負担について、大変だったが 19%、大変ではなかった 44%、どちらともいえないが 37%、ケアを行ったことによる効果について 84% が効果を実感していた。

【考察】

症例を比較すると、患者の ADL や認知度もケアの有効性に関係していると考ええる。また、アンケートの結果より、簡易的なケアが業務負担の軽減には繋がらないとわかった。ケアの効果については、有効性を実感できたとの意見が多く、看護師の達成感に繋がったと考える。

【結語】

患者に合わせたケアの方法を取り入れることで、より口腔内環境の改善に繋がると考える。売店へ働きかけ、口腔ケアスプレーを取り扱ってもらえることができたため、今後もケアを充実できるように働きかけたい。今回、研究症例が少なく、研究の有効性は評価できないが、患者に合わせた効果的な口腔ケアを継続的にできるように、引き続き検討していく。

P1-02

緩和ケア対象患者のニーズに沿った食事支援

野添真由
JCHO 宮崎江南病院 看護部

【目的】

緩和ケアとは、患者・家族の苦痛を軽減し QOL を向上させることを目的とした医療である。今回、乳癌術後の末期患者に対して、他職種と連携し患者の思いに寄り添い、食事内容や提供時間などの調整を行った関わりが効果的であったか振り返る。

【背景】

乳癌末期にて ADL 低下、食欲不振を主訴に入院した 60 歳代女性。脳転移に伴う痙攣発作により絶飲食となったが状態改善後、経口摂取可能となった。食事に対する希望が多く聞かれた。

【結果】

状態改善後、ST 介入し、患者のニーズに合わせた食事内容で嚥下訓練、食事支援を行った。また、OT と連携し、お弁当作りやレクレーションへの参加など環境調整等を行うことで、車椅子へ移乗するなど活動性の向上にもつながった。また、病院食以外にも家族の持参したケーキなどを摂取する姿が見られ、亡くなる前日まで食事摂取を行うことができた。

【考察】

がんの終末期では咀嚼・嚥下機能が障害され、通過障害などにより通常の食事をとることが困難となることも少なくない。その為、患者自身や家族の食事に対する思いも強くなり、食べることの喜びが希望となるため、細やかな食事支援を行うことが大切である。A 氏も、ほとんど食事をとることが出来ていなかった。状態安定後、水を摂取することからはじまり、ST・管理栄養士と協力し A 氏の食事に対する満足感を得られる嚥下訓練を開始したことで、経口摂取が患者の生きる希望となり楽しみができたと考える。また、患者と医療者の間に、日常の会話の幅が広がり、患者との信頼関係の構築にも繋がった。また、病室とは違う環境で食事が出来たことも患者の自信に繋がった。また、病室に繋がったのではないかと考える。患者がおいしく食べる姿は家族にとって大きな励みとなり、最後の時まで A 氏とその家族の満足感が得られる関わりが出来たと考える。

P1-03

介護予防事業「いきいき百歳体操」の参加が早期退院につながった一症例

相場ひとり、柏崎尚大、田崎正倫
JCHO うつのみや病院 リハビリテーション科

【はじめに】

平成 29 年度よりリハビリ専門職が宇都宮市の介護予防事業に協力することになり、そのモデル事業として 3 ヶ月間の「いきいき百歳体操」を実施した。その時の参加者で当院に入院、廃用症候群となったが理学療法（以下 PT）介入後早期回復・退院に至った症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

消化管出血疑いで入院した 80 歳代女性。身長 146.2cm、体重 50.0kg (BMI23.4)、入院後絶食。3 病日より GFO 開始。6 病日より流動食開始。12 病日より全粥となり 8 割の摂取が可能となる。入院後トイレ以外はベッド上安静であり、トイレ歩行も介助を要した。6 病日より PT 開始。13 病日より退院が可能な状態となった。なお、入院の 8 ヶ月前より 3 ヶ月間宇都宮市の介護予防モデル事業に参加。その後も 1 回/週の頻度で「いきいき百歳体操」を続けていた。

【経過】

モデル事業最終日握力右 25.0kg、左 21.0kg、開眼片足立ち 37 秒、Time Up and Go Test（以下 TUG）6.75 秒。入院後 PT 開始時、開眼片足立ち不可、TUG10.28 秒（点滴台使用、介助にて）。この時、両下肢筋力は MMT4 に保たれていた。そこでバランス・持久力向上による各動作・歩行の安定性の獲得と実用性の向上を目的に介入を開始した。途中、「いきいき百歳体操」も取り入れた。PT 介入後 1 週間で歩行自立となり退院許可となった。退院時握力右 18.5kg、左 18.0kg、開眼片足立ち 44.0 秒、TUG 8.19 秒、独歩自立。

【考察】

介護予防事業に参加することで良好な身体機能を保つことができていたために、入院後の早期回復・退院につながったと推察される。介護予防は、個々の高齢者の生活機能や参加の向上をもたらし、それによって生きがいや自己実現の取り組みを支援し、QOL の向上を目指すことを目的としているが、今回の症例を通して、発症後の廃用症候群の予防・早期回復にも有用であることが示唆された。

P1-04

JCHO 玉造病院附属健康増進ホーム玉造について～理学療法士としての健康増進活動や介護予防的取り組みについて～

吉野一太、山本緑、八澤しのぶ、権藤要
JCHO 玉造病院 リハビリテーション科

【はじめに】

健康増進ホーム玉造（以下、ホーム）は、JCHO 系列唯一の病院併設の療養施設である。ホームでは、理学療法士による外来個別リハビリと集団による運動指導、看護師による健康相談、栄養士による栄養指導を行なっている。また、温泉地の特性を生かし、運動・栄養・休養をテーマとし、開設 30 年間継続し利用者の健康増進をサポートしている。今回、利用者の詳細を調査し活動内容を加えて報告する。

【方法】

利用者の年間利用者数、年齢層、男女差、利用泊数、出身県などを過去 30 年のデータから調査した。

【結果】

利用者数は年間延べ約 17223 人、年齢層は、40～90 代と幅広く 70～80 代に多く、男女比は 5：7 である。利用宿泊数は 3 泊～3 か月と多岐に亘り、個別リハビリを受ける利用者は慢性期の方が多く、ホームを 1 ヶ月以上利用する方が多い傾向にある。また、利用者は地元に限らず関東（6%）、近畿（35%）、中国（48.2%）、四国（2%）、九州（6%）と遠方から幅広く来られている。

【活動内容】

ホームでの理学療法士の役割は、腰痛・膝痛・転倒予防・ロコモティブシンドロームについて、運動の重要性をまとめた資料を配布し、生活指導と集団体操、脳トレーニングを行い、利用者の健康寿命の延伸に取り組んでいる。また、必要な方には外来リハビリにて個別に評価・訓練を実施している。その他には、地域の老人会の方達に、ロコモティブシンドロームの普及・啓発活動を行っている。

【検討】

2025 年には 4 人に 1 人が後期高齢者という超高齢社会となり、医療・介護・福祉サービスの充実と介護予防が求められる。介護予防とは、高齢者一人ひとりが健康増進や介護予防について自分のこととして意識できるように支援し、高齢者自身が地域で自立した日常生活を送ることが大事とされている。今後は、自ら健康増進や介護予防について考えることが大切で、ホームは利用者や地域の高齢者に、その意識変化を促す支援を行っていく。

P1-05

家族ケアも含めたサポートにより目標を達成した一事例

武田志保、成田元氣、大波聡司、石井亮太、山田幸信
JCHO 登別病院 リハビリテーション室

【はじめに】

父親との死別を契機に環境が大きく変化し、生活の課題の見直しが必要となった事例と関わる機会を得た。対象喪失による強い落ち込みから回復し、目標達成に至るまでの経過を以下に報告する。

【事例紹介】

50代女性。左片麻痺Br.stage上肢・手指I～II、下肢IV。重度の感覚鈍麻、視覚障害あり。移動は4点杖AFO使用し見守りレベルだが車椅子介助。移乗や立位を要するADL動作全般介助。日中の主介助者は両親。

【経過】

開始から3ヶ月：父親の死により日中の独居が必要となりヘルパーが導入された。ケアマネジャーより、訪問リハビリには日中のトイレ動作の自立を目標として提示された。数ヶ月間はヘルパーの介助を受けながらの生活をしていましたが、落ち込みが強く健康状態に影響した。ヘルパーの利用を中止し、平日は実家で過ごすこととなる。プログラムは受動的な内容へ変更し、事例と母親の心理状況の評価と生活課題の再抽出を図った。3ヶ月～15ヶ月：事例・母親共に、強い悲嘆の状態にあった。これまでは両親が生活行為全般の介助を担っており、独力で生活動作に取り組む機会が無く、トイレ動作の自立の必要性は感じながらも達成の確信がもてない状況にあった。事例だけでなく母親も共に悲嘆のケアと身体機能・能力の理解が進むよう、両者に対して関わりや運動の内容を修正した。15ヶ月～27ヶ月：父親への気持ちの整理、不安の軽減が両者共に進み、トイレ動作を始めとするADL動作に積極的に取り組むようになった。自信が回復し排泄動作が修正自立となった。また、獲得した動作を応用し、自ら自宅内の活動範囲・内容の拡大を図るようになっている。新たな目標として更衣動作の自立の希望が聞かれている。

【考察】

家族の絆が強く、要となっていた父親の他界により、生活行為に取り組む以前に、事例と母親の心身の自立という課題が生じていた。事例と母親にとっての父親の役割を補完する関わりが重要であった。

P1-06

当院のTHA満足度とその傾向

半田彩、山崎敦広、田村淳、小村大輔、権藤要
JCHO 玉造病院 リハビリテーション室

【はじめに】

島根県は高齢化率が全国3位であり、高齢独居者や同居世帯でも日中1人になる高齢者が多い。都市部と異なり、買い物や外出時の交通手段が乏しく、通院が困難である場合が多いため、退院時にある程度の能力を獲得しておく必要がある。当院における先行研究において日本整形外科学会股関節疾患評価質問票（以下JHEQ）を用いて人工股関節全置換術（以下THA）の術後6ヶ月までの経時的変化を調査した経緯がある。そこで脱臼肢位における指導の見直しとADL訓練開始時期を早めるクリニカルパス（以下パス）改定の必要が示唆された。パス見直し後、再度どのような変化があったのかをJHEQを用いて、分析し検討したので報告する。

【対象】

パス改定後の平成29年2月1日から平成29年4月19日までの間にTHAを施行してJHEQを実施した22名（男性3名、女性19名、平均年齢69.1歳±9.1）に対し分析を行った。なお、当院の倫理規定に沿って研究を行った。

【方法】

1：術前後のJHEQの結果をカルテから取得し、先行研究と比較して疼痛、動作、メンタルの分析・検討を行った。統計処理はt検定を用いた。有意水準は5%未満とした。2：各項目間をCORREL関数を用いて分析した。

【結果】

1：パス改定前後のメンタルの項目で有意な改善を認めた。改訂前は7項目中3項目（Q15、19、20）で有意差はなかったが、改訂後は7項目全ての項目で有意差を認めた（ $P<0.05$ ）。2：メンタル・疼痛（ $\gamma=0.5$ ）、メンタル・動作（ $\gamma=0.6$ ）で正の相関関係が認められた。改訂後は痛みとメンタルの相関性がより強く認められた。

【考察】

パス改定により患者へ不必要な脱臼肢位の指導が不要になったことと、指導方法を前向きなものにしたことが疼痛軽減に伴うメンタル面の向上に繋がったと考える。今後は身体機能の評価も含め検討し、退院後に質の高い生活が送れるよう、更に個別性のある対応が必要であると考え。

P1-07

通所リハビリテーション室における介護福祉士の役割り～口腔ケアを通じての在宅支援～

杉田剛志
JCHO 湯布院病院附属居宅介護支援センター

【はじめに】

Y病院の通所リハビリテーション室（以下通所リハと略す）の平成29年4月現在の登録者数は約130名、1日平均約40名の利用がある。利用者の多くは口腔ケアの意識が低く、口腔トラブルや、肺炎等で入退院を繰り返す事例もあった。そこで、口腔ケアの定着を目的に介護福祉士・看護師を中心とした『口腔チーム』を結成し、個別的に生活に沿ったケアを行っている。その結果、利用者の意識変化と口腔機能の向上が図れたので報告する。

【対象と方法】

対象者は全利用者で介護福祉士が簡易ROAG（=Revised Oral Assessment Guide 以下ROAGと略す）を使用した評価を行い、口腔状態に何らかの問題がある者には看護師が嚥下機能面の状態も含めたROAG評価により、更なる問題点の抽出を行う。評価を基に目標設定を行い、チームアプローチとして看護師による嚥下機能を中心とした専門ケアと、介護福祉士による口腔ケア手順の指導等を中心とした基本ケアに分けて介入を行う。また、生活背景は送迎時に介護福祉士が情報収集後、必要に応じて在宅での環境調整を行い、家族や他事業所と連携を図る。

【結果】

家族や他事業所と連携しアプローチする事で意識改善に繋がり、食後のケアを生活リズムに取り入れ習慣化できた事例、また、セルフケアの手技習得や口腔機能向上を図ることで、活動範囲が拡大した事例、肺炎等の重症化を防いだ事例もあった。

【考察】

口腔状態に何らかの問題がある者には環境面・経済面等の多面的な問題が潜んでいることがわかった。在宅での口腔ケア継続の為には在宅と通所リハを行き来している介護福祉士が口腔ケアの必要性を本人や家族へ啓発し、生活に沿ったケアの方法を提案するなど、専門職として担う役割は大きい。今後も利用者を取り巻く、様々な人と繋がり専門性を発揮していきたい。

P1-08

精神疾患療養者と認知症の母親との在宅療養支援

室塚亜希子、尾付野恵美子、本田輝寛
JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院附属訪問看護ステーション

【はじめに】

統合失調症は発病率 100 人に一人と言われており認知症高齢者は 65 歳以上の高齢者の 7 人に一人と推計。精神疾患に対する偏見や理解不足により病気を知られたいくと思っている人も多い。S 氏も入院中、精神疾患である事を隠し内服中断していた。入院前は母親の介護を行いキーパーソンとしての役割を果たしていたが、退院時にはその役割遂行が難しい状況であった。今回、S 氏と母との在宅療養生活を継続するためにアウトリーチ活動によるサポート体制の構築にむけ取り組んだのでここに報告する。

【状況】

S 氏 66 歳男性、要介護 2。90 歳認知症母親と 2 人暮らし。介護者・キーパーソン不在。病名：腎部膿瘍。

【経過】

屋外で転倒し A 病院入院。腎部膿瘍手術目的で B 病院へ転院したが手術拒否。退院前カンファレンスに訪問看護師参加し精神的支援により本人が病状を受けとめ手術をすることになり術後ドレーン留置し退院となる。認知症母親との在宅生活が再開。S 氏は原因不明の意欲低下がありセルフケアにおいて声掛けと一部介助が必要な状況。退院 2 日後自宅にて精神障害手帳発見。訪問看護師が区役所保健師に連絡をとり統合失調症フォロー歴確認。訪問看護師と本人話し合い精神科受診し治療中断による陰性症状である事が判明。在宅生活継続に向け医師・保健師・ヘルパー・薬剤師・母親のデイサービス・ケアマネと連携し支援体制作りを実施。

【まとめ】

精神疾患の症状は短時間で変化と言われていた。治療中断していた S 氏に対して退院直後から日常生活を送る上で生活に支障や危機的状況が生じないために多職種協働しながら訪問看護を行ったことで精神疾患に対する治療が再開され 2 人の生活を取り戻すことが出来た。この事により早期のアウトリーチ活動の有効性が確認された。精神疾患や認知症療養者の在宅生活の継続や質の向上のために早期のアウトリーチ活動を確立していきたい。

P1-09

介護老人保健施設における医師・看護師・介護士・理学療法士の連携により完治した踵部褥瘡の一症例

篠崎真由美¹、小林幸子¹、荒山芳江¹、小川洋子²、佐藤美樹³、木平百合子^{1,3}

¹JCHO うつのみや病院附属介護老人保健施設、

²JCHO うつのみや病院 看護部、³医局

【はじめに】近年、高齢者の増加、入院期間の短縮により合併症を有し入所してくる利用者も増加している。今回、前病院から左踵部に褥瘡を有し入所してきた利用者に対して、チームで関わり褥瘡を改善することができたのでここで報告する。

【配慮】患者、家族に主旨を説明し同意を得、個人および団体が特定されないように配慮した。

【事例】80 歳女性。20XX 年 2 月右下肢蜂窩織炎に他病院で入院し 3 月当施設入所となる。要介護 4、既往にパーキンソン病、認知症があった。入所時右下肢蜂窩織炎は完治していたが、左踵部に 9.0×6.0CM、黒色壊死組織が付着した褥瘡を有していた。

【経過および結果】入所時より家族は、前病院で左踵部に褥瘡が発生したことで病院への不信感があり不安を抱いていた。そこで、併設病院に勤務する皮膚・排泄ケア認定看護師が介入した。本人・家族へ、褥瘡治療過程について説明を行い、今後の治療方針を医師、看護師、介護士、理学療法士、家族とともにカンファレンスを実施した。入院時の褥瘡評価は DU-e0s9i0G6N6P0：21 点であったが、感染の合併症がなく治療はクッションを利用し除圧のみとした。3 月 29 日浸出液がみられ医師により一部デブリードメントを実施、4 月 10 日上皮形成されて約 1 ヶ月で完治となった。

【考察】褥瘡を有し不安、不信感を抱えている患者、家族に対し、皮膚・排泄ケア認定看護師が専門的な知識で褥瘡ケア・治療方針について説明を加えたことは、家族の不安を軽減できたと考える。そして、何よりも患者、家族とともにチームで統一したケアを実践したことが褥瘡を完治へ導くことができた。また、褥瘡が改善していく中、他患者への体位の工夫など、他職種のカンファレンスする機会が増えたことは、統一したケアの重要性、除圧に対しての意識が高まったと考える。

【まとめ】1. 褥瘡を有する利用者は他職種で関わり統一したケアを実践することが必要である。

【利益相反】なし

P1-10

在宅強化型施設における利用者家族の自宅との往復利用を継続するための要因
～認知機能の低下を伴う利用者の在宅支援～

吉村知恵子、荒木耕一郎、澤田和通、上山真弓
JCHO 北海道病院附属介護老人保健施設

1. はじめに 当施設は、在宅強化型施設として取り組み、支援方法の一つとして在宅と施設の往復利用がある。被介護者のほとんどが認知機能の低下により、生活全般において見守りや支援が必要である。家族介護者が往復利用をどのように捉えているかを調査し継続するための要因を明らかにした。

2. 研究内容 研究期間：平成 29 年 3 月 1 日～5 月 15 日 対象：在宅へと往復利用している介護家族 14 名

3. 方法 往復利用に関して困っていること、また、好ましい、喜ばしい、うれしいと感じることはどのようなことかについて来設時、または電話での聞き取り調査を実施した。倫理的配慮として協力が得られなくても、不利益が生じない事を文章にて説明した。

4. 結果 被介護者の平均介護度 2.3。介護者は在宅との往復利用に関して、ちょうど良いと答えている人は、57%。調査の内容を肯定感、困難感の 2 つのカテゴリーに分類し、肯定感は往復利用の効果、自宅での楽しみや生活習慣の継続の 2 つのサブカテゴリーに分類された。困難感是在宅での介護負担、今後の展望、被介護者の状態の 3 つのサブカテゴリーに分類された。今後についても不安を抱きながら、被介護者の笑顔や家に帰りたいというニーズに応えられた満足感に支えられている。

5. 考察 認知機能の低下に伴い見守りや声掛けが必要な方の在宅での生活においては、施設が多職種と介護家族との情報共有、被介護者の身体機能や認知機能を維持するための生活リハビリが重要である。介護者は、今後についても不安を抱きながらも、被介護者の笑顔や家に帰りたいというニーズに応えられた満足感に支えられている。在宅生活と施設生活のメリットのバランスがとれていることが続けられる要因である。

6. 結論 在宅強化型施設として、在宅と施設との往復利用を介護者が継続できるよう多職種が連携し、介護者の声を真摯に受け止め、支えられている実感が得られるようにすることは重要である。

P1-11

生活行為向上マネジメントの実施により生活圏の拡大が図れ、地域貢献に至った 1 事例

関根恭裕¹、高橋強¹、吉田静香²、稲葉由真³、滝田治子⁴、木平百合子⁵

¹JCHO うつのみや病院附属介護老人保健施設、²看護、³介護、

⁴ケアマネジャー、⁵医師

【報告の目的】

通所リハビリテーション（以下通所リハ）において生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を用いて介入した結果、生活圏の拡大が図れ、地域貢献活動に至ったため報告する。

【事例紹介】

X を介入月とする 60 代後半、女性。慎重で几帳面な性格。夫と 2 人暮らし。胸腰椎に多数圧迫骨折の既往あり。要介護 1。ADL は自立し屋内は独歩移動。IADL は掃除や遠出に夫の支援が必要。X-1 月、腰部から臀部にかけて疼痛が生じるようになり徐々に増悪する。精神的に落ち込み、散歩や買い物控えるようになり外出機会が減少する。担当者会議の中で、本人より「できれば夫に世話をかけず外出や通院が出来るといい」との発言が聞かれる。X 月、まずは散歩や買い物の再開を目標として、MTDLP による支援を開始した。

【基本方針】

腰痛が生じたことで外出することに消極的になっている状況があった。自信回復のために身体と精神の両面での成功体験が必要であると考えられた。「運動機能の向上を実感してもらうこと」、「できることを認識してもらうこと」の 2 点を目的として 5 ヶ月間の介入を行った。

【介入経過】

X：身体チェック、ストレッチや運動の自主練習のアドバイス X+1 月：屋外移動評価、地域のサークル活動に参加 X+2 月：隣駅までの移動評価、リハビリ型通所介護の見学 X+3 月：交通機関の利用評価、ボランティアの体験 X+4 月：当通所リハを卒業

【結果】

屋外練習を通して外出することへの不安の軽減が図れた。生活面では心身機能が安定され前向きな発言が聞かれるようになった。一方で、慣れない環境や混雑した場所においては、不測の事態に対応できない等の理由から完全に不安を払拭することができなかった。今後は、自立心を促せるように、夫の協力のもと、さらに屋外練習を重ねていく必要がある。現在は、通所介護を利用し、サークル活動に参加される他、施設ボランティアとしても地域で活動されている。

P1-12

色カルタにより症状の改善が見られた認知症高齢者についての報告

近藤修一¹、永田博明¹、千住由美子²、佐藤郷子¹、田中真紀¹¹JCHO 久留米総合病院附属介護老人保健施設 診療部、²看介護部

【はじめに】口数や表情の変化が少ない認知症高齢者であっても、色鮮やかなポスター等を前にして普段と違う反応を見ることがある。このことから、色を活用した作業療法を行うことで、彼らの精神面を賦活させることができるのではないかと考えた。今回、意欲の減退を示す認知症の症例に対し色カルタを用いたゲームを実施した結果、症状に改善を認めたため報告する。

【症例】年齢・性別：70代男性 要介護度：要介護2 診断名：脳血管障害・アルツハイマー型認知症

臥床傾向が強く、排泄以外の自発的な行動や言動はほとんどない。拒薬や介護抵抗がある。

【方法】色カルタとは、読み手が色に関する設問（明るい色はどんな色、今日の空はどんな色、好きな色はどんな色、など）を出題し、参加者は80色のカードの中から設問にふさわしいと感じたカードを選び取り、連想や体験について語り合いながら交流を楽しむ遊びである。今回は作業療法士が読み手となり、症例が発言しやすいように言葉かけを工夫しながら、1ゲームにつき9問を出題した。発言の強要や否定的なコメントはせず、受容的な態度で接した。

【期間】1回20分、週2回、1ヶ月間実施

【評価】認知行動傷害尺度、うつ評価尺度簡易版、意欲の指数、日常生活や行動の観察

【結果】・各評価スケールで、意欲や生活場面の行為に関係する項目に改善を認めた。・ゲームの進行とともに会話が活発化した。・自発的に離床することが多くなった。

【考察】それぞれの評価スケールで、意欲や日常の行為に関係する項目に改善を認めたことから、活動意欲は改善したと考える。意識して色を選ぶ過程で自発性が促され、色の印象から物事を連想したり想起したりすることが、症例の活動意欲に影響を与えたと推察される。また、連想や想起に色を媒介として用いたことで、症例が考えや感情を具体的に表現しやすくなり、発言が活発化したと考える。

P1-13

A介護老人施設に入所する認知症利用者に実施したデュアルタスクの成果
～認知機能とADLの維持に焦点をあてて～大澤知栄¹、唐澤陽子¹、萩原浩¹、山野千草²、萩原裕子²¹JCHO 群馬中央病院附属介護老人保健施設、²看護部

【はじめに】

超高齢社会に伴い認知症の診断を受けた人が増大し、認知症の予防および治療に向け様々な研究が進められている。中でも日常の身体活動量を高く維持することが、認知機能低下の抑制につながる事が明らかになってきており、最近デュアルタスク（二つの事を同時に行う）が認知症予防として注目を浴びている。当施設の認知専門棟では、30名の利用者のうち長期入所は約8割を占める。この中には、BPSDによってその人らしさが徐々に失われていき、安心した生活を維持することが困難な利用者もいる。また、利用者の家族も認知症の進行や身体機能の低下への不安を持つ者も少なくない。そこで、デュアルタスクを実施し、当施設で行ったデュアルタスクの有用性と課題を考察した。

【対象】

当施設に入所中の認知症利用者のうち、デュアルタスクが行える者8名

【方法】

デュアルタスクを週7日、2か月間行いHDS-R（長谷川式認知症スケール）、ABS（阿部式簡易行動心理症状スコア）、FIM（機能的自立度評価表）を測定し評価した。

【結果・考察】

対象者のHDS-Rの結果はデュアルタスク実施前より実施中や実施後の得点が上昇した対象者が多かった。ABSでは、もともと点数の低い対象者が多かったが、それ以外の対象者も点数が減少していた。FIMの各対象者の結果はデュアルタスク実施後に点数が上昇している対象者が多かった。デュアルタスクを実施したことで脳が刺激され、帰宅要求が少なくなり、性的逸脱行為がなくなるなどのBPSDの改善につながったと考えられる。

【結論】

1. 対象者の反応を見て難易度を変更したり、新規課題に切り替えるなど適度な課題を設定したことで、対象者が無理なく取り組み楽しむことができた。
2. 当施設認知専門棟においてデュアルタスクを行った結果、研究対象の認知症利用者にBPSDの改善がみられた。

P1-14

JCHO 中京病院と連携した在宅復帰支援の一考察
～再入院予防として老健を活用する仕組みづくり～

岩下拓生、水船和、東有香、西谷由美

JCHO 中京病院附属介護老人保健施設

中京病院附属介護老人保健施設（以下、中京老健）は高度急性期のJCHO中京病院（以下、併設病院）に併設している。長年、積極的に在宅復帰支援を行わず、長期的な療養で経営の安定を図っていた。併設病院からは閉鎖的という印象をもたれ、入所相談が少ないという課題を抱えていた。そのような中、併設病院を退院した在宅生活者から「自宅での生活に支障がでている、入退院を繰り返しADLが低下している、その際、地域医療連携相談室（以下、相談室）は介していない」という声を度々聴いた。これらの課題の改善として、併設病院の病棟（以下、病棟）との連携、在宅復帰支援を目的とした、業務改善案「病棟から入所した利用者が在宅復帰し再入院を予防する仕組みづくり」を報告する。

【方法】

退院支援で協働していた相談室との関係は並行しつつ、相談室を経由しない病棟から「ダイレクト入所相談」ツールを構築し、医師と病棟へツールの周知を働きかけ。その際、事例勉強会、意見交換会をひらき、中京老健の意向を伝えるだけでなく、医師や病棟からのニーズを重視し、ツールを修正。また、このニーズから中京老健で効果的な在宅復帰支援を行う助言も得た。

【結果・考察】

「ダイレクト入所相談」開始当初、ツールを用いる手順で病棟に混乱もあった。その都度、各病棟の看護師長と話し合うことで「ダイレクト入所相談」件数が増え、課題があれば病棟と調整して入所に至る事例も増えた。入所者がケアやりハビリテーションで病状やADLが安定し始めれば、自宅訪問を行い、再入院を繰り返す在宅生活の要因を入所者の視点で見出し、家族や地域や在宅介護サービスの協力で補った。結果、再入院のリスクは減ることになった。質の高い支援が増え始め、平成29年6月初めて35%を超えることができた。現在ベッドが回転し業務が多忙になるという課題ができたため、次なる業務改善も行っていく。

P1-15

在宅看取りへの家族の不安に対する看護
～遺族の聞き取り調査から見えたこと～

榊田友規子、中村美樹、内垣靖子、山本綾子、吉武久美、山端友紀
JCHO 神戸中央病院附属訪問看護ステーション

【はじめに】

当訪問看護ステーションの在宅看取り件数は増加している。今回、癌終末期で退院時に受容支援や意思決定支援を受けられず、家族は不安な思いのまま訪問開始し、2か月後に在宅看取りになったケースを振り返った。

【事例紹介】

A氏 91歳男性 前立腺癌、骨転移で寝たきり。パーキンソン病の妻、三女と同居。キーパーソンは離れに住む次女。介護経験なし。

【看護の実践】

- (1) 在宅移行期～前期：肺炎で入院したが、末期癌と知る。急変のリスクを聞き、急に退院と言われ不安。A氏は在宅希望。家族は迷いもあるが、A氏の希望に添い家で見てあげたい気持ちがある。退院直後から毎日訪問と24時間緊急対応で支援開始。在宅主治医と連携し症状緩和を図った。家族へはできているところを認めながら、思いを傾聴し支援。遺族の言葉「一番に父の思いに立ち、家族には絶対『駄目です』とは言わず、『こうした方がいいですよ。』と言ってくれたので、罪悪感を感じる事なく世話ができた。」
- (2) 終末期中期～後期：そこまで弱っていると思わない。A氏は家に居たい。家族は看取りまで在宅でできるか分らない。A氏の苦痛が増強した時が不安。再度家族に病気の受容と今後の意向を確認。苦痛増強時の不安に対し、緩和ケア病棟紹介。看取りのパンフレットを用いて説明。在宅主治医との連携。朝、次女がA氏の部屋へ行くと、永眠されていた。遺族の言葉「父は不死身だから大丈夫という思いがあった。亡くなった時はやりきったと思った。」

【考察】

- (1) 介護を否定せず、できているところを認めながら支援することは家族の介護能力を発揮させることに繋がる。
- (2) 思いの傾聴、症状緩和、24時間対応、環境調整、看取りに対する準備教育、様々な決断の連続に寄り添い揺れる気持ちを受け止めることは家族の不安の軽減に繋がる。

P1-16

自宅での看取りを希望したががん性疼痛を有する終末期患者・家族への在宅療養支援について振り返る

星川美穂、香西恵利子、太田弘美、兵庫佐知子
JCHO りつりん病院

はじめに

2013年に実施された人生の最終段階における医療に関する意識調査において、終末期がんの約71%の者が居宅で過ごすことを希望しているが、その内の約47%の者が最終段階を医療機関で過ごしたいと希望している。この背景には、家族負担への配慮もあるが状態急変時の対応などの不安が挙げられている。今回積極的治療を中止し、自宅での看取りを希望したががん性疼痛を有する終末期患者家族の不安が強かった症例について振り返り終末期患者及び家族に必要な在宅療養支援について考察した。

事例紹介

A氏 60代 男性 病名：膀胱がん 家族構成：妻と二人暮らし。

結果

A氏は化学療法の効果を得られなくなり積極的治療は中止し、自宅での看取りを希望したが妻の不安が強かった。その為緩和ケアチームが介入し、訪問看護を活用した。A氏は漁師であり、退院後も漁に出ていたが、思うように動けなくなり不満やイライラを妻にぶつけていた。訪問時は、A氏の不満やイライラを傾聴し妻にはねぎらいの言葉を繰り返した。妻が入院を希望する事もあったが、いつでも訪問看護師とチーム看護師・医師共に往診する事を伝え、時間を調節して訪問するなどすぐに対処を行った。A氏の希望通り、約3か月間在宅療養ができ穏やかな最期を迎えた。

考察

A氏の退院後、妻から様々な不安について電話があったが、訪問看護師が駆けつけたり、チーム看護師・医師がすぐに対応した。何度も繰り返すと、訪問時に困った事や不安な事が聞かれるようになり、それが妻が対処した事などの確認の内容に変化していった。また「やっぱりつらいけどこのまま家でお父さんの好きなようにして何かあったら言います。」などの言葉も聞かれていた。これは、A氏が望む自宅が最期を迎えられるように、A氏・妻に寄り添い在宅療養中に起こった様々な問題に訪問看護師・チーム看護師・医師がすぐに対応した為妻の不安が軽減し、行動などに変化が起こったと考えられる。

P1-17

清潔間欠自己導尿へのセルフケア支援を考える

堀麻衣、稲本真寿美、道上高子
JCHO 福井勝山総合病院 看護課

【背景と動機】

清潔間欠自己導尿(以下CIC)は、小児から老年に至る様々な神経因性膀胱の治療方法として普及している。CICはセルフケアである。セルフケアは、確立されていれば患者の生活自由度が向上し、疾患に対し主体的に取り組む精神基盤が得られる。また患者自身がセルフケアに対し自己チェックを行うことで医療の質と安全性が向上し、医療者の労力の節約が可能になると言われている。

CICは在宅自己導尿指導管理料算定の基に行われる。1か月毎の受診で医師が患者にCICの様子を問うと「変わりない」「大丈夫」といった返答が多い。しかし、問題ないと言っていた患者が実はカテーテルの挿入困難という問題を抱えており、CIC不可能のため緊急受診を繰り返す例を経験した。受診時には問題がないように見える患者が、本当に何の問題もなくCICというセルフケアが行えているのか、何らかの思いや問題を抱えているのではないかと疑問を持った。

【目的】

CIC患者が抱える問題を明らかにし、泌尿器科外来看護師として行える支援を考察する。

【方法・結果】

患者5名に対し聞き取り調査を施行。結果、患者自身は問題ないと思っていたCICが、調査によってカテーテルの挿入困難、導尿回数不足、清潔材料の不適切使用、CIC物品の適正数受給不足などの問題があることが分かった。

【考察】

1. 患者の多くは何らかの思いや問題を抱えているが、それを認識していないことが多く、羞恥心も伴い表出されにくい。
2. 患者の話に傾聴の姿勢で関わることで、患者の思いや問題の表出が促される。
3. 支援者が患者から表出された思いや、問題を有効活用するためにはわかりやすく共有しやすい記録が必要である。
4. 正当な保険診療が行われるためには、患者が得られる権利について患者に説明する必要がある。という気づきが得られた。泌尿器科外来看護師として、今後さらに患者に寄り添い安心してセルフケアが継続できるよう取り組みを継続していきたい。

P1-18

当院における訪問リハビリテーション利用者とその傾向

山崎和行、山崎敦広、高橋佑哉、樋野麻美、権藤要
JCHO 玉造病院 リハビリテーション室

【はじめに】

鳥根県松江市の人口20万人に対し、要支援・要介護認定者数は約11000人であり、訪問リハビリテーション(以下訪問リハ)事業者数は8事業所と少ない。また平成26年度同市内における訪問リハ利用者は延べ1560人であった。今回、昨年度新規に当院の訪問リハを利用された方のFIMと問診によって地域における要望と役割が明確になったので報告する。

【方法】

昨年度の当院訪問リハ新規利用者19名(平均78.3歳男性6名13名)の・疾患・世帯・平均利用期間・訪問リハ終了に至る経緯・訪問リハ開始時のFIM・終了時のFIM・訪問リハ利用後の満足度と目標達成度を調査した。当院の規定に沿って研究をすすめた。

【結果】

・脳血管疾患8名、整形疾患8名、その他(リウマチ、廃用症候群)3名。
・独居3名、同居16名(平均2.6名での同居)。
・6.2カ月。
・サービス終了者13名中10名が通所系サービスに移行し終了。
・合計100.4(脳111.1/整92.5)、運動項目69.7(脳79.1/整61.6)、認知項目30.7(脳32.0/整30.9)。
・合計102.5(脳112.0/整95.6)、運動項目71.7(脳80.0/整64.6)、認知項目30.8(脳32.0/整31.0)。
・サービス終了者13名中69.3%が終了後現在の生活に満足と答え、30.7%が外出に対する億劫さを訴えた。利用者からは「スーパーに歩いて行きたい」という要望や「畑仕事をしたい」という目標の高い要望もあり、3割の利用者がある程度目標達成できた。また利用者の多くは「徒歩圏内に公共交通機関が少ない」「以前は車の運転をしていたが、主治医より許可が出なかった」「今の歩き方では恥ずかしくて外を歩けない」等の理由で外出に対して消極的な訴えも聞かれた。

【考察】

同居世帯の多くは老老介護状態であり、介護負担度が高い排泄・更衣・入浴等を介護者の支援を受けて居宅生活を過ごしているのが現状である。今後は屋外活動範囲の評価と動作の獲得、外出方法の確立を図りながら、社会参加を促していく事が大切である。

P1-19**患者・介護者・財布に優しい半固形化経腸栄養プラン導入の取り組み**宮崎雅子¹、坪内康則²、岡本裕子³、増井里香³¹JCHO 京都鞍馬口医療センター 栄養管理室、²内科、³JCHO 大和郡山病院 看護部

【はじめに】

胃瘻栄養への半固形栄養剤には様々な粘度や物性を持つ製品が開発されている。採用している既製の半固形栄養剤は粘度が強く逆流しにくい利点があるが、注入時に力を要し看護師業務に負担がかかる、高価であるため在宅療養や施設に移る際に継続が難しくなる、消化機能の低下がみられる患者に提供すると嘔吐が見られる等の課題があった。

【目的】

看護師の作業負担とコスト削減。消化機能の低下がみられる患者の誤嚥性肺炎を予防。半固形調整食品を用いて半固形化した流動食と、既製の半固形栄養剤を比較。

【方法】

当院で採用していた既製の半固形栄養剤（以下；P 剤：400kcal）と、濃厚流動食を半固形調整食品で半固形化した半固形化流動食（以下；T 剤：400kcal）を比較検討した。まず、管理栄養士は T 剤の作成方法を看護師に周知し、主治医に報告・相談しながら T 剤を用いた栄養プランを作成、栄養量を増量した。さらに、管理栄養士は看護師にアンケート調査を行い、P 剤と T 剤の作業負担の比較とコスト比較を行った。

【結果と考察】

消化機能が低下している患者は P 剤により嘔吐が見られたが、T 剤を用いて硬さを緩くすると嘔吐なく経過し誤嚥性肺炎を予防できた。看護師への周知は手書きポスターと注入プラン表により徹底できた。看護師へのアンケートでは力を要する P 剤の注入負担より、半固形化して T 剤を作成する作業負担の方が軽いという意見が多く、半固形化作業に賛同する意見が 63% であった。コスト比較では 1 日 1200kcal あたり P 剤 1,296 円、T 剤 975 円であり、1 ヶ月あたり T 剤の方が 9,951 円コスト削減できた。看護師の作業負担が軽い注入方法は介護者に伝え易く、価格的にも T 剤の方が低コストなため、在宅や施設に移行する際の経済面の負担軽減が可能である。患者と患者をとりまく環境をみた上で、T 剤を提案することは有意義だと考える。

P1-20**地域包括ケアシステムの一翼を担う管理栄養士の役割**山田友香¹、兜正剛²、鈴木将智³、山内裕子³、登佳子³、中村友美⁴、阿部祥子¹¹JCHO 福井勝山総合病院 栄養管理室、²医局、³地域支援室、⁴医事課

【はじめに】

高齢化が進む今、国の政策は「在宅」への流れにあり、地域包括ケアシステムの構築は急務である。在宅での栄養管理は重要な要素であるにも関わらず、地域包括ケアシステム構想図に栄養管理について明記されていないほど認知度が低い。退院後、栄養管理ができないことが原因で入退院を繰り返している方、またはその可能性のある方に対して管理栄養士が訪問し、「個々の環境に合わせた栄養管理」をサポートすることにより、地域包括ケアシステムの一翼を担っている当院での取り組みを報告する。

【取り組みの経過】

入院中は栄養管理ができていたが、在宅ではそれが難しく、再入院となる患者が目についたことから、訪問栄養指導を試み始めた。しかし、介入が必要と思われる方の多くは要介護認定を受けており、医療保険では指導料を算定できず、サービスとして未算定で行っていた。また介入が必要な方が抽出できていないことも多かった。これまでの経験から様々な課題を挙げ、多職種で解決しながら、現在は月に約 10 件の訪問栄養指導をおこなっている。その中の症例をここで供覧しながら取り組みを紹介する。

【まとめ】

地域包括ケアシステムの構築には多職種連携が欠かせない。現在も多職種で情報を共有する方法を工夫しながら訪問栄養指導を行っている。また、在宅の環境は様々であり、訪問してみないと分からないことが多い。その環境の中で管理栄養士が現実的な指導をし、栄養管理を継続することにより再入院を予防できている症例は増えている。今後も多職種と連携し、地域包括ケアシステムの更なる充実に向け取り組みたい。

P1-21

当院回復期リハビリテーション病棟における重症脳疾患患者への取り組み

森崎訓明¹、太田道代²、前原真由²、太田倫子³、石井晶子³、長尾彰代³、美濃努³、宮本一巧³、四宮あや¹
¹JCHO くりつりん病院 脳神経外科、²看護部、³リハビリテーション部

回復期リハビリテーション病棟では急性期病棟より引き継ぎ集中的なリハビリテーションを行い自宅復帰を目標としているが、重症脳疾患患者は他疾患と比べて改善率が少なく自宅復帰が難しいのが現状である。今回、回復期リハビリ病棟でリハビリを行い自宅に復帰できた重症脳血管障害患者2例を経験したので報告する。症例1は40歳代男性。脳室穿破、急性水頭症を伴う右被蓋出血患者であり、発症時意識レベルはJCS300点で除脳硬直位を認めた。香川大学病院にて脳室ドレナージ、定位血腫ドレナージ等の急性期治療を受け回復期リハビリ目的で当院転院となった。当院転院時、気管カニューレが挿入されており、遷延性意識障害を認め刺激に対する反応が乏しく四肢緊張が高い状態であった。回復期リハビリの過程で意識障害の軽減がみられ、嚥下造影や耳鼻科による喉頭ビデオスコープなどの評価を行い気管カニューレ抜去を行った。当初家族は自宅復帰には消極的であったが、病棟での本人やスタッフとの関わりのなかで徐々に前向きとなり、自宅退院となった。症例2は60歳代男性。意識障害にて香川大学病院に救急搬送され脳底動脈閉塞を認め入院となった。血栓回収等の急性期治療を受け回復期リハビリ目的で当院転院となった。脳幹部から小脳、右後頭葉に広範な脳梗塞を認め気管カニューレが挿入されており、遷延性意識障害にて自発開眼はみられるが反応が乏しい状態であった。回復期リハビリの過程で意識障害の軽減がみられたが、重度嚥下障害が残存し嚥下造影や喉頭ビデオスコープでの評価にてカニューレ抜去は困難と判断した。気管カニューレ管理、経管栄養等自宅復帰に向けての多くの課題があったが、家族の自宅復帰への強い希望のもと、病棟での在宅療養に向けた訓練を家族と共にを行い自宅退院となった。

P1-22

Honda 歩行アシストのアシストトルク設定に3次元動作解析装置を用いた取り組み

吉村修一¹、小原渉¹、佐藤周平¹、宮崎吉孝²
¹JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科、²内科

【はじめに】

Honda 歩行アシスト（以下、HWA）は、股関節の角度センサーにより得られた情報に応じて関節モーターを制御し、その出力により立脚期や遊脚期における適切な股関節の運動方向を教えることにより、歩行能力を改善することを目的とした機器である。HWAを用いた歩行練習の効果を得るには、適切なアシストトルク（以下、トルク）の設定が肝要である。当院では、HWA導入者には、3次元動作解析装置を用いた歩行分析をもとにトルクの設定と効果検証を行っている。今回、HWAを用いた歩行練習の取り組みについて症例を通して報告する。

【症例】

脳出血右片麻痺の50歳代男性、回復期病棟に入院し、発症から約2ヶ月経過してHWAを導入した。導入時の身体機能は下肢Brunnstrom stage 3、歩行は四脚杖、短下肢装具を使用し見守りを要した。

【方法】

HWAのトルクを設定するため、導入時に3次元動作解析装置（VICON MXカメラ8台）およびAMTI社製床反力計（4台）を用いて歩行分析を行った。分析項目は、歩行パラメーターに加え、股関節の初期屈曲角速度および屈曲・伸展モーメント、二重立脚期の股関節挟角、体幹の屈伸角度とした。HWAは1回40分として週5回以上の頻度で8週間実施した。HWA終了時に3次元動作解析装置を用いて歩行分析し、効果検証を行った。

【結果】

HWA導入時の歩行分析の結果、右股関節の初期屈曲角速度および屈曲・伸展モーメントの低下を認め、股関節挟角は両側に低下を認めた。よって、トルク設定は、基準を2Nmとし、右側は屈曲・伸展とも基準より強くし、左側は屈曲を右伸展より弱め、伸展を右屈曲と同じとした。HWA終了時には全ての歩行パラメーターは向上した。

【まとめ】

3次元動作解析装置を用いたことで、客観的データをもとにした適切なHWAのトルク設定ができた。今後も、症例に応じた最適な歩行アシストのトルク設定を検討していきたい。

P1-23

特発性肺線維症により慢性呼吸不全を呈した症例に対し、リザーバー式カニューレを用いて在宅酸素療法導入を行った一例

森下耕靖、田上智久、岩崎和弘、中井良一、木村正美
JCHO 人吉医療センター リハビリテーションセンター

【はじめに】

特発性肺線維症は慢性進行性の経過をたどり、特発性間質性肺炎の中でも最も予後不良とされる。今回、労作時に高度の低酸素血症を呈し、活動制限が生じた患者に対し、在宅酸素療法（以下、HOT）導入を行った症例を経験したので報告する。

【症例】

79歳男性。妻、長男、孫と同居。喫煙歴（40本/日×50年）。平成20年頃より咳、労作時呼吸困難感出現。平成23年に特発性間質性肺炎認定。ADLは自立。当院呼吸器内科外来にてHOT導入を検討していた。今回、症状悪化し、予定外受診、そのまま入院し、HOT導入となった。

【経過】

酸素流量4L/minにて6分間歩行試験を実施したが1分後58m地点にてSpO₂85%以下となった為テスト中止。呼吸と同調させたADL訓練、SpO₂の値をフィードバックしながらの歩行訓練を継続しつつHOT流量の設定を行った。据え置き型酸素濃縮器と通常カニューレを使用し、安静時は酸素流量2L/min、自宅内動作時は酸素流量6L/minに設定。自宅外動作時は携帯用酸素ボンベと通常カニューレを用いて酸素流量（連続流）6L/minでの導入を検討した。しかし、初期導入予定であった携帯用酸素ボンベでの動作時間が55分程度であった。入院前は買い物等を1時間程度行っていた為、本人より外出時間に対し不安の訴えあり。今後の外出は控えたいと発言みられた。その為、携帯用酸素ボンベの容量の変更、及び自宅外活動時リザーバー式カニューレの導入を検討した。

【結果】

繰り返しの歩行訓練により歩行速度の調整や歩行中の呼吸苦に合わせ自発的に休憩を挟む事が可能となった。酸素の節約の効果があるリザーバー式カニューレを使用することで本症例において安静時は酸素流量0.5L/min、動作時は酸素流量4L/minと設定できた。また酸素ボンベの容量を変更し、動作時間が1時間50分程度可能となった。本人の活動への不安も軽減し、外出について積極的な発言もみられるようになり、自宅退院へ至った。

P1-24

既往に脊髄小脳変性症・骨髄異形成症候群をもち、腰椎圧迫骨折を呈した症例について

川野倫紀
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、既往に脊髄小脳変性症（以下SCD）、骨髄異形成症候群（以下MDS）をもち、腰椎圧迫骨折を呈した症例を担当する機会を得た。退院先の環境によって動作様式が大きく異なり、それぞれ考え得る環境下での動作項目を整理しアプローチを行った。経過を踏まえ報告する。

【症例紹介】

80代男性。第3腰椎圧迫骨折で入院。既往にSCD、MDSをもつ。MDSは2週に1度輸血が必要。介護保険は要支援2。病前、自宅内の移動はいざり、四つ這い。自宅内ADLは概ね自立。食事は出前を取ることが多い。IADLはヘルパー支援が多い。服薬管理が行えず、飲み忘れあり。

【理学療法評価】

介入当初は疼痛のため、物的介助下で寝返り、起き上がりのみ自立。HDS-R17点。上肢に比べ下肢の協調性低下が強い。立位保持は支持なしでは行えず、平行棒内歩行は可能だが動作拙劣で実用性低い。BI：50点。自宅、施設退院を想定し、生活行為評価票を用い、ADL・IADLの動作手順や姿勢の違いを整理した。自宅、施設、双方に共通するADL動作の3つに分類し、それぞれアプローチを行った。

【経過】

入院から1ヶ月目、疼痛の軽減に伴い自宅を想定したADL動作は安定して可能となる。2ヶ月目、検査で心不全所見あり。認知機能低下、今後の疾病管理も踏まえ施設退院を検討。施設退院を想定したADL動作練習を開始。3ヵ月目、要介護2へ区分変更、施設退院の方向へ。施設退院を想定した移乗、トイレ動作獲得に至る。入院後133日目、施設退院。

【考察】

本症例は既往に変性疾患をもち、周囲の環境に依存し、環境設定やADL能力の維持が重要だと考えた。退院先の決定に時間を要した為、自宅、施設双方を見据え、課題を整理しアプローチを行った。その結果、自宅、施設共に安定したADL動作の獲得に至った。一方、認知機能低下により服薬管理等のIADL面で課題を残した。今後の課題として、変性疾患に対する環境設定やサービス導入、地域資源等の把握が必要だと考える。

P1-25**片脚着地動作時の膝外反角度増加と足圧中心・最大垂直床反力の関連性**天野顕¹、米谷泰一²、金由佳¹、千葉一貴¹、衣笠和孝²、濱田雅之²¹JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、²スポーツ整形外科**【目的】**

ジャンプ着地時の膝外反角度増加は ACL 損傷の危険因子と報告されている。しかし、ジャンプ着地時の膝外反角度増加が足圧中心（COP）と最大垂直床反力（PVGRF）に与える影響については明らかにされていない。本研究の目的は、片脚着地時の膝外反角度増加と COP、PVGRF の関連性を明らかにすることである。

【方法】

対象は下肢に傷害既往のない健康成人 29 名とした。運動課題は、右足で高さ 20cm の台から前方へ飛び降りて同脚で着地、上肢は腕組みとして体から離れないようにし、着地後は出来る限り静止するよう指示した。課題前に十分な練習を行い 5 回計測した。着地後に足部が床から離れた試技、腕組みが体から離れた試技は失敗試技とした。床反力計（BERTEC 社製）を用いて、成功試技 3 回の着地後～200m 秒 COP と着地後～5 秒 COP、PVGRF、膝外反角度の平均値を算出し、Spearman の順位相関係数を用いて相関を求めた。ビデオカメラを用い、身体が最も低くなった時点での膝外反角度を imageJ を用いて二次元的に算出した。前額面において膝外反角度は上前腸骨棘と膝蓋骨中央を結ぶ線と膝蓋骨中央と足関節内外果中央を結ぶ線のなす角度とした。

【結果】

膝外反角度増加と着地後 5 秒 COP ($P<0.05$) に有意な負の相関を認めた。膝外反角度と着地後～200m 秒 COP、PVGRF に相関は認められなかった。

【結論】

身体が最も低くなった時点での片脚着地動作の膝外反角度が大きいほど着地後～5 秒 COP が減少した。これらは、片脚着地後に膝関節外反角度を増加させる人ほど靭帯などの関節構成体による支持で静的な安定を得ていると考えられ、静的な安定は ACL 損傷リスクと関連がないことを示しているかもしれない。

P1-26**自宅から入院し施設退院となった患者の傾向**

甲斐万智、井芹康貴、清家誠、西田貞利

JCHO 南海医療センター リハビリテーション科

【目的】

近年、在宅医療のニーズは高まっている。一方で高齢化や核家族化の問題により自宅生活の継続が困難な例は少なくない。そこで、当院における傾向の把握と今後の取り組みの検討を行った。

【方法】

対象は、平成 26 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の期間で当センターにおいてリハビリテーションが処方された患者の内、自宅から入院し施設へ退院した者 29 名。電子カルテより後方視的に調査した。調査内容は家族構成、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、また介護認定の調査項目を参考に以下のように分類し抽出した。＜調査項目＞身体機能・起居動作 13 項目、生活機能 12 項目、認知機能 9 項目、精神・行動障害 15 項目、社会生活への適応 6 項目、その他。

【結果】

家族構成：独居者（41.4%）、配偶者と 2 人暮らし（31.0%）、その他（27.6%）。障害高齢者の日常生活自立度：A-1（3.4%）、A-2（10.3%）、B-1（27.6%）、B-2（24.1%）、C-1（10.3%）、C-2（24.1%）。認知症高齢者の日常生活自立度：2-a（10.3%）、3-b（24.1%）、3-a（17.2%）、3-b（10.3%）、4（20.7%）、M（6.9%）。介護認定調査項目で 50%以上の方が援助を要した項目は、移動に関連した項目や座位・立位の姿勢制御能力を要す項目、生理現象に関連する項目への援助が多くみられた。また認知面ではコミュニケーションや健康管理、生活管理に関係するものが多い結果となった。

【考察】

対応として病棟スタッフと連携して離床機会の増加、排泄誘導、コミュニケーションの量と質の確保、自己管理の促し等の取り組みが積極的に必要である。併せて介助指導や介護サービス等の紹介も必要である。いかに自宅情報を収集し想定できるか、病棟での過ごし方を工夫できるかが自宅退院の可能性を見出す鍵になると考える。

P1-27

手術看護師による術前パンフレットを使用した術前訪問の有用性

堀江香奈、木村茜、青山延布子
JCHO 相模野病院 手術室

【目的】

手術看護師による術前パンフレットを使用した術前訪問と不安軽減及び満足度との関連性を明らかにすることで術前パンフレットの有用性を検討する。

【方法】

期間は2016年6月～12月に実施した。麻酔科管理下で予定手術を受ける成人患者を対象とし、質問紙による調査を行った。口頭で術前訪問を行った患者（対照群）と作成した術前パンフレットを使用して術前訪問を実施した患者（介入群）の2群に分け、術前訪問で「知りたい内容を聞くことができた」項目、実際に手術を受けて「聞くことができて良かった」と感じた項目の得点差を比較した。倫理的配慮として参加は任意であり、協力の有無により利益・不利益は生じないことを明記し、院内倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

「知りたい内容を聞くことができた」では、年代に関わらず、すべての項目が介入群で上昇した。手術経験回数の比較では、回数を重ねても「手術室内の様子」「担当する手術看護師」など介入群に上昇が見られた。術前訪問で「聞くことができて良かった」項目は年代に関わらず「安全確認」や「家族待機」が上昇した。手術経験回数に関わらず介入群に上昇がみられ、手術経験回数の差では大きく変わらない結果となった。

【考察】

手術看護師が術前パンフレットを用いて術前訪問を実施することは、手術経験のある患者に対しても有効だった。術前パンフレットに載せた項目は年代を問わず介入群が上昇したことから、患者の不安軽減に効果があったと考える。また、知りたいことだけでなく「聞くことができて良かった」と感じる項目が増えたことは、満足度の向上に効果的だったと考える。

【まとめ】

手術看護師が術前パンフレットを使用して術前訪問を行うことは、患者の手術・麻酔に対する不安軽減や満足度の向上にとって効果的だった。

P1-28

肩腱板修復術後患者用入浴用装具改良における有用性の検証

小嶋美玖

JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部 4階西病棟

【目的】

肩腱板修復術後の患者は治療上約3週間外転枕付きの装具装着下で生活する。A施設では医師指定の簡易装具を装着し外転位を保持した状態で、看護師介助の下シャワー浴介助を行う。さらに、筋緊張と疼痛の緩和を期待し、浴槽への入浴を医師から推奨された。簡易装具はペットボトルを使用しており、浴槽につかると浮力が生じ良肢位の保持が不十分となる。そこで理学療法士と安全に外転位を保持できる入浴用装具を作成し、入浴を開始した。入浴用装具が有効に使用できているかを検証するため、入浴用装具を使用して入浴した前後のVASスケールで評価した。

【方法】

対象者：平成28年12月から平成29年1月に入院していた肩腱板修復術後の患者（10名） 方法：入浴前後のVASスケールを用いた疼痛の変化について患者記録から情報を得る。

【装具の実際】

幅11cmのプラスチック製のかごにナイロンベルトを通したもの（以下入浴用装具とする）と三角巾を使用する。入浴用装具を外転装具の代わりに患側の脇に挟み、入浴用装具とともに患肢を三角筋で吊るすことで外転位を保持する。

【倫理的配慮】

研究対象者にとって個人が特定される情報を入れないように配慮した。

【結果】

VASスケールの比較では入浴前平均2.05に対して、入浴後平均1.04であり、-1.01と低下を認めた。入浴時は安全に配慮し、看護師の監視下で入浴を行った。入浴中は装具とともに三角巾で腕を固定しているため、腕を不用意に動かさず、外転位を保持することができていた。また、装具の材料は洗浄が可能であり、衛生面に問題はなかった。

【考察】

装具は浮力の影響を受けることなく、三角巾による固定で外転位を保持することができ、安全な入浴ができていた。また、入浴の効果である疼痛の軽減もみられた。

【結論】

A施設で作成した入浴用装具は外転位の保持、疼痛の軽減ができ肩腱板修復術後の患者の入浴装具として有用である。

P1-29

利き手切断後の患者への看護介入～障害の受容とADL自立に向けた関わり～

尾川愛夢

JCHO 宮崎江南病院 看護部

【はじめに】

当病棟は外傷・悪性腫瘍・循環障害によって四肢切断となる患者が入院する。切断による不安、混乱、怒り、悲嘆などの心理的反応は患者の意欲を奪い治療を妨げる。今回、右手（利き手）の切断術後、日常生活などについて不安の訴えが聞かれたN氏を受け持った。患者への精神的支援やADL自立のための看護介入により、順調に治療やリハビリに取り組むことができた事例を上田の障害の受容過程に沿って振り返る。

【症例】

N氏、50歳代女性、仕事中にプレス機に挟まれ受傷し同日右上腕より切断術を行う。夫、長男との3人暮らしであり、家事全般を行っていた。

【結果、考察】

上田は障害受容の段階をショック期・否認期・混乱期・解決への努力期・受容期に分けている。術後N氏は悲嘆の表情を見せなかった。これは現実を受け入れられていないショック期・否認期である。コミュニケーションをとっていくリハビリや退院後の生活等の不安の訴えが聞かれた。そこでチームメンバーと協力して毎日N氏と2人で20～30分程度話をし、表出された不安に対して必要な情報提供や多職種とも話し合う場を設けた。この時期は混乱期であり、上田は「思いの傾聴と未来へ目を向けるように誘導することが必要だ」と述べている。様々な不安に気づき早期に対応したことで、N氏が未来に目を向けることにつながった。ADL自立に対して、左手でできることを増やす工夫をOTとN氏と一緒に考えた。ADLが自立してくるとN氏は意欲的に退院後の生活も考えながらリハビリに臨んだ。この時期は解決への努力期であり、上田は「この時期の前提条件として、日常生活動作能力の向上など、現実的な明るい展望が、ある程度生まれることが不可欠」だと述べている。N氏の「家事ができるようになりたい」という思いを尊重した関わりが、結果的にN氏の価値観の変換、生きがいを見出すことにつながり受容期へ進むきっかけとなった。

P1-30

診療看護師が実施するグラム染色の1症例 適正な抗菌薬使用を目指し、抗菌薬選択・治療効果を追跡した事例報告

齊藤岳史¹、松邑恵美子¹、高橋淳¹、井手上龍児¹、茂木美佳¹、福添恵寿¹、米澤仁²¹JCHO 東京城東病院 看護課、²検査課

【はじめに】

グラム染色を初めとした塗抹検査は感染症の初期診療に必要な微生物迅速検査の一つである。当院でも、グラム染色は積極的に行ない、多忙な医師に代わり診療看護師がグラム染色を実施している。今回、グラム染色を通して起因菌の想定、抗菌薬の選択、抗菌薬治療の効果判定を経時的に行ったので報告する。

【症例】【現病歴】

妻が外泊するためレスパイト入院予定であったが、動悸症状認めていたことから精査加療目的に診療所より当院へ紹介となった。

【主な入院時現症】

身長177cm 体重71.8kg、バイタルサイン：体温37.5℃、呼吸数20回/分、脈拍60回/分・不整、血圧183/80mmHg、SpO2(室内気)96%、特記すべき身体所見なく、発熱と炎症所見(CRP、WBC)の上昇、胸部CTで左上葉の浸潤影を認めていたため、細菌性肺炎の診断で当科に入院、セフトリアキソンの投与となった。

【入院経過】

同日夜間より、徐々に意識レベルの変容、呼吸状態の悪化(呼吸数26回/分)、全身の斑状紫斑を認めたため、改めて精査をした結果、乳白色の膿尿を認め、尿路感染症による敗血症(qSOFA2点)が疑われた。メロベネム投与に加え、尿検体をグラム染色したところ、グラム陽性球菌chainを多数認めたため、Enterococcusを考慮しバンコマイシンを追加投与となった。抗菌薬投与前、メロベネムとバンコマイシン抗菌薬投与後に尿グラム染色を実施し、細菌の減少を視認し抗菌薬の効果を確認した。その後、血液培養からGBS(B群β溶血性連鎖球菌)が検出された。

【考察】

抗菌薬投与後の経時的なグラム染色検査による評価は、胸部X線や白血球数、CRPといった炎症反応のパラメーターに並び、より特異的な情報となるため、治療が奏功しているかを確認できる指標にも適している。また、グラム染色を診療看護師が行うことで、多忙な医師に変わり評価できることは、タイムリーな医療の提供に繋がり、適正な抗菌薬使用に貢献できると考える。

P1-31

千葉病院薬剤科2年間の業務実績報告～服薬指導ゼロ件からの出発～

河野好子
JCHO 千葉病院 薬剤科

【はじめに】

病院薬剤師の業務は、入院患者様の処方箋調剤が大きな位置を占めている。この業務を効率よくすることで、他部署との関わりのある業務を広げることができる。当院では、平成26年に薬剤師が8人から5人になり、薬剤管理指導から撤退した。平成27年4月に3人となり、全面的に外来処方箋調剤を中止し、抗癌剤無菌調整の看護師による実施が院内でのコンセンサスを得天上で決定された。この背景としては、薬剤師の供給不足がある。そこで、限られた人員で効率良く業務を行い、更に新規業務拡張し薬剤管理指導業務を再開した。

【経過】

平成27年4月1日に3人から始まり、同月下旬に4人となり、7月に抗癌剤無菌調整を薬剤科に戻し、9月からは服薬指導を再開した。平成28年4月に6人態勢となり職員の外来調剤を再開、7月に全病棟を対象に服薬指導を再開した。

【結果】

1. 人材育成：薬剤管理指導の早期再開。生涯教育研修認定証4名取得。院内研究発表2演題、内1つは奨励賞受賞。2学会に各1演題発表等。2. 薬剤科内：各種マニュアル・手順書整備により業務の標準化を進め、業務効率化等。3. 院内：各種委員会活動再開。救急カート薬品見直し。薬品請求伝票の整備。予定入院患者の事前面談。ジェネリック医薬品使用率36%から77%へ増加。4. 院外：主体的な薬・薬連携の開催。5. 算定回数：無菌製剤処理料算定回数は維持し、服薬指導は2年間で0回から200回に大幅増。

【結語】

入院200床、老健100床、透析72床を抱える病院で薬剤師3人では、薬局内で調剤するのが限界であったが、人員の効率的な業務配置により従来以上の業務を実施することが可能となった。これは配置のみならず、薬剤師の努力と院内職員の協力の賜物である。来年度へ向けて学生実務実習の施設協定を交わし、更なる業務に邁進してゆく。しかし、薬剤師の慢性的な不足は現状で勤務する薬剤師への過重が大きく、早期の人員確保が望まれる。

P1-32

看護必要度が急激に上がった病院に勤務する看護師の職務満足度

高橋淳、松邑恵美子、阿部亜希子、長谷川潤子、中田紀子、高梨優子、牧野紀子、勝野満里子、石橋直子、高井真奈美、小澤幸、村田美保、阿部ひとみ、落合桃恵
JCHO 東京城東病院 看護課

【はじめに】

当施設は、東京都江東区にある130床の中小規模病院で、二次救急医療機関の指定を受けている。平成27年4月より総合内科医師15名が着任し総合内科診療を開始、同年11月には外科医師1名が増員され、診療体制が強化された。外来患者数に大きな変化は見られなかったが（平成26年度322人/月平均、平成27年度323人/月平均）、救急搬送件数は平成26年度の392台/年に対して、平成27年度は1109台/年と約2.8倍の増加がみられた。重症度・医療看護必要度に関しても平成26年度と平成27年度を比較すると2.5倍の増加が認められた。職場環境が一変した中、臨床で働く看護師が現状の職場環境をどのように感じているのか。尚且つ、やりがいを感じながら働き続けられる環境を提供するためには、どのような介入が必要となるのか、まずは現状を把握することが大切であると考え、「管理システム」「仕事上の人間関係」「専門職制」「看護師としての自己実現」に対する、看護師の職務満足度調査を行ったのでここに報告をする。

【目的】

本研究は、看護必要度が急激に上がった病院に勤務する看護師の職務満足度を明らかにすることを目的とする。

【方法】

中山、野島（2001）が開発した「看護師が自分の仕事をどのように受け止め、どのようなことに価値（重みづけ）をおいて仕事をしているか」を把握し、看護師がキャリアを伸ばしながら働き続けるために必要な要件を明らかにするために作成された質問紙を使用した。この質問用紙は、以下の4つのスケールで構成されている。（1）管理システム（2）仕事上の人間関係（3）専門職制（4）看護師としての自己実現

【倫理的配慮】

当院、看護師長会の承認を得た。また、得られたデータは本研究以外には使用せず個人が特定できないように配慮した。

P1-33

看護職員満足度調査の結果より見えてきた課題

岩下真美
JCHO 東京蒲田医療センター 看護部

【目的】

当院の看護職員に満足度調査を実施し、1. 満足要素および不満足要素を明らかにする。2. 帰属意識を明らかにする。3. 看護師定着のための指標の一つとする。

【方法】

既存の選択及び記述式のアンケート調査票を参考に独自に作成。回答は5段階評価とした。調査期間：平成28年12月1日から12月9日
対象者：当院看護職員172名。回収率：69.8% 有効回答率：98% 集計方法：単純、クロス集計。倫理的配慮：回答は無記名とし、回答者が個々で封印し提出したものを回収した。

【結果】

看護師としての経験年数が10年以上の者が59%、当院での勤続年数が5年未満の者が64%であった。職場についての27項目の質問では「普通」が41%であった。上司が信頼できるかについては「はい」が38%であった。福利厚生、報酬への満足については、「いいえ」が79%であった。自施設の信頼に対する評価の3項目の質問では、「いいえ」が70%であった。病院の理念・使命・目標の理解については、勤続年数10年以上の72%が「はい」と回答した。仕事に対する承認の評価については、経験年数3～5年の38%が「はい」と回答した。自由記載では、接遇に対するもの、医師に対するもの、看護師の業務量の多さ、業務量と報酬の不均衡などの意見が多かった。

【考察】

福利厚生・報酬への不満足要素が大きいたことが明らかとなった。自施設単独では解決できない問題もあるが、業務改善、人員調整、時間管理を適切に行う必要があると考える。経験年数、勤続年数に関係なく看護師の病院への信頼度の評価が低かったことは、マグネットホスピタルになりえていないと言えるのではないかと考える。入職早期より組織コミットメントを促す動機づけが必要である。当院は、看護職の離職率が24.2%と高く、今回の結果が定着に向けた指標となり得ると考える。

【課題】

今後、組織コミットメントを促進し不満足要素を低減させる対策を立案することで、看護師の定着につなげたい。

P1-34

二交代制勤務導入後の現状と課題

岩川嘉奈子¹、久門容子¹、柳崎朱美²
¹JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部、²JCHO 大和郡山病院 看護部

当院では、ワークライフバランスの向上を目指し、多様な勤務形態の一つとして、三交代制勤務（以後、三交代）に加え、平成29年1月3日より1病棟看護師23名において、12時間の二交代制勤務（以後、二交代）の導入を行うこととなった。当院の三交代は、超過勤務や、日勤深夜に苦痛を訴える看護師、夜間に出退勤をする看護師の安全確保、タクシーチケット費用等の問題もあった。正循環の二交代を導入することにより、ワークライフバランスの向上に加え、三交代の問題の解決にもつながるのではないかと考えた。導入計画の準備においては、給与説明の実施、勤務時間に合わせた勤務表の作成など、看護部だけでなく他部門との連携が必須であった。また、導入される現場においては、生活スタイルの変更を伴う勤務体制への説明や看護師によっては家族とも相談の上、理解を得られるようにした。次に、鍵となる二交代業務改善メニューを選定し、周知および意思統一が図れるようにした。また、日々の業務を見直すため、改善を要すると考える業務をすべて抽出し、改善策を検討した。次に、二交代の引継ぎ時間に合わせ業務を考えるため、導入前にシュミレーションとして二交代を実際に行ってみて、業務内容を組み立てた。導入から5ヶ月、二交代を実施する中で、日勤深夜はなくなり休息がとれるようになったという意見が聞かれている。反して長時間日勤が辛いとの意見もあり、業務改善に取り組んでいるところである。ワークライフバランスの向上として取り入れた二交代であったが、今は働きやすい環境創りを自分達で考えていく事につながっている。今後は評価のために、二交代実施人数、超過勤務時間、疲労度チェック、タクシーチケットの費用、そして実際に行っている看護師たちの意見についてアンケートを行う予定である。評価も踏まえ、さらに課題を明確にし、改善に取り組んでいきたい。

P1-35

診療促進に向けた放射線部門の取り組み

石橋章彦
JCHO 船橋中央病院 放射線科診療部

【背景】

JCHO 中期計画は平成 26 年 4 月 1 日定められ、2 年経過した平成 28 年 2 月 4 日に改正され、計画 3 年目スタートの平成 28 年 4 月に配置換えを命ぜられた。質を担保しつつ診療サイドにストレスを与えない撮影業務について、昨年 1 年間の取り組みについて放射線部の立場から報告する。

【検討課題】

平成 28 年度就任で気づいた事項について、1) 一般撮影部門における撮影待ち時間の解消、2) ポータブル撮影における画像提供のためのインフラ整備、3) 二次救急の取り組み、4) 効率良い CT 検査の運用、5) 部内勉強会と積極的な学会・研究会・研修会等の参加。

【結果】

1) 一般撮影部門では、CR から DR システムへの更新により慢性的な待ち時間が解消されたと共に、更衣室・出入り口の構造変更により患者に対する撮影室の導線が良くなった。2) ポータブル撮影では、病院の診療域全体を網羅できるよう無線 LAN を配備したことにより画像確認を速やかに行えるようになった。3) 2 次救急の輪番参画に向けた部内意思及び行動の統一確認により、他部門からの混乱なく業務が行われている。4) 運用の見直しにより予約による検査から、積極的に即日検査可能方針へと転換した結果、臨床への対応がスピーディーとなった。5) 数多い学術集会の案内をファイル化し、参加者の把握に努めた結果、参加者が増え部内全体のスキルアップに繋がった。

【今後の展望】

今年度からはスタッフの技術力においては、転勤制度が本格的に行えるよう転出・転入に向けた装置の運用に対し、各業務ができるように片寄らない知識を有するほか、尚且つ専門的知識の取得にも心がけ空席に対応できるように、先を見越したローテーションの編成に着手した。古くなった装置を抱えての業務であるが、病院の再建計画を踏まえた装置の整備計画と撮影業務の在り方について天秤を図りながら平成 31 年 3 月を迎えられるように努力する。

P1-36

当院における生活保護業務の現状と課題

大野秀光、清水かな子、菅野明子、岡村綾子
JCHO 横浜中央病院 医事課

【目的】

当院は日雇労働者向け簡易宿泊所街に近接しており、路上生活者、生活困窮者が多く来院するのが特徴的である。実際、当院の患者のうち生活保護（以下生保）受給者は、外来患者 23%、入院患者 34% と大きな割合を占めている（年間平均）。そこで、当院の生保業務の現状を報告する。

【方法】

独特な患者層に対応するため、事務や MSW だけでなく医師、看護師も含め、患者の保険有無に注意を払っており、受付と診療部門（外来、病棟）の連携を円滑にし、保険情報を速やかに収集、病院全体で情報共有する体制となっている。我々医事課では、得られた情報を活用しながら、生保専従職員を配置し日々の業務を担っている。例えば、受診・入院について毎日通報を実施している。初診については随時、平日入院分については予定・緊急を問わず全件、夜間休日の緊急受診・入院分については翌営業日の朝一に、まとめて各福祉保健センターもしくは各担当ケースワーカーに通報を行っている。また、医療券については、毎月下旬に未着医療券リストを作成し、各福祉保健センター宛医療券発券依頼を書面にて行っており、スムーズな請求につなげている。

【結果】

こうした対応を行っていても、生保対象外の無保険となる事例が少なからず存在する。例えば、生保申請中の患者で、各福祉保健センターの依頼により生保見込みとして医療を提供しているものの、その後の調査により財産が確認され、生保却下となる事例があった。この事例では、患者連絡先不明となり、医療費回収が困難となった。そのため、生保申請中の場合は原則無保険として自費で取り扱うこととした。

【考察】

上述の通り業務に取り組んでいるところであるが、今後は医療券未着へのさらなる対応や、生保患者に対する自費請求分の回収が課題と思われる。

【結語】

当院において生保に関する業務は収入面でも重要であるため、より一層効率的な業務の遂行は不可欠である。

P1-37

感染性廃棄物の分別方法見直しによるコスト削減の取り組みについて

仲口大志¹、増田奈々²
¹JCHO 宇和島病院 総務企画課（経理）、²看護課

【目的】

当院は現在、感染性廃棄物は全てバール容器を使用して廃棄しているが、廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアルによると、当院の分別方法では不十分であった。個人防護具（手袋・マスク・エプロン等）を現在は可燃物として廃棄しているため、感染性廃棄物へ廃棄するように分別方法を見直し、コスト削減及び運搬する清掃業者の安全確保と病院スタッフの業務負担軽減につなげるために、感染管理専従看護師と協力し取り組んだので報告する。

【方法】

1. バール容器はコストが高いため、オレンジハザード BOX を段ボール製へ変更することを検討、2. 適切な分別に変更する事によって廃棄量がどの程度増えるか平成 28 年 11 月 21 日～12 月 5 日にプレテストを実施、期間中は個人防護具を感染性廃棄物としてオレンジハザード BOX へ廃棄、3. 段ボール導入に向けての足踏みスタンド購入、ビニール袋の選定、4. 職員への周知、5. 平成 29 年 6 月よりオレンジハザード BOX を段ボール製へ変更、設置場所の増設

【結果・考察】

プレテストの結果、オレンジハザード BOX は 79 箱から 97 箱と約 20 箱増加した。オレンジハザード BOX から段ボールへ変更後も、手術室・臨床検査室・内視鏡室は一部バール容器を使用するが、残りの約半数が段ボール容器へ変更となる。また容器の単価は 600 円のコスト削減となるため、廃棄量は増えるがコストは削減された。病棟は汚物処理室の 1 ケ所のみから詰所内にも増設し、2 ケ所に増やしたことでスタッフの廃棄までのアクセスが改善されたと考えられる。

【まとめ】

今回は単純なコスト削減だけでなく、適切な分別による感染リスク軽減となる取り組みとした。しかし今後は容器の運搬や耐久性などの問題も予測される。まだ実績は少ないが、ICT ラウンドにも参加して正しく廃棄できているかなど現場を確認できる体制としていきたい。

P1-38

外来患者の適切なレスキュードーズ使用に電話指導を導入した成果

木下和子¹、脇坂久美¹、松岡清美¹、山本多加世¹、古本たつ子¹、千々松日香里²
¹JCHO 下関医療センター 看護部、²外科

【はじめに】外来患者の疼痛コントロールは生活環境が見えにくく、上手くいかなことが多い。そこで、次回受診までの間に、生活環境と薬剤使用に関して電話指導を行った。その結果、個々の生活に即したレスキュードーズの使用について、具体的な指導ができ成果が得られたので報告する。

【対象】乳腺外科外来の疼痛コントロール患者6名

【実施期間】H28年4月～H29年3月

【方法】1. 乳腺外科外来時に面談し、疼痛評価、症状マネジメントを行う。2. 電話指導を行う。1)電話指導時期：1回/W。他に鎮痛剤増量時、変更時。2)聞き取り内容：レスキュードーズの使用状況。3. 再診時、疼痛評価。電話指導の感想を聞く。4. 電話指導による効果の分析を行う。

【倫理的配慮】聞き取り調査結果から個人が特定されないことを説明し承諾を得た。

【結果】通院状況：1回/W3名、1回/2W2名、1回/4W1名。電話指導後、適切にレスキュードーズが使用できADLが拡大した。レスキュードーズの習得率は具体的な目標を持っている患者が高かった。感想に「痛みが強くなりそうな時に飲んだら早く効くことがわかった。」「動く前に飲んだら動きやすいから動く前に使っている。」「飲む量が多いと体に害と思っていたけど間違っていた。」「電話でこれだと思うことがすぐ聞けるから安心。」「

【考察】次回受診までの期間が長いと問題の現象の記憶が薄らぎ、上手く伝えられないことが多い。電話指導により、患者はタイムリーに現状を伝えられ、医療者は現状把握がしやすくなったことが、適切なレスキュードーズの指導、適切な実施に繋がった要因と考える。また、電話指導が安心感や支えになっていると感じる。レスキュードーズの適切な使用の効果と、自ら考え実施するという患者のエンパワーメントに繋がっていると考えられる。

【結語】1. 電話指導は、個々の生活環境が具体化され適切な薬剤使用に繋がる。2. 自己による薬剤使用効果は、エンパワーメントの動機付けになる。

P1-39

診療看護師と患者の関わりについての一考察
～新システムの導入を試みて～

高橋淳¹、松邑恵美子¹、阿部亜希子¹、阪井守²、西村明浩²、清水香²、杉下敏哉²
¹JCHO 東京城東病院 看護課、²診療部

【はじめに】

当施設は、東京都江東区にある130床の小規模病院で、二次救急医療機関の指定を受けている。当施設では、平成27年度より診療看護師の採用を開始し現在は、6名の診療看護師が在籍をしている。診療看護師の主となる業務としては、入院患者のマネジメントであり、各科の指導医と共に受け持ち患者の診療を担う事である。その他、救急外来での初期対応・院内急変時の初期対応・他科へのコンサルテーション等も診療看護師の業務の一つとなっている。当施設では、他科にコンサルテーションを行い、診療科変更となった場合でも診療看護師は、変更となった診療科医師と共に患者マネジメントを行うというシステムを各科医師の協力のもと、試験的導入を試みたので、本システムを用いた症例を通して、本システムの有効性について考察し報告をする。

【症例】

1. 84歳 男性 主訴：腹部 既往歴：心房細動、高血圧、狭心症診断名：下行結腸癌、大腸イレウス、敗血症性ショック 2. 79歳 女性 主訴：心窩部痛、下腹部痛 既往歴：高血圧、狭心症、糖尿病診断名：直腸癌、大腸イレウス、敗血症性ショック 3. 65歳 女性 主訴：心窩部痛、意識障害 既往歴：高血圧、糖尿病診断名：胆管炎、十二指腸乳頭部癌

【考察】

本システムにおいて、診療看護師は初期対応から術中・術後と診療科関係なく患者と係ることができ、患者の状態を一連の流れで診ることができる。これは患者マネジメントを行う上で有効な手段であると考えられる。また、患者だけでなく患者家族とも受診時から一連の流れに係ることができ、家族との信頼関係を構築しやすく家族ケアを行う上でも本システムは有効な手段であると考えられる。診療看護師は患者マネジメントだけでなく、家族マネジメントも行える数少ない職種の一つであることも本システムの有効性に深く関係しているものと考えられる。

P1-40

Jハートの取り組み～ろう患者と向き合って～

見谷榮美¹、久保那津子²、宮川未来³

¹JCHO 宇和島病院 看護課、²薬剤科、³リハビリテーション科診療部

【はじめに】

手話を通してろう者と交流するうちに、医療従事者として出来ることはないか考えるようになった。1人でも多くのスタッフに手話を広めることで、ろう者が安心して来院できる病院にしたいと思い手話勉強会チームJハートを立ち上げた。他職種で関わることで多面からフォローできるようにメンバーを薬剤師、理学療法士、看護師とした。

【事例紹介】

80代 女性 左大腿骨頸部骨折 ろう 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：ランクIIa 独居 キーパーソンは姪の夫

【経過】

自宅で転倒し左大腿骨頸部骨折と診断、保存的療法で入院。リハビリ目的で当院へ転院となった。骨折部の転位拡大による痛みの増強のため、左人工骨頭置換術施行。

【実施】

Jハートが患者と顔合わせをし、リハビリ担当をJハートメンバーの理学療法士とした。病棟スタッフに患者とのコミュニケーションがとれるように、手話表現をイラスト化したものを作成した。術前術後Jハートメンバーである理学療法士が手話でコミュニケーションをとりながら関わった。得た情報は主治医や病棟スタッフに伝えた。

【結果および考察】

リハビリ目的で転院したが、ろう者で認知症もあり手術への不安が大きい患者に、Jハートメンバーが関わることで手話を通して患者の思いを引き出し、不安を最小限に手術を受ける事が出来た。手術ができADLの拡大とQOLの向上につながった。入院時表情が硬かったが笑顔が見られるようになった。孤独感が減り精神的余裕ができたためと思われる。ろう者との信頼関係構築のためには、その人に合ったコミュニケーション手段を用いることが重要である。

【まとめ】

手話通訳により意思疎通が可能となり手術を受け入れる気持ちになった。ハンディキャップのある人に対するコミュニケーションの充実が望まれる。

P1-41

小学生に対する「がん教育」への取り組み

中村啓子、長谷川泉、林英司、島居智美
JCHO 中京病院 がん診療センター

日本人の死因の第1位は1981年から脳血管障害を抜いて「がん」である。2016年のがんの罹患者は約2万8000人増加して約101万人、死亡者数は約3000人増加して約37万人となった。がん予防と検診の重要性を一般の人々に伝えるがん教育はこれまで、大人を対象に行ってきたが、従来の教育では喫煙率の低下、がん検診受診率の上昇には至っておらず、目標値より低い状態が続いている。またがん患者への誤解による離職や解雇、高額な代替療法など多くの問題も生じており、これらの背景としてがんに対する知識不足が考えられる。それらを根本的に是正するために、大人だけではなく学校教育で正しいがんの知識を身につけ、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく資質や能力を育成することを目指し、平成24年6月にがん対策推進基本計画に「がんの教育・普及啓発」が追加された。さらに文部科学省による「がんの教育総合支援事業」に加えて、厚生労働省も協働し取り組み、地域がん拠点病院にも啓発活動を推進する役割が課せられた。

そこで今回名古屋市南部のがん拠点病院である当院では、地域の小学生とその保護者を対象に、がんについてのミニレクチャー（名古屋市学習補助教材策定委員会作成資料）と内視鏡/病理/手術/化学療法/放射線治療の各部門の見学体験ツアーを多職種でがん教育への取り組みのファーストステップとして企画した。募集にあたっては名古屋市教育委員会と連携して広報を行い、参加者を募ることとした。また実施にあたって参加者への精神的不利益がないよう行った。院内職員を対象に公開リハールを含め、その企画内容と結果を報告する。

P1-42

当院における褥瘡回診の現状と今後の課題

野口ひろみ、白石亘、小園裕子、佐藤郷子
JCHO 久留米総合病院 褥瘡対策委員会

【はじめに】

褥瘡対策委員会の活動の一つに褥瘡回診（以下回診）がある。回診メンバーは総合診療科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士、リクナースで週1回行っている。回診は、褥瘡推定発生率の低減を目標としているが、2015年度は1.1%、2016年度は1.9%と上昇した為、回診活動を振り返り、現状と今後の課題について報告する。

【方法】

2015年度を前期、2016年度を後期として、褥瘡保有者の状況推移を調査、検討した。

【結果】

回診は前期194件、後期384件を実施した。褥瘡新規発生率は前期0.83%、後期1.33%であった。褥瘡治癒率は前期16.3%、後期25.8%であった。褥瘡の深さ判定はd2が最も多く、d1の褥瘡発生報告件数が増加した。前期では回診直前にカンファレンスを行い、病状、褥瘡発生部位、深さ、原因、栄養状態、自立度等を情報共有した。褥瘡保有者の担当看護師は回診前に褥瘡部位を洗浄し、創が直ちに診察できるよう準備し、回診時使用ガーゼ状況を口頭で確認後、治療方法を決定した。後期では、局所陰圧閉鎖療法の導入を目的に、医師、看護師、褥瘡回診メンバーを含めた研修会を行い導入した。さらに、おむつかぶれ、スキンテア、医療関連機器圧迫創傷等のコンサルトが増加したため、回診時に対処法等を検討するようにした。また、使用ガーゼ等は回診時まで保管することやスキンケアの指導を取り入れていった。

【考察】

褥瘡推定発生が後期に上昇した原因は、回診が局所治療で終わってしまう事が多く、ポジショニングやマットレスの選択がきちんとしていなかった事やd1の褥瘡発生報告が増加した事が考えられる。回診対象者は高齢患者が多く、皮膚が脆弱で関節拘縮のリスクも大きい為、発生要因の一つ一つに焦点をあて、予防的ケアの介入及び予防に関する環境を推進する事が必要であると考えられる。

P1-43

前立腺がん密封小線源治療を受けた患者の治療や療養生活に関する認識

早川直子、藤永仁子、酒井幸子
JCHO 中京病院 放射線科

【目的】小線源療法を受けた前立腺がん患者の治療や療養生活に関する認識を明らかにする。
【対象】2015年8月から2016年8月に当院で小線源療法を受けた前立腺がん患者16名
【方法】当院で小線源療法を受けた対象に無記名自記式のアンケートを直接及び郵送で配布し、同意を得られた対象に調査を行う。
【結果】アンケート回収率81%。アンケートの集計はエクセルに入力し単純集計とした。1. 患者背景：対象の年齢は40代1名・50代1名・60代8名・70代3名であった。同居家族は「いる」が9名、「いない」が4名であった。2. 入院中の療養について：管理区域入室時に家族の面会制限がないことを知っていたのは9名であった。実際に家族の面会があったのは3名であった。又、同居家族がいる対象9名のうち、実際に家族の面会があったのは1名であった。3. 小線源療法の副作用について：治療後の急性症状がどの程度の期間続くか知っていたのは8名で、晩期障害を知っていたのは4名であった。4. 日常生活の注意点について：退院後、家族への影響を配慮して5名は生活を変えていた。周囲への影響を考え外出を控えた対象は2名であった。日常生活の注意点を全て理解されていたのは2名であった。5. 患者カード：携帯理由、携帯期間について全員が知っており、治療後必ず携帯していた。6. その他・自由記載：脱落線源の管理は全員が知っていた。副作用や日常生活の禁止事項の期間、セクシャリティな部分の詳しい説明を希望するニーズがあった。
【まとめ】小線源療法を受けた患者の療養生活では、治療の意思決定支援から退院後まで、治療時期に応じたセルフケア支援と患者教育を行う必要がある。プライバシーの問題もあり、看護師としては触れにくい部分ではあるが、セクシャリティに関する具体的な情報のニーズを知る機会となった。対象の年齢に関係なく、ライフスタイルに沿った個別的な介入を医療者側から行うことが求められる。

P1-44

デスカンファレンスを通したターミナルケアの向上を目指して

常富久美子、古賀友理子、坂口まさみ、大川内直美、川原より子、石川澄子
JCHO 久留米総合病院 看護課

【はじめに】
A病棟では婦人科、乳腺外科の手術を年間約1400例行っている。一方で、入退院を繰り返す終末期を迎える患者も多い。患者の最期を尊重する意味で、4年前より看護師のみでのデスカンファレンス（以下DCと表記）を実施している。DCの方法：平成28年度、実施件数22事例中、17事例のDCを実施。担当看護師を中心に日勤帯に30分程度で行い、カルテに記載する。今回、効果的なDCを行っていく為、A病棟看護師へアンケート調査を行った。その結果と問題点に対する取り組みについて報告する。
【対象】A病棟看護師25名
【方法】質問表を作成し、単純集計を行った。
【結果】
アンケートの結果は、回収率76%。1受け持ち患者が他界された時に積極的にDCを行っている。はい47%いいえ53%。2積極的な発言に心がけている。はい79%いいえ21%。3参加してよかった、満足できた。はい79%いいえ21%。4今後もDCは必要だと思う。はい95%いいえ0%無回答5%。5自由記載：DCの結果が出ずにもやもやすることがある。他職種を交えたDCができないか等の意見が多かった。
【考察】
DCは、今後も必要であると答えた看護師が95%であったことから、看護師はDCの継続を必要と感じており、DCは看護師の心の整理の場や、グリーフケアになっている事が分かった。そしてこれは、それぞれの看護観を成長させる場にもつながっているのではないかと考える。現在のDCでも、効果的なポイントを得たDCが行えているが、さらに、ターミナルケアの質の向上に向けた取り組みを行いたいと考えた。その為、他職種スタッフへDCの参加を呼びかけ合同DCの導入を始めた。参加出来なかった医師やスタッフへはフィードバックし、お互いのわかまりや、思いのずれなどを理解することで問題解決の糸口となった。
【結語】
今回のアンケート調査でDCを見直す機会となった。今後も試行錯誤させながら継続して、ターミナル期及び看取りの看護の充実を目指したい。

P1-45

地域の認知症高齢者を支える認知症初期集中支援チームの役割と効果

福光由希子、望月成美、井出志賀子
JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部

【目的】平成28年10月から活動を開始した認知症初期集中支援チーム（以下、初期中）での半年間の活動を振り返り、チームの役割と効果を明らかにする。
【方法】平成28年10月-平成29年3月までに介入した9名について、患者の基本属性やADL、IADL、BPSDの有無、診断の有無、支援経過を診療録より収集し分析した。
【倫理的配慮】報告にあたり、個人情報の保護・秘密保持に配慮した。
【結果】基本属性は男性5名、女性4名で平均年齢は78.1±4.2歳。独居7名（77.8%）、高齢世帯、二世帯が各1名（11.1%）。初期中への依頼者は家族6名（66.7%）、地域包括支援センター3名（33.3%）。認知症の診断に至ったのは7名（77.8%）で、そのうち治療開始となったのは5名（71.4%）であった。全員歩行は可能であったが、半数以上で買物や料理、薬の管理に支障がみられ、入浴も困難になっていた。易怒性や被害妄想などのBPSDがある患者は6名（66.7%）で本人だけでなく家族の負担感の強さが初期中への依頼につながっていた。診断後、全員が介護サービスの利用を希望し、関係機関と連携し調整を行った。また、家族の支援も並行して行い、家族からは「地域と病院が連携してくれるのは心強い」「何年かかっても家族だけでは支援につながらなかった」との意見が聞かれた。
【結論】認知症の早期発見は理想であるが、実際に初期中で関わったケースはIADLの低下や家族への激しい妄想等で在宅生活が困難になっているケースばかりであった。様々な症状により地域の中で孤立しているケースも多く、症状が進行してからの受診に至っていた。このような医療・介護が必要な人への支援において多職種で構成された初期中の役割は大きく、本人だけでなく家族支援においても効果があるといえる。認知症の診断後も住み慣れた地域の中で安心して過ごせるように『関係機関との連携』『安定した支援の継続』に向けた取り組みが今後さらに求められる。

P1-46

附属訪問看護ステーションとの連携強化を目指してー求められるお互いの機能・役割ー

加納由美子、平林智恵、小坪容子、樺田晴美、齋藤健人
JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院

【はじめに】
医療完結型から地域完結型の医療提供体制への転換を目指し地域医療機能推進という役割を認識した上で、地域の関連施設との連携強化が必要である。がん患者の在宅療養のため訪問看護と連携した経験の中で、病院と訪問看護との認識にずれを感じる事があった。病院と訪問看護ステーションが互いに期待する機能について明らかにするため調査を行ったので報告する。
【方法】
研究対象は当院医師・看護師、附属訪問看護ステーション看護師（以下訪看）とし、機能選択と自由記載の質問紙を用いてアンケート調査を行った。
【結果・考察】
病院が訪看に期待することの上位は病状観察（65.6%）ターミナルケア（62.7%）ご家族への介護支援・相談（57.8%）医療処置（56.8%）であり、訪看が病院に期待することの上位は外来機能（100%）医局（85.7%）であった。またそれぞれの項目を1. 具体的項目 2. 抽象的だが具体化しやすい項目 3. 抽象的で共通認識しにくい項目 4. その他課題に分類した。1・2に関してはサマリーの充実、3・4に関しては関係者の双方向的な意見交換によって実現が可能であると考えられた。サマリーの充実が必要な1・2項目の内、訪看に期待することの上位は病状観察・医療処置であった。また、サマリーの充実とともに関係者の双方向的な意見交換が必要な3・4項目の内、病院が訪看に期待することの上位はターミナルケア・ご家族への介護支援・相談、訪看が病院に期待することの上位は外来・医局を含めた各機能であった。今後の課題として、すべての項目に「訪看を理解してほしい」という記載が見られ、同組織として病院・訪看間で情報交換が急務であると考えられた。また、多職種で構成されている緩和ケアチームが訪看の期待する病院の機能として求めることに応えられる可能性を持つ機関としてサマリーの内容を検討する必要がある。

P1-47

摂食嚥下障害看護認定看護師のNST専従としての役割

阪口美穂^{1,8}、斎野容子^{2,8}、難波ひとみ^{1,8}、佐竹陽仁^{3,8}、伊藤祐介^{2,8}、
鈴木沙央里^{1,8}、長岡万里絵^{1,8}、相澤聡一^{4,8}、絹川雅夫^{4,8}、三松謙司^{5,8}、
伊藤千華^{1,8}、伊藤優^{1,8}、桂島尚美^{1,8}、角田美雪^{1,8}、石橋祐太^{6,8}、西村友秀^{7,8}
¹JCHO横浜中央病院 看護部、²栄養管理室、³薬剤科、⁴歯科口腔外科、
⁵外科、⁶理学療法室、⁷検査科、⁸NST

＜目的＞

当院では栄養サポートチーム（以下NST）加算を平成27年8月から取得開始した。平成28年10月から加算取得条件であるNST専従が、管理栄養士から摂食嚥下障害看護認定看護師に変更となった。今回、NST専従の職種変更によるNST回診内容の変化を調査し、摂食嚥下障害看護認定看護師のNST専従としての役割を検討した。

＜方法＞

H28年度上半期4～9月（NST専従：管理栄養士）と下半期10月～3月（NST専従：摂食嚥下障害看護認定看護師）において、NST介入人数、NSTのべ回診件数、NST回診内容（摂食嚥下関連、栄養サポート関連（食事、経腸栄養、静脈栄養））、嚥下機能評価数、嚥下機能評価後の経口摂取開始患者数について比較検討した。また、上半期と下半期の総入院数に対する禁食患者割合を（1－食事提供数/総入院患者）から算出し比較検討した。

＜結果＞

NST介入人数とNSTのべ回診件数は上半期104人/194件、下半期99人/245件であった。NST介入内容は上半期/下半期で、摂食嚥下関連が23件（21.1%）/54件（54.5%）、栄養サポート関連が81件（77.9%）/45件（45.5%）であった。特に、経口摂取開始判断のための嚥下評価は上半期10件、下半期50件と下半期で増加し、経口摂取開始患者数は上半期8名、下半期40名と下半期で増加した。また、総入院数に対する禁食患者割合は上半期37%、下半期25%と下半期で低下した。

＜考察・結語＞

摂食嚥下障害看護認定看護師がNST専従になることで、摂食嚥下障害に対するケアは充実した。しかし、栄養サポート関連の介入数が減少しており、栄養サポート面でのケアを多職種と連携してさらに強化する必要があると考えられた。

P1-48

病棟における口腔アセスメントシート(OHAT-J)導入後の実施状況

小澤通子¹、田村信子²、小野祐三子³、高橋悦子¹¹JCHO東京蒲田医療センター 歯科口腔外科、²看護部、³前JCHO東京蒲田医療センター 歯科口腔外科 歯科衛生士

【背景と目的】

近年、口腔内細菌と誤嚥性肺炎や感染性心内膜炎、糖尿病などの全身疾患との関係性が明らかになり、口腔管理の重要性が問われるようになってきたことを背景に、口腔環境を把握するため口腔スクリーニング（以下スクリーニング）が導入され始めてきている。当院では2016年4月歯科口腔外科外来の開設に伴い、入院患者を対象に口腔アセスメントシート Oral Health Assessment Tool 日本語版（以下 OHAT-J）を用いたスクリーニングを2016年7月から開始した。今回は OHAT-J 導入後の実施状況を明らかにする。

【対象および方法】

2017年3月に当院に入院した患者を対象とした。前月より入院を継続している患者は対象外とした。方法は電子カルテの帳票より集計し、入院時から1週間ごとにスクリーニングを行い、その結果は電子カルテ上の帳票に記載し、口腔環境の変化を追っていく方法をとった。スクリーニングのスコアが0点の者に関しては、1週間後の評価はしないことにした。今回は OHAT-J の実施率と実施回数を抽出した。

【結果】

対象297人に対して、スクリーニングが実施された患者は281人（94.6%）、未実施は16人（5.4%）であった。また、実施された患者のうち、1回のみ実施されたのは158人（56.2%）、2回以上は123人（43.8%）であった。1回のみ実施された患者のうち、OHAT-Jの合計スコアが0点だったものは86人（30.6%）、1点以上は72人（25.6%）であった。

【考察】

当院で OHAT-J 導入して8ヶ月後において、スクリーニング実施率は90%以上を示したが、2回以上のスクリーニングを要する者に対して、実施に至らなかったのは25%以上と未だ高率であることが判明した。今後、継続的なスクリーニングを行う上で、必要なことを調査・検討したい。

P1-49

認知症ケアチームラウンドでの薬剤師の関わり

草野俊明、橋口知加子、木場重徳

JCHO 諫早総合病院 薬剤科

認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的として、平成28年4月より認知症ケア加算が新設された。

当院でも、神経内科医、認知症看護認定看護師、精神保健福祉士（PSW）、臨床心理士（CP）、作業療法士（OT）、保健師による認知症ケアチームが創設された。認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅢ以上に該当する患者（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする患者）を対象に、平成28年4月より毎週水曜日に病棟ラウンド、同年6月より認知症ケア加算の算定を開始した。平成29年4月まで延べ746名のラウンドを行った。

現在薬剤師は認知症ケア加算の算定要件にはないが、薬剤の副作用の確認、薬剤の多剤投与による相互作用のチェック等の薬学的管理を行なって欲しいとの神経内科医からの要望があり、平成28年12月より薬剤師もラウンドに参加するようになった。薬剤師が、認知症ケアチームラウンドに参加することで、持参薬や入院後の追加処方分の薬剤に関する情報をラウンド中に提供し、薬剤調整や相互作用チェック等に協力している。認知症ケアチームラウンドでの薬剤師の関わりについて、薬学的管理の事例を含めて発表する。

P1-50

JCHO九州病院における治験受託件数増加への取り組み

大西利彦^{1,2}、川久保充章^{1,2}、古田彰^{1,3}、末松文博^{1,2}、山本英雄^{1,4}¹JCHO九州病院 治験支援センター、²薬剤部、³経理課、⁴循環器科・副院長

【目的】

当院では、平成28年4月に治験支援センター（以下、当センター）を設置し、院内の専従薬剤師が各関連部署と連携を取りながら治験実施体制の強化に取り組んでいる。今回我々は、治験受託件数増加を目的として、当院の治験実施体制の整備を行ったので報告する。

【方法】

下記の取り組みを行い効果について検討した。

- (1) 治験施設支援機関（以下、SMO）に委託していた治験事務局および治験事務局業務を全て院内へ移管すること。
- (2) 候補患者等の事前カルテスクリーニングが不可であったが、手順書を新たに策定して新規案件調査時も含め事前スクリーニングを可能にすること。
- (3) 複数のSMOと業務提携し、治験実施施設選定調査（以下、選定調査）に対して積極的に対応すること。

【結果・考察】

- (1) 平成28年6月に全試験を院内事務局へ移管したことで、治験に関するあらゆる情報を当センターにて一元管理出来るようになり、医師や各関連部署との連絡・調整が円滑になった。
- (2) 院内医療情報部と当センターで十分に協議して、カルテスクリーニングに関する手順書を新たに策定した。その結果、候補患者抽出に必要な病名・薬剤名・検査値等のデータを医事課等の各関連部署から約2営業日で入手することが可能となった。
- (3) 各SMOの協力を得て積極的に受け付けたことにより、15件前後/月の選定調査依頼を得た。当センター担当者が医師と面談したことにより、7件前後/月の選定調査票を紹介元のSMOへ提出することが出来た。結果として、平成27年度は新規受託2試験/3試験稼働であったが、治験実施体制整備を行った平成28年度は新規受託11試験/14試験稼働に至り治験収入は大幅増となった。今後は医師の興味のある治験の獲得を念頭におきながら、平成29年度は新規15試験以上/約30試験稼働/治験収入1億円を目標として当院の治験実施体制の強化をより一層進めていきたい。

P1-51

緩和ケアが行われたがん死亡患者における口腔衛生管理の介入時期に関連する因子の検討

小粥照子¹、丹羽郁子¹、中島陽子¹、阿部友亮¹、森建輔¹、友松莉子¹、吉本鉄介²、酒井幸子²、木下弘幸¹¹JCHO中京病院 歯科口腔外科、²緩和ケアチーム

【目的】

日本のがん罹患および死亡は増加し、緩和ケアを必要とする患者も増えている。米国ホスピス入所時の大規模調査研究で、がん患者の口渇は倦怠感、疼痛と並んで最頻度かつ最大の苦痛であることが示されている。よって、がん患者が適切な終末期を迎えられるために必要な口腔保健管理の介入時期を明らかにする必要があるが簡便な予測方法は不明である。我々は死亡転帰の緩和ケアチーム介入例を対象に看護必要度B項目に係る日常生活機能評価票とチーム介入時の身体症状評価票の関連解析で予測方法を探索し、関連を分析・検討した。

【対象および方法】

対象者は2012年4月から2015年6月までに緩和ケア加算を算定し、死亡したがん患者150名（男性91名、女性59名、算定時年齢19～98歳）である。調査方法は、電子カルテの入院記録から緩和ケア加算算定時点のデータを抽出した。日常生活機能評価合計得点と口腔清潔の可否、緩和ケア評価表から口内炎と口渇のNRSとのロジスティック回帰分析を行った。ROC曲線から合計得点における口腔清潔の可否のカットオフ値を算出した。

【結果と考察】

口腔清潔のできる69名、できない81名であり、合計得点はそれぞれ3.0±2.6点、9.4±3.4点であった。NRSは、口内炎1.4±2.3点、2.2±3.0点、口渇4.7±3.2点、5.5±3.3点であった。口腔清潔の可否と日常生活機能評価合計得点に有意な判別性が認められた（オッズ比 [95%CI]：2.12[1.67-2.68]、p<0.01）。カットオフ値は5点であった。150名中口渇ありは86%、口内炎は46%であった。日常生活機能評価合計得点と口渇ありは、口腔衛生管理の介入時期判断する予測因子として利用できると考える。

【結論】

日常生活機能評価合計得点5点以上、口渇ありががん終末期の緩和ケアにおける口腔衛生管理の介入判断になることが示唆された。独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院倫理審査委員会承認番号（2016014）

P1-52

持続血糖測定器（CGM）FreeStyle リブレ Pro 導入に伴う
検査室の関わり

中村千鶴子¹、岡本芳久²、下条正子²、井上英昭²、齊藤幸弘¹、小坪容子³、
座間さゆり¹、小島沙月¹

¹JCHO 横浜保土ケ谷中央病院 検査室、²糖尿病内科、³栄養管理科

「はじめに」 CGM は、連続して皮下の間質液のグルコース濃度を測定し血糖値を推定のできる装置である。昨年 12 月にアボット社よりセンサーを上腕に装着するのみでギャリブレーション不要の CGM 「FreeStyle リブレ Pro」が発売され、当院でも導入した。検査室では以前より糖尿病チームに参画し、SMBG 手技指導や、糖尿病教室の講義を行ってきたが、「FreeStyle リブレ Pro」導入に伴い、検査の趣旨説明、装着、レポート作成を行うこととなったのでその方法について報告する。

「方法」 主治医は診察時に CGM の検査依頼を行う。検査は予約なしに随時実施。患者は主治医より渡された検査説明の用紙と行動記録表を採血室に提出。採血室より連絡を受けた緊急検査室の技師が検査の趣旨、注意事項、行動記録表の記入の仕方を説明したのち、患者上腕にセンサーを装着、起動、問題ないことを確認後、患者は帰宅。センサーの取り外しは、14 日後に診察のある場合はセンサーを装着したまま来院し採血室にて技師が外す。また次回診察日が 14 日以降である場合はご自身で外し、次回診察時に持参、採血室でセンサーを回収後、検査室でレポートを作成し、行動記録表とともに電子カルテにスキャナー取り込みを行い、診察前に提出する。

「結果」 CGM 検査を予約なしで実施することにより、患者は再度来院せずに検査をすることができ、また介助なしでは来院することができない高齢者の家族への負担軽減にも繋がっている。レポート作成時に電子カルテにスキャナー取り込みすることで結果を共有することができ、主治医だけでなく他職種での療養指導に活かされている。普段患者と接することが少ない緊急検査室（検体検査）の技師が担当することにより、チーム医療に参画するという意識を持つことができる。

「考察」 12 月から導入した CGM は 5 月現在で 180 症例を超える。今後も CGM の豊富な情報を活かし、他職種と連携し個々の患者に合った療養指導を行っていきたい。

P1-53

糖尿病教育入院患者へのチームアプローチに対する理学療法士の役割と単位取得への取り組み

巽芽生¹、大西和彦¹、福田純子²、五郎川伸一³、森川佑佳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糖尿病内科

【はじめに】

当院では糖尿病患者（以下 DM 患者）に対する教育入院として 2 週間の入院期間を設けている。教育内容は主に食事療法、薬物療法、運動療法に対し糖尿病専門医、糖尿病認定看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士（以下 PT）がチームとなり介入している。今回、教育入院における PT 介入について症例提示をしながら報告するとともに、必要患者には PT 処方箋を新たに依頼したことで、より介入内容の充実と取得単位の増加が得られたと考えられたため報告する。

【症例紹介と介入内容】

症例 A90 歳台高齢女性で入院中の廃用が懸念された 2 型糖尿病患者。既往に骨粗鬆症、完全右脚ブロックあり。過去に転倒歴があるため、転倒予防へ配慮しながら活動性の維持、また高齢や心不全に対し過負荷にならないよう注意しながら介入した。ご家族への介助指導や歩行器の導入など行った上で、入院前 ADL を保ちながら退院へ至った。症例 B50 歳台男性 C6 脊髄損傷の 2 型糖尿病患者。既往に仙骨部褥瘡あり。生活状況はヘルパーや訪問看護を利用し一人暮らしをされている。電動車椅子利用されており、移動は自立しているもベッド上起き上がりや移乗動作は全介助、また褥瘡への配慮のため車椅子離床も制限があり、活動レベルは低い。インスリン注射導入が開始したが、時間的に看護師導入が難しく自己注射をする必要があったため本人や看護師と相談しながら補助具の作成を行った。その後看護師と注射練習を重ね、自立可能となった。

【単位取得への取り組み】

当院では以前から教育入院患者に対し PT 介入を行っていたが、DM 疾患に対し直接的な単位取得が困難であったため DM 担当者の平均取得単位の低下と時間的制約による介入内容の希薄化傾向にあった。そのため既往・合併疾患に対し処方依頼をすることにより、DM 担当者の取得単位の増加と、単位を取得した中で介入することで、より濃厚な介入ができたと考えられる。

P1-54**当院職員の腰痛に関する調査報告
～アンケート調査から現状と課題分析～**

大嶋恭平、尾熊洋子
JCHO 三島総合病院

【はじめに】

腰痛は労働の妨げの要因であり、多くの業種が抱える問題として発生件数は増加している。医療、介護分野において予防対策は重要な課題である。今回、アンケート調査にて当院職員における腰痛の現状把握と課題分析をしたので報告する。

【方法】

当院職員 323 名（年齢 10～60 歳代男女）に腰痛に関するアンケート調査を実施した。アンケート調査項目は、腰痛の有無、腰痛発症時の姿勢、頻度、予防対策など 13 項目とし集計および分析を行った。また職種と腰痛経験、腰痛発症時との姿勢の関連性についてカイ二乗検定を用い、危険率 5%未満とし統計処理を行った。

【倫理的配慮と同意】

対象者にアンケート調査の主旨を書面にて説明し同意を得た。また、当院倫理委員会にて承認を得た。

【結果】

アンケート回収率 91%。有効回答数 262 名（医師 13 名、看護師 130 名、コメディカル 52 名、介護職 28 名、事務職 39 名）。腰痛経験あり 91.4%、現在腰痛あり 22.4%。腰痛発症頻度は、繰り返しあり 65.3%、慢性的にあり 21.8%。腰痛発症時の姿勢は、中腰 63.7%、重量物運搬 40.1%、立位 30.9%、座位 17.9%、歩行 7.6%（複数回答）の順に多かった。職種と腰痛経験、腰痛発症時の姿勢との関連性はなかった。腰痛予防対策実施者は全体の 42%であった。

【考察】

当院職員の 91.4%が腰痛経験を有し、腰痛予防対策実施者が全体の 42%であることから労働環境の見直しや予防意識の向上が課題と考える。腰痛経験や腰痛発症時の姿勢に職種による差異は認めなかったことより、一般的な姿勢動作指導、周知が必要と考えられる。白土らは「腰痛症に対して教育的アプローチは有効である」と報告しており、腰痛発症予防対策は理学療法士として重要な役割である。今後、院内で腰痛研修会を実施し、職員の予防意識向上や労働環境良化の一助となればと考える。

P1-55**A 病棟における看護師のストレス調査**

吉田葵、山本麗
JCHO 南海医療センター 看護部

【背景】

A 病棟は、7 対 1 看護体制で重症管理室 4 床を有する、外科・耳鼻科・泌尿器科の急性期病棟である。H28 年度 6 月より一般病棟が地域包括病棟に改編され、担当する医師が多くなったことへのストレスを感じていた。そこで A 病棟の看護師はどう感じているのか、ストレスの内容を調査したのでここに報告する。

【目的】

病棟の看護師の年代別のストレス内容を知り、その原因となっているものを調査、内容を明確にする。

【方法】

1 対象：A 病棟看護師 26 名
2 方法：任意とし、アンケート調査とした。回収率 92.3%
3 期間：H28 年 12 月 13 日～12 月 19 日

【結果】

年代別で項目が高かったのは 20 代「自分の知識不足が考えられる」「病状の急変に関わる」「患者の苦痛の訴えに関わる」「家族へのケアの難しさ」「仕事の負担やプレッシャー」30 代「業務が多すぎる」「患者の苦痛の訴えに関わる」「ヒヤリハットミスをしそうになった」「医師と考え方や対応の仕方の食い違い」40 代「患者と医師の板挟み」が挙げられ、「院内の業務システムに納得できないことがある」「クレームの多い患者や家族の関わり」が 30 代・40 代で共通していた。

【考察】

一般的に労働者のストレスは、業務内容からくるものと、人間関係からくるものがある。その上看護師は、患者の生命を預かり、医療安全にかかわるミスも許されない、患者・家族・他職種とのかかわりなどで常に緊張状態にさらされている。20 代では、経験年数が短く知識や技術が未熟なため、不安やプレッシャーを感じているのではないかと。30 代では、任せられる仕事や役割が増えることにより、負担が多く感じられていると考える。40 代では、知識が増え自分自身の考えが確立されていることで、様々な関わりに疑問を抱えているのではないかと。

【結語】

今回の調査をもとに、明らかになった課題解消に取り組みストレスの軽減が図れるように努めていきたい。

P1-56**統一した口腔ケアを継続できるシステムの構築**

竹中美和、平明子、長田牧子、秋葉裕子、岩田佳代、小熊佐智子
JCHO 登別病院 看護課

回復期リハビリテーション協会では、質の高いケアを目指すため「ケア 10 項目宣言」を推奨している。その 1 つに「洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう」と宣言されている。他者の研究論文では、患者の「食べる楽しみ」を支援することは QOL を向上し、口腔ケアを行うことで誤嚥性肺炎などの合併症の予防に繋がることが立証されている。今回、口腔ケアの知識・技術の習得度・実施状況を把握する為アンケート調査を実施した所、経験年数に関係なく専門的知識・技術が不十分な結果となった。このことから、統一した口腔ケアを継続できるシステムを構築したいと考え、活動を行ったので報告する。

システム作りを行うにあたり、口腔基礎知識に重点を置いた学習会をスタッフ全員に実施した。また、患者の口腔機能を具体的に情報収集できる内容を基準化すること、口腔内トラブルを客観的に評価・判断できること、同一内容のケアが行える体制が必要と考え「口腔ケアリストアップフロー」「口腔ケアアセスメントシート」「口腔ケア評価表」を試作した。

「口腔ケアリストアップフロー」は、ケア対象者が明確となり早期に「口腔ケア」が行えた。「口腔ケアアセスメントシート」は、更に口腔清掃自立度等の項目を追加することで、明確なアセスメント・計画立案が行えた。「口腔ケア評価表」は、「口腔アセスメントガイド」（以下 OAG とする）を使用し評価することで、評価者によるアセスメントが統一された。

今回試作した「口腔ケアリストアップフロー」「口腔ケアアセスメントシート」「OAG」を使用することでスタッフ間のアセスメントが統一された。今後もこのツールを使用してケアの向上につなげたい。

P1-57**業務改善による申し送り時間の短縮とケア時間の確保**

丸山恵
JCHO さいたま北部医療センター 看護部

1. はじめに

自部署では申し送りにウォーキングカンファレンスを導入していたが、時間がかりケア開始が遅くなる、個人情報を守られていないとの意見が聞かれたため業務改善を行った。申し送りを変更したことで時間短縮に繋がり業務の効率化が図れた経過をここに報告する。

2. 研究目的

個人情報保護と申し送り時間の短縮

3. 研究方法

申し送り時間の計測

- ウォーキングカンファレンスの開始から終了まで（以下廃止前とする）
 - 夜勤者・リーダー・担当看護師が病室ラウンドをしながら申し送りを行なう方法
 - 期間 H28 年 10/6～10/18
- チーム全体での申し送り開始から終了まで（以下廃止後とする）
 - 申し送りをナースステーションで行う方法、各自で情報収集し記録にない情報や医療機器の設定など重要事項のみを簡潔に申し送る
 - 期間 H28 年 11/1～11/24

4. 結果

- 廃止前：約 42 分間
- 廃止後：約 32 分間 廃止前は申し送り後に 5～10 分程度のチームカンファレンスを行っていたため計 15～20 分短縮した。

5. 考察

ウォーキングカンファレンスは患者参加が利点であるが、自部署では意思疎通困難な患者が多く、個人情報を守られていない可能性も指摘されていた。申し送り方法の変更、チームカンファレンスの廃止に加え、業務改善によりスタッフの意識の変化がみられ申し送る内容を吟味するようになった。時間が短縮され看護ケアに当てることが出来ただけなく、チーム全員で申し送りを受けることで情報共有と統一した看護の提供にもつながった。記録の充実を図り情報収集をしやすくすることで、さらに患者ケアの時間が確保できると考える。

6. 結語

申し送り方法を見直したことで、個人情報の保護、時間の短縮ができ、ゆとりのある患者ケアに繋がった。

P1-58

投書箱「患者さんの声」から見えてきた課題

佐々木幸子

JCHO さいたま北部医療センター

【はじめに】

当院は、地域に根ざし、安全・安心、信頼と納得の得られる医療サービスを提供するため日常的に努力しており、日本医療機能評価の認定も受けている。評価基準には「継続的質改善のための取り組み」があり、その視点は、患者・家族の意見・要望を積極的に収集し対応していることを評価するとある。患者・家族には、病院に対して意見や気持ちを伝えるににくい側面がある。このような中で投書箱は意見や要望の収集に有効であり活用によって対応を検討できると考えられる。そこで、当院の投書箱の内容を分析することで患者満足や医療の質の改善につながると考え本研究に取り組んだ。

【目的・方法】

投書箱の内容を集計分析し今後の課題を明らかにするため、平成 27 年度の投書内容を集計しカテゴリー分類した。

【倫理的配慮】

記録内容や抽出データ等において個人が特定出来ないように配慮した。

【結果・考察】

平成 27 年度の投書は総数 53 件だった。その内容をカテゴリー分類した結果上位 3 項目を挙げると 1. 接遇 38% 2. 施設環境 28% 3. 診療関連 15% となった。なかでも接遇の内容を細かく検討した結果、病院職員の言動が一方的と捉えられていることが伺われた。良いコミュニケーションとは、お互いに意思や情報のやり取りができることである。齋藤孝は彼の著書「コミュニケーション力」の中で“自分の言いたいことが受け取られていると感じることで人は信頼感を持つ”と言っている。医療サービスの質を向上するためにも職員の接遇を改善することが必要であり、コミュニケーションスキルを高めることが重要な課題であると考ええる。

【結論】

投書箱は医療サービスを向上させるためのツールの一つでもある。意見を真摯に受け止め改善することにより、患者満足度の向上につながり、よい意見は職員のモチベーションを上げる。今後も定期的に調査分析し、内容をフィードバックすることが必要である。

P1-59

外来診察待ち時間調査～アンケート調査を行って～

勝又裕美子、鈴木正子、大沼以恵
JCHO 三島総合病院 看護課

【はじめに】平成 27 年度、病院で実施した患者満足度調査において、待ち時間に関しての評価が低かった。そこで、患者対象に待ち時間の実態を調査し外来での課題を検討した。

【研究目的】外来患者の受付から会計までの待ち時間の実態と待ち時間に抱く感情や病院への希望を把握し、外来看護に活かす。

【研究対象】外来患者 146 名（男性 68 名・女性 72 名・未記入 6 名）

【研究方法】アンケートを作成し、待ち時間の許容時間・受付・診察・検査等帰宅するまでの過程でどこでの待ち時間が長いのか、待ち時間に抱く患者のイライラや疲労度などの心理状態、待ち時間の過ごし方を調査した。病院への希望は自由記載とした。

【結果】患者の属性は年代別に 10～39 歳 8%・40～59 歳 23%・60～79 歳 55%・80 歳以上 13%・未記入 1%で半数以上が 60 歳以上であった。待ち時間の許容範囲は 30 分～60 分未満が 48%と最も多いが実際の待ち時間の平均は 102 分であった。来院から帰宅までの過程の中で待ち時間を長いと感じているのは「受付から診察まで」と「会計待ち」であった。待ち時間でイライラする及び疲れると感じているのも、「受付から診察まで」と「会計待ち」であった。待ち時間の過ごし方は 50 歳未満では「読書・スマホ等」が多いが、50 歳以上では「何もしない」が多かった。病院への希望は KJ 法で「設備の充実」「診察の順番表示」「会計時間の短縮」の 3 項目に分析された。その中でも「診察の順番表示」が最も多く、「いつよばれるか分からないので動けない」「耳が遠いので何もせず待っている」等の意見をいただいた。

【考察】受付・会計での評価は、早く診てもらいたい・早く帰りたい等の思いがあるためと考える。順番表示は患者が安心して待ち時間を自由に使用できるような工夫が必要なが分かった。

【結論】看護師からの待ち時間に対しての情報提供や、細やかな気遣いを心がけていくことが外来看護において大切である。

P1-60

申し送り廃止に向けた申し送り時間の短縮

穴戸章奈、金山美登里
JCHO 仙台南病院 看護部

【研究目的】申し送りの廃止に向けた取り組みとして申し送り時間の短縮を図る。

【研究方法】

1. 研究期間 平成 27 年 12 月～平成 28 年 6 月
2. 研究対象 A 病院の B 病棟看護師 15 名
3. 研究方法質的研究状況整理の研究
4. データ収集方法第一段階リーダーと夜勤者間の申し送りを一週間録音する。「患者状態」「医師指示」「バイタルサイン」「排泄」「中断」「その他」にカテゴリ化し、重点を置いている内容を明らかにする。第二段階第一段階より簡潔なルールを作成、申し送りを行う。二週間後「よかった点」「困った点」「申し送りを廃止する上での改善点、ルール化してほしいこと」のアンケート調査を行い、申し送る内容を決める。第三段階決定した内容での申し送りを一ヶ月実施し一週間時間を測定する。
5. データ分析方法 ルール化前後の時間や内容を比較する。

【倫理的配慮】看護研究委員会の審査を受け承認を得た。研究の目的、参加は自由意志であることを文書で説明し同意を得た対象者へ研究を行った。

【結果】申し送り短縮前の平均時間は 39 分 19 秒。患者状態が内容の大半を占め、特変ない患者の状態やバイタルサインの伝達に時間をかけていた。簡潔なルールを提示、アンケート調査から申し送る内容を決めた結果 11 分 52 秒に短縮した。しかし、時間にばらつきがあった。

【考察】申し送り時間は短縮傾向となったがルール化後の時間にはばらつきがあった。要因は経験年数の違い、チーム変更、重症者や夜間急変者がいた場合が考えられる。今後は、スタッフ間の意識付けやチーム固定やカンファレンスの充実が必要になる。

【結論】

1. 27 分 27 秒短縮した。
2. 経験年数の違い、チーム変更、患者の病状等で時間にばらつきが認められた。
3. 看護記録に的確な情報を記載し記録によって患者状態を正確に収集できるようにする。
4. チーム固定化し、カンファレンスの場を持ち、スタッフ全体で患者把握や看護の方向性を認識していく。

P1-61

終末期がん患者へその人らしく過ごす為の看護援助を行って

木戸雅春、須磨悠子、櫻井亜希子
JCHO 金沢病院 看護部

【はじめに】終末期の患者に対し、死の直前まで患者の意思を尊重し介入した事が“人生最期の時をその人らしく生きる”事に繋がった。本症例を生物学的・社会的視点から検討した事を報告する。

【患者紹介】70 代女性。入院歴なし。今回腸炎疑いにて入院したが、精査にて進行大腸癌、癌性腹膜炎と診断。家族は治療が出来ないなら、病名の告知はしないと希望。

【倫理的配慮】患者家族に口頭と書面で説明し同意を得た。

【看護の実際】A 氏は治るものと頑張っていたが、告知されておらず病状を悟られてしまうのではないかと思いを聞けずにいた。後悔しない最期を迎えさせてあげたいが、どのように関わればよいのか悩んでいた。その数日後、普段遠慮がちな A 氏より入浴やアイスが食べたいと強く訴えられたが、主治医からの許可はおろなかった。しかし、死を早める可能性はあるが、入浴させてあげられるのは今が最後の機会かもしれないと葛藤し、早急にチームでカンファレンスを行った。チームでもお風呂好きの A 氏の希望を叶えたいとなり家族に意向を確認した。家族は状態が悪化したとしても本人の希望を叶えて欲しいとの事で、主治医も同意のもと入浴を実施した。入浴中は笑顔が見られ、帰宅後は自身でアイスを摂取した。その後も看護師に嬉しそうに日中の出来事を話された。その日の夜間帯、家族に見守られながら永眠された。

【考察】生物学的・社会的視点から、現在の状態での入浴は急変の可能性があり危険だと判断される。しかし、A 氏の生物学的な身体の余命をアセスメントした時、本人の希望を叶える為の時間が限られていると判断し、A 氏にとって“入浴する事”“アイスを食べる事”が最善の選択と考えた。A 氏の物語られるいのちに耳を傾けた時、A 氏らしさに気付いた事で希望を叶えるのは今しかないと思え、家族や周囲の協力も得て入浴やアイスを食べるといった A 氏の希望に沿った援助が提供できた。

P1-62

入院時の充実したオリエンテーションを試みて

柳澤美由紀、野口初美、出町和枝
JCHO さいたま北部医療センター 看護部

【はじめに】当病棟は、内科と小児科の混合病棟であり、小児科入院時のパンフレットは、内科と同じものを使用していた。入院患児は、今迄とは異なる環境に置かれるため不安が多く、付き添いをしている家族を含めた入院時オリエンテーションは、不安を軽減するために大人の患者以上に重要になる。そこで、入院患児およびその家族へ細やかな入院時オリエンテーションが行えるよう小児科専用のパンフレットを作成した。

【目的】小児科専用入院オリエンテーションパンフレットを作成し、その効果を検証する。

【方法】患児と家族を対象に聞き取りでアンケート調査を行い、その結果を集計分析した。

【結果】アンケートの質問内容は、点滴・食事など 12 項目に分けた。1 回目のアンケートでの回答を参考にパンフレットを作成した。パンフレットは、イラストを加え項目別、疾患別に作成し留意点も加えた。また、定期的に、小児科経験の多い看護師による勉強会を行い、スタッフが共通認識を持ち、統一したオリエンテーションができるようにした。新しいパンフレットでの説明をした結果、2 回目のアンケートでは、不安の回答が減少した。

【考察】小児科専用入院オリエンテーションパンフレットを用いて説明する事によって、入院中の患児や付き添いの家族の不安や恐怖を最小限にする事ができたと思われる。パンフレットを作成する過程に於いて、頻回に勉強会を開いてスタッフが共通の認識を持てるようにしたことも有効であったと考える。

【結論】小児は年齢が同じであっても、発達には個人差があり、子供を取り囲む環境も様々であるため個々に合ったオリエンテーションが大切である。そのため、家族や患児からの不安や要望を聞き、苦痛を最小限にし、入院生活が安全安楽に過ごせるよう、これから看護の質の向上に努めていきたい。

P1-63

再加熱カートを用いた新調理による料理別評価と今後の課題

町田孝也、梅津大樹、佐々木慎宏、菅原未来、伊藤麻依子、若木秀之、
守屋淑子
JCHO 仙台病院 栄養管理室

【目的】

事前調理したメニューを急速冷却して保存し、専用装置により再加熱する新調理法（ニュークックチル）は、運営経費の削減や衛生管理面の利点がある一方、食味の低下が懸念される。当院は数年以内の新築移転に伴い本法の導入を検討中であるため、本法の料理別特徴を把握する事を目的とした。

【方法】

管理者、栄養管理委員等からなる評価者 19 名を対象とし、ご飯、うどん、煮豚、焼魚、天ぷら、親子煮の 6 品のセットを現調理法、新調理法の順に試食評価してもらった。評価は料理ごとに、「食味」、「色合い」、「温度」を点数（1~10 点）で採点し、平均値±標準偏差で示した。平均値の比較は等分散性を確認後、t 検定を行い、 $p<0.05$ の場合を有意と判断した。

【結果及び考察】

食味が新調理法で高得点であったのは、煮豚（新 6.9 ± 2.5 点、現 5.7 ± 2.2 点）、うどん（新 7.6 ± 1.9 点、現 7.3 ± 2.1 点）であり、低得点であったのは、ごはん（新 6.2 ± 2.6 点、現 7.6 ± 2.0 点）、天ぷら（新 6.3 ± 2.6 点、現 6.8 ± 2.3 点）、親子煮（新 6.3 ± 2.4 点、現 6.9 ± 2.2 点）であった（ $p>0.05$ ）。色合いは両者（新 7.3 ± 1.8 点、現 7.2 ± 1.8 点）に差はみられなかった（ $p>0.05$ ）。温度は新調理法が高得点（新 8.2 ± 1.6 点、現 4.8 ± 1.6 点）であった（ $p<0.05$ ）。食味が低得点であった要因として、天ぷらでは部分的に解凍した状態で再加熱をしたため、衣のサクサク感を得られなかったと考えられ、加熱タイミングの工夫が必要と考えられた。親子煮では煮物の味がなじむための冷却時間の省略のためと考えられた。ごはんには、冷却時間の省略に加え、事前炊飯を再加熱した事が炊き立てに比して食味を低下させた要因と推察され、工夫の余地はあるが現行の調理法の優位性が目立った。

【結論】

新調理は、あらゆる調理法のメニューに対応可能であった。しかし、料理の品質の保持には、今後、新調理法の技術的工夫が必要である。

P1-64

手術室における薬剤師業務の現状と今後の展開

杉浦和繁、佐々木宏徳、浦嶋圭太、河井和子、伊藤和幸、磯谷聡
JCHO 中京病院 薬剤部

【はじめに】

当院中央手術室では、局所麻酔と全身麻酔をあわせて 1 日平均 35 件の手術を行っている。術中に使用される薬剤の多くは定数配置され、手術部門システムにより運用されている。しかし、麻薬および筋弛緩薬は管理を厳重にする目的でオーダーリングシステムと手術部門システムが並行した運用となっており、薬品管理が煩雑になっている。当院では 2013 年から手術室担当薬剤師（以下、担当薬剤師）を配置し薬品管理業務を行っている。今回、現状と今後の業務展開について報告する。

【業務概要と成果】

麻薬および筋弛緩薬は定数配置制ではなく、オーダーリングシステムで入力し薬剤部から払い出しを行っている。担当薬剤師は台帳を準備し、調剤された麻薬・筋弛緩薬の鑑査、運搬、使用量の入力、残量確認を行っている。一方、定数配置された薬品の中でも向精神薬、吸入および静注麻酔薬、特定生物由来製剤は担当薬剤師と看護師がチェック用紙を用いて在庫と使用状況を管理している。また手術器材と繁用される薬剤を個別にセットしたワゴンは、手術終了後に担当薬剤師が薬剤の補充を行っている。担当薬剤師による手術室の薬品管理業務によって、医師・看護師の業務負担が軽減され、薬剤の紛失リスクも軽減したと考えられる。

【今後の展開】

今年度より術前患者の周術期ケアやサポートを行うために、手術室のスタッフを中心に「周術期管理チーム」が結成され周術期外来が開設された。その中で薬剤師は常用薬の確認や患者情報の収集を行い、中止薬の提案や休薬指導等を行っている。従来の業務は術中における薬物療法の支援が主であったが、今後は術前から術中・術後まで一貫した薬物療法の支援に努めていきたいと考えている。

P1-65

人工膝関節全置換術後の弾性ストッキング及び弾性包帯装着の実態－下肢の腫脹と DVT 発生状況に着目して－

佐藤恵、富田かをる、中村ひろこ
JCHO 玉造病院 看護部

【研究目的】

TKA 患者の深部静脈血栓予防対策のための、弾性ストッキング及び弾性包帯の装着の実態と DVT 発生状況を把握する。

【対象と方法】

平成 28 年 1 月～7 月に入院した TKA 患者 80 名を対象に、術前 DVT の有無、術前と術後 2 日目～7 日目の足関節、下腿周囲径、術後 DVT の有無について調査した。調査項目ごとに単純集計を行い、術後から弾性ストッキングのみを使用した弾性ストッキング群と、術後腫脹を認め弾性包帯を使用した弾性包帯群の 2 群に分け手術前と手術後 7 日までの足関節、下腿の周囲径の平均値と標準偏差を求めた。また 2 群別に術前と術後の足関節、下腿周囲径の平均値と標準偏差を t 検定で分析した。尚、本研究は所属病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

弾性ストッキング群は 25 名 (31.25%)、弾性包帯群は 55 名 (68.75%) であった。術後 DVT を発生した患者は弾性ストッキング群 0 名、弾性包帯群 10 名であった。術後 DVT を発生した患者の足関節周囲径の最大平均値は術後 2 日目であり、術前日と比較して術後すべての日数において有意差は認めなかった。術後 DVT を発生した患者の下腿周囲径の最大平均値は術後 4 日目であった。弾性ストッキング群では術後 5 日目が最大平均値であり、術前日と比較して術後すべての日数において有意差を認めなかった。

【考察】

術後 DVT を発生した患者は弾性包帯群のみであった。弾性包帯は圧迫圧が不明であり、継続的な圧が十分にかかっていなかったのではないかと推察する。足関節周囲径と下腿周囲径の腫脹は軽度であり、術後多くの患者に弾性ストッキングを装着できるとことが示唆された。今後、DVT 予防指標作成の検討を行い、効果的に DVT 予防が実施できるような取り組みが必要である。

【結論】

1. 弾性ストッキング群では術後急性期血栓の発生はなかった。
2. 医療者の主観で弾性包帯に交換していたが、術前後の腫脹に有意差はなかった。

P1-66

3 階病棟スタッフの災害時対応能力向上への取り組み

前田智子、嶋田郁子、飯田正樹
JCHO 福井勝山総合病院 看護課 3 病棟

【はじめに】

平成 27 年度 JCHO 構造評価において 3 病棟では災害時における対応がほとんどの項目で低評価であり、改善の必要性があることが明らかとなった。そこで、平成 28 年度病棟目標を「災害・重大危機発生時に備え適切な行動が取れる」とし、実践能力向上への取り組みを報告する。

【方法】

病棟災害チームを結成し、病棟の問題点を抽出し年間計画を立案し実践した。

【問題点】

1. 病室に避難経路表示がない。
2. 入院時に災害発生時避難についての説明が行われていない。
3. 消火設備の理解度が低い。
4. 火災発生時の初動が明確となっていない。
5. 医療用コンセンートの使用ルールが守られていない。
6. 災害訓練参加者が少ない。

【活動内容】

問題点 1、2 に対し、避難経路図を作成し各病室の扉内側に掲示し、入院オリエンテーション時に避難経路図を用いて避難経路の説明を行うようスタッフに指導した。問題点 3 に対し、消火設備の使用法動画を作成し視聴。理解度テストを実施した。問題点 4 に対し火災発生時アクションカードを作成し、ナースステーション電話設置場所と休憩室に掲示した。また、携帯型アクションカードを作成し、各自名札に入れ、毎朝読み合わせを 2 ヶ月間実施した。問題点 5 に対し、医療用コンセンートの使用基準表を作成し、カンファレンス室に掲示した。問題点 6 に対し、災害に関する講義・実習を実施。参加出来なかったスタッフはその動画を視聴。災害が発生した場合必ずナースステーションに集合することを病棟ルールとした。

【まとめ】

防災に対する問題点が明らかとなりスタッフが主体となって改善策を打ち出し実施できた。今後の課題として、今回の活動で得た知識経験が定着していく体制作りが必要である。

P1-67

多職種協働によるシームレスな服薬管理マニュアル作成への取り組み

鯉淵由美、浅川茂子、足助崇之、板垣朝子、西村亜紀子、大山美代子、西郷悦子、小名木敦雄
JCHO 東京蒲田医療センター

【背景と目的】

当院の「薬剤」エラー報告数は「療養上の世話の場面」のエラー数に次いで多い。薬剤エラーは重大な結果を招く可能性が高いことから多職種で構成されているリスクマネジメント部会（以下部会）では、誤薬事故低減の為にチームを立ち上げた。一方、看護業務委員会（以下委員会）でも与薬マニュアルが複数存在していた事や電子カルテ導入によって与薬過程が変化した事から新たな与薬マニュアルの作成を考えていた。

医療は一職種だけで完結する事は始まらないにも関わらず、職種単位でマニュアルが作成されていたため、互いの情報共有不足からトラブルが発生していた。

今回、委員会と部会が協働して誤薬事故低減を目指した服薬管理の為にシームレスなマニュアル作成に取り組んだので報告する。

【取組内容】

平成 28 年 5 月から協働検討会を 4 回開催。部会では病棟ラウンドを実施して服薬管理の現状把握を行った。服薬管理は病棟毎のルールの存在や病棟薬剤師業務に明確な基準がない事等から統一されていない部分があった。病棟毎の特殊性を踏まえてどこまで業務の摺合せができるか検討した上で、委員会がマニュアルを作成し、部会がマニュアルのシミュレーションを行った。マニュアルの周知活動は委員会と部会共に行い同年 11 月 1 日から運用を開始した。

【結果・考察】

委員会と部会の協働によって看護師以外、すなわち薬剤師の視点をマニュアルに盛り込む事ができた。また、医師の処方、看護師の指示受け、薬剤師の調剤、配薬準備、配薬、内服の過程を分断する事のないシームレスなマニュアルとなった。更に、部会のシミュレーションによってマニュアルが現場へスムーズに導入されたと思われる。今後、実際にマニュアルが誤薬の低減に繋がるかどうかを検証する事が課題である。

P1-68

鎮静剤を併用した診断的気管支検査における患者管理の実
際について

吉田智子¹、安森亜希子¹、足立美智子¹、伊川恵美¹、角弘子¹、波佐英美¹、
森田恭子¹、渡邊孝幸²、村上誠一³、中尾哲³、森田克彦⁴

¹JCHO 下関医療センター 看護部、²臨床工学部、³放射線部、⁴呼吸器外科

背景：消化器内視鏡学会の鎮静ガイドラインには「鎮静下で内視鏡を施行する場合、患者の視診、意識レベルと呼吸循環動態の適切な監視が重要である。内視鏡手技終了後も覚醒までの間は患者監視を継続する」とある。現在の検査スタイルが定型化する過程で2例の教訓的な症例を経験した。いずれも鎮静剤（ミダゾラム）併用であったが、1例は血小板減少症があり検査前に十分な血小板輸血したにもかかわらず生検後多量の気道出血が生じ、挿管・人工呼吸管理を有した。もう1例は通常通り気管支鏡下生検を施行し、リバース後しばらくして仰臥位から車いす座位に戻ったあと呼吸停止に至った。ともに検査室内に多くのスタッフが残っていたのですぐに対応でき無事であった。これらの経験から鎮静併用気管支鏡検査中、検査後の患者監視の重要性を痛感した。

方法：検査医師は1名（非常勤がもう1名の場合あり）のため、3名の看護師、1名の臨床工学技士と透視操作の1名の診療放射線技師の合計6名（or7名）があたるように配置した。患者情報の把握のために症例ごとに数分の“プレゼン”を施行し、検査の目的、注意点を明確にした。患者監視モニター（心電図、SpO₂、血圧）以外に診断検査技術の進歩とともに臨床画像が増え、検査室は多くの情報が氾濫していたが呼吸状態の目視を補助する目的で、頸部の呼吸音をモニタリングできるRad-87withRRaを採用した。検査後の呼吸状態に関しては感度がよく役に立つと思われる。敢えて回復室は設けず、検査室で車いすに座り、会話ができるまで監視するようにした。医師も透視操作室内で所見記載し、現場を離れないようにした。初期の2例以降1度も緊急処置が必要な症例は経験していない。

結語：高齢化に伴い合併症を有する被検者が増え、検査を安全に遂行する上で個々の役割は極めて大きくなる。更に症例の理解をベースにした多職種連携がより安全に寄与している。

P1-69

患者の安全に配慮した術後ベッド周囲の検討

小口佳那
JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 看護部

【目的】

術後ベッド周囲の整理整頓に対する看護師の認識を明らかにし、ME 機器類のコードを適切に整理する方法を標準化し患者の安全に配慮した療養環境を整える。

【対象・方法】

A 病棟看護師 15 名を対象に、研究内容について書面によるアンケートを実施した。

【結果】

1. 「術後ベッド周囲の電子機器のコード類を意図的に整理しているか」の回答は「整理している」は 33% で「どちらかという」と整理している」は 47%、8 割が整理しているとの認識を持っていた。
2. 「ベッド周囲の ME 機器のコード類が不要になっていることに気が付いた時にどうしているか」の回答は「整理整頓する」は 82% であった。
3. ME 機器のコード類を整理する習慣は、「習慣でできていない」は 20%、「どちらかという」と習慣ができていない」は 40% であり、習慣ができていない看護師は 60% であった。
4. 術後ベッド周囲の写真を提示し、安全が守られていない箇所にチェックした数は、最少で 4 箇所、最多で 17 箇所であり経験年数による関連はなかった。

【考察】

患者の安全に配慮し意図的に ME 機器のコード類を整理している看護師は 8 割以上であったが、習慣はできていないとの回答が 6 割であった。習慣化してないと患者の安全の確保は難しく、習慣として定着する必要があることがわかった。写真提示では、安全が守られていないと感じる箇所、数に違いが見られた。河野 1) は「電源コードがからまっていることに違和感を感じないと、輸液ラインが交差していてもそれが気になる可能性は低い」と述べており、安全な環境の確保には病棟で一定の基準でベッド周囲の環境を整えることが必要であると考えた。今回の結果より、術後のベッド周囲の適切な ME 機器類のコード類のまとめ方や配置方法について、手順を統一し標準化を行った。コード類の整理を機会に、患者の安全に配慮した療養環境を整えられているか、今後も継続して評価していく必要がある。

P1-70

K 病院手術室における地震用役割別アクションカードの作成～災害時シミュレーション訓練を通して～

内田育美、小林恵、廣田由紀、小原まなみ、宮川亜希、石井雅子
JCHO 福井勝山総合病院

【はじめに】

K 病院手術室では、災害発生時に患者の安全確保のための迅速な初期行動ができるのか不安の声があがっていた。そこで地震用役割別アクションカード（以下：カード）の作成に取り組み、手術中の地震を想定した災害時シミュレーション訓練を実施した。その結果を検討し、迅速な初期行動ができるカードが作成できたのでここに報告する。

【方法】

1. カードの作成。
2. 手術中に震度 6 弱の地震が発生したことを想定し、地震発生後から手術室師長へ報告するまでの訓練を実施。訓練直後、意見交換会。
3. 見直したカードを用いて、2 回目の訓練を実施。訓練直後、意見交換会。

【結果・考察】

地震発生後の手術室を想定したカードの作成と訓練を実施したことで改善点が明らかになった。チェック項目にカードを見ながらチェックできなかったことから、項目を減らし、優先順位の高い行動を 3 色に区分した。災害発生時に必ず最初に行う内容を赤枠、次に行うべきことを黄枠、一息ついて行う行動を緑枠とした。文字は大きく見やすくし、インパクトを与えるため命令調の表現にした。カードは縮小・軽量化し、紐の長さも調節した。その結果、瞬時に行動内容の優先順位が理解でき、両手も使え動きやすくなったことから躊躇せず迅速な初期行動につながることができたと考える。

1 回目の訓練では、緊張や焦りがみられ周囲と連携がとれず、まとまりのない個人行動が目立った。それはカードに行動内容は記載されているが、誰と行動するのか記載がなかったためである。そこで、カードにスタッフ間の連携と行うべき行動、報告すべき内容を記載した結果、心の余裕が生まれ自律した行動ができ、落ち着いて行動できるカードへの改善につながったと考える。今後も定期的な訓練や学習会を実施し、カードの修正・改善を行い防災意識の向上に取り組んでいきたい。

P1-71

当院における診療看護師の効果

井手上龍児¹、松邑恵美子²、阿部亜希子²、高橋淳²、斉藤岳史¹、茂木美佳¹、福添恵寿¹、本郷葉子¹

¹JCHO 東京城東病院 看護課外来、²看護課

【方法】

2016 年 4 月から 8 月において、当院 A 病棟を退院した患者で、日本版 NP が受け持つ患者とレジデント受け持ち患者の入院期間を診療録より後方視的に収集し比較した。収集した項目は、年齢・性別・入院日・点滴施行の有無、抗菌薬使用の有無・診断大分類・退院時転帰とした。統計学的検定は、Kaplan-meier 曲線を作成し、Log-rank 検定を行った。

【結果】

期間中の対象患者は、123 症例で、日本版 NP 受け持ち症例が 27 症例（男性 18）レジデント受け持ち症例が 96 症例（男性 54）であった。入院期間の中央値は日本版 NP 群が 11（95%CI: 6-14）日、レジデント群が 11（95%CI: 6-14）日、P=0.689 であった。

【考察】

当院では、日本版 NP が初期研修医の様な立場で、レジデントやスタッフと共に患者マネジメントを行っている。主な勤務内容は、レジデントと概ね同様の勤務体制であるが、患者や家族への病状説明などは不足している事を推測した。そのため、入院期間が延長している可能性を予測していた。今回の検討では入院期間の検討においては有意差がなく、一般的な診療においては米国で示されているように、患者アウトカムに関しては遜色のない診療が示唆された。診療のクオリティに関しては、知識等はレジデントと比較し不足している事は明らかである。しかし、ラウンドで話し合った内容のオーダーなど、重要な意思決定以外の業務を日本版 NP が担うことで、医師の負担軽減に繋がることが予測される。

【結論】

当院において、日本版 NP が管理した患者では、レジデントが管理した群と比較し、入院期間の検討では有意差はみられなかった。

P1-72

最大全身平均比吸収率(SAR)を低減した腰椎 MRI 検査における発熱効果の検討

荒川信、菊地秀和、阿部崇平、田苗沙也佳、沼田仁志
JCHO 仙台南病院 診療放射線科

【目的】

以前より腰椎検査後に患者様が多量に発汗しているのをよく目撃している。また近年、一部の医療用体内インプラントの中に MRI の詳細な撮像条件を付したものが出てきている。そこで今回左記の医療用体内インプラントを装着している患者様に撮像でき、発汗を抑えた発熱の少ない腰椎撮像プロトコルに変更を試みた。従来法と比較し、発熱低減効果があるのか検討を行った。

【使用装置】

Philips Medical Systems 社 Intera Achieva 1.5T

【方法】

対象は従来法群 2016 年 10 月～12 月の 21 件、新法群 2017 年 1 月～3 月の 26 件。以上の両群に検査終了後、発熱に関する間隔尺度を用いたアンケートを実施した。Mann-Whitney の U 検定より P 値を算出し、有意差を求めた。

【結果】

発熱、発汗に関するアンケートに関しては有意差を認めた。（P<0.05）検査時間、騒音に関しては有意差を認めなかった。（P>0.05）

【結語】

従来法と比較し新法の方が医療用インプラントを装着している患者様に撮像可能で、発熱低減効果があることも証明された。

P1-73

当院における輸血療法委員会の活動～11年間の取り組み～

鈴木克、五十嵐陽祐、水島美津子
JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床検査科

当院では2006年7月に輸血療法委員会を設置し、2カ月に1回開催している。2006年から2017年までの11年間の取り組みを報告する。

P1-74

当院における輸血検査室の活動～11年間の取り組み～

五十嵐陽祐、鈴木克、水島美津子
JCHO 東京山手メディカルセンター 臨床検査科

2006年から2017年までの11年間の輸血検査室の活動と取り組みを報告する。

一般演題
(ポスター発表)
11月18日 土

P2-01

病棟薬剤業務4年目の現状と課題

中川紗耶香、細野里志
JCHO山梨病院 薬剤科

【目的】

当院では、2013年5月より各病棟に平日1名ずつ専任の薬剤師を配置し、現在3病棟で病棟薬剤業務実施加算の算定を実施している。業務内容は(1)「医薬品の投薬・注射状況の把握」として、カンファレンス等への参加、(1)及び(4)「2種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認」として配薬カートへの内服薬等のセット、注射薬の中止・追加の管理等の実施、(2)「医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需」としてDI情報の病棟への周知、副作用情報の収集、医師・看護師等からの問い合わせ対応等、(3)「入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案」は、入院時全患者に対して実施、(5)「患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明」(6)「薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施」は医師等の依頼に応じて実施、(7)「その他」は抗がん剤の無菌調製、病棟ストック薬等の管理の実施、と多岐に及んでいる。現在の病棟薬剤業務の実施状況を把握し、今後の業務へ活かす。

【方法】

2016年1月～12月の病棟薬剤業務日誌の記載時間を(1)～(7)の業務内容毎に集計し、週毎の所要時間(時間/週)を算出した。

【結果】

全病棟の平均所要時間は(1)10.8時間(2)0.5時間(3)1.6時間(4)6.5時間(5)0.1時間(6)0.3時間(7)2.0時間であった。

【考察】

(1)(4)が全体の76.6%と大部分を締めていた。(3)に関しては、入院の多い病棟と少ない病棟で1時間から2.8時間と所要時間に開きがあり、延べ入院患者数の多い病棟ほど所要時間は多かった。(5)に関しては、抗がん剤投与前等に必ず患者等への説明を実施しているが、薬剤管理指導料として算定していることが多く、病棟業務時間としては少ない結果となった。医師等の依頼に応じて実施している(2)(6)に関して占める時間が極端に少なかった。今後、医師等の依頼を受けて実施している業務内容に関して、需要を把握し積極的に業務に加えることが必要と考える。

P2-02

当院健診センターにおける腹部超音波検査の現状

砂坂京代、三浦みどり
JCHO徳山中央病院 臨床検査部

【はじめに】

当院健診センターの腹部超音波検査件数は、過去7年間において年間約6500～7000件である。健診専任技師はおらず、院内業務と兼ねた検査技師が施行している。技師の業務の流れ、技師の育成の現状、これからの課題を含めて報告する。

【現状】

当院健診センターでの1日の腹部超音波検査件数は約30件である。施行担当技師6名、そのうち4名の技師で8時前より検査を開始する。9時過ぎからは1名が院内業務へ、1名が脳ドックの頸動脈超音波検査へ移行する為、残り2名の技師で検査を行う形をとっている。AM10時前には健診超音波検査は終了し、脳ドックを担当する技師以外が院内業務へ戻っている。検査1件の所要時間は、経験年数にばらつきはあるものの、10～15分程度での終了を目標とし、概ね達成できている。精検率・悪性疾患発見率においては、経験年数の長い技師2名のみで施行していた2006年と比べると、悪性発見率に差はないものの、要精検率は上昇していることがわかった。

【課題】

検査依頼件数の増加などにより、施行時間の速さだけを追求しがちになるが、要精検率・偽陰性率を低く抑えるために、丁寧で誠実な検査が行えるよう、技師各自心がけ、そして指導していかなければならない。その為には、院内業務・健診業務における業務の流れも、臨機応変に考えて行く必要があると思われる。

P2-03

反応増強剤(PEG)による非特異反応で抗体同定に苦慮した一例

松野友香、上田由美子、今里和義
JCHO 諫早総合病院 検査部

<はじめに>

今回、交差適合試験不適合による精査で複合抗体の保有に加え、反応増強剤(PEG)による非特異反応で、同定に苦慮した一例を経験したので報告する。

<症例>

68歳女性、B型RhD陽性。当院での輸血歴なし。骨髄線維症でフォロー中、Hbが5.8g/dLと貧血の進行を認めたため、Ir-RBC-LR2単位の輸血が依頼されたが、交差適合試験で不適合となり精査を行った。

<結果>

パネル血球による不規則抗体同定検査で、生理食塩液法では陰性、PEG-IATで自己対照を含む全てにw+～3+の異なる強さで凝集を認め、抗体の推定が困難となった。DATは抗IgG、抗補体共に陰性で、自己抗体保有の可能性は低く、抗体を絞るために患者の抗原検査を行った。抗E、抗c、抗JKb、抗Xga、抗Lea、抗S、抗Nが考えられたが、パネル血球の凝集パターンと抗原検査の結果の矛盾からPEGの非特異反応を疑い、LISS-IATとクームス原法を行った。結果から抗Eと抗JKbを疑い、それぞれ単独陽性のホモ接合血球で追加パネル検査を行った。E(+)JK(b-)に2+、E(-)JK(b+)に1+の凝集を認め、E(-)JK(b-)は陰性であったため、抗Eと抗JKbの複合抗体と同定した。

<まとめ>

今回検出した抗JKbは、パネル血球のクームス原法の結果で、ホモ血球でw+、ヘテロ血球で陰性となった。しかし、パネル血球のクームス原法と追加パネル検査で同じホモ接合血球を使用した、凝集の強さが異なった。検査手技による見落としの可能性も否定できない。さらに、これまでに非特異反応の経験がなかったため消去法や抗体の推定が困難であり、クームス原法による検査時間の延長もあった。LISS-IATは抗Eしか検出出来ず、抗JKbの見逃しがあった。改めて反応増強剤の特徴を含め、輸血の知識や検査手技の向上の必要性を感じた。また、患者は現在も定期的に輸血を行っており、E(-)、JK(b-)の指定血を用いている。適合率が低い場合、早めに依頼してもらうことで対応している。

P2-04

当院での脳波記録簡易睡眠装置〈Sleep profiler〉導入の現状

大竹葉子¹、立川梨紗¹、篠田裕子¹、田代朋子¹、角谷三津子¹、深水順子¹、新津祐之²、清田秀昭¹、石黒彰²
¹JCHO東京蒲田医療センター 検査科、²耳鼻咽喉科

【はじめに】睡眠時無呼吸症候群(SAS)は就寝時の無呼吸に自分自身で気付かない為に、検査・治療を受けていない潜在患者が多いと推定される。睡眠ポリグラフ検査(PSG)は脳波と複数の生体モニターを終夜記録するが、PSGの有用性を活かす為には映像や音声と同時に記録し、専任の臨床検査技師の監視下で行うことが必要である。しかし、装置や設備設置・技師の教育や技能習得に時間がかかることもあり、実施できる施設は限定されている。

【目的】今回、当院では簡易に装着可能で検査技師の監視なく行えるSleep profilerを導入し、診断・治療へ活用されているかを明らかにする。【方法】2016年1月より現在までに耳鼻咽喉科で簡易PSGを実施し、精査になった11名(男性7名、女性4名)を対象とした。全例にSleep profilerを使用した検査を行い、外部検査センターで解析された結果と治療の経過を調査した。

【結果】無呼吸低呼吸指数(AHI)が15/hr未満(軽度)が5例、15～30/hr未満(中等度)が3例、30/hr以上(高度)が3例であった。軽度の患者はマウスピースの治療を行った。中等度では原則的にマウスピースの治療を行い、症状の強い1例には経鼻的持続陽圧呼吸療法(CPAP)を導入した。高度の患者は全例にCPAPを導入した。CPAPを導入した4例中1例では合併症である高血圧の増悪・狭心症の為CPAPが中断されたが、残る3例ではCPAP導入後にAHIの低下がみられ自覚症状が軽減した。

【結語】従来のPSGと比べSleep profilerは装着する脳波誘導電極が少なく、眼球運動・下肢筋電図は記録しないが、装置装着の簡便さや検査中患者の行動制限の軽減の利点があり、SAS診断に必要な情報は記録できる有用な検査と思われた。当院には生活習慣病など他の疾患で通院している患者の中にも潜在的なSAS患者が多数存在する可能性があり、自施設内で診察・検査・治療まで一貫て行なわれていることが明らかになった。

P2-05**RaspberryPiを用いた透析回路プライミング排液タンク水位監視装置の作成**

堅田玄慧、久高好夫、渡邊薫、小林智之、小野澤輝彦
JCHO 横浜保土ケ谷中央病院 臨床工学室

【はじめに】

RaspberryPiはイギリスで2012年に発表されたコンピューターで、その中で最も安いモデルは1枚5ドルと破格の値段である。構成としてはCPUとUSBポート、SDカードスロット、外部機器と接続するためのピンで構成されている。

RaspberryPiの臨床工学分野での利用を考え、透析室において、しばしば起こっていた午後透析の透析回路プライミング排液タンクの水が溢れ出してしまう問題に対して、タンクが満タンになったら音声で知らせしてくれる装置をRaspberryPiを利用し作成したので報告する。

【方法】**装置概要**

電気器具のスイッチを自動でオン／オフできるデジタルタイマーにより、透析のある月曜日から土曜日、午後透析のプライミングを行う時間帯の午前9時から午後1時までRaspberryPiに電源を供給する。RaspberryPiは電源が供給されると同時に起動し、作成したプログラムが開始されるように組み込んだ。

プログラム概要

プログラム言語Pythonで作成した。プログラム起動後、取り付けけたフロートスイッチが上がるのを監視した状態となる。フロートスイッチが上がる度に日本語音声合成システム（Open JTalk）により作成した音声スピーカーより出力される。最後にフロートスイッチが上がってから1時間後に自動でシャットダウンする。一度もフロートスイッチが上がらなかった場合は、3時間後に自動シャットダウンする。

【結論】

作成した装置は、全自動で作動するため、プライミングを行う時に、全くタンクの水位を意識しなくても良くなった。導入後は一度も装置の誤動作は起こっていない。今後RaspberryPiの耐久性も調査しつつ、他の業務への活用も考えていきたい。

P2-06

FPD 導入に伴う仕事の効率化

丹治星羅

JCHO 船橋中央病院 放射線科診療部

当病院では、平成 29 年度より“一般撮影室・ポータブル・オペ室”において FPD システムが導入され、放射線科内でのデジタル化が進んでいます。最新型の FPD システムを導入したことで、放射線による被ばくが注目されている現在において被ばく線量の低減化ができ、最新の画像処理技術における画質の向上、また医療スタッフとのスピーディーな画像の共有など様々な利点が挙げられています。また、撮影室を一部屋増設したことで患者様の待ち時間短縮にもつながっています。今回 FPD システムを導入したことでこういった様々な利点が挙げられるとともに、今まで使用したことのない最新技術を使用するにあたり、慣れない操作や技術にミスやトラブルも起こっていることが現状です。実際に現場で起こったミスやトラブルは随時報告を行うようにし、勉強会や報告会を積極的に開き、放射線科の全員で情報を共有することに努めています。また、従来使用していた CR システムから今回の最新型 FPD システムに仕様が変わったことで当院の医師からは画質の向上に関して高い評価をいただいています。格段に画質の優れた画像を提供できるようになったことで今後も放射線科では診断の確実さという部分に於いて特に貢献できるのではないかと考えております。

P2-07

当院 flesh blood imaging(FBI)法の使用が出来ない MRI 装置における非造影下肢アンギオ撮影方法の工夫

亀井秀樹

JCHO 神戸中央病院 放射線科

【はじめに】

閉塞性動脈硬化症などの評価に下肢 CT アンギオ（CTA）や下肢 MR アンギオ（MRA）などが用いられています。MRA は被ばくの問題もなく・造影剤を使用せずに下肢 MRA を撮影することが可能で撮影装置・撮影プロトコルが進化してきました。当院では 2003 年に導入した MRI 装置が現役で稼働しております、しかし導入後に登場した動脈・静脈を撮影することが可能な新たな非造影 MRA、flesh blood imaging(FBI)法が当院の装置では撮影することが出来ません（導入時下肢 MRA は造影 MRA が主流でした）、そこで従来の撮影法を検討し撮影時間も考慮しつつ FBI 法撮影に近づくように工夫し撮影してきた方法をここに報告します。

【使用装置】

PHILIPS 社 Intera Power 1.5T Release9.5.2

【方法】

撮影時間の関係から QD-BODY コイルで撮影します、動脈の撮影については Time Of Flight(TOF)に脈波同期で撮影する（抹消血流状態が悪いときは心電同期で撮影）、骨盤部では動きを抑制するため腹帯を巻きます、静脈撮影は静脈還流の呼吸ポンプ作用を利用するため呼吸同期を使用して T2W 脂肪抑制画像で撮影する、骨盤部の静脈は撮影時間・アーティファクトを考慮して画像の安定している TOF 法を併用します、アーティファクトの影響が大きいたときは息止め撮影による撮影を追加撮影します。

【おわりに】

下肢 MRA において血流速に左右差がある場合、サチュレーションパルスの位置不良など血管描出が不良となる場合があるので注意が必要である、骨盤部付近の MRA 撮影はアーティファクトの影響が大きくパラレルコイルを使用し追加撮影をするなど、撮影時間が延長してしまうことがあります。

P2-08

心筋血流解析ソフトの比較検討（当院における cardioREPO と Heart Risk View -S の比較検討）

八木威洋、入江潤一、伴野浩司、藤原考一、鎌倉剛

JCHO 神戸中央病院 放射線科診療部

【目的】

負荷心筋シンチの診断能向上に寄与するため、新しくリリースされた「cardioREPO」と従来使用していた「Heart Risk View-S」とのどちらが当院の検査手技に合って有用性が高いかを比較検討する。

【方法】

カンファレンス形式で行われる心筋シンチ読影時に、複数の診断医がそれぞれのソフトの目視評価を下記の 5 段階で行った。

1・SPECT データと大きく異なり診断の妨げになった 2・SPECT データとの差異を感じ、診断の参考にはならなかった 3・妥当な解析結果であった 4・診断の参考になった 5・誤診防止に役立つ・正診率向上に寄与する等、とても有用だと感じたこの 5 段階評価を正常症例・心筋障害症例・心筋虚血症例に分け、平均スコアをそれぞれ比較検討した。

【結果】

どちらのソフトも正常症例・心筋障害症例・心筋虚血症例それぞれで平均スコアは 3.0 以上であり、症例間での差はほとんど見られなかった。ソフト間で平均スコア 0.3 程度のごくわずかな差が見られた。

【考察】

平均スコアが 3・0 以上であったので、どちらのソフトを利用しても診断の参考になることはあれ、誤診を招くような診断の妨げにはならないと考える。ソフト間での平均スコア 0.3 程度のわずかな差は、当院での SPECT の収集方法や再構成方法の差によるものではないかと考える。心筋外集積のカウント比の高い症例では再構成方法を検討することで、より良いスコアになるのではないかと考える。この検討をするにあたり、それぞれのソフトの作成手順の共通化やソフトの基礎データとなる SPECT データ収集の重要性を再認識した。

【備考】

現在も比較検討のデータ収集を継続中である。今後の集計次第により結果・考察が発表時に若干変更される可能性がある。

P2-09

MRI における冠動脈 MRA と冠動脈プラークの同時評価の検討

永井剛、佐藤崇史、新津裕、西田俊彦、松本真明、大岩功治

JCHO 横浜中央病院 放射線部

【はじめに】

MRI における非造影 T1 強調画像はプラークに対して有効な撮像方法であるとされている。今回われわれは冠動脈を対象として 3DT1WI (GRE 法)における撮像条件で検討をおこなった。狭心症患者へ冠動脈 MRA を実施したところ狭窄を認め、同部位において 3DT1WI と IVUS 所見において同様のプラークの不安定性を認めたので報告する。

【方法】

当院では急性冠症候群および安定狭心症患者など臨床上冠動脈疾患のスクリーニングが必要な患者に対し、冠動脈 MRA と冠動脈プラーク撮影を実施している。冠動脈 MRA ・プラーク撮影はともに自然呼吸下で心電図と横隔膜同期を併用し、事前に撮像したシネ画像をもとに冠動脈静止時間を求め、その静止時間内にデータ収集が収まるように調整し撮影した。

【症例】

上記の条件下で撮影したところ、冠動脈 MRA において有意狭窄を疑い、同部位にプラーク撮影にて高信号領域を認めた。

【結果】

後日、心臓カテーテル検査を施行したところ、冠動脈 MRA と同様の部位に有意狭窄を認め、血管内超音波 (IVUS) と経皮的冠動脈形成術 (PCI) を実施した。IVUS の結果、不安定プラークを疑う所見であった。

【考察】

近年、冠動脈プラーク撮影において T1WI 高信号は不安定プラークの可能性を示唆されている。今後当院でも、冠動脈 MRA にて有意狭窄を疑い PCI を実施した際に IVUS をした患者に対してはプラーク撮影での高信号所見の有無とプラークの性状との関係性を調べていきたい。

P2-10**CT 装置更新に伴う冠動脈CT 検査導入への取り組み
～頻度の少ない検査をいかに安定的に行うか～**

野田幸代、坂田滋

JCHO 久留米総合病院 放射線科診療部

【背景】

当院では平成 27 年 11 月に CT 装置を 16 列から 64 列に機器更新し、それに伴い冠動脈 CT が開始されたが、次の 3 つの課題があった。

- 1 新規に検査を導入するにあたり、他施設での研修・見学を行う事で検査方法を学ぶと共にローテーションで検査を担当する他の技師に教育する必要があった。
- 2 平成 27 年 12 月に初の冠動脈 CT をして以来、平成 29 年 4 月末までに行なった検査件数は 19 件。当院は心臓カテーテル検査や心筋シンチ検査を行っていないため件数が少なく、検査の度に担当する技師・看護師が異なり、対応にばらつきが生じていた。
- 3 冠動脈 CT では精度の高い画像を得るために、脈拍コントロールを目的としたバイタル管理や検査手技の習得と習熟が必要であるとともに普段の CT 検査では行わない血管解析といった特殊な作業が必要であった。

【目的】

検査頻度の少ない冠動脈 CT 検査を安定的に実施するために検査の標準化を図る。

【方法】

前処置から検査及び画像解析までが確実に行えるように検査の流れに沿った形で他職種をまたいだ記録用紙・マニュアルを作成する。

【結果】

検査予約から画像解析に至るまでの一連の流れを示した検査マニュアル・記録用紙を作成し、これに沿って検査を行う事で常に同じ対応が出来るようになり安定して検査が行えるようになった。

【結論】

当院の冠動脈 CT のように頻度が少なく、検査の度に関わるスタッフが異なる中で行なう特殊検査に対して、マニュアルや記録用紙を作成する事は検査の標準化を行う上ではとても有用であった。

【考察】

今後は症例を重ねながら特徴を把握していくことで、症例ごとの対処法など具体的な内容をマニュアルに加え、更なる検査精度の向上と画像解析の時間短縮を図りたい。

P2-11

肺炎からARDSを発症した症例の呼吸リハビリテーションを経験して

野中正大¹、北里裕彦²¹JCHO久留米総合病院 リハビリテーション部、²呼吸器内科

【はじめに】ARDSは重度の呼吸障害を呈し、死亡率は約40%と言われている。今回、肺炎からARDSを発症した症例を担当したので報告する。

【症例】70歳代男性、身長166cm、体重65kg、BMI23.6。既往歴：2型糖尿病。呼吸苦を認め当院受診。SpO₂91%、胸部X線：左下葉に浸潤影あり、肺炎診断にて入院。入院後状態悪化し入院5日後にNPPV装着、ARDSと診断。

【初期評価】安静時のSpO₂は経鼻カニューラ6Lで94～97%、運動時89～95%、咳嗽：湿性咳嗽あり、聴診：左下葉にcoarse crackles、起居動作はベッド欄把持して自立。立位での足踏み運動は30秒で呼吸苦・息切れあり。修正BorgScale（以下BS）は安静時3、足踏み運動後5。両下肢MMT4、Barthel Index（以下BI）50点であった。

【経過】入院10日目よりベッドサイドでリハビリ介入。呼吸訓練や呼吸介助法、離床等を行った。介入10日目にNPPVが外れ、経鼻カニューラ6Lで歩行練習開始。初回は20mでSpO₂が97%から90%へ低下、歩行後のBS5と呼吸苦・息切れが見られた。そのため呼吸同調歩行を介入17日目まで実施。150mまで歩行距離が延長、呼吸困難感の改善も認めた。介入19日目よりroom air（以下RA）となり、介入21日目に6分間歩行試験実施（以下6MWT）して245m可能、その後も6MWTの距離距離の延長を認め、介入35日目に退院となった。

【最終評価】安静時のSpO₂は安静時96～98%、運動時95～98%、聴診：副雑音なし、6MWT：374m、実施後SpO₂：94～95%、BS4、両下肢MMT5、BI100点であった。

【考察】千住は運動に呼吸法を取り入れる事は、運動による酸素消費量の増加を1回換気量の増加と呼吸効率の増加で補い、呼吸困難感を増加する事なく運動を可能にすると述べており、本症例でも呼吸同調歩行を行った事で呼吸困難感が改善し、歩行距離が延長したと考えた。また、介入当初より離床と運動療法を行えた事で身体機能低下を最小限に留め、ADLの改善に繋がったのではないかと考えた。

P2-12

脊椎結核を呈し両下肢不全麻痺を生じた一症例～免荷式リフトPOPOを使用して～

倉益裕介

JCHO徳山中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】

免荷リフトPOPO（以下POPO）はハーネスを歩行器に取り付けることで身体を吊り上げ、下肢への荷重量を制限する歩行器型装置である。今回、脊椎結核を呈し、両下肢不全麻痺を生じた症例に対してPOPOを用いたリハビリ介入をしたので報告する。

【症例紹介】

60代男性。独居。H27年1月下旬より下肢のふらつき出現、MRIにて脊椎結核による脊髄圧迫（Th9/10）を認め当院にて手術施行（脊椎前方・後方固定術）となる。

【初期評価】

＜術後3日目＞両下肢MMT2～3、両下肢の表在・深部感覚鈍麻、改良型FrinkelはC1、膝踵試験は拙劣、基本動作は非実施、FIM37点。

【経過】

術後3日目からベッドサイドでのリハビリを実施し、術後6日目よりTilt Tableにて離床開始となる。術後11日目から平行棒内起立・立位保持訓練を追加。術後13日目よりPOPOを用いた起立訓練・立位での協調性向上訓練を実施し、術後19日目より歩行練習を開始する。

【最終評価】

＜術後73日目＞両下肢MMT3～4、両下肢の表在・深部感覚鈍麻、改良型FrinkelはD0、膝踵試験は拙劣（初期評価よりは軽減）、寝返りから座位は自立、車椅子移乗は修正自立、起立・立位保持は見守り、歩行は中等度介助（平行棒内）。FIM：83点。

【考察】

脊髄歩行中枢を刺激するためには、脚全体に加わる荷重情報と脚動作による体性感覚入力が必要とされている。しかし本症例は起立・立位での著明な協調性障害を認め、股関節・膝関節の動揺が強く出現していた。また、主に上半身で制御しようとするため過負荷となり、疲労も強く十分な訓練が困難だった。そのためPOPOを用いた訓練へ変更し、下肢の負担を軽減させることで反復した動作訓練、早期の歩行訓練が可能となり、効率的な運動学習が行えたと考えた。起立や歩行が困難な場合でもPOPOの免荷機能で歩行に必要な機能を補い、早期の荷重・歩行を可能にさせ、機能改善の向上に繋がると考える。

P2-13

上行・弓部大動脈瘤術後、対麻痺を呈した症例～歩行獲得に至るまで～

古賀智希¹、木下佳子¹、濱田浩志²、二宮晴夫²¹JCHO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】

今回、上行・弓部大動脈瘤術後、前脊髄動脈症候群の合併による対麻痺が出現した症例に対し、早期頻回な理学療法介入により自宅退院が可能となったので報告する。

【症例】

70歳代男性。現病歴は10年前より大動脈解離にて経過観察。徐々に瘤径拡大を認め、X年大動脈弁置換術・上行置換術・弓部3分枝再建術施行。術後2日目、二期的にステントグラフト内挿術施行後に対麻痺出現。

【経過】

対麻痺出現翌日より理学療法介入。感覚障害は挿管中であり精査困難、粗大筋力は体幹・股関節周囲で徒手筋力テスト（MMT）0～1、膝・足関節でMMT2レベル。Frankel分類C。術後5日目抜管、端座位練習開始。術後8日目車椅子移乗。術後21日目ICU退室、起立台立位練習開始。徐々に筋出力向上を認め、術後29日目から歩行器歩行開始し、同時期から看護師・妻介助下での病棟内歩行練習も実施。術後59日目に見守り下で独歩可能。術後74日目に体幹・股関節周囲MMT2～3、膝・足関節MMT3～4レベル、T字杖歩行屋内自立、Frankel分類D。階段昇降は手すり使用し可能となり、自宅退院となった。

【考察】

大動脈瘤術後の対麻痺合併は稀である。脊髄前角に限局する梗塞や発症後2～4週で膝伸展・股関節外転筋力の改善が見られると予後は比較的良好と言われている。Frankel分類C→Dへの改善には3～4ヵ月との報告が多いが、本症例においては、術後3週で下肢筋力改善が見られ、1急性期により積極的な離床を実施、2障害受容期にリハビリに対して拒否なく意欲的であった、3環境整備にて介助量軽減を図り病棟での運動機会が頻回に設けられたことが、2ヵ月半で杖歩行獲得に至った要因と考える。急性期ではリスク管理下で積極的に早期介入し、運動療法による身体機能の改善が病棟での日常生活に活かせるよう環境整備や、看護師・家族への指導も積極的に行うことが重要である。

P2-14

蜂窩織炎後の廃用により歩行不能になった重度肥満症患者への治療経験

牛来梓

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】

今回、蜂窩織炎後の廃用により歩行不能となった変形性膝関節症、重度肥満症例に対して、有酸素運動と抵抗運動を組み合わせた運動療法と継続的な体重測定値のフィードバックを実施した。その結果、約3ヵ月間にわたり継続的な体重減少と筋力増強が得られ、歩行能力の再獲得に至る症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

70代男性。体重150.8Kg、BMI50.1。60歳代に変形性膝関節症の既往あり。平成28年X月左下腿蜂窩織炎を発症。長期自宅療養のために歩行不能となり、平成29年X月当院へ入院・理学療法開始となる。初期評価にて両下肢筋力低下が認められ、膝関節伸展トルク/体重比は、右15.2%、左19.5%と低値で、歩行自立度はFunctional Independence Measure（以下FIM）で0点であった。説明と同意は、ヘルシンキ宣言に則り本人へ十分な説明を行い、同意を得て実施した。

【経過】

体重減少と筋力増強を目的に、入院23日目まで座位での有酸素運動・四肢の抵抗運動を実施し、体重と膝関節伸展トルク/体重比を継続的に評価した。入院23日目から歩行器での歩行が可能となり、立位での有酸素運動・抵抗運動に移行した。その結果、体重は退院時に136.1kgまで減少した。膝関節伸展トルク/体重比も右32.3%、左31.0%と改善を認め、歩行自立度はFIMで6点（歩行器使用）となった。

【考察】

本症例は、長年に渡る暴飲暴食で重度肥満となり、蜂窩織炎後に廃用により歩行不能となったが、継続的な有酸素運動と抵抗運動により、体重減少と筋力強化を図ることができた。また、理学療法開始1ヵ月後に、体重減少過程で生じやすい停滞期と思われる時期が生じたが、毎日、本人に対して体重測定の結果をフィードバックするとともに、膝の疼痛や筋力に応じた下肢筋群への抵抗運動を実施したことにより、長期の停滞期を経ることなく介入効果が得られ、歩行自立度の改善に至った。今後は退院後の経過を注視していきたい。

P2-15**A 病院におけるがんリハビリテーションの介入と効果
(倦怠感に着目して)**

清水吾朗、徳永誠次、山口広之
JCHO 諫早総合病院

【目的】

2016年1月、国立がん研究センターなどによると、がん全体の10年生存率は6割であることを公表した。当院でもがん患者のADL、QOL向上のため平成27年度がん患者リハビリテーションの施設基準を取得した。今回がん患者(維持期から緩和期のステージ)における倦怠感に着目しリハビリテーションの介入を検証する目的で研究を実施した。

【対象と方法】

対象は平成28年4月から平成29年3月まで維持期または緩和期ステージのがんリハビリテーションを施行した患者41名(平均年齢 73.4 ± 9.2 歳、男性28名、女性13名)。方法はリハビリ介入時、終了時の評価として倦怠感をcancer fatigue scale(以下、CFS)を用い、ADL評価はbarthel index(以下、BI)を用いて評価した。また、ヘモグロビン値、骨転移、麻痺、転倒の有無なども合わせて評価した。尚、統計分析にはSPSS(22.0 for Windows)を使用し、それぞれ有意水準は5%未満とした。尚、本研究は「臨床研究に関する倫理指針」に則って実施した。

【結果】

リハ開始時のCFSにおいてはヘモグロビン値と精神的倦怠感に相関がみられた($p < 0.05$)。リハ終了時の麻痺の有無とBIに相関がみられた($p < 0.05$)。骨転移の有無および転倒の有無とCFSとの間に関連はみられなかった。また、リハ開始時の項目別CFSとリハ終了時の項目別CFSの変化に有意差はなかったが、開始時CFSが19点以上の方においては開始時と終了時の精神的倦怠感に有意差がみられた($p < 0.05$)。

【結論】

今回は維持期および緩和期ステージの方を対象にした。リハビリ介入による日常生活機能については麻痺がある方にのみ向上がみられた。また、リハ開始時CFSが高い方に関しては介入によって精神的倦怠感が緩和される傾向が示唆された。今後はがん部位別、治療形態別や抑うつ評価なども含めた介入効果の検討を進めていきたい。

P2-16

看護管理者育成のためのOJT支援について
マネジメントラダー作成への取り組みにむけて松邑恵美子、相原昌子、阿部亜希子
JCHO 東京城東病院

本研究は、経営状態が逼迫した施設で、看護管理者が日常業務の中で遭遇した看護管理エピソードをグループで振り返り課題や学習の起点を見出し、改善を継続して行う取り組みを行った。看護管理分野ではコンピテンシー開発、マネジメントラダーの確立等が希求されているが、経営状態を安定化する施設内のスピードを持ったプロジェクトという特有化の中でどのような看護役割行動をとり、向上させていくことが望ましいかを明らかにする。さらに看護管理者として看護管理実践能力の理解とキャリア発達を支える上司の支援について探索的に明らかにしたので報告する。

方法

病院に所属し看護部門における中間管理職経験者（以下副師長）16名を対象とした。2015年～16年にかけて北尾らが開発した「E型マトリクス」を用いた事例検討8回の内容分析と旧全国社会保険協会連合会看護課が開発した「看護職の役割別目標とその活用」の副師長および上級看護師相当のスキルに対して照合を行い看護管理実践能力の抽出を行った。尚対象者には本報告は院内外における社会的認知やキャリア発達のために必要な調査である主旨を伝え、匿名性を確保し、内容についての人事評価など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

8事例での管理課題からは、「職員の育成」「チームワーク」の領域の事例が挙げられ、「指導者の育成」「職務遂行能力の育成」「日常業務遂行と改善」が得られた。院内ラダー認証でクリアされているはずの項目についても十分ではない役割行動が散見され、職場環境の変化に合った業務改善を求められるスピード感と管理職者間の支援が十分でないことが明らかになった。今後は管理者支援と共に内容重ねマネジメントラダーとして照合できるかを検討したい。

P2-17

中途看護師が入職時に感じる不安

丸山涼、野口なぎ、渡部早智
JCHO 東京高輪病院 看護部 3 東病棟

1. 研究目的

中途採用看護師が入職時感じている不安を明確化し、不安軽減がはかれるような支援につなぐ。

2. 研究方法

中途採用看護師 32 名、アンケート、インタビューによる実態研究・関係探索研究

3. 結果

「業務内容」と「職場の体制」71.9%、「知識・技術」65.6%、「人間関係」56.3%、「福利厚生」43.8%の順で不安を感じている。

4. 考察

当院の中途看護師は経験年数 10 年以上が半数を占め、転職を複数回経験している。転職経験があるからこそ、転職における業務の違いを理解しているため、「業務内容」「職場の体制」においての不安が上位にあがったといえる。当院は業務マニュアルがない、中途採用チェックリストの存在を知らない等の業務体制が整備されていない。現在の中途看護師技術チェックリストに、技術面以外の知識面等を追記し、振り返りの中で個人の能力を評価し、中途看護師の育成に繋げることで業務マニュアルの改善、コミュニケーションの向上が図れるといえる。また、病棟を超え中途採用者の交流会を開催し、情報の共有、課題の提起等、コミュニケーションの場を設けることで不安の軽減につながると考えた。当病棟では「福利厚生」に不安を持って入職した中途看護師の割合が高く、前職場の福利厚生に疑問を持っていたのではないかと考える。転職者にとって福利厚生の充実が不安を軽減する要因の一つであると考えられる。何等かの理由で転職する看護師に対し、ライフプランの変化や業務増大に伴う身心の疲労等を考慮し、転職経験のあるスタッフが窓口となりメンタルサポートや職場適応への支援をすることで不安軽減を図れると考える。

5. 結論

・中途看護師チェックリストの見直しや、病棟を越えた交流会を開催することが必要。
・定期的な面談を行い、技術面、精神面の本人の現状を把握し、チーム全体でフォローする体制作りが必要。
・福利厚生の充実が不安軽減する一つの要因。

P2-18

大卒社会人経験を持つ新卒看護師の職場適応に向けた効果的な支援のあり方について

野月千春¹、百瀬千尋²¹JCHO 東京新宿メディカルセンター、²JCHO 東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校

【目的】A 病院が採用する新卒看護師の 9 割は附属看護専門学校（附属看護学）からで、附属看護学学生の特徴である大卒社会人経験のある新卒看護師（以後社会人）を多く雇用しているが、離職者はほとんどいない。しかし、社会人の職場不適応や離職が多く病院で問題になっており、どのような支援が望ましいのか検討されている。A 病院に就職した社会人が入職後どのような困難感を経験し乗り越えているか、また、教育担当者や管理職がどのような支援を行っているかを調査し、職場適応に向け効果的な支援を明らかにする。

【方法】採用後 2～5 年以内の社会人 16 名に半構成的面接、社会人受け入れ実績のある教育担当者 4 名、看護師長 8 名にグループインタビューを実施した。研究期間は H28 年 6 月～12 月。インタビューデータから逐語録を作成して質的に分析し、カテゴリーの抽出を行った。

【倫理的配慮】看護研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】社会人が仕事を続ける上で「支えになったこと」について『部署や先輩から受け入れられているという実感』『同じ経験をしている同期の存在と交流できる機会』の 2 つのカテゴリーが抽出された。社会人を指導する教育担当者が「効果的と考えられた支援」について『過去の職歴等で経験した強みの活用』『聞く姿勢と共感的態度』の 2 つ、管理者が「意図的に行っている支援」については『ライフイベントを踏まえたキャリア支援』『経験を活かした機会の提供』の 2 つのカテゴリーが抽出された。

【考察】社会人が仕事を続ける上で「支えになったこと」として抽出された『部署や先輩から受け入れられている実感』は、教育担当者・管理者が社会人の経験を活かした役割を与えていること、管理者が社会人の背景を踏まえキャリア支援を行っていることが関係していると考えられた。『同期の存在と交流』については新人教育の中で同期と定期的な交流の機会があることの重要性が示唆された。

P2-19

若狭高浜病院における看護職者の 60 才以降の働き方に関する意識調査

諸江由紀子
JCHO 若狭高浜病院

【目的】

福井県の看護師数は、県北の都市部に集中している。過疎地域にある当院では、長らく看護師の確保に悩み、看護職員の高齢化が進んでいる。今後、少子高齢化がますます進むなか、新卒者の確保に努力すると同時に、シニア世代の活用を考えていく必要がある。そこで今回、当院に勤務する看護職員に対し、60 才以降の働き方に関する意識を調査し、今後の雇用制度設計に示唆を得たいと考えた。

【方法】

アンケート調査（1. 年齢、2. 職種、3. 雇用形態、4. 未婚・既婚、5. 経験年数と在職年数、6. 夜勤の有無、7. 専門的な資格の有無と取得の意思、8. 60 才以降、働き続ける意思の有無と理由、9. 今後、組織（JCHO）や病院、自治体、国に期待すること、要望）。

【結果】

当院の全看護職員数の平均年齢は、50.1 才であり、その半数以上が 50 才以上であった。専門・認定看護師や療養指導士などの資格取得者、あるいは医療安全や災害看護、フットケア、メディエーター等、加算につながる研修の修了者はいなかった。60 才以降に働き続ける意思については、20 代、30 代では「わからない」が大半を占めていた。「働き続けたい」と答えた看護職員の多くが 40 才以上であった。その理由として「自宅から近い」、「他の職場を知らない」、「職場の人間関係がよい」が上位であった。「働き続けられない」「辞めたい」という回答は、50 代に若干多く、その理由は「体力的に不安」、「親の介護」、「契約終了・定年退職」であった。

【考察】

40 代以降の看護職員の多くが「働き続けたい」と感じながらも、50 歳を過ぎると、継続への困難に直面している。しかし、さまざまな働き方を選択するための自己研鑽が追い付いておらず、現役同様の働き方を続けることに自ら不安を抱いている。20～30 代の職員の大半が、60 才以降の働き方を「わからない」と答えていることから、この頃からのキャリア教育が重要であると考えられる。

P2-20**新人看護師の入職時から入職後6ヶ月のストレス変化について**

守口雲母、園田美壽々、山本多加世
JCHO 下関医療センター 看護部

【はじめに】

看護職は、医療の進歩に伴い高度な技術や専門的な知識が要求され、ストレスが多い職種と言われている。新人看護師は看護基礎教育を終えて看護師として入職した時期では専門職としての期待に十分応じる事ができず、多大なストレス状態となる事が予測される。

【目的】

新人看護師の入職時と入職後6ヶ月のストレス反応と対処行動の変化について明らかにする。

【方法】

- 1、対象：平成28年4月採用新卒看護師14名
- 2、ストレスサー尺度を用いたアンケート調査で対処行動についてはカテゴリ化された12項目を5件法で得点化した。
- 3、倫理的配慮については、データを本研究以外の目的で使用しないこと、研究の方法や動機を説明し同意を得た。

【結果および考察】

入職時と入職後6か月時において『上司・同僚との葛藤』の得点が最も高く入職時257点、6か月後255点であった。他の項目は全体的に大差なかった。入職時のストレスの対処行動は、リフレッシュ、睡眠、友人に話すが上位だった。6か月後では、先輩看護師や上司、プリセプター、同期に相談する新人看護師が増えていた。また、6ヶ月経験を積むことで、患者個々がより見えてきた事やカンファレンスの重要性に気付いた事で、患者ケアについて意見の食い違いが増えた。新人看護師は入職時から上司・同僚との人間関係や看護ケアの葛藤を感じている。しかし、アンケート結果より、仕事に関する知識不足や業務上のミスにより自信をなくす新人が減少している事から、日々の教育を通して、自分の成長を実感し自信に繋げている。

【結論】

- 1、新人看護師の一番のストレスは、理解し合えない同僚や、自分の気持ちを上司から理解してもらえないことであった。
- 2、人間関係の構築にストレスが強い反面、その対処行動として周囲への相談はできている。

P2-21**診療看護師として3年目を向かえての一考察
～今後の方向性と課題について～**

高橋淳、松邑恵美子、阿部亜希子、井手上龍児、斉藤岳史、茂木美佳、
福添恵寿、本郷葉子
JCHO 東京城東病院 看護課

【はじめに】

現在、我が国の人口当たり医師数は、OECD諸国の3分の2であり、病院医師数は、産婦人科、小児科、内科、外科等で減少が続いている。しかし、医師は病院を受診する国民の要望に応えるために、週平均70.6時間、若い世代では週平均80時間もの過剰な勤務を強いられている。一方、国民は安全に最先端の医療を受けることができ尚且つ、納得のいく治療と説明を受けたいという要望は増加を続けており、多様化する傾向にあるといえる。そのような中、平成22年1月「日本外科学会」ならびに「チーム医療の推進に関する検討会」は、外科医とともに周術期管理を協働する看護師としてnurse practitionerおよびphysician assistant養成の要望書を厚生労働省医政局に提出した。同年5月より厚生労働省医政局の「医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」（計36回）と「チーム医療推進会議」（計20回）で、新たな医療職である、特定看護師（仮称）設立に向けて3年半に渡り議論がなされた。日本医師会や看護大学協議会の反対があり、新たな医療職の設立は見送られたが「特定行為に係る看護師」という形で「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案」に盛り込まれ、平成26年2月12日に閣議決定され、平成26年5月15日に衆議院本会議を通過、平成26年6月18日に参議院本会議を通過し、平成27年10月に施行となった。当施設では平成27年4月より、看護師特定行為研修修了者（以下、診療看護師とする）の採用を開始し平成29年6月現在、6名の診療看護師が在籍をしている。3年目を向かえた今、当院での研修制度の在り方、施行してきた看護師特定行為、相対的医行為を振り返り、今後の方向性及び課題を考察したのでここに報告をする。

P2-22

シミュレーションを用いた新人多重課題研修の取り組み～オリジナルシナリオの評価と課題～

川村由美子¹、神谷タ香里¹、宮下徳美¹、富田圭子¹、小熊佐智子²
¹JCHO 札幌北辰病院 看護部、²JCHO 登別病院 看護部

はじめに

例年、新人看護職員集合教育で多重課題研修を行っているが、自分たちが意図する学びを新人が得ていないのではないかと感じていた。そのため、シミュレーション研修に関する学習を深め、オリジナルのシナリオ作成と評価を行った。目標は 1. 複数患者の状態を把握できる 2. 優先順位を考えた複数患者の観察、アセスメント、対応ができる 3. SBAR で報告できるとした。（以下目標 1. 2. 3 とする）その活動評価と今後の課題について検討したので報告する。

対象者・方法

対象者は学習者 18 名、指導者 8 名。シナリオ評価表（項目：事前学習・目標、シミュレーション、デブリーフィング）を用いて比較検討を行った。また、学習者には無記名のアンケートを実施し、指導者には聞き取り調査を行った。

結果・考察

学習者のアンケート結果は、目標 1 については 15 人（88%）目標 2 については 14 人（82%）が 75% 以上理解できたと答え、目標を達成していた。目標 3 は 8 人（47%）が 75% 以上できると回答し低い結果となった。目標 1. 2 は理解レベルで質問したが、目標 3 は「今後 SBAR で報告できるか」と実践レベルで質問したためではないかと考える。指導者の聞き取り調査からも、目標 3 のデブリーフィング内容が指導者によって異なっていたことがわかり、そのことが学習者の学びに影響したと考えられる。そのため、統一した指導を行うためにデブリーフィングシートの修正を行った。また、指導者からは自発的に話し合いができるように関わるのは難しかったとの意見もあった。指導者の発問力がグループのディスカッションに影響すると実感しており、今後も自己研鑽が必要と考える。

まとめ

1. オリジナルシナリオは、多重課題シミュレーション研修での目標達成に効果的であった。
2. 目標達成には統一した指導ができるシナリオが必要である。
3. 発問力向上のため、指導者は自己研鑽が必要である。

P2-23

外来の看護計画に対する看護師の意識変化～カンファレンスシートを用いた定期的なカンファレンスで看護計画の立案・評価を行って～

田尻真紀、渡辺香織、有江恵理
JCHO 天草中央総合病院 看護課

【目的】

カンファレンスシートを活用したカンファレンスで、看護計画を評価することにより、外来看護師の看護計画立案・評価に対する意識の変化を明らかにする。

【方法】

研究期間は H27 年 4 月 10 日～H28 年 3 月 31 日。外来看護カンファレンスの役割・運営方法を手順化し、カンファレンス導入前と導入 8 か月後にアンケート調査を実施した。

【結果】

カンファレンスの項目別評価点において、外来看護カンファレンス導入後の評価点は質問 14 項目中、すべての項目において約 1～2 ポイント上昇が認められた。また看護師からは「定期的な外来看護カンファレンスの開催により看護計画立案・評価を経験することで慣れた」「看護計画立案への苦手意識がなくなった」などの意見が得られた。

【考察】

外来看護では外来通院を行いながら、病状の悪化を防ぎ早期発見につながる看護を提供する必要がある。そのため患者の問題点を明確にし、看護計画を立案することが順当であるが、以前の外来では看護計画を立案することがほとんどない状況であった。今回、カンファレンスシートを活用したカンファレンス導入により、カンファレンス導前後の調査で有意な結果が得られ、外来看護師の看護計画立案・評価に対する意識の変化が認められた。外来看護カンファレンスで決定した看護計画の内容を実践することで、看護ケアに対する看護師の満足感が得られ、看護計画立案の自信に繋がったと考える。また肯定的な意見から、外来看護カンファレンスと看護計画立案・評価の定着化ができる。外来看護カンファレンスや看護計画は電子カルテに記載し情報を共有することで、患者への関わりや統一した看護が提供できる。その結果、外来での継続看護を充実させ外来看護の質の向上に寄与できる。

P2-24

日本看護協会クリニカルラダー導入への取り組み

齋藤秀子¹、藤浦曉子¹、入部直子²、岡村ひとみ¹
¹JCHO 佐賀中部病院 看護課、²JCHO 人吉医療センター 看護部

【はじめに】

クリニカルラダーとは看護師個々の臨床実践能力や意欲に焦点を当てた、個人を尊重した育成のためのシステムである。A 病院では看護師が専門職業人としての資質の向上と看護サービスの質の保証および主体的なキャリア形成を支援するために JCHO 看護職クリニカルラダーモデルに沿って看護職のラダー別研修を実施してきた。しかし、様々な教育背景を持つ中途採用者が半数を占める A 病院では経年別から始めたクリニカルラダーでは限界を感じ継続教育のあり方を模索していた。そのような中、平成 28 年度に日本看護協会より「看護師のクリニカルラダー」（以後 JNA ラダーとする）が開発されたことを機会に、改めて JNA ラダーと A 病院のクリニカルラダーの整合性を図りシステム導入に至ったプロセスを報告する。

【取り組み】

平成 28 年 4 月に看護師長をメンバーとしワーキンググループを設立した。まずは JNA ラダーの読み解きを行い、JCHO 看護職クリニカルラダーと A 病院の現状を統合した看護職クリニカルラダーが 11 月に完成した。次に、作成したクリニカルラダーを基に各ラダーレベル別の看護実践能力と組織的役割遂行能力の評価表の検討を行った。平成 29 年 2 月より教育委員長をメンバーに加え教育計画との統合を行い、運用方法を検討することで経年別研修からラダー別研修へのシステム化ができた。今年度よりクリニカルラダー認定委員会を発足し、4 月に全看護職員にクリニカルラダーの新システムについて説明会を実施、内容は 1 冊のフリップにまとめ各部署へ配布し職員への周知を図り運用を開始した。

【課題】

ワーキンググループでの協議を繰り返す中で、レベル毎の求められる能力について改めて共通理解をすることができた。このシステムを通して看護師が自己の目標を明確にして目標管理にも活用していけるよう、導入後の運営について定期的な評価が必要である。

P2-25

陰部洗浄を行う学生に対する実習指導を担う看護師が抱く認識

安原伊佐子¹、大久保ひろ美²、阪野祐子¹、小沼久美¹、池谷容子¹、小野麻里¹、片桐由佳¹、稲垣順子²
¹JCHO 山梨病院 看護部、²公立大学法人山梨県立大学看護部 基礎看護学

【目的】

本院におけるここ数年の傾向として、床上での排泄援助を必要とする患者を受け持つ学生が増加しており、看護学生の実習において陰部洗浄の指導機会が多くなっている。そこで、陰部洗浄を行う学生に対する実習指導を担う看護師が抱く指導の認識を研究目的とした。

【研究方法】

実習指導を担う看護師にグループインタビューを実施した。作成した逐語録から陰部洗浄を実施する学生に対する指導の実際や、学生や指導者についての感情や思考について語られた文脈を抽出しコード化した。コードの類似性や相違性から分離、再編しサブカテゴリーからカテゴリー化した。

【結果】

実習指導を担う看護師は、「患者個々の安楽を保証する」ことへの自覚と責任を持ち、学生への指導に繋げていた。学生に関わっていく上では、学内での学びを基に、臨床実習での経験を重ね学んでいく、「学生の学習過程を受け入れる」指導への意思を抱いていた。受け持ち患者への援助場面では、学生にできるだけ経験して欲しいという願いを持ち、「学生が患者と関わるように支援する」なかで、「学生の成長を実感」することでの感動を抱いていた。また、その一方で、看護援助者として学習者としてベッドサイドに立つ学生に対して、「学生が抱く援助に向けての想いに共感する」ことの大切さと指導の難しさを実感しながら、「学生の生活体験を指導に活かす」ことができる指導を目指していた。

【考察】

実習指導者は看護師としての第一義的責任、すなわち学生の受け持ち患者を守り、学生のかかわりが患者にとって適切なものとなるように指導することが分かった。臨地実習では、日常生活体験と学内で学んだ既存の知識と技術を想起させつつ、学生が受け持ち患者に対する看護援助者として、どうすれば患者の陰部洗浄に伴う負担を軽減でき、心地よい状態となるかを思考し実践できるための指導が必要であると考えられる。

P2-26

看護課で生じた倫理的課題に対しての内容と倫理的感受性の高めるための取り組みについて

松邑恵美子、阿部亜希子、高橋真味子、大川みどり、浅沼恵子、佐藤有子、南部英子、茂木美佳
JCHO 東京城東病院 看護課

経営状態を安定化させる組織的課題と人材育成のスピードを同時に求められる看護管理分野ではコンピテンシー開発、ラダー制度が台頭し、いずれも内容には倫理観が含まれている。しかし、経営的なプロジェクトを進める中で、病棟業務の多忙さと効率を重視するあまり感情労働のケアを必要とし、さらに倫理観への醸成を構築するには現実との乖離があり困難感があった。そこで、看護課倫理委員会の設立を起案し看護理念を下により良い患者の生活支援を考えていける倫理の涵養についての取り組みの報告をする。

研究方法

H27 年 1 月に看護倫理研修を企画運営するため「倫理的に気づいたこと、対処行動と結果」を尋ねた事前調査した。得られた内容分析 65 件と 27 年度 28 年度の倫理研修でのアンケートの内容分析の比較検討を行った。さらに 28 年度研修での臨床報告事例の質的な変化について今後の課題を検討した。尚、本調査はデーターの匿名化を行い、内容記載に人事評価を受けることがないことを十分に説明し同意の下で調査した。

結果および考察

H27 年調査 65 件では、倫理的な事例の報告内容は職場の業務上の問題として解決の事案として同種混在し、倫理的課題やジレンマについて知識概念を整理する必要があった。研修では「倫理」とはどのようなことか、知識としての倫理教育を重視した。委員会設立後は、各所属からファシリテーター、倫理育成を目指して委員会活動を行ったが、委員会での議論は、知識と行動が繋がらず、事例や時間を重ねる必要があった。より実践化のために看護課のみで検討するのはなく「日頃感じていることを共有してきたこと」や「様々な意見が飛び交っていて面白かった」と「問題意識の大切さがわかった」等の回答が得られたため多職種での検討も効果的であることが示唆された。現場で気づきを語る職場環境を引き続き整え今後も現場活用を目指したい。

P2-27

当院作業療法部門におけるクリニカルラダーモデル作成の試み

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＞ リハビリテーション分野では協会主導のクリニカルラダーはない。今回、当院作業療法士（以下 OT）のキャリア教育推進を目的にクリニカルラダーモデルと評価表を作成した。2 名の他者評価順位の一致、評価項目別平均値の得点差から評価表の信頼性を検討したので報告する。

＜方法＞ クリニカルラダーモデルは日本 OT 協会ガイドライン、当院看護部クリニカルラダー、リハビリテーション部教育方針等からキーワードを抽出し作成した。

ラダーは 5 段階（Ⅰ：新人、Ⅱ：2 年目～、Ⅲ：4 年目～、Ⅳ：5 年目～、Ⅴ：主任）とした。実践、管理、教育、研究的側面の 4 カテゴリーに区分し、更に 4～9（計 27）項目に細分化した。具体的な項目は、OT 部門でプレーストリーミングを行い抽出した。評価表は、ラダー到達レベルを設定し、5 段階評価（5：特に良い、4：よい、3：普通、2：努力を要する、1：非常に努力を要する）とした。評価表を用いて、OT18 名の自己評価と、2 名の他者評価[先輩（以下 A）、上司（以下 B）]を実施した。

＜結果＞ 各ラダーの人数はⅠ：2、Ⅱ：3、Ⅲ：5、Ⅳ：6、Ⅴ：2 名。評価項目数は 121～138 項目。

A、B 評価順位の一致は 3 名（1、8、18 位）であった。

項目別平均値は自己評価 3.1（2.28～4.3）、A 評価 3.5（2.73～4.62）、B 評価 3.0（2.69～3.54）。A と B の評価得点差は平均 0.44（0.78～0）。13 名で A 評価が B 評価を上回った。

A は未記載項目もあり、「ラダーがわからない」「評価基準がわかりにくい」と感想がでた。

＜考察＞ 今回作成した評価表は、2 名の他者評価が項目別平均値で 1 点以上の差がなく、評価順位が最高、中間、最低位で一致したことから一定の基準を満たしたと考えられる。又 B 評価が自己評価と差がより少なかった点から、近い評価者で評価が高くなる可能性が示唆された。今後、クリニカルラダーの理解を推進すると共に、検者間一致率等評価表の信頼性を再検討して教育研修に役立てたい。

P2-28

治験審査委員会の効率的運用への工夫

寺倉邦代、藤川景子、加藤直美、鈴木美津子、磯谷聡、野崎裕広、露木幹人
JCHO 中京病院 臨床研究支援センター

【背景】

現在、当院の治験審査委員会は院内委員 10 名、院外委員 2 名で構成され、年 6 回開催している。以前は長時間に及ぶことがあり、効率的かつ充実した審議を行うために、2011 年より治験審査委員長と治験事務局長による事前審議の導入、その後、新規治験補助資料の添付、および新規治験説明担当を CRC から治験責任医師へ変更、事前審議内容要約の送付などの工夫を行ってきた。これらにより審議が効率的に運用されているかどうかを調査し、改善できる点を検討した。

【目的】

現在までの審議時間を調査し、問題点を明らかにし今後の治験審査委員会をより効率的に運用できるよう検討する。

【方法】

2014 年度からの治験審査委員会の開催回数、開催時間、審議件数を調査する。特に審議件数については、新規案件（治験と臨床研究合計）の件数と審議時間、全体の審議時間における新規案件の審議時間の割合を調査する。

【結果】

2014 年度から 2016 年度終了までの治験審査委員会開催回数は、25 回であった。開催総時間 1399 時間、総審議件数 2246 件、その間の新規案件についての件数は 29 件、要した時間は 780 時間であった。また、総審議時間における新規案件審議時間の割合は 55.8%であった。年度別に総審議時間、新規案件件数と審議時間、総審議時間における新規案件審議時間の割合をみると 2014 年度総時間 504 時間、新規 10 件 255 時間、50.6%、2015 年度総時間 532 時間、新規 11 件 273 時間 51.3%、2016 年度総時間 363 時間、新規 8 件 212 時間 58.4%であった。

【結論】

過去 3 年間の審議時間の割合をみると、総審議時間の中で新規案件に費やす時間の割合の増加が確認できた。新規案件について補助資料、プレゼンの内容など改善し、発表までにアンケートを実施し検討することにより、今後も治験審査委員会の効率的かつ充実した運用を目指したい。

P2-29

都市型総合病院である当院における総合診療の現状と課題

野崎裕広、加藤友也、大西浩史、水野智章、立川和重
JCHO 中京病院 総合診療科

中京病院総合診療科は高度急性期総合病院の内科の一部門で、内科系各診療科をローテート研修中の卒後3年目の内科系専攻医が、内科系各専門医とともに内科系の診断未確定症例の診療や、内科系各専門診療科の横断的診療を提供している。さらに、プライマリケア連合学会の研修プログラムも提供しており、同プログラムへの参加医も内科系の総合診療をともに担っている。外科系総合診療は各外科系診療科とともに救急科が、また、小児科および産婦人科診療はそれぞれの専門診療科が責務を担当し、特に、外科的な急性期対応後の内科的社会的問題症例に関しては、総合診療科が併診対応している。外来診療は、内科系各専門医外来によるバックアップ体制で、複合疾患を抱えた症例などの診察を行い、病態診断後の各専門外来もしくは近隣プライマリケア診療への橋渡しも積極的に行っている。2016年度には、1日当たりの平均患者数は10名(うち新患は2.5名)、年間の近隣医療機関からの紹介診療は125名であった。入院診療は、内科系総合診療科外来からの入院症例と各診療科の入院症例を、研修先内科系診療科専門医とともに診療担当すること、入院診療の質と研修内容の確保に務めている。2016年度の入院総数は肺炎・尿路感染症・脳梗塞・一過性脳虚血発作・腎不全・心不全・糖尿病というコモディティーズの要素を含んだ725件であった。当院の内科系総合診療科は2018年度から実施予定の内科専門医研修体制との整合性があり、若手医師の内科系総合診療への育成と患者の総合診療のニーズを満たす制度であると考え、さらなる総合診療の充実化のために、内科系各専門医の総合診療への関心を高めるための教育指導体制を充実させることが今後の課題と考える。

P2-30

骨吸収抑制薬(抗RANKL抗体・デノスマブ)と血管新生阻害薬(ベバシズマブ)の併用患者に認められた薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の1例

長谷川彰則、西野悠貴、岡本智恵、立志知子、細見華奈奈
JCHO 京都鞍馬口医療センター 歯科・口腔外科

【緒言】
骨吸収抑制薬に起因すると思われる顎骨壊死については、ビスホスホネート(BP)製剤以外の骨吸収抑制薬(抗RANKL抗体・デノスマブ)などでも顎骨壊死がみられていることより、これらを骨吸収抑制薬関連顎骨壊死(ARONJ)と包括されている。さらにがん治療において抗がん薬としばしば併用されている血管新生阻害薬、あるいは分子標的治療薬、チロキシンナーゼ阻害薬などの投与を受けている症例では難治性の顎骨壊死(BRONJ, DRONJ)の発生頻度が高まることが報告されており、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死の病態と管理:顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2016にもARONJのリスク因子として挙げられている。今回われわれは、骨吸収抑制薬(抗RANKL抗体・デノスマブ)と血管新生阻害薬(ベバシズマブ)の併用患者に認められた薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の1例を経験したので、その概要を報告する。

【症例の概要】
73歳、女性。左乳がん術後の右乳がん(転移性)、がん性胸腹水、多発骨リンパ節転移に対して、フルベストラント/月、デノスマブ/月、ベバシズマブ/隔週の投与中であった。近在歯科で左下6及び右下7の抜歯後治癒不全を来し、左上67部にも骨露出が見られたため、当院歯科・口腔外科に紹介初診となった。初診時、ステージ3であった。患者自身が侵襲性の高い外科的治療を希望されなかったため、保存療法にて、現在、経過観察中である。腐骨分離が進んだ段階で、医科歯科連携を密にし、低侵襲の保存的外科治療を計画している。

【結語】
MRONJの予防には、骨吸収抑制薬や血管新生阻害薬投与前に歯科治療を終了し口腔衛生状態を良好にすることが重要である。超高齢社会である本邦では、がんや骨粗鬆症でBP、デノスマブ、血管新生阻害薬を投与されている患者が多い。そのため緊密な医科歯科連携を行い、顎骨壊死の治療や骨吸収抑制薬、血管新生阻害薬を投与中または投与予定患者のマネジメントを行う必要がある。

P2-31

子宮頸部原発腺様嚢胞癌の一例

城貴¹、中西太¹、片山孝文¹、露木幹人¹、服部行紀²、可世木聡³、岡本知光³
¹JCHO 中京病院 検査部、²病理診断科、³産婦人科

【背景】
腺様嚢胞癌(adenoid cystic carcinoma: 以下 ACC)は、主に耳下腺や顎下腺などの大唾液腺に多い組織型であり、子宮頸部には極めて稀である。今回、子宮頸部原発のACC症例を経験したので報告する。

【症例】
80歳代、女性、不正性器出血にて当院受診、経膈超音波にて子宮内膜の肥厚を認めたため子宮腔部擦過細胞診、子宮内膜擦過細胞診および組織生検が行われた。その後、骨盤部MRIにて子宮頸癌、子宮傍組織浸潤が疑われた。

【細胞診、生検所見】
粗顆粒状のクロマチンが増量し流れ様配列を伴う腫瘍細胞集塊を腔部、内膜共に認めた。非角化型の扁平上皮癌を疑う細胞像と考えられ、ClassIVと判定した。生検では、異型細胞が広範な壊死を伴いつつ増殖する低分化型扁平上皮癌であった。以上の結果より子宮全摘、両側付属器摘出術が施行された。

【病理組織所見】
肉眼的には、子宮頸部にほぼ全周性で4cm程度の隆起性腫瘍が認められた。組織学的には、やや好塩基性を帯びた豊富な胞体をもつ異型上皮が、シート状、充実性に増殖する扁平上皮癌様部分と、篩状腺管形成および基底膜様物質を取り囲む偽腺管構造を示す部位が認められた。免疫染色は、CK5/6(focal+)、p16(+)であった。これらの形態的特徴および免疫染色結果から、一部に扁平上皮癌成分を含むadenoid cystic carcinomaと診断された。

【まとめ】
細胞診では明らかなACCの特徴が見られなかったため、組織型の推定には至らなかった。しかし、初回細胞診検体と腫瘍摘出時のスタンプ標本を比べて見直すと、粗顆粒状のクロマチンが増量し核小体の目立つ異型細胞が腺管形成を示す部位を相当数認めた。ACCとの判定に至ることが困難であったとしても、篩状あるいは腺管構造をとる腫瘍から推定可能であったと考えられる。

P2-32

当院における透析中のリハビリテーションの試み

大黒剛士¹、山崎隆幸¹、清水大地¹、杉岡奈三重²、村本弘明³、北島進³
¹JCHO 金沢病院 リハビリ、²血液浄化部、³内科

【はじめに】
近年、国内の慢性透析患者数は2015年末現在、324,986人と前年より4,538人増加しており死亡報告件数の26%が心不全と最も多い。透析患者は安静時間の過多、長期透析により貧血や低栄養、筋力、体力、活動量低下、易疲労性などを来し、心疾患など複数の合併症を有することもある。「腎臓リハビリテーションの手引き」では、運動療法が透析患者の運動耐容能、QOLを改善するとあるが効果的な運動内容は明確に示されていない。当院では昨年度より透析中のリハビリテーションの依頼があり、エルゴメータによる運動療法を開始した。

【対象】
医師から運動療法の介入を認められた、週3回の当院外来透析導入患者。
【方法】
運動療法介入前に握力・大腿四頭筋筋力・TUG・10m歩行テスト・LSAで評価を実施。3ヶ月後、6ヶ月後に再評価。運動療法は週3回、透析開始1時間後より30分、負荷量Borg Scale11~13を指標にて実施。てらすエルゴ2(Showa製)を使用した。運動療法開始前・運動中に血圧、心拍数の測定を実施した。

【結果】
TUG、10m歩行テストはいずれも向上を認め、歩行率の向上も見られた。握力、大腿四頭筋筋力、LSAに関しては運動療法介入前と変化がなかった。

【今後】
透析中に30分間の運動療法を行うことは歩行能力の維持、向上に繋がることを示せた。しかし、筋力面に対しては著明な効果は得られず、エルゴメータによる運動に加えてレジスタンス運動やストレッチを行う必要がある。また、非透析日の抗重力筋強化運動や散歩などの促進が運動耐容能、活動量、QOLの向上につながると考える。運動療法の対象は介入前より「歩行可能だがADLに支障を来していた、支障を感じていた」という方が効果を得られやすいと考えられる。最後に透析患者の生活は透析日を中心とした活動となっており、身体機能向上が生活範囲拡大に繋がるのではなく、長期的な自身の足での通院透析継続に繋がると考える。

P2-33

地域包括ケアシステム構築を目指して ～地域に開放されたベッド活用～

岩崎厚子、中島範子、廣畑おかる
JCHO 桜ヶ丘病院 看護課

【はじめに】平成28年6月に地域包括ケア病棟（以下包括病棟）を開設した。近隣の高度急性期・急性期11病院総ベッド数（小児除く3300床）の中で地域包括ケア病床を持つ病院が1病院、院内転用のみの病床が1病院あり、地域に向けての病棟として開設するのは当院が初めてである。当院は、2次保健医療圏内で連日2次救急を受けており、急性期のベッドを確保する為に3～5人は、包括病棟への院内転棟を行っている。当地域は、3次救急の病院が5病院あり、地域へ向けた包括病棟の役割は急務である。

【目的】地域で活用できる病棟を目指す為の課題と対策を明らかにする。

【経過】～院内での取り組み～1. 開棟前の院内多職種説明会実施。2. 科別病棟から病期別病棟への病床編成。3. 受け入れ判定会議（入院・転院）の基準とフロー作成。4. 院内転棟基準作成。5. 毎日判定会議、2回ベッドコントロールの実施。6. 急性期の一元化（急性期病棟と手術室の統括）7. 患者支援相談室の開設。～院外への取り組み～1. 医師会や介護支援専門員への説明会実施。2. 診療所、施設及び地域包括支援センター、居宅介護支援事業所への訪問。

【開棟2か月の課題】院内転棟が大半で地域ベッド（病診連携）の役割拡大をはかる。

【対策】地域への広報活動を重視する。

【開棟6か月の課題】後方支援病院（病期連携）の役割拡大をはかる。

【対策】公的病院会議で（後方病院）の役割周知と地域包括推進会議の企画運営及び地域連携会議参加と医師会報に掲載を依頼する。

【今後の取り組み】1. 急性期検査や放射線検査及び緊急撮影・読影とフォロー。2. 訪問看護室のステーション化により在宅重視、訪問診療（歯科含む）の拡大、訪問リハ（PT・ST）の介入。

【おわりに】今後更なる病床機能分化が推進され、新たに介護医療院の創設も考慮し、医療と介護、病院と地域の連携が重要になる。時代と共に変化に対応できる病院を目指したい。

P2-34

急性期病棟から地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への円滑な転棟と今後の課題 （リハビリ部門の立場より）

江崎聡、堀志郎
JCHO りつりん病院 リハビリテーション部

当院は7対1看護体制の急性期病棟と地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟で運営している。地域包括ケア病棟は平成26年10月より運用しているが、施設基準の一つである「リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること」が転棟患者を選択する阻害因子の一つとなっていた。リハビリ部門では、エクセルを用いて患者ごとに入棟日より月末までの単位数を予測して入棟患者の平均一日単位数が2単位を下回らないように調整していたが、どうしても対象患者が制限されていた。このことが、地域包括ケア病棟の病床稼働率の低さの一要因ともなっていた。またリハビリの診療点数が、包括である病棟にマンパワーを多く割くのは、リハビリ部門としては、効率的ではなかったの、回復期リハビリテーション病棟への転棟を優先していた。平成29年2月より当院は199床に、減床しての運営となり、急性期病床を確保するために迅速な地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への転棟が必要となった。現在、週一回の転棟会議では、リハビリ単位数を考慮しない方式で、転棟患者を決定している。リハビリ部門は、転棟後にリハビリ提供患者の単位数を調整している。結果、病床稼働率は上昇して病棟収益も上がっている。しかしリハビリ部門としての収益は、むしろ減算傾向である。

今後の課題として、急性期病棟の入院患者の平均60%～70%がリハビリ対象患者である現状では、地域包括ケア病棟への転棟後にリハビリを終了することが困難な場合がほとんどであり、また継続することで改善が行える患者が、ほとんどでもある。病院転棟会議として、「患者治療」「機能別病棟運営」「病院運営」の3点のバランスを考慮しての、新しい患者転棟マニュアルの運用が、急がれる。

P2-35

地域包括ケア病棟開設とリハビリテーション提供単位

居石理彦
JCHO 佐賀中部病院 リハビリテーション科

2016年4月地域包括ケア病棟を開設した。背景は廃止となった産科と小児科病棟の再利用、佐賀県が人口に対する病床数が全国平均より多いという事情があった。居宅介護支援事業所、附属介護老人保健施設、充実したリハビリテーション施設とスタッフを有している事も強みであった。2015年11月グループ病院の視察から始まり、全職員への発信、申請準備の開始と進め4月開設となった。地域包括ケア病棟は急性期を終了し、病状が安定した患者に対し在宅復帰に向けた医療、看護、リハビリテーションを行うことを目的としている。入院期間が60日で費用が定額である点が特徴。入棟者は、毎週医師や看護師、理学療法士など10名程度で判定会議を行い決定した。会議では実績要件の確認や収支状況などの情報共有も行った。リハビリテーション科では1日平均2単位以上提供する為に、PT・OT・STの連携や平均単位数の揭示、管理ソフトを使用する事で単位調整を行ったが、この2単位以上とは休日と祭日も含む1日3単位以上の提供が必須となる。しかし、実際には約2.5単位の提供しか出来ず、原因は取得単位の限界、認知面や体調不良による拒否、疾患内容、病棟の状況などが挙げられる。こうした状況下であったが年間平均2.16単位、月平均でも2単位以上を達成する事が出来た。課題はケア病棟を優先し一般病棟の単位を減らして調整をした月があった事、平均単位が2.01と調整困難な月があった事が挙げられる。解決方法として月平均2.2単位以上を目標とし、各スタッフの効率的な単位取得を調整していく事が必要と考える。また、これまで運用方法に対し重点的に取組んだが、今後は個別リハビリテーション以外の時間の有効活用も必要である。病院全体として、地域包括ケア病棟の開設・運営は収益の面から成功であった。今後は地域包括ケア病棟の内容を充実させ、地域住民や周辺施設にアナウンスし、活用して頂く事で地域づくりに貢献したい。

P2-36

高齢者の居場所づくりを目指して～M市の「協働のまちづくり活動」によるCST（認知症サポートチーム）出前講座～

杉山清子¹、齊藤路子²、井上美穂³、佐藤由姫⁴、市川朋菜⁵、飛嶋佳子⁶、大島真由美⁷、黒田あいか⁸、内海ゆみ子⁹、小崎朋子¹⁰、三島由紀¹¹、武政英理子¹²、尾熊洋子¹³、青柳昌樹¹⁴

¹JCHO三島総合病院 CST（認知症サポートチーム）、²看護課、³薬剤科、⁴検査科、⁵地域連携室、⁶地域包括支援センター、⁷リハビリテーションセンター、⁸脳神経外科

【はじめに】認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の「七つの柱」の中に「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」がある。M市に於ける現状として認知症についての活動や高齢者の居場所が少なくどこへ相談に行ってもよいのか情報が行き届いていない。平成28年にM市が市民と行政協働による地域づくりの施策として「協働のまちづくり活動」の募集があり当院のCSTで「高齢者の居場所づくり」について応募したところ採択された。近隣地区と連携し公民館を利用した出前講座として支援することになったのでこの1年の活動について報告する。

【方法】CSTで公民館を利用する出前講座の活動計画 1. 「認知症について」脳神経外科医師 2. 「認知症サポーター養成講座」地域包括支援センター 3. 「認知症の方との関わり」認知症認定看護師 4. 「誤嚥について」言語聴覚士 5. 「認知症予防のための調理実習」管理栄養士を立て広報は掲載を依頼する。

【結果】活動計画1・2・5について講座を実施し、3・4については検討中である。また他の地区サロンからの出前講座依頼があり「高齢者の栄養、認知症予防食」について管理栄養士が実施した。

【まとめ】出前講座に多数の住民が参加してくれて活発な意見や質問を聞くことができ、これからはCSTで継続的に出前講座を行っていきたい。住み慣れた地域に「高齢者の居場所」があることで誰もが気軽に立ち寄ることができ孤立感や意欲の低下、不安などのリスクを解消することができる。また、新オレンジプランの中にも認知症の人、その家族、地域住民、専門職が集う「認知症カフェ」等の推進が求められており今後、地域包括支援センターと協働し合い当院内の空きスペースを利用した「認知症カフェ」が開設できればと考える。介護をする側・してもらう側の両者がほっと一息できる「高齢者の居場所づくり」を目指し地域を支える活動をして行きたい。

P2-37

A病院における認知症患者の運転状況についての調査

釜崎史子¹、西浦義博²、徳永誠次¹、玉城結¹¹JCHO 諫早総合病院 リハビリテーション部、²神経内科

【目的】

警視庁によると、平成27年の交通事故発生件数の21.5%に高齢運転者が関与しており、社会問題となっている。今回はA病院に認知症疑いで受診された方の実態把握を目的に調査を実施した。尚、本研究は「臨床研究に関する倫理指針」に則り実施した。

【対象と方法】

平成28年4月～平成29年3月までに、認知症鑑別診断目的にA病院神経内科で初めて認知機能検査(MMSE、ADAS)を受け認知症と診断された方で、受診時も車の運転を続けていた28名(男性21名、女性7名、平均年齢79.3±7.5歳)に対し、検査と同時に聞き取り調査を行った。

【結果】

MMSE平均点23.1点(男性23点、女性23.4点)、ADAS平均点12.7点(男性12.7点、女性12.6点) 世帯構成は28名中「独居」3名(MMSE平均24.7点、ADAS平均12.8点)、「夫婦のみ」9名(MMSE平均22.7点、ADAS平均13.3点)、「夫婦以外の家族と同居」16名(MMSE平均23.1点、ADAS平均12.3点) 本人や周囲が認知症状に気づき受診するまでの期間は、1ヵ月以内3名(男性3名)、半年以内7名(男性5名、女性2名)、半年以上～1年13名(男性9名、女性4名)、1年以上4名(男性3名、女性1名)、不明1名(男性1名)

【結果】

今回の調査では認知機能検査の平均点に男女差は見られなかった。世帯構成別の平均点は、両検査2点以内の差だが「夫婦のみ」が最も低いという結果であった。また、認知機能の低下に気づきながら半年以上運転を続けている方が6割に上り、さらに全体の半数以上が夫婦以外の家族と同居でも運転を続けていた。以上のことから、認知機能低下を感じながらも運転を継続する方の特徴として、男女、世帯構成関係なく一定程度の低下が認められた場合、受診に至ることが示唆された。

P2-38

地域包括ケア病棟における認知症患者への看護ケアの効果の検証

蜂谷祥子、田面木千祥、田屋恵子
JCHO 仙台病院 地域包括ケア病棟

【目的】

急性期病棟にて認知症の周辺症状により目が離せない状況が1ヶ月以上あった患者が、地域包括ケア病棟へ転棟後に周辺症状が軽減した事例を検討し、症状の安定に関与した効果的な看護ケアを明らかにし、認知症患者への対応を検証する。

【方法】

診療録等から、看護ケアの内容と患者の反応の変化を収集し、認知症ケアメソッド「ユマニチュード」の4つの柱に当てはめて分析する。

【事例紹介】

A氏 80歳 男性 病名：#1CHF #2CRF #3腹部大動脈瘤 #4化膿性脊椎炎 #5アルツハイマー型認知症 経過：うっ血性心不全で入院。利尿剤投与等で病状改善せず血液透析開始となった。

【結果】

急性期病棟では、暴言暴力、オムツ外し、睡眠しない等24時間目が離せない状況が続いた。常に看護師が行動を共にし、A氏を看護室で車椅子に座らせ看護業務を行っていた。地域包括ケア病棟転棟後は、急性期病棟からの治療継続に加え、看護室で音楽やラジオを流し、看護師と共にレクリエーションや軽作業をして過ごしてもらった。転棟2日目には暴言暴力が消失。3日目からは眠るようになり看護師や他患者と笑顔で会話するようになった。

【考察】

高齢患者は治療対象となる原因疾患に加え、基礎的に認知機能低下を有することが多い。急性期病棟では原因疾患の治療が優先されるため若年患者同様の対応がされてしまう。このような治療優先の医療や看護ケアは認知症患者の周辺症状を出現させ、治療継続も困難となることも少なくない。地域包括ケア病棟では、生活行動全般がリハビリに繋がるため行動を見守る事も大切な看護ケアとなる。A氏の場合「立つ」動作を制限せず、「行動を見守る」というユマニチュードに基づいた実践が周辺症状の改善に寄与したと推察される。これら周辺症状を困った行動・言動と捉え抑制するのではなく、症状出現の意味をアセスメントし必要なケアを立案、実践することが重要と考えられた。

P2-39

地域包括ケア病棟における専従理学療法士の取り組み

市川宏久、伊藤貴之、石崎真央、伴野哲也、山口裕子、石井雅昭
JCHO 四日市羽津医療センター

【はじめに】

当院は平成27年4月より地域包括ケア病棟を開設した。当院の特徴として専任医師1名が在席している。平成27年度病床稼働率70.0%、在宅復帰率92.0%であり、平成28年度病床稼働率78.9%、在宅復帰率93.6%となっている。リハスタッフは平成27年度専従理学療法士1名だったが、現在は専任リハスタッフ含め2.5名となっている。今回は開設当初から専従となっている理学療法士の取り組みについて報告する。

【活動】

地域包括ケア病棟スタッフに対して勉強会を開催し、開設半年後より多職種でのカンファレンスを週1回開催した。担当患者さんに対して朝の挨拶とリハビリ時間の伝達を行い、病棟スタッフと協力し病棟の廊下に障害となる物を置かないようにした。リハビリが少しでも効率よく病棟スタッフと協力できるように病棟に平行棒を設置した。それにより、リハビリ実施場所をリハビリ室から病棟でのリハビリへと変更することができた。本人や家族とのカンファレンスにも可能な範囲で参加した。その他積極的に爪切り、耳そうじを実施し、可能な範囲で患者さんと関わりをもつようにトイレ動作誘導なども行った。

【結果】

専任医師を含む病棟スタッフと良好な関係が築け、スタッフ間での連絡、情報交換がしやすい環境を創ることができた。これにより患者さんの状態を把握しやすくなり、病棟での安静度など速やかに変更できるようになった。平成27年度よりも平成28年度は、病床稼働率、在宅復帰率と向上することができた。

【考察】

専従理学療法士は病棟スタッフの一員であり多職種で協力することで、リハスタッフと医師をはじめとする病棟スタッフとの関係が良好となり、連絡、情報交換などしやすい関係づくりができたと考ええる。今後も病棟の役割を認識し、病棟の理念に少しでも近づけるとともに、病床稼働率、在宅復帰率の促進の一助となるよう努めていきたい。

P2-40

当院地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション提供単位数の管理方法の検討

坂下茉以¹、田中哲¹、宮下洋子²
¹JCHO 金沢病院 ²リハビリテーション科、³看護部

【はじめに】

当院では平成28年2月1日に「地域包括ケア病棟（以降包括病棟）」を一病棟53床で開設した。包括病棟では、リハビリテーションを実施している患者について、1日平均2単位以上のリハビリを提供していることが施設基準として挙げられ、包括病棟におけるリハビリは入院管理料に包括される。当院リハビリは平日のみの稼働であり、休日数やリハビリを必要とする患者数、スタッフ数の増減によって、平均2単位以上の提供が困難となる月もあり、単位数を管理し、計画的に提供していくことが不可欠であった。また、実施単位数は療法士一人につき週108単位までという制限があることから、患者数が多く余剰の単位が出る場合、一般病棟と取得単位を調整し、診療報酬を確保する必要性も生じた。そこで、月の提供単位数の目標を平均2.2単位と定め、目標単位数を効率よく取得するための管理方法について検討し、一定の成果を得たため報告する。

【方法】

包括病棟におけるリハビリ実施状況を把握するため、表計算ソフトEXCELを用い、患者氏名、入退院日、リハビリ実施単位数などを管理するシートを作成した。各データの入力は電子カルテからCSV出力したデータを貼付ける方法を用い、マクロや関数を使用し入力の手間を軽減させた。実施状況をカレンダーのように一覧にし、日毎、累計の平均単位数、月末の平均単位数の予測値を求めた。現在の患者数、合計実施単位数から目標までに必要な残り単位数を求め、残り稼働日数で除すことで、その日に取得すべき単位数を出し、それを全スタッフに毎日周知することにより過不足なく単位を取得できるようにした。

【結果】

患者数が多く特に平均2単位の取得に難渋した平成29年2月以降、より厳密な予測に基づいた管理を行ったことで、以降3ヶ月間は目標の平均2.2単位を誤差±0.01以内で達成することができた。今後包括病棟の需要が高まる中で、より効率的な病棟運営が必要と考える。

P2-41

地方紙に短歌投稿を再開された1例機能障害の改善から趣味活動の支援まで

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

【症例紹介】

92歳、女性、要介護3で腰椎圧迫骨折（2016/11）のため、ベッドからの起き上がりで腰痛がありトイレまでの移動に難渋していた。4脚杖を使用するが動作緩慢で近接監視レベル。認知機能に特段の障害は認められず、コミュニケーションは良好で短歌が趣味であった。

【経過】

初期ではトイレへの移動を楽に行うことができるよう、痛みの出にくい方法で寝がえり練習、起き上がり練習を中心に反復した。立位は矢状面で頭部前方位、上位胸椎の後弯増強、腰椎前弯減少、膝関節軽度の屈曲位だった。姿勢の矯正として、腹式呼吸練習と過緊張筋に対してリラクゼーションを行なった。また、正中位への坐位の誘導と良姿勢保持の自主練習を行なった。2ヶ月程で起き上がり時の痛みの軽減、動作のスムーズさの改善、立位アライメントの改善が見られた。ベッド仰臥位から端坐位まで42秒（12/28）から13秒（2/13）へTimed Up and Go Testでは24秒（12/28）から14秒（5/8）へと改善した。

文学的な一面があり日常の出来事を短歌で綴り、会話中も度々詩を紹介された。そこで、枕草子の音読と書き取りを開始した。難読箇所では付き添いながら読み返したが、後半では1人で音読された。書き取り終了後に内容の確認と書字がよくできている部分を褒め、意欲的に継続できるようフィードバックを行った。鉛筆の筆圧が強くなり特に「し」や「の」で文字のバランスが美しくなった。利用開始2ヶ月後には2年ぶりに地方新聞に短歌を2首投稿された。要介護度は要介護3から要支援2へと改善した。

【今後の展望】

初期は痛みの軽減、良姿勢の獲得を中心に理学療法を進め、生きがいであった趣味活動の支援に目を向けた。現在は炊事場に立ちたいとの希望があるも、安全性や住環境の点で問題が残る。さらに買い物の希望があるため、ご家族の協力も仰ぎながら生活に即した支援を進める必要があると感じた。

P2-42

当院における大腿骨近位部骨折術後患者の動向について
～地域包括ケア病棟開設前後を比較して～

石橋祐太、柴尾広子、角本雅彦、中島伸哉
JCHO 横浜中央病院 理学診療部

【はじめに】

当院は都市部にある急性期病院である。地域包括ケア病棟開設以前は、大腿骨近位部骨折術後患者は回復期病院へ転院する例が多くみられた。平成26年7月より地域包括ケア病棟が設立され、急性期から地域包括ケア病棟でのリハビリテーション継続後、直接在宅復帰される患者が増加している。今回、開設前後にわけて転帰先等を調査したので報告する。

【方法】

平成24年7月～平成28年6月までの間に当院整形外科病棟に入院され、リハビリテーションを実施した大腿骨近位部骨折患者、全415名を対象とし、平成24年7月～平成26年6月までを開設前、平成26年7月～平成28年6月までを開設後にわけ、年齢、入院日数、リハビリテーション実施日数、転帰先、入院時・地域包括ケア病棟入棟時・退院時のBarthel Index（以下、BIと略す）の各項目について開設前後で比較検討した。

【結果】

地域包括ケア病棟開設前、転帰先は自宅35.8%、転院39.4%。開設後、自宅53%（地域包括ケア病棟を含む自宅退院した割合）、転院19.5%であった。開設前後と比較し、転帰先として転院の割合が減少し、地域包括ケア病棟への転院を含めた自宅退院の割合が多い傾向となった。また退院時BI等の項目において改善がみられた。

【考察】

地域包括ケア病棟開設後、急性期から地域包括ケア病棟でのリハビリテーション継続、多職種協働で日常生活動作指導・強化が図れたことにより退院時BI点数の向上に繋がった。また自宅退院までの在宅調整や家族への動作指導なども以前より充実して行えるようになり、患者・家族からの不安な声が軽減され、地域包括ケア病棟を含めた自宅退院の割合が多くみられたと考える。今後の課題として、多職種との定期的な勉強会やミーティングの開催、リハビリテーション実施者以外のADL評価・指導等を、さらに充実させることにより在宅復帰に向けた日常生活動作指導・強化等の支援に繋がっていくと考える。

P2-43

高浜町における地域主体の地域包括ケアシステム構築への
取り組み～健高カフェ参加を通じて～

津原賢太¹、野田学²、諸江由紀子³、野瀬啓一郎⁴、北村浩一⁵、井階友貴⁶

¹JCHO 若狭高浜病院附属介護老人保健施設、²薬剤科、³看護部、

⁴リハビリテーション科診療部、⁵地域連携室、

⁶福井大学医学部地域プライマリケア講座

【背景】

当院のある福井県高浜町では、自治体・大学・地域住民が一体となり、地域包括ケア構築に向けた取り組みが行われている。その中の一つである「けっこう健康！高浜☆わいわいカフェ」（健高カフェ）参加による成果等について報告する。健高カフェとは、行政・教育・医療・介護・住民等のあらゆる分野・立場の者が自由参加で集まり、自ら設定したテーマに関してざっくばらんにしゃべりし、可能なものを実現に向けて協議していく場である。

【成果】

健高カフェがきっかけとなって20以上の施策が実現および協議されているが、認知症カフェ（看護師、テーマ：認知症）、ご当地介護予防体操（理学療法士、テーマ：フレイル）、笑いヨガ（理学療法士、テーマ：笑い）等の当院と関連するいくつかの施策が生まれた。また、健高カフェで町内の様々な人々と定期的に顔を合わせるようになったことで顔の見える関係ができ、横のつながりを構築することができた。さらに、広域異動にて当院に赴任した方々も積極的に参加しており、町のことを知り、地域とのつながりを築くことができていく。

【参加者の感想】

「健高カフェに参加することで、一住民としてどういった医療・介護の体制が望ましいのかということ意識するようになった。」や、「今まで知らなかった団体や社会資源とその役割を知ることができた。」等の感想が聞かれた。

【結語】

健高カフェに参加することでいくつかの新たな施策に関わることができ、また横のつながりを構築することができた。地域主体の考え方をもつことや新たな社会資源を知ることにも繋がった。さらに、このような院外活動は住民の貴重な意見を聞くことができ、当院の役割や人材を院外へアピールするチャンスでもある。今後も無理のない範囲で参加し、一医療従事者として地域包括ケア構築に貢献するとともに、一住民として積極的に意見交換を行い、地域包括ケアの充実に関わっていききたい。

P2-44**退院調整の充実に向けて、1・2 年目看護師の意識の変化**

田中萌子、山川智子、川又和美
JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部

はじめに：退院調整は患者、家族の意志や ADL、介護保険制度の情報など幅広い知識が必要である。1・2 年目の看護師（以下、初級看護師）は先輩の支援のもと退院調整を実践しているが、退院調整の介入などに不安があるとの意見が聞かれた。そこで退院後の患者・家族との面会を通して退院後の生活状況を知ることで初級看護師の退院調整に対する意識の変化を見いだせたので報告する。

方法 1) 退院後の外来・リハビリでの来院時に患者・家族に面会を実施 2) 初級看護師（4 名）へのインタビュー（半構成的面接）を面会前・後に実施。面会前後での退院調整のとらえ方を比較。

倫理的配慮：研究趣旨を説明し協力は自由意志であり内容は匿名とすることに同意を得た。

結果：面会から入院中の生活は自立した患者であったが「自宅での入浴に不安があったので介護保険を利用しデイサービスで入浴に行くようになった」「自宅では洗濯を自分でしなければならずその度に階段を使う必要がある」という言葉が聞かれた。面会後の初級看護師からは「入院中は患者の自宅での役割や行動範囲を考えるとできなかったが退院後の患者の身体状況や生活を想定して、入院時から介入していこうと思った」「退院調整に困った時、退院調整看護師やケアマネージャーなどとの協力の必要性を感じる」となどの意見が聞かれた。

考察：退院後の患者の言葉から、入院前の患者の日常生活の把握と退院後の患者の身体状況の変化や日常生活を想定できることが、患者個々に合った退院調整となることに気づくことができた。自立した患者であっても介護サービスが必要であったと気づき、患者、家族の退院後の生活を考え実施することが重要であると意識が変化し意識の向上にもつながった。

結論：退院後の患者・家族との面会は患者の生活状況が見え、初級看護師の退院調整への意識向上につながった。

P2-45**退院調整から退院支援体制へ移行した現状と今後の課題**

大橋恵、小濱由紀子、大寺直子、戸川昭三
JCHO 中京病院 地域医療連携・相談室

【はじめに】

当院の地域医療連携・相談室では地域の医療機関や施設と前方・後方連携や相談業務など担当する看護師 4 名・社会福祉士 5 名・事務員 6 名が配置され、円滑な退院支援を進め、退院調整加算を算定していた。2016 年度診療報酬改定で新設された退院支援加算 1 は、同年 7 月に看護師を 3 名増員し 8 月より算定開始した。そこで、退院調整から退院支援体制へ移行した現状と今後の課題について報告する。

【目的】

退院支援の質向上に向けた方策を追求するために、当院の退院支援の現状と課題を明らかにし、取り組むべき退院支援の課題を明確化する。

【方法】

平成 27 年度退院調整加算算定期と平成 28 年度退院支援加算 1 算定期の退院支援の実態調査と分析。

【結果と考察】

平成 28 年度総退院患者数のうち退院支援した割合は 10.5%、前年度より 0.9%増加した。退院支援を行った患者の在宅復帰率は 60%、前年度より 4%増加し、平均在院日数は 33.1 日、前年度より 1.6 日延長した。介護連携指導と退院時共同指導の合計数は 213 件で前年度より 11 件減少した。

依頼型から抽出・支援型へ退院支援体制はシステム化できた。さらに、医師より治療方針を患者・家族へ説明する際、退院支援担当者の同席を求める声や退院前カンファレンスの医師の参加、病棟看護師より気になる患者の抽出があり、医療現場は退院支援を意識し始めている。しかし、退院支援専任看護師の退院支援能力の差により支援対象患者の抽出や支援介入のタイミング時期にばらつきがみられることや、退院支援専任看護師と MSW との連携、院内外多職種との連携など様々な場面において連携の課題が明らかとなった。

【終わりに】

今後は、地域連携をさらに強化し共同して退院支援に取り組み、患者が安心・納得して住み慣れた地域で療養や生活を継続できる支援をめざしていきたい。そのためには、多職種チームで退院支援を進め、患者が望む退院につながっているか評価する必要がある。

P2-46**『在宅難病患者訪問診療事業』制度に利用した神経内科医の地域医療への介入により、患者 ADL の著しい改善をみた具体例**

藤井大輔、黒川隆史、山田滋雄、溝尾朗
JCHO 東京新宿メディカルセンター 内科

平成 26 年 5 月に「難病の患者に対する医療等に関する法律」が公布され、平成 27 年 1 月 1 日から、新たな難病医療費助成制度が始まった。これら難病の一角を占めているパーキンソン病ほかの神経内科領域疾患は、時に病態の把握も困難であり、専門的な診療を要することがあるため、神経内科を専門としない地域の医師にとって、時に対応困難である。しかし、神経内科専門医の数は決して多くなく、また専門医は大学病院、大規模な総合病院に偏在する傾向もあるため、地域における日々の診療ニーズを満足できていない可能性がある。このたび東京都により策定された制度では、病院に属する専門医が、地域の医師・患者の要請を受けて診療に参加した際には、往診した専門医にも診療報酬が生じることとなっている。そればかりか、医療費の自己負担分を助成することにより、患者負担の増加を生じることもない制度となっている。当院では、厚生年金事業団から JCHO グループに移行するにあたり、これまで以上に地域医療に積極的に取り組む方針を打ち出し、地域包括ケア病棟・訪問看護ステーションの立ち上げに加えて、本制度を基軸としての神経内科医の往診も積極的に行い、これらのチームが相互に補完しあいながら、地域医療の支援を試みている。今回の発表では、神経内科疾患により著しく ADL が低下し、寝たきりに至っていた症例について報告する。本制度を利用することにより、診療後の入院加療を経て、地域包括ケア病棟も活用することで、ADL の良好な回復を見られ、在宅復帰し得た具体例を挙げながら、本制度についても論じたいと考える。

P2-47**中京病院歯科口腔外科における初診患者の臨床統計的検討
最近 4 年間の実態と傾向について**

森建輔、牧業由子、友松莉子、阿部友亮、木下弘幸
JCHO 中京病院 歯科口腔外科

【緒言】

中京病院は名古屋市内南区に位置する急性期病院であり、地域医療の一翼を担っている。その実態を把握する目的に初診患者について調査を行ったので報告する。

【対象および方法】

対象は 2013 年 1 月 1 日から 2016 年 12 月 31 日までの 4 年間に当科を初診した患者 7210 例とした。検討項目は 1. 年次別初診患者数、2. 性別・年齢、3. 居住地域別患者数、4. 疾患別患者数、5. 紹介の有無・紹介元の詳細の 5 項目とした。

【結果】

1. 年次別初診患者数 4 年間の年間平均初診患者数は 1802 例であった。
2. 性別・年齢男性 3564 例（49.4%）、女性 3646 例（50.6%）でほぼ同等数であった。年齢では、70 歳代 1519 例（21.1%）が最も多く、平均年齢は男性 54.9 歳、女性 54.7 歳であった。
3. 居住地域別患者数名古屋市内では南区 3620 例（56.5%）で半数を占め、次いで港区 791 例（12.3%）であった。
4. 疾患別患者数疾患別では歯周疾患 1993 例（27.6%）、埋伏歯 1471 例（20.4%）、炎症 735 例（10.2%）の順であった。
5. 紹介の有無・紹介元の詳細紹介率は 79.6%であった。紹介率は年々増加し、2016 年では 88%を占めていた。内訳は、歯科医院 3485 例（48.3%）、院内 1946 例（27.0%）、院外内科 229 例（3.2%）、院外口腔外科 79 例（1.1%）であった。

【結語】

上記結果に加えて 2014 年に同区内の総合病院に口腔外科が開設され、紹介患者数が激減したこと、2015 年より後期研修医が加わり歯科医師 3 名の診療体制となったことなどを踏まえ文献的考察を加え報告する。

P2-48

九州病院における検査値付き処方せん発行について

小倉秀美、川久保充章、釘原瑠子、上津沙織、吉国健司、桑村恒夫、
末松文博
JCHO九州病院 薬剤部

【はじめに】

九州病院薬剤部では2017年1月の電子カルテ更新を機に、外来患者の安全な薬物治療の実践を目的に検査値付き院外処方せんを発行した。発行までの取り組みと発行後4ヶ月までの保険薬局からの疑義照会の現状を報告する。

【検査値付き処方せん発行までの取り組み】

院内周知の手順として、2016年10月に薬事委員会にて検査値付き処方せん発行の承認、掲載検査値（16項目）の選定を行った。11月に診療会議において全医師に検査値付き処方せん発行の案内を行った後、外来・病棟各部門にてポスターを掲示し、患者・職員への周知を行った。次に、11月より地域薬剤師会と合同で「薬と検査値」に関する研修会を計6回シリーズで開催した。

【方法】

2017年1月から4月までの4ヶ月間の検査値関連疑義照会について、件数、処方変更率、検査項目・医薬品別件数を調査した。

【結果】

検査値関連疑義照会は130件（変更率55.4%）、検査項目は、Ccr値108件（変更率61.1%）と腎機能関連が大多数を占め、PT-INR値9件（変更率11.1%）、K値7件（変更率28.6%）、AST値・ALT値4件（変更率50%）、Hb値1件（変更率100%）であった。主な医薬品は、レボフロキサシン錠21件（変更率57.1%）、ザイザル錠13件（変更率100%）、ファモチジン錠6件（変更率83.3%）であった。

【考察】

検査値付き処方せん発行により、検査値に基づいた疑義照会がなされるようになった。数値次第で禁忌となる薬剤も少なからずある事より今回の検査値付き処方箋発行は外来患者の安全な薬物治療の実践のために有用であったと考える。今後の課題として、検査値に加えて患者の状態も記載した疑義照会が必要であり、そのことから、現在トレーシングレポートなどを活用した継続的な連携に関して取り組み始めている。

P2-49

門前薬局との疑義照会の簡素化

長谷川真美¹、村井慎弥¹、佐々木秀美¹、近藤盛彦²、脇本美代子³、高口万由美⁴
¹JCHO神戸中央病院 薬剤部、²循環器内科、³ミツバ薬局、⁴北すずらん台薬局

【はじめに】

本年2月「疑義照会不要の合意書-さいたま赤十字病院が市薬剤師会と運用」の医療ニュースが配信され、副院長より当院でも運用可能かの打診を受け、従来の疑義照会システムの見直しと共に門前薬局と疑義照会不要項目の合意締結を図った。

【方法】

門前5薬局の疑義照会簡素化希望項目を聞き、添付文書から逸脱したものを省いた9項目に具体例を加え一覧とし、各診療科部長の意見を伺った後、イントラネットにて全医師へ配信し疑義照会の簡素化を2か月間試行した。

【結果】

- 1) 門前外の薬局からの疑義照会報告は約4%であり、合意書の締結は門前薬局から始める事とし門前外の薬局へは疑義照会報告を促した。
- 2) 疑義照会件数は約60%減少することが出来、合意内容を門前薬局と再検討した結果、合意書の締結に至った。
- 3) 以前より調剤薬局からの服薬状況連絡書を作成していたが全く使用されておらず、この度、疑義照会報告書の一部にトレーシングレポート（服薬状況提供書）欄を設け、2件の処方提案があった。
- 4) 疑義照会報告書の電子カルテへの反映は、医師およびクラークが行っていたが、薬剤師が医師の委譲で処方訂正することに変更し全て反映させることが出来た。

【考察】

調剤薬局からの診察中の医師への疑義照会の減少は、患者（院内・調剤薬局内）の待ち時間の減少と医師の負担軽減に繋がる事から、さらに医師からは門前薬局にて患者の希望による追加処方依頼の減少を望む声があり、患者の啓蒙・処方箋発行時の当院の対応等を早速に検討する。また、電子カルテの処方修正を主任指導の下で新人薬剤師の業務とした所、用法・用量・日数制限・禁忌・適応・腎機能等の処方監査、電子カルテの扱いの習得も出来、今後も新人教育の一環とする。

P2-50

患者の生活を支える地域のケアマネージャーと病院との連携

寺見加保里¹、佐藤敦子²¹JCHO 湯河原病院 看護部、²地域連携室

A 病院は高齢化率 35.4%の地域にある 201 床の専門病院である。人口減少も始まり 2025 年には高齢化率 47.9%と、ほぼ 2 人に 1 人が高齢者という状況となる。A 病院回復期リハビリテーション病棟に入院する患者は認知機能の低下、高齢者単身世帯、老々世帯の増加による介護力の不足などの問題を抱え、何らかの介護や見守りの必要性のある患者が少なくない。現在、回復期リハビリ病棟では、MSW・受け持ち看護師（以下 Ns）を中心に、退院支援を行っており、サービス担当者等多職種による退院前調整会議の他、個別に必要な調整のための連携を行っている。しかし、退院直後に生活の場で生じた問題に関する連携の仕組みはない。地域の多職種と連携し患者の在宅での生活を支えていくためには、退院直後の生活の場で生じる問題に対して共に解決に向け行動できる仕組みが必要である。そこで今回、病院から在宅へ移行するうえで要となるケアマネージャー（以下ケアマネ）に焦点を当て、ケアマネが感じている病院との連携の現状と問題を明らかにしたいと考えた。地域のケアマネとの交流会にて、当院で意見交換を行い、また関わりの深い近隣のケアマネに対してアンケート調査を実施した。調査結果より、院内連携やカンファレンスの充実、医学的な知識や技術を共有できる研修会が求められており、講座・意見交換の場を積極的に設けて行くことなどの課題が明確になったので報告する。

P2-51

救急センターにおける地域連携の現状と課題

古賀美砂紀

JCHO 九州病院 特殊外来

【背景】

当救急センター（以下当センター）は、二次救急医療施設としての役割を担っている。平成 28 年度、救急車搬入台数は 5,980 台、救急車搬入患者の入院率は 35.2%と年々高くなっている。その一方で急性期病院の入院適応ではないが、歩行困難、高齢独居世帯等の理由により帰宅困難な患者が増加、当センターより近隣施設へ転送する件数も増加している。また北九州市は最も高齢化が進んだ政令指定都市であり、その中でも八幡西区は最も高齢者数が多く、今後当センターに搬送される高齢患者の増加が予測される。

【目的】

当センターから近隣施設へ転送する患者の現状を把握し、今後の課題を明らかにする。

【方法】

対象：平成 28 年度当センターより近隣医療施設へ転送した患者 132 名

方法：転送目的・転送先医療施設・医療支援部介入の有無

以上を電子カルテより調査した。

【結果】

当センターより転送した患者 132 名の内、療養目的の転送が 99 名（75%）、急性期治療の継続が 33 名（25%）であった。療養目的の転送 99 名の転送先施設は 30 施設、急性期治療継続の転送 33 名の転送先は 10 施設であった。医療支援部が転送調整に介入した件数は 51 件（38.6%）、81 件（61.4%）は当センター医師が直接、近隣施設へ依頼していた。

【考察・結語】

少子高齢化が進展する中、限られた医療資源を効率的に活用するために、病状に応じた適切な医療機関での「地域完結型医療」が求められている。今後、当センターから近隣施設への転送は増加の一途をたどると予測される。現状は生活背景等の情報が不十分なまま、初療後、入院適応ではないが帰宅困難と判断され急遽、転送となる症例が多く労力を要している。今後は、円滑な転送調整が課題である。来院時より限られた時間の中で、患者の生活・社会的背景等の把握と転送支援スクリーニングを行う必要がある。

P2-52

病院内外の多職種連携を考える

ー地域合同勉強会による参加者の意識の変化ー

齋藤聖子、矢郷敦子

JCHO 横浜中央病院 療養支援科

【はじめに】

地域完結型医療は、医療と介護の連携が必須である。しかし、介護は「医療の分野は敷居が高い」、病院は地域他職種について「知らないことが多い」という。そのため当院では、平成 27 年から地域の介護保険事業所と合同勉強会を開催している。勉強会を重ねる中で、医療・介護の他職種理解は深まり、連携意識の向上がみられたので報告する。

【対象・方法】

1. 対象：合同勉強会参加者 院内延 180 名（医師・看護師・理学療法士・社会福祉士等）、院外延 190 名（介護支援専門員・社会福祉士・ヘルパー・訪問看護師等） 合計 370 名
2. 方法：平成 27～28 年 3 回/年 計 6 回 勉強会前後のアンケート調査「他職種理解」「連携に関する意識」分析

【実際及び考察】

第 1 回は「医療・介護の特徴的活動」を紹介し、第 2・3 回は 1 事例の多職種連携で「退院前カンファレンス」「在宅での多職種連携」についてグループ討議した。3 回の勉強会でお互いを知り、連携について知り始めたことをもとに、第 4 回はシンポジウム形式で「在宅での看取り」を多職種チームが一つになって支援した事例について討議した。これは、それぞれの立場を理解する機会となった。そのため第 5・6 回は、具体的な連携方法についてロールプレイと現場を活用した演習を行った。

参加者からは、1 回終了後「医療に対する敷居が高く、どう連携したら良いかわからない」等、連携を問題とする意見が 59.2%、勉強会や交流を望む声が 80%であった。しかし、勉強会を重ねる中 3 回後は、お互いの職種に「何を求められているか」学べた。4 回後は「医師とケアマネの隔たりが少し狭くなりそう」と、距離的接近を表現する声も聞かれ、6 回後は「お互いの思いを言い合え、立場や思いを理解できた」等、壁や距離を表現する言葉は聞かれなくなった。

【結論】

合同勉強会は、病院と地域他職種を知る機会となり、顔の見える関係ができ連携する意識を高めることができたと考える。

P2-53

クラウド型インターネット予約システム：8 年間の使用経験（愛知県下の予約受け側施設間連携を含む）

安藤康徳¹、竹内初江²、田口祐貴¹、石澤敬子²、前田和代²、尾田征康²、田代ゆい²、大橋恵²¹JCHO 中京病院 放射線部、²地域医療連携・相談室

【目的】高度医療機器の共同利用の推進、紹介患者数の向上（紹介率の向上）、連携予約業務の軽減、地域医療の活性化を目指す。

【方法】クラウド型インターネット予約システムを導入し 24 時間 365 日の検査予約受付・受診予約受付に対応する。

（2009 年 9 月検査予約受付を開始し、2012 年 2 月受診予約受付を開始した。）

愛知県下の予約受け側施設（2017 年 5 月現在で 8 施設）間の連携により開業医院・クリニックの共有（予約受け側施設の同時登録）や連絡会、ユーザー会による情報の共有をおこなう。

【結果】2008 年度と 2016 年度の高度医療機器の共同利用件数と増加倍数は、MR：123 件と 396 件の 3.22 倍、CT：193 件と 473 件の 2.45 倍、胃カメラ 103 件と 209 件の 2.03 倍となった。

2011 年度と 2016 年度の受診予約件数と増加倍数は、6341 件と 9069 件の 1.43 倍となった。地域医療支援病院紹介率は、2011 年度 57.7%から 2016 年度 65.0%（初診料算定患者の減少あり）となった。

インターネット予約となり電話・FAX 対応が削減され連携予約業務の軽減ができた。

2016 年度のインターネットによる検査予約件数は、1088 件（全検査予約の 79%）、受診予約件数は、2946 件（全受診予約の 33%）であり、連携受取全予約件数の 39%となった。

開業医院・クリニックでは、患者のニーズに合わせての予約受け側施設の選択や、依頼の簡便さから施設当たりの予約件数の増加がみられた。

予約受け側施設、開業医院・クリニックともに容易に新たな連携が誕生した。

【考察】クラウド型インターネット予約システムの導入は、平日 17 時過ぎや土曜日の予約（全予約の 35%）に対応可能なことや予約の簡便さにより、目的を達成するのにたいへん有用であった。

予約受け側施設間の連携は、容易に連携関係を拡大構築でき地域医療の活性化の一助となった。

今後は、HPKI（保健医療福祉分野における公開鍵基盤）による電子診療情報提供書等の対応が望まれる。

P2-54

「糖尿病地域連携システム」の構築
～「かかりつけ医」と病院メディカルスタッフのチーム医療～橋本寿美子¹、北川朋子¹、中川恵¹、中野まいか¹、松本いずみ¹、古川健治¹、
山秋直人²、杉山賢郎²、村本弘昭²¹JCHO金沢病院 栄養管理室、²内科

JCHOの役割として「各医療機関と連携し地域の医療を支える」事が求められる。当院糖尿病チームでは、メディカルスタッフも地域の症例検討会に積極的に参加し、以前から当院栄養指導を利用して頂くなど「かかりつけ医」との連携を図ってきた。当院代謝・糖尿病センター（以降センター）には年間1800人の患者が通院しており、そのうち「かかりつけ医」からの合併症精査、受診時には当院主治医からの「栄養指導依頼」があり栄養指導も行っていた。しかし、センターでは病診連携での受診患者数を把握しておらず栄養指導報告書も電子カルテ上に保存するのみに留まっていた。病診連携を勧めるに当たり、「かかりつけ医」に対して「当センターへ何を求めるか」とのアンケート調査を行ったところ「合併症の精査」「栄養指導」の要望が多く、「かかりつけ医」が食生活改善の必要性は理解しているものの、実際の指導に難渋している事が伺えた。そこで、すでに当院で実施していた「糖尿病透析予防チーム登録システム」と同様に糖尿病病診連携チームとして「かかりつけ医からの循環受診患者」をグループとして管理し、循環受診の際の栄養指導報告は医師からの診療情報提供書同様「メディカルスタッフ用」として「かかりつけ医」に指導内容・今後留意すべき問題点などを記載し提供することとした。また、当院ですでに確立している教育プログラム「CDE外来における教育」についても同様式を利用し、薬剤師における服薬指導、看護師における療養生活指導・インスリン・SMBG指導、理学療法士による運動指導、臨床検査技師における検査データの理解などの各職種による指導においても報告書の提出が可能となった。院内の糖尿病チームに留まらず、地域かかりつけ医とのチーム医療を目指した当院の取り組みを報告する。

P2-55

透析中断を決めた患者の命をつないだ管理ノート
～生きる希望は“心の友”～丸田麻紀¹、山本清美¹、伊藤綾南¹、佐藤亜矢¹、平岡めぐみ¹、三宅真人²、
水谷安秀²¹JCHO四日市羽津医療センター 人工腎センター、²腎透析科

【目的】

透析を望まなくなった患者が、生きる希望をみつけ、治療を継続するきっかけとなった関わりを報告する。

【事例紹介】

S氏 84歳男性 透析歴14年 息子夫婦と別居。物静かで訴えが少なく、すべて「どうでもええわ」と答えていた。突如「透析いかんでええか。」と電話があった。

【看護支援の実際】

管理ノートに心の叫びが記載されていることに気がついた。透析を望まない要因を冰山モデルで紐解くと、妻の死後、生きる希望を失い「孤独」だが「関わりを求めている」ことが分かった。S氏は絵や俳句が得意であり、青年期に勉強したかったという思いを強く抱いていた。私たちは、管理ノートをツールに互いの思いを伝えあった。S氏は絵や俳句で自分の思いを書き表した。私たちはその思いを受け止め、ポジティブフィードバックを心がけ、S氏が大切な存在であることを伝えていった。

【結果】

S氏は、「きれいに書きたいから字の練習をしている」と話し、表情が明るくなった。口癖であった「どうでもええわ」を言わなくなった。S氏は、スタッフを“心の友”と呼び「自分のペースで生き抜く」と書き記した。

【考察】

伴侶を亡くしたS氏は、悲しみや孤独によって生きる意味を見失っていた。S氏の得意な絵や俳句に着目したことで、より思いを表出することができた。互いに喜びを共有する関わりによって、S氏は生きがいを感じ、透析を続ける意義を見出だしたと考える。

P2-56

フルマラソンを目指す糖尿病患者に対する栄養指導の一例

森本友里子¹、原科美重子¹、鈴木奈穂子¹、寺谷章弘²、加藤啓子²、半田克成²、川口頌平²、片岡祐子²、山川文子²、林正幸²

¹JCHO 中京病院 栄養管理室、²糖尿病センター

【はじめに】

インスリン療法の中でも強化インスリン療法は食後血糖に合せた追加インスリン分泌を再現し生理的な分泌パターンに近い作用が得られるが、その作用発現は非常に早く低血糖をきたすおそれがある。また運動によるエネルギー消費量が多い患者の場合、血糖値に応じたインスリン量や食事の対応が必要である。今回、強化インスリン療法下において活動強度の非常に高い糖尿病患者への栄養指導の一例を報告する。

【症例】

34歳男性 身長168cm 体重61.8kg BMI21.8 合併症なし 家族歴：父親 糖尿病、8人兄弟のうち弟2人が若年性糖尿病発症 2008年健診にて高血糖が発覚。当院外来にて治療していたが、2014年に血糖コントロール目的で入院加療を行う。退院後は内服治療を行っていたが、食生活の悪化や通院・服薬などアドヒアランス不良により2016年に再度教育入院となった。強化インスリン療法を導入し治療を開始したが、フルマラソン出場を目標としていた患者は入院中に約20kmのランニングを行い、無自覚性低血糖を起こしていた。主治医と相談し、運動前に補食400～500kcalを提供することとなった。（2400～2500kcal/日）インスリン依存状態であったため、強化インスリン療法は継続し退院。栄養指導では補食を含めた食事指導を行った。入院当初は病識が乏しく、通院や食事療法の継続が難しいと思われたが、フルマラソン出場を目標に食事療法に対する意識が以前よりも高まり、入院時の介入から8ヵ月間でHbA1cは順調に改善。その後、仕事の都合により2017年4月からは近医への通院となった。

【考察】

患者はまだ若く継続した血糖管理が今後の合併症予防に重要であるが、マラソン大会出場の有無で日常の活動量の差が大きく、それに合わせた食事療法の切り替えが必要である。患者が安定した治療の継続が行えるように、転院先のクリニックと連携が必要である。

P2-57

難治性心不全に対する多職種介入心不全チーム医療における管理栄養士の関わり

伊藤祐介¹、大岩功治²、松本真明²、神田弘太郎²、古川恵美子³、中峰さゆり³、中沢瑠衣³、柳原昌子³、佐藤望³、角本雅彦³、柴尾広子³、佐竹陽仁²

¹JCHO 横浜中央病院 栄養管理室、²循環器内科、³看護部、⁴理学診療部、⁵薬剤部

【はじめに】

高齢化が進む中、多種多様な疾患の終末像としての心不全も増加してきた。これを踏まえて当院では、2015年より入院退院を繰り返す難治性心不全や重症心不全患者を対象とし、外来型心不全チーム医療を開始した。慢性心不全患者は、塩分過多による腎障害や腸管浮腫や右心不全による食欲不振に伴う低栄養状態など、課題が多い。今回対象患者に管理栄養士による栄養管理や水分管理を行い、良好な管理を得られたので報告する。

【症例】

対象は2015年から2016年にかけて、6ヶ月以上外来心不全チーム医療の継続可能であった8症例とした。全症例とも、短期間に入退院を繰り返す難治性心不全患者で、入院中から医師、看護師とともに、管理栄養士、理学療法士、薬剤師が教育指導を行った。症例の栄養状態、塩分摂取量、体重やBMI、採血結果の推移をもとに指導内容を検討した。

【結果】

管理栄養士による栄養管理により、減塩の工夫、水分制限、料理の工夫などを各症例によって指導し、2週間から4週間毎にチェックし、多職種による指導内容の情報交換を行い、その都度介入方針を話し合った。この結果、塩分摂取量推定による減塩指導、水分管理の徹底などを多職種による生活管理と合わせることで、全症例とも半年の経過中は再発、再入院なく経過できた。症例の指導内容を提示して説明する。

【考察】

難治性心不全患者は、低栄養や心不全フレイルなどによる栄養障害が疾患を悪化させるため、調理の工夫や家族や介護者の協力が不可欠である。また塩分摂取量コントロールや水分管理も個々の症例により異なるため管理栄養士によるきめ細かい指導が必要で、多職種が協働して介入することで、再入院の予防が可能となることがわかった。

【結語】

チーム医療による栄養管理が、心不全増悪因子を減少させ、再入院予防の一端となることが判明した。

P2-58

周南NST研究会での新たな試み

田中佳江¹、木村文香¹、井上克子²、田中瞳³、紺谷哲也⁴、河野泰子⁵、尾本美智子⁵、益成宏⁶、沖田幸祐⁷、斎藤満⁸

¹JCHO 徳山中央病院 栄養管理室、²歯科口腔外科、³リハビリテーション部、⁴臨床検査部、⁵看護部、⁶薬剤部、⁷消化器内科、⁸副院長

【はじめに】

周南NST研究会は当院と近隣の2病院を中心に地域の病院や福祉施設に勤務している医療従事者と年に1回行っている研究会である。H28年に第7回周南NST研究会を当院が当番病院となり、「がんの栄養管理」をテーマに新たな試みとして、関与した各職種から報告する形式で研究会を行った。

【症例1】

放射線・化学療法から引き起こされる有害事象について管理栄養士と歯科衛生士が中心となりNST介入し、患者の精神面などのサポートには医師や看護師も介入しそれぞれの関りを報告した。栄養評価について臨床検査技師から提示した。

【症例2】

末期胃がん患者に対し手術施行後、経腸栄養を開始。それに伴い下痢が出現したが本人は経口摂取を希望。TPN、経腸栄養、経口摂取に対し医師と薬剤師、管理栄養士が中心に介入し自宅退院までの経過を報告。

【症例3】

巨大褥瘡を主訴に緩和ケア病棟に入院した終末期高齢患者に対し、食べる意欲に応える栄養管理を薬剤師・管理栄養士・言語聴覚士が中心に最後まで関わった経過を報告した。

【まとめ】

NSTでは多職種がそれぞれの専門性を生かして関わりを持って行くが、一般的には1症例の報告に対し、1職種が報告することが多く多職種の関りを細かく聞くことが少ない。今回の研究会では、新たな試みとして、それぞれ関与した職種から時系列で紹介する形式の報告を行った。3症例の中にNSTで最も重要とされる多職種共同での活動が報告できたと考えている。参加者に行ったアンケートからも初めての試みに対して多職種の連携が分かりやすくNSTの本質を感じられたとの感想をいただいた。

P2-59

放射線・化学療法により発生した有害事象に対しNSTが介入した1症例

木村文香¹、井上克子²、紺谷哲也³、河野泰子⁴、斎藤満⁵

¹JCHO 徳山中央病院 栄養管理室、²歯科口腔外科、³臨床検査部、⁴看護部、⁵副院長

【はじめに】

頭頸部癌に対する放射線・化学療法において生じ易い有害事象として、化学療法による嘔気・嘔吐の出現に加えて、放射線療法の併用による咽頭・粘膜炎の憎悪、口腔内乾燥・味覚異常、嚥下困難などがある。これらの理由により経口摂取量が低下し、その結果低栄養・体重減少を招き、全身状態の悪化へと繋がる。治療中の体重減少は治療休止の要因の1つともされている。

【症例】

60代男性で中咽頭癌のステージ4の患者。身長175.5cm、入院時体重79kg。

【経過】

放射線治療（合計66Gy）に週1回の化学療法を併用した治療を予定。治療中の口腔トラブルの発生を予測し、入院前より継続して適宜口腔ケアを実施。本症例では治療開始後早期より味覚異常や嚥下痛の出現、においに対する嫌悪感が強く、早期より経口摂取量が減少。個別対応食などで経口摂取量維持に努めたが、経口摂取困難な状況のまま治療が続いた。治療終了後も改善が乏しく、この時点でNST介入となった。NSTからは、EDチューブ留置による経腸栄養を提案。多職種がそれぞれの立場から患者の声を傾聴し、栄養サポートに併せて精神面でのサポートも行った。NST介入後経腸栄養も順調に進み、食事も徐々に摂取可能となり、栄養状態も改善、自宅退院となった。

【考察】

治療の副作用に患者自身の精神的要因も加わり、様々な要因から経口摂取量の低下をきたし、全身状態の悪化を招いた。癌患者は治療や副作用に対する不安など、精神面での問題も抱えやすい。栄養介入と同時に精神的サポートを行ったことが結果として短期間での栄養状態の改善に繋がった。

【結語】

本症例は、低栄養状態が長期に続いた症例に対し患者の気持ちに寄り添いながら栄養改善の取り組みができた症例であった。今後の課題としては、より早い段階での介入ができるよう積極的に働きかけていきたい。

P2-60

当院における院内デイケアの取り組みの現状と課題

宮腰真¹、越田雄¹、柳内百合香¹、米田美登里¹、新博恵²¹JCHO金沢病院 リハビリテーション科、²看護部

【はじめに】

急性期病院において高齢者の入院が増加している中、入院という環境の変化、ストレスが認知症、特に周辺症状（以下BPSD）を誘発し、患者のQOLの低下、家族の介護負担の増加、医療スタッフによる医療、ケアの質の低下に繋がる状況がある。そのため急性期医療の場において認知症への対応が重要になっている。当院では入院患者が心地よく自分らしく過ごせる場所・時間を提供し、医療スタッフの医療・ケアの質の向上を図る目的に作業療法士（以下OT）と認知症認定看護師（以下CN）が中心となり2015年7月から院内デイケアの取り組みを行っている。開始から現在までの取り組みの現状を検証し課題を抽出した。

【方法】

期間は2015年7月から2017年6月。対象は院内デイケアの参加基準に沿って参加に同意を得た患者。デイケアの概要は平日毎日10時30分から12時まで実施し、人員はCN、OT、各病棟から日替わりで補助者が1名参加し計3名で実施。内容は現実見当識訓練、回想法、音楽、季節の行事、創作活動、レクリエーション、体操、ゲーム、映画や動画鑑賞などを実施した。評価として患者・家族の表情や言動を観察し経過記録に記述した。

【結果】

患者の変化として昼夜逆転の減少、表情・表出の増加、意欲の向上、家族とのコミュニケーションの増加などがみられた。また、傾眠、疲労感、退屈な表情などもみられた。医療スタッフの変化として認知症ケアに対する意識の向上、日中のBPSDが強い患者への対応の負担軽減がみられた。院内デイケア利用者数の増加に対し人員は2、3名での対応であった。

【考察】

患者・家族が院内デイケアを利用することで患者・家族の心理的、身体的な変化をもたらし、また院内デイケアを通じ医療スタッフの認知症に対する認識、ケアの質の向上に繋がったと考えられる。課題として患者各々に適した内容のプログラムの提供、患者の客観的な経時的評価、安定した人員の拡充があげられる。

P2-61

失禁関連皮膚障害予防ケアの実態調査と今後の課題

玉城絵美、山崎晴美、近藤知美、谷口愛子
JCHO 大阪みなと中央病院 看護部

【目的】

失禁関連皮膚障害（以下 IAD とする）の予防に、撥水効果のある皮膚保護剤を使用している。しかし、2016 年 4 月～9 月に 4 件皮膚障害が発生した。看護師の失禁関連皮膚障害の予防ケアについて実態調査を行い、今後の課題を明確にする。

【倫理的配慮】倫理委員会の承認を得て実施

【方法】

病棟看護師 16 名に選択式及び自由記述方式の質問紙調査を実施。調査内容は、皮膚保護剤の使用目的、皮膚保護剤の使用目的（開始時期・量・回数・範囲等）などの 8 項目で、カテゴリー化し統計学的分析する。使用する皮膚保護剤は A 剤と限定した。

【結果】

皮膚保護剤の使用目的は 75% が理解していた。皮膚保護剤の使用目的では、オムツ内失禁を認めた時期から使用を開始しているものが 56.2% であった。使用回数を勤務ごとに比較すると、日勤帯では 1 回 37%、オムツ交換ごと 25% で、夜勤帯ではオムツ交換ごと 31.3% だった。また夜間帯では 25% が塗らないと回答した。A 剤の適切な量で使用していたものは 69% で、使用範囲は肛門周囲・臀部が多く、性器・両鼠径部、臀部の順であった。A 剤の使用した範囲の理由は「排泄物の付着が予測される部位」と回答したものが 75% であった。

【考察】

IAD の予防ケアの目的を理解し A 剤を使用していることが分かった。使用した範囲の理由は「排泄物の付着が予測される部位」の回答が多かった。これは尿より便のほうが皮膚への化学的刺激が強いと理解しているからである。よって使用範囲は、肛門周囲・臀部と回答するものが多かったと考える。だが本調査で、A 剤の適正な量や回数が使用できていないことが分かった。排泄パターンを把握し、皮膚保護剤を正しく使用することで IAD 予防ケアにつながると考える。

【結論】

IAD 予防ケアを理解し皮膚保護剤を使用していた。皮膚保護剤の正しい方法を周知し、排泄状況にあった個別の使用ができることが課題である。

P2-62

適切なカフ圧管理の取り組み～VAE 減少を目指して～

清水麻美、藤田絢、三村健太、末永聡一郎、伊藤勇、末永順子、竹林洋子
JCHO 九州病院 看護部

【はじめに】

人工呼吸器関連肺炎（以下 VAP）の予防はバンドル実施が推奨されるほか、VAP 発症率の減少にはカフ上部吸引が有効とされる。当施設では VAP に関わるサーベイランスは行っていないが、上記予防策の実施に努めている。しかし、VAP 発症の誘因の一つであるカフ圧測定手技が適切に実施できていなかった。そこで、カフ圧測定手技を見直し、その前後で人工呼吸器関連イベント（以下 VAE）発症に差があるか調査した。

【目的】

気管内チューブのカフ圧測定手技を見直し、VAE 発症状況を検討する。

【対象】

2015 年度と 2016 年度に、JCHO 九州病院 ICU に入室し挿管下人工呼吸管理を行った成人患者で、48 時間以内に呼吸管理を終えた症例を除外した 282 名。

【方法】

介入前の 2015 年度と、介入した 2016 年度の人工呼吸器装着 1000 日あたりの VAE 発症率、人工呼吸器装着日数、ICU 滞在日数と、患者の性別・年齢を後ろ向きに調べ、比較した。VAE 発症率と性別は χ^2 乗検定、年齢は t 検定、その他は Mann-Whitney 検定を用い、 $P < .05$ を有意とした。

【結果】

介入前の VAE 発症件数/人工呼吸器装着日数比は 7.05 件/1000 日、介入後は 1.72 件/1000 日で、 $P = 0.034$ で有意に減少した。人工呼吸装着日数 ($P = 0.656$) と ICU 滞在日数 ($P = 0.611$) 及び、対象背景の性別 ($P = 0.288$)、年齢 ($P = 0.204$) に有意差はなかった。

【考察・結語】

カフ圧測定手技を見直した後の VAE 発症は有意に低下し、取り組みは効果があったと捉えられる。しかし、他の調査項目で有意差を認めず、VAE 発症が低下した詳細の把握には至っていない。そのため、今後も VAP バンドルの実施や適切なカフ圧測定手技を継続するとともに、今回の結果を踏まえた継続調査として VAE サーベイランスの導入を検討し、呼吸管理の質の向上に努める必要がある。

P2-63

看護補助者が行う尿廃棄業務の改善から感染リスクを考える

山口美樹、大塚美幸、亀井久美、福田陽子、大須賀節子、館野洋子、佐藤美樹
JCHO うつのみや病院 看護部

【はじめに】

当院では、尿道留置カテーテル（以降カテーテル）の尿破棄業務を主に看護補助者が行っている。院内感染防止対策マニュアルでは、カテーテル留置中の管理方法に尿破棄手順が明文化されていなかった。また、看護補助者は病院職員と派遣職員がおり、派遣職員には院内研修の機会がなく、看護補助者間で業務手順を口頭での伝達で行われていた。その結果、手袋を着用したまま他の業務を行うなど個人防護具（以降 PPE）の不適正使用や周囲環境を汚染することによる感染リスクが高まっていた。今回、尿破棄手順の標準化と教育を行うことで感染防止対策の遵守率が向上できたので報告する。

【方法】

対象：尿破棄業務に携わる看護補助者 12 名
（病院職員 4 名、派遣職員 8 名）

方法：1. 尿破棄業務の現状の方法を把握。

2. 16 工程それぞれに感染防止対策を示した改善手順書の作成。

3. 標準予防策について教育前後に評価表を用いてリンクナースが評価・比較。

【結果】

感染防止対策の個人別遵守率が平均 57% から 89% に改善した。尿廃棄後、手袋から外すことができる（100%）ようになった。しかし、他の防護具を外す手順を間違える者が多かった（80%）。看護補助者とリンクナースが感染防止対策について相談する機会が増えた。

【考察】

手順の標準化と可視化により遵守率向上につながった。しかし、複数の PPE を外す順序について間違えが多かったのは、PPE の着脱訓練に十分な時間を費やすことができなかったことの影響が考えられる。対象のレディネスに合わせた実践で活かせる教育内容や方法について再考する必要性が示唆された。今後ますます多職種連携が期待されており、根拠に基づいた感染防止対策を継続できるように実践現場での声掛けや、モデルを示すなど OJT を繰り返すことで、PPE の着脱方法などの精度向上につなげていきたい。

P2-64

介護老人保健施設におけるインフルエンザアウトブレイクの発生要因

宮田貴紀¹、杉平栄子²

¹JCHO 埼玉メディカルセンター 感染管理室、

²JCHO 埼玉メディカルセンター附属介護老人保健施設

【はじめに】

A 病院附属介護老人保健施設 B フロア（以後、A 施設とする）では、2016 年 12 月下旬に職員、入所者計 34 名によるインフルエンザのアウトブレイクを経験した。発生初期より面会制限、マスク着用、手指衛生、発熱サーベイランスを実施し、一時的に感染者は減少したが再度感染者が増加し、その後、収束の経過となった。今回、A 施設において発生したインフルエンザアウトブレイクの発生要因を明らかにする為に調査をおこなった。

【方法】

アウトブレイク期間内における、A 施設入所者の 42 名と職員 19 名を対象とし、現場の感染対策の実施状況、入所者や職員の行動、職員の入所者への対応について記述疫学調査を実施。要因となりうる項目に対して感染者と非感染者に分類した単変量解析を実施した。

【結果】

入所者の居室、食事環境、衛生行動環境、生活環境、介護・ケアに関連し、発生要因と考えられる項目の中、「職員による入所者の義歯管理」実施群と非実施群の間に有意な差がみられた（ $p = 0.02$ ）。「口腔ケア介助の実施」「食堂の洗面所利用」「主に居室外で活動している」の項目では有意な差は認められなかった。

【考察】

A 施設では 12 月中旬より、インフルエンザ流行に伴い面会制限、咳エチケット、手指衛生などインフルエンザ対策を強化している中、アウトブレイクは発生した。調査結果より、アウトブレイクの主な発生要因は、「職員による義歯の管理」であった。インフルエンザで汚染された手袋で義歯を取り扱うことで、義歯を介して口腔内にインフルエンザが直接入り込み感染を起こした可能性が考えられた。このような感染経路はインフルエンザだけでなく、ノロウイルスなど他の感染症でも起こりえる。よって、介護施設など高齢者が集団生活をおこなう環境における感染対策では、義歯の取り扱いには十分に注意すべきであり、共有スペースと義歯間の接触を防ぐと共に、入居者毎の手袋交換・手指衛生が重要である。

P2-65

行政機関と他医療機関と連携した新型インフルエンザ等訓練（医療機関実働訓練）を実施して

齊藤博子¹、三木陽二¹、伊東高広¹、河野好子¹、中村広志¹、室谷典義²
¹JCHO千葉病院 ICT、院長

【はじめに】

当院は新型インフルエンザ等帰国者・接触者外来設置協力医療機関に登録しており、年に数回行政機関の担当者や近隣の医療機関との連絡会議を実施している。今回、行政機関より実働訓練の依頼があり、院内の体制を整備するのに良い機会と考え訓練を実施したので報告する。

【実施概要】

1) 訓練日時 2017年1月 2) 訓練時間 準備から終了まで6時間
3) 発生段階 新型インフルエンザ等の国内感染期で一般医療機関でも診療を行う時期 4) 設定状況 模擬患者20名の来院から帰院までの流れ 5) 参加人数 当院職員約50名、近隣の医療機関職員17名、行政機関職員5名

【結果】

経験値の低い職員が専用の診療スペースも無い施設で行う訓練であり、準備には多数の課題があった。本番までに打ち合わせ数回と行政機関との合同予行練習を1回実施した。指示待ちでなく、エリアごとに責任者のもとメンバーが自主性を発揮した対応が出来る状況を目指し、ICTはシナリオの概略を決めるのみとした。また大規模な実働訓練を実施するのが初めてであり、院内全体の経験値を上げるために少しでも多くの職員が参加できるように企画した。訓練後は参加者一同が会し評価を行い、有意義な訓練だったとの感想が多数であった。一方で、手指衛生のタイミングが悪い、PPE装着方法や交換のタイミングが悪い、トリアージ場所でのマスク配布が徹底されていない、医師の診察が丁寧過ぎて状況に合わないなどの指摘があった。

【まとめ】

どのような設定でも標準予防策は前提として施行されると思っていたが、一番重要である基本的な感染対策が期待よりできなかった。その原因として、1) 特殊な状況下で緊張した 2) 訓練のシナリオに集中した 3) 日常であまり使用しないガウンを選択したなどが考えられた。訓練実施には多数の課題と困難があったが、実施により有意義な経験が得られた。

P2-66

保健所と協同した学校現場における吐物処理実技研修会の実践報告

中川佳子、松村正彦
JCHO 大和郡山病院 感染対策室

【背景】

診療報酬における感染防止対策加算の算定開始から地域連携ネットワークに拡大してきている。医療機関同士だけの地域連携にとどまらず、地域全体の感染制御の水準の引き上げに貢献するためには、保健所との連携・協同が必要であると考ええる。当院の小児科では、地域の流行感染症の動向に合わせて多くの小児が受診し、その背景を調べると学校現場の集団発生が散見される。学校においても病院同様集団生活の場であり、また、濃厚に接触する現場であるためひとたび感染症が発生した場合は、感染拡大の危険性がある。地域の学校現場における感染制御に院内で実践している技術・知識が貢献できるのではないかと考えた。

【内容】

目的は、管轄内保健所と協同し、集団生活の場である学校現場に必要な感染防止技術と正しい知識の指導・技術的支援を行い、学校内における感染症の集団発生を防止する。保健所が毎年開催している感染症に関する研修会では、地域の幼稚園・小中学校教員対して講義スタイルの集合研修を行っていたが、出席者の中から、実際の学校現場での実技研修の希望が多く寄せられていた現状から、学校現場に直接出向き、正しい吐物処理方法の実技研修を中心とした研修会を実施した。

【結果】

市の教育委員会より「医療機関で感染制御を行う専門スタッフが、学校現場に出向き吐物処理方法の実技研修を指導する」と募集。市内の幼稚園3校・小学校3校より要請があり、研修会を実施した。研修会を通して、学校現場での感染制御の重要性を知り、その範囲は地域全体の感染制御に院内で実践している感染防止対策が寄与すると再認識できた。また、このような活動を行う専門スタッフが地域の病院に存在することを教育機関に認知していただいたことで、当院における地域貢献を担えたと考えられる。

【評価】

研修終了後、受講した教職員にアンケートを実施。今後も継続した研修会の開催希望が多く寄せられた。

P2-67

手術室におけるニュートラルゾーン導入への取り組み

岩島さやか¹、上岸広²、光林直美³、鍛冶佳美³
¹JCHO 金沢病院 医療安全管理室、²手術室、³西5病棟

当院の手術室では、2012年4月～2015年3月までの3年間で7件の針刺し・切創が発生していた。その中で鋭利器材の受け渡しに関連した針刺し・切創は4件と半数を占めていた。鋭利器材の受け渡しに関連した針刺し・切創は、ニュートラルゾーンを設けることで発生を未然に防ぐことができた可能性がある。当院では以前からニュートラルゾーン導入を検討していたが、「術野から目を離せない」という医師の意見や、スタッフのトレーニングも必要であるといった理由から、導入に踏み切れずにいた。しかし、消化器外科でHIV陽性患者の手術予定が入ったことをきっかけに、医師や手術室看護師の体液曝露に対する意識が高まり、ニュートラルゾーン導入に踏み切った。

ニュートラルゾーンの導入に向けて、安全性やコスト面、使い易さなど多方面から検討し、ニュートラルゾーンとして使用するトレイの選定を行った。また、手術室のICTリンクナースが中心となり、医師と手術室看護師に対し、針刺し・切創・体液曝露防止策についての勉強会や実践訓練も行った。

医師の協力が得られた消化器外科の手術からニュートラルゾーンを導入し、約1ヵ月間で「鋭利器材はニュートラルゾーンに戻す」という一連の動作が習慣化した。2016年4月からは一部例外を除き、消化器外科・脳神経外科・整形外科・泌尿器科のほとんどの手術でニュートラルゾーンを設置している。

ニュートラルゾーン導入以降、2017年3月までに鋭利器材の受け渡しに関連した針刺し・切創は発生していない。しかし一方で、医師の手術操作中の針刺しが4件発生している。医師が針刺しをした場合、医師本人からの報告がなく、また発生後もマニュアルに沿った対応がとられていないという現状がある。針刺し・切創・体液曝露防止策だけではなく、発生時の適切な対応の強化も課題である。

P2-68

手指衛生向上への取り組み

水野陽子、布施陽子、柿沼久美子
JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部

【目的】

2015年度A病棟における1患者あたりのアルコールジェル使用回数は平均1.11回と低かった。先行研究では、実施状況の調査と報告をすることで、アルコールジェル使用回数は増加するとされている。そこで、アルコールジェルの使用回数増加に向けて取り組んだことを報告する。

【方法】

期間：2017年1月7日～2月24日 対象：A病棟看護師15名

方法1. 毎週アルコールジェルの使用量を測定し結果を掲示する

2. 手洗いの5つのタイミングの勉強会を実施する

3. 5つのタイミングごとに看護行為を設定し、手指衛生の実施状況についてアンケート調査を行い勉強会前後で比較する

【結果】

アルコールジェル使用量は、勉強会前2.0回から、勉強会後2.55回と増加した。アンケート結果からアルコールジェルの使用量が増加した看護行為は、「バイタルサイン測定前後」「点眼前」であった。「体液に暴露された可能性がある」「患者に触れた後」の場面の看護行為では、アルコールジェルの使用量は低いが、流水+石鹸による手洗いが高かった。「患者周辺の物品に触れた後」の場面は低く「患者移送前」は未実施であった。

【考察】

使用量の増加は、1週間毎に使用量をグラフで表示したこと、画像を用いた勉強会の実施により効果がみられたと考える。「バイタルサイン測定前後」「点眼前」はアルコールジェルをワゴンに常設しており、使いやすい環境も要因と考える。「体液に暴露された可能性がある」「患者に触れた後」の場面の看護行為は、明らかな汚染の場合は、流水+石鹸による手洗いが優先されていることがわかった。「患者移送前」の未実施は、手指衛生に関する知識の不足や認識が低いことが考えられる。

【結論】

1. 定期的にアルコールジェルの使用状況を調査し結果を可視化し報告することは、アルコールジェル使用回数増加に繋がった

2. 5つのタイミングで手指衛生の遵守率の低い場面は「患者周辺の物品に触れた後」であった。

P2-69

医療機器汚染度調査から見る感染対策の取り組み

菱田晃規、上田樹、持田勇輝、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

【背景】

医療現場では、多くの医療機器が使用されており、機器に付着した病原体を排除することで、二次感染を防止することが必要である。2016年、公益社団法人日本臨床工学技士会から「医療機器を介した感染予防のための指針」が出され、臨床工学技士は、これら医療機器からの感染防止の観点から消毒・滅菌の知識を習得することが求められている。

【目的】

当院における医療機器を介した感染の意識や予防策の現状を把握し、医療機器の汚染度調査を基に今後の感染対策を検討する。

【方法】

医療機器を介した感染予防に関するアンケートを院内の病棟看護師に実施。また、汚れの指標となるATP（アデノシン三リン酸）を発光量（relative light unit: RLU）で測定し、医療機器の操作パネルを対象に汚染度調査を実施する。

【結果】

56名のアンケート回答にて、66%が医療機器を介した感染の予防意識があると答えた。しかし、1週間以上連続使用している医療機器を定期的に清掃していると答えた看護師は32%であった。汚染度調査では、使用した機器で貸出期間に関係なく、ATP値は貸出前と比べ高値を示した。操作前後でのATP値の比較において、「手袋着用操作」群で操作前後の汚染度に変化はなかった。

【考察】

当院における医療機器を介した感染予防の意識は決して低くないことがわかったが、実際に予防策を実施しているスタッフは少なかった。また、医療機器は使用期間に関係なく汚染することが示唆され、汚染度が拡大する大きな原因のひとつは汚染された手指であると考えられる。

【まとめ】

医療機器を介した感染の予防を推進するため、使用中の医療機器は1日1度清掃することとし、中央管理されている医療機器に関しては、使用後速やかに管理部署まで返却する。未使用機器と使用済み機器を明確に区別し、未清掃機器を連続使用しないことを院内ルールとして発信する。

P2-70

安全・安心なベットサイド環境を目指して
～日中のポータブルトイレの除去を行って～栗原奈美、山本裕子、松本悦子、磯本弘美
JCHO 伊万里松浦病院 看護課

[はじめに]

A病棟は療養病床28床、地域包括ケア病床12床である。以前より安全面の理由から終日ポータブルトイレ（以下Pトイレと略す）を患者のベットサイドに設置している状況が見られた。そのためベットサイドは狭く、Pトイレによる転倒事例も報告され、患者の行動制限に繋がり、ADLの向上に悪影響を及ぼしていた。そこで、療養環境の改善を目的に日中ベットサイドからPトイレを除去し、トイレまで歩行介助を行った。その結果、患者のADLの向上とオムツの使用枚数の減少、スタッフの排泄に対する意識の変化が見られたのでここに報告する。

[目的]

- 1、日中はポータブルトイレをベットサイドから除き、トイレ誘導する。
- 2、転倒防止と安心、安全な療養環境を目指す。

[方法、結果]

対象患者を設定し、患者ごとの排泄時間を把握し、時間毎にトイレ誘導を行う。Pトイレは、消毒後収納し、夕方、必要な患者のベットサイドに配置した。患者へ、取り組みの前後でアンケート調査を実施。またオムツの使用枚数とバーサルインデックス（以下BIと略す）の比較検討を行った。結果としてBIの歩行項目で点数の変化を認め、連続歩行が出来るようになったとの回答を認めた。オムツの使用枚数も減少した。患者の満足感では、不満と答えた患者が62%であったが、すべての患者が今後もトイレでの排泄を希望した。

[考察・結語]

患者の排泄リズムが整い、BIの点数に変化を認めたことは、患者のADLの維持・向上に繋がり、患者の自立支援に向けた看護・介護に繋がったといえる。Pトイレを除去するためには身体的・心理的な評価が重要であり、転倒リスクを回避する為にもチームで判断基準を明確にしたうえで、スタッフ間の情報交換を確実に行ないながら、患者のADLの向上を図っていく事が重要である。今後とも転倒防止と療養環境の向上に取り組んでいきたい。

P2-71

安全な周術期看護を提供するための取り組み

荒木ゆかり、馬場郁子、岡本有美子
JCHO 諫早総合病院 看護部 手術室

【目的】

病棟及び手術室の両間で引継ぎの内容不足や除去物や同意書類の確認不足は、患者への有害事象に繋がることがある。今回、安全な周術期看護の提供を目指し活動を行った。

【方法】

1. 期間 H28.7～H29.2 2. 方法 1) 病棟と手術室間で行う引継ぎや確認事項を 16 項目抽出。2) 医療安全管理者の承認後、裏面に除去物の用紙をあわせた「手術室入退室安全チェックシート（以下シート）」を作成。3) 患者と共に 1 シートを移動させ、シートを元に引継ぎや確認を行う。4) 導入後、看護師対象に 10 項目を質問紙調査し単純集計した。

【結果】

引継ぎを受ける側として、導入前に「相手の引継ぎ内容の不足を感じた」のは手術室で 66.6%、病棟で 21.9%。導入後は手術室 27.7%、病棟 6.7%。引継ぎをする側として、導入前に「内容不足」と答えたのは手術室 72.2%、病棟 15.3%。「シート導入で術前準備や引継ぎがスムーズになった」と答えたのは手術室 87.5%、病棟 81.6%。シート導入で「引継ぎや確認することの不安が軽減した」と答えたのは手術室 87.5%、病棟 76.2%。また「シートは安全な入退室に繋がる」と答えたのは手術室 93.7%、病棟 95%だった。

【考察】

引継ぎに関して相手や自分の内容不足を感じていたのは、病棟より手術室看護師の方が多かった。このことは看護師が必要と考える患者情報について、手術室と病棟で認識の相違があったためと考える。今後もシートの継続で、引継ぎや確認項目の統一が図れる。山浦が「チェックリストの導入の意義はチーム全体で見過ごされやすい些細な問題の認識、複雑なプロセスにおいて最低限期待されている手順の明確化、何よりもチームワークが高まる」と述べていることから、今活動は両間で必要な患者情報を明確・共有し、確認不足を防止でき、安全な周術期看護の提供につながっていくと考える。

【結論】

シートは両間で患者情報の共有ができ、多忙な看護師の術前準備や不安の軽減になる。

P2-72

外科病棟におけるミトン抑制患者のライン類自己抜去要因を探る

伊丹美歩、郷右近朋美、熊谷真樹子
JCHO 仙台病院 看護部

【目的】

外科系病棟で、ミトン抑制中にチューブ・ライン類を自己抜去されてしまう要因を、患者、看護ケアの現状を調査、分析し明らかにする。

【方法】

A 病院外科系 4 病棟の平成 26 年 4 月から平成 28 年 3 月に報告されたインシデント・アクシデントレポートから、ミトン抑制中にライン類の自己抜去が発生した 22 件（うち 2 件は同一患者）を対象とした。カルテより自己抜去に関する項目を書き出し、患者の背景や環境、看護師の看護介入の仕方等から自己抜去に至った関係性を検討した。

【結果】

1. 患者側の要因：自己抜去発生者の性別は男女各 50%、平均年齢 79.1 ± 6.8 歳。手術を受けた患者は 70%、平均年齢 75.6 歳。発見時刻は 0 時～3 時台が最も多く 40%、21～24 時台 22%、18～21 時台 14%。入院～抑制開始までの日数は平均 6 日、抑制開始から平均 4 日以内に抜去されていた。発見時状況はミトンを外しての抜去 72%、装着中の抜去 14%であった。

2. 看護師側の要因（複数回答）：抑制開始理由は、「ライン類を気にしている」45%、「術後の不穏」18%、「危険行動あり」14%。抜去に至った要因は「ミトン等の確認が不十分」77.3%、「観察が不十分」59%、「夜勤だった」50%、「判断の誤り」27%。対応策として「抑制の継続と強化」44%、「アセスメントの見直し」10%。自己抜去防止策の看護計画立案はなく、発生後に 2 件立案されていた。

【考察】

自己抜去の要因として、高齢者に多く夜間帯に発生していることから、入院治療による環境変化、術後のせん妄状態が影響していると考えられた。このような状況を想定して、看護師は自己抜去予防の為に抑制を行うが、その後の確認、観察が不十分なことが指摘された。抜去のほとんどはミトンを外して起こっているため、装着方法やチェック方法の統一も必要と考えられた。また、今後はせん妄対策、認知症ケアリンクとの連携を行っていく予定である。

P2-73

小児病棟の家族付き添い時によるベビーベッドからの転落要因分析

川元藍、黒川陽代、重光千咲都
JCHO 星ヶ丘医療センター 看護部 3 西病棟

＜目的＞ 一般に、小児病棟における入院中の事故の割合として、最も高いとされているのがベッドからの転落である。A 病院小児病棟では、転倒転落予防策として、全科共通の転倒転落アセスメントシートを用いて、継続的にリスクを評価している。また、ベッド柵の挙上方法や転落による注意点を説明するなど、注意喚起を行っている。しかし、2015 年度は、ベビーベッドからの転落事故が 10 件起きており、すべて家族付き添い時であった。そこで、家族付き添い時に転落がおきる要因を分析したいと考え、本研究に取り組んだ。

＜方法＞ 研究期間：2016 年 8 月～2017 年 3 月 対象者：2013 年～2015 年にベビーベッドから転落した、A 病院小児病棟入院患者と家族 30 人。調査方法：2013 年～2015 年のインシデントレポート・カルテを振り返り分析する。

＜倫理的配慮＞ データは個人が特定できないように数値化した。A 病院の臨床研究審査委員会の承認を得た。

＜結果と考察＞ 転落した要因として最も多かったのは、『柵を下けたまま一瞬目を離した』、次に『児に対し背を向けていた』であった。柵を下けた状態で、家族が児から目を離してしまう事から、危険認識が低いことが考えられる。『私の子どもは、じっとしている。転落するはずがない。』といった母の思い込みや、転落によって起こる頭部外傷の恐ろしさについて、医療者からの説明が不十分であったことも、危険認識が低い原因であると考えられる。転落が起きた時の付き添い者が、普段付き添いをしていない、父や祖父などなどに交代した時にも、転落の危険性が高まる事が背景要因としてあげられた。また、点滴抜針時や退院前日など、児の活気が戻ったときにも転落の危険性が高まっており、注意喚起が必要になる。

＜結論＞ 1. 最も多い転落要因は、柵を下けた状態で、児から目を離すことである。2. 付き添い者が交代した時に、転落するリスクが高まる。3. 児の活気が戻ったときに、転落リスクが高まる。

P2-74

当院における生体情報モニターアラーム対応の実態調査と改善策の検討

山下貴弘¹、可児学²、坂本修二¹、森みどり²、伊藤貴彦³
¹JCHO 可児という病院 検査部、²医療安全対策室、³統括診療部 内科

【目的】

生体情報モニターの無駄鳴りにより対応が遅れ事故につながる事例が全国で相次いでおり、JCHO 病院内でもモニターアラームに気がつかず発見が遅れる事例が報告された。当院では、モニター関連医療事故防止策を検討するため、病棟の無駄鳴りアラーム率を調査し、看護師のモニターアラームに対する意識調査を行った。その結果から課題の明確化と今後の防止策を検討したので報告する。

【方法】

病棟を 30 日間定時ラウンドし、発生アラーム要因の解析、無駄鳴りアラーム率を調査した。また病棟看護師を対象に、ヒヤリハットとモニター対応に関するアンケートを実施した。

【結果】

病棟ラウンドでの無駄鳴りアラーム率は、病院全体で 58.5%であり、特に多い病棟では 70.6%であった。また、アンケート結果では、「モニターの対応が遅れ、ヒヤッとしたことがあるか？」の問いに「ある」が 43.2%であったのに対し、「アラームが発生して常に確認している」と回答した人が 38.6%と少なかった。理由として「無駄鳴りアラームの頻発」や「誰かが確認しているだろう」など「業務の多忙」以外を理由にあげている人も多くみられた。

【考察】

ラウンド・アンケート結果から「無駄鳴りアラームの頻発」、「看護師の意識不足」を課題とした。無駄鳴りを削減させるためには、心電図誘導変更、各種リード線の固定方法見直しが必要である。また看護師にモニターへ意識を持ってもらい、理解しながら瞬時にアラーム対応を行えるよう不整脈の研修会を開催し、アラーム対応手順の統一化を行い、意識改革が必要と考える。今後はさらにラウンド、アンケート調査を行い改善の経過を追っていく方針である。

P2-75

当院における転倒事故の実態と対策
－複数回転倒の関連要因について－小室絵利奈¹、後藤昌子^{1,2}、平山紀子¹、加藤薫³¹JCHO 仙台南病院 リハビリテーション科、²整形外科、³医療安全室

【はじめに】入院中の転倒は患者のADLの低下を招く場合がある。65歳以上の3人に1人が年間1回以上転倒すると報告されており、患者の平均年齢が70歳超の当院ではインシデントの約半数を占めている。安全かつ迅速な医療を提供するために転倒の再発予防策を検討する必要がある。

【目的】当院の転倒事故の実態から複数回転倒の関連要因を分析し、予防策を検討する。

【方法】平成28年4月から29年3月に発生した転倒事故170件（109名）を対象とし、年齢、性別、発生場所、回数を調査した。また、「動作能力を理解している」、「介助依頼ができる」、「用具・設備を正しく使える」の3項目中2項目に不可が付いた患者を「問題解決能力なし」と評価した。転倒回数が1回のみ（以下S群）と複数回（以下M群）の2群に分け、転倒の関連要因を検討した。統計学的検定にはMann-WhitneyのU検定および χ^2 検定を用い、有意水準1%未満とした。

【結果】転倒者の平均年齢は 81.2 ± 8.1 歳で、年齢による回数の有意差はなかった。S群81名（男性46名、女性35名）とM群28名（男性14名、女性14名）で、性別による回数の有意差はなかった。発生場所は、自室が約9割を占めていた。S群（問題解決能力あり37名、なし44名）とM群（あり5名、なし23名）で、問題解決能力のあるM群の転倒回数が有意に低かった。

【考察】問題解決能力のあるS群はADL許可範囲内での偶発的な転倒が多いのに対し、問題解決能力のないM群はADL許可範囲外で抑制管理を越え発生する転倒が目立った。また、先行研究では複数回転倒の関連因子として高齢であることを挙げていたが、本調査では年齢による転倒回数の差はなく問題解決能力の有無が要因だった。問題解決能力のない患者は、危険を意識せずに行動して転倒を繰り返すことが多かった。

【結論】問題解決能力を評価し、センサー等の環境整備、巡回強化など個々に合った転倒予防策を講じることが有効と考えられる。

P2-76

当院における入院患者の転倒事故状況およびその予防対策について

中路悟史¹、後藤美紀子¹、長野真¹、芝山宏²¹JCHO 京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科、²医療安全管理室

【はじめに】

全国の高齢化率が25%を超える中、当院でも転倒リスクの高い患者が増加している。また、転倒による骨折などにより入院期間が長期化するケースも発生している。今回、入院中に転倒した患者の転倒状況を調査し、予防に向けた取り組みを紹介する。

【対象】

調査対象は2016年4月から2017年3月に院内で発生した転倒事故296件のうち、リハビリ対象者175件とした。事故報告書およびカルテから、年齢、性別、疾患、ADL、転倒場所、転倒時刻、認知症の有無、服薬状況を集計し転倒時の状況を調査した。

【結果および考察】

転倒した患者の年齢は80代で47.4%と高く、性別では男性が55.4%と多かった。疾患別で見ると廃用症候群患者の比率が30.3%と高く、次いでがん疾患が28.6%を占めていた。がん疾患の転倒者には比較的若い年齢層が含まれていた。転倒事故の発生場所ではベッドサイドが全体の73%を占め、うちポータブルトイレ乗降時の転倒が29.1%であった。発生時刻には5時から7時、8時から9時、17時から18時の3つのピークが存在していた。認知症と思われる転倒事故例は全体の50.3%、転倒時の服薬状況については睡眠剤使用者が転倒患者のうち41.6%であった。リハビリテーション科では転倒危険度を簡易に判定するための危険度チャートを作成し対応にあたるとともに、ベッドサイド、ポータブル移動時の転倒が多いため、乗降や立位・歩行の安定を図る、ベッド周囲の有効なセッティング（ポータブルトイレ位置、ベッド高さ等）の情報を提供するといった対応を行っている。また、認知症を伺わせるエピソードのある対象者についての情報を病棟と共有する等の取り組みを行っている。加えて、転倒予防教室等の取り組みを行い報告していきたい。

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・看護・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

一般社団法人地域医療機能推進学会 賛助会員名簿

住 友 生 命 保 険 相 互 会 社
 第 一 生 命 保 険 株 式 会 社
 損害保険ジャパン日本興亜株式会社
 コ ニ ッ ク ス 株 式 会 社
 東 洋 羽 毛 工 業 株 式 会 社
 日本メジフィジックス株式会社
 三井住友海上火災保険株式会社
 明 治 安 田 生 命 保 険 相 互 会 社
 富 国 生 命 保 険 相 互 会 社

2017年10月1日現在

協賛企業一覧

【教育セミナー】

株式会社 コーチ・エイ
東京ガス株式会社
東洋羽毛工業株式会社

日本化薬株式会社
日本電気株式会社

【広告掲載協賛】

Meiji Seika ファルマ株式会社
MSD 株式会社
アステラス製薬株式会社
ユーザイ株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社
クラシエ薬品株式会社
株式会社 クレディセゾン
参天製薬株式会社
サント株式会社
損害保険ジャパン日本興亜株式会社・
あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
第一三共株式会社
武田薬品工業株式会社

中外製薬株式会社
テルモ株式会社
トウルムホッホメディテック株式会社
東和薬品株式会社
一般社団法人 日本血液製剤機構
日本光電工業株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
バイエル薬品株式会社
久光製薬株式会社
丸石製薬株式会社
株式会社 八神製作所
ワタキューセイモア株式会社

【企業展示】

Dr.JOY 株式会社
共同印刷西日本株式会社
株式会社 クレディセゾン
株式会社 コーチ・エイ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社
東洋羽毛工業株式会社
富士ゼロックス株式会社

【寄付】

株式会社 アーダント
株式会社 ソエダ
第一生命保険株式会社

トーアエイヨー株式会社
名古屋酸素株式会社
ヒロ・オフィス有限会社

【ドリンク協賛】

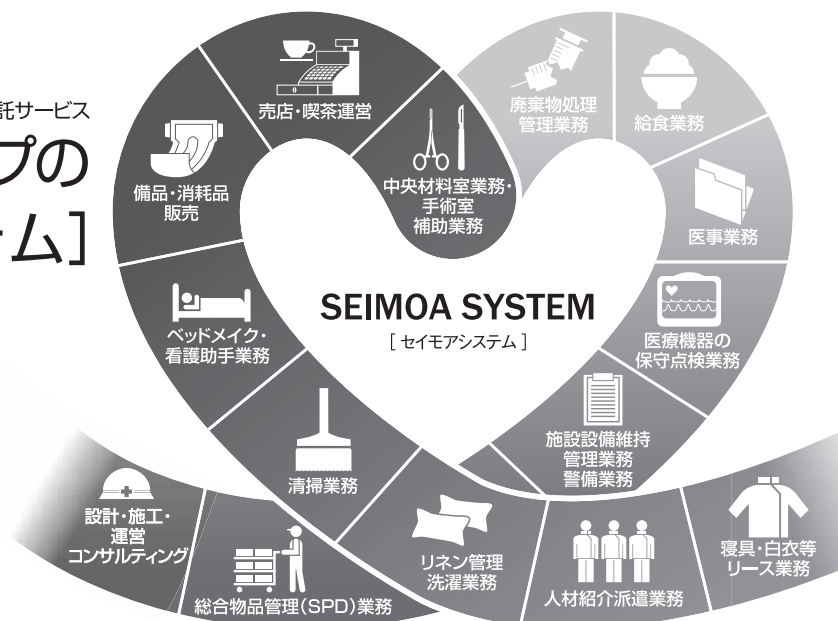
ダイドードリンコ株式会社

ワンストップで医療・福祉事業経営を支える包括委託サービス

ワタキューグループの [セイモアシステム]

多彩な事業をつなげて、
医療・福祉を支えます。

様々な業務をコーディネートし、
お客様にあったサービスをお届けします。
業務内容の組み合わせも、
お気軽にご相談ください。



包括的に一元的に医業経営・福祉事業経営をサポートする[セイモアシステム]は、
ワタキューグループ各社の協力体制で実現しています。

■ **ワタキューセイモア(株)** リネンサプライ・販売・総合サポート
■ **日清医療食品(株)** 給食受託事業・在宅配食サービス事業
■ **綿久リネン(株)** ホテル・レストラン向けリネンサプライ

■ **(株)フロンティア** 調剤薬局事業・福祉用具レンタル・販売事業
■ **(株)メディカル・プラネット** 人材紹介・派遣・研修事業
■ **古久根建設(株)** 総合建設業



健康と快適の明日を考える

ワタキュー セイモア株式会社

www.watakyu.co.jp

本社／〒610-0396 京都府綴喜郡井手町多賀茶臼塚12-2

本部／〒600-8416 京都市下京区烏丸通高辻下る薬師前町707 烏丸シティ・コアビル TEL.075-361-4130
支社・支店／北海道支店、東北支店、関東支店、東京支店、名古屋支店、近畿支店、中国支店、四国支店、九州支社、沖縄綿久寝具(株)

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。

病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。

私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合いたいと思います。

治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。

病気を見つめるだけではなく、想いを見つめて、薬は生まれる。

「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ

エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

Value through Innovation



人々のより良い健康のために

ベーリンガーインゲルハイムは、株式を公開しない企業形態の特色を生かし、長期的な視点で、医薬品の研究開発、製造、販売を中心に事業を世界に展開している製薬企業です。

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

本社／〒141-6017 東京都品川区大崎2-1-1 ThinkPark Tower
<https://www.boehringer-ingenheim.jp>



YAGAMI



歴史に学び、「今を考え」 「有り難い」ことの実現を提案します。

八神製作所は、140余年に亘り、医療の発展とともに歩んできました。

その間、医療のあり方が治療のみならず、健康開発、介護・福祉へと広がるにつれて業容を拡大。

現在は「健康開発」「疾病治療」「介護・福祉」「保守点検・修理」を4本柱として確立。

ひたすら「有り難い」ことの実現を提案します。

株式会社 八神製作所

本社／〒460-8318 名古屋市中区千代田2-16-30 TEL (052) 251-6671 (代)
URL <http://www.yagami.co.jp/>

製薬会社は、
幸せな未来を
描けているだろうか？

MSDは、医薬品やワクチンの提供を通じて、日本の、
そして世界の医療ニーズにお応えしています。そこで
思い描いているのは、皆さまのすこやかな未来。
薬の力を未来の力につなげるために。これからも
MSDは、時代を切りひらく革新性と科学への揺るぎ
ない信念で、画期的な新薬やワクチンの開発に
取り組んでいきます。

新薬で、未来をひらく。



MSD株式会社 東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア www.msd.co.jp

トウルムホッホメディテック株式会社 TURMHOCH MEDITECH Co.,Ltd

私たちは常に医療（Medical）機器の販売や人工透析事業を通じて医療の第一線で活躍する皆様のサポートをする最先端の高度医療技術を販売する会社を目指しています。

〒465-0081 名古屋市名東区高間町 551 番地

TEL 052-702-4300 FAX 052-702-4343

<http://www.turmhoch.co.jp/>

名古屋営業所	名古屋市名東区高間町 551 番地
東京営業所	東京都新宿区早稲田鶴巻町 524 番地
中川営業所	名古屋市中川区法華 1-142
静岡営業所	静岡市駿河区敷地二丁目 9-19

先端技術を医療へ、健康増進へ

日本光電は、1951年の創立以来、「エレクトロニクスで病魔に挑戦」をモットーに、医用電子機器のトップメカとして、数々の医療機器を世界中の医療現場へ提供してきました。

その活躍の場は、臨床医療の場をはじめ、救急医療、在宅医療・介護、健康増進の場へと広がっています。

高齢社会の訪れ、疾病構造の変化など、日本光電は時代の変化をとらえながら、人類共通の願いである「病魔の克服、健康の増進」に挑戦し続けていきます。

取扱品目

脳波計、誘発電位・筋電図検査装置、心電計、心肺機能検査装置、呼吸検査装置、超音波診断機器、サーモグラフィ装置、画像診断機器、診断情報システム、臨床情報システム、ポリグラフ、各種カテーテル、ペースメーカ、ベッドサイドモニタ、SpO₂/CO₂モニタ、医用テレメータ、除細動器、AED、人工呼吸器、血球計数器、研究用機器、開業支援 他



私たちの行動で救える命があります

日本光電は、AEDを使った
心肺蘇生法の普及に努めています

東証一部上場（創立 1951 年）
国内 121 カ所以上の営業拠点と 64 カ所にのぼるサービス網
世界 120 カ国以上に各種医療機器を提供

日本光電 東京都新宿区西落合1-31-4
〒161-8560 03(5996)8000

<http://www.nihonkohden.co.jp/>

62A-0436

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。

 **astellas**

www.astellas.com/jp/

アステラス製薬株式会社



眼科用VEGF※阻害剤

薬価基準収載

アイリーア®硝子体内注射液 40mg/mL

EYLEA® solution for IVT inj. 40mg/mL [アフリベルセプト(遺伝子組換え)硝子体内注射液]

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

※) VEGF: vascular endothelial growth factor(血管内皮増殖因子)

- 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む
使用上の注意等は添付文書をご参照ください。



Bayer

製造販売元・資料請求先
バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
<http://bayer.co.jp/byl>

Santen

発売元
参天製薬株式会社
大阪市北区大深町 4-20
<http://www.santen.co.jp/>

(2016年11月作成) L.JP.MKT.OP.06.2016.0789

Kracie

twice or three times a day 選べるやさしさ



スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

[資料請求先] 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

医療用医薬品ウェブサイト 「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

■各製品の「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

泡の速乾性手指消毒剤

ウエルフォーム®

クロルヘキシジン製剤

第2類医薬品

ウエルフォーム® 製品ラインアップ



効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については容器等を参照してください。

製造販売元

Ⓣ 丸石製薬株式会社

資料請求先: 丸石製薬株式会社 学術情報グループ

〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2-4-2 / TEL 0120-014-561

ホームページ <http://www.maruishi-pharm.co.jp/>

TERUMO



Innovating at the Speed of Life

昨日より今日、今日より明日。

テルモは、世界中の医療現場と、患者さんのために
いのちに寄り添い、新たな価値を創造しつづけます。

テルモ株式会社 www.terumo.co.jp



明日をもっとすこやかに

meiji

Meiji Seika ファルマ株式会社

作成：2012.05



私の骨は大丈夫!?



50歳を過ぎたら女性は「定期的」に骨密度測定を!



毎日ヨーグルト・
牛乳を食べて
いるから大丈夫!



一度骨密度の検査を
したときに非常に
良かったので大丈夫!



毎日ウォーキングを
続けているから
大丈夫!

「私は大丈夫」という思いが骨折のリスクを見逃してしまうかもしれません。詳しくは、

骨だいじょうぶ

検索

スマートフォンでもご覧いただけます



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

東和薬品は、ジェネリックに $+\alpha$ の価値を。

$+\alpha$ 飲みやすい 独自の「RACTAB技術」で、水なしでも口の中でさっと溶ける飲みやすさと、張いや硬さを両立したOD錠（口腔内崩壊錠）をつくっています。  OD錠 普通錠	ここが $+\alpha$! 工夫がいっぱい! 	$+\alpha$ ニガくない 「マスキング技術」でニガみをコーティングし、お薬が苦手な方やお子さまにも飲みやすく。さらに、お薬と飲食物との飲み合わせも研究しています。 
$+\alpha$ 見分けやすい お薬の名前を印刷して、分割しても何のお薬か見分けやすい錠剤や、飲み間違いを防ぐパッケージなど、お薬のデザインにこだわっています。  胃腸を抑えるお薬 薬効マーク	$+\alpha$ 原薬からのこだわり お薬の効き目のもととなる原薬からこだわり、高い品質で、さまざまな製剤工夫をした製品を安定的にお届けするための取り組みを行っています。 	$+\alpha$ 高い品質 光・熱・湿気による影響を抑えてお薬の品質を保持する製剤技術など、製品品質を高めるための研究を行っています。 



「せっかく後から出すのだから、もっといいお薬を目指したい。」

東和薬品は、その思いを大切に、新薬と同じ効き目であることはもちろん、

飲みやすさや見分けやすさ、品質にいたるまで、お薬に“ $+\alpha$ ”の価値を追求しています。

お薬に関わるすべての方に“もっとやさしく、もっと思いやりのあるお薬”をお届けするために。

最先端の技術や独自の視点で、ジェネリック医薬品の研究や開発に取り組んでいます。

医薬品情報に関するお問い合わせは
東和薬品 学術部 DIセンター

医療関係者様用

24時間受付対応

0120-108-932 FAX 06-6908-5797

トーフ クスリニ

くすりのあしたを考える。



東和薬品

SANDOZ A Novartis Division

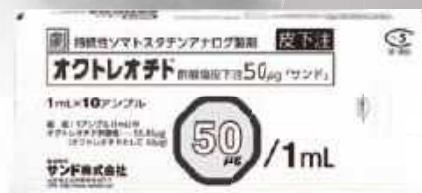
薬価基準収載

劇薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

持続性ソマトスタチンアナログ製剤

オクトレオチド酢酸塩皮下注 50 μ g 「サンド」
オクトレオチド酢酸塩皮下注 100 μ g 「サンド」
 Octreotide Acetate for s.c. Injection 50 μ g・100 μ g [SANDOZ]
 オクトレオチド酢酸塩

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



※個装箱45%縮小、アンプル65%縮小

サンド株式会社

東京都港区虎ノ門1丁目23番1号

資料請求先

サンド株式会社 カスタマーケアグループ

0120-982-001 受付時間 9:00-17:00
（土・日、祝日及び当社休日を除く）

URL <http://www.sandoz.jp/>

2017年2月作成

善意と医療のかけ橋

善意の献血による血液製剤を通じ、高い倫理観と使命感をもって人びとの健康に貢献します

血漿分画製剤(液状・静注用免疫グロブリン製剤)

献血ヴェノグロブリン®IH5%静注

0.5g/10mL・1g/20mL・2.5g/50mL・5g/100mL・10g/200mL

(生物学的製剤基準 ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン) **献血**

血漿分画製剤[静注用免疫グロブリン製剤(液状)]

献血ポリグロビン®N5%静注

0.5g/10mL

2.5g/50mL

5g/100mL

献血ポリグロビン®N10%静注

2.5g/25mL

5g/50mL

10g/100mL

生物学的製剤基準「pH4処理酸性人免疫グロブリン」 **献血**

血漿分画製剤(血液凝固阻止剤)

ノイアート®静注用 500単位・1500単位

(生物学的製剤基準 乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ) **献血**

血漿分画製剤

**クロスエイトMC®静注用 250単位・500単位
1000単位・2000単位**

生物学的製剤基準「乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子」 **献血**

血漿分画製剤

献血アルブミン5%静注 5g/100mL 12.5g/250mL **「JB」**

献血アルブミン25%静注 5g/20mL 12.5g/50mL **「ベネシス」**

(生物学的製剤基準 人血清アルブミン) **献血**

献血アルブミン20%静注 4g/20mL 10g/50mL **「JB」**

赤十字アルブミン25%静注 12.5g/50mL

薬価基準収載 **特定生物由来製品** **処方箋医薬品** (注意-医師等の処方箋により使用すること)

※効能・効果、用法・用量、禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元
一般社団法人
JB 日本血液製剤機構

2016年12月作成

[資料請求先] **日本血液製剤機構** **くすり相談室** 〒105-6107 東京都港区浜松町 2-4-1 医療関係者向け製品情報サイト <http://www.jbpo.or.jp/med/di/>



早く治ってほしいという 願いを、チカラに。

未だ適切な治療法が確立していない疾病の数は
2万以上とも言われています。

さらに、治療は可能でも早期に診断がつきにくい、
治療や検査が決して楽ではない、一般に理解されにくいなど、
医療分野にはまだ満たされていないニーズがあります。

私たちバイエル薬品は、「早く治ってほしい」という
強い思いを原動力として、

さまざまなニーズに応えていきます。

よりよい暮らしのために、これからずっと。

Science For A Better Life

<http://byl.bayer.co.jp/>

バイエル薬品株式会社



粘着力が良好な、腰痛症※の鎮痛・消炎に効果を有するパップ剤

※腰痛症（筋・筋膜性腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫）

経皮鎮痛消炎剤

〔薬価基準収載〕

モーラス®パップXR120mg

MOHRUS®PAP XR120mg

ケトプロフェン2%

〔薬価基準収載〕

モーラス®パップXR240mg

MOHRUS®PAP XR240mg

ケトプロフェン2%

新発売

【禁忌】（次の患者には使用しないこと）

- （1）本剤又は本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者（「重要な基本的注意」の項（1）参照）
- （2）アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者〔喘息発作を誘発するおそれがある。〕
- （3）チアプロフェン酸、スプロフェン、フェノフィブラート並びにオキシベンゾン及びオクトクリレンを含有する製品（サンスクリーン、香水等）に対して過敏症の既往歴のある患者〔これらの成分に対して過敏症の既往歴のある患者では、本剤に対しても過敏症を示すおそれがある。〕
- （4）光線過敏症の既往歴のある患者〔光線過敏症を誘発するおそれがある。〕
- （5）妊娠後期の女性

【効能・効果】

- 下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
腰痛症（筋・筋膜性腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫）、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎（テニス肘等）、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛
- 関節リウマチにおける関節局所の鎮痛

【効能・効果に関連する使用上の注意】

- （1）本剤の使用により重篤な接触皮膚炎、光線過敏症が発現することがあり、中には重度の全身性発疹に進展する例が報告されているので、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、治療上の有益性が危険性を上回る場合にのみ使用すること。
- （2）損傷皮膚には本剤を使用しないこと。

【用法・用量】

- 1日1回患部に貼付する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与（次の患者には慎重に使用すること）
気管支喘息のある患者〔アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。〕（「重大な副作用」の項（2）参照）
2. 重要な基本的注意
（1）本剤又は本剤の成分により過敏症（紅斑、発疹・発赤、腫脹、刺激感、痒痒等を含む）を発現したことがある患者には使用しないこと。
（2）接触皮膚炎又は光線過敏症を発現することがあり、中には重度の全身性発疹に至った症例も報告されているので、使用前に患者に対し次の指導を十分に行うこと。（「重大な副作用」の項（3）（4）参照）
①紫外線曝露の有無にかかわらず、接触皮膚炎を発現することがあるので、発疹・発赤、痒痒感、刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、患部を遮光し、受診すること。なお、使用後数日を経過して発現する場合があるので、同様に注意すること。

2）光線過敏症を発現することがあるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動을避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮光すること。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を透過させるおそれがあるので、紫外線を透過させにくい色物の衣服などを着用すること。また、使用後数日から数カ月を経過して発現することもあるので、使用後も当分の間、同様に注意すること。異常が認められた場合には直ちに本剤の使用を中止し、患部を遮光し、適切な処置を行うこと。

（3）皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い、慎重に使用すること。

（4）腰痛症、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛に本剤を使用する場合は、以下の点に注意すること。

- 1）本剤による治療は対症療法であるので、症状に応じて薬物療法以外の療法も考慮すること。また、投与が長期にわたる場合には患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。
- （5）関節リウマチにおける関節局所の鎮痛に本剤を使用する場合は、以下の点に注意すること。
①関節リウマチに対する本剤による治療は対症療法であるので、抗リウマチ薬等による適切な治療が行われ、なお関節に痛みが残る患者のみに使用すること。
②関節痛の状態を観察しながら使用し、長期にわたり漫然と連用しないこと。また、必要最小限の枚数にとどめること。

3. 相互作用

【併用注意】（併用に注意すること）

メトトレキサート

4. 副作用

本剤は、副作用発現頻度が明確となる臨床試験を実施していない。なお、ケトプロフェン20mg含有テープ剤の各承認時までに報告された副作用は次のとおりである。

○腰痛症、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

総症例11,566例中副作用が報告されたのは57例（4.93%）であり、発現した副作用は、発疹11件、発赤9件、痒痒感18件、刺激感5件等の接触皮膚炎54件（4.67%）、貼付部の膨疹、動悸、顔面及び手の浮腫各1件（0.09%）などであった。（モーラステープ承認時）

○関節リウマチ

総症例5,255例中副作用が報告されたのは45例（8.57%）であり、発現した副作用は、接触性皮膚炎17件、適用部位痒痒感12件、適用部位紅斑6件、適用部位発疹6件、適用部位皮膚炎3件等であった。（モーラステープ20mg効能追加承認時）
ほかに医師などの自発的報告により、ショック、アナフィラキシー、喘息発作の誘発（アスピリン喘息）、光線過敏症の発現が報告されている。

（1）重大な副作用

1）ショック（頻度不明）、アナフィラキシー（0.1%未満）
ショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸困難、顔面浮腫等）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には使用を中止し、適切な処置を行うこと。

2）喘息発作の誘発（アスピリン喘息）（0.1%未満）

喘息発作を誘発することがあるので、乾性ラ音、喘鳴、呼吸困難感等の初期症状が発現した場合は使用を中止すること。気管支喘息患者の中には約10%のアスピリン喘息患者が潜在していると考えられているので留意すること。なお、本剤による喘息発作の誘発は、貼付後数時間で発現している。（【禁忌】の項（2）参照）

3）接触皮膚炎（5%未満、重篤例は頻度不明）

本剤貼付部に発現した痒痒感、刺激感、紅斑、発疹・発赤等が悪化し、腫脹、浮腫、水疱、びらん等の重度の皮膚炎症状や色素沈着、色素脱失が発現し、さらに全身に皮膚炎症状が拡大し重篤化することがあるので、異常が認められた場合には直ちに使用を中止し、患部を遮光し、適切な処置を行うこと。なお、使用後数日を経過してから発現することもある。

4）光線過敏症（頻度不明）

本剤の貼付部を紫外線に曝露することにより、強い痒痒を伴う紅斑、発疹、刺激感、腫脹、浮腫、水疱、びらん等の重度の皮膚炎症状や色素沈着、色素脱失が発現し、さらに全身に皮膚炎症状が拡大し重篤化することがあるので、異常が認められた場合には直ちに使用を中止し、患部を遮光し、適切な処置を行うこと。なお、使用後数日から数カ月を経過してから発現することもある。

●その他の使用上の注意については添付文書をご参照ください。

●添付文書の改訂に十分ご留意ください。

製造販売元



久光製薬株式会社

〒841-0017 鳥栖市田代大官町408番地

資料請求先：学術部 お客様相談室 〒100-6330 東京都千代田区丸の内二丁目4番1号
フリーダイヤル 0120-381332 FAX. (03) 5293-1723
受付時間／9：00～17：50（土日・祝日・会社休日を除く）

2017年2月作成



ヒト化抗ヒト IL-6 レセプターモノクローナル抗体

薬価基準収載

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注)}

アクテムラ[®] 皮下注162mgシリンジ
皮下注162mgオートインジェクター

ACTEMRA[®] tocilizumab トシリズマブ(遺伝子組換え)注

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

「警告・禁忌を含む使用上の注意」等の詳細については添付文書をご参照ください。

<http://www.chugai-pharm.co.jp>

すべての革新は患者さんのために

製造販売元



中外製薬株式会社

〔資料請求先〕メディカルインフォメーション部
TEL.0120-189706 FAX.0120-189705



ロシュ グループ

2016年4月作成

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに答えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

地域医療機能推進学会 会員の皆さまへ
(地域医療機能推進機構)

団体扱自動車保険のご案内

引受保険会社はこちら

あいおいニッセイ同和損保

損保ジャパン日本興亜

団体扱契約は
一般契約に比べて

約**24%**
割安

会員専用の
福利厚生制度です!!

団体扱割引※2

20%
適用

×

一括払・分割払とも
一般契約に比べて※3

約**5%**
割安



- ※1. 約24%割安とは、団体扱割引20%と団体扱一括払係数（0.95）を連乗したものです。
※2. 上記の団体扱割引率は、平成29年10月1日～平成30年9月30日の間に保険始期のあるご契約に適用されます。団体扱割引率は地域医療機能推進学会団体扱自動車保険の「ご契約台数」と「損害率」に応じて毎年算出され変動する場合があります。
※3. 団体扱分割払は一般契約と異なり分割割増がかかりませんので、約5%割安です。団体扱一括払は一般契約一時払に比べて5%割引です。
このご案内は概要を説明したものです。詳細につきましては、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。

【本部代理店】

＜あいおいニッセイ同和損害保険株式会社＞
横浜市中区本町5-48 あいおいニッセイ同和損保ヨコハマビル2F
あいおいニッセイ同和インシュアランスサービス株式会社
東京企業支店
TEL：0120-544-101 FAX：045-212-4347

＜損害保険ジャパン日本興亜株式会社＞
東京都新宿区西新宿2-1-1 三井ビルディング41階
損保ジャパン日本興亜保険サービス株式会社
団体職域部
TEL：03-6279-0654 FAX：03-6279-0695

【引受保険会社】

東京都中央区日本橋3-5-19
あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
公務部営業第一課 TEL：03-6734-9611

東京都新宿区西新宿1-26-1
損害保険ジャパン日本興亜株式会社
医療・福祉開発部第一課 TEL：03-3349-5113

第3回JCHO地域医療総合医学会

2017年11月17日(金)・18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/>