

医師，看護師（外来・病棟・手術室・健診部），薬剤師，臨床検査技師，放射線技師，管理栄養士，理学療法士，診療録管理者，事務など

IV. アンケート・情報交換結果のまとめ

勉強会の内容に関しての満足度は，ほぼ全ての部署で高かった。しかし，より密接に関わっている部署では，さらに深めた勉強会を求める声もあった。

他臓器がんの勉強会を求める声もあり，全体的に参加者のモチベーションは高まった。そして，各部署のみで問題解決することは難しく，共働する必要があると思われた。

V. 考 察

乳がん治療の特徴を理解・共有できた。

乳がんは他のがんに比べ患者が若い世代であり，家庭および職場で重要な位置を占めている。手術後の補助療法，再発治療など治療が長期間継続する。そのため社会的・精神的ニーズの占める割合が高く，そのニーズは個別性に富んでいる。

チーム医療のめざすものは，質の高い医療サービスであるが，その中の要素として重要といわれている医療アウトカム，患者満足，職務満足，各々をつなぐシステムの必要性を実感した。

VI. 結 語

「乳がん勉強会」の有用性は明らかであった。また，他職種によるチーム医療を推進していくためには，専門のチームが必要であり，プレストオンコロジーターム(仮)等の立ち上げも今後の検討課題である。

手術患者に対する褥瘡ハイリスクケアの導入

褥瘡管理者 皮膚・排泄ケア認定看護師 岡 志津香

I. 背 景

平成18年度の褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設に伴い，当院でも入院患者全員を対象に褥瘡リスクアセスメントを行い，予防に取り組んでいる。しかし，周手術期の患者に対する，褥瘡リスクアセスメントが不十分であった。本年度より手術室看護師が褥瘡対策チームに加わり，周手術期の継続評価が可能になったので，詳細につき報告する。

II. 経過・成績

当院では，すべての入院患者を対象に，病棟看護師が，日常生活自立度判定やOHスケールを行い，褥瘡リスクアセスメントを行っている。褥瘡発生のリスクの有無をアセスメントすることが，褥瘡予防においては非常に重要である。従来は病棟のみで，すべての褥瘡リスクアセスメントをしており，手術室での褥瘡診療計画書の記入はしていなかった。しかし，褥瘡ハイリスク項目の3項目は，周手術期患者が該当し，手術室でないと患者の拾い上げがされにくく，手術室看護師にリスクアセスメント表を記入してもらうようにした。その結果，周手術期のハイリスク対象患者の件数

が大幅に増加し，ハイリスク項目ウの，麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用に該当する患者で約8倍，エの6時間以上の手術(全身麻酔下)で約2.5倍，オの座位・腹臥位・側臥位などの特殊体位による手術で約50倍に件数が増え，周手術期における褥瘡ハイリスク患者が反映されていることがわかった。また，褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数をみると，導入前では，平均して月50件前後の件数だったが，導入後は約3倍に件数が伸びて，褥瘡ハイリスクケア患者ケア加算の増収にもつながった。今までは，すべての項目において術後に病棟で周手術期のハイリスク項目に該当する患者を拾い上げていたが，病棟での拾い上げは難しい現状であったことが推測される。周手術期に該当するハイリスク項目に関して，術中を把握した手術室で拾い上げを行い，褥瘡診療計画書を記入して，それを病棟で継続して評価をすることで，周手術期の褥瘡ハイリスク患者のリスクアセスメントが漏れることなく出来るようになったと考えられる。また，システムを整えることで，医事課でも，周手術期のハイリスク該当患者の褥瘡診療計画書の記入の有無がチェックされるようになり，褥瘡管理をする上で，非常に意味のあることだと

感じている。

Ⅲ. 考察・今後の課題

手術室でリスクアセスメントを行うことで周手術期のハイリスク患者を拾い上げることができ、それに伴って、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の増

収につながった。また、術中の褥瘡発生は2件あり、発生要因を分析することができた。今後は手術室看護師だけでなく、周手術期に関わるスタッフに対し褥瘡予防の啓蒙活動を行うことも重要である。また、特殊体位の手術に対し、褥瘡予防の耐圧分散寝具を早急に整備する必要がある。

通院点滴療法室の現状と課題

通院点滴療法室 浅場 香 千装真由美
芦川 恵子 田口 淳

I. はじめに

通院点滴療法室は平成18年10月に稼働開始し3年が経過した。安全に外来化学療法が行われるよう、チーム医療を推進してきた。一方で、外来でがん治療を受けている患者を支えていくことの困難さを感じ、外来緩和ケアカンファレンスとの連携を通じて、患者のQOL維持に取り組んできた。ここで、3年間の取り組みを振り返り、当院の外来化学療法の現況と問題点を明らかにし、今後の課題を明確にする。

Ⅱ. 背景

【ベット数】10床

【スタッフ体制】

医師：室長、担当医、当番医師（ローテーション）
看護師：専従2名

（1名がん化学療法看護認定看護師）、支援スタッフ1名（ローテーション）

薬剤師：専任1名（ミキシングは中央にて実施）

支援スタッフ1名（ローテーション）

栄養士：1名（依頼）臨床心理士：1名（依頼）

看護助手：1名（16時以降、環境整備）

【実施件数】

1年目：1899件 2年目：2321件 3年目：2234件

【患者の転帰】

2年間348名（治療中53名、外来フォロー中186名、死亡109名）

3年間476名（治療中118名、外来フォロー中181名、死亡174名、不明13名）

【外来緩和ケアカンファレンスとの連携】

治療がはじまる時点で今後の治療設計や終末期

に向けた意向を確認していくことがシームレスな緩和ケアには重要であり平成19年12月より通院点滴療法室を中心に外来緩和ケアカンファレンスを開始した。

【チームの関わり】

図1参照

Ⅲ. 結果

【チーム医療の経過】

平成19年

7月 パクリタキセル前投薬統一

11月 各科運用統一、化学療法連絡票運用開始

12月 外来緩和ケアカンファレンス開始

平成20年

1月 QOL評価表運用開始

9月 化学療法同意書書式・運用見直し

通院点滴療法室運用見直し

新規プロトコール 24件

新規薬剤導入 チームアービタックスにて対応

新運用基準作成

Ⅳ. 考察

安全に実施することを目標にチームで問題を共有しながらシステムを整えてきた。患者のQOLを維持していくために早期からの緩和ケア介入もシステム化できた。一方で、がん治療の発展とともに新規薬剤の導入や新プロトコール導入等、より専門的知識を深めていく必要性に迫られている。

Ⅴ. 結語

発展するがん化学療法に関する情報を日々の業務に反映させて、患者の療養生活を多職種が協働