

P-140

発達障害のある患者の事例から造血細胞移植コーディネーターの役割を考える

富山赤十字病院

○寺林 麻子、黒川 敏郎、望月果奈子、森田 礼子

造血細胞移植コーディネーター(HCTC)は造血細胞移植が行われる過程で患者やドナーへの支援や移植医療関係者や関連機関との円滑な調整とともに、倫理性の担保、リスクマネジメントに貢献する専門職である。当院では2015年から社会福祉士1名がHCTCとして活動している。

【事例の概要(院内倫理委員会承認済み)】患者は自閉スペクトラム症の診断を受けている30代男性。X-1年9月骨髄異形成症候群を発症し移植を念頭に紹介された。本人・同胞のHLAは不一致だったため骨髄バンク登録。しばらく就労の見込みが立たないため本人から経済面の不安の訴えがあり、HCTCは障害年金等について情報提供や申請に向けての支援を行った。X年3月HLA一致のドナーから移植予定となったが、ドナーのコロナ感染により急遽中止。その後も複数回移植の予定が立つがいずれもドナー側の都合で中止となることが続いた。その過程で曖昧なことや予定の変更が苦手な本人の不安や焦燥感が強まることがあったが、HCTCはできるだけ本人の希望に添ったドナー選定となるよう医師や骨髄バンクと綿密に連絡を取りながら支援した。また入院中面会できない両親と、本人、病棟の間に立ち、情報共有や意思の疎通に努めた。また、どの段階でも変更がありうるドナー調整状況の伝え方には迷うことが多かった。X年8月最初に予定されていたドナーからの移植が成立した。

【考察】長期間を要す移植医療において患者は経済的困難を抱えることも多く、MSWとしての社会保障制度の知識がHCTCとしても有用である。また平日中の勤務で家族や他機関と連絡を取りやすい環境にいることは、タイムリーな調整や対応に欠かせずMSWがHCTCを兼務していることの利点と考える。患者の特性や状況に応じた情報提供の仕方については引き続き検討していきたい。

P-142

重症患者対応メディエーター活動の実際～多職種チームと共に～

横浜市立みなと赤十字病院

○石田 和美、永田 功、亀山 友美

【はじめに】2022年重症患者・家族に対する支援を推進するため重症患者初期支援充実加算が新設された。当院においても、医師との対話促進の仲介を行う入院時重症患者対応メディエーターを配置し、救急・集中治療領域の重症患者家族支援の運用を開始したので報告する。

【運用方法】入院時重症患者対応メディエーターとして医療社会事業課所属看護師とMSWの2名を選定し、集中治療部医師と協力して、入院時重症患者対応メディエーターの支援案内と支援フローを作成した。ICU、HCU、救急病棟カンファレンスに参加し、重症患者のスクリーニングを実施しながら運用を周知した。

【結果】2022年4月～2023年3月に入院患者のスクリーニングを実施し、58件の支援を行った。主な支援内容は、医師から治療方針の説明が実施され、意思決定が必要な場面に同席し意向の表明を支援することや、不安な気持ちに寄り添い思いを傾聴すること等である。しかし、医師と患者家族との間にコンフリクトが発生した状況での依頼、医療ミスを疑う家族へのグリーフケアなど対応に苦慮する症例もあった。多職種で密な連携をとりながらチームで患者家族を支えたことで、満足感が得られる支援を実施できた症例もあり、メディエーターとして、多職種それぞれの役割が発揮できるようなチーム医療の推進が重要であった。

【結語】入院時重症患者対応メディエーターは、治療を行う医師・看護師等多職種とともに情報共有しながら活動することで、患者・家族に対し、より安心感が得られる支援を提供できるといえる。今後も、患者・家族の不安な気持ちに寄り添い、納得のいく入院治療が継続できるよう、多職種チームでの取り組みを推進したい。

P-144

他職種で関わり、改善を認めた神経性やせ症の一例

徳島赤十字病院¹⁾、徳島赤十字病院 看護部²⁾、徳島赤十字病院 公認心理師³⁾、徳島赤十字病院 小児科⁴⁾

○栄原 純子¹⁾、里見かおり¹⁾、米田 泰代²⁾、高芝 朋子³⁾、高橋 昭良⁴⁾

【目的】神経性やせ症は近年増加傾向にあり、その症状は遷延化をきたしやすく、早期治療が必要であるといわれている。このため、医師・看護師・公認心理師と調理学を含む栄養課全体で関わり、食事摂取量と体重を認めた神経性やせ症の症例について報告する。

【症例】10代前半女性、入院時身長163cm、体重36.6kg、BMI13.8。入院8か月前より食欲が減少し、7か月で体重が10kg減少。近医を受診したが体重減少は進行、37.6kgまで減少し自宅安静指示となるも状態が変わらず、当院に紹介入院となった。

【経過】入院前の食事摂取量は300kcal/日程度と推定され、入院時も同程度から開始した。食事の内容や味付けへのこだわりが強く、入院時より公認心理師の介入あり。入院治療の目的は体重を増やすことではなく経口摂取を増やすことで、退院日目安は1700～1800kcal/日を摂取することとした。炭水化物と味のするものへは特に抵抗があり、他職種で患者の考え方や受け止め方、今後の方向性などを共有しながら対応した。また、看護師にメニュー毎の摂取量の記入を依頼し、1日のエネルギー摂取量が共有できるよう工夫した。カロリーアップの際は本人と相談し、栄養素の働きやエネルギー密度について説明を行い、納得した内容で増量を行った。医師の指示のもと徐々に増量を行い、103病日より1700kcal/日を提供し全量摂取できていた。体重は、28病日に34kgまで減少していたが、退院時には35.56kgと増加がみられた。

【考察】他職種で患者に寄り添った関わりを行うことで、患者自身の気づきや考え方の修正につながり、食事量を増やすことへの抵抗感が徐々に緩和され、完食することを継続できたことで自己効力感の向上にもつながったと考えられる。

P-141

テンプレート作成・導入によるがん性疼痛緩和指導管理料算定増加への取り組み

さいたま赤十字病院¹⁾、さいたま赤十字病院 緩和ケアセンター²⁾、さいたま赤十字病院 医事課³⁾

○野澤やよい^{1,2)}、関根 孝弘³⁾、井上 朋子²⁾、高橋真理子^{1,2)}、長島 康恵^{1,2)}、中山 優奈²⁾、平林 幸²⁾、長谷川直子³⁾、浅野 聡子²⁾、割田 悦子²⁾、原 敬²⁾、中村 純一²⁾

【はじめに】がん性疼痛緩和指導管理料とは、緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、計画的治療管理と療養上の指導を行った場合に算定可能である。当院では令和3年、算定可能な医師による医療用麻薬の処方2398件に対し、実際の算定は254件と約1割で、カルテ記載不備も散見された。

【取り組みの実際】医療用麻薬に関する適正なカルテ記載と管理料算定増を目指し、医師の業務負担軽減に配慮した専用テンプレートを作成した。令和4年4月より運用を開始し、徐々にカルテ記載が適正になされるようになったが、同年12月末までの算定実績は対象となる処方の約1割と、テンプレート導入前と変化がなかった。算定伸び悩みの背景には、テンプレートの周知不足と、算定対象処方数が多い科の医師による業務負担増への懸念があった。そこで、算定対象処方数が一番多い科の医師の意見を取り入れテンプレート形式を一部改定、薬剤選択等が容易になるよう工夫した。令和5年1月より新テンプレートの運用を開始し、院内へ広く呼びかけた結果、同年3月末までの3か月で、算定対象処方数の約3割がテンプレートを使用した算定となった。【今後の課題】テンプレート導入・改定で算定増となったが、未だカルテ記載が不十分なケースも散見される。今後も医師への周知活動を継続し、医療用麻薬の安全で適正な使用とカルテ記載促進、管理料算定促進のため、多職種との連携を継続していきたい。

P-143

緩和ケアチーム介入後1週間以内に亡くなった患者の背景分析

前橋赤十字病院

○富澤 恵樹、今井 洋子、原田 博子、黒崎 亮

【目的】早期からの緩和ケアが推奨されているが、緩和ケアを十分に受けないまま短期間で亡くなる事例も散見する。今回、緩和ケアチーム介入後1週間以内に亡くなった患者の背景を分析し、今後の課題を検討する。

【方法】2021年4月～2022年3月に当院の緩和ケアチームに介入依頼のあった114名中、介入後1週間以内に亡くなった13名を対象とした。

【結果】入院後2週間以上経過して介入依頼があったのは4名、1週間以上は2名であった。この介入まで1週間以上を要した6名の入院理由は、化学療法目的2名、疼痛コントロール2名、食欲不振・体動困難2名であった。急激な疼痛悪化3名、せん妄2名、スビリチュアルペイン1名により、主治医の対応が困難になり介入依頼になった。介入後対応が不十分だったのは、4名であり、その理由は、意識レベルの低下が3名、話し合いを始めた直後に亡くなったのが1名であった。

【考察】緩和ケアチーム介入後1週間以内に亡くなった患者は、急激な疼痛悪化やせん妄など状態が悪化し、主治医の手に負えなくなってから依頼であった。これらの症状が予測される患者には、早期からの介入が可能となるよう苦痛のスクリーニングの強化やテンプレートによる啓蒙、病棟看護師の認知力の強化を行っていく必要がある。

P-145

RRS 拡大して転帰は改善するか

京都第一赤十字病院¹⁾、京都第一赤十字病院 集中治療部²⁾

○竹上 徹郎¹⁾、堀口 真仁¹⁾、山崎 正記²⁾、松室 祐美¹⁾、榎原 巨樹¹⁾、岡田 信長¹⁾、藤本 善大¹⁾、的場 裕恵¹⁾、布施 貴司¹⁾、香村 安健¹⁾、安 炳文¹⁾、木下 美幸¹⁾、高階謙一郎¹⁾

【はじめに】入院患者はある頻度で急な病態悪化することがある。当院では以前よりコードブルーとして心肺停止時に医師緊急招集する体制となっていたが、2018年から Rapid Response System(RRS)として異変の早期認知対応する体制を整備して改善を図ってきた。

【方法】RRSを開始した2018年から2023年6月までの5年半で、コードブルーとRRSで対応した患者数と転帰について検討を行った。

【結果】コードブルー件数は2018年34件、2019年24件、2020年30件、2021年43件、2022年44件、2023年は半年で12件でRRSは11件、4件、2件、14件、42件、22件であった。コードブルーでの死亡は18件、11件、21件、17件、18件、7件、RRSでの死亡は0件、0件、0件、3件、9件、5件であった。

【考察】RRS要請件数増加したがコードブルーの件数は増加しなくなった。死亡例のうちコードブルーの割合が100%、100%、100%、85%、66%、58%と減少しRRS要請時の割合が増加した。死亡は突然でなく、異変を早期認知できることで治療介入後になってきていると考えられた。

【まとめ】RRSの周知と運用によりコードブルー件数は増加しなくなり、死亡例は突然の心停止からRRSでの治療介入後へと変化してきた。