

事をしていくために必要な基礎的な力」と定義され、人を対象とし、チームで業務を遂行する看護職にも求められる能力である。看護基礎教育では専門職の育成を目的としており、技術だけではなく、社会に適応できる能力を育成する必要がある。

当校では2015年より、臨地実習の態度評価に「社会人基礎力と行動指標」を取り入れ、社会人基礎力の育成を行っている。しかし社会人基礎力は、実習だけで身につくものではなく、学生生活全般でも身につけていくことができると考える。そこで今回、「実習以外の学生生活場面での望ましい姿・行動」について、「4つの能力・13の能力要素」にカテゴリー分けし、教職員が期待する行動指標を検討した。

看護基礎教育における、社会人基礎力の育成に向けての取り組みを報告する。

9. キャリア開発ラダー導入の経緯と改訂に向けて

看護部

○柴田由美子	駒田 香苗
太田 加代	芦田真知子
若松 良子	田内千恵子
高原 美貴	藤井 育枝
世良 優子	飯塚 綾子
三木 幸代	

当院看護師は、組織の一員として赤十字の理念に基づいた看護を提供し、医療の質の向上につなげることを目指している。そのような人材育成の一助として、2004年に日本赤十字社の継続教育システムであるキャリア開発ラダーを導入した。これは、看護実践能力の到達目標をレベル別に明示し、教育計画も含めた看護実践能力の向上のためのしくみであり、段階をふまえた能力開発が可能となる。また、評価会を用い、個々がこれまでの看護実践を振り返り、今後専門職として進むべき方向性や、学習計画について明確にすることを支援している。現在、静脈注射認定等と連携し、実践者・管理者・国際領

域合わせて620名が認定されている。

更に、医療の取り巻く環境が変化する中、視野を地域・グローバルに広げ、多様化の時代に柔軟に対応できる看護師の計画的育成と継続した能力開発が必要となっている。それに沿ったラダー改訂が行われ、2020年4月からの導入に向けて準備を整えている。

10. 新生児緊急コール体制の確立について

総合周産期母子医療センター

○村尾 由花 圓田 友美
齋藤 知子

総合周産期母子医療センターである当院は、常時母体及び新生児の搬送受け入れ体制を有し、母体の救命への対応、ハイリスク妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の役割を担っている。また一方では、医療的介入の必要がない新生児は出生早期から母子の愛着形成や育児技術習得のため母子が同じ部屋で過ごす母子同室の環境を整えている。

日本周産期・新生児医学会の「母子同室実施の留意点（2019年9月）」には、「母子同室を実施するにあたっては、新生児蘇生法プログラム（以下NCPR）を習得したスタッフを配置する。急変時に蘇生をする場所をあらかじめ定めておき、蘇生に必要な物品を準備する。急変時の緊急コール体制を決める。」と記載がある。NCPRの習得は、医師・助産師・看護師が習得し各部署に配置しているが、緊急コール体制の規定は定めていなかった。そのため、新生児緊急コール体制として、「新生児コードブルー」を確立したため、院内周知も兼ねて報告する。

11. 浸潤傾向が強かった虫垂腺扁平上皮癌の1例

外科

金平 典之	高橋 利明
野木 祥平	山内 悠輔
半澤 俊哉	
坂本 修一	國府島 健

河合 毅	遠藤 芳克
信久 徹治	渡邊 貴紀
松本 祐介	甲斐 恭平
佐藤 四三	

【緒言】虫垂癌は稀な疾患とされ、大腸癌の0.5%－1.4%を占めるとする報告がある。大腸内視鏡検査での発見率は30%程度との報告もあり術前に確定診断が難しい。

【症例】60代女性。体重減少を主訴に腹部CTを撮影したところ、右下腹部腫瘤を指摘され精査加療目的に当科紹介となる。造影CTでは辺縁主体に造影される9cm大の不整形腫瘤が盲腸から連続しているように認められた。また、後腹膜など周囲への浸潤傾向が強く虫垂癌が第一に考えられた。MRIでも同様に虫垂から連続する腫瘤として撮像され、内部壊死所見が目立った。内視鏡では回腸末端の圧排所見あるも生検で悪性所見認めなかった。内腸骨動静脈、尿管合併切除での回盲部切除を施行し、術後病理では腺扁平上皮癌の診断となり、術後化学療法予定となった。経過中の早期に骨盤内腹膜播種再発をきたし非常に進行度の早い疾患であった。

【結語】虫垂腺扁平上皮癌の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

12. 早期離床リハビリ実施状況について

リハビリテーション科

森本 洋史	中島 正博
岡田 祥弥	六山 梓
川合 寛	藤本 智久
皮居 達彦	田中 正道

看護部

今川真理子	井口 雅徳
篠原 麻記	

麻酔科

倉迫 敏明	山岡 正和
南 絵里子	

近年、集中治療室（以下ICU）において、早期離床やベッドサイドからの積極的な運動療法など早期リハビリテーション（以下リハビリ）

の有効性が報告されている。当院では2014年度よりABCDEバンドルを導入し、多職種で行う早期リハビリを理学療法士が中心となり取り組んできた。2018年診療報酬改定で「早期・離床リハビリテーション加算」が新設され、早期離床リハビリプロトコル、開始・中止基準、計画書を整備・作成し、同年6月からICU入室48時間以内に計画を立てリハビリ介入を開始した。今回、2018年度の早期離床リハビリ実施状況と取り組みについて報告する。

13. 生体モニタにおけるアラーム削減における取り組み

臨床工学技術課

津野田和弥	深井 秀幸
山中 大幸	井上 唯姫
田渕 晃成	堀田 雄介
平野 雄大	岩崎 翔大
片山 忠彦	足立 道伸
赤尾 潮美	三井 友成
阪上 彰彦	

近年、生体モニタのアラームを見過ごし重篤な障害が発生した事例が新聞報道等で散見されている。当院においても、コードブルー発生時に装着していた生体モニタが電池切れのため監視・記録出来ていなかった事例を経験した。

当院の生体モニタは、最大234人監視可能で、重症度や必要度に合わせて装着されており、病棟のアラーム数を調べたところ、1病棟1日平均5万回のアラームが鳴っていた。これは、約1分に1回鳴っていることとなり、アラームが鳴っても注視できない環境であることが分かった。そこで、様々な対策を3年かけて講じたが、アラーム数の減少は10%程度に留まった。病棟でアラーム注視するまで減らすのは、不可能と考え、重篤な事故に繋がる可能性のある「電波切れ」「電池切れ」アラームを勤務交代時にリーダー確認し、解消することとした。今回、当院における生体モニタにおけるアラーム削減の取り組みを報告する。