C−1　臨床検査科におけるＤＰＣへの取り組み

田辺中央病院　臨床検査科

○浅井 奎子

当院は病床数188床の中規模病院であり平成21年4月よりDPC導入となった。臨床検査科がかかわる検査業務では大部分が包括算定となるため対応方法について検討した。

【方法】①入院前検査セット指示票の作成：入院前に最低限実施しておきたい検査や手技などについて各部署と検討しリスト化。主治医が実施項目を選択する様式の指示票を作成。入院クリニカルパスの外来版として使用②検査の外来シフト：入院前検査の推奨として①検査セット指示票を活用。予約検査については検査日の調整を患者様が各部署で相談する方式とし、外来診察の負担を軽減した。③入院検査の最小限化：現行の血液検査セットには必要最小限のセットがなかったため用途にあわせた最小限のセットを作成した。その他の生理検査なども必要最小限とし、クリニカルパスを作成しなおした。④定期検査の推奨：血中薬物濃度や腫瘍マーカーなど、出来高算定可能な検査項目の実施を推奨した。薬物濃度は薬剤科が持参薬チェック時に血中濃度測定対象薬があった場合は主治医へ検査を依頼する方式とした。

【結果】平成20年4月より指示票作成を準備し、9月より運用開始となった。開始月である9月には検査依頼が急増し、依頼もれや忘れなどで実施されていなかった検査も実施できた。 また、今まで実施されていなかった検査も依頼されるようになり、全体な検査件数増加につながった。待機的手術などは入院前検査が浸透し、入院日には検査結果がすべて揃っている体制となり病棟業務の円滑化にもつながった。平成21年4月DPC導入以降もトラブルなくスムーズに運用できており、現在も新しい検査指示票の作成に取り組んでいる。

C−2　「大津版脳卒中地域連携パス」の検証

大津赤十字病院　地域医療連携課)

○水野　敏子、荒堀　光信

大津医療圏には大津市医師会を中心にした20年を経過する病診連携システムがある。核となるシステムは「FAXによる診察・特殊検査紹介システム」であるが、昨年より「地域連携パス」がこれに加わった。当地域では、当院も参加する「大津市医師会病診連携推進委員会」がパスを作成し、その推進に保健所が関わるという体制を組んでいる。ここでは脳卒中地域連携パスを取り上げ報告する。

大津版脳卒中地域連携パスは患者情報の伝達・共有、連携先医療機能の判断、社会資源活用のためのツールと位置づけられ、病病連携評価指標として「NIHSS」（機能障害）、「Barthel Index」（ADL能力障害）、在宅・介護・福祉連携判断指標として独自の「介護力指標」を採用し、本年3月より運用を開始した。

9月までの運用件数は63件、連携参加医療機関は9病院、14診療所であった。連携パス運用の一定の広がりが見られたものの、運用開始医療機関区分では急性期病院からの開始が13件に止まった。この要因は、「地域連携パス」について医療現場での理解がまだまだ不十分であり、運用への「煩わしさ」感、地域連携パス使用の効果（メリット）への疑問が払拭されていないことが推察される。また「紙」運用での限界が見てとれる。

本パスの検証においては、能力障害が中等症であっても、社会資源サービスの積極的な活用による在宅移行への傾向が強く表れ、機能障害及び能力障害の状態が在宅移行可能の状態であっても「介護力なし」の場合は在宅移行が不可となり、機能障害が中等症の場合であっても能力障害重症の状態では療養病床へ移行する結果であった。

これらの検証を踏まえ、「大津版脳卒中地域連携パス」の見直しが現在も続いている。

C－3 滋賀県における「５大がん地域連携パス」への取り組み

大津赤十字病院　滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会

○荒堀　光信、水野　敏子、大野　辰治

2008年12月に策定された「滋賀県がん対策推進計画」では、「5大がん地域連携パス」の整備目標を3年以内とし、目標達成のために「滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会」を設置した。当院は部会長病院を担当し、滋賀県における5大がん地域連携パスの作成作業を統括している。今日そのプロトタイプモデル第1版の完成を見たので報告する。

本モデルは「早期がん」を対象とし、「医療者用」と「患者用」の2つのツールで構成される。「医療者用」は5大がん統一ファイルとして、①運用に関する通則②連携パスの見方・使い方③5大がん診療計画表医療者用（オーバビュークリティカルパス）④バリアンスシートから成り、病院・診療所に配備される。「診療計画表（医療者用）」は、病院・診療所の役割分担を確認するとともに、診療の全体的な流れを共有する。バリアンスシートは日々の診療内容のチェックシートを兼ねる。「患者用」は「私のカルテ」と称して、がん種ごとにファイル化され、①連携パスの意義と該当がん種に係る日常生活上の注意事項②5大がん診療計画表患者用（オーバビュークリティカルパス）③患者プロファイル（手術記録）⑤私の受診カルテ（自己検診記録、診察記録、検査結果貼付用紙）から成り、診察の都度、患者の手によって病院・診療所間を行き来する。「診療計画表（患者用）」は、病院・診療所の受診間隔の確認と診療の全体的な流れに対する患者の理解を促す。「患者プロファイル」は患者自身による病状の理解を助け、「私の受診カルテ」は医師と患者の共有診療記録を綴っていくこととなる。

「滋賀県全域統一5大がん地域連携パス」は2010年4月の運用開始を目指し、県下7医療圏域で構築される「がん診療地域ネットワーク」で運用の検討と調整に入っている。

C－4 京都府共通大腿骨位部骨折地域連携パス－年間集計からの検討－

京都大原記念病院[1]、京都府リハビリテーション支援センター[2]、京都府医師会[3]、

○垣田　清人[1]、武澤　信夫[2]、高橋　真[3]、上原　春男[3]

京都府医師会を中心に、急性期5病院、回復期　病院で、共通クリティカルパスを運用し、1年が経過した。この間に運用された72例についてクリティカルパスから得られる情報を分析した。この大腿骨近位部骨折の地域連携パスは、ステップアップ方式で作成されており、パス上の達成予定日とのずれを、バリアンスとして記録しているので、経過の遅れが日数として容易に把握できる特徴がある。

①手術から転院までの期間はおおむね3週間前後で、施設で大きな違いは認めなかった。

②パスの初期において、経過に多少バラツキが見られ、運用上改善が求められた。

③パスの最終段階で施設転帰患者の待機が、達成予定日から遅れ、長期化の要因となった。

④ステップアップ条件の簡略化が必要とされた。

⑤FIM、長谷川式の評価時期の再検討が必要とされた。

以上を踏まえて、クリティカルパスのバージョンアップを行ったので、報告する。

また、現在運用が開始されている京都府共通脳卒中地域連携パスとの書式の標準名化が必要であると考えられ、診療情報提供書の内容について調整をすすめている。

C－5 病診連携パスを活用したかかりつけ医との円滑な循環器疾病管理への試み

洛和会音羽病院　心臓内科[1)]、同心臓血管外科[2)]

○田邊　昌人[1)]、福山　香詠[2)]、福岡　正平[3)]

近年、急増する慢性疾患である生活習慣病は国民の健康被害のみならず、医療経済にも大きな負担を強いている。我々が日常診療で行うリスク管理について、疫学調査や各分野でのエビデンスに基づく疾病予防と治療のガイドラインによる基準が整えられて来てはいるものの、現実の臨床において、ガイドラインに準拠した管理が徹底出来ているとは言い難く、経過の長い慢性疾患を扱うためには病院完結型医療ではなく病期を配慮した切れ目のない地域一体型の医療の充実が不可欠である。医療者側のリスク管理意識のみならず、医療受給者（患者）自身の危機意識の向上を図るとともに、地域全体で非専門領域においても医療指針や管理基準を統一化し、疾病管理を通じて病院と診療所との連携を緊密にする手段としての病診連携パスの果たす役割は、地域医療の標準化であり役割分担による連携医療の質と効率の向上である。　本年3月より循環器分野の慢性疾患管理として上記のコンセプトを具現化した6つの病診連携パスを試作し、医師会にも協力して頂き、現在19症例で実用している。円滑な病診連携のために我々が果たすべき課題も含め、その試みにつき提示したい。

C－6 転倒・転落に対する看護師の意識向上を目指して－転倒・転落マニュアル理解度テストを用いて－

公立南丹病院　看護部

○大谷　有希、山下　友希、村上　麻依子、福島　英里、秋田　めぐみ、山本　美鈴、安井　麻里子、山中　由美子

患者に安全な療養環境を提供するために転倒・転落事故の防止は看護師の日常業務の中で重要な課題となっている。

2008年度の当院での転倒・転落事故件数は年間238件であった。うち46件は整形外科病棟での事故であり、全体の2割を占める。転倒・転落事故が起こる主な原因として当病棟は下肢の術後や、術後リハビリの患者が多いことが考えられる。しかし、事故報告の詳細を調べてみると要因として看護師の情報把握不足、認識不足、思い込みといった転倒・転落に対する意識や注意が不十分であることが分かった。

このことより、転倒・転落事故を防止するためには看護師の意識を高めるための改善策が必要と考えた。そこでスタッフに対する意識向上を図る試みとして、転倒・転落防止マニュアルを基に作成した理解度テストを用いて教育をし、テスト実施の前後で、意識調査アンケートを行った。

その結果、理解度テストでは回数を重ねる毎に点数の上昇が見られ、アンケート結果の前後比においても数値の上昇が見られ、看護師の意識向上に繋げられたためここに報告する。

C－7　転倒・転落事故防止の取り組み－転倒・転落事故防止プロジェクトの活動を通して－

国立病院機構　滋賀病院　看護課

○出雲　幸美、中島　利恵、渡辺　恵、中村　泰枝、寺田博子、宮城　暢子

【目的】看護職員の意識の向上と、転倒・転落ヒヤリ・ハットおよび事故発生率の減少を図る。【方法】副看護師長5名をメンバーとした転倒・転落事故防止プロジェクトを発足し、①転倒・転落ヒヤリハット事例の要因分析と改善策の検討、②転倒・転落事故防止計画・実施表の作成と日々の実施確認、③22項目からなる療養環境チェックシートを作成。病棟ラウンドによる療養環境の安全確認、理学療法士の参加による専門的な動作評価をもとにした防止策の追加、④病棟ラウンド結果を病棟へフィードバックし、看護計画の修正とスタッフへの啓蒙活動に取り組んだ。【結果】転倒転落事故防止プロジェクトの活動後、患者の療養環境チェックシートの「できている」の割合が増加した。また、平成21年度の転倒・転落ヒヤリ・ハットおよび事故の発生率は、平成19年度および20年度に比べ減少した。【考察】1）副看護師長が日々の看護実践場面を通して転倒転落防止計画の評価と修正および看護職員へ指導を行った結果、転倒転落事故防止に対する看護職員への意識付けとなった。2）　転倒転落事故防止計画・実施表の活用によって患者個々の具体的な防止策が明確となり、看護職員の転倒転落防止に対する認識の向上と日々の看護実践につながったと考える。また、転倒転落防止には療養環境の調整と情報共有が重要であり、療養環境シートの活用は有効である。3）副看護師長が療養環境における事故の要因分析を踏まえラウンドすることは、客観的かつ多角的な視点で観察ができ、副看護師長の「療養環境における事故の要因分析能力と危険予知能力」が向上した。【結論】転倒転落事故防止プロジェクトの活動後、転倒転落インシデントの発生率が減少した。

C－8　当院における転倒転落事故対策－転倒による頭蓋内出血・骨折の傾向と対策－

京都市立病院　看護科

○上野　美香、前田　景子、神谷　智香子、木村　薫子、鈴木　真美、小林　美智子

当院での転倒転落事故発生率は、平成20年度より徐々に増加してきている。しかし、そのうちインシデント（レベル1～2）が占める割合は、1．56％から2．04％へと推移しており、事故発生時の障害区分は軽度になってきている。

当院では、転倒転落防止対策の一環として、入院患者ごとに「転倒転落要因アセスメントスコアシート」を用いて、転倒転落の危険度を判定し、それぞれの危険度に合わせて環境整備や患者への指導・援助などの対策を基準に沿って行っている。また、病棟ごとに「安全管理チェックシート」を用いて入院環境の整備を行っている。それを、看護科安全管理委員会へ集めて評価し、月1回のラウンドで指導している。更に、看護師対象の安全管理研修では、「高齢者疑似体験」を行い、体験を通して、看護師の転倒転落防止に対する看護実践能力の向上を目指している。

今年度より、過去2年に遡り、クリニカルインジケーターの一つである、転倒による頭蓋内出血・骨折症例についての調査を開始した。その結果、頭蓋内出血・骨折ともに、発生件数の変化はなかった。また、延べ入院患者数に対する骨折の発生率の変化もないことがわかった。

転倒による頭蓋内出血・骨折の発生率を減少させるべく、その発生因子と、今後更に追加すべき対策について検討したので、その結果を報告する。

C－9 人工呼吸器作動中チェックリスト使用後のスタッフ意識の変化

京都第一赤十字病院 総合周産期母子医療センターNICU

○岸本 幸子、山口 郁美、荒美 香

【はじめに】

NICUに入室する早産児の多くは、呼吸窮迫症候群などの呼吸障害を起こし人工呼吸器管理を要することが多い。人工呼吸器は一般病棟では臨床工学士が管理しているが、NICUでは特殊な点も多いため、看護師が回路の組み立てなどの主な管理を行っている。

スタッフ全員が統一した知識を持ってより安全に管理が行えるよう、インシデントレポート結果や危険予知トレーニングの視点から人工呼吸器使用中チェックリストの作成・改訂をおこなった。これよりどのような効果が得られたのかを分析し報告する。

【方法】

1．人工呼吸器装着の患児を受け持つ看護師へのアンケートによる意識調査

2．過去（2006年～2008年）のインシデントレポート集計

【結果及び考察】

意識調査より、チェックリストの使用により医療事故のリスクが回避でき、また、新人スタッフへの教育にも使用されていることから、教育的な役割を果たしていることが分かった。スタッフの安全に関する意識を高められ、危険予知トレーニングの観点からインシデントを未然に防ぎ医療事故を防止することができたと考える。

C－10 配薬ケースに曜日の書いたシートの考案

市立福知山市民病院 4階南病棟 看護師[1)]、助産師[2)]

○塩見 光子[1)]、廣岡 充子[1)]、高松 満里[2)]

当院は、京都府中北丹に位置する急性期病院で、地域の救急医療の要請は全て断らず受けている。そのため、患者様の状況に応じ病棟からの転入転出が日常的に行われている。

病棟では看護師から与薬する内服薬は、配薬カートを用いている。配薬カート内は患者さまごとに引き出しに分けて管理している。引き出し内に一日分の小ケースが二列四段の計八個入っているが、その配列がすぐに入れ替わったり、取り出す順序が個人や部署により異なったりするために、取り出す順序を間違うことによるインシデントがあった。配薬ケースの使用方法を手順化しても、個々の捉え方の相違があり、定着には至らなかった。

これらを解消するために、曜日と取り出し方向を書き入れたシートを作成し、配薬ケースの下に敷くことにした。左手前から、月火水木、右手前から金土日と明示し大きな矢印も書き入れた。一番右奥は空ケースとし、一週間分だけを管理するようにした。その結果、以下の効果を得た。

1）配薬ケースの配列を統一することが定着化した。

2）残薬の把握がしやすくなった。

3）開始指定日の間違いがなくなった。

4）上記について部署間での統一を図り、転棟の際に内服の情報が理解しやすくなった。

今回、単純でひとめ見ただけでわかるシートの考案が、インシデント防止につながった。

C－11　チームで取り組む転倒・転落事故防止

国立病院機構　京都医療センター　1病棟6階

○佐藤　良美、山本　なお美、北村　美津江、松本　佳奈、望月　知奈美

【はじめに】

H19年度の当病棟の転倒率は0．38％と前年度より増加していた。そこで、患者参画型看護による転倒･転落事故防止に取り組み、転倒率は0．25％まで減少した。しかし、複数回転倒患者への対策が難しく、今回はそこに焦点を当て、転倒転落事故防止に取り組んだので報告する。

【目的】

転倒転落を繰り返す患者事例より、有効な防止対策を検討する。

【方法】

1．対象:I氏　78歳　160cm　46kg

食道癌　StageIII　 RTx単独療法(09／8／11～9／29　66Gy)

転倒アセスメントの結果:初回転倒時のリスク項目は、「身体機能の低下」「活動状況の低下」「睡眠剤の使用」「失禁がある」「ナースコールを押さない」「栄養状態の低下」である。

2．研究方法

I氏が転倒した4回の事例を振り返り、複数回転倒の要因を検討する。

3．倫理的配慮:研究目的を説明し、本人に同意を得た。

【結果】

①1回目の転倒:10／4　4時　尿器で排尿した後に、尿器を床に置こうとしてしゃがんだまま後へ倒れる。②2回目:10／6　2時　鬱傾向あり、精神科受診し睡眠剤の処方変更があった夜、夢を見ていた。気付いたらベッドサイドで寝ていた。③3回目:11／5　10時　物を出そうとして、しゃがんで引き出しを引いた時、そのまま後へ倒れた。④4回目:11／12　3時　個室から総室へ転室した夜、洗面所に行こうとして、尻もちをついた。

【考察】

①と③は、筋力が低下しているがその自覚がなかったことが転倒の要因。②と④は環境や睡眠剤の変化が要因と考える。4回目以降は転倒せず過ごしており、NSTやリハビリ科、精神科といったチームで関わり、筋力アップやADLの拡大、睡眠剤の調整、栄養状態の改善が図れたことが成功要因と考える。また、本人もチームの一員としての自覚を持つように関わり、行動前には必ずナースコールで知らせるようになったことも転倒防止に繋がった。

C－12　病棟におけるインシデントの取り組みと改善策について－確実な投薬に向けて－

済生会滋賀県病院　看護部[1)]、安全管理室[2)]

○松村　めぐみ[1)]、中井　美和[1)]、木下　景子[1)]、森田　梨江[1)]、大野　秋[1)]、水谷　真奈[1)]、柳　文代[1)]、横田　初音[2)]、中村　隆志[2)]

【目的】循環器疾患と神経内科疾患を主に担当する当病棟では、高齢で意識レベルも不清明な方が多く、持参薬も多いので、看護師が内服管理を行うケースが大半である。しかし内服整理ミスや過剰与薬、無投与など誤薬に関するインシデント報告が多かった。そこで業務工程を見直し、問題抽出･改善策を見出したので報告する。

【方法】業務工程上の問題を含んだ持参薬の無投与2件、過剰与薬2件、不明な内服薬1件を分析し、危険因子として、服薬整理者と与薬者が異なること、指示受け･服薬整理･与薬の段階で責任の所在が移行することの2点が浮かび上がった。改善策として、服薬管理者と与薬者が明確になるように服薬管理について以下の5項目の行動目標を上げ6ヶ月間実践し、評価した。

①処方箋には、服薬管理した人が必ず印鑑またはサインする。

②処方箋に服薬期間を必ず記載する。

③服薬整理時に、薬包に日付を記載する。

④抜薬したときは、内容と期間を記載し、サインする。

⑤当院処方と持参薬は処方箋を必ず分けて作成する。

【結果】5項目の対策を実施した結果、服薬整理した者、服薬期間、1包ごと(1回分)の服薬日、与薬した内容と期間が明確になり6ヶ月間で5件あった過剰･過少与薬のインシデントはなくなった。

【考察】服薬管理方法は様々あるが病棟の特徴を考え創意工夫ある改善策を見出すには、業務工程の洗い出しをスタッフ全員で行い、実践･評価を繰り返すことが必要である。また、新規採用時や中途採用者の受け入れ、人事異動があった場合も業務工程の見直しをすることをスタッフ間で意識統一した。

C－13 救急カート院内統一への取り組み

公立南丹病院 救急カート委員会[1)]、救急部・集中治療室管理運営委員会[2)]

○前田 絵理子[1, 2)]、計良 夏哉[2)]、上郡 未加[1)]、一圓 京子[1)]、秦 ゆかり[1)]、中澤 知音[1)]、一谷 尚美[1)]、西川 美保[1)]、浅井 彩子[1)]、藤井 千晶[1)]、稲葉 弓子[1)]、栃岡 久美[1)]、市村 佑希[1)]、岡本 尚子[1)]、中上 達矢[1)]

【はじめに】病院内で急変時にスムーズに対応するためには、救急カートの整備は不可欠である。当院では院内に4種類のカートがあり、内容も部署により様々であった。スタッフの部署移動にも対応できるよう、院内統一の救急カートを整備する必要があった。

【目的】救急カートを院内統一とし、急変時の対応が確実に行える環境を整えること。

【方法】院内で使用されている救急カートの種類と内容を把握し、エビデンスに基づいた必要最低限の薬剤・物品を使用しやすい配置を考慮しつつ検討した。救急カートが院内統一できるように異なった種類のカート配置を調整し、各部署の主任看護師と救急カート委員に伝達し、整備した。

【結果】救急室・集中治療室以外の救急カートを、成人・小児別に院内すべてにおいて統一することができた。また、ほとんど使用することのない薬剤・物品の見直しや、救急カートへの認識を高めることができた。配置内容や点検用チェックリストについては、電子カルテトップ画面に「救急カート運用マニュアル」として常時どこからでも参照できるようにし、変更時も常に迅速な修正が可能となった。統一後も作業部会としての救急カート委員会定例会議で常時内容について吟味し、変更点については院内の救急部・集中治療室管理運営委員会にて承認を得るシステムを併せて構築した。

【考察】 救急カートの中身が増える理由として、夜間のマンパワー不足への不安がある。救急カートが薬品・物品カートになりやすく、在庫が膨らんだ結果、必要時に有効な利用ができないこともある。この機会に全ての内容を見直し、有効な活用ができる救急カートを整備することができたと考える。また、新人教育としても、急変時に必要な最低限の薬剤や物品に関する学習を促す材料となり、携わるスタッフへの意識づけとしても重要な取り組みとなった。今後も質の高い、安全な医療が提供できるよう、随時修正していく必要がある。

C－14 当院ＩＣＵにおける褥瘡発生に関する実態調査－有効な予防対策を見出すために－

公立南丹病院 看護部

○西村 梓、樋口 春奈、長谷川 恩、片山 めぐみ、古野 麻衣子、森 真友子、前田 絵里子、川勝 智子

【目的】ICUに入室する患者の多くは、自ら除圧を行うことが困難であり、また不安定な循環動態から体動やケアを制限せざるを得ないことがある。そのため、褥瘡を完全に予防できない現状にある。しかしすべてが防げない褥瘡なのかとの疑問から、褥瘡実態調査を行い、発生原因を解析し、今後の予防対策への指針を得られたのでここに報告する。

【研究方法】2007年1月～2009年3月に入室した患者405名を対象とした。入院診療録から褥瘡計画書に基づき、褥瘡発生要因と考えられる項目を抽出し比較検討した。

【結果】発生者は46名（11．3％）。疾患別では外科系疾患32名、内科疾患14名で、なかでも心臓血管外科疾患が多かった。発生部位では仙骨35例、踵14例、殿部・腸骨12例、背部11例、下腿5例で、観察容易な踵や下腿の褥瘡が多いことも明らかとなった。発生要因では病的骨突出とアルブミン３．０g／dl以下に有意差を認めた。

【考察】手術後の安静による長期間の圧迫や循環動態の変動が褥瘡発生に大きな影響を与えると考える。さらに要因を検討し、予防対策を講じる必要がある。踵や下腿の褥瘡に関しては、防げた褥瘡であり、観察を徹底する必要がある。また病的骨突出、アルブミン低下の患者には、可能な限り除圧、摩擦、ずれを除外するとともに、早期に栄養状態の改善を図る必要性がある。

C－15 術前皮膚消毒に対する知識向上を目指して －医師・看護師への情報提供の有効性－

公立南丹病院 看護部

○中村 泰大、廣田 早也架

周手術期において感染防止は重要な使命である。手術部位感染(sugical site infection:SSI)の発生率を可能な限り低下させることはリスク・マネージメントの範疇であり、看護師が担う役割も大きい。そこで私達は術前皮膚消毒方法に着目し、現在当手術室で行われている消毒方法を見直し、米国疾病管理センターのガイドラインや、ポピヨドンの添付書で提唱されている。より高い消毒効果を得る方法を採用していきたいと考えた。

今回有効な消毒方法の実践に向け、その第一歩として、医師・看護師へSSIや術前皮膚消毒に関する情報提供や勉強会を実施し、知識の向上を図った。その前後で質問紙調査法を実施し、結果を比較検討した。

全体的に術前皮膚消毒に関する問題は情報提供前でも比較的正解率が高値であったが、SSIに関する問題の正解率は低値であり、SSIに対する知識の低さや、関心の薄さが伺えた。しかし、情報提供と共に勉強会を実施できた看護師の情報提供後の正解率は大きく上昇し、また医師に関しても看護師ほどではないが正解率は上昇した。

三輪氏は「受け手が「情報」とみなしたものは、受け手の知識に組み込まれ、その意識構造を変化させる。しかし、受け手がなにを情報とみなし知識に取り込むかは、受け手の持つ知識、理解力、関心により違ってくる。」と述べている。今回情報提供後に正解率が上昇したことは、対象者が周手術期に関わる者であり、三輪氏の言う知識・意識・関心が得られ、受けてのニーズにあった情報提供ができた結果であると考える。しかし、中には正解率が上昇しなかった項目もあった。それは情報提供方法の選択、知識向上に向けての積極的な働きかけが不十分であったことが要因であると考える。

今後は今回の反省と課題をふまえて、医師・看護師の知識の統一化を図り、意識改革へと転換、そして効果的な術前消毒の実践ができるように取り組みを続けていきたい。

C－16 インターベンショナルラジオロジーに対する個別性看護への取り組み－術前訪問を試みて－

近江八幡市立総合医療センター 看護部(放射線科外来)

○福本 富美、山口 明穂、ドミンゴス 京子、 樫原 純子

インターベンショナルラジオロジー(以下IVR)は低侵襲治療として外科手術と同じ一つの治療法として普及してきた。安全かつ確実な治療をサポートするために術前、術中の看護を行う私たち放射線科看護師の役割は大きい。

これまで当科ではその日の担当看護師が検査前にカルテより情報を得る程度で検査介助・看護をおこなっていた。しかしそれでは情報収集が不充分で患者に応じた個別性のある看護が行えていなかったのが現状である。

今回、私たちはIVRを受ける患者に対し、情報収集を充実させるために術前訪問を行い更に医師からも情報を得ることで個別性のある看護が提供できるのではないかと考え研究に取り組んだ。

研究は術前訪問を行い、その後アンケート調査とデータの分析を行った。

それらから①情報収集を充実させることにより個別性のある看護がおこなえた ②看護師の意識の向上につながったという結果が得られた。

また今後の課題としてカンファレンスを持つことにより各医療スタッフと情報を共有していく必要性も強く感じた。

C－17 長時間手術における皮膚障害発生予防の取り組みの一考察

市立長浜病院 手術室

○柴田 和子、野村 耕一郎、桐畑 朋代

【はじめに】手術時の体位の固定には、同一体位や非生理的体位による局所の圧迫や摩擦力により、皮膚障害の発生が問題となる。特に、長時間および特殊体位においては、さらに高いリスクが伴う。今回、腹臥位体位の患者に対し、体位による皮膚障害を起こさないために、体位と除圧物品の工夫、術中の看護の取り組みをしたのでここに報告する。

【方法】1、デモンストレーションの実施 手術前日に、担当看護師数名により、手術体位マニュアルに沿って、体位固定のデモンストレーションを行う。患者の身体的特徴を考慮して、手順・除圧物品の選択と使用部位を決定する。2、手術当日は、前日の手順に沿って、体位固定を実施し、写真撮影して今後の資料とする。3、当手術室で作成した「体位チェックリスト」に記入し、術後の評価・振り返りを行う。

【実施と結果】事例紹介：21歳、男性、脳動静脈奇形にてAVM摘出術施行、体位は頭部3ピン固定による腹臥位、実施体位時間は28時間22分であった。体位固定前に、ずれ力と摩擦予防のために皮膚の前胸部にオプサイトドレープを貼付、除圧目的に腸骨部にジェルパットを貼付した。術中は、1時間毎に主治医の許可のもと胸部に手を挿入し体幹を浮かせることで除圧をはかった。また、1時間毎に、膝下部に圧迫がないか確認した。術後の皮膚の状態は前胸部に2～6cmの発赤と膝下部に1cmの発赤が見られたが、術後訪問時には発赤も消失し皮膚状態に問題はなかった。

【考察】術前のデモンストレーションの実施により患者個々に応じた体位固定ができた。また、体位チェックリストに記入することで、緻密な皮膚状態の観察が出来て、また担当看護師の皮膚障害予防に対する意識の向上が図れたと考えられる。これは、エビデンスに基づいた看護の実践ができた結果であると考えられる。今後も、症例に合わせて、チームで皮膚障害に取り組む必要がある。

C－18 腹臥位時の顔面皮膚トラブルに対する援助 －ジェルタイプ枕を使用して－

近江八幡市立総合医療センター 手術室

○疋田 かなえ、富山 真理、杉田 明美

【目的】当センターでは腹臥位手術時の顔面保護としてジェルタイプ枕を使用している。その際に顔面の発汗、発赤と皮膚トラブルが多く見られる事があり何らかの対策をたて、看護介入にて皮膚トラブルをおこさない様にする為に研究を行った。【方法】①厚さ5cmの枕の上にジェルタイプ枕をおく。②ジェルタイプ枕の額と顎に医療不敷布 を敷く。（皮膚の湿潤を防止する）③体位固定後、2時間後に顔を垂直に上げ観察し圧測定して垂直におろす。【結果】前額部の圧は31．3～81．3mmHg、下顎部の圧は8．3～54．6mmHgだった。発汗は全例なしだった。退室時発赤残存は3例だった。【結論、考察】ジェルタイプ枕の素材は中はジェルで外はナイロンで覆われていて、あまり通気性はよくないので敷布を敷く事は発汗を吸収し皮膚トラブルの要因除去に効果的だった。2時間後に顔を持ち上げるという介入は一時的に除圧できたと考えるがその後顔面の固定は顎の角度、顔面の位置を十分に考慮しなければ逆効果になると予測できる。今回は共通して厚さ5cmの枕を併用したが患者の体型、手術体位なども圧分散には関係する為、体型も考慮して身体全体のバランスを考え圧分散させるよう手術体位をとる事が今後必要だと考える。【まとめ】①ジェルタイプ枕でも特徴を理解する事で効果的に使用できる事がわかった。②麻酔科医任せにならず看護師が手術に携わるチームの一員として援助の必要性を再認識して看護介入していくことが大切と分かった。

C−19 当院における急変時の体制整備に向けた取組み−BLS 教育を通して−

綾部市立病院 看護部

○荻野 直美、木下 由紀、渡辺 洋子

病院内の救命率向上において、第一発見者となる確率が高い看護師の一次救命処置（BLS）は非常に重要である。

急変時は緊迫した状況下で医師と看護師はお互いの役割を理解し、救命という同じ目的を持ち各々がその役割機能を発揮しなければならない。当院では2004年より、「救急看護エキスパート」と名称で看護師2名が救急蘇生の標準化を進め教育活動を行う事になった。当時、当院の急変時の対応は組織全体としての取り組みが希薄であった。更に、その場に居合わせた看護師・医師の個々の経験や実践能力で医療が行われ、標準的な対応が出来ていなかった。

［活動内容］

1. BLS教育の導入
2. AED設置
3. ICLSコースの開催

これらの活動を通して急変時は、チーム医療が円滑に遂行するように各スタッフが蘇生手順に関する共通認識を持つ事が非常に重要であると認識した。医療安全を視野に入れた教育を反復して行い、急変時に対応できる体制が確実なものとなった。

2008年からは、当院で日本救急医学会認定ICLSコースが主催できるようになり、病院全体で急変時の対応に関心が高まってきている。

C−20 クリニカルパスの評価・修正を行っての検討

京都府立与謝の海病院 C2病棟

○日達 景子、泉 琴美、上中 洋子、岡崎 信子、大川 文子

クリニカルパス（以下パスと略す）は近年多くの病院で取り入れられており、患者様が入院中に受ける検査や手術・治療の予定、手術後のリハビリや退院後に気を付けて頂く事などを詳しく説明したものである。当院でも消化器の検査入院のパスを最初として、現在130種類のパスが存在する。使用開始から10年以上が経過している。その間に電子カルテやDPC導入もあり、実態にそぐわなくなってきた為パスの見直しに取り組んだ。5月からパス用紙の問題点を抽出し内容を検討。7月末に新しいパスを完成、8月から使用している。

パスは医療を標準化、情報を共有しチーム医療の実現を目的に使用されており、患者にとっても医療行為をわかりやすく説明し、納得して医療を受けて頂ける計画書でなくてはならない。この計画書は医療の進歩に合わせて評価・修正する事により、患者に質の高いケアを提供できると考えている。今回検討して行く過程の中で課題が見つかったので報告する。

C－21　患者用パスに視覚イメージを取り入れたパンフレットを用いて

近江八幡市立総合医療センター　3E病棟

○廣岡　由起子、堀井　琴美、西居　清美

耳鼻科疾患で手術目的の疾患のうち、クリティカルパスが作成してある疾患は、全例使用しています。クリティカルパス適応患者には、入院当日に、担当看護師が患者用パスを手渡し、一連の流れを説明しています。クリティカルパスは1枚の用紙に、入院中の経過や、検査・処置などが書かれてあり、一目で分かるという利点があります。しかし、1日単位で作成されているクリティカルパスだけでは、入院時から術前、術後の処置や安静期間に行う含嗽方法、持続点滴終了後のヘパロックをしながらのシャワー浴、頚部や耳の手術後の洗髪方法の違いなどがあり、説明をしていてもイメージできず、患者から質問されることが多くありました。

そこで、入院時から術前、術後1日目までの変化の著しい時期の経過を時間単位で記入し、患者が術前後の状況を理解でき、速やかに処置やケアに参加できるよう視覚でイメージできる写真を取り入れたパンフレットを作成し、患者用パスと併用して使用した経過を報告します。

C－22　大津市における地域連携クリティカルパスの取り組み－経過から現状と今後の課題－

琵琶湖中央病院　リハビリ療法部

○鳥居　多恵子、田中　隆司

近年、病院の機能分化が進められおり医療連携の必要性が言われています。その医療連携を行う入口の一つにクリティカルパス導入があるとされています。

今回、大津市の地域連携クリティカルパス（以下、パスと略す）は作成や運用などのすべての体制が整っていない状況でのスタートでした。

関連機関が集まり議論を重ねること自体が連携となり、その作成から完成及び推進の過程で体制が出来たケースと考えています。このパスの作成から運用、推進には大津脳卒中ネットワーク研究会、大津市医師会、大津保健所が関わり、改訂版大津脳卒中地域連携クリティカルパスが完成しました。大津市医師会がパスの作成・検証を行い、大津保健所が推進を担うという協力体制のもと運用されています。

パスの構築の発案から作成に至るまでの経過や現状、大津市の地域連携体制の成り立ちを報告すると同時に独自の評価法で転院・退院基準を用いているパスについて簡単に紹介します。

Ｃ－23　外反母趾矯正術(Mann 法)クリティカルパスを作成して

洛和会丸太町病院　1病棟

○江川　奈美

平成20年度より足の専門外来が開始され、外反母趾矯正術を受ける患者が増え始め、当院の整形外科手術全体の約5%を占めている。外反母趾矯正術を受ける患者は、50歳代から70歳代の女性で入院や手術が未経験であることが多く、このため、手術後どのような経過をたどるのか・入院期間はどのくらいなのかなど患者からは様々な不安や疑問などの訴えが聞かれた。同時に看護師も患者指導に戸惑いを感じ十分な指導ができていなかった。そこで、外反母趾矯正術はリハビリテーションが決められており、クリティカルパス（以下パスとする）が有用であることが明らかであったことから、パスを作成し運用した。

パス作成までの経過は次の通りである。平成20年度に外反母趾矯正術を受けた患者は15名で全て女性、在院日数は短い患者で10日・長い患者で45日であり平均在院日数は26．6日であった。そこで、平成20年度の経過を参考に、バリアンスが少ないと考えられるパスを作成すると同時に外反母趾矯正術後の経過がよりわかりやすくなるように、患者指導用のパンフレットを作成しパスの項目に挿入することとした。また、術後約3週間はギプス装着が必要で腓骨神経麻痺の出現がないよう継続して観察していく必要があり、パスに観察項目を入れることで予防することができると考えた。実際、パスを作成しパス委員会に申請するまでに4名の患者に仮運用した。結果、バリアンス発生は1名のみでその内容は①手術当日に疼痛が強くギプス装着が困難でギプスシャーレに変更した②患者の希望により自宅近くの病院へ転院し早期退院した、という内容であった。以上仮運用した結果からバリアンスが少ないことを確認することができたが今後もバリアンス内容を把握し、必要に応じて修正・変更していきたいと考えている。

Ｃ－24　多職種が作成と運用に参加できるクリティカルパスを目指して―栄養課・医事課と連携した膝関節鏡クリティカルパスの運用－

長浜赤十字病院　５東病棟

○赤井　信太郎、寺居　伸幸、奥野　佐千子

当院のクリティカルパス（以下パス）は紙カルテとオーダリングを併用し運用するため、パスの発行と同時に指示オーダーをたてるか紙伝票を発行しなければならない。また、医師や看護師以外の職種は、パスの運営に参加する機会がほとんど無かった。数年後にはオーダリングが見直される予定だが、全職員がパスの考え方や運用方法などソフト面での準備に参加できるように意識改革を行う必要があった。

そこで、食事指示書伝票をなくした膝関節鏡パスの作成を栄養課と医事課とともに行った。栄養課は、パスの食事に関する指示欄の改善を行い、パス発行後ファックスで栄養課にパスの指示が届くようにした。また、伝票発行の廃止に伴い医事課は入院時発行される患者入院台帳に「膝関節鏡パス」と記載し連絡することで、入院費の計算ができるように改善を図った。

この活動を通し、今回の膝関節鏡パスの検討と評価・修正までを医師・看護師だけでなく栄養士や医事課職員も含めて行うことが出来た。

今後の課題として、①医事課に患者パスに金額を載せてもらうこと②医事課・栄養課を含めた多職種が、患者の治療計画の情報を共有できるパスを作成していくことである。

C－25 外来と連携した膝関節鏡パスの導入－入院前から患者と家族が安心出来るパスを目指して－

長浜赤十字病院 5東病棟

○寺居 伸幸、赤井 信太郎

当病院のクリティカルパス（以下パス）の運用は、入院後からの使用開始となっている。患者や家族は入院後初めて治療計画の具体的な説明を受けるため、生活スケジュールの調整に影響を受けやすい。外来受診の時に患者や家族が入院から退院日までのスケジュールをあらかじめ知っていれば、仕事や社会的な活動の調整も早くから済ませられ、安心して入院治療ができるのではないかと考えた。

そこで、外来から始められる膝関節鏡パスの作成し8月より運用を開始した。運用方法は入院が決定した時点で医師がパスの指示を出し、外来看護師はパスの指示に従い患者用パスを用いて入院後のスケジュールを説明、外来で行った項目は医療者用パスのチェックボックスにチェックすることで、外来と病棟の連携が出来るようにした。

12月現在で10例の外来連携の膝関節鏡パスを実施した。患者と家族より「入院前から予定がわかって良かった。」「手術でどれくらいの痛みが出るのかもう少しイメージできる内容が含まれたほうが安心する。」などの評価を得ることが出来た。

C－26 脳卒中パスの有効性－円滑な連携によって生み出される患者の復権－

京都大原記念病院 地域医療連携室

○中尾 一生、番川 弘美、小川 亜雪、大坪 豪孝、安田 幸代、小西 陽子

【はじめに】2008年12月より、京都府内において脳卒中連携パス（以下パス）の運用が開始された。今回はこのパスについて、回復期である当院において実質運用を開始した2009年1月からのパス運用状況を調査し、その利便性と今後の課題について分析する。

【方法】1月から11月末までに入院をしたパス適用者と非適用者の発症～回復期入院までに要した日数を調べ、比較する。その結果とFunctional Independence Measure（以下、FIM）のデータを用いて、患者視点でパスの有用性を検討する。

【結果・考察】発症～回復期入院までの日数についてはパス適用者の方が、平均で約7日速いという結果が得られ、急性期と回復期の間の連携が円滑になったことが読み取れる。急性期で治療を終えた患者が回復期へスムーズに移行することは、それぞれの病院の役割がより明確になることでもあり、パス導入目的のひとつである「機能特化」という点についても有効であるといえる。リハビリを早期に受けることは患者のADL回復に影響する。発症から30日以内の入院と60日以内に分けて入院時と退院時のFIMの平均を見たときに改善度で15点以上の差が出ている。これらの結果をパスの有効性として考える。

【まとめ】今後の課題として維持期での有効活用が不十分、という点が挙げられる。かかりつけ医への情報提供のみの運用ではなく、CMG等の患者に身近な立場で生活を支援していく機関にも浸透していくことが望まれる。書式の見直しなども必要である。最終的には、治療を終えた患者が生活の場において可能な限り「自立」できるよう支援していく中でパスが有効的に運用されていけば良いと考える。

C－27　ボタンホール穿刺開始とパスを作成使用した報告

日野記念病院　透析室

○青木　加代子、岩崎　真須子、野間　晶子

【はじめに】

ボタンホール穿刺は、シャント開存率が高く・穿刺痛の軽減・簡単に操作できる穿刺法として報告されている。

当院では穿刺困難患者に導入したが、『情報の共有ができない』問題が発生した。そこでボタンホール穿刺のクリティカルパスを作成し使用した報告をする。

【対象】

患者65名中穿刺部位が限られている、人工血管、穿刺困難、安定期、穿刺時間が遅くなることに同意できる方。

【目的】

スタッフがボタンホール穿刺の情報の共有ができる。

【方法】

ボタンホール穿刺の適応者をピックアップする。患者にボタンホール穿刺を説明し、DVDを用いて理解を得る。穿刺部位を厳選しスタッフ1～2名で同一部位に穿刺する。パスは患者用とスタッフ用を作成した。

【結果・考察】

ボタンホール穿刺は14名。1名は自己穿刺。痛みに対する評価は『以前の針刺しほど痛くない』が12名。『痛いが我慢できる』が2名だった。患者からはパス使用で「自分の状況や今後の見通しが理解できる」という声があった。スタッフは穿刺前にパスを見て情報の共有ができ穿刺できるようになった。パス通りならなかったのは2名だった。理由はホールができたと思いパスを使用したが、浮腫著明によりホールが見つからず普通穿刺に戻した場合。また穿刺困難が続き同一部位穿刺によりホールができパスを使用せずボタンホール穿刺を開始した場合である。ボタンホール穿刺は安全で血管損傷が少ないと推奨されているが、当院では14名に留まっている。理由として痂皮除去やホールが見つからなかった場合、穿刺時間の延長が問題となる。今後、この点を考慮してボタンホール穿刺導入を検討していかなければならないと考えている。

C－28　外来化学療法における中止理由の解析

公立南丹病院　薬剤部

○長谷川 晃司、中上　達矢、和田　淳

【目的】従来、がん化学療法は入院で行うことが常識とされてきた。しかし、近年においては患者のQOLの向上目的や外来化学療法加算、診断群分類包括評価（DPC）などにより、外来化学療法室が設置され、外来でのがん化学療法が特定機能病院のみならず一般病院においても急速に普及している。外来でのがん化学療法は医療スタッフが常に患者の傍にいないことから、多くの場合、患者自ら副作用のマネジメントをしなければならず、そのコントロールが治療の成否に大きく関わっている。今回、外来でのがん化学療法の中止理由を解析することにより、どのような介入が必要か検討したので報告する。

【方法】2006年10月から2008年2月に行われた外来化学療法の全例を対象とし、報告された中止理由や化学療法施行当日の検査値、適用レジメン等を解析した。また、骨髄抑制ついてはCTCAE　v3．0によりグレードの判定を行った。

【結果】対象化学療法件数1622件のうち中止件数は168件（10．4%）であった。主な中止理由は骨髄抑制、風邪や倦怠感等の体調不良、来院せず等その他の理由であった。

レジメン別では、mFOLFOX6、LV／FU、IFLが主なものであった。骨髄抑制による中止症例では白血球減少より好中球減少のグレードがより高い傾向にあった。

【考察】骨髄抑制による中止が最も多かったことや、白血球減少の副作用グレードより好中球減少のグレードがより高い傾向を示したことから在宅時に発熱性好中球減少症等の副作用が予想され、患者のリスクに応じて対処の方法を受診毎に説明する必要があると考えられた。また、来院しなかった症例には連絡がなく理由が分からないものや連絡があっても十分に患者の状態が把握できなかったものもあったことから、患者の副作用に対する認識不足が推測されるが、薬剤師が外来化学療法室において服薬指導することにより改善出来ると考えられた。

C－29 アルブミン製剤適正使用への取り組み

公立南丹病院 薬剤部

○山下 彰良、和田 淳

【目的】

血液製剤の適正使用を推進するため厚生労働省よりさまざまな通達が発せられてきた。当院でもアルブミンの使用量が多いのではないかという議論よりアルブミン製剤の適正使用を推進する活動を強化した。

【方法】

厚生労働省の血液製剤使用指針の再確認と病院機能別血液製剤標準的使用量を用いてアルブミン製剤適正使用の活動を強化した。今回、2009年5月より毎月の当院アルブミン使用量(g)、病院機能別血液製剤標準的使用量の平均値を示したグラフ、と診療科別の使用量を電子カルテTOP画面にお知らせとして報告し、また月間の使用量が6本を超える患者をMS－ ACCESS®を用いて抽出し照会を行った。

【結果】

活動を開始した2009年5月から順調にアルブミン製剤使用量の減少が見られ、月の使用量が6本を超える患者のアルブミン値においても多くは3．0g／dL以下で、その使用目的は低蛋白血症に起因する肺水腫あるいは著明な浮腫が認められる場合が多かった。

【考察】

結果としてアルブミン製剤適正使用の活動が有効に機能していた。しかし、慢性期使用基準の2．5g／dL以下でなくても、他の複合的な病態により浮腫、腹水を誘発していて使用せざるをえない例も考えられるため、急性期で3．0g／dL、慢性期で2．5g／dL以上にある患者で一定の期間以上に渡り使用した場合には血液製剤使用指針から外れることになるので今後も当院では月6本を超えて使用する場合、アプローチしながら適正使用を推進していくことが必要である。

C－30 心房細動患者に対するワルファリンコントロールの質の検討－心房細動治療（薬物）ガイドライン（2008年改訂版）をふまえて－

公立南丹病院 循環器内科[1)]、薬剤部[2)]

○計良 夏哉[1)]、小槻 知恵子[2)]、野村 哲矢[1)]、西川 享[1)]、和田 淳[2)]、辰巳 哲也[1)]

【背景】心房細動は循環器のcommon diseaseである。今日では循環器診療のガイドラインが整備されてきており、標記のガイドラインが更新されている。入院診療においてはクリニカルパスなどを用いた診療内容の標準化が図られるが、外来診療においてチェック機構を働かせるのは困難である。

【目的】当科に在籍する循環器専門医の心房細動患者に対する抗凝固療法の診療の質を明らかにすること。

【対象と方法】電子カルテを用いて、本研究の筆頭および共同演者の四人の循環器専門医の外来予約リストからカルテを参照して心房細動患者を抽出した。患者の年齢・性別、リスクスコア、ワルファリン療法施行の有無、平成20年中の全てのワーファリン処方日数(受診間隔)、PT－INR値および測定間隔等を調査した。

【結果】対象患者は全178例(男性115例、女性63例)であった。クラスIとして抗血栓療法が推奨される患者はうち82例(46%)であり、そのうちの64例(78%)にワーファリンが投与されていた。ワーファリンが投与患者のうち27例(42%)のみが適切なPT－INRにコントロールされていた。54%の患者が8週間以上の処方を受けており、受診ごとのPT－INRの測定は64%の患者で施行されていた。ワルファリン療法の施行の有無、受診ごとのPT－INRの測定の有無については、統計学的に主治医によるコントロールの差が認められた。(p＜0．05)

【結語】全般的に抗凝固療法は弱く、ワーファリンの長期処方が目立っており、ワルファリン療法の質に医師格差は存在していた。

【今後の展望】当院では個々の外来患者についても薬剤師が電子カルテの「患者掲示板」を用いて、定期的なPT－INRの測定を促すべく主治医へ注意喚起を行っている。外来でのより高い循環器薬物療法の質をコントロールするべく病院として協力体制を模索しているところであり併せて報告する。

C－31 当院でのワルファリン適正使用における薬剤師の取り組み

公立南丹病院 薬剤部

○小槻 知恵子、和田 淳

【はじめに】

臨床上定期的な検査が重要であると考えるワルファリンについて、PT－INR測定値とそれに影響を与える要因、そしてPT－INR定期検査実施状況について解析することにより、薬剤師の役割について報告する。

【対象および方法】

ワルファリンの投薬を受けた患者の投与量、PT－INR検査日、PT－INR測定値とPT－INR3．5以上を示した患者については、影響を及ぼす要因について調査した。ワルファリン処方日数を投薬間隔とし、次回PT－INR測定までの日数を検査間隔とした。

定期検査の間隔は3か月とし、検査がなされていない、かつ次回受診日に血液検査の予約がない患者に対して、患者掲示板において医師に検査を呼び呼びかけた。定期検査実施率はワルファリン投薬全患者のうち定期検査が実施されている患者の割合とした。

【結果】

PT－INR検査データは2540件であり、そのうちPT－INR3．5以上を示した患者は54名64件であった。PT－INR延長の主な要因が他の薬剤との併用であるとしたのは19件あり、その中で最も多かったのは抗生剤であった。PT－INR定期検査の取り組みを始めた2007年6月の定期検査実施率は56．4%であったが2007年9月は67．2%、2008年6月は70．4%と改善した。その後横ばい状態が続いたが、広報の結果92．7%となった。

【考察】

PT－INR値は様々な要因に影響されるが、定期的に検査を行うことでPT－INR値の変化に早い段階で気付くことができる。定期検査実施率についてはある一定の成果は示されたが検査間隔が長期化している医師に対する意識付けは今後も必要だと考える。必要な検査が実施されていない状況を医師に報告し注意喚起をおこなうのはチーム医療において薬剤適正使用を司る薬剤師の任務であり、今後も発展した取り組みを行っていきたい。

C－32 静脈血栓塞栓症の防止と適正な診療体制構築に向けた取り組み【第一報】

京都市立病院 臨床検査技術科[1)]、看護科[2)]、放射線診断科[3)]、循環器内科[4)]、外科[5)]

○大西 重樹[1)]、北田 久美子[1)]、沈 里美[2)]、吉田 昌子、谷掛 雅人[3)]、松原 欣也[4)]、山本 栄司[5)]

【はじめに】

当院では、医療安全全国共同行動への参加を契機に、医療の質推進委員会を設け、目標として提起されている8分野に当院独自の目標として患者情報保護対策を加え、医療安全を図ると同時に医療の質を高めるために、従来の取り組みをさらに組織的に充実させて実践してきた。その中で「周術期肺塞栓防止」の取り組みについて報告する。

【実施内容】

周術期に限定せず、入院患者の静脈血栓塞栓症（以下VTE）の発生防止と発生時の初期診療を管轄する病院横断的組織として、2009年2月よりVTE対策チームを医療の質推進委員会の下部組織として結成した。当初は外科医師、放射線科医師、看護師、臨床検査技師でスタートし、後に循環器科医師が加わり現在7名のメンバーで活動を行っている。具体的な活動内容は、月に2回のミーティング、症例検討、ラウンドに加えて、VTE発生時の敏速な初期対応、病棟単位でのVTE集談会開催（医師・看護師）、VTE関連マニュアルの整備などである。そのほか環境整備として、低分子量ヘパリン製剤の採用、可溶性フィブリンの院内検査実施、超音波検査（下肢静脈エコー）の実施体制の確立などを行った。

【成果および問題点】

2009年3月から11月中旬までの8．5ケ月の間にチームとして把握したVTEは院外発生13例を含めると全部で38例であり、男女比は1:4、年齢は22歳～89歳（平均64．9歳）であった。院内発生例の内訳は、外科系13例、内科系12例とほぼ同等であった。初期対応の充実により、活動開始から現在までのところ、致死性肺塞栓はみられていない。

今後、VTEの発生を如何に減少させるか、より早期に正確に検出できる体制づくり、VTEの治療方針の統一など課題は多く存在するが、病棟単位でのVTE集談会など通じて正確な知識と意識の共有化を図り、職種間の壁をなくし一丸となった予防管理体制を構築したい。

C－33 病院給食における塩分制限食調整の検討

社会保険京都病院 栄養課[1)]、甲子園大学大学院 栄養学研究科[2)]

○富安 広幸[1)2)]、風岡 拓磨[2)]、竹谷 耕太[2)]、福井 俊弘[2)]、山本 國夫[2)]

【目的】平成20年4月の診療報酬改定で、特別食加算の減塩食は、「食塩相当量が総量（1日量）7．0g以下の減塩食」より「食塩相当量が総量（1日量）6．0g未満の減塩食」へと改定された。この改定により病院食での塩分コントロールがより一層重要視され、献立ならびに調理での塩分に対する工夫が求められるようになった。そこで、本院における塩分制限食調整のあり方について検討した。

【方法】社会保険京都病院で提供中のナトリウムコントロール食と10名の調理師を対象とした。実験1：入院患者への提供料理（3日分）の塩分量を献立上の指示塩分量と塩分濃度計で測定した実測値について比較した。実験2：1食分の調味料の計量と盛り付けの検討を行い、A群：従来から実施していた調味料の容量（ml）計量で盛り付け方法変更なし、B群：調味料の重量（g）計量と計量による均等盛り付けの2群について献立上の塩分量と比較した。実験3：調理師によるA群とB群の計量速度を比較した。統計的解析には、SPSS Ver. 11．0を用いた。

【結果】（実験1）献立上の塩分量は5．8±0．13gと6．0g未満の減塩食を満たしていたが、実測値は8．2±0．96gと献立上より高く、6．0g未満の減塩食を満たしていなかった。（実験2） A群は0．8±0．46g、B群は0．1±0．12gとA群はB群より有意に高く（p＜0．01）、B群は指示量に近似していた。（実験3） 計量速度はA群（8．4±5．68秒）、B群（11．2±6．11秒）でA群が有意に要した時間が早かった（p＜0．01）。

【考察】献立上の指示塩分量は基準を満たしているにもかかわらず、実測ではこの条件を満たしていなかった。調味料の計測方法と盛り付け方法では、従来の容量計測を重量計測に変更し、計量して均等に盛り付けることで基準を満たした。計量速度では、新たな方法が従来の方法より時間のかかることが分かった。以上のことから、調味料を重量で計量し、計量による均等盛り付けを取り入れることで、より正確な指示量を提供し、患者の治療に貢献していきたい。

C－34 オーダリング処方推進の取り組み

京都桂病院 薬剤科[1)]、システム情報課[2)]、医事課[3)]、看護部[4)]、血液内科[5)]

○日置 三紀[1)]、吉村 正子[1)]、山崎 貴司[1)]、茂木 孝裕[1)]、堀内 望[1)]、山﨑 好恭[2)]、古田 祐美子[1)]、溝手 彩[1)]、村田 理恵[3)]、寺田 悦子[4)]、小林 由佳[1)]、森口 寿徳[5)]、新宮 とし子[1)]

【目的】当院は電子カルテ未導入であり、内服薬・外用薬の処方には手書き処方箋とオーダリングシステムの両方を利用している。しかし、手書き処方箋は判読困難な場合や記載指示の不備が多く、調剤・与薬時の過誤を誘発するほか、オーダリングシステムとの連動で利用できる調剤鑑査システムを利用しにくく安全性及び効率面において問題となっていた。そこで今回、安全性の向上と業務の効率化を目指して、TQM活動で内服薬・外用薬の処方オーダリング推進活動を行ったので報告する。

【方法】オーダリング処方推進のためのTQM活動チームを2009年6月に立ち上げ、活動を開始した。チームは薬剤師、医師、看護師、システム担当者、医事課員をメンバーとして構成した。活動は週1回を基本とし、手書き処方箋の問題点とオーダリングシステムが利用されない要因を抽出し、特性要因図（fish bone diagram）によって分析を行った。2009年10月より、オーダリングシステムの問題点改善や、院内掲示物、広報誌などによる啓蒙を入院病棟対象に実施した。

【結果】TQM活動開始前年度の月平均手書き処方箋枚数は1485枚（全内服・外用薬処方箋に占める手書き処方箋の割合は18．7％）であった。活動開始後、手書き処方箋は徐々に減少し、10月は904枚（12．2％）、11月は767枚（11．1％）となった。

【考察】職種横断型のチームでTQM活動を実施することで、院内での処方に関する意識改善が可能となり、手書き処方箋枚数を減少させることができた。また、院内規定の見直しやシステム上の不備を修正することで、業務の効率化と安全性の向上に貢献できたと考える。

C－35 高次脳機能障害者家族の介護負担感について－記憶障害を一症状とする症例の外来ＯＴを通して－

公立南丹病院 リハビリテーション科

○河端 君子

身体的な障害を伴うことのない高次脳機能障害は、特に見えにくい、わかりにくい障害としてなかなか周囲の理解を得ることができず、長い間医療や福祉におけるサポート体制の整備が遅れていた。特に若年の高次脳機能障害者の場合、退院後の生活をサポートするのは家族に依存するしかない状況があり、患者本人とともに孤立し介護者自身の身体的、精神的負担が問題視されてきた。

そうした状況を踏まえて、2001年度より国の高次脳機能障害支援モデル事業が開始され、支援体制モデルが作られた。京都府では2005年度に京都府リハ支援センターが支援拠点となり相談窓口の開設、研修事業、支援ネットワーク作りが進められてきている。しかしながら制度できたものの、サービスの内容や量は十分とはいえず、現場の作業療法士は常に試行錯誤しながら関わっていることという状況がある。

東京都が実施した高次脳機能障害者実態調査は、介護について身体面だけでなく精神的負担が大きいと報告している。このことからも有効な支援の検討には介護負担感の理解が重要であると一作業療法士として考える。今回、記憶障害を主症状とする高次脳機能障害患者を外来RHにて継続できる機会を得たので、ここに症例を報告する。尚、主介護者に対する介護負担尺度は、Zarit介護負担尺度日本語版を利用した。症例を通して介護負担度の要因分析し、また家族の介護負担度の軽減が、症例自身のQOLにどのように影響を与えるかという問題についても考察する。

C－36 当院のNSTにおける臨床検査技師の役割

田辺中央病院 臨床検査科

○宮崎 裕恵、小海途 初音

【はじめに】

当院のNSTは、外科医、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、看護師、薬剤師、臨床検査技師より構成されている。主観的包括的栄養評価（以下、SGAシート）の点数化、サテライト方式（各病棟のチームにて検討）の導入、定期的な勉強会など、積極的に取り組んでいる。

【検討内容】

栄養状態を評価する項目が、統一されていなかったため、経過観察を行う上で問題があった。そこで検査科では、栄養状態を評価するための検査セットを作成し、経過観察に活用することとした。『NSTスクリーニングセット』は、長期的栄養の指標とし、栄養評価を行う上で、最低限必要と思われる項目とした。また『NST rapid turnover protein（RTP）セット』は、短期的栄養の指標とし、栄養状態をリアルタイムで評価できる項目とした。また、SGAシートを評価する上で必須であるアルブミンは、全検査セットに追加した。

【症例】

今回、NSTセットで栄養状態の管理を行い、長期中心静脈栄養（以下TPN）から、経腸栄養に移行した症例について報告する。

【まとめ】

NST活動における臨床検査技師の役割は、検査データのまとめや、時系列チェック、検査データの助言、微生物情報の提供、追加検査のオーダーが主となっているが、検査セットの作成、生理検査等の積極的な依頼、他部署との活発な情報交換も行った。

今回、長期的、短期的な検査セットを作成することで、オーダーの簡略化、データの比較検討が容易となり、患者様の栄養状態把握に非常に有効だったので、報告する。

C－37 保存期腎不全教育入院パスの取り組み【第一報】

近江八幡市立総合医療センター 医療技術部栄養管理科[1)]、腎臓内科[2)]

○鹿谷 末香[1)]、黒川 あかね[1)]、田中 陽子[1)]、鶴田 千佳[1)]、大谷 雅子[1)]、東森 佳子[1)]、門 浩志[2)]高木 彩乃[2)]、宮澤 理紗[2)]、八田 告[2)]

【はじめに】
近年末期腎臓病の患者数は増加傾向を示し、透析導入患者は年間約1万人ペースで増え続けておりその医療費は1兆3千億円に達している。当院は、Total kidney careをスローガンに保存期腎不全に対して力を入れてチーム医療を推進しており、その中心となるクリニカルパスが「保存期腎不全教育入院パス」である。平成18年10月より導入、計370例以上を経験している。教育入院の内容は、医師、看護師（病棟・外来）、薬剤師、臨床工学技師、検査技師、管理栄養士によるチーム会議で定期的に見直されている。今回は管理栄養士の立場から取り組みを紹介する。

【取り組み内容】
水曜の午前入院・火曜の午前退院の1週間のパスの中で、木曜に集団栄養指導を行い、週末の外泊をはさみ月曜に個別栄養指導を行っている。他に、医師は病態、生活、検査等全般に対して、看護師は血圧測定、生活など、薬剤師は服薬、臨床工学技師は透析についてそれぞれ指導を行っている。金曜にはチームでカンファレンスを行い、各患者の情報・問題点を皆で共有し検討を行っている。

【まとめ】
全症例のうち、平成21年9月末までに入院した359例についてデータをまとめた。平均年齢68．3歳、男女比245：114、CKDステージ4が最も多く43％を占めた。原疾患は、慢性糸球体腎炎と糖尿病性腎症が25％と最も多かった。推定GFR値の平均は入院時29．8ml／min／1．73㎡で、その後徐々に低下するが6ヶ月後には28．4ml／min／1．73㎡と3ヶ月後に比べて若干上昇した。これは多職種の指導・介入により患者のモチベーションが向上し、正しい服薬及び食事療法の取り組みにつながった結果と考えたい。食事療法の遵守度は患者によって様々であり、その背景を知り指導に反映し、より効果があがるよう分析を行いたい。

C－38 保存期腎不全教育入院パスの取り組み【第二報】

近江八幡市立総合医療センター 医療技術部栄養管理科[1)]、腎臓内科[2)]

○鶴田 千佳[1)]、黒川 あかね[1)]、田中 陽子[1)]、鹿谷 末香[1)]、大谷 雅子[1)]、東森 佳子[1)]、門 浩志[2)]、高木 彩乃[2)]、宮澤 里紗[2)]、八田 告[2)]

【はじめに】
「保存期腎不全教育パスの取り組み【第一報】」では、クリニカルパスでの栄養指導の取り組みを紹介した。全症例のうち入院前の24時間蓄尿検査結果が確認できた43例について、入院前後の変化について結果の分析を行ったので報告する。

【結果】
尿中のたんぱく量、推定摂取塩分・たんぱく質量はいずれも入院前に比べて退院後は減少した。カリウム、尿酸、LDL－cho、中性脂肪など主な血液データについては特に変化はみられなかった。BMI22以上の群は、22未満の群に比べて退院後の塩分・たんぱく質の摂取量は入院前近くに戻っていた。食事療法を継続するにあたっての協力体制や家族背景を調べたが、同居家族形態による特徴的な差はみられなかった。男性のほうが女性に比べて塩分摂取量は多い傾向にあった。

【考察】
BMIが高いこと自体がそもそも食事摂取量の多いことを意味しており、体重コントロールを常に念頭においての関わりが必要であると考えられる。独居の方は入院中を通しても推定摂取塩分量が入院前と変わらなかったため、日常的に多く塩分を摂取していると推測される。男性のほうが食塩摂取量の多い傾向にあることは、体格と関わりがあるようである。

【まとめ】
患者のプロフィール（ライフスタイル）により栄養素摂取に違いがあることから、指導には食生活の背景をよくとらえ個人に即した的確な指導方法、媒体、資料の選択が求められる。効果的な栄養指導を行うことで腎障害の進行速度の鈍化、心・脳血管障害のリスク軽減へ貢献したい。今回のデータ分析は対象者数が少ないためやや偏りのある結果となっている可能性があり、今後症例数の増加に伴い再度分析を行い確認したい。そして今後、CKDステージ別の違いなど他因子からも分析を行いたい。

C－39　チーム医療の重要性

市立福知山市民病院　3階病棟[1)]、医事課医療連携係[2)]、リハビリテーション科[3)]

○上田　紫[1)]、小西　佐知子[1)]、梅田　勝代[2)]、前田　幸弘[3)]

脳血管障害の患者は、生命の危機的状態から慢性期への移行に伴い、家族の介護力不足などから在宅の受け入れが難しい場合が多い。今回、右視床出血により意識レベルが低下し全介助が必要になった患者を受け持ち、退院までの看護に関わる機会があった。

リハビリで車椅子に座る夫の姿を見て家族は感激され、理学療法士から在宅への退院が可能だという発言があったことから、徐々に夫への在宅介護意欲が深まり、在宅退院を選択された。

在宅介護を行うために、医師をはじめ、受け持ち看護師とチームメンバーでカンファレンスを行い、専門職である理学療法士、ソーシャルワーカーに介入を依頼し、院外の他職種との関わりを持つことができた。また在宅で必要になる吸引や注入食、移動用リフトなどの手技を、家族が習得できるよう支援し、妻の不安解消のため、写真入りパンフレットを作成し手渡すことができた。

病院とは異なる環境にとまどい、家族の不安を解消するため他職種と共に一丸となって関わり、それぞれの役割を尊重し、患者の目標が達成できるよう援助していく必要があることを学んだのでここに報告する。

C－40　経腸栄養管理での業務改善

彦根市立病院　栄養治療室[1)]、看護部[2)]

○山本　卓也[1)]、小野　由美[1)]、池部　章子[1)]、羽田　彩[1)]、西田　美香[1)]、小西　美津子[2)]、村田　由紀子[2)]

【目的】

食品経腸栄養剤は栄養科より食事として配膳を行っていた。しかし、患者に使用されるのは次の食事となり病棟では保管しておく必要があった。病棟では不衛生な環境の中、経腸栄養剤の準備だけでなく看護師が水分の計量やボトル、チューブの洗浄に追われていた。特に経腸栄養患者が多い病棟では看護師の業務として大きな負担となっていた。そこで、管理栄養士、看護師が話し合いを重ね栄養科で患者一人ひとりに必要なものを用意することにより、病棟での看護師業務の負担軽減、衛生管理さらにコストの改善を目指した。

【方法】

栄養アセスメントにより患者ごとに必要な栄養量を算出し栄養剤、追加水分、栄養点滴セット等を食事オーダーリングシステムからの指示により栄養科が準備することにした。提供する時間は患者のリハビリや看護師業務に合わせ食事の配膳とは別の時間を設定した。栄養剤の種類、水分量の指示、投与速度やポンプの使用、ステップアップの計画等を明確にするため新たに経腸栄養指示書を作成し、医師、看護師、管理栄養士が記入し確認することにした。

【結果】

栄養科で経腸栄養管理に必要なものを準備したことで、病棟での看護師の業務を軽減することができ、衛生面、人件費のコスト削減にもつながった。

【考察】

経腸栄養管理での業務改善を行ったことが、病院全体でのリスク軽減、コスト削減につながった。さらに、経腸栄養指示書の作成により、経腸栄養管理を必要とする患者への管理栄養士の介入が積極的に行えるようになった。

多くの病院でこのようなシステムが採用され、多職種による栄養管理が推進されることが望まれる。管理栄養士は栄養剤を届けているだけでなく、経腸栄養管理に関して必要な知識を備えた人材の育成や教育が必要と感じた。

C－41　糖尿病治療の普及のための市民講座におけるチーム医療の実践

近江八幡市立総合医療センター　リハビリテーション技術科[1)]、代謝・内分泌内科[2)]

○柗下　容子[1)]、山中　順子[1)]、酒井　幸[1)]、渡邊　淳子[1)]、鈴木　博人[1)]、佐藤　大介[2)]、本田　亘[2)]、中村　高秋[2)]

【目的】
糖尿病治療は運動、食事および薬物療法が重要であるが、指導内容が多岐にわたるため、集中的に治療内容を患者に普及させることが容易ではない。今回、われわれはチーム医療を通して糖尿病治療の普及がどの程度遂行されたかを糖尿病治療の市民講座を通して検討した。

【方法】
東近江医療圏在住の市民に対して、開業医でのポスター掲示、広報及び新聞広告欄を用いて、糖尿病治療習得のための市民講座を開催することを宣伝し参加者を募った。当日は約600kcalの糖尿病食を食べながら管理栄養士による栄養指導、医師による糖尿病の病態及び薬物療法の説明、理学療法士による運動療法の実践、臨床検査技師による頸動脈エコー検査やABIの体験、看護師によるフットケアおよび低血糖予防の説明を行い、アンケート方式で患者の満足度を検討した。

【結果】
34名が参加し運動療法に関しては、個々に合わせて指導内容をアレンジしたことにより、参加者の運動療法に対するモチベーションの向上が得られた。食事をしながらの栄養指導は、具体的で理解が向上したとする参加者が多くみられた。その他の内容にも満足度が高い結果が得られた。

【結論】
糖尿病患者（境界型を含む）に対して、治療法の理解および習得を得るためには、市民講座を通じたチーム医療の実践が有効であることが確認された。

C－42　療養病棟における終末期ケアー他職種で関わることで患者のニーズに応えた事例ー

市立長浜病院　看護局

○野一色　真弓、植野　孝裕、高橋　祐子

【はじめに】
当療養病棟では急性期病棟から在宅療養までの中間施設としての役割だけでなく、終末期患者の療養の場としての役割も担っている。患者や家族のニーズに寄り添うことは、終末期患者をケアする上で重要である。今回、他職種で関わることで患者のニーズに応えられた事例について報告する。

【看護の実践】
1）患者紹介
A氏70代男性、前立腺がん、骨転移
2）経過
A氏は在宅療養を行なっていたが、疼痛の増強のため入院した。薬物療法による疼痛コントロールを行なったが、在宅療養の継続が困難なため療養病棟に転棟した。骨折のリスクが高いため床上安静を指示されていた。
当病棟では看護師と介護士が一人の患者を受け持つ。本人と家族の希望を聞き目標を設定した。A氏と家族は「お風呂につかりたい」「散歩に行きたい」と意向を示した。A氏と家族、医師、受け持ち看護師、介護士で話し合った。骨折のリスクや疼痛増強の可能性があることを了解した上で、リスクと疼痛を最小限にする方法で実施することが決定した。緩和ケアチームに介入を依頼し、疼痛緩和方法と骨折リスクを最小限にする入浴方法や車椅子移乗方法を検討した。A氏と家族は数ヶ月ぶりの入浴や散歩を非常に喜んだ。さらに、受け持ち看護師、介護士は、A氏は音楽演奏が趣味だったことに着目して音楽療法を提案した。A氏は音楽療法に参加されるようになり、表情は見ちがえるように明るくなり、床上安静時にもレスキューが必要であったが、レスキューの使用回数が大幅に減少した。

【考察】
A氏と家族のニーズに対して他職種で関わった。看護師と介護士はそれぞれの視点から、患者や家族のニーズを引き出し、医師、緩和ケアチーム、音楽療法氏と協働することにより、より安全で疼痛がない方法やより豊かにすごせる方法を検討した。その結果、A氏と家族が望む時間を過すことが可能になったと考えられる。

C－43 喀痰検査の重要性とICTとしての取り組み

公立南丹病院　病理検査室・ICT

○山村　京介、井上　泰利、安田　愛、上田　多加子、山下　彰良

ICTのメンバーとなり2年が終えようとしています。私の普段の仕事は、採血室での外来患者の採血や喀痰検体の受け取り、そして病理検査業務を行っています。

私がなぜ、このテーマを選んだのかというと、ICTでは一昨年よりQFTの採血によって、結核患者濃厚接触職員の感染の有無をチェックしています。その際、結核疑いの患者様が入院前、喀痰の検査を実施したにもかかわらず、入院後結核の診断がつき、その間に職員に曝露した可能性があるために、QFTによるフォローを行った例が数件ありました。なぜこのようなことが起こったのかを考察しました。

【原因】①喀痰ではなく、唾液であったのではないか。②喀痰検査の回数は数回行えていたのか。③他の検査で判断することは出来なかったのか。④喀痰の検査の必要性を患者様に充分理解してもらっていたか。⑤患者や職員が結核に対する知識があるか。⑥医師、看護師、検査技師で情報を共有できていたのか。⑦検体検査室での検体チェックなど様々な原因が考えられます。

【考察の結果】患者様の検体を直接取り扱う私たち検査技師は、まず喀痰が検査に適したものが採取できているかどうかを考えました。とりわけ難しいことはしていません。患者様が採取された検体を肉眼的に見て、唾液だけとみられる検体は受け取らず、患者様に再度採取をしていただく、又は、後日採取できたときにもってきていただくようにしています。

この時も検査の重要性を患者様に理解していただくために、充分に説明することを心がけています。それでも良い検体が採取できない場合は、ドクターに相談をかけて別の検査を実施していただくなど、積極的に対処していきたいと思っています。

同様に、看護師さんも患者様から喀痰を預かることがありますので、喀痰の検査の重要性を理解してもらう必要があります。喀痰検体をすぐに受け取らず、検査に適した検体であるかどうかを充分判断してもらうか、私たちに見せてもらうなどの工夫をしたりしています。

医師、看護師、検査技師が連携して情報を共有し、患者様はもちろんのこと、職員の二次感染を防止に努め、当院の医療安全の向上をはかりたいと思います。