

## VI. 研究業績

---

## 研究業績一覧

学会（区分／発表者名（筆頭者に○）／タイトル／発表した学会・企画／場所／日時）

- 総会 ○重吉到、栗原唯生、佐野貴之、浅沼晃三、井上豪、市川辰夫  
「術前に卵巣嚢腫と診断した若年女性の腸間膜リンパ管腫の一例」  
第 49 回腹部救急医学会総会 福岡 3月13日
- 総会 ○佐野貴之、重吉到、浅沼晃三、井上豪、長潔、市川辰夫、井合哲  
「バーベル落下により発症した外傷性小腸穿孔の一例」  
第 49 回腹部救急医学会総会 福岡 3月13日
- 総会 ○浅沼晃三、重吉到、栗原唯生、佐野貴之、井上豪、市川辰夫  
「術前診断が困難であった閉鎖孔ヘルニアの一例」  
第 49 回腹部救急医学会総会 福岡 3月13日
- 総会 ○栗原唯生、岡村行泰、金本秀行、杉浦禎一、水野隆史、木内亮太、寺島雅典、坂東悦郎、絹笠祐介、  
上坂克彦  
「前治療のないHCV陽性肝細胞癌切除例における術前HCV抗体価の検討」  
第 113 回日本外科学会定期学術集会 福岡 4月12日
- 総会 ○荒熊智宏、後藤知英、生田陽二、荒井祥実、坂口友里、富田直、清水直樹、三山佐保子  
「小児集中治療室における持続脳波モニタリングでとらえた発作時脳波の検討」  
第 55 回日本小児神経学会学術集会 大分 5月29日
- 総会 ○浅沼晃三、佐藤新太郎、原澤慶次、土方直也、宮岡啓介、石津英喜、田川公平、後藤正志、  
青山克彦  
「腹腔動脈より流入する異常血管を認めた右肺分画症の一例」  
第 30 回日本呼吸器外科学会総会 愛知 5月10日
- 総会 ○天野由紀、芦荻圭一、河野直哉、関志帆子、高橋昭裕、千葉秀幸、井田智則、諸橋大樹、太原洋、  
後藤亨  
「急性出血性直腸潰瘍 12 例の臨床的特徴および内視鏡的止血法の検討」  
第 85 回日本消化器内視鏡学会総会 京都 5月11日
- 総会 ○下正宗、佐々木隆徳、村上純子、児玉貴之、坂戸慶一郎、本郷舞依  
「R-CPC 臨床検査を患者のケアに生かす——検査値を読んで病態に迫る——」  
第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 宮城 5月19日

- 総会 ○相原雅子、村上純子、吉田智恵子、野田邦子  
「当院における血液培養検査の現状について」  
第87回日本感染症学会学術講演会 神奈川 6月5日
- 総会 ○吉田智恵子、村上純子、相原雅子  
「VREアウトブレイクから学んだ感染防止対策」  
第87回日本感染症学会学術講演会 神奈川 6月5日
- 総会 栗原唯生  
「当院における非B非C肝細胞癌の外科的治療成績とその臨床病理学的特徴」  
第25回日本肝胆膵外科学会・学術集会 栃木 6月12日
- 総会 栗原唯生  
「胃に転移したと考えられる肝原発類上皮血管内皮腫の1例」  
第25回日本肝胆膵外科学会・学術集会 栃木 6月12日
- 総会 村上純子  
「臨床検査とチーム医療」  
第23回日本臨床検査専門医会春季大会 神奈川 6月29日
- 総会 栗原唯生  
「3cm・3個以下のウイルス性肝細胞癌とNBNC型非ウイルス性肝細胞癌の手術治療成績の比較」  
第68回日本消化器外科学会総会 宮崎 7月18日
- 総会 ○奥嶋博美、西村勝彦、石黒泉、大山美香、小川幸祐、崎山けい子、村上純子  
「検査血液学会提唱白血球分類法による好中球桿状核球と分葉核球の目視比率について」  
(第1報) 基準値設定の試み  
第14回日本検査血液学会学術集会 東京 7月28日
- 総会 ○崎山けい子、大山美香、小川幸祐、村上純子  
「検査血液学会提唱白血球分類法による好中球桿状核球と分葉核球の目視比率について」  
(第2報) SIR S症例についての検討  
第14回日本検査血液学会学術集会 東京 7月28日

- 総会 ○佐藤新太郎、草野賢次、原澤慶次、浅沼晃三、宮岡啓介  
「Clarithromycinが有効であったM.gordonaeによる肺感染症の1例」  
第164回日本結核病学会関東支部学会、第206回日本呼吸器学会関東地方会  
長野 9月21日
- 総会 藤田泰幸  
「3歳児に発達の遅れを指摘されたがその後順調に発達し問題なく就学した2例」  
第31回日本小児心身医学会学術集会 鳥取 9月14日
- 総会 ○野口周一、高石光雄、稲村充則  
「当院回復期リハビリテーション病棟における独居患者の転帰」  
第35回日本リハビリテーション医学会関東地方会 山梨 9月14日
- 総会 ○福本顕史、田中宏昌、守谷能和、忍哲也、久保地美奈子、小野未来代、吉野肇、増田剛  
「ERCP後膵炎予防における当院での工夫(ジクロフェナクナトリウム坐剤事前投与について)」  
第21回日本消化器関連学会週間 東京 10月11日
- 総会 ○小川幸祐、金泉恵美子、大山美香、崎山恵子、尾形麻里子、大久保智子、村上純子  
「EVANS症候群を併発し、診断に苦慮した血管免疫芽球性T細胞リンパ腫の1例」  
第60回日本臨床検査医学会学術集会 兵庫 11月1日
- 総会 ○小林真弓、森下泉、春原美代子、大久保智子、村上純子  
「分娩数が多い地域の基幹病院における不規則抗体の検出状況」  
第60回日本臨床検査医学会学術集会 兵庫 11月1日
- 総会 ○村上純子、佐守友博  
「委員会特別企画2(チーム医療WG)一致団結! 臨床検査とチーム医療  
日本臨床検査専門医会から一検査医がチーム医療において担うべきこと/担いたいこと」  
第60回日本臨床検査医学会学術集会 兵庫 11月2日
- 総会 ○村上純子、下正宗、本田孝行、正木充、上原由紀、小笠原理恵  
「臨床で利用しやすい検査結果を提供しよう R-CPC2」  
第60回日本臨床検査医学会学術集会 兵庫 11月3日

- 総会 ○重吉到、佐野貴之、浅沼晃三、井上豪、市川辰夫  
「出血を繰り返す十二指腸GISTに対してIVR後十二指腸部分切除を施行した一例」  
第75回日本臨床外科学会総会 名古屋 11月21日
- 総会 ○佐野貴之、重吉到、栗原唯生、浅沼晃三、井上豪、市川辰夫  
「穿孔性癌性腹膜炎で発症した、原発性小腸未分化癌の1例」  
第75回日本臨床外科学会総会 名古屋 11月21日
- 総会 ○小池昭夫、岩井ふみ代 (埼玉土建国民健康保険組合)  
「CBPR活動の現状」  
日本ヘルスプロモーション学会第11回学術大会・総会 長野 11月30日
- 地方会 ○土佐素史、喜多村健一、新井亮子、中島尚子、中島昌典、倉本崇光、山田歩美、久保地美奈子、忍哲也  
「当院で経験した髄液中ADA活性上昇から結核性髄膜炎と診断した4例」  
第595回日本内科学会関東地方会 埼玉 3月9日
- 地方会 ○倉本崇光、忍哲也、中島昌典、土佐素史、山田歩美、久保地美奈子、村上純子  
「診断に難渋したEvans症候群合併血管免疫芽球型T細胞リンパ腫」  
第595回日本内科学会関東地方会 埼玉 3月9日
- 地方会 ○山田歩美、田中宏昌、守谷能和、福本顕史、忍哲也、小池昭夫  
「脳梗塞を繰り返しTrousseau症候群と考えられた進行膵癌の1例」  
第597回日本内科学会関東地方会 埼玉 6月8日
- 地方会 ○佐藤新太郎、原澤慶次、浅沼晃三、宮岡啓介、草野賢次  
「左動眼神経麻痺を初発症状とした肺小細胞癌による癌性髄膜炎の1例」  
第599回日本内科学会関東地方会 埼玉 9月14日
- 地方会 ○佐藤新太郎、山田歩美  
「慢性壊死性肺アスペルギルス症の臨床像についての検討」  
第62回日本感染症学会東日本地方会学術集会 東京 11月1日
- 地方会 ○伊藤浄樹、布施彩、芳賀厚子、榎本明美、市川清美、神谷稔  
「健児を得た子宮内外同時自然妊娠の1例」  
第81回産婦学会埼玉地方部会 埼玉 11月9日

- 地方会 ○山田歩美、忍哲也、村上純子、三浦勝浩 (日本大学医学部付属板橋病院血液・膠原病内科)  
「術後の止血困難が契機となって診断された後天性血友病Aの1例」  
第601回日本内科学会関東地方会 埼玉 11月9日
- 地方会 小池昭夫  
「楽しいヘルスプロモーション」  
第13回働くもののいのちと健康を守る 関東甲信越学習交流会 埼玉 11月9日
- 地方会 ○喜多村健一、山田歩美、佐藤新太郎、忍哲也  
「傍腫瘍性神経症候群による健忘症状が発傍腫瘍性神経症候群による健忘症状が発見の契機となった肺小細胞癌の1例」  
第602回日本内科学会関東地方会 埼玉 12月14日
- 地方会 ○田中宏昌、久保地美奈子、守谷能和、福本顕史、忍哲也、小野未来代、増田剛、石津英喜  
「慢性C型肝炎に合併した肉腫様変化を伴う肝内胆管癌の1例」  
第602回日本内科学会関東地方会 埼玉 12月14日

## 講演会

(発表者名/タイトル/発表した学会・企画/場所/日時)

- 村上純子 「自己血輸血小委員会報告——埼玉県の自己血輸血——」  
第4回埼玉輸血フォーラム 埼玉 2月2日
- 雪田慎二 「チェルノブイリ原発事故 その26年後」  
被ばく問題に取り組む市民団体 埼玉 2月17日
- 雪田慎二 「脱原発！そして再生可能エネルギーへ！ウクライナとドイツから何を学ぶか」  
ふじみ野市革新懇 埼玉 3月10日
- 雪田慎二 「ソーシャルワーカーとして長持ちするために もの言うソーシャルワーカーに」  
県連ソーシャルワーカー部会 埼玉 4月27日
- 雪田慎二 「埼玉民医連の被災者支援活動報告」  
原発事故被災者相談活動交流集会 埼玉 6月1日

- 村上純子 「病態を予測した検査値の読み方～肝腎な話」  
S-QUE研究会 Eナース研修 埼玉 6月19日
- 村上純子 「検査データの読み方・考え方～データから何が起きているか(病態生理)を  
読み取る～」  
京都府看護協会研修会 京都 7月17日
- 雪田慎二 「原発事故による健康被害 様々なデータをどう読み解くか」  
埼玉平和のための戦争展 埼玉 7月28日
- 雪田慎二 「原発事故による健康被害 甲状腺エコー検診結果などをどう理解するか」  
原発事故被災者支援団体ココカフェ 埼玉 9月8日
- 村上純子 「検査データの読み方・考え方～データから何が起きているか(病態生理)を  
読み取る～」  
京都府看護協会研修会 京都 10月30日
- 村上純子 「輸血に関する基礎知識と実践上の注意 and 自己血輸血のQ&A」  
茨城県立中央病院研修会 茨城 11月25日
- 雪田慎二 「健康不安に負けずに気楽にやり過ぎず知恵」  
原爆被害者団体協議会しらさぎ会 埼玉 12月8日

**法人内** (発表者名〈筆頭者には○〉/タイトル/発表した学会・企画/場所/日時)

- 雪田慎二 「脱原発! そして再生可能エネルギーへ!」  
法人20周年記念 埼玉 1月20日
- 村上純子 「臨床検査科医師による横断的診療支援——臨床検査医の紹介をかねて——」  
埼玉民医連学術・運動交流集会 埼玉 2月3日
- 吉野肇、荒木久美子 「大井協同診療所 初めての胃癌リスクに取り組んで」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日

- 福本顕史、田中宏昌、守谷能和、忍哲也、小野未来代、吉野肇、増田剛  
「孤立性胃静脈瘤破裂により診断された膵頭部動静脈奇形の1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 有田圭介、田中宏昌、大石克巳、福本顕史、忍哲也、増田剛  
「成人多発性胃重複症の1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 重吉到、佐野貴之、金子しおり、浅沼晃三、井上豪、長潔、井合哲、市川辰夫  
「当院における門脈ガス血症9例の検討」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 福本顕史、田中宏昌、守谷能和、忍哲也、小野未来代、吉野肇、増田剛  
「ERCP後膵炎予防における当院での工夫(ジクロフェナクナトリウム座薬の予防投与)」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 久保地美奈子、田中宏昌、守谷能和、福本顕史、忍哲也、小野未来代、吉野肇、増田剛  
「当院の急性膵炎における検討」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 守谷能和  
「確定診断に難渋した、広範囲胆管浸潤型肝内胆管癌の1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 忍哲也、重吉到  
「肝内胆管癌に伴ったTrousseau症候群と思われる1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 佐野貴之、重吉到、栗原唯生、浅沼晃三、井上豪、長潔、市川辰夫、井合哲  
「当院で経験した虫垂粘液嚢胞腺癌の1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 守谷能和 「ループス腸炎・腹膜炎で発症した全身性エリテマトーデスの1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日
- 田中宏昌 「壊死性腸炎の1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日

深井百恵 「大腸憩室炎に合併した門脈血栓症の1例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日

浅沼晃三 「術前化学療法にてPCRが得られた進行胃癌の一例」  
第13回全日本民医連消化器研究会 埼玉 3月9日

村上純子 「学術・研究活動のプログラミングから発表まで」  
学術運動交流集会プレ企画 埼玉 8月24日

村上純子 臨床検査科医師による横断的診療支援——臨床検査医の紹介をかねて——  
第11回全日本民医連学術・運動交流集会 北海道 10月4日

浅沼晃三 「腹腔動脈より流入する異常血管を認めた右肺分画症の一例」  
第38回全日本民医連呼吸器疾患研究会 三重 11月8日

院内 (発表者名〈筆頭者には○〉/タイトル/発表した学会・企画/場所/日時)

○村上純子、小野寺由美子  
「輸血学習会 No. 1 基礎編」 2月14日

○小野寺由美子、村上純子  
「輸血学習会 No. 2 基礎編」 2月19日

○村上純子、小野寺由美子  
「検査データから読み取る病態生理とフィジカルアセスメント No. 1」  
看護部キャリア2講座 11月19日

○村上純子、小野寺由美子  
「検査データから読み取る病態生理とフィジカルアセスメント No. 2」  
看護部キャリア2講座 12月17日

## Physicians' attitudes toward the definition of "death from age-related physical debility" in deceased elderly with aspiration pneumonia

埼玉協同病院 呼吸器内科 佐藤新太郎

Kosaku Komiya,<sup>1,2</sup> Hiroshi Ishii,<sup>1</sup> Hisako Kushima,<sup>1</sup> Shintaro Sato,<sup>4</sup> Hiroki Kimura,<sup>6</sup> Takaaki Yasuda,<sup>5</sup> Eiji Okabe,<sup>3</sup> Issei Tokimatsu,<sup>1</sup> Hidehiko Yamamoto<sup>6</sup> and Jun-ichi Kadota<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Internal Medicine 2, Oita University Faculty of Medicine, Yufu, <sup>2</sup>Clinical Research Center of Respiratory Medicine, Tenshindo Hetsugi Hospital, <sup>3</sup>Internal Medicine, Tenshindo Hetsugi Hospital, Oita, <sup>4</sup>Respiratory Medicine, Saitama Cooperative Hospital, <sup>5</sup>Psychiatry, Saitama Medical Center, Saitama, and <sup>6</sup>Respiratory Medicine, Aso Iizuka Hospital, Fukuoka, Japan

**Aim:** Deaths from aspiration pneumonia in elderly patients are occasionally considered to be "death from age-related physical debility", because most aspiration pneumonias are a result of aging and lead to death without any definitive therapy. The aim of the present study was to assess physicians' attitudes toward the diagnosis of and actual description of "death from age-related physical debility" on death certificates for deceased patients with aspiration pneumonia.

**Methods:** This study surveyed 62 Japanese physicians including 36 pulmonologists and 26 other physicians who treat patients with pneumonia. Their attitudes regarding consideration and actually recorded "death from age-related physical debility" for deceased patients with aspiration pneumonia were assessed by using anonymous questionnaires, which included the decision-making process and the necessity of detailed diagnostic criteria.

**Results:** A total of 32 (52%) respondents had considered deceased patients with aspiration pneumonia to be "death from age-related physical debility", and 10 (16%) have actually stated this on the death certificate. Advanced age, bedridden status, inability of oral intake and disturbance of consciousness including dementia were major factors in their decision-making. A total of 34 (55%) of the respondent physicians wanted detailed criteria to be established.

**Conclusions:** Physicians' attitudes toward the definition of "death from age-related physical debility" vary a great deal depending on the respondent. The description in death certificates therefore might inaccurately reflect the results of current mortality statistics in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13: 586-590.

**Keywords:** aspiration pneumonia, attitude, death certificate, elderly.

### Introduction

Japan and many other advanced countries are rapidly aging, and pneumonia causes significant morbidity and mortality among elderly patients.<sup>1-3</sup> The most common type of pneumonia in the elderly is aspiration pneumonia.<sup>4,5</sup> Recent mortality statistics in Japan show that the changes over time in mortality from pneumonia and those from stroke are mirror images.<sup>6</sup> This statistics suggest that modern medicine could reduce the mortality after stroke, whereas this has instead yielded patients with dysphagia that are predisposed to developing aspiration pneumonia.

Dysphagia causes aspiration pneumonia, which commonly recurs and leads to death without any definitive therapy. Although several methods have been proposed for the prevention of aspiration, it has limited success.<sup>7-10</sup> Advanced age itself, as well as brain disorders, cause aspiration pneumonia because of dysphagia. Therefore, physicians occasionally make a diagnosis of "death from age-related physical debility" for elderly patients who die of aspiration pneumonia. However, no survey has so far investigated the actual conditions, whereas "age-related physical debility" is defined as frailty, old age, senescence, senile asthenia and senile debility, and should be considered when ruling out other diseases.<sup>11,12</sup> "Pneumonia" and "age-related physical debility" are independently categorized in the current mortality statistics in Japan, and it is important to clarify the decision-making process for cause of death for the purposes of accuracy in death certificates. Therefore, the present study assessed physicians' attitudes

Accepted for publication 31 July 2012.

Correspondence: Dr Kosaku Komiya MD, Internal Medicine 2, Oita University Faculty of Medicine, 1-1 Idaigaoka, Hasama-machi, Oita 879-5593, Japan. Email: komiyakh1@oita-u.ac.jp

toward the term “death from age-related physical debility” for deceased elderly patients with aspiration pneumonia.

**Methods**

**Sample**

In April 2012, anonymous questionnaires were administered to all of the pulmonologists who belonged to the Department of Internal Medicine 2, Oita University Faculty of Medicine in Yufu, Japan, and to other physicians who treated inpatients with pneumonia at the hospitals where pulmonologists were resident. The “pulmonologists” were defined as clinical physicians who were trained in respiratory medicine and were working as a “pulmonologist”. This definition did not require that he/she was a Board Certified Member of the Japanese Respiratory Society. They included 12 physicians working at clinics and 101 physicians working at hospitals in Oita Prefecture, Japan. This survey utilized anonymous questionnaires obtained from unidentified individuals, and therefore, did not require the approval of the ethics review boards at participating institutions.

**Structure of the questionnaire**

The present study used a simple, anonymous one-page pencil-and-paper questionnaire. Questions were basically presented as a number of options for each item, and respondents selected one answer from among the various options, except the question regarding decision-making for “death from age-related physical debility”, which required selection of the top three answers. These questions requested the following data: (i) sex; (ii) duration of working experience as a medical doctor; (iii) specialty; (iv) the mean number of inpatients with respiratory diseases per day and also aspiration pneumonia under his/her charge; (v) Have you regarded patients that died from aspiration pneumonia as an “age-related physical debility” in the elderly? If yes, have you actually recorded “death from age-related physical debility” in a death certificate for such patients?; (vi) If you answered “yes” to question #5, select top three reasons from the following items for the decision (advanced age, bedridden status, little inflammatory response, an inability of oral intake, malnutrition, sparse radiological findings, a disturbance of consciousness including dementia, long-term tube feeding, a recurrence of aspiration, family’s understanding of “age-related physical debility”, death at home, long-term care by one physician, or multiple organ failure); (vii) If you answered “no” to question #5, select the reasons from the following items (belief that the law does not allow it, belief that “age-related physical debility” is an unsuitable term for a death certificate, wishes of the patients’ family or concern for them,

others); and (8) Are detailed diagnostic criteria for “age-related physical debility” necessary? (necessary, indeterminate or unnecessary).

**Statistical analysis**

Statistical analyses were carried out using the PASW Statistics version 18.0 software package (IBM SPSS, Tokyo, Japan). Statistical significance was defined by a value of  $P < 0.05$  for all analyses. The  $\chi^2$ -test was applied for comparing categorical variables, unless one of the categories had fewer than 20 observations, in which case Fisher’s exact test was applied.

**Results**

**Attitudes of physicians toward “death from age-related physical debility”**

Questionnaires were completed by 62 out of 113 physicians, with a response rate of 55%. The most common specialty of respondents was respiratory medicine, followed by general physicians (Table 1). The response rate of pulmonologists was higher than that of the other physicians (78% [36/46] vs 39% [26/67]). A total of 32 physicians (52%) had considered death from aspiration pneumonia as “death from age-related physical debility”, and 10 out of these 32 physicians have actually recorded it on a death certificate (Fig. 1). These results did not vary according to doctors’ speciality, such as pulmonologist or not.

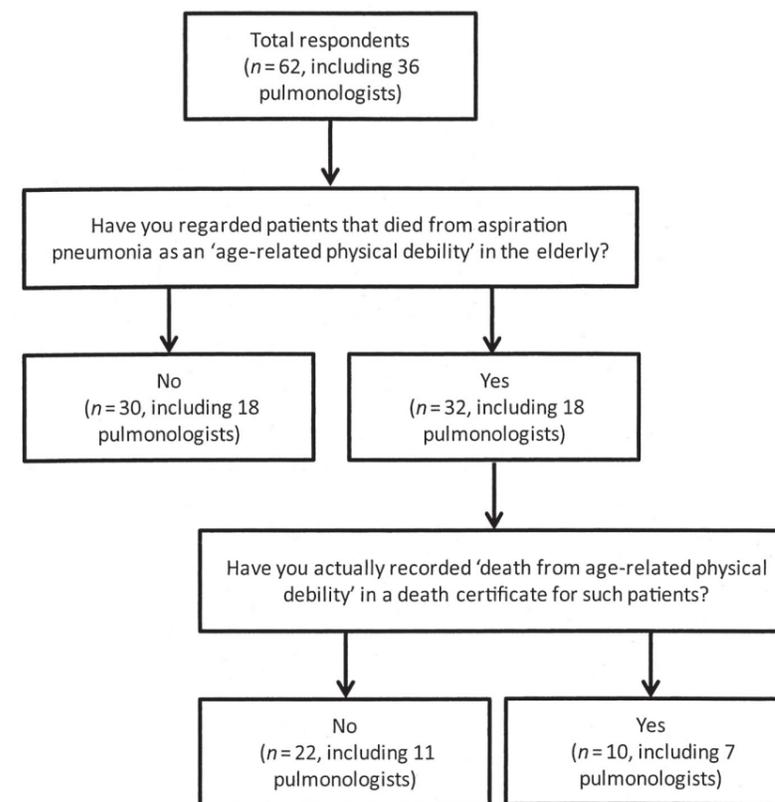
**Factors associated with the decision to record “death from age-related physical debility” on certificate**

Most of the respondents who had recorded “death from age-related physical debility” on death certificates

**Table 1** Respondent characteristics

Sex (male)	58 (94%)
Length of service (years)	19 (IQR 11.8)
Specialties	
Respiratory medicine	36 (58%)
General medicine	9 (15%)
Cardiovascular medicine	4 (6%)
Hematology	4 (6%)
Gastroenterological medicine	3 (5%)
Nephrology	2 (3%)
Endocrinology	1 (2%)
Blank	4 (6%)
No. inpatients per day with respiratory diseases	6 (IQR 9)
No. inpatients per day with aspiration pneumonia	2 (IQR 3)

Data are expressed as the number (% or interquartile range [IQR]).



**Figure 1** The distribution of the physicians’ attitudes toward “age-related physical debility”.

**Table 2** Patients’ backgrounds associated with the decision to record “death from age-related physical debility” in death certificates

Advanced age	7 (23%)
Bedridden status	6 (20%)
Inability of oral intake	5 (17%)
Loss of consciousness	4 (13%)
Malnutrition	2 (7%)
Tube feeding	2 (7%)
Repeat of aspiration	1 (3%)
Death at home	1 (3%)
Little radiological findings	1 (3%)
No brain disorder	1 (3%)

Data are expressed as the n (%).

selected “advanced age” followed by “bedridden status” and “inability of oral intake” as the factors associated with their decision-making (Table 2).

**Reasons for not recording “death from age-related physical debility” on a death certificate**

There were 22 respondents who had not recorded “death from age-related physical debility”, even though

they had a chance to consider death from aspiration pneumonia as “death from age-related physical debility” (Fig. 1). Their reasons for this discrepancy were: “belief that the law does not allow it” for 15 (68%) respondents, belief that “age-related physical debility is an unsuitable term for a death certificate” for four (18%) respondents, and “wishes of the patients’ family or concern for them” for three (14%) respondents. No respondent selected “other reasons”.

**Necessity to establish new diagnostic criteria for “death from age-related physical debility”**

A total of 34 (55%) physicians felt it necessary to redefine the detailed diagnostic criteria of “death from age-related physical debility”. A total of 17 (27%) and 11 (18%) respondents selected “indeterminate” or “unnecessary”, respectively.

**Discussion**

The present investigation showed that approximately half of the respondent physicians had considered death from aspiration pneumonia as “death from age-related physical debility”, and approximately one-third of them

Attitudes toward aspiration pneumonia

had recorded this on a death certificate. "Age-related physical debility" is applicable to frailty, old age, senescence, senile asthenia and senile debility according to the International Classification of Diseases 10.<sup>11</sup> However, the physicians' attitudes toward this term were quite diverse. This is probably because many physicians are unsure whether the term reflects a definitive cause of death or a process of aging.

The diagnosis of "age-related physical debility" as a definitive cause of death requires the physician to rule out other causes using any available examination. Some abnormal laboratory or radiological findings could be found in patients admitted to a large hospital, whereas there are limited examinations in a small hospital, clinic or nursing home. Therefore, inpatients in such small care facilities might be easily diagnosed as "death from age-related physical debility". An excessive number of diagnostic tests would thus be required if the criteria of "death from age-related physical debility" were strictly defined. In contrast, this diagnosis could be abused if the criteria were lax. It might be advisable to add "where they died" to the diagnostic criteria. The current study found that some physicians could not record "death from age-related physical debility" as a cause of death because of his/her solicitude for patients' families. These doctors' decision-making might be influenced by cultural or racial differences in each country or locality; however, there has so far been no report discussing this important issue. At the very least, it is important that all members of any society be clearly aware that human life is finite, although the simple diagnosis of "age-related physical debility" should be avoided whenever possible.<sup>13</sup>

In addition to "death from age-related physical debility" as a definitive cause of death, it is necessary to discuss this diagnostic term as a process of life.<sup>14</sup> Uncontrolled aspiration pneumonia without appropriate therapy and prevention in elderly patients could be considered to be an end-of-life condition resulting from senescence. The fact that just one-third of the current respondents actually recorded "age-related physical debility" even though they considered it appropriate suggests that such physicians hesitated to record the term probably because they could determine distinct aspiration. However, the diagnosis of simply "pneumonia" instead of "aspiration pneumonia" would include aspiration pneumonia as a result of aging as common "pneumonia" in the mortality statistics.<sup>11</sup> Thus, there is concern that mortality as a result of "pneumonia" would not statistically decrease, despite improvements in the medical standards for common pneumonia.

Therefore, recording "age-related physical debility" on a death certificate should only be considered as a definitive cause of death if significant aspiration pneumonia has been excluded, and the decision for the diagnosis should be adjusted according to where the

patients died, such as in a large hospital or small care facility. For instance, as "age-related physical debility" can be translated as a gradual progression of multiorgan failure, doctors in a large hospital might make a diagnosis of multiorgan failure rather than "age-related physical debility" based on the laboratory findings. In such situations, further discussion is required to determine how doctors should state the actual cause of death on the death certificate. In addition, the diagnosis of "aspiration pneumonia" should be clearly distinguished from common "pneumonia". The Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan should clarify that "aspiration pneumonia" resulting from the unavoidable process of aging is different from common "pneumonia",<sup>15</sup> although it is still difficult to draw the line between these two diseases. There are currently no widely-accepted diagnostic criteria for "aspiration pneumonia", and this might make this a difficult issue to address.

The present study had several limitations. First, the targeted physicians were localized in one prefecture, and the response rate of the survey for non-pulmonologists was relatively low. This might have been a result of the physicians' difficulty in assessing the issues in the present questionnaire. Second, it was unclear how diverse the individuals' standards of judgment with regard to "age-related physical debility" were.

In conclusion, the physicians' attitudes toward the definition of "age-related physical debility" varied among the respondents. This might be because of the ambiguous definition of "age-related physical debility" as a cause of death or a process of aging. Many advanced countries including Japan are rapidly aging, thereby leading to an increased mortality in modern society. It might be time to redefine the criteria of "age-related physical debility" in clinical practice to ensure the accuracy of necrology. Our data was limited by the small number of respondents, and was carried out in one prefecture, therefore, a large national survey is required.

**Acknowledgments**

We thank Dr Satoshi Hirano (Fujita Health University) and Ms Ikuko Okubayashi (Tenshindo Hetsugi Hospital) for their valuable advice and expertise.

**Disclosure statement**

The authors declare that they have no conflict of interest.

**References**

1 Knickman JR, Snell EK. The 2030 problem: caring for aging baby boomers. *Health Serv Res* 2002; **37**: 849-884.

K Komiya *et al.*

2 Chong CP, Street PR. Pneumonia in the elderly: a review of severity assessment, prognosis, mortality, prevention, and treatment. *South Med J* 2008; **101**: 1134-1140.

3 Mylotte JM, Goodnough S, Naughton BJ. Pneumonia versus aspiration pneumonitis in nursing home residents: diagnosis and management. *J Am Geriatr Soc* 2003; **51**: 17-23.

4 Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H *et al.* High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan. *J Am Geriatr Soc* 2008; **56**: 577-579.

5 Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med* 2001; **344**: 665-671.

6 Japanese Ministry of Health Law. Statistics of mortality in Japan. 2012. [Cited 7 July 2012.] Available from URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai09/kekka3.html>

7 Higaki F, Yokota O, Ohishi M. Factors predictive of survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in the elderly: is dementia really a risk factor? *Am J Gastroenterol* 2008; **103**: 1011-1016.

8 Sekizawa K, Matsui T, Nakagawa T *et al.* ACE inhibitors and pneumonia. *Lancet* 1998; **352**: 1069.

9 Teramoto S, Yamamoto H, Yamaguchi Y *et al.* Antiplatelet cilostazol, an inhibitor of type III phosphodiesterase, improves swallowing function in patients with a history of stroke. *J Am Geriatr Soc* 2008; **56**: 1153-1154.

10 Komiya K, Ishii H, Teramoto S *et al.* Medical professionals' attitudes toward tube feeding for themselves or their families: a multicenter survey in Japan. *J Palliat Med* 2012; **15**: 561-566.

11 International classification of diseases (ICD-10). World Health Organization 2010. [Cited 7 July 2012.] Available from URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

12 Japanese Ministry of Health Law. Manual to fill in a death certificate. 2010.

13 Aita K, Takahashi M, Miyata H *et al.* Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: a qualitative study. *BMC Geriatr* 2007; **7**: 22.

14 Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs* 2003; **44**: 58-68.

15 Teramoto S, Kawashima M, Komiya K *et al.* Health-care-associated pneumonia is primarily due to aspiration pneumonia. *Chest* 2009; **136**: 1702-1703.

# 類白血病反応を伴った granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF) 産生尿路上皮癌の1剖検例

埼玉協同病院 消化器内科 田中宏昌

田中 宏昌<sup>1)</sup> 清水 禮二<sup>1)</sup> 関口由希公<sup>1)</sup> 福本 顕史<sup>1)</sup>  
村上 純子<sup>2)</sup> 石津 英喜<sup>3)</sup>

## 要 旨

類白血病反応の原因の一つにG-CSF産生腫瘍がある。G-CSF産生腫瘍は半数以上を肺癌が占めるが、その他にも胃癌、肝癌、甲状腺癌、乳癌など多岐にわたる。このうちG-CSF産生尿路上皮癌は予後不良の稀な腫瘍として知られており報告例は少ない。今回われわれは類白血病反応からG-CSF産生腫瘍を疑ったが急激な転帰で死亡し、剖検によって確定診断に至ったG-CSF産生尿路上皮癌の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

[日内会誌 102: 710~713, 2013]

**Key words** 類白血病反応, G-CSF産生, 尿路上皮癌

## 症 例

患者：88歳，男性。主訴：全身倦怠感，食欲不振。既往歴：表在性膀胱癌に対して1998~2004年にかけて3回の経尿道的膀胱腫瘍切除術施行。家族歴：特記事項なし。生活歴：化学薬品曝露歴なし。現病歴：2007年5月中旬，海外への船旅の途中に発熱，咳・痰などの症状を認め，肺炎の診断で加療を受けた。その後も体調は改善せず，6月中旬帰国した翌日に当院を受診し，血液検査で著明な白血球増多を認めたため精査加療目的に入院した。入院時現症：意識JCSI-3，体

温36.4度，血圧108/66 mmHg，脈拍90/分・整，SpO<sub>2</sub>97% (室内気)。身体所見に異常を認めない。入院時検査所見：WBC 67,800/μl (Met 0.5%，St 37.5%，Seg 45.0%，Eo 8.5%，Lym 2.0%，Mo 6.5%)，RBC 399万/μl，Hb 12.3 g/dl，Ht 37.0%，Plt 23.9万/μl，BUN 18.7 mg/dl，Cr 1.17 mg/dl，CRP 1.20 mg/dl，PSA-ACT 0.5 ng/ml，尿比重1.006，尿蛋白(-)，尿沈渣WBC 1~4/HPF，RBC 50~99/HPF。

## 臨床経過

核の左方移動を伴う好中球優位の類白血病反

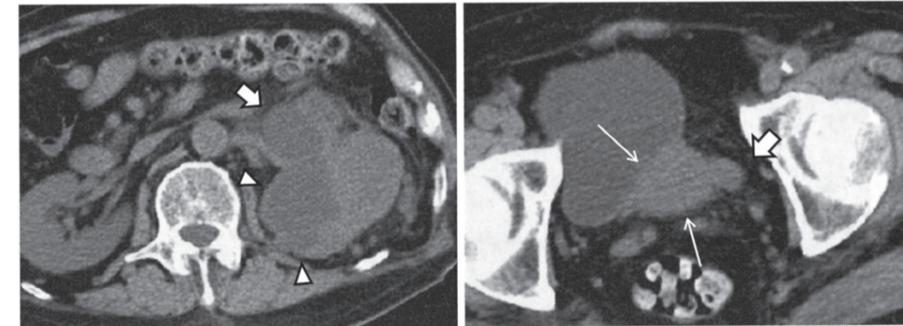


図1. 腹部骨盤部単純CT

左腎の腎盂腎杯の拡大(矢頭)及び左尿管の拡張(太矢印)を認める。また左尿管膀胱移行部にも腫瘍(細矢印)を認める。

応であり，重症細菌感染症の他，G-CSF産生腫瘍，中毒などが考えられた。前医で肺炎として加療された経緯があったが胸部X線検査では肺炎像は認めなかった。感染症としてはvital signや身体所見に異常がなく，CRP値も不相应であった。表在性膀胱癌の既往および肉眼的血尿などから腎尿路系疾患を疑い腹部骨盤部CT検査を施行したところ，左腎盂腎杯の著明な拡大と左尿管の拡張，左尿管膀胱移行部の肥厚・腫瘤形成を認めた(図1)。左側尿路閉塞による尿路感染症を考慮してPIPC 6 g/日の点滴静注を開始したが，その後も白血球数の上昇が続いた(最高値77,100/μl)。意識状態，呼吸状態は急速に悪化し，入院第10病日で死亡した。剖検では左腎はほぼ腫瘍で置換され正常構造をほとんど認めず，左尿管膀胱移行部にも壊死を伴う乳頭状腫瘍が存在していた。組織型は巨細胞を含む極めて低分化の尿路上皮癌であった(図2a, 2b)。また骨髓は過形成で細胞成分が優位の細胞髄(図2d)であった。類白血病反応は尿路上皮癌からのG-CSF産生が原因と考え，抗ヒトG-CSF抗体を用いた免疫染色を追加施行したところ腫瘍組織中のG-CSF活性が証明(図2c)され診断が確定した。

## 考 察

悪性腫瘍に随伴する好中球優位の類白血病反応は以前から知られていたが，その原因の一つが腫瘍の産生するG-CSFによることを1977年にAsanoら<sup>1)</sup>が報告した。G-CSF産生腫瘍は半数以上が肺癌であり，胃癌，甲状腺癌，肝癌など多種にのぼる。尿路上皮癌で最初にG-CSF産生が確認されたのはItoら<sup>2)</sup>の報告による。G-CSF産生尿路上皮癌では未分化な組織型をとることが多く，6カ月生存率54.5%，12カ月生存率14.0%との報告<sup>3)</sup>もあり極めて予後不良である。G-CSFによって腫瘍細胞の増殖が促される<sup>4,5)</sup>ことが急激な経過をたどる主因と考えられているが，腫瘍細胞がG-CSF産生能を獲得する機序については不明である<sup>6)</sup>。また末梢白血球数と血清G-CSF値は腫瘍の病勢と相関し，腫瘍マーカーとなりうる可能性が示唆されている<sup>7-9)</sup>。当時は困難であったenzyme immunoassay (EIA)法による血清G-CSF値の測定が近年では可能になっており，炎症・感染などの原因がなく類白血病反応を認められた場合にはG-CSFの測定を検討すべきであると考えられる。本例で過去3回にわたり治療を行った表在性膀胱癌はいずれも上皮内に限局する高

[第587回関東地方会(2012/05/12)推薦][受稿2012/11/06, 採用2012/11/18]

<sup>1)</sup> 埼玉協同病院内科, <sup>2)</sup> 同 血液内科, <sup>3)</sup> 同 病理科

Case Report: An autopsy case of granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF)-producing urothelial carcinoma with leukemoid reaction.

Hiromasa Tanaka<sup>1)</sup>, Reiji Shimizu<sup>1)</sup>, Yukihiro Sekiguchi<sup>1)</sup>, Kenji Fukumoto<sup>1)</sup>, Junko Murakami<sup>2)</sup> and Hideki Ishizu<sup>3)</sup>: <sup>1)</sup> Department of General Internal Medicine, Saitama Co-operative Hospital, Japan, <sup>2)</sup> Department of Hematology, Saitama Co-operative Hospital, Japan and <sup>3)</sup> Department of Pathology, Saitama Co-operative Hospital, Japan.

今月の症例

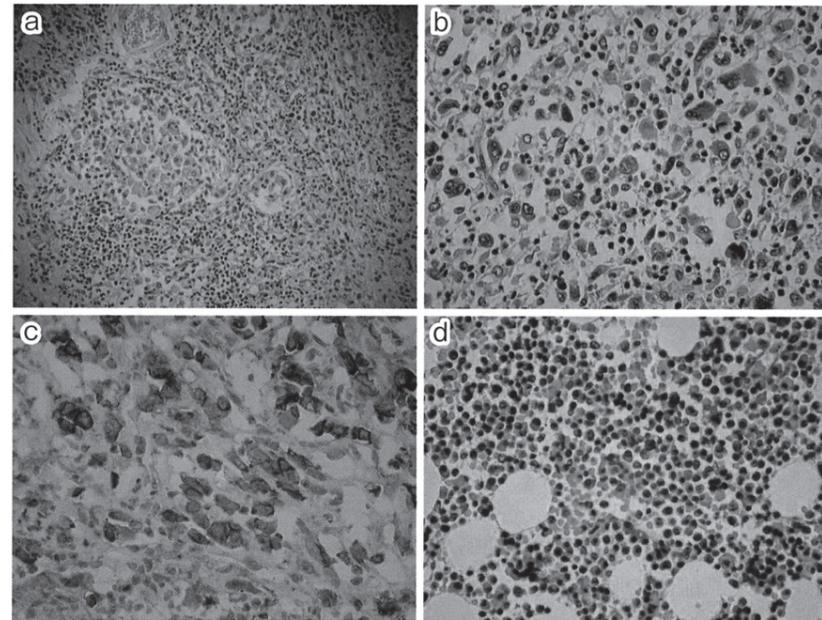


図2. 病理組織所見

- a. 巨細胞を含む低分化の尿路上皮癌 (HE染色 ×40)
- b. 強拡大像 (HE染色 ×200)
- c. 抗ヒトG-CSF抗体を用いた免疫染色像 (×200)
- d. 骨髓は過形成で細胞成分優位の細胞髄 (HE染色 ×40)

分化から中分化の尿路上皮癌であった。その後の経過観察では血尿は認めず、2回/年の自然尿、膀胱洗浄液の細胞診はいずれもclassI~IIであった(最終2007年1月膀胱洗浄液細胞診classI)。また本例では左腎と膀胱の両方に腫瘍を認め、特に左腎はほぼ腫瘍で置換されていた。尿路上皮癌は多中心性発癌が特徴であるが、その一方で初発が膀胱癌で上部尿路に再発するのは5%程度とされるのに対し、初発が上部尿路で膀胱に再発するのが30~50%と高く、尿流が播種に関与する根拠の一つとされている<sup>10)</sup>。これらを踏まえると本例では原発病変は左腎であり、膀胱へ播種した可能性も示唆された。

G-CSF産生尿路上皮癌は予後不良の稀な腫瘍として知られており、医学中央雑誌による検索では本邦での報告は70例に満たない。症例集積により病態の解明、治療法の確立が望まれる疾

患の一つである。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文 献

- 1) Asano S, et al: Demonstration of Granulopoietic Factor (s) in the Plasma of Nude Mice Transplanted With a Human Lung Cancer and in the Tumor Tissue. BLOOD 49: 845-852, 1977.
- 2) Ito N, et al: BLADDER CANCER PRODUCING GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTOR. N Engl J Med 323: 1709-1710, 1990.
- 3) 亀井信吾, 他: Granulocyte-Colony Stimulating Factor (G-CSF)産生膀胱癌の1例. 泌尿器外科 17: 1139-1142, 2004.
- 4) Tachibana M, et al: Autocrine Growth of Transitional Cell Carcinoma of the Bladder Induced by Granulocyte-Colony Stimulating Factor. Cancer Res 55: 3438-3443, 1995.
- 5) Ohigashi T, et al: BLADDER CANCER CELLS EX-

今月の症例

- PRESS FUNCTIONAL RECEPTORS FOR GRANULOCYTE-COLONY STIMULATING FACTOR. J Urol 147: 283-286, 1992.
- 6) 森山浩之, 他: 顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) 産生膀胱癌の1例. 西日泌尿 72: 475-479, 2010.
  - 7) 岩田 健, 他: G-CSF産生膀胱癌の1例. 泌尿紀要 45: 847-850, 1999.

- 8) 角田雄一, 他: 顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) 産生膀胱癌. 臨泌 54: 67-69, 2000.
- 9) 吉野干城, 米田健二: G-CSF産生膀胱癌の1例. 泌尿紀要 54: 775-778, 2008.
- 10) 高橋 毅: 尿路上皮癌の尿路内再発—上部尿路癌と膀胱癌—. 日本臨牀 68 (4): 437-440, 2010.

「今月の症例」の投稿について

今月の症例は、地方会で発表された演題の中から、教育的に優れた臨床報告の演題を各支部ごとに推薦を受け、それをさらに日本内科学会雑誌編集委員会で審査し、口演者(連絡責任者)に投稿を勧誘をしております。よって、一般投稿は受理していません。

# 一般病院の「一人検査医」の立場から

埼玉協同病院 臨床検査科 村上純子

## Task Analysis of Clinical Laboratory Physician in Acute Hospital

Junko MURAKAMI, MD\*

Appropriate communications between clinical divisions and clinical laboratories are required to improve the quality of health care in hospitals. In this paper, the routine work of a clinical laboratory physician is presented.

1. In order to support attentive medical practice, we have established a consultation service system for handling questions from medical staff. The main clients are doctors and clinical laboratory technologists.

2. In order to improve the quality of infectious disease analysis, we have recommended obtaining two or more blood culture sets to achieve good sensitivity. The order rate of multiple blood culture sets increased 90% or more in 2011.

3. In order to provide appropriate blood transfusion, we intervene in inappropriate transfusion plans.

4. In order to support prompt decision making, we send E-mails to physicians regarding critical values.

5. We send reports on the morphology of cells (peripheral blood and bone marrow), IEP, flow cytometry, irregular antibodies, and so on.

It has been realized that doctors want to know better solutions immediately rather than the best solution tomorrow morning. We would like to contribute to improving the quality of health care in Saitama Cooperative Hospital as clinical laboratory physicians. **【Review】**

[Rinsho Byori 61 : 541~546, 2013]

Corresponding author: Junko MURAKAMI, MD, Clinical Laboratory Department, Saitama Cooperative Hospital, Kawaguchi 333-0831 Japan. E-mail: mjun@mcp-saitama.or.jp

**【Key Words】** on-call consultation (オンコール コンサルテーション), infection control (院内感染対策), appropriate blood transfusion (適正輸血), E-mail for emergency case (メールによる緊急異常値報告), medical audit (介入)

平成22年度診療報酬改定により、検体検査管理加算(IV)が新設された。この加算を得るためには、「臨床検査を専ら担当する常勤の医師(以下、検査医)」を置くことが必須である。検査医は、「検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営ならびに検査機器および試薬の管理につ

いても携わる者」と規定されている。なお、「臨床検査を専ら担当する」の“専ら”は、勤務時間の大部分(概ね80%)を臨床検査関連業務に割いている(=専従)ことが目安であるといわれている。

筆者は、2011年4月、スタッフの殆どがそれまで検査医というものを見たことも聞いたこともない、

—臨床病理—

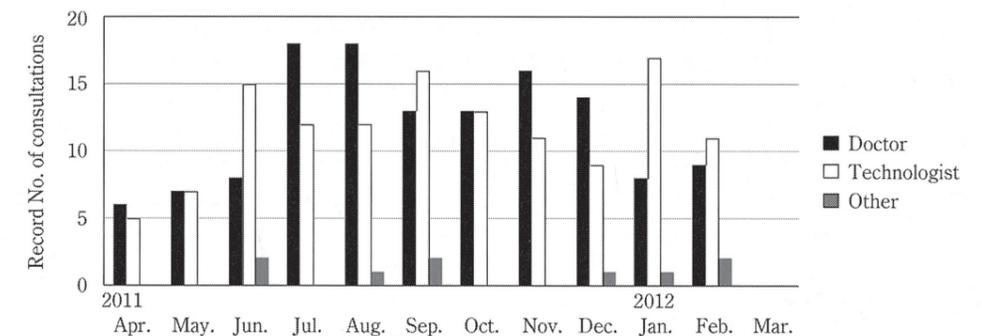


Figure 1 Record number of consultations.

Similar consultations were omitted, so the actual number of consultations was much higher. The number of consultations was so high that they could not be recorded in March 2012.

地域の中規模急性期病院に、新設ポストである“臨床検査科部長”として着任した。検査医はもちろん筆者のみである。

着任からの約2年間に、一般病院(地域の中規模急性期病院)において、検査医として担ってきた役割を分析し、さらに今後担うべき役割を探ってみたい。

### I. 埼玉協同病院の概要

当院は、対人口比医師数全国ワースト1、救急車のたらい回し数は大阪府に次いで全国ワースト2と、医師不足に喘ぐ埼玉県南部に位置する急性期総合病院である。診療科31科、常勤医師数約90名で、病床数は401床(うち50床は回復期リハビリ病床)、平均外来患者数は1,100名/日である。

病院機能評価 Ver.6, ISO 9001, ISO 14001の認証を取得している。また、臨床研修指定病院、DPC対象病院である。

#### A. コンサルテーション業務(On-call consultation)

##### 1. On-call conference

「臨床検査に関して臨床医のコンサルタントとして機能すること」は、日本臨床検査医学会が提唱する、検査医の行動目標の一つである。

熊坂が1984年にカリフォルニア大学サンフランシスコ校(UCSF)のLaboratory Medicineから日本大学医学部臨床検査医学(旧臨床病理学)に導入したOn-call conferenceは、臨床検査専門医を目指す医師のための優れた研修トレーニング法である<sup>1)</sup>。

On-call conferenceでは、医療スタッフからのコンサルテーションを受けた医師の記録について、conference出席者が、個々の対応が適切であったか否かという視点でmedical auditを行う。

### 2. 当院の実績

当院では、検査医は一人なので、conferenceを実施することはできないが、on-callでコンサルテーションを受け、常にbestとはいかないまでも、betterな解決策をclientと共に探ることは出来る。

着任した2011年4月から2012年3月までの1年間に、埼玉協同病院のOn-callコンサルテーション記録用紙に記載された総件数は267件であった。医師からが130件(48.7%)、検査技師からが128件(47.9%)、その他(看護師、薬剤師、臨床工学士、事務職員)が9件(3.4%)である(Fig. 1)。

同内容のコンサルテーションは原則として記録しないので、実際のコンサルテーション件数はもっと多い。また、2012年3月には月初めの10日間で30件を越え、記録記載を放棄したため、0件になっている。2012年4月以降は、臨床的あるいは教育的・学術的な意義が大きそうなもの、多科にまたがり継続して問題になりそうなものなどに限定して、月20件程度の記載記録を残すようにしている。

##### 3. 医師からのコンサルテーション

医師clientsの93%が後期研修医以上の医師で、初期研修医からのコンサルテーションは7%に過ぎなかった。初期研修医は、まず、指導医に相談し、そこで解決できない問題が検査医に回ってくる。

コンサルテーションの領域は、血液一般(形態を含む)36.9%、免疫血清(輸血を含む)24.6%、生化学14.1%、感染症11.5%、内分泌6.6%、血栓止血2.6%、その他2.6%で、日本臨床検査医学会が定めた認定臨床検査医卒後教育カリキュラムの必修4教科、すなわち臨床化学、臨床血液学、臨床免疫血清学(輸血医学を含む)、臨床微生物学の全域に渡っており、

\*埼玉協同病院臨床検査科(〒333-0831 川口市木曾呂1317)

Kumasaka らによる日大板橋病院での検討と同様、臨床血液学に関するコンサルテーションが最も多かった。

コンサルテーションの内容は、検査データの解釈が53.2%と過半数を占めた。次いで多かったのは、治療に関するもの(23.4%)で、検査そのもの(方法論や項目の選択など)に関するコンサルテーションは20.8%、その他2.6%であった。

4. 検査技師からのコンサルテーション

コンサルテーションの領域は、血液一般(形態を含む)31.9%、免疫血清(輸血を含む)26.1%、感染症18.8%、生化学11.6%、血栓止血5.8%、生理4.3%、その他1.5%であった。医師同様、臨床血液学に関するものが多かったが、とくに、末梢血塗抹標本に見られた異常細胞の確認を求めるものが大部分を占めた。臨床免疫のうち輸血に関するコンサルテーションも多く、交差適合試験陽性例への対応、不規則抗体の同定、血液型判定不能例への対応など、その場で一定の解決策を示すことが求められた。

コンサルテーションの内容では、検査データの解釈に関するものが43.3%と半数近くを占めた。検査技師は、異常値がみられた際に、その異常値をどう解釈するのか、なぜそうなるのかという臨床推論に、非常に興味を持っていることを痛感した。

技師からのコンサルテーションで目を引くのは、トラブルに関するものが17.9%と多いことである。ここでいう“トラブル”は、医師、看護師、患者などの相手との間に生じるもので、クレームへの対応の依頼、不適切な検査オーダーや血液製剤の発注への対応など、発生した問題への介入を依頼するものである。

また、検体採取・保存、検査技術など、検査室以外では取り上げられないことがない問題が14.9%を占めた。他には、感染対策、治療に関するものがあった。

5. まとめ

電子カルテにより患者情報が共有化され、インターネットを駆使すれば即座に情報収集が可能であり、コミュニケーションの手段として院内メールを用いることができるにも拘らず、検査医の「出番」は少なくなかった。

必ずしも全ての領域の専門医が揃っているわけではない一般病院では、コンサルテーションは広範囲に渡っており、自分の専門領域の知識だけがいくら深くても太刀打ちできない。しかも、即断即答を要

求される場面が多く、まさに検査医としての実力が問われている。

B. 感染症診療および感染防止対策

1. 1年目(2011年4月~2012年3月)

当院の感染症診療レベルの向上を目指し、着任直後の2011年4月から6月にかけて、全職種を対象に感染症に関する講演会を3回開催した。講師は、感染症診療の第一線で活躍するIDATEN(日本感染症教育研究会)メンバーである、亀田総合病院総合診療・感染症科の細川直登先生、順天堂大学医学部感染制御学・総合診療科の上原由紀先生、帝京大学医学部内科学講座(感染症)の松永直久先生にお願いした。

講演会以降、fever work upの確実な実施、とくに血液培養1回2セット以上の実施を推奨した。同時に、血液培養陽性となった全症例をチェックし、検出の状況と臨床症状から「本物」の可能性が高い症例については、主治医と使用抗菌薬の適否を検討し、できる限りde-escalationを行った。また、薬剤科の協力を得てPK/PD理論に基づく抗菌薬投与を推進した。投与設計の適正性を評価するために、外注検査であったバンコマイシン(VCM)のTDMを院内至急検査として取り込んだ。

その成果として、

- ①血液培養2セット実施率は90%を越えた。
- ②パニペネム(PAPM/BP)使用量は、2010年度(着任前)約210g/月から、約150g/月と70%に減少した。
- ③中心静脈カテーテルの平均留置日数は、2010年度の約51日から、約26日に短縮した<sup>3)</sup>。
- ④当院入院患者から分離された緑膿菌のantibiogramにおいて、イミペネム(IPM/CS)の感受性[S]は、約70%から85~90%に回復した。

Fig. 2にPAPM/BP月間使用量と緑膿菌のIPM/CS耐性率の推移を示した。2010年度の耐性率は11~42%であったが、2011年度は6~31%と低下した。また、IPM/CS耐性率は、PAPM/BP使用量の変化に応じて、ほぼ同時に変動することが判明した<sup>4)</sup>。

2. 2年目(2012年4月~2013年3月現在)

2012年4月から、感染防止対策加算1(400点)と感染防止対策地域連携加算(100点)の算定が可能になり、細々と活動を続けてきた感染制御チーム(ICT)の存在が広く認知されるようになった。検査医は、主席インфекションコントロールドクター(ICD)としてチームの意思決定に関与することになった。

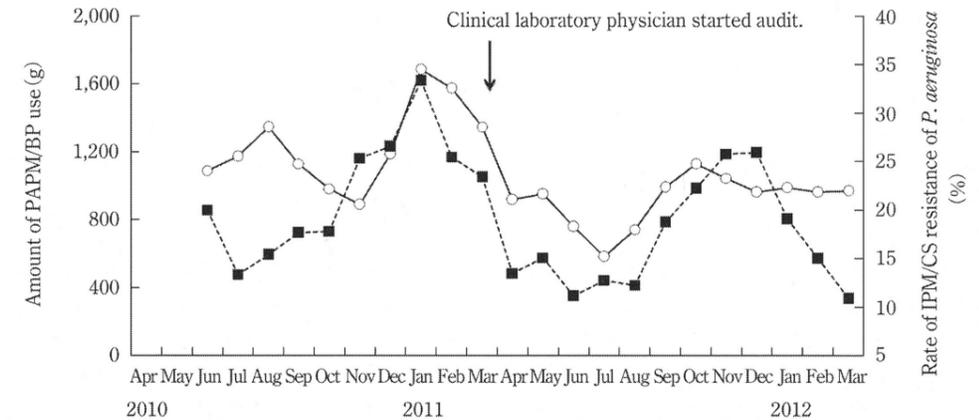


Figure 2 Amount of PAPM/BP use (g/3 months -○-) and rate of IPM/CS resistance of *Pseudomonas aeruginosa* (-■-).

感染対策室を新設し、感染管理認定看護師(ICN)を専任とした。院内感染防止対策として、ICNを中心に、週1回のICTラウンドと、ICTカンファレンスを実施している。

ICTカンファレンスでは、耐性菌新規/継続陽性症例、検出菌の薬剤感受性パターン、CVC挿入症例、抗菌薬長期使用症例、届出を要する抗菌薬の使用状況を確認し、診療への介入の必要性を決定する。ICTラウンドとICTカンファレンスは、とにかく継続することが重要で、メンバー2名以上で成立するものとし、1回の時間は概ね30分と短時間で済ませるようにしている。

地域の3病院と連携し、当院も含め4病院が加算I病院として、相互ラウンド、合同カンファレンスを開催した(年4回)。合同カンファレンスでは、多剤耐性菌の検出状況、手指消毒の実施状況、抗菌薬の使用状況、アウトブレイク対応などを討議する。加算II病院を対象とするカンファレンスも別に2回開催しなくてはならず、ICTの負担は激増したが、他の医療機関から学ぶことは多く、また、自施設の感染症診療の水準をあらためて評価するよききっかけになった。この感染防止対策加算は、数ある加算の中でも、検体検査管理加算に次ぐ(?)りある加算だと考えている。

2012年7月にバンコマイシン耐性腸球菌(VRE)のアウトブレイクが発生したが、保菌10名、感染症発症0名で収束した。2013年1月から続いたインフルエンザのアウトブレイクでは、入院患者と職員の発症が続いたが、患者に重症化や関連死亡は起

こらなかった。

3. まとめ

2011年に検査科部長として着任した時には、感染対策委員会もICTもメンバーにすら入っていないかった。しかし、臨床微生物学の知識を持ち、自らGram染色を実施し判断できることで細菌検査室技師の信頼を、適切なEmpirical therapyを選択し、de-escalationを実施することで薬剤科の信頼を得ることができた。ICNと常に協調してICTを機能させてきた結果、医師および看護部と良好な関係を築くことができた。

感染防止対策加算と感染防止対策地域連携加算が追い風となって、ICDである検査医の発言力は著しくアップした。院内感染を防止することは非常に重要であるが、いかなる策を講じてもゼロになることはない。常に散發している院内感染がアウトブレイクした際に、その初期対応を誤れば、医療機関は大きなダメージを受けることになる。ICDとして担わなくてはならない責任の大きさを、よくよく心しなくては...と考えている。

C. 輸血業務の管理・運営

1. これまでにできたこと

着任時、血液製剤は検査科、血漿分画製剤は薬剤科という棲み分けになっていたが、適正輸血の推進、アルブミン製剤を含む管理の一元化を目指し、2012年3月、輸血室を立ち上げた。

看護部の協力を得て、輸血およびアルブミン製剤に関するマニュアルの整備を行った。これまで、検査科で作成したマニュアルと、看護部で作成したマ

ニュアルとの整合性はとれておらず、現場に混乱をもたらす原因の一つとなっていたが、一本化することで関係各部署の認識を統一することができた。

輸血関連書類および帳票の電子化を行った。また、日本赤十字社あるいは日本輸血・細胞治療学会からのガイドラインも電子カルテシステムから、いつでも閲覧できるように整備した。

輸血療法を適正化するために、不適切な血液製剤の依頼、緊急性に乏しい輸血(検査も含めて)の時間外依頼、輸血に関わるトラブル・クレーム等に介入している。輸血適正使用加算の施設基準である、新鮮凍結血漿/赤血球濃厚液<0.27, アルブミン製剤/赤血球濃厚液<2は一貫してクリアしている。

2. 今後の課題

目下の課題は、「廃棄血の削減」と「自己血採血の中央化」である。

当院の廃棄血は、2011年が赤血球製剤11.7%, 新鮮凍結血漿24.3%, 2012年が赤血球製剤11.9%, 新鮮凍結血漿10.4%と、論外の多さであった。金額にすると約28万円/月に及ぶことになる。

消化器外科の手術が多いが、緊急でも血液製剤の発注から入庫迄に1時間半前後を要するため、手術の際の準備血量はどうしても多めになる。また、ハイリスクの出産を数多く扱っているため、各血液型6単位のプール血を置いているが、AB型プール血とB型プール血は期限切れ廃棄になる確率が高い。準備血量の見直しやT&Sの導入により、せめて廃棄血<5%を実現したいと考えている。

自己血貯血量は約800単位/年で、整形外科が3/4を占める。1/4は泌尿器科、外科、産婦人科で実施されている。自己血採血は各科に委ねられており、採血基準、穿刺部の消毒法、採血手順などは、必ずしも自己血輸血学会のガイドラインを遵守しているとはいえない状態である。輸血室としては、自己血輸血学会認定看護師3名を含む看護部の協力を得て、自己血採血と保管を中央化し、自己血輸血の質を担保したいと考えている。

筆者が輸血専門医であり、他の認定要件を満たした結果、当院は埼玉医科大学の3病院、防衛医科大学校病院に次いで、埼玉県で5番目の「日本輸血・細胞治療学会認定制度指定施設」に認定された。

しかし、当院は、輸血管理料I(220点)および輸血適正使用加算(120点)に関わる要件をほぼ満たしているにも拘らず、検査医でもある筆者が、「輸血

業務“専任”の常勤医師」と認められないが故に、輸血管理料II(110点)および輸血適正使用加算(60点)の算定に甘んじている。輸血業務は、検査医の業務と完全に重複しているにも拘らず、「臨床検査を専ら担当する」の目安である専従(80%)と、「専任(50%)」を足すと100%を越える以上、認めることはできない...というのが埼玉県の見解である。

周知の通り、適正輸血の推進は検査医の重要な業務の一つである。各加算の適否は、単純で意味のない足し算ではなく、遂行業務のクオリティーで決めていただきたいと思う。

D. 外来患者の異常値チェック

検査科に提出される血液検体数は約300検体/日で、至急指示がない約30%が外注先の検査センターに回る。予め設定した報告基準に従って、概ね2日以内に異常値リストがFAXで送られてくる。そのうち内科および外科の外来患者に関する分をおもに検査医がチェックし、緊急性・重要性が高いと思われる症例について、担当医に院内メールを送付する。

2011年4月から2012年9月までの18ヵ月間に、検査医と検査科科長がチェックした6,012項目のうち、緊急性・重要性が高いと思われる351件について担当医にメールを送付した。メール送付後概ね24時間以内に、診療行為に変更(患者呼出し、予約日変更、次回検査項目変更等)がみられたものと、主治医からメールが返信されたものを合計すると約60%であった(Fig. 3)。

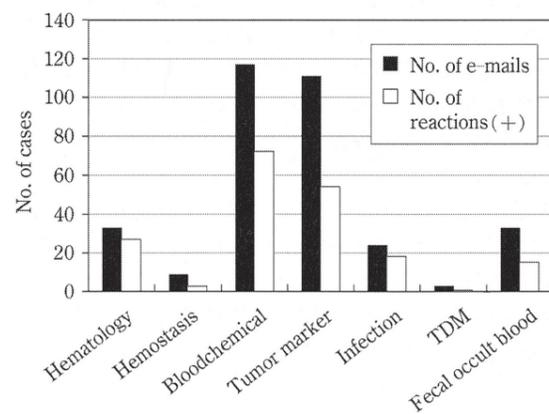


Figure 3 E-mails for abnormal laboratory test results (4/2011-9/2012).

“Reaction(+)” means that the doctor has changed the medical practice plan and/or has replied to an e-mail within 24 hours of receiving it.

血液一般検査と生化学検査の異常値報告例は緊急性が高い場合が多く、担当医はメール受信後直ちに当該患者に呼び出しをかけるよう看護師に指示を出す。

一方、腫瘍マーカー高値や便中ヒトHb陽性は、緊急異常値ではないが、見落とさないように注意を喚起する目的でメールを送付している。定期通院中の慢性疾患患者の場合、担当医は次回受診予定日に画像検査を手配するというような診療行為の変更を行う傾向が強い。

地域医療を担う急性期病院の内科外来・外科外来には、「これから急速に重症化してゆく危険性が高い患者」が大勢受診してくる。Lundbergが1972年にパニック値を定義した際に、「診断は臨床的な診察だけでは困難で、検査によってのみ可能である。」という文言を入れたことの意義を痛感する毎日である。

E. その他に発行する文書

必要に応じて、以下の文書を発行する。

- ◇末梢血に出現した異常細胞の報告
- ◇骨髓像のコメントと診断
- ◇免疫電気泳動の追加コメント
- ◇細胞表面マーカーの判読
- ◇血液型判定の追加コメント
- ◇不規則抗体の臨床的意義に関するコメント
- ◇培養結果の追加コメント
- ◇臨床検査に関わる不適切な行為に対する Caution

これらの文書を発行するためには、末梢血および骨髓の細胞形態、免疫電気泳動、フローサイトメトリー、不規則抗体同定パネルなどを判読し、その臨床的意義を診断できなければならない。

II. まとめにかえて

地域の中規模急性期病院で働く一人検査医は、専門家が揃っていた大学病院時代に比べ、はるかに広範囲の知識と技能を要求される...というのが筆者の実感である。裁量権の大きさと同時に、責任の大きさも自覚している。

このように書くと、孤軍奮闘しているかのように

思われるかもしれないが、それは全く違う。臨床検査専門医として過ごしてきた20年余の間に築いてきた「検査医ネットワーク」に支えられて、日々のミッションを遂行しているのである。何でも知っていて、何でも出来る検査医である必要はない。そもそも無理だ。幸い、筆者の検査医仲間、皆、優しく、ボランティア精神と熱意にあふれている。これから検査医を目指す方には、「頑張っ、でもどうぞお気楽に！」と申し上げたいと思う。

それにしても.....しつこくて恐縮ではあるが、検査医の業務にはそもそもICDや輸血専門医の業務が含まれている以上、「検体検査管理加算(I)40点・検体検査管理加算(IV)500点」と同時に、「感染防止対策加算1400点・感染防止対策地域連携加算100点」「輸血管理料I220点・輸血適正使用加算120点」の算定も認められるよう、臨床検査医学会ならびに臨床検査専門医会には一肌腕いでいただきたいと願う。加算の重複取得が認められれば、臨床検査専門医を目指す医師は激増、いや爆増するに違いないからだ。

文 献

- 1) 熊坂一成. 医療スタッフ向けのコンサルテーションに対応できる臨床検査医の育成一日大病院臨床検査医学科 On-call conference 記録の分析から. 臨床検査 2009; 53: 267-74.
- 2) Kumasaka K, Yanai M, Hosokawa N, et al. A study on Task-analysis of clinical pathologists as medical consultants in Nihon University Hospital. A Japanese perspective by comparison with current status in the USA. Jpn J Clin Pathol 2000; 48: 639-46.
- 3) 中島昌典, 村上純子, 野田邦子, 他. 当院の中心静脈カテーテル関連血流感染症に対する取り組み(抄). 感染症学雑誌(第86回総会抄録集) 2012; 86: 311.
- 4) 遠谷育子, 松川朋子, 相原雅子, 他. 当院におけるパニペネムの使用量と緑膿菌に対する薬剤感受性の推移(抄). 感染症学雑誌(第86回総会抄録集) 2012; 86: 359.

# 専門職連携のための 中堅職員研修プログラムの作成

埼玉協同病院 看護部 小野寺由美子

Development of Interprofessional Collaboration Training Program  
for Mid-level Staff

小野寺由美子<sup>1</sup> 大塚真理子<sup>2</sup> 國澤尚子<sup>3</sup> 横山恵子<sup>2</sup> 長谷川真美<sup>4</sup>

Yumiko ONODERA<sup>1</sup> Mariko OTSUKA<sup>2</sup> Naoko KUNISAWA<sup>3</sup>

Keiko YOKOYAMA<sup>3</sup> Naomi HASEGAWA<sup>4</sup>

## 要旨：

部門や組織への影響力を考えた IPW 促進のために、同一施設内の中堅専門職者を対象とした現任教育における IPE としての IPW 中堅職員研修プログラムを作成した。

今回の研修では中堅に期待される「チームを動かす力」を育成する内容を盛り込むことに重点をおき、15 の獲得目標を掲げた。研修のスケジュールは、2 日間の集中研修（講義とグループワークを組み合わせたワークショップ）と 3 か月のチーム活動で組み立てた。

今回の研修は、院内の各部門の協力を得て研修対象者を選定するとともに、研修を勤務の一環として位置付け、病院管理部から研修時間の保障を得るなどの配慮を行った。学習モチベーションを形成する工夫として、集中研修では一方的な講義ではなくワークショップ形式とした。その結果、本研修は IPW のコンピテンシーと研修対象者のレディネスを対応させて研修のねらいを明確にし、その具体化をプログラムするものとなった。

キーワード：IPW, 現任研修, 中堅職員, プログラム作成

## Abstract:

This study aimed to develop an interprofessional work (IPW) training program for mid-level staff for use as an in-service interprofessional education (IPE) program targeting mid-level professionals at the same institution.

The training program focused on facilitating team-building skills by including materials on basic skills in interpersonal support, collaboration in multidisciplinary environments, and 15 items on setting goals. The training was carried out in a two-day workshop that consisted of lectures and group activities.

代表者：小野寺由美子

医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院看護部

〒333-0831

埼玉県川口市木曾呂 1317

TEL : 048-296-4771 FAX : 048-296-7182 E-mail : y-onodera@mcp-saitama.or.jp

1. 医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院看護部 (Saitama Cooperative Hospital, Health Cooperative Saitama)
2. 埼玉県立大学 保健医療福祉学部看護学科 (Department of Nursing, Faculty of Health and Social Services Saitama Prefectural University)
3. 医療生協さいたま生活協同組合 地域社会と健康研究所 (The Research Institute of Community and Health, Health Cooperative Saitama)
4. 東都医療大学 ヒューマンケア学部看護学科 (Tohto College of Health Sciences)

12 保健医療福祉連携 7巻1号

As participants for the training, mid-level staff members from each department were recruited. As the training was considered a part of normal work responsibilities, participants received compensation for the training from the hospital administration. To establish a suitable learning environment and maintain the participants' motivation, the training was conducted in a workshop format, rather than an intensive lecture. As a result of the training, it was assumed that this training effectively met the aim of the training in terms of preparing participants for IPW based on concrete examples.

Key words : IPW (Interprofessional work), In-service training, Mid-level staff, Program development

## I はじめに

近年、加速する高齢化、医療依存度の高い患者の増加、家族構造の変化や急性期医療における在院日数の短縮化、社会保障制度の変化などの社会的背景のもと、医療を取り巻くシステムや制度は「施設中心（院内完結型）」から「在宅中心（地域完結型）」への変換がすすめられている。患者のニーズは多様化・複雑化し、もはや1つの専門職ではそれらに答えられない状況があり、保健医療福祉現場の様々な領域で異なる専門職によるチーム医療は必須の課題になっている。

専門職養成教育の中では、Interprofessional Education（専門職連携教育；以下 IPE とする）に取り組む大学が増えてきている。チーム医療やチームアプローチなど多職種が連携協働して行う実践が、Interprofessional Work（専門職連携実践；以下 IPW とする）として現場で先行しているとはいえ、IPE/IPW に対する社会的認知度はまだ低い。また専門職の養成校は単科で養成教育を行ってきた歴史的経過があるため、現在の臨床の場においては、IPE/IPW について体系的に学んでいる職員はわずかである。病院・施設・地域の保健医療福祉機関などの現場で働くときに、他の専門職分野と連携することが困難という状況にもしばしば遭遇する。また実践活動の場においては、連携の重要性・必要性は理解しながらも、連携やチームアプローチを阻害する要因、すなわち、コミュニケーションの欠如、使用言語の違い、葛藤を引き起こす力関係、イデオロギーの違い、役割の不明瞭さなども多く存在する<sup>1) 2)</sup>。その点を踏まえながら、卒業後の現任教育での IPE の段階的、継続的な教育が、保健医療福祉現場での IPW の質向上のために不可欠である。

現任教育としての IPE を実施するにあたって

は、例えば管理職者、ベテラン、中堅、新人など、どの対象者にフォーカスをあてるかが重要となる。IPW のエキスパート達には、「対人援助の基本となる力」「多職種と協働する力」「チームを動かす力」という共通する実践力が示されている<sup>3)</sup>。また、筆者が新人看護職員、新人事務総合職に行った他部門研修の分析<sup>4) 5)</sup>においては、多職種連携への気づきと認識は芽生えているものの、行動変容までは結びつきにくい現状も明らかになった。さらに、筆者が働く病院では中堅職員の課題として、専門能力を高めつつ、他の職種ともつながっていく力、日々の実践を根拠づけする力、ピア評価をする力を高めていくことの必要性を認識していた。

先行文献においても、中堅看護師の看護実践が看護ケアの質を左右し、病棟への影響力が大きいといわれており<sup>6)</sup>、他の専門職の中堅職員にも同様のことが言える。専門職としての標準的な力量を備え、リーダーシップを臨機応変に発揮でき、多職種チームを動かすリーダーとしての総合力を獲得してもらおう対象としては中堅職員が相応しいと考えた。中堅職員の課題の克服と部門や組織への影響力を考えた IPW 促進のためには、異なる専門職者間での相互作用を活用した中堅職員への現任教育としての IPE が必要かつ有効であると考えた。

そこで、研修の波及効果が高いと予想される同一施設内の中堅職員を対象とし、現任教育における IPE としての IPW 中堅職員研修プログラム開発の取り組みについて報告する。

## II IPW 中堅職員研修プログラムの作成過程と概要

埼玉県立大学が行っている IPE の現任教育プロ

グラムである専門職連携・協働基礎および中級講座の研修内容(表1)を参考に、A病院の職員育成課題を踏まえて、新たに「IPW中堅職員研修プログラム」を5名の研究者でディスカッションを重ねて作成した。

1. IPW中堅職員研修プログラムのねらい

今回の研修の目的は、A病院に勤務する中堅職員が、「地域の中核病院として、チーム医療実践を促進させるためのIPWの構造やIPWに必要な能力(コンピテンシー)を学び、医療現場の中堅職員として、チームを動かす力の向上を図る」ことである。

大塚は、保健医療福祉分野の専門職者が身につけるIPWに必要な実践力には、「①対人援助に必要な力」、「②多職種者と協働する力」、「③チームを動かす力」、「④組織に働きかける力」があり(図

1)、これらは段階的に身につけていくものと説明している<sup>7)</sup>。「①対人援助に必要な力」は、患者と対応する際に必要とされるヒューマンケアの理念や価値観をもとにしたコミュニケーションの力であり、IPWに必要な実践力としても基本となる力である。「②多職種者と協働する力」は、パートナーシップの姿勢をもって自分と異なる職種の人々を尊重したコミュニケーションの力であり、他者理解・自己理解やチームワークの力を含んでいる。埼玉県立大学では、これらの力はどのような職種であっても身につけるべきIPWの知識でありスキルであると位置づけ、専門職養成の学部教育の到達目標として、4年生のIP演習に位置づけている。しかし、今回の研修対象者は、IPWについての教育を受けていない人がほとんどなので、この2段階の実践力についても研修内容に盛り込むことが必要と考えた。

表1. 埼玉県立大学専門職連携・協働基礎講座および中級講座のカリキュラム構造

	基礎[1対1]		IP演習のファシリテーターとしてのリフレクション	中級[複合的]	
	ファシリテーションの基本的な要素がわかり、IP演習で使える使っている(持っている)能力の整理・自覚をする			要素のつながりがわかり、現場のチーム(施設・地域)で使える	
意図的な双方向のコミュニケーション	好かれるコミュニケーションスキル	情報の共有(そのままわかる・伝えられる・促す)	IP演習のファシリテーターとしてのリフレクション	背景・行間・経過・感情の受け止めと適切なアプローチができる	関係を保障するメッセージを送れる(非審判的・受容的態度)
チームワーク	チーム形成のプロセスが知識としてわかる	IP演習のチームの観察・判断・促進が知識としてわかる		チーム形成の状況が分析できる	IP演習のチームワークを促進できる
自己理解・他者理解	自己覚知の体験(自他の違いに気づく・自分の特徴に気づく)	スーパービジョンを受ける		自己覚知の実行と継続・鏡を磨く	人間関係理論・人格理論の理解
	鏡をのぞく			他者の多様性を受け入れられる	継続してスーパービジョンを受ける(我流で終わらない)
他(多)職種理解	他職種の価値観の理解(用いる言葉の意味・思考プロセス・知識の分野・対象の見方やアプローチなどの違い)	自分の職場の多職種理解		機関やネットワークの理解	他職種の知識の共有化と差別化(自分の存在価値の精緻化(専門性))
ヒューマンケアの姿勢・価値観	共通する価値観・理念(かけがえない人間)	自己決定・自己責任・自立の尊重		許されていることを実感できる	生かしかされていることを実感できる(職種間)
	健康第一主義への疑問				
教育論	学習促進者の役割の理解	リフレクションの概念の理解		職場で連携の学習計画を立てる	
	自他の成長の確信				
体験	IP演習の模擬体験		施設や地域での連携の体験		
専門・プロ・誇り・連携					

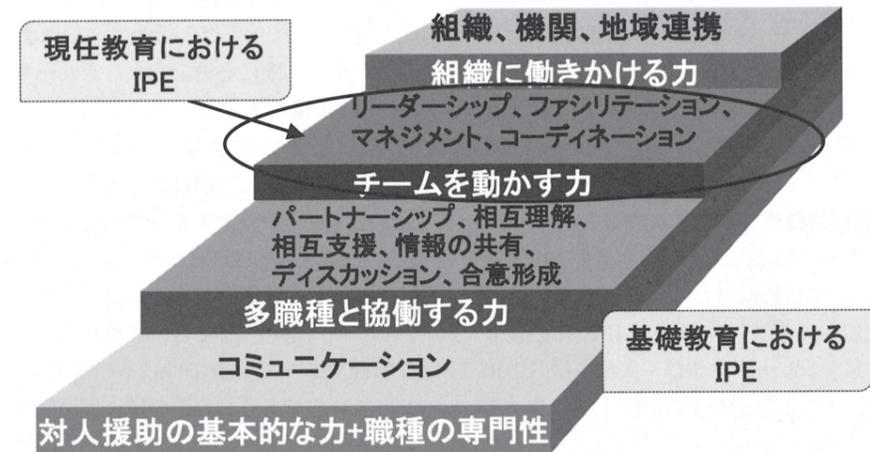


図1. IPWに必要な実践力

諏訪さゆり・中村丁次編著:「食べる」ことを支えるケアとIPW、建帛社、P.34、2012。図4-7 IPWに必要な専門職のコンピテンシー(大塚真理子作成)に一部加筆修正

「③チームを動かす力」については、リーダーシップやマネジメント、コーディネーション、ファシリテーションができる力である。これは、職種によって、あるいは職場や役職によって求められる能力が異なる。今回の研修対象者である中堅職員は、日常的に働いている職場で、同職種集団のリーダーとしてチームを動かすことが求められている。同時に組織のIPWを促進する上でも、日常的に働いている職場で他専門職者とチームを組み、そのチームを動かすことが求められている。さらに、A病院は「それぞれの専門職能を高めつつ、多職種間で育ち合う職員集団を育成し、チーム医療の質向上を図る」という育成目標を掲げた組織であるので、今回の研修が人材育成プログラムとして組織に貢献することが望まれる。したがって、「③チームを動かす力」を育成する内容を盛り込むことが重要となる。

「④組織に働きかける力」については、おもに管理職として必要な力であり、今回の目標からは外すこととした。

以上の3つに、反省的实践家<sup>8)</sup>に不可欠なリフレクション(Reflection: 反省, 内省, 省察, 自分の実践をリフレクションして暗黙知を実践知として表現し活用する力)をIPWの実践を振り返るために加えることとした。

以上から、今回の研修では、15の獲得目標を掲げた(表2)。

2. 研修対象者のレディネスと研修方法

同一病院内でIPEの現任研修を行う場合のいくつかの困難さとして、例えばIPW/IPEの社会的認知度が低いこと、院内には様々な職種の人があり職種によって研修に参加する準備状況に違いがあること、日々の実務の中で求められる課題が異なることから職種によっては研修に参加する意欲が低い可能性があること、急性期病院という環境の中で、連携の重要性は感じていても日々の実践の中では高度な専門性が要求され、視野の広い知識を得る余裕はなくなり、自己の専門性以外にはあまり関心を示さなくなる傾向があることなどが挙げられる。そこで、研修参加者の学習モチベーションを形成する工夫として、研修当初の集中研修は一方的な講義ではなくワークショップ方式とした。

部門の中堅職員がIPW研修をうけて新しい学習をすることは、周囲への波及効果と成果を生み出すことになるため、研修参加者には、研修の意義を説明し、部門の代表として参加するよう要請した。研修参加者の選択方法については、院内の各部門から研修に参加する中堅職員をリストアップしてもらい、IPE研修の要となる職種・所属部門の多様性のバランスをとることとした。そして、研修を勤務の一環として位置づけ、病院管理部から研修時間の保障を得た。今回の研修は、現任教育の中に位置づける研修であり、中堅職員が研修

表2. IPW 中堅職員研修獲得目標とセッション内容の対比

獲得目標	研修	
	セッション1	セッション2
1 IPWに必要な能力が理解でき、自分の連携・協働実践力を理解できる	講義	講義
2 IPWの理念および構造が理解できる		
3 IPWに取り組む専門職に必要な能力の要素が理解できる		
4 中堅チームとして、相互理解を促進する基盤をつくることができる	○	
5 互いの職種について、相互理解を深めることができる	○	
6 自己の価値観を自覚し、中堅チームメンバー相互の価値の多様性を認め合うことができる		○
7 専門家として自分の実践力を自覚するためのリフレクションを理解することができる		○
8 組織で働く一人として、自分の価値観と照らし合わせて何ができるかを考えることができる	○	
9 IPWを促進する専門職の能力として、チームを動かす方の要素を理解することができる。(リーダーシップ、マネジメント、ファシリテーション、コミュニケーション)		○
10 チームを動かす、組織に働きかけるためのコミュニケーションの技法を理解することができる		○
11 中堅チームとして、各自がもっている力を相互に理解し、チームで重要形成して活動することができる		○
12 IPWを担う中堅チームとして活動するための目標を共有することができる		○
13 中堅チームとして合意した目標を具体化する計画を立てることができる		○
14 中堅チームの一員として、意欲をもって実践する事後3か月の活動内容がイメージできる		○
15 研修内容や実践内容をリフレクションしながら、継続的な取り組みができる		○

注：○は各セッションが包含する研修の獲得目標を示す

で学習したことを職場に還元しながら実践し、その実践を持ち寄って学習するという手法で研修を行うこととした。したがって、3か月間の研修では、1か月毎にグループで集まることとした。

3. 研修参加者の概要

研修対象者の内訳は、男性9名(30.0%)、女性21名(70.0%)、平均年齢は、33.1(SD=4.8)歳、現在の職種に就いてからの経験年数は、9.1(SD=3.8)年であった。職種構成は、15職種(医師、看護師、保健師、助産師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、介護福祉士、社会福祉士、事務総合職)であった。

4. 研修内容と研修スケジュール

研修内容の検討と決定に関わった筆者と埼玉県立大学のIPEプロジェクトの教員5名によって研修企画を運営した。3名に研修の講義担当、ワークショップの運営を依頼した。研修環境の

準備には、A病院の教育研修センター担当者の協力を得た。

獲得目標に向けた研修内容の構成は「価値観の自覚と相互理解」「IPWの理解と実践」「リフレクション」の3つの柱とした。研修参加者はすでに職業人としてのアイデンティティを築いている中堅職員であるので、個人の価値観、職種の価値観、組織の価値観を関連付けて自覚し、これらの価値観および実践とIPWの理念とをつなぎ合わせられる内容とした。さらに、リフレクションの理論を学び、研修の中で日常化するように意図した。

研修のスケジュールは、4月下旬の土曜日と日曜日の2日間を集中研修とした。講義と個人ワーク、グループワークを組み合わせたワークショップで、15の獲得目標に対応した10のセッションを盛り込んだ(表3)。

1つ目の柱である「価値観の自覚と相互理解」に対応して3つのセッションを組み込んだ。セッション1：相互理解のための基盤作りでは、研修参加者の15の職種のイメージをそれぞれ書き出

表3. IPW 中堅職員研修 タイムスケジュール

日	時間	セッション	内容
1日目	9:00~9:30		開場、受付開始 開会 今回の研修趣旨の説明 講師陣の紹介、全体のオリエンテーション
	10:00~11:00	セッション1	相互理解の基盤づくり 自己紹介 他職種のイメージは?
	11:10~12:40	セッション2	自己理解、価値観の多様性 個人のミッション、ビジョン
	13:30~14:20	セッション3	専門家に必要なリフレクション リフレクションの方法
	14:20~15:20	セッション4	組織の一員として、私たちが創りだすもの
2日目	15:30~17:00	セッション5	IPW(インタープロフェッショナルワーク)の構造 なぜ今ここでIPWなのか? 本日のリフレクション
	9:40~10:20	セッション6	IPWを担う中堅職員としての役割 チームダイナミクスに必要なリーダーシップ、マネージメント、ファシリテーション
	10:20~11:20	セッション7	中堅チームの小手調べ チームメンバーと協力して、○○のつくものを3つ持って来る。 制限時間は相談時間を含めて30分。 セッションを通して感じたことを共有する。
	11:20~12:10	セッション8	IPWに生かすコミュニケーションスキル 2人1組のペアワーク いずれかのシート(工場長VS販売部長)を取り、黙読する。 自分の役割について3分間考え、役割を演じる。 振り返りシートに沿って個人で振り返り、その後感想を伝えあう。 アサーティブになれないときについて振り返る。
	13:00~16:00	セッション9	IPWを担う中堅チームとしての目標づくり チームとしてのミッション/ビジョン(3ヶ月後) 実践の中での具体的な行動
16:00~17:00	セッション10	研修のリフレクション 今後のスケジュールについて 閉会	

して整理し、イメージの違いや共通点を話し合うこととした。自分の職種に対する他者のイメージを知ることで、理解してもらうよう努力する必要性を自覚する機会とした。セッション2：自己理解、価値観の多様性では、たくさんの熟語の中から自分の価値観に合う言葉を選び、その言葉が意味することを他者に話し、個人のミッション・ビジョンを明らかにするとともに、他者の価値観を知る機会とした。セッション4：組織の一員として私たちが創り出すものでは、B病院の理念をふまえて、この組織で創り出したいものをチームで合意できる言葉で表現することで、組織と自分の価値観のすり合わせとともに合意形成を体験させた。

2つ目の「IPWの理解と実践」に対応して、セッション5～8でIPWの理論学習と、多職種とのコミュニケーション、リーダーシップ、マネジメント、ファシリテーションについて再確認と理解を促した。セッション9で今後3か月にわたって守るチームのルール、チームとしてのミッション、チームで実践し実現したいビジョンを考えさせ、3か月後に到達するための具体的な計画が立案できるよう組み立てた。

3つ目の「リフレクション」に対応して、セッション3：専門家に必要なリフレクション、セッション10：研修のリフレクションを実施した。リフレクションには個人のリフレクションだけでなく、チームでチームをリフレクションする方法も取り入れた。

セッション9では、チームのミッションは「部署間でのあいさつを浸透させる」、ビジョンは「あいさつあふれる活気ある病院」、実現のための行動は「あいさつ運動を広げるためにポスターを作成するとともに、自分からあいさつをする」、というものや、ミッションは「苦手な人にもあいさつ、ありがとうと感謝の気持ちを言葉にする、イラっとしても笑顔、ポジティブフィードバック」、ビジョンは「感謝の気持ちと笑顔を共有したよい人間関係を作る」、実現のための行動は「あいさつ強化週間、ありがとう強化週間、笑顔強化週間、ポジティブ強化週間の実施」などが計画された。2日間の集中した研修直後の評価において研修全体に対して、9割強が満足と回答し、《研修内容は獲得できるものがあつた》の設問でも非常にそう思う、そう思うと答えた人が9割強であつた。

《他のメンバーと活発に意見交換できる環境があつた》については全員が、非常にそう思う、そう思うと回答した。2日間の研修プログラムに対する研修参加者の評価は高く、ニーズに応じたものであつたと考えられる。

その後、1か月ごとのチームのリフレクションを行いながら、ビジョン達成のためのチーム活動を3か月間にわたって取り組む研修とした。この3か月間のチーム活動は、中堅職員が共に学んだIPWの知識を活用しながら、自分自身の行動変容を起こすこと、自分の行動変容で他者、チームが変化する体験を引き出すことを目指した。3か月間の活動内容および評価については、今後、改めて報告する。

### III 結語

同一法人内で中堅職員を対象としたIPW研修プログラムは、IPWのコンピテンシーと研修対象者のレディネスを対応させて研修のねらいを明確にし、その具体化をプログラムするものとなり、直後の満足度調査から、2日間のワークショップは、参加者にとって肯定的体験であつたと評価できた。

今後は、研修参加者に実施するIPW自己評価表、研修終了後の個別インタビューおよび部門管理者へのインタビュー結果とともに、研修参加者における今回の研修のねらいとした「チームを動かす力」の具体的な変化を実践の中で評価し、この研修プログラムの効果を明らかにしていくことが課題である。

なお、本論文は平成23年度埼玉県立大学大学院保健医療福祉研究科に提出した修士論文の一部である。

### 引用・参考文献

- 1) 松岡千代. 多職種連携のスキルと専門職教育における課題. ソーシャルワーク研究 (2009); 34 (4): 40-46
- 2) 栄セツコ. 「連携」の関連要因に関する一考察. 桃山学院大学総合研究所紀要 (2010); 25 (3): 53-74
- 3) 埼玉県立大学編. IPWを学ぶ; 利用者中

- 心の保健医療福祉連携, 中央法規出版, 2009: 13
- 4) 小野寺由美子. IPWの視点からみた看護職現職教育プログラムの課題. 第3回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会抄録集 (2010); 35
  - 5) 小野寺由美子. 病棟看護体験を行った事務総合職の研修効果. 第1回埼玉県立大学学術集会抄録集
  - 6) 土佐千栄子, 出口昌子, 上野貴子, 内藤理英, 佐藤久子, 佐藤紀子. 経験3以上の看護婦・看護師の臨床実践能力特徴 第1報-3 病院574名の看護婦・看護師を対象に. 日本看護管理学会誌 (2002); 5 (2): 64-70
  - 7) 諏訪さゆり・中村丁次編著: 「食べる」ことを支えるケアとIPW, 建帛社, 2012: 34
  - 8) ドナルドショーン著 佐藤学, 秋田喜代美訳: 専門家の知恵-反省的实践家は行為しながら考える, ゆるみ出版, 2001
  - 9) 堤宇一, 青山征彦, 久保田亨: はじめての教育効果測定. 日科技連出版社, 2007: 56-57
  - 10) Donald L.Kirkpatrick, JamesD.Kirkpatrick. EVALUATING TRAINING PROGRAMS-3rd ed., Berrett-Koehler Publishers, 2006: 21-26
  - 11) 大塚真理子他: 平成20～22年度科学研究費補助金研究成果報告書, インタープロフェッショナルワークに必要な専門職のコンピテンシーに関する研究, 2011
  - 12) 野中猛: 図説ケアチーム, 中央法規, 2007: 28
  - 13) 松井由美子他. 臨地実習施設におけるInterprofessional Workの現状と課題. 保健医療福祉連携 (2010); 3 (1): 2-9

# 多重課題演習を体験した 新人看護職員が自覚した変化

埼玉協同病院 看護部 川島妙子 小野寺由美子

●「第44回日本看護学会論文集 看護教育」に掲載された論文です。  
学会査読は終了しています。

キーワード：新人看護職員研修、多重課題演習、  
ディブリーフィング

## I. はじめに

急性期病院においては、医療チームの中で複数の患者を受け持ち、時間的プレッシャーの中で多重課題を抱えながら、看護を安全に提供するための臨床実践能力を求められる。この多重課題への対応が新人看護職員にとってリアリティショックの要因になることが多く、「新人看護職員研修ガイドライン」の中でもトレーニングの必要性が述べられている。A病院では、先行的な取り組みを参考にしながら、2010年度より新人看護職員研修の一環で多重課題演習を取り入れ実施している。

2012年度は、演習に参加する新人看護職員の主体的学習を促し、演習後のOJTにおける変化を生み出すことを目的に、ディブリーフィングの方法を活用した振り返りを実施した。多重課題演習後、新人看護職員に起こった実践での変化を評価する。

## II. 研究目的

多重課題演習に参加し、ディブリーフィングを体験した新人看護職員が、演習後の実践の中で自覚した変化の特徴をみる。

## III. 研究方法

### 1. 用語の定義

- (1) 新人看護職員：看護師国家試験に合格した後、看護師免許により業務を行って1年以内の看護師、保健師、助産師
- (2) ディブリーフィング：シミュレーションでの経験を、目標に沿って振り返り、さらによくするために実際に体験した学習者と周囲で観察していた学習者らが主体的にディスカッションすること

### 2. 対象：2012年の多重課題演習に参加した新人看護職員 26名

### 3. 研究期間：2012年9月～2013年5月

### 4. 方法

- (1) 多重課題演習を、入職後7ヵ月目に実施。  
2011年度実施した研修の評価から明らかになった課題をもとに、2012年度多重課題演習プログラムを以下の通り改善した。
  - ①オリエンテーションの工夫：パワーポイントを使用し、目的を絞ってきちんと伝達。
  - ②患者情報は事前にフローシートを作成し伝達。  
患者設定は混乱を避けるため1パターンのみとした。
  - ③患者状態の変化がわかりにくいいため、高機能

表1 評価表の設問項目

優先順位	A1	入室時部屋全体に目が配れているか
	A2	検温の優先順位は適切か
	A3	割り込み業務に対して、適切に優先度を変更できたか
確実な看護ケアの提供 安全管理	B1	検温はできたか
	B2	症状の確認は的確にできていたか
	B3	必要な処置が実施できたか
	B4	移動時、患者の安全確保ができていたか
	B5	患者のプライバシーへの配慮はできたか
	B6	ナースコールの配置はきちんとできたか
説明と同意、接遇	C1	身だしなみはきちんとしているか(患者に不快ではないか)
	C2	自己紹介をきちんとしていたか
	C3	患者の訴えを受け止める態度で傾聴できていたか
	C4	会話時の目線、言葉づかい、声色、声のトーンなどは不快でなかったか
	C5	他の患者へのケアへ移るときの声かけはきちんとできていたか
	C6	他の患者への配慮はできていたか
	C7	説明は患者の納得が得られたか
他のスタッフへの報告 応援要請	D1	必要時、ほかのスタッフに知らせることができたか
	D2	必要時、ほかのスタッフに知らせた内容は的確だったか
	D3	報告、相談のタイミングはよかったか

シミュレータを導入した(危険な身体兆候への気づき)。

- ④演習の振り返りは、ディブリーフィングを意図的に活用した。
- ⑤OJT(職場内教育)につなげてもらえるよう、部門の協力を得てプリセプターの参加を増やした。

演習直後に、研修目標の4つの柱【優先順位】【確実な看護ケアの提供、安全管理】【説明と同意、接遇】【他のスタッフへの報告、応援要請】に沿った19の行動目標を設定した評価表(表1)を使用し、5段階選択式の評価を行い、演習実施者と演習を見ていたグループ内の新人看護職員とで振り返り(ディブリーフィング)、その内容を個人で記述してもらった。  
(2) 演習6ヵ月後に、「日々の実践の中で意識している変化」について自由記述してもらった。  
(3) (1)、(2)の結果から、演習後に新人看護職員に起きた変化の特徴を分析する。

## IV. 倫理的配慮

対象者に対しては、研修のまとめを分析して発表すること、まとめにあたっては、個人が特定されないよう配慮すること、今回の内容が人事考課等に影響しないことを口頭と文書にて説明し、同意を得た。また、A病院倫理審査委員会の承認を得た。

## V. 研究結果

### 方法(1)について

自己評価表の結果：評価表は、新人看護職員26名が記入した(図1)。

【優先順位】の3つの設問については、よくできたと答えた人は2～3割であった。特に「検温の優先順位が適切か」の設問は評価が低く、この設問に対して、NA：その場面がなかったと判断した人が9名いた。【確実な看護ケアの提供、安全管理】の6つの設問については、よくできたと答えた人は2割程度の項目が多く、ラウンドの目的である検温の実施とプライバシーへの配慮の評価が

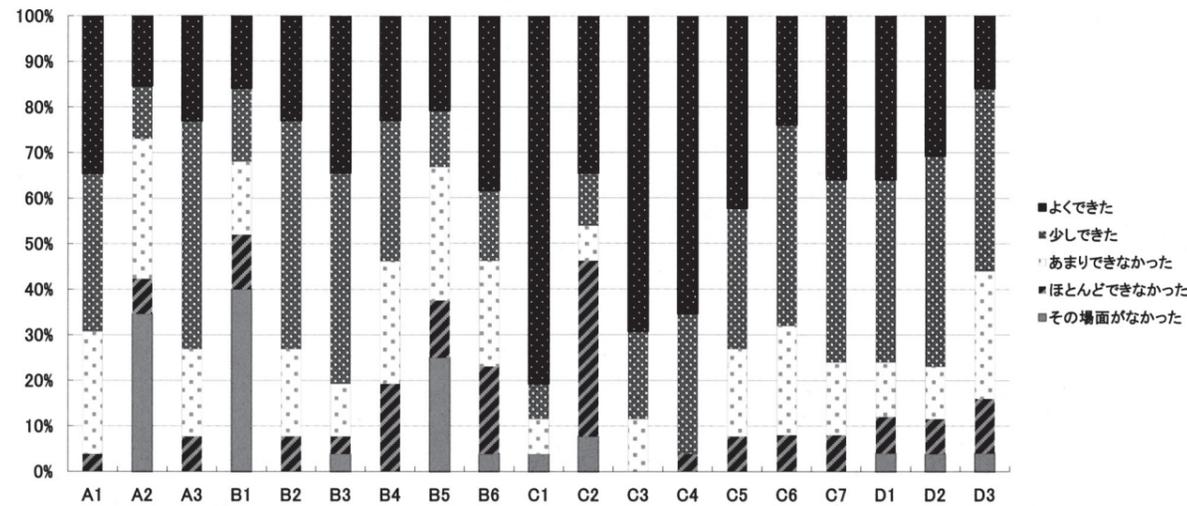


図1 評価表による新人看護職員自己評価結果

低かった。ポータブルトイレの配置や酸素の流量確認が不十分という記述があった。【説明と同意、接遇】の7つの設問については、一人ひとりへの声かけ、目線を合わせる、丁寧な言葉遣いなどの評価は高かったが、自己紹介のしかたが患者にわかりにくかった、患者に納得のいく説明ができなかった等の評価があった。【他のスタッフへの報告、応援要請】の3つの設問については、他のスタッフへの応援要請の行動は起こしたものの、要請のタイミングについては否定的な意見が多かった。

演習直後のディブリーフィング後の記述内容：演習を体験した職員は、「あせって真っ白になってしまった」「緊張してしまい、普段の対応ができなかった」と反省しながら、「自分の行動やくせなどに気づくことができた」「自分のできる範囲を知ることが大切」「他者の意見を聞くことで、多方面から物事をとらえられる」「具体的にどう行動すればいいのかがイメージできた」など、を自覚していた。

方法 (2) について

演習6ヵ月後に意識している変化についての記述内容から、5つのカテゴリに分類した。以下「」は実際の記述内容、【 】はカテゴリ名を示す。

新人看護職員は「多重課題場面だと意識し、慌

ずに優先順位を考えるようになった」「割り込み業務があっても焦る気持ちが軽減した」など、【多重課題場面での感情のコントロール】ができるようになっていた。また、「一人で抱え込まない」「スタッフや上司に相談、依頼するようになった」など、【他者からの支援を自発的に要請】するように変化していた。また、多重課題場面に限らず、「他スタッフとのコミュニケーション量が増えた」と自覚していた。「部屋全体に目を配る」「他のスタッフや他職種の行動をよくみる」など、【視野の広がり】を自覚し【患者の安全を意識したケアの実施】を心がけていた。一方で、「知識、技術の不十分さ」「アセスメントがタイムリーにできていない」などの課題を自覚しており、【継続的学習による看護技術、知識、アセスメント能力獲得の必要性】を感じていた。

VI. 考察

演習直後の評価から、多重課題場面における新人看護職員の傾向として、次のような内容が明らかになった。新人看護職員は、複数の看護行為および複数の人との関わりに加えて、あらかじめ持っている患者の基礎情報に基づきケア計画を立てていても、予定が変更されてしまう患者の訴えや症

状が発生すると、混乱や動揺が起こってしまうことがわかった。また、その状況の中で、予定変更に対する行動計画の立て直しがひじょうに困難であることも明らかになった。このように、複数の看護行為、複数の人との関わりの中で優先度を考えることの困難性については、先行研究においても指摘されており、さらに臨床の現場では、医師や他職種との関わりが発生するために、より多重の課題となり、新人看護職員のリアリティショックをもたらすことも明らかにされている。

また、新人看護職員は多重課題に対する優先度決定において、患者の「生命の危険度・重症度」を考慮する必要性は認識しているものの、実際の場面における判断は困難であることも指摘されている<sup>1)</sup>。また、この生命の危険度を判断するためにはより正確なフィジカルアセスメント力が必要である。今回、高機能シミュレータを使い、生命に影響を及ぼす変化をキャッチできるかをみたが、アラームに気づかなかつたり、危機的な不整脈の判断ができなかつたりする場面があった。また、設問の中で、「優先順位を判断する場面がなかった」と答えた人が9名いたことからみても、今後のフィジカルアセスメント力向上は重要な課題であると考えられる。さらに、「すべての患者にきちんと対応しよう」と思うと、新人看護職員にとってはますます優先度の判断を困難にしてしまうと考えられる。また、複数の医療スタッフの中から誰を選択し、報告・応援要請をするのが難しく、対応が遅れてしまう場面も見られた。

次に演習6ヵ月後の記述内容の分析から、新人看護職員は今回の多重課題演習を経験したことで、臨床の現場では「多重課題場面は日常である」とわかり、予測して行動できるようになったことで、【多重課題場面での感情のコントロール】ができ、より落ち着いて優先順位を考えながら対応できるようになったと考える。また、演習の振り返りを通して、「自分で何とかしなくては」という思いから、自分で対応できる範囲の限界を自覚し、タイ

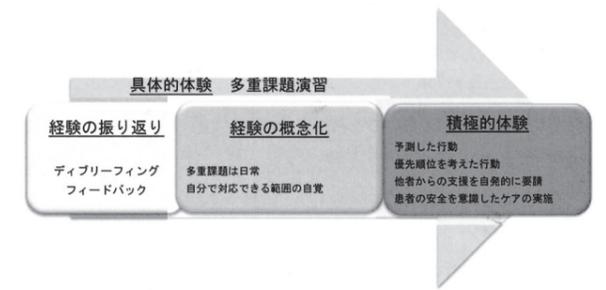


図2 コルブの経験学習理論にあてはめた多重課題演習の学び

ムリーに【他者からの支援を自発的に要請】することで、【患者の安全を意識したケアの実施】につなげようと行動していることが示唆された。

今回の多重課題演習の体験による変化を、コルブの経験学習理論にあてはめて考察した(図2)。多重課題演習という具体的な経験後に、意図的にディブリーフィングを活用し振り返りを行うことで、多重課題場面は日常であるとわかったこと、自分の対応できる範囲の限界を自覚できたことなど、経験の概念化ができ、予測した行動をとる・優先順位を考えた行動をとる・他者からの支援を自発的に要請する・患者の安全を意識したケアの実施など、日々の実践の中で積極的な行動をとれるようになっていたと考えられる。

多重課題演習のようなシミュレーションは学習者中心の教育である。

阿部らは、「シミュレーション学習の核は、Debriefing と Feedback である」<sup>2)</sup>と述べており、前者は学習者が振り返って自分の行動や思考について言語化すること、後者は指導者や仲間が気づいたことを学習者に伝えることであると説明している。

新人看護職員の主体的な学習をサポートするためには、多重課題演習の場面をどのように振り返るかが重要であり、2012年度は特に工夫した点である。

今回の演習において、学習者である新人看護職員が自ら振り返り、その後新人同士で振り返り互いに引き出し、学びあうことでの気づきは多かった。そしてこの振り返りは、実際の患者対応の場

面ではゆっくり行えない現状がある。

ディブリーフィングとフィードバックに時間をかけ、納得できるまでくり返し行うことができるのが、多重課題演習のようなシミュレーション学習のメリットである。演習6ヵ月後に新人看護職員が自覚していた変化が、ディブリーフィングの効果であるとは言い切れないが、きっかけになったことは確かである。

以上のことから、演習に参加した新人看護職員に特徴的な変化をもたらしたのは、①多重課題演習の具体的な体験、②研修目標に沿った自己評価、③ディブリーフィングを活用した主体的な振り返り、の3つが影響していると考えられた。

新人看護職員に起きた変化を維持、促進していくためには、OJTでの指導者のかかわりが重要になる。たとえば新人看護職員の自己評価が指導者の評価よりも低い項目については、指導者が意識的にポジティブフィードバックしていくなどの支援が必要である。また、新人看護職員の自己評価が指導者の評価よりも高い項目は新人看護師の課題であるため、そこに自分たちで気づけるよう促していく指導者の役割発揮が期待される。

また、指導者にとって多重課題演習をともに体験することは、自分たちの指導スタイルについての気づきや課題を明確にできる好機と考えられる。今後は、今回明らかになったことをもとに、新人看護職員の主体的学習を促進して実践に変化をつくり、その変化を持続できるような教育環境づくりを目指していくことが課題である。

## Ⅶ. 結論

多重課題演習を体験した新人看護職員が演習6ヵ月後の実践の中で自覚した変化の特徴は、「多重課題場面は日常であるとわかったこと」「自分の対応できる範囲の限界を認識したこと」などの経験の概念化、「予測した行動をとる・優先順位を考えた行動をとる・他者からの支援を自発的に要請する・患者の安全を意識したケアの実施」など、

積極的な行動をとれるようになったことの自覚であった。

### 引用・参考文献

- 1) 那須淳子, 大室律子: 新卒看護師の看護ケア上の多重課題に関する実態調査, 日本看護学会論文集 看護管理, 38, 95-97, 2008
- 2) 阿部幸恵, 大滝純司: シミュレータを活用した看護技術指導, 日本看護協会出版会, 2008
- 3) 佐居由美他: 新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方, 聖路加看護学会誌, 11 (1), 100-108, 2007
- 4) 阿部幸恵: 看護のためのシミュレーション教育 はじめの一步ワークブック, 日本看護協会出版会, 2013
- 5) 松尾睦: 経験からの学習 プロフェッショナルへの成長, 同文館出版, 2006

# 組織医療の質向上に貢献する 事務部門の役割

埼玉協同病院 事務部 野田邦子

## 埼玉協同病院

診療情報室課長 野田邦子  
事務長 内村幸一

当院は、埼玉県南部、川口市とさいたま市の市境に位置する医療生協の病院である。1978年の開設以来、県内民医連グループの研修センターとしての機能整備とともに、医療情報の整備および医療の質向上を進めてきた。従来から進めてきた目標による管理、品質マネジメントシステムISO9001の枠組みの中に、2005年から客観的な数値目標としての臨床指標を取り入れ、医療の質向上のPDCAサイクルに活用してきた。本誌2011年9月号で、臨床指標全体について当院の取り組みを紹介したが、今回は事務部門の指標とその活用について当院の経験を紹介する。

## 1 組織医療の質を高める 指標を目指して

当院が医療の質の指標設定に当たって重視したことは、①当院の理念、機能と役割を踏まえた医療の目指す質（成果）を端的に表す分かりやすい指標、②全部門が医療の質にかかわる役割を意識し、測定できる指標、③取り組む課題が明らかとなり、改

善策の成果が測定できる指標、④職員の達成感、力量向上のモチベーションを高めることに役立つ指標——である。

病院事業の目的が、患者に良質な医療を効果的に提供（チーム医療）するのであるから、病院内の部門でこれにかかわらない部門はないはずである。

各部門の業務が、患者のアウトカムとどのように結びついているのかを知り、自らの業務が患者のアウトカムに結びついていることが見えれば、達成感、モチベーションアップにつながるはずである。

そこで、病院全体、入院、外来、医療連携、記録、専門領域、コメディカルの機能、

### 病院概要

名称	医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院
所在地	埼玉県川口市木曾呂1317番地
電話	048-296-4771
病床数	一般病床401床(うち、ICU4床、回復期リハビリ50床)
HP	http://kyoudou-hp.com/index.htm

別表 事務部門の主な質指標

指標領域	主な指標項目
1	病院全体・医療機能・教育研修・パートナーシップと患者満足・安全管理・感染制御 専門資格認定数、虹の箱（提案・感謝）、患者満足度、職員満足度、新規紛争発生数、カンファレンス記録、個人情報不適合発生数
2	入院医療の状況・標準的・効率的医療、治療の成功・入院患者の看護ケア・栄養管理 クリニカルパス適用率、在院日数、予期せぬ再入院割合、新入院患者数
3	外来・救急・在宅医療の状況 新患者数、1人あたり外来受診回数、救急搬入数・応需割合・救急搬入入院数
4	地域連携の状況・療養支援・相談機能 返書記載日数、紹介率、登録医数、連携バス導入数、療養支援会議開催数・療養継続困難で再入院した割合、医療福祉制度など社会資源活用数
5	医療記録の適切性 サマリ14日以内記載率、診断書記載日数、職業歴・飲酒歴・喫煙歴記載率
6	保健予防・健康増進 要精査率・フォロー率、がん検診後精査率、早期がん発見率
7	各専門領域（15領域）
8	メディカルスタッフ機能
9	業務管理の質 保険請求査定率、詳細不明コード使用割合、継続傷病名10以上登録患者割合、診療データ抽出加工提供数 重大なシステムトラブル件数、医療材料在庫率・医薬品在庫率・期限切れ廃棄率、CO <sub>2</sub> 排出量 健康診断要精査以上率・二次健診率、超勤45時間/月以上人数、有休取得率、労災事故報告数、離職率 病床利用率、回転率、患者1人1日あたり収益（入院・外来）、職員1人あたり給与費、患者100人規模あたり職員数、付加価値労働生産性、職員1人あたり収益、医業利益率

業務管理の質など9つの領域ごとに、中心的な質改善のテーマに関して、構造、過程、結果相互の関連が分かるような指標の設定を試みた。ここでいう業務管理の質とは、主に直接診療の場面ではなく、いわゆる人・材・財・情報の管理を職務とする部門の業務の質を対象としている。

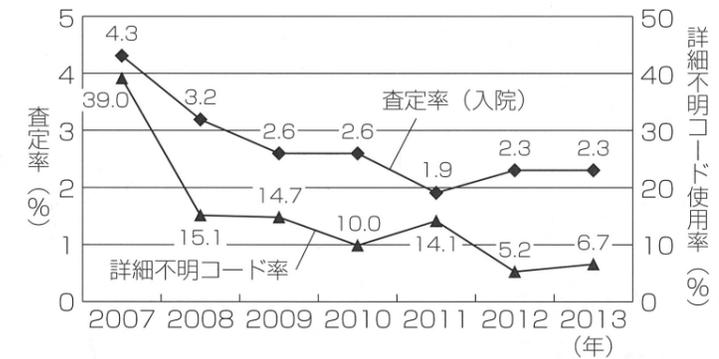
経営指標については別途管理しているため、組織医療が有効に運営できているかを見るための機能性（病床利用率、在院日数、患者1人あたり収益（一般病棟、回復期リハビリ病棟、外来）、入外比、患者規模あたり職員数）、収益性（職員1人あたり収益、付加価値率、付加価値労働生産性、付加価値労働分配率、職員1人あたり給与、医業収益率）のみ、再掲および計算値として掲載している。領域ごとに事務部門がかかわる主な指標を別表に示す。

## 2 病院における事務部門の役割は何か

さて、組織医療の質改善にかかわる事務部門の役割は何だろうか。患者のアウトカムがよくなるためには、各事務部門の業務プロセスはどのような質が求められるのだろうか。

事務部門は、良質の医療を患者とのパートナーシップを高めながら提供するための、組織としての人・材・財・情報、コンプライアンスを含めた組織管理について、個のレベルから組織レベルまでのマネジメント、あるいはコーディネート機能を担っている。特定の機能に特化して専門分化することで、業務の習得はしやすいが、医療全体のプロセス管理がしにくい（意識しにくい）点が課題でもあった。前後のプロセス、横の連携など円滑にできるよう、内部

図1 入院診療報酬査定率とICD詳細不明コード使用率



コミュニケーションを図ってはいるが、とりわけ直接患者と対応しない部門では、患者のアウトカムが実感しにくい。

直接患者とかかわる部門も、接遇以外に業務の質目標となる指標を持っていなかった。インフラを担う部門、医療実践を営みとして継続させる部門の職務・目標が、個々の部門の努力だけでなく、相互にかかわり合って、患者のアウトカムと結びつく目標が立てられれば、その役割はもっと明確になるはずである。

## 3 測定値と変化の実際

地域連携、退院支援、救急診療、病床管理など、患者へ直接対応または調整機能を果たす部門は、アウトカムを実感しやすい。また、労務管理、施設管理、物品管理などのうち、費用に関するデータは把握しやすいが、とりわけ経営状態が好調でないときには、真っ先に改善の取り組みが求められ、これが課題の1つでもある。

ここではそれ以外の指標、「保険請求業務の精度」、「医師アシスト」、「パートナーシップ」、「職員満足」について紹介する。

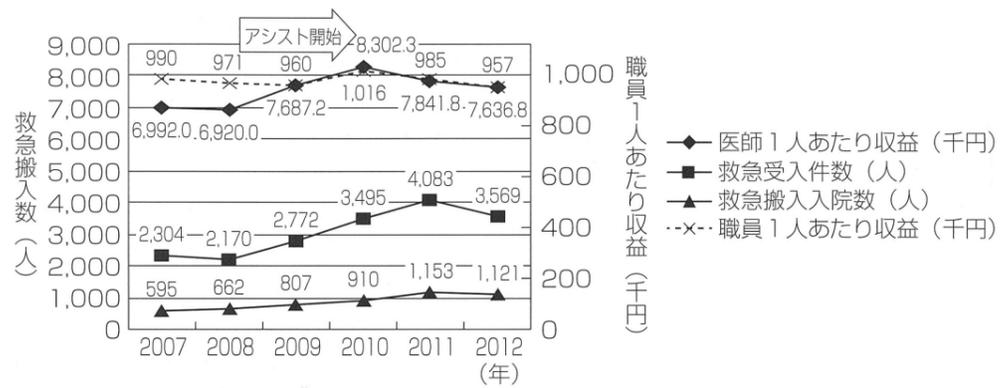
### (1) 保険請求の精度と診療の質(図1)

—請求の精度は診療の質を反映する—  
当院は、2004年7月からDPC試行病院（当時）となった。1989年からICD9により、1997年からはICD10で病歴管理をしてきたが、詳細不明コードの使用率は2007年にはじめて計測したところ、約40%であった。ICD10の求める桁数までコーディングするという文化がなかったためだ。

図1は、詳細不明コード使用率と保険請求の査定率である。入院分の査定は主に出来高部分で発生しており、コーディングの精度と直接的には関連がなさそうだが、このころから必然的に入院医事課と診療情報室の調整のための会議を持つようになり、精度を高めるための業務連携を強めてきた結果と考えている。グラフにはないが、外来分の査定率は2%前後を推移し、なかなか下がる傾向がみられない。

そこで、電子カルテになってからの傾向と思われる継続傷病名の増加に着目し、2012年より10以上の傷病名が付与された患者の割合（対受診患者）を指標として減らす取り組みを開始したところだ。

図2 救急搬入数と職員1人あたり収益



(2) 医師アシスト業務 (図2)

—医師が診療に専念できるための支援業務—

埼玉県は人口10万人あたりの医師数が全国最下位、1位の県と2倍もの開きがあるなかで、医師労働には特別の配慮をしてきた経過がある。特に、2007年12月28日付の医政局長通知「医師および医療関係職と事務職員等の間等での役割分担の推進について」以降、それまで事務部門が担っていた補助的業務をさらに拡大し、医師が診療に専念できる体制を広げてきた。これにより、返書日数、文書作成日数は大きく減少し、退院サマリの2週間以内作成率は常に100%を維持できるようになった。

医師が診療に専念できる業務環境の整備や事務作業をはじめ、周辺作業の直接的支援は、例えば救急車の受け入れ増、入院患者増、在院日数短縮などにつながるプロセスである。2008年は順次アシスト業務の対象を広げ、診療補助にかかわる部門が従来業務の1～2段階先のプロセスまで担うことを進めてきた。

もちろんほかにも要因はあるが、業務拡

大と並行して救急受け入れ数や入院数および医師1人あたり収益が増加に推移すれば、やはり達成感はある(図2)。

また、ケアカンファレンスに書記の役割を兼ねて参加し、目標設定と手立ての明確化に事務職員がかかわることで、チームの問題解決行動を効果的に行い、円滑な療養支援・在院日数の短縮につながることを期待される。しかし、その効果はまだ一部の病棟に限られ、担当者の力量の均質化が課題である。

診療データの抽出加工提供は、研究発表、専門医認定、離職率がアウトカムである。

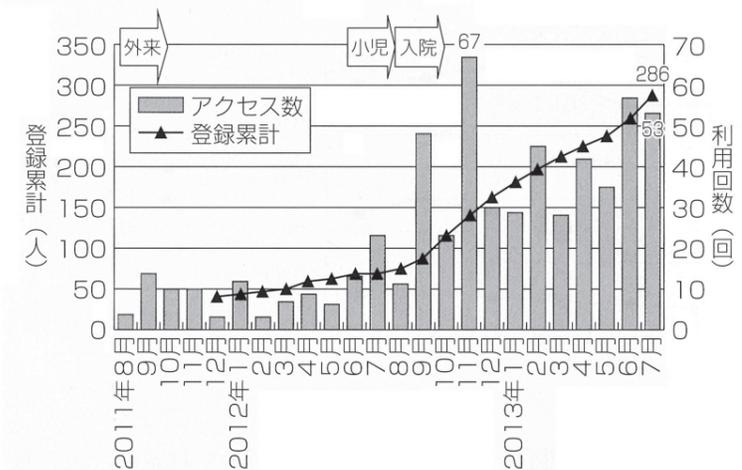
(3) パートナーシップ

—結果と過程に満足できる医療をつくる～マイかるて・虹の箱—

患者が療養の主体者であり、医療者と患者がともに協力し合って、良い医療を実現するための仕組みを整備し、その効果を測定してきた。

患者図書室を移動してオープンスペースにし、闘病記や患者向け参考書を新規購入増冊し、貸し出しやお届けサービスを開始

図3 マイかるて登録数と利用数



し利用増を図った。2006年は100件だった利用数が2010年には740件となった。

一方で、2004年の電子カルテ導入以降、物理的に自分の医療記録を自由に見ることができなくなった。カルテ開示の制度はあるが、よほどのことがなければ申請には結びつかない。このため、開示件数は年平均16件にとどまっていた。

そこで、患者と医療者のコミュニケーションをよくすることを目的に「マイかるて」の仕組みを構築し、希望する患者にパスワードを発行し、閲覧できるようにした。「マイかるて」の利用数は増加している。外来患者本人、小児科患児の保護者、入院患者へと対象を拡大し、普及に取り組んだことで、利用が進み始めている(図3)。

「虹の箱」(提案箱)は医療生協が1980年代から取り組んできた患者参加の仕組みである。医療の質をよくする活動への利用者の、医療生協の指針である「参加と協同」の度合いを測るため、提案の数、回答率を指標として設定した。しかし、回答率は種々

の要因で変動が大きく、また、提案が要望かクレームかの判断の明確化ができない。アウトカムとしての感謝の割合なども測定してはいるが、指標としては評価が難しいのが実際のところであり、今後の大きな研究課題の1つと考えている。

これらの改善が、新規紛争発生数の減少、患者満足度に反映することを期待したい。

(4) 職員満足

—利用者の目的達成がモノサシ、事務部門の高い評価—

2007年より毎年11～12月に、医療の達成度や職員の満足度を聞くアンケートを行っている。実際の質問は5項目で、①患者への説明は十分か、②部門間の連携における自部門の役割発揮は十分か、③患者の目的は達成できているか、④自分の大切な人に当院の利用を勧めるか、⑤当院で働いてよかったと思うか、を問う。

図4「医療の達成度に関する職員の満足度」は③④⑤の回答結果の推移である。

2011年までは4段階で、「どちらかというと思う」と「そう思う」を合計、2012年は6段階にして、「本当にそう思う」を加えた割合である。

④の「当院の利用を勧める」のみ、2012年に若干低下しているが、全体としては年々上昇している。継続するなかで利用者の目的達成が意識されること、質指標などの見える化の取り組みが、プラス要因の1つと自負している。

勤務年数別では、1～3年は比較的高く、4～6年、7～10年、11～20年と低下傾向、21年以上は高いというのが、毎年変わらぬ傾向であり、組織運営の課題でもある。21年以上は、やりがいを感じて働き続けている

職員ということになる。職種別では、医療技術職が低く、医師職、事務職は高い傾向である。

図5は「利用者の目的達成」を事務職員(管理職を除く)と全体で比較したもので、「そう思う」との回答は各年とも事務職員が全職員よりも10%程度高い。2012年は100%近い事務職員が「そう思う」と回答している。回答率も73～88%で、全職員に比べて高い。

これをどう解釈すべきだろうか。「ふつう」あるいは「どちらでもない」といった真ん中の選択肢がなく「どちらかというと思う」以上の評価なので、甘い評価で

図4 医療の達成度に関する職員の満足度

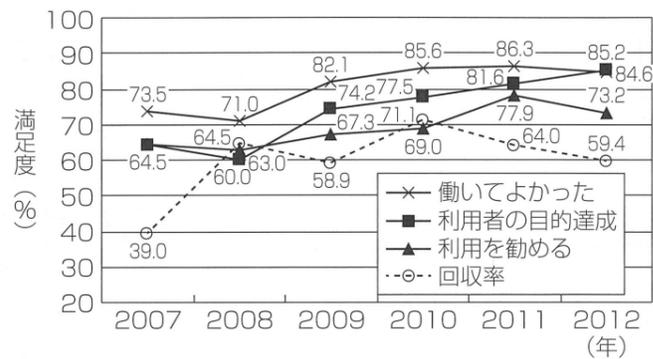
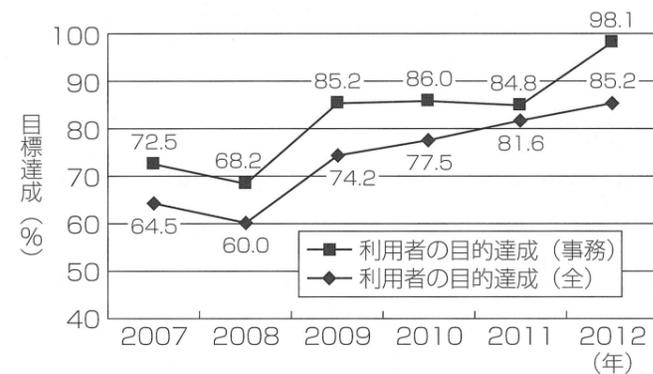


図5 利用者の目的達成に関する職員満足度 (事務職員と全体比較)



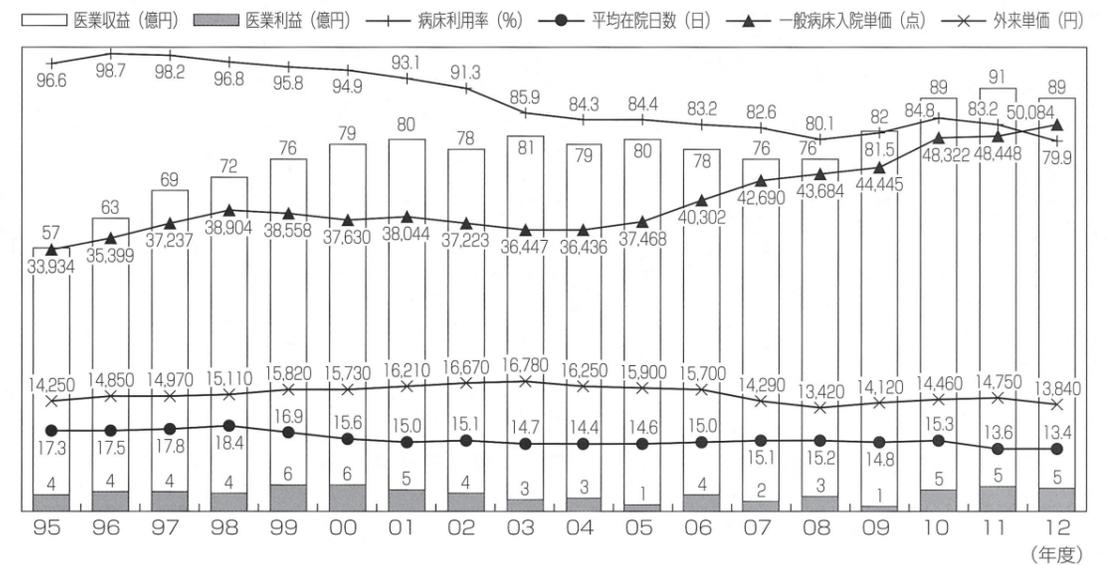
はある。しかし、特に事務職員は自ら患者のケアを担当するわけではないからこそ、見えているものがあるかもしれない。各現場が病院の基本方針に沿って、改善を進めていることが実感できていることの表れといえるのではないだろうか。

#### 4 良質な医療を提供できる 持続可能な組織として

最後に、病院経営への影響はどうかということだが、図6に1995年以降の当院の主要経営指標を示す。

当院の基本方針「急性期病院としての機能を高め、地域の医療機関・介護施設等と

図6 埼玉協同病院の主要経営指標



の連携を強化し、医師をはじめチームが輝く病院」に沿って、PDCAを回し、改善を進めてきた結果ということが確信できる。

在院日数が短くなり、患者1日あたりの収益は着実に伸びている。図にはないが患者100人規模あたりの職員数は2007年の91人から、2013年には122人とほぼ直線的に増加し、人的資源集約型の医療となってきたと言える。しかし、病床の効率的運用、救急車受け入れに課題があり、職員1人あたりおよび医師1人あたり収益は低く、さらに低下傾向にある。

医業利益率は±2%の範囲でほぼ横ばいである。課題は明確であり、各病棟・診療科の会議に、担当の事務職員がどのような意図を持って、どのような情報を提供するかは、パフォーマンスに大きく影響する。それ自身が事務部門のアウトカムでもある。

ほとんどが国家資格を有するメディカルスタッフの中であって、事務職員がチーム

医療をコーディネートしながら効果を高めていくには、各職務を担うプロフェッショナルとしての自覚と、その精度を高めることがとても大事であると考えている。患者のアウトカムに心を配り、職務満足、働きがいを実感できることは、特に事務部門にとって重要なアウトカム指標といえそうだが、それにつながるプロセス指標がまだ十分発掘できていない。期待するアウトカムとの関連性を可視化することが、現時点ではより重要かもしれない。

自らの業務の質を高め、院内外のデータを使って組織医療をコーディネートしていくことは、事務部門の重要な役割と考える。この役割を担うことで、自らの仕事はどう患者のアウトカムにつながっているのかを実感することをおして、利用者の目的達成と自身の職務満足高め、組織医療の質向上に貢献できるものと思う。

## 当院の自己血輸血への取り組み ～採血の中央化へ向けて～

木村秀実<sup>1)</sup>  
村上純子<sup>2)</sup>、酒井富子<sup>1)</sup>、森崎安子<sup>1)</sup>、吉田かおり<sup>1)</sup>

\*第27回日本自己血輸血学会学術総会で発表。  
学会査読済みです。

### 【目的】

2012年、当院の自己血採血の現状を把握するためにアンケート調査と視察を実施した。その結果、消毒方法は統一されておらず、素手に消毒薬を塗布している医師がいること、穿刺後医師は診療に戻り全身状態観察や抜針などは看護師が業務の片手間に行っていることが判明した(第26回日本自己血輸血学会学術総会で報告)。これらの問題は早急に改善されるべきであるが、採血が各科に任されている現状では短期間での標準化は困難である。そこで、自己血輸血看護師が中心となって採血するシステムを確立することで、現在より安全な採血を行えるのではないかと考え、採血の中央化へ向けての取り組みを試みたので報告する。

### 【対象と方法】

対象は採血の中央化へ向け、事前に主治医および輸血責任医師からインフォームドコンセントを実施し同意を得られた患者である。対象患者について麻酔科外来を使用し、責任医師監督のもとで自己血輸血看護師が自己血採血を実施するという方法で試験運用を実施中である。

### 【結果】

消毒は、アルコール+ポピドンヨードを使用し2分以上乾燥させるという学会基準を遵守し、穿

刺するようになった。原則として消毒

後は消毒部位には触れず、滅菌手袋を着用するようになった。診察時間外の麻酔科の診察室を使用し、プライバシーの確保された個室で実施するようになった。麻酔科外来の部屋で責任医師が待機し、緊急時の対応も迅速にできるようにした。パンフレットを用いて遅発性VVRを含む採血後の注意点を説明するようにした。

### 【考察】

専門知識を持ったスタッフが対応することで学会推奨の手順を遵守できるようになった。その結果、①製剤の安全性向上、②患者の安全性向上、③診療科医師、看護師の負担軽減に繋がると考える。当院の自己血輸血の大半を占める整形外科より中央化を強く望む声が寄せられており、採血を中央化することで、自己血輸血実施症例数の増加が見込まれる。

1) 埼玉協同病院 看護部  
2) 埼玉協同病院 検査科

## 当院の自己血採血の実際と今後の課題 ～アンケート調査と現場視察から明確化されたこと～

木村秀実、酒井富子

※日本自己血輸血学会 学会誌(日自輸血誌)「自己血輸血」第26巻第1号に掲載されました。

Current status and future issues of our hospital autologous blood collection system:

From questionnaire survey and spot inspection

Hidemi Kimura and Tomiko Sakai

Nursing department, Saitama cooperative hospital

Key words : 貯血式自己血輸血 (Preoperative autologous blood donation)

アンケート調査 (Questionnaire survey)

採血手順 (Blood collection procedure)

### はじめに

安全な自己血輸血療法を実施する為には適切な自己血採血の手順や実施体制の整備、患者の管理が重要である。当院では2013年4月現在、学会認定・自己血輸血看護師が3名いる。認定取得看護師として学んだ自己血輸血に対する正しい根拠に則り、当院で実施されている自己血輸血の現状を把握するためにアンケート調査を実施した。学会推奨の手順とアンケート結果から得られた当院の実態をふまえて、今後の課題を検討したのでここに報告する。

### 方法

1. アンケート調査 (自記式質問紙)

対象 : 自己血採血をしている整形外科、外科、泌尿器科、産科、婦人科の医師17名

内容 : ①消毒方法、②採血場所、③穿刺時に血管を探る場合の滅菌手袋の使用、④穿刺時輸血のクレンメ使用状況、⑤採血中の攪拌の項目を選択式で実施した。

期間 : 2011年10月

### 2. 現場調査

当院で自己血採血件数が多い整形外科外来の自己血採取現場を視察し、医師がどのように実施しているかをアンケート調査項目に準じて調査した。

3. 倫理的配慮 : アンケートは無記名とし、得られたデータは研究のまとめ以外には使用しないことを説明し、用紙の提出により同意を確認した。

### 結果

1. アンケート結果 (図1参照)

- ・消毒方法はポピドンヨードのみで、1回消毒が1人、2回が5人、3回が9人で最多であった。アルコール+ポピドンヨード1回が1人、アルコール+ポピドンヨード2回が1人であった。
- ・採血場所は病室・診察室が7人、処置室が6人、両方が6人であった。
- ・穿刺時血管を探る場合の滅菌手袋の使用は、滅菌手袋使用が13人、未滅菌が2人、素手が2人であった。

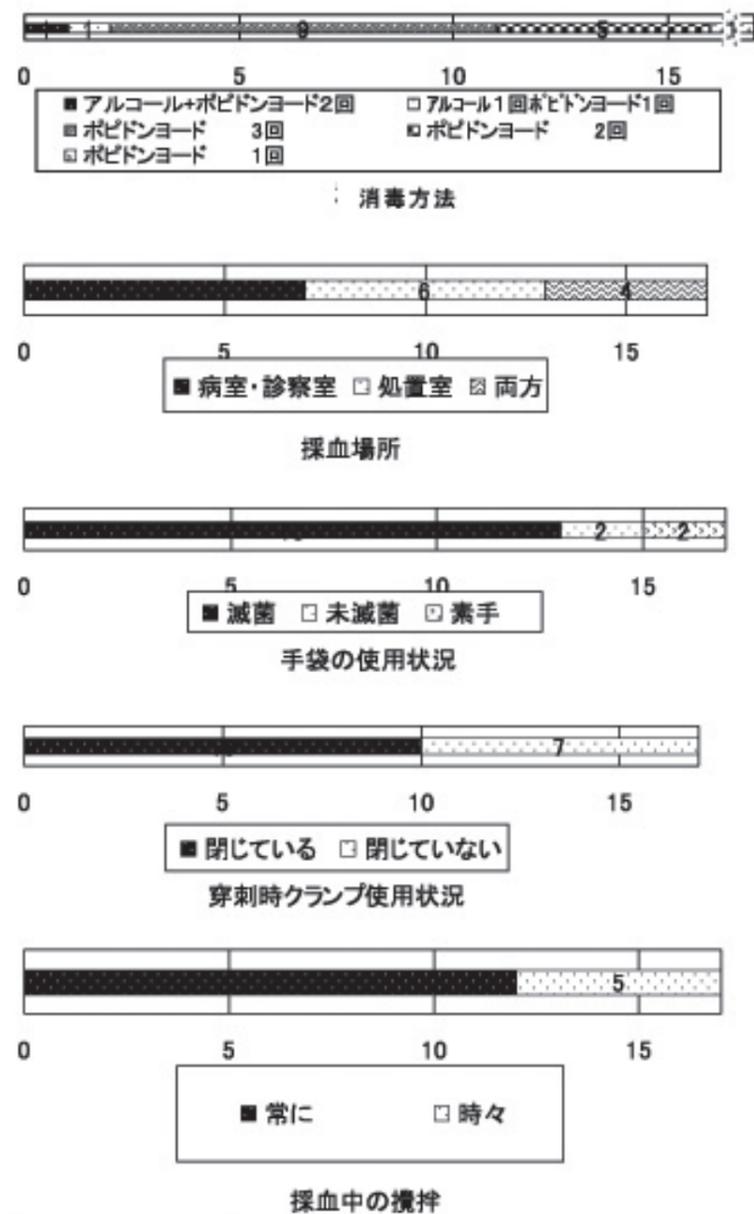


図1 アンケート結果

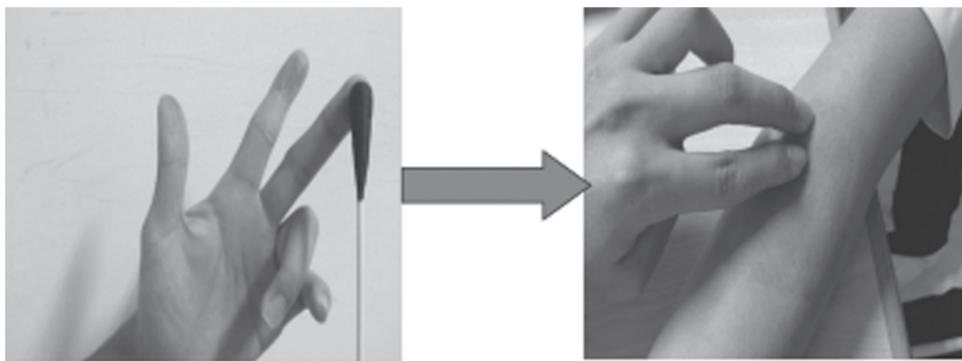


写真1 穿刺前の採血者の指消毒

・穿刺時血液バッグのクレンメは、閉じている10人、閉じていないが7人であった。閉じていないと回答したほとんどが穿刺時の逆血がわかりにくいからと答えていた。

・攪拌は常にしているが12人、時々が5人であった。

2. 視察結果

・自己血採血時の採取方法に着目して、外来で採血を観察した。対象の医師は採血部位をアルコール消毒1回、イソジン2回消毒を行い、採血者の指（素手）にイソジンを着け穿刺部を触りながら採血をしていた(写真1)。

・診療の合間に医師が穿刺し、穿刺後医師は診療に戻っていた。

・全身状態の観察や抜針などは外来の対応もしながら看護師が行っているような状況であった。

考察

輸血療法の実施に関する指針<sup>1)</sup>には「自己血輸血は院内での実施管理体制が適正に確立している場合は、同種血輸血の副作用を回避し得る最も安全な輸血療法である。」とある。当院の消毒方法は学会推奨の

手順で実施しているのは僅か1人であった。消毒方法においては採血時に素手で実施している医師が2人おり、採血時のクランプは閉じていないが7人であり、

空気の混入の可能性があることが分かった。採血中の攪拌は適宜されていたが、常時ではないことが問題であった。

以上のことから当院の自己血貯血は採血場所、消毒方法や手技が各科任せになっており、穿刺時に素手で行うなどの実態から、学会推奨の手順<sup>2)</sup>で採血ができておらず、自己血の細菌汚染、空気混入によるトラブル発生の危険性が高い状態である。このトラブルを回避し、患者に安全な自己血輸血を提供していく為に手順の遵守が必要である。

視察の状態では採血針留置後医師がその場から離れるため、異常の早期発見が看護師の技量に委ねられる。しかし、看護師も外来の対応をしながら観察を行っている状態であった。この状況では、十分な観察が行えず副作用を見逃す危険が考えられる。血管迷走神経反応（VVR）をはじめとするさまざまな副作用を予防・早期発見し、患者の安全を確保するために観察に専念できる環境を整え、看護師は専門知識を深め、アセスメント能力と対応力を高める必要がある。

まずは、院内の自己血採血の適切な実施管理体制への移行の必要性をアピールし、その具体的な方法として、自己血採血を中央化し、専門知識を持った医師、看護師を配置していくことが、患者にとって安全な環境整備の第一歩となる。

終わりに

当院での現状を把握し、明らかになった課題を達成していくために、自己血輸血看護師として発揮していく役割をあらためて認識することができた。今後は、他のスタッフに段階的に自己血輸血の知識を広める取り組みを継続しながら、自己血採血の質向上に努めていきたい。

文献

- 1) 厚生労働省：輸血療法の実施に関する指針、改訂版、輸血製剤の使用にあたって、第4版、

じほう、東京、2009、p36-37

- 2) 脇本信博、小松久美子：貯血式自己血輸血、脇本信博（編著）、実践・輸血マニュアル～自己血輸血から輸血療法全般の理解を求めて～、医薬ジャーナル社、大阪、2012、pp78-99

※ 2013年5月23日受稿、2013年8月5日掲載受理

# 当院産婦人科での周産期地域連携に関する 報告と考察

埼玉協同病院 助産師 祐川志帆

※キーワード (3つ) ①「健やか親子21」 ②地域連携 ③虐待予防

## I. はじめに

近年、周産期をめぐる動向として、初婚年齢の上昇、初産年齢の上昇、出産年齢の高齢化というのは周知のことである<sup>1)</sup>。さらに、核家族化が進んでいる近年、近所付き合いの希薄化も重なり、家族以外に相談できる人がいない、出産年齢の高齢化から育児の支援者が高齢化し担い手が少ないなど、一般的に妊産婦が孤立しているように思われる。

当院は、中規模総合病院であり、専門外来が充実していることから、持病のある妊産婦が地域医療機関から紹介されて周産期を管理する立場にある。また、身体的なリスクがなくても、心理・社会・経済的なリスクを抱えた家族もあり、そういった妊産婦が地域で孤立してしまわないためにも、私たちは地域連携を行っている。これは、国の施策である「健やか親子21」の一つであり、地域保健所・保健センターと連絡を取り、周産期から継続的な支援が必要と思われる人を支援していくものである。

## II. 用語の定義

「健やか親子21」とは、21世紀の母子保健の取り組みの方向性と目標や指標を定め、関係機関・団体が一体となって取り組む国民運動である。「健やか親子21 看護連絡表」とは、母子に関して保

健所や保健センターと地域連携するための看護情報提供用紙であり、医療スタッフが、地域連携が必要と判断した母子について連絡するものである。

## III. 研究目的

当院から「健やか親子21 看護連絡表」を保健所や保健センターに送付することにより周産期において地域連携をしている母子についての現状を把握することと、当院が地域から求められていることを検討することである。

## IV. 研究方法

### 1. 研究対象

2008年4月(2008年度)から2012年3月(2011年度)に出産し、当院から「健やか親子21 看護連絡表」を保健所・保健センターに送付した事例からデータ収集を行った。

### 2. データ収集内容

上記の「健やか親子21 看護連絡表」の件数と内容を集計した。そして、送付目的の確認のために電子カルテを用いて情報収集を行った。また、全分娩件数、初産婦と経産婦の数は、当院管理の分娩台帳から集計を行った。

### 3. 倫理的配慮

情報収集や集計の過程では、個人情報が入らない方法で集計した。

## V. 結果

### 1. 健やか親子21 看護連絡表送付件数 (表1)

各年度ともに、初産婦が60%以上を占めた。

### 2. 送付目的

「看護連絡表」には、「連絡を必要と感じた理由」を選択する項目がある。その内容は以下の項目である。「精神疾患がある」、「精神状態不安定」、「知的・身体障害がある」、「若年妊産婦」、「外国人」、「家族機能に問題」、「虐待歴・非虐待歴」、「ハイリスク児」、「多産・飛び込み出産」、「死産等の経験あり」、「その他」。

その内訳(表2)については、送付目的が重複している事例もあるため、のべ件数で集計した。

パーセントで表記した数字は、各年度での、健やか親子21 看護連絡表送付件数に占める割合である。

「家族機能に問題がある」が、最も送付件数理由として多く、その内容には、家族のサポートが得られない・少ない、高齢初産のため育児の担い手が高齢で支援を得にくい、DVを受けている、シングルマザー、別居していて支援が受けられないなどの理由があった。また、結婚よりも妊娠が先行し、夫や自分の家族との不仲となったり、夫の家族と十分に人間関係が形成されないまま過したり、支援が得られにくいという事例があった。

次に送付理由として多かったのは「精神疾患(既往)がある」「精神状態不安定」であった。精神疾患では、統合失調症、強迫性障害、パニック症候群、不安神経症、覚せい剤使用歴あり等があり、現在治療中や、再発、治療はしていないが妊産婦期間において再発する可能性もあることから送付されている事例もあった。また、「精神状態不安定」では、精神疾患が既往にあつて不安定な事例と、もともと既往はないが妊娠中や産後に不安定になる事例とがあった。

「若年妊産婦」では、年代は16歳から21歳であった。学生であり、学校を中退する事例や、休学し家族の支援を受けながら育児と学業に取り組む事例、経済的に困窮している事例もあった。

「外国人」の中には、全く日本語が通じない、夫も外国人で文化が違い、日本の妊娠出産育児事情への理解に乏しい、日本語もある程度わかり現在問題はないといった事例があった。

「虐待/非虐待歴」では、各年度ともに少ないが、子育ての仕方がわからない、自分も虐待してしまうのではないかと不安を抱えた事例や、ネグレクトをして通報されているが自分で認識できていないという事例があった。

「ハイリスク児」の内容は、早産児、低出生体重児、染色体異常、多発外表奇形、心疾患があった。中には、当院で出産したが新生児が他院へ搬送となり母児分離となり育児行動が取れなかった事例を含む、継続支援が必要とされた事例もあった。

「多産/飛び込み出産」では、多産は4人目、5人目、8人目の出産に対し送付されていた。多産で育児行動には何も問題はないが、子どもの人数が多いために育児の担い手が足りずに、新生児の体重増加が緩慢となり小児科医より児童相談所へ連絡した事例があった。飛び込み出産は、経済的に困窮しており、妊婦健診がうけられなかった事例や、妊娠に気がつかなかったという事例であった。「死産等の経験がある」では、妊娠中期に子宮内胎児死亡を経験した事例と、生後乳児期に子どもが他界した経験を持つ事例があり、妊娠出産育児がうまくいくかどうかと不安を抱えていた。

「その他」の項目では、「育児不安がある」が最も送付件数が多かった。当院では、出産退院後に産後のフォローとして、産褥新生児(家庭)訪問、産褥外来、体重チェック、電話訪問を行っており、1ヵ月健診までの間に何かしらの支援をしている。家庭訪問の現場では、EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale: エジンバラ出産後うつ病尺度)を用いて、母の産後の気持ちや赤ちゃんへ

の気持ちをアンケートしているが、そこで高得点となった(産後うつリスクがある)事例もあった。また、精神疾患はないが、目が合わない、多弁多動、心配性、自己中心的、といった助産師の視点でネグレクトや育児困難となりそうな「母のキャラクターが気になる」事例の送付があった。

また、東北大震災のあった2010年度と翌2011年度には、被災地妊婦の受け入れ事例や、放射能への心配から地方へ被災する事例、放射能や地震への恐怖から育児不安となる事例もあった。

### 3. 2011年度年齢(5歳階級)別出産件数(表3)

初産婦経産婦ともに30～34歳での出産件数が最も多く、厚生労働省報告の、人口動態統計<sup>1)</sup>と一致していた。出産最低年齢は16歳、最高年齢は46歳であり、ともに初産婦であった。

### 4. 返書件数(表4)

健やか親子21看護連絡表を送付した後、保健所・保健センターの保健師や助産師が情報を持って家庭訪問や電話訪問にて経過をみってくれる。その結果が返書として送られるが、その受け取り件数は表4のとおりである。パーセントで表記した数字は、送付件数から占める割合である。

若年で問題はなくても、地域連携後の返書にて、送付した結果よかった(夫とトラブルあり、支援が必要となった)という事例があった。

## VI. 考察

「家族機能に問題がある」や「育児不安がある」ために継続支援が必要と判断している母親には、支援者が誰になるのか、その人は困ったときにすぐに手を貸してくれる距離(精神的にも物理的にも)にいるのかどうかなどを、妊娠経過中から確認しておく必要がある。「育児不安がある」のは経産婦よりも初産婦が多いという報告もあり<sup>3)</sup>、特に、初産婦に対しては産褥退院後に顔を合わす機会、支援の場を設ける必要があるということが示

唆された。

また、周産期という時期は、ライフサイクルの中で精神障害を起こしやすい時期でもある。精神疾患既往、精神状態不安定、アルコール依存、妊娠中の喫煙、若年妊娠、高齢出産、外国籍、年齢、低学歴、DV、父親の参加度の低さ、など多くの因子により育児不安を招き<sup>4) 5) 6) 7)</sup>、それらは虐待のリスクとなりうるために、私たちは生育歴からの情報収集を行い、状況がわかった時点で、それぞれの時期にかかわる専門職が連携をとり、早期から対処していくことが重要である。

上杉ら<sup>7)</sup>が言うように、さまざまな要因が虐待のリスク因子になりえることの周知と、関わるスタッフの「この方が気になる」という感性も大事でそれを磨くためにも、院外講義への参加などによりスキルアップしていく必要がある。

また、育児不安や産後うつを早期に発見し、早期に介入するためにも、エジンバラ産後うつ病尺度評価(E P D S)が客観的スケールとして活用されるようになってきている<sup>8) 9)</sup>。当院でもそれを利用し、通常のかかわりの中からは見つけられない、母のうつ状態や育児不安が把握でき、そこから地域連携につながった事例がいくつもある。地域保健機関からの返書によると、私たちが思っていた以上に支援を必要としていた、退院後にそういった気分になっていったという事例も多々あったために、このスケールはとても有意義だと感じている。現在は、川口市在住の家庭訪問時に限って実施しているが、それ以外の妊産褥婦も多いために、活用していくことも大切だと感じている。

その一方で、子育て支援自体が、とても抑圧的なものではないかという意見もある<sup>10) 11)</sup>。山崎の研究では、医療者と患者の間に、保健サービスの利用に対する認識のずれがある<sup>11)</sup>という報告もある。医療者が必要と判断したケースよりも実際には支援を必要としているケースが多いこと以外に、当院でも、本人が地域連携を希望しないといった事例がある。そういった場合には保健サービスの

利用や出生連絡表の送付について等の情報提供を積極的に行い、希望を確認していくことも重要であるし、「本人の同意は得られていないが、地域の目でもみてほしい」との希望を含めての連絡表の送付は重要ではないかと思われる。

## VII. 今後の課題

- (1) 周産期において、子育てに困難をきたす要因を把握した時点から、早期に地域や他職種との連携が必要である。
- (2) 子育てに困難をきたす要因に気がつくための私たちの感度をあげるためにも、さまざまな疾患や虐待についての知識を増やしていく必要がある。
- (3) 母のうつ状態の確認と、育児不安の発見のために、客観的な尺度としてエジンバラ産後うつ病尺度評価(E P D S)は頻度を増やして活用していく。

## 引用文献

- 1) 平成23年人口動態統計 厚生労働省
- 2) 伊吹麻里、中村歩美、中野真希他：核家族における乳幼児期の母親の育児不安——育児不安に影響する人的環境要因——藍野学院紀要.18.P105-111.2004.
- 3) 田淵麻衣：統合失調症を持ちつつ妊娠・出産した母親への支援を通して。地域看護.40.p104-109, 2009
- 4) 安達久美子、恵美須文枝、小川久貴子：統計から見た10代の女性の出産。思春期学.24(2).P407-414.2006.
- 5) 渡邊茉奈美：「育児不安」の再検討——子ども虐待予防への示唆——。東京大学大学院教育学研究科紀要.51.P191-202.2011.
- 6) 小野直子、川野理恵、森下映子他：患者や家族が安心して退院できるような継続支援のあり方の検討。母性看護.41.p89-91.
- 7) 上杉みつえ、河野順子、山本美智子他。病

院における子ども虐待対応の現状と課題—病院システムづくりのための基礎調査—。日本赤十字看護学会誌.7(1).P85-90.2007.

- 8) 島尻和子。「こんにちは赤ちゃん事業」におけるE P D Sの思考と有効な支援のあり方についての研究—育児不安の軽減と虐待防止に役立てるために—。保健の科学.53(7).P467-471.
- 9) 三品浩基、三品瞳、森田優治。小児科診療における産後うつ病スクリーニング尺度の活用。日本小児科学会雑誌.115(3).P597-602.2011.
- 10) 井上寿美：周産期医療を組み込んだ子育て支援をめぐる研究の動向と課題。社会福祉学部研究紀要。第14巻第2号.P21-30.2011.3.
- 11) 山崎嘉久：子育て支援に視点をのいた医療機関から保健機関への連絡方法に関する検討。周産期医学.36(8).P963-968.2006.

添付(表)一覧

(表1) 健やか親子21看護連絡表送付件数

	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
全分娩件数	805件	645件	564件	561件
初産	417 (51.2%)	286 (44.3%)	272 (48.2%)	259 (46.2%)
経産	388 (48.2%)	359 (55.7%)	292 (51.8%)	302 (53.8%)
健やか親子21看護連絡表送付件数	79件 (9.6%)	34件 (5.2%)	93件	97件
初産	48 (61.5%)	24 (70.6%)	57 (61.3%)	63 (64.9%)
経産	30 (38.5%)	10 (29.4%)	36 (38.7%)	34 (35.1%)

(表2) 健やか親子21看護連絡表送付内容のべ件数

	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
A 精神疾患がある	11 (14.1%)	5 (14.7%)	23 (24.7%)	20 (20.6%)
B 精神状態不安定	17 (21.8%)	9 (26.5%)	5 (5.3%)	4 (4.1%)
C 知的・身体障害	0	0	0	0
D 若年妊産褥婦	10 (12.8%)	6 (17.6%)	7 (7.5%)	9 (9.3%)
E 外国人	7 (9.0%)	1 (2.9%)	8 (8.6%)	5 (5.2%)
F 家族機能に問題	30 (56.5%)	13 (38.2%)	25 (26.9%)	29 (29.9%)
G 虐待・被虐待歴	1 (1.3%)	2 (5.9%)	7 (7.5%)	1 (1.0%)
H ハイリスク児	9 (11.5%)	4 (11.8%)	11 (11.8%)	15 (15.5%)
I 多産 /飛び込み出産	1 (1.3%) /1 (1.3%)	1 (2.9%) /1 (2.9%)	3 (3.2%) /2 (2.2%)	3 (3.1%) /0
J 死産等の経験有	0	0	3 (3.2%)	1 (1.0%)
K その他	23	3 (8.8%)	35	30
育児不安	12	3 (8.8%)	16	17
ネグレクト疑	3 (3.8%)	0	0	1 (1.0%)
母のキャラクターが気になる	2 (2.6%)	0	12 (12.9%)	5 (5.2%)
生活保護・経済的に困窮	5 (6.4%)	0	0	1 (1.0%)
上の子が障害有	1 (1.3%)	0	0	3 (3.1%)
被災妊産婦	0	0	2 (2.2%)	3 (3.1%)

(表3) 2011年度年齢別出産件数

年齢階級	初産婦(人)	経産婦(人)	合計(人)
19歳以下	1	1	2
20~24歳	23	20	43
25~29歳	82	54	136
30~34歳	84	114	198
35~39歳	55	101	156
40~44歳	12	12	24
45歳以上	2	0	2
合計	259	302	561

(表4) 健やか親子21看護連絡表返書件数(2013年1月22日現在)

	2008年度	2009年度
件数	25 (31.6%)	7 (20.6%)
	2010年度	2011年度
件数	37 (39.8%)	56 (57.7%)

# 当院透析室でのフットチェックにおける リスク分類の試み

埼玉協同病院 看護師 高橋千賀 共同研究者 宮広春美

\*キーワード：①透析患者 ②フットチェック  
③リスク分類

**【はじめに】**

当院の透析室では、2010年より院内のフットケアチームで使用している糖尿病患者用のチェックシートを使用していたが、継続したフットケアに繋げることが困難であった。

今回、透析室用にチェックシートを見直し、TASC IIのPADの指標(ABI)を参考にリスク分類表を作成しフットチェックを実施したので、現状の報告と今後の課題を検討する。

**【対象】**

実施対象者：外来通院中の透析患者53名中23名  
性別：男性14名、女性9名  
平均年齢：65±11歳  
平均透析歴：91±60月 糖尿病(+)：14名

**【方法】**

実施期間：2013年7月1日～8月20日  
観察項目：年齢・性別・DM有無・ABI・Fontaine分類/  
動脈触知・知覚チェック・皮膚や爪の状態など  
リスク分類：A～Fの6段階、段階ごとにフォロー間隔を分類(表1)  
倫理的配慮：結果から個人情報が特定できないよう配慮した。

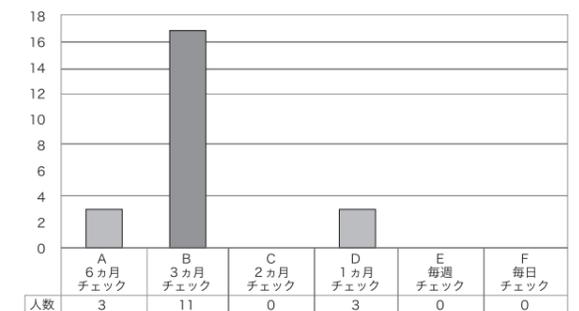
表1 足病変悪化のリスク分類表

	ABI	爪や皮膚の異常	フォロー
A	正常 (0.9以上～1.4未満)	なし	6ヵ月/回
B	正常 (0.9以上～1.4未満)	あり	3ヵ月/回
C	0.9未満	なし	2ヵ月/回
D	0.9未満	あり	毎月
E	0.9未満	重症虚血肢	透析日毎
F	切断予定		透析日毎～週1回

**【結果】**

ABI：0.91～1.40 19名、0.90未満3名、測定不可1名  
Fontaine分類：I度18名、II度5名、III・IV度0名  
動脈触知：すべて良好15名、1ヵ所でも弱いor触知不可8名  
知覚異常あり：4名、皮膚・爪の異常あり：20名

図1 リスク分類結果



**【考察】**

ABIが0.9未満で少なくとも毎月観察を要するDの患者は3名(図1)、うち2名がDM(+)

透析歴12～13年と長期透析患者であり、他の危険因子からもPAD悪化のハイリスク状態である。

ハイリスク患者には積極的に関わることができ、重症化の予防や患者の意識付けにもなる。

リスク分類を行うことで、患者全体の把握もしやすく、ケア間隔が明確となるため継続したフットケアを行う上で効率的であると考えられる。

#### 【今後の課題】

今回のリスク分類はABIと皮膚や爪の異常から分類する簡易的な分類であるが、他の危険因子も踏まえ総合的にアセスメントできるよう今後検討していく。

また、フットケアには不可欠な専門科へのアプローチ強化、フットケアの充実、患者・スタッフの足に対する意識向上を目指していく。

#### 参考文献

- 1) 日本透析医学会雑誌、44巻5号、2011、第8章
- 2) TASC II Working Group、日本脈管学会・訳、下肢閉塞性動脈硬化症の診断・治療指針II (日本脈管学会、編)、東京、メディカルトリビューン社、2007

# 多職種連携による在宅緩和ケアへの移行と 看護師の役割

医療生協さいたま 埼玉協同病院 山田亜矢

## I. はじめに

近年癌患者の在宅での死亡率は上昇している。A病院での往診がん患者の在宅死亡数も年々増加傾向である。全国には緩和ケア病棟・ホスピスは121施設ある。しかしB県内には2施設、そのうちC市内には1つもないのが現状である。緩和ケア病棟・ホスピスの絶対的不足がある現状の中で、一般病棟に求められる緩和ケア・在宅緩和ケアへのニーズが高いことがわかる。末期がん患者の緩和ケアにおいて患者・家族のニーズは多岐にわたり、看護師だけではこれらのニーズを満たすことは困難である。そのため必要な医療や介護・福祉サービスを提供するために、それぞれの分野で専門的知識を持っている多職種によるアプローチが必要不可欠となってくる。今回、在宅緩和ケアに移行したD氏の事例に関わった。その関わりを振り返り、一般病棟での多職種による緩和ケアの中で看護師の役割を考えたいと思い研究に取り組んだ。

## II. 研究目的

E病棟より在宅緩和ケアへ移行したD氏の事例を通し、多職種と連携し在宅緩和ケアへの移行のプロセスを振り返り、その中で看護師の役割を考察する。

## III. 研究方法

1. 在宅緩和ケア移行のために、多職種がどのように連携しD氏と関わってきたかを電子カルテ

の記録から振り返る。

2. E病棟看護師26名への記述式アンケート調査 (多職種連携・在宅緩和ケアに関する意識・考え)

研究期間：2012年4月～2013年1月

倫理的配慮：D氏・D氏の家族・E病棟看護師に本研究を行う旨を伝え、研究のまとめ・発表にあたっては個人が特定されないよう配慮することを説明し、同意を得た。

#### 【事例紹介】

D氏、66歳、男性、非小細胞がん Stage IV、COPD

治療経過：2011年気管支鏡検査にて非小細胞がん Stage III A と診断され胸部放射線療法を実施。その後A病院にて初回全身化学療法を実施し寛解。2012年1月再発と診断され、二次化学療法を実施したが効果がみられず緩和治療に切り替える。4月より呼吸困難が出現。在宅酸素療法・在宅モルヒネ持続皮下注を導入し、6月1日自宅へ退院となるが7月10日自宅にて永眠される。

## IV. 研究結果

1. 緩和ケアに携わった職種とD氏との関わり  
①病棟看護師：週1回病棟カンファレンスの参加、月1回緩和カンファレンスの参加、妻への介護説明、病状説明時の同席、PCAポンプ学習会への参加、療養支援会議への参加、D氏・妻へ退院指導、往診の同行、②病棟担当医：H

OT導入、在宅モルヒネ皮下注の導入、MSWへサービスの依頼、D氏・家族との面談、週1回病棟カンファレンスの参加、③MSW：サービスの調整、療養支援会議の開催、週1回病棟カンファレンスの参加、④往診医：週1回往診、⑤往診看護師：療養支援会議の参加、PCAポンプ学習会の参加、往診同行、⑥訪問看護師：療養支援会議の参加、PCAポンプ学習会の参加、週2回の自宅訪問、救急時の対応、⑦薬剤師：入院中の内服薬管理・説明、麻薬導入、週1回病棟カンファレンスの参加、⑧理学療法士：リハビリ、呼吸訓練、週1回病棟カンファレンスの参加、⑨栄養士：栄養管理、嗜好調査、週1回病棟カンファレンスの参加、⑩PCAポンプ業者「新生」の職員：病棟にてPCAポンプの学習会開催、D氏・妻へポンプ使用方法の説明、⑪ケアマネジャー：療養支援会議の参加、週2回自宅訪問、⑫ヘルパー：療養支援会議の参加、週2回自宅訪問、⑬緩和ケアチーム：週1回緩和カンファレンスの開催、疼痛コントロール方法についてのアドバイス、パンフレットの作成

## 2. E病棟看護師へのアンケート調査

26名にアンケートを実施、回収率は100%であった。

①多職種が関わる緩和ケアを行っている患者を受け持ったことがあるか：ある88%、ない12%、②多職種連携での看護師の役割は：情報の伝達・共有13人、情報収集13人、患者家族のメンタルケア6人、患者の苦痛評価・コントロール6人、知識の補充4人、連絡・調整3人、③多職種が連携することでのメリットは：多角的な観察9人、多角的な意見・考え7人、個別化された医療・ケアの提供2人、客観的な視点1人、④緩和ケアが必要な患者の在宅調整に関わったことがあるか：ある58%、ない42%、⑤調整に関わるとき、どのようなことに気をつけているか：患者家族の意思・希望の尊重8人、多職種での連携3人、退院後の生活

3人、在宅での疼痛の評価とコントロール3人、患者家族の病識・受け止め1人、⑥緩和ケアの在宅調整で多職種の連携が困難だと感じたことはあるか：ある61%、ない39%、⑦困難だと感じた理由は何ですか：チーム内のコミュニケーション不足6人、連携に関する知識の欠如2人、多職種間の考えの相違2人、⑧現在の病棟での緩和ケア・在宅緩和ケアへの移行方法は満足できるものか：満足している・まあ満足している55%、あまり満足していない・満足していない45%、⑨どのようなことが不足しているか：看護師の未達成感4人、看護師の士気・知識・技術不足3人、医療チームと患者家族間の意識・考えの相違2人、⑩緩和ケアに関する学習会・勉強会に参加したことがあるか：ある54%、ない46%であった。

## V. 考察

今回D氏の事例では13もの多職種が協働し在宅緩和ケアへの調整を行った。退院後、往診の際D氏は「家でも安心、不安はないです」と話されていた。またD氏死亡後、妻は「苦しんだ時期は短く、それまでは安定していたので良かった」「入院中から皆さんに本当に良くしてもらった。たくさん助けてもらって、家に帰れて本当によかった」と話されていた。

今回の事例では、定期的に多職種が集まり緩和カンファレンスや病棟カンファレンスを行い、解決策を検討することで、医療チーム内のコミュニケーション力を深めてきた。また退院にあたり療養支援会議を行うことでより患者や家族の希望に沿った在宅ケアへの移行を行ってきた。自分自身は一般病棟でここまで行えることに達成感を感じていた。

しかしE病棟看護師の在宅緩和ケアに対する意識を調査した結果、その思いに反する回答を得た。緩和ケアに関する勉強会参加率は54%であり、緩和に対する意識は低くないことがわかった。しか

し在宅緩和ケアの調整では、61%が多職種連携で困難を感じていた。理由は、連携に関する知識の欠如やコミュニケーション不足、多職種間の考えの相違であった。また現在の病棟での緩和ケア・在宅緩和ケアへの移行方法は、45%があまり満足していない・満足していないと回答している。その原因として看護師の未達成感や知識・技術不足などがあげられた。

松岡<sup>1)</sup>は、専門職連携の障壁として、①周辺環境(専門職間の権力格差、ジェンダー格差、組織の連結程度)、②専門職自身(各専門職の価値観や行動様式)、③展開上の問題(連携に関する知識の欠如)をあげている。この3点が病棟看護師の直面している壁であると考え。そのため、お互いの専門性を生かしたチーム医療を展開するため、看護師自身の専門性を高めることが重要である。その上で多職種連携のためのスキルを身に付けていく必要がある。

またアンケートから、緩和ケア患者との十分なコミュニケーションの時間が少ないことが看護師の未達成感につながっていることもわかった。現在E病棟では「私のシート」と題し、個々の患者の病気に対する思いや受け止めをシートに記入し、皆で情報を共有しようという試みを始めている。このシートの活用により、今後多忙な業務の中でも緩和ケア患者と向き合い、必要な情報を的確に引き出すことができる第一歩になればと考える。

## VI. 結語

今回、多職種連携での問題点、病棟看護師の思いを知ることができた。今後一般病棟での緩和ケアや多職種連携方法についての教育・育成にも力を注ぎ、より効果的な多職種連携によるチーム医療を展開していく。

## 引用・参考文献

- 1) 松岡千代：ヘルスケア領域における専門職連携—ソーシャルワークの視点からの理

論的整理、社会福祉学、40(2)、17-37、2000年

- 2) 中脇恵美、公文忍、大畠美智子、小笠原須奈子、岸本智容子：他職種からみたチーム医療における看護師の役割 第37回日本看護学会抄録集 看護総合、241、2006年

# 不妊治療診療所に勤務する 不妊症看護認定看護師の役割遂行

医療生協さいたま 埼玉協同病院看護部 北条 正子  
埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 大月恵理子

## 要旨

本研究は、不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師の、具体的な役割遂行状況を明らかにすることを目的とする。不妊治療診療所に1年以上勤務している、不妊症看護認定看護師8名を対象に、半構成的面接法および質問紙法を用いて調査を行った。分析の結果、【看護実践】、【リーダーシップ】、【連携・協働】が多く語られ、【自己研鑽】、【相談・情報提供】、【倫理調整】、【リスクマネジメント】はあまり多く語られなかった。また、不妊治療診療所は、【リーダーシップ】が遂行しやすく、【連携・協働】が必要な職場特性があることが示唆された。【相談・情報提供】は、治療の全期間において、強く意識される必要性が示唆された。【倫理調整】においては、倫理的規定と倫理的能力により、倫理的葛藤が生じにくいことが示唆された。そして、生殖医療における【リスクマネジメント】は、不妊症看護認定看護師として欠くことのできない役割であることが示唆された。

キーワード：不妊症 診療所 認定看護師  
役割遂行 高度生殖補助医療

## 1. 緒言

2006年末の日本産科婦人科学会報告<sup>1)</sup>によると、高度生殖補助医療(Assisted Reproductive Technology: 以下ART)登録施設数は575施設で、年間約2万人の児がARTによって誕生する時代となった。平成14(2002)年度調査<sup>2)</sup>で

は、不妊治療患者数は推計46万6900人におよび、2006年には生まれる子どもの55人に1人がART児となり<sup>3)</sup>、今日高度な生殖補助医療は身近になりつつある。

不妊治療中の女性が、身体的・心理社会的困難を抱えて自尊心が低下し<sup>4)</sup>、悩みを1人で抱え込み、孤立を深めていることがわかっている<sup>5)</sup>。しかしながら、こうした女性に必要な看護が、提供されているとは言い難い。渡邊<sup>6)</sup>は、ART実施施設に勤務する看護職者が、不妊症患者の理解が深まらず、患者との間に距離を置き、また一方では、患者の体験に巻き込まれ、患者と同様の悲しみを感じ、期待に応えられなかったと無力感を感じていることを示した。また患者の自己決定権を侵害できない、医師の治療方針に口を挟めないという認識から、自らの役割が分からず、介入できずにいることを示した。そしてこのような困難・葛藤は、看護職者が患者をステレオタイプで捉え、患者-看護職者間で援助的な関係が築かれていないことに起因することを明らかにした。つまり不妊治療の現場には、看護が必要な患者が多く存在するにもかかわらず、看護職者側が困難感や葛藤から、必要な看護を提供できていない状況が存在する。

このような不妊に悩む患者個人、家族および集団に対して水準の高い看護を実践し、他の看護職に対する指導と、相談の役割も担う存在の育成が期待され、2003年から不妊症看護認定看護師の育成が神戸研修センターにて開始された<sup>7)</sup>。遠藤ら<sup>8)</sup>は不妊症看護認定看護師が、「実践」「指導」「相談」

の3つの役割を臨床現場において十分遂行していること、特に不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師は、不妊看護中心に日常業務が生まれ、大学病院・公立病院勤務者と比較して、明らか

に専門的な活動がなされていることを示した。また森ら<sup>9)</sup>は、単科でシステム規模の小さい診療所は、不妊看護においてその機能を生かしやすい環境であることを示唆した。遠藤ら<sup>10)</sup>の研究は、質問紙調査による量的なものであり、具体的な役割が明確になっているとは言い難い。そこで、遠藤ら<sup>11)</sup>が専門性を発揮しているとした、不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師の、具体的な役割遂行状況を明らかにすることで、今後不妊症看護認定看護師がより専門的な活動を実践するための示唆を得られるのではないかと考えた。

本研究の目的は、不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師の、具体的な役割遂行状況について明らかにすることである。

## 2. 研究の概念枠組み

不妊症看護認定看護師教育基準カリキュラム<sup>12)</sup>で掲げられた期待される能力を参考に、本研究の概念枠組みを作成した(図1)。なお、本研究の対象者は、2011年までに教育を修了している者であることから、2011年までのカリキュラムを基にした。

不妊症看護認定看護師は、自ら研究や学会参加を通して、不妊看護の最新の知識を得る。この役割を、【自己研鑽】とした。その他に、【看護実践】、【相談・情報提供】、【リーダーシップ】、【連携・協働】、【倫理調整】、【リスクマネジメント】の役割があ

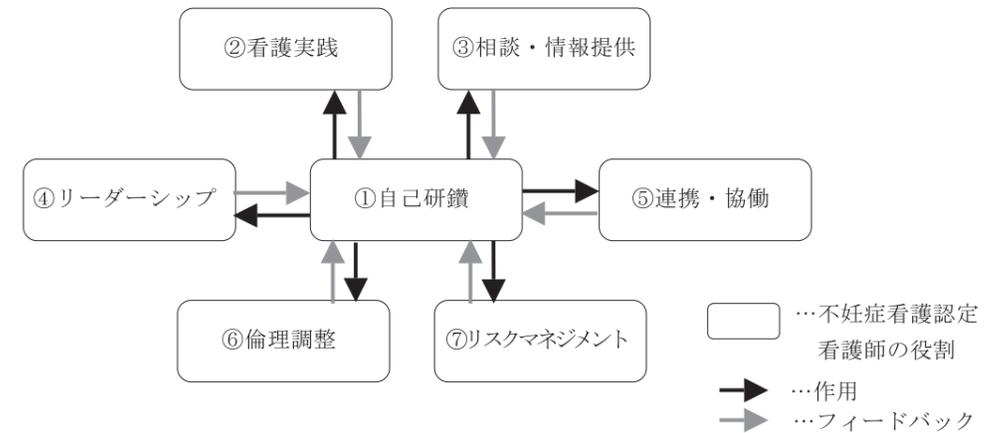


図1 概念枠組み

り、合わせて7つの役割で構成されていると定めた。【自己研鑽】は、他の役割カテゴリーに作用し、その結果がフィードバックする一連の循環を繰り返すことで、個人と組織の技能が更新・向上していくと考えた。以上の概念枠組みに従い、用語を以下のように定義した。

## 3. 用語の操作的定義

不妊治療診療所：ARTを実施する診療所。

役割遂行：概念枠組みにある7つの役割が、対象者(個人およびその家族)や他の看護職者および他の専門職者に対し実行され、効果的に作用させている状態。

なお、本研究の概念枠組みにおける、不妊症看護認定看護師の7つの役割を以下のように定める。

- ①自己研鑽：自らの不妊症看護認定看護師としての専門性を、更新・向上しアイデンティティを維持するために、不妊看護に関する最新の知識を持つ。
- ②看護実践：患者とその家族に対して、個別的・継続的なケアを提供する。
- ③相談・情報提供：患者とその家族が、治療の選択やステップアップ、終結の時期について、自己決定できるよう支援する。
- ④リーダーシップ：不妊治療に関わるスタッフの、知識・技術の全体的なレベルアップのために、実践モデルを示しながら指導・相談を

行い、また自己研鑽によって得た新しい知識を提供する。

- ⑤連携・協働：患者中心の医療を提供するため、スタッフ間で協力し、相互に補完しあう。
- ⑥倫理調整：個人・家族または集団の権利・秩序を守るために、適切な倫理判断を行う。
- ⑦リスクマネジメント：個人・家族および集団の安全を守るために、不妊治療の特性から生じうる危機を事前に管理する。

#### 4. 研究方法

##### 1) 研究対象

研究対象は、不妊治療診療所に1年以上勤務している不妊症看護認定看護師のうち、研究協力を同意を得られた者とした。

##### 2) 調査内容・方法

調査には、半構成的面接法を用いた。主な調査項目は、用語の定義に定めた不妊症看護認定看護師の役割遂行状況である。面接の流れについて面接ガイドを作成し、他領域の認定看護師2名に対して、プレテストを行った。その結果から、面接ガイドの修正を行い、それに基づいて面接を実施した。なお、面接に先立ち、質問紙によって役割遂行程度について、0を「全くできていない」、100を「十分できている」と定めた、Visual Analogue Scale (以下VAS) を使用して調査した。

また質問紙の内容には、対象者の属性も含まれている。

##### 3) 調査手順

研究対象者としての基準を満たす、不妊症看護認定看護師を、機縁法にて紹介を受けた。研究対象候補者に対し、メールにより、研究の趣旨と倫理的配慮が書かれた依頼文および質問紙を送付した。内諾が得られた候補者と、面接場所と日程の調整を行い、質問紙の事前記入を依頼した。面接の際に、再度文書と口頭で説明し、書面にて同意を得て面接を行った。面接内容は、対象者の承諾を得て、ICレコーダーに録音し、逐語録とした。

##### 4) 分析方法

逐語録の内容から、用語の定義にあげた7つの役割をカテゴリーとし、その定義と照合し、当てはまる文脈を抽出した。抽出した文章を、意味内容を損なわないよう要約してコード化した。コード数を数えて、全体数から各カテゴリーの割合を算出した。

##### 5) 倫理的配慮

本研究は、埼玉県立大学倫理委員会の承認を受け実施した。対象者に、研究協力は任意で、いつでも途中辞退でき、その際不利益が生じないことを説明・保証した。また機縁法によって対象者の紹介を受けた後、対象者の研究協力の諾否は、紹介者には伝えないこととした。個人が特定されないようにデータを記号化し、施設についても同様とし、十分留意した。データは厳重に保存し、研究公表後確実に破棄し、研究目的以外に使用しないことを保証した。

#### 5. 研究結果

【 】はカテゴリーを、『 』はサブカテゴリーを、「 」はコードを表す。

##### 1) 対象の背景

基準を満たし、同意を得られた対象者は8名であった。役職は7名が管理職(看護師長)で、1名がパートタイマーであった。年齢の平均は、48±5.2歳(42～58歳)で、看護師経験年数は、平均24年5ヵ月±8年4ヵ月(11年8ヵ月～38年7ヵ月)であった。不妊症看護の経験年数は、平均13年3ヵ月±3ヵ月(9年3ヵ月～19年)で、不妊症看護認定看護師取得からの経過年数は、平均4年3ヵ月±2年1ヵ月(2年～9年2ヵ月)であった。勤務先の1日平均来院患者数は、平均147±81人(45～290人)で、IVF+ICS Iの年間治療周期数は、平均1119±1065周期(200～3600周期)であった。インタビュー時間は平均40分52秒±7分45秒(26分24秒～50分29秒)であった。

##### 2) 役割遂行の内容

役割の全カテゴリーの平均VAS値は、77.0±10.4であった(表1)。また、面接から合計201コードの役割コードが抽出された(表2)。

【自己研鑽】のVAS値は、平均69.8±17.5(26～84)であった。コード数は13(6.5%)で、対象者H以外の全員から抽出された。【自己研鑽】は、不妊症看護認定看護師として求められる最新の知識・技術を獲得するために、自主的に学会や講習会に参加する、あるいは不妊症看護認定看護師のネットワークを通じて情報交換を行うことであった。「学会・シンポジウムで発表する」「学会・研修会・勉強会に時間が許す限り積極的に参加し情報収集する」「学会に参加して、他施設の看護師との繋がりを深めていく」「他施設の不妊症看護認定看護師にメールで相談・情報交換する」などと語られていた。なお、学会参加回数は年に2～6回であった。

【看護実践】のVAS値は、平均77.5±12.6(62～100)であった。コード数は50(24.9%)で、対象者全員から抽出された。【看護実践】は、患者とその家族の背景や心理状況を、把握・アセスメントして、傾聴・生活指導・補足説明など、必要な看護ケアを提供することであった。「初診時・治療中の説明を行う」「決定した不妊治療が患者にとって環境的、経済的に適しているか評価する」「IVF後受精しなかった患者が気持ちを表出できる機会や場所を提供する」「流産当日の患者の様子を

表1 役割遂行程度 (VAS 値)

カテゴリー	平均	標準偏差
自己研鑽	69.8	17.5
看護実践	77.5	12.6
相談・情報提供	84.0	8.9
リーダーシップ	79.9	14.4
連携・協働	79.6	17.4
倫理調整	72.5	10.0
リスクマネジメント	76.0	15.9
全平均	77.0	10.4

見に行く、流産後の検診時に声をかける」「未入籍の不妊治療希望者から、背景事情を傾聴する」「自作の分娩施設一覧表を利用して、妊娠した患者に適した分娩施設かアセスメントする」などと語られていた。

【相談・情報提供】のVAS値は、平均84.0±8.9(62～100)であった。コード数は17(8.5%)で、対象者A、B、C、D、Eから抽出された。【相談・情報提供】は、患者とその家族が、『治療方法の選択』(4)・『ステップアップ』(2)・『終結のタイミング』(5)・『卵子提供・養子縁組』(6)について自己決定できるよう、相談・情報提供を行うことであった。「治療のステップアップ時にカウンセリング(治療に関する情報提供、子どもを持つことに対する思いの傾聴、夫婦関係の再認識を促す等)を行う」「不妊治療を長期間続けている患者に対して、今後の方向性と合わせて現在の治療状況について説明する」「高齢で卵子の取れない患者、妊娠しない患者等終結期の近い患者が治療の期限を決められるよう促す」「卵子提供や養子縁組の説明時、将来的に生じ得る問題(他者からの告知やDNA検査の簡略化による不測の出自把握)についても夫婦で考えるよう説明する」などと語られていた。

【リーダーシップ】のVAS値は、平均79.9±14.4(50～100)であった。コード数は53(26.4%)で、対象者全員から抽出された。【リーダーシップ】は、実践モデルを示しながらスタッフの相談を受け、また自己研鑽で得た知識・技術を伝達し

表2 役割遂行のカテゴリーごとのコード数一覧

カテゴリー	コード数	割合	回答者
自己研鑽	13	6.5%	A,B,C,D,E,F,G
看護実践	50	24.9%	全員
相談・情報提供	17	8.5%	A,B,C,D,E
リーダーシップ	53	26.4%	全員
連携・協働	51	25.4%	全員
倫理調整	3	1.5%	A,B,G
リスクマネジメント	14	7.0%	A,B,C,F,G
合計	201	100.0%	

て、指導・教育することであった。「不妊症看護認定看護師教育課程での、講義内容や学会・勉強会で得た知識を、書面にまとめてスタッフに配布する」「自らの患者への対応を、看護スタッフに見てもらい、後でアセスメント内容と看護実践方法を伝える」「地域の認定看護師と協力して、周産期医療にも関わるテーマ(流産・死産経験者への看護等)を決めて勉強会を企画・告知する」「他のスタッフから回された症例で、不妊症看護の専門性が必要な人(未入籍での不妊治療希望者、精神疾患や合併症のある患者等)の初回面接を担当する」などと語られていた。

また、コードとは別に【リーダーシップ】に関連する発言として「看護師長兼不妊症看護認定看護師でよかった、1スタッフであつたら限界があつたかもしれない」と語られていた。

【連携・協働】のVAS値は、平均79.6±17.4(52～100)であった。コード数は51(25.4%)で、対象者全員から抽出された。【連携・協働】は、患者情報や生殖医療に関する最新の知識、社会情勢についてスタッフ間で情報共有する、あるいは相談・協議しながら、患者とその家族を支援することであった。「着床前診断に関して、困ったときに、院内の認定遺伝カウンセラーに聞きに行く」「うつ状態の患者に対して、生殖医療相談士の個別相談に繋げる」「不妊治療中の、女性の予防接種(風疹・インフルエンザ等)に関する病院の対応を、院長と話し合いスタッフに伝える」「AID親の会に、患者を紹介する」「看護師同士の業務連絡(問題発生や患者の伝達事項等)を、ミーティングノートに記載し、朝礼時確認する」などと語られていた。

【倫理調整】のVAS値は、平均72.5±10.0(52～88)であった。コード数は3(1.5%)で、対象者A、B、Gから抽出された。【倫理調整】は、非配偶者間人工授精(Artificial Insemination by Donor:以下AID)や卵子提供など、倫理的側面を伴う事象において、患者の代弁者として看護の視点で倫理委員会に意見する、あるいは治療方

針を医師と協議することであった。「院長と相談して、卵子提供に対する方針を決める」「院内倫理委員会の一員として、看護師の立場から意見する」「AIDの倫理的な側面を患者に説明する」と語られていた。

【リスクマネジメント】のVAS値は、平均76.0±15.9(52～100)であった。コード数は14(7.0%)で、対象者A、B、C、F、Gから抽出された。【リスクマネジメント】は、患者とその家族、次世代、組織、社会の安全・安寧を守るために、配偶子の適切・厳重な管理や不妊治療上の副作用の予防、あるいは不妊症看護認定看護師のネットワークを利用して危機管理の情報共有を行うことであった。「事実婚以外での非配偶者間AID、IVF、ICSIが行われないよう、初診問診時に患者の背景を掴む」「患者が不安・不満や誤解から、ネット上で悪評の流布をしないよう対応(説明・傾聴等)する」「服薬・生活指導を行うことで、不妊治療上の副作用(OHSS、ケトアシドーシス等)を予防する」「人工授精や採卵・移植の際、実施前に必ず患者にフルネームとカルテ番号を言ってもらい、それをカルテで確認する」「ISO9001(品質マネジメントシステムの国際規格)を利用して、看護部の内部監査や他部署間監査を行い、問題を是正する」と語られていた。

## 6. 考察

本研究において、不妊症看護認定看護師による様々な活動の場面が語られ、全カテゴリー合わせて201のコードが抽出された。これは森ら<sup>13)</sup>の示唆していたように、不妊治療診療所が不妊看護において、その機能を生かしやすい環境であることによるものと推測される。多く語られていたカテゴリーと、あまり多く語られなかったカテゴリーが認められたため、これらを分けて考察する。

### 1) 多く語られた役割遂行

本研究対象者が多く語った役割は【看護実践】、【リーダーシップ】、【連携・協働】であった。V

AS値は全カテゴリーの平均よりも高い数値であった。

【看護実践】、【連携・協働】は不妊看護における役割機能の中心的な要素であることから、様々な具体的な実践が語られることになった結果であることが考えられる。森ら<sup>14)</sup>は、不妊治療における看護師の役割機能を構成する因子として、「不妊患者の相談にのる因子」「不妊治療および医師と患者の間をつなぐ因子」「不妊患者に診療時の配慮をする因子」「不妊(治療)と関連する職種・機関と共同する因子」を抽出した。これら4因子はそれぞれ本研究のカテゴリーにおいては【看護実践】、【連携・協働】に相当する。不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師は、遠藤ら<sup>15)</sup>の研究結果と同様に、不妊看護の中心的な役割を十分遂行しており、またそれを認識し不妊症看護認定看護師としての自己の価値を確認できていることが示唆される。

【連携・協働】が多く語られた理由としては、不妊治療診療所には日常的に【連携・協働】が必要な職場特性があることが考えられる。ARTに携わる職種は、医師・看護師・胚培養士・臨床心理士・不妊カウンセラー・遺伝カウンセラー・栄養士など多岐にわたること、また職場の規模によっては看護師の数も少なく、他職種との連携が職務上必須であると考ええる。自助グループなど、外部組織との協働の機会もある。遠藤ら<sup>16)</sup>は、他職種との調整は、本来専門看護師に求められる役割であるが、不妊看護領域の現場においては、必要な事項であると述べている。確かに、不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師にとって【連携・協働】は、欠くことのできない役割であり、日常的に遂行され、またそれを認識していることが示唆される。

そして【リーダーシップ】が多く語られていた理由としては、【リーダーシップ】に含まれる内容と、管理職(看護師長)としての仕事において、共通している部分があることが推測される。研究

対象者8名中7名が看護師長であり、【リーダーシップ】が遂行しやすい業務環境にあるため、コードが多く抽出されたと考える。神坂ら<sup>17)</sup>は、認定看護師が能力を発揮できない理由として、管理職と認定看護師の兼務を示し、管理職としての役割遂行が優先され、認定看護師としての業務は後回しにせざるを得ない状況にあることを述べている。

しかしながら、不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師においては、管理職であるが故に、勉強会等の教育機会を企画しやすく、また職務権限があるためスタッフに対する相談・指導も行いやすいことが推測される。

### 2) 多く語られなかった役割遂行

本研究対象者があまり多く語らなかつた役割は、【自己研鑽】、【相談・情報提供】、【倫理調整】、【リスクマネジメント】であった。【自己研鑽】、【倫理調整】、【リスクマネジメント】は、VAS値も全カテゴリーの平均より低くとどまっていた。

【自己研鑽】においては、コード数だけでなく、VAS値も最も低かつた。コード数が少なかつた理由としては、学会参加や研修会参加など、コードの種類が限られていることが挙げられる。また、対象者の自己設定目標が高い場合、達成感は低くとどまりやすいことが推測される。つまり、本研究対象者の自己研鑽に関する目標が高かつたため、役割遂行程度の自己評価も低くなつた可能性が考えられる。

【相談・情報提供】において、VAS値は高いが、抽出コード数が少なかつた。その理由として、まず研究対象者と筆者との間で認識の差が生じ、研究対象者が【相談・情報提供】として語つたことを、筆者が【看護実践】として捉え分類した可能性が高いと考えられる。これは、初診時のアセスメントや情報収集、理解度の判断を行いながら、必要時【相談・情報提供】していることが、インタビュー時に十分に語られなかつた可能性が考えられる。

岡本ら<sup>18)</sup>は、面談内容の多くが、ARTへのステップアップに関するものであることを示してい

る。しかし本研究対象者は、治療の終結に関連するコードが比較的多く、治療の開始やステップアップに関する意思決定支援については、多く語られなかった。これは、治療過程の後半の方が、場面として語りやすかったことによると推測される。

藤島<sup>19)</sup>は、適切な情報提供・予期的ガイダンスによる自己決定支援は看護師の役割であると述べているが、これは治療の初期から終結後までの、全期間に及ぶものであると考える。不妊治療を始めたばかりの患者に対する支援は、治療の終結を念頭に置き始めた患者に対する支援と同様に、重要な場面であり、不妊症看護認定看護師の役割として、より強く意識される必要性が示唆される。

【倫理調整】は抽出コード数が全カテゴリー中最も少なく、VAS値も2番目に低い数値であった。この理由として、生殖医療領域には日本産科婦人科学会、日本生殖医学会、日本臨床エンブリオロジスト学会、日本生殖補助医療標準化機関(Japanese Institution for Standardizing Assisted Reproductive Technology:以下JISART)等、団体の倫理委員会による声明・見解・ガイドラインが存在し、倫理的規定が明確にされており、それに従って実務遂行されているため、倫理的葛藤が生じにくいことが考えられる。

また糠塚ら<sup>20)</sup>は、不妊女性と深く関わり、なおかつ倫理的感受性を持ち道徳的推論が発達している看護職者は、倫理原則に関連するジレンマが生じた際、意志決定・権利を保障する最善の看護を提供するという意志決定過程に基づき、倫理的葛藤を解決していることを示唆した。本研究対象者は不妊症看護の経験も長く、日々多くの不妊女性と関わり、なおかつ不妊症看護認定看護師として学習を積んでいるため、倫理的感受性や道徳的推論も、発達する状況にあることが推測される。そのため、倫理調整が必要な状況として語られるような、倫理的葛藤を生ずることが少なく、倫理調整の必要な場面として認識されづらいことから、場面として語られなかった可能性も考えられる。

【リスクマネジメント】においては、あまり多く語られず、VAS値も全カテゴリーの平均よりやや低い数値であった。その理由として、人工授精や採卵・移植時のダブルチェックや副作用予防の生活指導など、日常的な看護実践としてリスクマネジメントが取り込まれているので、不妊症看護認定看護師の役割遂行として、認識されづらいことが示唆される。

【リスクマネジメント】は、認定看護師の3つの役割「実践」「指導」「相談」のいずれにも含まれない事項であるが、生殖医療領域においては、欠くことのできない役割であると考えられる。なぜなら、2009年に起きた受精卵取り違えの医療過誤<sup>21)</sup>のように、生殖医療における事故には、ひとつの間違いが何世代にも渡って影響を与え続ける深刻性<sup>22)</sup>が常に付随するからである。国際標準化機構(International Organization for Standardization:以下ISO)やJISARTのような、リスクマネジメントにおいて有用なシステムを利用することは、医療の質や安全性を高めるのに効果的な手法であると考えられる。実際、本研究対象者の勤務する施設においても、このシステムを利用・活用していることを示すコードが認められた。これらのシステムを活用し、日々の看護実践において医療事故・医療過誤を起こさないようにすることは、不妊症看護認定看護師の役割として、極めて重要であると考えられる。生殖医療の安全性を高めるために、さらに不妊症看護認定看護師の個々人が、リスクマネジメントの必要性を認識し、役割認識・遂行することを期待する。

### 3) 研究の限界と今後の課題

本研究は対象者の人数が少なく、研究結果を一般化するには限界がある。今後は、不妊治療診療所に勤務する不妊症看護認定看護師が、役割遂行するために行っている工夫・努力について、明らかにすることが課題である。総合病院や大学病院など規模の大きい施設においても、不妊症看護認定看護師が工夫・努力によって、自らの役割を十

分遂行して看護職全体の看護実践能力を向上させ、不妊に悩む個人、家族および集団が水準の高い看護を受けられるようになることが期待できると考える。

## 7. 結語

- (1) 役割について【看護実践】、【リーダーシップ】、【連携・協働】が多く語られ、【自己研鑽】、【相談・情報提供】、【倫理調整】、【リスクマネジメント】はあまり多く語られなかった。
- (2) 不妊治療診療所は、管理職と認定看護師の兼務によって【リーダーシップ】が遂行しやすく、また【連携・協働】が必要な職場特性があることが示唆される。
- (3) 【相談・情報提供】は、治療の初期から終結後までの全期間におよび重要な支援であり、不妊症看護認定看護師の役割として、より強く意識される必要性が示唆される。
- (4) 【倫理調整】においては、各種団体の明確な倫理的規定があり、また個々の不妊症看護認定看護師の倫理的能力が発達していることによって、倫理的葛藤が生じにくく、語られなかったことが示唆される。
- (5) 生殖医療における事故は深刻性があるため、【リスクマネジメント】は不妊症看護認定看護師として欠くことのできない役割であると考えられる。

## 文献

- 1) 浜谷敏生, 吉村泰典. 婦人科疾患の診断・治療・管理 不妊症. 日本産科婦人科学会雑誌 (2008); 60 (12): 502
- 2) 山縣然太郎, 星和彦, 平田修司, 武田康久. 「平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」報告書 生殖補助医療技術についての意識調査 2003 集計結果. 厚生労働省 (2012-11-28 閲覧).  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/kenkyu/db/>

[tokubetu02/index.html](http://tokubetu02/index.html)

- 3) 日本産科婦人科学会倫理委員会登録・調査小委員会.  
平成19年度倫理委員会登録・調査小委員会報告, 日本産科婦人科学会雑誌 (2008); 60 (6): 863-868
- 4) 森恵美, 他. 体外受精・胚移植法による治療患者の心理学的研究 (第1報) ——不妊治療女性の心理状態について——. 母性衛生 (1994); 35 (4): 332-340
- 5) 石村美由紀, 浅野美智留, 佐藤香代. 不妊女性における苦悩とその克服——女性の語りから考察する——. 母性衛生; 49 (4): 592-601, 2009.
- 6) 渡邊知佳子. 看護者が不妊症患者と関わる中で感じる困難や葛藤. 日本助産学会誌 (2006); 20 (1): 69-78
- 7) 森明子. 不妊症看護. 坂本すが, 後藤裕子編. からだの科学増刊 これからの認定看護師, 日本評論社, 東京 (2010): 70-71
- 8) 10) 11) 15) 16) 遠藤俊子, 渡部尚子, 小川さゆり. 不妊症看護認定看護師の活動に関する実態調査. 日本生殖看護学会誌 (2009); 6 (1): 65-71
- 9) 13) 14) 森明子, 有森直子, 村木淳子. 不妊治療における看護者の役割機能を構成する因子. 母性衛生 (2002); 43 (4): 591-598
- 12) 公益社団法人日本看護協会 (2012-12-09 閲覧), 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者: 認定看護師教育基準カリキュラム, <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/sasatu/>  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html>
- 17) 神坂登世子, 松下年子, 大浦ゆう子. 認定看護師の活動と活用に対する意識: 看護管理者・認定看護師・看護師の比較. 日本看護研究学会雑誌 (2010); 33 (4): 73-84

- 18) 岡本和江他. 不妊治療を受ける患者が誰に心理的サポートを望むか. 不妊コーディネーターによる看護師外来のアンケート調査結果より. 産婦人科の実際(2008);57(1):145-150
- 19) 藤島由美子. 生殖補助医療と看護の役割看護のポイント 一般不妊治療からARTへのステップアップ時の看護. 臨床看護(2007);33(6):846-851
- 20) 糠塚亜紀子, 森恵美. 不妊女性に対する看護におけるジレンマと意思決定の過程に関する研究. 千葉看護学会誌(2004);10(1):33-39
- 21) 読売新聞. 不妊治療ミス「命」の管理がずさん過ぎる. 2009年2月21日朝刊, 3面.
- 22) 福田貴美子. 生殖補助医療と看護の役割看護のポイント ARTを支える看護マネジメント——チーム医療を支える看護の立場からリスクマネジメントを考える——. 臨床看護(2007);33(6):863-868

# 一般病棟看護師の緩和ケアの現状と課題

埼玉協同病院 C2病棟 看護師 大森有紀

キーワード：①緩和ケア ②一般病棟看護師  
③早期アセスメント

## I. はじめに

2013年8月に発表された緩和ケア推進検討会—第二次中間とりまとめによると、「～未だに医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期のみを対象としたものとする誤った認識がある」と指摘されており、その対策として、「医療従事者が正しく緩和ケアについて説明し、患者や家族の誤解を解くことができるようにしていく」とある。

一般病棟の看護師は、検査前後から終末期まで、あらゆる時期における緩和ケアを提供する機会を持っている。しかし、一般病棟では、急性期患者への対応が優先され、限られた時間や場所の中で看護師ががん患者との様々な関わりに戸惑う場面も見受けられる。

今回、緩和ケアに対する一般病棟の看護師の認識と患者対応の現状を確認し、看護の質を高めるための課題を抽出することを目的に研究に取り組んだ。

## II. 研究目的

一般病棟看護師の緩和ケアに関する認識と看護実践の実際を知り、より質の高い緩和ケア実践への示唆を得る。

## III. 研究方法

1. 対象：A病棟に勤務する看護職員31名

2. 方法：先行文献を参考にA病棟の実情を踏まえながら自記式のアンケート用紙を作成した。①緩和ケアへの認識と関わりの実際、②治療時期における介入、③緩和ケア認定看護師の介入とコンサルトへの要望、について50の質問を設定し、4段階選択式および自由記載にて調査を実施した。

3. 期間：2013年10月～2014年2月

4. 倫理的配慮：A病棟看護師に対し、このアンケート結果で個人が特定されないこと、同意は各自の自由意志であり、同意を得られない場合も不利益を生じないこと、アンケートの結果を本研究の目的以外に使用しないことを口頭、文書で説明し、同意を得られた回答のみを研究の対象とした。

## IV. 研究結果

アンケートは26名から回収された（回収率84%）。

がん患者とのコミュニケーションについて、「時間や場所の確保が必要と感じている」は92.6%、「思いを聞き出すための工夫をしている」は66.6%であった。治療期の患者について、「肝動脈化学塞栓療法（以降TACEとする）患者の経済面、生活面について聞いている」は37%、「治療についてどのように説明を受けたか聞いている」は59.2%、「闘病生活への思いを把握している」は14.8%であり、「化学療法導入患者の経済面、生活面について聞いている」は18.5%、「副作用を理解しているか聞

いている」は37%、「退院後の生活指導をしている」は11.1%であった。疼痛アセスメントについて「NRS (Numerical Rating Scale; 痛みの数値評価スケール) を用いて評価している」は77.7%、「痛みの性質について聞いている」は77.7%であったが、「疼痛緩和について自身の知識が不足している」は81.5%であった。自由記載には、コミュニケーションの工夫として、「短時間でもよいから(患者の)話を聞く」、「小さな変化や状態を(家族に)こまめに話すようにしている」と書かれた一方で、「緩和ケアメインに切り替えられた時、もっと前から関わっていれば良かったと思うことがあった」という回答もあった。看護師面談が必要と感じる時については、「がんが疑われ精査している時」、「告知前後」、「新たな治療や薬剤が開始された時」、「緩和ケア中心に移行する時」、「延命について医師から話された時」などであった。困難と感じることは、「大部屋でプライバシーが保たれない」、「死に関する思いを聞く」、「否認への関わり」をあげていた。緩和ケア認定看護師同席の緩和カンファレンスを行うことにより、「看護師一人で抱え込まなくてすむ」、「アプローチの仕方がはっきりする」、という答えや、「緩和ケア対象患者すべてに関わってほしい」、「病棟看護師の面談が必要と感じる時に加え、うつ傾向にある人、症状コントロールが困難な場合などに認定看護師へのコンサルトが必要」という記述がみられた。

## V. 考察

栗原<sup>1)</sup>は、がん罹患に伴い直面する「5つの危機時期」として、病期を①診断時、②治療開始、③治療終了、④再発・転移、⑤積極的抗がん治療中止に分け、直面する危機と心理社会的課題を記している。アンケートの中で、看護師は患者の各時期に対して介入の必要性を感じており、話を聞くための時間や場所の確保への認識も高かった。話を聞くための環境設定が重要だと思う反面、簡単に実行することができないとも言える。今回

の調査から、たとえ一般病棟であっても、がん患者の心理を理解し対応するための専門的コミュニケーション技術が必要とされていることを看護師自身が自覚し、がん患者とのコミュニケーションを困難と感じている様子が窺えた。そのため、緩和ケア認定看護師同席のカンファレンスを、心理的負担や行動の明確化という点で肯定する意見が聞かれていた。

TACEはクリニカルパスを使用しており、前処置や副作用の観察は統一して行うことができる。しかし、患者の闘病生活へ思いや生活面でのアセスメントは行えていない。TACEは入院を繰り返すことが多く、今後の不安を抱く患者が多くみられるといわれている。看護師は入院の度に患者に関わる機会があるが、アンケートでは、情報収集の遅れについて反省を記述している人もいた。クリニカルパスにはない患者背景にも目を向ける必要がある。また、化学療法導入患者に対しては、薬剤師や化学療法認定看護師の関わりがある分、病棟看護師からの退院後の生活指導は行えていない。病棟看護師は、外来化学療法の実際を知る機会がなく、患者がどのような制限を強いられるかあまり認識できていない。

病棟看護師の視点を広げるためには、外来化学療法の実際を知ることも役立つのではないかと。

疼痛評価は、当院で使用している疼痛アセスメントシートやケア項目のセットを活用しているという回答が多かった、しかし、問診の根拠を理解して使用しているかは不明であるため、再確認する必要がある。自身の知識不足を感じている看護師も多かったため、認定看護師に相談し、学習計画を組みたい。

## VI. まとめ

本研究から、一般病棟看護師が、限られた環境の中でもがん患者の心理社会的状況を理解することが求められており、看護師はその必要性を感じていることが明らかになった。その一方で、治

療段階における患者フォローは十分ではなく、実行できるようなシステムが必要であることがわかった。がん患者は年々増え続け、早期からの介入を行うためにはさらなる体制強化が必要である。

一般病棟看護師も知識や技術を身につけ、患者の状態を日常的に把握し、うつなど重篤なケースを作らないようにしていきたい。そのためには、緩和カンファレンスや認定看護師のアドバイスを活用しながら実践していく。

## 引用文献

- 1) 栗原幸江：がん患者と家族の心理社会的アセスメント、緩和ケア、vol.22、p13、p22、2012

## 参考文献

- 1) ナーシングトゥデイ編集部(岩崎久美子ほか編集協力)：一般病棟でもできる終末期患者の緩和ケア、日本看護協会出版会、p10、2007
- 2) 広瀬寛子：看護カウンセリング、医学書院、p165、2011
- 3) 馬場秀雄：消化器がん化学療法看護のポイント、メディカ出版、p86、2011
- 4) 長友隆一郎：がん患者の「怒り」の理解と対応、緩和ケア、vol.22、p94～97、2012
- 5) 加藤真樹子：「否認」への理解と対応、緩和ケア、vol.22、p98～100、2012

# 日本緩和医療学会登録緩和ケアチームと埼玉協同病院緩和ケアチームの比較から見えてきたこと

埼玉協同病院 緩和ケアチーム 看護師 小林直美

## 1. はじめに

2007年にがん対策基本法が施行され、がん医療の均てん化の促進が行われている。がん対策基本法で重点的に取り組むべき課題として、がんと診断された時からの緩和ケアの推進が目標とされ、その中には緩和ケアチームの機能強化が求められている。このような背景から2006年に埼玉協同病院では緩和ケアチームを発足し、現在に至っている。

日本緩和医療学会<sup>1)</sup>は緩和ケアチームを定義した。2010年度より開始している緩和ケアチーム登録は毎年データを公表し、登録施設数は増え続けている。その目的は、日本全国で活動する緩和ケアチームの診療形態、診療内容を明らかにし、最終的には患者QOLを改善する緩和ケアチーム活動を明確にすることである。埼玉協同病院では2012年に日本緩和医療学会の緩和ケアチームに登録を行い全国との比較を行った。その結果、活動実態が明らかとなったのでここに報告する。

## 2. 研究目的

日本緩和医療学会登録緩和ケアチームの解析結果と当院緩和ケアチームの活動実績を比較し、当院緩和ケアチームの活動評価と課題を明確にすることを目的とした。

## 3. 研究方法

2012年度日本緩和医療学会登録緩和ケアチームは全国で485チームであり、埼玉協同病院と同

じく、がん診療拠点病院の指定を受けていない病院（以下、指定なしの病院）は90チームであった。これらの専従・専任スタッフの割合、緩和ケアチームの活動日数、依頼件数、依頼時期、依頼内容、依頼時のP S（performance status：全身状態、以下P Sとする）を2012年度の埼玉協同病院登録内容と比較するとともに、当院の緩和ケアチームの活動の現状を抽出した。

## 4. 倫理的配慮

個人を特定する内容は無くまた、緩和ケアチーム構成員には発表趣旨、形式を事前に説明し了承を得た。

## 5. 用語の定義

緩和ケアチーム：「緩和ケアを専門とする医師、看護師等を含めたチームによる緩和ケアの提供体制」を指し、以下の2項目を満たす場合に緩和ケアチームがある、とする。

- 1) 緩和ケアチームに常勤の医師が1名以上配置されている（専従である必要は無い）。
- 2) 紹介患者の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛に包括的に評価し、必要に応じて疼痛・身体症状の緩和に関する専門家や精神症状の緩和に関する専門家と協力する体制がある（ペインクリニック、サイコロロジーなど特定の領域に限って対処しているのではなく、患者の苦痛全てに対応が可能）<sup>2)</sup>。

専従：就業時間の8割以上緩和ケアチームに関わる業務に従事していること。

専任：就業時間の5割以上緩和ケアチームに関わる業務に従事していること。

兼任：緩和ケアチームに関わる業務を行っているが、従事する時間が就業時間の5割に満たない場合<sup>1)</sup>。

## 6. 結果

日本緩和医療学会登録緩和ケアチーム全体、がん診療拠点病院の指定を受けていない病院、当院を比較した結果を表1～12に示す。

### 1) 診療体制

日本緩和医療学会調査結果では、精神科担当医が緩和ケアチームに所属している割合は、身体担当医と精神担当医の両方、精神担当医のみを合わせて全体では33.9%、指定なしの病院においては12.2%と低かった。看護師の専従体制は全体では64.3%、指定なしの病院では20.2%、薬剤師の専従体制は全体では34.6%、指定なしの病院では11.1%、MSW（Medical Social Worker：医療ソーシャルワーカー、以下MSW）の専従体制はいずれも10%に満たない。

当院の緩和ケアチームは医師3名（身体担当医2名、精神担当医1名）、薬剤師1名、緩和ケア認定看護師1名、がん化学療法看護認定看護師1名、MSW1名、管理栄養士1名、理学療法士1名、看護部副総看護長1名、医療事務1名で構成され、兼任体制をとっている。外来と各病棟には、その部署に1名以上のリンクナースが存在する。

### 2) 活動状況

緩和ケアチームが診療活動を行っている日数は全体では週5～6日が多いが、指定なしの病院では週1～2日が最も多く、当院もここに属する。専従スタッフがいないため、その活動は週に1日と限られている。当院の緩和ケア回診の対象者はがん患者に限らず、疼痛緩和、せん妄、呼吸困難感、腹部膨満感、嘔気など様々な症状緩和、精神的支援、

家族ケアを要する者であり、主治医から依頼を受ける。緩和ケア回診の介入が必要と判断された患者については、緩和ケアチームから主治医に相談することもある。緩和ケア回診、緩和ケアカンファレンスにはリンクナースも参加して、多職種での検討が行われている。しかし、各専門職から介入が必要な事例についての情報提供や助言はほとんどない。

### 3) 介入事例

指定なしの病院において、がん患者についての緩和ケアチームへの依頼の時期は、診断から初期治療前および治療中からの介入を合わせると37.7%、治療終了後からの介入は62.3%である。P Sは介助をほぼ要さない症例（P S 0～2）が約40%である。

当院では診断時からの介入は0%、積極的治療終了後の介入が88.9%と高く、介入時のP Sが低下している症例（P S 3～4）が72.3%と多い。転帰は、退院と死亡退院が各44.4%であり合わせて約9割を占めている。

表1. 身体担当医の専従または専任および精神担当医の専従または専任の有無

	全体	指定なし	当院
両方いる	155 (32.0%)	10 (11.1%)	
身体担当医のみ	149 (30.7%)	19 (21.1%)	
精神担当医のみ	9 (1.9%)	1 (1.1%)	
両方いない	172 (35.5%)	60 (66.7%)	○

表2. 看護師 専従の有無

	全体	指定なし	当院
いる	312 (64.3%)	18 (20.2%)	
いない	173 (35.7%)	72 (79.8%)	○

表3. 薬剤師 専従または専任の有無

	全体	指定なし	当院
いる	168 (34.6%)	10 (11.1%)	
いない	317 (65.4%)	80 (88.9%)	○

表4. MSW専従または専任の有無

	全体	指定なし	当院
いる	34 (7.0%)	6 (6.7%)	
いない	451 (93.0%)	84 (93.3%)	○

表5. リハビリ 専従・専任・兼任いずれかの有無

	全体	指定なし	当院
いる	302 (62.3%)	59 (65.6%)	○
いない	183 (37.7%)	31 (34.4%)	

表6. 栄養士 専従・専任・兼任いずれかの有無

	全体	指定なし	当院
いる	332 (68.5%)	71 (78.9%)	○
いない	153 (31.5%)	19 (21.1%)	

表7. 緩和ケアチームのいずれかのメンバーが患者を直接診療する活動を行っている日数

	全体	指定なし	当院
週1日未満	19 (3.9%)	6 (6.7%)	
週1～2日	112 (23.1%)	34 (37.8%)	○
週3～4日	47 (9.7%)	10 (11.1%)	
週5～6日	274 (56.5%)	33 (36.7%)	
週7日	33 (6.8%)	7 (7.8%)	

表8. 年間依頼件数

	全体	指定なし	当院
中央値	90	47.5	58

表9. 依頼の時期 (がん患者のみ)

	全体	指定なし	当院
診断から初期治療前	4.70%	5.00%	0.00%
がん治療中	41.00%	32.70%	11.10%
積極的がん治療終了後	54.30%	62.30%	88.90%

表10. 依頼時の依頼内容 (がん患者のみ)

	全体	指定なし	当院
疼痛	60.30%	61.50%	50.00%
疼痛以外の身体症状	41.70%	44.30%	55.60%
精神症状	32.80%	27.30%	68.50%
家族ケア	11.70%	21.40%	40.70%
倫理的問題	2.00%	4.20%	3.70%
地域との連携・退院支援	11.50%	14.60%	11.10%
その他	10.10%	5.50%	0.00%

表11. P S値 (依頼時) (がん患者のみ)

	全体	指定なし	当院
P S=0	5.00%	6.00%	0.00%
P S=1	17.30%	15.10%	16.70%
P S=2	22.20%	18.80%	11.10%
P S=3	29.70%	26.00%	16.70%
P S=4	25.70%	34.10%	55.60%

P S=0 (無症状で社会活動ができ発症前と同等にふるまえる)  
 P S=1 (軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働は可能)  
 P S=2 (歩行や身の回りのことはできるが時に介助が必要。1日の50%以上は起居)  
 P S=3 (身の回りのことはある程度できるがしばしば介助が必要。1日の50%以上は就床)  
 P S=4 (身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床が必要)

表12. 転帰 (がん患者のみ)

	全体	指定なし	当院
介入終了 (生存)	9.00%	13.90%	0.00%
緩和ケア病棟転院	10.80%	7.50%	1.90%
その他転院	6.90%	4.30%	7.40%
退院 (死亡退院、転院は含まない)	34.50%	29.00%	44.40%
死亡退院	33.00%	39.00%	44.40%
介入継続中 (3月31日時点)	5.90%	6.40%	1.90%

※表9～12は日本緩和医療学会が実数を公開していないため、当院についても割合のみ提示する

## 7. 考察

### 1) 診療体制

指定なしの病院で緩和ケアチームに精神科医が配置されているチームは1割程度と希少である。当院の緩和ケアは非がんの患者も含めた幅広い患者を対象とし、精神科医が専門的な助言や直接的介入を行っており、これらは緩和ケアを促進する強みと考える。

しかし、緩和ケアチームの多職種のそれぞれの視点を活かした緩和ケアの実施については、今後の課題である。

### 2) 活動状況

指定なしの病院では医師、看護師、薬剤師、MSWの専従体制はいずれも全体の平均値を下回っており、当院も同様である。その背景は施設ごとに違うと考えるが、指定なしの病院では専従体制が確保しにくい現状が明らかとなった。当院では専従体制がとれないために緩和ケアチームの活動時間が制限され、依頼があった時にすぐに活動できない状況がある。兼任体制の中で効率よく多くの症例に介入し、依頼があった時にいかに迅速に対応していくかを検討する必要がある。

### 3) 介入事例

当院の緩和ケアチームが介入している症例のうち、診断早期からの介入は0であった。P Sが低下している症例の割合が多く、約9割が積極的治療終了後の患者であった。そのため、転帰は死亡が退院と並び一番多くなっていた。このことから、

早期からの緩和ケアチームの介入はほぼできておらず、終末期からの介入がほとんどを占めていることが示された。厚生労働省は、がんと診断されたときから (中略)、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない<sup>3)</sup>と指摘している。その一因として、特にがん患者への緩和ケアおよび緩和ケアチームの役割は終末期ケアとして理解されているのではないかと推測される。しかし、診断時から関わることで、告知後の心理的苦痛を緩和し、治療方針への意思決定を支援することも可能となる。そのため、医療者への教育的な働きかけもまた、今後の課題と考える。

## 8. まとめ

埼玉協同病院の緩和ケアチームの強みは、精神科医が参加する体制がとられ、介入対象をがん患者に限定していないことである。

しかし、専任体制ではないため、介入の質と量が十分とはいえない。また、がん対策基本法で強化目標とされている「がんと診断された時からの緩和ケアの実践」が当院の緩和ケアチームでは行われていない現状がある。但し、今回の調査からは、緩和ケアチームが介入しなかった症例への実態については把握できないため、早期からの緩和ケアの実施の有無について結論付けるには限界がある。

今後は、多職種の専門的視点を活用し、緩和ケアチームの活動がより効果的に機能する方法を検討するとともに、がんと診断された時から緩和ケアが提供され、依頼があったときに緩和ケアチームが迅速に対応できるような病院の体制づくりに貢献したい。

## 引用文献

- 1) 日本緩和医療学会 2013年度緩和ケアチーム登録票  
[http://www.jspm.ne.jp/pct/pct\\_inp13.pdf](http://www.jspm.ne.jp/pct/pct_inp13.pdf) (2014/6/1アクセス)
- 2) 日本緩和医療学会 2013年度緩和ケアチー

ム登録実施計画書

<http://www.jspm.ne.jp/pct/pct1403.pdf> (2014/6/1アクセス)

- 3) 厚生労働省 がん推進基本計画 平成24年  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf)(2014/6/14アクセス)

## 参考文献

- 1) 恒藤暁, 最新緩和医療学, 最新医学社, 2009.
- 2) 恒藤暁他, 系統看護学講座別巻 緩和ケア, 医学書院, 2011.
- 3) 岩崎紀久子他, 一般病棟でもできる! 終末期がん患者の緩和ケア, 日本看護協会出版会 2009.
- 4) 奥村美奈子, A県の医療機関における緩和ケアチームの活動の現状と課題, 岐阜県立看護大学紀要 11巻1号, 2011,
- 5) 山田聖子, 大学病院における医師と看護師の緩和医療に対する意識調査, 医療看護研究 2巻, 2006.
- 6) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会  
<http://www.jspm.ne.jp/> (2014/6/1アクセス)
- 7) 厚生労働省 がん対策情報  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/gan/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/) (2014/6/1アクセス)

# エラストグラフィーが有用であった 両側乳房内病変

新島正美<sup>1)</sup> 安倍佑子<sup>1)</sup> 伊藤紘子<sup>1)</sup> 成田恵里子<sup>1)</sup> 金子しおり<sup>2)</sup>

## 1. はじめに

乳腺領域の超音波検査において、組織の硬さを表現するには dynamic test が行われていたが、近年では色をつけて硬さを表現するエラストグラフィーがオプション機能として行われるようになり、客観的な指標として捉えられるようになった。当院でも良悪性多くの症例を経験し、今回特に有用であった1症例を経験したので報告する。

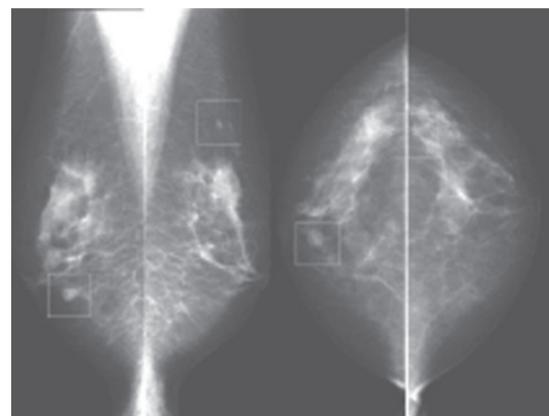
## 2. 使用装置および使用プローブ

Aplio XG  
PLT-805AT・PLT-1204AT

## 3. 患者情報

72歳・女性。他院にてマンモグラフィ併用乳癌検診施行。要精査となり精査目的として当院を受診された。

## 4. MMG 所見 (図1)



〈図1 MMG画像〉

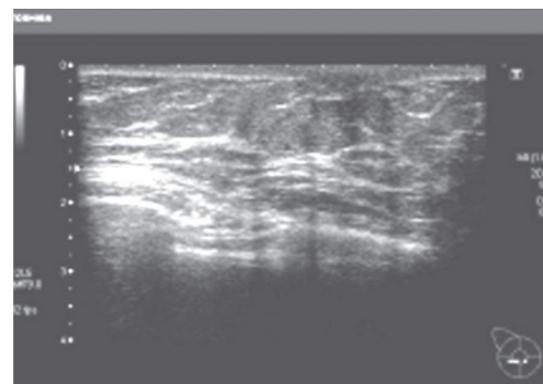
右乳房：形状は円形で境界明瞭平滑な等濃度腫瘍として描出された。

左乳房：ルーチン撮影ではFAD。追加撮影にて微細鋸歯状の淡い小さな等濃度腫瘍として描出された。

## 5. US 所見 (図2~7)

右乳房：D領域に側方陰影を伴う7.4×7.3mm大の等エコー腫瘍を描出。この時点では、乳管内乳頭腫や粘液癌を鑑別診断として考えた。エラストグラフィーではスコア3程度の柔らかい腫瘍として描出され、Bモード画像よりも客観的に捉えることができた。また、解析画像でもFLR2.8と低値を示し、定量評価でも柔らかい病変であることが示唆できた。この時点で粘液癌よりも乳管内乳頭腫を強く疑うことができた。

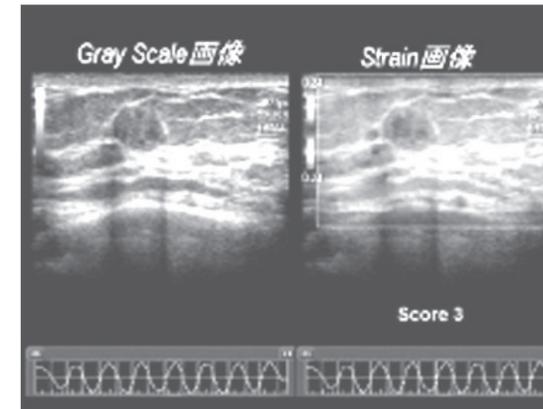
左乳房：C領域に後方エコーの減衰と構築の乱



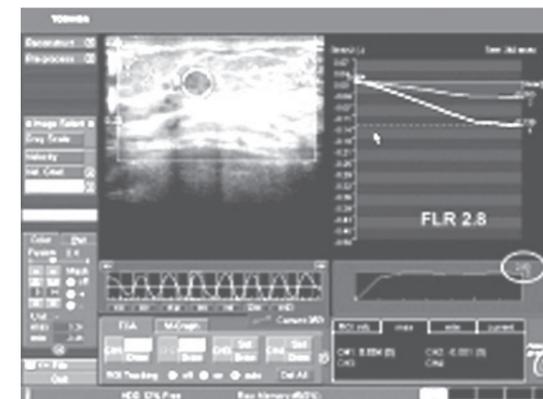
〈図2 右乳房D領域US画像〉

1) 埼玉協同病院  
放射線画像診断科  
2) 埼玉協同病院 外科

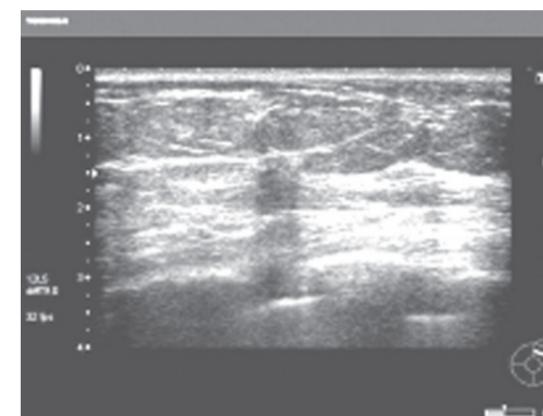
れを伴う4.7×2.0mm大の低エコー域を認めた。この時点では硬化性腺症や硬癌を鑑別診断として考えた。エラストグラフィーではスコア4の硬い病変として描出され、解析画像でもFLR8.37と高値を示し、硬い病変であることが視覚評価だけでなく、定量評価としても示唆できた。この結果から硬癌をより強く疑い、積極的にCNB等の精査を行うべき病変であることを示唆



〈図3 右乳房D領域エラスト画像〉



〈図4 右乳房D領域エラスト解析画像〉

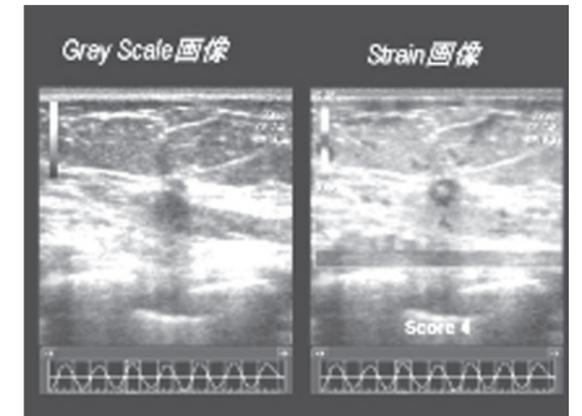


〈図5 左乳房C領域US画像〉

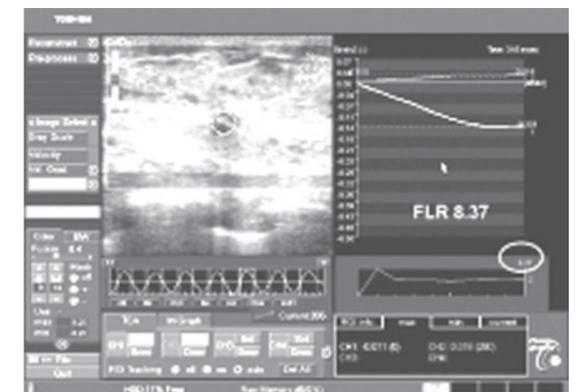
することができた。

## 6. 病理診断 (図8~9)

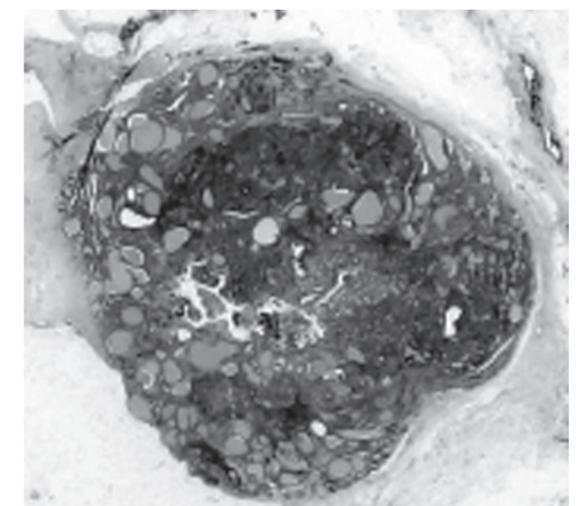
右乳房の病変は乳管内乳頭腫、左乳房の病変は硬癌であった。



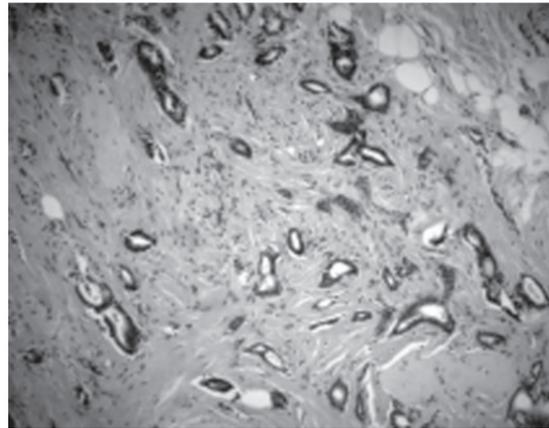
〈図6 左乳房C領域エラスト画像〉



〈図7 左乳房C領域エラスト解析画像〉



〈図8 右乳房D領域：乳管内乳頭腫〉



〈図9 左乳房C領域：硬癌〉

7. 結語

- ①超音波検査で等エコーレベルの腫瘍は描出し難く、存在を示唆するのが容易ではない。しかし、エラストグラフィーはB-modeで不明瞭な腫瘍の描出に有用であり、画像診断の補助として活用できると考える。
- ②近年、超音波診断装置の精度が向上し、数mm大の病変も捉えられるようになったが、これらの病変を全て針生検等の精査にまわすのは困難であり、Bモード上で微妙な病変についてはエラストを行うことで硬さを評価し、精査にまわす病変のピックアップができると考える。

〈参考・引用文献〉

- ・マンモグラフィ技術編
- ・乳房超音波診断ガイドライン
- ・乳癌取り扱い規約第16版
- ・実践乳房超音波診断
- ・臨床と病理のための乳腺疾患アトラス

## 当院における透析患者のABI評価と今後の課題

○原島貴彦<sup>1)</sup>、高橋千賀<sup>2)</sup>、木村貴史<sup>1)</sup>、熊谷大樹<sup>1)</sup>、手嶋宏司<sup>1)</sup>、小野秀敏<sup>1)</sup>

キーワード：透析患者、PAD、ABI

【はじめに】

透析患者の高齢化・糖尿病の増加により末梢動脈閉塞性疾患（以下PAD）を合併する確率は高く、PADはQOLのみならず生命予後にも重大な影響を与える。当院では、2006年よりPADの診断指標として足関節上腕血圧比（以下ABI）を、年1回の測定を行っている。しかし、スタッフのPADへの意識が低くABIの評価が適切に行われていない。今回、PADの危険因子であるDM・非DM群の2010～2013年のABIを評価することで今後の課題を検討した。

【対象】

継続してABIを測定できた維持透析患者22名 44肢（男性：7名・女性：15名）、DM：11名：22肢・非DM 11名：22肢、平均年齢：66 ± 13歳、透析歴：123 ± 36月を対象とした。

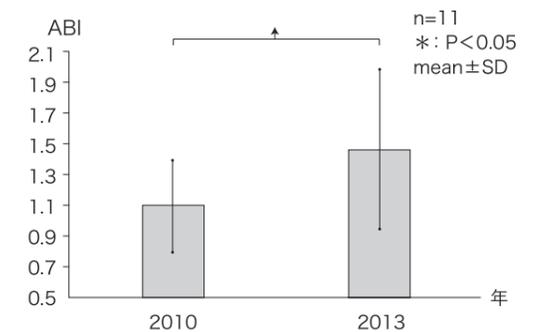
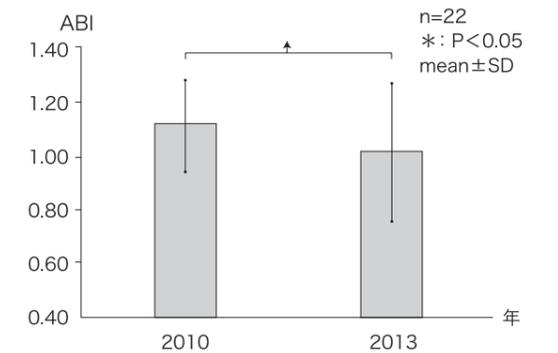
【方法】

①ABI：オムロンコーリン社製（form）を用いABIの測定を実施した。左右間でABIが低い方を測定値としてDMと非DM群で分類し、①4年間の推移、②2010年と2013年のABI・Fontaine分類の比較検討、③ABIと年齢・透析歴の相関を調べた

【結果】

ABIは、年数を経過するたびに低下傾向がみられた。DMと非DMとでは、DM群にて有意に低下した（結果①）。Fontaine分類は、2010年より2013年にてFontaine分類IからIIが増加した（結果②）。また、ABI一年齢では相関は見られなかった。ABI一透析歴では、DM群にて低下傾向となった。

1) 埼玉協同病院 臨床工学技士  
2) 埼玉協同病院 看護師



【考察】

PADの危険因子であるDM群では、ABIが低下、Fontaine分類IからIIへの増加がみられたが、ABIは正常範囲での低下である為、PADでのリスクファクターを明確にするなど、詳しい

検査が必要である。そのため、チームでのサポートが必要と考えられた。

#### 【結語】

ABI は、PADの診断として最も重要なスクリーニング検査のひとつである。そのほかの検査法としては、皮膚毛細血管還流圧、足趾上腕血圧比などの皮膚微小循環の生理検査法があり、当院でも検討していく必要がある。また、臨床工学技士としても積極的にチーム活動に参加していきたいと考えている。

#### 【参考文献】

- 1) 日本透析医学会雑誌、44巻5号、2011、第8章
- 2) TASC II Working Group、日本脈管学会・訳、下肢閉塞性動脈硬化症の診断・治療指針II (日本脈管学会、編)、東京、メディカルトリビューン社、2007

第37回全国腎疾患管理懇話会学術大会にて  
講演発表

## 編集後記

「年報2013」をお届けします。

埼玉協同病院では昨年、「学術研究活動の記録」であった「医報」を発展的に解消し、従来の「医報」に、病院の本丸である「診療業務の活動状況」を加えた、「年報2012」を発刊しました。

2年目を迎えた年報編集委員会では、昨年、「次年度以降の課題」とし、「年報2013で一定の答が出るように努力します」とお約束した問題に取り組みました。

1つは、診療科・部署単位を超えた組織横断的な活動ユニット、すなわち委員会活動やチーム医療の活動状況を掲載することです。この問題は関係各位のご協力を得て、間違いなく“一定の答”を出すことができたと思っております。編集作業の過程において、当院では様々なチーム医療が、高いレベルで実施されていることを知り、委員一同、大変誇らしく感じました。

もう1つは、掲載論文のレベルアップです。この問題は一朝一夕に解決するものではありませんが、着実に遂行したいと考えています。

学術論文は、“科学的思考”に基づいて書かれなければなりません。“頑張っている私の熱い思い”は、研究を継続する大きなエネルギーにはなりますが、研究の果実にはなり得ません。

そして、科学的思考を“論文”という形にするには、“統計リテラシー”を持たなくてはなりません。西内啓氏が著書『統計学が最強の学問である』の中で述べていますが、私達は、熱意のあまりの「一面的な単純集計の愚かさ」に陥らないよう、常に注意を払う必要があります。

西内氏は、「一面的な単純集計の愚かさ」として次の例を挙げています。

〈次の食べ物を禁止すべきかどうか考えてみましょう〉

- ・心筋梗塞で死亡した日本人の95%以上が生前ずっとこの食べ物を食べていた。
- ・凶悪犯の70%以上が犯行前24時間以内にこの食べ物を口にしている。
- ・江戸時代以降日本で起こった暴動のほとんどは、この食べ物が原因である。

この食べ物は「ご飯」です。一面的な単純集計に捉われると、愚かにも「ご飯を禁止する」という結論に至ることになります。

あなたは、自分はそんなバカなことはしていないと思われることでしょうか。でも、「ご飯」を「抗がん剤」に置き換えて、こんな感じの理論を振りかざしているヒト、いませんでしたか？ こういった“熱い思い込み”に、科学的に反論するのは結構難しいのです。学術論文は、熱い思いを“科学的”に具現化したものです。どうぞ、次の「年報2014」にたくさんの論文をお寄せください。

最後になりますが、私の「年報は夏前に発刊する」という(当初は妄想とも思えた)発言に仰け反りつつも、献身的にそのミッションに立ち向かってくださった年報編集委員会メンバーと、短期間でのお願いにもかかわらず快くご寄稿くださった皆様に、心から感謝申し上げたいと存じます。

2014年5月31日

埼玉協同病院年報編集委員会 村上純子

埼玉協同病院年報編集委員会

埼玉協同病院年報作成会議 リーダー

埼玉協同病院教育研修センター センター長

村上 純子

埼玉協同病院年報編集委員会 メンバー

本戸 文子 見川 葉子 野田 邦子

松本 茂 根岸 千尋 小幡 成植

埼玉協同病院 年報 2013年 Vol.26

---

2014年7月10日 印刷

発行者 増田 剛

2014年7月25日 発行

発行所 埼玉協同病院

〒333-0831 埼玉県川口市木曾呂1317

TEL 048-296-4771 FAX. 048-296-4772

URL : <http://kyoudou-hp.com/>

制 作 株式会社 プラス・ワン

印 刷 株式会社 ティーケー出版印刷

---