

**O-001**

病棟看護師における、がん患者の栄養管理に関する意識の実態  
～がん化学療法看護認定看護師としての役割を知る～

辰井はるか  
JCHO 神戸中央病院 看護部

【はじめに】 がん化学療法中の患者の多くは、副作用で食事摂取量が低下傾向となるが、看護師は効果的な看護が難しいと感じている。がん患者の栄養に対する看護師の意識を知る事で、効果的な看護に繋げる為にがん化学療法看護認定看護師としての役割を考えたのでここに報告する。  
【方法】 研究期間/対象:9月～2月/病棟看護師20名。栄養管理に関する質問10項目のアンケートを実施した。倫理的配慮は、個人が特定されない事を口頭と書面で説明し同意を得た。  
【結果】 「栄養療法が重要だと思うか」は、ほぼ思う40%「患者の必要栄養量はわかるか」は、ほぼわからない45%「SGAの入力はできているか」は、ほぼわからない10%、「NST依頼が出せているか」は全くできていない10%、「患者の食事形態や食事摂取量を気にしているか」は、全くできていない20%、「NSTの回診記録や食事摂取量を確認しているか」は、全くできていない10%、「がん化学療法を受ける患者の栄養について困った事はあるか」は、はいが20%、「栄養状態の評価方法を知っているか」は不正解が65%だった。  
【考察】 看護師は、栄養療法が重要と感じているが、SGAの入力やNST依頼が全くできていない、副作用時の看護介入がわからない等、栄養への意識が高く無い事がわかった。今回の結果を基にがん患者の栄養について、NST専任医師による勉強会を実施し、アンケートをすると、「NST依頼が出せている」「NST回診記録や食事摂取量の確認をしている」が全くできていないが0%、勉強会の定期開催希望や理解が深まったとする意見がみられた。看護師のがん患者に対する栄養の知識を高める事で、意識も高まるきっかけになったと考える。  
【おわりに】 がん化学療法看護認定看護師として、看護師が栄養療法の意識を高め、効果的な看護に繋がる様多職種と連携して栄養管理の勉強会企画や、栄養管理を考える環境作りをしていきたい。

**O-002**

糖尿病患者の食事・運動療法に対する意識・実態調査

吉原舞、市川亜由実、宮崎雅子  
JCHO 京都鞍馬口医療センター 栄養管理室

【背景・目的】 糖尿病の予防と治療には食事療法・運動療法が重要である。食に対する価値観は多様化しており、栄養指導においても個々の病態や嗜好に対応することが必要である。食事療法は継続できなければ意味をなさない。そこで、今後の栄養指導内容の参考にすることを目的として、糖尿病患者の食事・運動療法に対する意識を調査し、分析した。  
【方法】 当院の糖尿病患者を対象に、外食や間食頻度とその内容、食事についての意識、運動習慣の有無などについて質問紙法による調査を実施した。  
【結果】 対象者は男性12人、女性8人で平均年齢は65.3歳であった。調理者は「自分」が15人、「妻」が6人であった（複数回答可;以下省略）。外食頻度は平均週0.73回、外食内容は和食が10人と最も多く、次いで中華料理5人、ファストフード3人、洋食と居酒屋が同数で2人であった。中食頻度は平均週1.75回、間食頻度は平均週3.23回であり、間食内容は洋菓子が11人と最多、次いで和菓子10人、果物8人、スナック菓子とナッツ類が同数で2人であった。運動習慣がある者は10人で、運動内容はウォーキングが最多、次いでスポーツジム、サイクリング等が続いた。運動習慣がない者は10人で、その理由は「時間がない」が最多、次いで「膝や腰が悪い」「面倒である」等が続いた。  
【考察】 対象者の外食頻度は平均週0.73回と週1回未満、中食頻度が平均週1.75回と中食の方が多く、また外食・中食合わせても週2.5回であることから、内食が多い集団であることが分かった。調理者は栄養指導を受けた者が最多であったことから、自宅で栄養バランスよく塩分1日6g未満の食事を作るための具体的な提案と資料が必要である。また、運動習慣が無い者が50%であり、運動習慣のない理由が「時間がない」が最多であったことから、時間がない中でもできる運動を他職種と連携して提案する必要がある。

**O-003**

関連する職種が専門性を重視し、詳細な推定栄養摂取量を算出したNST経過記録用紙に改定したその効果について

平井未央<sup>1</sup>、野口直子<sup>1</sup>、眞野理恵<sup>1</sup>、古田由美子<sup>2</sup>、松本高宏<sup>3</sup>、中塚敬輔<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 福岡ゆたか中央病院 栄養管理室、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>統括診療部

【目的】 平成30年度4月診療報酬改定に伴いNST経過記録用紙の改定を行った。以前は各職種が部門システムやカルテ記録から情報を口頭で発表し参加スタッフも交代していたため、経過の伝達に時間を要し栄養摂取量の正確な把握ができていなかった。そのため、多職種間での情報共有が短時間で済み、栄養摂取量を明確化した記録用紙を作成し、期待した効果が得られたので報告する。  
【方法】 経過記録用紙を改定し1年間運用。その後NSTスタッフを対象に使い易さについてアンケートを実施、評価を行った。  
【結果】 改定後の経過記録用紙は、看護師が前日までの患者状況や食事量を、薬剤師は輸液内容と経管栄養の種類から算出した総エネルギー量とアミノ酸量を、理学療法士や言語聴覚士はリハビリ状況や摂食嚥下状況を入力するようにした。管理栄養士はBEE、TEEや食事の詳細に加え食事形態や付加食品も含めた現在の喫食量から推定栄養摂取量を算出、患者の栄養充足度を明確化した。看護師の入力箇所を削減し関連する全職種に分担することで、看護師の負担軽減、回診前の経過状況把握に要する時間短縮さらには正確な情報共有が可能となった。また以前は食事の提供量のみ記載だったが推定栄養摂取量を明記することで、NSTに関わる全スタッフが栄養充足度を意識し、より充実した討論をすることができた。アンケート結果では9割以上のスタッフが用紙は使い易い、情報提供しやすくなった、7割のスタッフが情報伝達の時間は短縮したと回答があった。  
【考察】 それぞれの専門性を生かして正確な情報共有ができる経過記録用紙を作成することができた。推定栄養摂取量を明記することで栄養に対するスタッフの関心も高まったといえる。また情報共有の時間短縮により回診時ベッドサイドで患者との会話の質的向上を図ることが可能となった。今後は脂質や水分の出納量などを追加し、より詳細な推定栄養摂取量を算出できる記録用紙を作成したい。

**O-004**

糖尿病透析予防指導の実施内容と予約システムの見直し

遠藤さゆり<sup>1</sup>、南雲千夏子<sup>2</sup>、森本二郎<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 埼玉メディカルセンター 栄養管理室、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>内科

【はじめに】 当院では2012年度より糖尿病透析予防指導を開始した。医師の診察と同日に看護師・栄養士の指導を行う事が条件であるが、同日に3者の予約を合わせて取得することに難渋した。また診察から指導終了まで長時間を要するなど患者負担が大きかった。このような理由から2013年度は64件だった件数が2017年度には20件にまで減少した。  
【目的】 予約が取得しやすく、患者の移動が少ない、指導時間などの流動性を高めるよう糖尿病療養指導士の看護師・栄養士が中心となり、これまでの糖尿病透析予防指導を見直した。この取り組みについて報告する。  
【方法】 1) 1枠で予約が完了する専用指導枠を設けた。専用指導枠では看護師と栄養士が同居して患者へ指導を行い、2か所で行っていた指導を1か所で行うようにした2) 記録が簡便で指導上必要な情報が共有できるテンプレートを作成した3) 随時尿から塩分摂取量を推定できる計算式を用いた4) 指導で伝える情報量の違いから指導を腎症2期は1回、3期は2回とした。6か月後に再指導とし、継続した療養行動の実践度を判定することとした。  
【結果】 見直し後の2018年度は件数が48件に増加した。1) 指導時間一律60分を30～60分とし、病期に合わせた個別的な指導を行えるようになった2) 統一した書式で記録が可能、見やすくなった3) 推定塩分摂取量を基に減塩の意識付けがしやすくなった4) 漫然と指導回数を重ねず、患者が必要とする情報を提供できるようになった。  
【考察】 簡便な予約の取得や患者移動のない指導体制、記録、指導法や指導回数など一連の流れを見直すことは患者・医療者側双方にメリットがあり、尚且つ糖尿病透析予防指導件数の増加につなげることができていることが分かった。  
【今後の課題】 1) 指導漏れがないよう指導対象となる患者を自動的に抽出するシステム作りが必要2) 指導件数の増加3) 6か月後のフォローアップ指導が不十分のためその体制を整える。

## O-005

## Freestyleリブレを用いた栄養素の違いによる食後血糖値の変動について

藤井麻未<sup>1</sup>、切江未歩<sup>1</sup>、石丸祐加<sup>1</sup>、多谷本朋子<sup>1</sup>、權代愛実<sup>1</sup>、佐々木乃莉子<sup>1</sup>、  
佐古純子<sup>1</sup>、富崎文香<sup>1</sup>、田中佳江<sup>1</sup>、紺谷哲也<sup>2</sup>、畑尾克裕<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO徳山中央病院 栄養管理室、<sup>2</sup>臨床検査部、<sup>3</sup>血液・内分泌内科

【はじめに】FreeStyleリブレとは小型のセンサーを装着し、データを読み込むことで血糖変動が確認できる装置であり、最大14日間継続して血糖値の推移を途切れることなく記録することができる。食べる順番や摂取する栄養素の違いによって血糖値に変動が見られるのかを検証した。

【方法】期間：平成31年4月17日～4月30日のうち5日間。対象者：30代男性。既往歴なし。健康診断によるHbA1c5.9%。医師による明確な糖尿病の診断はなし。朝は絶食とし、昼食時に血糖値の変動の確認を行った。食事内容：1.病院食 2.炭水化物のみの摂取 3.油と炭水化物の摂取 4.食物繊維と炭水化物の摂取 5.嗜好品と炭水化物の摂取

【結果】バランスの良い食事をとることで血糖値は正常範囲に収まった。炭水化物のみの摂取では、血糖値の急激な上昇が見られた。油と炭水化物の摂取では、炭水化物のみの摂取ほど急激な上昇は見られなかったが、高血糖状態が持続した。食物繊維と炭水化物の摂取では、血糖値はゆるやかに上昇し、早く低下した。嗜好品と炭水化物の摂取では、200mg/dlを越える血糖上昇が見られた。

【考察】バランスの良い食事をとることで血糖値の急激な上昇は見られなかったため、バランスよく食事をする必要があると考えた。油と炭水化物、食物繊維と炭水化物のように栄養素の組み合わせを変えて血糖上昇や低下に違いが見られたため、栄養素によって血糖値に与える影響が異なると考えた。嗜好品と炭水化物の組み合わせは最も血糖変動が大きく高血糖状態も持続したため、夕食後の食後血糖値に影響が出るのではないかと考えた。

【結語】炭水化物のみの摂取や様々な栄養素を組み合わせた食事と比較して、病院食のようにバランスよく組み合わせた食事は急激な血糖上昇の抑制に繋がることがわかった。今後も、食事にかかる時間や食材等がどのように影響するかを検証し、より効果的な食事管理が行えるように支援していきたい。

**O-006**

**肥満症治療としての減量プログラム入院  
～当院の現状と課題～**

森明日加<sup>1</sup>、小坪容子<sup>1</sup>、鴨下朋美<sup>1</sup>、大戸彰子<sup>1</sup>、田伏友彦<sup>2</sup>、北川博<sup>2</sup>、  
高野裕也<sup>3</sup>、岡本芳久<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO横浜保土ヶ谷中央病院 栄養管理室、<sup>2</sup>リハビリテーション室、  
<sup>3</sup>糖尿病内科

【背景・目的】肥満症は、肥満に起因ないしは関連する健康障害を合併し、医学的に減量を必要とする病態を呈する「疾患」である。当院では、2016年から肥満症に対する減量目的で、フォーミュラ食を用いた食事療法を組み入れた教育入院プログラムを導入している。今回、この入院プログラムの肥満症患者の体重や併発疾患（臨床指標）への効果を検証し、課題について考察した。

【対象・方法】2016年12月～2019年5月の減量目的に教育入院し、入院期間中に運動療法（適応のある例）に加えて、フォーミュラ食（1日1～2食、1食176kcal）に置き換えた食事療法を実施し、退院後6ヶ月間定期受診でフォローしてきた12症例（男性2名、女性10名）。体重・内臓脂肪面積・血圧・肝機能・尿酸・耐糖能を追跡し、退院後6ヶ月目の体重が入院前以下で維持出来た例をコントロール「良好」、入院前以上に増えた例をコントロール「不良」と判定した。さらに、食行動質問票を用いて食行動（食生活の規則性・食事内容・食べ方・空腹満腹間隔・代理摂食・食動機・体質や体重に関する認識）を聴取し、その偏りや問題点を考察した。

【結果】平均入院日数は28.8±12.7日で、入院期間中の平均体重変化は-6.0±3.28kgであった。また、血圧・肝機能・尿酸・耐糖能（インスリン抵抗性）もそれぞれ改善した。しかし、退院後は、体重コントロール良好群（9名）と不良群（3名）に分かれた。また、食行動においても問題と考えられる偏りも散見された。

【考察】フォーミュラ食を併用した教育入院により減量と肥満症の改善が達成出来ていた。ただし、退院後に栄養指導の自己中断、運動療法の継続困難、食行動における心理的・社会的問題等の影響で改善を維持出来ない例もあり、医師・看護師・管理栄養士・理学療法士、さらに症例により臨床心理士等も含む多職種によるチーム医療が必要と考えられた。

**O-007**

**チーム介入により褥瘡が改善した1例**

佐古純子、原田清美、寺尾隆、益成宏、中野純二  
JCHO徳山中央病院 褥瘡ケアチーム

【はじめに】当院では平成29年12月より「褥瘡ケアチーム」として多職種で、週2回、カンファレンス・ラウンドを行い褥瘡発生予防・治療ケアを実施している。チーム介入により褥瘡改善に至った1症例について報告する。

【症例紹介】80代女性。左心原性脳梗塞による意識消失のため緊急搬送。右殿部に持ち込み褥瘡。水疱が破れ、滲出液多量。(DESIGN-R:U) 入院時 データ、TP6.4、Aib3.7、Hb14.5、BUN46.0、CRE0.78。CONUT2点（軽度栄養不良）。身長152cm、体重42kg、BMI18.2。推定エネルギー必要量1800kcal/日。

【経過】右殿部褥瘡に対し、4病日よりチーム介入開始。外用薬の調整、ポジショニングについての指導を実施。栄養面ではPPN管理から経腸栄養に移行（E:600kcal/日）。その後、直腸潰瘍を認め、経腸栄養量を慎重に増量（E:900kcal/日）。16病日、CONUT9点（高度栄養不良）と判定し、栄養摂取量増量を提案（E:1200kcal/日）。21病日、黒色壊死となった褥瘡に対しデブリ実施、ポケット形成を認め、治癒促進のためNPWT療法（VAC療法）を行う方針となった。経口栄養移行のタイミングであり経口から必要エネルギー量が摂取できるよう提案。STも介入し食事形態の調整を行った。経口からの摂取栄養量増量し、創部治癒促進目的にHMB含有食品を追加（E:1600kcal/日）。腎機能悪化なし。栄養状態改善傾向。53病日、VAC療法終了。外用薬で創部収縮を目指した。55病日、経口摂取エネルギー量増量目的に、HMB含有食品から経口補助食品に変更し、経口摂取より必要エネルギー量の充足に至った（E:1800kcal/日）。70病日、創部縫縮術を施行し、創部の状態良好、経口摂取による十分な栄養摂取の状態にて転院となった。（転院時、DESIGN-R: d2)

【結語】早期介入により、経腸栄養経て経口摂取へのスムーズな移行、食事形態の調整や、食事の工夫により、エネルギー量の増量ができ、褥瘡改善に寄与したと考えられる。

**O-008**

**慢性期摂食障害患者における栄養管理の一症例**

丸山紗希<sup>1</sup>、大竹友香里<sup>2</sup>、伊藤修<sup>1</sup>、松尾和美<sup>1</sup>、浦本和美<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>JCHO東京新宿メディカルセンター 栄養管理室、<sup>2</sup>看護部

【背景】日本では1980年からの20年間で、摂食障害患者数が約10倍増加、特に若年女性の摂食障害が問題になっている。発症してすぐの若年患者では早い段階での速やかな体重増加が良好な経過に繋がるとの報告があるが、10年以上既往のある摂食障害患者は治療への抵抗が強く、介入が困難なケースが多いといわれている。

【目的】当院では平成30年6月より管理栄養士の病棟担当制を開始し、栄養介入や栄養指導依頼が増えてきた。ここでは精神科病棟に入院した20年来の摂食障害既往がある中年女性への栄養管理及び栄養指導実施に至った経過を報告する。

【対象】平成31年1月当院精神科病棟へ入院した41歳女性。身長160cm、体重31kg、BMI12。全身い痩著明でふらつきあり。面談中に声が大きくなったり、笑い出したりと情動面は不安定。日付や時系列の混乱、認知機能の低下が認められた。食事は極度な偏食あり。

【経過】食事記録シートを用い、日々の摂取量を確認しながら頻回に食事内容の相談を実施した。また、食事記録シートのフリースペース欄には患者の心理面が表出され、医師や看護師へ情報提供する事が出来た。

【結果】体重は入院時より11.4%増加。食べることでできる食材数も増え、入院当初の540kcalから1340kcalへ約60%増加した。また栄養量が充足してきたことで日常生活における体力、認知力の回復もみられた。

【結論】担当管理栄養士が院内で認知され、精神疾患患者の栄養介入が増加した。食へのこだわりが強い摂食障害患者において、日々の摂取量の把握以外にも入院生活の不安の傾聴、嗜好面を考慮した食事や栄養の正しい知識の習得が重要であり、管理栄養士の役割の大きさを感じた症例であった。

**O-009**

**透析施行中の喫食の有無が透析患者のエネルギー摂取量等に及ぼす影響について**

豊原美紀、守屋淑子  
JCHO仙台病院 栄養管理室

【目的】透析患者の低栄養を予防するためには、適正な食事摂取量の確保が重要である。そこで、透析施行中の喫食の有無が透析患者のエネルギーおよび栄養素の摂取量に及ぼす影響について調査した。

【方法】1 調査対象患者は昼間外来透析患者18名のうち、聞き取り調査に承諾を得られた16名。2 平成30年7月24日～平成30年8月15日に管理栄養士が聞き取りにて、透析施行中の喫食の有無と調査日より過去1ヵ月間の食習慣を透析日と非透析日別に調査した。3 2をもとに摂取エネルギー（kcal/日・kgIBW/日）と摂取たんぱく質（g/日・kgIBW/日）を算出し、透析日と非透析日別に比較検討した。対象患者の栄養状態を評価するため、調査時のBMIやGNRを調査した。値は平均値±標準偏差で表した。

【結果および考察】調査対象患者の年齢は70.4±13.1歳、男性7名（43.8%）、BMI19.3±2.6 kg/m<sup>2</sup>、GNRI87.9±8.1だった。透析施行中に喫食していた患者は10名（62.5%）おり、そのうち当院の透析弁当を食べていた患者は4名であった。透析弁当を喫食していた患者の摂取エネルギーは600±100kcal/食、摂取たんぱく質は21.4±1.25g/食だった。持参食（飴玉やおにぎり1個など）を摂取していた患者6名の摂取エネルギーは193±91kcal/食、摂取たんぱく質は4.0±2.3g/食だった。1日の摂取エネルギーは透析日1293±275 kcal/日（24kcal/kgIBW/日）、非透析日1414±278kcal/日（26kcal/kgIBW/日）であり、透析日の方が121kcal/日少なかった。摂取たんぱく質は透析日47.0±10.5g/日（0.9g/kgIBW/日）、非透析日55.8±12.7g/日（1.0g/kgIBW/日）であり、透析日の方が8.8g/日少なかった。その一つの要因として、透析施行中の喫食の有無や内容の違いが考えられる。平均BMIが19.3 kg/m<sup>2</sup>という点からも、摂取エネルギーおよび栄養素の確保が重要と考える。

【結論】透析施行中の欠食が、透析日の摂取エネルギーおよび栄養素の低下に繋がる。



## O-010

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類  
2013に沿った嚥下調整食提供への取り組み

須藤務、水谷規子、日比野春美、吉川勝、井本幸枝、林航平  
JCHO可児とうのう病院 栄養管理室

【はじめに】当院の嚥下調整食は食形態にばらつきがあり、嚥下機能に合った食事の提供が不十分であった。そのため、2018年度よりソフト食の提供へ向けて取り組みを開始し、2019年度より提供に至った経過を報告する。

【経過】栄養管理室では、ソフト食への理解を深めるために勉強会を行った。管理栄養士と調理師による院外勉強会への参加、業者に来院してもらっての勉強会やソフト食の試食を行う等、献立を考える管理栄養士と、実際に調理を行う調理師の双方が共通の認識と理解を持てるように心がけた。ソフト食の提供をスタートする1か月前には、管理栄養士と調理師で試作を行い、調理師全員がソフト食の作り方の確認を行った。ソフト食は食材、水分、ゲル化剤の計量を正確に行う事がポイントで、これを意識する事で失敗なく作成できるようになったが、保温の段階で形が崩れてしまう事が新たに問題として発生した。そのため、ゲル化剤を耐熱性のある物に変更した。ゲル化剤が変更になれば使用ポイントも変わるため、新しいゲル化剤の使用ポイントである計量と加熱を確実にし、失敗なく作成出来るようにした。

【結果】事前の勉強会や試作等の準備を行った為、大きな失敗等もなく、ソフト食を導入する事ができた。

【考察】ソフト食は整形段階の切り方ひとつで印象が大きく変わる。ただ四角に切るだけでなく、魚なら三角に切る等、実際の料理に近い形に整形することで、料理としての認識を高め、食欲増進につながるのではないかと考えられる。さらには、焦げ目をつける、香りを立たせる等、より普通食に近く、美味しいと感じられるような工夫を標準化して行えるようにしたい。ソフト食を調理して、舌触りや滑らかさは普通食のメニューとしても美味しいと感じられるものであった。今後は普通食にもソフト食の1品を取り入れたり、旬の食材をソフト食に展開できるように取り組む事で、さらなる病院食の質の向上に務めたい。

**O-011**

健康相談における臨床検査技師の関わり方  
～HbA1cを導入して～

浦田佑貴<sup>1</sup>、鈴木ひかり<sup>2</sup>、佐藤啓<sup>2</sup>、岡田明美<sup>3</sup>、福島喜代美<sup>3</sup>、栗本弘美<sup>3</sup>、  
越野庸介<sup>4</sup>、山下由梨亜<sup>1</sup>、加藤弘巳<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>JCHO高岡ふしき病院 臨床検査科、<sup>2</sup>内科、<sup>3</sup>看護部、<sup>4</sup>栄養管理室

[目的] 当院の糖尿病支援委員会では、イオンモール高岡で糖尿病予防の啓発を目的とした血糖測定および健康相談会を実施している。臨床検査技師として、健康相談会に関与し、糖尿病予防の啓発にどのように貢献できるか検討した。

[方法] 相談会参加者に対して、糖尿病検査の認知に関するアンケート調査を行い、血糖値およびHbA1cの測定を実施した。

[結果] 平成29年の相談会の参加者は105名であり、全員血糖測定を行い、うち37名でHbA1cの測定を行った。アンケートの回収率は79%であった。

アンケート結果では、糖尿病の検査について、「どのような項目があるか知っている」：27.7%、「検査の内容について知っている」：20.5%、「全く知らない」：45.8%、「未回答」8.7%であった。尚、「全く知らない」の回答者中の3割にHbA1cを測定した経験があった。

HbA1cの結果は5.5%以下の人が12名、5.6～5.9%の人が10名、6.0～6.4%の人が10名、6.5%以上の人5名であった。6.5%以上のうち1名は未治療であった。6.5%未満で治療中の人は3名であった。6.5%未満かつ食後血糖値が140mg/dL以上は9名であった。

[考察] 相談会参加者のうち、糖尿病の血液検査を知らない人が約半数いた。糖尿病の血液検査について検査技師が説明を行うことで、血液検査に関心を持ち、糖尿病に対して理解を深めることができると考えた。さらにHbA1c高値で未治療の人に、医師とともに受診を勧め、治療中の人には低血糖に関する注意を促すことも必要である。そして、血糖高値の人、糖尿病家族歴がある人、BMI 25以上の人には、血糖値だけではなく、HbA1c測定を行うことが有用と考えられる。

[まとめ] 臨床検査技師として測定した検査データと身体測定からその人の耐糖能を把握し、生活状況などの情報を含めて、医師へ報告して、今後も健康相談会に貢献していきたい。

**O-012**

Free Style リブレを用いたフラッシュグルコースモニタリングシステム (FGM) の使用経験

紺谷哲也、石川容子  
JCHO徳山中央病院 臨床検査部

【はじめに】FGMのFreeStyle リブレ（アボット）が2017年に発売された。この製品は非観血的に、かつ14日間の血糖値の推移を途切れることなく知ることができる（従来の観血的SMBGの機能も有す）。今回、当製品を使用する機会を得たので、性能と個人的な使用感を含め報告する。

【検討期間】2018/5/21～2018/6/4と2019/4/17～2019/4/30の2期間

【内容】1.本製品と、現行のSMBG機器であるワンタッチベリオビュー（ジョンソンエンドジョンソン）との測定値の相関。2.食事内容と血糖上昇の関係性。3.測定結果レポートを検証。2018年4月の健診結果と照らし合わせた。

【結果】1.リブレ (FGM) をY、現行法 (ワンタッチベリオビュー) をXとした時、 $Y=1.0377X$ 、 $R=0.936$  (n=25)。リブレ (SMBG) をY、現行法をXとした時、 $Y=0.9245X$ 、 $R=0.975$  (n=12)。2.詳細は発表時。3.2018年4月の健診結果は、空腹時血糖：90mg/dl、HbA1c：5.6%であった。対してリブレの結果は、空腹時血糖（14日間の概算）：98mg/dl、推定HbA1c：5.6%であった。

【使用感】センサー装着時：強い痛みや出血は無かった。測定期間中：センサーは剥がれず、日常生活において不便は無かった。脱着時：痛みや出血、かぶれ等は無かった。

【使用上感じた問題点】1.装着1日目は、測定値が不安定であったこと。2.8時間以内に蓄積データを放出する必要があること。3.2018年12月現在、FGMのみでの保険適用が無く、SMBGを併用する必要があること。

【利点】1.測定に痛みや出血を伴わない。2.14日間連続した血糖変動を追えつつ、リアルタイムな測定値も得られる。3.推定ではあるものの、HbA1cの値を得られる。4.食事過剰摂取に対しての意識づけが期待できる。（モニタリング効果）

【個人的総評】率直な感想は、測定に対するストレスがないことであった。従来のSMBGと遜色のない測定値が得られた中で、FGMを使用することは、長く続く糖尿病の療養において、治療における心理的な負担を軽減する一助になると感じた。

**O-013**

『骨粗鬆症・転倒予防チーム』による  
一次骨折予防への取り組み

須田学<sup>1</sup>、板垣幸子<sup>2</sup>、蛭子美奈<sup>3</sup>、切通富美子<sup>4</sup>、高井大輔<sup>5</sup>、吉田昇平<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>JCHO玉造病院 骨粗鬆症・転倒予防チーム、<sup>2</sup>医療安全管理室、  
<sup>3</sup>地域医療連携室、<sup>4</sup>看護部、<sup>5</sup>放射線室、<sup>6</sup>整形外科

骨粗鬆症はSilent diseaseと言われ、自覚症状が乏しく、骨折をして始めて判明するケースが多く、骨粗しょう症による骨折は、要支援、要介護の大きな要因であると共に予後不良な疾患である。

わが国における骨粗鬆症患者数は1280万人と推定され、2020年には1490万人になると推測される。また骨粗鬆症による大腿骨近位部骨折の発生数も年間18万人と増加傾向にあり、25年で約3.3倍になっている。しかし、骨粗鬆症治療を受けている患者は約200万人と言われ、大腿骨近位部骨折・脊椎椎体骨折患者の骨粗鬆症治療率も約20%と非常に低く、治療が必要な患者に十分な治療が行われていない現状にある。

骨粗鬆症や骨折リスクの高い患者を抽出し、評価するツールとして、骨粗鬆症検診は有用な方法であるが、平成27年度の都道府県別の骨粗鬆症検診率において、鳥根県は全国ワースト1位の0.3%とほぼ実施されていない現状となっている。

当院では、多職種が一丸となって一次骨折予防（初発の骨折を防ぐこと）、二次骨折予防（骨折の連鎖を断つこと）を目的とした『骨粗鬆症・転倒予防チーム』を立ち上げて活動を開始した。

一次骨折予防として、地域に潜在する骨折リスクを有する骨粗鬆症患者の早期発見・評価・治療介入を目指し、病院とクリニックが連携した『骨粗しょう症検診』を開始したので、その取り組みや今後の課題などについて報告する。

**O-014**

せん妄が認められた食道癌術後患者に対して早期離床を実施した一症例

－ICU早期離床プログラムを実施して－

河村竜満  
JCHO徳山中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】「痛み・不穏・せん妄管理ガイドライン」において早期離床はせん妄の発現抑制と期間短縮に有効な非薬物療法として推奨されている。当院ではICUにおいて医師・看護師とともに共通した目標設定を行い、鎮静・疼痛管理の下早期より離床を図る早期離床プログラムを実践している。今回当院において食道癌術後患者に対し早期離床を実施した結果、せん妄の遅延化を防ぐことができた早期自宅退院へと繋げることができた症例を経験したので報告する。

【症例提示】70歳代男性。嚥下障害により食道癌を疑われ当院外科に紹介。術後ICU管理となる。

【経過】術後翌日より早期離床プログラムにて離床、筋力増強運動を中心とした理学療法を開始する。開始時は人工呼吸器管理で意識は清明、CAM-ICUは陰性であった。座位練習より開始するも離床時間が伸びず、術後3日目に危険行動がみられCAM-ICUが陽性となりせん妄が出現。深い鎮静管理は避け離床を継続し、術後5日目に起立・足踏み練習を開始。徐々に離床時間が延長し、せん妄状態・酸素化が改善。術後6日目に抜管し危険行動は消失。術後8日目にはせん妄消失し歩行練習を開始。術後22日目に自宅退院となる。

【考察】本症例は日中なるべく鎮静剤を使用せず、医師の循環・呼吸管理のもと早期離床を進めていった。また看護師と協力して鎮痛剤の使用やリハビリ以外の時間でも離床を進めていった。その結果離床時間の延長やストレスの緩和、生活リズムの構築を図る事ができ、せん妄の遅延化や呼吸器合併症を防ぐことができたと考えられる。それによりスムーズなリハビリが可能となり基本動作・ADL動作の早期獲得に繋がったと思われる。今回、多職種と協力して早期離床を図ることは、せん妄の改善や呼吸器合併症を予防し早期自宅退院を図る上で有効な手段ではないかと考える。

## O-015

### 心疾患術後の脳梗塞後遺症に対する作業療法

吉喜千夏

JCHO 徳山中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】心疾患術後より重度麻痺・高次脳障害に加え、せん妄状態の患者に対して、他職種との連携を図りながら介入し、ADL改善に繋がった症例である。

【症例紹介】A氏、70代男性、右利き。大動脈弁・僧帽弁閉鎖不全症に対する手術目的で当院入院し、X日手術施行。X+1日に左上下肢の麻痺出現し、右心原性脳梗塞と診断された。また術後より呼吸苦が続き、X+9日反回神経麻痺の診断となり、気管切開術施行された。

【初期評価】JCSI-2、RASS-1～-2と低活動型せん妄状態。BrsI-I-V、FMA2点、感覚 表在・深部共に重度鈍麻。左半側空間無視、左身体失認あり。FIM28点。寝返りや起居動作の際に左上肢の忘れや敷き込みあり。

【作業療法計画】せん妄症状改善の為、看護師と連携しリハビリ以外にも離床時間を設けた。また神経症状やせん妄により麻痺側管理が不十分のため、ポジショニング指導や基本動作時の麻痺側管理方法を共有した。意識レベル改善に伴い、本人にも同様に指導しながら、空間・身体への注視課題や上肢機能練習を行い、またADL場面にも直接介入し麻痺側管理練習を反復して行った。

【結果】RASS0、BrsV-IV-VI、FMA47点、FIM105点。基本動作時や食事・整容・更衣動作などのADL場面での麻痺側の使用や管理が可能となった。

【考察】早期から他職種と連携し離床を促したことでせん妄状態からの逸脱に繋がった。また左空間・身体への注視課題を含む上肢機能訓練や直接的ADL訓練を行い、本人・看護師に対してもADL場面での麻痺側管理方法を指導することで、上肢機能改善がみられたとともに麻痺側管理を能動的に行えるようになり、ADL介助量の軽減に繋がった。

## O-016

### 手術室空気清浄度モニタリングとチームで取り組む環境維持

土居洋子<sup>1</sup>、見谷史絵<sup>1,2</sup>、清原早都子<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>JCHO 宇和島病院 手術部、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>総務企画課

【はじめに】感染防止対策上、手術室空調設備の役割は、その環境に直接影響を及ぼすため最も重要で適切に管理する必要がある。今回、空気清浄度をリアルタイムでの測定が可能な機器を用いて測定、評価を行ったので報告する。また、当院の手術室における空気清浄度を維持する取り組みについて報告する。

【方法】平成30年5月20日、1地点1立方フィートあたりの粒径0.5 μm以上の平均浮遊塵埃数を測定機器（PMS社製レーザーパーティクルカウンター）を用いてBCR及び一般手術室において、清浄度回復時間測定、清浄度試験、発塵試験を行い評価した。

【結果】空調運転後BCRでは約6分後、一般手術室では約4分後に清浄度が回復した。一般手術室では、ドア開放で浮遊塵埃数がドア閉鎖より上昇したが、NASAクラス基準範囲内で良好な清浄度が保たれていた。人の動作で発塵した。

【当院の手術室環境維持に対する取り組み】当院では、良好な環境を維持するため、手術室看護師、療養介助員は、月1回のフィルター清掃と環境整備を日々行っている。総務企画課は、空調設備の不具合発生時の対応や、1年毎のメーカー保守点検を行い、臨床工学技士は、陽圧窓や排気口の日常点検と、環境モニタリングを年1回と必要時に行っており、チームが一丸となって環境維持に取り組んでいる。

【考察】定期的な環境モニタリングを行うことにより、空調機能低下による感染予防策を講じることが可能となり、高額なHEPAフィルターの適正な交換時期をつかむことで、ランニングコストの減少にもつながっていくと考える。手術中は、扉の開閉を最小限にし、室内での人の動きを最小限にすることで、周術期感染の予防に寄与できることが再認識できた。

【おわりに】今後も定期的な環境モニタリングと環境整備を行うことにより、空調設備の機能維持に努めるとともに、スタッフの感染防止に関する意識レベルの向上に努めていきたい。