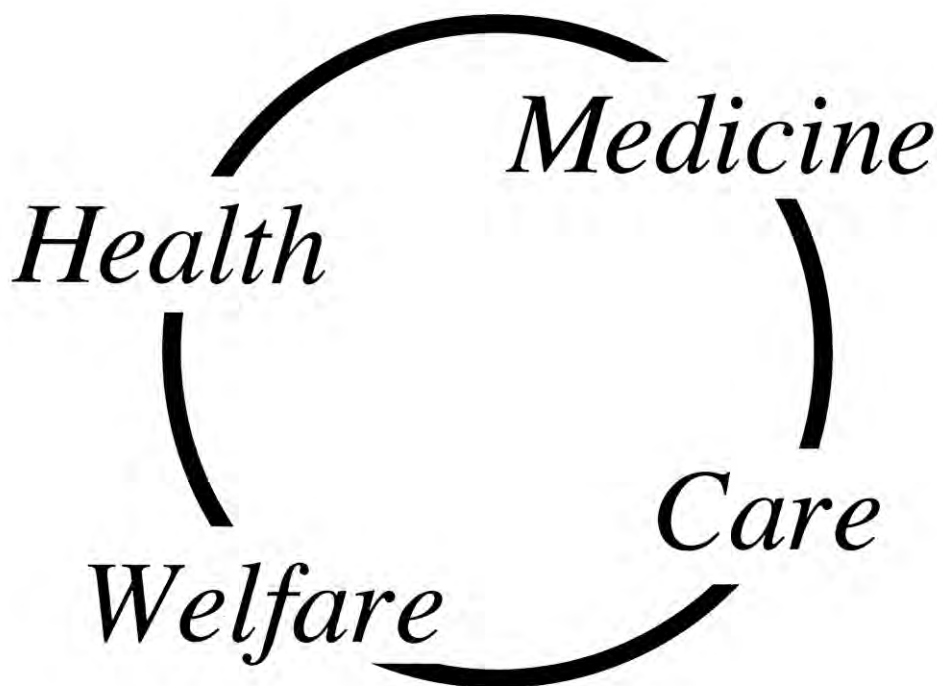


ISSN 2432-0544

公立みつぎ総合病院誌

～地域包括ケアシステムの構築～

JOURNAL OF MITSUGI GENERAL HOSPITAL
COMMUNITY BASED INTEGRATED CARE SYSTEM



Mitsugi General Hospital
Vol.31 No.1 2025

公立みつぎ総合病院誌

Koritsu Mitsugi
Sogo Byoinshi

謹 呈

この度、「公立みつぎ総合病院誌」の第31巻・第1号を発刊致しましたので謹んでお届けさせていただきます。ご高覧いただければ幸いに存じます。

今後も更に研鑽を重ね、内容の充実をめざして努力して参りたいと思います。

関係各位の一層のご指導ご鞭撻をお願い申し上げます。

令和8年3月

公立みつぎ総合病院
院長 松本 英男

基本理念

地域包括ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築
及び住民のための病院づくり

基本方針

1. 私たちは個人の人格を尊重し、やさしさと思いやりの心で接します。
2. 地域中核病院としての自覚を持ち、高度医療から救急医療、更に在宅医療まで地域に信頼される全人的医療の実践をめざします。
3. 地域包括ケアシステムの構築により、保健・医療・介護・福祉サービスを提供し、地域のニーズにこたえます。

尾道市
公立みつぎ総合病院

目 次

シリーズ医療最前線

No. 61 ~No. 65	1
----------------------	---

第 49 回院内学会	13
------------------	----

業績集（論文・学会発表）	61
--------------------	----

CPC	67
-----------	----

オープンカンファレンス

第 367 回～第 372 回	85
-----------------------	----

各科及び施設紹介

第 1 病棟	107
--------------	-----

健康管理部	108
-------------	-----

地域連携室	109
-------------	-----

看護部院内教育	111
---------------	-----

院内・施設の主要行事

公立みつぎ総合病院	121
-----------------	-----

御調保健福祉センター	122
------------------	-----

保健福祉総合施設	124
----------------	-----

写真・絵手紙・押し花ボランティア

写真ボランティア	128
----------------	-----

絵手紙・押し花ボランティア	130
---------------------	-----

投稿規定	133
------------	-----

編集後記	134
------------	-----

広報誌 翼
シリーズ医療最前線 No.61～65

シリーズ 医療最前線

アルツハイマー病とは

認知症の原因となる疾患にはいろいろな病気がありますが、最も頻度が高い病気がアルツハイマー病です。

アルツハイマー病では症状が出る何年も前からアミロイドβという異常物質が脳内に蓄積しはじめます。

このアミロイドβが塊となって神経細胞が障害されてくると脳の働きが落ち、アルツハイマー病による軽度認知障害という認知症の前段階を経て、アルツハイマー型認知症へとゆっくりと進行していきます。

レケンビ® (一般名レカネマブ)

従来の認知症の薬 (抗認知症薬) は神経細胞の機能低下を補うような作用を持つもので症状改善薬と呼ばれています。

2023年12月に新しく発売されたレケンビ® (一般名レカネマブ) はアミロイドβの塊になる直前の状態に作用し、免疫反応でこれを脳から除去していく作用をもちます。

これまでの薬と違い、病気 (疾患) の根本的な原因を改善して認知症の進行を直接抑制する効果が期待出来る薬です。「アルツハイマー病による軽度認知障害」と「アルツハイマー病による軽度の認知症」の方が対象となります。

この薬によって脳内のアミロイドβ蓄積量が減り、症状の悪化のペースを抑えることはできますが、認知症が治るわけではありません。けれど、日常生活動作の衰えを緩やかにすることができ、自立した日常生活を送ることができる期間の延長が期待されます。

治療を受けるには

まずはもの忘れなどの症状があり、その原因がアルツハイマー病であることをしっかり診断する必要があります。このため、医師の診察・神経心理検査・血液検査・頭部MRI検査などを受けていただきます。これらの検査で治療対象となることや安全に治療を受けることができそうかどうかを確認します。

その上で髄液検査を受け、アミロイドが脳に溜まっていることを調べる必要があります。この薬は検査や設備面などで、一定の基準を満たした病院でなければ対応できません。

No.61

アルツハイマー病の新規治療薬 レケンビ® (一般名レカネマブ) について



脳神経外科医長
リハビリテーション科医長
出端 亜由美

治療のスケジュール

通院していただき2週間毎に1回1時間の点滴治療を行ないます。
治療の過程で頭部MRI検査を受けて脳に過度の負担がかかっていないか確認します。
もし負担の徴候が見られるようであれば一時休薬します。有効な効果を得るために18ヶ月間の治療が望まれます。

治療中の注意

点滴に伴う反応として頭痛・悪寒・発熱・吐き気・嘔吐・アレルギー反応などの症状が出ることがありますが、何かあれば医師や看護師が対応します。

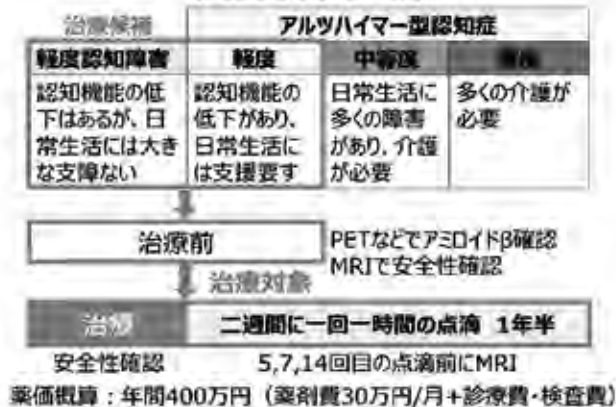
またアミロイドβを除去する過程で脳に負担がかかり、脳の浮腫や出血が起こることがあります。多くは無症状ですが、まれに頭痛、錯乱、視覚障害、眩暈、吐き気、歩行障害などの症状が現れることがあります。脳への負担が強い場合には一時的な治療休止や中断が必要な場合もあります。

治療費用

医療費(薬剤のみ)は1月あたり約33万円で、保険適応後の自己負担額は1割負担で約33,000円、2割負担で66,000円、3割負担で約99,000円になります。

さらに高額療養費制度が利用できますので、年齢や収入に応じて一定の自己負担額を超える分の払い戻しがあります。診療行為や所得によって負担上限額は変わります。

レカネマブ治療の対象と概要



(総合病院聖隷三方原病院ホームページより)

さいごに

レケンビ® はアルツハイマー病に対する画期的で期待が持てる薬です。しかし実際に治療対象となる方は限られるため、気になる症状があれば早めの受診をお勧めします。またレケンビ® が使えない場合でも、従来の治療薬・生活習慣の改善やリハビリなどで症状を緩和できることもありますのでご相談ください。

シリーズ

医療最前線

近年救急に使用される機器を紹介しようと筆をとったものの、もっと大切なことがあると気づきました。

話は少し逸れて、『過去最大級の台風』

夏が来ると報道が不安をあおるので、防災リュックを下駄箱の上にすえつけたかも知れません。備えあれば憂いなし。でも、用が無いに越したことなし。

天変地異、自然災害は怖いものですが、無慈悲な災厄はわれわれのなかでも起こる。一家でいちばん元気なはずの父親が息をしていないのを娘がみつ、救急搬送。蘇生の甲斐なく処置室で亡くなった。待合の隅で、泣き終わってもしゃくり上げるその子の肩を抱き、奥さんは茫然と天井をみつめている。

急に、自分の心臓が止まり、意識消失。どうせ助からないから放っておけと強がる人もいるかもしれない。ところが家族に起きるとどうでしょう。食後の団らん、お茶を湯呑に注ぎ、それを机の向こうに渡そうとした。ご主人がありがとうと手を出した瞬間、彼が白目をむいて椅子から崩れ落ちたら…。あなたは、頭のなかで真っ白になるのが、手も膝も震えようが、勇気を奮いなんとかしよとすするはず。実際、救命成功例のほとんどは、誰かの前で倒れ、そして、直ちに適切な処置を受けています。

ドラマを目の当りにしたとき。なるべく落ち着き確実にすべきことを挙げていきます。

読み終えたら、防災リュックの中身のように、もういちど確認し脳に保管しておいて下さい。

さあ、《突然ご家族が倒れて、様子がおかしい》

ステップ1: 怖くてもその場を離れず、そのひとを仰向けにし、意識と呼吸の有無をみる。なければ心臓停止と判断。意識がなければ、弱い呼吸があっても心停止と考える。

ステップ2: 大声で人を集める。すぐに119番。携帯電話も119でOK。「とにかく早く来て」とあせる気持ちはわかるが、冷静に消防センターからの質問に答える。

ステップ3: **(最も大切!)** なるべく早く、心臓マッサージ。

ステップ4: 救急隊が到着するまで心臓マッサージ(胸骨圧迫)を継続。同居のひとや近所のひとの助けがあれば、一人が胸骨圧迫して、もう一人が胸骨圧迫30回あたり2回の割合で人工呼吸を行う。

一人だけなら、15分もすれば救急車は到着するのでそれまで心臓マッサージを行う。**(2番目に大切)** ピーパーが聞こえても安心して止めず隊員に交代しましょうといわれるまで続けて下さい。

【心臓マッサージ(図1)】

実際の手技を説明します。まずは、倒れた人をあおむけに。乳首と乳首の真ん中に胸骨という縦長の骨があるので、両手を重ねて手のひらを胸骨に当て、上におおいかぶさる姿勢をとる。両肘を伸ばし上半身の体重を乗せるように手のひらの根元で胸骨をおします。5cmくらい押し込んで、力を弱める。これを1秒に2回、すなわち**1分に100から120回**の速さで繰り返す。圧迫により胸骨の下にある心臓がおしつぶされ、その際になかの血液が全身に送られる。圧迫を弱めると反動で心臓が膨らんで血液がなかに流れこむ。繰り返すにより血液の循環が生まれる。

【心臓マッサージの練習】

相手は大きく硬めの枕がよいでしょう。小さければ2つ重ねます。これを縦に置き人間の胸部にみたく



No.62

救命の最前線はあなたによる 心臓マッサージ



副院長
診療部長・外科部長 菅原 由至
(尾三圏域での救急救命士との連絡・指示を担当)

る。脇に両膝をついて構え、乳首の中間を枕の真ん中とイメージし、両手を当てる。両肘をしっかりと伸ばして深さ5cmのつもりでおす。まずは5分間と決めて上記の圧迫動作を繰り返してみましょう。肘の曲げ伸ばし動作でおすとすぐに疲れるので、上体の自重を、しっかり伸ばした肘から手に伝えるようにおす。5分でもしんどいので、本番は休みなく続けなければならないとすると、訓練が要るといわれてもうなずけると思います。

ここからは救命処置に用いる機器の紹介です。

自動体外式除細動器(図2、一般的にAEDと呼ぶ)。除細動とは、心臓麻痺の原因となる不整脈を電気ショックにより停止することを意味する。本器は心電図の解析を自動で行い、必要なら電気ショックを加える。20年前に一般使用が解禁。現在、公共施設や商業施設をはじめ全国69万台が設置され、さほど目立たないが掲示がある。また、近隣の設置場所の検索に日本全国AEDマップなどのアプリがあるが、建物が密集する都市部でないかぎり役立ちそうにない。自治体によっては(尾道は未)、消防指令センターが登録ボランティアに心肺停止事象の発生と直近設置の情報提供を行うアプリを運用する。

図2の右のように、蓋を開け電源を入れると『パッドを胸に装着して下さい』と音声指示がある。胸の2か所(右上、左下)にパッドを張ると電気ショック要か判断し始める。必要なら、『ショックボタンを押して下さい』と指示があり、それに従う。ボタンを押すと2つのパッドの間に電流が流れ心臓へ電気ショックが掛かる。ショックも自動の機器もある。

要注意ですが、作動しても必ず治るわけではないので、意識が戻らないかぎり、音声指示に従いつつ救急隊到着まで心臓マッサージを続けて下さい。

図2 致命的な不整脈を止める器械 自動体外式除細動器(AED)



操作手順:
赤やオレンジの箱を開ける→電源ボタンを押す→パッドを右胸と左わき腹に貼る
→音声指示に従い操作→指示があればショックボタンを押す

図3 自動で心臓マッサージをする機械
商品名:LUCAS(ルーカス)



つぎは、心臓マッサージの機械。図3はLUCAS(ルーカス)と呼ぶベルギーで開発されたもの。主に救急隊あるいは医療従事者のみが使用し、一般は操作できない。アーチ構造の頂上にある駆動装置から先に大吸盤の付いた短アームが垂れる。背板を差し挿れてアーチと接合すると、胸骨の位置に吸盤がくる。吸盤を皮膚に圧着固定し電源を入れると、圧迫を繰り返す。上の練習のように、胸骨圧迫に体力勝負の難点は否めない。

い。他方、救急隊には、電話連絡、人工呼吸、点滴など幾多の作業が求められる。限られた人員、時間、空間の条件での活動に、動力機器の活用が許容される事情をご理解いただけたらと思います。

最後に繰り返しますが、なんといっても、素早い連絡、そして心臓マッサージの取り掛かりを忘れないで下さい。そのための日頃の心構えです。



医療最前線

心アミロイドーシスは心臓にアミロイドが沈着した病態で、心臓肥大や心不全の原因となる病気のひとつです。アミロイドとはナイロンに似た線維状の異常タンパク質で、身体のさまざまな臓器に沈着することで臓器の機能障害をおこしアミロイドーシスと総称します。アミロイドーシスは、複数の臓器にアミロイドが沈着する全身性アミロイドーシスと、ある臓器に限局して沈着する限局性アミロイドーシスに分類されます(表-1)。

	アミロイド蛋白	アミロイド前駆蛋白	アミロイドーシスの病型
全身性	ATTRv	変異型トランスサイレチン	遺伝性トランスサイレチン(ATTRv)アミロイドーシス
	ATTRwt	野生型トランスサイレチン	野生型トランスサイレチン(ATTRwt)アミロイドーシス (旧病名:老人性全身性アミロイドーシス)
	AL	免疫グロブリン軽鎖	ALアミロイドーシス
	AA	血清アミロイドA	AAアミロイドーシス
	Aβ2M	β2ミクログロブリン	透析関連アミロイドーシス
限局性	Aβ	アミロイド前駆蛋白(APP)	Alzheimer病
	APrP	プリオン蛋白	Creutzfeldt-Jakob病
	AANP	ANP	限局性心房アミロイドーシス

(表-1)

心アミロイドーシスをきたす主な病型は表-1のうち、ALアミロイドーシス、変異型(遺伝性)トランスサイレチン(ATTRv)アミロイドーシスおよび野生型トランスサイレチン(ATTRwt)アミロイドーシスの3つとされます。ATTRvアミロイドーシスとATTRwtアミロイドーシスは肝臓由来のトランスサイレチンがアミロイド前駆蛋白となります。特にATTRwtアミロイドーシスは加齢に伴って発症する特徴があり、高齢者心不全の原因の一つと考えられています。また手根管症候群を有する症例が40~50%と高く、両側手根管症候群の合併が特徴とされます。一方、ALアミロイドーシスは多発性骨髄腫など免疫グロブリンの異常に伴う血液の病気で、その治療は抗がん剤治療が主体となります。

項目	臨床症候	検査所見
心アミロイドーシスによるもの	心不全症候、 眩暈や失神、 急切れ浮腫、	心房細動、刺激伝導系障害(房室ブロック、脚ブロック、心室内伝導障害)、心室性不整脈、肢誘導低電位、胸部誘導QSパターン(V1-3)心室壁肥厚** (右心室も含む)、心房中隔肥厚、著しい心室拡張能障害、心室のエコー輝度亢進(granular sparkling appearance)、心膜液貯留、弁肥厚、左室基部のlongitudinal strain低下(apical sparing) 血中BNP/NT-proBNP高値、血中心筋トロポニン、T/I高値心臓MRIにおける左室心内膜下のびまん性遅延造影、T1マッピングにおけるnative T1遅延、ECV上昇

(表-2)

心アミロイドーシスを疑う臨床症状および検査所見には表-2に示されたものがあります。診断の流れとしては、心不全の病態や治療薬への反応、手根管症候群の既往や臨床症状、心電図、心臓超音波、心筋MRI検査などの諸検査から心アミロイドーシスを疑います。さらに専門性の高い検査として、①ピロリン酸を用いた骨シンチ検査(Tc骨シンチグラフィ)や②心筋生検の二つが有用とされています。①の骨シンチ検査は、骨の代謝が盛んな部位に集まる放射性医薬品を投与してその分布を画像化する検査で、腫瘍の骨転移の診断や心筋梗塞の評価に用いられる検査です。心アミロイドーシスでは心筋への99mTcピロリン酸の集積の程度により視覚的および定量的にその重症度を評価することができます(図-1)。②の心筋生検では、心筋組織中のアミロイド沈着を検出(コンゴレッド染色)することで確実な診断を下すことが可能な検査です。しかし、直接心臓の筋肉を採取する心筋生検は侵襲度が高いため、諸検査で心アミロイドーシスを疑わせる所見を有し、腹壁皮下組織や胃・十二指腸などの心筋以外の組織からアミロイドの沈着が証明された場合にも心アミロイドーシスと診断されること

No.63

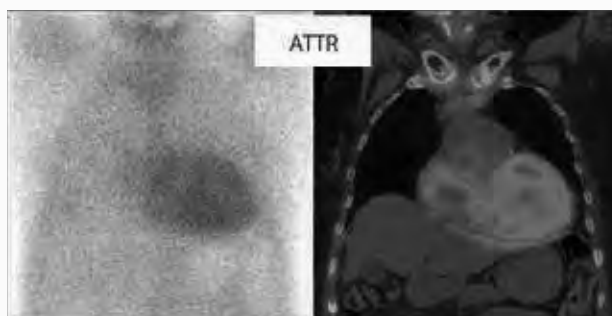
心アミロイドーシスについて



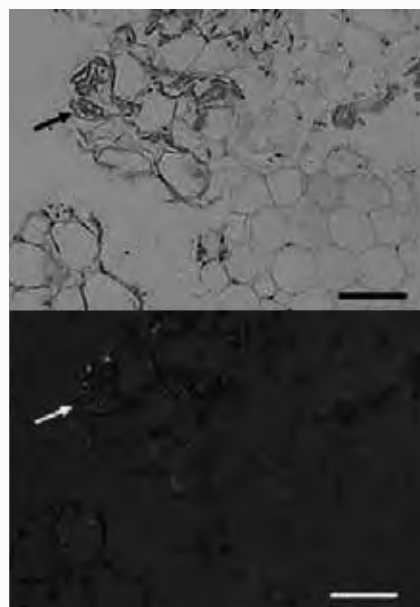
副院長
診療部長・内科部長 佐々木 俊雄

があります(図-2)。

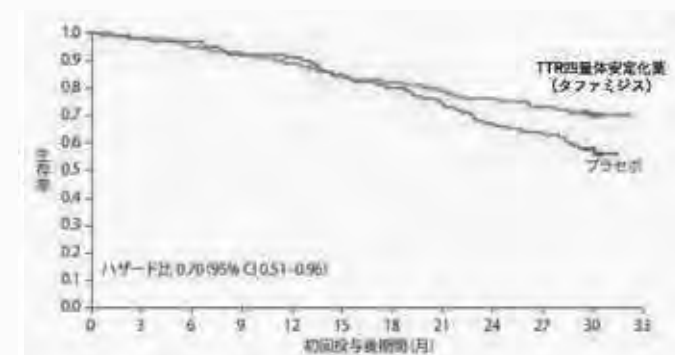
心アミロイドーシスの治療は、まず心不全治療薬による治療や合併する不整脈への治療が中心となります。難治性心不全の原因となる心アミロイドーシスですが、最近、ATTRvとATTRwtのアミロイドーシスに対してトランスサイレチン(TTR) 四量体安定化薬や核酸医薬といった新たな治療薬の臨床使用が可能となり注目されています。TTR四量体安定化薬(タファミジス:商品名ピンマック)は2019年3月から新たに心アミロイドーシスへの適応症が追加承認された治療薬で、アミロイドの前駆タンパクであるトランスサイレチンからアミロイド線維が出来るのを抑制します。臨床試験でも心不全による入院や死亡を減少させる効果が示されました(図-3)。核酸医薬はトランスサイレチンのメッセンジャーRNAを標的として、遺伝子レベルで前駆タンパク質の産生を阻害してアミロイド線維が出来るのを抑制する治療薬ですが、こちらは現在適応承認の申請中となっているようです。



(図-1)



(図-2)



(図-3)

(参考文献)

1. アミロイドーシス治療の進歩. 日本内科学会雑誌 110.6 (2021):1170-1177
 2. 難病情報センター 全身性アミロイドーシス(指定難病28) <https://www.nanbyou.or.jp/entry/207> (2025年2月5日)
 3. 2020年版 心アミロイドーシス診療ガイドライン https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/05/JCS2020_Kitaoka0424_0420.pdf (2025年2月5日)
- 表-1 主なアミロイドーシスの分類 (日本内科学会雑誌 110.6 (2021):1170-1177より改変して引用)
表-2 心アミロイドーシスを疑う臨床所見および検査所見 (難病情報センター 全身性アミロイドーシス(指定難病28)より引用)
図-1 心アミロイドーシスの99mTcピロリン酸シンチグラフィ像 (2020年版 心アミロイドーシス診療ガイドラインより引用)
図-2 心アミロイドーシス(ATTRv)の腹壁脂肪のアミロイド沈着 (2020年版 心アミロイドーシス診療ガイドラインより引用)
図-3 臨床試験(ATTR-ACT試験)における全死亡 (2020年版 心アミロイドーシス診療ガイドラインより引用)



医療最前線

人間ドックや健診はがんや生活習慣病の早期発見や予防医療の柱として、高度な検査技術と個別化されたサービスで進化を続けています。

そこで、人間ドックを受診しようと思った場合、何を決め手に病院やクリニックを探したら良いのでしょうか？

インターネットでの口コミやオススメを見て決める方も多いと思いますが、今回は「いい人間ドック」のポイント日本人間ドック・予防医療学会のホームページを参考にして、ご紹介したいと思います。

日本人間ドック・予防医療学会が考える人間ドックのポイント

日本人間ドック・予防医療学会は「人々が安心して受けていただける人間ドック」とはどういうものなのか、以下の5つのポイントを挙げています。

必要な検査が行われている

人間ドックの基本です。学会の定める検査がきちんと行われているか「足りない検査」「必要だができない検査」がないことは重要です。

また人間ドックの場合、通常健康診断などと比較して検査の項目も多く、より詳しく身体の状態を調べることができます。

検査は安全で正確である

これは人間ドック以前に医療機関としての基本といえます。人間ドックには採血のほかにも内視鏡検査などの「しんどい検査」がありますが、これらを安全かつ正確に施行するように努力し心がけています。

医師から検査結果の説明がある

健診当日に医師から検査結果の説明を受けられることが大切です。

公立みつぎ総合病院では、健診当日にすべての受診者に健診結果を項目ごとに、画像も含めて医師によるわかりやすい結果説明を行っております。最終的な結果判定につきましては、複数の医師で確認を行いますので、後日送付します結果報告書をご確認ください。

必要に応じて保健指導(生活のアドバイス)がある

「鉄は熱いうちに打て」と言いますが、人間ドックの検査の結果を聞き健康への意識が高まっている当日のうちに、受診者の皆さまそれぞれに必要な生活指導や食事、運動のアドバイスを行うことが、生活習慣改善への第一歩につながります。

特に公立みつぎ総合病院では受診していただいた方全員に、保健師によるきめ細かな保健指導を行っています。健康に関する日頃の疑問などございましたら、お気軽にご相談ください。

「受けて終わり」ではない、受けた後のフォローがある

人間ドックを受診したことで、治療に必要な病気が見つかったり、生活の改善などの必要性が指摘されたりした場合、かかりつけ医への受診や、当院での精密検査、治療の開始などのフォローアップが重要です。

No.64

いい人間ドックとは



健康管理部長 尾畑 昇悟

人間ドック認定施設について

いくら現代が情報社会であり、それぞれの施設の情報が手に入るといっても、一般の皆さまがこれらのポイントをチェックするのは難しいのかもしれない。

そこで、人間ドックの品質を保ち全体の質の向上を図る目的で、日本人間ドック・予防医療学会では申請のあった健診施設を審査して「機能評価認定施設」として公表しています。

審査する項目は、施設の体制、受診者の満足と安全に関するもの、人間ドックの質など114項目にわたります。書類審査、認定委員会が実際に施設を訪問して現場を評価し、認定を行います。

認定施設には認定証や認定プレートが掲げられており、人間ドック・予防医療学会のホームページからも検索することができます。

公立みつぎ総合病院では平成18(2006)年より日本人間ドック・予防医療学会認定施設として、高品質な人間ドックの提供に努めています。



保健指導実施認定施設について

日本人間ドック・予防医療学会では上記の機能評価認定を取得し、なおかつ保健指導に関する一定の基準を満たした優良施設を「保健指導実施認定施設」として認定しており、公立みつぎ総合病院もその一員として皆さまの健康維持、生活習慣を改善するお手伝いをしています。



医師による内科診察・結果説明



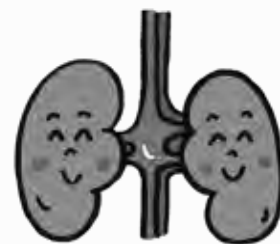
保健師による保健指導





医療最前線

最近数年で腎臓病の薬には大きな進歩があり、腎臓機能の低下を大幅に遅らせることができるようになってきました。しかしながら、腎臓病の進行を完全に止めたり失われた腎臓機能を回復させたりする薬はいまだに開発されていません。そのため、腎臓病を早期に見つけて正しく治療することが大事になります。



今回は腎臓機能の保護に役立つ薬として注目されている薬を紹介します。

① アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬・アンジオテンシン変換酵素阻害薬

薬剤名：オルメサルタン アジルサルタン バルサルタン エナラプリル など

アンジオテンシンⅡとは血管を収縮させて血圧を上昇させる物質です。

これらの薬剤はアンジオテンシンⅡの産生を抑制したり作用をブロックしたりする作用を持っています。もともと血圧を下げる薬として開発されましたが、単に血圧を下げるだけでなく腎臓で血液をろ過する圧力を適正化することで腎臓機能を保護する効果を持つことがわかってきました。現在では腎臓病治療の基礎薬として広く使われています。

② アルドステロン受容体拮抗薬

薬剤名：エプレレノン エサキセレノン フィネレノン

アルドステロンとは体内で産生されるホルモンの一種で、血圧やミネラルのバランスを調整する役割を持っています。アルドステロンが過剰になると体内に塩分が溜まって血圧が上昇したり慢性炎症を惹起したりして臓器に障害を起こします。

このアルドステロンの作用をブロックするのがアルドステロン受容体拮抗薬です。臨床研究では「腎臓機能の低下を抑えられた」という結果も報告されていますが、今のところ慢性腎臓病に対して使用が認められているのはフィネレノンのみです。

No.65

腎臓病と薬



内科部長 奥本 賢

③ SGLT-2阻害薬

薬剤名：ダグリフロジン エンパグリフロジン カナグリフロジン など

ブドウ糖を尿に排出させることで血糖を下げる効果を持つ薬です。糖尿病の薬として開発されたものですが、腎臓機能を保護する効果があることがわかりました。糖尿病があってもなくても腎臓機能の保護効果に変わりはないようです。

テレビ番組で取り上げられるなど腎臓病の領域でいま最も注目されている薬と言っても過言ではないでしょう。

さいごに

腎臓機能が失われると腎臓移植や透析といった治療が必要になります。新しく透析を開始する人数は以前と比べて少なくなっており、新しい薬の効果を日々実感しています。これらの薬の能力を最大限に発揮させるためには、腎臓病を早期に発見して腎臓機能が大きく低下する前に治療を始めることが重要です。尿検査や血液検査で腎臓の異常を指摘されたら一度は医療機関を受診しましょう。



第49回公立みつぎ総合病院院内学会

令和7年2月1日(土)

演題 1-5 座長 看護師長 堀江 和美

1. 大腿骨近位部骨折の患者に対してスクリーニングシートを用いた誤嚥性肺炎のリスク評価 ～リスク評価で行う食事形態の変更～
第1病棟(看護師) 澤井 砂璃… 15
2. ICUのせん妄患者に音楽を取り入れた効果 第2病棟(看護師) 友宗 典子 …… 17
3. 回復期リハビリテーション病棟における褥瘡管理の質向上の為にアクションリサーチ ～回復期病棟での共通ケア運用を目指して～
第7B病棟(看護師) 土井 将裕… 20
4. スピリチュアルケアの実践の向上を目指して 第8病棟(看護師) 福田 麻美 …… 23
5. 外来看護師におけるCVポート管理の現状と課題 外来(看護師) 三谷 祥江 …… 26

演題 6-10 座長 主任看護師 上田 由美子

6. シャントトラブルに対して透析室スタッフの統一した評価を目的とするスコアリングシートの改良 透析室(看護師) 中崎 裕美… 28
7. 当院人間ドックにおける大腸がん二次検査受診状況の調査 ～行動変容が起こるために～ 健康管理部(看護師長) 大河 智恵美 …… 30
8. 人間ドックにおける保健指導の現状と課題について考える ～飲酒習慣に着目して～ 御調保健福祉センター(主任保健師) 石田 奈奈恵… 33
9. よりよい看取り介護を実践するための看取り後カンファレンスの見直し
～「看取りケア確認シート」を用いた介護福祉士の振り返りと共有～ 介護老人保健施設「みつぎの苑」(認知症棟)(看護師) 竹田 昌史 …… 36
10. 外出困難な入所者への「仮想ふるさと訪問」の効果と課題 特別養護老人ホーム「ふれあい」(介護福祉士) 竹園 美和 …… 38

演題 11-14 座長 作業療法士技師長 吉村 宏文

11. 一般病棟における単位取得の一元的管理の試み～「単位表」の試験的運用～ リハビリ部(理学療法士) 藤井 恭平 …… 41
12. 脳卒中の予後予測 FIM 予測式の実用報告 リハビリ部(作業療法士) 普家 一博… 43
13. 訪問看護ステーションにおける災害時初期対応訓練の取り組みと効果 訪問看護ステーション「みつぎ」(理学療法士) 藤本 光理… 45
14. 特別養護老人ホーム「ふれあい」での生活支援に向けたリハビリテーションの取り組みと理学療法士の役割
保健福祉総合施設リハビリ部(理学療法士) 前原 恵美… 47

演題 15-19 座長 主任管理栄養士 土山 亜紀

15. 院内医療スタッフの医療用麻薬に関する意識調査 薬剤部(薬剤師) 友滝 真帆… 49
16. 特養における経管栄養管理入所者の必要エネルギー量について 特別養護老人ホーム「ふれあい」(管理栄養士) 角 昌子… 51
17. 一般撮影領域における長尺カセット及びグリッドホルダーの作成 放射線室(放射線技師) 山本 春奈… 53
18. タッチングによる上部消化管内視鏡検査時の苦痛緩和効果の検討 臨床検査室(臨床検査技師) 今田 貴也… 55
19. 高齢者(90歳・100歳)の“くち”から見えてきたもの ～10年間の調査から～ 歯科診療室(歯科衛生士) 渡部 成美… 58

1. 大腿骨近位部骨折の患者に対してスクリーニングシートを用いた誤嚥性肺炎のリスク評価～リスク評価で行う食事形態の変更～

第1病棟（看護師） 澤井 砂璃・坂根 真依子・内田 研吾・立石 宏美
和木 佳奈恵・石原 純恵

【はじめに】

2025年現在、国民の5人に1人が後期高齢者の超高齢化社会を迎えるという問題に直面している。大腿骨近位部骨折で入院される方の多くは、高齢かつ内科的疾患、脳血管疾患、脳神経疾患を併存されていることが多い。これらの併存疾患や栄養障害・サルコペニアは摂食嚥下障害の原因でもあり、高齢大腿骨近位部骨折患者は誤嚥性肺炎リスクを潜在的に抱えている。

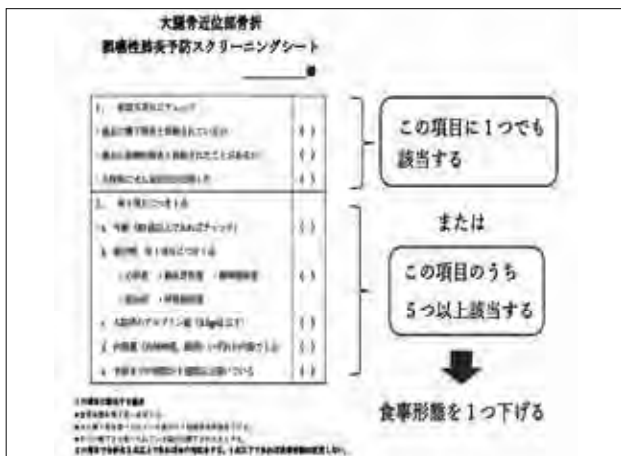
【研究目的】

令和4年度に行った、当病棟の看護研究で抽出したデータを元に誤嚥性肺炎予防スクリーニングシートを作成し、入院時にスクリーニングシートを使って誤嚥性肺炎のリスクが高い患者を選別し、該当患者の食事形態を下げることで誤嚥性肺炎の予防につなげる。

【研究対象・方法】

令和5年9月1日から令和6年8月31日までに大腿骨近位部骨折と診断された患者。

先行研究では誤嚥性肺炎の危険因子としてせん妄、既往歴、アルブミン値、手術期間、向精神薬・眠剤などの内服薬があげられた。それをもとにスクリーニングシートを作成した(図1)。



(図1)

スクリーニングシートは入院時に記入することとし、大きく2項目に分けた。まず1項目目に過去に嚥下障害と診断されているか、過去に誤嚥性肺炎と診断されているか、入院後にせん妄症状が出現したか、この3点について過去のデー

タより誤嚥性肺炎になった患者に当てはまる項目であったため1つでも当てはまれば食事形態を嚥下食へ変更とした。

2項目目は過去誤嚥性肺炎になった患者で a~e の項目で5個以上当てはまっている患者が多かったため5点以上で食事形態を嚥下食へ変更とした。アルブミン値の設定は基準値をもとに3.5とした。手術までの期間については日本整形外科学会診療ガイドラインでできる限り早期の手術が望ましいとされており、当院では先行データより入院1週間以上での誤嚥性肺炎の発症率が高かったため1週間とした。

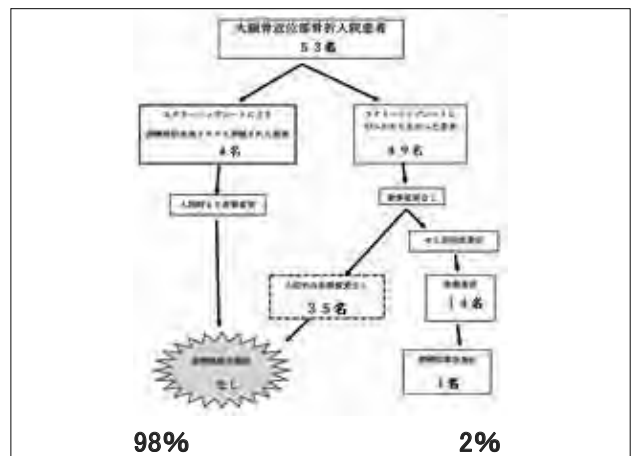
【研究期間】

令和5年9月1日から令和6年8月31日

【結果】

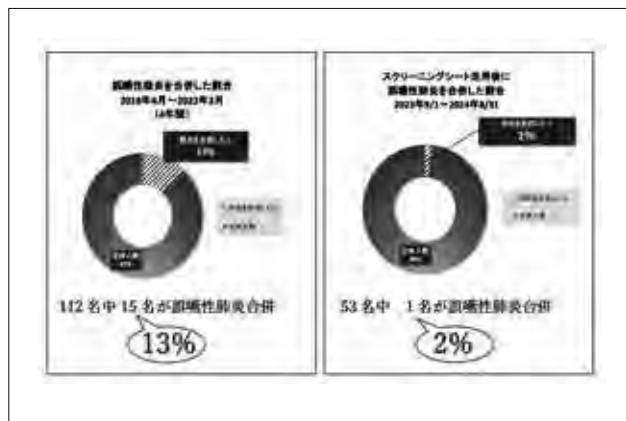
スクリーニングシート使用後2023年9月～2024年8月までの1年間で食事変更した患者数は53名中18名。そのうち入院時から食事変更した人数は4名で、入院時から変更した患者のなかから誤嚥性肺炎になった患者はいなかった。14名は入院時スクリーニングシートで選別対象とならなかったが、入院後にせん妄を発症したことにより食事変更を行った。その中で誤嚥性肺炎発症者は1名であった。

スクリーニングの対象にならなかった35名は食事変更を行わなかった。また、誤嚥性肺炎にもならなかった(図2)。



(図2)

2019年4月から2023年3月までの大腿骨近位部骨折患者の誤嚥性肺炎を合併した割合は112名中15名で13%であった。スクリーニングシートを活用後に誤嚥性肺炎を合併した割合は53名中1名で2%という結果になった(図3)。



(図3)

【考察】

スクリーニングシートを用いることで入院時から食事変更を行った対象からは誤嚥性肺炎にはならなかった。せん妄症状発症後も早期から食事変更を行い、誤嚥性肺炎発症は1名のみでスクリーニングシートは有用であったと考える。今回スクリーニングシートを実施した53名は、外来で実施している入院時せん妄準備因子チェック・対策シートでは全員ハイリスクであった。

先行研究では、せん妄は高齢者の入院や手術に伴い、急激に発症することが多く、特に大腿骨近位部骨折術後の患者に多いと述べられている。当院でも入院後にせん妄となり食事変更をすることが多く、食事変更を行った18人中14名の78%が、せん妄によるものであった。このことからせん妄ハイリスク患者に対し、入院時から食事変更を行うことが誤嚥性肺炎の予防につながるのではないかという意見もあった。しかし、せん妄ハイリスクであったにもかかわらず35名は食事変更することなく誤嚥性肺炎にはならなかった。このことからスクリーニングシートを用いたことで患者のQOLを維持できたと考える。

今回の結果により入院時のスクリーニングと入院後のせん妄症状発症により患者を選別し食事形態を下げることで、誤嚥性肺炎を予防することができると考える。

【まとめ】

今回、当病棟で誤嚥性肺炎のリスク因子を抽出し、作成したスクリーニングシートは、誤嚥性肺炎の高リスク患者に対し有用であった。また、せん妄発症患者は一段階食事形態を下げることで、誤嚥性肺炎予防につながった。スクリーニングの対象にならなかった35名は食事変更を行わなかったが、誤嚥性肺炎を起こさなかった。このことより、すべての患者の食事形態を下げるのではなく、対象患者に合わせて誤嚥性肺炎を予防することが出来た。

これら一連の取り組みによって、病棟で患者の状態に合わせた食事形態の評価について意識が高まったと考える。今

後もこの取り組みを継続し、更に発展させていきたい。

【参考文献】

- 1) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会，大腿骨頸部/転子部骨折ガイドライン策定委員会：大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン、南江堂、2011.
- 2) 小山珠美：経口摂取標準化ガイド、日総研、2005、127-305.
- 3) 鯉江祐介ら、当院における大腿骨近位部骨折術後患者の術後せん妄の発生状況及びその発生に関する術前・術中因子の検討、東海北陸理学療法学会大会誌

2. ICUのせん妄患者に音楽を取り入れた効果

第2病棟(看護師) 友宗 典子・小堀 令奈・橋本 みのり・大塚 俊・清水 優
和田 幹子・大前 奈津美・安藤 直美・西丸 典江

【はじめに】

せん妄とは、さまざまな身体疾患や全身状態の悪化に伴って急性に生じる一時的な脳機能不全である。せん妄を発症することで死亡率上昇や在院日数の延長に関係があるとされている¹⁾。特に集中治療部門の1つであるIntensive Care Unit(以後:ICU)では、一般病棟と比べてせん妄の発症率は高く、予防的介入を行うがせん妄を発症する傾向にあるとされる²⁾。せん妄を評価するための尺度は多く開発されており、なかでもDelirium Screening Tool(以後:DSTとする)は、簡易的に評価できるため多くの臨床現場で使用されている尺度の1つである。

当院ではDSTを用いてせん妄症状を疑う場合に早期に介入を開始しているが、ICUでは脳血管障害の急性期患者が多く意識レベルの観察のため鎮静剤の使用を躊躇する場合がある。また、治療を優先とするため音の遮断や照明の調整が十分に行えない場合があるために、せん妄の発症を認識しても介入が困難な場合がある。せん妄は改善されたかに関してはその徴候が明確ではなく、またせん妄は再発することがあり、せん妄の治癒の断定は困難である。ゆえに、先行研究において、せん妄が改善または治癒に関する研究は進んでおらず、せん妄予防することに焦点が置かれた研究が多い。

せん妄治療に関しては、薬物療法と非薬物療法があり、非薬物療法の1つに音楽がある。せん妄患者に音楽をおこなったことで、せん妄発症を減少できる³⁾という報告や、HCU入院中の患者に音楽を取り入れたことで、せん妄・不穏の発生率の低下や鎮静剤の使用が減少した報告がある⁴⁾。しかし、ICUでの音楽療法がせん妄に有効である研究は少なく検討段階にあるといえる。そのため、本研究の目的は、ICUでせん妄を発症した患者に音楽を取り入れることで、ICU患者の音楽におけるせん妄改善の効果を明らかにすることとした。

【研究対象者】

研究期間内のせん妄患者

【研究期間】

音楽導入前2023年の3月～8月と導入後の2023年9月～2024年2月

【研究方法】

・音楽実施方法

ICUの中心部分にオーディオ機器を設置して、平日の16時から30分間ICU内で季節に合った童謡を再生した。また音楽再生中に、患者に声掛けを行い患者が音楽に意識が向くように促した。

・データ収集方法

先行研究から⁵⁾⁶⁾せん妄評価項目を「治療拒否行動」・「不安の訴え」・「不眠の訴え」とした。これらは、せん妄回復時に、統計学的に減少していたためこの3項目とした。ICU入室後にDST陽性だった患者のカルテを参照し、せん妄評価項目の該当を発症1日目と3日目の評価を行う。他にせん妄患者の身体拘束の有無・在院日数を収集し音楽導入前後で比較した。

【倫理的配慮】

本研究は公立みつき総合病院の倫理委員会の審査と承認を得て実施した。なお、患者の個人情報が入り込まないようにデータは匿名化して、分析をおこなうこととした。

【結果】

・せん妄発症・身体拘束の状況

音楽導入前のICU入院患者は総数145名で、そのうち、DST陽性者は26名(18%)であった。音楽導入後のICU入院患者は総数132名で、そのうちDST陽性者は18名(14%)であった。せん妄患者の身体拘束に関しては、音楽導入前のDST陽性者26名のうち18名(69%)、音楽導入後はDST陽性者18名のうち9名(50%)で、どちらも半数以上が行われていたが、音楽導入後は身体拘束の割合の減少がみられた。音楽導入前の平均在院日数は55日、導入後は40日であり平均在院日数の短縮がみられた。(図1)



(図1)

・せん妄評価項目の変化

音楽導入後は、せん妄評価項目の該当が減少しており精神症状の改善がみられた。患者からは、「テレビがないから音楽が流れるのはいい」「気が紛れる」など好印象な声が多く聞かれた。

また、せん妄評価項目の比較に関して、音楽導入前では発症1日目における治療拒否行動の有無が16名(61%)、不安症状が2名(7%)、不眠症状が19名(73%)となった。発症3日目では、治療拒否行動の有無が6名(23%)、不安症状1名(3%)、不眠症状11名(42%)となった。音楽導入後では、発症1日目における治療拒否行動の有無が10名(55%)、不安症状が0名(0%)、不眠症状が18名(100%)となった。発症3日目では、治療拒否行動の有無が5名(27%)、不安症状2名(11%)、不眠症状12名(66%)となった。音楽導入後で、せん妄発症1日目のせん妄評価項目の発生率が減少した項目がみられた。(図2)

音楽療法導入前 n=26名	発症		音楽療法導入後 n=12名	発症	
	1日目	3日目		1日目	3日目
治療拒否行動の有無	16名 (61%)	6名 (23%)	治療拒否行動の有無	10名 (55%)	5名 (27%)
不安症状	2名 (7%)	1名 (3%)	不安症状	0名 (0%)	2名 (11%)
不眠症状	19名 (73%)	11名(42%)	不眠症状	18名 (100%)	12名 (66%)

音楽導入後は
せん妄評価項目(精神症状)の減少がみられた

(図2)

【考察】

先行研究において使用された音楽の種類は様々であり、中でもクラシック音楽を高年齢患者に使用した例では、「クラシック音楽はなじみがないため聞き流されてしまった可能性がある」という記述があった⁷⁾。今回音楽を導入するうえで院内の音楽療法士と検討し、患者の年齢層を考慮して聞いて理解できる音楽として季節に合った童謡を選択した。なじみのある童謡を聞くことは、せん妄症状の訴えの減少につながったと考える。

ICUでせん妄を発症した患者に音楽療法をおこなった結果として、せん妄発症の減少、精神症状の改善がみられた。ICUはモニター類や点滴類のコードが多いことや病状により安静度の指示等により日常生活動作に制限を強いられていることが多く、ストレスを感じやすい環境にあると思われる。先行研究では、「主観的にはストレス緩和を実感していたことが示唆された」⁷⁾とあり、本研究でも音楽療法によりストレスが緩和され、せん妄発生時の症状が減少した可能性がある。また、せん妄中でも患者が音楽を聴くことは精神的にリラックスすることができ、さらに騒音となる医療機器のアラーム音

が和らいだという結果もあり⁸⁾、せん妄発症後も音楽を聴き続けることで、せん妄症状の悪化を予防できる可能性が示唆されている。当院でもモニター装着している患者は多く、ICUでの音楽の必要性を裏付ける結果となった。

前述から、せん妄対策としての音楽は有効な方法であるが、ICUで不足しがちな娯楽の提供という側面もある。同時に生命にかかわる治療が行われているICUでは、医療機器の音がかき消されることで、重大な医療事故につながる可能性がある。実施する際には、ただ定期的に音楽を流すのではなく、状況に応じて適切な運用が求められる。

身体拘束において、厚生労働省は令和6年の診療報酬の改定において、身体拘束の最小化に向けた体制を整備することを規定している。せん妄を発症することで身体拘束が必要な場合は多く、本研究では、音楽導入前・後ともにせん妄患者の約半数には身体的拘束が行われている現状がある。また、音楽導入後では、せん妄評価項目の1日目の該当項目数が減少しており、精神症状は改善・身体拘束の割合は減少したが、身体拘束の事例は多い状況である。このことから、せん妄の症状の程度や個別のリスクを評価し、身体拘束解除の評価をすることが必要であり、今後の課題として取り組んでいく。

音楽の導入後は平均在院日数が減少しており、音楽により在院日数の短縮に関連している可能性がある。せん妄発症は入院から1日目から3日目が多いため、入院時からせん妄対策予防をおこなうことが重要で、発症後も早期からせん妄対策をすることは、患者の早期退院への効果的なケアの一つである。

【結論】

ICUで音楽を実施することは、せん妄改善に効果があることが示唆された。また、せん妄発生を防ぎ、早期介入をすることで在院日数の短縮につながる。課題として、身体抑制を最小にする努力が必要である。また、ICUのせん妄患者に音楽を取り入れた研究は少ないため、今後も研究の蓄積が必要である。

【引用文献】

- 1) 林光輝,せん妄の臨床研究,杏林医誌,1996,27(3)259-271
- 2) 安田妙子,山内典子,渡邊直美,小泉雅子,清水悟,西村勝治,大学附属病院の一般病棟と集中治療室におけるせん妄発症リスク因子,東京女子医科大学学術リポジトリ,2022,92(3),85-91
- 3) 10) 粟生田友子,長谷川真澄,太田喜久子,南川雅子,橋爪淳子,山田恵子,一般病棟に入院する高齢患者の

せん妄発症と環境およびケア因子との関連,老年看護学,2007,12(1),21-31

- 4) 澤亜矢子,細見由加里,寺西徳子,金田麻里,神子澤梨香,佐竹朋子,塚原節子,せん妄患者への音楽療法の有用性,成人看護Ⅱ,2009,40,75-77
- 5) 古川美弥,小林英利子,鳥居健一,小林智明,富取こずえ,せん妄・不穏状態に対する音楽の効果の検討,Expert Nurse,2005,21(1),154-157
- 6) 木村勇喜,百田武司,緊急入院した高齢者のせん妄回復時に消失した発症要因,日赤看会誌,2021,21(1),88-93
- 7) 川野光太,新井彩圭,鈴木佳美,CCUでのDST(Delirium Screening Tool)を用いたせん妄発症の実態調査,足利大学看護学研究紀要,2024,12(1),11-17
- 8) 合田恵理香,佐々木由紀子,高儀郁美,身体拘束に伴う心理的ストレスへの音楽聴取の効果,日本統合医療学会誌,2020,13,34-39

3. 回復期リハビリテーション病棟における褥瘡管理の質向上の為のアクションリサーチ ～回復期病棟での共通ケア運用を目指して～

第7B病棟（看護師） 土井 将裕・池尻 清美・掛 貴恵・川崎 直子・山崎 孝則

【はじめに】

褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や国民医療費の増大にもつながる。

このことは周知の事実であり、そのため褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つに数えられ、1998年からは診療報酬にも反映されている¹⁾。

回復期リハビリテーション病棟7B（以下7B病棟という）においても褥瘡管理の問題は例外ではない。下肢骨折の急性期中の牽引や疼痛による体動制限された期間に褥瘡発症した患者が多数見受けられる。それらの褥瘡は下肢、踝部ならびに踵部に好発する。本来ならば除圧やポジショニング等を行い褥瘡治療を優先し専念することが理想的である。しかし、7B病棟においては、【靴を履き】、【離床し】、【歩行練習】をする。その為、創部に圧力やズレなどの負荷がかかり、臥床患者のように褥瘡患部への除圧が困難である。褥瘡をケアし積極的且つ安全なリハビリが行えるよう靴着用時の除圧や摩擦の軽減など、多職種による褥瘡管理の創意工夫が必須である。それには、スタッフ間における一貫した合理的ケアが行えるよう共通ケアを検討し、体系化することが肝要となる。

時として、病棟スタッフ間における褥瘡ケアの不均一性や非合理性が臨床局面において混乱を招く。その混乱は、患者の治癒遷延の一因となり、ひいては早期在宅復帰への阻害要因にもなりかねない。これらは看護師をはじめとする病棟スタッフの知識や経験などの未熟さが起因すると考える。従って、7B病棟の看護師ならびに諸スタッフがその役割を果たすためには、褥瘡を知り、早期発見・早期予防に努め適切なケアを実践する必要がある。回復期リハビリテーション病棟の目的には、「寝たきりの防止と家庭復帰を推進することで、意義ある新しい人生を築く」という、リハビリテーション本来の目的と意味が内在し、その実現に向けて専門職それぞれの役割が明確にされている²⁾。

本研究の目的は、病棟内共通ケアのマニュアルを確立し7B病棟における褥瘡管理対策の質を向上させることにある。

【研究方法】

1. 研究デザイン

アクションリサーチを用いた。アクションリサーチとは、

現場の改善を目的とした変化介入過程を描写し、解釈、説明するものである。それは未来志向をもち、問題に焦点を当て内容を特定化し、アクションリサーチャーと参加者とのパートナーシップを基本とした明確な臨床的価値をもつグループ活動である。また、変化の過程において参加者とアクションリサーチャーとの関係は相互に教育的であり、ダイナミックなアプローチによりエンパワーされながら、計画・実行・評価が結びついていく。このように、アクションリサーチは参加看護師をはじめとする病棟スタッフに対し何らかの変化を生むことが可能である。そこで、参加病棟スタッフらが褥瘡管理に関する病棟内共通ケアの実践を振り返りながら、その問題点を見出し、褥瘡管理に対する願いを達成するためPDCAサイクルを活用したアクションリサーチを選択した。

2. 研究期間：令和5年12月～令和6年11月

3. 分析方法：当病棟内において標準的ケアを計画立案した後、実践し、多職種間での関わりや評価などをPDCAサイクルで実施する

4. 研究対象者と研究協力者：研究対象者は、7B病棟所属の看護師10名、看護助手5名、療法士15名であった。

5. 評価方法：標準的ケアの実践中、スタッフ間による気づき、聞き取り、話し合い、アンケート等による

6. 倫理的配慮：本研究を実施するにあたり、研究参加者、患者及び患者の家族には研究の目的、方法、拒否及び途中辞退の権利、プライバシーの保護や匿名性、論文等で発表することなどについて文書及び口頭で説明し同意を得た。なお本研究は公立みつき総合病院の倫理審査委員会の承認を得た研究計画書に基づいて実施した。患者に関連するデータは事例検討の内容及び参加観察であり、病院のプライバシーポリシーを遵守した。

【結果】

1. 段階1

研究メンバー内で病棟での問題を協議した。看護師間で褥瘡管理ケアに不均一性がしばしば見受けられる問題が俎上に上がった。看護スタッフの知識・経験不足によるものとする。褥瘡治療には医師の診療が必要であるが、当院褥瘡委員会による定期的な褥瘡回診の手筈も必須である。発症時から褥瘡回診までの間、初動対

応の指標が欲しいとの意見から【褥瘡アルゴリズム】を作成することに着手した。また病棟スタッフの知見不足を補うための褥瘡勉強会を開催し、その場において共通ケアの第一弾として【褥瘡アルゴリズム】を発表することから始めた。褥瘡勉強会を実施した直後に、看護師間の申し送り時に『創が何かヌルヌルしていたけど、よく分からない』（看護師 A）といった発言があった。勉強会不参加スタッフに資料配布のみで「相手は理解した」と思い込んでいたが、“伝わっていない”ことが明るみになった。勉強会で配布した資料に要点をまとめ再度編集を施したものを再配布した。褥瘡評価やバイオフィルム洗浄の重要性など特に重要な点においては直接説明を実施した。

2. 段階2 Plan (計画)・Do (実行)・Check (評価)・Act (改善)

図表を参照ください

表1 (病棟スタッフの言動)

集計期間	発赤・びらん発症	悪化 (褥瘡介入へ発展)	褥瘡介入中	褥瘡保有率
4月	5	0	2.75	10.5%
5月	8	2	3	9.8%
6月	8	1	1.5	6.2%
7月	5	0	2.4	11.4%
8月	1	1	0.5	4.57%
	27人	4人	2.03人	8.49%

表3 (病棟内褥瘡集計)

3. 段階3 共通ケアのマニュアル化

褥瘡などの皮膚障害評価、管理、予防、そして環境整備の4つの観点から以下の病棟内『共通ケア』マニュアルを確立した。

- ①【褥瘡アルゴリズムや褥瘡判定3秒圧迫法を用いた褥瘡評価を電子カルテへ記載】 初動対応として適切な褥瘡管理の推奨項目の提示であり指標である。また、個々の医療状況を見逃して、画一的な適用を求めるものではないため、多職種の専門性を要する場面も取り入れた。
- ②【褥瘡リスクの高い患者に対して入院(入棟)時より一定期間観察強化し評価】 褥瘡予防策として策案した。昨年、褥瘡リスクが高い患

者の褥瘡発生が続いたことから、当研究に結びついた。自己体転ができない又はどちらでもない状態であり、過去の褥瘡既往がある乃至は当院入院時に採用されているOHスケールが軽度褥瘡リスク(1~3点)以上あることから『褥瘡リスクあり』の表示をベッドサイドに掲出することとした。OHスケールを採用していながら効果的に活用できていない現状を踏まえ、これを機能的に活用する。

③【指示処置方法を変更して処置を行う際は処置板の方法記載を変更】

褥瘡処置・ケアを施すことで改善する、またはその甲斐なく悪化の経過を辿ることがある。創の状態に適切な処置・ケアを施すことが治癒への一歩であることは間違いない。しかし、看護師間で処置・ケアの不均一が見受けられ、またそれが看護師間で混乱を引き起こした一因であった。創の状態によって、適切な処置が変更を必要とする場合もある。その場合は、記載指示の修正やリーダー看護師へ報告を行うことで適切な処置を実践し混乱を防ぐことができる。看護キャリアから自ら判断を下し、創の状態に応じたケアに変更することは間違いではない。しかし、処置した事象と記載指示との相違に直面したキャリアの未熟な看護師らは混乱を来した経緯がある。指示や処置の変更はこれらの適切な修正・明示により混乱を防ぐことができる。

④【ムートンや体転クッションを使用開始した場合は、その患者の担当看護師とリハビリスタッフによる定期的評価を実施】

一般的に回復期リハビリテーション病棟での問題といえば【転倒転落】も重大な問題点である。今回、褥瘡管理における場面でも転倒転落に係る問題提起があった。「術後から退院まで明らかに発赤もない足」に除圧具解除の評価なく「ムートン着用」を継続していることがある。リハビリが進み、ADLを拡大すれば体動や離床場面も増える。そのような状況において、例えば踵にムートンを装着したままの離床は転倒しかねず、到底安楽な療養生活とは言い難い。あらゆる危険因子を確認しながら解除できる患者には適切な措置やケアを行うことで転倒転落の防止に努めることができる。7B病棟では、定期的に患者の身体機能、ADL、FIM、看護計画などを多職種で評価している。併せて除圧具の評価を行うことで定期的に適正化が実践できる。

【考察】

1. 褥瘡発生について

褥瘡発生について、前年度の統計がないため比較がで

きないが、今年度の病棟内での発赤・びらんの新規発生が4月から8月の間、のべ27名に対し、そこから悪化し褥瘡介入となった褥瘡患者は4名であった。(※表2参照)そして、当該患者の内3名には【認知機能の低下】によりケアの指示が受容困難な状態であり、また4名すべてに【2型糖尿病】を抱えていた。これらのリスク因子を持つ患者には、個別に調整した処置・ケアと定期的な評価が必要であると考えます。

2. スタッフの褥瘡に対する意識変革

共通ケアのマニュアルを確立する過程で、スタッフ間において褥瘡に対する意識の変革がみられた。看護助手をはじめとする多職種から発赤の発見や報告相談が主体的になされるようになり、スタッフの言動に変化の顕在化がみられた。言動に対して勉強会での知識や多職種間でのコミュニケーションが自信の裏付けとなり、主体的言動の発露が褥瘡発生を抑制しケアの質の向上につながったと考える。

3. 多職種連携

これらの病棟内共通ケアに共通していることは【声を出しあう】ことの重要性である。当研究期間において、「書いてあるから伝わっているだろう」、「メモに残っているから理解しているだろう」といった一方的な【思い込み】による伝達不足や周知不足が散見された。「褥瘡が懸念される患者に対して、声を出して相談する(看護師)」「発赤など発生時、看護とリハで一緒に評価できればと思う(療法士)」「スタッフ間での情報共有が大事(療法士)」とのフィードバックがあった。声を出し合うことで多職種がそのことを共通認識し、役割を果たすことができると考える。

【結論】

スタッフの主体的な言動からも褥瘡に対する意識の変革が見られ、PDCAサイクルを活用した一連の過程が看護実践の質を向上させる可能性を示唆していた。

今回のケアに共通する重要な要素は、「声を出し合う」ことにある。研究期間中、「書いてあるから伝わっているはずだ」といった一方的な思い込みによる情報伝達の不足が散見された。しかし、声を出し合うことで、多職種が問題を共通認識し、それぞれの役割を適切に果たせることが明らかとなった。

小林は、「部門間の壁を取り払い、日常的に定期・不定期的話し合いの機会を持つこと」を前提とし、「看護・ケアとリハビリを区別するのではなく、専門的なスキルや工夫、コツを積極的に伝え合うことがチーム医療の向上につながる」と述べている³⁾

本研究の結果からも、情報共有の実践が看護の質を高める重要な要素であることが示された。

【おわりに】

今後ますます高齢化はすすむ予測にあり、多様な医療ニーズに合わせた医療提供体制と在宅医療との連携や充実が求められている。高齢者の特徴に合わせた全身状態の観察や褥瘡の予防・管理ケアの必要性を意識し、患者と関わる事が肝要である。特に2型糖尿病と認知機能低下を抱える患者への関わり方とケアが今後の課題である。

【謝辞】

本研究にあたり、繁忙な中、趣旨のご理解とご協力を賜りました病院管理者をはじめ、病棟看護師長、主任看護師、及び看護師、看護助手、療法士を始めとする『チーム医療』の7B病棟スタッフ、そして入院患者とその家族の皆様により感謝申し上げます。

【引用文献】

- 1) 東京医科大学病院, 「2022年度褥瘡発生率」, https://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/info/data/qi/qi2022_13.pdf [2024-11-30].
- 2) 大川弥生: 「回復期リハビリテーション病棟 そのありかたからみる本当のリハビリテーション 回復期リハビリテーション病棟の特徴 リハビリテーションの原点の再認識を」『看護実践の科学』26, p 44-47, 2001.
- 3) 小林由紀子: 「チームアプローチのための各職種の役割①-看護・ケア」, 『回復期リハビリテーション病棟 質の向上と医療連携を目指して [第2版]』, 三輪書店, p.114-119, 2013.

【参考文献】

- 日本褥瘡学会 編集: 『褥瘡予防・管理ガイドライン 第5版』, 照林社, 2023.
- 花王プロフェッショナル・サービス 業務改善ナビ, <https://pro.kao.com/jp/medical-kaigo/topics/skin-care/20210202/#> [2024-4-30].
- 長嶋祐子: 「回復期リハビリテーション病棟の看護実践-退院支援に焦点を当てて-」, 『昭和学会誌』, 第77巻, 第1号, p33-39, 2017.
- 筒井眞優美: 『研究と実践をつなぐ アクションリサーチ入門 看護研究の新たなステージへ』, ライフサポート社, 2010.

4. スピリチュアルケアの実践の向上を目指して

第8病棟(看護師) 福田 麻美・小山 泉・壹丁 絵美・坂東 照美・橘高 智子

【はじめに】

緩和ケア病棟では、がん患者の苦痛を身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛(以下スピリチュアルペイン)の4つの側面に分けて考えている。

中でもスピリチュアルペインは看護師も気づきにくく、それに対するスピリチュアルケアは緩和医療において最後の課題とも言われている。

スピリチュアルケアの実践にはそれに関する学習の有無による有意な差がみられたと報告があり、当病棟でもスピリチュアルケアの実践の向上を目的に村田理論をもとに取り組みを行った。この取り組みの前後で、当病棟看護師のスピリチュアルケアの実践に変化がみられたか比較し報告する。

【研究目的】

スピリチュアルケアの実践の向上

【研究期間】

2023年11月、2024年2月～11月

【研究対象者】

当院緩和ケア病棟看護師10名

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮し、データは当研究以外で利用しないを書面で説明、NSCPの回答にて同意とする。入院患者の対象者には個人が特定されないよう配慮し書面にて同意を得た。

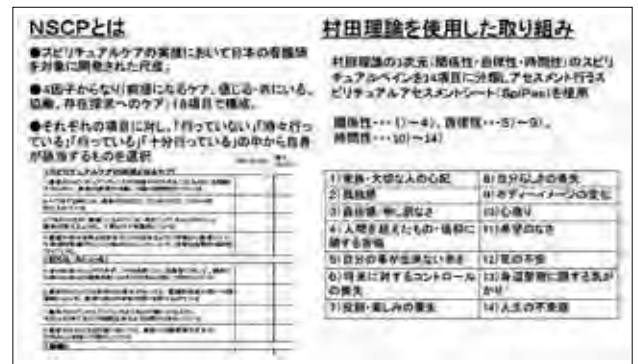
【研究方法】

- ①スピリチュアルケアの実践指標(以下NSCP)を用いて、当病棟看護師のスピリチュアルケアの実践の現状を把握する。
- ②入院患者の2例を選定し、村田理論を基にスピリチュアルペインをアセスメントし、ケア計画立案、実践、評価を行う。
- ③再度、NSCPを用いて看護師のスピリチュアルケアの実践の変化をみる。

NSCPとは、スピリチュアルケアの実践において日本の看護師を対象に開発された尺度である。4因子からなり、前提となるケア、信じる・共にいる、協働、存在探求へのケアとなります。この4因子は計16項目から構成されている。それぞれの項目のケアに対し、「行っていない」「時々行っている」「行っている」「十分行っている」の中から自身が該当するもの

を選択し集計した。(図1)

村田理論の3次元(関係性、自律性、時間性)のスピリチュアルペインを14項目に分類しアセスメントを行うスピリチュアルアセスメントシート(SpPain)を使用した。(図1)



(図1)

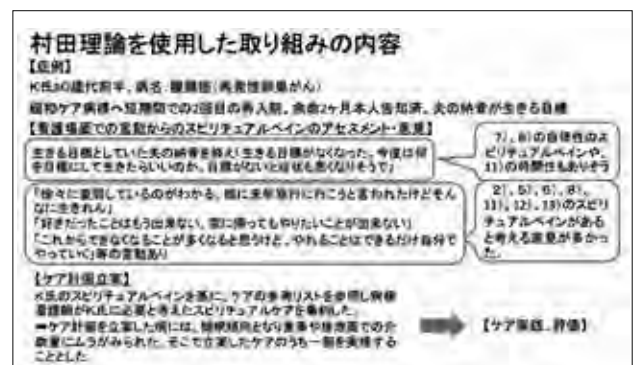
症例は、K氏80歳代前半で病名は腹膜癌。余命2ヶ月と本人へ告知が済んでおり、夫の納骨が生きる目標だと言っていた。

納骨を終えると、「生きる目標がなくなった。今度は何を目標にして生きていきたいのか。」と言われた。そして納骨を境に、全身状態の低下、ADLの低下がさらに進み、自身でも「徐々に衰弱しているのがわかる。」「好きだったことはもう出来ない」「これからできなくなることが多くなると思う」等の言葉が聞かれた。

これらの言葉から、6) 将来に対するコントロールの喪失や7) 役割・楽しみの喪失、8) 自分らしさの喪失などがあるとアセスメントした。

次にアセスメントしたK氏のスピリチュアルペインをもとに、ケアの参考リストを参照しK氏に必要なと考えられるスピリチュアルケアを集約しケア計画を立案した。

しかし、計画立案した頃には傾眠傾向となり状態変化のためケアのうち、一部を実践し評価することとした。(図2)

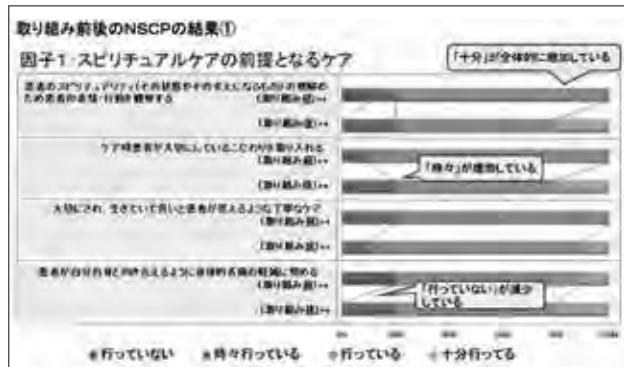


(図2)

【結果】

取り組み後に再度NSCPで看護師自身のケアの実践状況を確認した。

取り組み前後の結果のグラフをNSCPの4因子ごとに分けて比較した。因子1～4のそれぞれの項目において、取り組み後にケアを「行っている」「十分行っている」が全体的にやや増加している結果だった。因子1の項目では、取り組み後に「時々行っている」が増加している項目もあった。(図3)



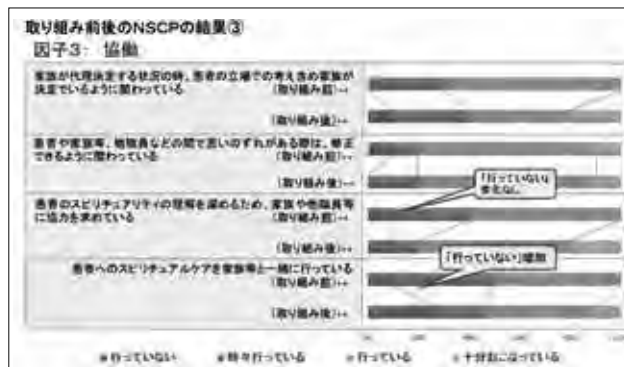
(図3)

因子2では、「行っている」「十分行っている」の増加も見られるが、「行っていない」「時々行っている」の割合が取り組み前後で変化していない項目もあった。(図4)



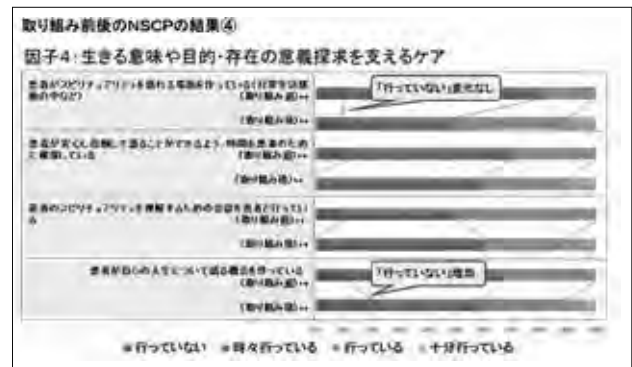
(図4)

因子3では、“家族から患者のスピリチュアリティの理解に必要な情報を得ようとしている”の項目や、“患者へのスピリチュアルケアを家族等と一緒にしている”の項目において、取り組み後の「行っていない」に変化がなかったり、増加がみられた。(図5)



(図5)

因子4でも、取り組み後に「行っていない」の割合に変化がなかったり、逆に増加している項目がみられた。(図6)



(図6)

【考察】

今回の取り組みにより、指標においてはスピリチュアルケアの実践が一部上向いている結果がみられた。しかし、取り組み後も実践に変化がみられなかったり、逆に「行っていない」が増加した結果もあった。これは学習により自身のケアを振り返るきっかけになり、実践の基準値が上がったため相対的に実践指標が下がったとも考える。

今回の取り組みによって、『今まで以上に患者の表情・言動に意識して関わるようになった』『スピリチュアルケアを向上させたい気持ちが高まった』等の意見がみられ、ケアの向上に繋がる機会になったのではないかと考える。

今回2症例で取り組みを行ったが、急変や病状が急速に変化し、立案したケア計画が適応していない箇所があったり実践が部分的となった。そのため、タイミングを逃さずに多職種で情報共有を行い、患者のスピリチュアリティ(その状態やその支えになるもの)を理解しようと努め、ケアを提供する必要があることを再認識した。

【まとめ】

スピリチュアルケアにおいて普段は日々の情報共有の中から、その時の病状・精神面に合わせ、看護師一人ひとりが適切だと考えるケアを行っている。今回、村田理論を用いたアセスメントやケアを参照してケア計画を立案したが、普段行っているケアと大きく違いは見られず、日頃行っているケアを再認識することができた。

しかし、今回の取り組みの方法では患者の病状変化に追いついていない状態であり、今後はタイミングを逃さないように情報共有し計画立案することが課題と考える。

今回の取り組みにより、スピリチュアルペインのアセスメント方法やケアの枠組みを知ることができたが、これを日常の業務に定着させるために継続していく方法・仕組みの検討も必要と考える。

【参考文献】

- 1) 實金栄他8名：看護師によるスピリチュアルケアの実践を測定する尺度の妥当性と信頼性の検討, 臨床倫理, 6, p.18-31, 2018.
- 2) 村田久行：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア, 日本ペインクリニック学会誌, Vol.18No.1,p.1～8, 2011.
- 3) 村田久行：スピリチュアルを学ばれる方へ, 臨床看護, 30(7), p.1025-1029, 2004.
- 4) 伊藤真美：医療現場でのスピリチュアリティ, 病院64巻7号, p.555-556, 2005.
- 5) 田村恵子・河正子・森田達也：看護に活かす スピリチュアルケアの手引き(第2版)、青海社、2017.

5. 外来看護師における CVポート管理の現状と課題

外来（看護師） 三谷 祥江・石川 一美・地子給 香代・堀江 和美

【はじめに】

近年、外来や在宅などで管理可能な完全埋め込み型中心静脈アクセスポート（以下、CVポート）を使用してがん化学療法などを行う患者が増加している。ポートからの経静脈的治療を受ける人の看護にあたる看護師は、従来の静脈注射の投与管理と合わせて、ポートの利点や欠点を十分に熟知したうえでポート穿刺をする必要があり、それ相応の知識と技術が求められる。患者へ適切な治療を提供するためには、正しい知識に基づいた CVポート管理の標準化が必要であるとする。

【目的】

今後、CVポート管理の標準化に取り組んでいくために、外来看護師の CVポート管理についての現状を調査し、課題を明らかにすることである。

【研究方法と対象】

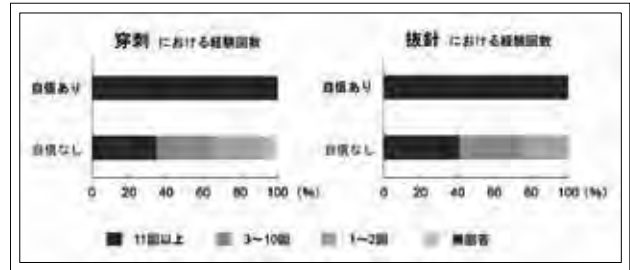
対象は、外来看護師29名とした。方法は、アンケート調査で CVポートの管理経験、不安感、理解度、手順把握について質問をした。CVポート管理の内容は、穿刺～固定、抜針までとした。不安感と理解度についてはスコア化し、穿刺の手順把握については、自由記述とし、消毒、穿刺、逆血をキーワードとし3段階で評価した。課題抽出は、CVポート管理経験において、「自信あり群」と「自信なし群」に分けて比較検討した。

【結果】

アンケート回収率は100%であった。看護経験年数は20年以上が、94%であった。

CVポートの管理経験として、穿刺～固定および抜針の経験がある者は29名中21名、経験がない者は29名中6名であった。CVポート穿刺の手順把握について把握している者の割合は71%、ある程度把握している者の割合は19%であった。

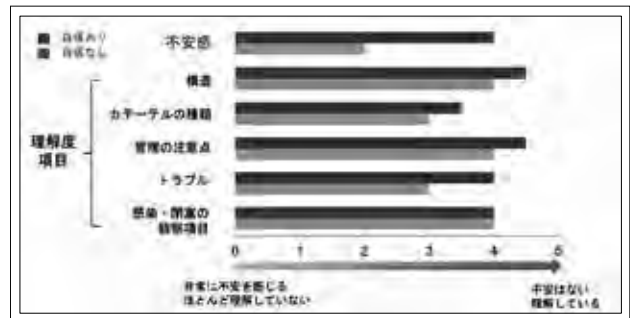
CVポートの管理経験があった21名中、CVポートの管理に自信あり群は4名19%、自信なし群は17名81%であった。自信あり群と自信なし群で、穿刺と抜針における経験回数を比較すると、自信なし群で、穿刺および抜針ともに経験回数にバラツキがみられた。（図1）



(図1)

自信あり群に比べ、自身なし群で低かった項目は、CVポート管理に対する不安感と、理解度の項目でも特にトラブルについてであった。

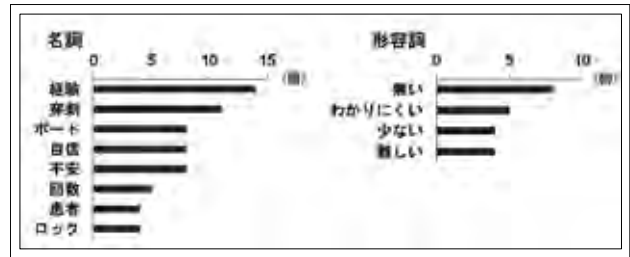
(図2)



(図2)

CVポート管理に自信がない、不安に感じる理由についての自由記述では、経験、穿刺、回数、わかりにくい、少ない、難しいといった品詞が頻出語として抽出された。

(図3)



(図3)

【考察】

CVポート管理に自信がない者は、経験回数が少なく、不安感大きいことやトラブルに対する理解度が低かったことから、手技の習得はしているが、習熟には至っていないと考えられた。先行研究では、手技の習得にはトレーニングを繰り返すこと、特に必要性を認識して患者に繰り返し実施す

ることが示唆されていることや、院内教育の現場では、教育側と受け手側の双方が満足し得ない実態が問題と指摘されている。

自由記述からも「経験」、「回数」、「少ない」、「わかりにくい」など手技的な内容が抽出され、自信のなさや不安感は、知識よりも手技に影響があると考えられた。

本研究の結果より、経験者では、習熟度を高めていく必要がある。また未経験者も一定数いることが判明し、確実な手技の習得の必要がある。これらを解決するために、院内で統一した手技を共有することが課題として挙げられた。そのうえで、経験回数を補うためにデモ器を用いたデモンストレーションの実施や、経験者から未経験者への情報共有手段の確立が必要であると考えられる。

【参考文献】

- 1) 住田千鶴子 他：血流感染予防のための完全埋め込み型中心静脈アクセスポート管理に関する検討，日本環境感染学会誌，2018，33.3: 103-110.
- 2) 尾形裕子 他：看護師による中心静脈ポート穿刺の動作と臨床判断の特徴，北海道文教大学研究紀要，2016，40: 29-39.
- 3) 原田秀子 他：成人看護学における看護実践能力の育成に関する研究，山口県大学情報，2009，2: 32-39.
- 4) 本田多美枝：『看護の専門的能力』の視点からみた院内教育ニーズの分析 -N系病院における看護婦の調査から，日本看護科学会誌，2000，20.2: 29-38.

6. シャントトラブルに対して透析室スタッフの統一した評価を目的としたスコアリングシートの改良

透析室(看護師) 中崎 裕美・高橋 喜敬・中西 陽子・加藤 みずほ・真田 和哉
近藤 悦子・鳥井 昭男¹⁾・山口 朗誉¹⁾・久米早苗 臨床工学技士¹⁾

【はじめに】

血液透析を受けている患者にとって、シャントは治療において欠かせないものであり、シャントの開存には日々、シャントの観察・評価が重要である。しかし、透析室スタッフの知識や経験に差があるため、個々でシャント評価を行っており、統一した観察・評価が出来ていない現状があった。前年度研究で統一した観察・評価を目的に、スコアリングシート(以下シートと略す)を作成使用し、情報共有の有効性や、シャントに対する意識向上の確認ができ、治療までの日数が短縮したという結果がみられた。しかし、シートを引き続き使用していく中で改良すべき点が明らかになってきた。

そこで今年度研究では、スタッフの知識・経験にかかわらず、統一した観察・評価ができるようシートの改良に努めた。さらに、異常の早期発見ができ、適切な時期に治療が行えるようなシートとなったのか有用性を検討した。

【研究目的】

シートの改良により、スタッフの知識・経験に関わらず統一した観察・評価でシャント管理を行い、さらに、異常の早期発見をすることで適切な時期に検査・治療へと繋ぐことを研究目的とした。

【研究方法】

- ①前回作成したシートの修正改良についてのアンケートを実施
- ②改良したシートを作成し、引き続き2週間間隔で使用
- ③改良したシートを7ヶ月程度使用後、良かった点、改善点についてアンケートを実施
- ④シートを使用した効果を検証

<対象>

当院透析室スタッフ9名

当院透析患者34名(女性9名、男性25名)

(表在化動脈、長期留置型カテーテル患者は除く)

<期間>

2023年3月～2024年11月

<倫理的配慮>

得られたデータは本研究以外では使用しない

前年度研究で作成し、使用したシート。(図1)



(図1)

【結果】

改良のためのアンケートの結果は次の通りである。

項目については、9名のスタッフが、整理の必要性があると回答した。選択肢については、7名のスタッフが点数化したほうがよい、重要度が分かりにくいと回答した。シャント図については、5名のスタッフが、記入が出来ていない為、図の活用ができていないと回答した。その他として、評価方法の変更が必要である、などの回答があった。

得られたアンケートの結果を元にシートの改良を行った。

大項目、小項目をなくし、意見や文献から当院に適した観察項目へ改良し、項目ごとに点数化をすることで重要度を表した。

次に、表示されていたシャント図を、血管の走行を示した患者別の写真へと変更した。シート記入対象日にどの部位、方向に穿刺したか把握するため、シャント写真に穿刺部位、方向を記入した。

評価は「3点以上でエコーの検査実施」へと改良し、治療を行った日を記載し、治療後は継続的にシートを使用した。

静脈圧や、実測値の記入は行なわず記録を参照することとした。(図2)



(図2)

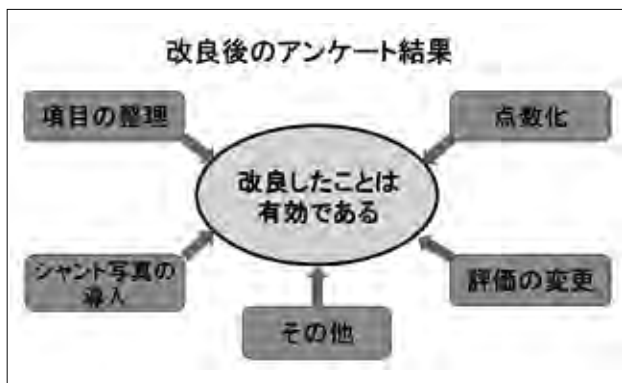
改良後のアンケート結果は次の通りであった。

スタッフ全員が前年度シートを改良してよかったと回答した。その理由として、項目の整理ができていて、点数化され評価や選択しやすくなった、また重要度がわかりやすくなった。

シャント写真については、個別性がある、穿刺部位、方向が把握できてよい。

評価の変更については、3点以上でエコー検査という明確な基準があつてよい。

その他としては、シートの準備が容易になった等の意見があつた。(図3)



(図3)

シート使用期間中に、治療を行ったのは9件であった。治療に至る前にシートでの評価が出来ていたのは4件で約44%である。3点以上でエコー検査を実施した6件のうち、結果として長期留置カテーテルを挿入した事例が1件あつた。

【考察】

米田らは「開存率は日々の管理方法により影響されるため、シャント機能の観察方法を確立することがとても重要」¹⁾と述べている。今回、3点以上でエコー検査と評価され、治療を行った患者に、継続してシートを使用し、異常がないか確認を行った。

図2に示した事例では、治療後にもかかわらず、血流不足であった為、継続的にシートを使用することにより、何かの異常がみられた時は、日々のミーティングの中で情報を共有した。さらに、シャント写真があることで、前回穿刺した部位での血流を把握することが出来、シャントへの負担を考えながら穿刺部位・方向を変更した。このことから、シートの活用により、シャントの管理をすることは、開存維持にも有益であると考えられる。また、スタッフの経験や技術の差が生じていても選択肢を点数化したこと、つまり観察評価の基準を統一したことが同じ評価に繋がったと言える。

現在は臨床工学技士により2ヶ月ごとにシャントエコーを定期的実施している。

しかし、ガイドラインでは、シャントトラブルの診断は画像検査だけで行うものではなく、まずは理学所見から早期発見することが大切である。シャントの理学所見「視診・聴診・触診」の重要性が記載されている。したがって、シートを使用し定期的に観察評価することは、異常の早期発見に繋がる手段の一つとして、有効であると考えられる。

【おわりに】

今回の研究はシートの改良に努めた。シャントの管理にシートを活用することは開存維持にも有益であり、観察評価の基準を統一したことでスタッフの経験や技術の差に関係なく同じ評価をすることができた。さらに、異常の早期発見に繋がる一つ的手段としてシートの使用は有効であった。引き続き他職種と連携を図り、より良いシャント管理をしていきたい。

【引用文献】

- 1) 米田隆史：透析医療におけるシャント閉塞予防への取り組み、日農医誌、2016：65巻1号98～102。

【参考文献】

- 1) 田村幸子：シャントトラブルスコアリングシートを用いた看護師のシャントに関する観察・アセスメントへの有用性検証、日本腎不全看護学会誌、Vol.15 No.1 2013。
- 2) 藤岡隆太郎：シャントトラブルの診断と治療 特集 透析患者の画像診断、Vol.36 NO.10 2020。
- 3) 日本透析医学会 編：慢性透析用バスキュラーアクセスの作製および修復に関するガイドライン、2011年版、透析医会誌、44 p855-938,2011。

7. 当院人間ドックにおける大腸がん二次検査受診状況の調査 ～行動変容が起こるために～

健康管理部（看護師） 大河智恵美・岸英美・岡良行¹⁾・幸下由希子¹⁾・尾畑昇悟²⁾
渡辺章文²⁾・松本英男²⁾ 主事¹⁾ 医師²⁾

【はじめに】

大腸がんは日本人が罹患するがんとして最も多いがんであり、便潜血検査は大腸がんによる死亡率減少に効果があると示されている。大腸がんは早期発見、早期治療を行えば、十分に予後が見込めると考えられており、前がん病変である腺腫性ポリープを内視鏡的に切除することで大腸がんの罹患率及び死亡率が減少することは証明されている。したがって、便潜血検査で陽性となった場合の二次検査として全大腸内視鏡検査（以下、大腸カメラ）が推奨されている。

当院の健診では便潜血陽性が判明すると、健診受診日の当日に内科受診をして、大腸カメラの予約ができるシステムを2018年に確立し、現在も継続している。

今回、過去3年間の人間ドック受診者の中から、便潜血検査陽性者の二次検査状況を調査し、今後の新たな取り組みが必要か検討を行った。

【研究目的】

便潜血検査で要精検になった人の二次検査状況を調査し、今後の新たな取り組みについて検討を行う

【研究対象】

2021年4月～2024年3月の人間ドック受診者で便潜血が要精検（以下、D判定）となった400名

【研究期間】

2024年6月～12月

【研究方法】

- ① 2021年4月～2024年3月の人間ドック受診者から便潜血のD判定者を抽出する
- ② D判定者の受診の有無や大腸カメラの実施状況を電子カルテや受診結果の返信状、翌年人間ドック受診時の医療面接などから収集する
- ③ ①②を集計、分析する

【倫理的配慮】

個人が特定されないようにデータを収集し、本研究以外には利用しない。院内の倫理委員会で承認をされている。

【便潜血検査の要精検者 二次検査への流れ】

人間ドック受診者は2日分の採便を提出、看護師が医療面接時に前回の検査結果を元に受診状況や精密検査の有無を確認する。医師の診察時、便潜血陽性者には大腸カメラの実施を勧め、当日受診希望者は内科受診をして、大腸カメラの予約をする。当日受診を希望しない方には保健指導及びリーフレット（図2）を渡して受診を勧める。D判定者には2週間後に健診結果とともに紹介状を送付する。

精密検査受診の状況は電子カルテや受診した医療機関からの返信状で確認する。返信がない場合は3か月後に受診勧奨文書を送付し、6か月後にはフォローアップの電話で、受診状況の聞き取りを行う。さらに、翌年人間ドックで受診状況の確認を行う。（図1）



（図1）便潜血検査 要精検者の二次検査の流れ

大腸内視鏡検査

～大腸がんの予防と早期発見のために～

近年、大腸がんは増加傾向にあり、部位別にみた悪性新生物の死亡率をみると女性では第1位、男性では第2位になっています。

大腸がんはある程度進行してしまうまで自覚症状はありません。大腸がんは早期発見ができれば内視鏡での治療が可能です。また、早期の大腸がんが発見できるばかりでなく、がん化する恐れのあるポリープを内視鏡で切除することによってがんを未然に予防することができます。

大腸がんの予防と早期発見・治療の検査として大腸内視鏡検査は大変有効です。

便潜血検査が陽性になった場合は大腸内視鏡検査を行うことを強くお勧めします。

（図2）帰宅時に渡すリーフレット

【結果】

2021年4月～2024年3月までの3年間の人間ドック受診者は4,905人、そのうち便潜血陽性者は507人で、平均年齢は57.4歳、中央値は58.6歳であった。便潜血陽性者のうち、経過観察のC判定は107人、D判定は400人、要精検率は8.1%であった。D判定400人のうち263人（65.8%）は医療機関を受診し、そのうち242人（92%）は大腸カメラを実施してい

た。精検受診率は60.5%と全国平均プロセス指標^{※1} 56.7%を超えていた。大腸カメラを実施した97人(40.1%)はポリプを切除しており、D判定者の5人(1.3%)は悪性と診断されていた。(図3)

当院の大腸カメラを実施した人は当日予約が93人、後日予約が34人で、計127人、他院受診予約が115人であった。健診日から大腸カメラ実施までの平均日数は当日予約が28.1日、当院または他院の後日予約が80.3日、比較すると52.2日短くなっていた。

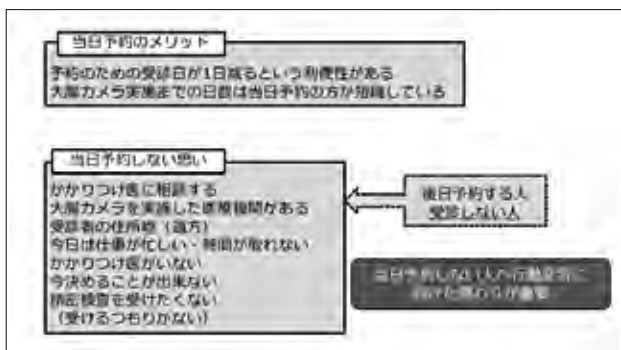
大腸カメラ未実施者のうち、翌年人間ドックで便潜血陽性者は14人いた。



(図3) D判定者の二次検査状況

【考察】

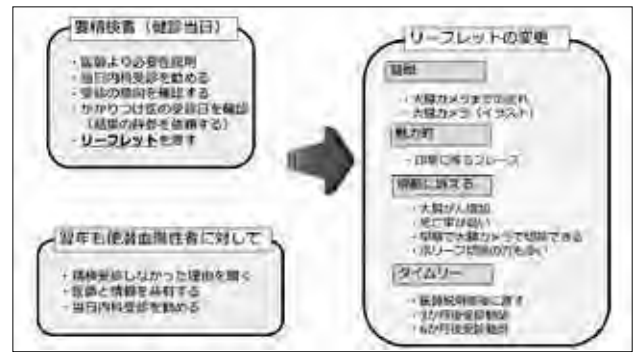
健診当日に内科受診して大腸カメラ予約を行うことはD判定者にとって、予約のための受診日が1日減るといった利便性があり、また大腸カメラ実施までの日数を短縮できるメリットがある。当日予約しない人の思いとしては、かかりつけ医に相談する、以前大腸カメラを実施した医療機関がある、受診者の住所地に受診する、今決めることが出来ない、大腸カメラを受けたくない(受けるつもりがない)など様々である。当日予約しない人の中には、後日受診をしない人があるため、行動変容に向けた医師や看護師の関わりが健診当日には重要である。(図4)



(図4) 当日予約のメリット・当日予約しない人の思い

より良い選択をする行動変容を促す手法として『ナッジ=そっと後押しをする』がある。精検受診率向上に向けナッジを利用した関わりの具体的方法として、まず、健診日の当日内科受診のメリットを説明し、積極的に勧めていく。当日

受診しない人には、受診の意向を確認し、リーフレットを渡すことで、さらに後押しをしていく事が有用であると考え。ナッジのフレームワーク「EAST」(Easy=簡単で、Attractive=魅力的で、Social=規範に訴え、Timely=タイムリー)の要素を考慮して、リーフレットの変更を行う。大腸カメラを実施していない人が翌年も便潜血陽性の場合は、精検受診に至らなかった理由を聴取し、医師と連携して、健診当日の内科受診を勧めていく。(図5)



(図5) 精検受診率向上に向けた関わり

【まとめ】

過去3年間の人間ドック受診者の中から、便潜血検査でD判定になった人の二次検査状況を調査した。今回調査では、大腸カメラ実施までの平均日数は、当日受診予約が28.1日で、後日予約より52.2日短縮につながった。当院人間ドック大腸がんの精検受診率は60.5%であり、未受診者・未把握者は39.5%であったが、未受診率・未把握率と分けて集計する必要があった。

大腸カメラは身体的負担が生じ、行動変容には高いハードルがあるため、ナッジの手法を利用し、今後多職種・他部門と連携して大腸がん早期発見のために更なる精検受診率向上に努めていきたい。

※1) 人間ドック機能評価 Ver4.0.フォローアップ実績統計 2024年6月

【参考文献】

- 1) 竹林正樹 北折一.医療・健康支援に関わる人が「ナッジを知りたい」と思ったときに読む本.東京都:一般社団法人 日本家族計画協会.2024
- 2) 大竹文雄 平井啓.医療現場の行動経済学.東京都:東洋経済新報社.2022
- 3) 齊藤博.大腸がん検診.地域医学 (0914-4277) 2024;38 巻2号 Page131-137
- 4) 松田尚久.日本における大腸がん検診の現状と将来展望.東邦医学会雑誌 (0040-8670) 2022;69巻4号 Page168-170
- 5) 奈須優華.大腸がん検診後の精密検査の実施状況と

- 入院・手術リスク.日本保険医学会誌 (0301-262X)
2023:121巻2号 Page113-121
- 6) 間部克裕.日本における消化管がん検診の現状と課題.診
断と治療 (0370-999X) 2023.:111巻7号 Page877-884
- 7) 坂東照美.大腸がん二次検査受診率向上で早期発見・
早期治療につなぐ～人間ドック後の大腸内視鏡検査の
予約体制を改善して～公立みつぎ総合病院誌 (2432-
0544) 2020 : 25巻1号 Page81-83
- 8) 第4期がん対策推進基本計画 .[https://www.mhlw.
go.jp/content/11907000/001127422.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/001127422.pdf)
2025/1/20
- 9) 第8次保健医療計画. [https://www.pref.hiroshima.
lg.jp/uploaded/attachment/575697.pdf](https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/575697.pdf)
2025/1/20
- 10) がん検診事業の評価.がん検診 .[https://www.mhlw.
go.jp/content/10901000/001046964.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001046964.pdf)
2025/1/20

8. 人間ドックにおける保健指導の現状と課題について考える～飲酒習慣に着目して～

御調保健福祉センター（保健師） 石田 奈奈恵・瀬原 英里・村上 美由紀・高山 敬子
 國友明美・山内香織・高瀬奈美・佐藤妙子

【はじめに】

当院は日本人間ドック・予防医療学会の「保健指導実施認定施設」に認定され、全受診者に対し保健師が保健指導を行っている。医師による結果説明の内容を看護師と共有し、指示に基づいて指導を行い、数値の経年変化や生活習慣の振り返りから、具体的な行動目標を設定、意識づけのための目標カードを作成している。令和6年2月に厚生労働省から「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」が発表され、全国的にもアルコール健康障害の発生予防が取り組まれている。当院でも医師の指示が最も多い項目が「飲酒習慣の改善」であり、今回「飲酒習慣」に着目し研究に取り組んだ。（図1）



（図1）

【研究方法】

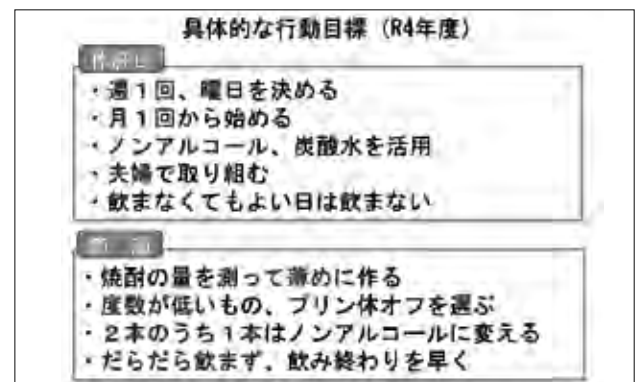
医師による飲酒指導指示があった受診者のうち、2年連続受診者で飲酒に関する保健指導を実施した方の飲酒習慣に着目し、特定健康診査問診票、保健指導記録等から飲酒量、頻度等の指導前後の比較、及び行動目標の達成状況を検討した。

【令和4～5年度人間ドック受診者の状況】

令和4年度と5年度の2年連続受診者1,122人のうち、4年度に飲酒指導指示があった266人について調べると、飲酒目標を立てた人は約半数の126人で、休肝日が最も多い状況であった（図2）。具体的な行動目標は（図3）のとおりである。



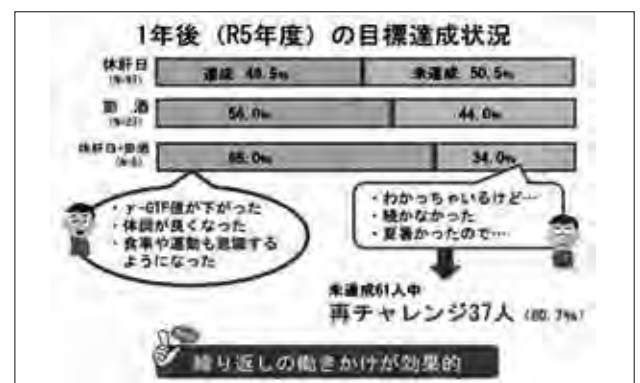
（図2）



（図3）

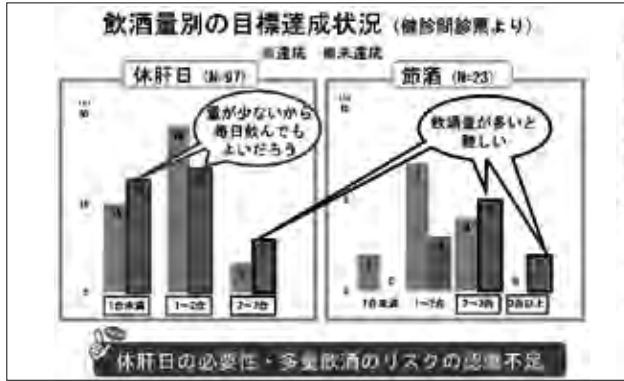
【目標達成状況と考察】

1年後の目標達成状況をみると、半数以上が達成していたが、半数弱は未達成だった。しかし「わかっているができていなかった」という気持ちに共感し、できそうなことを一緒に考えることで、6割の人が再チャレンジに繋がったことから、繰り返しの働きかけが関心を高めていくと考える。（図4）



（図4）

飲酒量別の目標達成状況をみると、休肝日では、1合未満・1～2合に未達成が多く、「量が少ないから毎日飲んでもよいだろう」という声もあった。肝臓への負担やアルコール依存症予防の認識を深める働きかけが重要と考える。また、節酒・休肝日ともに、2～3合・3合以上と量が多いほど達成が難しいため、多量飲酒のリスクを伝える必要があることがわかった。(図5)



(図5)

目標達成別のγ-GTP判定区分の変化を、D判定(要精密検査・治療)に着目してみると、達成では4年度D判定5人のうち4人が、次年度にはA、B、C判定に改善し、未達成では6人全員がD判定のままであった。休肝日を設けた結果、節酒にも繋がった人もおり、習慣を変えれば改善する傾向がみられた。(図6)



(図6)

目標達成者の飲酒量の変化を目標別にみると、休肝日の達成者のみ翌年の飲酒量が増えていた。休肝日ができても1回量が増えるのは課題で、量も意識した指導が重要と考える。(図7)



(図7)

【事例】

繰り返しの保健指導で行動変容に繋がった事例を紹介する。60代男性、休肝日はなく1日2～3合の習慣だった。令和3年度には、保健師からγ-GTPの数値の上昇やリスクなどを伝え、「量を減らす」を目標にしたが、4年度は未達成で数値も109に上昇した。逆流性食道炎の所見もあり、しぶしぶ「週1回の休肝日」を目標にしたが、翌年も未達成、γ-GTPも132とさらに上昇した。「休肝日を試してみたが続かなかった」と話されたことから、飲酒習慣の改善に向けた気持ちの変化を感じ、達成できそうな目標を一緒に考え、「月2回ならできそう」と自己決定された。その結果、行動変容につながり、6年度には月2～4回の休肝日が習慣化していた。γ-GTPは96に下がり、飲みすぎの翌日はセーブするようになった、家族が褒めてくれたと、意識や自己肯定感も高まっていた。(図8)



(図8)

【行動変容に繋がる取り組み】

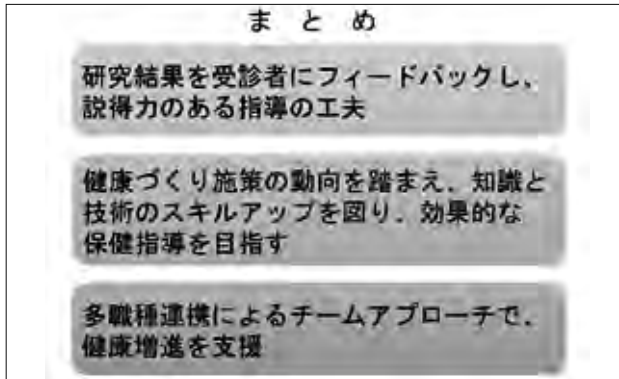
受診者の行動変容に繋がる取り組みとして、一人ひとりに届くアプローチを工夫している。関心を高めるために、健康に配慮した飲酒についての媒体の展示や、飲酒に課題がある人に対し、短く伝えるだけでも行動が変わるという臨床研究結果を踏まえ、関心が低くてもパンフレットを渡す取り組みをしている。そして、指導力を高めるために、年間計画に沿って医師、管理栄養士などの専門職を講師とした研修会を継続していきたい。(図9)



(図9)

【まとめ】

今後は、今回の研究結果を受診者にフィードバックし、説得力のある指導を工夫していきたい。また国や県の健康づくりに関する動向を踏まえ、知識と技術のスキルアップを図り、行動変容に繋がる効果的な保健指導を目指す。そのために、人間ドックに関わる全ての多職種と連携し、チームアプローチで受診者の健康増進を支援していきたい。(図10)



(図10)

9. よりよい看取り介護を実践するための看取り後カンファレンスの見直し ～「看取りケア確認シート」を用いた介護福祉士の振り返りと共有～

介護老人保健施設「みつぎの苑」認知症棟（看護師） 竹田 昌史・打越 愛樹¹⁾・田中 将大¹⁾・村東 美根子¹⁾
菅原 真由美・福本 尋美 介護福祉士¹⁾

【はじめに】

みつぎの苑認知症棟は、介護福祉士の看取り介護に対する精神的負担感の軽減を目指し、看取り介護の知識と技術の習得を目的にした研修を行った。グループワークを行い、介護福祉士同士や多職種と情報を共有できたことは効果的だったが、本人や家族との関わりに関しては研修後も精神的な負担感は軽減しないという結果が出た。理由として「本人や、家族の希望にそった介護が提供できているかわからない」と「死を迎える人やその家族に対し、自分の実践した介護が正しかったのか答えがわからない」また、「その思いを共有する場がない」ということが背景にあると考えた。

現在、看取り後カンファレンスは、主に家族からの意見の伝達、各職種が関わった内容について話し合いを実施しているが、介護福祉士個人の意見や振り返りを話す機会がなく、精神的な負担感を抱えたままであり、気持ちの整理がつかないまま次の看取り介護を実践している状況があった。そこで、「看取りケア確認シート」を活用した看取り後カンファレンスを実施することで、介護福祉士個人の気持ちの変化を検証した。

【研究方法】

看取り介護終了後一週間以内に自分自身のケアを振り返るため、既存の「看取りケア確認シート」を記入し、職種としての意見のみでなく、個人の思いの共有を目指した看取り後カンファレンスを実施し件数毎に集計した。

【研究対象】

みつぎの苑認知症棟 介護福祉士20名（従来棟12名 ユニット型8名）

研究期間内に看取りとなった7件の看取り介護対象者とその家族

【研究期間】

2023年9月～2024年12月

【倫理的配慮】

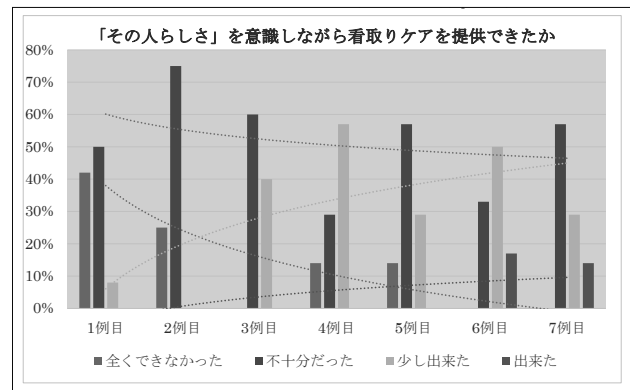
本研究で使用する個人情報個人が特定されないよう使用後は適切に処理する。研究同意は事前アンケートへの回答、提出にて行い不参加による不利益は生じない。当院の倫理委員会の承諾を得る。

【結果】

下記が「看取りケア確認シート」の集計結果である。大きく分けて4つの項目に分けられる。

①亡くなった方、その家族についての特徴やエピソードについて

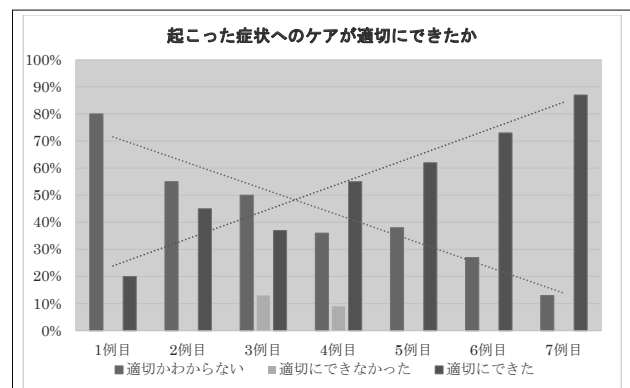
この項目は個別性が強く出ており、性格面やこだわりといった特徴、家族のエピソードなどがあった。「その人らしさ」を意識しながら看取りケアを提供できたかについては症例が増えていくごとに改善がみられた。（図1）



（図1）

②看取り期の状態の理解や本人・家族との関わりについて

個人差がある中でも便秘や口腔乾燥が共通して多く、その他の痛みや褥瘡などの症状はばらつきがあった。症状へのケアや看取りのケアプランに沿ってケアが出来たかについては症例が増えていくごとに改善がみられた。（図2）



（図2）

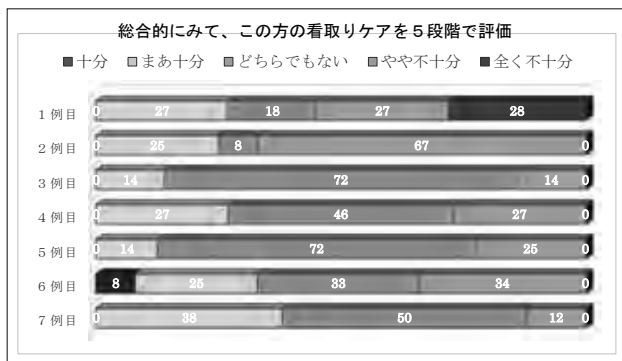
③亡くなった時、亡くなった後の本人・家族について

全症例で最期に関わったスタッフからは、本人家族共に比較的穏やかな表情であったとの結果になった。また、

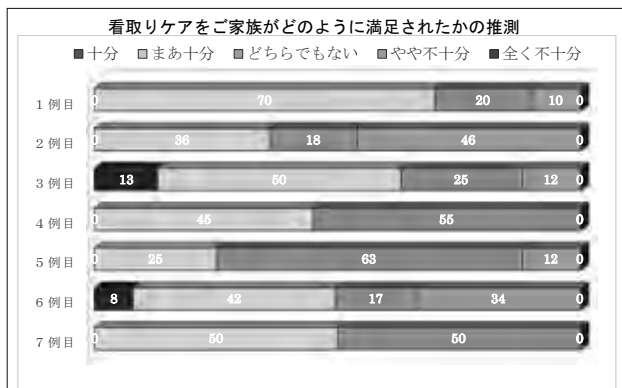
家族に後悔があったと思うかについても、全症例で全く無かったかどちらかと言えばなかったという結果になった。

④看取りのケアの自己評価と家族の満足度について

まず自己評価だが、全く不十分とやや不十分は減少傾向で、まあ十分と十分はやや改善傾向となった(図3)。推定の家族の満足度はどちらでもないが増えており、不十分項目は波があり、十分項目はやや下落している(図4)。また、フリー記述の後悔や反省点としては、感染症対策で面会も自由にできない、看取りとなると転床となるためあまり関わりがなくなってしまうなど、施設方針により困難さやわだかまりが残るといった内容があった。



(図3)



(図4)

【考察】

項目によっては個人差が大きく影響するものがある。個人差の内容としては、看取り期間の長さや症状、キーパーソンが成年後見人、家族の面会頻度や理解度などの社会的背景の違いなどがある。また、スタッフも利用者・家族に関わる頻度の差があり、受け止め方も違うため、どうしても症例により違いがあると考えられる。

しかし項目の中でも、ケア内容の理解や予測される症状などは知識と経験により改善が見込める内容であり、それらの項目は症例を重ねる度に改善した結果になったと考える。最期についての項目は、全ての症例で評価は良いため、QOLの高い看取りケア・対応が出来ていると思われる。ま

た、看取りの自己評価で不十分項目に改善がみられた結果は、看取りの振り返りをしっかり積み重ね、経験が増えたことが表れていると考えられるが、十分項目に大きな改善が見られないことや家族の満足度が良くならないことは、ケアや対応に関しての自信の無さや、知識や経験が増えたため「もっとこうしたら良かったのでは?違う対応が出来たのではないか?」という認識が増えた可能性があると考ええる。また感染症対策の施設方針による看取りに対する困難さやわだかまりは、事務も含めた多職種で適宜検討していく必要があると考ええる。

【まとめ】

症例により個人差が大きく、自信のなさが出ること多いと考えられるが、この経験の積み重ねと振り返りの共有は少しずつ次の看取りに繋がると思われる。そのことは精神的負担感軽減と看取り介護に対する自信になると考えられるため今後も続けていきたい。

【参考文献】

島田千穂・伊藤美緒：認知症・超高齢者の看取りケア実践，日総者研出版，p.80-94，2016

10. 外出困難な入所者への「仮想ふるさと訪問」の効果と課題

特別養護老人ホーム「ふれあい」（介護福祉士） 竹國美和・植田雅美・小川浩美¹⁾
看護師¹⁾

【はじめに】

2019年以降、新型コロナウイルス感染症の蔓延により自粛生活が長期化し、2023年5月に新型コロナが5類感染症に移行されてからも感染予防の観点から全てが元通りとはいかない状況がある。当施設において2022年「仮想観光バス旅行」に取り組んだ。考察の中で、さまざまな利点が明らかになる中、新たな外出支援の一つとして集団から個別に視点を移し、外出困難な入所者の支援として取り組むことにした。「仮想ふるさと訪問」として、入所者とその家族の反応や変化を事例を通して紹介し、取り組みの効果や今後の課題を明らかにする。

【研究目的】

外出困難な入所者とその家族に対し、映像や写真を利用した新たな形での外出支援「仮想ふるさと訪問」を実施。入所者・家族の反応や変化を事例を通して紹介し取り組みの効果や今後の課題を明らかにする。(図1)



(図1)

【研究方法】

- ①入所者・家族へゆかりの場所や旅の思い出等の情報をもらい、地域や在宅を想定した映像を作成
- ②「仮想ふるさと訪問」を実施し入所者・家族の反応を評価表を用いて調査
- ③行事に参加した家族にアンケートを用いて感想を聞き取る
- ④入所者・家族の反応や変化を事例を通して紹介し取り組みの効果や今後の課題を明らかにする

【Aさんの仮想ふるさと訪問の様子紹介】

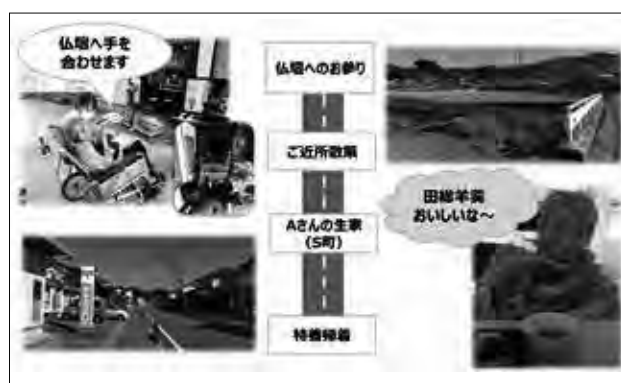
Aさんは90代前半女性、要介護4、認知症度：Ⅲb。意思疎通は可能だが高度の難聴あり。

家族との面会制限や行事中止となってから身体機能の低下や認知機能の低下が見られるようになる。ご家族や親戚の方が4名参加され、Aさんの住んでいた家や生家などを巡った。

スタッフは、地図を使って行程や写真の説明をしたり、ご家族にもご協力頂いて映像の途中で入所者に話しかけて貰いながら終始和やかにすすめた。ご主人が作られた木魚、ご主人の写真、本人が昔使用されていたカバンや服などの愛着のあるものを持参して頂き、身に着ける事で外出気分を味わえるように工夫をした。映像の所々でAさんへ質問をすると、なじみの場所を覚えておられ、「牛を飼っていた」など昔のエピソードを話して下さった。ご家族も「よく覚えているね」とうれしそうな表情をされていた。終了後、昔本人が作って飲まれていたハブ茶と田総羊羹をととても美味しいと食された。(図2) (図3)



(図2)



(図3)

【Aさんの変化】

Aさんの変化については行事の参加が刺激となり、職員との会話も増え、昔の思い出などが良く聞かれるようになり表情も笑顔がみられるようになる。家族からは「元気そうな姿が見られて良かった」と感想を頂いた。(図4)

Aさんの変化	<ul style="list-style-type: none"> ・行事の参加が刺激となり、会話が増える ・昔の思い出などを良く話され表情も笑顔が増える ・家に帰りたいという思いを口にされる ・以前は転倒傾向だったが、覚醒時間が増える
家族の感想	<ul style="list-style-type: none"> ・元気そうな姿が見られて良かった ・入所時と比べて別人のよう、日に日に元気になっていくのを感じられて嬉しかった ・住んでいる所の情報も取り入れてもらって良かった

(図4)

【Bさんの変化】

Bさんの変化については行事の参加により昔を思い出され、前向きな発言が多く見られるようになり、表情も以前に比べて明るくなる。離床時間も増え、他利用者と会話をされるなどの変化も見られている。家族からは「元気が出て良かった」と感想を頂いた。(図7)

Bさんの変化	<ul style="list-style-type: none"> ・昔を思い出され前向きな発言が増える ・表情も以前に比べて明るくなる ・離床時間も増え他利用者と会話するようになる
家族の感想	<ul style="list-style-type: none"> ・元気が出て良かった ・昔の事をよく覚えていてびっくりした

(図7)

【Bさんの仮想ふるさと訪問の様子紹介】

Bさんは70代後半の女性。要介護3、寝たきり度C1、意思疎通可能。行事参加前は意欲低下があり、気分の落ち込みがみられていた。息子2人が参加され、生家やなじみのある場所を巡った。写真や映像を見ながら、「ここ懐かしいね。」「昔、行っていたね」などの会話があり、笑顔で喜んでもらえた。最後に家族三人で記念写真を撮った際に「何十年ぶりの家族写真かね」と喜ばれていた。(図5)(図6)



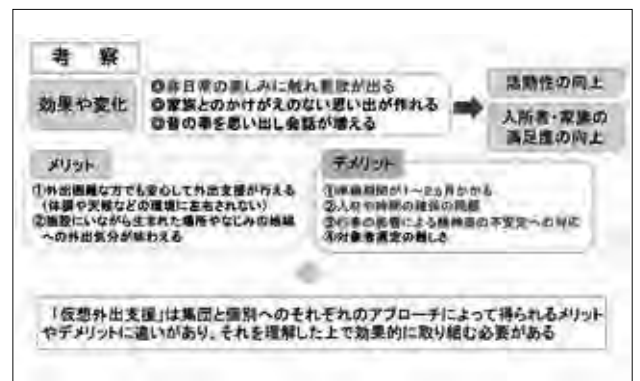
(図5)



(図6)

【考察】

行事の結果から、非日常の楽しみに触れ意欲が出ることなどにより、活動性の向上がみられ、入所者・家族の満足度の向上につながったといえる。反面、メリットだけではなくデメリットや課題もあることが分かった。デメリットとして、企画からスライド作成までに1~2ヵ月準備期間を要し、人材や時間の確保を考えるとケースを十分に検討し抽出しなければ新たな形での外出支援として実施するには難しいと感じた。また、行事によって帰宅願望が強くなることで精神的に不安定となることも見受けられた。したがって、写真や映像を使った「仮想外出支援」は集団と個別へのそれぞれのアプローチによって得られるメリットやデメリットに違いがあり、それを理解した上で効果的に取り組む必要があることが分かった。(図8)



(図8)

【おわりに】

外出支援などの行事は、家族や地域と触れ合うことで、入所者にとって楽しみや生きがいにつながる。今回「仮想ふ

るさと訪問」を実施し、外出の効果やメリットを再確認できた反面、デメリットも浮かび上がった。しかしながら、外出困難な入所者とその家族にとって、いつまでも心に残るかけがえのない思い出となったことは間違いない。私たちはこれからも、時代や環境の変化に対応しつつ、家族や地域との交流を試み、入所者の意欲や活動性の維持向上に努めていきたい。

【参考文献】

- ・辻下 聡馬, 涌井 忠昭 奈良学園大学紀要12,159-165,2020「高齢者の人生の目的が生きがい

前向きな態度およびQOLに及ぼす影響」

- ・山田 実 (2021) 「COVID-19による高齢者の活動への影響と社会参加」
- ・公益財団法人長寿科学振興財団 機関誌 Aging& Health No.97

11. 一般病棟における単位取得の一元的管理の試み～「単位表」の試験的運用～

リハビリ部(理学療法士) 藤井恭平・神庭千陽¹⁾・細井由紀¹⁾・中本円香¹⁾・平井佳晃
濱本憲一郎・吉村宏文¹⁾・臂宏泰 作業療法士¹⁾

【はじめに】

当院一般病棟では単位の管理を原則各療法士個人で行っている。急な休み等があった場合に、担当以外が個別療法を行う「代行」の調整が必要となるが、他の療法士の予定や業務量が把握しにくい状況であったため、その調整や管理に課題があった。そこで、療法士と患者を一覧で表した表(以下、単位表)(図1)を用いてリハビリ業務を一元管理できないかと考え、代行や業務量の調整の効率化を目指した試験運用を第2病棟で行った。その結果と考察について報告する。

(図1)

【方法】

実績の比較として、2024年8月1日～9月30日の期間での第2病棟での①一日当たりのリハビリ対象者数、②代行による取得単位数、③取得単位数の代行の割合、④療法士一人当たりの取得単位数、⑤患者一人当たりの一日の取得単位数、⑥総取得単位数を前年同期と比較する。また、第2病棟を担当している理学療法士(以下、PT)4名、作業療法士(以下、OT)4名に対し、記述式のアンケートを実施し、①実際に運用してみて良かった点、②単位表の運用による代行に対する意識の変化、③改善点や分かりにくい部分について調査する。

調査の結果についてはAIテキストマイニング ユーザーローカル (<https://textmining.userlocal.jp/>) による分析を行う。

【結果①】

代行による取得単位数、取得単位数の代行の割合、療法士の一〇日当たりの平均取得単位数、患者一人当たりの一日の単位数、総取得単位数は増加となった。特に代行による取

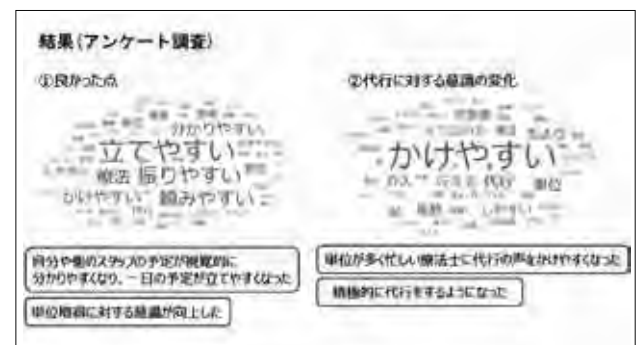
得単位数は昨年の69から239に増加し、取得単位数における代行の割合も1.7%から5.5%と約3倍に増加している。(図2)

	一日当たりのリハビリ対象者数(名)	代行による取得単位数(単位)	取得単位数の代行の割合(%)	療法士一人当たりの平均取得単位数(単位)	患者一人当たりの一日の単位数(単位)	総取得単位数(単位)
2023年8月～9月 PT4名・OT3名	33.1	69	1.7	12.6	3.04	3696
2024年8月～9月 PT5名・OT4名	30.4 ↓	239 ↑	5.5 ↑	13.5 ↑	3.49 ↑	4312 ↑

(図2)

【結果②】

アンケートの結果では、良かった点として自分や他のスタッフの予定が視覚的に分かりやすくなり、一日の予定が立てやすくなった、単位取得に対する意識が向上した等の回答がみられた。代行に対する意識の変化については単位が多く忙しい療法士に代行の声をかけやすくなった、積極的に代行をするようになった等の回答がみられた。(図3)



(図3)

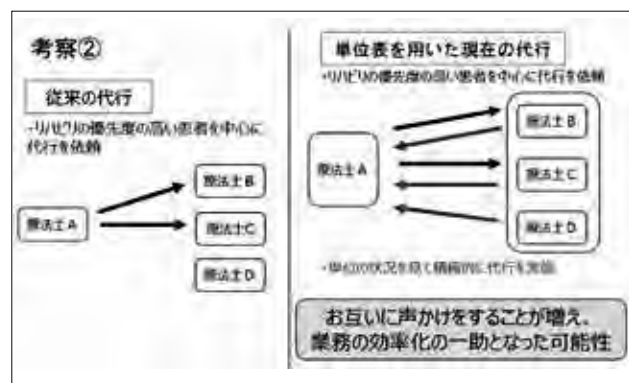
【考察】

単位表による単位の可視化により、その日のリハビリ対象者の人数や予定、各療法士の業務量の把握が可能になった。それによる一日の予定の立てやすさや代行の声かけのしやすさといったメリットが挙げられ、これらにより単位取得の意識が向上したと考えられる。この意識の向上が積極的な代行による業務量のシェアという形で効率化につながり、結果として代行による取得単位数の増加や患者一人当たりの一日の単位数の増加になった。

また従来の代行は、急性期の方などリハビリの優先度の

高い患者を中心に、不在の療法士が出勤する療法士に代行を依頼する形となっていた。それに対して単位表を用いた現在では、従来通り不在の療法士が依頼するだけでなく、療法士が自分や他の療法士の単位の状況を見て、積極的に代行を実施するようになった。つまり、お互いに声かけが増えたことで、業務の効率化の一助になった可能性が考えられる。

(図4)



(図4)

【今後の課題】

課題としては、一般病棟では入退院や転棟の頻度も多く、単位表の更新が頻回に必要になってしまうため、今後も継続的に運用していくためには、どのように効率化を図っていくか検討していく必要がある。また、今回の調査では単位表の業務量の調整に関する検証が十分にできなかった。

【おわりに】

今回の調査で単位表による各療法士の単位数や予定の可視化による単位取得の意識の向上や代行の声かけのしやすさなどのメリットがあった。また、実績面においても代行による取得単位数など昨年と比べて増加という結果になった。一方で入退院の多さによる頻回な更新など課題もあるため、検討を続けていく必要がある。

12. 脳卒中の予後予測 FIM予測式の実用報告

リハビリ部（作業療法士） 普家 一博・小林 美緒・三阪 義貴¹⁾・坂井三知恵¹⁾
 小林優・臂美穂 理学療法士¹⁾

【はじめに】

予後予測は具体的な治療計画の決定や、患者、その家族の退院支援に欠かすものがないと言われている。脳卒中の予後予測に関して、小山による対数モデルを用いた予後予測式（以下、予測式）が報告されている。1) 今回、この予測式を活用し、当院回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）において使用した結果を考察し報告する。
 ※予測式：予測式はFIMの評価を複数回行うことで予測したい日のFIM点数すなわちFIM-Xを算出する計算式です。回復期リハ病棟入棟時の発症からの日数をA、再評価日の発症からの日数をBとし、それぞれの日にちのFIM点数をFIM-A、FIM-Bとする。予測したい日の発症からの日数をXと設定することでFIM-Xの予測が可能となる。（図1）



(図1)

【予測式の活用方法】

FIMの合計予測点数から各運動FIM項目の予測点数を示すFIM予測シートを作成（図2）、各運動FIM項目の予測点数を示すことで患者ADLの予後予測を説明しやすくなると仮定し、回復期リハ病棟入院患者の担当者カンファレンス、家族への面談にて使用を試みた。

【作成した予測シート】

予測シートに発症日、回復期リハ病棟入院日、1か月後の評価日および、入院時、1か月後の総合FIM点数、総運動FIM項目点数をそれぞれ入力すると、予測式により2か月～5か月後の総合FIM・総運動FIM項目の予測点数が算出され、算出された総運動FIM項目の予測点数から表（図3）

に応じた目標点数の設定を2ヶ月から5ヶ月まで設定すると、13項目ある各運動FIMの予測点数が表示される。例えば総運動FIM項目の予測点数が35であった場合は表を参考に目標点数を40と設定すると各運動FIM項目の予測点数が表示される。運動FIM項目の点数表示のみではFIMの変化が家族へ伝わりにくいと考え、入院時と1か月後の各運動FIM項目点数と2ヶ月から5か月までの各運動FIM項目の予測点数の変化が、視覚的に伝わるようにグラフを作成した。



(図2)

予測点数	目標点数
13～22	20
22～33	30
34～42	40
43～53	50
54～66	60
67～74	70
75～82	80
83～91	90

(図3)

実際に使用した1例では各運動FIM項目の・整容・上半身の更衣・トイレ動作・排尿・排便・ベッド移乗・トイレ移乗の項目でFIM点数が向上する可能性が予測された。（図4）

使用した例		入院時	1か月後	2か月後	3か月後	4か月後	5か月後
セルフケア	整容	5	5	5	5	5	5
	更衣	3	4	5	5	5	5
	清拭	1	1	1	1	1	1
	更衣(上)	1	1	2	2	2	2
	更衣(下)	1	1	1	1	1	1
排泄コントロール	トイレ動作	1	1	2	2	2	2
	排尿	1	1	2	2	2	2
移動	トイレ	1	1	4	4	4	4
	移乗	1	1	1	1	1	1
移動	移行・移乗	1	1	1	1	1	1
	移動	1	1	1	1	1	1

・整容・更衣(上)・トイレ動作
 ・排泄コントロール・移乗の向上が予測

(図4)

【結果】

当院回復期リハ病棟では、入院時と、入院から1週間後、その後2週間ごとに病棟において、FIMの評価を実施している。この総合 FIM 点数を FIM 予測シートに入力しカンファレンス、面談で使用を試みた。多職種で構成される担当者カンファレンスでは FIM 予測シートを用いることで、患者 ADL のトイレ動作・更衣動作の介助量軽減を目標とする裏付けの一つとなった。面談での使用については対象としていた方の面談を入院から4週目に実施したため、予測シートで使用する5週目の FIM 評価では対応できなかった。

【考察】

各運動 FIM 項目の予測点数を示すことで患者 ADL の予後予測を説明しやすくなると仮定し検証した。担当者カンファレンスでの使用については、今回紹介した一症例のように各運動 FIM 項目の点数を示したことで、トイレ動作、更衣動作の介助量軽減を目標とする裏付けの一つとなり、患者のゴール設定を共有しやすくなったことから、FIM 予測シートは、患者 ADL の向上にむけた一つのツールとして活用出来るのではないかと考える。

また、面談での使用については、FIM 予測シートを使用するには、5週目の FIM 評価点数が必要であり、4週目以前の面談には使用が難しく、使用時期を検討する必要性が示唆された。よって、今後の使用については、当院回復期リハ病棟では、4週目以内に1回目の面談を予定することもあるため、FIM 予測シートを用いて説明するには5週目以降の2回目での使用や、FIM 予測シートで使用する FIM 評価日の変更を検討する必要性が考えられた。

【まとめと課題】

今回、FIM 予測シートを作成した。運動 FIM 項目の目標設定の共有が容易になった一方、面談での使用方法が課題となった。今後は、症例数を重ね、使用方法を改善し、患者の ADL 向上、スムーズな退院支援につなげていきたいと考える。

【引用・参考文献】

- 1) 小山哲夫：脳卒中患者の機能予後予測と地域連携パス。
Jpn J Rehabil Med VOL. 46 NO.2,2009
- 2) Koyama T, Matsumoto K, Okuno T, et al : A new method for predicting functional recovery of stroke patients with hemiplegia: logarithmic modeling. Clin Rehabil 19:779-789,2005

13. 訪問看護ステーションにおける災害時初期対応訓練の取り組みと効果

訪問看護ステーション「みつぎ」（理学療法士） 藤本 光理・田中 慎太郎・出羽 真由子¹⁾・上田 由美子²⁾
馬屋原 佐知子²⁾ 作業療法士¹⁾看護師²⁾

【はじめに】

近年、全国各地で大規模な自然災害が頻発しているが、訪問看護ステーションは、災害発生時も、利用者に必要なサービスを安定的・継続的に提供できる体制を構築する必要がある。また、2024年度から、業務継続計画（以下BCP）の策定、および年に1回以上の研修・訓練の実施が、厚生労働省より義務付けられている。

BCPの訓練の目的は、職員に必要な知識や技能を習得させ、役割分担の明確化を図り、災害への意識を定着させること、BCPの実効性や内容の適切性を確認することとされている。一方で、研修・訓練内容に関しては、具体的な内容や手順が定められていないため、本研究では、職員の知識や災害発生時の判断力を向上させることを目的として研修・訓練計画を立案、実施し、アンケート調査にて効果を検証した。

【研究期間】

2024年6月～12月

【研究対象】

当ステーションに在籍する職員18名
職種は、看護師、理学療法士、作業療法士、事務員

【研究方法】

研修・訓練計画を立案し、実施前アンケートを行い、研修・訓練を実施後、再度アンケートを行った。

研修は、①BCPの概要、②職員の安否確認、③アクションカードに沿った実践的行動、④ハザードマップについて、の4つの項目について実施した。訓練としては、安否確認訓練を適宜実施しながら、5分間シミュレーションを1ヵ月半行った段階で、災害時初期対応シミュレーションを実施した。安否確認訓練では、LINEを用いた職員の安否確認と、災害用伝言ダイヤルを実践した。5分間シミュレーションでは、週に2回、朝礼後に災害発生時の対応などを数人のグループで討議し、全体で意見交換を行った。災害時初期対応シミュレーションは、業務中の災害発生を想定したシナリオを用いた机上訓練で、水害、地震で1回ずつ、30分間で実施した。周囲の状況の変化に応じて訪問先や事業所での対応をグループで討議し、全体で意見交換を行った。

アンケートとして、研修・訓練実施前アンケートでは、①災害への備えに関心があるか、②BCPにおける訓練の意義を理解しているか、③災害発生時に適切に対応できるか、を4段階評価で問い、実施後アンケートでは、上記3項目に加えて研修・訓練内容の評価を加えた。

【倫理的配慮】

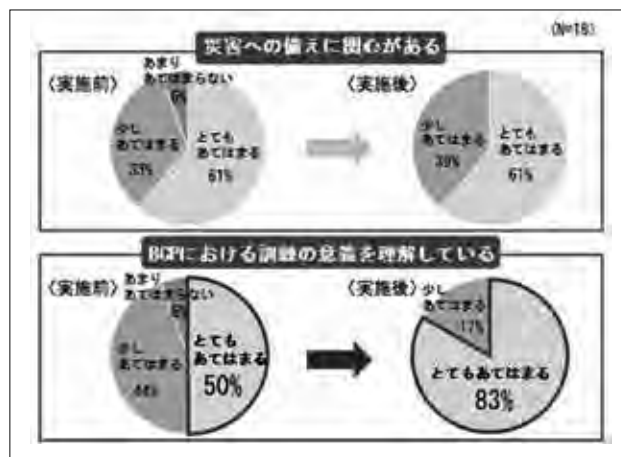
得られたデータは本研究以外には使用しない。個人が特定されないよう配慮する。研修・訓練実施前および実施後のアンケートへの返答をもって研究への参加に同意したものとみなす。

【結果】

“災害への備えに関心があるか”では実施前後とも、“とてもあてはまる”が61%であった。“BCPにおける訓練の意義を理解しているか”では、“とてもあてはまる”が実施前の50%から、実施後、83%に向上していた。（図1）

“災害発生時に適切に対応できるか”では、“少しあてはまる”が実施前の22%から、実施後、83%に向上していた。研修・訓練の実施頻度や時間、難易度の評価では、訓練回数や実施時間帯に対する意見が出た。（図2）

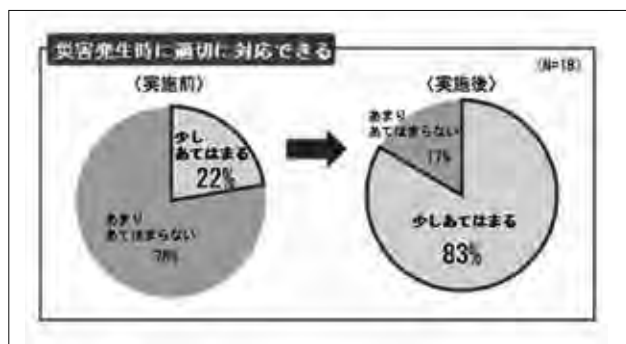
効果があったと思う訓練については、災害時初期対応シミュレーションが最も多く、“実際の訪問先のためイメージしやすかった”といった意見がきかれた。次いで5分間シミュレーションが多く、“繰り返し行うことで意識づけとなった”といった意見がきかれた。必要がないと思う訓練は、回答が無かった。（図3）



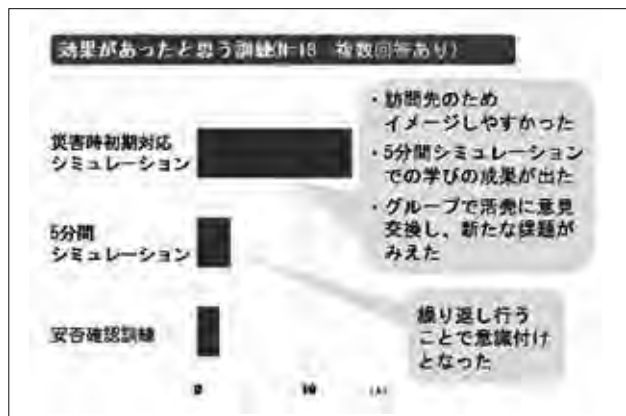
（図1）

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 令和3年度介護報酬改定の主な事項について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>, 2024-4-4.
- 2) 厚生労働省. BCP策定の手引き.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001112927.pdf>, 2024-4-4.
- 3) 寺田英子:BCPの実効性を高める教育・訓練, コミュニティケア, 24(1):66-69, 2022
- 4) 石田千絵, 佐藤太地, 金坂宇将他:BCMとは何かBCPの実効性を高めるための方策と今後の課題, コミュニティケア, 25(2):12-18, 2023
- 5) 真柄和代:日常的な対策で、災害に強いステーションをつくる, コミュニティケア, 25(2):34-36, 2023



(図2)



(図3)

【考察】

今回、5分間シミュレーションにて災害対応の検討を繰り返したのちに、災害時初期対応シミュレーションを実施したため、災害時初期対応シミュレーションにて業務場面に即した災害対応を活発に討議でき、訓練意義の理解や災害対応への自信の向上につながったと考える。

また、訓練中にBCPの課題の発見や、具体策の提案があり、BCPの詳細の検討につながった。訓練目的のひとつである、BCPの実効性や適切性を確認するという面からも、今回の訓練は有効であったと考える。

【まとめ】

当ステーションの職員を対象に、BCPの研修・訓練計画を立案し実施した。アンケート調査にて効果検証を行った結果、訓練意義の理解や、災害対応への自信の向上がみられた。

今後の課題としては、訓練回数や時間など、細かい部分で検討の余地が見つかったため、より効果的に実施できるよう、研修・訓練計画の修正が必要と考えている。また、今後も継続していくためには、担当者が変わっても負担なく研修・訓練を運営していくための仕組み作りが必要と考えている。

今回立案した計画をもとに、実効性を高められるよう修正しながら、来年度からも取り組んでいきたい。

14. 特別養護老人ホーム「ふれあい」での生活支援に向けたリハビリテーションの取り組みと理学療法士の役割

保健福祉総合施設リハビリ部（理学療法士） 前原 恵美

【はじめに】

特別養護老人ホームふれあい（以下当施設）に入所された利用者で、入所時に身体機能の向上を必要と評価した方々の生活リハビリへの移行の過程を紹介し、当施設での生活支援に向けた理学療法士の役割を考察していく。

【活動目的】

特別養護老人ホーム「ふれあい」は利用者個人の尊厳を尊重した施設生活への支援として

- ・個別ケアプランを基に生活リハビリテーションを基本としたケアの提供
- ・医師、管理栄養士、言語聴覚士、看護師等で栄養マネジメント支援
- ・主体性を尊重した心身機能の維持向上が図れる様に理学療法士が、言語聴覚士や音楽療法士の協力の基、施設内での個別や集団リハビリテーションを実施等のサービスを提供しながら地域社会での高齢者の生活を支援する介護老人福祉施設である。その中で当施設へ入所され生活リハビリテーションへ移行する際のリハビリテーションの役割を明確にしていく事を目的とする。

【活動方法】

特別養護老人ホーム「ふれあい」に入所された利用者で、身体機能の向上が必要と評価し個別リハビリテーションを提供した利用者を数名選出し、利用者の生活リハビリへの移行の経過を調査し特別養護老人ホーム「ふれあい」での生活支援に向けたリハビリテーションの役割を考察していく。

【活動期間】

2024年9月～12月

【対象の選出方法】

令和6年度以降で入所され生活リハビリテーションに移行する際、身体機能の向上が必要と評価した個別リハビリテーションを提供した利用者を数名選出する。

【倫理的配慮】

本研究は対象者に対し活動内容および調査結果を研究発

表として報告する旨を説明し、発表の際に個人名が特定されることがない配慮を行うことを説明し、同意書並びに撤回書を用いて実施する。（同意書提出後に撤回希望があった場合速やかに対象から外す）

【利用者紹介1】

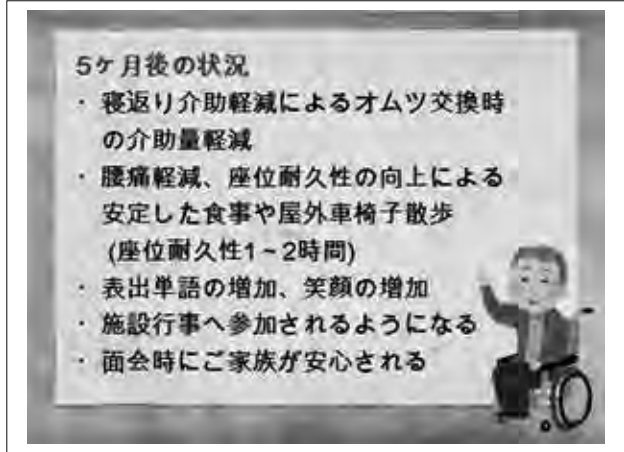
Aさん70代男性、視床出血発症で回復期病棟にてリハビリ実施されたが重度右麻痺、重度失語症が残存、基本動作が寝返りから全介助レベルで、自宅生活困難にて5ヶ月後に当施設に入所となられた。入所時の状況は、麻痺が重度で移乗介助一人では危険なレベル。食事は食べこぼし多く中断して直ぐに帰ろうとする。重度失語症にてコミュニケーションはほぼ取れず、入所2週目頃腰痛がましている事が判明。対応として移乗はリフター使用、受診での処方薬とコルセット使用し食事道具の工夫を行う。又座って過ごせる時間が増やせるか暫く週2回個別機能訓練を行うことを本人家族に説明し実施することにし、生活の場面では出来るだけ安定した車椅子座位をとってもらようようにしてもらい、また孤独にならない様スタッフで積極的に声を掛ける事とした。（図1）

Aさん(70代男性)の状況と対応	
入所時の状況 経過：6年7月 視床出血発症 Y+1ヶ月 回復期病棟転院 Y+5ヶ月当施設入所 麻痺：右上下肢中重度 身体機能： 短距離歩行全介助 おむつ交換介助大 座位保持不可 移乗介助一人では危険 車椅子座位耐久性30分程度 食事：食べこぼし多く途中で頻りに降りたがる 車椅子調整：全調整(ジャギー) コミュニケーションがほぼ取れない 腰痛が増していたことが後日判明	当施設での対応 移乗：リフター使用 食事：更紗にて両手性腰紐状 に対し股帯とコルセット 食器の滑り止め使用等の工夫 個別訓練(2回/週) ベッドにて筋力強化 基本動作練習 座位保持練習 生活場面での対応： 座位姿勢を整える 積極的に声をかけ話しがけ

(図1)

訓練の経過は、実施する度に僅かな体幹部の筋活動が増加し、日常で座位の機会も増やしたかったが集団訓練等には興味を示されず訓練と食事時間以外は起きてこられない日が続いた。しかし秋頃屋外散歩を提案すると起きて来られ又施設行事にも好まれて起きてこられるようになり、ケア場面ではおむつ交換の時

寝返りを行われるようになり、腰痛も軽減し食事時の座位時間も増え座位耐久性向上。日常のコミュニケーションはなかなか上手く行えない日が多かったが、生活に必要な事のやりとりは何とか可能になり、又徐々に表出単語も増加し笑顔も増え面会に来られたご家族も安心された。(図2)



(図2)

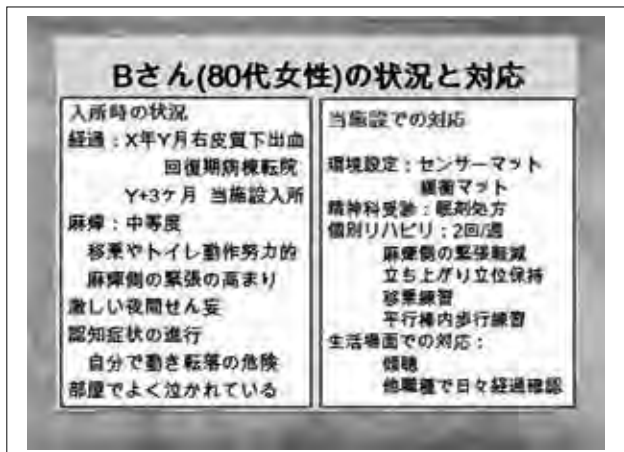
【利用者紹介2】

2例目の利用者様。Bさんは80代女性、右皮質下出血発症で回復期病棟にてリハビリ実施し3ヶ月後当施設入所となりました。入所時の状況は、麻痺が中等度で移乗時方向転換が難しく中等度の介助をし、入所後から夜間せん妄が激しくなり、認知症状も増し、身体の緊張も増してきており、自分で動き転落の危険が高まってこられていた。

当施設での対応としてセンサーマット等の環境を整備し精神科受診にて睡眠薬処方された。また移乗介助軽減が可能と判断し機能回復訓練を試みる事を家族に説明し週2回実施。平行棒内歩行練習も行ったが、せん妄時の危険に繋がらないよう日々他職種と状況確認しながら進めた。

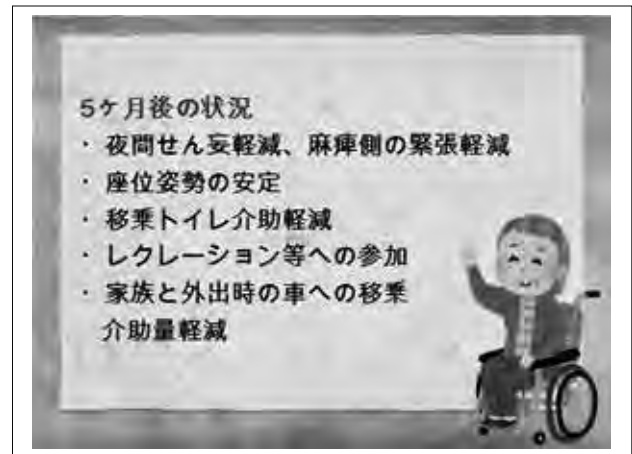
また部屋で泣かれていることも多く環境変化のストレスが大きかったと思われ錯語やつじつまの合わない事を繰り返し話されたが話を聞くこともケアスタッフにも時間をとってもらった。

(図3)



(図3)

Bさんの経過も、訓練を行うとわずかずつではあるが立ち上がりや下肢の支持力が向上されて来られた。五ヶ月後の状況は、せん妄症状が軽減、移乗やトイレ動作は介助量が軽減、車椅子でも麻痺側の緊張も以前より減りリラックスして座っている。又周囲の方とも話したりレクリエーションも楽しみ、時々家族が外出に連れ出され車に乗るとき足を出してくれると喜ばれ、当施設で落ち着いて過ごされている様子に安心された。しかし訓練頻度を減らすと移乗時の介助が増える傾向にあられ、生活の中でトイレ後に直立をとってゆっくり方向転換することをケアスタッフに依頼し経過を見ている。(図4)



(図4)

【考察】

生活スタイルの変化した現在では特養も直接機能回復時期からの転帰先なることを踏まえ、病院で積み重ねられた身体機能をこの先の特養での生活で活かす為、又まだ回復の余力があるなら機能を引き出す為の訓練計画の立案と介入が特に入所された初期には重要と考える。この事をスムーズ行うために入所前のインテークへ理学療法士も同行を開始し、場合によっては利用者の身体機能の向上を目的とする関わりも開始している。またこのような関わりを安全に遂行し生活動作へ繋げるためには常に介護スタッフと連携し進めることが大切である。今後も特養での理学療法士の役割の幅を広げて行きたい。

【終わりに】

当施設に入所された利用者の経過を報告した。当施設に於ける理学療法士の役割は、利用者の生活支援の為に個別に関わると共に、その人がやりたい事に向けてチーム全体で取り組む事を支援することであると考える。

15. 院内医療スタッフの医療用麻薬に関する意識調査

薬剤部（薬剤師） 友滝 真帆

【目的】

医療用麻薬は、癌性疼痛をはじめとした強い痛みに対し、多くの場面で使用されている薬剤である。しかし、乱用されれば保健衛生上の重大な危害を生じる恐れがあることから、その使用や管理については「麻薬及び向精神薬取締法」により厳格に規定され、取扱いには十分な知識と注意が必要となっている。

今回、当院医療スタッフに医療用麻薬に関する知識や意識の現状把握することを目的に、アンケート調査を実施したので報告する。

【対象・方法】

医療用麻薬使用患者および患者家族に関わる機会のある看護部、リハビリ部、栄養管理室所属のスタッフを対象とし、Google formsを用いてアンケート調査を行った。

アンケートは、看護部205名、リハビリ部・栄養管理室89名に配布し、得られた回答者数はそれぞれ63名、31名、回収率は31%、35%であった。

【結果：看護部】

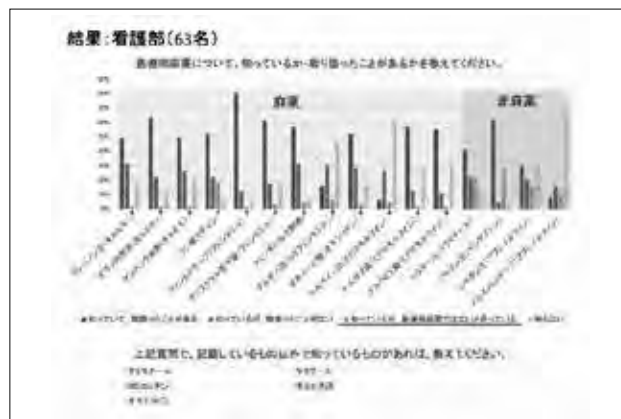
看護部のアンケート結果以下に示す。回答者の約8割は緩和ケア病棟の勤務経験がなく、回答者の約半数は現在の所属部署では医療用麻薬を恒常的に取り扱っていないかった。(図1)



(図1)

各医療用麻薬製剤についての認識度の設問に対するアンケート結果を以下に示す。全ての麻薬製剤に対し「医療用麻薬ではないと思っている」という回答が一定数得られた。また、

これまで当院で採用されていた薬品名について回答があった。(図2)



(図2)

医療用麻薬の効果・副作用についてのアンケート結果を以下に示す。回答者全員から、効果として癌性疼痛に対する鎮痛」の回答が得られた。多くの回答者から医療用麻薬の代表的な効果・副作用が挙げられた。しかし、医療用麻薬では確認されていない効果・副作用もわずかに回答があった。(図3)



(図3)

医療用麻薬に対するイメージや、業務を行う上で困っていることについてのアンケート結果を以下に示す。多くの回答者がネガティブなイメージや不安を持っていることが明らかとなった。特に医療用麻薬に対するイメージとして、「最期的手段だと思う」、「副作用が強い」、「だんだん効かなくなる」についてはそれぞれ約4割回答が得られた。医療用麻薬に関する勉強会があれば、「参加してみたい」という回答が約9割を占めた。(図4)



(図4)

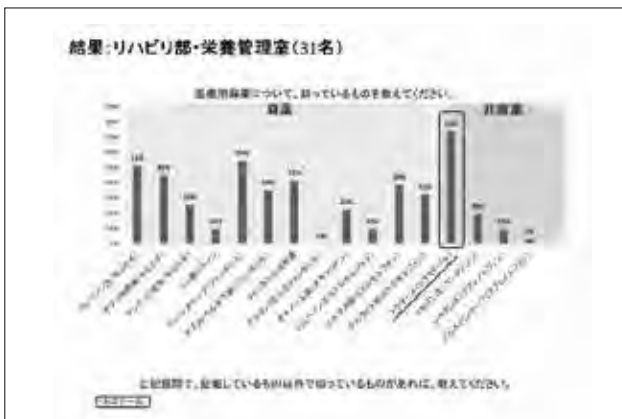
【結果：リハビリ部・栄養管理室】

リハビリスタッフ・管理栄養士のアンケート結果を以下に示す。回答者の約6割が医療用麻薬使用患者と関わりがなく、「麻薬を使用しているか分からない」という回答が得られた。(図5)



(図5)

各医療用麻薬製剤についての認識度の設問に対するアンケート結果を以下に示す。非麻薬であるトラマドールの回答が多く得られたが、この結果については設問に問題があったと考える。記載以外の知っている麻薬製剤として、医療用麻薬ではない解熱鎮痛剤のカロナールが挙げられた。(図6)



(図6)

効果・副作用についてアンケートを以下に示す。多くの回答者から医療用麻薬の代表的な効果・副作用が得られた。しかし、医療用麻薬では確認されていない効果・副作用の回答がわずかに挙げられた。麻薬に対するイメージは、いずれの選択肢も2割程度あるが、看護部の結果と比較すると、ネガティブなイメージを持つスタッフが少ないことがわかった。医療用麻薬に関する勉強会があれば、「参加してみたい」という回答が8割以上得られた。(図7)



(図7)

【まとめ・考察】

アンケート回答者のほとんどが経験年数6年以上のスタッフであり、5年目以内の現状が把握できなかった。アンケート結果から、スタッフは経験年数を問わず医療用麻薬について誤解や不安を抱いていると考えられた。また、医療用麻薬に関する勉強会があれば、「参加してみたい」という回答が多く得られた。

患者が安心して麻薬を使用するためには、その患者に関わる全てのスタッフが、医療用麻薬について正しく理解し、基本的な知識を身につける必要があると考える。この結果を基に研修会を行い、医療スタッフの医療用麻薬に対する知識や理解の向上に貢献したい。

16. 特養における経腸栄養管理入所者の必要エネルギー量について

特別養護老人ホーム「ふれあい」(管理栄養士) 角 昌子・賀好 美由樹・宮迫 雄生・日野 公恵

【目的】

要介護高齢者が入所する高齢者施設では「入所者の栄養状態の維持・改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」と介護報酬で規定されており、当施設でも多職種で栄養ケア・マネジメントを実施し、低栄養状態の予防を図っている。

栄養管理に必要なエネルギー量の設定は、Harris-Benedictの式(以下、HB式とする)で求められることが多いが、高齢者は体重増加傾向になるという研究報告もみられる。当施設ではこのHB式を用いて、標準体重であるBMI22を目指して栄養管理を行っているが、体重増加した経腸栄養入所者は、手足に比べて、腹囲や首まわりへの増大が顕著となり、皮膚同士の密着によるただれや、胃瘻部の圧迫などの皮膚トラブルが発生する傾向があり、体重管理について悩むことがしばしばある。

そこで今回、経腸栄養法の入所者の、体重変動、HB式で算出した必要エネルギー量、栄養状態等を比較し、特養での栄養管理の妥当性を検証した。

【方法】

対象は2019年4月～2024年9月の期間に当施設に入所しており、経腸栄養剤の投与内容に変更がなく、かつ入院することなく12か月以上経過した34症例(褥瘡などで栄養強化している症例は除外)。分類は、栄養ケア・マネジメントの低栄養状態のリスク分類に準じて、BMI18.5未満を中リスク群、それ以上を低リスク群とし、体重変動率、BMI、血清アルブミン値、必要エネルギー量(HB式(現体重)×活動係数1.2×ストレス係数1.0)、投与エネルギー量を比較した。2群間を比較したものはマン・ホイットニーのU検定を、各リスク群のうち1か月目と12か月後を比較したものは対応のあるt検定を、相関はスピアマンの順位相関係数を用いた。

【結果】

1か月目と12か月後の血清アルブミン値の平均値はいずれも有意差はなく、栄養指標に変化はなかった。(図1)

必要エネルギー量に対する投与エネルギー量の充足率と体重変動率では、低リスク群で弱い正の相関($r=0.29$)が、中リスク群で中等度の正の相関($r=0.54$)がみられた。(図2)

HB式で求めた必要エネルギー量に対する投与エネルギー量の充足率は、低リスク群で $79.9\pm 13.9\%$ 、中リスク群で $94.1\pm 11.7\%$ となり、低リスク群で有意に少ない結果となった($p<0.05$)。

これらの結果より、当施設における経腸栄養管理入所者の必要エネルギー量は、低リスク群は必要エネルギー量の80%程度で体重維持を目標に、中リスク群は必要エネルギー量通りでBMI18.5以上を目標とすることが妥当であることが考えられる。(図3)

結果①

	低リスク群 (n=21)		p値	中リスク群 (n=21)		p値
	1ヶ月目	12ヶ月後		1ヶ月目	12ヶ月後	
血清Alb値 (g/dL)	3.3±0.3	3.3±0.4	n.s.	3.4±0.3	3.5±0.5	n.s.
BMI (kg/m ²)	21.1±1.7	21.3±1.8	n.s.	16.6±1.4	17.9±2.2	n.s.

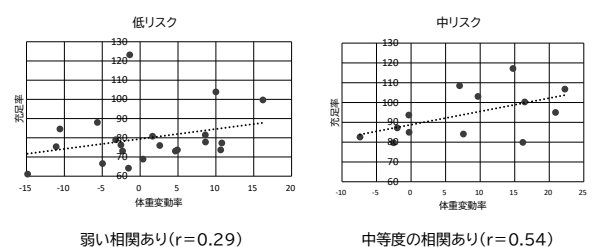
平均値±標準偏差

栄養指標に変化なし

(図1)

結果②

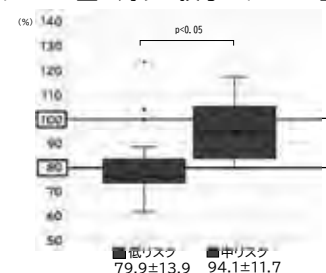
必要エネルギー量充足率と体重変動率



(図2)

結果③

必要エネルギー量に対する投与エネルギー量の充足率



(図3)

【考察】

高齢者は若年者と比べて、身体機能・生理機能・免疫機能など個体差が大きく、画一的な栄養管理は適切ではない。定期的に全身状態を確認しながら適切なエネルギー量进行评估していく必要がある。また、体重などの身体計測値や採血結果などのデータだけでなく、皮膚トラブルや排泄状況なども栄養管理に重要な要素である。栄養ケア・マネジメントの目的である「低栄養状態の予防・改善を図り、自立支援・重度化防止」に寄与するよう、多職種と連携・情報共有しながら、入所者が快適に過ごせるように、QOLの向上を含めた栄養管理を行っていききたい。

最後に、今回は34症例と症例数が少なかつたため、統計的な有意差につながらなかった項目もあつたと考えられる。また、HB式は男女で計算式が異なるため、必要エネルギー量にも影響を与えると考えるが、今回は症例数が少ないため、男女が混在しており、正確な評価ができなかつた可能性もある。今後、より多くの症例数を集積し、研究を重ねていきたいと考える。

17. 一般撮影領域における長尺カセット及びグリッドホルダーの作成

放射線室(放射線技師) 山本 春奈

【はじめに】

一般撮影領域において、長尺カセットは主に全脊椎撮影と下肢全長撮影に用いられている。近年では長尺撮影機能が備わった X線透視装置や、長尺撮影専用装置もあるが、高価であり、当院は保有していない。

令和3年8月の立位撮影装置(以後立位ブッキー台と呼ぶ)の更新に伴い、それまで使用していた長尺撮影用補助具が使用できなくなった。更新後の装置では椅子など使用し、カセット及びグリッドを保持しながら撮影していた。そこで市販の材料を使用して補助具を作成できないかと思い、作成に至った。

【長尺撮影が必要な検査】

長尺撮影が必要な検査について。

全脊椎撮影は頸椎から腰椎までの脊椎全体を1枚のレントゲン写真に収める。主に側弯症の評価に用いるため、小児を撮影することが多い。

下肢全長撮影は股関節から足先までの下肢全体を1枚のレントゲン写真に収める。主に、変形性膝関節症の診断に用いられている。

当院ではどちらの検査も頻度は少ないが、学校検診にて側弯症を疑われた小児を検査することが多い。

【撮影方法】

一般的な撮影方法について。

カセットを使用する方法では、患者さんは立位で長尺カセット1枚を使用し、1曝射で撮影する。

X線透視装置を使用する方法では、患者さんは立位もしくは臥位で、X線管球と受像部が移動しながら、X線をパルス照射する。そこで撮影された複数枚の画像を繋ぎあわせて1枚の画像が作成される。(図1)

【当院での撮影方法】

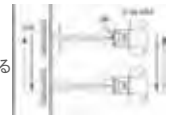
当院では椅子や発泡スチロールなどを使用して高さを調節し、立位ブッキー台にカセット及びグリッドを立てかけた状態で患者さんを撮影していた。この状態では確実にカセットを固定するものがなく、バランスを崩す可能性があり危険であった。また、高さの微調節が難しく、撮影に時間を費やしていた。(図2)

撮影方法

カセットを使用する方法
患者は基本立位
長尺カセット1枚を使用し、1曝射で撮影する



透視装置を使用する方法
患者は立位もしくは臥位
X線管球と受像部が移動しながら、X線をパルス照射する
撮影された複数枚の画像を繋ぎあわせて1枚の画像が作成される



(図1)

当院での撮影方法

丸椅子や発泡スチロールなどを使用して高さを調節し、立位ブッキー台にカセット及びグリッドを立てかける
カセット及びグリッドの前面に患者に立ってもらう



確実にカセット及びグリッドを固定するものがなく、バランスを崩す可能性があり危険である

(図2)

【作成過程①】

補助具を作成するにあたって、立位ブッキー台を利用する仕様を考えた。

主な材料はホームセンターなどでも販売されているイレクターパイプ、専用ジョイント、接着剤、コの字金具などである。イレクターパイプを適切な長さに切断し、専用ジョイントでパイプ同士を接続した。パイプ接続後カセットを固定する為のコの字金具を装着した。(図3)

作成過程①

材料
イレクターパイプ 専用ジョイント 接着剤 コの字金具 など

イレクターパイプを適切な長さに切断し、専用ジョイントでパイプ同士を接続
接着剤で固定後、カセットを固定する為のコの字金具を装着
立位ブッキー台に補助具を掛けて完成



(図3)

【作成過程②】

補助具を立位ブッキー台の受像部に掛け、重さなどで落下しないことを確認した。このとき作成途中に生じたイレクター

パイプの歪みを発見したため、コの字金具とジョイントの間にナットを入れることで歪みを調節した。(図4)

作成過程②

補助具を立位ブッキー台の受像部に掛け、重さなどで落下しないことを確認
作成過程の途中に生じたイレクターパイプと専用ジョイントの歪みを発見
コの字金具とジョイントの間にナットを入れることで歪みを調節



(図4)

【完成】

新しく作成した補助具は、立位ブッキー台の受像部と連動でき、高さ調節が容易となった。コの字金具でカセット及びグリッドを固定したことで、カセットが倒れる可能性がなくなった。しかし、カセットの重さがあるため、立位ブッキー台の手すりを持ちながら操作する必要があるなど注意点も挙げられた。(図5)

完成



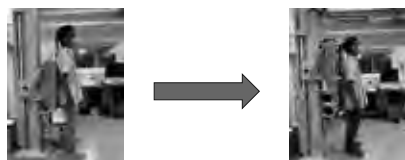
(図5)

【まとめ】

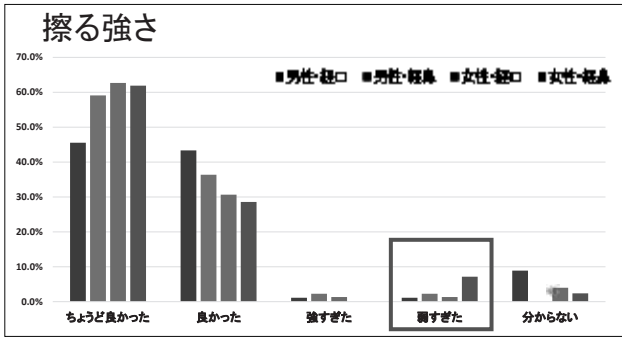
装置更新後の立位ブッキー台に合った補助具を作成したことにより、以前よりセッティング時間の短縮ができ、さらには安定性も得られ安全な検査を実施できるようになった。椅子などの凹凸も軽減され、正しいポジショニングでの撮影も可能となった。また、検査数が少ない為、専用装置を導入せず低コストでの検査が可能になったと思われる。一般撮影だけに関わらず、これからもよりよい検査、画像が提供できるよう努めていきたい。(図6)

まとめ

更新後の立位ブッキー台に合わせた補助具を低コストで作成したことにより、セッティング時間の短縮ができ、さらには安定性も得られた
イレクターパイプの接続に、主に接着剤を使用したため、耐久性が心配
⇒接続部をボルトなどで固定する

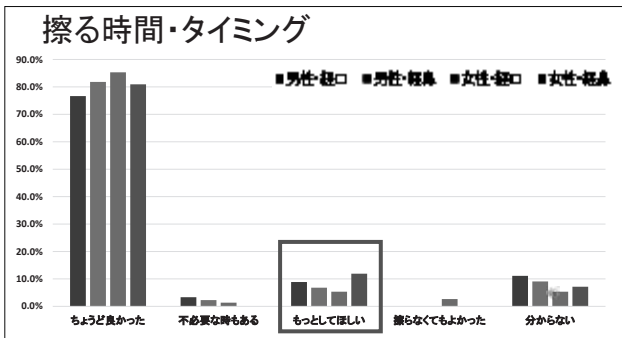


(図6)



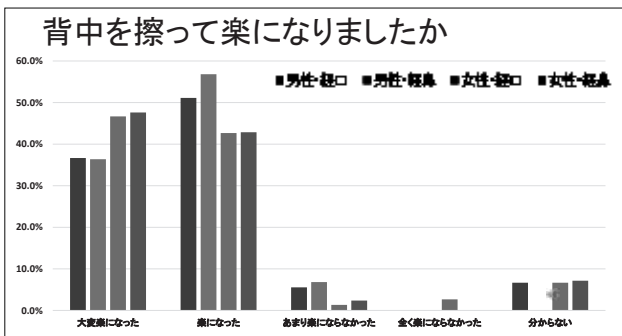
(図5)

背中を擦る時間、タイミングに関するグラフです。85%以上の方が、ちょうど良かったと回答がありました。しかし、性別、検査方法にかかわらず約10%の方はもっと擦ってほしいとの回答がありました。(図6)



(図6)

背中を擦って楽になりましたかという質問に関するグラフです。性別、検査方法問わず85%以上が楽になったとの回答がありました。また、経口より経鼻がより楽になるという傾向が見られました。(図7)



(図7)

今回のアンケート調査に関して受診者からのお言葉です。良かった点について、「擦ってもらうことで気分が楽になる」「安心感が得られた」や、「今後も続けてもらいたい」という声が挙げられました。また今回アンケート項目にあげておりませんが、進捗状況などの「声掛けを行ってもらい安心しました」という声もありました。次に、改善して欲しい点について「カメラの進行

に合わせて、その位置を擦ってほしい」や、「背中の中あたりを広範囲に擦ってほしい」など擦る場所に関してのお言葉もありました。(図8)

受診者のお言葉

- 良かった点
 - 気分的に楽になる
 - 安心感が得られた
 - 今後も続けてもらいたい・必要な事だと思う
 - 声掛けや、進捗状況を伝えてもらってよかった
- 改善してほしい点
 - カメラの進行に合わせて、その位置を擦ってもらう方がいいと思う
 - 背中の中あたりを広範囲に擦ってほしい
 - もう少ししっかりと(気持ちを込めて)擦ってほしい

(図8)

考察です。経鼻は検査時間を長く感じる方が多くみられました。経鼻スコープは吸引・送気に時間を要する点や、鼻腔内が狭く、通過時に痛みを感じる事が原因であると考えられます。また、経口より経鼻は背中を擦られて楽になる方も多くみられたため、タッチングケアの有用性があると考えられました。背中を擦ることで85%以上が楽になったと回答が得られました。しかし、擦る強さや時間など指摘する意見もありました。GIS介助は現在男性技師3名で行っています。タッチングの位置・強さ・時間など手技について確認してみると、介助者間で統一されていないことが分かりました。統一化することにより介助者間差をなくすだけでなく、今後の後継者育成にも役立てることができると考えられます。(図9)

考察

- 経鼻は検査時間を長く感じる方が多かった。
- 経鼻スコープは細く吸引・送気に時間を要する点、鼻腔内が狭く、通過時に痛みを感じる事が原因である。
- 経鼻は背中を擦られて楽になる方も多くみられ、タッチングケアの有用性がある。
- 背中を擦ることで85%以上が楽になったと回答が得られたが、擦る強さ・時間など指摘する意見もあった。
- タッチングの位置・強さ・時間などに介助者間差を認めたため、統一する必要がある。

(図9)

結語。タッチングケアを実施することにより苦痛緩和の効果を認めましたが、状況次第では効果が得られにくい症例もありました。受診者のつらさを共有・分散できるように、気持ち力を込めたタッチングケアの統一化を介助者間ではかる必要があることが分かりました。しかし、タッチングケアは検査中常に実施することは大変です。今回、アンケート自由記述欄にて声掛けに関する意見も多数頂きました。そのため、タッチ

ングケアだけではなく検査進捗状況などの声掛けも行うことにより、さらなる苦痛緩和の効果と介助者の負担軽減が見込めると期待できます。(図10)

結語

- タッチングケアを実施することにより苦痛緩和の効果を確認した。
- しかし、状況次第では効果が得られにくい症例もあった。
- 介助者間で要領を得たタッチングケアの統一を図る必要がある。
- タッチングケアは検査中常実施することは大変である。
- アンケート自由記述欄にて声掛けに関する意見も多数頂いた。
- 検査進捗状況などの声掛けも苦痛緩和効果が期待できる。

(図10)

19. 超高齢者（90歳・100歳）の“くち”から見てきたもの ～10年間の調査から～

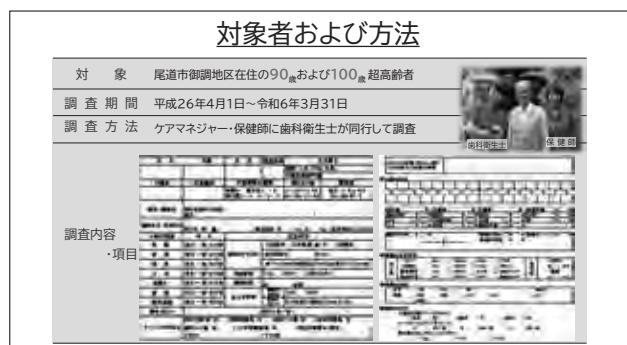
歯科診療室（歯科衛生士） 渡部 成美・渋谷 美恵・岩本 巳千江
日浅 恭¹⁾・占部 秀徳¹⁾ 歯科医師¹⁾

【はじめに】

平成26年から実施している、御調町在住の90歳・100歳の超高齢者を対象とした健康調査及び口腔アセスメントが10年を経過した。これまでに超高齢者の全身状態や口腔内状況の報告はない。そこで今回、超高齢者の全身状態と口腔との関連について明らかとすることを目的に10年間集積したデータを解析したので報告する。

【研究方法】

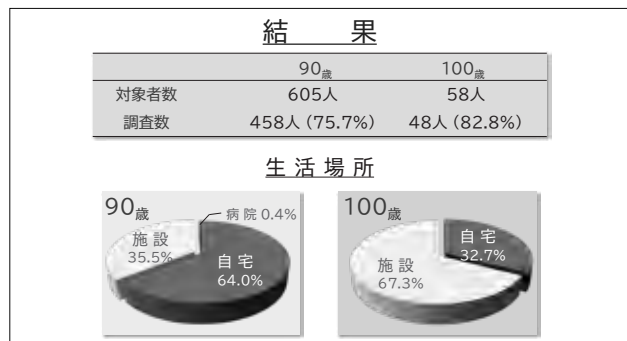
御調町在住の90歳及び100歳の住民で当調査に同意を得た方の居住へ訪問し、生活状況や健康調査及び口腔アセスメントを実施した。使用したアセスメント表を図1に示す。(図1)



(図1)

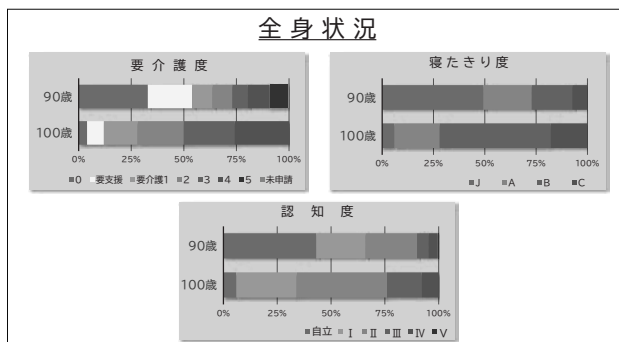
【結果】

90歳458名、100歳48名の方に調査を行った。生活場所はグラフに示す。(図2)



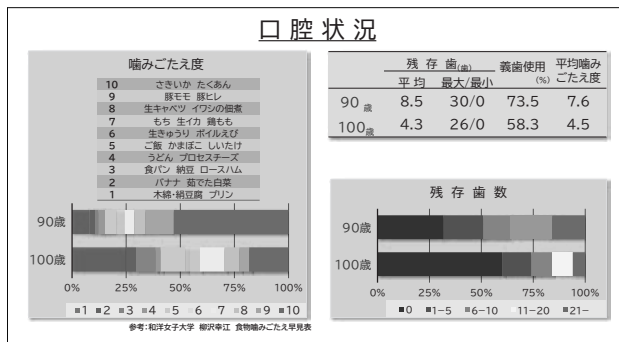
(図2)

全身状況として要介護度・寝たきり度・認知度の結果を示す。(図3)それぞれで自立判定となる「要介護度非該当」や「要支援」「寝たきり度J」「認知度自立」は、90歳と比較し100歳で大幅に減少していることが分かる。



(図3)

続いて口腔状況を示す。(図4) 左側は噛みごたえ度の結果である。咀嚼能力を調べるため、咀嚼回数により食品をランク分けした噛みごたえ度を用いて咀嚼可能な食品の聞き取りを行った。



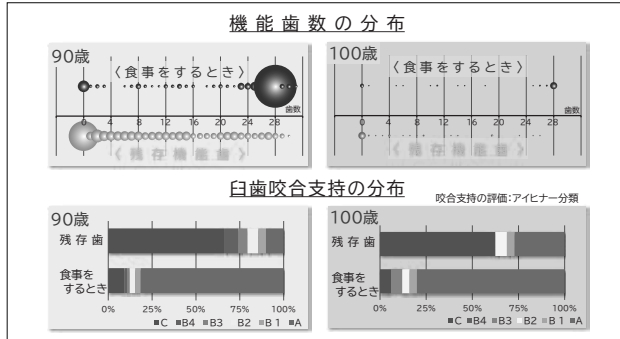
(図4)

右側は残存歯の状況を示す。平均残存歯数は90歳で8.5、100歳で4.3。義歯使用者はそれぞれ73.5%、58.3%を示し、100歳高齢者では残存歯数が減少しているにも関わらず義歯を使用していない割合が増加しており、平均噛みごたえ度も7.6と4.5と低くなっていることが明らかとなった。しかしながら90歳100歳も、生野菜や繊維質な肉類などある程度噛みごたえのある食品を摂取出来ていることも分かった。残存歯数の分布を見ると、90歳も100歳も10歯以下が約8割を占めていることが判明した。

高齢者の中には、咀嚼時に機能していない歯根だけ残った歯が多数みられる方がいる。そこで、残存機能歯と食事をする際の歯数の分布を上段のグラフに示す。(図5)横軸に歯数、円の大きさは人数を表す。90歳では0から30歯まで広く分布しているが、残存機能歯無しの人が多い反面、食事の際は義歯を装着することで咀嚼出来ている人が非常に多いことが

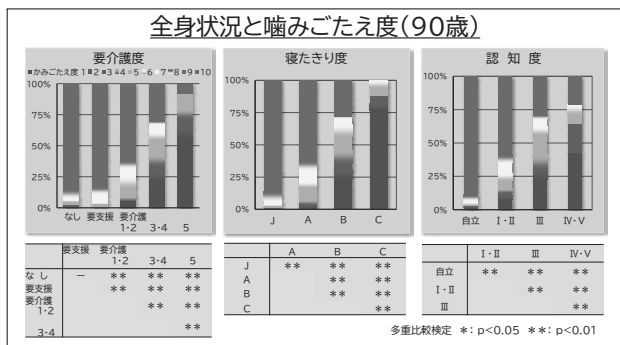
分かる。100歳では被験者が少なく分析出来なかった。

下段のグラフは臼歯の咬合支持をアイヒナーの分類に従って分析した結果を示す。残存歯と食事をする時で比較すると、左右に十分な噛み合わせのあるAの割合が逆転しており、義歯で咀嚼能力が回復していることが視える。



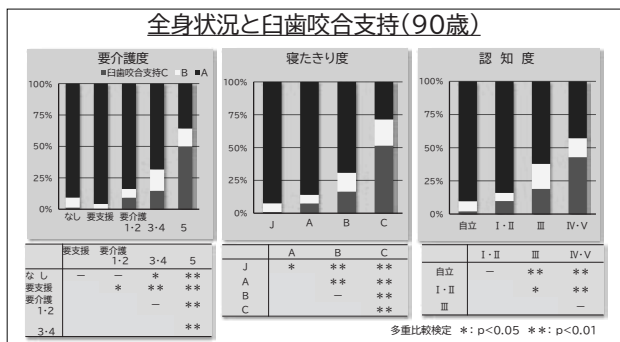
(図5)

全身状況と咀嚼能力の関係を探るため、要介護度・寝たきり度・認知度のグレードごとにその分布を見た。(図6) それぞれの状態が自立から進行するにつれ、咀嚼出来る食品が減少していた。多重比較検定では一部を除いてほとんどで有意差が認められ、全身状況が良好である人ほど噛みごたえのある食品の摂取が可能であることが明らかとなった。



(図6)

同様に全身状況と臼歯咬合支持の関係をみると(図7)、全身状況が良好な人ほど臼歯での咬合支持が保たれていることが判明し、多重比較検定においても各群で有意差が認められた。



(図7)

【まとめ】

御調町在住の90歳・100歳超高齢者を対象に、健康と口腔の状態及び食事状況や生活環境の調査を10年間行った。90歳の約60%が自宅で生活していたが、100歳では約30%に減少していた。全身状況においても同様に、90歳と比較して100歳では自立・健康と判定される超高齢者は大幅に減少していた。

口腔状況では、100歳は残存歯数が減少しているにもかかわらず、義歯を使用していない割合が増加しており、それにより咀嚼能力が低下し噛みごたえのある食品を摂取出来なくなることが示唆された。

全身状況と摂取食品の噛みごたえ度を比較すると統計学的に有意な関係が明らかとなり、全身状況が低下するほど摂取可能な食品が柔らかくなり低栄養となる可能性が考えられた。

更に、食事をする際の臼歯の咬合状態との比較においても同様に有意な関係が示され、全身状況が自立に近い人ほど臼歯の咬合が維持されている、もしくは義歯で回復されていることが判明した。

近年サルコペニアやフレイルの前駆症状としてオーラルフレイルに関心が寄せられており、本研究の結果もこれを裏付けるものであると考えられた。

業 績 集
(論文・学会発表)

外科

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名 (開催地)
7	2	14	がん治療における栄養療法の役割	平井 敏弘	第 40 回日本栄養治療学会学術集会 (神奈川県横浜市)
7	2	25	元気で長寿・栄養の話	平井 敏弘	尾道市御調地区保健福祉大学
7	9	11	経皮的ドレナージ施行後の遺残物による再発性後腹膜膿瘍に対して、後腹膜腔鏡下ドレナージ並びに異物除去術を施工した 1 例	友滝 裕也 河合 昭昌 菅原 由至 松本 英男	第 36 回中国四国内視鏡外科研究会 (岡山県岡山市)

リハビリテーション科

〈論 文〉

年	月	日	論 文 名	執 筆 者	掲 載 誌
7	2		当院の広島県高次脳機能地域支援センターとしての現状と課題について～地域リハビリテーションの視点もふまえて～	坪河 太 平本 知佳子	全国自治体病院協議会雑誌 64(2) : 82-87,2025.

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名 (開催地)
7	7	24	地域包括ケアシステムの歴史と今後について～地域リハビリテーションの視点から～	坪河 太	第 75 回日本病院学会 (長崎県長崎市)

歯 科

〈論 文〉

年	月	日	論 文 名	執 筆 者	掲 載 誌
7	3		歯科健診から分かった地域住民の"くち"の現状	日浅 恭	地域医療第 64 回特集号

栄養管理室

〈学会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名 (開催地)
7	8	30	特養における経管栄養管理入所者の必要エネルギー量について	角 昌子	第 51 回広島県国保診療施設 地域医療学会 (広島市、web 開催)

臨床工学室

〈学会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名 (開催地)
7	9	6	外科内視鏡関連機器の保守管理を開始して～ より安全に長く使うために～	小林 正宗	第 15 回中四国臨床工学会 (広島市)

歯科診療室

〈学会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名 (開催地)
7	10	3	超高齢者 (90 歳・100 歳) の“くち” から見 えてきたもの～10 年間の調査から～	渡部 成美	第 65 回全国国保地域医療学 会 (和歌山県和歌山市)

臨床検査室

〈学会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名 (開催地)
7			タッチングによる上部消化管内視鏡検査時の 苦痛緩和効果の検討	今田 貴也	第 51 回広島県国保診療施設 地域医療学会 (広島市、web 開催)

リハビリ部

〈論文〉

年	月	日	論文名	執筆者	掲載誌
7	6	15	一歩先のがん患者の作業療法・作業療法士が知っておきたい悲嘆（グリーフ）とグリーフケア	臂 美穂	臨床作業療法NOVA22巻2号

〈学会〉

年	月	日	演題名	報告者	学会名（開催地）
7	8	30	脳卒中の予後予測～FIM予測式の実用報告～	普家 一博	第51回広島県国保診療施設地域医療学会（広島市,web開催）
7	9	19	抗NMDA受容体脳炎の緩徐回復期における摂食嚥下障害への介入	西 宏昌	第31回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会（神奈川県横浜市）
7	10	3	一般病棟における単位取得の一元的管理の試み～「単位表」の試験的運用～	藤井 恭平	第65回全国国保地域医療学会（和歌山県和歌山市）
7	8	30	当院における脳損傷患者への自動車運転支援の現状と課題	砂谷 眞輝	第59回日本作業療法学会（香川県高松市）
7	11	30	右片麻痺患者におけるポータブルトイレ移乗動作の方向転換に対する歩行練習の波及効果：-症例報告-	三谷 仁也	第29回広島県理学療法士学会（広島市）

看護部

〈論文〉

年	月	日	論文名	執筆者	掲載誌
7	6	30	地域密着型栄養サポートチームの活動と今後の課題	西丸 典江	地域医療 Vol.63 No.1

〈学会〉

年	月	日	演題名	報告者	学会名（開催地）
7	8	30	大腿骨近位部骨折の患者に対してスクリーニングシートを用いた誤嚥性肺炎のリスク評価～リスク評価で行う食事形態の変更～	澤井 砂璃	第51回広島県国保診療施設地域医療学会（広島市、web開催）
7	8	30	スピルチュアルケアの実践の向上を目指して	福田 麻美	第51回広島県国保診療施設地域医療学会（広島市、web開催）
7	10	3～4	外出困難な入所者への「仮想ふるさと訪問」の効果と課題	竹國 美和	第65回全国国保地域医療学会（和歌山県和歌山市）
7	10	30～31	ICUのせん妄患者に音楽を取り入れた効果	友宗 典子	第63回全国自治体病院学会 in 群馬（群馬県高崎市）
7	10	30～31	シャントトラブルに対して透析室看護師の統一した評価を目的とするスコアリングシートの改良	中崎 裕美	第63回全国自治体病院学会 in 群馬（群馬県高崎市）
7	10	30～31	当院人間ドック受診者における大腸がん二次検査受診状況の調査～行動変容が起こるために～	大河 智恵美	第63回全国自治体病院学会 in 群馬（群馬県高崎市）

健康管理部

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
7	10	30~31	当院人間ドックにおける便潜血陽性者の受診率向上のための課題	大河 智恵美 岸 英美 岡 良行 幸下 由希子 尾畑 昇悟 渡辺 章文 松本 英男	第 63 回全国自治体病院学会 in 群馬（群馬県高崎市）

特別養護老人ホーム「ふれあい」

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
7	10	3~4	外出困難な入所者への「仮想ふるさと訪問」の効果とその課題	竹國 美和	第 65 回全国国保地域医療学会（和歌山県和歌山市）

介護老人保健施設「みつぎの苑」

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
7	11	27	よりよい看取りにするための看取り後カンファレンス	竹田 昌史 打越 愛樹 村東 美根子 菅原 真由美 福本 尋美	第 36 回全国介護老人保健施設大会 山口（山口県下関市）
7	11	28	入所者の栄養状態と日常生活自立度等の関係について	瀧野 剛 洪谷 晋太郎 坂井 三千恵 田中 恵美 安田 美智子 民安 萌恵	第 36 回全国介護老人保健施設大会 山口（山口県下関市）

御調保健福祉センター・訪問看護ステーション「みつぎ」・北部地域包括支援センター・ケアプランセンター「みつぎ」・介護予防センター

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
7	8	30	訪問看護ステーションにおける災害時初期対応訓練の取り組みと効果	藤本 光理 田中 慎太郎 出羽 真由子 上田 由美子 馬屋原 佐知子	第 51 回広島県国保診療施設地域医療学会 （広島市、web 開催）
7	10	3~4	人間ドックにおける保健指導の現状と課題について考える～飲酒習慣に着目して～	石田 奈奈恵 瀬原 英里 村上 美由紀 高山 敬子 國友 明美 山内 香織 高瀬 奈美 佐藤 妙子	第 65 回全国国保地域医療学会（和歌山県和歌山市）

C P C
(臨床病理検討会)

令和6年度 第1回 CPC

2025年3月7日

公立みつぎ総合病院

研修医 宮前 秀彬 植村 実咲
指導医 内科 赤木 千夏

【血液検査】

WBC	5130/μL	eGFR	19.1mL/min/1.73	CRP	1.170mg/dL
RBC	370万/μL	T-P	7.6g/dL	アルブミン	3.4g/dL
HGB	10.7g/dL	AST(GOT)	26IU		
HCT	32.4%	ALT(GPT)	9IU	Dダイマー	13.2μg/mL
PLT	23.7万/μL	T-BIL	0.9mg/dL		
MCV	87.6fl	LDH	392 IU	CEA	4.9ng/mL
MCH	28.9pg	γ-GTP	18IU	CA19-9	21.8U/mL
MCHC	33.0%	BUN	36.7mg/dL		
好中球数	2924 μl	CRE	1.95mg/dL	IgG	2280.0mg/dL
リンパ球数	1811 μl	UA	9.2mg/dL	IgA	394.0mg/dL
		K	4.6Eq/L	IgM	102.0 mg/dL
血糖定量	95mg/dL	NA	134mEq/L	IgG4/LA	58.0mg/dL
		CL	102mEq/L		
		Ca	8.8mg/dL	可溶性IL-2レセプター	6166U/mL

【症例】
88歳 女性

【主訴】
嘔吐

【現病歴】
X-30日頃から嘔気や食後に嘔吐があり、症状が持続するためX日に当院内科を受診した。
最終排便はX-4日前にあった。

【心電図】



心拍数64回/分,整 反時計回転を認める。

【既往歴】

知的障害(田中ビネー知能指数29), 虚血性視神経炎, 左眼失明, 肺癌疑い, 絞扼性イレウス術後, 虫垂炎術後, 帝王切開術後, 便秘症

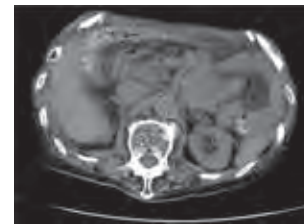
【併存症】

高血圧症, うっ血性心不全, 腰痛症, 腰部脊柱管狭窄症, 慢性胃炎

【内服薬】

サクビト rilバルサルタンナトリウム水和物錠 200mg 1錠 朝食後
アセトアミノフェン 200mg 1錠 朝食後
リマプロスタアルファデクス錠 5μg 3錠 朝・昼・夕食後
ラフチジン錠 10mg 1錠 朝食後

【胸腹部CT】



上腸間膜動脈 (SMA) 沿いに腫瘍影を認める。
小腸と区別できないが周辺小腸に壁肥厚や病的拡張は認めない。
SMA周囲にリンパ節腫大, 脂肪織濃度上昇, 腹水を認める。

【生活歴】

養護老人ホーム入所中。療育手帳A, 要介護1。
ADL: 歩行可能, 長距離移動は車椅子。

【嗜好歴】

飲酒: なし 喫煙: なし

【アレルギー】

なし

入院時診断

1. 腹腔内腫瘍

2. 腎不全

【来院時現症】

身長: 143.0cm 体重: 37.25kg
意識レベル: JCS 1
体温: 37.2°C 血圧: 124/67 mmHg
脈拍数: 80 回/分 SpO2: 95% (room air)

身体所見:
腹部平坦, 軟。自発痛, 圧痛なし。
鎖骨, 腋窩, 鼠径リンパ節腫脹なし。

【尿検査】

赤血球	5-9/HPF
白血球	10-19/HPF
扁平上皮細胞	1-4/HPF
細菌	3+
尿潜血	+
尿蛋白定性	+
尿ウロビリノーゲン	+

入院時診断

1. 腹腔内腫瘍

〈鑑別診断〉

- ・悪性リンパ腫
- ・IgG4関連疾患
- ・GIST

悪性リンパ腫

・血液検査でCRP↑, LD↑, 血清銅↑, 可溶性IL-2受容体↑, β2-MG↑, Alb↓, Hb↓

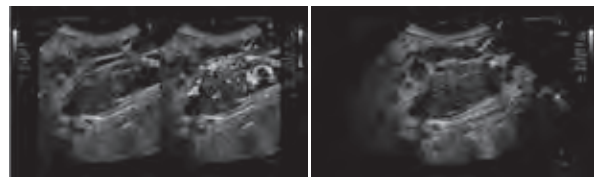
・診断には原則として生検による病理組織検査は必須である。

消化管悪性リンパ腫

・消化管のリンパ組織を発生母地とする節外性リンパ腫
 ・ほとんどは非Hodgkin性B細胞リンパ腫
 ・発生部位は胃が最も多く（約60～70%）、次いで小腸、大腸（回盲部、直腸）の順に多い。

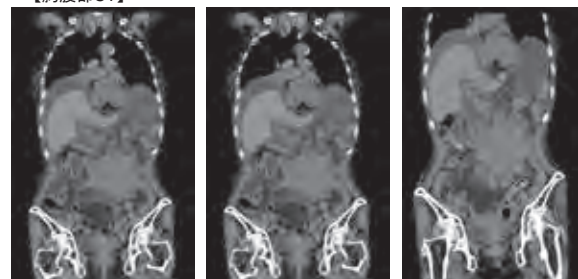
・分類はMALTリンパ腫（mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma）やdiffuse large B cell lymphoma（DLBCL）が多い。

入院後経過 # 1. 腹腔内腫瘍



【腹部超音波検査】
 不均一な低エコー、多数のリンパ節腫大、
 癒合傾向が強く癒合して一塊となった部分はサンドイッチサインを認める。

【胸腹部CT】



X+7

X+18

X+32

悪性リンパ腫

Lugano分類 (2014)

(リンパ節を原発とする悪性リンパ腫のための改訂病期分類)

病期	病変部位	節外病変 (E) の状態	
限局期	I 期	1つのリンパ節病変 または隣接するリンパ節病変の集合	リンパ節病変を伴わない単独のリンパ外臓器の病変
	II 期	横隔膜の高側にある2つ以上のリンパ節病変の集合	リンパ節病変の進展による、限局性かつリンパ節病変と連続性のある節外臓器の病変を伴う I 期または II 期
	III 期 bulky	bulky病変を伴う II 期	該当なし
進行期	III 期	横隔膜の高側にある複数のリンパ節病変または脾臓病変を伴う横隔膜の上側の複数のリンパ節病変	該当なし
	IV 期	リンパ節病変に加えてそれとは非連続性のリンパ外臓器の病変	該当なし

入院後経過 # 1. 腹腔内腫瘍

X+1: 腹部超音波検査
 X+7,+18,+32: 単純CT検査
 X+24: 中心静脈ポート造設
 X+32,+36,+39,+44: 腹腔穿刺
 X+37: 麻薬導入
 X+50: 緩和ケア病棟へ転棟

X+51から38°C台の発熱と呼吸器症状等伴いはじめ、X+53に永眠された。

IgG4関連疾患

- 臨床的及び画像的に単一または複数臓器に特徴的なびまん性あるいは限局性腫大、腫瘍、結節、肥厚性病変を認める。※リンパ節が単独病変の場合は除く。
- 血液学的に高IgG4血症（135 mg/dL以上）を認める。
- 病理組織学的に以下の2つを認める。
 - 組織所見：著明なリンパ球、形質細胞の浸潤と線維化を認める。
 - IgG4陽性形質細胞浸潤：IgG4/IgG陽性細胞比40%以上、かつIgG4陽性形質細胞が10/HPFを超える。
 - 特徴的な線維化、特に花筵状線維化あるいは閉塞性静脈炎のいずれかを認める。

—上記のうち、1+2+3を満たすものを確定診断群、1+3を満たすものを準確定群、1+2を満たすものを疑診群とする。

(2020改訂 IgG4関連疾患包括診断基準)

臨床上の疑問点

- ・腹腔内腫瘍に悪性所見はみられたか。
- ・転移はみられたか。
- ・肺に腫瘍はみられたか。
- ・死亡直前に発熱や咳嗽がみられたが、肺炎など原因となりうるものを認められたか。
- ・死因と考えられるものは何か。

GIST

- ・消化管壁に発生する間葉系腫瘍
- ・主として食道から直腸までの平滑筋層ないし粘膜筋板層に発生する。
- ・壁内発育型、管内発育型、管外発育型、混合型の発育様式を示す。
- ・HE染色で間葉系由来の紡錘形の核をもった細胞が束状に密な増生がみられ、免疫染色でKIT陽性（約95%）またはDOG1陽性（約95%）で診断される。

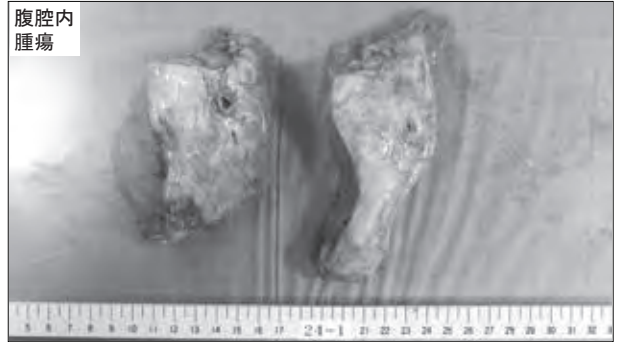
公立みつぎ総合病院CPC

2025年3月7日

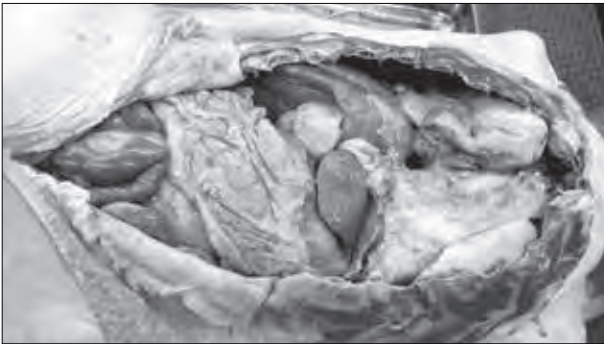
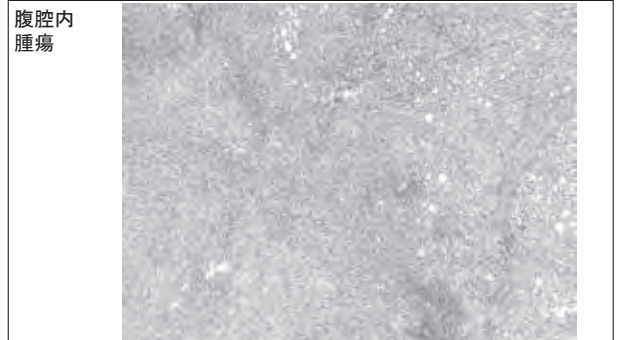
福山市医師会健康支援センター病理
岩谷佳代子

- 80代、女性
- 眼瞼結膜: 貧血あり、眼球結膜: 黄疸なし
- 腹部正中線上に9.5cmの手術痕あり、
- 右下腹部に4.5cmの手術痕あり
- 腹水1100ml、黄色混濁
- 腹腔内に大型の腫瘍を認めた。
- 左胸水: 160ml、黄褐色混濁、右胸水: 0ml
- 心嚢水: 少量、黄色透明

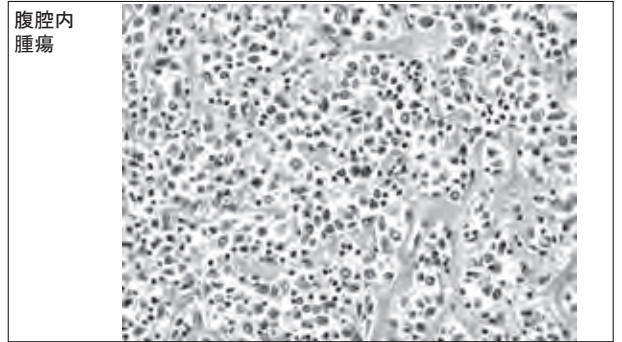
腹腔内
腫瘍



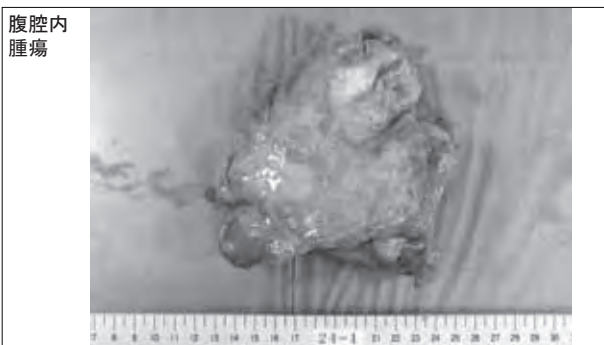
腹腔内
腫瘍



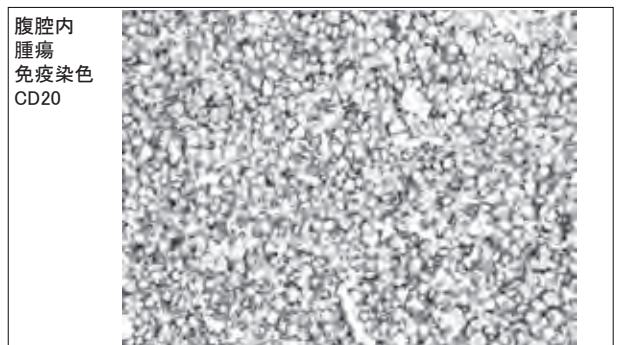
腹腔内
腫瘍



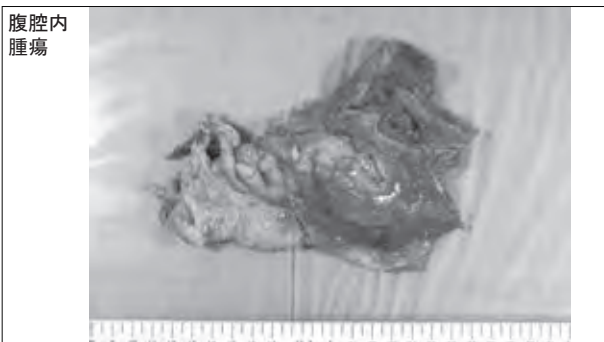
腹腔内
腫瘍



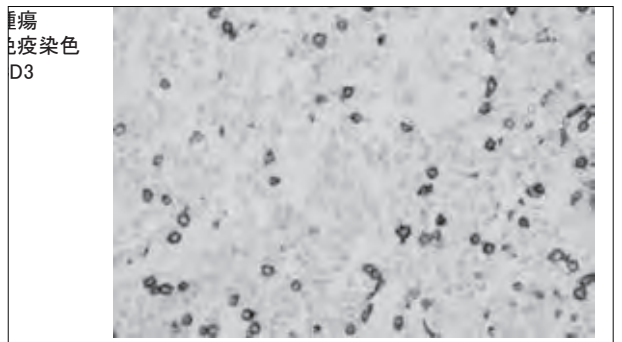
腹腔内
腫瘍
免疫染色
CD20



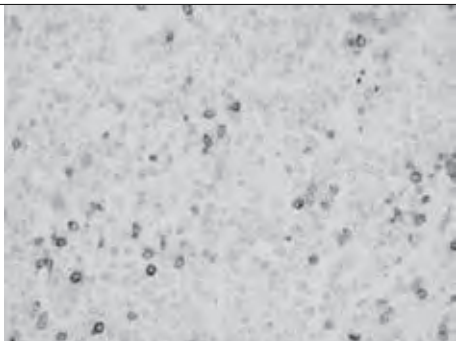
腹腔内
腫瘍



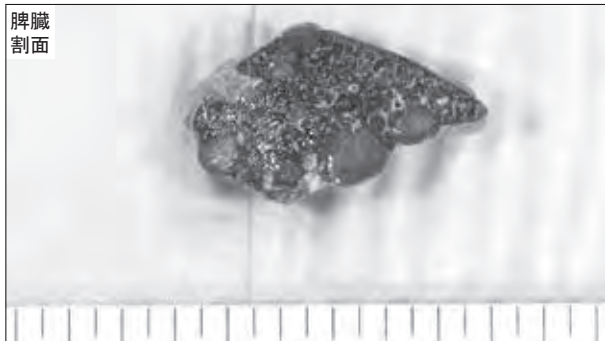
腫瘍
免疫染色
D3



腹腔内
腫瘍
免疫染色
CD5



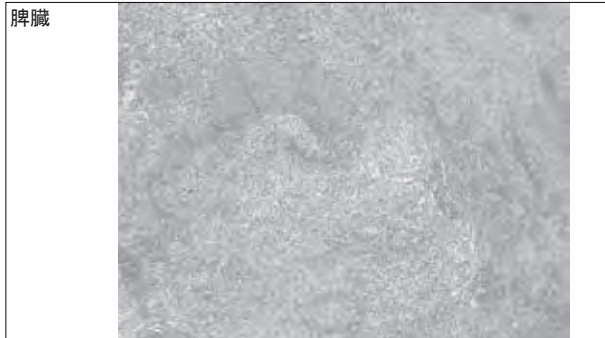
脾臓
断面



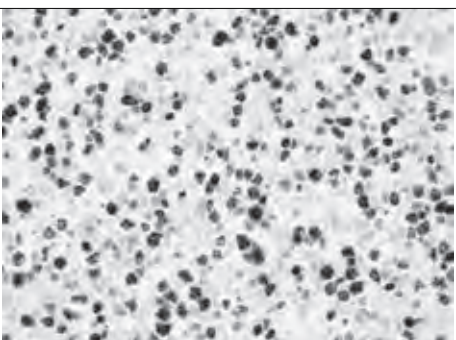
腹腔内
腫瘍
免疫染色
CD10



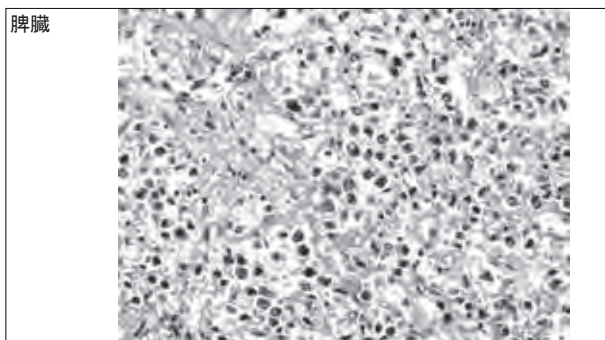
脾臓



腹腔内
腫瘍
免疫染色
MIB-1



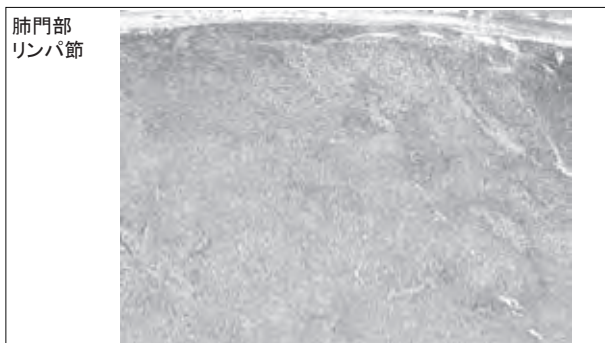
脾臓



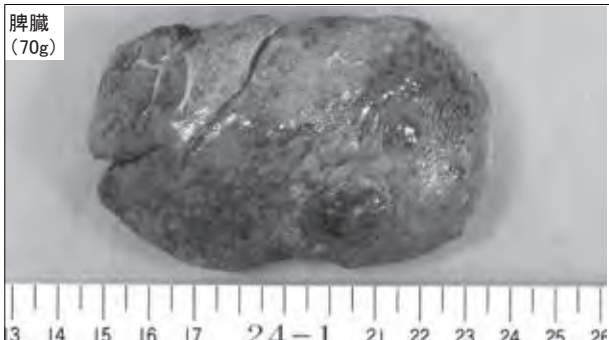
腹腔内腫瘍について

- 肉眼的には腹腔内に白色調の巨大な腫瘍を認めた。
- N/C比が比較的高い中型～大型のリンパ球様細胞がびまん性に増殖していた。
- 免疫染色では、リンパ球様細胞は、CD20陽性、CD3陰性、CD5陰性、CD10陰性、MIB-1標識率は高値であった。
- 組織像と免疫染色結果を併せて、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。

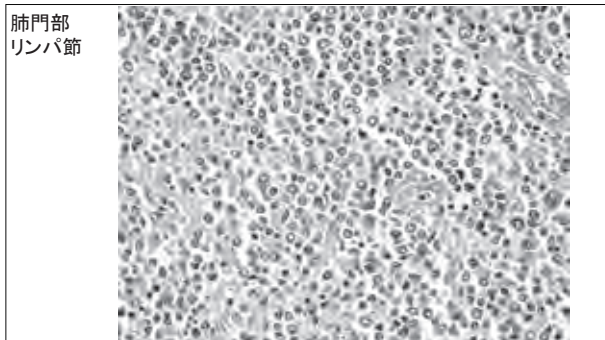
肺門部
リンパ節

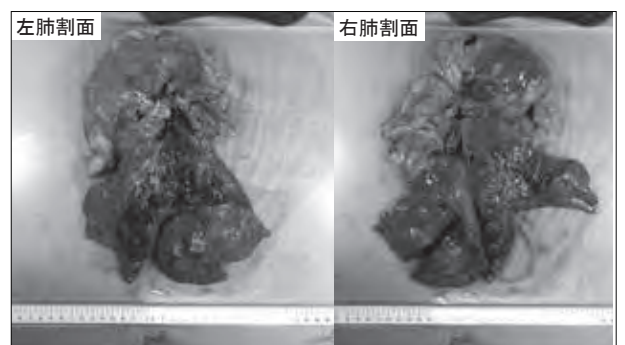
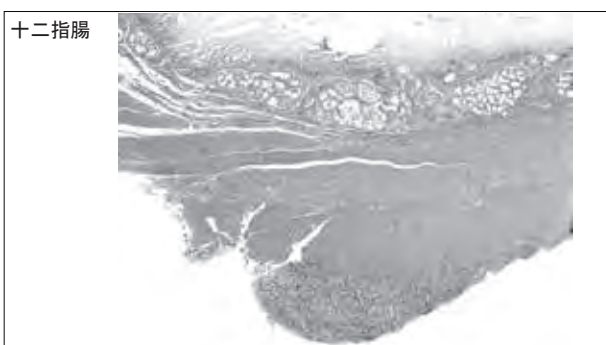
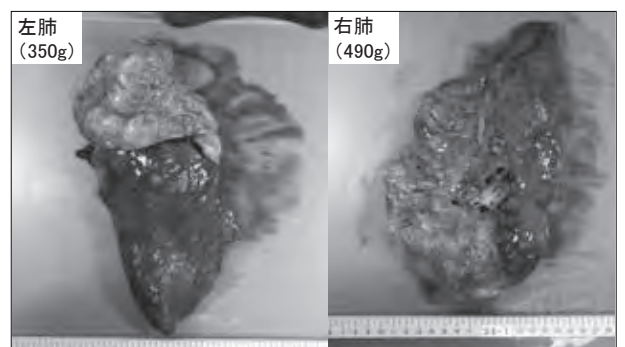
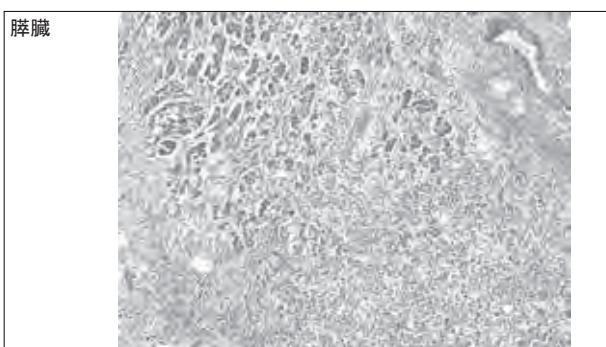
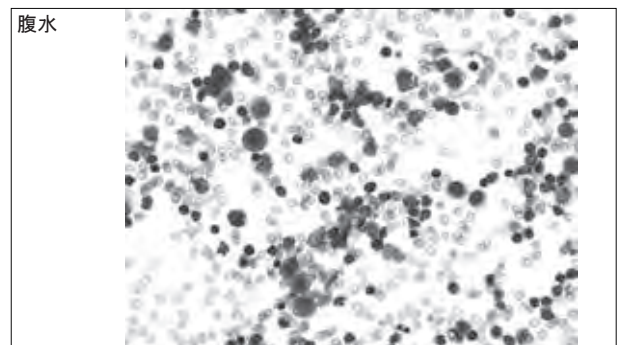
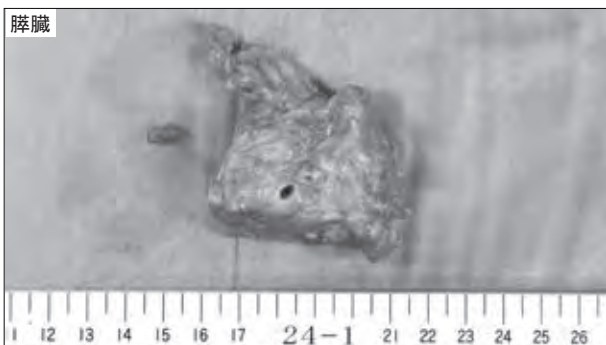
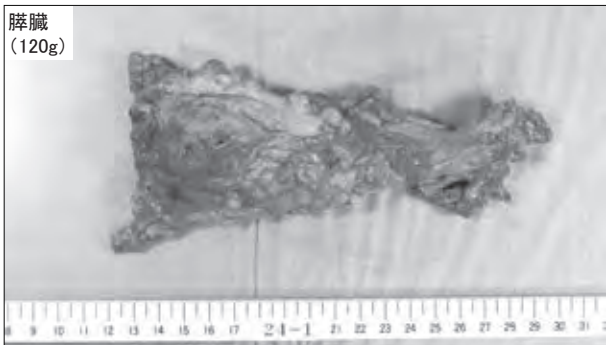
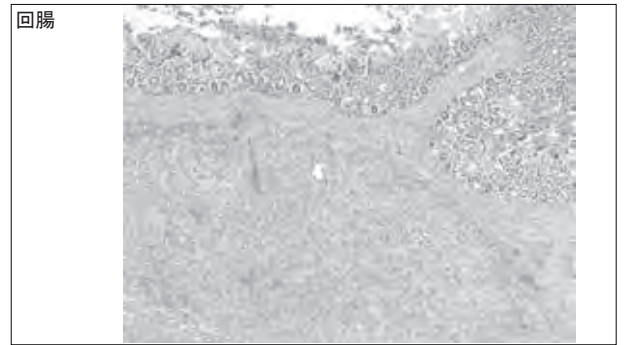
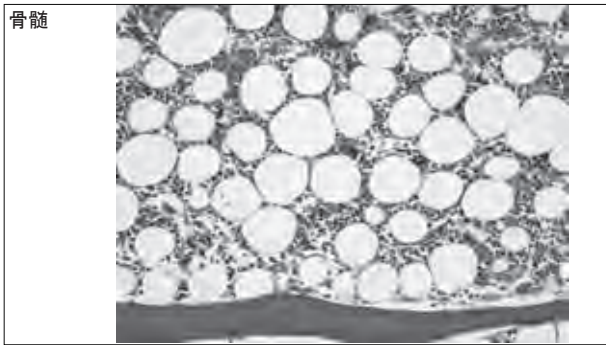


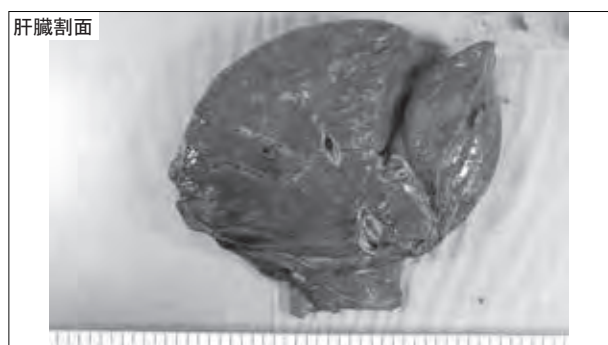
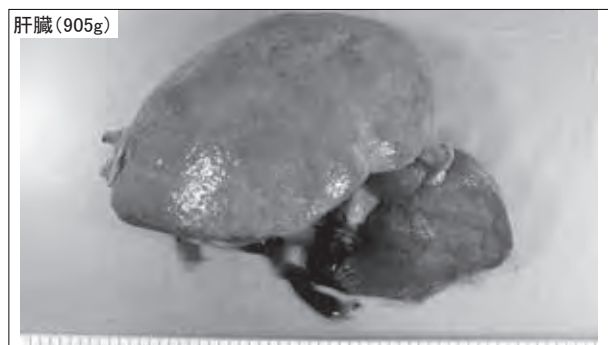
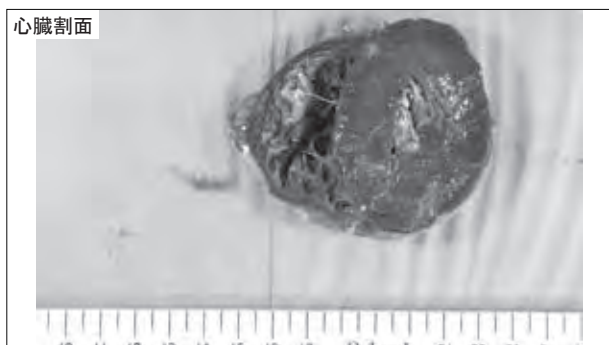
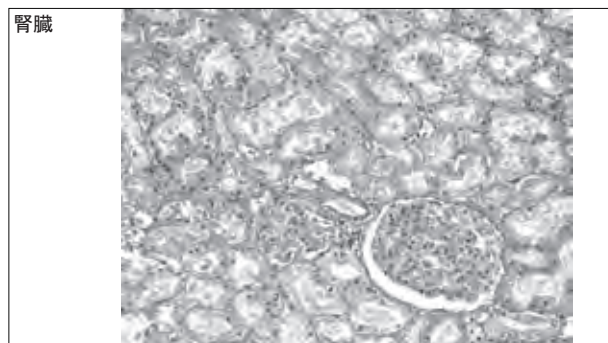
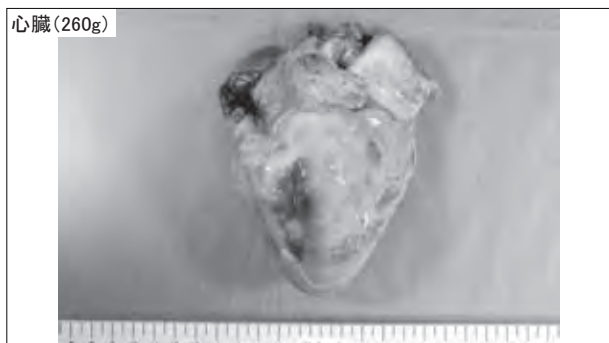
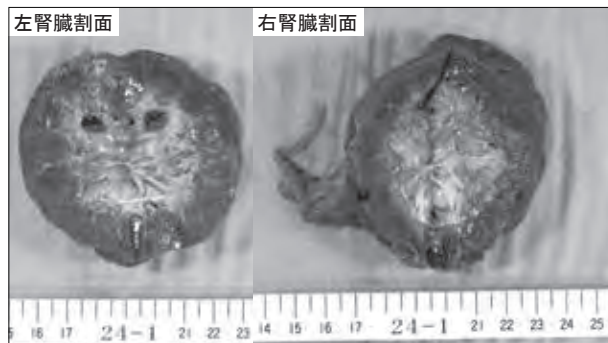
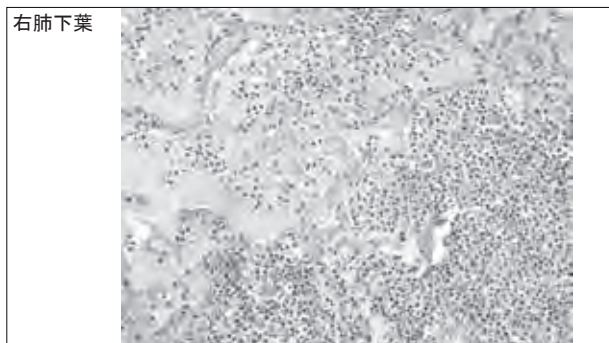
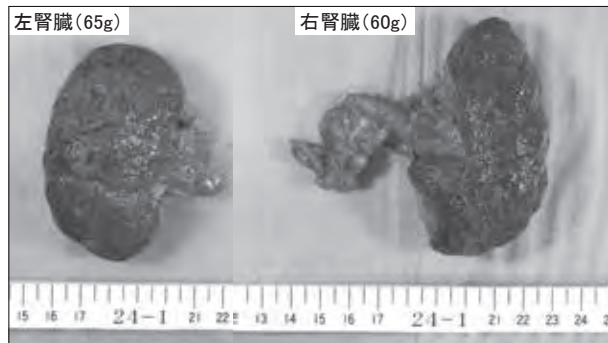
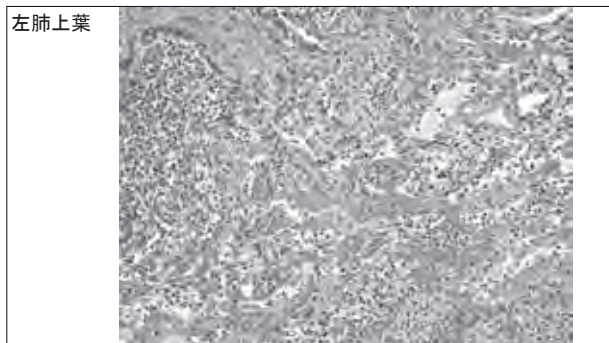
脾臓
(70g)

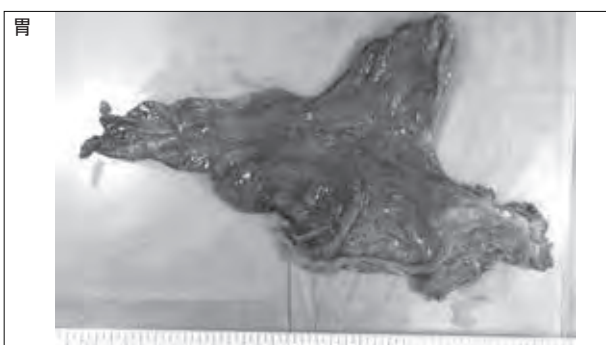
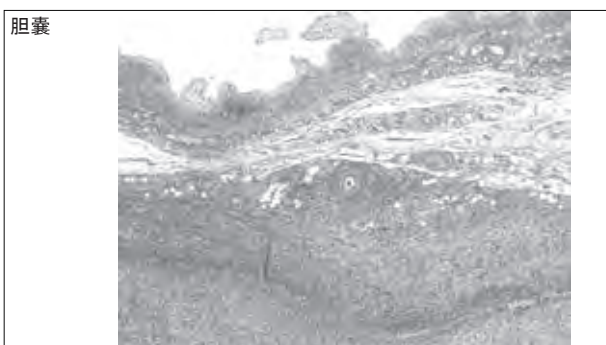
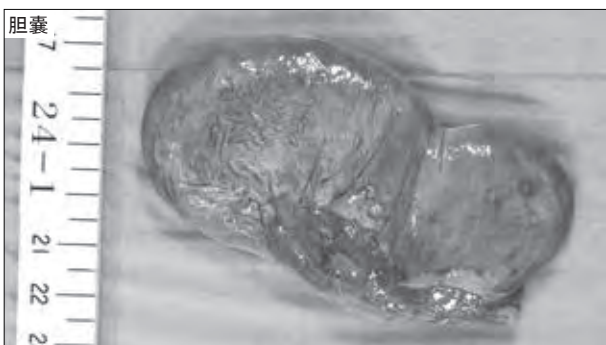
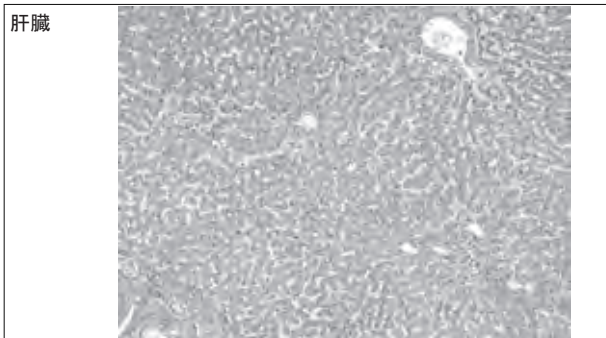


肺門部
リンパ節



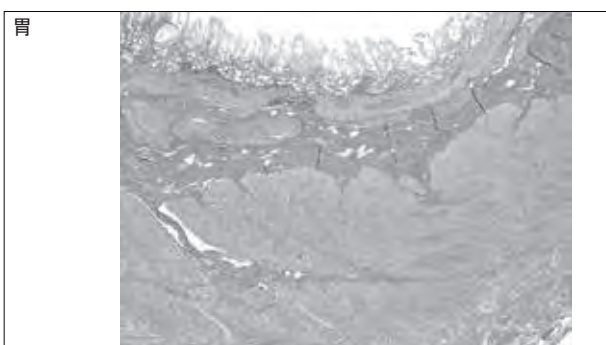






病理解剖診断

- びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫[脾臓(120g)、十二指腸壁、回腸、結腸、脾臓(70g)、複数のリンパ節、腹水(1100ml、黄褐色、混濁)]
- 左肺気管支肺炎、右肺下葉気管支肺炎、左肺下葉・右肺下葉肺水腫[左肺(350g)、右肺(490g)]
- 大動脈粥状硬化



死因について

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の進行によると考えられた。

臨床上の疑問点について

・臨床的には悪性リンパ腫が疑われましたが、確定診断並びに遠隔転移の有無についてご評価をお願いします。

→病理解剖の組織では組織像と免疫染色結果を併せて、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。遠隔転移については、肺門部リンパ節と脾臓に認めた。

病理解断報告書

公立みつぎ総合病院

患者氏名：O.M、年齢：88歳、性別：女性

住所：広島県

解剖執刀氏名：岩谷 佳代子

検閲医：山鳥一郎

出所診療科：外科

担当医：松本 英男

死亡年月日：2024年10月25日5時55分 解剖年月日：2024年10月25日10時43分

臨床診断：1.悪性リンパ腫疑い、2.虫垂炎術後、3.絞扼性イレウス解除術師施行（2019年8月）、4.肺癌疑い、5.帝王切開、6.虚血性視神経炎（左失明）、9.高血圧

【病理解剖診断】

- 1.びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 [脾臓（120g）、十二指腸壁、回腸、結腸、脾臓（70g）、複数のリンパ節、腹水1100ml、黄褐色、混濁]
- 2.左肺気管支肺炎、右肺下葉気管支肺炎、左肺下葉・右肺下葉肺水腫 [左肺（350g）、右肺（490g）]
- 3.大動脈粥状硬化

【病理解剖所見】

- 1.開腹時に腸間膜を主体に大きい腫瘍が見られた。組織学的には腸間膜から後間膜にリンパ球様細胞浸潤が見られた。免疫染色では、CD20陽性、CD3陰性、CD5陰性、CD10陰性、MIB-1 indexは高値（70%程度）であった。びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。脾臓、十二指腸壁（固有筋層以深）、胆嚢壁（漿膜下層）、回腸壁（粘膜下層以深）、結腸壁にもリンパ種細胞の浸潤が見られた。脾臓、複数のリンパ節にもリンパ腫細胞が見られた。腹水にもリンパ腫細胞が見られた。
- 2.左肺上葉に気管支とその周囲に好中球浸潤が一部に見られた。左肺下葉、右肺下葉には全体に好中球浸潤が見られた。いずれも気管支肺炎の組織像であった。左肺下葉、右肺下葉では、肺水腫も見られた。
- 3.大動脈で粥状動脈硬化が見られた。

【臨床上の疑問点について】

臨床的には悪性リンパ腫が疑われましたが、確定診断並びに遠隔転移の有無に関してご評価をお願いします。病理解剖の組織では組織像と免疫染色結果を併せて、びまん性大細胞型B細胞性リンパ種と診断した。遠隔転移については肺門部リンパ節と脾臓に認めた。

令和7年度 第1回CPC

令和7年10月30日

公立みつぎ総合病院

研修医 友滝 裕也, 中村 文宣, 高津 匠恒
 指導医 外科 福元 壮, 河合 昭昌
 内科 佐々木 俊雄

血液検査所見(1月12日)

末梢血検査

WBC 6190 / μ L
 Hb 12.5 g/dL
 Plt 7.7 $\times 10^4$ / μ L

血清生化学検査

T-Bil 1.5 mg/dL
 AST 102 U/L
 ALT 60 U/L
 LDH 231 U/L
 ALP 599 U/L
 r-GTP 383 U/L
 TP 5.2 g/dL
 Alb 2.4 g/dL

BUN 15.7 mg/dL
 Cr 0.49 mg/dL
 Na 120 mEq/L
 K 4.0 mEq/L
 Cl 91 mEq/L
 CRP 9.42 mg/dL
 BS 184 mg/dL
 D-Bil 1.1 mg/dL

- 肝胆道系酵素の上昇, 炎症反応の上昇を認めた.
- 血小板の低下を認めた.
- 低Na血症を認めた.

78歳 女性

【主訴】

発熱, 喀痰量増加

【背景】

パーキンソン病のため経口摂取困難で, 胃瘻造設後.

【現病歴】

令和6年8月2日から誤嚥性肺炎にて入院後, 喀痰量増加による誤嚥を繰り返すため, 胃瘻を中止し, 右鎖骨下にCVポートを造設し, 中心静脈栄養による管理がされていた.

令和7年1月12日に嘔吐し, その後喘鳴が出現した. 酸素化, 呼吸状態が悪化したため, 酸素投与が開始された.

血液検査所見(1月13日)

動脈血液ガス (O2 10L投与)

pH 7.27
 pCO2 53.2 mmHg
 pO2 74.6 mmHg
 HCO3- 23.7 mmol/L
 Lac 11 mg/dL

血液培養

2/2 陰性

- 急性呼吸性アシドーシスを認めた.
- PaO2/FiO2=74.6と重度の酸素化障害を認めた.
- 血液培養は2セット採取し, いずれも陰性であった.

78歳 女性

【内服歴】

レベチラセタム錠500mg 2錠
 タケキャブ錠10mg 1錠
 モサプリドクエン酸塩錠5mg 3錠
 ドパコール配合錠L100 3錠
 カルボシステイン錠500mg 3錠
 ロスバスタチンOD錠2.5mg 1錠
 ピコスルファートNa0.75%

【既往歴・併存疾患】

S.37(1962) 急性虫垂炎
 H.18(2006) 両側白内障
 H.22(2010) アルツハイマー型認知症
 H.29(2017) パーキンソン病
 R.03(2021) 経皮的内視鏡下胃瘻造設術
 R.05(2023) 症候性てんかん
 下肢蜂窩織炎, 誤嚥性肺炎, 尿路感染症,
 右慢性穿孔性中耳炎

血液検査所見(1月13日)

末梢血検査

WBC 1860 / μ L
 SEG 48.0 %
 Hb 11.7 g/dL
 Plt 5.0 $\times 10^4$ / μ L

血清生化学検査

T-Bil 1.8 mg/dL
 AST 116 U/L
 ALT 63 U/L
 LDH 213 U/L
 ALP 511 U/L
 r-GTP 318 U/L
 TP 4.7 g/dL
 Alb 2.1 g/dL
 BS 34 mg/dL

BUN 15.6 mg/dL
 Cr 0.81 mg/dL
 Na 124 mEq/L
 K 3.6 mEq/L
 Cl 90 mEq/L
 CRP 11.8 mg/dL
 CPK 441 IU
 D-Bil 1.5 mg/dL
 PCT 3+

- 白血球, 血小板が著明な低下を認めた.
- 肝胆道系酵素は依然高値であった.
- プロカルシトニンが強陽性となった.
- 著明な低血糖を認めた.

78歳 女性

【生活歴】

特養入所中, 要介護5

【嗜好歴】

喫煙歴なし, 飲酒歴なし

【アレルギー】

特記事項なし

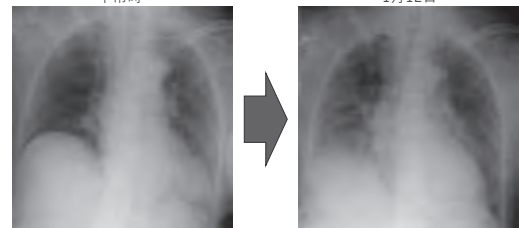
【来院時現症】

身長: 150cm, 体重: 46kg,
 意識レベル: JCS I-3
 体温: 36.8°C, 血圧: 99/73mmHg,
 脈拍数: 92/回, SpO2: 93%(room air)

胸部レントゲン

平常時

1月12日



- 平常時と比べ, 右中肺野~下肺野のすりガラス影が増強.
- 肺門部陰影も増強し, 心拡大を認める.

78歳 女性

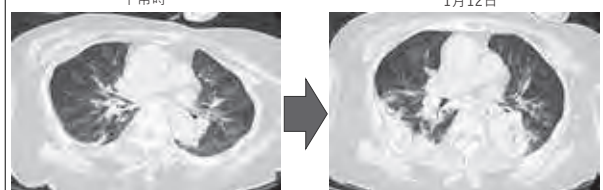
【1月12日】

体温: 35.9°C, 血圧: 157/78mmHg,
 脈拍数: 92/回, SpO2: 94%(O2 1L)

胸腹部CT

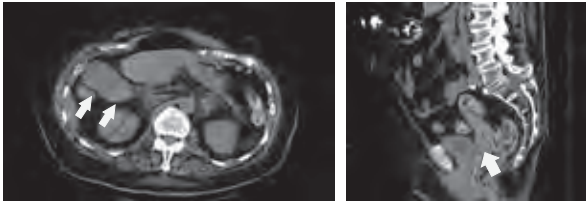
平常時

1月12日



- 右肺下葉を中心に両側の浸潤影が増強.

胸腹部CT(1月12日)



- 胆嚢壁肥厚や周囲への炎症波及は認めない。
- 明らかな総胆管拡張は認めない。
- S状結腸～直腸全体に硬便の貯留を認める。

鑑別診断

- 化学性肺臓炎
- 細菌性肺炎
- 敗血症性ショック
- Bacterial translocation
- 急性胆嚢炎, 急性胆管炎

急性呼吸促迫症候群

(Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS)

- 定義
 - 1週間以内の経過で急に発症している
 - 低酸素血症が明らかである
 - 胸部エックス線やCTスキャンで両肺に異常な影がある
 - 心不全が原因ではない

一般社団法人日本呼吸学会 HP

急性呼吸促迫症候群

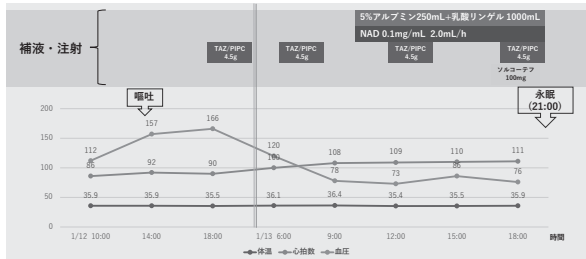
(Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS)

ARDSの診断基準 (Berlin定義)

タイムング	急性発症
胸部エックス線	明らかに両肺もしくは肺野大部分の浸潤/ consolidation あり
胸部CT	両肺野浸潤
胸部エックス線/CT	両肺野浸潤、CT画像で肺水や肺萎縮、肺結節では十分に説明がつかないもの
呼吸力学	肺の過度な膨張
心不全	心不全や肺水腫では説明できない (心エコーでの評価を行う)
重症度	重症度
軽度	$296 < P_{aO_2}/F_{iO_2} \leq 300$ mmHg, PEEPまたはCPAP ≥ 5 cm H ₂ O
中等度	$100 < P_{aO_2}/F_{iO_2} \leq 200$ mmHg, PEEP ≥ 5 cm H ₂ O
重症	$P_{aO_2}/F_{iO_2} \leq 100$ mmHg, PEEP ≥ 5 cm H ₂ O

Ferguson ND, Fan E, Camporota L, et al. The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material. Intensive Care Med. 2012; 38: 1573-1582. 翻訳

経過



- 細胞外液, 昇圧薬, 副腎皮質ステロイドを投与開始後もバイタルは改善しなかった。

急性呼吸促迫症候群

(Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS)

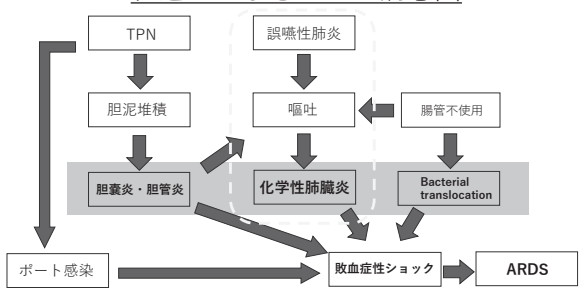
ARDSの基礎疾患

直接損傷	間接損傷
<ul style="list-style-type: none"> 肺炎 胃内容物 aspiration (誤嚥) 外傷 手術後 敗血症 肺挫傷 吸入創傷 (電撃や火傷) 	<ul style="list-style-type: none"> 敗血症 内傷 多発創傷 急性肝臓炎 急性腎臓炎 急性胆嚢炎/胆管炎 (TBILI) 急性膵炎 (アミラーゼ) 心臓-ペースト 全身性炎症反応

日本内科学会雑誌110巻9号 1947

- 本症例は直接損傷, 間接損傷のいずれの可能性もある。

経過から予想される病態図



臨床上の疑問点

- 今回の嘔吐後では, P-CAB服用下にもかかわらず急速に呼吸状態が悪化した, 化学性の要因以外の増悪因子はみられたか。
- 治療抵抗性の循環破綻が進行したのはなぜか。
- 肝胆道系酵素が上昇したのはなぜか。

化学性肺臓炎

◆病態: 化学物質や刺激物などの誤嚥により, 肺損傷をきたした状態。

◆鑑別: 誤嚥性肺炎は細菌感染であるのに対し, 化学性肺臓炎は物理的な刺激, あるいは胃酸などの化学的な刺激が原因である。

日本呼吸学会HP

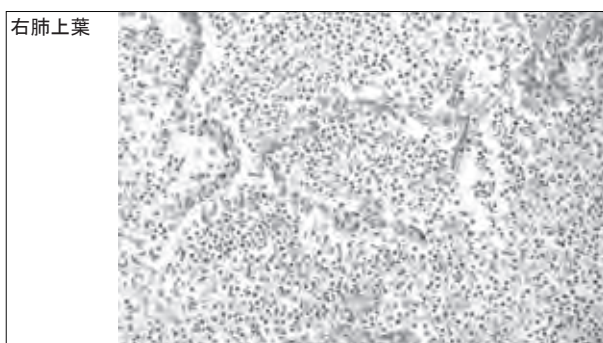
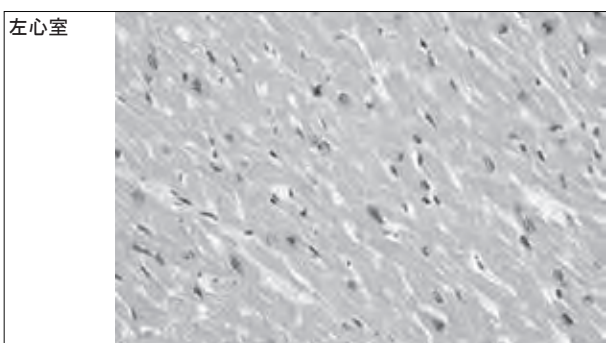
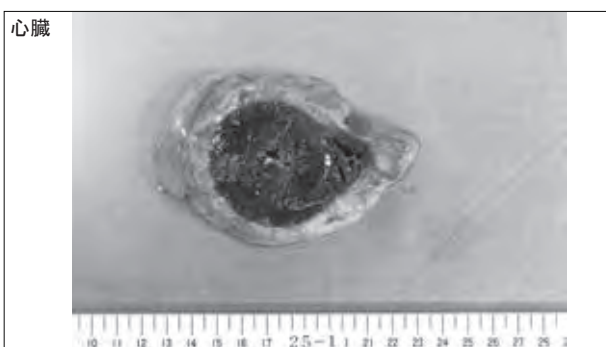
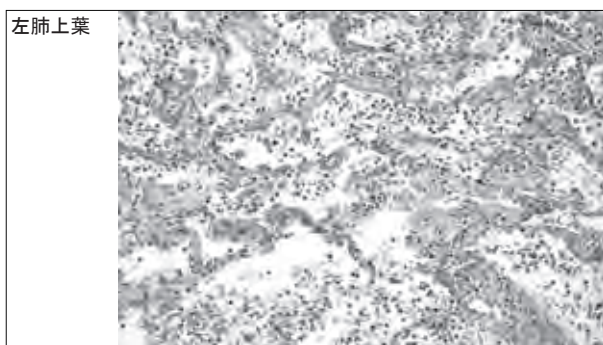
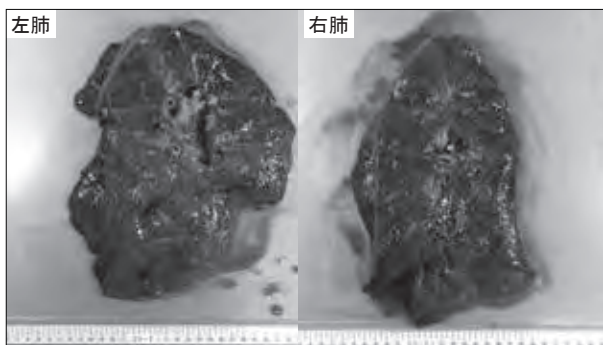
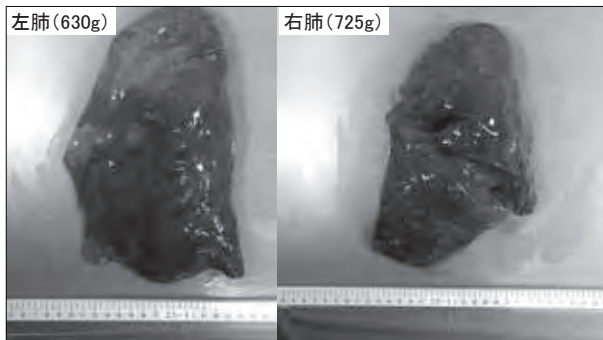
→本症例は嘔吐物が誘因となって発症したものと思われる。

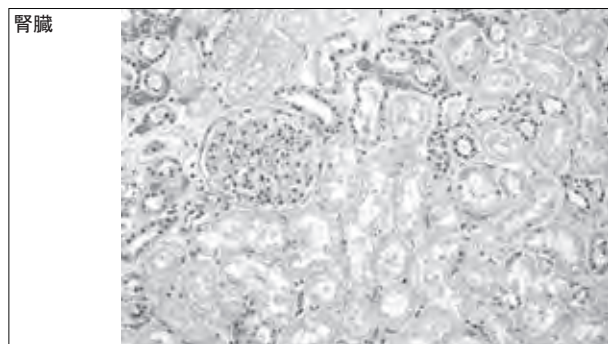
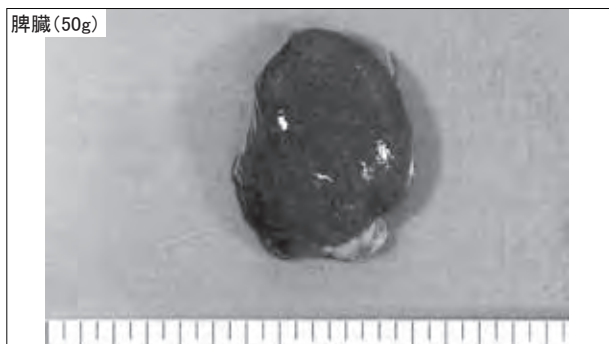
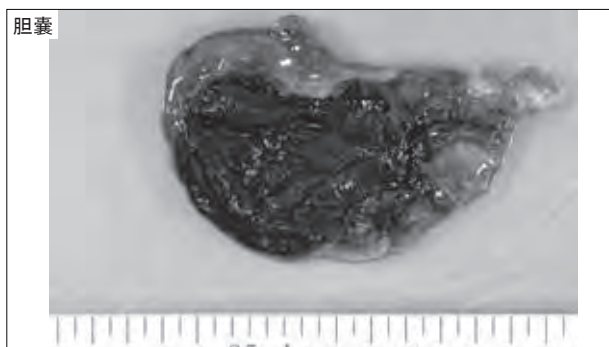
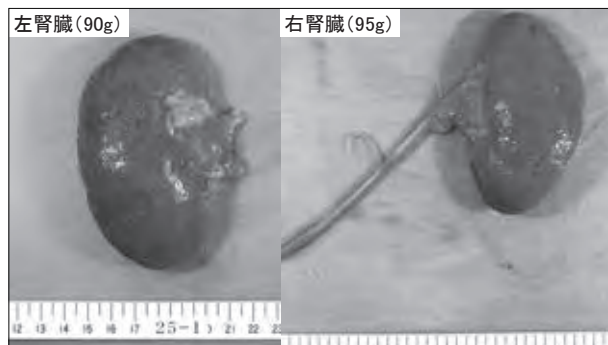
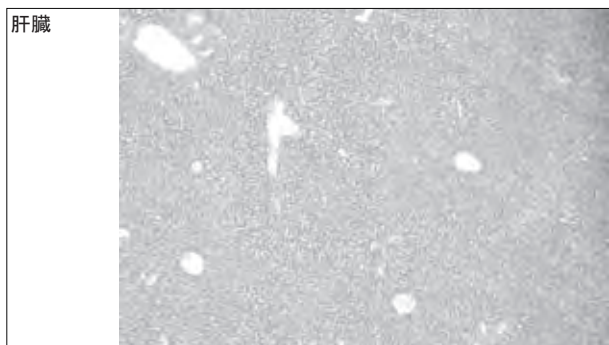
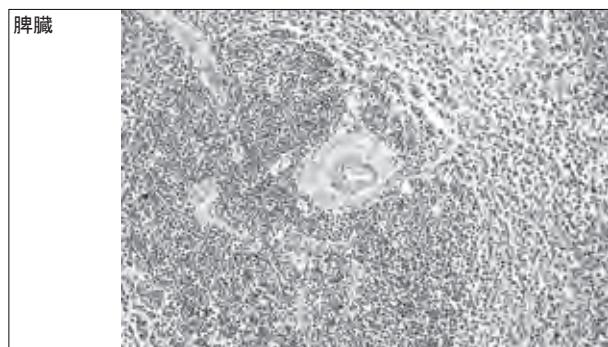
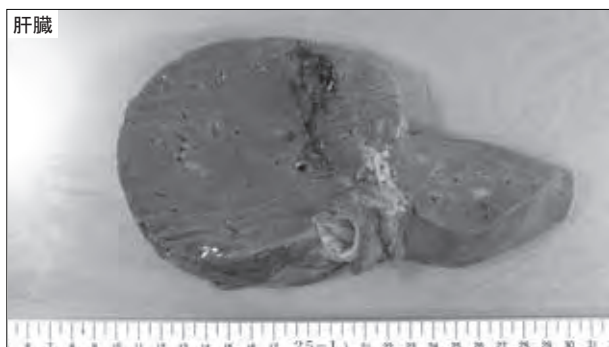
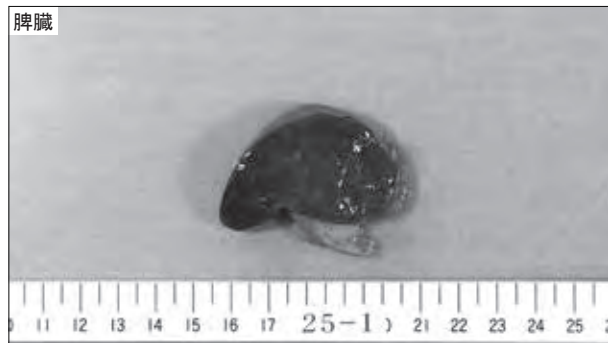
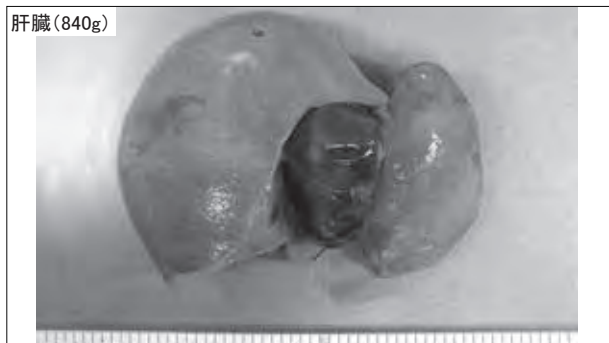
公立みつぎ総合病院
2025年10月30日
第1回CPC

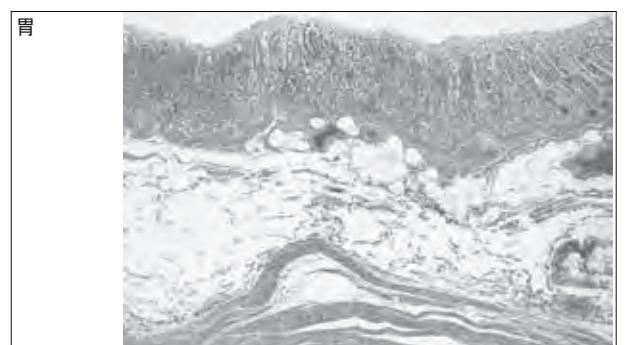
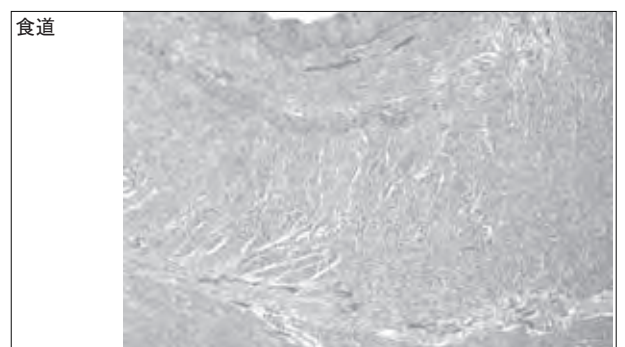
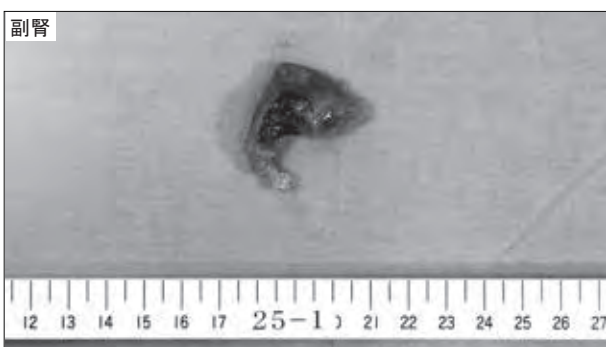
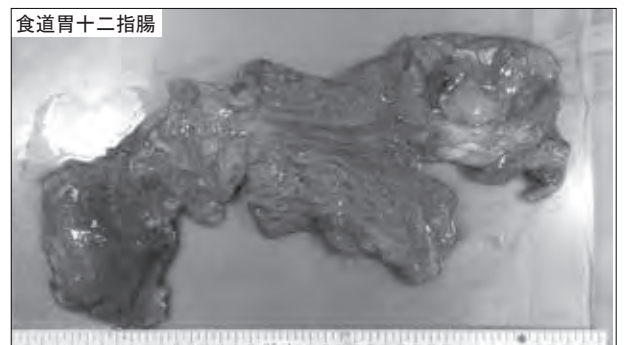
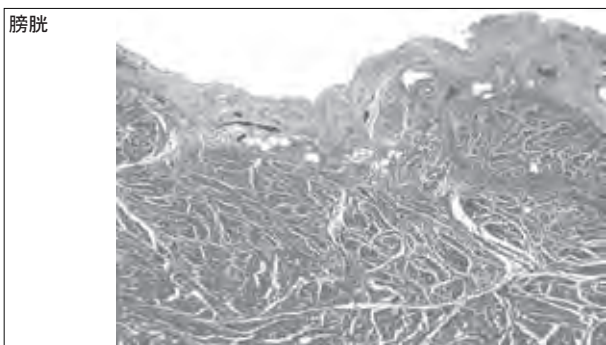
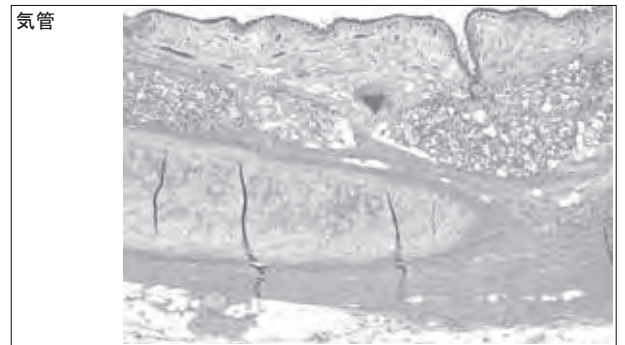
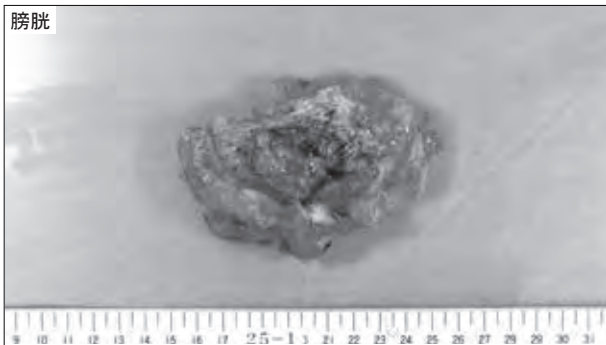
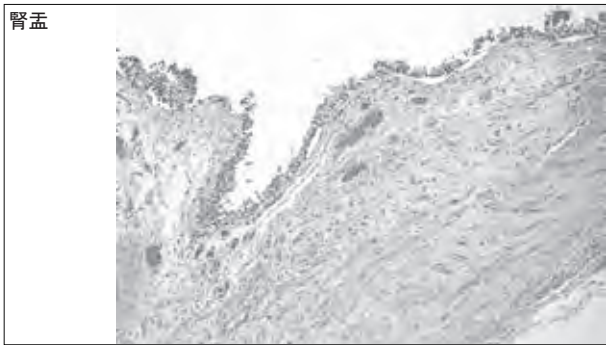
福山市医師会健康支援センター病理
岩谷佳代子

・70代 女性

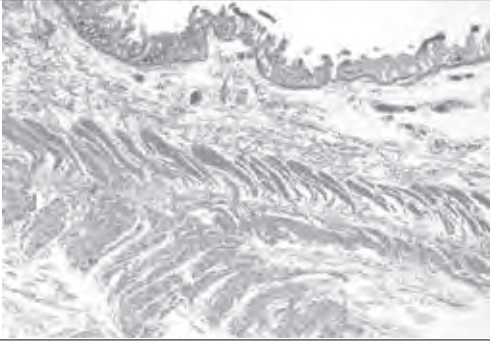
- ・胸水(左胸腔: 10ml、右胸腔: 少量)
- ・心嚢水: 10ml、黄色、透明
- ・腹腔内: 著変なし



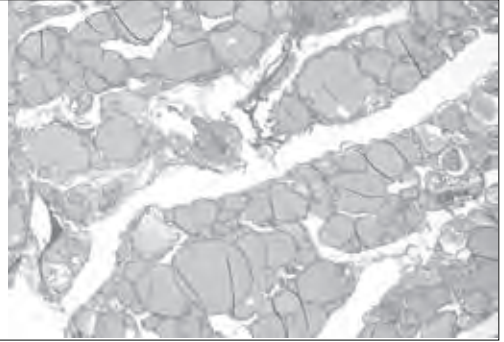




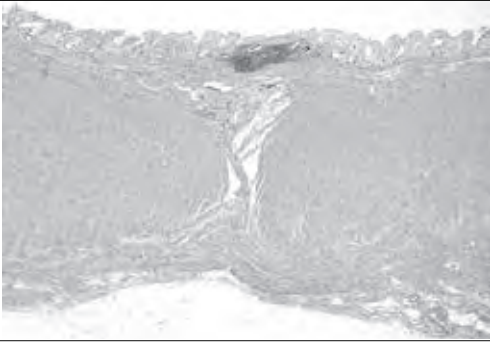
小腸



甲状腺



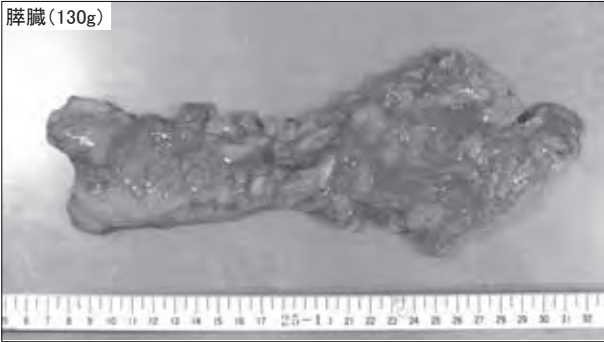
結腸



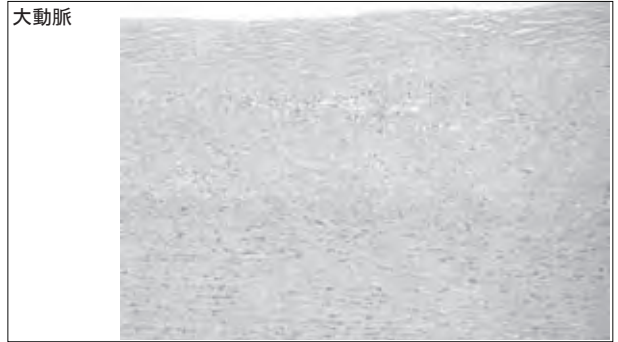
大動脈



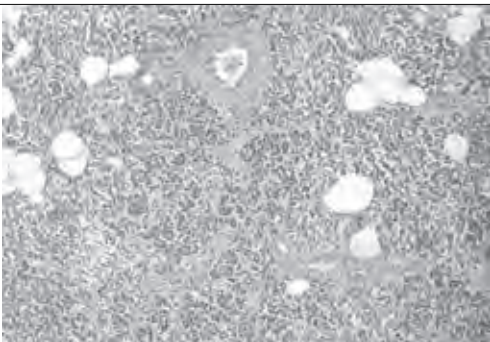
脾臓(130g)



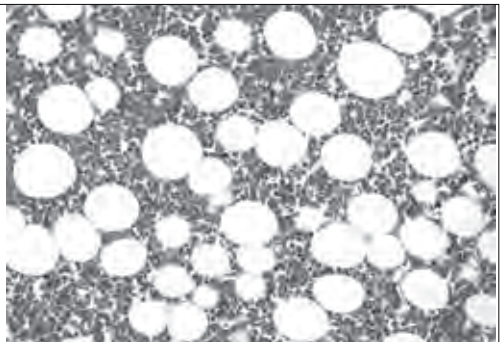
大動脈



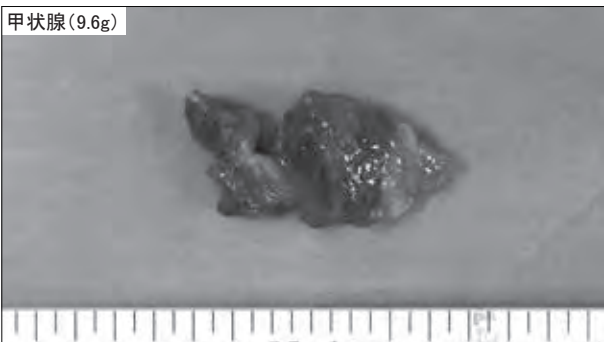
脾臓



骨髓



甲状腺(9.6g)



病理解剖所見

- 両側気管支肺炎(左肺:630g、右肺:725g)
- 急性尿管壊死(左腎臓:90g、右腎臓:95g)
- 左右副腎皮質壊死
- 大動脈粥状硬化

死因について

- 左右の肺のいずれの葉にも気管支肺炎が見られた。両側の気管支肺炎による呼吸状態の悪化が直接死因として考える。
- 左右の腎臓で急性尿細管壊死、左右の副腎で副腎皮質壊死を認めた。これは死亡前の血圧低下によるものと考えられる。
- 消化管、胆道系、肝臓などの臓器には著変を認めなかった。

病理解断報告書

公立みつぎ総合病院

患者氏名：O. T、年齢：78歳、性別：女性

住所：広島県尾道市

解剖執刀氏名：岩谷 佳代子

検閲医：山鳥一郎

担当医：福元 壮

死亡年月日：2025年1月13日21時37分 解剖年月日：2025年1月14日10時30分

臨床診断：#1：アルツハイマー型認知症、#2：パーキンソン病、#3：尿路感染症、#4：誤嚥性肺炎、#5：右慢性中耳炎、#6：胃瘻（2021年造設）、#7：左蜂窩織炎

【病理解剖診断】

1. 両側気管支肺炎（左肺：630 g、右肺：725 g）
2. 急性尿細管壊死（左腎臓：90 g、右腎臓：95 g）

【病理解剖所見】

1. 左右の肺には、重量増加が見られた。組織学的には、左肺の上葉下葉、右肺の上葉中葉下葉の、標本の肺胞腔内に好中球浸潤が見られた。いずれも気管支肺炎の組織像であった。特に左肺下葉、右肺上・中・下葉で炎症が強かった。
2. 左右の腎臓には、近位尿細管壊死が見られた。急性尿細管壊死の組織像であった。
3. 膀胱や腎臓には膀胱炎や腎盂腎炎などの炎症像は認めなかった。

【死因について】

右の肺のいずれの葉にも気管支肺炎が見られた。両肺の気管支肺炎による呼吸状態の悪化が直接死因として考える。左右の腎臓で急性尿細管壊死が見られた。これは死亡前の血圧低下によるものと考えられる。消化管、胆道系、肝臓などの他の臓器には著変を認めなかった。

喘息診療のポイントと考え方

内科 眞田 哲郎

喘息診療のポイントと考え方

公立みつぎ総合病院
内科
眞田哲郎

1

気管支喘息について

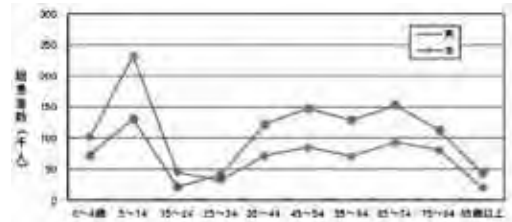
2

気管支喘息の病態



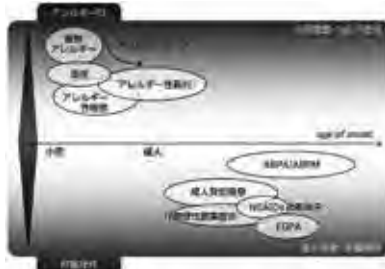
3

喘息の年齢別・性別総患者数



4

発症年齢による喘息の病型



5

喘息を疑う患者に対する問診チェックリスト

大項目	問診項目
問診項目	■ 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 1. ストレスや生活環境の変化、家族歴、アレルギー疾患の既往歴があることがある
問診項目	□ 2. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 3. 3歳以上の年齢で発症したことがある
問診項目	□ 4. 発症年齢が10歳未満で発症したことがある
問診項目	□ 5. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 6. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 7. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 8. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 9. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 10. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 11. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 12. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 13. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 14. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 15. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 16. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 17. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 18. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 19. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)
問診項目	□ 20. 喘息を疑う社会的背景 (職業、環境、家族歴、既往歴、喫煙習慣がある)

大項目十小項目(いずれか1つ以上)があれば喘息を疑う

6

喘息の管理におけるバイオマーカーの解釈

喘息診断における呼気*FeNO*測定 (*FeNO*) の解釈 (来治療の成人患者)

呼気 <i>FeNO</i> 測定値 (<i>ppb</i>)	< 25	25~35	> 35
臨床的意義	<ul style="list-style-type: none"> タイプ2炎症が強く関連している ICUの重症化リスクが高い 重症化リスクが高い 	<ul style="list-style-type: none"> タイプ2炎症が強く関連している ICUの重症化リスクが高い 重症化リスクが高い 	<ul style="list-style-type: none"> タイプ2炎症が強く関連している ICUの重症化リスクが高い 重症化リスクが高い

喘息診断における血中好酸球数の解釈 (来治療の成人患者)

血中好酸球数	< 200/ μ l	≥ 200/ μ l
臨床的意義	<ul style="list-style-type: none"> タイプ2炎症が強く関連している ICUの重症化リスクが高い 重症化リスクが高い 	<ul style="list-style-type: none"> 重症化リスクが高い ICUの重症化リスクが高い 重症化リスクが高い

タイプ2炎症バイオマーカーの測定と重症化リスクの関連性に関する研究

喘息の表現型

タイプ2 喘息

血中好酸球数と*FeNO*の測定が有用である。吸入ステロイドや生物学的製剤の有効性が示されている。

タイプ2 low喘息

Type 2炎症の特徴が明確でない喘息であり、特異的バイオマーカーは確立していない。治療選択肢として、LAMA、マクロライド系抗菌薬、抗TSLP抗体、抗IgE抗体がある。

難治性喘息の治療

難治性喘息の定義

難治性喘息は以下のいずれかを満たす場合と定義する

1. コントロールに、高用量ICSおよびLABA、必要に応じてLTRA、SRT、LAMA、DCS、非ステロイド性抗炎症薬を含む薬剤、またはこれらの任意でもコントロール不良な喘息
2. コントロール不良に起因する因子に充分対応するにもかかわらず、依然コントロール不良な喘息が、治療を適切に受けると推定される喘息
 - ※ 所定治療と対応している (薬物療法が不十分)
 - 吸入ステロイド、アビドマクス
 - 高用量吸入ステロイド、NSAIDs、β2刺激薬、サリドメド
 - 保存剤 (糖) 吸入ステロイド、薬液、アスチン吸入器 (AERD、N-ERD)、COPDなど

※ 少なくとも1つの難治性喘息は、ICMIAの重症喘息に該当する

LTRA: leukotriene receptor antagonist, コイコトリエン受容体拮抗薬, SRT: sustained release theophylline, テオフィリン徐放剤, LAMA: long-acting muscarinic antagonist, 長作用性抗コリン薬, DCS: oral corticosteroid, 経口ステロイド

日本呼吸器学会呼吸器病診療ガイドライン作成委員会 編 難治性喘息診療ガイドライン2022年版 (PDF) (2022.10.1)

「コントロール不良喘息」の基準

重症コントロール不良喘息の定義として、下記のいずれか1つ以上を満たす

① Asthma Control Questionnaire (ACQ) ≥ 1.5, Asthma Control Test (ACT) < 20に該当する (重症化リスクコントロール)

② 過去1年間に2回以上、全身性ステロイド投与 (5日以上) が必要な喘息発作

③ 過去1年間に1回以上の入院による入院やICU管理、機械的人工呼吸

④ 気管支拡張薬中止後の平均FEV₁が80%未満

Chung KF, et al. Eur Respir J. 2014; 43(2): 342-72

「臨床的寛解」の基準

項目	基準
1. ACT	25点以上 (1年間)
2. 発作*	なし (1年間)
3. 入院**としての経口ステロイド	なし (1年間)

*: 発作とは喘息発作によって次のいずれか1つに該当した場合とする

- ① 全身性ステロイドを投与した場合
- ② 救急受診した場合
- ③ 入院した場合

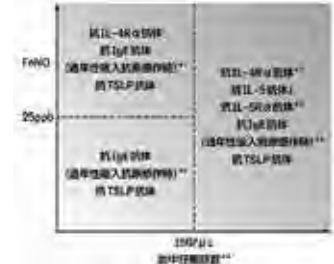
日本呼吸器学会呼吸器病診療ガイドライン作成委員会 編 難治性喘息診療ガイドライン2022年版 (PDF) (2022.10.1)

生物学的製剤一覧表

	ムネブタ	ヌーカ	アゼリス	アビドマクス	アゼリス
作用機序	IgE	IL-5	IL-4/IL-13	IL-4/IL-13	TSLP
適応年齢	16歳以上	4歳以上	6歳以上	2歳以上	4歳以上
投与経路	皮下注射	皮下注射	皮下注射	皮下注射	皮下注射
価格 (1回分)	約1200円	約16000円/月	約32000円/7ヵ月	約13000円/月	約14000円/月
価格 (3回分)	約3600円	約48000円/月	約96000円/7ヵ月	約39000円/月	約42000円/月
年齢 (歳)	12歳以上	12歳以上	12歳以上	12歳以上	12歳以上
喘息以外に使える疾患	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎

https://www.kansai.or.jp/2022/12/post-340-43468.html

生物学的製剤の選択



*1: ムネブタとヌーカは、ICMIAの重症喘息に該当する。アゼリスは、ICMIAの重症喘息に該当する。アゼリスは、ICMIAの重症喘息に該当する。

喘息の発作治療ステップ



日本アレルギー学会喘息ガイドライン専門委員会、監、喘息予防・管理ガイドライン2021、協賛会編、2021。

31

喘息のガイドライン



『喘息予防・管理ガイドライン』
(JGL)
日本アレルギー学会



『喘息診療実践ガイドライン』
(Practical Guidelines for Asthma
Management: PGAM)
日本喘息学会



『Global Initiative for Asthma』
(GINA)

32

気管支喘息と耳鼻科疾患との関連

33

気管支喘息と耳鼻科疾患との関連



<https://www.doctor-map.info/news/1385/>

34

耳鼻科疾患との関連



<https://www.kanokan.com/Shop/2020/03/Shop/18/182000.html>

35

当院における鼻疾患、喘息症例

性別	年齢	耳鼻科疾患	小児喘息	成人喘息	自覚症状	呼吸機能 (1秒率)	FeNO	
症例1	男	47	好酸球性副鼻腔炎	あり	あり	あり	-	99
症例2	男	33	アレルギー性鼻炎	あり	なし	なし	95%	5
症例3	男	50	慢性副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎	あり	あり	あり	74%	74
症例4	男	41	アレルギー性鼻炎	あり	あり	なし	75%	42
症例5	女	51	アレルギー性鼻炎	あり	なし	なし	78%	107
症例6	女	31	アレルギー性鼻炎	あり	なし	なし	81%	5

36

当院における鼻疾患、喘息症例まとめ

耳鼻科を受診している成人鼻疾患患者において、喘息素因を持つ患者が多く存在した。



成人鼻疾患を持つ患者では、喘息素因を持つ可能性を考慮することが重要である。

37

アレルギー性鼻炎合併喘息における治療戦略

1. 抗原除去と回避
2. 薬物療法
鼻噴霧用ステロイド、ロイコトリエン受容体拮抗薬
3. アレルゲン免疫療法
4. 生物学的製剤
抗IgE抗体、抗IL-4受容体α鎖抗体
5. 手術療法

38

当院における喘息症例

39

症例①

46歳 男性

【主訴】 喀痰、咳嗽

【現病歴】

当院耳鼻科に好酸球性副鼻腔炎で通院中である。

元々小児喘息、成人喘息の既往あり、有症状時にシムビコート®を頓用していた。

喀痰、咳嗽の症状がありX年9月11日に内科紹介となった。

40

【既往歴】

虫垂炎、小児喘息、好酸球性副鼻腔炎

【生活歴】

喫煙歴:20-30歳まで 20本/日

【アレルギー歴】

食物、薬剤特になし。花粉症あり。

【薬剤歴】

オロパタジン、プラナルカスト、カルボシステイン、アラミスト®(鼻噴霧用ステロイド)

41

【臨床所見】

SpO2 98%(RA)

両側胸部でWheezesを聴取する

症状は毎日ある。症状の日内変動あり。

季節による症状の変動あり。寒暖差による症状の増悪あり。

【検査所見】

【血液検査】 好酸球数:966/ μ L, 非特異的IgE:382 IU/mL

【胸部X線検査】 特記事項なし

【FeNO】 63ppb

42

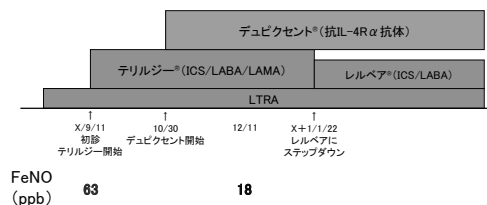
1. 喘息治療ステップ4
2. FeNO、血中好酸球数高値でありタイプ2炎症が示唆される
3. 好酸球性副鼻腔炎を合併している



テリルジー®(ICS/LABA/LAMA)
デュピクセント®(抗IL-4R α 抗体)

43

治療経過



44

症例②

78歳 男性

【主訴】 喀痰、咳嗽

【現病歴】

当院内科にCOPDで無投薬で通院中である。
X年8月下旬に感冒症状あり、それ以降遷延する夜間の咳嗽、喘鳴を自覚していた。
呼吸困難感で入眠困難となったため、同年10月13日に当院外来を受診した。

45

【既往歴】

慢性副鼻腔炎、高血圧、房室ブロック

【生活歴】

喫煙歴:20-62歳頃まで 20本/日

【アレルギー歴】

食物、薬剤特になし。

【薬剤歴】

ピラスチン、カルボシステイン、アラミスト®(鼻噴霧用ステロイド)

46

【臨床所見】

SpO2 98 %(RA), BP 128/82 mmHg, HR 93/min
呼吸音 明らかな異常肺雑音を認めない。
症状の日内変動あり。症状は夜間に増悪する。
症状は臥位で増悪する。

【検査所見】

[血液検査]

白血球数:8470/ μ L, 好酸球数:575/ μ L, 非特異的IgE:76 IU/mL

[胸部X線検査] 特記事項なし

[呼吸機能検査]

[FeNO] 123ppb

47

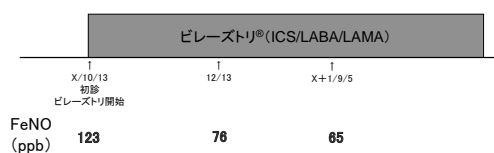
- タイプ2炎症を主体とする喘息とCOPDのoverlapである
- ACOの特徴を満たす



ビレーズトリ®(ICS/LABA/LAMA)

48

治療経過



49

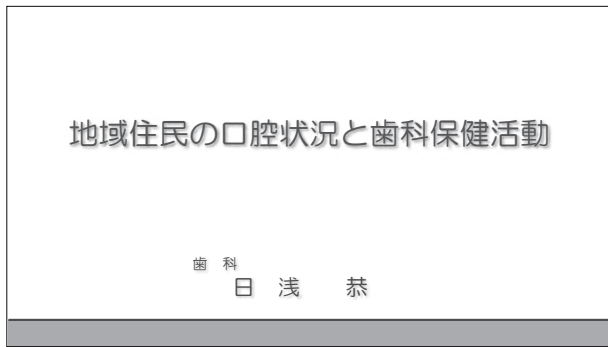
Take Home Message

- 喘息の診断を適切に行い、治療ステップや病態に応じて治療薬を選択する。
- 鼻疾患を持つ患者の呼吸困難感では喘息を想起し、適切な治療を行う。

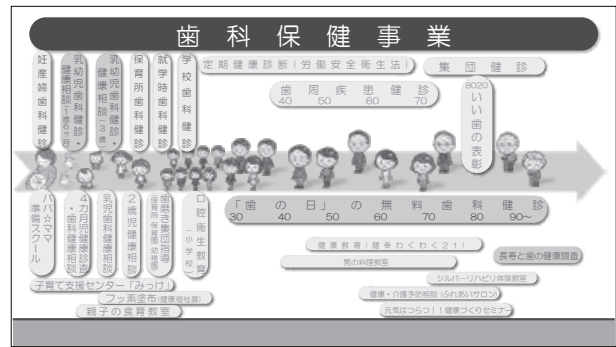
50

地域住民の口腔状況と歯科保健活動

歯科 日浅 恭



1



2

乳幼児歯科健康診査

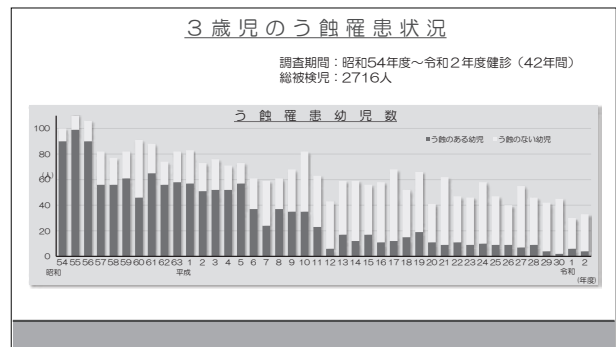
対象
1歳6ヶ月児(1.6歳児)
3歳児

実施内容
口腔内診査
う蝕活動試験
フッ素塗布(希望者)
口腔保健指導
保健相談

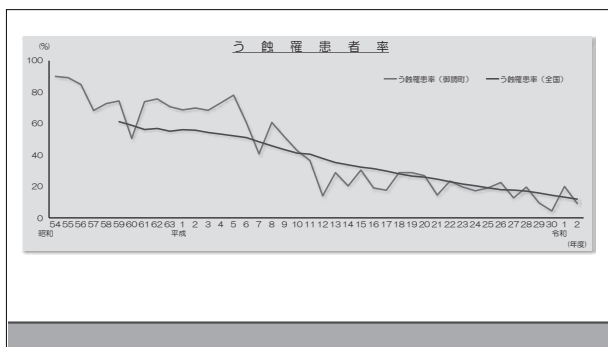
口腔内診査

う蝕活動性試験

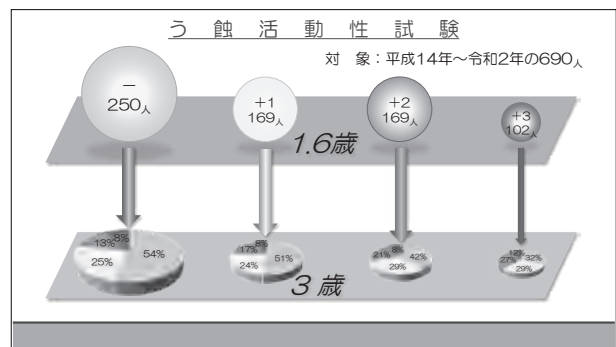
3



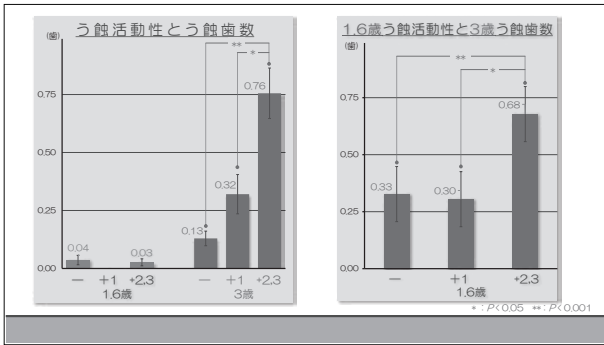
4



5



6



7

歯蝕とは細菌由来の有機酸による歯質結晶の溶解と酵素による有機成分の分解によって歯質が崩壊する病変。歯の表面に付着したデンタルプラーク内の細菌が糖質を代謝して有機酸(乳酸、酢酸、干酸、プロピオン酸など)を産生する。

Tooth Bacteria Sugar Sucrose Caries Time

8

う蝕の“感染の窓” PW Caufield et al. 2003

- 46組の母子の唾液中 *mutans streptococci* (MS), *Lactobacilli* (LB)のDNAを出生後から5歳まで追跡
- 母親の唾液中MSおよびLB量がなかったにもかかわらず、38%の子どもにおいて生後19~33ヶ月にMSが定着し、その他の8%では5歳まで検出されなかった。
- この生後26±7ヶ月前後がMSの感染の窓であり、この時期の感染・定着を避けられると、う蝕リスクが低くなると考えられている。

Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a Discrete Window of Infectivity PW Caufield et al. J. Dent Res. 72: 37-45, 1993.

9

1.6・3歳時検診のまとめ

- 1.6歳・3歳児のう蝕罹患は過去20年に減少しており、集団としてのう蝕保健活動は現状のままで良いと考えられた。
- う蝕活動性が高い幼児は、1.6歳における齲蝕罹患は少ないものの、3歳時においてう蝕歯数が有意に高いことが明らかになった。
- う蝕活動性が高い幼児のう蝕罹患を防ぐには、口腔清掃、食事・間食、砂糖摂取などの保健指導や定期検診とフッ化物応用処置などの医療介入が必要と考えられ、対象児の親子への積極的な関わりを検討して行きたいと考えている。
- 近年、就学期のう蝕罹患者は減少しており、虫歯が原因で永久歯を喪失する若者は非常に少ない。

10

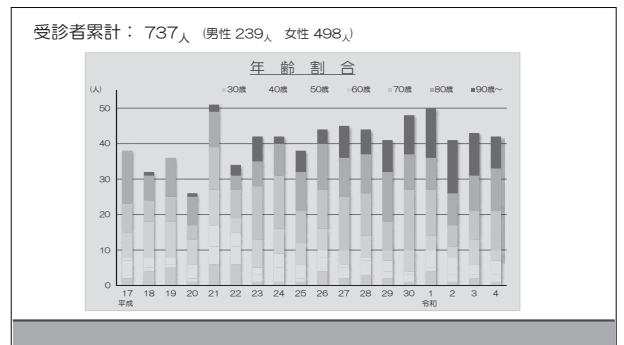
「歯の日」の無料歯科検診

御調町歯科保健センターは、住民一人ひとりの「健口」を目指して生涯を通した歯および口腔の健康を増進するため、2003年から毎月8日を「歯の日」と定め、御調町内の歯科診療施設で無料歯科健診を行っている。

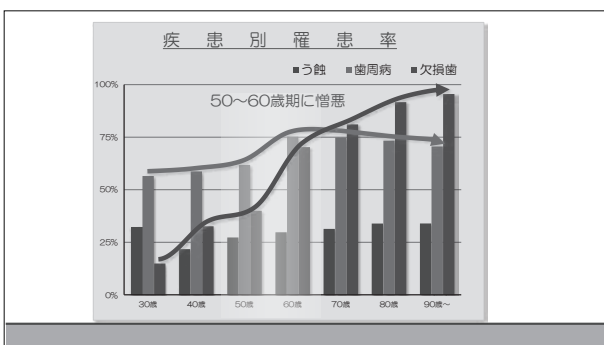
対象者
御調町在住で年度内に満30歳から満90歳の節目年齢を迎える人と、91歳以上の全ての人

方法
住民台帳を元に対象者らへ健診案内を郵送
希望者は町内の歯科診療施設で健診を受診
検診票を歯科保健センターで回収し分析した。

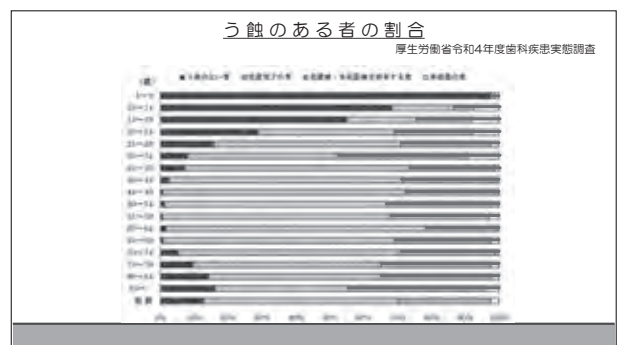
11



12



13



14

歯周病

歯周病は歯周病原細菌によって引き起こされる感染性炎症性疾患であり、歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨よりなる歯周組織に生じる疾患

Red Complex
Orange C
Yellow complex
Blue C
Purple C
Green C

- 上方ほど毒性が高い。
- ヒラミッドが完成しても、発症はしない不顕性感染のまま経過、歯周ポケット内のバイオフィルムのバランスが変化しdysbiosisになると、Red complexが活性化して歯周組織が破壊されていく。

Dental biofilms: difficult therapeutic targets
So cransky et al., Periodontology, 28, 2002, 12-55, 2002.

15

DMF 歯数

D: 未処置う蝕歯
M: 喪失歯
F: う蝕処置歯

現在歯数とDMF歯数

欠損歯の増加

残存歯 0 DMF歯 28

残存歯 28 DMF歯 28

残存歯 28 DMF歯 0

残存歯 32 DMF歯 0

16

年齢とDMF歯数

30歳 40歳 50歳 60歳 70歳 80歳 90歳~

17

DMFT 指数の年次推移

厚生労働省歯科疾患実態調査

1999年 2001年 2003年 2005年 2007年 2009年 2011年 2013年 2014年

19~24歳 25~34歳 35~44歳 45~54歳 55~64歳 65~74歳 75歳以上

18

歯の日の歯科健診のまとめ

- う蝕は全年齢で約30%で罹患しているが減少せず、歯周病は50%以上が罹患しているうえ、60歳で急増し以降も70%以上が罹患していた。
- 欠損歯は年齢と共に増加し、特に60歳で急増していた。
- 歯周病・欠損歯は50歳~60歳に急増することから、30~50歳に歯周病が放置されていることが高齢期の喪失歯の原因となることが示唆され、50歳までの歯周病対策が急がれることが明らかになった。
- 若年者はう蝕罹患者の減少により、高齢者は歯周病罹患者の減少によりDMFT歯数が大きく減少してきており、私見ながら、今後は高齢者の残存歯数は上昇すると考えられる。

19

長寿と歯の健康調査

対象 尾道市御領地区在住の90歳および100歳の高齢者

調査期間 平成26年4月1日~令和6年3月31日

調査方法 ケアマネジャー・保健師に歯科衛生士が同行して調査

一般調査 性別 年齢 居住場所

健康調査 要介護要支援認定 障害高齢者の日常生活自立度 高齢者の日常生活自立度 認知症 全身疾患と服用薬 日常生活の自立度 意志疎通 喫煙習慣 睡眠時間 趣味 介護サービス利用状況

項目

- 口腔状態 残存歯の状態(歯数 齧齧) 歯周状態 口腔乾燥 口臭 歯 粘膜疾患の有無
- 口腔機能 口腔清掃状況 嚥下の状況 口腔機能(むせ 流涎 RASST) パタカラ 頬舌運動
- 食事状況 摂取方法 食形態 飲みごたえ度 飲料摂取の習慣 問食の状況 食嗜好

20

歯科疾患実態調査は、日本の歯科保健の状況を把握し、今後の歯科保健医療対策を推進するための基礎資料を得ることを目的として厚生労働省が実施している統計調査。

- 無作為に抽出された300世帯、約15000人が対象。
- 昭和32年から6年毎に実施していたが、平成28年の調査から5年ごとに変更された。
- 高齢者のデータは”85歳~”でひとまとめにされており、われわれが日頃診察している後期高齢者や超高齢者の詳細なデータがない!!

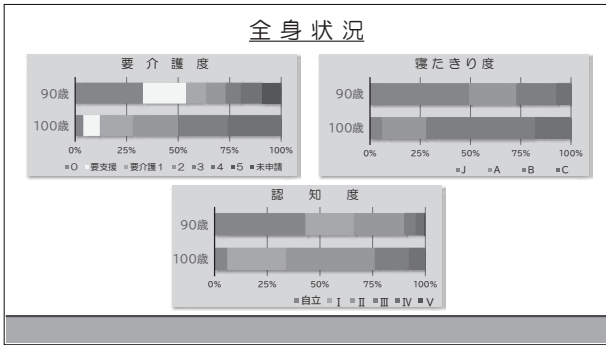
21

生活場所

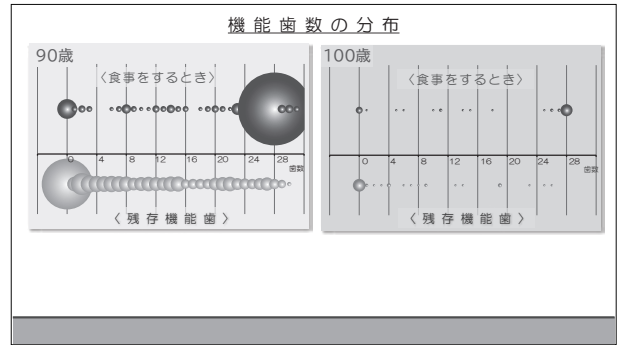
年齢	施設 (%)	自宅 (%)	病院 (%)
90歳	35.5%	64.0%	0.4%
100歳	67.3%	32.7%	

対象者数 90歳 605人 100歳 58人
調査数 458人 (75.7%) 48人 (82.8%)

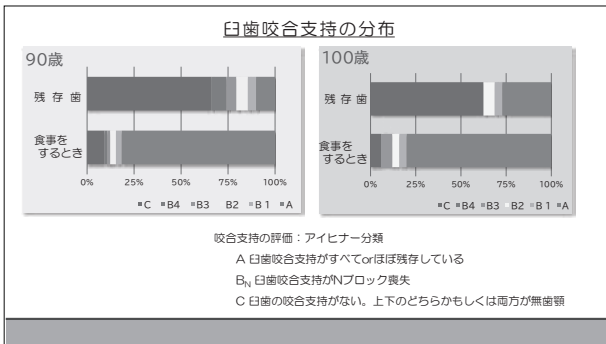
22



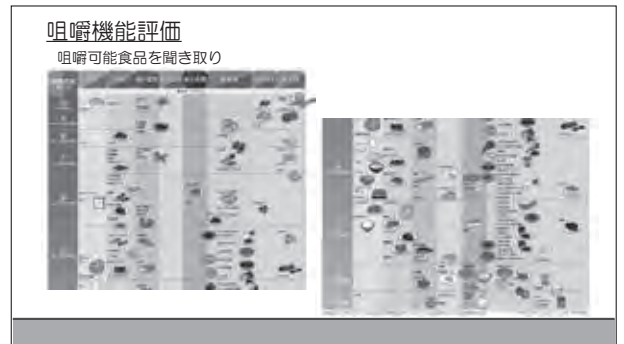
23



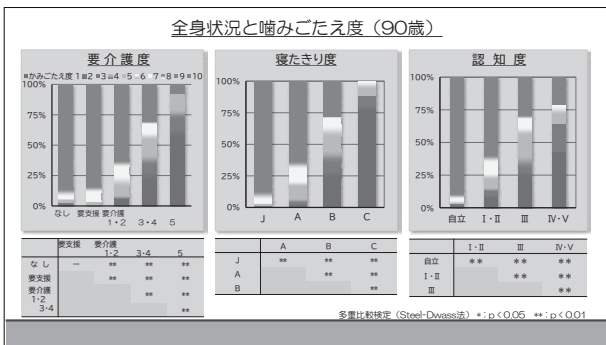
24



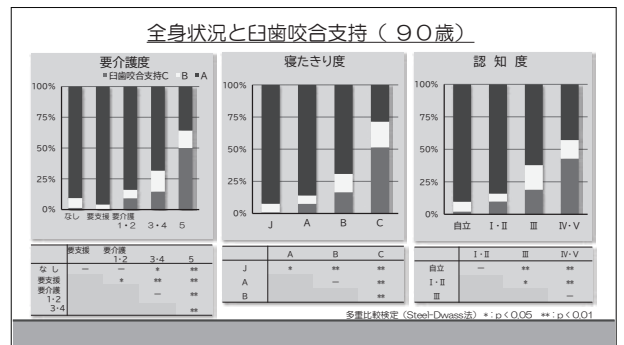
25



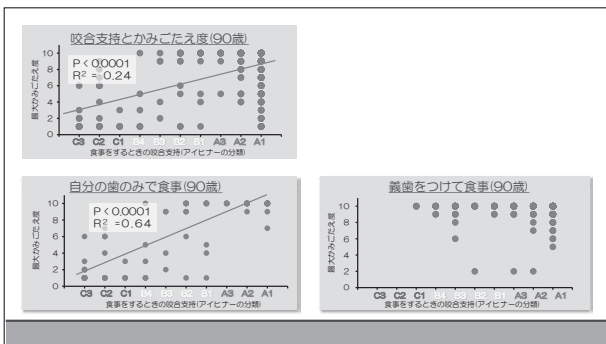
26



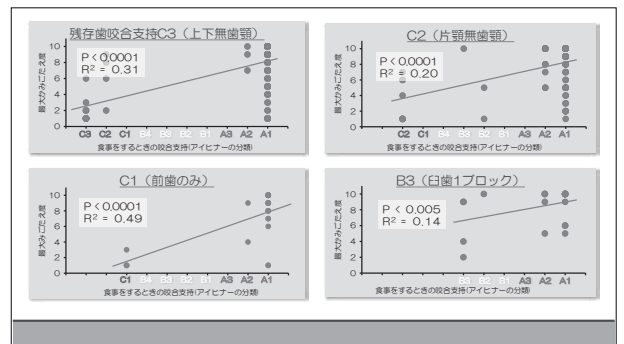
27



28



29



30

長寿と歯の健康調査のまとめ

- 対象者数は90→100歳で対象者が大幅に減少しており、人生の曲がり角であることが分かった。
- 全身状況の低下に伴い摂取食物のかみごたえ度が低下していることが判り、食事をするときの臼歯咬合支持と同様の傾向を示していたことから、臼歯の喪失や筋力の低下、義歯を使用できなくなることなどが関連していることが示唆された。
- 自分の歯のみで食事をする90歳では、臼歯咬合支持があるほど咀嚼能力が高く、咬合支持を喪失していても義歯装着により咀嚼能力が改善するものの、改善度は、残存歯の咬合支持、義歯の状態などにより異なることが示唆された。

31

まとめ

う蝕、歯周病は口腔細菌感染症であり、できるなら病原性菌の定着を回避し、定着しても発症を防ぐことが大切と考えられます。

う蝕・歯周病は人類の原始文明期から罹患していたことが明らかになっており、これらにより生じた歯質の欠損や疼痛、歯数欠損と機能・審美障害の回復を中心に構築されてきた歯科治療は、近年、発症と重症の化予防が進んできた。

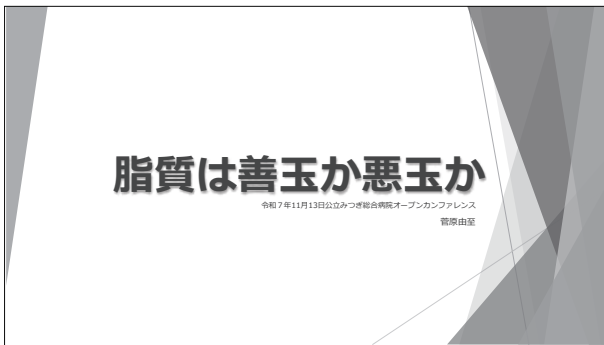
今回供覧させていただいた結果でもその一端が見られており、今後は無歯顎者が減少し、80歳になっても自身の歯で何でも食べられる人が増えると予想される。

残存歯が増えることは、高齢者の咀嚼機能の改善を期待できるのか、歯科疾患罹患者の増加を意味するのか、、、

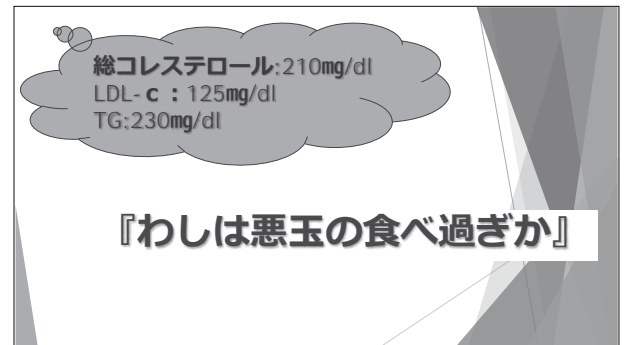
32

脂質は善玉か悪玉か

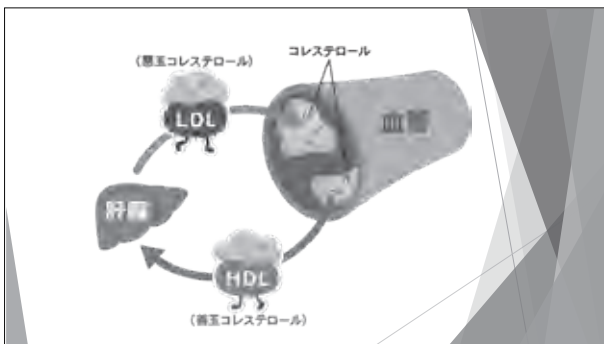
外科 菅原 由至



1



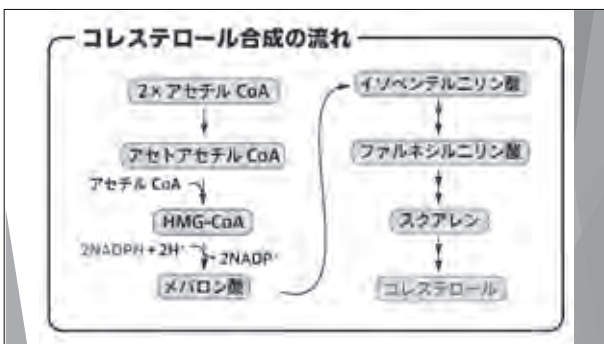
2



3



4



5

問) 脂質に関する記述のうち正しいものをひとつ選べ。

- 1) 食後には、貯蔵脂肪の分解が促進される。
- 2) 食後には、血液中のVLDLが減少する。
- 3) 絶食によって、血液中のキロミクロンは増加する。
- 4) 絶食によって、血液中の遊離脂肪酸は増加する。
- 5) 絶食によって、ケトン体の合成は減少する。

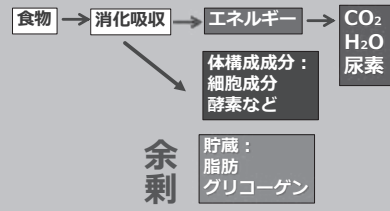
6

🚩 本日の到達目標

1. 脂質代謝のキーワードを理解し覚える
2. 悪玉となりうる条件、状況を生化学・栄養代謝の知識に基づき言語化する
3. 善玉となる条件、状況を言語化する
4. 聞き手（患者）と自分をも納得させる説明をする

7

栄養代謝の大雑把な流れ



8

エネルギー産生効率のよさ

糖質1g → 4 kcal
 蛋白質1g → 4 kcal
 脂質1g → 9 kcal

9

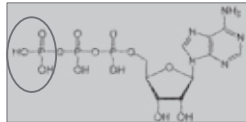
エネルギー=ATP=活力の素

食べたもの→→→ATPに変えて生命活動のもととする
 お金を使って元気に活動する
 どの細胞でも共通!!



10

ATP : アデノシン3リン酸

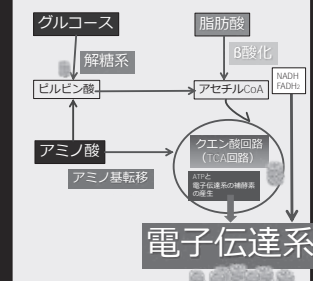


リン酸1分子が離れたり結合することで、
 エネルギーの放出と貯蔵を担う



11

ATPの産生

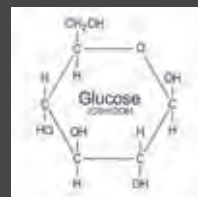


12

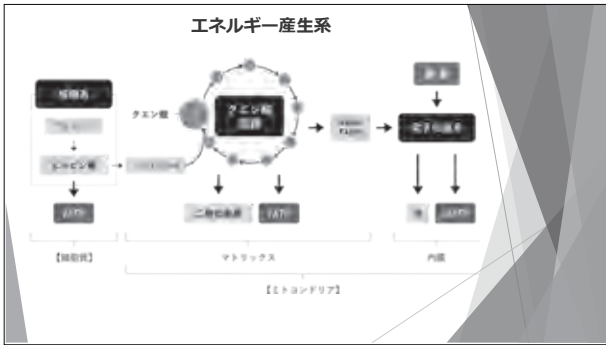
臓器によるエネルギー源の違い

横紋筋：筋グリコーゲンを分解して作るグルコース、
 脂質、分岐鎖アミノ酸などのアミノ酸
 平滑筋：グルコース、クレアチンリン酸
 心筋：脂肪酸、グルコース
 脳：グルコース、ケトン体（飢餓時）

13



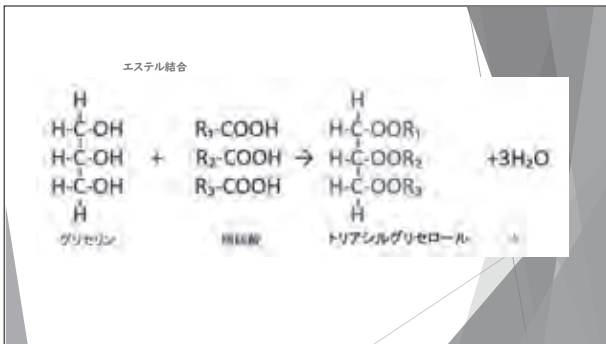
14



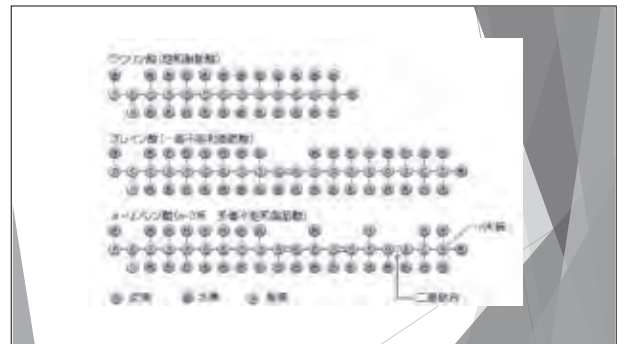
15

摂取する脂質の
ほとんどは
中性脂肪
(トリアシルグリセロール)

16



17



18



19

長寿と歯の健康調査

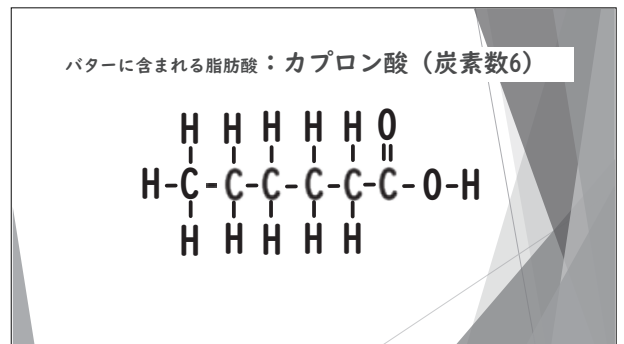
対象	尾道市御調地区在住の90歳および100歳の高齢者
調査期間	平成26年4月1日～令和6年31年3月31日
調査方法	ケアマネジャー・保健師に歯科衛生士が同行して調査
一般調査	性別 年齢 居住場所
健康調査	要介護支援認定 障害高齢者の日常生活自立度 高齢者の日常生活自立度 認知症 全身疾患と服用薬 日常生活の自立度 意志疎通 喫煙習慣 睡眠時間 趣味 介護サービス利用状況
口腔調査	残存歯の状態 (歯数 齦炎) 歯周状態 口腔乾燥 口臭 痰 粘膜疾患の有無
口腔機能	口腔清掃状況 嚥物の状況 口腔機能 (むせ 流涎 RSST) バタカラ 嚥舌運動
食事状況	摂取方法 食形態 飲みこたえ度 飲料摂取の習慣 間食の状況 食嗜好

20

歯科疾患実態調査は、日本の歯科保健の状況を把握し、今後の歯科保健医療対策を推進するための基礎資料を得ることを目的として厚生労働省が実施している統計調査。

- 無作為に抽出された300世帯、約15000人が対象。
- 昭和32年から6年毎に実施していたが、平成28年の調査から5年ごとに変更された。
- 高齢者のデータは”85歳～”でひとまとめにされており、われわれが日頃診察している後期高齢者や超高齢者の詳細なデータがない！！

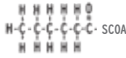
21



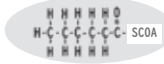
22

2) 細胞質内の脂肪酸を下準備
(エネルギー工場へ送る前)

脂肪酸に補酵素Aをくっつける



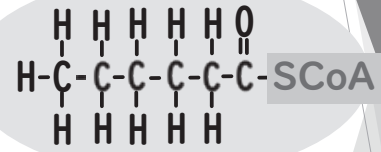
さらにカルニチンがつくと工場(ミトコンドリア)へ



カルニチン

23

3) エネルギー工場で材料を整える

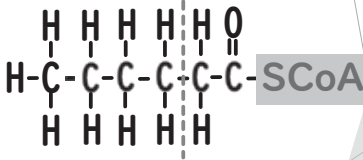


カルニチン

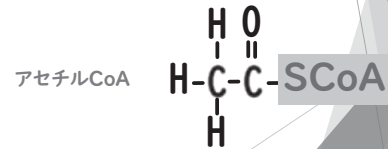
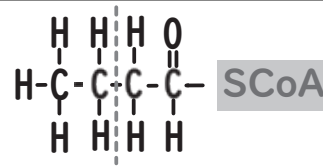
24

3) 材料をこまかく刻んでアセチルCoAをつくる

β酸化



25



26

4) β酸化で得られた材料をATP産生機械に送る

β酸化

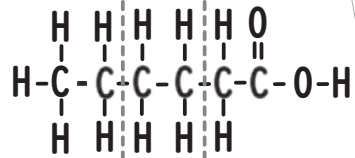
アセチルCoA

TCA回路
+
電子伝達系

NADH
FADH2

電子伝達系

27



6炭素の脂肪酸1つから3つのアセチルCoAができる
2回のβ酸化で2つのNADHと2つのFADH₂ができる

28

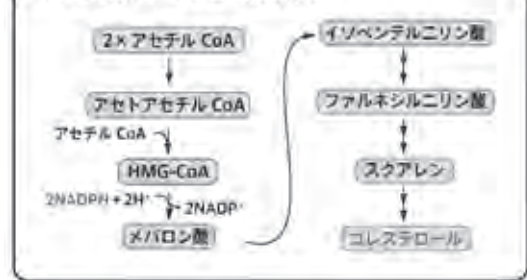
悪玉となりうる条件・状況

エネルギー余剰を生じやすい

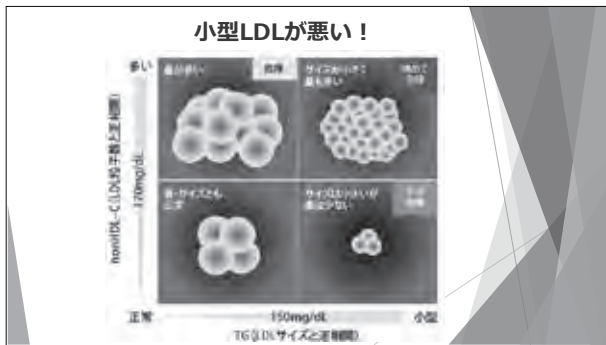
- 1) 余剰グルコースから脂肪酸を合成
 - ・グルコース→解糖系→ピルビン酸→ミトコンドリア
 - アセチルCoA→(律速)→マロニルCoA→マロニルCoAの縮合により脂肪酸を合成
- 2) TGの合成
 - ・脂肪酸に補酵素AがつけられてアシルCoAに
 - グリセロール3リン酸にアシルCoAから脂肪酸が転移される
 - TG
- 3) コレステロール合成
 - すべての細胞は小胞体と細胞質でコレステロールを合成
 - ・アセチルCoA (3つ) を原料→(律速)→メバロン酸→コレステロールの生成

29

コレステロール合成の流れ



30



31

善玉となる条件・状況

急性のエネルギー不足

慢性のエネルギー不足

32

急性のエネルギー不足

要因？ 絶食を余儀なくされる消化器障害
急な食欲不振
急性炎症
ホルモン異常などによる代謝亢進
入院を要する外傷
手術

33

慢性のエネルギー不足

要因？ 喫食量の緩徐な減少
オーバーワーク
安静時の必要エネルギーの増加

34

COPDにおける安静時必要エネルギーの増加

・呼吸によるエネルギー消費↑
・肺における慢性炎症

**通常の1.3~1.7倍
エネルギーが要る**

35

COPD症例に栄養管理すると予後が改善するか？

- ・体重減少が進むと生命予後不良。
- ・理想体重の80%を切れば栄養管理の適応。
- ・栄養療法単独の効果については、エビデンス（臨床研究で証明された証拠）は少ないものの、運動療法との併用により栄養状態と身体機能を改善させうる。

36

COPD患者の在宅栄養ケア

症例：町内在住（4人世帯）の79歳男性。
既往歴：肺炎腫（在宅酸素使用）。
現病歴：2009年4月に第二腰椎圧迫骨折による歩行困難を契機に肺炎を発症し、高熱と脱水を伴い入院となった。2週間後の肺炎軽快時より院内NSTが介入した。
BMIは14程度。摂食による疲労と呼吸苦増強のため食欲が低下。1回量が限られたので分割食とした。
嚥下機能評価では、反射の遅延はないが水分の喉頭侵入を認め、増粘剤添加が指示された。また、義歯により咀嚼良好であった。
介護2の認定を受けたのち、同年6月に独歩退院となった（入院期間59日）。

37

退院前カンファレンス

1. 栄養改善は不十分。（BMI14.4、alb 2.9）
2. おじやのようなものしか食べない。
3. 嚥下障害があるが、増粘剤を拒否する。
4. 外出機会と活動量が減り、廃用症候の進行や閉じ籠もりの懸念強い。
5. 気分の変調が目立ち、療養に関する理解に不安あり。
6. 他人が家に来るのを嫌がる。

38

COPD患者への食事指導のポイント

- 1) エネルギーの確保 (3割増しを食べる)
脂質で効率を上げる 栄養補助食品の活用
- 2) しんどくて一回量が減り勝ち→5回食/日 おやつ工夫
- 3) 呼吸筋の維持→肉や魚でタンパク質をちゃんと摂る
- 4) お腹がはると呼吸がしにくい→炭酸、ビール、芋類避ける
- 5) 代謝による二酸化炭素の生成!!
呼吸商を勘案して糖質→脂質を多めに

39

実際の食事指導

- ① 目標栄養量：1800kcal (入院時) 摂取は難しく、エネルギー1400kcal、蛋白56g、脂質32gに設定。
- ② 蛋白質強化：
嗜好と経済負担を考慮し、冷蔵庫の身近な蛋白源 (卵、豆腐、練りもの) を雑炊の具材に用いる。
- ③ 脂質：<エネルギーの確保、高炭酸ガス血症予防>
鶏肉は、ササミでなく皮付きモモ肉に替える。
ベーコンも活用。乳製品、洋菓子すすめる。
- ④ 分割食：一食分の量が少ないので間食を勧める。

40

各科及び施設紹介

第1病棟

看護師長 石原 純恵

1病棟は病床数42床で整形外科、泌尿器科、内科、外科の混合病棟です。毎日手術や検査があり、毎月60～80名の入院患者を受け入れ、昨年は950名の患者さまが入院されました。整形外科は大腿骨骨折の手術を受けられる方や脊椎圧迫骨折の方、泌尿器科は前立腺生検や経尿道的膀胱腫瘍摘出術を受けられる方、内科は胆管炎や胆嚢炎、早期胃がんなど内視鏡処置が必要な方、誤嚥性肺炎の方を多く受け入れています。

当病棟に入院される患者さまは生活全般に介助が必要な高齢者が多く、栄養状態の悪化や排尿のトラブル、嚥下機能のトラブルなど多くの問題を抱えています。その問題に対応するため、NST（栄養サポートチーム）、排尿ケアチーム、褥瘡チーム、摂食嚥下チーム、PCT（緩和ケアチーム）が関わり患者さまをサポートしています。また、急性期病棟として治療を最優先に行うだけでなく、地域包括ケアシステムを活かし患者さまの退院先を見据えて、入院時から生活の支援、退院支援を行っています。医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士、社会福祉士など多職種が連携して患者さま一人ひとりに最適な支援を検討し、病棟内で完結するケアにとどまらず、在宅や施設、回復期リハビリテーション、地域包括ケア病棟へとスムーズに繋ぐ架け橋としての役割を担い、患者さまやご家族が安心して退院できるよう包括的に支援しています。そのため、多職種カンファレンスや退院前カンファレンスを積極的に行い、院内だけでなく外部施設や事業所と情報共有に努めています。

これからも、患者さまとご家族が安心して治療を受け、退院に向けての支援が受けられるようチーム全体で連携を図り関わって参ります。



健康管理部

健康管理部は、地域社会の皆さまの健康維持と増進を目的とし、人間ドックをはじめとした健診・検診を行っている部門です。健診は健康状態を総合的に調べ、病気を予防するための検査です。検診は胃がんや乳がんなど特定の病気を早期発見し、早期治療につなげるための検査です。人間ドックでは健診と検診を一度に受けることが可能です。加えてオプション検査を組み合わせることで効果的な健康管理ができます。

令和6年度の間人間ドック受診者数は1,682人でした。受診者さんのリピート率は約80%で、10年以上継続して受診されている方も多く、地域に密着した人間ドックを提供しています。令和6年度の間人間ドックで発見されたがん件数は19例で、男性で多かったがんは胃がん3例（発見率0.19%）、前立腺がん3例（同0.48%）、女性は乳がん3例（同0.45%）であり、がん全体では63%が早期がんでした。温泉施設宿泊を伴う1泊2日人間ドックは、早い時期に予約枠が埋まり好評をいただいています。生活習慣病予防健診、がん検診などを含めた受診者数は年間5,000人以上になります。

日本人間ドック・予防医療学会は、平成16年に健診施設機能評価事業を開始し、当部門は平成17年に初回認定を受けています。その後、厳しい審査をクリアし、3回の認定更新を行い、令和8年2月に、初回認定を含めて5回目の審査（Ver.5）を受けました。受審を契機に質の高い健診を提供するため、日々の業務改善を推進しています。

今後、健診施設には、保険者、事業者、自治体等と連携し、データヘルス計画、健康経営、産業保健、地域保健への関与がより強く求められます。当部門では、自治体と情報交換、情報提供をさらに緊密に行い、地域の保健活動に取り組んでまいります。



地域包括ケア連携室

当院とその関連施設では、地域の皆様が「健康」で「安心」した生活が過ごせるよう、専門的で高度な医療と併せて地域住民の健康づくりからリハビリテーション、在宅ケア、更には福祉・介護を含む包括的な医療促進に向けて取り組んでいます。そのような中で、地域医療機関や施設などと緊密な連携、機能分担を図り、患者様や地域住民のニーズに応えることを目的として、平成14年に地域包括ケア連携室を設置しました。

現在、院長直轄の部署として看護師2名、医療ソーシャルワーカー4名、事務職1名、平日（月～金曜日）の8時30分～17時15分まで業務をしています。

業務内容は、①他医療機関・施設からの紹介患者の受け入れに関する業務（外来、入院、検査を含む）②消防署への入院受け入れベッド数の情報提供③他医療機関・施設への情報提供④退院支援に関する業務（地域の医療機関・在宅サービス事業所・行政との連携など）⑤地域への情報発信（病院広報誌 年4回、緩和ケア病棟広報誌 年1回）⑥医療福祉相談⑦総合相談窓口（認知症、高次機能障害、患者サポート体制、医療安全など）⑧地域連携クリニカルパス（脳血管障害、大腿骨頸部・転子部骨折）に関する業務などです。

これからも地域包括ケアシステムの理念のもと、患者様や地域住民のニーズに応えられるよう精進してまいります。



看護部院内教育

看護部院内教育

看護師長 石原 純恵

日本では高齢者の急激な増加だけでなく少子化の影響で労働人口が減少し、医療者の人手不足が予測され、医療の質の低下がおきる恐れがあります。今後、看護師が増加することは難しく、人を育てることで質の高い看護を提供していかなければなりません。医療が日々高度化、複雑化していくなかで、看護職への期待も高まっています。変化する社会のニーズに合わせて、看護職がその能力を発揮するためには、新たな知識や技術を継続的に学び、個々の能力の開発と向上を図ることが重要です。

当院は看護の質と患者の安全を守るため看護職員の生涯学習支援を行っています。今年度の看護部院内研修は、全体研修、看護補助者研修、ラダー別研修（新採用者研修、2年目研修、2.3年目合同研修、ラダーⅡ～Ⅴ）ラダー外研修、実地指導者研修、管理職研修を行いました。

【全体研修】看護補助者の役割・医療安全・感染・看護必要度・倫理・接遇についての研修はeラーニングを活用しました。BLS研修は全看護職員が参加できるよう6回に分けて実施し、胸骨圧迫とAED使用方法の基本について実践を交え再確認しました。

【看護補助者研修】看護補助者の役割、医療安全、倫理、接遇、患者体験、感染、コミュニケーション、口腔ケア、認知症ケアについて全看護補助者が参加できるように2回に分けて実施しました。患者体験は様々な機材を用い、患者さまの視力や聴力、身体の動きにくさを実際に体感することで患者さまの不自由さの理解に繋がる研修となりました。

【新採用者研修】看護協会の新人看護職員ガイドラインに沿い、基礎看護技術習得に向け講義のみでなく模型を用いた実技研修やシミュレーション研修を中心に行いました。また、公認心理士によるリフレッシュ研修、3か月・6か月・1年の節目にはフォローアップ研修を行い、現状と課題についてディスカッションをしました。ローテーション研修では手術室と透析室を回り、看護師の視野を広げる良い機会となりました。

【2年目研修】急変時の対応について3シリーズに分けて行い、その他にも人工呼吸の取り扱いや看護、化学療法などの研修を実施しました。ローテーション研修では訪問看護・介護老人保健施設みつぎの苑・回復期リハビリテーション病棟・緩和ケア病棟の中から選択し研修に臨みました。急性期病棟以外の患者様の生活を実際に見て体感することで、急性期病棟の役割と他部署との連携について考えるきっかけとなりました。

【2.3年目合同研修】実際に病棟内で関わった患者様についての入院時～急性期・回復期・維持期、その後の退院支援についてグループワークを行い、個性のある看護、看護の展開について深く学ぶ機会となりました。

【ラダー外研修】急変対応シリーズは人形を用い挿管の介助やルーカスを使用した心臓マッサージなど実際に体験できる内容の研修でした。また認定看護師による、皮膚排泄ケアシリーズ、認知症シリーズを実施しました。その他、実際に様々な機材を用い患者さまの視力や聴力、身体の動きにくさを体感する患者体験研修、検査技師による輸血についての研修を実施し最新の輸血について学ぶことができました。

【管理職研修】主任看護師研修・看護師長研修・主任師長合同研修を行いました。主任看護師研修では労務管理やキャリアプランなどについて学び、これまでの経験を活かし組織と看護を支える存在になれるようグループワークを実施しました。看護師長研修では当院が担う役割や主任のトリセツについて学び、現場の責任者として限られた人材・ものを使いマネジメントすることについてグループワークを実施しました。今年度から開始した主任師長合同研修では、目標管理についてeラーニングを視聴しグループワークを行いました。目標管理は目的をもって成長し成果に繋げるために必要なことであると学ぶことができました。

看護職の役割は患者様の生命と安全を守り、その人らしい生活を支えることであり、看護師は専門職として日々学び続ける必要があります。近年医療は高度化し、個人の経験や能力だけでは対応が困難となっています。そのため、院内教育を充実させることで看護実践の標準化と看護の根拠を学び共有することが重要となってきます。また、看護師は医療の知識のみならず倫理感、様々な人を理解する能力が求められます。そのため、今後も生涯学習を継続し、人を育て、看護の質と安全を守っていくよう努めてまいります。



令和7年看護研修会実績

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
1	9	看護師長	グループワーク	西丸看護師長	19名
	10	主任看護師	新人看護師ガイドライン	和木主任看護師	12名
	10	全体	地域の心不全医療を支える療養指導	石井薬剤師	22名
	14	希望者	嚥下シリーズ	大河・西丸摂食嚥下障害看護認定看護師	2名
	15	2.3年目看護師	症例検討（退院支援）	石原看護師長	13名
	16	希望者	NSTシリーズ	大河・西丸摂食嚥下障害看護認定看護師	5名
	17	新人看護師	救命救急処置技術 急変時の対応	堀江看護師長	5名
	22	ラダー I -2	ケースレポートについて	西丸看護師長	8名
	23	看護補助者	食事介助 2回目	大河・西丸摂食嚥下障害看護認定看護師	5名
	24	ラダー外	ACP について	北島内科医師 片山看護師	22名
	29	3年目看護師	新人研修ガイドライン	和木主任看護師	12名
	30	希望者	脳卒中看護シリーズ	室谷脳卒中リハビリテーション看護認定看護師	14名
	30	看護補助者	排泄ケア 1回目	室谷脳卒中リハビリテーション看護認定看護師	10名
2	6	看護補助者	排泄ケア 2回目	室谷脳卒中リハビリテーション看護認定看護師	9名
	7	新人看護師	医療安全	井上医療安全管理者	9名
	7	看護師長	伝達研修	西丸看護師長	21名
	12	実地指導者	まとめと振り返り	石原看護師長	3名
	13	看護補助者	接遇 1回目	坂東専門員	9名
	14	主任看護師	グループワーク	川崎主任看護師	11名
	18	看護研究	院内誌の書き方	壹丁・和田主任看護師	10名
	20	希望者	NSTシリーズ	大河・西丸摂食嚥下障害看護認定看護師	5名
	27	希望者	脳卒中シリーズ	室谷脳卒中リハビリテーション看護認定看護師	19名
	27	看護補助者	接遇 2回目	坂東専門員	7名
29	3年目看護師	実地指導者行う評価のプロセスとフィードバック	原田看護師	10名	
3	6	看護補助者	1年の振り返り	西丸看護師長	17名
	7	看護師長	1年の振り返り	西丸看護師長	24名
	7	新人看護師	リフレッシュ研修	田中公認心理師	5名
	12	3年目看護師	コミュニケーション技術 OJT 技術チェック表の評価方法について	片山看護師	11名
	14	主任看護師	講師に一任	佐藤主任看護師	12名
	14	新人看護師	1年フォローアップ（修了式）	新人看護師指導者	5名
4	3～4	新人看護師	集合研修	主任看護師、認定看護師	3名
	7～8	新人看護師	集合研修	主任看護師、認定看護師	3名
	9	実地指導者	新人の背景の把握と目標設定 新人看護師の特徴	鈴木看護師長	3名
	11	新人看護師	バイタルサインとフィジカルアセスメント 病棟 OJT リフレクション	和田主任看護師 各病棟実地指導者 片山看護師	3名

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
4	11	主任看護師	主任の役割	森数副看護部長	10名
	17	全体	看護部の方針 教育計画	室谷看護部長	
	18	新人看護師	血糖測定 インスリン注射 静脈内注射、点滴、採血	福重看護師 栞田看護師	3名
	25	新人看護師	痛みの評価 レポートの書き方 BLS 医療安全	壺丁主任看護師 大塚看護師 坂根看護師 井上医療安全管理者	3名
	30	ラダー I -2	ストーマケア	新屋皮膚排泄ケア認定看護師	4名
5		全体	看護補助者の役割	eラーニング	
	2	看護師長	師長の役割	森数副看護部長	20名
	9	主任看護師	医療安全	鈴木看護師長	11名
	14	実地指導者	看護行為に至る思考の流れ 臨床 OJTでの指導	片山看護師	3名
	16	新人看護師	食事の援助（経管栄養法、経鼻胃管 挿入） 呼吸の援助	西丸摂食・嚥下障害看護認定 看護師 迫田看護師	3名
	23	新人看護師	導尿・膀胱内留置カテーテルの挿入 と管理	上田泌尿器科医師	3名
	27	看護研究	研究テーマの選び方 文献検索	和木主任看護師	21名
	28	ラダー I -2	術前術後の看護	友宗看護師	3名
	30	新人看護師	輸液ポンプ、シリンジポンプの準備 と管理	西原・小林臨床工学士	3名
6		全体	医療安全	eラーニング	
	5	看護補助者	看護補助者の役割 個人情報保護	森数副看護部長	12名
	6	看護師長	伝達研修	杉本看護師長	19名
	6	新人看護師	輸液管理	内田看護師	3名
	12	看護補助者	看護補助者の役割 個人情報保護	森数副看護部長	12名
	13	主任看護師	地域包括ケアについて	大前主任看護師	9名
	13	新人看護師	リフレッシュ研修	田中公認心理師	3名
	18	希望者	皮膚・排泄ケアシリーズ	新屋皮膚排泄ケア認定看護師	14名
	19	看護師長 主任看護師	看護管理者合同研修 グループワー ク チームで成果を上げる目標管理	eラーニング	29名
	20	新人看護師	多重課題（シミュレーション研修） 3か月フォローアップ	片山看護師 石原看護師長	3名
	24	看護研究	看護研究の進め方 研究計画書の書 き方	上田主任看護師	21名
	25	ラダー I -2	PICC・CVC・胸水穿刺等の介助につ いて	石原看護師長 片山看護師	4名
	26	希望者	認知症シリーズ	平谷認知症看護認定看護師	14名
27	新人看護師	与薬	原田看護師	3名	
7		全体	感染	eラーニング	
	3	看護補助者	医療安全 1回目	井上医療安全管理者	14名
	4	新人看護師	栄養評価 褥瘡評価 入院セット	片山看護師 新屋皮膚排泄ケア認定看護師 澤井看護師	3名
	4	看護師長	地域医療構想の中で当院が担う役割 グループワーク	eラーニング	3名

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
7	9	実地指導者	メンタルサポート	田中公認心理師	4名
	10	看護補助者	医療安全2回目	井上医療安全管理者	6名
	10	希望者	患者体験	西丸看護師長	16名
	11	主任看護師	労務管理 グループワーク	eラーニング	10名
	16	希望者	皮膚・排泄ケアシリーズ	新屋皮膚排泄ケア認定看護師	7名
	16	ラダー I -2	急変時の対応と波形診断	大塚看護師	4名
	17	希望者	急変対応シリーズ	堀江看護師長	18名
	18	新人看護師	無菌操作・洗浄・消毒・滅菌について	竹本感染管理認定看護師	33名
	22	看護研究	研究における倫理 研究計画書について	佐藤主任看護師	24名
	24	希望者	認知症シリーズ	平谷認知症看護認定看護師	14名
	25	新人看護師	心電図モニター・心電図の基本	高瀬臨床検査技師	3名
	30	ラダー I -2	急変時シミュレーション	大塚看護師	4名
8		全体	看護必要度	eラーニング	
	1	看護師長	災害に負けない病院づくり グループワーク	eラーニング	30名
	1	新人看護師	輸血	高瀬臨床検査技師	3名
	7	看護補助者	倫理1回目	森数副看護部長	10名
	8	主任看護師	キャリアプラン グループワーク	eラーニング	10名
	14	看護補助者	倫理2回目	森数副看護部長	6名
	15	新人看護師	薬剤の管理	小島薬局長	3名
	20	ラダー I -2	多重課題 急変の早期発見	堀江看護師長	4名
	20	希望者	皮膚・排泄ケアシリーズ	新屋皮膚排泄ケア認定看護師	5名
	21	希望者	急変対応シリーズ	堀江看護師長	19名
	22	新人看護師	麻薬の取り扱い	壹丁主任看護師	3名
	27	ラダー I -2	リフレッシュ研修	田中公認心理師	4名
	28	希望者	認知症シリーズ	平谷認知症看護認定看護師	18名
29	新人看護師	リフレッシュ研修	田中公認心理師	3名	
9	2	全体	BLS1 回目	大塚看護師	24名
	4	看護補助者	接遇1回目	eラーニング	8名
	4	希望者	急変対応シリーズ	堀江看護師長	12名
	5	看護師長	伝達研修	石原看護師長	19名
	9	2.3年目看護師	症例検討(アセスメント)	石原看護師長	10名
	10	実地指導者	コーチング 6ヶ月の現状と課題	友宗看護師	3名
	11	看護補助者	接遇2回目	eラーニング	9名
	11	看護師長 主任看護師	看護管理者合同研修 グループワーク 目標管理の中間評価	eラーニング	29名
	12	主任看護師	訪問看護について	平棟主任看護師	12名
	12	新人看護師	6か月フォローアップ	石原看護師長	3名
	16	全体	BLS2 回目	大塚看護師	21名
	17	希望者	皮膚・排泄ケアシリーズ	新屋皮膚排泄ケア認定看護師	4名
	24	ラダー I -2	インシデント発生時の対応	和木主任看護師	4名
	25	希望者	認知症シリーズ	平谷認知症看護認定看護師	10名
	26	新人看護師	メンバーシップ、看護倫理	石原看護師長	3名
10	3	看護師長	主任のトリセツ グループワーク	eラーニング	19名
	3	新人看護師	エンゼルケア	壹丁主任看護師	3名
	7	全体	BLS3 回目	橋本看護師	15名
	9	看護補助者	患者体験1回目	西丸看護師長	10名

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
10	10	主任看護師	リーダーファーストステップ グループワーク	eラーニング	9名
	15	希望者	皮膚・排泄ケアシリーズ	新屋皮膚排泄ケア認定看護師	14名
	15	ラダー I -2	人工呼吸器装着患者の取り扱い	西原主任臨床工学技士	4名
	16	看護補助者	患者体験2回目	西丸看護師長	8名
	16	希望者	急変対応シリーズ	堀江看護師長	6名
	17	新人看護師	ノロウイルス、インフルエンザ、 コロナウイルス	竹本感染管理認定看護師	3名
	21	全体	BLS4 回目	橋本看護師	18名
	23	希望者	認知症シリーズ	平谷認知症看護認定看護師	12名
	24	新人看護師	検体について 検体の取り扱い	今田臨床検査技師 原田看護師	3名
	28	看護研究	スライドの作成	竹本主任	16名
29	ラダー I -2	人工呼吸器装着患者の看護	和田主任看護師	4名	
11	4	全体	BLS5 回目	坂根看護師	20名
	6	看護補助者	感染1回目	竹本感染管理認定看護師	8名
	7	看護師長	コミュニケーションエラー	室谷看護部長	18名
	11	2.3年目看護師	症例検討	石原看護師長	10名
	13	看護補助者	感染2回目	竹本感染管理認定看護師	7名
	13	2, 3年目看護師	症例検討(看護実践)	石原看護師長	12名
	14	新人看護師	急変患者の観察と 医師への報告(SBAR)	和田主任看護師	3名
	14	主任看護師	看護研究の講評について	地子給主任看護師	8名
	18	全体	BLS6 回目	坂根看護師	17名
	20	希望者	急変対応シリーズ	堀江看護師長	7名
26	ラダー I -2	化学療法	和田主任看護師	37名	
27	希望者	認知症シリーズ	平谷認知症看護認定看護師	10名	
12		全体	倫理	eラーニング	
	4	看護補助者	コミュニケーション1回目	eラーニング	7名
	5	看護師著	伝達研修	内田看護師長	17名
	10	実地指導者	陥りやすい研修上の問題と解決方法	原田看護師	3名
	11	看護補助者	コミュニケーション2回目	eラーニング	11名
	11	ラダー I -2	メンバーシップ	石原看護師長	3名
	12	主任看護師	緩和ケア外来について	壹丁主任看護師	12名
	12	看護師長 主任看護師	看護管理者合同研修 グループワーク 目標管理の期末評価	eラーニング	30名
	17	希望者	皮膚・排泄ケアシリーズ	新屋皮膚排泄ケア認定看護師	16名
	18	希望者	急変対応シリーズ	堀江看護師長	18名
19	希望者	認知症シリーズ	平谷認知症看護認定看護師	16名	

院内・施設の主要行事

公立みつぎ総合病院

令和7年

1月9日	オープンカンファレンス
2月1日	第49回院内学会
3月6日	オープンカンファレンス
5月8日	オープンカンファレンス
5月14日	さわやか健康教室「認知症のおはなし」
7月3日	職員研修会「医療安全研修」
7月9日	さわやか健康教室「Dr尾畑の脈拍のおはなし～心臓のリズムは大丈夫?健診結果をふまえて～」
7月10日	オープンカンファレンス
8月29日	職員研修会「ハラスメント研修会」
9月10日	オープンカンファレンス
9月11日	さわやか健康教室「うける?うけない?歯科検診」
10月9日	職員研修会「医療安全研修」
10月25日	高校生医療体験セミナー
11月12日	さわやか健康教室「Dr下原の大腸内視鏡検査と大腸がんのおはなし」
11月13日	オープンカンファレンス

御調保健福祉センター

令和7年			
1月7日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)	5月25日	酒を考える会
1月8日	酒を考える会	5月28日	健幸わくわく21(江国)
1月10日	ぽかぽかルーム	5月28日	食品衛生研修会
1月14日	健幸わくわく21(河内)	5月31日	Let's食育
1月16日	親子教室	6月3日	ぽかぽか子育て教室
1月22日	酒を考える会・病態栄養料理講習会	6月4日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー
1月24日	健幸わくわく21(御調中央小学校)	6月4日	歯みがき指導(めぐみ保育園)
1月27日	発達相談	6月5日	歯みがき指導(中央保育所)
1月30日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診	6月6日	ぽかぽかルーム
2月4日	ぽかぽか子育て教室	6月9日	歯みがき指導(御調みくに幼稚園)
2月7日	ぽかぽかルーム	6月10日	2歳児相談
2月12日	酒を考える会	6月11日	酒を考える会
2月18日	2歳児相談	6月11日	こころの相談
2月18日	健幸わくわく21(丸河南)	6月18日	保健福祉大学
2月19日	離乳食講習会	6月18日	歯みがき指導(西保育所)
2月20日	親子教室	6月18日	離乳食講習会
2月26日	酒を考える会	6月19日	親子教室
2月27日	ふれあいクラブ	6月20日	健幸わくわく21(御調中央小学校)
2月28日	保健福祉大学	6月23日	発達相談
3月4日	すくすく子育て相談	6月25日	酒を考える会
3月7日	ぽかぽかルーム	6月26日	健康まなびあい講座
3月8日	発達相談	7月1日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診
3月9日	御調西小学校 6年生への健康教育	7月4日	ぽかぽかルーム
3月10日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー	7月7日	健康まなびあい講座
3月11日	発達相談	7月8日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)
3月11日	保健福祉大学	7月9日	酒を考える会
3月12日	酒を考える会	7月10日	発達相談
3月13日	親子教室	7月14日	共同保健連絡会議
3月26日	酒を考える会	7月17日	親子教室
3月27日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診	7月23日	酒を考える会
4月4日	ぽかぽかルーム	7月24日	みつぎいこい会館での集団健診(~25日)
4月9日	酒を考える会	7月30日	保健福祉大学
4月15日	保健推進員養成講座	7月31日	キッズWeb☆尾道
4月16日	こころの相談	7月31日	ふれあいクラブ
4月17日	親子教室	8月1日	ぽかぽかルーム
4月18日	食生活研究グループ総会	8月1日	発達相談
4月23日	酒を考える会	8月4日	健康まなびあい講座
5月2日	ぽかぽかルーム	8月5日	ぽかぽか子育て教室
5月13日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診	8月13日	酒を考える会
5月14日	酒を考える会	8月20日	こころの相談
5月15日	親子教室	8月20日	公立みつぎ総合病院での集団健診(~10月9日)
5月20日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)	8月21日	親子教室
5月21日	こころの相談	8月27日	酒を考える会
5月22日	ふれあいクラブ	9月1日	健康まなびあい講座
5月23日	発達相談	9月1日	保健福祉大学・保健推進員現任研修

9月 2日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)	11月 4日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)
9月 4日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー	11月 5日	健幸わくわく21(西保育所)
9月 5日	ぽかぽかルーム	11月 6日	健幸わくわく21(河内)
9月10日	酒を考える会	11月 6日	発達相談
9月16日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診	11月 7日	ぽかぽかルーム
9月17日	健幸わくわく21(御調地区老人クラブ連合会)	11月12日	酒を考える会
9月18日	親子教室	11月13日	健康まなびあい講座
9月24日	保健福祉大学	11月14日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー
9月24日	酒を考える会	11月18日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診
9月25日	ふれあいクラブ	11月20日	親子教室
9月26日	発達相談	11月26日	食生活講習会兼保健推進員現任研修会
9月28日	日曜日健診	11月26日	酒を考える会
10月 2日	健康まなびあい講座	11月27日	健診結果相談会
10月 3日	ぽかぽかルーム	11月27日	健幸わくわく21(高校)
10月 7日	ぽかぽか子育て教室	11月27日	ふれあいクラブ
10月 8日	酒を考える会	12月 2日	ぽかぽか子育て教室
10月 8日	離乳食講習会	12月 2日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー
10月 9日	発達相談	12月 5日	ぽかぽかルーム
10月10日	健診結果相談会	12月 8日	健康まなびあい講座
10月14日	2歳児相談	12月10日	酒を考える会
10月16日	親子教室・幼児食講習会	12月11日	保健福祉大学
10月22日	酒を考える会	12月18日	親子教室
10月25日	第41回健康福祉展	12月24日	酒を考える会
11月 4日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー		

健幸わくわく21

1月～12月まで町内6会場、延べ198人参加:御調地区老人クラブ、地区サロンと合同開催、御調高校、御調中央小学校、西保育所(保健師・管理栄養士・療法士・研修医・歯科衛生士・公認心理師)

健康相談及び介護予防相談

1月～11月まで町内13会場、延べ109人参加 公民館及び集会所で実施(サロンなど通いの場で合同開催することもあり)
(保健師・管理栄養士・体操指導者)

保健福祉総合施設

令和7年

1月3日	グループホーム 書き初め	6月18日	特養「地域密着型」 風船バレーボール大会
1月7日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	6月18日	グループホーム ケーキバイキング
1月7日	ケアハウス 初詣(神田神社)	6月18日	ケアハウス 外出行事(首無地蔵・府中天満屋)
1月9日	ケアハウス 音楽療法	6月19日	ケアハウス 健康講座「食中毒予防」
1月16日	ケアハウス 調理実習(白玉ぜんざい)	6月20日	老健「認知症棟」 さつま芋の苗植え
1月20日	ケアハウス シルバーリハビリ体操	6月20日	老健「認知症棟」 調理実習(フルーツヨーグルト)
1月23日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	6月23日	老健「一般棟」 調理実習(ふわふわ甘酒ムース)
1月27日	老健「一般棟」 調理実習(芋餅ぜんざい)	7月1日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)
1月29日	ケアハウス 人権擁護講座	7月10日	ケアハウス 音楽療法
2月3日	老健「デイケア」 節分(豆まき)	7月14日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
2月3日	グループホーム 節分おやつ作り	7月16日	特養「地域密着型」 ミニコンサートショー
2月5日	ケアハウス 映画鑑賞	7月17日	ケアハウス 調理実習(五目そうめん)
2月6日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	7月23日	グループホーム 夏祭り
2月10日	ケアハウス シルバーリハビリ体操	7月24日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)
2月13日	ケアハウス 音楽療法	7月28日	老健「一般棟」 調理実習(冷やし中華)
2月17日	老健「一般棟」 調理実習(肉まん)	8月4日	保健福祉総合施設 千羽鶴献納(尾道市役所御調支所)
2月20日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	8月6日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)
2月21日	老健「認知症棟」 調理実習(チョコバナナ)	8月15日	老健「認知症棟」 調理実習(冷やし中華)
2月27日	ケアハウス 調理実習(お好み焼き)	8月18日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
3月3日	グループホーム ひな人形作り	8月19日	ケアハウス 調理実習(たこ焼き)
3月4日	ケアハウス 調理実習(3色蒸しパン)	8月21日	ケアハウス 音楽療法
3月6日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	8月25日	老健「一般棟」 調理実習(牛乳寒天入り冷やしぜんざい)
3月10日	ケアハウス シルバーリハビリ体操	8月26日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)
3月13日	ケアハウス 音楽療法	9月8日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
3月18日	ケアハウス 第11区民生児童委員ボランティア	9月9日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)
3月24日	老健「一般棟」 調理実習(ぼたもち)	9月10日	老健「一般棟」 ボランティアによる演芸(マジック・落語)
3月25日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	9月11日	ケアハウス 音楽療法
4月7~11日	老健「認知症棟」 お花見	9月17日	老健「デイケア」 ミニ運動会(風船バレー大会)
4月9日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	9月17日	特養「広域型・地域密着型」 物故者追悼法要
4月10日	グループホーム ドライブ(お花見・圓鑄勝三彫刻記念公園)	9月18~30日	保健福祉総合施設 みつぎ子ども図書館作品展示(地域交流)
4月10日	ケアハウス 音楽療法	9月18日	ケアハウス 栄養講座
4月24日	ケアハウス 調理実習(うぐいす餅)	9月20日	老健「認知症棟」 調理実習(おはぎ)
4月28日	老健「一般棟」 調理実習(フルーツポンチ)	9月22日	老健「一般棟」 調理実習(おはぎ)
5月7日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	9月24日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)
5月8日	ケアハウス 音楽療法	9月25日	特養「地域密着型」 花火の夕べ
5月12日	ケアハウス シルバーリハビリ体操	10月7日	老健「デイケア」 ミニ運動会(風船バレー大会)
5月13日	グループホーム テラスにて食事会	10月7日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)
5月13日	ケアハウス 健康講座「幸せに暮らすためのヒント」	10月9日	ケアハウス 音楽療法
5月20日	ケアハウス 調理実習(お好み焼き)	10月17日	老健「認知症棟」 調理実習(スイートポテト)
5月21日	特養「地域密着型」 ミニミニ運動会	10月17日	ケアハウス 外出行事(圓鑄勝三彫刻美術館、クロスロードみつぎ)
5月22日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	10月20日	グループホーム ドライブ(世羅・お買い物)
5月26日	老健「一般棟」 調理実習(りんごのコンポート)	10月20日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
6月4日	ケアハウス 買い物(Aコープ・ウォンツ)	10月22日	特養「広域型・地域密着型」 特養府中静和寮との交流会(ポッチャ大会)
6月5日	ケアハウス 音楽療法	10月23日	老健「デイケア」 ミニ運動会(風船バレー大会)
6月9日	ケアハウス シルバーリハビリ体操	10月27日	老健「一般棟」 調理実習(スイートポテト)

10月29日	ケアハウス 買い物 (Aコープ・ウォンツ)
11月 6日	老健「認知症棟」 さつまい芋収穫祭
11月10日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
11月11日	ケアハウス 買い物 (Aコープ・ウォンツ)
11月13日	ケアハウス 音楽療法
11月17日	老健「一般棟」 調理実習(スイートポテト)
11月17日	老健「デイケア」 ミニ運動会(風船バレー大会)
11月19日	グループホーム ドライブ(世羅・お買い物)
11月20日	ケアハウス 防火訓練
11月21日	老健「認知症棟」 調理実習(スイートポテト)
11月27日	ケアハウス 買い物 (Aコープ・ウォンツ)
11月29日	特養「広域型・地域密着型」・グループホーム 「御調神楽」鑑賞
12月 4日	ケアハウス 音楽療法
12月 5日	保健福祉総合施設 広島県立御調高等学校施設レクリエーション実習
12月 8日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
12月 9日	ケアハウス 買い物 (Aコープ・ウォンツ)
12月11日	ケアハウス 調理実習(ほうとう)
12月15日	老健「一般棟」 調理実習(クリスマスケーキ)
12月19日	老健「認知症棟」 調理実習(クリスマスケーキ)
12月24日	老健 めぐみ保育園演芸
12月24日	特養「広域型・地域密着型」 クリスマスミニコンサートショー
12月24日	グループホーム クリスマス会
12月24日	ケアハウス 買い物 (Aコープ・ウォンツ)

写真・絵手紙・押し花
ボランティア

写真ボランティア

写真に興味をお持ちになったアマチュア（プラチナ世代）の方々が、3～4か月に一度、自慢の作品を病院内に展示されています。この度は、その中でも四季折々の季節感のある作品等をご提供いただき、掲載させていただきました。



「初雪」
撮影者／金剛 洋
撮影場所／岐阜県大野郡



「静寂の刻」
撮影者／才上 千代子
撮影場所／大分県由布市湯布院町



「SL 釧路湿原号」
撮影者／狩山 睦子
撮影場所／北海道釧路市



「Tシャツアート」
撮影者／秋中 弘匡
撮影場所／高知県幡多郡黒潮町



「光のアート」
撮影者／松原 知子
撮影場所／富山県高岡市雨晴海岸



「紅葉」
撮影者／村田 良之
撮影場所／甘日市市



「舟屋」
撮影者／津村 享生
撮影場所／京都府与謝郡伊根町



「裸祭り」
撮影者／渡辺 紘機
撮影場所／大分県豊後高田市



「御田祭」
撮影者／藤本 知士
撮影場所／宮崎県白株郡美郷町



「異邦人」
撮影者／廣森 均先
撮影場所／岡山県倉敷市

絵手紙・押し花ボランティア

絵手紙サークルの方々の作品や個人で作成された押し花アートを病院内に展示しています。その季節らしい題材の色彩豊かな作品は、見る人を温かい気持ちにしてくれます。今回は、その一部を掲載させていただきました。



[絵手紙] 和泉 令子



[絵手紙] 大本 須美子



[絵手紙] 上田 君子



[絵手紙] 森山 恵美子



[絵手紙] 山本 弘子



[絵手紙] 福本 スミエ



[押し花] 田辺 スイ

編集後記

働き方改革のおかげで、生活に潤いがちょっと増した気がします。『企業戦士』『熱血社員』を耳にしなくなって久しい。検索しても、もう“死語”と返るでしょう。医療の世界の常識にも流行り廃りがある。例えば、平成になって間もないころ、今では“禁忌”でしかない処置を研修医の筆者は先輩に言われてやっていました。当時、パソコンすら存在せず、最新情報は医学雑誌のコピーか噂でしか得られなかった。

ところで患者さんの容態、現場の雰囲気は刻一刻変化する。一分一秒が勝負。今時のスタッフ達はスマホを片手に素早く疑問の解消を図る。取りあえず正しく対応した気がして、ひと安心。でも、その結果をどう評価するか。即断可能なことは稀。辛抱強く患者を観察し続けないと分からない。ネットの情報といっても絶対ではなく、必ず更新される。

ここで、本刊の意味を考えてみます。研究・発表の初心者から報告の達人まで、様々なレベルの人が執筆を担当。最新知見、症例の経験、看護・介護の質、事故防止、知識を整理して臨床に応用するための工夫、効果的な健康教育・啓蒙と、テーマ、形式は雑多です。が、これらに通じるのは、スマホやタブレット全盛にあっても、身近な疑問をきっかけに知見を深め、そこから新しい価値を作り出そうとするマインドだと思います。また、若手にとっては報告一編を纏めるも難事業。ただ、悩んで苦しんで成果物を残す、そういった経験が無ければ、他人の研究の価値などわからない。医学の進歩の本質が、資本あるいは情報の蓄積でなく病者や現場が発する些細な疑問、違和感に負っているなど、考えも及ばない。

少し話が逸れますが、生死がかかる現場に癒しの提供をといっても限界があります。そのぶんボランティアのかたの活躍は誠に貴重で、絵画、写真など目を見張らせるものまで院内各所に在ります。代表的なものを掲載しましたが、繊細な創意工夫のなかにわれわれ医療者に共通するマインドを感じて頂けたでしょう。

本刊の成果を皆様と共有し、地域包括医療・ケアの進化に役立てたいと思っております。

(菅原 記)



編集委員会

委員	松本英男	佐々木俊雄	松岡隆	菅原由至
	占部秀徳	室谷伸子	緒方博子	藤井真澄
	近藤茂之	高橋彰	宮崎裕也	

2025 公立みつぎ総合病院

第31巻第1号 公立みつぎ総合病院誌

令和8年3月

〒722-0393 広島県尾道市御調町市124番地

Tel. 0848-76-1111 (代) Fax. 0848-76-1112

発行 公立みつぎ総合病院

発行者 松本英男

印刷所 有限会社 ほと印刷

〒722-2102 広島県尾道市因島重井町4080番地3

Tel. 0845-26-1233 Fax. 0845-26-1333