



部会企画 ・ シンポジウム



座長：国府 孝敏（JCHO大阪病院 薬剤部長）
磯谷 聡（JCHO中京病院 薬剤部長）

BSP1-1 TDM による医薬品の 適正な使用の推進

JCHO りつりん病院 薬剤部長
阿部 武由

TDMによる医薬品の適正使用とは、それぞれの患者に対して「有効性（効き目）」と「安全性（中毒を発現させない）」を確保することである。

医薬品における患者の有効性（効き目）は、人それぞれ異なる。それは、年齢、身長、体重、体表面積、性別、遺伝子差異、食事、基礎疾患、併用薬など、さまざまな患者因子の影響を受けるからである（個体差）。したがって、同じ薬を同じ分量飲んでも患者により薬物反応が異なるため有効性と安全性の確保が担保できないことが知られている。それは、お酒を一合ほど飲酒した場合に、人によって酔い方が大きく相異なることと同様である。

この問題に対して、我々薬剤師はPK/PDを用いたソリューション（解決方法）に取り組んでいる。PK/PDとは、血中薬物濃度と薬物反応強度が相関することを研究し説明した理論である。つまり、薬には適切（有効）かつ安全に効果を発揮する有効濃度域が存在する。加えて、上記のとおり患者の血中薬物濃度は、個体差により様々な値を示す。そこで、患者の血中薬物濃度を測定し有効濃度域から外れていれば、投与量の増量または減量により有効濃度域内に収める手法が、より高い確率で「有効性と安全性」を確保すると考えられている。

その概念を医療現場に臨床応用したのがTDM（Therapeutic drug monitoring）である。TDMは、診療報酬において「特定薬剤管理料」として算定評価されており、JCHOグループでも各病院での実施を推奨している。

そこで本シンポジウムでは、TDMにより適正使用を支援したいいくつかの症例を紹介する。

BSP1-2 当院における 病棟薬剤師による ポリファーマシー対策の関わり

JCHO 群馬中央病院 薬剤部
鈴木 達宙、間庭 法子、大熊 範和

ポリファーマシーとは「多剤投与の中でも害を伴うもの」と定義される。人口の高齢化に伴い複数の医療機関を受診する患者も増えており、その対策は非常に重要な課題となっている。

2016年度診療報酬改定では、医療機関における減薬の取り組みとして、「薬剤総合評価調整加算250点（退院時1回）」、「薬剤総合評価調整管理料250点（月1回に限り）」、「同連携管理加算50点」が新設され、薬局については2018年度改定において、「服用薬剤調整支援料125点」が新設された。2020年度の次期診療報酬改定に向けた国の会議でも、「医薬品・医療機器等の効率的かつ有効・安全な利用」の中で「重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応」が重要検討テーマとなっている。

ポリファーマシーは様々な原因が複合して生じている。減薬はポリファーマシー対策のひとつの手段ではあるが全てではない。不適切な減薬は過小医療に繋がり、患者にとって不利益となる。服薬コンプライアンスや残薬問題もある。適正な多剤服用を判断する為にも、その処方が出ているエピソードを正確に把握する必要がある。医薬品の適正使用を推進する中で、安易な処方の一元化はせず、漫然投与とならないように注意し、患者さんやそのご家族のニーズも確認しながら、薬剤師として患者さんとその薬物療法に向き合うことがポリファーマシーへの対応には必要である。

当院は平均在院日数が11日程度の急性期一般病床の病院である。病棟薬剤師が病棟業務の中、減薬スクリーニングの手段として、Beers criteriaやSTOPP/START、日本老年医学会の慎重投与薬のリスト等も参考としながら、潜在的に不適切な薬物使用（PIMs）を回避している。

当院で介入後に減薬につながった事例を紹介し、情報共有することで更なる適正使用の推進に役立てる。また、情報収集や介入には一薬剤師だけでなく他職種連携が必須であるため今後の連携手段についても考える。

座長：国府 孝敏 (JCHO大阪病院 薬剤部長)
磯谷 聡 (JCHO中京病院 薬剤部長)

BSP1-3 附属介護老人保健施設における ポリファーマシーの現状

JCHO 中京病院 薬剤部
河井 和子、浦崎 圭太、伊藤 和幸、
磯谷 聡

【はじめに】

中京病院附属介護老人保健施設（以下、老健施設）は、医師による医学的管理のもと看護・介護、服薬管理、リハビリテーション、栄養管理など日常サービスを提供している。

薬剤師は週1回開催されるモニタリング・入所継続退所検討会議に参加し、薬剤に関する情報提供を行っている。入所者の91.4%は後期高齢者（75歳以上）で、複数の疾患に罹患していることが多く、多剤併用とそれに伴う薬物有害事象のリスクを抱えている。ポリファーマシーは、高齢者において頻度が高く有害事象も重症例が多い。今回、老健施設の入所者が服用している薬剤数を調査し現状を報告する。

【方法】

調査期間は2018年10月から2019年3月までの6ヵ月間

調査項目は入所者が服用していた薬剤数と6剤以上の薬剤を服用している割合

【結果】

6ヶ月間に定期的に薬剤を服用していた入所者は530名であった。6剤以上の薬剤を服用している入所者は238名と全体の44.9%であった。その内、6剤服用している人が最も多く59名、2番目は7剤で56名であった。10剤以上を服用している人は43名で、中には16剤、17剤の薬剤を服用している人が1名ずついた。

【今後の課題】

現在、老健施設の医師は、中止不可能な薬剤として1) 循環器用薬や糖尿病治療薬など治療上明らかに必要と思われる薬剤 2) 認知症治療薬など家族の強い希望の有る薬剤 とし、それ以外で漫然と処方されている鎮痛剤や胃薬、類似した薬効の薬剤を複数服用場合など、経過をみて積極的に中止、減量に取り組んでいる。又、薬剤費の高騰も問題になっており、先発医薬品を出来る限り院内採用の後発医薬品へ変更している。

今後、薬剤師は薬剤に関する情報提供や副作用のモニタリングだけではなく、積極的に他職種と連携し処方の見直しや減薬に取り組んで行く必要がある。

BSP1-4 抗がん剤の 適正使用・安全管理

JCHO 星ヶ丘医療センター 副薬剤部長
北澤 文章

がん薬物療法は、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の上市およびがん患者の高齢化に伴い、より最適な投与が求められるケースが増え、そのマネジメントは複雑かつ多様化している。このような情勢下、最適ながん薬物療法を提供するためには、1) 業務基盤の構築、2) 薬学的ケアの実践、3) エビデンスの創出の3つの領域の最大公約数を目指した展開と向上が重要である。本シンポジウムでは、JCHO 京都鞍馬口医療センターの事例を中心に、がん薬物療法の最適化を目指した3領域の取り組みとその臨床成果を概説したい。

1) がん化学療法を安全かつ効率的に実施するためにレジメンを構成するすべての薬剤に対して使用方法の標準化を試みた。完全標準化はレジメン適正化の推進、安全水準の向上および医療費の縮減に有用であった。また、外来がん患者指導体制とプロトコルに基づく薬物治療管理の構築は、外来での効果的な薬学的介入をもたらした。

2) がん薬物療法における薬学的ケアの医療貢献を明確にする目的から、薬学的ケアが及ぼす臨床的、経済的および心理的效果を評価した。その結果、薬学的ケアは支持療法としての役割を果たし、膨大な医療資源の損失を回避および不安の緩和を誘導することが明らかになった。

3) がん実臨床では臨床試験のような均質な患者集団と異なることから、症例解析を通して適切なマネジメントを確立することが重要である。そこで、17種類の知見を見出し、論文を発表した。

以上より、がん薬物療法の業務基盤を立脚し、創出した様々なエビデンスに基づいた薬学的ケアの実践は、がん薬物療法を最適化するために有用かつ必要であると考えられる。現在、JCHO 星ヶ丘医療センターでは外来がん治療認定薬剤師が抗がん剤の適正使用に貢献し、業績を上げている。すなわち、がん専門・認定資格を有する人材の育成は、抗がん剤の適正使用と安全管理を大きく推進する起爆剤になると考える。

座長：国府 孝敏（JCHO大阪病院 薬剤部長）
磯谷 聡（JCHO中京病院 薬剤部長）

BSP1-5 **地域で取り組む
医薬品の適正使用**

JCHO人吉医療センター 薬剤部
福島 ゆかり、上野 直哉、地下 隆介

1990年初頭から医薬分業が急速に進展し、外来患者は院外処方箋により保険薬局薬剤師による調剤が行われ、病院勤務薬剤師は病棟業務へと業務を拡大していった。病棟業務では入院患者への最初のかかわりは持参薬であった。持参薬を鑑別し、服薬状況を確認するとアドヒアランスの悪さ、重複・多剤投与が散見された。入院中のみならず外来を通じた医薬品の適正使用への取り組みが必要であることを痛感した。2011年から持参薬の服薬状況について地域薬剤師会、地域医療連携懇話会を通じて情報共有を図った。当時は複数の医療機関から処方されている患者は23%以上をしめ、アドヒアランスが良好である患者の割合は44%程度であった。その後2013年からは外来の処方監査の質向上のために院外処方箋へ検査データ添付を開始した。この事業は熊本県においても最初に取り組んだものであった。このことにより保険薬局による検査データに基づく処方監査の質の向上が得られ、アドヒアランス良好の患者も62%へ向上した。2016年からは多剤併用問題に着手した。しかし院内での多剤併用に対する取り組みは少しずつ実施されてはいるが、退院後や紹介元へ返した後の多剤投与への復帰など多くの問題が残された。

さらに近年保険薬局にかかりつけ機能が求められ十分機能を果たせない薬局が多くあることが問題となり、本来の機能発揮には薬局薬剤師と病院薬剤師が協働で患者にかかる情報の共有を共有し薬学的管理が必要であるとされた。そこで、連携シートを作成し、患者の服薬状況や当該処方に関する処方医の方針や院内での投薬状況、薬局が他医療機関から得た服薬情報等を相互に共有するシステムを構築し地域薬剤師会と運用を開始した。このように患者情報を一元的に共有することにより、多剤併用の問題、患者の服薬アドヒアランスの問題、医薬品の適正化の問題などが改善できることを期待している。

座長：木村健二郎（JCHO東京高輪病院 院長）
中原 博子（JCHO九州病院 診療放射線技師長）

BSP2-1 「JCHO 共通の医療安全に係る
重点報告基準」に係る現状及び課題について

JCHO 本部 企画経営部 医療課 医療安全専門職
松浦 真理子

医療安全の充実に図り安全文化を醸成することは安全安心な医療を提供するために重要な要素である。安全文化の要素については、ジェームズ・リーズンが「報告する文化」「正義の（公正な）文化」「柔軟な文化」「学習する文化」の4つをあげており、「報告する文化」は安全文化を構築するための基盤と言える。

医療安全における報告については、一般に、インシデント・アクシデント報告総数が病床数の4~5倍以上であること、医師からのインシデント・アクシデント報告件数が報告総数の10%以上であることが望まれている^{*}が、JCHOの各病院では、そのいずれについても達成していない病院が多数あった。（※名古屋大学医学部附属病院 長尾能雅氏）

JCHOでは、平成29年度より「JCHO共通の医療安全に係る重点報告基準」を設定し、JCHOの全ての病院で、インシデント・アクシデント報告総数を実動病床数の4倍以上とすること、医師からの報告件数が増加することを目標に取り組んでいる。この取組に係る現状を報告するとともに、重点報告基準の5項目の「重大疾患（癌病変、脳梗塞、心筋梗塞、大動脈瘤、脳動脈瘤等）について、後方視的に見た場合、標準的には確認できた（見落とし、見過ごし）事例」に焦点を当て、JCHO病院における実態及び本部の取組並びに課題等について述べる。

＜JCHO共通の医療安全に係る重点報告基準 共通5項目＞

1. 院内急変（院内緊急招集等）事例
2. 24時間以内に再手術した事例（予定していたものを除く。）
3. 中心静脈穿刺に関連した合併症（動脈穿刺、気胸等）に係る事例
4. 重大疾患（癌病変、脳梗塞、心筋梗塞、大動脈瘤、脳動脈瘤等）について、後方視的に見た場合、標準的には確認できた（見落とし、見過ごし）事例
5. 同定に係る誤認の事例（手術、検査、処置、診察、検体、記録等）

BSP2-2 画像診断報告書の
確認不足に関する現状と課題

JCHO 四日市羽津医療センター 診療放射線技師長
吉田 亘孝

画像診断報告書の主治医の確認不足により、重大疾患の診断遅れとなった医療事故が以前に比べて多くの医療機関から報告されている。日本医療機能評価機構の報告では、2015年から約3年間で、全国から37件の事故が報告されており、潜在的なインシデント事例を含めると全国で多発していると考えられる。昨年度は、厚生労働省より2回目の注意喚起が行われ、早急な対策を必要とする深刻な問題となっている。事故の事例は、主治医が画像診断報告書を一度も見えていないというものが最も多く、紙カルテ時代には報告書が紙として主治医の目につくところに存在したが、電子カルテでは、一定の作業を踏まないと見られないという主治医の自発的な行為が必要となっていることが原因の1つと考えられる。また報告書は見ているが、目的部位以外（主治医の専門外）の記載内容を見ていないといった事例もある。事故が発生した医療機関からの対策として、主治医による報告書の確認の徹底、報告書の患者さんへの説明の徹底、既読の記録、重要所見の放射線科医から主治医への連絡の徹底、電子カルテの既読管理システムの導入、報告書の記載様式の改良などが報告されている。

今回、当院でも脊椎を目的としたCT検査において、遠隔画像診断支援システムによる放射線科医により発見された目的部位以外である肝臓の重要病変に対して、主治医が報告書を確認していなかった為にそれを認識することがなく、その後のカンファレンスにて気が付いたという事例を報告する。また、全JCHO病院の放射線部に協力をいただき、アンケート調査を行い、画像診断報告書の流れや規模が違う各病院のシステム、読影方法（遠隔読影利用の有無）、ヒヤリハット事例数、未読対策の現状について調査し、これらの情報を共有し、有効的な対策を推奨することで、JCHO各病院の画像診断報告書の未読問題に対する更なる対策の強化に役立てたいと考える。

座長：木村健二郎（JCHO東京高輪病院 院長）
中原 博子（JCHO九州病院 診療放射線技師長）

BSP2-3 画像診断報告書の取り扱いと
見落とし・見過ごしへの対策

JCHO九州病院 副院長
上村 哲郎

画像診断報告書の見落としや見過ごし事案への対策には、様々な見解がなされ、施設規模が異なるため未だ根本的解決を見ていない。

【画像診断報告書の取り扱い】

昨今の「報告書を患者へ手渡す」という対策は問題ないのであるか？ほとんどの患者側は大量の医療情報を正確に咀嚼しきれず、渡した報告書が独り歩きしかねない。そもそも報告書は“読影医から依頼医へ”記載されているもので、患者目線を意識していない。さらに経時的に取り置かれた報告書を患者側が後方視的に解釈すれば齟齬が生じ、“後の基準で前を裁く”こととなる。これらを考慮すると読影医のストレスたるや如何ばかりか？また、報告書提供は法的にカルテ部分開示と解釈され、将来自らの首を絞めかねない。

【見落とし・見過ごしの原因と対策】

最も多いエラーは、(1) 画像検査→(2) 報告書の確認→(3) 患者への説明の流れの中で、報告書作成までに時間的なズレが生じるため、(2) より先に(3) が行われ、依頼医自らが読影を行い、後の報告書を確認しないことである。これには、工程のどこかにリマインド・システムを組み込む必要がある。また、依頼医のコミュニケーション不足による伝達不良に対しては、チーム医療として上級医を含めた複数医への報告書出力が必要となる。

【当院における現状】

575床、常勤放射線科医7名、1年間のCT・MRI撮像33,606件の全てに報告書が作成される。電子カルテ上で依頼医が報告書を参照すると自動記録される仕組みがあるものの、あくまでも依頼医の自覚と責任のもとに成り立っている。依頼目的からは予期せぬ悪性腫瘍や緊急対応疾患が読影された場合、読影医が個々の判断で、依頼医あるいは診療科長へPHS・eメール・電子カルテ付箋機能など用いて早急に通知する。ただ、未読のままの報告書を洗い出す取り組みはなく、管轄とマンパワーの点でも今後の課題である。また、当院では画像診断書は提供しない方針である。

BSP2-4 当院における
病理診断報告書未確認事例の
対策と課題
～多職種による取組みを試みて～

JCHO人吉医療センター 臨床検査部 主任臨床検査技師
(前医療安全管理室 統括リスクマネージャー)

永井 香代子

【緒言】近年、画像診断報告書の確認不足から悪性疾患への対応が遅れ、患者に不利益を及ぼす事例が多数報告されているが、病理診断報告書においても同様の事例が発生している。当院でも病理診断報告書の未確認事例を経験し、多職種による取組みを試みた。

【事例】入院患者の上部消化管内視鏡検査を施行し生検を行った。退院後に病理診断報告書が出たが、主治医はその内容を確認しなかった。後日、診療情報管理士が事務処理中に病理診断報告書が未確認であることに気づき発覚した。

【対策】医師の病理診断報告書未確認を防止するために、病理検査を行った患者に病理診断報告書を渡すこととした。また、未確認を発見するために、病理検査システムで病理診断報告書の確認及び印刷が実行されているかを把握できるように改良し、病理検査担当検査技師により定期的に病理診断報告書の進捗状況の確認を行うこととした。更に、診療情報管理士によるがん登録チェックを6ヶ月毎に実施し、患者への説明や治療状況を確認することで病理診断報告書の未確認がないかのチェックを行うこととした。

【課題】病理診断報告書未確認事例に対する対策を実施後、当院では同様事例の発生はないが、病理検査システムで未確認の報告書が発見した場合のフィードバックする手順が確立されていない。また、悪性腫瘍の進行度を考慮し、診療情報管理士によるがん登録チェックを3ヶ月毎に行うことが望ましいが業務調整が困難である。

【考察】病理診断報告書の未確認対策を医師のみに講じるのではなく、システムの活用（病理診断報告書を確認したか）と患者への対応（患者及び家族への説明や治療）のチェック体制を多職種の業務工程に組み込み、チーム医療として取組むことが望ましいと考える。

座長：神倉 和見（JCHO中京病院 SMIセンター 臨床工学技士長）
中井 歩（JCHO東京山手メディカルセンター 臨床工学部 主任臨床工学技士）

BSP3-1 当院の電波の利用と管理

JCHO 滋賀病院 臨床工学部 臨床工学技士長
増田 丈二

当院の電波利用と管理について生体情報モニターを中心に紹介します。

JCHO本部より生体情報モニターのアラーム発見遅れによる患者の急変発見遅れが生じた事案を受けて、当院のセントラルモニターの運用ルールを策定しました。また、臨床工学部が一元化して管理し、定期的な受診アンテナ点検と、送信機のチャンネル設定や故障時の対応を行っています。運用ルールとして、警報設定のデフォルトを決めた。アラーム設定の変更内容は、医師の指示を必修条件とし、カルテに変更内容を記載する。また、モニター画面に「アラーム設定変更中」シールを貼り付ける。としました。送信機の電池切れを起こさない対策として、定期的な電池交換をルール化、日常点検表を作成にて各勤務帯でチェックを行った。1年後に運用状況についてアンケートを行いました。また、過去の生体情報機器の修理、不具合件数とその対応について報告します。

[結果] 臨床工学部が中心となって、院内統一の運用ルールを作成したことで、安全向上に貢献できた。

BSP3-2 当院における電波管理と問題点について

JCHO 神戸中央病院 臨床工学部 副臨床工学技士長
楞野 哲寛

JCHO 神戸中央病院は、診療科数24、病床数424床を有する神戸市北区を中心とした基幹病院である。当院での電波管理は、電子カルテ等の無線LANの管理は総務企画課、ナースコール・離床センサー等の修理は経理課、そして医用テレメータの管理は、臨床工学部が窓口となりチャンネル管理・機器の保守管理を行っている。

所有する医用テレメータ機器の台数は、モニター数20台、チャンネル数103床分であり、メーカーはほぼ1社で機種統一を図れている。機器の日常管理は、機器を設置している各部署で日常点検（入床時のチャンネル・アラーム設定の確認）を実施、定期点検としては、年1回臨床工学部の動作点検、月1回のモニタ時刻調整があり、機器のトラブルは24時間オンコール体制で臨床工学部が対応している。トラブル対応の内訳は電波不良が多くみられ、原因の多くは電極の装着不良、リード線の断線になる。

運用上の問題点としては、機器台数の不足や老朽化が考えられる。病棟再編成時には、病棟毎のモニタ使用人数が変動する為、モニタ設置台数の変更を行うが、ME管理室からの貸出用モニタを運用しても病棟でのチャンネル数が足りない現状が発生している。またモニタ機器の購入に関しても、なかなか予算枠がとれず更新もしくは追加が進まない事も課題となっている。他にも屋内アンテナの老朽化による電波受信不良もみられ、その都度メーカーによる電波強度の測定を行い、必要に応じ補修工事を依頼している。

今後、新たに情報通信技術や通信設備が導入されるに伴い、医用テレメータへの影響も懸念されるが、そうした通信機器領域の機器管理は、メーカーへの依存度が高くなってしまい、トラブル対応へのタイムラグが大きくなると予想される。そうしたことから、院内だけでなく、JCHOグループ内で情報共有し、安全な電波管理が出来るような体制作りが必要であると考えます。

座長：神倉 和見（JCHO中京病院 SMIセンター 臨床工学技士長）
中井 歩（JCHO東京山手メディカルセンター 臨床工学部 主任臨床工学技士）

BSP3-3 当院における
電波管理の取り組み

¹JCHO中京病院 SMIセンター 主任臨床工学技士、
²臨床工学技士長

山田 泰弘¹、神倉 和見²

昨今、医療機関において電波を利用する機器（医療機器や通信機器）の普及が拡大するとともに、患者等による情報通信機器（携帯電話や無線LAN）の利用が増加している。医療機関における電波管理等が適正になされていない場合には、医療機器にトラブルが生じたり、事故等につながるものが危惧される。そこで、総務省の電波環境協議会により、2016年4月に「医療機関において安心・安全な電波の利用を実現するための手引き」が作成され案内が出された。その後、2017年6月に「医療機関における「電波の安全利用規定（例）」」が提示された。

当院では以前より臨床工学技士による医用テレメータのチャンネル管理を主とした電波管理を行っていたが、総務省にて作成された「電波の安全利用規定（例）」を参考に必要な項目を取捨選択して電波の管理を開始した。電波利用安全管理委員会を立ち上げ、電波利用コーディネータを設置し「医療機関における「電波の安全利用規定（例）」」を参考に、電波の安全利用規定を作製した。又、電子カルテの無線アクセスポイントの位置や離床センサーの周波数など当院の電波環境の把握に努めた。総務省電波環境調査の事業である電波環境調査に協力しモデル病院となり、院内の電波環境の把握に努めた。電波環境調査時には問題となる電波環境は無かった。電波利用機器が多く使用されている中、専門的知識を有した臨床工学技士が電波利用安全管理委員会に関り、安心・安全な病院内電波管理体制の構築に向けて努力していかなければならない。

BSP3-4 当院における
電波利用に関する
安全管理の取り組み

¹JCHO東京蒲田医療センター 副臨床工学技士長代理、

²医療安全副部長 歯科口腔外科部長、

³副院長 医療安全部長 脳外科部長

埴 伸郎¹、高橋 悦子²、小名木 敦雄³

<はじめに>

2016年4月に電波環境協議会より「医療機関において安心・安全に電波を利用するための手引き」が、2017年6月に「医療機関における電波利用規定（例）」についてが、2018年3月には（公）臨床工学技士会から「医療機器安全管理業務における医療ガス及び電波の利用に関する指針」が発行された。同指針に基づき臨床工学技士が中心となって電波利用に関する安全管理に取り組んだ。

<取り組み>

2018年度

1. 電波利用安全委員会設置の準備を行った。
2. 電波利用機器の基本知識やトラブル事例等を学ぶ目的として全職員対象に研修を行った。
3. 心電図モニターの受信環境を調査した。

2019年度

1. 委員会の設置。
2. 電波利用コーディネーター及び電波管理担当者として役割の決定。
3. 電波管理担当者が、無線LAN等を使用している医療機器と、高周波利用設備を対象にリストを作成した。
4. 高周波利用設備の周波数、高周波出力の調査。
5. 今後の目標として、1) 院内の間取り図に電波利用機器を明記2) ヒートマップを作成し受信範囲を可視化3) 情報の共有を行う事とした。

<成果>

1. 電界強度が24dB以下（基準値25dB以上）に低下した病棟があり急遽、ケーブルの交換作業を実施し電界強度は25dB以上に改善した。
2. 高周波利用設備として新たに申請が必要な医療用設備が判明した。
3. 委員会設置を含めた電波利用の安全管理体制が構築された事により電波に関する積極的な取り組みが可能となった。
4. 電波に関する情報を発信する事により、医療安全に関わる職員に電波に関する認識が生まれた。

<課題>

1. 電波管理の活動に関する情報が少ないため、積極的に情報を収集し発信する必要がある。
2. 関係職員に電波に関するトラブルの対応能力をつける必要があり、更なる教育・研修が必須である。

座長：山崎 芳郎（JCHO大阪病院 院長）
小野寺正逸（JCHO北海道病院 事務部長）

BSP4-1 DPC 病院における
診療情報管理室の
求められている役割とは？

¹JCHO 北海道病院 医療情報室、
²事務部 総務企画課
下田 善恵¹、土田 駿介²

[はじめに] 以前より、当院の診療情報室は、診療録記録管理体制加算1の算定条件を満たす為に常勤4名でDPCコーディング及び諸業務を行っていましたが、平成27年度に1名退職し人員補充が厳しいとのことで加算1を取り下げ3名にてひっそりと業務を行っていました。平成28年度に無事1名補充となり加算1も復活しましたが、入院業務を委託することになり、今まで月に数件ほどのDPCコーディング変更で済んでいましたが一気に数倍へと増えてしまいました。原因は多々あるとは思いますが、このままでは赤字脱却が厳しいと不安になるなか、新院長と事務部長の要望に応え経営企画室と一緒に改革に取り組みました。

[取組事例] 1 平成29年12月診療分よりDPCコーディング点検方法の変更。すべて退院後の点検であったが可能な限り退院前の点検も行うこととし、適正なコーディングを行うだけではなく追加請求等による未収を少しでも減らす。2 DPC適正化委員会の開催回数を年4回から平成29年度は6回へ、更に平成30年度は12回に変更し、迅速かつ詳細な報告を行うこととし、問題やルールの周知、早期対策を行えるようにした。3 係数関連対策として、副傷病名の重点点検をおこなう。

[結果] 1 平成28年12月～平成31年3月診療分のDPC修正総数553件、うち退院前点検によって修正されたもの152件となった。2 1によるDPC変更一覧を委員会にて逐一報告することによって、医師と事務だけではなく、看護師、検査部等とも問題点を話し合うことが出来、協力できる体制となった。3 平成29年度 副傷病数割合 2189件（副傷病分岐のある症例数）のうち239件 10.9%平成30年度 副傷病数割合 2758件（副傷病分岐のある症例数）のうち363件 13.2%となりました。

[総括] 診療情報管理室の従来の業務、診療録管理・病歴管理に加え、DPC病院におけるコーディング業務は今後重要となるものと考え各部署と連携を更に深めていきたいと思っています。

BSP4-2 診療情報管理士の役割

JCHO 東京山手メディカルセンター
主任診療情報管理士 入院係長
井戸上 忠弘

診療情報管理士の業務は多岐に渡る。20年前は入院カルテの製本・管理の業務が中心であったが、現在はDPCのコーディング、ICD分類における病名や手術の登録、全国がん登録、疾病統計、電子カルテのメンテナンス等の業務があり、昨今では施設基準の要件にも登場するなど、病院の運営における重要な役割を担っている。

東京山手メディカルセンターでは、診療録管理室、情報管理室（電算室）、医事課において診療情報管理業務を行っている。それぞれの部署での知識を活かした役割を分担することで、データの整合性が保たれていると考える。

DPCのコーディングの関わりに対して言えば、当院では、まず、医師が電子カルテより、DPCの病名等の入力を行う。その情報を医事課入院係が診療内容との関連性を確認。病名の候補が複数あれば、その都度医師・医事課において協議し決定する。診療録管理室では、入院カルテをもとに、DPCデータとの整合性をチェックする。病名のICD分類における部位不明・詳細不明コードの細分化を医師に確認し、是正も行う。情報管理室（電算室）では、保険請求に直接影響のない様式1の入力漏れの確認や、不備の修正を行っている。さらにはエラー情報を各分野でチェックすることによって、第三者での判断ができ、情報の共有や、データ精緻化を継続して行うことが可能となる。さらにDPCに関しては、定期的に開催している適切なコーディングに関する委員会においても、医師を交えコーディングの妥当性、整合性を分析し、周知徹底を図っている。

本学会においては、当院における診療情報管理業務の各部門での関わりと、DPCのコーディングに関する業務を中心に、医事課目線における今後の診療情報管理士としての役割について解説する。

座長：山崎 芳郎（JCHO大阪病院 院長）
小野寺正逸（JCHO北海道病院 事務部長）

**BSP4-3 地域医療構想に向けた
自院の役割についての考察
～肺炎患者分析を例に～**

JCHO 人吉医療センター 主任診療情報管理員
久保田 智子

地域医療構想の策定が2015年度から始まった。地域医療構想の主たる目的は、2025年の傷病構造に備えるために医療機関の機能分化を進めて、効率的な医療提供体制に構造を転換することである。そのための機能分化の具体的な考え方は、入院機能を「高度急性期」、「一般急性期」、「回復期」、「慢性期」の4機能に区分し、都道府県が構想区域ごとにその整備を進める。また、地域医療構想の策定にあたり、厚生労働省から都道府県および医療者に対して、構想区域ごとのDPCやNDBに基づいた情報提供が随時行われる。都道府県と医療者は、それらの情報を元に、データに基づいたあるべき論を具体的に議論しながら地域医療構想を策定していくことになる。

その一方で、各医療機関は自院が地域で求められる医療機能のどの部分を担当すべきかを、2025年に向けて、またその先も見据えながら考えていく必要がある。そのためには、今後各都道府県から示される地域医療構想に照らし合わせながら、地域の医療提供体制がどうなっていくのかを知るとともに、自院の機能を客観的に把握することが肝要である。

また、2025年に高齢者における最も増加率が高い疾患は肺炎、骨折、脳血管障害と予測されているが、その中でも肺炎は倍増するとされており、医療資源の少ない地域では全ての患者を急性期病院で対応することは困難と予想される。したがって、今後地域でどのように対応していくべきかを検討していくことが不可欠だと考える。

本題では入院機能の現状評価の視点から、自院の地域での役割および2025年に倍増すると予測されている肺炎患者についての地域の現状を検証しながら課題提起を行う。

**BSP4-4 診療情報管理士業務の
課題と可能性**

JCHO 中京病院 診療情報管理室
大橋 真紀子

近年、病院における診療情報管理士の業務は拡大の一途で、ICDコーディング、DPCコーディング、記録の監査、診療統計、がん登録、NCD登録、医師事務作業補助者の教育、データ分析、データの精度管理、QI(臨床指標)、カルテ開示など広範囲になり、さらには医療の質改善、画像レポートチェック、医療安全、チーム医療、地域医療連携などへの参画も求められるなど、多様化している。

ただ、現状では管理士への期待や役割、業務範囲は医療機関によって差があり、その組織、配置人数、立場もさまざまである。

また、管理士自身のレベルにも幅がある。病院における診療情報管理士は、医療情報・診療情報を扱う専門職として職能団体や学会に所属し、研修会や学会への参加はもとより学会発表、論文執筆など自己研鑽を続ける者がいる一方、資格を取得しただけでその後まったく教育機会を得ないまま業務に携わっている者まで、そのスキルの差は大きい。

管理士自身が個人の努力でスキルアップを図り、院内で信頼される存在になり診療情報管理士の価値を高めていくという図式には限界がある。病院が診療情報管理士とその機能を最大限に活用し質の向上を図るには、組織として人材育成に取り組むことが必要ではないか。組織の中で正しく評価されキャリアパスを提示されることで、個々のモチベーション向上につながり、結果的にはそれが業務全体の精度向上と効率化という効果をもたらす、より広範な活躍が期待できるのではないかと思う。

「診療情報管理のスキルが病院収入に影響する」とも言われている。

当院における診療情報管理業務の現状と課題を報告し、今後の診療情報管理士に求められるスキルと役割、その可能性を考えてみたい。

座長：稲村 一浩（JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション士長）
館 博明（JCHO北海道病院 リハビリテーション士長）

BSP5-1 JCHO グループ内の 摂食機能療法の現状と課題 ～「JCHO グループ内の摂食機能療法に 関する実態調査」より～

¹JCHO 北海道病院 リハビリテーション部

主任言語聴覚士／言語聴覚士委員会 調査チーム、

²JCHO 東京蒲田医療センター リハビリテーション科

主任言語聴覚士／言語聴覚士委員会 副委員長、

³JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

理学療法士長／JCHSリハビリ部会 会長／

言語聴覚士委員会 委員長

城宝 深雪¹、朝倉 悦子²、稲村 一浩³

日本における摂食嚥下リハビリテーションは1980年代に耳鼻咽喉科における研究会から始まり、「摂食機能療法」は1994年の診療報酬改定において医科と歯科に同時に新設されている。以降、その評価法や実施要件は新設や改定が重ねられ、医科歯科を問わず各分野で資格制度が設けられるなど、飛躍的な発展を見せている。

当JCHO57病院における摂食機能療法算定数はグループ発足から5年間で1.46倍と増加しているが、摂食嚥下領域の主軸となる専門職種の不在から算定に難渋する施設もある。

こうした背景から、JCHSリハビリ部会では言語聴覚士（ST）委員会調査チームと共同でJCHOグループ内の摂食機能療法についてアンケート調査による横断研究を行った。

第1回アンケート（調査期間2018年8月～12月）では、各病院での実施の概要について25項目を調査した。摂食機能療法を主導する診療科はリハビリ科であり、主たる職種はSTではあるが、算定数は看護師が最多であった。算定の前向き要素として「看護師とSTでの協働」「NSTや嚥下チームでの協働」が上がり、後ろ向き要素として「人材不足」「フローがない」「療法に対する知識の未習熟」が上がっていた。

第2回アンケート（2019年3月～4月）では、算定要件の理解、実施内容の充実に関する12項目を調査した。算定施設の9割が質の向上に対する取り組みを行い、嚥下調整食の提供や増粘剤使用は、算定の有無にかかわらずほぼ全施設へ浸透している。しかし、「標準化された評価用紙の使用」「マニュアル・フローの整備」、算定条件である「医師による実施計画書作成」が普及している施設は1/4程度に留まった。

本結果を受け、現在、JCHSリハビリ部会ではWEBサイトを活用した摂食機能療法算定のモデルケースや運用方法の共有化に向けた準備を進めており、地域・職種を超えた情報の共有を目指している。今回のシンポジウムでは、アンケート調査の概要及びリハビリ部会での取り組みの今後について報告を行う。

BSP5-2 当院における 摂食嚥下障害患者対策の現状

¹JCHO 船橋中央病院 副院長、

²歯科口腔外科医長、³外来看護師長

高橋 喜久雄¹、小河原 克訓²、大角 仁美³

当院では平成18年に摂食嚥下障害患者の包括的ケアの中心となる委員会（摂食嚥下障害対策委員会）設置の提案がなされ、翌年より具体的な活動が開始された。これに加えて平成24年には当院の看護師1名が摂食嚥下障害認定看護師を取得し、看護部においてもこの認定看護師を中心に摂食嚥下障害看護ケアチームが編成されている。現在の委員会は歯科医師、摂食嚥下障害看護ケアチームの看護師、理学療法士、管理栄養士、医事課事務員で構成されており、当院における摂食嚥下障害対策を概括すれば、その臨床画像検査（嚥下内視鏡および嚥下造影検査）は歯科口腔外科の歯科医師が行い、具体的な機能改善のための訓練は病棟の摂食嚥下障害看護ケアチームが行っていることになる。そして、このメインフレームに栄養士が食材開発等で協力している。また、口腔ケアは摂食嚥下障害対策においては不可欠で、摂食訓練と共に両輪の輪と考えられる必須なものだが、これについては歯科口腔外科の衛生士が看護師への啓蒙活動などを通して積極的に活動している。

この12年間の活動を通してわれわれの行い得たことは多くはないが、摂食嚥下障害患者の嚥下訓練導入のシステム化、新しい嚥下食の導入の工夫、退院する嚥下障害患者の地域包括ケアの努力、嚥下内視鏡および嚥下造影検査依頼の簡便化等について少しばかりの知見を得ることが出来たので報告したい。なお、当院における理学療法士の摂食嚥下障害訓練への関与であるが、その人員数が少なく、また言語聴覚士が配備されていないことなどから、主にマンパワーの問題から摂食嚥下障害患者の機能改善訓練に積極的に携わることが少ない現状にある。今回は本シンポジウムで得た情報を活用させていただき、当院においても理学療法部をより巻き込んだ形での「進化した」摂食嚥下障害対策を行っていききたいと期待している。

座長：稲村 一浩（JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション士長）
館 博明（JCHO北海道病院 リハビリテーション士長）

BSP5-3 口から食べることを支える 多職種連携

JCHO二本松病院 看護部長
安田 純子

当院のNSTは栄養面の評価や改善を行い、院長の「地域の皆様が最後まで口から食べることを支える」という方針のもと、病院職員が一丸となりチーム医療に力を注いでいる。常勤医師は5名と少なく、160床の病床稼働率は60%を下回っている。外来部門では、100名の透析患者を抱え、附属としては、100床の超強化型を取得している介護老人保健施設（以下老健）と、地域の開業医と繋がり120名以上の利用者を持つ訪問ステーションと、健診バス4台を稼働させた健康管理センターで構成され、毎年黒字計上している病院である。

今回、「地域の口から食べることを支える」ための取り組みとして、A大学病院の耳鼻科医師を迎え、月2回の嚥下内視鏡検査（以下VE）がNSTのメンバーを中心として行われた。VE介助を行うNSTメンバーからは、もっと知識や技術を磨きたいという意欲があり、A大学病院の嚥下外来で見学実習を行った。また当院では、言語聴覚士が不在であるため、嚥下の機能訓練は、作業療法士が行っている。看護師や管理栄養士と協働しながら、食べる姿勢や食べるための筋肉の強化、食べる形態や食べさせる1回量、食事介助方法や口腔ケアなどの支援を行っている。そして、内視鏡技師のVE介助や、薬剤師の介入など、多職種連携で「食べる」事を支援している。

また、嚥下検査を行うための内視鏡購入が必要となり、200万円支出の費用対効果を算出し、その中で摂食嚥下訓練加算を1日185点取得でき、年間1400万円の収益を上げる試算となり、少ない医師への負担を最小限にして収益を上げるよう、チームで関わりを持ち購入が可能となった。

老健においては、食べることを支えるために歯科医師を迎え、口腔状況の評価と口腔ケアの充実を図り、老健退所後に在宅介護になっても口腔状態が維持できるような支援を行っている。

当院では、地域の人々が最後まで口から食べる楽しみを持てるように、多職種で一丸となった取り組みを行い、加算取得に努めている。

BSP5-4 摂食機能療法 2 症例から考える安全な嚥下訓練

¹JCHO九州病院 リハビリテーション室 主任言語聴覚士、

²耳鼻咽喉科 医師、³循環器内科 医師、⁴外科医長、

⁵脳神経内科医長、⁶内科 医師、

⁷副看護師長 摂食嚥下障害看護認定看護師、

⁸副看護部長、⁹看護師長、¹⁰副栄養管理室長

杉本 光徳¹、安倍 大輔²、鬼塚 健³、

中村 勝也⁴、中村 憲道⁵、井上 勝博⁶、

平石 絵里子⁷、二見 美喜子⁸、本田 久美⁹、

三輪 真紀子¹⁰

背景：

嚥下困難は、数多くの疾患や状態を背景として起こる。その評価と診断、治療には、医師や看護師、ST他のチーム医療が大切である。当院での摂食機能療法は、嚥下造影か嚥下内視鏡検査を行った上で進めている。嚥下訓練と経口摂取が順調に進んだ症例と、そうではなかった症例より、嚥下障害患者の対応を考えたい。

症例1は、50代男性、左基底核に陳旧性梗塞。敗血症と脳出血で当院入院。保存的加療となっていたが21病日に右頭頂部に再出血あり、開頭血腫除去術が施行された。術後11日に嚥下造影実施し、半固形（ゼリー5g、10g）は誤嚥なし。液体5mlで嚥下中に誤嚥し、舌の運動制限、食塊の送り込み不良、咽頭収縮不良を認めた。第4頸椎に骨棘を認めた。両側臼歯部咬合なし。誤嚥性肺炎の危険が高いと考え、2日間は飲食を提供せず、舌運動等の間接的訓練を実施。舌運動は改善し、嚥下調整食コード0jから段階的に食形態のレベルアップができた。

症例2は、70代女性、陳旧性脳梗塞、左中大脳動脈閉塞による重度感覚性失語、認知機能低下があり言語理解は困難であった。歯の欠損はなく、唾液嚥下はむせなかった。2病日に嚥下造影実施し、ゼリーで誤嚥・残留はなし。液体5mlで咽頭レベルでの貯留があり、経口摂取をすすめた。コード3（全粥・やわらか食）で自力摂取が進み、6病日に形態調整なしの条件とした。7病日にブロッコリーを丸呑みし、吸引処置で回復した。9病日に嚥下内視鏡検査で咽頭・喉頭の知覚低下が確認された。嚥下造影では液体で喉頭挙上の遅れがあり、感覚低下のサインとして、注意すべきであった。この後、コード2-1に段階を下げて経口継続となり、15病日にリハビリ継続目的で転院となった。

結語：

症例2では、咽頭喉頭の感覚低下と認知機能の低下から、食形態判断の難しさを痛感し、食事監視も必要であった。地域連携での引き継ぎは、情報提供書に経過と病態を記し、相互の病院の嚥下食一覧や食形態のコード分類の共有が欠かせない。

座長：田中 佳江（JCHO徳山中央病院 栄養管理室長）
東 由里（JCHO星ヶ丘医療センター 副栄養管理室長）

BSP6-1 **がん患者と家族の
「食に関する苦痛」へのケア
～NSTとPCTの連携～**

JCHO 徳山中央病院 がん診療支援部
桑田 理恵

がん患者の栄養障害は、体重減少や筋力の低下につながるだけでなく、免疫力低下や易感染性を高めるといった悪循環を引き起こす可能性がある。進行がん患者の多くは、進行性の体重減少を特徴とするがん悪液質が認められ、がんの進行に伴い不可逆性の栄養不良に進展していく。さらに栄養障害はがん患者と家族のQOLの低下を招き全人的な苦痛となる。がん患者の栄養管理は、患者の栄養に関連する問題を医療者が早期に認識し、悪液質の進展が少ない段階から栄養状態を評価し介入することが必要である。すなわちサポータティブケアにおいても適切な栄養アセスメントが不可欠で、栄養サポートチーム（NST）による栄養管理が重要となってくる。一方、がん患者の栄養状態に影響を与える症状として痛み、悪心、嘔吐、便秘、下痢、口腔内粘膜障害、呼吸困難、咳などの身体的苦痛と不眠、不安、抑うつ、せん妄などの精神的苦痛があげられる。これらの症状に対しては、緩和ケアチーム（PCT）が症状を緩和させることで、がん患者と家族の食に関する苦痛の軽減に繋げることができる。

近年のがん治療の進歩により、根治が望めなくても抗がん治療によって長期生存が可能になり、患者や家族には「上手にがんと共存する」ための工夫が重要となってきた。そしてその長い療養過程の中で生じる患者や家族の食に関する苦痛をケアするためには、NSTとPCTの専門性を活かしつつ両者が連携することで、相乗効果を得られることが期待できると考える。

さらに患者にかかわる全ての医療者が食に関する苦痛のケアの重要性を認識し、変化していく病状や予後、食に対する想いなどを踏まえながら、栄養管理の目標設定について「栄養状態の維持・改善」とするのか、あるいは「残された時間のQOLを良好に保つために『食を少しでも楽しむこと』をめざす」のか、医療スタッフとチーム間及び多職種チーム間で検討を重ね柔軟に対応していくことが望まれる。

BSP6-2 **より良い食からの
ケアを考えて
～エンド・オブ・ライフに焦点をあて～**

JCHO 中京病院 看護部
酒井 幸子

私が所属している緩和ケアチームの依頼患者は年間100件前後であり、がんの積極的治療を行っている患者やエンド・オブ・ライフの時期にある患者の心身の苦痛に多職種で対応している。治療や病期によって栄養や食に関する調整が必要な事も多く、管理栄養士の対応は不可欠となっている。

緩和ケアは、対象を全人的な視点で捉えて、療養を含めた日常生活を整え「その人らしさ」を支える事を大切にしている。特にエンド・オブ・ライフにある患者は、少しでも快適に過ごせる事を目的とした日常生活調整が重要となり、中でも食や栄養に関する事は大きなウェイトを占める。患者は疾患の進行による食思低下、薬剤の副作用、嚥下障害、味覚障害、口腔内トラブル等で食事に対するつらさが強くなる。また、食べられなくなる患者を目の当たりにして、家族も不安な思いを表出される。遺族を対象とした先行研究では、食に関する家族の苦悩が大きかった事も明らかになっている。

臨床現場では、「少しでも食べたい」「これなら食べられるかも」と、ジャンクフード、菓子パン、お菓子を嬉しそうに召し上がる患者の姿をみる事がある。また、誤嚥や腸閉塞の悪化が懸念され、患者の食べたいという思いが尊重されない事に悩み、倫理的な視点で考えねばならない場面も見受けられる。このような場面に遭遇する医療スタッフの思いや考え、そして行動も様々である。

エンド・オブ・ライフにある患者の食に対するケアは、『今この患者・家族にとって大切な事は何か?』という考えのもと、ケアの方向性を一致させるとともに、生命維持の為の「栄養摂取」という観点から、食べる事の楽しみ・喜びを感じられる様な「食を楽しむ」という観点到達のために患者・家族を支援する必要性を感じている。

今回のセッションでは、特にエンド・オブ・ライフにあるがん患者に対する食のケアについて、他施設の方々の意見を聴き理解を深める場にしたい。

座長：田中 佳江（JCHO徳山中央病院 栄養管理室長）
東 由里（JCHO星ヶ丘医療センター 副栄養管理室長）

BSP6-3 当院における がん患者の栄養管理の現状と課題

¹JCHO東京山手メディカルセンター
栄養管理室 管理栄養士、
²栄養管理室 室長
猿田 淑美¹、徳永 圭子²

がん治療中の患者の栄養管理では、治療継続のための体重と栄養状態維持に必要な栄養を補給すると同時に、「食事をする」というQOLの維持が大切であり、入院治療中の食事内容は患者にとって精神的にも身体的にも重要であると考えます。

[当院における現状]

当院では、病棟担当制によりタイムリーにスクリーニングを実施することで、食事状況や治療方針の確認を行い、栄養上リスクの高い患者、現に摂取困難や不足、また体重減少のある患者への早期栄養介入を目標に日々栄養管理を行っている。実際の治療では、食べたくても食べられない、においがつらい、味が変に感じて美味しくない、口腔内の異変による味覚異常や痛み、さらには飲み込み自体がうまく摂取自体が苦痛などさまざまな訴えがあり、個々の患者に画一的ではなく、その時々に応じた食事形態、量の調整や配膳方法の工夫により苦痛の軽減を行うことが必要といえる。

シンポジウムでは実際に当院におけるがん患者への食事対応の例やNST介入例を報告する。

[今後の課題]

実際の介入では、すでに栄養障害の起きている患者への対応が優先され、化学療法による一時的な摂取困難やBSCの方針となった患者への積極的介入は優先順位が低くなりがちである。今後様々な事象にタイムリーかつ最適なケアが行えるよう、栄養士においては、有害事象とそれに対する対応方法などの知識の向上が必要であり、また食事調整パターンの作成や提案、そして他職種間の情報共有と連携の充実も必要と考える。また今年度発足予定の緩和ケアチームの活動においても、食事面のケアで患者QOLの向上、そして経口摂取維持による栄養面のケアにつなげていければと思う。

BSP6-4 当院のがん患者に対する 栄養管理 －消化器がん周術期と緩和期・終末期を中心に－

¹JCHO横浜中央病院 栄養管理室、²外科、³麻酔科
斎野 容子¹、三松 謙司²、吹野 信忠²、
増田 都志彦³、川崎 志穂¹、伊藤 祐介¹、
安保 敏明¹、尾崎 和江¹、今野 京子¹

経口摂取を含む経腸栄養は、人間にとって最も生理的な栄養摂取法であり、消化吸収能力および腸管免疫能維持につながる。がん治療施行時には、消化管が使用可能であれば経口摂取・経腸栄養が第一選択となり、経口摂取・経腸栄養のみで十分な栄養量が摂取できない場合には静脈栄養の併用が考慮される。がん緩和期においても、可能な限り経口摂取・経腸栄養を選択し、経口栄養補助食品の付加や、患者の嗜好等を考慮した食事内容への変更などを行いながら、経口摂取量の維持・改善につなげる栄養管理の実施が望まれる。がん患者では、治療の侵襲度や悪液質の存在などにより代謝動態が患者個々に異なるため、個人の病態を考慮した栄養管理を行う必要がある。

当院では、栄養サポートチーム（以下、NST）および緩和ケアチームと病棟担当管理栄養士が連携を取りながら、主に消化器がん周術期の術前栄養管理と術後早期経口摂取の自立に向けた栄養介入、がん緩和期患者に対する栄養介入を行っている。がん周術期栄養管理については、2013年からERAS[®]を導入し、胃がんおよび大腸がん術後早期経口摂取を目的とした術後食の改定を行った。周術期は基本的にクリニカルパスを用いた栄養管理を実施するが、併存疾患や身体状況に応じた個別の対応も実施している。術後は補助化学療法を施行する患者も多いため、外来や化学療法施行中の栄養食事指導も実施している。がん緩和期の栄養管理では、緩和ケアチーム回診にNST専任管理栄養士が参加し、患者の状態に応じた個別の栄養管理を実施している。

がん患者では、がんによって引き起こされる様々な身体症状によって、食べたくても食べられない状況に陥ることもある。がん患者の経口摂取を支えるためには、食事内容の提案とともに、経腸栄養や静脈栄養の併用も検討しながら、総合的な栄養管理を実施することが必要である。