

第11回

# 東京都病院学会

主題

## 医療の質の向上を目指して

—2025年の医療改革に向けて—

日時:平成28年**2月28日**(日)

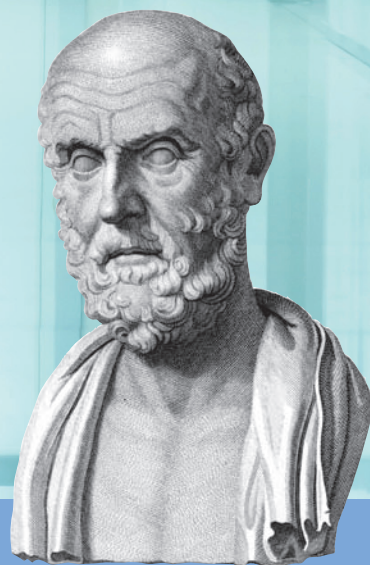
午前9時～午後5時(午前8時30分より受付開始)

会場:**アルカディア市ヶ谷**(JR市ヶ谷駅 徒歩2分)

主催:一般社団法人 東京都病院協会

後援:公益社団法人 東京都医師会／東京都

協賛:公益社団法人 全日本病院協会 東京都支部  
一般社団法人 日本病院会 東京都支部



医学の父と言われた  
「ヒポクラテス」像

主 題

## 医療の質の向上を目指して — 2025年の医療改革に向けて—

### CONTENTS

学会長挨拶	2
学会運営委員長挨拶	3
参加者へのご案内	4
会場図	5
全体プログラム	6
第一会場・第二会場 プログラム	8
第二会場・第三会場 プログラム	9
第四会場 プログラム	11
第五会場 プログラム	12
第六会場 プログラム	14
第七会場 プログラム	16
第八会場 プログラム	18
第九会場 プログラム	20
演者別索引	22
基調講演・学会長講演・特別講演	25
シンポジウム	31
委員会企画	37
演題	45
ランチョンセミナー	119
広告	125

## 第11回東京都病院学会開催にあたって

## 学会長挨拶

## 山口 武兼

東京都病院協会副会長  
東京都保健医療公社 豊島病院院長



第11回東京都病院学会を開催するに当たり、一言ご挨拶申し上げます。10回の節目を超えたことで、東京都病院学会も新たな展開へ一歩を踏みだすこととなりますが、今学会が今後の学会発展に寄与できることを願っています。昨年度の伊藤雅史会長のもとで、「2025年 東京の医療を明るく語ろう」というテーマで節目の第10回学会が開かれました。2025年を明るく迎えるために、2025年の医療改革を見据えながらも、良質な医療の提供という基本的なところをしっかり押さえ、足元を固める必要があります。病院機能評価で問われる、医療安全や感染制御の問題、医療過誤に絡むガバナンスの問題をもう一度見直す必要があります。そして、2025年に向けて進んでいる「地域医療構想」が東京でどのような形で展開するのか、皆さんと一緒に語り合う場を持ちたいと考えました。そこで第11回のテーマとして「医療の質の向上を目指して—2025年の医療改革に向けて—」を掲げさせて頂きました。

2013年8月6日に出された社会保障制度改革国民会議報告書の中で、医療面について病院完結型から地域完結型の医療、急性期・回復期・在宅のネットワーク化と、地域包括ケアシステムの完成をうたっています。今後の医療改革に大きく影響するものは3つあります。病床機能報告制度、地域医療構想、そして2017年度から始まる新専門医制度です。はじめの2つの制度により、地域の実情にあった病床数が決まり、それに見合うように専門医の数が新専門医制度で決まっていく、という構図が考えられます。

良い医療をやっていれば、その病院は生き残れるというような時代ではなくなりつつあります。これまで日本の医療はOECD諸国の中で、GDPに対する医療費の占める割合は10%前後であるにもかかわらず、平均余命は2012年度でも世界一でした。費用対効果の面では効率的な運営がなされてきたと言えますが、医療者の献身的な努力でカバーしてきたというのが実情です。国債の残額は2014年でもGDPの2倍を超えており、今後予想される医療費の自然増1兆円を税金で賄えないため、毎年5,000億円に抑えると断言しています。医療費が増えないとすれば、今の状態を維持することは不可能で、このままでいけば医療人の献身的な努力を超えて、医療界そのものがブラック企業化してしまいます。

2015年までは高齢化のスピードが問題となってきましたが、これからは高齢者の人数が増えてくるのが問題となってきます。2025年以降団塊の世代が後期高齢者に達することで、それまでに医療の体制を整えたいというのが、厚生労働省の考えていることだと思います。2025年に照準を当て、病院の機能分化を図るために、様々な手法がこれから繰り出されていることでしょう。

2014年4月の診療報酬改定により日本の医療体制は大きく変貌をとげました。2016年、2018年の診療報酬改

定を経て日本の医療機関は好むと好まざるに関わらず、大きな変革のうねりの中に巻き込まれていくでしょう。病院が機能による集中分化と再編が行われていく中で、クリニックの形も変わっていく可能性があります。地域包括ケアの構築が厚生労働省の目指す医療の大きな目標になっています。地域包括ケアの目指すところは地域住民が必要とする医療サービスを可能な限り品揃えて提供することにあります。2013年頃から非営利型ホールディングカンパニーの議論が社会保障制度改革国民会議で始まり、2014年1月ダボス会議で安倍首相が非営利型ホールディングカンパニーの仕組みを使って、メトロクリニックのような世界の一流病院に伍する大規模医療事業体を創るとぶち上げました。それを受けて非営利型ホールディングカンパニーの概念が6月の日本再興会議改訂版に盛り込まれました。厚生労働省の検討会議を経て、「地域連携型医療法人」と名称を変えていますが、経営の統合を目指していることに変わりはありません。連携の形は病診連携や病病連携という形から、疾患別の医療連携にかわり、病院、クリニックの双方が理解しやすい形に変わってきましたが、円滑な結びつきという点では少々難があります。患者さんが動くたびに一つ一つ交渉を重ね、家族と交渉する形から、急性期から回復期(地域包括ケア) 病棟そして在宅へという流れが、パッケージ化された形になるのが、「地域連携型医療法人」の姿なのでしょう。一次医療圏ではなく民間の病院が形作っている地域包括ケアシステムが作られています。大学病院などの急性期病院では受け皿としての回復期病院との関係が十分できているとは言えません。一次医療圏の地域包括ケアシステムと、どのように急性期医療を結びつけるのが今後の課題です。

これから2025年まで、病院にとって大きな変化が襲ってくるのは間違いありません。病院は確実に変わらなければなりません。しかし、どんな大きな変革の嵐の中でも、病院として守らなければならないものがあります。それが、良質な医療の実践であり、診療・ケアにおける質と安全の確保ではないでしょうか？患者の意思を尊重した医療を推進し、医療の質の向上を図り、医療の安全を確保し、医療関連感染を制御していくことが必要です。これらの点については、日本医療機能評価機構が行っている、病院機能評価で評価されている項目でもあります。昨今群馬大学、千葉県がんセンター腹腔鏡手術の問題は、個人の責任に収斂させようという流れがありますが、実は病院としてガバナンスの問題でもあります。

一般演題も医療の質改善に絡むテーマを始め様々なテーマで演題を募集いたします。前回と同じ会場であるアルカディア市ヶ谷で、多数の皆様を発表並びに来場を心よりお待ちしております。

## 学会運営委員長挨拶



東海林 豊

医療法人社団城東桐和会 東京さくら病院院長

この度、山口武兼学会長が主催する第11回東京都病院学会の運営委員長を若輩ながら拝命いたしました。「医療の質の向上を目指して—2025年の医療改革に向けて—」のメインテーマには、学会長の熱き想いが注ぎ込まれております。運営委員長としてその熱き想いを十分に引き出せるような役割を果たせるかはなほ疑問の残るところではありますが、学会成功に向け、準備を進めて参ります。

東京都病院学会は回数を重ねるたびに参加者および演題数も増加しており、今回は143演題の応募があり過去最高となっております。東京都の病院間での情報交換の場としてあるいはこれからの医療の在り方を模索する発表の場として確実にその実績を築いてきております。これも東京都病院協会河北会長はじめ副会長・理事・事務局のご尽力の賜物と考えております。多くの方に参加して頂きたいと第8回からは、より大きくかつ利便性の良い会場に変更し運営いたしております。共感する病院が増加し更なる発展を期待する次第です。

2025年に向けて医療の変革がそれも大きな変革が襲ってくることは、学会長をはじめ、運営委員一同意見の一致するところでもあります。学会長によれば、地域医療構想・地域包括ケアシステム・新専門医制度がその変革の序章となることであろうとしています。地域医療構想は病院を中心に、地域包括ケアシステムはクリニックを中心に、大きな変化のうねりが起こることは間違いないと考えます。大きなうねりが起ころうがそれに足をすくわれないように、もう一度医療の基本に返って、医療とはなんなのか、医療安全の考え方、医療関連感染制御の方法を真剣に考え直すことが地に足をつける唯一の方法かと考えます。その意味でも今回のテーマである医療の質の向上を目指して、各自の病院が未来に適応できるものとして議論し合っただけならば、学会長をはじめ我々が学会を開催した目的を果たせるのではなからうかと思えます。参加者皆様の活発な意見交換がなされ、未来に向けて発展的な議論が展開されることを祈念しております。

## 参加者へのご案内

### 受付

3階ロビーで午前8時30分より受け付けます。

### 事前登録された方へ

- 事前登録者用受付にて「事前登録手続完了通知」(事前送付済ハガキ)と引換に参加証・領収証をお渡します。
- 参加証には、所属、氏名を記入してホルダーの中に入れて必ず身に付けて下さい。

### 当日参加される方へ

- 当日参加者用受付にて所属、氏名を記入の上、参加費を支払って、参加証・領収証・学会抄録を受け取って下さい。
- 参加証には、所属、氏名を記入してホルダーの中に入れて必ず身に付けて下さい。

### 演題発表者の方へ

- 会場は、9会場に分かれています。あらかじめ会場を確認して下さい。
- セッション開始の30分前までに発表会場受付で出席確認を受けて下さい。
- 一般演題発表は、1演題発表6分・質疑応答3分・演者交代1分とします。時間を厳守して下さい。
- 質疑応答は、各演題発表後に行います。

### 講師、シンポジストの方々へ

- 各々の開始時刻の30分前までに3階 天城・高尾(来賓・講師控室)へお越し下さい。

### 会場ご案内

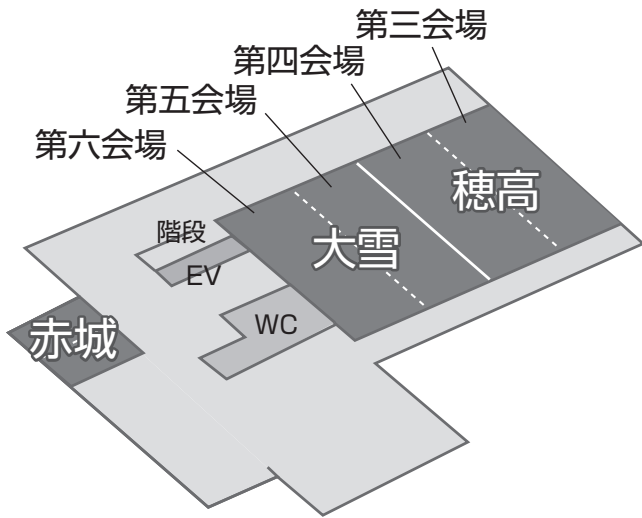
- 日 時：平成28年2月28日(日)  
午前9時00分～午後5時00分  
(午前8時30分より受付)
- 会 場：アルカディア市ヶ谷  
(JR市ヶ谷駅徒歩2分)  
TEL.03-3261-9921
- 参加費：1名様 5,000円  
(但し、理事長、院長は15,000円)
- 当日参加費：1名様 6,000円  
(但し、理事長、院長は16,000円)
- 学 生：1名様 1,000円  
(事前登録・当日受付共通)



# 会場図

## プログラム概要

### 5階



#### 第三会場 5階 穂高(東)

- 11:00 演題発表3演題
- 12:00 ランチョンセミナー  
大正富山医薬品(株)
- 13:10 事務管理部会セッション
- 14:20 演題発表6演題
- 15:40 演題発表6演題

#### 第五会場 5階 大雪(東)

- 11:00 演題発表5演題
- 12:00 ランチョンセミナー  
武田薬品工業(株)
- 13:10 演題発表3演題
- 14:00 演題発表6演題
- 15:30 演題発表3演題
- 16:10 演題発表3演題

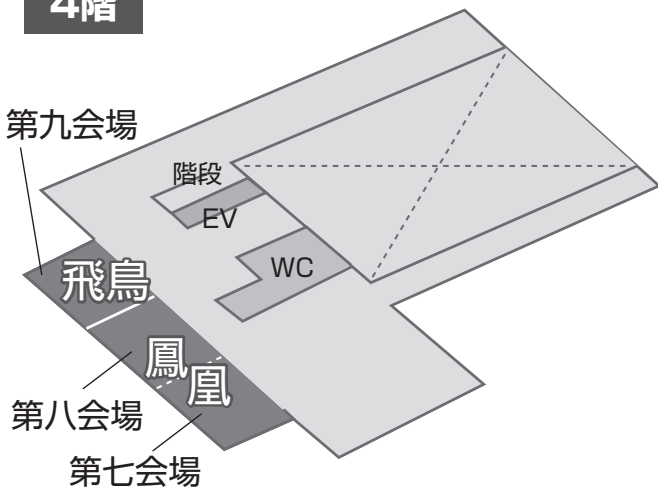
#### 第四会場 5階 穂高(西)

- 11:00 演題発表4演題
- 12:00 ランチョンセミナー  
東京ガス(株)
- 13:10 環境問題検討委員会セッション
- 14:20 演題発表4演題
- 15:10 演題発表3演題
- 15:50 演題発表6演題

#### 第六会場 5階 大雪(西)

- 11:00 演題発表5演題
- 12:00 ランチョンセミナー  
メットライフ生命保険(株)
- 13:10 演題発表4演題
- 14:00 演題発表5演題
- 15:00 演題発表5演題
- 16:00 演題発表5演題

### 4階



#### 第七会場 4階 鳳凰(西)

- 11:00 演題発表4演題
- 13:10 演題発表4演題
- 14:00 演題発表4演題
- 14:50 演題発表4演題
- 15:40 演題発表4演題

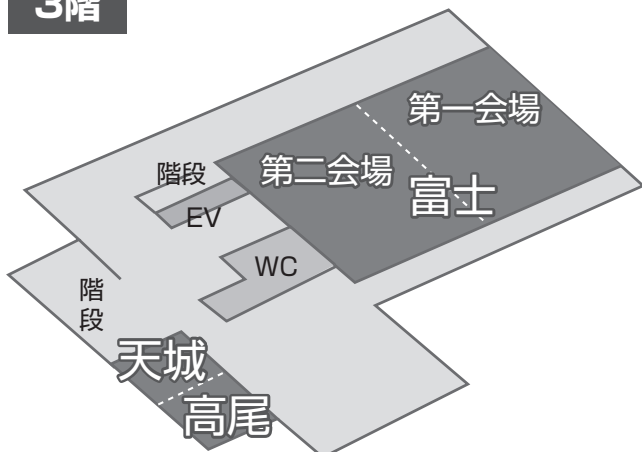
#### 第九会場 4階 飛鳥

- 11:00 演題発表5演題
- 13:10 演題発表5演題
- 14:10 演題発表6演題
- 15:20 演題発表4演題
- 16:10 演題発表4演題

#### 第八会場 4階 鳳凰(東)

- 11:00 演題発表5演題
- 13:10 演題発表4演題
- 14:10 演題発表5演題
- 15:10 演題発表4演題
- 16:00 演題発表5演題

### 3階



#### 第一会場 3階 富士(東)・第二会場 3階 富士(西)

- 09:00 開会式
- 09:20 基調講演
- 10:10 学会長講演
- 13:10 特別講演
- 14:15 特別講演
- 15:20 シンポジウム
- 17:00 閉会式

#### 第二会場 3階 富士(西)

- 13:10 急性期医療委員会企画
- 15:20 看護管理部会セッション

全体プログラム

8:30 総合受付 3階ロビー			
第一会場 3階 富士(東)	第二会場 3階 富士(西)	第三会場 5階 穂高(東)	第四会場 5階 穂高(西)
<p>09:00 ■開会式 ●挨拶 東京都病院学会会長 山口 武兼 東京都病院協会会長 河北 博文 ●来賓挨拶 東京都福祉保健局技監 笹井 敬子氏 東京都医師会会長 尾崎 治夫氏</p>			
<p>09:20 ●基調講演 司会:山口武兼(学会長) 「医療機能評価の目指すもの」 日本医療機能評価機構副理事長兼専務理事 河北総合病院理事長 河北 博文</p>			
<p>10:10 ●学会長講演 司会:桑名 斉(副学会長) 「医療の質向上を目指して ー2025年の医療改革に向けてー」 山口 武兼(東京都病院協会副会長 東京都保健医療公社豊島病院院長)</p>			
		<p>11:00 ●演題発表3演題 「医療の質向上」 座長:矢島 幸昌 (国立病院機構東京病院)</p>	<p>11:00 ●演題発表4演題 「慢性期看護」 座長:高橋 元子(寿康会病院)</p>
		<p>12:00 ○ランチョンセミナー 大正富山医薬品(株) 「糖尿病治療薬の種類と選択 ～症例から学ぶ～」 豊島病院 内分泌代謝内科医長 岩嶋 富美子氏</p>	<p>12:00 ○ランチョンセミナー 東京ガス株 ) 「患者とともに生きる」 三井記念病院院長 高本 眞一氏</p>
<p>13:10 ●特別講演 司会:竹川 勝治(愛和病院) 「医療事故調査制度を巡る、法と倫理の交錯」 稲葉 一人氏(中京大学法科大学院教授)</p>	<p>13:10 ●急性期医療委員会企画 「テロに備えて ～2020年東京オリンピックへの準備のため～」 座長:丹正 勝久(東京臨海病院) 講師:山口 芳裕氏(杏林大学) 石松 伸一氏(聖路加国際病院) 猪口 正孝(東京都病院協会副会長)</p>	<p>13:10 ●事務管理部会セッション 「医療機関におけるストレス チェックへの取り組み」 座長:田野倉 浩治(永生病院) 講師:元木 研二氏 (経営労務研究所)</p>	<p>13:10 ●環境問題検討委員会 セッション 「生物多様性とスローフード」 座長:篠原 健一 (河北総合病院) 講師:佐々木 俊弥氏 (スローフードすぎなみ TOKYO)</p>
<p>14:15 ●特別講演 司会:東海林 豊(東京さくら病院) 「海外の病院事情と高齢化対策」 真野 俊樹氏(多摩大学大学院教授)</p>		<p>14:20 ●演題発表6演題 「事務部門」 座長:小林 司(森山医会)</p>	<p>14:20 ●演題発表4演題 「病院管理」 「医師部門」 座長:友池 仁暢(榊原記念病院)</p>
<p>15:20 ●シンポジウム 「2025年の医療改革に向けて」 座長:山口 武兼(学会長) &lt;基調講演&gt;猪口 正孝 東京都地域医療構想策定部会会長 東京都病院協会副会長 (東京都医師会副会長) シンポジスト(順不同) 村上 保夫氏(榊原記念病院前院長) 安藤 高朗(永生病院理事長) 望月 龍二氏(常盤台外科病院理事長)</p>	<p>15:20 ●看護管理部会セッション 「一緒に考えよう『理想の看護師』」 座長:高嶋 則子(岩井整形外科内科病院) 市橋 富子(花と森の東京病院) 【アンケート結果解説】 小野寺 都留子(寿康会病院)</p>	<p>15:40 ●演題発表6演題 「事務部門」 座長:中根 弘貴 (江戸川共済病院)</p>	<p>15:10 ●演題発表3演題 「臨床工学」 座長:鹿野 直幸(豊島病院)</p>
<p>17:00 ■閉会式 ●挨拶 桑名 斉(東京都病院学会副学会長)</p>			<p>15:50 ●演題発表6演題 「診療情報管理」 座長:玉置 薫 (IMSグループ新葛飾病院)</p>

第五会場 5階 大雪(東)	第六会場 5階 大雪(西)	第七会場 4階 鳳凰(西)	第八会場 4階 鳳凰(東)	第九会場 4階 飛鳥
11:00 ●演題発表5演題 「医療安全・感染管理」 座長:伊藤 理子 (岩井整形外科内科病院)	11:00 ●演題発表5演題 「薬剤部門」 座長:柳 徹也 (東京リバーサイド病院)	11:00 ●演題発表4演題 「リハビリ部門」 座長:三上 彩子(信愛病院)	11:00 ●演題発表5演題 「栄養管理部門」 座長:輿水 三枝子(豊島病院)	11:00 ●演題発表5演題 「看護総合」 座長:鈴木 知子(南町田病院)
12:00 ○ランチョンセミナー 武田薬品工業株 ) 「新規週1回投与DPP-4阻害薬 トレラグリプチン開発の経緯」 武田薬品工業(株)メディカルアフェアーズ部 嶋崎 幸生氏	12:00 ○ランチョンセミナー メットライフ生命保険株 ) 「患者や周囲が安心して、職員を活 かせるコミュニケーションとは? ～患者や周囲にあなたがど のように伝わるのか～」 (一社)日本産業カウンセラー協会 シニア産業カウンセラー 原 美聖氏			
13:10 ●演題発表3演題 「慢性期看護」 座長:齋藤 弘子(信愛病院)	13:10 ●演題発表4演題 「薬剤部門」 座長:君島 靖子(野村病院)	13:10 ●演題発表4演題 「リハビリ部門」 座長:篠村 哲治 (いずみ記念病院)	13:10 ●演題発表4演題 「リハビリ部門」 座長:倉持 藤太郎 (介護老人保健施設清らかの 里・愛和病院)	13:10 ●演題発表5演題 「看護総合」 座長:内山 裕美 (花と森の東京病院)
14:00 ●演題発表6演題 「看護総合」 座長:岡崎 理恵(豊島病院)	14:00 ●演題発表5演題 「看護技術・教育」 座長:菊田 隆子 (河北リハビリテーション病院)	14:00 ●演題発表4演題 「リハビリ部門」 座長:西谷 雄作(寿康会病院)	14:10 ●演題発表5演題 「リハビリ部門」 座長:宮城 春秀(南町田病院)	14:10 ●演題発表6演題 「看護総合」 座長:荒谷 利恵子(豊島病院)
	15:00 ●演題発表5演題 「看護技術・教育」 座長:武子 智織 (永寿総合病院)	14:50 ●演題発表4演題 「リハビリ部門」 座長:戸田 進吾 (東京さくら病院)	15:10 ●演題発表4演題 「リハビリ部門」 座長:岩戸 徹 (多摩リハビリテーション学院・ 多摩リハビリテーション病院)	15:20 ●演題発表4演題 「医療安全・感染管理」 座長:後藤 泰子 (いずみ記念病院)
15:30 ●演題発表3演題 「画像診断・放射線」 座長:金子 栄一 (河北総合病院)		15:40 ●演題発表4演題 「リハビリ部門」 座長:河野 博之(大久野病院)	16:00 ●演題発表5演題 「地域連携」 座長:小林 裕一郎(内藤病院)	
16:10 ●演題発表3演題 「臨床検査」 座長:延藤 正則 (一成会木村病院)	16:00 ●演題発表5演題 「看護技術・教育」 座長:金杉 佳代子(等潤病院)			16:10 ●演題発表4演題 「医療の質向上」 座長:飯田 達能(永生病院)



## 会場別プログラム

## 第一会場・第二会場 3階 富士(東西)

時間	プログラム	掲載ページ
09:00	● 開会式 ● 挨拶 東京都病院学会学会長 山口 武兼 東京都病院協会会長 河北 博文	
	● 来賓挨拶 東京都福祉保健局技監 笹井 敬子氏 東京都医師会会長 尾崎 治夫氏	
09:20	● 基調講演 司会：山口 武兼（学会長） 「医療機能評価の目指すもの」 (公財) 日本医療機能評価機構副理事長兼専務理事 河北 博文	P.27
10:10	● 学会長講演 司会：桑名 斉（東京都病院学会副学会長） 「医療の質の向上を目指して－2025年の医療改革に向けて－」 東京都病院協会副会長・豊島病院院長 山口 武兼	P.28
13:10	● 特別講演 司会：竹川 勝治（愛和病院理事長） 「医療事故調査制度を巡る、法と倫理の交錯」 中京大学法科大学院教授 稲葉 一人氏	P.29
14:15	● 特別講演 司会：東海林 豊（東京さくら病院院長） 「海外の病院事情と高齢化対策」 多摩大学大学院教授 真野 俊樹氏	P.30
15:20	● シンポジウム 「2025年の医療改革に向けて」 座長：山口 武兼（豊島病院院長） <基調講演> 猪口 正孝 東京都地域医療構想策定部会部会長 東京都病院協会副会長 (東京都医師会副会長)	P.33
	シンポジスト 村上 保夫氏（榊原記念病院前院長）	P.34
	(順不同) 安藤 高朗（永生病院理事長）	P.35
	望月 龍二氏（常盤台外科病院理事長）	P.36
17:00	● 閉会式 ● 挨拶 東京都病院学会副学会長 桑名 斉	

## 第二会場 3階 富士(西)

時間	プログラム	掲載ページ
13:10	● 急性期医療委員会企画 「テロに備えて～2020年東京オリンピックへの準備のために～」 座長:丹正 勝久(東京臨海病院)	
	・ テロに備えて～2020年東京オリンピックへの準備のために～ 杏林大学医学部救急医学教室 教授 山口 芳裕氏	P.39
	・ 地下鉄サリン事件当時の聖路加国際病院での対応 聖路加国際病院 救急部部长 石松 伸一氏	P.40
	・ 東京都および東京都医師会のテロ災害への対策、対応 東京都病院協会 副会長 猪口 正孝	P.40
15:20	● 看護管理部会セッション 「一緒に考えよう『理想の看護師』」 座長:高嶋 則子(岩井整形外科内科病院) 市橋 富子(花と森の東京病院) [アンケート解説]小野寺 都留子(寿康会病院)	P.41

## 第三会場 5階 穂高(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 3 演題 「医療の質向上」 座長:矢島 幸昌(国立病院機構東京病院)	
	・ 回復期リハ病院機能クリニカル・インディケータ作成の試み 東京都病院協会 診療情報管理委員会 石濱 裕規	P.47
	・ 遠隔健康指導および運動療法メニュー作成システムの開発 医療法人社団和風会 神谷 具巳	P.47
	・ コンサルテーションリエゾンチーム活動の現状と課題 河北リハビリテーション病院 八木 裕実子	P.48
12:00	◎ ランチョンセミナー 大正富山医薬品株式会社 「糖尿病治療薬の種類と選択～症例から学ぶ～」 豊島病院 内分泌代謝内科医長 岩嶋 富美子氏	P.121
13:10	● 事務管理部会セッション 座長:田野倉 浩治(永生病院) 「医療機関におけるストレスチェックへの取り組み」 経営労務研究所 所長 特定社会保険労務士 元木 研二氏	P.42

## 会場別プログラム

## 14:20 ● 演題発表 6 演題

## 「事務部門」 座長：小林 司（森山医会）

- 
- ・ 病院内における DPC/PDPS 入院期間に関する意識向上への取り組み
永寿総合病院 椎名 康介
P.48

---

  - ・ 地域包括ケア病床導入による病床運用の検証
東京明日佳病院 戸崎 雅子
P.49

---

  - ・ 東京都がん地域医療連携モデル病院としての取り組み
永寿総合病院 西田 龍平
P.49

---

  - ・ 当院における救急搬送受入件数引き上げの取り組みについて
東京リバーサイド病院 田村 雅仁
P.50

---

  - ・ 当院における救急患者受け入れの迅速化（取り組み）について
南町田病院 山本 妙子
P.50

---

  - ・ 訪問看護事業所を併設する在宅支援診療所における事務部門の役割
河北医療財団 渡邊 厚博
P.51

## 15:40 ● 演題発表 6 演題

## 「事務部門」 座長：中根 弘貴（江戸川共済病院）

- 
- ・ 入院未収金の現状と発生防止の取り組み
平成立石病院 小宮 ひとみ
P.51

---

  - ・ 健診部におけるフォローアップの取り組み
久米川病院 小玉 恵子
P.52

---

  - ・ 医師事務作業補助者の業務報告と改善効果
南町田病院 白鳥 まゆみ
P.52

---

  - ・ 有給休暇取得・残業時間低減に対する医事課の取り組み
久米川病院 加後 伊知子
P.53

---

  - ・ ストレスチェックの調査報告
平成立石病院 深井 正貴
P.53

---

  - ・ ワークショップを取り入れた事務職の教育について
榊原記念病院 佐藤 譲
P.54

## 第四会場 5階 穂高(西)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 4 演題 「慢性期看護」 座長：高橋 元子（寿康会病院）	
	・ 看護師による入院時訪問指導の実際 永生病院 犬塚 久善	P.54
	・ 高齢者へのロービジョンエイド～コントラストによる食事摂取の違い～ 城西病院 世良 安芸	P.55
	・ 利用者ひとりひとりに合わせた排泄ケアの見直し 特別養護老人ホーム信愛の園 梶原 とく子	P.55
	・ 認知症の周辺症状への試み ～アロマセラピーを取り入れて～ 多摩リハビリテーション病院 中島 彩人	P.56
12:00	◎ ランチョンセミナー 東京ガス株式会社 「患者とともに生きる」 三井記念病院院長 高本 眞一氏	P.122
13:10	● 環境問題検討委員会セッション 座長：篠原 健一（河北総合病院） 「生物多様性とスローフード」 スローフードすぎなみ TOKYO 代表 佐々木 俊弥氏	P.43
14:20	● 演題発表 4 演題 「病院管理」「医師部門」 座長：友池 仁暢（榊原記念病院）	
	・ Low-Cost で High-Quality な HIS を目指して 榊原記念病院 佐藤 譲	P.56
	・ 新規消毒薬の手術室内における安全性・有効性について 江東病院 三浦 邦久	P.57
	・ 抗血小板剤 2 剤併用または抗血小板剤抗凝固剤併用中の頭蓋内出血 旗の台脳神経外科病院 布目谷 寛	P.57
	・ シームレスな地域連携医療の実現に向けて ～平川病院の取り組み～ 平川病院 土井 淳	P.58
15:10	● 演題発表 3 演題 「臨床工学」 座長：鹿野 直幸（豊島病院）	
	・ 臨床工学技士による医療の質の向上を考えた取り組み 岩井整形外科内科病院 鈴木 沙織	P.58
	・ 心電図モニタの点検からみえてくる現状と ME の役割 東大和病院 斉藤 彰紀	P.59
	・ 修理一元化による機器のダウンタイム短縮および修理コスト削減 東京都健康長寿医療センター 日野 幸緒	P.59

## 会場別プログラム

## 15:50 ● 演題発表 6 演題

「診療情報管理」 座長：玉置 薫（IMS グループ新葛飾病院）

・ 退院時サマリ作成率円滑運用継続の取り組み（第二報）	永寿総合病院 渡邊 俊明	P.60
・ 退院患者調査提出データの質向上に向けた取り組み	永寿総合病院 西田 龍平	P.60
・ 診療圏をマップにして ～診療情報管理室でのデータをもとに～	佐々総合病院 石井 孝憲	P.61
・ 診療情報管理士が取り組む DPC 様式 1 精度管理～相違データ報告～	IMS グループ 新葛飾病院 野村 理恵	P.61
・ 診療情報管理体制整備の取り組み	東京リバーサイド病院 岩淵 由美	P.62
・ 河北総合病院におけるカルテ監査実施の報告	河北総合病院 榎本 由紀子	P.62

## 第五会場 5階 大雪（東）

時間

プログラム

掲載ページ

## 11:00 ● 演題発表 5 演題

「医療安全・感染管理」 座長：伊藤 理子（岩井整形外科内科病院）

・ 病棟内における転倒・転落を減らすための取り組み	信愛病院 菅原 育美	P.63
・ 転倒・転落防止への取り組み	荏原病院 長沼 美紀	P.63
・ 転倒・転落に対する看護師の意識変化とアセスメントシートの活用	等潤病院 岩崎 裕美	P.64
・ 患者誤認減少への取り組み	荏原病院 中川 浩子	P.64
・ 与薬業務適正化に向けた院内共通ルールの作成	豊島病院 齊藤 絵美	P.65

## 12:00 ◎ ランチョンセミナー 武田薬品工業株式会社

「新規週 1 回投与 DPP-4 阻害薬トレラグリプチン開発の経緯」

P.123

武田薬品工業（株）メディカルアフェアーズ部 MD 嶋崎 幸生氏

13:10	● 演題発表 3 演題 「慢性期看護」 座長：齋藤 弘子（信愛病院）	・ オムツ体験を通して患者様の権利と倫理を考える	久米川病院 稲垣 由美	P.65
		・ 寝たきり高齢者のご家族への支援を考える ～思いやりアンテナを巡らす～	久米川病院 米玉利 美幸	P.66
		・ 回復期リハビリテーション病棟における退院支援への取り組み	野村病院 鈴木 珠美	P.66
14:00	● 演題発表 6 演題 「看護総合」 座長：岡崎 理恵（豊島病院）	・ 断らない病院を目指して	永寿総合病院 小林 さつき	P.67
		・ 回復期リハビリ病棟における意識調査	花と森の東京病院 柳 真由美	P.67
		・ 特定妊婦子育てカスクリーニングとケアプランの確立	豊島病院 田村 由香利	P.68
		・ アクションカードを用いた超緊急帝王切開トレーニングの評価	豊島病院 筋野 恵	P.68
		・ PNS 定着に向けた取り組み ～PNS ラウンドを実施して～	豊島病院 諸藤 めぐみ	P.69
		・ 自己肯定感を高める職場作り ～外来・訪問の多職種会議を通じて～	河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷 船浪 紀子	P.69
15:30	● 演題発表 3 演題 「画像診断・放射線部門」 座長：金子 栄一（河北総合病院）	・ CT 造影前ルート確認と至適撮影タイミングの検討	南町田病院 岩波 孝彦	P.70
		・ 連携医療機関に対する放射線科検査案内配布の取り組み	豊島病院 伊藤 清香	P.70
		・ ピクトグラムを用いた MRI 安全チェックリストの作成	荏原病院 小野寺 聡之	P.71

## 会場別プログラム

## 16:10 ● 演題発表 3 演題

「臨床検査部門」 座長：延藤 正則（一成会木村病院）

・採血室の環境改善

豊島病院 久和 美咲 P.71

・外来尿路感染症患者より分離された大腸菌の薬剤感受性成績

豊島病院 佐野 美樹 P.72

・CPAP 治療患者へのアンケート調査

荏原病院 大谷 奈央 P.72

## 第六会場 5階 大雪（西）

時間

プログラム

掲載ページ

## 11:00 ● 演題発表 5 演題

「薬剤部門」 座長：柳 徹也（東京リバーサイド病院）

・当院における抗癌剤治療への取り組み

いずみ記念病院 坂井 安希子 P.73

・手術目的入院が決定した外来患者の常用薬確認と運用の見直し

練馬総合病院 植竹 緑 P.73

・入院患者の残薬に関する検討

いずみ記念病院 岡田 由佳子 P.74

・高齢者ポリファーマシーの実態と回復期リハ病院のもう一つの役割

河北リハビリテーション病院 益澤 秀明 P.74

・入院中に在宅患者の薬剤管理方法を継続し、在宅復帰を支援した一例

江東病院 大橋 ひろの P.75

## 12:00 ◎ ランチョンセミナー メットライフ生命保険株式会社

「患者や周囲が安心して、職員を活かせるコミュニケーションとは？  
～患者や周囲にあなたがどのように伝わるのか～」

P.124

（一社）日本産業カウンセラー協会シニア産業カウンセラー 原 美聖氏

---

13:10 ● 演題発表 4 演題

「薬剤部門」 座長：君島 靖子（野村病院）

- 
- ・ 当院における後発医薬品への切り替え ～ DPC 参加を契機に～  
南多摩病院 山崎 浩 P.75

---

  - ・ 浅草寺病院における抗菌薬使用状況の把握と適正使用に向けて  
浅草寺病院 飯沼 幸平 P.76

---

  - ・ 混注業務インシデントへの取り組み ～ RCA (Root Cause Analysis) と他職種連携～  
永生病院 下田 将裕 P.76

---

  - ・ 当院における病棟薬剤業務に関するアンケート結果について  
等潤病院 中村 美沙 P.77
- 

14:00 ● 演題発表 5 演題

「看護技術・教育」 座長：菊田 隆子（河北リハビリテーション病院）

- 
- ・ 大腸内視鏡を受ける高齢者への検査説明の再考  
花と森の東京病院 能美 清子 P.77

---

  - ・ アンケートを用いた指導内容の検討 ～フォルテオ<sup>®</sup>在宅自己注射と食事・運動に関して～  
第三北品川病院 常見 章代 P.78

---

  - ・ 外来看護の構築  
稲波脊椎・関節病院 船木 泰代 P.78

---

  - ・ 外来看護の質向上を実現するための教育 ～共に成長するために～  
一成会 木村病院 李 瑠美 P.79

---

  - ・ 気管吸引手順および気道管理の適正化による感染制御活動の考察  
大久野病院 大宮 寛美 P.79
- 

15:00 ● 演題発表 5 演題

「看護技術・教育」 座長：武子 智織（永寿総合病院）

- 
- ・ スタッフへの教育的介入の評価 ～認知症・せん妄患者の対応～  
平成立石病院 大金あすみ P.80

---

  - ・ トランスファーの定着を目指して ～8ヶ月間の研修会から～  
回心堂第二病院 永森 雄太 P.80

---

  - ・ 重症度、医療・看護必要度評価の根拠となる記録記載の向上  
豊島病院 梅本 健三 P.81

---

  - ・ 身体抑制カンファレンス実施による看護師の意識調査  
南多摩病院 北沢 真由華 P.81

---

  - ・ 体位変換に対する看護職員の意識調査  
東京リバーサイド病院 渡辺 寿里 P.82
-



## 会場別プログラム

## 16:00 ● 演題発表 5 演題

## 「看護技術・教育」 座長：金杉 佳代子（等潤病院）

・ 退院支援推進に向けた取り組み ～リンクナース支援プログラム～	豊島病院 大熊 理恵	P.82
・ 外国人看護師に対する教育プログラムの経過と今後の課題	永生病院 渡邊 麻紀子	P.83
・ ナースエイドによる患者搬送業務の指導プログラムについて	豊島病院 吉田 幸子	P.83
・ 看護補助者と看護師の協働に向けた研修実施について	荏原病院 田中 理恵	P.84
・ 臨地実習満足度調査結果からの考察	荏原病院 酒井 美保	P.84

## 第七会場 4階 鳳凰（西）

時間

プログラム

掲載ページ

## 11:00 ● 演題発表 4 演題

## 「リハビリテーション部門」 座長：三上 彩子（信愛病院）

・ 疼痛が強いため起居動作獲得に難渋した右大腿骨転子部骨折の症例	花と森の東京病院 関谷 彩	P.85
・ 右大腿骨転子部骨折術後の症例 ～トイレ動作に着目して～	花と森の東京病院 志田 由紀子	P.85
・ 左人工膝関節全置換術を施行し、膝屈曲可動域の獲得を目指した症例	花と森の東京病院 林 里香	P.86
・ 坐骨神経症状に足浴を行い足部機能が改善した一症例	南町田病院 山田 真嗣	P.86

## 13:10 ● 演題発表 4 演題

## 「リハビリテーション部門」 座長：篠村 哲治（いずみ記念病院）

・ 院内デイケア活用により BPSD が改善した一症例	南多摩病院 岩崎 彩芽	P.87
・ キャスルマン病のリハビリテーションの経験	多摩北部医療センター 深澤 敦	P.87
・ 心臓リハビリテーションチーム再編が再入院回避につながった1例	南多摩病院 山田 健嗣	P.88
・ 他職種と連携し自宅復帰を目指した症例	花と森の東京病院 小田 舞香	P.88

14:00 ● 演題発表 4 演題

「リハビリテーション部門」 座長：西谷 雄作（寿康会病院）

- 
- ・ 脳血管障害により摂食嚥下障害を呈した超高齢者の一例  
花と森の東京病院 渡辺 香菜 P.89

---

  - ・ 非麻痺側への重点的な介入で、Pushing が改善した症例  
永生病院 武田 沙知 P.89

---

  - ・ 小脳梗塞により体幹失調を呈した症例 ～座位バランスへの介入～  
南町田病院 中村 将宏 P.90

---

  - ・ 回復期における脳卒中片麻痺患者の歩行獲得を目指して  
東京さくら病院 齋藤 壮太 P.90
- 

14:50 ● 演題発表 4 演題

「リハビリテーション部門」 座長：戸田 進吾（東京さくら病院）

- 
- ・ 急性期病院における肺炎患者に対する早期リハビリテーションへの取り組み  
南多摩病院 井出 大 P.91

---

  - ・ 急性期における院内デイケアの効果  
南多摩病院 羽生 樹理 P.91

---

  - ・ 認知症専門フロアでの新たな取り組み  
介護老人保健施設メディケアイースト 大野 加恵 P.92

---

  - ・ 当外来における高次脳機能障害者への就労支援  
永生クリニック 上本 茉生子 P.92
- 

15:40 ● 演題発表 4 演題

「リハビリテーション部門」 座長：河野 博之（大久野病院）

- 
- ・ 当院におけるリハビリスタッフ気管内吸引認定制度の振り返り  
南多摩病院 倉田 考徳 P.93

---

  - ・ 慢性腰痛をもつ看護・介護職員に対しての運動療法などの取り組み  
東京さくら病院 地口 麻衣 P.93

---

  - ・ リハビリテーション職員のストレス調査 ～管理職と一般職の比較～  
南町田病院 宮城 春秀 P.94

---

  - ・ 区南部地域における介護支援専門員への研修会を通じた多職種連携の推進  
荏原病院 菊池 謙一 P.94
-

## 会場別プログラム

## 第八会場 4階 鳳凰(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 5 演題 「栄養管理部門」 座長：輿水 三枝子（豊島病院）	
	・ 当院におけるペースト食の評価・改善の取り組み 豊島病院 永井 右来子	P.95
	・ 難渋する下痢症例にペクチン含有濃厚流動食品「ハイネーゲル®」を用いて奏功した 1 例 永生病院 田邊 薫	P.95
	・ LES 食導入による早朝低血糖改善への試み 青梅成木台病院 宮後 十和子	P.96
	・ NST 発足の経緯と現状の問題点・今後の展望について 江東病院 今堀 智紀	P.96
13:10	● 演題発表 4 演題 「リハビリテーション部門」 座長：倉持 藤太郎（介護老人保健施設清らかなの里・愛和病院）	
	・ 当院における食事摂取方法が日常生活動作の改善に与える影響 東京リバーサイド病院 原田 宗典	P.97
	・ 発症から入院までの期間と、回復期患者の ADL 改善の関連 品川リハビリテーション病院 井上 隼	P.98
	・ 当院回復期リハビリテーション病棟開設による効果と課題 南町田病院 碓井 篤	P.98
	・ 自己認識の低下に対して気づきを促す ADL 訓練 永生病院 高尾 優希	P.99
14:10	● 演題発表 5 演題 「リハビリテーション部門」 座長：宮城 春秀（南町田病院）	
	・ 肩関節周囲炎における前腕機能の関連性（一考察） 南町田病院 山崎 奈央	P.99
	・ 地域高齢者を対象としたロコモ 25 と運動機能テストとの関連性 花と森の東京病院 前川 冬樹	P.100
	・ 当院での膝関節前十字靭帯損傷のリハビリテーション実態調査 永生クリニック 元井 康弘	P.100
	・ 高齢者における運動プログラム実施前後の認知機能の変化について 介護老人保健施設メディケア梅の園 福田 健一	P.101
・ 慢性期脳卒中患者への rTMS と集中的作業療法の効果について いずみ記念病院 大瀧 直人	P.101	

---

15:10 ● 演題発表 4 演題

「リハビリテーション部門」 座長：岩戸 徹（多摩リハビリテーション学院・多摩リハビリテーション病院）

- 
- |                                  |               |       |
|----------------------------------|---------------|-------|
| ・ 当院スタッフによる地域住民の健康増進への取り組み（2015） | 永生クリニック 吉野 浩一 | P.102 |
| ・ 八王子市バドミントン大会におけるメディカルサポート活動報告  | 永生クリニック 和田 晃  | P.102 |
| ・ 在宅サービス利用者を対象とした「旅行」の取り組み       | 永生クリニック 藤木 雄太 | P.103 |
| ・ ネパールでのボランティア活動と震災での避難生活で感じたこと  | 南町田病院 青砥 静香   | P.103 |
- 

16:00 ● 演題発表 5 演題

「地域連携部門」 座長：小林裕一郎（内藤病院）

- 
- |                                 |                         |       |
|---------------------------------|-------------------------|-------|
| ・ 病院の医療連携室が担う「自宅へ帰る」支援          | 寿康会病院 戸部 民子             | P.104 |
| ・ 在宅療養患者救急搬送支援システムにおける搬送業務を開始して | 南多摩病院 金子 翔太郎            | P.104 |
| ・ 入院期間から分析する退院困難事例の傾向           | 南町田病院 名城 友美             | P.105 |
| ・ 多職種連携により患者の思いを実現した一症例         | 町田病院 糸川 恵理子             | P.105 |
| ・ ネグレクト疑いケースの在宅へ向けたケアマネジメント     | 梅の園訪問看護居宅介護支援センター 富永 理佳 | P.106 |
-

## 会場別プログラム

## 第九会場 4階 飛鳥

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 5 演題 「看護総合」 座長：鈴木 知子（南町田病院）	
	・ 患者満足度向上に向けて ～「クリニック活動」の取り組み～	永生クリニック 亀井 陽子 P.106
	・ 病院におけるコンシェルジュの在り方と役割	南町田病院 田中 鮎美 P.107
	・ 入院時基礎情報収集における情報の価値に対する分析	南町田病院 中越 純子 P.107
	・ 当院の退院支援への取り組みとそこからみえた課題	内藤病院 武藤 朋子 P.108
	・ 「東京都がん診療連携協力病院要件達成」に向けての取り組み	豊島病院 新沼 恵 P.108
13:10	● 演題発表 5 演題 「看護総合」 座長：内山 裕美（花と森の東京病院）	
	・ 失禁からトイレで排泄することの満足感への取り組み	花と森の東京病院 野口 康則 P.109
	・ Jonsen の 4 分割表を用いたデスカンファレンスの実際	豊島病院 角張 美妃子 P.109
	・ 当院の摂食機能療法導入後の効果と今後の課題	河北リハビリテーション病院 須藤 るり P.110
	・ 大腸内視鏡における前処置の改善	等潤病院 田沼 祐子 P.110
	・ 当院の手術室における物品管理	等潤病院 山田 圭一郎 P.111

14:10 ● 演題発表 6 演題

「看護総合」 座長：荒谷利恵子（豊島病院）

- 
- ・「在宅看取り」における、医療連携と意思決定支援  
訪問看護ステーションあゆみ 久間 みゆき P.111

---

  - ・私を置いて逝かないで・・・ ～ALSの夫をこよなく愛した妻を支えた心の看護～  
訪問看護ステーションひばり 八島 悦子 P.112

---

  - ・遺族への手紙（グリーフレター）を書くことによる職員の意識の変化  
野村病院 加藤 京子 P.112

---

  - ・有料個室利用向上のための取り組み  
豊島病院 関 貴和 P.113

---

  - ・病院救急車運用看護師の役割  
南多摩病院 立川 毅 P.113

---

  - ・新病院で働く看護師の意欲調査 ～より良い看護が提供できる環境を目指して～  
稲波脊椎・関節病院 渡辺 真弓 P.114
- 

15:20 ● 演題発表 4 演題

「医療安全・感染管理」 座長：後藤 泰子（いずみ記念病院）

- 
- ・急性期外科病棟での静脈留置針自己抜針の影響要因  
花と森の東京病院 仲村 絵理 P.114

---

  - ・転倒・転落・ルート類の自己抜去と身体抑制の関連についての検討  
南多摩病院 平安名 貴一 P.115

---

  - ・血管確保時の手袋使用に関する実態調査・使用率向上の取り組み  
平成立石病院 田山 輝美 P.115

---

  - ・病棟勤務者の災害時におけるトリアージの認識  
いずみ記念病院 松本 真貴 P.116
- 

16:10 ● 演題発表 4 演題

「医療の質向上」 座長：飯田 達能（永生病院）

- 
- ・抑制解除への取り組み ～危険予測スケールの作成とその検証～  
永生病院 東郷 佳美 P.116

---

  - ・高齢者急性期病院で医療の質向上を目指すための一歩  
東京都健康長寿医療センター 最上 由紀子 P.117

---

  - ・外部委託が参入した中材業務を振り返って  
江東病院 三宅 康範 P.117

---

  - ・看護者接遇マニュアルの改訂  
豊島病院 小宮山 博之 P.118
-

## 演者別索引

【あ】	青砥 静香	南町田病院	第八会場	15:10 ~	P. 103
	安藤 高朗	永生病院	第一会場	15:20 ~	P. 35
【い】	飯沼 幸平	浅草寺病院	第六会場	13:10 ~	P. 76
	石井 孝憲	佐々総合病院	第四会場	15:50 ~	P. 61
	石濱 裕規	東京都病院協会 診療情報管理委員会	第三会場	11:00 ~	P. 47
	石松 伸一	聖路加国際病院	第二会場	13:10 ~	P. 40
	井出 大	南多摩病院	第七会場	14:50 ~	P. 91
	伊藤 清香	豊島病院	第五会場	15:30 ~	P. 70
	稲垣 由美	久米川病院	第五会場	13:10 ~	P. 65
	稲葉 一人	中京大学法科大学院	第一会場	13:10 ~	P. 29
	犬塚 久善	永生病院	第四会場	11:00 ~	P. 54
	井上 隼	品川リハビリテーション病院	第八会場	13:10 ~	P. 98
	猪口 正孝	東京都地域医療構想策定部会	第一会場	15:20 ~	P. 33
	猪口 正孝	東京都病院協会	第二会場	13:10 ~	P. 40
	今堀 智紀	江東病院	第八会場	11:00 ~	P. 96
	岩崎 彩芽	南多摩病院	第七会場	13:10 ~	P. 87
	岩崎 裕美	等潤病院	第五会場	11:00 ~	P. 64
	岩嶋 富美子	豊島病院	第三会場	12:00 ~	P. 121
	岩波 孝彦	南町田病院	第五会場	15:30 ~	P. 70
	岩淵 由美	東京リバーサイド病院	第四会場	15:50 ~	P. 62
【う】	植竹 緑	練馬総合病院	第六会場	11:00 ~	P. 73
	上本 茉生子	永生クリニック	第七会場	14:50 ~	P. 92
	碓井 篤	南町田病院	第八会場	13:10 ~	P. 98
	梅本 健三	豊島病院	第六会場	15:00 ~	P. 81
【え】	榎本 由紀子	河北総合病院	第四会場	15:50 ~	P. 62
【お】	大谷 奈央	荏原病院	第五会場	16:10 ~	P. 72
	大金 あすみ	平成立石病院	第六会場	15:00 ~	P. 80
	大熊 理恵	豊島病院	第六会場	16:00 ~	P. 82
	大瀧 直人	いずみ記念病院	第八会場	14:10 ~	P. 101
	大野 加恵	介護老人保健施設 メディケアイスト	第七会場	14:50 ~	P. 92
	大橋 ひろの	江東病院	第六会場	11:00 ~	P. 75
	大宮 寛美	大久野病院	第六会場	14:00 ~	P. 79
	岡田 由佳子	いずみ記念病院	第六会場	11:00 ~	P. 74
	小田 舞香	花と森の東京病院	第七会場	13:10 ~	P. 88
	小野寺 聡之	荏原病院	第五会場	15:30 ~	P. 71
【か】	角張 美妃子	豊島病院	第九会場	13:10 ~	P. 109
	加後 伊知子	久米川病院	第三会場	15:40 ~	P. 53
	梶原 とく子	特別養護老人ホーム 信愛の園	第四会場	11:00 ~	P. 55
	加藤 京子	野村病院	第九会場	14:10 ~	P. 112
	金子 翔太郎	南多摩病院	第八会場	16:00 ~	P. 104
	亀井 陽子	永生クリニック	第九会場	11:00 ~	P. 106
	河北 博文	河北総合病院	第一・二会場	9:20 ~	P. 27
	神谷 具巳	医療法人社団和風会	第三会場	11:00 ~	P. 47
【き】	菊池 謙一	荏原病院	第七会場	15:40 ~	P. 94
	北沢 真由華	南多摩病院	第六会場	15:00 ~	P. 81
	久間 みゆき	訪問看護ステーションあゆみ	第九会場	14:10 ~	P. 111
【く】	桑川 恵理子	町田病院	第八会場	16:00 ~	P. 105
	倉田 考徳	南多摩病院	第七会場	15:40 ~	P. 93
【こ】	小玉 恵子	久米川病院	第三会場	15:40 ~	P. 52
	小林 さつき	永寿総合病院	第五会場	14:00 ~	P. 67
	小宮 ひとみ	平成立石病院	第三会場	15:40 ~	P. 51
	小宮山 博之	豊島病院	第九会場	16:10 ~	P. 118
【さ】	斉藤 彰紀	東大和病院	第四会場	15:10 ~	P. 59
	斎藤 絵美	豊島病院	第五会場	11:00 ~	P. 65
	齋藤 壮太	東京さくら病院	第七会場	14:00 ~	P. 90

	坂井 安希子	いずみ記念病院	第六会場	11:00 ~	P. 73
	酒井 美保	荏原病院	第六会場	16:00 ~	P. 84
	佐々木 俊弥	スローフードすぎなみ TOKYO	第四会場	13:10 ~	P. 43
	笹本 友里	町田病院	第八会場	11:00 ~	P. 97
	佐藤 譲	榊原記念病院	第三会場	15:40 ~	P. 54
	佐藤 譲	榊原記念病院	第四会場	14:20 ~	P. 56
	佐野 美樹	豊島病院	第五会場	16:10 ~	P. 72
【し】	椎名 康介	永寿総合病院	第三会場	14:20 ~	P. 48
	志田 由紀子	花と森の東京病院	第七会場	11:00 ~	P. 85
	嶋崎 幸生	武田薬品工業 (株)	第五会場	12:00 ~	P. 123
	下田 将裕	永生病院	第六会場	13:10 ~	P. 76
	白鳥 まゆみ	南町田病院	第三会場	15:40 ~	P. 52
【す】	菅原 育美	信愛病院	第五会場	11:00 ~	P. 63
	筋野 恵	豊島病院	第五会場	14:00 ~	P. 68
	鈴木 沙織	岩井整形外科内科病院	第四会場	15:10 ~	P. 58
	鈴木 珠美	野村病院	第五会場	13:10 ~	P. 66
	須藤 るり	河北リハビリテーション病院	第九会場	13:10 ~	P. 110
【せ】	関 貴和	豊島病院	第九会場	14:10 ~	P. 113
	関谷 彩	花と森の東京病院	第七会場	11:00 ~	P. 85
	世良 安芸	城西病院	第四会場	11:00 ~	P. 55
【た】	高尾 優希	永生病院	第八会場	13:10 ~	P. 99
	高本 眞一	三井記念病院	第四会場	12:00 ~	P. 122
	武田 沙知	永生病院	第七会場	14:00 ~	P. 89
	立川 毅	南多摩病院	第九会場	14:10 ~	P. 113
	田中 鮎美	南町田病院	第九会場	11:00 ~	P. 107
	田中 理恵	荏原病院	第六会場	16:00 ~	P. 84
	田邊 薫	永生病院	第八会場	11:00 ~	P. 95
	田沼 裕子	等潤病院	第九会場	13:10 ~	P. 110
	田村 雅仁	東京リバーサイド病院	第三会場	14:20 ~	P. 50
	田村 由香利	豊島病院	第五会場	14:00 ~	P. 68
	田山 輝美	平成立石病院	第九会場	15:20 ~	P. 115
【ち】	地口 麻衣	東京さくら病院	第七会場	15:40 ~	P. 93
【つ】	常見 章代	第三北品川病院	第六会場	14:00 ~	P. 78
【と】	土井 淳	平川病院	第四会場	14:20 ~	P. 58
	東郷 佳美	永生病院	第九会場	16:10 ~	P. 116
	戸崎 雅子	東京明日佳病院	第三会場	14:20 ~	P. 49
	戸部 民子	寿康会病院	第八会場	16:00 ~	P. 104
	富永 理佳	梅の園訪問看護居宅介護支援センター	第八会場	16:00 ~	P. 106
【な】	永井 右来子	豊島病院	第八会場	11:00 ~	P. 95
	中川 浩子	荏原病院	第五会場	11:00 ~	P. 64
	中越 純子	南町田病院	第九会場	11:00 ~	P. 107
	中島 彩人	多摩リハビリテーション病院	第四会場	11:00 ~	P. 56
	長沼 美紀	荏原病院	第五会場	11:00 ~	P. 63
	仲村 絵理	花と森の東京病院	第九会場	15:20 ~	P. 114
	中村 将宏	南町田病院	第七会場	14:00 ~	P. 90
	中村 美沙	等潤病院	第六会場	13:10 ~	P. 77
	永森 雄太	回心堂第二病院	第六会場	15:00 ~	P. 80
【に】	新沼 恵	豊島病院	第九会場	11:00 ~	P. 108
	西田 龍平	永寿総合病院	第三会場	14:20 ~	P. 49
	西田 龍平	永寿総合病院	第四会場	15:50 ~	P. 60
【の】	能美 清子	花と森の東京病院	第六会場	14:00 ~	P. 77
	野口 康則	花と森の東京病院	第九会場	13:10 ~	P. 109
	野村 理恵	IMS グループ新葛飾病院	第四会場	15:50 ~	P. 61
【は】	羽生 樹理	南多摩病院	第七会場	14:50 ~	P. 91
	林 里香	花と森の東京病院	第七会場	11:00 ~	P. 86



## 演者別索引

	原 美聖	(一社)日本産業カウンセラー協会	第六会場	12:00 ~	P. 124
	原田 宗典	東京リバーサイド病院	第八会場	13:10 ~	P. 97
【ひ】	久和 美咲	豊島病院	第五会場	16:10 ~	P. 71
	日野 幸緒	東京都健康長寿医療センター	第四会場	15:10 ~	P. 59
【ふ】	深井 正貴	平成立石病院	第三会場	15:40 ~	P. 53
	深澤 敦	多摩北部医療センター	第七会場	13:10 ~	P. 87
	福田 健一	介護老人保健施設メディケア梅の園	第八会場	14:10 ~	P. 101
	藤木 雄太	永生クリニック	第八会場	15:10 ~	P. 103
	船木 泰代	稲波脊椎・関節病院	第六会場	14:00 ~	P. 78
	船浪 紀子	河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷	第五会場	14:00 ~	P. 69
	布目谷 寛	旗の台脳神経外科病院	第四会場	14:20 ~	P. 57
【へ】	平安名 貴一	南多摩病院	第九会場	15:20 ~	P. 115
【ま】	前川 冬樹	花と森の東京病院	第八会場	14:10 ~	P. 100
	益澤 秀明	河北リハビリテーション病院	第六会場	11:00 ~	P. 74
	松本 真貴	いずみ記念病院	第九会場	15:20 ~	P. 116
	真野 俊樹	多摩大学大学院	第一会場	14:15 ~	P. 30
【み】	三浦 邦久	江東病院	第四会場	14:20 ~	P. 57
	宮後 十和子	青梅成木台病院	第八会場	11:00 ~	P. 96
	宮城 春秀	南町田病院	第七会場	15:40 ~	P. 94
	三宅 康範	江東病院	第九会場	16:10 ~	P. 117
【む】	武藤 朋子	内藤病院	第九会場	11:00 ~	P. 108
	村上 保夫	榊原記念病院	第一会場	15:20 ~	P. 34
【め】	名城 友美	南町田病院	第八会場	16:00 ~	P. 105
【も】	最上 由紀子	東京都健康長寿医療センター	第九会場	16:10 ~	P. 117
	望月 龍二	常盤台外科病院	第一会場	15:20 ~	P. 36
	元井 康弘	永生クリニック	第八会場	14:10 ~	P. 100
	元木 研二	経営労務研究所	第三会場	13:10 ~	P. 42
	諸藤 めぐみ	豊島病院	第五会場	14:00 ~	P. 69
【や】	八木 裕実子	河北リハビリテーション病院	第三会場	11:00 ~	P. 48
	八島 悦子	訪問看護ステーションひばり	第九会場	14:10 ~	P. 112
	柳 真由美	花と森の東京病院	第五会場	14:00 ~	P. 67
	山口 武兼	豊島病院	第一・二会場	10:10 ~	P. 28
	山口 芳裕	杏林大学医学部	第二会場	13:10 ~	P. 39
	山崎 奈央	南町田病院	第八会場	14:10 ~	P. 99
	山崎 浩	南多摩病院	第六会場	13:10 ~	P. 75
	山田 圭一郎	等潤病院	第九会場	13:10 ~	P. 111
	山田 健嗣	南多摩病院	第七会場	13:10 ~	P. 88
	山田 真嗣	南町田病院	第七会場	11:00 ~	P. 86
	山本 妙子	南町田病院	第三会場	14:20 ~	P. 50
【よ】	吉田 幸子	豊島病院	第六会場	16:00 ~	P. 83
	吉野 浩一	永生クリニック	第八会場	15:10 ~	P. 102
	米玉利 美幸	久米川病院	第五会場	13:10 ~	P. 66
【り】	李 瑠美	一成会 木村病院	第六会場	14:00 ~	P. 79
【わ】	和田 晃	永生クリニック	第八会場	15:10 ~	P. 102
	渡辺 香菜	花と森の東京病院	第七会場	14:00 ~	P. 89
	渡辺 寿里	東京リバーサイド病院	第六会場	15:00 ~	P. 82
	渡邊 俊明	永寿総合病院	第四会場	15:50 ~	P. 60
	渡邊 麻紀子	永生病院	第六会場	16:00 ~	P. 83
	渡辺 真弓	稲波脊椎・関節病院	第九会場	14:10 ~	P. 114
	渡邊 厚博	河北医療財団	第三会場	14:20 ~	P. 51

*Speech*

**基調講演**

**学会長講演**

**特別講演**



## 医療機能評価の目指すもの



河北 博文

(公財) 日本医療機能評価機構副理事長兼専務理事  
河北総合病院理事長

地域医療構想をはじめとした医療改革が進んでいる。病院は、医療提供体制の再編を見据えて自らを変革する一方で、患者に良質な医療を提供し続けなければならない。いつの時代にも質の向上は重要課題だが、医療のあり方が大きく変わろうとしている今こそ、組織体制を強化し機能の改善を図る必要がある。それを支援するのが医療機能評価の役割である。

また、病院は医療の質向上に努めると同時に無危害原則を守らなければならない。安全な医療を提供するためには、ガバナンスの強化、倫理の浸透、継続的な職員の教育研修が重要である。これらが組織的に実践されているかどうか、しっかりと評価していく必要がある。

このような質・安全の向上に向けた取り組みを病院が自主的に取り組むと同時に、第三者による

評価を受け、その結果を公表し社会からのフィードバックを受けることが、継続的な質向上の基本である。

評価は、日々の医療の実践が、患者や地域により結果をもたらしているかどうかを学習する機会になる。2025年の医療改革に向けて医療の質と安全の向上を目指すためには、評価と改善の仕組みをつくり、それを文化として組織に定着させることが重要である。

## 河北 博文 略歴

1977年 慶應義塾大学医学部卒業

1983年 シカゴ大学大学院ビジネススクール修了

1984年 慶應義塾大学医学部大学院博士課程修了

1988年 社会医療法人 河北医療財団 理事長

## 主な兼職

公益財団法人 日本医療機能評価機構 副理事長兼専務理事

一般社団法人 東京都病院協会 会長

# 「医療の質の向上を目指して — 2025年の医療改革に向けて—」



山口 武兼

東京都病院協会副会長  
東京都保健医療公社豊島病院院長

新たな出発点となる第11回東京都病院学会を主催させて頂き、河北博文会長、都病協役員の皆様に心から感謝致します。2015年地域医療構想の検討が始まりました。東京でも、保健医療計画審議会のもとにおかれた地域医療構想策定部会が開催され、審議が始まりました。2025年の時点で、東京都は病床が不足と言われていますが、2014年の診療報酬改定以降、病院間の競争は激しく、2013年8月に発表された社会保障制度改革国民会議の報告書で謳われた協調はどこを見ても見当たりません。その中でも、やはり守るべきことがあり、良質な医療の提供という基本的なところをしっかりと押さえ、足元を固める必要があります。また、病院の理念にもとづいた運営も必要とされます。

東京都保健医療公社豊島病院は許可病床数470床の総合病院で、東京都板橋区にあります。名

前の由来は北豊島郡にあったため、明治31年創設ですが、老朽化のため、平成7年に一旦閉院し、平成11年に再開院しました。都立病院再編の中で、21年に都立から東京都保健医療公社に運営委託されました。再開院後、順調に全棟開棟に向けて進む途中で、都立病院再編が起こり、その渦中で病院は低迷し、公社化後ようやく正常化に向かいました。私は再開院の時に脳神経外科医長として理想を持って新豊島病院の開設に取り組みましたが、都立から公社へ、つまり公から民への変換の中で、目標理念を失うと病院は低迷し、目標理念を取り戻せば、病院が再生するという経験をしました。この経験をお話することで、病院の理念にもとづいた運営がいかに重要であり、また、こういう大きな変動の中でも基本的な医療安全・感染対策についてはきちんと対応してきたことについて述べさせていただきます。

## 山口 武兼 略歴

昭和50年3月 東京医科歯科大学医学部医学科卒業  
昭和50年6月 東京医科歯科大学医学部  
脳神経外科入局  
昭和56年2月26日～昭和58年8月25日  
アメリカ合衆国国立衛生研究所(N.I.H.) 在籍:脳虚血の研究  
昭和62年4月1日 東京都立松沢病院脳神経外科医長  
平成11年6月16日 東京都立豊島病院脳神経外科医長  
平成12年8月1日 東京都立豊島病院脳神経外科部長  
平成19年6月1日 東京都立豊島病院副院長  
平成21年7月16日 財団法人東京都保健医療公社  
豊島病院院長  
(東京医科歯科大学臨床教授)

## 院外

平成23年6月1日～ 日本病院会理事  
日本病院会東京都支部理事  
東京都病院協会理事  
平成25年6月1日～ 東京都病院協会副会長

## 資格

医学博士  
日本脳神経外科学会専門医  
専門  
脳神経外科全般；救急、脳卒中  
顔面痙攣・痙性斜頸に対するボツリヌス毒素注入治療

## 特別講演

## 医療事故調査制度を巡る、法と倫理の交錯



稲葉 一人

中京大学法科大学院教授  
元大阪地方裁判所判事

2015年10月1日から医療法の改正による、いわゆる医療事故調査制度が導入された。法は省令(医療法施行規則)、通知(医政局長通知)、Q&Aを伴って、社会に説明されたが、個々の規定の解釈や個々の運営については、各人の立場から、幅広い判断や示唆が示されている。そのために、多くの手引きが出され、医療者の混乱もみとれる。

そこで、本講演では、次のような点を説明した上で、医療事故調査制度の目的やそこで問われている、医療者の倫理を浮き彫りにしたい。ただ、これを机上でするのではなく、臨床で問題となる事例を提示して検討を加えたい。

#### 1 医療事故調査制度の歴史—第三者事故調査から始まった

- (1) 広尾病院事件の影響—医師法21条「異状死の届け出」
- (2) モデル事業の実施
- (3) モデル事業からの学び
- (4) 大綱案

#### 2 院内事故調査へのかじ取り—院内事故調査が遺族に受け入れられるために

- (1) 改正医療法の基本的仕組み
- (2) 「医療事故」の判断をする前に死亡等の報告書

- (3) 「医療事故」の判断をする際に「医療に起因す 期しない」
- (4) 「医療事項」の判断をした後に遺族への説明
- (5) 院内事故調査の実施
- (6) 院内事故調査の報告書
- (7) 院内事故調査の説明

#### 3 院内事故調査における倫理

- (1) 事故調査の判断
- (2) 「説明」と「記録」
- (3) 解剖・AI
- (4) 外部委員
- (5) 報告書の交付

#### 4 ある県の試み

- (1) 倫理的配慮
- (2) 職員への配慮
- (3) 「その時点でできたこと」と「結果が分かって改善を加えること」とは異なることが分かる報告書

#### 5 事例で考える

##### 稲葉 一人 略歴

裁判官任官、大阪・東京地裁判事・判事補、法務省検事、元米国連邦最高裁判所客員研究員。  
現在、中京大学法科大学院教授と、久留米・熊本・三重・藤田保健衛生大学各客員教授を兼務。

## 特別講演

## 海外の病院事情と高齢化対策



真野 俊樹

多摩大学大学院教授  
医療介護ソリューション研究所所長

従来、日本は海外の医療を模倣してきた部分がある。たとえば医療保険制度をドイツに学び、介護など福祉の部分を北欧諸国に学び、最先端医療を米国に学んだりしてきている。

一方では、諸外国の医療制度も高齢化対応、先進医療の高額化によって対応策が似てきている部分も出てきている。また、日本とは全く価値観が違うアラブ諸国でも医療の問題は大きい。

特に、課題先進国ともいわれ、高齢化問題を解決しなければならない日本においては、学ぶだけではなく自ら解決策を考え発信していくことも必要である。

また、21世紀はアジアの世紀といわれるようになり、発展著しいアジアを眺めてみれば、皆保険制度はようやく普及しつつあるが、すこし日本とは異なるおもむきも感じられる。

アジア医療における、一つのキーワードは「産業

としての医療」であるが、これは国の経済状態によってやむにやまれぬ事情で行なっているとも考えられるし、積極的にチャンスを生かしていきたいととらえているともいえよう。

もうひとつのキーワードは「人の移動の加速化」である、日本では「医療ツーリズム」として矮小化されたが、現在の日本における観光の盛り上がりを見てもわかるように、「人の移動」はキーワードであり、これは単に国境を越えた富裕層の医療話だけではない。

こういったトレンドを受けながら、社会保障としての完成形に近い日本の「国民皆保険」にいかにか修正を加えていくのか、提供者としては、地域包括ケアのような先進的な考え方を抽象論だけではなく持続可能なものにするために、どのような動きが必要なのかを皆様と共に考えてみたい。

## 真野 俊樹 略歴

昭和62年名古屋大学医学部卒業。医師、医学博士、経済学博士、総合内科専門医、FACP。

現在、多摩大学大学院教授、医療介護ソリューション研究所所長

Symposium

シンポジウム

2025年の医療改革に向けて





## 基調講演

## 2025年の医療改革に向けて



猪口 正孝

東京都地域医療構想策定部会会長  
東京都病院協会副会長  
(東京都医師会副会長)

一昨年6月に可決された「医療介護総合確保推進法」は、効率的で質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを目的としている。そのうち地域医療構想は医療計画の一部と位置付けられ、2025年の医療需要と必要病床数を構想区域ごとに推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策を示すものであるが、東京都では来年度初旬までに素案の策定を目指している。大きな制度改革につながるため、策定にあたって東京都病院協会は、病床に係わる当事者団体として、東京都医師会とともに積極的にかかわってきている。特に構想区域は将来二次医療圏とみなされるため、これまでの二次医療圏を中心とした医療政策を是正する最大のチャンスである。医療圏は本来一体のものでなくてはならないが、もともと一体である東京の医療圏を無理やり行政的理由

で12分割したところから歪みが始まっている。すなわち病床数の偏在を是正するための医療圏設定は、機能的偏在を固定してしまう予期せぬ結果を生じさせた。そして、その機能的偏在を無視して5疾病5事業などの医療計画を、12医療圏が同質のものであるとして、それぞれに無理やり乗せこんでしまったことが大きな問題であった。このため東京都病院協会は東京都医師会とともに提言を發してきた。結果として、構想区域は「病床整備区域」に限定し、事業に関する医療計画は柔軟に医療圏にとられない最適な区域としての「事業推進区域」の策定に至った。学会では第8回までの策定部会の進捗状況について紹介するとともに、これから策定する地域医療構想と、その実現のための調整会議の位置づけについて私見を述べたい。

## 猪口 正孝 略歴

昭和59年 日本医科大学卒業  
昭和59年 同大第二外科学教室入局  
平成 6年 日本医科大学大学院外科学第二卒業  
平成14年 3月 平成立石病院開設 院長就任  
平成16年10月 医療法人正志会設立  
南町田病院開設  
平成21年 5月 医療法人正志  
東京リバーサイド病院開設  
平成23年10月 社会医療法人社団正志会に  
改組  
平成24年 4月 社会医療法人社団正志会  
花と森の東京病院開設

平成23年 東京都医師会理事 東日本大震災担当  
東京都病院協会災害対策本部副本部長  
全日本病院協会災害対策本部副本部長

現在 東京都医師会副会長  
東京都病院協会副会長  
全日本病院協会常任理事  
東京都災害医療協議会委員  
東京都災害医療コーディネーター  
東京都MC協議会委員  
東京都救急体制協議会委員  
東京都医療審議会委員  
東京都地域医療構想策定部会会長

## シンポジスト

## 2025年の医療改革に向けて ～急性期病院として～



村上 保夫

(公財) 日本心臓血圧研究振興会 常務理事  
附属 榊原記念病院 前院長

日本心臓血圧研究振興会は、当初基礎研究実験施設として設立され、現在まで全国公募研究が継続されている。1977年、臨床研究施設として附属榊原記念病院が開設された。本邦最初の循環器専門病院で、看護配置2:1の急性期病院として運営された。2004年、府中市に新築移転にあたり、近隣には都立府中病院(現 多摩総合医療センター)、武蔵野日赤病院、杏林大学病院、その他の急性期病院がある医療圏で、CCUに収容されていない循環器疾患死亡数を調査した結果、病院の

機能を我々の専門とする循環器に特化し、他の救急患者はトリアージ後最適な病院を紹介することなどの運営理念が纏められた。いわゆる病院完結でなく地域完結を目指し、循環器疾患の診療は地域を中心とするが、広域な地域支援病院を考慮した。急性期病院としては一般的ではない、循環器専門病院の移転時期から現在までの約10年の診療稼働実績の推移を提示し、2025年医療改革、地域医療構想、新専門医制度などの緊迫する課題を検討項目など提示したい。

村上保夫 略歴

昭和23年2月16日生

昭和48年3月 新潟大学医学部卒

平成16年11月 財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院院長 就任

平成22年11月 公益財団法人日本心臓血圧研究振興会 常務理事

## シンポジスト

# 2025年の医療改革に向けて ～慢性期病院として～



安藤 高朗  
永生病院理事長

わが国は急速な人口減少と少子化、超高齢社会に直面している。団塊の世代のすべてが75歳以上になる2025年に向けて、足許では医療提供体制改革のための地域医療構想策定が急ピッチで進んでいる。

国が試算した2025年の必要病床数と、病床機能報告制度にもとづく2014年の病床数を比較すると、高度急性期・急性期と回復期・慢性期の比率は、現状の2:1から2025年には1:2と逆転する。高齢化につれて「治す医療」から「治し支える医療」へのシフトが鮮明になる中で、急性期後の患者をどのように地域で受け止めるかが、地域包括ケアを決定付けることになる。

「ときどき入院ほぼ在宅」が地域包括ケアの目指す姿である。これにはまず、在宅や介護施設で急変増悪した高齢者の軽度救急を地域で受入れる仕組みが必要である。この点、八王子市における

「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会」(八高連) や病院救急車の取り組みをご紹介するとともに、前回の診療報酬改定で創設された地域包括ケア病棟の機能について検証してみたい。また、療養病床を巡っては、2018年3月末に医療療養病棟25対1および介護療養型医療施設の廃止が予定されているが、様々な理由から自宅に戻れない患者をどこで受け入れるか、活発な議論が展開されており、その中身についても最新情報をご提供できたらと考えている。

本シンポジウムでは、病床機能の分化と連携がますます求められる中であって、各医療機関がどのように自らの立ち位置を固めていけばよいか、どうすれば限られた国力の範囲内で持続可能な医療介護提供体制を維持していけるのか、皆様とともに議論していきたい。

### 安藤高朗 略歴

1959年東京都生まれ。1984年日本大学医学部卒業。専門は消化器内科。

1989年医療法人社団永生会理事長に就任。

2014年医療法人社団明生会理事長に就任。

現在は、東京都医師会理事、全日本病院協会副会長、日本慢性期医療協会副会長、東京都病院協会副会長、

八王子市医師会理事、東京都慢性期医療協会会長を務める。

その他、日本医師会地域医療対策委員会委員、東京都保健医療計画推進協議会東京都地域医療構想策定部会委員等を務める。

## シンポジスト

2025年の医療改革に向けて  
～地域包括ケアシステム～

望月 龍二  
常盤台外科病院理事長

安心して暮らせる地域社会を作っていくという観点から見ると、地域の方々にとって医療と介護の充実は大きな要素です。特に高齢化社会では住み慣れた地域の中で医療と介護がシームレスに提供されることが重要と考えられます。

私共の法人グループは昭和35年に外科系の病院として開設されました。病院だけでは高齢化社会のニーズに応えていくことができず、より良い医療、介護サービスをトータルにまたシームレスに提供することを使命として掲げました。

平成9年に老人保健施設の開設を皮切りに、施設系ではグループホーム、ユニット型の特養、サービス付きの高齢者住宅、在宅系の事業所として訪問介護、訪問看護、通所リハビリ、通所介護、訪問リハビリ、福祉用具のレンタル事業所など介護保

険事業のほとんどを手がけています。医療部門では昨年8月に開設したリハビリテーション病院を加えて一般病床、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、療養型病棟を持つことになりました。さらに今年の1月より在宅医療部門を開設し訪問診療を始めました。

患者さんの病状、ADL、家族関係等を考慮して、住み慣れた地域で最もマッチングした形で医療、介護サービスを提供して行くことを目指しています。医療サービス、介護サービスをトータルに且つシームレスに提供して行くために最も重要なことは各施設や事業所が情報を共有することだと考えています。今後は情報を共有するシステムの構築を目指しています。

## 望月 龍二 略歴

昭和53年3月 久留米大学医学部卒業

昭和53年4月 久留米大学医学部脳神経外科入局

昭和55年10月 東京慈恵会医科大学脳神経外科入局

昭和56年5月 医療法人財団常盤台外科病院理事就任

平成元年4月 医学博士号取得

平成元年9月 医療法人財団常盤台外科病院入職

平成4年4月 医療法人財団常盤台外科病院病院長就任

平成21年9月 医療法人財団朔望会理事長就任

*Session*

## 委員会企画

急性期医療委員会企画

看護管理部会セッション

事務管理部会セッション

環境問題検討委員会セッション



## 急性期医療委員会企画

会場：第二会場(3階・富士・西)  
 時間：13:10～15:10  
 座長：丹正 勝久  
 東京臨海病院病院長・急性期医療委員会委員  
 講師：山口 芳裕氏  
 杏林大学医学部救急医学教室 教授  
 石松 伸一氏  
 聖路加国際病院 救急部部長  
 猪口 正孝  
 東京都病院協会 副会長

### テーマ： テロに備えて ～2020年東京オリンピックへの準備のために～

われわれは救急医療における災害医療として自然災害、中でも地震災害を主たるものとして想定してきた。昨年の当学会では委員会企画として「水害」を取り上げた。水害もまた近年頻発してきた自然災害であり、今後災害医療の一環として重要な地位を示すことが認識された。

一方災害医療の中で急速に抬頭し、対応が急がれるものにテロ災害がある。地下鉄サリン事件はNBC災害の嚆矢として我々の記憶に新しい。世界に目を向けると各地で資源、人種、宗教の対立に端を発した紛争やテロが急増し衆目を集めるようになっていく。テロリストは人々が多く集まる場所を絶好の実行現場として選ぶ。スポーツの祭典として頂上を極めるオリンピックもまたその例外ではなく、過去数回にわたり既に犯行が行なわれている。来る2020年東京オリンピックがその犯行現場となることは全力をあげて阻止する必要がある。仮に犯行が成立した際には犠牲者をできる限り最小限に止めることが我々救急災害医療関係者に課されることとなるのである。テロ災害発生時、医療機関はどのような対応をすべきか、そのために今準備できることは何かを考察、検討することが今ほど求められているときはない。テロ手段もまた進歩している。我々にとって想定外は許されないと銘じ、認識を新たにしてゆく必要がある。

基調講演として、杏林大学医学部救急医学教室・山口芳裕教授にNBCテロの災害の特徴、発生時の医療機関の対処等についてご教示賜り、次いで聖路加国際病院救急部石松伸一部長に、1995年地下鉄サリン事件発生時の対応状況について実体験を語っていただくこととなりました。最後に、東京都医師会猪口正孝副会長に、テロ災害発生時の東京都および東京都医師会の対応指針、今後の課題等についてお話しいただくこととしました。

多数の聴衆参加を期待します。

### 「テロに備えて ～2020年東京オリンピックへの準備のために～」



山口 芳裕

杏林大学医学部救急医学教室教授

わが国の災害医療はそもそも脆弱なのであるが、特にテロや攻撃などの有事における医療は先進諸国の中では群を抜いて脆弱である。講演では、東京オリンピックを踏まえて、NBCテロを含めた有事における医療対応について論じる。

## ●テロへの対応能力

事故と、テロや攻撃とは全く異質のものである。医療者の側に、自らの能力の欠如の自覚がない。また国民の側も、病院にさえ運び込みさえすれば何とかしてくれるだろうと高をくくっている。これも誤りである。

## ●テロの特異性

1つは、『邪悪さ』である。例えば、爆発テロでは複数回の爆発がセットされ、総じて1発目よりも2発目に多量の爆薬が使われる。1発目の爆発でたくさんの救助者が集まったところで、2発目を爆発させることにより被害を拡大させるのである。この邪悪さを認識せずに、不用意に現場に飛びこめば二次被害にあう。

2つ目は、テロや攻撃に対する医療には、教科書の医学の常識が通用しないという点だ。テロに使用される病原体には、遺伝子操作によって、教科書では効果があるとされる抗菌薬が効かないように変異させられているものも多い。日本の医者が持っている炭疽菌の常識では戦えないのである。

3つ目は、国民の医療に対する過信である。テロのような物騒なことにも対応できるはずだと考えている人が多い。しかし、日本は、戦傷をはじめテロ対処に応用可能な日常的な経験が圧倒的に乏しく、知見の集積がない。残念ながら日本の医療は国民の信頼に応える実力を持ち合わせていない。

## ●ただちに安全保障医療の整備を

有事の際の医療の対応力を高め、国家安全保障の中にもしっかりと位置づけることが、喫緊の課題である。

## 山口 芳裕 略歴

昭和61年3月 香川医科大学医学部医学科卒業  
 平成6年9月 医学博士学位授与(信州大学)  
 平成14年4月 杏林大学 助教授(救急医学)  
 平成18年4月 杏林大学 主任教授(救急医学)  
 高度救命救急センターセンター長

日本救急医学会評議員  
 日本集団災害医学会評議員  
 日本中毒学会評議員  
 日本熱傷学会評議員理事  
 日本臨床高気圧酸素・潜水医学会理事  
 日本放射線事故・災害医学会理事  
 東京都災害医療コーディネーター



## 委員会企画

## 「地下鉄サリン事件当時の聖路加国際病院での対応」



石松 伸一

聖路加国際病院救急部部长

1995年3月20日(月) 午前8時ごろ、営団地下鉄(現東京地下鉄) 日比谷線、丸ノ内線、千代田線の3路線の5列車の中でサリンが散布された。この事件では被害者約6500名、死者13名をだす未曾有の大惨事となった。この事件は前年の松本市で起こったサリン事件と合わせて、化学兵器が非戦時下で大勢の一般市民に対して使われた世界で初めての化学テロでもあった。

当院では、同日640名の患者を受け入れ、このうち111名(ICU4名)が入院となった。この事件の対応によって、情報の問題、二次被害の問題、被害者の追跡調査の問題などが明らかになった。以下に反省点を記す。

1) 情報：事件発生当初、地下鉄駅で爆発火災の様様、という第一報のみで、現場の状況や傷病者の数、重症度はまったく情報がなかった。また複数個所で同時に発生したため警察、消防両方の情報も錯綜しトリアージにもとづいた搬送先選定もままならなかった。発生後、数時間で判明した「サリン」という分析結果は直接病院へはもたらされなかった。一方松本サリン事件を経験した信州大学病院や、自衛隊中央病院からは治療法に関する情報の提供をうけた。

2) 二次被害：当時化学兵器に関する知識や、除染・防護に関する設備も全くなく、被害者はほぼ無処置のまま院内に入ることとなった。しかも入り口を制限しなかったため三ヶ所の入り口から被害者が来院したため院内は瞬く間に被害者であふれ、トリアージはもとより身元確認もままならない状況となった。さらに、窓がなく換気が良好にできない部所では職員に二次被害が発生したが、幸い程度は軽いものであった。

## 石松 伸一 略歴

昭和60年3月 川崎医科大学卒業  
 平成4年3月 川崎医科大学大学院医学研究科卒業  
 平成17年5月 聖路加国際病院救急部部长  
 救命救急センター長  
 平成25年3月 聖路加国際病院副院長  
 日本救急医学会評議員  
 日本救急医学会関東地方会幹事  
 日本臨床救急医学会評議員  
 日本集中治療医学会評議員  
 日本集中治療医学会関東甲信越地方会評議員

## 「東京都および東京都医師会のテロ災害への対策、対応」



猪口 正孝

東京都病院協会副会長

2020年東京オリンピック、パラリンピック開催が予定されており、万が一のテロ発生時の医療提供体制の構築が急務である。現在、東京都医師会は救急委員会にオリンピック・パラリンピック小委員会を設置し、どうにか活動を開始したばかりである。東京都側にも中心となる組織がまだ確立されていないようであるため、現状では手探り状態である。開催期間中の医療システムは1)アスリート、2)観客一般人・来日外国人観光客、3)VIP、4)テロ対策などに分類できよう。1)、2)、3)に関しては日常の延長線でどうにかなるかもしれないが、規模感がはっきりしないためその情報が早めにほしいところである。またアスリートに帯同する外国人医師の医療行為の法的問題が残されている。4)に関しては全く宙をつかむ話となっている。テロの種類、武器、その場の非常時避難行動、応急処置方法、治療方法、治療薬剤の備蓄など、どこから情報を得るべきなのか未だわからない。このまま何の情報もないまま、テロに巻き込まれることがあれば、医療機関が被害者となる可能性もある。テロは2016年のリオオリンピックが終了した瞬間から危険度が増すと考えてもいいと思う。早く体制を整えなければならない。

## 猪口 正孝 略歴

昭和59年 日本医科大学卒業  
 昭和59年 同大第二外科学教室入局  
 平成6年 日本医科大学大学院外科学第二卒業  
 平成14年3月 平成立石病院開設 院長就任  
 平成16年10月 医療法人正志会設立 南町田病院開設  
 平成21年5月 医療法人正志会東京リバーサイド病院開設  
 平成23年10月 社会医療法人社団正志会に改組  
 平成24年4月 社会医療法人社団正志会花と森の東京病院開設

平成23年 東京都医師会理事 東日本大震災担当  
 東京都病院協会災害対策本部副本部長  
 全日本病院協会災害対策本部副本部長  
 現在 東京都医師会副会長  
 東京都病院協会副会長  
 全日本病院協会常任理事  
 東京都災害医療協議会委員  
 東京都災害医療コーディネーター  
 東京都MC協議会委員  
 東京都救急体制協議会委員  
 東京都医療審議会委員  
 東京都地域医療構想策定部会副会長

# 看護管理部会セッション

会 場：第二会場(3階・富士・西)  
時 間：15:20~16:50  
座 長：高嶋 則子(岩井整形外科内科病院)  
市橋 富子(花と森の東京病院)  
アンケート結果解説：小野寺 都留子(寿康会病院)

## テーマ：一緒に考えよう「理想の看護師」

今回のセッションでは、学会主題である「医療の質の向上を目指して」を踏まえ、「看護の質の向上」についての重要な要素の一つである「優れた看護師が備えている力」に注目いたしました。

「看護の質の向上」を考える時、一人ひとりの看護師の成長は欠かせません。では、私たちは どのような看護師になりたいとイメージしているのでしょうか。看護管理部会では、「自分がなりたい看護師」をテーマに、どういった力に着目しているかをアンケート調査いたしました。また、その中では、自分の目指す看護師となるために、どのような取り組みを行ない、何が支障となっており、そしてどのような支援が必要とされてい

るのかといったことについても、様々な意見が寄せられました。その結果を踏まえてディスカッションを行ない、皆様と一緒に考えていきたいと思えます。

その際は、フロアの皆様からも、ぜひ積極的な質問、発言をよろしくお願いいたします。

※ アンケートの項目作成に際しましては、「優れた看護師が備えている力：日常生活援助の実践を通して(神戸大学大学院保健学研究科紀要 //28 //9-20 //2012)」を参考といたしました。

## 事務管理部会セッション

会場：第三会場(5階・穂高・東)  
 時間：13:10~14:10  
 座長：田野倉 浩治(永生病院)  
 講師：元木 研二氏(経営労務研究所 所長)

### テーマ： 医療機関におけるストレスチェックへの取り組み

平成26年6月に改正された労働安全衛生法の中で「ストレスチェック及び面接指導の実施」が各事業所に義務づけられました。

事業所の役割として、職員の健康管理に加え心理的な負担の程度を把握するための検査(ストレスチェック)の実施や医師による面接指導も実施するなど、より細やかな対応が求められています。

施行期日は昨年12月1日で、各事業所では様々な取り組みを行なっていることと存じます。

事務管理部会セッションでは、「医療機関におけるストレスチェックへの取り組み」と題して、経営労務研究所 所長 元木研二氏を迎えご講演頂きます。

事業所内部で行なえることや外部へ委託すべきことなどを含め担当者のみならず、事業管理者においても非常に参考となるお話です。

また、すでに取り組んでいる事業所でも業務見直しのヒントにもなるものと期待しています。

多くの皆さまの参加をお待ちしております。

### 「医療機関におけるストレスチェックへの取り組み」



#### 元木 研二

経営労務研究所 所長  
 特定社会保険労務士

#### 【はじめに】

平成27年12月1日より導入が始まりましたストレスチェック制度の取り組み方法を関連帳票、関連規程等を参考に実務的に紹介します。

#### 【導入時の問題点】

ストレスチェック制度については、常時使用労働者が50名以上の事業所は、毎年の実施義務があり、かつ所轄労働基準監督署への報告義務があります。医療機関においては、院長が産業医を兼務している場合や、職員が一人一台パソコンを持っていない等の固有の問題があります。

ストレスチェックを内部で行なうのか、外部で行なうのかの判断基準についても説明し、現状、任意規定である集団分析へのフォローについても説明します。

#### 【何に気をつければよいか】

導入初年度でもあり、チェックを行なう事に注力しがちですが、導入に際しては、広く労務管理の一環として行なう視点が大切です。その「労務管理とは」についても説明し、またストレスチェックの結果、高ストレスと判断された場合の対応方法として、産業カウンセラー等を使ったフォロー、諸規定の整備方法を案内します。

#### 【まとめ】

やるべき事は極めてシンプルです。シンプルと思えるような、事前の掘り起しから、役割分担、実施、実施後の毎年のフォローを説明します。

#### 元木 研二 略歴

経営労務研究所(八王子) 所長 46歳  
 1992年帝京大学法学部法律学科卒業  
 東証一部上場企業の営業部、経理部、人事部勤務を経て、2011年独立開業  
 人事部時代は、1200名超のソフトウェア開発社員の残業時間管理並びに人事制度改定、雇用助成金対応等を行なう。

# 環境問題検討委員会セッション

会場：第四会場(5階・穂高・西)  
時間：13:10~14:10  
座長：篠原 健一(河北総合病院)  
講師：佐々木 俊弥氏  
(スローフードすぎなみTOKYO 代表)

## テーマ： 生物多様性とスローフード

第14回医療から取り組む環境会議は「生物多様性とスローフード」をテーマに、スローフードすぎなみTOKYO代表 佐々木俊弥先生を講師にお招きして、第11回東京都病院学会の委員会セッションとして開催いたします。

今、全世界をあげて「生物多様性の危機」が叫ばれています。「種の多様性」の急激な喪失、すなわち多くの生物種が過去に例のない速度で絶滅しつつあると言われていいます。「種の多様性」の喪失は生態系の破壊によってもたらされます。生態系への依存なく生存できる生物種はありません。人類はもちろんあらゆる動植物、土壌中に生息する微生物など、激しい生存競争の一方で、相互依存的に微妙なバランスのもとで生存しています。生態系は非常にシビアなシステムで、一定の種が絶滅すると、微妙なバランスの依存関係が非可逆的に崩壊する可能性があるのです。

フードマイレージ、生物(作物)多様性、人口問題、南北問題、遺伝子組替え作物、水資源の不足、砂漠化、森林破壊、海洋(湖沼/河川)汚染、循環資源の枯渇、食料自給率、BSE、食品偽装問題など、われわれを取り巻く食や農業の問題を切り口に生物多様性を考える機会となれば幸いです。

## 「生物多様性とスローフード」



佐々木 俊弥

スローフードすぎなみTOKYO代表

スローフード協会は1989年にイタリアで発足した国際NPO団体です。現在、世界160ヶ国に約10万人、日本にも39支部、約1,000人のメンバーがいます。スピードと効率に追われ、地域や環境にダメージを与えながら生きる生き方、社会を見直し、本来、私たちの暮らしのリズム、誠実に作られる食べ物が、自然のリズムやその土地の気候風土に合わせて受け継がれてきたことを、地域単位で取り戻し、世界で共有する世界ネットワークです。

スローフード協会の主な活動内容は以下の4点です。

- ・メンバー間のネットワーク
  - ・食と、味覚の教育
  - ・生物多様性の保護
  - ・テッラ・マドレ・ネットワーク
- このうち、ここ数年、特に力を入れているのが「生物多様性の保護」です。

生物多様性は、動物、魚類、植物、昆虫など範囲が広い反面、外来種の繁殖で在来種が駆逐され生態系が乱れるのをどう防ぐか、先進国と新興国との利権争いなど、政治的な争点も生んだりしています。スローフード協会は穀物、野菜、果物、家畜、魚など食の分野で急速に進んでいる種の消滅を食い止め、種の多様性こそがこの世界の豊かさそのものだという信念のもとに、世界ネットワークのなかで「味の箱舟」「プレシディア」というプロジェクトを動かしています。

農業や漁業など一次産業は病気・疫病との闘いの繰り返しですが、それを科学で乗り越えようとしてきました。しかし、その度に新たな病気・疫病が発生するというたちごっこの様相も呈しています。私たち人間を含めた生物は、病気や疫病とも時に共存しながら、生物多様性を皆に生きていく、それが科学の発達した現代でも最も有効な手段であるというのが、スローフード協会の信念です。

### 佐々木 俊弥 略歴

スローフードすぎなみTOKYO代表、株式会社セイワラボ代表取締役

1963年東京生まれ。早稲田大学大学院ロシア文学修士課程修了。セミナー運営会社で事業部長として勤務しながら「荻窪アート楽市楽座」等のイベントを地元杉並区で立ち上げ、中央線沿線での地域活動に関わる。2002年8月「スローフードすぎなみTOKYO」を設立、代表に就任。「地元を深く掘ることで、他地域や国外の仲間と出会う」をテーマに、杉並区や東京でのスローフードのあり方を追求、国内外のメンバーとの交流を続けている。スローフードジャパン食育委員会委員長(2006-08)、スローフードジャパン副会長(2011-14)を歴任。著書に『スローフードすぎなみTOKYO宣言!』(2008) 他



*Subject*

**演題**



## 回復期リハ病院機能クリニカル・インディケーター作成の試み

○石濱裕規、小林 豊、横山 孝、石川博久、安藤高朗、荒川直子、玉置 薫、永岩享貴、西田龍平、山崎博光、山口武兼

東京都病院協会 診療情報管理委員会

【目的】回復期リハビリテーションにおける医療の質の向上と患者様への情報提供を図るため、東京都病院協会診療情報管理委員会では、クリニカル・インディケーター（以下、都病協版回復期 CI）の作成を進めてきた。本発表では、都病協版回復期 CI の簡易度・有用度に関する試験評価結果を報告する。

【方法】都病協版回復期 CI は、Ⅰ. ストラクチャー（7 項目）、Ⅱ. プロセス（8 項目）、Ⅲ.アウトカム（5 項目）の計 21 項目より構成され、回答を数値・項目選択のみで求める点に特徴がある。FileMaker Pro Advanced 13 を用い無償頒布可能な入力フォームを作成し、試験回答を会員 2 施設で実施した。さらに、1 施設では全回答者 18 名が項目毎の簡易度・有用度を 5 段階評価し、2、1、0、-1、-2 で回答を重み付け得点化した。

【結果】簡易度の平均値は、「診療科」と「チームアプローチ」が 4.4 点と最も高く、次いで「在宅復帰率」4.2 点となった。有用度の平均値は、「リハ実施単位数」5.8 点、「入退院時 BI/FIM 平均」5.6 点、「在宅復帰率」5.4 点の順に高い値を示した。簡易度・有用度とも中央値により層別化した所、7 項目が両指標で中央値以下となり、当該項目は、Ⅰ. 「転入元」「入院適応基準」、Ⅱ. 「MSW 相談件数」「医師サマリー作成率」「退院前ケア・マネジャー（CM）介入件数」、Ⅲ. 「転出患者数」「就労支援実施件数」であった。

【考察】以上の結果に基づき、特に、簡易度が負値を示した「退院前 CM 介入件数」「就労支援実施件数」の質問・回答内容につき改定を行い、回復期 CI 初版を作成した。

今後、都病協版回復期 CI の多施設における活用を期待している。また、数値からのわかりやすい二次指標作成、妥当性の検討をさらに進めたい。

※本研究は平成 27 年度東京都医師会調査研究委託として行なわれたものです。

## 遠隔健康指導および運動療法メニュー作成システムの開発

○神谷具巳 1)、渡辺圭一 1)、池田統子 1)、島田幸夫 1)、野田聖久 2)、生田目俊雄 2)、石田信彦 1)

1) 医療法人社団和風会  
(多摩リハビリテーション病院)  
2) 株式会社 NSD

当院では、地域市民の健康増進・疾病予防のための事業としてメディカルフィットネスによる健康サービスの提供を行なっている。地域の健康維持・増進・回復は取り組むべき社会的な課題でもあり、その普及方法をより良いものにするには、課題解決の一助となる可能性がある。今回、我々はより広く市民の方へ健康指導サービスを提供するための取り組みとして、システム会社との協力により、運動療法メニュー作成システムと健康活動をサポートするための問診・遠隔健康指導システムを開発中であり、その内容と経過およびこれまでの結果を報告する。

運動療法メニュー作成は、これまで属人的に作成されており、作成する個人の能力に左右される面が否めない。既往歴や体力などの身体に関する評価要素や、指導に関する知識技術は広く理解および活用されているものであり、1対1を原則として対応することになるため、日々の中で対応可能な人数には限りがある。そこで我々は、メニューを作成するプロセスをアルゴリズム化し、必要な条件をパソコン上のソフトに入力することで対象者にあった運動療法メニューを作成することが出来るシステムを開発中である。

また、上記のシステムを活用する場の一つとして、今まで対人的にアプローチできなかった層に向けて対応するための遠隔健康指導システムも同時に開発中である。これは、現状の生活習慣および身体状況に関する問診に答えてもらい、その結果を基に運動療法メニューを作成および提供し、健康習慣を身に付けていただくための遠隔による健康指導を行なうものである。

現状では、上記 2 件のシステムは開発中の段階にあり、実証試験に取り組んでいる最中である。



## コンサルテーションリエゾンチーム活動の現状と課題

○八木裕実子、土屋瑛美

河北リハビリテーション病院

【はじめに】これまで認知機能低下、せん妄、不安・抑うつへの対応は、病棟ごとそれぞれの職種が行ってきたが、「入院患者の状態を把握し、必要な患者さんにチームで早期に発見・対応することにより症状の緩和や予防を推進することを目的として」認知症看護認定看護師・臨床心理士からなるコンサルテーションリエゾンチーム（以下、リエゾンチーム）を2015年7月に立ち上げた。これまでの活動を振り返り、今後のより良いリエゾンチーム活動の在り方を検討、報告する。

【方法】2015年7月1日～10月31日のカルテから、リエゾンチームへの依頼、相談がなされた事例を抽出する。抽出した事例に関してリエゾンチームとしての対象症状・対応内容・依頼元などの情報を収集、4か月に渡っての総件数を把握し、現状の分析を行なう。

【結果】対象症状は認知機能低下が31件、不安・うつなど（精神科通院歴）6件、せん妄6件と続いた。依頼元は看護師が48件、リハビリスタッフ2件、MSW1件であった。対応内容はのべ回数で、直接介入が44回、病棟コンサルテーションが68回、カルテフォローが152回であった。

【考察・まとめ】入院時すぐにリエゾンチームへ依頼できるようシステム化したことで、入院初期の段階でリエゾンチームが直接介入、あるいは病棟スタッフへのコンサルテーションを実施することができた。結果的に早期に患者への対応が統一され、患者の状態悪化を予防することができ、その後はカルテフォローするに留まるケースが多いことから、リエゾンチームの介入は有意義なものであったと考える。今後は看護師以外のスタッフが依頼しやすいシステム作りやスタッフへの教育を行なっていく必要があると考える。

## 病院内におけるDPC/PDPS入院期間に関する意識向上への取り組み

○椎名康介

永寿総合病院

【はじめに】当院では、DPC委員会を月1回、定例で開催している。平成27年度の委員会においては、DPC入院期間Ⅱ超の取扱いについて、再度周知していくこととなった。

【方法】平成26年度のDPC対象患者の、DPC入院期間の把握と、クリニカルパスの有無、副傷病名の割合等の分析を実施する。主治医への周知は、医局会へ参加を行ない、DPC入院期間の重要性や機能評価係数Ⅱ等の説明を実施する。また、日頃からDPC期間を全ての部門が認識出来るよう、電子カルテへDPC期間Ⅱの日付を記載し、さらに毎週、全主治医へ担当の患者様のDPC期間Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの周知を書面にて配布をルーチン業務として実施を行なっていく。

【結果】同取り組みにより、平均在院日数の短縮につながり、新入院患者数の増加・入院単価の増加となり経営に関しての一助になったと考えられる。また、各部門からのDPC日数に対する質問等が増えたことから、病院全体がDPC病院としての認識が深められたと考えられる。

【考察】次期DPC改訂に伴い、今後としてDPC委員会で常に最新の情報を把握し、院内へ新しい情報を発信していくことが、DPC病院として重要になっていくと思われる。

また、DPC委員会では、この取り組みの他に、部位不明・詳細不明コードの分析や、適切なDPCコーディングの検討を実施している。今後これらの取り組みについても、院内へ情報発信を行なっていくよう試行したい。

## 地域包括ケア病床導入による病床運用の検証

○戸崎雅子

東京明日佳病院

【はじめに】当院は一般病床 82 床の急性期病院である。平成 26 年 10 月より亜急性期病床 20 床を地域包括ケア病床 16 床に転換した。病床が持つ機能の役割を踏まえ、自院の強みを生かした患者層の受入れを検討した。現在 20 床に増床し常に満床の稼働を維持している。機能の異なる病床を院内で運用するにあたり、患者および職種間の理解・満足は得られているか、今後の病床運用について検証した結果を報告する。

【方法】地域包括ケア病床導入にあたり病床委員会を発足した。「自院の強みは何か」「何処の時点まで患者に関わるのか」「対象者はどう選出するのか」「病床数はどうするか」等を検討した。当初月 1 回だった委員会も週 1 回、随時へと開催頻度も構成メンバーも増えていった。対象者の選出には、FIM 評価と退院先に重点を置くことにした。

【考察】FIM は「している ADL」評価であり、運動機能と認知機能が測定できる。そのため患者が自立するためにはどの程度介助量が必要かを知るための指標となった。また具体的な退院調整の介入時期を見極めるにも根拠となるデータになり、病床運用の面でも一般病床と地域包括ケア病床との転換時期を推測する目安として利用できた。

【まとめ】地域包括ケア病床の運用には、「医療看護必要度」「リハビリ単位数」「在宅復帰率」等の満たすべき基準がある。基準を遵守し、患者・職員の満足度を損なわず、経営面での効果も期待しなくてはならない。病床稼働は良好であるが、今回の検証で浮彫りになった問題点も多い。今後は当院をとりまく医療介護ニーズにもアンテナを張り需要を裏切らない医療が提供できる病院を目指していきたい。

## 東京都がん地域医療連携モデル病院としての取り組み

○西田龍平、杉山友子、神田あゆみ、渡邊俊明、廣橋 猛、愛甲 聡

永寿総合病院

【はじめに】東京都では、平成 26 年 12 月から、より多くのがん患者への対応が可能な医療体制の整備と、個々の医療機関におけるがん医療の更なる質の向上を目指し、地域においてがん診療の一端を担う「東京都がん地域医療連携モデル病院」の指定が行なわれた。当院は、指定を目指し、がん対策の充実化を進めることにした。

【対策】がん対策運用を円滑に進めるため、医師協力のもと、がん対策委員会を開設した。院内外のがん情報の収集並びに管理提供を実施し、現状の運用から新たに院内で導入していくべき事項、がん登録などに関する事項について検討する。

【結果】現在までに、当院を含め都内 4 医療機関が「東京都がん地域医療連携モデル病院」の指定を受けている。当院では、専門医 2 名の他、緩和ケア認定看護師を擁する緩和ケア病棟を有し、従来体制でも施設要件を十分満たしているが、さらなる診療体制の充実を目指し、がん診療支援・緩和ケアセンターを開設するに至った。また、化学療法には入院・外来を問わず、化学療法の資格を持つ薬剤師・看護師等と連携したチーム医療が取り入れられている。

【考察】「東京都がん地域医療連携モデル病院」の指定を受け、これまでのがん医療に加え、がん拠点病院とかかりつけ病院の中間的な役割を果たす必要がある。初期治療を受けた施設の別とは無関係に、継続的な化学療法を要する地域のがん患者を広く受け入れ、信頼感や安心感を損なうことなく専門的治療を引き継いでいくことが求められる。今後、当院のがん診療が、地域のニーズや期待に応えられるよう継続的に発展していくとともに、当院の機能や役割を地域に広報し、積極的に発信していくことが必要と考える。

## 当院における救急搬送受入件数引き上げの取り組みについて

○田村雅仁、青木葉幹貴、後藤敦志、齋藤 整

東京リバーサイド病院

【はじめに】当院では平成26年の救急車受入件数は前年同月比減少傾向にあり、二次救急指定病院として継続も危ぶまれる状況であった。よって関係部署を集め、平成26年10月より救急受入体制の見直しを行なった。  
【方法】まず受入依頼を断らない体制を整えるため、休日・全夜間のみ記録していた救急日誌を日中も記録することで、24時間全ての救急受入に対する問題点を洗い出すためのデータ収集を行なった。そのデータから医師別の応需率を調べ、問題点を協議するために、それまで非定例であった救急会議を定例化し、断り理由が不適當な医師には院長より指導を行なった。

また、搬送連絡時間を短縮するため、通常診療時間中の救急電話対応を事務から看護師へ変更した。さらに休日・夜間診療では受付時に事務で必要最小限の情報のみ聞き取り、バイタル等、医療面で必要な情報は医師が直接聞くことにより速やかな受入可否判断を行なうこととした。

【結果】結果、全時間帯受入件数は平成26年10月以降1年間723件（前年比245件増）、救急応需率も全庁平均を上回るようになった。また、搬送連絡時間は1分弱短縮することができ、近隣の消防関係各所にも救急を積極的に受け入れる病院と認知され、救急受入件数が前年比51%増加した。

【考察・まとめ】今回の取り組みにより担当が明確化され、運用面で担当が曖昧になっていた部分が解消された。また、救急に係る問題点については非定例で行なっていた救急会議を毎月定例開催することで関係部署と情報を共有する面においても改善された。

今後はさらなる関係部署の連携強化と救急車受入件数の増加を目指す。

## 当院における救急患者受け入れの迅速化（取り組み）について

○山本妙子、吉尾勝昭、永井淳一、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院は東京都指定二次救急医療機関であり、年間約4000件の救急車の受け入れを行なっている。しかしながら、受入連絡時間平均約6分であり、受け入れに長時間を要する事例が発生していた。原因として、救急隊からの受入要請に対し、電話対応をする事務員と救急担当医師との連絡がスムーズに行なわれていないことが明確となった。

今回、救急受け入れの迅速化を目的とした対策を実施し、改善が図られたため報告する。

【方法】平成27年1月～3か月間で入電から回答までの時間を計測。10分を要した事例についてその要因を分析し、検証した。

【結果】180件の調査を行なった結果、回答まで10分を越えるケースが全体の10%（18件）を占め、要因としては①救急担当医師が受け入れ不可の際の他の医師への依頼 ②空床確認 ③症状内容詳細確認であった。

上記の原因が明確になり、取り組みとして「役職医師による迅速な受け入れ可否システムの構築」および「救急搬送患者情報連絡表の見直し」を行なった。

その結果、受け入れに10分を超える事例は大幅に減少し平均時間が約5分まで改善された。

【考察・まとめ】関係部署が共通ルールにのっとり業務を遂行するに従い、意識は向上し迅速な受け入れにつながった。また、事務員は救急担当医師への的確な情報伝達の必要性を痛感し、救急患者受け入れマニュアルの見直しを行なった。

今後、このシステムをより精度の高いものにし、平均時間のさらなる短縮を目指していきたい。

## 訪問看護事業所を併設する在宅支援診療所における事務部門の役割

○渡邊厚博、落合直樹、矢尾知恵子、  
一戸由美子

河北医療財団  
(河北総合病院)

【はじめに】河北家庭医療学センターは、在宅支援診療所、訪問看護ステーション、診療所からの訪問リハビリテーション（以下、診療所リハ）の医療提供と、教育・研修を有する機関である。センターでは4名の事務職員が在職する「運営支援室」が各部門を横断的に業務支援している。この運営支援室の役割と効果、今後の展望を考察する。

【実践内容】運営支援室の業務は主に、請求業務と運営支援業務の2つがあり、前者は実績管理と診療報酬請求（医療・介護）並びに利用者請求であり、後者は経営的な運営管理（月次収支の目標管理と対策、検討と提案）、教育・研修に係る支援（スケジュール調整等）、庶務（医師事務補助等）である。

同一法人が複数の医療サービスを運営しているため、特別な関係としての算定上の縛りがあり、運営支援室が管理している。

【実践結果】過去5年間の実績は、延べ診療10,487件、看護（訪問リハを含む）62,929件、診療所リハ93件（2014年6月からの新規事業）であり、5年間での収支伸び率は166.6%であった。この間、研修医48人、看護師研修生237人、学生80人の受け入れ支援を行なった。診療部、看護部、リハ部の協働強化のため、連絡メモ作成等の様々な工夫を試み、この結果、同日訪問により算定できない日が激減し経営的な効率化も得られた。

【まとめ】診療・看護・リハビリの質の向上と効率化、およびセンターの安定した運営を図るため、保険請求から業務支援まで幅広く支援している。今後の課題として、初回訪問時に医療従事者が行っていた契約を事務が参画することでより円滑な導入へと改善し、直接医療に従事しない事務職でもチームの一員となり顔の見える関係性を利用者で確立していきたい。

## 入院未収金の現状と発生防止の取り組み

○小宮ひとみ、下田真由実、福田慎太郎、  
末永佑仁、岩村太郎

平成立石病院

【はじめに】未収金の原因は様々である。発生防止のために支払い能力のない患者を拒否することもできないため、単なる運用によって解決できる問題ではないといえる。

そこで医事課では、未収金の現状を把握し、発生防止の取り組みについて発表する。

【主な取り組み】まず、過去の未収患者の性別、年齢、保険、診療科別に統計をだし、分析し、患者の傾向を把握した。そのうえで、平成25年度より未収防止に重点をおき、保険証の確認や医療費助成制度の案内といった基本業務を徹底。また、独居や身寄りなし等、未収になりえる患者の情報収集を、看護師、MSW、病棟クラークと連携し、早期に介入を行なった。

【結果】未収防止の取り組みを強化したことにより、他部署からの協力が得られるようになり、結果、以前に比べ未収金が減少した。

【まとめ】未収金を回収することはかなりの労力を必要とするが、回収自体はなかなか進まないため、未収を発生させないことが大切になってくる。それを医事課だけで行なうのは難しく、他部署との情報共有が必要。全職員が意識を高くもって未収リスクのある患者のサインに気がつくことができれば、未収を防ぐことができるのではないかと考える。

## 健診部におけるフォローアップの取り組み

○小玉恵子、加後伊知子、小滝優加、鈴木加代、長岡美里、横山真樹子

久米川病院

【はじめに】健康診断においては、受診者本人は受診をただで満足してしまうことが多い。しかし、健診は受診するだけでなく、その検査結果をもとに受診者の健康管理に生かしていくことが重要である。そこで健診施設の役割は、受診者の再検査受診を勧め、治療や経過観察につなげていくことであると考える。そのための当院におけるフォローアップの取り組みについて報告する。

【方法】平成23年度までは、健診結果に当院の外来診療案内を同封するのみであった。平成24年度からは外来診療案内に加え、健診結果の指導区分ごとに今後の対応を説明した案内用紙「健診受診者の方へ」を作成し同封するようにした。平成25年度には、改良を加え指導区分により大きく二つに分類し案内用紙の色を変え、さらに該当する指導区分にマーカーをひき注意を促した。平成26年度からは、外来診療案内の対象診療科目にもマーカーをひき、診療科目の実施日時を明確にして再検査受診を促した。

【結果】有所見者のうち再検査をうけた割合を①当院の外来を受診、②他院にて受診の2つで計算し、その合計を再診率としてあらわした。平成23年度は合計で9.2%であったが、取り組みの成果により徐々に上昇し、平成26年度は12.6%となった。

【考察】受診結果がわかりやすくなったことにより、有所見者が再診の必要性を理解し、該当する外来日を案内することで、スムーズな受診に繋げることができた。その結果、少しずつではあるが確実に再診率は上昇してきている。今後は他院での受診案内や、外来受診後の当院への受診報告の方法の充実などを再検討し、再診率の向上を図っていきたい。

## 医師事務作業補助者の業務報告と改善効果

○白鳥まゆみ、吉田恭子、永井淳一、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院は一般病棟188床、回復期病棟34床の急性期を中心とした病院であり、現在14名の医師事務作業補助者で業務を行っている。

外来・病棟担当制度をとることで業務分担を明確にし、診断書・紹介状返書等の文書作成代行をはじめ、平成25年9月より予約センターを開設、翌26年9月には、事前問診入力・病棟での看護師への伝達業務を開始したことによる、医師の事務作業軽減の効果について報告する。

【方法と結果】外来については1日平均約20名の内科初診患者に対し、診察前に「主症状・バイタル・既往等」の聞き取りおよび電子カルテに医師の代行入力を行ない、診察時間の短縮につながるかを調査した。

病棟については看護師から医師への連絡板を確認し、点滴処方・家族への説明および日程調整など医師からの指示・伝達をすることでの、病棟運営の効率化を調査した。

結果として、外来診療時間が1人当たり約5分の短縮が図られ1日1時間を超える短縮を実現した。また、医師からの指示を看護師に早期伝言することによる、スムーズな調剤等の効果が得られた。

【考察とまとめ】医師事務作業補助者が、医師・看護師の連携役として行動することにより、スムーズな病棟運営ができることが明確となった。より医師の事務作業を担うことにより病院のサービス向上にもつながることがわかった。今後は、さらにカンファレンス等に参加し、知識を高めるとともに、医師の事務作業の軽減につなげていきたいと考える。

## 有給休暇取得・残業時間低減に対する 医事課の取り組み

○加後伊知子、鈴木加代、小玉恵子、  
長岡美里、横山真樹子、小滝優加

久米川病院

【はじめに】 当院では労働安全衛生の向上と働きやすい職場作りのため、有休取得率100%・残業0時間の達成等を品質目標に掲げ取り組みを行なっている。以前から事務部の中でも有休が取りにくく、残業時間が多かった医事課の取り組みについて発表する。

【方法】 業務改善として、平成24年度より常勤に対するキャリアアッププランの導入、パートと常勤での役割分担、関連部署との業務連携の見直し、協力体制の強化調整、取り組みを品質目標に掲げ数値化を行なった。さらに平成20年度より継続している医事課内連絡ノートや現場見学により個々のスキルを向上させた。

【考察・まとめ】 外来部門の縮小による患者数の減少も一因と考えられるが、常勤の残業の多くを占めていたレセプトに係わる業務を、役割・指示系統の明確化および分業することで、勤務時間内に確保することができた。このことは残業時間減少に大きく影響している。また、関係部署との連携強化により、連絡時のミスや齟齬がなくなり、業務内容の共有がスムーズになる等、無駄な時間を費やすことがなくなった。さらに、達成率を数値化し「見える化」することにより、有休と残業に対する各々の意識が高まり、目標達成への積極的な姿勢がみえたのも大きな要因と考えられる。このように時間を有効に使い、業務の質が向上することで時間に余裕が生まれ、職員が交代で有給休暇を取得することにもつながった。医事課内職員数がほぼ変わらない状況にも関わらず、有休取得率100%、残業時間の低減を達成できたことは、紛れもない取り組みの成果といえる。今後も、さらなる業務改善を行い、職員の労働安全衛生の向上と、働きやすい職場作りを目指していきたい。

## ストレスチェックの調査報告

○深井正貴、千葉勇治、末永佑仁、  
岩村太郎

平成立石病院

【はじめに】 労働安全衛生改正法が施行され、ストレスチェックと面接指導を毎年1回実施することが事業者の義務として新たに定められた。今後、健康面のみならず心理的ストレスへのアプローチが必要となっていくため、本研究を行なった。

【目的】 「職業性ストレス簡易調査票」を用い事務職員の心理的負担につき部署ごとの特性や傾向を分析し、今後の労務環境の改善および業務の効率化に資することを目指す。

【方法】 期間は平成27年11月2日より6日。当院事務6部門、56名を対象とした。「職業性ストレス簡易調査票」を無記名のアンケートで実施し、その回収率は92%であった。

【結果】 「職業性ストレス簡易調査票」で職員のストレスプロフィールを分析したところ、「心身のストレス反応」が標準点より高値と判断されたのは52名中5名。部署ごとの「簡易調査票用仕事のストレス判定図」の総合健康リスクは、6部門中で医事課外来部門が最高値であった。

【結語】 上記5名のうち3名は、業務の量的・質的負担度が高い。「周囲のサポート」に関しては両名とも概ね良好であり業務に起因するストレスを緩和することで改善できると思われた。医事課外来部門は、注意を要する業務の一方で窓口の患者対応などに追われ、過度の業務負担につながっているものと思われた。今後は、本調査の結果を基に医事課外来部門の業務量及び業務内容について分析し、労務環境の改善や対策を講じ、今後の結果報告へとつなげたい。

## ワークショップを取り入れた事務職の教育について

○佐藤 謙

榊原記念病院

【はじめに】東京都多摩地区の病院事務職を対象とした多摩地区メディカルマネジメント研究会を平成18年7月に立ち上げ、平成25年11月までの間、年1～2回定期的に開催してきた。平成26年11月より、講義による「集団学習」からアクティブ・ラーニングを基本にした「ワークショップ（参加型学習）」に切り替えたのでその効用について検討した。

【方法】日常業務において、「働きにくいと感じたり」、「上司に対して不平不満を抱いたり」、「愚痴をいってしまうこと」等がどの職場においても共通にみられ、労働意欲の低下の一因となっている。そこで、「マネジメント」（1回目、平成26年11月）、「組織、人材、人」（2回目、平成27年2月）、「目的・目標、教育、業務、Communication」（3回目、平成27年5月）、「組織で働くとは」（4回目、平成27年9月）をテーマにワークショップを開催した。参加者はSNSやメールで募り、病院勤務の看護師、放射線技師、事務職、IT等の社員であった。1回目19人、2回目23人、3回目18人、4回目21人の参加をみた。

【評価】参加者アンケートから事後のアンケートをみると、「時間が短く感じるほど楽しかった」、「多職種と話ができてよかった」、「自分自身を見直すきっかけになった」というポジティブな評価とともに、病院事務職は「指示された内容を守る」、「保守的」、「発言することに慣れていない」などの指摘があった。

【考察・まとめ】大きく変化する医療制度の下、病院事務職が研ぎ澄まされた経営感覚とプロ意識を持つことが重要となってきた。

実務においては、スピード、質、コスト意識がこれからのテーマである。本研究会の取り組みから病院事務職は、医療に関する多くの職種と同じ土俵で行うワークショップが必要であると思われた。

## 看護師による入院時訪問指導の実際

○犬塚久善、金坂朝広

永生病院

【はじめに】平成26年度の診療報酬改定で「入院時訪問指導」が新設された。当院では平成27年7月より導入し、看護師が担当している。また、看護師の得た情報をリハビリスタッフと共有し、入院時から退院後の生活をイメージし、これまでのライフスタイルなどを考慮した個別性のあるリハビリテーションの実践につながるよう連携を試みている。今回、看護師による入院時訪問指導の取り組みの結果をここに報告する。

【方法】リハビリスタッフに対して、看護師が実施する入院時訪問指導についての周知と訪問実施後の情報の共有の有無とその方法について、またその情報が実際にどのような形でリハビリテーションに反映されているかについて質問紙調査法で調査した。

【結果】調査結果から、リハビリスタッフへの入院時訪問指導導入に関する周知方法と情報共有についても統一した形を設定していなかったため、訪問指導を担当したそれぞれの看護師の周知と共有方法に大きな差が生じるという問題が明確となった。しかし、情報共有が円滑であったケースでは、入院前の趣味を作業療法に取り入れたり、入院時から自宅での生活を見据えた目標設定ができたりと個別性のあるリハビリテーションにつなげることができた。

【まとめ】入院時訪問指導の開始から3か月という短い期間で調査を行なったことで現状の問題点と、その改善に向けた課題である「他職種への周知」、「情報共有方法の統一」を明確にすることができた。今後も問題点を早期に改善し、リハビリスタッフとの連携を強化し、個別性のあるリハビリテーションの実践につなげていきたい。

## 高齢者へのロービジョンエイド ～コントラストによる食事摂取の違い～

○世良安芸、田島真紀、山上多加子

城西病院

【はじめに】高齢者の食事摂取量低下に対し、当病棟では、器の色を変えることで食材を際立たせ、また興味を持つことにより食事摂取量の増加を測れないかと考え、視覚効果を使った食事援助を比較したので報告する。

【方法】4名の患者に対し、米飯の器を白色1週間と黒色1週間で観察。「摂取時間」「食べ残し」「最初に食べた食材」のデータ収集をした。

A氏は、視力が良いこともあり黒い器と白い器ともに食べ残しはなく、コントラストのある黒い器の摂取時間が短く、時間に差が出た結果となった。B氏は、白より黒い器の時は粥から食べ始めることが多かった。C氏は、軽度の認知症の患者であったが、器の色での変化は見られず。「お米は白い皿がいいわ」との発言あり、好みもある様子。D氏は、主食を残しがちだったが、副食の入った浅い皿に粥を移し替えると食べ始めることが多かった。

【考察】視覚だけでなく嗜好や認知症などの個別性を含めた要因も考慮しなければならないことに気づく。そして、視覚効果も食事摂取ペースや「食べてみよう」という行動につながるケースがあることが明らかになった。

【まとめ】老化は視覚低下だけでなく難聴などの聴覚低下を出現させることが多々ある。さらに認知症が加わると観察力の低下も加わり、介護者が「おいしそうですよ」と声をかけたり、献立内容を説明しても理解できていないことが考えられる。このように五感のいくつかを欠いている所を看護ケアで補い、経口摂取できる患者様が少しでも食事の楽しさを感じられ、またそれが摂取量に反映されることが望ましいと私たちは考えている。

高齢者は一律ではなく、改めて個別性を考えるよいきっかけになった。

## 利用者ひとりひとりに合わせた排泄ケアの見直し

○梶原とく子、山崎禎一、鈴木友梨、長井博美、有田多美子、増岡ちどり

特別養護老人ホーム 信愛の園  
(信愛病院)

【はじめに】当園では、食事時間に居眠りをしている食事がしっかり摂れない、本人のタイミングでトイレ誘導やおむつ交換ができていない、レクに参加できないなど利用者によりゆっくり関わる時間がもてない、また陰部や臀部に発赤があり、おむつ交換の回数を増やしても改善されない現状があった。夜間の睡眠確保のために朝4時のケアと、排泄ケアの見直しを行ない、改善された取り組みを報告する。

【方法】①利用者の排尿パターンの把握。②適したおむつパットの選択。③洗浄後下拭きタオルを、ペーパーで拭取るケアに変更。

【考察】排泄ケアを見直したことで、利用者はよく眠ることができ、食欲もでてレクに参加し、活気が生まれてきた。陰部や臀部の皮膚の状態も改善された。また、職員は日頃の業務に余裕がでて、日中トイレ誘導を積極的に行ない、おむつから紙パンツに替えていき、トイレで排尿する利用者が増えてきた。しだいに職員は、業務の流れで行なっていたケアを見直すなかで、一人一人を覗いていこうという意識に変わり、排泄のみならず、食事や入浴にも考えがおよび、利用者の生活の質の向上のため、食楽委員会や入浴委員会を立ち上げるきっかけになった。

【まとめ】今回の排泄ケアの取り組みで、職員の意識が変わり、今まで行なっていたケアを振り返るきっかけとなった。またおむつの在庫管理と同時に、その人に適したおむつを選択と回数の見直しは、経費の削減につながった。

今後も継続していき、そのひとらしく生活できるケアを目指して行きたいと思う。



## 認知症の周辺症状への試み ～アロマセラピーを取り入れて～

○中島彩人、田中祐也、深井三嗣

多摩リハビリテーション病院

【はじめに】認知症患者は環境変化に適応できず、生活リズムを崩すことにより、様々なBPSD（異常行動）をおこすことがある。在宅介護においても、BPSDは介護者の負担をより増加させるものである。そこで今回、生活リズムを整えることで、認知症の症状が少しでも安定するのではないかと考え、生活リズム改善に対するアロマセラピーによる有効性を検証したので報告する。

### 【方法】

対象：当院入院中の認知症患者のうち、夜間の睡眠状態に問題が生じている15名。平均年齢77±10歳。

評価方法：アロマ実施前中後の睡眠状態と活動度について評定尺度法を用いて5段階評価。アロマ前後のN式老年者用精神状態尺度（以下、NM）。

評価期間：アロマ実施前、中、後それぞれ14日間。

実施方法：真性ラベンダーによる芳香浴（睡眠）とレモングラスによる温湿布（日中の活動性）。

【結果】アロマ使用により生活リズムが改善された対象者は15名中5名、いずれも入院期間が3ヵ月以内と比較的短い患者に効果があった。生活リズムが改善した対象者のうち、60%にNMの向上がみられた。

【考察】まずアロマは同種の香りが複数の対象者に同様の効果をもたらすとは限らない。

次に、認知症発症後も比較的保たれるエピソード記憶がアロマにより引き出されることがあり、逆効果になる場合がある。文献とは異なる香りが対象者に適する可能性を考慮し、個別的にアロマを選択する必要があると考える。

また、香りの好みに加えて、育ってきた生活環境を把握することで睡眠や活動以外にも効果が期待されると考える。

## Low-Cost で High-Quality な HIS を目指して

○佐藤 譲

榊原記念病院

【はじめに】Hospital Information System（以下、HIS）は、診療報酬体系の精緻化、診断機器のデジタル化、診療職種の多様化によって巨大化し、かつ複雑になってきた。当院は、HISから生成されるデータを医療や臨床研究に活かすため、独自に運用可能なシステム構築を心掛けた。10年余の運用を経て、a. ハードとソフトの急速な技術革新、b. Windows（以下、Win）XPのサポート終了（2014年4月9日）、c. ベッドサイド端末とTV受像機併用が制度改革の結果生じた通信環境にそぐわない（2015年3月24日、TVアナログ配信の完全終了）等に直面した。本報告では時代に順応したHISのバージョンアップについて報告する。

【方法・結果】1)CT、MRI、超音波等の画像診断の進歩はサーバーのとめどのない巨大化・サイロ化と表裏している。各部門の独立性によるサイロ化を防ぐため、サーバーの一元化および仮想化に取り組み、必要に応じ、各部門システムへのストレージ容量やメモリ稼働のアンバランスな増設を防いだ。その結果、全体の保存容量や保存スピードのモニターが可能となり、1TB換算で数万円程度の経費追加で対応できている。2)患者ベッドサイドについては、地デジTVにスティックPC（Win8/Ie11）を活用することで従来の設備単価の56.5%で整備できた。3)WinXP/Ie6をベースにした診療情報がWin10/Ie11でも運用できるようにNEW HOSTSを採用した。この結果、古いOS下の診療情報を現行システムでも活用できるようになった。

【考察・まとめ】IT機器はムーアの法則で象徴されるように、小型化、高密度化、コストパフォーマンス、汎用性といったあらゆる面で著しく進歩している。それらをHISに有効活用できるシステム環境が求められている。Low-Cost化の一例として汎用器の活用とサーバーの仮想化について紹介した。

## 新規消毒薬の手術室内における安全性・有効性について

○三浦邦久、岩崎紗世、森 一子、  
景山鮎子、宮田 俊、竹下由紀、  
海老原 功、川越いづみ

江東病院

【はじめに】区域麻酔（脊髄くも膜下麻酔、硬膜外麻酔）の皮膚消毒の際に、ヨードおよびアルコール禁の方には消毒薬の選択に悩むことがよくある。今回、ヨードおよびアルコール禁の方でも使用できる消毒薬が大塚製薬工場株式会社から2015年9月にオラネキシジングルコン酸塩を有効成分として含む新規生体消毒薬（オラネジン消毒液1.5%以下、OD）が発売された。そこで当院では、本剤を用いて当院の手術患者に対しての区域麻酔前消毒にODを使用した被験者において、安全に使用できるか検討した。

【方法】アルコール禁で区域麻酔が必要な手術患者5例に対して、ODを使用し、使用後皮膚症状をみて、安全性をみた。

【結果】アルコール禁でODを使用した全例の患者で、皮膚の発赤、湿疹などはみられなかった。

【考察】ODは、アルコール禁の患者でも皮膚に問題なく使用できた。但し、消毒薬は透明の為、硬膜外麻酔を行なう際、ODを生食と間違える可能性があるため注意を要する。

【結語】ODはアルコール禁の患者にも安全に使用できる。

## 抗血小板剤2剤併用または抗血小板剤抗凝固剤併用中の頭蓋内出血

○布目谷 寛、山谷昌之、沖野光彦

旗の台脳神経外科病院

【はじめに】抗血小板剤2剤併用療法（DAPT）は冠動脈バイパス術後や経皮的冠動脈インターベンション後、発症早期の脳梗塞や一過性脳虚血発作に対して、また、抗凝固剤と抗血小板剤の併用療法は心房細動治療中に虚血性脳血管障害や全身性塞栓症を発症した場合に、それぞれガイドラインにより推奨されている治療法であるが、同時に頭蓋内出血等のリスクが少なからずあることもよく知られている。各療法中に頭蓋内出血を続発した5例について報告する。

【症例】DAPTに続発したのは、右頭頂葉皮質下出血と、自転車転倒による急性硬膜外血腫の2例で、前者は経過中に出血の増大をきたし、後者は緊急開頭手術後にショックを呈し、いずれも転帰不良であった。抗血小板剤と抗凝固剤併用中の3例は全て心房細動を有しており、小脳出血、慢性硬膜下血腫、転倒に伴う急性硬膜下血腫を続発した。いずれも手術治療により救命し得たが、手術操作は困難を極め、慢性硬膜下血腫例は後出血のため再手術を要した。

【まとめ】抗血小板剤や抗凝固剤の併用は、原疾患の治療に不可欠なものであるが、不幸にして頭蓋内出血を合併した場合、手術治療を遅滞なく施行することには困難が伴う。各種薬剤の効果が減ずるまでの待機中に出血が遷延して拡大する危険も高く、手術操作も容易ではなく、結果として致命的となりかねない。重大な合併症のリスクを十分に考慮した上での薬剤の適正使用と適切な治療期間の決定に加えて、高血圧等のリスク管理と丁寧な患者指導が望まれる。

## シームレスな地域連携医療の実現に向けて ～平川病院の取り組み～

○土井 淳、平川淳一

平川病院

【はじめに】「病院から在宅へ」という国策のもと一般病院から直接自宅に退院する症例が増加している。当院では積極的に自己の存在をアピールしなければ地域医療のネットワークから忘れられた存在になりかねないという危機感を持ち、地域の一般病院、訪問診療所へ医師を派遣し連携を強化している。その結果どのような変化が生じたかを報告する。

【方法】内科医師の派遣事業開始前後での

①患者、患者家族とのかかわり方の変化 ②地域連携の変化 ③内科病棟の機能、業績の変化を検討した。

【結果】①患者、患者家族との入院前から退院後まで継続した関係構築づくり ②在宅療養困難時の速やかな入院治療への移行 ③涉外、広報の効果 ④地域医療の情報入手が可能となった。病棟機能、業績面でも療養基本料2→1、年間入院数21人→74人、在宅復帰率45.5%→78.9%、平均在院日数447日→143日、病棟収益4,000万円増と変化した。

【考察】医師という職種が地域に出向くことで地域医療の現状を知り、療養病院が果たすべき医療への意識改革が進み、そのことが病棟職員に伝わることで組織全体の意識改革も進むという相乗効果が得られた。また、継続した地域医療機関への関わりの中での涉外、広報効果は大きく、患者紹介数の増加という形に表れたと考えられる。訪問診療所との連携強化も在宅療養支援をする上での強みになっている。その結果として病棟の機能強化、業績向上につながったと考えられた。

【まとめ】今後は勤務医も地域に出向くことが病院機能強化につながり、最大20万床の病床削減目標を掲げる国に対して削減対象外となるための方法の一つと考える。

## 臨床工学技士による医療の質の向上を考えた取り組み

○鈴木沙織

岩井整形外科内科病院

【はじめに】当院は60床の病院で、脊椎の内視鏡手術に特化し、全国の1割の手術を行っている。6年前から臨床工学技士（ME）が手術中の運動機能モニタリング（MEP）による運動路の評価を導入したことで、医師が患者により安全な手術を行なえている。昨年7月、品川に新病院をオープンし、当院と合わせ5名のMEが手術室に配属され、術後のQOLの向上を目指すチーム医療の一員として役割を担っている。導入から現在に至るまでの経緯と今後の課題について報告をする。またME本来の業務である医療機器の管理についても併せて報告する。

【方法】①MEP導入の準備（医師・メーカーとの協議） ②MEPマニュアルの作成 ③MEPの実施方法 ④MEP実施者の育成 ⑤医療機器管理マニュアルの作成

【考察】MEP導入により、手術中の運動路の評価が行なえるようになり、脊髄を直接圧迫または損傷する危険がある手術において、術後の運動麻痺を予防することが可能になった。また、神経圧迫部位を手術により取り除くことでMEP値が改善することも証明できた。これにより患者も医師も安心して手術を受けられるようになった。また医療機器管理についてもマニュアルを作成することで実施すべきことが明確になった。看護師と機器点検を協力して行なうことで、定期的に機器に触れ経験不足によるインシデントも減らすことにつながった。

【まとめ】手術中MEPを実施している施設は増えてきているが、実際にどのようなことを行なっているかを知っている割合は少ない。今後の課題としてME主催の勉強会を積極的に開催し、MEPの知識を広めていきたい。

## 心電図モニタの点検からみえてくる現状とMEの役割

○齊藤彰紀、梶原吉春、佐藤百合子、田中太郎、佐藤有希子、石高拓也、片瀬葉月、錦織大輔、佐藤広隆、勝俣 萌、中島義博、左野香菜恵、中山雄司

東大和病院

【目的】PMDA（医薬品医療機器総合機構）の医療安全情報からもモニタの取り扱い時の注意について啓発されている。そこで、当院ではモニタトラブルへの啓発と医療安全向上のため、モニタ点検を実施したので報告する。

【方法】対象期間を2015年2月～11月として、院内にあるセントラルモニタ16台、ベットサイドモニタ28台に対して、1回/月の点検を実施した。点検項目は送信器の電源入れ忘れ・電池切れ（電池交換メッセージも含む）・電極はずれ・リード不良・ノイズの5項目とモニタの時計のズレとした。

【結果】電源入れ忘れ26件、電池切れ70件、電極はずれ10件、リード不良0件、ノイズ9件であった。時計のズレはセントラルモニタの日本光電社製で-1.4分±1.06、フクダ電子社製で-0.25分±0.67、ベットサイドモニタの日本光電社製で-0.3分±0.55、フクダ電子社製で-0.21分±0.58であった。

【考察】電源入れ忘れは、患者が検査などに行く場合一旦offにして、その後電源を入れ忘れた可能性があるとして唆される。電池切れは電池消耗の際に電池交換メッセージは表示されるが、アラーム音は鳴らないため、電池交換メッセージ表示への注意不足が原因と考えられる。

対策としては、院内にある電子掲示板などを活用し、モニタトラブルに対しての注意啓発を実施したい。今後は実際に発生したトラブル事例などを含めた勉強会開催も効果的ではないかと考える。臨床工学技士によるモニタ点検を頻回に実施することにより、医療安全向上に繋がると唆される。

【結語】PMDAからの報告と同様なモニタトラブル事例が散見されているため、臨床工学技士からもモニタの重要性を啓発していきたい。

## 修理一元化による機器のダウンタイム短縮および修理コスト削減

○日野幸緒、新谷 剛、梶真悠子、和田智至、小澤直人、石井正晃、高岡祐子、小倉 信

東京都健康長寿医療センター

【はじめに】当院の機器管理業務は臨床工学技士1名から3名で中央管理機器の貸出、点検、修理対応を行なっているが、病棟管理機器の修理対応が曖昧で、院内修理可能な機器も院外修理となっている場合が多かった。平成25年6月の新病院移設時にMEセンターを立ち上げ、事務と連携し、院内全ての修理伝票の提出先をMEセンターに変更した。今回、修理一元化により機器のダウンタイム短縮と修理コスト削減が行なえたので報告する。

【方法】院内で作成している修理伝票を用い、平成25年6月から平成27年5月までの院内修理を行なった機器と、院外修理をした機器の平均修理日数を算定し、院内で修理を行なった機器に対し、院外修理をした場合の修理コストを算出した。

【結果・考察】MEセンターへの修理依頼件数は、1年目で863件、2年目で1273件であった。1年目の院内修理は544件、院外修理は319件、2年目の院内修理は722件、院外修理は551件であった。2年目で件数が増加した理由は、修理一元化の流れが定着したためと考えられる。MEセンターへ修理依頼があってから各病棟に返却されるまでの日数は、院内修理では平均2.9日、院外修理では22.6日であった。頻繁に修理する機器の部品はMEセンターで在庫を用意し、速やかに修理が行なえるため、ダウンタイムの短縮につながったと考えられる。また、院内修理機器を院外修理依頼した場合と比べると、年間300万円以上の修理コストの削減が行なえた。

【まとめ】1年目から2年目に修理依頼件数は約1.5倍に増え、いずれの年も約6割の修理依頼は院内修理可能な機器であった。今後は研修などを受講し院内修理可能機器を増やし、さらにダウンタイムの短縮、コスト削減に努めたい。

## 退院時サマリ作成率円滑運用継続の取り組み（第二報）

○渡邊俊明、紀之定友子、神田あゆみ、西田龍平

永寿総合病院

【はじめに】診療録管理体制加算1取得要件に、退院時要約の適切な作成についての明記がされている。適切な作成とは、全診療科全患者について作成され、退院翌日から起算し、14日以内に作成提出された割合が毎月9割以上であることとされている。昨年の学会において、作成率向上について報告した。今年度、14日以内並びに30日以内の更なる作成率向上を目指した取り組みについて報告する。

【方法】平成27年度14日以内作成率9割以上の安定達成、30日以内作成率10割達成を、目標値に設定。平成26年度医師別・診療科別作成率を時系列に抽出し現状分析を実施。現状分析から得た問題点を基に、管理運用方法等の対応策を検討。対応策として、作成率および未作成件数等の情報について、アナウンスの強化を実施。依頼方法の見直し、未作成リスト公開のルーティン化などを実施し、作成率9割以上の安定達成を目指す。

【結果】当該サマリ未作成リストの作成並びに配布、サマリ作成率抽出方法の見直しを実施した上で、担当医へ依頼を頻繁に行なった。未作成サマリの多い医師、記載内容不備などへの個別対応を実施したことで、平成27年7月期から10月期における退院後14日以内サマリ作成率9割5分以上を達成するとともに、30日以内作成率10割達成の月もできた。

【考察】今回の取り組みによって、作成率9割以上の安定達成を実現するとともに、14日以内の作成が必要だという風土を院内から風化させずにいることができています。今後は、質の担保をしつつ7日以内9割以上達成並びに、30日以内10割達成の恒久化を実現するために、次の一手を引き続き診療情報管理室一丸となって検討実施していく予定である。

## 退院患者調査提出データの質向上に向けた取り組み

○西田龍平 1)、小熊亜里沙・長津陽子 2)、南雲寿子・森 和宏・山崎宏保 3)、橋本史子・岡本佳奈 4)、秋山玲子 5)、鈴木美沙都 6)、片桐真理子 7)、大西秀樹 1)

東京都病院協会診療情報管理勉強会  
DPC分科会

- 1) 永寿総合病院、2) 東京衛生病院、  
3) 森山記念病院、4) 南町田病院、  
5) 鶴川記念病院、6) 江戸川病院、  
7) 高木病院

【はじめに】DPC分科会は、平成20年3月に発足し、DPC運用方法、診療情報管理士のDPCに対する関わり方、院内へのDPC情報提供方法、DPCデータ解析・活用方法や、診療情報管理士が持つべき医事保険知識などについて意見交換を重ねてきた。今年度は2016年度改定に向け、退院患者調査提出データの取扱いについて取り上げたので報告する。

【方法】まず、次年度改定に向け退院患者調査提出データに“EF統合ファイル（レセプト情報）”に盛り込まれると予測される新規項目『重症度、医療・看護必要度』A・B各項目について着目した。この項目とカルテ情報である様式1の登録項目（一部）との整合性・関連性について、分科会参加医療機関内で調査を実施、現状運用について比較検討する。

【調査】A項目（モニタリングおよび処置等）においては、「専門的な治療・処置」にある抗悪性腫瘍剤の使用と管理を様式1内『化学療法の有無』との整合性について調査。B項目（患者状況等）については、様式1内『ADLスコア』との関連性の有無について調査を実施した。

【考察】データ提出加算の届出が要件化され、提出データに『重症度、医療・看護必要度』を含められることで、データの質について分析される項目の一つになる。DPC分科会内での調査並びに運用比較のため、比較対象医療機関が少ないが、自院と他医療機関の比較をすることで、自院の運用に活用できる部分がいくつかできたと考えられる。今後、継続して調査の実施並びに、データの比較検討をしていくことで、退院患者調査提出データの質向上につながられる様に活動していきたい。

## 診療圏をマップにして ～診療情報管理室でのデータをもとに～

○石井孝憲・酒井成美 1)、伊藤 悠・  
上平穂菜美・荒川直子 2)、秋山玲子 3)、  
天羽諒子 4)、北原明子 5) 山崎博光 6)、  
藤野英彰 7)

東京都病院協会診療情報管理勉強会  
入門・基礎分科会  
1) 佐々総合病院、2) 永生病院、  
3) 鶴川記念病院、4) 京葉病院、  
5) 亀有病院、6) 駒沢診療所、  
7) 千葉医療秘書専門学校

【はじめに】東京都病院協会の入門・基礎分科会は、診療情報管理士として役立つ専門職の確立を目的に、情報の共有で問題解決し、診療情報管理の役割について共に学び、向上する場として開催している。

今年度は、自病院の現状を知る第一歩として、診療圏の特色を把握するために、どのような資料が有効かデータを持ち寄り検討した。

【方法と経過】「2014年1年間の退院患者の住所」を基に、患者分布を明らかにし、地図におこし、一目でわかるように色分けし、入院経路を新たに調べることで、患者がどこを経由してくるのかわかり、診療情報管理士として自分たちの働く病院の強みや弱みを知ることや、地域に密着した医療ができるのではないかを考えて作業を行なうこととした。

【考察】どの地域から一番多く来院しているのかわかると共に、これからよりつながりを深めていく必要がある地域を知ることができた。これにより、地域での自病院の立ち位置の把握が可能となり、連携の少ない地域に対してアプローチすることが重要だと考えた。さらに、各施設に自院の特徴をアピールすることで、来院患者の増加を見込むことができ、より地域に根付いた医療を提供することができるのではないだろうか。

【まとめ】今回は2014年の退院患者の住所から、アプローチすべき地域を把握できた。しかし、自病院の周辺に住む患者が全て来院しているとは限らない。そのため、退院経路や紹介元に重点を置き、改めて「診療圏」を地図におこすことで、違う結果を得ることができるのではないかと。今後、地域連携に役立つ資料を診療情報管理士として提供することで、病院経営の向上にもつながるのではないかと考える次第である。

## 診療情報管理士が取り組む DPC 様式 1 精度管理 ～相違データ報告～

○野村理恵、玉置 薫、立石美恵、  
原 真紀

IMS グループ新葛飾病院

【はじめに】当院のDPC診療情報データ（以下、様式1）が作成、提出されるまでの運用は、医事課入院係（以下、医事課）がDPC支援システム、医事システム、紙ベースで使用するシートで様式1を確認し、さらに診療情報管理士が入院診療録、外来診療録、DPC支援システム、医事システムを根拠に最終確認を行なった上、DPC調査事務局へ提出している。

今回の発表は、医事課、診療情報管理士双方が確認した、様式1項目の相違について調査、分析したのでここに報告する。

### 【方法】

対象期間：平成23年4月～平成27年12月

対象データ：DPC様式1のデータ

診療情報管理士が医事課へ修正依頼した項目を集計

【結果】医事課、診療情報管理士双方が確認した、様式1項目の相違データを比較すると、入退院情報、手術情報の修正件数が90%以上、平成26年度の改定後においては、修正件数60%以上を占め、加えて持参薬使用情報が10%を超えた。持参薬の使用情報、入退院情報の一部については、紙ベースで運用していることから、記載モレや、チェック項目の間違いが散見された。一方、診療科別の修正件数では、平成24年度の改定以前は、整形外科が修正件数の約半分を占め、平成24年度改定後は、心臓血管外科が半分以上を占める結果となった。

【考察】この結果から、医事課の視点と診療情報管理士の視点が異なることや、解釈の違い、記載モレ、個人のスキルの差によって様式1の作成に相違がでると考えられ、それを診療情報管理士が修正することによって、様式1のデータがより高いレベルで提出されていることが確認できた。今後は、医事課と定期的に知識の共有を行ない、さらなる精度を向上させるべく取り組みを行なっていきたいと考える。

## 診療情報管理体制整備の取り組み

○岩渕由美、田中智子、齋藤 整

東京リバーサイド病院

【はじめに】病院機能評価受審の際に、診療情報の組織的な量的監査を実施・定着させるよう指摘を受けた。これを機に診療情報管理を確実にするため、部門横断的にモニタリングを行ない、診療情報管理体制の改善に取り組んだ。

【方法】診療情報管理士を配置し、活動のベースとなる診療情報管理委員会を設置した。委員会での議論をもとに診療情報管理業務を明確化し関連規程やマニュアルを改定した。また、全退院患者の診療情報の量的点検を行なった。未作成の退院サマリーは、診療情報管理士が定期的にピックアップし早期作成を促した。さらに委員会において毎月3件のカルテを抽出し、電子カルテで必要な記録および紙媒体で必要な同意書等を当院で定めた項目に沿って点検した。

【結果】診療情報管理体制整備前は部署ごとの診療情報管理であったが、統一した診療情報管理が可能になった。また、全退院患者の診療情報を量的管理することで記載不備を早期に解消できるようになった。退院サマリー2週間以内作成率は、H26年4月58%だったがその後は2週間以内90%、1ヵ月以内100%の目標をほぼ達成できるようになった。委員会でのカルテ記載内容の点検では、問題のある事例の改善策を協議し、各部署にフィードバックすることで記載の必要性を意識し再発防止にもなっている。

【まとめ】診療情報委員会を設置し診療情報管理を明確化したことにより診療情報の組織的な量的管理体制が整い定着化できた。今後継続し記録の質向上を目指していきたい。

## 河北総合病院におけるカルテ監査実施の報告

○榎本由紀子、下村彩加、沢居亮太、橋本昌仁

河北総合病院

【はじめに】診療録は定期的な記載状況の評価・監査が行われていることが望ましいとされている。日本医療機能評価機構の評価項目Ver.1.1に「診療記録の質的監査」について明記されており、当院では、年1回行なわれている量的監査に加え、年4回質的監査を行なっている。今回、第1回および第2回の質的監査が終了したため、結果を報告する。

【方法】11名の初期研修医が記載したカルテを選出し、各初期研修医に対して4名の上級医師が、当院が定めた入院診療情報録規定（以下、規定）に従ってカルテ記載されているか、24項目の監査を行なった。監査は3か月ごとに行ない、監査実施と集計、検証をして、結果を研修医個人と院内にフィードバックを行なった。

【結果・考察】全体的に概ね良好な結果であったが、次の2項目は評価が低かった。「家族歴の記載」は「家族歴」を電子カルテに入力する箇所が明確ではなかったためと思われる。説明と同意における「同席者名が記載されている」では、該当する監査対象のカルテが少なかったことが原因と思われる。

【まとめ】第1回監査では監査者主観が結果に影響したため、規定に基づいて質的監査評価基準表を作成し、監査基準を明確にした。第2回監査では、結果を診療の質向上委員会へフィードバックし、改善策として「家族歴」の記載欄を作成した。説明と同意については、監査評価に非該当項目を設けた。このように監査結果を基に改善策を立て、PDCAサイクルを確立することが質の高い診療記録を作成する上で重要である。また、監査結果を継続的に改善の度合いを確認し、診療の質向上のために継続して質的監査を行なっていきたい。

## 病棟内における転倒・転落を減らすための取り組み

○菅原育美、原田恵美、松尾典子

信愛病院

【はじめに】当病棟では、転倒・転落に関するアクシデントが平成25年の77件に比べ、平成26年は110件と大幅な増加がみられた。そのため、転倒・転落に対する意識付けをはかるためスタッフへのアンケートの実施・呼びかけを行ない、今回転倒・転落のアクシデント件数に少しながら変化がみられたのでここに報告する。

【方法】転倒・転落予防のためのセンサーを使用している患者の自室前にON・OFFカードを設置する。転倒発生毎にナース室のネームボードに日付を記入した緑シールを貼り、転倒・転落回数がわかるようにする。本人およびご家族に説明するパンフレットの配布。スタッフへの意識付けのためのアンケートの実施。アクシデントの分析および事故防止策の検討。

【結果】転倒・転落予防のためのON・OFFカードにおいては、「廊下の目につく所に置いてあったのでわかりやすかった」といった意見がある一方で、「慣れてくると目に入らなくなった」といったマイナスな意見も聞かれた。

【考察】今回、転倒・転落予防のためのON・OFFカードを使用することによって、センサー対応している患者が誰なのか、視覚で認識することができ、危険に対する意識を高めることができたのではないかと考える。また、パンフレットを配布・説明することによってスタッフだけでなく、家族にも転倒・転落に対する関心が向けられ、患者の転倒・転落の危険度を理解してもらえたのではないかと考えられる。

## 転倒・転落防止への取り組み

○長沼美紀、三浦千枝、立野知美、高山由美、荒巻洋子

荏原病院

【はじめに】入院患者の転倒・転落を防止するため、「転倒・転落アセスメントスコアシート」（以下、スコアシート）を活用し、入院時から転倒・転落予防に必要なケアの実践に努めている。しかし、同一患者の転倒が続いたため、スコアシートの活用方法の現状調査を実施したところ、スコアシートから導かれる転倒・転落の危険性の理解に個人差が生じていることが明らかとなった。その原因として、情報収集不足、情報共有不足が考えられたため、必要な情報がわかる記載例を提示し周知を図った。これらの取り組みにより転倒・転落に関する情報を過不足なく収集し、共有できるようになったので、その取り組みを報告する。

【方法】「日々の安全対策記載例」と「転倒・転落評価時の記載例」および注意事項を作成し、作成前後の転倒・転落に関連した患者情報を比較した。

【考察】転倒を招く身体上の要因には、麻痺や筋力低下などの運動要因、視力障害、難聴などの感覚要因、認知症による危険に対する判断力低下、睡眠薬使用による判断力低下などの高次要因がある。その要因のみを表示しているだけでは、皆が情報共有することができなかった。記載例の周知を図ることで、詳しい状況まで記載することができるようになり、患者の転倒・転落の危険性を共有できるようになった。

【まとめ】「日々の安全対策記載例」と「転倒・転落評価時の記載例」の周知により、転倒・転落の危険性の共有を図ることができた。スコアシートに必要な看護記録を効率よく記載できるよう、観察力、アセスメント能力の向上が今後の課題である。



## 転倒・転落に対する看護師の意識変化とアセスメントシートの活用

○岩崎裕美、山縣尚子、達崎未和子、瀬田一成

等潤病院

【はじめに】入院患者の転倒・転落の事故は、高齢者の場合、寝たきりになる危険がある。転倒・転落の経験は患者の自信喪失につながり、その後の活動性の制限を招くことが考えられる。当病棟は入院時、転倒・転落アセスメントシートを活用しているが、危険度Ⅰの患者に対する危機意識が薄く、転倒が続いた。そこで危険度Ⅰの患者の再評価の導入と危険度Ⅱの該当患者はカンファレンスを実施し、看護師の転倒・転落に伴う危機意識の変化について調査を行なったのでここに報告する。

【方法】危険度Ⅰの患者に対する転倒・転落アセスメントシートの3日後と1週間後の再評価を導入し、看護計画を作成する。危険度Ⅱに該当した場合、カンファレンスを実施する。看護師に転倒・転落に対して危機意識の変化があったのか、アンケートによる意識調査を実施する。

【結果】危険度Ⅰの患者を再評価し、患者の状態にあったアセスメントシートの活用ができるようになった。また週1回のカンファレンスを行なうことで、スタッフ全員が患者の情報共有ができ、対策を立案・実施したため、転倒・転落患者の減少につながった。アンケートによる意識調査の結果危機意識が高まった。

【考察】入院時、危険度Ⅰだが状態変化によるリスクが高まる時期があるため、転倒・転落アセスメントシートを活用し、再評価することは重要である。またカンファレンスを行なうことはスタッフ間での情報共有ができ、対策を立てることができる。結果、転倒・転落に対する危機意識が高まり、患者の安全へのケアにつながると考える。

【結論】転倒・転落のリスクがある患者に対して、看護師の危機意識が高まり、転倒・転落する患者が減少した。

## 患者誤認減少への取り組み

○中川浩子、長塚綾子、小松原智子、山田有紀、神田栄美子

荏原病院

【はじめに】患者誤認は、重大な医療事故、病院の信頼失墜につながる。リスクマネジメント看護部会（以下、委員会）では、患者誤認予防キャンペーンや研修を行ない患者誤認予防に努めている。電子カルテのバーコード認証機能の導入に伴い、注射や検体採取時の患者誤認は減少してきている。しかし、書類に関連した患者誤認は一向に減少していないため、委員会で取り組むこととなった。これまでの取り組みとその効果を報告する。

【方法】院内で発生した患者誤認事例（ヒヤリハットを含む）と、再発予防策をすべて委員会において共有した。書類にかかわるクランクへの指差呼称確認のデモンストレーションを実施した。カルテとIDカードを一体化して保管することでとり間違いを予防した。

【考察】書類を渡す相手の氏名確認はできているが、書類の氏名を確認していないことが多かった。書類へのIDインプリント時のIDカードの氏名の確認不足があった。また、電子カルテの記載時の患者氏名の確認行為も不足していた。クランクは、業務の特徴から指差確認行為を行なうタイミングがないことがわかった。これらの問題を解決するためには、起こった事例の振り返りを、関わった者全員で振り返る取り組みが必要である。他職種間のコミュニケーションを推進し、書類の確認行為を確実にしていく。また、目視の危険性について認識を高め、書類に関連した患者誤認予防策を徹底していきたい。

【まとめ】患者誤認予防には安全対策への患者の参画を促すことも大切である。安全対策を広い視野から考え、患者誤認を予防していきたい。

## 与薬業務適正化に向けた院内共通ルールの作成

○齊藤絵美、堤 福子、根本優美子、  
西 郁子、豊岡 恵、海老沼美代子、  
中村央子

豊島病院

【はじめに】当院では、インシデントの内容分類の中で、薬剤の占める割合が多い。インシデントに至った要因分析の結果、投与忘れのインシデントが多くみられた。その対策として各病棟でルールが作られ、病棟毎に業務マニュアルが作成され運用されている現状が明確になった。

今回、安全で適正な与薬を目的に、各病棟独自の与薬ルールを排し、与薬手順を見直し、院の医療安全マニュアルとして運用する取り組みを行なった。その結果と今後の課題を報告する。

### 【方法】

- 1) インシデント発生要因と病棟毎の与薬に関するルールを調査
- 2) 新与薬手順の作成と実施後の遵守状況調査

【結果・考察】各病棟の手順を調査した結果、臨時薬は全てダブルチェックをしていた。また、定時薬の準備方法・持参薬の管理方法・与薬時の準備方法等に様々な違いがあった。

さらに、ハイリスク薬の確認はダブルチェックを行なっているが、時間差のダブルチェックや、その場で同時に確認しているダブルチェックをしているところもあり、あらゆる場面で手順の違いがあった。新手順は特に薬の準備・確認方法について明記した。

新手順での実施後の遵守状況調査では「薬剤は電子カルテと照合し（画面で内容を確認）、準備をしている」は100%であり、患者確認場面は遵守されており患者間違いは減少した。

「タイムリーに実施入力ができている」は79.1%であり、配薬から服用後確認するまでの時間差が生じるために、低い傾向となった。今後は、与薬時・与薬後の確認について、マニュアルを遵守した行動の徹底が課題である。

## オムツ体験を通して患者様の権利と倫理を考える

○稲垣由美、松原広治

久米川病院

【はじめに】私達は日々患者様の排泄ケアを行なっているが、汚染されたオムツの後始末に追われ、患者様の自尊心への配慮が欠けていることがある。そこで患者様の尊厳を守る排泄ケアを実現するための第一歩として、オムツ内で排泄する患者様の気持ちを理解する目的でオムツ内での排泄体験を実施した。

【方法】今回の目的に賛同の得られた多職種32名の職員を対象にオムツ内での排泄体験後、アンケート調査を行なった。

【結果】オムツ内で排泄する際の気持ちは、尿が漏れ出ないか心配・不安という意見や排泄することへの抵抗感や羞恥心という意見が大部分を占めた。排泄後は気持ち悪い・落ち着かない・残尿感がありすっきりしないという意見が多くを占め、絶望感や怒りを感じた職員もいた。汚染されたオムツを着けている時は不快感が大多数の意見を占めた。

【考察】体験結果からオムツ内での排泄に対し負の感情を抱く体験者が大部分を占めたことから、職員が日々の業務の中で当たり前のように感じがちなオムツ内で排泄するという患者様の行為を改めて深く考える良い機会となった。また、ある体験者から『オムツ内で排泄する時の惨めな気持ちや、汚染されたオムツを他人に処理される時の恥ずかしさといった患者様の気持ちを、少しでも理解してケアに携わるだけでも患者様への接し方が変わると思う』という意見があり、さらに別の体験者は『オムツ内で失禁した患者様の気持ちに配慮できるようになったことで、実際の排泄ケア時に患者様への言葉のかけ方が変わった』という意見がある等、患者様の気持ちに寄り添い共感する意識が職員に芽生えたことで、当初の目的である患者様の尊厳を守る排泄ケアの実践に今後つながっていくと考える。

## 寝たきり高齢者のご家族への支援を考 える

～思いやりアンテナを巡らす～

○米玉利美幸、浅野明美、高橋眞弓、  
井本佳織、藤本靖子

久米川病院

【はじめに】介護療養病棟に入院してくる患者は寝たきり高齢者が殆どで、急変時に家族の慌てる場面に遭遇することが多々ある。そこで、患者ケアを振り返り高齢患者の家族へ関わりが足りないと気づかされ、必要な家族支援とは何かを考えたので報告する。

【方法】高齢者への関わりと看取りについて事例検討とアンケートを実施した。安定期には看取りについての話を切り出しにくいという意見が多かった。しかし、家族に看取りに関して話をする機会を作ることで、「いつ迄続くのか」という気持ちです。でも、有難いです」「いなくなったらどうしよう」など、揺れ動く気持ちを聴くことができた。食事が食べられなくなった親の今後を「僕が決めて良いのでしょうか」と話す長男の声があり、家族内での看取りについての話し合いがされていない場合もあった。アンケートでは日常の関わりも不十分な点がみられ、急変が起こりやすい高齢者については日頃から看取りへの支援が足りないとわかった。

【考察・まとめ】日本では病院死が多く、日常では死について話し合う機会が少なく、関わり方が苦手といわれている。しかし、介護する私達は高齢者とその人らしく生き、その人らしく最期を迎えるために、その考え方や家族の気持ちに寄り添いたい。そのためには患者家族との信頼関係を結ぶ日常ケアと思いやりのアンテナを巡らせ、支援する事が大切である。そして、患者家族と向き合っ、日頃から家族がどう生きるかを考える機会をつくる役割があると考ええる。

## 回復期リハビリテーション病棟におけ る退院支援への取り組み

○鈴木珠美、大木沙友里

野村病院

【はじめに】平成25年度の院内で行なった研究で明らかになった退院支援の課題「必要な知識を得る」「システムの標準化を目指す」「情報を文章化し共有する」に対する2年間の取り組みについて考察し、今後の課題を報告する。

【取り組みの実際】

①「必要な知識を得る」ための取り組み

院内・院外研修や訪問看護同行研修への参加

②「システムの標準化」に対する取り組み

病棟独自の退院支援フローシートを作成、グループ活動を推進、東京都退院支援強化事業の退院スクリーニングシートの活用、リハビリテーションスタッフとのカンファレンスによる多職種連携

③「情報を文章化し共有する」に対する取り組み

記録様式の見直し、退院支援係による指導、患者カンファレンスでのリアルタイムの記録、電子カルテの活用

【考察】看護師チームで他院支援に関わる話し合いを行ない、チームで計画が立てられるようになった。また、リハビリテーションスタッフとの連携により患者の運動機能回復を把握し、患者の持つ能力を活かした働きかけが可能になった。患者情報の文章化による共有化は、退院支援係の指導や看護計画の記録を統一したことで記録・評価の実施率が向上し、情報を活用しやすくなった。

【今後の課題】記録の内容からアセスメント能力・情報収集能力の不足がみられている。個人ではなく病棟全体で取り組む必要があり、今後は定期的な勉強会を開催していく。また、アセスメントが適切に行なわれるよう入院時のスクリーニングシートの導入を検討している。現在、患者カンファレンスの時間の延長という問題がある。時間をきめ、対象患者の受持看護師が事前の準備を行なうルールをつくる必要がある。

【まとめ】新たな課題に対して、患者・家族が選択・決定しやすい退院支援につなげていきたい。

## 断らない病院を目指して

○小林さつき、滝田弘美、佐藤千里、  
武田聡子、梶原由貴

永寿総合病院

【はじめに】現在、日本は年々増え続ける保健医療費はもちろんのこと、医療現場では、最先端の医療から看取り介護と大幅な医療需要に対応しなければならず、医療施設は常に混雑を極めている。そこで、少しでも患者にとって、職員にとって、満足いくものを導き出すために、今回「断らない病院をめざして」をテーマに検討してみた結果をここに報告する。

【方法】①救急外来の受診状況を過去データと比較 ②時間外患者の未受診状況の把握のため、総合受付でその理由を情報収集した（期間平成27年9月14日～9月30日、土日、祝日を除く10日間） ③患者相談課に寄せられる患者の声の分析

【考察】当院の病院基本方針は、「自分の家族もみてもらいたいと思う病院」であり、重点項目として①断らない病院 ②患者の心に寄り添う病院 ③地域の中核病院として、地域との連携の強い病院 ④コミュニケーションの良い働き甲斐のある病院があげられる。その中で、今回私たちは、断らない病院に着目し、検討を進めた。断らない病院の要件として、①救急車を断らない ②救急患者を断らない ③紹介患者を断らない ④時間外（夜間・休日外）患者を断らないがある。当院は①、②、③に対しては、夜間当直医の増員・未応需数の把握と分析を毎月行い改善に取り組むなど、地域連携室とも十分な連携を保ち、改善に向かっていくことが明らかとなった。しかし、時間外患者を断らないということについては、満足のいく結果は得られず、大きな課題が明らかとなった。

【おわりに】課題克服のためには、当院の受診方法の丁寧な説明・各科の受診の専門対応の在り方などシステムを十分に理解するための、パンフレット・ホームページの活用、それらをまとめ、対応する部署の整備が急務であることがわかった。今後はその整備に対応していきたい。

## 回復期リハビリ病棟における意識調査

○柳 真由美、佐藤 綾、田中弘子、  
内山裕美、小平祐造、市橋富子

花と森の東京病院

【はじめに】当院の回復期リハビリ病棟（以下、回りハ病棟）は、4月に開設して約6カ月が経過した。「患者の在宅復帰」という目標に向かって連携・協働を図るために毎日カンファレンスを実施し、スタッフ間の情報共有に努めている。業務体制は安定しつつあるが、チームアプローチの強化が課題としてあげられている。これは各スタッフ間の果たす役割についての認識の差によるものと推察された。この6カ月間で回りハ病棟のイメージや心境がどのように変化しているのかを把握するためにスタッフ間の意識調査を行ったので報告する。

【方法】対象：回りハ病棟スタッフ42名。

期間：2015年10月9日～17日。回りハ病棟のイメージ・特徴・多職種間の情報共有と方法・チームアプローチ・看護師に望むことについてアンケート用紙を作成し調査を行った。

【結果】アンケート調査より各職種間でADLの認識の違いと情報共有不足により、リハビリと日常生活のADLに差が生じていることが明らかになった。またどの職種とも連携が図れているのは看護師であった。

【考察・まとめ】回りハ病棟では高齢により認知機能が低下している患者が多く、看護師が中心となり多職種との情報共有を行ない、連携を深め、ADLを把握する必要がある。また連携の要となっている看護師はマネジメント能力が求められているため、今後の課題として取り組んでいきたい。

## 特定妊婦子育てカスクリーニングとケアプランの確立

○田村由香利、白石亜野、佐藤桂子

豊島病院

【はじめに】 当院では妊産婦へ充実した保健指導を行なうために、全妊婦に対して妊娠初期、中期、後期の計3回個別指導を実施している。しかし、分娩数増加と共に社会的問題や精神疾患のある妊婦へのケアも増加し、助産師だけで対応することは困難な状況となった。また、MSWとの連携基準についても、各助産師の判断が異なるなどの課題があがった。特定妊婦のスクリーニングの標準化とケアプラン統一化に取り組み改善された結果を報告する。

【方法】 平成25年度末に厚生労働省が各保健センターに子育てハイリスク群として、通達した資料をもとに、平成26年に当院オリジナルで子育て支援シート（スクリーニングシート）を作成した。チェック項目について加点式となっており、外来の保健指導の際にこれを用いて、配点により個別指導の強化や、MSWとの早期連携、地域での介入を開始した。また、入院中の妊産婦に対する子育てハイリスク退院支援用チェックシートを導入し、該当者には全員プライマリナースを配置し指導を計画、実施した。また、退院時にサマリーを用いて地域に事前に情報提供し支援継続を依頼した。

【考察・まとめ】 子育て支援シートによって特定された妊婦に対して、MSWが介入することで早期から産後の育児環境の調整やサポート体制を整えることができた。また特定妊婦という認識をスタッフ1人1人が持つことで、入院中の育児行動や関わり方など手厚く指導し、統一した対応をとることができた。今後も、子育てハイリスク群に当てはまる妊婦を見逃すことなく、早期からの支援が実現できるよう他職種、地域と連携して母児が安全に健やかに生活できるようにしていきたい。

## アクションカードを用いた超緊急帝王切開トレーニングの評価

○筋野 恵、平本久代、武下美佐代

豊島病院

【はじめに】 当院では昨年の分娩件数681件に対し、超緊急帝王切開の発生は2件で厚生労働省のデータと比較し標準的である。母児の救命は時間が勝負であるが、緊迫している状況で慌てたり、業務が重複したり、未だタイムロスが生じている。アクションカードを作成し、活用することで、児娩出までの時間短縮を図ることに取り組み、状況の改善がみられたため、その成果と課題を報告する。

【方法】 ①超緊急帝王切開の場合、手術室直通エレベーター10号機を使用している。そのため、超緊急帝王切開を10号機カイザーと命名した。そして、緊急帝王切開と緊急性が異なることをスタッフと関連部署に周知。②10号機カイザーの勉強会・テストの開催。③アクションカードの作成。④③を用いてトレーニングを実施し、自己と他者の役割を明確化させた。⑤③を用いて合同トレーニングを実施し、各部門と連携を検討した。

【結果・考察】 アクションカードの導入により、自分の役割が認識でき、合同トレーニングで手術入室までの時間を6分58秒から4分21秒に短縮することができた。さらに、必要物品の準備や環境整備、他部門との協力体制・連絡方法、出棟までの一連の流れ、声かけの重要性、患者への配慮など多くの改善すべき点に気付くことができた。今後は、さらに時間短縮のために専用の業務連絡と児受けセットの一包化等を検討したい。また、定期的な合同トレーニングを計画、実施し、職員の意識の向上と関連部署との連携を強化していきたい。

## PNS 定着に向けた取り組み ～ PNS ラウンドを実施して～

○諸藤めぐみ、佐々木淳子、山崎淳子、  
宇佐美路子、相馬 淳、大亀真由美、  
大山文恵

豊島病院

【はじめに】当院は、平成 25 年度末よりパートナーシップナーシングシステム（以下、PNS）を導入して 2 年目をむかえた。しかし、まだ多くの病棟で PNS を導入した効果が現れていない。そこで、PNS 定着推進グループによるラウンドを実施し、現状調査を行なった。ラウンド結果をもとに改善策に取り組み、その成果と今後の課題をまとめたので報告する。

【方法】看護方式の変更には意識改革が重要であり、グループ活動の要となる「グループリーダー研修」と新人の精神的な支えにもなる「フレッシュパートナー研修」を実施した。

そして、現状を把握するために 2 人 1 組になり、監査表（注 1）を用いて全病棟をラウンドし、現状調査を行なった。ラウンド結果は、病棟看護師長にフィードバックし、改善策実施 3 か月後、再ラウンド調査を行なった。

【結果】PNS ラウンドを実施し改善策を講じた結果、ペアの受け持ち患者をまとめて表示する、ペアでラウンドを行なう、リシャッフルを実施するなど、PNS の形式や方法は整えられてきた。しかし、①対等な立場で看護の視点をアセスメントし合う、②患者状態の情報交換を適宜行なう、③就業時間内に終わるように業務量調整や業務の組み直しを行なうなど、認め合い、補完し合う要素を充分に取り入れるまでには至らなかった。

【まとめ】PNS を定着させるためには、スタッフの意識改革が必要であり、看護師長が粘り強く、コミュニケーションを取り続けながら、変革していく必要がある。看護師長が運営・教育面をマネジメントし、PNS のマインドの醸成や 3 重および 4 重構造の構築を率先して実践していくことが今後の重要課題である。

注 1)「新看護方式 PNS 導入・運営テキスト」  
日総研出版より引用

## 自己肯定感を高める職場作り ～外来・訪問の多職種会議を通じて～

○船浪紀子、矢尾知恵子

河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷  
(河北総合病院)

【はじめに】勤務中は、訪問看護ステーションも外来も目の前にいる患者・家族への対応に注力している。特に、在宅は時間を意識しながら単独で実践することを、外来は来院患者数や重症度に応じた対応が求められる。そのためスタッフ間のコミュニケーションを図り、よりよいサービス提供に努めようと日々努力している。しかし振り返りでは、「できていないこと」に注目してしまう自己否定傾向があり疲弊感を高めかねない。

【方法】精神科訪問看護の「ストレングス（強み）」に着目する”考え方を参考に、管理者・主任が中心となってファシリテーションした。

【経過】年 3 回実施する多職種会議（訪問看護ステーション・外来看護師・外来クラーク）でファシリテーションを実施した。訪問と外来のより良い連携に向けて、「すでに私たちができていること」に注目し、できていること＝ストレングスという認識がもてる機会を作った。また、自己肯定と他者肯定の手紙を全員で書き、和やかな雰囲気の中 1 人ずつ読み上げる場作りを行なった。つい自己否定に陥りがちな気持ちをリセットさせ、肯定＝ストレングスに注目させた。

【考察】私たちは日々よりよいサービスの提供を目指し努力している。その努力はできていないことに注目がいくことで自己肯定を低下させ、疲弊に変わり職場の士気は下がる。そのような職場で質の高いサービスを生み出すことは難しく、燃え尽きるスタッフを生み出しかねない。本来持っている強みを引き出し、強化することで自己肯定感を高め、「できなかったこと」に注目しがちな反省会を止め、客観的に自己を振り返るリフレクションにシフトし高めることがサービスの質向上にもつながると考える。

## CT 造影前ルート確認と至適撮影タイミングの検討

○岩波孝彦、三宅 聡、岩原信一郎、  
猪口正孝

南町田病院

【目的】 当院での造影 CT 検査は Plain 撮影を行なった直後にインジェクターにセットされている造影剤とあらかじめ患者に穿刺してある留置針ルートを接続し、injection start から prep 撮影が始まる 10～15 秒間で接続漏れや血管外漏出の確認を行っていた。しかし、この方法では直ぐに撮影が始まるため確認不足となり接続漏れや血管外漏出に気付けないことや、頸～頭部 3DCTA 撮影で至適タイミングを逃していることもあった。そこで Plain 撮影前に実際と同じ注入速度で生理食塩水注入を行ない、造影剤漏れの十分な確認や prep 開始時間を短縮することで至適タイミング撮影の向上に寄与できるかの検討を行なった。

【方法】 造影剤ルート接続部の漏れや血管外漏出の確認を全ての撮影前にインジェクター内生理食塩水を用いて実際の注入速度で 10～15ml 注入し、刺入部や接続部を監視する。頸～頭部 3DCTA では prep 開始を 5 秒早め確実に至適タイミングを捉えられるか検討する。

【結果・考察】 限られた時間内で行っていたルート確認を全ての撮影前に行なうことで注意深く観察することが可能となった。また用手的に生理食塩水を注入し、確認を行っていた患者では実際の注入速度との間に差異があり確実な造影剤漏れの確認を行なうことは困難であったが今回の方法では実際の注入速度で注入するため確実性が増した。

頸～頭部 3DCTA 撮影では prep 開始を 5 秒早めることで実際に内頸動脈内造影剤の至適タイミングを捉えることが可能になった。また Plain 撮影から直ぐに造影撮影に移行できるため体動による位置ずれを低減させることができた。

今後全ての造影検査に本法を用いることにより、造影剤漏れの低減や確実な刺入部観察が可能になるものと思われる。

## 連携医療機関に対する放射線科検査案内配布の取り組み

○伊藤清香、加藤 芳、山本雅徳、  
山田裕輔、古川祐子、古賀洋介、  
神長良昌、田中弘晃、安井佑典、  
谷野祐子、小塚雪乃、豊田麻衣、  
藤浪喜久夫

豊島病院

【はじめに】 豊島病院は、地域医療支援病院として、地域の人々が継続性のある適切な医療を受けられるよう努めている。放射線科は画像診断と放射線治療で地域の医療機関と連携しており、医療機関関係者の方々や紹介患者さんの満足度を向上させる取り組みを続けている。今回放射線科では検査案内冊子を作成し、近隣の連携医療機関に配布する取り組みを実施したのでその内容を報告する。

【目的】 紹介患者さんが当院での検査、治療を安心して受けられるよう、連携医療機関に対して放射線科検査案内冊子の作成・配布を行ない、患者さんに対する検査説明にご活用いただく。また、冊子には予約方法一覧等を記載し、連携医療機関関係者の方々の予約時の負担軽減の一助とする。

【方法】 冊子の内容は、予約方法、検査方法、検査時間、費用、検査で得られる画像の例、症状・病変に対する適応検査一覧などとした。予約方法はすべての検査を一覧にし、一目で分かる形式にした。検査案内は患者さん向けと医療関係者向けの 2 種類を記載し、患者さんにコピーしてお渡しできるようにした。

【結果】 今回の取り組みで、連携医療機関の患者さんに対しても検査内容、費用などを事前にお知らせすることができ、より安心して検査を受けて頂くことが可能になったと考える。また、予約方法一覧や最新検査方法の掲載によって、医療関係者の方々の予約時の負担軽減や最新医療情報収集の一助につながった。

【まとめ】 放射線科検査案内冊子を連携医療機関に配布することで、患者さんと連携医療機関関係者の満足度向上につながった。検査方法は医療技術の向上に伴い日々変化していくので、定期的な改訂の必要性があると考えられる。

## ピクトグラムを用いたMRI安全チェックリストの作成

○小野寺聡之、高崎勇太、岡村 翼、  
植田貴司、堀内 彰、山下 明

荏原病院

【はじめに】MRIは非常に強力な磁石と電磁波を用いて行なう検査のため、ペースメーカーや人工内耳・脳動脈瘤クリップに代表される体内デバイス・金属挿入患者に対して検査を実施することは、生体損傷の重大なリスクを伴う。当院では、検査準備ができた患者に対して、医師による検査同意書とは別に、検査担当者がMRI安全チェックリストを用いて最終確認を実施している。しかし、主に文字で構成されたチェックリストのため、高齢者や外国人にとってわかりにくい可能性があった。

【方法】従来のチェックリストの内容を項目ごとに再整理し、新たにアクセシビリティの高いチェックリストへの改訂を行なった。ユニバーサルデザインの概念を基に、難しい用語は使わず、文字の代わりに絵文字（ピクトグラム）を多用し、カラフルにすることで親しみやすいものを目指した。

【考察】改善後のアンケート調査結果の分析より、ピクトグラムを用いたチェックリストを使用することによって患者の理解度向上に役立つとの回答が90%以上を占めており、「MRI検査の安全性向上を図る」、「患者の検査に対する不安を軽減し、安心して検査を受けていただく」の目的が達成できたと考えられる。

【まとめ】MRI検査の安全性の向上を図るには、チェックリストの内容を患者によりよく理解していただき、協力を引き出すことが重要である。特に初回患者や救急患者等においては患者の病歴等を入手する手段は少なく、チェックリストを用いた問診が重要な情報源となる。ピクトグラムを用いたチェックリストを使用することによって、患者の理解度が向上し、MRI検査の安全性の向上を達成することができた。

## 採血室の環境改善

○久和美咲、秋葉宏美、田原真琴、  
中尾彩花、荒井克己

豊島病院

【はじめに】現在、我が国では高齢化や疾病構造の変化等に伴い、患者の医療に対するニーズが多様化しており、患者サービス向上を図る取り組みは必要不可欠である。その中で、採血行為は侵襲的医療行為であり、痛みを伴うことから患者が不安を感じる場合も少なくない。そこで我々は、患者の不安を軽減し、患者サービスの向上を図るために採血室の環境改善を実施したので報告する。

【方法】病院を訪れる患者の大多数は高齢者であり、加齢による視界黄変化が生じている患者も多い。そこで高齢者が識別しやすい色調を用いて掲示物を作成した。次に採血室で音楽を流すことで患者の緊張をほぐし、不安を解消することを試みた。また、止血が不十分で流血してしまう患者が多かったため、止血を促す掲示物を作成した。さらに以前よりも職員による声かけを強化し、自身での止血が困難な患者やワーファリン内服患者には包帯を巻くことで流血防止を試みた。

【結果】高齢者が識別しやすい色調を用いたことで患者から「分かりやすくなった」という声を頂くことができた。また、音楽を流すことで患者の緊張をほぐす効果が得られ、採血者にとっても業務を円滑に遂行することが可能となった。止血防止の一連の取り組みでは、防止対策を実施する以前の流血件数の平均と比較し、実施後は約70%減少した。

【結語】採血環境の改善を実施することで患者サービスの向上だけでなく、職員の業務環境の改善にもつながった。患者に安心・安全な医療を提供するためには、患者サービスの向上を図っていくことが必要である。今後も業務改善に向けた意識を強く持ち、患者サービス向上に向けた取り組みを実践していくことが重要であると考えられる。



## 外来尿路感染症患者より分離された大腸菌の薬剤感受性成績

○佐野美樹、山田景土、柏 真知子

豊島病院

【はじめに】大腸菌は尿路感染症の主要な原因微生物であり、その治療にはキノロン系薬が第一選択とされている。一方で近年、基質拡張型β-ラクタマーゼ（ESBL）産生株をはじめとする薬剤耐性大腸菌の増加が問題となっている。そこで今回、過去10年間の自施設における大腸菌のレボフロキサシン（LVFX）感受性およびESBL産生菌の動向を調査した。

【材料および方法】2005年1月から2014年12月の間に外来患者の尿検体より分離された大腸菌801株を対象とした。LVFX感受性率およびESBL産生菌分離率について集計し、年次推移、年齢別分布を確認した。

【結果】LVFX感受性率の年次推移では、耐性菌の割合は2006年が15.1%で最も低く、2011年が29.8%で最も高かった。年齢別分布では、耐性菌の割合は0～20歳が6%で最も低く、81歳以上が30.3%で最も高かった。ESBL産生菌分離率の年次推移では、2005年の1.5%が最も低く、2014年の14.2%が最も高かった。年齢別分布では21～40歳が2.2%で最も低く、81歳以上が12.1%で最も高かった。また、全集計期間中に検出されたESBL産生菌70株中LVFX耐性菌は53株（75.7%）であった。

【まとめ】今後高齢者の増加に伴い、LVFX耐性大腸菌およびESBL産生大腸菌が増加する可能性がある。抗菌薬を適切に使用するために薬剤感受性の動向を調査することは重要であり、今後も継続する必要がある。

## CPAP 治療患者へのアンケート調査

○大谷奈央、木村元紀、景山里佳子、本木智絵、澤本久美子、小林真実

荏原病院

【はじめに】当院では2010年4月に生理検査室内にCPAP外来を開設した。CPAP外来では精神科医師とともに、臨床検査技師がCPAP治療中の患者に介入を行なっている。介入内容は、CPAP機器やマスクなどの備品の管理や、CPAP治療に関する情報提供、データ説明など多岐に渡っている。2014年11月現在、147名の患者が加療中であるが、医師や検査技師の介入によっても、アドヒアランスが向上しない患者が存在している。

【目的】CPAP治療中の患者にアンケート調査を行ない、アドヒアランス別に効果や継続する理由などに違いがあるのかを検証する。

【方法】2013年（CPAP外来開設3年後）と2015年（開設5年後）に、同内容のアンケート調査を行ない、アドヒアランス別にその結果を集計する。

【結果】2013年には39%であったアドヒアランス良好群の割合が、2015年には52%に増加した。「現在CPAPの効果を実感しているか」という質問に対しては、アドヒアランス良好・不良群ともに「はい」という回答が多かった。CPAP継続理由も両群ともに差はなく、「健康のため」と回答するものが多かった。アドヒアランス不良群に対して「CPAPを4時間以上使用できない理由」を調査した結果、CPAP機器の問題やマスクが合わないなどの、CPAP外来で対処可能な問題は少ないことがわかった。

【考察】アドヒアランス別に結果を集計することにより、CPAP使用効果や継続理由にはアドヒアランスは大きく関与しないことがわかった。また、アドヒアランス不良の理由としては、個人の生活習慣、睡眠習慣によるものが多いと思われた。

【まとめ】効果を実感しているにも関わらずCPAP使用時間の短い患者や、効果が実感できない患者に対して、どのように介入していくかということが今後の課題である。

## 当院における抗癌剤治療への取り組み

○坂井安希子、田川菜緒、林 千春、  
岡田由佳子、高橋梨絵、舟橋正裕、  
斉藤弥生

いずみ記念病院

【はじめに】当院は地域密着型の中小病院であり、胆がん患者数はここ数年増加傾向が窺われる。それに伴い抗がん剤治療を要する患者の増加が考えられる。一方、抗がん剤治療に対する体制は、薬剤師の人手不足などにより不十分であった。平成25年度からは関心を持つ職員が集まったため、安全な抗がん剤治療を実施するための取り組みを行ってきたので報告する。

【方法】最近2年半の19例を対象に、1) 院内レジメン審査および登録と治療患者登録の手順作成 2) ミキシング手順の整備と閉鎖式投与システムの採用 3) 処方監査シートと検査値確認シートの作成 4) 外来化学療法パスの作成 5) 抗がん剤漏出時マニュアルの作成と共有 6) 外来・入院患者への化学療法指導の実施とカルテへの記録などについて検討した。

【結果】手順や暴露を防ぐ環境を整えたことにより、抗がん剤になじみの少ない薬剤師でも確認すべきポイントを押さえて治療に参加できるようになった。それに伴い、医師や看護師と患者情報の共有をしやすい関係を築き始めた。さらに、患者指導を積極的に行なうことで、患者自身の治療に対する理解が高まってきている。これらのことから患者そして医療従事者にとって適切な抗がん剤治療が行なえる体制が整ってきている。

【考察】いまだレジメン審査組織が設置できていないことや、入院化学療法パスの作成が行えていないことは現在の課題である。今後、お薬手帳を利用してさらに薬・薬連携を進めるなど、医療関係者が患者の治療に関する情報を共有することで、より一層安全に抗がん剤治療ができるものと考えている。

【まとめ】地域住民のために、がん治療の一翼を担えるようこれからも努力していきたい。

## 手術目的入院が決定した外来患者の常用薬確認と運用の見直し

○植竹 緑

練馬総合病院

【目的】これまで当院では外来診察時に手術目的入院が決定した場合の常用薬の確認手順、入院後の内服指示方法、抗凝固薬・抗血小板薬の中止・休薬指示方法が統一されていなかった。そのため入院後に再度医師に指示を確認する必要があった。また患者が中止すべき薬剤を服用したまま入院するなどの問題もあったため運用を見直す。

【方法】①患者自身が常用薬の情報を記入する〔服用している薬に関する質問用紙〕を作成した。②〔術前中止薬一覧〕を後発医薬品にも対応させた。商品名、成分名、採用（非採用）医薬品を載せた。また〔患者用抗凝固・抗血小板薬写真付き一覧表〕も作成し薬剤名を覚えていない患者にも対応出来るようにした。③外来での医師の指示が明確となる〔薬の服用中止指示説明用紙〕を作成し患者に交付した。①③の用紙は電子カルテ上に保管し必要時確認できるようにした。②は院内イントラネット上で常時閲覧可能にした。

【結果】外来での常用薬確認から入院日までの指示出しまでの手順を統一出来るようになり、患者に確実に指示が出せるようになった。指示が常時カルテ上で確認できるため、入院後の医師・看護師・薬剤師の業務軽減にもつながった。今回作成した一覧表は、使用する職種に合わせて使いやすよう工夫した。薬剤師以外の職種でも後発医薬品への対応が可能となった。薬剤師に確認してほしいという外来の強い要望もあり、一部外来で常用薬確認を開始した。

【考察】外来での常用薬の確認は医師・看護師の負担になっているため、今回薬剤師主体で運用を整備した。今後は新薬や後発品に早急に対応するため薬剤師の情報収集や、一覧表の更新など継続して行なう必要がある。

## 入院患者の残薬に関する検討

○岡田由佳子、笹原丈二、田川菜緒、  
林 千春、坂井安希子、高橋梨絵、  
舟橋正裕、斉藤弥生、村上聡子

いずみ記念病院

【はじめに】2014年度の診療報酬改定により、保険薬局においては残薬確認が薬歴管理指導の算定要件となり、残薬に関しては医療費抑制を含めてマスコミに取り上げられている。そこで、病院薬剤師として、当院の急性期病棟へ入退院した患者の残薬発生要因につき現状を把握する目的で検討した。

【方法】平成27年7月16日～8月15日に入退院した63例を対象とした。身体機能、家庭環境、自宅での管理方法、他院の受診状況そして入院時の持参薬の薬剤数・日数・薬効群・退院処方などを調査した。これらを年齢区別に診療録より後方視的に調査した。

【結果】対象患者の疾患別では大腸ポリープ、熱中症が多くみられた。年齢区分は後期高齢者が多く、認知機能は保たれていたがADLは加齢とともに低下していた。家庭環境は同居家族「あり・なし」がほぼ同割合で、一包化管理が約70%、独居症例および介護を要する症例は加齢とともに増加する傾向がみられた。他の医療機関への重複受診率は約半数、持参薬の平均薬剤数は7.8剤・平均日数8.3日であった。退院処方がなされたのは18例(28.6%)で、平均13.9日分、そのうち日数を調整したのは55.6%だった。

【考察】残薬の発生には、加齢にともなうADLの低下や、介護度の上昇とあいまって重複受診の増加、さらには社会背景である独居症例の増加なども影響すると考えられた。すなわち、高齢社会が問題の中核を占めていると示唆された。今後、薬識の向上、処方薬剤・日数の減薬そして一包化・ピルケースの推進など、個々の患者と共に適切に服薬ができる方法を検討する必要があると思われた。

【まとめ】夏場の急性期病棟における残薬について若干の考察を加えたので報告する。

## 高齢者ポリファーマシーの実態と回復期リハ病院のもう一つの役割

○益澤秀明、渡邊幸子、斎賀広実、  
田中理子、弥富千穂、河面吉彦

河北リハビリテーション病院

【はじめに】近年、高齢者の多剤投与ポリファーマシーが問題となっている。

【方法】2014年8月からの1年間に当院で演者が担当した入院患者94例(回)のうち、後期高齢者52例54回入院を対象とし、前医からの持参薬と当院退院時薬(下剤と屯用薬を除く)を比較検討した。

【結果】入院時処方薬種類数は平均5.3で、10～12種類数が7症例(13%)、5～9種類数が23症例(43%)であった。退院時薬は平均3.1で、12種類数が1症例(2%)、5～9種類数が10症例(19%)であった。主な減薬としては、消化性潰瘍治療薬29件(うちPPIとH2阻害剤が21件)、鎮痛剤14件、高脂血症治療薬13件、降圧剤11件、頻尿・排尿障害治療薬10件であった。増薬は降圧剤13件、鎮痛剤(貼付薬を含む)12件、消化性潰瘍治療薬11件であった。急性期の食欲不振や多剤投与に伴う基礎薬としての消化性潰瘍治療薬は状況に応じて減らせた。降圧剤では、急性期を過ぎて低血圧傾向となり減薬した症例もある一方で、体力改善に伴う血圧上昇傾向や腎性高血圧症例では増薬となった。

【考察】回復期リハ病院に入院する後期高齢患者は主病名であるリハビリ対象疾患以外にも加齢に伴うさまざまな基礎疾患を抱えていることが多い。複数疾患を有する高齢者の多剤投与にはやむをえない事情もあるが、さまざまな問題点が指摘されており、服薬コンプライアンスや医療経済面の問題提起もある。回復期リハビリテーション病院は薬剤の増減に伴う症状変化を比較的長期間の入院中にほぼ連日観察・評価できるまたとない機会であり、多剤投与を安全かつ合理的に是正するにはうってつけの場といえよう。

## 入院中に在宅患者の薬剤管理方法を継続し、在宅復帰を支援した一例

○大橋ひろの、寺山和利、加藤菊郎、  
三浦邦久

江東病院

【はじめに】日本では急速な高齢化が進んでおり、多種類の薬剤治療を受けている高齢者が多く見受けられる。高度化する医療の中、薬剤治療も複雑化し、患者にさらなる理解力が求められている。また、自宅では薬剤を自己管理できている患者でも、病院独自の薬剤管理方法や環境の変化などの影響により混乱を生じ、退院後に薬剤管理継続が困難になる症例が散見される。今回、本来ならば薬剤を看護師が管理することが推奨される患者に対し、患者本人の希望により試験的に自己管理を継続させた症例を発表する。

【方法】在宅にてお薬カレンダーに類似した独自の内服薬一覧を使用し薬剤を管理している患者に対し、その管理方法を入院中も継続した。薬剤セットは在宅ではかかりつけ薬局が担当していたため、入院中は薬剤師が行なった。

【結果】入院前の薬剤管理方法を継続することで、入院中および退院後に混乱や薬剤関連有害事象は生じなかった。また、患者満足度やQOL、アドヒアランスを維持することができた。

【考察】入院前から入院中、退院後から外来・在宅医療へとシームレスな薬剤管理ができた。薬剤を一元管理し自己管理可能とすることで、患者および介護者の負担が軽減され、入院中もスタッフの業務加重を防止できた。また、患者の療養環境の変化に対して、薬剤に関する引継ぎが視覚的に可能である。

【まとめ】在宅復帰を支援するためには、入院時から在宅医療を意識した医療を展開し、円滑な在宅復帰を可能とする必要がある。そのためには、入院時から個々の患者の状態に応じた服薬管理・支援方法を行なうべきである。

## 当院における後発医薬品への切り替え～DPC参加を契機に～

○山崎 浩

南多摩病院

【はじめに】当院は170床、17診療科からなる二次救急指定病院である。24時間365日“断らない”医療の実践をモットーに、救急車の受け入れ台数が年々増え今年度9月までの月平均は367.3台となっている。我々薬剤科も当直体制を整え対応している。平成26年4月よりDPCに参加することが決まり、平成25年秋から後発医薬品（以下、GE薬）への切り替え準備を開始した。現在までの経緯と検討すべき問題点について紹介する。

【方法】GE薬に馴染みが薄い医師がほとんどであったため、まず、GE薬がある採用医薬品を薬効分類別にリストアップし、その中で変更不可の薬剤を知るためのアンケート調査を全ての常勤医師に行なった。その結果、一名でも変更不可とあげられた薬剤をリストから外し、順次GE薬の切り替えを実施した。

【結果】リストアップした医薬品は404品目、アンケートの結果変更不可依頼があった薬剤は34品目であった。次に切り替え予定の370品目を対象に、使用頻度の高い医薬品順にGE薬への切り替えを実施していった。平成25年12月の薬事委員会で9品目の変更申請を行ない、以降平成26年1月に40品目、2月に59品目申請し承認を得て、在庫終了したものから切り替えていった。結果、平成25年10月にGE使用率20.4%であったが、平成26年4月に43.2%、10月に72.6%、平成27年4月に76.2%となった。

【考察】急遽切り替えたため、元に戻した品目もある。今後、国の方針でGE使用率が80%以上になるともいわれている。それに向けての切り替え作業を続けていくが、変更品目の精査選別をもっと慎重に行なう必要があることが示唆された。

## 浅草寺病院における抗菌薬使用状況の把握と適正使用に向けて

○飯沼幸平

浅草寺病院

【はじめに】浅草寺病院（以下、当院）では、抗MRSA薬などの指定抗菌薬に関しては使用届出制のもと管理を行なっているが、その他の抗菌薬に関しては使用状況を十分に把握できていなかった。そこで、1ヵ月毎に入院患者に使用された全ての点滴抗菌薬の集計を行ない、使用状況の把握に努めた。当院での使用状況とともに、適正使用に向けての活動、今後の課題について報告する。

【方法】各抗菌薬の使用密度（antimicrobial use density:AUD）と、それに基づく使用割合を算出し毎月の感染対策委員会で報告を行なうこととした。これと並行して適正使用を目的とした他部署への講義の立案、薬剤科内における勉強会を開催している。また、現在では抗MRSA薬の治療薬物モニタリング（Therapeutic Drug Monitoring:TDM）を医師の依頼により行なっているが、今後は薬剤科からの積極的な実施を計画しているため、その準備を進めている段階である。

【考察】当院ではペニシリン系と第1、2世代セフェム系の使用割合が低く、第4世代セフェム系、アミノグリコシド系、テトラサイクリン系の使用割合が高いことが判明した。後者2系統の割合が高いのは、主に療養病棟での使用頻度が高いためであると考えられる。このような使用状況が、当院の入院患者背景を考慮した際の適正使用であるかを検証・検討していくのが重要であると考えられる。

【まとめ】委員会で毎月の報告を行なっているが、それに伴う変化は実感していない。薬剤科の活動が徐々に周囲に伝わりだしたところである。医師、検査科、その他スタッフと協力して活動を継続していく次第である。

## 混注業務インシデントへの取り組み～RCA（Root Cause Analysis）と他職種連携～

○下田将裕、鎌倉孝法、仲田枝里子、伊藤芳弘、安藤幸代、櫻井洋子、大場美智子、田嶋政野、齊藤あけみ、桑原秀夫、野本達哉、飯田達能

永生病院

【はじめに】当院で行う高カロリー輸液の混注業務は2014年度で24581件であり、薬剤師が行なう重要な業務の一部となっている。混注ミスは0.04%と決して高い値ではないが今回KCLの混注を間違えるインシデントが発生した。点滴開始前に病棟看護師が間違いに気づき重大な過失には至らなかったが、事を重大視し病院全体で業務改善に取り組むためRCAを導入しその評価を行なった。

【方法】今回のインシデントは本来患者Aの輸液に混注するKCLが他の患者Bの輸液に添付され、それに気付かず混注したことで起きた。この件について薬剤師に、医師、看護師、事務方を加えた構成メンバーで業務の改善策を議論した。

以下にその内容を示す。

1. 医師の処方方法の統一について。
2. 定期処方調剤後、追加の処方箋を同一患者毎にまとめる。また連続で印刷されるラベルを患者ごとに分割する。（ラベルは複数名の追加分がまとめて印刷される。）
3. 添付されるラベルが複数枚の時は、調剤者は輸液の個包装に枚数を記入し、監査者は患者名の横にチェックを記入する。
4. 複数枚のラベルを輸液に貼りつける際、各ラベルの患者名がみえるようにする。

【考察】これらの対策により処方箋とラベルが整頓され、調剤時および監査時の患者確認をよりの確に行なえるようになってきている。また監査強化と同時に病棟での確認時の目印となり、ミス防止の一助になると考えられる。

【まとめ】当案件で医師のオーダー方法へ言及するに至ったことや、監査業務の痕跡を病棟でも確認できるようにする等、他職種が集まったことで多角的視野からの対策を立てることができた。今後も継続してこの評価を行なっていく考えである。

## 当院における病棟薬剤業務に関するアンケート結果について

○中村美沙、赤井詩葉、田中康裕、  
鈴木勝弘

等潤病院

【はじめに】平成24年4月の診療報酬改定で病棟薬剤業務実施加算が新設され、薬剤師が病棟に常駐し、医師・看護師など多職種と協働して安全で適正な医療の提供に貢献することがより一層期待されている。当院では、平成27年7月1日より病棟薬剤業務実施加算の算定を開始し、算定開始4か月目にアンケート調査を実施した。

【方法】平成27年10月に医師・看護師・薬剤師・病棟クラークを対象に算定開始前後の変化について選択肢・自由記述併用のアンケート調査を実施した。

【結果】回収率は医師77%、看護師91%、薬剤師100%、病棟クラーク100%であった。自身の業務量に変化を感じている医師は90%、看護師は76%であり、業務量の減少に関する項目が多かった。薬剤師との距離感に変化があったと回答した医師は90%、看護師は60%であった。薬剤師の病棟カンファレンスへの参加が必要と答えた医師は90%、看護師は62%であった。今後、薬剤師に期待することとして、提供する薬剤情報の充実や定期的な勉強会の開催などがあげられた。また薬剤師も算定開始前後で業務内容に変化を感じていた。

【考察】病棟滞在時間の増加が多職種と患者情報を共有する時間の増加につながり、お互いの距離感や業務負担軽減につながったと考えられる。今後は、カンファレンスへの参加、勉強会の開催など多職種への情報提供を積極的に行ない、チーム医療に貢献したいと考えている。また、検査オーダーやTDMにも積極的に介入し、薬剤の適正使用に努めていきたいと考えている。

## 大腸内視鏡を受ける高齢者への検査説明の再考

○能美清子、高橋洋子、吉田伊織、  
徳田典子、小平祐造、市橋富子

花と森の東京病院

【はじめに】当院は東京都23区内でも高齢率上位である北区に位置し、北区と周辺地域の数多くの高齢者を受け入れている。

外来で行なう検査説明の中でも大腸内視鏡検査は、自宅での準備が重要で留意すべき点も多く、高齢者への説明には苦慮している。約半数が65歳以上の高齢者で、難聴や物忘れ、理解力の低下が見られる患者が多く、説明内容が正しく伝わらない場面も多いことから、検査説明の改善が急務となっていた。

今回は大腸内視鏡検査の検査説明に着目し、高齢者が理解しやすく、帰宅後に家族が分かりやすい、また看護師が順序良く説明できる検査説明用紙を作成・検討したので報告する。

【方法】外来看護師25名に現状把握を行なった。検査説明を担当する看護師より聞き取り調査を行ない検査説明に関するアンケート調査を施行し、結果をもとに説明用紙を新たに作成し、試行後に出た意見を取り入れ改良を行なった。

【結果】高齢者の理解力は個人差があり、同一の方法で理解してもらうことは難しい現状がある。しかし、必要と思われる情報を入れた読み合わせ中心の説明用紙は文字量の多さから、看護師が説明に手間取り、また高齢者にとっては困惑の原因であった。改善点として情報を最低限に整理し、経時的に流れを説明し、患者の理解度や必要に応じて追加の情報提供を行う形とした。その結果、説明経験に関係なく基本的な検査説明の内容を平均化することができた。

【まとめ】今回大腸内視鏡を受ける高齢者の検査説明の再考を行なうにあたり、検査説明用紙の改訂を行なった。自宅で行なう準備を経時的に説明することに重点を置くことで、全体の流れを把握しやすい説明ができるようになった。

## アンケートを用いた指導内容の検討 ～フォルテオ®在宅自己注射と食事・ 運動に関して～

○常見章代、福田奈緒、小池明子、  
横山 孝

第三北品川病院

【はじめに】骨粗鬆症治療では薬物治療と一般的な治療として食事・運動が必要とされている。当院では骨形成促進剤であるフォルテオ®を導入している。フォルテオ®は1日1回の在宅自己注射であるため、看護師による指導は重要である。導入時、自己注射の技術の習得と食事・運動の重要性を理解してもらうため指導を行なっている。今回私たちは、骨粗鬆症患者の自己注射手技・食事・運動の実態を把握するため、アンケート調査を行なった。

【方法】対象者22名にアンケート調査を行なった。自己注射が確実にこなしているかの指標としては、技術チェック・薬剤の残量確認・DEXA法による骨密度測定を用いた。

### 【結果】

<アンケート結果>

- ① 自己注射に関して  
手技に困難あり…41% 不安あり…50%
- ② 薬剤の残量 問題なし…91%
- ③ 食事療法を取り入れている…91%
- ④ 運動療法を取り入れている…82%

<DEXA法を用いた骨密度測定結果(10名中)>

上昇…8名 維持…2名 低下…0名

【考察・まとめ】アンケート結果より、自己注射中の患者がどのようなことに対して困難や不安に思っているのか知ることができた。このことから、困難や不安を感じている患者に対して、今回の研究で得た結果を踏まえ、自分だけでないことを伝え、励ましながら治療していく必要があると考える。

また、8割以上の方が食事・運動療法に対して積極的に取り入れているため、患者は疾患に対して理解し、治療の必要性を認識していると考えられる。骨粗鬆症は一生付き合っていかなければならない疾患のため、私たち医療従事者は、薬物療法・食事・運動療法を長期的に継続し、患者のモチベーションが維持できるように支援していくことが重要であると考える。

## 外来看護の構築

○船木泰代、丹野千恵子、岡本真実

稲波脊椎・関節病院

【はじめに】当院は脊椎とスポーツ整形に特化した病院として7月にオープンした。

外来の特性は全国から患者が来院し、約1割の患者が手術の対象である。

初診時には、診察前に必要な諸検査、そして手術が決定した場合は術前検査と入院に関わる説明・指導などを最小来院日数で済むような段取りで、患者、家族への負担を最小限に考え対応している。そのため医師だけでなく、事務はじめメディカルを含めたチーム医療は必須である。

私達が考える外来看護は、患者が安心して諸検査、診断、治療が受けられるよう説明・指導に加えコーディネートすることである。

外来看護師は現在9名で内6名が新人であるが、患者が「この病院を選んで良かった」と思ってもらえる看護を提供したいと考えている。そのためには看護師一人一人が術前術後の経過を共通理解することが大切である。

その教育の1つとして院内他部署研修を企画し実施した。その結果について報告する。

### 【方法】

- ① 研修期間 平成27年10月～11月  
(半日～2.5日)
- ② 対象者 外来看護師8名
- ③ 研修後アンケート実施

【結果・考察】研修することで入院から退院までの流れが理解でき、研修前に比べ患者説明や関わりなどの不安が減少した。また他部署、他職種と交流することでチーム医療においてコミュニケーションと情報共有の大切さが実感できた。ただ病棟の研修日数は不十分であった。

【まとめ】外来看護は基礎知識だけでなく、患者個々に合わせた説明と対応できる応用力が必要であり他部署研修は有効であった。またチーム医療を考える上でも有用であった。

## 外来看護の質向上を実現するための教育 ～共に成長するために～

○李 瑠美、前田和美、杉本尚子、  
尾城昌子

一成会 木村病院

【はじめに】当院は2次救急指定の地域密着型病院である。外来看護師は診療の補助、救急患者対応の他、手術室、内視鏡室の業務を兼任している。今まで新入職者の指導は個々で行なわれており教育の方針は確立していなかった。そこで外来看護師の質向上に向けて新入職者の指導に取り組んだことを報告する。

【方法】教育の取り組みとして ①新入職者チェックリストを各科別に細かく分け作成、6ヶ月毎にチェックした。②外来独自の勉強会を年に4回実施、そのうち2回は実際にあった事例を問題形式で出題、結果を報告、情報収集のポイントと実際に対応したことを説明した。③一年間の振り返りとしてスタッフ全員にアンケートを実施した。

【考察・まとめ】一年間の取り組みを行ない、それぞれが成長を感じている。しかし、指導する側からは、成長に個人差があり、個々に合わせて指導しなければならない、評価ができていないという反省点もあがった。今回の取り組みをしたことで、新入職者に対しては個別の目標を立て指導に取り組む、定期的な勉強会の実施、院外研修を計画していくなどが必要と考える。複数の医師が同時進行で診察を行なう外来は、流動的で計画性を持ちにくい部署である。日々の業務の中で、先輩看護師は自分の仕事を遂行することに加え、新入職者の指導をしなければならず、負担は大きいものである。しかし、先輩がいつも気にかけているという思いを新人看護師に伝え、信頼関係を築くことで職場環境が良くなり看護師の定着にもつながる。そして日々共に切磋琢磨していくこと、医療を安全に提供することが看護の質向上につながると考える。

## 気管吸引手順および気道管理の適正化 による感染制御活動の考察

○大宮寛美、谷川原大介、鈴木実枝、  
滝島恵津子、森松 静、高梨博文、  
進藤 晃

大久野病院

【はじめに】入院施設基準の変遷の中で、当院、療養病床における気管切開患者や人工呼吸器延滞患者の入院件数が増加し、気管吸引手順や気道管理の適正化が課題となった。気管吸引操作や気道管理は口腔ケアの実施状況と並んで、肺炎や気管支炎の発症に大きな影響をおよぼすが、不可視状況で行なうために手順は曖昧になりやすい。そこで我々は、感染制御を重視した気管吸引および気道管理の手順を整備した。また、短期間ではあるが感染制御の効果について検証を行なったので報告する。

### 【方法】

- 1) 気管吸引マニュアルおよびカフ圧管理の検討
- 2) 看護職員全員に気管吸引と気道管理のレクチャーを実施
- 3) 気管吸引（カフ管理を含む）院内認定試験（筆記試験、実技試験）の実施
- 4) 1) 2) 3) 実施前後で手指消毒薬の使用状況と患者の感染兆候を比較

### 【結果】

- 1) 手指消毒と吸引のタイミング、吸引の圧・時間・操作・挿入深度、吸引チューブと吸引水の管理、カフ圧管理などについて詳細を取り決め、気管吸引マニュアルとして文書化した。
- 2) 院内認定試験で看護師全員が適正な気管吸引手順を習得したことを確認した。
- 3) 気管吸引、気道管理に関する感染制御活動の効果について確認した。

【考察・まとめ】気管吸引のように侵襲の高い医療技術の提供を、適正かつ安全に行なうためには、手順の細部が曖昧にならないように検討し、手順をマニュアルとして文書化すること、また、文書化だけに留まらず、施行者全員で手順の周知徹底を行ない、順守できる体制を整えることが重要であると考える。

まだ、感染制御の効果についてデータ集積が不十分であるため、今後も継続してデータを集積し検証を行なっていきたい。



## スタッフへの教育的介入の評価 ～認知症・せん妄患者の対応～

○大金あすみ、芳川尚美、林 亮介、  
野村由香、奥田 恵、平野佳子、  
青柳裕子、岩村太郎

平成立石病院

【はじめに】当病棟では認知症やせん妄患者への対応や予防策に関する個々の知識や対応の差があり、入院時からの予防的対応やアセスメントが正しくできていない現状がある。統一した継続的看護を実施できるようスタッフへの教育的介入を行なった結果をここに報告する。

【方法】対象期間は2014年6月から12月。対象者は当病棟看護師30名。知識確認のテストとアンケートを実施後、勉強会・カンファレンス・認知症ケア（ユマニチュード）の動画の鑑賞を行なった。その後、勉強会・カンファレンス前に行なったテストとアンケートを実施し、前後で比較した。アセスメントツールとしてICDSC（Intensive Care Delirium Screening Checklist）の導入を行ない、看護計画立案件数の比較を行なった。

【結果】知識確認のテストの点数が上昇し、認知症・せん妄患者に対する看護計画立案件数の増加が認められた。また勉強会・動画鑑賞後の感想では今までの対応を反省する意見が多かった。

【結語】認知症やせん妄の患者と接していたが知識が浅いことが明らかになった。勉強会を開催したことにより認知症やせん妄に対する知識の向上が図れ、せん妄ハイリスク状態・認知症悪化リスク状態の患者をアセスメントし、早期の予防的に看護介入を行なうことができた。また、勉強会・アンケート・動画鑑賞後の感想から認知症やせん妄患者に対しての正しい知識が増え、根拠に基づいたケアを提供しようという関心の高まり、意識の変化があったと考えられる。今後も患者と家族が安心して治療が受けられるよう、認知症・せん妄患者に対する看護師の知識及びケアの向上に努めると共に、自部署だけでなく病院全体で取り組んでいく必要があると考え文献的考察を加え報告する。

## トランスファーの定着を目指して ～8ヶ月間の研修会から～

○永森雄太、佐々木早苗

回心堂第二病院

【はじめに】車椅子移乗（トランスファー）による下腿の裂傷事故が起きたことをきっかけに、スタッフの知識・技術と病院の現状を振り返った。見えてきたことは方法を伝えるだけのケアや自己流で行なうケアであった。知識に裏づけされた根拠のある技術を学び患者の個性に対応できるための「トランスファー基礎」として1回30分月2回の研修を計画した。そして8ヶ月間が経過しトランスファー研修会の効果と今後の方向性を明らかにしたので報告する。

【方法】質問紙調査。期間：平成26年8月～平成27年3月。対象者：研修参加の看護師・介護士。

【結果】参加は全スタッフ146名中91名（62.33%）であった。看護師75名中31名（41.33%）介護士71名中60名（84.51%）の参加。95.5%が意識をしながらトランスファーを行っていた。

【考察】看護師は日頃トランスファーを行なう機会が少ないことからトランスファーに対する意識が低いと考える。病棟間でも参加率が異なり、入浴日に当たる病棟の参加率は低かった。B病棟は8月～11月までの参加延べ人数2名であったが、骨折事故が起き12月は12名、1月は4名、2月は9名と増えている。このことは危機感や必要性が増したと考える。アンケートではトランス4原則（内容含む）のキーワードや研修内容を意識し、行動の変化に結び付けているが95.5%であった。具体的には4原則はもちろんのこと、イメージを持つこと、患者・介助者に負担の少ない方法を探すこと等の意見がみられた。

合計16回の研修に何度も参加することや根拠を説明することで理解が深まり、意識や技術の向上が図れたと考える。

【まとめ】繰り返し研修会を行なうことがスタッフの意識向上につながった。しかし意識の低いスタッフに必要性・危機意識を持たせるような働きかけが足りなかったことが課題である。

## 重症度、医療・看護必要度評価の根拠となる記録記載の向上

○梅本健三、梅田ルミ、竹田浩子、  
大橋 忍、高橋良平、望月由鶴、  
渡邊孝枝

豊島病院

【はじめに】入院基本料の算定要件として、重症度、医療・看護必要度（以下、必要度）が活用されてきた。平成26年度診療報酬改定では、必要度評価の適正化を図るため、評価の根拠となる記録記載が必須となった。

しかし平成26年10月より当院において、評価の根拠となる記録の監査をしたところ、全看護職員が同じレベルで評価の根拠となる記録をすることは、困難な現状があることがわかった。全看護職員が同じ基準での記録が記載できるよう取り組みを行なったので報告する。

【方法】電子カルテ導入後、患者状態を表すB項目の記載にテンプレートを使用することで同じ基準で記録が行なえるようにした。記録の記載方法として、SOAP形式の記載とし、患者状態を観察データ（O）としてテンプレートで記載し、その患者状態をアセスメント（A）、これに基づいた計画（P）をその都度行なうこととした。

これらの必要度と根拠となる記録方法について講義を実施。実施約1か月後の看護師の必要度評価と記録記載の意識調査をアンケートし評価を行なった。

【結果】アンケート結果より、テンプレート使用開始後、B項目について記録の意識向上が図れた。また、必要度評価の患者状態をアセスメントすることで、看護計画の立案・評価を患者の状態に合わせて行なうことが出来るようになった。

このことから必要度の根拠となる記録の向上が図れたと考える。

【まとめ】今回テンプレートを使用し、記録を行うことでスタッフの習熟度に関わらず、同じ基準で記録が行なえ、評価・アセスメントを行なうことができた。今後、必要度の評価が看護計画へ反映され、患者の状態変化に応じた看護サービスの提供へつながることが示唆される。

## 身体抑制カンファレンス実施による看護師の意識調査

○北沢真由華、大宮早苗、ウメモト真澄、  
濱川麻美

南多摩病院

【はじめに】当病棟は外科病棟であり手術後や検査後に患者様の安全のために身体抑制が必要となる場面が多い。当院では抑制実施に関する評価はあるが、抑制実施は個々の看護師に任されている。抑制解除に対し、個々の判断ではなくチームカンファレンスを行なうことによって、身体抑制解除に対する看護師の意識にどのくらい変化があるか調査することとした。

【方法】当院救急棟4、5階に勤務する看護師を対象に、2ヶ月間身体抑制に関するチームカンファレンスを実施。その前後にアンケートを行い、結果の統計を行なう。

【考察】アンケート結果から、看護師は身体抑制カンファレンスを必要だと認識し有効活用していたといえる。先行研究で述べられているように、看護師は抑制解除に対する気持ちや倫理観、看護経験の差によって判断が異なる。しかし、チームカンファレンスを行なうことで認識を共有し、看護師全員が同じように判断できる機会になると思われる。急性期病棟では生命が危機的状況にあることがしばしばある。そのような状況下では治療が優先され、抑制もやむを得ないが抑制の判断、解除において看護師の認識と知識の統一が必要であり、そのためには抑制カンファレンスは必要であると考えられる。

【まとめ】アンケート結果より身体抑制カンファレンス実施前後の抑制に対する看護師の意識は高まり、身体抑制カンファレンスは効果的であった。今後の課題として、看護師間の身体抑制解除に対する共通の認識を高めて共通評価できるようにし、カンファレンスの定着とともに不必要な抑制を減少できるように努力していきたい。

## 体位変換に対する看護職員の意識調査

○渡辺寿里、鶴田真由子、高木ひとみ

東京リバーサイド病院

【はじめに】平成24年、当院では褥瘡の発生率が上昇したことで、高齢患者の対応を兼ね、褥瘡委員会を中心に体圧測定と写真によるポジショニングの統一を行ってきた。その後、褥瘡発生率はやや減少したが、平成27年になり褥瘡発生患者が増えている現状に気付いた。今後、褥瘡発生患者がさらに増加するのではないかと危機感と、何が問題になっているかという疑問を持った。そこで、実際に体圧測定を行ない、具体的な数値を看護職員に提示することで、どのような意識変化がみられたか調査したので、その結果をここに報告する。

### 【方法】

- ① 体位変換に対するアンケート実施
- ② 体圧測定と勉強会を実施
- ③ 2回目の体位変換に対するアンケート実施

【対象】病棟看護師20名 看護補助者14名

【結果】回収率：看護師100% 看護補助者89%  
全員が「体位変換の目的、注意点がわかる」と答えた。

「体圧値がわかる」「体圧値を考えながら体位変換を行なっている」の質問に対し、看護師は約2倍近く上昇、看護補助者も1.3倍の上昇がみられた。

8割以上の看護師と半数以上の看護補助者が、「体位変換の意識が変化した」「もっと勉強しようと思った」と答えた。

【考察・まとめ】体位変換に対する一般的な知識はあるが深い知識がなく、慣れの中で体位変換を行なっている現状が考えられた。知識を深めることで看護職員の意識が変化し、意識の変化が意欲につながったと考えられる。結果、エビデンスに基づいた体位変換を実施したことで褥瘡発生数が減少した。今後意識を高め、維持し、看護の質向上に努めたいと考える。

## 退院支援推進に向けた取り組み ～リンクナース支援プログラム～

○大熊理恵、斉藤隆子、佐藤桂子、  
藤里視華、佐藤康江、入江美穂、  
正岡亜紀

豊島病院

【はじめに】患者や家族が不安なく退院できるように支援することは看護師の重要な役割である。今回病棟で退院支援を推進する退院調整リンクナースの育成に取り組んだ。その支援プログラムと経過を報告する。

### 【方法】

- 1) 支援プログラムの目的
  - ①退院支援システムの理解 ②アセスメント力向上 ③興味、関心の惹起を目的とした。
- 2) 具体的な取り組み
  - ①研修生は全6回を通して参加する ②OJTでの伝達講習を事後課題とする。
- 3) 支援プログラムの評価
  - ①形成的評価 ②退院支援計画書等適正記載率 ③患者バックグラウンド収集率とした。

【結果】第1回目、「カンファレンスに臨む場面」のロールプレイ、訪問看護ステーション研修の提示を行なった。第2回目、模擬事例を用い患者のバックグラウンドのアセスメントを討議した。第3回目は講義形式の学習会を企画し、4、5回目は情報共有システムの検討、6回目は、事例検討会を予定している。

【考察】取り組み前は、退院支援が進まない要因は、知識やアセスメント力不足、関心が薄いことを考えた。しかし、実際には、スタッフの指導方法や交代勤務での情報共有方法など、実践的な問題解決方法がわからないために取り組めない状況であることが明らかになった。

伝達内容や方法を具体的に提示しながら進めたことは、OJT場面でも悩まず自己効力感を持ち実践することにつながったと考えた。

また、負担感なく取り組んでいるのは、リンクナースが一定の成果を実感しているためと考えられた。

【まとめ】支援プログラムによりリンクナースの興味、意欲が維持できている。加えて、OJTにおいても実践できており、今回の取り組みは看護師本来の役割を担うために効果的と思われた。

## 外国人看護師に対する教育プログラムの経過と今後の課題

○渡邊麻紀子、安川早小女、桑野妙子

永生病院

【はじめに】当院では、2009年より外国人看護師候補生の受け入れを開始し、現在看護師・准看護師各2名が病棟で勤務している。母国で看護師資格を取得しているが、日本語の理解や看護教育、生活習慣の違いにより本人やスタッフも戸惑いが多く、本人のスキルアップが困難な現状がある。

今迄の卒後教育と同様の教育プログラムを計画し実践してきたが、さまざまな問題が明確化してきたため、外国人看護師の教育方法について振り返り、今後の課題について考えたので報告する。

【方法】外国人看護師4名からの聞き取り調査、プリセプターおよび病棟管理者12名にアンケート調査を実施。

【結果】お互いの国の医療・看護や教育方法についての知識や理解不足、日本語の習熟度が低いことでのコミュニケーション不足があった。

【考察】アンケートの結果、日本語の習熟度が低く、日本の看護教育・医療現場を知らないことが、指導の妨げとなっている。外国人は看護師資格試験対策の勉強が中心であったため資格取得後の就業で戸惑いが生じたと考えられる。一方我々には、相手国の看護教育や医療現場での看護師の役割の十分な理解がないまま、日本の教育システムに基づき指導したことでのすれ違いが生じていた。指導する側として、相手国の医療や看護教育のシステムを理解した上で教育方法を考える必要がある。

【まとめ】外国人看護師が日本の医療に沿った看護を理解し実践するために、私達が個々の背景を理解した教育システムを構築することが大切である。

今後より良いコミュニケーションを図り、相互のスキルアップにつながる医療や看護についての指導マニュアルと教育プログラムを作成し、実践していくことが必要である。

## ナースエイドによる患者搬送業務の指導プログラムについて

○吉田幸子、町田浩子、武下美佐代、  
亀谷武昭、永元春代、小林香織、  
水上昌子

豊島病院

【はじめに】看護補助者（以下、ナースエイド）の業務の中でも、治療、リハビリ、検査計画を安全に、時間通りに実施することは医療の質を向上させ、医師、看護師の業務軽減につながる。輸液ポンプ、持続吸引器装着など取扱いに注意が必要な患者の安全な搬送は、ナースエイドにとって重要な業務である。しかし、搬送上の基準がないため部署により指導や業務に違いが生じていた。そのためナースエイドが安心して安全に搬送業務を行なうことを目的とした基準作り、指導プログラムの作成、研修等実施した取り組み内容について報告する。

【方法】

1. ナースエイドの患者搬送基準の作成
2. ナースエイドを指導するためのマニュアル作成
3. OJTでの指導プログラム作成と実施

【結果・考察】作成した基準をもとにプレテストを実施した。その結果、ナースエイドが安心して検査やリハビリに患者搬送できるようになった。ナースエイドは専門的な用語や治療を行なう患者への直接介助に対して緊張や戸惑いが大きい。しかし、看護師はそうしたナースエイドの背景に考慮した指導に不慣れである。指導計画に沿って丁寧に十分な説明や指導を段階的に行なうことが必要と示唆された。

【まとめ】今回の取り組みによりナースエイドが安心して安全に患者搬送を行えるようになったことは看護師の業務の軽減、患者サービス向上に有効だったと思われる。結果をもとに、さらに他の業務内容についての指導方法の確立やマニュアル作成に取り組んでいきたい。

## 看護補助者と看護師の協働に向けた研修実施について

○田中理恵、柴田真由

荏原病院

【はじめに】医療関係職の業務分担が推進され、看護補助者を看護チームの一員として効果的に活用することが望まれている。

しかし、看護補助者から、患者の直接ケアを実施することに戸惑う声が聞かれた。

そのため、当院では平成25年度から看護補助者を対象に、日常生活の援助技術研修を開始した。今年度から看護補助者と看護師の協働体制の強化を目指し、研修内容のステップアップを図り、効果が得られたので報告する。

【方法】研修内容は、医療安全・感染管理、患者移乗・移送、清拭更衣・体位変換、食事介助・口腔ケア、オムツ交換・陰部洗浄の項目を実施した。講師は認定看護師および理学療法士に依頼した。研修終了時アンケートで、理解度・参考度（4段階評価）の調査および自由意見を集計した。

【結果】理解度3.6-3.8、参考度3.7-3.9であった。「患者役を体験し患者の立場になって楽な姿勢を考えられた」「入浴介助の方法を学びたい」「安全な介助方法を学び、患者に安心を与えたい」「看護師と一緒に介助することが重要だと再認識した」などの意見が得られた。

【考察】理解度、参考度共に高い結果が得られた。自由意見から、患者役を体験し患者の立場を考えることができた。また、患者のケア提供に関する知識・技術を習得する機会を希望していることがわかった。さらに、介助方法を学び、看護師と共にケアすることの重要性を再認識したことで、ケア実施に対する不安を払拭することにつながったと考える。

【おわりに】今後の課題として、看護補助者研修の時間の確保、技術の均てん化を図るためOJTと連動したチェックリストを活用するなど、看護補助者と看護師の協働体制を整備していきたい。

## 臨地実習満足度調査結果からの考察

○酒井美保、木下真里、舘林理恵、上村綾乃

荏原病院

【はじめに】実習指導者会では、実習指導内容の改善および学生の実習満足度の向上を目的として、実習終了後に臨地実習満足度調査（以下、調査票）を実施している。昨年度の調査結果では、実習生自身の実習目標の達成に関する評価が低かったため、今年度から、実習生個々の目標達成に指導者が関わるよう努め、効果が得られたので報告する。

【方法】調査票は1.自分自身の実習目標の達成度 2.オリエンテーションは役立ったか 3.指導者と円滑なコミュニケーションが取れ適切な指導を受けることができたか 4.受け持ち患者の看護の方向性が理解できたか 5.看護に共感する出来事があったか 6.学生を受け入れる雰囲気だったか 7.看護の経験や学びを広げる事ができたかの7項目で構成されている。指導者は、実習初日に個々の実習に対する目標を確認し、達成のための指導方法を検討した。実習2週目中盤および実習終了時に指導者が目標の達成状況について確認した。

【結果】調査票より1.実習目標の達成に関する評価が昨年度より高くなった。

【考察】指導者が実習初期に個々の目標を把握し、学生カンファレンスでテーマに取り上げる、また、患者とのコミュニケーションを目標に上げた学生には患者に合ったコミュニケーション方法の指導を実施する、などの支援により、実習生から、自分自身の実習目標の達成の評価につながった。実習指導者が個々の目標達成に合わせた支援を行なうことの効果を再認識した。

【まとめ】指導者が積極的に関わることで実習環境が改善できた。個別の目標を明確にし、多様化する実習生個々への効果的な指導方法の検討をさらに深めていきたい。

## 疼痛が強いため起居動作獲得に難渋した右大腿骨転子部骨折の症例

○関谷 彩、櫻井靖之、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】本症例は転倒により右大腿骨転子部骨折を呈し、骨観血的手術を施行した70代男性。術後、左側臥位を取ると大腿外側部に疼痛が出現し、側臥位を経由しない方法で起居動作を行っていた。今回、起居動作の獲得に着目し、理学療法を行ない、疼痛緩和、可動域改善および筋出力の向上を認め、起居動作を獲得した経緯を報告する。

【初期評価/経過】術後の起居動作では、股関節屈曲内転内旋位で、大腿筋膜張筋（以下、TFL）が伸張され疼痛が出現した。また、股関節内転内旋位にならないよう、梨状筋の防御性収縮が働き可動域制限を認めた。その結果、起居動作が困難となっていた。この状況に対し、TFLの防御性収縮が起こらないよう配慮し、疼痛を助長させない動作パターンの練習を行なった。

【最終評価】TFLの伸張性が向上したことで動作時の疼痛が緩和された。その結果、術後二週間で関節可動域の改善と側臥位を経由した起居動作を獲得した。

【考察/まとめ】一般的に、骨観血的手術後は、患部の炎症症状や侵襲による疼痛、筋力低下を認める。そのため、随意的に四肢を制御することが困難となる場合もある。特に筋力低下が著明な状態では、安楽肢位へ自力で調整できないため、体動時の疼痛を伴ってしまう。本症例は寝返る際、右股関節可動域制限により内転内旋方向へ動きが誘発されTFLの疼痛が出現し、更に梨状筋による防御性収縮も加わり疼痛が増強することで側臥位が困難となった。そのため、疼痛を助長させない環境でアプローチを実施したところ、術後早期の離床、ADL介助量軽減につながった。今回の経験で、起居動作を獲得するには、体動時の疼痛が著明な制限因子となることを再認識できた。

## 右大腿骨転子部骨折術後の症例 ～トイレ動作に着目して～

○志田由紀子、櫻井靖之、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】本症例は、平成27年5月に左大腿骨転子部骨折を呈し、自宅退院後の平成27年8月に右大腿骨転子部骨折を再受傷された90代女性。入院前ADLは、自宅にてトイレ動作見守りであり、今後の方向性は施設入所予定であった。今回、トイレ動作に着目し理学療法を行い、転倒リスク軽減に寄与できたためここに報告する。

【理学療法評価～経過】初期評価では、疼痛、股・膝・足関節可動域制限および体幹・下肢筋力低下が著明であった。トイレ動作の阻害因子は、疼痛、体幹・両下肢の筋力低下、股・膝・足関節の関節可動域制限、静的・動的バランス能力の低下を認めた。それに対する理学療法として、アライメント調整による疼痛の誘発軽減、筋力の協調性向上による立位静的バランスの改善、足関節戦略をだすために立位支持基底面内での重心移動練習を実施した。同時にトイレ動作（起立・着座・方向転換・立位での上肢操作）練習および移動手段の獲得のため歩行器歩行練習を実施した。

【最終評価】術創部、動作時の股関節周囲の疼痛消失し、術後2週間で歩行器歩行、術後3週でフリーハンド立位での下衣更衣動作可能となった。しかし、フリーハンドでのステップでは転倒リスクが残存し、認知機能の低下により場所や方角等の記憶や認識ができない状態であり、トイレ動作は見守りレベルとなった。

【考察・まとめ】立位バランス向上により転倒リスクが軽減した。ADL拡大に伴う転倒リスクの増大に対しては、危険因子を排除するための環境設定を行なった。トイレ動作が見守りとなることで、当院退院後もADL動作を通して全身の廃用予防や立位バランスの賦活につながったと考える。

## 左人工膝関節全置換術を施行し、膝屈曲可動域の獲得を目指した症例

○林 里香、櫻井靖之、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】本症例は、当院にて両側変形性膝関節症と診断され、左人工膝関節全置換術を施行した70代女性。HOPEは職場復帰であり、自転車で営業職をされていたため、膝屈曲可動域の改善が必須であった。今回、左膝関節可動域に着目して理学療法を行ない、自主練習指導や病棟の協力を得た結果、自転車乗車に必要な可動域を獲得し、職場復帰に至ったためここに報告する。

【初期評価・経過】術後翌日の左膝可動域は、伸展0°まで可能も、屈曲80°であり、患部の疼痛・炎症所見が著明であった。可動域制限の原因として、疼痛や腫脹、膝周囲の軟部組織の柔軟性低下および内側広筋の過緊張等があげられた。これらの原因に対し理学療法を行うと共に、病棟にIcingや下肢挙上位でのポジショニング、CPMの使用を依頼した。また本症例に自主練習として、マッサージ・ストレッチ・筋力増強運動を1日2回行なって頂くよう指導した。

【最終評価】腫脹・熱感の軽減、膝周囲の軟部組織の柔軟性が改善し、術後17日目に左膝屈曲120°を獲得した。術後19日目で自宅退院、その後外来にて週2回の理学療法を継続し、可動域の維持を図ると共に、自転車乗車時の動作を指導した。術後39日目で自転車乗車が可能となった。

【考察】膝周囲の軟部組織の柔軟性および内側広筋の過緊張の改善により、屈曲時の疼痛が軽減することで可動域の改善へつながった。更に本症例や病棟の協力を得ることで、炎症反応を早期に抑制し、可動域の改善に至ったと考える。その結果、自転車乗車が可能となり、職場復帰へつなげることができた。可動域の改善を図るためには、理学療法と併用し自主練習指導や病棟の協力を得ることが重要である。

## 坐骨神経症状に足浴を行い足部機能が改善した一症例

○山田真嗣、石黒明人、碓井 篤、  
浦田康平、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】足浴は全身浴・半身浴に比べ、心臓への負担が小さく、着衣のまま可能であり比較的场所を選ばない利点がある。温熱の生理学的な影響は循環改善や鎮痛効果、神経・筋系への効果、軟部組織に伸張性作用がある。足浴は糖尿病患者のフットケアで浮腫の緩和や末梢神経障害に効果があると報告されているが、坐骨神経など神経症状に関する報告は少ない。今回、坐骨神経麻痺のある患者に足浴を追加して実施したところ足部機能に改善が見られたため報告する。

【症例紹介】2004年A病院で両側性特発性大腿骨頭壊死の診断された40代男性。2014年5月に左大腿骨人工骨頭全置換術を施行後、坐骨神経麻痺を生じ、リハビリテーションを実施する。7月に屋内・屋外ロフトランド杖自立となり自宅退院した。しかし、坐骨神経麻痺の影響で立位・歩行障害となり8月に当院外来にて理学療法開始となる。

【理学療法評価】訓練前 足関節可動域：0°、片脚立位：平均5.35秒、Time up go Test：平均10.55秒（14歩）、10M歩行：平均10.14秒（17歩）であった。訓練前に足浴を39℃±1℃に設定し、石鹸を使用して10分実施しその後、可動域・立ち上がり・立位重心移動・歩行を行なった。訓練後 足関節可動域：5°、片脚立位：平均14.51秒、Time up go Test：平均9.39秒（12歩）、10M歩行：平均8.13秒（15歩）であった。

【考察】訓練前に足浴を追加した結果、温熱効果が得られ軟部組織の伸張性向上による可動域の拡大と循環が改善し神経症状や浮腫の軽減により、足底の感覚が認識しやすい身体環境になった。結果バランス・歩行といった能力面での改善が得られたと考える。足浴は坐骨神経麻痺に理学療法訓練前に行なうことで、より訓練効果が得られやすくなることが示唆された。

## 院内デイケア活用により BPSD が改善した一症例

○岩崎彩芽、佐藤雅晃、松久恵介、  
江村 編

南多摩病院

【はじめに】右中大脳動脈血栓症にて入院された認知症を伴った症例に対し、当院で行なわれている院内デイケア（以下、デイ）への参加促しにより BPSD の一部に改善が認められたため、ここに報告する。

【症例】90歳代女性、右中大脳動脈血栓症のため当院に入院した。軽度の構音障害の他は著明な身体機能障害は認めなかった。既往にアルツハイマー型認知症があり、入院時に不穏症状がみられた。HDS-R8/30点、NMスケール17/50点であった。社交性があり、お話し好きで、昔から歌唱が好きであった。

【経過】介入当初から不穏症状がみられたため、デイへの参加を促した。当初は表情が暗く抑うつ傾向であった。OTはデイの歌唱プログラム中やトーク場面で本人に積極的に話題を提供し、本人の好きな活動の中で注目を浴びるよう対応した。徐々に不穏行動が減少し、介入約2週目に不穏行動は消失した。約2ヶ月間の入院後、回復期病院へ転院した。退院時はHDS-R11/30点、NMスケール27/50点となった。

【考察】話すこと、歌うことが好きだった症例は構音障害を呈し、上手く話せないことが抑うつの原因となっていた。抑うつによる活動量の低下、昼夜逆転等の生活リズムの崩れもみられ、長期臥床による廃用症候群を引き起こしていた。本人の好きな活動を集団の中で活用することで、本人ができることの認識につながり、心理面に変化を与えることができた。徐々に自発的な離床や他者との関わりが増え、社会性の維持につながった。また、習慣的にデイに参加することで生活リズム作りの基盤となった。

【まとめ】本症例を通し、急性期より集団活動を活用することは精神機能の安定を図ることができ、BPSDの改善につながると思われ、早期退院の一助となることが確認できた。

## キャッスルマン病のリハビリテーションの経験

○深澤 敦、新倉圭一郎、高橋宣成

多摩北部医療センター

【はじめに】キャッスルマン病とはIL-6の過剰分泌により発熱、貧血などが引き起こされる血液疾患である。当科では初めての症例であり、文献的にもリハビリテーションの報告は少ない。

【説明と同意】発表にあたり本人とその家族に主旨を説明し、同意を得た。

## 【症例紹介】

60歳代女性。夫と二人暮らし。病前ADLは自立し、大学の教員の仕事をしていた。現病歴：平成27年4月発症し、他院で加療。8月当院に加療およびリハビリ目的で入院となった。

【評価】MMT：(Rt/Lt) 上肢4/3 体幹2 下肢2/2 感覚：上肢 軽度鈍麻、下肢 中等度鈍麻。基本動作：寝返りおよび起き上がりは一部介助、立ち上がり・移乗動作は全介助。立位保持は支持物に頼り、前傾姿勢で股関節屈曲・膝関節伸展ロッキング。ADL：トイレ動作は監視、入浴および移乗動作は全介助。

【経過】< positive > 足底の mobilizationにより触覚と圧覚を入力後、床反力が得られやすくなり、足部から股関節が連結されハムストリングス等の筋群の収縮が増加。股関節屈曲と膝のロッキングが減少し、車いす・トイレ移乗動作の介助量軽減となった。< negative > CRP0.11→2.3 体重増加、胸腹水の再貯留、発熱によりキャッスルマン病の再燃と診断され元病院に再転院となった。

【考察】本症例の機能障害の主要因はキャッスルマン病自体よりも治療に伴う廃用症候群及び末梢神経障害と考えられた。下肢優位の筋力低下が著明であり、介助量が多かった。リハ介入により筋力の改善が乏しいながら立ち上がり・移乗動作が改善した。足底のメカノレセプターに感覚入力があると考えられる。



## 心臓リハビリテーションチーム再編が再入院回避につながった1例

○山田健嗣、倉田考徳、山村悠二、樋口隼介、高山久美子、今吉 慶、杉安愛子、中嶋直久、関 裕

南多摩病院

【はじめに】当院では2012年より理学療法士、看護師、管理栄養士による心臓リハビリテーション（心リハチーム）が発足し、当初は理学療法士による運動療法、看護師、管理栄養士による生活習慣改善指導はそれぞれ個別に実施されていたが、2014年より医師を中心とした組織的なチームに再編成された。その活動が重症低左心機能患者の再入院回避につながった例を経験したので報告する。

【症例】49歳男性。呼吸苦を主訴に来院。重症心不全の診断で入院。

【患者背景】母親と二人暮らし、自宅に引きこもりがちで食事は主に市販弁当、炭酸飲料で生活していた。

【経過】入院中は心リハチームが組織化されておらず理学療法士による運動療法が中心であったため、運動耐容能改善、運動習慣への意識改善は顕著であり、退院後の外来リハビリへも意欲的に取り組む姿勢をみせていた。しかし、食習慣への意識改善は乏しく退院から初回の外来リハ時に体重増加、心不全増悪が認められた。この時期に心リハチームが組織化されたため、早期に問題点を共有し、医師、栄養士による生活習慣改善指導を行なうことができた。指導1ヵ月後には心不全は軽快し、再入院を回避した。

【考察】入院中はそれぞれの職種が個々にアプローチすることに終始していた。患者が外来通院という医療スタッフと接触頻度が少なくなる状況下で心リハチームでの情報共有、連携を行なう事で迅速な対応を可能にし、状態改善、再入院の回避につながったと考えられる。また、多様化する心不全患者の患者背景に対応するためにも心リハチームにより多くの職種の参加が必要であると考えられる。

## 他職種と連携し自宅復帰を目指した症例

○小田舞香、櫻井靖之、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】本症例は自宅内で転倒、その後体動困難から肺炎を発症し、当院入院となった80代女性である。基本動作、ADL動作は全介助であり、本症例と御家族は在宅療養を希望していた。今回、御家族と医療スタッフが連携することで在宅療養生活の継続が可能となったためここに報告する。

【理学療法評価／経過】8病日よりPT開始、初期は四肢の筋緊張が高く、筋力、関節可動域低下を認め基本動作全介助であった。また嚥下機能低下、栄養状態不良であり、14病日にCVポート造設し栄養手段は中心静脈栄養となった。端座位は重度の円背のため後方へ倒れ易く、ベッド上座位、車椅子座位は保持可能だが易疲労性を認めていた。STによる嚥下評価のもと車椅子シーティングにて食事時の良姿勢設定、ベッド上ポジショニングを実施し、褥瘡、拘縮の予防を図った。

【最終評価】病棟との連携により離床時間の延長を促したところ、車椅子座位の耐久性が向上し、楽しみレベルでとろみ食の食事動作自立となった。本症例と御家族の希望である在宅復帰にあたり、御家族に対してベッド上ポジショニング、他職種より食形態、バルーンカテーテル、吸引、中心静脈栄養の管理を指導し、42病日に在宅復帰をはたした。

【考察まとめ】四肢筋力、関節可動域の拡大、ポジショニングにて過緊張が緩和し、四肢の運動性が向上した。また病棟と連携し、離床時間の延長を確保することで、車椅子座位保持時間が延長した。これによりギャッジアップ座位、車椅子座位での耐久性向上、食事動作自立、円滑性向上が図れ、QOLの向上につながったと考える。在宅療養生活の継続とQOLの向上には、本症例を中心に御家族、医療スタッフの連携が重要であると再認識された。

## 脳血管障害により摂食嚥下障害を呈した超高齢者の一例

○渡辺香菜、櫻井靖之、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】脳血管障害により摂食嚥下障害を呈した超高齢者に対して他職種と連携した介入を行なった。その結果、改善がみられた一例を経験したので報告する。

【症例】90代女性。現病歴：x月y日発話なく体動困難となったため、当院へ緊急搬送された。頭部CTにて左被殻から放線冠の脳梗塞と診断され、保存的加療を行なった。

【経過】介入当初、意識障害があり、経口摂取困難であった。刺激入力により徐々に覚醒状態が安定し10病日目に言語聴覚士（以下、ST）でゼリーを用いた直接訓練を開始した。失行により自己摂取困難であったが、12病日目には全介助にてペースト食を開始した。しかし、口腔器官の麻痺、アパシー、認知機能低下による食欲不振もあったため経口で十分な栄養摂取は困難であった。

18病日目、回復期へ転棟し、他職種との連携に力を入れ介入を行なった。症例は転棟後も進んで食事をする様子なく摂取量、摂取時間共に浮動的であった。内服薬に味覚障害、食欲不振の副作用がないことを薬剤師に確認し、看護師や介護士に食事の介助や見守りを依頼した。また、認知機能向上のため生活リズム構築や病棟アクティビティーへの参加を提案した。甘味物にしか手をつけない傾向があったため、エネルギー確保を目的に、管理栄養士と連携し、間食導入など食事内容の工夫を行なった。STでは間接訓練や高次脳機能訓練を行なった。その結果、自己摂取可能となり食事形態は軟飯・軟菜一口大・とろみ付き水分で3食経口摂取での退院となった。

【考察】高齢者の摂食嚥下障害は加齢による機能低下もあり、改善が難しいことが予想される。しかし、今回他職種と連携したことにより全般的な機能改善がみられ経口摂取可能となったと考えられる。

## 非麻痺側への重点的な介入で、Pushingが改善した症例

○武田沙知

永生病院

【はじめに】症例は右内頸動脈閉塞による脳梗塞で左片麻痺を呈した60代男性。29病日で当院回復期病棟転院、ブルンストロームステージ上肢Ⅲ下肢Ⅲ、感覚重度鈍麻。Scale for Contraversive Pushing（以下、SCP）5.75/6点でPushingを呈し、歩行全介助。麻痺側中心に介入し、154病日でSCP4/6点、Pushing残存、4点杖使用で歩行軽介助、自力歩行0m。155病日から20日間、非麻痺側へ重点的に介入した結果を報告する。

【方法】175病日にPushingの程度をSCP、バランスをBerg Balance Scale（以下、BBS）、歩容で効果を検証した。

【結果】SCPは4→0/6点、BBSは21→27点、4点杖使用し、最長10m自力歩行可能となった。

【考察】154病日では立位・歩行中において、非麻痺側股関節や肩甲帯の定型的な運動パターンを認めた。これらの運動パターンは麻痺側支持性不足を補う代償で、Pushingにつながる考えた。起居練習など運動に合わせた非麻痺側の活動を求めた結果、非麻痺側支持での運動パターンに変化を認めた。また、SCPの数値上ではPushingは消失した。よって、本症例のPushingは非麻痺側の獲得された定型的な運動パターンが一因であったと考える。

【まとめ】片麻痺患者への治療において両側への介入は重要である。麻痺側の重度な機能障害を持つ場合、非麻痺側における運動パターンは重要と考える。特に本症例では、非麻痺側の運動パターンに変化が生まれたことで、新たな運動学習により、立位バランス向上と歩行介助量軽減につながったと考える。

## 小脳梗塞により体幹失調を呈した症例 ～座位バランスへの介入～

○中村将宏、石黒明人、碓井 篤、  
浦田康平、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】今回、出血性小脳梗塞により、体幹失調を呈した症例を経験し、早期に理学療法を行い座位バランス改善に向けた介入を検討したので報告する。

【症例紹介】本症例は、53歳男性で平成27年8月8日に出血性小脳梗塞を発症し、当院へ入院し、治療開始となる。

【理学療法評価と訓練経過】発症2日目に理学療法開始となった。JCS10で眼振あり、運動麻痺はないが躯幹失調試験はstageⅣ、感覚障害は深部感覚が中等度鈍麻であった。座位保持は困難であった。初期は血圧が不安定であり、臥位での訓練を中心に実施し、血圧の確認をしながら座位訓練へと移行した。発症7日目には、JCS1で眼振あり、座位保持は上肢支持で可能だが、左へ傾きバランスは不安定であった。血圧は安定してきたため座位訓練を実施したが、易疲労であり、訓練時間の大半は臥位で体幹の筋力強化訓練を中心に実施した。発症15日目まで筋力強化訓練を実施したが、座位保持能力の改善を得られなかった。しかし、持久性の改善は得られ、座位バランス訓練への移行を検討した。座位バランス訓練は、床面から空間へとリーチ動作を段階的に行ない、姿勢制御が可能な位置と不可能な位置へ反復させた。そして、PTは徒手で深部感覚の補正をするために床面への表在感覚の刺激を入力し、リーチする位置を提示させ視覚の認識を図った。発症22日目には、JCS0で眼振は軽減し、躯幹失調試験はstageⅢ、感覚障害は深部感覚が中等度鈍麻であった。座位保持は支持なしで可能となった。

【考察】本症例に対し、座位バランス訓練でリーチ課題を段階的に設定し、体性感覚と視覚の補正を行ない、課題の達成度をフィードバックさせたことが、座位バランス改善に至ったと考える。

## 回復期における脳卒中片麻痺患者の歩行獲得を目指して

○齋藤壮太、青山 薫、工藤椋子

東京さくら病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟では在宅復帰を目標としてリハビリテーション（以下、リハビリ）を提供する。今回、「しっかり歩きたい」という主訴を持つ1症例に、在宅復帰を目標として初期評価から機能・認知面・基本動作・予後予測含め歩行に着目し、リハビリを行なったので報告する。

【症例】60歳後半の女性、発症から1か月经過した脳梗塞（左放線冠）による右片麻痺である。評価では感覚軽度鈍麻、著明な関節可動域制限や下肢の変形もなく、歩行は平行棒で往復見守りレベルだった。問題点は運動麻痺（下肢Br. StageⅣ）および筋力低下、高次脳機能障害（注意、失語、遂行機能）による運動学習の低下などであった。また、予後予測は入院期間中にT字杖＋装具で歩行可能だが、自立になるかは境界線上と予測できた。本人の主訴、評価、予後予測からゴール設定をT字杖＋装具使用し、屋内日中歩行自立とした。

【結果】退院時はT字杖使用の屋内日中歩行自立、夜間見守り、屋外はT字杖＋装具使用して見守りとなった。

【考察】①歩行獲得の1要因として感覚があげられた。足底からの荷重感覚フィードバックが運動学習に重要な役割を担ったと考えられた。②予後予測因子では年齢と運動麻痺が歩行自立を予測していたが、結果として夜間・屋外は見守りが外せず、確実な予測ではなかった。見守りが外せない要因として運動麻痺の回復に時間がかかったことや体幹・両下肢筋力の低下、振り出し時のつまずき、動作理解能力低下、環境適応能力低下などが考えられた。③歩行には影響を与える因子が多くあり、また症例によって多様性があるため、予測は参考にできるが1症例の可能性を引き出すことが必要だと考えられた。

## 急性期病院における肺炎患者に対する早期リハビリテーションへの取り組み

○井出 大、大淵康裕、松久恵介、  
佐藤雅晃

南多摩病院

【はじめに】当院は東京都八王子市にある急性期病院（一般病棟 170 床）である。当院では自宅、施設より肺炎にて救急搬送される場合も多く、安静による廃用症候群の進行例が多い問題を抱えていた。そのためリハ早期介入、早期離床を促進する対策を平成 26 年度より講じた。ここに得られた効果について報告する。

【対象と方法】対象は平成 25 年度、26 年度に当院の肺炎入院患者で、平成 25 年度（以下、25 年度）92 名、平成 26 年度（以下、26 年度）223 名（死亡例は除外）。方法は 26 年度より開始した病棟担当制強化、日曜日介入や土曜日祝祭日出勤者増と医師、看護師との情報共有強化の効果を以下の項目から検討した。

1) 平均年齢 2) 入院日からリハ開始日までの期間（以下、リハ未処方期間） 3) 在院日数 4) 在院日数とリハを実施日数の割合（以下、リハ実施率）の平均値 5) 在宅復帰率

【結果】対象患者の平均年齢は 25 年度が 83.6 歳、26 年度が 82.5 歳。リハ未処方期間は 25 年度が 6.9 日、26 年度では 4.1 日。在院日数は 25 年度が 46.4 日、26 年度は 29.8 日。リハ実施率は 25 年度が 56.03%、26 年度が 69.02%。在宅復帰率は 25 年度が 58.5%、26 年度が 64.7%。

【考察とまとめ】今回の結果から、病棟担当制強化や医師、看護師との情報共有強化等の対策により、リハ未処方期間の短縮 ( $p < .05$ ) とリハ実施率の向上 ( $p < .001$ ) が認められたと推察される。在院日数の短縮は平成 26 年度より DPC 対象病院となった影響が大きいものと考えられた。

## 急性期における院内デイケアの効果

○羽生樹理、佐藤雅晃、長谷川好子、  
高尾 恵、岩崎彩芽、小原えり

南多摩病院

【はじめに】急性期においては、治療の妨げとならないよう切迫的に行動制限を余儀なくされるケースも少なくない。そこで当院では 2013 年度より院内デイケアを実施している。今回、その取り組みの紹介と効果について以下に報告する。

【取り組み】目的は、行動制限に伴う廃用症候群の予防、ADL の改善である。内科病棟にて 12 時 45 分から 45 分間、車いす離床が可能となった患者様を対象に、体操や作品制作を中心に活動している。

【対象と方法】2013 年 4 月からの 1 年間に内科病棟に入院し、リハビリテーションが処方された 236 名の内、最も多い肺炎関連疾患により廃用症候群の診断のついた 67 名を対象に院内デイケアに参加した群 39 名（平均年齢：83.1 ± 7.8 歳、男女比：男性 27 人女性 12 人）と参加しなかった群 28 名（平均年齢：84.3 ± 7.5 歳、男女比：男性 14 人女性 14 人）にて離床時間の改善時間と BI の改善点を比較検討した。検定には、Mann-Whitney の U 検定を用いた。

【結果】2 群間にて離床時間の改善時間 ( $P < 0.05$ ) にて有意差が認められた。BI における改善点の平均は、参加した群 23.71 点、参加しなかった群 15 点であったが、2 群間での有意差は認められなかった。

【考察】今回の結果から院内デイケアが離床時間を改善させる役割の一端を担っている可能性が示唆された。しかし、ADL の改善につながる結果は得られなかった。島田らの調査では「長時間の離床と良好な日常生活動作能力とは密接に関連している」、上田は「高齢者の全身的な廃用症候群を防ぐには活動時間を 4 時間以上とる必要がある」と述べている。今後も離床時間の拡大を図り廃用症候群の予防、ADL の改善のために調査をすすめていく。

## 認知症専門フロアでの新たな取り組み

○大野加恵、外山幸子、青羽知美、  
薬師寺明良

介護老人保健施設 メディケアイースト  
(多摩リハビリテーション病院)

【はじめに】平成27年度の介護報酬改定後も「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の加算対象や内容は継続されており、介護老人保健施設での認知症リハビリに対する期待が高い様子が伺える。当施設の認知症専門フロアでは日常生活場面に即したリハビリやレクリエーション等を中心に取り組んでいるが、新たに小集団アプローチの試みを考え、「脳活性化リハビリテーション」に着目し導入した。今回はその試みへの経過を報告する。

【方法】対象は認知症専門フロア入所者50名。脳活性化リハビリ5原則（快・会話・役割・褒める・成功体験）を意識した小集団（3～10名）で週1回以上20～30分程度（回想法・歌・手芸・ゲーム等）介護スタッフによるアプローチを実施。3ヶ月間の変化の指標はMMSEや介護スタッフへのアンケートを行なった。

【経過】リハスタッフより介護スタッフへ導入したが、プログラム構成を難しく感じるスタッフもいた。5原則を組み込んだプログラム作りの提案や、日々の担当を一緒に考えることで意識を高め、ほぼ毎日の実施が可能となる。

【結果・考察】導入前のMMSEは平均得点10.8、およそ3か月後には12.6となり認知症進行予防に効果があることがわかった。またアンケート結果では「利用者の表情が明るくなった」「利用者との発話が増えた」などの前向きな意見も聞かれた。これは介護スタッフの変化により日々のケアに5原則を取り組む意識が芽生えたからではないだろうか。

【まとめ】今回の結果から介護スタッフが介入することにより、認知症があっても楽しく過ごせる環境作りをフロア全体で取り組むことができた。今後も利用者へサービス提供を継続したい。

## 当外来における高次脳機能障害者への就労支援

○上本茉生子、江村俊平、平野 彩、  
岩谷清一

永生クリニック  
(永生病院)

【はじめに】当外来では平成22年より約5年間、高次脳機能障害者の就労支援を主目的とした小集団プログラム、「丸八工房」を実施している。今回は具体的な取り組みを事例を加えて報告する。

【活動内容】対象は高次脳機能障害の診断を受け、就労・社会復帰の意思を有する当外来通院者である。年齢は65歳未満で、失語症は軽度としている。半年を1クールとして毎週土曜9時～12時に実施。内容はメモリーノート、作業活動、グループワークを軸としている。

【活動結果】現在までの参加者は19名。平均年齢46歳、平均経過2.7年、脳外傷5名、脳血管疾患14名、男女比16:3である。現在の障害福祉サービスの利用状況は就労移行支援2名、就労継続B型3名、自立訓練1名、生活介護3名である。そして3名が再就労、2名が復職となった。

【事例紹介】A氏、20代男性。くも膜下出血による右片麻痺と高次脳機能障害。再就労を目標に通院していたが、病識の低下がみられ現実検討が困難であった。

【事例経過】通院当初A氏と家族は障害福祉サービスの利用に抵抗感を示した。しかし、丸八工房の参加者やその家族と話をすることで、再就労への段階付けが理解された。そして当外来セラピストと市の障害者支援センターで連携をとり、家族も含めて面談を重ねてサービス内容を検討した。その後は通いの自立のために市のボランティアセンターに交通機関の練習を依頼した。各機関にはA氏の症状や予測されるリスク等の情報提供書を配布した。現在A氏は週2回障害福祉サービスを利用している。

【まとめ】今回の事例のように集団でのコミュニケーション、他機関との連携、家族へのフォローアップは就労支援をする上で有効と考える。

## 当院におけるリハビリスタッフ気管内吸引認定制度の振り返り

○倉田考徳

南多摩病院

【背景】平成22年4月厚生労働省の通知により、理学療法士及び作業療法士法、言語聴覚士法の解釈が変更され、リハスタッフの気管内吸引が合法化された。

また、その内容には「医療機関等において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施することとする」とされており、卒後教育が義務付けられている。

【当院での取り組み】平成25年5月より卒後教育の一環としてリハスタッフの気管内吸引認定制度を導入した。

規定の講義を受講し、実技試験合格にて認定を受ければ、気管内吸引の実施が許可される取り組みを開始した。

【目的】認定制度の運用開始から2年が経過した。今回、アンケート調査を実施し、制度の内容について考察し、今後の課題を検討した。

【対象と方法】対象は認定制度に参加したリハスタッフ、方法は多肢選択式および自由記述式のアンケートを作成し、無記名での回答を求め、得られた結果を集計した。

【結果】全ての参加者から良かったという回答が得られ、患者の苦痛軽減・業務範囲の拡大につながったという意見が得られたが、一方で多くのスタッフが吸引における危険を感じていることも明らかになった。

【考察】認定制度参加には満足しているが、数回の講義と実技練習だけでは十分な吸引行為が実施できるまでに教育できていないことが示唆された。技術不足や経験不足を補うことができないことが浮き彫りとなった。

【今後の課題】今後はリハスタッフが吸引行為で危険を感じる場面が少なくなるよう、認定前の実技練習を増やしたり、認定後もフォローアップの練習会を開催するなど、技術不足の解消に努めたい。

## 慢性腰痛をもつ看護・介護職員に対しての運動療法などの取り組み

○地口麻衣、清田有希、星麻奈美、坂口泰之、立花 亮、鏑木真帆子、猪狩大嗣

東京さくら病院

【はじめに】病院職員、特に看護・介護職員は腰痛の発生率が高く、就業を妨げる一因となっている。当院職員へのアンケート調査から60%の職員が腰痛を有していた。そこで今回、慢性腰痛緩和とQOL改善を目的に、理学療法士（以下、PT）が自主トレーニングを中心とした運動・動作指導を行なった。

【方法】3カ月以上慢性腰痛が続いている当院職員16名を以下の3群にわけた。評価に基づきPTが個別に評価・プログラム立案・指導した群（A群）、既存の腰痛体操を指導した群（B群）、コントロール群（C群）とした。評価はVASおよびJOABPEQ（日本整形外科学会発）を用いた。統計はMann-WhitneyのU検定等を用いた。

【結果】VAS、JOABPEQは疼痛、心理的障害の項目で、A群の改善が大きかった。社会的障害の項目はA群、B群共に同程度の改善となった。C群と比べると全項目でA群・B群の改善の方が大きかった。

【考察】A群の改善の結果は、PTが被験者に合わせた運動プログラムを組むことで、より原因部に介入でき、また個々の症例に対し積極的にアプローチができたことで、心理面の改善につながったものと考えられる。しかし、業務上の都合により、腰部に負担の多い動作を行なってしまう場面が多く、働きやすさにつながらなかったと考える。

【まとめ】運動介入したほとんどの職員において腰痛改善がみられたが、取り組みに参加した職員は、当院の看護・介護職員の1割にとどまった。今後の課題として、今回参加できなかった腰痛のある職員の働きにくさを改善するためにも、多忙な職員が運動を実施・継続できるような取り組みと、より当院職員の問題に合わせた個別での評価・運動・動作指導を行なっていくべきだと感じた。

## リハビリテーション職員のストレス調査 ～管理職と一般職の比較～

○宮城春秀、永井淳一、岩原信一郎、  
矢野正雄、猪口正孝

南町田病院

【目的】当法人は、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟があり、訪問看護ステーションを併設し、急性期医療から在宅と幅広い診療を行なっている。リハビリテーションの職員数も150名に増え、管理者としては、働きやすい職場環境を作るために職員のストレスに対する対応が必要で、人事管理や健康管理をする上で重要と考えている。

今回、職業性ストレス調査票を用いて、リハビリテーション科の管理職と一般職を比較検討した。

【方法】当法人リハビリテーション科職員139名を対象に職業性ストレス簡易調査票を使用し、自己記入式調査を行なった。期間はH27年5/1～12日に実施し、調査結果を管理職と一般職に分けて比較検討した。統計処理は、 $\chi^2$ 検定を行ない有意水準はP値<0.05とした。

【結果】 管理職16名：年齢33.9±3.6歳、職種経験11.1±3.4年、管理経験2.3±2.2年  
一般職111名：年齢28.2±5歳、職種経験4.5±3.5年、病院経験594±637.9日

一般職は、「心理的な仕事の負担(量)」「心理的な仕事の負担(質)」「自覚的な身体負担」の項目でストレス因子が高い。(p<0.05)

管理職は、「仕事の適正度」「働きがい」の項目でストレス因子が高く、「上司からのサポート」「同僚からのサポート」「家族・友人からのサポート」「仕事や生活の満足度」のストレスに影響を与える項目で低い結果となった。(p<0.05)

【考察】当法人の管理職と一般職のストレス原因は異なり、ストレス対策も違う。管理職は、管理経験年数も少ないこともあり、管理業務にストレスを抱える傾向であった。この結果、管理職の支援する体制づくりや研修の開催、また定期的なストレス評価や教育等を行なう必要がある。

## 区南部地域における介護支援専門員への研修会を通じた多職種連携の推進

○菊池謙一、小磯 寛、尾花正義

荏原病院

【はじめに】当院は、区南部地域のリハビリテーション支援センターに指定されており、地域の医療従事者を対象に、研修会の開催などを行なっている。その中で、療法士と介護支援専門員との連携を向上する目的で、平成24年～26年度の3年間にわたり、地域の介護支援専門員に向け研修会を行なってきた。研修内容は、「脳卒中」「廃用症候群」「摂食・嚥下障害」のリハビリテーション（以下、リハ）について東京都の全支援センターにて作成したテキストをもとに、リハに関わる知識・技術を提供した。今回は参加者に対するアンケート調査を行ない、参加者の感想・意見をまとめたので報告する。

【方法】大田区、品川区それぞれの区域ごとに介護支援専門員を対象とした研修会を行ない、研修後にアンケート調査を行なった。1年目、2年目は自由意見を、3年目については研修の内容や質についての質問項目を含めて記載してもらった。

【結果】調査の結果、参加者の90%以上から研修会の内容はわかりやすく、役に立ったという高い評価が得られた。自由意見としては、「通常業務で療法士と連携をとる中で、リハについての理解不足から、療法士と共通理解することができなかったが、今回の研修を通して相互の理解が深められた」、「環境整備や福祉用具の選定にはPTやOTを呼ぶようにしたい」といった意見もあった。

【まとめ】東京都では今後も地域包括ケアシステムの構築に向け、地域の中で多職種がより協力できる体制を築いていく必要性を示している。そういった中で今回の取り組みは一定の成果をあげることができた。今後も多職種間での交流会を継続し、連携をより強固なものにしていけるよう努力していく。

## 当院におけるペースト食の評価・改善の取り組み

○永井右来子、柏木美和子、浅川沙織、  
輿水三枝子、高橋博子、大友聡子、  
結城結花

豊島病院

【はじめに】豊島病院は、脳血管疾患医療を重点医療に掲げている区北西部における地域医療支援病院である。平成21年から脳血管疾患患者を中心にペースト食を提供しているが、その数は年々増加してきている。当院のペースト食は料理の風味を損なわないように増粘剤を使用せずに調製しているが、「嚥下調整食分類」のとろみ基準を参考にペースト食のLine Spread Test（以下、LST）値による評価、とろみ調製目安表作成に取り組み、改善したことを報告する。

【方法】現在提供している主食（全粥ミキサー）、副食（ペースト食）を簡易とろみ測定板を使用してLSTを算出。また、各種増粘剤の使用量、溶解性、味を試作評価すると共にLSTを算出し、各種料理に適した増粘剤や半固形剤について検討した。

【結果】全粥ミキサー（増粘剤使用）は薄いとろみ（LST37mm）であり凝集性が不足していたため、増粘剤から酵素入り半固形剤へ変更することとした。副食（ペースト食）23種のLSTは18～36mmであり、LSTが29mm以下の12種のうち、6種は肉・魚料理であった。肉・魚料理は凝集性が高いが、口腔内のザラツキが残る。そのため、料理に合わせて増粘剤を使用することでザラツキは減り、凝集性はさらに高まった。増粘剤については数種のうち、現在使用している増粘剤で問題ないことがわかり継続して使用することとした。

【考察】「嚥下調整食分類」のとろみ基準を参考にすることで、ペースト食の形態を数値化し適正範囲を設定することができた。一律に増粘剤を添加するのではなく、料理の食材や調理法に合わせて増粘剤の添加量も調製していく必要があることを再確認した。

## 難渋する下痢症例にペクチン含有濃厚流動食品「ハイネーゲル®」を用いて奏功した1例

○田邊 薫

永生病院

【はじめに】経腸栄養の合併症には、消化器系合併症、代謝性合併症、感染症がある。最も頻度が多いのが消化器系合併症で、悪心嘔吐・下痢・便秘が代表的だ。

今回、速度調整や消化態栄養剤への変更、水溶性食物繊維の投与等にて改善がみられなかった水様性下痢を呈する1症例に対し、胃内でゲル化する「ハイネーゲル®」を使用し奏功したので報告する。

【方法】水様性下痢を呈した1症例に対し、エネルギーや投与方法は変更せず、栄養剤を「ハイネーゲル®」へ変更した。1日3回、300kcalを毎食1時間かけて投与を行なった。上記で不足する水分300mlは、10時と14時の2回に分けて投与した。

【結果】「ハイネーゲル®」使用前は、ブリストールスケールにて6～7にあたる泥状から水様の便が1日3回程度、多量にみられていた。「ハイネーゲル®」へ変更後2日目にはブリストールスケールは4～5へと正常化した。1日あたりの回数は1ヶ月平均で1.76回、1回量は中等量が最も多くなった。

### 【考察】

・ペクチンが胃の中のPHによってゲル化し、腸の通過時間を緩やかにしたことにより、便性状が変化した。

・ゲル化は胃の中のPHに依存するため、PPI服用者は不向きとされている。しかし本症例はランソプラゾール15mgを1錠内服していたが、便性状の改善はみられた。このことから腸管の通過時間を緩やかにする程度のゲル化は保たれたのではないかと推測された。

・下痢のため吸収能が低下した本症例には、たんぱく質がペプチドまで分解された性状だったことも奏功した要因の1つではないかと推測された。

【まとめ】便性状が改善したことにより、患者の経管栄養投与時の不快感がなくなり、QOL向上につながることができた。



## LES 食導入による早朝低血糖改善への試み

○宮後十和子

青梅成木台病院

【はじめに】BMI15kg/m<sup>2</sup>未満の低体重の精神疾患患者が、低血糖症状をおこし、摂取エネルギーアップと就寝前に軽食をとるLES食(Late evening snack)を導入したことにより、低血糖が改善した症例を経験したので報告する。

【症例】80代女性：統合失調症、低血糖を来す基礎疾患なし。BMI13.3kg/m<sup>2</sup>

H23年より徐々に体重減少がみられ(BMI17.1→13.3)H26年、血糖59mg/dl、低血糖低体温症状が観察された。摂取エネルギー1400kcal/日から1800kcal/日へエネルギーアップし経過観察していたが、BS25mg/dlと中枢神経の症状がでる数値を示すこともあり、さらなる介入を必要とした。

【方法】20時の就寝前に軽食をとるLES食導入を提案し、就寝中の飢餓状態防止、早朝低血糖の予防を試みた。栄養素のバランスがよく、吸収が緩やかである牛乳を用いて経過観察した。

【結果】LES食の導入から4週間後、早朝血糖値は70mg/dl以上で経過し、低血糖症状は消失した。また、指や腕の動きが活発となり、表情もよく疎通も良好になった。

【考察】LES食は肝硬変患者の、夜間飢餓対策として用いられるが、低体重患者も、骨格筋の減少、臓器蛋白質の減少が考えられる。体内のグリコーゲンが枯渇し、容易に飢餓状態に陥っており、LES食により就寝中の飢餓、早朝低血糖を予防できたと考えられる。

【まとめ】バルプロ酸服用による副作用として、カルニチン欠乏による非ケトン性低血糖の出現がある。精神疾患患者にバルプロ酸を投与することはよくあるが、同様に低体重患者も多いことより、低血糖のおそれが、さらに高くなることを念頭におく必要がある。

低血糖は、致死的な副作用であり、それを惹起する体重減少を看過してはならない。

## NST 発足の経緯と現状の問題点・今後の展望について

○今堀智紀、海老原 功、三浦邦久、西畑総子

江東病院

【はじめに】江東病院(以下、当院)の入院患者は高齢者が多く、NST活動は患者のQOL向上に欠かせないものといえる。NST発足後5年が経過したことを受け、発足の経緯や発足当初から現在までの問題点・今後の展望についてまとめた。

【方法】平成22年から平成27年に当院で実施されたNST活動の記録を調査し、その時々の問題点や対応策を分析した。

【結果】発足当時、NSTを立ち上げる病院が多く、患者のQOL向上や経済面での成果を出していた。当院もそれに倣い、医師・看護師・管理栄養士の有志によりNSTを発足した。当初の問題点として、①対象者が少なく、在院日数が短いため継続介入が困難 ②スタッフの認知度が低く、多忙な中で頻りに集まる事が困難という点があげられ、開催頻度も週1回→月1回→隔月へと減少。対策として、栄養科主体でラウンドし、必要に応じて電子カルテやイントラネットを通して他職種への報告や相談を行ない、全体への報告はNST開催時に行なうこととした。実施から間もなく、カルテを見た医師からの介入依頼が増え、1ヵ月の症例数が1~2件→5~6件へと増加。患者訪問頻度も1人につき週1回~月1回→週2~3回へと増加し、より迅速で細やかな対応が可能となった。今後、さらに症例数を増やすにはマンパワーの不足が課題であり、栄養科スタッフの育成やNSTの認知度を上げる活動が重要となる。

【考察】活動を振り返り、開始当初の問題点やその対策・結果を踏まえて整理することで、現在の問題点発見に至った。当院ではマンパワーの不足によりNST加算の算定には至っていないが、今後は算定も視野に入れてより具体的な対策を講じ、患者サービスの向上へとつなげたい。

## 入院中から自宅退院後まで、一貫した栄養管理の事例

○笹本友里、山口仁美、五十子桂祐

町田病院

【はじめに】高齢者が自宅退院する場合、その後の生活を考慮したサポートが重要となる。入院中から退院後まで一貫した栄養管理を行なうことで、再発や低栄養の予防につながる。当院は地域住民の食生活支援の拠点となる栄養ケアステーションを設けた。主な活動である介護保険の居宅療養管理指導による訪問栄養食事指導についての事例を報告する。

【経過】心不全で入院した92歳女性は入院中、食事形態が常食から塩分制限ありの嚥下食へ変更となった。退院後は生活保護を受けながら自宅独居となる。退院前カンファレンス時に介護支援専門員、ヘルパーへ現状を報告し、ケアプランでは毎食ヘルパーが食事準備に入ることとなった。退院後早急に食事担当のヘルパーに向け、減塩および嚥下食の調理方法について訪問栄養食事指導を行なった。その結果、自宅でも適切な食事が提供される環境が整った。その後も管理栄養士が月1度訪問し、体重測定や食事摂取状況の確認を継続している。食欲は増加傾向であり、体重は4ヶ月で33kgから36kgへ増加。血圧も安定し、浮腫もみられない。

【考察】入院中から医療相談員と連携し退院後の生活環境や経済面を考慮することで、患者に合った食事準備方法や内容を検討する事ができた事例である。また、訪問時に食事担当のヘルパー全員に直接指導することで、具体的な説明ができ、本人の希望や状況についても、共通の認識を持つことができた。

【まとめ】訪問栄養食事指導は在宅患者への単なる栄養指導だけでなく、入院中から退院後まで継続した栄養管理を行なう手段となる。また、多職種で連携することで、より有効に活用していくべきだと実感した。

## 当院における食事摂取方法が日常生活動作の改善に与える影響

○原田宗典、川井拓朗、染谷亮太、  
正村好臣、米川 舞、宮原英詞、  
下川龍平、宮城春秀、河内葉子、  
齋藤 整

東京リバーサイド病院

【はじめに】栄養状態の改善は、リハビリテーションの効果を左右する重要な要因であり、経口による食事摂取は栄養状態を改善させ、日常生活動作（以下、ADLという）の改善につながる事が推測される。そこで、当院入院患者を対象に食事摂取方法がADLに与える影響について検証したので報告する。

【対象】対象は、平成24年4月から平成27年3月までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院していた脳血管疾患患者とした。入院中に転棟・転院した患者は除外した。

【方法】対象者を経口摂取群と非経口摂取群に分類し、それぞれの入院時と退院時のFunctional Independence Measure（以下、FIM）運動項目合計点数の改善率を算出した。経口摂取群と非経口摂取群のどちらがFIM運動項目の改善率がよいかを検証するために、対応のないt検定を施行した。（また、栄養状態の改善とFIM運動項目の改善の関係を検証するため各群の入院時・退院時の血清アルブミン値とFIM運動項目の点数の差を算出し、相関関係を検証した。）有意水準は5%とした。

【結果】対象となった脳血管疾患患者は69名で、経口摂取群52名、非経口摂取群は17名であった。経口摂取群のFIM運動項目の改善率は、非経口摂取群と比較し有意に増加していた。また、経口摂取群では退院時の血清アルブミン値とFIM運動項目で有意な正の相関関係がみられた。

【まとめ】経口による食事摂取はADL向上に繋がる可能性が示唆された。今後はリハビリスタッフとしての効果的・積極的な介入と、他部門を含めたより詳細な栄養評価・サポートを検討し患者のADL向上につなげていきたい。

## 発症から入院までの期間と、回復期患者の ADL 改善の関連

○井上 隼、小林 豊、渡辺 寛

品川リハビリテーション病院

【はじめに】発症後、当院回復期病棟に入院するまでに要した期間（以下、発症後期間）と、ADL 改善との関連を検証した。

【対象】2013 年 1 月以降に発症し、2015 年 9 月までに当院回復期病棟を退院した患者の中で、データベースによる後方視的検討が可能であった 227 症例。

【方法】発症後期間を 2 週、4 週、6 週、8 週ごとに区切った 4 群（A 群、B 群、C 群、D 群）に分け、入院時 Barthel Index（以下、BI）・退院時 BI・入退院時の BI 差・BI 効率（BI 差を入院日数で除した値）の代表値について、Kruskal-Wallis 検定（ $\alpha = 0.05$ ）を用いて有意差を検定した。

【結果】入院時 BI（A:30.0 ± 23.0、B:35.0 ± 28.1、C:55.0 ± 29.4、D:30.0 ± 29.2）と BI 差（A:37.5 ± 15.1、B:27.5 ± 21.9、C:15.0 ± 17.2、D:12.5 ± 25.2）において有意差を認めしたが、退院時 BI（A:77.5 ± 13.4、B:72.5 ± 32.7、C:80.0 ± 31.9、D:65.0 ± 37.8）と BI 効率（A:0.41 ± 0.20、B:0.38 ± 0.30、C:0.29 ± 0.31、D:0.27 ± 0.38）には有意差を認めなかった。

【考察】急性期管理を脱した症例については、早期から集中的なリハビリを施すことで高い BI 改善が得られる可能性が示唆された。また、発症後期間の長いものでは入院時 BI が低値を示し、入退院時の差も小さい傾向にあった。発症後期間の長期化は、疾患の重症化や合併疾患、高齢などの影響による医学的管理の長期化を反映していると予測され、BI 改善に難渋したという可能性が示唆された。これら発症後期間が長期のものでは入退院時 BI 差が小さい傾向にあり、回復期病棟入院時から退院時 BI の目安が比較的立てやすいため、早期から退院時の生活を想定した環境設定を図ることが有用であると考えられた。

【結語】発症後期間と ADL 改善の関連を、後方視的に検討した。発症後期間の長短が ADL 改善と関連し、退院時の ADL 予測に寄与する可能性が示唆された。

## 当院回復期リハビリテーション病棟開設による効果と課題

○碓井 篤、石黒明人、浦田康平、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院は東京都指定 2 次救急医療機関である。2014 年 7 月に 34 床の回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）を開設した。大腿骨頸部骨折や脳卒中のリハビリテーション対象患者では、他回復期病院への転院待ちで入院が長期化するケースが多かった。自院での転棟が可能になったことで、大腿骨頸部骨折・脳卒中患者の急性期病棟在院日数は短縮したのではないかと考えた。今回はこの仮説を検証し、回復期病棟開設の効果や課題を考察した。

【方法】2013 年 7 月～2014 年 6 月に当院急性期病棟を退院した大腿骨頸部骨折患者（以下、頸部骨折）140 名・脳卒中患者（以下、脳卒中）245 名と 2014 年 7 月～2015 年 6 月に当院急性期病棟を退院した頸部骨折 129 名・脳卒中 295 名の在院日数を比較した。また、患者 1 名に対しての療法士 1 名あたりのリハビリテーション介入単位数（以下、介入単位）、入院時と退院時の Barthel index 得点差（以下、BI 効果）・年齢も比較し、在院日数の変化が妥当か検討した。

【結果】頸部骨折は開設前平均在院日数が 28 日であり、開設後は 27.9 日であった。脳卒中は開設前が 31.0 日であり、開設後は 31.2 日であった。両患者群とも統計的に有意差のある数値変化はなかった。また他の項目の開設前後の平均値は、頸部骨折：介入単位 2.08 → 2.3 単位、年齢 82.0 → 83.7 歳、BI 効果 20 → 22.1 点、脳卒中：介入単位 2.01 → 2.31 単位、平均年齢 74 → 73.6 歳、BI 効果 27.1 → 27.8 点であり、各項目の平均値は開設前後で統計的に有意差がなかった。

【考察】回復期病棟を開設したが急性期在院日数は有意差のある変化はなかった。今後、在院日数の短縮につなげるには院内連携、当院から他回復期病棟への地域連携、リハビリテーションの提供方法を見直す必要がある。

## 自己認識の低下に対して気づきを促すADL訓練

○高尾優希

永生病院

【はじめに】脳出血の影響にて自己認識の低下をもたらし、安全管理の不十分さや数回の転倒を認める患者を担当した。代償手段の活用にて自身の問題点や変化に気づききっかけを得られたため、その経過を報告する。

【症例紹介】70代男性。右被殻脳出血を発症し、2ヵ月後に当院回復期リハビリテーション病棟に転院されリハビリ開始。重度片麻痺を呈しADL全般に全介助を要した。特に安全管理の不十分さや転倒がみられ、ADL設定やリハビリの進め方に難渋した。

【経過】高次脳機能評価にて明らかな低下はなかったが、ADLにて注意の切り替えや同時処理の困難さ、車椅子上の前滑りがみられた。まず、PCRS評価表を使用し、病識の程度を図りながら、短期目標として“車椅子を運転できる”という目標を共有できた。車椅子駆動練習として、身体機能・ADL面を基本として介入しながら、高次脳機能面・環境面に重きを置いた。具体的には、ブレーキ忘れや背もたれにもたれすぎてしまう等不注意があり、代償手段として車椅子駆動のチェックリストを一緒に作成し、反復練習にて注意点の強化を行なった。リハビリ時の車椅子駆動能力向上を図れたが、ADLの汎化まで至らず、チェックリストの振り返りなしでは安全管理の不十分さが残存した。

【考察】自己認識が低下した方に対して、目標共有することで、リハビリへの意識をより高めることができた。車椅子駆動のチェックリストの利用にて、自己の問題点や変化に気づききっかけになり、リハビリ時の動作能力向上を図れた。しかし、ADLへの汎化までは至らず、リハビリ以外の関わりや過ごし方、重度片麻痺のため身体機能面へのフォローアップが重要であった。

## 肩関節周囲炎における前腕機能の関連性（一考察）

○山崎奈央、石黒明人、碓井 篤、  
浦田康平、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】一般的に肩関節周囲炎の症状は肩甲上腕関節を中心に存在し、その理学療法は運動機能を考慮すると、隣接する肩鎖関節や胸鎖関節等の評価も重要である。また、肩関節周囲炎は、疼痛と拘縮をきたし肩関節は機能不全となる。疼痛は肩関節周囲に局限して存在するが、疼痛による防御性反応は上肢の遠位にまで影響を及ぼす。頸椎の椎間関節の操作により肩関節周囲炎の機能改善が得られる報告もあるように、肩関節周囲から視点を変え前腕への介入を施した。

【臨床所見】臨床において、肩関節周囲炎での肩関節屈曲や外転時には、疼痛や筋緊張により肩甲上腕関節機能が乏しくなり、肩甲骨が先行的に挙上し、アライメント不良を呈することで、正確な関節可動域測定は難しい。その際、前腕屈筋群の筋緊張が高く前腕は回内位になる傾向があり、回外運動に関しての抵抗感が強くなっていることが多くみられる。

【考察】これらの臨床所見は、肩関節中心の局限した機能不全と考えるが、逆に前腕機能が肩関節周囲に影響しているとも考えられる。それは、解剖学的に前腕と肩関節は筋膜連結が示されており、前腕の活動は肩関節への運動連鎖を与えることが示唆される。また、日常生活での肩関節はscapula plane上での活動が主となっており、前腕は正中から回内位での活動が多くなっている。よって、前腕の回内活動が頻回となれば肩関節は内旋方向の活動が多くなるため、肩関節周囲の筋は偏った筋活動となり本来持っている筋の均衡が破綻することで、肩関節周囲炎を呈する可能性が示唆される。今回、肩関節周囲炎の患者へ前腕機能の関連性を検討し、臨床場面での取り組みを報告する。

## 地域高齢者を対象としたロコモ 25 と運動機能テストとの関連性

○前川冬樹、櫻井靖之、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】当院所在地である北区は高齢化率が高い地域であり、独居世帯数も増加している。本研究では、ロコモテストを通し地域高齢者の健康に対する不安感と実際の運動機能との関係に着目し、地域高齢者に対する健康増進への取り組みに活かすことを目的とする。

【対象・方法】ロコモテストに参加した健常高齢者 33 名（65 歳以上：平均年齢 74.1 ± 18.9 歳、男性 12 名、女性 21 名、後期高齢者 55.6%）を対象とした。

調査項目はロコモ 25（問診）、立ち上がりテスト、2 ステップテストを実施した。ロコモ 25 の結果をもとに、健康に対する不安を有する群（15 人）と不安のない群（18 人）の 2 群に分けて群間比較を行なった。群間比較については 2 標本 t 検定ならびに Pearson の相関係数を用いた。統計ソフトは EZRver1.30 を使用し、有意水準 5% とした。

【結果】2 標本 t 検定の結果から、ロコモ 25 の結果と実際の運動機能については有意差を認めなかった。ロコモ 25 の結果と 2 ステップテストでは相関がある ( $r=0.518$ ,  $p=0.002$ )、という結果になった。

【考察】ロコモ 25 による自覚的な運動機能が高い者でも実際の運動機能は低下している者が多くいることがわかった。また、立ち上がりテストでは日常の生活動作の評価にはつながらないと思われる。

【まとめ】生活活動困難感が低い方に対しても定期的な運動機能評価を実施し、運動指導等を行うことでロコモティブシンドロームの改善または予防をしていくことが重要である。

自覚的な運動機能と実際の隔たりを把握することで、生活習慣を再考する一助となり、健康増進活動の促進につながるものと考ええる。

## 当院での膝関節前十字靭帯損傷のリハビリテーション実態調査

○元井康弘

永生クリニック  
(永生病院)

【はじめに】当院で膝関節前十字靭帯（以下、膝 ACL）損傷にてリハビリテーション（以下、リハビリ）を行なった患者の実態調査を行なった。

【対象・方法】対象は、2008 年 7 月～2015 年 5 月に当院を受診し、膝 ACL 損傷の診断名でリハビリの指示のあった患者とした。方法は、リハビリ診療録から調査を行なった。

【結果】総患者数 80 名（男性 38 名、女性 42 名）。平均年齢 30.9 歳（男性 32.1 歳、女性 31.0 歳）。右 41 膝、左 39 膝であった。リハビリの指示内容は、再建術のリハビリ 48 名（60%）、保存療法 18 名（23%）、他院よりリハビリ目的 9 名（11 名）であった。年代別リハビリ指示数は、2012 年が 19 件、2011 年が 15 件、2013 年が 13 件の順で多かった。受傷機転は、スポーツ活動時 53 名（66%）、日常生活内 20 名（25%）、交通事故 2 名（3%）であった。スポーツ活動時での受傷した種目は、バスケットボール 21 名（男性 8 名、女性 13 名）、サッカー・フットサル 10 名（男性 8 名、女性 2 名）の順に多かった。

【まとめ】膝 ACL 損傷の受傷機転は、スポーツ活動時が 70%、日常生活内が 17%との報告がある。当院でも、スポーツ活動時 66%、日常生活内 25%と概ね同様の結果であった。また、膝 ACL 損傷の発生率の高いスポーツ種目は、バスケットボール、サッカーの順に多く、性別は女性に多いとの報告がある。当院でもスポーツ種目、性別共に同様の結果であった。

## 高齢者における運動プログラム実施前後の認知機能の変化について

○福田健一、清水大輔、郡司 聖、  
近藤義人、原 大輔、小林 南

介護老人保健施設 メディケア梅の園  
(多摩リハビリテーション病院)

【はじめに】多くの先行研究で運動が認知機能の改善をもたらすことが報告されている。運動負荷と認知機能を媒介するのは脳神経由来栄養因子（以下、BDNF）であるとされている。BDNFは特に海馬や視床下部に多く存在し、中強度の有酸素運動によってBDNFの増加がもたらされるという報告は多数ある。

そこで、当施設入所中の高齢者に対してマフeton理論による180-年齢を目標心拍数とする（以下、180公式）有酸素運動を継続的に行ない、認知機能およびその随伴症状との関係を検証したので報告する。

【方法】70歳代～90歳代までの14名（平均年齢82.2±11.2）に対し、3名一組で180公式に従いエアロバイクで30分の運動プログラムを作成、1週間に5回の頻度で実施時間は固定し2か月間実施した。認知機能の変化は、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-R）およびN式老年用精神状態尺度（以下、MN尺度）・N式老年用ADL尺度（以下、N-ADL尺度）を用いて測定した。

【結果】①目標心拍数を達成した頻度は、90%以上の群（達成群）と30%以下（非達成群）の2群に乖離した。②達成群、非達成群ともに、HDS-R、MN尺度、N-ADL尺度は有意に上昇した。

【まとめ】本研究においては、この運動プログラムが高齢者の認知機能に与える影響は明らかにならなかった。しかしながら、運動プログラムに参加することでの認知機能の改善は認められた。運動プログラムそのものよりも、運動プログラムを媒介とした小集団活動が影響していたと予想される。今回対象者が14名と少なかったため、今後対象者を増やしさらなる経過を追っていきたい。

## 慢性期脳卒中患者へのrTMSと集中的作業療法の効果について

○大瀧直人1)、野崎光洋1)、東 成美1)、  
原 愛1)、星野義明1)、篠村哲治1)、  
高田耕太郎1)、小泉和雄1)、安保雅博2)

1) いずみ記念病院  
2) 東京慈恵会医科大学

【はじめに】脳血管障害の麻痺側上下肢の運動機能の改善は、発症直後から2～3ヶ月間がピークとされていた。そして発症後6ヶ月以降は著明な改善が困難といわれていたが、慢性期の上肢麻痺に対してはRepetitive Transcranial Magnetic Stimulation（以下、rTMS）が有効と報告されている。当院では、さらに効果の認められる「rTMSと集中的作業療法を15日間で行うNEURO-15」のプロトコールに取り組んだので報告する。

【方法】対象は平成26年4月～平成27年11月までに退院した慢性期の脳梗塞・脳出血の患者13例に、rTMSを低頻度刺激で行なった。そして、個別作業療法と自主トレーニングを実施した。さらに、入院時・退院時・退院1ヵ月後に、上肢機能、麻痺側上肢使用状況の評価を行なった。NEURO-15に関しては、対象者の保護に留意し、同意を得ている。また、当院倫理委員会の承認を得、東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座に準じて施行した。

【結果】上肢機能を評価するFugl-Meyer assessment、Wolf motor function test、Action research arm testは、入院時から退院時で有意な改善を認め、退院1ヶ月後でも有意な改善がみられた。また、麻痺側上肢使用頻度を評価するJikei assessment scale for motor impairment in daily livingでも有意な改善が認められた。

【考察とまとめ】NEUROは、脳卒中後上肢麻痺患者に対するrTMSと作業療法を用いた革新的介入と述べられていたが、最近では低頻度rTMSと集中的作業療法の併用療法を15日間かけて実施するNEURO-15が提唱されている。そして、麻痺側上肢使用頻度の数値が向上し、機能改善を示すようになってきている。当院でNEURO-15を実施した13例において、先行研究と同様、上肢機能および麻痺側上肢使用状況の増進がみられた。またNEURO-15は、機能面だけではなく、QOLの向上や積極的な社会参加につながっていた。症例を呈示し報告する。

## 当院スタッフによる地域住民の健康増進への取り組み (2015)

○吉野浩一、元井康弘、小川 潤、  
安藤達也、神原慎子、宮武智子、  
鈴木美岐、馬場烈志、大塚早智子

永生クリニック  
(永生病院)

【はじめに】昨年、『当院スタッフによる地域住民の健康寿命増進への取り組み』という演題で八王子市にて行なわれた“いちよう祭り”での市民への健康増進への取り組みについて発表した。今回、同会場で、“肩こり、五十肩予防相談コーナー”というブースを設け、相談者に対し、姿勢、身体の柔軟性を評価した後、運動指導を行なった活動について報告する。

【方法】同会場を訪れた肩に不安を持つ相談者に対し、アンケートにて、運動習慣、日常生活習慣、病歴など情報収集を行なったうえで、姿勢評価、肩甲骨可動性、体幹可動性、肩甲骨周囲の筋緊張を評価した。その後、肩こりなどの症状を呈するに至ったと考えられる不良姿勢、日常生活動作を分析し、原因と考えられる肩甲骨、体幹の可動性低下に対するストレッチングや筋力低下した頸部筋群に対する筋収縮訓練、機能不全と考えられる腱板に対する筋収縮訓練等を指導した。

なお、事前のアンケートにて、明らかに肩に炎症症状を呈していると考えられる場合は今回の趣旨である予防相談の範疇を超えるため、整形外科の受診を勧めた。

【結果と考察】開催した2日間の来場者の合計122名であった。うち肩こりや肩の痛みなどなんらかの症状のある方は95名、現在症状のない方は27名であった。また、満足度アンケートでは回答を得られた90%以上の方から、満足または大変満足との評価を得た。来場された方には、病院に行くほどでもないと考え放置していた例や専門家に相談したいが、どこに相談したらいいかわからなかったという例もあり、このような機会を設けることは有用であると思われる。

## 八王子市バドミントン大会におけるメディカルサポート活動報告

○和田 晃、三宅英司、元井康弘、  
宮武智子、鈴木美岐、伊藤香澄

永生クリニック  
(永生病院)

【はじめに】我々は、近隣地域でスポーツを行なっている方々の支援を目的に、八王子バドミントン連盟と八王子レディースバドミントン連盟主催の大会において、理学療法士(以下、PT)によるメディカルサポート(以下、サポート)を実施している。第10回東京都病院学会では、活動内容や現場の様子を報告した。今年度はさらに、大会会場と当クリニック(以下、CL)の連携の強化と、帯同PTの育成に重点をおいて取り組んだので報告する。

【活動内容】サポートは、1大会あたり2名、合計6名のPTでサポートを行なった。連携体制の強化内容は、1) PTが診療部、看護部、医事課にサポートを周知して受診までの方法を確立すること、2) 会場にてCL受診を希望する選手に対してPTが理学評価を行ない、担当医師へ報告・相談を行なった後、後日PT立ち合いのもと受診を行なうことであった。また、帯同PTに対して、主に応急処置やテーピングの勉強会を行なった。

【結果】サポートの実施件数とのべ利用人数は、昨年度14大会にて286名、今年度15大会にて323名であった。連携体制の強化によって、CL受診した選手数(昨年度/今年度)は5名/17名で、そのうち手術を実施した人数は1名/5名、リハビリテーションを実施した人数は5名/15名に増加した。また大会会場で外傷に対する応急処置件数(昨年度/今年度)は0件/4件で、オーバーユース等に対する平均テーピング実施件数(昨年度/今年度)は1大会あたり5.8件/9.4件に増加した。

【まとめ】連携体制の強化と育成を目的とした勉強会は、サポートに有益であると考えた。今後は、受診した選手の競技復帰までの支援に加え、講習会等による傷害予防の指導を行ないたい。

## 在宅サービス利用者を対象とした「旅行」の取り組み

○藤木雄太、岩谷清一、荒尾雅文、  
袴田真幸、松井佳奈美

永生クリニック  
(永生病院)

【はじめに】当法人では平成18年より、在宅サービス利用者を対象としたリハビリ旅行を行なってきた。その中で参加者から「永生会主催の旅行しか行けない」等の声が聞かれた。そこで、旅行を通じて日常生活の活性化を図り、将来個人旅行へとつなげるためのリハビリ旅行を今年度より旅行会社と協同企画した。この取り組みについてアンケート結果を加えて報告する。

【取り組み】サポートスタッフの人数に段階付けをした旅行を以下のように企画した。①当法人の医療・介護スタッフが多数同行する旅行、②当法人スタッフが少数同行する旅行会社主体の旅行の2つを企画した。①として1泊2日のバス旅行を行なった。参加者は在宅サービス利用者18名(男女比2:1、平均年齢:74歳、平均要介護度:2.4)、同行者は当法人の医療・介護スタッフ19名、旅行会社スタッフ1名であった。

【アンケート調査の方法】①の旅行後、全参加者に対しアンケート調査を実施した。

【アンケート結果】回収率100%。「バス階段の乗り降りができた」、「スタッフの手助けにより楽しめた」、「次のステップになりそう」等の前向きな感想があった。一方で、全体の28%から「部屋のトイレが使いにくかった」、「バリアフリーでなく苦労した」等の環境に対する不満の感想があった。

【考察】参加者にとって、旅行での様々な経験を通して得た成功体験と新たな可能性の発見は、現在の日常生活に関する自信や、次回の旅行への意欲を高める良い機会になったと考える。今後の課題としては、②の実施に向けてサポートスタッフが少ない状況下でも安全に旅行ができるよう、旅行先の環境面に関して旅行会社と密に協議し、事前準備を行なうことがあげられた。

## ネパールでのボランティア活動と震災での避難生活で感じたこと

○青砥静香、石黒明人、碓井 篤、  
浦田康平、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】ボランティア活動として4月からネパールへ滞在、その期間中に2015年4月25日に発生した大地震の被災を受けた。当時の活動と現地での被災生活を通して感じたことを報告する。

【活動と経験】リハビリ病院にて2か月間活動予定であった。対象疾患は主に整形外科、脳神経外科、小児を対象とした。震災は活動開始から約3週間後の出来事であった。その後はツーリスト扱いとされ、医療人として活動はさせてもらえなかった。震災後は余震への恐怖から現地人は家に入らず野宿した。光熱環境が無い中、残っていた材料で炊事を行った。水洗でないトイレで排泄し、手洗いや口腔ケア等を行わない現地人が多く、また入浴が行なえない中、洗身を行なう者も見られなかった。3日目から日本大使館へと移動し室内での避難生活が始まった。大使館としては場所を提供するのみで、食事等の支援はなかった。その頃、電気が復旧し始め営業を再開する店が増えた。5日目程から、大使館側は震災の経過報告や避難人の質問や要望の聞き取りを始めた。インターネットも復旧し、同時に帰国への手配が行なえるようになった。6日目頃、大使館から食料等の支援が行なわれ避難生活は徐々に快適化していった。避難人は徐々に大使館から去るようになり、自分も震災8日後に帰国へと出発した。

【感じたこと】避難生活をしていく中、電気・通信環境の復旧は想像より早いと感じたが、ネパールにとって大きな課題として、発展途上国では特に一般市民の衛生面に対する知識が少ないと感じた。衛生対策に携わる現地人を、日本人が研修して衛生教育を一般化し、医療面でも専門知識を持つ日本人が、感染症対策への知識を伝える必要があると感じた。



## 病院の医療連携室が担う「自宅へ帰る」支援

○戸部民子、嶋野朱乃、吉田綾子

寿康会病院

【はじめに】当院は地域包括ケア病床（1）の届出を提出し、自宅へ帰る支援を積極的に行なっている。平成26年6月より連携室に看護師を配置し、転院相談・退院支援の機能をより強化してきた。現在、地域包括ケア病床を29床に増床し、自宅復帰率は85%以上を維持できている。地域包括ケア病床における連携室の役割・取り組みについて報告する。

【方法】リハビリ部門で入院時のバーセルインデックス（日常生活動作における障害者や高齢者の機能的評価を数値化したもの。以下、BI）の統計を取っている。平成26年度の集計と平成27年1月～8月の集計とを比較し、連携室の体制が強化されたことによる傾向を分析する。

【結果】昨年度と比較すると、疾患を複数抱えているケースが多くなっている。従来より、当院で力を入れていたリハビリ・看護による指導だけではなく、自宅へ帰った後の医療面でのサポートをどのように整えるかもより重要な課題となってきた。地域の社会資源とのつなぎをより強化した結果、BIの著しい改善がみられなくても自宅へ帰れるケースがあることがわかった。

【まとめ】高齢者世帯の増加・独居世帯の増加により、公的な介護サービスだけを頼りに生活が成り立っているケースが多い。ケースそれぞれの実情に合わせたきめ細かい支援が必要である。地域で生活し続けたいという思いをかなえるため、病院の連携室は介護サービス・医療・訪問看護などの社会資源と自宅をつなぎ合わせる役割をより強く果たすことが求められている。

## 在宅療養患者救急搬送支援システムにおける搬送業務を開始して

○金子翔太郎、大橋聖子

南多摩病院

【はじめに】八王子市では地域包括ケアシステム確立の一助として、在宅療養中（施設を含む）の救急搬送業務や入院患者の転院搬送について、病院が保有する救急車を運用することにより急増する高齢者の救急患者対策支援への取り組みが行なわれている。その搬送業務を担う医療機関として当院が指定され、平成26年12月より活動を開始。平成27年9月事業開始から通算100件に達した。業務拡大が期待されているこの事業において、我々の搬送経験から得られた課題と解決策、今後の展望について検討し報告する。

【方法】①出勤に際して患者搬送記録を改訂し、搬出時の居室や家屋の状況および患者に合わせた搬出方法を詳細に記載できるよう改正、後日フィードバックをする機会を設けた。②搬送業務は看護師1名、救急救命士2名で構成されるため、各職種が事前に情報を共有した上で、活動要領に基づき業務を分担しそれぞれの役割を明確にした。③全ての職種が資器材を容易に把握し活用するため、一覧表とレイアウト図を作成、管理や使用方法について検討を行なった。

【考察】①患者搬送記録のデータベース化により、搬送概要について速やかな情報の取得につながった。②各職種が情報を共有し業務を分担することで搬送時の行動目標が明確となった。③さらに、資器材一覧表の作成により、乗務する職員が毎回交替してもすぐに必要資器材を把握できるよう改善され、活動が円滑になった。

【まとめ】結果、搬送システムの構築により乗務職員の連携強化が図れ、活動の円滑化とより安全な搬送への意識改革につながった。今後、様々なニーズに応えるべく、新たな資器材の導入や動向調査を行ない、市民の皆様幅広く利用して頂けるよう努めたい。

## 入院期間から分析する退院困難事例の傾向

○名城友美、森山秀夫、永井淳一、  
岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院は急性期病棟 188 床、回復期病棟 34 床からなる病院である。病院の機能分化の方針に伴い、急性期病棟の入院日数の短期間化が進んでいる。そのため、当院でもスムーズな退院へ結び付けられるよう、治療と並行しての退院支援・退院調整を行なう地域連携・退院調整部門が設けられている。しかし、退院困難・入院長期化する事例も少なからず存在する。どのような因子が影響しているのか分析・考察した。

【方法】過去 1 年間（H26 年 10 月～H27 年 9 月末）の急性期病棟退院患者より、入院長期化に至ったケースをピックアップし、退院困難となった原因を分析した。また、退院調整部門の有無、介入時期について調査した。

【結果】退院困難ケースはほぼ退院調整部門が介入していた。退院困難の要因として、療養型病院、介護施設の受け入れ待機、金銭的な問題等様々な要因があげられた。その中でも家族関係が重要な因子の一つであった。

【考察・まとめ】高齢化が進む中で、キーパーソンの高齢化やキーパーソン不在で生活されている方が増加している。退院したいという希望はあるが、調整に関わるキーパーソンがいないため、調整に難航するケースが多く見受けられた。救急搬送され、これまでの生活の問題点が浮き彫りになることがある。その際、問題解決の窓口として退院調整・退院支援部門の必要性があることを再認識した。また、病院の機能だけでは退院調整は困難であり、地域関係者との連携・協調が欠かせないものであると考えた。当院は急性期病院であるため、急性期患者の受け入れをしていくためにも、早期退院への支援を継続して行なっていきたい。

## 多職種連携により患者の思いを実現した一症例

○糸川恵理子、小澤奈穂美、平澤亜希子、  
五十子桂祐

町田病院

【はじめに】現在急激に高齢化が進む中、国としては入院患者の在宅移行を推進しているが、病状や介護力の不足などにより住み慣れた地域へ戻ることができない高齢者も少なくない。今回、病状的には自宅退院が困難と思われたが患者本人の意思のもと、多職種連携と環境調整により、自宅退院を可能にすることができた症例を経験したので報告する。

【症例】81 歳男性、骨髄異形成症候群・肺炎で入院。身寄りもほぼなく、市内の団地で一人暮らしをしていた。入院時より『うちに帰りたい』と強い希望があったが、病状は徐々に悪化傾向にあり、輸血や継続的な酸素投与も必要であった。血小板減少も認めており、転倒などによる小さな出血でさえ致命的となってしまうため、ベッドサイドに主治医・訪問看護師・MSW が集まり、病状や今後起こりうるリスクを説明。そのうえで患者本人に意向を確認したところ『うちに帰りたい』と話したため、ケアマネージャーを中心に自宅退院に向けて準備を進めた。退院当日には病状がさらに悪化、意識もやや混濁し酸素投与量も 10L にまで達していたが、それでも最後まで『うちに帰りたい』と話す患者の言葉を聞き、病院関係者だけでなく在宅酸素・介護タクシー業者などにも協力を得ながら自宅退院を実現、その 1 時間後に息を引き取った。

【まとめ】患者や家族が自宅退院を希望しても、その実現を難しくしてしまう要因には病状的な問題や家族の支援体制などが考えられる。しかし、環境調整を行なうことにより、難しいと思われていた状況を変え、実現できる可能性も高くなる。患者や家族をとりまく各職種との連携を大切に、患者や家族の希望に可能な限り沿った退院支援に取り組んでいきたい。

## ネグレクト疑いケースの在宅へ向けたケアマネジメント

○富永理佳

梅の園訪問看護居宅介護支援センター  
（多摩リハビリテーション病院）

【はじめに】地域包括支援センターより困難事例「ネグレクト」かも知れないケースとして依頼を受ける。内容は、同居している義姉が、入院先の病院の相談員に「腕が曲がり、寝たきりで2年も風呂に入っていない義妹が家に居る」と訴えたため、地域包括支援センターへ連絡。実態調査をした結果、四肢拘縮・両上肢の浮腫で布団に寝ていた本人を発見し、緊急入院となった。退院後の在宅療養支援を、医療と福祉の連携によりケアマネジメントしたケースの報告である。

【方法】地域包括支援センターからの依頼を受け、入院中の病院へ出向き、病状、退院後の必要なケア、家族の介護力等についての情報収集を行ない在宅療養の可否を話し合った。住環境、介護力、在宅サービス、往診等が整えば退院が可能であると判断した。

【考察】ネグレクトによる四肢の拘縮、寝たきりとなったのではなく、かかりつけ医の急逝により治療が継続できなかったこと、本人の痛みの訴えに家族がどうすることもできずにこのような状況に陥っていたことがわかり、家族への介護指導、介護保険サービスの利用にて福祉用具、訪問看護、訪問入浴を導入し、往診体制も整え在宅介護となった。

【まとめ】寝たきりとなっていた原因はネグレクトではないことが判明。本人の身体機能の向上は望めなかったが、介護サービス、医療面での体制が整い夫の献身的な介護があり、家族と共に在宅で生活することが実現できた。

## 患者満足度向上に向けて ～「クリニック活動」の取り組み～

○亀井陽子、北本恵美、串田真紀、  
安川早小女

永生クリニック  
（永生病院）

【はじめに】クリニック看護科職員は、看護師・クラーク共に常勤の他に、非常勤・派遣が85%を占めている。勤務形態も多様な中で、5S活動や業務改善を意識した活動に取り組んでいる。患者満足度向上から職員の意識向上にもつながったのでここに報告する。

### 【方法】

期間：2015年4月～12月

方法 ①クリニック看護科職員をA～Eの5グループに分け「クリニック活動」を行なう。  
A：5S活動 B：市健診・予防接種 C：患者満足度向上 D：勉強会 E：業務改善  
②各グループが目標・具体策・評価を記載、4月・9月に全体ミーティング実施。

### 【結果】

A：クリニックロビーの季節の飾り付け、ポスター作成・掲示、整理・整頓。

B：市健診のチラシ作成・配布、処置室に健診ブースを設置、担当者の配置。予防接種の広報活動。

C：患者満足度調査を2回実施、ロビーに季節の花の飾りつけ。

D：毎月勉強会開催。

E：処置室ベッド空き状況を表示、各診察室通路側の整理整頓、待ち時間調査の実施。

各グループが目標・具体策をあげ、全体ミーティングで伝達し情報を共有したことで、活動内容も充実し、職員の活動への意識が向上した。患者満足度調査においても向上を図ることができた。

【考察】非常勤や派遣が多い中でも、全員参加のグループ活動を行なうことは、役割への認識と責任感が生まれ達成感にもつながった。グループ活動を効率的に行なうには、各職員の役割分担や活動の具体的な内容を事前に決めておくことが重要である。看護科職員が様々な視点から取り組む「クリニック活動」はクリニック看護科を活性化し、患者満足度向上につながる活動であると考えている。

## 病院におけるコンシェルジュの在り方と役割

○田中鮎美、旭井美由紀、山田美香、  
筒浦 香、鈴木朋代、都築なぎさ、  
小谷和枝、猪口直美

南町田病院

【はじめに】 当院では外来フロアに医療コンシェルジュが配置されており、医療機関を訪れる患者が安心かつ納得して医療サービスが受けられるよう、相談や案内などのさまざまなサポートを行なっている。より質の高いサービス向上を目指し、コンシェルジュの在り方と役割を検討したので報告する。

【内容】 配置初期はご案内係として1名で行なっていた。しかし、高齢患者の受診も多く、転倒など安全面でのサポートや問診聴取のサポート、検査室・レントゲン室・予約センターなどへのご案内等、業務の幅が増えたため、平成25年より本格的に稼働し、現在は5名で行なっている。

また、外来受付に立ち、患者の診察がスムーズに進むよう医師・看護師と連携をとり、受付ファイルを各科看護師に運ぶと共に患者の要望や体調を伝え、事前に体温及び自動血圧計での計測依頼、症状によって診察前に必要となった検査へのご案内も行なっている。

コンシェルジュが稼働して3年余り経ち、その業務が定着・認識されている中で、患者からは病院に来る気構えがなくなり来やすくなった等、意見を頂いているが、実際はどのように評価されているか、何が足りないか、今後のサービス向上を目指すために患者100人に対してアンケート調査を実施した。

【まとめ】 調査により、コンシェルジュ業務の実際の評価と今後の改善すべき点を知ることができた。今後更に高齢化が進み、通院時も若い世代の手助けがない患者が増え、コンシェルジュのサポートがますます必要とされることが予測される。そのため、どのように関わっていくかを検討し、さらにコンシェルジュ業務を向上させて取り組んでいきたい。

## 入院時基礎情報収集における情報の価値に対する分析

○中越純子、岩崎賢史、鈴木知子、  
小谷和枝

南町田病院

【はじめに】 入院時、看護師が聴取した患者の基礎情報は、退院までの期間、医療者間で共有、活用される。しかし、年々看護師の業務量が増加し、限られた時間のなかでは、情報収集が不十分であった。今回、入院時における価値ある情報を効果的に収集するための取り組みを行ない分析したので報告する。

【方法】 1) 期間：平成24年5月～平成25年3月 2) 対象：当院における入院時基礎情報収集に係る看護職員 3) 取り組み方法：入院時基礎情報用紙の改訂を行なうとともに、入院後、病棟看護師が面接する方式から、入院前の空き時間を利用して、患者・家族に太枠で示した基礎情報を記載してもらい、入院後改めて面接を行なうように変更した。4) 分析方法：半年後、病棟・外来看護職員に対して、質問形式と自由記述式アンケート調査を実施した。

【結果】 病棟看護師の70%が情報収集に係る時間短縮を実感でき、用紙においても、レイアウトの記入場所の集約により退院支援に至るまで活用しやすくなったという意見を得た。

【考察】 入院時基礎情報においては、情報倫理の観点から情報を安全に取り扱い、質を保証するための再確認・フィードバックが重要である。今回の取り組みでは、患者の必要最小限の情報を前情報として得ることで効率化が図れた。その後の面接で重要事項を再確認することが、情報を効果的に収集するための価値ある取り組みにつながったと考える。

【おわりに】 今後は、チーム医療を推進するうえで、入院後に必要となる情報を明らかにし、収集した情報が有効活用できているのかを検証課題とする。

## 当院の退院支援への取り組みとそこからみえた課題

○武藤朋子、千葉幸恵、小林裕一郎、森島理佳

内藤病院

【はじめに】当院は、東京都退院支援事業に参加したことをきっかけに、見える連携を目指し、退院支援の方法を抽出しやすくするために、業務整理（運用と情報共有用紙作成など）に取り組んできた。入院患者平均年齢82歳という現状から、退院支援の困難さを痛感している。患者が在宅で生活を継続するためにチームとして取り組みを行なっていく上で、看護として何ができ、現状の課題に対し今後どのような取り組みが必要なのかをまとめた。

【方法】現状調査（聞き取り、アンケート）

【考察・まとめ】退院後、生活の場に戻ることが困難なケースは、老老介護、もしくは一人暮らしであるという家族背景も要因として関係していると考えられる。入院患者の高齢化は今後も同様の見込みであり、地域医療を担う当院としては、介入のタイミングが重要でもあることから、支援体制及び効果的な情報収集についてさらなる検討を行なっていきたい。

## 「東京都がん診療連携協力病院要件達成」に向けての取り組み

○新沼 恵、西川玲子、藤井由加里、武藤初子、中島美奈子、藤田ひろみ、鈴木潤子

豊島病院

【はじめに】がん患者と家族が納得して治療が受けられる環境とチーム医療の体制整備を行なうことが、東京都がん診療連携協力病院としての責務である。今年度、東京都がん診療連携協力病院（大腸がん・胃がん）要件を満たし、患者に選ばれる病院を目指すため、院内で統一したスクリーニング方法の検討とクリニカルパスの作成・運用の整備に取り組んだ。

【方法】

1. がん患者に対する苦痛のスクリーニング方法の検討

がんと診断された患者、またはがんの疑いの患者について、入院時または外来受診時にスクリーニングを行なう。ツールとして「生活のしやすさに関する質問票」<sup>1)</sup>を用いることとした。本格実施前にまず、消化器内科・外科病棟・緩和ケア相談外来の計3部署でプレテストを行なった。

2. クリニカルパスの作成・運用

スクリーニングで得た情報をアセスメントし、オピオイドが必要な患者に対し、迅速かつ安全にオピオイド導入が図れるようクリニカルパスを作成した。

【結果・考察】11月から3部署でスクリーニングのプレテストを開始。オピオイド導入パスは、院のクリニカルパス委員会に新規申請の手続き中である。

【まとめ】「がん対策基本法」には、「がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアががんと診断されたときから提供されるとともに、診断・治療・在宅医療などさまざまな場面で切れ目なく実施される必要がある」と明記されている。

当院においても、患者・家族に寄り添い、よりよい緩和ケアが提供できるよう、スクリーニングの実施とクリニカルパスの使用推進に努めていきたい。

注1) OPTIM「生活のしやすさに関する質問票」改版の一部改変

## 失禁からトイレで排泄することの満足感への取り組み

○野口康則、滝嶋淑子、成澤悟志、  
片上しのぶ、小平祐造、市橋富子

花と森の東京病院

【はじめに】排泄は、人間の生理的欲求である。他者の介助を受けずにトイレで排泄したいという思いは誰もが持っている。尿意が曖昧だから単にトイレ誘導するのではなく、尿意を感じ、自らの意思でトイレで排泄できれば満足感が得られる。また繰り返しの声掛けで排尿が意識化され、尿意を感じられるようになると考えた。今回、尿意不明瞭でおむつを使用している患者がトイレ排泄の満足感を得られた症例への介護福祉士中心の取り組みを報告する。

【方法】対象：86歳女性、恥骨・骨盤骨折。「トイレで排尿を行いたい」と強く希望。調査期間：2015/7/13～7/30。観察用紙（おむつ交換・ナースコール時の患者反応、失禁・尿意・トイレ排尿の有無）を作成。統一した声掛けを行なうためスタッフの意識統一を行ない、看護師・リハビリスタッフと話し合いの時間を作り情報共有した。

【結果】尿意不明瞭で失禁状態であった患者が、繰り返しの声掛けにより介入2週目より尿意を伴うトイレ排尿ができるようになった。定期的なトイレ誘導で、失禁率は低下「トイレでおしっこできた」「ありがとう」などの発言や笑顔あり。リハビリパンツを使用し、ほぼ失禁なく退院された。

【考察】患者の「トイレで排泄をしたい」という目標を多職種連携による共通認識とし、声掛けや定期的なトイレ誘導等のケア統一が、患者が混乱することなく、尿意を感じる→トイレに行く→排尿する、一連の動作が生理的欲求を満たしたと考える。失禁率低下やトイレでの排尿率が本人の満足感や自信につながったと推測する。統一したケアの提供も一因と考えられ、今後もトイレでの排泄を目指した取り組みを継続していきたいと考えている。

## Jonsen の 4 分割表を用いたデスカンファレンスの実際

○角張美妃子、須崎奈成、西川玲子

豊島病院

【はじめに】デスカンファレンス（以下、DC）は、臨床倫理的な問題がテーマとなることが多い。このためよりよい医療やケアを見出せず、参加者が話し足りない思いを抱えたまま終わることがある。そこで、多職種の関わりを客観的に評価し、患者や家族にとって最善の医療やケアを見出せるよう、Jonsen の 4 分割表（以下 4 分割表とする）を用いた DC を企画し実施したので、ここに報告する。【方法】患者の経過と実施した医療や看護、チームの関わりについて A4 用紙一枚程度にまとめ、参加者に当日配布した。DC でメンバーの意見を 4 分割表に基づいて振り分け、集められた情報を元に多職種で意見交換を行なった。

【結果】参加者は、医師 4 名、看護師 7 名、緩和ケア認定看護師 1 名、臨床心理士 2 名、MSW 1 名。4 分割表を用いることで、患者を取り巻く状況が整理できた。その結果、話のフォーカスが絞れ、医療や看護を肯定的に捉えられた。また、プライマリーナースが患者の意向を捉えながら QOL を支えていたことが共有できた。そして、「今後は、症例によりカンファレンスに精神科医師の同席を求める」などの新たな方針が見出せた。

DC 後には「患者の意向が聞けてなかったと気付いた」「医学的適応の曖昧さを感じた」などの意見があり、スタッフの新たな気付きにもつながった。

【まとめ】4 分割表によって、客観的に話の道筋が立てられ、患者・家族を中心に振り返ることができた。そして、新たな医療やケアを見出すための DC につながった。また、他者と意見交換しながら積み上げるプロセスによってスタッフの気付きが促進され、個々の成長を促す一助となった。今後も臨床倫理の視点を重視した DC を継続し、根付かせていきたい。

## 当院の摂食機能療法導入後の効果と今後の課題

○須藤るり

河北リハビリテーション病院

【はじめに】当院では年間約3割の患者が嚥下障害を有している。高次脳機能障害や認知症も含め、食事を自分で摂取できない患者はさらに多く存在する。2011年度より、看護師主体の摂食機能療法を行なうことに力をいれ、多くの患者が経口摂取できるよう取り組んできた。摂食嚥下障害患者に対しては嚥下訓練だけでなく、看護師が日常生活に合わせて摂食機能療法を進めていくことが重要である。今回の取り組みによってもたらされた効果と課題について報告する。

【方法】2011年度～2014年度の摂食機能療法介入患者から摂食嚥下状況のグレードを調査し、摂食状況の変化を確認した。また実施している看護師からも摂食機能療法についての知識・意識についてのアンケート調査を行なった。

【考察】摂食機能療法を行なうことによって言語聴覚士による嚥下訓練から引き続いて、統一した直接（摂食）訓練を行なうことができることや間接訓練から看護師が行ない、直接訓練に効果的に影響し、三食自己摂取することができた症例もみられた。これらのことから、摂食機能療法を導入することによって三食自己摂取できる患者が増加していることや非経口摂取であった患者が安全に経口摂取できていることがわかった。またアンケート調査から看護師は摂食機能療法に関して効果を感じて介入している人や、この方法でよいのかなどと不安を持って行なっている人が多くいることがわかった。

【まとめ】摂食機能療法を行なうことによって看護師は患者の自己摂取に向けた援助ができていたといえる。しかし、看護師は知識や技術に不安を持って介入しているため、摂食・嚥下障害看護認定看護師として指導を継続し、さらなる摂食機能療法の充実に努めていきたい。

## 大腸内視鏡における前処置の改善

○田沼祐子、谷田真弓、木島智和

等潤病院

【はじめに】当院では大腸内視鏡前処置に前日内服2種と当日朝に坐薬を使用してきた。しかし、高齢の患者が多い当院にとって、安全で簡潔、かつ効果的な前処置への改善は必須であり、今回その結果を報告する。

【方法】従来の方法（マグコロール P+ アローゼン 2包+新レシカルボン坐薬）と新しい方法（マグコロール P+ ピコスルファートナトリウム）にわけて、双方にアンケートを実施、検討。さらに前処置完了までの時間や検査時の腸内状況を比較した。

【考察】効果的な腸内洗浄という点において、前処置完了までの時間が6割～7割削減され、従来の方法よりも腸内残渣が少ないことが明らかになった。また、坐薬の使用について挿入に対する不安感や抵抗感があること、さらにはアンケート記述内容から、確実な検査をしてもらいたいために、坐薬は使いたくないがやむを得ないと思っている患者がいることがわかった。以上のことから患者にとって新方法は検査に支障がなくストレス軽減されていることがわかり、移行は有効であると考えた。

【まとめ】普段内視鏡検査に関わる中で、検査に臨む患者の心理を考える機会がすくなくかった。今回アンケート調査を行なったことで、今まで見えてこなかった患者の症状や疾患への不安とそれらを解消したいという気持ちが伝わってきた。これは患者が病院と私たち医療従事者を信頼している証であり、今後もその信頼をなくさぬよう寄り添っていきたいと考えた。大腸内視鏡検査はストレスや苦痛の多い検査である。よって私たちは患者への苦痛を少しでも軽減し検査に臨めるようさらに援助していかなければならない。

## 当院の手術室における物品管理

○山田圭一郎

等潤病院

【はじめに】手術室では物品や資材の数が多く、時折数量に過不足を生じる。物品は病院の資産でもあり患者に提供する医療を等しくするためにも、正確に管理されなければいけない。今後、物品の過不足が起これないようにするために、今回の研究を行なう。

【方法】方法として過不足の起こった事例をリストアップし、次のように分けた。① SPD カードの紛失、② SPD カードのだし忘れ、③ SPD カードを早めにだしてしまった、④使用したものが臨時発注品と気づかず発注し忘れた。

またこれらの原因はシールの管理方法が悪い、ドレープ類の箱単位で管理するものが多いことや、どれが臨時発注品かわからない、そして現場管理者不在が考えられた。

これらの問題に対し、シールの管理方法の変更、箱単位で管理する容器の変更、臨時品の明確化、管理者の決定を行なっていった。

【考察】SPD カードを張る場所や保管方法を変更した結果、SPD カードの紛失はなくなった。また、週に一回在庫をチェックすることでだし忘れもなくなった。臨時発注品に関しては、一覧表を作成しこちらも週に一回チェックのシステムを導入した。その結果改善がみられた。

【まとめ】物品が過不足なく管理されるには、使用状況を把握しデータ化した上で在庫のバランスを検討していく必要がある。しかしながら、当院ではそれ以前に、SPD カードの紛失や決められた在庫数を維持できないなど、初歩的なミスが多くみられた。今後はこのようなミスが起これないようにし、物品管理ができるように努めていく。

## 「在宅看取り」における、医療連携と意思決定支援

○久間みゆき、石井佐知、渋谷智子、  
穂吉香織、黒岩由貴、庭野智子、  
松下敦子

訪問看護ステーション あゆみ  
(町田慶泉病院)

【はじめに】予後予測は難しい上、さらに高齢者は寿命という誰もが避けられない経過を身近に感じている。その「最期の時」をどこで迎えるか、其々に希望は存在する。しかし、家庭環境や金銭的な問題、身体状況により、希望通りにはいかないことが多い。私達は87歳、在宅死を希望する肝不全末期の事例から、在宅での看取りにおいて医療と介護の連携と意思決定支援が、看護師の役割として重要だと感じたのでここに報告する。

【結果・考察】訪問開始時は、急変により病院で最期をむかえるものと、本人・家族は思っていたが、自宅療養の長期化により在宅での看取りへと気持ちは傾いた。しかし、本人の体力低下による介護不安と妻の認知症の悪化により、看取りに対する家族の気持ちは揺らいだ。私達は本人・家族とのコミュニケーションや医療者と介護職者の情報共有により、問題点を抽出し早期に対応した。また、妻の認知症もチームワークにより安定し、家族の看取りへの決断にもつながった。本人・家族の気持ちがどこにむいているのかを常に確認しながら、必要な情報を提供し、傾聴により医療や介護の足りない部分を洗いだし、何が最善なのか話を進められた。このことが本人の最終的な生き方を支え、家族も満足のいく看取りができたと考える。

【まとめ】本人・家族の信頼関係の構築と、医療・福祉がチームとして連携を図ることは「自身がどうありたいか？どう生きたいか？」の最終意思決定につながる。また、決定内容の善悪ではなく、何度も問いかけ「対話」を繰り返すという過程が重要である。最期まで、本人・家族の揺らぎ続ける気持ちに寄り添い、傾聴することで最良の意思決定支援ができるよう実践していきたい。



私を置いて逝かないで・・・  
～ALSの夫をこよなく愛した妻を支えた心の看護～

○八島悦子

訪問看護ステーション ひばり  
(永生病院)

【はじめに】夫の後を3歩下がって歩く貞淑な妻。妻は愛する夫が難病と診断されショックを受け、戸惑いながら懸命に介護をした。最後は桜のみえる大好きな庭をみながら過ごしたいという夫の希望をかなえるため、必死に看病をする妻と娘。今まで夫に頼りきっていた妻は、夫とのコミュニケーションがとれなくなり、不安が増し何度もくじけそうになったが、看護師と24時間連携がとれることを心のよりどころとして最後まで介護を続けた。私達訪問看護師は、妻の不安を少しでも軽減する心のケアに努め、遺族になってからも、家族の心に寄り添いグリーフケアすることで、心が癒され前向きな気持ちになれることの大切さを学んだのでここに報告する。

【方法】介護者が何を訴えているか、心の動きに対して、看護師がどのように関わったかを表記した。

【考察】死が近づいているのを受容できない家族に対して、訪問看護師はどのような言葉をかけて心のケアをしたらよいか。つらい時、苦しい時、そのつらさを一緒に考えてくれる人が傍にいることは大変意義深いものである。すぐに答えが出なくても解決に向かって一緒に考えてくれる人が近くにいるのは家族に力を与えてくれる。また、愛する人を失った後の心を知り、立ち直るまでの心の変化を知ること、介護者との距離が縮まり、良いケアにつながると考えた。

【まとめ】家族はお互いに循環的・円滑的に影響を及ぼし合っているので、誰かに何かが起こると本人だけでなく周りのみんなに影響する。看護師はご本人だけでなくご家族の心の動きを読み取り、苦痛や苦悩を理解しながら、看護していくことが大切である。残された家族がその人らしく、元の生活が取り戻せるように、亡くなられた後のケアもとても大切であるということ再認識した。

遺族への手紙（グリーフレター）を書くことによる職員の意識の変化

○加藤京子、高橋里枝

野村病院

【はじめに】当院緩和ケア病棟は2011年に開設し、2013年から遺族に対しグリーフケアの一環として年1回「遺族会」を開催している。2014年12月からは、遺族に約100日を経過した頃を目安に主治医と受け持ち看護師が遺族への手紙（グリーフレター）を郵送する活動を開始した。この活動を導入し8か月が経過した。今回、遺族への手紙（グリーフレター）を導入したことによる職員の意識の変化を調査したのでここに報告する。

【方法】緩和ケア病棟看護師9名および医師3名を対象に、独自に作成したアンケートを用い調査した。項目の単純集計とカテゴリー分類を行なった。

【結果】手紙を書くことで遺族ばかりでなく職員もグリーフケアになると捉えていた職員は12名中10名であった。思い出やエピソードを書くことでケアを振り返る機会につながり、家族ケアの重要性を認識することができた。また、遺族からの返信で、励ましや感謝の言葉を頂き、職員の喜びや達成感につながっていた。

【考察】遺族への手紙を書く前には見えなかった退院後の遺族の様子を知ることによって個々の介入が可能となった。手紙を書くことは、職員は何らかの負担感を感じているが、それを上回る達成感や自己の成長につながっていると考える。今後は、職員の負担感が軽減するための工夫やメンタルサポートも考慮した取り組みが必要と考える。

【まとめ】遺族への手紙は、遺族と職員双方のグリーフケアにつながっていることが明確になった。また、入院中から患者や家族に対しグリーフケアを意識した対応をしていく必要性がわかった。

## 有料個室利用向上のための取り組み

○関 貴和、塙 良江、古屋智子、  
小山田ちあき、大西明子

豊島病院

【はじめに】今年度、看護師長・主任の課題解決力向上を目的に、管理者養成研修を開始した。その中で看護部 BSC に掲げている「有料個室利用率の向上」に取り組んだ。有料個室全 46 室の昨年度の利用率は 46.8%、今年度の目標値を 55% とした。取り組みと成果を報告する。

【方法】（1）利用率向上を目的に前年度作成した「有料個室運用の手引き」の評価

（2）有料個室利用促進に対する看護職員の意識向上への働きかけ

【結果】（1）「有料個室運用の手引き」の周知度が低く、活用されていない。

各病棟に「手引き」に追加して欲しい内容を調査した。有料個室をすすめるタイミングや説明内容など、どのように患者家族に話せば理解が得られやすいか、具体的な事例がもっと欲しいという意見があった。また医師にも協力してもらえよう、医師向けの内容の希望もあった。

（2）看護部運営会議で、有料個室利用率の報告を行ない、各病棟看護師長は病棟カンファレンスの場で職員に説明した。その結果看護師の意識向上につながり、患者やその家族から療養環境上の相談を受けた時に、個室を勧める等の行動が以前に比べ増した。利用率は 7 月：52.1%、8 月 54.4%、9 月 57.9% と微増であるが増加傾向である。今後は、さらなる広報や設備・アメニティの充実等も検討する必要があるため、事務系と連携し改善点を検討している。

【まとめ】今回の取り組みは、看護職員への動機付けにより意識の向上につながり、結果に結びついたものとする。今後はさらに医師への協力要請を進めるとともに、懸案である設備・アメニティの整備を行ない利用率向上の策を継続的に講じていくことで、経営への貢献に寄与できるものであるとする。

## 病院救急車運用看護師の役割

○立川 毅、鈴木敬子

南多摩病院

【はじめに】近年、総務省消防庁が発表する救急搬送時間は年々延長し、いわゆる「さまよえる高齢救急患者」が社会的問題となっている。救急外来での迅速な受け入れも重要であるが、消防救急を利用しなくてもよい事案を減らすことも重要な課題である。

【取り組み】八王子市医師会では、2014 年 12 月より病院が保有する救急車を利用し、病院での治療が必要な、在宅療養生活を送る市民を病院へ搬送する地域包括システムを開始した。同時に当院でも、保有している救急車を用いて病院救急車運用を開始した。救急車の運用は、看護師 1 名、救急救命士 2 名で行なっている。かかりつけ医からの電話依頼を受けることから始まり、現場での状態確認、搬送先への申し送りまで、病院救急車の運営に関する看護師の取り組みを報告する。

【結果・考察】運営開始後、10 か月間で 114 件の搬送を行なった。在宅からの搬送が 50 件、高齢者施設からの搬送が 6 件、病院間の搬送が 58 件であった。運用上の問題点は、大きく「搬送に関する問題」、「情報収集に関する問題」、「時間短縮に関する問題」の 3 つに分けられた。各問題点に対しては、担当医師・救命士・看護師で定期的にカンファレンスを行ない、改善を図った。

【まとめ】今後益々の高齢化や、地域への周知・普及により病院救急車の要請件数は増加すると考えられる。地域のニーズに応えられるように、乗車スタッフの技術・知識の向上を目指した教育システムを構築していくことが今後の課題となる。

## 新病院で働く看護師の意欲調査 ～より良い看護が提供できる環境を目指して～

○渡辺真弓、土澤あみん、松木絃子、  
大田陽子、相川俊子、向山香奈

稲波脊椎・関節病院

【はじめに】当院は岩井整形外科内科病院の脊椎と関節に特化した分院として今年7月に開院した。病棟看護師22名のうち本院からの異動者が8名で6割が新規採用である。

また、多くの看護師が立ち上げに希望を抱き臨む反面、予想以上に苦慮することも体験している。そのため、看護師の意欲にも変化があり、結果によっては看護に影響することも懸念されると考えた。そこで、開院前と開院3ヶ月での看護師の意欲の変化を知ること示唆を得たので報告する。

【方法】看護師22名の意欲の変化についてアンケート調査

【考察】入職時期、経験年数、教育過程、そして看護観が異なる看護師が病棟を立ち上げ、チーム作りするプロセスは簡単ではない。それは看護の専門性だけでなく、発想力と責任そして実行力など個々のメンバーシップが求められる。また苦難がある時ほど前職との違いに戸惑いが大きくなる。当初は漠然とした不安も大きかったが、開院3ヶ月後、徐々に人間関係が築けてきたことで変化してきている。ただし、この短期間では、やりがいや前職との方針の違いに十分な受け入れまでには至っていない。

看護師個々の力量だけでなく、特性も含め認め発揮しあえるチームをつくることが病棟の看護の質につながると考える。

【まとめ】アンケート調査により入職前と入職3ヶ月では明らかな意欲の低下は見られなかった。個々が感じる期待・不安の内容・意欲低下となる誘因を知り、改善を検討することで当院の特性を生かした看護を提供できるチームを作ることにつながる。

## 急性期外科病棟での静脈留置針自己抜針の影響要因

○仲村絵理、櫻井 恵、出永理香、  
小平祐造、市橋富子

花と森の東京病院

【はじめに】当部署は急性期外科病棟である。入院患者の50%以上が75歳以上の後期高齢者であり、手術や検査の多い環境や患者背景が自己抜針の要因になっているのではないかと考えた。また、現在のガーゼ・ネット使用の固定方法による不快感を肌なじみのよいストックネットを使用することで軽減させることも自己抜針の減少につながると考えた。今回急性期外科病棟での静脈留置針自己抜針の影響要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】75歳以上の静脈留置針施行中の患者に2015年5月1日～7月31日までガーゼ・ネット固定での自己抜針件数を調査した。2015年8月1日～10月31日までストックネットを使用した固定方法で自己抜針した症例を調査した。

環境や患者背景として、年齢、緊急入院、入院日数、術後日数、ADL、排泄、認知症、自己抜去歴、離床センサー、疼痛を影響因子とし、実態調査とした。

【結果】自己抜針した患者は従来のガーゼ・ネットを使用した固定では106人中13名、ストックネットを使用した固定では91人中8名であった。ストックネットを使用したことで一部の患者から「気持ちが良い・気にならない」という反応を得た。自己抜針の影響因子としてはADL、排泄、認知症患者であった。

【考察・まとめ】ストックネットによる固定では自己抜針の件数がやや減少した。ガーゼ・ネットを使用後にストックネットに変更した患者の訴えから不快感の軽減につながっていたと考える。自己抜針の影響要因を事前に知ることができれば、予防につながると考える。これからもより効果的な予防方法、認知症に対する取り組みを考えていきたい。

## 転倒・転落・ルート類の自己抜去と身体抑制の関連についての検討

○平安名貴一、岩城一恵

南多摩病院

【はじめに】看護部として「身体拘束数を減少させる」ことを今年度の目標として掲げた。転倒・転落・ルート類の自己抜去などのインシデント発生が、患者の身体拘束の契機になることが多い。当院では昨年6月より、病棟ごとの身体拘束数を比較しているが、身体拘束実施数に病棟間の差があることが分かった。身体拘束数を減少させるため、まず、病棟間での身体拘束実施数の違いの要因を検討した。

【方法】データから各病棟の特徴と転倒・転落率・ルート類の自己抜去事例数を比較し、転倒・転落・ルート類の自己抜去に関連する要因について検討した。また、看護師の身体拘束に関する意識調査を行なった。

【考察】病棟間の身体拘束数の要因には、患者の診療科の特徴と病状が影響していた。さらに、転倒・転落事例が多いと患者影響レベルの3a以上のインシデント事例の報告も増えていた。また、患者影響度の高い転倒・転落やルート類の自己抜去のインシデント報告があると、以降の身体拘束数が増えていた。

【まとめ】「身体拘束」を最少とするには、患者の転倒・転落・ルート類の自己抜去等を予防することが重要である。患者の転倒・転落に関するリスクアセスメント・対策立案・適時の評価、身体拘束に関するチームカンファレンス等を実施している。しかし、現在まで身体拘束実施数の減少に至っていない。今後も、転倒・転落・ルート類の自己抜去を予防し、患者への身体拘束を行わない医療を目指し検討していきたい。

## 血管確保時の手袋使用に関する実態調査・使用率向上の取り組み

○田山輝美、菅原悦子、小山淳子、青柳裕子、岩村太郎

平成立石病院

【はじめに】医療従事者の血管確保時の手袋使用はスタンダードプリコーションとされているが、当院では手袋をほとんど使用していなかった。今回手袋を使用しない理由を明らかにし、血管確保時の手袋使用の向上の有効策について検討した。

【方法】研究期間はH26年6月～10月。当院の看護師123名に手袋使用に関するアンケートを実施。結果をもとに当院の看護師60名にプラスチック製（以下、P製）手袋、ニトリル製（以下、N製）手袋2種類を血管確保時に使用し、使用感についてアンケートを実施し、比較検討した。

【結果】手袋使用の必要性は96%が理解していたが実際に使用しているのは14%であった。手袋を使用しない理由は、「P製の手袋だとフィット感がなく指先の感度が低下するため血管がわかりづらい」が45%と多かった。一方、N製の手袋は「フィット感があり血管が触知しやすい」という意見が多く、約80%の看護師がN製手袋の継続使用を希望した。また、N製手袋の方が駆血帯装着以外の血管確保時の手技全てにおいて行ないやすいという結果であった。

【結語】血管確保時の手袋使用の必要性への理解はあるが、手袋を使用できていない要因としてP製の手袋しかない故、フィット感のなさを感じ使用していなかったことが考えられる。手袋未使用での血管確保と比較すると、N製手袋であっても血管の走行が分かりづらいといった意見が多く、どのタイミングで手袋を着用するかということを明確にするなど課題も残った。しかし、日頃手袋を使用していないことから手袋使用での血管確保に慣れていないことがあげられる。手袋使用を習慣化することで指先の感覚鈍麻も軽減され、血管確保もしやすくなるのではないかと思われた。

## 病棟勤務者の災害時におけるトリアージの認識

○松本真貴、櫻田真宏、須貝基子、  
上條愛美、鈴木貴子、梶山絵理香、  
安藤辰徳、吉田朋子、小泉章子、  
山崎勝雄

いずみ記念病院

【はじめに】当院は阪神淡路大震災以降、東日本大震災を含め、自然災害時には医療救護活動に参加してきた。2015年9月に発生した関東・東北豪雨の後、災害医療についての関心が高まったと思われた。そこで、演者が勤務している病棟勤務者を対象に、求められる災害時の医療救護活動について調査した。最も関心のあったのはトリアージであり、アンケートと勉強会を行ない考察したので報告する。

【対象と方法】一般病棟勤務者45名を対象に、自由回答による病棟勤務における災害時の医療救護活動の因子を抽出した。トリアージの勉強会前後のアンケートを実施し、トリアージの認知・関心などについて検討した。

【結果】求められる災害時の医療救護活動の因子は、トリアージ27.5%、活動内容13.8%、医薬品の備蓄12.5%、指揮・統制11.3%、情報収集・伝達7.5%などであった。トリアージの勉強会への参加者は25/45名（55.6%）であり、その中で災害現場で活かせると考えた職員は10/45名（22.2%）であった。

【考察】大規模災害を被災した場合、病棟勤務者は、刻々と変わる状況により他の部署と協力・連携しながら、一致団結して救護業務にあたることが望まれる。トリアージは、災害直後の現場では医療資源の枯渇から、搬送・治療に引き継ぐために必要である。このため、実践できる職員の養成を目指し勉強会の開催と手技の確認を行なった。病棟勤務者は、災害時業務の不安解消のため、興味の持てる実学を導入した、勉強会を繰り返し受講し、災害看護の知識を向上させるように努めることが望まれた。

【まとめ】病棟勤務から災害時の医療救護活動の因子などを調査した。職員の関心を高めるため、繰り返しの勉強会や訓練の必要性が感じられた。

## 抑制解除への取り組み ～危険予測スケールの作成とその検証～

○東郷佳美、神保洋平、平 由紀

永生病院

【はじめに】当院では身体拘束0を目指しているが、一般内科病棟では治療のために止むを得ず抑制を行なうケースがある。毎週抑制実施・解除の評価を行なっているが、評価にばらつきがあり曖昧であった。本稿では、危険予測スケール（以下、スケール）を作成。適切な抑制・安易な抑制の減少を目指した。

【方法】先行研究を基にスケールを作成し、入院患者全員にシミュレーションを実施した後の意見を取り入れ、抑制を実施している患者・抑制の必要性を感じる患者にスケールを用いて評価した。その後、使用してみたの意見や点数の妥当性を話し合った。

【結果】スケールを改定し、実際に行なった際、「点数がつけづらい」という意見が出た。評価方法のマニュアルを作成することで評価方法が周知された。しかし、評価者によって点数に差がでることがわかった。また、患者によっては必ずしもスケールの点数のみで抑制実施・解除が判断できないという結果にもなった。

【考察】評価者によって点数の差が生まれてしまう場合は、複数名でスケールを使用することにより、評価が統一できる可能性があると考えられる。また全ての患者の行動をスケールで評価することは困難であるため、点数で抑制実施・解除とするのではなく、あくまでも“抑制が必要と考えられる対象”“抑制が不要と考えられる対象”とし、スケールを基に抑制カンファレンスで実際に話し合うことで適切な抑制、安易な抑制の減少が行なえると考えられる。

【まとめ】今後は、病棟勉強会を行ないスケールの活用を定着させていくとともに、抑制患者数増減のデータ収集を行ない、スケールの有用性を確認しながら、さらに実用性の高いものになるよう改定をしていく。

## 高齢者急性期病院で医療の質向上を目指すための一歩

○最上由紀子、白取絹恵、野島陽子、  
亀井めぐみ、鹿島田美奈子

東京都健康長寿医療センター

【はじめに】超高齢社会の中、長寿だけではなく Quality of Life（以下、QOL）を保ちつつ生活できる社会づくりが課題となる昨今、高齢者を対象とする急性期病院への期待は大きい。

高齢者の QOL を保つには、入院中の医療・ケアに留まらず、「高齢者の生活」に視点を置いて看護ケアすることが大切である。

入院前・退院後の生活を想像できないと患者は生活者として元の生活に戻れないことがある。また、在院日数短縮により生活に戻るペースが年々早まり、高齢者が生活していくためには地域医療の力を必要とする。

高齢者急性期を対象とする A 病院では、数年前より「たんぼぼ相談」と称し、院外コンサルテーション活動として専門看護師・認定看護師が中心になり、電話相談を行ってきた。しかし、相談分野が限定され、件数が伸びない現状から、広報活動不足や現行の電話やメールのみでの相談体制が地域のニーズに沿っていないと考えた。また、超高齢社会に向けて地域包括的な支援、サービス提供を整えるための病院の役割を考えると地域との連携強化が必要であると考えた。そこで、一方的な相談体制であった「たんぼぼ相談」から、顔の見える相互的な会として「たんぼぼ会」の発足を計画した。

【方法】地域医療との連携を最大限に発揮していくため、同じ地域内の訪問看護ステーションを対象とする「たんぼぼ会」を発足。会は定期開催、内容は、勉強会、事例検討会、訪問看護師やステーション利用者のニーズ把握のための情報交換会、満足度調査を計画している。

顔の見える地域連携のこの取り組みが、高齢者急性期病院で医療の質向上を目指すための一歩になることを期待する。

発表当日は【結果】【考察】を含めた取組内容を報告したい。

## 外部委託が参入した中材業務を振り返って

○三宅康範、三浦邦久、影山鮎子、  
森 一子、加藤博久、梶原 一、  
海老原 功

江東病院

【はじめに】当院では近年、医師・看護師不足や高齢者の増加を背景に、病院経営の効率化や治療環境の安全性について強く求められるようになった。そこで、医療器械の滅菌や手術業務支援など、従来看護師・看護助手を中心とした病院職員が行っていた業務について委託業者による専任化を行なうこととした。そうした中で特に看護師の臨床業務従事時間を拡大させることを最終目的とし、医療の質（患者ケア）向上に人的資源を活用させる取り組みについての報告とする。

【方法】看護師が今まで行っていた手術器械に対する処理業務（洗浄・組立て・滅菌）や手術室清掃について委託化することによって、看護師の本来の業務に専任させ臨床業務に用いる時間を拡大させる。また、業務委託する事で専門業者による器械確認（動作確認や性能確認、医療器械のメンテナンス）手術室の術間・術後清掃を専任させ品質向上に努める。

【考察】手術器械セット組や手術室清掃の業務委託化を行なったことで、看護師による医療の質（患者ケア）向上に人的資源を活用させるために費やす時間が増加したことや、器械の破損・紛失、術中における再洗浄・再滅菌といった医療器械が原因となるインシデントが減少したことが確認できた。

また、委託化を進めたことにより社会保険費・人件費や退職者に関する人事関連についても病院側の負担を軽減することが効果として表れた。

【まとめ】業務委託を行なったことによって、看護師が主となる臨床業務に専任する時間を大幅に設けることができた。器械の紛失・破損や医療器械の不具合が減ることで医療の質の向上につながったと思う。今後も現状での委託以外の分野において外部委託して行くことで、病院経営の効率化や治療環境の安全性の向上につなげていきたい。

## 看護者接遇マニュアルの改訂

○小宮山博之、星野淳子、大塚智子、  
久原嘉子、藺田真依子、新倉貴子、  
佐藤陽子

豊島病院

【はじめに】医療機関での接遇は患者やその家族の評価において今や大きな位置を占め、選ばれる医療機関となるために職員個々の高い接遇力が求められている。今回職員の実態調査を行い、その結果を踏まえて、安全衛生の視点や患者立場からの視点を取り入れた接遇マニュアルの見直しを行ない、その必要性と当院での傾向及び課題を見出したので報告する。

【方法】実態調査として、スクラブ着用率やスカート丈、髪色分布などの実態調査を行なった。また患者アンケートに寄せられた意見を抽出し、患者と職員両者の視点で検討しマニュアル作成を行なった。マニュアルを職員への浸透させるため自己他者チェックを行ない、本人にフィードバックし当院での身だしなみ遵守率や傾向を抽出した。

【考察】接遇マニュアルがあっても職員に受け入れられなければ、マニュアルとして機能しない。受け入れのためには職員が目的と根拠を理解して、遵守しようとする意識を育てることが必要である。理想が高くても実態と大きく乖離している基準は受け入れに協力が得られない可能性があり、今回は事前に現状調査をし、患者と職員を視点において根拠に基づいた達成可能な基準としたため受け入れ易かったと考える。また意識向上の方略としての自己他者チェックは自らのマニュアルの確認行為となり、他者評価することで遵守率の向上につながったと考える。

【まとめ】当院の患者さんやその家族に、素敵な病院、感じのいい病院と思って頂くために、第一印象の身だしなみをはじめ、立ち振る舞い、言葉使いなどの基準を明確にすることは重要であり、これらを職員自らの意識に定着させ自発行動がとれるよう普及、継続することが大切である。

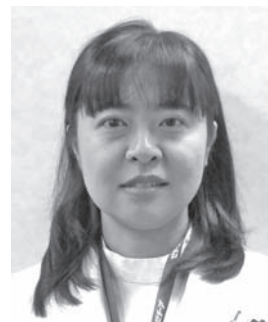
# Luncheon Seminar

ランチョンセミナー





## 糖尿病治療薬の種類と選択 ～症例から学ぶ～



### 岩嶋富美子氏

東京都保健医療公社豊島病院  
内分泌代謝内科医長

国際糖尿病連合 (IDF) によれば、世界の糖尿病人口は爆発的に増え続けており、2015年現在で糖尿病有病者数は4億1,500万人に上り、前年より2,830万人増加しています。

本邦においても、糖尿病人口は上位10位に入る疾患で、成人では720万人ともいわれています。

糖尿病治療の目的は、血糖値をできるだけ健康な人と同じくらいになるように管理して重篤な合併症の発症・進展を予防し、健康な人と同じ寿命を全うし、健康な人と変わらない日常生活の質を維持することにあります。

インスリン非依存性の糖尿病では、最初に診断されたら、まずは十分な食事療法・運動療法を行ないます。これらを2-3ヶ月遵守しても良好な血糖コントロールが得られない場合、薬物療法が選択されます。

現在、インスリン分泌促進薬、インスリン抵抗性改善薬、消化管吸収抑制薬といった様々な作用機序の2型糖尿病治療薬が市場に出回っています。HbA1cを指標にした血糖改善効果や食後高血糖の改善作用を示すエビデンスだ

けでなく、病態に適した作用機序、禁忌でないことなどを考慮して薬剤を選択し、その組み合わせは無限に広がりオーダーメイド治療となってきました。

さらに2014年には、尿中に糖を排泄する作用を有する、SGLT2阻害薬が上市されました。インスリン分泌を介さない血糖降下作用があり、糖尿病治療の新たな選択肢が広がったともいえますが、その使用には十分な注意が必要と考えられます。

本講演では、症例を提示しながら、薬剤選択の根拠や注意点について、紹介したいと考えます。

#### ■学歴

2001年 東京医科歯科大学医学部医学科卒業  
2008年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科卒業 医学博士取得

#### ■職歴

2001/05-2002/05 東京医科歯科大学医学部附属病院 内科研修医  
2002/06-2004/05 横浜赤十字病院 内科研修医  
2004/06-2005/05 長野県厚生連北信総合病院 内分泌代謝科医師  
2008/04-2010/03 東京都保健医療公社豊島病院 内分泌代謝内科医師  
2010/04-2012/03 秀和総合病院 内分泌糖尿病科医長  
2012/04-2013/03 東京都保健医療公社豊島病院 内分泌代謝内科医師  
2013/04- 同 医長

#### ■資格

日本内分泌学会認定専門医・指導医、  
日本糖尿病学会認定専門医、産業医  
所属学会  
日本内科学会、日本内分泌学会、日本糖尿病学会、  
日本肥満学会、日本心血管内分泌代謝学会

## 患者とともに生きる



### 高本眞一氏

社会福祉法人三井記念病院 院長

2015年7月、『患者さんに伝えたい医師の本心』（新潮社刊）を上梓した。妻を看病し、「患者の家族として、医師にずっとそばにいてほしいと願った」ことを第一章にすえ、難問山積の医療の世界の実態の一部を明らかにしたいと思った。

医者と患者は、基本的には病気に立ち向かうパートナーでなければならない。お互いが理解し合えば、医療はもっと良くなるという信念は、家族の病気により、さらに強くなった。本書は、「患者にやさしい治療の落とし穴」、「警察は医療事故を裁けるか」、「病院ランキングは信じてはいけない」、「輸血拒否の『エホバの証人』に向かい合う」など18章からなり、医療の現場から理想の医療への意見をストレートに述べている。

これは間違っている、と思っても黙っていることはできる。しかし、もし自分が黙ってい

たら、私の下にいる医学生やレジデント、そして患者さんが困ることになる。そういう自分を許せないから、これまでも上の人には正論をいって、時には闘ったこともあった。私の回りの人たちができるだけ幸せであってほしいというのが、私の願いであった。

2009年に三井記念病院院長となり、同病院のモットーを「患者とともに生きる」とした。患者さんがよくなることを心から想い、できるかぎりの事を尽くしてよりよい医療を提供し、患者さんが健康を取り戻し、医療者はその事に生きがいを感じることができるよう環境を作りたいと思ったからである。

本セミナーを通して、「患者の命を大切にし、患者とともに生きる」ということを伝えたい。

1947年 兵庫県宝塚市生まれ、愛媛県松山市育ち。  
1973年 東京大学医学部卒業  
1978年 ハーバード大学医学部  
マサチューセッツ総合病院外科研究員  
1987年 公立昭和病院心臓血管外科主任医長  
1993年 国立循環器病センター第2病棟部長  
1997年 東京大学医学部胸部外科教授  
2000年 東京大学医学部教務委員長兼任（～2005年）

2009年より三井記念病院院長、東京大学名誉教授。  
1997年に妻の乳がんが発覚。2008年に看取った経験を持つ。

## 新規週1回投与 DPP-4 阻害薬トレラグリプチン開発の経緯



### 嶋崎幸生氏

武田薬品工業株式会社

メディカルアフェアーズ部 MD

【はじめに】トレラグリプチンは、SBDD (structure-based drug design) 法を用いて創製され、2015年3月に国内で製造販売承認を受けた世界初の週1回投与のDPP-4阻害薬である。DPP-4に対する強い阻害活性および高い選択性を持ち、経口血糖降下薬として初めて週1回投与が可能となった薬剤である。

【主な臨床試験成績】第II相の用量設定試験では、HbA1c 6.9～10.5%の日本人2型糖尿病患者322例を、トレラグリプチン12.5～200mgの各群又はプラセボ群に無作為割付し、一定の食事・運動療法下で12週間継続投与したときの有効性及び安全性を検討した。すべてのトレラグリプチン群でプラセボ群と比較して有意な、概ね投与量に依存したHbA1cの低下がみられた。有害事象の発現頻度は、すべてのトレラグリプチン群でプラセボ群と同程度であった。第III相の非劣性試験では、HbA1c 6.9～10.5%の日本人2型糖尿病患者245例を、

トレラグリプチン100mg群、アログリプチン25mg群又はプラセボ群(参考対照群)に無作為割付し、一定の食事・運動療法下で24週間継続投与したときの有効性及び安全性を検討した。治療期終了時のHbA1c変化量について、トレラグリプチン群のアログリプチン群に対する非劣性が検証され、有害事象の発現頻度は、すべての群で同程度であった。

【まとめ】トレラグリプチンは、連日投与のアログリプチンと同様の血糖降下作用と安全性プロファイルを持つことが示された。今後、糖尿病治療における服薬アドヒアランスの向上などに貢献することが期待される。

#### ■学歴

- 1992年3月 熊本大学医学部医学科 卒業
- 1999年3月 熊本大学大学院医学研究科  
博士課程(内科系専攻) 修了・卒業
- 2013年3月 マサチューセッツ大学 経営学大学院  
修士課程入学

#### ■職歴

- 1999年4月 熊本大学医学部附属病院 循環器内科 入職
- 2004年5月 ポストン大学医学部 John F. Keaney, Jr. 研究室 入職(博士研究員)
- 2007年4月 マサチューセッツ大学医学部 John F. Keaney, Jr. 研究室 入職(博士研究員)
- 2013年7月 武田薬品工業株式会社  
医薬開発本部メディカルアフェアーズ部  
入職(メディカルダイレクター)
- 2013年12月 IMS グループ三愛会総合病院  
一般内科外来入職 現在に至る

## 患者や周囲が安心し、職員を活かせるコミュニケーションとは？ ～患者や周囲にあなたがどのように伝わるのか～



### 原 美聖氏

一般社団法人日本産業カウンセラー協会  
シニア産業カウンセラー / キャリアコンサルタント

最近、職場の人事や採用の担当者から「どのようにしたら良い人材を確保できるでしょうか」「若手職員の離職を止める手立てはないでしょうか」「どのように職員の育成指導をしていったらよいでしょうか」という相談をよく受けます。職場内のコミュニケーションを活発にしたい、部下や後輩への適切な指導の仕方を教えてほしい、という要望も高まっています。

また、カウンセリングをしていると、クライアントからも「コミュニケーションは大切と、頭では十分分かっていてもなかなか実行できない」「上手にコミュニケーションをとりたいと思っているけれども、相手があることだから、自分一人ではどのようにしたらよいかわからない」「先輩が怖くて職場に近づくと動悸が止まらなくなる」という相談も受けます。

そこでは、何が起きているのでしょうか。一つの例として、新入職員は「仕事をじっくり、丁寧に教えてほしい」と望み、上司や先輩は、「自分で考えて学んでほしい」と期待していることがあります。新人は、何をどうやったらいいのかもわからず、一人でわからない業務を相談できずに抱えて、失敗して、委縮してしまう、という悪循環が起きていることもあります。

また、患者に誠心誠意対応しているのに、なぜか上手くいかない、ぎくしゃくしてしまう、さらには相手を怒らせてしまうということもあります。さらに、「優しく指導しているのに、改善しない、伝わらない」という上司や先輩からの言葉も聞かれます。そこでは、いったいどのようなことが起きているのでしょうか。

私は、企業や官公庁、病院も含めて、年間100回以上の研修を行っています。主に、メンタルヘルス、ハラスメント防止、部下の育成、キャリア開発、コミュニケーションなどのお話をすることが多いのですが、新人の研修では必ず「今の気持ちを色で表すと何色ですか」という質問をします。さあ、何色だと思われるのでしょうか。そこには、実に見事に新人の心理が表れています。

今回のランチオンセミナーでは、コミュニケーションの語源、適切な自己表現といわれるアサーションのルーツ、相手に自分のことを伝える時に大切なこと、「自分に価値がない」と悩む人が1時間の面談で自分を認められるまでに変わる過程、クレームをいつてきた人がどのような対応をされた時に怒りに火がつくのか、相手の何に心を寄せればよいのか、患者や周囲の人との関わりで大切な心構えなどを、私に対応をした事例などを元に、わかりやすくコミュニケーションのお話ししたいと思います。

- ・OFFICE HARA 代表
- ・東京家庭裁判所非常勤職員（人訴事件担当参与員）
- ・日本ゲシュタルト療法学会 監事

1984年 上智大学卒

1984年～1993年

JP モルガン（総務部、国際資金部など）

1998年～現在

1. 人事コンサルティング：メンタルヘルス体制構築、職場改善、人材育成など
2. カウンセリング：キャリア、メンタル、復職支援など
3. 研修：メンタルヘルス、ハラスメント防止、部下の育成、キャリア開発、コミュニケーションなど
4. ワークショップ：ゲシュタルトセラピー

広告掲載協力企業

広告掲載企業名	頁	広告掲載企業名	頁
(株) あさひ調剤	126	(株) クリニコ	164
MSD(株)	127	(株) 栗原医療器械店	165
(株) 大塚製薬工場	128	(株) ケビンメディカル	165
オフィスサプライ(株)	129	(株) 小池メディカル	166
(株) 大塚商会	130	コニカミノルタヘルスケア(株)	166
(株) ワイズマン	131	沢井製薬(株)	167
KCCS マネジメントコンサルティング(株)	132	(有) サンソー・ビルテクニカルサービス	167
(株) コージー	133	(株) サンメディカルサービス	168
湖山医療福祉グループ	134	(株) サンリツ 市川営業所	168
サンメディックス(株)	135	(株) 三和化学研究所	169
シーメンス・ジャパン(株)	136	C T M(株)	169
(株) じほう	137	(株) J F S	170
第一三共(株)	138	東洋リネンサプライ(株)	170
大日本住友製薬(株)	139	(株) 商起産業	171
第一工業(株)	140	ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)	171
東京アメニクス(株)	141	(株) スズケン	172
(株) 東京都民銀行	142	(株) 成玉舎	172
東芝メディカルシステムズ(株)	143	総合メディカル(株)	173
(株) 西野医科器械	144	大鵬薬品工業(株)	173
日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部	145	第一生命保険(株)	174
日本衛生(株)	146	田辺三菱製薬(株)	174
日本薬科大学	147	帝人ファーマ(株)	175
(株) ビー・エム・エル	148	テルモ(株)	175
(株) ピーズメディカルサポート	149	(株) 東京葬祭	176
久光製薬(株)	150	東邦薬品(株)	176
(有) ファーマシーすず	151	東京リネンサービス(株)	177
(株) ベネミール	152	(株) ナカノフード建設	177
(株) 三井住友銀行 日暮里支店	153	(株) 日光溶材	178
メットライフ生命保険(株)	154	日本ケミファ(株)	178
(株) アーバン	155	ニプロ(株)	179
あいおいニッセイ同和損害保険(株)	155	日本光電東京(株)	179
アイホン(株)	156	日本メガケア(株)	180
味の素ニュートリション(株)	156	野口(株)	180
アステラス製薬(株)	157	(株) パースジャパン	181
アルフレッサ(株)	157	バイエル薬品(株)	181
インターリハ(株)	158	パラマウントベッド(株)	182
(株) ウイン・インターナショナル	158	ファイザー(株)	182
(株) N S D	159	フクダ電子(株)	183
(株) エラン	159	伏見製薬(株)	183
(株) L S I メディエンス	160	ベストフードサービス(株)	184
(株) オオツメディカル	160	(株) ホームラン・システムズ	184
大塚製薬(株)	161	(株) 保健科学 東日本	185
科研製薬(株)	161	(株) 星医療酸器	185
(株) かんぼ生命保険 東東京法人支店	162	(株) ムトウ	186
関東メディカルサービス(株)	162	(株) 明治	186
協和発酵キリン(株)	163	(株) メディコン	187
杏林製薬(株)	163	(株) りそな銀行 日暮里支店	187
キングランメディケア(株)	164	(株) L E O C	188

その他協力企業

アルフレッサ(株) 八王子支店  
 アルケル(株)  
 A I U 損害保険(株)  
 (株) メディセオ

## 第 11 回 東京都病院学会運営委員会

---

学会長	山口 武兼	豊島病院院長
副学会長	桑名 斉	信愛病院理事長
運営委員長	東海林 豊	東京さくら病院院長
運営委員	安藤 高朗	永生病院理事長
	飯野 孝一	飯野病院理事長
	石川 博久	亀有病院理事長
	石田 信彦	多摩リハビリテーション病院理事長
	伊藤 雅史	等潤病院理事長
	稲波 弘彦	岩井整形外科内科病院理事長
	猪口 正孝	平成立石病院理事長
	猪口 雄二	寿康会病院理事長
	大田 健	国立病院機構東京病院院長
	沖野 光彦	旗の台脳神経外科病院理事長
	片山 久	片山病院院長
	川内 章裕	池袋病院院長
	河北 博文	河北総合病院理事長
	木村 厚	一成会木村病院理事長
	小泉 和雄	いずみ記念病院理事長
	進藤 晃	大久野病院理事長
	高野研一郎	高野病院院長
	竹川 勝治	愛和病院理事長
	土谷 明男	葛西中央病院理事長
	友池 仁暢	榊原記念病院院長
	内藤 誠二	内藤病院理事長
	中西 泉	町田慶泉病院理事長
	野村 幸史	野村病院理事長
	平川 淳一	平川病院院長
	古畑 正	古畑病院院長
	山田 雄飛	山田病院理事長
	横山 孝	第三北品川病院理事長
	田野倉浩治	永生病院事務部長
	高嶋 則子	岩井整形外科内科病院看護部長
	篠原 健一	河北総合病院画像診断部技師長
学会事務局	古角 末廣	東京都病院協会事務局長

---

第 11 回 東京都病院学会 2016 年 2 月 28 日 平成 28 年 2 月 10 日発行

編集 東京都病院学会運営委員会  
発行 東京都病院学会運営委員会  
事務局 一般社団法人東京都病院協会

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-2-2 住友商事竹橋ビル 12 階

TEL.03-5217-0896 / FAX.03-5217-0898

URL: <http://www.tmha.net> E-mail: [tmha@mri.biglobe.ne.jp](mailto:tmha@mri.biglobe.ne.jp)

---



一般社団法人 東京都病院協会

〒100-0003千代田区一ツ橋1-2-2 住友商事竹橋ビル12階

TEL.03-5217-0896 FAX.03-5217-0898

E-mail:gaktmha@xqb.biglobe.ne.jp (学会専用)

<http://www.tmha.net/>