

**P2-58**

周産期における多職種のスタッフによる妊産婦のメンタルヘルスケア支援システムの構築  
～産後ケアの切れ目のない支援に向けて～

早田真由美、波多野美穂、久岡愛、富田寿美、石田由佳、池本奈名、轟木彩、吉松朋代、川上剛史、村瀬恭子  
JCHO九州病院 4階南病棟

【目的】 A病院は地域周産期センター認定を受け、ハイリスク妊娠の周産期管理を行っている。そのため、児のNICU管理は避けられない。ボンディング障害の要因に「不安」「帝王切開」「児の身体的な疾患」等があり、これまでも不安の強い母親に臨床心理士の介入を勧めてきた。今回、母子保健の取り組みを支援する「健やか親子21」の重点課題である「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」「妊娠期からの児童虐待防止対策」を踏まえ、全妊産婦に対して多職種によるメンタルヘルスケア支援体制の構築に取り組んだので報告する。

【実践内容】 日本産婦人科医会がまとめた『周産期メンタルヘルスマニュアル』を参考に、妊娠期から産褥1ヶ月までの3つの質問票（育児支援チェックリスト・エジンバラ産後うつ質問票・赤ちゃんへの気持ち質問票）を使用したスクリーニング実施時期と方法のフローを作成した。医師・助産師・看護師・臨床心理士・MSWで支援の実際、連携の流れの共有、産後うつ病やボンディング障害等の理解を深め、支援を開始した。

【結果】 平成30年12月までの対象者171名全例に同意が得られ、助産師による支援ができた。臨床心理士の介入が必要な産後うつハイリスクと判断されたのは32件（19%）であった。要因は、児のNICU入院が8件（25%）、若年・経済的理由・精神遅滞・未婚が7件（22%）、精神疾患既往が4件（12%）であった。正常正期産の介入は13件（41%）であり、育児不安や家族の支援不足が要因であった。

【考察】 周産期は、身体的、精神的、社会的な環境変化をきたし、妊娠したすべての女性に困難が生じる可能性がある時期である。ハイリスクと判断されなかった妊産婦に対しても不安の軽減を図るとともに、解決策を一緒に考えるなど、関係性を深めることができた。全症例に3つの質問票を使用することは、育児困難に対する様々な要因を多職種が共有し、包括的な育児支援を行うのに有効である。

**P2-59**

MRSA 発生率の低下を目指した取り組み  
～ MRSA/手指衛生サーベイランスを通して～

荒木直美  
JCHO 天草中央総合病院 感染防止対策室

【目的】 MRSAは、医療関連感染の最も代表的な病原微生物の一つであり、感染対策が適切に実施されているかを判定する指標となる。A病院では、2008年よりMRSAサーベイランスを開始し、2014年よりMRSA対策に重要な手指衛生サーベイランスを開始した。今回、サーベイランスの必要性と手指衛生遵守率向上のための取り組みの重要性について再認識したため報告する。

【方法】 MRSAサーベイランスは、検査の対象者を設定し入院時に積極的監視培養を実施した。判定は、細菌検査室から報告される耐性菌発生報告書の患者リストをもとに鑑別（入院後48時間以内の提出検体においてMRSAが分離された場合を持ち込み、48時間以降の分離を交差感染）した。サーベイランスから得られた発生率が統計学的有意に増加した数値を閾値とした。閾値は、過去3年間の発生率の平均値と標準偏差から「注意閾値」と「警告閾値」を設定し、発生率がそれを越えた場合に感染対策を検証した。手指衛生サーベイランスは、1患者1日あたりの手指衛生実施回数（回/患者日）を毎月算出しMRSAの発生率との関連性を調査した。

【結果】 外科病棟においては、1) 発生率、2) 手指衛生実施回数の年間平均が平成27年度1) 0.37、2) 8.36回、平成28年度1) 0.29、2) 8.59回、平成29年度1) 0.28、2) 13.16回、平成30年度1) 0.27、2) 11.57回であった。内科病棟においては、平成27年度1) 0、2) 9.43回、平成28年度1) 0.19、2) 9.1回、平成29年度1) 0.3、2) 11.76回、平成30年度1) 0.67、2) 11.75回であった。両病棟ともに警告閾値を越えた回数は4年間で2回あり、問題となる対策の見直しを図った。

【考察】 手指消毒使用量が増加することでMRSA発生率の低下につながると考えていたが、発生率が上昇した部署もあり遵守率向上の取り組み方法に課題があると考えられる。今後、教育方法を見直し、組織全体で遵守率向上に向け取り組んでいく必要があると考える。

**P2-60**

消化器外科手術症例に対する手術部位感染サーベイランス導入の取組み

三股阿沙美、中野智美  
JCHO 南海医療センター 看護部

【はじめに】 A病院では、年間約800件の手術が行われている。そのうち消化器外科手術は約25%を占めている。術後経過を観察する中で、件数等の把握は出来ていないが、消化器外科手術後の手術部位感染（以下、SSI）を疑う症例があった。また、米国疾病対策センター等で推奨されている感染対策について、実施出来ていない項目がいくつかあることが分かった。このような現状を改善したいと考え、感染管理認定看護師教育過程修了後、手術室業務と兼任して感染管理活動を行う中で、SSI対策の強化を行いながら消化器外科SSIサーベイランスに取り組むこととした。今回、計画から導入に至るまでの取り組みを報告する。

【方法】 現状分析から、大腸、直腸、小腸、（腹部）手術を対象とした。SSIサーベイランス記載シート（以下、シート）への記載内容を検討した。アウトカム情報だけでなく、プロセス情報も1枚のシートへ記載できるようにした。また、手術室、外科病棟においてSSIサーベイランスについて説明会を開催した。手術室運営委員会にて医師へのサーベイランス、SSI対策の実施について協力依頼を行った。2019年5月よりSSIサーベイランスを開始し、手術室スタッフが、シートの記載を行うこととした。

【結果・考察】 計画から導入までの取り組みを行う中で、SSI発生時の報告方法や手術室から病棟へ対象患者の伝達方法など、スタッフの声を取り入れながら、より具体的な方法を追加した。また、手術室スタッフのシートへの記載状況を評価し、勉強会を企画した。手術に携わるスタッフ個々のSSI対策への意識向上のために関わることが必要であると考えている。また、SSI対策の中には、導入できなかった項目もあり、継続的に働きかけていくことが必要である。今後も、手術室から、医師を始めとし、他部署のスタッフへ術前・術中・術後の感染対策を発信し、積極的に連携していきたい。

**P2-61**

手術室、病棟間の看護問題に対する認識について

今井利恵、尾花有希子、池之端祐輔  
JCHO 可児とうのう病院 手術室

【研究目的】 周術期の継続看護において手術室看護師と病棟看護師が考える看護問題に対する認識の違いを知る。

【研究方法】 A病院外科系病棟看護師78名、手術室看護師6名を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。病棟へは基本属性・手術看護記録の活用・看護問題（手術室での看護問題の確認や観察ポイントと自由記述など）について13問、手術室へは基本属性・申し送り・看護問題（問題点の継続に関する項目など）について7問からなる質問用紙を作成し配布・回収。得られた回答を単純集計し手術室と病棟を比較した。

【倫理的配慮】 文書にて研究趣旨、匿名性の保証と自由意思による参加を説明し質問紙の回収をもって同意を得た。本研究は所属施設看護部倫理審査を受けて実施。

【結果】 アンケート回収率は病棟看護師69%、手術室看護師100%で有効回答率100%。

看護問題として立案されている項目を比較した結果、病棟看護師は「急性疼痛」が73%、手術室看護師は「皮膚統合性障害」が83%と最も高かった。

また、手術看護記録から「継続していく問題が分からない」と回答した人は45%で、自由記述より「申し送りで聞くので、記録から読み取っていなかった」「参照する際に気づく状態を把握しにくい」「申し送られた事が必ずしも記録に残っているわけではない」などの意見が聞かれた。

【考察】 手術室看護師と病棟看護師では、患者の経過に伴い重要視する項目に相違があるため、看護問題が変化することは当然の結果であると考えられる。しかし、手術看護記録の活用や看護問題として申し送ることなどが十分ではなかったことも看護問題が継続されない一因であった。手術看護記録が有効活用されないことで看護問題として認識されにくいと考える。今後は、記録内容の見直しや、部署間の学習会などを通して継続看護がされるよう働きかけていく。

【結論】 手術室看護師と病棟看護師が考える看護問題に対する認識の違いがあった。

2020  
一般ポスター  
ポスター会場

**P2-62**

看護サマリーを活用した病棟～外来間の在宅療養支援

村岡知美  
JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部

【背景】病棟では入院時から退院後の生活について本人、家族それらを取り巻く医療関係者などと退院後の生活を見据えた退院調整を行っている。退院調整の内容については、電子カルテ上で院内全体が情報共有できるツールはある。しかし、外来看護師は煩雑な外来業務の中、それらのツールをうまく活用できていない現状であった。そこで、病棟と外来の看護師が、患者の在宅療養における継続的な問題点を共有し、在宅療養支援を行うための連携方法を構築したので報告する。

【方法】病棟、外来間の連携方法について退院支援リンクナース会、師長会で検討を行った。連携方法のツールとして新たな用紙などは作成せず、既存の看護サマリーを使用し、必要最低限の内容（次回外来受診日、継続支援の内容など）を記載することとした。外来看護師には、病棟での退院支援の現状を説明し、病棟より在宅療養支援の依頼があった際には診察に同席し、在宅での状況を看護記録に残すこととした。

【結果】2018年10月から開始した。2019年4月までに40件（眼科34件、内科4件、婦人科1件、外科1件）の在宅療養支援依頼があった。在宅療養支援の内容として、眼科への依頼は点眼確認が多く、依頼の34件中4件が家族を含めた点眼使用方法などの再指導を行った。内科への依頼は、インスリン手技の確認やPTGBDチューブ類の管理方法などの確認であった。

【考察】在宅へ退院する際、生活環境を整え安心して療養生活が送れるような状況を考え退院調整を行う。しかし、退院後には想定外の状況もあり、さらなる問題への対応には外来での継続的な在宅療養支援が重要である。今回、在宅療養支援方法を構築したことで、退院後の問題点に気付くことが出来、再指導につなげることができた。外来看護師は退院支援の現状を知り、外来通院中の患者を病を持ちながら生活する人としてとらえ、継続的な支援を考える機会になったと考える。

**P2-63**

当院における排尿ケアチーム活動の初期報告と今後の課題

村田直子<sup>1</sup>、塩野裕美子<sup>1</sup>、加藤喜健<sup>2</sup>、北川博<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 看護部、<sup>2</sup>泌尿器科、<sup>3</sup>リハビリテーション科

【はじめに】平成28年度診療報酬改定により、入院中の患者に対して排尿自立指導料加算が新設された。当院の入院患者の平均年齢は高く、長期入院中や手術後、尿道カテーテルを留置した場合、抜去後に下部尿路機能障害を起こすことが少なくない。そのため、当院でも排尿ケアチームを立ち上げ、排尿自立指導を開始したため、その取り組みの活動状況と今後の課題について報告する。

【方法】泌尿器科、消化器外科病棟入院中の患者を対象とし、週2回カンファレンスを実施。平成31年1月から4月に介入した68名に対し、カルテ記載、カンファレンス記録などを調査した。

【結果】68名のうち男性51名、女性17名、平均年齢は全体で69.5歳、男性71歳、女性65.2歳であった。介入した診療科は、泌尿器科31名、消化器外科33名、内科4名だった。排尿ケアチーム介入後、尿閉1名、内服やリハビリを行ったが失禁が改善されなかったのが2名であった。

【考察】排尿ケアチーム介入件数は1月10件、2月23件、3月46件であったが徐々に増加傾向にあり、4月は54件だった。これは、当該病棟において排尿ケアチームの活動が周知されたことと、患者抽出方法や活動体制を整備したことで件数が増加したと推察される。現在、一病棟と限られた範囲での活動だが、超高齢社会をむかえ、排尿ケアチーム介入患者の平均年齢は高く、さらなる排尿ケアへのニーズの増加が予想される。今後の課題として、他科や他病棟の患者も排尿ケアを受けられるように、活動範囲を広げていく必要がある。そのために、排尿ケアチームの人材育成を行うことが急務であり、広報活動を行い、活動の周知と理解を深め、院内全体でケアが提供できるような教育を行っていきたいと考える。

**P2-64**

円滑な情報共有やチームメンバー間での協力体制を整える為の取り組み  
～タイムスケジュール表を活用して～

前田ななみ、都竹麻亜子、山村治子  
JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部

1. 目的 タイムスケジュール表を作成し、各々のタイムスケジュールを可視化し、日々のリーダーによる業務配の円滑化、チームメンバー間での協力体制を整える。

2. 研究方法 研究対象：A6病棟看護師23名 研究期間：平成30年8月～10月 方法 1) チームごとのタイムスケジュール表を作成・実施 2) アンケート調査

3. 結果 「タイムスケジュールを用いる事で協力体制が強化されたと思う」は、「はい」が52%、「いいえ」が48%であった。自由記載では「チームのスケジュールも把握出来る。他者を見て自分が忘れていたケアを思い出せる」「各々のスケジュールが確認出来るので、誰に依頼すればよいか把握しやすい」「ケアやOP迎えなど手の空いているスタッフが行けるようになった」「記入しても協力体制に変化がなかった」とあった。リーダー看護師のアンケート結果ではチーム全体の把握が可能となり、業務配の円滑化に関する意見があった。

4. 考察 リーダーはチーム全体の把握が可能となり、業務配の円滑化を図る事が出来た。しかし、「タイムスケジュールを書く事に時間をとられた」「後追いで記入することも多くタイムスケジュールを有効活用できなかった」との意見があり、困難さもみられた。リアルタイムでタイムスケジュール表を修正出来ず、方法が周知されず、十分活用できない時もあった。十分に活用するための、整備が必要である。

5. 結論 タイムスケジュール表を修正出来ない事、時間がかかることから、全スタッフが使用しやすいタイムスケジュール表ではなかった。タイムスケジュール表を活用するためには、1.使用方法の周知徹底、2.リアルタイムでタイムスケジュール表が把握・修正出来るツールの見直し、3.全員にメリットがあり、協力体制が整う為の活用出来る事が必要である。

**P2-65**

**NST対象入院患者の口腔内状態と今後の課題**

小粥照子<sup>1,2</sup>、山田里子<sup>1</sup>、中島陽子<sup>1</sup>、阿部友亮<sup>1</sup>、牧菜由子<sup>1</sup>、林英司<sup>2</sup>、  
鈴村奈穂子<sup>2</sup>、小久保佳津恵<sup>2</sup>、石川実枝子<sup>2</sup>、萩野未沙<sup>2</sup>、影本渉<sup>2</sup>、木下弘幸<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>JCHO中京病院 歯科口腔外科、<sup>2</sup>NST

【目的】NST対象入院患者を支える医療として口腔管理を行うことは、口腔衛生保持、口腔機能の維持・向上、口腔有害事象の軽減などに繋がりが大変重要であり意義のあることである。本研究は、NST対象患者の口腔内状態を把握し、口腔管理を充実させるための課題を明らかにすることである。

【対象および方法】2018年4月から10月までの間に当病院の入院患者でNST回診依頼のあった53名を対象とした。電子カルテを用いて、性別、年齢、栄養方法、歯科口腔外科受診の有無、歯科衛生士が行なったOHAT結果、病棟看護師が毎日行なう患者の状態を評価する看護必要度B項目などの項目について後方視的に調査した。本研究は本病院倫理委員会の承認（2018027）を得ている。

【結果および考察】OHAT結果より受診要27名のうち18名が歯科口腔外科の受診はなしであった。受診要の内容は、口腔清掃13件、残存歯7件、唾液と義歯はそれぞれ2件であった。看護必要度B項目「口腔清潔」できる20名はOHAT「口腔清掃」0と1または2で分けた場合、ともに10名。「口腔清潔」できない33名のうちOHAT「口腔清掃」0は23名、1または2は10名であった。栄養方法は静脈・経管栄養19名、経口摂取34名。それぞれをOHAT「口腔清掃」0と1または2で分けて比較した場合、経口摂取で「口腔清掃」0の人数が19名と最も多く、経口摂取ができた者は口腔清潔が保たれていた。入院患者の口腔衛生状態の悪化、口腔有害事象と口腔機能の低下は全身状態の悪化に繋がりが、早期回復や早期退院の妨げとなるため、口腔管理は重要であると考えられる。病棟看護師の口腔内観察により歯科口腔外科受診に繋げることと口腔ケアの手技向上が必要であることが示された。

【結論】口腔不衛生、歯科治療の必要となる患者が存在し66.7%が歯科口腔外科受診されていなかった。口腔管理を充実させるためには、口腔内観察と口腔ケアの手技向上に役立つ口腔ケアのポイントとサポート体制の確立が課題である。

**P2-66**

**JCHO横浜中央病院におけるCKD・糖尿病合併症重症化対策委員会での歯科医師・歯科衛生士の取り組み**

三井真実<sup>1</sup>、相澤聡一<sup>1</sup>、小澤康太<sup>2</sup>、新井美和<sup>3</sup>、川崎志穂<sup>4</sup>、藤田宜生<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>JCHO横浜中央病院 歯科口腔外科、<sup>2</sup>総合診療科、<sup>3</sup>看護部、<sup>4</sup>栄養科、<sup>5</sup>病院長

【緒言】歯周病は、糖尿病の合併症と言われている。糖尿病の患者は高血糖の状態にあり、歯周ポケット内に生息する歯周病菌が増殖し、歯周組織を破壊するため歯周病が増悪する。また、重度の歯周病患者においては局所の免疫応答によりインシュリン抵抗性のサイトカインが多く分泌され、血糖のコントロールが不良となつたとの報告もある。そのため、JCHO横浜中央病院（以下、当院）のCKD・糖尿病重症化対策委員会（以下、委員会）に歯科医師・歯科衛生士が参入し糖尿病の合併症である歯周病をコントロールするため活動している。今回、我々は、その取り組みについて報告する。

【活動内容】対象は、当院内科系の診療科より委員会へ依頼のあった2型糖尿病の患者である。依頼患者は、眼科、血管外科、歯科口腔外科（以下、当科）へ受診し、糖尿病合併症の状態を評価する。当科は、2018年8月より対象となった患者の口腔状態の評価を行っており、2019年3月までに25人の患者の残存歯、口腔衛生状態、歯周病や齲歯の状態を評価した。対象の中でかかりつけ歯科のある患者に対しては、当科での検査結果を診療情報提供書に添付して、主治医に提供し、歯科治療を依頼した。かかりつけ歯科の無い患者に対しては、歯科治療を施し、口腔内環境を改善させるよう努めた。この試みにより、この間、患者の歯周病は重症化することなく経過している。

【考察】歯周病や齲歯は、放置すると歯の喪失に繋がる。歯を喪失すると、咀嚼能が低下し、栄養が偏る。その結果、血糖コントロールが不良となる。そのため、糖尿病患者の歯周疾患管理は、糖尿病治療の一環として必須である。また、口腔内の検診は、自身の口腔内の状態を把握し、セルフケアに対する動機づけとなる。今後の展望は、口腔状態の評価を行い、その歯周疾患や欠損歯により、摂食能力の低下した患者が適切に栄養を摂取できる様に管理栄養士と協議し、栄養指導を行う必要があると考えられた。

**P2-67**

**当院の糖尿病教育入院における運動療法指導の取り組み**

清水大地<sup>1</sup>、大辻道雄<sup>2</sup>、島裕幹<sup>2</sup>、和田健吾<sup>2</sup>、宮下洋子<sup>3</sup>、越田美佳<sup>3</sup>、  
荒井香映<sup>3</sup>、大黒剛士<sup>1</sup>、酒井翔大<sup>1</sup>、吉田駿<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>JCHO金沢病院 リハビリテーション科、<sup>2</sup>内科、<sup>3</sup>看護部

【はじめに】

当院では糖尿病教育入院を行っており、近医のクリニックからも患者を受け入れている。リハビリテーション科では運動療法指導を担っており、講義と運動体験を通して指導を行っている。2016年12月から持続血糖測定機器であるFree Style リブレProが導入され、入院外来ともに多くの患者で使用されている。Free Style リブレProにより血糖値を容易にモニタリングできるようになり、これまで2週間の教育入院が多かったが、近年では1週間の教育入院が増えた。それに伴い、糖尿病チームにおいて昨年度1週間の教育入院の内容を改めた。運動療法指導では、運動体験の回数を減らし、余暇時間を患者自身が自主的に院内ウォーキングにあてる取り組みを始めた。

今回、この新たな院内ウォーキングの取り組みにおける現状と課題を本学会にて報告する。

【方法】

院内ウォーキングの取り組みを始めた2018年6月から2019年5月までの1年間の教育入院患者を振り返る。

【結果】

2018年6月から2019年3月末までの期間で、教育入院患者は36名、そのうち院内ウォーキング対象者が30名、院内ウォーキングを実際に行った方は22名おられた。記録から歩数を確認できた方が21名であり、そのうち入院中に1日8000歩以上歩かれた方は9名おられた。

【考察】

院内ウォーキングの取り組みは、3月末までの結果より、患者自身が積極的に取り組んでおり、この取り組みが患者の行動変化に一翼を担ったと考えられた。

**P2-68**

**当院におけるミールラウンドの導入～結果と今後の課題～**

杉本奈那子<sup>1</sup>、本多美希<sup>1</sup>、中島幸子<sup>1</sup>、橘瞳<sup>1</sup>、中川恵<sup>2</sup>、橋本寿美子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>JCHO金沢病院 リハビリテーション科、<sup>2</sup>栄養管理室

【はじめに】当院では平成14年度より栄養サポートチーム（Nutrition Support Team、以下NST）が発足しており、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士、臨床検査技師等で入院患者の栄養状態、摂食嚥下機能の状態について毎週評価を行っている。平成30年度からNSTの中の嚥下チーム（言語聴覚士、看護師、管理栄養士）でミールラウンドを開始し、1年が経過した。1年を通しての活動内容と結果及び今後の課題について報告する。

【経過】当院ではこれまで患者の食事場面の評価は管理栄養士や言語聴覚士が単独で適宜ラウンドしていた。多職種で一患者の食事場면을評価することで、より安全な食事提供が可能になるのではないかと意見が出た。そこで平成30年4月より、NST嚥下チームで週1回、1病棟から始め、昼食時間にミールラウンドを開始し、現在は3病棟に拡大している。対象は低栄養リスクのある患者、嚥下訓練食を摂取している患者、言語聴覚士の介入がない患者を中心に抽出した。主に言語聴覚士、看護師、管理栄養士、調理師でラウンドし、平成30年4月から平成31年3月までのラウンド回数は46回、患者数は120名であった。ラウンドの結果、食形態及び栄養補助食品の追加、変更が必要な患者は43名に及んだ。その他リハビリテーションの追加、自助食器への変更、体位確認、嚥下内視鏡検査の依頼等、指摘内容は多岐に渡った。今後の課題としてはラウンドをする際の指標となるチェック表の作成、全病棟へのラウンドの拡大、ラウンド記録の電子カルテへの反映等が挙げられた。

【まとめ】一患者の食事場面を多職種で検討することで様々な意見交換ができ、患者に沿った食事内容や食形態の変更が可能となった。今後はチェック表を作成し、評価内容を多職種で共有できるようにし、患者の状態に合ったより安全な食事提供を目指し、ラウンドの普及に努めたいと考える。

2020  
一般ポスター  
ポスター会場

## P2-69

### 当院の褥瘡対策チームに所属する理学療法士としての取り組み

島袋尚紀<sup>1</sup>、山内純<sup>1</sup>、中嶋菜々華<sup>1</sup>、石濱慶子<sup>2</sup>、加藤晴久<sup>3</sup>

<sup>1</sup>JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>皮膚科

【はじめに】褥瘡予防・管理ガイドラインでは、褥瘡の治癒促進に対して多職種で構成する褥瘡対策チーム（以下、チーム）を設置することは推奨度Bであり、チームの設置は当然あるべきものとして位置付けられている。当院も多職種（皮膚科医師、WOCNS、管理栄養士、薬剤師、事務、理学療法士（以下、PT））でチームを構成し、入院および外来の褥瘡患者に対して、専門分野の知識を提供し合い、治癒促進や予防に取り組んでいる。そして今回は、チームに所属するPTとしての取り組みを報告する。

【取り組み】チームでは、週一回の褥瘡回診において褥瘡患者へのリスクアセスメントや術創部のケア、耐圧分散用具の選定を実施し、担当看護師や患者、家族に対して褥瘡予防教育を行っている。その中でPTとしては、褥瘡部位から想定される発生要因の姿勢や動作の評価を基本とし、異常な筋緊張や拘縮が生じている症例に対してのポジショニング方法の検討や車いすシーティングを実施している。また、日常の臨床業務において難治的な褥瘡患者に対しては、チームのPTが担当セラピストに同行し、体圧計測機器を用いた褥瘡発生要因の評価およびポジショニング方法や離床方法の検討を実施している。その他には、外来通院されている褥瘡患者に対して、WOCNSと共に患者や家族、施設スタッフへの褥瘡予防教育を実施している。

【結語】当院の褥瘡有病率は0.39%であり、日本褥瘡学会実態調査委員会が示す0.46～2.20%を下回る数値となっており、チームが寄与する点は多くあると考えられる。またチームに所属するPTとして、担当セラピストと褥瘡患者を共観することで、リハビリテーション部への褥瘡予防の啓発にも繋がっていると考えられる。今後もPTの専門性を提供するとともにチームの各職種と協働し、当院の褥瘡の治癒促進と予防に努めていく。

**P2-70**

**嚥下調整食の見直しによる必要栄養摂取量の充足率変化について**

日比野春美、水谷規子  
JCHO 可児とうのう病院 栄養管理室

【はじめに】2018年度の診療報酬・介護報酬改定では、栄養関連の各種様式に「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」(以下、学会分類2013)のコード記入欄が追加される等、学会分類2013は施設間での共通の基準としての活用が求められている。当院の嚥下調整食をこの学会分類2013に当てはめて見た時、コード3相当に位置付けられる食事は、主にきざみ食をとろみ調整したものだったが、細かく刻んでも舌と口蓋で押しつぶしが出来ない食材が使用されている等、一部適応から外れていた。そのため、食形態の見直しを行い、学会分類2013のコード3に沿った嚥下調整食を、見た目や食事量にも配慮して新たに作成し導入した。今回、食形態の見直し前後における栄養摂取量の変化について調査したので報告する。

【対象及び方法】学会分類2013のコード3に相当する食事を摂取している患者9名(男性5名、女性4名、平均年齢86.8歳±13.2歳)に対し、学会分類2013に沿って食形態の見直しを行った前後3日間のエネルギー、蛋白質、脂質の平均摂取量を、必要量に対するの充足率で調査した。必要エネルギー量はHarris-Benedictの式より算出した基礎代謝量に、活動係数とストレス係数を用いて個別に算出した。必要蛋白質、必要脂質量はそれぞれ必要エネルギー量の15%、22.5%に設定した。充足率が100%以上のものについてはすべて100%と評価した。

【結果】栄養摂取量の平均充足率は、食形態の見直し前は、エネルギー63.7%、蛋白質66.6%、脂質63.4%だったのに対し、食形態の見直し後は、エネルギー79.9%で16.2%上昇、蛋白質83.0%で16.4%上昇、脂質76.5%で13.1%上昇した。

【考察】食形態の見直しにより、見た目や食べ易さの改善、1食当たりの食事量の減量と重量当たりの栄養量の増加が、栄養摂取量の充足率の上昇に繋がったと考えられる。

【結語】学会分類2013に適切に沿った嚥下調整食への見直しにより、エネルギー、蛋白質、脂質の摂取量は増加し、必要栄養摂取量の充足率は上昇した。

**P2-71**

**食行動の異常がみられる患者への支援を振り返る～多職種連携を通して～**

伊藤綾恵、福光由希子、佐藤順子、花村温子、稲森美美、徳原淳史、遠藤さゆり  
JCHO 埼玉メディカルセンター 認知症ケアチーム

【はじめに】当院では2016年10月より認知症ケアチーム(以下、当チームとする)を発足し、現在、神経精神科医・心理療法師・認知症看護認定看護師・管理栄養士・薬剤師らで活動している。治療後、住み慣れた地域へ戻るための焦点ともなる『食べる』機能を落とさず、安定した食事摂取ができることは、当チームの目標の1つでもある。今回、食事や薬を口から吐き出す行動が続いた認知症患者に対し、NSTをはじめとする多職種で連携をとりながら支援し、再び食べられるようになった一例を報告する。

【倫理的配慮】報告にあたり、A病院倫理委員会の承認を得た。

【症例】A氏:80歳代 女性 施設入所中 要介護4  
既往歴:77歳 脳出血(左右前頭葉皮質下出血)、右半身麻痺、症候性てんかん

【経過】半年間で肺炎、食欲低下、炎症反応高値、脱水、CV感染等により4回入院を繰り返す。2回目の入院時より急に口から食べ物を吐き出すようになった。当チームの他、病棟栄養士・ST・PT・NST・歯科医・神経精神科医が関わり、主治医・病棟看護師と共にアセスメントを重ね、行動の背景にある要因を探った。嚥下機能・味覚は問題なく、認知機能低下による食行動の異常の可能性が考えられ、『食事への意識付け』、『嗜好に合った食事の提供』など食事環境を整えるための支援を行った。介入3ヶ月後より、徐々に食事摂取量が増え、薬の内服もできたことから点滴は不要となり施設へ退院した。

【考察】食事摂取が進まない理由として、嗜好・食形態の不適合・口腔環境・全身状態・失行等が考えられる。失語があり、精神状態も不安定であったA氏の思いをくみ取ることは、容易ではなかった。そのため、食行動の異常や拒薬に対し食事をはじめとする環境調整を行ったが、すぐに成果は得られなかった。今回、多職種が時間をかけて試行錯誤しながらA氏に関わることで、徐々に意思の疎通が可能となり、安定した食事摂取へ導くことができたと思える。

**P2-72**

**当院の心臓リハビリテーションにおける管理栄養士の取り組み**

殿内菜<sup>1</sup>、金丸多津子<sup>1</sup>、柿本真木子<sup>1</sup>、西辻良子<sup>1</sup>、田川麗子<sup>1</sup>、大石理奈<sup>1</sup>、中塚哲二<sup>2</sup>、河原千穂<sup>2</sup>、塩田紘美<sup>2</sup>、宮本証<sup>2</sup>、松井俊樹<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 滋賀病院 栄養管理室、<sup>2</sup>循環器内科、<sup>3</sup>看護部、<sup>4</sup>リハビリテーション部

【はじめに】近年、社会の高齢化に伴い、心不全患者は増加の一途を辿っている。心不全患者において栄養障害が予後と関連していることが示されている。当院では、2017年より心臓リハビリテーション(以下、心リハ)を実施している入院・外来患者を対象に管理栄養士の介入を行っている。当院の心リハにおいては高齢心不全患者が多いことが特徴であり、それを考慮した指導を行っている。今回、2年間の経過を振り返り、今後取り組むべき課題について検討を行ったため報告する。

【経過】管理栄養士が毎月第2週にリハビリ室を訪問し、各月テーマを掲げて集団栄養指導を行った。その後、各個人が同程度の理解が得られるよう、質問を受け付け補足を行った。また、食生活の聞き取りを行い個々の患者の食事面での問題点を挙げ医師や病棟・外来看護師、理学療法士など多職種によるカンファレンスで情報共有した。生活背景などの情報も得ることで細やかな指導につながっているが、院内での介入に留まっているのが現状である。

【今後の課題】さらに心リハにおける管理栄養士の介入を強化し、入院から外来、在宅まで切れ目なく栄養管理を行える体制を構築することで、心不全増悪による再入院予防、QOL維持に寄与したいと考える。

**P2-73**

**24時間蓄尿における採尿時の精度とその背景因子の検討**

守屋淑子<sup>1</sup>、百々奈津子<sup>2</sup>、芳賀泉<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 仙台病院 栄養管理室、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>移植外科診療部

【目的】24h蓄尿は、たんぱく質や食塩摂取量の推定法として最も信頼性が高いとされている。しかし、24h蓄尿が妥当な生体指標となるためには、患者の採尿時の精度を評価する必要がある。そこで、環境因子に左右されにくい尿中クレアチニン排泄量に着目し、川崎らの推定式(以後、K式)を用いて、当院の腎移植患者における24h蓄尿の採尿時の精度とその背景因子について検討した。

【方法】調査対象患者は、調査期間(2017年1月～2019年1月)に24h蓄尿を3回以上実施した外来腎移植患者143名。24h蓄尿の採尿時の精度は、尿中クレアチニン排泄量の実測値と推定値(K式)との差で評価し、差が±30%未満を精度が高く、±30%以上を精度が低いと定義した。精度が完璧であった患者群とそれ以外の2群に分類し、その背景因子(年齢、性別、生着年数、蓄尿回数)を比較・検討した。値は、平均値±標準偏差で示した。背景因子については、等分散性を確認後、対応のないt検定またはカイ2乗検定を行い、有意水準5%未満を有意と判断した。

【結果および考察】調査対象患者の年齢52.6±14.0歳、生着期間13.3±7.6年であり、男性が全体の71.1%を占めていた。調査期間中の蓄尿回数は、11.4±4.9回/人(3～32)であった。精度が低いと判断された蓄尿件数は、2.7±3.3件/人(0～19件)であり、全件数に対する割合は21.7%であった。採尿時の精度完璧群は49名であり、性別で見ると男性(36.5%)に比べ女性(52.8%)が有意に多かった(p>0.05)。他の背景因子については有意な差はみられなかった(p>0.05)。これらのことから、採尿時の精度が低い患者に対し、蓄尿操作法の再確認を行う必要性が示唆された。

【結論】当院の腎移植患者について24h蓄尿の採尿時の精度を調査した結果、精度が低い蓄尿は全件数の約20%であった。採尿時の精度完璧群は全体の34.3%であり、男性に比べ女性の方が有意に多かった(p<0.05)。

2020  
一般ポスター  
ポスター会場

## P2-74

## 糖尿病連携手帳を用いた集団栄養食事指導の取り組み

川原哉絵<sup>1</sup>、関屋恒子<sup>1</sup>、石田有里佳<sup>1</sup>、菅原文香<sup>1</sup>、田中友梨<sup>1</sup>、富永史子<sup>1</sup>、  
河村美穂<sup>2</sup>、久富郁子<sup>3</sup>、野田学<sup>3</sup>、増田創<sup>3</sup>、東館義仁<sup>4</sup>

<sup>1</sup>JCHO札幌北辰病院 栄養管理室、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>糖尿病内科、<sup>4</sup>小児科

【背景】糖尿病連携手帳は、検査値や治療内容等が記録でき、地域連携や病診連携の役割を担う自己管理のための手帳である。手帳を利用している患者は良好な血糖コントロールが得られているケースが多いと言われている。そこで当院でも集団栄養食事指導の媒体として糖尿病連携手帳を使用し、患者のセルフケア行動の意識向上を促す取り組みを行うこととした。

【目的】糖尿病連携手帳を指導媒体とした、集団栄養食事指導の取り組みと糖尿病連携手帳の利用状況、患者の意識変化について調査を実施したので報告する。

【方法】1.「糖尿病連携手帳を使用した集団栄養食事指導」の指導媒体とアンケートを作成した。2.平成30年4月～平成31年3月に当院入院・通院中の患者を対象に集団栄養食事指導を年6回実施した。3.集団栄養食事指導に参加した患者へアンケート調査を実施し、集計・比較をした。

【結果】1.集団栄養食事指導の参加人数は27名、延べ47名であった。2.アンケートで「自己管理のために行っていることがある」と答えた患者で、複数回参加をしている場合は食事・運動療法だけではなく、体重測定等のセルフモニタリングを開始していた。3.糖尿病連携手帳の認識は、初回参加時「知らない、持っていない」が多かったが、集団栄養食事指導の中で糖尿病連携手帳を配布し、参加した後は継続して活用されていた。4.第3回集団栄養食事指導は2018年8月31日に「災害時の心構え」をテーマに実施したところ、9月6日実際に北海道胆振東部地震が発生した。糖尿病連携手帳の携帯を図るため集団栄養指導の資料を活用してリーフレットを作成し、他職種と連携し配布をした。

【結語】糖尿病連携手帳と活用ツールを使用した指導はセルフモニタリング等の意識向上につながることが分かった。また災害時において、糖尿病連携手帳を携帯していることの必要性を再認識した。

## P2-76

## 入院患者における残食状況の検討

郡昌輝、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】当院栄養管理室では「安全でおいしい食事の提供」を部門目標に掲げ、残食調査を実施している。残食調査は2010年にも分析し報告した経過がある。今回、調理師の立場から患者満足度向上に賛助することを目的として、患者の喫食傾向と「味付け」に関する意識を調査し、前回の結果と比較・検討したので報告する。

【方法】2014年5月から2018年7月の期間で20日間、入院患者を対象に残食調査用紙を配布。調査対象は昼食、夕食の2食とし、質問項目は残食量を5段階評価、残した理由について5項目、味付けに関する項目、更に総合点（100点満点）を追加項目として行う。今回は普通食を喫食する患者に的を絞って、主菜が肉料理、魚料理の場合を抽出し残食量について性別、年代別に分析する。

【結果】対象者は554名（男性273名、女性281名）で平均年齢49.0±35.2歳（mean±SD）であった。肉が主菜の場合の喫食率は男性+3.7%（前回比；以下省略）、女性+8.1%だった。魚が主菜の場合は男性+1.8%、女性+2.4%であった。残した理由について「1.味が合わなかった」は、肉が主菜の場合、男性20%、女性18.3%、魚の方は、男性23.4%、女性19.0%だった。味の不満の詳細に関して「味が薄い」が、肉が主菜の場合、男性65.2%、女性で67.9%、魚では男性75.0%、女性は67.4%を占めた。総合点では男性の平均79.0点で80代が最も高く84.9点、女性は平均80.2点で70代が最も高く84.0点であった。総合点が最も低い年代は男性30代、次いで10代、20代の順、女性は10代、次いで20代であった。

【考察】今回の調査で残食量を大きく減少させる事は出来なかった。味が薄いという結果より適所で味にメリハリを付けつつ香辛料や香味野菜の香りや出しの旨味を活かすなど風味豊かに仕上げるよう取り組んでいく必要があると考える。若年層の高評価を目指す工夫として、彩りに配慮し視覚的に楽しんで頂く、所謂インスタ映えを狙うのも効果的かもしれない。

## P2-75

## 当院における嚥下調整食への取り組みと今後の課題

鈴木静、佐々木智子、矢澤菜里

JCHO 東京蒲田医療センター

## 【目的】

本邦では高齢化が進んでいるが当院でも高齢化に伴い摂食嚥下機能が低下している入院患者が増加している。日本摂食嚥下リハビリテーション学会から嚥下調整食分類2013（以下学会分類2013と表記）が発表され、全国で嚥下食の区分が統一可能となった。そこで、当院でも平成29年度に嚥下食の改定を行った。改訂に伴い提供する嚥下調整食の仕上がりや調理スタッフによって差異がないよう、給食委託会社と協力して調理の標準化と安全な嚥下調整食の提供に取り組んだ成果を明らかにする。

## 【方法】

1) ゲル化・とろみ材を使用した嚥下調整食の調理講習を実施した 2) 献立ごとに調理指示書作成した 3) 嚥下調整食の物性測定を改定の前後に実施し評価した（特別用途食品・えん下困難者用食品 測定法を使用） 4) 調理完成後、盛り付け前に調理責任者による嚥下調整食の確認を実施した

## 【結果】

加水量とゲル化・とろみ材の割合と種類に関する調理講習を実施することにより、調理スタッフへの意識付けができた。調理指示書を作成し工程・手順を標準化することにより嚥下調整食の仕上がりを均一にすることができた。また、第三者による物性測定を行った結果、許可基準内で嚥下調整食の調理が出来ていることを確認できた。盛り付け前の点検により問題があれば再作成の指示も出来るため、安全な嚥下調整食の提供が可能となった。

## 【考察】

給食委託会社における問題点として慢性的な人手不足・調理スタッフの異動や退職により、安定した食事の提供が困難な事例が散見される中で、調理指示書の作成により調理の標準化、盛り付け前の点検等により安定した食事の提供が出来ることが判明した。また、学会分類2013に合わせた嚥下調整食へ改定したことにより、近隣の病院や施設との食事形態の情報共有が可能となり、今後の展望として地域との連携につながっていくことも可能と思われた。