

O-4-6

CCUにおける早期リハビリテーション開始のための取り組み

さいたま赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、さいたま赤十字病院 看護部²⁾○新井 健一¹⁾、大久保早苗²⁾、亀田 謙吾¹⁾、田中 知美²⁾、久保木純子²⁾

【背景】CCUに入院する循環器内科患者は重症例が多いが、リハビリテーション(リハビリ)開始の基準がないため、特に重症例は主治医によりリハビリ処方のタイミングが異なっていた。当院CCUでは2020年1月から多職種カンファレンス(カンファ)を開始した。そこで、リハビリ科は、カンファの機会を利用し、主治医に早期からのリハビリ開始の検討を依頼することを狙いとした。本研究の目的は、カンファの開始前後で入院からリハビリ処方までの日数と処方件数の変化を比較することである。【方法】リハビリ開始基準を作成し、水曜日を除く平日毎日CCUにおいてカンファを実施し、リハビリ開始が可能か主治医にリハビリ処方の検討を依頼した。2019年1月から12月をPre群、2020年1月から12月をPost群とし、入院からリハビリ処方までの日数と処方件数を比較した。【結果】リハビリ処方までの日数はPre群5.7±6.9日、Post群2.9±4.5日であり、処方件数(CCU入院患者数との割合)はPre群100件(42.8%)、Post群183件(57.5%)であった。【考察】リハビリ開始基準の設定、カンファの開始により、リハビリ開始が可能か検討し、早期からリハビリを開始することができるようになった。また、早期リハビリについて看護師の理解が深まり、カンファを実施しない休日でも主治医にリハビリ処方を相談し、速やかにリハビリを開始できるようになった。心不全などでCCUに入院する循環器内科患者において、リハビリ処方が入院から29日であることは、病状安定に有する日数を考慮する妥当と考えられる。また、早期リハビリが認知されたことで、処方件数も増加した。より多くのCCU入院患者に早期からリハビリを開始することでデコンディショニングを最小限にすることに寄与できたと考える。

O-4-8

循環器内科医が取り組む包括的高度慢性下肢虚血に対するチーム医療

伊勢赤十字病院 循環器内科

○堀口 昌秀、多田 智子、山岸歩空人、伊野 綾香、森 達哉、中村 憲二、高村 武志、刀根 克之、坂部 茂俊、前野 健一、世古 哲哉、笠井 篤信

近年、高齢化や糖尿病などの動脈硬化性疾患の増加により、心筋梗塞、脳梗塞だけでなく下肢の動脈硬化性疾患である末梢動脈疾患も増加傾向にある。末梢動脈疾患に対する血管内治療(EVT)は多くの病院で施行されるようになってきているが、それでも足に潰瘍壊死が起こった包括的高度慢性下肢虚血(CLDI)の治療には難渋するケースも増えてきている。当院ではCLDIが疑われる患者が受診された場合、まず循環器内科医師がゲートキーパーとなり、下肢の血流だけでなく感染の有無や全身状態などの評価を行った後、様々な診療科との連携を行い、チームでの診療を心がけている。特に創傷の処置をする形成外科医師とは綿密な連携を取り、EVTやペリドマなど早期に積極的な治療介入を行っている。また病棟では定期的なカンファレンスを行い、患者の傷の状態だけでなく、疼痛管理、栄養、リハビリ(装具)、精神、対側の足の状態、退院後の環境まで考慮し、患者へのサポート体制についても話し合っている。今後は潰瘍が治癒した後もいかに潰瘍の発症や再発を予防するかも重要であり、これからの課題として取り組んでいく必要がある。

O-4-10

骨粗鬆症リエゾン外来における薬剤師の役割

京都第二赤十字病院 薬剤部¹⁾、京都第二赤十字病院 放射線科²⁾、京都第二赤十字病院 整形外科³⁾○福田 喬士¹⁾、梅原せいり¹⁾、野口 裕介¹⁾、神田英一郎¹⁾、小森 玉緒¹⁾、岡本 繁²⁾、藤原 浩芳³⁾、友金 幹悦¹⁾

【目的】

2022年度に新設された二次性骨折予防継続管理科の施設基準において、医師、看護師、薬剤師による診療体制の整備が明記されている。京都第二赤十字病院(以下、当院)では、2021年8月より骨粗鬆症リエゾン外来を開院し、薬剤師も参画している。診療報酬では、骨粗鬆症診療における薬剤師の業務内容について触れられておらず、その業務は各施設で異なっている。そこで、当院の骨粗鬆症リエゾン外来における薬剤師の業務内容について調査し、薬剤師が骨粗鬆症診療の医療安全にどのように貢献しているかを調査した。

【方法】

2021年8月から2022年3月までに当院骨粗鬆症リエゾン外来にて診察した患者を対象に、電子カルテの記録から、薬剤師の業務を確認し、特徴およびその業務のうち特に有用であった事例を挙げ、日本病院薬剤師会へプレアポイント報告を行った。

【結果】

対象患者は32名であり、全員に診察への同席、骨代謝の説明、治療継続意義の説明及び服薬指導を実施していた。また、処方提案は11件、自己注射指導は3件行っていた。活性化ビタミンD製剤、経口ビスホスホネート製剤に関する保険薬局との連携がそれぞれ5件、12件であった。プレアポイント事例は10件であった。そのうち、薬剤師の説明により副作用への不安が解消され治療導入へ至った事例及び保険薬局との連携にて副作用の重篤化を防ぐことが出来た事例の2例についてプレアポイント報告を行った。

【考察】

当院骨粗鬆症リエゾン外来における薬剤師業務は多岐にわたるが、処方提案やプレアポイント報告事例など、骨粗鬆症診療にとって有益な業務となっていることが分かった。しかし、長期的な効果は不明であり、調査を継続する必要がある。

O-4-7

ICU-AWを合併した心筋梗塞治療後症例における多職種協働介入の有効性

秦野赤十字病院 看護部

○後藤由起子

【目的】ICU-acquired weakness(ICU-AW)は集中治療後症候群(Post-intensive care syndrome/PICS)の主要な原因のひとつである。ICU-AWにより日常生活・社会復帰への絶望感・不安感から離床意欲の低下と依存的行動・言動がある本症例に対し多職種協働介入を行った結果、離床意欲の向上と日常生活動作の獲得に至った経緯から多職種連携の有効性を評価できたため報告する。【方法】症例は73歳、男性、ST上昇型心筋梗塞(≒1:100→血拴吸引→50%)・心原性ショック・右冠動脈瘤・心室細動蘇生後でありHCUにてIABP・人工呼吸器管理を行った。入院3日目に急性腎不全発症しCHDF開始・DIC合併敗血症発症、入院9日目にMRCスコア14にてICU-AWと判断されリハビリ介入開始、入院10日目に抜管された。身体機能低下から離床意欲が低下し依存的な本症例に対し、依存的行動・言動は受容したうえでリハビリ成果を日常生活動作に反映させる支援を行い、できたことは全て言語化して伝えた。多職種協働介入の成果は、症例自身が身体機能改善の評価を言語化して医療スタッフへ表出できたこと、主体的にリハビリ実践できたこととした。【結果】多職種が治療経過・看護ケア・リハビリ経過について情報を共有し、成果を言語化しフィードバックしたことで身体機能改善を実感でき離床意欲の向上につながった。【考察】多職種連携チームの方針と介入方法を統一し、リハビリ成果を言語化して本症例にフィードバックすることで、リハビリは身体機能改善と日常生活動作獲得のために有効であると動機づけができた。さらに症例自身が身体機能改善を言語化することで現状を受容・改善点を実感し、離床意欲の向上と行動化につながった。【結論】多職種協働介入の方針を統一し、成果をポジティブフィードバックすることにより、離床意欲の向上と患者主体のリハビリが実践できた。

O-4-9

スムーズな連携をするための骨粗鬆症マネージャーの役割

京都第二赤十字病院 放射線科

○岡本 繁

【骨粗鬆症マネージャーの目的】

骨粗鬆症マネージャーとは日本骨粗鬆症学会がより一層充実した骨粗鬆症の予防、診断と治療とを提供し、また広く社会啓発活動を行うことで、超高齢社会における健康格差の縮小と健康寿命の延伸に貢献することを旨とし、専門スタッフとして基本的知識と技能を認定されたメディカルスタッフである。【当院の骨粗鬆症リエゾンチームの経緯】

2018年4月骨粗鬆症マネージャーの資格取得者2名と整形外科で関係する部署に声をかけて立ち上げた。当初、若年層、短期入院である橈骨遠位端骨折バスを用いた患者を対象に行った。2020年外来患者も対象にすべく「骨粗鬆症リエゾン外来」の開設を準備し、椎体骨折、大腿骨近位部骨折も含めた骨粗鬆症全般を対象に2021年8月に開設をした。2022年4月診療報酬改定により「大腿骨近位部骨折バス」を作成し運用を開始した。

【骨粗鬆症マネージャーの役割】

立ち上げ時、外来運用から関わったことで院内活動をするうえで重要なことは病院、各部署との根回し、調整、確認、修正である。またチームメンバーが活動するための人員調整、情報共有、教育、データの収集、まとめであり、病院、各部署、各職種の事情、特長を知っておく必要がある。当然、骨粗鬆症や各職種に関する知識、患者に指導するための話し方なども必要である。

【患者、かかりつけ医との連携】

骨粗鬆症マネージャーは当院とかかりつけ医との連携を行います。かかりつけ医の在業状況、患者の治療情報の提供などの連絡、把握します。

【まとめ】

このように骨粗鬆症マネージャーは幅広い知識と経験が必要でスムーズに活動するために状況の確認、先を見越した予断を持って行動しなければいけません。課題としてはこれだけの役割をメンバーにも割り振ることと人材育成である。

O-4-11

チームで取り組む、新しい手術を安全に導入するための試み

高松赤十字病院 消化器外科¹⁾、高松赤十字病院 看護部²⁾○藤原 理朗¹⁾、井出 晴之²⁾、田中 香里²⁾、細谷 啓人¹⁾、大嶺 孝仁¹⁾、近森健太郎¹⁾、坂東 裕貴¹⁾、高見 拓矢¹⁾、三木 明寛¹⁾、山本 尚樹¹⁾、小森 淳二¹⁾、石川 順英¹⁾

食道癌手術では、アプローチに開胸・鏡視下、気胸・小開胸、体位では側臥位・腹臥位など様々な選択肢がある。近年、この手術に対して腹臥位完全鏡視下手術を導入する施設が増えている。しかし食道癌手術数は施設ごとにかなりの差があり、地方の中核病院である当院のように手術件数が少ない施設でも新たな術式の導入に際しては安全に行うことは必須である。導入前までは、経験数の少ない術式でもある食道癌に対して、小開胸(気胸併用)による半腹臥位鏡視下手術を行っていた。年間1-2例と症例数が少ないことも、新たな術式を導入する障害となっていた。2018年5月か、現在主流である腹臥位完全鏡視下手術を導入することとなった。幸い前任地でも腹臥位手術を導入に携わった経験もあり、今回の術式を導入するにあたり、手術に関係するスタッフで取り組んだ経験を報告する。はじめに、手術の2週間ほど前に、外科医側から手術手順、体位保持に必要な器具、体位保持の注意点について説明し、麻酔科医による必要備品、麻酔導入の方法や体位変換などの手順について確認・検討を手術室看護師らと合同でミーティングを行い、問題点の抽出と解決を図った。次に、手術室で本番同様に手術台を作成し、各職種合同の体位シミュレーションを行い、さらなる問題点を抽出・解決して準備を行うことで、当日の手術を安全に導入することができた。新たな術式の安全な導入には、手術に関わる多職種のチームで進めることが必要と考えられた。