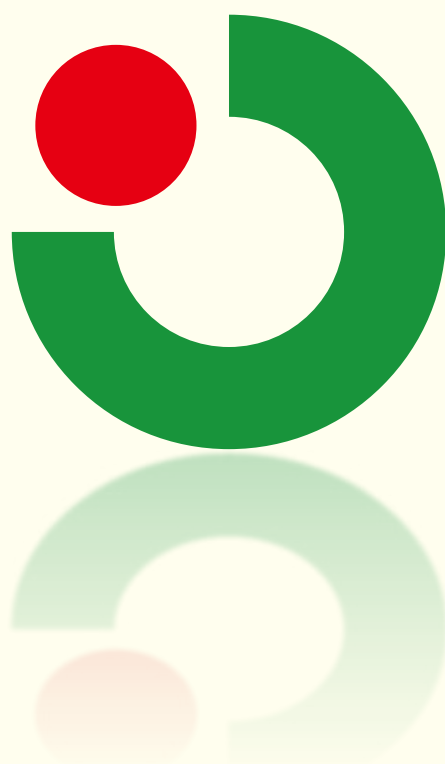


かごしま慈愛会ジャーナル



公益財団法人慈愛会

公益財団法人慈愛会 理念と基本方針

理 念

医療の原点は、慈愛にあり

患者様を肉親と思い
医療の達人（プロフェッショナル）を目指す

同時に

全職員の物心両面の幸せを追求する

〈理念の考え方〉

全職員の物心両面の幸せを
追求する

=理念=

患者様を肉親と思い医療の達人
（プロフェッショナル）を目指す

達成するためには

達成すれば

慈愛会が鹿児島県民に必要不可欠
な存在として永続的組織となる

慈愛会が鹿児島県民に必要不可欠
な存在として永続的組織となる

実現が必要

実現できる

そのために

結果として

患者様を肉親と思い医療の達人
（プロフェッショナル）を目指す

全職員の物心両面の幸せを
追求する

基本方針

公益財団法人慈愛会は「医療理念」を実践する為に
5つの項目を掲げて質の向上を図っています。

1. 医療を通して地域社会へ貢献します
2. 良心的な高度医療を提供します
3. 心に届く慈愛の看護を実践します
4. 快適な医療環境を提供します
5. 働きがいのある職場環境を目指します



＝目 次＝

〔巻頭言〕

公益財団法人慈愛会 理事長 今村 英仁 P 1

〔学会報告〕

1 慈愛会における血液内科 ～歴史と現在・未来～

第2回慈愛会学会学術集会 大会長
今村総合病院 名誉院長兼臨床研究センター長 宇都宮 與 P 3

2 日本医療マネジメント学会第20回九州・山口連合大会を開催して

日本医療マネジメント学会第20回九州・山口連合大会 会長
今村総合病院 院長 帆北 修一 P 12

〔トピックス〕

1 新型コロナウイルス感染症に対する取り組み

今村総合病院 副看護部長（感染管理認定看護師） 吉森みゆき P 19

2 今村総合病院看護師特定行為研修センターの役割と課題

今村総合病院看護師特定行為研修センター 主任 上山テルヨ P 26

〔論文〕

1 当院における臍帯血移植の試み

今村総合病院 血液内科 中野 伸亮 P 31

2 糖尿病患者における心不全のリスク軽減に向けた当院の取り組み

いづろ今村病院 臨床検査科 白田 歩実 P 38

3 今村総合病院 Stroke care unit の多職種連携

今村総合病院 リハビリテーション部 松 元 龍 P 41

4 選ばれる看護師養成所を目指した一戦術としてのICT推進の効果

鹿児島中央看護専門学校 事務部 飯田 珠美 P 46

5 特定行為研修を修了した看護師の看護実践に対する変化

今村総合病院 看護部 西 森 識 P 50

6 ワーカーミーティングの活性化へ向けて ～SPRINT（最速仕事術）の応用～

奄美病院 地域連携室 吉村 あゆみ P 54

7 2021年度外来患者満足度調査とベンチマークの活用 ～患者様の声から学ぶ～

いづろ今村病院 事務部 楠原 憲一郎 P 59

- 8 精神科デイケアにおける“プレデイケア”の効果 ～デイケア導入期に必要なこと～
谷山病院 精神科デイケア 東泊 由紀 P 63
- 9 新人看護師成長パス・指導者パスの導入を試みて
今村総合病院 看護部 松山 郁子 P 67
- 10 離島における非常食の在り方とは ～COVID-19の感染拡大を踏まえて現場の視点から考える～
奄美病院 栄養管理科 和田 裕美 P 71
- 11 精神障害者の地域移行支援 ～離島施設で働く職員の不安軽減に向けた多職種の関わり～
徳之島病院 看護部 白山 洋美 P 75
- 12 週1回投与GLP_1受容体作動薬の使用状況および消化器症状の副作用発現に関する検討
いづろ今村病院 薬剤科 東屋敷史織 P 78
- 13 医師事務補助課に求められること ～ 医師事務補助課の変遷と今後について ～
今村総合病院 事務部 登 美奈子 P 82
- 14 外来栄養食事指導の強化に関する取り組みについて
徳之島病院 栄養管理科 清水 崇 P 84
- 15 住宅型有料老人ホームにおける生活支援の在り方について ～ほがらかハウスの事例からの考察～
住宅型有料老人ホームあいゆいの家 看護介護部 中馬 健一 P 87
- 16 調理師合同研修会を開催し見えてきたもの
介護老人保健施設愛と結の街 栄養管理科 隈崎 耕輔 P 91

[かごしま慈愛会ジャーナル投稿規程]

P 94

[編集後記]

かごしま慈愛会ジャーナル編集委員長（今村総合病院 副院長） 上之園 芳一 P 96

卷頭言

[巻頭言]

2023年5月、3年以上新型コロナ禍が続きましたが、ようやく感染症法上、新型コロナウイルス感染症の位置付けが2類相当から5類へ変更となり、日本社会は正常化に向けて一気に舵を切ることになります。一方、医療機関の立場から考えますと、新型コロナウイルス自体が変わるわけではないので、新型コロナに対する対応は今までと同じにも拘わらず、平時の一般診療をコロナ禍前同様に行うことを強いられることを意味します。

当法人では、この3年間、慈愛会スタッフが果敢に新型コロナ禍に立ち向かってくれたおかげで、新型コロナ感染者の受け入れを積極的に行いながら、且つ、平時の一般診療も最大限行ってくれました。他法人の場合で、経営者は積極的に新型コロナ対応を行おうと考えてもスタッフが及び腰で対応が消極的になったケースや、スタッフは積極的に対応する心構えが出来ているにもかかわらず経営者が新型コロナ対応を拒否するケースがあること等を見聞きました。経営者とスタッフ双方が同じベクトルで行動して初めて今回の新型コロナ禍を乗り越えることが出来たのだと認識し、改めて自法人のスタッフへの感謝の念が堪えません。

このような状況下でも、2021年初めて慈愛会学会を主催し、かごしま慈愛会ジャーナル第1巻を発刊、そして、翌年には、第2回慈愛会学会の開催と今回のかごしま慈愛会ジャーナル第2巻の発刊に漕ぎつけたことは、並大抵の努力では出来ないと感じるところです。さらに、今回の第2巻では当法人が何故ここまで進んでこられたのか、そして、これからもどのような歩みを続けていかなければならないかの「鍵」を現場視点から語ってもらっています。発表だけでなく、記録に留めておくことの重要性を本巻は如実に表しています。本巻から得られる教訓を下記のようにまとめました。当法人をこれから担うスタッフの皆さんにも先人の教えとして是非体得していただきたいと願うところです。

患者さんに慈愛の心を体感してもらうために、

日常業務を確実に遂行すること、

加えて、向上心と研究心を持って仕事に臨むこと、

さらに、日々努力を続けなければ高みに到達することは出来ないこと、

そして、日々の努力をしっかりと記録に留めることの大切さ

公益財団法人慈愛会 理事長

今村英仁

学会報告

慈愛会における血液内科

～歴史と現在・未来～

宇都宮 興

第2回慈愛会学会学術集会 大会長
今村総合病院 名誉院長兼臨床研究センター長

はじめに

1934年(昭和9年)に公益財団法人慈愛会のもととなる「今村産婦人科医院」が今村源一郎先生により鹿児島市堀江町で開設された(図1)り。2022年は、創設88周年に当たり、5つの病院、4つのクリニック、介護老人保健施設、看護専門学校を有する大きな組織である公益財団法人慈愛会へ発展を遂げている。

2020年慈愛会学会が立ち上がり、2021年7月10日に第1回慈愛会学会・学術集会が今村英仁理事長を大会長として行われた。第2回学術集会は「過去から学び、飛躍する慈愛会」をテーマに掲げ2022年7月9日に鹿児島県市町村自治会館にて開催された。学術集会の大会長講演として「慈愛会における血液内科～歴史と現在・未来～」のタイトルで講演を行ったので、その概要について解説する。

血液内科の歴史

慈愛会での血液内科診療の開始

慈愛会の長い歴史の中で血液疾患患者の診療は、1976年に今村病院(現いづろ今村病院)で、当時の血液内科部長の濱田豊比古先生の協力のもと、非常勤医師(野村紘一郎、松元正先生ら)によって開始

された。当時、鹿児島県において血液疾患を専門に診療する病院はほとんどなく、必要に駆られたスタートであった。血液内科診療を開始したころは血液の病気の患者診療だけではなく、手術不能ながん患者や膠原病、感染症などの診療も行われていた。

血液内科の今村病院分院への移動

1984年4月にかねてから慈愛会会長の今村源一郎先生、理事長の今村一英先生の悲願であった慈愛会での総合病院開設に向けた新病院である「今村病院分院」が鴨池新町に誕生した(図2)。病院名として、「今村病院分院」の他に「鴨池今村病院」「鴨池温泉病院」「今村記念病院」「第2今村病院」等いくつか候補が挙がったが、鹿児島県の指導と医師会の提案により「今村病院分院」と決定された。今村病院から人工透析治療を行っていた腎臓内科と血液内科が今村病院分院に移動した。その当時血液内科に常勤医師はおらず、野村紘一郎先生、松元正先生、児玉雅彦先生を中心とした鹿児島大学からの非常勤医師により、今村一英院長先生、後に中島哲院長先生のサポートのもと血液診療が行われた。1984年7月に古庄弘典先生が血液内科の常勤医師としてはじめて入職したが、リハビリテーション病棟の立ち上げの責任者として院内異動の配置となり、再び血液内科の常勤医師は不在となった。

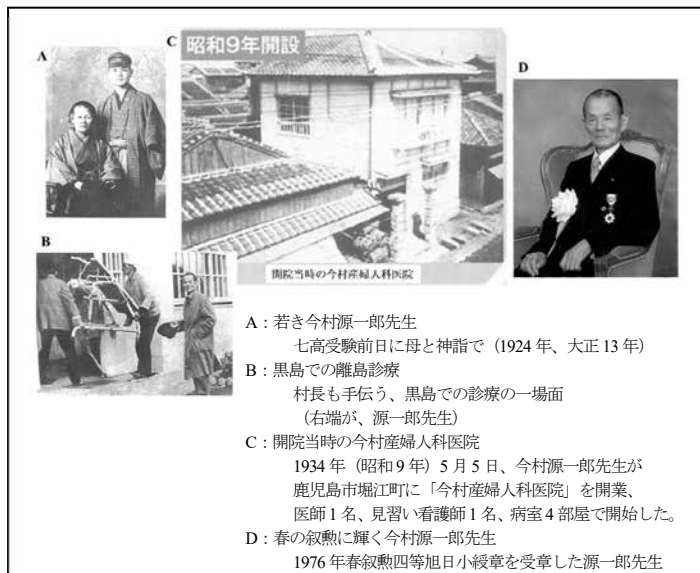


図1 今村産婦人科医院と今村源一郎先生



図2 今村病院分院の誕生

私が入職した 1987 年 8 月（4 月から 7 月までは非常勤勤務）には血液内科病棟はあったが、相変わらず常勤医師は不在であった。非常勤医師の牧野虎彦先生、魚住公治先生、斎藤毅先生に助けられながら血液の患者診療を行った。1987 年からは研修医 2 年目の種子島（中馬）好子先生、竹下武承先生、中原勝彦先生、下高原茂巳先生、大納伸人先生らが半年から 1 年間の常勤勤務で大学から派遣され、その助けにより血液内科病棟と血液外来の診療を維持した。鹿児島県には血液疾患の専門病院がほとんどなく、鹿児島県全域から多くの患者紹介があった。しかしながら当時使用可能な抗がん剤は限られ、白血病や悪性リンパ腫患者の予後は不良であった。入院患者の多くは血液がん患者が占めており、今村病院分院は「鹿児島県のがんセンター」とも呼ばれていた。

ATL 診療

今村病院分院での入院患者で最も多くを占めていたのが、成人 T 細胞白血病/リンパ腫（Adult T-cell Leukemia/Lymphoma：ATL）であった。非ホジキンリンパ腫や急性骨髄性白血病の患者も多かったが、ATL は造血器腫瘍患者の入院の約 3 割を占め、最も多かった（図 3）。ATL は、1977 年に京都大学の内山、高月先生らによって発表された成熟 T 細胞の腫瘍化によるリンパ系腫瘍である²⁾。ATL は基本的にはリンパ腫であるが、容易に白血病化し末梢血や骨髄に花核細胞（flower cell）（図 4）と呼ばれる特徴的な核分葉を有する ATL 細胞の出現を認める。リンパ節病変以外に皮膚病変、消化管病変、肝腫・脾腫、中枢神経病変、胸膜・腹膜病変を高率に認め、また、T 細胞の腫瘍化のため免疫機能は著しく低下

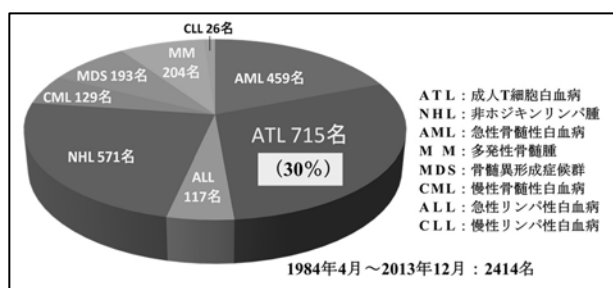


図 3 今村病院分院での主な造血器腫瘍の新入院患者数

表 1 HTLV-1 が関連する病気

A. 悪性腫瘍

成人 T 細胞白血病/リンパ腫（ATL）
免疫機能低下による ATL 以外のリンパ系腫瘍

B. 炎症性疾患（自己免疫疾患類似）

HTLV-1 関連脊髄症（HAM）
HTLV-1 ぶどう膜炎（HU）/HTLV-1 関連ぶどう膜炎（HAU）
HTLV-1 関連感染性皮膚炎（IDH）
HTLV-1 関連関節症（HAAP）
HTLV-1 関連気管支肺炎（HAB）/HTLV-1 関連肺疾患（HAPD）

C. 免疫機能低下による感染症

ATL 発症ハイリスク HTLV-1 キャリアにおける日和見感染症

し、様々な日和見感染症を合併する。また、抗がん剤に対する薬剤耐性が著明で、患者の予後は不良である特徴を有する^{2) 3)}。

1980 年に ATL の原因ウイルスである human T-cell leukemia virus type-I (HTLV-1) が米国の研究者により発見された⁴⁾。HTLV-1 が関連する病気は、ATL だけにとどまらず、炎症性疾患である HTLV-1 関連脊髄症 (HTLV-1 Associated Myelopathy: HAM) や HTLV-1 ぶどう膜炎 (HTLV-1 Uveitis: HU) / HTLV-1 関連ぶどう膜炎 (HTLV-1 Associated Uveitis: HAU) の原因となることも判明した。また、HTLV-1 は関節炎、肺疾患などの疾患への関与も報告されている (表 1)^{3) 5)}。

ATL の原因ウイルスである HTLV-1 の感染者（キャリア）は、世界では中央アフリカ、中近東、南米、カリブ海沿岸地域、オーストラリアなどに多いことが報告されているが、HTLV-1 は中央アフリカから世界に感染者が広がったと推測されている（図 5）⁶⁾。日本では、HTLV-1 キャリアや ATL は九州など西南日本、紀伊半島、三陸海岸などに多い。特に鹿児島県や長崎県は、HTLV-1 キャリアが多く、HTLV-1 キャリアの数と関連する ATL 患者数も日本で最も多い県である⁷⁾。

病院開設当初からの今村病院分院の入院患者の血液がん患者の約 3 割が ATL であったが、ATL 患者の化学療法の治療効果は限定的であった。鹿児島大学と今村病院分院における ATL の後方視的解析では、急性型やリンパ腫型などのアグレッシブ ATL 患者の 3 年生存率は約 18%、5 年生存率は約 8% と予後は極めて不良であった⁸⁾。その頃当院だけではなく ATL 患者の多発地域においては、ATL 患者に対する治療法の開発が急務であった。

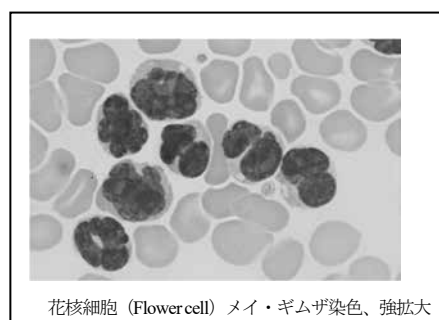


図 4 末梢血中の ATL 細胞

HTLV-1: human T-cell leukemia virus type-I,
ATL: adult T-cell leukemia-lymphoma,
HAM: HTLV-1 associated myelopathy,
HU/HAU: HTLV-1 uveitis/HTLV-1 associated uveitis,
IDH: infective dermatitis associated with HTLV-1,
HAAP: HTLV-1 associated arthropathy,
HAB: HTLV-1 associated broncho-pneumonopathy,
HAPD: HTLV-1 associated pulmonary disease

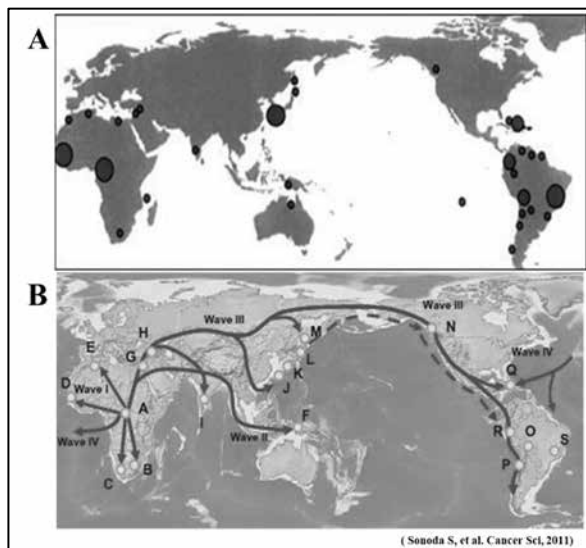


図5 世界の HTLV-1 の分布と移動⁶⁾

A: 世界の HTLV-1 感染者の分布を示す。○の大きさは感染者数の多さを示す。世界の HTLV-1 感染者数は1000～2000 万人と推定されており、先進国では HTLV-1 の浸淫地域は日本のみである。

B: HTLV-1 感染者の移動を示す。中央アフリカから感染者が中近東を経て、アジア、カリブ海沿岸地域、中央アジアから日本、ベーリング海峡を経て北米、中南米への感染者の移動が推測されている。

骨髄移植の開始から造血幹細胞移植療法の発展

不治の病と言われていた白血病に対して 1980 年代の中頃から骨髄移植が成人の白血病患者に対して成功例が相次ぎ、白血病患者の治癒が期待できるようになった。今村病院分院においても血液がん患者に対して骨髄移植療法の必要性が迫られていた。鹿児島大学第二内科 花田修一先生の計らいで鹿児島大学からの派遣医師である竹下武承先生（1989 年 8 月～）、中原勝彦先生（1990 年 9 月～）の 2 名が当時骨髄移植では日本で最先端を走っていた名古屋第一赤十字病院の血液内科 小寺良尚部長のもとにそれぞれ 1 年間の国内留学をして骨髄移植療法を習得した。看護部からも下野（郷之丸）いづみ看護師と黒葛（麻上）ゆかり看護師が名古屋第一赤十字病院で骨髄移植の看護研修を行った。骨髄移植療法の研修を終えたメンバーが鹿児島に戻り、今村病院分院内で骨髄移植開始プロジェクトチームを作り移植患者への無菌管理、無菌食の提供、ヒビテン浴の実施方法など綿密に準備を重ねた。1992 年 8 月に 5 階の血液病棟に前室を備えた無菌病室が完成し、骨髄移植に向けての準備が整った。しかしながら、院内に外科系の診療科がなく、全身麻酔の設備もない当院で、全身麻酔で骨髄提供ドナーから手術室で骨髄採取を行うことは、相当な工夫と準備が必要であった。幸いに当院は人工透析治療を行っていたので、透析治療を受ける患者に必要なシャント手術のため手術室は院内に備わっていた。全身麻酔の設備はなかったが、鹿児島大学の麻酔科の協力を得て、骨髄採取が行われることになった。

また、同種骨髄移植後の患者の輸血においては、輸血による graft-versus-host disease (GVHD)を防ぐために、用いる血液製剤に放射線照射をして混入するリンパ球を死滅させる必要があった。日本赤十字血液センターでは、血液製剤の照射は当時行われていなかった。照射をしていない血液製剤の使用は輸血後の GVHD の発症に繋がり、移植後の患者を生命の危険にさらすことになり禁忌とされていた。鹿児島大学の放射線科/放射線治療部の好意により特別に移植患者の血液製剤に放射線照射をしていただき、移植後の患者の輸血を行うことができることとなった。移植前処置に用いるブスルファンの調製（当時は注射薬がなく、原末を自施設でカプセル化する必要があった）、移植後の免疫抑制剤の血中濃度の測定（当院では測定ができず、鹿児島大学薬剤部まで出向き血中濃度測定を行った）など多数の障壁があったが、薬剤部の全面的な協力のもと解決することができた。これらの準備と鹿児島大学第二内科血液グループの全面的な協力の結果、1992 年 11 月に当院で初めて慢性骨髄性白血病患者に対して human leukocyte antigen (HLA) の一致した兄弟ドナーから骨髄を採取し、同種骨髄移植を行った(図 6)。移植した骨髄細胞は順調に生着し、患者はアデノウイルスによる出血性膀胱炎を合併したが、無事軽快し退院した。患者は、その後 30 年間再発なく、治癒が得られている。当時を振り返るに恐らく外科系の診療科のない病院での骨髄移植の実施は、日本では当院が初めてではないかと思っている。



図6 今村病院分院での第1例目の骨髄採取と骨髄移植

- A: 手術室での骨髄採取
- B: 無菌室での中原主治医による骨髄輸注（骨髄移植）
- C: 第1例目の同種骨髄移植を行った医師チーム
- D: 南日本新聞での報道記事

1994 年 4 月牧野虎彦先生、竹内昇吾先生を中心に当院で自家末梢血幹細胞移植を開始した(図 7)。自家末梢血幹細胞移植治療は、非ホジキンリンパ腫や多発性骨髄腫の治療として今日まで継続されて

いる。特に 65 歳以下の多発性骨髄腫の患者においては、現在標準的治療として行われている。末梢血幹細胞の採取保存に対しては、立ち上げは牧野・竹内医師を中心に行われたが、アフエーシスによる末梢血幹細胞採取は坂口政人、原康隆臨床工学技士に、末梢血幹細胞保存は青山太介臨床検査技師に引き継がれた。その後細胞保存は、2018 年輸血管理部長の宮園卓宜部長の努力により立ち上げられた輸血管理部のスタッフ（藤山、中島技師）に引き継がれることになった。

今村病院分院では、同種骨髄移植の症例数は伸び悩んでいたが、前主任部長である高塚祥芝先生（現いづろ今村病院副院長）が名古屋第一赤十字病院で造血幹細胞移植治療研修（1995 年 7 月から 2 年間）を行い、帰鹿して当院に入職後、造血幹細胞移植治療が定着した。ATL 患者に対しては、1998 年 6 月に急性型 ATL 患者に同胞ドナーから当院で初めて同種骨髄移植を行った。移植後患者は順調な経過を辿り、急性型 ATL 患者の同種骨髄移植の成功例として 1999 年鹿児島市で開催された第 9 回 HTLV 国際会議（納光弘会長）にて発表した。この発表を機に国内で ATL 患者への移植例が他にもいることがわかった。国内で同種移植を行った ATL 症例 10 例を後方視的に解析し、半数が再発なく長期生存していることが判明し国際誌に報告した（図 8）⁹⁾。この報告を契機に ATL 患者に対する移植療法が評価され、ATL 患者の同種造血幹細胞移植の施行例が急激に増加した。

1998 年 8 月高塚祥芝、竹内昇吾先生を中心に当院で血縁ドナーからの同種末梢血幹細胞移植を開始した。同種末梢血幹細胞移植の造血幹細胞の採取・保存に対しては、自家末梢血幹細胞移植と同様に末梢血幹細胞採取・保存チームによって実施されている。その後、当院は骨髄移植件数が徐々に増加し 2000 年 4 月日本骨髄バンクの移植認定施設・採取認定施設に認定された。さらに造血幹細胞移植が盛んな兵庫医科大学血液内科で活躍され、米国と英国の造血幹細胞移植治療にも精通し帰国した武元良整先生が 2001 年 6 月に当院に入職した。先生は移植医療に対して熱い思いで取り組み、その結果、当院の移植患者数は急激に増加した。2001 年 11 月には日本臍帯血バンクネットワークへの加入が認められ、12 月当院で臍帯血移植を開始した（図 9）。武元先生は、造血幹細胞移植においては多職種によるチーム医療が必須と考え、医師と看護師だけではなく、2002 年から理学療法士によるリハビリテーションが導入された。その後、武清孝弘理学療法士を中心に造血幹細胞移植を受ける患者のリハビリテーションの礎が築かれた¹⁰⁾。チーム医療に基づいたリハビリテーションの実施は、患者の身体機能や

QOL 維持・回復に一定の成果を上げている^{11,12)}。

当院は 2001 年に臍帯血移植を開始したが、開始当初の臍帯血移植の治療成績は伸び悩んだ。当院での移植患者は ATL が多く、ATL 患者の移植成績は他の造血器腫瘍患者より不良であることも関連があった。沖縄県立中部病院で初期研修を終え、2006 年に当院に入職した新進気鋭の中野伸亮先生が臍帯血移植の飛躍のためにと当時日本で最も臍帯血移植治療を行っていた東京虎の門病院の血液内科（谷口修一血液内科部長：現福岡浜の町病院院長）で 2009 年から臍帯血移植治療の研修にチャレンジした。中野先生は虎の門病院で血液内科医として活躍しながら 2 年間の臍帯血移植治療の研修を終え、2011 年に当院に復帰した。それから中野先生の臍帯血移植を主体とした造血幹細胞移植治療の飛躍に貢献した。造血細胞移植部長就任と相まって多職種による造血細胞移植チームのスタッフ育成とそれらのスタッフの協力のもとに臍帯血移植患者数が飛躍的に増加し、現在に繋がっている^{13,14)}。

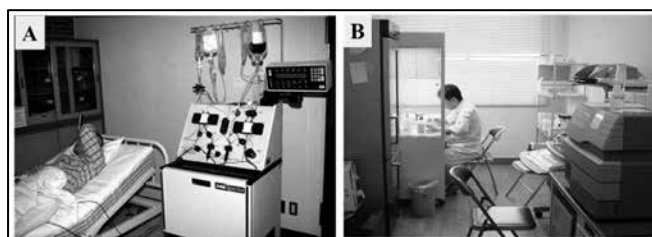


図 7 自家末梢血幹細胞採取と保存

A：アフエーシスによる末梢血幹細胞採取
B：牧野医師による末梢血幹細胞保存処理

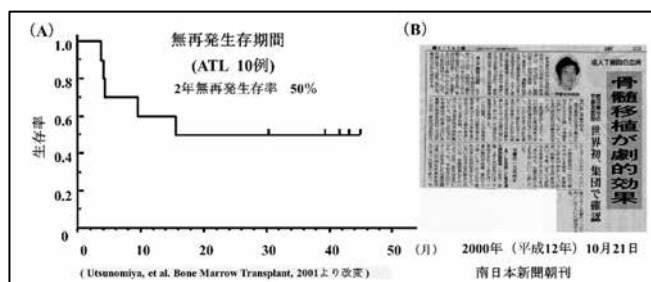


図 8 ATL 患者に対する同種造血幹細胞移植療法のはじまり

A：BMT に発表された ATL 患者 10 名の生存曲線
B：2000 年 10 月 21 日南日本新聞の一面に掲載

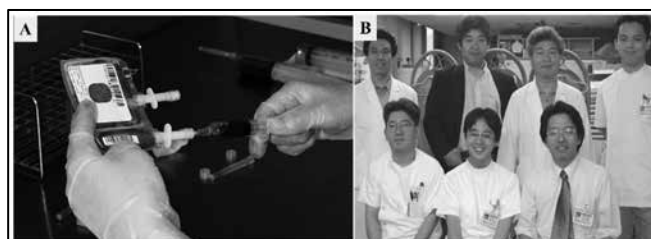


図 9 臍帯血移植の開始

A：臍帯血の調整
B：臍帯血移植開始時の移植チーム

多施設共同臨床研究への参加

臨床研究においては鹿児島大学第二内科の血液グループが日本臨床腫瘍研究グループ-リンパ腫研究グループ（Japan Clinical Oncology Group-Lymphoma Study Group: JCOG-LSG）に参加していたためその関連施設として開院当初から臨床試験に参加した。ATL、非ホジキンリンパ腫、多発性骨髄腫などリンパ系腫瘍の治療開発のための臨床試験に多くの患者が参加登録した。その実績が評価され、1997年12月から今村病院分院がJCOG-LSG参加施設として正式に認められた（現在研究責任者：伊藤能清先生）。JCOG-LSGにおける臨床試験での登録患者数は多く、特にATL治療研究では重要な役割を果たした。アグレッシブATL患者の治療開発のための無作為比較試験（修正LSG15療法対Bi-weekly CHOP療法）では、LSGグループ内で最も多くの患者登録を行った。本試験はATL患者に対する前向き臨床試験（無作為比較試験）として日本だけでなく世界からも高く評価されている¹⁵⁾。

2002年3月、成人の急性白血の治療開発研究を行っている日本成人白血病治療共同研究グループ（Japan Adult Leukemia Study Group: JALSG）（現在正会員：徳永雅仁先生）の参加施設にもなった。その他にも九州血液疾患治療研究グループ（K-HOT）での血液疾患の多くのコホート研究、臨床試験にも参加した。2002年から「HTLV-1キャリアからATL発症高危険群の同定—発症予防を目指して」というコホート研究（Joint Study Predisposing Factors of ATL Development: JSPFAD）（現在運営委員：宇都宮興）に参加している。本研究では、血液内科、臨床試験支援室の協力のもとに毎年200名以上のHTLV-1感染者の登録が行われ、2022年6月30日時点で登録者延べ人数が4826名に達し、全国の登録者数の20%以上を占めている。これらのコホート研究はHTLV-1キャリアからのATL発症などの疫学研究¹⁶⁾に貢献するだけでなく、生体バイオバンクの役割も果たしており日本中のHTLV-1やATLに関連する多くの基礎研究にも役立っている。

多施設共同研究の参加施設になるには症例数が多く、診断と治療が確立していることが必須の条件となる。一般にリンパ系腫瘍の病理診断は困難を極めることが多く、正確な病理診断なくして的確な治療を行うことはできない。病理診断科の田代幸恵先生には、今給黎総合病院の時代からリンパ腫の病理診断では並々ならぬ協力をいただいていたが、2016年4月に当院の病理診断科に迎えることができた。その後のリンパ腫の病理診断では西日本でも確固たる信頼を獲得している。皮膚病変の多いATL診療と造血幹細胞移植後のGVHDの早期診断には皮膚科が欠かせない。造血幹細胞移植の皮膚GVHDに

おいても早期に的確な診断が、患者の予後を大きく左右する¹⁷⁾。2011年に皮膚リンパ腫を専門とする米倉健太郎先生（皮膚科主任部長）の入職を機にATL診療と移植後の皮膚急性GVHDの診療レベルが飛躍的に向上した。その結果、多くのATL患者が皮膚科を窓口で紹介受診することになり、現在も継続されている。病理診断科や皮膚科のチーム医療としてのかかわりが血液内科の発展を大きく支えた。

公的研究費のサポートによる研究班への参加

鹿児島県で多いATL患者の診療・臨床研究を精力的に実施している施設としてATLや原因ウイルスであるHTLV-1に関連する公的研究班の分担研究者として多くの参加の機会を得た。ATL患者の骨髄非破壊的造血幹細胞移植療法の開発研究（いわゆるミニ移植の開発研究）の班である岡村班には2002年の研究班発足当初から分担研究者として参加した。ATL患者の同胞ドナーからの骨髄非破壊的前処置を用いた同種末梢血幹細胞移植療法（ミニ移植治療）の開発研究に貢献した。ATL患者に対するミニ移植が実行可能であることが国内外で高く評価された¹⁸⁾。本研究班は、鶴池班に引き継がれ、骨髄非破壊的前処置を用いて非血縁者間骨髄移植（骨髄バンクからの移植）、臍帯血移植の前向き臨床試験を実施し、その後のATL患者に対する幅広い幹細胞源での同種造血幹細胞移植の臨床現場での定着に貢献した。その他、ATLの病態解明や発症メカニズムの解明を目指した多くの公的研究班（高上班、瀬戸班、加留部班、石田班、塚崎班、石塚班、内丸班、浜口班、下田班、末廣班、福田班）の分担研究者として参加し、多くのATL研究に貢献した。

新薬開発研究への参加

開院当初は新薬開発研究でも鹿児島大学のサポート的な役割であったが、2012年に承認されたモガムリズマブ（商品名：ポテリジオ®）の開発においては前臨床段階から名古屋市立大学血液内科チーム（上田龍三先生、石田高司先生）とともに中心にかかわった。免疫応答に重要な役割を担うケモカイン-ケモカインレセプター系のCCケモカインレセプター4（CCR4）が約9割のATL患者のATL細胞に発現していることを突き止め最初の報告を行った¹⁹⁾。そのCCR4に対するヒト化モノクローナル抗体（抗CCR4抗体）が東京大学の松島先生、協和キリン株式会社の研究者により共同開発された。このCCR4抗体が、ATL患者の自己の免疫担当細胞との共働によりATL細胞を障害することも発見した²⁰⁾。サルでの動物実験でも問題となる有害事象は発現せず、再発・再燃ATL患者の治療薬開発へと進んだ。当時、抗がん剤開発の第I相試験では、国立が

ン研究センター、愛知県がんセンター、九州がんセンターなど少数の施設で実施されるのが一般的であったが、当院が前臨床段階から関与していることが評価され第Ⅰ相試験参加施設に選ばれた。スタッフ全員が相当な緊張感をもって臨床第Ⅰ相試験（治験）に臨んだ。本治験では全国で3例目の患者であったが、白血病化したATL患者への抗CCR4抗体（一般名：モガムリズマブ）の投与は世界で1例目の投与となった。現在、承認されている薬剤の1/100の量の投与で薬剤輸注反応は軽度認められたものの末梢血中のATL細胞はほぼ消失した。この殺細胞効果がきっかけとなり、予定期間よりはるかに短い治験期間で治験が終了し、本薬剤保険承認に繋がった^{21,22)}。この研究は、日本で開発された新規薬剤のトランスレーショナル・リサーチとして高く評価され、この薬剤の開発チームが日本癌学会の第2回JCA-CHAAO賞の共同受賞に輝いた（図10）。このように地方の民間病院で新規薬剤開発の第Ⅰ相試験から参加可能となったのも臨床試験支援室の充実が大きく貢献した。JCOGなどのオールジャパンの多施設共同臨床研究への参加を機に臨床試験コーディネーター（clinical research coordinator：CRC）の配置が行われ、充実していったことが臨床試験だけでなく多くの新薬開発研究への参加を可能にした。

その他のATLに対する新規薬剤であるレナリドミド²³⁾、ツシジノスタット²⁴⁾、バレメトスタット²⁵⁾の治験にも参加し、新規薬剤の日本でのATL患者への保険承認に大きく貢献した。その他リンパ腫に対する治験などにも多数参加し、現在に至っている

現在

新病棟の完成と総合病院での展開

2017年6月に新病棟が完成し、同時に今村病院分院から今村総合病院へと病院名が変更された。血液内科病棟は新病棟（A棟）8階にあり、病床数は60床に増加した。8階東病棟は病棟全体が22床の無菌病棟となり、移植患者が病棟のフロアでのリハビリテーションも可能となった。西病棟にも5床の無菌室が設置され、病棟全体で27床の無菌室を備え、急性白血病や造血幹細胞移植などの治療が多くの患者さんにより安全に提供可能となった。実際に近年では、臍帯血移植を中心に同種造血幹細胞移植を行う患者が増加している。今村病院分院は新病院の完成に向けて施設の充実が行われてきた。新病院の完成前にすでに手術室の増設、ICUの新設など総合病院に向けて準備され血液診療や造血幹細胞移植療法など全診療科で取り組む治療の基盤整備ができたことが血液内科の発展に大きく関係した。さらに新病院の完成と同時に2017年6月に放射線科主任部長の西田博利先生の英断で、高精度放射線照射装置であるトモセラピーが導入された。装置の導入前から放射線科顧問の土器屋卓志先生の指導の下、放射線治療専門放射線技師である市来守技師とともに導入準備を整え、血液疾患患者の放射線治療のみでなく、造血幹細胞移植の前処置として念願の全身放射線治療が可能となった。さらに2019年5月から放射線治療専門医である内山典明先生の入職により放射線治療がスムーズに行えるようになり、血液がんを含めたがんの集学的治療の体制が整った。

今村病院分院時代に開始した造血幹細胞移植が2017年に25周年を迎え、同年2月には造血幹細胞移植数が500件に達した。当院で移植を受けられた患者とその家族を招待し、「今村総合病院造血幹細胞移植25周年記念講演会」を2018年2月17日に開催した(図11, 12)。当院での造血幹細胞移植の立ち上げを指導していただいた愛知医科大学 小寺良尚教授(元名古屋第一赤十字病院血液内科部長)と臍帯血移植治療の当院での飛躍を指導していただいた東京虎の門病院血液内科部長 谷口修一先生(現浜の町病院院長)の特別講演と患者様4名の発表もいただいた²⁶⁾。

新体制の整備

慈愛会の中でいづろ今村病院と今村総合病院との連携強化が進められつつある中、血液疾患診療において、さらに一体化する事を目的に総合病院血液内科主任部長の高塚祥芝先生と血液内科部長の竹内昇吾先生が2018年4月にいづろ今村病院に異動し



図10 第2回日本癌学会 CHAO 賞受賞記念講演会

た。入れ替わりに、九州大学血液内科から伊藤能清主任部長、小田原淳部長が今村総合病院の血液内科に赴任した。鹿児島大学から田淵智久先生の派遣があり、血液内科医が常勤医師8名体制(伊藤、徳永、宮園、窪田、中野、小田原、田淵、宇都宮)となった。非常勤医師として鹿児島大学血液膠原病内科教授 石塚賢治先生を2018年2月にお迎えした。九州大学および鹿児島大学の関連施設ともなり、慈愛会での血液内科のスタッフは充実し、診療の充実が進む体制が整えられた(図13)。新体制での診療実績を図14に示す。田淵先生と交代に2020年から藤野聡司先生、小田原先生と交代に2022年から佐々木謙介先生が勤務している。

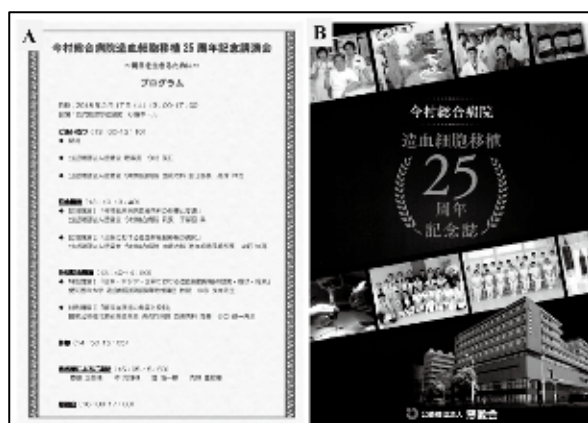


図11 今村総合病院造血細胞移植25周年記念講演会

A: 記念講演会のプログラム
B: 今村総合病院造血細胞移植25周年記念誌



図12 今村総合病院造血細胞移植25周年記念講演会後の慰労会

特別講演演者の谷口修一先生、小寺良尚先生、河野嘉文教授、石塚賢治教授を交えた集合写真



図13 2018年からの今村総合病院の造血細胞移植チーム

写真以外のメンバー:

血液内科: 藤野聡司先生、佐々木謙介先生、大山利栄先生、
皮膚科: 米倉健太郎先生、歯科口腔外科: 坂元亮一先生、
病理診断科: 田代幸恵先生、精神科: 室屋真二先生、江口政治先生

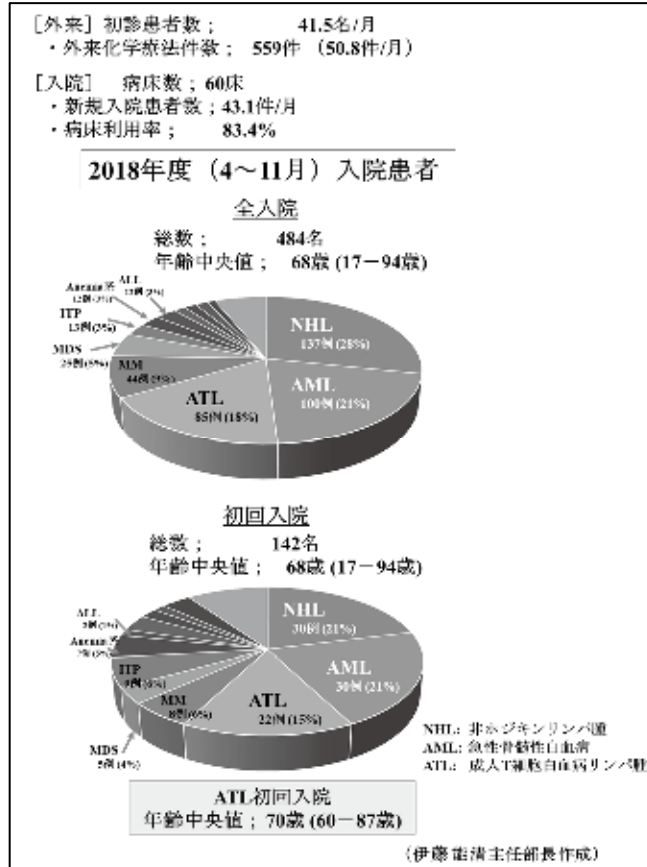


図14 2018年血液内科(+皮膚科)診療実績

2018年の1年間の皮膚科を含む血液内科の主な診療実績を示す。開院から2013年までの内訳と異なる点は、入院患者の約30%を占めていたATL患者の割合が、初回入院で15%、全入院で18%に減少している。初回入院患者の年齢中央値が70歳まで上昇している。

新体制での診療・臨床研究・治験への取り組み

従来、当院ではATLを中心としたリンパ系腫瘍患者の臨床研究、臨床試験、治験がほとんどを占めていたが、急性リンパ性白血病の治療研究も盛んに行われるようになった。特に、血液内科主任部長である伊藤先生は、急性リンパ性白血病の多施設共同研究の研究責任者を務めている。また、非ホジキンリンパ腫の抗がん剤の適応拡大、移植後再発に対する予防治療の無作為比較試験などにも参加している。

新体制では、従来からのJCOG、JALSG、Japan Study Group for Cell Therapy and Transplantation(JSCT)などの全国多施設共同研究であるリンパ系腫瘍患者の治療法の開発、成人の白血病患者の治療開発などに加え、九州大学を中心とした多くの血液疾患患者の治療開発研究に加わるようになった。

近年、固形がんでは、がんの発生に関わる複数の「がん関連遺伝子」の異常(変異)を、次世代シーケンサーを使用して一度に調べる遺伝子パネル検査が保険診療として導入されている。多種の分子標的薬が開発されつつある造血器疾患においても、より正確な診断、より適切な治療方針の確立を目指して遺伝子異常を同様の遺伝子パネル検査を行う

ことは急務である。そこで、我々も九州大学を中心に行っている九州臨床研究検体ネットワーク (KCNET) 臨床研究に参加し、協力頂いた各種の血液疾患患者の初診時・再発時検体を用いて情報の蓄積を行っている。将来的に、疾患ごとの遺伝子変異に応じたプレジジョンメディシンにつながり、異常細胞の性質なども判明すれば副作用の少ない薬剤の選択なども可能となる患者ごとのテーラーメイド治療への足掛かりにもなると考えている。

未来

地域での役割の強化

鹿児島県での ATL 患者が多かったことで全国からの患者紹介も多かったが、無菌病棟の開設、造血幹細胞移植患者数の増加も関連して県内全域や隣県から多くの患者紹介をいただいている (図 15)。

近年日本の人口の高齢化が顕著であるが、人口の高齢化に伴い、多発性骨髄腫や骨髄異形成症候群の患者が増加傾向にある。特に鹿児島県での高齢化率は高く、若い血液疾患の患者だけでなく、高齢の血液患者の正確な診断、初期治療などが求められている。造血幹細胞移植の適応年齢は 70 歳くらいが目安となっているが、最近では専門的な新規薬剤の登場や免疫療法の進歩もありかなり高齢の患者でも適応可能な治療法が増加しつつある。

地域に根差した専門的な治療をより安全に多くの患者に提供できるように連携の強化を構築することが求められる。

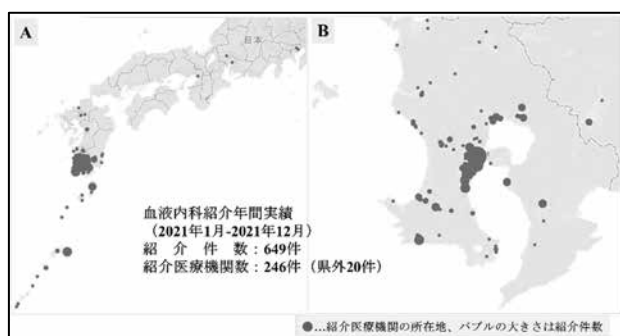


図 15 県外および鹿児島県全域からの患者紹介市町村
A: 全国からの血液内科への患者紹介
B: 鹿児島県全域からの患者紹介

いづろ今村病院との役割分担と連携強化

今村病院分院 (現今村総合病院) は開設以来、今村病院 (現いづろ今村病院) とは同一法人でありながらそれぞれ独自の診療を行ってきた歴史があり、血液内科診療も連携がほとんど行われていなかった。近年病診連携や病病連携が必須とされる流れの中、法人内の連携が先であるとの考えで両病院の連

携が図られ、血液内科診療も可能な連携を徐々に深めてきた。そのような流れの中、鹿児島市内の谷山病院を除くその他の法人内施設の電子カルテ一本化計画の流れに沿って 2017 年 5 月に今村病院と今村病院分院の電子カルテ統合が困難を乗り越え実施された。両病院間の患者カルテは、一元化され、血液疾患患者診療もスムーズに行えるようになった。今村病院分院は 2017 年 6 月の新病棟の完成に伴い今村総合病院と病院名を変更するとともに無菌病棟を整備し、多くの急性白血病患者の治療や造血幹細胞移植治療が可能となった。造血幹細胞移植治療の必要な患者は今村総合病院が担う役割が明確になり、電子カルテの統合が後押しをして、移植前後の治療はどちらの病院でも対応可能となった。さらに、慈愛会での血液内科診療における新体制の構築の一環として今村総合病院から異動した高塚祥芝主任部長 (現副院長) と竹内昇吾部長がいづろ今村病院の血液診療の継続の立役者となった。造血幹細胞移植治療の必要な若い患者は、診断とともに連携を図りながら必要に応じて総合病院への紹介をしていた。また、移植後や強力な治療後にすぐには自宅退院の困難な患者に対してはいづろ今村病院での入院治療継続、地域包括ケア病棟での治療転院などの配慮もいただいている。今後は、今まで以上に両病院が一体化し、患者に必要な患者中心の医療提供が図られるように密な連携構築が求められている。

おわりに

公益財団法人慈愛会における法人の発展とともに診療科として定着した血液内科について回顧した。血液内科の過去から現在に至るまで、田舎の小さな内科系の病院でありながら全国区へと発展した流れについて報告した。内科系の民間病院で骨髄移植治療を始めるなど無謀と思えるチャレンジに対して法人の経営陣の英断のもと看護部、検査部、薬剤部、放射線部などすべてのスタッフの丸となった協力体制のもと、成し遂げられた。さらに、当院の血液内科は、全国組織の多施設共同研究、臨床試験、さらには公的研究費による研究班への参加、新薬開発治験への参加などへ発展した。

今後は今村総合病院といづろ今村病院の血液内科が手を取り合って、最先端医療の提供とともに地域医療に貢献できるようにさらなる飛躍に期待したい。

謝辞

これまで治療を受けられました血液疾患患者の皆様、ご家族の皆様に御礼を申し上げます。今村病院、いづろ今村病院、今村病院分院、今村総合病院の血液病棟、外来の看護師、その他関連するすべてのスタッフの皆様に深謝します（表2、3）。

表2 現在と今までの血液内科勤務医

現在の血液内科のスタッフ

常勤医師：
伊藤能清（主任部長）、宮岡卓宜、徳永雅仁、中野伸亮、藤野聡司
佐々木謙介、大山利栄、宇都宮典
非常勤医師：
石塚賢治（2018年2月より）

今までの血液内科勤務医

常勤医師：
野村敏一郎、古庄弘典、松元正、花田修一、植松俊昭、岩橋正人、児玉雅彦
石橋和明、福田稔朗、寺田有由、魚住公治、斎藤毅、牧野虎彦、
桑水流康夫、大塚真紀、島崎隆、大納伸人、下高原茂巳、竹下武承、中馬好子
中原勝志、上田博一郎、三重陽一、山内香、中野聡子、鈴木紳介、大渡五月
武元良整、小瀬浩介、島悦子、糸山貴浩、高塚祥芝、竹内昇吾、徳真真弓
窪田歩、田淵智久、小田原淳、川畑久（皮膚科）、米倉健太郎（皮膚科）

表3 過去から今までの血液内科診療チーム

特別研修

長野里栄、常盤二起子、鮫島久子、上田智幸、恒成博、川畑拓也、福岡嘉弘、
田代貴光、終元洋紀、隈元亮、橋本千晶（皮膚科）、岩田政宏（皮膚科）、
吉福明日香（皮膚科）、畠中成己、和田秀穂（川崎医科大学）、
辻岡貴之（川崎医科大学）、末盛晋一郎（川崎医科大学）、
木場悠介（兵庫県立尼崎医療センター）、仲田太郎、
谷本隆彦（鹿児島生協病院）、岡留史樹

造血幹細胞採取・保存チーム

青山太介、久保友恵、日高まゆみ、前山麗香、高橋貴恵（臨床検査部）
藤山裕輝、中島彩乃（輸血部管理部） 坂口政人、原康隆（臨床工学部）

病理診断部

田代幸恵、二之宮謙次郎、新村泰子（技師）

薬剤部

中尾恵美子、松山淳史、鶴田絵里子、内山ゆかり、橋本直美

臨床試験支援室

垣添有佳、福山美智子、牧野桃子、川畑智子、柿本由香里、中村千尋、
坂口真由美

血液医局秘書兼医師補助

佐々木洋子、青山はつね、谷口静江、小園圭恵、辻寧子、辻絃子、登美奈子、
竹中杏里、日高千早、上栗明都、徳留朋美、郡山茜

利益相反

本発表に関連する著者の利益相反開示はありません。

文献

- 1) 今村源一郎：わが島の燃ゆるが如くに 今村源一郎回顧録、発行者 今村一英、1-359、今村源一郎回顧録刊行会、鹿児島、1970年
- 2) Uchiyama T, Yodoi J, Sagawa K, et al: Adult T-cell leukemia: clinical and hematological features of 16 cases. Blood ; 50, 481-492, 1977
- 3) 宇都宮典：ATLLの臨床、臨床血液 47:1502-1513,2006
- 4) Poesz BJ, Ruscetti FW, Gazdar AF, et al: Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. Proc Natl Acad Sci USA ; 77: 7415-7419, 1980
- 5) Einsiedel L, Chiong F, Jersmann H, et al: Human T-cell leukemia virus type 1 associated pulmonary disease: clinical and pathological features of an under-recognised complication of HTLV-1 infection. Retrovirology ; 18, 1, 2021
- 6) Sonoda S, Li HC, Tajima K, et al: Ethnoepidemiology of HTLV-1 related diseases: ethnic determinants of HTLV-1 susceptibility and its worldwide dispersal. Cancer Sci ; 102(2): 295-301, 2011

- 7) Tajima K. The 4th nation-wide study of adult T-cell leukemia/lymphoma (ATL) in Japan: estimates of risk of ATL and its geographical and clinical features. The T- and B-cell Malignancy Study Group. Int J Cancer ; 45: 237-243, 1990
- 8) Hanada S, Utsunomiya A, Suzuki S, et al: Treatment for adult T-cell leukemia. Cancer Chemother Pharmacol ; 40(Suppl): S47-S50, 1997
- 9) Utsunomiya A, Miyazaki Y, Takatsuka Y, et al: Improved outcome of adult T cell leukemia/lymphoma with allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant ; 27: 15-20, 2001
- 10) 武清孝弘、堂園浩一朗、奈良総一郎 他：同種造血幹細胞移植患者における身体機能変化、かごしま慈愛会ジャーナル第1巻：26-31, 2022
- 11) Takekiyo T, Dozono K, Mitsuishi T, et al: Effect of exercise therapy on muscle mass and physical functioning in patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Support Care Cancer ; 23, 985-992, 2015
- 12) Takekiyo T, Dozono K, Mitsuishi T et al: Recovery of physical function and quality of life in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a 1-year follow-up. Bone Marrow Transplantation ; 51, 1127-1130, 2016
- 13) Nakano N, Takatsuka Y, Kubota A et al: Cord blood transplantation with a reduced-intensity conditioning regimen using fludarabine and melphalan for adult T-cell leukemia/lymphoma. Int J Hematol ; 113(6), 861-871, 2021
- 14) 中野伸亮、高塚祥芝、徳永雅仁 他：当院における臍帯血移植の試み、かごしま慈愛会ジャーナル第2巻：31-37、2023
- 15) Tsukasaki K, Utsunomiya A, Fukuda H, et al: VCAP-AMP-VECP compared with biweekly CHOP for adult T-cell leukemia-lymphoma: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG9801. J Clin Oncol ; 25: 5458-5464, 2007
- 16) Iwanaga M, Watanabe T, Utsunomiya A, et al: Human T-cell leukemia virus type I (HTLV-1) proviral load and disease progression in asymptomatic HTLV-1 carriers: a nationwide prospective study in Japan. Blood ; 116(8): 1211-1219, 2010
- 17) Yonekura K, Utsunomiya A, Takatsuka Y, et al: Graft-versus-adult T-cell leukemia/ lymphoma effect following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant ; 41: 1029-1035, 2008
- 18) Okamura J, Utsunomiya A, Tanosaki R, et al: Allogeneic stem-cell transplantation with reduced conditioning intensity as a novel immunotherapy and antiviral therapy for adult T-cell leukemia/lymphoma. Blood ; 105: 4143-4145, 2005
- 19) Ishida T, Utsunomiya A, Iida S, et al: Clinical significance of CCR4 expression in adult T-cell leukemia/lymphoma: its close association with skin involvement and unfavorable outcome. Clin Cancer Res ; 9: 3625-3634, 2003
- 20) Ishida T, Iida S, Akatsuka Y, et al: The CC chemokine receptor 4 as a novel specific molecular target for immunotherapy in adult T-cell leukemia/lymphoma. Clin Cancer Res ; 10: 7529-7539, 2004
- 21) Yamamoto K, Utsunomiya A, Tobinai K, et al: Phase I study of KW-0761, a defucosylated humanized anti-CCR4 antibody, in relapsed patients with adult T-cell leukemia-lymphoma and peripheral T-cell lymphoma. J Clin Oncol ; 28(9): 1591-1598, 2010
- 22) Ishida T, Joh T, Uike N, et al: Defucosylated anti-CCR4 monoclonal antibody (KW-0761) for relapsed adult T-cell leukemia-lymphoma: A Multicenter Phase II Study. J Clin Oncol ; 30(8): 837-842, 2012
- 23) Ogura M, Imaizumi Y, Uike N, et al: Lenalidomide in relapsed adult T-cell leukemia-lymphoma or peripheral T-cell lymphoma (ATLL-001): a phase 1, multicenter, dose-escalation study. Lancet Haematol ; 3(3): e107-118, 2016
- 24) Utsunomiya A, Izutsu K, Jo T, et al: Oral histone deacetylase inhibitor tucidinostat (HBI-8000) in patients with relapsed or refractory adult T-cell leukemia/lymphoma: Phase IIb results. Cancer Sci ; 113: 2778-2787, 2022
- 25) Izutsu K, Makita S, Nosaka K, et al: An open-label, single-arm, Phase 2 trial of valemetostat in relapsed or refractory adult T-cell leukemia/lymphoma. Blood 2022; Sep 23 (Online ahead of print).
- 26) 今村病院血液内科：今村総合病院造血細胞移植 25 周年記念誌、1-74、鹿児島、2018

日本医療マネジメント学会第20回九州・山口連合大会を開催して

帆北 修一

日本医療マネジメント学会第20回九州・山口連合大会 会長
今村総合病院 院長

はじめに

2022年11月4-5日に日本医療マネジメント学会第20回九州・山口連合大会を、かごしま県民交流センターで現地開催した。

今回のテーマは「医療マネジメントの維新～燃ゆる思いで～」であった。“維新 (Restoration)”とは、“革命 (Revolution)”とは意味合いが異なり、日本国の伝統に基づく“徳による進化”という意味がある。安岡正篤氏によると「維新」の語源は中国の古典『詩経』「太雅・文王篇」の「周雖旧邦其命維新」と説明されている¹⁾。

新型コロナウイルス感染症の状況が不安定で、演題公募の時期は感染が拡大しており、県内外の多くの方々には大変なご心配とご迷惑をおかけしたことをお詫び申し上げます。

日本医療マネジメント学会の目的は、医療の質の向上を求めて、クリティカルパス・医療安全・医療福祉の連携が3本柱である。

特別講演等と一般演題で、約270名の方々に講演・発表をしていただき、スタッフを含めて約900名という多くの方々に御参加いただいた。

2019年6月に花田修一国立病院機構鹿児島医療センター前院長（日本医療マネジメント学会鹿児島県支部長）経由で、宮崎久義日本医療マネジメント学会理事長から学会開催の話があり、今村英仁理事長に相談し、公益財団法人慈愛会全体で引き受ける事となった。

第19回九州・山口連合大会（会長：藤也寸志先生、国立病院機構九州がんセンター院長）は、2020年11月に予定されていたが新型コロナ感染症拡大の影響で1年延期となり、第20回九州・山口連合大会も順延となった。通算約2年5ヶ月の間、経営幹部・準備委員会のメンバーをはじめ多くの方々の協力をいただき準備を進めてきた。池田琢哉鹿児島県医師会会長、坂本すが前日本看護協会会長、相澤孝夫日本病院会会長に特別講演を、鈴木康裕初代厚生労働省医務技監、田中滋埼玉県立大学理事長、尾形裕也九州大学名誉教授、星北斗公益財団法人星総合病院理事長、松田晋哉産業医科大学公衆衛生学教授、岡留健一郎済生会福岡総合病院名誉院長に招聘講演と教育講演を、さらに2つの教育セミナーと5つのシンポジウムで発表・議論していただいた。日本の医療を牽引

されるトップレベルの先生方に講演をしていただき、九州・山口連合大会という地方会としては非常に素晴らしい学会であったという感想が多数の方から寄せられた。一般演題でも多くの方が熱心に発表・議論され、市民公開講座は鹿児島らしく田村省三前尚古集成館長に講演していただいた。

“マネジメント”とは、「経営」や「管理」という意味で使われる事が多いが、“マネジメント”の基本は他者への配慮・愛情（利他の心）とも言われている。今回多くの方々との出会い（邂逅・御縁）の機会をいただき、本当に実り多き学会を開催できたことで、今村総合病院をはじめとして、公益財団法人慈愛会の職員のパワー・団結力の強さを感じた2日間で、ベクトルが同じ方向を向いていたと感じた。

1. 鹿児島の歴史

明治維新は、1866～1867年に生じた政治的・社会的変革で、薩摩藩第11代藩主島津斉彬が深く関与し、西郷隆盛・大久保利通・小松帯刀・天璋院篤姫（第13代将軍徳川家定御台所）が有名である。明治百年記念式典が1968年に行われたが、私は当時小学6年生で学校においてかなり明治維新の教育を受けた記憶がある。現在の鹿児島市加治屋町の下級武士が住んでいた約1km四方のエリアには、西郷・大久保の生誕の地をはじめ多くの記念碑がある。

2. 慈愛会の紹介

慈愛会の歴史は、初代今村源一郎理事長が1934年5月に今村産婦人科医院を開設（1937年「今村病院」に改称）し、第2代目の今村一英理事長が今村病院の移転・新築と今村病院分院を開設した。第3代目今村英仁理事長が現在の今村総合病院を設立した。今村英仁理事長は、現在日本医師会常任理事として多忙な日々で、座右の銘は「人生行路は汗と感謝で」である。

公益財団法人慈愛会は5病院、1老健施設、4診療所、1看護学校と18の併設事業所があり、総病床数1,589床、職員数は約2,400名である。慈愛会の理念は「医療の原点は慈愛にあり」で、患者様を肉親と思い医療の達人（プロフェッショナル）を目指し、全職員の物心両面の幸せを追求する事を提唱している。地域医療構想・地域包括ケアシステムでのポジショニングを確立させるために、中長期5ヶ年計画

を2012年から策定している。第1次（2012年4月～2017年3月）は、“組織力の強化・地域に不可欠な存在・公益法人としての使命”、第2次（2017年4月～2022年3月）のテーマは統合「Integration」、第3次（2022年4月～2027年3月）のテーマが、進化・深化「Evolution、Deepening」である。

3. 今村病院（現在のいづろ今村病院）と今村病院分院（現在の今村総合病院）の連携一体化・機能的統合

私は1982年から鹿児島大学第一外科に勤務し、2005年から今村病院で勤務した。当時の野村秀洋院長（現介護老人保健施設愛と結の街施設長）は第一外科の大先輩で、鹿児島県医師会で活躍され、2008年には今村病院165床と今村病院分院240床の機能統合を行うと405床の急性期一般病院ができるという構想を考慮されていた。今村病院は1994年の新築・移転当時、153床中43床が個室で、開放型病院として36施設の登録医の先生方と連携があり、非常に先進的な考え方であった。2012年には具体的な統合案として①今村病院分院への外科・消化器外科の移転、②今村病院分院の手術室増設・ICUの新設、③救急・がんへの取組み強化、④今村病院への糖尿病内科・眼科の移転が挙げられた。

鹿児島県には医療圏が9圏域あるが、鹿児島保健医療圏には約618,000人（鹿児島県の人口の39%）が住んでいる。鹿児島市には、400床以上の病院として、公的病院の鹿児島大学病院、鹿児島市立病院、国立病院機構鹿児島医療センターと、民間病院では米盛病院と今村総合病院がある。300床以上では、いまきいれ総合病院、南風病院、鹿児島徳洲会病院、鹿児島生協病院があり、昔から医療機関の多い地域である。

4. 今村総合病院（旧今村病院分院）

1984年、財団法人慈愛会今村病院分院（76床）として開設された。2011年に公益財団法人慈愛会となり、2014年外科・消化器外科が移転して287床となった。2017年に新棟（以下A棟）が完成・運用開始され、病院名も公益財団法人慈愛会今村総合病院となり、350床でオープンした。2022年4月現在、病床数428床、職員数978名（うち医師121名、看護師392名）である。2024年4月には、隣接する鹿児島県水産会館の土地が当院の所有となるため、現在Dプロジェクト（仮称）として、水産会館跡地の利用方法の検討が進行中である。

今村総合病院の理念は①医療を通じた地域社会への貢献、②良心的な高度医療の提供、③患者様の権利・主体性の尊重、④快適な医療環境の提供、であり、基本方針は①365日24時間の診療体制で地域の皆様の健康を守る、②病診連携を重視し、質の高

い医療を多くの患者様に提供する、③わかりやすい十分な説明のもと、納得のいく医療を提供する、④心に届く慈愛の看護を提供する、⑤働きがいのある職場環境を目指すとともに、職員の資質向上を図る、である。

A棟建築にあたっては、2014年12月に新病棟建築プロジェクトを立ち上げた。30以上のプロジェクト委員会群で検討した内容を、プロジェクト会議で再検討し、参事会、理事会で承認を得るという組織図であった。新病棟設計のコンセプトは「みまもり（入院される患者様の安心感を大切にしたい）」で、自然光をふんだんに取り入れ、多くの案内板やバルーンサインを設置し患者にとってやさしい病棟となっている。病棟のスタッフステーションは、完全開放型で病棟全体が見渡せる作りとなっており、スタッフにとって病棟内は舞台（ON）で見られる立場になり、バックヤードはスタッフ専用（OFF）とした。夜間照明にも配慮し、「病棟の十分に暗い照明計画」では、設計段階で実物大のモデルルームを設置し、夜間照明の設置箇所や照度の程度について、多職種で検討を重ねた。A棟完成後に現場で検討し、明るさ感、光環境満足度、作業性で問題がなく、スタッフの生体リズムにも良い傾向が得られていることを科学的に確認し、全国学会で報告した²⁾。

また、看護体制の充実に向けて看護部の課題を抽出し、申し送り時間の短縮と即時記録の推進、PNS（Partnership Nursing System）体制を構築する事にした。麻生飯塚病院をモデルとして、「セル看護方式」の導入を行い、ベッドサイドケアの充実とナースの「動線」の改善に努力した。PNS＋セル方式の導入と看護体制ビジョンの周知をしっかりと行った。5S活動の推進も行い、その結果として①看護師の動線の変化、②「病室比率」の増加と「ステーション比率」の減少が認められた。③看護記録では叙述記録文字数が減少し、④フローチャート観察項目・看護ケア項目数が増加、⑤ナースコール件数・超過勤務の減少が認められた。

5. A棟における各部門の特徴

A棟8階東の血液内科病棟は、全22室がクラス1000の個室（陽圧室）であり、出入口は二重扉で同時に開放されることはない構造である。A棟8階西病棟にはクラス10000の個室が5室ある。移植件数はこの10年間40-60件で推移しており、国内トップクラスの件数である（図1）。

A棟6・7階病棟は、基本的に同じ構造とした。5階病棟は、HCUとSCUを併設した。

A棟の全病棟において、病棟内にリハビリテーションのできるスペースと器具を設置し、リハビリスタッフによるベッドサイド以外でのリハビリテーションが可能となっている。

がんに対する集学的治療としてトモセラピーを設置し、固形がんや血液疾患を対象とした放射線治療が可能となった。年間約2,500件の治療を行っている。

外来化学療法室を20床確保し、薬剤部からの抗がん剤を外来化学療法室の調剤室内に設置した安全キャビネット内で薬剤師が調剤し、看護師が投与する。2021年には約3,200件の外来化学療法を施行した(図2)。

鹿児島大学泌尿器科の指導のもと2022年12月に、前立腺がんに対する小線源治療を開始した。鹿児島県では現在当院のみが施行可能である。放射線科では、がんや出血に対するIVR(Interventional Radiology:画像下治療)を行っており、2021年にIVR-CT装置(Alphenix/Aquilion Prime SP<80列>)を導入し、安全確実な治療ができる環境となった。

廊下も広いスペースの手術室は、6室が稼働しており年間約2,200件の手術が行われている(図3)。腹腔鏡・関節鏡を用いた手術が多く、手術支援ロボット(Da Vinci Xi)の運用は2022年5月に泌尿器科が、12月に消化器外科も開始した。中央材料室はトレーサビリティシステムを導入し、医療器材や医療材料を診療や手術で安全・適切に使用できるように管理運用している。

手術室に隣接して病理部門があり、常勤の病理医2名と臨床検査技師6名で術中迅速診断・細胞診・病理解剖等を担当している。

救急医療体制は、A棟屋上にヘリポートを設置し、救急外来は初療室3床、救急観察室12床で運用している。現在年間約3,000台の救急車の受入を行っている。2019年には病院救急車を導入し、施設間搬送を中心に運用している。

脳卒中センターではBiplane Angio装置を用いて血栓回収術を行っている。国立病院機構指宿医療センターと当院で、リアルタイムで画像を共有し、当院からt-PA(血栓溶解薬)投与開始を依頼し、投与継続しながら救急搬送し、血栓回収術が施行できるシステムを構築した。ICUは2014年に10床で運用開始し、2019年にA棟に移設した。1床あたり最低約21m²の広さを確保し、非常に余裕のある作りである。陰陽圧室も2室設置している。

当院には約80名のリハビリテーションスタッフがおり、旧棟(以下BC棟)1階のスポーツ整形リハビリテーション部門は、設備・広さでも定評があり、南九州随一と自負している。中高生をはじめ大学生・社会人・時にプロのアスリートがそれぞれのリハビリテーションを行っている。BC棟3階の回復期リハビリテーション病棟に隣接している回復期リハビリテーションセンターでは、作業療法、理学療法、言語聴覚療法等、患者が最適なりハビリテーションを受けられるよう配慮した。

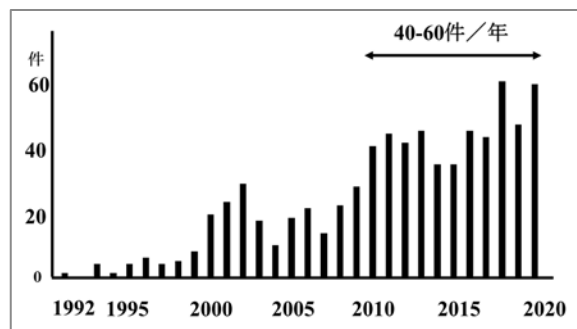


図1 移植件数の推移(血液内科)

移植件数はこの10年間40-60件で推移しており、国内トップクラスの件数である。

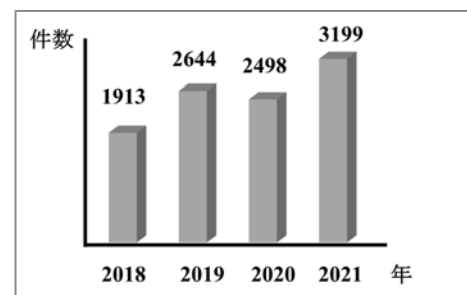


図2 外来化学療法件数

2020年は新型コロナウイルス感染症拡大でやや減少したが、年々増加傾向である。血液疾患や固形がん(主に消化器系)の外来化学療法を行っている。

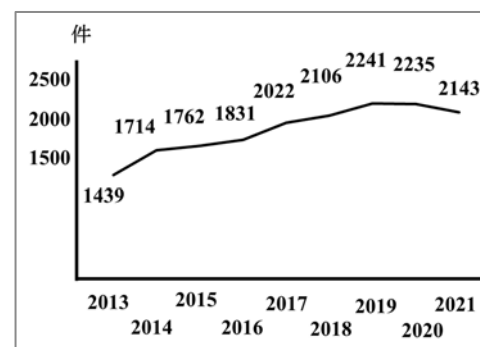


図3 手術件数の推移

2014年に外科が移転し、手術室が3室から5室となった。2017年A棟が完成し6室となった。腹腔鏡・関節鏡を用いた手術が多くなったが、2022年から手術支援ロボット(Da Vinci Xi)の運用が泌尿器科・消化器外科で始まった。

6. 精神障害者等に対する総合的な医療の提供、社会復帰の支援並びに介護・福祉サービスの提供

身体合併症のある精神障害者への医療の提供及び医療連絡支援の一環として、48床の閉鎖病棟がある。A棟が新設された後、BC棟6階の内装を改築し、明るい病棟へ移設した。常勤の精神科医師が4名体制で、器質的疾患に対しては全科で対応している。鹿児島県内で、器質的疾患を有する精神科の患者の対応が可能なのは大学病院と当院のみである。

子ども、子育て支援等に係る総合的な支援として、2019年に企業主導型保育所を新設した。小児科の協力で病児保育も可能となった。

表1 医療の質向上のための効率性・生産性の検討

- 1) 院外への対応
 - ① 地域医療連携の推進
 - ② 病院方針「患者の受け入れを断らない」(意識改革)
 - ③ 後方連携強化
 - ④ 連携(地域との関係性強化)
- 2) 院内の対応
 - ① 課題に対するスピーディーな対応
 - ② 病棟の運用
 - ③ 実績の可視化
 - ④ 支出抑制(業務改善、病院運営費管理委員会、品質向上委員会)
- 3) 働き方改革
 - ① タスクシフト
 - ② 医師の人事評価制度導入
 - ③ 女性医師の会

7. 医療の質向上のための効率性・生産性の検討

医療の質向上のために、効率性や生産性を検討し、様々な試みを行ってきた(表1)。

1) 院外への対応

①地域医療連携の推進

各医療機関との意見交換の場として地域連携のつどい、施設訪問を行っている。現在新型コロナウイルスの拡大で、2013年に始まった地域連携のつどいが中断しているが、2019年には関連施設約200施設の参加があり、当院の現状を説明し、意見交換を行った。経営幹部、事務、ソーシャルワーカー(Social Worker: SW)のチームで定期的な施設訪問を年2回ほど行っている。錦江湾をはさんで対岸の垂水市に産婦人科がないことから、垂水市との包括連携協定を2022年5月に締結し、垂水市の会場で妊産婦への指導を当院の産婦人科医や助産師が行っている。病院薬剤部と地域の薬局との薬薬連携も、当院医師による講演会開催等、定期的に行っている。紹介医等への診療情報提供書の作成が遅く、不完全であったため「紹介・逆紹介プロジェクト」を立ち上げ、専任の医師が返書のチェックを行い、確実に紹介・逆紹介が増加した。

②患者の受け入れを断らない

病院の方針として「患者の受け入れを断らない」事を掲げた。全職員の意識改革が必要で、受入窓口の一本化を行った。入院の権限を医師から看護師に移譲して対応した。日勤帯での救急隊からの受入要請断り事例は副院長へ報告し、夜間の断り事例は翌朝の院長への当直報告時に報告するようにした。各医療機関からの電話対応は、電話対応プロジェクトにて種々の改善を行い、とにかく相手を待たせない事に留意し実行した。

③総合相談支援センター(地域連携室)の強化

当院の急性期病床は330床で、在院期間の適正化のために後方連携の強化を意識し、総合相談支援センター(地域連携室)にて連携先の各医療機関の毎日の空床状況を確認し、SWが患者の転院がスムーズに行えるように調整している。法人内の連携も、2急性期病院、4クリニ

ック間で電子カルテ・臨床検査を統一し、患者の情報の共有化を行い、職員の交流・合同経営会議等で連携を強化した。

④地域との関係性強化

病院をより身近なものと感じてもらいたいと考え、鹿児島市内の小・中学生を対象に毎冬絵画を募集してコンクールを行っている。2022年には193作品の応募があり、作品は商業施設のギャラリーに展示後、院内でも展示している。小・中学生のミニコンサート・病院見学・手術器具の体験等も行っている。地域住民とのふれあいを行うために、病院に地域住民が入れるよう健康祭りを企画して、外来に各種相談コーナーを設置した。病院のモニター会議やイベントで交流があった鴨池小学校校区のコミュニティとの包括連携協定も2022年6月に締結した。鴨池コミュニティでは定期的な情報誌の発行があり、その中に今村総合病院からの情報提供を掲載している。

2) 院内の対応

①課題に対するスピーディーな対応

「決める」仕組みの構築として、週2回の経営(戦略/幹部)会議を行っている。職員への周知のために、2018年4月から、毎日の病院のリアルデータ(病棟別利用率・当直メンバー表)、毎月の経営実績、施設基準獲得のための条件の実績や、毎週・毎月の経営(戦略/幹部)会議の検討内容をバックヤードに掲載し、経営幹部のつぶやきも掲載している。毎月の病院運営協議会、主任部長会議、医局会等で情報の共有化を行い、「情報の伝達は迅速にかつ正確に」を心がけ、職員の考え方のベクトルが同一方向となるように努力している。

②病棟の運用

診療科で固定しない事を前提として、毎朝のベッドコントロールミーティングと毎月の病床管理委員会で病床の運用を検討した。午前退院・午後入院の達成率を80%に設定した。クリティカルパスの運用は数が少なくまだまだ不十分である。

③実績の可視化

診療科別原価計算を導入し、毎月の主任部長会議で報告した。主任部長には診療と同時に経営の一翼を担当する考え方(例えば事業収益増と利益は一致しない事等)を意識するようにした。施設基準チームアプローチ検討委員会で数値目標の確認をして目標達成のために何をすればいいか検討した。

④支出抑制と業務改善

会議・委員会の在り方の見直しについて委員会再編成プロジェクトで、会議の方法、資料・議事録の作成、会議時間の短縮等を行った³⁾。

各職種の本来の業務時間の確保に繋がった。委員会の数と委員のメンバーの見直しを行い、2016年には委員会数が44→39、委員数は689→379名になったが、定期的な見直しが必要である。業務改善は業務フロー作成委員会を立ち上げて推進した。医療機器（内視鏡・エコー等）の中央管理により重複する購入の停止や機器の共有化が可能となった。臨床工学技士（Clinical Engineer：CE）は透析療法・高気圧酸素療法が主であったが、手術室や内視鏡室にも関与するようにした。特に手術室においては手術用デバイスの維持管理を行うことで、手術室のスタッフの仕事量軽減と機器の耐用期間の延長により機器更新の減に繋がった。病院運営費管理委員会（費用の適正水準）では、事務と各部署長とで支出削減のための協議を定期的に行った。品質向上委員会を定期的に行い、委託業者と事務長・用度購買担当者間で改善案を検討している。

3) 働き方改革について

2018年「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が成立し、“労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等のための措置を講ずる”とされた。医師の働き方改革は、2024年4月から施行されることになり、当院でも準備を行っている。

①タスクシフト

医師事務作業補助者（Doctor's Assistant：DA）を現在27名配置した。入退院支援センターの強化を行い、他医療機関との入退院の調整をSWが担当している。

②医師の人事評価制度の導入

各診療科・各医師の目標設定と多面評価で報酬に反映させた。超過勤務時間の短縮のための努力として医師のモチベーション向上を維持しながら、コストコントロールと時間管理を行った。

③女性医師の会

2020年に女性医師の会を設立し、女性医師からの様々な提言があり、また病院側からの働き方に関する提案を行った。

8. 考え方と哲学

第17回日本医療マネジメント学会学術総会（2015年、大阪）で、稲盛和夫氏の講演「なぜ医療に哲学が必要か」を拝聴した。非常に紳士的に発表原稿を読まれ、時間どおりに終了した講演に非常に感激した。稲盛氏の著書の中で、人生の方程式「人生・仕

事の結果＝考え方×熱意×能力」はインパクトがあった。熱意と能力は0から+100までだが、考え方は-100から+100までであるので、どれほど熱意や能力が立派でも考え方がマイナスならば全てがマイナスになると説明されている^{4) 5)}。

哲学（Philosophy）の4つの要素とは①会社の規範となるべき規則、②企業が目指す目的、目標を達成するために必要な考え方、③企業に素晴らしい社格を与える、④人間としての正しい生き方、あるべき姿、と言われている。慈愛会でも約1年間をかけて若手のメンバーを中心に慈愛会フィロソフィ検討委員会で協議を行い、2015年8月1日に慈愛会フィロソフィ35項目ができた。“亀の一步”“あすなる精神”を盛り込み、慈愛会の精神的基盤となった。VHJ研究会（Voluntary Hospitals of Japan）第28回職員研修会（2018年、大阪）の特別講演で、致知出版社社長藤尾秀昭氏の特別講演「出会いの人間学」を聴き、「人間学」に初めて接し衝撃を受けた。安岡正篤、渡部昇一、中村天風、藤原正彦、田坂広志らの著書を読んだが、縦書きの文章に慣れていない小生にはやや消化不良であった。このような方々の文書から2019年以降これまで5つの言葉を年始に“今村総合病院の今年の言葉”として選んだ（表2）。

表2 今村総合病院 今年の言葉

2019年	有意注意	（中村天風）
2020年	不将不逆	（莊子）
2021年	和光同塵	（老子）
2022年	天長地久	（老子）
2023年	修己治人	（大学）

9. 評価

意識を変化させることを含めて医療の質を向上させる試みをいくつか行い、職員一人当たりの付加価値で評価した。地域連携の集い、業務フローの推進、病院訪問活動、診療科別原価計算導入、チームアプローチ開始、断らない体制構築、医師の人事評価制度導入、運営費管理委員会（図4）。これらの試みや、病床数・職員数・診療科の増加等の要因があり、A棟の新設等のハード面の改善もあり、職員一人当たりの付加価値は年々増加した。

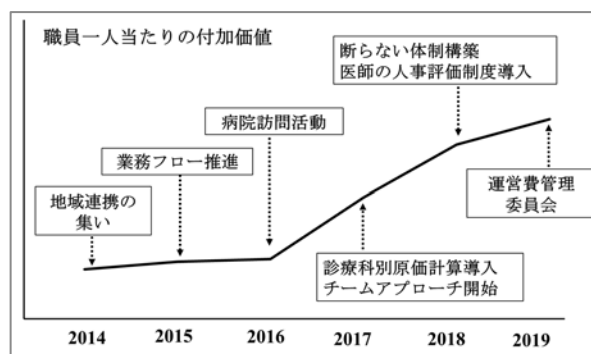


図4 医療の質向上の評価

10. 令和と新型コロナウイルス感染症

2019年5月に昭仁天皇が徳仁天皇に譲位され、元号が令和になった。「令和」は万葉集に語源があることで非常に美しい、きれいな元号で、これからの日本が希望に満ちた国となると思われた。しかし、2019年12月から2020年1月にかけて、中国の武漢からの新型コロナウイルス感染症が全世界的に拡大した。2020年2月以降、様々な対応・準備を開始した。最初に苦労したのがマスク・ガウン等のPPE（Personal Protective Equipment）の確保であった。4月にはコロナ病棟の体制整備と新型コロナウイルス感染対策についてのBCP（Business Continuity Planning：事業継続計画）第1版を作成した（表3）。

表3 新型コロナウイルス感染対策とBCP
（Business Continuity Plan：事業継続計画）

1. はじめに
2. 新型コロナウイルス感染症とは
3. 疫学
4. 新型コロナウイルス感染症発症時の設置すべき部門
5. 新型コロナウイルス感染対策の基本方針
6. 感染対策
7. 段階的な感染対策
8. クラスター発生時の対応
9. サーベイランス
10. 個人防護具の着脱方法
11. 流行期における血栓回収術の緊急対応

第1版 2020年4月9日
第4版 2021年10月27日 全62ページ

2020年3月26日に鹿児島県で第1例目の感染者が確認され、当院では新型コロナウイルス感染症対策会議を開催し、その後現在までほぼ毎週会議を継続している。感染症内科の有馬丈洋部長、感染管理室の切手康加副看護部長、吉森みゆき副看護部長を中心にコアメンバーが頑張ってくれた。

2020年7月当時全国最大規模のショーパブでのクラスターが発生し、当院も受入を開始した。コロナ病棟のハード面が不完全で8月には壁の補強・増築等の内部工事を行い、画像・音声の通信手段等を導入しゾーニングの徹底を行った。当初より各診療科の協力で透析患者や妊産婦の受入れが可能であった。コロナ受入病床の増床を県から依頼され2021年8月、20床に増床した。新型コロナウイルス感染症を大規模災害の一種だと考え対策本部と組織図を2021年10月に構築した（図5）。それぞれの役割と責任者を決めたが、病院としての対応を決めることは、ルールを作る事であり、ルール作りの基本は、シンプルな原則を決めることであるということ強く感じた。そして原則として、してはいけない事を決めて、その他は個別に対応する事にした。ルールの条件を少なくし、言葉にしやすく守りやすいルールを決めることができた。

病院は組織で構成されている。ハード面は組織構

造であるが、ソフト面は組織風土である。組織風土の改善には意識改革が必要であると考えた。当院では、熊本大学医学部附属病院「医療の質管理センター」作成の組織風土調査（2007年）を当院の職員を対象として行い、組織風土改善への理解と活動状況を毎年評価し、部署のマネジメントの参考にした。

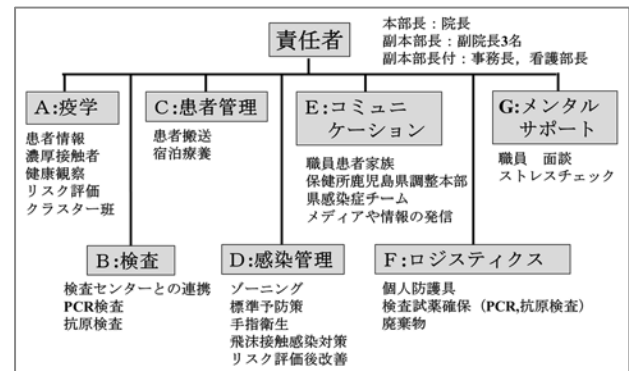


図5 新型コロナ対策本部の組織図

11. 教育

外科医の私は、外科医の教育を「人（師・先輩）から教わり、真似る（マネブ）こと、そして自分のものになって一人でできるようになる事、さらに他の人に教えることができるようになる」という流れだと思っていた。ある高校の漢文の公開授業で全く同じ話を聞き非常に驚いた。真似ることが教育の原点の一つではないかと思う。

①研修医教育

2004年に卒後臨床研修制度が開始され、いづろ今村病院が管理型研修病院として初期研修医の教育を始めその後は今村総合病院で研修を行っている。2022年までに148名の初期研修医の教育を行った。現在は内科・総合診療科の後期研修も導入した。納光弘慈愛会会長、西垂水和隆臨床研修部長の尽力が大きい。外科手技の教育の一環として、慈愛会結紮王（結紮・縫合コンテスト）も行った。薩摩には、島津忠良が元祖といわれる道徳教育があり、郷中教育（二才が長稚児を、長稚児が小稚児を指導教育する）が行われてきた。現在の研修医教育でよく使われる「屋根瓦式教育」の原点だと思う。

②看護師教育

認定看護師の取得を推奨しているが、2019年4月からは看護師特定行為研修の指定研修機関として教育を開始した。2021年までに28名が研修を修了し、臨床現場で活躍している。経済連携協定（Economic Partnership Agreement：EPA）の一環として受け入れたインドネシア人3名が日本の看護師国家試験に合格した。

③管理者任用候補者選考と慈愛会学会

管理者任用候補者選考に係る研修は2014年から

看護部を対象に始まり、2017年からは全職種が対象となった。これまでに566名が研修を修了した。各職種の指導者が作成したテキストは270ページを超え、4日間で講義18時間・グループワーク8時間の研修を行っている。2021年からは慈愛会学会学術集会を開催し、慈愛会の職員の業績を記録に残すために、かごしま慈愛会ジャーナルの発行も行っている。

④看護学教育

看護学教育については、1963年開校の鹿児島中央看護専門学校の設定・運営に深く関与された今村節子第2代目理事長夫人(聖路加女子専門学校卒業、鹿児島県看護学校初代教務主任、東京大学医学部衛生看護学科医学博士)のお力が大きいと考える。

⑤医療従事者とは

医療従事者は患者との関係が最重要だと思う。疾病は多種多様で、詳細かつ客観的に観察・把握し、正確な診断・状態の把握が必要である。疾病の成因や治療法については技量の習熟が必要で、理論と根拠に基づいた確実な医療を提供する事が大事である。この部分は、科学者であり常に「何故?」と考え続けることが大事だと思う。患者との関係性においてはある意味、哲学者であることが求められる。心の感性を研ぎ、自身が健全な心と体であることが大事と思う。フランスの外科医A. Paréは「私が処置し、神がこれを癒し給う」と述べている。

最後に

私は1982年に鹿児島大学第一外科へ入職し、2004年まで勤務した。大学病院、関連病院で多くの方々のご指導があり、外科医として育てていただいた。故西満正教授、故島津久明教授、愛甲孝教授、夏越祥次教授、大塚隆生教授にご指導いただいた。それぞれの先生方には、本当に「外科」と同時に「患者さんへの向き合い方」を教えていただいた。島津教授に学位をいただき、愛甲教授の時には医局長をさせていただき、当時約150名の医局員のマネジメントを経験した。2005年から今村病院で8年間主任外科部長・副院長として、野村秀洋院長のもとで勤務した。2014年に今村病院分院へ異動し、新病棟建築プロジェクトという、非常に貴重な経験をさせていただいた。2017年に病院名が今村総合病院となり、2018年4月から376床で前宇都宮院長から引き継ぎ、現在まで院長という経験をさせていただいている。会長講演の原案は、慈愛会特に今村総合病院の職員の皆さんと一緒に試行錯誤したことを中心に作成し、小生の経験の振り返りができたと考える。これまで実に様々な、しかも多くの方々にご支援を

いただき仕事をしてきた。多くの方々との出会い(邂逅・御縁)の機会をいただいたことに心より感謝している。今回の日本医療マネジメント学会第20回九州・山口連合大会は宮崎久義日本医療マネジメント学会学会理事長、鹿児島県支部長の花田修一先生をはじめ学会事務局のご指導のもとで、無事開催する事ができた。新型コロナウイルス感染拡大の合間で現地開催ができたことは本当に運が良かったと考えている。

このようなまとまりのない文章を寄稿する機会をいただきました、かごしま慈愛会ジャーナル関係各位に感謝いたします。

謝辞

日本医療マネジメント学会第20回九州・山口連合大会の運営にあたり、座長をお願いした多くの方々、座長を推薦していただいた田畑千穂子前鹿児島県看護協会長、シンポジウム4を企画していただいた宇都由美子鹿児島大学病院医療情報部特任教授・部長(兼)特命副院長、さらに多くのご支援をいただいた宮菌幸江鹿児島大学病院看護部長、準備委員会を牽引していただいた常盤光弘いづろ今村病院院長(兼)今村総合病院副院長、上之園芳一副院長、神田直昭副院長、中谷明実看護部長、有島尚亮事務長、鈴木大輔事務長補佐をはじめ、今村総合病院、慈愛会各施設の皆さんに心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 安岡正篤：活学講座 学問は人間を変える、71-72、致知出版、東京都、2022
- 2) 前田龍紀、瀬川淳、上田真也、他：慈愛会今村総合病院におけるBCP対策及び省エネルギーと光環境の実績評価、第37回電気設備学会全国大会講演論文集：21-24、2019
- 3) 斎藤孝：不毛な会議・打ち合わせをなくす技術、PHPビジネス新書、東京都、2015
- 4) 稲盛和夫：考え方、大和書房、東京都、2017
- 5) 稲盛和夫：心、サンマーク出版、東京都、2019



トピックス



新型コロナウイルス感染症に対する取り組み

吉森 みゆき

今村総合病院 副看護部長（感染管理認定看護師）

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）が新たに発生してから、3年が過ぎようとしている。本邦では2020年1月15日（鹿児島県では同年3月26日）に、陽性者が初めて確認された。その後、陽性者数は増減を繰り返しながら、いくつかの波を示し推移してきた。その間、今村総合病院（以下、当院）でも COVID-19 対策本部を立ち上げ、感染対策の構築のためのマニュアルや事業継続計画（BCP：Business Continuity Planning）作成、院内感染対策、シミュレーションなどを展開してきた。また、県内各地のクラスター対応支援、高齢者や障害者施設の訪問支援、メンタルサポート支援、ワクチン接種等の活動を行いながら、現在も院内の COVID-19 対策に携わっている。本稿では、3年間を振り返り COVID-19 に対する取り組みについて報告する。

2. COVID-19

1) コロナウイルスについて

コロナウイルスは、ヒトに感染する風邪の病原体として人類に広く蔓延している4種類と、動物から感染する重症肺炎ウイルス2種類がある。加えて、2019年に新型コロナウイルス（以下、SARS-CoV-2）が新たに発生し世界中に感染が拡大している。この SARS-CoV-2 は、直径約100nm球形で表面に突起がある。形状が王冠“crown”に似ていることから、ギリシャ語で王冠を意味する“corona”という名前が付けられた。エンベロープ表面には、Spike（S）蛋白、Envelope（E）蛋白、Membrane（M）蛋白、Nucleocapsid（N）蛋白が配置されている（図1）。

2) 変異株

本邦では、2020年より SARS-CoV-2 による感染拡大を認め、従来株からアルファ株、デルタ株、オミクロン株のBA.1、BA.2、BA.5と移り変わり流行の波も大きくなり、次第に感染者数が増加していく傾向にある。現在、主流となっているオミクロン株は、2022年7月頃にBA.2系統からBA.5系統に置き換わりが進み、BA.5系統が主流となって

いる（図2）。2023年1月時点では、BA.5系統が第8波となり大きな波に苛まれている。

WHO（World Health Organization：世界保健機関）は、全てのオミクロン株を「監視下のオミクロンの亜系統（Omicron subvariants under monitoring）」と称しているが、特にオミクロン株の亜系統であるBA.2.3.20、BA.4.6、BA.2.75、BJ.1、XBB、BQ.1.1、BA.5系統¹⁾とし、感染力が強く、変異株の想定ができないとしている。次々に現れる変異株への対応は今後も続いていくことが予想される（図3）。

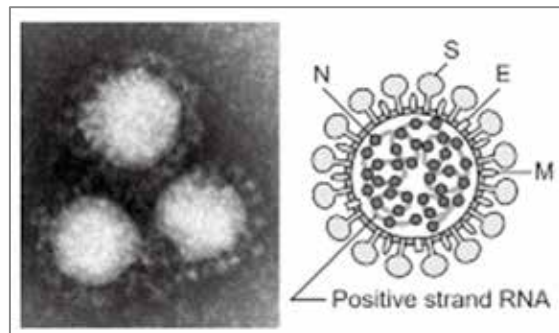


図1 COVID-19 の電子顕微鏡写真と構造
（国立感染症研究所ホームページ引用）

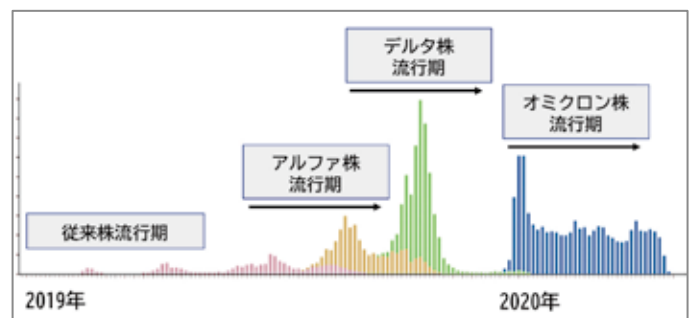


図2 日本における変異株の変遷
厚生労働省ホームページより抜粋一部改変

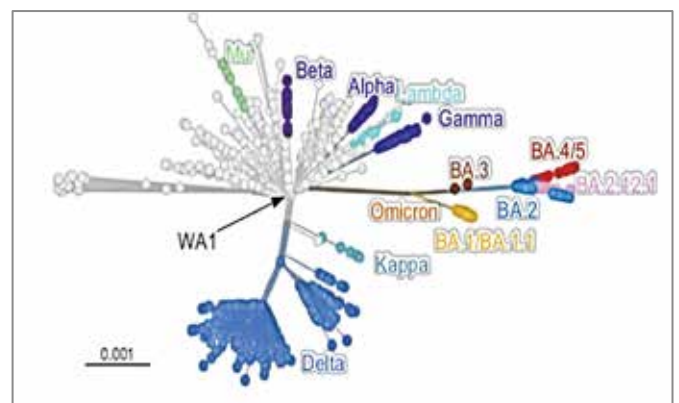


図3 変異株の系統図

3) COVID-19 の症状

オミクロン株による感染では、ウイルスが上気道で増殖しやすい特性に伴い、感冒様症状の頻度が高い傾向にある。症状としては、発熱、呼吸器症状、倦怠感、頭痛、消化器症状、鼻汁、味覚異常、嗅覚異常、関節痛、筋肉痛などがある。潜伏期間は、従来からすると短くなっており、2日から3日（中央値2.9日）、曝露から5日以内に発症すると言われている。ヒトに感染させる可能期間は、発症する2日前から7日以内とされている。

3. 感染対策

これまでに様々な治療薬やワクチンが開発され、重症化予防に効果が発揮されている。しかし、オミクロン株の感染力の強さを反映して、第7波はこれまでで最大の流行となり、死者数も多くなった。現在（2023年1月）流行している第8波も同様に感染が拡大し、さらにインフルエンザとの同時流行が始まっている。医療機関における感染対策は、引き続き気を緩めることはできない状況となっている。

SARS-CoV-2の主な感染経路は、①飛沫感染、②エアロゾル感染、③接触感染が考えられている。SARS-CoV-2を含んだ感染者の気道分泌物が、飛沫やエアロゾルになって排出され、飛沫は口、鼻、目の粘膜に直接入る。飛沫は粒子が大きく落下しやすいので、2mより遠くにいる人に感染させる可能性は低い。その一方で、エアロゾルは粒子が小さく、数時間程度空間を漂い空気の流れに乗り遠くまで広がることが可能となる（表1）。SARS-CoV-2が空気感染を起こすかどうかについて議論がなされているが、これまでCOVID-19の発生状況を考えると、空気感染として広がったと考えられるケースはまれであり、一般的な条件では起こりにくいと考えられている。

感染者の体や衣服等、汚染した環境に触れるとウイルスが皮膚に付着するが、皮膚表面でこのウイルスが増殖することはないため、それだけでは感染は成立しない。ウイルスが付着した手指で、口、鼻、目の粘膜を触ることで、粘膜に付着したウイルスが増殖して感染を起こす。このことから、当初のSARS-CoV-2の「感染から守るための厳重な感染対策」から「対応に応じた感染対策」のベストプラクティスに変わりつつある。

1) ユニバーサル・マスクング（互いにマスクを着用する）

COVID-19は発症の2日前から他の人に感染させる可能性があり、マスクを着用していない場合、

他の人に感染させるリスクがある。そのため、流行期やクラスターが発生している場合には、発熱や咳などの症状の有無に関わらず、常時マスクを着用することが重要となる。

マスクの素材については、不織布またはサージカルマスクを選択する。着用する際には、顔の大きさに合わせたマスクを着用すること、隙間が発生しないようにノーズピースをフィットさせ、顎まで覆うことが重要である。クラスターが発生している施設に行くと、感染への不安から二重にマスクを着用していたり、N95マスクの上からサージカルマスクを着用している姿をよく見かける。マスクを二重にすることで、ズレが生じたり隙間ができたりし、フィット性が落ち、逆に感染のリスクが上がるため、一重で十分であることを理解する必要がある²⁾（表2）。

表1 呼吸器から分泌される飛沫、微小飛沫、エアロゾルおよび飛沫核の比較

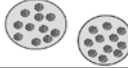
排出物	飛沫	微小飛沫、エアロゾル	飛沫核
イメージ			
大きさ（粒子径）	5 μm以上	5 μm未満	1～0.1 μm
到達範囲	2m以内	通常6m以内	共有空間全体
代表的病原体	新型コロナウイルス、インフルエンザウイルス、マイコプラズマなど	新型コロナウイルス	結核菌、麻疹ウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス
感染対策	飛沫感染予防策	飛沫感染予防策＋エアロゾル産生手技などへの対策	空気感染予防策

表2 マスクの効果について

		飛沫量
サージカルマスク	両サイドに隙間がある	84.3%減少
サージカルマスク	両サイドに結び目を作り隙間をなくす	95.9%減少
サージカルマスクの上に布マスク二重		96.4%減少
サージカルマスクの二重	フィット性がなくなる	
N95マスク	重ねる必要はなく、N95マスクのみで効果あり	

隙間をなくし、フィットさせて着用することが重要である。二重にすることでフィット性が低下し、リスクが高まる可能性がある。

2) 標準予防策の徹底

COVID-19は感染していても無症状の場合も多いため、「誰もが感染している可能性がある」という考えに基づいて、標準予防策を徹底することが極めて重要である。

手指衛生は、SARS-CoV-2に限らず、薬剤耐性菌やClostridioides difficileなどの接触感染を主要とする病原体の伝播を防ぐために常に重要な感染対策である。全ての医療従事者がWHOの推奨する「5つのタイミング」を意識して確実に実施する必要

がある。手指衛生の「5つのタイミング」とは、①患者に触れる前、②清潔無菌操作の前、③体液に曝露された可能性がある場合、④患者に触れた後、⑤患者周辺の物品に触れた後である。

SARS-CoV-2は、エンベロープを有するためアルコールが有効である。また、石鹸と流水を用いた手洗いも有効であるため、手指衛生を実践することが感染予防には重要である。

また、血液や体液との接触や飛散が予想される場合は、接触または曝露する部位を覆う个人防护具（PPE：Personal Protective Equipment、以下PPE）を選択して着用する。

これまで、COVID-19患者にはフルPPE（ガウン、マスク、手袋、フェイスシールド、キャップ）で対応してきた。SARS-CoV-2の特徴を踏まえると、患者にフルPPEで対応しなければならないのかというとはなく、必要なPPEを選択して着用していくことが必要である。COVID-19患者がマスクを着用している場合、会話程度であればマスク対マスクのユニバーサル・マスキングでよいと言える。しかし、COVID-19患者がマスクを着用できない、もしくはマスクを着用していない場合には、目の防護（ゴーグルやフェイスシールド）が必要である。同様に、ガウンやエプロンも、患者に接触する可能性がある場合には着用する。また、ガウンやエプロンを着用していない際に、感染している方と接触して衣服等に触れた場合であっても、そのあとに手指衛生を行うことで感染防止を行うことができる。

3) 社会的距離の確保（ソーシャル・ディスタンス）

エアロゾル粒子の吸入を防ぐために、患者やその家族と、一定の距離（理想的には2m以上）を確保し対応することが必要である。

特に感染者数が増加する流行時期には、職員との対応であっても、会議室やスタッフエリア等での近距離、長時間、大声、大人数での接触は可能な限り避けるようにすることが重要である。

4) 首から上を触らない

一日の中で何気なく触れてしまう目や鼻や口は、ウイルスの侵入経路となる。粘膜からのSARS-CoV-2の侵入を防ぐため、目や鼻や口に触れる前には、必ずアルコール消毒や石鹸で手を洗うことが大切である。よく、トイレの後に水洗いだけで手洗いを済ませたり、マスクの表面を触ったりする仕草を見かける。意識して首から上を触らないように心がけることが大切である。

4. 院内の感染対策の取り組み

2020年3月から、COVID-19対策のマニュアル作成と改訂、対策本部の設置、救急・総合内科外来を受診する発熱患者への対応、透析療法を受けている患者の発熱時の対応、机上でのクラスター発生時のシミュレーションなど、院内全体で様々な取り組みを行ってきた。対策会議ではさまざまな取り決め事項を決定し、職員への周知を図ってきた。またCOVID-19患者を受け入れる病棟（以下、C4病棟）では、これまでにCOVID-19患者を約500名受け入れ、フェーズに合わせた病床確保とその対応を展開している。

これまでに、院内でのクラスター発生、急激な感染者増加による就業制限者数の増加（最大1日60名）も生じたが、病院全体で互いに協力し合いながら乗り越えてきた。

頼もしかったのは、事務職や施設管理課の職員達の協力である。COVID-19患者受け入れの際の通路の確保や、物品が不足しないよう必要数の確保、C4病棟へのベッド移動など、能動的に活動してくれた。

1) 発熱外来

当初は、発熱外来について「いつ、どこで、誰が検査を行うのか」という議論から始まったが、旧整形外科外来の診察室や出入口を利用し発熱外来を開始した。各診療科の医師が交代で診察を行い、専門外来看護師が抗原およびPCR検査を実施して対応した。その後は、救急・総合内科外来にて、ドライブスルー形式のPCR検査や発熱外来が開始され、診療が現在も継続されている。

流行の波が来る度、検査件数が増え、受診予約が取れない状況が生じているが、医師事務作業補助者と協働し対応を行っている。

2) PPEの着脱

PPEは、着用する際は清潔な物であるため、順番などをあまり気にせずに着用できる。しかし、汚染したPPEを脱衣する際には、非常に注意が必要である。どれだけ訓練していても、実際に患者に対応した際は緊張し、PPEを脱ぐ順番がわからなくなることがある。そこで、クラスターが発生した場合にすぐに貼付し活用できるよう、PPE着脱についてのポスターを作成し、ラミネート加工したものを各部署に配布した。

また、C4病棟に配属された看護師には、N95マスクのフィットテストを行い、顔に合ったマスク着用を行ってきた。最近では、N95マスクの入荷が不安定となり1種類のマスクに限定されているため、入室時のフィットチェックへ移行し対応を行っている。

3) ゾーニング

ゾーニングは、患者ゾーン（レッド）、中間ゾーン（イエロー）、共通ゾーン（グリーン）に大きく分けられる。誰もが各ゾーンを理解し、認識していることが重要である。

当院の場合、C4 病棟へ COVID-19 患者の入院や転棟を行っており、タイムラグが発生することを想定すると、全部署でのゾーニングの理解が必要だと考えられた。2021 年度より看護部の感染委員会を立ち上げ、副看護師長またはリーダーとなる看護師への教育を始めた。その結果、C4 病棟の勤務経験者や感染委員会のスタッフによりゾーニングが適切に設定され、速やかに対応できるようになった。

今後は新たな考え方として、レッドゾーンではマスクを着用し、必要に応じてガウンやエプロン、手袋、フェイスシールドを選択着用し患者対応を行う。そして、イエローゾーンは PPE を脱ぐ場所とし、グリーンゾーンはマスク着用を基本として標準予防策を行っていく。

また、病室によっては、トイレや洗面所がない場合がある。そのような場合には、COVID-19 患者がマスクを着用し、時間的、空間的距離と換気を行いながらトイレや洗面所を共有して使用することを想定している。

COVID-19 患者を受け入れている医療機関だけではなく、その他の医療機関や施設でも患者の対応をしていく上では、このような効果的な対策が必要となってくると考える。

4) 検査体制

当院でもいち早く SARS-CoV-2 の PCR 検査を導入し、第7波の際には検査機器を3台に増やし対応した。

鼻咽頭拭いによる検体採取の手技については、救急・総合内科外来や専門外来の看護師が主にトレーニングを受け、実施してきた。しかし、病棟での検体採取が必要になった際、外来看護師だけでは対応に限界がある。そのため、病棟でも検体採取が行えるよう、看護師長を中心にトレーニングと研修を行い、現在は迅速な検体採取が行えるようになった。また、各診療科の医師も一緒に検体採取を行うなど、協力体制がとられている。

検査数が増えると一番大変になるのは臨床検査技師の方達である。受診者数が増加した際は、検査数が増え一晩中検査対応に追われるなど大変な状況があったが、迅速な検査が行えることは当院の強みである。

迅速な検体採取と検査の実施は、次のステップである陽性者からの感染拡大防止に結びついていると考える。

5) 換気

医療施設では、病院設備設計ガイドラインにより、清浄度クラスと換気回数が定められている。

手術室や易感染性患者病室、集中治療室などは陽圧空調で、病室から廊下へと空気が流れ、1 時間に 15 回空気の入れ替えが行われる。一般病室は等圧に設定されており、廊下との空気の流れが等しく 1 時間に 6 回空気が入れ替わる。感染症患者が入院する病室は陰圧空調となり、廊下から病室内に空気が流れ込み屋外へ排出される。

C4 病棟は、元々 ICU（Intensive Care Unit：集中治療室）として使用されており、陽圧空調となっている。COVID-19 患者が入院した場合、スタッフステーションにウイルスが流れ込む構造であるため、ビニールの壁を設置し防御策をとった。

C4 病棟の運用開始前には、スモークテストを行い空気の流れを確認し、イエローゾーンを広めに取り、より安全に患者を受け入れられるよう準備を行った。運用開始後、前述したビニールの壁が次第に剥がれてしまい、職員の感染リスクが発生したため、患者の様子を観察できるよう、ガラス窓のついた壁に改修した。

また、陰圧室が 1 床あり、ウイルス排出量が多いネーザルハイフローを使用する際に、優先的に使用した。

病棟の換気については、A 棟（新棟）の病室はドアを締め切ると軽い陰圧換気となるため、その特性を生かした感染対策が必要である。C4 病棟が満床で患者の受け入れが困難な場合には、A 棟病室のドアを締め切ることで、軽い陰圧換気の病室として使用することができる。

換気は、常時換気もしくは 1 時間に 1 回程度の換気を行い、空気の入れ替えをしていくことが必要である。特に感染症流行期には、積極的に換気を行うことが望まれる。

部署によっては、CO₂（二酸化炭素）濃度を測定器で数値化し、換気の目安としている。

外来や診察室などでは、HEPA フィルター搭載の空気清浄機を設置し対応している。空気清浄機は push（清浄な空気を吹き出す）、pull（空気を吸引して換気する）の 2 台をセットにしての使用が正しいが、どちらか 1 台しかない場合には、患者の位置を考慮して設置している。

6) 職員の健康観察や有症状時の報告体制

当院では全部署で毎日、職員が健康観察シートに体温と症状の有無を記入し、部署長が管理と最終確認を行っている。COVID-19 に感染した場合、明らかな症状が出る場合もあれば、軽微な症状のみの場合もある。どのような症状がある場合に検査を行えばよいか迷う場合もあるが、職員に何ら

かの症状がある場合には、報告の一本化を図り、接触状況などを加味し、フローを基に早期に検査を行い、感染の機会減少に繋がるように対応している。

7) 休憩の取り方

孤食、黙食、身体的距離を取りながら休憩を行っている。休憩時間は、本来ならば情報共有や仲間同士の語らいの場、リラックスできる時間である。そのような休憩ができないことはデメリットでもあるが、この3年間で職員の休憩や食事の取り方については定着されてきている。

5. クラスター事例の報告（A棟5階東病棟）

当院では、第7波といわれる流行期に同時多発的に病棟のクラスターが発生したが、2022年4月にA棟5階東病棟で発生したクラスターの経験を基に、各部署が何をすればよいか考えながら、適切に対応することができたと考えている。

ここでは、A棟5階東病棟で発生したクラスターの振り返りのまとめを、一部抜粋し報告する。

1) 要約

クラスターが発生したA棟5階東病棟は、総合内科と循環器内科の混合病棟で、ベッド数42床、4月20日時点の入院患者数は41名、病床稼働率は当日の入院を含め100%近くとなっていた。入院基本料は7対1看護体制、看護要員数は39名の配属となっている。

最終的なCOVID-19陽性者は、総数40名（みなし陽性2名含む）であり、入院患者22名と職員18名が感染し、うち患者1名が死亡退院となった。発生から収束までの期間は、初発認知の4月20日から5月13日の23日間を要した。

鹿児島県内では、3月下旬頃より感染者数が急増し、4月に入り感染者数は800人～900人/日で推移していた。SARS-CoV-2の変異株が、デルタ株からオミクロン株（BA.2）へと移行していた時期である。

2) 事例の探知

4月20日、患者の転院先施設からの依頼で実施したPCR検査で、陽性が判明した。その他に4名の患者の発熱を認め、PCR検査で1名の陽性が判明した。同時刻に夜勤スタッフの発熱とPCR検査陽性の連絡が入った。クラスターを予見し、病棟への出入りと患者の入退院の禁止、患者へのリハビリテーション介入の中止、ゾーニング、陽性者のC4病棟への転棟を行った。

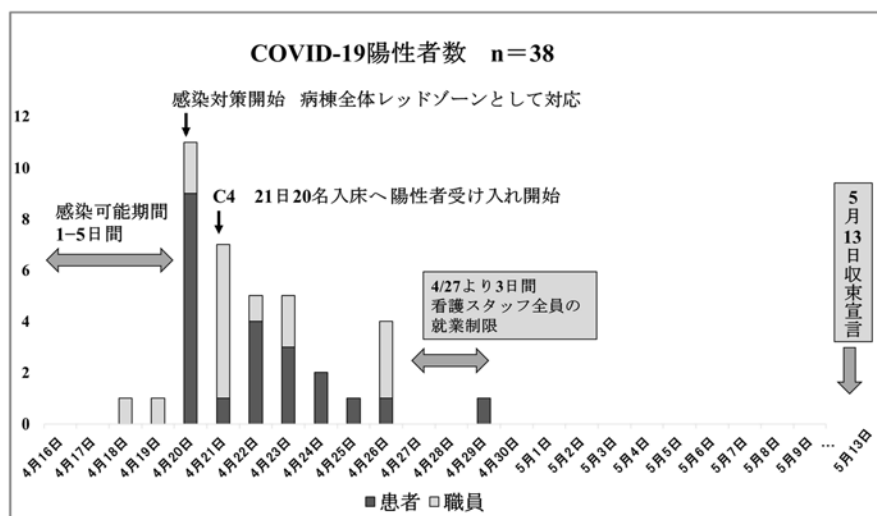
3) 流行曲線

流行曲線を図4に示す。初発職員からの感染が、4月20日・21日をピークに一気に発症している。

感染対策開始後、発症者数は減少傾向に転じ、9日目には0名となった。このことから、4月20日以前の5日間（潜伏期間）に、感染が広がっていたと考えられた。また、日頃の感染対策の不十分さと、感染者から排出されたウイルスの曝露による感染、さらにオミクロン株の感染力の強さが相乗したものと考えられた。感染経路は、職員から患者・職員、患者から職員、患者から患者の経路で感染が拡大したと考えられた。

4) リンク図

リンク図を図5に示す。感染者はA棟5階東病棟内で限定されており、他病棟への拡がりは認めなかった。枠外では、病棟ラウンドを行った医師3名、リハビリテーションスタッフ1名の感染を認めた。医師、リハビリテーションスタッフからの2次、3次感染の拡大は認められなかった。



- ・4月15日から19日までウイルスに曝露したと推定
- ・感染経路は職員から患者と職員、職員から患者、患者から職員、患者から患者の順で感染拡大した
- ・4月27日から3日間は、看護スタッフ全員の就業制限を実施した
- ・5月13日収束宣言

図4 流行曲線

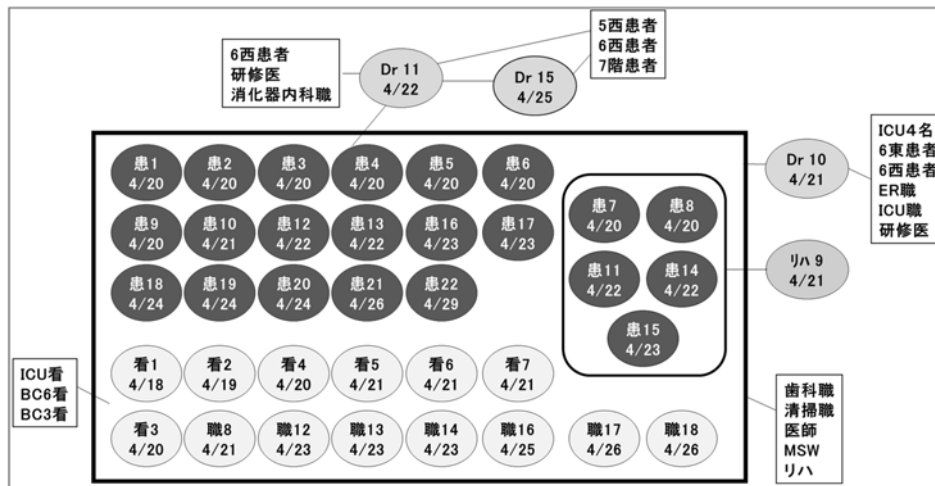


図5 リンク図

- ・病棟内の患者および看護スタッフの感染がほとんどであり、医師やリハビリテーションスタッフの接触により感染していた
- ・2次感染、3次感染はなかった

表3 患者の背景

内訳	入院患者 (%)	感染者 (%)	p値
総数	41名	22名 (54%)	
年齢中央値 (Min-Max)	85 (37-99)	85 (46-99)	
性別			N.S.
男性	24 (59%)	13 (59%)	
女性	17 (41%)	9 (41%)	

χ^2 二乗検定 有意水準 0.05

表4 要因の内訳

内訳	入院患者 (n=41)	感染者 (n=22)
入浴介助	32 (78%)	17 (77%)
オムツ使用	24 (59%)	16 (73%)
吸引	16 (39%)	8 (36%)
認知症	11 (27%)	10 (45%)

5) 感染拡大の要因

(1) 患者要因

患者背景を表3に示す。入院患者数は41名（病床数42床）、年齢中央値は85歳（37-99）、性別は、男性24名（59%）、女性17名（41%）であった。感染者は、入院患者41名中22名（54%）、男性13名（59%）、女性9名（41%）であった。性別について χ^2 二乗検定を行った結果、感染の有無に差は認めなかった（ $p=1$ ）。

要因の内訳を表4に示す。入院患者全体では、入浴介助が必要な患者32名（78%）オムツを使用している患者24名（59%）と半数を超えていた。吸引が必要な患者は16名（39%）、認知症患者11名（27%）であった。感染者22名をみると、入浴介助が必要な患者は17名（77%）、オムツを使用している患者16名（73%）、吸引が必要な患者は8名（36%）、認知症患者10名（45%）であった。

このことから、患者のADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）が低く、身体接触の時間が長くなるようなケアや処置が必要な場合、患者・看護師が相互に感染するリスクが高くなると考えられた。また、吸引を実施する際、吸引困難により気管内までカテーテルを入れる場合があり、ウイルス曝露のリスクが高くなったと考えられた。認知症患者では、マスク着用の協力が得られにくいこと、大声で話をする状況などが、感染につながったと考えられた。さらに難聴の患者対応では、

看護師が患者の耳元に顔を近づけて声かけを行うなど、距離が近いことも感染要因の一つと考えられた。

感染拡大要因については、この他にも様々な問題が考えられるため、今後も分析を進めて行く。

(2) 医療側要因

5階東病棟の休憩室は、職員数に対して広さが十分ではなく、同時に休憩する人数を3名までとし、CO₂モニターを設置、黙食を徹底していた。しかし、今回のクラスター発生を受け、人数制限だけでは限界と考えられ、休憩場所の分散を行った。A棟4階エレベータホール、カンファレンスルームを休憩スペースに追加した。

健康観察については、2年前（COVID-19発生後）より、職員は毎日健康チェックを実施し、健康観察シートへ記入、部署長により管理されている。体調不良の職員がいる際には、コロナ担当者へ連絡が入り、必要に応じPCR検査を実施していた。しかし、聞き取りを行うと「喉が痛いぐらいの症状では報告しにくい」、「看護師の人数も制限があるため我慢していた」という職員がいたことがわかった。

サージカルマスクについては、マスク供給制限があった頃から、職員1人につき1日1～2枚となっており、1日中同じマスクを着用している職員もいた。また、着用方法についても、隙間がないようにフィットさせることが不遵守となっていた。

正しくマスクが着用できていないことで、吸引時にエアロゾルの曝露リスクが高かったと考えられた。さらに、クラスター発生後 6 日目になっても職員の陽性者を認めたことから、フル PPE の不慣れや首から上の接触、手指衛生等の感染対策の破綻が懸念された。

(3) まとめ

クラスターが発生すると 1 週間程度は陽性者が次々と発生する。その発生数によって、大規模クラスターの予見ができ、収束までの見通しが立つ。クラスターの全体像を把握し対応していくために、ロードマップを作成し運用してきた。ロードマップを使用することで、感染対策の見落としを防止でき、誰もが対策の進捗状況を把握することができる。対策会議ではロードマップをプロジェクターに映し出し、一つ一つ協議し共有しながらクラスター収束へと結ぶことができた。

一方で、各部署の振り返りをみると、様々な課題が明確になった。感染拡大の患者側要因としてあげた「高齢者」、「看護介護のケア度が高い」、「認知症」などの対策は困難であり、クラスターを繰り返すリスクが潜んでいる。そのため、その中で働く職員のストレスはとても大きいと考えられる。

今後は、課題となったことを一つ一つ解決しながら再発防止を図るとともに、今回の事例を忘却しないために、各人が役割認識を持ち、記録を残し、感染対策に強い組織作りを進めていく必要があると考える。

6. 院外活動

2020 年 5 月に鹿児島県からの依頼で、県感染症チームとして、COVID-19 感染対策の検討、医療機関や施設からの相談対応、クラスター発生施設への支援活動、県地域防災計画避難所マニュアル作成の助言等を行ってきた。また、鹿児島県看護協会からの依頼で、県内の感染管理認定看護師とともに、高齢者や障害者施設の訪問支援や教育活動を続けてきた。

しかし、変異株の流行の波が高まるにつれ、医療機関や施設でのクラスター発生が続いた。特に施設でクラスターが発生すると、医療機関の負担が一層増していく。そのような意味では、訪問支援や教育活動等の予防活動は、施設内での感染対策や感染拡大防止の一助になっているのではないかと考える。

7. おわりに

COVID-19 の取り組みについて報告した。本稿で述べた内容以外にも、診療放射線部による入院時の CT 撮影、薬剤部のワクチン管理や薬剤のミキシング、臨床工学技士による透析管理や ME (Medical Engineering) 機器の管理等、就業制限で人員不足になりながらも、職員全員で協力し合い乗り越えてきた。

COVID-19 の対応は変異株に左右され、「イタチごっこ」のようにも思える。それでも一進一退を繰り返しながら進んでいる。災害とも言えるこの感染症の対策においては「持ち込まない、持ち込まれても拡がらない、拡がっても早期に対応できる」強い組織であることが最も重要だと考える。

利益相反

本発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

文献

- 1) Qian Wang, et al : SARS-Cov-2 Omicron BA.2.12.1, BA.4, and BA.5 subvariants evolved to extend antibody evasion. Nature608 : 603–608, 2022
- 2) John T, et al : Maximizing Fit for Cloth and Medical Procedure Masks to Improve Performance and Reduce SARS-CoV-2 Transmission and Exposure,2021.weekly/February19, MMWR2021/70 (7) : 254-257, 2021
- 3) 国立感染症研究所「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 関連情報ページ」、<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/covid-19.html> (最終閲覧日 2023 年 1 月 5 日)
- 4) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症について」、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html (最終閲覧日 2023 年 1 月 5 日)
- 5) CDC「Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)」, <https://www.cdc.gov/mmwr/index.html> (最終閲覧日 2023 年 1 月 5 日)
- 6) 一般社団法人日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド (第 5 版)」, http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipe/COVID-19_taioguide5.pdf
- 7) 一般社団法人日本感染症学会「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) への対応について」、https://www.kansensho.or.jp/modules/topics/index.php?content_id=31#taiou (最終閲覧日 2023 年 1 月 5 日)
- 8) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の診療の手引き第 8.1 版」、<https://anshin.pref.tokushima.jp/med/experts/docs/2022101300122/files/3.pdf>

今村総合病院看護師特定行為研修センターの役割と課題

上山 テルヨ

今村総合病院看護師特定行為研修センター 主任

今村総合病院看護師特定行為 研修センターの開設までの経緯

国は、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる2025年に向けて、「少子高齢化の進展に伴い、医療の高度化・複雑化が進む中、質の高い安全な医療を提供するためにチーム医療の増進が必要である。」と述べている。このような背景に基づき、在宅医療の推進やチーム医療の充実による医師の働き方改革を推進する観点から、2015年10月保健師助産師看護師法が一部改正され、「特定行為に関わる看護師の研修制度」が開始された。この研修を修了すると、高度かつ専門的な知識・技能を必要とする特定領域の医療行為（21区分38行為）を、医師又は歯科医師の判断を待たずに手順書に基づいて行うことが出来る。特定行為に関わる看護師の研修を修了した看護師（以下、特定看護師）の活動により、患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が強く期待されている。

鹿児島県は、多くの離島・へき地を抱えるという地域特性がある。また、少子高齢化が深刻であり、高齢者人口の割合は33.1%（2021年）と、全国平均28.9%を大きく上回っている。このような状況の中、将来の在宅医療を支える特定行為を行うことのできる看護師の育成は重要であり、県内では鹿児島大学病院が2016年10月に特定行為研修指定研修機関として研修を開始した。今村総合病院でも、公益財団法人慈愛会（以下、当法人）の公益目的事業の一つである「地域の医療を担う人材育成等の地域医療の支援」を達成するために、2019年4月今村総合病院看護師特定行為研修センター（以下、当研修セン

ター）を開設した。

開設から4年が経過し、2区分4行為で開始した研修は9区分15行為に増え、2021年度からは「在宅・慢性期領域パッケージ」を開始、2022年度には「救急領域パッケージ」研修も開始した。2021年度末で受講者数は28名、特定行為研修修了者数は延べ44名となる（表1）。

今村総合病院看護師特定行為 研修センターの現状と役割

1. 研修受講者の背景

当法人の公益目的事業「地域の医療を担う人材育成等の地域医療の支援」を受け、研修受講者は法人内外の施設から募集している。研修受講にあたっては、看護師の資格取得後通算5年以上の実務経験を有していることが要件である。受講者の背景として、年齢は20代後半～50代と幅広く、勤務する施設は病院、介護施設、訪問看護ステーションと多岐にわたり、看護師としての経験や知識も様々である。

2. 研修の内容・方法

看護師特定行為研修では、特定行為を学習する前に、共通科目（6科目：250時間以上）の履修が必要である（表2）。共通科目は、e-learning 講義を視聴し、医学的知識、臨床推論及びフィジカルアセスメント、手順書の作成や医療安全などを学ぶ。演習では、症例検討、ペーパーシミュレーションに取り組み、知識（解釈・問題解決など）を確実なものにしていく。

表1 開講中の特定行為区分と修了者数

		*2022年度は受講中の人数			
		2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
		8	13	7	(16)
区分	特定行為	特定行為研修修了者数			
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	8	5	3	
	創傷に対する陰圧閉鎖療法				
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	8	5	2	(4)
	脱水症状に対する輸液による補正				
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更		2	1	(1)
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更				
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整				
	人工呼吸器からの離脱				
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換		8	1	(1)
	膀胱ろうカテーテルの交換				
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換				(1)
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整				
栄養に係るカテーテル管理（PICC）関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入				
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血				(5)
	橈骨動脈ラインの確保				
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与				(2)
パッケージ研修	在宅・慢性期領域			1	(3)
	救急領域				(3)

表2 共通科目（科目名と時間）

科目名	時間数	講義	演習	実習	評価
① 臨床病態生理学	31	29	1	—	1
② 臨床推論	45	26.5	16	1	1.5
③ フィジカルアセスメント	45	17.5	2	17.5	8
④ 臨床薬理学	45	32.5	11.5	—	1
⑤ 疾病・臨床病態概論	41	37	3	—	1
⑥ 医療安全学/特定行為実践	45	22.5	18	2.5	2
合計	252	時間			



図1 研修中の様子

- A：（出講日）シミュレーションモデルを活用したフィジカルアセスメント
 B：（出講日）チーム医療についてディスカッション
 C：（手技練習）動脈血液ガス分析関連、直接動脈穿刺法による採血
 D：（手技練習）ろう孔管理関連、胃ろうカテーテル交換

また、当研修センター独自のカリキュラムとして、共通科目の学習期間に出講日（1～2回/月）を設けている。出講日には、「医療安全管理者の視点での医療安全」、「薬剤師の視点での臨床薬理学」、「医師の視点での病態論や臨床推論・判断」等の対面講義を行う。ロールプレイで医療面接や身体手技を実施し、臨床推論での学びを活かして、得られた情報から正確な判断を導く過程を学んでいる（図1）。

そして、共通科目の学びを統合するために、病院での実習（総合実習）を1週間行う。この共通科目の学習を通して、今までの「看護学の知識を通して患者を見る視点」から、臨床推論を学び医師の思考過程を知り「医師の視点で考え患者を診る」ことを身につけていく。

共通科目の履修後、区分別の特定行為の学習を開始する。受講生は、特定行為ごとに指定されている科目（5～32時間）をe-learningで学ぶ。特定行為の実習開始前には、OSCE（Objective Structured Clinical Examination：オスキー/客観的臨床能力試験）による技術確認が実施される。与えられた課題に対し、医療面接、身体診察、検査・治療手技等を実施し、評価者による臨床能力の評価を受ける。合格すると指導医や経験を積んだ特定看護師（以下、指導支援者）の指導のもと臨床で特定行為を実際に行い、特定行為の評価（観察評価）を受け、合格基準に達することで症例取得として認められる。特定行為研修の修了には5症例以上の取得が条件となっている。

3. カリキュラムの進め方

当研修センターの教育理念は「地域医療及び高度医療の現場において、フィジカルアセスメントと実践能力が高く、医療チームから信頼される自立した特定行為の実践看護師の養成」である。4月開講時に、受講生へ当センターで作成した学習計画書を用いてカリキュラムの進め方を説明する。受講生は、前述したように共通科目、区分別特定行為と学習を進めていく。また当センターでは、複数の特定行為研修修了を目指す受講生のために、区分別の実習期間が重ならないようスケジュールを調整している（図2）。

4. 指導体制

特定行為研修は、医師、薬剤師・臨床工学技士、認定看護師など多職種の協力を受け実施している。また指導支援者が、特定行為に必要な知識・技術・態度の指導を行っている。特に指導支援者の役割はとて大きく、受講生一人ひとりの背景を把握し指導にあたりると同時に、特定看護師のモデルとしての役割を意識しながら研修の指導にあたっている。この指導支援者の育成のために、当センターでは当法人内の特定看護師に「看護師特定行為研修指導者講習」受講を推奨し、教育の質を維持できるよう努力している。

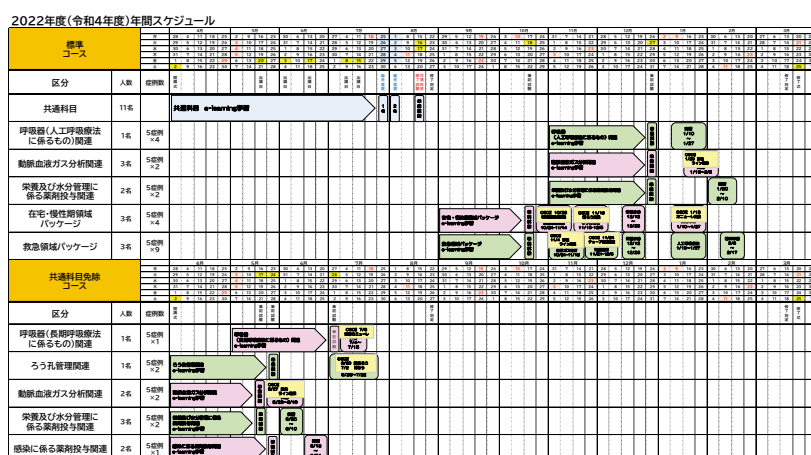


図2 研修スケジュール（2022年度）

5. 研修の評価

当センターは開設から4年目を迎えているが、毎年研修プログラムの評価を行い、その中で明らかになった課題の改善に取り組んでいる。演習では、ペーパーシミュレーションだけではなく、院内で行われている医師の症例カンファレンスへの参加や、診療科横断的な診療班での回診参加、受講生が自施設で経験できない症例を用いての事例検討の実施や訪問診療の見学などが必要だと考えられ、カリキュラムの中に組み込んでいる。また、特定看護師の臨床判断をより正確にするために、超音波画像診断技術を身につけることも必要であると考え、研修内容に組み入れることを検討している。実習では、研修修了に必要な5症例以上の取得が、一部の特定行為区分によっては確保困難な状況がある。これまでは、実習期間の延長・確保（対象症例に対応できる日時に実習を行う）により全員が必要な症例数を取得できているが、今後、確実に症例数を取得するため、実習協力施設の拡充・確保や、実習の進め方、実習期間の再検討が必要である。今後も引き続き、様々な背景をもつ受講生に対応できるよう、研修内容や計画の評価を行い改善していきたい。

6. 看護師特定行為研修センターの役割

今回、改めて当研修センターを開設した目的や教育理念を読み返し役割について考えた。当センターの役割は、「地域医療及び高度な医療の現場において臨床判断能力と実践能力が高く、専門職としての役割と責任を自覚し、多職種から信頼されチームのキーパーソンとして活躍できる特定看護師を養成すること」であると改めて認識した。当研修センターで研修を受講する全員が特定行為研修を修了できるよう、研修カリキュラムを充実し円滑な研修運営を行っていく。受講生への対応としては、身体・精神の両面のサポートや、個人の状況に応じた学習支援を行う。研修の終了時には、受講生へアンケート調査を実施し、研修内容の評価を受け、より良い研修運営につなげる。合わせて、研修修了後に特定看護師として質の高い医療と看護が提供でき、チーム医療のリーダー的存在になれるよう、研修修了者への支援（フォローアップ研修）を計画していく。また、研修の指導にあたる指導支援者の質の向上、及び指導者としての育成も必要である。

特定行為研修修了者（特定看護師）の活動状況

1. 活動状況についての調査

厚生労働省の調査（2020年度、n=1,364）による

と、過去1年間における「就業先において特定行為を実施している者」の割合は68.4%、「特定行為を実施していない者」の割合は31.6%であり、実施していない理由として「就業先で特定行為研修修了者が活動できる体制がない」が最も多く52.8%と報告されている²⁾。2021年8月に、当研修センターで行った調査（対象：当研修センターで研修を修了した者と、当法人に勤務する特定行為研修修了者）では、研修修了者の44%が「研修修了後の活動ができています」と回答した。活動ができていない研修修了者は、就業先の施設で「特定行為研修修了者の活動支援体制が整っている」と回答している。「特定行為を実施していない」と回答した者の割合は56%と全国平均を上回り、活動できない理由として、勤務する施設で特定行為研修修了者の位置づけや役割が明確になっていないこと、特定看護師についての認知度が低いこと、手順書作成等について医師の理解が得られないこと、研修修了者へのフォローアップ体制が不十分であること等が挙げられた。また、2022年8月に、当法人内の看護管理者（看護部長・看護副部長・看護師長）44名を対象に行った「特定看護師に関する意識・理解度について」のアンケート調査（37名回答）では、特定看護師の必要性について、90%が必要だと回答しているが、「特定看護師の活動があまり見えない」「特定看護師が何人いるのか分からない、修了している区分が分からない」という意見があり、特定看護師自身の働きかけ（自己アピール）が不足していることが示唆された。

2. 特定看護師の活動状況

現在、当法人の施設に勤務している特定看護師は13名（うち7名は当研修センターで研修を修了）で、活動を行っている者は7名である。活動内容は、組織横断的活動（クリニックの訪問診療への同行）、外来・病棟での特定行為の実施（胃ろうカテーテル交換、膀胱ろうカテーテル交換、侵襲・非侵襲的陽圧換気の設定の変更、人工呼吸管理されている者に対する鎮静剤の投与量の調整、人工呼吸器からの離脱、直接動脈穿刺法による採血、橈骨動脈ラインの確保）である。活動している特定看護師は、研修の指導支援者の役割を担っている者が多く、個人でしっかりと活動目標を掲げ特定行為の実践と継続につなげている。また、日本看護協会認定看護師資格を有する看護師（以下、認定看護師）は、既に認定看護師としての活動を行っており、特定看護師としても活動を始めやすい環境にあったと考えられる（例：皮膚・排泄ケア認定看護師が、創傷管理関連の特定行為研修を修了した場合）。このように研修修了者は、勤務する施設で特定行為について医師や看護師の理解を得ながら活動し、特定行為を実践している。

また特定行為を実践していない研修修了者からは、「多忙のため活動する時間が確保できない」という意見も聞くが、病棟で学習会を開催し知識を伝えたり、特定行為と特定行為研修について周囲の看護師に伝えたり等の活動を行っている。このような活動の機会を増やし、特定行為実践に向けて周囲に働きかけていくことで、モチベーションを維持してほしいと考える。

研修修了者（特定看護師）の活動推進

特定看護師として活動するために下記の3点が重要であると考ええる。

1. 特定行為研修者（特定看護師）の役割の明確化

施設内において特定看護師の位置づけを決定し、施設長、医師、看護部・看護管理者の理解と協力のもと、活動していくことが重要である。合わせて施設内の多職種からも理解が得られるよう、あらゆる場で発信していくことが必要であると考ええる。施設において特定看護師についての理解が深まり活動が増えることで、患者の状態に合わせたケア・処置が迅速に行えるようになり、医師業務のタスクシフトへつながると考えられる。

2. サポート体制の充実

特定行為研修修了後、直ぐに臨床の場で診断能力や技術を発揮することは難しい。特定看護師となった後も、継続的な指導を受けスキルアップしていける環境が必要である。特に、特定看護師になって1年目のフォローアップとして、活動時間の確保や特定看護師の指導にあたる指導者の確保が早急に必要である。研修修了後間もない特定看護師は、活動に対し大きな不安を抱えていると考えられる、安心して活動開始できるためにもサポート体制作りは重要である。

3. 特定看護師自身の努力

特定看護師として、特定行為を実践していくために目標を設定し計画を立案すること、知識を増やしスキルアップに努めていく必要がある。通常の看護業務を行いながら自己研鑽に励むことは、困難な状況になることも考えられるが、目標達成のために日々努力することが重要である。特定行為を実践するということは、ただ行為を行うだけではなく、特定看護師としての役割は何かを常に考えて活動していかなければならない。自分自身の活動を振り返り、知識・技術を高めていくことが必要である。

今村総合病院看護師特定行為 研修センターの今後の課題

1. 研修（教育）内容と評価について

1) 学習内容の確認とフィードバック

看護師特定行為研修は、e-learning 講義視聴や演習・実習、出講日の対面講義で学習を進めていく。この中の「演習」は、課題のほとんどがレポート提出であり、提出されたレポートは指導支援者が確認し、添削指導・フィードバックを行っている。しかし、受講者が自主学習している内容については詳細を確認できない状況であり、筆記試験の結果が評価となっている。知識の確認のためにも、受講者が学習した内容を確認し、フィードバックできるような体制の構築を検討したい。

2) 実習内容及び実習評価の検討

共通科目で行っている総合実習については、実習内容やロールプレイについて毎年評価を行い、内容検討を実施している。国が求める「実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的知識及び技能をもった必要とされる特定看護師」を養成すること、そして受講生が満足できる研修内容構築のためにも、評価・検討を積み重ねていく必要がある。特定行為の観察評価については、一定の基準で評価するために評価基準を示すことが必要である。評価者によって評価の視点が異なると受講生にとって不利益が生じる。指導にあたる医師や指導支援者の協力を得ながら、特定行為各区分の評価基準を早急に確立していく必要がある。

3) 看護師特定行為研修センターの評価

特定行為研修を効果的に進めていくためには、指導する側が評価を受けることも必要である。現在は、研修終了時（閉講式後）に満足度調査を行っている。受講者からの評価を受け、研修に対するニーズを把握し、指導体制・指導方法を改善し、受講生にとって有意義な研修内容になるよう、努力していく必要があると考える。

2. 支援指導者（特定看護師）の育成

当研修センターでは、特定行為研修修了後3～5年目の特定看護師に支援指導者を依頼している。特定看護師の役割には、特定行為研修生のサポート、看護師としてのロールモデルや看護師教育がある。特定行為研修の指導者を育成することは、看護師教育につながり、看護の質の向上にもつながっていくと考える。特定行為研修の指導者については、「指導に必要な経験及び能力を有し、またフィードバック技法やコーチング法、評価方法を身につけている者であること」とされ、「特定行為研修に必要な指導方法などに関する講習会を受講していること」が望ましい

とされている。

厚生労働省の看護師の特定行為研修に係る実習等の指導者研修の開催の手引き³⁾によると、「実習等の指導者は、特定行為研修の制度の目的及び特定行為研修を修了した看護師の役割を十分に理解し、指導に当たる必要がある」とされている。さらには、指導者のあり方として「特定行為研修の受講者である看護師は、これまでに受けてきた看護の教育・生涯学習とは異なる環境で学ぶことになることや、働きながら学ぶ者が想定されることから、指導者には、受講者の身体的・精神的コンディションにも配慮した指導が求められる」と明記されている。

当研修センターにおいても、支援指導者に講習会受講を推奨し、指導方法や評価方法を学んでもらっている。しかし、講習会で得た知識（指導方法、評価方法）を維持・向上できる支援指導者育成の体制が十分に整っていない状況である。今後、支援指導者のフォローアップ体制を構築することが必要である。講習会を受講し指導に携わっている支援指導者への「看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会」受講の推奨や、当研修センター独自の指導者育成プログラムを考案し、医師、看護部の協力をもらい指導体制を確立していけるよう努力していきたい。

3. 研修修了者（特定看護師）フォローアップ体制の構築

「特定行為研修修了者の活動状況」でも述べたが、研修修了者（特定看護師）のフォローアップが課題である。フォローアップ研修は、厚生労働省の「看護師の特定行為に係る研修機関の養给力向上支援事業」でその重要性が述べられ、特定行為研修修了者への支援の一環として、日本看護協会でも「特定行為研修修了者フォローアップ研修」が開催されている。

当研修センターでも、2021 年度にフォローアップ研修について検討し、西垂水看護師特定行為研修センター長をはじめ、当法人内の特定看護師、支援指導者と協議を重ね、研修開催を決定した。2022 年 2 月 5 日に開催した研修は、目的を「研修修了者が自己研鑽を継続する上で基盤を構築すること及び施設で活動するための支援を行う」とし、対象は「当センターで研修を修了した者と法人内の特定看護師」とした。研修を修了したばかりの特定看護師は、「どの様に活動したらよいのか」、「研修で得た知識・技術をどのように活かしたらよいのか」等、多くの不安を抱えており、特定看護師としての活動開始に至らないケースもある。そのため、研修目標を①特定行為実践活動を拡大するために必要な最新の情報や知識を得ることができる、②現場における特定行為実践の活動報告や活動の実際を共有し、今後の活動に活かせることができる、とし、技術や知識のフォローアップと同時

に、情報交換を行うことで、研修修了者の不安を軽減しモチベーションを維持できるように考えた。研修は 3 時間のプログラムで構成し、web 開催で 10 名が参加した。2022 年度も 2 月 18 日に開催予定である。

また、当研修センターでは、施設内・多職種への特定看護師の周知を目的に「特定看護師新聞」を定期的に発行・掲示し特定看護師を知ってもらう機会としている。今後、特定看護師についての理解が深まり、フォローアップ体制が整えられることで、特定看護師の活動の幅が広がり、患者へ安全・安楽で、よりタイムリーな看護を提供できると考える。

おわりに

特定行為研修制度が開始され、2022 年 10 月で 7 年が経過した。国は「2025 年までに特定行為研修修了者 10 万人以上を目指す」としていたが、2022 年 4 月時点の特定行為研修修了者は 4,832 人に留まり、その中には、実際に活動できていない特定看護師も含まれている。特定看護師は、診療の補助として、特定の医療行為を医師の包括的指示（手順書）をもとにタイムリーに行うことができる。当研修センターでも、特定行為研修指定研修機関として特定看護師の養成を続けると同時に、課題解決に向けて検討を重ね、当法人の看護の質向上に繋がるよう努力していきたい。

最後に、特定看護師は「看護師が医療行為を行うこと」だけが注目されがちであるが、医療行為を行う前には、看護師としての知識・技術に加え、病態や検査結果を把握・判断し、患者を総合的に診て特定行為を実践していることを述べておきたい。

利益相反

本発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

文献

- 1) 厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度」、<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>（最終閲覧日 2023 年 1 月 27 日）
- 2) 厚生労働省、第 29 回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会「資料 4 特定行為研修制度の推進について」、<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000977761.pdf>（最終閲覧日 2022 年 12 月 26 日）
- 3) 厚生労働省「看護師の特定行為研修に係る実習等の指導者研修の開催の手引き」、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078671.pdf>（最終閲覧日 2022 年 12 月 26 日）
- 4) 谷村利行：意識調査によりみえてきた特定看護師の今後の課題、日本医療マネジメント学会第 20 回九州・山口連合大会抄録集：138、2022



論文



当院における臍帯血移植の試み

中野 伸亮¹⁾、高塚 祥芝²⁾、徳永 雅仁¹⁾、宮園 卓宜¹⁾、小田原 淳¹⁾、
藤野 聡司¹⁾、竹内 昇吾²⁾、福山 美智子³⁾、牧野 桃子³⁾、垣添 有佳³⁾、
武清 孝弘⁴⁾、池田 清夏³⁾、宇都宮 與¹⁾、伊藤 能清¹⁾

- 1) 今村総合病院 血液内科
- 2) いづろ今村病院 血液内科
- 3) 今村総合病院 看護部
- 4) 今村総合病院 リハビリテーション部

要旨

臍帯血移植は、1988年に世界で初めて行われた移植法であり、1990年代後半以降、本邦でも行われる移植となった。当院では、2010年以前の時点で、臍帯血移植はほとんど行ってこなかったが、成人T細胞白血病/リンパ腫等、移植のタイミングが重要な疾患の移植などの必要性から、2011年以降、積極的に臍帯血移植を行ってきた。当初は、移植コーディネートの煩雑さ、放射線治療設備がない、臍帯血移植独特の合併症による高い移植関連死亡率など、経験不足や設備的な課題もあり、移植成績は困難を極めた。このような課題に対して、移植コーディネーターの養成を行い、潤滑な移植のコーディネートを可能とすること、当院独自の臍帯血移植における移植前処置の検討、移植合併症の予防、治療の改善、移植後長期フォローアップ外来の開始など、新たな試みを行うことで、移植成績の向上と共に、2010年当初は年間20-30件であった当院の移植件数は、2021年現在では、年間60件を超える件数となった。臍帯血移植に限れば、2021年度は40件を超えており、この数年は、全国的なレベルでトップクラスの件数となっている。また、2014年以降、当院の臍帯血移植の成績は向上しており、その要因としては、移植前処置の改良や移植のタイミングの改善などが寄与したと考えられた。移植医療は血液内科医のみならず、他科の医師、看護師、移植コーディネーター、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなど、移植チームとして多くの職種が関わっており、総合力が問われるうえ、一朝一夕には難しい医療である。当院は1992年から造血幹細胞移植に取り組んできたが、2022年は30周年に当たり、当院の移植医療は臍帯血移植の次のビジョンを見据えるべき分岐点にある。

キーワード：臍帯血移植、成人T細胞白血病/リンパ腫、チーム医療

緒言

同種造血幹細胞移植は最大限の抗腫瘍効果及び患者のリンパ球消滅による拒絶予防を期待した大量化学療法や全身放射線照射等による移植前処置と呼ばれる治療を行った後に、ドナーの造血幹細胞を移植することで、患者からドナーの造血システムに置き換え、正常造血の回復を期待する治療である。移植後は、ドナーのリンパ球を主体とした免疫環境となることから、移植前処置で駆逐できなかった腫瘍細胞を、ドナーの免疫機構で排除するという、免疫療法としての効果が得られるため、化学療法抵抗性を示す血液悪性腫瘍に対しても根治が期待できる。同種造血幹細胞移植の歴史は古く、第二次世界大戦中の原爆開発（マンハッタン計画）まで遡るが、

臨床的に移植医療としての可能性を示したのは、トーマスらによる報告に始まる¹⁾。その後、ヒト白血球抗原（Human Leukocyte Antigen：HLA）の概念や免疫抑制剤、感染症に対する治療法の向上などにより、近代移植医療は確立してきた^{2) 3)}。また、移植細胞源も、従来の骨髄に加え、顆粒球刺激因子（Granulocyte Colony Stimulating Factor：G-CSF）製剤を用いた末梢血幹細胞や、臍帯血、また、近年ではHLA半合致のドナーからの移植など、近年になっても移植法の開発は進んでいる。当院では、1992年から造血幹細胞移植を開始しており、2001年から臍帯血移植も手掛けてきた。（図1）

臍帯血移植とは、出産時に胎児と母体をつなぐ臍帯および胎盤の血液中の造血幹細胞を使用した移植であり、出産時に提供され、細胞は臍帯血バンク

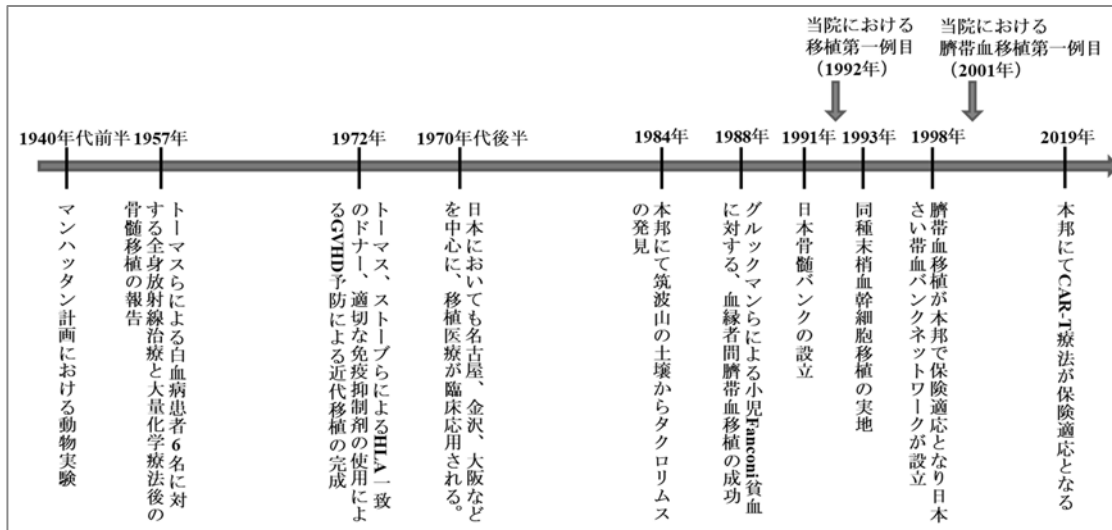


図1 同種造血幹細胞移植の歴史

で管理されているため、移植のタイミングを調整できるというメリットから、近年本邦の非血縁者間移植の中では最も汎用されている移植法である。他の造血幹細胞移植と比べ、移植を行うタイミングに制限がなく、日本人の95%以上で適合するドナーが見つかる一方、体重当たりの輸注細胞数が少ないことから、生着不全や生着遅延に伴う感染症などのリスクを伴うため、他の移植法と比べて難しい一面もあり、本邦では2010年代前半まで、臍帯血移植を積極的に行う施設は限られていた。

一方で、当院はヒトT細胞白血病ウイルス1型 (Human T-cell Leukemia Virus Type1 : HTLV-1) の流行地域に位置していることから、国内のみならず、世界的に見渡しても多くの成人T細胞白血病/リンパ腫 (Adult T-cell Leukemia/Lymphoma : ATL) 患者の診療を行っている。ATLは非常に予後不良な疾患であり、現時点では同種造血幹細胞移植のみが長期生存につながる治療と考えられている^{4) 5)}。ATLに対する臍帯血移植の成績は、本邦のレジストリデータからの報告では、移植後2年生存率で約2割と厳しいものである⁶⁾。しかしながら、ATLは寛解期の移植成績は良好である一方、非寛解期での移植成績は厳しいことから、タイミングよく臍帯血移植を行うことは、移植成績の向上に寄与する可能性がある。

当院において、2011年以降臍帯血移植が積極的に行われるようになったが、当初は移植前処置に使用する放射線治療機器がなく、また、至適な移植前処置も定まっていなかった。移植コーディネーター (Hematopoietic Cell Transplant Coordinator : HCTC) の介入が始まるまでは、移植のタイミングも遅れがちであった。また、臍帯血移植後の合併症による移植関連死亡の頻度が高く、特にATLに対する臍帯血移植の成績は極めて不良であった。しかしながら、これらの諸問題を改善した2014年以降、ATLをはじめとした血液悪性腫瘍に対する臍帯血移植の移植

成績は改善され、安定した生存成績となった。本稿では、2011年以降約10年間の当院における臍帯血移植の試み、特にATLに対する臍帯血移植を中心に総括し報告する。

患者および方法

患者

1992年11月から2022年4月までに当院で同種造血幹細胞移植が施行された595名 (男性365名、女性230名) を対象とした。各移植細胞源における年間移植件数の変遷を後方視的に見直し、臍帯血移植に関しては、日本造血細胞移植データセンターの公開データを使用し、他施設の移植件数との比較を行った。

また、ATLに関しては、初回同種移植症例を対象に、2014年前後に群分けを行い、年齢、ATL病型、移植前病期、移植細胞源、移植前処置、移植片対宿主病 (Graft-Versus-Host Disease : GVHD) 予防法等、診療録を元に後方視的に検討した。

生存解析および統計学的解析

ATL患者の患者背景因子に関しては、t検定、およびFisherの正確検定にて群間の比較を行った。

臍帯血移植症例に関しては、移植後全生存期間 (Overall Survival : OS) の比較を2014年前後の2群間で行った。また、ATLに対する同種移植症例に関しては、OS以外の生存成績に関しても比較した。OSは、移植日から生存確認日までの日数と定義し計算した。累積再発再増悪率 (Relapse Rate : RR) は移植後早期再発を、また、非再発死亡率 (Non-Relapse Mortality : NRM) は、移植後再発再増悪をそれぞれ競合イベントとして解析した。2014年前後の2群間で、OSはlogrank検定を用いて比較を行い、RR、NRMに関しては、Gray検定にて累積発症率を比較した。

また、OSはCox比例ハザード回帰を用い、RRとNRMはFine-Gray比例ハザード回帰を用いてそれぞれ回帰分析を行った。p値0.05未満を統計学的有意と定義した。

統計学的計算は、EZRを用いて行った⁷⁾。

当院における移植成績改善に対する試み

移植患者に関する多職種カンファレンスを、週2回、定期的に行い、多角的な問題点の抽出、およびそれに対する議論を行った。

最適なタイミングでの移植を行うために、骨髄バンクからの非血縁移植を待つことを止め、積極的に臍帯血移植などの代替ドナーからの移植を進めることとした。円滑なコーディネートを行うため、HCTCの当院における立場の確立に努めた。また、年齢や疾患ごとの前処置の確立を行い、主に骨髄系腫瘍においては、フルダラビン、ブスルファン、メルファランによる前処置を、また、リンパ系腫瘍に対しては、フルダラビン、メルファランによる前処置を行うようになった。また、放射線治療機器がなかったことから、non-TBI (Total Body Irradiation) レジメンによる臍帯血移植を積極的に試みた。

ATLに関しては、移植のタイミングを、全身化学療法開始後3カ月を目途に施行することを目指した。新規薬剤の移植前後の安全かつ有効な使用方法をフローサイトメトリーの使用によるリンパ球動態の解析等により検討した。

GVHDやその他の移植後合併症への対策に関しては、少量メソトレキセートの使用の導入や抗真菌薬、

抗真菌薬、抗ウイルス薬の使用方法の見直し、及び肝中心静脈閉塞症/肝類洞閉塞症候群 (Veno Occlusive Disease / Sinusoidal Occlusive Syndrome : VOD/SOS) や移植後微小血管障害 (Transplant Related Microangiopathy : TMA) などの合併症対策として、凝固系の安定、血管保護目的のリコモジュリンの使用などを試みた。

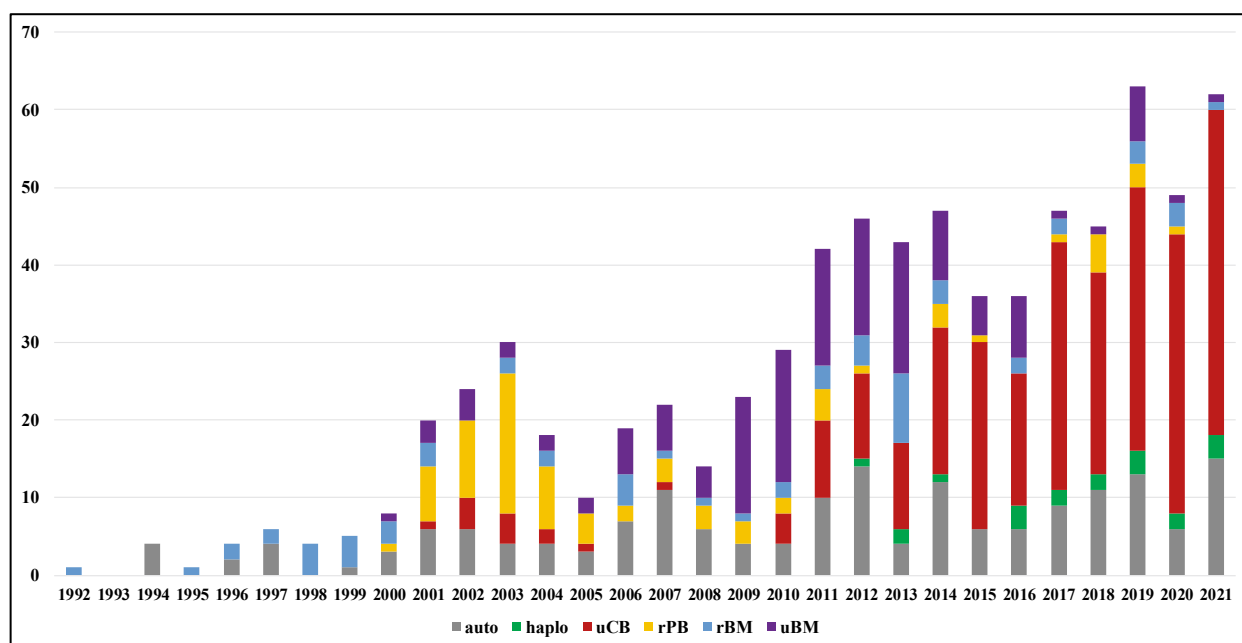
移植後長期の合併症の評価に関しては、長期フォローアップ (Long-Term Follow Up : LTFU) 外来の開設を行い、眼科や歯科口腔外科、リハビリテーション科の協力も得ながら、移植後長期間にわたる定期的な多角的評価を行うことを始めると同時に、LTFUナースの育成に努めた。

結果

患者背景

移植時年齢中央値は54歳 (16-79) であった。全症例における移植細胞源は、臍帯血283名、非血縁骨髄147名、血縁者間末梢血幹細胞81名、血縁者間骨髄61名、HLA不一致血縁ドナー23名であった。年度別の移植件数では、移植件数は2011年以降増加傾向であり、2019年度には初めて年間移植件数60件を超えた。(図2)

臍帯血移植に限った件数では、2011年以降増加傾向であり、2017年、2018年、2019年、2021年度は全国第3位、2020年度は第4位であった。(表1)



2011年以前では、臍帯血移植症例は少数であったが、2011年以降積極的に施行されており、現在では年間30-40件程度行われており、同種移植の大半を占めている

*注釈 auto : 自家移植、haplo : HLA 半合致移植、uCB : 臍帯血移植、rPB : 血縁者間末梢血幹細胞移植、rBM : 血縁者間骨髄移植、uBM : 非血縁者間骨髄移植、

図2 当院の年度別移植症例数

ATLに対する同種移植は177名（男性101名、女性76名）に対して施行されており、ATL患者に限れば年齢中央値は56歳（32-75）であった。2013年以前と2014年以降の年齢中央値はそれぞれ52歳（32-69）、61歳（40-75）と近年では10歳ほど高齢の患者となっていた（ $P<0.001$ ）。ATLの病型は、急性型70名、リンパ腫型50名、慢性型4名であった。移植細胞源は、臍帯血84名、非血縁者間骨髄50名、血縁者間末梢血幹細胞20名、血縁者間骨髄18名、HLA不一致血縁ドナー5名に対して行われており、2014年度以降は臍帯血移植症例が67名/85名と、8割程度を占めた（ $P<0.001$ ）。移植時病期は寛解期（Complete Remission：CR）49名、非寛解期（non-CR）59名であった。移植前処置は、骨髄破壊的移植前処置

（Myeloablative Conditioning regimen：MAC）が78名、強度減弱移植前処置（Reduced Intensity Conditioning regimen：RIC）が99名であり、2014年以降はRICの症例が75名/85名と大半を占めており、2013年以前と比べて有意に増加した（ $P<0.001$ ）。同種造血幹細胞移植後のリスク評価（Hematopoietic Cell Transplantation-specific Comorbidity Index：HCT-CI）に関しては、HCT-CIスコアが0点151名、1点10名、2点8名、3点以上が8名であった。

診断から移植日までの日数の中央値は192日（46-5573）であり、2013年以前と2014年以降ではそれぞれ215.5日（57-1974）と167日（46-5573）であり、近年の症例では50日ほど早いタイミングで移植が行われる傾向があった（ $P=0.091$ ）。（表2）

表1 国内臍帯血移植件数上位施設

2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021年度	
施設名	件数	施設名	件数	施設名	件数	施設名	件数	施設名	件数
虎の門病院	132	虎の門病院	112	虎の門病院	126	虎の門病院	109	虎の門病院	102
神奈川県立がんセンター	42	神奈川県立がんセンター	42	神奈川県立がんセンター	49	神奈川県立がんセンター	46	神奈川県立がんセンター	48
今村総合病院	31	今村総合病院	27	今村総合病院	34	虎の門病院分院	45	今村総合病院	42
北九州医療センター	26	都立駒込病院	22	札幌北楡病院	28	今村総合病院	36	虎の門病院分院	35
倉敷中央病院	23	筑波大学	21	筑波大学	27	東海大学	30	東北大学	24
		東京慈恵会医科大学				広島赤十字・原爆病院			
		長野赤十字病院							

表2 当院における ATL 同種移植施行患者の背景

Variables	total (n=177)	1998-2013 (n=92)	2014-2022 (n=85)	P-value
Age				<0.001
median (range)	56 (32-75)	52 (32-69)	61 (40-75)	
Gender				0.652
male	101	54	47	
female	76	38	38	
ATL types				0.239
acute	140	77	63	
lymphoma	29	11	18	
chronic	8	4	4	
Stem cell sources				<0.001
CB	84	17	67	
non-CB	93	75	18	
UBM	50	40	10	
Sib-PB	20	16	4	
Sib-BM	18	16	2	
Haplo	5	3	2	
Conditioning regimens				<0.001
MAC	78	68	10	
Bu/Cy base	46	45	1	
TBI/Cy	10	9	1	
Flu/Bu4 base	10	10	0	
Flu/Mel200	12	4	8	
RIC	99	24	75	
Flu/Mel140	78	6	72	
Flu/Bu2 base	18	18	0	
Flu/Mel80/TBI	3	0	3	
Disease status				0.362
CR	76	43	33	
non-CR	101	49	52	
PR	3	0	3	
SD	3	0	3	
PD	92	46	46	
ND	3	3	0	
HCT-CI				0.900
0	151	80	71	
1	10	4	6	
2	8	4	4	
>=3	8	4	4	
Time to SCT from Dx				0.091
median (range)	192 (46-5573)	215.5 (57-1974)	167 (46-5573)	

*注釈

CB：臍帯血

UBM：非血縁骨髄移

Sib-BM：血縁者間末梢血幹細胞

Sib-BM：血縁者間骨髄

Haplo：HLA 半合致ドナー

MAC：骨髄破壊的移植前処置

RIC：強度減弱移植前処置

CR：完全寛解

PR：部分寛解

SD：病勢安定

PD：病勢進行

HCT-CI：同種造血幹細胞移植後のリスク評価

SCT：造血幹細胞移植

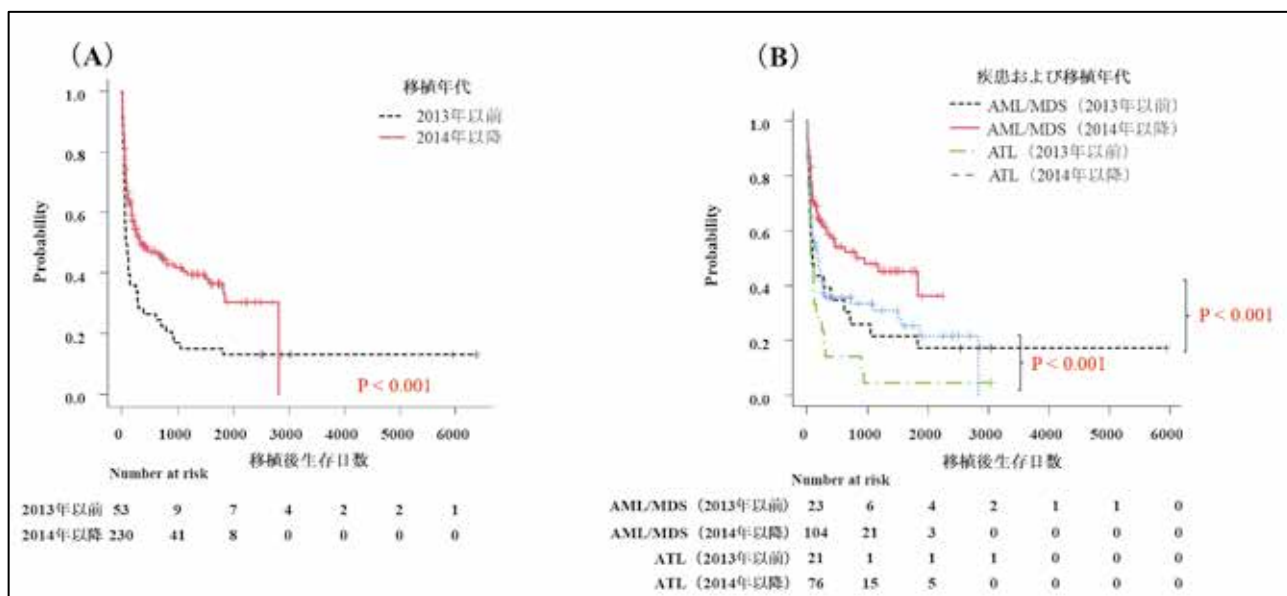
Dx：診断

生存成績

臍帯血移植症例全例における、移植後2年OSは、2013年以前と2014年以降では、22.6%、45.5%と有意な改善を認めている ($P < 0.001$)。疾患別では、ATL、および急性骨髄性白血病、骨髄異形成症候群などの骨髄系腫瘍ともに、2014年以降有意な改善を認めた ($P < 0.001$)。(図3)

ATLに対する臍帯血移植後の生存成績は、2013年

以前と比べ、2014年以降では有意に改善した (HR : 0.53, 95%CI : 0.300-0.945, $P = 0.0314$)。累積再発・再増悪は年代間で変わりはないが (HR : 0.85, 95%CI : 0.3882-1.84, $P = 0.67$)、累積非再発死に関しては、2013年以前と2014年以後では有意な改善を認めた (HR : 0.41, 95%CI : 0.182-0.933, $P = 0.033$)。(図4、図5)

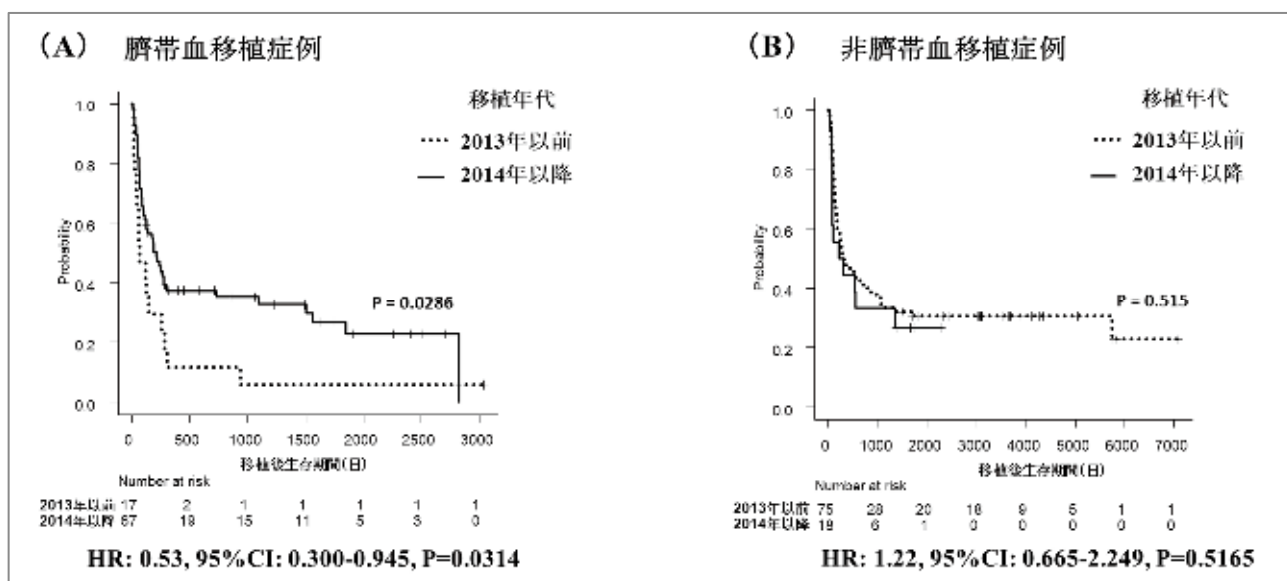


(A) 臍帯血移植症例全症例における、年代別移植後全生存に関する比較

(B) ATL 及び AML/MDS における年代別移植後生存に関する比較

* 注釈 AML : 急性骨髄性白血病 (Acute Myeloid Leukemia)、MDS : 骨髄異形成症候群 (Myelodysplastic Syndromes)

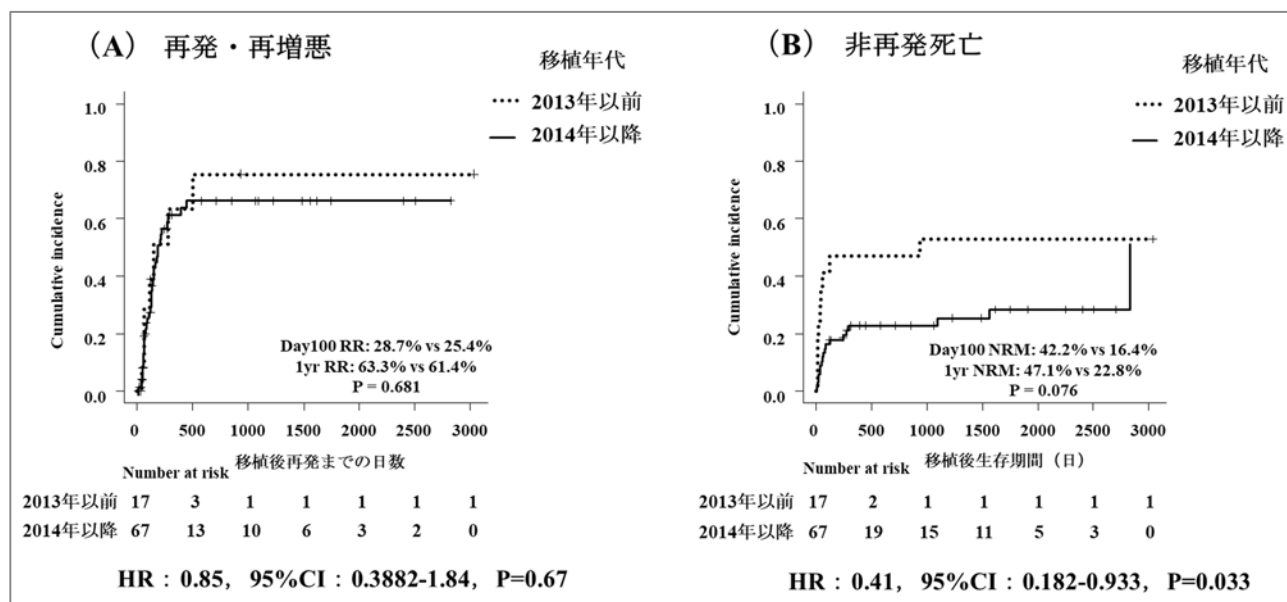
図3 臍帯血移植の年代別生存成績



(A) 臍帯血移植症例における年代別移植後生存に関する比較

(B) 非臍帯血移植症例における年代別移植後生存に関する比較

図4 ATL に対する年代別、移植細胞源別生存成績



(A) 累積再発・再増悪に関する年代別比較

(B) 累積非再発死亡に関する年代別比較

図5 ATLに対する臍帯血移植後再発・再増悪、及び非再発死亡に関する年代別比較

チーム医療の向上

2012年よりHCTCの育成を開始し、2016年には、日本造血細胞移植学会（現在日本造血・免疫細胞治療学会）認定のHCTCが1名誕生した。また、学会の講習を修了したLTFU外来を担当する看護師も述べ10名となった。

学会認定の造血細胞移植認定医に関しては、当院ではこれまで延べ6名が認定され、2018年から開始された移植認定施設制度において、制度開始当初からカテゴリー1の施設基準を満たす施設として認定された。

また、LTFU外来に関しては、毎週1回、一日3名の枠で行われており、多角的な慢性GVHDの評価をはじめ、二次性発がん発症リスクの啓蒙、ウイルス抗体価や内分泌検査などによる評価が行われている。

2011年以降、医師、理学療法士から、複数の移植に関連した医学論文の発表がされており^{8), 9), 10), 11), 12), 13)}、また、毎年多職種から多数の臨床研究が国内外の移植関連の学会で発表されている。

考察

当院における同種移植症例では、近年臍帯血移植症例が増えており、全国有数の症例数となっている。しかしながら、臍帯血移植を本格的に開始した当初は、移植のタイミングや合併症に対する対応など、改善すべき点が多く、高い移植関連死亡率のため、非常に成績が不良であった。同種移植をタイミングよく行うための手段としては、移植細胞源を臍帯血

やHLA半合致ドナーからの移植などの代替ドナーからの移植を躊躇なく行うこと、また、コーディネートを潤滑に行うための人員として、HCTCの存在が重要であった。当院では、代替ドナーとして、臍帯血移植に力点を置き、症例、及び経験を重ねた。HCTCに関しては、移植前後のドナー、患者に対する医療サイドとは一線を画した第三者としての立場で関わりを持つことで、倫理的にも必要な存在である。当院における移植症例の増加の要因としては、臍帯血移植へのシフトと、HCTCの関与による功績が大きかったことが考えられる。2016年当時全国でも数名しか存在しなかった、学会認定のHCTCを同年に1名育成できており、2022年現在、更に1名が研修中である。

経験症例数の増加と同時に、施設内での人材育成が近年進み、学会認定のHCTCやLTFU外来看護師、及び移植認定医が増え、当院は移植認定施設制度開始当初からすべての造血細胞移植を問題なく行うことができるカテゴリー1の施設となった。これは、当時九州では5施設しか認定されていなかったことを考えると、早い時期からhigh volume centerとしての自覚を持った施設構築を行ってきたことによると考えられる。

ATLの移植に関して、2014年以降では、ほぼ単一レジメンを用いたRICによる臍帯血移植に固めて行うことで、移植後非再発死亡を抑えることに成功し、飛躍的な生存成績の向上を達成した¹³⁾。特に、早期タイミングでの移植が可能となり、より高齢の患者に対しても移植が施行できており、経験に基づく移

植チームとしてのレベルアップがなされたことがうかがえる。また、GVHDのリスクを高めることが懸念される、モガムリズマブやレナリドミドなどのATLに対する新規の薬剤の使用に際しては、マルチカラーフローサイトメトリーの使用による、リンパ球動態、特に制御性T細胞（T-reg）の動態に着目した使用法を行い、安全かつ有効な使用ができています。しかしながら、依然として高い移植後再発率を認めており、今後解決すべき課題である。

同種移植医療は、この数十年で様々な進歩を遂げ、現在でも日進月歩の発展をみている。近年では、キメラ抗原受容体T細胞（CAR-T）療法と呼ばれる、腫瘍細胞を特異的に攻撃するT細胞による、所謂免疫治療が注目されており、今後の細胞治療における有望な治療オプションとなることが考えられる。当院はこれまで造血幹細胞移植医療に30年間取り組んできたが、今後もこのような時代の変遷に対応しながら、更なる治療成績の改善に臨んでいかなければならない。

謝辞

本報告は、多くの血液内科病棟及び外来看護師、薬剤師、理学療法士、検査技師、栄養士、医療ソーシャルワーカー、及び、他科診療科の医師等の当院医療スタッフによる日々の献身的な診療の元にあり、筆者一同、感謝するとともに、厳しい疾患に対して、真摯に向き合い、勇気をもって移植医療に臨まれた多くの患者様に、心からの謝意と敬意を表する。

利益相反

本稿の内容に関して、著者らに開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Appelbaum FR : Hematopoietic-Cell transplantation at 50, N Engl J Med 357 : 1472-1475, 2007
- 2) Thomas ED, Storb R, Clift RA, et al : N Engl J Med 292 : 832-843, 1975
- 3) Thomas ED, Backner CD, Clift RA, et al : Marrow transplantation for acute nonlymphoblastic leukemia in first remission. N Engl J Med 301 : 597-599, 1979
- 4) Utsunomiya A, Miyazaki Y, Hanada S, et al : Improved outcome of adult T cell leukemia/lymphoma with allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant 27 (1) : 15-20, 2001
- 5) Hishizawa M, Kanda J, Utsunomiya A, et al : Transplantation of allogeneic hematopoietic stem cells for adult T-cell leukemia : a nationwide retrospective study. Blood 116 (8) : 1369-1376, 2010
- 6) Kato K, Choi I, Wake A, et al : Treatment of patients with adult T cell leukemia/lymphoma with cord blood transplantation : a Japanese nationwide retrospective survey. Biol Blood Marrow Transplant 20 (12) : 1968-1974, 2014
- 7) Kanda Y : Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. Bone Marrow Transplant 48 (3) : 452-8, 2013
- 8) Takekiyo T, Dozono K, Mitsuishi T, et al : Effect of exercise therapy on muscle mass and physical functioning in patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Support Care Cancer 23 (4) : 985-92, 2015
- 9) Takekiyo T, Dozono K, Mitsuishi T, et al : Recovery of physical function and quality of life in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation : a 1-year follow-up. Bone Marrow Transplant 51 (8) : 1127-30, 2016
- 10) Takekiyo T, Dozono K, Nara S, et al : Gender differences in physical function and muscle mass change in patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant 52 (10) : 1460-1462, 2017
- 11) Tokunaga M, Uto H, Takeuchi S, et al : Newly identified poor prognostic factors for adult T-cell leukemia-lymphoma treated with allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Leuk Lymphoma 58 (1) : 37-44, 2017
- 12) Nakano N, Kubota A, Tokunaga M, et al : High incidence of CMV infection in adult T-cell leukemia/lymphoma patients after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant 49 (12) : 1548-1549, 2014
- 13) Nakano N, Takatsuka Y, Kubota A, et al : Cord blood transplantation with a reduced-intensity conditioning regimen using fludarabine and melphalan for adult T-cell leukemia/lymphoma. Int J Hematol 113 (6) : 861-871, 2021

第2回慈愛会学会学術集会口演発表最優秀賞

糖尿病患者における心不全のリスク軽減に向けた当院の取り組み

臼田 歩実¹⁾、湯浅 由合¹⁾、泉 琴美¹⁾、
山下 誠²⁾、木佐 貫 彰²⁾、長野 真二郎²⁾

1) いづろ今村病院 臨床検査科

2) いづろ今村病院 循環器内科

要旨

心不全症例の半数を占める収縮機能の保たれた心不全（Heart Failure with preserved Ejection Fraction：HFpEF）の予後は、他の心不全と同等であるにも関わらず自覚症状に乏しく早期発見が困難であることが問題視されている。そこで新たな心機能の評価項目として注目されているのが GLS（Global Longitudinal Strain）である。GLS の低下は心疾患の既往がない糖尿病（Diabetes mellitus：DM）患者において心事故の発生と密接な相関を有し、患者の予後予測とリスク層別化に役立つと報告されていることから、当院循環器内科では 2021 年 10 月より糖尿病内科から依頼のあった心臓超音波検査において一般的な心機能評価に加えて GLS を計測している。当院での実態を調査するべく 2021 年 11 月から 2022 年 3 月の期間に施行した心臓超音波検査より収縮機能が保たれた 76 例を抽出し、糖尿病患者（DM 群 n=31）と非糖尿病患者（非 DM 群 n=45）に分類し GLS を計測した。有意水準を 5% とした t 検定および視覚的な評価を目的に作成した箱ひげ図より、今回抽出した 76 例において非糖尿病患者と比較し糖尿病患者では有意に GLS が低下しているという結果が得られた。GLS は検査者の特別な技術を必要とせず簡単に計測できる一方で、検査機器設備の面で計測できる施設に限られる。世界的に糖尿病患者が増加しており¹⁾、自覚症状に乏しい HFpEF も増えていると考えられる。今後もかかりつけ医をはじめとした地域の病院やクリニック等と連携し糖尿病患者における心不全のリスク軽減に取り組みたい。

キーワード：HFpEF、GLS、SGLT2 阻害薬

序文

収縮機能の保たれた心不全（Heart Failure with preserved Ejection Fraction：HFpEF）は心不全症例の半数を占めるといわれており¹⁾、そのうち約 3～4 割は糖尿病を合併しているといわれていることから、HFpEF を引き起こす疾患のひとつとして糖尿病性心筋症が注目されている。糖尿病性心筋症は冠動脈疾患や高血圧、弁膜症を伴わない糖尿病に合併した心筋障害・心室機能障害である。心筋組織の繊維化・リモデリングから心肥大や左室拡張能の障害が生じ、左室駆出率の低下・症候性の心不全へと進行するとされている²⁾。HFpEF の予後は他の心不全と同等であるにも関わらず、病初期には自覚症状に乏しい上に左室駆出率等の従来の主要な心機能の評価項目だけでは検出できず早期発見が難しいことが問題となっている。

HFpEF は左室拡張機能の障害に起因するといわれており、左室駆出率の低下した心不全（Heart Failure with reduced Ejection Fraction：HFrEF）と区別するために HFpEF と呼ばれる。診断は、臨床的に心不全症状を呈し、左室駆出率が 50%以上と保たれており、左室拡張能障害を有する、の 3 点を基準として考えられて

いる³⁾。心臓超音波検査による左室拡張機能の評価では、パルスドプラ法を用いた左室流入血流速波形、肺静脈血流速波形、組織ドプラ法による僧帽弁輪最大移動速度、断層法による LAVI（Left Atrial Volume Index：左房容積係数）などが用いられるが、不整脈や弁膜症の存在により評価困難とされ診断に至らない場合も多く総合的な判断が必要である。HFpEF のように左室駆出率が保たれている際に用いられるフロー図を図 1 に示す。

また近年、簡便に HFpEF を診断する試みとして、HFpEF と関連のある背景因子を変数として点数化する

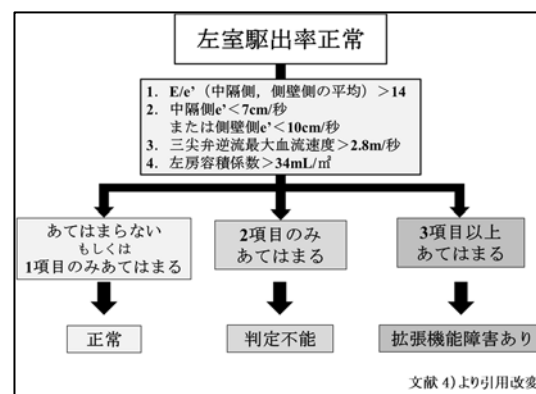


図 1 HFpEF 患者における拡張機能障害の診断

H₂FPEF スコアが提唱されている³⁾。H₂FPEF とは、「H」 Heavy：肥満 (BMI (Body Mass Index/ボディマス指数) 30kg/m²)、「H」 Hypertension：高血圧 (2種類以上の降圧薬の内服)、「F」 Atrial Fibrillation：心房細動、「P」 Pulmonary Hypertension：肺高血圧症、「E」 Elder：高齢、「F」 Filling Pressure：左房圧上昇、の頭文字である。

さらに、HFpEF を診断する指標の一つとして期待されているのが心臓超音波検査によって得られる GLS である。GLS は左室長軸方向における心筋の変化率を数値化したもので、スペックルトラッキング法によるストレイン解析によって求められる。健常者の GLS は 20% (絶対値) 以上とされている⁴⁾。スペックルトラッキング法によるストレイン解析とは、超音波画像として映し出された心筋上の任意の点 (スペックル) を追跡し、拡張期から収縮期にかけて移動した距離を経時的に測定することで心筋の壁運動を定量化する方法である。「strain (ストレイン)」は日本語で「歪み、ひずみ」と訳され、物体に力が加わった時にその物体にどの程度の歪み・ひずみが起こるのかを表すものである。左室長軸方向への歪みは LS (Longitudinal Strain)、心筋の中心部方向への歪みは RS (Radial Strain)、心筋の円周方向への歪みは CS (Circumferential Strain) として評価され、左室心尖部四腔像、左室心尖部二腔像、左室心尖部長軸像における LS から求めた GLS は左室駆出率と並ぶ左室収縮機能の指標として注目されている⁵⁾。解析結果の例を図 2 および図 3 に示す。

GLS の低下は心疾患の既往がない糖尿病患者において心事故の発生と密接な相関を有し、患者の予後予測とリスク層別化に役立つとの報告もあり⁶⁾、当院循環器内科では 2021 年 10 月より糖尿病内科から依頼のあった心臓超音波検査において、一般的な心機能評価に加えて GLS を計測している。

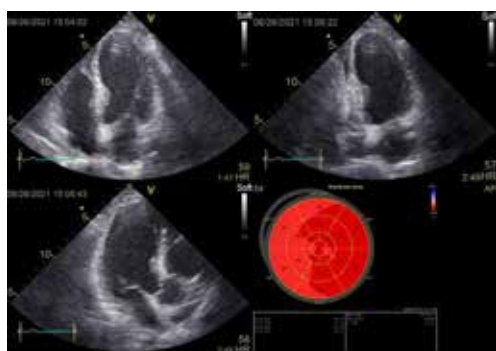


図 2 GLS 解析結果例 1

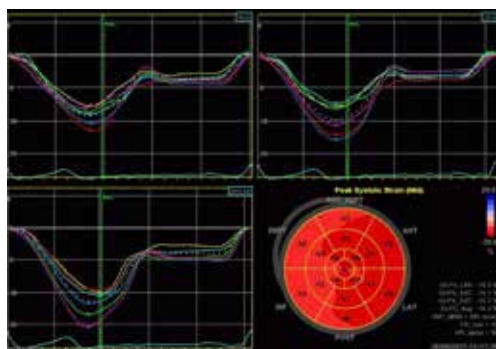


図 3 GLS 解析結果例 2

方法

当院での実態を調査するべく、2021 年 11 月から 2022 年 3 月の期間に施行した心臓超音波検査より収縮機能が保たれた 76 例を抽出し、糖尿病患者 (DM 群 n=31) と非糖尿病患者 (非 DM 群 n=45) に分類し GLS を計測した。検査者間の測定誤差および主観による影響を除くために、本研究においては左室駆出率が 55% 以上で収縮機能が保たれていると判断した。計測には超音波診断装置 VividS60 (GE ヘルスケア社) を用いた。解析には対応のない t 検定を用い有意水準を 5% とした。また、データのばらつきを視覚的に評価するために箱ひげ図を作成し比較検討した。統計解析には匿名加工情報を用い、個人が特定できないよう配慮した。

結果

糖尿病患者 (DM 群 n=31) における GLS の最大値は 20%、中央値は 16%、最小値は 7% であった。非糖尿病患者 (非 DM 群 n=45) における GLS の最大値は 25%、中央値は 18%、最小値は 11% であった。

有意水準を 5% とした t 検定において、 $p=0.005$ (< 0.05) であり DM 群と非 DM 群の GLS に有意差があることがわかった。視覚的な評価を目的に作成した箱ひげ図 (図 4) では、非 DM 群と比較し DM 群において GLS が低下していた。

さらに同じ 76 例において、性別 (女性 n=33、男性 n=43) および高血圧症の有無による分類 (高血圧群 n=36、非高血圧群 n=40)、糖尿病患者 (n=31) における高血圧症の有無による分類 (DM-高血圧群 n=16、DM-非高血圧群 n=15) においても有意水準を 5% とした t 検定を用いてそれぞれ解析、比較検討を行ったが、有意差はみられなかった。

以上より、今回抽出した 76 例において非糖尿病患者と比較し糖尿病患者では有意に GLS が低下していた。一方で、性別・高血圧症の有無による GLS に有意差はなかった。

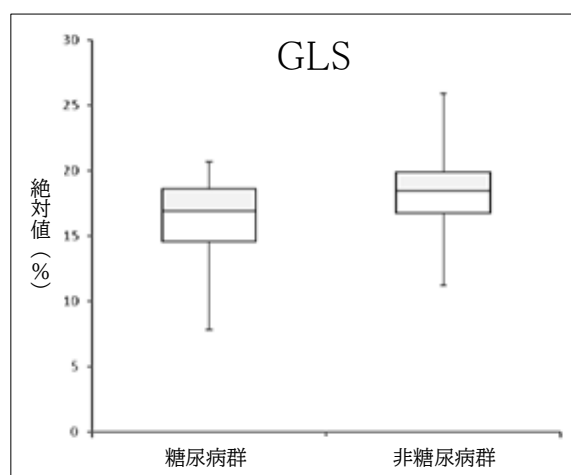


図 4 箱ひげ図

考察

心臓の解剖学的構造は内側より心内腔・心内膜・心筋・心外膜（臓側心膜）・心膜腔・壁側心膜・心嚢（線維性心膜）の順である。左室心筋は心内膜側から心外膜側にかけて内斜走筋、輪状筋、外斜走筋の3層からなり、中層にあたる輪状筋は円周方向に、内斜走筋と外斜走筋は長軸方向に走行しており全体的にはらせん状に走行している⁵⁾。正常心筋における収縮運動は心外膜側と比較し心内膜側で大きい。それに伴い心内膜側では酸素需要が高く、エネルギー代謝系も活発で血流量が増加していることから虚血にさらされやすい性質を持っている⁷⁾。心不全の病初期には心外膜側（外斜走筋）の代償機序により計測上の左室駆出率が保たれている場合もあり⁸⁾、自覚・他覚症状に乏しいとなると早期の治療介入が困難となる。したがって、糖尿病をはじめとした心機能低下のリスクがある患者に対しては HFpEF のような病態があることを想定し、一般的な心機能評価に加えて GLS による評価が有用であると考えられる。

結語

これまで HFpEF は HFrEF と異なり有効な治療法が十分には確立しておらず、ガイドライン上もうっ血に対する利尿剤や併存症に対する治療を行うこととなっていた。しかし 2022 年になり Sodium-glucose cotransporter2（以下：SGLT2）阻害薬が、糖尿病の有無にかかわらず心不全による初回入院を減少させることが示された⁹⁾。SGLT2 阻害薬は腎臓の尿細管における糖の再吸収を阻害し余分な糖を尿に排出して血糖を下げる糖尿病治療薬である一方で、糖尿病合併の有無にかかわらず心血管イベント（心筋梗塞や脳梗塞などに代表される心血管系の病気）を減少させた可能性があることを示すエビデンスが近年多数発表されており、心臓をはじめとする臓器の保護作用が注目されている¹⁰⁾。米国食品医薬品局（FDA）により 2020 年には慢性心不全に係わる効果・効能で、2021 年には成人心不全患者での心血管死および心不全による入院リスクを減少させる治療薬として承認され、さらに 2022 年には左室駆出率を問わない心不全に対する適応の拡大が承認され、その後日本でも承認された。

以上のような現状を踏まえた当院の取り組みとして、既に糖尿病内科で使用している「糖尿病・病診連携クリニカルパス予定表」に心臓超音波検査を組み込む計画がある。一般的な心機能評価に加えて GLS を計測することで HFpEF をはじめとした心不全を早期発見・治療介入できる診療体制を循環器内科と糖尿病内科が連携し構築中である。GLS は検査者の特別な技術を必要とせず簡単に計測でき、検査時間も通常と比較しほとんど変わらないため患者への負担も少ない。

その一方で、検査機器設備の面で計測できる施設に限られる。世界的に糖尿病患者が増加しており¹¹⁾、超高齢社会へととなりつつある我が国では自覚症状に乏しい HFpEF の患者数がさらに増加していくものと予想される。今後もかかりつけ医をはじめとした地域の病院やクリニック等と連携し、糖尿病患者における心不全のリスク軽減に取り組みたい。

利益相反

本研究に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業・法人組織や営利を目的とした団体はない。

文献

- 1) Yogesh N V Reddy, Rickey E Carter, Masaru Obokata et al : A simple, evidence-based approach to help guide diagnosis of heart failure with preserved ejection fraction. *Circulation* 138 (9) : 861-870, 2018
- 2) 米持英俊：糖尿病での心筋障害—糖尿病性心筋症とは—、愛媛県立医療技術大学紀要 11 (1) : 1-7, 2014
- 3) 日本循環器学会/日本心不全学会「2021年JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版急性・慢性心不全診療（2021年9月10日更新）」、http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/guideline_20220308_1.pdf（最終閲覧日2022年11月25日）
- 4) 井上勝次, Otto A. Smiseth : 一冊まるごとストレイン左室の評価に活かす Global longitudinal strain (GLS) を測る—正常値は？駆出率とどこが違うの？、心エコー 20 (3) : 268-274, 2019
- 5) 山崎歌音：スペックルトラッキング法によるストレイン解析、藤田医科大学医学会誌 45 (1) : 19-25, 2021
- 6) Cardiovascular Diabetology 「Ju-Hua Liu, Yan Chen, Michele Yuen et al : Incremental prognostic value of global longitudinal strain in patients with type 2 diabetes mellitus」 2016, <https://cardiab.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12933-016-0333-5.pdf>
- 7) 浅沼俊彦、中谷敏：心エコー図による心筋虚血の診断 心筋層内の微細な動きの差異による心筋虚血の評価、心臓 42 (5) : 606-611, 2010
- 8) Y Kuwada, K Takenaka : Transmural Heterogeneity of the Left Ventricular Wall : Subendocardial Layer and Subepicardial Layer. *J Cardiol* 35 (3) : 205-218, 2000
- 9) Boehringer Ingelheim 「左室駆出率が保たれた慢性心不全患者を対象とした国際共同第III相・検証試験（EMPEROR-Preserved試験）」（2022年4月6日サイト公開）、<https://pro.boehringer-ingelheim.com/jp/product/jardiance/chf-emperor-preserved-test-results>（最終閲覧日2022年11月25日）
- 10) 上野一弘：SGLT2阻害薬による Global Longitudinal Strain (GLS) に対する効果の検討、心臓 52 (8) : 867-878, 2020
- 11) International Diabetes Federation 「IDF Diabetes Atlas 10th edition 2021」, https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf（最終閲覧日2022年11月25日）

今村総合病院Stroke care unitの多職種連携

松 元 龍¹⁾、堂園 浩一朗²⁾、津曲 麻美¹⁾、東 慎 也¹⁾、鮫島 悠子¹⁾、丸岡 由佳¹⁾、
今村 ゆかり³⁾、浜 崎 彩⁴⁾、細 樺 由花⁴⁾、中村 久美⁴⁾、池田 祐太³⁾、神田 直昭⁵⁾

- 1) 今村総合病院 リハビリテーション部
- 2) 今村総合病院 リハビリテーション科
- 3) 今村総合病院 事務部
- 4) 今村総合病院 看護部
- 5) 今村総合病院 脳神経内科

要旨

【はじめに】今村総合病院は脳卒中集中治療室（Stroke Care Unit：SCU）を9床有しており、脳卒中患者は発症早期から集中的な治療及び早期のリハビリテーションが開始されている。今回2017年度と、2018年度から2020年度の活動を踏まえ、入院日数や患者の日常生活動作、誤嚥性肺炎発症率への影響を調査した。【方法】2017年4月から2021年3月に当院SCUに入室し、リハビリテーションが実施され、欠損データを除外した1504名を調査対象とした。各年度の性別、年齢、診断名、転帰、入院日数、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure：FIM）、誤嚥性肺炎の有無、入院から誤嚥性肺炎発症までの日数を後方視的に解析した。【結果】2017年度/2018年度/2019年度/2020年度の順に、年齢は（72歳/77歳/77歳/75歳）と有意差を認めた（ $p<0.01$ ）。入院日数は（19日/17日/18日/17日）と有意に短縮していた（ $p=0.001$ ）。FIMは認知FIMが（22点/24点/25点/26点）と改善傾向を認めた（ $p<0.05$ ）。誤嚥性肺炎の発症率は（11.3%/7.0%/10.6%/7.9%）と減少傾向を示し、入院から肺炎発症までの日数は、（7日/4日/3日/3日）と有意に短縮していた（ $p<0.01$ ）。【考察】2018年度SCU看護師と毎月の勉強会にて共通言語の確立や積極的な離床、短時間頻回の機会離床に努めた。2019年度は毎週SCU看護師とカンファレンスを開始し患者の現状把握や短期目標を共有した。2020年度は摂食嚥下に対する言語聴覚士（Speech-Language-Hearing Therapist：ST）の早期介入が開始された。上記の活動が相乗効果となり入院日数の短縮や、誤嚥性肺炎発症の抑制に寄与したと考えられ、入院日数の短縮や誤嚥性肺炎発症の抑制は医療費の抑制への貢献も考えられた。

キーワード：SCU、誤嚥性肺炎、多職種連携

はじめに

脳卒中治療ガイドライン2021¹⁾において、脳卒中急性期では多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター監視下で集中的な治療と早期のリハビリテーションを計画的かつ組織的に行う事の出来る脳卒中専門病棟であるStroke Unit（SU）で治療する事が勧められている（推奨度A）。

今村総合病院はSCUを9床有しており、脳卒中患者は発症早期からリハビリテーション科医師の指示のもと、集中的な治療及び早期のリハビリテーションが開始されている。

当院では、2009年に脳卒中センターが開設され、2015年にSCU5床を開設、2017年に現在の病棟へ移転し9床に増床された。SCU内には平行棒が設置さ

れ、2018年からSCU専任理学療法士の配属が本格的に開始された。

今回2017年度と、2018年度から2020年度の活動を踏まえ、入院日数や患者の日常生活動作、誤嚥性肺炎発症率への影響を後方視的に検討した。

対象

2017年4月から2021年3月に当院SCUに入室し、リハビリテーションが実施された1782例から、278例（診断名やFIMが不明なもの266例、くも膜下出血12例）を除外した1504例を調査対象とした（図1）。

本研究は、今村総合病院の倫理審査委員会により承認（NCR22-12）を得た。

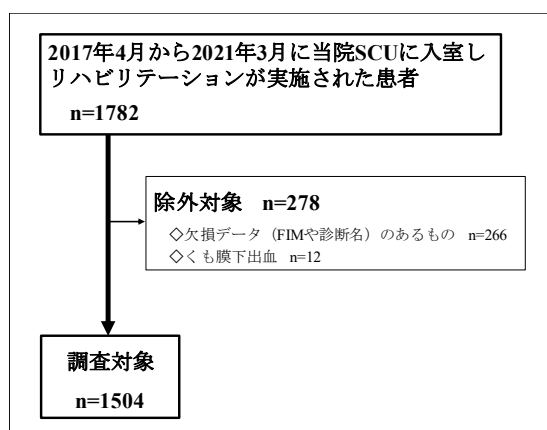


図1 対象患者

方法

各年度の性別、年齢、診断名、転帰、入院日数、FIM、誤嚥性肺炎の有無、入院から誤嚥性肺炎発症までの日数を診療録より抜粋し調査した。転帰は、回復期病院や特別養護老人ホームやグループホーム等を含む施設への退院を転院、自宅退院を在宅とした。FIMは、退院時のADLとして担当の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が採点した。

FIM（Functional Independence Measure）

FIMは運動項目13項目と、認知項目5項目の計18項目からなるADLの評価²⁾であり、18項目を1点～7点の7段階で評価する（満点：126点、最低点：18点）。現在、日常生活動作の能力評価として我が国のみならず、国際的にも広く利用されている。

誤嚥性肺炎

脳卒中に関連した肺炎（stroke-associated pneumonia：SAP）は、急性期脳卒中患者に最も多い合併症のひとつで、急性期脳卒中の約20%に生じるとされている。これらは、死亡率を増加させるだけでなく、患者の機能予後を悪化させる。また、入院の長期化や入院費用の高額化をひきおこす。SAPの主たる危険因子として嚥下障害が知られており、嚥下障害を有する患者の3分の1が誤嚥性肺炎を来す³⁾ため、SAP予防のためにも、嚥下障害の早期診断と

治療が推奨されている。前島らの報告³⁾によると、約4週間の入院中に肺炎を発症する割合は18.0%であった。また、入院後72時間以内の肺炎はearly onset pneumonia（EOP）と呼ばれ、SAPの70%を占めるとされている。

SCU運営体制

SCUのリハビリテーション体制として、発症早期からリハビリテーション科医師の指示のもと、理学療法・作業療法・言語聴覚療法が365日体制で開始されていた。SCU専任として理学療法士が配置されていたが、2017年度はSCU以外の患者も担当していた。2018年度より担当患者をSCU内の患者9名のみとする体制になった。SCU専任の理学療法士は、日本理学療法士協会の認定理学療法士（脳卒中）1名が担当した。またSCUには、日本看護協会の脳卒中リハビリテーション看護認定看護師が1名在籍している。

統計解析

統計解析は、性別、診断名、転帰、誤嚥性肺炎の有無などの名義変数にはカイ二乗検定を行った。年齢、入院日数、退院時FIM、入院から誤嚥性肺炎発症までの日数などの連続変数には、Kruskal-Wallis検定を行い、多重比較としてBonferroniの多重比較検定を行った。FIMは、死亡例を除外して解析した。統計解析はEZR version 1.42⁴⁾を用いて有意水準5%未満として検定した。

結果

解析した1504例の患者背景を表1に示す。男性860例、女性644例、年齢中央値は76歳であった。診断名は、脳梗塞が1231例、脳出血が273例であり、脳梗塞が80%以上であった。各年度の患者年齢は、2017年度に比較し2019年度で有意差（ $p<0.01$ ）を認め高齢化していた。入院日数も2017年度の19日に比較し2018年度（ $p<0.01$ ）と、2020年度（ $p<0.05$ ）が有意に短縮していた。

表1 患者背景

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	p-value	total
症例数（n）	328	369	425	382		1504
性別（n；男性/女性）	196/132	209/160	247/178	208/174	0.523*	860/644
年齢中央値（years, range）	72 (29- 102)	77(19- 100)	77(33- 99)	75(34- 99)	0.008**	76(19-102)
診断名					0.081*	
脳梗塞（n）	27	309	355	296		1231
脳出血（n）	57	60	70	86		273
入院日数中央値（day, Range）	19 (1-71)	17 (0-52)	18 (0-60)	17 (1-68)	0.001**	18(0-71)

*カイ二乗検定 **Kruskal-Wallis検定

転帰

対象期間全体の病院転院は1017例、在宅は472例、死亡が15例だった。各年度の転帰を表2に示す。自宅退院、転院、死亡の割合は各年度に有意な差を認めなかった。

退院時のFIM

各年度の退院時のFIMを表3に示す。認知FIMは、2017年度22点に対し2020年度26点と有意に改善した($p<0.05$)。運動FIM、FIM合計の項目は有意な差を認めなかった。

誤嚥性肺炎

対象期間全体の入院日数の中央値は18日、誤嚥性肺炎の発症率は9.1%だった。各年度の誤嚥性肺炎の

発症率と、SCU入室から誤嚥性肺炎発症までの日数を表4に示す。誤嚥性肺炎の発症率は、2017年度に11.3%、2018年度は7.0%、2020年度も7.9%と有意な差を認めなかったが減少傾向だった。SCU入室から誤嚥性肺炎発症までの日数は、2017年度が7日に対し、2018年度は4日 ($p<0.05$)、2019年度は3日 ($p<0.01$)、2020年度は3日と有意に短縮していた ($p<0.01$)。

誤嚥性肺炎の発症時期についての割合

誤嚥性肺炎の発症時期についての割合を表5に示す。入院後72時間以内と72時間以降の割合については、入院後72時間以降の肺炎の割合が年度を追うごとに有意に減少していた ($p=0.01$)。

表2 退院時の転帰

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	p-value
n	328	369	425	382	
転帰					0.105
自宅 n(%)	107 (32.6)	107 (29.0)	126 (29.6)	132 (34.6)	
転院 n(%)	220 (67.1)	254 (68.8)	296 (69.6)	247 (64.7)	
死亡 n(%)	1 (0.3)	8 (2.2)	3 (0.7)	3 (0.8)	

カイ二乗検定

表3 退院時のFIM

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	p-value
n	327	361	422	379	
運動FIM 中央値 (range)	57 (13-91)	61 (13-91)	55 (13-91)	60 (13-91)	0.311
認知FIM 中央値 (range)	22 (5-35)	24 (5-35)	25 (5-35)	26 (5-35)	0.049
FIM合計 中央値 (range)	77 (18-126)	85 (18-126)	78 (18-126)	87(18-126)	0.311

Kruskal-Wallis検定

表4 誤嚥性肺炎発症率と発症までの日数

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	p-value
n	328	369	425	382	
誤嚥性肺炎発症例 (%)	37 (11.3)	26 (7.0)	45 (10.6)	30 (7.9)	0.134
SCU入室から誤嚥性肺炎発症までの日数 (range)	7 (1-33)	4 (0-29)	3 (0-20)	3 (0-24)	<0.001

Kruskal-Wallis検定

表5 誤嚥性肺炎の発症時期

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	p-value
n	37	26	45	30	
誤嚥性肺炎の発症時期					0.002
72時間以内	8 (21.6)	12 (46.2)	26 (57.8)	19 (63.3)	
72時間以降	29 (78.4)	14 (53.8)	19 (42.2)	11 (36.7)	

カイ二乗検定

考察

2017年度から2020年度にSCUに入室した患者を対象とし、性別、年齢、診断名、転帰、入院日数、FIM、誤嚥性肺炎の有無、入院から誤嚥性肺炎発症までの日数を後方視的に調査し検討した。退院時FIMは年度で変化はなく、入院日数は短縮、誤嚥性肺炎も抑制傾向という結果であった。

各年度の大きな取り組みとして2018年度は離床の再考、2019年度は情報共有・連携の強化、2020年度は嚥下障害の再考を行った。2018年度は、SCUの看護師を中心に勉強会を開催した(図2)。疾患について、リスク管理、高次脳機能障害等の共通言語の確立、体位呼吸療法・ポジショニング、不顕性誤嚥を考慮した夜間の吸引や口腔ケア、キネステティクスなど介助技術等を行った。積極的な早期離床・トイレや食事等の短時間頻回の機会離床に取り組んだ。2019年度は、情報共有・連携の強化が行われた(図3)。毎週SCU看護師とカンファレンスを行い、

患者の現状把握や短期目標を定め、医療ソーシャルワーカー(MSW)や病棟看護師との申し送り時に共有した。カンファレンスの際には、ホワイトボードを使用し現状と、短期目標を共有した。リハビリテーション概念の研修やポジショニング・移乗研修も開催した。重度な嚥下障害に患者に対しては言語聴覚士(ST)主導で完全側臥位での摂食が開始された。2020年度は嚥下障害の再考に取り組んだ(図4)。看護師主導の離床チームやポジショニングチームの編成や、摂食嚥下に対するSTの早期介入が開始され、迅速かつ安全な食事提供を看護師と連携し行った。2020年度は、新型コロナウイルスによる病棟への感染対策の為、家族面会が制限された。患者の身体機能や、病棟での生活動作を家族へ説明する機会が減少したが、コロナ禍においても、日常生活動作を維持し、入院日数は短縮、誤嚥性肺炎は抑制となっており良好なチーム医療が発揮できたのではないかと考えられた。



移乗の勉強会



早期離床

図2 2018年度の活動



毎月の勉強会



SCUカンファレンス



完全側臥位嚥下

図3 2019年度の活動



ポジショニングチーム



言語聴覚士の早期介入

図4 2020年度の活動

認知FIMは2017年度に比較し、2020年度が有意に高い結果となった。認知FIMには、理解と表出、社会的交流などの項目があるが、早期離床やST早期介入により詳細な評価が可能になったことや、離床が促進されたことで職員や他患者と会話するなどの交流が増えた為ではないかと考えられた。

SCU入室後72時間以降の遅発性の誤嚥性肺炎の割合が減少していた。入院後72時間以内の肺炎はearly onset pneumonia(EOP)と呼ばれSAPの70%を占めるとされるが、発症時の意識レベルや脳卒中の重症度など原疾患に影響を受けることが考えられる。一方、遅発性の誤嚥性肺炎は入院後の予防的な管理が重要と考える。誤嚥性肺炎の予防として、柴田ら⁹⁾は、口腔ケア、体位、嚥下訓練、薬物療法等、寺本ら⁹⁾は、食事摂取の工夫、理学療法、口腔ケア等が重要であると報告している。今回、早期離床や、早期ST介入による食事形態の適切な選択、ポジショニングや口腔ケア等の予防的管理が適切に行われていたので遅発性の誤嚥性肺炎が減少していたと思われる。また、道脇⁷⁾らによると誤嚥性肺炎患者の1日あたりの入院費用の推測値は48506円というデータもあり、予防的な介入は医療費の抑制にも貢献できたのではないかと考えられた。

今後の展望として2021年度よりSCU看護師によりModified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA)という嚥下スクリーニングを用いた嚥下トリアージシステムが、ST主導のもと導入され今後の報告が期待される。

本研究の限界として、後方視的研究である事である。2つ目に、主治医の異動や、各年度の活動が結果にどの程度影響しているのか不明である事である。入院時の重症度が不明であり、各年度の重症度が異なる可能性がある。入院時の嚥下障害の程度やその対応（絶食・注入等）や、ADLの長期的予後も不明確であった。入院時のNIH Stroke Scale (NIHSS) *やmodified Rankin Scale (mRS) *等、身体機能や日常生活動作を統制した上で評価する必要があると思われる。

* 注釈)

NIH Stroke Scale (NIHSS) :

脳卒中の神経学的重症度を評価するスケール

modified Rankin Scale (mRS) :

脳卒中発症後の患者の生活自立度を評価するスケール

コロナ禍においても退院時FIMは年度で低下がなく、入院日数は短縮、誤嚥性肺炎も抑制傾向であり、多職種連携による良好なチーム医療を発揮できた。

謝辞

SCUでのリハビリテーション実施にあたり、担当・協力していただいた当院の脳卒中センター医師、リハビリテーション科医師、SCU看護師、リハビリテーション部理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、データマネジメント室、他メディカルスタッフ、また、早期リハビリテーション推進にご協力いただいた稲森認定看護師に感謝申し上げます。

利益相反

著者は、開示すべき利益相反の関係にある企業等はない。

文献

- 1) 脳卒中ガイドライン委員会：脳卒中治療ガイドライン2021：42、2021
- 2) 千野直一、椿原彰夫、園田茂 他：脳卒中の機能評価 SIASとFIM：81-83、金原出版、東京都、2015
- 3) 前島伸一郎、大沢愛子、田澤悠：脳卒中に関連した肺炎：急性期リハビリテーション介入の立場からみた検討、脳卒中33(1)：52-58、2011
- 4) Y Kanda:Investigation of the freely available easy-to-use software ‘EZR’ for medical statistics、Bone Marrow Transplantation 48, 452-458、2013
- 5) 柴田斉子、才藤栄一：嚥下障害と誤嚥性肺炎、medicine 48(3):470-473、2011
- 6) 寺本信嗣：誤嚥性肺炎の予防、medicine 50(12)：2036-2040、2013
- 7) 道脇幸博、蟹保徳：70歳以上の高齢者の誤嚥性肺炎に関する総入院費の推測値、老年歯学28(4):366-368、2014

第2回慈愛会学会学術集会口演発表優秀賞

結語

SCUに入室した患者の入院日数、FIM、誤嚥性肺炎について後方視的に調査した。高齢化の進行且つ、

選ばれる看護師養成所を目指した一戦術としての ICT 推進の効果

飯田 珠美¹⁾、大保 まり子²⁾、久徳 美鈴²⁾

1) 鹿児島中央看護専門学校 事務部

2) 鹿児島中央看護専門学校 教育部

要旨

鹿児島県に 14 校設置された看護師養成所 3 年課程のうち、2021 年度に新入生定員を充足できたのは、A 校を含め 3 校のみである。18 歳人口の減少が加速する中で、学生に選ばれる魅力ある学校づくりは最重要課題である。A 校では「ICT 推進」を新たな戦術の一つとし、2020 年度から iPad のデジタル教科書と Microsoft365 を活用した教育 DX (Digital Transformation) を本格始動した。この取り組みは 2020 年 4 月の新型コロナウイルス感染症拡大による緊急事態宣言以降、県内看護師養成所が休校を余儀なくされる中、直ちにオンライン授業を開始し対面授業の不足を最大限補完することができた。2022 年度受験生の 71.4%が A 校を受験した理由に「ICT の充実」を挙げたことから、iPad を導入している 1、2 年生を対象にアンケートを実施した。アンケートの結果から自宅待機中のオンラインによる授業や実習は「学生の学習機会」を確保し、「コロナ禍での密に対する不安」を取り除き、「学校とつながっている安心感」も与えたことが示唆された。対面と遠隔のハイブリッドな学習方法を体験した学生は、様々なツールを駆使しながら、協働する能力を身に着けた ICT リテラシーの高い看護師として、法人内施設をはじめとする医療機関に勤務することが可能となる。A 校の ICT 推進は、学生から高い評価を得ていることから、これから看護師を目指す方々に選ばれる看護師養成所になるための戦術として有用と考える。将来、A 校に入学してくるデジタルネイティブ世代の学生の学修ニーズに対応するために、教育方法の変換・改善を継続して行い、ICT 教育を A 校の強力な武器として磨き上げていく必要がある。

キーワード：選ばれる看護師養成所、教育 DX、ICT リテラシー、デジタルネイティブ世代

はじめに

厚生労働省によると、看護学校の入学者数は 2010 年度から 2018 年度まで毎年のように増加傾向であった¹⁾。しかし、18 歳人口の減少に伴い、2019 年度からは 4 年連続減少し続けている。そのような中でも、大学は看護学科の新設を続け、2022 年度には初めて看護大学の入学者数が看護師養成所 3 年課程

(以下 3 年課程) の入学者数を上回った (図 1)。

図 2 に示すように、2021 年度の南九州における 3 年課程の設置数を近県である宮崎県と比較すると、鹿児島県には宮崎県の 2 倍となる 14 校もの 3 年課程がある。熊本県の定員充足率が 97.7%に対して、鹿児島県の定員充足率は 82.3%であった。14 校の 3 年課程のうち、定員が充足している学校は A 校を含め 3 校のみとなっている²⁾。

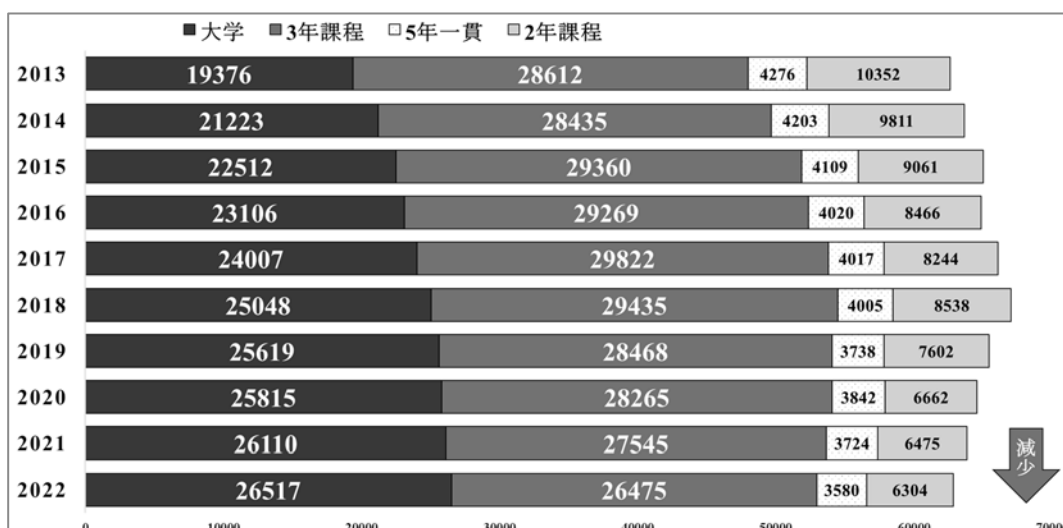


図 1 看護師養成課程別入学者数推移 (全国)

都道府県	学校数	1 学年定員	入学者数	充足率
宮崎県	7	340	305	89.7
熊本県	8	470	459	97.7
鹿児島県	14	700	576	82.3

図2 南九州における3年課程設置数と定員充足率（2021年度）

3年課程の定員確保が厳しくなる中、受験生に選ばれる魅力ある学校づくりは最重要課題である。そこで、A校では選ばれる看護師養成所になるための戦術の一つとして「ICT推進」に取り組んだ。

本稿では、A校で取り組んだ「ICT推進」の効果を分析し、その有用性を明らかにする。

IT化・ICT推進への取り組みの実際

A校は、2014年から各教室に校内無線LANを設置した。また、学生全員へノートパソコンを貸与し、Office 365のライセンスを付与するなどIT化への取り組みを開始した。

2018年にはアクセスポイントを入れ替え、ネットワーク環境の改善・強化を図った。

2019年には文部科学省がSociety5.0時代に生きる子どもたちへ向けてGIGAスクール構想³⁾を発表し、厚生労働省は看護基礎教育の第5次カリキュラム改正でICTを活用するための基礎的能力を養うことが重要であるとの考えを示す⁴⁾など、ICT推進は喫緊の課題となった。

このような時代の流れを背景に、A校では2020年4月からiPadを学生全員が購入しデジタル教科書を導入するとともに、テレビ会議、チャット、通話、共同作業が可能なコミュニケーションツールMicrosoft Teams（以下Teams）を採用することにより教育DXを本格始動した。

本取り組みは2020年4月の新型コロナウイルス感染症拡大による緊急事態宣言以降、県内看護師養成所が休校を余儀なくされる中、直ちにオンライン授業を開始するなど、アプリケーションの特性を最大限に活用し、対面授業の不足を補完することができた。

また、オープンキャンパスでは、来校不可能な入学志願者及び保護者に対して学校説明や各種体験をライブ配信し、A校がICT教育の充実した看護師養成所であることをアピールした。

方法

A校の1、2年生96人を対象にMicrosoft Formsを用いて「ICT活用に関するWebアンケート」を実施した。

- 実施期間：2022年2月10日～2月13日
- 対象：iPadを活用している1、2年生96人
- 質問項目
 - ①よく活用しているもの、便利だと思うもの（複数選択可）。
「デジタル教科書」、「デジタル黒板」、「Teamsお知らせ（投稿）」、「Teamsチャットによる連絡」、「Teams電話」、「Teamsタブでのファイル共有」、「Stream動画配信」、「Webアンケート（Forms）」、「日本学生支援機構緊急奨学金LINE申請」
 - ②自宅待機中のオンライン授業（講義・実習）は学習機会の確保につながったか。
 - ③オンライン授業（講義・実習）を対面授業と比較しての評価。
 - ④A校でのICT活用がICTに関する苦手意識の軽減やスキルの向上につながったか。
 - ⑤A校でのICT活用が知識・情報の共有につながったか。
 - ⑥A校でのICT活用が自身の意識や価値観に影響を与えたか。
 - ⑦「iPadやスマホがあって良かった」と思った学習方法や体験（自由記載）。
- 分析方法：①はMicrosoft Excelを用いた単純集計、②～⑥は5点満点の平均値、⑦はUser Localテキストマイニングで単語に分解後、出現頻度をExcelアドインE2D3のワードクラウドで分析した。
- 倫理的配慮：鹿児島中央看護専門学校看護研究倫理審査会の承認（番号2021-03）を得た。調査への協力は匿名で自由意思によるものとし、個人が特定されないよう配慮した。また、アンケートには調査への協力の有無により不利益を被ることがないこと、調査結果は研究の目的以外には使用しないことを明記し、同意を得た学生にのみアンケートデータを送信してもらった。

結果

アンケート結果を図3に示す。回答数は77人、回収率は80.2%であった。

「①よく活用しているもの、便利だと思うもの」に対して、「デジタル教科書」→「Teamsチャットによる連絡」→「Teamsお知らせ（投稿）」→「Teamsタブでのファイル共有」の順でスコアが高かった。

デジタル教科書は、紙の教科書 45kg 分が 500g に収まり軽量であることに加え、検索や動画視聴ができることから、学生の 85.7% が便利だと感じていた。Teams のチャットや投稿では情報伝達速度が格段にアップし、学校運営に不可欠なコミュニケーションツールとなっている。Web アンケートについては教職員からの評価も高く、アンケートの集計や記述の文字起こしに費やしていた時間がカットされ、業務効率化につながっている。

「②自宅待機中のオンライン授業（講義・実習）は学習機会の確保につながったか」に対する評価は図 4-1、4-2 のように 4.49 と高値であり、46 人の学生が 5 点満点をつけた。「③オンライン授業（講義・

実習）を対面授業と比較しての評価」は 3.97、「④A 校での ICT 活用が ICT に関する苦手意識の軽減やスキルの向上につながったか」に対する評価は 4.38、「⑤A 校での ICT 活用が知識・情報の共有につながったか」に対する評価は 4.35、「⑥A 校での ICT 活用が自身の意識や価値観に影響を与えたか」に対する評価は 4.14 であった。なお、全項目の平均評価は 4.26 であった。

「⑦iPad やスマホがあって良かった」と思った学習方法や体験に対しては、図 5 のように『共有』『オンライン』『資料』『授業』『便利』『作成』などの名詞の出現頻度が高かった。詳細は表 1 に示す。

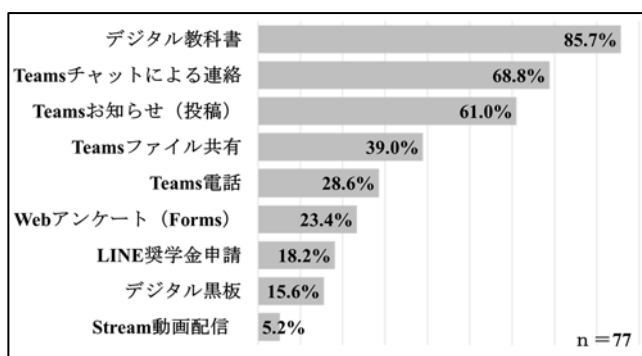


図3 よく活用しているもの、便利だと思うもの

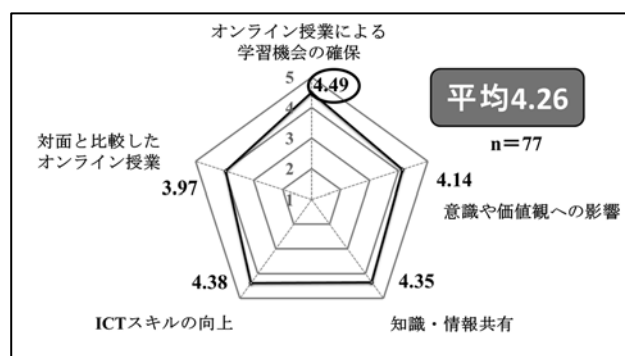


図4-1 ICT活用に関する評価

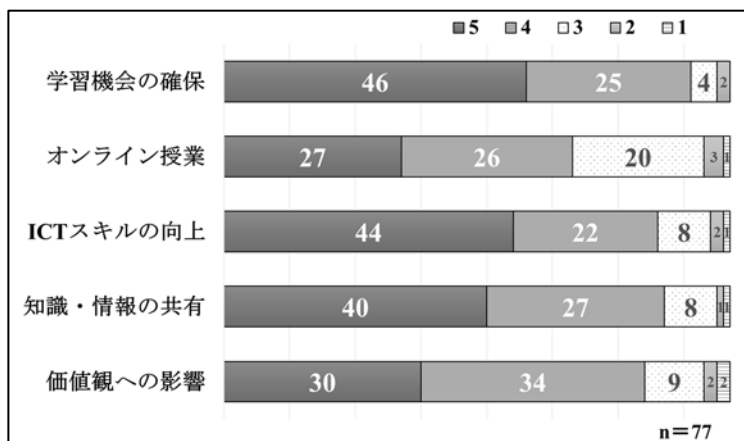


図4-2 ICT活用に関する評価（内訳）



図5 「iPadがあって良かった」と思った学習方法や体験

表1 「iPadがあって良かった」と思った学習方法や体験の内容（一部抜粋）

- ・教科書が全部iPadのなかに入っているから、荷物にならず持ち運びが便利。
- ・コロナ禍でもオンラインで自宅から授業が受けられること。
- ・教材や資料がデータ化しているので、移動中でもすぐに確認ができる。
- ・クラスの仲間・教員と情報共有がしやすいため、グループ課題・資料の共有・意見交換・連絡などが捗る。
- ・演習で先生の例を動画に撮って見返しが出来たこと。
- ・タイピングすることがカルテ入力の練習にも繋がり、効率よく業務が出来ることになると予測できる。
- ・感染リスクを気にせずグループ学習が出来る。
- ・チャット機能を活用していつでも質問出来る。
- ・WordやPowerPointの使い方があまり得意ではなかったが、使っていくうちに少しずつ上達してきたと思う。
- ・自宅待機で、なにも連絡が取れないとどうしても不安が残ってしまうが、Teamsでのこまめな連絡で不安も和らぎ、常に学校とつながっている安心感がある。

考察

学生は ICT・デジタルコンテンツを便利に活用し、Microsoft PowerPoint や Microsoft Word などのアプリケーションをグループワークに役立てていた。また、同学年や他学年間の学生同士で ICT 等の活用法を教えあうことで、新たな学修が生まれる可能性も期待できる。今後も学生の学修ニーズをリサーチし続けることが重要だと考える。

Teams のテレビ会議システムを用いた自宅待機中のオンラインによる授業や実習は、「学生の学習機会」を確保し、「コロナ禍での密に対する不安」を取り除き、「学校とつながっている安心感」も与えた。対面と遠隔のハイブリッドな学習方法を体験した学生は、様々なツールを駆使しながら、協働する能力を身に着けた ICT リテラシーの高い看護師として、法人内施設をはじめとする医療機関に勤務することが可能となる。

結語

A 校における ICT 推進は、新型コロナウイルス禍において早急にオンライン授業を開始でき、対面授業の不足を最大限補完することができた。さらに、県内における多くの 3 年課程の看護師養成所が新入生の定員を満たさない中で、A 校は定員を充足した。これらは、先々を見越した ICT 教育への先行投資の結果であったと考える。

また、A 校の ICT 活用による学習は、学生から高い評価を得ていることが分かった。この結果からも、これから看護師を目指す方々に選ばれる看護師養成所になるための戦術として有用であると推測する。

将来、A 校へ入学してくるデジタルネイティブ世代の学生の学修ニーズに対応するために、今後も教育方法の変換・改善を継続して行うことで⁵⁾、ICT 教育を A 校の強力な武器として磨き上げていきたい。

利益相反

本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

文献

- 1) 厚生労働省「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/100-1.html>、最終閲覧 2022 年 11 月 10 日
- 2) 令和 3 年度看護師等養成所教務主任等会議資料：鹿児島県くらし保健福祉部医師・看護人材課、14-15、2021
- 3) 文部科学省「GIGA スクール構想の実現へ」、https://www.mext.go.jp/content/20200625-mxt_syoto01-000003278_1.pdf、最終閲覧 2022 年 11 月 10 日
- 4) 厚生労働省「看護基礎教育検討会報告書」、<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>、最終閲覧 2022 年 11 月 10 日
- 5) 文部科学省「教育のデジタル化に関する主な取り組みについて」、https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kyouikusaicei/jikkoukaigi_wg/digital_tf/dai1/siryou2.pdf、最終閲覧 2022 年 1 月 23 日

第2回慈愛会学会学術集会口演発表優秀賞

特定行為研修を修了した看護師の看護実践に対する変化

西 森 識¹⁾、西垂水 和隆²⁾、上山 テルヨ³⁾、船 迫 彩 乃³⁾

- 1) 今村総合病院 看護部
- 2) 今村総合病院 救急総合内科
- 3) 今村総合病院看護師特定行為研修センター

要旨

国は 2025 年問題に向けて、2015 年から特定行為に係る看護師の研修制度を開始した。今村総合病院看護師特定行為研修センターでは、特定行為研修の到達目標を「自らの看護実践を見直しつつ標準化する能力を身につける」としている。研修修了後に修了者が自らの看護実践を見直すことができ、看護の質の向上がみられたかを明らかにする。特定行為研修修了者 19 名に看護業務基準にある「看護実践の内容」及び「看護実践の方法」を質問内容とし、研修受講前後で「できている」「ややできている」「あまりできていない」の 3 件法と具体的な変化について自由記載での回答を求めた。アンケート結果を点数化し有意水準 5% で t 検定を行い、自由記載の内容は抽出しカテゴリー化を行った。結果、アンケート回収率 84% で、質問 10 項目の内 6 項目で正の相関で有意差がみられた。また、自由記載の内容をカテゴリー化した結果、「全人的アプローチ」「意思決定支援」「チーム医療」の 3 つに分類された。全人的アプローチでは医師の思考過程を理解し、「見る」視点と「診る」視点を獲得しアセスメント能力が向上したと考える。意思決定支援では意思決定支援の重要性を再認識でき、チーム医療では多職種連携の重要性とチーム医療の中心的役割を担っていく必要があることを学び、行動に移すことができていると考える。結論として特定行為研修を修了することでアセスメント能力やコミュニケーション能力が向上し、自らの看護実践を見直すことができていた。

キーワード：特定行為研修、看護実践、全人的アプローチ、意思決定支援、チーム医療

はじめに

国は 2025 年問題に向けて、2015 年から特定行為に係る看護師の研修制度を開始した。特定行為は医師の診療の補助であり、手順書により看護師が行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる¹⁾。また、特定行為研修では特定行為の技術だけでなく、共通科目として臨床推論、フィジカルアセスメント、医療安全学/特定行為実践など 6 科目を学習する。公益財団法人慈愛会（以下、当法人）は地域社会への貢献や良心的な高度医療を基本方針に掲げており、その方針のもと、2019 年から指定研修機関として今村総合病院看護師特定行為研修センター（以下、当研修センター）を設立し、2021 年度までに 28 名の研修修了者を輩出している。

当研修センターの特定行為研修到達目標の 1 つに「自らの看護実践を見直しつつ標準化する能力を身につける」とある。研修を受講した看護師は、特定行為研修修了後に特定行為実践の場だけではなく日常の看護実践の中でも患者の状態把握や医師への報告・

提案、患者の意思決定支援などの場面で、以前よりも効果的な関わりが行えているのではないかと感じるようになった。また、自身が指導支援者として特定行為研修に関わっており、研修生が研修修了後に自らの看護を見直し実践を行えているのかを知ることで、今後の特定行為研修の内容検討や指導に役立てることができのではないかと考えた。しかし、特定行為研修について質的な先行研究は行われているが量的な調査を行った先行文献はなかった。

今回、特定行為研修修了後に修了者が自らの看護実践を見直すことができ看護の質の向上がみられたかを明らかにする。

目的

特定行為研修修了者の看護実践に対する変化について明らかにする。

方法

研究デザイン

量的研究

用語の定義

日本看護協会「看護にかかわる主要な用語の解説」を用いた。

1) 看護実践

看護職が対象に働きかける行為であり、看護業務の主要な部分を成すものとする。

2) 全人的アプローチ

身体的・心理的・社会的・スピリチュアルの側面を切り離すことなく、これらは相互に作用しあうものと考え、患者をより深いレベルで理解し介入することとする。

3) 意思決定支援

意思を決定することを助けることとする。

4) チーム医療

医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することとする。

調査期間

2022年1月5日～2022年1月26日

対象者

当研修センターで研修を修了した者のうち、当法人の施設に勤務している者19名

調査内容

1) 対象の基本属性

性別、年齢、看護師経験年数、勤務施設・場所について回答を求めた。

2) 看護実践の変化

日本看護協会の看護業務基準（2021年改訂版）に記載されている「看護実践の内容」及び「看護実践の方法」の項目を質問内容とした。特定行為研修受講前後で「できている」「ややできている」「あまりできていない」の3件法で回答を求めた。また、具体的な変化について自由記載での回答を求めた。

分析方法

アンケート結果を「できている」を3点、「ややできている」を2点、「あまりできていない」を1点として点数化し、有意水準5%で両側検定のt検定を行った（小数点第4位四捨五入）。自由記載の内容は抽出しカテゴリー化を行った。

倫理的配慮

本調査の概要と目的を文書で説明し、回答をもって同意とみなした。また、調査から得られたデータは個人が特定されないよう無記名でアンケート統計処理し、本研究の共同研究者・研究協力者のみで共有した。

結果

19名の対象者にアンケート調査を行い16名から回答を得た（回収率84%）。看護師経験年数は10年以上15年未満が1名、15年以上20年未満が7名、20年以上が8名であった。勤務場所は急性期病棟2名、慢性期病棟5名、精神科病棟2名、ICU2名、訪問看護ステーション2名、その他2名であった。

アンケートの統計処理結果を表1に示す。

質問1「看護を必要とする人を身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から支援する」では $t(15) = -2.78$ 、 $p = 0.01$ 、ピアソン相関 $= 0.56$ であり、正の相関で有意差がみられた。

質問2「看護を必要とする人の意思決定を支援する」では $t(15) = -1.46$ 、 $p = 0.16$ 、ピアソン相関 $= 0.85$ であり、正の相関で有意差はみられなかった。

質問3「看護を必要とする人が変化によりよく適応できるよう支援する」では $t(15) = -1.46$ 、 $p = 0.16$ 、ピアソン相関 $= 0.84$ であり、正の相関で有意差はみられなかった。

質問4「主治医の指示のもとに医療行為を行い反応を観察し、適切に対応する」では $t(15) = -2.08$ 、 $p = 0.06$ 、ピアソン相関 $= 0.73$ であり、正の相関で有意差はみられなかった。

質問5「緊急事態に対する効果的な対応を行う」では $t(15) = -3.873$ 、 $p = 0.002$ 、ピアソン相関 $= 0.666$ であり、正の相関で有意差がみられた。

質問6「看護実践の目的と方法について説明し合意に基づいて実践する」では $t(15) = -2.611$ 、 $p = 0.020$ 、ピアソン相関 $= 0.637$ であり、正の相関で有意差がみられた。

質問7「看護実践に必要な判断を専門知識に基づいて行う」では $t(15) = -2.406$ 、 $p = 0.029$ 、ピアソン相関 $= 0.291$ であり、正の相関で有意差がみられた。

質問8「看護を必要とする人を継続的に観察し状態を査定し、適切に対処する」では $t(15) = -2.423$ 、 $p = 0.029$ 、ピアソン相関 $= 0.354$ であり、正の相関で有意差がみられた。

質問9「チーム医療において自らとメンバーの役割や能力を理解し、協働する」では $t(15) = -3.000$ 、 $p = 0.009$ 、ピアソン相関 $= 0.632$ であり、正の相関で有意差がみられた。

質問10「看護実践の一連の過程を記録する」では $t(15) = -1.861$ 、 $p = 0.081$ 、ピアソン相関 $= 0.759$ であり、正の相関で有意差はみられなかった。

表1 アンケートの統計処理結果

質問	研修前平均	研修後平均	ピアソン相関	自由度	t	P(T<=t) 両側
1 看護を必要とする人を身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から支援する	1.750	2.188	0.559	15	-2.781	0.014
2 看護を必要とする人の意思決定を支援する	2.000	2.125	0.851	15	-1.464	0.164
3 看護を必要とする人が変化によりよく適応できるよう支援する	2.000	2.125	0.843	15	-1.463	0.164
4 主治医の指示のもとに医療行為を行い反応を観察し、適切に対応する	1.938	2.250	0.731	15	-2.076	0.055
5 緊急事態に対する効果的な対応を行う	1.688	2.188	0.666	15	-3.873	0.002
6 看護実践の目的と方法について説明し合意に基づいて実践する	2.313	2.625	0.637	15	-2.611	0.020
7 看護実践に必要な判断を専門知識に基づいて行う	1.875	2.313	0.291	15	-2.406	0.029
8 看護を必要とする人を継続的に観察し状態を査定し、適切に対処する	2.063	2.438	0.354	15	-2.423	0.029
9 チーム医療において自らとメンバーの役割や能力を理解し、協働する	2.000	2.375	0.632	15	-3.000	0.009
10 看護実践の一連の過程を記録する	2.125	2.312	0.759	15	-1.861	0.083

表2 自由記載のカテゴリ化

カテゴリ	自由記載
全人的アプローチ	・医師の指示を理解し、患者を全体的に見て看護を行うことができるようになった。 ・患者の反応を予測し、異常への早期発見を根拠に基づき実践するようになった。 ・患者の状態に対するアセスメントが深くなり、状況の変化を予測し、対処する考察力が強化された。 ・身体診察を活用し臨床判断できる。 ・臨床倫理で学んだ4分割法を意識して問題点を考えられるようになった。 ・臨床推論を用いて症状アセスメントを行い看護診断や医師へのコンサルトすることができるようになった。 ・患者の背景を考慮し、全人的に捉えようとする意識が高くなっている。
意思決定支援	・臨床倫理について深く考え理論的に対処するようになった。 ・患者・家族の意思と医療の限界を照らし合わせ意思決定支援を行うことができるようになってきた。 ・患者の権利や死生観を考え、カンファレンスを開催することもあるが、高齢者・意識がない患者・重症者も多く、十分な支援ができていないか悩むことも多い。 ・インフォームドコンセントの必要性を学び、患者側に立場変容できるようになったと感じる。
チーム医療	・研修で他職種がどのような役割を持ち、協働しているか学ぶ機会になった。研修終了後、他職種との会話も増え、より専門的な討議ができるようになった。 ・他職種と関わることが多く、助言をもらいながらチームを形成し患者中心のチームでの関わりを行うことができた。 ・必要な職種の介入の調整、医学知識からの介入ができるようになった。

自由記載の内容をカテゴリ化した結果、「全人的アプローチ」「意思決定支援」「チーム医療」の3つに分類された(表2)。

考察

本調査では、アンケートの質問結果を自由記載から得られた「全人的アプローチ」「意思決定支援」「チーム医療」の3つのカテゴリとの検討を行った。

1. 全人的アプローチ

質問1「看護を必要とする人を身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から支援する」、質問5「緊急事態に対する効果的な対応を行う」、質問7「看護実践に必要な判断を専門知識に基づいて行う」、質問8「看護を必要とする人を継続的に観察し状態を査定し、適切に対処する」で正の相関がみられ、有意差がみられた。

質問4「主治医の指示のもとに医療行為を行い反応を観察し、適切に対応する」、質問10「看護実践の一連の過程を記録する」では正の相関がみられたが有意差はみられなかった。自由記載では全人的に捉える意識の高まりや患者に対するアセスメントの深まり、異常の早期発見などの内容がみられたが記録に関する

内容はみられなかった。

高田は²⁾「看護師が医師に対し患者の状態に合わせて指示の変更を求めることは日常的な看護師の仕事に組み込まれている」と述べており、特定行為研修で臨床推論やフィジカルアセスメントなどを学ぶことで医師の思考過程を理解し、「見る」視点と「診る」視点を獲得することで患者に対するアセスメント能力が向上したと考えられる。質問4に関して有意差がみられなかったが $p=0.055$ であり、質問にある「医療行為」を「特定行為実践」と捉え、特定行為実践までには至っていない研修修了者がいる可能性も影響しているのではないかと考えられる。また、特定行為実践においての場面だけでなく日々の看護業務の中でも患者を深くアセスメントすることで状況の変化を予測することができ、急変時の対応ができるようになったのではないかと考えられる。質問10に関しては特定行為研修の中で医師への報告方法についての学習はあるが、看護記録に関しては各勤務場所によって記録方式が異なり、特定行為に関わる記録は形式が定まっていないことも影響していると考えられる。

2. 意思決定支援

質問2「看護を必要とする人の意思決定を支援する」、質問3「看護を必要とする人が変化によりよく適応できるよう支援する」で正の相関がみられたが有意差は

みられなかった。自由記載では意思決定支援の実施や患者側への立場変容ができるようになったなどの内容もみられたが、十分な支援ができているか悩むことも多いという内容もみられた。特定行為研修で医療面接や患者の意思決定支援について学ぶことで今までの看護実践を振り返る機会となり、意思決定支援の重要性を再認識できたのではないかと考えられる。

日本看護協会は代理意思決定の支援について「看護職は、どのようなプロセスで意思決定を進めたらよいのか、患者の意思が尊重され最善の決定がなされているのか、家族の意思決定を支えることができるのかといった倫理的ジレンマを抱くことになる」³⁾と述べており、意思決定支援を行っていく中で倫理的ジレンマがあり、悩みながら関わっていくため「できている」と感じにくいのではないかと考えられる。特定行為研修では演習時に倫理的問題についてディスカッションなどを行っているが主になるのはe-ラーニング学習やレポート記載である。今後は演習や実習で他職種へのコンサルテーションの方法の習得やコミュニケーション能力の向上を図り、意思決定支援に関わる中での倫理的ジレンマの軽減に繋げていく必要がある。

3. チーム医療

質問9「チーム医療において自らとメンバーの役割や能力を理解し、協働する」で正の相関がみられ、有意差がみられた。自由記載では他職種とより専門的な討議の実施や患者中心のチームでの関わりなどの内容があった。

特定行為研修の中で多職種連携の重要性とチーム医療の中心的役割を担っていく必要があることを学び、行動に移すことができているのではないかと考えられる。また、厚生労働省はチーム医療の推進について看護師を「チーム医療のキーパーソン」と位置付けており⁴⁾、チーム医療における多職種連携や能力を最大限に発揮できる環境づくりが重要であると考えられる。今後、専門チームのラウンドやカンファレンスへの参加なども研修内容に組み込むことで、チーム医療の重要性を学べるのではないかと考えられる。

結論

1. 特定行為研修を修了することで自らの看護実践を見直すことができ、看護の質が向上していた。
2. 特定行為研修を修了することで「看る」視点と「診る」視点を獲得し、アセスメント能力が向上していた。
3. 倫理的ジレンマの軽減に向けたコンサルテーションやコミュニケーション能力の向上が必要である。
4. 特定行為研修を修了することで多職種連携の重要性を学び、チーム医療の中心的役割を担っていくための行動に移すことができている。

おわりに

本研究から特定行為研修が看護実践の質向上に影響していると考えられる。特定行為研修は在宅医療や医師のタスクシフトの面において注目されている。しかし、日本看護協会は「本制度の意義は特定行為のみを行うのではなく、看護の関わりの中で特定行為も含めた医療を提供することである」⁵⁾と述べている。今後、患者にとって安心・安全で質の高いチーム医療を提供していくためにも特定行為研修を修了した看護師を増やしていく必要がある。また、当センターで開講している特定行為研修のカリキュラム内容の見直しを行い、質の高い研修を行っていく必要がある。

利益相反

本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

文献

- 1) 厚生労働省「特定行為研修とは」、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077114.html>（最終閲覧日 2022 年 11 月 22 日）
- 2) 高田早苗：進むべき看護の役割拡大の方向—大学教育・看護倫理の視点から、看護実践の科学 37 (1) : 47-48、2012
- 3) 日本看護協会「意思決定支援と倫理」、https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/ishikettei_01.html（最終閲覧日 2022 年 11 月 22 日）
- 4) 厚生労働省「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討報告書）」、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>
- 5) 日本看護協会『「特定行為に係る研修制度」に対する日本看護協会の考え方と今後の活動方針」、https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/policy/pdf/20150313150606_f.pdf
- 6) 日本看護協会「看護業務基準（2021 年改訂版）」、<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/gyomu/kijyun.pdf>
- 7) 厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度の概要」、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>（最終閲覧日 2022 年 11 月 21 日）
- 8) 樋口佳耶、林千冬：特定行為研修を修了した看護師が認識する看護実践の変化、日本看護科学会誌 40 : p645-653、2020
- 9) 日本看護協会「看護にかかわる主要な用語の解説」、<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf>
- 10) 高林拓也、松月みどり、黒澤昌洋：看護を基盤とした診療看護師（NP）による全人的アプローチ、日本 NP 学会誌 3 (2) : 30-39、2019

第2回慈愛会学会学術集会口演発表優秀賞

ワーカーミーティングの活性化へ向けて

～SPRINT（最速仕事術）の応用～

吉村 あゆみ

奄美病院 地域連携室

要旨

国（政府）の重要政策のひとつである働き方改革は、労働環境を大きく見直す取り組みとして推進され、2018年に「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が成立し、2019年4月より「働き方改革関連法」が順次施行されている。厚生労働省は、働き方改革の実現を促すためのガイドライン『働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～』を制定、その中で「長時間労働の是正や子育てや介護をしながら働くことができるように多様で柔軟な働き方の実現」を謳っている。しかし、離島の精神科医療の現場においては、慢性的な専門職不足とそれに伴う過重業務が大きな課題となっている。医療福祉相談室の責任者にあつては更に深刻な状況におかれ、時間外業務が常態化していた。2021年4月より、時間外業務ができない事情を抱えるワーキングマザーが、地域医療連携室と医療福祉相談室の責任者を兼務することになった。これまでの責任者とは異なり、時間外勤務に制限があるという状況下、当該部署の精神保健福祉士の人員数減少も加わり業務の増大が予測された。増大が見込まれる業務へ対処する手段として「最速仕事術SPRINT」の技法を取り入れた。月1回実施するワーカーミーティングの進め方にSPRINTの技法を応用したところ、業務改善や人材育成につながる効果を確認することができた。

キーワード：働き方改革、業務改善、ワーキングマザー、精神保健福祉士、SPRINT

序文

奄美病院（以下、当院とする）は、奄美大島の精神科医療において中核的な役割を担っている。その為、地域連携の窓口となる精神保健福祉士は非常に重要な存在である。また、精神保健福祉法改正の度に、精神科病院における精神保健福祉士の役割は増大している。更に近年、当院に寄せられる相談ケースは、精神疾患の未治療者・治療中断者、自殺未遂者、虐待・DV（Domestic Violence/ドメスティックバイオレンス）加害者・被害者、児童（不登校・自閉症・発達障害等）、アディクション（嗜癖）等、課題の多様化・複雑化が顕著である。

当院の地域医療連携室（以下、連携室）及び医療福祉相談室（以下、相談室）への相談件数は年々増加し、多様化・複雑化する課題に対応する精神保健福祉士の業務内容、責任、心理的負担の増大が課題となっていた。

同時に、精神保健福祉士の人員数が常に不足している状況であり、ここ数年は職員の時間外

業務や、鹿児島県本土にある公益財団法人慈愛会の施設からの職員派遣（期間限定）等により対処してきた。

しかし、2021年4月には人員不足が更に深刻な状況になった。2020年度までの精神保健福祉士の院内配置状況は、連携室1名（役職者）、相談室7名（役職者2名含む）であり、必要人員数に対し1名不足していた。2021年4月には、連携室1名（役職者）、相談室5名（役職者不在）となり、必要人員数に対し3名が不足。加えて、相談室の役職者が不在となったことで、連携室の責任者が相談室責任者を兼務することとなった。新たな責任者は、これまでの責任者とは異なり、時間外勤務に制限があるワーキングマザーであった。

同時期の2021年4月、奄美大島で初めての新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生し、島内5市町村が独自に定める「新型コロナ警戒レベル」が4から最高レベルの5へ引き上げられた。新型コロナウイルス感染症は、これまでの生活様式を大きく変容させ、子育て世

帯に対する影響も大きなものとなった。感染が島内全域に拡大する中、小学校・中学校の学級閉鎖、保育所の臨時閉所や保育時間の短縮、延長保育の休止等が行われ、子育てをしながら働いている親たちは、時間外業務が困難となるだけではなく、通常の業務遂行にも大きな影響を受ける深刻な状況に陥った。

奄美病院の連携室及び相談室においても、元来の過重業務と人員不足に、ワーキングマザーの抱える働きづらさが加わったことで、早急な業務整理と効率化による業務改善を行う必要があった。そこで、「最速仕事術 SPRINT」の技法を取り入れ、業務改善の促進を目指すことにした。

方法

1 カ月の業務振り返りと現状の業務課題等を協議するワーカーミーティングへ「最速仕事術 SPRINT（以下、SPRINT）」の技法を取り入れた。

以下の順序に沿って SPRINT 技法を取り入れ、実際の業務改善効果についての分析・評価を繰り返し、より効果的な取り入れ方を検討した。

- 1) ワーカーミーティングの課題を整理
- 2) SPRINT の体験型勉強会の実施
- 3) ワーカーミーティングへの応用方法を検討
- 4) ワーカーミーティングへの導入と実践
- 5) 結果の分析と評価

最速仕事術 SPRINT

書籍「SPRINT 最速仕事術—あらゆる仕事がかんたんに最合理的な方法」を参考にした。SPRINT は著者の 1 人であるジェイク・ナップ氏が Google LLC（以下、グーグル）にて開発し、のちにグーグルの投資部門 GV（旧グーグル・ベンチャーズ）が数々のスタートアップで実証してきたグーグル式仕事術である。

本書には、最小限の時間で最大限の結果を出せる具体的且つ実践的な方法が詳細に描かれている。本内容を参考にすることで、それぞれの業務課題に応じた独自の SPRINT を行うことができる。

SPRINT には、「個別の作業」「プロトタイプ作成の時間」「逃れられない締め切り」という 3 つの重要な要素がある。これにより、堂々めぐりの議論をすることなく、明確なソリューションを生み出すことが可能となる。また、中

断による生産性への悪影響を回避する為、SPRINT は 5 日間連続で行われる。これにより、1 つの目標を目指して、参加者全員が全力で課題に集中できるようになる。SPRINT の各所には最速で最大の成果を生み出すためのアイデアが散りばめられている。なお、難しい知識や熟練の技術等がなくても、定められたステップを実行することで SPRINT は誰にでも実践できるようになっている。

実践

1. ワーカーミーティングの課題を整理

これまでのワーカーミーティングでは、以下のような状況があった。

- ・役職者や経験年数の長い職員からの発言が多く、経験年数の短い職員の意見が出にくい
- ・先に出た意見に同調した意見に偏りやすい
- ・時間内に具体的な解決方法まで進まない
- ・解決策が曖昧なことが多い

以上のことから、ワーカーミーティングの課題を、下記の 3 つに整理した。

- ①効果的な意見の抽出
- ②時間の効率化
- ③解決策の明確化

2. SPRINT の体験型勉強会の実施

2021 年 6 月 19 日、SPRINT の周知とその有効性を確認するために、体験型勉強会を連携室及び相談室職員向けに実施した。院内の精神保健福祉士 6 名が参加した。

勉強会は、「時間を最大限に活用する合理的方法」として SPRINT を紹介し、資料は書籍を参考に筆者が作成した。実際の SPRINT は 5 日間時間をかける為、短時間で行える「応用型 SPRINT（筆者が独自に作成）」を体験してもらった（図 1、図 2）。

協議事項は、当時課題になっていた毎朝の相談室ミーティングの時間短縮と会議自体の効率化とし、目標は「25 分でできる充実した朝のミーティング」とした。「応用型 SPRINT」は、①現状把握するマップ作り、②アイデアを抽出する個別作業、③採用するアイデアの選定、④具体的な改善策「プロトタイプ作成」の 4 つの要素に絞り実施した。

3. ワーカーミーティングへの応用方法を検討

勉強会で「応用型 SPRINT」を体験した結果、

「参加者全員の意見が抽出できる」、「参加者の主体性が高まる」、「アイデアの選定方法が簡単」、「結論が明確」等の効果が確認できた。一方で、1回の「応用型 SPRINT」に2時間以上の時間がかかるという課題が見つかった。そのため、体験により効果が確認できたポイントに絞り、ワーカークミーティングに導入することとした（図3）。

4. ワーカークミーティングへの導入と実践

実際に導入した内容は次のとおりである。

1) 業務振り返りについて

1カ月の業務振り返りの際に、付箋へ各自の意見を書く個別作業を導入した。なお、各自の意見を書く際は「どうすれば改

善できるか」の視点を必ず入れることとした。

2) 協議事項がある際の対応

協議事項がある時には、付箋を利用した個別作業と、シールを使った投票を取り入れた（図4）。

3) 日常業務への導入

SPRINTの要素を日常業務へ導入した。業務改善のプロトタイプを作成し、試験的導入と改良を繰り返した。

5. 結果の分析と評価

SPRINTの要素をワーカークミーティングと日常業務で実践しながら、自分たちの業務に合ったかたちへと改良を重ねた。

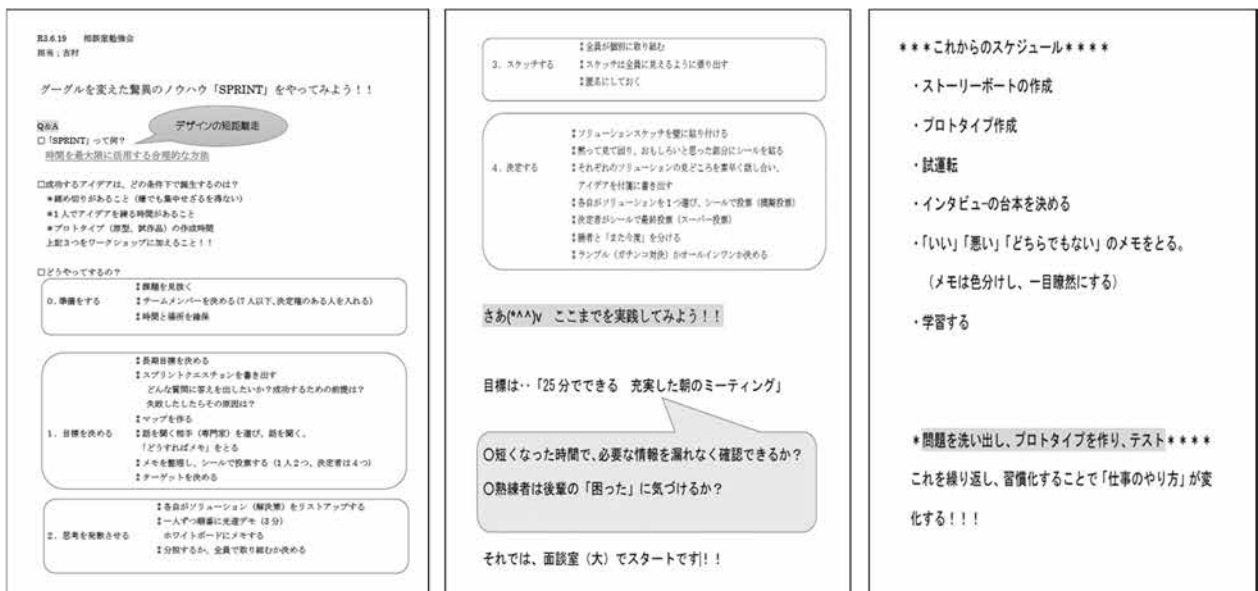


図1 「SPRINT体験型勉強会」資料

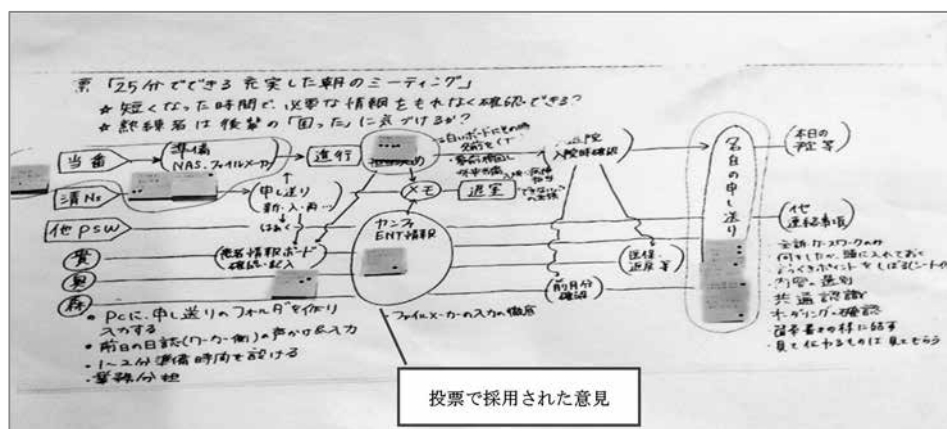


図2 体験型勉強会にて作成されたプロトタイプ

朝の相談室ミーティング	
当番はタイムキーパーを！ 8:30～8:55まで時間厳守！ ※AMAMI-IN-NAS、ファイルメーカー、日誌、新患・入院カレンダーの確認ができるように準備する！！	
8:30～8:35	□当番はAMAMI-IN-NASとファイルメーカーの両方を確認し、①前日入退院(基本情報入力間違いがないか)、②転棟、③形態変更、④総数、⑤入院時確認票の確認 ※ファイルメーカー「患者リスト統計用」とNAS「看護日誌」の入院形態数が合っているか確認 任意入院(人) 医療保護(人) 措置(人) 総数(人)
8:30～8:40	当番以外は、日誌、ケース記録票の未記入分を記入する □上記①～⑤の未入力等あれば、必ず入力する。
8:40～8:45	連携室 No と情報共有 ①連携室 No より本日の予定、共有事項について ②本日の入院、新患担当 paw を確認し、新患・入院カレンダーへ入力する ③相談員より【森越→奥田→貴島→早野、西牟田、吉村、下田】
8:45～8:53	各相談員より申し送り 各自1～2分以内で ★口頭で必要な申し送り内容のみ簡潔に伝えること！
8:53～8:55	□医療保護関係(奥田より) □入院時確認票のチェック声掛け □本日の予定確認(予定表参照) □メール □体調確認票の入力声掛け □前日インシデントの入力声掛け □その他連絡事項(朝ミーティング重要事項共有へも記載)

図3 体験型勉強会の成果「改良された朝のミーティング進行表」

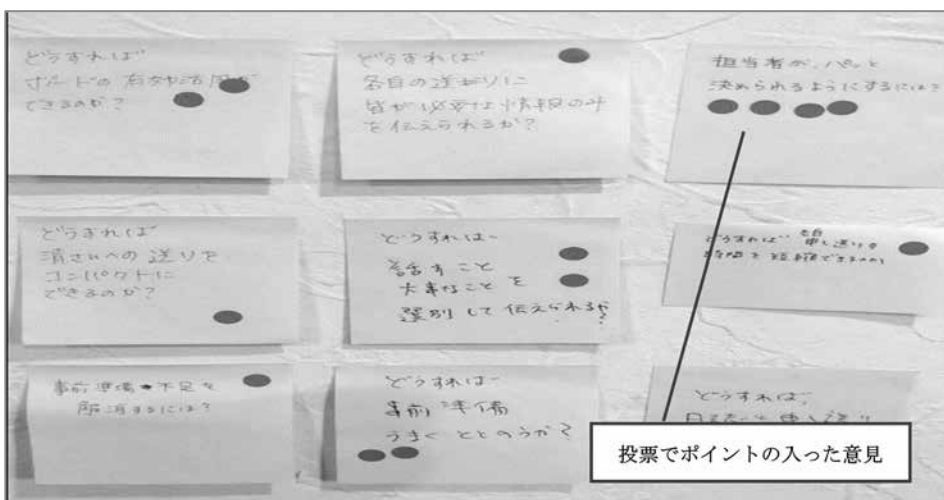


図4 個別作業で作成された付箋とシールでの投票

結果

SPRINT の要素を日常業務へ取り入れた結果、「全員の主体的な意見の抽出」、「課題と解決方法の明確化」、「協議時間の短縮」という効果が確認できた。業務改善について効果的な協議が可能になったことで、業務整理・効率化に関する意識付けが高まった。また、2021 年度相談件数は前年度比 968 件増加、関係機関等との連携件数も 1,012 件増加したが、レベル 1 以上のインシデント報告件数は 8 件から 4 件へ減少した。一方、インシデントレベル 0 の報告件数は 65 件増加した。これは今回の取り組みを

通し、日常業務において業務改善や具体的対策に関する意識が強化した結果、大きなインシデントになる前の気づきが浸透し、精神保健福祉士各自で対策を考える土壌が構築できたためと評価できる。

考察

2021 年 4 月、部署内の人員不足と、相談室責任者と連携室責任者の兼務、責任者の個人的事情を背景とした危機的状況により、部署全体で業務改善に取り組むことが必要であった。

業務改善の促進には、これまで当たり前に行ってきた業務に疑問を持つことが重要である。その為には、新たな視点や他分野の技法等を効果的に取り入れることが有効であることを今回の取り組みを通して感じた。

これまでのワーカーミーティングでは、役職者や経験年数の長い職員からの発言が多く、経験年数の短い職員の意見が出にくい状況や、先に出た意見に同調した意見が多くなる傾向があった。SPRINTの技法を取り込むことで、各自で考える時間の確保と、意見の表出方法の明確化が行われ、参加者全員の意見を抽出することが容易になった。また、他者からの影響を受けない意見が出ることで、各人の立場や経験年数特有の課題が明らかになり、その課題の解決に向けて部署全体で考え、取り組む姿勢へつながったと考える。

次に、ワーキングマザーとしての立場から考えたことを述べる。今回の取り組みで業務改善が行われ、時間外業務を前提としない業務遂行が可能となった。しかし、働きやすい環境が全て整ったわけではない。ワーキングマザーは家庭と職場の双方に対し、「十分に役割を果たすことができない」という罪悪感を持ちながら働いており、「生き生きと働くことができている」という実感を持つことは少ない。山田は「ワーキングマザー（と、家庭育児を「お手伝い」感覚ではなく自分の仕事として引き受けている父親）は自らの職業上の仕事、ファースト・シフトが終わった後に、家庭でこまごまとした仕事を同時進行で多数こなしている」と述べている。また、子どもがいる中での家事は、「作業の中断や、何一つ自分のペースでできないこと、それがファースト・シフトのあとに数時間、連日続くという事実は、地味だが確実に、母親たち（と家事育児を自分の仕事として担う夫）を疲れさせる」とも述べている³⁾。子どもを育てながら働く母親は、仕事と家庭のバランスを保ちながら、更に充実した生き方を望み日々努力している。このような状況を、職場や社会全体が「それぞれの家庭の問題」と切り捨ててのではなく、よりマクロな視点から働きやすい環境整備について模索していく必要があると考える。

最後に、今回新たな視点や技法等を効果的に取り入れたことで、業務改善を促進することができた。今後も業務改善の取り組みを継続し、それによって生み出された時間を医療の質へ還元していきたいと考える。

結語

離島精神科医療の現場における専門職不足とそれにとまなう過重業務や責任の重圧は、そこで働く医療従事者へ深刻な影響を及ぼしている。長期化する心身の疲弊等は、休養や離職のリスクを高め、専門職不足は益々深刻化していく。離島という人的資源に限りがある中で、医療機関が生き残っていくためには、組織として大きな変革が必要である。今あるものを大切にしながら、同時に新たな何かを創設していかなければならない。「新たな何か」のヒントは、多様な働き方を目指す「働き方改革」にあるのではないだろうか。子供を育てながら働く親に限らず、要介護者や病人を抱える家庭、自分自身の病気や障害等、様々な事情により働きたくても働くことができない人々が存在する。「働き方改革」の謳う一億総活躍社会が理想論で終わることがないように、個々人の働きづらさを組織や社会全体でしっかりと捉え、変革していくことがこれからの課題である。

利益相反

本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

文献

- 1) 厚生労働省「働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて」（2019年4月掲載）、<https://www.mhlw.go.jp/content/000474499.pdf>
- 2) ジェイク・ナップ、ジョン・ゼラッキー、ブレイデン・コウィッツ、櫻井裕子訳：SPRINT 最速仕事術、355、ダイヤモンド社、東京都、2017
- 3) 山田陽子：働く人のための感情資本論—パワハラ・メンタルヘルス・ライフハックの社会学—、200-201、青土社、東京都、2019

第2回慈愛会学会学術集会口演発表優秀賞

2021年度外来患者満足度調査とベンチマークの活用

～患者様の声から学ぶ～

楠原 憲一郎

いづろ今村病院 事務部

要旨

いづろ今村病院では、外来診療の質の向上に役立てるため「外来患者満足度調査」を実施している。調査内容は、「診療内容、職員の対応等についての満足度」、「改善要望や不満な点」である。2021年度調査の結果、『いづろ今村病院を親しい人にも勧めようと思いますか』との質問に対し、「すすめる」50.3%、「まあまあすすめる」36.8%と、合計87.1%の方がいづろ今村病院を「すすめる」と回答した。満足度では、『医師による診療、治療内容』、『医師との対話』、『看護師の対応』等が高い評価であった。一方、『診察までの待ち時間』は、「やや不満」「とても不満」の割合が合計20.8%と全項目中最も高かった。この調査結果を、公益財団法人日本医療機能評価機構の「患者満足度、職員やりがい度活用支援プログラム」で、他病院のベンチマークと比較した。その結果、「総合評価」の平均点は参加病院の中で高値であったが、「診察までの待ち時間」は平均より低い結果となった。「診察までの待ち時間」については全体の平均値も低く、患者が不満を持ちやすい項目であると分かった。この結果から、「待ち時間の短縮」、「案内の充実」等の対策を行い、患者の満足度を向上するための継続的な取り組みが必要だと考えた。調査のフリーコメント欄には患者からの称賛や感謝の言葉、労いの言葉が記載されていた。この言葉を励みに、いづろ今村病院の理念である「心と心をつなぐ医療」の実現に向けて病院全体で取り組んでいきたい。

キーワード：患者満足度、アンケート、ベンチマーク

はじめに

2021年度外来患者満足度調査の結果及び今後の課題についてここに報告する。

目的

外来患者が、当院で行っている診療の内容やスタッフの対応等に満足しているか、改善要望や不満な点等について調査し、外来診療の質の向上に役立てる。

方法

調査期間は令和3年12月13日（月）から15日（水）の3日間。午前中に外来を受診した患者を対象に、アンケート形式で実施した。16項目の質問に5段階で回答する方式とし、フリーコメント欄を設けた。3日間で合計339件の回答を得た。

公益財団法人日本医療機能評価機構による「患者満足度、職員やりがい度活用支援プログラム」の活用について

当院は公益財団法人日本医療機能評価機構（以下、機構）の「患者満足度、職員やりがい度活用支援プログラム」（以下、支援プログラム）に参加している。今回の調査では、支援プログラムのアンケートテンプレートを利用し、調査用紙を作成した。

調査実施後に、当院の結果を機構へ送付することで、支援プログラムに参加している全病院のデータを利用できる。また共通のアンケート項目を使用しているため、他病院のベンチマークと比較可能となる。

結果

受診者の年齢

受診者を年代別にみると、10代1%、20代3%、30代5%、40代12%、50代18%、60代27%、70代24%、80代9%、90歳以上が1%となった。60歳以上の受診者が61%と6割を超え、前回調査（2020年度、63%）とほぼ同じ結果となった。

受診者の性別

男女別受診者数は、男性139名（40.1%）、女性198名（58.4%）、未回答2名で、受診者の約6割が女性であった。2020年度調査（男性46%・女性54%）と比較し、女性が微増した。

集計結果

1.総合評価

支援プログラムの調査結果においては、総合評価が重要だと位置付けられている。アンケートの『当院（いづろ今村病院）を親しい人にも勧めようと思いますか』という設問に対する回答が、総合評価となる。「すすめる」、「まあまあすすめる」、「どちらと

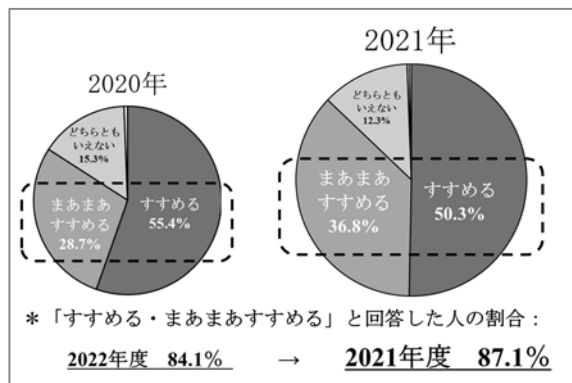


図1 集計結果 総合評価

も言えない」、「あまりすすめない」、「すすめない」の5段階で回答を求め、「すすめる」が50.3%、「まあまあすすめる」が36.8%となった。「すすめる」、「まあまあすすめる」を合計すると87.1%となり、2020年度の調査結果（84.1%）をやや上回った（図1）。

2.全体評価

15項目について、「とても満足」、「やや満足」、「ふつう」、「やや不満」、「不満」の5段階での回答を求めた。結果を図2に示す。

「とても満足」、「やや満足」の回答割合が6割を超えた項目は、『看護師の対応』、『医師との対話』、『医師による診療・治療内容』、『その他スタッフの対応』、『事務職員の対応』であった。建物や設備、清掃の状況についても、多数の受診者が満足と回答している。

一方、『診察までの待ち時間』、『診察時間』、『案内や掲示』、『会計手続き』、『診察までの待ち時間』では、「とても満足」、「やや満足」の割合が6割を下回り、特に『診察までの待ち時間』では、26.5%と明らかに低い結果となった。

『診察までの待ち時間』については、「やや不満」、「とても不満」の割合が20.8%となり、前回調査（2020年度、21.8%）とほぼ同じ結果となった（図3）。

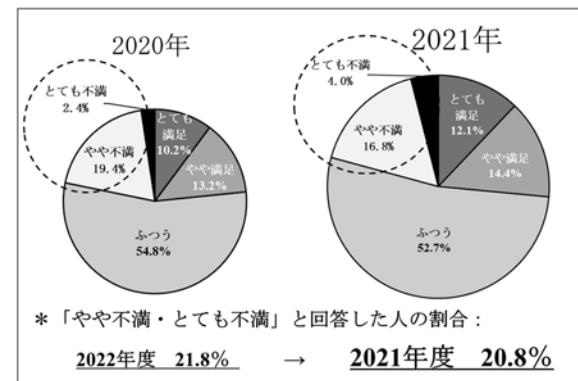


図3 集計結果 診察までの待ち時間

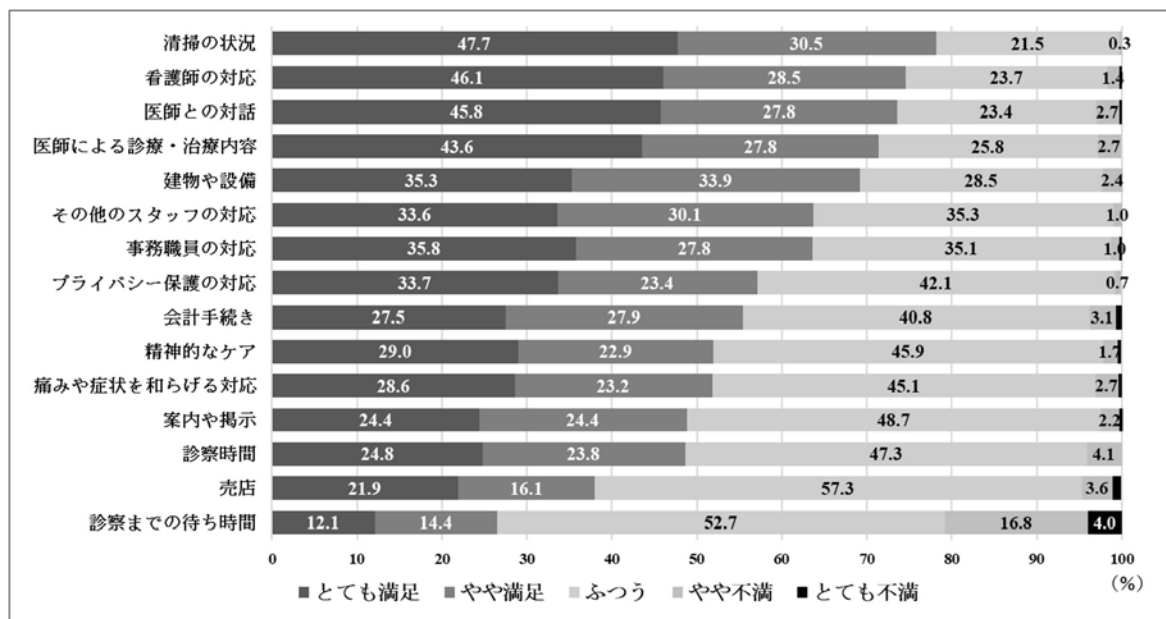


図2 集計結果 全体

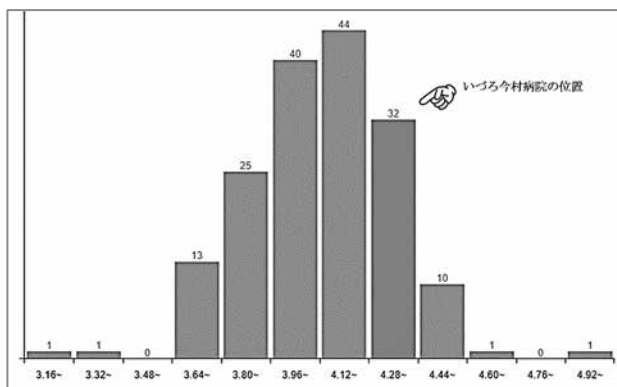


図4 ベンチマーク比較 総合評価

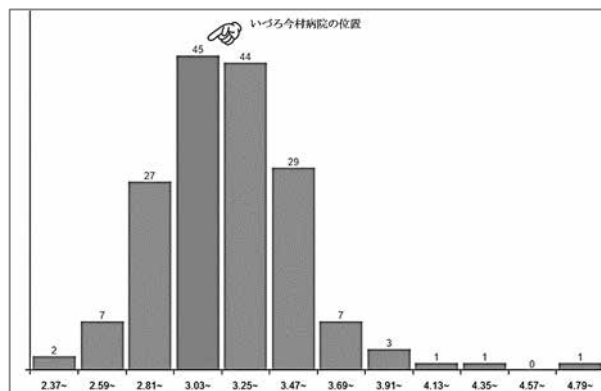


図5 ベンチマーク比較 「診察までの待ち時間」

考察

当院の調査結果について、機構の支援プログラムに参加している当院と同規模の一般病院及びケアミックス病院のベンチマークと比較を行った。

「総合評価」について、当院は5段階評価で4.36、偏差値59.20であり、参加した病院の中で高い位置にあった。(図4)

「やや不満」、「とても不満」の割合が高い「診察までの待ち時間」は、当院は5段階評価で3.14、偏差値46.18であり、全国平均よりやや低い位置にあった。「診察までの待ち時間」については、当院だけでなく他病院の平均値も低く、多くの病院において課題となっていると考えられる。(図5)

当院で、診察までの待ち時間が長くなっている原因について検討した結果、以下の点が挙げられた。

①患者の来院時間

当院の外来は予約診療を行っている。しかし、当院で実施した「外来患者待ち時間調査」の結果から、患者は予約時間よりも早く来院しているケースが多かった。来院した時間からが待ち時間となり、予約時間より早く来院した患者は、「必要以上に長く待っている」と感じていることが推測された。

②待ち時間の目安が不明

患者は具体的な待ち時間を知ることができない。また、待ち時間の長さが不確定であるため、感覚的に「長く待っている」と感じているのではないかと推測された。

③患者の意識の変化

新型コロナウイルス感染症の拡大により、患者が「病院内に長時間いることは感染のリスクになる」と認識していることが推測された。

④なにもしないで過ごす時間・手持ち無沙汰

当院では新型コロナウイルス感染症対策として待合室に置いてあった新聞・雑誌等を全て撤去している。そのため、検査や診察の待ち時間にすることが無くなり長く感じている患者がいるのではないかと推測された。

主にこの4点が「診察までの待ち時間」の不满につながっているのではないかと推察した。

対策として、診療の流れの確認及び見直し等による待ち時間短縮の取り組み、院内のインフォメーションモニターや掲示物の内容検討、スタッフによる声かけ・案内等の患者サービスや利便性の向上が必要である。

患者の「診察までの待ち時間」に対する不満解消は、今後も継続して取り組んでいかなければならない重要な課題である。病院全体で対策を検討し、バージョンアップし続けることが重要である。

まとめ

満足度調査を通して、診療自体や職員の対応など良い評価だった部分についてこれからも継続して取り組むことは勿論のこと、課題である「待ち時間」に対する不満の軽減を図り、患者に満足してお帰りにいただけるように取り組んでいきたい。

最後に、満足度調査のフリーコメント欄には、称賛の言葉や、感謝の言葉、励ましの言葉、病院職員を労う言葉が記入されていた(図6)。

この言葉を励みに、当院の理念である「心と心をつなぐ医療」の実現に向け、より良い医療を病院全体で提供していくための一助となるよう、今後も満足度向上への取り組みを続けていきたい。

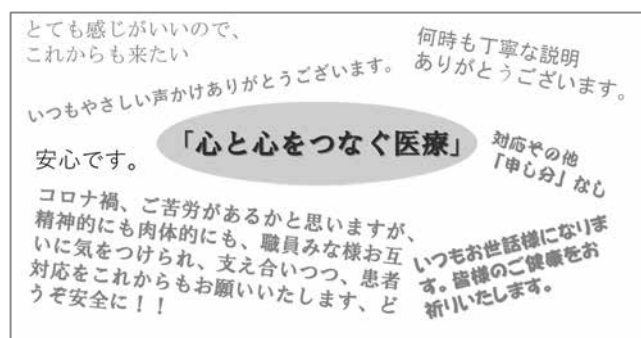


図6 フリーコメント欄 記載意見(一部)

利益相反

本論文発表内容に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

文献

- 1) 公益財団法人日本医療機能評価機構「患者満足度・職員やりがい度活用支援」、<https://www.jqhyouka.jcqhc.or.jp/support/satisfaction>（最終閲覧日 2022年11月1日）

第2回慈愛会学会学術集会ポスター発表優秀賞

精神科デイケアにおける“プレデイケア”の効果

～デイケア導入期に必要なこと～

東 泊 由 紀、川 野 誠、土 山 芳 枝、岩 吉 雄 太 朗

谷山病院 精神科デイケア

要旨

精神科デイケアとは、精神障害のある方が疾患の再発防止や社会復帰などを目的として利用する「通所型リハビリテーション」のことである。谷山病院の精神科デイケア（以下、デイケア）で、新規開始者を対象とした新プログラム“プレデイケア”を立ち上げ、約1年が経過した。参加者が多様化している中で、新規開始者に丁寧にかかわり、参加者が相互作用で得られる体験を通して不安やストレスに対処できるようになること、デイケア通所が定着することを目指してきた。今回、プレデイケアの効果を確認するため、「プレデイケアに多く参加することで、早期にデイケア通所が安定する」と仮説を立て、検証を行った。プレデイケア参加者19名を、プレデイケア参加率の高い群と低い群に分け2サンプル比較検定を行った結果、有意差はみられなかった。しかし、プレデイケア参加率の高い群はデイケア平均参加率が88.0%と高く、プレデイケアに参加することで、早期に安定したデイケア通所が獲得できる傾向にあると考えられた。プレデイケアを定期のプログラムとして設けたことで、似通った仲間との交流の場となり、デイケアでの対人関係や生活の困りごとを共有する機会となった。反面、利用者の疾病特徴から、「何を話してもよい」という構造のプレデイケアは敷居の高いプログラムとも言え、入院中にプレデイケア体験を通して新しい環境に慣れる時間を確保するなど、工夫が必要だと考えられた。今回の調査結果から、プレデイケアは安定したデイケア通所につなげるツールとして位置づけられ、地域生活を早期から形作るのに一役を担っていると考えられる。

キーワード：プレデイケア、早期デイケア定着、集団活動

はじめに

谷山病院（以下、当院）デイケアには、約130名の方が利用登録をしている。「居場所として10年以上通所されている方」、「入院治療後の規則的な服薬と社会生活の確保を目指すことで症状の安定を図る方」、「就労や社会の再参加を目標にしている方」など、背景や通所の目的もさまざまである。デイケアでは、利用者のニーズや望んでいる生活を捉え環境調整を行うという、個別性を重視した支援が必要である。また当院では、精神科急性期医師配置加算・精神科地域移行実施加算を取得していることもあり、患者が病院を退院した後に、安心して地域生活が送れるよう、デイケア導入時にはより細やかな支援が求められる。

しかし、2020年度のデイケア新規開始者のうち、4人に1人は導入3か月以内（以下、導入期）に通所を中断していた。中断理由は「再入院」だけではなく、「デイケアが合わない（拒否）」などの理由も多く、デイケア導入期にいかに通所を定着させるか

が課題となっていた。

そのため、2021年3月よりデイケア新規開始者を対象とした新プログラム“プレデイケア”を開始した。プレデイケアは、集団で行うデイケア活動を通し参加者が相互作用を体験することと、スタッフが参加者に丁寧にかかわることで、デイケア通所の定着とフォローアップを目的としている。

鶴見は、「デイケアには、退院後の初期段階において地域生活を形作り、安定した地域生活を維持するという、重要な役割がある」¹⁾と述べている。今回、プレデイケアがこの役割を担えているか効果を検証し、今後の課題を明確にすることを目的とした。

谷山病院“プレデイケア”

デイケアは、集団活動を通してその後の社会生活につながる支援を提供する場である。参加者が集団活動で得た体験や獲得した技能を、担当者がオーダーメイドの相談・調整・フィードバックで統合を図る。この個別ケアにより、参加者の地域生活の質の向上を目指す。

デイケアに長期間通所している利用者の中には、精神症状が持続しており日常生活に影響のあるケースや、対人面に大きな援助が必要なケースも多い。この多様化した集団の中で、新規開始者へ重点的に個別ケアを行うのは難しい状況がある。

そこで、このような困難さを解消するために、治療構造を「メンバーの等質性」、「参加期間」、「グループの開放度」の点から検討し、プレデイケアのプログラムを立案した。対象は、参加者相互の共感が得られやすいよう「デイケアを新規開始し3か月未満の者」と設定した。「デイケアを開始して間もない」という似通ったメンバーで活動することで、目標である「デイケア新規開始者同士のコミュニケーションを通し、地域で生活する不安軽減や自信の獲得につなげ安心して生活すること」を達成できると考えた。プログラムへの参加期間は、メンバーの等質性のレベルを維持できるよう「デイケア導入後3か月間」としたが、目的を達成するのには個人差があるため、利用者の希望があればその期間を超えても参加可能とした。集団の開放度としては、人格や行動の変容を目的とする場合や、ある課題や共通目標にそって全員で協力して取り組む場合に用いられる「クローズドグループ」の形態とした。月に4～8回の開催とし、デイケア利用回数に差があっても参加できるようランダムに曜日を設定した。時間は、デイケア午前プログラム終了後の11時20分から昼食までの20～30分間。個室での座談会形式とし、聞くだけの参加も可能とした。テーマは設けず、参加者が今の気分に近い表情マークを使用しながら自己紹介を行った後に、デイケア開始後の今の自身の状況や困りごとなどを自由に発言してもらう。スタッフ2名がリーダー（ファシリテーター役）とコ・リーダー（補助役）となり進行する。

このような治療構造のプレデイケアは、デイケア利用にまだ慣れていない参加者にとって、デイケアがどのような場所なのかを知る機会となる。同時に、他の参加者の話を聞くことで「自分だけではない」という普遍的体験ができることや、仲間を見出すこと、受容される経験ができることも期待できる。

表1 谷山病院“プレデイケア”の特徴

対象	デイケア新規導入となり、3か月未満の方
目的	新規利用者同士のコミュニケーションを通して、在宅で生活する不安軽減や自信の獲得につなげ、安心して生活できるように支援すること
参加期間	導入後3か月（それを超えても可）
実施回数	月に4～8回（曜日固定せずランダムに設定）
開始時間	11：20
実施時間	20～30分
場所	デイケア個室
スタッフ	リーダー、コ・リーダー
流れ	1.今の気分に近い表情マークを利用しながら自己紹介 2.テーマは設けず、自由に発言してもらう（聞くだけ可）

目的

プレデイケアに参加することで早期にデイケア通所が安定するのか、またプレデイケアの効果があるとすればどのような効果や役割があったのかを検証し、デイケア導入期に必要なことをまとめ、プレデイケアの今後の課題を明確にすることを目的とした。

方法

2021年3月～2022年1月までのプレデイケアの実施回数や参加人数、内容について調べ、全体像を把握する。今回はデイケア新規導入となった利用者のうち、3か月間登録があり、就労などですぐに中止になったメンバーを除いた19名を調査することとした。

統計解析

「プレデイケアに多く参加することで、早期にデイケア通所が安定する」と仮説をたてた。

プレデイケア参加率とデイケア参加率の関連を検証するために、プレデイケア参加率の高いA群と参加率の低いB群に分けて2サンプル比較検定を行った。解析は、プレデイケア参加率を中央値で2群に分けて解析した。プレデイケア参加率60%以上をA群（10名）とし、60%未満をB群（9名）とした。

倫理的配慮については、対象となる参加者に口頭で説明し同意を得た。合わせて掲示物での説明も行った。

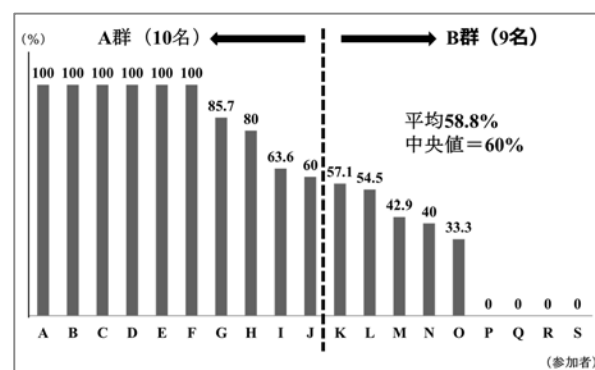


図1 19名のプレデイケア参加率

結果

最初に、プレデイケアの全体像について述べる。他プログラムや年間行事を考慮し、60回の開催を計画した。9回は診察や拒否などで参加者が集まらず

中止となり、51 回の実施となった。1 回の参加人数は、少ない時で 1 名、多い時で 5 名であった。19 名のプレデイケア参加状況は、参加率 100%が 6 名、そのうち 3 名は期限を超えて参加した。参加率 0%の 4 名は、「話すのが苦手」「前も参加していた、もうデイケアのことは知っている」と不参加の理由を述べた。

2 群のプレデイケア平均参加率は、A 群 88.9%、B 群 25.3%であった。デイケア平均参加率は、A 群 88.0%、B 群 70.5%であり、2 サンプル比較検定の結果、 $z=0.947$ は危険率 5%レベルの限界値 1.96 より小さいため帰無仮説を棄却できない。そのためこの 2 群に有意差はないことが分かった。

表 2 2 群の比較

	A群	B群
プレデイケア 平均参加率	88.9%	25.3%
デイケア 平均参加率	88.0%	70.5%

次に、プレデイケア参加者の様子について述べる。今の気分に近い表情マークを使った自己紹介では、プログラム参加開始時期は「デイケアに慣れない」とコメントする参加者がほとんどであったが、期間終了前には「だんだん慣れてきた」という話を聞くことができた。また、「デイケアに来ることで生活リズムが整ってきた」と参加者同士で話す様子もあり、通所の利点について共通認識する機会ともなっていた。

参加者からの発言で多かったのは、「誰と話していいかわからない」、「人を押しのけてプログラムに割り込んでくる人がいて困った」などの対人関係のストレスや、不眠、体重増加など生活の困りごとについての内容であった。同じように感じている内容については、参加者同士で共感し助言する姿も見られた。また、参加者が「スタッフに言っていいいんでしょう」と対処法を口にすると、他の参加者が「それもスタッフに言えいいんですね」、と般化できる場面もあり、ストレスコーピングの共有の機会も多くあると考えられた。

プレデイケアは、メンバーの等質性はあるが、デイケア開始後間もない参加者は、スタッフを通したコミュニケーションでやっと会話が成り立つ段階である。プレデイケアの開催時に、マンパワー不足でスタッフを 1 名しか配置できないこともあった。補助スタッフがいない 1 人体制では、誰も話さず介入を多く必要とする回や、テーマの決まっていない会の進行に苦慮するなど、活動運営が困難なこともあった。

考察

今回の結果から有意差は確認できなかったものの、プレデイケア参加率の高い A 群はデイケア参加率も 88.0%と高く、プレデイケアに参加することで早期に安定したデイケア通所が獲得できる傾向にあるといってもよいのではと考えた。

デイケア新規開始者は、「デイケアがどのような場所なのか分からない」といったストレスや、「退院後の生活がうまくいくだろうか」、「再入院にならないだろうか」などの不安を大きく感じている。このような時期に、対人関係の困り事や退院後の生活について参加者同士で話すことのできるプレデイケアは、共感する場や受容する場として存在していると思われた。

プレデイケアは、参加対象を限定したことで、等質性のある仲間との交流の場となっている。「まだ慣れない」という他の参加者の言葉に、「自分一人だけではない」と安心し、同じような悩みや困りごとを抱える仲間と話すことで、「デイケアがあったからよかった」と希望を感じることができるのではないかと。また、自分のストレス対処法を話したことで称賛され、「真似したい」と言ってくれる誰かがいることが自尊心につながる。プレデイケアはそのような場所として存在している。担当者による個別ケアでも安心感は得られると思われるが、集団活動を行ったことで共感・共有しやすくなり、定期的なプログラムとして開催したことが、より効果を大きくしたのではと考えた。

次に、今後のプレデイケア運営における課題について述べる。プレデイケアは「新しい環境の中で慣れていない人と話す」という要素が含まれ、何を話してもよいという自由度の高い作業から成り立っている。このことから、疾病の特徴からもとめて対人関係を苦手とする参加者にとっては、敷居の高いプログラムといえる。さらに、テーマが明確でないことも参加することへの不安につながり、「拒否」という言動に至った参加者がいたのではと考えた。

この点については、入院中からデイケアのスタッフとの関係構築を行うことや、プレデイケアへの参加機会を設けるなど、新しい環境に慣れる時間を退院前に確保することで、デイケアに安心して継続参加できると考えられる。

また最近では、訪問看護や訪問ヘルパーの利用、作業所への通所など、他の社会資源サービスを利用する登録者が増え、デイケアの利用頻度が少なくなっている。デイケアの利用頻度が少ないということは、プレデイケアに参加する機会も少なくなり、慣れるまでに時間を要してしまう。今後、プレデイケアの開催回数を増やし、利用者が参加しやすい環境を整

えていきたい。

プレデイケアを担当するスタッフについては、互いに学び合えるよう 2 人で運営できる体制を整えていく。同時に、スタッフの教育と技術向上のために勉強会を開催し、研修会等への参加を促すなど、より質の高いプレデイケアを運営できるようにしていきたい。

最後に、今回はサンプル数が少なかったため、今後も経過をたどり、プレデイケアの役割について検討を重ねていきたい。

結論

今回の結果から、デイケア新規開始者にとって、プレデイケアはデイケア通所を安定させるための一つのツールであり、デイケアや他の社会資源を活用しながら地域生活を早期から形作るのに一役を担っていると考えられる。プレデイケアのような小さな集団活動に等質性のあるメンバーで参加することで、安心できる環境を獲得し、同時に仲間との相互作用によりストレス対処や生活技能の向上につながっていくと考える。短時間のプログラムであるが意義深い活動と言え、今後もプレデイケアの運営に力を注いでいきたい。

利益相反

本論文発表内容に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

文献

- 1) 香山明美、小林正義、鶴見隆彦 編：生活を支援する精神障害作業療法－急性期から地域実践まで－（第 1 版）、181-188、医歯薬出版株式会社、東京都、2007
- 2) 山根寛：神障害と作業療法（第 3 版）、103-106、三輪書店、東京都、2010
- 3) 日本デイケア学会編集：新・デイケア Q&A、中央法規、東京都、2016

第 2 回慈愛会学会学術集会ポスター発表優秀賞

新人看護師成長パス・指導者パスの導入を試みて

松山 郁子¹⁾、中窪 尊子²⁾、生見 千鶴³⁾、今村 健次⁴⁾、木佐貫 涼子⁴⁾

慈愛会看護部教育委員会 1) 今村総合病院 看護部
2) いづろ今村病院 看護部
3) 谷山病院 看護部
4) 法人事業本部看護部支援室

要旨

新人看護師のリアリティショックを緩和し、順調な職場適応を支援する事は重要な課題である。特に2021年度の入職者は、新型コロナウイルス感染症の影響で臨地での実習経験が少なく、患者とのコミュニケーションや実践能力への不安を抱えたまま入職してくることが予想され、新人看護師へのサポート体制強化が必須となった。そこで、2021年度入職者に対し、1年間の歩みを可視化（以下「見える化」と表記する）した「新人看護師成長パス」と、各時期の到達目標と新人のおかれた状況や気持ちを理解し関わるポイントを明記した「指導者パス」の2つを作成した。新入職者は、新人看護師成長パスを使用することで、これからのイメージが付き安心感が得られ、指導者パスを使用した丁寧な指導を受けることで自信をつけながら進んでいくことができる。2つのパスを使用開始した5か月後と1年後に、新人看護師、先輩看護師、看護管理者を対象にアンケート調査を実施した。その結果、新人看護師成長パスについては、90%以上の新人看護師が「1年間の歩みがイメージできた」、「毎月の到達目標と習得すべき技術が示されており学習計画が立てやすかった」と答えた。また、ほとんどの新人看護師が「先輩看護師からパスに沿った支援を受けている」と感じていた。指導者パスについて、先輩看護師や看護管理者は「新人看護師のおかれた状況を理解する点で役立ち、参考になった」と答えた。2つのパスの導入は新人看護師の育成支援に効果があったと言える。しかし、スタッフ全員への周知や活用のしやすさという点では今後も改善を重ねる必要がある。

キーワード：新人看護師、リアリティショック、成長支援パス、先輩看護師

はじめに

新入職者を迎える現場にとって、新人看護師のリアリティショックを緩和し順調な職場適応を支援する事は重要な課題である。特に2021年度の入職者は、新型コロナウイルス感染症の影響で臨地での実習を制限されており、患者とのコミュニケーションや実践能力の不安を抱えたまま入職してくることが予想された。リアリティショックが大きくなることも考えられ、現場における新人看護師へのサポート体制の強化が必須となった。看護部教育委員会では、新人看護師を迎えるにあたり「新人看護師成長パス（以下、新人パス）」と「指導者パス」について検討し、2つのパスの導入と公益財団法人慈愛会（以下、法人）全体での指導体制の統一を試みた。導入の効果を検証する為に、使用を開始した5か月後と1年後にアンケート調査を実施し、その結果からパスの効果と課題について考察したので報告する。

方法

1. 新人看護師成長パスの作成

- 1) 看護職員能力開発プログラムのレベルⅠの内容をもとに、新人看護師の1年間の歩みを「見える化」した。新人看護師が、1年間の流れ（進み方）のイメージがつくこと、安心感が得られることを目指した。
- 2) 入職後すぐに実践力を求めるのではなく、新人看護師が毎月の到達目標を達成しながら自信をつけられるよう、丁寧に進めるようにした。
- 3) 法人内の全施設で使用できるよう、共通した到達目標を掲げた。

2. 指導者パスの作成

- 1) 指導者が、新人看護師のレディネスを理解した上で指導にあたることが重要だと考え、その時期の「新人のおかれた状況や気持ち」を記載した。
- 2) その時期の指導の関わり方のポイントを明記

した。

3) 「3つのステップ『①やってみせる、②一緒にやってみる、③見守る』を踏むこと」と、「1つ1つの行為の根拠を考える大切さを伝えること」を明記した。

4) プリセプター、実地指導者^{*注釈}、看護管理者の具体的な支援内容を明文化した。

^{*注釈} 実地指導者は新人看護職員に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を行う者である。看護職員として必要な基本的知識、技術、態度を有し、教育的指導ができる者であることが望ましい。(厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン改訂版」より抜粋)

3. パスの導入

2021年4月から、法人内の3施設で、新人パスと指導者パスを導入した。導入後は毎月、各施設の看護師長会や看護部教育委員会等で、目標到達状況と支援内容を確認した。

4. データ収集方法

2つのパスを導入した5か月後と1年後にWebアンケートを実施した。結果は単純集計でまとめた。

5. 調査対象者

- 1) 新人看護師成長パス：新人看護師、5か月後62名・1年後56名
- 2) 指導者パス：先輩看護師（プリセプター、実地指導者）90名、看護管理者（副看護師長、看護師長）54名

6. 倫理的配慮

アンケート調査への参加は自由とした。無記名回答とし、回答（送信）をもって同意が得られたとした。

結果

1. 新人看護師成長パス

回答数は、5か月後54名（回答率87%）、1年後56名（回答率89%）であった。

項目「1年間の歩みがイメージできる」は、「とてもそう思う」「そう思う」の合計が、5か月後90.7%、1年後92%であった。新人看護師の9割が「1年間の歩みがイメージできる」と回答した。（図1）

項目「毎月の到達目標と習得すべき技術が示されており、学習計画が立てやすかった」は、「とてもそう思う」「そう思う」の合計が、5か月後94.5%、1年後88%であった。新人看護師の約9割が「到達目標や示された技術で学習計画が立てやすかった」と

回答した。（図2）

項目「先輩がプランに沿って支援してくれていると感じる」は、「とてもそう思う」「そう思う」の合計が、5か月後96.3%、1年後96%であった。新人看護師のほとんどが、「先輩がプランに沿って支援してくれている」と感じていた。（図3）

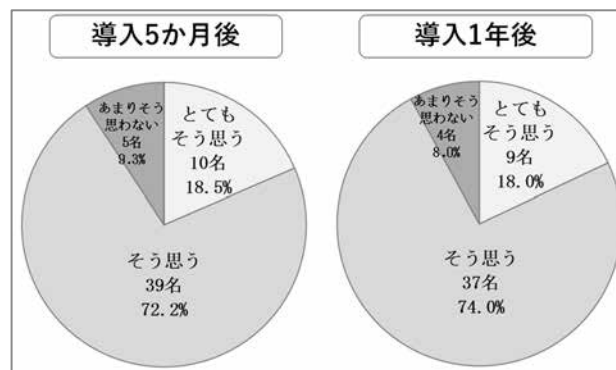


図1 「1年間の歩みがイメージできる」

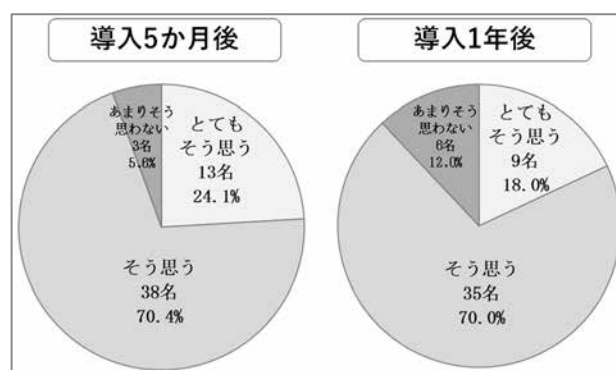


図2 「毎月の到達目標と習得すべき技術が示されており、学習計画が立てやすい」

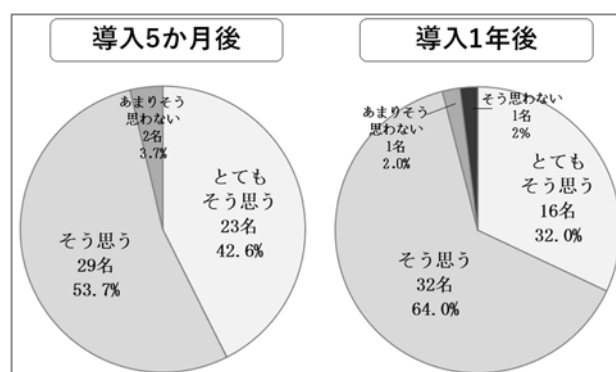


図3 「先輩がプランに沿って支援してくれていると感じる」

2. 指導者パス

回答数は5か月後134名（回答率93%）、1年後104名（回答率72%）であった。

項目「新人のおかれた状況を理解しながら指導する点で役立っている」は、「とてもそう思う」「そう

思う」の合計が、5 か月後 85.1%、1 年後 91.3%であった。先輩看護師、看護管理者の約 9 割が「新人のおかれた状況を理解しながら指導する点で役立った」と回答した。(図 4)

項目「指導の関わりのポイントは、指導を行う際の参考になった」は、「とてもそう思う」「そう思う」の合計が、5 か月後 88.8%、1 年後 91.4%であった。先輩看護師、看護管理者の約 9 割が「指導の関わりのポイントは、指導を行う際の参考になった」と回答した。(図 5)

自由記載欄には、「(血液) 透析室は独特の技術があり病棟と同じような活用は難しい」、「プリセプターや実地指導者以外のスタッフへの周知度が低く活用できていなかった」、「(指導者) パスの情報量が多い」等、改善を要望する意見が記載されていた。また、「(実地) 指導者や教育委員と、新人看護師に“今”必要な支援を共有できる」、「今後は日々活用し、みんなで新人看護師を育てるという意識を高めるツールにしたい」という意見もあった。

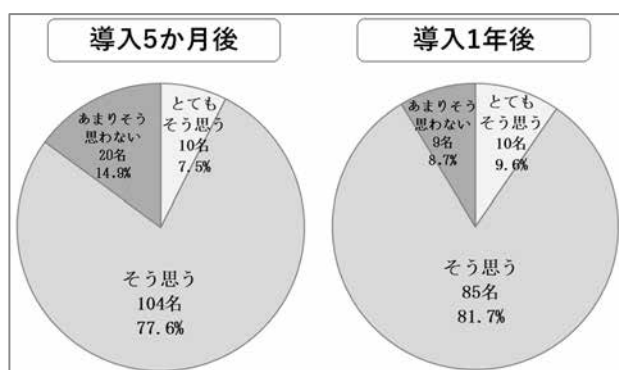


図 4 「新人のおかれた状況を理解しながら指導する点で役立っている」

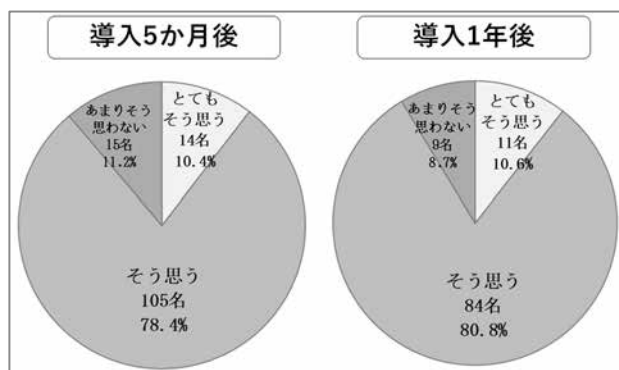


図 5 「指導の関わりのポイントは指導の際、参考になる」

考察

当法人の看護部には、看護師のキャリアアップ支援ツールとして、「看護職員能力開発プログラム J-seaty ナース」(以下、能力開発プログラム)がある。新人看護師も 4 月にレベル I を申請し、取得に向けて 1 年間の歩みをスタートさせる。新人看護師成長パスには、能力開発プログラムの項目ごとに、学びの支援として、各施設で計画される研修会、看護部で計画される研修会、視聴が望ましい e-Learning 講義等を記載し「見える化」した。アンケート調査の結果、9 割の新人看護師が「1 年間の歩みをイメージする事ができた」と回答しており、新人看護師成長パスを利用することで「1 年間の流れ(進み方)のイメージがつくこと、安心感が得られること」という目標を達成できているのではないかと考える。

また、新人看護師成長パスでは、すぐに実践力を求めるのではなく、「まず人や環境に慣れる」、「社会人となった事を自覚できる」など、段階を追って丁寧に目標を設定した。そして、その時期に習得してほしい部署特有の看護技術を記載し、部署全体で新人看護師を育成する体制作りを意識した。アンケート調査の結果でも、約 9 割の新人看護師が「毎月の到達目標と習得すべき技術が示されており、学習計画が立てやすかった」と回答している。新型コロナウイルスの影響で臨地実習の経験が少なく、看護技術に不安を抱え入職してきた新人看護師にとって、毎月達成可能な目標が設定されていることと、無理のない技術習得目標が、自信をつけながら歩むことにつながったのではないかと考えた。

千葉らは、「入職後 1 年間の新人看護師の状況をふまえた各月の到達目標、目標達成に向けた先輩などの関わりを明記した段階的教育を整備することで『各部署の新人看護師教育の格差解消』と、結果的に『看護基礎技術向上』につながる」¹⁾と報告している。

法人内の各施設とその部署では、新人の気持ちに寄り添い支援するプリセプター、技術習得に導く実地指導者、それらを支える教育委員、副看護師長、看護師長と、新人看護師を幾重にも重なって育てる職場風土作りを大切にしてきた。しかし、「指導しなくてはいけない」との重責から厳しく関わってしまう、指導する側の責任が重く辛いという意見、部署間で指導格差が生じる等の課題もあった。

そのため、指導者パスの作成にあたっては、新人看護師のレディネスとおかれた状況や気持ちを記載し「見える化」した。新人看護師を指導する者が、それらを踏まえて共通した支援が出来るよう、それぞれの役割と関わり方を明文化した。その結果、新人看護師のほとんどが「パスに沿った先輩の支援」

を感じていた。

また、指導者パスについては、先輩看護師と看護管理者の9割が、「指導の関わりのポイントは、指導を行う際の参考になった」と回答している。看護師は対象を理解して関わることを日頃から大切にしている。指導者パスで新人看護師のおかれた状況を「見える化」した点は、新人看護師の指導に効果的であったと考えられ、新人看護師が“安心して成長できる環境”を整えることにつながったのではないと思われる。

最後に、当法人の看護部は“心に届く慈愛の看護”を理念に掲げている。「患者とその家族へ向ける温かい関心」、「豊かな看護実践の場」は、そのまま“豊かな教育の場”でもある。新型コロナウイルス感染症の影響はとても大きく、マンパワー不足となっていた現場では、新人看護師に即戦力を求めたい思いを強く持っていたと思われる。そのような中でも先輩看護師と看護管理者は、新人看護師に丁寧にに関わり、“関心を寄せ”、“気をかけ”、“手を差し伸べ”、“成長を共に喜び”、看護実践の場を共に歩んでいる。このような環境の中で新人看護師は日々成長し、成長した新人看護師は後に、「先輩看護師として新人看護師を指導する立場」となっていく。今後も、2つのパスの活用と検討、見直しを重ね、看護現場の“新人看護師の教育の土壌”を醸成していきたい。

結語

1. 新人看護師成長パスは、新人看護師が1年間の歩みをイメージし、学習計画を立てる事に有効であった。
2. 新人看護師は先輩看護師がパスに沿って支援してくれていることをとても感じていた。
3. 指導者パスは新人看護師の気持ちや置かれた状況を理解し、新人に関わる事に役立っていた。
4. 「スタッフ全員で、新人を育てるツールにしたい」という意見が多くあった。
5. 2つのパスは周知度が課題であり、今後、全スタッフへの周知と活用しやすい内容の検討が必要である。

利益相反

本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

文献

- 1) 千葉真理子：先輩看護師の役割意識の向上に向けて、看護実践の科学 2018 年臨時増刊号：65～78、2018
- 2) 厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン改訂版」：https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf

第2回慈愛会学会学術集会ポスター発表優秀賞

離島における非常食の在り方とは

～COVID-19 の感染拡大を踏まえて現場の視点から考える～

和田 裕美¹⁾、荒垣 春奈¹⁾、永井 杏子¹⁾、高野 正樹²⁾

1) 奄美病院 栄養管理科

2) 法人事業本部経営企画室

要旨

奄美病院では、調理人員（調理師、調理員）が充足されていない状況の中、奄美大島における COVID-19 の感染拡大に伴い、更なる人員不足に陥る可能性に直面した。入院患者への食事提供を継続していくための対策準備として、病院で保有している非常食の利用について検討を行った。非常時として、「厨房が利用できない状況が発生した場合」、「急な人員不足が発生した場合」、「食材が納入されない状況が発生した場合」を想定し、検討したところ、6 つの問題点が挙げられた。非常食の栄養価や量、味や食感、嚥下食や体調悪化時の食事、価格、使用感（提供までの手間）、備蓄量において、改良が必要との判断に至った。この結果を踏まえて更に検討を重ね、奄美病院に必要な非常食の選択が必要である。

キーワード：調理人員の不足、非常食、離島

序文

近年、全国的に給食施設での調理師不足が問題となっている。奄美大島においても同様に、調理師の島外流出や島内唯一の調理師養成施設の閉科等により、多くの給食施設で調理師確保が困難な状況が続いている。奄美病院（以下、当院）でも調理師の人数は年々減少傾向にあり、調理師の負担を減らす為の対策を講じてきたが、それでも余裕のある人員配置とは言えない状況であった。そのような中、奄美大島でも COVID-19 の感染が拡大し、当院の厨房職員の中から出勤停止者が発生した。感染者との濃厚接触による出勤の制限や施設内感染の可能性、院外においても感染する可能性が高まり、急激な調理人員不足に陥ることが危惧され、入院患者への食事提供を継続していくための対策準備が急務となった。

非常時の対応という観点から、既存の災害対策マニュアルや食中毒発生時の対応マニュアルを参考に検討を行った。調理人員が不足した場合には、一次対応として非常食の利用、二次対応として外部業者への弁当外注を行い、調理業務を削減する方法について検討した。一次対応の非常食の利用については、通常献立の代替として提供するには満足のいく内容とは言えず、見直しが必要であるとの判断に至った。

本稿では、離島という条件を含めた非常食利用の場面を想定し、現在の非常食の問題点を表面化する事で、当院に必要な非常食のあり方について考察した内容を報告する。

方法

2021 年 8 月時点で当院に備蓄されている非常食は、3～5 年間の保存が可能な常温食品と、ローリングストック（普段使用する食品の在庫を非常食とし、使用の都度補充していく方法）の飲料類で構成されていた。

これまで、非常食の備蓄目的は災害時のみであったが、COVID-19 の感染拡大による調理人員の不足により、調理体制を確保できず非常食を選択する可能性が出てきたため、非常食の利用場面について検討を行った。

非常食の内容がどの場面においても問題なく利用できるものであるか、通常献立と比較し評価を行った。評価は栄養価、分量、味、食感、嚥下食への対応、組み合わせ等の『質』の面と、金額、保存方法、調理の手間等の『管理のしやすさ』の面から行った。味や食感に関しては、賞味期限前に献立に組み込み、喫食した結果を基に評価した。

結果

非常食利用を想定した場面

1. 厨房が使用できない状況が発生した場合

1) 災害発生時

被災状況によって異なるが、厨房が被災した場合やライフラインが停止した場合、復旧や支援開始まで非常食に頼ることになる。災害対策として多くは3日分（9食分）を確保しておくようにとされているが、近年では過去の災害でライフラインが1週間停止したことや食料の供給が3日以上滞ったことなどもあり、復旧や支援が遅れることを想定すると、1週間分を備えておいたほうが良いと言われている²⁾。また、災害発生から3日目までは水とエネルギーの確保が重要だが、4日目以降は栄養の質も重要となってくる³⁾。

2) 食中毒発生時

集団食中毒が発生した場合、即時に厨房での調理が中止される。突然停止した場合、その後の食事は外部業者への弁当注文となる想定である。弁当開始までの間の食事として、1～2食程度非常食を利用する体制を整える。

2. 急な人員不足が発生した場合

通常の調理配膳に必要な人数が確保できない場合

として、COVID-19 やインフルエンザ等に調理人員が同時に複数名罹患したと想定した。その場合、食中毒発生時と同様に弁当外注を行うとし、弁当開始までの食事として、非常食を1～2食程度利用することを検討したが、災害時や食中毒発生時と異なり調理施設は利用可能な為、出勤可能な職員で調理を行うことは可能であると考えられた。

3. 食材が納入されない状況が発生した場合

災害や台風等で輸送手段が途絶え、食材が入荷しない場合、復旧するまでの間の食事として非常食の利用を想定した。奄美群島では、台風により船舶が1週間欠航し食材の入荷が滞る事態が毎年のように発生しており、実際に非常食を利用したという事例も多々聞かれている。台風の場合は食材が全く入荷しないわけではなく、一部不足という状況が多い。代替食品が入手できない場合、一部置き換えての利用を検討した。

非常食の備蓄内容

調査時点（2018年8月）の、当院の非常食備蓄項目と食数について表1に示す。

非常食の常食献立一日分の栄養量と、当院常食の食事摂取基準の比較を表2に示す。

表1 奄美病院における非常食の備蓄内容（2018年8月時点）

食事形態	内容	1食の食数	×3食3日分食数	内訳
常食	主食：α米※、長期保存パン 他：みそ汁缶、ポタージュ缶、スキムミルク、長期保存野菜ジュース	460食	4140食	入院患者、職員 通所施設利用者、保育所
軟菜食	主食：α粥、長期保存パン 他：常食と同じ	110食	990食	入院患者 通所施設利用者
ミキサー食・流動食	主食：ミキサー粥 他：栄養補助食品（トロミが必要な人はゼリー類）	15食	135食	入院患者
経管栄養食	経腸栄養剤	7食	63食	
他 低残渣食	消化態栄養剤	6食	54食	
低たんぱく食	低たんぱく補助食品	9食	81食	

※ α米：炊飯した飯を急速乾燥させたもの。水分を加えると飯の状態に戻る。

表2 非常食の常食献立一日分の栄養量と、奄美病院常食の食事摂取基準の比較

食品	1人分量	エネルギー	たんぱく質
朝 長期保存パン チョコチップ	60g×2個	467kcal	6.5g
スキムミルク	180cc	72kcal	6.8g
昼 α米 白飯	260g	366kcal	6.3g
みそ汁缶	190g	27kcal	
夕 α米 五目ごはん	260g	387kcal	5.8g
長期保存野菜ジュース	190g	77kcal	1.6g
非常食一日栄養量計		1396kcal	27g
奄美病院常食の食事摂取基準		1900kcal	70g以上

表3 低残渣食・低たんぱく質食の非常食メニュー（2021年）

	食品	容量	エネルギー	たんぱく質
低残渣食	朝 消化態栄養剤1本	200ml	300kcal	10.5g
	昼 消化態栄養剤1本	200ml	300kcal	10.5g
	夕 消化態栄養剤1本	200ml	300kcal	10.5g
	一日栄養量計		900kcal	31.5g
低たんぱく質食	朝 低たんぱく総合栄養剤1本	125ml	200kcal	0.75g
	昼 低たんぱく総合栄養剤1本	125ml	200kcal	0.75g
	夕 低たんぱく総合栄養剤1本	125ml	200kcal	0.75g
	一日栄養量計		600kcal	2.25g

備蓄非常食における問題点

1. 栄養価、量、味いずれも満足のいくものではない

1) 栄養価

表2にあるように、当院で提供されている常食の食事摂取基準（1日分）は、エネルギー1900kcal、たんぱく質70g以上と設定されているが、非常食の栄養価は1396kcal、たんぱく質27gと大幅に少なかった。

2) 量

当院で提供されている常食の1食当たりの分量（重さ）は、おおよそ600g程度（普通量）である。これに対し、非常食の1食当たりの分量（重さ）は、300g～400gであった。

3) 味

備蓄している非常食は、賞味期限前に献立に組み込んで消費する。非常食備蓄を開始してから数回入れ替えを実施してきており、その都度調理・試食を担当した調理師や栄養士、他部署職員から以下のような意見が聞かれている。

- ・α米：パサパサ、味気ない、食が進まない
- ・長期保存パン：パサパサ、硬い、嚥下や咀嚼機能が低下している人には危険
- ・3年保存野菜ジュース：普段飲み慣れていない人には濃すぎて飲みにくい

2. 特別な栄養管理が必要な方への食品が不十分

災害時に調理ができない場合のみを想定していたことから、低残渣食、低たんぱく質食等は補助食品のみで設定されており（表3参照）、食中毒発生時や人員不足時、食材不足時に利用できる食品が少ない。また、アレルギー対応食が不足している。災害時にも苦慮する内容である。

3. 嚥下食が不十分

災害時には、通常7種の食事形態を4種に減らして手間を削減することを想定している。嚥下食としてミキサー食・流動食に統一する予定であったが、食中毒発生時や人員不足時、食材不足時に利用するには種類も量も不足していると思われる。

4. 賞味期限前の消費時、献立の置き換えに労力を要する

前述のとおり、非常食を献立に組み込んで消費するが、患者の嗜好や嚥下状態を考慮すると、そのままでの提供は難しい。普段食べ慣れていないものは残食に繋がるのが予想されるため、手を加えて提供している。表4に消費方法の例を提示する。災害時は、調理に手間をかけている余裕はない状況が見込まれ、できるだけ手を加えずに安全で無理なく食べられる非常食でない、スタッフ及び患者の負担が増す恐れがある。

5. 高価である

長期保存食はほとんどが高額である為、一度にま

とめて購入する場合、予算化が必要である。現在の非常食（栄養量分量も少なめ）でも、通常献立より高額であるが、栄養量を満たす為に種類を増やすとなると、更にコスト増となってしまう。

6. 3日分の備蓄では不足する可能性がある

離島では、物資のほとんどが船舶で輸送されてくる。船舶が停止することは道路が寸断されることと同様に物流が滞り、物資の不足に直結する。食料品は最も不足状態に陥り易い。過去に台風で1週間の船舶停止が発生し、奄美群島全域が食料不足となった。当院でも食材の入荷が止まり、手に入る食材を利用して、献立を変更しながら食事を提供したが、ぎりぎりの状態であった。台風は毎年必ず発生する。台風の進路や規模によっては、1週間以上船舶が停止することを想定すると、非常食の利用が必至となる。過去の災害事例からも、復旧や支援が遅れることを想定すると、1週間分の非常食を備えておいたほうが良いと思われる。

表4 非常食入れ替え時の消費例

長期保存野菜ジュース	そのままでは濃すぎて飲みにくい。野菜スープやカレーに混ぜ込んで使用する。
長期保存パン	パサパサで硬い為、そのまま提供するには嚥下リスクが高い。少量高カロリー設定の商品の為、油分が多く、キザミ食用にパン粥にしても水分に溶けにくい。
α米	水か湯を入れて放置すると完成するが、やはり炊飯器で米から炊いた飯に比べるとパサついており、味気ない。混ぜご飯やカレーライスにして提供している。

表5 通常献立と非常食の1食単価の比較

	内容	1食単価
通常献立	主食、主菜、副菜（4品～5品）	300円以内
非常食	主食、汁、水分（2品～3品）	500円以上

考察

1. 災害発生時の視点から

これまで当院の非常食は、災害発生時を想定し「食材が入らない」、「調理ができない」場合に、支援が来るまでの「つなぎ」として、手間をかけずに食べられる食品を慣例的に備蓄してきた。

今回、COVID-19の感染拡大による調理人員の不足を機に、過去の様々な災害記録や検討結果を参考に、現在の備蓄非常食の評価を行うことができた。

大規模災害を想定した場合、ライフライン停止と厨房の被災に対しては、簡易的な食品の準備で良いと思われる。しかし、支援の遅れ、復旧の遅れ等が生じた場合、備蓄量が3日分では不足する可能性が高い。栄養価の点では、現在の非常食では入院時の食事摂取基準に不足している。また、復旧活動を行う人への提供を考えた場合、栄養量は大きく不足する。非常食の提供が3日以上続くと、栄養不足が体

調不良を引き起こすことも懸念され、栄養価の見直しは必須と考えられた。

更に災害時には、その状況自体が身体的、精神的なストレスを増加させてしまう。ストレスにより肉体的な体調不良を招き、嚥下や咀嚼能力の低下、免疫力の低下も考えられる。そのような対象者の増加に対応した食品の備蓄は明らかに不足している。

「食べること」はストレスを緩和するといわれている。災害時も同様に、もしくは普段以上に、食べることがストレス緩和に繋がると考えられる。非常食の味や量を改良することでその効果は大きくなると考える。

2. 集団食中毒発生時の視点から

集団食中毒が発生すると、原因調査のため厨房での調理が数日間停止される。同時に、調理に携わる者は全員必要な検査を受け、検査結果が出るまで食品に触れることはできない。その間の食事は弁当外注となるが、注文から納品までの間、1～2食は院内で簡易的な食事を提供する必要がある、多くの施設では非常食を利用する。調理職員が食事の提供に携わることができないため、他部署の職員でも扱える簡易的な物が良く、この点では当院の非常食は問題がない。しかし現在の非常食は、栄養価と1食の量が少ないこと、特別食対応の食品は補助食品のみであること、嚥下食の種類が少ないことから、患者が非常食に不満を抱く可能性が高い。同時に、食事形態が普段と異なることから、配膳や食事介助をする職員の混乱も予想される。非常食として、「準備操作が簡単であること」、「衛生的であること」、「普段の食事形態に近いものが選択できること」を考慮した食品の備蓄が望ましい。

3. 人員不足時の視点から

近年、全国的に調理人員（調理師、調理員）が不足し、対策として調理済み食品の利用やセントラルキッチン化等が各所で実施されている。COVID-19の感染拡大で、人員不足状態の給食施設が更なる人員不足に陥ることが危惧され、対策準備が急務となった。

今回、人員不足の場合について、食中毒発生時の対応に準じて検討した。調理人員が必要最低人数を下回った場合には弁当外注とし、弁当開始までの間は非常食を利用するとした。しかし、人員不足の場合は、集団食中毒発生時とは異なり調理施設が利用できること、非感染の職員は出勤可能なため、調理人員数により対応が異なってくると考えた。また、調理人員が不足した場合でも、非常食を利用することで、調理業務の負担軽減が可能であると考えた。1食の内、1～2品を簡易的な食品に置き換えることで、人員不足の場合でも無理なく普段の食事に近いものが提供できると考えた。そのためには、出来る

だけ献立に利用しやすい食品が望ましいが、現在の備蓄非常食では難しいと考える。

非常食の備蓄数については、常に在庫を確保しておく必要がある。また、長期保存食は高価であり、コスト負担が増えることから、安易な利用はできない。解決する方法として、現在飲料のみ取り入れているローリングストック法を、他の食品でも導入できないかと考えた。普段から使い慣れている食品であれば、どのような非常時にも流用することができる。また普段の計算された献立に使用するものである為、栄養価や味、量の問題も解決できると考えられた。

結語

給食を提供している離島施設では、島内の人口減少による慢性的な調理人員不足に加え、COVID-19感染拡大による突発的な人員不足、更には台風等の自然災害による食料輸送手段の途絶、食料不足への対応等、複数の課題を抱えている。当院に限らず、多くの施設でこの課題の解決方法を模索し、対策の検討が行われている。非常食を利用した対策も複数の施設で実施されており、これらを参考に更に調査と検討を進め、多くの入院患者を抱える病院として、患者の命を守る為の非常食とは何かを第一に考え、当院に適した非常食の在り方を考えていく。

利益相反

本論文発表内容に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

文献

- 1) 公益社団法人全日本病院協会「全日病ニュース 2021.5.1 病院給食問題の解決を目指して」、<https://www.ajha.or.jp/news/backnumber/pdf/2021/210501.pdf>
- 2) 農林水産省大臣官房政策課食料安全保障室「災害時に備えた食品ストックガイド」、<https://www.maff.go.jp/j/zyukyu/foodstock/attach/pdf/guidebook-3.pdf>
- 3) 一般社団法人全国発酵乳酸菌飲料協会発酵乳酸菌飲料公正取引協議会「乳酸菌ニュース 2020 年 新年号 No.507 災害被災時における栄養・食生活」、https://www.nyusankin.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/01/Nyusankin_507_b.pdf

第2回慈愛会学会学術集会ポスター発表優秀賞

精神障害者の地域移行支援

～離島施設で働く職員の不安軽減に向けた多職種の関わり～

白山 洋美¹⁾、吉元 初美¹⁾、川原 香織²⁾、城間 いずみ³⁾

1) 徳之島病院 看護部

2) 徳之島病院 医療福祉相談室

3) 徳之島病院 リハビリテーション室

要旨

2004年に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策が示され、この改革ビジョンに基づき様々な精神保健医療福祉施策の改革が行われてきている。2014年3月に「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が告示され、同年7月「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」で、具体的方策の今後の方向性が取りまとめられた。徳之島病院においても、5年以上入院している患者のうち56%が65歳以上の高齢者である(2021年度データ)。高齢長期入院患者の退院が難しい理由の一つに、身体機能や認知機能の低下により介護度が上がり、福祉のサポート無しでは退院困難となっていることが挙げられ、施設入所へ向けての支援が重要な取り組みの一つとなっている。しかし離島の施設入所には、「待機者が多い」、「キーパーソンが島外在住」、「精神障害者への対応が困難」、「状態悪化時の対応が困難」等、課題が多く、施設入所が進まない現状があった。そのような中、要介護5と要介護4の患者2名の施設入所が決定した。この事例について、施設入所に関わった多職種へアンケート調査を行い、施設職員や家族の抱える不安や課題に、多職種が各々の視点から丁寧に誠実な姿勢で関わったことで信頼関係が構築され、不安が解消されたことが分かった。地域移行支援では、精神障害を持つ人が退院後も安心して地域で生活するために、社会資源のネットワークを形成し、病院と地域や施設をつなぎコーディネートする役割を担うことが重要である。

キーワード：地域移行支援、多職種、不安の解消、離島訪問看護

はじめに

徳之島病院(以下、当院)は「地域と患者さんに愛される病院」の理念のもとに、徳之島の精神科医療を担っている。

厚生労働省は、精神障害者の「地域移行」についての背景で、精神病床に入院している患者は、入院期間が1年以上になると退院が難しく、約31万人の入院患者のうち、入院期間が1年以上の患者が21.1万人(68%)に上り、高齢長期入院者への対応が課題であると述べている¹⁾。当院でも、5年以上の入院患者のうち56%が65歳以上の高齢者である

(2021年度データ)。高齢長期入院患者の退院が難しい理由の一つに、身体機能や認知機能の低下により介護度が上がり、福祉のサポート無しでは退院困難となっていることが挙げられる。そのため、施設

入所へ向けての支援が重要な取り組みの一つとなっている。

当院では2018年度より、退院後の患者の地域在宅支援を目的とし、A島とB島への遠隔地精神科訪問看護(以下、離島訪問看護)を開始した。

離島訪問看護では、地域の保健センターと利用者についての情報を共有し連携を図っているが、施設への働きかけは積極的には行っていなかった。

同じく2018年頃より、当院長期入院中の2名の患者について、B島の施設に入所を打診し、家族へ入所申し込みの働きかけを開始した。しかし、施設からは「患者の様子が分からず入所の検討は難しい」、「状態悪化時のフォローが受けられないので不安」、「施設の待機者が多い」等の返答があり、家族は施設入所については前向きだが、「高齢で足が悪いため、本人(患者)を病院に迎えに行くのが難し

い」、「車椅子を使っている本人（患者）を船や飛行機で移動させるのは困難」等と返答があった。

施設入所の話が進まない状況の中、2021 年に入り離島訪問看護チームが積極的に施設と関わったところ、3 ヶ月間で要介護 5 と要介護 4 の 2 名の患者の施設入所が決定した。

本稿では、この事例の施設入所に関わった多職種へアンケート調査を行った結果を報告する。

目的

精神障害者の施設入所が進んだ理由を明らかにし、今後の地域移行支援に活かす。

方法

1. 調査方法

2 事例の施設入所に関わった多職種へ、記述式のアンケート調査を実施。

2. 期間

2021 年 10 月 15 日～2021 年 11 月 15 日

3. 対象（職種）

離島訪問看護チーム（看護師 3 名、准看護師 1 名、精神保健福祉士 2 名、作業療法士 1 名）7 名。

4. 分析

記述内容を、類似性に注目し分類した。

倫理的配慮

対象者へ、本研究の趣旨を口頭と文書で説明し同意を得た。プライバシーを守るため、アンケートは無記名回答とし、用紙は研究終了後に破棄した。

結果

アンケート用紙配布 7 名。回答数 7 名（回収率 100%）。

アンケートの記述内容から、2 事例の施設入所が進んだ理由として考えられたことを、5 つのカテゴリーに分類した。なお、文中の〈 〉はサブカテゴリーを表す。

1. 施設職員との信頼関係構築

これは、離島訪問看護チームの各職種が最も重要視したことである。〈病院が、電話をかけるだけでなく、施設へ何度も足を運ぶという誠実な対応をとった〉、〈各職種（看護師、作業療法士、精神保健福祉士）が、それぞれの視点から患者の説明を行った〉、〈具体的な関わり方について話を聞いて安心したことが、施設職員の表情から感じられた〉の 3 つの

サブカテゴリーに分類した。

2. 精神障害のある患者への対応についての不安の解消

これは、施設入所にあたり重要な部分であった。施設職員の不安を解消するために〈動画で患者の様子を見てもらう〉ことで、〈書面では伝わりにくい患者の言動を見てもらう〉ことができ、〈安定している患者の状態を把握してもらう〉ことができた。

3. 行政の介入

患者が B 島の施設へ入所できるよう、離島訪問看護で訪島した際〈保健センター職員との事前打ち合わせ〉を行った。その結果、施設カンファレンスに保健センター職員も一緒に参加してもらうこと〈保健センターと施設の関わり〉ができた。

4. 定期的な訪問看護

施設側へ、当院が定期的に B 島へ離島訪問看護を実施していることを伝え、〈何かあったら（離島訪問看護スタッフに）相談できる体制〉が整っていることを伝えた。また、訪島時に、訪問看護スタッフが施設を訪ねることで〈本人の様子を（離島訪問看護スタッフに）直接見てもらえる〉ことを理解してもらった。

5. 移動に伴う不安（交通手段や同行者）の解消

患者の移動に関わる不安は、家族、施設、保健センターに共通してあった。B 島まで介護タクシーと船舶を利用して移動することが決定〈移動手段の決定〉し、移動時には〈病院スタッフが同行する〉ことが決定したことで、その不安が解消された。

表 1 2 事例の施設入所が進んだ理由
(アンケート記述内容の分類)

カテゴリー	サブカテゴリー
施設職員との信頼関係構築	・ 病院が、電話をかけるだけでなく、施設へ何度も足を運ぶという誠実な対応をとった ・ 各職種（看護師、作業療法士、精神保健福祉士）が、それぞれの視点から患者の説明を行った ・ 具体的な関わり方について話を聞いて安心したことが、施設職員の表情から感じられた
精神障害のある患者への対応についての不安の解消	・ 動画で患者の様子を見てもらう ・ 書面では伝わりにくい患者の言動を見てもらう ・ 安定している患者の状態を把握してもらう
行政の介入	・ 保健センター職員との事前打ち合わせ ・ 保健センターと施設の関わり
定期的な訪問看護	・ 何かあったら（離島訪問看護スタッフに）相談できる体制 ・ 本人の様子を（離島訪問看護スタッフに）直接見てもらえる
移動に伴う不安（交通手段や同行者）の解消	・ 移動手段の決定 ・ 病院スタッフが同行する

考察

今回の事例では、施設入所にあたり「精神科に入院している患者の受け入れに対する施設職員の不安が軽減できるか」、「施設職員に患者の安定した状態を把握してもらえるか」が課題であった。

課題解決に向けて、最初に精神保健福祉士が中心となり、家族や施設の担当者と電話で話し合い、カンファレンス開催に向けて関わった。また、電話対応だけではなく、施設へ直接訪れ対応したこと、何度も足を運んだことで、「病院が誠実な対応をしている」と感じてもらい、施設職員との信頼関係の構築につながったのではないかと考えた。

施設職員の不安解消については、施設職員は精神科病院に入院している患者に接する機会はほとんどないと考えられ、「患者は落ち着いている」と言われても、どのような状態なのか想像がつきにくいと思われた。カンファレンスでは、各職種（看護師、作業療法士、精神保健福祉士）がそれぞれの視点から入所予定の患者の状態について説明を行った。患者の「通常表情や言動」、「苛々している時の状態や関わり方」、「作業療法活動中の様子」、「ADL (Activities of Daily Living : 日常生活動作)」、「家族との関係性」等、具体的な説明を行った。日頃患者と関わっている者から話を聞くことは、施設職員の安心感につながったと考えられる。同時に、離島訪問看護スタッフにとっても、患者の説明を行うことは自分の専門性を発揮することであり、「やりがい」につながったと考えられた。2回目のカンファレンスでは、患者に了承を得て撮影した病院での普段の様子を、動画で施設職員に見てもらった。実際に患者の様子を見たことで、施設職員から「今の状態であれば大丈夫。いい表情ですね」という前向きな発言が聞かれた。動画を利用したことで、施設職員が患者の安定した状態を把握でき、書面では伝わりにくい患者の言動が分かり、精神障害のある患者への対応についての不安が解消できたのではないかと考える。

次に行政の介入については、B 島への離島訪問看護時に、保健センター職員へ患者情報を提供し、カンファレンスへの参加を依頼した。この保健センターの関わりがあったことも、施設側が入所の受け入れを前向きに検討できた要因の一つであると考えられる。

施設のある B 島までの移動については、患者も家族も高齢であり、移動時の交通手段の利用や、同行者について不安があると考えられた。交通手段については、病院から介護タクシーを利用して港まで移動し、B 島まで船舶を利用することとした。同行者については、退院日を B 島の離島訪問看護日に調整し、離島訪問看護スタッフが同行することで、移動に伴う不安を解消することができた。

施設入所に向けた検討開始から 3 年、離島訪問看護スタッフが施設と積極的な関わりを開始してから 3 ヶ月で、2 名の患者の施設入所が決定した。渡辺は「訪問看護の役割は利用者が住んでいる地域性を理解して、ほかのサポート支援者のメンタルヘルス、地域の制度・運営を理解して、常に最善を考えて支援をしていく必要がある」²⁾と述べている。

今回、施設入所に関しての課題に「家族、施設と連携する」、「施設を訪問しカンファレンスを開催する」、「病院での様子を動画に撮影し施設職員に見てもらう」等、多職種が各々の視点から施設や家族、保健センターと対応した。このように丁寧に誠実な姿勢で関わったことで信頼関係が構築され、課題の解消につながったと考えられた。

2 名の患者は、たくさんの病院スタッフに見送られ約 50 年ぶりに生まれ故郷である B 島へ帰っていった。「患者を地元の施設へ退院させたい」という多職種の思いが、島を超えて人と人をつないだ結果だと考える。

結論

今回、高齢長期入院患者の施設入所が決定したのは、離島訪問看護スタッフ（多職種）が課題の解決に向けて様々な取り組みを行い、患者を受け入れる施設職員や、患者・家族の不安解消を図ったためだという事が明らかになった。

今後も離島訪問看護で、地域や施設と病院をつなぎコーディネートする役割を担っていきたい。

利益相反

本論文発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業などはない。

文献

- 1) 厚生労働省「精神障害者の「地域移行」について～精神障害者地域移行・地域定着支援事業の位置付け～」、https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h24_rv01b.pdf
- 2) 一般社団法人日本精神科看護協会編集委員会編：精神科看護 THE JAPANESE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING2021 増刊号：119、2021
- 3) 勝原祐美子編：看護管理学習テキスト組織管理論：205～224、2020

第 2 回慈愛会学会学術集会特別賞

週 1 回投与 GLP-1 受容体作動薬の使用状況 および消化器症状の副作用発現に関する検討

東屋敷 史織¹⁾、内山 ゆかり¹⁾、東條 知子¹⁾、御牧 夕紀子¹⁾、
遠矢 素子¹⁾、神門 孝典¹⁾、野元 優基²⁾

1) いづろ今村病院 薬剤科

2) 今村総合病院 薬剤部

要旨

インクレチン関連薬糖尿病治療薬である GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1 : グルカゴン様ペプチド-1) 受容体作動薬は現在 9 製剤が上市されており、患者の病態や併用薬に応じて選択がなされている。本剤の副作用としては、悪心、下痢、便秘、腹部膨満感などの消化器症状が報告されている¹⁾。今回、GLP-1 受容体作動薬の中で、週 1 回投与製剤であるセマグルチドおよびデュラグルチドについて、いづろ今村病院入院患者の使用状況および消化器症状の副作用発現について比較検討を行った。本研究では、入院中にセマグルチドおよびデュラグルチドが導入された患者を対象とし、導入時の年齢、身長、体重、性別および消化器症状の副作用発現について、電子カルテから情報を収集した。セマグルチドはデュラグルチドに比べ、BMI25 以上の肥満傾向の若年患者に導入されていた。副作用はセマグルチド、デュラグルチドともに便秘や下痢、食欲減退などの消化器症状が多く認められた。セマグルチドはデュラグルチドに比べて治療効果があらわれやすい傾向にあるが、消化器症状などの副作用や食欲抑制効果が強いいため、痩せ型の患者や高齢者、およびインスリン製剤や SU (Sulfonylurea : スルホニルウレア) 剤を併用しており低血糖リスクがある場合は注意が必要である。GLP-1 受容体作動薬は使用開始直後から消化器症状を呈する。セマグルチドのように低用量から漸増することで、多くの場合、時間の経過とともに症状は軽減されるが、GLP-1 受容体作動薬開始前には、患者に対して十分な説明を行う必要がある。

キーワード : GLP-1 受容体作動薬、セマグルチド、デュラグルチド、消化器症状

はじめに

経口摂取により食物が消化管内に到達すると、ブドウ糖や脂質等の刺激により、消化管から膵 β 細胞のインスリン分泌を促進する因子 (インクレチン) が放出される。このインクレチンの本態が、消化管吸収上皮細胞の間に点在する内分泌細胞である K 細胞が産生する消化管ホルモン GIP (glucose-dependent insulin tropic polypeptide : グルコース依存性インスリン分泌刺激ポリペプチド) と、L 細胞が産生する GLP-1 であることが明らかになり、糖尿病治療への有用性が示唆されてきた¹⁾。

インクレチンは DPP-4 (Dipeptidyl Peptidase-4) によって分解されるが、「DPP-4 に分解されにく

く、GLP-1 受容体に作用する分子」として GLP-1 受容体作動薬が登場した。

GLP-1 受容体は、β 細胞以外に中枢神経系および末梢神経系に存在し、GLP-1 受容体作動薬の使用により食欲が抑制され、胃運動も抑制される。これにより、体重が減少し、インスリン抵抗性も改善する。血糖依存的なインスリン分泌促進作用もあるため、食後の血糖上昇が抑制される。

GLP-1 受容体作動薬は、インクレチン関連薬糖尿病治療薬として 2020 年 6 月に発売されたセマグルチドを含めて、現在 (2022 年 11 月) 9 製剤が上市されており、患者の病態や併用薬に応じて選択されている。

表 1 に、現在処方可能な GLP-1 受容体作動薬一覧を示す。

表 1 GLP-1 受容体作動薬

一般名（製剤名）	投与回数
注射剤	
リラグルチド（ビクトーザ®）	1日1回
エキセナチド（バイエッタ®）	1日2回
エキセナチド（ビデュリオン®）	週1回
リキシセナチド（リクスマ®）	1日1回
セマグルチド（オゼンピック®）	週1回
デュラグルチド（トルリシティ®）	週1回
インスリン グラルギン/リキシセナチド（ソリクア®）	1日1回
インスリン デグルデカ/リラグルチド（ゾルトファイ®）	1日1回
経口薬	
セマグルチド（リベルサス®）	1日1回

投与回数は製剤により異なる。投与が週 1 回の製剤を使用することで、患者のアドヒアランスや QOL（Quality of Life：生活の質）を向上させることが期待されている。

また、GLP-1 受容体作動薬の単独投与では低血糖を起こすリスクが低いこと、食欲抑制作用を介し減量効果が期待できることから、いづろ今村病院（以下、当院）でも積極的に患者への使用が進んでいる。一方、GLP-1 受容体作動薬の副作用として、悪心、下痢、便秘、嘔吐（5%以上）や腹部膨満感（1～5%未満）等の消化器症状が報告されている²⁾³⁾。

そこで今回、週 1 回投与の GLP-1 受容体作動薬「セマグルチド」および「デュラグルチド」の、当院入院患者での使用状況と、副作用（消化器症状）発現について検討を行った。

方法

当院入院中に、2020 年 12 月から 2021 年 8 月の期間にセマグルチドおよびデュラグルチドが導入された患者を対象とした。

対象者数は、セマグルチド群 28 名、デュラグルチド群 59 名であった。

GLP-1 受容体作動薬導入時の、「年齢」、「性別」、「身長・体重」および「副作用（消化器症状）の出現状況と時期」、「HbA1c（Hemoglobin A1c：糖化ヘモグロビン）」と「体重変化」について電子カルテから情報を収集した。

なお、HbA1c と体重変化については、導入から 2 か月後の値が確認できた患者（セマグルチド群 5 名、デュラグルチド群 28 名）を対象とした。

倫理的配慮

倫理審査委員会の了承を得て個人が特定されないように配慮した。

結果

1. 患者背景

男女比はセマグルチド群：男性 17 名、女性 11 名、デュラグルチド群：男性 29 名、女性 30 名であった。

導入時の平均年齢は、セマグルチド群：52.2 歳（中央値 51）、デュラグルチド群：72.3 歳（中央値 76）であった。セマグルチドはデュラグルチドに比べ、若年層（20～50 代）の患者に多く導入されていた。デュラグルチドは 80 代、90 代の高齢な患者に多く導入されていた（図 1）。

導入患者の BMI（Body Mass Index：肥満度指数）を比較すると、肥満度分類において「肥満」と判定される BMI25 以上⁴⁾の患者には、セマグルチドが多く導入される傾向にあった（図 2）。

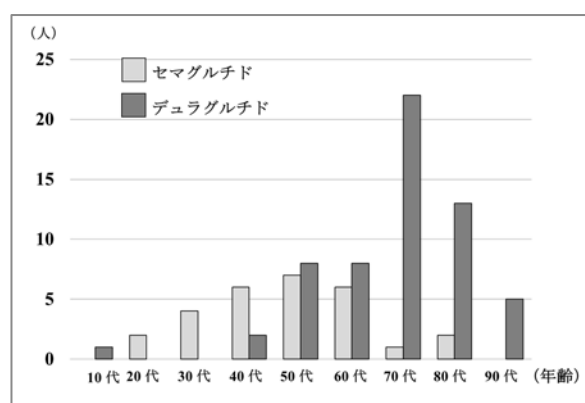


図 1 患者の年代別分布

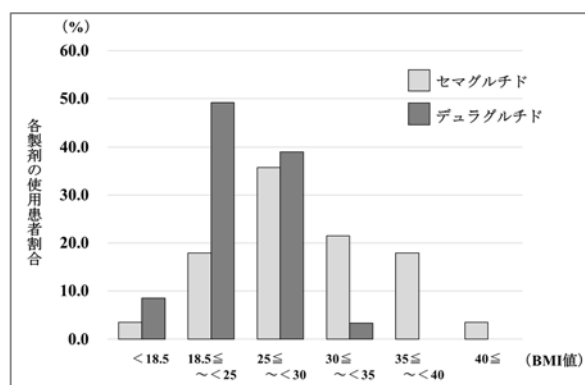


図 2 患者の BMI 分布

2. 副作用

副作用の発現した患者は、セマグルチド群で 28 名中 14 名、デュラグルチド群で 59 名中 27 名であった。セマグルチド群、デュラグルチド群ともに、便秘や下痢、悪心、食欲減退などの消化器症状が多く認められた。

副作用症状の出現割合を図 3 に示す。便秘：セマグルチド群 57.1%、デュラグルチド群 37%、下痢：セマグルチド群 35.7%、デュラグルチド群 14.8%、悪心：セマグルチド群 28.6%、デュラグルチド群 25.9%、食欲減退：セマグルチド群 14.3%、デュラグルチド群 37%であった。

これらの症状は、GLP-1 受容体作動薬導入直後から数日以内に発症していた。

便秘や下痢に対しては、緩下剤や整腸剤が処方されており、症状は 1 週間程度で改善されていることが分かった。食欲減退の症状は、食事量の調整や、消化管運動改善剤の使用により改善されていた。

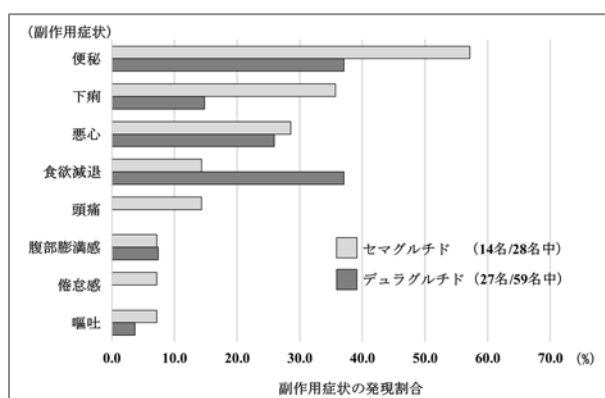


図 3 副作用症状と発現割合

3. HbA1c

HbA1c は、セマグルチド群で平均 4.3%、デュラグルチド群で平均 1.9%低下していた。

4. 体重

体重は、セマグルチド群で平均 3.8kg、デュラグルチド群で平均 2.7kg 低下していた。

考察

今回の結果では、セマグルチドは、若年層の患者、肥満傾向にある患者に導入され、デュラグルチドは、高齢の患者、痩せ型の患者に導入されて

いた。

セマグルチドは、デュラグルチドに比べ治療効果が現れやすい。しかし、副作用である消化器症状や食欲抑制効果も現れやすいため、痩せ型の患者や高齢の患者、インスリン製剤や SU 剤を併用しており低血糖リスクがある患者の使用にあたっては注意が必要である。今回の結果からも、高齢の患者にはデュラグルチドが導入されていることが分かった。

HbA1c と体重の変化については、収集できたデータ数が少なく、今後さらに症例数を増やして分析していく必要があると考える。

副作用では、GLP-1 受容体作動薬の導入直後に、嘔気や嘔吐など消化器症状を呈する患者が少なくない¹⁾。セマグルチドのように低用量から漸増することで、多くの場合、時間の経過とともに症状は軽減されるが、GLP-1 受容体作動薬開始前には、患者に対して十分な説明を行う必要がある。

有害事象としては、インクレチン関連薬（GLP-1 受容体作動薬、DPP-4 阻害薬）による腸閉塞が知られている。薬剤を使用している患者に、高度の便秘、腹部膨満、持続する腹痛、嘔吐等の異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行う必要がある。腸閉塞は、既往に腹部手術や腸閉塞がある患者で認められるケースが多い。インクレチン関連薬開始前には、患者の既往歴を確認しておくことが重要である。また、GLP-1 受容体作動薬と急性膵炎、膵疾患との因果関係は現時点で明確でないが、糖尿病患者はもともと膵炎や膵疾患のリスクが高いため、製剤の使用時には慎重な経過観察が必要である。特に、嘔吐を伴う持続的な激しい腹痛等、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行う必要がある。

今回の調査では、セマグルチド、デュラグルチドを導入した 87 名中、8 名が投与中止となっていた。投与中止例では、既往に鬱症状のある患者で、デュラグルチドをセマグルチドへ変更した際に食欲不振や倦怠感が出現、同時に鬱症状が悪化したため、セマグルチドを中止しデュラグルチドへ変更した例があった。また、患者の自己皮下注射の手技確立が困難であり、内服薬へ切り替えた例もあった。このことから、GLP-1 受容体作動薬の導入にあたっては、副作用症状の有無だけではなく、患者自身が正しく安全に使用

できるデバイスの選択を考慮する必要がある。

糖尿病治療の最終目標は、患者が健康な人と同様な不自由のない生活を送ることであり、この目標達成のためには、患者一人一人に応じた治療目標値の設定と、血糖値のコントロールが重要である。糖尿病治療薬の選択に関しては、血糖値、血圧、脂質、体重などの包括的管理に貢献でき、合併症治療・進行抑制も期待できる薬剤の選択が必要であると考える。

結語

今回の研究では、当院における GLP-1 受容体作動薬の使用状況を、患者の年齢や体重などの背景因子の視点からまとめ、同時に副作用の発現状況についてデータを収集した。

糖尿病治療薬に限らず、様々な病態に対して用いられる薬剤の「効果」や「副作用」は、患者一人一人によって異なり、薬剤の特性に応じたモニタリングが必要である。薬剤を使用する患者に対しても、使用方法の説明、副作用の説明なども含めたフォローが必要である。

今後も既存の薬剤を含め、新規薬剤を開始した際はモニタリングを行い、薬の適正使用に努めていく。

利益相反

本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業はない。

文献

- 1) 矢部大介：LP-1 受容体作動薬の分類と作用機序，使用上の注意点、糖尿病 60 (9)：562～564、2017
- 2) 2 型糖尿治療剤持続性 GLP-1 受容体作動薬セマグルチド（遺伝子組換え）「オゼンピック®皮下注」添付文書（2021 年 6 月改訂第 3 版）：https://s3-ap-northeast-1.amazonaws.com/medley-medicine/prescriptionpdf/620023_2499418G1028_1_03.pdf
- 3) 持続性 GLP-1 受容体作動薬デュラグルチド（遺伝子組換え）注射液「トルリシティ®皮下注 0.75 mg アテオス®」添付文書（2023 年 1 月改訂第 4 版）：https://s3-ap-northeast-1.amazonaws.com/medley-medicine/prescriptionpdf/530471_2499416G1029_1_16.pdf
- 4) 宮崎滋（肥満症診療ガイドライン 2016 作成委員長）：肥満症診療ガイドライン 2016、日本内科学会雑誌 107 (2)：262～268、2018

第2回慈愛会学会学術集会奨励賞

医師事務補助課に求められること

～医師事務補助課の変遷と今後について～

登 美奈子

今村総合病院 事務部

要旨

今村総合病院において、2015年に医師事務補助課が発足してから7年が経過した。部署の規模は拡大し、院内外で求められるニーズが変化してきた。そこで今回、医師事務補助課の立ち上げからの経過を振り返り、医師の働き方改革も含めた中で医師事務作業補助者（当院では、DA：Doctor Assistant、ドクターアシスタントと称する、以下DA）に求められる役割を明確化し考察した。最初に、医師事務補助課の変遷を、人員推移と合わせて振り返る。7年間で人員は15名増加し、医師事務作業補助体制加算も25：1から15：1へ上がり、病院の収益アップにつながった。また、施設基準における医師事務作業補助体制加算も、昨今の診療報酬改定では毎回増加が見られ、特に今回（2022年度）は最大80点の大幅な増加となった。加算条件も見直され、新たに「病院で3年以上勤務しているDAが5割以上配置されていること」が条件となった¹⁾。これは、DAの雇用安定による専門性のアップを求められるものと考ええる。DAの業務は多様なものである。また、医師サポートのスペシャリストとして研鑽が必須である。その為には「我々にできることは何か？」という視点を持ち続け、タスクシフトへ積極的に取り組んでいくことが不可欠と考える。そして、医師に安心して業務を任せてもらえるような信頼されるDAを目指していきたいと考える。

キーワード：医師事務作業補助者（DA）、診療報酬改定、タスクシフト

序文

医師事務作業補助の業務は、勤務医の過重労働が深刻化した2000年頃より、勤務医の負担軽減を図ることを目的に日本各地の病院で自主的な「医師の事務作業の負担軽減」の取り組みとして始まった。

初めは、医師が最も負担に感じていた「診断書の代行作成」等の事務作業補助業務から普及し始めた。その後2008年度診療報酬改定で、勤務医の負担軽減を目的とした「医師事務作業補助体制加算」が創設されたことにより、「医師事務作業補助者」という名称の職員が誕生し、全国において急速に配置が拡大していった。

医師事務作業補助業務は幅広く、医療機関の特性によってその業務内容は様々である。また、医師事務作業補助業務を行うにあたっては特に資格を必要としないため、様々な背景を持った者が一緒に働いている。

しかし、全国で統一された養成カリキュラムがないことから、その技能水準に格差が生じてきている。

このような中、2024年に施行される医師の働き方改革（労働時間の上限規制）の推進に向けて、医師

のタスクシフト先として、DAへの期待が高いことが示された²⁾。これらを踏まえ、今回は、今村総合病院（以下、当院）医師事務補助課の立ち上げ時からの経過を振り返り、医師の働き方改革を含めた、DAに求められる役割を明確にする。

方法

本稿では、当院における医師事務補助課の変遷を振り返る。次に、施設基準としての医師事務作業補助体制加算の変容を調査する。そして、施設基準の変容と医師の働き方改革において、DAへ求められる役割について考察する。

結果

施設基準における医師事務作業補助体制加算は、昨今の診療報酬改定では毎回増加が見られている。特に今回（2022年度）の診療報酬改定では、970点から1,050点と最大80点の大幅に増加した（図1）。

2022年度改定		
DAの配置	加算 1	加算 2
15 : 1	1050点	975点
20 : 1	835点	770点
25 : 1	705点	645点
2020年度改定		
DAの配置	加算 1	加算 2
15 : 1	970点	910点
20 : 1	758点	710点
25 : 1	630点	590点

図1 診療報酬改定（DA配置加算の増加）

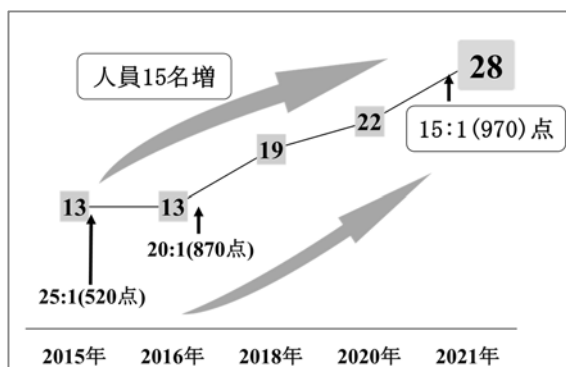


図2 医師事務作業補助体制加算とDAの人員推移 (2015年～2021年)

医師事務補助課の職員数は、2015年から2021年までに15名増加し、加算は25:1から15:1へ上がっている（図2）。これは病院の収益アップにつながったことを意味する。

この間、部署内において業務内容の見直しを行い、秘書業務（主に出張関係やアポイント調整など）と、DA業務の分別を図り、よりDA業務に専念できるよう環境を整えてきた。DAの具体的な業務としては、当院ではたくさんある業務内容から3つの業務に絞って行っている。1つ目は診療補助。外来診療の医師と同席し、予約や、電子カルテ記載補助業務（管理料、検査や病名、また他院からの診療情報提供書の下書き）など、診療がスムーズに進むようなサポートを行っている。2つ目は文書作成補助業務。要否意見書や主治医意見書などの各種診断書の下書き、保険会社からの入院証明書の下書きを行っている。3つ目は退院サマリの補助業務。退院後2週間以内に作成できるようサポートしている。

次に教育体制の構築を行った。入職者のほとんどが未経験であるため、保険制度や診療報酬査定などについて、勉強会を月1回開催している。本年度からは、他部署職員へ専門分野の勉強会を依頼し、DAの知識統一を図っている。

また、DAの配置については、当院幹部医師と会議を行い、担当診療科を決定することとした。

考察

今回の結果から、DAの需要は院内外を問わず高まっていると感じた。特に医師の働き方改革におけるDAの役割は大きく、病院施設基準の数字にも表れている。

また、2022年度の診療報酬改定ではDAの加算内容に変更があり、従来の「勤務時間数の8割以上が病棟又は外来で業務を行うこと」が削除され、「その病院で3年以上勤務しているDAが5割以上配置されていること」が新たな条件となった。これは、DAの雇用安定による専門性向上と業務拡大を求めるものであると考える。

一方、課題もある。DAは平日休暇が取りにくいこと、突発休が生じた際のフォロー者が少ないこと、離職率が高いことである。この点については、今後チーム制導入を視野に入れ、業務把握の共有化を図り、フォロー可能な人材育成に力を入れていきたいと考える。

結語

今後、医師事務補助課へ求められる業務は増えていくことが予想される。医師サポートのスペシャリストとしてDAの価値を向上させるためにも、自己研鑽は必須である。その為に「我々にできることは何か？」という視点を持ち続け、タスクシフトへ積極的に取り組んでいきたい。

DAは、医師や看護師の次に患者に近い立場にいる。その誇りを忘れず、医師と共に、当院を求めてきた患者に対し、誠意を持って接していきたいと考える。そして、医師に信頼され、安心して業務を任せてもらえるようなDAを目指していきたい。

利益相反

本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業はない。

文献

- 1) 厚生労働省「2022年度診療報酬改定について」、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html（最終閲覧日 2022年11月30日）
- 2) 日本医師事務作業補助者研究会「理事長挨拶」、<https://ishijimu.org/>（最終閲覧日:2022年11月30日）

外来栄養食事指導の強化に関する取り組みについて

清水 崇、作元 ゆかり

徳之島病院 栄養管理科

要旨

徳之島病院においては、偏った食習慣が原因と推察される肥満により、栄養指導を必要とする外来患者が増加している。入院中の患者は、食生活の面においても身体管理されているため、生化学データは安定しやすい。しかし退院後は食生活が不安定になりやすく、体調不良や生活習慣病の悪化を引き起こす場合がある。体調不良は「怠薬」に繋がりがやすく、病状を不安定にしてしまう要因の一つでもある。そのため、外来栄養食事指導を強化するためには何が必要かを多職種で話し合い、協議した内容に取り組んだ結果、栄養指導の件数が増加した。今回、多職種へアンケート調査を行い、外来栄養食事指導を継続していくための方法と、課題について考察した。

キーワード：外来栄養食事指導、多職種連携、アンケート調査

はじめに

徳之島病院（以下、当院）は、精神科の専門病院である。2019年7月1日より敷地内禁煙となり、外来栄養食事指導料の算定が可能となった。

当院外来では、偏った食習慣が原因と推察される肥満により、栄養指導を必要とする患者が増加している。しかし2021年4月～11月までの外来栄養食事指導件数は、月平均1.3件と継続的な指導が行えていない状況であった。

そのため、外来栄養食事指導の強化について多職種で検討し、2021年12月より取り組みを行った。その結果、2021年12月は2件であった指導件数が、2022年1月には19件に増加し、2月及び3月も10件を超えた。

本稿では、外来栄養食事指導を強化し、継続していくためにどうすべきか、多職種へアンケート調査を実施した結果を報告する。

方法

外来栄養食事指導の強化について多職種で検討し、以下の取り組みを行った。

- 1) 2021年10月以降に当院外来を受診した患者の血液検査データを管理栄養士がチェックする。
- 2) 異常値を認めた場合、「異常値あり」と書いた付箋を外来カルテに貼付する。
- 3) 次回受診時に、カルテに付箋が貼付されている場

合は、医事課から栄養科に連絡を入れる。

- 4) 医事課からの連絡を受け、管理栄養士が患者のもとに出向き、「栄養食事指導を受けてみませんか」と声掛けを行う。
- 5) 管理栄養士だけではなく、必要に応じて栄養士・看護師が栄養指導に加わる。
- 6) 多職種で患者の情報を共有する。

上記内容を実践したところ、外来栄養食事指導件数は、2022年1月19件、2月16件、3月12件と増加した（図1）。その後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により外来診療が一時休止され、指導件数が減少した。2022年4月から9月までの6か月間の月平均件数は4.9件となっている。

今回、当院において外来栄養食事指導を継続していくために、医事課職員、外来看護師、管理栄養士・栄養士を対象として、「外来栄養食事指導件数を維持、あるいは伸ばしていくために、今後どのような取り組みを行っていくか」、「外来栄養食事指導に取り組む、見えてきた課題」の2点について、記述式のアンケート調査を行った。

倫理的配慮

対象者へ、調査の趣旨を説明し同意を得た。アンケートは無記名回答とし、用紙は研究終了後に破棄した。

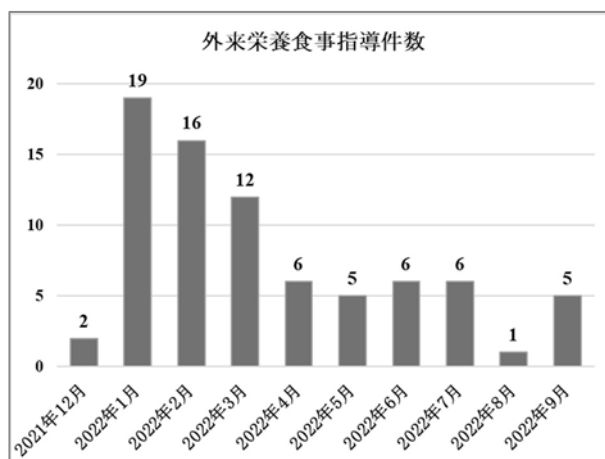


図1 外来栄養食事指導件数の推移

結果

アンケート調査用紙を6名に配布し、6枚を回収した（回答率100%）。

1. 「外来栄養食事指導件数を維持、あるいは伸ばしていくために、今後どのような取り組みを行っていくか」に対する回答内容は次の通りであった。

- A：対象者のカルテに付箋が貼られていることで、該当患者の来院時に、医事課から栄養科へスムーズに連絡することができた。
- B：1対1では聞き出せないことも、複数人で関わることで情報を引き出すことができ、患者へより細かな対応ができた。
- C：今後は、パンフレットを使用するだけでなく、動画を用いるなど、患者が飽きない指導方法の工夫が必要。
- D：患者へ指導を行った後（次の来院時）には、必ず声掛けを行い、現状を尋ねることが大事。
- E：2回目以降（の食事指導）は、予約制にしてはどうか。
- F：お食事手帳の活用。

2. 「外来栄養食事指導に取り組み、見えてきた課題」に対する回答内容は次の通りであった。

- A：栄養食事指導を行う専用の部屋がなく、空きスペースを利用して指導を行っている。
- B：指導を頑なに拒否する患者への対応。初回のみで2回目以降を拒否する患者への対応。
- C：意思疎通が図りにくい患者もいるため、指導を行う側のコミュニケーション能力が重要。
- D：個別指導がメインであるが、今後は集団指導も検討してはどうか。
- E：電話を用いた指導や、オンライン指導を検討

してはどうか。

F：バタバタしていると看護師は関わりがなかなか持てない。管理栄養士のみの対応となってしまう。

G：常勤の管理栄養士が1人であるため、他の業務や休みで対応できないことがある。予約制にすれば時間を有効に使えるのではないかと。

3. アンケート調査結果（まとめ）

1の回答Aにあるように、外来栄養食事指導を実施する際の一連の流れとして、「血液検査データチェック」、「対象者選定」、「声掛け」、「指導」という一連の流れを確立することができた。また、1のBにあるように、指導を行う際、多職種で関わることは効果的であった。

課題として挙げられた点については、改善できる内容には速やかに対応することと、引き続き多職種で検討を行うことが必要である。

考察

当院ではこれまで、外来栄養食事指導の体制が明確ではなかった。今回、多職種で話し合い、栄養指導の流れを確立したことで、指導件数が増加したと考えられた。

しかし、2022年度に入ると、栄養指導を拒否する患者、2回目以降の予約をキャンセルする患者が増加した。これは、精神科疾患特有の「病識に乏しい」という問題も関わってくるため、栄養指導を受けてもらうための促し等をどのように行っていくかが今後の検討課題である。栄養士だけでなく、看護師や他の職種とも連携し、患者に指導を受けてもらえる方法を考えていく。合わせて、パンフレットを用いた指導だけではなく、動画を利用するなど、患者が飽きない指導方法を検討する。

また今後、患者を対象とした栄養指導に関するアンケート調査を行い、拒否の原因や、患者の希望する内容を明らかにしていく。

栄養指導を行う際、看護師や事務職員と比べ、栄養士は患者と接する機会が少なく、対象患者の情報を得ることが難しい。今後は患者と関わる機会を増やし、関係性を構築することで「何でも話せる」関係作りに取り組む。また患者にとって、相手が看護師だから話せること、栄養士だから話せること、他専門職スタッフだから話せることがある場合も考えられる。多職種での話し合い等、患者の情報を共有する場を設けていく。また、管理栄養士が単独で指導を行うより、多職種で指導に関わることで、患者の食習慣行動に対する改善案が提案しやすく、早

期の介入に繋げることもできる¹⁾。

次に、栄養士は栄養や食生活のことだけではなく、精神疾患について知ることが大切であると考え、書籍での学習や、医師・看護師から話を聞き、精神疾患について学ぶことで、患者を理解することができ、指導方法等に役立てることができると考える。

指導方法については、現在、外来栄養食事指導は対面で指導を行っているが、今後は電話等のオンライン指導、複数人での集団指導を取り入れることも検討していく。

実施した栄養指導の評価も必要である。指導時に、患者に次回までの課題を提示し、課題の取り組み状況を評価する方法について検討していく。また、精神疾患のある患者は、一度にたくさんの情報を処理できないケースが多く、指導内容を理解することが難しい場合がある。患者が実現可能な目標設定を心がけ、「達成できた」という成功経験により自己効力感を高め、患者の行動変容の定着に繋げることが大切である²⁾。

結論

今回、外来栄養食事指導体制を強化したことで、指導件数が増加した。今後も、指導内容や方法について検討を重ね、多職種で連携し協働しながら、この体制を維持、進化させ、栄養指導の定着化を図っていく。

また、栄養指導の際には、傾聴を心がけ、指導の内容が対象者にとって過剰な内容で負担を感じさせない内容とし、患者に寄り添う形の指導に努めていきたい。

利益相反

本研究に関して開示すべき利益相反事項はない。

文献

- 1) 越後和恵拒食のため短期間に体重が減少した患者への栄養指導、Nutrition Care 14 (7)、18-25、2021
- 2) 山前有子自己管理が困難な統合失調症患者への外来栄養指導、Nutrition Care 14 (7)、10-16、2021

第2回慈愛会学会学術集会奨励賞

住宅型有料老人ホームにおける生活支援の在り方について

～ほがらかハウスの事例からの考察～

中馬 健一

住宅型有料老人ホームあいゆいの家 看護介護部

要旨

有料老人ホームは老人福祉法第 29 条第 1 項の規定に基づく施設であり、食事の提供、介護（入浴・排泄・食事）の提供、洗濯・掃除等の家事の供与、健康管理のいずれかのサービス（複数でも可）を提供している施設が該当する。サービスの提供内容によって、「介護付有料老人ホーム」、「住宅型有料老人ホーム」、「健康型有料老人ホーム」の 3 種に分類される。あいゆいの家は、掃除・洗濯・食事提供・緊急時等の生活支援サービスが付いた「住宅型有料老人ホーム」として、2021 年に開設された。有料老人ホーム入所中に介護が必要となった場合は、地域の訪問看護や通所介護等の介護サービスを利用しながら、施設での生活を継続することが可能である。あいゆいの家においても、介護が必要な入居者は、施設内における生活支援等の提供を受けながら、外部の介護サービス等を利用している。しかし、日々の支援が困難なケースも発生している。今回、対処が必要となった事例について、公益財団法人慈愛会で過去に運営されていた「住宅型有料老人ホームほがらかハウス」の事例とデータを比較分析した。結果、「生活上のトラブル」と並び「医療を要する事項」の件数が上位を占めている点が共通していた。有料老人ホームにおいては、入居者の「心豊かで安心出来る暮らし」を実現させていく上で、入居者と積極的なコミュニケーションを図ること、医療的なサポートや介護支援を行うこと、そして緊急時体制を充足することが必要不可欠である。

キーワード：有料老人ホームの支援体制、心豊かで安心出来る生活、医療介護ニーズ、在宅支援の仕組み

はじめに

住宅型有料老人ホームは、生活支援等のサービスを提供する高齢者向けの住居施設である。高齢者人口の増加に伴い、地域における介護ニーズは今後もしばらくは増え続けていくと見込まれ、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等、「高齢者向け住まい」が増加し、社会的な関心も高まっている。

公益財団法人慈愛会（以下、当法人）では、2009 年 4 月から 2016 年 3 月まで、定員 15 名の「住宅型有料老人ホームほがらかハウス（以下、ほがらかハウス）」を運営していた。その後、2021 年 5 月に、介護老人保健施設愛と結の街（以下、愛と結の街）に隣接した、定員 10 名の「住宅型有料老人ホームあいゆいの家（以下、あいゆいの家）」を開設した。

あいゆいの家では、要支援 1 から要介護 2 までの介護認定が下りた高齢者を受け入れ、生活支援等のサービスを提供している。高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域包括ケアシステムの役割の一端を担っている。

あいゆいの家開設にあたっては、入居者との年齢差が少ないスタッフが配置され、入居者が「心豊かで安心出来る生活」を送れるようサービスを提供している。また、小規模事業所であるため、入居者とスタッフとの距離感が近い。

あいゆいの家を運営していく中で、「生活上の対処事例」*注釈 1)が増加してきた。この事例の検討にあたり、ほがらかハウス運営時に生じていた同様の事例に着目することとした。

今回、ほがらかハウス運営当時に作成された資料を基に、生活上の対処事例を比較分析し、今後の課題等について考察したので、ここに報告する。

*注釈 1)

本論文では、インシデント・アクシデント事例及びスタッフが複数人に対応した事例を「生活上の対処事例」としている。

方法

対象

2009年4月から2014年3月の、ほがらかハウス入居者と、2021年5月から2021年9月の、あいゆいの家入居者を対象とした。尚、ほがらかハウスは、入居対象者と提供サービスが途中で変更されているため、Ⅰ期とⅡ期に分類した。

1. ほがらかハウス第Ⅰ期

期間：2009年4月～2012年3月（3年間）

入居対象者：要支援1から要介護2

2. ほがらかハウス第Ⅱ期

期間：2012年4月～2014年3月（2年間）

入居対象者：要支援1から要介護5

施設内で軽微な介護サービスを開始、外部からの定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスを導入。

3. あいゆいの家

期間：2021年5月～2021年9月（5カ月間）

入居対象者：要支援1から要介護2

倫理的配慮

データの収集においては、個人情報が特定されないように配慮した。

生活上の対処事例数

1. ほがらかハウス第Ⅰ期（3年間）

入居者の生活上の対処事例：43件

2. ほがらかハウス第Ⅱ期（2年間）

入居者の生活上の対処事例：66件

3. あいゆいの家（5カ月間）

入居者の生活上の対処事例：32件

事例の分析

生活上の対処事例を8つの項目に分類し、データを比較分析した。

8つの項目は、①転倒・転落、②無断外出等、③医療を要する事項（救急搬送を含む）、④食べ物、⑤喫煙^{*注釈2)}、⑥暴力・暴言、⑦精神・認知機能低下に起因する事項、⑧その他、である。

*注釈2)

喫煙については、ほがらかハウスは喫煙所以外は禁煙。あいゆいの家は全面禁煙である。

結果

1. 生活上の対処事例の項目分類

ほがらかハウス第Ⅰ期では、生活上の対処事例は、⑧その他 27.9%、②無断外出等 23.2%、③医療を要

する事項（救急搬送を含む）23.2%が上位であった。次に⑤喫煙 11.6%、⑥暴力・暴言 9.3%と続き、①転倒・転落、⑦精神・認知機能低下に起因する事例はなかった。

ほがらかハウス第Ⅱ期では、生活上の対処事例は、③医療を要する事項（救急搬送を含む）21.2%、①転倒・転落 18.1%、⑧その他 15.5%と続いた。他の項目には、ほとんど差がなかった。④食べ物に関する事例はなかった。

あいゆいの家では、生活上の対処事例は、⑦精神・認知機能低下に起因する事項が 40.6%と突出して高く、③医療を要する事項 25%、⑧その他 21.8%と続いた。⑤喫煙、⑥暴力・暴言の事例は認められなかった。

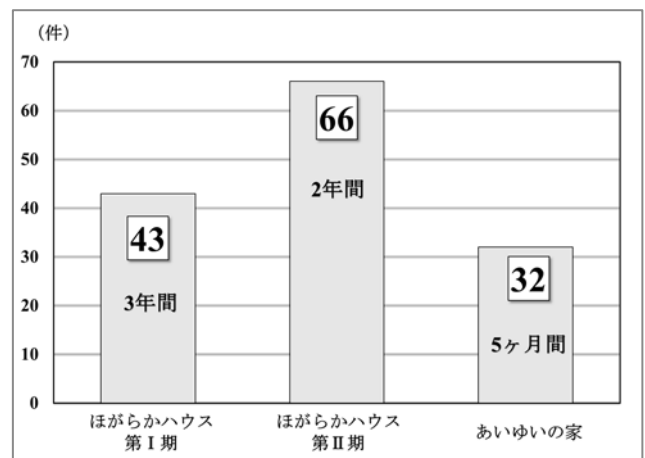


図1 生活上の対処事例件数（比較）

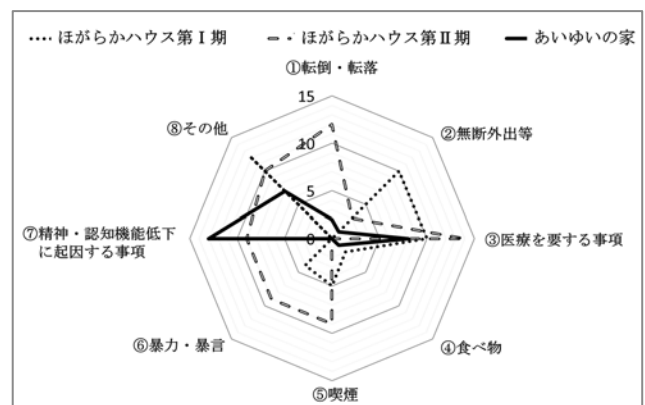


図2 生活上の対処事例項目（比較）

2. ほがらかハウスの生活上の対処事例

ほがらかハウスは、同一建物内に地域密着型通所介護施設（デイサービスはなぶさ）が併設されている。入居者の大半は、それぞれのニーズに応じて、併設の通所介護サービスや、訪問介護、通所リハビリテーション等の介護サービスを利用していた。住宅型有料老人ホームが普通の「住まい」である特性を活かし、入居者が自分の意思で選択しながら自由

に暮らせる環境を提供しており、施設へ届出を行えば、入居者が一人で自由に外出することも可能であった。施設規定を遵守して秩序を乱さない（共同生活を尊重し、危険行為、宗教活動や営利行為を行わない）ことと、一定のルールを守れば、施設内での行為に関して厳密な制約は設けられていなかった。生活保護受給者も受け入れていた。

生活上の対処事例を検証すると、救急搬送や転倒・転落以外に、金銭トラブル、無断外出からの行方不明、入居者間の暴力・暴言、居室や施設の放火未遂、外出時の交通事故、飲み屋へ出掛け他者とトラブルを起こし帰宅出来なくなる（警察事案）、民間物販業者への未払いや契約内容に関するトラブル、乾燥機へ紙オムツを入れて機械が故障する、近隣のゴミステーションに規定以外のゴミを捨て行政から注意勧告を受ける等の事例があった。食べ物に関しては、食事制限のある入居者へ食品を渡す、相手が望んでいない食べ物の提供によるトラブル等の事例があった。その他の項目へ分類した事例には、男性入居者が女性入居者の居室へ断りなく入り込む、施設の備品（ペーパータオル、掃除道具、花瓶等）を意図的に持ち帰る、洗濯機使用方法や順番を巡るトラブル等があった。

3. あいゆいの家の上の生活上の対処事例

あいゆいの家は、地域包括ケアシステムの中で、愛と結の街と併設事業所が構築している「在宅復帰並びに在宅生活を支える仕組み」の拠点の一つとして整備された。ほがらかハウスと比較し、職員の人員配置に差はないが、あいゆいの家周辺には愛と結の街を始め、通所系サービスを提供する事業所や訪問系サービスを提供する事業所、居宅介護支援事業所等があり、入居者のサポート体制やスタッフへの相談機能が充実している。

2021年5月から2021年9月までの5ヶ月間で、生活上の対処事例が32件発生している。

これは年間ベースで、ほがらかハウス第Ⅰ期と比較して約5.4倍、ほがらかハウス第Ⅱ期との比較で約2.3倍の発生件数である。

考察

住宅型有料老人ホームは、普通の「住まい」という特性があるが、複数が入居する施設である以上、入居者は日常生活の中で他入居者との関係性を構築しなければならない。入居前は周囲からの干渉を受けず比較的自由に生活していた入居者にとっては、そうした環境の変化が精神的な負担になることが考えられる。また高齢者にとって、これまでの習慣を直ぐに変えることは難しく、新しい環境に適応

する為には相応の時間と適切な支援が必要である。

ほがらかハウス第Ⅰ期は、入居対象者が要支援1から要介護2であり、日常生活行為が比較的高いレベルで実施出来る入居者もいた。60歳代の入居者もいたが、平均年齢は約79歳と後期高齢者に分類された。男女比は、男性の割合が50%以上であった。入居者の生活歴をみると、入居する前までは比較的自由に生活していた者が多かった。また、身寄りがなかったり、生活環境の変化で食事を中心とした生活支援が必要になって入居したケースもあった。認知機能に問題がなくても、社会通念上の常識と考えられる事が通じない入居者のケースもあった。生活上の対処事例発生の要因として、このような入居者の背景や、入居前の生活環境が少なからず影響を及ぼしていたと考えられた。また、ほがらかハウスでは、空き部屋が出た場合、入居希望者の家族背景や生活背景等に問題があると認識していたケースや、生活困窮者についても、一刻でも早い支援が出来るよう基本的に断らずに受け入れを行っていた。断らないという受け入れ方針は望ましいと考えるが、入居者の受け入れにあたっては、関係者との連携を強化し、問題発生が予測される場合は、事前に対策を検討しておくことが必要であったと考えられた。

次に、ほがらかハウス第Ⅱ期では、生活上の対処事例として「転倒・転落」が増加していた。第Ⅱ期の入居対象者は要支援1から要介護5までである。これは、入居が長期間となった入居者の身体機能低下により要介護度が上がってきたこと、愛と結の街の後方支援（在宅復帰支援）としてのニーズが増えたことによる。入居者の介護度が上がっても住み慣れた環境で生活できるよう、施設内で検討を重ね、要介護5までの受け入れを決定した。同時に、施設内での軽微な介護サービス提供を開始し、外部からの定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスを導入した。この時期には、施設スタッフだけでは即時に対応出来ない生活上の対処事例が、多数発生していた。

2021年（令和3年）度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健健康増進等事業分）の「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」¹⁾によれば、住宅型有料老人ホームでの夜間の看護体制について、「通常、施設の看護職員がオンコールで対応」が26.9%、「訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている」30.6%、「夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない」が26.8%となっている。ほがらかハウス及びあいゆいの家では、介護福祉士等の福祉職（管理者）、調理員（世話人）、事務職が勤務しているが、看護師等の医療スタッフは配置されておらず、急変時の対応や医療の必要性を判断

する場合、管理者が現場対応や医療機関等とのコンタクトを取る体制となっている。「医療を要する事項（緊急時の対応）」は頻繁に発生する訳ではないが、管理者は休みなく待機が必要で、緊張状態が続く事により精神的な負担もかなり大きい。また、住宅型有料老人ホームでは、サービス提供に対する価格設定は自由であり、人員配置を充実させることは可能だが、入居費用に転嫁せざるを得ない。入居者の多くは生活費を年金のみで賄っており、身内からの援助が難しいケースも少なくないため、入居費用の引き上げは現実的ではない。

有料老人ホームの入居者は高齢であり、持病を持つ者、介護度の高い者も多く入居している。入居者に「心豊かで安心出来る暮らし」を提供していくためには、スタッフに過度な身体・精神的な負担が生じる事なく、入居者に過度な経済的負担を負わせる事なく、生活援助、安否確認、緊急時の即時対応体制を構築することが重要である。医療的なサポートや介護支援、そして緊急時に適切に対処できる体制づくりが必要不可欠である。

今回の研究で、生活上の対処事例は、ほがらかハウス第Ⅰ期、第Ⅱ期、あいゆいの家において、「医療を要する事項」の件数が多いことが分かった。また、あいゆいの家では、「精神・認知機能低下に起因する事項」が突出している。これは、愛と結の街を退所した統合失調症に罹患している者の入居を受け入れていることが主な要因であると考ええる。

現在、あいゆいの家では介護サービスを提供せずに生活支援を行っているが、生活上の対処事例件数は、ほがらかハウス第Ⅰ期及び第Ⅱ期と比較して明らかに多い。今後、入居者の高齢化に伴い、ほがらかハウス第Ⅱ期と同様の生活上の対処事例が増えることが予想される。生活上の対処事例の発生予防のためにも、入居者と積極的なコミュニケーションを図ること、医療的なサポートや介護支援を行うこと、そして緊急時体制を充足することが必要である。

最後に、国内においては2025年には75歳以上の人口が全人口の約18%になると推測されており²⁾、高齢者の増加に伴い有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の「高齢者向け住まい」も増加している。「高齢者向け住まい」は、入居者が自分の意思で自由に暮らせる環境を提供する事が前提条件であり、入居者に対して、重度化した場合における対応、認知症対応、医療介護対応、看取り、ACP（Advance Care Planning: アドバンスケアプランニング）までフォローできる事が重要である。そのため、あいゆいの家では、ICT（Information and Communication Technology: 情報通信技術）を活用した在宅サービスや老健関係者との情報共有（生活上の対処事例も共有）や迅速な支援体制を構築する等、新たな工夫や

取り組みを始めている。

結語

今回、住宅型有料老人ホームにおける生活上の対処事例を分析し、様々な事に気付く事が出来た。今後も入居者の「心豊かで安心出来る生活」の実現に向けて、課題である人員配置を含めたサービス提供体制の在り方、入居者が安心して心地よく暮らせる住居提供に取り組み、より良い支援体制の構築に努めていく。

利益相反

本論文発表内容に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

文献

- 1) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会「令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究報告書」、<https://www.yurokyo.or.jp/contents/pdf/3884-1>
- 2) 厚生労働省「我が国の人口について」、<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000871255.pdf>
- 3) 安梅勅江、芳香会社会福祉研究所編著、高山忠雄監修：いのちの輝きに寄り添うエンパワメント科学：だれもが主人公新しい共生のかたち、北大路書房、京都府、2014

資料

- 1) ほがらかハウス運営懇談会資料（2009年～2014年）

第2回慈愛会学会学術集会奨励賞

調理師合同研修会を開催し見えてきたもの

隈崎 耕輔、山下 幸輝、滝寺 雅之、今村 瑞香

介護老人保健施設愛と結の街 栄養管理科

要旨

病院・施設に勤務する調理師の主な業務は、患者・利用者に提供する食事作りである。勤務時間のほとんどが厨房内での業務となるため、他部署スタッフとの関わりは少なく、同職種であっても他施設職員と関わることはほとんどない。今回、公益財団法人慈愛会内の病院・施設に勤務する調理師の交流とスキルアップを目的として、ワーキンググループを立ち上げ、合同研修会を開催した。ワーキンググループの中では、各病院・施設の課題について、情報共有と解決に向けての意見交換を行った。合同研修会では、調理機器として導入されている「スチームコンベクションオープン」の活用方法について学んだ。この取り組みにより、公益財団法人慈愛会に勤務する調理師同士の顔の見える関係性の構築と、調理師としての技術向上と機能強化につながった。

キーワード：ワーキンググループ、合同研修会、課題共有、
スチームコンベクションオープンの活用

はじめに

公益財団法人慈愛会（以下、当法人）では、管理栄養士のワーキンググループが毎月 1 回開催され、各病院・施設の情報共有が行われている。しかし調理師のワーキンググループは無く、調理師同士は、年に 1 回開催される合同研修会で交流を図っていた。

そのような中、管理栄養士ワーキンググループからの提案で、調理師同士のつながりを持つこと、顔の見える関係性を構築すること、各病院・施設の現状や課題を共有し解決に向けて話し合うことを目的に、調理師ワーキンググループの立ち上げが決定した。

今回、2019 年 4 月より始動した調理師のワーキンググループの取り組みと、調理師主体で開催した合同研修会について報告する。

取組内容

1. 調理師ワーキンググループ

当法人内の病院・施設に勤務する調理師の役職者で構成される。

2 ヶ月に 1 回ワーキンググループを開催し、現状や課題を共有し、解決の糸口を探る。

2. 合同研修会

いづろ今村病院、今村総合病院、谷山病院、介護老人保健施設愛と結の街に勤務する調理師及び調理員を対象とした合同研修会の企画。

結果

1. ワーキンググループで共有できた現状と課題

1) 調理スタッフ不足

欠員が生じ求人を出しても応募がない状況である。人員減の状態での業務遂行となり、調理スタッフ（調理師及び調理員）の負担が増えている。

2) 人材育成

各病院・施設が、それぞれの方法で業務の指導にあたっているため、調理スタッフの能力に差が生じていることが危惧された。新人教育マニュアルは、どの施設においても作成されておらず、各々が教わった工程や業務手順を代々教えていくという方法がとられている。

また、各病院・施設によりスタッフの人数や業務内容が異なるため、同じ経験年数であっても能力を比較することは難しい。

3) 調理機器の活用

各病院・施設に設置されているスチームコンベクションオープン（以下、スチコン）*注釈

の使用状況（用途や調理工程）が異なっている。

各施設での使用状況を共有し、スチコンの機能を活用することで、業務の効率化を図ることが必要である。

＊注釈）スチームコンベクションオープン

水蒸気と熱風を利用した自動多機能加熱調理機器（図1）。



図1 スチームコンベクションオープン

2. 合同研修会開催の成果

調理師ワーキンググループの意見交換で、人員不足であること、調理師としてのスキルアップの機会が少ないという共通の課題が挙がった。この課題解決に向けて、調理師が主体となり2019年12月に合同研修会を開催した。

各病院・施設の調理スタッフへ研修内容の希望アンケートを取り、要望が多かった「スチコンの活用」をテーマに決定し、調理機器専門業者へ講師を依頼した。

研修では、スチコンを利用した調理方法について講師の実演により学び、試食を行った。研修後に講師へ質問するスタッフもあり、関心の高さが伺われた。研修後アンケートでは、参加者のほぼ全員が「研修会に参加してよかった」と回答した。意見欄には、「他施設の調理スタッフと交流が持てた」、「スチコンで様々な調理が可能であることを知ることができた」、「煮物の味付けがしっかりされていて美味しかった」、「自分たちで作ってみたい」と記載されていた。

考察

調理師ワーキンググループが2019年4月に始動し、同年12月に合同研修会を開催した。短い準備期間ではあったが、企画にあたりメンバーが意見を出し合い、無事に研修会を開催できたことは大きな前進であった。

スチコンを利用した様々な調理法や作業工程の簡略化は、課題である「調理スタッフ不足」解消の糸口となり、業務の効率化を図る一助となると考えられた。同時に、研修会でスチコンの活用方法を学んだことは、調理スタッフの個々の技術向上と機能強化へつながり、同時に「調理法を習得して調理スタッフとしての専門性を高めたい」という意欲を引き出したと考えられた。

また、研修会開催にあたり、調理師ワーキンググループで協議し、準備に取り組んだことで、調理師同士のつながりを持つことができ、関係性を構築することができた。

今後も、調理師ワーキンググループにおいて、課題解決に向けての検討と協議を重ねていく。

結論

栄養管理科は、患者・利用者へ安全で美味しい食事を提供する大事な部署である。調理スタッフとして、日々の業務を遂行することだけに重きを置いてしまいがちであったが、ワーキンググループに参加したことで、課題を明らかにし、その課題の解決に取り組む必要性に気付いた。

課題である「調理スタッフ不足」と「人材育成」を全て解決するには時間を要すると考えられる。

限られた人員の中で食事提供を継続していくには、調理スタッフの経験年数に関係なく使用できるスチコンの活用は必要不可欠である。

利益相反

本論文発表内容に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。

慈愛会学会雑誌 「かごしま慈愛会ジャーナル」 投稿規程

1. 本誌は慈愛会学会の目的「多職種が専門性を高め相互の学習の機会を作り、多職種協働の文化の醸成と医療の質向上を図ること」に基づき、慈愛会の医療全般に貢献する論文、症例報告等を掲載する。
 - 1) 学術集会発表演題の中から審査により選出された優秀演題の原著論文
 - 2) トピックスとして編集委員会より執筆を依頼した、原著論文、総説、症例報告、紹介、学会報告等
 - 3) 一般投稿論文（原著論文、総説、症例報告、紹介等）
2. 投稿者（執筆者）は原則として慈愛会の職員に限る。
3. 投稿先：
学会雑誌編集委員会事務局（教育開発センター）
住 所；〒890-0064 鹿児島市鴨池新町 6-4
連絡先；電話）099-263-8151（内線 2060）
FAX）099-263-8161
メールアドレス； jgakkaai@jiaikai.jp
4. 一般投稿論文の採否：
学会雑誌編集委員会において決定する。
学会雑誌編集委員長の指名した編集委員の校閲を受けた後、最終的に学会雑誌への掲載を許可する。
5. 論文の種類：
 - 1) 原著：独創性・新規性を有し、科学的に価値ある事実あるいは結論を含むもの。
 - 2) 総説：ある事項について系統的にレビューを行い、現在までの知見、将来の方向性、著者の見解などをあわせて示すもの
 - 3) 症例報告：比較的限定された範囲で実施された活動で、一定の成果を挙げ、今後の発展・拡大が期待できるもの。
 - 4) 紹介：新規性を有する事項についての情報を提供するもの。
6. 原稿文字数の目安（文献を含む）
 - 1) 原著論文、総説は、9,600 字程度
 - 2) 症例報告、紹介は、6,000 字程度
7. 書き方：
原稿は、以下の規定にしたがって作成し、データを提出すること。
 - 1) Windows、Mac の Word 形式
 - 2) 文字のフォント
和文：明朝体
英文・数字：Times New Roman
 - 3) 本文中の句読点は、句点（。）と読点（、）を用いる
 - 4) 欧文、数字、小数点、および斜線 [/] は半角
 - 5) 本文中に用いるコロン[:]、セミコロン[;]、カッコ [()] は全角
8. 記号と数字：
 - 1) 数字はアラビア数字を用いる。数量の記号はcm、mm、μm、nm、l、dl、ml、kg、g、mg、μg、ng、pg、℃、%、hr、min、sec などを用いる。
 - 2) 年は西暦で記載する。但し引用した文献の原文が元号記載である場合は、元号の後ろに（ ）で西暦を記載する。
9. 原稿の形式
 - 1) 表題（テーマ、サブテーマ）
 - 2) 著者名（執筆者、共同研究者）
 - 3) 所属施設名、職種
 - 4) 和文要旨：600 字程度
 - 5) キーワード：内容を示すキーワード 3 語～5 語
 - 6) 本文の構成は原則として下記にならうこと。
【緒言（序、はじめに等）】
【方法（研究方法、調査方法等）】
【結果（研究結果、調査結果等）】
【考察】
【結語（おわりに等）】
【謝辞（必要な場合）】
【利益相反】
【文献】
 - 7) 専門用語には注釈をつける等、分かりやすく記述すること。
 - 8) 外国語、原語は明瞭な欧文活字体を用いる。初出はフルスペルで記載し略さない。日本語化したものはカタカナを用いてよい。

例) MSW (Medical Social Worker : 医療ソーシャルワーカー)

10. 図、表 :

- 1) 図、表は最小限とし、本文とは別に PowerPoint または Excel ファイルで添付すること。
- 2) 図表には、必ず [図 1] ・ [表 1] と番号を記し、挿入場所を、本文に赤字で指定すること。
- 3) 図、表のタイトルは、図では図の下に、表では表の上に明記すること。
- 4) 図、表はスライド発表そのままの形でなく、論文に適した形に作り変えること。
- 5) 白黒印刷で明瞭に読み取れる形で作成すること。尚、資料の性質上カラー表記が必須である図表については、2 枚を上限とし編集委員会へ申し出ること。

11. 文献 :

- 1) 文献は、重要なもののみを記載する。
- 2) 文献を引用した場合、本文中の引用箇所の右肩に片カッコ付きで引用順に番号を付し、その番号順に論文の最後に収載する。
- 3) 邦文雑誌名は医学中央雑誌、欧文雑誌名は Index Medicus の省略方法に準じる。
- 4) 著者が 3 名以上になる場合は、最初の 3 名のみ記載し、下記の例示にならって記載する。

* 文献記載例

【雑誌の場合】

番号) 著者名 : 題名、誌名 巻 : 始頁—終頁、年
[記載例]

- 1) 手塚綾乃、肥後建樹郎、榎園圭 他 : 化膿性脊椎炎を合併した三尖弁感染性心内膜炎の一症例、心臓 50(12) : 1316-1322、2018
- 2) Oka T, Matsuoka KI, Utsunomiya A : Sensitive Photodynamic Detection of Adult T-cell Leukemia/Lymphoma and Specific Leukemic Cell Death Induced by Photodynamic Therapy : Current Status in Hematopoietic Malignancies . Cancers(Basel) 12(2) : 335, 2020

【書籍・単行本の場合】

番号) 著者名 : 題名、誌名、(企画・監修・編集者名)、始頁—終頁、出版社名、年
[記載例]

- 1) 米倉健太郎 : 紅皮症 (剥脱性皮膚炎) 、今日の治療指針 2020 年版 (Volume62) 、1275、医学書院、2020

- 2) Rhame FS : The ecology and Epidemiology of Pseudomonas aeruginosa. Pseudomonas aeruginosa (Sabath LD ed) , 31-51, Hans Huber Publishers, 1980

【ホームページの場合】

番号) サイト名「ページ名」、入手先 URL、(閲覧日)

[記載例]

- 1) 厚生労働省「『働き方改革』の実現に向けて」、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322.html>
(最終閲覧日 2023 年 2 月 3 日)

12. 校正 :

原則として校正は編集委員会において行う。

13. 論文等の著作権について :

学会雑誌に掲載された論文等の著作権は慈愛会学会に帰属する。

(2023 年 4 月)

[投稿時の注意事項]

1. 投稿規程から外れている論文は受理されません。投稿規程をよく読み原稿を作成のうえ提出してください。
2. 倫理的配慮
「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、
「ヘルシンキ宣言」などの倫理的規定を遵守していることが必要です。
公表資料 (論文等) に、倫理的配慮について記載してください。
3. 利益相反の開示
公表資料 (論文等) に、利益相反の有無を記載してください。
記載例)
・利益相反がある場合 :
本論文に関連して、過去 1 年間に〇〇社から研究費の助成を受けている。
・利益相反がない場合 :
本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

[編集後記]

かごしま慈愛会ジャーナル 編集委員長
上之園 芳一
(今村総合病院副院長)

このたび、慈愛会から発信の学術誌として企画されました“かごしま慈愛会ジャーナル”の第2巻を無事に発刊することができました。ご執筆いただきました職員の方々をはじめ、査読にご協力いただいた方、昨年に引き続き編集委員をお引き受けいただいた方々には、心より御礼申し上げます。

2022年4月に発行しました創刊号は12編の論文掲載となりましたが、今回の第2巻では20編の論文掲載となりちょっと厚めのジャーナルとなりました。「学会報告」として、第2回慈愛会学会を主催された宇都宮興今村総合病院名誉院長と、日本医療マネジメント学会第20回九州・山口大会を主催された帆北修一今村総合病院院長（現名誉院長）に、会長講演の内容も加えてご執筆をお願いいたしました。快くお引き受けいただき、たっぷりとしたボリュームのある内容となっています。また「トピックス」として、今村総合病院の吉森みゆき副看護部長から新型コロナウイルス感染症に対する取り組みを、今村総合病院看護師特定行為研修センターの上山テルヨ主任からは特定行為研修センターの役割と課題につきご執筆をいただきました。今後につながるトピックスとして、慈愛会における実際の医療現場から得た知見をご紹介いただいています。「論文」では、第2回慈愛会学会で口演最優秀賞を受賞された今村総合病院血液内科の中野伸亮先生を筆頭に、一般の論文投稿も含む16論文を掲載しました。

創刊号での経験と様々な反省から、第2巻はより学術誌として量、質ともに進化したものに出来上がっています。このジャーナルが、慈愛会の各施設で提供している素晴らしい医療を、広く紹介するためのツールとして役立てば幸いに思います。

[かごしま慈愛会ジャーナル編集委員会]

委員長：上之園 芳一

副委員長：秋廣 定也

委員：鈴木 大輔、永迫 智子、武清 孝弘、
川崎 友義、池田 貴美子

[慈愛会学会]

運営委員長：木佐貫 涼子

[法人事業本部経営企画室]

瀬涯 里花

かごしま慈愛会ジャーナル

2023年 第2巻

発 行 日 令和5年4月30日

発行責任者 今村 英仁

発 行 鹿児島市鴨池新町6-4
公益財団法人慈愛会
TEL099-256-0311
FAX099-206-6200

本書を無断で転載・複製することを禁止します。



かごしま慈愛会ジャーナル
vol.2

2023年4月発行