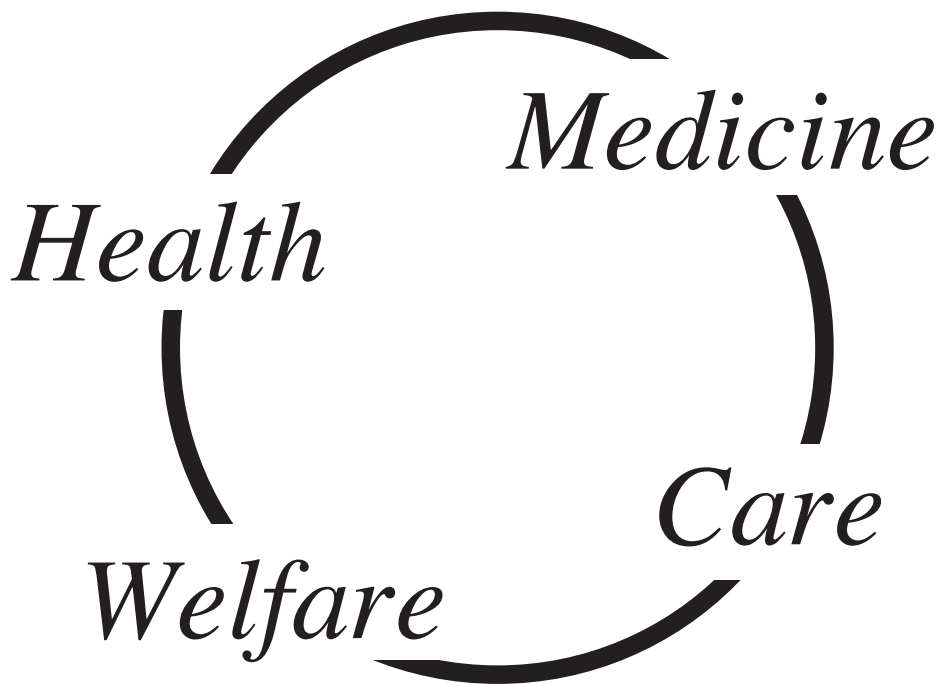


ISSN 2432-0544

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.30 No.1 2024

公立みつぎ総合病院誌

Koritsu Mitsugi
Sogo Byoinshi

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.58 ～ No.60	1
---------------	---

報告	9
----	---

第48回院内学会	25
----------	----

業績集（論文・学会発表）	67
--------------	----

オープンカンファレンス

第361回～第366回	75
-------------	----

各科及び施設紹介

第8病棟	95
------	----

介護予防センター	96
----------	----

臨床検査室	98
-------	----

看護部院内教育	99
---------	----

院内・施設の主要行事

公立みつぎ総合病院	109
-----------	-----

御調保健福祉センター	110
------------	-----

保健福祉総合施設	112
----------	-----

写真・絵手紙・押し花ボランティア

写真ボランティア	116
----------	-----

絵手紙・押し花ボランティア	118
---------------	-----

投稿規定	121
------	-----

編集後記	122
------	-----

広報誌 翼
シリーズ医療最前線 No.58～60

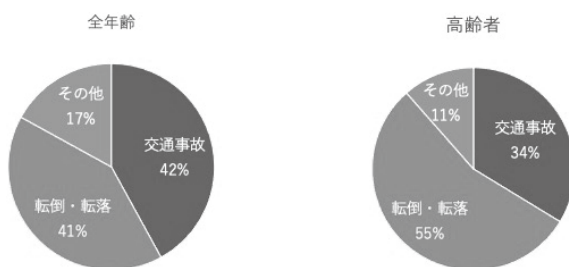
医療最前線

心房細動などによる脳梗塞や動脈硬化による心筋梗塞などを予防するためには、血を固まりにくくする抗血栓薬の服用が必要です。しかし、その一方で抗血栓薬を飲んでいるときには血が止まりにくい状態になっているため、ケガには注意が必要で、特に頭を打った場合は要注意です。

わが国では人口の高齢化に伴い高齢の頭部外傷患者が増加しており、重症頭部外傷症例を対象とした日本頭部外傷データベース2015（JNTDB P2015）によれば全体の51.7%を65歳以上の高齢者が占めていました。受傷機転については高齢者の受傷機転としては“転倒・転落”が多いとする特徴があります（図1）。

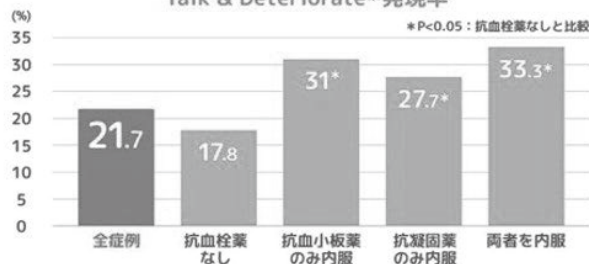
また、高齢者頭部外傷における抗血栓薬の内服率は31%であり、内訳はそれぞれ抗血小板薬のみ17%、抗凝固薬のみ9%、抗血小板薬と抗凝固薬の両方が5%でした。

図1 外傷性脳損傷患者の受傷機転



（日本頭部外傷データベースP2015）

図2 抗血栓薬内服有無別の Talk & Deteriorate※発現率



※脳神経外傷または頭部外傷を負った際に、一見軽症で最初は会話が可能なものの、経過の中で急速に意識障害が進行すること。
対象：2015年4月1日～2017年3月31日の期間に日本頭部外傷データベース検討委員会（日本脳神経外傷学会）に参加している施設で治療を受けた重症頭部外傷患者。

方法：頭部外傷症例の、年齢・性別・受傷機転・診断・治療方法・患者転帰等の疫学的検討を行った。

日本頭部外傷データベースP2015

(Think FAST 抗血栓薬を飲んでいる方の転倒対策.jp
<https://thinkfast.jp/injuries-while-taking-medicine/index.html>)

頭部外傷の後、最初は問題なく会話ができても、数時間経つと急速に意識障害が出て症状が悪化することがあります。これを「Talk&Deteriorate(トーク&デテリオレート)」といいます。高齢者の頭部外傷において抗血栓薬を服用している人では「Talk & Deteriorate」が発現する確率が高まります（図2）。

意識障害が進行してからでは治療が困難となってしまうことが多く、頭を打った場合は軽症に思えても、少し

でもおかしいと思ったらできるだけ早く医療機関を受診してCT検査などで出血の有無を確認してもらうことが重要です。もし出血が認められれば、厳重な経過観察と抗血栓薬の中止、そして場合により中和剤の投与が検討されます（図3）。その際、使用すべき中和剤は服

No.58

抗血栓療法中の患者さまの 頭部外傷時の注意



副院長 診療部長
脳神経外科部長
松岡 隆

用している薬剤の種類によって異なります(表1)。

当院では緊急事態に対応すべく各種中和剤を常時準備していますが、的確に中和剤を使用するためには、患者さまご自身やご家族に服用している薬剤名や内服量、内服時間をしっかり把握していただくことが大切

です。またお薬手帳や服薬カードを携帯していただくことも有用です。ぜひご協力をお願いします。

●抗血栓剤投与中の高齢者での軽傷頭部外傷に対する初期治療の分岐点

図3



末廣栄一, 他, 脳外誌, 2019; 28(10): 614-620.

(直接作用型第Xa因子阻害薬投与中の患者における頭部外傷による出血とオンデキサの役割～頭部外傷治療・管理ガイドライン第4版について～
https://med.astrazeneca.co.jp/medical/product/ond_guideline/head_trauma.html)

表1

各種抗凝固薬と中和薬

一般名	ダビガトラン	エドキサバン	リバーロキサバン	アピキサバン	ワーファリン
製品名	ブラザキサ	リクシアナ	イグザレルト	エリキュース	ワルファリン
作用機序	トロンビン阻害	Xa因子阻害			II、VI、IX、X因子阻害
効能・効果	●心原性脳塞栓症	●心原性脳塞栓症 ●静脈血栓塞栓症 ●下肢整形外科手術施行患者における静脈血栓塞栓症の予防	●心原性脳塞栓症 ●静脈血栓塞栓症 ●下肢血行再建術施行後の末梢動脈疾患患者における静脈血栓塞栓症	●心原性脳塞栓症 ●静脈血栓塞栓症	●血栓塞栓症の治療および予防
中和薬	プリズバインド (イダルシズマブ)	オンデキサ (アンデキサネットアルファ)			ビタミンK ケイセントラ (人プロトロンビン複合体製剤)

参考文献

- ・末廣 栄一, ほか 高齢者頭部外傷への対応におけるピットフォール
抗血栓薬内服との関連から 脳神経外科ジャーナル 28: 614-620, 2019
- ・Think FAST 抗血栓薬を飲んでいる方の転倒対策.jp
(<https://thinkfast.jp/injuries-while-taking-medicine/index.html>)
- ・直接作用型第Xa因子阻害薬投与中の患者における頭部外傷による出血とオンデキサの役割
～頭部外傷治療・管理ガイドライン第4版について～
(https://med.astrazeneca.co.jp/medical/product/ond_guideline/head_trauma.html)

シリーズ

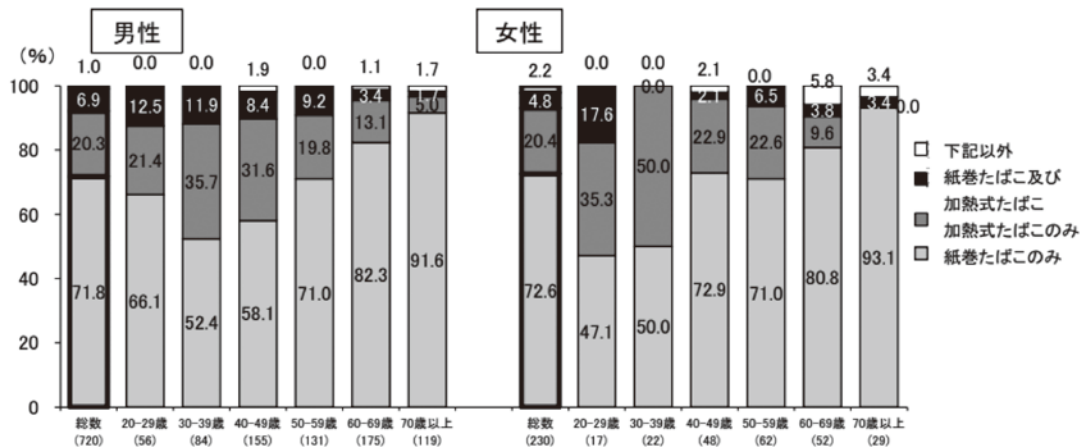
医療最前線

皆さまは、近年注目を集める加熱式タバコについてご存じでしょうか。アイコスやグロローなど、その代表格とされる製品は、通常の紙巻タバコとは異なり、タバコの葉を直接燃やすのではなく、葉を加熱してニコチンを含むエアロゾルを発生させる仕組みが特徴です。電子デバイスによってタバコの葉を240～350℃に加熱し、ニコチンを含むエアロゾルを発生させ、それを吸引するというのが基本的な使用方法です。しかし、その健康への影響についてはまだ解明されていない点が多いのが現状です。

加熱式タバコは2014年に日本で発売されて以来、急速に広がっており、2018年時点で喫煙者の22.1%（男性）と14.8%（女性）が使用していると報告されています。この急速な普及には、従来の紙巻タバコよりも健康への影響が低いという一部の喫煙者の認識が影響していると考えられますが、その根拠はまだ十分に明らかにされていません。

(図1)

図1 現在習慣的に喫煙している者が使用しているたばこ製品の組合せの状況（20歳以上、性・年齢階級別）



※「紙巻たばこ及び加熱式たばこ」とは、複数回答において「紙巻たばこ」及び「加熱式たばこ」の両方を選択した者である。

タバコ会社の広告では加熱式タバコが従来のタバコよりもリスクが低いとされていますが、これには世界保健機関(WHO)からの異議も示唆されています。WHOは、「加熱式タバコは有害性が低いということを示す証拠はなく、すべてのタバコ製品が有害である」との立場をとっています。

No.59

加熱式タバコについて



内科医師
北島 拓真

未知の健康リスクが潜む加熱式タバコの影響については、今後の数十年をかけた研究が不可欠です。数十年後には現在の認識とは逆の結論が導き出される可能性もあります。現時点では、加熱式タバコが紙巻タバコと比較してどれほど健康への影響があるのかはまだ不透明な部分が多いのが現状です。

結局のところ、肺に有害な煙を取り入れないことが最も重要です。喫煙をしない、禁煙が健康にとって最も有益であることは言うまでもありません。当院では『禁煙外来』を提供しており、紙巻タバコや加熱式タバコを使用している方々に積極的に禁煙をお勧めしています。また、周囲に喫煙者がいる場合でも、『禁煙外来』を利用することで健康な未来に一步踏み出すことができるでしょう。未知の道のりかもしれませんが、健康のためには今こそ行動を起こしましょう。



禁煙外来スタッフ

(参考文献)

- ・田淵貴大 『新型タバコの本当のリスク』 内外出版社
- ・厚生労働省 令和元年国民健康・栄養調査報告 2020
- ・WHO(World Health Organization) Centre for Health Development web site
(https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/news/WNTD2019_Director_Message)

シリーズ

医療最前線

ブラキシズムという言葉聞いたことがありますか？「上下の歯が、非機能的な接触を生じている状態」と定義されています。歯ぎしりと聞くと分かりやすいですね。ただ、ブラキシズムは寝ている時の歯ぎしりだけではありません。もっと大きな意味を含んでいます。歯ぎしりはグラインディング、噛みしめや食いしばりはクレンチングと言います。また、イライラした時に歯をカチカチと噛み合わせている人もいますが、それはタッピングと言います。食事をしたり喋ったりしている時には、上下の歯は当然噛み合いますが、これは「機能的な接触」です。それ以外の時に、意味も無く歯を噛み合わせるものが「非機能的な接触」です。適当な日本語が無いので、ブラキシズムと呼んでいます。

ブラキシズムは、睡眠時ブラキシズムと覚醒時ブラキシズムに分けられます。睡眠時ブラキシズムは、寝ている時の歯ぎしりで、日中のストレスや不安感、アルコールやカフェイン、薬物などが原因とされていますが、実はまだよく分

① ブラキシズムの分類

- (A) 睡眠時ブラキシズム
 - ・睡眠時グラインディング（寝ているときの歯ぎしり）
- (B) 覚醒時ブラキシズム
 - ・覚醒時グラインディング（ギリギリ動かす）
 - ・クレンチング（グッと食いしばる）
 - ・上下歯列接触癖（ずっと軽く噛み合わせたまま）
 - ・タッピング（カチカチ噛み合わせる）

かっていません。一方、覚醒時ブラキシズムは、病気ではなく癖です。成人の5人に1人が、この癖を持っているというデータもあります。覚醒時ブラキシズムが問題視されるのは、様々な病気を引き起こすからです。歯の痛みが代表的ですが、その他に、冷たいものがしめたり、歯が浮いた感じがしたり、すり減ったり、割れたり、グラグラしたりすることもあります。さらには、顎の関節痛や筋肉痛、肩こり、頭痛を引き起こすこともあります。起きている時間が寝ている時間よりも長いために、影響が大きいとされています。また、強い力で噛みしめている人だけに起こるわけではありません。上下の歯が長時間、軽く合わさっているだけでも、こういった症状を引き起こしてくることが分かってきました。それを上下歯列接触癖 (tooth contacting habit:TCH) と呼

No.60

ブラキシズム



歯科医長
手島 渉

んですが、これもブラキシズムの一種です。最近はメディアでもよく取り上げられています。

ところで、喋る時や食べる時に上下の歯が一瞬噛み合いますが、合計でどのくらいの時間、噛み合っているかご存知ですか？1日約19分だそうです。随分と短いですよね。では、それ以外の時間はどのようなのでしょうか？あまり考えたことはないと思いますが、実は奥歯で数ミリ開いています。ここがポイントです。何もしていない

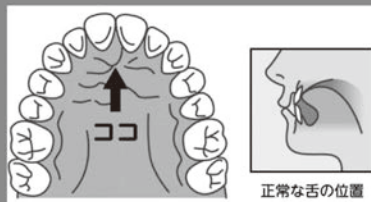
時は、噛んでいないのが望ましい状態です。でも、唇は閉じて、鼻でゆっくり呼吸をしてください。そうすることによって、歯や顎の痛みが解消することがあります。

最近、パソコンやスマホの操作でうつむくことが多くなっています。その時は歯が噛み合った状態になっていませんか？ギリギリしない、噛みしめない、食いしばらない、カチカチしない、上下の歯は接触させない、という意識を持っていたき、ご自身で気をつけてみま

しょう。時々、顔をまっすぐに上げて、良い姿勢で深呼吸しましょう。その時に、お口の状態にも気を配ってください。きっとリラックスできますよ。

② 安静時のお口の状態

唇を軽く閉じて、唾をゴクンと飲み込んでください。次に舌の先を上顎につけたまま、奥歯を軽く開けてください。



①唇は閉じて ②舌先は上あご ③歯は噛みあっていない
出ていますか？

- ・鼻でゆっくり息をすると、顔はまっすぐの位置になると思います。
- ・下を向くと歯が噛み合ってしまいます。良い姿勢を保ちましょう。

(図は神戸市歯科医師会ホームページより引用)

③ 付箋を貼ってリラックス



普段、目につくところに「噛みしめない」「お口」など書いた付箋をあちこち貼ってください。それが目に入れば、噛み合わせないように気をつけてみましょう。認知行動療法の一種です。

(図は日本歯科医師会ホームページより引用)

報 告

Dietary intervention for adult survivors of cancers other than breast cancer

A systematic review

Hideo Matsumoto, MD, PhD^{a, ID}, Seiji Onogawa, MD, PhD^b, Norihiro Sonoi, DDS, PhD^c, Masano Sagawa, RD, PhD^d, Shigeki Wakiyama, MD^e, Ryo Ogawa, MD, PhD^f, Yasuhiro Miyazaki, MD, PhD^g, Shigeyuki Nagata, MD, PhD^h, Takehiro Okabayashi, MD, PhDⁱ, Susumu Tazuma, MD, PhD^b, Akihiko Futamura, PhD^j, Yu Uneno, MD, PhD^k, Naoki Higashibeppu, MD, PhD^l, Joji Kotani, MD, PhD^m

Abstract

Introduction: Healthy eating and weight control are recommended for cancer survivors; however, dietary interventions are not routinely offered to them. This study aimed to assess the effects of dietary interventions on survival, nutritional status, morbidity, dietary changes, health-related quality of life (QOL), and clinical measures in cancer survivors.

Methods: Searches were conducted from October 1, 2018 to November 21, 2011 in the Medline, EMBASE, CENTRAL, Emcare, and DARE electronic databases. We included randomized controlled trials (RCTs) that involved individuals diagnosed with cancer, excluding conference abstracts, case studies, other reviews, and meta-analyses, and screened the articles.

Results: Eight studies were included in this meta-analysis. We observed significant improvements in QOL and clinical data in 3 of 6 studies and in one study, respectively, significant weight loss on anthropometry in 2 of 5 studies, and dietary improvement in 4 of 5 studies of adult cancer survivors. However, we did not observe any benefits of dietary intervention for cancer survivors with undernutrition.

Discussion: Dietary interventions for adult cancer survivors might contribute to improving their nutritional status; however, further clarification requires a study that standardizes the intervention method. Furthermore, RCTs are required to determine the effects on cancer survivors with undernutrition.

Abbreviations: BMI = body mass index, PRISMA = Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, QOL = quality of life, RCTs = randomized controlled trials.

Keywords: cancer survivors, dietary intervention, undernutrition, systematic review, quality of life

1. Introduction

There were approximately 19.3 million new cases of cancer and almost 10 million related deaths worldwide in 2020.^[1]

More than 16.9 million Americans with a history of cancer were alive on January 1, 2019; this number is projected to reach more than 22.1 million by January 1, 2030 based on

Funding for data collection procedures such as literature search and article purchase; use of online chats or online cloud services for communication between co-authors; and manuscript preparation procedures such as English proofreading was provided by the guideline development committee of the Japanese Society of Clinical Metabolism and Nutrition.

There authors have no conflicts of interest to disclose.

All data generated or analyzed during this study are included in this published article [and its supplementary information files].

An ethics statement is not applicable because this study is based exclusively on published literature.

Supplemental Digital Content is available for this article.

^a Department of Surgery, Mitsugi General Hospital, Onomichi, Hiroshima, Japan, ^b Department of Internal Medicine, JA Onomichi General Hospital, Onomichi, Hiroshima, Japan, ^c Center for Education in Medicine and Health Sciences, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama, Japan, ^d Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University Adachi Medical Center, Tokyo, Japan, ^e Department of Surgery, Machida Municipal Hospital, Machida, Tokyo, Japan, ^f Department of Gastroenterological Surgery, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Aichi, Japan, ^g Department of Gastroenterological Surgery, Osaka General Medical Center, Osaka, Japan, ^h Department of Surgery, Hiroshima Red Cross Hospital and Atomic-Bomb Survivors' Hospital, Hiroshima, Japan, ⁱ Department of Gastroenterological Surgery, Kochi Health

Sciences Center, Kouchi, Japan, ^j Department of Pharmacy, Fujita Health University Nanakuri Memorial Hospital, Tsu, Mie, Japan, ^k Department of Therapeutic Oncology, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan, ^l Department of Anesthesia and Critical Care, Kobe City Medical Center Hospital, Kobe, Hyogo, Japan, ^m Division of Disaster and Emergency Medicine, Department of Surgery Related Kobe University Graduate School of Medicine, Kobe, Hyogo, Japan.

* Correspondence: Hideo Matsumoto, Department of Surgery, Mitsugi General Hospital, 124 Ichi Mitsugi chuo, Onomichi City, Hiroshima 722-0393, Japan (e-mail: h.matsumoto@mitsugibyouin.com).

Copyright © 2024 the Author(s). Published by Wolters Kluwer Health, Inc. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License 4.0 (CCBY), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

How to cite this article: Matsumoto H, Onogawa S, Sonoi N, Sagawa M, Wakiyama S, Ogawa R, Miyazaki Y, Nagata S, Okabayashi T, Tazuma S, Futamura A, Uneno Y, Higashibeppu N, Kotani J. Dietary intervention for adult survivors of cancers other than breast cancer: A systematic review. *Medicine* 2024;103:26(e38675).

Received: 31 January 2024 / Received in final form: 23 May 2024 / Accepted: 31 May 2024

<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000038675>

population aging and growth.^[2] In Japan, according to statistics from the National Cancer Research Center, the 5-year relative survival rate for patients diagnosed with cancer between 2009 and 2011 was 64.1%, and this rate has increased since the start of the statistics.^[3] Therefore, there is an increase in the number of cancer survivors. However, it should be noted that cancer survivors not only have a higher risk of secondary cancer^[3–6] but also a higher incidence of comorbidities such as heart attack, stroke, or obesity^[7,8] compared with the general population.

On the other hand, 999,000 people were diagnosed with cancer in 2019 in Japan, with the most common diagnosis being colorectal cancer, followed by lung, stomach, breast (97,812 diagnosed patients), pancreatic, and liver cancers; the 5-year survival rates were 71.4%, 34.9%, 66.6%, 92.3%, 8.5%, and 35.8%, respectively (https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html). Thus, breast cancer clearly has a better prognosis.

In Japan, gastroenterological and lung cancer account for 53.2% of the total cancer diagnosis, and survivor of such cancer may develop undernutrition after completion of treatment. International dietary recommendation includes diet for health and/or weight control in patients with cancer.^[9–11] In 2019, Burden et al conducted a meta-analysis of dietary interventions among adult cancer survivors using Cochrane Library data.^[12] In this analysis, the primary outcome (mortality) and many secondary outcomes, except dietary preferences and body mass index (BMI), were rated as low-certainty evidence. Efforts were mainly aimed at improving nutrition and lifestyle. Nevertheless, in the context of gastrointestinal cancer survivors who develop undernutrition, dietary intervention for such patients may improve their survival rate and quality of life (QOL).

To answer this question, the Japanese Society of Clinical Metabolism and Nutrition set up a guideline development committee that established a Problem/Interventions/Comparisons/Outcome according to the Minds clinical practice guideline development manual 2020 ver. 3.0 (https://minds.jcqh.or.jp/s/manual_2020_3_0) and conducted systematic review in addition to a previous Cochrane review by our systematic review group.^[12] In this review, we aimed to verify the effects of nutritional interventions, especially for patients with undernutrition. Because breast cancer is strongly associated with obesity^[13] and its prognosis and quality of life are different from those of other cancers, studies on breast cancer was excluded from this review. This study was conducted as a clinical question in the Japanese Society for Clinical Nutrition and Metabolism guideline development process.

2. Methods

2.1. Electronic searches

Searches were conducted from October 1, 2018 to November 21, 2021 following the methods of a previous Cochrane review.^[12] This review was prepared and conducted/reported according to the recommendations set out in the Minds Manual for Guideline Development 2020 version 3.0 (https://minds.jcqh.or.jp/s/manual_2020_3_0). Medline, EMBASE, CENTRAL, Emtree, and DARE were searched according to the Minds Manual for Guideline Development (Supplementary 1, Supplemental Digital Content, <http://links.lww.com/MD/N34>).

2.2. Assessment of risk of bias in included studies

Eight authors assessed the titles and full-text articles, extracted the data, and assessed the risk of bias independently and randomly paired in each part. The Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation approach was used

to rate the certainty of evidence,^[14] considering limitations, indirectness, inconsistencies, imprecision, and bias using RevMan 5 (Supplementary 2, Supplemental Digital Content, <http://links.lww.com/MD/N35>).^[15]

2.3. Types of participants

Participants of the included studies were adult survivors of cancers other than breast cancer who had completed all active anticancer interventions, such as surgery, radiotherapy, chemotherapy, hormone therapy, and molecular targeted drugs. Studies with ≥67% of participants being patients aged 18 years or older were eligible; however, those that reported >60% of participants being patients with breast cancer were excluded.

2.4. Types of studies

We included randomized controlled trials (RCTs) involving individuals diagnosed with cancer, excluding conference abstracts, case studies, other reviews, and meta-analyses. We screened the articles using the Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>) system.

2.5. Types of interventions

The interventions included any dietary advice provided by any method, including group sessions, telephone instruction, written materials, or a web-based approach, with or without exercise, according to a previous Cochrane review. The control group did not receive any intervention or normal nutritional guidance.

2.6. Types of outcome measures

The measured outcomes included QOL, overall survival, adverse events, anthropometry, secondary malignancies, dietary changes, and clinical data.

The review was submitted to the PROSPERO database (Ref: CRD42022363095) before initiation of the search and can be found at <http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>. This review was prepared in compliance with Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 (<https://training.cochrane.org/online-learning/core-software/revman/revman-5-download>) (Appendix 3).^[16]

Based on the national ethical guidelines for medical and health research involving human subjects in Japan, the present systematic review is outside of the scope to be reviewed by local ethical committees.

3. Results

In addition to 27 records from previous Cochrane studies, 3399 records were extracted for this study using the same method, resulting in a total of 60 records after screening: 3 of 27 from previous Cochrane studies and 57 of 3399 from this screening. Sixty full-text articles were screened, and after applying exclusion criteria, 8 studies were considered eligible for this study (Fig. 1). Of the 8 studies, 3 were on colorectal cancer, 2 on uterine cancer, 1 on ovarian cancer, 1 on head and neck cancer, and 1 on colon cancer.

The studies reported various intervention method and were broadly divided into 2 categories: 6 studies that included nutrition management and exercise at the same time and 2 studies that only included dietary counseling. Dietary interventions ranged from home-based interventions to residential programs and from regular telephone-based interventions to simultaneous interventions via the web. The timing of study evaluations also varied from 3 months to 2 years (Table 1).^[15, 17–23]

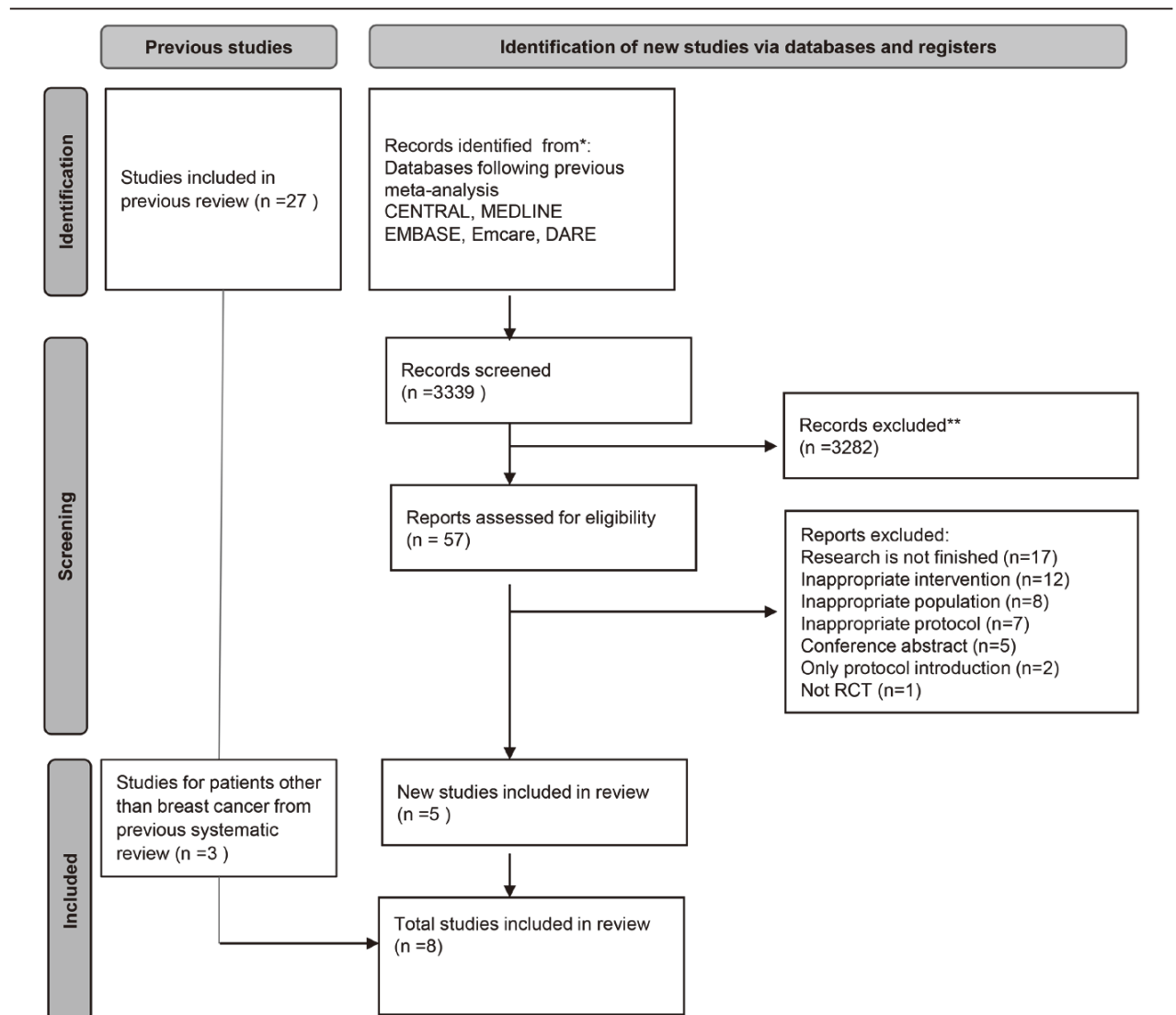


Figure 1. PRISMA flow diagram.

A qualitative systematic review was performed, and no meta-analysis was performed because of differences in intervention methods and target cancer types.

3.1. Quality of life

QOL was discussed in 6 of 8 studies. Intervention was significantly beneficial in 3 of the 6 studies. Of the 3 studies, 2 used the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire for patients with uterine cancer and head and neck cancer, and 1 used the Short-Form-12 questionnaire for patients with colorectal cancer. In the intervention group, the global QOL significantly improved at 24 weeks in patients with ovarian cancer, and the QOL related to daily role function ($P = .041$), pain ($P = .048$), and speech problem ($P = .040$) improved in patients with head and neck cancer (Table 2).^[19] Systemic and cancer-specific QOL significantly improved in patients with colorectal cancer. The remaining 3 studies that showed no significant benefit from intervention used rigorous dietary and exercise interventions.

3.2. Anthropometry

Body weight was measured in 5 studies, and 2 studies found a significant difference in weight loss between the intervention and control groups. Both studies were on endometrial cancer. In the first study, there was weight loss at 8 weeks ($P = .007$) but no difference at 24 weeks.^[17] The other study showed a weight loss of -4 kg in the 8th month ($P < .01$) and -4.6 kg in the 12th month ($P < .01$).^[15] BMI was measured in 1 study; it decreased significantly in the intervention group (-0.9 kg/m^2 , $P = .01$) in patients with colon cancer (Table 2).^[21]

3.3. Dietary changes

Dietary improvement was assessed in 6 RCTs, and significant improvements were observed in 5 RCTs. The evaluation methods varied, with 1 trial reporting a significant decrease in calorie intake in patients with endometrial cancer ($P < .01$)^[20], 2 showing an increase in fiber intake in patients with ovarian cancer^[21] and those with colon cancer,^[20] 1 showing an increase in grain intake with colon cancer,^[23] and 1 showing an improvement in food intake with colon and rectal cancer (Table 2).^[21]

Table 1**Baseline characteristics of the included studies.**

Author, year, (country)	Participants/follow up	Outcome	Intervention method/occupation involved	Intervention
Koutoukidis et al 2019 (UK) ^[17]	Adult endometrial cancer survivor within 3 yr of diagnosis Stages I to IVA (n = 60)/estimated at 8 to 24 wk	Diet, physical activity, anthropometry, body composition, hand grip strength, blood pressure, QOL	Shape-up following cancer treatment program: weekly 1.5-h sessions on healthy eating and physical activity based on social cognitive theory and control theory/dietitian	Intervention (n = 24) vs usual care (n = 25)
von Grunigen et al 2012 (Canada) ^[15]	Endometrial cancer survivor within 3 years of diagnosis BMI $\geq$ 25 (over weight/obese) Stage I or II (n = 75)/estimated at 3, 6, 12 mo	Primary: weight change, secondary: fruit/vegetable servings/d, physical activity	A life style intervention consisting of nutrition, exercise and behavioral modification counseling via telephone, email, newsletter/physician, psychologist, registered dietitian, physical therapist	Intervention (n = 41) vs usual care (n = 34)
Paxton et al 2012 (USA) ^[16]	Ovarian cancer survivor Stage $\geq$ IIA no evidence of recurrent or progressive disease, complete $\geq$ 21 yr old treatment $\geq$ 6 mo BMI $\geq$ 19.5 (n = 52)/estimated at 6 mo	Weight change, waist to hip ratio, serum albumin, CA-125 dietary intake	Self-monitoring logs and telephone counseling calls/registered dietitian	Intervention (n = 19) vs low fat, high fiber (n = 19)
Kristensen et al 2020 (Denmark) ^[19]	Head and neck cancer survivor treated radiation 1 to 5 year before survey (n = 71)/estimated 3 mo	Weight change, physical function, QOL,	Multidisciplinary residential nutritional rehabilitation program/clinical dietitian, occupational therapist, physiotherapist, psychologist, speech pathologist, physician	Intervention (n = 36) vs usual care (n = 35)
Bourke et al 2011 (UK) ^[20]	Colon cancer survivor (n = 18)/estimated 12 wk	Exercise, dietary behavior, fatigue, QOL, aerobic exercise tolerance, functional capacity, muscle strength, anthropometry	A 12-wk life style intervention supervised and home-based exercise sessions and dietary advice/exercise physiologist	Intervention (n = 8) vs usual care (n = 9)
Hawkes et al 2013 (Australia) ^[21]	Colorectal cancer survivor diagnosed within previous 12 mo, no metastatic disease (n = 410)/estimated 12 mo	Primary: physical activity, QOL, cancer-related fatigue, secondary: BMI, dietary intake	An 11-mo telephone delivered health coaching, handbook, postcard promote, pedometer, quarterly study newsletter/University degrees in nursing, psychology, or health promotion	Intervention (n = 159) vs usual care (n = 163)
Ho et al 2020 (Hong Kong) ^[22]	Colorectal cancer survivor diagnosed within 1 year completion of primary treatment (n = 224)/estimated at 6, 12, 18, 24 mo	QOL	Dietary: face-to-face motivational interviews (2 sessions.), motivational phone calls every 2 wk, physical activity: face-to-face motivational interviews (1 session) motivational phone call 2 wk/dietitians, trained research assistant	Dietary + physical activity (n = 55), dietary only (n = 56), physical activity only (n = 56), and usual care (n = 56)
Van Blarigan et al 2020 (USA) ^[23]	Colon or rectal cancer survivor not actively undergoing chemotherapy considered disease-free or stable disease (n = 50)/estimated at 0, 12, 24 wk	Feasibility and acceptability dietary assessment	The website included goal setting, daily tracking of target food groups, visual summaries of tracked dietary intake and progress toward goals, recommendations, recipes, meal planning, frequently asked questions, and a profile page	Intervention (n = 22) vs usual care (n = 20)

BMI = body mass index, QOL = quality of life.

3.4. Clinical data

One study reported on intervention for patients with ovarian cancer. The intervention involved the use of self-monitoring and primarily telephone consultation to promote fruit and vegetable intake, leading to significantly increased albumin, zeaxanthin, lutein, and retinol levels (Table 2).^[18]

3.5. Overall survival, adverse events, and secondary malignancy

None of the studies reported overall survival rates, adverse events, or secondary malignancies. Furthermore, since the details and influence of undernutrition in adult cancer survivors were not shown, the effect of dietary intervention for these groups was unclear.

4. Discussion

In this study, we aimed to verify the effects of nutritional interventions, especially for patients with undernutrition. We observed improvements in QOL and clinical data, weight loss on anthropometry, and nutrition in adult cancer survivors in the intervention group. However, we could not prove the benefits of dietary interventions for cancer survivors with undernutrition.

In a previous systematic review, Burden et al reported that the dietary intervention and control groups showed little or no difference in the risk of mortality (hazard ratio [HR], 0.98, 95% confidence interval [CI] 0.77–1.23; 1 study; 3107 participants; low-certainty evidence) or secondary malignancies (HR 0.99, 95% CI 0.84–1.15; 1 study; 3107 participants; low-certainty evidence).^[13] Comorbidities were not measured. Subsequent outcomes reported after 12 months showed little or no difference between the intervention and control groups in energy intake at 12 months (mean difference [MD] –59.13 kcal, 95% CI –159.05 to 37.79; 5 studies; 3283 participants; moderate-certainty evidence). In addition, compared with the control group, the dietary intervention group showed slight increases in fruit and vegetable servings (MD 0.41 servings, 95% CI 0.10–0.71; 5 studies; 834 participants; moderate-certainty evidence); mixed results for total fiber intake (MD 5.12 g, 95% CI 0.66–10.9; 2 studies; 3127 participants; very low-certainty evidence); and possible improvement in Diet Quality Index (MD 3.46, 95% CI 1.54–5.38; 747 participants; moderate-certainty evidence). For anthropometry, the dietary intervention group showed a slight decrease in BMI (MD –0.79 kg/m², 95% CI –1.50 to –0.07; 4 studies; 777 participants; moderate-certainty evidence) compared with the control group. For QOL, there were mixed results; different quality assessment tools were used, and the evidence

Table 2**Outcome of included study.**

Author, year, (country)	Anthropometry	QOL assessment method/result	Evaluation method/dietary change	Clinical data
Koutoukidis et al 2019 (UK) ^[17]	Weight reduction at 8 wk ($P = .007$) but no change at 24 wk, body composition: no significant difference	EORTC QLQ-C30/global quality of life significantly improved in intervention at 24 wk	Alternative Healthy Eating Index 2010, at 8 wk intervention group was improved compared to usual care 7.5	NE
von Grunigen et al 2012 (Canada) ^[15]	Weight: –4 kg at 8 mo ($P < .01$) –4.6 kg at 12 mo ($P < .01$)	NE	Nutrition Data System for Research Software (NDSR) v.2008 and 2009/–217.8 kcal at 6 mo ($P < .001$) –187.2 kcal at 12 mo ($P < .001$)	NE
Paxton et al 2012 (USA) ^[18]	Weight: no significant difference	SF-36/no significant difference	Nutrition Data System for Research(Nutrition Coordinal Center, University of Minnesota, Minneapolis MN)/fiber intake, daily servings of juice, vegetables were significantly improved	Significantly increased albumin, lutein, zeaxanthin, retinol, retinol palmitate levels
Kristensen et al 2020 (Denmark) ^[19]	Weight: no significant difference	EORTC QLQ-C30/improved in "role function" ($P = .041$), speech problem ($P = .040$), and pain ($P = .048$) in the intervention group	NE	NE
Bourke et al 2011 (UK) ^[20]	Weight, BMI: No significant difference – waist to hip ratio significantly improved ($P = .02$)	FACT-F, FACT-C/no significant difference	Fiber intake was improved in intervention group ($P = .44$)	NE
Hawkes et al 2013 (Australia) ^[21]	BMI: significantly decreased at 12 mo (-0.9 kg/m^2 , $P = .001$).	SF-36, cancer-related fatigue/no significant difference	Cancer Council Victoria, Food Frequency Questionnaire/no significant difference	NE
Ho et al 2020 (Hong Kong) ^[22]	NE	FACT-C, FACT-G, SF-12, improved significantly in the generic and cancer-specific QOL, and depression	NE	NE
Van Blarigan et al 2020 (USA) ^[23]	NE	NE	HIPPA-complaint secure server/higher intake of whole grain	NE

BMI = body mass index, EORTC QLQ 30 = Questionnaire developed to assess the quality of life of cancer patients, FACT-C = The Functional Assessment of Cancer Therapy – Colorectal Scale, FACT-F = The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue, FACT-G = The Functional Assessment of Cancer Therapy – general score, NE = not evaluated, QOL = quality of life, SF-12 = Short-form 12, SF-36 = Short-Form 36.

was of low to very low certainty. No adverse events were reported in any of the studies. The Cochrane review consisted of 27 studies, and 17 of them were on patients with breast cancer. Seven of the remaining 10 studies included patients with breast cancer, accounting for $\geq 50\%$ of the study population. Only 3 studies from the previous Cochrane review were included in our study.

We started this study to prove the efficacy of nutritional intervention for cancer survivors, especially patients with undernutrition; thus, we excluded patients with breast cancer because of the strong association between breast cancer and obesity^[13] and the behavior breast cancer differs from other cancer types in terms of progress and prognosis. However, there have been few studies on dietary interventions for survivors of cancers other than breast cancer, and the intervention methods, target cancer types, and evaluation methods were inconsistent, making a meta-analysis impossible. Hence, our results could not prove the benefits of dietary intervention for cancer survivors with undernutrition. The purpose of our study is slightly different from that of the previous Cochrane review; and it might have been easier to understand if patients with undernutrition were targeted from the beginning instead of continuing the previous Cochrane review. However, this study reveals for the first time the lack of studies of nutritional interventions for cancer survivors with undernutrition.

This study had the following limitations. All RCTs were small-scale and reported distinctive intervention methods, intervention periods, and evaluation methods. Since the intervention and evaluation periods were short, the survival rate and incidence of secondary cancers could not be evaluated. In addition, adverse events are unlikely to occur during dietary intervention and exercise therapy. Four studies showed an

increase in physical activity levels, and this should be included as one of the outcomes. A long-term observational RCT involving various cancer types, preferably with a unified intervention method, is necessary to produce results to answer this clinical question.

In conclusion, in this systematic review, no clinical trials were conducted to examine the benefits of dietary intervention for cancer survivors with undernutrition. Therefore, new clinical trials are necessary to examine the benefits of nutritional intervention for undernutrition after gastrointestinal surgery.

Acknowledgments

We would like to express our deep gratitude to Prof Toshihiro Hirai for his advice regarding this article. The authors are grateful to the members of the Guideline Development Committee, the Board of Directors and the secretariat of the Japanese Society for Clinical Nutrition and Metabolism for their kind support of this review. We also appreciate Dr Norio Watanabe and Cochrane Japan's support in conducting a systematic literature search. We would like to thank Editage (www.editage.com) for English language editing.

Author contributions

Data curation: Hideo Matsumoto, Seiji Onogawa, Norihiro Sonoi, Masano Sagawa, Shigeki Wakiyama, Ryo Ogawa, Yasuhiro Miyazaki, Shigeyuki Nagata.

Formal analysis: Hideo Matsumoto, Seiji Onogawa, Norihiro Sonoi, Masano Sagawa, Shigeki Wakiyama, Ryo Ogawa, Yasuhiro Miyazaki, Shigeyuki Nagata.

Investigation: Hideo Matsumoto, Norihiro Sonoi, Masano Sagawa, Shigeki Wakiyama, Ryo Ogawa, Yasuhiro Miyazaki, Shigeyuki Nagata.

Writing – original draft: Hideo Matsumoto.

Writing – review & editing: Hideo Matsumoto.

Conceptualization: Takehiro Okabayashi, Akihiko Futamura, Naoki Higashibeppu, Joji Kotani.

Methodology: Takehiro Okabayashi, Akihiko Futamura, Yu Uneno, Naoki Higashibeppu.

Validation: Susumu Tazuma.

Supervision: Akihiko Futamura, Yu Uneno, Naoki Higashibeppu, Joji Kotani.

Visualization: Yu Uneno, Naoki Higashibeppu.

Project administration: Joji Kotani.

References

- [1] Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 2021;149:778–89 [online ahead of print].
- [2] Miller KD, Nogueira L, Mariotto AB, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019;69:363–85.
- [3] Casper AC, Parsons MW, Chipman J, et al. Risk of secondary malignancies in ovarian cancer survivors: 52,680 patients analyzed with over 40 years of follow-up. *Gynecol Oncol*. 2021;162:454–60.
- [4] Du S, Li Y, Sun H, et al. The risk of developing second primary malignancies among colorectal cancer patients. *Aging (Milano)*. 2022;14:6756–79.
- [5] Li Z, Wu Q, Song J, et al. Risk of second primary female genital malignancies in women with breast cancer: a SEER analysis. *Horm Cancer*. 2018;9:197–204.
- [6] Adjei Boakye E, Grubb L, Peterson CE, et al. Risk of second primary cancers among survivors of gynecological cancers. *Gynecol Oncol*. 2020;158:719–26.
- [7] Sato A, Matsubayashi K, Morishima T, et al. Increasing trends in the prevalence of prior cancer in newly diagnosed lung, stomach, colorectal, breast, cervical, and corpus uterine cancer patients: a population-based study. *BMC Cancer*. 2021;21:264.
- [8] Taruya A, Nakajima Y, Tanaka A, et al. Cancer-related vulnerable lesions in patients with stable coronary artery disease. *Int J Cardiol*. 2021;335:1–6.
- [9] Coughlin SS, Datta B, Guha A, et al. Cardiovascular conditions and obesity among gynecologic cancer survivors: results from the 2020 behavioral risk factor surveillance system survey. *Gynecol Oncol*. 2022;165:405–9.
- [10] Ligibel JA, Bohlke K, May AM, et al. Exercise, diet, and weight management during cancer treatment: JCO. *Oncol Pract*. 2022;18:695–7.
- [11] Liu B, Giffney HE, Arthur RS, et al. Cancer risk in normal weight individuals with metabolic obesity: a narrative review. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2021;14:509–20.
- [12] Burden S, Jones DJ, Sremanakova J, et al. Dietary interventions for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019:CD011287.
- [13] Tanner LTA, Cheung KL. Correlation between breast cancer and lifestyle within the Gulf cooperation council countries: a systematic review. *World J Clin Oncol*. 2020;11:217–42.
- [14] Chen Z, He L, Liu S, et al. The Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation approach was used to rate the certainty of evidence. *J Tissue Viability*. 2022;31:438–43.
- [15] von Gruenigen V, Frasure H, Kavanagh MB, et al. Survivors of uterine cancer empowered by exercise and healthy diet (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecol Oncol*. 2012;125:699–704.
- [16] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
- [17] Koutoukidis DA, Beeken RJ, Manchanda R, et al. A Diet, physical activity, and health-related outcomes of endometrial cancer survivors in a behavioral lifestyle program: The Diet and Exercise in Uterine Cancer Survivors (DEUS) parallel randomized controlled pilot trial. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29:531–40.
- [18] Paxton RJ, Garcia-Prieto C, Berglund M, et al. A randomized parallel-group dietary study for stages II–IV ovarian cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2012;124:410–6.
- [19] Kristensen MB, Wessel I, Beck AM, et al. Effects of a multidisciplinary residential nutritional rehabilitation program in head and neck cancer survivors—results from the NUTRI-HAB randomized controlled trial. *Nutrients*. 2020;12:2117.
- [20] Bourke L, Thompson G, Gibson DJ, et al. Pragmatic lifestyle intervention in patients recovering from colon cancer: a randomized controlled pilot study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92:749–55.
- [21] Hawkes AL, Chambers SK, Pakenham KI, et al. Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2013;31:2313–21.
- [22] Ho M, Ho JWC, Fong DYT, et al. Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Cancer Surviv*. 2020;14:424–33.
- [23] Van Blarigan EL, Kenfield SA, Chan JM, et al. Feasibility and acceptability of a web-based dietary intervention with text messages for colorectal cancer: a randomized pilot trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020;29:752–60.

慢性呼吸器疾患終末期における患者家族の 心理的負担へのアプローチ

公立みつぎ総合病院
内科 北島 拓真

慢性呼吸器疾患終末期における患者 家族の心理的負担へのアプローチ

公立みつぎ総合病院 内科
北島拓真

背景

- がん患者の家族に及ぼす精神・心理面での影響として、抑うつ
の程度が患者と同等またはそれ以上で、改善と悪化を繰り返
しながら継続するという報告がある。
(Jpn J Psychosom Med 54:45-52, 2014)
- 疾患終末期を適切に捉え、アプローチすることが患者本人だ
けでなく家族にとっても非常に重要である。
- 今後、急速な高齢多死社会を迎える本邦においては、疾患終
末期へ適切なアプローチができる医療従事者が求められる。

日本心療内科学会
COI開示
発表者：北島 拓真

演題発表に関連し、
開示すべきCOI関係にある企業などはありません

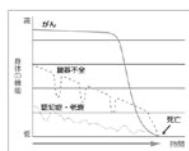
背景

- そこで当院に呼吸リハビリテーションで入院する患者全員に
対してAdvance Care Planning (ACP)を導入することを通し
て患者の終末期へのアプローチを行うこととした。
- ACPとは、将来の変化に備え、医療及びケアについて本人を主
体に、家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い
本人による意思決定を支援する取り組みのことである。
(日本医師会 HP <https://www.med.or.jp/doctor/rinn/rinn/006612.html>)
- 現状ではACPはまだ認知度が低く、将来に向けての話し合いが
十分に行われているとは言えない。

(厚生労働省 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書 令和5年12月)

背景

- 慢性呼吸器疾患(COPDや間質性肺炎など)の終末期では、有
効な治療法も少ない上に呼吸困難や咳嗽などの症状は、患者
本人だけでなく家族にとっても大きな心理的負担になる。
- 一方、非がん性呼吸器疾患では、疾患によって経過が異なる
ことや急な増悪や回復があることから終末期をいつからと考
えるのは困難である。
(日本呼吸器学会 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021)



(桂秀樹, 慢性閉塞性肺疾患の終末期医療と緩和ケアの意義
日臨. 2003; 61: 2212-9.)

背景



当院の概要

公立みつぎ総合病院

■一般病床 145床
(一般病床84床、地域包括ケア病床55床、
緩和ケア病床6床)
■療養病床 95床
回復期リハビリ病床72床、医療療養病床23



	外来診療	入院 Day 1	Day 2	～	Day 10	退院 Day 14
治療 検査	血液検査 血液ガス 胸部X-P検査 スパイロ検査 心電図	心エコー検査 リハビリ紹介 歯科紹介	呼吸リハ スタート		呼吸リハ評価	
説明 指導 ケア	医師による ACPの説明	看護師による 病歴聴取 臨床心理士に 介入を依頼 栄養指導	私の心づもりの 質問について 考えてもらう ・多職種で問わる 臨床心理士 介入		退院前 カンファレンス ・患者・家族、 ・ケアマネジャー ・訪問看護師、 ・医療ソーシャル ワーカー ・理学療法士 ・作業療法士 ・臨床心理士 ・医師、看護師	服薬指導 栄養指導

当院の概要



退院前カンファレンスの様子



対象

- ・2024年4月～6月 呼吸リハビリテーション入院患者 5名

方法

- ・【私の心づもり】を用いて、退院前カンファレンスを行う

[illegible]

患者背景

年齢	性別	疾患	治療	喫煙	住居
74歳	男性	COPD	吸入薬 (ICS/LABA/LAMA) 去痰剤 在宅酸素療法	Ex-smoker	介護施設
56歳	男性	COPD	吸入薬 (ICS/LABA/LAMA) 禁煙指導	Current smoker	介護施設
76歳	男性	慢性過敏性肺炎	抗線維化薬 ステロイド薬 去痰剤 在宅酸素療法	Ex-smoker	自宅
74歳	男性	COPD	吸入薬(LABA/LAMA)	Current smoker	自宅 夫婦二人暮らし
80歳	男性	特発性肺線維症	ステロイド薬 在宅酸素療法	Never smoker	自宅 夫婦二人暮らし

私の心づもり

結果、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。A12の半信半疑を参考に、以下の質問にお答えいただけるようご質問やご

希望や思いに関する質問

- [illegible]

病期や治療に関する質問

- 1) あなたの今の健康状態について疑問でまていると感じますか？
☐ はい ☐ いいえ
- 2) あなたの健康状態や病状について、どのような悩みをたどるかなど、詳しく説明を望みたいですか？
☐ はい ☐ いいえ

※なお方は「もし病気になったら」を設定しております

- [illegible]

5) 何れ、読者の数化しよう、もしもの味がなくなった時には、どこで購買したいとお考えですか？
☐ 直営 ☐ 直営店外 ☐ 百貨店 ☐ 小売施設 ☐ その他 () ☐ わからない

② ③ を希望しますか？

- 「お断り」です。お断りの方法がないなら、お断りできない場合はお断りします。
- 意思決定に関する質問
- あなたの代わりに投票してくれる人を選びましょう
- 1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいいますか？
☐ はい ☐ いいえ
- 2) の質問で「はい」と答えらるの方にお願いします
3) その方にならぬと承認や同意が得られれば、意思決定をすることが可能ですか？

43

- 「それと、私中心がもう。に過ぎません」
- 自由新聞「その点、あなたのおっしゃる通りであればお聞きください」
- 「これらの疑問に答えていく」

ことで、自分の希望や想いを整理することができる

病例提示

【症例】

76歳 男性

【現病歴】

X-1か月前、間質性肺炎急性増悪のため高次医療機関に入院した。ステロイド全身投与で肺炎は軽快傾向となった。過敏性肺炎の診断となり、ハウスクリーニングを行い自宅退院したが、増悪し再入院された。X日、自宅への退院が困難であるため当院地域包括ケア病棟へ転院となった。

【既往歴】

4年前に肺癌を疑う右肺上葉腫瘍切除。肉芽腫であり培養でM. avium感染症と診断。REP(450)+EB(500)+CAM(800)の三剤併用療法を行うが、咳嗽症状の改善なく3か月で治療は終了された。

【血液検査・動脈ガス検査】

鼻から4L吸入

【血算】						【血液ガス】			
WBC	15440	/μl	ALT	25	U/l	pH	7.417		
Ne	96	%	T-Bil	0.8	mg/dl	PCO ₂	51.1	mmHg	
Ly	4	%	LDH	261	U/l	PO ₂	108.0	mmHg	
Mo	0	%	γ-GTP	36	U/l	HCO ₃	32.3	mmol/l	
Eo	0	%	総蛋白	6.6	g/dl	BE	6.5	mmol/l	
Ba	0	%	Alb	3.5	g/dl	Lac	1.3	mmol/l	
RBC	491万	/μl	Na	131	mEq/l				
Hb	15.6	g/dl	K	4.4	mEq/l				
Ht	48.1	%	Cl	91	mEq/l				
Plt	27.5万	/μl	BUN	11.2	mg/dl				
【生化学】			Cr	0.57	mg/dl				
AST	30	U/l	血糖	235	mg/dl				
			CRP	0.6	mg/dl				

【常用薬】

ニンテダニブ100mg 2C, プレドニゾロン5mg 3T, カルボシステイン250mg 3T, エソメプラゾール20mg 1C, バクトラミン配合錠 1T(週3), リセドロン酸Na17.5mg 1T(週1), ギルピデム10mg 1T, アルプラゾラム0.4mg 1T, 抑肝散 2.5g 3包

【生活歴】

喫煙：Ex-smoker 20歳から40本/day 20年間

飲酒：焼酎グラス1杯 以前は仕事の付き合いでよく飲んでいた

アレルギー：なし

職歴：建築会社社長(今は現場に出ていないが石綿曝露歴あり)

環境：木造で築40年 ペット飼育：なし 羽毛布団：あり シイタケ栽培：10年以上 300本

【血液検査】

【外注】				
KL-6	1917	U/ml	T-SPOT.Tb	陰性
抗核抗体	陰性		パネルA(EAST-6)	0
抗体価	40未満		パネルB(CFP10)	0
抗SS-A抗体	陰性		HBs抗原	陰性
抗体価	1.0未満		測定値	<0.03
トリコスポロン・アサヒ抗体	陽性		HBs抗体	陰性
抗体価	0.33		測定値	<0.05
特異的IgG鳥抗体	陰性		HBc抗体	陰性
セキセイインコIgG	5.85	mgA/ml	測定値	0.07
ハトIgG	6.52	mgA/ml		

【心理社会的背景】

妻、長男、長男嫁、孫の5人家族 同県内に長女家族がいる

高卒後すぐに建設会社に入社した。30歳代で独立し建設会社を設立し長年、建設会社の経営を行っていた。70歳代で病気のため長男が事業を継承している。現在は仕事に関わっていない。

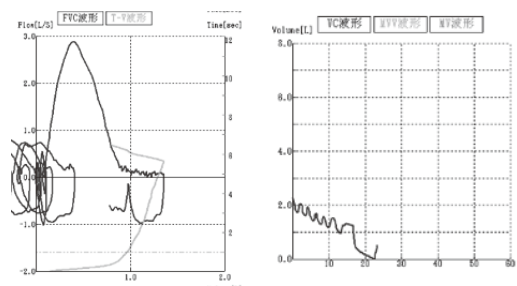
広大な木造建築の住居で長年暮らしておりできればそこで家族とできるだけ長く過ごしたいと考えている。

今回の入院は、リハビリのためであり数週間程度で自宅退院したいと考えている。

介護申請等はまだ行っていない。

【呼吸機能検査】

VC 2.26 L %VC 77.3 %
FEV1 0.97 L FEV1% 71.3 % %FEV1 43.4%



【身体所見】

身長 155 cm 体重 44.8 kg BMI 18.7 kg/m²
意識：清明 体温 36.3 °C 血圧 136/82 mmHg
脈拍 85 /分、整 呼吸数 24 回/分 SpO₂ 97 % (鼻から4L)

頭頸部：眼瞼結膜蒼白なし 眼球結膜黄染なし

胸 部：呼吸音 両側でfine cracklesを聴取する
心音 整 心雑音なし 過剰心音なし

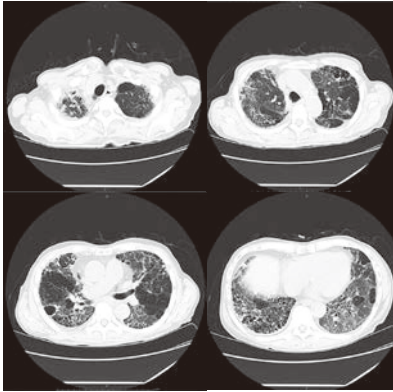
腹 部：平坦 軟 圧痛なし 肝叩打痛なし

四肢：下腿浮腫なし 皮疹なし

【胸部X線検査】



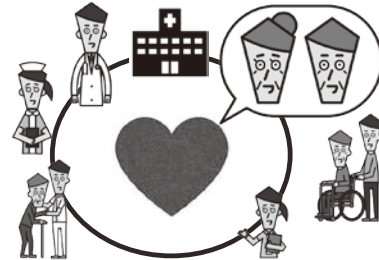
【胸部CT検査】



Q. 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望はどうですか？

A. なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい

→ 家族やヘルパーなどの手を借りながらもできる限り最期まで自宅で生活したい。



この患者さんを、
どのように
診療するのがよいかな？

Q. もしもの時が近くなった時、“延命治療”を希望しますか？

A. わからない

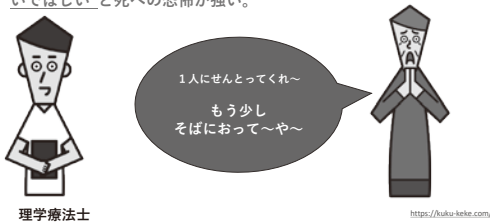
→ 病気や死に対する受容ができておらず、延命処置については、“実感がなく深く考えられてない”。と心理士へ言った。



Q. あなたが大切にしたいことはなんですか？

A. 人として大切にされること、痛みや苦しみが少なく過ごせること、人生をまっとうしたと感ずること

→ 30代で建築会社を設立し、社長として人生をまっとうしてきた患者は、生涯、人として大切にされたい。“一人になるといろいろ考えてしまう”と寂しさや死に対する不安が強く“一人にしないでほしい”と死への恐怖が強い。



退院前カンファレンス

本人・家族・医師・看護師・理学療法士・作業療法士・医療ソーシャルワーカー・介護支援専門員・訪問看護師・訪問リハビリスタッフ

自宅への退院は過敏性肺炎による症状憎悪も懸念されるが

◎本人⇒自宅に帰りたい

◎家族⇒自宅以外の療養場所を検討中



Q. 受ける治療に関して、希望がありますか？

A. 痛みや苦しみがなく、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい

→ 家族には迷惑をかけてしまうが、できる限り最期まで自宅で生活したい。



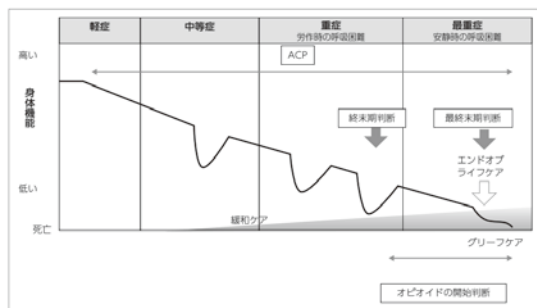
考察

- ・本邦では特にがん患者においてACP導入が行われている報告が複数ある一方で、COPDや間質性肺炎など非がん性呼吸器疾患患者でのACP導入の報告はまだ少ない。
(田代 真穂, 日がん学会誌 33巻 2019年 P45-52)
- ・非がん疾患では予後予測が難しいため、話し合いのタイミングを計ることが困難であると考えられる。
(嶋田 知恵, 日本呼吸ケア・リハビリ学会誌 Vol.32 No.3 2024 P364-370)
- ・そのため終末期の治療方針の決定が必要な時に患者の70%に意思決定能力がないことが報告されている。
(Maria J, et al. NEJM. 362(13). 1211-1218(2010))
- ・今回、呼吸リハビリ入院であり、患者本人に意思決定能力がある段階でACP導入を行うことができた。

考察

- 入院で多職種が関わる中で、外来診療で聞くことができない患者本人や家族の気持ち、病識の理解について確認することができ、患者の意思決定プロセスに貢献できたと考えられる。
- 一方で、リハビリ入院の段階では終末期を想像することは難しく、「わからない」「先生が決めてくれたらいい」という発言が多かった。
- 今後、患者・家族の意思決定支援に継続的に取り組むことが特に重要であり、課題である。

考察



(日本呼吸器学会 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021)

Take Home Message

- 呼吸リハビリテーション入院でのACP導入は一定の効果を認めた。
- 慢性呼吸器疾患患者の家族への心理負担へのアプローチとして入院でのACP導入は有効であると考ええる。

広島県中山間地域総合病院における 禁煙治療の実際

宮前秀彬¹⁾・北島 拓真²⁾

公立みつぎ総合病院 1) 診療部 2) 内科

広島県中山間地域総合病院に おける禁煙治療の実際

宮前秀彬¹⁾ , 北島拓真²⁾

1) 公立みつぎ総合病院 診療部 2) 公立みつぎ総合病院 内科

公立みつぎ総合病院

■一般病床 145床
(一般病床 84床、地域包括ケア病床 55床、
緩和ケア病床 6床)
■療養病床 95床
(回復期リハビリ病床 72床、医療療養病床 23床)



発表者のCOI開示

演題発表に関連し、発表者らに開示すべ
きCOI関係にある企業などはありません。

方法

期間：2023年8月から2024年9月

対象：当院禁煙外来を受診した12名

方法：ニコチン貼付剤を使用した禁煙治療を行った。

評価項目：年齢、性別、医師に禁煙外来を促されて受診
した、既往歴や自覚症状の有無、Brinkman Index (BI)、
Tobacco Dependence Screener (TDS)、呼気CO濃度、家庭
内喫煙の有無

検定：Mann Whitney U testを行い5%を有意水準とした。

背景

・タバコには強い依存性があり、禁煙を試みるも多
くは失敗する。

(Knott VL, et al: EEG alpha correlates of non-smokers, smokers, smoking, and
smoking deprivation. psychophysiology, 14(2):150-156, 1977.)

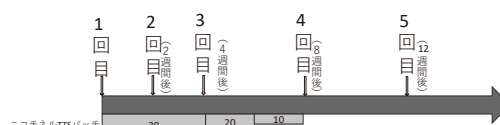
・禁煙を支援するべく禁煙外来が存在し、高い禁煙
成功率を誇るが受診率は低い。

(厚生労働省：(閲覧日2024年11月6日) <https://www.mhlw.go.jp/content/000550455.pdf>)

・当院では新型コロナウイルス感染拡大防止のため
に休止していた禁煙外来を2023年8月より再開した。

・禁煙成功、禁煙外来受診率向上のため、禁煙成功
群と失敗群での特性を比較し検討する。

方法 治療スケジュール



初回

再診

・各種項目を評価。
・禁煙誓約書の記載。
・禁煙補助薬はニコチネル
TSSパッチを使用。

・禁煙状況や症状の評価。

禁煙の定義

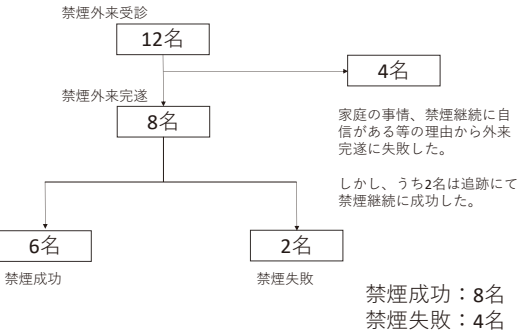
- ・禁煙外来完遂後に禁煙できている。
- ・完遂できていない場合は治療終了後3か月以降に電話にて確認し、自己申告で禁煙ができている者と定義した。

考察

- ・受診者数が少なかった原因として、本研究では呼吸器内科医以外が禁煙外来を促す例を認めなかった。
- ・院内紹介が禁煙成功に関係するという報告があり、必要性や有益性を拡散し院内紹介を増やすことが今後の課題である。

(Takehisa Fukada, et al: Japanese Journal of Lung Cancer,57(5):515-515,2017.)
(Jun Oguchi, et al: Annuals Meeting of the Japan Society for Tobacco Control 13 (suppl):160-160,2019.)

結果



結語

呼吸器内科医による推奨が受診者数を増やし禁煙につながったが、さらなる禁煙外来受診率と禁煙成功率向上のためには病院全体で禁煙外来を勧める必要がある。

結果

	成功群 (N=8)	失敗群 (N=4)	Z	P
	Mean (Min-Max)	Mean (Min-Max)		
年齢	63.75 (48-73)	64.75 (62-71)	-0.086	0.932
男性	5 (62.5%)	3 (75%)	0.678	0.679
医師が受診を促した	2 (25%)	3 (75%)	1.586	0.113
基礎疾患や自覚症状がある	6 (75%)	3 (75%)	0.000	1.000
TDS	6.875 (5-8)	7.75 (5-9)	1.219	0.223
BI	590 (290-1000)	581.25 (420-840)	0.170	0.865
呼気CO濃度-ppm	10.75 (3-24)	9.5 (5-16)	0.170	0.865
家庭内喫煙	5 (62.5%)	1 (25%)	-1.173	0.241

考察

- ・年齢、性別、医師による推奨、基礎疾患、BI、TDS、呼気CO濃度、家庭内喫煙の有無などいずれも禁煙成功率と関係するという報告がある。

(Shinji Okazaki, et al :Annals of the Japanese Respiratory Society,2(4):327-332,2013.)
(Syunsuke Nobata, et al :Journal of Ningen Dock and Preventive Medical Care,27(5):843-850,2013.)

- ・本研究では有意差を認めず、その理由として受診者数が少なかった可能性が挙げられる。

第48回公立みつぎ総合病院院内学会

令和6年2月3日(土)

演題1-5 座長 歯科衛生士長 岩本 巳千江

1. 与薬カート導入がインシデントおよび業務負担へ与える影響 薬剤部(薬剤師) ト部 純菜 …… 27
2. 栄養サポート・ステーション(栄養外来)開設後の実績と受診の効果及び課題の把握
栄養管理室(管理栄養士) 賀好 美由樹 …… 29
3. 歯科パノラマ撮影における撮影用補助具の有用性 放射線室(放射線技師) 徳重 俊成 …… 31
4. 当院の新型コロナウイルス検査における検査室の現状と課題 臨床検査室(臨床検査技師) 濱崎 桜子 …… 33
5. 国民皆歯科健診の礎 ～20年経過した御調町「歯の日」歯科健診～ 歯科診療室(歯科衛生士) 宇野 芽衣 …… 35

演題6-9 座長 看護師長 橘高 智子

6. 安心安全な医療の提供のために ～うまくいった事例の共有に向けた取り組み～
第3病棟(看護師) 前場 桃子 …… 37
7. 退院後の褥瘡対策の取り組み ～情報共有シートを用いて退院先との連携を図る～
第6病棟(看護師) 重康 文 …… 39
8. 看護職員によるFIMを正確に採点することを目指して 第7A病棟(看護師) 大村 知子 …… 41
9. 喉頭鏡の保管・点検方法の構築に向けて 中材・手術室(看護師長) 中田 智子 …… 43

演題10-13 座長 看護師長 杉本 幸江

10. 環境設定シートの可視化の効果 ～安全な生活空間の提供を目指して～
介護老人保健施設「みつぎの苑」(一般棟)(介護福祉士) 村上 裕一 …… 45
11. 訪問看護ステーション「みつぎ」における災害対策の取り組みについて
～医療依存度の高い2症例から見た避難行動を考える～ 訪問看護ステーション「みつぎ」(看護師) 石元 久恵 …… 48
12. 効果的な意思決定支援のあり方を考える ～判断能力に不安がある本人及びキーパーソンに対して～
ケアプランセンター「みつぎ」(社会福祉士) 浦上 裕純 …… 50
13. グループホームにおけるサルコペニア発症予防のために ～食事と運動への取り組み～
グループホーム「かえで」(介護福祉士) 坂田 美帆 …… 53

演題14-18 座長 看護師長 中田 智子

14. 当院における人間ドックの現状と今後の課題について 健康管理部(課長補佐) 幸下 由希子 …… 55
15. 脳卒中の予後予測 ～FIM予測式の有用性～ リハビリ部(理学療法士) 三阪 義貴 …… 58
16. 通所リハビリテーション送迎業務における腰痛予防への取り組み リハビリ部(理学療法士) 永井 学 …… 60
17. 当院の自動車運転支援における現状の分析と考察 リハビリ部(作業療法士) 中本 円香 …… 62
18. 住民力を活かした健康づくり ～健康まなびあい講座を糸口とした個から地域への展開～
御調保健福祉センター(主任保健師) 内海 香恵 …… 64

1. 与薬カート導入がインシデントおよび業務負担へ与える影響

薬剤部（薬剤師） ト部 純菜¹⁾・井上 あおい²⁾・村上 秀治¹⁾

医療安全管理部²⁾

【目的】

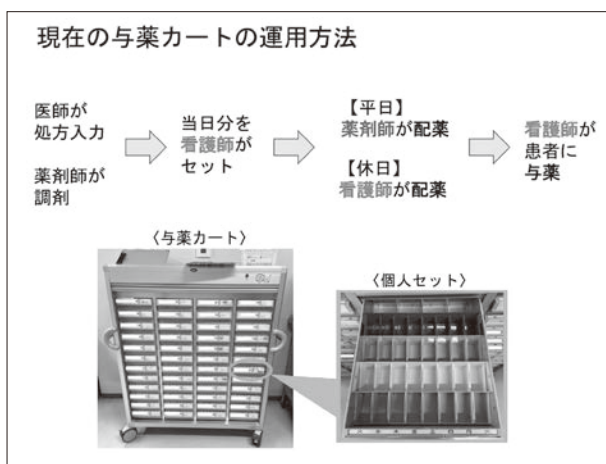
当院の3病棟では、2022年10月から与薬カートを導入し、薬剤師が配薬業務を行っている。与薬カート導入から1年が経過し、与薬カート導入による効果を確認するために調査を行った。

【方法】

2021年10月～2023年9月に3病棟より報告されたインシデントレポートのうち、内服薬に関係するものについて解析を行い、3病棟の看護師・薬剤師を対象にアンケート調査を実施した。

〈カートの運用方法〉

現在の与薬カートの運用方法は、まず医師が処方入力し、薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行った後、病棟に処方上がり次第、当日分は看護師が与薬カートにセットを行っている。以降は主に平日は薬剤師、休日は看護師がセットを行う（配薬）。最後に、看護師がセットされた薬剤を1回分のみカートから取り出し、患者様に与薬する。（図1）



（図1）

〈インシデントレベルについて〉

今回の研究では、当院で採用しているインシデントレベルにて解析を行った。数字が小さいほどレベルが低く、患者への影響も少ない。ハイリスクは、実施されなかったためレベルは0ではあるが、実施されればさらに上のレベル4～5が予想されるものである。（図2）

インシデントレベルについて

インシデントレベル	
0	エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者に実施されなかった
1	患者への実害はなかった (何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
2	処置や治療は行わなかった (患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)
3a	簡単な処置や治療を要した (消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮静剤の与薬など)
ハイリスク	レベルは0であるが、実施されればレベル4～5が予想される

（図2）

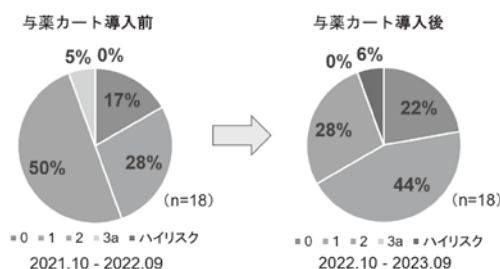
【結果①】

以下のグラフが3病棟におけるインシデントレポートの解析結果である。

左が与薬カート導入前、右が導入後のレベル別のインシデントレポート数のグラフであり、報告されたインシデントレポート数はどちらも18件であったが、インシデントレポートのレベルが与薬カート導入前よりも全体的に低下していることが分かった。与薬カート導入により、重大なインシデントの発生が抑えられていると考える。（図3）

結果1 当該病棟におけるインシデントレポートの解析

- 与薬カート導入前/導入後のレベル別インシデントレポート数の変化（内服薬関係）



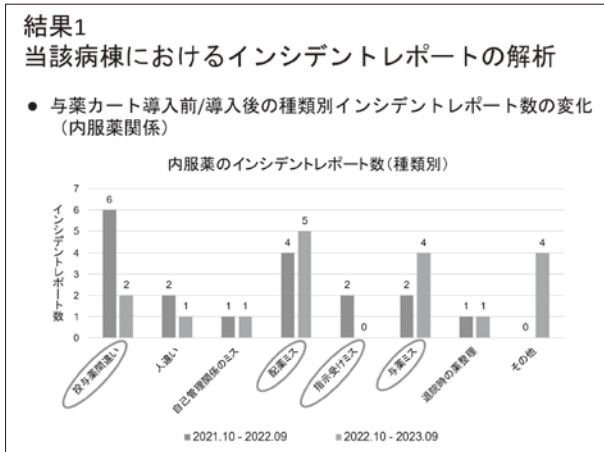
（図3）

以下のグラフは与薬カート導入前後での内服薬に関係する、種類別のインシデントレポート件数の変化を表している。

このグラフより、薬剤師が確認することで内服薬の重複や中止などが再確認でき、投与薬間違い、指示受けミ

スのインシデント数は減少していることが分かった。

逆に、薬剤師・看護師間で指示変更等の情報共有がうまくできず、配薬ミスのインシデント件数は増加した。中でも特に増加しているのが、与薬ミスのインシデントであった。(図4)



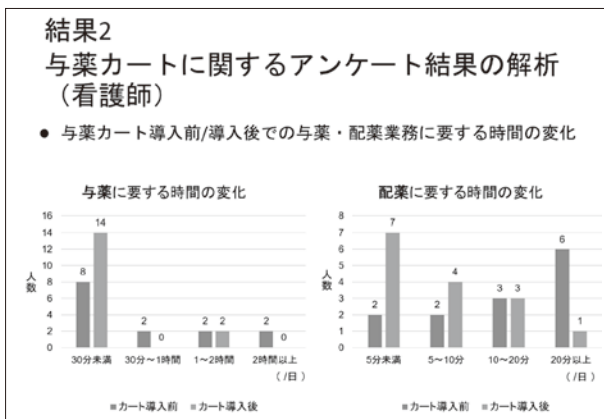
(図4)

【結果②】

以下のグラフは3病棟の看護師を対象に行った、与薬カートに関するアンケート結果を表している。

左のグラフはカート導入前後での与薬に要する時間の変化、右のグラフは配薬に要する時間の変化について示している。与薬・配薬のどちらにおいても、与薬カート導入後のほうが、業務に要する時間が短縮していることが分かった。

アンケートの結果より、内服薬に関する業務時間が短縮したことで患者のベッドサイドに行く時間が増加し、他の看護業務にも時間を充てられるようになったという意見も見られた。(図5)



(図5)

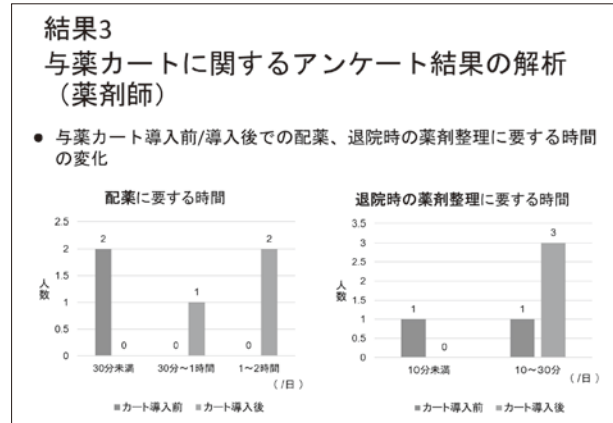
以下のグラフは薬剤師に対して実施した、与薬カートに関するアンケートの結果を表している。

左がカート導入前後での配薬に要する時間の変化、右が退院時の薬剤整理に要する時間の変化のグラフである。以前は薬剤師が配薬を行っていなかったため業務に

要する時間は増加したが、患者が実際に内服している薬剤を把握しやすくなったとの意見も見られた。

退院時の薬剤整理に要する時間はやや増加したが、大きな変化はないと考える。

与薬業務を薬剤師が行うことにより看護師の不安や負担は少なくなったが、当院の薬剤師の現状では、3病棟のみの運用でも負担が大きく、他の病棟でもカート運用を行うためには、薬剤師の人員不足や運用方法の見直しに関わることが考えられる。(図6)



(図6)

【考察】

インシデントレポートの解析より、インシデントレベルが低下しているため薬剤師が与薬カート運用に関わるメリットがあると考えられるが、インシデントレポートの報告件数に変化はなく、今後も継続してインシデントの発生防止に努める必要があると考える。

配薬ミスを減少させるためには、薬剤師・看護師間で指示変更等の情報共有をしっかりと行い連携をとる必要がある。与薬ミスは与薬カートの構造上、与薬忘れにすぐに気付くことができず起こるため、普段より注意する意識を持ち業務を行うことで、インシデントレポート件数を十分減少させることができると考える。

今後、お互いに薬剤師・看護師任せにせず、積極的に情報共有を行い、誰が与薬しても間違いが起こらない仕組みを作ること、薬剤関連インシデントの減少に努めたい。

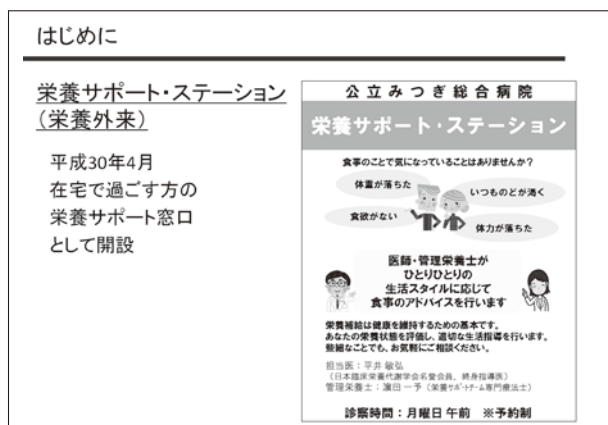
2.「栄養サポート・ステーション（栄養外来）開設後の実績と受診の効果及び課題の把握」

栄養管理室（管理栄養士） 賀好 美由樹・中尾 理恵・濱田 一予
日野 公恵・平井 敏弘¹⁾ 医師¹⁾

【はじめに】

『栄養サポート・ステーション（以下、栄養外来）』は、平成30年4月に在宅で過ごす方の栄養サポート窓口として、外科の平井医師を中心に開設した。

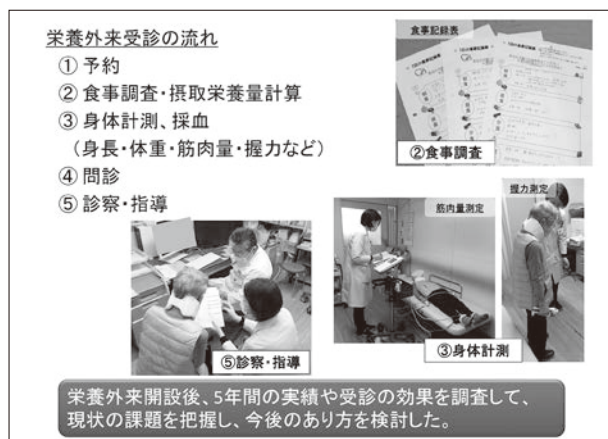
月曜日の午前、予約制で、栄養に関しての不安や心配のある在宅患者に対し、医師と管理栄養士と一緒に外来を行っている（図1）。



（図1）

栄養外来の流れは、予約後、食事記録表を3日程度記録してもらい、摂取栄養量を計算する。診察当日、看護師が身長、体重計測と採血、管理栄養士が握力やInBodyを利用した筋肉量測定、問診を行った後、医師と管理栄養士が栄養評価をし、問題点をピックアップ、栄養指導を行う。

開設後、5年が経過しており、栄養外来の実績や受診の効果を検査して、現状の課題を把握し、今後のあり方を検討したので、報告する（図2）。



（図2）

【方法】

対象者は、平成30年4月から令和5年3月までに栄養外来を受診した患者26名のうち、研究協力の同意を得た19名。方法は、①患者または家族の評価をアンケートで調査、②栄養指標の変化を初回、各受診時、終了時に比較した。

【結果】

対象者は、男性6名、女性13名、年齢は59から91歳で平均78.6歳、町内の人が約6割だった。

受診終了者は14名で、終了理由は、栄養状態良好、入院や訪問診療への切り替えなど状態悪化の他、コロナ感染症蔓延による受診控えなどだった（図3）。

対象者情報(n=19)	
性別	男性:6名、女性:13名
年齢	59～91歳(平均:78.6歳)
居住地	御調町内:12名、尾道市内(町外):4名、尾道市外:3名
家族構成	独居:3名、夫婦二人:3名、子と二人:2名、その他:11名
日常生活自立度	自立:10名、準寝たきり:5名、寝たきり:4名
要介護度	認定無:9名、要支援1・要介護3・4・5:各1名、要支援2・要介護2:各3名
疾患(重複あり)	整形疾患:10名、糖尿病(耐糖能異常):8名、がん:5名、消化器術後:5名、脳血管疾患:6名、呼吸器疾患:4名、アルツハイマー型認知症:1名、高度肥満:1名
受診回数	1回:4名、2回:5名、3-4回:3名、5-9回:4名、10回以上:3名
受診終了理由	栄養状態良好、改善、入院、訪問診療への切替、死亡、コロナ蔓延など

（図3）

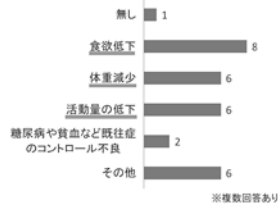
アンケートの結果、受診のきっかけは、医師や療法士、看護師などの勧め、家族の勧め、講演会や他患者から聞いたであった。「初診時、栄養に関して困っていたこと」は、食欲低下が最も多く、次いで体重減少、活動量の低下で、その他にも胃全摘出後で栄養の心配がある、嚥下困難、健康的に体重を減らしたいなどがあった。受診の目的は、栄養状態を知りたい、摂取栄養量を増やしたいが多い結果だった（図4）。

受診後の感想は、「受診してよかった」、「専門職のサポートがあり安心した」と前向きなものが多く、「家族や知人にも勧めたい」と感じられている人も半数以上いた。しかし、受診のタイミングに後悔が残る人や、受診を継続できなかったという意見もあった（図5）。

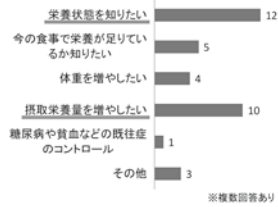
結果:アンケート(n=17)

記入者	本人:7名、子:5名、妻:3名、本人と配偶者:2名
受診状況	継続中:5名、過去に受診していた:12名
受診のきっかけ	病院職員の勧め:10名、家族の勧め:4名、講演会で聞いて:3名、他患者からの情報:1名 ※複数回答あり

【 初診時、栄養に関して困っていたこと 】

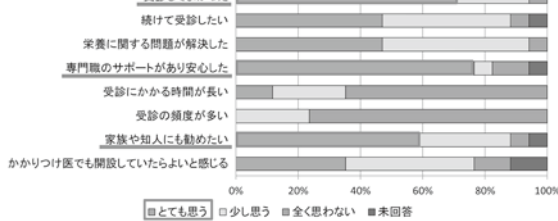


【 受診の目的 】



(図4)

【 受診後の感想 】



その他(抜粋)

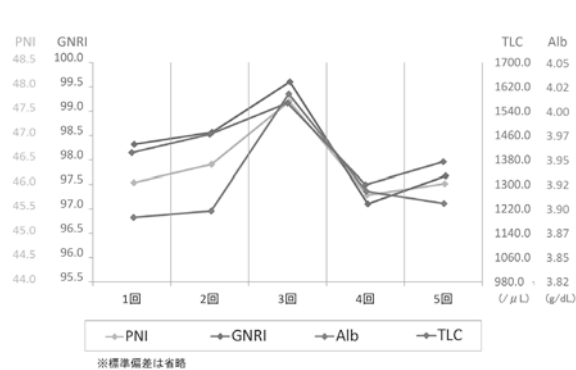
- ・ 栄養をきっかけにトータルな治療につながると嬉しい。
- ・ もっと早く受診したかった。
- ・ 本人が治療に積極的でなかったため、栄養外来を活用することができなかった。
- ・ 筋肉が付き嚥下の低下に対応できるようになり、興味が薄れ、栄養外来から遠ざかってしまった。

(図5)

栄養指標の変化は、全ての項目において、有意差のある改善は見られなかったが、初回と終了時の比較では、半数以上が改善または維持していた。

また、受診回数と栄養指標の平均値の推移をみると、PNI、GNRI、Alb、TLCで、受診回数2回目から3回目にかけて上昇し、4回目に低下する傾向が見られた(図6)。

受診回数と栄養指標の推移(平均値)



(図6)

家族構成と初回栄養指標を検討したところ、BMI、GNRI、Albで有意差を示した。BMI、GNRIで「独居、夫婦または子と二人の群」と「その他の群」の比較では、

独居などの群の方が高く、Albで「独居、夫婦二人の群」と「それ以外の群」の比較では、独居などの群の方が高い結果だった(図7)。

家族構成と初回栄養指標の比較

家族構成:①独居 ②夫婦二人 ③子と二人 ④その他(3人以上)

	比較内容		P値
BMI (kg/m ²)	①②③(n=7) 20.6±1.4	④(n=10) 18.4±2.2	0.01<p<0.05
GNRI	①②③(n=7) 101±9.7	④(n=10) 90.1±14.4	0.01<p<0.05
Alb (g/dL)	①②(n=6) 4.1±0.1	③④(n=9) 3.6±0.6	0.01<p<0.05

※表記は平均値±標準偏差で示した
※検定はウィルコクソンの順位和検定を使用

(図7)

【考察・まとめ】

栄養に関する相談先の確保と、医師と管理栄養士と一緒に病態や栄養を評価した具体的な指導は、患者に安心感を与えた。また、栄養状態は半数以上が維持・改善できており、受診の効果はあったと言える。

改善効果は、3回の介入で効果が大きく、その後、低下する傾向があったが、サポートを継続した人は、再度上昇しており、サポートの継続が必要であった。

同居家族が少ない方が、低栄養のリスクが高いように感じるが、患者本人の健康に関する意識が高く、受診のタイミングが早かったと考えられる。そのため、家族構成に捉われず低栄養のリスクを見極める必要がある。

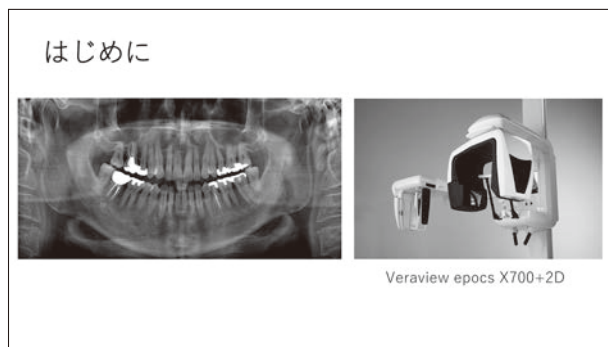
栄養指標の改善に有意差はなく、もっと早く受診したかったという意見もあった。栄養サポートの介入時期は介入後の改善に大きく影響し、重要である。低栄養の原因や症状は多様であり、歳をとったから仕方がないものではない。低栄養は病気であり、予防や改善ができるものであること、当院に栄養外来があることなど、広く広報する必要があると感じた。

3. 歯科パノラマ撮影における撮影用補助具の有用性

放射線室（放射線技師） 徳重 俊成・植 省吾・三由 正英・石川 光徳
梨和 義弘・川崎 由美・平林 裕也・山本 春奈

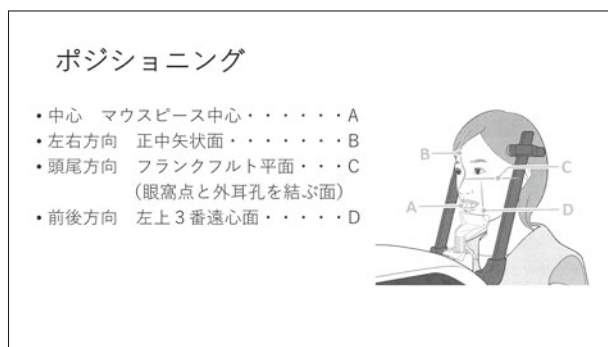
【はじめに】

歯科パノラマ撮影は、頭部の周りをX線管球と検出器が回転することで、歯列、上顎、下顎、上顎洞および顎関節などを展開像として1枚の画像に収める方法である。当院では、令和5年9月にパノラマ装置を更新した。新装置 Veraview epocs X700+2D はFPD検出器を採用したデジタル撮影装置である。1台でパノラマ、セファロ撮影が可能で、パノラマ撮影は全顎自動焦点補正機能を搭載し、全域に渡ってフォーカスの合った読影のしやすい画像が提供できる。(図1)



(図1)

撮影においては正確なポジショニングが必要である。以下のように、患者様にかんでいただくマウスピースの中心に中心ビームをあて、左右方向は正中矢状面、頭尾方向は眼窩点と外耳孔を結ぶフランクフルト平面、前後方向は歯列の左上3番の遠心面に位置するようポジショニングを行う。これにより、確実な画像の取得が可能となり、正確な診断や治療計画の策定が支援される。(図2)



(図2)

【方法】

車いすでの撮影においても正確なポジショニングが高品質な画像の鍵となる。しかし、車いすに座ったままでは低身長や円背などが影響し、ポジショニングをとることが難しいことがある。加えて、車いすの手押しハンドルや背もたれが装置と接触しないようにしなければならない。一部の車いすでは背もたれを折り曲げることで、装置との接触を避けつつ撮影が可能である。しかし、背もたれを折り曲げる事の出来ない車いすもあり、今回はそのリクライニング車いすを使用して、撮影が出来るか検証した。リクライニング車いすの患者様では、通常背もたれを倒した状態であるため、背面を垂直に近づけるためには背もたれを起こす必要がある。しかし、そのまま起こすと背もたれと撮影装置が干渉してしまい、撮影することができない。(図3)

背もたれが折り曲げできない車いすの場合



(図3)

背もたれを倒したまま撮影を行うには、患者様の上半身を起こす必要があるが、上半身が不安定で起こすことが難しい場合もある。このような場合において、背もたれと背中との間に補助具を入れることで安定したポジショニングが確保できることがある。具体的な補助具としては、発泡スチロール製の板を使用し、横に厚みを持たせたことで安定性を向上させる。また、角度が浅い場合には板状の発泡スチロールを追加して、背面を垂直に近づけるように調整する。

【結果】

今回は、この補助具を用いて、標準車いすとリクライニング車いすを使用し、前装置と現装置の両方で撮影が可能かどうか検証を行った。標準車いすでは、補助具なしでも撮影が可能な場合もあるが、円背の程度によって

は背面が垂直でなくポジショニングが難しい場合も見られる。そのような場合を想定し補助具を入れてみると、円背を軽減し、背面を垂直に近づけることができた。(図4)



(図4)

リクライニング車いすでは、背もたれを倒した状態で背面に補助具を使用することで、背もたれと装置が干渉することがなく撮影が可能になった。また、背面が垂直に近づき、座高が伸びたことで、患者様のポジショニングがより容易となった。(図5)



(図5)

【考察】

前装置同様、現装置でも車いすを使用する患者様に対して補助具を用いることで、機械との干渉を防ぎつつ検査を行うことが可能であった。しかし現状、リクライニング車いすの患者様の検査においては、標準車いすに移乗してから撮影を行っていることも多く見られる。患者様の状態や安全性を検討しリクライニング車いすのままでも撮影が可能であると判断した場合には、そのまま検査することで移乗が不要となり介助者の負担と移乗に伴うリスクを軽減できると思われる。そのため、車いすを変更せずに補助具を活用した撮影が可能であることを周知していかなければならない。また、さらなる高齢化社会が進むことによる車いすでの受診者数増加をすえて、補助具などを活用して検査を安全かつ円滑に行うことが重要である。患者様の個別の状態を考慮し、安心して検査を受けられる環境を整えていきたい。

4. 当院の新型コロナウイルス検査における検査室の現状と課題

臨床検査室（臨床検査技師） 濱崎 桜子・高瀬 圭一・奥 成美・道路 里美
今田 貴也・岡田 海斗・政岡 愛衣・原田 龍二

【はじめに】

当院の新型コロナウイルス検査(以下コロナ検査)は外部委託から始まり、抗原定性、PCR、抗原定量と検査体制を整えてきた。新たな変異株が出現を繰り返すたびに全国的に陽性者が急増し、検査需要が高まった。

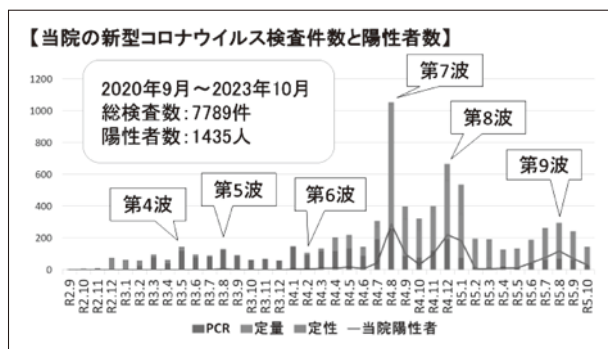
検査件数の増加に伴い検査業務や事務的作業などに、問題が発生したが、その都度解決策を検討してきた。これまでのコロナ検査の推移を振り返り、検査室の現状と今後の課題を報告する。

【当院のコロナ検査件数と陽性者数】

2020年9月～2023年10月の期間に7,789件の検査を実施し、陽性者は1,435人であった。

検査法は第6波までPCR検査が多く、その後徐々に第8波までは抗原定量検査が主体であった。それ以降は抗原定性検査に移行した。

第7波から9波で院内または関連施設でクラスターが発生した。初めてクラスターを経験した第7波では1カ月に最高1,054件の検査を実施した(図1)。



(図1)

【問題点と解決策】

① 第4波、5波

全国的なコロナの流行によりPCR検査試薬の生産が追いつかず入荷が困難となり、検査を発熱者だけに制限をして対応した。また、今後もこのような試薬不足が起こりうると考え、抗原定量検査を導入した。

② 第7波

試薬以外の抗原定量検査で使用する物品が不足した。滅菌スピッツは未滅菌のスピッツを購入し、中材に協力

をしてもらい滅菌して代用した。

搬送容器は、これまで検体採取後スワブを検体搬送容器に入れ検査室に持ち帰っていたのを、スワブ先端を切断し、滅菌生食に入れて搬送するように変更した。これにより検査時間の短縮と搬送容器の不使用によりコスト削減にもつながった(図2)。

【問題点と解決策】

① 第4波・第5波

・PCR検査の試薬が全国的に不足⇒抗原定量検査の導入

② 第7波

・滅菌スピッツ不足

⇒未滅菌のスピッツを購入し中材で滅菌して代用

・検体搬送容器不足

⇒抗原定量検査時は滅菌生食瓶にスワブ先端を入れ搬送

コスト削減につながった

(図2)

③ 第8波

第8波ではインフルエンザも同時に流行し始めた。インフルエンザとコロナの検査を実施する場合、検体を2回採取しなければならないという問題が発生した。1度の検体採取でインフルエンザとコロナを同時検出できる検査キットを提案し導入した。

また救急外来からは早く患者を処置室に受け入れたいと相談があった。これまでは、鼻咽頭から採取した検体を検査室に搬送後、検査を行い、医師に結果報告後、医師から看護師に連絡があり、患者の処置室受け入れまでに時間を要していた。看護部に、検体採取の際に防護服を着用している点や、その場で結果が確認できるため、抗原定性検査実施の協力をお願いし、同意を得ることができた。それにより、処置室への受け入れ時間短縮につながった(図3)。

【問題点と解決策】

③ 第8波: インフルエンザ流行

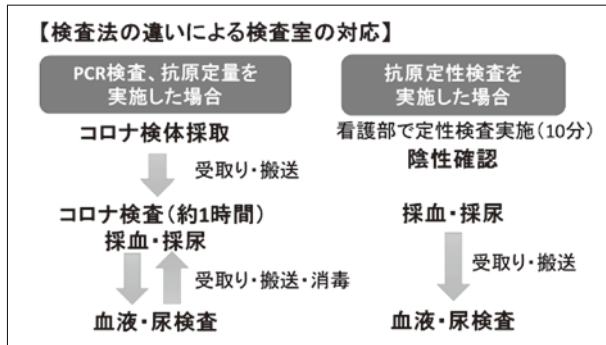
・インフルエンザとコロナ検査をする場合、検体採取が2回必要
⇒インフルエンザとコロナを同時検出できる
検査キットを導入

・救急外来では早く患者を処置室に受け入れたい
(検体採取⇒検体搬送⇒検査⇒担当医に結果報告⇒看護師)
⇒看護部に定性検査の協力依頼
⇒患者受け入れ時間の短縮

(図3)

【解決策実践後の変化】

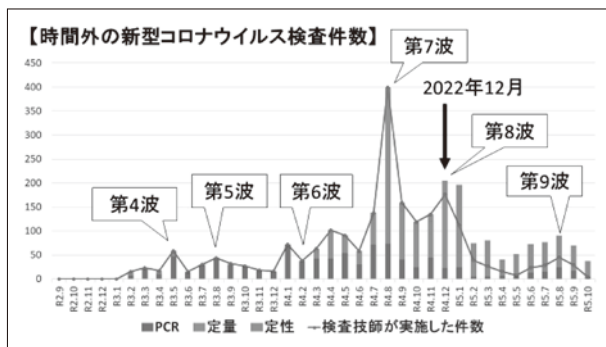
PCRや抗原定量検査では、先にコロナ検査を実施。その後、結果が出るまでの約1時間で血液・尿などの検体検査を行っていた。何度も処置室と検査室を往復しなければならず、また検体の消毒作業もあり、業務が煩雑で、結果報告までに時間を要していた。その場で抗原定性検査を実施した場合は、陰性確認後に血液・尿などの検体が提出されるため、すぐに検査を実施する事ができ、結果報告までの時間短縮につながった(図4)。



(図4)

2022年11月までは、全てのコロナ検査を検査技師が行っており、第7波、8波の休日には、検査技師が2～3名で対応していた。

2022年12月以降、抗原定性検査が増加した。看護部の協力により、検査技師のコロナ検査の実施件数は軽減し、第9波でもクラスターが発生したが、休日も検査技師1名で対応できるようになった(図5)。



(図5)

【今後の課題】

現在、抗原定性検査が主流となっている。主にインフルエンザとコロナを同時に測定できる試薬が使用されているが、不足した時のために、そのほかにも5種類の試薬を確保している。

現在確保している試薬を有効期限内に使用することと今後のそれぞれの試薬の購入量の調整が課題となっている(図6)。

【今後の課題】

- 現在確保している試薬の有効期限内の使用
- それぞれの試薬の購入量の調整

《試薬の種類》

- ・クイックチェイサー SARS-Cov-2/FluA,B(同時)
- ・クイックチェイサー SARS-Cov-2(コロナ単体)
- ・クイックチェイサー FluA,B(インフルエンザ単体)
- ・富士ドライケム FluA,B(インフルエンザ単体)
- ・スマートジーン(PCR)
- ・抗原定量

(図6)

【まとめ】

抗原定性、PCR、抗原定量検査を導入後、第7以降の検査を制限する事なく、クラスターにも対応できている。また、看護部の協力が得られたため、煩雑だった業務がスムーズ行えるようになった。

現在は抗原定性検査が主流となっているため、今後はそれぞれの試薬の購入量の調整が課題である。

5. 国民皆歯科健診の礎 ～ 20年経過した御調町「歯の日」歯科健診～

歯科診療室（歯科衛生士） 宇野 芽衣・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】

当院歯科保健センターでは、住民一人ひとりの「健口」を目指して生涯を通じた口腔の健康を増進するため2003年から毎月8日を「歯の日」とし、御調町内の開業歯科医院並びに当院歯科が協力して健診を行っている。本研究は、今後の御調町の歯科保健活動に役立てるため、これまでの20年の健診結果を総括し評価分析した。

【研究方法】

対象者：御調町在住で年度内に満30歳から満90歳の10年ごとの節目年齢の住民と90歳以上の全ての住民。

対象者に健診案内を郵送し、町内の歯科診療施設で健診を行った。健診票を図1に示す。

方 法：平成17年度から令和4年度の健診票を集計、分析した。

健 診

対 象
御調町在住で年度内に満30歳から満90歳の10年ごとの節目年齢の人と、90歳以上は、全ての人を対象に健診案内を郵送。希望者に町内の歯科診療施設で健診を行った。

方 法
平成17年度～令和4年度の健診票を集計、分析した。

対象者および方法

成人歯科健診票

氏名 性別 ☐ 男 ☐ 女 ☐ 年齢 歳 月 日 年

住所 番地 丁目 番 号 分 号 号

電話番号

1. 歯の状況

歯の状況 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)

歯の状況 (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40)

2. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

7. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

8. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

9. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

10. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

11. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

12. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

13. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

14. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

15. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

16. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

17. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

18. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

19. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

20. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

21. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

22. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

23. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

24. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

25. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

26. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

27. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

28. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

29. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

30. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

31. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

32. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

33. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

34. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

35. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

36. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

37. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

38. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

39. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

40. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

41. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

42. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

43. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

44. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

45. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

46. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

47. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

48. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

49. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

50. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

51. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

52. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

53. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

54. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

55. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

56. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

57. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

58. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

59. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

60. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

61. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

62. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

63. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

64. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

65. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

66. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

67. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

68. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

69. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

70. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

71. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

72. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

73. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

74. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

75. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

76. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

77. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

78. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

79. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

80. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

81. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

82. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

83. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

84. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

85. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

86. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

87. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

88. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

89. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

90. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

91. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

92. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

93. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

94. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

95. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

96. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

97. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

98. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

99. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

100. 歯の健康状態 (ICD-10-10版)

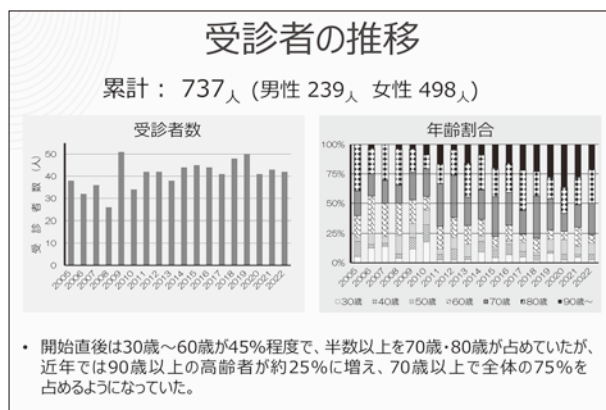
(図1)

【結果】

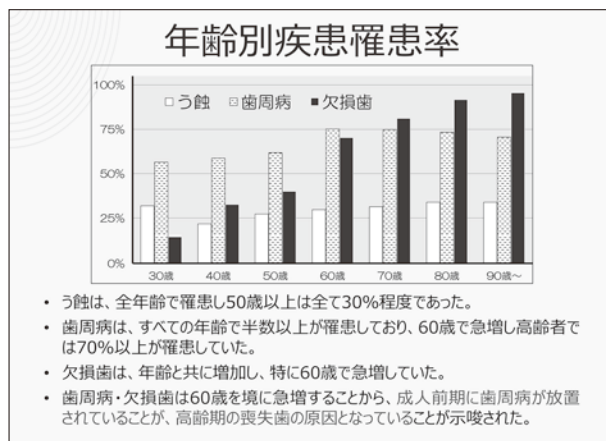
受診者は、延べ737人で男性239人、女性498人であった。左に受診者数の推移、右に年齢割合のグラフを示す(図2)。

開始直後は、30歳から60歳が45%程度で半数以上を70歳と80歳が占めていたが、近年では、90歳以上の高齢者が約25%に増え、70歳以上で75%を占めるようになった。

年齢別の疾患罹患率を示す(図3)。う蝕は、全年齢で罹患しており50歳以上では全て30%程度であった。歯周病は、全年齢で半数以上が罹患しており、60歳で急増し、高齢者では70%以上が罹患していた。



(図2)

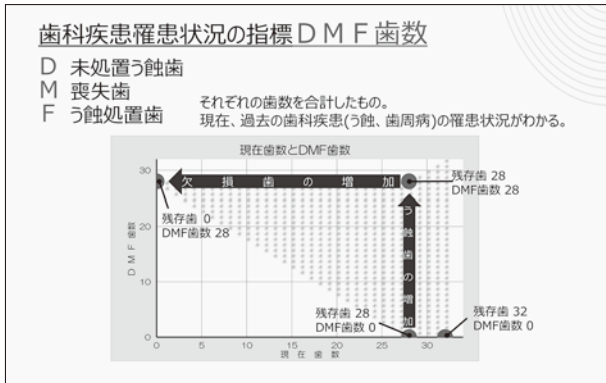


(図3)

欠損歯は、年齢と共に増加し、特に60歳で急増していた。歯周病並びに欠損歯は、60歳を境に急増することから成人前期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っていることが示唆された。

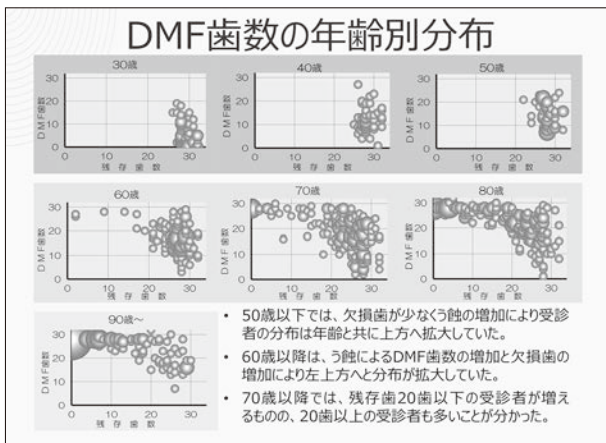
歯科疾患の罹患状況を表す指標にDMF歯数がある。Dは未処置う蝕歯、Mは喪失歯、Fはう蝕処置歯のことで、それぞれの歯数を合計したものをDMF歯数と言い、現在、過去の歯科疾患(う蝕・歯周病)の罹患状況が判る。グラフは、現在歯数とDMF歯数を表す(図4)。

残存歯28～32、DMF歯数0がスタートでう蝕歯が増加すると丸はグラフ上方へ移動し、残存歯数が減少すると左方へ移動する。



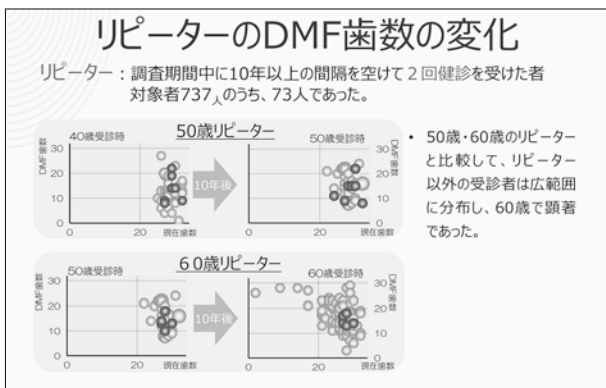
(図4)

DMF歯数の年齢別分布を示す(図5)。上段、50歳以下では欠損歯が少なく、う蝕の増加により受診者の分布は、年齢と共に上方へ拡大していた。中段と下段の60歳以降では、う蝕によるDMF歯数の増加と欠損歯の増加により左上方へと分布が拡大していた。70歳以降では、残存歯20歯以下の受診者が増えるものの20歯以上の受診者も多いことが判った。



(図5)

リピーターのDMF歯数の変化である(図6)。



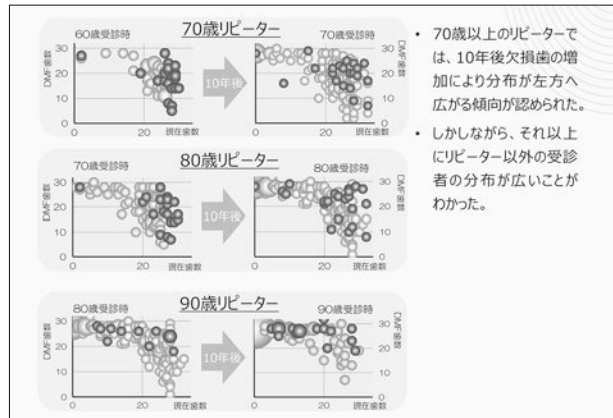
(図6)

リピーターとは、調査期間中に10年以上の間隔を空けて2回健診を受けた住民で対象者737人のうち73人であった。

リピーターの10年間の変化をみることにする。グラフ

の濃い色の丸は、リピーター、薄い色の丸がリピーター以外の受診者を示す。

50歳、60歳のリピーターと比較して、リピーター以外の受診者は広範囲に分布していた。そして、60歳で顕著であった。70歳以上のリピーターでは、10年後欠損歯の増加により分布が左方へ広がる傾向が認められた。しかしながら、それ以上にリピーター以外の受診者の分布が広いことが判った(図7)。



(図7)

【考察】

20年間実施してきた御調町「歯の日」歯科健診の結果を総括したところ、生涯を自分の口で食べる「健口」を維持するには、60歳に急増していた欠損歯を減らすことが重要であり、特に成人前期における歯周病対策が鍵になると考えられた。

残存歯数とDMF歯数の関係では、リピーターのように残存歯は減少しないグループと歯周病により欠損歯が増加するグループに分かれることが示唆され、加齢とともに歯が少なくなるのではないことが明らかになった。

本研究の結果から、成人期の歯科健診とそれによる受診行動が歯の喪失を防ぎ、「健口」の獲得につながることを示された。

国民皆歯科健診は、いわゆる骨太の方針2022から掲げられている。

今後の地域歯科保健活動の際には、今回の研究結果を強くアピールし、成人前期への啓発活動に力を入れていきたいと思う。

最後になりましたが、本歯科健診にご協力していただいている御調町の開業歯科医院の先生方に感謝申し上げます。

6. 安心安全な医療の提供のために ～うまくいった事例の共有に向けた取り組み～

第3病棟（看護師） 前場 桃子・竹中 このみ・竹本 敦・西丸 典江

【はじめに】

医療の質の向上と安全確保は、医療機関が取り組むべき課題の一つであり、安心安全な医療の提供には欠かせない重要な項目である。24時間365日患者に寄り添う看護師は、医療事故を起こすリスクが高いのが現状である。ハインリッヒの法則によると、1つの重大な事故の背景には、29件の軽微な事故が発生し、さらにその背後には300件の負傷を負わない事故があるとされている。医療安全の観点ではうまくいかなかった事例を分析して原因を探り改善策を講じる「セーフティーⅠ」の考え方がありそれに対し、うまくいった事例に着目して安全を高めようという「セーフティーⅡ」の考え方が近年、注目されている。

当病棟のインシデント・アクシデントレポート報告件数は、月平均7件前後でそのうち「セーフティーⅡ」の考え方とされているインシデントレベル0の報告件数は1～2件と少ない。その理由として、インシデント・アクシデントレポート報告に対し、反省文や始末書などネガティブなイメージが多くあることや、インシデントレベル0を報告すべき事柄として認識していないのではないかと考えた。そこで本研究では、「セーフティーⅡ」の考え方に着目し、うまくいった事例を見つけよい仕事を褒めることで、インシデントレベル0の報告件数を増やし、安心安全な医療の提供につなげた取り組みを報告する。

【研究目的】

うまくいった事例を見つけよい仕事を褒め、インシデント・アクシデントレポートに対するネガティブなイメージを払拭し、レベル0の報告件数を増やす。また、スタッフが日々行っている工夫や知識を共有し安心安全な医療の提供に繋げる事を目的とする。

【研究方法】

- ①ベストパフォーマンス賞を導入し前後のアンケート調査を実施する。
- ②日々の業務の中で、よい気づきを見つけ、ノートに付箋を貼付する。
- ③インシデントレベル0の事例について病棟カンファレンスを行う。

- ④1週間のベストパフォーマンスを決め、スタッフステーションに掲示する。

【研究期間】

令和5年8月～11月

【対象者】

当病棟看護師・看護補助者

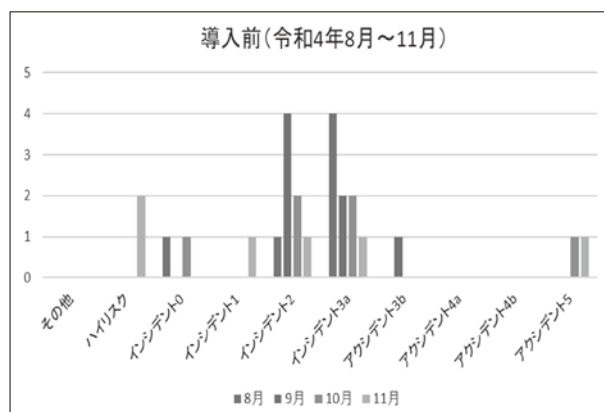
【倫理的配慮】

本研究は公立みつぎ総合病院の倫理委員会の審査と承認を得て実施し、病棟看護師・看護補助者に同意の撤回の自由も含めて研究内容について口頭と文書にて説明し書類にて同意を得た。

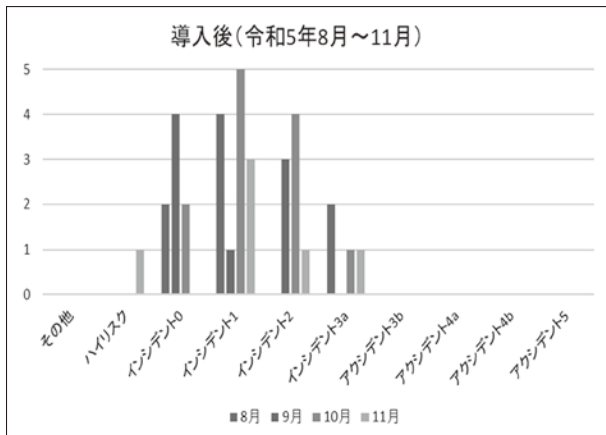
【研究結果】

ベストパフォーマンス導入後の付箋の割合を8月から集計し、当初自分で報告した割合は10%だったが、11月には46%まで増加した。付箋に記載されている具体的な事例としては、持参薬の鑑別が電子カルテ内に入力がないことや、中止になっている点滴がそのままケースに入れていることになどの気づきがあった。

図1はベストパフォーマンス導入前のインシデントレベル別件数のグラフで、図2がベストパフォーマンス導入後のインシデントレベル別件数のグラフである。ベストパフォーマンス導入前後でインシデントレポート報告総数の変化はないがベストパフォーマンス導入後よりレベル0の件数は増えていき、逆にアクシデントレポート報告の件数は減少していった。

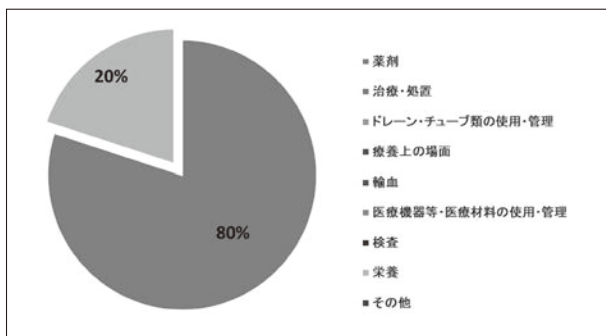


(図1)



(図2)

図3は、インシデントレベル0報告の内訳である。当病棟のレベル0は薬剤が80%で残り20%は栄養でのインシデントであった。



(図3)

カンファレンスはインシデントレベル0の報告があった翌日に実施した。カンファレンスでは、まず褒めちぎり、その後発見に至った経緯を共有し、参加している全員が発言できるよう最初に勤続年数の短い看護師に話題を振った。カンファレンス内容はノートに記載し、出勤時に読んでもらうようにした。

また、インシデントレポートに対するイメージについてのアンケートを実施した。1回目のアンケートでは、反省文のようや、人に自分の失敗を見せる、責任を感じるなどネガティブな意見が多くみられた。しかし、ベストパフォーマンス導入後のアンケートでは、褒めてもらえて嬉しいや、気づきがあることで重大なインシデントを防ぐことができるなど前向きな意見が多くみられた一方で、イメージはあまり変わらないなどの意見も見られた。

【考察】

付箋の色別割合に関して、当初は他のスタッフによる発見が多かったが、月を重ねるごとに自発的に報告ができるようになった。このことは、石川ら¹⁾のリスク感性の向上とインシデントレポート報告の文化の醸成を研究した内容と同様の結果が得られ、うまくいった事例を見

つけよい仕事を褒めることでネガティブなイメージが軽減し、看護師のリスク感性の向上につながったと考える。

インシデントレベル別の報告件数では、ベストパフォーマンス導入後にレベル0の報告件数の増加が見られた。なぜなら、カンファレンスを通じて日々の業務を意識して行うように意識変化があったからだと考えられる。中村ら²⁾は、連携不足によるインシデントの増加を指摘しており、今回の研究でカンファレンスを行うことで情報共有や、連携強化への機会が生まれ、インシデント0の件数の増加につながったと考える。

当初カンファレンスでは、勤続年数の長い看護師の発言が多くみられたが、勤続年数の短い看護師の発言も増えるように工夫を行うことで徐々に自発的な発言が見られるようになった。辰巳³⁾は、ミーティングを繰り返して行う事により思考の共有と社会的感受性を体感することは心理的安全性に繋がると述べている。このことから、心理的安全性が高まると自発的な意見が増え、それにより情報共有が活発化したと考えられる。また、失敗の報告をする際に心理的なハードルが低くなり、失敗や問題が生じたときにもすぐに報告・共有ができるようになるため、心理的安全性の高い病棟づくりが重要である。

【まとめ】

ベストパフォーマンスを表彰し、インシデントレポートに対するネガティブなイメージの軽減に繋がった。また、インシデントレベル0の報告件数を増やすことで、スタッフが日々行っている工夫や知識を共有することが、重大な医療事故防止に繋がることが分かった。

今後も、心理的安全性の高いチーム作りに取り組み、安心安全な医療を提供できるよう継続していきたい。

【引用文献】

- 1) 石川今日子ほか、報告の文化に醸成を目指した“キラリハット報告”推進活動の取り組み, 2018, 354-356.
- 2) 中村美香ほか、看護職がインシデント・アクシデントを繰り返す要因に関する研究, 2016.
- 3) 辰巳陽一、近畿大学病院での心理的安全性の臨床現場への導入の試み, 2020.

【参考文献】

- 1) Heinrich H W,総合安全工学研究所訳, ハインリッヒ産業災害防止論, 海文堂, 1982.

【まとめ】

共有シートを活用し、退院先でも、継続可能な個別性のある情報提供することで褥瘡発生、再発防止につなげたい。

今回の研究では、退院決定から退院日までの日数が短く、退院先での方法の実施が十分ではなかった為、退院先の検討を行う時期から情報共有が行える様な仕組みが必要ではないかと感じた。

今後も、退院時期を見据え共有シートを用いて情報共有し、改良していきたいと思う。

[illegible]

(図3)



(図4)

【結果】

A氏は、退院後数日で誤嚥性肺炎を発症され、当院へ再入院となったが、褥瘡は、悪化することなく過ぎられた。

B氏は、転院時と変わりなく、褥瘡も再発や皮膚トラブルを起こすことなく過ごされ、ポジショニングの写真がわかりやすく、スタッフで共有出来た。また、今回情報共有を行うなかで 褥瘡予防についての相談の質問があり、文書で回答した。

【考察】

褥瘡対策は、看護師だけでなく、ベッドサイドに訪れるスタッフの共通認識のもと実施されることが必要。共有シートだけでなく、ポジショニング写真を利用することで、視覚でも注意を払えるようにできたことも予防対策の一翼になったのではないかと考える。

療養先の変更やケアする人が変わっても同じような対応が行っていけることで、本人や家族が安心して療養生活が送れる様、褥瘡を発生させないという共通の目標をもち、情報提供を行うことの必要性を認識することができた。

退院前に、対面での事前カンファレンスを行っていない場合は、上手く情報伝達できないことがあると体験した。

対面しない場の情報共有について今後考えていく必要性を感じた。

8. 看護職員によるFIMを正確に採点することを目指して

第7A病棟（看護師） 大村 知子・中満 由香・岡 宏幸・石原 純恵
大河 智恵美・松岡 見咲¹⁾ 医師¹⁾

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）における日常生活動作（以下、ADL）の評価は、機能的自立度評価（以下、FIM）を活用している。

FIMとは運動項目の13項目と認知項目の5項目の合計18項目を7～1の7段階で、能力の低下を評価し介助量を判定するもので、「しているADL」を採点している。ADL能力の低下を評価するだけでなく、経時的に評価できることや、その評価を基に予後予測が可能である。そのため、回りハ病棟スタッフはFIMの正確な評価が求められる。

看護職員は担当患者のADLをFIMで評価しているが点数の違いが生じることもしばしばあり、見ている状況の違いなのか、採点する視点が違っているのか分からない現状がある。先行研究においても病棟での採点はスタッフごとに異なりやすいことが問題となっており、神保らは「FIMは順序尺度であり、2点から4点が僅差で分かりにくい。」¹⁾と述べている。

本研究は看護職員が担当患者のFIMを正確に評価できることを目指して取り組み、その効果を検証した。

【研究対象者】

当病棟看護職員 9 名

【研究期間】

2023年 8 月～ 12 月

【研究方法】

- ①患者を選定し看護職員にFIM評価のテストを行う
- ②正解はリハビリ医とともに作成する
- ③テスト結果は個人へフィードバックする
- ④テストごとに患者を選定し、テストは4回実施する

【結果】

1 回目のテストで全体平均正答率は34.0%と低く、各項目の正答率70%以上は1項目のみであった。2 回目のテストでは5 項目、3 回目以降のテストでは看護職員の評価する場面を統一するために、患者情報を提示して実施した。その結果3 回目7 項目、4 回目11項目と徐々に増加した。また4 回目のテストでの全体正答率は

73.5%と大幅に増加した。(表1)

表1

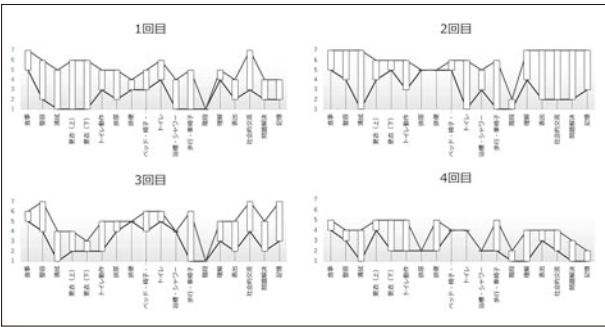
			1回目	2回目	3回目	4回目
			正答率	正答率	正答率	正答率
運動項目	セルフケア	食事	55.6	88.9	88.9	55.6
		整容	22.2	33.3	11.1	44.4
		清拭	22.2	0	11.1	77.8
		更衣（上）	11.1	44.4	88.9	88.9
		更衣（下）	11.1	88.9	33.3	77.8
	排泄コントロール	トイレ動作	22.2	11.2	33.3	88.9
		排尿	22.2	100	88.9	100
		排便	0	100	100	55.6
	移乗	ベッド・椅子・車いす	22.2	66.7	44.4	100
		トイレ	22.2	55.6	88.9	100
認知項目	移動	浴槽・シャワー	55.6	11.1	100	100
		歩行・車いす	66.7	55.6	33.3	33.3
		階段	100	77.8	100	88.9
	コミュニケーション	理解	11.1	55.6	33.3	77.8
		表出	66.7	55.6	55.6	55.6
	社会的認知	社会的交流	55.6	0	33.3	77.8
		問題解決	22.2	11.1	55.6	55.6
		記憶	22.2	11.1	22.2	44.4
	平均正答率		34.0	48.2	56.8	73.5
	正答率70%以上の項目		1項目	5項目	7項目	11項目

項目別の平均正答率では、情報提供した3回目以降で多くの項目は正答率が上昇した。しかしセルフケアの「整容」や移動の「歩行・車いす」、社会的認知の「記憶」では、3回目以降でも正答率は低い結果となった。(表2)

表2

			3回目	4回目
			正答率	正答率
運動項目	セルフケア	食事	88.9	55.6
		整容	11.1	44.4
		清拭	11.1	77.8
		更衣（上）	88.9	88.9
		更衣（下）	33.3	77.8
	排泄コントロール	トイレ動作	33.3	88.9
		排尿	88.9	100
		排便	100	55.6
	移乗	ベッド・椅子・車いす	44.4	100
		トイレ	88.9	100
認知項目	移動	浴槽・シャワー	100	100
		歩行・車いす	33.3	33.3
		階段	100	88.9
	コミュニケーション	理解	33.3	77.8
		表出	55.6	55.6
	社会的認知	社会的交流	33.3	77.8
		問題解決	55.6	55.6
		記憶	22.2	44.4

つぎに、全介助の1点から自立の7点という採点幅は、1回目ではほとんどの項目で採点の幅は大きく開いている状況であった。テストを重ねるごとに採点幅は概ね縮小した。(図1)



(図1)

しかし、正答率の上がった4回目の結果においても、正答より3点以上の差をつけて採点をしている看護職員がいることも確認できた。(図2)

	7点	6点	5点	4点	3点	2点	1点	合計
食事			4	5				9
整容				5	4			9
清拭			1			7	1	9
更衣(上)			1	8				9
更衣(下)			1	1		7		9
トイレ動作			1			8		9
排泄						9		9
排泄			1	3		5		9
ベッド・椅子・車椅				9				9
トイレ				9				9
浴槽・シャワー						9		9
歩行・車椅子			5	1		3		9
階段						8	1	9
理解				1		3	5	9
表出				3	6			9
社会的交流				1	1	7		9
問題解決					1	5	3	9
記憶						4	5	9

■ 正解のFIM点数
□ 正答と2～3点以上で採点した看護師

(図2)

【考察】

テスト1回目・2回目は患者の状況を研究対象者である看護職員自身が観察し評価したが、3回目・4回目は文章により患者の情報を整理した状態で評価した。患者の情報を整理することで、評価する場面が統一され、正答率が向上した。私達看護職員は様々な時間帯で患者に関わり、毎日同じ動作に関わることは出来ず、日々様々な動作の瞬間を観察する状況にあり、担当患者だけでなく別患者も同様に関わっている。また患者はリハビリテーションを実施し、出来なかったり、出来たりしながらADLを向上していく状況にある。すなわち看護職員が実施するFIM評価場面は違うことが想定される。今回の研究の結果から、評価する場面の違いは採点の差につながることが分かった。今後も、担当の看護職員だけでなく、カンファレンスを実施し、複数の看護職員で患者情報を整理して、評価していく事が有用であると考えている。

評価する場面を統一した3回目と4回目の結果において、セルフケアの「整容」、移動の「車いす・歩行」、社会的認知の「記憶」は正答率が低い項目であった。「整容」と「記憶」は、さらに複数の項目に分け評価し、その平均を採点する必要がある。1項目でも間違えると採点に差が生じる。また「車いす・歩行」はゴール設定が車いすか歩行かにより、採点に大きな差が生じたと思われる。

正答率の高い4回目において、正解よりかけ離れた採点をした看護職員がいることが明らかとなった。看護職員個々の知識や判断を向上していく事が必要であり、今後も定期的な学習機会とフィードバックを実施することが必要である。日本看護協会は看護職の生涯学習ガイドラインで「看護職は新たな知識や技術を学び直し、継続的な学習に主体的に取り組むことが重要である。」²⁾と述べている。テストの結果から、看護職員それぞれが主体的な学習の必要性に気付き、継続的に学習することで、さらに正確な採点が出来るとなると考える。

【おわりに】

看護職員がFIMを正確に採点できることを目的に看護職員に対してテストを行い、知識や判断の向上を目指した。回りハ病棟患者のADLは生活の中で日々変化していくため、見る場面の違いはFIM採点の誤差につながることが分かった。個人の評価だけで採点するには限界があるため、現在実施しているカンファレンスでFIM評価を複数の看護職員で実施することや、定期的な学習機会をつくり、看護職員の知識や判断を向上させることがより正確なFIM採点につながると考え、継続した採点スキルの向上に取り組んでいきたい。

【引用文献】

- 1) 神保佳枝他.急性期脳血管障害患者の看護計画にFIMを導入した効果.看護研究交流センター活動報告書;27巻：p.75-78
- 2) 公益社団法人日本看護協会. 看護職の生涯学習ガイドライン[internet]. <https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/publication/pdf/guideline/lllearning-guide.pdf> [2023-6-7]

【参考文献】

- 1) 千野直一他.脳卒中の機能評価SISAとFIM[基礎編].東京都:金原出版,2020.

9. 喉頭鏡の保管・点検方法の構築に向けて

中材・手術室（看護師） 中田 智子・岡崎 秀一郎・高橋 菜摘・緒方 哲幸

【はじめに】

昨年の研究より、喉頭鏡はスポルディングの分類においてセミクリティカル器具とされており、使用後は中材にて洗浄・消毒を行い、点検を行ったうえで各部署へ払い出すという管理方法を確立した。また、洗浄・消毒後の喉頭鏡セットをチャック付きの袋に入れた状態で3ヶ月後に細菌培養をした結果細菌の検出がなかったことから、今後各部署での保管期限を3ヶ月にすることを検討している。

しかし払い出し後、各部署での喉頭鏡セットの保管・点検方法についての手順が明確でないため、素手で点検を行うことで、洗浄・消毒した器具を汚染してしまう可能性があった。また、使用頻度の少ない部署は払い出しから使用するまでの期間が長期間となり、喉頭鏡の衛生が保持できていない可能性もある。他の施設での保管・点検方法として、「喉頭鏡のブレードは、ビニール袋などでカバーして清潔を保ち、日常の点検は、手指衛生後、ビニール袋の上から行う」¹⁾と規定している施設もある。そのため、当院でも手指衛生後に日々の点検を行うことを推奨してきたが、徹底されているとは言い難い。

今回の研究では、払い出し後の喉頭鏡セットの日常点検において、手指衛生後の点検が喉頭鏡セットの衛生状態を保つことに有効性があるかについて検証を行い、今後の各部署での喉頭鏡セットの保管・点検方法の根拠を明確化するために本研究を行うこととした

【研究の意義】

患者や医療スタッフが喉頭鏡を介した病原体の曝露を受ける潜在的リスクを低下させるため、喉頭鏡セットの保管・点検方法の根拠を明確化するため。

【研究方法】

研究期間：2023年10月～2024年1月

研究対象：救急カート内に設置されている喉頭鏡セット

研究方法：

- 1) 喉頭鏡セット2セットを中材で現行方法の洗浄・消毒後、細菌培養を行う。
- 2) 洗浄・消毒後の喉頭鏡セットの内一つ目は手袋装着+アルコール消毒または流水洗浄+アルコール消毒後（以後①とする）に中材で毎日点

検を行う。二つ目は素手（以後②とする）にて中材で毎日点検を行う。

- 3) 上記2つの喉頭鏡のハンドル・ブレードを1ヶ月後・2ヶ月後・3ヶ月後に細菌培養を行う。（培地はパールコア®ミューラーヒントンス寒天培地“栄研”を使用）
- 4) 上記の結果より、今後各部署での喉頭鏡の保管・点検方法を検討する。

倫理的配慮：本研究に関連して、開示すべき利益相反関連事項はない

【結果】

結果1)

（図1）より、洗浄・消毒後、点検開始1ヶ月後の喉頭鏡セットの消毒後のハンドル・ブレード、素手のハンドル・ブレード共に培養の結果、コロニーは検出されなかった。



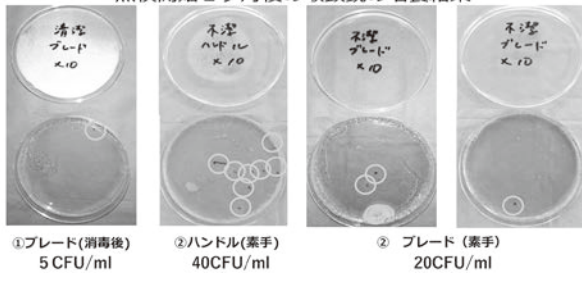
（図1）

結果2)

（図2）の点検開始2ヶ月後の培養からは培地を栄養価の高いABCM①寒天培地“栄研”に変更し培養を行った。消毒後のブレードは5CFU/ml、素手のハンドルは40CFU/ml、素手のブレードでは20CFU/mlのコロニー数が確認された。

Ⅳ 結果2)

点検開始2ヶ月後の喉頭鏡の培養結果



(図2)

結果3)

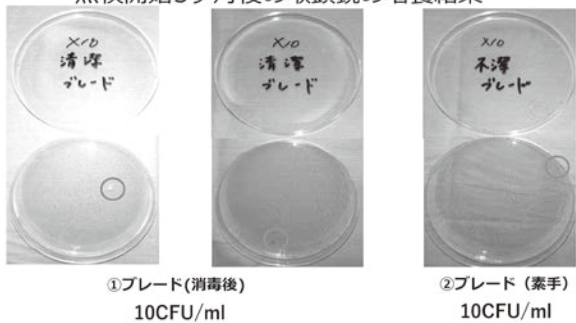
(図3・4)の点検開始3ヶ月後の培養結果は、消毒後のプレートは10CFU/ml、素手のプレートは10CFU/ml、素手のハンドルは75CFU/mlのコロニー数が確認された。

CFUとはColony Forming Unit (コロニー形成単位)といい、細菌を培地で培養し、できたコロニー数のことで、生きている菌の数を表す単位である。

なお消毒後のハンドルの培養結果は洗浄・消毒後～点検開始3ヶ月全てにおいて、細菌コロニーが検出されなかったため、結果は省略する。

Ⅳ 結果3)

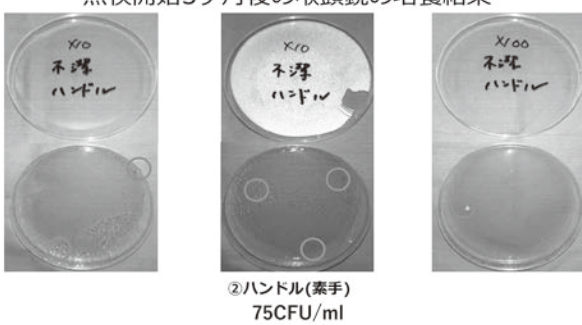
点検開始3ヶ月後の喉頭鏡の培養結果



(図3)

Ⅳ 結果3)

点検開始3ヶ月後の喉頭鏡の培養結果



(図4)

【考察】

毎日の喉頭鏡点検において、手指消毒後と素手での結果を比較すると、コロニー数は素手での点検の方が多かった。しかし経時的なコロニー数の変化において、コロニーは検出されたが、爆発的な増殖を認めなかった。

考えられる要因として、水分や他の発育に必要な栄養素がない状態であったことが推測される。細菌が繁殖しやすい条件として、温度・水分・栄養分の3条件が生育に最適な条件となると爆発的に増殖と言われているが、特に水分は微生物が生きるために必要な水分を体内に取り入れることができるほか、微生物が環境中で動く際に必要になる等重要な要素となる。乾燥した状態では微生物は死ぬか、増殖そのものはできない状態となる。²⁾そのため、濡れた手での点検を行い湿潤環境が形成されると、細菌が増殖する原因となる可能性がある。

もう一つの要因として、今回細菌培養をする際に、喉頭鏡をその都度スワブで拭うことで、ある程度の細菌が拭い取られ、細菌が減少したと推測する。これについては更なる培養方法の検討が必要であったと考えている。

【まとめ】

3ヶ月間の喉頭鏡の点検において、手指消毒後と素手での点検を比較したところ、素手での点検の方がコロニーの数が多かったことが分かった。手指消毒後点検のプレートに少量のコロニーの検出はみられたが、ハンドルは3ヶ月後もコロニーは検出されなかったため、適切に点検を行えば部署での喉頭鏡の保管は3ヶ月に設定しても問題はないと考える。

今後各部署での毎日の喉頭鏡点検は手指消毒後に行うことを周知していき、安全な医療が提供できるような環境を整えていきたい。

【引用文献】

- 1) 公益財団法人小倉医療協会三萩野病院 柏木恵子 使った後どうするの？ 洗浄・消毒のコツ 2016 <https://kansenjuku.com/wp-content/uploads/2016/03>
- 2) 株式会社食環境衛生研究所 細菌の増殖と環境～水分編～ 2020/08/19 <https://www.shokukanken.com/colum/colum0191/>

【参考文献】

- 1) 医療現場における消毒・滅菌のためのCDCガイドライン 2008

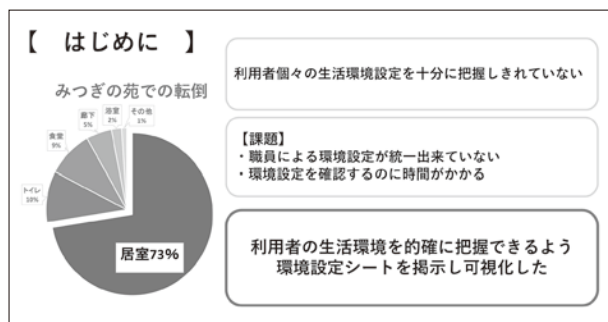
10.「環境設定シートの可視化の効果」 ～安全な生活空間の提供を目指して～

介護老人保健施設「みつぎの苑」(介護福祉士) 村上 裕一・心石 考亮・下垣内 志穂・伊藤資子
富岡 純子・福本 尋美¹⁾・杉本 幸江¹⁾ 看護師¹⁾

【はじめに】

みつぎの苑では、以前の研究発表において居室内での転倒が70%以上を占めていることが明らかになっているが、利用者個々の生活環境設定を十分に把握しきれない面があった。これは、職員によって環境設定が統一出来ていないこと、環境設定を確認するのに時間がかかることが改善されないままだったという課題があった。

そこで、利用者の生活環境を的確に把握できるよう、環境設定シートを掲示し可視化したので、その効果について報告する。(図1)



(図1)

【目的】

可視化することで職員への周知とともに、統一したケアを実践することで利用者にとって安心安全な生活環境の提供に繋げる

【方法】

研究期間：令和5年8月から令和6年1月まで

研究対象：みつぎの苑 一般棟入所者

①環境設定シートをベッドサイドへ提示し、転倒事案発生時や利用者に状態の変化があった時見直し

②研究期間内の転倒件数と、昨年の転倒件数を比較

③環境設定シート掲示について職員アンケート調査も踏まえ、環境設定シートの効果について検証

倫理的配慮：本研究において使用するデータは個人が特定されないように統計的に処理をして使用する。

使用したデータは研究終了後には適切に処理する。また、当病院での倫理委員会にて承認を受け、ホームページにてお知らせとして文章を出した。(図2)

【目的】

可視化することで職員への周知とともに、統一したケアを実践することで利用者にとって安心安全な生活環境の提供に繋げる

【方法】

研究期間：令和5年8月から令和6年1月まで

研究対象：みつぎの苑 一般棟入所者

研究方法：①環境設定シートをベッドサイドに掲示し転倒事案発生時や利用者に状態の変化があった時見直しを行う
②研究期間内の転倒件数と昨年の転倒件数を比較する
③環境設定シート掲示について職員アンケートを踏まえ環境設定シートの効果について検証する

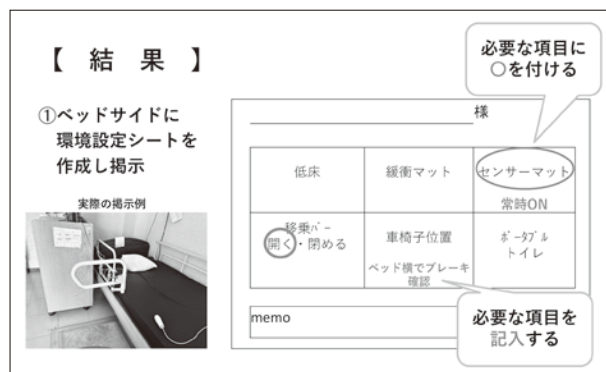
【倫理的配慮】

本研究において使用するデータは個人が特定されないように統計的に処理をして使用する。使用したデータは研究終了後には適切に処理する。また、当病院での倫理委員会にて承認を受け、ホームページにてお知らせとして文章を出した。

(図2)

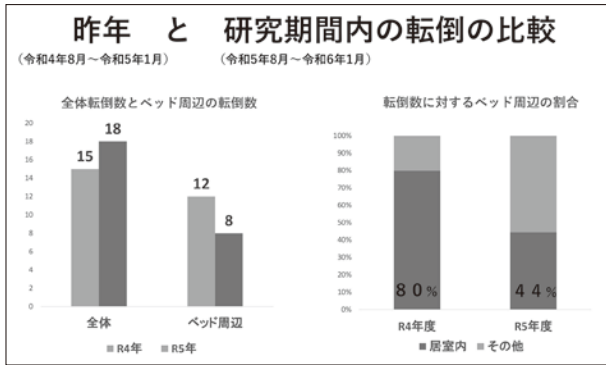
【結果】

環境設定シートの項目は、低床、緩衝マット、センサーマット、移乗バー、車いす、ポータブルトイレで、低床、緩衝マット、センサーマット、移乗バーを設置する場合丸で囲む、車椅子、ポータブルトイレの位置はシートに記載、滑り止めマットや細かい設定などはメモに記載する。掲示は写真のようにし、利用者の状態の変化に応じて対応を行った。(図3)



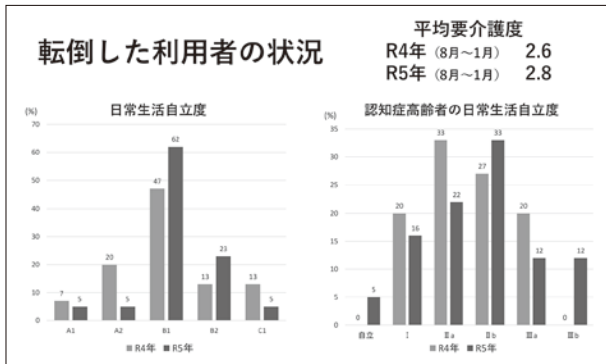
(図3)

昨年の転倒数は15件で、内ベッド周辺の転倒は12件だった。研究期間内の転倒数は18件で、内ベッド周辺の転倒は8件だった。転倒数に対しベッド周辺の転倒割合を比較すると昨年80%・研究期間内44%で半減している。(図4)



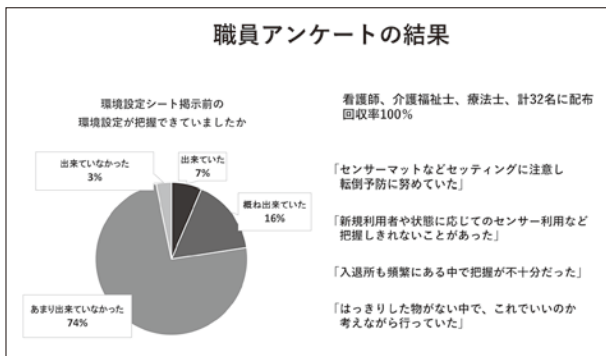
(図4)

ベッド周辺で転倒した利用者の状況だが研究期間内は平均要介護度、2.8、日常生活自立度はB1、B2のBレベルが85%、認知症高齢者の日常生活自立度はⅡa、ⅡbのランクⅡが55%であり、昨年度は平均要介護度、2.6、日常生活自立度はBレベルが60%、認知症高齢者の日常生活自立度はランクⅡが60%だった。(図5)



(図5)

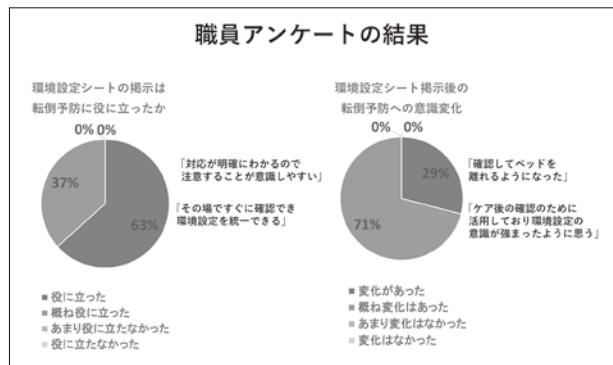
職員アンケートの結果は、利用者毎のベッド周囲の環境設定を把握できていましたかの問いに、環境設定シート掲示前は、出来ていた7%、概ね出来ていた16%、あまり出来ていなかった74%、出来ていなかった3%で「入退所も頻繁にある中で把握が不十分だった」「はっきりした物がない中で、これでいいのか考えながら行っていた」等の意見があった。(図6)



(図6)

環境設定シートの掲示は転倒防止に役に立ちましたかの問いに、役に立った63%、概ね役に立った37%、「その場ですぐに確認でき環境設定を統一できる」「対応が明確に分かるので注意することが意識しやすい」「掲示することで再度確認ができ、統一したケアがしやすくなった」等の意見があった。

環境設定シートの掲示を行ったことで自身の転倒予防への意識の変化がありましたかの問いに、変化があった29%、概ね変化があった71%、「確認してベッドを離れるようになった」「ケア後の確認のために活用しており環境設定の意識が強まったように思う」などの意見があった。(図7)

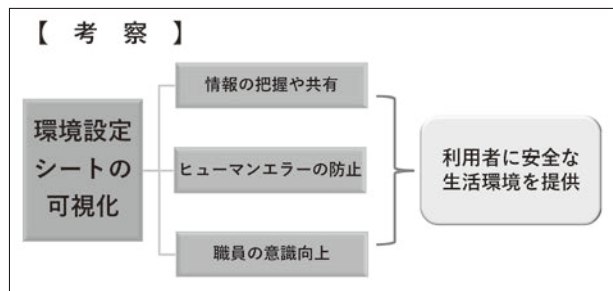


(図7)

【考察】

転倒リスクの高い利用者が多い中で、環境設定を可視化することは情報の把握や共有が容易となり、情報共有不足のヒューマンエラーを防ぐために効果的であると考ええる。

統一したケアを実施し、職員意識を高めることは、利用者に安全な生活環境を提供し安心した生活を送ることに繋がると考える。(図8)



(図8)

住環境を整えても転倒を完全に防ぐことが出来るわけではないが、要因の多くを減らすことが出来る。住環境を整えることはQOLの維持、向上にも繋がりに心身ともに元気な生活を送るためには必要不可欠と言える。(図9)

- ・住環境を整えても転倒を完全に防ぐことが出来るわけではないが、要因の多くを減らすことが出来る
- ・住環境を整えることは、QOLの維持、向上にも繋がりが心身ともに元気な生活を送るためには必要不可欠と言える

(図9)

【おわりに】

転倒予防対策を行っていくことは利用者の生活機能の保持や生命予後の観点から極めて重要である。定期的な見直しなどで更新の遅延や記載不足を最小限にし、利用者の能力と環境の適性を判断する場として今後も継続し、利用者の安心安全な生活を支援していきたいと思う。

(図 10)

【 おわりに 】

転倒予防対策を行うことは、利用者の生活機能の保持や生命予後の観点から極めて重要である

今後も定期的な見直しなどで更新の遅延や記載不足を最小限にし、利用者の能力と環境の適性を判断する場として今後も継続していきたい

【参考文献】
茂木美香,石原裕紀,緩和ケア病棟におけるチェックボードを用いた転倒転落防止対策,日本医療マネジメント学会雑誌,2017,18(3),147-152
伊藤貴之,情報可視化が変える日常生活,デザイン学研究特集号,2010,17(3),8-13

(図10)

11. 訪問看護ステーション「みつぎ」における災害対策の取り組みについて ～医療依存度の高い2症例から見た避難行動を考える～

訪問看護ステーション「みつぎ」(看護師) 石元 久恵・瀬戸田 泰子¹⁾・上田 由美子・馬屋原 佐知子
保健師¹⁾

【はじめに】

近年、全国各地で地震や豪雨などの災害が発生しており、常に災害対応の意識と危機感をもち準備する必要がある。防災には、「自助」「共助」「公助」の働きが大切である。

実際の有事に、利用者へのケアを継続させることは重要だが、災害直後の訪問は困難と想定される。当ステーションの利用者の多くは高齢であり、医療依存度の高い利用者は約2割である。そのほとんどが、災害時における要配慮者である。

そのような中、医療依存度が高い利用者やその家族は、災害時の対応がより困難な状況に陥りやすく、日頃から災害対策を図る事で「自助」を身に付けることが重要と考えた。

今回、医療依存度の高い利用者の自助に着目した災害避難行動が必要と考え、研究に取り組んだ。

【研究方法】

研究期間：2023年8月～12月

研究対象：訪問看護ステーション「みつぎ」利用者の在宅酸素使用者1名、ストーマ造設者1名

研究方法：①災害の準備や認識度を調査するため実施前後で聞き取り調査を行う。

②医療ニーズ別の災害パンフレットを作成する。

③パンフレットを元に、指導し評価を行なう。

【倫理的配慮】

本研究の概要と目的を説明し得られたデータは個人が特定されないよう十分に配慮すること、研究への協力は自由意志であり協力しなくても不利益が生じないことを書面にて説明し同意を得た。なお、撤回書も渡した。

【症例1】

対象者：Aさん 90代 在宅酸素使用者

疾患名：肺気腫

障害者自立度：A2

認知症自立度：IIb

主介護者の妻と息子夫婦、隣家へ娘が住んでいる。訪

問看護は、週1回入浴介助で訪問。

Aさんの問題点として2018年豪雨の時、裏山が崩れ寝室に土砂が流れ込んだ。災害が発生した場合、地区の避難場所を知らない。酸素ボンベの使用方法や業者の連絡先が分からない。日中妻以外の介護協力はない、が挙げられた。Aさんの指導方法として酸素ボンベの交換方法のパンフレットを用いて、繰り返し指導を行うことで妻も操作できるようになった。しかし、夫婦ともに高齢であるため災害時協力者が必要であると考え娘に協力を得た。娘は在宅酸素導入時の説明を覚えておられ、操作はできていたのでAさん夫婦は安心されたようであった。また、酸素の使用時間や関わっている各サービス事業所への緊急連絡先を一覧にして酸素ボンベに備え付けることで、普段から目に入りやすくなった。(図1)



(図1)

【症例2】

対象者：Bさん 80代 ストーマ造設者

疾患名：直腸癌、肺癌、陳旧性脳梗塞

障害者自立度：B2

認知症自立度：自立

主介護者の妻と二人暮らし。訪問看護は週2回入浴介助、パウチ交換で訪問。Bさんの問題点として、自宅周辺の土地が低く浸水が心配である。災害が発生した場合、地区の避難場所を知らない。パウチ交換に不安があるため訪問看護が毎回交換を行っている。災害時に持ち出す必要物品を準備していない、が挙げられた。これらを踏まえて、指導として妻は自ら貼ったパウチが剥がれる怖さがあった。自助を高めるために、繰り返し指導を行うことで怖さや不安がなくなったと言う言葉が聞けた。そ

して、必要物品の準備を一緒に行ったことで災害への心積もりにつながったと言える。(図2)



(図2)

今回の関わりを通して更に自助力を高めるための支援を行うには、個別の家屋環境や避難方法を知る事が必要である。現在使用している評価用紙は、医療・身体面の把握しかできていなかった。個別の家屋環境や避難方法を知ることが必要と考えた。そこで、必要物品準備、避難方法について、自宅周囲の環境、避難場所と経路などを明記した個別の災害評価用紙を作成した。(図3)

家屋環境の危険項目	
必要物品の準備	医療品・日用品
震災時に倒壊が心配	はい・いいえ
震災時に転倒する家具など	ある・ない
水害やがけ崩れの危険	はい・いいえ
避難ルートに危険箇所	ある・ない
避難方法について	徒歩・車いす・その他()
日中、避難支援者	いる・いない
自宅周囲の図 (予想される危険箇所記載)	利用者の避難場所 地図と避難経路

(図3)

【考察】

今回、災害時に必要となる医療処置が行えるよう、災害パンフレットを作成し繰り返し指導を行ったことで「自助」が強化された。今後起こりうる災害に対しても、心構えや避難行動への意識づけになったと考えられる。また、AさんBさんの災害避難行動を行ったことを踏まえ、既存の評価用紙と今回作成した災害評価用紙を合わせて使用することで災害時の対応についてアセスメントができ、災害に対して事前に対策を立てることができる。

高橋は⁵⁾、「患者の個別性を把握したうえで、災害時や停電時の対応を繰り返し、さらにシミュレーションを体験させるなど、自助能力を高める患者教育が必要である。」と述べているように日常的に災害に対する備えや対応を行っていくことが大切である。

災害が相次いで発生しており、医療依存度の高い利用者のセルフケア能力を高める支援が重要である。

【おわりに】

医療依存度の高い利用者が、災害時に自助で生活できるように日頃から災害を想定した避難行動を検討することが大切である。そのためには、医療的処置を身に付けられるような指導を行う必要がある。

今後、全利用者に災害評価用紙を作成し災害リスクをアセスメントし更なる災害避難行動につなげていきたいと考えている。また、高齢者の自助には限界が考えられるため、訪問看護が適切なタイミングで、「共助」「公助」の支援につなげるよう取り組みをしていく。

【引用文献】

- 1) 令和3年度介護報酬改定について 2021 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/> 2023-6-10
- 2) 災害対策用リーフレット：運用方法 広島県看護協会 訪問看護事務局 災害対策委員会 https://hiroshima-houkan.net/bcp_top/ 2023-6-10
- 3) 松浦千春：生きたBCPとするためのBCM、コミュニティケア、日本看護協会出版会、2023年1月、22-24
- 4) 石田千絵：訪問看護においてなぜBCP策定が大切なのか、訪問看護と介護、医学書院、2020年8月、606-614
- 5) 高橋宏子：在宅酸素療法患者における災害時の適切な対応を目指して、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 2015年、第25巻、第3号、435-440

12. 効果的な意思決定支援のあり方を考える ～判断能力に不安がある本人及びキーパーソンに対して～

ケアプランセンター「みつぎ」（社会福祉士） 浦上 裕純・倉永 教子¹⁾・有藤 美保¹⁾

大成 京子・高岡 未来子²⁾

介護福祉士¹⁾ 保健師²⁾

【はじめに】

ここ数年、本来家族が担うべき役割をケアマネが中心となって支援しなければならないケースが増えていきます。

今回、本人家族とも判断能力に不安を抱え、生活課題のある利用者を支援する機会を得たので、若干の考察を加え報告します。

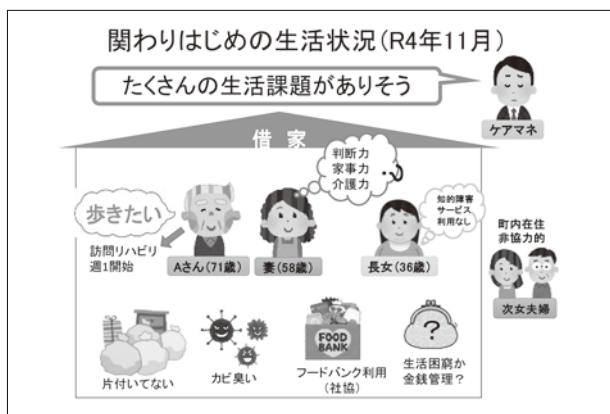
事例 Aさん 要介護1 71歳

病名はCOPD 寝たきり度/A2

認知症高齢者の日常生活自立度/Ⅱb

キーパーソンは妻、家族構成は妻、長女と3人暮らし。

以前、妻の母のケアマネをしていたことから、担当する事になりました。



(図1)

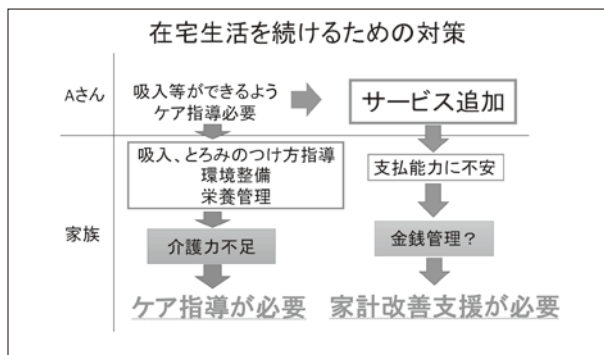
本人の「歩きたい」の思いを実現するために、週1回の訪問リハビリを開始しましたが、家の中は片付いておらず、かび臭がし、フードバンクを利用するなど経済面の不安を感じ、次女夫婦の協力もなく、多くの生活課題がありました。

知的障害のある長女と常に行動を共にする妻の対応について判断力や介護力に不安を感じました。(図1)

サービスは開始したが…在宅生活が続かない すぐに再入院、その後も入退院を繰り返す		
	思い	課題
Aさん	家で暮らしたい もっと歩けるようになりたい	吸入・とろみ拒否 偏食
妻	私はできているけれど、本人が拒否する	介護力?
長女	お父さんと離れたくない 嫌がる事はやめて欲しい	精神的 不安定

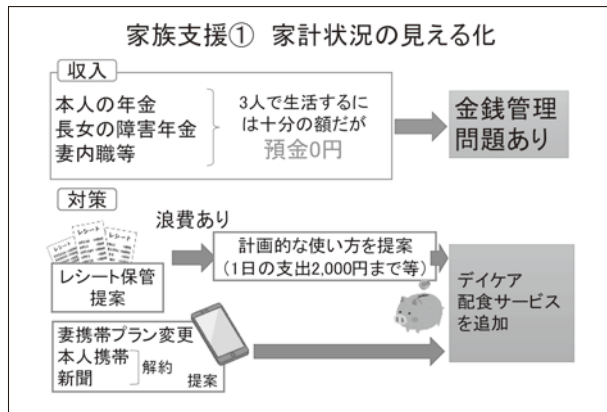
(図2)

サービスは開始しましたが、サービス拒否もあり、在宅生活は続かず入退院を繰り返す状況でした。その理由としては、吸入やとろみを拒否するのが、一番の原因ですが、介護力や長女の精神的に不安定になるなど、家族の課題もありました。本人の家で暮らしたいという思いは強く妻と長女は毎日のように、「困った」と訪れケアマネや保健師が対応しました。そのうちに、関係も近づき、少しずつ家の状況も見えてきました。(図2)



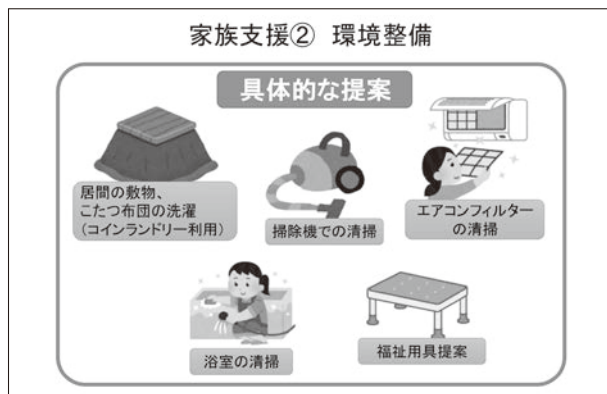
(図3)

在宅生活を継続するための対策として吸入や水分にとろみをつけるケア指導ができるようサービス追加が必要と考えました。家族には環境や栄養を含めた指導が必要でした。しかし、支払い能力に不安があり、まずは、家計改善に取り組むことにしました。(図3)



(図4)

家族支援として、家計状況の見える化に取り組みました。収入は、3人で生活するには十分な額だが、預金が0。レシートを確認すると浪費が見られ、1日の支出を2000円以内にするなど計画的な使い方を提案。妻の携帯のプラン変更、使われていない本人の携帯や読まれている新聞の解約で、デイケアや配食サービスを追加することができました。(図4)



(図5)

居間の敷物、こたつ布団の洗濯、掃除機での清掃、エアコンフィルターや浴室の清掃、住宅改修や福祉用具等の具体的な提案をしました。その結果、少しずつ妻の行動に変化が見られ、環境が整ってきました。(図5)

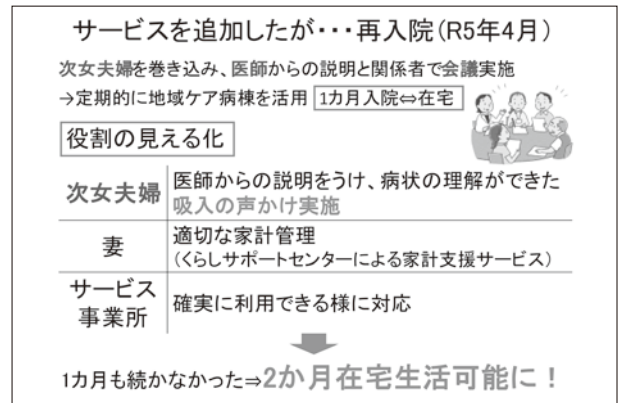


(図6)

さらにAさんへの支援として、ケアプランのようにサービスを調整。吸入の声掛けをインフォーマルサービス

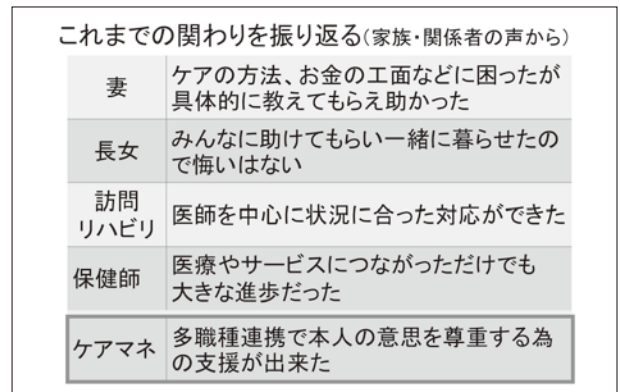
スであるやすらぎ支援員や配食サービスのスタッフにもお願いし、毎日誰かが、声掛けをするようにしました。妻には吸入やとろみのつけ方など指導しました。

写真は、主治医と訪問スタッフが訪問し指導した時の物です。(図6)



(図7)

しかし、令和5年4月、再び入院。退院前に今後、入院を繰り返さないよう本人への影響力のある二女夫婦を巻き込み、医師からの説明を聞いてもらい、その後、関係者で会議を行い会議の結果、定期的な地域包括ケア病棟の活用の方針となりました。医師からの説明を受け次女夫婦も吸入の声かけを行うようになり、くらしサポートセンターの家計支援サービスの導入、確実なサービス利用等、家族、関係者で情報を共有し役割を見える化しました。その結果、1か月も続かなかった在宅生活が2か月程度は継続できました。(図7)

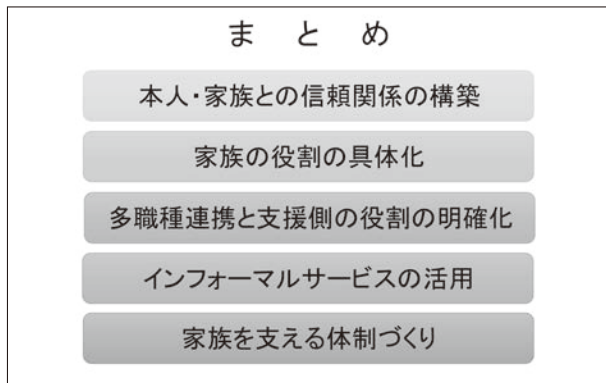


(図8)

Aさんは現在、脳梗塞発症で、入院中です。

これまでの関りを家族・関係者で振り返りました。妻は、ケアの方法、お金の工面などに困ったが、具体的に教えてもらえ助かった長女は、みんなに助けてもらい一緒に暮らせたので、悔いはない。訪問リハは、医師を中心に状況に合った対応ができた。保健師は、医療やサービスにつながっただけでも大きな進歩だったと声があり、ケアマネとしてインフォーマルを含めた多職種連携

で本人の意思を尊重するための支援ができたと考えます。(図8)



(図9)

以上のように、本人家族に効果的な意思決定支援をするには日頃からの関係づくりが重要で本人、家族との信頼関係の構築が、通常ではなかなか踏み込めない家計支援につながったと考えます。又、1つずつ丁寧に役割の具体化を図ることで生活課題の解決に導けたと思います。次に医師を含めた多職種連携でそれぞれの役割を明確化することで統一したケアを提供する事が出来たと考えます。

最後に、やすらぎ支援員、くらしサポートセンター等のインフォーマルサービスの活用で家族のより身近な関わりができ、これらを含めた家族を支える体制づくりが重要だったと考えます。(図9)

13. グループホームにおけるサルコペニア発症予防のために ～食事と運動への取り組み～

グループホーム「かえで」(介護福祉士) 坂田 美帆・宮前 亜由美

仁井 章収・宮迫 雄生¹⁾・森数 充代²⁾

管理栄養士1) 看護師2)

【はじめに】

ひとが健康に生活を送るには、日常動作の基盤となる筋肉量を維持する事が必要不可欠であり、一般的に筋肉量は加齢により減少することは周知の事実である。サルコペニアは、ADLやQOLを低下させるのみならず、転倒による怪我の危険性を増加させ、場合によっては身体的自立を妨げ寝たきりになることがあると言われている。

【研究の背景】

当グループホームでも、新型コロナウイルス感染症による行動制限が緩和されたため、久しぶりに屋外へ散歩に出かけると、数メートルで息が上がり疲れている入居者の姿があり、体力・筋力の低下を目の当たりにした。そこで入居者にサルコペニア発症者がいるのではないかと考え、入居者4名に食事と運動の支援を試みたので結果を報告する。

【対象者】

検査データを基に医師が研究対象可能と判断した4名
A氏 90代女性、B氏 80代女性、C氏 90代女性、D氏 80代女性(表1)

表1

【対象者】	
検査データを基に医師が研究対象可能と判断した4名	
A氏 90代 女性 ・障害高齢者の日常生活自度 A-2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅱb	B氏 80代 女性 ・障害高齢者の日常生活自度 A-1 ・認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅲb
C氏 90代 女性 ・障害高齢者の日常生活自度 B-1 ・認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅲa	D氏 80代 女性 ・障害高齢者の日常生活自度 A-1 ・認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅲa

【研究期間】

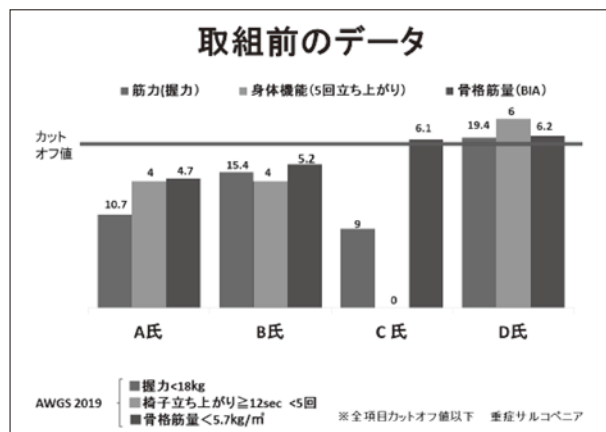
令和5年9月1日から令和5年12月31日

【研究方法】

- ①サルコペニアの診断基準 AWGS2019 にて、筋力(握力測定)、身体機能(5回椅子立ち上がり)、骨格筋量(BIA)を測定する。
- ②管理栄養士と相談し食事の工夫をする。
- ③活動量を増やすため運動を生活に取り入れる。
- ④毎月、身体測定を行い変化をみる。

【取り組み前のデータ】

サルコペニア発症予防ができるよう始めた研究だが、取り組み前のデータを見るとA氏・B氏は重症サルコペニアを発症。C氏・D氏は発症していないが、C氏は骨格筋量以外がカットオフ値以下のためリスクが高いことが分かった。(図1)



(図1)

【現状の問題点】

管理栄養士に提供している食事の栄養計算を依頼。エネルギー 300kcal 不足、たんぱく質 7g 不足との結果が出たため、肉や魚の使用量が少ないのではと意見をもらった。

また、食事に残されるのは、肉が固く噛みきれない。嗜好に応じた食事の提供ができていない。ということから栄養量の不足が考えられた。

運動面の活動量の低下は、自粛前と比べ買い物や行事などの外出の機会が減った。猛暑日が多く散歩に出ることが難しい。天候が良いタイミングで散歩に誘うも認知機能低下のため拒否されることがある。と考えられ、食事・運動面において以上のような問題点が浮かび上がった。

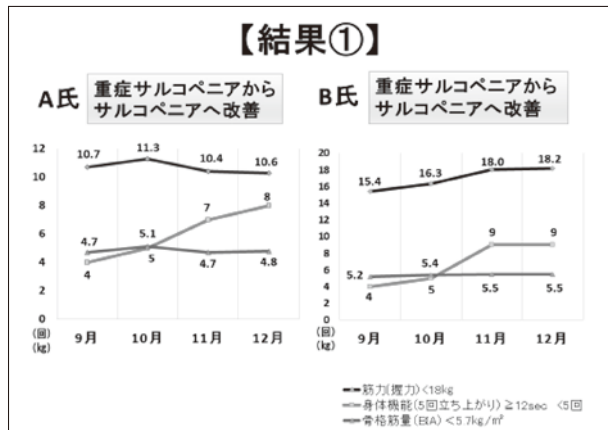
【改善への工夫】

食事はたんぱく質を増やし摂取量やエネルギー量を増やすため、柔らかく食べやすい様に圧力鍋の使用や切り方の工夫をする。魚が苦手な方には豆腐やはんぺんを代替する。

運動は、気候を見ながら畑仕事や散歩へ誘い出す。屋内でもできるようテレビ体操やリハビリスタッフから入居者に適していると勧められたDVDを見ながら一緒に身体を動かす。など、問題点をもとに改善方法を多職種を交え話し合いを行った。

【結果①】

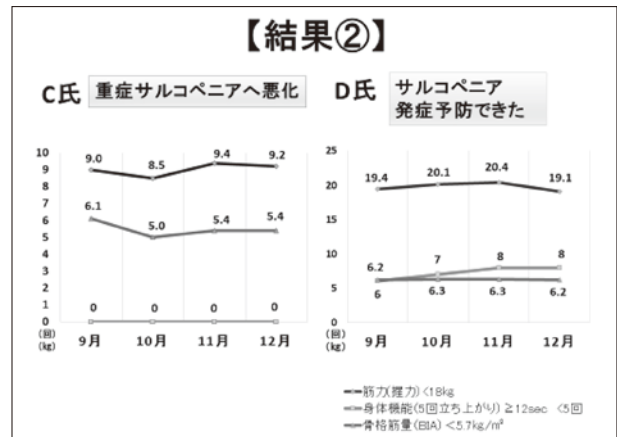
- ・ A 氏⇒重症サルコペニアからサルコペニアへ改善
食が細く残されることが多かったが、全量摂取されることが増えた。体操にはあまり参加されなかったが、散歩には快く応じられたため活動量が増え身体機能が上がった。
- ・ B 氏⇒重症サルコペニアからサルコペニアへ改善
運動を好まれ積極的に活動をされたため筋力、身体機能、骨格筋量全て上昇した。(図2)



(図2)

【結果②】

- ・ C 氏⇒重症サルコペニアへ悪化
体調不良が続き安静時間が長かったため骨格筋量が低下した。元の数値には戻らなかったが、体調回復後は徐々に上昇した。
- ・ D 氏⇒サルコペニア発症予防できている
体操は恥ずかしいようであまり参加されませんでした。が、畑仕事や家事を積極的にされたため、身体機能は上昇し状態は維持できた。(図3)



(図3)

【考察】

食事面では、管理栄養士によるアドバイスを受け、食事内容を見直すことで栄養量や喫食率が増えるだけでなく「美味しい」「食べやすい」という声がよく聞かれるようになり、食事に対する満足感も上がったと考える。

運動面では、グループホーム入居者でも続けられるような家事や畑仕事、DVD 体操などの運動を行った。激しい運動をしなくても、毎日身体を動かすことで筋力、身体機能、骨格筋量は上昇することが分かったため、今後も継続して取り組むことで改善していくと期待する。

【課題】

今回、研究対象とはならなかった入居者5名は腎機能障害、ペースメーカーを植え込みされている方、末期認知症の方で測定することが難しい方だった。測定はしていないが、サルコペニアを発症している可能性が高いと思われる。今後、その様な方にも同様な内容の取り組みはできなくても、個々にあった食事・運動を取り入れサルコペニア発症予防・改善ができるよう努めていきたい。

14. 当院における人間ドックの現状と課題について

健康管理部（主事） 幸下 由希子・村上 奈都美・淀川 佑惟
岡 良行¹⁾・石岡 千枝¹⁾・西澤 真理子¹⁾・戸田 直輝¹⁾
事務員 1)

【はじめに】

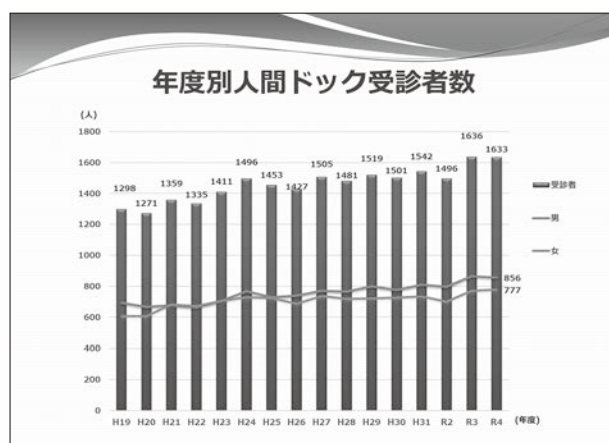
2019年に策定された「健康寿命延伸プラン」は、2040年までに健康寿命を男女ともに、75歳以上にすることを目指しており、取り組みの1つとして「疾病予防・重症化予防」がある。

人間ドックは、健康を増進し発病を予防する「一次予防」と疾病を早期に発見し早期治療に結び付け重症化を予防する「二次予防」を目的としている。

そこで当院における人間ドックの現状と今後の課題について、昨年度までの健診の統計を用いてその傾向を分析し、若干の考察を加えて報告する。

【年度別受診者数】

当院の人間ドック受診者数の推移である。令和2年度はコロナ渦で人数制限があったが、令和3年度は申込みが多く増加している。受診者数は年々増加傾向にあり令和4年度は年間1,633人だった。（図1）



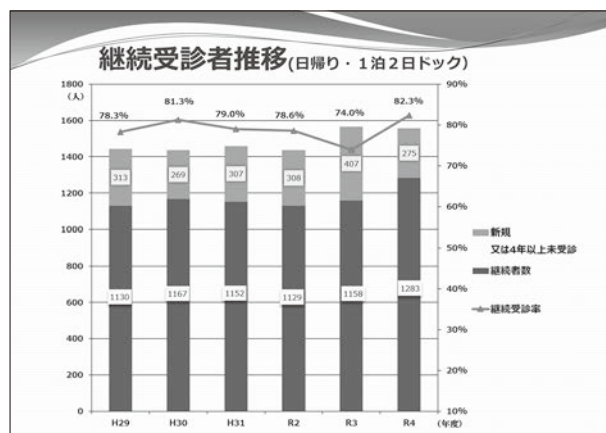
(図1)

【継続受診者推移】

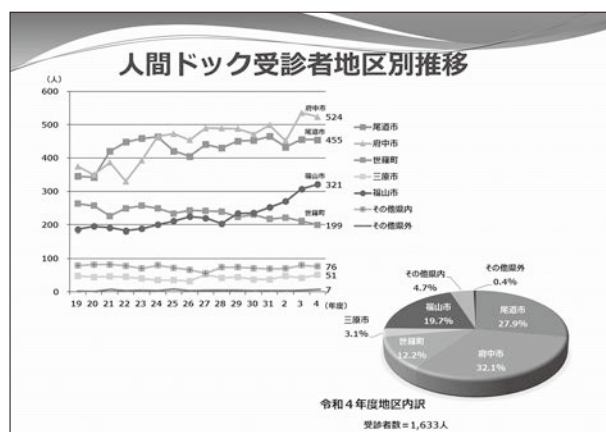
継続受診率は、令和3年度は新規受診者が増加し74.0%で減となったが、令和4年度は82.3%と、増えており昼食も好評で約8割がリピーターである。（図2）

【受診者地区別推移】

受診者数の地区別推移では、現在、府中市が最も多く、尾道市、福山市、世羅町の順となっている。福山市は年々増加しており、世羅町は減少傾向にある。（図3）



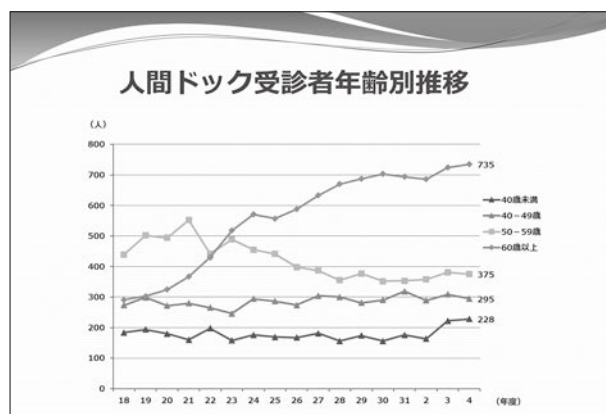
(図2)



(図3)

【受診者年齢別推移】

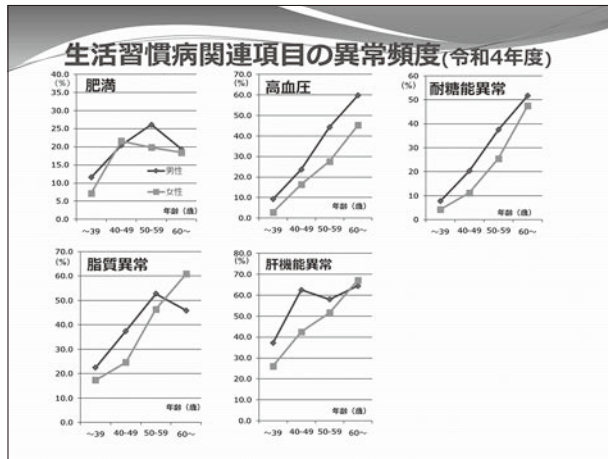
年齢別の推移をみると、60歳以上が年々増加している。令和4年度は1,633人のうち、45%の735人が60歳以上だった。令和3年度からは40歳未満も増加している。（図4）



(図4)

【生活習慣病関連項目の異常頻度】

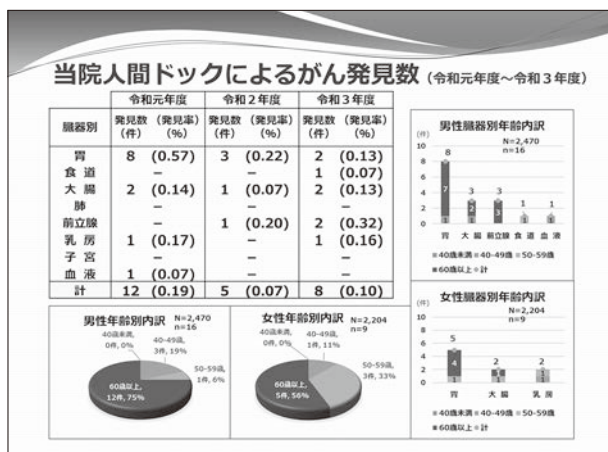
令和4年度受診者の生活習慣病関連項目の異常頻度を年齢別性別で比較した。男性は女性に比べ異常頻度が高い。肥満は男性は50歳代をピークに、女性は40歳代をピークに以降減少している。高血圧・耐糖能異常は男女とも年齢とともに増加し、脂質異常は男性は50歳代をピークに以降減少し女性は年齢とともに増加している。肝機能異常は男性は50歳代からの増加割合が緩やかになり、60歳代から男性と女性が逆転している。(図5)



(図5)

【がん発見数】

令和元年度から令和3年度の3年間の当院人間ドックの要精検者から発見されたがんの集計である。胃がんが最も多く、次に大腸がんが多い。3年間の25件のうち男性が16件で胃がんが最も多く、次に大腸がん、前立腺がんが続く。女性が9件で胃がん、次に大腸がん、乳がんの順だった。年齢別で見ると男性の60歳代以上が12件75%、40歳代3件19%、50歳代1件6%、女性の60歳代以上が5件56%、50歳代3件33%、40歳代1件11%だった。(図6)

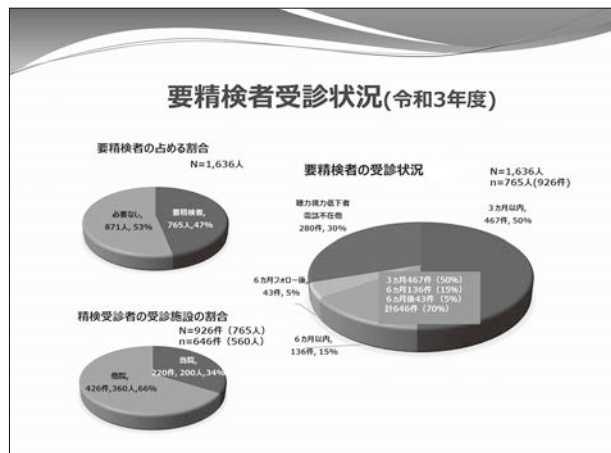


(図6)

【要精検者受診状況】

要精検者の医療機関の受診状況である。精密検査・治療が必要な方には、健診結果に紹介状と返信状を同封している。返信状の返ってない方へ3カ月後に受診勧奨の文書送付、6カ月後にフォローアップの電話で受診状況の聞き取りと受診勧奨を行っている。

令和3年度の間人ドック1,636人のうち要精検者は765人で47%だった。要精検者の受診状況は、3カ月以内では50%、6カ月以内では15%、6カ月フォロー後では5%、計646件で70%が1年以内に受診している。受診施設の割合では、当院は34%で220件200人の方の受診につなげることができた。(図7)



(図7)

【保健指導】

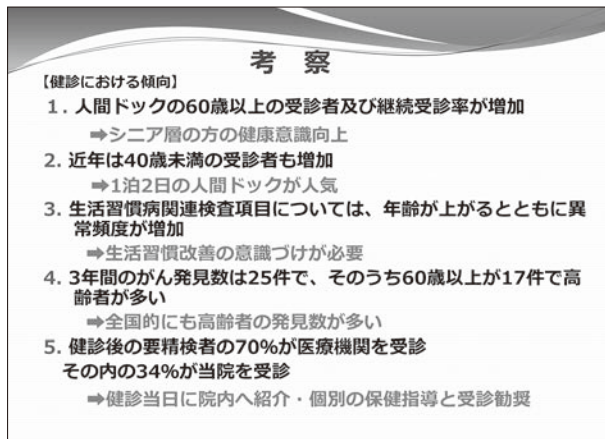
ドック受診者には医師による結果説明の後、保健師による保健指導を100%行っている。健診結果をもとに各自の改善目標を決めて実行していく「宣言カード」を書いて頂き健康増進の意識付けをしている。(図8)



(図8)

【考察】

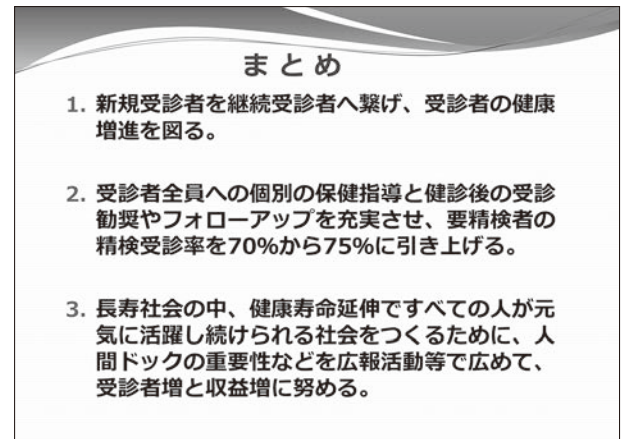
1. 当院の人間ドックの60歳以上の受診者及び継続受診率が増加している。
→シニア層の方の健康意識向上
2. 近年は40歳未満の受診者も増加傾向にある。
→1泊2日の人間ドックが人気
3. 生活習慣病関連検査項目については、いずれも年齢が上がるとともに異常頻度が増加傾向にある。
→生活習慣改善の意識づけが必要
4. 3年間のがん発見数は25件で、その内60歳以上が17件で、高齢者が多い。
→全国的にも高齢者の発見数が多い
5. 人間ドック後の要精検者の70%が医療機関へ受診し、その内当院での受診は34%である。
→健診当日に院内へ紹介・個別の保健指導と受診勧奨（図9）



(図9)

【まとめ】

1. 新規受診者を継続受診者へ繋げて受診者の健康増進を図る。
2. 受診者全員への、個別の保健指導と健診後の受診勧奨ならびにフォローアップを充実させ、要精検者の精検受診率を70%から75%に引き上げる。
3. 長寿社会の中、健康寿命延伸ですべての人が元気に活躍し続けられる社会をつくるために、人間ドックの重要性などを広報活動等で広めていき、当院受診者増と収益増に努める。(図10)



(図10)

15. 脳卒中の予後予測 ～ FIM予測式の有用性～

理学療法士 三阪 義貴・藤本 光理・瀧野 剛¹⁾・普家 一博²⁾・坂井 三知恵

小林 優²⁾・臂 美穂²⁾・平谷 隆³⁾・大河 智恵美³⁾

言語聴覚士¹⁾、作業療法士²⁾、看護師³⁾

【はじめに】

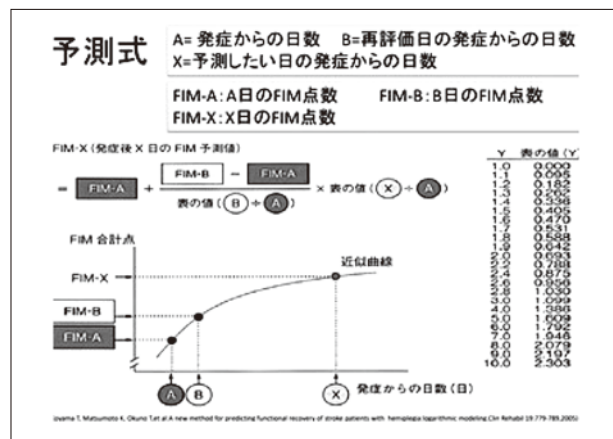
当院回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）では多様な障害を有する脳卒中患者に対して具体的な予後を予測するのに経験年数が浅い療法士は難しく、多くの療法士は自分より経験を積み重ねている療法士の意見を仰ぐことが多い。ところが、経験を積み重ねている療法士の意見も感覚によるところが大きく、根拠のある予測ではないのが現状である。脳卒中の予後予測に関して、Koyama らによる対数モデルを用いた予後予測方法が報告されている。そこで今回、この対数モデルを用いた予後予測式（以下、予測式）を利用し、当院回復期リハ病棟での活用の可能性を検証したので報告します。

【方法】

回復期リハ病棟に入院した脳卒中患者の入院時、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後の FIM 点数を予測式に当てはめ、どの時点での FIM 点数が退院時の FIM 点数と関連があるのか調査しました。比較検定は Spearman 順位相関係数を使用しました。

【予測式の利用方法】

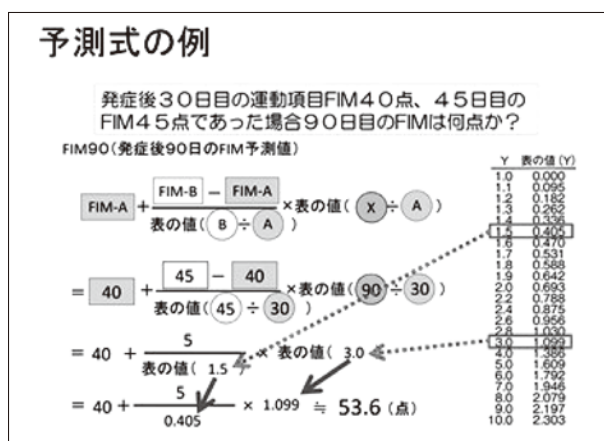
回復期リハ病棟入院時の発症からの日数を A、再評価日の発症からの日数を B、予測したい日の発症からの日数を X とし、それぞれの日にちの FIM の合計値を FIM-A、FIM-B と設定しています。これらを式に当てはめることで FIM-X の予測が可能となります。（図 1）



(図1)

【予測式の利用方法】

例えば、発症後30日目のFIMが40点、発症後45日目のFIMが45点とわかっている場合、発症後90日目のFIMを予測すると、表のような計算式になります。この表のYとは自然対数のことであり、自然対数表からYに対応した数値を代入することになります。この場合、53.6点となり、発症後90日目のFIMは約54点と予測することができます。（図2）



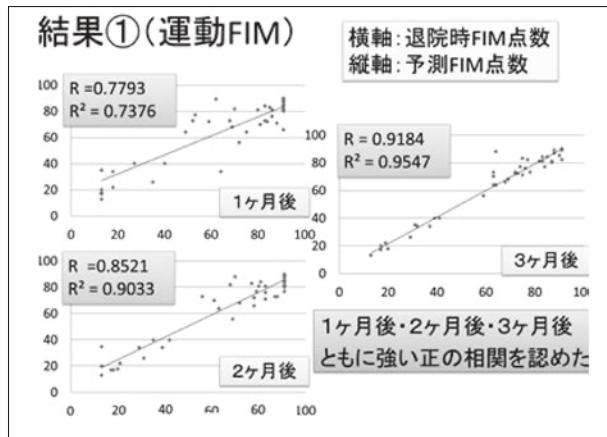
(図2)

【対象】

2020年1月1日～2021年12月31日に当院回復期リハ病棟に入院した脳卒中患者としました。人数は142人のうち、除外対象に該当しなかった42人としました。平均年齢は72.4 ± 12.5歳。平均在院日数は116.67日でした。除外した項目は小山らが過去に公表した論文のもとに発症前から日常生活に介助を要していた患者、脳幹・小脳領域のテント下病変やくも膜下出血、片麻痺症状に乏しい高次脳機能障害患者、3ヶ月以内に退院した患者としました。

【結果①】

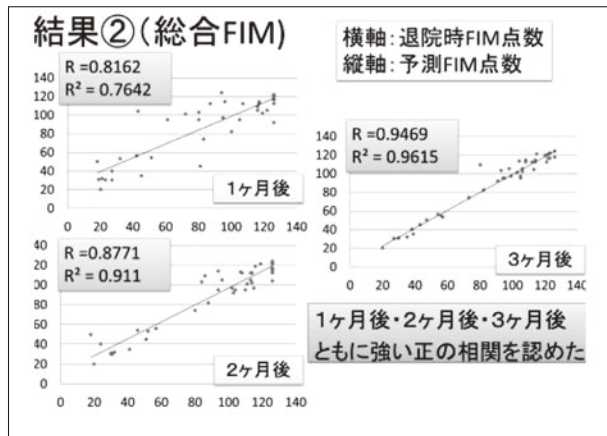
運動FIMの一ヶ月後・二ヶ月後・三ヶ月後ともに強い正の相関が認められました。（図3）



(図3)

【結果②】

総合FIMでも同様に全てにおいて強い正の相関が認められました。(図4)



(図4)

【考察】

入院1ヶ月後から退院時のFIM点数の予測が大まかにできました。また、3ヶ月後の予測FIM点数は退院時のFIM点数に近くなることがわかりました。

予測式を利用することで経験年数に関わらず、根拠のある退院時のFIM点数を予測ができると考えます。今までは療法士の経験でFIM点数を予測していましたが、予測式の活用により、早期から根拠のある予測が可能となり、チームで予後予測を共有できるツールになると考えます。その結果、円滑な退院支援を行うことが可能となるのではないかと考えます。

おわりに

今回、予測式で退院時のFIM点数と相関を認めましたが、今後、どうやって実際に運用していくか検討の必要があると思います。また現状では療法士の経験でFIM点数を予測しているため、予測式と療法士の予測値の相関についても検証してみたいと考えます。

16. 通所リハビリテーション送迎業務における腰痛予防への取り組み

リハビリ部（理学療法士） 永井 学・内海 信洋・宮地 由美・廣瀬 美紀¹⁾・瀧野 剛²⁾・掛田 彩加²⁾
 宮廻 幸枝³⁾・小山 善仁²⁾・渋谷 晋太郎¹⁾・田中 恵美・三宅 貴志
 作業療法士¹⁾、言語聴覚士²⁾、音楽療法師³⁾

【はじめに】

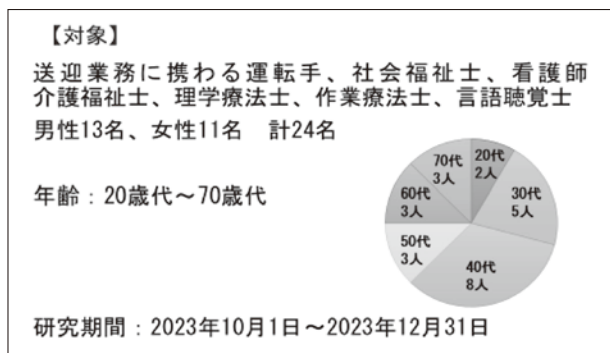
介護老人保健施設「みつぎの苑」通所リハビリテーションの送迎は多職種で行っている。

介護作業や移送作業は他の職業に比べ腰痛を有している割合が高く、送迎に携わる職員から腰痛の訴えを聞く機会もある。

現在、移乗動作などにおける腰痛予防への取り組みは行われているが送迎業務における腰痛予防への取り組みも重要である。今回リハビリ専門職の視点（姿勢、環境、運動）から送迎業務における腰痛予防への取り組みを行ったので報告する。

【対象】

送迎業務に携わる運転手、社会福祉士、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の24名。（図1）



（図1）

【研究期間】

2023年10月1日～12月31日

【結果】

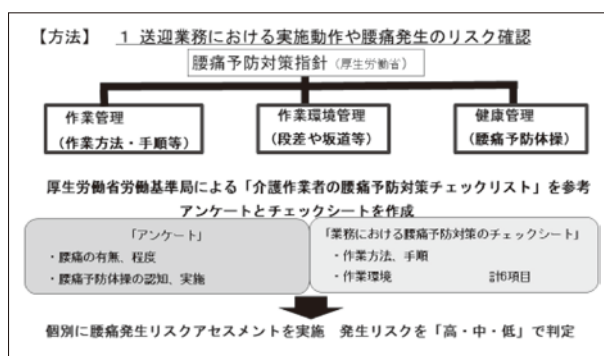
最初に送迎業務における実施動作や腰痛発生のリスク確認を行いました。厚生労働省の腰痛予防対策指針では、作業管理、作業環境管理、健康管理が重要だと示されています。

今回、厚生労働省労働基準局による「介護作業員の腰痛予防対策チェックリスト」を参考にアンケートとチェックシートを作成し、アンケートにて腰痛の有無、程度、腰痛予防体操の認知、実施などを調査しました。

そして、チェックシートにて、作業方法・手順、作業

環境などの計6項目について調査しました。

これらのアンケートとチェックシートの結果から個別に腰痛発生のリスクアセスメントを行い、腰痛発生のリスクを高、中、低で判定しました。（図2）

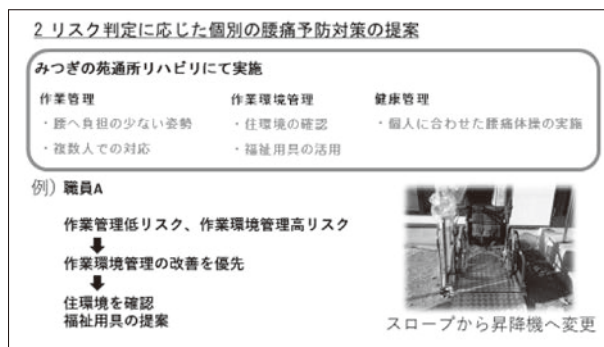


（図2）

リスク判定に応じた個別の腰痛予防対策の提案を行いました。

みつぎの苑通所リハビリでは、作業管理として腰へ負担の少ない姿勢、車いすを持ち上げるなど重量の重い作業の場合には複数人での対応を提案しました。作業環境管理としては、住環境の確認や福祉用具の活用を提案し、健康管理としては腰痛予防体操の実施を提案しました。

実施した例です。職員Aさんでは、作業管理が低リスク、作業環境管理が高リスクの場合、作業環境管理への関わりを優先、住環境の確認、福祉用具の提案を行いました。写真のケースは従来自宅内の出入りにスロープを使用していましたが、送迎スタッフだけでなく、ご家族も負担に感じておられたため、昇降機への変更を提案しました。（図3）

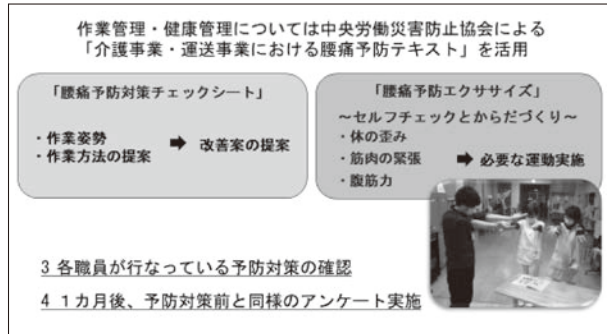


（図3）

作業管理・健康管理については中央労働災害防止協会による「介護事業・運送事業における腰痛予防テキスト」

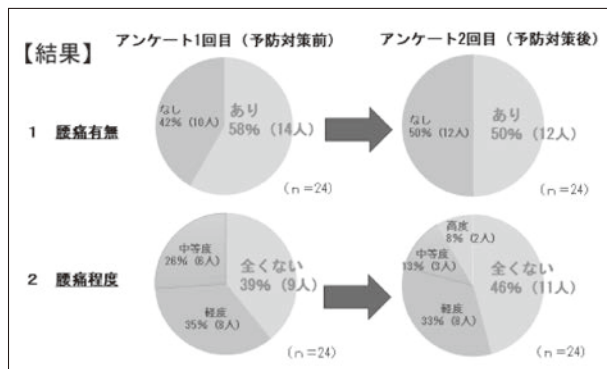
を活用し、「腰痛予防対策チェックシート」と「腰痛予防エクササイズ～セルフチェックとからだづくり～」を作成しました。

その後、各職員が行なっている予防対策を確認しながら、1ヶ月後、再度予防対策前と同様のアンケートを実施、比較してみました。(図4)



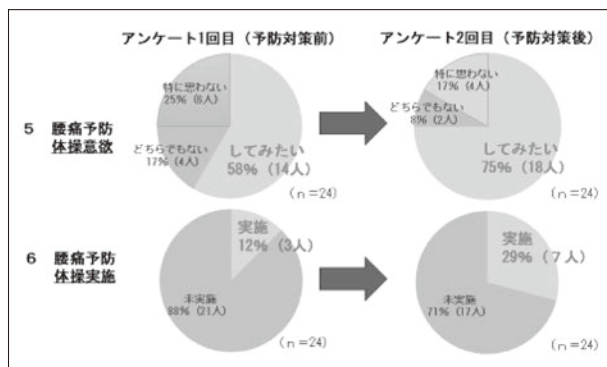
(図4)

腰痛の有無は2回目には改善傾向となり、腰痛の程度も全くないの割合が増えました。(図5)



(図5)

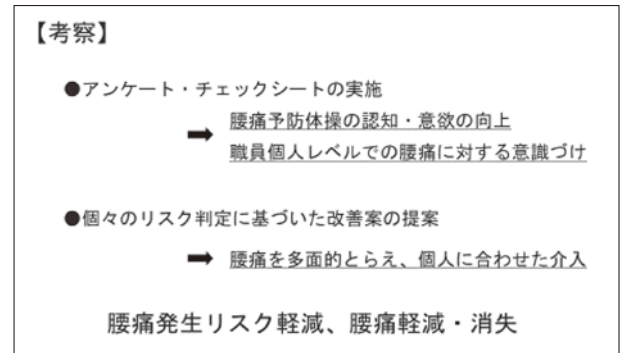
腰痛発生のリスクでは、低リスクの割合が増えました。腰痛予防体操の認知度も向上しました。(図6)



(図6)

アンケート、チェックシートを実施し、腰痛予防体操の認知、意欲の向上がみられ、職員個人レベルの腰痛に対する意識づけができたと考えます。個々のリスク判定に基づいた改善案を提案することにより、腰痛を多面的とらえ、個人に合わせた介入ができたと考えます。これ

らの取り組みにより腰痛発生リスク軽減、腰痛軽減・消失が図れたと考えます。(図7)



(図7)

【おわりに】

送迎に携わる職員に個別に介入することで、腰痛や発生リスクの軽減に一定の効果があつた。

職員の個人レベルでの腰痛に対する意識の向上につながった。リハビリ専門職の視点をもった、腰痛予防、重度化予防の関わりは重要であり、今後研修会等で作業方法の確認や職場内の環境確認、腰痛予防体操の意欲向上から実施向上などへの継続した関わりが必要である。

17. 当院の自動車運転支援における現状の分析と考察

作業療法士 中本 円香・林 達也¹⁾・東舎 奈央²⁾・岸 直美・平本 知佳子

理学療法士¹⁾、言語聴覚士²⁾

【はじめに】

当院では、2009 年より脳損傷者の自動車運転支援マニュアルを作成し、それに沿って運転再開の希望がある患者に対して、神経心理学的検査を実施し、支援を行っている。運転適、再評価、不適については、神経心理学的検査結果、病歴、画像所見、日常生活や社会生活の情報、観察を含め主治医が総合的に判定している。2021 年よりデータベースを作成し、対象患者の情報収集をしていた。

【目的】

- ①運転適（以下適）、再評価、運転不適（以下不適）になる要素の分析
- ②代替移動手段や生活の支援検討

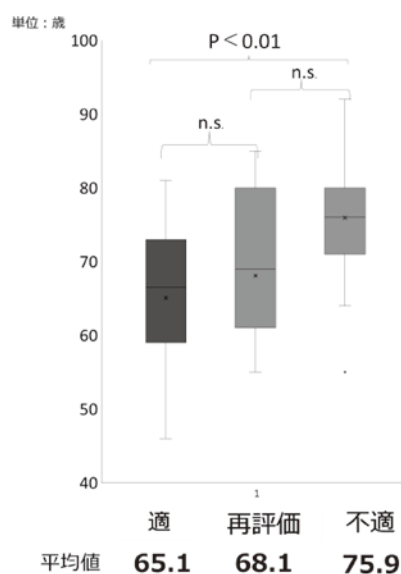
【方法】

2021 年 4 月 1 日～2023 年 5 月 31 日の期間に脳卒中、脳外傷等で高次脳機能障害が疑われ運転再開の希望がある入院および外来患者 82 名（男性 64 名 女性 18 名）を対象に、①適・再評価・不適の判定 ②年齢 ③発症日～最終評価日までの期間 ④障害高齢者の日常生活自立度（以下自立度）⑤神経心理学的検査（MMSE、BIT、TMT-J (A) TMT-J (B)、WAIS-IV 符号、WAIS-IV 積み木）結果を運転評価のデータベースから情報収集し調査した。また判定間で年齢を比較検討するため Welch の分散分析と Games-Howell 法による多重比較法を用いた。

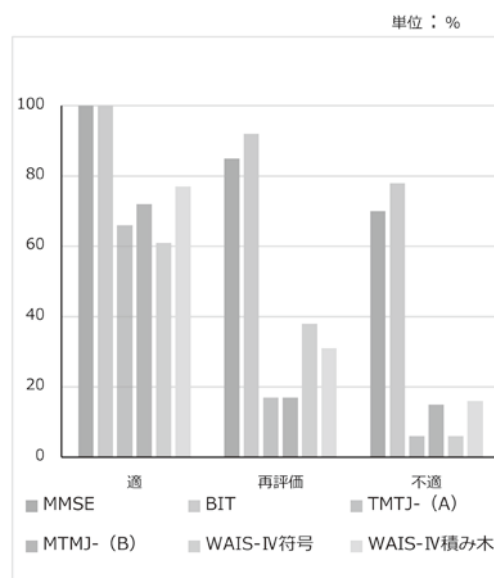
【結果】

判定別の人数は適 34 名、再評価 13 名、不適 35 名で、自立度は不適で屋内レベルが多い。年齢では平均値 70.2 歳で 60 歳代以上が 80% 以上を占め、70 歳代が最も多い。判定間で年齢を比較した結果平均値適 65.1 歳、再評価 68.1 歳、不適 75.9 歳で、適と不適では $p < 0.01$ と有意な差が認められ、不適では適に比べ有意に年齢の平均値が高かった。（図 1）発症日から最終評価日までの期間では特に再評価で平均値と中央値に解離があった。適になるまでの期間は約 100～230 日だった。検査では、認知機能、視空間認知、注意と処理速度、構成能力を評価するため 6 種類の検査を用いて実施した。当院の運転適

の基準値に達した人数の割合だが、運転を控えるべきと確実に判断できるのは認知症と半側空間無視の場合とされており、その 2 つの検査では適は 100% だが再評価、不適は 100% には達しなかった。注意と処理速度、構成能力の検査では適でも 100% は達せず、不適は著しく低かった。（図 2）



（図1）



（図2）

【考察】

適、再評価、不適になる要素と支援についてだが、結果より、適の年齢は不適に比べて低く、発症から適になるまで期間を要し、検査の基準値達成率が高いことから、運転ができない期間の生活支援とリハビリの継続の必要性が考えられる。再評価では平均値 295 日と中央値 42 日で期間の解離があるのは、急性期、回復期と維持期という異なる患者が存在するからだと考えられ、生活支援とともに必要に応じたりハビリの継続が重要と思われる。不適の年齢は適に比べ高く、注意と処理速度、構成能力の基準値達成率が低いことや自立度が屋内レベルの割合が高かったことから閉じこもり防止や多職種と連携し状況に応じて介護保険の検討も必要だと考えられる。

また、山田らの先行研究と同様、今回の結果でも年齢の項目において適と不適で有意差を認めた。さらに、尾道市の報告では、免許保有率は 70 歳代で 50% 以上、御調町などは 80 歳代で 30% 以上であり日常的な交通手段は車が最も多く、御調町は 77% となっている。当地域では高齢者の免許保有率が高く、生活に車を必要としているものが多いことから対象者すべてに支援が必要だと言えることが考えられる。

以上より患者の生活が継続できるよう、既存の支援に加え、早期から多職種と連携し、乗り合いタクシーなどの代替移動手段や、移動販売などの生活支援、送迎付きの地域サロンなどの閉じこもり防止ための情報提供も必要であると考え、今後はこれらの支援も充実させていきたいと考える。

18. 住民力を活かした健康づくり

～健康まなびあい講座を糸口とした個から地域への展開～

(保健師) 内海 香恵・宗平 桧奈・瀬原 英里・村上 美由紀・高山 敬子
石田 奈奈恵・國友 明美・佐藤 妙子・山内 香織

【Ⅰ. はじめに】

尾道市では、「幸齢社会おのみち～住み慣れた地域で元気でいきいきと安心して暮らすために～」を基本理念に掲げ、5つの基本目標を定めて事業を推進している。介護予防、健康づくり施策の充実・推進、多様な学びの場の創出のひとつとして、当センターでは平成27年から「健康まなびあい講座」を実施している。講座内容はフレイル予防の講義、救急法等様々で、参加者は定員20名の事前申込制。これまでの9年間で、延べ175名が受講し、自身の健康づくりやサロン活動の充実に活かすことはできているが、新たな地域活動への広がりには十分とは言えない現状だった。(図1)

令和5年度 健康まなびあい講座		
目的: 健康づくりや介護予防の知識の習得 住民同士がつながり、主体的かつ継続的な地域づくりの推進を図る		
	午前	午後
1	フレイル予防(医師)	股関節ストレッチ(健康運動指導士)
2		ウォーキング講習(パーソナルトレーナー)
3	代謝アップ(マツビラティストトレーナー)	地域づくり支援(社会福祉協議会職員等)
4	救急法・AED(消防署職員)	エイササイズ(エイサー指導者)
5	調理実習(野菜ソムリエプロ)	
健康福祉展(ボランティアで参加)		
6	歯の健康と口腔ケア(歯科衛生士)	エアロビクス(ジャズストレッチ指導者)
7	アサーション(公認心理師)	ながら運動(健康運動指導士)

(図1)

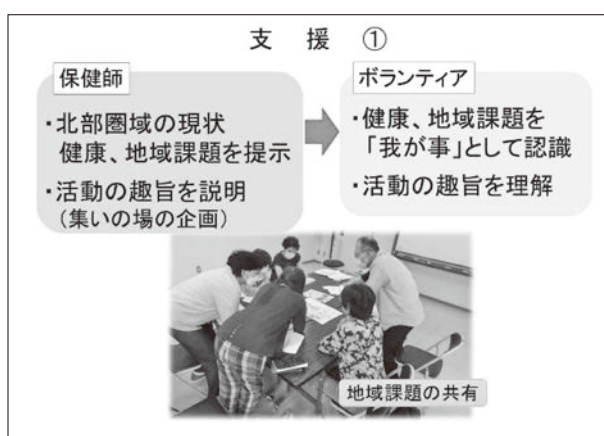
そこで集いの場開催の体験実習として、講座修了者(以下ボランティア)のうち地域活動に意欲がある7名を選出し、ステップアップ講座を企画した。ボランティアの住民力を活かした、集いの場の企画運営に取り組むプロセスでの保健師の支援内容の実際について検討を加え報告する。(図2)

ステップアップ講座	
目的	講座で学んだ内容を活かし、住民主体の集いの場を開催するための体験実習の場
対象者	健康まなびあい講座修了者で地域活動に意欲のある人
内容	集いの場の企画、運営、実施
場所	保健福祉センター2階
助言者	保健師・療法士・管理栄養士・社会福祉協議会職員等

(図2)

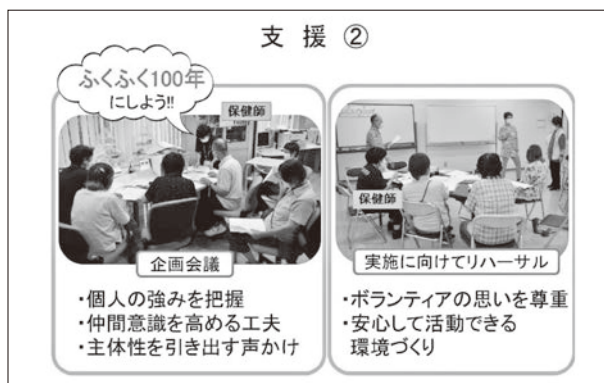
【Ⅱ. 支援の実際】

まず参加の動機付けとして、行政側にあるデータを活用し、閉じこもり傾向や認知機能の低下の割合が高い北部圏域の現状と課題を提示し、共有した。そして、高齢者の生活機能の低下を防ぐ取り組みのひとつ、集いの場の企画を働きかけ、ボランティアの賛同を得た。(図3)



(図3)

企画会議では、個人の強みを把握し、仲間意識を高める工夫として、個々の活動を紹介し合う、情報共有の場を設けた。そして、主体性を引き出す声かけで、発言しやすい雰囲気づくりに努め、それぞれの意見を活動につなげ、一人ひとりに役割を作ること配慮した。会議を重ねる中で、思いを込めた集いの場の名称は「ふくふく100年」と決定した。リハーサルでは、ボランティアの思いを尊重し、安心して活動できるよう、一人ひとりへの関わりを丁寧に行った。(図4)



(図4)

第1回目は、フレイル予防の話やゲーム進行等それぞれが役割を果たし、参加者からも「楽しかった、また来たい」という言葉がある等、活気あふれる会となった。しかし、いきいきと体操指導をしていた方が「全然うまくできなかったわ」と、落ち込む姿に戸惑うとともに、改めて支援のあり方の検討が必要と感じた。

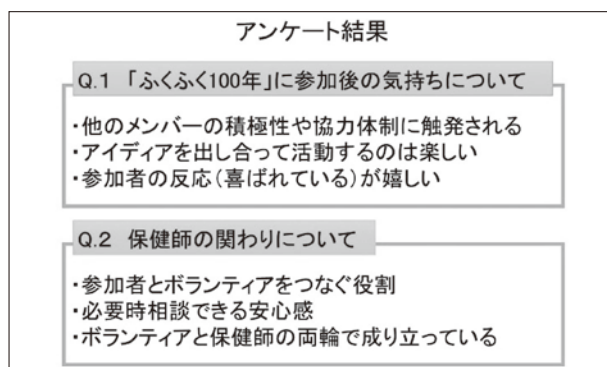
そこで、自信を持って活動してもらうために、地域の集いの場に携わる療法士に参加してもらう機会を設けた。振り返りの場で「専門職では出せない、ボランティアならではの良い雰囲気。今後も自信を持って活動してください」との助言を聴き、活動意欲の維持につなげることができた。また、毎回終了後に行う反省会で保健師は、参加者の喜びの声や表情の変化等を伝え、具体的な称賛や助言を行っている。ボランティア同志は、参加者の反応を踏まえた次回の内容を検討しながら、互いに褒め合う場ともなっている。(図5)



(図5)

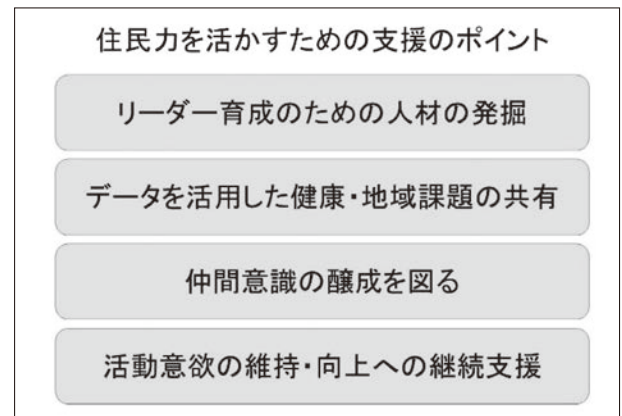
【Ⅲ. 考察】

講座を6回終えた時点で、ボランティアの思いを知るためのアンケートを行った。仲間の積極性が刺激となり、多忙な中でも楽しさや活動の意義を感じ、また参加者の反応は自己効力感を高め、活動継続の力となっていた。そして、今回の保健師の関わりは、参加者とボランティアをつなぎ、必要時相談できる存在である事を求める声が多く、つかず離れずの距離感で、伴走者としての役割が必要であると分かった。(図6)



(図6)

あらためて住民力を活かすための支援について振り返ってみると、集いの場の核となるリーダー育成のための人材発掘、活動意欲がわく仕掛けづくりとしてデータ活用による課題の共有と取り組むべき活動への働きかけが必要だった。また、地域課題を含め、日々感じている事を気軽に話せるような関係づくりで仲間意識の醸成を図り、講座実施後の成果や専門職からの助言を伝えた称賛で、ボランティア自身が充実感・達成感を持つことが、活動意欲向上への支援には重要だった。(図7)



(図7)

【Ⅳ. おわりに】

今後も、日々の細やかな保健活動を通して、地域診断を行い、住民との関係を築いていくことで、繋がりをさらに強化し、新たな人材育成に活かしていきたい。また、講座での学びを即実践に活かす実習の場を取り入れる等の講座内容の充実・見直しを検討している。そして、健康づくり、予防活動の進化として、「ふくふく100年」のチームを基盤に、地域の絆であるソーシャル・キャピタルを活用し、住民協働による保健事業のさらなる推進に取り組んでいきたい。

業 績 集

(論文・学会発表)

外科 〈論文〉

年	月	日	論 文 名	執 筆 者	掲 載 誌
6			Dietary intervention for adult survivors of cancers other than breast cancer A systematic review	Hideo Matsumoto, MD, PhDa, Seiji Onogawa, MD, PhDb, Norihiro Sonoi, DDS, PhDc, Masano Sagawa, RD, PhDd, Shigeki Wakiyama, MDe, Ryo Ogawa, MD, PhDf, Yasuhiro Miyazaki, MD, PhDg, Shigeyuki Nagata, MD, PhDh, Takehiro Okabayashi, MD, PhDi, Susumu Tazuma, MD, PhDb, Akihiko Futamura, PhDj, Yu Ueno, MD, PhDk, Naoki Higashibeppu, MD, PhDl, Joji Kotani, MD, PhDm	Medicine .2024 Jun 28;103(26):e38675.
6			Impact of Perioperative Immunonutrition on Postoperative Outcomes for Patients Undergoing Head and Neck or Gastrointestinal Cancer Surgeries: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials	Ryota Matsui 1 2, Masano Sagawa 1 3, Akihiko Sano 1 4, Makoto Sakai 1 4, Shin-Ichiro Hiraoka 1 5, Isao Tabei 1 6, Takayuki Imai 1 7, Hideo Matsumoto 1 8, Seiji Onogawa 1 9, Norihiro Sonoi 1 10, Shigeyuki Nagata 1 11, Ryo Ogawa 1 12, Shigeki Wakiyama 1 13, Yasuhiro Miyazaki 1 14, Koshi Kumagai 1 2, Rie Tsutsumi 1 15, Takehiro Okabayashi 1 16, Yu Uneno 1 17, Naoki Higashibeppu 1 18, Joji Kotani 1 19	Annals of Surgery Volume 279, Number 3, March 2024

内科 〈学会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	7	19	気道狭窄による呼吸器症状が診断に寄与した再発性多発軟骨炎の一例	住本 夏子 北島 拓真 大谷 博 佐々木 俊雄 松本 英男	第70回日本呼吸器学会 中国・四国地方会(鳥取県米子市)
6	10	19	夫婦間でピロリ菌は感染するか？	赤木 千夏 釜木 信行 松原 直矢 下原 康嗣 佐々木 俊雄 渡辺 章文 春間 賢 眞部 紀明	日本内科学会第131回 中国地方会（広島市）
6	11	16	広島県中参加地域総合病院における禁煙治療の実際	宮前 秀彬 北島 拓真	第18回日本禁煙学会学術総会（島根県米子市）
6	11	29	急速な転帰をたどった骨盤内腫瘍・多発肺転移の1例	中村 文宣 北島 拓真 藤田 俊 古月 七海 勝良 遼 露木 真子 阿部 公亮 濱井 宏介	第71回日本呼吸器学会 中国・四国地方会（高知県高知市）
6	12	7~8	慢性呼吸器疾患終末期における患者家族の心理的負担へのアプローチ	北島 拓真	第28回日本心療内科学会総会・学術大会(東京都大田区)

脳外科

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	11	2	右片麻痺で発症した歯突起後方偽腫瘍にリハビリテーション治療を実施した1症例	出端 亜由美 坪河 太	第8回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会(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
6	3		平成30年7月豪雨の広島県災害時公衆衛生リハビリテーションチームの振り返り～当院の三原市における関わりを中心に～	坪河 太 大野木 英二	全国自治体病院協議会雑誌 63(3)：90-94,2024.

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	10	5	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	坪河 太 品末 典也 栗原 佳穂 出端 亜由美	第64回全国国保地域医療学会(岩手県盛岡市)
6	10	19	高次脳機能障害の基本	坪河 太	備後脳卒中ネットワーク 2024年市民公開講座(広島県福山市)
6	10	31	当院(非災害拠点病院)の災害対策の現状と課題について～地域包括BCPを目指して、地域リハを軸とした支援を通じ、経験値を積む～	坪河 太 品末 典也 栗原 佳穂 出端 亜由美	第62回全国自治体病院学会(新潟県新潟市)
6	11	2	右片麻痺で発症した歯突起後方偽腫瘍にリハビリテーション治療を実施した1症例	出端 亜由美 坪河 太	第8回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会(岡山県岡山市)
6	12	1	回復期病棟における標準訓練コードを用いたリハビリテーション治療の実態調査	品末 典也 浅枝 諒 塩田 繁人 栗原 佳穂 坪河 太 近本 哲士 三上 幸夫	第52回日本リハビリテーション医学会中国・四国地方会(山口県山口市)

歯 科

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	10	5	健康寿命延伸のための地域活動～“くち”から知ろう！！地域を～ 歯科検診から分かった地域住民の“くち”の現状	日浅 恭	第64回全国国保地域医療学会 専門分科会3（岩手県盛岡市）

栄養管理室

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	2	15	栄養サポート・ステーション（栄養外来）開設後の実績と受診の効果及び課題の把握	賀好 美由樹	第39回日本臨床栄養代謝学会学術集会 （神奈川県横浜市）
6	8	31	栄養サポート・ステーション（栄養外来）開設後の実績と受診の効果及び課題の把握	賀好 美由樹	第50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）
6	7	21	東レ・メディカル社製 新型RO装置の性能評価	小林 正宗	第33回日本臨床工学会 （広島市）
6	10	28	新型RO装置原水加温ヒータの消費電力検証 ～熱交換器はSDGsに繋がるか～	小林 正宗	第13回中四国臨床工学会 （鳥取県米子市）

歯科診療室

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	10	4	国民皆歯科健診の礎 ～20年経過した御調町「歯の日」歯科健診～	宇野 芽衣	第64回全国国保地域医療学会（岩手県盛岡市）

〈論 文〉

年	月	日	論 文 名	執 筆 者	掲 載 誌
6	1	1	高齢者の保健事業と介護予防の一体化実施の推進に向けて	安岡 春菜	地域医療 Vol.61 No.3

薬剤部

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	6	14 15	病院薬剤師が末期心不全患者の在宅緩和ケアに介入した一例	木和田 真帆	第29回日本緩和医療学会学術大会 第37回日本サイコ オンコロジー学会総会 合同学術大会（兵庫県神戸市）
6	10	4 5	与薬カート導入がインシデントおよび業務負担へ与える影響	ト部 純菜	第64回全国国保地域医療学会（岩手県盛岡市）
6	11	2 11 4	社会福祉法人の診療事業継承で見えた処方支援・検査提案における病院薬剤師の役割と課題	村上 秀治	第34回日本医療薬学会年会 （千葉県千葉市）

リハビリ部

〈論 文〉

年	月	日	論 文 名	執 筆 者	掲 載 誌
6	3	30	下手の横好き 薪ストーブのある暮らし	大野木 英二	地域医療 Vol.61 No.4
6	3		平成30年7月豪雨の広島県災害時公衆衛生 リハビリテーションチームの振り返り ～当院の三原市における関わりを中心に～	坪河 太 大野木 英二	全国自治体病院協議会雑誌 第63巻2024年第3号
6	6	14	はじめてのがん患者の作業療法 ・精神的苦痛に対する作業療法	臂 美穂	臨床作業療法NOVA 2024 年21巻2号
6	11	5	グリーフケアにおける作業療法 ・患者の死と向き合うために	臂 美穂	作業療法ジャーナル 2024 年58巻12号

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	2	4	実動作練習が生活の拡がりを意識した希望や 意味のある作業の再獲得へ繋がった事例	廣瀬 美紀	第29回広島県作業療法学会 (広島市)
6	6	22	介護老人保健施設における嚥下造影検査と誤 嚥性肺炎の関連性について	小山 善仁	第25回 日本言語聴覚学会in 神戸（兵庫県神戸市）
6	6	9	急性間質性肺炎による気管挿管抜管後障害に 対する言語聴覚士の関わり	田頭 美加	第8回 広島県言語聴覚士会 学術集会（広島市）
6	8	31	脳卒中の予後予測 ～ FIM予測式の有用性～	三阪 義貴	第50回広島県国保診療施設 地域医療学会 (広島市,web開催)
6	8	31	通所リハビリテーション送迎業務における腰 痛予防への取り組み	永井 学	第50回広島県国保診療施設 地域医療学会 (広島市,web開催)
6	8	31	介護老人保健施設の長期入所者における嚥下 機能と栄養状態の関連性について	掛田 彩加	第30回日本摂食嚥下リハビ リテーション学会学術大会 (福岡県福岡市)
6	10	3	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事 業ポピュレーションアプローチにおけるリハ 専門職の役割	星野 浩一	リハビリテーションケア合 同研究大会 山梨2024 (山梨県甲府市)
6	10	3	介護者が積極的に地域に関わるようになった 事例～認知症初期集中支援事業を通して～	山崎 洋揮	リハビリテーションケア合 同研究大会 山梨2024 (山梨県甲府市)
6	10	31	当院の自動車運転における現状	中本 円香	第62回 全国自治体病院学会 in 新潟（新潟県新潟市）
6	11	10	当院の自動車運転評価における年齢・神経心 理学的検査と適・不適判定の関連の検討 ～自動車運転評価のフローチャートを用いて～	岸 直美	第58回日本作業療法学会 (北海道札幌市)
6	12	8	地域包括ケアを推進する地域リハビリテー ションの取り組み～病院・施設の立場から～	渋谷 晋太郎	第30回広島県作業療法学会 (三原市)

看護部

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	8	31	看護職員によるFIMを正確に採点することを目指して	大村 知子	第50回広島県国保診療施設地域医療学会 （広島市、Web開催）
6	10～11	31～1	安心安全な医療の提供のために ～うまくいった事例の共有に向けた取り組み～	前場 桃子	第62回全国自治体病院学会in 新潟（新潟県新潟市）
6	11	15～16	当院呼吸ケアチームによる Advance Care Planning(ACP)導入の取り組み	片山 成美	第34回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 学術集会（愛知県名古屋市）

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）
6	10	24	アフターコロナにおける地域共生 ～施設交流行事の移り変わり～	高上 遼太	令和6年度広島県老人福祉施設連盟尾道ブロック職員研修大会（三原市）

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）
6	8	31	環境設定シートの可視化の効果 ～安全な生活空間の提供を目指して～	村上 裕一 平棟 敬子 伊藤 資子	杉本 幸江 富岡 純子 児玉 絵里香	第50回広島県国保診療施設 地域医療学会 (広島市、Web開催)	
6	11	14	環境設定シートの可視化の効果 ～安全な生活空間の提供を目指して～	村上 裕一 平棟 敬子 伊藤 資子	杉本 幸江 富岡 純子 児玉 絵里香	第35回全国介護老人保健施 設大会 岐阜(岐阜県岐阜市)	

グループホーム

〈学 会〉

年	月	日	演 題 名	報 告 者	学会名（開催地）
6	10	4	グループホームにおける サルコペニア発症予防のために ～食事と運動への取り組み～	坂田 美帆	第64回全国国保地域医療学会（岩手県盛岡市）

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)
6	8	31	住民力を活かした健康づくり ～健康まなびあい講座を糸口とした個から地域への展開	内海 香恵 宗平 桧奈 國友 明美 瀬原 英里 村上 美由紀 高山 敬子 石田 奈奈恵 山内 香織 佐藤 妙子	第50回広島県国保診療施設 地域医療学会 (広島市、Web開催)
6	8	31	訪問看護ステーション「みつぎ」における災害対策の取り組みについて～医療依存度の高い2病例から見た避難行動を考える	石元 久恵 瀬戸田 泰子 上田 由美子 馬屋原 佐知子	第50回広島県国保診療施設 地域医療学会 (広島市、Web開催)
6	10	4・5	地域における訪問看護の役割を考える ～当訪問看護ステーション「みつぎ」のあゆみ・現状・課題など～	上田 由美子	第64回全国国保地域医療学会 (岩手県盛岡市)

オープンカンファレンス

第361回～第366回

第361回（R6.1.11）

1）夫婦間での萎縮性胃炎の有無や頻度に関して	内	科	赤木	千夏
------------------------	---	---	----	----

第362回（R5.3.7）

1）顎関節疾患	歯	科	手島	渉
---------	---	---	----	---

第363回（R5.5.9）

1）当院の災害対策の現状と課題について ～西日本豪雨を振り返りながら～	整形・リハビリテーション科	坪河	太
--	---------------	----	---

第364回（R5.7.11）

1）成人肺炎診療ガイドライン2024 徹底解説	内	科	北島	拓真
-------------------------	---	---	----	----

第365回（R5.9.12）

1）アルツハイマー病に対する抗アミロイド β 抗体薬療法について	脳神経外科	松岡	隆
--	-------	----	---

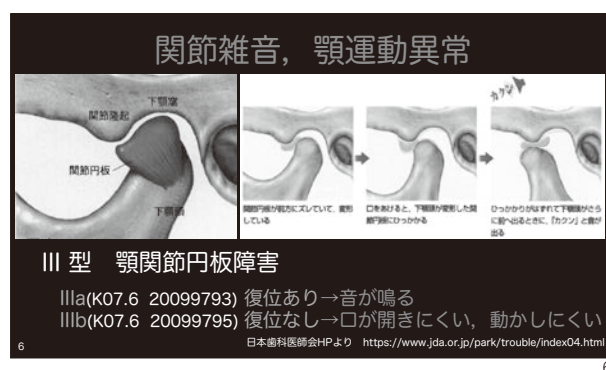
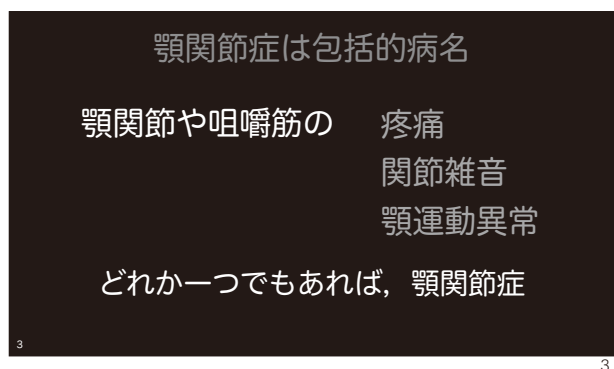
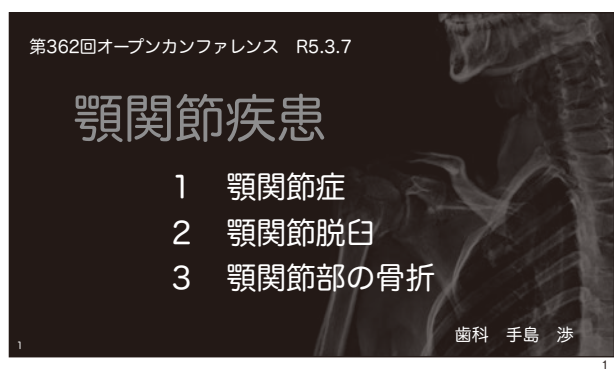
第366回（R5.11.7）

1）慢性便秘症	外	科	河合	昭昌
---------	---	---	----	----

顎関節疾患

歯科 手島 渉

顎関節は前後、左右、上下と三次元的に動かせる左右1対の特殊な関節であり、これによって、食べることや話すこと、表情を作ることなどの機能に寄与する。顎関節部の疾患は珍しいものではなく、日常の歯科臨床にしばしば見受けられるものである。生命の危険にさらされるものではないが、顎関節の機能的障害や心理社会的障害はQOLに大きな影響を及ぼす。今回は、顎関節疾患のうち、顎関節症、顎関節脱臼、顎関節部の骨折を取り上げ、保存的療法と外科的療法を提示して解説を加えた。



顎関節症の原因

日常生活を含めた環境・行動・習癖・宿主・時間的因子などの多因子が積み重なり、個体の耐性を超えた場合に発症する。

7

日本顎関節学会編：顎関節治療の指針2020

7

顎関節症の経過

- ・ 時間経過とともに改善し、治癒する
- ・ 自覚症状は保存的治療によって良好に緩和する
- ・ 兆候と症候は一時的で、基本的に自然治癒する

8

日本顎関節学会編：顎関節治療の指針2020

8

顎関節症の治療

- I. 非手術的治療 (non-surgical modalities)
1. 生活改善、セルフケア、栄養補助食品 (lifestyle adaptation, self-managing, supplement)
 - ② 薬物療法 (pharmacologic therapies)
 - ③ 理学療法 (physical medicine modalities)
 - ④ スプリント療法 (oral appliances)
 5. 咬合治療 (management of dental occlusion)
 6. 認知行動および心身医学療法 (cognitive-behavioral and psychological treatment)

- ・ 痛みをコントロール
- ・ 顎機能の回復
- ・ 正常な日常生活の回復



左) 柴田孝典：口腔外科領域における顎関節症の治療法、日補綴会誌4, 2012
右) 日本顎関節学会編：顎関節治療の指針2020

9

9

症例1-1 変形性顎関節症 (顎関節症 IV型)

80代

口を開けると左が痛い

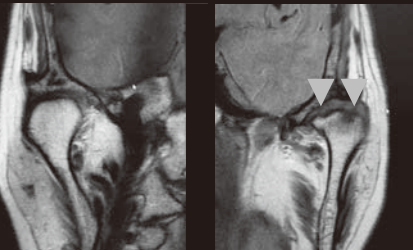
既往歴：多発性脳梗塞
高齢者施設入所
要介護5で寝たきり
経腸栄養



10

10

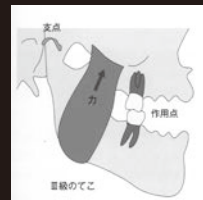
症例1-1 MRI画像



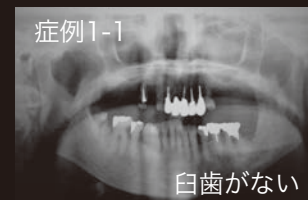
11

11

アゴは III級でこ (第3種でこ)



症例1-1



白歯がない

力点と作用点が近いことで発揮される
(III級でこには、和ハサミ、ピンセット、 tong などがある)

左図：玉置勝司、榊原功二、佐藤幸司編：生体情報から考える補綴装置の咬合コンセプト、歯科技工別冊、2019

12

12

症例1-2 (鑑別診断) 胸鎖乳突筋痛 / M79.1 M79.11

70代「口を開けると顎が痛い」

既往歴：

高血圧、骨粗鬆症、脂質異常症、
右手企図振戦、椎間板ヘルニア、
腰椎すべり症

現症：

開閉口障害、顎跛行、両側顎関節開口痛、
右側頭筋部痛・右側咬筋部痛・右頸部痛
発熱なし、視野異常なし

＝他病院での診断＝

右胸鎖乳突筋痛障害
(側頭動脈炎は否定)

服薬：

アレンドロン酸Na、エルデカルシトール、
バルサルタン、ニフェジピン、アロチノール、
セレコックス、プレガバリン

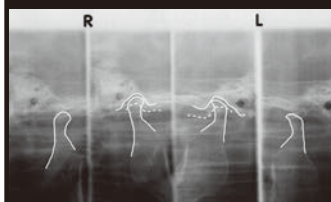
13

13

症例1-2 顎関節規格撮影

今回

10年1ヶ月前



14

14

筋・筋膜疼痛は慢性経過後、中枢性感作を生じて関連痛を来す。・・・緊張型頭痛の一部は顎関節症である

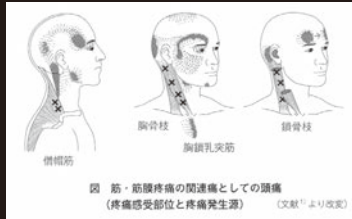


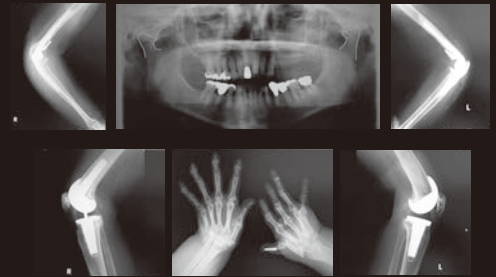
図 筋・筋膜疼痛の関連痛としての頭痛 (疼痛感受部位と疼痛発生源) (文献¹⁾より改変)

15

15

症例1-3 (鑑別診断) 関節リウマチ顎関節/M06.9 M0698

60代



16

16

TCH (歯列接触癖: tooth contact habit)



1日の歯の平均接触時間は
17.5分 (Graf 1969)

噛みしめが強い人の舌縁歯圧痕



17

17

口の安静状態が顎関節を守る

- ① 口唇を軽く閉じて、唾をゴクンと飲み込んで下さい
- ② 舌を口蓋につけたまま奥歯を軽く数ミリあけて下さい
- ③ 鼻でゆっくり息をして下さい

口元の保ち方

舌先を、上顎の歯の内側付け根に軽くつけます。上下の歯を合わせずに口を軽く閉じ、少し口角を上げて微笑みの表情を作ります。



18

藤井隆英著: 身体と心をととのえる禅の作法 / 写真: 福山市沼隈町 神勝禅寺HPより

18

2. 顎関節脱臼

習慣性顎関節脱臼 K07.6 20063968
陳旧性顎関節脱臼 K07.6 20088515

19

19

顎関節脱臼
関節隆起を乗り越えて脱臼



高齢者施設による年間顎関節脱臼割合は0.4%

松香芳三ら: 特別養護老人ホーム入所者における顎関節脱臼の実態調査. 日顎誌30(3), 2018

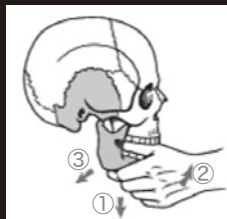
20

20

顎関節脱臼 徒手整復



ヒポクラテス法 (術者は前に立つ)
ボルカース法 (術者は後ろに立つ)
竹岡式 (患者を寝かせる)



- ①下に引いて
- ②前に回転させつつ
- ③後ろに押す

左) 杉崎正志: 顎関節脱臼の徒手整復に関する歴史的回顧. 日顎誌29(3), 2017
右) MSD マニュアルプロフェッショナル版: 顎関節脱臼

21

21

顎関節脱臼 整復固定



バンテージ® (株式会社竹虎)



AGOキャップ® (ワシエスメディカル)

22

22

症例2-1 習慣性顎関節脱臼 /k07.6 20063968

80代

習慣性顎関節脱臼に対して、残存歯を用いた顎間固定

23

習慣性顎関節脱臼 外科手術

顎関節隆起切除術

顎関節隆起前方プレート埋入術

左) 済生会横浜南部病院HP https://www.nanbu.saiseikai.or.jp/depts/dentistry/temporomandibular_joint_dislocation.html

右) 松下記念病院HP <https://kenpo.jp.panasonic.com/kinen/disease/temporomandibular-joint-dislocation.html>

24

症例2-2 陳旧性顎関節脱臼 /k07.6 20088515

40代

既往歴：
17才 左側くも膜下出血（詳細不明），
高次脳機能障害，右半盲，失語症
20才頃 習慣性顎関節脱臼

経過：
12/7 右側くも膜下出血 →入院中の口腔外科で顎関節脱臼整復
1/20 リハビリのため他病院転院 →歯科なし，いつはずれたか不明
3/14 当院転院 失語症，高次脳機能障害，左顔面麻痺，左半身麻痺，右半身麻痺，皮質聾，
嚥下障害，経鼻栄養

25

症例2-2 初診時CT画像

26

症例2-2 観血的顎関節整復術＋頬骨突起形成術（LeClerc法）

術前 術直後

(脱臼から手術まで5ヶ月以上経過)

関節節①を垂直に骨切りし、
頬弓基部②で若木骨折させる

27

症例2-2 リモデリング

術前 術後3ヶ月 術後1年

28

3. 顎関節部の骨折

下顎関節突起骨折 S02.6 20055103

下顎頭骨折 S02.6 20055133

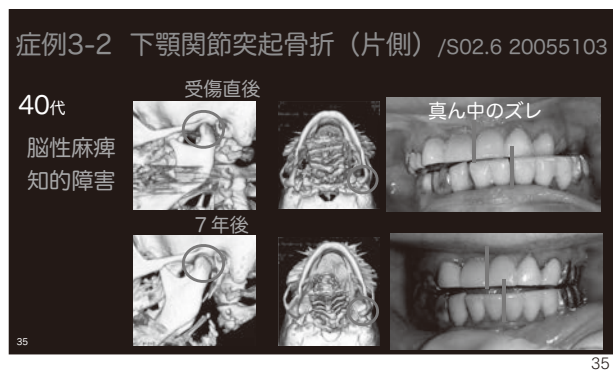
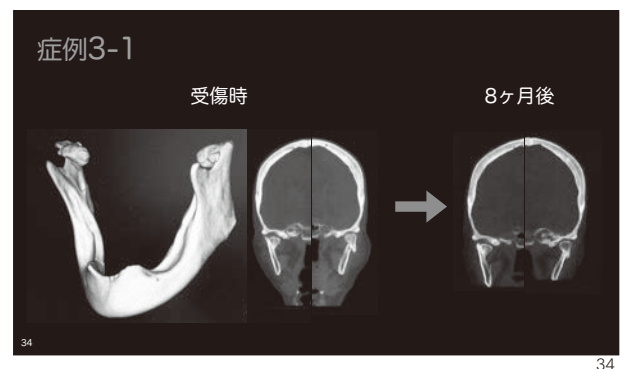
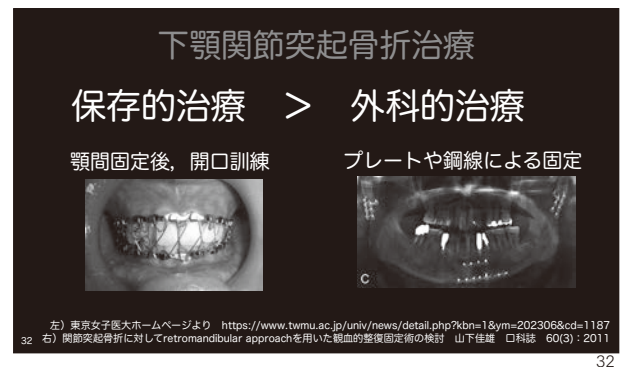
29

下顎関節突起骨折（AO分類）

ライン3より上：下顎頭骨折
ライン2～3間：下顎関節突起骨折
ライン2より下：下顎枝骨折

日本口腔外科学会，日本口腔顎顔面外傷学会編：外傷診療ガイドライン，2015年版

30



まとめ

顎関節疾患は

- ・生活習慣や周囲組織の影響を強く受ける.
- ・構造上, 外力による損傷が起きやすい.
- ・リモデリングなどで機能回復される.

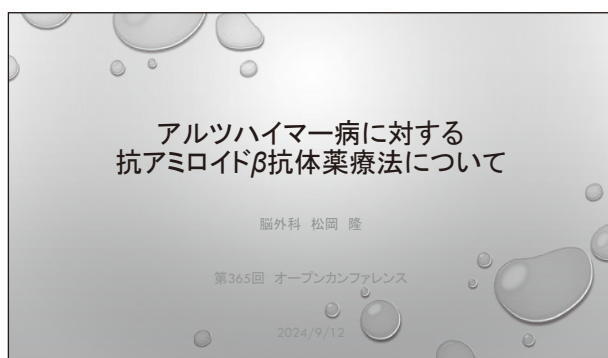
39

39

アルツハイマー病に対する抗アミロイドβ抗体薬療法について

脳神経外科 松岡 隆

日本の高齢認知症患者は2025年に471万人と推計され、その割合は増加傾向であり、2060年の認知症とその前段階のMCIの高齢者は計1277万人とも推計されている。認知症患者の6～7割をアルツハイマー病が占める。アルツハイマー病は脳内にアミロイドβやタウというタンパク質がたまり、神経細胞が死んでいく病気であり、その治療には従来、残った神経の働きを助ける対症療法薬が長く使われてきた。最近、アルツハイマー病の疾患修飾薬としてアミロイドβを除去して進行を遅らせる薬が登場したのでその概要について説明する。



1

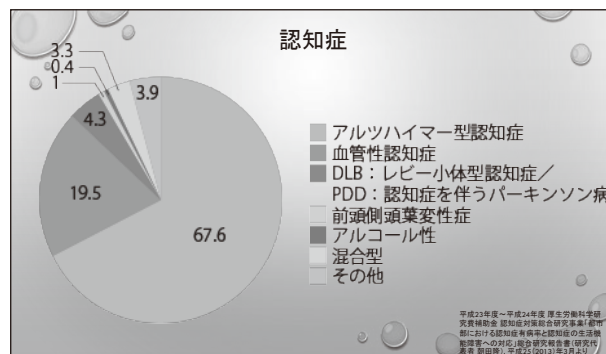


2

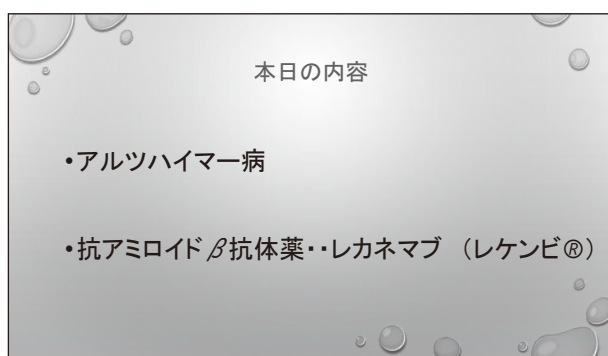
認知症の原因疾患	
神経変性疾患	アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病、嗜銀顆粒性認知症、神経原線維変化型老年期認知症、など
血管性認知症	多発梗塞性認知症、戦略的部位的単一病変による認知症、小血管病変性認知症、低血流性認知症、脳出血性認知症、など
脳腫瘍	原発性脳腫瘍、転移性脳腫瘍、癌性髄膜炎、など
髄液循環障害	正常圧水頭症、二次性水頭症、など
頭部外傷	慢性硬膜下血腫、脳挫傷後遺症、慢性外傷性脳症、など
感染症	神経梅毒、ウイルス脳炎、HIV感染、クロイツフェルト・ヤコブ病、髄膜炎、脳膿瘍、脳寄生虫、など
臓器不全	腎不全、肝不全、心不全、呼吸不全、など
内分泌機能異常	甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、副甲状腺機能低下症、副甲状腺機能低下症、反復性低血糖、など
欠乏性疾患・中毒	アルコール依存症、marchiafava-bignami病、一酸化炭素中毒、ビタミンB1欠乏症、ビタミンB12欠乏症、ビタミンD欠乏症、葉酸欠乏症、ナイアシン欠乏症、薬物中毒、低酸素脳症、など
自己免疫性疾患	多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎、パーキンソン病、シェーグレン病、など
その他	ミトコンドリア筋病、進行性筋ジストロフィー、など
認知症と似た症状を起こす疾患	せん妄、うつ病、学習障害、精神遅滞、など

(認知症疾患診療ガイドライン2017 参照)

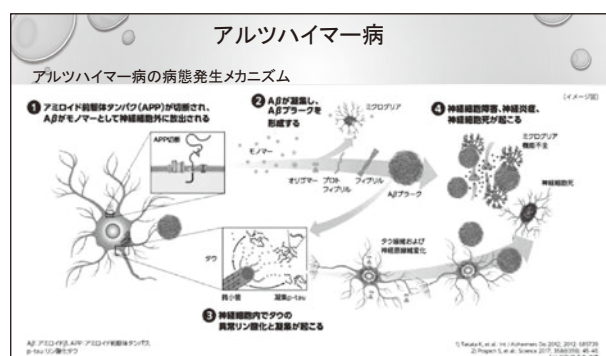
3

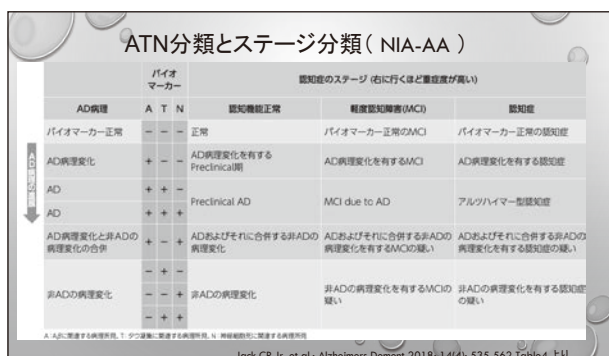
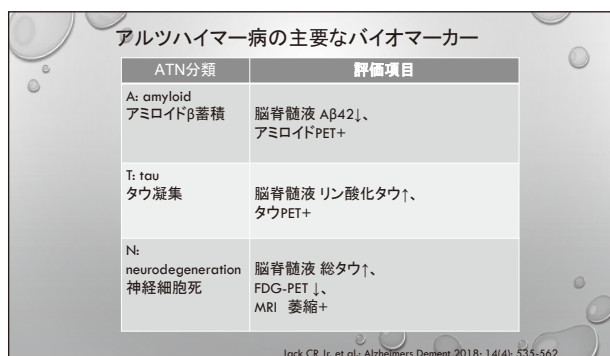
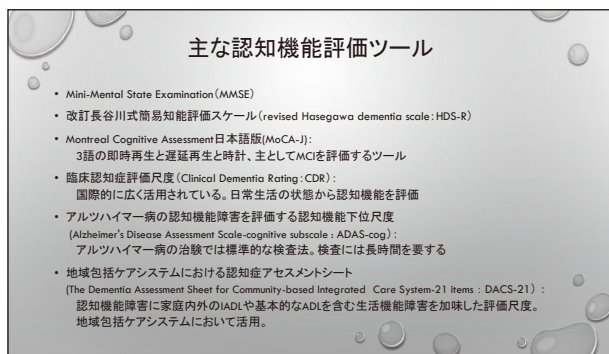
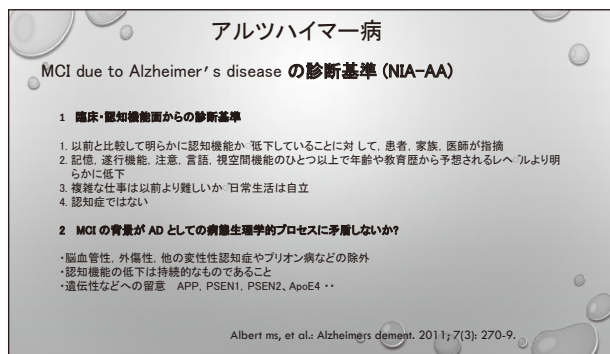
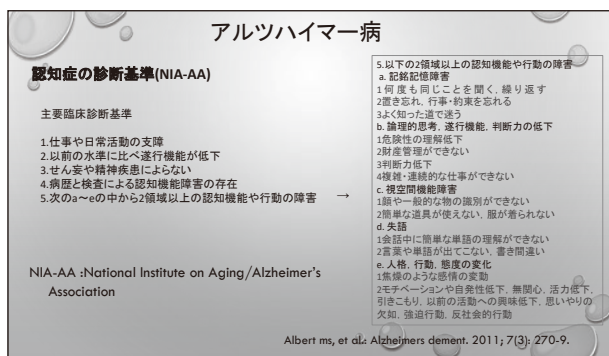
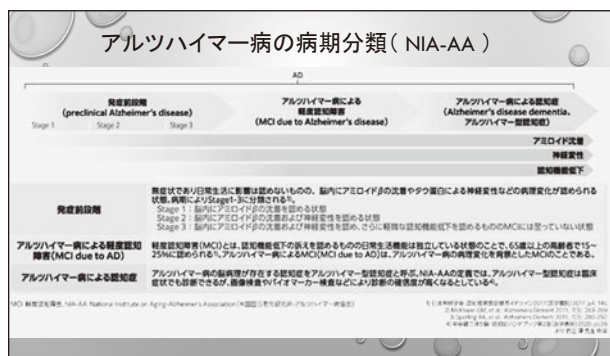
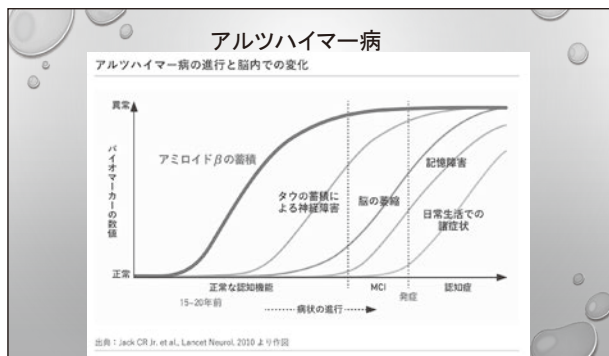
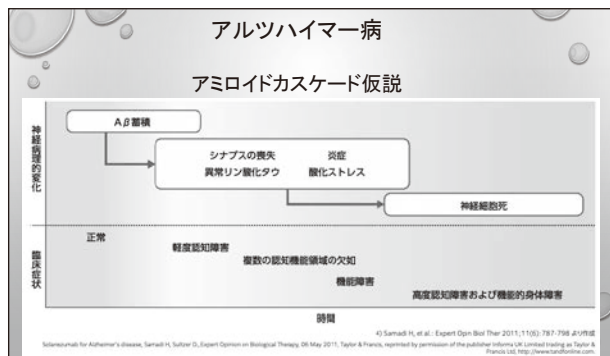


4



5





薬剤	アリセプト Donepezil	レミニール® Galantamine	リリクスタ®, イクセロン® Rivastigmine	メマリン® Memantine
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 nAChRαロステリック 増強作用	AChE-BuChE阻害	NMDA受容体拮抗剤
適応	①軽～中等度 5mg ②高度 10mg	軽～中等度 24mg	軽～中等度 18mg	中等～高度 20mg
処方量	①3mgを2週後5mgへ増量 ②5mgを1ヶ月後10mgへ増量	8mgから24mgへ 1月ごとに増量	4.5mgから18mgへ 1月ごとに増量、パッチ剤	5mgから20mgへ 1週ごとに増量
用法	1日1回	1日2回	1日1回	1日1回
半減期(時間)	70～80	5～7	3.4	60～80
最高濃度到達(時間)	3～5	0.5～1	8	1～7
代謝	肝臓 CYP2A6, 3A4	肝臓 CYP2D6	腎排泄	腎排泄
副作用	食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢、 ヒバゲリン系過敏、便秘	悪心、嘔吐、食欲不振、 下痢、頭痛、便秘	紅斑、悪心、嘔吐	めまい、ふらつき、頭暈、 頭痛、便秘

アルツハイマー病の疾患修飾薬

プレクリニカル
MCI
(軽度認知障害)
認知症



APP
アミロイドβ
の単量体

→

可溶性

アミロイドβ
(Aβ)

→

不溶性



Aβオリゴマー
プロトフィブリル

→



糸状体
(フィブリル)







βサイト切断酵素 (BACE) 阻害

化合物名	作用点	開発会社
タカシタケタム	イソペプチダーゼ アミノ基特異的	武蔵野薬
タカシタケタム	βセクレタゼ プロテイン	武蔵野薬
タカシタケタム	βセクレタゼ プロテイン	武蔵野薬

抗アミロイドβ抗体

抗体名	作用点	開発会社
バビネウスマブ ソラネスマブ	モノクローナル 抗体	武蔵野薬
カレナマブ カンデネルマブ	モノクローナル 抗体	武蔵野薬
アデカヌマブ トナネマブ	モノクローナル 抗体	武蔵野薬

モノマー

オリゴマー

プロトフィブリル

フィブリル
(アミロイド前駆体)

アミロイドがブラーク

【主な選択基準】

- NIA-AA 基準による MCI 値を AD 又は AD-D の中核となる臨床基準を満たし、かつ以下を満たす 50~90 歳の早期 AD 患者
- CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR) スコアが 0.5~1
- CDR の記憶スコアが 0.5 以上
- WMS-IV III 域の点数が年齢調整平均値を少なくとも 1 標準偏差下回る
(50~64 歳:15 以上、65~69 歳:12 以上、70~74 歳:11 以上、75~79 歳:9 以上、80~90 歳:7 以下)
- エピソード記憶障害が客観的に示される
- Mini Mental State Examination (MMSE) スコアが 22~30
- アロイド P 検査による脳内への PET 薬剤の取込み又は CSF 中 T-TAU/AB (1:42) 比のいずれかの特陽性を見を示す所見が確認されている
- Geriatric Depression Scale (GDS) スコアが 8 未満
- 脳 MRI 検査において、以下に示すような臨床的意義のある所見が認められていない
 - ≧1 平方以上の脳腔小出血 (最大径 10 mm 以下)
 - 最大径 10 mm 以上の脳出血
 - 脳梗死・モジリリ状変化
 - 血管性脳浮腫
 - 脳梗塞、脳軟化、脳動脈、血管管形又は感染巣
 - 多発性ラック状梗塞、大血管文脈洞領域の脳卒中、重度の小血管管梗塞又は白質疾患
 - 脳室性脳炎又は脳腫瘍 (ただし、脳腫瘍又は脳膜癌と診断される病変で、最大径が 1 cm 未満であれば除外する必要はない)

[illegible]

主要評価項目
CDR-SBスコア

CDR-SBスコアの悪化が、プラセボ群と比べてレカナマブ群では27.1% 有意に抑制された。

時間点	プラセボ群 (平均)	レカナマブ群 (平均)
ベースライン	0.0	0.0
3ヵ月	0.35	0.30
6ヵ月	0.65	0.45
9ヵ月	0.85	0.55
12ヵ月	1.20	0.75
15ヵ月	1.40	1.00
18ヵ月	1.65	1.25

図1: CDR-SBのベースラインからの変化量 (FAS+、MMRM、調整済み平均)
CDR-SB = Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes, FAS = full analysis set, MMRM = mixed model for repeated measures.

	ブラゼグループ (897 例)	本邦群 (898 例)
●インフュージョンリアクション:		26.3%
●アミロイド関連画像異常 ARIA-E または ARIA-H :		21.5%
浮腫または滲出液貯留など ARIA-E :		12.6%
脳の一部の出血など ARIA-H :		17.3%

治療後12ヵ月時点	ブラゼグループ (897 例)	本邦群 (898 例)
不安	4.2 (3%)	5.0 (4%)

※(例数)

a: いずれかの群で 5%以上に発現した事象

(Amyloid-related imaging abnormalities)

ARIAとは、アミロイドβ(Aβ)が関与して起こるAD(痴呆)で、ARIA-CとARIA-Hの2種類に分類されます。

孙美英等, 2024. 工藤 雅也 先生 (北海道大学大学院医学研究院 放射線科学分野 腫瘍学准教授・教授), 墓前 報告 先生 (二重大学大学院 特任教授 衛生学助教授 附属). Jpn J Geriatr Neurol 2013; 77(1): 367-385. 另 Sakamoto et al., AJNR Am J Neuroradiol 2013; 34(10): 1958-1963. 墓前. 31 Sakamoto et al., J Prev Alz Dis 2022; 9(2): 21-27.

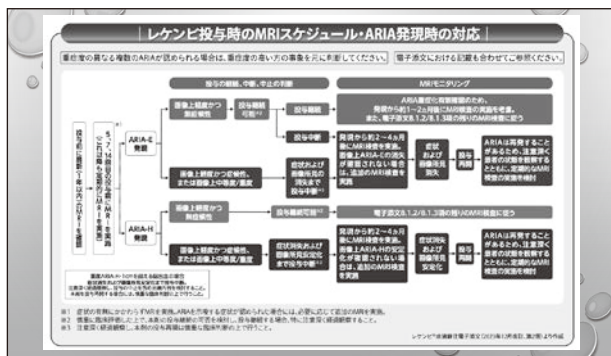
23

● ARIA-EのMRI画像上の重症度分類基準¹⁾[illegible]

● ARIA-HのMRI画像上の重症度分類基準¹⁾

ヘルズ・イン（自爆機）とは異なり、新機種の機体小出まは駆逐ヘミダラン・沈黙の機をカウントする¹⁰。
機体小出は駆逐ヘミダラン・沈黙が実在する場合は¹¹ → 母の機は機体小出AIAI-Hの機体と見て扱う。
AIAI-HをAIAI-Hと見做す場合は¹² → 機体小出の評価とそれぞれで評価する。 → 母の機の中・母の機に判断：機体小出が母の機に属する。
→ 母の機の中・母の機に判断：機体小出が母の機に属する以上と見做す。
AIAI-H、AIAI-Hの機体小出まは駆逐ヘミダラン・沈黙の機をカウントする¹³。
機体小出は駆逐ヘミダラン・沈黙が実在する場合は¹⁴ → 母の機は機体小出AIAI-Hの機体と見て扱う。
AIAI-HをAIAI-Hと見做す場合は¹⁵ → 機体小出の評価とそれぞれで評価する。 → 母の機の中・母の機に判断：機体小出が母の機に属する。
→ 母の機の中・母の機に判断：機体小出が母の機に属する以上と見做す。

— 86 —



費用

薬価

200mg 2ml 1瓶：4万5777円

500mg 5ml 1瓶：11万4443円

2週間投与 1回、点滴で投与する

1回の投与量と患者数 約30万/月

体重60kg 患者 約30万/月

年間 360万円 となる計算

レケンビによる治療の自己負担額
(月額目安)

※ 保険適用 保険適用外 保険適用外

※ 薬価 株式会社薬価情報センター

69歳以下の方 30日間投与の方	70-74歳の方 30日間投与の方	75歳以上の方 30日間投与の方	75歳以上の方 自己負担額の割合
保険適用 アドニルマブ投与→SMAPI製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬	保険適用 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬	保険適用 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬	保険適用 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬 アドニルマブ投与→アムナール製薬

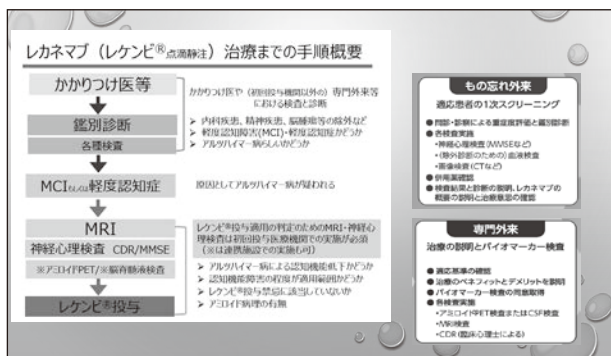
レカネマブ

- 慎重投与：
 - 1年以内の一過性脳虚血発作、脳卒中または 痙攣の既往高血圧持続
 - 妊婦 授乳婦 小児
- 併用注意案：

薬名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
血液凝固阻止剤 ワルファリンカリウム ヘパリンナトリウム アピキサパン 等	本剤投与中に脳出血を 発現した場合、出血を 治療するおそれがある。 併用により左記薬剤が ある。併用時には脳出血 の副作用に注意すること。 出血を助長する可能性 がある。	本剤の副作用として脳 出血の報告がある。 併用により左記薬剤が ある。併用時には脳出 血を助長する可能性 がある。
血小板凝集抑制作用を有 する薬剤 アスピリン クロピドグレル酸塩 等		
血栓溶解剤 アルテプラザー 等		

レカナバム最適使用推進ガイドライン

- 施設基準
- 使用できるのは以下のいずれかの学会の専門医資格を持った上で、
 - 日本神経学会 日本老年医学会 日本脳神経外科学会
- 10年以上のMRI診断、認知症疾患の鑑別診断など専門医療を主な業務とした臨床経験を有し、画像所見からARIAの有無などが判断できる医師。
- 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有と無を併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること。
- 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること。
- 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること。
- MRI検査(1.5Tesla以上)などができる機関。
- 認知機能のスコア評価(MMSEスコア)及び臨床認知症尺度(CDR全版スコア)が可能な者が配置されていること。
- 患者選択に必要なとなる検査(PET検査又はCSF検査)が実施可能であること。
- 医薬品情報管理体制の体制



患者様及び家族・介護者への説明のポイント

- ・ 従来の薬との作用機序の違いを説明する
- ・ 中期以降のアルツハイマー病やアルツハイマー病以外の認知症には投与できない
- ・ 進行抑制効果や副作用の頻度を正しく伝える
- ・ MRI撮像が定期的に必要であること、ARIAなどの異常が認められる場合は治療を中止する場合があること
- ・ おおまかな費用について
- ・ 説明後に時間を作り考える時間を与える



慢性便秘症

外科 河合 昭昌

慢性便秘症

公立みつぎ総合病院
外科
河合 昭昌

便秘の定義

慢性便秘症診療ガイドライン 2017によると…

本来体外に排出すべき糞便を、十分量かつ快適に排出できない状態。

排便回数が減少すること？

排便困難感・残便感を感じること？

慢性便秘（肥）の分類				
原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類	原因となる病態・疾患
① 腸管性	腸管性	大腸内視鏡検査、注腸X線検査など		大腸癌、クローン病、炎症性大腸炎など
	腸管性	腹部X線検査、注腸X線検査など		巨大憩室など
② 腸管外性	排便回数の減少	排便回数の減少	腸管性便秘	腸管性便秘
	排便回数の減少	排便回数の減少	腸管性便秘	腸管性便秘
	排便回数の減少	排便回数の減少	腸管性便秘	腸管性便秘
	排便回数の減少	排便回数の減少	腸管性便秘	腸管性便秘

慢性便秘症の診断基準

①『便秘症』の診断基準

以下の6項目のうち、2項目以上を満たす。

- 排便の4分の1超の頻度で、強くいきむ必要がある。
- 排便の4分の1超の頻度で、塊状便または硬便(BSFSでタイプ1か2)である。
- 排便の4分の1超の頻度で、残便感を感じる。
- 排便の4分の1超の頻度で、直腸肛門の開塞感や排便困難感がある。
- 排便の4分の1超の頻度で、手動的な排便が必要である(排便・会陰部圧迫など)。
- 自発的な排便回数が、週に3回未満である。

②『慢性』の診断基準

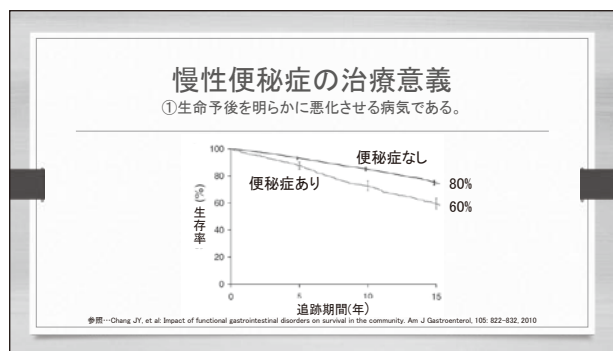
6か月以上前から症状があり、最近3か月間は上記の基準を満たしていること。

ブリストル便形状スケール(BSFS)

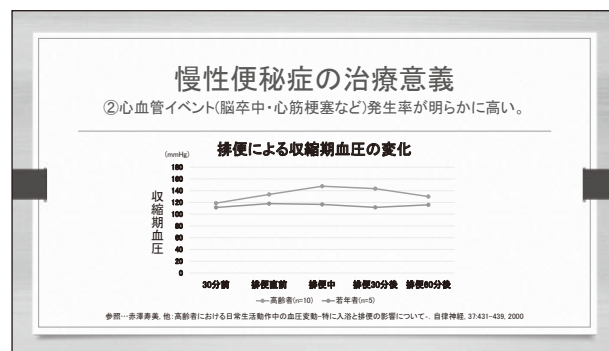
タイプ	特徴	イラスト
タイプ1	硬くてコロコロの角糞状の（排便困難な）便	コロコロした硬い便
タイプ2	ソーセージ状であるがこぼれた（塊状の）便	ソーセージ状の硬い便
タイプ3	表面にひび割れのあるソーセージ状の便	表面にひび割れのある便
タイプ4	表面がなめらかで柔らかいソーセージ状、あるいは粒のようなとろろを巻く便	表面がなめらかな便
タイプ5	はっきりとした断面のある柔らかい半分固形の（容易に排便できる）便	断面がはっきりした便
タイプ6	柔らかくて、ふにやみにゃの不定形の小片便、泥状の便	柔らかい不定形の便
タイプ7	水様で、固形物を含まない液体状の便	水様で固形物のない便

慢性便秘症の治療意義

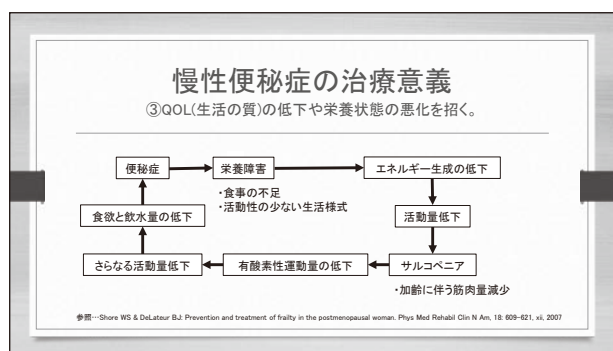
- ① 生命予後を明らかに悪化させる病気である。
- ② 心血管イベント(脳卒中・心筋梗塞など)発生率が明らかに高い。
- ③ QOL(生活の質)の低下や栄養状態の悪化を招く。
- ④ 消化管穿孔や腸閉塞症の原因となる。



7



8



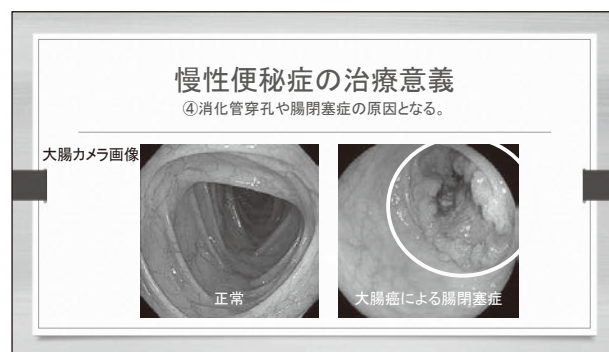
9



10



11



12

慢性便秘症の治療意義

①生命予後を明らかに悪化させる病気である。
 ②心血管イベント(脳卒中・心筋梗塞など)発生率が明らかに高い。
 ③QOL(生活の質)の低下や栄養状態の悪化を招く。
 ④消化管穿孔や腸閉塞症の原因となる。

便秘症と向き合って、諦めず治療を行うことが大切!!!

13

慢性便秘症とは

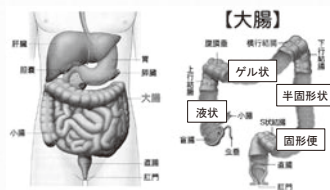
①排便回数の減少
 ・週3回未満
 ②排便困難
 ・過度の怒責
 ・残便感
 ・頻回便(1回の排便量が少ない)
 ・排便時の肛門閉塞感

排便による満足感(すっきり感)がえられない事

硬い便を出す際の症状

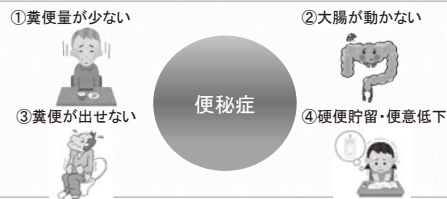
14

排便のメカニズム



15

便秘症の病態



16

慢性便秘（症）の分類

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病型分類	原因となる疾患・疾患
腸管性	排便回数減少型	大腸内視鏡検査、法蘭×線検査など		大腸癌、クローン病、虚血性大腸炎など
	排便回数減少型	法蘭×線検査、法蘭×線検査など		巨大結腸など
	排便回数減少型	排便回数減少型		血腫、血腫、巨大憩室、小腸癌、S状結腸癌など
腸管性	排便回数減少型	大腸通過遅延型	大腸通過遅延型	特異性：代謝・内分泌疾患、神経・筋疾患、膠原病、免疫反応性腸炎、腸炎など
	排便回数減少型	大腸通過遅延型	大腸通過遅延型	薬剤性：抗がん剤、抗コリン薬、オピオイド系薬など
	排便回数減少型	大腸通過遅延型	大腸通過遅延型	腸口閉塞不全（食物繊維摂取不足を含む） 大腸通過遅延型での腸管性疾患
腸管性	排便回数減少型	排便による排便困難	排便による排便困難	便秘による排便困難・排便感（便秘型腸管性腸炎など）
	排便回数減少型	排便による排便困難	排便による排便困難	便秘による排便困難・排便感（便秘型腸管性腸炎など）

17

便秘症の診断の流れ

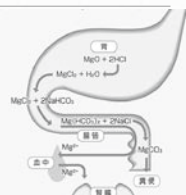


18

便秘症治療薬（当院採用薬中心）

浸透圧性下剤

塩類下剤（酸化マグネシウム、カマゲなど）
・ MgO が HCl と反応し、 $MgCl_2$ を生成。
 $MgCl_2$ は唾液と反応し、 $Mg(HCO_3)_2$ を経て最終的に $MgCO_3$ となる。
 $Mg(HCO_3)_2$ と $MgCO_3$ は浸透圧により腸管内へ水分を引き寄せる。
→便軟化・内容物増量
・安価で耐性や習慣性なく容量調整しやすい。
・高齢者や腎機能異常患者には注意
→高 Mg 血症リスク

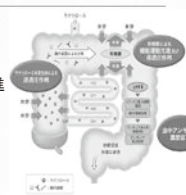


19

便秘症治療薬（当院採用薬中心）

浸透圧性下剤

糖類下剤（ラグノス®（ラクツロース））
・ラクツロースとガラクトースからなる人工二糖類。
・ラクツロース作用機序
①大腸で浸透圧作用にて腸内への水移行促進
②腸内細菌により乳酸や酪酸に分解され、蠕動運動促進
③乳酸・酪酸によりpH低下し、腸内環境改善・アンモニア産生菌の発育抑制
・副作用…放屁・腹部膨満感など

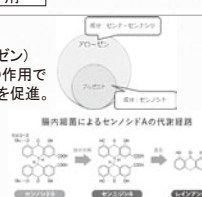


20

便秘症治療薬（当院採用薬中心）

大腸刺激性下剤

アントラキノン系誘導体（センソッド・アローゼン）
・センソッドは大腸まで到達し、腸内細菌の作用でレインアンソロンとなり、これが蠕動運動を促進。
・長期連用による耐性や習慣性あり。
・腹痛をとまることが多い。
・大腸弛緩を生じるリスクあり。
→屯用/短時間使用に留める。



21

便秘症治療薬（当院採用薬中心）

大腸刺激性下剤

ジフェニール系誘導体（ピコスルファート・ピサコジル）
・ジフェニール体が小腸・大腸を刺激し、蠕動運動を促進させる。
・結腸粘膜での腸管内容物からの水分吸収抑制作用により、便軟化と容積を増大させることで排便を促す。
・腹痛などの副作用が少ない薬剤とされている。

22

便秘症治療薬(当院採用薬中心)

上皮機能変容薬

ルビプロストン(アミティーザ[®])

・小腸粘膜上皮のクロライドチャンネルを活性化し、水分分泌を促進。

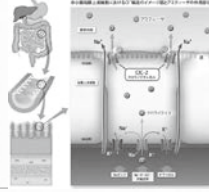
→便軟化

・耐性や依存性なし。

・電解質異常を生じない。

→高齢者等に使いやすい。

・悪心嘔吐対策…食後すぐに内服(特に夕飯後)



23

便秘症治療薬(当院採用薬中心)

上皮機能変容薬

リナクロチド(リンゼス[®])

・小腸粘膜上皮のGC-C(グアニルシンクラゼC受容体)のアゴニスト。

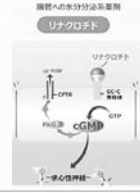
・管腔内へのCl⁻やHCO₃⁻の分泌を増大させた結果、水分分泌を促進。

→便軟化

・求心性神経の痛覚過敏抑制

→腹痛・腹部不快感を改善する。

・下痢対策…少なくとも食事30分前までに内服



24

便秘症治療薬(当院採用薬中心)

胆汁酸トランスポーター阻害薬

エロキシバット(グーフイス[®])

・胆汁酸の腸肝循環を阻害し、大腸へ到達する胆汁酸量を増加させる。

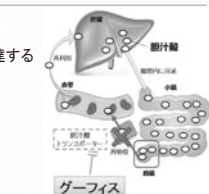
①大腸管腔内水分の分泌促進

②大腸蠕動運動促進

→排便促進

・食前内服

・便意改善の報告



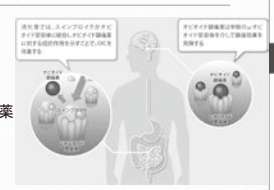
25

便秘症治療薬(当院採用薬中心)

末梢性μオピオイド受容体拮抗薬

ナルデメジン(スインブロイク[®])

・オピオイド誘発性便秘症の第二選択薬



26

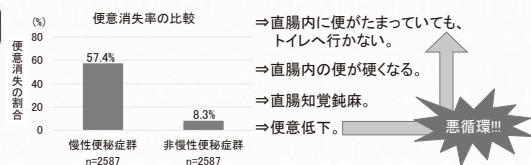
便秘症の治療(薬剤)



27

便秘症の治療(トイレ指導)

・慢性便秘症の方は、便意の著しい低下(便意の喪失)を生じている可能性高い。



⇒直腸内に便がたまっても、トイレへ行かない。
⇒直腸内の便が硬くなる。
⇒直腸知覚鈍麻。
⇒便意低下。



28

便秘症の治療(トイレ指導)

・慢性便秘症の方は、便意の著しい低下(便意の喪失)を生じている可能性高い。

⇒直腸内に便がたまっても、トイレへ行かない。

⇒直腸内の便が硬くなる。

⇒直腸知覚鈍麻。

⇒便意低下。

トイレ指導

・**頻度**、何回かトイレへ行ってみる。

・排便しやすい時間帯を見つける。

・排便周期は決して、一定ではない。

29

便秘症の治療(食習慣の改善)

糞便の構成要素

・水分(全重量の80%)…5~10%減るだけで、硬便(BSFS1~2)になる。

・残渣となった食物繊維…糞便の水分保持・量に与

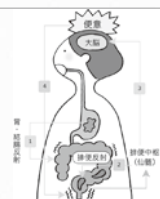
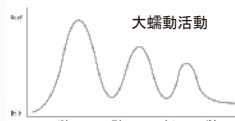
・脱着した腸粘膜

・腸内細菌など

30

便秘症の治療(食習慣の改善)

1日3食、特に**朝食**をしっかり食べる！



31

便秘症の治療(食習慣の改善)

食物繊維を意識した食事

植物細胞壁が主体

水溶性…糞便に適切な形状を与える。

不溶性…糞便の体積と水分を保持する。

多ければ多いほど良いわけではない。

腸内細菌を整える

乳酸菌含有食品…乳製品・味噌・漬物など



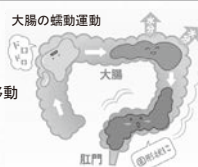
32

便秘症の治療(生活習慣の改善)

規則正しい生活リズムを心がける
特に十分な睡眠時間をとる

→就寝中に大腸内の糞便をS状結腸へ移動

→翌朝の大腸活動を惹起



33

便秘症の治療(生活習慣の改善)

便意を我慢しない



⇒直腸内に便がたまっても、
トイレへ行かない。

⇒直腸内の便が硬くなる。

⇒直腸知覚鈍麻。

⇒便意低下。

悪循環!!!

34

便秘症の治療(生活習慣の改善)

排便時は前屈みになり、腹圧をかける。

安静時(排便抑制)

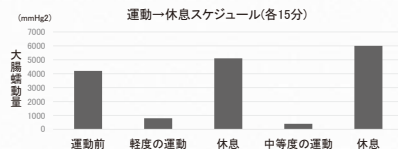


35

便秘症の治療(生活習慣の改善)

無理のない運動をして、しっかり休む。

運動→休息スケジュール(各15分)



36

まとめ

- ・慢性便秘症はQOL低下だけでなく、時に命に関わる病気。
- ・担当医と協力して、長い目で根気強く治療していくことが重要。
- ・自分や家族でできる工夫が、たくさんある。

37

各科及び施設紹介

第8病棟（緩和ケア病棟）

看護師長 橘高 智子

当院の緩和ケア病棟は県東部に3カ所ある緩和ケア病棟の一つです。
地域包括ケアシステムの一翼を担う終末期ケアの拠点として開設され24年目を迎えようとしています。
在宅部門とも連携を持ち地域密着型の緩和ケア病棟として頑張っています。
病床数は6床と多くはない病床数ですが、家庭的な雰囲気と細やかなケアを大切に、患者さまだけでなく、ご家族の方も限りある時間をその人らしく有意義に過ごしていただけるようにと、多職種で支援しています。

コロナも5類になり、ボランティアの方々も活動して下さり、患者さま・御家族の方からも好評をいただいています。

緩和ケア病棟と聞くと「人生最期の場所」と思われている方も多いと思いますが、
入院され症状が落ち着いた患者さまは、ご家族の意向を踏まえながら退院を目指し、訪問看護ステーションや多職種と連携し在宅への支援も行っています。

今後も地域への啓発を行うとともに、地域包括ケアの理念・緩和ケアの理念のもと「質の高い緩和ケア」を提供できるよう日々研鑽を積んでいきます。



介護予防センター

平成29年4月から『介護予防・日常生活支援総合事業』が始まり、要支援1・2、事業対象者（基本チェックリスト該当者）を対象に、「介護予防通所サービス」「基準緩和型通所サービス」「短期集中型通所サービス」の3つの事業を行っています。高齢者ができるだけ自立した生活を送ることができるように、要介護状態の予防と、生活機能の低下をできるだけ防ぎ、その軽減を目指す取り組みとして、機能訓練指導員（理学療法士・作業療法士）・管理栄養士・歯科衛生士・看護師・介護福祉士・生活相談員が支援しています。

1. 介護予防通所サービス（火～金曜日 10：00～14：00）は、住み慣れた地域で自立した生活を継続することを目的に、専門職による日常生活の質を高めるための以下の3つのサービス提供を行っています。

【運動機能向上】機能訓練指導員（理学療法士・作業療法士）を中心に、体操やマシントレーニング等の指導や、定期的な体力測定で、個人の状態に応じた運動プログラムの作成とマシンの選定を行い、効果的なアドバイスを実施（写真①）

【栄養改善】管理栄養士を中心に、低栄養状態に陥る可能性のある人に対し、低栄養予防のための食事のポイントや補助食品の紹介、栄養相談を実施（写真②）

【口腔機能向上】歯科衛生士を中心に、口腔内の状況及び口腔機能の評価を行い、咀嚼、嚥下機能の改善を目指し、健口体操、歯磨き指導等を実施（写真③）

その他、レクリエーション・脳トレ・季節の行事・散歩や外出、音楽療法など楽しく過ごせる場の提供を行っています。（写真④）（写真⑤）（写真⑥）

2. 基準緩和型通所サービス（月曜日 14：00～16：00）は、閉じこもり予防、生活機能維持・向上を目的とした体操やレクリエーション等を実施しています。必要に応じて送迎を行い、2時間の短時間サービスを提供しています。

3. 短期集中型通所サービス（月曜日 10：00～12：00）は、予防給付サービスを利用していない人（福祉用具貸与のみを除く）を対象に、それぞれの目標に合わせて効果的に機能回復を図るため、体操やマシントレーニング等を中心に【運動機能向上】を実施、栄養や口腔の改善が必要な対象者に【栄養改善】や【口腔機能向上】等のプログラムを6か月の短期間で実施しています。事業終了後生活機能を維持する目的で、サービス利用中にシルバーリハビリ体操指導士による体操教室の紹介を行い、通いの場への参加につなげています。

今後も利用者が地域において、自分らしく健康で自立した日常生活が継続できるよう、多職種で支援していきます。



マシントレーニング指導



栄養指導



口腔チェック



レクリエーション



書初め



外出行事

臨床検査室

技師長 原田 龍二

臨床検査は、日々進歩を遂げ、最新の技術と質の高い検査が求められています。臨床検査室ではスタッフ10名が患者様の診断や治療に貢献できるように努力しています。

臨床検査室の役割は、

- 1 臨床に正確な検査結果を提供し、診断治療の補助
- 2 地域中核病院として二次救急への対応
- 3 他施設から受託検査の緊急対応
- 4 地域および院内の健診の補助
- 5 チーム医療への参画（ICT・NST）

以上、5つを目標に業務に励んでいます。特に正確な検査結果を提供するために、内部精度管理と外部精度管理を実施しています。

（内部精度管理とは）

始業時にコントロール血清及びコントロール血球を測定し、機器や試薬に異常がないかを確認しています。異常がないことを確認して検査を開始します。

（外部精度管理とは）

毎年、3団体（日本医師会、日本臨床検査技師会、広島県医師会）の精度管理調査に参加しています。これらの3団体から送られてくるコントロール血清やコントロール血球を測定することにより、他施設の測定値と比較ができ正確な結果が報告されているか確認できます。形態学は送られてくる画像を回答し、目合わせを行っています。その他試薬メーカー主催のサーベイにも参加しており、優秀な成績を取得しています。

安全な医療を提供するためには、迅速な結果報告が必要です。検査結果の中には、院内で設定している「パニック値」があります。パニック値は患者の生命に直結する異常値のことを言います。パニック値の報告は主治医に行いますが、主治医不在時は担当部署看護師に報告していました。しかしそれでは治療が遅れるため、昨年院内で協議し、「すぐに対応できる医師に報告する」ようにマニュアル改訂を行いました。今現在はすべて医師に報告し、より患者様の安全性が高まったと思います。またパニック値の見直しを行い、ホルター心電図や保健所に届け出が必要な項目など追加しました。病理部門では生検結果が「悪性」の時、主治医に電子カルテ内でメールを送信し、確認したら返信してもらい見落としがないようになりました。

今後とも臨床検査室スタッフ一同、多職種との連携を図り、正確なデータを提供していき、地域医療に貢献していきたいと思っています。

看護部院内教育

看護部院内教育

看護師長 西丸 典江

近年、デジタル化や持続可能な開発目標（SDGs）達成に向けた取り組みの推進、人生100年時代の到来等により社会全体が様々に変化している。また、少子超高齢化の進行、人々の価値観の変化、疾病構造の変化等により健康上のニーズは増大し、多様化・複雑化している。このような変化のなか、人々のいのち・暮らし・尊厳を守り支える看護職の活動はますます重要になると同時に、看護職の役割発揮に対する社会からの期待も高まっている。看護職が人々の期待に応え役割を発揮するためには、それぞれの看護職が、変化する社会のニーズに合わせて新たな知識や技術を継続的に学び、能力の開発・維持・向上を図り続けることが重要である。日本看護協会では、「看護職の生涯学習ガイドライン」や「生涯学習支援ガイドブック」、「看護師のまなびサポートブック」を公表し、看護職が主体的かつ継続的に学習できるように、また組織で支援するための取り組みの指針とするように推奨されている。

当院看護研修委員会においても、看護職のキャリアやニーズに合わせた生涯学習支援を行っている。今年度の看護部研修は、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、ラダーⅡ～Ⅴ）、ラダー外研修、管理職研修に大別し実施した。

昨今の感染症の影響により集団での研修が難しい現状に加え、個人のレベルに応じていつでもどこでも学習できる学研ナースングサポートeラーニングを昨年度導入した。全体研修として医療安全、感染、看護必要度、倫理、接遇の全てのテーマと、ラダー別研修（ラダーⅡ～Ⅴ）をeラーニングを用いた研修とした。BLS研修は、看護職全員が参加できるよう6回に分け実施し、正しい胸骨圧迫の手技とAEDの使用方法について再確認した。

看護補助者研修では、個人情報保護、感染、倫理、接遇、体位変換、排泄ケア、食事介助について、全看護補助者が参加できるよう2回ずつ実施した。看護補助者研修においても、集合研修でeラーニングを用いる講師も増えている。

新採用者研修では、基礎看護技術の習得に向け講義及び模型を用いた実技研修や、シミュレーション研修、リフレクションなどに加え、公認心理士によるリフレッシュ研修も実施した。ローテーション研修として、透析室、手術室、外来など、自部署と関わりのある他部署での研修を行い、看護の視野を広げるとともにチーム医療の重要性を学ぶ機会となった。

2年目研修では、急変時シミュレーションや人工呼吸器管理、化学療法などの研修を実施した。2年目看護師は、訪問看護ステーションや介護老人保健施設など院外でのローテーション研修を行うことで、病院以外で過ごす各健康段階の人々の状態を知り、必要な看護や連携を考えるきっかけとなった。

ラダー外研修として、認定看護師によるシリーズ研修を実施した。脳卒中リハビリテーション看護認定看護師による脳卒中看護シリーズは参加者も多く、とても好評である。その他に、摂食・嚥下障害看護認定看護師による嚥下シリーズ、NSTシリーズの研修も実施した。また、特別研修として、ユニチャーム排泄ケアコーディネーターを招いて「オムツの当て方」についての研修や、「在宅酸素療法」「リザーバーカニューレ」「増粘剤」「フリースタイルリブレ」などの研修会も実施し、毎回多くの参加があった。これらの特別研修は、最新の知見を得るために有意義な研修であった。

管理職研修は、主任看護師研修と看護師長研修に分けて実施した。各研修において、事前学習としてeラーニングを受講し、テーマに基づいたグループワークを行った。グループワークでは、「心理的安全性の高い職場づくり」や「働きやすい職場づくりのために看護管理者が担う役割」など、活発な意見交換と情報共有を行うことができた。

看護職は、人々の生涯にわたり健康な生活の実現に貢献することを使命としており、時代や社会が変化しても、この使命は普遍的なものである。一方で、この使命を果たすための看護職の活動のあり方や方法は、看護の対象となる人々や社会の変化に応じて変化していく必要がある。生産年齢の減少に伴い、限られた人材で看護を効果的・効率的に実践していくためには、自律的な判断と実践がますます求められる。人生100年時代、それぞれの看護職が様々な学びや経験を統合し、活躍に繋げていくことができるよう、今後も看護部として人材育成の体制づくりを行っていききたい。



令和6年看護研修会実施一覧

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
1	5	看護師長	グループワーク 働きやすい職場	大河看護師長 西丸看護師長	21名
	9	全体	BLS	堀江看護師長	6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
	11	看護補助者	食事介助の方法	西丸摂食・嚥下障害看護認定 看護師	4名
	12	主任看護師	グループワーク 実地指導者への支援	石原主任看護師	12名
	17	実地指導者	新人看護職員研修ガイドライン 実地指導者の役割	石原主任看護師	5名
	19	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	9名
	23	全体	BLS	堀江看護師長	10名
	24	ラダー I-2	ケースレポートについて	西丸看護師長	6名
	25	看護補助者	排泄ケアについて	室谷脳卒中リハビリテーショ ン看護認定看護師	6名
	26	新人看護師	メンバーシップ 看護倫理	大河看護師長	8名
2	1	看護補助者	医療安全	井上医療安全管理者	4名
	2	新人看護師	医療安全	井上医療安全管理者	9名
		看護師長	伝達研修 看護管理ファーストレベルの学び	内田看護師長	20名
	6	看護研究	院内誌の書き方	鈴木主任看護師 石原主任看護師	6名
	7	2・3年目看護師	症例検討	和木主任看護師	11名
	8	看護補助者	排泄ケアについて	室谷認定看護師	3名
	9	主任看護師	伝達研修	大前主任看護師	13名
	14	実地指導者	まとめと振り返り	石原主任看護師	8名
	16	新人看護師	急変時の記録の書き方	堀江看護師長	7名
	21	3年目看護師	実地指導者が行う評価のプロセス とフィードバック	和木主任看護師	8名
3	29	看護補助者	1年の振り返り	大河看護師長	12名
	1	看護師長	1年の振り返り	西丸看護師長	17名
	8	新人看護師	リフレッシュ研修	田中公認心理師	9名
		主任看護師	退院前カンファレンスのポイント	上田主任看護師	10名
	12	看護研究	研究テーマの選び方・文献検索	大前主任看護師 和木主任看護師	13名
	13	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	原田看護師	7名
	15	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	9名
		看護補助者	体位交換	平谷看護師	11名
4	3～5	新人看護師	集合研修	主任看護師、認定看護師	5名
	8	新人看護師	環境調整技術 看護必要度 電子カルテ	岡崎看護師 清水看護師 片山看護師	5名
	10	実地指導者	新人看護師特徴・背景の把握と目 標設定	鈴木看護師長	5名
	12	新人看護師	バイタルサイン	前場看護師	5名
	18	全体	看護部の方針 看護補助者の役割	植田看護部長 森本看護師長	18名

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
4	19	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	砂田主任看護師 前場看護師 和田主任看護師	5名
	24	ラダー I -2	ストーマケア	内田皮膚排泄ケア認定看護師	9名
	26	新人看護師	アレルギーについて 痛みの評価 レポートの書き方 BLS 医療安全	川崎主任看護師 鈴木看護師長 石原看護師長 橋本看護師 井上医療安全管理者	5名
5	2	看護師長	師長の役割	室谷副看護部長	
	9	看護補助者	看護補助者の役割・個人情報保護	室谷副看護部長	12名
	10	主任看護師	主任の役割	室谷副看護部長	12名
	15	希望者	オムツ交換について	ユニ・チャーム	41名
	17	新人看護師	導尿・膀胱内留置カテーテルの挿入と管理 呼吸の援助	上田泌尿器科医師 金野看護師	5名
	23	希望者	HOTについて	帝人ヘルスケア	36名
	24	新人看護師	食事援助技術（経管栄養法、経鼻胃管挿入）	西丸摂食・嚥下障害看護認定看護師	5名
	28	看護研究	研究の進め方、研究計画書の書き方	川崎主任看護師	13名
	29	ラダー I -2	術前術後の看護	和田主任看護師	8名
	31	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	5名
6	5	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	5名
	6	看護補助者	看護補助者の役割 個人情報保護	室谷副看護部長	6名
	7	新人看護師	輸液管理	岡崎看護師	5名
	7	看護師長	研究計画書の書き方	大河看護師長	17名
	11	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	6名
	13	看護補助者	体位変換 1 回目	平谷看護師 介護福祉士	8名
	14	新人看護師	リフレッシュ研修	田中公認心理師	5名
	14	主任看護師	講師に一任	菅原主任看護師	9名
	17	希望者	アトムリザーバーカニューレ	アトムメディカル	32名
	19	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	14名
	21	新人看護師	多重課題 3 ヶ月フォローアップ	片山看護師 石原看護師長	5名
	21	希望者	増粘剤について	フードケア	26名
	25	看護研究	研究における倫理	佐藤主任看護師	11名
	26	ラダー I -2	PICC・CVC・胸水穿刺等の介助	片山看護師	8名
	28	新人看護師	与薬	原田看護師	5名
7	4	看護補助者	体位変換 2 回目	平谷看護師 介護福祉士	5名
	5	新人看護師	栄養評価 褥瘡評価 入院セット	片山看護師 内田皮膚排泄ケア認定看護師 和田主任看護師	5名
	5	看護師長	グループワーク	西丸看護師長	19名
	9	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	4名
	10	実地指導者	メンタルサポート	田中公認心理師	3名
	10	ラダー I -2	急変時の波形診断	大塚看護師	8名
	11	看護補助者	倫理 1 回目	森数副看護部長	6名

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
7	12	主任看護師	グループワーク	砂田主任看護師	10名
	18	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	7名
	19	新人看護師	無菌操作・洗浄・消毒・滅菌 フィジカルアセスメント	川崎主任看護師 橘高看護師長	5名
	23	看護研究	研究計画書の作成・修正	砂田主任看護師	15名
	26	新人看護師	心電図モニター	臨床検査技師	5名
	31	ラダー I -2	急変時シミュレーション	大塚看護師	7名
8	1	看護補助者	倫理 2 回目	森数副看護部長	8名
	2	看護師長	伝達研修	石原看護師長	16名
	2	新人看護師	輸血	奥主任臨床検査技師	5名
	8	看護補助者	医療安全1回目	井上医療安全管理者	12名
	9	主任看護師	講師に一任	和田主任看護師	10名
	13	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	10名
	13	希望者	DPCについて	医事課担当者	17名
	15	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	2名
	16	新人看護師	薬剤の管理	薬剤師	5名
	21	ラダー I -2	多重課題・急変の早期発見	堀江看護師長	7名
	23	新人看護師	麻薬の取扱い	壹丁主任看護師	4名
	28	ラダー I -2	リフレッシュ研修 1 G	田中公認心理師	5名
	30	新人看護師	リフレッシュ研修	田中公認心理師	4名
9	3	全体	BLS1回目	堀江看護師長	18名
	4	ラダー I -2	リフレッシュ研修	田中公認心理師	2名
	5	看護補助者	医療安全 2 回目	井上医療安全管理者	7名
	6	看護師長	伝達研修	堀江看護師長	17名
	10	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	4名
	11	実地指導者	コーチング 6 ヶ月の現状と課題	和田主任看護師	3名
	13	新人看護師	6 ヶ月フォローアップ	石原看護師長	5名
	13	主任看護師	講師に一任	壹丁主任看護師	11名
	17	全体	BLS 2 回目	堀江看護師長	8名
	18	2, 3 年目看護師	症例検討 (アセスメント)	石原看護師長	14名
	19	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	9名
	25	ラダー I -2	インシデント発生時の対応	川崎主任看護師	5名
	26	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	22名
	27	新人看護師	メンバーシップ、看護倫理	久米看護師長	5名
10	1	全体	BLS 3 回目	堀江看護師長	21名
	2	ラダー I -2	人工呼吸器の取り扱い	西原臨床工学技士	8名
	4	新人看護師	エンゼルケア	壹丁主任看護師 鈴木看護師長	5名
	4	看護師長	伝達研修	鈴木看護師長	19名
	8	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	3名
	11	主任看護師	地域包括ケア	佐藤副看護部長	10名
	15	全体	BLS 4 回目	堀江看護師長	28名
	17	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	10名

月	日	対象者	テーマ	講師	参加者数
10	18	新人看護師	ノロ・インフルエンザ・ コロナウイルスの対応	竹本感染管理認定看護師	5名
	22	看護研究	スライドの作成方法	竹本主任看護師	20名
	23	ラダー I -2	人工呼吸器装着患者の看護	和田主任看護師	8名
	24	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	18名
	25	新人看護師	検体の取り扱い	臨床検査技師 原田看護師	5名
11	1	看護師長	グループワーク	西丸看護師長	21名
	5	全体	BLS 5 回目	堀江看護師長	21名
	7	看護補助者	感染 1 回目	竹本感染管理認定看護師	11名
	8	主任看護師	看護研究の講評の仕方	平棟主任看護師	10名
	12	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	3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
	15	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	4名
	19	全体	BLS 6 回目	堀江看護師長	20名
	20	ラダー I -2	化学療法	片山看護師	7名
	21	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	9名
	28	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	26名
12	4	ラダー I -2	メンバーシップ	西丸看護師長	6名
	5	看護補助者	感染 2 回目	竹本感染管理認定看護師	7名
	6	看護師長	地域包括ケア	馬屋原看護師長	16名
	10	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	4名
	11	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	1名
	12	看護補助者	食事介助 1 回目	大河、西丸摂食・嚥下障害看護 認定看護師	13名
	13	主任看護師	講師に一任	地子給主任看護師	12名
	19	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	6名

院内・施設の主要行事

公立みつぎ総合病院

令和6年

1月10日	さわやか健康教室「感染について」
1月11日	オープンカンファレンス
2月 3日	第48回院内学会
2月29日	職員研修会「当院におけるハラスメント対応について」
3月 7日	オープンカンファレンス
3月13日	さわやか健康教室「栄養の話～ウイルスに負けないからだづくり～」
5月 8日	さわやか健康教室「ドクター下原のピロリ菌 耳より情報」
5月 9日	オープンカンファレンス
6月20日	院内研修会「糖尿病について」
7月10日	さわやか健康教室「ドクター大原のダニの話」
7月11日	オープンカンファレンス
7月11日	職員研修会「医療安全研修」
9月11日	さわやか健康教室「あなたの一手が命をつなぐ！家庭で出来る応急手当を学ぼう」 119番通報のポイントを教えます！」
9月12日	オープンカンファレンス
10月10日	職員研修会「医療安全研修」
10月26日	高校生医療体験セミナー
11月 7日	オープンカンファレンス
11月13日	さわやか健康教室「ドクター尾畑の血圧のおはなし～健診結果のみかたについて～」
12月13日	院内研修会「困っていませんか？その疾患・その症状～食道運動障害を中心に～」

御調保健福祉センター

令和6年		5月10日	ぽかぽかルーム
1月5日	ぽかぽかルーム	5月16日	親子教室
1月9日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)	5月22日	酒を考える会
1月10日	酒を考える会	5月25日	Let's 食育
1月11日	1歳6ヵ月児・3歳児健診	5月29日	食品衛生研修会
1月12日	発達相談	5月30日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診
1月16日	離乳食講習会	6月4日	歯みがき指導(西保育所)
1月17日	こころの相談	6月5日	キッズWeb☆尾道
1月18日	ふれあいクラブ	6月6日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー
1月19日	保健福祉大学	6月7日	ぽかぽかルーム
1月24日	酒を考える会	6月11日	2歳児相談
1月25日	親子教室	6月12日	酒を考える会
2月2日	ぽかぽかルーム	6月12日	歯みがき指導(めぐみ保育園)
2月6日	ぽかぽか子育て教室	6月14日	発達相談
2月7日	医師を囲んで健康を考える集い(本多先生)	6月18日	ぽかぽか子育て教室
2月8日	4ヵ月児健診	6月19日	離乳食講習会
2月13日	発達相談	6月20日	親子教室
2月14日	酒を考える会	6月20日	歯みがき指導(中央保育所)
2月15日	保健福祉大学	6月24日	健康まなびあい講座
2月21日	こころの相談	6月26日	酒を考える会
2月22日	親子教室	6月27日	ふれあいクラブ
2月28日	酒を考える会	7月2日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)
2月28日	医師を囲んで健康を考える集い (八木先生・田中先生)	7月4日	保健福祉大学・健康まなびあい講座
2月29日	病態栄養料理講習会	7月5日	ぽかぽかルーム
3月6日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー	7月9日	共同保健連絡会議
3月7日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診	7月10日	発達相談
3月7日	健幸わくわく21(大蔵)	7月10日	酒を考える会
3月8日	発達相談	7月17日	こころの相談
3月9日	御調西小学校 6年生への健康教育	7月17日	健幸わくわく21(三郎丸)
3月12日	保健福祉大学	7月18日	親子教室
3月13日	酒を考える会	7月24日	酒を考える会
3月14日	発達相談	7月25日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診
3月19日	2歳児相談	7月25日	みつぎいこい会館での集団健診(~26日)
3月21日	親子教室・幼児食講習会	8月1日	公立みつぎ総合病院での集団健診(~10月17日)
3月27日	酒を考える会	8月2日	ぽかぽかルーム
3月27日	こころの相談	8月6日	ぽかぽか子育て教室
3月28日	ふれあいクラブ	8月14日	酒を考える会
4月5日	ぽかぽかルーム	8月21日	こころの相談
4月10日	保健福祉大学	8月21日	発達相談
4月10日	酒を考える会	8月22日	親子教室
4月16日	保健推進員養成講座	8月25日	日曜日健診
4月17日	こころの相談	8月28日	酒を考える会
4月18日	親子教室	8月28日	キッズWeb☆尾道
4月19日	食生活研究グループ総会	8月29日	ふれあいクラブ
4月24日	酒を考える会	9月2日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー
4月25日	ふれあいクラブ	9月3日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)
5月7日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)	9月6日	ぽかぽかルーム
5月8日	酒を考える会	9月6日	健幸わくわく21(老人クラブ連合会)
		9月11日	酒を考える会

9月13日	健康まなびあい講座	11月 6日	健幸わくわく21（西保育所）
9月19日	親子教室	11月 8日	発達相談
9月24日	保健福祉大学・保健推進員現任研修	11月13日	酒を考える会
9月25日	健診結果相談会	11月15日	食生活講習会兼保健推進員現任研修会
9月25日	酒を考える会	11月18日	保健福祉大学・健康まなびあい講座
9月26日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診	11月21日	親子教室
9月27日	発達相談	11月27日	健診結果相談会
10月 1日	ぽかぽか子育て教室	11月27日	酒を考える会
10月 2日	キッズWeb☆尾道	11月27日	健幸わくわく21（高校）
10月 3日	健康まなびあい講座	11月28日	4ヵ月児・1歳6ヵ月児・3歳児健診
10月 4日	ぽかぽかルーム	11月30日	健幸わくわく21（上川辺地区）
10月 8日	2歳児相談	12月 2日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー
10月 9日	酒を考える会	12月 3日	ぽかぽか子育て教室
10月 9日	こころの相談	12月 4日	医師を囲んで健康を考える集い
10月10日	発達相談	12月 6日	ぽかぽかルーム
10月16日	離乳食講習会	12月 6日	医師を囲んで健康を考える集い
10月17日	親子教室・幼児食講習会	12月10日	医師を囲んで健康を考える集い
10月23日	酒を考える会	12月11日	酒を考える会
10月26日	第40回健康福祉展	12月12日	発達相談
10月31日	保健福祉大学・健康まなびあい講座	12月13日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー
10月31日	ふれあいクラブ	12月16日	健康まなびあい講座
11月 1日	ぽかぽかルーム	12月19日	親子教室
11月 5日	すくすく子育て相談(子育て支援センターみっけ)	12月25日	酒を考える会
11月 6日	元気はつらつ!! 健康づくりセミナー	12月26日	ふれあいクラブ

健幸わくわく21

1月～11月まで町内8会場、延べ211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・保育士）

健康相談及び介護予防相談

2月～11月まで町内10会場、延べ130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6年

1月 1日 グループホーム 新年会
 1月 4日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 1月 5日 老健「デイケア」 新年会
 1月10日 デイサービスセンター
 料理教室（ぜんざい）
 1月11日 ケアハウス 音楽療法
 1月15日 ケアハウス シルバーリハビリ体操
 1月16日 ケアハウス
 第11区民生児童委員ボランティア来所
 1月16日 デイサービスセンター
 料理教室（ぜんざい）
 1月17日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 1月18日 ケアハウス 書道教室
 1月19日 老健「認知症棟」
 調理実習（お餅を使ったとろーりプリン）
 1月22日 老健「一般棟」
 調理実習（芋餅ぜんざい）
 1月23日 ケアハウス 調理実習（お好み焼き）
 1月25日 ケアハウス 映画鑑賞
 2月 1日 老健「デイケア」 節分（豆まき）
 2月 1日 デイサービスセンター
 料理教室（酒まんじゅう）
 2月 4日 グループホーム 節分（豆まき）
 2月 7日 特養「地域密着型」 調理実習（おしるこ）
 2月 7日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 2月 8日 ケアハウス 音楽療法
 2月 9日 デイサービスセンター
 料理教室（チョコバナナ蒸しパン）
 2月15日 ケアハウス 書道教室
 2月16日 老健「認知症棟」
 調理実習（ミニお好み焼き）
 2月19日 ケアハウス シルバーリハビリ体操
 2月20日 ケアハウス 調理実習（豚汁）
 2月21日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 2月27日 ケアハウス 映画鑑賞
 3月 3日 グループホーム ひな祭りの集い
 3月 4日 デイサービスセンター ひな祭り会
 3月 5日 デイサービスセンター ひな祭り会
 3月 5日 デイサービスセンター
 料理教室（ひなもち）
 3月 6日 ケアハウス
 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 3月 8日 デイサービスセンター ひな祭り会
 3月11日 ケアハウス シルバーリハビリ体操
 3月11日 デイサービスセンター
 料理教室（ひなもち）
 3月12日 ケアハウス
 調理実習（チョコまんじゅう）

3月14日 ケアハウス 音楽療法
 3月19日 ケアハウス 映画鑑賞
 3月21日 ケアハウス 書道教室
 3月22日 老健「認知症棟」 調理実習（五平餅）
 3月27日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 4月 5日 デイサービスセンター
 お花見ドライブ（三原市・御調八幡宮）
 4月 8日 ケアハウス シルバーリハビリ体操
 4月 9日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 4月 9日 デイサービスセンター
 お花見ドライブ（三原市・御調八幡宮）
 4月10日 デイサービスセンター
 料理教室（ねりきり）
 4月11日 グループホーム
 お花見ドライブ（圓鰐勝三彫刻美術館）
 4月11日 ケアハウス 音楽療法
 4月16日 ケアハウス 調理実習（さくら餅）
 4月18日 デイサービスセンター
 料理教室（ねりきり）
 4月19日 老健「認知症棟」 調理実習（さくら餅）
 4月22日 老健「一般棟」 調理実習（さくら餅）
 4月24日 ケアハウス 映画鑑賞
 4月25日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 5月 2日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 5月 9日 ケアハウス 音楽療法
 5月10日 デイサービスセンター
 料理教室（抹茶のもっちどら焼き）
 5月13日 ケアハウス シルバーリハビリ体操
 5月16日 ケアハウス 外出行事（府中市・道の駅
 びんご府中・府中天満屋）
 5月16日 デイサービスセンター
 料理教室（抹茶のもっちどら焼き）
 5月17日 老健「認知症棟」 調理実習（あんこ巻き）
 5月22日 グループホーム デザートバイキング
 5月23日 ケアハウス 調理実習（玉ねぎチヂミ）
 5月27日 老健「一般棟」 調理実習（鯉のぼり焼き）
 5月30日 ケアハウス 映画鑑賞
 5月31日 デイサービスセンター 昼食会（お好み焼き）
 6月 4日 デイサービスセンター 料理教室（クレープ）
 6月 5日 ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
 6月 6日 ケアハウス 音楽療法
 6月10日 ケアハウス シルバーリハビリ体操
 6月10日 デイサービスセンター 料理教室（クレープ）
 6月13日 総合施設 尾道市立御調西小学校にお
 ける総合的な学習（地域交流）
 6月13日 グループホーム 絵手紙教室
 6月16日 特養「広域型・地域密着型」 休日面会
 6月18日 ケアハウス 調理実習（くずまんじゅう）

6月 19日	特養「地域密着型」 調理実習（お手軽どら焼き）	9月 9日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
6月 20日	ケアハウス 映画鑑賞	9月 11日	特養「地域密着型」 花火のタベ
6月 21日	老健「認知症棟」 調理実習（あじさいムース）	9月 12日	ケアハウス 音楽療法
6月 24日	老健「一般棟」 調理実習（あじさいムース）	9月 13日	デイサービスセンター 料理教室（三色おはぎ）
6月 26日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）	9月 15日	特養「広域型・地域密着型」 休日面会
6月 27日	ケアハウス 健康講座「熱中症について」	9月 18日	特養「広域型・地域密着型」 物故者追悼法要
7月 3日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）	9月 18日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
7月 5日	デイサービスセンター 料理教室（七夕フルーツポンチ）	9月 18～29日	特養「地域密着型」 グループホーム デイサービスセンター みつぎ子ども図書館作品展示（地域交流）
7月 8日	ケアハウス シルバーリハビリ体操	9月 19日	老健「デイケア」 運動会
7月 11日	ケアハウス 音楽療法	9月 19日	ケアハウス 調理実習（きのこ山盛り混ぜご飯）
7月 11日	デイサービスセンター 料理教室（七夕フルーツポンチ）	9月 20日	老健「認知症棟」 調理実習（おはぎ）
7月 16日	ケアハウス 調理実習（クリームあんみつ）	9月 25日	ケアハウス 映画鑑賞
7月 18日	ケアハウス 尾道市立御調西小学校によるレクリエーション（地域交流）	9月 28日	老健「デイケア」 運動会
7月 19日	老健「認知症棟」 調理実習（お星さまゼリー）	9月 30日	老健「一般棟」 調理実習（おはぎ）
7月 19日	グループホーム 納涼ドライブ（世羅郡・夢吊橋）	10月 1日	ケアハウス 調理実習（押し寿司）
7月 22日	老健「一般棟」 調理実習（フルーツポンチ）	10月 1日	デイサービスセンター 料理教室（いきなりだんご）
7月 23日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）	10月 3日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
7月 24日	ケアハウス 映画鑑賞	10月 7日	デイサービスセンター 料理教室（いきなりだんご）
8月 5日	特養「地域密着型」 グループホーム デイサービスセンター 千羽鶴献納（尾道市役所御調支所）	10月 8日	老健「デイケア」 運動会
8月 5日	デイサービスセンター 料理教室（ピザトースト）	10月 9日	老健「デイケア」 運動会
8月 7日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）	10月 10日	ケアハウス 音楽療法
8月 8日	ケアハウス 音楽療法	10月 17日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
8月 16日	老健「認知症棟」 調理実習（大根もち）	10月 18日	老健「認知症棟」 調理実習（さつま芋の茶巾しぼり）
8月 19日	ケアハウス シルバーリハビリ体操	10月 21日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
8月 20日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）	10月 23日	老健「デイケア」 運動会
8月 20日	デイサービスセンター 料理教室（ピザトースト）	10月 24日	グループホーム 秋のドライブ（府中市・首無地藏）
8月 21日	特養「地域密着型」 夏祭り・調理実習（たこ焼き、フルーチェ）	10月 25日	老健「デイケア」 運動会
8月 22日	ケアハウス 調理実習（揚げ出し風ごちそうめん）	10月 28日	老健「一般棟」 調理実習（スイートポテト）
8月 26日	老健「一般棟」 調理実習（夏野菜ピザ）	10月 28日	老健「デイケア」 運動会
8月 28日	ケアハウス 映画鑑賞	10月 29日	ケアハウス 外出行事（世羅郡・道の駅世羅）
9月 4日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）	11月 8日	グループホーム おやつバイキング
9月 5日	デイサービスセンター 料理教室（三色おはぎ）	11月 11日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
		11月 13日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
		11月 14日	ケアハウス 調理実習（具だくさん豚汁）
		11月 15日	老健「認知症棟」 調理実習（スイートポテト）
		11月 15日	デイサービスセンター 料理教室（お好み焼き）
		11月 18日	デイサービスセンター 料理教室（お好み焼き）

11月 21日	ケアハウス 音楽療法
11月 25日	老健「一般棟」 調理実習（さつま芋の茶巾しぼり）
11月 27日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
11月 30日	総合施設 「御調神楽」鑑賞
12月 9日	ケアハウス シルバーリハビリ体操
12月 10日	ケアハウス 買い物（Ａコープ・ウォンツ）
12月 12日	ケアハウス 音楽療法
12月 15日	特養「広域型・地域密着型」 休日面会
12月 16日	老健「一般棟」 調理実習（抹茶ケーキ）
12月 16日	デイサービスセンター 料理教室（クリスマスパンケーキ）
12月 17日	ケアハウス 調理実習（オムレット）
12月 17日	デイサービスセンター 料理教室（クリスマスパンケーキ）
12月 19日	ケアハウス 映画鑑賞
12月 19日	デイサービスセンター 茶話会（スイーツバイキング）
12月 20日	老健「認知症棟」 調理実習（クリスマスケーキ）
12月 20日	デイサービスセンター 茶話会（スイーツバイキング）
12月 25日	特養「地域密着型」 年忘れ大カラオケ大会inふれあい
12月 25日	グループホーム クリスマス会
12月 26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、その中でも特に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。



「寒い朝」
撮影者／金剛 洋
撮影場所／長野県茅野市



「五月の風」
撮影者／渡辺 好
撮影場所／佐賀県 川上峡



「瀬戸朝景」
撮影者／廣森 均先
撮影場所／廿日市市 地御前



「ナイスキャチ」
撮影者／津村 享生
撮影場所／広島市



「五竜の滝壺」
撮影者／藤本 知士
撮影場所／山口県岩国市



「鯉城」
撮影者／村田 良之
撮影場所／広島市



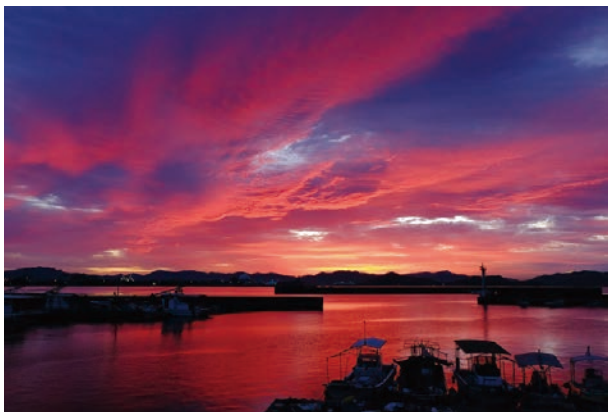
「瀬戸大橋」
 撮影者／盛中 幹雄
 撮影場所／香川県坂出市



「御調の雲海」
 撮影者／上西 一弘
 撮影場所／尾道市御調町



「人文字 ウユニ塩湖」
 撮影者／松原 知子
 撮影場所／ボリビア



「オーロラ風朝焼け」
 撮影者／三宅 保信
 撮影場所／廿日市市 地御前



「陽光」
 撮影者／狩山 睦江
 撮影場所／美祢市 秋吉台



「出雲の民家」
 撮影者／秋中 弘匡
 撮影場所／島根県出雲市 斐川



「緑陰に耽る」
 撮影者／才上 千代子
 撮影場所／廿日市市 宮島

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や七宝額絵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〕 森山 恵美子



〔絵手紙〕 上田 君子



〔絵手紙〕 大本 須美子



〔絵手紙〕 福本 スミエ



〔絵手紙〕 山本 弘子



〔絵手紙〕 近藤 ゆかり



〔七宝額絵〕 田辺 ヌイ

投 稿 規 定

1. 投稿者は原則として本院、附属施設の職員及び編集委員会が特に依頼した者とする。
2. 本誌の原稿は保健・医療・介護・福祉にわたる学術的なもので、原著・総説・症例報告・学会発表・その他とする。
3. 投稿された論文の採否・掲載の順序等は編集委員会において決定する。
4. 編集委員会は編集の都合により、原文（図表を含む）の論旨を変更しない範囲で、著者に記事の訂正を求めることがある。
5. 投稿原稿は次の要領により作成するものとする。
 - a. 原稿は横書きとし、現代かなづかい、新医学用語を用い、口語体とする。
 - b. 原稿の第1項は、標題、所属及び著者名の順に、行を改めて記載すること。また、key wordを英語・和文で頁の下に記載すること。
 - c. 第2項は、英文にて標題、著者名、所属の順に記載すること。
 - d. 度量衡の単位は、cm、g、ml などを用い、数字は算用数字を用いるか、成語はそのまま用いること。(例：一般、同一、1回、1度)
 - e. 図（写真）及び表は別紙とし、図1、表1のように番号をつけ、本文中に図表をくみこむ場所を指定すること。また図版の標題及び説明文は別紙にまとめること。
 - f. 引用文献は引用順に番号をつけ、本文の最後に一括する。
引用文献の書き方は、
雑誌の場合……著者名（筆頭者を含めて3名までを併記し、それ以上は他とする）
：論文題名，雑誌名， 巻：頁－頁，西暦年号
単行本の場合……著者名：書名，頁－頁，発行所，発行年（西暦）
 - g. 原稿を電子メディア（FD，CD-R，MO）のファイル形式で提出する場合でも、印刷された文書、図表、写真に添えて提出すること。
6. 校正は著者が行うが、文章の大幅な削除、挿入、変更などは編集委員会に申し出ること。

編 集 後 記

今年度は夏の酷暑から一転して、冬は低温がつづき強い寒気の影響による降雪もあり御調らしい寒さがつづきました。今年も当院の活動内容をまとめた「公立みつぎ総合病院誌 第30巻」を発刊しましたので皆様にお届けします。本誌も発刊から30年を迎えることとなり、時流にならない今年度版から電子化したしたものをお届けすることになりました。

内容は広報誌「翼」に掲載しているシリーズ医療最前線から、“抗血栓療法中の患者さまの頭部外傷時の注意”、“加熱式タバコについて”、“ブラキシズム”の3題を抜粋しました。そして診療各科からの学術論文、学会発表の内容、つづいて令和6年2月に開催された第48回院内学会の要旨、診療各科の業績とオープンカンファレンスの内容を掲載しました。院内部署の活動報告として第8病棟、介護予防センター、臨床検査室の3部署を紹介し、看護部院内教育と院内・施設の行事についてはこの一年間に行われた内容を一覧にして掲載しました。さらに巻末には院内に彩りを添えたボランティアの方々による季節感のある写真、絵手紙、押し花の一部を掲載しております。

高齢化、人口減少、マンパワー不足など病院を取り巻く環境も大きく変化しておりますが、「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」への取り組みとその記録、また病院からの情報発信の場としての本誌の役割を今後も継続してゆきたいと思います。

(佐々木 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	植 田 香 織	緒 方 博 子	藤 井 真 澄
	近 藤 茂 之	宮 崎 裕 也	杉 原 毅	

2024 公立みつぎ総合病院
第30巻第1号 公立みつぎ総合病院誌

令和7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 株式会社 P'z コーポレーション

〒722-0073 広島県尾道市向島町11651

Tel. 0848-36-5379 Fax. 0848-36-5389