

## P-097

### 造血細胞移植後長期フォローアップ外来（LTFU 外来）の現状報告

広島赤十字・原爆病院 看護部

○垣田みどり、遠堂 春名、梶本 紀子、平野 聖子

【はじめに】当院は、血液内科2病棟、77床、内40室の無菌室を有する施設である。造血細胞移植は、年間50件前後実施している。造血細胞移植後は、経過が長期的であり、入院から外来に移行しても継続的に体調管理や生活面への支援が必要となる。退院直後は、感染予防やGVHD予防、運動や活動量の維持が重要である。患者自身が、症状に対応でき、QOLの向上のためには、外来での指導が重要となる。そのため、LTFU外来立ち上げに取り組んだ。【経過】1. 外来の実施まで 移植法や支持療法法の進歩によって長期生存患者が増加し外来フォローの果たす役割の重要性、2012年診療報酬改定「造血幹細胞移植後患者指導科」新設により収益につながる点、チーム医療の充実を示し提案書を作成した。提案書を病院経営者会議に提出し、合意を得たのち、看護師育成のため、日本造血細胞移植学会主催の「フォローアップのための看護師研修」を受講し、資格を得た。2. LTFU外来の活動1) 国立がん研究センター中央病院を見学後、2016年4月から、指導を開始した。2016年10月からは外来の一室で、面談を開始した。2) 病棟看護師2名が週2回（不定期）指導を実施、(1) 受診時期は、節日受診（移植後6か月までは毎月、1年後、以降1年毎 最大5年まで）(2) 内容、面談は30分～1時間程度（全身皮膚の観察など）患者の状態と生活パターンに合わせたセルフケア指導を実施する。3) 指導件数は、平成28年4月から平成29年3月末まで、190件（患者数63人）【課題】1. 他部門との連携（薬剤師・栄養士・リハビリ科・社会福祉士など）2.LTFU外来の評価（患者満足度、再入院率など）3.受診件数の増加 4.定期的外来の実施体制の強化 5.人材育成。

## P-099

### 退院前カンファレンスにおけるADL表の評価について

那須赤十字病院 地域医療福祉連携課<sup>1</sup>、リハビリテーション科<sup>2</sup>、呼吸器内科<sup>3</sup>

○松本 朋美<sup>1</sup>、石井 容子<sup>1</sup>、人見 優子<sup>1</sup>、池澤 里香<sup>2</sup>、福島 史哉<sup>3</sup>

【目的】多職種でADL表を用いて退院前カンファレンスを行ない情報を共有することで、退院後も家族や在宅支援者が患者の入院中のケアを継続し、運動機能を維持しながら在宅での療養生活が可能となるようにADL表の有用性を検討する。

【方法】

1.対象

退院前カンファレンスに参加したケアマネージャー

2.データ収集方法

ADL表を用いてカンファレンスを行ない、＜患者把握に関して＞＜病棟看護師との情報共有について＞＜他の在宅支援者との情報共有について＞＜総合評価＞の5項目についてアンケート調査を行った。アンケートの回答は「全く思わない」「あまり思わない」「そう思う」「とてもそう思う」「非常にそう思う」の5件法で行なった。アンケートの回収はカンファレンスに参加したDPNもしくはOT・PTが行なった。

【倫理的配慮】

本研究は、対象者へ口頭で説明を行い同意を得た。協力は任意とし、匿名性の保持、協力の可否によって業務上不利を被ることはない事を説明した。

【結果】

嚥下機能に問題があるケースは「患者把握に関して」の食事介助・食形態・食事時の姿勢に関する項目で評価が高い傾向にあり、嚥下機能に問題がないケースに関しては、「病棟看護師との情報共有について」、「他の在宅支援者との情報共有について」の情報共有に関する項目で評価が高い傾向にあった。

【考察】

ADL表を活用したカンファレンスは患者の支援内容がより明確になると考える。摂食・嚥下機能の回復と機能維持は安定した療養を可能にし、誤嚥性肺炎の再発を予防することが明らかになっている。今後はADL表を活用すると共に摂食嚥下に関する地域向けの研修会を行うことで、家族や在宅支援者がより実践的なケアができ、安定した療養生活に繋がると考える。

## P-101

### 当院の新型インフルエンザ等患者の受け入れ訓練の取り組み

芳賀赤十字病院 ICT

○金澤 靖子、小池 順子、古谷 匡、秋葉 啓寿、関澤 真人、藤澤 嘉郎、保科 優、佐藤 寛丈、村上 善昭

【はじめに】新型インフルエンザは、毎年流行するインフルエンザと性質が異なり、ほとんどの人が免疫を獲得していない。発生した場合には、世界的な大流行となり社会的影響をもたらすことが懸念されている。当保健医療圏での患者発生早期の入院施設は当院である。そのため、患者発生時に速やかに対応できるように、県・健康福祉センター・外来特定診療機関・消防本部等と連携し、訓練を行ったので報告する。

【目的】新型インフルエンザ感染疑い患者発生時を想定し、健康福祉センターや外来診療機関、消防本部等と訓練することで、当院職員の役割や患者運搬等の手順を確認し、対策の現状を把握する。【方法】患者が帰国者接触者相談センターへ連絡するところから帰国者接触者外来を受診し入院するまでの手順を机上訓練と実地訓練の2つの方法で行った。【結果】1) 患者発生から帰国者接触者外来受診対応2) 帰国者接触者外来から当院への搬送3) 当院における患者受け入れ方法について確認することができた。更に訓練終了後、意見交換にて課題を見出すことができた。【考察】実際に訓練を行うことで「患者発生から受け入れまでの手順・時間」「対応職員の役割」等が確認できた。また、「患者の搬送に使用するもの」「患者の荷物対応」「救急車が駐車場を出るときの対応」など、細かな課題が把握できた。【終わりに】今後も、県・健康福祉センター・外来診療機関、消防本部等と訓練を行い患者発生時に速やかに対応できるように体制を整えてきたい。

## P-098

### 在宅診療に関する住民意識調査 特に在宅看取りについて 第1報

伊豆赤十字病院 医療社会事業部

○志賀 清悟、原 弘子、日吉 利枝、田中 美香、山口 理絵、菅野由希江

【目的】伊豆市は伊豆半島の山間部に位置し、人口約32万であり、高齢化率はすでに38%を超えている。若年層の人口流出が著しく、高齢者の独居や老老世帯が極めて多い地域である。ただし東京、名古屋といった大都会への異動ではなく、車で約1時間以内の近隣地域への転出が主である。昨年度当院は伊豆市と在宅診療・介護連携推進事業の提携を結び、以前から行っていた訪問診療を本格的に展開することとした。住民に対する在宅診療・介護連携推進事業の啓蒙活動を行うにあたり、おもに地域の高齢者が在宅診療・介護連携推進事業についてどの程度周知、理解しているかを知り、在宅診療・介護連携推進事業開始当初の意識調査とすることとした。また開始後一定期間経過した時点での調査結果との比較検討の指標とすることを目的とした。【方法】伊豆市社会福祉協議会が主体となっておこなっている高齢者サロンに参加している後期高齢者に対して、アンケートによる聞き取り調査を行うこととした。主たる対象が後期高齢者のため体面による聞き取りとし、できる限り正確な結果を得られるように務めることとした。調査内容は、基本的な個人情報、生活環境、在宅診療・介護連携推進事業に関する認知度、具体的な状況設定における治療選択、自宅での看取りなどについてとした。また高齢者サロンを運営している地域ボランティアの方にも、自宅での介護となる年齢層に相当するため同様の調査を行うこととした。伊豆市内には高齢者サロンが約50か所あるため、年度内での調査を予定している。【結論】高齢者は80%程度が自宅を最期を迎えたいとしており、その家族は70%程度が自宅での看取りを希望している。人口密度の低い過疎地域での高齢者在宅診療・介護の問題提起をしたい。

## P-100

### 小児科における地域連携の取り組み

芳賀赤十字病院 地域医療連携課

○船田 智保、三橋 明美、関本 良美

小児科における地域連携の取り組み○船田智保 三橋明美 関本良美【はじめに】当院は、栃木県東地区において、唯一小児の入院医療を担う地域中核病院である。平成26年度から厚生労働省より、小児等在宅医療連携拠点事業が行われており、(目的の一つとして、在宅療養を行う医療依存度の高い小児等やその家族の療養生活を支える体制の構築が挙げられている。)当院の取り組みとして、病院・診療所・行政・教育関係者との連携を構築するため、「小児医療連携の会」を発足した。今回、活動内容と実施後のアンケート調査結果について報告する。【内容】平成27年度3回、平成28年度は2回開催した。講師は、医師11回、看護師2回、行政2回、その他2回行った。また、グループワークを2回行い、その他意見交換会の時間を設け、各会終了後にアンケートを配布した。【結果】アンケートは順序尺度と自由記載とした。参加職種の割合は、医師10.6%、コメディカル28.1%、行政関係7.1%、教育関係12.5%、その他11.5%であった。アンケート回収率は72.4%であった。講義の順序尺度として、理解できた76.2%、概ね理解できた16.5%、理解できなかった0%、既に知っている内容が多かった1%という結果であった。また自由記載の内容についてはKJ法による分析を行い、1.他職種の理解20.4% 2.他職種とのコミュニケーション6.6% 3.知識の向上51.3% 4.学習意欲の向上13.7% 5.実践能力の向上17.4%との結果が得られた。【考察】多職種が講師を担当することにより、参加者への知識の向上とそれぞれの職種の役割について理解を促すことに繋がった。今後は、小児医療を必要とする子どもとその家族の療養生活を支える人達との連携をより深めるため、能動的学習方法を取り入れ、顔と顔の見える関係性の構築や、実践能力の向上を図っていきたいと考える。

## P-102

### 仙台日赤骨粗鬆症リエゾンチームが介入した症例の臨床像

仙台赤十字病院 整形外科<sup>1</sup>、仙台赤十字病院 薬剤部<sup>2</sup>、東北広済病院 整形外科<sup>3</sup>

○小池 洋一<sup>1</sup>、佐々木茂文<sup>2</sup>、岸本 光司<sup>3</sup>、中村 隆志<sup>2</sup>、北 純<sup>1</sup>

【背景】近年、骨粗鬆症患者に検査・治療を勧め骨粗鬆症性骨折の予防を促す取り組みとして骨粗鬆症リエゾンサービスが普及しつつある。当院では2014年4月から未治療の骨粗鬆症患者に多職種で介入し骨折予防を促すことを目的に、骨粗鬆症リエゾンチームを立ち上げた。

【目的】当院の骨粗鬆症リエゾンチームから介入を受けた症例の臨床像を明らかにする【方法】2014年7月から8ヶ月間の診療録から介入症例を抽出し、アセスメントシートを調査した

【結果】期間中、88名(女性76名、男性12名、平均76歳)に介入が行われた。受療のきっかけは、リエゾンチームの勧めが57名、近隣クリニックからの紹介が19名、その他12名であった。介入場所は外来・病棟がそれぞれ40名・48名であった。FRAXは全脆弱性骨折が平均20% (0.5%～69%)、大腿骨近位部骨折が平均10% (0.5%～60%)であった。このうち60名(有病率68%)が骨粗鬆症と診断され治療が導入された。継続加療は近隣クリニック(紹介)が60名(68%)、院内が7名、その他が20名であった。

【結論】院内リエゾンチームが介入した患者群の骨粗鬆症有病率は68%と高かった。検査治療の導入後68%が診療連携を活用し継続治療を受けていた