

第12回

東京都病院学会

主題

東京医療の近未来

— 地域包括ケアにおける病院の役割 —

日時:平成29年**2月26日**(日)

午前9時～午後5時(午前8時30分より受付開始)

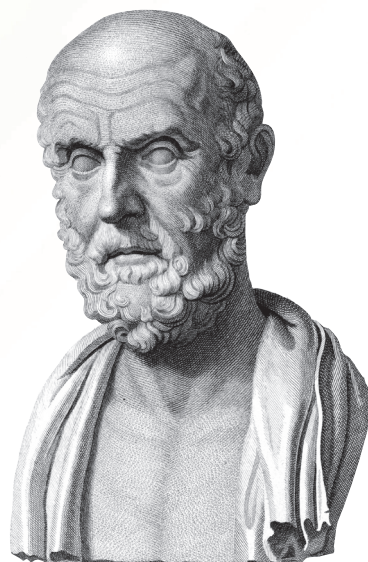
会場:**アルカディア市ヶ谷**(JR市ヶ谷駅 徒歩2分)

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

東京医療の近未来
- 地域包括ケアにおける病院の役割 -

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
会場別プログラム	8
演者氏名索引	24
基調講演・学会長講演・特別講演	27
シンポジウム	33
委員会企画	41
一般演題	53
ランチョンセミナー	131
広告	139

学会長挨拶



桑名 斉

東京都病院協会 常任理事
信愛病院 理事長

第12回東京都病院学会を開催するにあたり、一言ご挨拶申し上げます。

2025年に向けての地域医療構想を策定することによって、地域包括ケアシステムの中での医療のあり方、介護のあり方、さらには私たちが望む生活に焦点が当てられつつあります。2025年問題を議論、検討する際のポイントとしては、特に超高齢社会にともなう多死、認知症の増加、そして生活習慣病であるがんの増加などでしょう。

多死問題の一つの要素である在宅死の割合は、それぞれの地域の病床数や在宅医療の受けやすさ、孤独死の発生数などが関係しているようです。地域で療養する高齢者は増えると推測されますので、在宅でどこまで看取りができるのかの検討が重要になってきます。

そこで、作家の青木新門先生に「いのちのバトンタッチ」と題して、特別講演をお願いして、死に場所が定まらない、穏やかに死ねない、いわゆる「死に場所難民」を発生させないための病院の役割について考えたいと思います。

次に、認知症医療に関するアンケートによると、入院が可能な病院は50%弱でありました。そして、特徴的なことは入院までの待機期間の長さ、一旦入院した場合の平均入院期間の長さでありました。また、患者のバックグラウンドでは、70%において介護者がいない事実がわかりました。今後、がんをはじめとする生活習慣病が増えると同時に認知症患者も激増すると予測されています。こうした慢性疾患を抱えている身体合併症患者に対する医療・介護のニーズは高まる一方であり、急性期あるいは回復期の医療だけでは対応できません。したがって、東京での医療・介護一体化に向けては、看取りや認知症医療を得意とする慢性期病院との密な連携が欠かせません。

さて、東京都の基礎データから推測すると、回復期では病床を大幅に増やさなければなりません、高度急

性期、急性期、慢性期は削減するという構想になります。しかし、患者の流入の調査からは東京の特性が浮きぼりになっており、高度急性期、急性期、回復期の順に、都心集中が著明である一方、慢性期の患者は都心から郊外への転院、あるいは他県への流出が顕著でありました。つまり、このままでは東京では住み慣れた地域で安心して一生を送るという地域包括ケアの理念は成り立たなくなります。したがって、高度急性期と急性期は質の追求を、回復期と慢性期は量と質の充実を図ることが地域包括ケアのために資するものと思われます。

こうした地域包括ケアのなかでの病院の役割や方向性を理解することや、自院の位置付けは重要であります。一方では社会情勢から診療報酬や介護報酬の低減が避けられない中で、経営の健全化を図らねばなりません。残念ながら、社会的にはいまだに医療や介護の事業は儲かるものという誤解もありますから、それぞれの地域でさまざまな貢献をしていることを積極的にアピールしていく必要があります。そうすることによって、われわれの事業を地域に理解してもらい、お互いに協力し合って地域を発展させることが、地域に根ざした病院の一つの使命といえます。すなわち、地域包括ケアシステムを創ることが最終目的ではなく、どのようなシステムであっても、住んでいる地域をユートピアにしようとする努力こそが重要なのであります。つまり、well-beingな社会を作るための貢献こそが、われわれ病院の役割であると考えます。

日ごろから地域においてさまざまな実践に取り組んでおられる皆さまと、地域包括ケアのなかでの自院のあり方や医療についての議論を深めようではありませんか。

学会運営委員長挨拶



竹川 勝治

医療法人社団愛育会 理事長

2025年に向けて地域医療構想の策定を国から求められたことを受けて、東京都における地域医療構想策定部会が東京都地域医療構想を策定しました。今後はそれぞれの構想区域の中での調整会議で検討されていきます。東京都は日本において特殊な場所であり、独自の考えを持って地域医療構想を策定していかななくてはなりません。

東京都地域医療構想策定部会において、東京都の病院の病床は増やす必要も減らす必要もないことが明確になりました。今後は機能別の調整を行っていくこととなりますが、無用のコストを避ける意味でも、現存する東京の病院を大切に調整を行っていくことが重要です。そして、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の病棟がそれぞれ、地域包括ケアの中できちんとその役割を遂行していかななくてはならないでしょう。そう考えていけばいくほど、全国一律の病院基準では理想的な業務遂行が難しくなると感じざるを得ません。

また、急速に現実化する少子高齢化社会においては、働き手の供給も重要な課題です。そもそも病院や施設の人員基準制度は日本だけの制度で、これを満たすことに汲々とし、病院同士が人の争奪戦を行っているようでは、とても地域包括ケアでのシームレ

スな連携など、実現できません。今後は人員配置基準と人材争奪戦から脱却し、自院や東京都病院学会などの学びの場において共に学び、個人そして組織の質の向上を目指していくことこそ求められるのではないのでしょうか。

東京都は区部と多摩部で性格は大きく違います。地方と比較すると交通の便は良く、高齢者になっても、地域包括ケアでいう中学校圏域外への移動は容易です。このような環境の中で都民の意向を汲み取り地域での医療を行うためには、われわれ医療人は今後さらに「覚悟」が必要になることでしょう。

桑名斉学会長が2025年問題を議論、検討する際のポイントとして、特に超高齢社会にともなう多死、認知症の増加、そして生活習慣病であるがんの増加を挙げられています。これらを地域包括ケアの対象として位置づけ、そこで果たすべき病院の役割を明確化していくことが、今回の学会の主目的であると考えています。また、実際に現場で様々な課題に直面している皆様とともに、職種の壁を取り除き語り合える学会環境を作ることが私の役目であると考えています。

東京医療の近未来に向けて笑顔で語れるように学会を楽しみましょう。

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、10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。

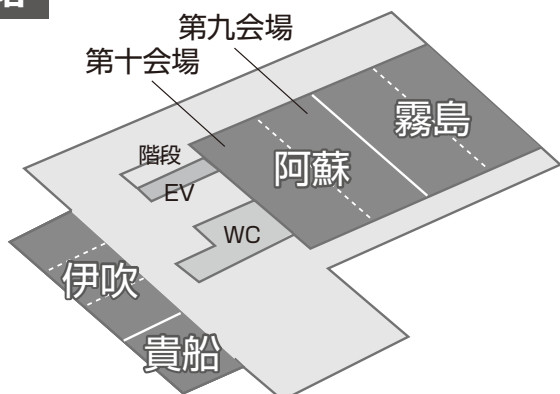
会場ご案内

- 日 時: 平成29年2月26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)



プログラム概要

6階



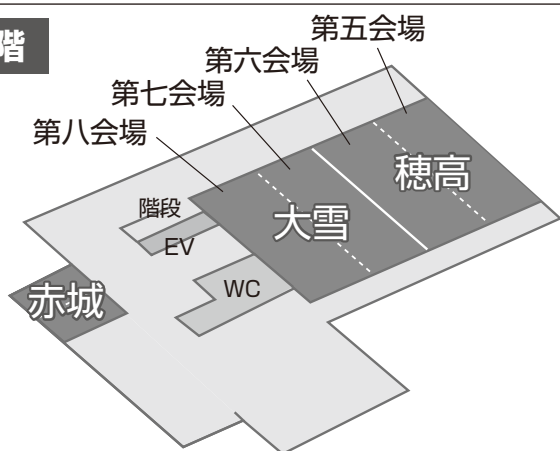
第九会場 6階 阿蘇(東)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
フランスベッド(株)
- 13:10 一般演題
- 14:20 一般演題
- 15:30 一般演題

第十会場 6階 阿蘇(西)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
(株)ワイズマン
- 13:10 一般演題
- 14:10 一般演題
- 15:10 一般演題
- 15:50 一般演題

5階



第五会場 5階 穂高(東)

- 11:00 医療保険・経営管理委員会企画
- 12:00 ランチョンセミナー
(株)大塚商会
- 13:10 環境問題検討委員会企画
- 14:20 一般演題
- 15:00 一般演題
- 16:00 一般演題

第七会場 5階 大雪(東)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
武田薬品工業(株)
- 13:10 一般演題
- 14:00 一般演題
- 14:40 一般演題
- 15:20 一般演題
- 16:00 一般演題

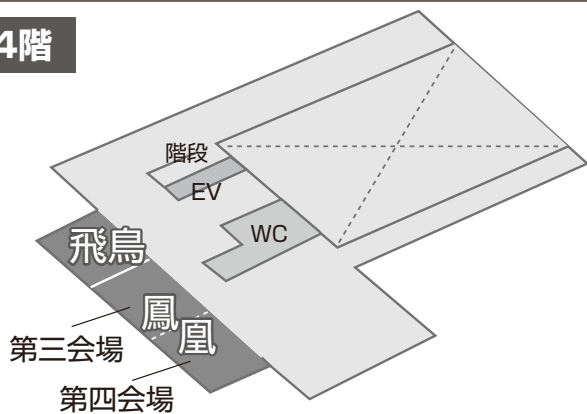
第六会場 5階 穂高(西)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
総合メディカル(株)
- 13:10 一般演題
- 14:10 一般演題
- 15:10 慢性期医療委員会企画

第八会場 5階 大雪(西)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
東京ガス(株)
- 13:10 一般演題
- 14:20 一般演題
- 15:00 一般演題
- 15:50 一般演題

4階



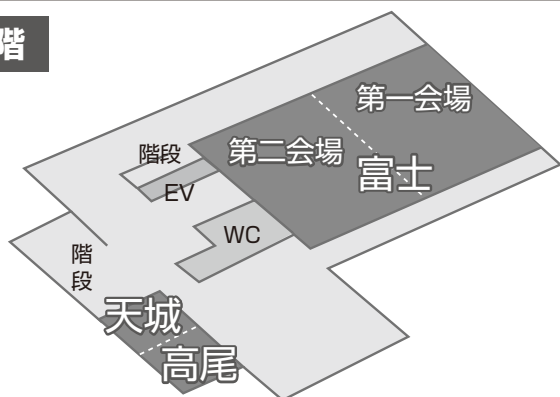
第三会場 4階 鳳凰(東)

- 11:00 一般演題
- 13:10 一般演題
- 14:00 一般演題
- 14:40 一般演題
- 15:40 一般演題

第四会場 4階 鳳凰(西)

- 11:00 一般演題
- 13:10 一般演題
- 14:10 一般演題
- 15:20 一般演題

3階



第一会場 3階 富士(東)

- 09:00 開会式
- 09:20 基調講演
- 09:50 特別講演
- 13:10 学会長講演
- 14:00 シンポジウム
- 16:00 事務管理部企画
- 17:00 閉会式

第二会場 3階 富士(西)

- 13:10 看護管理部会セッション
- 14:50 急性期医療委員会企画

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 4階 鳳凰(東)	第四会場 4階 鳳凰(西)	第五会場 5階 穂高(東)
<p>09:00 ■開会式 ●挨拶 東京都病院学会会長 桑名 斉 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>9:20～9:50 ●基調講演 司会:桑名 斉(学会長) 「スマートソサエティ ～成熟社会における医・食・住～」 東京都病院協会会長 河北総合病院理事長 河北 博文</p>				
<p>9:50～10:50 ●特別講演 司会:竹川 勝治(愛和病院理事長) 「いのちのバトンタッチ」 青木 新門氏(「納棺夫日記」著者)</p>				
		<p>11:00 一般演題 「画像診断」 座長:渡邊 真弓 (河北総合病院)</p>	<p>11:00 一般演題 「ソーシャルワーク」 座長:浅野 光彦 (いずみ記念病院)</p>	<p>11:00～11:50 ●医療保険・経営管理委員会企画 「医療提供体制はどうなるか？」 【座長】山口 武兼(豊島病院) 【講師】猪口 雄二(寿康会病院理事長)</p>
				<p>12:00 ○ランチョンセミナー 株式会社大塚商会 「何に使う? どこまで“楽”になる? タブレットを仕事に役立てる方法」 静谷 隆臣氏((株)大塚商会 共通基盤NW・セキュリティプロモーション部モバイルプロモーション)</p>
<p>13:10～13:50 ●学会長講演 「地域包括ケアでユートピアを」 【司会】東海林 豊(副学会長) 【講師】桑名 斉(学会長)</p>	<p>13:10～14:40 ●看護管理部会セッション 「病院と在宅をつなぐ役に立つ話」 【座長】 小谷 和枝(南町田病院) 安藝 佐香江(南多摩病院) 【講師】臼井 豊子氏(南町田訪問看護ステーションベンギン所長)</p>	<p>13:10 一般演題 「栄養管理①」 座長:武田 朝子 (河北総合病院)</p>	<p>13:10 一般演題 「医療の質」 座長:西田 龍平 (永寿総合病院)</p>	<p>13:10～14:10 ●環境問題検討委員会企画 「温暖化がもたらす生き物異変と予期せぬ感染症との遭遇」 【座長】篠原 健一(河北総合病院) 【講師】谷 重和氏(環境文化創造研究所主席研究員)</p>
<p>14:00～15:50 ●シンポジウム 「地域医療構想にどう対応するか」 【座長】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) 【シンポジスト】 【高度急性期・急性期】山口 武兼(豊島病院院長) 【回復期】矢野 諭氏(多摩川病院理事長) 【慢性期】安藤 高朗(永生病院理事長) 【在宅】英 裕雄氏(新宿ヒロクリニック理事長)</p>	<p>14:50～16:50 ●急性期医療委員会企画 「地域包括ケアにおける高齢者救急を考える」 【座長】 中西 泉(町田慶泉病院) 土谷 明男(葛西中央病院) 【講演】 【三次救急】有賀 徹氏(労働者健康安全機構) 【二次救急】益子 邦洋(南多摩病院) 【高齢者施設】森田 健一氏(合掌苑) 【在宅】太田 祥一氏(恵泉クリニック) 【指定発言】 大桃 文知(平成立石病院)</p>	<p>14:00 一般演題 「栄養管理②」 座長:岡部 司 (国立病院機構 東京病院)</p>	<p>14:10 一般演題 「医療安全・感染管理①」 座長:木曾 愛 (永寿総合病院)</p>	<p>14:20 一般演題 「その他①」 座長:鮫嶋 慎一 (第三北品川病院)</p>
<p>16:00～16:50 ●事務管理部会企画 「地域医療連携推進法人の活用方法～公表されている先行事例の類型化から考える～」 【座長】田野倉 浩治(永生病院) 【講師】田川 洋平氏(川原経営総合センター)</p>		<p>14:40 一般演題 「診療情報管理」 座長:玉置 薫 (東戸塚記念病院)</p>	<p>15:20 一般演題 「医療安全・感染管理②」 座長:富本 聡子 (豊島病院)</p>	<p>15:00 一般演題 「周術期看護」 座長:高橋 元子 (寿康会病院)</p>
<p>17:00 ■閉会式 閉会式挨拶 東海林 豊(東京都病院学会副学会長)</p>		<p>15:40 一般演題 「地域包括ケア・在宅」 座長:山本 明人 (信愛病院)</p>		<p>16:00 一般演題 「看護(業務改善)」 座長:切手 純代 (南多摩病院)</p>

第六会場 5階 穂高(西)	第七会場 5階 大雪(東)	第八会場 5階 大雪(西)	第九会場 6階 阿蘇(東)	第十会場 6階 阿蘇(西)
11:00 一般演題 「看護(退院支援)」 座長:武子 智織 (永寿総合病院)	11:00 一般演題 「看護教育」 座長:伊藤 理子 (若井整形外科内科病院)	11:00 一般演題 「看護技術」 座長:外館 真理子 (花と森の東京病院)	11:00 一般演題 「リハビリ(部門管理)」 座長:常山 晃司 (いずみ記念病院)	11:00 一般演題 「リハビリ (回復期リハビリテーション)」 座長:工藤 弘之 (大久野病院)
12:00 ○ランチョンセミナー 総合メディカル株式会社 「病院を活性化させるリーダー シップとフォローシップ」 畑苳 義雄氏(和歌山県立医科 大学名誉教授)	12:00 ○ランチョンセミナー 武田薬品工業株式会社 「東京医療の近未来 東京都医 療連携手帳をどう活かすか? ～前立腺がんをモデルとして～」 田中 良典氏(武蔵野赤十字病 院泌尿器科部長)	12:00 ○ランチョンセミナー 東京ガス株式会社 「病院・施設の給食とガイド ライン・食事摂取基準・栄養 指導の矛盾」 足立 香代子氏((一社)臨床栄 養実践協会理事長)	12:00 ○ランチョンセミナー フランスベッド株式会社 「神奈川県介護ロボット普及 推進事業に参加して～介護ロ ボットを利用した機能回復訓 練の有効性と訓練の実際～」 佐治 周平氏(長田病院リハビ リテーション室室長)	12:00 ○ランチョンセミナー 株式会社ワイズマン 「来たるべき地域包括ケア市 場に向けて～今からできる 法人内連携～」 浅野 貴将氏(株)ワイズマン 営業支援課/パートナー営業 課課長)
13:10 一般演題 「業務改善・病院管理」 座長:福井 聡 (一成会木村病院)	13:10 一般演題 「地域連携①」 座長:坂井 久也 (信愛病院)	13:10 一般演題 「チーム医療」 座長:野村 幸史 (野村病院)	13:10 一般演題 「リハビリ(症例:整形外科)」 座長:安齋 知 (町田慶泉病院)	13:10 一般演題 「リハビリ(治療)」 座長:早房 亮 (愛和病院)
14:10 一般演題 「事務」 座長:樋口 洋祐 (森山記念病院)	14:00 一般演題 「地域連携②」 座長:小林 裕一郎 (内藤病院)	14:20 一般演題 「薬剤」 座長:小林 仁 (南町田病院)	14:20 一般演題 「リハビリ(症例:機能・生活)」 座長:西谷 雄作 (寿康会病院)	14:10 一般演題 「リハビリ(地域×健康・予防)」 座長:林 義巳 (多摩リハビリテーション学院)
15:10～16:40 ●慢性期医療委員会企画 「慢性期医療の未来像」 【座長】 進藤 晃(大久野病院) 【講演】 [介護療養病床] 田中 裕之(陵 北病院) [医療療養病床] 高野 研一郎 (高野病院) [地域包括ケア] 飯田 達能(永 生病院) [回復期リハビリ] 進藤 晃 (大久野病院)	14:40 一般演題 「その他②」 座長:飯畑 裕子 (等潤病院)	15:00 一般演題 「看護総合」 座長:梅本 健三 (豊島病院)	15:30 一般演題 「リハビリ (症例:脳卒中・移動能力)」 座長:戸田 進吾 (東京さくら病院)	15:10 一般演題 「介護予防」 座長:野田頭 弘治 (永生病院)
	15:20 一般演題 「救急・災害看護」 座長:川村 禎子 (永寿総合病院)	15:50 一般演題 「看護(コスト管理)」 座長:海藤 淑子 (いずみ記念病院)		15:50 一般演題 「臨床検査・臨床工学」 座長:荒井 克己 (豊島病院)

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	<p>● 開会式</p> <p>● 挨拶 東京都病院学会学会長 桑名 斉 東京都病院協会会長 河北 博文</p> <hr/> <p>● 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>	
09:20	<p>● 基調講演 司会: 桑名 斉 (学会長)</p> <p>「スマートソサエティ ～成熟社会における医・食・住～」</p> <p>東京都病院協会会長 河北総合病院理事長 河北 博文</p>	P.29
09:50	<p>● 特別講演 司会: 竹川 勝治 (愛和病院理事長)</p> <p>「いのちのバトンタッチ」</p> <p>青木 新門氏 (「納棺夫日記」著者)</p>	P.30
13:10	<p>● 学会長講演 司会: 東海林 豊 (東京都病院学会副学会長)</p> <p>「地域包括ケアでユートピアを」</p> <p>東京都病院協会常任理事 信愛病院理事長 桑名 斉</p>	P.31
14:00	<p>● シンポジウム</p> <p>「地域医療構想にどう対応するか」</p> <p>座長: 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) P.35</p> <p>シンポジスト [高度急性期・急性期] 山口 武兼 (豊島病院院長) P.36</p> <p>(順不同) [回復期] 矢野 諭氏 (多摩川病院理事長) P.37</p> <p>[慢性期] 安藤 高朗 (永生病院理事長) P.38</p> <p>[在宅] 英 裕雄氏 (新宿ヒロクリニック理事長) P.39</p>	
16:00	<p>● 事務管理部会企画</p> <p>座長: 田野倉 浩治 (永生病院)</p> <p>「地域医療連携推進法人の活用方法 ～公表されている先行事例の類型化から考える～」</p> <p>川原経営総合センター 事業推進企画室室長 田川 洋平氏</p>	P.43
17:00	<p>● 閉会式</p> <p>● 挨拶 東京都病院学会副学会長 東海林 豊</p>	

第二会場 3階 富士(西)

時間	プログラム	掲載ページ
13:10	<p>● 看護管理部会セッション</p> <p>座長：小谷 和枝（南町田病院）</p> <p>安藝 佐香江（南多摩病院）</p> <p>「病院と在宅をつなぐ役に立つ話」</p> <p>南町田訪問看護ステーションペンギン所長 / 訪問看護認定看護師 白井 豊子氏</p>	P.44
14:50	<p>● 急性期委員会企画</p> <p>座長：中西 泉（町田慶泉病院）</p> <p>土谷 明男（葛西中央病院）</p> <p>「地域包括ケアにおける高齢者救急を考える」</p> <p>【講演】</p> <p>[三次救急] 有賀 徹氏（労働者健康安全機構）</p> <p>[二次救急] 益子 邦洋（南多摩病院）</p> <p>[高齢者施設] 森田 健一氏（合掌苑）</p> <p>[在宅] 太田 祥一氏（恵泉クリニック）</p> <p>【指定発言】</p> <p>大桃 丈知（平成立石病院）</p>	P.45

第三会場 4階 鳳凰(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	<p>● 一般演題</p> <p>「画像診断」 座長：渡邊 真弓（河北総合病院）</p>	
	<p>・マンモグラフィパンフレットの作成及び運用について</p> <p>細谷 陵子（南町田病院）</p>	P.55
	<p>・3T MRI 1台運用における問題点に関する一考</p> <p>三宅 聡（南町田病院）</p>	P.55
	<p>・MRCPにおける胆道系矢状断面像の有用性</p> <p>安澤 唯（平成立石病院）</p>	P.56
	<p>・当院における逐次近似再構成の視覚的評価及び運用方法の検討</p> <p>半田 和也（等潤病院）</p>	P.56
	<p>・死戦期画像診断が特に有意義であった一症例</p> <p>山口 大樹（旗の台脳神経外科病院）</p>	P.57

13:10 ● 一般演題

「栄養管理 ①」 座長：武田 朝子（河北総合病院）

- ・ 病院食喫食率向上に関わる要因
P.57
- ・ 介護療養型医療施設における経口維持計画策定患者調査
P.58
- ・ COPD 食立ち上げの経緯と今後の課題
P.58
- ・ 老健施設利用者の軟菜食導入に関する取り組み
P.59

14:00 ● 一般演題

「栄養管理 ②」 座長：岡部 司（国立病院機構東京病院）

- ・ 介護療養病棟から自宅退院をされた高齢嚥下障害患者への多職種介入
P.59
- ・ 経腸栄養プランの提案による安全性とコスト削減効果の検証
P.60
- ・ 精神疾患のある患者への栄養指導
P.60

14:40 ● 一般演題

「診療情報管理」 座長：玉置 薫（東戸塚記念病院）

- ・ 病院の IT 情報資産を管理することの重要性とメリット
P.61
- ・ 地域包括ケア時代における電子カルテ導入の効果と意義を考える
P.61
- ・ 入院診療計画書の完成度向上を目指して
P.62
- ・ H ファイル作成に伴う診療情報管理室の取り組み
P.62
- ・ 成人市中肺炎の DPC データ様式 1 項目ベンチマーク
P.63

15:40 ● 一般演題

「地域包括ケア・在宅」 座長：山本 明人（信愛病院）

-
- ・地域包括ケア病棟に向けての取り組み
鈴木 詳司（永生病院） P.63

 - ・地域包括ケアにおける認知症患者の在宅復帰支援
横山 真樹子（久米川病院） P.64

 - ・私は認知症ではないと言う高齢者の支援方法を考える ～初期の認知症高齢者の支援方法を試みて～
林 憲司（多摩リハビリテーション病院） P.64

 - ・生きるために胃瘻を選択し、住み慣れた地域で過ごされた一事例
小比賀 美樹（梅の園訪問看護ステーション） P.65
-

第四会場 4階 鳳凰（西）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題 「ソーシャルワーク」 座長：浅野 光彦（いずみ記念病院）	
	・虐待防止対策委員会発足の過程と支援の報告 木村 結香（荒木記念東京リバーサイド病院）	P.65
	・患者の QOL を尊重した退院支援 田中 いづみ（一成会 木村病院）	P.66
	・後見人等選任を必要とする患者への退院支援と事例紹介 稲葉 陽一（南町田病院）	P.66
13:10	● 一般演題 「医療の質」 座長：西田 龍平（永寿総合病院）	
	・心電図モニター装着忘れ防止に対する取り組み 池上 吾郎（南多摩病院）	P.67
	・回復期入院 30 日後の FIM 運動項目における臨床的に意義のある差の検討 中口 拓真（花と森の東京病院）	P.67
	・回復期リハのアウトカムに影響を及ぼすストラクチャー・プロセス ～都病協版 CI 多施設共同調査より～ 石濱 裕規（東京都病院協会 診療情報管理委員会）	P.68
	・都病協版回復期臨床指標項目の有用度・簡易度と妥当性の検証 小林 豊（東京都病院協会 診療情報管理委員会）	P.68
	・都病協版 CI の多施設共同調査の年次比較結果が業務改善にもたらす有効性 石濱 裕規（東京都病院協会 診療情報管理委員会）	P.69

14:10 ● 一般演題

「医療安全・感染管理①」 座長：木曾 愛（永寿総合病院）

- | | | |
|---|----------------------|------|
| ・ヒヤリハットレポートへの意識付け ～フィードバックの方法を工夫して～ | 大場 美智子（永生病院） | P.69 |
| ・当病棟の内服自己管理における問題と今後の課題の明確化
～退院前の誤薬インシデント事例を通して～ | 大谷 飛鳥（葛飾リハビリテーション病院） | P.70 |
| ・高齢患者による点滴自己抜去防止策 ～抑制帯を使用しない看護を目指して～ | 秋山 恵子（等潤病院） | P.70 |
| ・体動センサー装着患者の転倒・転落予防への取り組み | 平野 美幸（河北総合病院） | P.71 |
| ・徘徊患者の離院防止対策を実施して | 大西 玲奈（久米川病院） | P.71 |
| ・当院における E-CALL 事例の分析 | 田中 雄一（野村病院） | P.72 |

15:20 ● 一般演題

「医療安全・感染管理②」 座長：富本 聡子（豊島病院）

- | | | |
|-------------------------------|-----------------|------|
| ・手術室器械出し看護師の血液飛散に関する調査 | 桐山 裕平（等潤病院） | P.72 |
| ・手指消毒薬携帯ポーチ導入の効果 | 眞柄 雄樹（大久保病院） | P.73 |
| ・MRSA 院内発生低下への取り組み | 山崎 浩（南多摩病院） | P.73 |
| ・ICT 活動における地域サーベイランスについて | 延藤 正則（一成会 木村病院） | P.74 |
| ・当院におけるインフルエンザ流行レベル別感染対策 | 曾我 淑（久米川病院） | P.74 |
| ・新型インフルエンザ流行を想定したドライブスルー診療の検討 | 山口 朋禎（東京臨海病院） | P.75 |

第五会場 5階 穂高(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	<p>● 医療保険・経営管理委員会企画 座長：山口 武兼（豊島病院） 「医療提供体制はどうか？」 寿康会病院理事長 猪口 雄二</p>	P.46
12:00	<p>◎ ランチョンセミナー 株式会社大塚商会 「何に使う？ どこまで“楽”になる？ タブレットを仕事に役立てる方法」 株式会社大塚商会 共通基盤NW・セキュリティプロモーション部モバイルプロモーション課 静谷 隆臣氏</p>	P.133
13:10	<p>● 環境問題検討委員会企画 座長：篠原 健一（河北総合病院） 「温暖化がもたらす生き物異変と予期せぬ感染症との遭遇」 環境文化創造研究所主席研究員 谷 重和氏</p>	P.47
14:20	<p>● 一般演題 「その他①」 座長：鮫嶋 慎一（第三北品川病院）</p>	
	<p>・ 看護師が取り組むベッドコントロール ～学習会実施と取組結果報告～ 大亀 真由美（豊島病院）</p>	P.75
	<p>・ 病院救急車の有効活用 上野 拓也（南町田病院）</p>	P.76
	<p>・ 医療法人 web ページ広報戦略における KPI の有効性 齊藤 梓（永生会）</p>	P.76
15:00	<p>● 一般演題 「周術期看護」 座長：高橋 元子（寿康会病院）</p>	
	<p>・ 手術をうける患者への分かり易い入院説明を考える 田辺 未来（稲波脊椎・関節病院）</p>	P.77
	<p>・ 外来と連携した白内障手術時の安楽な体位の取り組み 色川 幸子（花と森の東京病院）</p>	P.77
	<p>・ 外科術後のドレーン排液色認識の相違への取り組み 小林 愛唯（花と森の東京病院）</p>	P.78
	<p>・ 下肢静脈瘤ストリッピング手術への取り組み 阿部 志保（一成会 木村病院）</p>	P.78
	<p>・ 大腸内視鏡検査を受ける患者の不安に考慮した前処置の方法の検討 川上 直行（等潤病院）</p>	P.79

16:00 ● 一般演題

「看護（業務改善）」 座長：切手 純代（南多摩病院）

- | | | |
|------------------------------------|-----------------|------|
| ・ 緊急入院対応時の情報共有への取り組み | 川上 恵子（花と森の東京病院） | P.79 |
| ・ 当病棟看護師の意識調査 ～今後の業務改善に向けて～ | 関根 浩子（一成会 木村病院） | P.80 |
| ・ スタッフの介護負担軽減への取り組み ～介助グローブ使用を試みて～ | 永田 裕子（信愛病院） | P.80 |

第六会場 5階 穂高（西）

時間

プログラム

掲載ページ

11:00 ● 一般演題

「看護（退院支援）」 座長：武子 智織（永寿総合病院）

- | | | |
|--------------------------------|----------------------|------|
| ・ 退院調整看護師の導入に伴う、院内入院時看護記録改正の試み | 岡野 みなみ（いずみ記念病院） | P.81 |
| ・ 退院支援導入の経緯と結果 | 古川 愛（調布病院） | P.81 |
| ・ 個別性のある日常生活を踏まえた退院支援への取り組み | 石垣 美紗希（花と森の東京病院） | P.82 |
| ・ 病棟から地域へ繋げる退院指導について ～症例を通して～ | 松本 頼子（いずみ記念病院） | P.82 |
| ・ 退院後訪問に看護師が同行する事で得られる意識改革の試み | 石川 沙織（河北リハビリテーション病院） | P.83 |

12:00 ◎ ランチョンセミナー 総合メディカル株式会社

「病院を活性化させるリーダーシップとフォロワーシップ」

P.134

和歌山県立医科大学名誉教授 畑埜 義雄氏

13:10 ● 一般演題

「業務改善・病院管理」 座長：福井 聡（一成会 木村病院）

-
- ・ 6S 活動の取り組みについて
金江 春花（永生病院） **P.83**

 - ・ 紙から電子へ ～有効的なカードックスの作成、情報収集と伝達の取り組み～
中川 亜弥実（信愛病院） **P.84**

 - ・ 医事課の業務効率化を目指して
吉尾 勝昭（南町田病院） **P.84**

 - ・ 地域包括ケアシステムを念頭においた救急体制再構築の実現
下田 正宏（多摩南部地域病院） **P.85**

 - ・ DPC 準備・対象前後の外来診療状況 ～院内滞在時間の比較～
高橋 将人（榊原記念病院） **P.85**
-

14:10 ● 一般演題

「事務」 座長：樋口 洋祐（森山記念病院）

-
- ・ 透析患者の高齢化と通院継続の支援について
竹山 智宏（河北葦クリニック） **P.86**

 - ・ 医師の業務軽減のための予約センターでの取り組み
吉田 恭子（南町田病院） **P.86**

 - ・ 医療事務職の課題とスキル
高橋 将人（榊原記念病院） **P.87**

 - ・ 一般公開データ・地図ソフトを用いた自院の医療圏分析について
守野 隆寛（河北総合病院） **P.87**
-

15:10 ● 慢性期医療委員会企画

座長：進藤 晃（大久野病院）

「慢性期医療の未来像」

【講演】

- [介護療養病床] 田中 裕之（陵北病院） **P.49**
 - [医療療養病床] 高野 研一郎（高野病院） **P.50**
 - [地域包括ケア] 飯田 達能（永生病院） **P.51**
 - [回復期リハビリ] 進藤 晃（大久野病院） **P.52**
-

第七会場 5階 大雪(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題 「看護教育」 座長：伊藤 理子（岩井整形外科内科病院）	
	・ 緊急帝王切開術への取り組み ～病棟スタッフ教育の見直し～ 根本 歩（荒木記念東京リバーサイド病院）	P.88
	・ 経験者採用看護師の教育体制や支援の現状把握と検討 藤田 ひろみ（豊島病院）	P.88
	・ PNS 導入に伴う意識変革への働きかけ 二階堂 寿子（平成立石病院）	P.89
	・ レベルⅣのクリニカルラダーの評価の実態調査をして 有吉 裕美子（多摩南部地域病院）	P.89
	・ 研修生が希望する部署で看護実践する交流研修の効果 寺田 佐和子（豊島病院）	P.90
12:00	◎ ランチョンセミナー 武田薬品工業株式会社 「東京医療の近未来 東京都医療連携手帳をどう活かすか？ ～前立腺がんをモデルとして～」 武蔵野赤十字病院泌尿器科部長 田中 良典氏	P.135
13:10	● 一般演題 「地域連携①」 座長：坂井 久也（信愛病院）	
	・ 「南多摩高次脳機能障害支援センター」4年間の活動について 渡邊 要一（永生会）	P.90
	・ 地域包括ケアにおける病院救急車の重要性 関 裕（南多摩病院）	P.91
	・ 転帰先と Barthel Index の関連性について 椛島 祥子（荒木記念東京リバーサイド病院）	P.91
	・ 慢性期医療病床における医療連携の実態 林 和幸（回心堂病院）	P.92
14:00	● 一般演題 「地域連携②」 座長：小林 裕一郎（内藤病院）	
	・ 退院後訪問指導についての取り組み 西川 玲子（豊島病院）	P.92
	・ 地域包括ケア病床における在宅療養コーディネーターの関わり 吉田 綾子（寿康会病院）	P.93
	・ 地域交流からつなげる情報発信の構築について 岡部 隆宏（永生会）	P.93

14:40 ● 一般演題

「その他②」 座長：飯畑 裕子（等潤病院）

-
- ・療養生活に季節感を添える試み
醍醐 洋子（信愛病院） P.94
-
- ・患者とのより良い対話をめざして ～色カルタをコミュニケーション・ツールに用いての試み～
長嶋 礼子（信愛病院） P.94
-
- ・ストレスケア ～心と身体の健康を目指して～
斉藤 岬（多摩リハビリテーション病院） P.95
-

15:20 ● 一般演題

「救急・災害看護」 座長：川村 禎子（永寿総合病院）

-
- ・看護データからみた病棟の特徴
安藝 佐香江（南多摩病院） P.95
-
- ・救急車受け入れ対応時間短縮に向けての取り組み
深松 茜（南多摩病院） P.96
-
- ・災害看護に対する意識調査 ～城西病院防災マニュアルより～
石井 郁子（城西病院） P.96
-

16:00 ● 一般演題

「回復期・慢性期看護」 座長：鈴木 知子（南町田病院）

-
- ・失語症・高次脳機能障害患者の QOL 向上を目指したアプローチ
甚野 里奈（等潤病院） P.97
-
- ・認知症周辺症状の悪化を防ぐ取り組みを通じた看護師の意識の変化
苅部 朋世（南町田病院） P.97
-
- ・認知症による摂食障害改善に向けたアプローチ
福井 直子（信愛病院） P.98
-
- ・当院における摂食嚥下チェックシート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） P.98
-

第八会場 5階 大雪(西)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題 「看護技術」 座長：外館 真理子（花と森の東京病院）	
	・ 喀痰咯出困難患者における効果的かつ安全な吸引方法の見直し ～喀痰吸引による患者の侵襲を避け、苦痛の軽減をはかるため～	P.99
	北村 好美（等潤病院）	
	・ バスキュラーアクセス管理にシャントトラブルスコアを導入して	P.99
	新妻 絵里子（町田慶泉病院）	
	・ 排泄ケアの見直し ～ CST を立ち上げて～	P.100
	荻原 知子（寿康会病院）	
	・ 高齢者の皮膚の保湿を試みて ～保湿剤塗布前後の皮膚の比較～	P.100
	本間 奈美（回心堂病院）	
	・ 安全なトランス方法の習得にむけた取り組み	P.101
	半田 祥嗣（回心堂第二病院）	
12:00	◎ ランチョンセミナー 東京ガス株式会社 「病院・施設の給食とガイドライン・食事摂取基準・栄養指導 の矛盾」	P.136
	一般社団法人臨床栄養実践協会理事長 足立 香代子氏	
13:10	● 一般演題 「チーム医療」 座長：野村 幸史（野村病院）	
	・ 当院の救急救命士の採用と現状について	P.101
	渡辺 純子（古畑病院）	
	・ 遠隔モニタリング導入における病棟クラークの役割	P.102
	得平 奈保美（榊原記念病院）	
	・ 多職種による褥瘡対策の有効性 ～栄養士&看護師 W 資格の立場から～	P.102
	内田 順子（大久野病院）	
	・ 認知症ケアの向上への取り組み ～認知症ケアチームの活動と課題～	P.103
	河野 きよみ（寿康会病院）	
	・ 在宅療養を望む家族への退院支援 ～患者の暮らしを考えた看護～	P.103
	鷹巣 華子（内藤病院）	
	・ 在宅でハイフローセラピーシステムを導入し最期を迎えた事例紹介	P.104
	野上 智絵（国立病院機構 東京病院）	

14:20 ● 一般演題

「薬剤」 座長：小林 仁（南町田病院）

-
- ・ 当院におけるブレアボイド報告への取り組み
柳 徹也（荒木記念東京リバーサイド病院） P.104

 - ・ 一般病棟入院患者における薬剤総合評価調整の考察
中野 恵理子（いずみ記念病院） P.105

 - ・ 褥瘡対策チームにおける薬剤師の関わり
戸田 由菜（永生病院） P.105
-

15:00 ● 一般演題

「看護総合」 座長：梅本 健三（豊島病院）

-
- ・ 看護師の仕事に対する意欲の意識調査
萱原 亜香里（稲波脊椎・関節病院） P.106

 - ・ 一般病院におけるがん患者・家族ケアを行う外来看護師の困難感
太田 久美子（東京臨海病院） P.106

 - ・ 緩和ケア病棟で働く看護師が抱えるジレンマ
山地 ひろみ（信愛病院） P.107

 - ・ ALS 患者の受容過程と医療者の関わり ～告知から終末期までの関わりを通して～
清水 智子（町田慶泉病院） P.107
-

15:50 ● 一般演題

「看護（コスト管理）」 座長：海藤 淑子（いずみ記念病院）

-
- ・ 総合相談窓口の円滑化を目指した業務改善の取り組み
山崎 淳子（豊島病院） P.108

 - ・ 収益向上にむけての取組み ～コスト入力への意識改革～
丸山 裕子（豊島病院） P.108

 - ・ ベッドコントロールの実態調査 ～業務負担軽減にむけて～
江田 恵子（一成会 木村病院） P.109

 - ・ 看護師長・主任の現場力向上の取組み ～労務管理学習会を通して～
関 貴和（豊島病院） P.109

 - ・ ナースエイドマニュアルの整備と指導体制の構築
高久 陽子（豊島病院） P.110
-

第九会場 6階 阿蘇(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題 「リハビリ(部門管理)」 座長:常山 晃司(いずみ記念病院)	
	・ 配置転換、みんなはどう生かしている? アンケート調査の報告 松永 明奈(南町田病院)	P.110
	・ 当院作業療法部門における勉強会テーマの変遷 久尾 友員(永生病院)	P.111
	・ リハビリテーション職員の腰痛の実態調査 渡辺 吏生(葛飾リハビリテーション病院)	P.111
	・ 当リハビリテーション科における就労妊婦の職場環境について 北村 聡美(第三北品川病院)	P.112
12:00	◎ ランチョンセミナー フランスベッド株式会社 「神奈川県介護ロボット普及推進事業に参加して ～介護ロボットを利用した機能回復訓練の有効性と訓練の実際～」 長田病院リハビリテーション室室長 佐治 周平氏	P.137
13:10	● 一般演題 「リハビリ(症例:整形外科)」 座長:安齋 知(町田慶泉病院)	
	・ 大腿骨頸部骨折患者の術後、非対称な姿勢に対する介入の試み 山田 真嗣(南町田病院)	P.112
	・ 疼痛と屋外活動への意欲に着目した左大腿骨頸部骨折術後の症例 佐藤 佑(町田慶泉病院)	P.113
	・ 封入体筋炎患者の大腿骨頸部骨折に対するリハビリの一症例 草野 佳奈子(南町田病院)	P.113
	・ 人工骨頭置換術を施行した人工透析患者の歩行耐久性について 関澤 静香(町田慶泉病院)	P.114
	・ 人工膝関節置換術に対する術前介入による影響について 與那覇 真弥(花と森の東京病院)	P.114
	・ 両側二期的 TKA を予定した症例の歩行に着目し介入した一例 幸繁 将司(南多摩病院)	P.115

14:20 ● 一般演題

「リハビリ（症例：機能・生活）」 座長：西谷 雄作（寿康会病院）

-
- ・ 橈骨遠位端骨折を呈した症例 ～手関節・手根骨の可動性に着目～
松本 麻希（平成立石病院） P.115

 - ・ 褥瘡に対して超音波療法を実施した症例
秋葉 砂耶（荒木記念東京リバーサイド病院） P.116

 - ・ 食形態の調整により胃瘻から経口摂取が可能となった症例の報告
渡邊 大樹（南町田病院） P.116

 - ・ 家族や関連事業所と連携して排泄と清潔保持に介入した一例
高澤 雅子（介護サービススマイル永生） P.117

 - ・ 屋外歩行獲得を目標に通所リハビリテーションを実施した症例
勝俣 沙妃（介護サービススマイル永生） P.117

 - ・ 生活行為向上リハビリテーションを実施した一症例
三宅 英司（介護サービススマイル永生） P.118
-

15:30 ● 一般演題

「リハビリ（症例：脳卒中・移動能力）」 座長：戸田 進吾（東京さくら病院）

-
- ・ 屋内の環境面や移動手段に着目した脳梗塞の症例
鈴木 達也（町田慶泉病院） P.118

 - ・ 歩行効率低下に対し固有受容性神経筋促通法が有効であった一例
手嶋 莉菜（平成立石病院） P.119

 - ・ 左下肢協調運動障害を呈し歩行不安定性を生じた右橋梗塞症例
木村 友美（町田慶泉病院） P.119

 - ・ 治療的介助を通して多職種と連携で介入しえた症例
川口 慎哉（葛飾リハビリテーション病院） P.120

 - ・ 在宅でのセルフエクササイズを通して歩行能力が向上した一例
西元 拓也（いずみ記念病院） P.120
-

第十会場 6階 阿蘇(西)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題 「リハビリ(回復期リハビリテーション)」 座長:工藤 弘之(大久野病院)	
	・ 回復期におけるセラピストと病棟スタッフ間の情報共有について 玉川 貴大(東京さくら病院)	P.121
	・ 回復期リハビリテーション病棟でのPT・OTの早期介入の検証 河野 博之(大久野病院)	P.121
	・ 回復期リハビリテーション病棟アウトカム評価の調査報告 宮城 春秀(葛飾リハビリテーション病院)	P.122
	・ 回復期リハビリテーション病棟退院者への継続的介入について 木下 智哉(信愛病院)	P.122
12:00	◎ ランチョンセミナー 株式会社ワイズマン 「来たるべき地域包括ケア市場に向けて ～今からできる法人内連携～」 株式会社ワイズマン 営業支援課/パートナー営業課課長 浅野 貴将氏	P.138
13:10	● 一般演題 「リハビリ(治療)」 座長:早房 亮(愛和病院)	
	・ 頸髄症による筋委縮に対する低周波治療器の役割と今後の課題 山本 芳幸(等潤病院)	P.123
	・ 脳卒中患者の歩行に対する機能的電気刺激の即時効果 古川 雅徳(国立病院機構 東京病院)	P.123
	・ 急性期内科病棟における院内デイケアの取り組み 佐藤 雅晃(南多摩病院)	P.124
	・ 当院肺炎患者に対する早期リハビリテーションに関する取り組み 井出 大(南多摩病院)	P.124
	・ 脳卒中患者への訪問リハビリテーションの長期介入効果 星本 諭(訪問看護ステーションいるか)	P.125

14:10 ● 一般演題

「リハビリ（地域×健康・予防）」 座長：林 義巳（多摩リハビリテーション学院）

-
- ・ 地域高齢者における転倒恐怖心とロコモ 25 との関連性
前川 冬樹（花と森の東京病院） P.125

 - ・ メンタルローテーション課題とロコモティブシンドロームの関連性
市川 貴章（花と森の東京病院） P.126

 - ・ 地域在住高齢者の転倒に関する要因
岡田 紘平（花と森の東京病院） P.126

 - ・ 当院スタッフによる地域住民の腰痛予防のための取り組み
吉野 浩一（永生クリニック） P.127

 - ・ 個別指導を加えた疼痛教室が運動継続状況に与える効果について
河野 和貴（平成立石病院） P.127
-

15:10 ● 一般演題

「介護予防」 座長：野田頭 弘治（永生病院）

-
- ・ ご利用者の口腔ケア動作向上へ多職種連携による取り組み
秋山 佳菜子（介護老人保健施設 メディケア梅の園） P.128

 - ・ 運動セルフ・エフィカシーと習慣化
篠澤 毅泰（河北リハビリテーション病院） P.128

 - ・ 区南部におけるリハビリ専門職と連携した介護予防事業の展開
小磯 寛（荏原病院） P.129
-

15:50 ● 一般演題

「臨床検査・臨床工学」 座長：荒井 克己（豊島病院）

-
- ・ 当院におけるホルター心電図検査緊急報告の検証
柴崎 恵美（河北総合病院） P.129

 - ・ 尿流量測定検査（ウロフロメトリー）の質向上を目指して
奥田 ひろみ（平成立石病院） P.130

 - ・ 東レ社製透析監視装置 TR-3300M を一年間使用して
渡邊 高明（等潤病院） P.130
-

【あ】	青木新門	特別講演講師	第一会場	09:50 ~	P. 30
	青羽知美	介護老人保健施設メディケアイースト	第三会場	13:10 ~	P. 59
	安藝佐香江	南多摩病院	第七会場	15:20 ~	P. 95
	秋葉砂耶	荒木記念東京リバーサイド病院	第九会場	14:20 ~	P. 116
	秋山佳菜子	介護老人保健施設 メディケア梅の園	第十会場	15:10 ~	P. 128
	秋山恵子	等潤病院	第四会場	14:10 ~	P. 70
	浅野貴将	(株)ワイズマン	第十会場	12:00 ~	P. 138
	足立香代子	(一社)臨床栄養実践協会	第八会場	12:00 ~	P. 136
	阿部志保	一成会 木村病院	第五会場	15:00 ~	P. 78
	有吉裕美子	多摩南部地域病院	第七会場	11:00 ~	P. 89
	有賀 徹	労働者健康安全機構	第二会場	14:50 ~	P. 45
	安澤 唯	平成立石病院	第三会場	11:00 ~	P. 56
	安藤高朗	永生病院	第一会場	14:00 ~	P. 38
【い】	飯田達能	永生病院	第六会場	15:10 ~	P. 51
	池上吾郎	南多摩病院	第四会場	13:10 ~	P. 67
	池亀正敏	東京都健康長寿医療センター	第三会場	14:40 ~	P. 63
	石井郁子	城西病院	第七会場	15:20 ~	P. 96
	石尾 勝	信愛病院	第三会場	14:40 ~	P. 61
	石垣美紗希	花と森の東京病院	第六会場	11:00 ~	P. 82
	石川沙織	河北リハビリテーション病院	第六会場	11:00 ~	P. 83
	石濱裕規	東京都病院協会 診療情報管理委員会	第四会場	13:10 ~	P. 68
	石濱裕規	東京都病院協会 診療情報管理委員会	第四会場	13:10 ~	P. 69
	市川貴章	花と森の東京病院	第十会場	14:10 ~	P. 126
	井出 大	南多摩病院	第十会場	13:10 ~	P. 124
	伊藤 悠	永生病院	第三会場	14:40 ~	P. 62
	稲葉陽一	南町田病院	第四会場	11:00 ~	P. 66
	猪口雄二	寿康会病院	第五会場	11:00 ~	P. 46
	今堀智紀	江東病院	第三会場	13:10 ~	P. 58
	色川幸子	花と森の東京病院	第五会場	15:00 ~	P. 77
【う】	上野拓也	南町田病院	第五会場	14:20 ~	P. 76
	臼井豊子	南町田訪問看護ステーションペンギン	第二会場	13:10 ~	P. 44
	内田順子	大久野病院	第八会場	13:10 ~	P. 102
【え】	江田恵子	一成会 木村病院	第八会場	15:50 ~	P. 109
【お】	大亀真由美	豊島病院	第五会場	14:20 ~	P. 75
	太田久美子	東京臨海病院	第八会場	15:00 ~	P. 106
	太田祥一	恵泉クリニック	第二会場	14:50 ~	P. 45
	大谷飛鳥	葛飾リハビリテーション病院	第四会場	14:10 ~	P. 70
	大西玲奈	久米川病院	第四会場	14:10 ~	P. 71
	大場美智子	永生病院	第四会場	14:10 ~	P. 69
	大桃丈知	平成立石病院	第二会場	14:50 ~	P. 45
	岡田紘平	花と森の東京病院	第十会場	14:10 ~	P. 126
	岡野みなみ	いずみ記念病院	第六会場	11:00 ~	P. 81
	岡部隆宏	永生会	第七会場	14:00 ~	P. 93
	岡本佳奈	南町田病院	第三会場	14:40 ~	P. 62
	荻原知子	寿康会病院	第八会場	11:00 ~	P. 100
	奥田ひろみ	平成立石病院	第十会場	15:50 ~	P. 130
	小比賀美樹	梅の園訪問看護ステーション	第三会場	15:40 ~	P. 65
【か】	勝俣沙妃	介護サービススマイル永生	第九会場	14:20 ~	P. 117
	金井麻智	永生病院	第三会場	14:00 ~	P. 59
	金江春花	永生病院	第六会場	13:10 ~	P. 83
	椋島祥子	荒木記念東京リバーサイド病院	第七会場	13:10 ~	P. 91
	萱原亜香里	稲波脊椎・関節病院	第八会場	15:00 ~	P. 106
	苅部朋世	南町田病院	第七会場	16:00 ~	P. 97
	川上恵子	花と森の東京病院	第五会場	16:00 ~	P. 79
	川上直行	等潤病院	第五会場	15:00 ~	P. 79
	河北博文	河北総合病院	第一会場	09:20 ~	P. 29
	川口慎哉	葛飾リハビリテーション病院	第九会場	15:30 ~	P. 120
【き】	北川美歩	信愛病院	第三会場	14:40 ~	P. 61
	北村聡美	第三北品川病院	第九会場	11:00 ~	P. 112
	北村好美	等潤病院	第八会場	11:00 ~	P. 99

	木下智哉	信愛病院	第十会場	11:00 ~	..... P. 122
	木村友美	町田慶泉病院	第九会場	15:30 ~	..... P. 119
	木村結香	荒木記念東京リバーサイド病院	第四会場	11:00 ~	..... P. 65
	桐山裕平	等潤病院	第四会場	15:20 ~	..... P. 72
【く】	草野佳奈子	南町田病院	第九会場	13:10 ~	..... P. 113
	桑名 斉	信愛病院	第一会場	13:10 ~	..... P. 31
【こ】	小磯 寛	荏原病院	第十会場	15:10 ~	..... P. 129
	幸繁將司	南多摩病院	第九会場	13:10 ~	..... P. 115
	河野和貴	平成立石病院	第十会場	14:10 ~	..... P. 127
	河野きよみ	寿康会病院	第八会場	13:10 ~	..... P. 103
	河野博之	大久野病院	第十会場	11:00 ~	..... P. 121
	小林愛唯	花と森の東京病院	第五会場	15:00 ~	..... P. 78
	小林 豊	東京都病院協会 診療情報管理委員会	第四会場	13:10 ~	..... P. 68
【さ】	齊藤 梓	永生会	第五会場	14:20 ~	..... P. 76
	斉藤 岬	多摩リハビリテーション病院	第七会場	14:40 ~	..... P. 95
	佐々木絵梨	荒木記念東京リバーサイド病院	第三会場	13:10 ~	..... P. 57
	佐治周平	長田病院	第九会場	12:00 ~	..... P. 137
	佐藤 佑	町田慶泉病院	第九会場	13:10 ~	..... P. 113
	佐藤雅晃	南多摩病院	第十会場	13:10 ~	..... P. 124
【し】	静谷隆臣	(株)大塚商会	第五会場	12:00 ~	..... P. 133
	篠澤毅泰	河北リハビリテーション病院	第十会場	15:10 ~	..... P. 128
	柴嶋恵美	河北総合病院	第十会場	15:50 ~	..... P. 129
	清水智子	町田慶泉病院	第八会場	15:00 ~	..... P. 107
	下田正宏	多摩南部地域病院	第六会場	13:10 ~	..... P. 85
	進藤 晃	大久野病院	第六会場	15:10 ~	..... P. 52
	甚野里奈	等潤病院	第七会場	16:00 ~	..... P. 97
【す】	鈴木詳司	永生病院	第三会場	15:40 ~	..... P. 63
	鈴木達也	町田慶泉病院	第九会場	15:30 ~	..... P. 118
	須藤るり	河北リハビリテーション病院	第七会場	16:00 ~	..... P. 98
【せ】	関 貴和	豊島病院	第八会場	15:50 ~	..... P. 109
	関澤静香	町田慶泉病院	第九会場	13:10 ~	..... P. 114
	関根浩子	一成会 木村病院	第五会場	16:00 ~	..... P. 80
	関 裕	南多摩病院	第七会場	13:10 ~	..... P. 91
【そ】	曾我 淑	久米川病院	第四会場	15:20 ~	..... P. 74
【た】	醍醐洋子	信愛病院	第七会場	14:40 ~	..... P. 94
	高久陽子	豊島病院	第八会場	15:50 ~	..... P. 110
	高澤雅子	介護サービススマイル永生	第九会場	14:20 ~	..... P. 117
	鷹巣華子	内藤病院	第八会場	13:10 ~	..... P. 103
	高野研一郎	高野病院	第六会場	15:10 ~	..... P. 50
	高橋将人	榊原記念病院	第六会場	13:10 ~	..... P. 85
	高橋将人	榊原記念病院	第六会場	14:10 ~	..... P. 87
	田川洋平	川原経営総合センター	第一会場	16:00 ~	..... P. 43
	竹山智宏	河北葦クリニック	第六会場	14:10 ~	..... P. 86
	田中いづみ	一成会 木村病院	第四会場	11:00 ~	..... P. 66
	田中裕之	陵北病院	第六会場	15:10 ~	..... P. 49
	田中雄一	野村病院	第四会場	14:10 ~	..... P. 72
	田中良典	武蔵野赤十字病院	第七会場	12:00 ~	..... P. 135
	田辺未来	稲波脊椎・関節病院	第五会場	15:00 ~	..... P. 77
	谷 重和	環境文化創造研究所	第五会場	13:10 ~	..... P. 47
	玉川貴大	東京さくら病院	第十会場	11:00 ~	..... P. 121
【て】	手嶋莉菜	平成立石病院	第九会場	15:30 ~	..... P. 119
	手嶋ゆき	一成会 木村病院	第三会場	14:00 ~	..... P. 60
	寺田佐和子	豊島病院	第七会場	11:00 ~	..... P. 90
【と】	得平奈保美	榊原記念病院	第八会場	13:10 ~	..... P. 102
	戸田由菜	永生病院	第八会場	14:20 ~	..... P. 105
	鳥飼紀子	陵北病院	第三会場	13:10 ~	..... P. 58
【な】	中川亜弥実	信愛病院	第六会場	13:10 ~	..... P. 84
	中口拓真	花と森の東京病院	第四会場	13:10 ~	..... P. 67
	長嶋礼子	信愛病院	第七会場	14:40 ~	..... P. 94
	永田裕子	信愛病院	第五会場	16:00 ~	..... P. 80

演者別索引

	中野恵理子	いずみ記念病院	第八会場	14:20 ~	P. 105
【に】	新妻絵里子	町田慶泉病院	第八会場	11:00 ~	P. 99
	二階堂寿子	平成立石病院	第七会場	11:00 ~	P. 89
	西川玲子	豊島病院	第七会場	14:00 ~	P. 92
	西元拓也	いずみ記念病院	第九会場	15:30 ~	P. 120
【ね】	根本 歩	荒木記念東京リバーサイド病院	第七会場	11:00 ~	P. 88
【の】	野上智絵	国立病院機構 東京病院	第八会場	13:10 ~	P. 104
	延藤正則	一成会 木村病院	第四会場	15:20 ~	P. 74
【は】	畑埜義雄	和歌山県立医科大学 名誉教授	第六会場	12:00 ~	P. 134
	英 裕雄	新宿ヒロクリニク	第一会場	14:00 ~	P. 39
	林 和幸	回心堂病院	第七会場	13:10 ~	P. 92
	林 憲司	多摩リハビリテーション病院	第三会場	15:40 ~	P. 64
	半田和也	等潤病院	第三会場	11:00 ~	P. 56
	半田祥嗣	回心堂第二病院	第八会場	11:00 ~	P. 101
【ひ】	久尾友員	永生病院	第九会場	11:00 ~	P. 111
	平野美幸	河北総合病院	第四会場	14:10 ~	P. 71
【ふ】	深松 茜	南多摩病院	第七会場	15:20 ~	P. 96
	福井直子	信愛病院	第七会場	16:00 ~	P. 98
	藤田ひろみ	豊島病院	第七会場	11:00 ~	P. 88
	古川 愛	調布病院	第六会場	11:00 ~	P. 81
	古川雅徳	国立病院機構 東京病院	第十会場	13:10 ~	P. 123
【ほ】	星本 諭	訪問看護ステーションいるか	第十会場	13:10 ~	P. 125
	細谷陵子	南町田病院	第三会場	11:00 ~	P. 55
	本間奈美	回心堂病院	第八会場	11:00 ~	P. 100
【ま】	前川冬樹	花と森の東京病院	第十会場	14:10 ~	P. 125
	眞柄雄樹	大久保病院	第四会場	15:20 ~	P. 73
	益子邦洋	南多摩病院	第二会場	14:50 ~	P. 45
	松永明奈	南町田病院	第九会場	11:00 ~	P. 110
	松本麻希	平成立石病院	第九会場	14:20 ~	P. 115
	松本頼子	いずみ記念病院	第六会場	11:00 ~	P. 82
	丸山裕子	豊島病院	第八会場	15:50 ~	P. 108
【み】	宮城春秀	葛飾リハビリテーション病院	第十会場	11:00 ~	P. 122
	三宅英司	介護サービススマイル永生	第九会場	14:20 ~	P. 118
	三宅 聡	南町田病院	第三会場	11:00 ~	P. 55
【も】	森田 健一	合掌苑	第二会場	14:50 ~	P. 45
	守野隆寛	河北総合病院	第六会場	14:10 ~	P. 87
【や】	柳 徹也	荒木記念東京リバーサイド病院	第八会場	14:20 ~	P. 104
	矢野 諭	多摩川病院	第一会場	14:00 ~	P. 37
	山口武兼	豊島病院	第一会場	14:00 ~	P. 36
	山口朋禎	東京臨海病院	第四会場	15:20 ~	P. 75
	山口大樹	旗の台脳神経外科病院	第三会場	11:00 ~	P. 57
	山崎淳子	豊島病院	第八会場	15:50 ~	P. 108
	山崎 浩	南多摩病院	第四会場	15:20 ~	P. 73
	山地ひろみ	信愛病院	第八会場	15:00 ~	P. 107
	山田真嗣	南町田病院	第九会場	13:10 ~	P. 112
	山根達朗	南町田病院	第三会場	14:00 ~	P. 60
	山本芳幸	等潤病院	第十会場	13:10 ~	P. 123
【よ】	横山真樹子	久米川病院	第三会場	15:40 ~	P. 64
	吉尾勝昭	南町田病院	第六会場	13:10 ~	P. 84
	吉田綾子	寿康会病院	第七会場	14:00 ~	P. 93
	吉田恭子	南町田病院	第六会場	14:10 ~	P. 86
	吉野浩一	永生クリニック	第十会場	14:10 ~	P. 127
	與那覇真弥	花と森の東京病院	第九会場	13:10 ~	P. 114
【わ】	渡辺純子	古畑病院	第八会場	13:10 ~	P. 101
	渡邊大樹	南町田病院	第九会場	14:20 ~	P. 116
	渡邊高明	等潤病院	第十会場	15:50 ~	P. 130
	渡邊要一	永生会	第七会場	13:10 ~	P. 90
	渡辺吏生	葛飾リハビリテーション病院	第九会場	11:00 ~	P. 111

基調講演

特別講演

学会長講演

Speech

スマートソサエティ ～成熟社会における医・食・住～



河北 博文

東京都病院協会会長
河北総合病院 理事長

1961年に達成された国民皆保険制度、2000年に導入された介護保険制度は、将来、存続の可能性は疑問である。社会保険を補完する個人の積立保険制度の確立とともに、医療・介護の提供体制を改革することは急務である。病院機能も施設完結型から地域完結型にならざるを得ない。心筋梗塞や脳卒中といった疾病の治療が対象とする地域、がんや糖尿病の管理が対象とする地域は明らかに異なる。

疾病管理は健康支援、生活への寄り添い、地域

づくりに繋がり、食生活、住居、移動、決済などの機能を包括していく必要がある。

IoTを構築し、得た情報をビッグデータとして解析、比較し、現場で活用しながら、個人の尊厳に基づく生活を実現することの原点は、全ての参加者が登録される必要がある。

1948年にイギリスで開始されたNHSを原点とし、ヨーロッパで広く普及しているプライマリケアを基盤にしたポピュレーション マネジメントを構築したいと考えている。

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 理事長
一般社団法人東京都病院協会 会長

いのちのバトンタッチ



青木 新門

「納棺夫日記」著者

私は、ひょんなことから葬儀社に勤め、死者をお棺に納める湯灌・納棺の仕事を専従にしていた時期がありました。その体験を『納棺夫日記』として著わしましたところ、ベストセラーになり、やがて映画「おくりびと」の原案ともなってアカデミー賞を受賞するというおまけまでつきました。しかし、映画の内容は、私の思いと全く違うものとなっていました。シナリオの段階で、行き先が違うという理由で原作者であることを辞退させていただきました。それは、映画はヒューマンイズムを基盤とした「生の哲学」で制作されていたからです。

私は、人は死んだらどうなるのか、死とはどうということなのか、ということを実際に考えながら死者に接していて、死に往く人や死者たちから教わり、また葬式の現場の体験などから、死とはそういうことだったのかと気づかされて書いたのが「納棺夫日記」でした。しかし映画は私の思いが完全に削除されていたのです。

今日の社会は、個の<生>に偏重した価値観を基盤に社会が成り立っていて、核家族化とか無縁社会という言葉に見られるように類として<いのち>

の繋がりが軽視されていると思います。私が死者たちから教わったのは「いのちのバトンタッチ」の大切さでした。

多くの死体(3,000体)に接しているうちに、どんな死に方をしても死の瞬間の死者の顔は安らかで美しいと思うようになりました。息を引き取る間際、生と死が交差して生死一如になった瞬間に不思議な現象が起きるのに気付きました。最高の死に方は柔らかな顔で「ありがとう」と云って死ぬことだと思いました。そうした臨終の場に立ち会った家の葬式は悲しみの中にも和気が漂っていました。

高齢化が進むにつれ、人の死に方はどうあるべきか、死に場所はどこがいいか、などといった問題が生じています。延命から看取りへとシフトされ、医療や介護の現場でも、必然的に死について考えざるをえなくなると思います。

今回は、納棺の現場での体験を踏まえて<死>についてのお話をさせていただければと思っています。今後皆様のお仕事に何かヒントになれば幸いです。

青木 新門 略歴

1937年 富山県(下新川郡入善町荒又)生まれ。

早稲田大学中退後、富山市で飲食店「すからべ」を経営する傍ら文学を志す。

吉村昭氏の推挙で「文学者」に短編小説「柿の炎」が載るが、店が倒産。

1973年 冠婚葬祭会社(現オックス)に入社。専務取締役を経て、現在は顧問。

1993年 葬式の現場の体験を「納棺夫日記」として著しベストセラーとなり全国的に注目される。

著書に「納棺夫日記」、小説「柿の炎」、詩集「雪道」、童話「つららの坊や」、チベット旅行記「転生回廊」など。

なお、「納棺夫日記」は1998年に米国で「Coffinman」と題され英訳出版され、中国語、韓国語でも翻訳されている。

また2008年に「納棺夫日記」を原案とした映画「おくりびと」がアカデミー賞を受賞して再び注目される。

地域包括ケアでユートピアを



桑名 斉

東京都病院協会 常任理事
信愛病院 理事長

2025年に向けて東京都は地域医療構想を策定致しました。今後は地域包括ケアシステムの中での医療・介護一体化をテーマに、病院医療のあり方とともに地域での生活という視点からの取り組みが求められます。

2025年問題のキーワードは、多死社会、認知症の増加、そしてがんの増加であります。信愛病院は、超高齢社会を見越して20年以上前から近隣の病院が手掛けていなかった慢性期医療への特化を進めました。一般病床のほかに緩和ケア病棟、回復期リハビリ病棟、認知症を対象にした病棟を含む介護療養病床などの整備です。そのほかに在宅系として訪問看護、訪問リハビリ、訪問診療を開始し、法人内の特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイサービス、訪問介護、地域包括支援センターなどと連携をとっています。

また、地域での活動としては、がんカフェを病院

外で定期開催しています。病院の利用者以外にも近隣の地域のみならず遠方からの参加もあり、がんサバイバー、患者家族・知人や遺族とわれわれ医療関係者の語らいの場になり、リピーターも増えてきました。

平成25年8月には看護小規模多機能在宅介護事業所とグループホームやサービス付き高齢者向け住宅を併設したことにより、「ときどき入院、ほぼ在宅」といわれるサービスが提供できるため、がんや難病の人たちの在宅生活継続をサポートしています。すなわち、小さな地域での包括ケアシステムの一つの姿であろうと考えています。

このように対象を絞った地域で、病院と在宅医療・介護・住まいを提供し、さらに看取りまで関わることができれば、住み慣れた地域で安心して日常を送ることのできる、いわばユートピアといえるのではないのでしょうか。

桑名 斉 略歴

昭和45年 日本大学医学部卒業
昭和55年 日大板橋病院医長
昭和60年 社会福祉法人信愛報恩会信愛病院内科部長
平成 5年 社会福祉法人信愛報恩会信愛病院院長
平成 7年 日本大学医学部兼任講師 (医療管理学)
平成22年 社会福祉法人信愛報恩会理事長

東京都病院協会 常任理事
東京都医師会地域福祉委員会 委員
東京都慢性期医療協会 副会長
日本慢性期医療協会 常任理事
全国福祉医療施設協議会 会長 など

シンポジウム

「地域医療構想にどう対応するか」

Symposium

座長



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

猪口 正孝 略歴

昭和59年	日本医科大学卒業	平成23年	東京都医師会理事 東日本大震災担当
昭和59年	同大第二外科学教室入局		東京都病院協会災害対策本部副本部長
平成 6年	日本医科大学大学院外科学第二卒業		全日本病院協会災害対策本部副本部長
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	現在	東京都医師会副会長
	南町田病院開設		東京都病院協会副会長
平成21年 5月	医療法人正志会		全日本病院協会常任理事
	東京リバーサイド病院開設		東京都災害医療協議会委員
平成23年10月	社会医療法人社団正志会に改組		東京都災害医療コーディネーター
			東京都MC協議会委員
平成24年 4月	社会医療法人社団正志会		東京都救急医療対策協議会委員
	花と森の東京病院開設		東京都医療審議会委員
平成28年 6月	社会医療法人社団正志会		東京都地域医療構想策定部会部会長
	葛飾リハビリテーション病院開設		

シンポジスト

[高度急性期・急性期]



山口 武兼
豊島病院 院長

平成25年8月6日に出された「社会保障制度改革国民会議」の報告書では、財政健全化と社会保障の充実を掲げ、2025年医療介護のあるべき姿として1) 病院完結型から地域完結型へ、2) 急性期から回復期へ、そして在宅へのネットワーク化、3) 地域包括ケアシステムの完成を挙げている。医療提供体制としては機能分化を求められているが、分類の方法に混乱があり、誤解を生じている。

DPC対象病院で大学病院本院（Ⅰ群）に並ぶ診療実績を上げている病院をⅡ群（高診療密度病院）として、それ以外をⅢ群（その他の急性期病院）と分けている。病床機能報告では、まず高度急性期機能を急性期の患者に対し状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供す

る機能とし、急性期機能は急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能とした。次に、医療資源投入による分類では一日当たり3,000点以上を高度急性期機能とし、600点以上を急性期機能とした。また、新専門医制度導入による急性期病院の選別化も影響してくる。

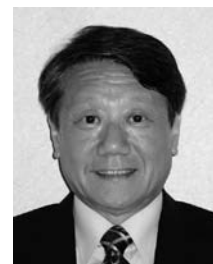
財源に限りがある以上、効率的な運営が求められ、病院完結型からの脱却を図るには、機能分化を図る必要がある。定義に混乱があるにせよ、急性期から回復期へ、そして在宅へのネットワーク化、地域包括ケアシステムの完成のために、急性期病院としては連携・アライアンスを通じて、また地域医療連携推進法人などのグループ化を視野に含めて対応していかななくてはならない。

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	資格
昭和50年6月	東京医科歯科大学医学部脳神経外科入局	医学博士
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	日本脳神経外科学会専門医 専門
昭和62年4月 1日	東京都立松沢病院脳神経外科医長	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
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	

シンポジスト

[回復期]



矢野 諭
多摩川病院 理事長

当院は回復期リハ病棟(入院料1) 58床、地域包括ケア病棟(病棟入院料1) 49床、医療療養病棟(入院基本料1・在宅復帰機能強化加算算定) 60床、計167床で運営している。

地域包括ケア病棟の新設と医療療養病棟における在宅復帰機能強化加算の新設により、病床機能報告制度における「回復期機能」の定義：『急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能』を担当する病棟は、回復期リハ病棟に限定されないことが明らかになった。

『ときどき入院、ほぼ在宅』の実現のためには、医療提供の時期を問わず、すべての病院病床は「在宅医療へのシフト」を推進させる機能を整備しなければならない。回復期の担当病棟も例外ではない。『病院とは長期療養をする場所ではなく、

治療可能な疾患に対して適切な治療をして、出来るだけ早期に退院させる場所である』ことを再認識しなければならない。

当院における3つの病棟は、入院患者像・在院日数・在宅復帰率などが異なっているが、「在宅復帰」を目指すという目標においては共通している。今後最も重要なことは、療養病床の転換先としての新類型施設も視野に入れたうえで、地域における医療ニーズを的確に把握することであろう。

「ときどき入院」では、治療が可能な疾患はしっかり治療をし、リハビリをして出来るだけ早期に退院させること、「ほぼ在宅」ではかかりつけ医・在宅医療担当医との連携を密接にして、状態悪化の際には迅速に入院対応をすることが、「地域包括期」(日本慢性期医療協会提唱)以降を担当する当院の使命であると考えている。

矢野 諭 略歴

昭和58年 3月 北海道大学医学部卒業 第2外科入局
腫瘍外科学、呼吸器外科学の診療・研究に従事
平成 4年 3月 医学博士号取得
平成 8年 4月 NTT東日本札幌病院 外科医長・救急部医長(兼任)
平成18年 4月 南小樽病院副院長
平成21年 4月 医療法人社団青優会 南小樽病院 病院長
平成25年10月 医療法人社団大和会 多摩川病院 理事長

現在 日本慢性期医療協会常任理事
同「学術研修部」研修部長・「看護師特定行為研修委員会」委員長
同「慢性期DPC検討委員会」委員長

シンポジスト

[慢性期]



安藤 高朗
永生病院 理事長

我が国における今後の医療施策の2本柱は「地域包括ケア」と「地域医療構想」である。地域包括ケアにおいては、地域の方々がその生活する圏域の中で必要な医療を受けられる体制を進めることが必要である。

一方、地域医療構想の視点から見れば、各構想区域において機能別の必要病床数を整備していくこととなるが、東京都においては1構想区域において受療行動が完結しておらず、特に慢性期においては、島しょ部を除く12構想区域のうち、区中央部、区南部、区西南部、区西部、区東部、北多摩西部、北多摩南部の実に7構想区域の自圏域完結率が50%未満であるという現状がある。多摩地域の5構想区域へは東京都全体の医療圏からの流入があることから、東京都では主として区部において急性期医療が、多摩地域で慢性期医療が提供されてきたことがわかる。そして東京都地域医療構想は医療機関所在地ベースで策定されていることから、このような区域ごとの医療機

能の特性を維持することが大切である。

また、地域に流入する患者様が退院後に元居た地域へ戻れるように、診療・介護記録等の情報や、病院救急車・介護タクシー等の移手段による医療機関・介護施設同士の連携が必要となる。

高齢者人口が急増する東京都では今後病床数が不足することから、現在ある医療資源を活用しつつ、不足する機能の病床を整備する必要がある。医療区分1の70%を在宅に移行するとなると、在宅医や訪問看護師の確保・育成も必要である。具体的には、病床機能を変更したり、想定された病床利用率よりも高くすること、さらには費用における地域格差等も考慮して施設基準等の規制緩和をしたり、都道府県ごとの診療報酬体系、具体的には東京都入院基本料を設定することが求められよう。

そのような機能分化と連携について、皆さんと一緒に考えていきたい。

安藤 高朗 略歴

- 昭和59年 3月 日本大学医学部卒業
- 平成 元年 8月 医療法人社団永生会 理事長
- 平成 9年 4月 一般社団法人東京都慢性期医療協会 会長
- 平成11年 4月 一般社団法人八王子市医師会 理事
- 平成15年 4月 公益社団法人全日本病院協会 副会長
- 平成15年 4月 一般社団法人東京都病院協会 副会長
- 平成15年 4月 公益社団法人東京都医師会 理事（～平成21年4月）
- 平成18年 4月 一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長
- 平成24年 6月 公益社団法人日本医師会 代議員（～平成26年3月）
- 平成26年12月 医療法人社団明生会 理事長
- 平成27年 6月 公益社団法人東京都医師会 理事
- 平成28年 6月 公益社団法人日本医師会 代議員

シンポジスト

[在宅]



英 裕雄

新宿ヒロクリニック 理事長

東京都地域医療構想は平成37年(2025年)に向けて、少子高齢化が進展し、急激に増加することが予想される医療需要に対し、適切に計画的に医療提供体制の枠組みを構築しなおすことを目指し策定されている。在宅医療も2025年には訪問診療のみで一日あたり、143,500人程度の診療対象者に対する医療整備が必要といわれているが、これほど多数の在宅患者を支える医療体制を構築するには、大規模な基盤整備が必要となる。

しかし現状では、医療資源は限られており、急激に在宅医療を行う医療機関を増加させることは困難であり、従来の大規模在宅医療機関、小規模在宅医療機関、地域開業医をうまく組み合わせていく必要があるといえる。また、地域において

は、医療提供体制単独ではなく、高齢虚弱化・孤立化が進む高齢者の社会生活を円滑に支えるために医療・介護・生活支援体制を一体的に構築する必要が高まってきている。在宅医療も、かつては入院患者の退院支援や介護施設などでの療養生活支援が中心的課題だったが、今後はより多くの地域社会生活困窮者を支えるための変容を必要として来ている。つまり地域に密着したかかりつけ医型の在宅医療の必要性が高まってきているといえる。したがってかかりつけ医である開業医をサポートする、在宅医療機関を整備する必要がある。

本講演では、東京都地域医療構想に基づく数値目標に対してどのように在宅医療整備を進めるべきか、さまざまな可能性について論じたい。

英 裕雄 略歴

昭和60年 3月 慶應義塾大学 商学部卒業

平成 5年 3月 千葉大学 医学部 卒業

平成 5年 6月 浦和市立病院 勤務

平成 7年 5月 浦和市立病院 退職

平成 7年 6月 桃泉園 北本病院 勤務

平成 8年10月 桃泉園 北本病院 退職

平成 8年10月 曙橋内科クリニック 開設 院長に就任

平成10年 9月 医療法人社団 曙光会に改組 同理事長就任

平成12年 8月 医療法人社団 曙光会 理事長退職

平成13年 8月 新宿ヒロクリニック 開設

平成17年 3月 医療法人社団 三育会

新宿ヒロクリニックに改組 理事長就任

全国在宅療養支援診療所連絡会世話人

全国在宅医療推進協会理事

日本在宅医療学会評議員

他

委員会企画

事務管理部会企画

看護管理部会セッション

急性期医療委員会企画

医療保険・経営管理委員会企画

環境問題検討委員会企画

慢性期医療委員会企画

Session

事務管理部会企画

会 場: 第一会場(3階・富士・東)
 時 間: 16:00~16:50
 座 長: 田野倉 浩治
 永生病院 事務部長、事務管理部会 部会長

講師:
田川 洋平
 川原経営総合センター
 事業推進企画室室長



テ ー マ
**地域医療連携推進
 法人の活用方法
 ~公表されている先行事
 例の類型化から考える~**

改正医療法の中で「地域医療連携推進法人」制度が創設され、平成29年4月2日に施行されます。当初、地域医療構想に伴い創設されたもので、病床削減を目的とするものではないと言われていました。しかし、その活用方法としては医療機関を超えた病床の調整(移動)や、共同購入による仕入額の削減、さらには、職員の確保等、様々な活用が可能とも言われています。実際に全国各地で導入に向けた協議・検討が進められていますが、地域医療連携推進法人ごとにその目指すところも異なっています。

今回、事務管理部会では講演会を企画し、地域医療連携推進法人の制度について改めて説明いただくとともに、全国各地の取り組みについて、何を目的にどのような方法が検討されているのかをご紹介します。

多くの皆さまの参加をお待ちしております。

平成29年4月2日に施行される地域医療連携推進法人制度について、医療界における関心が高まっている。

本制度は、社会医療法人のように要件や税制メリットが明確な制度ではない。国は、それぞれの地域のニーズに合った形で活用できる経営手法の“選択肢のひとつ”として位置付けている。逆に、必ず使わなければならないものでもない。本制度を活用するのであれば、医療法人の自律的な経営戦略として、誰とどういった形で連携していくか(将来を見据えたメリットを見出すか)を考えることが必要となる。

単体の医療法人では行えないことを洗い出し、複数の法人で集まれば可能となることが事業モデル例として考えられる。例えば、地域におけるトータル的な人材育成体系の構築や人材確保策、医薬品等の共同購入、医療介護以外の生活支援事業等への進出などである。連携から得られるインセンティブについては、当事者間で協力し、自治体などに働きかけていくことも必要と思われる。

平成28年12月時点で、厚生労働省資料などから連携推進法人を検討している法人がいくつか明らかになっている。成長戦略、事業戦略面における連携(診療科の分担等)を目指すものから、機能面での連携を図っているもの(共同購入等)など連携の形は多様であり、それぞれの地域や当事者間の事情にあった展開がなされている。また、推進方法としては、当初は取り組みやすいものからスタートし、最終的には診療科の再編も含めた経営統合を目指すような形もいくつかの事例で見られる。

本講では、法律・政省令等も踏まえて、既に公になっている連携推進法人の先行事例を類型化し、どういった点で医療法人の参考となるかを検討する。

田川 洋平 略歴

認定登録 医業経営コンサルタント(登録番号第7065号)
 平成11年 慶應義塾大学総合政策学部卒業
 平成19年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科修了

調査研究業務等を担当

厚生労働省医政局 医療施設経営安定化推進事業(平成22、24、25、26、28年度)、(公社)全日本病院協会「医療機関トップマネジメント研修」ケーススタディ作成業務などに従事。

看護管理部会セッション

会場: 第二会場(3階・富士・西)

時間: 13:10~14:40

座長: 小谷 和枝
南町田病院 看護部長安藝 佐香江
南多摩病院 看護部長

講師:

臼井 豊子

社会医療法人社団正志会
南町田訪問看護ステーションペンギン 所長
訪問看護認定看護師

テーマ

病院と在宅をつなぐ役に立つ話

わが国の少子化高齢化が進む中、膨れる医療費対策のひとつとして高齢者医療・療養について地域包括ケアシステムが検討推進され、平成30年は完成の年度とされています。

「療養においてケアを必要とする人が、住み慣れた自宅や地域で療養生活をする。入院が必要な場合はときどき入院するが、完治を目指す入院医療ではなく、ほぼ在宅で支える医療へ」と社会全体の仕組みの在り方が変わる過渡期にあります。

地域包括ケアシステムという言葉が耳になじむようになり、患者が地域で安心してその人らしく療養生活を過ごすためにはどう連携すべきか、それぞれの専門職に求められる役割の理解も進み始めています。

病棟看護師達も、院内の多職種のスタッフや地域のケアマネージャー、訪問看護師と連携し在宅への調整や支援のためのカンファレンスや会議に参加することも多くなっています。

しかし、多職種との連携においては、入院中の患者の状況や情報は十分持っけていても、生活の場である在宅については把握しにくいこともあり、効率的な連携にならない状況も起こります。対策として、患者の在宅生活を学ぶ目的で、病棟看護師が訪問看護師に同行する研修を行っている病院もあり、患者の生活背景を意識した情報の把握につながる効果も出ています。

今回看護管理部会では「病院と在宅をつなぐ役に立つ話」と題し、学び合いをキーワードに、南町田訪問看護ステーションペンギンの臼井豊子氏を迎え、ご講演いただきます。

訪問看護師は入院施設・職員と在宅をつなぐパイプ役でもあります。

ケースを交えながら、

- ① 病棟看護師と訪問(在宅)看護の共通の視点をもつためのヒント
- ② 患者、家族の思い
- ③ 病棟看護師が困難事例だと思っている患者でも在宅につなげるヒント
- ④ 訪問看護師が連携しやすい病院や看護師の姿勢や期待する事

など、明日から情報収集の幅が広がったなど感じていただけるような、参考になるお話を伺えると期待しています。

このセッションに参加し、多職種連携チームの中で、キラリ☆人になりませんか？

キラリ☆人が多くなると東京医療の近未来はきっと明るく語れます。

多くの皆さまの参加をお待ちしています。

臼井 豊子 略歴

1984年 聖路加国際病院附属看護専門学校卒業
2014年 聖路加看護大学(現聖路加国際大学)教育センター生涯教育部教育課程訪問看護コース終了
2006年 救急救命士資格取得

公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会附属神原記念病院(ICU・CCU)、医療法人社団山斗会 山中病院(立ち上げ)勤務。

2001年から訪問看護に携わる
社会医療法人社団 三志会 訪問看護ステーションもみじ勤務
2012年から現職

急性期医療委員会企画

会 場: 第二会場(3階・富士・西)

時 間: 14:50~16:50

座 長: 中西 泉

町田慶泉病院 理事長、急性期医療委員会 委員長

土谷 明男

葛西中央病院 理事長

シンポジスト:

[三次救急] 有賀 徹氏

労働者健康安全機構 理事長、前昭和大学病院 院長

[二次救急] 益子 邦洋

南多摩病院 院長

[高齢者施設] 森田 健一氏

社会福祉法人合掌苑 マネージャー

[在 宅] 太田 祥一氏

恵泉クリニック 理事長、東京医科大学 救急・災害医学分野 兼任教授

指定発言: 大桃 丈知

平成立石病院 副院長

「葛飾在宅医療サポート搬送入院システムについて」

テ ー マ

地域包括ケアにおける高齢者救急を考える

高齢化の先頭を行く我が国が高齢社会対策として出した処方箋が地域包括ケアです。その目指すところは高齢者の生活、介護、福祉、医療、をできるだけ地域完結型にしようとするものです。そのためには高齢者に関与する様々な組織や機関が縦割りではなく、今まで以上に横断的連携を高めてゆく必要があります。これまで医療における連携は病診連携、病病連携、或いは救急における急性期医療の連携などが主体でした。しかし近年在宅から病院への入院依頼、介護福祉施設、老人ホームからの救急搬送、といった事例がとみに増加してきています。生活の場が多様化してきた高齢者に対する医療は必然的に生活の場を常に考慮することを要求します。これま

で医療と介護はそれぞれが閉じた輪の中で行われてきたといっても過言ではありません。しかしこれからはこのような閉じた空間でなく、癒合した空間でどのように高齢者の健康生活を維持し、安寧な最期を迎えていただくかが課題です。

今回のシンポジウムは、地域包括ケアにおける高齢者救急医療、を主題に討論をする初めての試みです。シンポジストは在宅医療、介護施設、地域急性期医療、高度急性期医療、を担っている方々です。このシンポジウムを通して聴衆の方々にはより良い地域包括ケアの構築には何が必要か、どのように対処すべきかを一緒に考える機会となれば幸いです。

医療保険・経営管理委員会企画

会場: 第五会場(5階・穂高・東)

時間: 11:00~11:50

座長: 山口 武兼
豊島病院 院長

講師:

猪口 雄二

寿康会病院 理事長



テーマ

医療提供体制はどうか？

現在、平成30年度からの医療、とくに病院の存続に係る議論が、多方面で繰り広げられている。学会開催時点で決まっている事項についてお話ししたい。

まず、平成29年度に向けて、社会保障の予算は極めて厳しいものとなっている。そもそも、平成29年4月からは消費税が10%に増税となり、それが社会保障費に充当されるはずであった。その増税は2年半先送りとなっただけではなく、平成28年度-30年度の高齢化に伴う社会保障費における国費の圧縮は予定通り行われる。平成29年度予算における圧縮項目とその影響について考えてみたい。

平成30年度からの法改正を要する事項については、この時点で大枠は決定していると考えられる。以下、出来るだけ新しい資料により解説したい。

医療計画に関するものとしては、地域医療構想が現実の問題として進行する。この中では、調整会議の

議論において医療機関の位置づけについて記載される。これと関連して、基準病床数の見直しも行われる予定である。また、5疾病5事業についても、提供する医療機関について書き込まれる。

介護療養病床および25対1医療療養病床に関する問題も、基本的な方向性は決定されているので、これについてお話ししたい。ただし、細目は介護給付費分科会、中医協、等に委ねられる。

平成30年診療報酬、介護報酬同時改定については、これからが本番となるため、現時点で解ることをお話ししたい。薬価改定については、総合的に見直しとなるので、これについても触れてみたい。

また、医師等医療職の需給問題、専門医の問題、等、同時進行で議論されている問題は山積み状態である。病院の運営にとって、大きな影響がある事項ばかりであり、情報共有と理解が重要となる。

猪口 雄二 略歴

昭和54年3月 獨協医科大学卒業

昭和61年2月 医療法人財団寿康会 寿康会病院 副院長

昭和62年6月 同病院 院長

(~平成17年5月、平成27年10月再任)

医療法人財団寿康会 理事長

東京都病院協会 常任理事

学校法人獨協学園 評議員

全日本病院協会 副会長、医療保険・診療報酬委員会委員長

四病院団体協議会 医療保険・診療報酬委員会 委員長

厚生労働省保険局 レセプト情報等の提供に関する有識者会議 構成員

厚生労働省保険局 中央社会保険医療協議会 委員

厚生労働省保険局 保険医療専門審査員 (~平成25年8月)

日本病院団体協議会 診療報酬実務者会議 委員長 (~平成27年9月)

環境問題検討委員会企画

会 場: 第五会場(5階・穂高・東)

時 間: 13:10~14:10

座 長: 篠原 健一

河北総合病院 画像診断部技師長
環境問題検討委員会 委員長代理

講師:

谷 重和

環境文化創造研究所 主席研究員



テーマ 温暖化がもたらす 生き物異変と予期せぬ 感染症との遭遇

第15回医療から取り組む環境会議は「温暖化がもたらす生き物異変と予期せぬ感染症との遭遇」をテーマに、一般財団法人環境文化創造研究所 主席研究員・谷重和先生を講師にお招きして、第12回東京都病院学会の委員会企画として開催いたします。

地球上で最も人類を殺している動物は「蚊」だといわれています。筆頭はマラリア原虫による感染症で、全世界の100カ国以上にみられ、年間3~5億人の罹患者と150~270万人の死亡者があるとされています。マラリア以外でもわが国で発生または持ち込まれる可能性があるものとしては、2014年に70年ぶりに国内で感染が確認されたデング熱、2016年リオ五輪/パラリンピック開催地・ブラジルなどでも感染拡大が心配されたジカ熱、ウエストナイル熱、チクングニア熱、日本脳炎などがあります。

蚊媒介感染症の多くは熱帯・亜熱帯で広く流行していますが、本来の流行地域以外での感染の広がりが目立つようになったのは、温暖化による媒介蚊の生息域拡大や、人の移動が簡易かつ大規模になったことが要因といわれています。さらに、殺虫剤の大量散布による生態系の破壊(他の昆虫や生物への影響)も問題となっています。

地球環境問題を蚊媒介感染症の視点から考える機会となれば幸いです。

2014年大気中のCO2濃度は397.7 ppmと過去最高となりました。今、世界中で、熱波(異常高温)・大雨・洪水・干ばつなどが頻発し、南極では棚氷が解け始め、北極の海氷面積も著しく減少しています。一方、温暖化は日本の自然生態系にも大きな異変を生じさせています。例えば、ヒトスジシマカでは卵から成虫までの発育期間が早まり、発生数が急増して、わが世の春を謳歌すると共に、生息範囲を秋田・青森までの寒い地域にまで拡大させています。また、シカ・イノシシなど大型ほ乳動物の異常な増加も見られます。さらには、沖縄サンゴ礁の白化現象や伊豆の海の熱帯化なども観察されています。

ところで、感染症はこの21世紀、人類が克服しなければならない最大の課題です。森林開発など様々な人為的要因でヒトと野生動物との出会いの頻度が飛躍的に増大し、デング熱、エボラ出血熱、ラッサ熱などの新しいいわゆる新興感染症が発生し、また、交通手段のスピード化により、ヒト、モノが国境を越えて、世界の片隅で発生した得体のしれない病原体が速いスピードで世界中に伝播していく恐れがあります。特に、蚊は多くの感染症を媒介しますので注意する必要があります。

ここでは、地球上で起こっている温暖化の実態を紹介すると共に、時代と共に栄枯盛衰を繰り返す蚊の興亡史と、そして、蚊が運ぶ感染症について触れてみたいと思います。

谷 重和 略歴

大学卒業後、新潟大学医学部医動物教室および秋田大学医学部寄生虫学教室において20数年間、研究・教育に従事(1979年、新潟大医学部で医学博士号取得後、ニュージーランド、マッセイ大・獣医学部に1年間留学。1987年、JICAの寄生虫学専門家としてケニア国中央医学研究所に1年間派遣)。1990年にイカリ消毒(株)技術研究所所長を経て、現在(一財)環境文化創造研究所主席研究員 ヤマビル研究会代表。

慢性期医療委員会企画

会 場: 第六会場(5階・穂高・西)

時 間: 15:10~16:40

座 長: 進藤 晃
大久野病院 理事長、慢性期医療委員会 委員長

講 師: [介護療養病床] 田中 裕之
陵北病院 院長

[医療療養病床] 高野 研一郎
高野病院 院長

[地域包括ケア病棟] 飯田 達能
永生病院 院長

[回復期リハビリテーション病棟] 進藤 晃
大久野病院 理事長

テーマ

慢性期医療の未来像

地域医療構想が策定され、高度急性期・急性期・回復期・慢性期に病床が分類された。1日当たりの診療報酬単価で単純に分けたとは言え、今後はその名称に従った各々の機能を求められるであろう。その中で、慢性期のうち医療療養病床に入院する医療区分1の70%は在宅へ移行すると言われているが、現状ではご家族や地域の受け入れ態勢が整っておらず非現実的である。東京都においては療養病床が足りないにもかかわらず、医療療養病床2(25対1)と介護療養病床は廃止とされているので反対をしているが、新類型への移行が検討されるなど劇的な変化が求められている。回復期機能は回復期リハビリテーション病棟だけでなく急性期を経過した患者への在宅復帰にむけた医療や、リハビリテーションを提供する機能とされており、この中には一般病床・地域包括ケア病棟などが含まれてくるものと考えられる。

平成30年に行われる医療・介護の同時改定では、以上のような内容を踏まえての改定となり、病院の運営に大きな変化を求められると思われる。急性期以降の各期に属する病棟を運営されている病院から、現在どの様に運営され、今後の展望が有れば伺いたいと企画した。

介護療養病床は病棟のほとんどが介護療養病床である陵北病院、医療療養病床は都心部で医療療養病床を運営されている高野病院、地域包括ケア病棟は急性期から在宅まで運営されている永生病院、回復期リハビリテーション病棟は大久野病院での運営と今後について伺う。

どうぞよろしく願い申し上げます。

講演

[介護療養病床]



田中 裕之
陵北病院 院長

当院の介護療養病床は、都内でも最大級の病床数であると思います。ご存じのとおり平成18年の介護療養病床の廃止法案の成立以来、ここ10年にわたり国の政策に翻弄され続けてきた感が否めません。先般7回にわたって開催された「社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会」を傍聴しました。医療関連団体からは廃止自体に関して反対の意見が大半を占め、現行制度の存続を求めましたが、声は届かず。一方医療・介護費用の負担者である経済団体や健保連関係団体からは早期廃止を求め移行についての経過措置に関しても3年を限度とすべきとの意見でありました。委員会における議論は第4回までが各委員の発言に終始し、後半は論点整理と厚労省側の強い意向が示された議論がみられました。新類型移行についての医療者側の移行経過措置は6年間とすべきという意見が大半でした。

今回の介護療養病床の廃止期限を迎えるにあたり、「転換型老健」で移行に失敗した厚労省の反省を踏まえ、今度こそは恒久的な法律のもとで位置づけるといった意味からも現行の施設より、より良い機能を求めるといった意見が大勢を占めていたと感じます。もしそうであれば、現場からの提

言として、第一に人員配置基準を手厚くして頂きたいということを要望します。具体的には夜間の複数看護職の配置体制です。第二にはリハビリ機能の充実です。東京でいえば要介護度平均4.5の重介護かつ医療の必要度の高い患者さんを、日々医療・介護事故を起こさぬよう細心の注意を払い努力している現場の職員の労苦を考えれば、答えは直ちに導き出されるはずで、高齢者の維持期のリハビリも重要な機能であると考えます。

今般の特別部会の後半では、介護療養病床とセットで議論すべきであったはずの25対1医療療養病床のことは中医協に委ねることが明確となりました。よって介護療養病床の廃止にのみ焦点が当てられた結果となりました。運営上の細目に関しては社保審介護給付費分科会に委ねられることとなりました。東京都における転換をしなければならぬ当該病院数は、9月1日時点で61施設5,192床（認知症疾患426床を含む）となっています。今後2025年を迎えるにあたり大都市東京の医療介護問題を考える上で論点となる項目を、当院のデータも用いて会場にてさらに整理してみたいと思います。

田中 裕之 略歴

1990年 杏林大学医学部卒、小児外科入局

1995年 同大助手、同医局長

川崎市立川崎病院・都立清瀬小児病院等を経て、現在陵北病院院長

講演

[医療療養病床]



高野 研一郎
高野病院 院長

今般策定された東京都地域医療構想により、都内各地域における患者の受療動向が明らかにされた。それによると高野病院が属する区南部医療圏では、他の都内各区部に属するほぼ全ての医療圏と同様に、慢性期の入院症例が圏域外へ流出している状況があらさまとなった。それを裏付けるかの如く、現実には当院が直面する最大の問題は、入院患者数が減少していることである。当院ばかりでなく近隣の慢性期病院、また医療患者動向とは別であるが、特別養護老人ホーム等の介護保険施設からも満室にならないという声が聞こえている。

今回の発表の目的は、都内区部に立地する一慢性期病院の現状を示すことである。方法は、平成19年1月から平成28年12月までの10年間に高野病院へ入院した患者数を集計し、病床稼働率を算出した。年間平均病床稼働率の変化を入院患

者の推移とした。そして、その間に生じた患者数減少の原因となり得る要因を考察し、さらに今後、医療療養型病院に求められる事項について推察した。結果は、年間平均病床稼働率が平成19年の96.8%から平成28年が72.5%であり、10年の間減少し続けている様子が明らかとなった。未来像を語る以前に、存続を危惧する数字である。患者数減少に関連する要因を、自院内に起因する内的因子と、自院内では対処しきれない外的因子に起因する項目それぞれに分け考察し、当院のみならず東京で慢性期医療を支える者にとって希望の持てる未来に繋げたい。

今回の発表は、限られた一施設のみのデータを基とし、また主観的事項を多く含む内容であり、非学術的な手法であることをあらかじめお許しいただきたい。

高野 研一郎 略歴

平成5年 獨協医科大学卒業

整形外科専門医

現職 高野病院院長

講師

[地域包括ケア病棟] ～永生病院における地域包括ケア病棟への 転換と今後～



飯田 達能
永生病院 院長

永生会は、八王子を中心に医療と介護、そして在宅までを、トータル的に提供する医療法人である。その中でも永生病院は、慢性期医療の中心病院として地域で大きな役割を担っており、TQMセンターによる医療の質コントロール、リハビリマインドに基づく回復期から慢性期までの在宅支援、また地域のリハビリテーション支援センターや南多摩高次脳機能障害支援センターという特徴をもっている。現在、一般病棟 146床(うち104床障害者施設等)、回復期リハ病棟100床、精神病棟70床、地域包括ケア病棟50床、医療療養病棟144床(うち46床が在宅復帰機能強化型加算)、介護療養病棟118床という体制を取り、地域の慢性期医療に広く貢献している。

近年、永生病院が所在する八王子においても、高齢者人口の増加が進み、競合病院との差別化、

地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想に基づく病床再編を視野に入れた今後の病院のあり方を検討することが、慢性期病院の生き残り策として重要となってきている。また、来たる2018年には医療療養病床25:1や介護療養病床の廃止も予定されており、慢性期病院にとってはますます厳しい状況が進むこととなる。そのような環境の変化を考慮し、永生病院では2016年9月に医療療養病棟の一部を、地域包括ケア病棟へ転換した。

本発表では、永生病院が地域包括ケア病棟への転換に至った経緯と院内での取り組み、そして現在の状況についてご紹介し、また地域包括ケア病棟も含めた永生病院としての今後の展望についてお話ししたい。

飯田 達能 略歴

- 昭和59年 3月 日本大学医学部卒業
- 昭和60年 4月 日本大学医学部大学院入学(生化学教室)
- 平成 元年 3月 日本大学医学部大学院卒業

- 昭和59年 6月 日本大学医学部第二内科(循環器科)入局
- 昭和61年 4月 国立循環器病センター(腎高血圧内科)研修医
- 平成 元年 4月 日本大学生化学教室入局
- 平成 3年 4月 医療法人社団永生会永生病院 内科入局
- 平成 3年12月 同 医局長
- 平成15年10月 同 院長

講演

[回復期リハビリテーション病棟] ～回復期リハビリテーション病棟の現状と 今後の展望について～



進藤 晃
大久野病院 理事長

2025年に向けて東京都地域医療構想が策定されているが、回復期は東京都12圏域で足りない機能となっている。この「回復期」は、直接回復期リハビリテーション病棟を指すものではないが、当然含まれている。回復期機能は急性期治療終了後に在宅へ復帰させる機能を有する病棟である以上、リハビリの提供が中心となる事は間違い無いだろう。現在の回復期リハビリテーション病棟において理学療法・作業療法・言語聴覚療法は1日9単位(約3時間)提供されているが、どの状態の患者様にどの療法を提供すると最も早く改善するのか明らかにされていない。東京大学工学部水流研究室が開発しているPCAPS(患者状態適応型パス)においてBrunnstrom stageの各ステージに対してどんな理学療法を提供すべきかを検討し結果を得ている。この考えに従って理学療法を実際に提供した場合と従わない場合の比

較はまだ行われていないが、理学療法提供方法の一助となるであろう。また、摂食嚥下療法についてPCAPSを用いて理学療法を提供した場合、経験年数によって直接訓練に到達する日数に差が有る事が明らかとなった。経験年数が多いとほぼ1日で直接訓練に到達し、経験年数が数年程度の場合は10日程度の日数を必要とすることが明らかになった。この日数の差は慢性期では気にならない程度の差かもしれないが、急性期においては口腔内を廃用させるのに十分な時間なのでこの期間を短くする事は非常に重要である。

以上のように現在のリハビリはどのような療法を提供すべきが明らかにされていないが、様々な考え方をを用いて患者様の状態に応じて最適な療法が選択されるような時代が将来やってくると思われる。

進藤 晃 略歴

平成 元年 3月	埼玉医科大学卒業	平成14年 2月	社会福祉法人ゆりかご会 評議員
平成 元年 6月	埼玉医科大学付属病院入職	平成20年 4月	東京都慢性期医療協会 副会長
平成 4年 9月	大久野病院入職	平成21年 4月	東京都病院協会 理事
平成 8年 7月	大久野病院開設 管理者就任	平成23年 7月	日本慢性期医療協会 理事
平成11年 8月	医療法人財団利定会 理事長	平成27年 3月	社会福祉法人白百合会 評議員
平成11年 9月	介護支援専門員	平成28年10月	日本臨床知識学会 理事
平成26年 1月	公立阿伎留医療センター 客員部長		

演題

Subject

マンモグラフィパンフレットの作成及び運用について

○細谷陵子、渡辺美代子、三宅 聡、
岩原信一郎、猪口正孝

南町田病院

【はじめに】当院では乳腺外来以外にも町田市の乳がん検診を受託している。検診の場合、当日に事務受付にて問診票を記入していただき「授乳中やペースメーカーを装着している方」等、マンモグラフィ検査が受けられない項目がないかを事務職員と受診者本人とで確認した後撮影を行っていた。しかしながら他科診察患者の多いスペースでの対面問診は場所的・時間的にも制約があり、確認不十分なまま検査対象外の方の撮影を行ってしまった事例等が発生した。そこで今回再度確認方法の検討とマンモグラフィ検査専用パンフレットの作成と運用の計画および実施を行った。

【方法】検診者への確認方法について、実際の事務担当者からヒアリング調査を行い検討する。また新たに作成したマンモグラフィ検査用パンフレットの運用についてもシステムの構築と検討を行う。

【考察・結果】ヒアリング調査の結果より検診者への対面問診に関して一部にデリケートな内容やプライバシーの問題があり他科診察患者の多いスペースでの問診は不適と思われた。

マンモグラフィ検査用パンフレットは外来患者用と検診者用の2種類を作成し、検診者に待合室にて読んで頂き、撮影直前に担当放射線技師がパンフレットを基に徹底した確認を行う運用とした。それぞれのパンフレット内容で重要項目は分かりやすく表記し、読んで頂く際に目につきやすくした。事前にパンフレットを読んで頂くことで検査説明を簡潔にすることができ検査時間短縮に繋がった。問診方法の見直し以降事故に繋がった事例は現在まで発生しておらず、パンフレット作成と運用は有用であると考えられる。

3T MRI 1台運用における問題点に関する一考

○三宅 聡、細谷陵子、根本和秀、
岩波孝彦、岩原信一郎、猪口正孝

南町田病院

【はじめに】当院では2年前に3T MRIを導入した。3Tは高いS/Nで高解像度であるが磁場の不均一や体動や呼吸、蠕動運動に弱い等諸々の問題もある。3T+1T MRIの2台運用ではそれぞれの弱点をカバーしあえるが3T装置1台運用では問題となる場合もある。そこで約2年間における3T MRI 1台運用で経験した問題点とその改善策について検討した。

【方法】3T MRI導入後の2年間に撮像された画像、撮像プロトコル、枠時間、患者への影響や負担等について問題となった部分を調査し改善策を検討する。

【結果】撮像プロトコルと枠時間では脳外科整形外科領域でのルーチンプロトコル追加や腹部におけるアーチファクト低減シーケンスの追加等で従来の30分枠では過不足が生じた。

画像ではSSFPシーケンス系におけるバンディングアーチファクト増加や大柄患者の感度不均一増加等があった。腹部では呼吸や蠕動運動がモーションアーチファクトを大きく誘発し画像が劣化した。またSARの上昇に伴いシーケンス制限や熱感を訴える患者が多発した。

【改善点・考察】3Tで得られる優れた分解能やS/Nを最大限に引き出すことを前提とし15分単位枠で余剰時間を削り最適化した。バンディングが出やすいシーケンスは目的に合わせた撮像法に変更した。大柄患者には誘電パットやマットを用い、呼吸や蠕動運動などのモーションアーチファクト低減のため鎮痙剤投与や腹帯ベルトを使用し高分解能シングルショット等で撮像した。SAR上昇に伴う熱感に関しては空冷ファンの強化、およびフリップアングルの最適化を行った。3T MRIを1台で運用させるためには細かな枠設定と鎮痙剤投与や腹帯等でアーチファクトを低減させ動きに強いシーケンスの高分解能化が重要と思われる。

MRCPにおける胆道系矢状断面像の有用性

○安澤 唯、齋藤央佳、高橋 健、
大澤秀一、猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】MR胆管膵管撮影（以下MRCP）検査では通常冠状断撮影で胆嚢を含む胆道系の評価を行っている。今回、同検査において矢状断撮影を追加することで、胆嚢を含む胆道系の評価の向上につながるか検討することとした。

【対象と方法】対象は2015年8月3日～10月29日にMRCPを施行した37名（男性19名、女性18名、平均年齢69才）とした。左記の37名につき通常の胆道系冠状断撮影に加えて矢状断撮影を施行した。なお矢状断は80分割の撮影とした。画像の診断および矢状断撮影の評価については放射線読影専門医1名に依頼して施行した。

【結果】矢状断撮影を追加することで、冠状断撮影のみ施行するよりもより精密な診断ができたと評価されたのは上記37例中10例であった。矢状断撮影を追加しても診断が変わらなかった症例（冠状断のみで評価が十分に可能）が27例であった。

なお、矢状断撮影を追加することで平均5分の検査時間の延長があった。

【考察】矢状断撮影を追加することで、より精密な診断ができると考えられた10例の内訳は、病変等による圧排所見がある症例、胆管の走行が腹側あるいは背側方向に強く屈曲した症例であった。一方で約73%にあたる27例については、通常の冠状断撮影に勝る評価は得られなかった。以上より、全ての症例で矢状断撮影を追加する有用性はなかった。しかし症例によっては矢状断撮影を追加することでより検査の情報が多くなり、より正確な診断をする助けになる可能性が示唆された。

当院における逐次近似再構成の視覚的評価及び運用方法の検討

○半田和也、高木 清、小谷野匡章、
高田晃一

等潤病院

【はじめに】当院では2016年9月に東芝メディカルシステムズ社製320列CT「Aquilion ONE Global Standard」から320列CT「Aquilion ONE GENESIS Edition」への機器更新を行った。画像再構成法として従来使用していた逐次近似応用再構成（AIDR3D）と機器更新に伴い使用可能となった逐次近似再構成（FIRST）での視覚的評価及び運用方法について検討したので報告する。

【方法】従来、健診における撮影線量は体重のみを指標にmAの上限を決定していたが腹厚の大きい受診者においては、線量不足によるストリークアーチファクトが発生していた。そのため新しくBMIを用い日本肥満学会の肥満度判定基準に基づいた6段階（18.5未満：低体重、18.5～25未満：普通体重、25～30未満：肥満クラス1、30～35未満：肥満クラス2、35～40未満：肥満クラス3、40以上：肥満クラス4）にてmA上限を決定する事とし、逐次近似再構成（FIRST）と併用する事でノイズやアーチファクト、被曝の低減を試みた。また逐次近似再構成画像に関しては放射線診断専門医及び技師を含めた5名にて診断に足りうる画像であるかの視覚的評価を行いBMIに基づく最適な線量を検討した。

【まとめ】検出器や画像再構成の性能向上により従来の撮影条件において、逐次近似再構成（FIRST）と併用する事で大幅な被曝低減に繋がった。しかし、逐次近似再構成（FIRST）の再構成時間は従来の再構成よりも長く全ての検査に使用するとまではいかない。そのため、当院では被曝低減が重要視される健診及び胸部重力効果判断の追加プロトコルへと組み込み運用していきたいと考える。

死戦期画像診断が特に有意義であった一症例

○山口大樹、金田仁志、小澤雅貴、
小笠原卓也、山口大空、沖野光彦

旗の台脳神経外科病院

【はじめに】当院では入院患者の死亡例について、年間3例程の剖検を実施している。その際、剖検へ送り出す前に死戦期・死亡時画像撮影を行っている。特に患者状態が急変した症例においては、その意義は非常に大きいといえる。

今回、救急救命士により蘇生処置を施されながら搬送されてきた心肺停止患者の症例を経験したので報告する。

【症例】独居の87歳女性。胃潰瘍で総合病院の受診歴あり。週2回の訪問介護を利用していた。

【経過・所見】ヘルパーが月曜日に訪問した際には異常なく、金曜日の13時に訪問した際には応答なし。玄関が施錠状態であったため家族へ連絡をし、17時ごろ次男が患者宅を訪室。上半身を机に伏せた座位の状態で患者が発見されて救急要請をした。救急隊が心肺停止を確認するも、下顎硬直は顕著でなかった。そのため体外心臓マッサージによる蘇生処置を施しながら搬送し、当院で全身CT検査を実施。

所見：①気脳（くも膜下、硬膜下、脊柱管内）、②心腔内気体充満、③肝管腔内気体充満、④胸水、⑤冠動脈石灰化、⑥血管内血液消失CT上、明らかな外因死及び内因死を示唆する所見が認められなかった。そのため異状死と判断し、医師法第21条に基づき所轄警察署へ届出をした。

【まとめ】死亡時画像診断は生前の状態に加えて死因や蘇生処置後の変化、死後変化などの所見が複合的に描出される。今回の症例は死因の特定ができなかったが、脳出血や動脈瘤破裂などの所見がないことを確認できたのは非常に有意義である。また、解剖の前に遺体の状態を記録しておくことは重要である。死亡時画像診断は外因死や内因死を特定できない場合においても、解剖の補完になるので実施すべきと考える。

病院食喫食率向上に関わる要因

○佐々木絵梨、子籠智恵子、柳 徹也、
齋藤 整、猪口正孝

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】栄養状態の改善は入院中の治療効果を高める。食事の喫食率向上は栄養状態改善の要因であり、患者の満足度が高い病院食を提供することが重要だと考えられる。今回、喫食率向上に関わる要因を検討するため、嗜好調査の実施と喫食率を調査した。併せて血液検査値を用い、栄養状態の経時的変化も調査した。

【方法】平成28年3月と10月に入院し「普通形態・とろみなし」を食べている患者（3月：n=21、10月：n=18）を対象に喫食率、嗜好調査、血液検査値を比較した。嗜好調査では「味の濃さ・バラつき」「食材の硬さ」「盛付け」について評価を行った。嗜好調査日を起点とし喫食率は8日間の平均値を算出し、血液検査値は1ヶ月間のデータを用いた。

【結果】回収率は3月が66.7%、10月が94.4%だった。次に喫食率は3月が主食7.1割、副食7.6割であるのに対し、10月が主食8.8割、副食9.2割と有意に高値であった。嗜好調査の「美味しい」という意見が、3月の18.2%に比べ、10月は42.9%であった。味付けの濃さでは「丁度良い」という意見が3月の50%に比べ、10月は75%であった。肉の硬さでは「丁度良い」という意見が3月の40.9%に比べ、10月は60.7%であった。血液検査値は、いずれの項目についても有意差は認められなかった。

【考察】3月に比べて10月に食事が美味しいという意見が増え、喫食率が上がっていることが示された。その理由は、味付けの濃さや食材の硬さが関係していることが示唆された。今後、喫食率の維持には塩分濃度値を決定し、肉の硬さは加熱時間と温度の確認を行うことが重要である。また、血液検査値は食事改善後の期間が短く、結果に影響が出なかったと考えられるため、今後も経過を見ていく。

介護療養型医療施設における経口維持計画策定患者調査

○鳥飼紀子、阪口英夫、長瀬正徳、
西川 猛、山口美紀、粟屋 剛、
佐藤紀子、齋藤しのぶ、村野久実子

陵北病院

【はじめに】介護療養型医療施設では、入院患者の多くが経口摂取を行うにあたり特別な管理を必要としている。かねてより当院では患者の嚥下機能に応じて可能な限り経口摂取が出来るように取り組んできた。さらに介護保険における経口維持計画策定を利用して、多職種によるミールラウンドやカンファレンスも実施している。今回、当院における経口維持計画を策定している患者像を調査・分析したので報告する。

【方法】対象者：平成28年3月1日時点で経口維持計画を策定している入院患者195名。調査項目：年齢、性別、要介護度、主病名、経口維持計画策定に必要な摂食嚥下アセスメント項目、食形態。

【結果】平均年齢86.8歳。男性51名、女性144名、合計195名。平均要介護度4.2。主病名は、脳血管障害が一番多く60.0%、次いで認知症18.5%、心循環器系疾患8.2%、悪性腫瘍4.1%、神経難病3.1%であった。口腔および嚥下機能評価では舌機能の全般的な低下、嚥下反射の遅延が対象者の多くに見られた。改訂水飲みテストの結果は、3点が125名、4点が62名であった。フードテストは3点が18名、4点が114名であった。食事場面では水分でのむせ込みが際立っていた。食形態は、主食は「全粥」、副食は「やわらか食」が最も多かった。

【考察・まとめ】スクリーニングが良好であっても、実際の食事場面では食事が上手く取れない事も多く見られ、ミールラウンドが重要であると思われた。評価で得られた情報を看護・介護スタッフで共有することでより安全な経口摂取を確保することが重要であると考えられた。

COPD 食立ち上げの経緯と今後の課題

○今堀智紀、海老原 功、三浦邦久、
西畑総子

江東病院

【はじめに】呼吸器内科医師からの依頼で「慢性閉塞肺疾患（COPD）」の患者に対応した食事提供を検討する事となった。新たな食種立ち上げの経緯をまとめ、実施後の課題を検討したので報告する。

【方法】依頼のあった医師への提案書と打ち合わせの議事録をまとめ、給食システムより提供食数の推移を把握、電子カルテより患者の喫食量を調査し、今後の課題を分析した。

【結果】栄養科内にて①食事摂取基準②食事内容(MCTや分割食など)③食種名を検討し、医師に提案。その後、献立作成を踏まえてさらに具体的な項目①栄養補助剤②コスト③試食会について検討した。試食会を経て、①献立作成②「院内約束食事箋」への記載と栄養管理委員会での報告③関係各所への周知を行い、運用開始となる。当院は成分別の献立であるため、食種名を「脂質・エネA／脂質・エネB」としていたが、疾病と結び付かないという理由から医師に浸透せず、開始直後から提供食数が月に50食に満たない状況であった。食数増加のため、分かりやすい食種名として「COPD食」へ食種名を変更。その後一時的に提供食数が増加するが継続せず、現在まで安定しない状況である。患者の喫食量に於いては、当院の入院患者は高齢者が多く、食事摂取量の確保が難しいという課題もあった。

【考察・まとめ】経緯を振り返り、現在の課題として①高齢者の摂取量確保が難しい②食種が医師に浸透しておらず依頼数が少ない③高コストであるが加算が取れないという点が挙げられる。食種の周知と医師との連携を図ると共に、エネルギーにとらわれず適正なPFC比率を確保し、摂取量が少なくても治療に適した食事を提供できるよう今後も検討したい。

老健施設利用者の軟菜食導入に関する取り組み

○青羽知美、森田雅之

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】当施設において、食形態に起因する問題が年々増加している。特にきざみ食に関しては、見た目の問題やむせに繋がり易く、食欲低下・食事摂取量低下の要因になると考えた。そのため、栄養課と連携し、平成26年5月7日より軟菜食（見た目は常食と変わらないが、使える食材を選定し軟らかく調理したもの）の導入を開始した。その取り組みに関する内容や得られた結果、今後の課題について報告する。

【方法】入所していた利用者の内、きざみ食を摂取していた24名（その内5名は現在も入所中）を対象に、平成26年4月28日・30日・5月1日・2日の計4日間、夕食時に軟菜食を提供し、様子観察を行った。

【結果】対象者24名の内、21名において食事摂取量の向上が見られた。きざみ食では3割程度の摂取であった利用者が、8～10割摂取するようになったケースも見られた。

【考察】軟菜食へ変更したことで、自菌がなく固いものが食べられない・噛み切れない、胃がもたれやすいといった方でも見た目の良い料理を摂取する事が出来るようになった。また、スプーンから箸を使用するようになったことから、食事に対する意欲の向上・食事摂取量の増加などに繋がったと考えられる。加えて、家族からの「形のあるものを食べさせて欲しい」といった要望に対しても応えることが出来たと考えられる。

【結論】当初24名に提供していた軟菜食は現在38名まで増加している。その内27名は食事摂取量が安定している。今後の課題として、使用できない食材をどのように提供していくべきか、また、代用可能な食材の選定も行っていく必要がある。今後、長期的な食事観察期間を設け、研究を継続しながら有用性を検証していきたい。

介護療養病棟から自宅退院をされた高齢嚥下障害患者への多職種介入

○金井麻智

永生病院

【はじめに】肺炎は日本人の死因第3位だが、その多くが高齢者の誤嚥性肺炎である。高齢者は何らかの嚥下障害を有することが多いため、肺炎を予防するためには嚥下障害に対する啓蒙や指導が必要である。

今回、介護療養病棟に入院していた嚥下障害を有する高齢者に対して、自宅退院に向けた多職種での食事支援を行い、良好な結果を得たため報告する。

【方法】大腿骨頸部骨折により入院となった92歳男性。入院時より認知症、嚥下障害を認めた。嚥下障害は先行期から咽頭期にかけてみられたため、補助食品を中心とした食事管理を行っていた。しかし退院後の介護負担、経済負担を減らすため、できるだけ家族と同じ食事が食べられること、家族の不安を取り除くことを目標に、管理栄養士、看護師、言語聴覚士による食事支援を開始した。

言語聴覚士による食形態の調整、環境設定、看護師による介護指導、そして管理栄養士による食事内容、作り方、とろみの付け方等の指導、在宅で使用できる既製品の紹介等を行った。また経過中に患者の食思が低下しないよう、患者の要望や食事の様子、摂取量を見ながら少しずつ変更していった。

【考察・まとめ】高齢者の介護では、食事介助以外にも様々な介助が必要であることが多い。

このため家族負担を十分に考えて、実現できる食事内容を提案することが大事である。また嚥下障害者の食事は、家族にとっても馴染みがなく不安が大きい。今回の症例では、退院するまで多職種による食事支援により、家族の不安を取り除くことができた。

今後も生活の場に合わせた退院支援を行えるようにしていきたい。

経腸栄養プランの提案による安全性とコスト削減効果の検証

○山根達朗、阿部里美、鬼窪麻衣、
岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】平成28年度診療報酬改定で、市販の経腸栄養用製品のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養費が引き下げとなった。そこで、管理栄養士が積極的に経腸栄養療法（EN）の詳細なプランニングを行い、適正な経腸栄養剤の選択、栄養投与量を提案することで、経腸栄養剤コストの削減に繋がるかを検証したので報告する。

【方法】経腸栄養剤選択チャートを作成し、平成28年8月に医局会をはじめとしてNST・栄養管理委員会において、当院で使用している経腸栄養剤の特徴・ガイドラインに沿った投与法の説明を行った。また、EN実施患者の栄養アセスメント及び栄養評価を積極的に行い、必要に応じてENプランの提案を行った。経腸栄養剤選択チャート作成前（平成27年9月1日～10月31日）と作成後（平成28年9月1日～10月31日）の2ヶ月間にEN開始となった患者の経腸栄養剤コスト・EN開始後の中心静脈栄養法（TPN）及び末梢静脈栄養（PPN）中止までの期間・逆流嘔吐及び下痢症状発生人数の比較を行った。

【結果】2015年と2016年の対象期間の経腸栄養剤1回投与あたりの平均金額は、316円から264円となり、52円のコストの有意差が認められた。EN開始後TPN、PPNが中止になるまでの平均期間は、2015年で5.5日、2016年は6.1日で有意差は認められなかった。その他2015年のEN施行33人中下痢の発生が3名、逆流嘔吐3名で合計6名（18%）2016年は26人中下痢が2名、逆流嘔吐2名の合計4名（15%）であった。

【考察・まとめ】経腸栄養剤の特徴を説明し、ガイドラインに沿った投与プランを提案することで、安全性を保ちつつ適切な経腸栄養剤に変更し、コストの削減に貢献することができた。今後は院内でENの講習会を行い、スタッフの知識を深め、より安全性を高めていきたい。

精神疾患のある患者への栄養指導

○手植ゆき、後藤奈津穂

一成会 木村病院

【はじめに】精神疾患のある患者の栄養指導は、その時々々の精神状態に大きく影響され難しい。このたび、双極性障害の患者に糖尿病の栄養指導を行った。家族、ケアマネージャー同席で計8回の継続指導を通じて、患者、家族に行動変容が生じコントロール良好となった。この事例を報告する。

【症例】75歳女性。独居。約20年前双極性障害の診断。5年前糖尿病で当院に入院し栄養指導を実施。外来通院していたが悪化し栄養指導を再開。要介護1。介護サービスを利用しているが介入に拒否が強く、高齢で病身の姉が細々と世話をしている。また、娘からの経済的援助はあるが不仲である。

【経過】食事は弁当や菓子、姉の差し入れするおかずが中心だったので区の宅配弁当を導入。また、ヘルパーと共に簡単な調理を開始した。2ヶ月後にHbA1cは7.5%から6.3%に改善した。周囲の励ましも功を奏し、次第に生活全般に対して自主性が芽生えた。生活のリズムが整うに伴い精神状態が安定し、良好な血糖コントロールが継続している。

【考察】患者は血糖コントロールも、家族との関係も良好ではないことにストレスを感じ、自信を喪失していた。そこで、過去に血糖コントロールが良好であった時期を振り返り、実現可能な目標を設定し援助をする中で、患者の自信の回復に努めた。それが自主性の回復にもつながったと考えられた。また家族は、精神疾患があるとわかりつつ、患者の行動に苛立ちを感じていた。そこで、生活改善のための援助には社会的資源を利用し、家族は経済的援助と見守りのみを行うと役割分担したところ両者の関係が良好となった。医療者は患者と患者に関わる周囲の両者を支援することが重要であると再確認した一例であった。

病院の IT 情報資産を管理することの重要性とメリット

○石尾 勝、北川美歩、分須隆幸、
越永守道、鏡 勉、桑名 斉

信愛病院

【初めに】病院の中には、電子カルテやレセコンを初めとする様々なシステムが多数動いており、システム構築やコンピューター端末の管理などは複雑化している。また、近年では大規模な情報漏えいやウイルス感染などのリスクが高まっており、患者の健康情報という機微な個人情報を扱う病院は、セキュリティ対策も急務とされている。

【目的】病院の IT 情報資産を管理することのメリットを考える

【方法】2014 年にサーバーを入れ替えた際に、ウイルス対策ソフトと同時に IT 資産情報管理ソフトを導入した。対象端末は、同ネットワーク内にある病院や本部、その他の事業所の端末も含め 170 台。ハードウェア、ライセンス、ソフトウェアなどを管理している。

【結果】導入以前には各事業所に情報管理者を配置していたが、それでも最新の状態で管理することは困難であった。しかし、現在は情報管理者が 2 名（兼務）で最新の状態で管理することができ、情報管理者の人数削減や業務軽減が可能となった。ログから様々な情報がとれるため、コンピューター配置の適正化、USB 端末管理と制限、プリンター出力数の削減などを行うことができた。また、マイクロソフトなどのライセンス調査があった際にも迅速に対応できた。

【考察】情報資産管理ソフトを導入しているだけで、不正使用の抑止となる。またログによって、コンピューターなどの使用を把握することができ、適正配置を計画することもできる。今後、セキュリティ対策やコンプライアンス遵守が求められる時代において、IT 情報資産ソフトを導入することは、病院の情報管理において重要であると考えられる。

地域包括ケア時代における電子カルテ導入の効果と意義を考える

○北川美歩、立花エミ子、分須隆幸、
高世秀仁、越永守道、桑名 斉

信愛病院

【はじめに】200 床未満の病院では電子カルテ導入率は低いですが、今後は導入する病院が増えてくると見込まれる。また、「地域包括ケアシステム」の中で、地域における医療や介護の情報共有についても求められている。

【目的】チーム医療の推進や在宅医療・介護との連携が求められる時代において、電子カルテを導入する意義を考える

【方法】2016 年 3 月に電子カルテ導入。病院と同法人の特養医務室にも設置。また、同法人内との情報連携はクラウドで構築した。導入より 3 ヶ月後、6 ヶ月後に職員へのアンケート調査を実施。勤務実態や印刷コストなどを導入前と後で比較検討をする。

【結果】アンケート調査の結果、パソコン歴は平均 12 年、電子カルテ経験者は 16.2%であった。業務中の電子カルテ使用時間は平均 1.8 時間であった。導入によって業務軽減となったものは、記録すること、情報を共有すること、情報を得ること、情報を共有することの項目が多かった。負担が増加している人は、電子カルテの習熟度に不安がある人が多かった。残業時間は、電子カルテ導入月に増加したが、その後は減少となっている。電子カルテ導入によりプリンターの印刷数は増加したが、記録紙や伝票削減などで、年間の印刷発注コストは削減できた。電子カルテの一部情報をクラウドにあげることで、同法人内の利用者情報とも共有が可能となった。

【考察】電子カルテシステム導入の短期的な効果としては、診療録（カルテ）の記録に係る業務軽減、職員間の情報共有などがあげられる。今後は、電子カルテの習熟度と情報の精度を向上することが課題である。

入院診療計画書の完成度向上を目指して

○伊藤 悠 1)、上平穂菜美 1)、荒川直子 1)、秋山玲子 2)、天羽諒子 3)、石井孝憲 4)、草野杏弥 5)、松本節子 6)、山崎博光 7)、藤野英彰 8)

- 1) 永生病院、2) 鶴川記念病院
3) 京葉病院、4) 佐々総合病院
5) 南多摩病院、6) 城山病院
7) 駒沢診療所、8) 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、診療情報管理士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「診療記録点検」をテーマに、各病院の現状を把握し、診療情報管理室において、完成度の高い診療記録とするために、検討を進めている。

【方法と経過】今年度は、より質の高い書類作成の提案を発信する事を目的として、診療報酬の観点から項目が示されている入院診療計画書に注目した。各病院の書式を持ち寄り、点検の記載項目を統一し、それを基に各病院で未記入項目の集計を行い、問題点の抽出と併せて運用手順を明らかにした。その上で改善を行い再集計した。

【結果と考察】改善前・後における未記入事項の集計及び運用手順の明確化より問題点を検討した結果、記入漏れの原因が明らかになり、加えて各病院の特色に合わせて工夫をしている事も分かった。これにより各々の病院でお互いの良い点を取り入れて点検し、病院内に記載状況を発信する事で、入院診療計画書の記載の質を向上させる事になると考えられた。また、病院内で入院診療計画書の運用の流れを把握できた事で、診療情報管理士が介入すべきタイミングを考える事ができた。この調査結果を今後の業務に取り入れる事で質の高い入院診療計画書を作成できると思われる。

【まとめ】この調査を通し、入院診療計画書の点検を行う際に、どのような点に注目する事が大切なかが分かった。この結果を基に、さらに完成度の高い「入院診療計画書」にできるよう院内に改善点を発信し、それをきっかけに診療記録全体の質向上に繋げていきたい。

Hファイル作成に伴う診療情報管理室の取り組み

○岡本佳奈、吉尾勝昭、橋本史子、
福田慎太郎、永井淳一、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】平成28年10月1日からHファイル（患者の「重症度、医療・看護必要度」）の項目が「DPC導入の影響評価に係る調査」に追加となった。それに伴い、診療情報管理室が行った精度の高いデータ構築のための取り組みについて報告する。

【方法】まず、看護部主催の勉強会を開催し、医師・コメディカル・事務が「重症度、医療・看護必要度」について学ぶとともに各部署との協力体制の必要性を認識した。

そのうえで診療情報管理室では看護部による入力点検後、チェックソフトを用いてエラーを抽出し、内容を看護部にフィードバック後修正を行った。特にC項目（手術などの医学的状況評価）は、チェックソフトだけでなく、独自のフォーム（エクセル形式）を作成し、相違のあるものは再度看護部に確認することで、より正しいHファイルデータが完成した。

【結果】チェックソフトによるHファイルの単体の事前チェックでは16,266件のうち15件のエラーが見つかった。一方、形式チェックソフト（ファイル間の整合のチェック等を行う）の使用ではエラーが見つからなかったが、診療情報管理室で、各科医師に該当術式を確認し、出力したHファイルと様式1を比較したところ、28患者72件のエラーを確認した。そのため、看護部に再度確認し訂正することでエラーが減少し、精度の高いHファイルを作成することができた。

【考察】より精度の高いデータ作成を行うには、Hファイルを作成する診療情報管理室が中心となり看護部をはじめとする医師・医事課等と今後も継続して患者の情報を共有し、連携を強化するとともにスムーズな運用を構築していくことが必要と考える。

成人市中肺炎の DPC データ様式 1 項目ベンチマーク

○池亀正敏 1)、相澤健太郎 1)、西田龍平・大西秀樹 2)、片桐真理子・仁田智子 3)、小熊亜理沙・長津陽子 4)、橋本史子・岡本佳奈・福田慎太郎 5)、中島あゆみ 6)

1) 東京都健康長寿医療センター、2) 永寿総合病院
3) 高木病院、4) 東京衛生病院
5) 南町田病院、6) 平成立石病院、
東京都病院協会 診療情報管理勉強会 DPC 分科会

【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。

今年度当分科会では、肺炎は多くの病院が取り扱う疾患のため、平成 28 年 10 月の病院情報の公表では大半の病院がデータを公表し、また肺炎の在院日数は効率性指数への影響も大きい等の背景から、成人市中肺炎の平均在院日数やその他についてベンチマークを実施したので報告する。

【方法】DPC データの様式 1 について、平成 27 年 10 月から平成 28 年 3 月までの 6 ヶ月分を持ち寄ってデータベースを作成した。分析対象抽出条件は、①入院契機及び医療資源投入病名の ICD コードが J13 から J18、②肺炎の重症度分類のうち市中肺炎（院内肺炎及び不明は除外）、③年齢は 20 才以上、とした。

【結果】ADROP とその項目の平均スコアを比較したところ、救急医療入院以外の症例では ADROP 平均スコアは 0.33 点から 2.10 点と差異が見られた。

退院先別の平均在院日数は、転院となった患者で 12.0 日から 70.7 日と病院間で顕著な差が見られたが、ADROP 平均スコアに大きな差異は無かった。

【考察】救急医療入院は診療報酬で加算があるが、救急医療入院対象外では ADROP 平均スコアに差異があり、例えば ADROP スコアを活かしエビデンスとする等、適切に判断する必要がある。また、平均在院日数は転院患者で特に長期化しているが、ADROP スコアに大きな差異は無く、退院支援や後方連携の状況によることが考えられる。

これらは、病院収入の確保や医療の質の向上に繋がるため、診療情報管理士が情報発信や提案することで、職位向上に繋げていけるのではないかと考える。

地域包括ケア病棟に向けての取り組み

○鈴木詳司、和智洋明、佐々木香子、安西宏美、立川典恵

永生病院

【はじめに】地域包括ケア病棟は、急性期治療を経過し病状が安定した患者に対して、在宅や介護施設への復帰に向け医療や支援を行う病棟である。当院では平成 28 年 9 月から当病棟が地域包括ケア病棟となることが決まった。それまで医療療養病棟であったため、病棟編成に伴い職員の知識向上や転換に至るまでの取組みと現状を報告する。

【方法】事前に病棟スタッフに対し「地域包括ケア病棟」に関するアンケートを行った。アンケート調査の結果に基づき、知識向上のため勉強会を開催した。

【結果】勉強会を開催し、在宅に向けての退院指導をする中で、スタッフ間に入院前の生活の情報収集の重要性と、退院後の生活を目標にした ADL 支援の必要性が明らかとなり、情報共有シートを作成した。

リハビリスタッフと話し合いを繰り返し、入院時に設定した退院時の ADL 目標が一目で分かる ADL カードを作成し、患者の床頭台に掲示し情報共有を図った。

【考察】勉強会の開催によって、地域包括ケア病棟についての疑問点や、業務内容の見直しなどの課題が明らかとなった。段階的に変化する患者の ADL はカードによって目標が標準化された。

【まとめ】60 日という短い入院生活の中で患者・家族が安心して在宅に戻れるように支援していくためには、早期からの情報共有と、退院後の生活を見据えた指導が必要である。患者がスムーズに在宅へ移行できるよう、他職種間での情報共有と病院内だけになりがちだった意識を、地域全体に広げる必要がある。

地域包括ケアにおける認知症患者の在宅復帰支援

○横山真樹子、山本恵視

久米川病院

【はじめに】在宅復帰を目指すなかで、それを阻む要因は多々あるが、患者が認知症の場合は自宅退院が困難となるケースが多い。治療が終わり、リハビリによってADLが向上しても、認知症に起因する様々な問題により施設入所を選択する場合もある。当院の地域包括ケア病床に入院した認知症・独居高齢者が、病院内外での取り組み、家族・ケアマネージャーをはじめとする地域との連携により在宅復帰を果たしたケースについて報告する。

【方法】86歳男性、急性期病院で慢性心不全増悪治療後、継続加療・リハビリ目的で当院へ転院。独居であり、認知症、難聴といった問題を抱えていた。キーパーソンは隣の市に住む弟。入院直後から徘徊等問題行動が出現し、院内・ケアマネージャーの初回評価では自宅退院は困難、施設入所を検討となったが、患者・家族の希望により在宅復帰に向けて、補聴器の修理、家屋調査、環境整備、外出・外泊を実施し、問題点を抽出、カンファレンスを重ねた。病院内でも並行してリハビリを実施、服薬管理の方法や、拘束解除にも積極的に取り組んだ。

【考察】自宅退院に対する不安は大きかったが、実際に外出や外泊を試すことで、問題点の抽出や改善方法を明確にすることができた。具体的にクリアしていくことで、病院側が考えていた認知症に関連したリスクを軽減することができ、事故発生時の対応を事前に検討しておくことで、本人・家族の負担減や安心につながった。

【まとめ】認知症・独居で自宅退院が困難なケースでも、問題点を把握し、具体的にクリアしていくことで在宅復帰は可能となる。退院後の訪問では昼夜逆転も改善し、ADLも向上、外出を楽しむ姿を見ることができた。

私は認知症ではないと言う高齢者の支援方法を考える ～初期の認知症高齢者の支援方法を試みて～

○林 憲司、東 幸巳

多摩リハビリテーション病院

【はじめに】軽度アルツハイマー型認知症の診断を受けた一人暮らしの87歳の男性。包括支援センター職員や警察署からの言葉に耳を傾けず運転免許が切れている中、車の運転をして周囲を危険に巻き込む恐れがあった。また、掃除・洗濯・入浴などの清潔観念が薄れていたことから、車がなくても介護保険サービスを利用し日常生活ができるよう支援していたが、介護保険サービスの利用を拒否されてしまった。さらに包括支援センター職員に対するBPSD症状も出現した。

【目的】軽度アルツハイマー型認知症の診断を受け、車を運転していることから周囲を危険に巻き込む恐れがあり、認知機能の低下からか身の回りの支援が必要となっているため介護保険サービスの利用を勧めた。

【結果】警察、病院、市役所、保健所との連携によって精神科受診に到り、自主的な入院、後見人制度に繋がった。

【考察】判断能力低下の自覚がなく、運転を継続している方が地域に存在する。そういった方を医療に繋げることが困難である。本事例は免許更新というきっかけがあり受診につながった。認知症高齢者と関わっていく上で医療を初めとする各機関と連携を取って支援していくことが重要であると考えた。

【まとめ】最終的には入院につながったが、本人が免許の更新を滞りなく進めていた場合、受診にすら繋がらなかった可能性がある。経済的な状況により生活が成り立っていない方、認知症の疑いがありながらも、車の運転等危険な行動をしてしまう方は地域に少なからず存在し、受診を拒否する方もいる。そういった方が受診するときは「何かが起きた時」の場合が多く、未然に防ぐことが今後の課題である。

生きるために胃瘻を選択し、住み慣れた地域で過ごされた一事例

○小比賀美樹

梅の園訪問看護ステーション
(多摩リハビリテーション病院)

【はじめに】神経難病や末期癌、脊髄損傷等多くの療養者は様々な医療処置を受け生活している。病状の進行に伴い、気管切開や胃瘻造設等の問題が生じた際「今後の生き方」を決定しなければならない。今回、胃瘻造設を決定するにあたり、今後の生き方を悩み考えていくI氏と家族に対し看護師として、QOLを考慮した多職種連携のあり方を検討した。

【方法】時系列におこる問題に対して、I氏と妻を中心に関わるサービスと共に以下の5項目に考慮しながら問題を解決していく。(1:療養者・家族の精神的支援、2:家族の介護力・経済力、3:多職種間の情報共有、4:多職種間の提携・支援の周知、5:訪問看護の関わり方)

【結果】訪問看護師は、胃瘻造設を選択したI氏のQOLを向上させるために、I氏、家族の思いに寄り添い、精神的援助を継続した。また、様々な情報から病状把握に努め、I氏の残存機能、家族の介護力、経済面を考慮し、多職種が共働して支援を行うことができた。その結果、I氏の生き方「住み慣れた地域で、子供達、妻に迷惑をかけず、家族の一員としての役割を果たすという事」に近づけた。

【まとめ】訪問看護師は、在宅療養生活の質を高めるために、療養者は何を求め、必要としているかを考え実施している。そのためには、1) 新たなサービスの導入、支援内容の変更など、病状変化に伴いタイミング良くチームによる介入が必要である。2) 特に医療依存度が高い在宅連携の場合、訪問看護師がリーダーシップをとることで効果的にステップアップ出来ることがある。3) 多職種の専門性と役割を共通理解し、療養者や家族の生き方に添った支援を実践する必要がある。

虐待防止対策委員会発足の過程と支援の報告

○木村結香、戸塚千絵、後藤敦志、
星野裕子、齋藤 整

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】当院は虐待対策委員会を平成26年2月に設置し3年目となる。設立のきっかけは外来のケースを通し多職種での関わりの重要性をMSWが痛感したことから始まる。発生したケースにCAPS(Child Abuse Prevention System)として関わった経緯をまとめ、報告する。

【目的・方法】委員会の設立目的を早期発見・虐待防止・被害者救済とした。当院での対象は特定妊婦、子供、高齢者が中心となる。委員長は産科医とし、医師、看護部、コメディカル、事務局をメンバー構成とした。開催頻度は月1回、事務局はMSWが担った。緊急性の高い症例の場合、別途小委員会も設けた。方法としてはスクリーニングシートを受付用・外来用・産科用・病棟用に分け作成し活用・運用する方法をとった。

【結果】スクリーニングシートにてチェックされた虐待歴のある妊婦の第2子出産ケースに介入。産前から多職種で情報共有が行われた。院内では小委員会も開催され、地域関係機関ともカンファレンスを行い産前から病院と地域とが繋がる事が出来た。対象ケースも小児虐待から高齢者虐待、DV対応やレイプの対応など幅も増えてきた。

【まとめ】近年、虐待にまつわる報道を耳にしない日はないのでは・・・と思う程、虐待は社会的な問題になっている。しかし虐待をしようと思って行っている人は殆どおらず、それが虐待となっていることもわからず、受けている方も虐待されているとは思っていないケースも少なくない。病院という、弱者が訪れる所には虐待が起こるベースがあると常に考え、防止に努めることが大切である。そのためには職員の意識を高め”気づく”ことが重要となる。今回のCAPS発足からの数例を経験し、チームでの関わりの重要性を認識した。

患者の QOL を尊重した退院支援

○田中いづみ、白坂拓也

一成会 木村病院

【はじめに】当院は急性期病床 42 床、地域包括ケア病床 9 床、障害者施設等一般病床 37 床、計 88 床の急性期から慢性期まで対応している病院である。リハビリテーションは理学療法と作業療法を提供している。作業療法士は 1 名、言語聴覚士の配置は無い。作業療法や言語聴覚療法が必要な入院患者に対しては、主治医やリハビリテーション科と相談し、回復期リハビリテーション病院への転院支援を行っている。しかし、当院がある荒川区には回復期リハビリテーション病院が無く、近隣の区に相談をしている。

今回、急性期病床から回復期リハビリテーション病院に転院した患者について下記のように調査したので報告する。

【調査期間】2015 年 4 月から 2016 年 9 月

【対象者】急性期病床から退院した患者のうち、回復期リハビリテーション病院に転院した患者

【調査内容】①人数、②入院経路、③疾患、④転院先、⑤転院先からの退院先

【結果】① 22 名、② 外来から 6 名 近隣の大学病院から 8 名 救急搬送 6 名 紹介入院 2 名、③ 脳梗塞 14 名、脳出血 6 名、脳挫傷・急性硬膜下血腫 1 名、大腿骨骨折 1 名、④ 足立区の病院 12 名、墨田区の病院 2 名、台東区の病院 3 名、北区の病院 3 名、都外 2 名、⑤ 自宅退院 10 名、急性期病院 3 名、サ高住・老健・グループホーム各 1 名、入院中 6 名

【まとめ】回復期リハビリテーション病院に転院した 22 名中 10 名 (45%) が自宅退院という結果になった。急性期病院は在院日数短縮を優先しがちだが、退院させればそれでおしまいではなく、MSW は、患者の少し先の生活を見据えて支援をすることが大切である。これからも、近隣の医療機関と連携を緊密にし、患者の QOL を尊重した支援をしていきたい。

後見人等選任を必要とする患者への退院支援と事例紹介

○稲葉陽一、星野 恵、永井淳一、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院患者の中には、生活保護受給者以外にも、独居で身寄りがない等、キーパーソンが存在しないケースが数多く発生する。この場合財産管理が不能の患者には後見人等選任の申立手続きを進めなければならない。しかし入院中に手続を行わなければ転院先等選定が困難なため、入院期間の長期化につながる。今回事例を紹介するとともに、その経過報告をする。

【方法】過去 1 年間 (H27 年 10 月～H28 年 9 月) の当院退院患者から、後見人等選任がされたケースを抽出し、内容を検討した。

【内容】調査対象となった約 180 名のうち、3 名が該当しそのうち 1 人の事例を紹介する。患者は 92 歳の女性。自宅にて転倒し当院へ救急搬送。外傷性くも膜下出血が認められたため入院となる。住居・生活状況は、市内の団地 3 階に独居、ヘルパーを週 2 回利用していた。入院前より地域包括支援センターが介入しており、入院に伴い主治医意見書作成が順調に進み要介護 3 を取得できた。外出支援で 2 度、家屋調査での自宅一時外出を 1 度行うまでになったが、体調悪化に伴い認知機能も低下し、社会福祉協議会・地域包括支援センターと連携しながら後見人等選任手続きを行った。その後、保佐人候補との本人面談などを経て退院、老人保健施設へ入所となった。

【考察・まとめ】独居高齢者の入院に関しては、認知症の有無に関わらず、早期の地域包括支援センターとの関わりを進めていく事が重要だということを確認した。また、同様の独居高齢者の把握については地域と連携していけるかであり、今後の退院支援の課題としたい。

心電図モニター装着忘れ防止に対する
取り組み

○池上吾郎、長浜行世

南多摩病院

【はじめに】当病棟は循環器・整形外科・泌尿器科の混合病棟で、2階ICU6床・3階病棟46床の計52床の病棟である。

今回、2階ICUから3階病棟へ転床された患者に翌朝まで心電図モニターが装着されていなかったというインシデントが発生した。要因を分析する中で、人的要因・環境的要因・システミック的要因など多方面からの要因があり、再発防止に向けた取り組みを行ったので報告する。

【方法】インシデントカンファレンスを行い、事実確認や対策についての意見を話し、RCA分析を用いて根本原因を抽出する。その中で、転床時の業務を見直し可視化されていなかった部分を可視化し誰もがわかるような業務マニュアルの見直しを図った。転床時の準備物品の責任の所在について明確でなかったため受け入れ看護師が行うことと明確にした。

【結果】改善後、カンファレンスを行うことでインシデントの事象の周知を図り、根本的な要因に対し、可視化することで統一した対応が出来た。

【考察・まとめ】今回の取り組みを振り返ると、人的要因については多くの様々な経験や価値観を持つスタッフがいる中で誰もが統一して行えるように可視化する重要性が再確認出来た。同一の人員でなく、毎年入れ替わるスタッフが統一した質を保持・向上するのは大変難しい。その中で5W 1Hに準じて明確にすることは大切である。

医療の質を考え、同チームとして情報共有するのか、また同じビジョンの中で仕事を進めて行くのかといったことを一人一人が考え発し、向上して行くことが重要であるという今後の課題にも繋がった。

今後も質の保持と向上のために活動を続けて行く。

回復期入院 30 日後の FIM 運動項目
における臨床的に意義のある差の検討○中口拓真、市川貴章、櫻井靖之、
小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに・目的】回復期病棟では、日常生活 (ADL) の評価として Functional Independence Measure (FIM) を共通のアウトカムとして使用している。ADLの改善と同様に FIM 運動得点の増加が見込めるが、患者自身が ADL の改善を自覚するか否かについては不明瞭である。また、アメリカ統計学会は 2016 年 3 月に P 値偏重主義への決別を宣言しており、 $P < 0.05$ のみの議論は今後望ましくない。そのため、回復期入院中の患者自身が自覚する日常生活能力の改善値を臨床的に意義のある差とし、その点数を FIM 運動スコアで評価した研究を報告する。

【方法】花と森の東京病院回復期病棟に運動器疾患により入院している患者とした。サンプルサイズの推定に $G^*power3$.1 を使用し一元配置分散分析、効果量 (0.4)、 $\alpha = 0.05$ 、 $Power(1 - \beta) = 0.8$ で得られた 76 名とした。FIM 改善に対する主観的な外的指標には Lang ら (2008) が用いた 7 件法の Global rating of change scale (GRC) を用いた。また、GRC は Halland ら (2010) の方法を参考に 1 と -1 を「Small change」群、2 と -2 を「Large change」群、スコア 3 と -3 を「Substantial change」群とした。FIM 変化量は 30 日後の値から入院時値を差分する事で評価した。統計解析は、年齢・入院時 FIM 運動得点と各 GRC・FIM 変化量に対し Pearson の積率相関を求めた。次に、GRC と FIM 値変化量の関係についても、一元配置分散分析と多重比較検定を実施し、最小 2 乗直線を求めた。統計学的有意水準は 5% とした。

【結果】入院時 FIM 運動得点・年齢と各 GRC・FIM 変化量の間で有意な相関を認めなかった。各 GRC の FIM 変化量はスコア 3 で 31 点。スコア 2 で 23 点。スコア 1 で 11 点。スコア 0 で 4 点であった。一元配置分散分析では主効果を認め ($P < 0.05$)、多重比較検定 Bonferroni 法では全ての GRC 間に有意差を認めた。

回復期リハのアウトカムに影響を及ぼすストラクチャー・プロセス ～都病協版 CI 多施設共同調査より～

○石濱裕規、小林 豊、横山 孝、安藤高朗、荒川直子、池亀正敏、玉置 薫、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、開発を進めたクリニカル・インディケータ（都病協版回復期 CI）を用いた多施設共同研究より、回復期リハのアウトカムに影響を及ぼすストラクチャー・プロセスを明らかにすること。

【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20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。回復期リハ病棟を有する会員16施設に都病協版回復期 CI への協力を依頼した。うち、10月末時点の回答(n=6、以下施設名 A～F)より、アウトカム指標とストラクチャー・プロセス指標との関連を検討した。

【結果】回復期リハのアウトカム指標を推定する FIM 効率(=FIM 運動利得/平均在院日数)は、平均 0.20、0.28>0.22>0.20(E>D>C)の順であった。在宅復帰率は、平均 78.3%、施設 88.2>83.0>82.5(E>A>D)の順であった。ストラクチャー指標として、コメディカル病棟専従数/病床数の平均値は、セラピスト 0.37、看護師 0.34、セラピストでは最大 0.63、最小 0.18(各 E、A)と格差があり、病院全体のリハ専門医数も最大 3 名から最小 0 名と差がみられた。プロセス指標として、リハ平均実施単位数(PT+OT+ST)は平均 6.9 単位、7.8>7.5>6.4(D>C>B)の順、チームアプローチ件数は平均 3、5>4>3(E>A>B)の順、退院前訪問指導件数/全入院患者数は平均 0.26、0.41>0.35>0.32(E>B>C)の順であった。

【考察】高い FIM 効率は、必ずしも専従セラピスト数とは関連せず、リハ実施単位数のみならず、チームアプローチ、退院前指導件数と一定の関連がみられた。多施設協力を通じ、リハ医療の質向上のため、優れたアウトカムをもたらす因子を明らかにしたい。

都病協版回復期臨床指標項目の有用度・簡易度と妥当性の検証

○小林 豊、石濱裕規、安藤高朗、横山 孝、荒川直子、池亀正敏、玉置 薫、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】東京都病院協会版の回復期クリニカル・インディケータ（以下、CI）は、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの3分類、計20項目から構成される。作成段階で項目選定と修正を行ってきたが、より有用な指標として確立させるべく、多施設共同調査において各項目の妥当性を有用度と簡易度から検証する。

【方法】回復期病棟を有する会員病院に協力依頼し、アンケート調査を実施した。CI 各項目における有用度と簡易度の5段階評定、および意見の自由記述を設問した。回収後、評定結果には2、1、0、-1、-2で重み付け得点化して平均値を算出した。

【結果】6施設からの回答が得られ、有用度平均値は0.2～1.8、中央値は1.2であった。簡易度平均値は-1.4～2.2、中央値は1.1であり、職員数、リハ実施単位数、退院前訪問指導件数、退院前カンファ件数、退院前カンファ CM 参加件数、転出患者数、就労支援者数等で負値を示した。自由記述では電子カルテの非導入、実施内容の非記録、病棟別集計未実施における自院の課題が挙げられた。

【考察】多施設の調査結果で全項目の有用度が評価されたことより、各項目には一定の妥当性が示されたといえる。他方、プロセス、アウトカムに集中して7項目に簡易度の負値が認められた。CIは実数設問のため、取り組み活動を記録、集計する管理体制の構築により困難さは削減できると思われる。また調査時期や事前準備に関する通知など、各施設が簡便に活用できるための援助方法を検討していきたい。

都病協版 CI の多施設共同調査の年次比較結果が業務改善にもたらす有効性

○石濱裕規、小林 豊、横山 孝、
安藤高朗、荒川直子、池亀正敏、
玉置 薫、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、開発を進めたクリニカル・インディケータ（都病協版回復期 CI）を用いた多施設共同研究より、年次比較結果が業務改善にもたらす有効性を明らかにすること。

【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20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。回復期リハ病棟を有する会員16施設に都病協版回復期 CI への協力を平成26、27年度分につき依頼した。うち、10月末時点の回答(n=6、以下施設名A～F)より、各指標の年次比較を検討した。

【結果】26年度に比べ27年度では、以下の傾向が認められた。アウトカム指標では、平均在院日数が76.4±13.9日から71.9±13.1日へと短縮傾向が認められFIM効率(=FIM運動利得/平均在院日数)は0.19±0.04から0.20±0.06へと改善傾向が認められた。ストラクチャー指標では、入院患者基本属性の年次差がほぼなかったが、セラピスト病棟専従数/病床数の平均値が0.29人から0.37人へと増加した。プロセス指標として、リハ平均実施単位数(PT+OT+ST)は6.8から6.8単位へと微増した。MSW専従数平均値は各年共1.5人であったが、医療相談件数平均は1142件から1758件、退院前訪問指導件数平均は59.3件から65.3件に、退院前カンファ実施件数平均は175.7件から472.3件に、うちケアマネ参加件数平均は59.3件から65.3件にそれぞれ増加が認められた。

【考察】医療介護連携の推進や加算要件に見合うMSWの人員増加がないまま、関連相談件数等が増えていることから、MSW、地域のケアマネへの負担増大が生じていることが推察され、構造的改善が求められる。

ヒヤリハットレポートへの意識付け～フィードバックの方法を工夫して～

○大場美智子、篠崎真美子

永生病院

【はじめに】療養を目的とした患者が入院している介護病棟では認知症を合併する患者も年々増加し、転倒等のリスクが高まっている。しかし、職員のリスク管理意識の高まりは追いついていない。早期の情報共有と対策を行う事で事故は防げるが、ヒヤリハットレポートの提出が少なく、情報共有が不十分である事、職員間で意識の差がある事を問題として上げた。今回の取り組みで職員の意識改善への効果が得られたので報告する。

【方法】職員全員に「インシデントレポートについて」のアンケートを6月と8月、「ヒヤリハットの重要性について」の勉強会を6月に実施した。レポート作成後に話し合いを行い、議事録の閲覧や伝達で情報の共有を早急に行った。

【結果】1回目のアンケートの結果から、レポート作成後3日以内に話し合うことを、議事録の閲覧や申し送り呼びかけていった。また、レポートが増えることで傾向と対策が立てやすくなり、対策も継続して実践でき、その状況も随時職員へフィードバックを行った。その結果、「自主的にレポートを記入している」が21%→37%、「ノルマで記入している」が39%→22%、「3b以上のインシデント予防に繋がると思う」が、82%→96%となった。また、勉強会を行った後、一時的に介護士のレポート件数が増え、月10件以上は維持できており、3b以上のアクシデントは、6月以降、0件であった。

【考察・まとめ】リスク管理を行う上では、他職種の視点を広げる事、実践可能で継続のできる対策が重要となる。そのための情報共有の一つがレポートであり、その重要性を個々が意識する事で、事故防止へ繋げていきたい。

当病棟の内服自己管理における問題と今後の課題の明確化 ～退院前の誤薬インシデント事例を通して～

○大谷飛鳥、池田瞳子、大久保静香、
田中弘子、永島正一

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】内服自己管理を行っている患者の誤薬インシデント事例を検証、問題点と部署の課題について報告する。

【方法】H28年6月から10月までの5か月間に起きたインシデント事例内容を集計した。そのうち当病棟での内服自己管理に関する誤薬インシデント事例5件を、当院の内服自己管理導入シートと他院の内服自己管理フローチャートと比較検討した。

【倫理的配慮】院内倫理審査委員会の承諾を得て行った。

【結果】院内全体のインシデント事例は106件報告されており、内服に関する事例は32件であった。看護師管理によるものが13件、自己管理によるものが19件であった。当病棟のインシデント事例5件のFIM（セルフケア+排尿・排便コントロール）評価は平均54/56点であり、内服一連動作においても全員動作が可能であった。他病院の内服自己管理フローチャートに当てはめても、事例5件は自己管理適応という結果であった。特に退院前日～1週間前と退院間近の患者が誤薬しているケースが多かった。

【考察】内服自己管理が自立し退院決定した時点で、疾患や内服に関する患者の理解度を確認・指導していくことが重要と考える。再確認に関する動作だけでなく内服に関する理解度を含めてアセスメントできるフローチャートを作成していく必要がある。現在これらアセスメント出来る内服自己管理フローチャート等を作成しているが、今後は作成したフローチャートを活用し、統一したアプローチが出来るようにしていきたい。

高齢患者による点滴自己抜去防止策 ～抑制帯を使用しない看護を目指して～

○秋山恵子、嶋崎聖子、下山聡子、
望月未央

等潤病院

【はじめに】認知症や一時的なせん妄により、点滴を自己抜去する患者がいる。上肢抑制帯やミトンの使用は患者の不穏を増強させる可能性があり、抑制帯以外で自己抜去を予防する方法を検討した。そして透明なフィルムで固定する方法を実施した結果、自己抜去件数が減少したためここに報告する。

【方法】点滴治療を必要とする後期高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準がⅡ以上の者、上肢にルートのある者）を対象とし、介入前3ヶ月間の患者数、自己抜去をした件数を収集し介入後と比較する。また看護師に伸縮包帯保護や従来の固定とフィルム固定を体験してもらい、アンケート調査を行なった。

【結果】介入前の自己抜去率は16～35%であるのに対し、フィルム固定を行なった患者の自己抜去率は9%と減少した。

看護師のアンケート結果では、包帯保護では圧迫感があり、従来の固定に比べフィルム固定は、装着感が少ないという意見が77%であった。

【考察】研究結果より介入前と比較し自己抜去率が減少したことから、フィルム固定する方法は自己抜去予防策として効果的と考える。吉岡らは「自己抜去を防ぐには自然な形で刺入部位へ気がつかず目障りなく不快感を与えない工夫が必要である」と述べている。看護師のアンケート結果からも、従来の固定と比較しフィルム固定では、視覚刺激・違和感の軽減につながったと考えられる。

【結論】高齢患者において、フィルム固定は自己抜去防止策のひとつとして効果的である。伸縮包帯での保護は、患者に不快感を与え自己抜去を助長させる一因となり得る。高齢者の入院による精神的変化にあわせ、安全に治療がうけられる介入を今後も課題としたい。

体動センサー装着患者の転倒・転落予防への取り組み

○平野美幸、工藤沙希

河北総合病院

【はじめに】当病棟は40床であり、常に10～15人の患者が体動センサーを装着している。年間転倒転落件数は60件を超え、体動センサーのみでは転倒転落を防ぎきれないのが現状である。今年度は事故の件数を低減させるべく新たな取り組みを始めた。その結果をここに報告する。

【方法】体動センサーを装着している患者の部屋から退室する際、①センサーのスイッチがONになっているか、②確実に患者に装着されているか、③紐の長さは適切か、を確認する。また、退室時①ベッドの高さは最低位、または患者に適しているか、②ナースコールは患者の手の届く位置に設置されているか、ということ『指差呼称』で確認する。確認をした看護師は、リーダー看護師にセンサーチェックの実施を報告する。2016年5月16日～6月16日までを評価期間とし、対象者は当病棟入院中の全患者とした。

【結果】取り組みを始める1ヶ月前の時点では、転倒転落の件数が5件（そのうち、体動センサー装着患者：4件）だったが、取り組み期間中の転倒転落の件数は4件（そのうち体動センサー装着患者の転倒は2件）であった。

【考察】今回の取り組みは毎日指差呼称を継続して行うことでスタッフの体動センサーに対する意識付けに繋がり、声に出すことで1つ1つをしっかりと確認することが出来るため、センサーのつけ忘れやスイッチの入れ忘れを発見することにも繋がった。取り組みがマンネリ化してしまわぬよう適宜カンファレンスや申し送り時にスタッフへ声掛けしていく。また、看護師だけでなく他職種にも上記の取り組みを呼びかけ、皆で転倒転落予防に努めていく必要がある。今後も安全・安楽な看護を提供できるよう、取り組んでいきたい。

徘徊患者の離院防止対策を実施して

○大西玲奈、相場真弓

久米川病院

【はじめに】当院では包括ケア病床の導入に伴い、活動的な要介護1から3の認知症患者が増え、昼夜問わず徘徊し離院してしまう事例があった。インシデント報告を通し院内全体で離院防止対策を立て、取り組んだことで、患者様の安全を守ることに繋がった事例を報告する。

【方法】インシデント報告をもとに離院する危険がある患者様への対策を立てた。内容としては、ご家族の同意を得て顔写真を撮り、院内パソコンの共有ボックスで職員が確認できるようにし院内連絡網で徘徊の危険性があることを伝え情報を共有した。また、全部署に連絡カードを配布し、徘徊する可能性のある患者様が当院に入院されているという情報を各部署のスタッフルームに掲示した。そして患者様には統一した色の病衣を着ていただいた。

【考察】該当する病棟だけでの情報共有と対策は、他の部署のスタッフに共有されないため徘徊者の発見が遅れてしまうが、インシデント報告を通し病院全体で事例を共有したことで様々な対策を立てることができ、病棟以外の場所でも徘徊者が早期に発見されやすくなった。そして離院を防止し、患者様の安全を守ることができた。同時に、患者様を抑制する事無く、尊厳を守ることにつながったと考えられる。

【まとめ】病院全体で情報を共有することで職員一人ひとりが患者様の安全をより意識することができた。これにより、病棟だけではなく、様々なコメディカルとコミュニケーションがとれ、連携をとっていく姿勢がよりもてたと考える。

今後もインシデント報告などの病院全体で共有すべき事例を、色々な立場から考え、対策を行っていきたい。

当院における E-CALL 事例の分析

○田中雄一、武井宏一、須藤憲一、
青木紀子、岩崎文美、屋地千鶴、
時任早苗、江積孝之、齊藤 綾、
名田部明子

野村病院

【はじめに】当院では平成 26 年 1 月より、患者急変時対応に E-CALL を運用している。今回、E-CALL の運用を顧みるため、全事例について検討を行った。

【症例】平成 26 年 1 月から現在までの全 20 症例

【内容及び経過】発生件数は、平成 25 年度（3 ヶ月間）4 例、平成 26 年度 7 例、平成 27 年度 6 例、平成 28 年度（6 ヶ月間）3 例の計 20 例であった。男性 11 例、女性 9 例、年齢別では、40 歳未満はなく、40 歳代 2 例、50 歳代 3 例、60 歳代 1 例、70 歳代 6 例、80 歳代 5 例、90 歳代 3 例であった。属性は、外来患者 16 例、入院患者 2 例、家族（見舞い）1 例、職員 1 例であった。発生場所は、外来受付付近 11 例、検査処置室 6 例、トイレ 2 例、病棟 1 例であった。発生時間帯でみると、全 20 例が日勤帯の発生であり、夜勤帯の発生は 0 例であった。コール理由は、意識消失 15 例、転倒 3 例、心肺停止 1 例、飲酒後酩酊 1 例であった。転帰は、帰宅 9 例、入院 7 例、死亡 4 例であり、気管挿管を行った症例数が 3 例、AED を使用した症例は 0 例であった。死亡 4 例の死因は、上部消化管出血、急性大動脈解離、進行大腸癌、心筋梗塞であった。

【考察】

- ①中年から高齢者にわたり発生しており、幅広い年齢層に対する初期対応が必要。
- ②発生場所のほとんどが外来エリアであることから、医事課職員の BLS 講習が必要。
- ③病棟での E-CALL が活用されておらず、病棟勤務者の E-CALL に対する認識の改善が必要。
- ④転倒を軽減するために、院内環境および患者動線の評価が必要。

【まとめ】E-CALL 事例の分析を行い、現在までの課題を明らかにした。

手術室器械出し看護師の血液飛散に関する調査

○桐山裕平、小椋福子

等潤病院

【はじめに】皮膚・粘膜への血液・体液曝露に着目した報告はされており、手術室は患者の血液・体液等に接触する機会が多いことからアイゴーグル着用による保護はより重要であるといえる。

しかし、当院ではアイゴーグル着用による感染対策の意識が低い状況であった。そこで今回、手術室器械出し看護師に対する眼周囲への血液飛散の実態調査を行い、アイゴーグル着用による感染対策の重要性が明らかになったためここに報告する。

【方法】器械出し看護師が着用したアイゴーグルを回収し血液飛散の有無を知るためルミノール反応による調査を行った。血液飛散の割合・関連情報をもとに t 検定を実施した。

【結果】アイゴーグルの 28% に血液飛散を示す反応を認めた。t 検定の結果、出血量の有意差が認められた。

【考察】今回の結果より、器械出し看護師は眼周囲に血液の飛散を受けていることがわかった。

また、血液飛散のリスク因子として年齢・手術時間の t 検定の結果、有意差は認められなかったが、出血量の有意差が認められた。そのため、出血量が多くなればなるほど、血液飛散の割合も高くなることがわかり、血液飛散は出血量との関係性が深いことが明らかになった。しかし、関連情報より少量な出血でルミノール反応がありとなった症例がみられた。そのことから、手術内容や出血量に左右されることなく、感染対策の意識を高く持つことが重要であると考えられる。

【まとめ】出血量が増すことでより血液飛散リスクを高める要因であることが明らかになったため血液飛散リスクの低減には眼周囲をアイゴーグルで常時保護し感染対策していく必要がある。

手指消毒薬携帯ポーチ導入の効果

○眞柄雄樹

大久保病院

【はじめに】A病院では手指衛生遵守のための方策として手指消毒薬用携帯ポーチを導入した。その結果、手指消毒実施回数は微増に留まったが、微生物の検出数が減少したのでここに報告する。

【方法】携帯ポーチを導入した2015年9月を基点とし、前後9か月間の8病棟における手指消毒薬払い出し量を調査した。そこから手指消毒回数を試算し、延べ入院患者数で割ることで入院患者1人あたり1日の手指消毒回数を算出した。次にMRSA、ESBL産生菌、緑膿菌の3項目について細菌培養検査の陽性検数をカウントした。

【結果】部署別の患者1人あたり1日の手指消毒実施回数は、1部署が0.9回減少したが、7部署で0.1回～1.6回増加した。また全部署の平均値を施設全体の結果について、前後9か月間の平均値は5.7回から6.1回に微増した。次にMRSAの新規検出数は1月あたりの平均が3.4件から2件に減少した。同様に緑膿菌は3.7件から2.2件に減少した。ESBL産生菌は1.9件から1.2件に減少した。

【考察・まとめ】手指衛生の遵守率を改善するために携帯ポーチを導入したものの、手指消毒実施回数に著変は見られなかった。このことは、手指消毒薬の携帯が真に効果を発揮するためには導入時の周知活動に加え、継続的なアプローチが必要であることを示唆している。一方、微生物の検出数が減少したことは、手指消毒薬の携帯がそれ以前と同じ実施回数であっても、より適切なタイミングでの実施に寄与したことで検出数の減少につながった可能性が示唆される。ただし今回の研究では、実際の現場において手指消毒がどのようなタイミングで実施されているのかについて明らかにできていないため今後のテーマとしたい。

MRSA 院内発生低下への取り組み

○山崎 浩、跡部睦子、奥野 綾、
平田雅子、森 宏

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。今年度9月までの月平均新規入院患者数は382名、平均在院日数は12.5日である。

院内感染対策委員会において、接触感染の指標としてMRSAの検出状況をモニタリングしている。平成27年度の新規検出患者数は107名、うち持ち込み52名、新規発生率は1.09となり、過去3年間で増加傾向を認めたため、新規発生率の低下を平成28年度の目標として定め、多職種による取り組みを実施したので、その一連の活動内容と経過を紹介する。

【方法】SHEA(米国医療感染学会)/IDSA(米国感染症学会)が提唱する「急性期病院における医療感染の予防戦略」を参考に対策の見直しと強化を実施することとした。

平成28年5月1日から7月31日までの期間、MRSAの検出が最も多い内科病棟で全新規入院患者を対象とした鼻前庭の保菌チェックを実施した。さらに、手指衛生キャンペーンとしてリマインダーポスターの掲示、擦拭手指消毒剤の消費量調査を通じて「手指衛生5モーメンツ」の周知徹底を試みた。目標はMRSA新規発生率1.00以下とした。

【結果】新規入院患者のMRSA保菌率は平均6.5%であった。4月から9月までの新規発生率は平均0.54であった。

【考察】手指消毒によりMRSA感染が減少することは知られているが、習慣化するには数年かかるとも言われている。今回の短期的な対策の効果を評価することは困難であるが、目標を設定することで、院内感染対策への意識向上がみられ多職種がそれぞれの専門性を生かした活動を講じることができた。対策をいかに継続していくかが重要な課題である。

ICT 活動における地域サーベイランスについて

○延藤正則

一成会 木村病院

【はじめに】日々の ICT 活動を行う上で、自院の分離菌サーベイランスを行うことは重要である。近年、自院と他院のデータとの比較は、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（以下 JANIS）の公開データで比較できるようになった。しかし当院は、院内に細菌検査室を持たない小規模の病院で、知識も経験も不足しており、JANIS への参加はおろか、自院の細菌分離率データを把握出来ていなかった。今回感染防止対策加算合同カンファレンスで、地域 6 病院による細菌検査地域サーベイランスに参加し 2 年が経過したので報告する。

【方法】感染防止対策加算 1 病院の提案で加算 2 の 5 病院が参加した。2014 年 4 月より 4 ヶ月分の各病院細菌検査データを自院で計算し、加算 1 の病院が、データを取りまとめ、各病院にフィードバックし、カンファレンスの中で問題点などを指摘してくれた。各病院のデータ計算方法は、JANIS 検査部門のデータ計算に準じて行った。2016 年 7 月時点までデータ集積は継続している。

【結果】同一の計算方法により、自院、他院、JANIS のデータと比較できるようになった。自院内の病棟別のデータが比較できるようになり、急性期病棟と長期療養病棟で分離率に大きな差があることがわかった。長期にわたってデータを取ることで、期間によってデータに変動があることがわかった。

【まとめ】今回のサーベイランスで、分離菌データを漫然と集積するのではなく、他との比較、検討、問題点の指摘など ICT 活動に変化や課題を得ることができた。今後、ICT 活動における地域サーベイランスの継続と、毎月データを集積する JANIS への参加の必要性を感じた。

当院におけるインフルエンザ流行レベル別感染対策

○曾我 淑、金澤真由華、清野奈保 ほか

久米川病院

【はじめに】以前、当院ではインフルエンザ発症やその疑いの患者が発生すると、食事場所や、部屋移動の可否、転入出について現場の混乱が生じていた。また、医師や ICT への問い合わせ殺到により現場への対応に苦慮していた。今回、インフルエンザ流行レベル別感染対策を作成、導入したので、ここに報告する。

【方法】国立感染症研究所のインフルエンザ流行レベルと、当院院内におけるインフルエンザ発生状況に基づいて流行レベルを I～V と設定した。また、感染対策の内容として、現場での感染対策時混乱が見られたものについて、マスク着用、環境整備、面会やリハビリ制限、食事場所、入退院制限について明記した。この感染対策は 2014 年 2 月より導入開始し、ICT 会議毎に運用状況について報告、修正を加え改訂していった。

【結果】導入前 2013 年、インフルエンザ院内発生 20 名であった。導入後 2016 年、院内発生 0 名であった。

【考察・まとめ】当院における入院患者平均要介護度は要介護 4.7 である。このことから、患者自身がインフルエンザ感染したことは考えにくく、職員や面会者から感染、感染拡大に至ったことが考えられた。インフルエンザ流行レベル別感染対策を導入したことで、インフルエンザ感染やその疑いの患者発生時に、どの職員が対応しても統一した感染対策が可能となった。また、導入前の課題であった、現場の混乱が緩和され、迅速な対応や各病棟間の情報共有化がためされたとされる。2016 年、院内発生 0 名を受けて、インフルエンザ流行レベル別感染対策に基づいた対応を継続していきたいと考える。

新型インフルエンザ流行を想定したドライブスルー診療の検討

○山口朋禎、松永展明、勝田 誠、
荻部寛人、長井直人、高草木伸子

東京臨海病院

【はじめに】東京都の「新型インフルエンザ等保健医療体制ガイドライン」では、人口の30%が感染するとしており、流行のピーク時は、相当数の患者が外来に殺到すると考えられる。その対応策として、我々の施設の特徴を活かした「ドライブスルー診療」を考案した。

【目的】新型インフルエンザ流行期を想定して、「ドライブスルー診療」の实地訓練を、①パンデミックで発生した大勢の患者に速やかに対応すること、②患者同士の交差を減らすこと、③患者と職員の不要な接触機会を減らすこと、を目的として、区の医師会、地域連携施設、保健所などと協力して行い、その有効性と課題を検討する。

【方法】自家用車で来院した患者に対し、新型インフルエンザ罹患の可能性の有無と症状のトリアージを行い、駐車場に設定した診療スペースに誘導する。患者は乗車したまま、医療スタッフが赴き、診察、検査、処方、会計まですべてを車内で行い、そのまま帰宅させる。この一連の行程を様々な患者を想定したシナリオに基づいて实地訓練を行い、その妥当性と問題点を検証した。

【結果と考察】車両内で診察から会計までのすべて完結することで患者同士の接触を防ぐことができた。患者は定められた動線を移動することで、職員が不用意に患者に接触することがなかった。また、患者の来院から帰宅まで、一診療あたり、約20分程度で診療することができ、診療の時間短縮にもつながった。一方で、重症患者の早期対応、徒歩で来院した患者の対応方法など、いくつかの検討すべき課題も認められた。

【まとめ】新型インフルエンザ流行期のドライブスルー診療は、当院の特徴を生かした有効的な診療手段であると考えた。

看護師が取り組むベッドコントロール ～学習会実施と取組結果報告～

○大亀真由美、大塚智子、斉藤隆子、
宇佐美路子、中村央子、大橋 忍、
竹田浩子

豊島病院

【はじめに】ますます厳しくなる診療報酬改定をかんがみ、病院とその環境はめざましく変化を遂げている。看護師にも患者のケアのみならず、組織支援と経営改善に取り組むことが求められている。その一環として、効率的なベッドコントロールを目的とした学習会等を実施したので、その取り組み結果を報告する。

【方法】緊急入院受け入れ時の看護師の対応について実態調査による受け入れ困難要素を抽出した。各部署においてベッドコントロールに関する学習会を実施し、各部署で取り組める方策を検討してもらい、実践・評価した。

【結果】緊急入院の受け入れは、昼夜ともに90%以上でほぼ受け入れていた。また75%の看護師は入院受け入れ時の対応が良かった。受け入れ困難の理由は、「ベッドや部屋に関すること」(47%)が最も多く、次いで「人手不足や業務調整に関すること」(30%)であった。学習会実施後の各部署の取り組みは、診療科や各部署の特色や特性を考慮し、検討されていた。夜間の緊急入院に備え、ナースステーション近くの病床を空けることや緊急入院で使用頻度が高い物品の準備など、実践可能な方策が多かった。また、特定入院料の対象となる患者は加算適応病棟へ入院させる、緊急入院の患者・家族の気持ちに寄り添う、前向きな緊急入院受け入れなどの変化があった。

【まとめ】学習会は、看護師が医療を取り巻く情勢や病院の現状を理解し、経営に対する意識を上げるのに役立ち、各部署での実践可能な取り組みに繋がったと考えられた。今後の継続が課題である。

病院救急車の有効活用

○上野拓也、河内賢司、前原裕子、
永井淳一、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院は222床の東京都指定二次救急医療機関であり災害拠点病院にも認定されている。平成26年4月から病院救急車を所有・運用しており、主に在宅診療や訪問看護ステーションの利用患者が緊急入院を必要とした場合、および高次機関施設への転院搬送に活用している。また、平成26年に開始した町田市医師会主導による在宅療養患者高齢者搬送支援事業にも参画し運用している。今回2年間の出動記録を基に今後の活用について検討したので報告する。

【方法】平成26年4月～平成28年10月までの病院救急車の出動記録226件から、対象患者の疾患・年齢などの情報を抽出し出動内容について分析した。

【結果】病院救急車出動理由は、①専門外処置および患者都合による転院搬送111件/49%、②急変による緊急入院目的の在宅診療患者受入97件/43%で、利用者の平均年齢は72歳であった。この事から病院救急車は高齢者を中心に利用されている事が判明し、高齢者に対する病院救急車の活用方法を検討する事が有効活用への課題である事がわかった。

【考察】高齢者の救急搬送数が増加している現在、在宅療養患者高齢者搬送事業は、緊急性は高くないが入院の必要がある地域の在宅患者を病院救急車で搬送するシステムである。この事業の運用数が伸びない理由は、利用方法が広く認識されていないことが原因の一つだと考えられ、開業医の先生方や協力医療機関・施設にも広く告知する事が必要である。しかし現状では利用上の要件が細かく設定されている事もあり、柔軟に対応する必要がある。相反する状況の下、病院自身の認知度向上にもつながると考え、今後も活動を継続し利用者への普及を目指していきたい。

医療法人 web ページ広報戦略における KPI の有効性

○齊藤 梓

医療法人社団永生会
(永生病院)

【はじめに】近年、医療業界においても web 広報の重要性が意識されつつある一方で、何を目標として、どういった効果測定を行うべきか、あまり議論がされてきていない。

現場の声として聞くのは、「利用者やご家族にどのくらい訴求できているのか。」「web を充実させることが、どのように集患につながるのか実感できない。」という意見で、購買、資料請求、問い合わせ、予約等の web 上で集客、収益に直結するアクションが必ずしも存在するわけでない医療法人サイトにおいて、これは当然の反応である。

しかしながら、web の充実化を図るためには、目標設定が不可欠であり、関係者が効果を実感できる指標を示すことが改善への動力となると考える。

【方法】今回は、永生会の各事業所のニーズの掘り起こしを行い、①法人内で共有するためのわかりやすい KPI (Key performance indicator) の作成と②外来件数や入院件数等、実際の集患データとの相関を検証した。

使用ツール：Google Analytics

対象期間：2015年9月30日～2016年9月30日

【結果】6つのカテゴリーごとに KPI を作成し、月次でレポートが自動メール配信される仕組みを構築した。また、永生病院の外来件数と web 上のアクセスページの閲覧数に相関関係が見られた。

【考察・まとめ】法人の web ページが閲覧されている地域や年齢層、性別比、行動パターンなどの具体的なユーザー像が見えてくる。客観的なデータをもとに web の改善を行うために、KPI を設定し定期的に評価することは、効率的な改善につながると考える。

手術を受ける患者への分かり易い入院説明を考える

○田辺未来、船木泰代、米原亜佐子、
向山美樹、田中妙子

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で開院して2年目となる。外来看護の特徴として、手術を受ける患者に分かり易い入院説明を個々にあわせて行なう事が求められている。しかし看護の実際では、時に手術の延期に影響を及ぼしかねない事例もあり、説明力について課題を感じていた。そこで私達が行う説明について患者と、説明看護師の視点で評価し、検討が必要と考え、調査を行ったので報告する。

【方法】1. 手術で入院する患者に入院説明に関するアンケート調査

期間：H28年9月～11月、対象：62名

2. 入院説明を行う外来看護師にアンケート調査 対象：9名

【結果】1. 患者アンケート結果は、「ほぼ適切」との回答

2. 看護師アンケート結果は、説明内容が「統一されていると思わない」が半数以上

【考察・まとめ】入院説明を行う看護師のアンケートでは、①入院チェック表の活用不足、②手術に必要なデータチェックができるように、入院チェック表のタイムリーな改訂を同時に行う必要があると意見があった。しかし、患者アンケートの実際は、大多数が理解度良好であった。これは、説明事項が多く、個別性に応じた説明もあるため、個々に内容が違ってくるものの、必要最低限の説明が、統一できていたことによるものと思われる。また、重要性が高い内容や、インシデントが起きやすいことを、説明者が認識しており、意識して患者に伝えていたことがあげられる。

今回、患者から、一部の説明内容を聞いていないという意見もあった。今後、重要性を理解していただける説明方法についての検討をしていきたい。

外来と連携した白内障手術時の安楽な体位の取り組み

○色川幸子、渡邊里子、川上滋子、
内山裕美、市橋富子、小平祐造、
猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】当院の白内障手術は日帰り手術であり、患者の情報はカルテと外来からの情報用紙から得ているが、腰痛や膝痛等の症状は入室後に把握することになり情報を活かさないまま手術になるケースが多かった。そこで外来と連携し患者個々の症状に合わせた安楽な体位で手術に臨めた取り組みを報告する。

【方法】

1. 対象は腰痛・膝痛を訴える患者5名

2. 1) 外来の術前オリエンテーション時に、術前訪問を施行

2) 患者から症状を聴取し、痛みの部位や程度を痛み評価表（以下VRS）を用い評価

3) 手術時同様仰臥位でクッションか体圧分散マットを選択してもらい、膝下部に挿入するなど患者が安楽と感じた体位を10分間施行
4) 施行した体位で手術に臨み患者に感想を聴取

【結果】術前訪問の5名中（平均年齢76.4歳）腰痛は1名、膝痛は3名、両方は1名だった。クッションを選択したのは2名、体圧分散マットを選択したのは3名だった。5名が膝下部に挿入を希望し、施行後は全員が痛みは軽減もしくは感じなかったと話された。手術後の患者からは「楽だった」「痛くならなかったよ」などの感想が聞かれた。

【考察・まとめ】外来スタッフと情報を共有し個々の症状に合わせた体位で手術に臨めたことは、手術後の患者の言動から痛みの軽減に効果的だったと言える。実際に体験した事でイメージができ手術に対する不安の軽減の一因になると考えられる。カルテから得られなかった情報が術前訪問をすることで明確になり継続看護に繋げられる。

短い時間での術前訪問でも信頼関係の構築を図るため、高齢者に対する個々の症状にあわせたオリエンテーション内容を外来と検討していくことを課題とする。

外科術後のドレーン排液色認識の相違への取り組み

○小林愛唯、小林智美、清水 歩、
出永理香、市橋富子、小平祐造、
猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】当病棟は外科、整形外科の急性期一般病棟であり、外科の手術後はドレーンを挿入されているケースが多い。手術後のドレーン排液の観察は、看護師間や医師・看護師間で色調の認識に相違があり、統一が図れていない現状があった。

排液を観察する箇所により色調は異なって見える事で、異常の早期発見が遅れる可能性がある。そこで、観察する箇所、色調の認識を統一させるべく、医師と連携し色調スケールを作成した取り組みを報告する。

【方法】対象：看護師 29 名 医師 4 名 期間：平成 28 年 8 月～11 月 方法：1. ドレーン排液の観察時の現状調査 2. 色調スケール表作成・使用 3. スケール表使用後の意識調査

【結果】ドレーン排液の観察時の現状調査の結果、個々の看護師がドレーン排液を観察している箇所が異なる事と色調の認識の違いが明らかになった。色調の判断が困難なドレーンの写真を撮影し、それを元にスケール表を作成した。排液を観察する箇所を統一した事で、看護師・医師間で共有することができた。また、自信がなく不安が多かった経験の少ない看護師もこのスケール表を使用する事で、夜勤等一人で判断する際も不安なく色調を観察できるようになった。

【考察・まとめ】ドレーン排液観察時は、観察する箇所を決め、スケール表を使用する事で、排液色の色調の認識統一が図れるようになった。経験の浅い看護師であっても、指標となるスケール表により、迷うことなく自信を持って観察することが出来るようになったと考えられる。新人教育や他部署での活用が今後の課題である。

下肢静脈瘤ストリッピング手術への取り組み

○阿部志保、高平久美、宮澤久美子、
栗田真紀

一成会 木村病院

【はじめに】当院手術室は、2015 年度に 142 件の整形外科・外科手術を行なっている。昨年 5 月より新たに下肢静脈瘤のストリッピング手術を行う事になり、3 月末までに 18 件施行した。

ストリッピング手術は、当院ではしばらく行われていなかったため、現スタッフはほぼ全員が初の取り組みであった。その導入・取り組みについて報告する

【取り組み】事前準備として、手術担当医師による勉強会を実施した。それを基に、外来スタッフ向けに、手術までに患者にどんな準備が必要かをまとめた資料を作成した。手術室スタッフ向けには、初めてでも解かるように、写真付きで手順をまとめた。患者用には、手術までの準備や、手術後の注意点などの要点を分かりやすくまとめたパンフレットを作成した。その後、院内全体で情報共有するために、院内マニュアルを作成した。

【問題点と解決策】手術を実際に行う中で、日帰りの手術を入院して行いたいという症例があり、病棟との連携に手間取ったため、急遽入院用の患者用パンフレットなどを作成した。術後の弾性ストッキングの装着困難に対し、看護師側及び患者側の対策を立てた。術中の冷えて尿意が起こり、患者が苦痛を訴えたため、尿カテーテルを挿入し対応した。

【考察】手術導入前の事前学習や情報収集・パンフレットの作成など、事前準備を念入りに行なった。手術中・手術後の問題点については、その都度スタッフで検討し改善を行った。その結果、スムーズに、安全安楽に手術が行われるようになった。

【おわりに】今後、下肢静脈瘤の知識をより深め、患者の受診を促し、早期の治療につなげていきたい。

大腸内視鏡検査を受ける患者の不安に
考慮した前処置の方法の検討

○川上直行、中村 恵、一ノ瀬友啓

等潤病院

【はじめに】大腸内視鏡検査に必須である前処置において、当院では患者の不安や羞恥心への配慮として塩類下剤、およびラキソベロンを服用することで対応してきた。本研究ではこの現状のさらなる改善を検討した。

【方法】平成28年7月～8月、壮年期以上を対象に、大腸内視鏡の経験の有無に限定せず、半構造化面接で回答を得た。なお、倫理的配慮は『倫理研究に関する倫理の方針(2003)』に基づく。

【結果】対象者は31名（平均年齢：61.6歳、男女比：17/14）、21名は下剤使用経験がなく、13名は下剤服用への不安があり、頻回のトイレや不眠に関する不安の回答があった。

【考察】処置前に不安をもつ13名のうち10名は初回処置の方であり、もう3名は2回目以降の処置であった。越智らは「排便習慣が便秘気味な患者に対しては、前処置は強めに行う必要がある」というが、「ニフレックとラキソベロンの併用により腸管洗浄が良好で、前処置の中断も少なく有用である」と述べている。本研究では主な不安は「頻回のトイレ」が最も多く、その他は不眠や腹痛に対するものであるが、これについては現状の腸管洗浄の継続は処置方法としては妥当と考えられる。しかし、不安が多様性を呈しているため、今後は、年齢による不安の種類をプレテストにより抽出し、焦点化した不安項目に限定して、よりよい前処置の実践を目指す。

緊急入院対応時の情報共有への取り組み

○川上恵子、中村裕子、徳田典子、
内山裕美、市橋富子、小平祐造、
猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】当院は東京都指定2次救急医療機関であり、救急搬送件数の増加と共に緊急入院も増加している。同時刻に緊急入院対応が必要となることも多く、複数の患者に対して複数の外来職員（看護師、救急救命士、看護助手）が関わらざるを得ない状況下で、情報が混在し共有困難な現状がある。そのため、検査漏れや患者誤認の危険性及び入院迄に長時間を要することもあり患者への負担等様々な弊害が生じる可能性がある。患者に対応する外来職員が安全かつ迅速な対応をするには、情報共有が重要な課題と考えた。外来職員を対象として緊急入院対応時の情報共有に関する現状調査を行い、それを基に情報共有用紙を作成・使用した結果、患者の情報共有に繋がったのでその取り組みについて報告する。

【方法】1) 対象：外来職員（看護師、救急救命士、看護助手）39名 2) 期間：平成28年10月～12月 3) 研究方法 (1) 緊急入院時の現状調査 (2) 情報共有に関する職員の調査 (3) (1) (2) の結果を参考に情報共有用紙作成・活用

【結果】緊急入院時の現状調査では75%が困ったことがあると回答。情報収集内容と共有、伝達方法が統一されていない事が明らかになった。さらに情報共有用紙を望む意見もあった。調査結果から情報収集項目を抽出し、情報共有用紙を作成・活用する事で患者の情報共有につながった。

【考察】外来看護をする上で患者の把握は最も重要な要素であり、同時刻の複数入院対応時でも情報共有は必要不可欠である。今後も使用していく中で改善しながら、さらに効果的な情報共有用紙となるよう継続的に取り組んでいくことを課題とする。

当病棟看護師の意識調査 ～今後の業務改善に向けて～

○関根浩子、青木玲子、杉野 幸

一成会 木村病院

【はじめに】2015年度から当病棟（障害者施設等一般病棟）は、患者層や診療・看護管理体制などが大きく変わった。看護業務もそれに従い複雑化し、多岐にわたるようになった。看護業務や環境の変化について看護師より様々な意見が聞かれるようになったため、アンケートにより意識調査を実施した。

【方法】2016年4月～5月にかけて、当病棟看護師22人（常勤10人、非常勤12人／4月4日現在）に無記名にて、年代、経験年数、離職を考えた有無を問い、要因は7項目に分け集計したものと、他、自由記載とした。

【結果】離職を考えたことのある人は81%、ない人は19%だった。要因を全体で見ると、1位疲労、2位待遇、3位人間関係、4位腰痛等の身体的事情・やりがいいがない、6位家庭の事情、7位教育体制、の順であった。

【考察】今まで以上に検査、処置、点滴など負担が増え、疲労、身体的事情が大きくなった。業務に追われ患者一人一人に携わる時間が限られることで、質の高い看護を提供できず、やりがいいを感じられなくなっている。さらに非常勤増による働き方の変化や待遇の不满によって離職という意識が生まれているのではないか。看護の仕事の重要性を再認識するような機会を定期的に設けることが有効であると考えられる。

【まとめ】常勤・非常勤ともに、少しでも働きやすい職場になるよう業務改善をすることで、ケアの質を下げずに増える業務に対応していきたい。併せて、多岐にわたるようになった障害者施設等一般病棟の看護師の仕事の評価、病棟師長不在の中での他部署との調整など管理システムの見直しが必要である。

スタッフの介護負担軽減への取り組み ～介助グローブ使用を試みて～

○永田裕子、荻野秋子、伊藤真弓、
立花エミ子、越永守道

信愛病院

【はじめに】当病棟における入院患者の平均介護度は4.6である。

日頃から、褥瘡や関節拘縮などの合併症の予防に努めているが、体位変換を行う際に負担を感じているスタッフが多い。そこで今回、スタッフの介護負担を軽減させる目的で、介助グローブの使用を試みたので報告する。

【方法】病棟スタッフを対象に学習会を行った後、介助グローブを使用して体位変換を行った。アンケート調査は介助グローブ使用の前後に行い、その結果を基に介助グローブの有効性について検証した。

【結果・考察】学習会を行った後、実際に介助グローブを使用し体位交換を行ったが「グローブが外れてしまう」「使いこなせない」という意見が聞かれたため、動画を取り入れた学習会を再度行なった。アンケート調査では介護負担の程度を5段階で評価した。介助グローブ使用前では負担が最も大きい5と回答した人は26%、4と回答した人は32%、3と回答した人は37%、だった。介助グローブ使用后では負担5と回答した人は0%、4と回答した人は10%、3と回答した人は30%であった。また、「少しの力で行える」「体の負担が減った」等の利点が上がっていることから、介助グローブは介護者の負担軽減に有効であると考えられた。

退院調整看護師の導入に伴う、院内入院時看護記録改正の試み

○岡野みなみ、真壁あずさ、依藤紀子、
吉田朋子、浅野光彦

いずみ記念病院

【はじめに】当院は一般病棟と回復期リハ病棟を持つ二次救急医療機関である。一般病棟は4科混合病棟であり、退院調整は、医師、MSWと、多重業務である看護師とともに行ってきた。しかし、高齢社会に向け、家族構成、社会・住宅環境、制度の変化により「退院調整」の必要性が高まってきた。そこで、退院調整を進めていくため、2016年10月1日に地域連携室へ退院調整看護師の導入を試みた。新たな課題となった看護要約改正の意義と、その後の退院調整の効果について考察を加えたので報告する。

【対象と方法】一般病棟看護師32名、介護士12名、医療事務2名、MSW6名、退院調整看護師1名を対象に入院時看護記録に関するアンケートを実施。改正後再度アンケートを実施した。

【結果】アンケート調査の回収率は100%であった。集計結果から福祉サービス、Bathel Index、持参薬の項目の改正を求める回答が半数を占めた。そのため、福祉サービスの充実と生活状況や看護必要度B項目を反映した内容の具体化を行った。そして、50%以上の同意が得られた7項目を新たに追加した。

【考察】生活の場である「家」に帰りたいという患者の思いから、入院時より、退院を見据えた調整の必要性が高まっている。看護記録の改正により業務量は増大となるが、看護師の協力的な姿勢は、今後導入予定の電子カルテシステムへの柔軟な対応と、退院調整に対する意識を再確認する機会となった。また、一年後の診療報酬改定に向け、退院調整の意識を高くもつことは、患者の希望に近づく第一歩と考えられた。

【まとめ】今後も継続的に、医師、看護師、MSW、介護士、医療事務員と共に情報の共有をはかり、患者の意思を反映させた退院調整を目指したい。

退院支援導入の経緯と結果

○古川 愛

調布病院

【はじめに】退院支援の重要性が注目されている中、当院では平成26年4月より退院支援看護師を地域連携室に配置し、退院支援を行うシステムを導入した。今回システム導入後の活動経過を振り返るとともに、アンケートを実施し退院支援に関する意識調査を行った。そこから今後の課題が明確になったので、ここに報告する。

【方法】①1年ごとに経過を振り返り目標達成度を評価・分析し、課題を明確にした。②アンケートを実施し退院支援についての意識調査を行った。対象は医師8名、看護師病棟勤務者34名、コメディカル7名（回答率86%）。

【結果】1年目はマニュアル作成、他職種カンファレンスの実施、2年目は退院前カンファレンス実施を目標に行い、3年目は退院支援委員会を立ち上げ、各病棟に退院支援リンクナースを配置した。アンケートの結果より、ほとんどのスタッフは「退院支援看護師がいる前と後では退院支援の意識がかわりましたか」の質問に、かわったと回答している。患者さんの身近にいる看護師は、退院支援に興味があり退院支援は必要と考えているが、退院支援が難しいと考え積極的に取り組めていないことがわかった。退院支援とはなにか、漠然としていてなにをしていいかわからないというスタッフからの言葉も聴かれた。

【考察】退院支援を進める上で患者の一番そばにいる看護師の存在は大きく、患者の今後の生活に影響を与える。円滑で充実した内容の退院支援を行うためには、わかりやすく手順を踏めるシステムの構築を行ない、退院支援を日常ケアの1つとしてとらえ介入ができるよう、意識改善を行っていく必要がある。

個別性のある日常生活を踏まえた退院支援への取り組み

○石垣美紗希、鈴木友里恵、内山裕美、片上しのぶ、市橋富子、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】当病棟は地域医療への貢献を目標とする、一般病床・地域包括ケア病床の混合病棟である。入院患者の平均年齢は73.9歳であり、退院支援が必要となるケースが多いにも関わらず、退院後の生活を踏まえた退院支援が困難な現状がある。そこで入院時から、患者・家族と看護師間で、入院前の日常生活を踏まえた情報収集を行い、退院後の生活目標を共有することができれば、個別性のある退院支援に繋がると考えた。まず、当病棟看護師に退院支援に関する意識調査を実施、入院前の日常生活状況と退院後の生活目標を踏まえた情報シートを作成し、活用した取り組みを報告する。

【方法】1. 対象：当病棟看護師26名、2. 期間：平成28年2月～12月、3. 調査内容：1) 退院支援に関する看護師の意識調査、2) 退院支援カンファレンスの内容把握、3) 情報シート作成

【結果】意識調査の結果、転院待ちの患者が多い、退院支援の進行状況がわかりづらい、入院時から退院支援を始める意識が低いことが明らかになった。カンファレンスの内容は、治療経過の共有と確認等の情報共有に留まっていた。また入院前の生活パターンや患者・家族の思い、趣向の情報が不足していた。以上のことを踏まえ情報シートを作成・活用したことにより、カンファレンスで入院前の生活状況と退院後の生活目標を患者・家族と共有でき、退院支援に活かすことができた。

【考察】情報シートの活用により、看護師が具体的な退院後の患者の日常生活のイメージができるようになり、個別性のある退院支援に繋がったと考える。今後は、カンファレンスをより充実させ、個別性のある日常生活を踏まえた看護計画、退院指導に反映させていくことが課題である。

病棟から地域へ繋げる退院指導について～症例を通して～

○松本頼子、竹本有希、長沢絵美、佐藤 史、安藤沙矢香、高野ひろみ、小泉章子

いずみ記念病院

【はじめに】超高齢社会になり、地域包括ケアシステムが推奨されている。その中、回復期リハビリ病棟の看護師による退院指導は、在宅生活に向かう患者が、安全な日常を送る上で重要である。効果的な退院指導を行うため、指導状況および指導体制などについて考察を加えたので報告する。

【方法】平成27年4月～平成28年7月に入院し、自宅退院した患者の中から退院指導を行った患者4例を抽出した。それぞれ70台男性、小脳梗塞。70台男性、脳梗塞。80台女性、腰椎圧迫骨折。70台男性、廃用症候群であった。そして入院日数、指導項目、介入期間、看護師の経験年数、退院指導などの問題点や課題を検討した。

【結果】入院日数は65日～165日、指導項目は、清潔・排泄・服薬・栄養のいずれかを行った。介入時期は、退院7日前～136日前であり、介入時間は2時間～40時間であった。また看護師の経験年数は、1年7ヶ月～12年7ヶ月などであった。

【考察】症例ごとの回復の差や、リハビリテーションの推移によって指導内容に違いがあるが、指導の介入期間に大きな違いを認められた。これは、担当看護師の経験年数と関係しており、アセスメント力や指導力の差によると考えられた。さらに効果的な指導を行うには、チームとして患者への指導体制や看護師間での連携が不可欠と思われた。このため当院では、ガイドラインなどを作成し、平準化した指導を行える指導体制などをつくること課題であると考えられた。

【まとめ】退院指導の介入期間は、看護師の経験年数に関係しており、指導体制や看護師間での連携は不可欠と想定された。今後、退院後の生活を視野に入れた効果的な退院指導を行っていきたい。

退院後訪問に看護師が同行する事で得られる意識改革の試み

○石川沙織、池下真理子

河北リハビリテーション病院

【はじめに】退院後の生活に予測されるケアニーズを特定し、患者・家族へ退院指導を行う重要性は益々高まっている。本研究は看護師が退院後訪問を行うことで退院後の生活を知る事ができ、看護・介護に対する意識改革に効果があったため報告する。

【背景】当院の患者層は平均 78.6 歳で介護保険を初めて取得する患者は約 6 割。看護師の回復期リハビリ病棟の経験年数は平均 13.4 年であり、退院後訪問の経験がある看護師は病院全体で約 1 割であった。今まで退院後訪問はセラピストのみで行っていた。

【研究方法】対象職員：2 階病棟の看護師・介護士 期間：2016 年 5 月～ 11 月

訪問するスタッフは回復期リハビリ病棟の経験が 1 年目以上で病棟所属の常勤看護師。セラピストの退院後訪問に同行する。①退院後訪問をした患者の退院時と退院後の FIM の評価を行う。②退院後訪問をした看護師へのインタビューとアンケート、訪問しなかったスタッフへのアンケートの実施。

【結果】訪問した看護師 9 名、訪問件数 11 件で、退院時と退院後の FIM 評価は 9 割が大幅に上がり、同行した看護師の多くは退院後の予測との差を感じたと答えた。訪問した看護師としなかったスタッフでは退院後の生活への関心に差があった。

【考察・まとめ】多くの看護師は退院後の生活に対し FIM が大きく変化するとは思っておらず過小評価していた。評価以上の結果を目のあたりにして意識に変化が生じた。退院後訪問を通して本来の生活の場を見ることができ、退院後を見据えた看護・介護を行うことへの意識改革につながるものとなった。今後より多くのスタッフが訪問できるシステム作りを目指し、専門病院としての質向上を図っていききたい。

6S 活動の取り組みについて

○金江春花、大場美智子、桜井洋子

永生病院

【はじめに】当院では、昨年度まで業務委員会と医療安全委員会が合併し、一つの委員会として活動していたため、医療安全が主な活動となり、業務委員会の活動が十分でなかった。そこで今年度は単独委員会として独立し、6S：整理・整頓・清潔・清掃・躰・節約を目標に掲げ活動に取り組んだ。業務委員の活動により 6S 活動への意識が高まり、実践とその効果を上げることが出来たのでここに報告する。

【方法】年度初めに委員会の目標を掲げ、それに沿った各病棟の病棟目標・具体策を立て、毎月の委員会と委員を中心とした各病棟での活動を開始した。病棟での改善については管理者のアドバイスを受けながら、スタッフ全員で一緒に取り組んだ。2 カ月に 1 回病棟ラウンドを実施し、ラウンド結果に基づいた評価と分析を行った。

【結果】6S 活動を通し、整理・整頓していくことで病棟内の清潔を維持することができた。写真による Before, after を取り入れ、各病棟で実施した結果を委員会の中で中間評価として発表し、病棟間でのアイデア交換などを行った。さらに活動を継続し、年度末評価の発表を行う予定である。

【考察】各病棟のステーションや倉庫内の物品の定位置を決めることで、物品を探す時間が減少し、業務の効率化や整理整頓への意識も高まった。

また物品のデッドストックを減らすことができ、コスト削減につながると考えられる。

【まとめ】委員会の活動により各種の点検（車椅子・ベッド・ナースコール等）なども定期的にラウンドを実施することで習慣化された。今後も 6S 活動を継続して取り組み、働きやすい業務環境を維持・改善していきたい。

紙から電子へ ～有効的なカードデックスの作成、情報 収集と伝達の取り組み～

○中川亜弥実、浪岩早苗、加藤洋子、
立花エミ子、越永守道

信愛病院

【はじめに】当院では、2016年3月より電子カルテが導入されたが当初、患者情報を記録する項目が不足していたため、電子カルテカードデックスの画面は使用されず空白の状態であった。そこでカードデックス作成を行った結果、電子カルテ及びカードデックスを活用した情報収集、伝達に繋げることができたのでここに報告をする。

【方法】スタッフにアンケートを実施、情報収集の問題点、改善点の意見をもとにカードデックス作成、マニュアルの作成を行なった。さらに活用状況をみながら対策、修正を行い、確実な情報収集、伝達のための「カード」を作成した。一定期間経過後、再度アンケートを実施し電子カルテの活用状況を確認した。

【結果】紙のカードデックス使用はなくなり、電子カルテ、カードデックスでの情報収集、伝達に移行することができた。

【考察・まとめ】「カードデックス」の作成、「看護・介護」の項目追加は、「どこを見ればよいのか分からない」という問題を解決し、個別性のある患者情報の習得を可能とした。また、情報を記入した「カード」を携帯することで、継続した伝達に繋がったと考える。作成したマニュアルは、見やすい大きさの写真を用い、次の操作をピンポイントに指示するものであり、視覚でとらえた画面を直接脳に送り込むことで、効率よく次の作業に進むことができたと考える。これは、作業を習得した「自信」となり、苦手意識を軽減し、意欲を高める効果があったと考える。最終アンケートで、修正、解決策を多く挙げてきたのは、看護師がスキルアップし、パソコン操作をこなす「意欲」と、「自信」に繋がった効果であり、今後も有効的な電子カルテの活用を目指し、スタッフ全員でスキルアップに努めていかねばと考えている。

医事課の業務効率化を目指して

○吉尾勝昭、山本妙子、福田慎太郎、
永井淳一、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院の医事課は、入院担当5名・外来担当14名の合計19名で構成されており、レセプト請求や患者応対などを主たる業務としている。しかし、平成26年4月から6月の平均時間外業務が入院担当131時間、外来担当368時間にも及んでいた。時間外業務の減少及び職員の負担軽減を重要課題とし、業務の効率化を図ったのでその取り組みを報告する。

【方法】1) 過去の時間外業務の内容を把握・分析。2) 各担当者の業務量・問題点を洗い出し。3) レセプト点検の見直し。

【結果】過去の時間外業務の内容把握と分析を行った結果、時間外業務の多くはレセプト点検であった。そのため、入院担当は今まで実施していた出来高内容の点検からDPCの関連部分に重点をおく点検に簡略化した。また他部署と医事課でダブルチェックしていた内容も6ヶ月間訂正がなかった項目については、ダブルチェックを中止した。外来担当は、全科レセプトから各科レセプトへ変更すると共に、経験年数や能力に応じて担当を各科別に変更し、各科毎のマニュアルを作成することで効率化を図った。さらに、直近1年間の査定・返戻内容を共有し、日々病名点検を行うことで、査定・返戻を減少することが出来た。その結果、平成27年4月には時間外業務が入院担当24時間、外来担当170時間まで減少した。

【考察・まとめ】入院は点検内容を簡略化することで、ポイントを絞り、効率的に点検することが出来た。外来は各科毎にレセプトを振り分けることで専門的な点検が可能となった。

結果、大幅に時間外を減少することが出来た。今後は定期的に勉強会を行い、個々のスキルアップを図り、更なる業務の効率化を目指していきたいと考える。

地域包括ケアシステムを念頭においた救急体制再構築の実現

○下田正宏、和智明彦、藤田 明、
重松恭祐

多摩南部地域病院

【はじめに】当院は、多摩市において数少ない二次救急医療機関であり、救急医療を充実させる責務があるが、平成24年頃から救急患者受入数が徐々に減少してきた。救急体制を再構築するために平成27年度に実施した取組み内容について報告する。

【方法】救急患者受入増加に向けて、①救急受入体制改善、②現場環境と対応改善、③救急隊との連携強化の3つにポイントを絞り取組んだ。

【取組み】①救急受入体制改善：総合診療医の配置、内科外科合同の腹部消化器救急チームの創設、救急たらいまわし対応策として東京ルールを参考に多摩南ルールの創設、再診患者の返送・逆紹介推進キャンペーン

②現場環境と対応改善：救急隊滞在時間短縮、救急隊控室の設置、消化器疾患専門病棟の設置、内視鏡センターオープン

③救急隊との連携強化：救急隊控室に連絡帳を設置し要望聴取、救急隊連絡会の充実

【結果】救急車受入台数増加。

平成26年度 2,235台

平成27年度 2,622台

平成28年度 1,416台（上半期実績）

【考察・まとめ】上記取組みは、救急患者の受入増加効果以外に予定入院患者の増加や外来医療の役割分担などの波及効果を生み、医療の質の向上や近隣医療施設との連携強化にも寄与した。今後は救急専門医や総合診療医の配置を検討するなど、全診療科において救急患者受入体制を強化し、需要の増加が見込まれる地域の救急医療に貢献していく所存である。

DPC 準備・対象前後の外来診療状況～院内滞在時間の比較～

○高橋将人、佐藤 譲

榊原記念病院

【はじめに】当院は、2008年度よりDPC準備病院として「DPC導入の影響評価に係る調査」に参加していたが、2016年度よりDPC対象病院となった。一般論として、DPC対象病院では入院診療の包括評価をかんがみ、入院中の処置や検査を外来診療に移行する等の外来診療体制の見直しも工夫されている。そこで、当院でのDPC対象後の外来診療状況を把握するため、8月の1か月間に対し、2015年と2016年の外来診療状況の比較をした。

【方法】特定非営利活動法人 医学中央雑誌刊行会の「医中誌WEB」による文献検索と、HISによる情報をもとに比較した。

【結果】「医中誌WEB」では「診断群別包括支払い方式（or DPC）」8,431件、「外来診療」42,549件、「両方」202件であり、テーマを分類すると「化学療法」「精神科」「心臓核医学」などの診療科や治療に関連するもの36.6%、「診療報酬」に関連するもの15.6%、「医療情報」や「データの可視化」に関連するもの14.8%の順（重複あり）であり、DPCに伴う外来運用や体制に関する文献が少なかった。HISによる8月の外来受療者の院内滞在時間では、2015年8月（24日稼働）の外来延患者数5,765人、平均1時間45分（最短10分、最長8時間28分）、2016年8月（24日稼働）の外来延患者数6,435人、平均1時間48分（最短10分、最長15時間13分）と患者延患者数が増加しているにもかかわらず、平均滞在時間はほとんど変わらなかった。

【考察・まとめ】今回、HISのデータをもとに比較したところ、外来患者数が多くなっているが患者の院内滞在時間が延ばさずに対応している。これは、職員の患者対応や業務遂行の早さが高まっていることが伺えるが、反面、医療事故などのリスク発生を抱えている忙しさとなっていることが伺える。

透析患者の高齢化と通院継続の支援について

○竹山智宏、落合直樹

河北葦クリニック
(河北総合病院)

【はじめに】全国の透析患者の平均年齢は67.5歳（日本透析医学会）と高齢化が進み、当透析センターでは70.3歳と全国平均を超えている。透析患者は、今後さらなる高齢化・介護度の上昇・合併症・介助する家族の高齢化に伴い、住みなれた自宅や地域での生活や通院継続を困難にする要因が重なってくるのが予測される。当院では、2012年～2013年にかけて通院透析の継続を断念・終了することを余儀なくされた患者が多数発生した。これをきっかけに患者・家族のサポートを検討し、様々な対策を講じてきた。

【方法】患者の通院困難による通院終了、患者減に対して、当院は以下の諸対策に取り組んだ。①通院困難者の送迎サービス、②院内介助スタッフの配置、③フットケア・下肢末梢血管治療の推進、④リハビリの推奨（透析リハビリ）、⑤在宅ケアマネジャーとの連携、⑦福祉事務所連携、等である。

【結果・考察】諸対策の効果により、2016年度上半期の通院困難による転院患者数は少数に止まっている。糖尿病及びCKD治療の向上により、今後は透析導入年齢がさらに高齢化し（日本透析医学会）、高齢者のみ世帯も増加すると予測されている中、患者が通院透析を継続するためには、その阻害要因への対策がますます求められる。

【まとめ】維持透析通院施設は、従来の透析治療の提供のみではなく、患者の在宅生活の継続、QOL向上の支援、貢献が求められるのではないだろうか。こうした支援体制の構築が、維持透析患者の地域包括ケアにつながると考えられる。またそうした支援は施設の収益確保、経営の向上にもつながると考えられる。

医師の業務軽減のための予約センターでの取り組み

○吉田恭子、白鳥まゆみ、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、医師の業務軽減を目的として平成25年9月に予約センターを開設し約3年が経過した。現在、1日当たりの外来患者数は約380名であり、3名の医師事務作業補助者で対応している。今回、外来における「診療予約・変更」「検査方法の説明」等、医師が行っていた業務を見直し、代行することとした。その結果、診療待ち時間の軽減及びゆとりある説明時間の確保ができたので報告する。

【取り組み】

①電話での診察日時、検査日時の変更及び実施日未定検査の調整、結果説明日の決定

②各種検査方法等の注意事項の説明と問診

【結果と考察】①診察日変更、検査日時の変更及び実施日未定検査においては、医師より権限譲渡をされ予約センターで電子カルテの直接変更が可能となり業務がスムーズに行える様になった。②平成28年1月～9月までの検査説明の平均は618件/月であった。また時間は3分であった。特に胃及び大腸内視鏡検査においては既往歴や抗血小板薬・抗凝固薬の内服の確認・鎮静剤使用の有無が必要となるため、説明に3～10分の時間を要した。

検査予約センターでの検査説明やオーダー代行を行うことで診察室内での説明が簡略されるため、診察待ち時間短縮と医師の外来診療負担軽減に繋がったと考える。近年高齢化が進む中、当院の外来患者も65歳以上が外来患者数の42%を占めている。高齢者にとってはより丁寧な説明が必要であり、個々に合わせた説明をすることにより、検査への理解が得られると共に患者満足度向上に繋がったと考える。今後はさらに業務内容を追求し看護師も含めた業務の見直しを図ってきたい。

医療事務職の課題とスキル

○高橋将人、佐藤 譲

榊原記念病院

【はじめに】国家資格である医師では新専門医制度、看護師ではCNSやNP、薬剤師では6年制教育など学歴や技術の高度化が進んでいる。その点、医療事務職は国家資格がなく、診療情報管理士、医療情報技師、診療報酬請求事務能力試験、医療事務技能審査試験、ICDコーディング技能検定試験などの専門職としての資格試験や受講が多い。しかし、最近、大学での医療経営・医療情報管理関連の学科や大学院を有する大学も増えてきているなか、チーム医療のなかでの医療事務職の課題の整理とスキルについて報告する。

【方法】特定非営利活動法人 医学中央雑誌刊行会の「医中誌WEB」による文献検索を活用し、課題とスキルを整理した。

【結果・まとめ】「医中誌web」での検索結果として、「医療事務職員」5件、「医療事務」528件、「医師事務作業補助」605件、「求められるもの」1件、「質」1,131,558件、「医療事務」AND「求められるもの」1件（会議録）、「医療事務」AND「質」68件であり、「教育カリキュラム」「教育方法」などの医療事務系の専門学校での教育と、「医師事務作業補助のキャリアパス」などの専門業務遂行者を育成する文献が多い。当院監理部の企画・運営では、医事課、医療連携室、病棟クラークなどを統括し、正職員97人が在籍している。現任教育カリキュラムや教育指導者次第であるが、担当業務を遂行しながら、病院経営のため、多職種協働のなか、専門業務職を育てるか、総合職を育てるかの指針が必要である。人材育成の土壌があればよいが、専門業務職育成色が強い人材育成土壌においては、総合職育成の課題を抱えている。

一般公開データ・地図ソフトを用いた自院の医療圏分析について

○守野隆寛、熊谷俊輔、橋本昌仁、田淵由美

河北総合病院

【背景】2025年問題に伴い、医療費抑制は年々厳しくなっている。各医療機関は、生き残りのために戦略的に対策を講じていくことが求められている。河北総合病院（以下、自院）では、今回、自院患者データや一般公開データ、無料地図ソフトを利用して、患者分布の可視化と、近隣エリアでの自院の立ち位置を数値化することを試みた。その結果を報告する。

【方法】厚生労働省の公開データと、各自治体の公開データからエリア別の潜在患者数を算出した。次に無料地図ソフトを用いて、地図上にマッピングし、エリア別の自院の受診患者数と潜在患者数を可視化した。その後、自院の受診患者数の多い疾患を抽出、他院比較を行い、自院での集患戦略を立案した。なお、自院の患者データはMDV社の「EVE®」、一般公開データは、厚生労働省の「平成23年患者調査」と各自治体の「町丁、年齢（各歳）別人口」、無料地図ソフトはQGIS®を使った。

【結果】自院のデータを無料地図ソフトを用いてエリア別に可視化することで、公共交通機関と自院との距離を踏まえた視点での分析が可能となった。さらに、一般公開データを組み合わせ分析することで、自院の得意としている医療のシェアを把握することが可能となった。無料地図ソフトは十分に分析可能であり、有料地図ソフトの導入経費削減にも繋がった。

緊急帝王切開術への取り組み ～病棟スタッフ教育の見直し～

○根本 歩、秋山ちか子、植竹幸子、
佐藤海美、鶴ヶ崎かほる、齋藤 整、
猪口正孝

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】当院では産科病棟スタッフが夜間休日の緊急帝王切開術介助を行っている。手術室では病棟スタッフに対し、DVDやマニュアルの提供、技術指導等、安全な手術のために教育を行ってきた。2013年、病棟スタッフにアンケート調査を行い、問題点の抽出、対策検討を行った。前回の取り組みから3年が経過し、病棟はレディース病棟として拡大し、それに伴うスタッフ編成の変化があった。そこで教育体制について再度見直しを行ったので報告する。

【方法】アンケート調査

【対象】研修を受けたレディース病棟 助産師 11名 看護師 10名

【結果】実際の緊急手術では看護師より助産師の方が準備に不安を感じていた。

教材を使用し予習を行った中で、DVDをみて手術の想像が出来た看護師は助産師の3分の1に留まった。麻酔管理・記録装置の操作、術者による手技の違いへの不安が共に多く見られた。

【考察・まとめ】これまで助産師は帝王切開術のみ研修を行った。病棟へ看護師が配属、直接介助技術の習得を目的に一定期間の手術室研修を試みた。これにより実際に器械に触れ学習する時間が増えたため、準備に対する看護師の不安は少なく、DVDをみて手術を想像する事に関しては分娩・帝王切開の知識がある助産師と手術介助を学ばない看護師の差が見られたと考えられる。麻酔管理等の不安は研修中は麻酔科医が常駐しており、麻酔科医不在の研修が行われなかったためと考える。

今回の見直しで教育内容に麻酔管理指導を加える事、マニュアル・DVDは知識と技術の両方が網羅出来るよう見直しが必要である。そして、何よりフォローアップ研修の大切さを痛感した。今後も研修を定期的に評価・検討し、安全な緊急手術介助を目指したい。

経験者採用看護師の教育体制や支援の 現状把握と検討

○藤田ひろみ、遠藤啓子、小山田ちあき、
永元春代、佐々木淳子

豊島病院

【はじめに】当院では平成26年からパートナーシップ・ナーシング・システムを開始し新人の離職率は低下しているが、経験者採用看護師の離職率は低下したとは言えない。そこで教育体制や支援の実態を調査し、経験者採用看護師が業務を継続できるような関わり方について検討した。

【方法】平成27年度の経験者採用看護師21名と、15部署の看護師長にアンケートを実施した。共通する内容として支援・教育体制の現状、経験者採用看護師には就職理由と就職後の思い、看護師長には採用された看護師に配慮している点を調査した。

【結果】経験者採用看護師のアンケートでは職場に馴染むまでに時間を要するが、指導者との関係は良好で、就職してよかった理由でも「職場環境」と「休暇が取れる」が挙げられた。指導はマニュアルを基に行われるが、3割が指導者により内容が異なると答え、チェックリストの定期的な評価も半数が実施されていなかった。辞めたいと思った看護師は15名で、理由は「看護の質」が最も多く、次いで「残業時間」「給与」が挙げられた。看護師長のアンケートからは、経験者採用看護師の個別性に配慮し、夜勤の導入時期、退勤時間、業務の調整、他職員とのコミュニケーションの調整、頻回な面接が行われていた。

【考察・まとめ】今回の調査で、看護師長の配慮が「職場の雰囲気が良い」という評価につながっていることや、経験者採用看護師が環境に慣れるには時間を要することが改めて確認でき、定期的なフォローの必要性を職場に意識づける必要がある。看護の質の詳細は調査できていないが、知識・技術の統一を行い、各自の経験も生かされる職場づくりをしていくことが重要である。

PNS 導入に伴う意識変革への働きかけ

○二階堂寿子、秋元妙子、片柳リカ、
平野佳子、青柳裕子、大澤秀一、
猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】パートナーシップ・ナーシング・システム（以下 PNS）は、2人の看護師が安全で質の高い看護を提供することを目的に、良きパートナーとして相互に補完協力し合って、その成果と責任を共有する看護体制である。当病棟における PNS 導入1か月後の意識調査の結果から、PNS に対する十分な理解が得られておらず、従来の自己完結型看護から抜け出せていないことがわかった。そこで PNS の理解を深めるための取り組みを実施し、PNS に対する理解と意識変革が得られたかどうか意識調査を行った。意識変革には継続的な働きかけが有効であり、定期的な PNS 監査を行う必要性がわかった。今回 PNS 推進チームを結成し PNS 監査を実施した。監査後に意識調査を行い、PNS に対する理解度を再評価したので報告する。

【方法】各病棟より2名ずつ選出し平成28年8月に PNS 推進チームを立ち上げ、10月より月に1回、1病棟を対象に監査を実施。監査結果を当該病棟に提示後、看護師に対し意識調査を行い、平成27年に実施した PNS 導入9か月後の意識調査の結果と比較検討した。

【結果】PNS 導入9か月後に行った意識調査と、今回の意識調査の結果を比較すると、コミュニケーション面・仕事面ではポジティブな回答が増加した。精神面ではパートナー（またはペア）との関係性に負担や緊張を感じないとの回答が増加したが、逆に依存傾向にあるとの回答も増えた。

【まとめ】PNS に関しての継続した働きかけは、コミュニケーション面・仕事面に関する理解度の上昇に効果があったと考えられる。しかし精神面については意識の変化が小さく、マインドの醸成などの教育の強化が必要であることがわかった。PNS 監査は自己の振り返りの機会としての効果がある。

レベルⅣのクリニカルラダーの評価の実態調査をして

○有吉裕美子 1)、門脇由貴子 1)、
中澤亜紀 1)、中村みゆき 1)、
大町梨恵子 1)、中澤清子 2)、

1) 多摩南部地域病院
2) 多摩北部医療センター

【はじめに】A病院のクリニカルラダーは承認制であり、レベルⅣの到達目標は、「臨床の場面において看護実践の役割モデルとなることができる」である。平成26年度、看護師経験4年目以上の看護師を対象にレベルⅣの自己評価を実施した。今回、自己評価した看護師を対象に評価した根拠や理由を調査したので報告する。

【方法】平成26年度にレベルⅣの自己評価した看護師を対象に、自由回答法でレベルⅣの項目ごとに評価した理由をアンケート調査した。回収後、評価理由の内容を分析した。本調査は、A病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】ラダー構成要素の看護臨床実践能力を経験年数別でみると、5～7年目は役割モデルを意識しながら業務ができているか、8年目以降は役割モデルが完璧にできているか、という回答が多くあった。また、役割遂行能力では、5～7年目は部署の中でリーダーシップを発揮しているか、8年目以降は他部門との連携においてリーダーシップを発揮できているか、という回答が多かった。さらに、教育・研究能力では、経験年数別に大きな差はなく、問題意識を持ち成長機会を探っているか、役割等に応じた院内外の研修に参加しているか、という回答があった。

【考察】今回、5～7年目の看護師より8年目以降の看護師の方が、評価の理由が明確であった。これは、8年目以降の看護師は、経験を重ねより広い視野で役割を遂行するという意識が根付いていたためと思われる。一方で評価基準が分かりにくく、評価に迷いが生じたとの回答もあった。今後、看護師が適正な評価ができるよう、ラダー評価基準を検討していくことが課題である。

研修生が希望する部署で看護実践する 交流研修の効果

○寺田佐和子、梅本健三、青木知行、
高橋良平、齋藤絵美、蘭田真衣子

豊島病院

【はじめに】看護師という職業は長く続けることのできる専門職であり、当院が求める看護師はスペシャリストやゼネラリストと呼ばれる看護師である。しかし同部署に長く在籍すると業務に慣れ、知識・技術の停滞、モチベーション低下、自己課題が見出せなくなり、離職を考える看護職員も少なくない。そこで看護職員が希望する他部署で3日間、看護実践を行う交流研修を企画・実施した。本研修の対象者は、卒後4年以上または同部署3年以上在籍の看護師とし、研修目標は①自部署の課題発見、②自己の看護の振り返り、③自己課題を見出す、の3点とした。交流研修後に実施した研修アンケート及び聴き取り調査結果から交流研修の効果について報告する。

【方法】卒後4年以上または同部署3年以上在籍の看護職員を研修対象者とし、研修受講希望を調査。本研修の目標を理解し研修参加を希望する研修希望者に交流研修を実施する。研修日数と場所は、事前調査の希望から平日の連続する3日間、本人希望の部署で看護体制PNSのペアの一人として看護実践する。研修最終日にアンケートと聴き取り調査を実施する。

【結果・考察】研修対象者48名中、研修希望者11名、研修実施者9名であった。全ての研修生が自分の希望する他部署の看護実践を3日間経験することで自部署との看護実践と職場雰囲気の違いを容易に知ることができ、自部署の課題の発見、自己の看護の振り返り、自己の課題を見出す機会に繋がりがやすすいことが示唆された。

【結論】3日間の交流研修の実施は、自部署の課題の発見と普段、働く中では考えない自己の振り返りや自己課題の発見の機会として効果的な研修である。

「南多摩高次脳機能障害支援センター」 4年間の活動について

○渡邊要一、平野 彩、江村俊平、
都丸哲也

医療法人社団永生会
(永生病院)

【はじめに】東京都高次脳機能障害支援普及事業「専門的リハビリの充実」事業は東京都独自の事業であり、当法人は平成25年6月を委託事業として受託し、南多摩高次脳機能障害支援センターとして活動を始め4年目を迎える。本事業の目的は「高次脳機能障害者のリハビリの質の向上と関係機関等の連携を進め、地域で高次脳機能障害の特性に対応した切れ目のないリハビリを提供できる体制の充実を図る」ことである。

【方法】事業内容は①症例検討改及び圏域連絡会の開催、②研修の開催、③相談事業である。

【結果】

＜連絡会・運営会議＞

南多摩5市の行政機関担当者が集まる圏域内連絡会を1回、協力施設連絡会を12回開催した。また顔の見える場所作りとして地域での連絡会を2回開催した。

＜症例検討会＞

八王子市介護保険課との共催事業として介護支援専門員を対象とした症例検討会を1回（参加者93名）、加えて連絡会において1回（参加者81名）開催した。

＜研修会＞

高次脳ゼミを2回開催（第1回126名、第2回99名）した。その他、就労支援セミナーを1回（参加者38名）、障害年金セミナーを1回（参加者16名）開催した。

＜相談事業＞

平成25年度の11件、平成26年度の10件という件数と比較し、平成27年度は64件と相談件数は6倍の増加を認めた。

【考察・まとめ】地域の潜在的なニーズの掘り起こしが徐々に進み、相談件数が大幅に増加しているが、圏域内には支援促進事業を実施していない市や家族会の存在しない市もあり、依然として連携には苦慮している。残り2年間の事業の中では、各市へ働きかけ、支援事業終了後も各市において高次脳機能障害支援が可能な体制を構築してゆくことが重要課題である。

地域包括ケアにおける病院救急車の重要性

○関 裕、益子邦洋、安藤高朗

南多摩病院

【はじめに】超高齢化社会の進展に伴い、高齢者の救急要請が急増した結果、総務省消防庁が発表する救急搬送時間は年々延長し、所謂「さまよえる高齢救急患者」が全国的な社会問題となっている。このような時代背景の下、公的な消防救急のみに頼っているだけでは事態が改善されないことから、地区医師会を中心として、在宅、或いは施設利用高齢者の救急要請に対し、病院が保有する救急車を活用する取り組みが始まった。

【方法】八王子市医師会では、在宅療養生活を送る市民が病院での治療が必要になったとき、かかりつけ医の要請で病院救急車が出動し、市内の医療機関に搬送する事業を2014年12月から開始した。

【結果】2016年10月末までに計331件の搬送を行ったが、搬送先の内訳では救急病院が52.6%、慢性期病院等が47.4%となっており、本来救急車を必要としない搬送を病院救急車が担うことができたと考える。病院救急車は国が進める「地域包括ケア」を十分補完し得るシステムであることが確認出来た。

【考察】地域包括ケアでは、高齢者が安心して地域で暮らし、“ときどき入院、ほぼ在宅”を達成できるよう、地域全体で支えることとしている。地域包括ケアシステム構築の鍵は地域における関係者のネットワーク構築にあり、地区医師会と救急病院はその中心的役割を担わなければならないが、病院救急車は地域包括ケアにとって、非常に重要なインフラであることがわかった。今後、病院完結型医療体制から地域完結型医療体制への移行に際し、病院救急車が担う役割は非常に大きなものである、と考える。

転帰先と Barthel Index の関連性について

○椛島祥子、南方麻穂、宮城春秀、齋藤 整

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】当院の一般病棟は、急性期病棟で治療しながらリハビリテーションを実施している。H27年11月からは脳卒中センターと連携し、早期に脳卒中患者を受け入れ、入院翌日からリハビリテーションを開始するようにしている。患者は脳卒中を発症して間もないため、その後のADLと転帰先について予測することは難しい。今回、入院時のADLの状態と転帰先について関連性がないか調べたのでここに報告する。

【方法】H27年11月～H28年9月までに脳卒中センターから当院に転院してきた脳卒中患者81名を対象に、①自宅復帰群、②回復期リハビリテーション病棟へ転棟した群、③施設群の3郡に分けて、当院への入院までの日数、在院日数、入退院時 Barthel Index (以下、BI) を比較検討した。統計処理は、Mann-Whitney 検定、有意差は $P < 0.05$ とした。

【結果】入棟前日数と入院時の BI の点数および転帰先に有意差が認められた。

①入棟前日数が長く、入院時 BI が低い場合
→施設

②入棟前日数が短く、入院時 BI が低い場合
→回復期リハビリテーション病棟

③入棟前日数が短く、入院時 BI が高い場合
→自宅

【考察】今回、当院に脳卒中センターから転院してきた患者の傾向として、入棟前日数と入院時の BI の点数がその後の転帰先に影響を及ぼすことが示唆された。これにより、回復期リハビリ病棟や施設への転院に関してはより円滑に進めることができるようになり、また、自宅復帰を目指す患者に関しても BI が高い状態であれば、一般病棟でも治療しながら、買い物訓練や家屋調査、公共交通機関を利用した外出訓練などのリハビリテーションを十分に行うことで、転院することなく、短い在院日数で自宅復帰が可能になるのではないかと考えられる。

慢性期医療病床における医療連携の実態

○林 和幸、中島正暢、青木邦子、
曾田直樹、鱒坂悠亮

回心堂病院

【はじめに】当院は東京都渋谷区医師会に属する137床の医療療養型病院である。最近では入院後、治療目的とした搬送例が見られてきた。また、在宅医療へ移行したケースも見られた。今回、平成27年度のデータ集計より、他院や社会資源との連携活用についての現状と課題が明らかになったので報告する。

【集計データ】平成27年度入院相談、入院、退院、転院、他科受診件数

【結果と考察】集計から、受け入れ先は地域10kmの急性期病院が上位を占めている結果となった。療養型単科の当院の実状として4つの課題があがった。当院入院時には急慢間での医療へ隔たりがある事を十分に説明している。また、退院については8割が死亡退院となった。しかし、退院内訳から転院・他科受診といった他院との連携を図ったケースが見受けられた。近年家族希望も多様化し積極的医療の必要性があり、終末期を担う医療機関として、穏やかな状態を維持するための急性期治療が必要となる場面が見られてきている事が読み取れた。実際の転院、他科受診ケースから慢性期側からの懸念点も見られた。今回、在宅医療への移行のケースも見られ閉鎖的な慢性期医療から地域の社会資源としての存在意義がうかがえた。

【まとめ】医療現場ではより多くの情報を得て共有する事が重要である。院内、同業種だけではなく、他職種他施設との顔の見える連携が必要である。そうしたことで患者、家族への治療の選択肢を提供し、希望に応じた穏やかな終末を提供出来るようになる。

退院後訪問指導についての取り組み

○西川玲子、近藤友美、高橋 薫、
角張美妃子、武藤初子、藤井由加里、
大西明子、佐藤康江

豊島病院

【はじめに】超高齢社会に向け在宅医療が注目されるなか、今年度より退院後訪問指導料が新設され、質の高い在宅医療と訪問看護への連携が求められている。退院後訪問指導料は、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関が退院直後において行う訪問指導を評価するものである。当院でも入院中から積極的な退院支援を行っている。今回在宅看護の継続強化を目的とし、本取り組みにより、システム整備・帳票を再構築し、安心安全な在宅療養支援の基盤を整えたので報告する。

【方法】1) 既存の「退院前訪問指導」の資料をもとに「退院後訪問指導」の資料作成及び職員指導。2) 退院後訪問の患者選定と実施計画。

【結果】1) 退院後訪問指導導入に際し、訪問者の交通費負担、訪問点数が高く、訪問により患者が得られることの明確化と同意等の課題があげられたため、医事課へ具体的な運用について相談、協力を得た。さらに退院調整部門（地域連携係・看護相談）と連携し、マニュアル作成、「退院後訪問指導報告書」「同意書」を作成した。2) 退院後訪問の対象となる患者を選定し、看護計画に沿って退院指導を実施していく中で、必要があれば退院後訪問を計画した。

【まとめ】本取り組みにより体制整備を行ったことでマニュアルをもとに各部署において退院後訪問指導が可能となった。また、退院後訪問指導を見据えた退院指導を行うことで、家族背景・家屋の状況まで配慮したきめ細やかな個別性のある指導を行うことができ、在宅療養への移行が不安なく行えることが分かった。

地域包括ケア病床における在宅療養 コーディネーターの関わり

○吉田綾子

寿康会病院

【はじめに】 当院では地域包括ケア病床 (1) 29 床を届出し、患者の在宅復帰支援を積極的に行っている。同年 6 月より在宅療養コーディネーターを配置。退院調整だけではなく、前方支援としてリハビリ目的・在宅支援などの紹介入院の相談・支援援助を行い、転院相談・退院支援の機能をより強化してきた。現在在宅復帰率は 85% 以上を維持できている。相談ケースも増加している。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、27 年度の集計と平成 28 年上半期の集計とを比較し、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、認知症で独居のケースなどが多くなっている。在宅療養コーディネーターを置いた事により、入院前から自宅へ帰った後の医療面のサポート、後方支援を担う社会福祉士との早期からのケース共有により、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事が求められる。

地域交流からつなげる情報発信の構築 について

○岡部隆宏

医療法人社団永生会
(永生病院)

【はじめに】 国策の地域包括ケアが打ち出されていく中で、病院と地域との関わりは広報活動において必要不可欠なものである。地域活動は、ニーズの把握、病院のコンセプトや現状の発信、共有を行う有効な場であると同時に、これから展開していくべき活動等を決定していくための判断要素も得られるものである。今回の発表では、地域との関係づくりや活動、そこから得た情報のコンテンツ化、情報のフィードバックなどを通じて、院内外の情報を活動や場づくりの事例と今後の展開について発表する。

【方法】 各地域への活動紹介とそこから得られた効果や住民の声 (アンケート等) を収集。また、現状どのような地域活動が成されているか、今後どのような地域活動に注力していくかなども考慮し、媒体を活用した法人内外へのフィードバック方法を提示する。

【結果】 地域へは法人の方針や姿勢のアピールとイメージ定着、内部には情報共有から帰属意識へつなげることができた。また、広報活動のさらなる充実のために各セクションに担当者を設けて自分事としての業務意識を付けるなど、広報意識の基盤構築につなげた。

【考察・まとめ】 各施設での取り組みや活動を共有するための媒体を充実させることは「知る」きっかけを作ることであり、法人らしい色も付けていけるものとする。地域との関係づくりに加え、職員同士の交流の場も増やし、今後さらに地域における法人のブランディング確立を展開していくこととする。

療養生活に季節感を添える試み

○醍醐洋子、山中智恵子、太田幸子、
立花エミ子、越永守道

信愛病院

【初めに】当病棟は34床の介護療養型医療施設であり、医療が必要な介護度が高い患者様が入院している。長い療養病床での入院生活においては、季節の変化に対する関心も薄れがちになってしまう。そこに着目して季節をより身近に感じてもらうことで入院生活をより生き生きとしたものにできないかと考え、四季折々の風景を盛り込んだ壁面装飾の導入を試みた。

【目的】四季の変化を盛り込んだ壁面装飾を用いて、患者様に四季の変化を身近に感じてもらう、入院生活の活性化を図る。

【方法】

1. あらかじめ季節の題材を決める担当者を決め、年間計画を立てる。
2. 年間計画では、季節の変わり目を逃さずに装飾できるように、各月の担当者を決めておく。
3. 患者様に装飾の制作過程に参加してもらい、楽しみながら季節感を感じてもらうように働きかける。
4. ご家族、ボランティアなど病棟以外の人々と共同で制作することによりさまざまな人に関心をもってもらえるように働きかける。

【結果】装飾をはじめればらくすると、患者様からは「次は何なの」という声が多く聞かれ、患者様が楽しみにしている様子が伺われた。自室から出る機会の少ない全介助の患者様もストレッチャーに乗車した際には、「紫陽花ですよ」などの言葉をかけ、より深いコミュニケーションを図ることができた。またご家族からの評判も良く、装飾を通じてご家族とのコミュニケーションにも大きく役立った。

【考察】一般に入院生活が長くなれば季節の感覚が薄れがちになる。特に介護度が高くなれば外に出る機会は少なくなりその傾向はより顕著となる。今回の取り組みは、壁面装飾を季節の変化に合わせて変えることにより、患者様の療養生活にある程度の活性化をもたらしたと考えられる。今後も入院生活のさらなる活性化を図りたいと考えている。

患者とのより良い対話をめざして ～色カルタをコミュニケーション・ ツールに用いての試み～

○長嶋礼子、高野典子、立花エミ子、
越永守道

信愛病院

【はじめに】当病棟は回復期リハビリテーション病棟で、患者の多くは、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等により入院を要し日常生活の中断を余儀なくされている。当研究では、患者との対話にさらなる拡がりが見られることを期待して、色カルタと呼ばれる彩色ケアの導入を検討し、病棟スタッフによる実施を試みたので結果を報告する。

【目的】色カルタが患者との対話をふくらませるコミュニケーション・ツールとして役立つかを、スタッフへのアンケート調査を通じて考察する。

【方法】色カルタの開始前に、概要説明を載せた実施計画書と研究用のカラーシートを作成した。実施前後で患者とのコミュニケーションに変化があったのかを調査するため、2回のアンケートを実施した。

【結果】2回のアンケートを比較した結果、患者との会話時間のうち、「5分以上10分未満」に占める割合が9人から12人に上昇していた。「コミュニケーションで気を付けたり、工夫していること」に対しては、主に〈態度〉〈姿勢〉〈環境〉の3つの側面からの意見に分類された。

【考察】アンケート調査から色カルタの実施により患者の気持ちの一部が引き出されたことが明らかになり、コミュニケーションのひとつのツールとなり得ることが明らかとなった。患者の立場からは、12色という限られた色に、これまでの長い人生経験を見出し振り返ることは困難であるが、入院生活を送る上での一つのコミュニケーション・ツールとして有用であると思われる。

ストレスケア ～心と身体の健康を目指して～

○齊藤 岬、横山美香、小関陽平、
橋本陽子、松村真美

多摩リハビリテーション病院

【はじめに】2015年12月、厚生労働省による労働安全衛生法の改正によってストレスチェック制度が義務化された。現社会において看護、介護職員やその組織を取り巻く社会経済状況は大きく変化している。こうした環境の中でその変化に対応し、業務の質を保ち、効率良く働くためには、心身共に健康であることが重要である。そこで職員が抱えるストレスについて独自のアンケート調査を行い、腹式呼吸とストレッチを取り入れた体操を実施したので、その効果を報告する。

【方法】平成28年5月15日から平成28年7月15日まで休憩時間終了前10分間「こころの体操」を実施。その体操の実施期間前後にアンケート調査を実施。対象者は病棟看護師、介護士の計36名。

【結果】アンケート結果、心身の変化あり：16名、変化なし：20名。

「変化あり」では、「頭とからだの切り替えが出来た」、「気持ちにゆとりができた」などといった、リラクセス効果が期待できるような回答が得られた。

「変化なし」では「大きな変化は感じなかった」、「実施時間への不満」といった回答が得られた。

【考察】10分程度の時間ではあったが、ストレッチによる筋肉弛緩効果と腹式呼吸により副交感神経優位の状態によるリラクセス効果があったと考えられる。ストレスの度合いは生活環境など個々で違いがあり、発散方法の価値観も変わってくることもあるが、今回の取り組みにより、ある程度はストレスが緩和されと考える。さらに自身のストレスを自覚し、健康への意識付けに繋がったと考える。

看護データからみた病棟の特徴

○安藝佐香江、岩城一恵

南多摩病院

【はじめに】当院は3年前より、日本看護協会のデータ収集事業「ディンクル」に参加している。提出データは100項目以上にわたり、それぞれのデータは月ごとの比較や、他の同規模の病院との比較もできる。また今年度9月より新重症度・医療看護必要度（以下新看護必要度）が導入され、病棟の特徴を把握することが容易になった。今後の看護部の活動に活用するために、各病棟の特徴を新看護必要度やディンクルのデータから数値化し見える化をはかった。

【方法】2016年4月から10月までの看護に関するディンクルデータから、75歳以上の入院患者率、緊急入院患者数（予定外すべて）、緊急入院に占める救急患者搬送後の入院数、平均時間外時間、抑制率、手術患者数などをグラフ化した。新看護必要度は7月から試行的に行ったデータをグラフ化する。これらの結果から3病棟の特徴を抽出する。

【結果・考察】入院患者層、手術患者、心カテなどの検査の有無により、新看護必要度の割合も増減している。C病棟（内科病棟）はそれらには影響を受けないが、高齢患者が多くケア度が高い。A病棟は混合病棟で、新看護必要度、超過勤務時間とも一番高い。B病棟は外科病棟のため手術件数の影響を受けており、ベッドの回転が速いため、緊急入院の数も多い。これらの状況は超過勤務時間にも大きく影響しており、抑制率や褥瘡発生率にも影響している。

【まとめ】看護データは患者、看護師の状況が反映された貴重な数値である。

今後は看護部内においても分析を深め、他部署の参加する会議にも看護データを提出し、看護部の状況や患者の状況などを積極的に伝え、業務の分担や人員調整に活用していきたいと思う。

救急車受け入れ対応時間短縮に向けての取り組み

○深松 茜、立川 毅、大橋聖子、
吉澤奈津子、平安名貴一

南多摩病院

【はじめに】当院は二次救急指定医療機関であり、昨年度の救急車受け入れ台数は4,425件となっている。今年度も病院目標に救急体制の強化を挙げている。しかし昨年度からの課題として、救急車受け入れに要する時間が長いという問題がある。救急隊から受け入れ要請の電話を受けてから、受け入れ可否を返答するまでに6分強かかっている現状にある。そのことは、東京消防庁の推奨する受け入れ対応時間3分以内を大幅に超えている状況であり、よりスムーズな受け入れ対応が必要である。そのことから現状の受け入れ対応時間を短縮するために取り組んだ成果とそこから得た経験を報告する。

【方法】救急受け入れ要請の際に、時間のかかっている要因を分析した。要因として挙げられたのは、受け入れ確認を行っている看護師に電話がつながるまでに時間がかかっている。また対応する看護師によって、情報収集をする内容に個人差があり時間がかかっているという点であった。

対応策として、救急車専用電話（HOT LINE）の設置を実施。情報収集に個人差がでないよう、情報収集用紙の改訂を行い情報収集の方法を統一した。

【結果】受け入れ対応時間が6分強から4分弱まで短縮された。

【考察・まとめ】救急車受け入れ対応時間を短縮するために、ハード面の改善と情報収集の方法を統一したことで大きな成果が得られたと考える。しかし、今回の取り組みでよかった点は、救急外来に携わるスタッフが受け入れ時間の短縮を意識して行動することの重要性を認識できたことであると考えている。

災害看護に対する意識調査 ～城西病院防災マニュアルより～

○石井郁子、姫野梨沙

城西病院

【はじめに】東日本大震災の半年後に当院看護職員へ行った意識調査では、災害に対する意識はとて低く結果となり、災害マニュアル（以下マニュアル）等の確認を行った。その後の意識の変化を調査した。

【研究方法】外来看護職員12名、外来クラーク1名を対象にアンケートを実施。その結果を受け、改善策を考え実行。3ヶ月後に項目を追加し再度アンケートを行った。

【結果】1回目に行った調査では、平成23年に行った調査結果とあまり変わらず低い結果となった。この結果を受け、ヘルメット等の設置場所を分かりやすい場所に変更し、消火器などは設置場所に印をつけた地図を作成、誰が何の役割を担当しているか明確にするため名前入りのマグネットを作成し掲示した。マニュアルも各々の場所に設置する事で意識付けを図り、その後2回目のアンケートを実施し、高い結果となった。

【考察・まとめ】今回の調査から、平成23年の調査後に行った確認だけでは災害に対する意識は定着していないことがわかった。しかし、今回改善を行った事により、2回目のアンケートは高い結果となり災害に対する意識は上昇し、意識付けには効果があったと考えられる。意識を高く保つためには継続した働きかけが必要である。定期的に同様のアンケートを行ったり、防災訓練を利用し防災設備の設置場所等の確認を行うなど継続的に災害に対する意識を持ち続けられるよう努めたい。

失語症・高次脳機能障害患者の QOL 向上を目指したアプローチ

○甚野里奈、柏崎広恵、橋本弥生、
鈴木涼奈、金澤聖子、河島明日香

等潤病院

【はじめに】当病棟は失語症・高次脳機能障害のある入院患者が年間 74% と高い割合を占めている。これらの患者は意思表示が難しく日常生活に介助を要する。患者主体の生活を送ることは QOL の維持、向上に繋がる。そのため介助側の知識を深め、個別性のある介入を行えば日常生活で意思表示の機会を増やす事が出来ると考えた。対象患者が継続した服薬が行えるよう内服管理に焦点をあてた。

【症例】40 代男性、左側頭葉皮質下出血（ウェルニッケ失語、高次脳障害）既往：高血圧、糖尿病、統合失調症

【方法】失語症・高次脳機能障害の勉強会開催。前後でアンケート実施。失語症・高次脳機能障害の分類と対応一覧表作成。患者行動記録表を作成し記載。対象患者の食事の席に呼び鈴と内服を促す文書を掲示。自発的な内服要求可能時期に掲示物終了。行動記録表成功率で内服カレンダーによる自己管理開始。内服時間確認のためベッドサイドに 1 日のスケジュールと時計を設置し評価。

【結果・考察】勉強会前アンケートは、過半数が「不安がある」と回答し疾患の知識を深める必要があった。勉強会后、過半数が「理解できた」と回答しスタッフの知識は深まった。患者の既往歴から、継続した服薬管理と意識付けが重要であると考えた。研究当初、患者は服薬に対する意識が無かった。しかし患者主体の介入方法実践後、服薬時間の理解と意思表示が可能となった。これらの対応を行った事は患者の意識付けに繋がった。

【結論】本研究では、患者の個別性を重視した介入をし、服薬の意識付けに繋げて自己管理できるようになった。今後も勉強会を開催し知識を深め、他職種と情報共有する事で患者の QOL 維持・向上に繋げていきたい。

認知症周辺症状の悪化を防ぐ取り組みを通じた看護師の意識の変化

○苅部朋世、小俣紀子、鈴木知子、
小谷和枝

南町田病院

【初めに】当院は急性期病棟から回復期病棟を持つ、222 床の病院である。高齢の患者は既往に認知症をもっていることが多い。看護部主任の多くが認知症研修受講をしていることをきっかけに、認知症の悪化予防を目的とした看護カンファレンスに取り組んできた。その結果、入院時に判定した認知症日常生活自立度ランクが退院時に下がることなく維持され、また改善している例もみられた。カンファレンスを通して看護師の認知症ケアに対する意識の向上について、アンケート調査を行ったので報告する。

【方法】①認知症看護研修を受けた看護師主任が、日常生活自立度の判定基準に沿って患者をピックアップし、カンファレンスでケース検討し、実践に向ける。②1 週毎に、日常生活自立度判定基準のランクを判定する。③アンケートにより、看護師の意識の変化を調査する。

【期間】2016 年 6 月 24 日～10 月 31 日

【結果】認知症カンファレンスに取り組んだことで、患者の情報共有が強まり、統一した関わりをすることで、ランクの低下はほとんど認めず、患者の周辺症状の悪化を防ぐことができた。

アンケート結果より、看護師の認知症ケアへの意識の変化が見られた。

【終わりに】今回の取り組みから、急性期においても認知症患者の QOL を維持するために、必要な日常生活自立度を判定し、評価することが重要であると考えた。治療が終わったら元いた場所に安心して笑顔で帰れるよう、看護師主任として認知症ケア対応力の充実に向けたスタッフ育成を継続していきたい。

認知症による摂食障害改善に向けたアプローチ

○福井直子、林 愛、吉川香織、関美智代、立花エミ子、越永守道

信愛病院

【はじめに】

認知症は、脳の機能障害により社会生活や日常生活に支障をきたした患者に対して個別の状態に合わせた支援が必要である。今回、認知症状の悪化による食欲不振が3ヶ月以上続き、ADL低下が生じた事例に対し、環境づくりや食べることへの支援を試みたところ、改善がみられたので報告する。

【研究方法】

1. 研究対象者：90代女性K氏。認知症要介護度5

2. 方法

- 1) 離床を促し、食事の環境を整える。
- 2) 患者に適した食事量・形態・水分量の検討。
- 3) 家族とのコミュニケーションを密にして、協力、理解を得る。

【結果・考察】

当初は、病室のベッドで過ごすことが多く、他の患者との会話や交流もなく、表情も乏しかった。食事に関しては、栄養サポート食品や経腸栄養剤を毎食半分摂取する程度で食への関心が極めて低い状態であった。日々の関わりの中で、徐々に離床時間を増やし、食事の時間を意識させるようにした。スタッフや他者との交流を深めることに努めた。その後、食事に対する意欲も少しずつみられるようになってきたため、食事内容を検討、工夫した結果、取り組みから2ヶ月間で御飯・キザミ食を自力摂取出来るようになった。現在、食事時には、他患者と一緒に楽しく食事をほぼ全量摂取できており、またADLの向上に繋がった。

【結論】

1. 食行動に対するアプローチは、家族を含む多職種での支援が重要である。
2. 認知症の患者には、食事時間を楽しみと感ぜられるような環境づくりやコミュニケーションが必要である。
3. 生活を豊かにすること見直すことが食行動だけではなく、QOLそのものに影響する。

当院における摂食嚥下チェックシートの効果と今後の課題

○須藤るり、衛藤 梓、佐藤道子、仲程さくら

河北リハビリテーション病院

【はじめに】当院は脳血管障害や整形疾患、廃用症候群などの患者がリハビリテーション目的で入院される。その中には嚥下機能低下や食事のペースが速いなど食事摂取方法に問題のある患者も見られている。そのため当院では窒息予防として摂食嚥下チェックシートの運営を開始した（以下チェックシートとする）。チェックシートの使用について効果と今後の課題について報告する。

【方法】①2016年6月～8月に使用したチェックシートの使用状況の確認をする。②過去5年間で窒息しそうになったケースがなかったか確認する。③チェックシートの有効性やスタッフへの影響を調べるため、看護師・介護士へアンケート調査を行う。

【結果・考察】チェックシートは経口摂取患者に100%使用されており、評価期間中の記入率は3病棟平均70.3%であった。チェックシートを利用し、窒息や窒息しそうになったケースは報告されていない。アンケート結果からチェックすることで自身の意識に変化があると答えた人は88%、チェックシートの必要性についても93%の人が必要と答えた。安全な食事を提供する上で食事形態の適正評価は重要であるが、経験年数や職種の違いにより評価する視点が異なるため、それらの視点を統一する必要がある。チェックシートを利用することで食事の観察に対する共通認識を持ち、患者の日々の変化に対応した適切な食事について複数のスタッフが確認し検討することができている。そのことが窒息を予防し、患者が望んだ食事形態の提供へつながっていると考える。

【まとめ】チェックシートの記入漏れ改善方法やチェックシートの項目内容等を今後検討し、さらに活用しやすい方法を検討していく。

喀痰喀出困難患者における効果的かつ安全な吸引方法の見直し ～喀痰吸引による患者の侵襲を避け、苦痛の軽減をはかるため～

○北村好美

等潤病院

【はじめに】当病棟は肺疾患の患者が多く、日々の業務の中、吸引で苦しむ患者をたくさん見て来ており、効果的かつ苦痛の少ない気管吸引方法がないか考えた。体位ドレナージとスクイーピングを吸引前に施行することでどのような変化や効果があるのかまとめ、ここに報告する。

【患者紹介】S.S氏、83歳、男性

【方法】体位ドレナージとスクイーピングを行わないで吸引をする場合と体位ドレナージとスクイーピングを行ってから吸引をする場合の効果を比較する。

【結果】体位ドレナージとスクイーピングを行わない場合は吸引前後で、肺雑音や苦痛表情の軽減がなかった。痰がらみもすぐに出現し、吸引の間隔が短かった。また、1回の吸引で痰を多量に吸引することができ、肺雑音の消失や苦痛表情の軽減がみられ呼吸状態が改善できた。

【考察】末梢での異常呼吸音聴取時は、吸引で取ることはできないため、体位ドレナージまたは呼吸理学療法を取り入れ、気管分岐部まで移動させてから吸引を行う。去痰援助を行う前後は必ず評価して、体位ドレナージとスクイーピングを併用して吸引を行ったことは、効果的であると考えられる。

【結論】今回の看護研究を通して、体位ドレナージとスクイーピングを併用し吸引を行うことは効果的であるという結果を導き出すことができた。

この結果を病棟スタッフに伝達し、勉強会で正しい知識・手技を共有し実践に活かすことで、スタッフ全体の看護ケアの向上につなげていきたい。

バスキュラーアクセス管理にシャントトラブルスコアを導入して

○新妻絵里子、小山敬子、白木祐子、鈴木由美子、石川順子

町田慶泉病院

【はじめに】糖尿病性腎症からの透析導入は増加しており、バスキュラーアクセス（以下VAと略す）の閉塞や狭窄等のシャントトラブルが増加傾向にある。当院でも同様であり、2014年よりシャントトラブルスコア（以下STSと略す）を導入した。今回、当院におけるSTSの有用性を検証したため、報告する。

【方法】当院の外来維持透析患者を対象に月1回、当院で作成したSTSを用いて点数化した。3点以上の患者は治療対象とし、医師に報告した。STS使用前後の1年間のPTA件数からSTSの有用性を検証した。

【結果】STS 3点以上の総数は159件であった。STS導入前後で総PTA数に差はなかったが、STS導入後の突発的なPTAは減少した。対象者50名中、PTAを行ったのは8名であり、内4名が複数回行っていった。この8名のSTSは何れも3点以上であり、複数回PTAを行った4名は5～9点と高値だった。

【考察】STS導入前後で総PTA件数に優位差はなく、STS導入以前においてもシャント観察は十分に行われていたと考える。STS導入後はPTA単独及び突発的なPTA件数は共に減少し、再建術を伴ったPTA件数は0件であった。以上の事からシャントの状態を点数化したことで、重症化を防止できたと考えられる。また、STSの高い患者ほどシャント血管の状態が悪く、PTAを繰り返し行っている傾向にあった。この点からSTSの導入はシャントの状態を客観的に捉えることができ、また医師への報告が早期に行えるため、有用であると考えられる。

【まとめ】STSの導入は、シャントトラブル因子の把握が容易となり、予防的観点からも早期発見、早期治療に効果を認めた。今後もSTSの改編を加えながらスタッフ間で情報を共有し、シャントトラブルの早期発見に努めていく必要がある。

排泄ケアの見直し ～ CST を立ち上げて～

○荻原知子、河野きよみ、齋藤和香子

寿康会病院

【はじめに】患者様にとって、快適な排泄である事が何よりも望ましく、排泄ケアによって二次的な弊害を起さないようにサポートする事が大事である。以前は、排泄ケアに対する意識が薄いと感ずる場面が多々見受けられた。おむつ交換を単なる一連の業務とせず、スタッフ全員が共通認識し個別性のあるその人にあった排泄ケアが出来るよう導くことを目的とし、CSTを立ち上げた。立ち上げから現在までの取り組みとアンケートより今後の課題が見えたので報告する。

【方法】6月より新商品の取り扱いの勉強会を実施。CSTファイルの作成。

7月より新商品の導入。アセスメントの徹底。一定したおむつの選択時のフローチャートの作成。月に一回の定例会議の開催。10月にスタッフへのアンケートを実施。

【考察】CSTを立ち上げ排泄ケアを見直したことにより、排尿パターンを検討するなど個別的な対応が行えたり、快適な排泄環境の提供が行えるようになってきている。CSTの活動により排泄についてスタッフみんなが意識し考えるようになったことは、より良い看護に繋がると評価できる。

【まとめ】患者様の生活スタイルや昼夜のリズム、その人が出来る事をアセスメントして自立に向けて関わりサポートしなければいけない。現在もまだアセスメントの部分は難しく、答えは一つではない。患者様のADLの状況により排泄ケアも変化していく。また、患者様が変われば、その人の排泄ケアは違ったものになる。個別性のある排泄ケアをスタッフ全員で出来れば、より質の高い看護が目指せると思う。これからも質の高い看護を目指し努力していきたい。

高齢者の皮膚の保湿を試みて ～保湿剤塗布前後の皮膚の比較～

○本間奈美、茂木友里、北垣美幸、
国友真由美

回心堂病院

【はじめに】当院の患者は平均年齢85.8歳と高齢であるため、皮膚の乾燥予防に尿素系クリームやワセリンを塗っても乾燥が改善しなかった。保湿効果を高める様に2剤の軟膏を重ね塗りしその前後の皮膚の水分・油分量を測定し効果が証明されたためここに報告する。

【方法】①研究前後の数値の比較と視診②スキンドイクター肌水分計を使用し7時・13時(塗布前後)・16時に測定③13時は2剤重ね塗り④表：天気、室温、湿度、皮膚状態記入

【結果】研究前後の比較では、8名全員の水分量が2.9～21%上昇。油分は6名が4.4～17.8%上昇し、2名が1.9～10.3%低下。全体では、水分量は開始1週目に全員上昇。推移として塗布直後に上昇、16時にかけて徐々に低下。油分量は、1週目に2名、2週目に5名、3週目に1名上昇。推移として、塗布直後にいったん低下し16時にかけて上昇。水分・油分量とも、前日から翌朝にかけての維持は難しくばらつきがあった。

【考察・まとめ】濱部1)は保湿剤の特徴について「角質水分増量作用がある。」ワセリンには「皮膚そのものの水分を補うのではなく、皮表からの水分の蒸散を抑制するもの。」としている。この事から水分は塗布直後に上昇し、油分は塗布直後に低下したものと考えられた。さらに、肉眼的所見からも皮膚のひび割れや乾燥の改善がみられた事から効果の異なる2剤の保湿剤を一定期間使用することで皮膚の保湿効果を高め、皮膚トラブルの改善につながると考えられる。

また冬場ではどのような結果になるか検証していきたい。また、データにばらつきが多く、欠損もあったことから、今後は測定方法の見直しやスタッフへの指導も課題である。

引用文献：1) 濱部恵理子：高齢者の日常のスキンケア P42-44 医学出版 WOC Nursing 第3巻 2015年

安全なトランス方法の習得にむけた取り組み

○半田祥嗣、相内早苗、佐々木早苗

回心堂第二病院

【はじめに】一昨年前にトランスファーチームを発足し、「安全なスライドボード、トランス方法を身に付ける」を目標に研修を行ってきた。その結果、あまり使用されていなかったスライドボードを使用するようになり、安全なトランスファーができるようになった。また、トランスファー時のアクシデント減少につながり、安全への意識も高まった事を報告する。

【方法】質問紙調査。期間：平成27年5月～平成28年10月 対象者：看護師・介護士の257名。回収率：98.9% スライドボードを使用しての移乗、トランスファー基礎を中心に研修を行った。

【結果】質問紙より、内容が理解出来たかの問いに対して、理解出来た100%、理解出来なかった0%。実践で活かす事ができるかの問いに対して、活かせる100%、活かさない0%。

【考察】研修参加者全員が理解し、実践で活かすことが出来ると答えている。以前は、スライドボードは準備されていたが、使用せず、介助者を抱えてトランスを行っていた。研修に参加することで、理解度が深まりスライドボードを使用するようになり、トランスチームに自発的に聞きに来たりする様になった。また、自由記載では、自分の未熟さに気が付いた。定期的に参加する事で統一した介助ができる。注意点を再確認できた。スピードに気をつけて、患者に負担がかからないように行う。等、研修で根拠を繰り返し説明する事で、理解が深まり、意識や技術の向上につながったと思われる。

【まとめ】繰り返し研修会を行うことで、スタッフの意識向上につながり、トランスチームに相談するなど、自発的に学ぼうとする姿勢が増えた事が分かった。また、アクシデントの減少につながったので加えて報告する。

当院の救急救命士の採用と現状について

○渡辺純子、木谷遥香、花坂慶太、
下山秀剛、小田部真也、佐藤茂樹

古畑病院

【はじめに】当院では2015年3月から看護補助者として救急救命士（以下救命士とする）を採用している。救命士の資格を要件とする求人が少なくその資格を生かせず他業界で就業していることを知ったことが採用検討のきっかけであった。業務範囲を決定する際、法制度上救命士の資格で実践できる医療行為が病院内では少なく、モチベーションを維持するために業務をどのように組み立てていくか非常に苦慮したが、少しずつシステムの構築ができつつあるため取り組みについて報告する。

【効果】現在、5名の救命士が勤務しており、シーツ交換や保清、環境整備などの看護助手業務のほかに救急外来での勤務を取り入れ患者情報の入力、バイタルサイン測定などを看護師の監督下にて実施している。経験を積んだ救命士にはホットラインの対応や、医師への報告業務も開始し、救命士の資格でできる医療行為の範囲の中で、できる限りの業務を実践してもらえるように検討を重ね導入している。また、急変時対応研修の一環としてAEDの取り扱い方についての救命処置研修を救命士主導で企画したり、リハビリスタッフの家屋調査に同行し、入院患者の在宅生活を見ることで臨床での介入方法について考える研修なども業務内に取り入れている。さらに看護助手として勤務はしているものの、救命士として将来的に勤務したいと考えているスタッフに希望を継続して持ち続けてもらいたいと考え、今年度からは消防署の協力のもと救急車同乗研修も取り入れた。それらを導入することで、救命士と看護師との業務範囲の差にモチベーションが低下し不満因子となるのではないかと危惧していたが、現在不満を訴える者はなく業務が続いている。

遠隔モニタリング導入における病棟クラークの役割

○得平奈保美、安達知子

榊原記念病院

【はじめに】当院では、2009年9月より不整脈に対するデバイス植込みを施行した患者に遠隔モニタリングシステム（以下、RMS）を導入していて、RMSの円滑な運用とより良い患者サービスのために、医師・看護師・臨床工学技士・事務からなる「植込みデバイスケアチーム」がメインとなり活動している。チームでの病棟事務（以下、クラーク）の役割と活動内容について報告する。

【活動内容】「患者同意書の管理・保管」、「担当医との外来調整と予約取得、患者への説明」をする病棟クラークと、「WEBでの登録や変更」、「新機種導入時の運用確認やチーム内の調整」などをするデバイスクラークに分けている。なお、成人病棟のベッドコントロール担当がデバイスクラークを兼務している。

【結果】クラークが使用するチェックリストやRMS対応一覧表の作成と更新、カルテに記載されるデバイス情報の確認や訂正をデバイスクラークがすることで、クラークだけでなく医師・看護師のインシデントの予防に繋がっている。

【考察】導入患者が2千人以上になり、またさらなる患者の増加が考えられるが、専任看護師・事務がないため、患者把握と送信スケジュール管理が課題になってくる。デバイス担当医のみが送信スケジュールの設定を行っているが負担が多く、クラークでも当院のフォローアップパターンに基づいた送信スケジュールの設定を医師の指示・確認の下でできるようになれば、より円滑なRMS業務に繋がると思われる。

【まとめ】知識の向上をはかるため、クラーク内に留まらず外来事務も含めた勉強会を開くなど、職種に関わらずチームでも協力して取り組んでいきたい。

多職種による褥瘡対策の有効性 ～栄養士&看護師 W 資格の立場から～

○内田順子、鈴木敦子、滝島恵津子、森松 静、進藤 晃

大久野病院

【はじめに】当院では、入院時の褥瘡保有者が増加している。また、全身状態が悪化した方などの褥瘡発生の高リスク者も増加している。そのような中で、褥瘡委員会活動を強化した。今回、栄養士の資格と看護師の資格を持ち褥瘡委員の活動を行っている立場から、活動状況を報告する。

【活動方法】

- ・褥瘡回診を月1度実施し褥瘡部の観察と評価を行う
- ・回診メンバーと役割
皮膚科医師：薬剤の選択、薬剤師：薬剤情報の提供と適正使用の助言、管理栄養士：栄養状態のアセスメント、評価、栄養補給方法、栄養強化食品などの選択、看護師：褥瘡計画書の作成、予防ケア、瘡部ケア、体圧分散寝具の管理
- ・褥瘡計画
DESIGN-R使用、血液データDMの有無、処置内容、写真添付
- ・褥瘡委員会の開催

【褥瘡患者数の推移と活動結果】新規褥瘡発生者は2015年4月から翌3月までの1年間で、トータル23名（持ち込み患者数12名）、治癒患者数は15名、治癒率は39.5%だった。

【考察】褥瘡保有者の入院、及び、ハイリスク患者が多いにも拘らず、褥瘡治癒率は、ある程度の水準を保っている。これは、褥瘡に対して各職種の視点を合わせ、総合的に治療やケアを検討することで、効果的な対策に繋がっているからではないかと考える。

褥瘡を早期に改善するためには、多職種との協働は不可欠であり各職種の視点を取り入れて多方面から対策を考案する事が重要と考える。

【結語】褥瘡保有者の入院やハイリスク患者の増加に伴って、多職種での褥瘡対策を開始してまだ1年半だが、今後も、褥瘡の発生予防および早期治癒を目指し努力していきたい。

認知症ケアの向上への取り組み ～認知症ケアチームの活動と課題～

○河野きよみ、生方経子、高橋元子

寿康会病院

【はじめに】当院では、認知症患者を理解したケアの実践と認知症ケアの普及と浸透を目的に、多職種による認知症ケアチームを立ち上げた。今回、ケアチームが介入した事例を振り返り、成果と今後の課題について検討したのでここに報告する。

【方法】認知症についての理解を深めるため、ケアマニュアルを作成し勉強会を開催した。週一回のラウンド時に病棟看護師とのカンファレンスを設け、ケアの見直しをした。月一回の定例会議で、事例を通し認知症患者への関わりや困りごとなどを振り返り話し合いをした。

【考察】チーム活動開始後、ラウンドや会議でのチーム全員の参加は厳しいが、毎回多職種が参加している。多職種との情報共有により、対象者のケアの方向性について話し合うことが出来、より具体的な計画立案へつなげることができた。また、退院後の生活について話し合いがもたれ、認知症のある患者が安心して生活が出来るように、個別性のある退院調整が出来たと考える。

【今後の課題】チームの目的を果たすためには、病棟の認知症ケアの質の向上に向けた取り組みを展開することが課題である。認知症ケアは、本人の思いや体験している世界を理解し、その人らしさを尊重した関わりが必要となる。今後は、本人および家族より生活史を聴取し、残存能力を活かしたケアの工夫や環境整備が出来るように、知識の向上に向けた学習会の開催をしていく。また、認知症ケアに対するスタッフの困難感や成功体験をチームと共有しながら、やりがい感を持って適切なケアを導けるようなアプローチをしていく。

在宅療養を望む家族への退院支援 ～患者の暮らしを考えた看護～

○鷹巣華子、岡本暁美、道脇瑞穂、南部かおり、内藤誠二

内藤病院

【はじめに】高齢化の現在、当院でも高齢者世帯・独居患者が多く退院支援がさらに重要となっている。在宅調整・指導を行い、自宅へ無事退院につながった症例を報告する。

【症例】72歳女性、要介護度5、近医による訪問医療・看護を受け、同世代の夫との二人暮らしで自宅生活していた。

【経過】誤嚥性肺炎にて約半年で2回入退院を繰り返し、今回3回目の入院となった。身体的構造から誤嚥を繰り返しやすい、短期間で入退院を繰り返していることから自宅退院は困難と判断し、療養型病院への転院を検討した。しかし、夫の孤独感・経済的理由から自宅退院への希望が強く、在宅療養に向けて夫への吸引指導を開始した。夫と関わる中で、在宅療養を継続するために必要な知識や理解力の不足がみられた。指導当初、吸引の必要性もわからず、身体的構造から誤嚥を繰り返しやすいことへの理解も不十分であった。時間をかけ問題を解決していく中で「できそう」と笑顔で発言が聞かれた。手技的に問題なく在宅環境も整ったため自宅退院し、2016年11月現在は在宅療養継続中である。

【考察・まとめ】退院支援を行うには、入院時からの患者・家族の意思決定を確認する。アセスメントを行う事は必須だが、患者・家族がどう生きたいか、それを中心に退院後の生活をいかにイメージできるか、そのためのマネジメントを他職種とも連携しアレンジしていくことが必要であると考えられる。

在宅でハイフローセラピーシステムを導入し最期を迎えた事例紹介

○野上智絵、宮本 直

国立病院機構 東京病院

【はじめに】当院は呼吸器疾患を中心とした政策医療の基幹病院である。地域支援病院として地域医療機関との連携を図っている。今回、病院での急性期治療でハイフローセラピー（以下HFT）システムを使用した患者が自宅で最期を迎えたいと望み、在宅療養に移行した事例を経験したので報告する。

【事例】A氏 70才代 男性 妻・長男家族と同居 疾患名：慢性呼吸器疾患
在宅酸素導入し外来通院中、今回は細菌性肺炎のため緊急入院

【経過】抗菌薬治療により全身状態は一時改善するが、再度病状悪化しステロイドと抗菌薬治療を開始しHFT管理となった。A氏は自宅で最期を迎えたいと退院を希望した。A氏と家族、地域の多職種と協働した在宅療養移行支援を開始した。臨床工学技士に依頼し在宅移行可能なHFTを検討した。在宅用人工呼吸器Vivo40と酸素濃縮器で代用することで在宅でのHFT使用が可能になった。薬剤師に薬剤の切り替えと、呼吸苦緩和目的で使用する塩酸モルヒネ皮下注射の準備を依頼した。病状悪化を予測した過程で、短期間で地域との連絡調整や情報共有とカンファレンスを実施し、支援開始から5日後に自宅に帰ることができた。

【考察・まとめ】急性期の高度医療や治療において、患者や家族の意思決定を支援しながら各職種が専門性を発揮してそれぞれの役割を果たし、迅速な多職種間連携、協働を図ることでA氏の希望に応じることができた。地域医療機関との連携は相互の信頼関係、役割分担が重要であると再認識した。

当院におけるプレアボイド報告への取り組み

○柳 徹也、齋藤 整、猪口正孝

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】プレアボイドとは、「PREvent and AVOID the adverse drug reaction」の略称であり、病院薬剤師にとって、薬物療法の安全管理職能（副作用、相互作用、治療効果不十分などの患者の不利益の回避あるいは軽減）がわかる言葉として、日本病院薬剤師会（以下、日病薬）により創られた造語である。日病薬では、会員よりプレアボイドの成果報告（以下、プレアボイド報告）を受け、評価・集積し、薬剤師が患者に貢献したことを証明するデータとして活用している。当院では、プレアボイドを業務の柱のひとつとして取り組んではいるものの、日常業務に追われ、プレアボイド報告を行えていなかった。この度我々は、プレアボイド報告を行うための手順を整えることにより、一定の成果を得たのでここに報告する。

【方法】日病薬のホームページから、プレアボイド報告書式を印刷し、事前に複数枚コピーしておく。当事者は、プレアボイドの成果をプレアボイド報告書式に記入する。毎週水曜日、薬局内で事例検討を行う。報告担当者は、毎週土曜日、蓄積したデータを日病薬のホームページから報告する。

【結果】当事者は、論理的思考を意識するようになり、処方医師に疑義照会をする際、以前より詳細に情報を収集するようになった。また、スタッフ間で積極的に情報共有を行うようになった。

【考察】現在、我々にとりプレアボイド報告は、日病薬への単なる成果報告ではなく、自己研鑽のモチベーションを高め、また、スタッフ間のコミュニケーションツールになりつつある。今後は、プレアボイド報告を新人教育に組み入れるなど、スタッフの育成に活用したいと考えている。

一般病棟入院患者における薬剤総合評価調整の考察

○中野恵理子 1,2)、坂井安希子 1)、浅野光彦 1)、林 千春 1)、高橋梨絵 1)、舟橋正裕 1)、斎藤弥生 1)、笹原丈二 1)、小泉和雄 1)、佐々木忠徳 2)

1) いずみ記念病院
2) 昭和大学

【はじめに】高齢者の増加に伴い多剤併用している症例は多く、服薬管理、薬物有害事象そして医療費の増加などの背景から、今年度より薬剤総合評価調整加算が導入された。そこで一般病棟入院症例を対象として減薬に関する調査を行い、経験した症例を提示し報告する。

【対象と方法】2016年8月19日～10月18日までの2か月間に一般病棟へ入院した症例の中、入院前4週間以上、6種類以上の薬剤を内服していた48例（男性17例、女性31例）を対象とした。年齢、診療科、主病名、持参薬数および減薬薬剤数、ADL[Barthel Index・機能的自立度評価表（FIM）]、薬剤師の介入などについて2剤以上減薬された群を中心として後方視的に調査した。

【結果】薬剤総合評価調整加算の対象症例は48例中15例31%であり、持参薬から2剤以上減薬した群は48例中21例44%だった。薬効別減薬数と減薬理由を調査したところ、薬効別減薬数は胃腸機能調整薬、骨・カルシウム代謝薬が多く、減薬理由では症状なし、副作用回避が多かった。また、持参薬から2剤以上減薬した群の57%が医療機関を重複利用しており、その中、当院外来受診症例は47%であり、2剤以上減薬した群はADLが低かった。

【考察】持参薬からの減薬は対象症例の半数以上に行われていたが、薬剤総合評価調整加算の要件を満たす症例は31%であったことから、一般病棟では新規薬剤の追加などを考慮した、薬剤師の積極的な介入の必要性が示唆された。提示した2症例では、薬剤師の介入によりADLや患者背景を考慮した減薬ができたと考えられた。

【まとめ】本検討を通して医師、薬剤師の連携の大切さを感じた。今後、高齢社会に向かい、生活背景を考慮した薬剤総合評価調整に取り組んでいきたい。

褥瘡対策チームにおける薬剤師の関わり

○戸田由菜、串田真紀、染谷枝里子、小原総一郎、伊藤芳弘

永生病院

【はじめに】当院では2009年度からWOCナースを導入し、褥瘡対策チームの見直しや褥瘡治療についての再検討が行われた。その際、チームの一員として薬剤師が関わり行ってきたことをまとめ、治療において貢献できたことを報告する。

【方法】WOCナース導入後の薬剤師の介入についてまとめ、2008年度から2015年度の褥瘡発生率、治癒率や薬剤費の推移を用いて、薬剤師としてチームで貢献できたことを調査した。

【結果】2008年度から2015年度を比較して褥瘡発生率は低下傾向を示し、治癒率は上昇傾向を示した。（発生率 2008年度 2.16、2015年度 1.52）（治癒率 2008年度 27.49、2015年度 37.26）また薬剤費は2008年度から2015年度を比較して減少傾向を示した。（2008年度 ¥1,142,649.50 2015年度 ¥470,308.25）

【考察・まとめ】褥瘡治療は多職種協働治療であり、薬剤師だけの貢献としての評価が難しいが、今回褥瘡発生率、治癒率、薬剤費の観点から薬剤師としての関わりや貢献度を評価した。結果より、WOCナース導入によりチーム医療が確立し、また薬剤師としては適正使用を促すことで、早期治療、薬剤費の減少に貢献できたと考えられる。

近年褥瘡対策チームにおいて、薬剤師の介入により褥瘡の早期治療につながるという報告が増加してきている。今後は、適正使用の観点で、薬剤師の専門性を活かし積極的に介入していく必要がある。回診時に活かせるよう提案していく必要がある。また薬剤師も正確な創評価ができるよう勉強し早期治療を目指す必要があると考えられる。

看護師の仕事に対する意欲の意識調査

○萱原亜香里、今川梨恵、秋野友理、
桑鶴静華

稲波脊椎・関節病院

【はじめに】昨年「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～」を研究テーマにスタッフに意識調査を行い「これまでのキャリアを活かせないという不安は脊椎・関節に特化しているという看護の独自性からではないか」という結果・考察がでた。開院から1年が経ち、日々の看護を通して個々のキャリアを活かすことで仕事に対する意欲とやりがいがあるのにつながっているのか研究した結果を報告する。

【方法】病棟看護師19名を対象にアンケート調査した。

【結果】現在、当院でこれまでのキャリアを活かしているという人は半数以上であり、具体的には脊椎疾患の知識、周手術期の管理や術前指導が挙げられた。また、キャリアを活かせることは仕事への意欲につながると考える人が大半であった。

【考察・まとめ】当院は術後の経過が早く、早期から退院指導を行うなど独自性はあるが、術後の全身状態の観察やアセスメント等の一般的な周手術期の看護も必要とするため、これまでのキャリアを活かしていると考えられる。自身のキャリアを活かせる環境で仕事することにより、仕事に対する意欲の向上や、やりがいを感じることができている。また、仕事への意欲の向上に伴い、さらにスキルアップしていきたいと考える人が多いことから、意欲とスキルアップも大きく関連していると考えられる。今後も個々のキャリアを活かしつつ、専門的な知識、技術を極め、仕事への意欲を向上させていきたい。

一般病院におけるがん患者・家族ケアを行う外来看護師の困難感

太田久美子

東京臨海病院

【目的】近年、がん治療は入院治療から外来通院治療に移行している。外来看護師はがん患者・家族に対し告知時の精神的支援や治療・副作用に対するセルフケア支援、病棟と外来、病院と地域との連携など重要な役割を担っている。本研究では外来看護師が看護を実践する上で抱える困難感の内容と課題を明らかにする。

【研究方法】対象：当院の外科・内科外来に勤務している看護師3名。平均年齢42.3歳。看護師経験年数11～30年。調査方法：対象者に半構造化インタビューを実施。承諾を得て録音し、逐語録を作成し質的データとした。分析方法：質的記述的研究。倫理配慮：研究参加者に書面にて同意を得た。データは個人が特定できないように配慮した。

【結果】外来看護師が感じている困難感は、「外来看護師の業務状況」、「外来看護を実践する環境」、「看護師のスキル」、「医療者間の連携」の4つのカテゴリーに分類された。

【考察・まとめ】外来看護師は看護の対象を把握しているが、多重業務によりタイミングよく介入する事が難しく、がん患者・家族を支援したい思いと他の業務の遂行との狭間で葛藤を抱いていると思われる。また、告知後の患者の支援に対し困難感を強く感じており、コミュニケーション能力、がん治療の知識の習得などが看護師のスキルの課題として挙げられる。専門看護師、認定看護師などのリソースの活用、チーム医療の強化などにより、がん患者・家族を支援できる環境を整えていく事が外来看護師の困難感の軽減に繋がると考える。

緩和ケア病棟で働く看護師が抱える ジレンマ

○山地ひろみ、日野恵美子、堀江亜紀子、
立花エミ子、越永守道

信愛病院

【初めに】緩和ケア病棟では、患者の思いを尊重し、負担のより少ない治療や看護の提供を心がけている。そこで働く看護師の多くは緩和ケア病棟に特有のジレンマにより常にストレスにさらされている。そのジレンマを明らかにし、これを回避・軽減する方法について実践を通して見えてきたことを報告する。

【方法】緩和ケア病棟看護師13名に、どのような事柄にジレンマを抱えているかアンケートを実施した。その結果、「排泄ケア」41%、「食事介助」17%、「吸引」17%、「その他」17%と排泄ケアに関するジレンマが多かった。そこで「排尿チェックシート」を作成し、尿道カテーテル留置を検討する際にこれを用いてカンファレンスを行い、使用感についてアンケートを実施した。

【結果】「使いやすかった」11名。その理由は「迷った時の指標になった」「一人で問題を抱えずに済んだ」「情報の整理がしやすかった」。「使いにくかった」1名、未回答1名。その理由として「時間がとられる」「慣れていない」「質問項目が多い」。

【考察】「排尿チェックシート」を用いてカンファレンスを行うことによって、ジレンマの原因となっている排泄ケアに係る問題点を整理し、解決の方向性を模索することができた。また、チェックシートを作成しカンファレンスを行うことで問題点の多くは個人の問題にとどまらず、スタッフ間の共通の悩み・ジレンマとして取り上げることができたため、ストレスを軽減することにつながったのではないかと考えた。他のジレンマにおいても、問題点を整理して、個人の問題を超えて、スタッフ全体の共通の問題として取り組むことが重要と考えられた。

ALS患者の受容過程と医療者の関わり ～告知から終末期までの関わりを通して～

○清水智子、守屋彩子

町田慶泉病院

【はじめに】筋委縮性側索硬化症は運動神経系が障害され最終的に全ての運動麻痺をきたす。難治性と云う性質から告知時より自己の死を意識させ症状進行に伴って、必要となる生死に関わる処置を決定していかなくてはならない。

今回 延命治療を行わないと云う男性患者がいた。障害受容では患者が納得して受け入れる事が大切であり患者との信頼関係を築く重要性を学んだためここに報告する。

【研究目的】障害需要の過程の中で心理面的変化が起こっているかを考え患者の障害受容における看護師の関わりを整理した。

【症例】A氏 67歳 男性

2014年2月 左下肢の拳上困難・構音障害を自覚し受診、ALSと診断される。在宅療養は困難と判断され入院。告知時より延命治療を拒否されており進行に伴い段階的にICを行うが本人の意思は変わらなかった。終末期には呼吸困難が著明となるが酸素吸入のみで経過、本人の意向で鎮静剤投与・末梢点滴を行う。

2015年6月8日、発症より約1年の早さで永眠される。

A氏は障害が進む中、私達の介入を中々受け入れなかった。援助の場面では必ず一度は拒否し納得するまでに時間がかかった。時間をかけ交渉、信頼関係を築きA氏の障害受容を見守った。

【考察】ALSは障害受容と死が切り離せない。障害受容過程は死の受容過程と並行して進んでいくと云う考えに至った。

隅田氏は「悲嘆が強い時は自然な見守り、1人でないと感じる支援が大切な事もある。」と述べている。

A氏の行動を極力見守り必要な時だけ介助、常に寄り添いながら関わり続けた事はA氏との信頼関係を築き精神的支援になったと考える。

総合相談窓口の円滑化を目指した業務改善の取り組み

○山崎淳子、大山文恵、武下美佐代、
星野淳子、新沼 恵

豊島病院

【はじめに】当院の総合相談窓口（以下総合案内とする）は、主に初回の受診相談を行っているが、業務内容の煩雑さから来院患者が集中する午前中は特に混雑が激しく、受診相談に専念できない、余裕を持った対応ができない状況にある。今回、総合案内における業務の問題点を明確にし、患者満足の向上につながる窓口業務の円滑化を目指した取り組みを行ったのでここに報告する。

【方法】

- 1) 患者アンケートの総合案内対応に関する内容の分析
- 2) 総合案内業務の現状確認・問題点抽出
- 3) 総合案内と救急外来の連携に関するアンケート調査

【結果】

- 1) 患者アンケート結果の苦情内容は①待ち時間の長さ、②予約なし患者の対応に関する内容、が8割を占めていた。
- 2) ①検査説明、②場所案内、③予約外の受診患者の対応、④救急外来受診患者の対応、など全ての相談を総合案内で対応している。
- 3) 看護師アンケート結果より「平日の救急車以外の救急外来受診者の対応がスムーズか」に対し、35%がスムーズではない、44.8%がどちらとも言えないと答えていた。
- 4) 「救急外来と総合案内の連携の必要性について」は75.9%のスタッフが必要であると答えている。
- 5) 院内案内表示がわかりにくく、場所案内の問い合わせが多い。

【考察・まとめ】救急外来と総合案内は同じ外来でありながら、連携の必要性は認識しているものの、相互に補完するという意識はなかった。院内の案内表示の改善や、救急外来と総合案内の補完体制をとることにより、煩雑化していた受診相談の整理や、救急外来混雑時の応援体制や人間関係の構築など双方にとって相乗効果が表れ、患者対応が円滑化すると考える。今後検討を進めよりよい運用を行っていきたい。

収益向上にむけての取組み ～コスト入力への意識改革～

○丸山裕子、松浦弥生、渡邊孝枝
小林香織 古屋智子

豊島病院

【はじめに】当院では病院経営への参画の一環として、看護部で主任・看護師長で自主研修を行っている。昨年8月より電子カルテ導入に伴い、コストの取り方を習得出来ないまま業務を行っている職員もおり、コストの入力漏れが発生し、収益が減少していた。そこでコストの取り方や診療点数を看護職員に伝えることで意識が高まり、漏れが少なくなると想定し、今回取り組むこととした。

【方法】医事職員とともに診療報酬点数が高い・またコストの入力漏れが多かった項目を洗い出した。「肺血栓栓塞症予防管理料」「退院時リハビリ指導料」「植え込み型カテーテルによる中心静脈注射（CVポート）」「ドレーナージ管理料」についてのポスターを1～2か月に1回のペースで作成し、各部署に掲示・閲覧を促した。5か月後に、ポスター掲示後の意識変化のアンケート調査を行った。

【考察】ポスター掲示後、4項目のコスト入力漏れ件数が減少し、アンケート調査の結果からも「コストの取り方がわかった」「診療報酬の点数を知ることが出来た」「コストに対する意識が高まった」という意識の変化が認められた。コストの入力漏れが収益の減少に直接つながるという意識づけにつながったと考える。

【まとめ】電子カルテ導入直後はカルテ操作に慣れることで精いっぱいであり、コストへの意識が薄れていた。導入後、約1年が経過し職員各自の意識がコストへも向くようになったと考える。ポスター掲示によって視覚に訴え、具体的な項目へのコスト意識が高まり、コストの入力漏れが減る結果となった。

ベッドコントロールの実態調査 ～業務負担軽減にむけて～

○江田恵子、山本愛美、池野辺靖子

一成会 木村病院

【はじめに】二階病棟は51床を有し、10:1看護基準である。急性期病棟のため入退院も多くベッド移動も頻回にあり、スタッフより業務負担が大きいと意見が上げられていた。当病棟のベッド移動の実態調査を行い、ベッドコントロールに対する課題と改善への取り組みについて報告する。

【方法】病棟看護師にベッド移動に関するアンケートを行った。さらに2015年6月～12月の半年間のベッド移動件数を調査した。その結果からベッド移動時のチェックリストの作成を行い、運用開始後にアンケート、2016年4月～9月のベッド移動件数を調査比較した。

【考察】最初のアンケートでベッド移動が多いと感じるとの意見があり、半年間の入院患者420名に対しベッド移動は468件にのぼり、業務負担となっていることがわかった。ベッド移動数軽減に向け基準とするチェックリストを作成。運用を開始し医師をはじめチーム医療でベッドコントロールの改善に取り組んだ。患者の状態に合わせたベッド環境を意識するスタッフも少しずつ増えつつあるが、さらにチェックリストの活用を進めるため見直しが必要である。

【まとめ】ベッド移動は患者にとってもスタッフにとっても負担が大きい。少しでも不要なベッド移動が減らせるように検討したが、現状は全ての患者に適切なベッドの提供は困難である。しかし現状を調査、発表することでベッドコントロールにかかわるスタッフの意識改革につながった。今後もチェックリストの活用をすすめる、ベッドコントロールについて医師、スタッフの協力を得ていきたい。

看護師長・主任の現場力向上の取組み ～労務管理学習会を通して～

○関 貴和、梅田ルミ、小宮山博之、
佐藤桂子、竹重まゆみ、齋藤孝子、
島美奈子、相馬 淳

豊島病院

【はじめに】看護師長や主任は現場で必要不可欠である労務管理の知識を学ぶ機会がほとんどなく、困った時に初めて確認するケースが多いのが現状である。現場力とは現場にある問題解決能力や人の力量と言われている。労務管理では様々な問題解決が求められる。今回現場力向上をめざし、労務管理学習会を行った。アンケート結果から、理解度・役立ち度・満足度による結果が得られた。現場力向上に成果があったことを報告する。

【方法】

- ① 看護師長・主任を対象に労務管理で学びたい事についてのアンケートを実施。現状把握及び分析を行った。
- ② 結果から学習会を計画、1回につき20分～30分、計4回実施した。学習会では参加者同士がディスカッションできる時間を設けた。
- ③ 終了後アンケートを実施、4段階定量評価を行い、理解度・役立ち度・満足度3.5以上を目標とした。また自由記載で具体的な効果について確認した。

【結果】学習会に対する結果は理解度3.5 役立ち度3.6 満足度3.6であった。

自由意見では「超過勤務について考えられるようになり、具体的な現場指導ができるようになった。」「法的な裏付けが理解でき、スタッフに説明できるようになった。」など、学習会で得た知識を後に現場で生かすことが出来た。

【考察】要望の高かったテーマに絞って行ったことで学習会に対する評価はよかったと考える。自由意見から身近な問題について職員に説明ができるようになり、現場力向上につながった。ディスカッションの時間は普段悩んでいること、また他部署の問題を身近に感じる事ができ、経験の浅い看護師長・主任にとって知識の伝達場となり有効であった。

ナースエイドマニュアルの整備と指導体制の構築

○高久陽子、久原嘉子、町田浩子、
吉田幸子、亀谷武昭、水上昌子、
望月由鶴、海老沼美代子

豊島病院

【はじめに】

平成 28 年度の診療報酬改定では「急性期看護補助体制加算、看護補助加算」の施設基準に「事務的業務を行う看護補助者の配置」が新設され、看護補助者業務のうち一定の部分での事務的業務が明文化された。当院では看護補助者（ナースエイド）が看護師と協働して生き生きと安心して働き続けられることを目的にナースエイドマニュアルの整備と指導体制の構築に取り組んだので報告する。

【方法と結果】

1 ナースエイドマニュアルの整備（①業務基準、②業務手順、③指導体制）

(1) 業務基準を新たに作成し、業務範囲の明確化と事務的業務が実施できることを明文化した。

(2) 業務手順を現状に相応した内容へと改訂した。

スキルアップが明確になるような業務チェックリストの作成と研修等の指導体制の整備を行い①周辺業務⇒②患者への直接業務⇒③患者へスキルを必要とする直接業務の 3 項目を分類し、ナースエイド個々のスキルアップに合わせて行える業務内容を明確にした。

2 具体的な事務的作業について 3 部署でプレテストを実施し、ナースエイドへアンケート調査を行った。

3 教育委員との協力のもと、医学的な内容を盛り込んだ研修を実施した。

【まとめ】

ナースエイドマニュアルを整備することで、ナースエイドの業務範囲の明確化とケアの質向上が図れた。今後は改定したナースエイドマニュアルが看護師とナースエイドの協働を円滑に実施するために活用できたか評価していく。また看護補助者による事務作業について本格実施導入を検討していく。

配置転換、みんなはどう生かしている？アンケート調査の報告

○松永明奈、今村美和子、根本恵里、
碓井 篤、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】当院は急性期 188 床、回復期 34 床を有している。リハビリテーション科スタッフは 54 名、外来、急性期・回復期病棟、訪問リハなどで従事している。今年度 4 月、リハビリテーション科にて急性期・回復期病棟間で臨床経験 3 年目以下のスタッフを中心に配置換えがあった。回復期病棟から急性期病棟へ異動となったスタッフが異動をどう感じ、回復期病棟での経験がどう生かされているのか知るためにアンケートを行った。

【方法】対象者 7 名。①情報収集、②予後予測、③転帰先、④福祉用具の選定、⑤住環境の提案、⑥人的・環境サービスの選定の 6 項目を挙げ、1) 全く役立たなかった 2) ほとんど役立たなかった 3) どちらともいえない 4) かなり役立った 5) 非常に役立ったの中から選択してもらい、項目ごとに平均を算出した。また、併せて記述での回答も得た。

【結果】6 項目の平均は最低 3.43、最高 4.2 であり、全項目で回復期病棟の経験が役立っているという結果が得られた。また、記述回答より情報収集や予後予測など多様な場面で役立っているという結果が得られたが、同時に全員が異動時に不安を感じていたこともわかった。

【まとめ】経験が浅いリハビリスタッフにとって、急性期・回復期病棟両方を入職後早期に経験する事は患者様へのリハビリ提供に良い影響を与えることがわかった。その一方、異動時に 7 名全員が不安を抱いていた。要因として知識不足が大きいと考える。不安要素を軽減できるよう、今後配置転換を行う際には、今回得られた結果をもとに勉強会を企画し安心して働けるよう取り組んでいく必要があると思われる。

当院作業療法部門における勉強会テーマの変遷

○久尾友員、中里 創

永生病院

【はじめに】当院リハビリテーション部の理念として、「EBMに基づいた最新の知識を幅広く学び、治療に役立つ技術の習得と研鑽に努める」ことを掲げている。作業療法（以下：OT）部門では、理念を達成するため毎月勉強会を実施している。主な内容は症例検討であるが、「新しい取組み」が増えていることを過去の勉強会テーマから確認したため報告する。

【方法】過去6年分のOT部門勉強会のテーマを前期と後期に分けて比較検討した。

その際、最も多いテーマ（症例検討以外）を抽出し、内容を再考した。

【考察】後期で最も多いテーマは「生活行為向上マネジメント」である。これはOTの臨床思考過程を説明したもので、生活から失われた「やりたいこと」を「できる」ようにして、いきいきとした地域生活を継続するための支援ツールである。次に「法人内OTからの報告」である。当法人は急性期から生活期までを対象にしており、事業所間での連携が欠かせない。病院退院後の老健や訪問OTから、利用者の経過報告や病院での関わりについて助言する機会を設け、臨床の振り返りとしている。最後に「評価ツール」である。代表的なものは「AMPS」であるが、病棟単位で臨床の現状に合わせ紹介・導入している。

【まとめ】OT協会ガイドライン職業倫理指針では「自己（生涯）研鑽」「実践水準の維持」「教育（後輩育成）」「職能間の協調」等を示している。当法人での取組みは上記を実践するものであり、新人教育では「基本姿勢」「リスクマネジメント」について伝達している。今年度の診療報酬改定から早期退院の必要性が高まる中で、今後も「作業に焦点を当てた」アプローチを基本として、臨床教育を進めていきたい。

リハビリテーション職員の腰痛の実態調査

○渡辺吏生、加濃俊吾、丸山紗季、
松本留香、番場君夫、下川龍平、
宮城春秀、永島正一

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】厚生労働省の報告によると、保健衛生業において近年腰痛発症件数が増加しており、医療従事者の腰痛予防対策を推奨している。看護職を対象とした研究では、経験の少ない職員に腰痛が多いとの報告があるが、リハビリテーション（以下リハ）職員を対象とした報告は少ないため、今回当院のリハ職員の腰痛の実態調査を行う事とした。

【方法】当院リハ職員48名を対象としたアンケート調査を実施し、性別、年齢、職種、経験年数、腰痛の有無、罹患年数等を調べた。

【結果】腰痛の罹患率は全体の61.9%であり、リハ職就労後から腰痛発症もしくは増悪したのは、罹患者の87.5%（男性48.1%、女性86.7%、就業3年以内の罹患率は96.1%）であった。

【考察・まとめ】リハ職就労後3年以内に腰痛に罹患した人が多かったが、文献によると社会福祉施設における腰痛の主要因は移乗作業が多いことから、看護職同様に腰部への負担が大きい移乗動作と経験の浅さが腰痛に関連していると考えられる。また、男性に比べ女性に罹患率が高かったのは、男性が取り扱う事の出来る重量は体重の40%以下であるのに対し、女性は男性の取り扱うことの出来る60%程度までと文献で推奨されており、リハ業務内容は男女ともに推奨基準を上回っている作業が多く、女性には特に腰への負担が大きいと考える。これらのことから、経験年数の少ないうちから、移乗などの動作指導や、可能な限り無理な姿勢や動作を避けるなどの腰痛予防教育を、職場全体で行う必要があると考える。

当リハビリテーション科における就労妊婦の職場環境について

○北村聡美

第三北品川病院

【はじめに】「妊娠期・子育て期の女性労働者のストレスに関する調査」は非就労女性と就労女性を対象に行っている。当職場では有資格者が男女問わず同じ労働条件で働いているため、同調査を当職場で行い、妊娠経験のある女性・妊娠経験のない女性・男性での比較検討を行い、今後の職場環境づくりに役立てたいと考えた。

切迫流産の発症頻度を職種別にみると、看護婦・助産婦が8.9%であり、家庭婦人の5.5%と比較して明らかに高いという報告や、職種別の妊娠合併症の発症は、立ち仕事運動量が多いと予測される職種（看護師等）に高い結果が得られたと考察した報告もある。私達は理学療法士（以下PT）・作業療法士（以下OT）・言語聴覚士（以下ST）であり、看護師・助産師と同じ医療従事者であるため、注目すべき職種であると考えている。

【方法】当リハビリテーション科に所属するPT29名、OT16名、ST3名の計48名（男性；16名、女性；32名）を対象に質問紙によるストレステストと就労状況の調査を行った。

【結果】先行調査では妊娠期のストレスで高率なものは「つわりなど体調不安」であり、当職場でも妊娠経験の有無に関わらず女性は「つわりなどの体調不安」を挙げる者が多く、男性では「経済的不安」を挙げる者が多い結果であった。また、当職場では労働に関連するストレス要因として、妊娠経験者は「休業中の同僚への負担増などの気遣い」を挙げる者が多い一方で、妊娠経験のない女性と男性では「育児休業後の子供の保育」を挙げる者が多い、という結果であった。

【考察・まとめ】当職場のスタッフに対してアンケート調査を行うことで今後の職場の環境づくりに役立てるきっかけとなった。

大腿骨頸部骨折患者の術後、非対称な姿勢に対する介入の試み

○山田真嗣、碓井 篤、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】大腿骨頸部骨折術直後の患者は疼痛による代償的姿勢や倦怠感などの症状が生じる身体の内部的環境による制限や外転枕・フットポンプの装着による外部的環境による制限により自由に動くことが難しい。これらの要因から生じる臥位姿勢の非対称性は動作を獲得する上で、早期からアプローチすることが重要だと考える。

そこで今回、臥位姿勢の非対称が著明な人工骨頭置換術後の症例に対してシーツを利用した介入を試みた結果、改善が見られたため報告する。

【症例】80歳代後半の女性、独居でADLは自立。X年〇月〇日に受傷し、〇日に人工骨頭置換術施行し翌日より理学療法開始。

【理学療法評価】臥位姿勢は足部・膝・股関節・骨盤帯の左右差、床との接触の有無、四肢の可動域を評価。術後7日目の全身は、過度の緊張や四肢の重量感と抵抗感が非常に強く可動域制限も著明であった。

【方法】シーツを使用して足部からの頭部方向に向かってベッドと身体との間に入れながら身体全体の下に引く。身体全体を包み込むようにシーツを位置させ寝返り動作を視覚的に誘導しながら抵抗感が減少するまで数回、繰り返し実施した。

【結果】介入後の臥位姿勢は著明な非対称は減少し、四肢の可動域は重量感・抵抗感も少なくなり可動域も拡大した。

【考察】症例の臥位姿勢は、過度に末梢部の固定を強めていることから床面との接触情報が面ではなく点であることが示唆される。シーツは、身体を密着しやすく隙間なく包み込むことができる特性がある。この特性を利用した結果、身体の接触面が広がり、感覚情報が増大し安定感や安心感が得られ四肢の可動域が拡大したと考える。

疼痛と屋外活動への意欲に着目した左大腿骨頸部骨折術後の症例

○佐藤 佑、山田有希

町田慶泉病院

【はじめに】左大腿骨頸部骨折後、人工骨頭置換術を施行され、股関節痛により屋外活動を諦める発言が聞かれた症例に対し、介入したので報告する。

【症例】70歳代女性。既往歴・合併症なし。受傷前ADL・IADL全自立。趣味ゴルフ。

【評価（初期→最終）】荷重時痛（左立脚中期）：術創部NRS4→0、左内転筋NRS7→0

屋外活動への発言（障害受容段階）：「もう無理かな（混乱期）」→「ゴルフに行きたい（受容期）」ROM-T(°)：左股関節屈曲50→100、外転30→45 MMT：左中殿筋2→4 筋緊張：左内転筋亢進→軽減 左腹横筋・左腹斜筋群の遠心性収縮：低下→向上

歩行観察：(T字杖)左立脚中期に骨盤左拳上・体幹左側屈の代償動作が生じ、左側への重心移動が不十分→(独歩)骨盤・体幹の代償動作が消失、左側への十分な重心移動が認められた。

【問題点】術後初期から荷重時痛を避けるため骨盤左拳上位をとり、同時に体幹固定不足から左側屈することで、左股関節は相対的内転位となる。侵襲による外転筋出力低下に加え、この肢位による内転筋への過負荷から二次的な疼痛を招いたと考えた。そして、この疼痛に伴い、屋外活動に対する意欲低下が認められた。

【アプローチ】股関節周囲のストレッチ・筋力強化、体幹-股関節の協調的な筋収縮促進。

【考察】外転筋出力向上、体幹固定作用向上により左立脚期に生じていた骨盤左拳上・体幹左側屈の代償動作は消失した。この歩容の改善に伴い、内転筋の過緊張が緩和され、疼痛の消失に至ったと考えた。それにより、術後初期には諦めかけていた屋外活動への意欲向上につながったと考えた。

【まとめ】本症例を通し、疼痛に対する介入は活動意欲向上の一助となることが確認できた。

封入体筋炎患者の大腿骨頸部骨折に対するリハビリの一症例

○草野佳奈子、石黒明人、宮城春秀、岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】封入体筋炎は、慢性進行性筋疾患である。臨床特徴は、クレアチニンキナーゼ（以下、CK）は正常～上昇、大腿四頭筋や手指屈筋群が選択的に筋力低下・筋萎縮、筋力低下は数カ月の経過で徐々に進行し日常生活に支障をきたすこともある。今回、症状に応じた負荷量を設定し、大腿骨頸部骨折後の運動療法を実施したので報告する。

【症例紹介】70代女性。両大腿四頭筋は萎縮しMMT1。数か月前から転倒頻度が徐々に増加、外出先で右大腿骨頸部内側骨折を受傷。後方アプローチで人工骨頭挿入術を施行され、翌日よりリハビリ開始。

【術後初期評価】CK値412IU/L。MMT両大腿四頭筋1、右臀筋群2、左臀筋群4、両腸腰筋2。大腿周径（パテラ上縁/5cm/10cm/15cm）右（30/29/30/33）、左（30/30/30/31）。

【アプローチ】運動療法を、術後1日目より40分間/日、5～6日/週の頻度で約2週間実施。1日目は股関節可動域訓練、リラクゼーション、車椅子乗車。2日目は筋力訓練、平行棒内立位保持訓練。6日目から起居移乗動作訓練、平行棒内歩行訓練。14日目から歩行器での訓練。負荷量は、CK値と疲労の程度を修正Borgスケール2～4で調整し、翌日に筋疲労が残らない程度で行った。

【結果】CK値は、期間中上昇せず臨床症状の悪化もなし。大腿周径は、炎症による増減のみで萎縮の所見なし。MMTは、両大腿四頭筋と左臀筋群は変化なく、右臀筋群と両腸腰筋は2から3へ向上した。

【考察】筋炎患者の負荷量は一般的にCK値を目安に設定するが、毎日のCK値を把握する事は困難である。今回、負荷量を本人の訴えに合わせて設定し、CK値が上昇せず歩行訓練を円滑に開始できた。随時筋疲労の程度を確認し、症状に合わせて負荷量を設定することが有用と考えられた。

人工骨頭置換術を施行した人工透析患者の歩行耐久性について

○関澤静香、岩崎圭悟

町田慶泉病院

【はじめに】転倒により大腿骨頸部骨折を呈し人工骨頭置換術（以下 BHA）を施行した症例を担当した。家族 HOPE は独歩自立で透析病院へ通うことであった。ここで透析患者に対する歩行耐久性に着目し介入した結果、歩行耐久性向上が得られたため考察を加え報告する。

【症例紹介】81 歳男性。転倒により、右大腿骨頸部を骨折、BHA 施行。既往歴は慢性腎不全にて人工透析導入中。入院前 ADL は自立、毎日外出していた。

【理学療法評価と訓練経過】術後翌日から理学療法開始、15 日後に回復期病棟へ転棟となった。初期評価は、MMT は右股関節外旋筋 2、大殿筋 3、中殿筋 3 であった。歩行は T 字杖見守りであり、右立脚中期に動揺がみられた。歩行耐久性は 6 分間歩行 270m、修正ボルグスケール 4 点であった。問題点は右立脚中期の動揺であり歩行耐久性低下に影響していると考えた。動揺の要因としては股関節周囲筋筋力低下が考えられた。この筋力低下は手術の侵襲に加え、透析患者の栄養状態も影響していると考えた。そこで患者の血液データを確認しながら過負荷にならないような運動療法を実施した。最終評価では、MMT は右股関節外旋筋 3、大殿筋 4、中殿筋 4 であった。歩行はフリーハンド見守りであり右立脚期の動揺が軽減した。歩行耐久性は 6 分間歩行 330m、修正ボルグスケール 1 点と向上がみられた。

【まとめ】本症例は家族 HOPE が独歩自立で透析病院へ通うことから、歩行耐久性に着目し介入を行った。術後の筋力低下、患者の運動負荷を考え訓練を行った結果、歩行耐久性向上が得られ、家族 HOPE を達成し退院となった。今回は心拍数と疲労感の比較はしていない。そのため今後の検討課題としていきたい。

人工膝関節置換術に対する術前介入による影響について

○與那覇真弥、櫻井靖之、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】本症例は両側変形性膝関節症を呈し、2016 年 4 月に右人工膝関節置換術、同 10 月に左人工膝関節置換術を施行した症例である。今回は左膝関節の術前に自作のパンフレットを配布し、本人へ病態の理解と予測される機能低下に対する知識を深めて貰った。術前から自主トレーニングを実施したことで、術後早期の歩行を獲得できたため報告する。

【評価（術前→術後→最終）】（左）内側裂隙への疼痛（膝関節屈曲時・荷重時）NRS4 → 9 → 2 左大腿膝関節外側部（膝関節屈曲時、起き上がり・立ち上がり動作時）NRS4 → 8 → 2。ROM-T（左）膝関節屈曲 130° → 30° → 110°、膝関節伸展 -5° → -15° → -5°。MMT（左）ハムストリングス 3 → 2 → 4、中殿筋 3 → 3 → 4、内転筋 3 → 3 → 4。10m 歩行 10 秒 → 23 秒 → 11 秒。立ち上がりテスト（30 秒）11 回 → 5 回 → 15 回。片脚立位（左）14 秒 → 2 秒 → 1 分 10 秒。【考察】術後の ROM 制限、膝蓋骨の可動性低下が予測されたため、術前から自主トレーニングを指導し、自己管理が行えるよう促した。自主トレーニングは術後 2 日目から再開し、退院まで毎日実施した。その結果、早期から歩行動作の獲得ができ、術後 4 日目で歩行器歩行自立。術後 2 週目で T-cane 歩行自立となり、術後 3 週目で自宅退院となった。

両側二期的 TKA を予定した症例の歩行に着目し介入した一例

○幸繁將司

南多摩病院

【はじめに】両側変形性膝関節症を呈した 80 代女性に対し、両側二期的全人工膝置換術 (以下 TKA) 施行予定の一側手術終了後のリハビリテーションを経験した。一側 TKA の術後アプローチおよび術後に予測される反対側の機能障害に対し理学療法を実施した。

【初期評価】左右膝関節ともに、大腿脛骨角 (以下 FTA) ($195^{\circ} / 187^{\circ}$) と高度内反変形を呈し、関節可動域 (以下 ROM) は膝関節屈曲 ($130^{\circ} / 140^{\circ}$)、伸展 ($-15^{\circ} / -10^{\circ}$)、徒手筋力検査 (以下 MMT) は膝関節伸展筋 (4/4) 股関節伸展筋 (3/3) であった。屋内は伝い歩き、外出時はシルバーカーを使用し、歩行開始時に左右膝内側部に運動時痛を認めた。股関節・膝関節屈曲位にて踵接地し、左右 lateral thrust (以下 LT) 出現、遊脚期ではダブルニーアクション (以下 DKA) は消失していた。

【治療経過】TKA 側は正常アライメント下での運動療法、反対側は高度内反変形を考慮した股関節・足関節の ROM 訓練及び立位訓練を実施した。

【最終評価】FTA ($170^{\circ} / 187^{\circ}$) と右側の内反減少、ROM では膝関節屈曲 ($120^{\circ} / 140^{\circ}$)、伸展 ($-5^{\circ} / -10^{\circ}$)、MMT では股関節伸展筋 (4/4) となった。術側は LT 減少、DKA は出現した。反対側は LT 残存、DKA は消失したままであったが運動時痛は消失し、屋内では T 字杖、屋外はシルバーカー歩行器にて自立した。

【考察】本症例は股関節伸展筋力低下、股関節・足関節の ROM 制限から膝関節に機械的ストレスを増大させていた。術後、TKA 側は正常アライメント獲得下での運動療法、反対側は運動連鎖を考慮した運動学習が歩容の改善に重要であり、また今後予定される反対側の機能障害に対し術前の予防的介入としても重要であった。

橈骨遠位端骨折を呈した症例 ～手関節・手根骨の可動性に着目～

○松本麻希、大澤秀一、猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】左橈骨遠位端骨折を呈し、手関節の関節可動域制限と握力の低下が著明な症例に対し早期の手根骨の徒手療法の有効性について報告する。

【症例】70 代女性、清掃員。段差から落ち、後方へ転倒した際に橈骨遠位端骨折を受傷した。2 病日後に観血的整復術を施行。3 病日より理学療法開始。21 日病日で退院し、外来リハビリへと移行となった。

【評価と問題点】初期評価、フローマンズ徴候陰性。感覚障害は無し。関節可動域、手関節掌屈 5° 、背屈 5° 、橈屈 5° 、握力 0kgf。関節可動域低下の原因として、術創部周囲の軟部組織の癒着・伸張性の低下、手根骨の可動性の低下。また筋力低下も顕著であった。

【治療・結果】正常な手関節掌屈では近位手根列の舟状骨・月状骨・三角骨と、遠位手根列の有頭骨・有鉤骨は背側滑り、菱形骨は腹側滑りとなり、背屈では反対の滑りとなる。また、橈屈では近位手根列の舟状骨・月状骨・三角骨の尺側滑りと屈曲が入り、遠位手根列は伸展の動きが生じる。本症例はこれらの手根骨の動きが乏しかった。このことから、手根骨の徒手療法を中心とした訓練と握力の強化を行った。結果として、手関節可動域、掌屈 55° 、背屈 65° 、橈屈 20° へと改善した。握力 9kgf へと向上した。

【考察】橈骨遠位端骨折の術後では、炎症症状や手術による侵襲の疼痛が見られ手根骨の可動性の低下が生じる。可動性低下によりトルクが小さくなり、筋発揮が乏しくなる。早期に手関節・手根骨への徒手療法・筋力訓練を行うことで、手関節・手根骨の可動域の改善・筋力強化が図れると思われる。

褥瘡に対して超音波療法を実施した症例

○秋葉砂耶、坂井智尋、木村慎乃、
椛島祥子、宮城春秀、齋藤 整

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】当院では褥瘡患者の創傷治癒目的にリハビリスタッフが体圧測定器（molten簡易式体圧・ずれ力同時測定器 PREDIA）を用いて、ポジショニング表の作成や運動療法を実施してきた。しかし、褥瘡改善に難渋する症例もあった。運動療法の他にも物理療法による創傷治癒効果が期待できるとされ、褥瘡予防・管理ガイドラインでは保存的療法として超音波療法があげられる（推奨度 C1）。そこで現在は運動療法に加え、超音波療法を取り入れ実施している。この経験を報告する。

【症例】70歳代後半の女性、心原性脳梗塞を発症し重度左麻痺を呈している。寝たきり度は C2、Barthel Index は 0 点である。入院時より仙骨部に 2.5cm × 3.0cm（DESIN-R 分類 d2e1s6i1G4N3p0；15）の褥瘡があり、治療開始時（入院 76 日目）は 3.2cm × 2.1cm（DESIN-R 分類 D3e1s6i1G6n0p0；14）であった。

【方法】マルチ電気治療器 インテレクト
アドバンス・コンボ 2762CC を使用。

1. 条件設定

①照射方法：ドレッシング材の上からカップリング剤を塗布し超音波を照射、②照射モード：パルスモード、③周波数：1MHz、④創面伝播強度：0.5W/cm²、⑤時間率：20%、⑥時間：10 分間、⑦頻度：5 回 / 週、⑧期間：1 ヶ月程度、⑨動かし方：回転法、⑩導子操作速度：1cm/sec

2. 中止基準

①熱感・痛みが生じた場合、②褥創部の拡大（DESIN-R 分類 s6 ⇒ s8）、③全身状態の悪化

3. 記録

治療開始から毎週褥瘡状態の観察・写真撮影、大きさの測定を行なった。

【倫理的配慮、説明と同意】今回は褥瘡に超音波療法を実施するため院内倫理委員会の認証を得た。また、患者・ご家族には不利益とならないよう安全性・個人情報の管理やプライバシー保護には十分配慮することを説明し同意を得た。

食形態の調整により胃瘻から経口摂取が可能となった症例の報告

○渡邊大樹、浦田康平、宮城春秀、
岩原信一郎

南町田病院

【はじめに】今回、胃瘻増設を行った症例に嚥下訓練を実施し経口摂取が可能となったが、その際高次脳機能障害のため、食形態や一口量の調整を必要とした症例について経過を報告する。

【症例】症例は 50 歳代男性、アテローム血栓性脳梗塞により重度右麻痺・高次脳機能障害（全失語・注意障害など）・嚥下障害を呈した。

【経過】急性期病棟入院中、経鼻経管栄養を経て 62 病日に胃瘻造設を行った。68 病日に回復期病棟へ転棟し、少量のゼリーから直接訓練を開始したが、嚥下反射惹起遅延やむせがみられていた。自己喀痰は困難であり吸引が必要であった。重度の失語があり、簡単な従命や発語も困難であった。胃瘻からの栄養摂取を行いながら嚥下訓練を継続し、食形態はゼリー食を経て全粥・極キザミトロミ付に上がったが、時折むせを認めた。嚥下機能低下だけでなく、食事ペースが速いこと、一口量の調整が困難であったこともむせの要因として推測された。食事方法の修正を図るよう指導を行ったが、失語により理解が不十分であったため定着には至らなかった。そこでスプーンの形状を変更し一口量の調整を図り、全粥にもトロミを付加し食形態の調整を行った。最終的に全粥トロミ付・極キザミトロミ付、胃瘻は経口での水分摂取の不足分を補うための使用にて施設退院となった。

【考察】本症例は失語症や注意障害などの高次脳機能障害により、食事方法の修正が困難であったため食形態と一口量の調整を行い、嚥下訓練の継続により胃瘻から経口摂取への移行が可能となった。食形態の選定にあたっては嚥下機能評価だけでなく指示理解やペース調整、一口量調整などの高次脳機能に関する評価も考慮する必要があると考えた。

家族や関連事業所と連携して排泄と清潔保持に介入した一例

○高澤雅子、五十嵐大輔、邨松美都樹、三宅英司、大高恵莉、金子弥樹

介護サービススマイル永生
(永生病院)

【はじめに】当通所リハビリテーション（以下、リハ）における介護福祉士（以下、介護士）は、環境因子や個人因子を加味して利用者の観察を行い、家族や療法士と密に連携するように努めている。今回、通所リハを長期間利用していた利用者に介護士の観察から新たな排泄の問題を確認したため、家族や関連事業所と連携して介入した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は83歳男性で、介護度は要介護1であった。平成20年2月に脳梗塞による右片麻痺と高次脳機能障害を呈し、平成24年4月より当通所リハの利用を開始した。平成27年頃、介護士は、利用中の観察から尿臭と尿失禁を確認し、さらに家族から自宅でも同様の問題が生じていることを聴取した。そこで介護士は、療法士と協働して来所前に自宅でリハビリパンツ（以下、リハパン）への着替えの促しと、来所時にプログラムの区切りでのトイレ誘導を行った。しかし、当施設や自宅で上記の問題が改善しなかったため、平成28年5月より療法士は家族や関連事業所とリハマネジメント加算Ⅱによるリハ会議を開催した。その結果、家族の協力のもと自宅の環境設定も行い、8月頃からリハパンの着用は可能となった。最終的に、認知機能や家族の介護負担の問題により、リハパンの定期交換と臀部の清潔保持が困難であることから、通所介護での入浴サービスの頻度を増加するために、9月で当通所リハは終了に至った。

【考察】通所リハにおいて介護士は、環境因子と個人因子を加味して、細かな様子や変化を観察することが必要と考える。さらに、介護士が観察した情報を、療法士や家族、関連事業所と共有することは重要と考える。

屋外歩行獲得を目標に通所リハビリテーションを実施した症例

○勝俣沙妃、松井佳奈美、三宅英司、大高恵莉、金子弥樹

介護サービススマイル永生
(永生病院)

【目的】通所リハビリテーション（以下、リハ）において、リハ会議での情報共有と施設での歩行練習を中心に行い、屋外歩行が獲得できた症例を経験したので報告する。

【症例】症例は80歳男性で、介護度は要介護2であった。診断名は脳梗塞で、血管性パーキンソンズムと血管性認知症を呈していた。近医での通院加療と訪問リハを経て、「屋外を歩きたい。」という希望のもと、安全な歩行の獲得を目標に、平成28年6月から当通所リハの利用を開始した。利用開始時、歩行速度は0.17 [m/sec]、日常生活はベッド上臥床の時間が長く、自宅での移動は伝い歩きであった。さらに外出機会は、通院と通所サービスのみであった。リハ会議は、ご家族や居宅サービスの従業者と、日常生活の課題について情報共有し、安全な屋内歩行と自宅周辺の屋外歩行獲得に向けて段階的に歩行練習を行うことを確認した。プログラムは、歩行練習や体操、自転車エルゴメーターを中心に行った。利用1ヶ月後、歩行速度は0.56 [m/sec]に改善を認め、リハ会議で自宅での移動も改善していることを確認した。そのため開始約4ヶ月後から当施設周辺での屋外歩行練習を開始し、リハ会議で家族に屋外歩行時の注意点と声掛けや介助の方法を指導した。その後、ご家族と自宅周辺の屋外歩行を実施することができるようになった。

【考察】リハ会議での情報共有と歩行能力を加味した段階的な歩行練習は、自宅周辺の屋外歩行獲得に有効であったと考える。今後は、各利用者の環境と歩行能力を加味して段階的に介入を進めて行く、体系的な歩行練習プログラムが重要と考える。

生活行為向上リハビリテーションを実施した一症例

○三宅英司、大高恵莉、金子弥樹

介護サービススマイル永生
(永生病院)

【はじめに】生活行為に対するリハビリテーション（以下、リハ）は、平成27年度介護報酬改定にて生活行為向上リハ実施加算として評価された。今回、生活行為向上リハ実施加算を用いて、目標が達成できた症例を経験したので報告する。

【症例】症例は66歳男性で、介護度は要介護4であった。H26年12月に転倒受傷し、左大腿骨頸部骨折の診断で観血的整復固定術を施行後、H27年3月より当通所リハを開始した。開始時は、左股関節可動域制限、左下肢筋力低下、歩行速度の低下を認めたため、関節可動域訓練、筋力トレーニング、歩行練習を中心に実施した。「畑作業をできるようになりたい。」との目標にむけて、H28年1月からリハマネジメント加算Ⅱを算定し、自宅でのリハ会議を、家族や介護支援専門員と月に1回の頻度で行い、畑作業に関するリハの計画や進行状況等の情報を共有した。また、4月から生活行為向上リハ実施加算を算定し、畑作業を自宅から畑への移動、畑での移動、道具の使用、苗植え、草抜き、手入れ、収穫の全7工程に分類して、評価と指導を実際の環境で実施した。その結果、4月から9月の6ヶ月間で、畑作業の全工程を実施して、目標を達成することができた。

【考察】生活行為は、各利用者で環境因子や個人因子が異なることが多い。通所リハにおける生活行為向上リハ実施加算は、実際の環境にて個別に評価・指導できるため有効であると考えられる。また生活行為は、複数の要素によって構成されているために、工程に分類して取り組むことが重要と考える。

屋内の環境面や移動手段に着目した脳梗塞の症例

○鈴木達也、鎌田優輝

町田慶泉病院

【はじめに】左放線冠梗塞による右片麻痺を呈した症例に対し、屋内の環境面や移動面に着目した治療を行う事で一定の成果を得たので報告する。

【症例紹介】60歳台男性で、本人のHOPEは屋内装具非装着でのフリーハンド歩行自立であった。初期評価では、MMSE:27、BRS:Ⅱ-Ⅰ-Ⅱ、ROM-T:(右)股関節伸展0°、足関節背屈0°、MMT:体幹2、下肢2、BBS:17、歩行:右短下肢装具装着にて4点杖歩行軽介助。最終評価では、MMSE:30、BRS:Ⅳ-Ⅳ-Ⅴ、ROM-T:(右)股関節伸展5°、足関節背屈5°、MMT:体幹4、下肢3、BBS:46、歩行:右短下肢装具装着にて屋内フリーハンド歩行自立。環境の問題点は、トイレの扉が右開き戸、トイレ内・廊下・上がり框・外階段に手すりが無い環境である。

【理学療法】右下肢のストレッチ、体幹・右下肢の筋力訓練を行う事で、筋出力向上を図った。ステップ練習にて股関節伸展運動を促した。起立・階段・歩行訓練を行う事で、ADL向上を図った。

【環境へのアプローチ】在宅での導線上に段差や手すりが無い環境である。これらに対し、在宅の改修工事を行った。トイレの扉を左開き戸、トイレ内にL字手すり設置、廊下に突っ張り手すり、上がり框と外階段に手すりを設置した。

【結果】重度の運動麻痺が生じていたが、治療を行う事で運動麻痺の改善が認められた。立位バランスが向上し、退院時は右短下肢装具装着にて屋内フリーハンド歩行自立になった。

【考察】本人のHOPEは屋内装具非装着でのフリーハンド歩行自立であり、現在の機能よりも最終目標が高かった。在宅での導線上に段差があり、昇降時に転倒する危険性があった。在宅の改修工事を行う事で、本人のHOPEに結びついたと考える。

歩行効率低下に対し固有受容性神経筋促通法が有効であった一例

○手嶋莉菜、大澤秀一、猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】この度左被殻出血を呈した症例を経験し、固有受容性神経筋促通法（Proprioceptive Neuromuscular Facilitation：以下PNF）が有効であった症例について報告する。

【症例紹介】50代男性、左被殻出血、右麻痺。軽度感覚障害があり、麻痺側の運動機能はBrunnstrom stage 上肢Ⅳ・手指Ⅳ・下肢Ⅳ。バランス能力はTime Up and Go test11' 52"、Barg Balance Scale46点、10 m 歩行10' 28"。麻痺側立脚初期に体幹の側屈、中期に骨盤帯の傾斜、遊脚期にクリアランス低下がみられた。ADLはBarthel Index65点。認知機能面は問題なく、本人の目標は復職であった。

【経過】4病日目から理学療法開始。機能的な問題として歩行時の麻痺側立脚中期の腰方形筋・中殿筋・下腿三頭筋の出力低下が顕著であった。そのため、立脚初期の骨盤帯や体幹筋の出力低下・協調性低下に対し、PNFを用いて神経筋促通を行った。その結果、各歩行周期に適切な筋出力が発揮され、17病日後に屋内歩行自立となった。復職可能な状態となり退院した。

【考察】今回本症例の機能的な問題に対し、PNFを用いたリハビリテーションプログラムを展開した。その結果、骨盤帯の支持性向上により体幹部の安定性が得られ、立位バランス・歩行効率改善につながった。これにより屋外歩行や公共交通機関の利用も安全に行え、職業上必要な動作に関しても安定化が図られると考える。PNFは神経筋の運動の関連を強調し、刺激を通してその効果を増幅させる手技である。本症例のCT画像からは被殻出血で内包の損傷もあったが治療展開による可塑的变化を期待した。PNFを用いたことにより、末梢の感覚との統合が行われ適切な筋出力の発揮に繋がったと考える。動作分析や歩行分析を綿密に行い、必要とされる筋出力の改善においてPNFを使用することが有効と考える。

左下肢協調運動障害を呈し歩行不安定性を生じた右橋梗塞症例

○木村友美、鎌倉崇之

町田慶泉病院

【はじめに】本症例は右橋梗塞により左下肢協調運動障害を呈し、左下肢荷重時の急激な膝関節屈曲により歩行安定性が低下し、独歩困難となった。歩行安定性向上による自宅生活と通勤・通院の自立を目標として介入する機会を得たためここに報告する。

【症例紹介】40歳台男性。病前はエレベーターのない団地四階にて独居。週三回透析のために通院。職業は工場の電気管理業務。本人HOPEは自宅生活・仕事への復帰。左上・下肢の麻痺は軽度だが、踵膝試験・指鼻試験が陽性。筋力は左ハムストリングス・大殿筋に低下有り。初期歩行では左LR～Mst時の急激な膝関節屈曲により歩行安定性が低下してT字杖軽介助であった。

【問題点】（機能面）左LR～Mstの急激な膝屈曲による歩行安定性の低下。原因は左下肢運動失調による膝関節屈筋・伸筋群の協調性収縮困難や錘体路障害によるハムストリングス・大殿筋の筋出力低下が考えられる。（環境面）団地四階への階段での移動、バス・電車での通勤・通院（各々、徒歩は10分程度必要）

【アプローチ】股関節周囲筋ex、弾性包帯を巻いてのハーフスクワット

【結果】運動失調症状軽減と筋出力向上により左LR～Mst時急激な膝屈曲は減少し、フリーハンド歩行自立となった。連続歩行も15分程度可能。

【環境調整】同団地一階へ移住、送迎付き透析施設へ通院等

【考察】アプローチにより股関節・膝関節周囲筋筋出力向上や協調性収縮が促通された。これにより股関節・膝関節屈曲制御が可能となり、荷重時の急激な膝関節屈曲は減少したが、若干残存した。左下肢支持性は不十分であったため、環境調整により自宅生活復帰や通勤の実現が見込めるようになった。

治療的介助を通して多職種と連携で紹介しえた症例

○川口慎哉、宮原英詞、佐藤正和、
宮城春秀、永島正一

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】車椅子駆動時に非対称性の姿勢を強いられ、立ち上がり動作で体幹伸展より先に非麻痺側の膝関節が伸展固定され、移乗動作が不安定となる症例について検討した。改善のために延べ15人の介助者（看護師・介護福祉士）の協力を得た。

【方法】リハビリ場面での左右均等荷重を意識した立ち上がりを、病棟内でも同様に意識してもらうために、資料での説明と介助者にモデルとして体験してもらい、必要な動作の理由とポイントを伝えて下記を実施した。

① 車椅子駆動時はバックレストから背中を離す旨の声掛けを行う。

② 立ち上がり時に麻痺側下肢への荷重感覚を増やし、二足直立位からのステップの介助の指導。

【結果】車椅子駆動時の姿勢は口頭指示で早期に意識付けが可能となり、バックレストに寄りかからなくなった。車椅子からの立ち上がり動作に対して、リハビリで行っている骨盤前傾と足底への重心移動の誘導を、病棟内でも実施する事で、膝関節の伸展固定が減少し立位の安定性が向上した。また移乗時の麻痺側荷重からのステップが行ないやすくなった。

【考察】今回の取り組みを通して、症例に対して情報を共有、介助方法を話し合う時間が増え、療法士と看護師、介護福祉士による一貫したアプローチが可能となった。また治療的介助を実施する理由と明確な介助ポイントを伝える事で、介助者の知識や技術が向上し、それが症例の意識付けと動作の改善につながったと考えられる。回復期病棟では専門的な多職種連携を図り、治療的介助の重要性を共有して個別指導を増やしていく事が能力向上につながると考えられる。

在宅でのセルフエクササイズを通して歩行能力が向上した一例

○西元拓也、伊澤將太、佐藤武彦、今井 光、
篠村哲治、高田幸太郎、小泉和雄

いずみ記念病院

【はじめに】外来リハビリにおいて、在宅でのセルフエクササイズを指導することは重要である。今回、在宅でのセルフエクササイズと本人の意識付けから、歩行能力が向上した症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

【症例】40歳代男性。橋梗塞による左片麻痺、Brunnstrom 下肢 stage III、歩行能力はT字杖とSLB（短下肢装具）使用で自立であった。

【経過】当院回復期病棟退院後、外来リハビリを開始した。本例の希望は、「横断歩道（環七）を渡り切りたい」であった。初期評価時の10m歩行速度は19秒1であった。外来リハビリの介入頻度は13単位/月（OT 2単位・PT 1単位/週）であった。個別リハビリの頻度が限られていたため、動作の中で必要なエクササイズについて、共理解を深めながらセルフエクササイズの指導を中心に理学療法を実施した。

【結果】およそ6ヶ月の外来リハビリとセルフエクササイズの継続により、10m歩行速度は10秒1まで短縮し、「横断歩道を渡り切りたい」という希望が達成された。

【考察】本例は個別リハビリにて神経・筋の再教育および起立・歩行練習を実施し、動作上の問題点を共有した。日常的な動作であったことが、本人が生活の場面で効果を実感できたことが、セルフエクササイズの継続に繋がったと思われる。そして、定期的に目標の達成状況を確認し、結果をフィードバックしたことは、本人の達成感や満足感を高め、モチベーションを向上させることができたと考えた。

【まとめ】在宅でのセルフエクササイズは、リハビリ頻度を補う意味と、患者自身の主体的・積極的な活動への行動変容を担ったと思われるので、症例を提示する。

回復期におけるセラピストと病棟スタッフ間の情報共有について

○玉川貴大

東京さくら病院

【はじめに】平成28年度診療報酬改定により回復期リハ病棟でのアウトカム評価が設定され、質の向上・FIM改善がより重要となった。そこで今回、患者ADLの情報共有に関する意識調査を実施し、さらなるADL・自立心向上に繋げるための取り組みを考察したので報告する。

【方法】回復期リハ病棟入院患者の情報共有について、リハ科PT、OT、STにアンケートを実施した。

【結果】担当患者ADL等の情報共有について、リハ科内では85%が「できている」と回答したが、病棟看護師との情報共有は59%であった。情報共有が十分でない理由として、病棟との情報共有の時間が取りにくい、看護師とCW間の情報展開が足りないことが分かった。また看護師に介助指導を行ったセラピストは多いが、CWに直接指導したセラピストは2%に過ぎなかった。経験年数の浅い職員程、共有が不十分と感じていた。

【まとめ】アンケート結果から病棟との情報共有に改善点があることが分かった。当院では看護部とリハ科の終業時間が異なるため、情報共有の時間が取りにくい。そのため病棟でのリハ介入や、リハ中のADL動作を看護師に見てもらえる機会を増やすこと、担当セラピスト間での情報共有を徹底することで、病棟との情報共有の機会を増やす事が対策として考えられた。また新人セラピストへのフォローアップにより、患者ADLの適切な評価、適切な介助指導を行えるようにする必要がある。CWを含めた適切な介助をチームで行うことで「できるADL」から「しているADL」へと変化し、FIMも向上する。そしてADL改善が自立心向上にも繋がり、QOLの向上へと繋がっていくと考える。

回復期リハビリテーション病棟でのPT・OTの早朝介入の検証

○河野博之、村田敬明、工藤弘之、高梨博文、進藤 晃

大久野病院

【はじめに】当院回復期リハビリテーション病棟では患者のADL向上を目的にPT・OTによる早朝の介入を行っている。平成28年5月より早朝介入の回数を増やし、さらなる患者のADL向上を図った。今回、早朝介入の回数を増やしたことによる患者のADL能力の変化について検証したので報告する。

【方法】対象者は平成27年7月から9月までに早朝介入した患者をA群、平成28年7月から9月までに早朝介入した患者をB群とした。早朝介入は目的別に介入しており対象者数（A群/B群）は、移動（17名/20名）、移乗（21名/24名）、排泄（20名/29名）、整容（6名/5名）、食事（14名/6名）とした。各項目で早朝介入前と早朝介入1か月後をFunctional Independence Measure（FIM）を用いて改善した患者の割合をA群とB群で比較した。

【結果】PT・OTによる早朝介入の総数はA群182回、B群347回であった。1か月後のFIMの改善者割合（A群/B群）は、移動（47%/30%）、移乗（38%/50%）、排泄（35%/55%）、整容（50%/60%）食事（28%/16%）であった。移乗と排泄の項目において早朝介入が増えたことで、FIMの改善が認められる傾向がみられた。

【まとめ】早朝介入では患者の実際のADL場面に介入し、時間帯の身体変化や問題点をセラピストの視点で見ることができる。また早朝介入の機会により患者との目標共有につながるためADL向上に期待できる。今回、早朝介入が増えたことで、セラピストの問題点把握や患者自身の意識変化に影響をもたらした可能性が考えられる。しかしながらFIMを用いての効果判定においては患者の個別性とFIMの特性を考慮した検証方法が必要であり、今後検討していきたい。

回復期リハビリテーション病棟アウトカム評価の調査報告

○宮城春秀、下川龍平、佐藤正和、
永島正一

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】H28年度の診療報改訂で回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ）のアウトカム評価が新設され、よりリハビリテーションの質が要求された。そのため、リハビリテーション病棟での受け入れ時点で、より早期から受け入れリハビリテーションを提供し、ADLを向上させることが重要である。そこで今回、アウトカム評価の調査を行い今後の回リハ運営の一助としたい。

【方法】対象は、法人内の回リハ病棟を有する3施設から、H27年度とH28年度4～10月までに退院した患者481名とした。対象者を①アウトカム対象群と非アウトカム群、②除外対象群と非除外群の4郡に分けて、年齢、疾患、回リハへ入棟するまでの日数、回リハ病棟入院日数、入院時FIMとFIM利得、転帰先などを比較検討した。統計処理は、Welch's T-testで行い有意差は $P<0.05$ とした。

【結果】

① アウトカム対象群と非アウトカム群では、脳血管疾患リハと運動器疾患リハの運動FIM利得、回リハへ入棟するまでの日数、回リハ病棟入院日数に差があった。 $(P<0.05)$

② 除外対象群と非除外群は、除外対照群87%（アウトカム27以上が52%、27以下が34%）で非除外群13%（アウトカム27以上が6%、27以下が7%）であった。また、除外対象群は、80歳以上が51%、FIM認知項目25点以下が31%、FIM運動項目76点以上が11%、FIM運動項目20点以下が7%であった。

【考察】アウトカム実績指数は、式から運動FIM利得/（入院日数/算定上限日数）で算出するため、入院日数を短く、運動FIM利得を高める事が重要である。今回の調査からも、回リハ病棟は、急性期や在宅と密な連携を図り、速やかな入棟と退院支援、運動FIM改善と同時に生活復帰に向けての準備が必要と認識した。

回復期リハビリテーション病棟退院者への継続的介入について

○木下智哉、三上彩子、越永守道

信愛病院

【はじめに】当院では回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）を退院した患者に対し、必要に応じて同法人訪問看護ステーションより訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を提供している。その場合、病棟配属の理学療法士が担当し、3ヶ月毎に方針を検討している。今回、利用者について実施状況を調査し、継続的介入の意義について考察したので報告する。

【対象・方法】2012年8月～2016年10月の期間に介入・終了した33名を対象に、①利用期間、②介入目的、③終了理由について、担当者からの聞き取り調査とカルテからの情報収集より集計。

【結果・考察】利用期間は3ヶ月（46%）、6ヶ月（24%）の順に多く、3ヶ月に1度の定期評価のタイミングに集中する傾向にあった。介入目的は環境調整（25%）、運動機会の維持（12%）、自主訓練指導（12%）、ADL訓練（12%）、家族指導（10%）の順に多かった。終了理由については期限による終了（27%）、目標達成（21%）の順に多かった。終了理由別に介入目的をみると、期限での終了者は自主訓練指導（17%）、家族指導（12%）、運動機会の維持（12%）が多かったのに対し、目標達成による終了者はADL・IADL訓練など「活動」に関する内容（計44%）が多くみられた。以上の事から、「活動」に焦点をあてた目的で介入する利用者の方が円滑に当院の訪問リハを終了し次のサービスに繋がっていると見える。入院中から在宅生活での参加・活動につながる目標を設定し、利用者・家族・他職種と共有することが重要であり、病院から地域や在宅へ移行し生活を再開させるための支援をすることが継続的介入の意義だと考える。

頸髄症による筋萎縮に対する低周波治療器の役割と今後の課題

○山本芳幸、岡本光平、関根康文、
伊藤雅史

等潤病院

【はじめに】当院では、2015年7月より低周波治療器（イトー ESPURGE）を導入した。今回、頸髄症による右上肢優位の運動麻痺に対して、低周波治療器と徒手介入を併用した結果、MMT、ADLに改善がみられたため、ここに報告する。

【症例紹介】70代後半男性、頸椎症性脊髄症による右上肢の運動麻痺。MMT 右三角筋3、右上腕二頭筋3、右上腕三頭筋2。上肢拳上時は、頸部・体幹の代償が強い状態であった。ADLに関しては、起き上がりの困難さ、更衣での右袖通しとボタン操作、入浴での洗体に介助が必要であった。

【方法】1回40分、週3回の外来リハビリにて、EMSモード（周波数50Hz、パルス幅200 μ s、5分）により廃用性筋萎縮の予防を目的に、上腕三頭筋、上腕二頭筋に対して電気刺激を実施。併せて、徒手的な促通訓練や動作訓練を行った。

【結果】MMT 右三角筋4、右上腕二頭筋4、右上腕三頭筋4となり、空間での上肢の保持が可能となり、代償動作の軽減がみられた。ADLでは起き上がりと袖通し動作の操作性に向上がみられた。ボタンは左手で自立し、自主訓練を行うようになった。

【考察】電気刺激療法により筋繊維の太さや柔軟性が保たれ、固有感覚入力が促進されたため、随意的な収縮を引き出す事ができた。また、中枢神経系の影響が少ない筋収縮が代償動作の軽減に繋がり、起き上がりや更衣動作の改善に効果的であったと考える。外来リハビリでは介入時間が限られており、日常においても不動になりやすい事から、電気刺激による筋萎縮の予防に加え、徒手的な動作獲得訓練が効率的であると考えている。

脳卒中患者の歩行に対する機能的電気刺激の即時効果

○古川雅徳、山本克彦、於久有希、
土田達郎、花村芽衣、吉田祥子、
土村瑞紀、矢島幸昌、伊藤郁乃、
新藤直子

国立病院機構 東京病院

【はじめに】機能的電気刺激は、脳卒中治療ガイドライン2015においてグレードBとして推奨されている。近年開発された歩行神経筋電気刺激装置ウォークエイド（帝人ファーマ社：以下WAと呼ぶ）は麻痺側遊脚期に腓骨神経への電気刺激により足関節背屈を補助する装置である。

今回、脳卒中回復期患者に対するWAの即時効果について3次元動作解析装置（VICON:Inter Reha社）を用いて検討したので報告する。

【方法】症例は40歳男性、脳出血発症後6か月を経過し、右片麻痺を認め（Brunnstrom Stage V - III - IV）、SLB装着下にて屋外歩行自立している。

WAは傾斜モード（下腿の前傾をセンサーが検知して電気刺激を行う）とし、計測の1回目はWA使用前、2回目はWA装着中、3回目はWA歩行練習後（SLB未装着）とした。また、1足下肢の計測が可能なフォースプレートを使用した。

【結果】足関節の背屈角度が大きい順に、WA装着中>WA歩行練習後>WA使用前、となった。膝関節・股関節の内外旋および屈曲も同順に外旋→内旋、屈曲→伸展方向へ変化した。足関節の内外反においては、WA使用前は内反、WA装着中およびWA歩行練習後では外反へ変化していた。IC時の床反力ベクトルは矢状面方向（X）成分でWA使用前は前方（正常とは逆）、WA歩行練習終末およびWA歩行練習後では後方（正常）へ変化していた。

【考察】WAを使用することによって足関節のみならず膝・股関節のアライメントが正常歩行に近づいていることを確認できた。

急性期内科病棟における院内デイケアの取り組み

○佐藤雅晃、長谷川好子、高尾 恵、
岩崎彩芽、羽生樹理

南多摩病院

【はじめに】二次救急医療を担う当院では「院内デイケア」を実施している。今回は2014年度の取り組みの紹介とその効果についてFIMを用いて検討したので以下に報告する。

【目的と内容】活動目的は、医療処置目的での行動制限に伴う身体・認知機能低下によるADL能力の低下を予防することである。活動内容は、病棟にて昼食の時間帯を使用し、他職種連携のもと各スタッフが患者様を車いすへ移乗させ、摂食訓練や評価などを行い、その後OTが集団活動を実施している。

【対象と方法】2014年4月から2015年3月までに内科病棟に呼吸器疾患にて入退院された方の内、リハビリが処方され入退院時のFIMに欠損のなかった148名を対象に院内デイケアに参加した群・参加しなかった群の2群間にてFIMにおける各項目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。

【結果と考察】院内デイケアに参加した群・参加しなかった群の2群間において食事・移乗・社会的交流における改善点に（ $P<0.05$ ）有意差を認めた。

以上の結果より、院内デイケアに参加するにあたり必要となる一連の動作や活動がFIMの一部を改善させる可能性が示唆された。急性期では入院前に生活されていた日常的な環境から入院生活という非日常的な環境へと大きな変化が突如として生まれる。高齢者や認知症を患う方はその環境変化に対する順応性は乏しく、不穏症状や行動・心理症状などが引き起こり治療の妨げとなりやすい。そのために行動制限を余儀なくされ廃用性を伴う機能低下を引き起こしADL能力が低下しやすいのではないかと考える。ADL能力の維持・改善を図るには早期から日常的な環境に相似した状況のなかで直接的な介入をすることが重要ではないかと推察された。

当院肺炎患者に対する早期リハビリテーションに関する取り組み

○井出 大、倉田考徳、佐藤雅晃、
長谷川好子、高尾 恵

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、肺炎入院患者は安静により廃用症候群を呈する問題を抱えていた。そのため早期介入、早期離床への対策を平成25年度より講じてきた。今回、得られた効果を報告する。

【対象と方法】対象は25年度、26年度、27年度に肺炎と診断された入院患者で、25年度187名、26年度302名、27年度369名（死亡例は除外）。方法は25年度より27年度にかけて人員増強、病棟担当制強化、日曜日介入や土曜日祝祭日出勤者増と病棟との情報共有強化の対策を講じ、効果を下記項目について後方視的に検討した。

【結果】対象の平均年齢は25年度が84.3±10.5歳、26年度が83.2±11.1歳、27年度が79.5±19.1歳であった。入院からリハ開始日までの平均は25年度が6.9日、26年度が4.2日、27年度が3.1日であった。平均在院日数は25年度が43.9日、26年度は29.6日、27年度は26.1日であった。4) 在院日数に対するリハ実施日数の割合の平均は25年度が50.7%、26年度が60.6%、27年度が65.2%であった。

【考察とまとめ】今回の結果より早期介入を示す入院日からリハ開始日までの期間で25年と26年では短縮されたが（ $p<0.05$ ）、26年と27年では差は認められなかった。在院日数に対するリハ実施日の割合は25年と26年（ $p<0.001$ ）、26年と27年（ $p<0.05$ ）で短縮された。

脳卒中患者への訪問リハビリテーションの長期介入効果

○星本 諭、荒尾雅文

訪問看護ステーションいるか
(永生病院)

【はじめに】脳卒中患者への訪問リハビリによる長期介入効果について報告する。

【対象・方法】対象は、2004年4月から2006年9月までに訪問リハビリの新規依頼があった脳卒中患者のうち、2015年2月にFunctional Independence Measure (FIM) でADL能力を評価できた者とした。FIMは、開始時(初回評価)と、終了時または2015年2月時点(最終評価)を、担当セラピストが評価した。開始時から最終評価までの期間は平均 5.9 ± 2.4 年だった。また、対象の除外基準として長期介入効果を検討するため、訪問期間3年未満の者を除外した。次にFIM総得点が向上した者を改善群(13例)、低下した者を低下群(10例)として、各群内におけるFIM項目の開始時と最終評価を比較検討した。統計処理にはSPSS17.0を用いてWilcoxonの符号付順位検定で検定した。

【結果・考察】改善群における開始時/最終評価の総合計点は75.8/86.1点($p < 0.01$)、運動合計点は51.1/59.6($p < 0.01$)点、認知合計点は24.8/26.5点(NS)と運動項目が有意に改善していた。改善した下位項目はベッド移乗4.5/5.8点($p < 0.01$)、トイレ移乗4.3/5.5点($p < 0.01$)、階段昇降1.5/2.8点($p < 0.05$)、移動3.8/4.9点($p < 0.05$)であり、移乗、移動が有意に改善していた。低下群では総合計点90.5/79.8点($p < 0.01$)、運動合計62.5/54.9点($p < 0.01$)、認知合計点28.0/24.9点($p < 0.05$)といずれも低下していた。下位項目はセルフケアの整容5.5/4.8点($p < 0.05$)、更衣上半身4.2/3.8点($p < 0.05$)、認知項目の記憶6.0/4.9点($p < 0.05$)も有意に低下していた。脳卒中患者に対する訪問リハビリの長期介入効果について、改善群は主に移乗、移動能力が有意な改善を示し、認知能力については開始時から保たれていた。一方、低下群では認知項目である記憶の低下と、セルフケア能力のうち整容、更衣上半身の低下がみられた。これらの因果関係や、関連する要因については言及することができないため今後の課題としたい。

地域高齢者における転倒恐怖心とロコモ25との関連性

○前川冬樹、中口拓真、市川貴章、
岡田紘平、櫻井靖之、小平祐造、
猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】我々は、昨年ロコモ25と実際の運動機能テストの関連性は低く、ロコモ25でロコモ度に該当しない者でも実際の運動機能低下を認める可能性がある事を報告した。Ikemotoら(2016)はロコモ25とうつ病が関連していると報告しており、転倒恐怖心や自己効力感など精神的な事象がロコモ25と関連している可能性がある。本研究では、ロコモ25と転倒恐怖心の関連性を検討した。

【対象・方法】当院が開催した介護予防教室に参加した地域高齢者を対象とした。調査項目はロコモ25、2ステップテスト、立ち上がりテスト、Fall Efficacy Scale (FES)、転倒歴の有無、BMI、年齢とした。2ステップテストは、2ステップ長を2回計測し、その最大値(cm)を身長で除したものを2ステップ値として採用した。立ち上がりテストは40cm～10cmの台から両脚もしくは片足で立ち上がり可能である高さを計測し、より難易度の低い40cm両脚立ち上がりから昇順に数値化し順序尺度化した。統計解析は、正規性の確認をした後に相関分析を行い多重共線性を確認した。その後、ロコモ25を従属変数、その他の変数を独立変数としたステップワイズ重回帰分析を実施した。統計解析にはEZRを使用し、統計学的有意水準は5%とした。

【結果】地域在住高齢者24名(平均年齢75±4.4、男性6名、女性18名)が参加した。多重共線性の確認では変数間で0.9を超える相関は無かった。重回帰分析ではFESのみが抽出され決定係数は $R^2=0.72$ であった。

【結論】ロコモ25には転倒恐怖心の尺度であるFESが強く影響していることが明らかとなった。

メンタルローテーション課題とロコモティブシンドロームの関連性

○市川貴章、中口拓真、須藤俊祐、櫻井靖之、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】日本整形外科学会はロコモティブシンドローム（以下、ロコモ）という概念を提唱しており、運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態と定義づけている。一方、近年では実際に関節運動を行わないメンタルローテーション（以下、MR）課題を行う事で、片脚立位バランス能力が向上すると報告されている（Kawasaki et al,2013）。本研究ではMR課題とロコモの関連性を明らかにする事を目的とした。

【方法】対象者は介護予防教室参加者のうち、研究同意の得られた者とし、除外基準は疼痛により日常生活が制限されている者、認知症、神経学的疾患を有する者とした。

MR課題はPCソフトEXPLAB ver1.3にて回転提示（0度、R90度、180度、L90度）した足部の写真（計16枚）が右か左かを判断させ、指定したボタンを押すことで回答させた。MR課題では平均反応時間と正解数を採用した。ロコモ評価にはロコモ度テストを用い、立ち上がりテスト、2ステップテスト、ロコモ25を実施した。下肢筋力測定は膝伸展筋力を、ハンドヘルドダイナモメーターのベルト固定法で左右2回ずつ計測した最大値（N）を下腿長の積と体重で除したものを採用した（Nm/kg）。統計解析は、各変数について、shapiro-wilk検定にて正規性を確認後、正規性が確認された変数はpearsonの相関係数を、そうでない場合は、kendallの順位相関係数を求めた。

【結果】本研究には同意の得られた28名が参加された。ロコモ25、MR平均反応時間、膝伸展筋力それぞれの間には有意な相関は認められなかった。2ステップ値とMR平均反応時間には有意な負の相関（ $r = -0.42$ ）を認め、正答数には有意な相関（ $r = 0.37$ ）を認めた。

【結論】ロコモには身体機能のみならず、MR課題等の身体イメージも関連している事が明らかとなった。

地域在住高齢者の転倒に関する要因

○岡田紘平、櫻井靖之、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】当院が位置する北区は23区内で最も高齢化率が高い。平成28年1月現在で25.55%と約4人に1人が高齢者となっており、高齢化率は今後も上昇することが予測され、介護予防の重要性が指摘されている。本研究は要介護状態を引き起こす恐れのある転倒に関する要因を検討した。

【方法】当院にて年に1度実施している「健康まつり」参加者の中から、本研究への同意が得られた地域在住高齢者25名（平均75.3±4.4歳）を対象とした。日本整形外科学会公認「ロコモ度テスト」を用いて身体能力の測定や問診を実施し、その結果からロコモティブシンドローム（以下、ロコモ）の重症度を判別した。身体能力は立ち上がりテスト、2ステップテストを測定。問診はロコモ25に加え、年齢、性別、身長、体重、BMI、既往歴、転倒歴、住居、寝具、同居者の有無、転倒恐怖感を聴取した。対象者の過去1年以内の転倒歴に対する各項目にロコモ重症度の結果を追加し、相関係数をPearsonの積率相関係数にて解析した。その後、有意な関連のあった項目にて重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。統計解析にはEZRを使用し、有意水準は5%とした。

【結果】転倒の有無は、ロコモ重症度、2ステップテストと有意な関連が認められた。

【まとめ】ロコモ度テストは関節可動域や筋力、柔軟性等の身体能力面だけでなく、疼痛の有無や生活状況など総合的に移動機能を評価するテストである。本研究結果からも、地域在住高齢者の転倒要因としてロコモ重症度の重要性が示唆された。今後も調査継続し対象データを増やしていくことで、身体能力だけでなく生活様式など外的要因の検証もできればと思う。

当院スタッフによる地域住民の腰痛予防のための取り組み

○吉野浩一、小川 潤、安藤達也、
宮武智子、鈴木美岐、馬場烈志、
大塚早智子、檀尾正樹、山田貴之

永生クリニック

【はじめに】当院では平成26年より八王子市にて開催される“八王子いちよう祭り”でリハビリスタッフによる市民の健康増進への取り組みを過去2回行ってきた。今回、同会場にて当院PTによる“腰痛予防相談コーナー”というブースを設け、腰に不安を持つ相談者に対し、腰痛予防の取り組みを行った活動について報告する。

【方法】同会場を訪れた腰に不安を持つ相談者に対し、事前の腰痛に対するアンケートにて、腰痛の有無、痛みの程度、運動習慣、病歴等の情報収集を行った。その後、姿勢評価、体幹可動性、立位時の足圧等を評価した。姿勢、足圧測定はインターリハ社製 MiruBoard バランス評価システムを使用し、静止立位計測（10秒）による重心動揺計測と前屈、後屈動作測定、左右側屈動作計測による柔軟性評価を行った。その結果をもとに、腰痛の原因となり得る不良姿勢、可動性の低下を分析し、問題点に対するストレッチングや筋収縮訓練、日常生活動作の指導を行った。

【結果と考察】開催した2日間の初日が雨天にも関わらず来場者は合計112名と盛況であった。腰痛に関するアンケートでは84%の方が腰痛（動作時の腰痛を含む）を有していたが、41%が専門医の診察を受けた経験がなかった。また、実施後の満足度調査では97%の方より満足以上との評価を得た。これは不良姿勢や柔軟性の低下を指摘する際、測定機器による客観的評価を加えたことにより、詳細な評価をもとにフィードバックを施行できたことが高い満足につながったと考えられるが、あらためて腰痛に対する関心の高さがうかがえた。

個別指導を加えた疼痛教室が運動継続状況に与える効果について

○河野和貴、金 景来、渡邊智美、
今井宏太、横松英里子、安田梨恵、
濱野久美子、手嶋莉菜、松本麻希、
玻名城亮、鷺尾美香、山崎卓磨、
丸山高広、南部昭彦、大澤秀一、
猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】過去2年間の調査で明らかになった当院職員の職業性身体痛に対し、その改善を目的とした介入の結果を報告する。

【目的】個別指導を加えた疼痛教室が運動継続状況に与える効果について調査する。

【方法】当院職員を対象に、全4回疼痛教室を開催した。教室では疼痛についての講義、運動指導、指導した運動が記載されたパンフレットの配布を行った。第1、3回参加者を対照群、第2、4回を介入群とした。両群指導した運動内容は同一であるが、介入群では運動指導時にリハビリ科スタッフが参加者個別に運動方法の確認や適宜代替案の提案を行った。教室前、直後、3ヵ月後でアンケート調査を行い、運動継続状況を比較した。調査にて経過を追うことができた37名を調査対象とした。

【結果】教室直後のアンケートにおいて、介入群では「効果が期待できる」などポジティブな感想が有意に多かった。教室3ヵ月後の運動継続者は介入群6名、対照群4名で有意差はみられなかった。中断理由には「忘れてしまう」「行う時間・場所がない」が多かった。

【考察】継続性のある運動条件として「効果が期待・実感できる」、「バリア要因を受けにくい」、「気持ち良いと思える」、「習慣化しやすい」などがある。個別指導ではいくつか条件を満たす効果がみられたが、継続状況に差は生じなかった。中断理由は「忘れてしまう」「行う時間・場所がない」などが挙げられ、継続できる運動の提案にはさらなる検討の必要性が窺えた。

ご利用者の口腔ケア動作向上へ多職種連携による取り組み

○秋山佳菜子、田川 愛、瀧島寛実、
木村暢子、近藤義人、井口 亮、
篠野能之、福島 清

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】口腔ケアは口腔内の衛生保持・誤嚥性肺炎の予防・安全な食事摂取などに繋がり、通所リハビリテーションの意義でもある在宅生活継続に必須の動作であると云える。そこで介護、リハビリ、看護の各セクションで協働し、既存の口腔ケアチェック表(歯磨きでの清潔保持や義歯の紛失防止確認として活用する一覧表)を、より良い口腔ケア動作向上に役立てることが出来ないものかと協議し合い、業務の効率化も含め新たなチェック表の作成に着手した。この取り組みがご利用者にどの様な効果を齎したのかを報告する。

【研究方法】各セクションで協議し新たな表(移動動作、道具準備、歯磨き動作、義歯の着脱・洗浄動作の項目を追加)を作成。ご利用者の疾患や体調における口腔ケア時の留意点などをケアワーカーとセラピスト、看護師、各職種の目線で情報共有をしながら介助を実施した。カンファレンスでの動作状況確認、セラピストによる評価を行いながら表を更新し、1ヶ月後に口腔ケア動作の変化について分析を行った。

【結果】多職種で連携し口腔ケアに介入した事によって、全ての項目で動作の向上が見られた。

【考察・まとめ】今回の取り組みで職員間の声の掛け合いも増し、情報を共有する意識が高まった事で多職種の連携が密に図れ、残存能力を引き出したケアによって動作向上へ繋がった。また、介助内容をより把握出来るように表を作成した事で誘導やケアが行い易くなり、業務の効率化にも結び付いたと言える。これらの相乗効果が得られたため、今後も多くの方々が口腔ケア動作向上によって在宅生活が継続出来るようケアを多職種間で取り組んでいきたいと考えている。

運動セルフ・エフィカシーと習慣化

○篠澤毅泰、小林大昌、太田裕也、
枡 紀男

河北リハビリテーション病院

【はじめに】2025年問題が語られる中、リハビリ職種にも地域への積極的な関わりが求められている。介護予防教室等で指導した運動は日常生活の中で習慣化することが重要であり、大熊らは糖尿病患者の運動習慣化には運動セルフ・エフィカシー(以下運動SE)が関与するとしている。今回介護予防教室にて、運動SEを評価し運動習慣化という視点で調査したので報告する。

※運動SE:多様な異なる障害や状況でも、逆戻りすることなくその運動を継続して行うことができる見込み感(岡、2002)

教室の日時:1/21、3/17の2日間(両日参加が条件)

教室の内容:第1回は一般的な運動指導(ロコモ予防、良姿勢保持に重要な運動を指導)、第2回は個別課題に対して運動指導(痛みのある部位をもとに3グループに分け部位別に指導)

【方法】対象:11名(平均年齢75.5±5.5歳、男2名女9名)。

評価内容:①問診票…一般的情報、痛みの有無・部位、運動習慣の有無・頻度(第2回は指導した運動が継続できたかを4件法で併せて聴取)、②運動SE尺度…5項目(5件法)の総得点(得点範囲は5~25)を算定。

【結果】運動継続群が5名、非継続群が6名。第1回時の平均運動SEは継続群17.2、非継続群14.3であった。全体の平均運動SEは第1回時15.6、第2回時16.7であった。

【考察】先行研究と同様、介護予防教室で指導した運動習慣化に運動SEが関与する可能性が示唆でき、今後は対象者の運動SEを向上させる講義内容・指導方法の検討が求められる。また第2回時の運動SE再評価から、1回の講義や運動指導が運動SEを向上させる効果があることも示唆できた。

区南部におけるリハビリ専門職と連携した介護予防事業の展開

○小磯 寛、菊池謙一、泉 圭之介、
荒井麻由、野谷吉典、尾花正義

荏原病院

【はじめに】当院では、東京都の委託を受け地域リハビリテーション支援事業を区南部圏域（品川区、大田区）で展開している。その枠組みの中で、今年度よりリハビリテーション専門職（以下、リハ職）が積極的に関わる介護予防事業を推進するための「地域リハビリテーション推進広域派遣アドバイザー設置事業」（以下、事業）を開始したので、その取り組みについて報告する。

【方法】事業開始にあたり、行政やリハ職団体等の関係者を招集し、情報の共有及び意見の交換を行った。また、医師会代表や連携施設から構成される圏域内の地域協議会で事業の承認を得て開始した。その後、地域のリハ職団体代表と協議を重ね、品川区ではリハ職団体主催で11月に一般区民向けに健康講話を行い、自主グループの立ち上げ支援活動を開始した。大田区では区の介護予防事業へのリハ職の参画や地域包括支援センターとリハ職団体との関係づくりを支援している。

【考察】平成27年度の介護保険制度改正で、一般介護予防事業の中に新設された「地域リハビリテーション活動支援事業」ではリハ職等の関与を促進するとあり、全国的にも行政や住民と連携してリハ職が関与した介護予防事業が行われている。品川区・大田区においても、既に存在しているリハ職団体と行政等の関係機関・団体との連携を推進することが、効果的な介護予防事業の展開に結びつくと考え、今回の事業を行っている。

【まとめ】当院は地域リハビリテーション支援センターとして、圏域内にあるリハ職団体と、行政等の関係機関との連携を支援することで、圏域内での効果的な介護予防事業実施に関わっている。

当院におけるホルター心電図検査緊急報告の検証

○柴崎恵美、馬場 円、高野小百合、
名取 聡

河北総合病院

【はじめに】当院では2003年よりホルター心電図検査（以下ホルター）取り外し時に自動解析を行いパニック値の有無を確認し、パニック値がみられた場合主治医または循環器医師に緊急報告を行っている。パニック値の内訳と出現頻度、報告後の経過について検証し、緊急報告の有用性について報告する。

【方法】2015年1月から12月にホルターが実施された984例中パニック値として緊急報告した104例について検証した。

【結果】パニック値の内訳は非持続性心室頻拍（心室期外収縮3連発以上）60例、ポーズ（3.0秒以上）23例、房室ブロック（Mobitz II型～高度）10例、ST低下10例、ST上昇1例、胸痛1例であった。緊急報告後の経過では、入院加療となった症例8例、当日診察処置を行った症例3例、診察日の変更または診療科を循環器に変更した症例4例、検査追加となった症例9例、その他は報告のみであった。入院加療となった症例の経過はペースメーカー植え込みとなった症例4例、カテーテル検査等を行った症例2例、EPSを行ったがペースメーカー植え込みとならなかった症例2例であった。

【考察・まとめ】通常ホルターを取り外してから結果を解析し報告するまで数時間から数日必要である。パニック値が検出された外来患者を帰宅させた場合、帰宅後に容態が急変する可能性があり危険であったと思われる。患者が病院滞在中に医師に指示を仰ぐことが可能であると緊急入院や早期治療が必要な場合は迅速に対応することができ、診療支援の貢献ができたと思われる。

尿流量測定検査（ウロフロメトリー） の質向上を目指して

○奥田ひろみ、杉崎貴子、宮里 泉、
田近義人、川東 豊、大澤秀一、
猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】尿流量測定（以下ウロフロメトリー）は蓄尿して行う検査であるが、患者の負担が大きいのにも関わらず、過去の成功率が39.3%と低かった。

【目的】原因と思われる患者の負担内容を明確にし、成功率の改善を図る。

【方法】第1期2014.6～10月に下部尿路症状（LUTS）を有しウロフロメトリーを行った43例を対象に、データ集計と患者調査、簡易エコーで排尿前後の膀胱内尿量測定を行った。この結果を踏まえ第2期2015.1～9月では、下部尿路症状有する35例に飲水量と蓄尿時間を減らし、ウロフロメトリーと簡易エコーによる残尿量測定を行った。

【結果】第1期の成功率は65.1%であった。来院後の飲水量が多いため排尿量に反映されていないこと、2時間以上の蓄尿で概ね尿量の確保ができていたことなどが分かった。下部尿路症状を有する患者では残尿量が多いこともあり、簡易エコーによる残尿量測定も有用であった。しかし、飲水を勧めたことが心理的負担となり実際の待ち時間に変化はなくても、待ち時間が長いと感じる患者が増えてしまった。これらの結果から、第2期では来院前の飲水を500ml程度、蓄尿時間を2時間程度と明記して検査を行い、ウロフロメトリー後の残尿量測定をルーチン化した。その結果、成功率は68.5%となった。

【考察】調査前よりも成功率を上げることができた。第2期では飲水量を減らし、蓄尿時間も1時間程度短縮したが成功率に変化はなく、患者の負担軽減が図れた。今後さらに調査を行い質の向上を図りたい。

東レ社製透析監視装置 TR-3300M を一年間使用して

○渡邊高明、神保智子、栗澤唯華、
高岡亜未衣、丸山祐未、伊藤雅史

等潤病院

【はじめに】2015年8月に透析監視装置を東レ社製 TR-3300M（以後 TR-3300M）へ入れ替え1年が経過した。生理食塩水を使わず正常化された透析液を使った逆濾過での自動プライミングおよび自動返血機能、I-HDFなどの機能を備えた最新の透析監視装置である。そこで、当院での TR-3300M の使用感について報告する。

【結果】TR-3300M を導入してから、開始時のプライミングや脱血・終了時の返血作業の軽減ができた。さらに返血では脱血側・返血側に気泡検知器がついており安全性が確保され、業務効率が良くなり透析環境の向上につながった。透析中では、血液回路にピローはなく、脱血圧を使用することで客観的に確認できるとともに実血流量を監視することができ透析の質の向上にもつながった。

ランチオンセミナー

株式会社大塚商会
総合メディカル株式会社
武田薬品工業株式会社
東京ガス株式会社
フランスベッド株式会社
株式会社ワイズマン

Session

何に使う? どこまで“楽”になる? タブレットを仕事に役立てる方法



静谷隆臣氏

株式会社大塚商会
共通基盤 NW・セキュリティプロモーション部
モバイルプロモーション課

2010年5月のiPad発売以来、医療従事者のiPad利用率は、プライベート利用を含め、増加傾向にあります。医師を始めとする医療関係者にはAppleユーザが多く、端末として安価なこともあり、ここまでの普及に至っていると考えられます。

同時に、通信環境が整って来たこともあり、iPadに限らず「医療現場でのモバイル・タブレット導入」を検討する病院も年々増えています。

一方、OSや機器、アプリの選定、セキュリティの確立、医療情報システムとの連携…など、導入検討のはじめの一步で躓いている病院も多いのが実態です。電子カルテを始めとする、HISはWindowsOSが主流であるため、iPadを採用する場合には親和性や使い分けを検討する必要も出て来ています。

使い分けとしては、患者とのコミュニケーションというシーンに於いてタブレット端末活用は効果を発揮します。

例えば、問診票やアナムネなどの聴き取り及び発生源での記録入力や、患者への説明時の補足材料としての医用画像や経過グラフ提示、患者への案内、ベッドサイド端末としての利用という点では患者からの一定の評価も得られています。

また、電子カルテや検査データ、画像データ、予約・スケジュール状況などHISサーバにリモートでアクセスし、閲覧のみするという利用法も効果が期待出来ます。仮想化技術やモバイル技術を活用することで、PC端末が配置されていないベッドサイドなどの院内や、院外など、回線の届く範囲であれば、どこにい

てもデータ参照が可能になり、即時対応を求められる現場では効果を発揮します。

このように、タブレット端末の魅力は、その携帯性や操作性、即時性というデバイスとしての特性で医療現場での効率的、かつPS（患者満足度向上）に役立つものと考えられています。

その他に、さまざまな医療用アプリを使用できる点も挙げられます。「医用画像閲覧」「論文・学術誌の閲覧」「薬剤情報」「医学辞書」「音声入力」など、多くのアプリも普及していることから、患者に付随しない業務での利用用途が多いのも、医療従事者にとっても喜ばしいことと言えるでしょう。

このように、「医療現場でのモバイル・タブレット活用」は多くのメリットがあります。メリットを享受するために、本コースではタブレット活用にあたり、最初におきたいノウハウを具体的なソリューションを通してご紹介いたします。

講師略歴

大塚商会に入社後、通信機器の営業を経て、マーケティング本部へ異動。

現在はNW・セキュリティプロモーション部にて、タブレット機器及び関連ソリューションについてセミナーや勉強会などの啓蒙活動、コンサルティングを社内外で実施している。

病院を活性化させるリーダーシップと フォロワーシップ



畑埜義雄氏

和歌山県立医科大学 名誉教授

今、病院では、病院全体、あるいは院内の小組織、チームに多様な問題が発生している。医療人が「やりがい感」を持ってない、いわゆるギスギスした関係が生じているように思われる。病院長や事務長がこれに気が付いていない場合もある。また、従来のパターンリズムからチーム医療化が進んで、小組織、チームへの運営権限の委譲がなされている。しかし、各部署のリーダーに就くと同時に、部下からより完全なリーダーシップやマネジメントの期待があるが、リーダーシップ・マネジメントが上手く機能せず、部下からすれば不満足が鬱積することになる。問題は、組織・チーム内でのコミュニケーションの不足とリーダーシップの欠如である。不満足が続けば、その組織から離職者を出すことになるのである。熟練した医療人から離職者をだすことは、病院にとって多大な損失である。離職は、その仕事がイヤになるからでなく、その職場がイヤになるからである。組織・チームが上手く機能するにはリーダーを育成すること、リーダーと直屬部下との関係性を構築する、すなわちリーダーシップとフォロワーシップの相乗効果が必要である。

病院活性化には、「人づくり」、いわゆる『人材育成』は必須である。『人材育成』は、組織の構成メンバーの各々の能力を上げることである。OJT、あるいはOff JTによって個人の能力を上げることである。それだけやっておれば、リーダーが自然にできる訳ではない。任命されたからと言って、誤ったリーダーシップを持つ人もいる。次代のリーダーが意識して教え、学ぶ場を創らねばならない。コーチングは、「人は無限の可能性を持っている」「人が必要とする答えは、その人の中に眠っている」という基本理念に従って、質問によって眠っている答え・方向性を引き出し、自発的行動を促すコミュニケーション手法である。個人のモチベーションを高めることができる。

さらに、コーチングの一つのスキルである『承認』は、患者やチームのメンバーにエナジャイザー（エネルギーを注入）となり、結果として、組織の機能を高めることができる。

また、リーダーは誰にもできる訳ではなく、現リーダーが次世代リーダーになるものを見抜かねばならない。しかし、人材育成と言っても、相反する性格を持つ二人が、それぞれの長所を伸ばすと、相反力が強くなって、組織の機能を損なうことになる可能性もある。チームがそれぞれの個性を認めながらチームの活性化能力を高め、目標を共有し、組織のニーズに応じ、所属チームの成果を実現することによって活性化される。「人材育成」から「組織開発」の概念が生まれてきている。コーチングも個人の能力開発から、組織の活性化を狙ったチームコーチングへと進化してきている。

本セミナーを通して、病院組織力をさらに高めるヒントをお伝えします。

講師略歴

■学歴

昭和 45 年 3 月 6 日 関西医科大学卒業
昭和 45 年 5 月 15 日 第 49 回医師国家試験合格
昭和 53 年 5 月 23 日 京都大学大学院修了

■職歴

昭和 45 年 4 月 1 日 関西医科大学附属病院（麻酔科）
昭和 48 年 7 月 16 日 京都大学医学部附属病院（麻酔科）
昭和 53 年 8 月 1 日 米国シカゴ大学医学部生理薬理学
教室研究員（臨床薬理部門）
昭和 62 年 2 月 16 日 京都大学医学部助教授（麻酔学教室）
平成 3 年 7 月 1 日 和歌山県立医科大学教授（麻酔科学
教室）
平成 20 年 4 月 1 日 和歌山県立医科大学附属病院長

東京医療の近未来 東京都医療連携 手帳をどう活かすか？ ～前立腺がんをモデルとして～



田中良典氏

武蔵野赤十字病院 泌尿器科部長

地域医療連携クリティカルパス（以下、連携パス）による地域医療連携の推進から10年が経過した。東京都では6大がんの連携パス（東京都医療連携手帳）を作成しているが、その普及度は未だ低い。東京は医療機関が乱立しフリーアクセスを享受できるため、地域完結型医療という発想を、患者はもとより医療サイドも持ちにくいのであろう。当院では従来から地域医師会・行政との連携を重視し、2009年から「二人主治医制」によるがんの連携パスを運用し、今や完全に日常診療の一部となっている。

機能分化推進（外来業務の軽減）のツールとしてだけでなく、地域内での疾病管理のツールとして連携パスを運用することが、2025年に向けて必須と考えている。

講師略歴

■学歴

1983年3月 群馬大学医学部医学科卒業
1998年6月 医学博士取得（東京大学大学院医学系研究科）

■職歴

1983年 東京大学医学部泌尿器科学教室入局
1985年 東京都立墨東病院泌尿器科
1987年 国立がんセンター病院泌尿器科
1991年 東京大学医学部附属病院助手
1993年 米国 Northwestern 大学 Research Associate
1996年 東京大学医学部附属病院助手復職
1999年 武蔵野赤十字病院泌尿器科副部長
2001年 武蔵野赤十字病院泌尿器科部長
2012年～2015年 同院医療連携センター長

■資格

日本泌尿器科学会認定専門医・指導医

■主な所属学会

日本泌尿器科学会、日本クリニカルパス学会理事、
日本医療マネジメント学会東京支部幹事

病院・施設の給食とガイドライン・ 食事摂取基準・栄養指導の矛盾



足立香代子氏

一般社団法人臨床栄養実践協会 理事長

我が国の病院食は、1877（明治10）年明治維新の際「食事と言うのは好みではなく含有される成分によって食べる」と、食事療法の概念が解説されたことに端を発し、1948（昭和23）年に医療法のなかに治療食として位置づけられ、2年後には、補食をしないで、病院の食事だけで適正な栄養量が確保できることを目的とした「完全給食制度」が策定された。その後、慢性疾患治療のための特別治療食、消化器術後の患者を対象とした分粥食などが提供されるようになった。

近年は医療技術が進歩し、消化器術式や治療薬の変化、慢性疾患の治療法も目覚ましく変わったが、病院食の基本は概ね70年もの間大きな変化をみない。これは医療監査により一般食を中心に行われ、他の食事は各施設で基準を設ければ許容されるからかと思われる。よってガイドラインや厚生労働省の食事摂取基準の反映がなくても指摘は受けない。

日本糖尿病学会では、食物繊維20～25gとし、高血圧病学会ではカリウム3500mg、DASH食、すなわち食物繊維、カリウム、カルシウム、マグネシウムの摂取を推奨しているが、いずれの食事も、エネルギー制限や塩分を制限するに留まり、ガイドラインにより修正されることはない。単に制限するだけである。

開腹手術後を念頭に置いた分粥食は、油の多い魚や肉、牛・豚肉、海藻などの提供はなく、油も極端に少なく、エネルギー、たんぱく質のみでなく、それに順ずる様々な栄養素が不足するが、静脈栄養を併用しながら1週間位で一般のごはん食になるのであれば、過不足は生じにくい。問題は、ほとんどが70歳以上の高齢者であることである。2015年食事摂取

基準や実際の国民栄養素摂取量調査における70歳以上の人と比較しても明らかに低栄養に至らせる食事である。当然、これらをベースに作るソフト食・ペースト食など嚥下困難者用の食事は、容量当たりの栄養量が少ない。よって分粥食を含め、体重減少から低栄養、さらには飲み込む筋肉の減弱から嚥下困難に至りしめる。施設でも同じような食事を食べることになるが、そもそも病院の食事に問題がある。

上記のことは、幸いに各施設が容易に行うことができるが、栄養量を増やせば経費も増えるので経営者の姿勢によるところが大きい。是非栄養の病院・施設で体重を減らす食事しか出ないなどが生じないように、専門家のプライドを持って見直す機会になれば幸いである。

講師略歴

■経歴

1968年中京短期大学家政科食物栄養専攻卒業後、医療法人病院を経て、1985年からせんば東京高輪病院に勤務し、現在に至る。

医療現場で過剰栄養に対する栄養指導や入院患者への栄養管理を実践し続ける一方、栄養からみた検査値の読み方・評価、対面指導技術をはじめ、食事に経腸栄養、静脈栄養を含めたトータルコーディネートができる人材育成にあたっている。

■受賞歴

2001年10月 日本栄養改善学会賞受賞
2003年 厚生労働大臣賞受賞
2008年6月 日本栄養士会功労賞受賞
2008年9月 日本臨床栄養学会教育賞受賞 他、多数

■学会

(理事) 日本臨床栄養学会、日本肥満治療学会
NPO法人PEGドクターズネットワーク
NPO法人創傷治癒センター
(評議員) 日本臨床栄養協会、日本栄養改善学会など
多数在籍
(名誉会員) 日本静脈経腸栄養学会

神奈川県介護ロボット普及推進事業に参加して ～介護ロボットを利用した機能回復訓練の有効 性と訓練の実際～



佐治周平氏

医療法人社団成仁会長田病院
リハビリテーション室室長

【テーマ】

1. 近年注目されつつある介護医療用ロボットの活用に向けて、当院は、平成24年より神奈川県介護ロボット普及推進センターとして関わっている。
2. 現在までの約4年間、HAL (Hybrid Assistive Limb)、NESS L300、NESS H200、ロボットアシストウォーカー RT.1 を医療および介護の現場で使用してきた。機能改善が認められたケースもあり、マンパワー軽減に繋がったケースもある。レンタル希望の増加に対応してレンタル可能な機種も出てきている。
3. 介護用ロボットの使用については、直接目に見えるコストだけでなく見えないコストにも注目し、メリットとデメリットを評価した上で判断するべきである。
4. 先端科学技術は介護現場にどのような影響を与えているのか。現場サイドで求めているものは何か？

【はじめに】

当院は、神奈川県介護ロボット普及推進事業に参加協力している。

当院の担当事業は、介護ロボットの導入によって介護・医療分野の従事者の負担を軽減しサービスの質の向上に繋げることで、療法士や患者から指摘された問題点をメーカーへフィードバックすることである。今でこそ「介護ロボットによるリハビリ」という言い方が受け入れられつつあるが、開発当初はまるで無人の荒野を進むような感じであった。しかし、特別養護老人ホーム芙蓉苑や近隣の瑞穂の大地訪問看護ステーションのリハスタッフ、宮沢の里はなも苑のリハスタッフなど多くの方々の協力により、症例研究を重ねてきている。

平成28年11月19日現在、ロボットスーツ HAL (M) : 1台、NESS L300 : 3台、NESS H200 : 2台、ロボットアシストウォーカー RT.1 : 1台、スマートスーツ : 3台を常備し、定期的に神奈川県高齢社会課や介護ロボット普及推進センターを通して希望者を募るとともに、当院の取り組みを広く公開している。

発表では、介護支援用に導入した3種類のロボットの機

能の概要について述べ、さまざまな患者への適用の実際、効果について報告し、最後に上記の課題について述べる。

【今後の課題】

介護ロボットの活用が医療・介護の場面で徐々に進められているが、まだまだ高価で繊細な感じが否めない。現場で求めているのは質実剛健なもので、高価で繊細なものではない。すなわち、いろいろな機能を詰め込んで高価となるものより、いくつかの絞った目的に対応できる安価なものが求められている。

患者様、ご家族は実際に可能性を求めている感はある。少しの変化でも出せればと現場でも考えている。

しかし現場におけるコストに関しては、見えるコストだけでなく見えないコストにも注目し、メリットとデメリットを再度評価する必要があると考える。

介護医療ロボットと関わり4年が経過し、ゆっくりではあるが患者の笑顔に接することが多くなっている。しかし、まだまだ地域の臨床の場まで浸透したとは言えない。公開事業を継続し今後の普及推進に一役買えればと考えている。

講師略歴

■学歴

平成10年3月 私立東海大学海洋学部水産資源科卒業
平成15年3月 社会医学技術学院理学療法学科卒業

■職歴

平成11年4月 秀島病院リハビリテーション科リハビリ助手勤務
平成15年4月 医療法人社団成仁会長田病院リハビリテーション室理学療法士として勤務
平成24年8月 神奈川県介護ロボット普及推進研究会委員
平成28年11月現在 長田病院リハビリテーション室室長として勤務中

■資格

理学療法士
福祉住環境コーディネーター2級
神奈川県理学療法士会 地域包括ケア推進リーダー
介護予防推進リーダー

来たるべき地域包括ケア市場に向けて ～今からできる法人内連携～



浅野貴将氏

株式会社ワイズマン

営業支援課／パートナー営業課課長（兼務）

厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進めています。

「地域包括ケアシステム」の構築に伴って起こる市場は、その地域で活動をしている法人（会社）にとって、今後の10年間とそれからを左右する市場であり、それに対する対応力いかんで、事業所としてその地域に貢献する姿が変わる重要かつ注力すべき領域です。

では、我々はこれから形成される地域包括ケア市場に対し、どのような準備活動を行っていけば良いのでしょうか。

先進地域における、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを見てみると、地域包括ケアシステムに関する部分的な取り組みが、各地域で独自に進んでいる初動の段階であると言えます。今後もそのような動きは継続していくでしょう。また、2025年に向けた地域包括ケア

システムの構築は全国的に統一された取り組みとはならず、各地域の特色を持った状態で進んでいくと想定されます。

本セミナーでは、

- ① 2025年までに形成される地域包括ケアとは
- ② 地域医療連携との違いや共有される情報の内容とは
- ③ 2025年までを時間軸で分けたときに見える必要な連携のパターンは

以上3点をポイントに、わかりやすくお話をしていきたいと思っております。

また、地域包括ケアシステムの特徴とも言うべき地域での多様性や多職種協働について、実際の取り組み事例をご紹介しますとともに、法人内連携をスムーズにするための情報共有やコミュニケーションに焦点を当て、IT活用の側面からアプローチしていきます。

講師略歴

1972年 岐阜県岐阜市生まれ
1991年 県立岐阜商業高等学校卒業
1995年 株式会社ワイズマン中部支店 営業職入社
1998年 同支店 サポート職へ異動
2006年 本社 営業推進課へ異動
2007年 同課 課長へ就任
2015年 観光特産士資格を取得
2016年 本社 営業支援課・パートナー営業課 課長兼務

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	141	(株) サンメディカルサービス	180
エームサービス(株)	142	シダックスフードサービス(株)	180
監査法人長隆事務所	143	(株) JFS	181
オフィスサプライ(株)	144	東洋リネンサプライ(株)	181
オリックス・ファシリティーズ(株)	145	(株) 島忠	182
(株) コージー	146	(株) ジャパンビバレッジイースト	182
サンコムテクノロジー(株)	147	(株) 商起産業	183
(株) サン・プランニング・システムズ	148	CTM(株)	183
サンメディックス(株)	149	(株) 成玉舎	184
(株) 柴橋商会	150	(株) 西武総合企画	184
(株) じほう	151	総合メディカル(株)	185
(株) 秀和	152	第一生命保険(株)	185
シーメンズヘルスケア(株)	153	大日本住友製薬(株)	186
(株) セントラルユニ	154	テルモ(株)	186
第一工業(株)	155	東京中央食品(株)	187
ダイキンエアテクノ(株)	156	東京リネンサービス(株)	187
中央労働金庫 田無支店	157	(株) 東京リハビリテーションサービス	188
(株) 千代田	158	(株) 日光溶材	188
東京アメニクス(株)	159	日清医療食品(株)	189
(株) 東京都民銀行	160	日本衛生(株)	189
東芝メディカルシステムズ(株)	161	日本光電東京(株)	190
(株) 西野医科器械	162	日本メガケア(株)	190
公益社団法人日本医業経営者協会 東京都支部	163	ネスレ日本(株) ネスレヘルスサイエンスカンパニー	191
久光製薬(株)	164	パラマウントベッド(株) 横浜支店	191
(株) ピーズメディカルサポート	165	(株) パースジャパン	192
(株) ベネミール	166	ハーベスト(株)	192
(株) 三井住友銀行 日暮里支店	167	(株) ビー・エム・エル	193
(株) ワイズマン	168	(株) ファルコバイオシステムズ	193
(株) アーバン	169	(有) ファーマシーずず	194
(株) アイデム	169	福島工業(株)	194
アステラス製薬(株)	170	フクダ電子東京西販売(株)	195
アボットジャパン(株)	170	フクダライフテック(株)	195
インターリハ(株)	171	伏見製薬(株)	196
(株) ウイン・インターナショナル	171	富士フィルムメディカル(株)	196
エコロジャパン(株)	172	(株) 保健科学 東日本	197
(株) エスアールエル	172	(株) 星医療酸器	197
(株) NSD	173	三井住友海上あいおい生命保険(株)	198
MSD(株)	173	(株) 三菱東京UFJ銀行	198
(株) エラン	174	三菱UFJモルガン・スタンレー証券(株) 所沢支店	199
(株) 大塚商会	174	(株) ムトウ	199
(株) オオツメディカル	175	(株) 明治	200
小野薬品工業(株)	175	メットライフ生命保険(株)	200
関東メディカルサービス(株)	176	(株) メディコン	201
協和医科器械(株)	176	ユニオンメディカル(株)	201
協和発酵キリン(株)	177	ユニ・チャーム(株)	202
(株) クリニコ	177	(株) りそな銀行	202
(株) 栗原医療器械店	178	(株) LEOC	203
(株) 小池メディカル	178	和光純薬工業(株)	203
沢井製薬(株)	179		
(有) サンソー・ビルテクニカルサービス	179		

その他協力企業

アルケル(株)
 アルフレッサ(株) 八王子支店
 佐々木器材(株)
 戸田ビルパートナーズ(株)
 (株) メディセオ

第 12 回 東京都病院学会運営委員会

学会長	桑名 斉	信愛病院理事長
副学会長	東海林 豊	東京さくら病院院長
運営委員長	竹川 勝治	愛和病院理事長
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
	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
	山口 武兼	豊島病院院長
	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 12 回 東京都病院学会 2017 年 2 月 26 日 平成 29 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

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館 404 号

TEL.03-5217-0896 / FAX.03-5217-0898

URL: <http://www.tmha.net> E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp



Integrated Community Care

一般社団法人東京都病院協会

〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館 404号

TEL.03-5217-0896 FAX.03-5217-0898

E-mail:gaktmha@xqb.biglobe.ne.jp(学会専用)

<http://www.tmha.net/>