

# 岡山済生会総合病院雑誌

## Journal of Okayama Saiseikai General Hospital

VOL 53 2021

### 巻頭言

雑誌編集チームの活躍 ..... 塩出 純二

### 総説

緑内障治療の現状 ..... 成田亜希子

C型肝炎治療の変遷と今後 ..... 池田 房雄

### 特集 1 新型コロナワクチンチーム活動報告

コロナワクチンチームの活動について ..... 池田 房雄

ワクチンチーム - 効率的な看護師体制づくり - ..... 茅原 路代

ワクチン接種後の救急対応 ..... 戸川 祥子

職員のコロナワクチン接種 ..... 船橋 陽子

ワクチンの副反応 ..... 友野 良美

新型コロナウイルスワクチン(コミナティ®筋注)の取り扱い・管理 ..... 監物 寛紀

コロナワクチン予約・受付業務 ..... 赤木紀代子, 仲田 泰人

高齢者施設でのワクチン接種について ..... 森本 尚俊

玉松園での新型コロナワクチン接種を実施して ..... 榊山 幸枝

新型コロナワクチン職域接種の活動報告 ..... 岩戸 孝

### 特集 2 新型コロナワクチン職域接種報告

打ち手移動方式による新型コロナワクチン職域接種 ..... 山下 美保

### 研究

浮腫, 腹水例では食塩1gを摂ると水130mLが溜まる - Eisenmengerの再発見 - ..... 糸島 達也

### 報告

当院での新型コロナウイルス検査法の導入経過・特徴・検査実施状況について ..... 木村 泰治

病院機能評価5回目の受審準備 ..... 高市真須美

### CPC岡山済生会総合病院 臨床病理検討会

### ホスピタル・ジョイント・カンファレンス(HJC)

第58回「病院機能評価受審を終えて」

### 2021年度 岡山済生会看護研究発表会抄録

### 投稿規定

### 編集後記

岡山済生会病誌

J Okayama Saiseikai  
Gen Hosp

岡山済生会総合病院



## 目 次

### 巻 頭 言

雑誌編集チームの活躍 ..... 岡山済生会総合病院 院長 塩出純二

### 総 説

緑内障治療の現状 ..... 岡山済生会総合病院 眼科 成田亜希子 1

C型肝炎治療の変遷と今後 ..... 岡山済生会総合病院 内科 池田房雄・他 7

### 特 集 1 新型コロナワクチンチーム活動報告

コロナワクチンチームの活動について .....	岡山済生会総合病院 内科 池田房雄	15
ワクチンチーム —効率的な看護師体制づくり— .....	岡山済生会外来センター病院 総看護師長 茅原路代	16
ワクチン接種後の救急対応 .....	岡山済生会総合病院 救急センター 戸川祥子	21
職員のコロナワクチン接種 .....	岡山県済生会支部事務局 人事部人事課 船橋陽子	21
ワクチンの副反応 .....	岡山済生会外来センター病院 感染制御室 友野良美	25
新型コロナウイルスワクチン（コミナティ <sup>®</sup> 筋注）の取り扱い・管理 .....	岡山済生会総合病院 薬剤部 監物寛紀	28
コロナワクチン予約・受付業務 .....	岡山済生会外来センター病院 医事2課 赤木紀代子	29
	岡山県済生会支部事務局 総務部総務課 仲田泰人	
高齢者施設でのワクチン接種について .....	岡山済生会ライフケアセンター 森本尚俊	31
玉松園での新型コロナワクチン接種を実施して .....	養護老人ホーム 岡山済生会玉松園 榊山幸枝	32
新型コロナワクチン職域接種の活動報告 .....	岡山済生会予防医学健診センター 岩戸 孝	33

### 特 集 2 新型コロナワクチン職域接種報告

打ち手移動方式による新型コロナワクチン職域接種 ..... ノートルダム清心女子大学 山下美保 35

### 研 究

浮腫，腹水例では食塩 1g を摂ると水 130mL が溜まる —Eisenmenger の再発見—  
..... 岡山済生会総合病院 内科 糸島達也・他 42

### 報 告

当院での新型コロナウイルス検査法の導入経過・特徴・検査実施状況について  
..... 岡山済生会総合病院 中央検査科 木村泰治 48

病院機能評価 5 回目の受審準備 ..... 岡山県済生会支部事務局 高市真須美・他 53

### C P C

岡山済生会総合病院 臨床病理検討会	岡山済生会総合病院 病理診断科 能勢聡一郎・他	
第 321 回 発熱・呼吸困難の 60 歳代女性肺癌患者 (2020 年 3 月 5 日 内科症例) .....		57
第 322 回 発熱・呼吸不全の 80 歳代男性 (2020 年 5 月 21 日 内科症例) .....		61

第 323 回 70 歳代男性右肺腺癌患者の項部痛・意識障害 (2020 年 9 月 17 日 内科症例) .....	66
--	----

ホスピタル・ジョイント・カンファレンス (HJC)

第 58 回「病院機能評価受審を終えて」 2021 年 11 月 11 日開催

1) 第 1 領域「患者中心の医療を推進する組織とは」 岡山県済生会支部事務局 経営企画部 伊庭浩二	70
2) 第 2 領域「ケアプロセス調査を終えて」 .....	岡山済生会総合病院 10 階西病棟 高橋真由美 71
3) 第 3 領域「中央検査科は ISO15189 の審査も終わりました」 .....	岡山済生会総合病院 中央検査科 小野尚江 73
4) 第 4 領域「病院運営の基礎」 .....	岡山済生会総合病院 事務部長 千田茂樹・他 76
5) ケアプロセス調査の取り組み .....	岡山済生会総合病院 8 階東病棟 豊田由紀 78
6) 初めての副機能（緩和ケア）を受審して .....	岡山済生会総合病院 10 階東病棟 吉中浩子 80

2021 年度岡山済生会看護研究発表会抄録 2021 年 12 月 4 日開催

1) 大腿骨骨折クリニカルパス適応患者の入院日数延長要因の検討 .....	4 階西病棟 谷 優希・他 82
2) 大腿骨骨折による入院患者の尿路感染症防止のための看護ケア .....	4 階東病棟 横田侑記・他 82
3) 新型コロナウイルス感染症入院病棟で行う非対面型コミュニケーションの課題 .....	5 階西病棟 黒田麻友美・他 83
4) 外科系病棟看護師の弾性ストッキング着用に関する認識調査 .....	6 階西病棟 古後巴留菜・他 84
5) 術後合併症の予防 一体位変換の必要性を理解するー .....	6 階東病棟 古谷亜由美・他 85
6) パンフレットを使用した創傷自己処置の理解 .....	7 階西病棟 角田満由花・他 85
7) フィジカルアセスメントのシミュレーション研修の効果 .....	7 階東病棟 山崎美咲・他 86
8) 呼吸器センターにおける慢性閉塞性肺疾患患者に対する栄養療法の介入について .....	8 階西病棟 難波佳代子・他 87
9) 腹膜透析患者の夜間休日のオンコール対応～緊急受診判断するための指標の作成～ .....	8 階東病棟 久延菜未・他 88
10) 膀胱留置カテーテルの使用基準例を用いた早期抜去に対する看護師の意識の変化 .....	9 階西病棟 竹原志歩・他 89
11) アルコール離脱せん妄の実態調査と看護の現状 .....	10 階西病棟 葛原千尋・他 89
12) 緩和ケア病棟の退院支援に関する一般病棟看護師の認識調査 .....	10 階東病棟 柿内大樹・他 90

13) HCU の入室患者における身体抑制の実態調査 .....	HCU 中藤晃希・他	91
14) 早期がん粘膜下層剥離術でのミダゾラム使用における鎮静度把握でのリスクマネジメント .....	内視鏡センター 福留朋子・他	92

投稿規定

編集後記

## CONTENTS

### Preface

Expecting the Successful Work of the Medical Journal Editing Team .....	Junji Shiode
--	--------------

### Review

Current Status of Glaucoma Therapy .....	Akiko Narita	1
Development and Drastic Changes of Therapeutic Strategy of HCV Eradication .....	Fusao Ikeda et al.	7

New Corona Virus Vaccination Team Report .....	Fusao Ikeda et al.	15
--	--------------------	----

New Corona Virus Vaccination by Inoculator Sliding System .....	Miho Yamashita	35
---	----------------	----

### Original Article and Clinical Investigations

One Gram of Salt Stores 130 mL of Water in Patients with Edema or Ascites – Rediscovery of Eisenmenger Study (1950) – .....	Tatsuya Itoshima et al.	42
--	-------------------------	----

### Report

New Corona Virus Test: Introduction Background, Characteristics of Various Laboratory Tests and Current Status in the Okayama Saiseikai General Hospital .....	Yasuharu Kimura	48
How to Prepare the Hospital Evaluation by the Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) .....	Masumi Takaichi et al.	53

### CPC

Clinico-pathological Conference	Soichiro Nose et al.	
321 ; Fever and Dyspnea in a 60's Female with Lung Cancer .....		57
322 ; Fever and Dyspnea in an 80's Male .....		61
323 ; Nuchal Pain and Disturbance of Consciousness in a 70's Male .....		66

### Hospital Joint Conference

The 58 <sup>th</sup> Hospital Joint Conference (November, 11, 2021)		
Hospital Evaluation by the Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)		
1) How to Promote the Patient-oriented Medical Care thru the Hospital Evaluation by JCQHC ...	Koji Iba	70
2) Evaluation of Medical Care Quality as the Result of the Ward Visit and Patient Care Processing .....	Mayumi Takahashi	71

3) Central Laboratory Has Obtained ISO Certification and Aims for Higher Evaluation by JCQHC .....	Naoe Ono	73
4) Document Management and Disposable Product Reuse Criteria in Our Hospital ...	Shigeki Senda et al.	76
5) How to Support the Discharged Patients Who Started the Peritoneal Dialysis .....	Yuki Toyota	78
6) Improvement of Daily Work and Environment after Receiving the Palliative Care Function of JCQHC .....	Hiroko Yoshinaka	80

<b>Abstracts of Okayama Saiseikai General Hospital Nursing Research Presentation Meeting 2021</b> .....		82 ~
--	--	------

**Guidelines to Authors**

**Editorial**

## 雑誌編集チームの活躍

塩出純二

岡山済生会総合病院 院長

コロナ禍で大変な中、予定通りに第53巻岡山済生会総合病院雑誌を完成させることができました。ご協力いただきました関係の皆様には感謝申し上げます。

前号の巻頭言で浜家一雄先生が創刊号（1968年）の経緯について書かれていますが、パソコンがなかった時代の編集作業は想像できないくらいの膨大な作業量であったはずで、その時代から現在まで実に54年間もの長きにわたって編集にかかわって来られた浜家先生には改めて心より敬意を表します。私たちは雑誌の生みの親に今も見守られていることに感謝しつつ、さらにより雑誌にするよう務めていかなければなりません。

最近数年間の本誌を振り返ってみますと、既にお気づきのことと思いますが、サイズがB5版からA4版へと大きくなり、装丁も一段と綺麗になりました。そして第47巻からは特集が組まれるようになり、内容の充実が図られています。少しずつではありますが雑誌としての外見も中身も進歩しておりますので、この改善を続けたいと思います。

今回の特集は前回に続いて新型コロナウイルス感染症関連です。院内のコロナ対策本部には下部組織として9つのチームがあり、そのうちの1つであるワクチンチームの活動を中心に取り上げました。病院の活動記録は通常は年報に掲載しますが、今回のような特別の活動を掲載するには本誌が適しています。なぜなら、十分な記載スペースを確保でき、医学雑誌に相応しい論理的で整理された内容で残すことができます。また検索や引用の対象になるため記録としての価値が高まります。そして何より、職員に医学雑誌への投稿を体験してもらう良い機会となります。今回の著者のうち半数は雑誌への投稿が初めてのことでしたので、まさにそのような機会を作ることができました。

実は、当院の雑誌編集チーム（編集委員と学術支援センター職員）は数年前から毎年、臨床研究の進め方や論文の書き方について数回シリーズのセミナーを開催しています。講師は医師、看護師、技師、事務員など多職種が担当し、受講者は職員であれば誰でも参加することができます。今回初めて投稿された方々も参加されて役立ったのではないかと思います。多くの職員にとって病院雑誌はまだ遠い存在かもしれませんが、このような教育活動を通して、臨床研究や投稿を身近なものに感じてくれる職員が1人でも増えてくれることを願っています。

当院の雑誌編集チームは、編集作業にとどまらず、地道な教育活動も続けながら本誌の発展に努めています。どうぞ今後とも本誌を応援していただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

## 総説

# 緑内障治療の現状

成田亜希子

岡山済生会総合病院 眼科

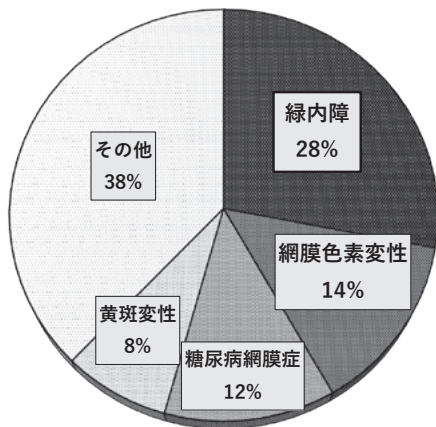
### ■ 要 旨

緑内障は、現在日本における中途失明原因の第1位であり、非常に重要な眼疾患である。日本緑内障学会が2000年9月から2001年10月にかけて行った大規模疫学調査（多治見スタディ）で、40歳以上の日本人の20人に1人が緑内障に罹患していることが示された。現時点で最も確実な治療法は眼圧を下降させることである。眼圧を下降させる方法としては、点眼薬を中心とする薬物治療、レーザー治療、手術がある。近年、第一選択治療として「選択的レーザー線維柱帯形成術」の有効性が報告されて以来、その位置付けが見直されている。手術に関しては、現在でも「線維柱帯切除術」がゴールドスタンダードである。最近では「低侵襲緑内障手術」の適応が拡大し、眼圧下降目的に加え、眼圧コントロール良好で視野障害の進行のない開放隅角緑内障患者に対して白内障手術時に併施し、緑内障点眼本数を減らすことでQOL向上を目指す、といった目的でも行われるようになってきた。また、ロングチューブシャント手術は、難治性緑内障や線維柱帯切除術不成功例に有効である。眼圧を下降させることで緑内障の進行速度は緩徐になるが、進行を完全に止められる症例は極めて限られている。人生100年時代、長い人生を見据えて緑内障の進行をできるだけ遅らせ、患者のQOLを保つことが現実的な目標である。

キーワード：緑内障，緑内障治療，緑内障手術，低侵襲緑内障手術

### ■ はじめに

緑内障は、視神経が障害され、視野が狭くなったり、部分的に見えなくなったりする病気であり、現在日本における中途失明原因の第1位である<sup>1)</sup> (図1)。緑内障により実際に視野障害が起きていても、無意識のうちに、両方の眼で補い合ったり、見えなくなった部分



森實祐基, 守本典子, 川崎 良ほか. 日眼会誌 124:697-704, 2020 をもとに作成。

図1 視覚障害認定の全国調査結果

を周囲がカバーしたりして物を見ているため、自分では気付かないことが多い。さらに、視野欠損が中心に及ばない限り視力は低下しないので、病気の発見が遅れることも少なくない。日本緑内障学会が2000年9月から2001年10月にかけて行った大規模な疫学調査（日本緑内障学会多治見緑内障疫学調査，多治見スタディ）では、40歳以上の日本人の20人に1人が緑内障であり、年齢とともに増加し、70歳以上では10人に1人と報告されている<sup>2)</sup> (図2)。また、この調査で、約9割の緑内障患者が未発見のまま放置されていることが明らかになった。

本稿では、緑内障の原因、種類について述べたのちに、緑内障治療の現状について解説したい。

### ■ 緑内障の原因

緑内障は、主に眼圧の上昇により視神経が圧迫されるために起こる。眼圧は、毛様体という組織で作られる「房水」が眼内を循環したのちに眼外へ排出されることで一定に保たれている。房水は虹彩の裏を通して隅



## 総説

# C型肝炎治療の変遷と今後

池田房雄, 下村泰之, 桑木健志, 川上万里, 藤岡真一, 大澤俊哉, 山本和秀, 浮田 實, 糸島達也  
岡山済生会総合病院 肝臓病センター

### ■ 要 旨

1988年にC型肝炎ウイルス(以下, HCV)が発見され, 日本では1992年からインターフェロン(以下, IFN)治療が開始されたが, 治療成功(以下, SVR)率は1割以下だった。2003年にペグインターフェロン(以下, PEGIFN)が承認され, リバビリンも併用可能となり, SVR率が5割近くまで向上した。2010年代PEGIFN・リバビリン併用療法にHCVに直接作用する抗ウイルス剤(Direct Acting Antiviral 以下, DAA)を加えた3剤併用療法へと進化し, 遺伝子型1型高ウイルス量のIFN治療難治例の治療でもSVR率8割に向上した。2014年以降IFNを用いず経口DAAのみによる治療がいくつも開発された。治療前にウイルス条件や併用薬など各患者の条件を確認する個別化治療で, ほとんど重篤な副作用なく治療完遂しSVR率95%を越える状況となった。2020年にはC型肝炎治療としてほぼ完成したと考えられた。治療後SVR例でも肝発がん画像スクリーニングは10年以上続けていく必要がある。

キーワード: C型肝炎, 治療, 抗ウイルス剤, インターフェロン, 肝がん

### ■ C型肝炎発見と抗体測定系の開発

C型肝炎がまだ非A非B肝炎と言われていた1986年にHoofnagleらは抗ウイルス剤であるIFN治療で非A非B肝炎が改善すると報告したのがC型肝炎治療の始まりである<sup>1)</sup>。1988年にHoughtonらが非A非B型肝炎ウイルスに感染したチンパンジー血漿より抽出されたHCVの遺伝子配列の一部を報告したのがHCV発見とされている<sup>2)</sup>。その遺伝子から発現させた蛋白(C100-3)を抗原としたHCV抗体測定系は第一世代HCV抗体と呼ばれている。C100-3蛋白はHCVゲノム上の非構造(NS)領域の一部であるNS3からNS4領域に対応した抗原だが, NS3からNS4領域はHCV遺伝子に存在する遺伝子型で遺伝子配列が異なるため, その抗体を感染スクリーニングに用いる場合Houghtonらが見つけた遺伝子型のHCVは認識されるが, 異なる遺伝子型のHCVと反応しない。そのため, 日本ではHCV患者の約25%が抗体陽性にならなかった。1990年に加藤らが日本人の非A非B肝炎を調べ, 全てのウイルスタンパクの遺伝子配列を明らかにした<sup>3)</sup>。この遺伝子配列(以下, HCVJ)はHCV遺伝子の中でも基準となる配列として用いられている。また, HCVJの構造タンパクとして同定されたコア領域の遺

伝子配列は異なる遺伝子型の間でも比較的保存されており, そのコア領域に対する抗体は多くのHCV患者で認識されたため, コア抗原とNS3蛋白, C100-3蛋白を認識する抗体測定系が第2世代HCV抗体として, 早くは1992年からHCV感染のスクリーニングやC型肝炎診断に用いられるようになった。さらにNS5抗原を加えた測定系が第3世代HCV抗体で, 感度, 特異度とも優れておりHCV感染のスクリーニングに最も適している。過去の感染既往でも陽性となるので, 現在の感染状況の確認にはHCV-RNA測定が必要である。

### ■ 1990年代のインターフェロン治療

日本では1992年からIFN  $\alpha$  やIFN  $\beta$  を用いたIFN治療が開始された。その治療効果はHCV遺伝子型やウイルス量といったウイルス要因に影響される<sup>4)</sup>。日本ではHCV遺伝子型1~6型のうち1b型が約70%, 2a型が20%, 2b型が約10%である<sup>5)</sup>。また, 遺伝子型1b型は高ウイルス量の場合が多く, NS5A領域にIFN感受性決定領域が存在すると報告され<sup>6)</sup>, その領域に変異数が多いと治療が成功する(持続的なウイルス消失, SVR)率が高いなど遺伝子解析も進んだ。遺伝子型2型はIFNに対する感受性が高い。遺伝子型

## 特集 1 新型コロナワクチンチーム活動報告

### 新型コロナワクチンチームの活動について

池田房雄<sup>1)</sup>, 茅原路代<sup>2)</sup>, 戸川祥子<sup>3)</sup>, 船橋陽子<sup>4)</sup>, 友野良美<sup>5)</sup>, 監物寛紀<sup>6)</sup>,  
赤木紀代子<sup>7)</sup>, 仲田泰人<sup>8)</sup>, 森本尚俊<sup>9)</sup>, 榊山幸枝<sup>10)</sup>, 岩戸孝<sup>11)</sup>

岡山済生会総合病院 内科<sup>1)</sup>, 岡山済生会外来センター病院 総看護師長<sup>2)</sup>, 岡山済生会総合病院 救急センター<sup>3)</sup>,  
岡山県済生会支部事務局 人事部人事課<sup>4)</sup>, 岡山済生会外来センター病院 感染制御室<sup>5)</sup>, 岡山済生会総合病院 薬剤部<sup>6)</sup>,  
岡山済生会外来センター病院 医事2課<sup>7)</sup>, 岡山済生会支部事務局 総務部総務課<sup>8)</sup>, 岡山済生会ライフケアセンター<sup>9)</sup>,  
養護老人ホーム 岡山済生会玉松園<sup>10)</sup>, 岡山済生会予防医学健診センター<sup>11)</sup>

#### ■ 要 旨

2021年1月新型コロナウイルスのワクチン接種が日本全国で本格始動し、岡山済生会外来センター病院（以下、当院）は岡山県が主体で実施された医療者接種と、市町村単位で実施された一般住民接種の拠点施設（基本型接種施設）、職域接種の大規模接種施設に指定された。当院でも多職種でのワクチンチームを結成し、ワクチン接種を効率的に行う準備をはじめた。3月にワクチンが配送され、当院職員への接種を開始した。6月末までに4月採用職員や委託業者も含め院内で働く人で接種を希望する全員（職員の95%以上）が接種を終えた。救急受診患者が入院後にコロナ陽性と判明したり、職員の同居家族がコロナ陽性となったケースはあったが、接種率9割を越えたので、以降、院内クラスターは発生していない。5月に近隣の医療従事者約750名に接種、続いて一般住民接種が始まった。7月からは職場単位でワクチン接種を行う職域接種が始まった。当院は岡山市独自の取り組みである中小企業を対象とした職域接種として商工会会員など約1200人の接種を担当した。8月からは当院の職域接種として家族内感染から院内感染へ拡大するのを予防するため、職員家族で接種券の届いている人に一般住民接種とは別に接種を行った。また、9月からはノートルダム清心女子大学の職員や学生を対象とした職域接種にワクチン接種チームを派遣した。コロナ感染の流行がいつまで続くか分からない状況で、ワクチン接種も半年を越えたが、11月で一般住民接種もいったん終了できることになった。

キーワード：新型コロナウイルス，ワクチン接種，多職種チーム

#### ■ はじめに

政府（厚生労働省）は、新型コロナワクチンの接種に関して、全国約1万か所の「基本型接種施設」を拠点として実施することを決めた。基本型接種施設とは、超低温冷蔵庫（ディープフリーザー）を配備し、「連携型接種施設」に冷蔵でワクチンの移送（準備）を行い、効率的にワクチン接種を勧める施設である。2021年1月25日の岡山済生会総合病院管理会議で、岡山済生会外来センター病院が「基本型接種施設」としての役割を担うことが示された。2021年1月末にワクチン接種を行うためには、ワクチンの受け取りから接種までの保存管理、会場設営、ワクチン接種全体の流れや

緊急時対応、ワクチン接種関連や緊急時対応の物品準備といったワクチン接種に直接関わる役割の他、職員の接種希望調査や接種者のシステム登録、接種日程の調整、接種費用の請求など多岐にわたる仕事があり、医師、看護師、薬剤師、事務（総務課、医事課、人事課、資材課など）多職種13名による新型コロナワクチンチームが追加編成された。隔週程度のミーティングと連日のメールでの情報共有で準備を進めた。2月初旬に当院入院患者がコロナ陽性と判明し、担当した職員が感染する院内クラスターが発生したため、これ以上の感染拡大を防ぐためには出来るだけ多くの職員に早急に効率的にワクチン接種してもらう必要があると強い使命感を共有していた。

## 特集 2 新型コロナワクチン職域接種報告

# 打ち手移動方式による新型コロナワクチン職域接種

山下美保

ノートルダム清心女子大学 学務部保健センター長

### ■ 要 旨

ノートルダム清心女子大学では、2021年8月31日～10月1日の間、大学内において新型コロナワクチンの職域接種を行った。対象者は約870名であったが、大半が本学の学生で、対象の87%は女性であった。若年女性を対象としたワクチン接種においては、迷走神経反射による失神や気分不良の発症が予測されるが、近年、機能性身体症状やワクチン接種ストレス関連反応として知られてきた多様な症状にも留意する必要がある。学生が安全にワクチン接種を受けられるよう「打ち手移動方式」を採用し、大学のラウンジを会場とするべく設営を行った。実施に当たっては手指消毒などの感染対策を徹底し、業務に応じてスタッフを配し、体調不良者は速やかに救護室対応とした。全日程を通して救護室利用は対象者の約2.5%となる22名で、全員学生であった。ほとんどが迷走神経反射と考えられたが、アナフィラキシーを疑う症状も2例で認められた。全日程が終了して、この「打ち手移動方式」と若年女性を対象としたワクチン接種の注意点を振り返り、今後の改善点などについて検討を行った。

キーワード：新型コロナワクチン、職域接種、打ち手移動方式

### ■ はじめに

新型コロナウィルスワクチンは、2020年2月14日にファイザー、5月21日には職域接種に使用されたモデルナのmRNAワクチンが国内において特例承認を取得した。国は2月17日から医療従事者への接種を順次開始し、続いて2021年4月から新型コロナウィルス感染症の重症化のリスクファクターである高齢者や基礎疾患を有する人を優先する形で、都道府県の協力により市町村にて接種が進められた。職域接種は、ワクチン接種に関する地域の負担を軽減し、接種の加速化を図っていくため、企業や大学等においてワクチンの接種を行うものである。本学においても岡山済生会の多大なご協力を得て、主に女子大学生を対象に職域接種を行った。「打ち手移動方式」を採用しての接種の概要について報告する。

### ■ 職域接種実施までの経緯

2019年12月から中国の湖北省武漢市で発生した原因不明の肺炎は、新型コロナウィルス感染症(COVID-19)

と命名され、世界規模で流行し、2021年10月現在国内の感染者は約172万人、死亡者は約1万8000人にのぼっている。国内でも流行は繰り返され、特に2021年6月下旬頃から始まった第5波は、過去最大の感染者数を記録した。職域接種は4月からの高齢者接種が進んできた6月8日に申請受付が開始され、本学でも第4波の緊急事態宣言が延長されオンライン授業が行われる中、実施する方針となった。

しかしながら当初、私には本学での職域接種実施について大きな懸念があった。その背景としては、これまで保健センターの一員として保健所と連携しての疫学調査や、構内の感染対策等のCOVID-19対応を行ってきたが、医師は大学内に自分1人で、教員としての授業・実習もあり、緊急時につけられない状況が想定されること。また対象となる学生は主に若年女性であり、緊張や不安からくる迷走神経反射が起こりやすいことと、子宮頸がんワクチンにみられたような接種に伴う多様な症状が出現した場合、きめ細やかな対応が必要となること<sup>1-3)</sup>。以上、大学における諸症状への対応に懸念があったため、学生には大学ではなく医療機関または体制の整った自治体の集団接種会場で

## 研究

# 浮腫，腹水例では食塩 1g を摂ると水 130mL が溜まる — Eisenmenger の再発見 —

糸島達也<sup>1)</sup>，浮田 實<sup>2)</sup>，湯浅志郎<sup>3)</sup>，太田 亘<sup>4)</sup>  
岡山済生会総合病院内科<sup>1)</sup>，中央検査科<sup>2)</sup>，佐用共立病院内科<sup>3)</sup>，青梅かすみ台クリニック<sup>4)</sup>

## ■ 要 旨

浮腫，腹水，胸水をきたす患者は多い。我々は肝硬変の浮腫，腹水を長年診てきたが，最近では高齢者の心不全，栄養失調などでの浮腫も多い。血清と腹水などの浮腫液の Na 濃度は近似しており，Starling (1896) の頃から言われているように電解質は半透膜を通過するので，浮腫の予防には減塩食が重要である。腹水の Na 濃度は 130.6mEq/L (Eisenmenger 1950) とすると，腹水 1L は 7.64g の食塩を含む (130.6/17.1=7.64)。すなわち，塩 1g は 131mL の水に溶けている (1000mL/7.64g=130.9 mL/g)。そこで提案したい仮説は，「浮腫，腹水例では塩 1g を摂ると水 130mL が溜まる」である。今回過去の腹水と Na の研究を Google scholar で検索してみると，1950 年の Eisenmenger の研究の中のデータを利用して計算すると，塩 1g を摂取すると腹水が 130mL 溜まった報告が見つかった。昔ながらの梅干しは 1 個で食塩 2.0g を含むので，梅干し 1 個で 260mL の水が溜まる。このことを，2000 年頃から肝臓病教室や外来，入院の回診で，腹水や下腿浮腫のある場所にペットボトルをあてがって説明すると，患者や家族が減塩により反応してくれるようになった。心不全，腎不全でも浮腫液の Na 濃度は同様なので，同じように減塩食で浮腫の予防治療ができる。

キーワード：浮腫，腹水，減塩食，血清と腹水の Na 濃度，肝硬変

## ■ はじめに

1896 年の Starling EH の「浮腫の原因に關与する生理学的要因に關するアリスとベールの講義 1. リンパの産生<sup>1)</sup>，2. 結合組織空間からの液体の吸収<sup>2)</sup>，3. 浮腫の原因<sup>3)</sup>」を読んで，125 年前に真摯に浮腫に立ち向かった先輩達に敬意を表したい。

浮腫をきたす患者は多い。うっ血性心不全<sup>4)</sup>，非代償性肝硬変<sup>5-11)</sup>，ネフローゼ症候群<sup>12)</sup>，腎不全，高齢者<sup>13)</sup> の栄養不良などで下腿の浮腫，胸水，腹水を認め，体液量の増加を伴うと低 Na 血症を認める事が多い<sup>14)</sup>。この時に若い研修医は低 Na に注目して，しばしば食塩水を静注したり，食塩を経口投与してますます浮腫を増悪させることが多かった。しかし，これに対して理論的にレニン，アンギオテンシン，アルドステロン，抗利尿ホルモン (バゾプレッシン)，電解質，血漿浸透圧，膠質浸透圧，尿浸透圧，循環血漿量などを使って説得することは我々には難しかった。そこで，生理

食塩水と 3 号輸液を飲んでもらい，生理食塩水は塩辛すぎて多くは飲めないことを説明しようとしてきた。

長年，我々は肝硬変で浮腫，腹水のある患者を診察してきた。患者も減塩を繰り返す，食塩 6g と指示されながらもなかなか守れず，腹水や浮腫の再燃に悩まされる方が多かった。大量の腹水に対して腹水再静注を試みたこともあった<sup>11)</sup>。ところが，減塩食でいかにうまくコントロールできるかを栄養士の肝硬変患者自身から学んだのがきっかけで，食事療法，減塩，偏食をしないことの大切さを知った。

我々は 2000 年頃<sup>15)</sup> から，梅干し 1 個食塩 2g で 260mL の水が溜まり，食塩 1g で 130mL の水が溜まると具体的に説明するようになって，患者や家族が減塩により反応してくれるようになった。高齢者が増え，心不全，腎不全でも同じことがいえると思う。浮腫，胸水，腹水で悩まれる方が少しでも減ることを願って，その根拠を残そうとしてこの論文を書いた。

## 報告

# 当院での新型コロナウイルス検査法の導入経過・特徴・検査実施状況について

木村泰治

岡山済生会総合病院 中央検査科

## ■ 要 旨

中国で端を発した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、わが国では2020年1月に最初の感染者を確認し、世界保健機関（WHO）は2020年3月にパンデミック宣言を表明した。当院においても、新型コロナウイルス感染者を早期に発見できる検査体制の構築が求められた。臨床ニーズなどを考慮し、2020年6月17日のコロナ鼻PCR（重症用）検査開始を皮切りに、抗原迅速キット、コロナ鼻・唾液シングルPCR、コロナウイルス抗原定量（CLEIA）を順次導入した。当院の検査件数、陽性者数は、全国および岡山県の感染者数に比例して、増減を繰り返していた。2021年2月に院内クラスターが発生し、全職員を対象に、唾液検体による抗原定量検査を実施した。発端者とその濃厚接触者以外には陽性者を認めなかった。一般的に検査材料が鼻咽頭・鼻腔ぬぐい液の方が、唾液より検査に適しており、陽性率が高い傾向にあるが、当院の陽性率はほぼ同程度であった。

キーワード：新型コロナウイルス感染症，SARS-CoV-2，PCR法，抗原定性法，抗原定量法

## ■ はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2019年12月に中国湖北省武漢市で最初に確認され、その後、世界的に感染が広まったことから、2020年3月世界保健機関（WHO）がパンデミック宣言を表明した。わが国では2020年1月に感染者を確認して以来、2021年10月の第5波感染収束まで、周期的に感染拡大と収束を繰り返してきた。

当院においても、新型コロナウイルス感染者を早期に発見できる検査体制の構築が求められた。一般的には高感度・高特異的に病原体遺伝子を検出できる核酸増幅検査法（以下、PCR法）が第一選択となるが、パンデミック宣言の煽りから防護服、手袋、マスク、消毒薬、検査採取容器、綿棒などが入手困難となり、検査試薬、検査機器も希望する機材を導入することが困難な状況がしばらく続いた。

今回、当院中央検査科の新型コロナウイルス検査法の導入経過、検査法の特徴、検査件数、陽性件数について報告する。

## ■ 検査法の現状

最初に販売された検査試薬は、イムノクロマト法を測定原理とした抗体定性法であった。しかし、陽性となるまでに感染後10日～14日程度かかること、感度・特異度が劣ることなどから、日常検査法とはならなかった。現在は、化学発光酵素免疫測定法なども開発され、感度・特異度が改善し、ワクチン接種の効果判定や疫学調査などに用いられている。

PCR法は国立感染症研究所や地方衛生検査所、保健所をはじめ多くの病院、検査センター等で採用されている。高感度・高特異度を有するが、検査時間が長いこと、高度な検査技術が求められること、検体前処理装置、増幅装置などを新たに購入する必要があり、高コストである。

抗原定性法（イムノクロマト法）は検査手技が簡便で、検査所用時間が短く、迅速性が高い。検査機器も不要であるが、感度・特異度がPCR法や抗原定量法などに比べて劣っている。

抗原定量法は、感度・特異度もほぼ満足でき、短時間、多検体処理も可能である。ただ、検査実施には専用分析装置が不可欠である。

## 報 告

## 病院機能評価 5 回目の受審準備

高市真須美<sup>1)</sup>，大澤俊哉<sup>2)</sup>岡山県済生会支部事務局参事<sup>1)</sup>，岡山済生会総合病院地域医療連携センター長<sup>2)</sup>

## ■ 要 旨

岡山済生会総合病院では、常設の医療サービスの質向上委員会が、病院機能評価受審の約1年前になると機能評価受審準備委員会となり、受審準備を行うこととなっている。この受審準備委員会が2019年4月にキックオフミーティングを開催し、受審の目的を共有、各領域別に担当者を決め、改善活動を継続した。特に前回受審時に課題と思われた項目に関しては、ケアプロセスリンクナース会、ディスプレイ製品の再滅菌検討部会、文書管理部会などを設置し、それぞれに運用を決めて進めた。院内報にこれらの活動を掲載することで、受審への機運を盛り上げて受審の日を目指した。新型コロナウイルス感染症のために1年延期となったが、2021年8月はじめての副機能（緩和ケア）も併せて5回目の病院機能評価を受審した。12月6日無事に認定の判定結果を受け取った。

キーワード：病院機能評価受審，機能評価認定，機能評価受審準備委員会

## ■ はじめに

岡山済生会総合病院では、日頃、院内の改善活動を支援している常設の医療サービスの質向上委員会（委員長は大澤俊哉地域医療連携センター長）が、受審の約1年前になると機能評価受審準備委員会となり、受審準備を行うこととなっている。この委員会の事務局をしている高市真須美（支部事務局参事）が、機能評価受審準備委員会の事務局の一人として受審準備を行った。委員会として行った準備について報告する。

日本医療機能評価機構が行う病院機能評価の受審状況は、コロナ禍となった2020年の認定病院は174病院であり、前年2019年389病院の約45%となっていた<sup>1)</sup>。

岡山済生会総合病院は、2000年にはじめて病院機能評価を受審し、5回目の受審は2020年8月の予定であった。ところが、2020年4～6月に全国で緊急事態宣言が発出される中で、受審準備をするのは難しく、半年延期し、2021年2月に受審予定であった。しかし、受審1週間前に新型コロナウイルス感染症クラスターが院内で発生したため、さらに半年延期となった。そして、2021年8月19日・20日に副機能として緩和ケアも併せて受審することとなった。

## ■ 機能評価受審準備

受審準備として2019年4月9日に機能評価キックオフミーティングを行い、医療の質、サービスの質の改善を継続していく文化を根付かせるために、全職員で準備し、受審することが大切であることを共有した。

「岡山済生会総合病院のクオリティマネジメント（診療の質を除く）及び機能評価の評価項目に基づく医療サービスの改善の継続を行う」目的のために2016年に発足した医療サービスの質向上委員会が、この度のキックオフミーティングを機に機能評価受審準備委員会として統括することとなった。毎月第1火曜日に会議を行い、受審準備の進捗状況を報告し、以下の方針を定めて推進していった。

今回の受審に際して、前回の課題を再検討し、①一つの症例を入院から退院まで追うことで看護師同士や多職種との業務伝達のプロセスが見えてくる「症例トレース型のケアプロセス」を職員が理解してチーム医療の実践を充実させること、②ディスプレイ製品を見直し、再滅菌の規程を適正に作成し、実践すること、③適正な文書管理を行うことを重点項目とした。

## 岡山済生会総合病院 臨床病理検討会

能勢聡一郎, 浜家一雄  
岡山済生会総合病院 病理診断科第321回 発熱・呼吸困難の60歳代女性肺癌患者  
(2020年3月5日 内科症例)

## ■ 症 例

患者は60歳代女性。今回入院の1年半前に咳嗽が出現した。3か月以上経っても改善しないため、近医を受診し抗生剤・去痰剤の投薬を処方されたが改善がみられなかったため、当院内科へ紹介された。

患者は20歳頃に虫垂炎の手術を行ったほかに特記すべきものはないが、卵・鯖に対するアレルギーがあり、また例年秋口になると鼻炎症状がでるといふ。33歳まで喫煙歴(15~20本/日)があったが、以後は禁煙している。父に肺気腫、母に肺癌の病歴がある。

来院時の体温36.9℃、脈拍95/分、血圧133/78 mmHgで、SpO<sub>2</sub>98%であった。1週間後に行った胸部CT検査で、右肺の浸潤影および両肺のすりガラス状陰影がみられた(図1)。聴診では右側で粗なcrackleが聴取された。肺病変精査のために施行した気管支鏡検査の洗浄吸引液の培養では溶連菌などがみられたが、抗酸菌・真菌は陰性であった。しかしながら右肺生検材料病理検査で高分化型腺癌と診断された(図2)。末梢血CEA2.8 ng/mL、CA19-9 < 0.4 U/mLであった。PET-CT検査で右肺上葉に2か所(SUVmax値8.2~9.3)と左肺下葉に1か所(SUVmax値2.5)の取り込みがみられたが(図3)、肺外の病変は認められなかった。生検材料で腫瘍細胞のEGFR遺伝子変異(exon 19欠失)が認められたので、Erlotinibの内服を開始した。投薬により咳嗽・喀痰などの自覚症状は改善し、呼吸音も良好となった。

以後も通院によりErlotinibの投薬を継続したが、胸部単純レ線上で肺病変の増悪は認めず、腫瘍マーカーの変動もみられなかった。

大きな病状の変化もなく投薬・経過観察を続けていたが、10か月後に撮影したCT画像で病巣の拡大がみ

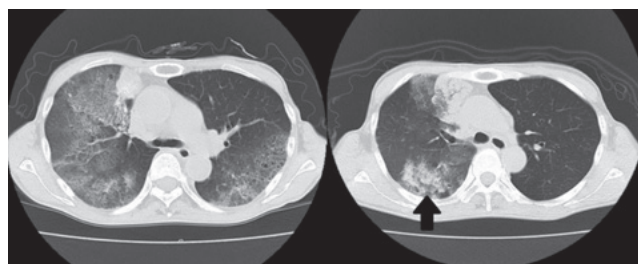


図1 胸部CT

左右両肺のすりガラス陰影と右肺S6の浸潤影(矢印)

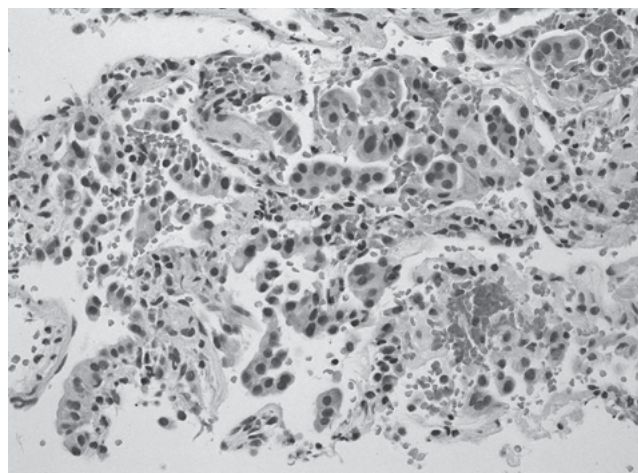


図2 気管支鏡肺生検

N/C比の増大した中型異型腺上皮の増殖がみられる(HE中拡大)。

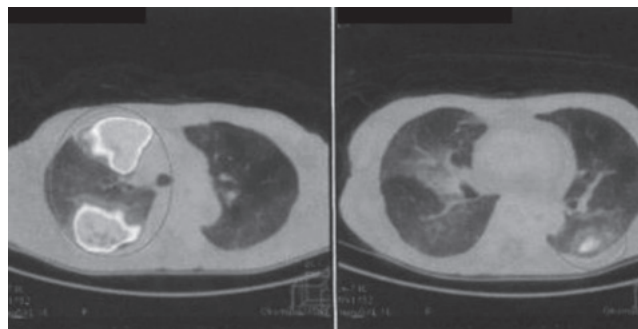


図3 PET-CT

右肺上葉(2か所)と左肺下葉(1か所)に取り込みが認められる。

# 第 58 回ホスピタル・ジョイント・カンファレンス (HJC) 「病院機能評価受審を終えて」

2021 年 11 月 11 日

## 第 1 領域 「患者中心の医療を推進する組織とは」

伊庭浩二

岡山県済生会支部事務局経営企画部

### ■ はじめに

医療のサービスの質向上委員会ならびに機能評価準備委員会の事務局として、2021 年 8 月 19 日、20 日にわたる病院機能評価の受審準備に携わった。受審を終え、患者中心の医療を推進する組織とは何かを考える。

### ■ 背景

病院機能評価の受審を終え、中間報告を受け取った。第 1 領域「患者中心の医療の推進」においては 22 項目中 S 判定 3 個、A 判定 19 個であった。その中で課題と思われる点について以下のとおり指摘があった。

・「患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている」の項目について

評価の要素である患者の権利を明文化したものが患者の目に届くところに掲示されるとよい。

・「患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している」の項目について

職員の遵守意識をさらに高めるべく、より積極的に職員教育に取り組むとよい。

・「安全確保に向けた情報収集と検討を行っている」の項目について

医師のレポートの提出増加、研修会参加率アップのための取り組みを始めとする医療安全の向上に向けたより積極的な活動により、医療安全文化をさらに醸成させるとよい。

・「業務の質改善に積極的に取り組んでいる」の項目について

改善活動が特定の職種中心となっており、病院主導で横断的な活動が加わればさらによい。

これらの指摘を受けて、患者中心の医療を推進する

ための質改善活動が職員に浸透していないのではと反省し、病院機能評価受審を活かした患者中心の医療を推進する組織を構築したいと考えた。そこで医療サービスの質向上委員会を中心に、領域毎に改善活動を行う委員を配置し、関係部署と連携して指摘項目に対して課題を解消するための方策を検討・実行した。また委員会で進捗状況等を把握し改善案の検討を行い、改善活動を組織的に運営していく仕組みを考案した。

### ■ 病院機能評価の受審目的とメリット

病院機能評価を受審する目的は、医療の質・効率を高めることにある。そのためには、病院内の業務についてインシデント等を用いて問題点を認識するところから始まり、問題を解決するために担当部署のみでなく病院全体で改善策を検討する必要がある。改善策から導かれる結果についての評価を行い、PDCA サイクルを回して改善し続けることが必要である。しかし、病院の日常において業務に忙殺され、問題発生時に気づいたところだけ改善を行っていることがあり、職員全体の問題として認識されない傾向にある。

病院機能評価を活用すれば、受審項目から病院を体系的・網羅的に業務をチェックすることができ、第 3 者による指摘や受審準備の自己点検で問題点が発見され、これを職員全体で認識することができる。また、病院機能評価の認定を受けることで、職員が改善意識や達成感を持つことができるので、病院機能評価は病院改善のツールになり得る。

### ■ 患者中心の医療を推進する文化形成

病院機能評価を受審することで、現状を知り、改善点を発見しやすく改善活動に取り掛かりやすい。また受審結果から課題を再認識し、課題解決の繰り返しの結



## 2021 年度岡山済生会看護研究発表会抄録

2021 年 12 月 4 日

大腿骨骨折クリニカルパス適応患者の  
入院日数延長要因の検討谷 優希, 山崎朱美, 兼田絃美  
4 階西病棟

【はじめに】A 病棟の令和 2 年度整形外科疾患による入院は、大腿骨骨折が最も多かった。大腿骨骨折患者のほとんどはクリニカルパス（以下、パス）の適応である。パス適応日数は術式により異なり、人工骨頭置換術（以下、BHP）は 17 日、骨接合術（以下、ORIF）は 13 日と設定されている。パス期間を延長した患者の割合は BHP が 28.6%、ORIF が 71.4% を占めたが、延長要因の把握はできていない。そこで本研究では、大腿骨骨折パス適応患者の入院日数延長要因について分析を行い、今後の示唆を得ることを目的とした。

【方法】対象者は、2020 年 4 月 1 日～2021 年 3 月 31 日の間 A 病棟に入院後、大腿骨骨折パス適応患者 34 名とした。対象者の年齢、入院日数、せん妄、術後合併症、診療情報提供の送付日、退院時パス評価を診療録より取得した。事前に倫理審査委員会にて承認(No.210715)を得た。利益相反なし。

【結果】対象 34 名中、28 名がパス期間を延長し、転院に至った。退院時パス評価の入院日数延長理由は「転院先のベッドコントロール」21 件、「施設側の都合」5 件であった。診療情報提供書の送付に要した日数は、BHP は平均  $10.4 \pm 2.0$  日、ORIF は平均  $8.3 \pm 0.9$  日であった。診療情報提供書送付後から退院までに要した日数は、BHP は平均  $11.6 \pm 2.4$  日、ORIF は平均  $15.0 \pm 1.9$  日であった。

【考察】入院日数延長の要因は、まず診療情報提供書の送付がパスの術後 7 日目に行われていないことがわかった。次に診療情報提供書送付後から退院までに時間を要しており、その理由の 75% は転院先のベッドが確保できないことであった。そのため、診療情報提供の依頼を遅滞なく行うこと、送付後も積極的な転院調整を行うことで入院日数短縮につながると思われる。また患者は高齢者で、その多くがせん妄や術後合併症を発症していることから、それらへの対応には多職種によるチームで関わるのが有効である。

【結論】入院日数延長の要因には、診療情報提供送付後から退院までの日数が影響していた。転院先の理由としては、ベッド確保の調整だった。転院先の状況を把握しつつ、転院依頼からベッド確保までの時間を考慮した多職種連携することで円滑な転院調整を図っていくことが必要であると考えられた。

大腿骨骨折による入院患者の  
尿路感染症防止のための看護ケア横田侑記, 谷 彩名, 佐保田知美  
4 階東病棟

【はじめに】高齢の患者は、術後の疼痛や ADL 低下から飲水を控える傾向がある。これらは、尿路感染症発症のリスクとなる。必要水分量を設定し、飲水を促すことで、尿路感染症を防止できるのではないかと考え、本研究に取り組んだ。

【方法】2021 年 7 月 16 日～9 月 30 日の期間に、A 病棟に入院した 65 歳以上の大腿骨骨折患者 20 名の 1 日の必要水分量を  $25\text{mL} \times \text{体重 (kg)}^1$  で計算しベッドサイドに掲示し、飲水測定を行った。対象患者のうち、副症病名に尿路感染症がついた、または、尿細菌が検出された患者の人数を集計した。事前に当院の倫理審査委員会の承認(No.211101)を得た。利益相反なし。

【結果】対象者 20 名のうち、必要水分量摂取達成率が 100% 以上だったのは 14 名であり、うち 13 名が尿細菌が検出されなかった。対象者の 20 名うち、1 名が尿路感染症を発症し、他 3 名が尿検査にて尿細菌が検出された。尿細菌の検出された患者の必要水分摂取達成率は 81%～28% であった。飲水不足の原因は、誤嚥リスクが高かったこと、看護師のトイレ介助を遠慮し、患者自身が飲水を控えたこと、食事摂取が不十分などであった。

【考察】必要水分量摂取達成率が 100% 以上の患者のうち、1 名を除いて入院中に尿検査にて尿細菌が検出されておらず、患者の必要水分量を明確にし、飲水を促すことが、尿量の確保につながった。そのため、尿細菌を排泄することができ、尿路感染症発症防止につながったと考えられる。また、必要水分量を掲示することで、看護師だけではなく、患者自身の意識付けになったのではないかと考える。必要水分摂取達成率が低い患者に対する飲水促進のケアを新たに考え実践していくことが、今後の課題であると考えられる。また今後の研究では、飲水促進のケアを行った対象と行っていない対象に分けて比較検討し、ケアを行うことで尿路感染症発症リスクを抑えられているか分析する必要があると考える。

【結論】1 日の必要水分量を掲示し、水分摂取を促す看護ケアは尿路感染防止に有効であった。

【文献】1) 森 茂雄：第 7 回栄養基準量 水 (2) 水分量の設定、ニュートリションケア 12, 2019, 1082-1085.

## 新型コロナウイルス感染症入院病棟で行う 非対面型コミュニケーションの課題

黒田麻友美, 狩屋真奈美, 北井万結, 中川千里,  
中原美咲, 三原有貴, 石井雅子  
5 階西病棟

**【はじめに】** 新型コロナウイルス感染症患者への看護ケアには、感染防止対策が最優先される。そのため、タブレットを使用した非対面型コミュニケーション（以下、非対面）をとることが多い。非対面では、場所を問わずコミュニケーションが可能である一方で、患者の気持ちを受け止める、察するなどの十分な理解にはつながらないと感じている。本研究では、非対面における問題点を明らかにし、解決策を検討した。

**【方法】** A 病棟で勤務経験のある看護師 33 名に防護服での対面型コミュニケーション（以下、対面）と非対面についてのアンケート調査を行った。特に、ストレスの要因では「言語的コミュニケーション（以下、言語的）」「非言語的コミュニケーション（以下、非言語的）」「第三者や環境の影響（以下、環境面）」の 3 項目で調査した。分析は、各項目を対面と非対面で比較検討をした。現在、タブレットは iPad の Facetime を使用。イヤホンを使用していないためノイズキャンセリングもなし。事前に所属施設倫理審査委員会の承認 (No.210706) を得た。利益相反なし。

**【結果】** 患者とのコミュニケーションでストレスを感じているのは、対面では 31%、非対面では 74%であった。言語的についての質問では対面が平均 81.3%、非対面が平均 6.4%の人ができると回答した。非言語的についての質問では、対面が 80%、非対面が 3%の人ができると回答した。非対面ではできないと回答した人の理由で患者がタブレットに表情を写さないこと、表情を写しても画面越しだとわかりにくいことがあった。環境面についての質問では対面が平均 15%、非対面で平均 11%の人が周りの環境が気になると回答した。コミュニケーション時に気を付けていることの自由記載では「静かな場所へ移動する」と過半数が記載していた。

**【考察】** 対面の方が「言語的」「非言語的」「環境面」でコミュニケーションの取りやすさを感じていることがわかった。対面では、言語だけでなく表情や雰囲気から患者の感情を汲み取ったり理解度を確認したりする。非対面では、患者によってはタブレットを上手く操作できないこともある。そのため、視覚情報が少な

くコミュニケーションが難しいと考えた。スタンドを設置し、タブレットを持たずに表情を写せるようにすることや、入院オリエンテーション時に顔面を写してもらうことを説明するなどが必要である。また、ナースステーションでは周囲の音により患者の声が聞き取りにくいことがある。現在、非対面でのコミュニケーションを取る専用のスペースはない。そのため環境の改善が必要と考えられる。

**【結論】** 非対面では患者の表情が見えにくく、雑音で声が聞き取りにくいことでコミュニケーションが難しいことがわかった。

## 外科系病棟看護師の弾性ストッキング着用に 関する認識調査

古後巴留菜, 長船菜津美, 香々美沙耶

6階西病棟

【はじめに】A病院では、深部静脈血栓症予防のため弾性ストッキング（Elastic Stockings, 以下ES）の着用を行っている。着用終了は、患者の日常活動動作（Activities of Daily Living, 以下ADL）状況等を検討し医師の許可を得ている。しかし外科病棟では、ADL状況等よりも、患者の苦痛発言からES着用終了の検討をする現状があった。本研究目的は、ES着用終了に関する看護師の認識を調査し、ES着用終了の検討がどのように行われているかを明らかにすることである。

【方法】調査対象は外科系B病棟・C病棟の看護師58名。ES着用終了に関する意識についてのアンケートを配布し、単純集計した。回収率は93.1%であった。経験年数1～3年目をA群、経験年数4年以上をB群として分析した。事前に所属施設の倫理審査を申請し承認（No.210906）を得た。利益相反なし。

【結果】「受け持ち患者のES着用を把握しているか」について「いつもしている」A群65% B群56%だった。「クリニカルパス（以下、パス）にES終了の指示があるのを知っているか」について「知っている」はA群25% B群41%であった。「ES着用終了の目安にしているもの」について「いつもしている」が最も高率だったのは「ADL状況」項目で、A群75% B群88%だった。「どの程度自立できていればES着用終了をしていますか」について「元々全介助の患者」は「病棟内フリー」A群35% B群36%、「室内フリー」A群30% B群25%、「ベッド上足関節運動」A群35% B群39%であった。また、「肺塞栓チェックリスト」に「いつもしている」と答えたのはA群10% B群4%と低率だった。

【考察】外科病棟看護師は、受け持ち患者のES着用の把握はしているものの、ES着用のアセスメントに必要な項目は、患者のADL状況が中心となっていた。ただ、元々のADLが全介助であっても「病棟内フリー」や「室内フリー」にならなければ着用終了できないと考えるスタッフも高率であるというアンケート結果が出ている。また、パスに着脱の指標があっても、その指標を活かすことができているのはどの看護師も同様ではなく、経験年数により異なっていた。このまま

では、適切なES着用終了時期が見逃されている可能性が高い。肺塞栓チェックリストを参照している看護師も少なく、ES着用終了の検討時に深部静脈血栓症のリスクを考慮できていないと考える。

【結論】患者のES着用の把握を十分にできておらず、適切なタイミングでのES着用終了は習慣化されていない。ES着用終了の時期を見逃さないよう、さまざまな観察や情報からアセスメント能力を向上させ、患者の不快感・着用部位の皮膚トラブル予防にも努めたい。

## 術後合併症の予防 — 体位変換の必要性を理解する —

古谷亜由美, 川上 彩, 藤井量子, 江草歩美  
6階東病棟

【はじめに】 A 病院の外科病棟では、手術内容や元々の ADL (日常活動動作, Activities of Daily Living) に応じて早期リハビリテーションの介入がされている。術後の患者は疼痛やルートがあるため、自己にて体位変換が行いにくい。術後早期の体位変換を行うことは術後合併症予防に必要なのだが、看護師が体位変換の必要性についてどれほど理解しているか不明なため本研究を行った。

【方法】 対象は、外科病棟に所属する看護師 52 名。調査方法は体位変換の必要性、実施、自信について独自に作成したアンケート用紙による質問調査票とし、無記名で経験年数、外科病棟経験年数のみ記載し内容は選択回答、自由記載とした。分析方法は Excel を用いた単純集計。事前に、施設倫理審査委員会の承認 (No.210712) を得た。利益相反なし。

【結果】 理学療法士が外科病棟看護師 23 人を対象に術後合併症の勉強会を行い、1 か月経過後に事後アンケートを行った。「術後合併症予防のための体位変換の必要性を知っていますか」に対して、術後合併症予防の勉強会後は「とてもよく知っている」は 21.1% から 38.4% に増加し、「術後合併症予防のために体位変換を実施していますか」に対して「いつも実施している」が最も増加したのは 1 ~ 2 年目の計 14 人で 7.14% から 42.8% に増加、「大体実施している」で最も増加が見られたのは 10 年目以上で 25% から 75% に増加、「術後患者への体位変換は自信をもって行えていますか」に対して「ほどほど自信がある」は 23.0% から 44.2% に増加。また自由記載では、体位変換の周知を行うための具体的な取り組みとして、体位変換ボードの掲示、看護指示への入力、声かけの 3 つの意見が多くあった。

【考察】 勉強会後の理解度は調査対象者全体で上昇したと考えられる。理解度が最も上がったのは 3 ~ 6 年目で看護師・外科経験年数があることから知識の獲得が良く、曖昧な知識が確かな知識に変わったと考えられる。また、経験年数の浅い看護師も、知識習得後に体位変換の実践につながっている様子もあり、看護ケア能力向上にも効果が得られた。自由記載で得られた 3 つの具体的提案は、臨床実践に活かすことが可能である。即戦力となるスタッフ力を活かすことで、体位変換に関する術後合併症の予防につなげていきたい。

【結論】 術後合併症の予防のための体位変換の必要性を理解し、実践につなげるには勉強会が有効であった。

## パンフレットを使用した創傷自己処置の理解

角田満由花, 畠山由莉香, 矢部文子  
7階西病棟

【はじめに】 A 病棟に入院する形成外科患者のうち、退院後も自宅での創処置 (以下、自己処置) が必要な患者がいる。その場合の退院指導として、口頭指導と実践指導を行っていた。また最近ではコロナウイルス感染症の影響で、患者家族の面会が制限されたため、患者本人のみに自己処置の指導をすることが多くなっている。しかし、退院した患者が創部の観察や自己処置の不十分さが要因と考えられる創傷の悪化により、再入院した事例があった。本研究では、口頭指導や実践指導だけでなく、絵図を用いたパンフレットを使用した指導で得られる患者の理解の深まりについて検討した。

【方法】 形成外科医師監修のもと自己処置に関するパンフレットの作成を行った。パンフレットを使用して指導した患者 5 名を対象に「退院後の処置の方法について」のアンケート調査を行った。5 名の処置内容は ①マイクロポア (テープ) のみ ②プロベト (軟膏) + モイスキンパット (貼付材) + ネット ③プロベト + モイスキンパット + テープ + ネット ④メイスパン (軟膏) + モイスキンパット + 優肌絆 (テープ) + ネット ⑤プロベト + デルマエイド (貼付材) + 弾性包帯であり、全て創部洗浄を行ってからの処置である。本研究は施設倫理審査委員会の承認を得た (No.210903)。利益相反なし。

【結果】 “傷の洗い方、処置の方法、処置時の注意点” については 5 名全てが「理解できた」と回答。“パンフレットがなくても自宅で正しい処置が継続できるか” の問いへは「そう思う」が 1 名、「まあまあそう思う」が 2 名、「あまりそう思わない」が 2 名の結果となった。「そう思う」の理由として「軟膏やガーゼが不要でありテープを張るだけだから」との回答であった。「あまりそう思わない」の理由として「パンフレットが手元にあるほうが安心できる」「イラスト付きでわかりやすかったから」の回答があった。結果、パンフレットを用いることで自己処置が自信を持って行えると感じた患者が多いことがわかった。

【考察】 軟膏塗布やガーゼの交換など処置時の処置工程が多い場合は、パンフレットは退院後も繰り返し目を通すことができ、自信を持って自己処置を行うための有効な指導手段であると考えられる。しかし、患者の年

## フィジカルアセスメントの シミュレーション研修の効果

山崎美咲, 岩崎美笛, 柏野美保子

7階東病棟

年齢や状況はさまざまであり、退院後に自己処置に対する不安も感じていることがある。指導する看護師は、パンフレット上のみの一方向的な指導にならないように、患者の創状態の個別性、理解度、処置に関する不安を察知し、表情や言動などの反応を見ながら指導する必要がある。今後もより良い退院指導が行えるように患者の意見を調査し、随時パンフレットの修正を行うことが必要である。また、自己処置が必要となった患者の退院報告、電子カルテ機能の掲示板を活用した外来での経過報告など、外来とも連携を図ることで、退院時の指導が有効で処置が継続できているか、創部の状態はどうかなどを医療者側が把握できる。それによって創部の悪化に伴う再入院が減少すると考えられる。

**【結論】** 少ない症例数であったが、指導のわかりやすさの点で理解が得られた。退院後に患者が自己処置を継続できているか、創部の悪化がないか等の患者の状態を把握するためには、外来との連携が重要となってくる。今後も継続した調査を行い、パンフレットの追加・修正を行っていく。

**【はじめに】** A病棟は、クリニカルパスの経過をたどる比較的安定した患者が多い混合病棟であるが、急変リスクの高い基礎疾患を抱えた患者も入院する。病棟での先行研究では、アセスメント能力向上の必要性を感じていることがわかった。本研究の目的は、アセスメント能力の向上を目指したシミュレーション研修を行い、その効果を確認することである。

**【方法】** 対象はA病棟看護師12名。呼吸器疾患で仮設定された数値を基に人形・モニターを用いて、参加者が観察やスタッフ・医師への報告までを実演し、救急認定看護師の評価を得ながら実施した。研修前後で観察項目別に研修効果に関するアンケートを実施。回答は、「自信がある」～「自信がない」の5件法と、自由記載の欄を設けた。事前に所属施設倫理審査委員会の承認(No.210707)を得た。利益相反なし。

**【結果】** 研修前の呼吸パターンを観察に「あまり自信がない」の回答は33.3%、研修後は8.3%であった。その他、瞳孔・睫毛反射の観察、排便・排尿の異常・性状、既往歴も含めた観察ができるか、についても「自信がない」の回答は8.3%あり、研修後は0%であった。一方で研修前は全項目で「自信がある」の回答が16.6%～50%あり、研修後は0%～33.3%まで減少していた。自由記載では「疾患や既往歴から原因を考えて観察するようになった」「疾患の観察だけでなく関連して考えられるようになった」などがあつた。

**【考察】** 認定看護師によるシミュレーション研修は、研修後に「自信がない」の回答が0%となったこと、「疾患の観察だけでなく関連して考えられるようになった」との自由記載の回答から、一定の効果があつたと考える。「既往歴も含めた観察ができるようになった」のように、実践への意識付けができてきているスタッフもいた。一方「自信がある」の回答が、研修後に減少していたのは、研修での学びから、観察技術の重要性や経験不足の実感などの意識の変化に影響したと考えられる。実際の急変の場面を想定したシミュレーション研修は、振り返ることで気づく力を養い、急変時の備えになると考えられる。

**【結論】** シミュレーション研修によりデータ上では自信の向上には至らなかった。しかし、研修での学びから意識付けができていくことがわかり、シミュレーション研修の効果を確認することができた。今後も定期的に研修を開催し、アセスメント能力の向上を目指し異常の早期発見につなげていきたい。

## 呼吸器センターにおける慢性閉塞性肺疾患 患者に対する栄養療法の介入について

難波佳代子, 宗接虹歩, 井並 恵, 光畑良美

8 階西病棟

【はじめに】2020 年度 A 呼吸器センター病棟では、1052 件の入院があり、呼吸器疾患患者は 406 件で約 4 割を占めた。そのうち慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 以下 COPD）急性増悪での入院患者は 18 件だった。COPD 患者の栄養療法の介入は QOL（生活の質）や予後リスクに影響していることがわかっており、看護介入には栄養状態の把握が欠かせない。しかし、2019 年に A 病棟の先行研究では、COPD 患者に栄養療法の介入が全くできていなかったことが分かった。そこで、COPD 患者に入院時より栄養療法の介入を行い、栄養状態の変化が見られたかを調査した。

【方法】2021 年 6 月 1 日～9 月 1 日の期間に入院した COPD 患者 5 名。COPD ガイドラインの COPD 患者に推奨される栄養評価項目より、入院時・退院時・退院後受診時の、アルブミン（以下、Alb）値と体重、BMI（肥満指数）等を後ろ向きに調査した。なお、施設倫理審査委員会の承認（NO.210917）を得て実施し、利益相反なし。

【結果】対象者 5 名のうち、退院後受診者は 3 名だった。5 名全員 3 週間未満の入院期間だった。

[患者 A] 〈入院時〉Alb 4.1g/dl 体重 52.0kg

〈退院時〉Alb 2.8g/dl 体重 50.3kg

[患者 B] 〈入院時〉Alb 2.5g/dl 体重 66.0kg

〈退院時〉Alb 2.0g/dl 体重 63.6kg

[患者 C] 〈入院時〉Alb 3.7g/dl 体重 50.9kg

〈退院時〉Alb 4.0g/dl 体重 50.3kg

〈退院後〉Alb 4.3g/dl

[患者 D] 〈入院時〉Alb 3.3g/dl 体重 35.0kg

〈退院時〉Alb 3.0g/dl 体重 31.8kg

〈退院後〉Alb 2.5g/dl

[患者 E] 〈入院時〉Alb 3.4g/dl 体重 40.8kg

〈退院時〉Alb 3.5g/dl 体重 39.9kg

〈退院後〉Alb 3.1g/dl

患者 B は入院時に栄養サポートチーム（Nutrition Support Team, 以下 NST）の介入が行われていた。患者 D, E は入院時の NST 介入はなく、その後再入院している。また、対象者 5 名とも栄養指導は行えていなかった。

【考察】本研究で行った栄養療法の介入は、必要時栄養剤の追加、栄養関連の計画立案・評価である。研究手法の介入により、看護師の栄養療法に関する意識付けはできたが、その後の栄養指導や NST 介入にはつながっていなかった。NST 介入については、介入基準である Alb2.5g/dl 以下の患者に行っている。NST 介入をした 1 名は、再入院していないことから、NST 介入基準にだけを考慮した介入ではなく、栄養療法の重要性の観点から、患者の日常生活状況を把握し、NST へ働きかけることが必要である。一般的に COPD 患者は、長期間の栄養状態の低下があるため、退院後も患者と家族が栄養療法の必要性を理解し継続することで、栄養状態の改善が見込まれると思われる。栄養介入を行った 1 名の栄養状態の改善が見られたが、その他の患者は栄養状態の低下が見られた。栄養療法の介入評価である Alb 値に関しては対象者の入院期間が 3 週間未満であったため、効果が確認できなかったと考えられる。今後も栄養療法に関する意識を高め、効果的な介入の確立を目指していきたい。

【結論】本研究期間では、栄養療法の介入を十分に評価することができなかった。栄養療法の介入は重要であるので、入院時から NST 等の専門的な職種と協力し、退院後も患者や家族が栄養療法を継続できるようにしていきたい。

## 腹膜透析患者の夜間休日のオンコール対応 ～緊急受診判断するための指標の作成～

久延菜未, 水島 静, 豊田由紀

8階東病棟

【はじめに】 A病棟は腎臓病センターとして主に腎疾患患者の看護を行っている。その中でも腹膜透析（以下、PD）においては導入から在宅まで連携した支援が必要であり、24時間オンコール対応を行っている。現在使用しているオンコールマニュアルは手順や器械が最新でないため活用されていなかった。夜間対応した看護師が「翌日の外来受診で良い」と判断した事例でも、主治医から救急受診が適正だったと指摘されたこともあった。そこで、看護師が受診の判断を適切にできるための指標の作成に取り組むこととした。

【方法】 在宅PD患者のオンコールに対応した、看護師の看護記録内容を対象に2019年1月～2020年12月のオンコール内容をカテゴリー別に集計。その内容を踏まえ、緊急受診判断指標（フローチャート）を作成した。事前に、施設倫理審査委員会の承認（No.210708）を得た。利益相反なし。

【結果】 期間中のオンコール総件数は361件あった。器械トラブル、自動腹膜透析（以下、APD）アラーム対応に関するオンコールが89件と最も多く、その他PD治療以外に関するもの（体調不良含む）が86件であった。これらはすべて電話対応のみで解決していた。トンネル部・出口部感染出血は19件中9件、排液混濁・異常時は21件中17件が救急受診し8件が入院していた。注排液不良は58件中9件、不潔操作では15件中5件救急受診していた。

【考察】 最も多かった器械トラブル・APDアラーム対応は、電話のみで対応可能だった。しかし、適正な対応のためには知識と経験が必要である。腹痛、排液混濁などは腹膜炎の兆候であり、治療介入が必要である。それらについては、適正なオンコール対応ができていた。しかし、トンネル部・出口部異常は、電話対応だけでは十分に治療介入の必要性が判断できないため、受診を勧めにくい。今後作成したフローチャートを基に、患者指導や症状の表現を具体的に指標としていくことで、適切な受診判断にしていきたい。一方で、オンコールの多くを占めた器械トラブルに関しては、治療介入の必要はなく電話対応で可能だったことから、今後看護師対応の必要性を加味しつつタスクシフトを進めていく項目であると考えられる。

【結論】 オンコール対応では、器械トラブル・アラーム対応が最も多かった。作成した緊急受診判断指標（フローチャート）を基に、治療介入の判断に一貫性がある対応をしていきたい。

## 膀胱留置カテーテルの使用基準例を用いた 早期抜去に対する看護師の意識の変化

竹原志歩, 児島咲映, 内田順子, 原田千穂  
9 階西病棟

【はじめに】A 病棟では、循環動態把握のため尿量を厳密に管理する必要があり、治療上膀胱留置カテーテル（以下、カテーテル）管理が必須となっている。カテーテル留置が長期化すると、様々な合併症により入院期間が延長することもある。膀胱留置カテーテルの使用基準例（以下、使用基準）が推奨されているように、適切な時期にカテーテル抜去することは医療ケアに欠かせない。当然、看護ケアにも影響する視点である。本研究では、カテーテル使用基準を用いた看護師のカテーテル早期抜去の意識統一を目的として取り組んだ。

【方法】使用基準を約 1 か月活用したのち、A 病棟看護師 31 名に使用基準活用前後の看護師の意識の変化に関するアンケートを行った。各問いには 5 検法を用い、分析には平均点を求めた。施設倫理審査委員会承認（No.210703）を得た。利益相反なし。

【結果】使用基準活用前は「カテーテル長期留置が原因で排尿障害のリスクは高まると思うか」は 4.8 点、「カテーテル抜去可能か医師へ確認したことがあるか」は 4.2 点。使用基準活用後は「カテーテルの使用基準を活用できたか」は 3.3 点、「カテーテルの使用基準活用後早期抜去しているか」は 3.4 点、「カテーテル長期留置による排尿障害が減ったと感じるか」は平均 2.9 点、「カテーテル抜去について医師へ確認しているか」は 4.0 点と答えた。

【考察】カテーテル長期留置のリスクや、早期抜去の検討を医師としていると回答した看護師は多く、カテーテル留置にかかわるアセスメント能力は得られていた。そのためか、使用基準を活用し早期抜去につなげている看護師は少なかった。使用基準を活用するよりも、個々の看護師のアセスメント能力を活かしている現状が把握できる。また、使用基準の活用により、排尿障害が減ったと感じた看護師は少なかった。これは、1 か月の実施期間では使用基準の是非を問うには十分な判断ができなかったことが要因と考えられた。

【結論】カテーテル抜去の判断は、使用基準を活用するよりも、個々の看護師のアセスメントを活かすことが優先されていた。今後は、使用基準の活用を続けながら排尿障害への評価をしていきたい。

## アルコール離脱せん妄の実態調査と看護の現状

葛原千尋, 石本奈央, 上原ももな, 岡崎 愛,  
高橋真由美  
10 階西病棟

【はじめに】アルコール離脱せん妄は、日常的なアルコール多飲を中断・減量するときに出現する。A 病院では、入院治療に関して「アルコール離脱せん妄に対する薬物治療のアルゴリズム」を運用している。しかし、入院時に環境によるせん妄発症と判断した症例が、実際にはアルコール離脱せん妄だったことも経験する。本研究では、アルコール離脱せん妄ハイリスク患者の予測因子を抽出するためアルコール離脱せん妄の実態調査と看護の現状把握を行った。

【方法】A 病棟入院患者 252 名（対象期間 2020 年 8 月 1 日～同年 10 月 31 日）を対象に診療録より前述のアルゴリズムによるハイリスク患者の関連因子①臨床所見（年齢、家族の有無、アルコール関連疾患）、②1 日のアルコール摂取量、③最終飲酒日時、④離脱症状の有無、期間、発症日（小離脱・大離脱）、⑤心療科介入の有無等を収集した。事前に所属施設の倫理審査委員会にて承認（No.210911）を得た。利益相反なし。

【結果】対象患者 252 名中、飲酒歴がある人は 68 名。68 名のうち、飲酒量・飲酒頻度ともに MSW 相談記録・診療記録・看護師記録・アセスメントシートに記載があるのは 27 名、飲酒量の記載はあるが、飲酒頻度が未記載は 29 名、飲酒量・飲酒頻度ともに未記載は 12 名。飲酒歴がある 68 名のうちハイリスク患者は 32 名で離脱症状が出現したのは 3 名。ハイリスク患者でない 24 名のうち離脱症状が出現したのは 1 名。飲酒歴のある 68 名のうち、独居 17 名、同居 50 名、認知症の配偶者と同居 1 名。ハイリスク患者 32 名のうち、最終飲酒日の記載があるのは 9 名、記載がないのは 22 名、心療科介入後に最終飲酒日の記載があるのは 1 名。離脱症状が出現した 3 名のうち 1 名は入院時に毎日飲酒していると記載があるが、不眠出現時に入院環境によるせん妄と判断されていた。

【考察】飲酒量に加え、飲酒頻度・最終飲酒日の重要性はアルゴリズムに記載されている。しかし、飲酒歴を確認していても、飲酒頻度・最終飲酒日を記載していない現状がわかった。患者本人に聞き取りが困難な場合は、家族からの情報収集となる。正確な飲酒量の聴取を行うためには、患者だけでなく家族に尋ねることが必要である。現状の入院診療録では、誰から飲酒



## 緩和ケア病棟の退院支援に関する 一般病棟看護師の認識調査

柿内大樹, 前川礼子, 吉中浩子

10 階東病棟

量の聴取を行ったか記載がなく飲酒量の情報源が不明であった。一方で毎日飲酒の情報が活かされていないことも明らかになった。看護師が、アルコール離脱せん妄に対する知識を持ち、正確な情報収集を行うことが適切な看護に活かされると考える。高齢患者の多くは、独居や同居家族が認知症などで正確な情報収集が困難な場合がある。人口減少時代、社会的背景により情報収集が困難な場合があるため、誰から正確なデータを聴取するかは今後の課題といえる。

**【結論】** アルコール離脱せん妄予防に対応する、ハイリスク患者の関連因子の情報収集が不足していることがわかった。

**【はじめに】** 2018 年の診療報酬の改定により緩和ケア病棟でも退院支援が求められるようになった。しかし、患者や家族から「最期まで見てくれると思ったのに」と落胆され、退院支援を行うことが困難と感ずることもある。本研究の目的は、一般病棟看護師（以下、看護師）の緩和ケア病棟の退院支援に関する認識を明らかにすることである。

**【方法】** 対象は、緩和ケアへの転棟が多い 7 病棟（B～H）の 56 名の看護師。緩和ケア病棟に対するイメージや退院支援に対する認識と患者・家族に対しての説明等について調査を行った。事前に所属施設倫理審査委員会で承認（No.210714）を得た。利益相反なし。

**【結果】** 『終の棲家という印象が強い』に「大変思う」「そう思う」と回答したのは 55.2% だった。『患者・家族が希望すれば期間に関係なく入院が継続できる』に「大変思う」「そう思う」と回答したのは 57.1%。しかし、緩和ケア病棟への転棟が多い B 病棟と C 病棟の比較では、B 病棟は 80% が入院継続できると回答し、C 病棟は 70% が入院継続できないと回答した。『どのように緩和ケア病棟について説明を行っているか』では全体の 32% が、緩和ケア病棟の退院支援に関する説明を行っていた。退院支援に関する説明率が高いのは、B 病棟・C 病棟ともに 33%、次いで E・F 病棟 16% だった。また、『アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）について理解しているか』では「大変思う」「そう思う」と回答したのは 37.4% だった。

**【考察】** 予想通り緩和ケア病棟に対して“終の棲家”と認識している病棟が多かった。一方で、緩和ケア病棟でも退院支援が必要と認識していたことは想定外であり、緩和ケア病棟の退院支援について広く認識されていることが分かった。また、患者・家族が希望すれば、看取りまで期間に関係なく入院できると認識している病棟と、入院できないと認識している病棟の差が大きく認識に違いがみられた。それらの認識のずれが、患者・家族の緩和ケア病棟に対する印象に大きくかかわっていると考えられる。緩和ケア病棟での退院支援の認識に関しては、転棟件数の影響はあるものの、病棟間で認識の違いがあった。看護師個々の認識が違えば、患者・家族に誤った情報を与える可能性がある。

## HCUの入室患者における身体抑制の実態調査

中藤晃希, 森本涼子, 上田由加理, 入船好香  
HCU

今後は積極的に緩和ケア病棟について看護師に向けて情報発信し、周知していく必要がある。また、病棟看護師のACPへの理解は充分とはいえない。患者の意思決定支援に関わるACPの理解と周知の必要性を感じた。

**【結論】** 一般病棟看護師は、緩和ケア病棟での退院支援の必要性を認識していた。しかし、病棟毎での認識のずれがあるため、緩和ケア病棟についての情報を周知していく必要がある。

**【はじめに】** A病院の高度治療室（以下、HCU）では、救急からの緊急入院、手術後、ICUからの転床などが多く、重症度が高い。また、環境の変化から、せん妄を発症する患者が多い。そのため、HCUでは治療や安全確保のためやむを得ず身体抑制を行っている。しかし、身体抑制の弊害として身体的には床ずれ、関節拘縮、筋力低下など、精神的には不安、焦燥、怒りなどを生じる可能性があり、倫理的にも課題となる。本研究ではHCUで行う身体抑制の実態を明らかにし、身体抑制実施率0%を目指すための示唆を得ることが目的である。

**【方法】** 対象は、2020年10月1日～2021年3月31日の期間に身体抑制を行っていた患者。分析は単純計算とし、収集する情報は年齢、認知症の有無、せん妄の有無、身体抑制の理由、身体抑制の方法、身体抑制の解除に向けたカンファレンス（以下、カンファレンス）の実施の有無等とした。事前に所属施設倫理審査委員会で承認（No.210713）を得た。利益相反なし。

**【結果】** 対象期間にHCUへ入室した患者716名に対し、身体抑制実施患者は81名であり、身体抑制実施率は11.3%。年齢は80歳代が41%、続いて90歳代が35%、70歳代が14%。認知症の有無では、認知症なしの患者が17%、認知症ありの患者が83%。せん妄発症患者は59%、ハイリスク患者が40%、低リスク患者が1%。身体抑制をする理由は、自己抜去防止が59%、転倒・転落防止が33%、自傷、他傷防止が8%。身体抑制の方法は、ミトン装着が66%、四肢抑制が34%、体幹抑制が6%であった。カンファレンスの有無に関しては、実施ありが39%、実施なしが61%だった。

**【考察】** DiNQL（ディンクル：Database for improvement of Nursing Quality and Labo、労働と看護の質向上のためのデータベース事業）による全国と同規模病床数の病院データでは8.0%であり、HCUでは11.3%と高い現状にあった。HCUへ入室している患者は全身管理が必要なため、生命維持にかかわるものも多く体動制限の手段として身体抑制をやむを得ず強いてしまう状況にある。また、高齢者、せん妄発症患者や認知症患者が多く、その観点から身体抑制を実施している割合が高かったと考える。PICS（集中治療後症候群）では、

## 早期がん粘膜下層剥離術でのミダゾラム使用における鎮静度把握でのリスクマネジメント

福留朋子, 内田湧大, 井元万奈夫, 安部好法,  
矢部美香

岡山済生会総合病院 内視鏡センター

せん妄のモニタリングとマネージメントが重要であり、カンファレンスでの検討がその役割となる。しかし身体抑制実施患者の 61.0%が実施されていない現状があった。それは、日々の入室や業務に追われ、身体抑制に対する認識が甘く、定着化や必要性を見出すことができていないことが要因と考えられる。状態の共有や倫理的視点からも、日常的に身体抑制を最小限にする見直し、カンファレンス等での検討が必要である。

**【結論】** HCU では、身体抑制の実施率が高い傾向にある。まずは、身体抑制の解除に向けたカンファレンスでの検討を定着させ、抑制に対する意識向上や実施率の低下および早期解除を目指したい。

**【はじめに】** A 病院内視鏡センターでは、早期がん粘膜下層剥離術（以下、ESD）の鎮静剤はミダゾラムとデクスメトミジン（以下、DEX）を使用している。DEX は持続投与のため催眠深度測定指標（以下、BIS）を用いて鎮静のモニタリングを行っているが、ミダゾラムは BIS 値のモニタリング対象となっていない。循環動態の変動や侵襲が強くなることで、体動やスコープの自己抜去が考えられるなどの高リスクとされる高齢者、心疾患・呼吸器疾患の既往、長時間の処置の場合にはリスクマネジメントとしての鎮静深度の可視化モニタリングが最適である。本研究では、ESD 処置介助の経験が浅い看護師でも鎮静深度をアセスメントできることを目的に、ミダゾラム使用症例に対し BIS 値を測定し、鎮静度の変化を調査した。

**【方法】** 2021 年 7 月 1 日～10 月 31 日に A 病院内視鏡センターでミダゾラムを使用する ESD 実施かつ高リスク患者 8 名の BIS 値の変動推移を測定。測定は開始時、鎮静剤追加投与時から 15 分間は 5 分毎、以降は 15 分毎に実施。体動と BIS 値の関係を見るために、体動の有無と BIS 値 90 以上、90 未満のクロス集計をした。分析には、マクネマー検定を使用した。事前に所属施設倫理委員会の承認（No.210711）を得た。利益相反なし。

**【結果】** 全 8 症例のうち血圧低下は 1 例、脈拍変化は 1 例。血圧上昇、SpO<sub>2</sub> 低下をきたす症例はなく、処置中の体動があった症例は 6 例、薬を追加投与した症例は 7 例あった。マクネマー検定の結果、体動と BIS 値の間に有意な関連（ $p=0.47$ ）は認められなかった。

**【考察】** ESD 中の鎮静剤追加投与は、医師や看護師の経験値や患者の外観上の反応（体動）に左右される面も大きいと感じていた。しかし、体動は鎮静深度を評価する指標とならないことが明らかになった。内視鏡中の BIS 値は 70～90 程度で管理すべきといわれている。鎮静深度が浅いと、侵襲が強くなり嘔吐反射や危険な体動のリスクも上がる。反対に鎮静深度が深いと徐脈等の循環障害が生じる。そのため、BIS 値を指標としたリスクマネジメントは重要であり、高リスク患者には、使用薬剤にかかわらず BIS モニターを装着することで、より安全に ESD が行えると考えられる。

**【結論】** 体動と鎮静深度に有意な関連はなかった。高リスク症例者には、バイタルサイン以外にも鎮静深度を可視化できる BIS モニターを使用するなどの安全管理に努めたい。

## 岡山済生会総合病院雑誌 投稿規定

Journal of Okayama Saiseikai General Hospital ISSN 0475-008X Guidelines to Authors

<http://www.okayamasaiseikai.or.jp/about/journal/forstaff/>

- 1) **投稿者** 原則として岡山県済生会職員およびそれらの推薦者に限り、編集委員会からも投稿を依頼することができる。投稿論文は他誌および英文誌に投稿していないこと。
- 2) **投稿** 本誌は年1回3月に発行し、投稿締切は9月末日とする。加工可能な原稿データと、原稿一式をPDF化したデータを、岡山済生会総合病院雑誌編集委員会事務局のE-mail アドレス [journal-osh@okayamasaiseikai.or.jp](mailto:journal-osh@okayamasaiseikai.or.jp) へ送信する。E-mail 送信とは別に1部を印刷し、所定の原稿提出票を添えて同事務局へ提出する。
- 3) **原稿** 原稿は和文または英文とし、Microsoft社製 Word, Excel, PowerPoint で読み込めるデータ形式を原則とする。上記以外のソフトを使用する場合は使用ソフト名を明記する。Word の設定値はA4縦、35字×36行、余白上35mm、余白下左右30mmとする。ヘッダーとして左上に投稿年月日（自動的に更新しないように）と筆頭著者名を、右上にページ番号を印字する。フッターとして下部中央にもページ番号を印字する。和文原稿はフォントサイズ12、フォントは明朝体とする。英文原稿はダブルスペースで記載し、フォントサイズ11、フォントはTimes New Romanとする。インデントは1段落目はなし、2段落目以降ありとする。
- 4) **掲載の種類** 総説、原著、研究、症例、報告、記録、特集を明記する。
- 5) **論文の表題** できるだけ短いほうがよいが、表題から内容が推測できるようにわかりやすいものにする。漠然とした表題は避ける。なるべく略語は使用しない。
- 6) **著者** 著者数の制限はないが、症例報告は10名以内とする。複数の科または機関からの共同研究の場合は著者と所属の両方の右肩に1), 2) などの記号を付ける。
- 7) **原稿の書き方**

症例報告の場合は、患者の個人情報保護のために、患者が同定できるような表現を記載せず、入院第一病日、入院5年前の既往のような記載方法にする。顔面写真が必要な場合には目を隠すなどの配慮が必要である。略語は特別なもの以外は、初出時に正式名を記し、その後括弧内に略語を表記する。

英語の固有名詞、商標機器名は大文字で始まる。薬品名は原則として一般名を使用し、商品名は使用しない。外国語の人名、地名は原語のまま用いる。ただし日本語化しているものはなるべくカタカナにする。数字は算用数字を用い、4桁以下はコンマを付けず、5桁以上であれば3桁毎にコンマを付け、単位記号はm, cm, mm, nm, mL,  $\mu$ L, g, mg,  $\mu$ g, ng, pg, g/dL, ng/mL, mol/L, mmol/L, %,  $^{\circ}$ Cなどとする。
- 8) **論文の構成** 本文は大見出し、症例報告では要旨、キーワード、緒言、症例、考察、結語（まとめ）、文献の順で書く。研究では要旨、キーワード、緒言、対象（試料）と方法、結果、考察、結語（まとめ）、文献の順で書く。
- 9) **見出し** 1.1) a) の順にする。
- 10) **要旨** 600字以内で論文の主張点を簡潔に書く。
- 11) **キーワード** 論文の内容に関係した5語以内のキーワードを付ける。
- 12) **緒言** 研究の目的、従来の研究との関係、症例を提示する理由などを簡潔に書く。
- 13) **対象と方法** すでに発表された方法であれば、その概要（原理など）を説明して、詳細は文献引用でよい。新しい方法や改良法であれば、他人が追試できるように詳しく書く。主な試薬や機械のメーカーを記載する。
- 14) **結果** 簡単な結果は本文中に記述し、複雑な結果は図や表を利用する。原則として、本文では図の内容や表の数字の重複記載を避け、図や表の内容の結論を書く。
- 15) **表と図** 数字と文字で構成され、罫線以外の線を含まないものを表とし、それ以外のものは写真も含めて図とする。表と図は本文とは別に印刷し、その挿入場所を本文に朱書して指定する。適切な表題を表の上または図の下に付ける。表や図の内容または語句について説明が必要な際は、表の下または図の表題の下に簡単な説明文を入れる。略語の説明、単位を忘れないこと。表や図の中の語句は日本語と英語のいずれでもよいが、一つの論文中ではできるだけ統一する。同じ内容を表と図にすることは避ける。
- 16) **考察** 主張したい新しい事柄について、その結論に至る思考過程を簡潔に書く。他の研究者の得た結果との関

連を考察し、自分が得た結果との相違や矛盾があれば、それを記述する。「緒言」や「結果」の項で書かれたこととなるべく重複しないように注意する。殊に、結果そのものではなく、その意義を強調し、今後の課題、展望を述べる。

- 17) 学会で発表した抄録を論文化する場合は、その旨を本文の末尾に記載すること。  
(記載例) 本論文の要旨は第〇回〇〇学会で発表した。
- 18) **文献** 文献は本文に用いられたもののみをあげ、引用番号は本文の引用順とし、本文中の引用個所には肩番号を付ける。文献の書き方は医学中央雑誌、PubMedの記載方法による。ただし著者名・編者名は3名までは併記し、4名以上の場合は3人目の氏名の後に、ほか、または et al を付ける。具体的には次のように統一する。
- a) 雑誌の場合  
引用番号) 著者名：表題. 雑誌名 発行年；巻（号）：開始頁－終了頁。  
(雑誌の例)
- 1) 大和人士, 人見 泰, 湯原淳良ほか：肺真菌症の臨床的研究. 真菌誌 1967；8（2）：150-157. DOI:10.3314/jjmm1960.8.150
  - 2) Fujii M, Shiode J, Niguma T, et al:A case of follicular cholangitis mimicking hilar cholangiocarcinoma.Clin J Gastroenterol. 2014 ;7（1）:62-67.DOI:10.1007/s12328-013-0441-7
- b) 単行本の場合  
引用番号) 著者名：表題. 編者名, 書名, 版数, 発行所, 発行所の所在地, 発行年, 開始頁－終了頁。  
(単行本の例)
- 1) 今谷潤也：成人上腕骨遠位端骨折. 今谷潤也編, 肘関節手術のすべて, 第1版, メジカルビュー社, 東京, 2015, p10-21.
  - 2) Gersell DJ, Kraus FT, et al: Diseases of the placenta. ed. by Kurman RJ, In Blaustein's pathology of the female genital tract, Third edition, Springer-Verlag, New York, 1987, p769-780.
- c) Web ページの場合  
引用番号) 発行機関名：表題（調査 / 発行年次）, アクセス年月日, URL  
(Web ページの例)
- 1) 厚生労働省：平成21年人口動態統計月報年計（概数）の概況, アクセス2010年8月8日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/gengai09/kekka3.html>
- 19) **英文抄録** 和文原稿には英文による表題, 著者名, 所属, 抄録をつける。英文抄録に自信がない場合は、その中の専門語にのみ英語を併記して、Googleの翻訳を使用し、できる範囲で努力して添付してください。編集委員が校正, チェックします。
- 20) 原稿は編集委員において2名以上で査読し, 受理は編集会議で決定する。また, 編集体裁を統一するため, 編集委員で一部を変更することができる。
- 21) 著者校正は原則として1回とする。
- 22) 別冊は原則として作製せず, 筆頭著者へPDFデータを配布する。別冊を希望する場合は著者校正時に10部以内の部数を朱書する。
- 23) 臨床研究に関する倫理的事項は当院の倫理審査委員会において審議し承認されていること。
- 24) 投稿者は, 個人, 病院, 施設が報酬を得た治験研究については, 必ず共著者を含めた全著者の利益相反の有無を開示すること。その他の研究については, 「岡山済生会総合病院における臨床研究等に係わる利益相反管理規程」に準じて開示すること。開示すべき事項がある場合は本文の末尾（謝辞, 学会発表の旨の後）に記載する。ない場合は「利益相反なし」を同箇所に記載する。
- 25) 本誌に掲載された論文等の著作権は, 著作者と岡山済生会総合病院に帰属する。
- 26) 本誌は表紙, 目次, 論文1ページ目, 英文抄録を当院のホームページに公開する。また, 全文をインターネット上へ掲載することについて了承しているものとする。
- 27) 本規定は2016年9月21日より施行し, 院内グループウェア及び当院ホームページ上に公開する。  
2016年10月14日, 2016年11月16日, 2016年12月15日, 2017年1月11日, 2017年4月12日, 2017年

5月24日, 2017年6月8日, 2017年10月4日, 2019年2月13日, 2019年7月10日, 2019年12月11日,  
2021年3月10日改訂

28) 問合せ／原稿提出先

岡山済生会総合病院雑誌編集委員会 事務局

住所：〒700-8511 岡山市北区国体町2番25号

電話番号：086-252-2211（代表）内線 12121

E-mail アドレス：[journal-osh@okayamasaiseikai.or.jp](mailto:journal-osh@okayamasaiseikai.or.jp)

担当者：学術支援センター 中島公代

## 編集後記

本邦では2020年1月14日に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による肺炎患者が初めて確認されています。その後、社会活動の規制とワクチン接種の普及、一方でウイルス変異株の発生・拡大を繰り返しながら、今は「第6波」の渦中にあります。随分長くCOVID-19と付き合ってきたように思いますが、しばらくは続きそうです。本号では、特集として「新型コロナワクチンチーム活動報告」と「新型コロナワクチン職域接種報告」が生まれ、夫々の部署のCOVID-19感染に対する取り組みが報告されています。まさに、この2年間は病院あげての戦いの成果であったことが推察されます。

前号より復活した総説では、緑内障治療の現状と、現在完治が可能になったC型肝炎の歴史が分かり易く解説されています。本号では、その他、研究、報告、CPC、ホスピタル・ジョイント・カンファレンス、2021年度岡山済生会看護研究報告会抄録などに多数の投稿があり、大変盛り沢山の内容となりました。ページを捲ることにより、当院が専門性の高い集団の力により運営されていることを改めて感じる事が出来ました。これを機会に本誌への投稿がさらに増えることを期待しております。

山村昌弘

## 編集委員

編集委員長	吉岡正雄
副編集委員長	能勢聡一郎
編集委員	池田房雄, 糸島達也, 浮田 實, 茅原路代, 塩出純二, 浜家一雄, 山村昌弘
査読委員	元木崇之
事務局	中島公代, 山本 稔

岡山済生会総合病院雑誌 53巻 2021  
Journal of Okayama Saiseikai General Hospital Vol.53 (2021)  
ISSN 0475-008X

2022年3月31日発行

発行者 塩出純二  
編集者 吉岡正雄  
発行 岡山済生会総合病院  
〒700-8511 岡山市北区国体町2番25号  
Tel : (086)252-2211 Fax : (086)252-7375  
URL : <http://www.okayamasaiseikai.or.jp/>  
E-mail : [journal-osh@okayamasaiseikai.or.jp](mailto:journal-osh@okayamasaiseikai.or.jp)

Owned and published by  
Director Junji Shiode  
Okayama Saiseikai General Hospital  
2-25, kokutaicho, Kita-ku, Okayama, 700-8511, Japan  
Editorial communications to : Masao Yoshioka MD, PhD  
Business communications to : Kimiyo Nakashima

印刷 株式会社 中野コロタイプ  
〒701-2142 岡山市北区玉柏390

