

## 06-16

### 造血幹細胞移植患者の口腔内評価について

名古屋第一赤十字病院 歯科<sup>1)</sup>、歯科口腔外科<sup>2)</sup>、看護部<sup>3)</sup>  
○犬飼 桂子<sup>1)</sup>、中山 桂子<sup>1)</sup>、日比野 朋美<sup>1)</sup>、杉本 美来<sup>1)</sup>、古橋 采奈<sup>1)</sup>、清水 梨奈<sup>1)</sup>、中村 阿由美<sup>3)</sup>、竹内 麻里加<sup>3)</sup>、佐久間 英規<sup>1)</sup>、大岩 伊知郎<sup>12)</sup>

【背景・目的】当院は、1977年から骨髄移植に始まり、現在では中部地区の造血幹細胞移植の中核施設となっている。開始当初より歯科的介入を実施してきたが、移植法の多様化により、口腔内の問題も増加してきたため、病棟看護師と共に口腔管理の見直しを行った。そこで、現在の口腔管理を評価し、問題を抽出した。

【対象・方法】2013年4月から2014年3月までの1年間に口腔管理として介入した造血幹細胞移植患者49名を対象とし、歯周基本検査(歯周ポケットの深さ、歯肉出血)、プラークコントロールレコード(PCR)を移植前、移植後で比較検討した。

【結果】検討患者は47名であった。移植前の歯周ポケットの深さ4mm以上は9名(19.1%)、歯肉出血20名(42.5%)、PCR値は平均15.8%であった。移植後に再評価した11名では、歯周ポケットの深さ4mm以上は2名(18.1%)、歯肉出血6名(54.5%)、PCR値(N=11)は11.1%であった。

【結論】移植前、比較的早期からの口腔衛生管理の介入により、移植直前・後の歯周組織の状態は良好に保たれていた。一方、退院後は口腔管理がかりつけ歯科にゆだねられる為、その状態を把握することが困難であった。今後は、かかりつけ医との情報共有し、連携した口腔管理は必要であろうと考える。

## 06-17

### 口腔汚染度からみた周術期口腔衛生管理開始時期の検討

前橋赤十字病院 歯科部歯科衛生課<sup>1)</sup>、歯科口腔外科<sup>2)</sup>  
○難波 侑里<sup>1)</sup>、江原 彩莉<sup>1)</sup>、木村 千亜貴<sup>1)</sup>、田中 淳子<sup>1)</sup>、長岡 恵美子<sup>1)</sup>、高坂 陽子<sup>1)</sup>、羽鳥 友子<sup>1)</sup>、五味 暁憲<sup>2)</sup>、内山 壽夫<sup>2)</sup>

【目的】当院では2012年度より周術期における患者への術前後の専門的口腔ケアを実施している。今回、口腔汚染状態が及ぼす術後の影響について検討したので報告する。

【方法】2013年4月～2014年3月に周術期口腔機能管理を開始した患者418例のうち、初診時の術前口腔清掃度をPCR値で評価し、20%以下である清潔群30例と80%以上である汚染群33例を対象とし、術後約1週間のPCR値や全身状態を後方視的に調査した。評価項目は、(1)術前後のPCR値、術後7日間の(2)A1b値(3)CRP値(4)白血球数(5)体温の5項目とし、各項目で清潔群と汚染群を比較した。(2)～(4)は術後2～3、4～5、6～7日目に分け調査した。

【結果】評価項目別に平均で見ると(1)は、清潔群では術前13.5%、術後23.0%、汚染群では91.4%、65.7%となり、汚染群は25.7%減少した。(2)は、調査した各時点の値が清潔群の方が高かった。(3)は、両群共に4～5日目が最も高かった。清潔群は各時点で汚染群よりも低く、約1週間後には半分程度の値であった。(4)は、調査した各時点の値が清潔群の方が低かった。(5)は、汚染群は術後3日間上昇し続け、術後1日目から0.6℃上昇した。清潔群は0.05℃の上昇で、2日目以降には下降した。

【考察】術前の口腔清掃度が術後の全身状態へ影響を与える要因の一つと推測し、術前の口腔清掃度の改善を図ることが重要であると考える。術前口腔清掃性が不良である患者には手術日までの間に、歯科衛生士による介入回数の増加や重点的に指導を行うこと等、歯科衛生士の介入方法を検討する必要がある。

## 06-18

### 急性期病院でのリハビリテーションの充実により脳卒中医療を支える取り組み

松江赤十字病院 リハビリテーション課<sup>1)</sup>、リハビリテーション科<sup>2)</sup>、神経内科<sup>3)</sup>  
○足川 和隆<sup>1)</sup>、秦 公平<sup>2)</sup>、福田 弘毅<sup>3)</sup>

当院は島根県東部に位置する圏域人口約25万人を背景とした645床の3次救急の指定を受けた急性期病院である。平成13年に山陰地区初の回復期リハビリ病棟を開設し、病院完結型の脳卒中医療を実施していたが、近隣に回復期リハビリ病棟を持つ病院が次第に増えてきたことや地域完結型の機運の高まりを受けて平成19年に回復期リハビリ病棟の運用が停止となった。しかし、急性期リハビリ提供体制の充実を図るためリハビリスタッフの増員が実施され、理学療法士32名、作業療法士8名、言語聴覚士8名と急性期病院としてはかなり多いリハビリスタッフが配属され日曜日を除く毎日リハビリが提供されている。理学療法士については疾患群別専門スタッフ制が導入され、脳卒中リハビリに特化して入院早期から急性期脳卒中リハビリの提供を行っている。この背景には回復期リハビリ病棟の整備・充実が十分でなく依頼から受け入れまでに時間を要することも理由に上がる。しかし、全国でも有数の高齢者県で老人の単身生活者、老人夫婦世帯生活者の脳卒中発症例も多く、転院がかなり負担となることや自宅退院に繋がりにくい問題も見られる。これに対して、急性期病院で早期から充実したリハビリを提供することによりできるだけ早く機能回復を図り、在院日数3週間前後で回復期リハビリ病院に転院することなく直接自宅退院に結びつけることができる症例も増やせるのではないかと考えている。今回の診療報酬改定で『ADL維持向上等体制加算』が創設され、急性期病院での在宅復帰率やADL低下例に対する取り組みが今後評価される可能性が高い。地域完結型で連携を図る症例を強化しつつ、リハビリの充実を行って自院から退院させる症例も今後更に増やしていきたいと考えている。

## 06-19

### 医療過疎が進む三重県南部での超急性期画像転送システム OISESAN NET の構築

伊勢赤十字病院 脳卒中センター 脳血管内治療科<sup>1)</sup>、脳神経外科<sup>2)</sup>、神経内科<sup>3)</sup>  
○柴田 益成<sup>1)</sup>、佐藤 裕<sup>2)</sup>、西川 拓文<sup>2)</sup>、北野 詳太郎<sup>2)</sup>、森本 真之助<sup>1)</sup>、山崎 正禎<sup>3)</sup>、西口 大和<sup>3)</sup>、毛利 元信<sup>2)</sup>、内藤 寛<sup>3)</sup>、宮 史卓<sup>2)</sup>

【背景及び目的】三重県南部は典型的な医療過疎地域であり当施設以外の神経救急対応専門医皆無の状況が数年続いている。一方、Merci/Penumbraによる緊急IVR等の発展進歩により、24時間稼働のteamには所属を超えた連携が求められており、今回、我々は医療過疎が進むある地方をモデル地区(O地区)とし、同地区の中核病院と当施設との間に急性期遠隔画像転送システムを構築したので、その現状と有用性につき検証する。【方法】O地区中核病院(O院:神経系専門医不在)と当施設(I院:JSNET 専門医2名、脳神経外科6名、神経内科医4名)との間に、光ケーブル通信を用いたVPN回線を結び共有フォルダによる画像転送システムを構築した。本システムを介した症例の背景と転機につき検討した。【結果】運用開始の昨年6月からの7か月間、本システムを介しコンサルテーションがあったのは59例あり、内訳は脳卒中が29例49%と多数を占めていた。45例が転入搬送され、開頭術18例、IVR7例、IVtPA2例が施行された。両院間で転送された脳梗塞例は、導入前7か月5例、導入後7か月10例と増加。転送時間(中央値)は導入前175分、開始後144分と短縮。退院時転機mRS≤2は導入前40%、導入後70%と増加していた。本システム導入に要した費用は、初期費用84,105円、回線利用料16,128円/月、参照用端末のハードウェア150,580円のみであり、画像転送に要した時間は平均10分であった。【結論】VPN回線を用いた二施設間の双方向性画像共有システムは、専門医不足にあえぐ医療過疎地域において非常に有用である。本システムを多施設間telemedicineに拡大さらに広域の医療ネットワークを形成するための取り組みについても報告する。