



研修会報告：平成29年度情報セキュリティ研修に参加して

管理課長 加地 勇二



【はじめに】

近年、インターネットやスマートフォンなどの急速な普及に伴い、情報管理の重要性が高まっています。テレビ・新聞・雑誌等で毎日のように報道され、大きなものでは、中国やロシアなど外国からのサイバー攻撃(テロ)による国家機密や金融機関への攻撃など日本全体を大きく揺るがすものや、私たちの身近なところでネット環境を利用した、コンピューターウイルスなどによる情報の漏洩・取得、また、各種の詐欺など、様々な脅威に曝されています。

国としてもこのような脅威に対応するため、平成26年に新たに「サイバーセキュリティ基本法」の施行や、内閣府に「内閣サイバーセキュリティセンター (NISC)」の設置など国家的な戦略のもと対策を行っています。

このような状況の中、国立病院機構としても病院という性質上、患者さんの個人情報を含んだ機微な情報を取り扱っており情報セキュリティ対策強化のため、平成28年に新たに「国立病院機構情報セキュリティ対策規程(以下、「対策規程」)」を制定し、運用が開始されました。

今回は、当該対策規程を十分に理解し、国立病院機構が管理する情報資産をあらゆる脅威から守るために必要な情報セキュリティの確保とその継続的な強化・拡充に資するため、全国143病院の情報セキュリティ責任者である事務部長又は担当課長等を対象として、平成29年9月25日に東京都にある国立病院機構本部で開催されました(図1)。

【研修概要】

当日は、国立病院機構本部情報システム統括部長の挨拶のあと、①「国立病院機構におけるIT化の推進とセキュリティについて」、②「情報セキュリティ対策規程と手順書・ガイドラインについて」、③「情報セキュリティの動向と対策及び実践」の3部構成で行われました。

【国立病院機構におけるIT化の推進とセキュリティについて】

国立病院機構全体及び全国143病院の支援体制の強化のため、平成29年4月から本部組織を「IT推進部」から「情報システム統括部」に見直しを行い、各課の役割を明確にすると共に、新たに「ITセキュリティ推進課」を設置したこと、また、今後の国立病院機構全体のIT化の推進とセキュリティ強化の内容について説明がありました。



図1 研修会の様子(国立病院機構本部講堂)

目次

研修会報告：平成29年度情報セキュリティ研修に参加して	管理課長 加地 勇二	1-2
研修会報告：良質な医師を育てる研修「神経・筋(神経難病)診療中級研修」に参加して	神経内科 清水 貴洋	3
学会発表報告：トリプルネガティブ(TN)乳癌のエラストグラフィ所見と病理像の検討	臨床検査科 伊藤 馨那	4
臨床研究センター紹介：場所と疾患と私 —GISを使ったHIV研究	感染症研究室長 今橋 真弓	5
学会発表報告：A病院の実習指導者が抱く不安の実態調査	看護部 教育担当副看護部長 尾形 洋子	6
学会発表報告：当院における気管チューブ事故(自己)抜管のインシデントに関する検討	呼吸ケアサポートチーム(RST) 集中ケア認定看護師 柘田ゆかり	7
形態調整食の分類 学会分類の紹介と今後の活用について	リハビリテーション科 言語聴覚士 水谷 朋子	8

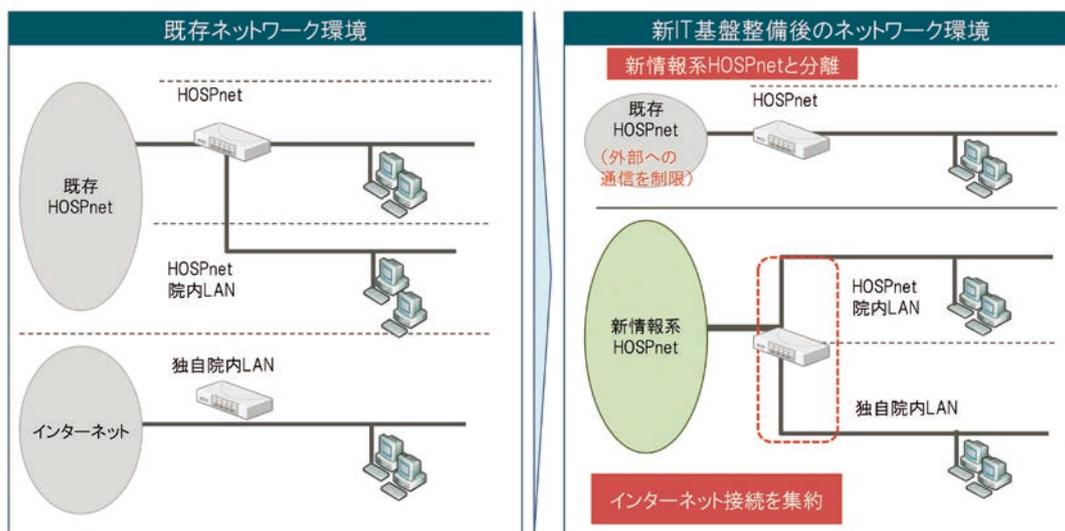


図2 ネットワークの分離例

特に既存の国立病院機構内のネットワークシステムであるHospnet(ホスプネット)をより効率的、かつ、セキュリティ強化を図るべく、「新IT基盤整備」を構築中であり、具体的には、新情報系ネットワーク(インターネット関連)と業務系ネットワーク(業務情報)を物理的に分離(図2)し、更に監視体制を強化することなどについて説明がありました。



図4 情報セキュリティの3大要素

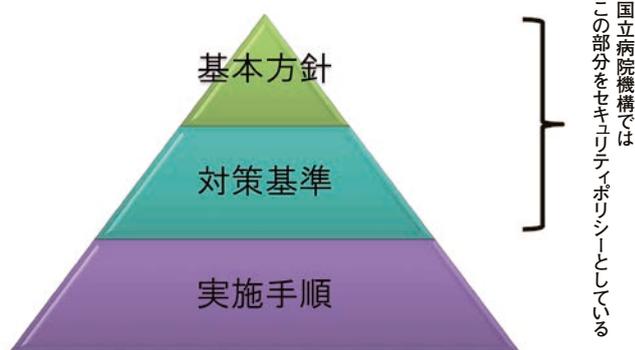


図3 情報セキュリティ対策の枠組み

【情報セキュリティ対策規程と手順書ガイドラインについて】

対策規程については、平成21年に既に策定されていましたが、近年の状況に鑑み、「政府機関の情報セキュリティ対策のための統一基準」を元に、新たに策定されたこと、また、併せて、国立病院機構内の「手順書・ガイドライン」が新たに作成された経緯や具体的な内容について説明がありました。

「対策規程」については、院内の組織体制や情報の管理・監視方法、セキュリティ要件などからなる規程で国立病院機構内の基本的な枠組み(図3)などについて説明がありました。

また、「手順書ガイドライン」については、病院内における、ID管理やセキュリティ管理(図4)などの具体的な運用手順が作成され、病院の情報セキュリティ責任者としての基礎知識等について、詳細な説明がありました。

【情報セキュリティの動向と対策及び実践】

「情報セキュリティの動向と対策及び実践」については、情報セキュリティの専門家である外部講師を招き、「組織が取り組むべき情報セキュリティの在り方」、「セキュリティ事故とその対策」、「管理者としての心得」などの講義に加え、具体的な数事例をビデオ放映し、「何が原因だったのか」、「どのような対策を講じるべきだったのか」、「セキュリティ事故後の対応は適切だったか」、などの観点からディスカッションの時間を設け、より実践的な内容で非常に有意義な研修となりました。

【最後に】

近年のサイバー攻撃(テロ)、外部への情報漏洩・取得などの脅威から病院の情報資産を守るためには、組織を揚げて対応することはもちろんですが、国立病院機構内の規程や手順書・ガイドラインの遵守並びに職員個々の意識向上が不可欠であり、院内研修の充実や情報発信に努めていきたいと思えます。

研修会報告：良質な医師を育てる研修「神経・筋（神経難病）診療中級研修」に参加して

神経内科 清水 貴洋



【はじめに】

今回良質な医師を育てる研修「神経・筋（神経難病）診療中級研修」に平成29年9月29日、30日の2日間にわたって参加させていただきました。本会の目的は国立病院機構が多数の病院のネットワークとして取り組んでいる神経・筋疾患の診療に対してその魅力を神経疾患関連の診療のプロを目指す卒業後10年以内の若手医師に伝えることでした。

【研修会の流れ】

1日目は神経難病の歴史の講義から始まりました。難病対策の発端はスモンの発生によるところから始まりました。午前は筋萎縮性側索硬化症（ALS）の治療に関する講義が行われました。ALSは進行性疾患であり進行を遅らせる治療はありますが治療方法が確立されておらず徐々に筋力低下が進み、やがては呼吸筋麻痺により人工呼吸器導入検討が必要とされます。今回の研修では患者さん、医師、観察者役に分かれ告知や経過についてのロールプレイングを行いました。大まかな役割の指示が与えられ役を演じますがそれぞれの立場で見ることによって話の内容以外にも目の動きや姿勢等普段では気づかない診察のポイントを知ることができました。午後は筋ジストロフィーの診療、非侵襲的人工呼吸器NPPVの使用方法の実習（図1）、パーキンソン病でのLSVT-BIGという新規のリハビリテーションを学びました。

1日目終了後懇親会が開かれ講師の先生方や参加メンバーと交流を深めました（図2）。今回のような会が開かれることで他病院の診療状況や地域ごとの特色を知るよい機会となりました。

2日目は臨床病理検討会（CPC）形式で開始し神経病理の基礎を学びました。てんかんと脳波の講義では静岡てんかん神経医療センターでの貴重なビデオモニタリング脳波記録をもとに脳波のポイントを教えていただきました。当院でも脳波は多くとられており今後の診療に役立てることができると



図1 様々なタイプのマスクを実際に試し、NPPVを体験しました



図2 懇親会后松本城へ

思います。ランチョンセミナーでは松本サリン事件の際の記録を学びました。事件当日の対応はもちろんのことながら事件後も松本市と信州大学が協力し継続調査・診療を行った事は素晴らしいと感じました。最後に認知症診療について学びました。全体を通して神経疾患は他職種・患者さん・家族がお互いに連携しあい診療していく必要があるということを再認識しました。

【研修を終えて】

当院に赴任しまだ数か月ですが多くのことを経験させていただいています。国立病院機構として他の病院と連携した診療や勉強会が多く行われていることは非常に喜ばしいことだと感じます。今回の研修会の知識を日々の医療にフィードバックできるように診療を続けていきたいと思います。また将来的には自分が研修会の講師となり知識をつないでゆけるように精進したいと思います（図3）。



図3 研修会后まつもと医療センター 屋上にて記念撮影

学会発表報告：トリプルネガティブ (TN) 乳癌のエラストグラフィ所見と病理像の検討

臨床検査科 伊藤 馨那



【はじめに】

乳癌は女性の罹患者数・罹患率ともに第1位、また30歳～64歳までの女性の乳癌による死亡率も第1位です。乳癌は予後良好から不良のタイプまで様々で、特にTN乳癌は予後不良とされていますが、その特徴を知り、比較的早期に検出・診断できれば手術・化学療法による救命効果が得られます。TN乳癌は超音波検査で圧排性発育を呈し、エラストグラフィで硬く表示されるといわれていますが、日常検査において腫瘍内部に柔らかさを示すシグナルが混在する症例によく遭遇します。本研究ではこのシグナルがどのような病理像を反映しているのかを検討しました。

【TN乳癌とは】

乳癌は腫瘍細胞に対する組織免疫染色でER、PgR、HER-2の有無からサブタイプ及び治療方針が決まります。いずれかが陽性であればホルモン療法や分子標的治療薬など治療の幅が広がりますが、TN乳癌は全て陰性のためこういった治療効果はなく、手術・化学療法という選択肢しかありません。また、TN乳癌は悪性度の高い腫瘍細胞が多く腫瘍が早く大きくなるため予後不良とされています。

【エラストグラフィとは】

エラストグラフィは、超音波検査における組織弾性影像法で、体内組織の硬さ(弾性)を色で表現したものです。硬い部分は青く、柔らかい部分は緑や赤で表現され、つくば弾性スコアにより1～5に分類されます(図1)。値が高いほど乳癌の可能性が高く、Bモードにエラストグラフィが加わることで診断に重要な情報をさらに得ることができます。

【方法】

2014年1月～2016年3月までの当院で手術が行われたTN乳癌30症例のうち、術前化学療法を行っていない27例に対し超音波画像を検討し、エラストスコア分類で悪性の可能性が高いスコア3以上の24例を病理像と対比しました。

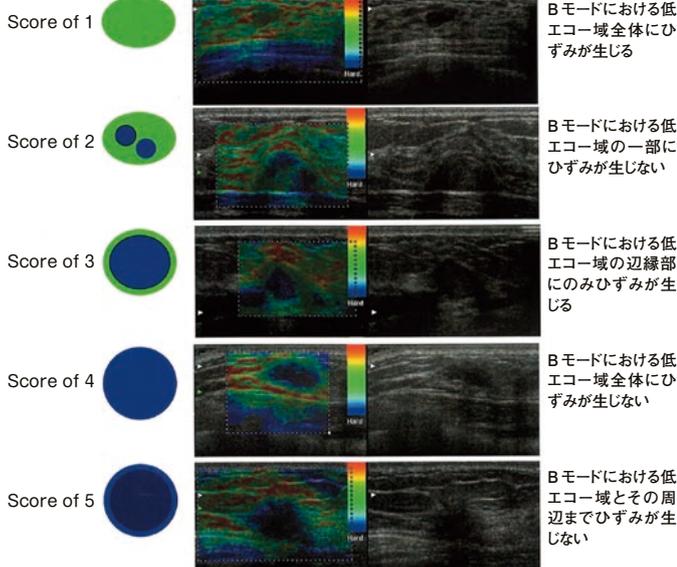


図1 つくば弾性スコア
Bモードにおける低エコー域を示す病変部の色調により5段階にスコア化する。その値が高いほど歪みが少なく悪性の可能性が高い。

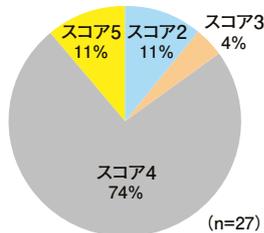


図2 エラストスコア分類
スコア4が最も多く、TN乳癌は硬いということがわかる。

【結果】

エラストスコア分類の結果、スコア4が最多で全体の74%を占めていました(図2)。スコア3以上の24例中、22例は腫瘍内部や辺縁部に柔らかさを示す緑が混在していました。病理像と対比した結果、緑の部分には壊死や小さな嚢胞性変化が認められ、青い部分には充実性胞巣状の悪性度の高い腫瘍細胞や線維化が密に認められました。

以下に病理像との対比例を示します(図3)。白丸部分はエラストグラフィで青く表示されていますが、病理像では強い線維化や線維化が混在した腫瘍細胞が充満しています。赤丸部分は緑に表示されていますが、病理像では胞巣内壊死が認められました。

今回、緑の混在が無い2例についても病理像では柔らかく表示されても良いと思われる所見が見られました。原因として検査手技が大きく関与していると考えます。少しの圧迫や振幅の変化でエラストグラフィの示す色調は大きく変化します。

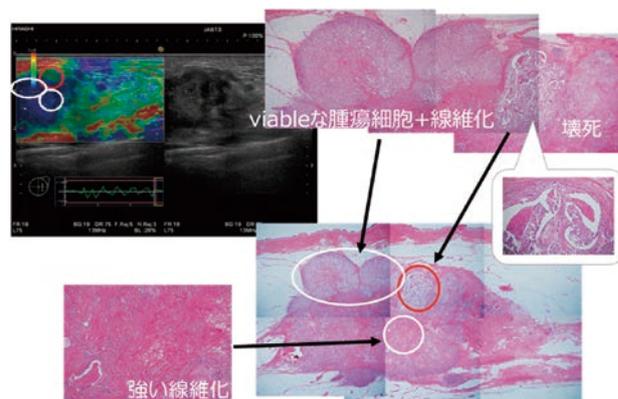


図3 病理像との対比

白丸部分はエラストグラフィで青く表示されており、病理像では強い線維化や線維化が混在した腫瘍細胞が充満していた。赤丸部分は緑に表示されているが、病理像では胞巣内壊死が認められた。

【まとめ】

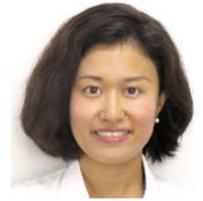
圧排性発育の特徴を持つTN乳癌はエラストスコア4が多く腫瘍が硬いことが示されましたが、注意深く観察すると内部や辺縁部に柔らかさを示す緑が混在しており、病理像では壊死や小さな嚢胞性変化に一致していました。これはBモード画像のみでは得られない情報であり、エラストグラフィがTN乳癌の病態を表現している可能性が示唆されました。

参考文献

乳腺超音波診断ガイドライン改訂第3版
 乳腺超音波エラストグラフィの手技、診断基準の再考
 学会発表
 伊藤馨那、佐橋恩、伊藤果穂、遠藤登喜子、森田孝子、川崎朋範
 第26回日本乳癌検診学会学術総会(久留米)2016年11月4日、5日

臨床研究センター紹介：場所と疾患と私 —GISを使ったHIV研究

感染症研究室長 今橋 真弓



【はじめに】

はじめまして。感染症研究室の今橋真弓です。2年間米国テキサス州のテキサス大学公衆衛生大学院に留学し、再び名古屋医療センターに勤務することになりました。上司、同僚、患者さんからは「(日に) 焼けたねえ。」としみじみと言われ、今頃になって、留学中にもう少し日焼け対策をすべきだったと焦っています。どうぞよろしくお願いいたします。

【研究テーマ】

私の研究テーマはHIV(ヒト免疫不全ウイルス)およびGIS(Geographic Information System)です。GISと言われてもピンと来ないかもしれませんが、実は私たちの生活の中に広く浸透しています。たとえばGoogle Map、カーナビなどはGISを利用して作られています。GISとは「地理的位置を手掛かりに、位置に関する情報を持ったデータ(空間データ)を総合的に管理・加工し、視覚的に表示し、高度な分析や迅速な判断を可能にする技術」です(国土地理院のホームページより)。

私がGISに出会ったのは公衆衛生大学院の学生をしていた時でした。公衆衛生の分野ではある疾患がどこでどれくらい発生しているか、を分析することは非常に重要です。疫学やGISのクラスで決まって最初に紹介されるのはジョン・スノウの“ブロード・ストリート事件”です。

疫学の祖と言われるジョン・スノウ(1813年生-1858年没)は1854年に英国ロンドンのブロード街で大量発生したコレラ患者が、どこの井戸水を飲んでいたらかを調べ、それを地図にプロットしていきました(図1)。その結果ある特定の井戸の水を飲んでいる人々にコレラが大量発生していることが分かりました。そしてその給水源の井戸の手押しポンプを



図1 ジョン・スノウが作ったコレラが大量発生した当時のブロード街の地図。赤矢印がブロード街。コレラの症例が黒色の棒でプロットされています。

取り換えたところコレラの流行が終息しました。この時点でコレラ菌はまだ発見されていません。

この事件から言えることは、ある疾患の原因が分かっているなくても現状を把握することで対策を講じることができること、その現状把握に地図が有効な道具になっていることです。

HIV対策にもこの地図情報が強力な道具になると考えます。

HIV感染症は幸い原因が分かっています。どんな行為で感染するかということも分かっています。そして治療法もあります。それに関わらず、毎年HIV感染症が進んだ状態(AIDS期)で診断される患者さんが日本では全新規感染者の25%ほどいます。これはまだ早期発見に至っていない、つまり自分がHIVに感染していても気が付かずに日常生活を送っている人がいることを表しています。こうした人々にHIV検査を受けてもらうために、どこでいつ検査を行えばよいか、ということをお客さんの行動を地図上に反映することで提案できるのではないかと考えます(図2)。

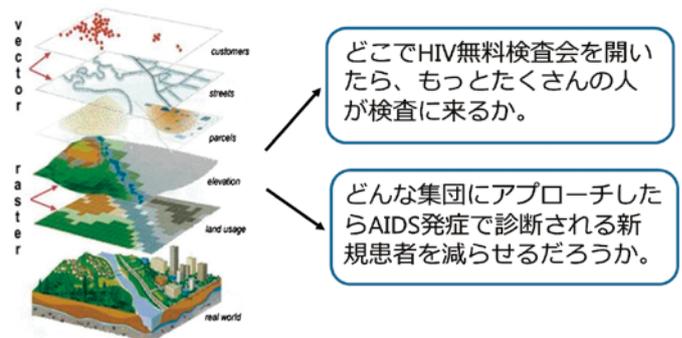


図2 GIS (Geographic Information System) を使った解析

【おわりに】

UNAIDS(国際連合エイズ合同計画)は2020年までにHIVに感染している人のうち90%がHIVと診断され、そのうち90%が治療を受け、そのうち90%が治療成功することを目標にしています。まずは診断の“90%”を達成できるようにGISを使って研究していきたいと思えます。

【出典】

図1: C.F. Cheffins, Lith, Southampton Buildings, London, England, 1854 in Snow, John. On the Mode of Communication of Cholera, 2nd Ed, John Churchill, New Burlington Street, London, England, 1855.

学会発表報告：A病院の実習指導者が抱く不安の実態調査



教育担当副看護師長 尾形 洋子

【目的】

当院は専門学校2校、大学1校から年間約600名の臨地実習生を受け入れており、実習指導者育成のため院内教育としてキャリアラダー（当院看護師の能力開発・評価システム）レベルⅡを対象に、三観の読解と指導案を作成し指導実践する研修を行っています。指導に対する不安の実態を明らかにし、今後の研修充実と実習指導者に対する支援方法を検討したので報告します。

【方法】

実習指導者として院内で登録されている看護師253名に、実習指導者の役割5つのカテゴリー58項目に対して、不安の有無を全くない～非常にあるまでの5段階で質問紙調査を実施し、やや不安、非常に不安と回答した人数を集計し、不安を感じている者の割合が高い項目を抽出し分析しました。

【結果】

有効回答139名(回収率67.1%)5つのカテゴリーのうち最も多くの指導者が不安を抱くことは[教員との連携]30%であり、具体的な58項目では、[受け入れ病棟として実習指導案を立案しておく][実習目的に適した患者を選定する][学生の能力や準備に応じた指導を行う][学生が立案した看護計画をスタッフに継続させる][実習調整会議に参加する]の5項目について40%以上の指導者が不安を感じていました。また、受講した実習指導者研修が院内のみで看護師経験が短いほど不安が強くなっていました(図1、2)。

【考察】

在院日数の短縮化により受け持ち患者を変更することが多く、患者選定に苦慮していることや、指導案の作成、学生の看護計画をスタッフと共有する経験の少なさが不安につながっていることが明らかとなりました。また、看護師経験が短いほど自らの知識や指導方法に自信がなく、学生のアセスメント能力低下を感じながらも、十分に学生を把握した上での指導ができていないと思っています。教員との連携については、実習調整会議に出席する機会が乏しく、出席したスタッフとの情報共有も不十分であり、教員と指導者の互いの役割を理解できていないため、具体的にはどのように連携を図っていったらよいか分からず、不安が強くなると思われます。

経験不足からの不安を軽減するためには、会議で提供される情報を共有して学生の特徴と実習要項を理解することや、実習指導者講習会の受講経験者や経験豊かなスタッフからの助言が必要です。また、学生のレディネスを把握している教員との相互連携を支援することで不安が軽減されることが考えられます。

【結論】

多くの指導者は[受け入れ病棟として実習指導案を立案しておく][実習目的に適した患者を選定する][学生の能力や準備に応じた指導を行う][学生が立案した看護計画をスタッフに継続させる][実習調整会議に参加する]事に不安を感じています。また、院内の実習指導者研修のみを受講し、看護師経験が短いほど不安が強くなります。以上より実習指導者に対して、教員と指導者の具体的な役割の理解と相互に連携が図れる支援が必要です。研修では実習調整会議での検討内容の提示や教員と指導者に求められる役割と連携について説明を追加し、OJTに活用できるようプログラムの充実を図っていききたいと思います。

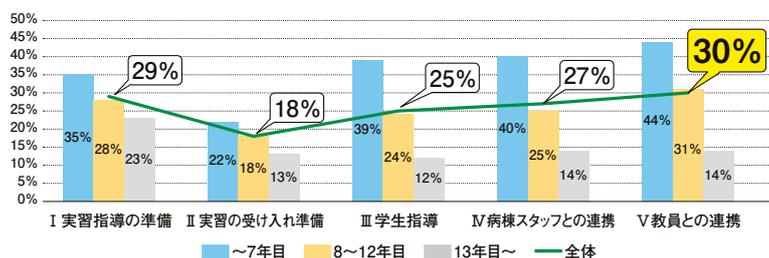


図1 看護師経験別の不安の割合

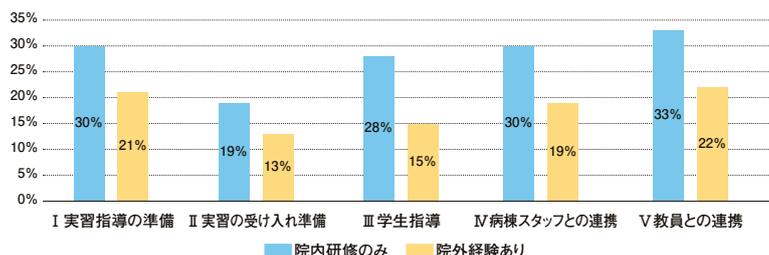


図2 受講研修別の不安

参考文献

山田聡子：「臨地実習指導者の役割に関する検討」平成24年度学位申請論文

発表学会

尾形洋子、井上陽子 A病院の実習指導者が抱く不安の実態調査 第71回国立総合医学学会 高松市 平成29年11月10・11日

学会発表報告：当院における気管チューブ事故（自己）抜管のインシデントに関する検討



呼吸ケアサポートチーム (RST) 集中ケア認定看護師 柘田 ゆかり

【はじめに】

当院は3次救急を担っており、ICU8床、HCU20床、CCU6床有しています。人工呼吸管理は主にICU・HCU・CCUでケアしていましたが、長期化した場合にやむを得ず一般病棟で人工呼吸管理をする現状がありました。そこで、一般病棟における人工呼吸管理の安全性向上を目的に、2010年呼吸管理委員会・呼吸ケアサポートチーム（以下RST）を発足し、2011年より活動を開始しました。

チューブ類の自己(事故)抜去に関するインシデントはしばしば発生しています。なかでも気管チューブの自己(事故)抜管は患者さんの生命に影響を及ぼす危険性の高いインシデントです。今回、当院の医療安全管理室と協働し、気管チューブ自己(事故)抜管に関するインシデントの内容を検討したため報告します。

【目的】

気管チューブ自己(事故)抜管に関するインシデント内容を検討し、RSTが介入すべき課題を明らかにする。

【方法】

2013年5月～2017年2月までに、当院の医療安全管理室に報告された気管チューブ自己(事故)抜管に関するインシデントレポート24件を後ろ向きに解析しました。

【結果】 (図1、2)

患者数24人(男性17人 女性7人)、年齢中央値68歳(範囲：6-87歳)、診療科は、消化器外科5件、消化器内科4件、脳外科4件、循環器内科3件、血液内科2件、腎臓内科2件、心臓外科1件、呼吸器内科1件、神経内科1件、整形外科1件でした。インシデントの発見者・当事者は看護師24人、医師2人でした。インシデントの発生場所は一般病棟10件、ICU10件、検査室2件、CCU1件、HCU1件でした。

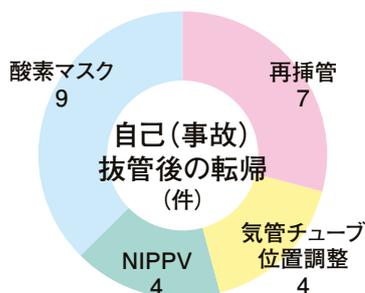


図1 自己(事故)抜管後の転帰

気管チューブの自己(事故)抜管には、気管チューブが適切な位置から外れた症例も含まれています。患者さんの安全確保のため、インシデントの予防策を検討するとともに転帰に応じた対応ができるよう教育しています。

インシデントの発生要因カテゴリーとして、患者要因：「薬剤の影響下」「意識障害」、医療者要因：「観察不足」「確認不足」「判断の誤り」でした。インシデントの発生理由は行動観察不足、気管チューブ固定の不確実、アセスメント不足であることがわかりました。

【考察】

患者要因より、鎮静鎮痛・せん妄スケールの正しい評価と鎮静鎮痛レベルに応じた対処が必要であると考えられました。一般病棟では鎮静鎮痛評価が不慣れでありラウンド時のサポートが必要です。2017年度 看護師を対象とした「人工呼吸ケア」研修を企画しており、人工呼吸管理中の患者ケア・アセスメントについての教育をはじめました。

医療者要因より、患者要因の適切なアセスメントと確実なチューブ固定技術の習得が必要であると考えられました。2016年度より看護師を対象とした気管チューブの自己(事故)抜管事例を取り入れたシミュレーション勉強会を開催し、観察と判断、対処法についての教育をしました。

【今後の課題】

RSTとしてインシデントを防止できるような質の高いラウンドを行うことと、主に看護師を対象とした医療者の知識をより深めるような教育を継続していくことが課題です。

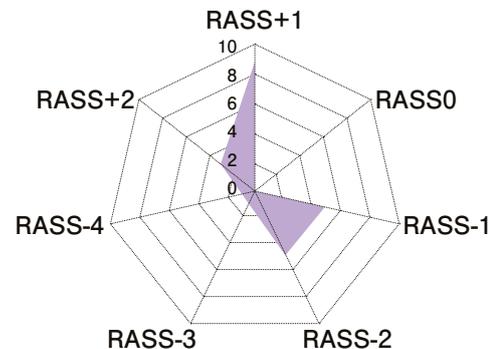


図2 インシデント発生時の鎮静レベル

RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale (鎮静下で人工呼吸管理をしている患者の鎮静深度評価ツール)

マイナスは深鎮静状態、プラスは興奮・不穏状態を示します。

結果より、インシデント発生時の鎮静状態が不適切であったことがわかりました。

発表学会

当院における気管チューブ事故(自己)抜管のインシデントに関する検討 RST呼吸ケアサポートチーム 柘田ゆかり、大野美香、本荘弥生、沖昌英、堀和美、石田あかね、森田恭成、服部希実子、犬飼和哉、渡辺伸一、林良子、長谷川垂矢子 第39回日本呼吸療法医学会学術集会 東京 2017年7月15,16日(ポスター発表)

形態調整食の分類 学会分類の紹介と今後の活用について



リハビリテーション科 言語聴覚士 水谷 朋子

【はじめに】

昨今、嚥下障害や嚥下機能など「嚥下」という言葉も、生活の中で目にする機会も増えました。病院スタッフや患者さん、家族の方にも浸透してきている事を日々感じます。その一方でその形態については「ミキサー食」「きざみ食」「薄いとろみ」などという名称からのイメージに委ねられることも多く、基準となる種類や分類の仕方、その基準値や表記の仕方についてはまだまだ知られていないのではないのでしょうか。

【形態調整食の分類の仕方】

現在主な分類基準がいくつかあります。

- ①ユニバーサルデザインフード(以下UDF)：日本介護食品協議会が市販の介護食をUDFとして提唱。「容易にかめる」「歯茎でつぶせる」「舌でつぶせる」「かまなくてよい」の4区分で分類。
- ②嚥下ピラミッド：1980年代から聖隷三方原病院で実践されていた介護食の分類方法。L0～L6の6段階に分類。
- ③スマイルケア食：農林水産省が提唱。形態調整食に関しては赤0～2、黄色2～5の7段階に分類。
- ④日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013(以下学会分類)：日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が提唱。コード0j、1j、0t、2-1、2-2、3、4の7段階に分類。また主食、副食以外に飲み物のとろみについても3段階で分類(図1)。

【学会分類活用の広がり】

このように分類の仕方はやや混乱気味でもありますが、中でも④の学会分類は他の分類との相関を早見表としても同時に発表していたり、初期段階の設定が細かかったり、また水

分のとろみ段階も併せて発表している点で特徴的です。実際に一般向けの介護食の商品表示でも他のUDF区分等と合わせて学会分類の表記もなされるようになってつつあり、学会分類を用いて地域の病院・施設間で食形態に対する認識のズレをなくしスムーズな連携を図ろうとする取り組みも始まる等広がりを見せています。

【学会分類活用の提案】

一方で日々の業務を振り返ってみると学会分類表記を目にする機会が少ないことに気づきます。そこで今後の活用について2点提案です。一点目は患者さんに提供する飲み物へのとろみ付けです。食事に関しては嚥下食が導入されて以来一定の形態を提供できる環境となっていますが、飲み物に関しては昨年行った調査でも各病棟でばらつきがある、同一患者さんに対してもとろみ濃度が一定しない等の問題が明らかになりました。患者サービスの面からもリスク管理の面からも、再現性のある一定のとろみ濃度で飲み物を提供できることが求められます。学会分類の「薄いとろみ」「中間のとろみ」「濃いとろみ」を基準に、早期に院内で飲み物のとろみ濃度統一を図りたいところです。

もう一点は地域連携に関してです。食事に関する申し送りの際に「嚥下食」や「軟菜食」という名称だけでは正確な伝達は困難です。病院間の認識の違いが生じることで不適切な形態調整食を提供されて患者満足度が下がったり誤嚥性肺炎を引き起こしたりなど患者さんにとっての不利益も生じかねません。学会分類を他院・他施設との共通用語として病院間の申し送りツールであるサマリーや地域連携パスでの学会分類表記をぜひお勧めしたいと思います。

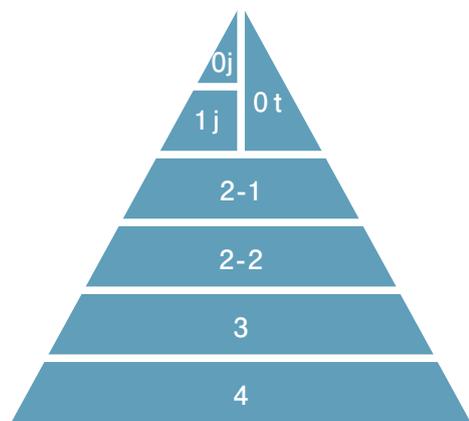


図1

嚥下訓練食	0 t	均質で付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー
	0 j	均質で付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なゼリー
	1 j	なめらかなゼリー・プリン・ムース状
	2-1	べたつかずまとまりがあるプーレ・ペースト・ミキサー食(均質)
	2-2	べたつかずまとまりがあるプーレ・ペースト・ミキサー食(不均質)
	3	まとまりやすく食べやすい料理
	4	箸やスプーンで切れる柔らかい料理