

第13回

東京都病院学会

FEBRUARY/25/2018

【主題】 分水嶺に立つ東京医療

— 未来をどう生きる 今やるべきことは —

What to Do Now

日時 **平成30年2月25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) 東京都千代田区九段北4-2-25

学会長 **東海林 豊** 東京都病院協会常任理事
東京さくら病院院長

副学会長 **竹川 勝治** 東京都病院協会常任理事
愛和病院理事長

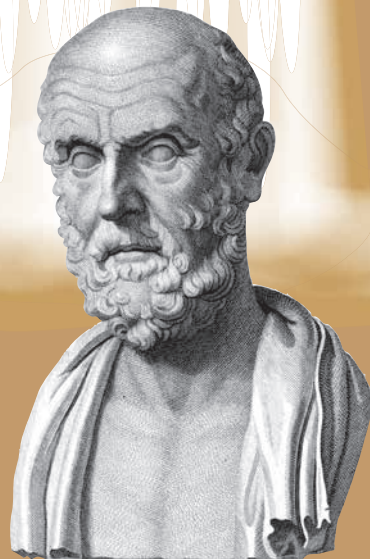
学会運営
委員長 **友池 仁暢** 東京都病院協会副会長
榊原記念病院顧問

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

分水嶺に立つ東京医療

-未来をどう生きる 今やるべきことは-

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	22
基調講演・学会長講演・特別講演	25
シンポジウム	31
委員会企画	39
一般演題	55
ランチョンセミナー	123
広告	133

学会長挨拶



東海林 豊

東京都病院協会 常任理事
東京さくら病院 院長

第13回東京都病院学会を開催するにあたり、皆様
に御挨拶申し上げます。

団塊の世代が75歳を迎える2025年まで、あと8年。その時を見据えて、第11回東京都病院学会では「医療の質の向上を目指して—2025年の医療改革に向けて—」(学会長：山口武兼)、第12回東京都病院学会では「東京医療の近未来—地域包括ケアにおける病院の役割—」(学会長：桑名齊)のテーマで開催され過去最高の参加人数がありました。皆さんの、将来への関心度が高い表れであったのだろうと思っております。病院の多くが赤字経営に陥っていると言われており、診療報酬改定に振り回される現実があります。また、地域医療構想と地域包括ケアシステムが連動して動きだそうとしています。これから進む病院機能の選択肢がより明確に求められていくことでしょう。さらに、地域包括ケアシステムの中では、各医療機関の連携を見据えてのポピュレーションマネジメントに代表される様な新たなビジョンが必要になる事でしょう。どの病院も、進むべき道を選ばなければいけない岐路に立たされているはず。山に降った雨は、嶺を境に日本海に注ぐ川になるのか太平洋に注ぐ川になるのか選択を迫られ海に至ります。分水嶺はその分岐点を意味し、まさにそれぞれの病院が置かれている現状を表しているかのようです。言い変えると、選択を迫られているという事です。このような意味を考え、今年の学会のメインテーマを「分水嶺に立つ東京医療—未来をどう生きる—今やるべきことは—」に決めさせて頂きました。未来を見据えれば、今やるべきことが見えてくるはず。そして分水嶺のどちらに行くべきか、選択の判断材料が手に入るはず。現場での現状と問題点、さらに解決方法を東京中の全ての病院で共有し合い考える事が重要であると思っております。今回の学会を皆さんと共に考える場にできればと考えております。考えに考えた結果、選択した方向性が必然の選択となってくれることを切望します。そして、東京中の全ての病院が参加して下さることを願って止みません。

医療・介護同時改定の2018年は、医療の質を追求することはもちろんの事、病院の経営の健全化をも考えなければいけない重要なポイントの年となることを痛感しております。そのため、特別講演に渋澤健氏をお招きして「論語と算盤」について講演をして頂く予定です。「論語と算盤」を通じて医療の質と病

院経営のバランスを考えて頂ければ幸いです。また、東京都病院協会は平成9年4月1日に都内の6病院団体がまとまって発足した協会です。この分水嶺の訪れる時期に20周年を迎えることになりました。今回の学会では、河北博文会長に「東京都病院協会設立20年」について基調講演をして頂く予定です。回帰する時期であることを強く認識する意味で、是非とも聴講して頂き社会資源としての病院をどのように発展させていけばいいか考えて頂けると幸いです。同時改革に向けてどのような対策を立てたらいいのか迷われている会員の皆様に向けて、「医療・介護同時改定にどう対応するか」と題し各機能別の戦略を議論して頂くようシンポジウムを計画しました。また、医師の働き方改革によって医療はどのように変化するかの疑問を解くために、急性期医療委員会が「急性期医療における働き方改革を考える」をテーマに多方面からの議論をしてくれます。慢性期医療委員会では、介護医療院の概要と問題点を議論してくれます。看護管理部会では、「人口減少時代の人的資源管理」について、事務管理部会では、「医療機関が考えるべき5つの経営課題」について講演を予定しています。環境問題検討委員会からは、ダイオキシン問題で地域住民からバッシングを受け、風前の灯となった父親の産業廃棄物処理業者を見事にリサイクルメーカーに変貌させた石坂産業株式会社専務取締役の石坂知子氏をお招きし、その詳細を講演して頂く予定です。現在では、地域住民にやさしい環境を提供するため1300万円をかけて毎年夏祭りを主催しているそうです。病院も地域の環境を真剣に考え、次の世代に引き継ぐきっかけとして頂けると幸いです。今年は、ランチョンセミナーを7つ用意してゆっくりと多方面にわたって勉強して頂けるようにしてあります。

東京都の医療に潜む各地域、各機能別の問題を見据え、考え続けることは、必ずや将来への光を見出せることにつながると信じております。そして医療従事者と患者さんに明るい夢を提供できれば幸いです。是非とも、この学会の場で各病院での新たな取り組みをご発表いただき、議論のスタート地点にさせていただきたく存じます。また、2025年問題だけでなく、多死孤独死問題が訪れる2035年の解決に向けて、地域ごとの連携強化がこの場で生まれますことを切に切に望む次第です。

学会運営委員長挨拶

「一歩ふみだす」



友池 仁暢

東京都病院協会 副会長
榊原記念病院 顧問

第13回東京都病院学会の主題は「分水嶺に立つ東京医療—未来をどう生きる 今やるべきことは—」と学会長の東海林 豊 先生がお決めになった。

本学会の開催日は冬季オリンピックの最終日である。本稿の執筆時(2017年12月)、小平奈緒選手は短距離スピード1000 m世界記録を樹立している。彼女の勝因は第一歩の蹴り出しが強い事にあるらしい。

本年(2018年) 立て続けに予定されている医療界の大きな変化は20年前に近未来の課題として指摘された「少子高齢化社会」という得体のしれぬ不安感を表現したフレーズに端を発している。これまでの間、何と多くの議論がこのテーマで繰り返されたことか。診療現場で生きる私達は未来よりも目の前の難題に腐心するのが精一杯で近未来の予測にさえ無頓着であったかもしれない。今や、少子高齢化は『抜き差しならぬ今日明日の危機』だと識者は声高に力説し始めた。この時代背景を受けて学会長は、「だからこそ、今やるべきことを見定めて行動に移したい」と考えて、プログラムの骨組みをお作りになりました。

一般論であるが、紛糾した事態を目の前にした時に多くの人が採る手法は、「何が何でも先ず行動してその中で何が次善の策であるかを思案してベストを尽そう」としているのではないのでしょうか。この手法は時に拙速と揶揄されることもあります。メンタルな背景を探ると

1950年代の流行語にもなった「歩きながら考える」姿勢が定着しているのかも知れません。学会の本来的な役割は、基礎と臨床に共通していることだと思いますが、「足下の問題を詳らかにし次の一歩をどう踏出すかを皆で議論する場」であったはずで、格好の「歩きながら考える場」でもあります。専門職種の点数稼ぎのためだけ、或は最近の知見を知るだけなら、ICTの発達した現代ではいくらでも効率の良い方法があります。現実世界の中で、自分の声で語り、生の声を傾聴し、議論を積み重ねる、その繰り返しこそ学会が目指すPeer reviewの根幹ではないでしょうか。

本学会は医療に携わる全職種が参加します。医療が単一職種のみで成り立たないのは自明ですから、本学会はいわゆる学術団体の学会よりもより臨場感に富むものであるはずで、時代を超える仕事、時代の混迷に光を投げる仕事は、課題山積の現場・足下に必ずや芽生えるに違いありません。さすれば、“足下を詳らかに思案し第一歩を力強く踏出す”、当たり前ともいえるこの行動様式が、勝利の方程式の第一項に位置するはずで、本学会が職種を超えた活発な議論の場となり、明日への活力と行動の契機になることを楽しみませんか。

参加者へのご案内

受付

3階ロビーで午前8時30分より受け付けます。

事前登録された方へ

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

当日参加される方へ

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

演題発表者の方へ

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

講師、シンポジストの方々へ

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

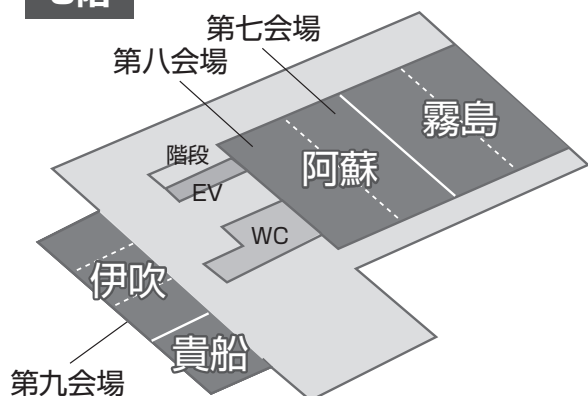
会場ご案内

- 日 時: 平成30年2月25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



第七会場 6階 阿蘇(東)

- 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
- 14:00 一般演題
- 14:50 一般演題
- 15:50 一般演題

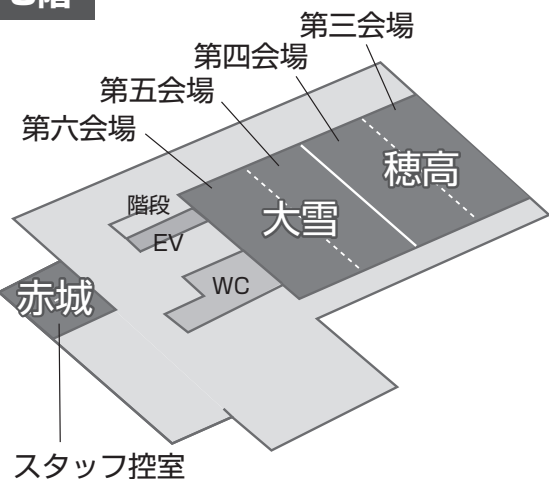
第九会場 6階 伊吹

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
ユニ・チャームメンリック(株)
- 13:10 一般演題
- 14:20 一般演題
- 15:10 一般演題
- 16:10 一般演題

第八会場 6階 阿蘇(西)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
(株) プラスPM
- 13:10 一般演題
- 14:10 一般演題
- 15:10 一般演題
- 16:00 一般演題

5階



第三会場 5階 穂高(東)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
(一社) 医療人材国際交流協会
- 13:10 慢性期医療委員会
シンポジウム
- 14:40 環境問題検討委員会
企画講演会
- 15:50 事務管理部会企画講演会

第五会場 5階 大雪(東)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
(株) 大塚商会
- 13:10 一般演題
- 14:10 一般演題
- 14:50 一般演題
- 15:50 一般演題

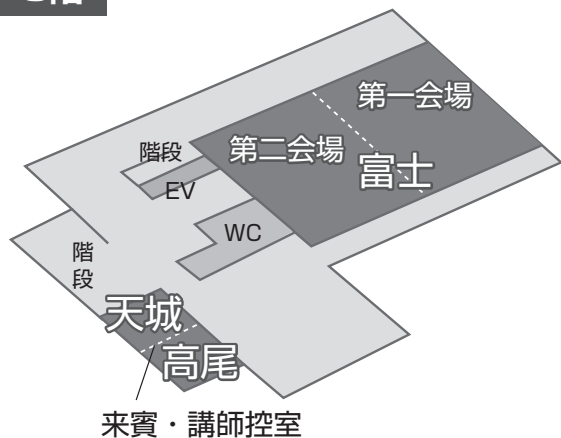
第四会場 5階 穂高(西)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
(株) イントラスト
- 13:10 一般演題
- 14:20 一般演題
- 15:20 一般演題

第六会場 5階 大雪(西)

- 11:00 一般演題
- 12:00 ランチョンセミナー
テルモ(株)
- 13:10 一般演題
- 14:10 一般演題
- 15:10 一般演題
- 16:10 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
- 10:10 学会長講演
- 13:10 特別講演
- 14:20 シンポジウム
- 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
シンポジウム

来賓・講師控室 3階 天城・高尾

全体プログラム

8:30 総合受付 3階ロビー			
第一会場 3階 富士(東)	第二会場 3階 富士(西)	第三会場 5階 穂高(東)	第四会場 5階 穂高(西)
<p>09:00</p> <p>■開会式</p> <p>●挨拶</p> <p>東京都病院学会会長 東海林 豊 東京都病院協会会長 河北 博文</p> <p>●来賓挨拶</p> <p>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>9:20~10:00</p> <p>●基調講演</p> <p>【司会】東海林 豊(学会長 東京さくら病院院長)</p> <p>「東京都病院協会設立20年」</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>10:10~10:50</p> <p>●学会長講演</p> <p>【司会】竹川 勝治(副学会長 愛和病院理事長)</p> <p>「病院の選択と決断 —新病院設立にあたって—」</p> <p>東海林 豊(学会長 東京さくら病院院長)</p>			
		<p>11:00</p> <p>一般演題</p> <p>「診療情報管理」</p> <p>座長:池亀 正敏 (公立阿伎留医療センター)</p>	<p>11:00</p> <p>一般演題</p> <p>「看護業務1」</p> <p>座長:永久保 静子 (稲波脊椎・関節病院)</p>
		<p>12:00</p> <p>○ランチョンセミナー</p> <p>(一社)医療人材国際交流協会</p> <p>「外国人看護師受入れの期待、不安、育成」</p>	<p>12:00</p> <p>○ランチョンセミナー</p> <p>(株)イントラスト</p> <p>「急増する医療未収金問題の実態と対策 ~民法改正による医療機関への影響について~」</p> <p>田中 実氏((株)イントラスト 総務部IR/PR担当) 石飛 隆敏氏(製鉄記念八幡病院医事部第一医事課長)</p>
<p>13:10~14:10</p> <p>●特別講演</p> <p>「渋沢栄一の「論語と算盤」で未来を拓く！」</p> <p>【司会】友池 仁暢(学会運営委員長 榊原記念病院顧問)</p> <p>【講師】渋澤 健氏(シブサワ・アンド・カンパニー(株) 代表取締役)</p>	<p>13:10~14:40</p> <p>●看護管理部会セッション</p> <p>「看護師確保に対する現場での具体的対応策」</p> <p>【座長】高嶋 則子(岩井整形外科内科病院看護部長) 市橋 富子(花と森の東京病院看護部長)</p> <p>【講演】「働き方改革と看護職の量と質の確保」 福井 トシ子氏(日本看護協会会長)</p>	<p>13:10~14:30</p> <p>●慢性期医療委員会シンポジウム</p> <p>「介護医療院の運用」</p> <p>【座長】進藤 晃(大久野病院理事長)</p> <p>【講演】「介護医療院創設までの歴史的背景」 桑名 斉(信愛病院理事長) 「介護医療院転換の問題点」 田中 裕之(陵北病院院長)</p>	<p>13:10</p> <p>一般演題</p> <p>「地域包括ケア」</p> <p>座長:立花 エミ子 (信愛病院)</p>
<p>14:20~15:50</p> <p>●シンポジウム</p> <p>「医療・介護同時改定にどう対応するか」</p> <p>【座長】猪口 雄二(東京都病院協会常任理事 寿康会病院理事長)</p> <p>【シンポジスト】 [急性期の戦略] 山口 武兼(豊島病院院長) [回復期の戦略] 仲井 培雄氏(芳珠記念病院理事長) [慢性期の戦略] 安藤 高夫(永生病院理事長) [同時改定の戦略] 武藤 正樹氏(国際医療福祉大学大学院教授)</p>	<p>14:50~16:50</p> <p>●急性期医療委員会シンポジウム</p> <p>「急性期医療における働き方改革を考える」</p> <p>【座長】有賀 徹氏(労働者健康安全機構理事長) 中西 泉(町田慶泉病院理事長)</p> <p>【講演】「労働基準監督署の立ち入り調査への対応と危惧する事柄」 福井 次矢氏(聖路加国際病院院長) 「医師不足の高度急性期病院で働き方改革は可能か」 川上 正人氏(青梅市立総合病院副院長・救命救急センター長) 「二次救急病院における働き方改革」 大澤 秀一氏(平成立石病院院長) 「医療勤務環境改善をめぐる動向と東京都の取組について」 松原 かおり氏(東京都福祉保健局医療政策部医療人材課課長)、眞鍋 一氏((公社)日本医療経営コンサルタント協会東京都支部 理事) 「現行の労働法制を踏まえた就業規則等の具体的な規定方法」 浅見 浩氏(浅見社会保険労務士法人代表)</p>	<p>14:40~15:40</p> <p>●環境問題検討委員会企画講演会</p> <p>「持続可能な永続企業を目指す ~自然と地域と技術の共生~」</p> <p>【座長】篠原 健一(河北総合病院画像診断部特定専門職)</p> <p>【講師】石坂 知子氏(石坂産業(株) 専務取締役)</p>	<p>14:20</p> <p>一般演題</p> <p>「地域連携」</p> <p>座長:大坪 由里子 (三軒茶屋病院)</p>
		<p>15:50~16:50</p> <p>●事務管理部会企画講演会</p> <p>「医療機関が考えるべき5つの経営課題」</p> <p>【座長】田野倉 浩治(永生病院事務部長)</p> <p>【講師】田川 洋平氏((株)川原経営総合センター 事業推進企画室室長)</p>	<p>15:20</p> <p>一般演題</p> <p>「看護業務2」</p> <p>座長:鈴木 知子 (南町田病院)</p>
<p>17:00</p> <p>■閉会式</p> <p>閉会式挨拶</p> <p>竹川 勝治(副学会長 愛和病院理事長)</p>			

第五会場 5階 大雪(東)	第六会場 5階 大雪(西)	第七会場 6階 阿蘇(東)	第八会場 6階 阿蘇(西)	第九会場 6階 伊吹
11:00 一般演題 「看護その他1」 座長:岡崎 理恵 (豊島病院)	11:00 一般演題 「病院管理」 座長:奈良 宏樹 (寺田病院)	11:00 一般演題 「医療の質」 座長:飯畑 裕子 (等潤病院)	11:00 一般演題 「リハビリ(症例発表<上肢機能・ADL>)」 座長:西谷 雄作 (寿康会病院)	11:00 一般演題 「リハビリ(調査研究)」 座長:松淵 貴之 (町田慶泉病院)
12:00 ○ランチョンセミナー (株) 大塚商会 「～医療機関が直面するセキュリティ脅威～ 今こそ本気で考える!“内”“外”両面からの情報漏えい対策」 井川 雄二氏((株) 大塚商会マーケティング本部共通基盤NW・セキュリティプロモーション部 課長)	12:00 ○ランチョンセミナー テルモ(株) 「医療経済性に貢献する次世代の経腸栄養と流動食のあり方とは」 水野 英彰氏(目白第二病院副院長・外科部長)	12:00 ○ランチョンセミナー 東京ガス(株) 「病院の建て替えに伴う都市計画上の課題の抽出と解決策の提案」 佐藤 信孝氏((株) 環境都市構想研究所顧問)	12:00 ○ランチョンセミナー (株) プラスPM 「新病院建設プロジェクトにおける高い医療機能の実現と投資コスト削減ができるプロジェクトの進め方を解説」 木村 譲二氏((株) プラスPM 代表取締役)	12:00 ○ランチョンセミナー ユニ・チャーム メンリッケ(株) 「排泄ケアにとってのチームケアの意義～なぜ排泄ケアにチームケアがもとめられるのか～」 梶原 敦子氏(排泄ケアサポートセンターウエルビーイング オフィスK代表)
13:10 一般演題 「介護予防/チーム医療」 座長:高野 啓子 (永生病院)	13:10 一般演題 「事務」 座長:安恒 晴代 (滝野川病院)	13:10 一般演題 「医療安全・感染管理1」 座長:坂本 良子 (いずみ記念病院)	13:10 一般演題 「リハビリ(症例発表<高次脳・コミュニケーション>)」 座長:宮脇 一紀 (大久野病院)	13:10 一般演題 「リハビリ(支援・検証)」 座長:中村 隆 (中村病院)
14:10 一般演題 「画像診断・放射線」 座長:藤田 日出男 (豊島病院)	14:10 一般演題 「業務改善1・その他」 座長:佐藤 謙 (神原記念病院)	14:00 一般演題 「医療安全・感染管理2」 座長:浅野 美奈子 (河北総合病院)	14:10 一般演題 「リハビリ(症例発表<歩行機能>)」 座長:江口 太郎 (いずみ記念病院)	14:20 一般演題 「リハビリ(運営)」 座長:諸江 伸龍 (永生病院)
14:50 一般演題 「看護教育1」 座長:外館 真理子 (花と森の東京病院)	15:10 一般演題 「業務改善2」 座長:関戸 信江 (国立病院機構東京病院)	14:50 一般演題 「急性期看護・慢性期看護1」 座長:安達 延子 (等潤病院)	15:10 一般演題 「リハビリ(症例発表<介入手段>)」 座長:岡部 翔一 (東京さくら病院)	15:10 一般演題 「臨床検査」 座長:及川 佳恵 (昭和大学江東豊洲病院)
15:50 一般演題 「看護教育2・看護管理」 座長:前田 陽子 (いずみ記念病院)	16:10 一般演題 「栄養管理」 座長:三好 朋子 (愛和病院)	15:50 一般演題 「慢性期看護2・終末期看護」 座長:高野 ひろみ (永寿総合病院)	16:00 一般演題 「看護その他2」 座長:渡部 美智子 (花と森の東京病院)	16:10 一般演題 「臨床工学」 座長:松永 浩幸 (東京北医療センター)

会場別プログラム

第一会場・第二会場 3階 富士(東西)

時間	プログラム	掲載ページ
09:00	<p>● 開会式</p> <p>● 挨拶 東京都病院学会学会長 東海林 豊 東京都病院協会学会長 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 東京都医師会学会長 尾崎 治夫氏</p>	
09:20	<p>● 基調講演 司会:東海林 豊(学会長 東京さくら病院院長)</p> <p>「東京都病院協会設立 20 年」</p> <p>東京都病院協会学会長 河北総合病院理事長 河北 博文</p>	P.27
10:10	<p>● 学会長講演 司会:竹川 勝治(副学会長 愛和病院理事長)</p> <p>「病院の選択と決断 ―新病院設立にあたって―」</p> <p>東京都病院協会常任理事 東京さくら病院院長 東海林 豊</p>	P.28
13:10	<p>● 特別講演 司会:友池 仁暢(学会運営委員長 榊原記念病院顧問)</p> <p>「渋沢栄一の「論語と算盤」で未来を拓く！」</p> <p>シブサワ・アンド・カンパニー株式会社代表取締役 渋澤 健氏</p>	P.29
14:20	<p>● シンポジウム</p> <p>「医療・介護同時改定にどう対応するか」</p> <p>座長:猪口 雄二(東京都病院協会常任理事 寿康会病院理事長)</p> <p>シンポジスト [急性期の戦略] 山口 武兼(豊島病院院長)</p> <p>(順不同) [回復期の戦略] 仲井 培雄氏(芳珠記念病院理事長)</p> <p>[慢性期の戦略] 安藤 高夫(永生病院理事長)</p> <p>[同時改定の戦略] 武藤 正樹氏(国際医療福祉大学大学院教授)</p>	P.33 P.34 P.35 P.36 P.37
17:00	<p>● 閉会式</p> <p>● 挨拶 副学会長 竹川 勝治</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：高嶋 則子（岩井整形外科内科病院看護部長） 市橋 富子（花と森の東京病院看護部長）</p> <p>「看護師確保に対する現場での具体的対応策」</p> <p>【講演】 「働き方改革と看護職の量と質の確保」</p> <p style="text-align: right;">日本看護協会会長 福井 トシ子氏</p>	P.41
14:50	<p>● 急性期医療委員会シンポジウム</p> <p>座長：有賀 徹氏（労働者健康安全機構理事長） 中西 泉（町田慶泉病院理事長）</p> <p>「急性期医療における働き方改革を考える」</p> <p>【講演】 「労働基準監督署の立ち入り調査への対応と危惧する事柄」 福井 次矢氏（聖路加国際病院院長）</p> <p>「医師不足の高度急性期病院で働き方改革は可能か」 川上 正人氏（青梅市立総合病院副院長・救命救急センター長）</p> <p>「二次救急病院における働き方改革」 大澤 秀一氏（平成立石病院院長）</p> <p>「医療勤務環境改善をめぐる動向と東京都の取組について」 松原 かおり氏（東京都福祉保健局医療政策部医療人材課課長） 眞鍋 一氏（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会東京都支部理事）</p> <p>「現行の労働法制を踏まえた就業規則等の具体的な規定方法」 浅見 浩氏（浅見社会保険労務士法人代表）</p>	P.43 P.44 P.45 P.46 P.47

第三会場 5階 穂高(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	<p>● 一般演題</p> <p>「診療情報管理」 座長：池亀 正敏（公立阿伎留医療センター）</p> <hr/> <p>・ DPC 公開データからみる当院のポジショニングについて 佐野 貴昭（榊原記念病院）</p> <hr/> <p>・ 入院診療計画書の完成度向上を目指して（第二報） 草野 杏弥（南多摩病院）</p> <hr/> <p>・ 様式1による救急医療入院の患者像ベンチマーク 相澤 健太郎（東京都健康長寿医療センター）</p>	P.57 P.57 P.58

会場別プログラム

12:00	◎ ランチョンセミナー 一般社団法人医療人材国際交流協会 「外国人看護師受入れの期待、不安、育成」	P.125
13:10	● 慢性期医療委員会シンポジウム 座長：進藤 晃（大久野病院理事長） 「介護医療院の運用」 【講演】 「介護医療院創設までの歴史的背景」 「介護医療院転換の問題点」	桑名 斉（信愛病院理事長） P.49 田中 裕之（陵北病院院長） P.49
14:40	● 環境問題検討委員会企画講演会 座長：篠原 健一（河北総合病院画像診断部特定専門職） 「持続可能な永続企業を目指す ～自然と地域と技術の共生～」	石坂 知子氏（石坂産業株式会社専務取締役） P.51
15:50	● 事務管理部会企画講演会 座長：田野倉 浩治（永生病院事務部長） 「医療機関が考えるべき5つの経営課題」	田川 洋平氏（株式会社川原経営総合センター 事業推進企画室室長） P.53

第四会場 5階 穂高(西)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題 「看護業務①」 座長：永久保 静子（稲波脊椎・関節病院）	
	・ 産科外来電話問い合わせの現状から電話対応を見直す 谷口 悦子（荒木記念東京リバーサイド病院）	P.58
	・ 看護職の緊急入院受入れ体制の改善 加藤 貴子（東京さくら病院）	P.59
	・ 外来と病棟間で求められる患者情報の差異から！ ～情報共有への取り組み～ 呉 恵（花と森の東京病院）	P.59
	・ 業務改善による申し送りの短縮化 藤原 亜紀子（信愛病院）	P.60
12:00	◎ ランチョンセミナー 株式会社イントラスト 「急増する医業未収金問題の実態と対策 ～民法改正による医療機関への影響について～」	P.126
	株式会社イントラスト 総務部次長 IR/PR 担当 田中 実氏 社会医療法人製鉄記念八幡病院 医事部第一医事課長 石飛 隆敏氏	

13:10 ● 一般演題

「地域包括ケア」 座長：立花 エミ子（信愛病院）

-
- ・「在宅で食べる」ことを多職種で考える P.60
八島 悦子（訪問看護ステーションひばり）

 - ・退院支援における看護師、退院調整看護師、MSW の役割、意識調査 P.61
坂井 さおり（内藤病院）

 - ・認知症ケア介入から退院まで P.61
戸部 民子（寿康会病院）

 - ・認知症患者の地域包括ケアへの取り組み P.62
生方 経子（寿康会病院）

 - ・病院救急車は地域包括ケアのセーフティーネット P.62
大石 香菜子（南多摩病院）

 - ・個別支援から地域支援へ ～地域ケア会議の展開～ P.63
狩野 貴志（常楽診療所）
-

14:20 ● 一般演題

「地域連携」 座長：大坪 由里子（三軒茶屋病院）

-
- ・有効活用される看護サマリーの提供を目指して ～アンケート結果から見えたもの～ P.63
浦田 ルミ子（古畑病院）

 - ・法人内の介護サービス事業者への情報伝達 P.64
五月女 利博（いずみ記念病院）

 - ・下肢血流不全（障害）に対する急性期治療から再入院の連携事例 P.64
鯉坂 悠亮（回心堂病院）

 - ・町田市における薬業連携の現状と問題点 ～顔の見える連携をめざして～ P.65
小林 仁（南町田病院）

 - ・「区東北部地域リハ支援センター」の役割と今後の課題 P.65
浅野 光彦（いずみ記念病院）
-

15:20 ● 一般演題

「看護業務②」 座長：鈴木 知子（南町田病院）

-
- ・特殊体位手術におけるウォーマーの保温効果について P.66
原 真菜美（等潤病院）

 - ・下肢骨折術後に行う効果的なクライオセラピーの検討 P.66
森 あき（等潤病院）

 - ・A 病院におけるスキンケアの実態調査 P.67
熊谷 恵（大久保病院）

 - ・排泄ケアの見直し ～アセスメントシートを導入して～ P.67
水津 みゆき（野村病院）

 - ・排泄ケアの見直しによる患者ケアの質向上 P.68
長谷川 いずみ（東京さくら病院）
-

会場別プログラム

第五会場 5階 大雪(東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題 「看護その他①」 座長：岡崎 理恵（豊島病院）	
	・ 糖尿病発症予防に対する取り組み 中岡 みのり（野村病院）	P.68
	・ 介護施設と病院をつなぐ介護天気予報図活用の実際 樋浦 裕里（東京さくら病院）	P.69
	・ 福祉住環境コーディネーターを中心とした療養環境の整備 岸野 健一（東京さくら病院）	P.69
	・ 退院支援に向けたカンファレンス方法の見直し 石垣 美紗希（花と森の東京病院）	P.70
12:00	◎ ランチョンセミナー 株式会社大塚商会 「～医療機関が直面するセキュリティ脅威～ 今こそ本気で考える！“内”“外”両面からの情報漏えい対策」 株式会社大塚商会 マーケティング本部共通基盤 NW・セキュリティプロモーション部 課長 井川 雄二氏	P.127
13:10	● 一般演題 「介護予防／チーム医療」 座長：高野 啓子（永生病院）	
	・ 従来の生活を取り戻すために ～トイレ誘導への試み～ 松橋 かおり（信愛病院）	P.70
	・ 認知症予防プログラムに手話を用いた効果について 中條 千恵子（多摩リハビリテーション病院）	P.71
	・ 多職種協働のための新入職員対象一日他職種体験研修 竹内 美佐子（東京さくら病院）	P.71
	・ 病棟におけるチーム医療の分析 ～多職種間での連携の重要性～ 中上 絵里（等潤病院）	P.72
	・ 認知症ケア向上への取り組み ～多職種チーム介入による実践報告～ 河野 きよみ（寿康会病院）	P.72
14:10	● 一般演題 「画像診断・放射線」 座長：藤田 日出男（豊島病院）	
	・ 胸部 X 線画像における縦隔領域の障害陰影の評価 大地 直之（河北総合病院）	P.73
	・ 当院における冠動脈＋下肢動脈撮影の取り組み 上原 将（等潤病院）	P.73
	・ Ai（死亡時画像診断）の初期経験における一考察 柏倉 賢一（野村病院）	P.74

14:50 ● 一般演題

「看護教育①」 座長：外館 真理子（花と森の東京病院）

- | | | |
|---------------------------------|---------------|------|
| ・造影剤を使用したCT検査のマニュアル整備と協力体制の構築 | 飯沼 美和子（等潤病院） | P.74 |
| ・トリアージ評価ポケットカード導入によるトリアージ適正率向上 | 手塚 健斗（豊島病院） | P.75 |
| ・超音波検査を行う助産師の技術習得に向けた学習プログラムの作成 | 齋藤 咲希（豊島病院） | P.75 |
| ・公社病院での医療関連機器圧迫創傷対策の標準化に向けた取り組み | 小西 京子（東部地域病院） | P.76 |
| ・PNS推進チームの活動と今後の課題 | 水野 泰治（平成立石病院） | P.76 |
| ・enjoy & interesting な感染対策研修 | 跡部 睦子（南多摩病院） | P.77 |

15:50 ● 一般演題

「看護教育②・看護管理」 座長：前田 陽子（いずみ記念病院）

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------|------|
| ・I-SBAR-C導入に向けた取り組み ～事例トレーニングの評価～ | 伊藤 澄江（南町田病院） | P.77 |
| ・ケアミックス病院における新人介護職の育成 | 酒井 淳子（東京さくら病院） | P.78 |
| ・急性期病院における看護補助者との協働についての検討 | 高橋 良平（豊島病院） | P.78 |
| ・看護師長による離職防止マネジメント調査報告 | 佐々木 淳子（豊島病院） | P.79 |
| ・当院における常勤看護師の離職率と課題 | 高嶋 則子（岩井整形外科内科病院） | P.79 |

第六会場 5階 大雪（西）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 一般演題	
	「病院管理」 座長：奈良 宏樹（寺田病院）	
	・当院における受療者の特徴について（来院状況の把握）	佐藤 譲（榊原記念病院） P.80
	・有料個室利用率向上にむけた活動報告	武下 美佐代（豊島病院） P.80
	・一般病棟における薬剤総合評価調整加算の現状と考察	前田 耕平（いずみ記念病院） P.81

会場別プログラム

12:00	◎ ランチョンセミナー テルモ株式会社 「医療経済性に貢献する次世代の経腸栄養と流動食のあり方とは」	P.128
	医療法人社団悦伝会 目白第二病院副院長・外科部長 水野 英彰氏	
13:10	● 一般演題 「事務」 座長：安恒 晴代（滝野川病院）	
	・ 外来会計待ち時間減少への取り組み	P.81
	小川 美穂（南町田病院）	
	・ レディースドックの件数増加への取り組み	P.82
	山口 美沙紀（荒木記念東京リバーサイド病院）	
	・ 榊原記念クリニックにおける遠隔モニタリングについて	P.82
	玉舎 郁美（榊原記念クリニック）	
	・ 医師事務作業補助者の業務報告と新たな試み	P.83
	吉田 里恵（南町田病院）	
	・ 病院事務職の教育ゴールの設定について（ワークデザインの活用）	P.83
	佐藤 譲（榊原記念病院）	
14:10	● 一般演題 「業務改善①・その他」 座長：佐藤 譲（榊原記念病院）	
	・ 救急救命士導入における救急医療センター拡充へ	P.84
	大西 徹（森山記念病院）	
	・ 衛生委員会の活動	P.84
	安田 睦美（久米川病院）	
	・ 当院における災害対策の取り組み	P.85
	本郷 好一郎（久米川病院）	
	・ 業務の効率化による職員のストレス軽減についての研究	P.85
	田村 大樹（多摩リハビリテーション病院）	
	・ インカム導入による時間の使い方改革 ～患者支援の時間作り～	P.86
	斉藤 増雄（大久野病院）	

15:10 ● 一般演題

「業務改善②」 座長：関戸 信江（国立病院機構東京病院）

- ・ FIM 導入に伴う ADL 表の作成
田中 翔（米倉脊椎・関節病院） P.86
- ・ 排泄用品の正しい製品選択と手技統一 ～ CST 委員会による職員教育～
加藤 知子（葛飾リハビリテーション病院） P.87
- ・ 介護部門の立ち上げについて
山本 良広（久米川病院） P.87
- ・ 白内障手術術前中止薬の患者指導内容の改善について
秋庭 幹子（南多摩病院） P.88
- ・ 当院の院内勉強会の取り組み
今溝 裕貴（米倉脊椎・関節病院） P.88

16:10 ● 一般演題

「栄養管理」 座長：三好 朋子（愛和病院）

- ・ 自宅退院された患者家族への食支援
手槌 ゆき（一成会 木村病院） P.89
- ・ 経管栄養剤見直しによる栄養状態及び病院収益改善へのアプローチ
黒田 奈々（東京さくら病院） P.89
- ・ 認知症患者への継続的な栄養管理で、経口摂取が安定した 3 症例
鈴木 真由美（永生病院） P.90

第七会場 6階 阿蘇（東）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00 ● 一般演題	「医療の質」 座長：飯畑 裕子（等潤病院）	
	・ 当院における喀痰吸引時の喀痰量の評価に関する実態調査	村田 里美（永生病院） P.90
	・ 一般中小病院のがん性疼痛緩和ケアの質評価における一試論	長沼 幸司（等潤病院） P.91
	・ ゆとり世代が考える、ゆとり世代だからこそできる新人教育	小島 良平（米倉脊椎・関節病院） P.91
	・ 都病協版回復期 CI にみるプロセスとアウトカム	石濱 裕規（東京都病院協会 診療情報管理委員会） P.92
12:00 ◎ ランチョンセミナー 東京ガス株式会社	「病院の建て替えに伴う都市計画上の課題の抽出と解決策の提案」	P.129
	株式会社環境都市構想研究所顧問 佐藤 信孝氏	

会場別プログラム

13:10 ● 一般演題

「医療安全・感染管理①」 座長：坂本 良子（いずみ記念病院）

- ・ドレーン自己抜去防止に向けた取り組み P.92

田中 里佳（南町田病院）
- ・回復期病棟で ADL 拡大にむけて、転倒転落への取り組み P.93

加藤 麻里（南町田病院）
- ・ヒヤリハットの意義 ～ KYT を通し危険因子を見抜く～ P.93

笹野 智子（永生病院）
- ・インシデント報告ガイドライン作成の試み P.94

宮守 美穂（岩井整形外科内科病院）

14:00 ● 一般演題

「医療安全・感染管理②」 座長：浅野 美奈子（河北総合病院）

- ・広域抗菌薬の適正使用に向けて ～薬局の役割～ P.94

下野戸 恵美（南町田病院）
- ・診療看護師による抗菌薬選択時のグラム染色の有効性について P.95

高橋 淳（東京城東病院）
- ・外来化学療法に従事する看護師の曝露対策の見直し P.95

山本 沙紀（等潤病院）
- ・A 病院における抗がん剤曝露対策 ～ PPE 装着の取り組み～ P.96

山崎 裕也（大久保病院）

14:50 ● 一般演題

「急性期看護・慢性期看護①」 座長：安達 延子（等潤病院）

- ・看護外来における周術期管理チーム看護師の取り組み 手術を受ける患者の不安
に対する関わりを通して P.96

渡邊 里子（花と森の東京病院）
- ・くも膜下出血患者のスパズム期苦痛回避プログラムの取り組み ～ケーススタディ～ P.97

三母 明己（豊島病院）
- ・ナイロンタオルを使わず泡洗体し掻痒感による傷を軽減させる試み P.97

伊藤 晃子（回心堂病院）
- ・高齢者との関わりへの取り組み ～認知症ケアを意識して～ P.98

高橋 望（花と森の東京病院）
- ・回復期リハビリテーション病棟における看守り看護ケアの効果 P.98

上野 亜弓（花と森の東京病院）

15:50 ● 一般演題

「慢性期看護②・終末期看護」 座長：高野 ひろみ（永寿総合病院）

- | | | |
|--|----------------------|-------|
| ・糖尿病性壊疽患者のフットケア ～他職種と連携、足趾壊死の改善を認めた症例～ | 高木 麻緒（葛飾リハビリテーション病院） | P.99 |
| ・リハビリ期における栄養状態の改善が ADL 向上に影響するか | 芳川 尚美（等潤病院） | P.99 |
| ・終末期看護におけるスタッフの意識の向上と役割 | 林田 雄馬（調布病院） | P.100 |
| ・緩和ケア病棟の看取りケアについて ～看護師へのアンケートより～ | 清水 りえ（野村病院） | P.100 |
| ・ターミナルケア導入における職員の心理と課題 | 河内 敏雄（メディケア梅の園） | P.101 |

第八会場 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（症例発表《上肢機能・ADL》）」 座長：西谷 雄作（寿康会病院）

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-------|
| ・上腕骨顆上骨折に対する早期の関節モビライゼーションの有効性 | 村田 駿（平成立石病院） | P.101 |
| ・洗体動作の獲得が麻痺手の使用に繋がった脳梗塞の一例 | 西村 萌々子（いずみ記念病院） | P.102 |
| ・包丁操作の獲得に向けた知覚探索活動アプローチ | 神田 有裕美（葛飾リハビリテーション病院） | P.102 |
| ・NEURO により麻痺側上肢の使用頻度が向上し趣味参加に至った症例 | 田中 優子（いずみ記念病院） | P.103 |
| ・上肢用ロボット型運動訓練装置 ReoGo-J 使用の経験 | 樋口 彩（等潤病院） | P.103 |

12:00 ◎ ランチョンセミナー 株式会社プラス PM

「新病院建設プロジェクトにおける高い医療機能の実現と投資コスト削減ができるプロジェクトの進め方を解説」

株式会社プラス PM 代表取締役 木村 讓二氏

P.130

会場別プログラム

13:10 ● 一般演題

「リハビリ（症例発表《高次脳・コミュニケーション》）」 座長：宮脇 一紀（大久野病院）

- ・ 活動が制限されている患者への視覚的アプローチの検討
高鳥 亮介（相武病院） P.104
- ・ 全失語症患者の認知機能低下にアプローチした一例
寺島 堯志（花と森の東京病院） P.104
- ・ 手話失語との関わり方について
金澤 聖子（等潤病院） P.105
- ・ 頸髄損傷にて四肢麻痺を呈した症例に対する ICT 導入
林 芳弘（永生病院） P.105
- ・ 外来リハビリテーションにおける高次脳機能障害者就労支援プログラムを利用した一事例
古澤 美樹（永生クリニック） P.106

14:10 ● 一般演題

「リハビリ（症例発表《歩行機能》）」 座長：江口 太郎（いずみ記念病院）

- ・ 胸腰椎変性疾患により躓き歩行を呈した症例
寒河江 幸太（町田慶泉病院） P.106
- ・ 脳梗塞発症後間欠性跛行を呈した腰部脊柱管狭窄症症例
浅野 裕太郎（町田慶泉病院） P.107
- ・ 片脚立位に着目して歩行自立が可能となった症例
宮原 英詞（葛飾リハビリテーション病院） P.107
- ・ 転倒予防に着目した左大腿骨転子部骨折術後の症例
猪飼 大樹（町田慶泉病院） P.108
- ・ 通所リハビリテーションで目標を達成した対麻痺の症例
有元 翔太郎（永生クリニック） P.108

15:10 ● 一般演題

「リハビリ（症例発表《介入手段》）」 座長：岡部 翔一（東京さくら病院）

- ・ 座位姿勢改善に向けたアプローチの一考察
山田 祥子（大久野病院） P.109
- ・ 人工股関節全置換術後、機能的脚長差に対する理学療法
奈良原 大輝（町田慶泉病院） P.109
- ・ 足底板使用により股関節外転筋群の疼痛軽減が認められた一症例
甲斐 雅規（葛飾リハビリテーション病院） P.110
- ・ アキレス腱断裂患者に対し徒手療法による介入が有効であった一例
畑中 友晴（平成立石病院） P.110

16:00 ● 一般演題

「看護その他2」 座長：渡部 美智子（花と森の東京病院）

- | | | |
|-------------------------------------|----------------|-------|
| ・ 退院支援普及への取り組み ～看護師意識改革～ | 福川 裕美（南多摩病院） | P.111 |
| ・ 認知症患者の夕方に発生する不安・不穏行動の削減に向けて | 大平 綾香（東京さくら病院） | P.111 |
| ・ 震災に対する意識・知識向上に向けて ～資料配布の有効性を調査して～ | 山本 真由美（城西病院） | P.112 |

第九会場 6階 伊吹

時間

プログラム

掲載ページ

11:00 ● 一般演題

「リハビリ（調査研究）」 座長：松淵 貴之（町田慶泉病院）

- | | | |
|---------------------------------|------------------------|-------|
| ・ 脊椎圧迫骨折患者の肥満度指数と疼痛の関連性について | 山口 諒人（花と森の東京病院） | P.112 |
| ・ 肺炎と病前ADLの関係性について | 塩入 真太郎（荒木記念東京リバーサイド病院） | P.113 |
| ・ 残尿量と姿勢の関連 | 阿部 愛里香（花と森の東京病院） | P.113 |
| ・ 退院後の装具使用状況とその違いによる現在の移動手手段の比較 | 武田 沙知（永生病院） | P.114 |

12:00 ◎ ランチョンセミナー ユニ・チャーム メンリッケ株式会社

「排泄ケアにとってのチームケアの意義

～なぜ排泄ケアにチームケアが求められるのか～」

排泄ケアサポートセンターウエルビーイングオフィスK代表 梶原 敦子氏

P.131

会場別プログラム

13:10 ● 一般演題

「リハビリ（支援・検証）」 座長：中村 隆（中村病院）

- | | | |
|--|-------------------------|-------|
| ・急性期病院における院内デイケアの取り組み ～2015-2016年度の活動報告～ | 佐藤 雅晃（南多摩病院） | P.114 |
| ・入院日数に関わる要因についての考察 | 西谷 雄作（寿康会病院） | P.115 |
| ・回復期リハビリテーション病棟の提供単位数の管理とその効果 | 依包 早紀（南町田病院） | P.115 |
| ・療養患者への定期的なアクティビティの提供とその効果 | 沖本 恵美（相武病院） | P.116 |
| ・地域調剤薬局と連携した摂食嚥下障害予防の取り組み | 鈴木 未来子（南町田病院） | P.116 |
| ・施設入所利用者の下肢浮腫軽減に関する取り組み | 古屋 勇（介護老人保健施設メディケアイースト） | P.117 |

14:20 ● 一般演題

「リハビリ（運営）」 座長：諸江 伸龍（永生病院）

- | | | |
|---------------------------------|----------------|-------|
| ・急性期病棟における専従理学療法士の役割と効果 | 浦田 康平（南町田病院） | P.117 |
| ・専従配置による疾患別リハビリテーションへの影響 | 水戸 政明（南町田病院） | P.118 |
| ・当院リハ科におけるより良い情報共有を目指した取り組みについて | 玉川 貴大（東京さくら病院） | P.118 |
| ・リハ専門職の人員確保に向けた取り組みと課題 | 渡邊 要一（永生病院） | P.119 |

15:10 ● 一般演題

「臨床検査」 座長：及川 佳恵（昭和大学江東豊洲病院）

- | | | |
|--------------------------|---------------|-------|
| ・臨床検査科における接遇向上の取り組み | 遠藤 崇（河北総合病院） | P.119 |
| ・凝固検体採取不足及び血算凝固の改善への取り組み | 田近 義人（平成立石病院） | P.120 |
| ・当院における検体検査至急依頼の見直しについて | 松井 仁美（等潤病院） | P.120 |
| ・高齢化社会を見据えた横紋筋融解症の検討 | 齊藤 綾（野村病院） | P.121 |
| ・肺活量検査における予測式間差の検討 | 大宮 寿子（河北総合病院） | P.121 |

16:10 ● 一般演題

「臨床工学」 座長：松永 浩幸（東京北医療センター）

・シャントカルテ導入について

高岡 亜未衣（等潤病院）

P.122

・透析回路の安全な固定方法についての考察

鈴木 智美（河北総合病院）

P.122

演者氏名索引

【あ】	相澤健太郎	東京都健康長寿医療センター	第三会場	11:00 ~	P. 58
	秋庭幹子	南多摩病院	第六会場	15:10 ~	P. 88
	浅野光彦	いずみ記念病院	第四会場	14:20 ~	P. 65
	浅野裕太郎	町田慶泉病院	第八会場	14:10 ~	P. 107
	浅見 浩	浅見社会保険労務士法人	第二会場	14:50 ~	P. 47
	鰐坂悠亮	回心堂病院	第四会場	14:20 ~	P. 64
	跡部睦子	南多摩病院	第五会場	14:50 ~	P. 77
	阿部愛里香	花と森の東京病院	第九会場	11:00 ~	P. 113
	有元翔太郎	永生クリニック	第八会場	14:10 ~	P. 108
	安藤高夫	永生病院	第一会場	14:20 ~	P. 36
【い】	飯沼美和子	等潤病院	第五会場	14:50 ~	P. 74
	猪飼大樹	町田慶泉病院	第八会場	14:10 ~	P. 108
	井川雄二	(株) 大塚商会	第五会場	12:00 ~	P. 127
	石垣美紗希	花と森の東京病院	第五会場	11:00 ~	P. 70
	石坂知子	石坂産業 (株)	第三会場	14:40 ~	P. 51
	石飛隆敏	製鉄記念八幡病院	第四会場	12:00 ~	P. 126
	石濱裕規	東京都病院協会 診療情報管理委員会	第七会場	11:00 ~	P. 92
	伊藤晃子	回心堂病院	第七会場	14:50 ~	P. 97
	伊藤澄江	南町田病院	第五会場	15:50 ~	P. 77
	今溝裕貴	米倉脊椎・関節病院	第六会場	15:10 ~	P. 88
【う】	上野亜弓	花と森の東京病院	第七会場	14:50 ~	P. 98
	上原 将	等潤病院	第五会場	14:10 ~	P. 73
	生方経子	寿康会病院	第四会場	13:10 ~	P. 62
	浦田康平	南町田病院	第九会場	14:20 ~	P. 117
	浦田ルミ子	古畑病院	第四会場	14:20 ~	P. 63
【え】	遠藤 崇	河北総合病院	第九会場	15:10 ~	P. 119
【お】	大石香菜子	南多摩病院	第四会場	13:10 ~	P. 62
	大澤秀一	平成立石病院	第二会場	14:50 ~	P. 45
	大地直之	河北総合病院	第五会場	14:10 ~	P. 73
	大西 徹	森山記念病院	第六会場	14:10 ~	P. 84
	大平綾香	東京さくら病院	第八会場	16:00 ~	P. 111
	大宮寿子	河北総合病院	第九会場	15:10 ~	P. 121
	小川美穂	南町田病院	第六会場	13:10 ~	P. 81
	沖本恵美	相武病院	第九会場	13:10 ~	P. 116
【か】	甲斐雅規	葛飾リハビリテーション病院	第八会場	15:10 ~	P. 110
	柏倉賢一	野村病院	第五会場	14:10 ~	P. 74
	梶原敦子	排泄ケアサポートセンターウエルビーイングオフィスK	第九会場	12:00 ~	P. 131
	加藤貴子	東京さくら病院	第四会場	11:00 ~	P. 59
	加藤知子	葛飾リハビリテーション病院	第六会場	15:10 ~	P. 87
	加藤麻里	南町田病院	第七会場	13:10 ~	P. 93
	金澤聖子	等潤病院	第八会場	13:10 ~	P. 105
	狩野貴志	常楽診療所	第四会場	13:10 ~	P. 63
	河内敏雄	メディケア梅の園	第七会場	15:50 ~	P. 101
	川上正人	青梅市立総合病院	第二会場	14:50 ~	P. 44
	河北博文	河北総合病院	第一会場	9:20 ~	P. 27
	神田有裕美	葛飾リハビリテーション病院	第八会場	11:00 ~	P. 102
【き】	岸野健一	東京さくら病院	第五会場	11:00 ~	P. 69
	木村譲二	(株) プラス PM	第八会場	12:00 ~	P. 130
【く】	草野杏弥	南多摩病院	第三会場	11:00 ~	P. 57
	熊谷 恵	大久保病院	第四会場	15:20 ~	P. 67
	呉 恵	花と森の東京病院	第四会場	11:00 ~	P. 59
	黒田奈々	東京さくら病院	第六会場	16:10 ~	P. 89
	桑名 育	信愛病院	第三会場	13:10 ~	P. 49
【こ】	河野きよみ	寿康会病院	第五会場	13:10 ~	P. 72

	小島良平	米倉脊椎・関節病院	第七会場	11:00 ~	P. 91
	小西京子	東部地域病院	第五会場	14:50 ~	P. 76
	小林 仁	南町田病院	第四会場	14:20 ~	P. 65
【さ】	齋藤 綾	野村病院	第九会場	15:10 ~	P. 121
	齋藤咲希	豊島病院	第五会場	14:50 ~	P. 75
	斉藤増雄	大久野病院	第六会場	14:10 ~	P. 86
	坂井さおり	内藤病院	第四会場	13:10 ~	P. 61
	酒井淳子	東京さくら病院	第五会場	15:50 ~	P. 78
	寒河江幸太	町田慶泉病院	第八会場	14:10 ~	P. 106
	佐々木淳子	豊島病院	第五会場	15:50 ~	P. 79
	笹野智子	永生病院	第七会場	13:10 ~	P. 93
	佐藤信孝	(株) 環境都市構想研究所	第七会場	12:00 ~	P. 129
	佐藤雅晃	南多摩病院	第九会場	13:10 ~	P. 114
	佐藤 謙	榊原記念病院	第六会場	11:00 ~	P. 80
	佐藤 謙	榊原記念病院	第六会場	13:10 ~	P. 83
	佐野真昭	榊原記念病院	第三会場	11:00 ~	P. 57
【し】	塩入真太郎	荒木記念東京リバーサイド病院	第九会場	11:00 ~	P. 113
	渋澤 健	シブサワ・アンド・カンパニー (株)	第一会場	13:10 ~	P. 29
	清水りえ	野村病院	第七会場	15:50 ~	P. 100
	下野戸恵美	南町田病院	第七会場	14:00 ~	P. 94
	東海林豊	東京さくら病院	第一会場	10:10 ~	P. 28
【す】	水津みゆき	野村病院	第四会場	15:20 ~	P. 67
	鈴木智美	河北総合病院	第九会場	16:10 ~	P. 122
	鈴木真由美	永生病院	第六会場	16:10 ~	P. 90
	鈴木未来子	南町田病院	第九会場	13:10 ~	P. 116
【そ】	五月女利博	いずみ記念病院	第四会場	14:20 ~	P. 64
【た】	高岡亜未衣	等潤病院	第九会場	16:10 ~	P. 122
	高木麻緒	葛飾リハビリテーション病院	第七会場	15:50 ~	P. 99
	高嶋則子	岩井整形外科内科病院	第五会場	15:50 ~	P. 79
	高鳥亮介	相武病院	第八会場	13:10 ~	P. 104
	高橋 淳	東京城東病院	第七会場	14:00 ~	P. 95
	高橋 望	花と森の東京病院	第七会場	14:50 ~	P. 98
	高橋良平	豊島病院	第五会場	15:50 ~	P. 78
	田川洋平	川原経営総合センター	第三会場	15:50 ~	P. 53
	竹内美佐子	東京さくら病院	第五会場	13:10 ~	P. 71
	武下美佐代	豊島病院	第六会場	11:00 ~	P. 80
	武田沙知	永生病院	第九会場	11:00 ~	P. 114
	田近義人	平成立石病院	第九会場	15:10 ~	P. 120
	田中 翔	米倉脊椎・関節病院	第六会場	15:10 ~	P. 86
	田中裕之	陵北病院院長	第三会場	13:10 ~	P. 49
	田中 実	(株) イントラスト	第四会場	12:00 ~	P. 126
	田中優子	いずみ記念病院	第八会場	11:00 ~	P. 103
	田中里佳	南町田病院	第七会場	13:10 ~	P. 92
	谷口悦子	荒木記念東京リバーサイド病院	第四会場	11:00 ~	P. 58
	玉川貴大	東京さくら病院	第九会場	14:20 ~	P. 118
	玉舎郁美	榊原記念クリニック	第六会場	13:10 ~	P. 82
	田村大樹	多摩リハビリテーション病院	第六会場	14:10 ~	P. 85
【て】	手塚健斗	豊島病院	第五会場	14:50 ~	P. 75
	手塚ゆき	一成会 木村病院	第六会場	16:10 ~	P. 89
	寺島堯志	花と森の東京病院	第八会場	13:10 ~	P. 104
【と】	戸部民子	寿康会病院	第四会場	13:10 ~	P. 61
【な】	仲井培雄	芳珠記念病院	第一会場	14:20 ~	P. 35
	中岡みのり	野村病院	第五会場	11:00 ~	P. 68
	中上絵里	等潤病院	第五会場	13:10 ~	P. 72

演者氏名索引

	中條千恵子	多摩リハビリテーション病院	第五会場	13:10 ~	P. 71
	長沼幸司	等潤病院	第七会場	11:00 ~	P. 91
	奈良原大輝	町田慶泉病院	第八会場	15:10 ~	P. 109
【に】	西谷雄作	寿康会病院	第九会場	13:10 ~	P. 115
	西村萌々子	いずみ記念病院	第八会場	11:00 ~	P. 102
【は】	長谷川いずみ	東京さくら病院	第四会場	15:20 ~	P. 68
	畑中友晴	平成立石病院	第八会場	15:10 ~	P. 110
	林田雄馬	調布病院	第七会場	15:50 ~	P. 100
	林 芳弘	永生病院	第八会場	13:10 ~	P. 105
	原 真菜美	等潤病院	第四会場	15:20 ~	P. 66
【ひ】	樋浦裕里	東京さくら病院	第五会場	11:00 ~	P. 69
	樋口 彩	等潤病院	第八会場	11:00 ~	P. 103
【ふ】	福井次矢	聖路加国際病院	第二会場	14:50 ~	P. 43
	福井トシ子	日本看護協会	第二会場	13:10 ~	P. 41
	福川裕美	南多摩病院	第八会場	16:00 ~	P. 111
	藤原亜紀子	信愛病院	第四会場	11:00 ~	P. 60
	古澤美樹	永生クリニック	第八会場	13:10 ~	P. 106
	古屋 勇	介護老人保健施設メディケアイースト	第九会場	13:10 ~	P. 117
【ほ】	本郷好一郎	久米川病院	第六会場	14:10 ~	P. 85
【ま】	前田耕平	いずみ記念病院	第六会場	11:00 ~	P. 81
	松井仁美	等潤病院	第九会場	15:10 ~	P. 120
	松橋かおり	信愛病院	第五会場	13:10 ~	P. 70
	松原かおり	東京都福祉保健局	第二会場	14:50 ~	P. 46
	眞鍋 一	(公社) 日本医業経営コンサルタント協会	第二会場	14:50 ~	P. 46
【み】	水野泰治	平成立石病院	第五会場	14:50 ~	P. 76
	水野英彰	目白第二病院	第六会場	12:00 ~	P. 128
	水戸政明	南町田病院	第九会場	14:20 ~	P. 118
	三母明己	豊島病院	第七会場	14:50 ~	P. 97
	宮原英詞	葛飾リハビリテーション病院	第八会場	14:10 ~	P. 107
	宮守美穂	岩井整形外科内科病院	第七会場	13:10 ~	P. 94
【む】	武藤正樹	国際医療福祉大学	第一会場	14:20 ~	P. 37
	村里里美	永生病院	第七会場	11:00 ~	P. 90
	村田 駿	平成立石病院	第八会場	11:00 ~	P. 101
【も】	森 あき	等潤病院	第四会場	15:20 ~	P. 66
【や】	八島悦子	永生会訪問看護ステーションひばり	第四会場	13:10 ~	P. 60
	安田睦美	久米川病院	第六会場	14:10 ~	P. 84
	山口武兼	豊島病院	第一会場	14:20 ~	P. 34
	山口諒人	花と森の東京病院	第九会場	11:00 ~	P. 112
	山口美沙紀	荒木記念東京リバーサイド病院	第六会場	13:10 ~	P. 82
	山崎裕也	大久保病院	第七会場	14:00 ~	P. 96
	山田祥子	大久野病院	第八会場	15:10 ~	P. 109
	山本沙紀	等潤病院	第七会場	14:00 ~	P. 95
	山本真由美	城西病院	第八会場	16:00 ~	P. 112
	山本良広	久米川病院	第六会場	15:10 ~	P. 87
【よ】	芳川尚美	等潤病院	第七会場	15:50 ~	P. 99
	吉田里恵	南町田病院	第六会場	13:10 ~	P. 83
	依包早紀	南町田病院	第九会場	13:10 ~	P. 115
【わ】	渡邊里子	花と森の東京病院	第七会場	14:50 ~	P. 96
	渡邊要一	永生病院	第九会場	14:20 ~	P. 119

基調講演

学会長講演

特別講演

Speech

東京都病院協会設立 20 年



河北 博文

東京都病院協会会長
河北総合病院 理事長

東京都病院協会は平成9年4月に設立されましたから、ちょうど20年経過したわけです。この20年を振り返って最も評価されることは、東京都医師会との関係が格段に強化されたことだと思います。この関係をさらに発展させていくことが全ての東京都民、そして、会員病院をはじめとする東京都内の病院、その人たちを含め全ての医療機関に

とってよい医療を継続していくことだと思います。今日ここで話すことは過去を検証し、未来に繋げていくことだと思います。

昨年、Ernest Codmanのお墓を、残念ながら私ではありませんが、私の家内が訪ねる機会がありました。コッドマンの業績を評価し、2014年9月に無名のお墓から埋葬し直したものです…

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

病院の選択と決断 —新病院設立にあたって—



東海林 豊

東京都病院協会常任理事
東京さくら病院 院長

病院の運営は、常に時代のニーズを早く取り入れそれに向けて決断を早くする事であると、新病院設立を経験して痛感する次第である。新病院設立の経緯を報告するとともに、それに伴って組織力強化・運営強化・質の追求を施行した過程を報告する。まだまだ、未熟な病院であるが、設立の方法を提示できることと設立への助言を頂ければ幸いである。

病院の運営をするにあたって、人員配置とどの種類の入院基本料を取るかによって大きく経営が左右されることは周知のことであると考え。量と質を考慮し平成25年7月1日ケアミックスの病院を開院した。現在、病院の機能は一般床40床、回復期リハビリテーション病床60床、緩和ケア病床38床、医療療養病床120床で総ベッド258床。これに加え最上階に一般棟60床+認知棟20床の介護老人保健施設が併設されている。病院長と施設長を兼任し、病院の84床からスタートし1年で全床オープンするに至った経緯を、老人保健施設は平成26年8月1日にオープンするに至った経緯を報告したい。また、組織づくりの為に病院機能評価への参加を決定し1年6ヶ月で取得する(平成26年12月16・17日受審)に至った経緯も報告する。

病棟は最初から全部オープンできたわけではなく、療養病床40床、回復期リハビリテーション病床44床の84床からスタートした。療養病棟2と回復期リハビリ病棟3の算定から開始したが、回復期リハビリテーション病棟は、現在強化型の回復期リハビリ病棟1を算定しているが、それに至るまでの選択と決断があった詳細を報告したい。また、2つの60床ずつの療養病棟も療養病棟2からスタートし強化型の療養病棟1(20:1)を算定するに至る選択と決断を報告する。また現在、えんこみカフェ、介護天気予報図システム、ブラッシュアッププログラムを立ち上げ、地域のニーズに答えるべく、種々な取り組みを施行していることも合わせて報告する。

開院からの経過

- 平成25年7月1日: 開院84床のみ稼働
- 平成25年9月13日: えんこみカフェ開催(各月で開催)
- 平成26年1月: 災害拠点連携病院指定
- 平成26年7月1日: 全床稼働
- 平成26年8月1日: 併設型介護老人保健施設開所
- 平成27年5月1日: 病院機能評価取得(平成26年12月16・17日受審)
- 平成27年9月1日: 東京都地域連携型認知症疾患医療センター指定
- 平成28年7月1日: 介護天気予報図システム開始
- 平成29年11月1日: ブラッシュアッププログラム開始

東海林 豊 略歴

- 昭和58年 3月 浜松医科大学医学部卒業
- 平成6年 4月 - 平成7年4月 Medical College of Wisconsin Clinical Research Center 留学
- 平成7年 5月 - 平成8年3月 Harvard Medical School Laboratory of Cancer Biology 留学
- 平成8年 4月 東京医科歯科大学第2外科 講座助手・医局長・歯学部非常勤講師
- 平成10年 7月 医療生活協同組合 高砂協立病院 副院長
- 平成18年 5月 医療生活協同組合 高砂協立病院 院長
- 平成25年 6月 医療法人社団 城東桐和会 東京さくら病院 院長
介護老人保健施設 東京さくらメディケアセンター施設長
地域連携型認知症疾患医療センター長
- 現在
東京都病院協会 常任理事
東京都医師会 広報委員
埼玉医大非常勤講師
千葉大学臨床教授

特別講演

渋沢栄一の「論語と算盤」で未来を拓く！



渋沢 健

シブサワ・アンド・カンパニー株式会社 代表取締役

1 グローバル資本主義の課題

2 資本主義の原点：滴から大河へ

「第一国立銀行株主募集布告」

銀行は大きな河のようなものだ。銀行に集まってこない金は、溝に溜まっている水やポタポタ垂れている滴と変わらない。。。折角人を利し国を富ませる能力があっても、その効果はあらわれない。

3 『論語と算盤』の現代意義

「合理的の経営」

その経営者一人がいかにか大富豪になっても、そのために社会の多数が貧困に陥るようなことでは、その幸福は継続されない。

「論語と算盤は甚だ遠くして甚だ近いもの」

正しい道理の富でなければその富は完全に永続することができない。従って、論語と算盤という懸け離れたものを一致させる事が今日のきわめて大切な務である。

4 日本の未来を描く

30：30の世代間の周期性

5 時代を超える人類の普遍性

『論語と算盤』：「常識とは何か」

智、情、意の三者が権衡を保ち平等に発達したも

のが完全の常識だと考える。

6 21世紀の繁栄モデル 機能と意味

機能 情報 専門 論理 まじめ モノ
デザイン 物語 調和 共感 遊び 生きがい

『論語と算盤』：「細心にして大胆になれ」
また細事に拘泥し部局のことにのみ没頭する結果、法律規則の類を増発し、汲々としてその規定に触れまいとし、あるいはその規定内の事に満足し、あくせくしているようでは、とても進新の事業を経営し、はつらつたる気力を生じ、世界の大勢に駕することはおぼつかない。

「粹」のウチとソト

7 投資の本質

足りないを知る

「今日よりも、よい明日」を目指す共創資本

8 むすび

『論語と算盤』：「よく集めよく散ぜよ」

よく集めてよく散じて社会を活発にし、従って経済界の進歩を促すのは有為の人の心懸くべきことであって、真に理財に長ずる人は、よく集むると同時によく散ずるようであってはならぬ。

渋沢 健 略歴

コモンズ投信株式会社 会長

シブサワ・アンド・カンパニー株式会社 代表取締役

生年月日：1961年3月18日。1969年 父の転勤で渡米。

1983年テキサス大学 BS Chemical Engineering 卒業。1984年（財）日本国際交流センター入社。1987年UCLA大学MBA経営大学院卒業。1987年ファースト・ボストン証券会社（NY）入社、外国債券を担当。1988年JPモルガン銀行（東京）を経て、1992年JPモルガン証券会社（東京）入社、国債を担当。1994年ゴールドマン・サックス証券会社（東京）入社、国内株式・デリバティブを担当。1996年ムーア・キャピタル・マネジメント（NY）入社、アジア時間帯トレーディングを担当、1997年東京駐在員事務所設立。2001年シブサワ・アンド・カンパニー株式会社を創業し代表取締役に就任、2007年コモンズ株式会社を創業し、代表取締役に就任（2008年コモンズ投信へ改名し、会長に就任）。

シンポジウム

「医療・介護同時改定にどう対応するか」

会 場：第一会場（3階 富士・東）

時 間：14：20～15：50

座 長：猪口 雄二

（医療法人財団寿康会 寿康会病院理事長 東京都病院協会常任理事）

シンポジスト：山口 武兼

（公益財団法人 東京都保健医療公社 理事長 豊島病院 院長）

仲井 培雄

（医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長 地域包括ケア病棟協会 会長）

安藤 高夫

（医療法人社団永生会 永生病院 理事長）

武藤 正樹

（国際医療福祉大学大学院教授）

Symposium

シンポジウム

座長



猪口 雄二

医療法人財団寿康会 寿康会病院理事長
東京都病院協会常任理事

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 会長
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）
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（～平成29年7月）

シンポジスト

[急性期の戦略]



山口 武兼

公益財団法人東京都保健医療公社 理事長
公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院 院長

平成30年度に大きな診療報酬改定があり、加えて、新専門医制度のスタート、働き方改革も急性期の立場に大きな影響を与える。29年10月の社会保障審議会で示された、診療報酬改定の4つの視点の中で最も重点課題とされる、「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携

の推進」を進めるために、7:1評価、入退院支援、外来機能分化などが大きく変わることが考慮されている。しかし、30年度診療報酬改定の論議は進行中であり、29年12月の段階では予想を立て難い。当シンポジウムではできるだけ新しい情報に基づいた議論ができるよう準備したい。

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
昭和50年	6月	東京医科歯科大学医学部脳神経外科入局
昭和62年	4月	東京都立松沢病院脳神経外科医長
平成11年	6月	東京都立豊島病院脳神経外科医長
平成12年	8月	東京都立豊島病院脳神経外科部長
平成19年	6月	東京都立豊島病院副院長
平成21年	7月	東京都保健医療公社豊島病院院長
平成29年	12月	東京都保健医療公社理事長

専門

脳神経外科全般；脳卒中；救急

顔面痙攣・痙性斜頸に対するボツリヌス毒素注入治療

シンポジスト

[回復期の戦略]



仲井 培雄

医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長
地域包括ケア病棟協会 会長

日本は人口減少、少子化、超高齢社会、地域間格差の時代となり、「従来型医療」から「生活支援型医療」への転換が進む。在宅・生活復帰支援機能を軸に、自院がご当地ニーズに寄り添える様に、急性期・回復期・慢性期機能をカスタマイズできる地域包括ケア病棟のニーズが増えている。

石川県能美市は人口5万人で、医療介護需要は2040年以降も伸びる。芳珠記念病院は、一般病床200床(DPC対象：HCUと7対1、地域包括ケア病棟、障害者病棟)、療養病床120床(医療療養1、介護療養)で構成され、手術や2次救急が中核の急性期ケアミックス型である。併設の訪問・通所・入所事業所(社福)と共に、市医師会や自治体等と協働して、医療介護連携推進と認知症対策、糖尿病の重症化予防等を実践し、地域包括ケアを構築している。

来年度同時改定への対応は、地域包括ケア病棟では、入院前と入院後超早期に在宅生活の情報を収集し、リハ、NST、認知症ケア、多剤投薬対

策に包括的に取り組み、入退院支援を強化する。リハ包括算定を活かしたPOCリハ、集団リハ、院内デイケア等で生活回復を促進する。本病棟の評価は、入院料に応じた基本部分と診療報酬に応じた段階的評価になる可能性がある。ときどき入院ほぼ在宅が進むと予想され、病棟と在宅を兼務する看護師(特定行為研修修了看護師等)の育成を目指す。救急・在宅等支援病床初期加算は自宅等が評価され、自院の急性期後の入院患者は見直される可能性がある。軽症急性疾患は、転棟にかかるコストやリスクにも配慮して、院内からのポストアキュートを減らし、従来以上に地域包括ケア病棟への直入を増やす。

HCUや7対1、障害者病棟は、健診や病病・病診連携を強化して現状を維持したい。医療療養1はダウンサイジングを、介護療養は介護医療院を目指す。来年4月に幼老障の共生型事業所(社福)を開設し、ダブルケアラーの就業支援や利用者の外来入院入所対応を行う。

仲井 培雄 略歴

■略歴

- 1985年 自治医科大学医学部卒
- 1987年 舩倉島診療所長
- 1988年 白峰村診療所長
- 1989年 金沢大学附属病院第2外科入局、以降石川・富山両県の主要病院を歴任
- 1999年 医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院外科部長
- 1999年 Royal Brisbane Hospital surgery II Visiting Medical Officer
- 2004年 医療法人社団 和楽仁 理事長
- 2012年 社会福祉法人 陽翠水 理事長
- 2014年 5月、地域包括ケア病棟協会の初代会長に就任、同病棟の普及啓発に努めている。

■資格

- ・医学博士
- ・日本消化器内視鏡学会専門医
- ・日本消化器病学会指導医・専門医
- ・いしかわMOT(技術経営)スクール修了

■公職

- ・地域包括ケア病棟協会 会長
- ・日本慢性期医療協会 常任理事
- ・石川県慢性期医療協会 副会長
- ・全日本病院協会石川県支部 副支部長
- ・石川県医療計画推進委員会地域医療構想策定部会委員
- ・厚生労働省 医薬・生活衛生局
2017年度「高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ」委員

シンポジスト

[慢性期の戦略]



安藤 高夫

医療法人社団永生会 永生病院 理事長

超高齢者社会を迎えた日本では、地域によって多種多様な様相を呈している。慢性期病床に限らず、医療・福祉の仕組みや制度を考える上では、「提供体制(デリバリー)」と「保険制度(ファイナンス)」という2つの視点で整理することが必要である。

医療・介護同時改定の詳細はまだ確定していないが、非常に厳しいものになるだろうと言われている。しかし、1つわかっていることは、国では地域医療構想と地域包括ケアシステムがすすめられており、この方向性に変化はないだろうということである。医療機関としては、この二大医療政策の下、地域で求められる自院の役割を認識し、アクションをしていくことが求められる。

地域医療構想における慢性期病床に目を向けると、介護療養病床(介護療養型医療施設)の問題が大きな焦点となるだろう。在宅医療提供施設または在宅医療の後方支援病院として医療の提供体制を支えるための診療報酬改定、新設された

介護医療院への転換を促進するための介護報酬改定に注目していきたい。

一方、地域包括ケアシステムにおいては、医療は住まいを取り巻く一要素である。このため、単なる医療サービスの提供だけでなく、その一歩先を見据えて、医療機関としても地域へ積極的に出ていくことが求められるだろう。このような状況下で慢性期病院に求められる役割は、高齢者救急と、その地域にある他のサービスともつながっていくことである。診療報酬・介護報酬改定ともに、連携のための加算に注目していきたい。

すべての団塊の世代が後期高齢者になる2025年だけでなく、その先の高齢者人口が減少に転じる2040年頃、そしてその先を見据えて、医療・介護福祉のインフラをつくっていかなくてはならない。地域を支えるという目的の下に、複数の組織が集まり、協働していく時代になるだろう。そして、その屋台骨の一つが慢性期医療になると感じている。

安藤 高夫 略歴

昭和59年	3月	日本大学医学部卒業	平成18年	4月	日本慢性期医療協会 副会長
平成元年	8月	医療法人社団 永生会 理事長	平成26年	12月	医療法人社団 明生会 理事長
平成9年	4月	東京都慢性期医療協会 会長	平成27年	6月	東京都医師会 理事
平成11年	4月	八王子市医師会 理事	平成28年	6月	日本医師会 代議員
平成15年	4月	東京都病院協会 副会長	平成29年	10月22日	第48回衆議院議員総選挙当選
平成15年	4月	全日本病院協会 副会長			(平成29年12月1日 現在)

シンポジスト

[同時改定の戦略]



武藤 正樹

国際医療福祉大学大学院教授

2018年同時改定は医療計画、介護保険事業計画のスタート年とも重なり、30年に1回の惑星直列改定である。これを逃しては団塊の世代700万人が後期高齢者となる2025年へ向けての大きかりな戦略的改定のタイミングはない。

その戦略は2014年6月に成立した地域医療介護総合確保法で導入された地域医療構想を後押しすることにある。現在、各都道府県で地域医療構想の作成が一段落し、その全容が明らかとなった。それによると全国の病床は2025年119万床となり、2013年と比較しておよそ15万床の減少となる。ただそのうち9万床が非稼働病床であるため実際に減となるのは6万床である。

こうした地域医療構想を背景に、診療報酬改定では大規模な入院基本料の再編成が行われる。これは2006年の急性期病棟の7対1創設、療養病床の医療区分の創設以来の大再編成と言えるだろう。そのポイントは入院基本料を基本部分と

段階的評価部分の2つに分け、それを急性期医療、急性期医療～慢性期医療、慢性期医療の全体に敷衍することだ。さらにその段階的部分は診療実績をDPCデータのEF統合ファイル等を用いて評価していくことになる。

さて介護報酬改定では最大の目玉は介護療養病床6.3万床、医療療養病床25対1の8万床を合わせて14万床を、新たな介護施設類型「介護医療院」へと転換することだ。2018年4月の介護報酬改定で定められる介護医療院の報酬評価にもよるが、7～8万床の療養病床が介護医療院へ転換することになるとも言われている。

とすれば冒頭に述べた地域医療構想による実稼働病床6万床の減はほとんどが介護医療院への転換で達成できることになるだろう。あとは高度急性期、急性期、回復期、慢性期のそれぞれの区分への病床機能分化が、今回の同時改定でどれくらい達成されるかに注目のマトになるだろう。

武藤 正樹 略歴

国際医療福祉大学大学院教授 医療経営管理分野責任者

1949年神奈川県川崎市生まれ。1974年新潟大学医学部卒業、1978年新潟大学大学院医科学研究科修了後、国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中1986年～1988年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学。1988年厚生省関東信越地方医務局指導課長。1990年国立療養所村松病院副院長。1994年国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長。1995年国立長野病院副院長。2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・国際医療福祉総合研究所長・同大学大学院教授、2013年4月より国際医療福祉大学大学院教授(医療経営管理分野責任者)

政府委員としては、医療計画見直し等検討会座長(厚労省2010年～2011年)、中医協入院医療等の調査評価分科会会長(厚労省2012年～)、療養病床の在り方等に関する検討会構成員(厚労省2015年～)

著書に「2025年へのカウントダウン～地域医療構想と地域包括ケアはこうなる！」(医学通信社2015年)など。

委員会企画

看護管理部会セッション
急性期医療委員会シンポジウム
慢性期医療委員会シンポジウム
環境問題検討委員会企画講演会
事務管理部会企画講演会

Session

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: 高嶋 則子 (岩井整形外科内科病院看護部長、看護管理部会会長)
市橋 富子 (花と森の東京病院看護部長)

講 演: 「働き方改革と看護職の量と質の確保」
福井 トシ子氏(公益社団法人日本看護協会 会長)

ディスカッション・意見交換

テ ー マ

看護師確保に対する現場での具体的対応策

2025年の総人口は約1億2千万人、2040年になると総人口は1億人を割り65歳以上人口は40%を占めると推計されている。

厚生労働省によれば2025年時点で看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)は約200万人が必要とされており、早急に看護職員確保のための対応策を検討していく必要がある。

看護師確保策として、1) 潜在看護師の掘り起し・復職支援、2) 現在働いている看護師の離職防止、3) 外国人看護師の採用・育成などが考えられているが、施設の規模や機能によってはこれらの方策が取れると

は限らず、現場との乖離があることも見逃せない。

今回の企画では、日本看護協会の福井トシ子会長より、上記1) ~3) 等の看護師確保策について看護協会としての方針や、2025年に向け看護管理者はどのようにマネジメントすべきかについて伺い、その後、当協会看護管理部会役員とフロアに参加されている皆さんとディスカッション・意見交換を行い具体的対応策について考えるセッションを予定している。管理者だけではなく、現場の看護職員にも参加いただき、一緒に考えてみたい。

講演

働き方改革と看護職の量と質の確保



福井 トシ子

公益社団法人日本看護協会 会長

看護職の確保は、「働き方改革」という視点に立って、看護職の働く環境の整備をしていくことが必要であるため、日本看護協会はWLB（ワークライフバランス）を推進し、これによる看護職の働き続けられる職場づくりに一定の成果を上げてきた。

看護職は他の職種と異なり、夜勤・交代制勤務を行っているため、夜間の勤務環境をどのように整えていけるかということが課題でもある。本会では、看護職の安全と健康が患者の安全と健康を守るという基本認識の下で、2013（平成25）年に「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」を公表した。このガイドラインは、健康・安全・生活への影響を少なくする観点から勤務編成の基準として11項目を掲げ、これに限りなく近づけられるよう、医療行政に働きかけ、診療報酬上でも体制整備の推進が図られてきたが、いまだ十分であるとは言えない。そこで、夜勤・交代制勤務の負担軽減については、WLB推

進の重要な要素でもあり、夜勤労働と働き方改革は一体的にみていく必要があるため、継続して重点的に取り組んでいるところである。

さらなる推進のためには、臨床現場が機能するような、仕組みに変えていくことが必要である。また、働き方改革は看護職だけの問題ではない。2017年8月に厚生労働省が「医師の働き方改革に関する検討会」を立ち上げ、検討議題の中で時間外労働の上限規制や労働時間法制などが議論されている。今後の検討を経て、経過措置以降は、医師の働き方も変わってくる。このことに伴って今後は、看護師の働き方へどのように影響してくるのかということも踏まえたうえで、看護職の確保を議論していく必要があると考えている。

看護職の量と質の確保の観点から、看護職確保について議論をする場にしたい。

福井 トシ子 略歴

日本看護協会 会長。1982年東京女子医科大学看護短期大学専攻科、1983年福島県立総合衛生学院保健学科修了後、東京女子医科大学病院に勤務。1988年厚生省看護研修研究センター看護教員養成課程助産婦養成所教員専攻修了。1991年杏林大学医学部付属病院師長、2003年杏林大学医学部付属病院看護部長、2010年7月常任理事（医療制度、診療報酬、医療機能評価、医療安全、助産事業、ICM担当）を経て、2017年6月より現職。
経営情報学修士（MBA）、保健医療学博士（Ph.D）

急性期医療委員会シンポジウム

会 場: 第二会場(3階・富士・西)

時 間: 14:50~16:50

座 長: 有賀 徹氏 (労働者健康安全機構理事長)
中西 泉 (町田慶泉病院理事長、急性期医療委員会 委員長)

講 演: 「労働基準監督署の立ち入り調査への対応と危惧する事柄」
福井 次矢氏 (聖路加国際病院院長)

「医師不足の高度急性期病院で働き方改革は可能か」
川上 正人氏 (青梅市立総合病院副院長・救命救急センター長)

「二次救急病院における働き方改革」
大澤 秀一氏 (平成立石病院院長)

「医療勤務環境改善をめぐる動向と東京都の取組について」
松原 かおり氏 (東京都福祉保健局医療政策部医療人材課課長)
眞鍋 一氏 (公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会東京都支部 理事)

「現行の労働法制を踏まえた就業規則等の具体的な規定方法」
浅見 浩氏 (浅見社会保険労務士法人代表)

テーマ

急性期医療における働き方改革を考える

平成29年に始まった内閣主導の「働き方改革実現」の波が医療現場にも到達し、侃々諤々の議論が澎湃として興りつつある。しかし医療界の中に在って特に急性期医療の現場はその対応に苦慮しているのが現実である。患者の症状に対応し、診断治療に邁進してきたのが我々医療人の辿ってきた軌跡である。そこには容態に応じた切れ目ない診療業務、急変時の応召、診断治療についての弛みない研鑽、研修といった、労働法に必ずしも準拠しない労働時間・労働形態が存在してきたことは紛れもない事実である。この歴史の持つ重みは大きい。

しかし時代は変わりつつある。医療が社会を映す鏡であるならば、社会情勢の変化に医療現場もまた

対応せざるを得ないであろう。だが昨今の時間外労働をめぐる裁定をそのまま医療現場に持ち込むことは、医療労働形態、賃金規定等に甚大な変革、パラダイムシフトを迫るものとなり、保険診療の基盤に依存する医療経済の観点からも果たして耐えることのできるものとなりうるのか、医療人のみならずわが国民に問うものは実に大きい。

今回のシンポジウムでは、急性期医療を提供する医療機関の現場からの声、医療勤務環境改善に関する東京都の取り組みを話していただき、さらに就業規則の具体的な規定方法を社会保険労務士に解説していただき、急性期医療における働き方改革を考える契機としたい。

講演

労働基準監督署の立ち入り調査への対応と危惧する事柄



福井 次矢

聖路加国際病院 院長

当院は平成28年6月、中央労働基準監督署の立ち入り調査を受け、医師の長時間残業、労働基準法・労使協定(36協定)の遵守、宿日直を時間外労働と認めた上での手当(割増賃金を含む)支給、過去に遡って所定時間以外の院内滞在時間に対する正当な手当支給などを求められた。

その後約10か月間かけて、①本課題に関する説明会開催、②労使協定の再締結、③休日・夜間の救急外来・病棟の診療体制の変更(医師数削減、年齢制限撤廃等)、④勤怠管理表の改訂と1週間毎の提出徹底、⑤1か月単位の変形労働時間制の導入、⑥土曜診療の縮小、⑦患者さんへの「サービス低下」のお断り文の掲示等々、対策を講じてきた。その結果、医師の院内滞在時間は、平成28年5月の平均約97時間から平成29年2月の約39時間まで短縮された。

医師—とりわけ急性期病院の医師—の仕事は、眼

前の「人の命」に直結する判断・処置がその本質であり、法律上も、医師法第19条に応招義務が規定されていて、純粋に時間で切り売りできる性質のものではない。医師が「日々の継続学習・研究」を止めてしまえば、適切な医療・標準的医療はたちまち提供できなくなってしまう。したがって、医師の労働時間から自己研鑽や研究を区別しようとすること自体、無意味であり、区別しようとしても技術的には大変難しい。

ちなみに、米国でレジデントの労働時間短縮の議論が起こったのは、疲労したレジデントが提供する診療の質が低下し、医療過誤が起こりやすくなるためであった。わが国での「医師の働き方」議論の視点が、あまりにも医師の健康・自殺に偏っていて、もう一つの大切な視点(患者への影響)が欠けているように思われる。

福井 次矢 略歴

1976年京都大学医学部卒。聖路加国際病院にて研修。

1981年ハーバード大学Cambridge Hospital 内科クリニカルフェロー

1984年ハーバード大学公衆衛生大学院修了。

帰国後は、佐賀医科大学総合診療部教授、京都大学医学部附属病院総合診療部教授、京都大学大学院医学研究科内科臨床疫学教授、京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学教授兼専攻長などを歴任。

2005年から聖路加国際病院院長。

2012年から聖路加国際大学理事長を兼務。

2016年理事長を退任し聖路加国際大学学長に就任。京都大学名誉教授。

講演

医師不足の高度急性期病院で 働き方改革は可能か



川上 正人

青梅市立総合病院
副院長・救命救急センター長

当院のある西多摩二次医療圏は東京都の面積の1/4を占めているが、人口はわずか39万人である。急性期病院が少なく、高齢者施設が非常に多いのが特徴である。都心から最も離れた二次医療圏のため、慢性的に医師不足と看護師不足があり、解消される目処が立たない。それでも二次医療圏内で唯一高度急性期を担う病院として、緊急手術、心臓カテーテル検査、内視鏡検査、脳卒中、小児救急、産婦人科救急などが24時間365日対応できるように努力している。新たな手当を創設してできるだけ処遇改善を図ってきたが、医師の業務減には到っていない。

救命救急センターも常に専従医確保に難渋している。時間外診療を行う医師確保のため、平成16年度に新臨床研修制度に合わせて、救命救急センターがすべての時間外診療を小児科・産婦人科・研修医とともにを行う体制に変更した。救急外来から入院と

なった症例は一定期間、継続して担当するため、他科の医師の負担減になっていた。しかし、その後13年間に専従医の補充や流動性があまりなかったため、スタッフの平均年齢だけが高くなった。そのため救急外来および緊急入院業務を少しずつ他科が担当するように変更してきた。特に、本年度になり常勤医の4割を占める内科が救急外来の内科系Walk-in診療を始めた。しかし、内科だけが負担増となったため不満が多く、来年度から大学医局から赴任する医師数が減るのではと危惧する声がよく聞かれる。

求められる医療の業務量と医師数とのアンバランスが改善されない限りその働き方を改革するのは難しい。

川上 正人 略歴

- 1985年 3月 大阪大学医学部 卒業
- 7月 大阪大学医学部附属病院特殊救急部 臨床研修医
- 1986年 7月 防衛医科大学校病院救急部 助手
- 1987年 4月 大阪大学大学院博士課程(救急医学) 入学
- 12月 米国ノースカロライナ大学外科・熱傷センターに留学(1990年6月まで)
- 1991年 3月 同 卒業
- 1991年 7月 関西労災病院重症治療部・外科
- 1993年 7月 防衛医科大学校病院救急部 講師
- 2000年 7月 熊本大学医学部救急医学講座 助教授
- 2002年 10月 青梅市立総合病院 救命救急センター長
- 2007年 1月 同 副院長兼任
- 現在に至る

講演

二次救急病院における働き方改革



大澤 秀一
平成立石病院 院長

当院は、葛飾区にあります民間の二次救急病院です。年間の救急車の受け入れ台数は約7,000台、年間の手術件数は1,200件を超えております。当院の常勤医師は25名で、まさに少数精鋭により医療を展開していると言っても過言ではありません。

当院が救急医療を充実させることが出来たのは、救急の窓口として救急科を創設し、救急救命士を充実させることにより救急の受け入れを強化した事と、その後を受ける各科の病棟医との連携を密にした事です。また休日夜間の当直時間帯においては、大学病院の救命センターや外科系若手医師たちの頑張りによる所が大きいです。救急で困った時や入院の可否等について常に常勤医がバックアップをし、安心して救急医療をする事が出来るような体制にしています。これらにより救急の受入患者数は増加し、さらに非常勤の当直医が増えた事により、常勤医の

当直回数を減らす事が可能となりました。

もう一つ、当院の救急体制の特徴は、常勤医師達の横のつながりを強くすることにより、例えば複数科にまたがるような高齢救急患者においては、各医師の受け持ち数などを考慮しながら担当科を決定し、受け持ち患者数のばらつきが大きくなるような工夫もしています。

現在、働き方改革を巡り、勤務時間や残業時間の制限など、さまざまな議論がなされております。当院では、常勤医師達に無理の無いような勤務体制をしき、内科ではペアでの受け持ち、その他の科においては、複数の医師での診療体制をとっております。また有給休暇の取得を促したり、当直明けは出来るだけ早く帰れるような体制づくりも行っております。このように来たるべき『働き方改革』の波にのまれなように、今から少しずつ準備を進めております。

大澤 秀一 略歴

平成3年 3月 日本医科大学卒業
同年 5月 日本医大付属病院泌尿器科学教室入局
平成6年 1月 日本医大付属病院泌尿器科学教室助手
平成13年 7月 日本医科大学泌尿器科学教室非常勤講師
平成14年 7月 平成立石病院泌尿器科部長
平成24年 4月 平成立石病院副院長
平成28年 9月 平成立石病院院長に就任
現在に至る

現在

東京都医師会 次世代医師育成委員会副委員長
東京都医師会 休日・夜間診療事業実施対策協議会委員
四病院団体協議会 病院医師の働き方検討委員会委員

講演

医療勤務環境改善をめぐる 動向と東京都の取組について

**松原 かおり**

東京都福祉保健局医療政策部
医療人材課長

平成26年の医療法改正により、医療機関管理者は医療機関に勤務する医療従事者の勤務環境の改善などに取り組むことが求められ、都道府県はこのような医療機関の取組に対し必要な支援とそのための方針の確保を行うこととされた。国は、「医療スタッフの安全と健康は、患者の安全と健康を守る」という共通認識を医療機関内で共有し、幅広いスタッフが参加する形で、PDCAサイクルにより計画的に医療従事者の勤務環境の改善に取り組む仕組み(医療勤務環境改善マネジメントシステム)を導入することを提案している。

東京都は、平成26年10月に東京都医療勤務環境改善支援センターを設置した。社会保険労務士と医療経営コンサルタントを配置し、電話又は来所による相談や医療機関への訪問支援を行うほか、研修講師派遣、セミナー開催等の普及啓発活動などにより、

**眞鍋 一**

公益社団法人日本医療経営コンサルタント協会
東京都支部 理事

勤務環境改善に取り組む医療機関を支援している。

平成29年3月、国の「働き方改革実行計画」が策定され、罰則付き時間外労働の上限規制の導入等、労働基準法改正の方向性が示された。医師については時間外労働規制の対象となるものの、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえ、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。

これを踏まえ、現在、厚生労働省は「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の働き方や勤務環境改善等について検討している。

この講演では、勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する東京都の取組と併せて、国の動向についてもご紹介したい。

講演

現行の労働法制を踏まえた就業規則等の具体的な規定方法



浅見 浩

浅見社会保険労務士法人
代表社員・特定社会保険労務士

急性期病院における働き方については、近年労働基準監督署による指導や契約内容を否認するような裁判例もあり、特に医師の勤務規定や労働契約について再考すべき時期にきていると言えるだろう。

医師の働き方については、外来診療時間等の制限はあるものの、それ以外にも最新の医療情報を収集したり、診療や技術向上のための自己研鑽が求められ、それが労働時間なのかどうかの区別が難しい実態がある。また、医師の業務については、自己の裁量によるところも大きく、どこまでが病院の指揮命令下（労働時間）であるのかが不明確であると言える。

医師の勤務時間については、特に休日・夜間の管理が行き届いていない状況があり、そこに疑義が生

じるケースもあり、今後、休日・夜間の労働時間管理をどのように行っていくのかも課題となるだろう。

このような勤務実態であることから、医師の労働契約は労働時間と賃金の関係があいまいに規定されているものも多いが、今後はどのような時間が労働時間であり、それに対していくらの賃金が支払われるのかなど明確に記載することが求められる。特に年俸制や定額残業代を採用している病院においては、裁判例を参照して適切な記載をすることがより重要となっている。

このような実態を踏まえ、今後求められる医師の労働時間管理等に関する勤務規定や労働契約の記載内容等について論じてみたい。

浅見 浩 略歴

昭和43年 6月 千葉県市川市生まれ
平成 4年 3月 早稲田大学政治経済学部経済学科 卒業
平成 4年 4月 出光興産株式会社入社
平成14年 7月 エイエスアール株式会社 入社
平成15年 9月 山田ビジネスコンサルティング株式会社 入社
平成16年12月 株式会社優経マネジメント 設立 代表取締役 に就任（現取締役）
平成18年 9月 浅見社会保険労務士事務所 開設
平成27年12月 浅見社会保険労務士法人に改組 代表社員に就任

資格等

特定社会保険労務士・中小企業診断士
全国社会保険労務士会連合会 医療業労務管理部会 委員
平成26-27年度 日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会 委員
上記の他、多くの委員を歴任。

慢性期医療委員会シンポジウム

会 場: 第三会場(5階・穂高・東)
 時 間: 13:10~14:30
 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 演: 「介護医療院創設までの歴史的背景」
 桑名 斉 (信愛病院理事長)
 「介護医療院転換の問題点」
 田中 裕之 (陵北病院院長)



座長:

進藤 晃

大久野病院理事長
慢性期医療委員会 委員長

テーマ

介護医療院の運用

惑星直列と言われる平成30年を迎えた。平成37年からの高齢化社会を迎えるにあたり社会保障制度の実質的に最後の大幅改訂である。慢性期医療は急性期医療の急速な発展に伴い生命は維持されたものの後遺障害を伴って退院する事に端を発している。療養病床は特例許可老人病床に始まり医療療養病床へ変更し医療区分の導入。一方介護療養型医療施設を創設し誘導したにも関わらず、わずか創設後6年で廃止が打ち出され混乱の極みの中、廃止案から12年後に介護医療院の創設がなされた。

高齢者医療の中でも特に慢性期医療とは何か、なぜ介護と医療が同時に提供される必要があるのか。介護医療院が創設はされたが、そもそも介護療養型医療施設ができた経緯から紐解いて、今後急速に需要がますます高齢者医療・慢性期医療の方向性を見いだす事が可能だろうか。過去30年間混乱してきた

慢性期医療に目標を持たせて混乱を招かないように過去から未来へ繋ぎ、日本が世界最先端の高齢者医療・慢性期医療に対して世界に恥じない物を提供して行くような夢を語ってみたい。

一方で現状議論され4月から運用が始まる介護医療院についてどのような議論がなされ、創設されようとしているのか。病院から施設になる事の問題点・人員基準・施設基準・病院と施設を併設した際の人員の往来をどのように整理する事が可能なのかについて、学会開催時点でわかっている範囲でお示しできればと考えています。

新設された介護医療院がどのような経緯で創設され、どんな意図を持っているのか。開設はされるがどんな問題を孕んでいるのか議論できればとシンポジウムを企画いたしました。奮ってご参加お願い申し上げます。

進藤 晃 略歴

平成元年 3月 埼玉医科大学卒業
 平成元年 6月 埼玉医科大学付属病院内科入職
 平成4年 9月 大久野病院入職
 平成8年 7月 大久野病院 開設管理者就任

平成11年 8月 医療法人財団利定会 理事長
 平成11年 9月 介護支援専門員
 平成26年 1月 公立阿伎留医療センター 客員部長
 平成29年 4月 社会福祉法人白百合会 理事
 平成29年 4月 社会福祉法人ゆりかご会 理事

講演

介護医療院創設までの歴史的背景

昭和48年、老人福祉法改正に伴う老人医療費無料化を契機に、医師や看護師の配置の薄い施設がわりの老人病院が増加、社会的入院問題となった。すなわち70歳以上の医療は全額公費負担となり、診療報酬は出来高制をとったため、薬漬け、検査漬けを招き、結果として医療費が高騰した。

昭和58年、医療財政ひっ迫を打開するために、公費負担から社会保険制度に転換し、老人保健法のもとに診療報酬が一部包括化され、介護機能を評価する特例許可老人病院が生まれた。(患者100人に対して医師3人、看護師17人、介護職員13人)

昭和61年には介護力強化病院を創設し、出来高制から1日当たりの定額制となった。平成5年、一般病院における長期入院患者の増加に対応するための療養型病床群を創設した。時期を同じくして、訪問看護、訪問診療などの必要性も認められ、在宅医療にも目が向けられるようになった。

桑名 斉 略歴

昭和45年 日本大学医学部卒業
昭和60年 社会福祉法人信愛報恩会信愛病院入職
平成 5年 同病院院長
平成22年 社会福祉法人信愛報恩会理事長

日本内科学会、日本緩和医療学会、日本死の臨床研究会、老人の専門医療を考える会幹事
日本慢性期医療協会常任理事(終末期医療委員会委員長)、東京都病院協会理事
東京都慢性期医療研究会幹事、全国福祉医療協議会会長
日本緩和医療学会暫定指導医
東京都認知症サポート医



桑名 斉
信愛病院理事長

国や一部の病院団体においては老人ケアプランの研究が始まり、平成12年には慢性期入院医療における包括化の拡大があったが、さらに大きな出来事として、介護保険制度が導入された。介護保険法が施行され、翌年の医療法改正にあたり療養病床を創設し、その一部について、長期療養を必要とする要介護者に対して、医学的管理、介護などを行うものを介護療養型医療施設(介護療養病床)として位置づけた。しかし、その後、この介護療養病床は医療費高騰の一因とみなされて、全廃の議論が繰り返されてきたなかで、平成29年5月、医療と介護と生活に視点を置いた介護医療院を創設した。

講演

介護医療院転換の問題点

まずはハード面から捉えますと介護医療院においては建て替え又は大規模改修までの間は現行の施設・設備基準で運営できることになっていますが、将来的に建て替えの時を考えますと確実にダウンサイジングを余儀なくされるといった問題点が残ります。介護医療院(案)1では要介護度平均が4.5と重度であり医療処置並びに重症度が50%以上であることや看取り割合10%をクリアしなければならないハードルがあり、今後も車椅子で自走なり介助により移動するような状態像の方を対象にしていないことが予想できます。従ってストレッチャー等での移動が中心であるならば1人当たりの居室面積が果たして8㎡必要なのかと思わざるを得ません。介護医療院を創設するにあたり機能に応じ、ハード面に対応した施設・設備区分を検討することが重要であったように思います。

ソフト面では医療ニーズの高い者や看取り期にある者を受け入れるといった問題が残ります。介護医療院(案)1は現行の人員基準をそのまま移行できるため、現状での機能を維持し、利用者にとって安全でかつ安

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

田中 裕之
陵北病院院長

心な療養ができるように医療面と環境面などのアメニティーを兼ね備えた機能を発揮できるような永続的な施設となっていくことを目指す努力ができると思います。しかし介護医療院サービス提供タイプのうち医療内包型(案)2については老健施設以上の機能を持たせるといった議論が社保審特別部会にて盛んに出ておりましたが、サービスの特徴として長期療養を目的としたサービスで「特に医療の必要性が高い者を念頭」とあることを考えますと医師・看護職等の少ない配置で現行のサービス水準が維持できるのかといった懸念を抱かざるを得ません。加えて介護療養型や医療療養型からの転換がスムーズにいくのかといった課題が残るような気がします。

シンポジウムでは以上の点を踏まえ、更に深く議論をしていきたいと思えます。

日本慢性期医療協会介護医療院設立準備委員会副委員長
東京保険医協会病院有床診療部会委員
杏林大学医学部非常勤講師



環境問題検討委員会企画講演会

会 場: 第三会場(5階・穂高・東)

時 間: 14:40~15:40

座 長: 篠原 健一 (河北総合病院 画像診断部特定専門職、環境問題検討委員会委員長代理)

講 演: 石坂 知子氏 (石坂産業株式会社専務取締役)

テ ー マ

持続可能な永続企業を目指す ～自然と地域と技術の共生～

第16回医療から取り組む環境会議は「持続可能な永続企業を目指す～自然と地域と技術の共生～」をテーマに、石坂産業株式会社 専務取締役・石坂知子先生を講師にお招きして、第13回東京都病院学会の委員会企画講演会として開催します。

石坂産業株式会社は、江戸時代(元禄期)に開拓された「三富(さんとめ)新田」という現在の埼玉県三芳町・所沢市にまたがる緑豊かな場所にあり(一部川越市)。現在は、産業廃棄物中間処理・収集運搬/積替保管・再生品販売・建設業などが主な事

業内容です。かつては焼却炉のダイオキシン問題や地元の反対運動など厳しい試練を経験しました。しかし、この絶体絶命の危機を、ハード面の対策・ISO導入などによる環境経営への取り組み・里山保全活動・体験学習/会社見学ツアー実施などの大改革の末、多くの人々から愛される会社へと変貌を遂げました。

石坂産業株式会社の改革/改善活動や企業統治(コーポレート・ガバナンス)を学び、医療から取り組む環境問題を考える機会となれば幸いです。

講演

持続可能な永続企業を目指す ～自然と地域と技術の共生～



石坂 知子

石坂産業株式会社 専務取締役

埼玉県三芳町で建設廃棄物の減量化・再資源化率100%(現在98%達成)を目指しています。当社のCIは、「自然と共に美しく生きる」になります。施設周辺の荒廃した三富の里山の保全・再生に努め、美しい武蔵野の雑木林を復元し江戸時代から続く落葉堆肥農法にも取り組んでいます。施設全体が環境教育等促進法に基づく「体験の機会のある場」の認定を受け、現在、国内を問わず世界20カ国から30,000名を超える人々が施設を訪れるようになりました。

1999年某テレビ局のダイオキシン報道時に、先進的なダイオキシン対策の焼却炉を導入しながらも、地域住民の反対運動で「不要な会社」と叩かれ焼却事業から撤退しました。不要だと言われた会社が、今では「地域の誇りだ」と言われるように変貌を遂げました。

どん底時代から学んだことは、「良いことを行って

も」それを伝えないと全く意味がない、「伝えること」と「伝わること」は別のものであり、言葉では伝わらないことは「見せて理解を促すこと」、「見た目が9割」、これが石坂流の見せる経営の根幹になります。

見せる経営とは、“社員の多様な個性を伸ばし、共に夢や希望を叶える場所”、“社会から信頼され必要とされる会社”を目指すことです。社員の人間性を高め技術・知識を習熟させる石坂技塾も開講しています。社員が「自分の子供にもこの会社で働いて欲しい」と思える会社が、本当の社員満足ではないでしょうか。地域の方が「この会社は地域の誇りだ」と思えることが、地域社会に根差し愛される会社であり、「永続企業」になれると考えています。この思いやビジョンをステークホルダーに伝え共鳴・共感されることが石坂流価値の共有であり価値の連鎖になります。

石坂 知子 略歴

平成7年 3月 川越商業高等学校卒業

平成7年 4月 石坂産業株式会社 入社

平成15年 1月 同社専務取締役就任

2004年より、ISO管理責任者として「経営の見える化」に取り組み、7規格のISO規格認証を推進。財務・経理、総務・人事の統括担当。ワーク・ライフバランスを早くから導入し「女性や子育て世代の社員が働きやすい職場環境の改善」にも取り組む

事務管理部会企画講演会

会 場: 第三会場(5階・穂高・東)

時 間: 15:50~16:50

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 演: 田川 洋平氏 (株式会社川原経営総合センター事業推進企画室 室長)

テーマ

医療機関が考えるべき5つの経営課題

2018年は診療報酬・介護報酬の同時改定をはじめ、第7次医療計画等、多くの変化が示され、「惑星直列」とも称されています。2025年に向けて医療界の向かう方向性が示される中、各医療機関は学会主題の通り「分水嶺」に立ち、様々な決断を迫られていると考えられます。

一方、医療機関で考えるべき、あるいは取り組むべき課題は実に多岐に渡っています。様々なキーワードが飛び交う中、何に重きを置くかを考慮していかなければ、「分水嶺」において是非を決めるどころではなく、剣ヶ峰に立たされ、360度どこに転がればいいのかわからない状態になってしまうか

もしれません。

今回、事務管理部会では講演会を企画し、現在とりあげられる重要な経営課題についてご講演いただくことといたしました。とりあげる項目が全て関係することではないと思いますが、診療報酬・介護報酬同時改定、地域医療構想、地域医療連携推進法人等、それぞれのテーマについて、改めて概要を解説していただくとともに、最新の状況と今後の方向性について、網羅的に解説していただきます。

各医療機関の判断における一助となることを願うとともに、多くの皆さまのご参加をお待ちしております。

講演

医療機関が考えるべき5つの経営課題



田川 洋平

株式会社川原経営総合センター
事業推進企画室 室長

診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、多くの変化がある2018年は「惑星直列」の年とも称されています。2025年そして2040年に向けて国が改革を進める中、各医療機関は学会主題のとおり「分水嶺」に立ち、さまざまな決断を迫られています。

このような経営環境において医療機関が考えるべき、あるいは取り組むべき課題は多岐にわたっており、事務幹部として多面的に考慮して総合的な判断を行うことが求められています。

弊社に寄せられる経営相談には、地域医療構想を

見据えた病床選択への対応、認定医療法人等の事業承継問題、人事制度の構築、地域医療連携推進法人などの新しい制度をどう理解し対応するかなど、複合的に絡まった相談内容が増えております。

本講演では5つの代表的な経営・政策的課題を取り上げ、概要と最新状況、今後の方向性について解説します。5つの経営課題は、「地域医療構想」「認定医療法人」「地域医療連携推進法人」などを想定しています。

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。現在は、平成29年度の厚生労働省委託事業（平成30年3月末まで）として、「医療施設の経営改善に関する調査研究」を実施している。

一般演題

Subject

DPC 公開データからみる当院のポジショニングについて

○佐野貴昭、佐藤 譲

榊原記念病院

【はじめに】当院は東京都府中市にある心臓を主体とする循環器専門病院である。本研究はDPC公開データを活用し自院の強みやポジショニングの明確化を目的とする。

【方法】「DPC導入の影響評価に関する調査(平成27年度)」「病院情報の公表(平成28年度)」「DPC全国統計(出典:病院情報局)」の3つの公開データを用い、当院のポジショニングを可視化した。

【結果】二次医療圏内でのポジショニングをMDC別比率からみると、MDC05循環器疾患は、当院が全体の80%を占めていた。地域で循環器専門病院としての機能を発揮していることがわかる。機能評価係数Ⅱの比較では、他医療機関に比べ効率性係数(0.01481)、重症度係数(0.01484)が高い。一方、カバー率(0.00566)と地域医療係数(0.00726)は、循環器を専門とする当院は低い数値となっている。全国でのポジショニングとしてMDC05循環器疾患が多い上位10病院(当院を含む)の手術件数を比較したところ、050050狭心症、慢性虚血性心疾患は、千葉西総合病院(2,112件)がトップ、当院は5番目(927件)であった。050080弁膜症(連合弁膜症を含む)は、当院(351件)がトップ、2番目は小倉記念病院(248件)となっている。全国と比較しても総じて件数が高いことがわかった。

【考察・まとめ】自院のポジショニング分析を行うことで強みが把握でき、同じ二次医療圏内にある医療機関がどのポジションに位置するかを視覚的に捉えることができた。これにより地域のニーズにあった自院のポジショニングへの取り組みに役立つものと考えられる。今後、他医療機関の数値を参考にしながら、当院の特徴を活かし、かつ地域のニーズを踏まえた上で、診療や病院経営に貢献できる詳細な分析に取り組みたい。

入院診療計画書の完成度向上を目指して(第二報)

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

1) 南多摩病院、2) 鶴川記念病院、3) 京葉病院、4) 佐々総合病院、5) 永生病院、6) 城山病院、7) 千葉医療秘書専門学校、8) 駒沢診療所
東京都病院協会 診療情報管理勉強会 入門・基礎分科会

【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分野の確立を目的に、情報の共有で問題を解決し、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。昨年に引き続き「診療録点検」をテーマとし、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の完成度をさらに高めるために検討を重ねてきた。

【方法と経過】今年は昨年と同じ月を対象に、再度各病院で不備項目の集計を行い、昨年の集計結果を比較し、新たな問題点の抽出や、改善策の検討を行った。

【結果と考察】昨年の集計と比較した結果、不備有りの件数は減少した。これは、入院時に記載内容の点検や入院診療計画書について院内周知が行われた為である。しかし、項目別に見ると昨年よりも記載内容を細かく点検した為、未記載項目の不備が増加した病院も見受けられた。また、未記載項目減少対策としてチェックボックス形式にする等の改善を行った病院もあった。この調査の結果、入院時の点検やチェックボックスを追加したフォーマットで記入漏れを確認して、院内に周知徹底することにより不備の減少に繋がり、完成度の高い入院診療計画書に近づけることが出来る。

【まとめ】この調査を通じ、入院診療計画書の点検を行う際に、診療情報管理士が介入すべきタイミングが見えてきた。今後は入院時の点検により、タイムリーな不備の集計を行う事で、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発信していきたい。

様式1による救急医療入院の患者像 ベンチマーク

○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・長谷川佳奈・
福田慎太郎 5)、山口尚子 6)、岩淵由美 7)、
玉置 薫 8)

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、7) 荒木記念東京リバーサイド病院、
8) 東戸塚記念病院
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、平成 30 年度診療報酬
改定において見直しが議論されている救急医療
管理加算について、意識障害の患者と入院時 JCS
スコアに着目し、DPC データ様式 1 を活用した
分析を行った。各病院の影響範囲や、対象とし
ている患者をベンチマーク分析し、早期に各病
院が診療報酬改定へ対応できるよう活動したた
め報告する。

【方法】DPC データの様式 1 について、平成 28
年 10 月から平成 29 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様式 1 の「予定・救急医療入院」が「302 (意
識障害)」で選択されている患者、②様式 1 の「入
院経路」が「8 (院内で出生)」を除く、とした。

【結果】意識障害の患者について、「救急車による
搬送の有無」の「1 (有)」該当割合を比較すると、
63.4%から 90.0%と施設間の差異が見られた。一方、
意識障害の JCS スコアについても、1 桁に該当す
る割合が 20.0%から 78.8%と顕著な差が見られた。

【考察】平成 30 年度診療報酬改定の議論において
は、救急医療管理加算の算定基準に評価指標を用
いることが検討されている。本結果においては、
救急搬送の有無や JCS スコアは施設間でばらつ
きがあり、地域の医療状況や各施設の担う診療
機能も要因として考えられた。これらの分析は、
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。

産科外来電話問合せ内容の現状から 電話対応を見直す

○谷口悦子、野口ゆう子、鶴ヶ崎かほる、
齋藤 整

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】産科外来電話問合せ内容は様々
でスタッフは電話対応に時間を要している。
問合せ内容は類似しているが実際調査して
いなかった。そこで実際に現状分析し、それ
を元に電話対応の見直しに取り組んだので
ここに報告する。

【方法】H29.8.22 ~ 10.24、月～金の平日 8:
30 ~ 17:00・土曜の午前中、産科外来電話
問合せ内容を受付職員又は外来看護師がメ
モ、又は電カルに記載しプリントアウトする
(サンプリング)。データの分析方法・サン
プリングを内容別に分類してカテゴリー化
しパーセンテージに表し、その分類から回答
者(医師、看護師、受付職員)の仕分けを導く。

【結果】サンプリングは 180 件(157 名)収
集し、「身体症状 49%」「事務的内容・処理
31%」「市販薬・処方 10%」「その他 10%」の
大きく 4 つに分類された。身体症状は出血、
お腹の張り、腹痛、乳腺炎症状、産後悪露、傷、
悪阻、胎動減少、破水感、皮膚症状、腰痛等。
事務的問合せは、書類に関する事、受診予定
日変更、無痛分娩予約状況、人口中絶受入れ
の有無、受診相談。その他は、検査項目と結
果、診療科の問合せ、感染症について、外出
の有無、乗り物の可否、手術日の調整であ
った。

【考察・まとめ】電話対応の記録方法を統一
していなかった為、問合せ内容は 49%の身
体症状をメインにし、対応を選択式にした
「電話対応用紙」を作成した。曖昧だった問
合せ内容が言語化された事で、事務案内・看
護師介入・医師確認の選択がスムーズにな
った。身体症状に対しては、電話での状況確認
が難しいことから積極的に受診を促す事と
した。これにより大半の電話対応は短縮され
ると示唆された。又、「電話対応マニュアル」
を作成し対応の統一を図る事とした。

看護職の緊急入院受け入れ体制の改善

○加藤貴子、今井睦美、伊藤愛子、
樋浦裕里

東京さくら病院

【はじめに】ケアミックス病院の13対1看護配置の一般病棟において、緊急入院を断らないという病院の運営方針の実施を目指しているが、日勤終了間近の緊急入院の受け入れは、看護職の超過時間勤務の要因となり、業務負担感につながっていた。今回、日勤終了間近の緊急入院の担当を予め設定し、緊急入院が生じた場合のみ対応する仕組みを作ったことで、緊急入院件数の増加、および看護職の業務負担感の軽減につながったので報告する。

【方法】通常予定入院の受け入れ時間の最終は15時を設定しており、16時以降の緊急入院による超過勤務の発生が多いため、16時以降の緊急入院担当を事前に決定し残り番とし、緊急入院がない場合には通常日勤扱いとする仕組みを9月から実施した。

【考察】2017年9月から10月の2か月間で、緊急入院の受け入れは31件で前年同期より13件増加、うち16時以降の受け入れは7件で前年度より6件増加、土日の受け入れは5件で前年度より4件増加した。夕方、休日を含め緊急入院が前年度に比べ増加した。また、緊急入院を受けた日の超過勤務時間は235.3時間で、前年度に比べ16.5時間増加したが、看護職の聞き取り調査からは、残り番があるので、緊急入院が来ても業務終了後帰り易くなった、役割分担がはっきりしたので、リーダーは調整が容易になったなど、緊急入院対応の負担感が軽減した結果であった。

【まとめ】今後は、緊急入院の内容を検討し、入院受け入れの効率化を図ることで超過勤務時間の削減に取り組む必要がある。子育て世代の看護職の就労時間の多様化に伴い、日勤終了間前には看護職員の人数配置が減少する。職員のWLBを考慮しながらも、組織の方針に看護がどのように貢献するかが今後の課題である。

外来と病棟間で求められる患者情報の差異から！

～情報共有への取り組み～

○呉 恵、羽賀稔恵、山崎陽子、内山裕美、
市橋富子、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】高齢化や在院日数短縮化に伴い、入院時の外来からの情報提供や、共有の重要性は増している。

都内でも高齢化率の高い北区に位置する当病院は、入院早期から在宅支援を行い、入院による環境変化への適応、又退院後の生活へのスムーズな移行を実現し、早期自宅復帰を目指している。そのため入院直後から退院支援を踏まえた情報を重視しており外来と病棟との連携を図ることが必要である。そこで、入院時の申し送りの現状を把握し、病棟外来での患者情報の必要性や評価の違いを検討した。

【方法】

対象者：外来看護師27名、病棟看護師65名
研究期間：平成29年3月～11月

方 法：入院時申し送りの現状調査

1、外来看護師へのアンケート調査（回答率93%）

2、病棟看護師へのアンケート調査（回答率76%）

【結果】入院時の申し送りの現状として、外来が優先して申し送りを行っている情報と病棟が必要としている情報の優先度に差異が認められた。

外来は、既往・入院までの経過・付き添いの有無・現病歴・実施した検査を優先して申し送りを行っているが、病棟は、安静度・付き添いの有無・入院前のADL・認知症の有無等が必要であると認識していた。つまり、外来は患者の現状を優先し、病棟は患者の生活に必要な情報を優先していた。

【考察・まとめ】外来は、患者の現状把握を優先する傾向にあるが、病棟では高齢者の入院が多いために、環境変化にスムーズに対応するための個別情報を必要としていることから、優先する情報に差異が生じている現状を認識することができた。今回の結果を踏まえて、情報の差異をなくし、さらには外来から退院支援を意識した情報の提供と共有が、今後の課題である。

業務改善による申し送りの短縮化

○藤原亜紀子、神谷美香、戸田鈴子、
加藤洋子、立花エミ子、越永守道

信愛病院

【はじめに】当病棟における問題点、改善点についてスタッフと検討した結果申し送りの冗長と情報共有の不十分さ、伝達事項の途絶えに焦点が絞られた。

昨年より電子カルテが導入され、患者の情報はパソコンに入力されているが、パソコンの台数が足りていない事、未だ不慣れな事、ケアワーカーはパソコンに触れる機会が少ない事などが原因として挙げられた。

今回は全体の申し送りに焦点を当て、申し送りノートを作成し活用する事で、時間の短縮と情報の共有ができ業務改善に繋げることができたため報告する。

【方法】入院情報用紙の見直しと改善、申し送りノートを作成し活用する。

ノート使用中、スタッフにアンケートを実施し改善点や継続の有無を検討する。

【結果】申し送り時間が短縮されてから、業務への移行がスムーズになり、患者のもとへ早く向かえるようになった、また、各業務に余裕を持って取り組むことができるようになった。

アンケートの結果からも「申し送りの時間が短縮された」「ノートを活用出来ている」「今後必要だ」という意見が9割以上を占め、ノートの活用が継続されている。

【考察・まとめ】業務改善前は、申し送る内容に個人差や主観的な判断があったうえ、必要とされる情報にまとまりがなかった。ノートに書かれた内容は主観的な内容や効率的でない内容が省かれ統一されている。更に見返しや再確認することが容易にでき電子カルテ以外の情報媒体となった。

今回は全体の申し送りに焦点を絞った研究であったが、チームごとの申し送りについては、時間の短縮が図れていない。今後はそれについても検討し課題としていきたい。

「在宅で食べること」を多職種で考える

○八島悦子

訪問看護ステーションひばり
(永生病院)

【はじめに】誤嚥性肺炎を繰り返し、療養の場が病院と在宅を行ったりきたりした症例について、多職種との協働により口腔の衛生、嚥下機能、栄養状態が改善した取り組みを報告する。

【症例紹介】82歳女性。要介護5。パーキンソン症候群。74歳認知症と診断、78歳より肺炎を繰り返す。肺炎で入院、嚥下機能低下著しく、嚥下訓練含めたりハビリテーション後、ミキサー食の摂取が可能となった。夫の「自宅へ連れて帰りたい」との希望が強く退院する。

【経過】退院時に病院栄養士による調理についての指導とパンフレット配布があったが、夫やヘルパーは誤嚥に対して不安が強かった。本人も笑顔がなく、口をなかなか開けず、食べるのに1時間要した。その後、夫の介護負担を軽減する目的でデイサービスを開始したが、デイの職員も栄養や食事介助に不安があった。そこで、ST導入し、口腔ケアから介入、摂食時座位の姿勢等指導を受けた。また、病院の栄養士に在宅で再度栄養指導を受け、多職種で情報共有し関わった。

【結果】ヘルパーが自信を持ち調理でき、本人の嚥下も良好となった。今では、食事量が増え体重増加し、笑顔で食事を楽しむようになった。以前なかった発語もみられている。

【考察】退院時に食形態や摂取方法について誤嚥性肺炎を繰り返した患者に対し多職種で「食べる」の意味を見出し専門職の観点から関わった。予防を重視しケアしたところ誤嚥性肺炎をおこさず、本人介護者ともにハッピーな在宅療養が継続できている。多職種連携が療養者や介護者に良い成果となり、今後も専門職の特性を活かし、療養者の生きる力を引き出すケアをしていきたい。

退院支援における看護師、退院調整看護師、MSW の役割、意識調査

○坂井さおり、田中加代子、横山左和子、
風間敏子、内藤誠二

内藤病院

【はじめに】当病院では2017年6月から地域連携センターを立ち上げMSWに加え新たに退院調整看護師を配置し退院調整、退院支援を行っている。開始し6ヶ月経過した現在、退院調整看護師と病棟看護師、MSWの役割、意識を明らかにした上で多職種間連携を図る事が重要と考えアンケート調査を行ったので報告する。

【方法】病棟看護師と退院調整看護師、MSWにアンケートを実施し退院支援に関わる意識や役割調査を実施した。

【考察】3年前から入院前ADLアセスメントシートを導入し中間（1週間、3週間後）最終ADLアセスメントシート、医療・介護・認知症アセスメントシートを記入し評価を行っている。入院前・中間アセスメントシートを元に毎週水曜日カンファレンスを行い結果を記録しているが、翌週迄に状態変化やADL低下時に情報共有がなされていない事があった。高齢で認知症を伴う患者が多く、環境の変化から認知力やADL低下をきたす患者もおり退院が困難な場合があった。また、アンケートにより退院支援に関わる看護師の意識を向上する事が出来た。PTがいないため病棟看護師が歩行訓練を行いADL低下の予防を図っている。問題を解決していく為、患者、家族を主体とした多職種連携が重要でスタッフが休みの間も情報が途切れないう情報共有ツールを活用していく案を検討している。

【まとめ】入院時から退院を考慮し患者、家族の気持ちに共感し、信頼関係を構築する事が大切である。患者が安心して自宅で過ごせる様に家族を含めた関わりを持ち情報収集を意図的に行っていく事が重要である。病棟看護師、退院調整看護師とMSWの役割を明確にし、退院後の生活を予測した在宅移行期の看護を提供する必要がある。

認知症ケア介入から退院まで

○戸部民子

寿康会病院

【はじめに】当院は昨年より認知症ケア加算を算定し、認知症がある患者様に対する療養環境をより改善する取り組みを行っている。在宅療養へスムーズに移行するにあたって、病院として積極的に支援していることを報告する。

【方法】入院時、病院側が家族・居宅CMなど在宅支援チームから依頼を受けて実施していることを報告する。また、実際に退院支援したケースについて統計をとり、当院から退院したケースの傾向をまとめた。

【結果】ケースごとの傾向、主介護者の考え方、ご本人の性格などを詳細に把握し、退院した後の生活を思い描きながら病院側も支援にあたる事が重要だということがわかった。自院がある地域の特色を知るということも重要である。

【考察】認知症があるからといって自宅での生活が継続できないということではない。その方の性格、主介護者の考え方を良く聞いて、希望する生活をかなえるにはどうしたら良いかという視点を出発点に支援をしていけば、認知症があっても自宅で介護を受けながら生活が継続できることがわかった。

【まとめ】医療関係者は「自宅介護の限界」という視点の方に傾く傾向があるが、当院で行った事例検討会では、入院中に強く出ているBPSDが消失し、自宅介護が円滑に行われている事例の報告もあった。認知症がある方の在宅療養を支えるときに、地域包括ケアの視点は欠かすことができない。「病院の入院中にできること」を在宅支援チームが知り、「自宅での生活」が持つプラスの部分病院関係者が知ることによってそのケースにとって「より良い」療養環境を作ることができる。

認知症患者の地域包括ケアへの取り組み

○生方経子、高橋元子、河野きよみ

寿康会病院

【はじめに】地域包括ケアシステムとは、その人が望む暮らしの場で生活し続けることを支援する為に、何が必要かを考えマネジメントすることである。今回退院支援を行った認知症者が、その人らしくイキイキと生活している事例を通し、包括ケアの連携について検討したので報告する。

【方法】認知症ケアチームが介入し、本人と家族の思いを確認しながら、医療上の課題と生活・ケア上の課題を整理した。療養環境の準備・調整を地域と協働で進めた。退院後、地域の方々を招き事例報告会を行った。事例報告会後にアンケートを実施した。

【事例紹介】Hさん女性 81歳要介護5、パーキンソン病、H28.11月に右大腿骨転子部骨折（保存療法）嚥下困難にて胃瘻造設し経管栄養施行中。H29.3月当院にリハ・在宅セッティング目的にて入院となる。入院当初より体動激しく、脱衣更衣・PEG いじりありミト抑制使用していた。顎関節脱臼の既往あるためか、発語不明瞭で会話は時々成立する程度。夜間の独語・易怒的などのBPSDが出現している状態であった。4か月前までは、パーキンソン病であったが食事・歩行・排泄は自立されていた。

【結果】認知症ケアチームが介入し看護実践したことで、身体能力の向上と意思表示をするようになった。患者・家族の思いを軸に支援したことで、在宅での生活をイメージし退院できた。退院後の事例報告会で成功体験を共有したことで、認知症ケアに対する目標は同じでありそれぞれの機能・役割を理解する事ができた。

【まとめ】その人らしいその人の望む生活を支援するには、地域とのネットワークづくりが重要である。

病院救急車は地域包括ケアのセーフティーネット

○大石香菜子、徳丸希世子、常井 寛、金子翔太郎、大橋聖子、関 裕、益子邦洋

南多摩病院

【はじめに】消防救急の出動件数は東京に限らず、全国的に右肩上がり増加している。八王子市も同様であり、中でも高齢者、特に施設入所者の搬送数が大幅に増加していることが特徴である。このような中、八王子市医師会では、平成26年12月から病院所有の救急車による在宅療養患者搬送システムを開始した。

【方法】平成26年12月から平成29年9月までにおける病院救急車搬送事例を調査する。

【考察】平成29年9月までに700件の搬送依頼があり、うち414件(59%)を救急病院へ、286件(41%)を慢性期病院・精神科病院へ搬送した。搬送件数が増加している中で、発生した救急事案の8割以上を八王子市内で完結することができた。これはすなわち、市内慢性期医療機関等へ病院救急車が利用されることで、地域内で完結させる高齢者救急が進展してきているため、と考えられる。

【まとめ】病院救急車は、地域包括ケアシステムにとって、必要不可欠であり、高齢者を住み慣れた地域で支えるための非常に重要なセーフティーネットの役割を担っている、と考える。

個別支援から地域支援へ ～地域ケア会議の展開～

○狩野貴志

常楽診療所
(等潤病院)

【はじめに】当院は足立区より委託を受け「地域包括支援センターツツ家」を運営し、地域ケア会議を開催している。足立区地域ケア会議は1包括圏域の小会議、4～6包括圏域の中会議、区の大会議の三層構造で、個別課題解決、ネットワーク構築、地域課題発見、地域づくり・資源開発、政策形成の5つの機能は、会議の規模ごとに役割が異なる。本稿では当地域包括の小会議の実践を報告する。

【方法】従来小会議は不定期開催で、日時・会場の選定、招集等の業務負担もあり年間1～2回の開催であった。そこで地域ケア会議が有効に機能するために常設の会議体「ツツ家包括ケア検討会」を立ち上げた。構成員は行政、医師、理学療法士、ケアマネジャー、民生委員、生活支援コーディネーターで、事務局機能は包括とした。隔月定例で、選定された個別事例をもとに意見交換し、課題解決のヒントとなるキーワードを抽出した。

【結果】閉じこもりで社会参加できない、必要な福祉サービスにつながらない等の事例から、支援に有効と思われる意見出しを継続的に行った結果、「人付き合いが苦手な人の孤立予防」「筋力アップ」「気軽に参加できる場」「多世代交流」というキーワードが出され、指導者がいなくても通いの場で活用できる体操DVD等の動画コンテンツを、専門職と地域住民が作り上げるプロジェクトを立ち上げることになった。地域課題を住民ボランティア等と検討する「絆のあんしんネットワーク連絡会」とも連動し、住民主体の地域の通いの場づくりを推進している。

【考察・まとめ】会議数増により効果的に課題抽出から地域づくりへの展開が見られ、多職種との意見交換により参加者全員に多くの気づきがあった。

有効活用される看護サマリーの提供を目指して

～アンケート結果から見えたもの～

○浦田ルミ子、吉田由香里、渡辺純子

古畑病院

【はじめに】当院では、主任がスタッフの力量を考えながら、看護サマリー入力担当者を決めている。入力に際しての書式は電子カルテの既存のものを使用するが、内容の統一化は図れておらず、退院先の看護・介護状況を見据えた内容になっているものではないことが多いと感じている。

このため、患者さまの退院後の看護介入に必要な看護サマリーの内容とするには、どのようにしたよいかについて、受け入れ側となる在宅（訪問看護ステーション・ケアマネジャー）や病院・施設の担当者にアンケート調査を実施、当院の問題点が明確となったためここに報告する。

【研究方法】アンケート方式（平成29年4月～7月に退院された患者さまに係る担当者あてに郵送で依頼）

【結果】アンケート回収率は55%であった。訪問看護ステーションからの回収率は低く、ケアマネジャーからの回答率は高かった。病院への転院の際は入院までの経緯、病状経過、病気の受け止めに重視しており記載内容が欠如しているという回答が多かった。しかし在宅へ戻す際は入院中の問題点、ADL、家族の情報を重視しており退院後の生活を踏まえた注意点も記載してほしいという回答であった。

【まとめ】今回、サマリーの内容についてアンケートを依頼し、提供先に合わせた内容を記載していないという当院の問題点が明確となった。当院退院後の医療・サービス提供に合わせたサマリーの内容を記載することで、活用してもらえるサマリーとなるため、今後は提供先に合わせた書式を作成していきたいと考えている。

法人内の介護サービス事業者への情報伝達

○五月女利博、浅野光彦、吉田朋子、
真壁あずさ、倉持有貴子、関根仁美

いずみ記念病院

【はじめに】当法人は病院をはじめ訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所など、医療・介護サービスを提供している。法人内の事業所間における連携は重要であり、なかでも利用者の入退院時における事業所間の連絡は、迅速かつ確実にを行う必要がある。しかし、当法人の医療・介護サービス利用者が入院した際、報告や連絡が各事業所に行き届かないという状況が課題となっていた。そこで院内のネットワークと Microsoft Excel を用いた連絡方法を構築・運用し、さらに電子カルテ環境下での活用について検討したので報告する。

【方法】当院の一般病棟において、ベッド状況を管理している Excel sheets の改変に取り組み、当法人の医療・介護サービス利用者の入院を通知できるようにした。各介護サービス事業所に協力を要請し、利用者リストを院内ネットワークで共有、毎月の更新をルール化した。システム導入後、約二年が経過した今、これまでの反省を踏まえ電子カルテへの移行を試みた。

【結果】本システムの構築により、医療・介護サービス利用者の入院時の連絡は確実に行われるとともに、情報提供が事業所間で行われるようになった。一方、Excel sheets への入力方法が文字のみによる判別のため、誤入力などにより通知されない場面がみられた。

【考察とまとめ】本システムでは、院内ネットワークと Microsoft Excel があれば、低コストで効果が得られることが示唆された。平成 29 年 11 月 1 日より電子カルテが導入されたため、新たに Excel sheets を作成し、データの同期と使用ネットワークの変更に取り組んでいる。電子カルテ環境下での事業所間連携の構築が今後の課題と考えている。

下肢血流不全（障害）に対する急性期治療から再入院の連携事例

○鯨坂悠亮、中島正暢、曾田直樹、
林 和幸

回心堂病院

【はじめに】当院は医療療養病床であり、死亡退院が 7 割超の長期看取りが中心の慢性期療養を提供している。入院前には急性期医療との隔たりについて説明し、了承の上で入院頂いている。しかし近年入院後、穏やかな療養生活継続の為に急性期的医療が必要と判断される事があり、転院治療の方針を協議するケースも厳在している。今回、下肢血流不全を認めそれぞれ異なる医療機関に転院治療が行なわれた 3 例についての医療連携を報告する。

【対象ケース】

A 氏 93 歳 男性

主病名：心不全 閉塞性動脈硬化症他 転院病名：右足循環不全

B 氏 83 歳 男性

主病名：認知症 2 型糖尿病 右下腿糖尿病性壊疽他 転院病名：右下腿壊疽

C 氏 93 歳 女性

主病名：脳梗塞後遺症他 転院病名：急性下肢虚血

【経過】共通疾患が下肢の末梢循環障害である。しかし病状、進行状況、治療方針、紹介先のベッド状況や移動の利便性の違いから、異なる急性期治療を検討した。検討段階では治療方針及び、家族の希望と面会支援のし易いアクセス面を考慮した。その結果、A 氏は整形、血管拡張術〜フットケアまでを方針とした O 病院、B 氏は整形外科的処置を中心に K 病院。C 氏は血管拡張、血管循環治療を目的とした S 病院へ連携し転院となった。

【結果】急性期治療後、当院へ再入院。この連携から 2 年が経過し、3 ケースとも療養継続中となっている。

【まとめ】患者像やご家族希望が多様化する中、急性期的・専門的医療の必要となる場面が増えてきている。その際にケース毎に適した検討ができるよう、周辺医療機関の機能や状況の把握が重要となる。またスムーズな連携のため、医師をはじめとする医療者同士の情報共有、関係構築が重要性を増すと考えられる。

町田市における薬薬連携の現状 ～顔の見える連携をめざして～

○小林 仁 1)、猪口正孝 1)、二宮宣文 1)、
関本 司 2)、瀬谷雅行 3)、串田一樹 4)

1) 南町田病院、2) 鶴川サナトリウム病院
3) 綾部薬局、4) 昭和薬科大学

【はじめに】町田市における病院と調剤薬局薬剤師の連携は、薬情やお薬手帳の中で処方薬の情報交換のみで、「人」の情報共有が行われていない。また院外処方せんの問い合わせの効率化や薬学サービスの質的向上の検討について、薬剤師間での連携がなかった。町田市の地理的な要因、それぞれの薬剤師が所属する職能団体が異なることが、薬剤師間で「顔」を合わせる機会を減らし、両者の間に「壁」を作っていた。今回我々は、町田市の病院、調剤薬局、大学に勤務する薬剤師間でシームレスな薬薬連携を行うための取り組みを行ったので報告する。

【方法】町田市の病院、薬局、大学に勤務する薬剤師の有志が定期的に集まり、薬剤師間の連携における問題点を検討した。薬剤師間の交流を深める場として「薬薬連携顔が見える会」を企画し、1回目は連携を妨げる問題点について、2回目は1回目に問題定義された患者情報の共有をテーマにSGDを行った。【結果】第1回目は約60名、第2回目は約25名の薬剤師が研修会に参加した。今後、取り組むべき内容として、病名・検査値等の患者情報の共有、問い合わせおよび後発品報告等が挙げられた。また多くの薬剤師から、「顔」を合わせる機会があって良かった、さらに交流を深めていきたいという意見が寄せられた。

【まとめ】町田市の薬薬連携を行う上で、薬剤師間の「顔」が見えていないことが「壁」の原因であった。今回の我々の取り組みで、その壁を下げシームレスな薬薬連携に向けた一歩を踏み出すことができた。今後、まだ参加していない医療機関や調剤薬局の薬剤師に声を掛け、業務の効率化、薬学サービスの向上、災害時の協力体制の構築などに取り組んでいきたい。

「区東北部地域リハ支援センター」の 役割と今後の課題

○浅野光彦、岩橋若葉、成田恵美、
松本彩乃、原 愛、大瀧直人、今井 光、
高田耕太郎

いずみ記念病院

【はじめに】平成26年4月、当院は区東北部二次保健医療圏を担当区域に東京都から地域リハビリテーション支援センターを受託した。これまでの活動は、地域リハに係る関係職種に対する研修会の開催、相談・支援、関係機関による協議会の運営などであり、平成29年度からは新たな事業も加わり、活動の幅が広がっている。今回、これまでの活動を振り返るとともに、当センターの役割と今後の課題について若干の考察を行ったので報告する。

【方法】平成26年4月から平成29年10月までの当センターの活動実績、研修会のアンケート結果から、活動の評価を行い、今後の研修計画や地域での役割などについて検討した。

【結果】これまで開催した研修会は32回、講師派遣18回であった。研修会の定員に対する参加率は99.8%で、参加した関係職種のうち最も多かったのは理学療法士、区域別では足立区であった。アンケート結果から研修会のテーマや内容は好評であったが、事例検討やグループワークなど、より実践的な研修を望む声が多かった。地域からの相談件数は34件であった。

【考察】研修会の参加率が高かったことは、内容だけでなく関係職種が積極的に参加していたこと、そして交通の便を考慮した会場の選択が要因と考えられた。一方、多職種が参加しやすい企画の立案が求められた。地域からの相談件数は少なく、当センターの役割や活用方法が地域に明確になっていないことが課題と思われた。

【まとめ】開催した研修会への参加率は高く、専門職の積極性が伺え、企画の立案と継続が求められた。当センターの役割と活用方法について、地域の関係機関ならびに専門職へ広く知らせることが課題となった。

特殊体位手術におけるウォーマーの保温効果について

○原 真菜美、大橋幸子

等潤病院

【はじめに】全身麻酔下の患者は、様々な要因により低体温を起こしやすい環境といえる。当手術室では特殊体位での手術の際、ウォーマーを使用しておらず、今回その保温効果の有効性について検証した。

【方法】特殊体位（側臥位、載石位、マジックベッド使用位）を対象に30分毎に直腸温を測定・記録した。ウォーマー使用群、未使用群を比較し、SPSSのt検定を実施した。

【結果】ウォーマー使用の有無に関わらず、一定時間の体温低下が生じた。ウォーマー使用群では挿入時から90分経過後まで緩やかに体温低下し、その後抜去時まで徐々に上昇した。未使用群では、挿入から抜去時まで下がり続けた。特に60分経過後より著しく低下し、その後も上昇はみられなかった。ウォーマー使用群と未使用群では抜去時の体温差は0.6℃もあった。SPSSのt検定では、すべての経過時にウォーマー使用群に有意性が認められた。

【考察・結論】今回の研究の結果、特殊体位手術という十分な保温面積が確保できない状態であってもウォーマーを使用することで術中の保温効果を発揮できたのではないかと考える。しかし、ウォーマー使用の有無に関わらず麻酔導入後からの表面加温だけでは、一定時間の体温低下は避けられないことが判明したため、早期からの保温管理も必要であると感じた。また、研究に際しスタッフの体温管理に対する意識づけも出来たのではないかと考える。今後は麻酔導入前加温（プレウォーミング）の検討としていくと共に、より良い手術看護を提供出来るようスタッフ全員で協力し合い体温管理に努めていく。

下肢骨折術後における効果的なクライオセラピーの検討

○森 あき、木村祐子、笛田朋子、丸山亜希子

等潤病院

【はじめに】クライオセラピーは、患部を持続的に冷却することで出血、疼痛、腫脹の抑制効果が報告されている。一方で持続的な冷却は、かえって機能回復を遅らせる危険性や等尺性筋力の減少を起こす事も報告されている。そこで、下肢骨折術後にフォーカスし、病棟内で統一した質の高いクライオセラピーを提供するために「持続的冷却群」と「間欠的冷却群」に分けて比較し、どちらが効果的かを検討したのでここに報告する。

【方法】持続群と間欠群のアイスノン交換時間を決め、患部腫脹の周径などの情報を収集しt検定で分析した。

【考察】アイスノンの使用方法を見直したことは、今後病棟で行っていくクライオセラピーにおいて重要な改良となった。これを基に実施し、得たデータを前記した二群としt検定で分析したが有意差は見られなかった。また、持続群の研究対象者によってはアイスノンの使用が困難であった。また、離床が進み持続的に冷却することが難しかった為、間欠的に冷却する方が患者にとっての不快感や煩わしさが軽減すると思われる。

【まとめ】間欠群と持続群で比較し研究を進めた結果、どちらの方法も有意差がほぼない。これらの結果から当病棟では、簡潔に行える且つ業務改善にもなる間欠的クーリングの方法を推奨したいと考える。しかし、手術件数の問題で疾患や術式など異なったもので集計している為、今後研究を継続し同じ術式での集計を行い、離床前後で冷却時間の検討をしていきたい。

A 病院におけるスキンテアの実態調査

○熊谷 恵

大久保病院

【はじめに】スキンテア（以下 テアとする）は、主として高齢者の四肢に発生する外傷性創傷である。A 病院でのテアの発生状況の実態調査を行い分析したので報告する。

【方法】平成 29 年 1 月 1 日から平成 29 年 6 月 30 日までに発生したテア発生患者を調査。STAR 分類、年齢、入院診療科、発生部位、治癒の日数について電子カルテより情報収集し分析した。

【倫理的配慮】A 病院の倫理委員会の承認を得た。

【結果】テア発生件数は 37 件、平均年齢は 79.5 歳。STAR 分類システムではカテゴリー 3 が 24 件と最も多かった。診療科は腎臓内科が 12 件で次いで外科、循環器内科。発生部位は上肢が 18 件次いで下肢 8 件となった。発生原因は医療用テープ剥離時が 12 件と最も多い結果になった。テア治癒までにかかる日数は平均 21 日間で、テア発生後の治癒転帰は 87% であった。

【考察】A 病院のテア発生の平均年齢、カテゴリー分類、発生部位は全国調査の結果と一致する。診療科別では腎臓内科が最も多かった。腎不全患者の皮膚は乾燥しており脆弱である。そのような皮膚に対し、テープを用いることで表皮皮膚が粘着面に固着し、皮弁のないテア発生が多くなったと考えられる。テアは予防対策を行うことが重要とされているが、A 病院では剥離剤や被膜材の使用頻度は少なく、テープの種類が多種多様となっている。テープの種類を整理し、被膜剤や剥離剤の使用を周知することでテアを予防する必要があると考える。

【まとめ】A 病院のテア保有者の概要、発生時の状況は全国平均とかわらない。テアを発生させないためには、テープの選択、スキンケアに対する知識、技術を高める教育とその後、継続化しているか確認していくことが必要である。

排泄ケアの見直し
～アセスメントシートを導入して～

○水津みゆき、久留溪香、宮田望美、古田博子

野村病院

【はじめに】平成 28 年 10 月より、排泄ケアの改善のもと、患者の ADL に応じて種類選択ができるオムツが導入された。導入直後より ADL 別のオムツの選定は実施できたが、排泄の自立へ向けた早期の介入は不十分であった。今回「トイレ排泄へ向けたアセスメントシート」の作成により、統一したケアが早期から介入でき、適切なケアの実施・継続につながったため報告する。

【方法】アセスメントシートを作成し、評価に応じた排泄ケアの介入を実施した。排泄ケア介入状況・患者の排泄の ADL 維持・向上について、アセスメントシート・看護計画・看護記録の記載状況、患者の排泄状況にて調査した。また、昨年同時期の入院中の患者から本研究の対象者にあてはまる事例を選定し、DPC の評価と排泄ケア介入状況を比較し、病棟スタッフのケア取り組み状況についても、排泄ケアへの意識の変化をアンケートにて調査した。

【結果・考察】アセスメントシートと連動した看護計画を立案することで、適切なケアが明確になり、術後患者や病状により一時的に ADL が低下した患者に対し、確実なトイレ誘導が実施できた。アンケート結果だけでなく、看護記録への排泄ケア介入状況の記載が昨年度より増加、病棟スタッフの排泄ケアへの意識の向上が認められた。アセスメントシートの導入により、統一した排泄ケアの介入に加え、入院時や ADL 変化時にタイムリーなケアの見直しを行うことで、退院に向けた適切なケア介入が実施できたと考える。

【まとめ】排泄の自立は退院支援において重要な要素であり、適切な排泄ケア介入は患者の ADL 維持・向上だけではなく QOL 向上にもつながるといえる。

排泄ケアの見直しによる患者ケアの質向上

○長谷川いずみ、鈴木みゆき、辻 浩子、
植木野桃子

東京さくら病院

【はじめに】療養病棟において排泄はケアの大部分を占める。その為、日勤介護士は業務のほとんどを排泄介助に費やしていた。オムツの変更、交換時間の見直しを行った事により、他のケアを実施する余裕が生まれ、限られた人員の中でケアの質向上につなげる事が出来たので報告する。

【方法】平成28年10月よりオムツ業者の変更。平成29年3月より、オムツ交換時間を輸液患者と経管患者に分けて、交換必要時間をアセスメントし、4月よりオムツ交換時間を変更。10月、変更内容が効果的であったか、介護士にアンケートを実施。

【考察】吸収量の良いオムツに変更しただけでは、介護士が排泄介助に費やす時間は変化なく、ケアの質は変わらなかった。患者の状態に応じた交換時間に変更したことにより、排泄ケアの時間短縮につながり、様々なケアを実施する時間ができた。排泄以外のケアへの取り組みが増えた事は、ケアの質向上に対するスタッフの意識改革につながったと考える。

【まとめ】意識レベルの低い患者の多い病棟では、オムツ交換は流れ作業になりがちな業務である。質の良いオムツへの変更だけでは、業務内容は変わらず、スタッフの意識は変わりにくい。患者の生活リズムを把握し、オムツ交換を排泄ケアとして捉える事で、ケアの質を上げるためにどうすべきか、介護士が看護師と情報交換する機会も増えたと考える。現在もケア内容は十分とは言えず、今後も心地よい療養環境を提供する為、更にケアの質を上げていかれるよう業務改善を続けていきたい。

糖尿病発症予防に対する取り組み

○中岡みのり、佐藤光子

野村病院

【はじめに】当施設では人間ドック受診後、要治療・要精密検査と判定され紹介状が発行された受診者に追跡業務を行い、未受診者に対しては受診勧奨を行っている。しかし再検査と判定された受診者へのフォローアップは、次年度に再検査についての受診状況の確認、必要時受診勧奨するのみにとどまっていた。今回当施設では糖尿病発症予防を目的として、糖代謝3か月後再検査判定の受診者に対して健診後のフォローアップを開始したので、その結果を報告する。

【方法】2015年11月から、糖代謝3か月後再検査判定の受診者に対し、紹介状の郵送を開始した。対象は2015年11月から2016年10月までに人間ドックを受診し、糖代謝3か月後再検査判定だった受診者164名、比較対象として2014年11月から2015年10月までに人間ドックを受診した同条件の受診者194名の再検査受診率を比較検討した。

【結果】2014年と比較し、3か月後の受診率はやや上昇傾向となった。男女別の受診率を比較すると、女性の受診率が高い結果となった。また2015年の対象者のうち、3ヶ月後の医療機関「受診あり群」と「受診なし群」で、次年度人間ドック受診時の問診・判定結果を比較した結果、「受診あり群」は内服治療の開始や定期的な医療機関受診につながった割合が高かった。

【考察・まとめ】結果説明・保健指導、健康診断結果報告書の総合判定文章の中で、生活習慣改善の必要性を理解して頂き、取り組みの結果を確認するために受診を勧めていくことが、受診率上昇につながった。3ヶ月後再検査判定の受診者への紹介状発行は再検査の受診のきっかけとなり、経過観察や治療を開始するに至ったと考えられる。

介護施設と病院をつなぐ介護天気予報図活用の実際

○樋浦裕里、榎木野桃子、東海林 豊

東京さくら病院

【はじめに】地域包括ケアシステムを推進するには、医療と介護の連携が重要である。医療職が24時間常勤しない介護施設では、医療介入時期の判断や介入にあたって適切な医療情報の伝達が困難な場合が多く、医療と介護の双方を結びつける共通言語が必要である。今回、東海林が考案した健康状態をスケール化し、「晴れ」から「豪雨」の天気に見立てて健康を可視化した「介護天気予報図」WHELP（Weather of Health for Elderly Life in map：WHELP）（以下介護天気予報とする）の活用の現状を報告する。

【方法】①法人内の7施設を対象に介護天気予報の利用方法説明会を実施した。対象施設の内訳は特別養護老人ホーム5施設、有料老人ホームと介護老人保健施設は各1施設だった。②患者の異常を感じた場合、施設の介護職が介護天気予報を入力し、病院に1日1回定期的にメールした。入力項目は12項目、入力に迷う内容はつぶやき項目とした。③病院は報告された介護天気状況から緊急入院、電話による指示を行い対応した。

【考察】2017年5月から11月の6か月間で、健康上の異常を認め「晴れのち曇り」以上の報告があったのは256人、そのうち10.7%の24人が緊急で入院した。緊急入院した入居者の介護天気予報は「曇りのち雨」の2日間継続と、「大雨」の割合が高く、報告された項目は、38℃以上の熱発、食欲不振、血圧低下、脱水の順で多かった。

【まとめ】施設の介護職は24時間患者の傍にいるため、いつもと異なる些細な入居者の変化を発見できる存在である。変化を介護天気予報で点数化し、健康状態を可視化することで、介護職による異常の早期発見が促進されれば、短期間の入院治療で、再び施設での充実した生活に戻れる。「時々入院、ほぼ在宅」の実現に向けて、今後は法人以外の施設や在宅での活用が望まれる。

福祉住環境コーディネーターを中心とした療養環境の整備

○岸野健一、酒井淳子、渡邊好恵、加藤貴子、樋浦裕里

東京さくら病院

【はじめに】ケアミックス病院では、病棟毎に患者の入院期間や入院生活における活動内容が異なり、類似した病棟の構造であっても病棟毎に患者の過ごす空間が異なる場合が多い。今回、福祉住環境コーディネーターの資格を持つ介護職が中心となり、介護職が病棟毎に患者の療養生活の特徴にあわせた療養環境の整備を行い患者の立場に立った安全で安心できる空間の提供に向けた取り組みを実施したので報告する。

【方法】①病棟毎に介護職の療養環境担当を配置、②福祉住環境コーディネーターの資格を持つ介護職を中心に「療養環境計画書」を作成した。項目は、病棟の患者特性、目標とする環境、テーマ、計画立案日、装飾期間、計画内容、使用する材料と費用、装飾の実際の8項目とした。③療養環境計画書を担当者がコーディネーターの助言を受け立案し実施した。

【考察】福祉住環境コーディネーターの助言で対象患者の特性に合わせた環境整備と装飾を病棟毎の介護職が主体的に考え行動した。例えば、回復リハ病棟では、患者と共に装飾を作成する場を設定し、上肢の訓練、座位時間の延長、病室にこもりがちな患者の活動量の促進につなげた。病室で過ごすことの多い療養病棟ではベッドから見える位置に季節の飾りつけを行った。

【まとめ】急性期病院からケアミックス病院への早期の受け入れが加速するに伴い、患者の重症化によって、看護職が疾患管理への対応業務が増加し、患者の療養環境への配慮が手薄となる傾向がある。看護職に代わって介護職が患者特性を理解し安全を確保したうえで、季節を感じられる暮らしを提供することは、患者の安心な療養環境につながった。

退院支援に向けたカンファレンス方法の見直し

○石垣美紗希、内山裕美、渡部美智子、市橋富子、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】当病棟は一般病棟・地域包括ケア病棟の混合病棟である。入院患者の平均年齢は73.9歳（平成28年度）であり、退院支援が必要なケースが多い。個別性のある退院支援をするために多職種での退院カンファレンス（週1回）の前日に看護師のチームカンファレンスを行っているが、退院支援に関する情報の共有や確認に留まり、個別性のある退院支援につながっていない現状がある。そこで、病棟の退院支援リンクナースとして、カンファレンスで退院支援における具体的なテーマに沿った話し合いができれば、個別性のある退院支援につながると考えた。まず現状調査を行い、カンファレンスの進行表を作成し、活用した取り組みを報告する。

【方法】

1. 対象：病棟看護師7名
2. 期間：平成29年1月～3月
3. 調査内容：
 - 1) カンファレンスの現状調査
 - 2) カンファレンス方法の見直し・検討・導入
 - 3) 看護師へのアンケート調査「カンファレンス方法の変更について」

【結果】カンファレンスの現状として、カンファレンス方法がルール化されていないことが明らかになった。これを踏まえ、カンファレンス方法をルール化した。カンファレンス方法変更後のアンケート調査では、カンファレンス中にケアや指導を具体化できるようになった、チームで患者の今後の方向性や対応を情報共有・確認できるという結果が得られた。

【考察・まとめ】カンファレンス方法の見直しにより、事前にテーマを把握し情報収集した状態でカンファレンスに参加できるようになった。カンファレンスの機会を有効活用しようとする看護師の意識が変化し、個別的情報をもとにした看護計画が立案され、個別性を意識した退院支援につながった。

従来の生活を取り戻すために～トイレ誘導への取り組み～

○松橋かおり、高野典子、立花エミ子、越永守道

信愛病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟とは食事・排泄・更衣・移動・会話などの日常生活動作能力向上により、寝たきり防止と家庭復帰を目的とした訓練を集中的に行う病棟である。入院時にはオムツを使用していた患者が、訓練によりトイレ排泄に移行する過程においては様々な課題が出現する。

今回、尿便意が曖昧なオムツ使用中の患者3名を対象として、退院に向けてオムツからトイレでの排泄の獲得に取り組んだので報告をする。

【目的】

1. 失われた尿意便意を取り戻す為に、機能回復・筋力強化を目標として看護介護計画を立案し、これを実践していく。
2. オムツ内に排泄している状態から日中のトイレでの排泄を行う事が出来る。
3. 終日、オムツを使用する状態から日中リハビリパンツへ移行できる。

【方法】

1. 個々の排泄の問題点を把握するために「トイレ誘導確認表」を作成。
2. 確認表の修正を個別に行った。
3. 朝の訓練前に必ずトイレ誘導を行った。
4. トイレ誘導開始4週間は毎日確認表のチェックを行った。
5. 5週日以降は時間の経過を見る為に週に1回のチェックを行った。
6. 対象の変化を考察して動作の確立に努めた。

【結果】

1. 日中のみトイレに行く事で尿便意の意識付けが出来た。
2. 日中のみ、尿便意が分かるようになり前向きで意欲的になった。
3. 終日オムツ対応だったが日中のみリハビリパンツ対応になった。

【考察】今回の試みにとれない、患者からは「オムツを換えてください」から「トイレに行かせてください」など言動にも変化がみられ、より意欲的になった。またスタッフにおいても今まで以上にオムツを使用している患者に対するトイレでの排泄やトイレ誘導を開始するタイミングの意識を高める効果を認めた。

認知症予防プログラムに手話を用いた効果について

○中條千恵子

多摩リハビリテーション病院

【はじめに】認知症予防を目的に集団体操を行ってきたが、老人性難聴によるインプットの問題、認知レベルによる理解力の問題、反応スピードの差、集中力の差等、個人差によりプログラムの途中で諦めてしまう方や参加が困難な方も多々見られた。今回、対象者の全てが初めて行うプログラムとして「手話」を取り入れ（以下、手話プログラムとする）効果が示されたので報告する。

【対象】本研究に同意頂いた要支援1から要介護3で意思疎通が可能な利用者35名。平均年齢83.5歳。

【方法】手話プログラムを6カ月間実施、その前後比較としてMMSE-Jを用い、認知機能の判定を行った。統計学的解析はt検定を用い、 $p < 0.05$ を有意差とした。手話プログラムは一週間に一つ簡単な単語を覚えるから開始し、次に簡単な会話をし、また計算問題の答えを手話の数字で表す等を行った。数字に関しては、利き手で行った後、非利き手で行い、慣れてきたら両手で行った。

【結果】手話プログラム実施前後のMMSE-Jの平均得点と分散はそれぞれ、実施前が23.91(10.2)点、実施後が25.06(10.3)点と有意差が認められた。 $(p < 0.01)$ 得点に変化があった人数の割合は増加が57%、変わりなしが23%、減少が20%であった。

【考察および結論】今回、個々の教育歴および職歴等が関係せず行える手話を用い、認知症予防の効果が示された。手話の表現方法は、①利き手のみ使う、②両手を使う、③上肢全体を使うもの等があり、単語の意味が理解困難でも模倣にて両手指・上肢を動かす利点があり、手指や上肢を使用することにより、認知機能低下予防に一定の効果があつたと考える。

多職種協働のための新入職員対象一日他職種体験研修

○竹内美佐子

東京さくら病院

【はじめに】医療現場では多職種協働が推進されており、協働するためには各職種の専門性の相互理解が重要となる。しかし、専門職連携教育が行われているのは一部の医療総合大学であり、一般的とは言えない。そこで、他の職種の業務を体験することで、自他の専門性の強みと弱みを理解することを目的に、新入職員対象一日他職種体験研修を実施することとなった。

【方法】対象：4月に就職した33名の常勤職員
方法：事前に体験する職種の希望を募り、担当する職員と体験する職種を決めた。当日は一日担当者について業務を観察、記録し、終了後に独自に作成した質問紙調査を行った。倫理的配慮：質問紙調査に協力することは自由意志であり、体験研修の参加の有無に影響しないことを説明の上、紙面で承諾の回答を得た。

【結果】体験した職種の専門性が理解できたかの質問に、「理解できた」「まあまあ理解できた」の合計は91%、自他の専門性の強み弱みが「分かった」「まあまあ分かった」の合計は97%であった。自由記載には、体験した職種の専門性を今まで知らなかった事実に驚き、多職種協働上重要でありもっと他の職種も体験したいという記載が複数あった。その結果、目的が達成できたかの質問には「達成できた」「まあまあ達成できた」の合計が100%であった。

【考察・まとめ】多職種協働の基盤としての自他の専門性の理解に関して、他職種体験は有効であったと考えられる。今後、各職種の専門性を活かした多職種協働が行われるためには、新人だけでなく、更なる専門職連携教育を行う必要があると思われる。

病棟におけるチーム医療の分析 ～多職種間での連携の重要性～

○中上絵理、真宮直美、川北志乃

等潤病院

【はじめに】当院は高齢の入院患者が多く、退院直前に不安の出現や調整が必要な課題が発覚する事があり、多職種との連携の必要性を感じた。そこで自宅退院を目標とする患者・家族へ、多職種が連携し退院まで看護展開した経過を振り返り報告する。

【方法】事例研究：3事例

【結果】A氏は自宅退院を希望、家族は元のADLに戻らなければ施設入所を希望した。介護認定を受けておらず、社会資源の情報が少ない家族へ介護認定の説明・手続きを促した。リハビリ介入に伴い出現する症状は医師・薬剤師と薬剤調整の相談を行う。また病棟スタッフ間でカンファレンスを行い、リハビリ以外でも病棟内で離床を促した。退院調整の段階でMSW・ケアマネと共に社会資源を検討。家族からも自宅退院に対し意欲ある言葉が聞かれるようになった。家屋調査も行い、退院まで自宅を想定した援助を取り入れた。その結果、患者・家族共に不安の訴え無く退院を迎え、退院後も自立して過ごせるとの情報が得られた。

B氏は経済的な面から家族が自宅退院希望。CVの管理や吸引等新たに追加となった医療行為に対し退院指導を行った。退院後は訪問看護での手技の確認を依頼し、退院に対する不安の訴えは聞かれなかった。

C氏は介入を行ったが、途中で転院の方向となった。

【考察】看護師と多職種の連携により患者・家族が希望した自宅退院という最終目標を達成できた。また患者・家族の意向を尊重した目標設定・結果であり、意向に沿った介入ができたと思われる。

【結論】入院時から退院を見据えた情報収集、患者・家族の状況に合わせた目標設定を行い多職種と連携することで、患者・家族の不安無く退院を迎えられる結果が得られた。

認知症ケア向上への取り組み ～多職種チーム介入による実践報告～

○河野きよみ、生方経子、高橋元子

寿康会病院

【はじめに】認知症を治療する上で第一選択はケアである。苦痛が少なく、人として大切にしてもらえるケアは、認知症の人の尊厳保持につながる。今回、多職種による認知症ケアチームが介入し、看護実践により成果を得たのでここに報告する。

【方法】認知症ケアチームが介入し、多職種を交えてパーソンセンタードケアの5つの視点を枠組みとしてアセスメントし、ケアの方向性を共有し実践した。

【事例紹介】N氏 80歳 女性 うっ血性心不全冠動脈バイパス術 大動脈弁置換術 三尖弁輪形成術施行 リハビリ目的入院 要介護3 長谷川式スケール12点 前医では術後、不穏や夜間叫んだりする事があり起き上がり動作頻回にみられた為、身体拘束をしていた。オムツ使用だが日中はトイレで排尿していた。入院時は落ち着きなく車椅子自走をしていたり、夜間ベッド上で体動激しく、起き上がり動作みられ入眠せず歌を歌ったり、大声を出したり独語がみられていた。

【倫理的配慮】本事例の発表に際し、個人が特定されないよう患者ならびにスタッフの個人情報保護に配慮し、施設長の了承を得た。

【結果】認知症ケアチームが介入し看護実践したことでBPSDの緩和が得られ自宅退院に必要な支援ができた。

【考察】認知症患者へのケアには、認知症者の視点から背景に隠れた真意を探求し、「もてる力」に着眼しケアにつなぐ。多職種で情報共有し、認知症者が今何に困っているのかを見極め、不安を補うような丁寧な看護実践をすることで、BPSDを緩和することができると考える。

胸部 X 線画像における縦隔領域の障害陰影の評価

○大地直之、西田慈美、大西洋平、
渡邊真弓、金子栄一

河北総合病院

【はじめに】胸部 X 線撮影の際、障害陰影を除去して撮影する事は必須であるが状況により困難な場合に遭遇する。また当院の入院着ボタンは胸部 X 線撮影の際、認識されない材質の為、今回、複数の模擬病変を含めて胸部縦隔領域についての障害陰影の評価をしたので報告する。

【方法】

1. 胸部用アクリルファントムに模擬病変を装着して描出を評価。模擬病変は酸素カニューレ・アルミ・パラフィン・白衣ボタン・入院着ボタンとした。
2. 模擬病変と生理食塩水の CT 値を測定。
3. ボランティアの胸部に入院着ボタンを装着して縦隔領域を CAD で評価。
4. 臨床胸部 X 線画像の縦隔領域を ROC 曲線で視覚評価。

【結果】

1. 均一な胸部用アクリルファントム上では模擬病変すべて認識できた。
2. CT 値は酸素カニューレ 161.1HU・アルミ 1090.3HU・パラフィン -122.1HU・白衣ボタン 245.4HU・入院着ボタン -20.3HU・生理食塩水 18.8HU であり、入院着ボタンは - の CT 値を示した。
3. CAD で認識されなかった。
4. 胸部縦隔の Area Under the ROC Curve は $AUC = 0.508$ で入院着ボタンは認識が出来なかった。

【考察】当院の入院着ボタンは胸部 X 線撮影に認識されない材質の為、プライバシーの保護が困難な時や緊急性がある場合など、無理にボタンを外す必要性は低く、ボタンを装着したまま撮影しても診断上、支障がないことが確認された。

当院における冠動脈 + 下肢動脈撮影の取り組み

○上原 将、小谷野匡章、半田和也

等潤病院

【はじめに】当院では冠動脈+下肢動脈撮影が依頼される。CT 装置は東芝メディカルシステムズ社製 320 列 CT「Aquilion ONE Global Standard」を使用していたが、2016 年 9 月より後継機である「Aquilion ONE GENESIS Edition」を導入した。それにより新たに追加されたアプリケーションを用いた冠動脈+下肢動脈撮影方法の利点について報告する。

【方法】冠動脈と下肢動脈の造影量は本来違い、下肢動脈に使用する造影量で冠動脈を撮影すると造影量が多いため心室に造影剤が残り、高い造影効果により冠動脈解析の邪魔になることがある。逆に冠動脈の造影量で下肢動脈を撮影すると造影量が少なく撮影タイミングを外す可能性がある。

その点を踏まえ、当院では造影剤ワンショットで冠動脈と下肢動脈一連で撮影を施行するための工夫として冠動脈の造影量より、注入時間+1~2秒、注入速度も上げて造影剤量を多少増やすことで下肢動脈撮影時の造影効果が保たれるようにした。また台形クロス注入（造影剤+生食）を用い、心室の造影効果を抑えた。その為、生食後押しであれば描出できなかった範囲もグラデーション様ではあるが造影効果の描出がなされていた。今回、追加されたアプリケーションの1つである逐次近似再構成技術（FIRST）を再構成に採用し、画質においてどう活かされたかを比較・検討する。

【結果】再構成にて FIRST を用いることで画質が向上し 3D 解析の際、冠動脈・下肢動脈の末梢血管がより描出可能となった。

【考察・まとめ】今回の結果から FIRST を用いることで画質向上および末梢血管の CT 値立ち上げが期待できる。そのため従来の AIDR3D 程度の画質を担保するだけであれば今より撮影線量を減らし患者の被ばく低減にも期待できると考えられる。

Ai（死亡時画像診断）の初期経験における一考察

○柏倉賢一、清水賢均、奥山湧斗、
岩崎智史

野村病院

【はじめに】Aiとは一般撮影、CT、MRIなどの画像診断装置を用いて遺体を検査し、体表から分からない死因、器質的異常所見を確認することで死因究明などに役立つ検査手法である。欧米諸国と比べCT保有台数が圧倒的に多いため、日本では一般的にCTを用いて、頭頂部～下肢まで撮影が行われることが多い。Aiの対象となるものは、①院内で死亡した患者、②来院時心肺停止で運ばれすぐに死亡確認がされた患者、③診療関連死が疑われる患者、④警察が介入したケース、などが挙げられる。医療界では、Ai学会にリードされるような形で日本医師会（H19年）、日本放射線技師会（H20年）などが検討会を立ちあげた。そしてH29年に日本放射線技師会からAiにおける診療放射線技師の役割—Ai検査ガイドライン—が発行されたが、未だ確立していないのが実情である。しかし社会に目を向けるとAiは死因究明だけでなく、小児医療の向上、児童虐待の防止、犯罪の見逃し防止、被災者の身元確認など様々な社会的課題にも有効な対策として考えられる。そこで今回、当院でも数回Aiを経験したので報告する。

【目的】Ai時、診療放射線技師の役割について様々な視点から検討した。

【方法】過去3年分のCT画像と依頼内容と読影レポートを隈なく調べ、Aiの件数を把握した。

【結果】4名の患者が該当した。カルテと照合し、検査日時、時間、入院外来、などを調べると3名が診療時間外の患者であった。そして対象①の入院患者が1名のみであり、対象②が3名であった。

【まとめ】診療時間内撮影時の対応、感染のリスク、患者家族の意向、患者では無く故人への配慮など、様々な課題や問題点が明らかとなり今度のAiに役立てていきたい。

造影剤を使用したCT検査のマニュアル整備と協力体制の構築

○飯沼美和子

等潤病院

【はじめに】昨年度より当院では放射線科に看護師を従事させている。そこで看護師の視点で他部署との連携が取れるようにマニュアルの改正を行った。

他部署との統一を図るため1年前に『造影CTの看護』のマニュアルを改正した。勉強会を開催したが統一できないところがあるため、マニュアルを読み合わせるだけにとどまらず印象に残る勉強会を作り出し、根拠と合わせてマニュアルの共通認識を深められたことを報告する。

【方法】・検査に立ち会うスタッフへ勉強会を計画（主に外来スタッフ）

・1回につき20分程度。直接的な質疑応答（ディスカッション含む）

・イメージが付きやすいようにパネルの用意終了後アンケートの実施。4段階定量評価を用い理解度・役立ち度・満足度3以上とし、自由記載の質問疑問は書面にて後日回答。放射線科では勉強会後の評価を実施。

【結果】4段階定量評価の結果は〈理解度〉理解できた、〈役立ち度〉役に立った。

学習会に対するアンケート結果と実際のCT室での各チェック項目では学習内容が反映された結果となった。

自由記載から業務改善への新たな課題が挙げられた。

【考察】共通認識をもって質の高い知識、手技を実施していただくことは結果として現れ勉強会に対する評価はよかったと考える。またそれらは検査自体を滞りなくすすめ、確実に検査画像にあらわれてくると考える。今後の課題から現場力向上にむけ最先端の医療機器の中から暖かい看護と急変に対応できる実践力を提供していけるよう取り組んでいく必要がある。

トリアージ評価ポケットカード導入によるトリアージ適正率向上

○手塚健斗 1)、田中桃子 1)、
萬屋久美子 1)、伊東美緒 2)

1) 豊島病院、2) 東京都健康長寿医療センター

【目的】 トリアージ評価ポケットカード（以下、カード）を用い、教育の統一と評価基準の標準化を図りトリアージの適正率が向上するかを明らかにする。

【研究方法】

<対象者> 救急外来業務に勤務する看護師 25 名
<方法>

- ① 500 件のトリアージ事後検証を実施し、不適切トリアージの多い症例、主訴からカード作成。
- ② カードを使用したトリアージ学習会の実施
- ③ トリアージ評価基準を可視化したカードを移動式ノート PC 上に設置し、トリアージを実施
- ④ カード導入前後のトリアージ評価基準の認知度・理解度アンケート調査
- ⑤ カード導入後のトリアージ適正率の調査

【結果】 救急外来受診患者の 500 件のトリアージ事後検証を行った結果、不適切トリアージの判定が「SIRS」、「SpO₂ 値」、「Pain Scale」の 3 項目で多かった。この 3 項目に対し学習会の実施とトリアージ評価基準を可視化したカードをパソコン上に設置し、トリアージを実施した。

3 項目の評価基準における認知度・理解度アンケート調査の結果は、カード導入後に 3 項目とも高まっていた。

学習会・カード導入前後の救急外来受診患者のトリアージ適正・不適正判定の結果の比較は、導入前が適正：364 件（72.8%）、導入後：436 件（87.2%）であり、Wilcoxon の符号付順位検定において、トリアージ適正率が有意（ $P \leq 0.01$ ）に高まった。

【考察、まとめ】 救急外来受診患者のトリアージについて、カードを使用した学習会による教育の統一と可視化したカードを設置することは、トリアージ評価の標準化に繋がり、トリアージ適正率が改善することが示唆された。

超音波検査を行う助産師の技術習得に向けた学習プログラムの作成

○齋藤咲希、小松加菜恵、三輪絵理、
佐々木志帆

豊島病院

【はじめに】 当院は H28 年 11 月より助産師外来を再開したが、不安を感じている職員は 9 割以上おり、中でも超音波に関する不安が最も多く聞かれた。この不安の軽減とスキルアップを目的とし、学習プログラムを作成した。秋元らは助産師の超音波学習のニーズについて「基礎知識」「操作方法」「画像診断」をあげ、これを元に作成にあたった。学習プログラム実施前後で知識面・情意面への成果が認められたため報告する。

【方法】

対象：これから助産師外来を実施する 4 名。
調査方法：

- ① 学習プログラムに沿って勉強会を実施した。実施前後で、超音波基本操作、必要な観察ポイント、計測方法と評価等の知識や理解に関する項目と、不安度や期待度の情意面に関する項目について調査した。
- ② アンケートは 5 段階で評価し、実施前後の平均値から比較した。

【考察】 実施前後のアンケート結果では、すべての項目で評価が 2 ポイント以上上昇した。この結果から、学習プログラムを作成し実施したことは、知識・理解度の向上に繋がったと考える。また、「超音波画像から各項目の計測方法がわかる」が 3 ポイントと最も上昇したことから、講義の学習方法に加えて、実際の超音波操作を見ながら画像の抽出方法、計測方法まで見学したことで、知識と実際の技術が繋がり、理解度の向上に繋がったのではないかと考える。情意面も、実施前後で不安度に変化がみられ、不安軽減や抵抗感の軽減に繋がった。

【まとめ】 超音波技術習得に向けて学習プログラムを作成し実施したことによって、知識面・情意面ともに向上し、学習の成果が認められた。また、情意面に関しても 2 ポイント上昇したことから、超音波学習プログラムは有効であった。

公社病院での医療関連機器圧迫創傷対策の標準化に向けた取り組み

○小西京子 1)、小澤聖二 2)、
上田恭三子 3)、熊谷 恵 4)

1) 東部地域病院、2) 多摩南部地域病院、
3) 荏原病院、4) 大久保病院

【はじめに】2013年日本褥瘡学会実態調査で、急性期病院の医療関連機器圧迫創傷（以下MDRPU）は10－20%であった。2015年公社病院の褥瘡発生率は0.99%、そのうちの約30%がMDRPUであった。公社病院皮膚・排泄ケア認定看護師分野会では、自重関連褥瘡と共に発生予防に取り組む課題と考え、MDRPUマニュアルを作成し各病院に配布した。MDRPUの周知と、マニュアルが活用され、今後の課題を見出すことを目的とした。

【方法】公社病院でのMDRPU発生状況を集計し、発生件数の多い8種類の医療機器を抽出しマニュアルを作成、2016年7月に各病院に配布し、周知を行った。2016年11月、病棟看護師を対象に、周知度と活用度について配票調査法を実施した。

【結果】アンケート回収率は87%で、「MDRPUを知っている」は64%、「褥瘡とMDRPUの違いがわかる」は59%であった。「公社病院共通のMDRPUマニュアルがあることを知っている」は27%、「創傷発生時にマニュアルを確認している」は47%、「マニュアル以外の医療機器でMDRPUはあったか」は2.0%であった。

【考察】マニュアル作成では発生件数の多い医療機器を抽出することで、予防ケアに必要なマニュアルが作成できた。しかし、MDRPUの周知度が約60%で、マニュアルを活用できていないという結果は、周知を図るための活動が不足していたと考える。

今後、MDRPUが周知されることで発生率が高まることが予測される。啓発活動と合わせMDRPUの予防ケアが実践できるように、作成したマニュアルを用いた教育を行う必要がある。

【まとめ】公社病院でのMDRPU予防ケアの標準化に至らなかった。作成したマニュアルを教育に活かし、さらなる啓発活動が必要であることを見出すことができた。

PNS 推進チームの活動と今後の課題

○水野泰治、祓川純子、佐藤千明、
大澤秀一

平成立石病院

【はじめに】当院では、平成26年度より段階的にパートナーシップナーシングシステム（以下PNS）の導入を開始した。PNS定着のためには、定期的な監査やPNSマインドの醸成が必要であり、組織として継続的な働きかけを行うために平成28年度よりPNS推進チームを立ち上げた。チームとしての活動内容と今後の課題について報告する。

【方法】各部署より、PNS推進チームメンバーを選出、月1回の会議を行った。チームの活動内容として、毎月PNS監査を実施、その結果を当該部署にフィードバックした。また、定期的なスタッフアンケートの実施やPNSマインドの醸成の為に、年2回のグループワークを計画した。

【結果】PNS推進メンバーによる監査を実施した事で、ペアでの行動や日常業務内でコミュニケーション不足が判明した。それに対し、ペアの関わり方についての動画を作成し、グループワークを行った。グループワーク直後は、スタッフの意識が高まりマインドの向上やコミュニケーションが図れている印象を受けたが、半年後の監査では期待される結果は得られなかった。PNS導入から3年経過していた為、アンケート内容を見直し、定着期に合ったものに変更した。

【考察】監査を行う事で問題点の抽出や、改善に向けての対策が実施でき、監査は有用であった。今後は問題点に対するグループワークの回数を増やし、評価していく必要がある。アンケートについては今後継続した評価を行い、PNS推進チームの活動内容に反映していく事が課題である。

enjoy&interesting な感染対策研修

○跡部睦子

南多摩病院

【はじめに】当院は断らない医療を実践し様々な疾患や感染症に罹患している患者の受け入れを積極的に行っている。現場で対応する看護師に対して感染対策教育を行うことが必要不可欠となるが、これまでは看護技術研修の一環とされており、感染対策研修は行われていなかった。このような現状を踏まえて今年度からラダー別感染対策研修を開始した。研修参加者が自ら楽しみ、興味を持つ研修をテーマとして掲げ、且つ臨床での感染予防策実施に繋がることを目的とした教育手法を検討、実践したので報告する。

【方法】ラダーⅠの看護師に対して双六ゲームを用いて感染予防策研修を行った。研修対象者が2チームに分かれて研修会場全体を双六ゲーム盤に見立て、感染予防策に対する問題を解きながら実際に賽子を振り、駒を進めていく。感染予防策の問題は個人防護具取り扱いの実技、感染経路別予防策についての基礎的な問題に加えて、実際に現場で遭遇する可能性が高い状況設定問題を用意した。

【考察】机上での講義形式の研修ではなく、研修参加者が身体を動かし、チームで考えて答えや意見を話し合うことで受け身ではない研修が行えた。また答えを出すだけでなく更に答えが導き出された根拠も話し合うことにより、感染予防策への関心と興味を惹き出せたと考える。

【まとめ】研修を楽しみ、興味を持って参加してもらうには、参加者達を理解することが重要と再認識した。理解とは、研修テーマに関する参加者達の知識レベルは勿論、普段どのように業務を行い、臨床で直面している問題点は何か推測することも含まれる。

I-SBAR-C 導入に向けた取り組み
～事例トレーニングの評価～

○伊藤澄江、井上理美、看護部主任会、鈴木知子、小谷和枝、二宮宣文

南町田病院

【初めに】看護師にとって、医師へ患者の状態報告をする場面は多く、報告を正確に行うことが医療安全上重要である。しかし、医師より「看護師の報告が曖昧で内容が伝わってこない」と指摘を受けたことがあり、報告によるリスクを避けるために今回、報告ツールであるI-SBAR-Cの事例用紙を用いた患者の状態報告トレーニングに取り組み成果が得られたので報告する。

【方法】

1. 対象：病棟、外来、OPE室の看護師 120名
2. 期間：平成29年4月～10月
3. 内容：① I-SBAR-Cについての学習会開催
② 認知度・報告に関するアンケート調査
③ 各部署の特性に合わせた2事例を作成し用紙によるI-SBAR-C報告トレーニング
④ 評価表を作成しトレーニング前後で主任による他者評価

【結果】トレーニング前後の評価は、Sの「できる」が44%から76%。Aの「できる」が27%から67%に上昇した。

【考察】SとA項目のできる割合が上昇したことは、曖昧な報告の減少につながると思われる。今回のトレーニングを経験年数別に評価してみると1～3年目は他者評価で大きな変化はみられず、まだI-SBAR-Cが身につけていないと考えられるが意識づけにはなった。復唱確認が疎かになることは指示間違いのリスクが増すことにつながるが、普段リーダー業務に就いている10年以上の看護師でC項目の評価が下がっていた。このことは慣れが出てきており評価の低下になったと考える。

【まとめ】患者への適切な指示が受けられるような報告ができる実践力を上げるため、今後も継続的にトレーニングを行っていく。

ケアミックス病院における新人介護職の育成

○酒井淳子、岸野健一、長谷川いずみ、
樋浦裕里

東京さくら病院

【はじめに】一般病棟、緩和ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟を有するケアミックス病院では、病棟毎に特徴があり幅広い患者層を対象とする為、介護職育成に苦慮していた。今回、新人介護職を療養病棟で一定期間集中し育成し、その後、他病棟でインターンシップを実施した。学んだ基本技術を多様な患者へ応用する必要性を知り、組織の中での介護職について考える機会となったので報告する。

【方法】①新人介護職5名を4月から8月の5か月間、療養病棟で基本技術・知識を習得する目的で配置した。②育成に対応可能な介護職を予め療養病棟に配置した。③新人毎に教育担当を決め、個人の習得状況の把握と支援をした。④担当以外が支援し易いように新人の技術習得状況を共有した。⑤配属外の病棟へ1か月インターンシップを実施した。受け入れ病棟の介護職は新人介護職に病棟の特性を踏まえたケア方法について伝えられるよう予め準備した。⑥移動、移乗介助は回りハ病棟で習得した。⑦介護職の役割をKJ法で振り返りを行った。⑧10月に配属を決定した。

【考察】6か月間の研修まとめとして「介護に求められるもの」をKJ法で検討し「信頼される対応」「個別性に合わせたケア提供」「個別ケア提供の為に技術と知識の習得」「尊厳あるケア提供」「多職種連携」「全人的ケア提供」があげられ、多様な患者の個々に対して日々の変化に合わせてケアする必要性を理解しており、研修の効果と思われた。また、新人介護職の受け入れに際し、各病棟介護職が自らの病棟の役割を再確認したことは意味があった。

【まとめ】2025年に向け益々多様な高齢者の介護需要が高まると予測され、引き続きケアミックス病院の特性を活かし介護職の育成支援を継続していきたい。

急性期病院における看護補助者との協働についての検討

○高橋良平、渡邊孝枝、佐藤桂子

豊島病院

【はじめに】平成28年度当院では、看護補助者活用推進のための看護管理者研修テキスト（平成25年3月日本看護協会）に基づき看護補助者育成マニュアルを作成した。しかし、周知不足から、部署により看護補助者（以下ナースエイド）の業務範囲や協働体制が異なっていた。ナースエイドのOJTは各看護師長に任されており、看護師長の意識の変容と、協働や補完体制の取れる職場作りを目指し、意見交換会を実施した。

【方法】

対象：看護師長全員

方法：自由方式 プレーンストーミング、カテゴリー分類、分析、改善策

【考察】意見交換内容は8つのカテゴリーに分類できた。認識が大きく異なっていたものは、医療機器装着患者のケア内容であり、ナースエイドのレディネス評価も曖昧であった。安全なケアを提供するためには、看護師が指導者として教育していくことが不可欠であり、レディネス評価には、知識・技術の習得度の明確な査定基準を増やしていく必要がある。また、ナースエイドへの業務委譲には、依頼責任と実施責任が生じる。このことから、安全で適切なケアを提供するためには、看護師の適切な判断と看護師の教育への関わりを持った確かな知識・技術の提供と的確な評価とともに協働の心を育てていくことが重要と考える。

【まとめ】意見交換会により、看護師長の意識は以下の3点にまとめられた。

1 育成体制を見直し、看護師が直接指導に当たること、協働する気持ちを双方で育むことが出来る。

2 看護師の関わりが増えることで、互いの業務を理解し、認め合うことが出来る。

3 看護師が適切な評価を行うことで、効果的なOJTにつなげ、スキルアップすることができる。

看護師長による離職防止マネジメント調査報告

○佐々木淳子、梅田ルミ、小宮山博之、
関 貴和

豊島病院

【はじめに】看護師長にとって、職員の離職防止は重要な課題となっている。嶋田によれば離職防止には直属上司の離職防止マネジメントとして「期待されていることを実感させること」や「仕事に対して達成感や目標を見出すこと」や「メンタルケア」などが重要であると言われている。

現在看護師長が行っている離職防止マネジメントを調査したため報告する。

【方法】

1. 対象：当院看護師長 15 名
2. アンケート：「離職マネジメントチェックシート」を一部改編したものを使用し、質問項目は 4 段階の定量評価と自由記載とした
3. アンケート内容：質問項目を「業務改善と問題解決」「目標管理」「承認」「コミュニケーション」「メンタルヘルス」の 5 つのカテゴリーとした

【考察】アンケートの結果から実践できていると思う上位項目は「業務改善と問題解決」「目標管理」「承認」であり、下位項目は「コミュニケーション」「メンタルヘルス」であった。実際に取り組んでいる内容として、超過勤務や公平な勤務表の作成、個人目標と病棟目標をリンクさせる、職場の雰囲気作りなど、意識して取り組んでいることが上位項目の裏付けとなっていた。

【まとめ】

1. アンケートを実施したことで、離職防止におけるマネジメントの傾向が明らかになった。
2. 各々の看護師長が工夫をしながら職員の離職防止に取り組んでいることが明らかになった。
3. 「離職を恐れることなく指導が必要なスタッフに対し、妥協せず対応」の項目が苦手と感じていることが明らかになった。
4. 今後、アンケートの結果を離職防止マネジメントに活かし離職率を低下させていく必要がある。

当院における常勤看護師の離職率と課題

○高嶋則子

岩井整形外科内科病院

【はじめに】2025 年は少子・高齢化に伴い、看護師不足の対策が必要と言われている。当院は脊椎内視鏡手術に特化した 56 床の病院であり、危機感を感じざるを得ない。2011 年に入院基本料の 7 対 1 を取得後、看護師数は 65 名（非常勤 10 名含）で推移している。そこで、過去 8 年間の常勤看護師の離職率と理由について分析した。その結果から得られた課題について報告する。

【方法】

1. 対象：2009 年度から 2016 年度に退職した常勤看護師 62 名
2. 日本看護協会が出している「看護師の離職率と理由」と比較

【考察】日本看護協会の報告との比較を見ると、全体の離職率は 10.9%。設置主体別の医療法人の離職率は約 13.5% に対し、7%～29.4% と年度にバラツキがあった。また離職理由の上位は、結婚・妊娠・出産・子育てについては同様であった。当院では次に多い理由は、やりたい看護と違う・こんなに忙しいとは思わなかった・居場所がないなど、自分のイメージとの違いとメンタル面で半年未満に退職をする看護師が多いことであった。これらは看護協会の報告による、勤務負担や責任の重さ・自分の健康に関する理由と類似していると考えられた。

【まとめ】当院の離職者の 75% が 20～30 代である。結婚・子育てなどの離職理由は、夜勤・超過勤務ができない。日・祭日は休みたい等であり、フル条件で勤務する看護師の負担を考慮し、勤務形態と給与体系の検討、また、面接時に看護力も含めた人材を見極めるツールの検討などが課題である。

当院における受療者の特徴について (来院状況の把握)

○佐藤 謙

榊原記念病院

【はじめに】医療機関のマーケティングにおいて、理論的・実践的に多くの蓄積があるとは言えない。なかでも、日本は国民皆保険・フリーアクセスであるが、医療法による広告規制、診療報酬制度の公定価格、医療政策、他医療機関、情報の非対称性も生じ、マーケティングの有効性が他業界に比べ弱いと思われるが、受療者に選ばれる医療機関として集患活動が欠かせない。心臓病・高血圧・血管病・心臓リハビリテーション等を専門とする当院は、診療機能を見直す Turning Point として、移転、他院開設、医療法・診療報酬改定等の改正、産科開設、DPC 対象病院への参加を経てきている。そこで、Turning Point と受療者の来院変化を把握し、今後の医療連携の拡充や機能拡大・縮小を検討するための参考資料として活用することを目的とする。

【方法】直近の傾向を把握するため、2011年より2年毎の外来受診者および退院受療者の居住情報を HIS (Hospital Information System) より抽出して集計・分析した。

【結果】診療機能を見直す Turning Point を経てきているが、「全体:受療者微増傾向(あまり影響受けず)」「外来受療者:隣接市・近隣市より流入傾向」「退院受療者:近隣市・他県より流入傾向」「産科:隣接市・東京23区より流入傾向」であることがわかった。

【考察・まとめ】当院の受療者の来院状況に対し、環境変化のなかでも「大型医療機関の開設(外来受療者)」が少なからず影響を受けていることがわかった。今後、病床機能制度を含め、「地域および全国の心臓疾患に対する最後の砦」「心臓だけではなく脳卒中の循環器診療に対する奥深さ・幅の追求」へ裏付けにつながることを示唆できた。

有料個室利用率向上にむけた活動報告

○武下美佐代、竹重まゆみ、大原裕子

豊島病院

【はじめに】当院の平成26年度有料個室利用率は45.9%であった。PTを立ち上げ平成27年度は54.5%で10%向上したが、平成28年度には53.1%と低迷した。そこで平成29年度病院経営戦略『有料個室利用率60%以上』を目的とし、状況把握と分析を行ったので報告する

【方法】

1. 管理看護師長の病床管理に対する意識調査
2. 有料個室の利用状況と分析

【考察】

1. 管理看護師長の有料個室を利用しようとする意識は、8月が62.5%、11月が85.7%と向上している。
2. 1) 病棟の有料個室数が2～6部屋と差があるため、利用率と比例しない。
2) 有料個室を『治療上』で利用しているケースは①大部屋満床、②感染症のための隔離、③その他で、最も多かった理由は「大部屋満床のため」であった。

『治療上』利用を収益に換算すると約1000万超えとなるため、『治療上』利用が適正であったか見極める必要がある。

- 3) 個室の利用率は、『有料』での利用が月平均53.7%(4～10月)、『治療上』での利用が月平均3.9%(4～10月)で、個室の利用がされていない。
- 4) 夜間における緊急入院の有料個室利用率が昨年の月平均6.3%(4～10月)、今年の月平均7.8%(4～10月)で上昇している。管理看護師長が医師に有料個室の空床状況を伝えていることと、救急診療委員会で視覚的に医師に結果を報告したことが理由として考えられる。

【まとめ】

1. 看護師長の意識だけでは限界があり、「有料個室利用の手引き」をスタッフに周知し意識改革が必要。
2. 夜間の利用率は僅かに向上している。次は予定入院の有料利用率の底上げが必要。
3. 医師、医事課を含めたPTを立ち上げ、病院全体で取り組むことが望ましい。

一般病棟における薬剤総合評価調整加算の現状と考察

○前田耕平 1)2)、川添 潤 1)3)、林 千春 1)、坂井安希子 1)、高橋梨絵 1)、舟橋正裕 1)、齋藤弥生 1)、中野恵理子 2)、小泉和雄 1)、佐々木忠徳 2)3)

1) いずみ記念病院、2) 昭和大学薬学部病院薬剤学、3) 昭和大学病院薬局

【はじめに】平成 28 年度の診療報酬改定より、高齢者の多剤併用問題を解決するため、薬剤総合評価調整加算が新設された。今回、当院における薬剤総合評価調整加算の現状について若干の考察をしたので報告する。

【方法】2016 年および 2017 年の 8 月 19 日～10 月 18 日の両期間において一般病棟に入院した患者のうち、入院前に少なくとも 4 週間以上、6 種類以上の内服薬を継続して内服していた患者 98 例(2016 年 48 例、2017 年 50 例)を対象として、年齢、主病名、診療科、入院期間、他院受診の有無、持参薬数、減薬した薬剤、ADL に関するスコア (BI、FIM)、認知症に関するスコア (HDS-R、MMSE)、介護認定の有無などについてカルテを用いて後方視的に調査を行なった。

【結果】期間内に入院した患者 98 例のうち、薬剤総合評価調整加算の対象症例は 24 例(24.5%)であった。算定対象症例において、最も多く減薬されたのは鎮痛薬(16%)であり、減薬した理由として症状なしが 54%と最も多かった。また、算定対象症例の背景に関して検討したところ、非算定症例と比較して、入院時に持参した薬剤数が有意に多かった。

【考察・まとめ】算定対象症例は非算定例と比較し、有意に持参薬数が多かった。そのため、多く内服薬を持参した症例に対して積極的に介入し、減薬を試みる余地があると思われる。また、患者の内服薬のみではなく ADL やその他患者背景など、社会的側面を含めて評価し、広く減薬の検討を行なっていく必要が考えられる。このため、患者背景をさらに検討し、加算が獲得しやすい要因などについて考察していきたい。今後病院薬剤師は時代を見つめつつ、さらに他の職種と連携を取り、合理的に治療へ介入していくことが重要である。

外来会計待ち時間減少への取り組み

○小川美穂、杉浦里歩、金澤尚哉、山本妙子、福田慎太郎、根岸卓也、二宮宣文

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、内科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、他 19 科の診療を行っている。外来患者数は 1 日約 300～400 人。受付・会計は総合窓口ですべて行っておりピーク時には患者が集中し時間が掛かっている印象があった。さらに当院ではご意見箱を設置しており、その中でも会計待ち時間が長いとの意見を多く頂いていた。そこで、会計待ち時間減少へ対策を実施し改善が図れた為報告する。

【対策・方法】

1. レジシステムの導入
2. 患者導線・ご案内の明確化
3. 入退院窓口の開設
4. 受付業務の見直し・業務の明確化

を対策として実施した。平成 27 年から平成 29 年の間での待ち時間に関するご意見数、昨年と現在の会計までの待ち時間を調査し、比較した。

【結果】

1. POS を導入することにより、数字を手入力する時間が省けた。
2. 案内板を設置することにより、窓口が分かりやすくなった。
3. 入院会計窓口を新たに開設する事により、外来と入院の会計を行う場所が分かれ、会計にかかる時間が減少した。
4. 業務内容を整理し分担することにより、作業効率が良くなった。

対策後は流れがスムーズになったことにより、会計待ち時間に関するご意見数は、平成 27 年 10 件、平成 28 年 7 件、平成 29 年現在 0 件と大幅に減少した。また待ち時間に関しても計測したところ、改善がみられた。

【考察・まとめ】現状の分析をし、必要最低限のシステム導入や業務を工夫することで、改善されることが出来た。また、会計だけではなく受付業務等にも良い影響が出て、全体的な流れが良くなり、受付に対するご意見が大幅に減った。患者の声を謙虚に受け止め具体的な対策をとって実行することが何よりも重要と考えた。

レディースドックの件数増加への取り組み

○山口美沙紀、武居育代、川端亜衣、
坂井隆幸

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】産婦人科に力を入れている当院は、昨年病棟を改装し、レディース病棟を新設した。しかし、稼働率があまり上がらず対策のひとつとして、病棟の空室を控え室として利用する人間ドックを増やす案が出た。特に女性を中心とした利用者を増やしたいと考え、その取り組みを報告する。

【方法】事前に当院女性職員に対し、アンケートを行った。その集計結果を基に新たなレディースコースの設定、若い女性でも気軽に受けてもらえるような料金設定を会議にて検討する。

【結果】①当院のレディースコースの料金について高いと思う人が69%。②レディースコースがいくらなら受けたいと思うかは、5万円以下31%、3万円以下26%、4万円以下19%。③当院のレディースコースに入っている検査項目は、乳腺超音波38%、腹部または頸膈超音波21%。④当院の人間ドックのオプションとしてあれば良いと思う検査は、乳房MRI19%、乳腺超音波18%。⑤「このコースの内容なら受けてみたい」と思うものは、「問診・子宮ガン検診・腹部と乳腺超音波・マンモグラフィー・腫瘍マーカー」で33%。⑥人間ドックに関する質問や要望の記入については、ランチ・軽食を付けて欲しいという意見が一番多かった。

【考察】当院のレディースコースの料金は高く、若年層は受けづらく感じているようだ。乳腺・乳房への検査の関心が高く、コースやオプションへの追加の希望が多い。婦人科系に特化した内容のレディースコースを組み合わせることが必要と感じる。ランチ・軽食のサービス面への希望も多く検討する。

榊原記念クリニックにおける遠隔モニタリングについて

○玉舎郁美、高橋友美、天羽美貴

榊原記念クリニック
(榊原記念病院)

【はじめに】遠隔モニタリングシステムとは、ペースメーカ、植込み型除細動器、植込み型ループレコーダーなどのデータを電話回線や無線を通じて、自宅などから担当医や医療スタッフ等に送ることが出来るシステムである。榊原記念クリニックでは2010年からこのシステムを導入し、各セクションが連携して作業に取り組んでいる。

【方法】今回我々は、各セクション（医師、看護師、検査技師、事務職員）における遠隔モニタリング外来の作業内容や医業収入について、従来の対面によるペースメーカ外来と比較検討した。さらにMedtronic社のペースメーカや植込み型除細動器が挿入され、遠隔モニタリングシステムを実施している59名の患者にアンケート調査を行い、遠隔モニタリングシステムに対する有用点や問題点を探り、遠隔モニタリングシステムの現状について検討した。

【結果】当クリニックでは遠隔モニタリング外来の件数は経年的に増加し、2016年度では年間800件を超えていた。各セクションの業務については、遠隔モニタリング外来は対面外来より看護師や検査技師の業務の負担がより大であった。また、医業収入の面では患者一人当たりで換算すると減となっていた。患者アンケートでは、満足度は概ね良好であったが、いくつかの問題点が指摘され、これらの問題点はすべて機器の操作に関わることであった。

【考察・まとめ】遠隔モニタリングにより入院や不定期の外来受診を未然に防ぐ効果、医療費削減に寄与する可能性が期待されており、当クリニックでも件数は増加傾向である。しかし、一方でモニタリング機器の性能や医業収入減、業務負担の増加などが今後の問題点と考えられた。

医師事務作業補助者の業務報告と新たな試み

○吉田里恵、水町 幸、根岸卓也、
二宮宣文

南町田病院

【はじめに】当院は、222床を有し現在13名の医師事務作業補助者で、外来担当・病棟担当に分かれ業務を分担している。外来担当については、診断書等の文書作成のほか、約600件/月の検査説明、各種検診のオーダー代行から結果票の作成、及び診察前の患者基本情報（主訴や既往歴、常用薬）の確認とカルテ代行入力を行っている。

今回、病棟担当で行っている入院診療計画書について各部門と連携をとり、作成補助をすることで医師の事務作業軽減に結びついたため報告する。

【方法】各部署内で話し合いを重ね、入院診療計画書の作成期限を決めた。入院リストを出力し、当日8時30分～12時の入院は15時まで、12時～翌朝8時30分の入院については翌日10時まで作成することとした。土日分の入院リストは翌週月曜日に出力する。医師が入力する医師名、症状、検査内容及び手術日程などの項目を医師事務がカルテを参照し代行入力する。入力後、出力したリストは各病棟へ配布する。看護師、リハビリ、栄養科それぞれの部署が入院診療計画書に必要な事項を入力している。各病棟の看護師長が入院リストを参照し、確認後印刷する。

【考察・まとめ】月平均350件の入院診療計画書を医師事務が代行入力する事により、医師の事務作業の負担軽減に繋がった。また、各病棟では配布された入院リストを参照し、入院診療計画書の漏れがなく早期に作成することが出来た。

各部署が連携して情報入力を行うことにより内容の充実が図れ、患者さんやご家族にも理解し易い入院診療計画書となった。

今後も各部署の連携を深め、より内容の充実を深めるための努力をしていきたいと考えている。

病院事務職の教育ゴールの設定について（ワークデザインの活用）

○佐藤 譲

榊原記念病院

【はじめに】医療機関の経営が厳しさを増している。病院事務職においては、人材育成の土壌があればよいが、どのように教育をすれば良いかが試行錯誤である。また、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る。2008年11月開催の第46回日本医療・病院管理学会学術総会での「地域における事務職レベルアップに向けた活動について」以降、全日病院学会、日本創造学会研究大会、東京都病院学会にて、事務職教育に関する研究・発表を継続しているが、この10年に及ぶ帰納的な取り組みを踏まえ、演繹的で設計的手法であるワークデザインをもちいて病院事務職に対する教育ゴールを設定したので報告する。

【方法】本研究では、病院事務職の業務を作業システムと捉え、その作業システムから理想システムを導き出し、現状の諸制約条件をもとに推奨システムを導き出す「ワークデザイン」「機能展開」を用いた。

【結果】病院事務職の業務を作業システムとして捉え、機能の真の目的として「受療者の健康の維持・回復・促進」「働く人（ライフキャリア）のため」「病院を維持・存続・発展させる」の3つを定義することができ、目的を果たすための教育柱として「医療（治療・手技・薬）、介護、福祉のこと」「ライフキャリアの一環であること」「病院管理・経営・支援のこと」を掲げることができた。

【考察・まとめ】

本研究では、病院事務職の教育に対し、帰納的ではなく、演繹的であるワークデザインの機能展開を用いて病院事務職の教育のゴールを設定できた。単なる病院事務職像の導きや整理であるが、演繹的な設計的手法であるワークデザインをもちいて教育のゴールを導きだせたことが有意義である。

救急救命士導入における救急医療センター拡充へ

○大西 徹、白水秀樹、高島祐二、金子大地、関川辰仁、吉田勇貴、高橋春華、西 美智子、古賀志穂

森山記念病院

【導入】現在救急救命士の資格保有者数は約5万6千人。プレホスピタルにおける医療資源運用の拡充と思いきや、全国に存在する消防署の数には限りがあり就業場所貧困者が増加している。救急救命士の職域拡充を目指し、森山記念病院救急医療センター拡充における救命士の関わりから検討したい。

【背景】全国の消防署数は1,709箇所。現在の資格保有者数から見ると1つの消防署に約33人の救急救命士が存在することになる。勤務場所不足が読み取れ資格保有者を悩ませている。医療資源全体を考察すると、インホスピタル内の医師や看護師は“不足”し、プレホスピタルの救急救命士は“過剰”に存在する。消防署勤務の救急救命士は約2万6千人。このことは約3万人の職場貧困者の存在を意味する。

【提案】2016年6月新病院開院後、同年10月に「断らない救急」という強い意志のもと救急救命士を採用。地域の救急資源拡充に向け取り組みが開始された。救急現場を想像できる院内救命士業務を心がけ、インホスピタルでの治療に必要とされる情報へ変換している。

【結果】2017年10月の救急台数は596台と過去最多を記録。EMT科設立から月間救急台数は月平均450台を維持、これは前年度月間救急台数の26%増となる。病床数275床の当院にて、月間500件に近い救急車を受け入れているのだ。

【考察】限られた医療資源の有効活用と円滑化のため、医師や看護師の潤滑油になり円滑な診療を目指すことが病院救命士には求められる。またプレホスピタルのスペシャリストとして資格の有効活用を考え、院内ニーズを考察する洞察力が必要とされる。

衛生委員会の活動

○安田睦美、湯本美香

久米川病院

久米川病院衛生委員会では、職員が健康を維持しながら、長く働けるように活動しています。

活動内容は

1 職員相談窓口：

職員の職場での悩みや、不安、意見などを受け付けており、各問題にすぐ対応出来るように体勢を整えています。

2 有休取得と残業：

前年度有給休暇残が15日以上ある職員を中心に、有給休暇取得の進捗状況を各担当者が報告し、少しでも前年度より有給休暇取得が出来るよう、対策を考えています。

また、残業も同様に、なぜ残業が発生したのかの理由を確認し、次月に残業が出来るだけ発生しないように検討しています。

3 職場環境の巡回：

職員の職場環境改善に取り組んでいます。産業医と衛生管理者2名による巡回が月1回、衛生管理者2名による巡回を週1回行い、職場環境の確認や、テーマを決め、職員への聞き取りを行っています。

4 職員の健康管理：

①職員の体調管理に必要な器具の設置；体重計、血圧計

②職員健診のフォローアップ；有所見者に通知し、受診を促す。また、栄養科による特定保健指導実施。

③職員の喫煙者へのフォローアップ；健康セミナーチームと連携し、勉強会の実施

④職員への健康維持に向けた活動；飲料自販機の飲料メーカーと話し合い、自販機へカロリー表示や、飲料の選定

⑤腰痛対策；ストレッチ体操への取り組み、腰痛ベルトの運用、勉強会の実施

5 福利厚生：

職員と職員家族のためのイベントを開催しました。

当院における災害対策への取り組み

○本郷好一郎、関谷 陵、竹内秀幸

久米川病院

【はじめに】当院は災害拠点連携病院として災害に強い病院を目指し、BCPの策定に取り組んでいる。大規模地震が起きた場合を想定して、院内の災害対策を実施している。具体的な目標として発災後、自身の安全が確保出来た後は直ちに業務が再開出来る体制を目指す。そこで、全職員に行動調査アンケートを実施した。災害時の具体的な行動がわからないと答える職員がほとんどで、指示を出せる立場の者がいないと的確な初動がとれるか不明という結果だった。その為、必要な事は職員の意識と知識を高める事である。その進捗状況を報告する。

【方法】市内で大規模地震が起きた事を想定した大規模地震机上訓練を実施した。訓練で参加者に気付かせたい課題を意識しながら、肝となるべき重大な局面を用意した。その局面で参加者に投げかける設問は、気付きを与える内容にするとともに、参加者が議論しやすいよう出来るだけ具体的なものとした。また、災害に強い部署を作るコンテストを実施した。

【結果】大規模地震机上訓練の結果、非常時の情報整理、判断力等の危機対応に必要な要素を体感して事業継続の重要性について、新たな気づきに導き想定外の出来事を減らすことが出来た。また、コンテストで自部署の耐震化を図るとともに意識を向上させることが出来た。

【考察・まとめ】当院は平成31年に移転新築する。新病院は災害に強い病院をコンセプトに作られるが、建物や設備を整えようと職員の防災意識が低ければ、事業継続は困難である。いつ起こるかわからない災害に備えて、院内の被害を最小限にとどめて、災害拠点連携病院としての役割を果たすべく職場全体で取り組み続けていく必要があると考えられる。

業務の効率化による職員のストレス軽減についての研究

○田村大樹、遠藤 航、城戸隆光、
芦田真理子

多摩リハビリテーション病院

【はじめに】一般病棟の看護師は医療の高度化、複雑化により強い不安や悩みを抱えながら働いている。また、業務内容は緊急入院患者の受け入れや終末期を迎える患者のケアと多岐にわたっている。私たちの病棟では日々入院受け入れと通常業務を同時に行なわなければならない、患者様に対する観察やケア不足がいき届かない事によりストレスを感じてしまうことがある。そこで通常業務の改善を行うことで業務の効率化を図り、患者様のケアにあたる時間ができれば職員のストレスが軽減するのかについて研究を行ったのでここに報告する。

【方法】2017年6月～8月にかけて実施。負担となる業務を明らかにするため、当病棟の常勤看護師12名に対し無記名にてアンケートを行い、通常業務が集中していた午前の業務を午後に回した。

【結果】入院受け入れ体制については効率よくなった人は83%。業務負担に関しては、負担が少ないと感じた人は75%。ストレス軽減に繋がったという人は83%だった。

【考察】午前の通常業務を午後に回すことで、受け持ち患者の観察、セルフケアの援助に時間をかけることができるようになり、入院受け入れが多い日も業務時間内に終わるようになった。このように、業務負担が軽減したことで、職員のストレス軽減に繋がったものと考えられる。しかし、意見の中には受け持ち患者の重症度やADL、入院件数によっても業務負担に変動があると意見があった。今後の課題としては、上記のような変動があった場合でも、対応出来るようにしていく改善が必要であると考えられる。

インカム導入による時間の使い方改革 ～患者支援の時間作り～

○齊藤増雄、田倉典男、前野智美、
稗田孝子、蛭名由美子、西 直美、
岸下結花、森松 静、進藤 晃

大久野病院

【はじめに】当介護療養型医療病棟では、看護、介護配置数が少なくルーチン業務に追われ患者は刺激が少ない単調な環境で療養生活を送っている。そのような中では身体的、肉体的機能維持や向上を支援することはできない。そこで患者がその人らしい時間が過ごせるよう支援する必要があると考えた。今回、インカムを導入することで連絡業務と動線の短縮化に繋がり患者支援の為の時間を確保する事が出来たのでここに報告する。

【方法】

- ①インカム（10台）導入
- ②病棟の配置、使用方法・運用ルールをカンファレンスにて周知
- ③インカム導入前後の業務量測定
- ④「その人らしさ」への支援計画と実施

【結果】

- ①インカム導入前に比べ患者対応までにかかる時間・スタッフ間の連絡時間が短縮した
- ②カンファレンスを行ない運用方法が統一され効果的にインカムを使用する事が出来た
- ③優先順位の高いケアに迅速に対応できた
- ④ベッドサイドケアの時間が増加しその人の意向や趣味（フェイスマッサージ、アロマセラピー、ネイルケア）に沿ったケアを実践することが可能となった

【考察】当病棟ではインカムを導入することで、限られた人員・時間の中でも患者にとって刺激となるケアを実践する時間を確保することができた。これはインカム導入によりナースコールに対し複数のスタッフが同時に駆けつける、担当ナースを探すなどの移動動線や、介護士を探す時間が短縮した結果と考える。患者や私達にとって重要性を持たない移動や人を探す時間を患者にとって重要である「その人らしさ」を支援する時間に変わってゆく事はマンパワー不足の現場にとって必要な改善であり、現場業務の効率化につながる。

FIM 導入に伴う ADL 表の作成

○田中 翔、小島良平、宇野達郎

米倉脊椎・関節病院

【目的】2016年度の診療報酬改定により、Functional Independence Measure（以下FIM）を用いたアウトカム評価が導入され、Activities of Daily Living（以下ADL）の詳細かつ正確な知識が必要となった。以前から使用しているBarthel Index(以下BI)に加え、FIMの普及やADLの認識を高めることを目的としてリハビリスタッフと看護スタッフからFIMリーダーを選出し、新たなADL表を作成した。

【方法】もともとベッドサイドに移動能力しか表示されておらず、その他のADL情報が不十分であった。職員がADLに関して共通の認識を持てるよう、FIMリーダーを中心に日常で使用頻度の多い移乗やトイレの項目を増やした新たなADL表を作成した。さらに患者自身も1日のスケジュールを把握できるようにリハビリ時間や入浴時間も記入することにした。ADL変更時にはリハビリスタッフと看護スタッフが共に書き換えることで伝達ミスを防ぐことにした。

【結果・考察】ADL表にリハビリスタッフと看護スタッフが共に記入するため、スタッフ間のコミュニケーションが増え、より話し合いの場を持てるようになった。また以前はADL変更を伝えてもスタッフ全員に伝達されにくく、確認の連絡が絶えなかったが、ADL表作成後は伝達ミスが少なくなった。患者もリハビリや入浴時間が一目でわかるようになったことで1日のスケジュールを把握でき、リハビリ時間前に自主トレーニングをすることが増えた。この取り組みの結果、スタッフ間の情報共有の円滑化が図れ、患者自身も空いた時間に目を向けて、リハビリや自身の身体に対して積極的な行動をとるようになり、新たなADL表の作成は有用であると考えられた。

排泄用品の正しい製品選択と手技統一 ～ CST 委員会による職員教育～

○加藤知子、小野田志穂、長谷川裕子、
比嘉 香、小方陽子、青柳朋子、
佐々木久美、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】リハビリ訓練の妨げにならず「すっきりとした1枚使用」ができ、体力保持のため夜間の睡眠時間も確保でき、患者家族の理想とする排泄環境が整えられることを目標にCST委員会を立ち上げた。「おむつ製品及びサイズ選択の基準」に沿って実践することが課題としてあげられた。患者の体格とおむつサイズ感のずれ、パットの重ね使用による漏れの改善を図る為、委員会主導で再教育・演習を行った。

【方法】病棟看護職員全員に対し、排泄ケア手技に対するアンケート調査を行った。漏れの要因となるポイントを整理し、患者の体型に合った製品・サイズ選択についての再教育を行った。教育前後のおむつの平均交換回数の変化、漏れ発生時の尿量測定と交換回数から手技定着の変化を検証、病棟が保管しているデータ（排泄用品のコスト、褥瘡発生率等）も確認し補完した。

【結果】漏れの発生要因を追及することが重要であると再認識できた。段階を踏んだデモンストレーションにより指導が統一でき、弱点ポイントに対し手技習得に意欲的になり漏れの減少に繋がった。

【考察・まとめ】毎日、排泄ケアに関わる看護職員は、経験やスキルが優先されがちになり、自己の手技を振り返ったりおむつの選択に十分な時間をかけていない現状が明らかになった。CSTメンバーの働きかけがスタッフの変容へつながったと言える。基本は、製品に即した使用方法を理解し、身につけることが重要である為、日常生活リハビリの質の向上と、排泄ケア体制を意識し、今後も実践に効果的な教育・演習を推進していきたい。

介護部門の立ち上げについて

○山本良広

久米川病院

【はじめに】平成31年10月に介護療養病棟が介護療養型老人保健施設へ転換することの方針が決定したこと。それにより、現状及び今後の介護職の在り方に必然、必要と思われる部門の独立を進めた。

【方法】管理体制は管理者→係長→主任→副主任の職階を考え順次確定していった。その中身として以下の3本柱を整備していった。

①人事・採用の管理、運営：異動も含めて配置の検討、実行をすることが出来てきた。現在は老健との関りの中で介護職の役割、配置を検討している。

②研修・指導の企画、運営：病院全体の研修と連動しながら虐待等に対する取り組みを行う。スキルアップ、安全の観点から介護職の身体介護に関する病院独自の認定テストを始める。

③業務改善の推進：当初業務の効率化、圧縮化を図る方向で考えていったが、業務の根本的な取捨選択を行うことが必要であることを認識する。また、人手不足を補うためには常勤とパートの働き方を分け、常勤業務を明確化していった。

【考察】介護職員が与えられた仕事をこなすだけでなく主体的に業務を捉え、現場での問題提起や工夫を行う環境が出来てきた。老健の継続的な話し合いの中で、業務改善につながる意見も沢山上がり、今後介護手順等の大幅改定にもつながっていきけるであろう。

【まとめ】介護職員が「自分たちの仕事を自ら改善、改革していく」ことが求められることにまだピンとこない職員もいる。介護職のプロとして、その日暮らしの仕事でなく、将来につながっていく仕事の責任を実感できる為の環境、風土を作り上げるための方策をステップアップしていきたい。まずは介護部門の独立から始まった。

白内障手術術前中止薬の患者指導内容の改善について

○秋庭幹子、富永大輔、鈴木克彦、
奥村貴子、加藤茉莉奈

南多摩病院

【はじめに】当院眼科の白内障手術は、1泊2日で行っている。患者様は手術当日に来院し、午後に手術となるため、昼食は欠食となる。そのため、糖尿病の患者様は、手術当日朝の血糖降下薬を中止しなければならない。しかし、中止薬を内服して来院するケースがあった。詳細を確認すると、手術当日朝の薬が一包化されており、中止する薬を患者様が判別できないことが原因であった。これに対し、視能訓練士・医師・看護助手を含めた眼科スタッフ及び、他科看護師・薬剤師の意見を踏まえ、内服中止指導を徹底するための検討を行った。以下、患者指導の改善について報告する。

【方法】

- ①手術決定時に、糖尿病の有無・朝の血糖降下薬内服の有無・薬の一包化を確認。
- ②血糖降下薬は手術当日の朝、中止することを説明。
- ③手術当日朝分の一包化薬の中から血糖降下薬を抜いてもらうため、手術説明時に持参してもらう。
- ④持参した一包化薬を持って薬局に行ってもらう。薬局の薬剤師に依頼する。

①～④の指導に加え、患者様に渡す手術留意事項用紙を見直し、医師の内服中止指示内容が、薬局の薬剤師に伝わるよう、簡易的な依頼書を作成した。

【結果】一包化に対する看護師の手術説明や指導が明確になった。医師による中止薬除去の指示を薬局の薬剤師に依頼したことで中止薬を中止できた。

【考察・まとめ】今回、薬の一包化に対する情報収集不足が原因となり、中止薬を内服していたと考えられた。患者様への細かな情報収集と術前指導の改善により、中止薬を内服して入院するケースはなくなった。現在、手術準備もスムーズに行えている。今後も指導を継続していく中で、さらなる問題点を抽出し改善につなげていく。

当院の院内勉強会の取り組み

○今溝裕貴、本間智之、横嶋愛美

米倉脊椎・関節病院

【はじめに】当院は脊椎と関節に特化した整形外科の専門病院である。一般病棟 22 床と回復期リハビリテーション病棟 40 床を有し、医師、看護師、技師、療法士など細かく分けると 15 のセクションに分かれている。当院では全職員を対象とした院内勉強会を毎月実施しており、院内連携や個々の知識向上に有用であると考えられたので報告する。

【方法】事前に院内勉強会運営担当から 1 月から 12 月までの演者予定を決定される。日時も事前に告知し、現在では第 3・4 水曜日の 17:30～18:00 と月に 2 回実施している。原則として主任以上の管理部門とそれ以外の一般部門各 1 名ずつが発表者となっている。演題は年間ごとに大きなテーマ（例「リスクマネジメント」など）を決定し、それを中心に発表するが内容は自由である。演者は power point でスライドを作成し、当日の会場はリハビリテーション室（160㎡）で発表、質疑応答の後にアンケート調査を実施している。

【結果】過去に実施された演題の内容は、「症例検討」「医療安全管理・院内感染対策」に対する発表以外に「部署内での取り組み」や「接遇」「原価意識」「PC 入力スキルアップ」などバラエティーにとんだものが多かった。当院では夜間や日曜祝日を除き 1 日平均 50～60 人の職員が勤務し、当勉強会には毎回 30～40 人参加している。年度末には最も良い発表に対し表彰している。

【考察・まとめ】演者に選ばれた者は、より良い発表を目指し自己研鑽に努めることはもとより、勉強会参加者は他職種の業務内容や問題点を知るきっかけとなり、院内連携の一助となっている。また全部署の職員が一同に集まれる場であるため、院内コミュニケーションツールとしても有用である。

自宅退院された患者家族への食支援

○手植ゆき、後藤奈津穂

一成会 木村病院

【はじめに】当院は急性期から慢性期まで対応する88床の病院である。提供する食事の約5割がきざみ・ミキサー食等形態調整食で、これらを喫食する患者の多くの転帰は転院や施設入所である。よって、自宅退院後の食生活の栄養指導を行う機会は少なかったが、この度、ミキサー食の調理指導を含む栄養指導をご家族に行う機会を得たのでここに報告する。

【症例】82歳女性。夫と息子と同居。糖尿病の悪化、食欲不振で入退院を繰り返している。胃がん手術後、幽門部通過障害により、今回の入院から食形態がミキサー食に変更となった。

【経過】主たる介護者の息子さんには、これまで複数回糖尿病食の栄養指導を実施してきたが、母親の食生活は改善されず、今回のミキサー食の栄養・調理指導にも初めは消極的だった。そこで、食事療法への関心を高めるために、息子さんから現状への思いを引き出し、その心境に応じたアプローチを多職種から行うこと、病態に適した食事により回復する母親の姿をフィードバックすることに努めた。その結果、栄養・調理指導を積極的に受け、退院後の介護生活のイメージを具体的なものとし、不安なく自宅退院された。そして現在も、問題なく食事療法を継続している。

【まとめ】食事療法実施の困難が、自宅退院の妨げや、入退院を繰り返す原因となるケースは少なくない。

患者が家族と共に過ごすことができるよう病院食を特別な食事ではなく、自宅でも実施できる食事にする為に調理指導を含む栄養指導の実施に取り組んでいきたい。

経管栄養剤見直しによる栄養状態及び病院収益改善へのアプローチ

○黒田奈々、玉置由衣

東京さくら病院

【はじめに】当院での経管栄養剤使用患者に対し、適切な使い分けがされていない現状、また、褥瘡のある患者に対する栄養科の介入が不十分であることが、患者の下痢、嘔吐、褥瘡といった問題の改善が進まない要因の一つと捉え、経管栄養剤の見直しを実施することとした。さらに、見直しにあたり患者の栄養状態改善と併せてコストの削減を目的におき取り組んだので、その経過を症例とともに報告する。

【方法】平成29年3月に当院療養病棟経管栄養患者55名に対し栄養剤使用状況と下痢・嘔吐・褥瘡の発生状況確認を行った。その際、褥瘡のある患者2名に対しては褥瘡治癒に必要な成分を優位に含む経管栄養剤をサンプル導入し、1.5か月間試用の後採用となった。褥瘡患者用経管栄養剤の採用前・採用後及び経管栄養剤選択チャート作成後の患者の栄養状態と使用コストの比較を行った。

【経過】褥瘡のある患者2名についてはサンプル使用期間中にAlb、TP、Hb値等から栄養状態改善の兆しが現れたが、褥瘡評価としては試用期間中に明らかな改善には至らなかった。しかし、平成29年10月時点、約半年間の経過としては栄養状態及び創部の色、滲出液量、サイズ等に改善が現れ始めている。また、使用コストについては経管栄養剤選択チャートの作成前後と比較し、消化態栄養剤、半消化態栄養剤の使い分けが適正となり、45,720円/月の削減がみられた。

【考察】経管栄養剤見直しに伴い、栄養科として適切な経管栄養剤の選択や投与プランの提案により患者の栄養状態だけでなく病院収益の改善にも貢献できたと考える。今後は、職種を越えて栄養管理の質を向上させていきたい。

認知症患者への継続的な栄養管理で、経口摂取が安定した3症例

○鈴木真由美

永生病院

【はじめに】高齢者人口の増加に伴い、2025年には65歳以上の認知症患者数が約700万人に増加すると見込まれている。

認知症高齢者は認知症の進行とともに、摂食機能・栄養状態の低下、食事介助量の増加がみられる。このため、認知障害に合わせた栄養管理が必要となるが、原因は様々であり、個別性が高い。

今回、認知症高齢者に対して、継続的な栄養管理により良好な結果を得たので報告する。

【症例と経過】

症例1：レビー小体型認知症、84歳女性。介護拒否・抵抗強く、日中の食事時間に不穏や覚醒不良があり、不食が続いた。日内変動に合わせ、食事時間以外でも提供を開始。徐々に摂取量増加。状態に合わせて内容、形態を変更。栄養状態改善とともに、活動量も増加した。

症例2：血管性認知症、79歳男性。介護抵抗、暴言・暴力等がみられ食事拒否的であった。ペースト食に不満。男性職員の介助で摂取量増加。凍らせた補助食品が嗜好に合い、徐々に食思改善。義歯の調整も行い形態を調整。自力摂取できるようになり食事への意欲も出た。

症例3：アルツハイマー型認知症、83歳女性。家族の食事に対する希望が強かったものの入院時の摂取量は少なかった。脱水、味覚障害の改善を初期目標とし介入。味覚改善し摂取量増加。

【考察】3症例ともに認知障害は様々であり、経口摂取の維持は困難であった。しかし、認知障害の特徴を個々に把握し、継続的に対応することで、摂食行動を実行できることが示唆された。

このためには多職種による多面的な介入が必要であると考えられた。

【まとめ】認知症患者が経口摂取を続けていくためには、継続的な栄養管理と多職種による多面的な介入が必要である。

当院における喀痰吸引時の喀痰量の評価に関する実態調査

○村田里美

永生病院

【はじめに】吸引時の喀痰量について近年当院でも標準化を目指した取り組みが行われているが、明確な評価基準がなく、個人・病棟単位でその評価に違いが出ていると推察した。そこで、当院の喀痰量の評価について実態調査を行ったので結果を報告する。

【方法】病棟勤務の常勤正看護師・准看護師を対象とし、経験年数などを含んだ基礎調査4項目、喀痰量の評価方法などを含んだ喀痰吸引に関する意識調査6項目の質問票を作成し、アンケート調査を行った。

【結果】アンケートは191名に配布し、回収率81.6%、有効回答率は85%であった。基礎調査の結果、経験年数の平均は15.8年で、当院以外での看護師経験がある人が約8割を占めていた。喀痰量の判断基準については、①吸引時間31%、②コネクティングチューブの長さに対する吸引された喀痰の割合22%、③吸引瓶に落ちた痰の量39%、④その他8%であった。①～④別に少量、中量、多量をどのように評価しているかの質問では具体的な内容の記載は半数以下で、なんとなく、目分量という回答が多かった。また、具体的に①～④の評価基準が記載されていてもその内容によってばらつきがあった。

【考察】今回の調査の結果から喀痰量の評価は病棟や経験年数に関わらず個人でばらつきがあり、患者の情報が正確に共有されていない可能性があることが示唆された。個人間でのばらつきが多いと正確な情報の共有が困難となり、認識の違いが生じる。従って、今回の調査結果をもとに喀痰量の評価を院内で統一していく必要がある。

【まとめ】喀痰量の評価は個人間でばらつきがあり正確な情報共有が困難なため、今後院内統一スケールを作成し医療の質の向上・効率化を目指していく。

一般中小病院のがん性疼痛緩和ケアの質評価における一試論

○長沼幸司 1)2)、高橋 綾 2)、
金杉佳代子 2)

1) 首都大学東京大学院
2) 等潤病院

【はじめに】A病院では根拠に基づくがん性疼痛緩和ケアを進めているが、実践の評価や研究によるケアの質の担保には中小病院ゆへの制約も少なくない。特に看護実践は数値化が難しく、医療の効率化の流れの中で、多くは適切に評価されず埋もれてしまう。そこで本研究では「医療の質」評価に焦点を当て、看護の専門性を志向したケアの質評価における一般中小病院の貢献について検討を加えた。

【方法】医中誌、国会図書館、CINAHL、PubMedにて2000～2017年の範囲で文献検索、Googleの一般電子検索、および首都大学東京図書館でのハンドサーチの結果の総体として、一般中小病院のケアにおける「看護の質」の評価を試案した。

【看護の質を評価する指標とは】エキスパートナースによる重要な実践記録の欠損があり、多くの指標が看護特有のものではなく(米国看護協会、1995)、米国CAHPS(2015)などは新たな第三者評価の指標として、ケアの受け手である患者による視点にも注目している。Benner(1992)は、達人レベルの看護を評価において数量的な業務評価基準以外にも、看護業務を記述する質的評価法にも言及している。医療効率化、病院の生産性の向上が求められる中で、NRSによる定量的な指標にとどまらず、ホリスティックな看護の視点を取り込める指標として、患者の経験にも注目が集まっている。

【小括：看護の質評価において臨床から貢献できること】中小病院はエビデンスを利用するだけでなく、自らの地域に必要なケアの抽出にも自律的に関わるべきである。患者の経験を志向したデータの収集は臨床現場に強みがあり、中小病院が先導した、産学官民連携の大規模な看護のケア指標の開発は促されうる。

ゆとり世代が考える、ゆとり世代だからこそできる新人教育

○小島良平、田中 翔

米倉脊椎・関節病院

【はじめに】超高齢化社会を迎え、理学療法士の需要は急速に高まってきている。近年では、年間約1万人の理学療法士が誕生している。一方で急激な理学療法士の増加に加え、業界の若年化から理学療法士の質を問う声もあがっている。今年度、当院もリハビリテーション科の3分の1にあたる7名の新人が入職した。技術力の向上だけでなく、自発性を伸ばすことを目的として、ゆとり世代にあたる新人に対して実施した取り組みを報告する。

【方法】内発的動機が高まるよう、従来の指導方法である「アメとムチ」の法則に加え、「アメとムシ」の法則を取り入れた。指導形態はスタッフ間のコミュニケーションが密に取れるようチーム性を導入し、科内の勉強会はラーニングピラミッドを参考に参加・体験型で実施した。

【結果】定期的に新人主体の症例検討会が行われるようになった。新人間での競争意識が生まれ、今年度新人7名全員の学会発表につなげることができた。

【考察】一般的にゆとり世代の特徴として、「打たれ弱い」、「積極性がない」といったネガティブな要素が挙げられることが多い。そのため、今回は「アメとムシ」の法則を取り入れ、まず理学療法士の面白さを実感し、使命感を持って仕事に取り組める職場環境をつくる工夫をした。実際には、内発的動機によって行動している場面ではあたたかく見守ることを心掛け、ムチが必要な場面では言葉を選び適切に指導した。アメとムチは与える方法とタイミング、ムシは基準を見極めることでどちらも有効な教育手段となる。これからの時代は、両者を活かしたバランスの取れた教育が有用であると考えられた。

都病協版回復期 CI にみるプロセスとアウトカム

○石濱裕規、小林 豊、横山 孝、
安藤高夫、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を図るため、開発を進めたクリニカル・インディケ이터（都病協版回復期 CI）を用いた多施設共同調査より、回復期リハのアウトカム・ストラクチャー・プロセスの相互関連を検証すること。

【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 施設に協力を依頼、平成 26、27 年度分回答（10 施設、各年総患者数 3088 名、2785 名）より、各指標の関連を検討し、各項目回答と二次算出指標を偏差値化し、レーダーチャート表示した。さらに、ストラクチャー（13 変数）の各項目を、患者受入（6 変数）、サービス体制（7 変数）に分類し、プロセス（10 変数）、アウトカム（5 変数）、FIM 運動利得の偏差値平均間の相関を求めた。患者受入の各変数は、いかなる患者も受入れる程に高偏差値となるよう設定した。

【結果】各年度共、アウトカムは、ストラクチャー全体と負の相関、プロセスと正の相関傾向にあり、さらに、患者受入と負の相関、サービス体制・プロセスと正の相関傾向にあった。アウトカム項目別では、平成 26 年度の患者受入と転出率、平成 27 年度の患者受入と FIM 運動効率の間に有意な負の相関が認められた（各 $r = -.72, P < .05, r = -.74, P < .05$ ）。また、平成 27 年度のプロセスと復職率の間に有意な正の相関がみられた（ $r = .90, P < .05$ ）。

【考察】アウトカムにはストラクチャーよりプロセスの方が正の相関がある反面、高齢・重度な患者も受け入れた施設程、アウトカム、FIM 運動利得が低値であった傾向が認められた。公正な患者受入と適正な提供サービスを検討するため継続的な調査を検討している。

ドレーン自己抜去防止に向けた取り組み

○田中里佳、佐竹まりえ、高橋淳子、
岩崎賢史、鈴木知子、小谷和枝、
二宮宣文

南町田病院

【はじめに】当病棟は整形・消化器外科 56 床の急性期混合病棟である。安全な治療管理のため、やむを得ない場合、高齢の手術・入院患者に抑制を使用する必要があるが、自己抜去到る場合もある。病棟の年間目標としてドレーン自己抜去の減少をあげ、平成 28 年度より院内抑制フローチャートの活用、抑制手順統一化を図っていたが、ドレーン自己抜去件数減少に繋がらなかった。そこで平成 29 年 3 月より抑制ラウンド（院内呼称）を導入し、導入前後のドレーン自己抜去件数を比較し、抑制ラウンドの効果を明らかにした事で新たな課題を認めたため、報告する。

【方法】抑制ラウンド導入前（平成 28 年 7～9 月）と導入後（平成 29 年 7～9 月）のインシデントレポート 9 件を調査した。

【結果】抑制ラウンド導入前後のドレーン自己抜去件数に変化はなかったが、自己抜去された背景は異なる。平成 28 年度では抑制手順の不備によるものが多く、平成 29 年度では、①院内抑制フローチャートは院内統一基準であり、具体的ではない、②抑制を使用していない患者を再検討する基準が病棟で明確でない、③看護師が抑制の開始を躊躇することで、患者の抑制がされていない、④夜勤帯でのインシデント発生件数が多かった等が挙げられていた。

【考察】結果より、抑制使用開始の判断基準の統一が必要と考えられる。また、現在の抑制ラウンドでは抑制使用者の抑制評価のみで、今後は患者の状態変化にも対応できるマニュアルが必要と考えた。

【まとめ】今回、抑制開始に関するマニュアルを作成する事に繋がった。今後も適切な時期に、抑制の必要性を評価し、効果的な抑制ラウンドを継続することで、ドレーン自己抜去防止に努めていきたい。

回復期病棟で ADL 拡大にむけて、転倒転落への取り組み

○加藤麻里、栗原一勝、中村有伽、
鈴木奈々、小谷和枝、二宮宣文

南町田病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟で高齢者、高次脳機能障害、認知機能低下の患者さんを、ADL 拡大する中で、転倒転落防止に対して、リハビリ科と連携し、日々取り組んでいることを、報告する。

【取り組みの内容】病棟での転倒転落防止対策とし

- ①転入時看護師、リハビリ科とのカンファレンスを施行、病棟での ADL 確認
- ②転倒転落アセスメントシートを活用
- ③抑制アセスメントシートを活用
- ④認知機能の評価
- ⑤高次脳機能の評価
- ⑥安全対策開始患者さんを看護室のホワイトボードに記入する
- ⑦ベットサイド、柵に安全対策の方法等表示して共有
- ⑧毎朝申し送り時リハビリスタッフ参加し、ADL 変更後の ADL 状況、安全対策施行者の状況を情報交換し対応
- ⑨毎日ショートカンファレンスで、抑制の施行、取り外しの有無を ADL 状況のアセスメントし期間を決めて評価し対応

【結果】カンファレンスを通して、各スタッフの意識も強くなってきており、ADL を拡大する中で転倒なく入院生活をおくれるかを考えるようになってきている。しかし、まだ、ADL 変更、安全対策変更時に情報共有がスムーズにいかないことがある。今後の課題として残っている。

【まとめ】カンファレンス等でリハビリ科と連携し転倒転落防止に取り組むことで意識改善はできてきている。しかし、まだ情報不足、情報共有が不十分なときもあり今後も継続し情報共有し転倒転落防止に努めていく必要があると考える。

ヒヤリハットの意義 ～ KYT を通し危険因子を見抜く～

○笹野智子、田井久美

永生病院

【はじめに】ヒヤリハットとは、事故には至らないヒヤッとした現象であり、見過ごされてしまう事も多い。しかし、ヒヤリハット事例を集める事により、傾向と要因が明らかとなり、重大事故が予防できるツールでもある。当病棟では、前年度レポートの提出件数が少なく、骨折事故が 2 件発生した。そこで、KYT の勉強会を行い、危険因子をイメージできるように活動を行ったところ、レポート提出が増加し、レベルⅢ以上の事故の減少に繋げる事が出来たのでここに報告する。

【方法】

- 1、ヒヤリハットに関するアンケートを実施し、ヒヤリハットに対するイメージや意見を確認する。
- 2、入浴、体位変換、食事介助の場面に分け KYT シートを使用した勉強会を全員へ実施する。
- 3、再度アンケートを実施し、ヒヤリハットへの認識の変化や理解度を確認する。

【結果】

- 1、アンケート結果より、ヒヤリハットレポートを書く事が反省文というマイナスイメージが大きかったが、勉強会により「気づきのレポート」である事が理解できた。
- 2、ヒヤリハットレポートが月平均 16 件から 69 件へ増加し、またレベルⅢ b 以上の事故は 0 件であった。

【考察】ヒヤリハット、KYT の勉強会を通し、危険に気付く感性が重要である事を知る事ができ、ヒヤリハットレポートが事故防止に繋がる「気づきのレポート」である事が理解できた。また、レポート提出率の向上により意識が高まり、今年度の骨折事故は 0 件であり、レベルⅢ b 以上の事故防止に繋がったと考えられる。

【まとめ】今後は、集まったレポートの活用方法やフィードバックの方法を工夫し、病棟全体が医療安全チームとして、同じ方向を目指して活動できるようにしていきたい。

インシデント報告ガイドライン作成の試み

○宮守美穂、瀧野直美

岩井整形外科内科病院

【はじめに】当院は脊椎内視鏡手術に特化した56床の急性期病院である。今年度の医療安全推進委員会の目標の1つに、「全部署が医療安全を考えた取り組みができる」とした。報告レポートを見ると、看護部からの報告が90%で、他部署からの報告件数と隔たりがあった。その理由として、どのようなケースを報告すれば良いのか迷っているのではと考えられた。そこで各部署に起こりえるインシデントについて項目を書き出し、ガイドラインを作成した。その活用と変化について報告する。

【方法】①4月 インシデントレポートガイドラインの必要性を提案、②5月 ガイドライン作成、③6月 ガイドライン運用開始、④7月 評価・修正、⑤9月 ガイドライン作成と活用についての院内勉強会、⑥10月 アンケート調査

【結果】ガイドラインを知っていた職員は68%、職種別では医師67%、看護師74%、コメディカル84%、そのうち活用していると答えた職員は23%で、医師0%、看護師40%、コメディカル46%、事務18%であった。

【考察】ガイドラインを知っている職員の割合が高かったことについては、各委員の働きかけ、そして院内LANでの周知と院内勉強会が有効だったと思われる。またガイドライン活用は全体的に低い、報告件数は昨年度と比べ、コメディカルについては48%UPしていた。これはガイドライン作成による効果と考える。

【まとめ】目標に挙げた、「全部署が医療安全を考えた取り組みができる」については多くの課題がある。しかし、今回作成したガイドラインは、自部署で起こりえる危険因子や問題に気付くツールの一助となったのではと評価ができる。

広域抗菌薬の適正使用に向けて～薬局の役割～

○下野戸恵美、小林 仁、後藤哲宏、二宮宣文

南町田病院

【はじめに】抗菌薬の不適切な使用防止、及び長期使用を避けるべく行っている当院での広域抗菌薬の届出方法と、薬局での広域抗菌薬の使用歴が判るようにした管理方法、またその活用方法について報告する。

【方法】制限抗生剤の届出未提出を防ぐため、当院採用薬である広域抗菌薬（バンコマイシン、テイコプラニン、メロペネム、イミペネム・シラスタチン、パシル、タゾピペ、アルベカシン、ザイボックス）の使用開始と同時に、届出用紙に患者名、薬剤名を記入後、医師に提出し、使用目的、理由などを記載してもらい、薬局で保管している。上記抗菌薬使用開始と同時に専用カレンダーを作り、患者名、薬剤名・量、使用日を記入する。使用期間中は、毎日の注射調剤時に使用歴を記入して投与期間が判るように専用カレンダーに記載している。その為、長期使用時の確認が出来る。

【考察】長期使用の確認を行うことが可能であることと、使用量が直ぐに確認できることから、薬剤使用量も確認することが出来ている。適正使用の確認や、耐性菌などを防ぐ目的で行う感染委員会でのラウンドを行う際に活用しているが、適正使用の抗菌薬に関しては、全ての患者で確認できていない点が課題ではある。

【まとめ】広域抗菌薬の使用量・使用期間などの統計は出すことが出来るが、その後の活用方法については確立していないところがある。使用量の減少や、適正使用の判断の評価が行えていないこと、適正使用を判断する知識や経験不足なども課題であり、フィードバックが行えるよう努力が必要である。

診療看護師による抗菌薬選択時のグラム染色の有効性について

○高橋 淳、森川 暢、本橋伊織、
松本真一、松邑恵美子、阿部亜希子、
井手上龍児、斉藤岳史、茂木美佳、
福添恵寿、本郷葉子

東京城東病院

【背景】平成27年10月、保健師助産師看護師法の一部が改訂され、一定の研修を修了した看護師（以下、診療看護師とする）は医師の包括的指示の下に、特定された38項目の医行為（以下、看護師特定行為とする）が施行できるようになった。当院では平成27年度より、診療看護師の採用を開始し現在、診療看護師6名が在籍している。感染徴候がある者に対しての抗菌薬選択も看護師特定行為の一つになっており、当院ではグラム染色施行後に抗菌薬選択を行っている。グラム染色後の抗菌薬選択は、患者に対して貢献しているのかを検証したので報告をする。

【方法】平成29年4月から平成29年10月までの期間に、診療看護師がグラム染色施行後に抗菌薬選択を行った症例に対して、培養結果報告書及び抗菌薬感受性結果報告書を基に染色パターンの評価と、それに対して適切な抗菌薬が選択されていたかを検証する。なお、抗菌薬効果判定のために、施行したグラム染色に関しては件数に含まない。

【結果】診療看護師が施行したグラム染色は、平成29年4月から平成29年10月までに64件で、そのうち16件は抗菌薬効果判定目的のグラム染色であった。診療看護師が看護師特定行為として施行した抗菌薬選択は、平成29年4月から平成29年10月までに35件となっている。染色パターンの評価に関しては、培養結果報告書とすべて一致した。抗菌薬感受性試験結果でも、すべて感受性のある抗菌薬選択が実施されていた。選択された抗菌薬はセフェム系第3世代が最も多く、続いてペニシリン系が多く選択されていた。なお、症例的には少ないがカルバペネム系抗菌薬やマクロライド系抗菌薬の選択も見られた。

外来化学療法に従事する看護師の曝露対策の見直し

○山本沙紀、根本直美

等潤病院

【はじめに】癌薬物療法における曝露は、調剤時のみではなく、投与管理、患者の排泄物や使用した物品の廃棄処理など環境を含めた総合的な対策が必要である。しかし当院の化学療法時の曝露対策は一貫しておらず、外来化学療法マニュアルは必要物品の掲載が主であり、化学療法に従事する看護師から曝露への不安や苦手意識があると聞かれた。そのため現況の曝露対策を見直すと共に曝露予防の徹底を図り、不安なく化学療法に従事することができるよう改善を行ったので報告する。

【方法】化学療法に従事する看護師を対象に聞き取り調査を行った。曝露対策についてこれでいいのか、という漠然とした不安、目に見えない曝露経路などに対する恐怖があるという返答があった。

2015曝露対策マニュアルに沿って根拠に基づく手技・手順や曝露対策のための个人防护（以下、PPEとする）の手順等のマニュアルの見直し、ニトリル製手袋への変更・ガウンの着用を行うようにした。

【結果】PPE対策が実施でき従事する者の不安を軽減する事ができた。

【考察・まとめ】化学療法施行時は適切な曝露対策を講じ、定期的な作業環境の見直しが必要であると考え。しかし、当院で施行できる環境整備と考えた時に、費用や設備面の問題もあり困難な場面もみられる。そこでまず一貫したPPEの徹底を実施することで、化学療法に従事する際の不安の軽減ができ今後行う看護への自信にもつながるのではないか。徹底した曝露対策を目指しさらなる業務改善を目指していきたい。

A 病院における抗がん剤曝露対策 ～ PPE 装着の取り組み～

○山崎裕也

大久保病院

【はじめに】抗がん剤曝露は、医療従事者に健康被害をもたらす可能性がある。ガイドラインは、抗がん剤投与管理時のガウン・マスク・保護メガネ・2重手袋装着を推奨している。A病院には1重手袋しか装着していない部署もあり、B病棟で个人防护具（以下PPE）装着の定着化に取り組んだので報告する。

【方法】がん化学療法看護認定看護師が、B病棟で①曝露対策勉強会、②ガウン・フェイスシールドの定数化、③病棟内に点在していたPPEの抗がん剤専用ワゴンへの集約、④「PPE着脱の順番」「看護業務ごとに必要なPPE」「PPE装着と抗がん剤投与の流れ」を示したフローチャート作成と掲示を行った。H29年1月から取り組み、半年後、B病棟の看護師を対象に無記名アンケートを実施。ガウン・フェイスシールド・2重手袋の装着状況比較と、看護師経験年数別のPPE装着状況の分析を行った。

【倫理的配慮】A病院倫理委員会にて承認を得た。

【結果】PPE3項目中、ガウン・フェイスシールドの装着率は100%、2重手袋の装着率は87.5%だった。2重手袋を装着していないと回答したのは、病棟の平均看護師経験年数より上の看護師だった。

【考察】2重手袋の装着率が低値となった要因として、手袋は使用頻度が高く、ほとんどの場面で1重で使用することが挙げられる。新規導入したガウン・フェイスシールドに比べ、2重で装着するという手袋への認識が低かった可能性が示唆された。看護師経験年数別のPPE装着状況の結果より、経験のある看護師は経験の少ない看護師に比べ、新たな知見が浸透しにくい可能性が示唆された。抗がん剤投与時のPPE装着定着化の課題として、2重手袋の認識強化、経験年数に捉われない学習機会の提供が明らかとなった。

看護外来における周術期管理チーム看護師の取り組み

手術を受ける患者の不安に対する関わりを通して

○渡邊里子、川上滋子、内山裕美、市橋富子、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】当院では、平成28年12月より看護外来開設に合わせて、術前外来に取り組んでいる。在院日数の短縮により入院から手術までの期間が短く、患者の不安を含めた心理状態の把握は容易ではない。そのため、周術期管理チーム看護師は手術決定と同時に患者が安心して手術に臨めることを目標に、外来・手術室・病棟と各々の段階を通して一連の介入を行っている。その結果、一定の成果が得られたので取り組みを報告する。

【方法】

1. 対象者：外科の開腹・腹腔鏡下手術を受けた患者12名
2. 期間：平成28年12月～平成29年10月
3. 術後訪問時に看護外来からの関わりについて聞き取り

【結果】看護外来開設当初は曜日を決めていたが、患者の外科外来受診後に主治医から術前指導の依頼が来るケースが殆どで、外来から連絡で看護外来に出向いて対応する事とした。

手術で対応できない場合は看護外来看護師が担当する為に、医師・外来看護師・PTとも連携を取り呼吸訓練においてはレベルの統一を行った。また、必要に応じてWOCの介入を図るなどの調整を行った。

早期に手術のスケジュールや体位のとり方などの情報を知らせる事と、手術室看護師による術前訪問で患者にチームとして関わることは、患者が手術前後の具体的なイメージを描くことができ不安の軽減に繋がった。

【考察】時々刻々と変化する患者の心理状態に対して、具体的な不安の表出が出来ない場合の患者に対しても、些細な言動もキャッチ出来る対応力が必要である。

今後は手術決定と同時に関係部署と連携を取りつつ、周術期管理チーム看護師としての役割を発揮できるシステムの構築を進めて、安心・安全の手術を提供していきたい。

くも膜下出血患者のスパズム期苦痛回避プログラムの取り組み ～ケーススタディ～

○三母明己 1)、三田梢子 1)、下條咲希 1)、伊東美緒 2)

1) 豊島病院
2) 健康長寿医療センター研究所

【はじめに】くも膜下出血（以後 SAH）の術後患者の苦痛の軽減や緩和を目的に、看護師が患者の苦痛に気づき介入しやすくなる苦痛回避プログラムを作成したので、その効果について報告する。

【方法】(1) 看護師が SAH 患者に対して実践している看護の現状についてアンケート調査を実施。(2) その結果等を参考に苦痛回避プログラムを作成。(3) SAH 患者 1 名にプログラム実施後のインタビュー調査を行った。

【結果】看護師へのアンケート調査では、「患者が苦痛と感じている」と考える項目は頭痛と安静であり、「苦痛を除去するために行っているケア」は頭痛への対処（投薬）・声掛け・清潔ケア・環境と答える者が多かった。対象患者へのインタビューでは、痛みや辛かったこと等について「覚えていない」「痛みは気にならなかった」との返答であったが、カルテには疼痛についての記述があった。

【考察・まとめ】看護師のアンケートからは、頭痛により苦痛を感じていると考え鎮痛剤を使用した疼痛コントロールを意識しており、また、日常的な関わりの中で苦痛に対するケアや気分転換ケアを実施していた。統一した看護ケアの提供を因るために苦痛回避プログラムの必要性を改めて感じた。

今回の症例では、疼痛コントロール以外のケアの介入が行えなかった。患者へのインタビューでは、入院中の経過を「覚えていない」という結果であったが、カルテ上では適切な薬剤の使用により頭痛が緩和し、疼痛コントロールが図れたという点では適切なケアが行われていたと考える。

患者から苦痛回避プログラムの評価はできなかったが、スタッフ間で薬剤以外での介入方法を活用し疼痛回避に向けたより良い看護に繋げていきたい。

ナイロンタオルを使わず泡洗体し掻痒感による傷を軽減させる試み

○伊藤晃子、高山愛未、佐藤ジョニー

回心堂病院

【はじめに】K 病院では週 2 回の入浴でナイロンタオルを使用して洗体し、保湿を行っているが、ドライスキンにより掻痒感を生じ、掻き壊しによる皮膚損傷を起こしている患者がいる。先行研究と関連文献を参考に「洗淨」に着目し、ナイロンタオルが高齢者の脆弱な皮膚を刺激し、バリア機能を低下させて掻痒感に繋がっていると考えた。ナイロンタオルを使わず泡で洗体し、保湿を行なうことで掻痒感によって発生する傷が軽減されるかを検証した。

【方法】ナイロンタオルを使用せず、泡で患者の皮膚に直に手が触れないよう洗体する。入浴後の保湿剤は研究前と変更しない。評価方法は週 1 回入浴前に皮膚を写真撮影し変化を観察する。

【結果】A 氏 研究開始後、一時的に背部～大腿に掻痒感がみられ、掻き壊しによる傷が著明であったが改善した。B 氏 洗っている最中でも「かゆい」と言ってミトン着用して洗体していた患者から、その言葉が聞かれなくなった。

【考察・まとめ】高齢者は各種の身体機能が低下するが皮膚の生理機能も同様に低下する。ナイロンタオルでゴシゴシ擦ることは、皮脂や角質を過剰に除去するおそれがある。今までの洗体方法は、患者の皮膚を刺激し、掻痒感に繋がっていたと考える。研究終了時には 4 名とも掻痒感による傷が軽減された。泡での洗体により、皮脂膜の取り過ぎを防ぎ、角質層を守れたと考える。しかし、A 氏のような事例もあったため、効果はみられたが確実に全ての患者が改善するとは言い切れなかった。今回の研究は 7 月～9 月と夏の時期に行ったが、乾燥の強い冬の時期では変化が見られるのかという疑問も生じ、継続して検証していく必要があると考える。

高齢者との関わりへの取り組み ～認知症ケアを意識して～

○高橋 望、山本正子、平野詩織、
内山裕美、市橋富子、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】認知症あるいは認知機能が低下している高齢者に対して、より良いケアを提供するために、当院では平成28年9月から認知症ケアチームを発足させて、活動している。認知症ケア技術としてユマニチュードの導入を検討し、1つの病棟でユマニチュードを先行導入したのでその取り組みについて報告する。

【方法】対象：認知機能低下がみられ、拒否行動のある患者3症例。研究期間：平成29年4月～11月。方法：1)病棟看護師16名へ認知症ケアに関するアンケート調査、2)ユマニチュードの導入①認知症ケアチームによるユマニチュードの伝達講習、②対象患者に「見る」を意識して関わり、その反応を記録する、3)ユマニチュード導入後の認知症ケアに関するアンケート調査。

【結果】認知症ケアに関する看護師の意識として、認知症あるいは認知機能が低下している患者に対して理想的なケア・関わりができていないと答えたスタッフは88%に及んだ。また患者に対して水平・正面の位置であること、目線を合わせることが大切であるとの回答が多かったが、実際にできているスタッフは各項目で40～50%であった。

ユマニチュードの「見る」技術である(①水平な高さ②正面の位置③近い距離④時間的に長く)を使って患者にケアを行った結果、看護師の意識に変化がみられた。

【考察・まとめ】普段は見ることを実践しているが、ユマニチュードの「見る」技術を意識して行うことで、自分のケアを見直す機会となり、看護師の意識の変化につながったと考えられる。先行導入の実績から、今後は院内全体でユマニチュードを導入し高齢者へのより良いケアの提供に取り組んでいきたい。

回復期リハビリテーション病棟における 看守り看護ケアの効果

○上野亜弓、菫澤真理、内山裕美、
市橋富子、小平祐造

花と森の東京病院

【はじめに】当院は全国でも高齢化が先鋭的な地区にあるため、脳血管障害のみならず、高齢化による認知機能低下が加わり、病棟管理や活動性向上には日々腐心しているところである。

入院患者の約68%が75歳以上の後期高齢者であり、生活のリズムをつけるためにも、日中はベッドに臥床することなく、デイルームで過ごしている。デイルームでは、ADLの向上や認知機能の維持・改善を目指し、安全に過ごせるよう看守り看護を実施している。レクリエーションや日常生活動作の訓練を取り入れた看守り看護の結果を、意識調査及び事例を通して検証したので報告する。

【方法】

①病棟看護師及び介護福祉士へ意識調査を実施

②長谷川式スケールによる看守り看護の効果

【結果】意識調査からは、デイルームでの看守り看護は、患者の事故防止・日常活動性の向上・認知機能低下予防のため、今後も継続していく必要があるとの結果が得られた。また、事例からは、日中看守りのあるデイルームで過ごすことにより、転倒なく安全に日常活動性が拡大し、長谷川式スケールの点数改善・FIM点数向上につながっていた。

【考察・まとめ】デイルームでの看守り看護は、患者が安全で安心できる入院生活を送るため、今後も継続していきたい。意識調査から挙げた課題としては、1人1人に合ったレクリエーションの提案・提供、その人らしさに寄り添った介入方法を取り入れながら、同時に複数の患者に対応していく困難さである。患者の個別性を活かしながら、より改善につなげられるか今後も対策を検討していきたい。

糖尿病性壊疽患者のフットケア ～他職種と連携、足趾壊死の改善を認めた症例～

○高木麻緒、小方陽子、久信田真美、
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】糖尿病患者は、慢性的な高血糖状態の持続から動脈硬化が進行しやすく、自律神経障害や末梢神経障害・感覚低下を来す。また免疫力低下・創傷治癒遅延により、皮膚潰瘍や壊疽を発症しやすい。今回対象とした患者は、右大腿切断術後で義足作成し歩行出来る事を目的とし当院に入院するも、左第5足趾にも糖尿病性壊死みられ切断せざるをえない状態であった。壊死に対し連日炭酸ガス入浴剤を用いた足浴や運動・薬物療法を行った結果、改善が見られ温存が可能となった症例について報告する。

【方法】足趾壊死に対し炭酸入浴剤入り足浴と適切な軟膏処置を行い、1週間毎に写真撮影し足趾の状態を評価。また運動・薬物・食事療法を行い、血糖・体重カロリー消費の推移と合わせ評価した。

【結果】処置を開始し1週間目に足背動脈触知強くなり、壊死部はほぼ2か月で改善を認め切断せずに温存が可能となった。

【考察】炭酸ガスには皮脂や角質等のタンパク汚れを吸着し浮かせて取り除く洗浄効果があり、経皮的に吸収されると末梢血管拡張・皮膚血流量が増加し皮膚微小循環改善効果が見込まれると考えられている。また、学術的にも副交感神経系の機能が亢進する傾向が認められ、免疫機能においてもNK細胞障害活性が増加すると言われている。本症例では連日行った炭酸入浴剤入り足浴と、早期歩行へ繋げる為の理学療法の強化や血糖コントロールにより上記の効果をもたらし改善出来たと考える。また、当院では手指の痺れ・麻痺に対し手浴を行い効果的なりハビリが行えた例もあり、今後も積極的に取り入れ、効果について検証して行きたい。

リハビリ期における栄養状態の改善が ADL 向上に影響するか

○芳川尚美、安藤直美、艸間友代

等潤病院

【はじめに】当病棟の患者は脳神経外科、整形外科の疾患から急性期を経てリハビリ目的で入院してくるが、サルコペニアの患者が多い。しかし、看護師による低栄養状態、活動状況のアセスメント方法が統一していない現状がある。そこでアセスメントの統一化をし、栄養や活動量の管理、リハビリの進行ができるようにしていく必要がある。よってアセスメント方法の検証を行ったので報告する。

【方法】看護師、ST、OT、PT に対し、リハ栄養、サルコペニアに関して勉強会を行う。「栄養障害・サルコペニア・栄養素摂取過不足の状態で不適切な活動に伴う QOL の低下」に対する看護計画を作成。患者6名選出し症例検討。症例検証結果を元に問題点選出。

【結果】実際に勉強会を行い、リハ栄養、サルコペニアに関しての周知の低さがあった。実際、アセスメントを行ったことで、エネルギー消費量の算出と同時に必要摂取カロリーの低い患者へ適した食事量の提供を行うことができた。

【考察・まとめ】栄養、活動のアセスメントを行うことで、栄養状態の早期把握が低栄養状態進行予防に繋がることを確認することができた。しかし、高次脳機能障害や認知症により認知機能の低下から指示の理解がされず、効果的なADL向上が図れない。また、食事摂取、リハビリの拒否が強い患者はADLの向上が図れず、逆に肥満へ繋がることもある。嚥下機能低下している患者の誤嚥性肺炎、炎症性疾患の発症により、ベッド上安静による活動量低下、禁飲食による点滴加療からの必要エネルギー摂取量の低下から筋肉量、ADL低下の実態も確認することができた。今後症例検証結果を元にリハビリテーション科に適した簡易栄養アセスメントシートを作成する予定。

終末期看護におけるスタッフの意識の向上と役割

○林田雄馬、市川明美、横山洋子、
宝金正江

調布病院

【はじめに】2015年、厚生労働省の調査では、現在79.3%の患者が病院で死を迎えている。当病棟でも最期の時を病院で迎え、看取りとなる事も少なくない。日々のケアは看護師と介護職員が関わりを持つが、その中で看取りについて考えた時、自分たちの行っている終末期看護が、患者・家族にとって最善であったのか、患者と家族が有意義な時間を過ごすことが出来たのかを振り返る場が少なかった。このような現状から、終末期看護・看取りに対する意識の向上を目的にデスカンファレンスの導入を試みたので報告する。

【方法】看護・介護職員に「看取り」について意識調査アンケートを実施。デスカンファレンス用紙を作成し6例カンファレンスを行った。カンファレンス導入前後、意識変化についてアンケート調査を行った。

【結果・考察】デスカンファレンス導入前は、看護・介護職の中には看取りケアが「日々の業務」として、または、「慣れ」で行っている印象があった。そして、「日々の業務で精一杯」との意見もあった。

デスカンファレンス導入後は、患者の思いやQOLを受け止め、患者と家族の気持ちに配慮した日常のケアを行うような変化が見られた。例えば、入浴が出来ない場合、毎日状態に合わせて部分的な清潔ケアを実施し、患者の希望が叶えられるよう医師や家族と相談する時間を設け、「患者に関心を持つ」「優しい声かけを心がける」など、心の変化が見られた。デスカンファレンスの実施は患者・家族の思いや悩みを振り返る機会となった。

【まとめ】実践した看護・介護の経過を整理し、「その人らしく」「何が出来るか」を大切に考え、患者の最期と向き合う事が我々の役割だと痛感した。今後は多職種で日々のカンファレンスを継続していく事も求められる。

緩和ケア病棟の看取りケアについて ～看護師へのアンケートより～

○清水りえ、金澤久仁子、佐藤静子、
権橋章子

野村病院

【はじめに】野村病院緩和ケア病棟（以下PCU）は、病床数12床で2016年度看取り患者数は211人であり、同年度平均在院日数は13.5日である。その中で家族が看取りに間に合う為に看護師がどのような視点で介入しているかを明確にし、ここに報告する。

【方法】PCUの看護師12名を対象とし、当院倫理委員会へ倫理審査申請を提出し承認を得た上で、独自で作成したアンケート及びインタビュー調査を行った。

【考察】今回の調査では、家族が看取りに間に合う事を「とても意識している」職員が83.3%と最も多く、患者に身体的変化が出現した段階から看取りを視野に入れ、「立ち会い希望の有無」を意識しながら家族の希望に沿えるよう介入している。そのような状況下で看護師各自が「間に合わなかった」経験をしており、以後早めの対応を取っている事もわかったが、「家族の疲労や負担」を考え、連絡のタイミングを逸してしまう事も事実である。家族へは最期は苦しそうでなかったこと、穏やかな表情であったことを伝えるほか、PCUでは看取り後のご遺族への手紙や、遺族会では意識的に声かけをし、継続した家族ケアを行っている。日本医師会監修がん緩和ケアガイドブックでは、「最期まで患者を人として大切に接し、家族と一緒に時間を過ごす事は日本人が終末期に大切にしていることである。」と述べており、入院中の関わりとして患者・家族を尊重する介入は行えている事が明らかである。

【まとめ】全看護師が患者・家族に対し様々な方向からアセスメントを行い、看取りを迎える姿勢を共有していることがわかった。家族が看取りに間に合うことが必ずしも可能ではないが、私達が日々努力をする意義は大きいと考える。

ターミナルケア導入における職員の心理と課題

○河内敏雄、井上聖子

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】老健は、在宅復帰施設としてリハビリを中心とした支援をすることが主な役割である。しかし近年では看取りの需要も高まっており、当施設においてもターミナルケアを導入する運びとなった。そこで、職員のターミナルケアに対する主観に着目し検証を試みた。

【方法】看護師、介護職、セラピストをはじめとする職員計77名（看取り経験者20名、未経験者57名）を対象とし、①ターミナルケア導入決定前、②勉強会実施後、③マニュアル整備後、計3回のアンケート調査を実施。ターミナルケア導入に対する不安感について設問した。

【結果】①では不安感は5段階で高い順に（以下同様）27名、22名、19名、8名、1名であった。「経験がない」「勉強会が必要」との意見が多く、勉強会を実施。②では10名、18名、32名、14名、3名であった。「勉強会が参考になった」「マニュアルが必要」との意見が多く、マニュアルを整備。③では4名、13名、34名、19名、7名となった。

【考察】看取りの経験がない職員にとって、ターミナルケアのイメージは漠然としたものであり、不安感が大きくなるのは当然である。また、死に対する恐怖感と難しいケアという先入観が先立ち、日常的に関わる立場である介護職員においてはとりわけ懸念が表れたのではないかと考える。それらを踏まえ、勉強会やマニュアルを整備したことで、段階的な不安感の減少につながったことから、職員への教育とサポートの重要性が示唆された。今後も継続的な勉強会、意見交換、多職種連携に努め、各々が省察し向上し合える環境を整えていくことが重要な課題となる。

上腕骨顆上骨折に対する早期の関節モビライゼーションの有効性

○村田 駿、本橋克利、大澤秀一

平成立石病院

【はじめに】右上腕骨顆上骨折を呈し、術後の肘関節の関節可動域制限と筋力低下に対して、早期からの関節モビライゼーションが有効であった症例について報告する。

【症例紹介】70代男性。飲酒後に転倒受傷し観血的整復術を施行。術後1病日、初期評価、右上腕遠位部から前腕近位部にかけて腫脹、熱感あり。関節可動域、肘関節屈曲70°、前腕回内20°。画像所見 Carrying Angle30°、Tilting Angle50°。MMTは肘関節、手関節は3～4程度であった。HOPEは右上肢での食事動作獲得。主治医より、既往に肘関節OAがあることから、術後の肘関節最大屈曲は90°とされた。

【経過・結果】2病日から理学療法開始。3病日から関節モビライゼーションを用いた可動域訓練を実施した。35病日で肘関節屈曲90°前腕回内90°まで拡大、MMTは肘関節、手関節は4～5程度まで改善が図れた。42病日で食事動作が獲得され、ADL場面で支障がなくなり、リハビリテーション終了となった。

【考察】関節モビライゼーションを用いたリハビリテーションプログラムを実施したことにより、肘関節の前方・後方関節包の伸張、関節周囲組織の柔軟性向上が促され関節可動域拡大につながった。肘関節90°屈曲、前腕90°回内まで拡大し、また、肩甲骨拳上、肩関節外転、肩関節水平内転の代償運動を用いたことにより、患側上肢での食事動作獲得が可能となった。関節モビライゼーションは関節包内運動の改善だけでなく、筋肉や靭帯などの関節周囲組織の柔軟性、伸張性の改善を図れるため、早期から積極的に用いていくことは有効であると考えられる。

洗体動作の獲得が麻痺手の使用に繋がった脳梗塞の一例

○西村萌々子、佐々木綾乃、大瀧直人、
星野義明、篠村哲治、木村郁夫、
小泉和雄

いずみ記念病院

【はじめに】脳梗塞後の左片麻痺例（回復期入院中）に対し、麻痺手の使用を目的に洗体動作の獲得を図った。自助具の導入・改良と上肢機能の改善により、退院後の麻痺手使用が拡大した症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。障害として左片麻痺（Br. stage 上肢Ⅳ手指Ⅲ）表在感覚軽度鈍麻、深部感覚中等度鈍麻が残った。健側上肢にて病棟生活を過ごすことが出来ていたが、麻痺手の使用は見られず、右上肢・背部の洗体動作は介助を要していた。

【経過】右上肢の洗体動作では自助具（ループ付きタオル）を導入し、タオルを丸めて把持しながら右上肢を洗った。しかし、左手をスムーズにループへ通すこと、タオルを把持し続けること、肌押し当てをすることが困難であった。そこで上肢機能訓練に加え、右肩へのリーチや肌押し当てを訓練した。その後、自助具使用の改良としてタオルは手に巻き付け、さらにループの大きさを調節可能とし、素材を変更した。

【結果】Br. stage は上肢Ⅳ→Ⅴ、手指Ⅲ→Ⅳと改善した。自助具導入時の満足度はVAS 2/10であったが、上肢機能へ介入後は8/10、自助具の改良後は10/10となった。自助具の導入・改良により洗体動作は自立となり、さらに、退院後も麻痺手での洗体動作は継続して行っていた。

【まとめと考察】症例は、自助具導入後も洗体動作は困難であった。洗体動作への介入により、上肢機能と洗体動作の改善が得られた。また、自助具の改良により本人にとって使用しやすい用具となり、退院後も継続出来たと考えられた。さらに、生活での麻痺手使用頻度が増えたことや活動の範囲が広がったことは、今後のさらなるQOLの向上に繋がられるのではないかと考えられた。

包丁操作の獲得に向けた知覚探索活動アプローチ

○神田有裕美、三浦弘司、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】左片麻痺を呈した事により両手の協調性が低下し包丁操作が行えず、調理動作への希望が強く聞かれた患者に対して、両手に知覚探索活動アプローチを行った症例を経験したので報告する。

【症例紹介】80歳代女性、利き手は右手、右被殻～放線冠梗塞を発症し左片麻痺を呈した。入院時のBrunnstrom stageは左上肢Ⅳ手指Ⅲ下肢Ⅳ、表在感覚・深部感覚共に軽度鈍麻、注意障害がみられた。簡易上肢機能検査（STEF）は右88点、左3点であった。

【方法】身近な物品を使用した作業活動を通して、操作的把持・つまみ等の知覚探索活動を下記の様に各段階に合わせて評価・治療アプローチを行った。

- ①ペットボトルを手の中で回す（麻痺側での一側上肢活動）
- ②ペットボトルに添わせるようにセラプラストを伸ばす（両側上肢同時活動）
- ③鉗操作、セラプラストを定規で切る（両側上肢の相反的な活動）

【結果】皮を剥く際に麻痺側手でじゃがいもの形状に合わせた把持と、包丁操作に合わせて手掌内でじゃがいもを操作する事が可能となり、非麻痺側上肢を過度に使用する事が軽減し、包丁操作が獲得された。Brunnstrom stageは左上肢Ⅵ手指Ⅴ下肢Ⅵ、STEFは右95点、左76点と向上した。

【考察】今回、両手の協調性に対して物品の特性に合わせた知覚探索活動を、段階付けて提供した事で、包丁操作が再獲得できたのではないかと考える。麻痺側手のみへの介入だけではなく、非麻痺側手を過度に使用しない工夫をすることでADLやIADLへの質の向上に繋がると考える。

NEUROにより麻痺側上肢の使用頻度が向上し趣味参加に至った症例

○田中優子 1)、東 成美 1)、大瀧直人 1)、原 愛 1)、星野義明 1)、篠村哲治 1)、小泉和雄 1)、木村郁夫 2)、安保雅博 2)

1) いずみ記念病院、2) 東京慈恵会医科大学

【はじめに】脳卒中後の上肢麻痺改善に有効とされている、低頻度反復性経頭蓋磁気刺激（低頻度 rTMS）と集中的作業療法の併用療法である NEURO を 15 日間の入院にて実施した。その結果、上肢機能の改善を認め、さらに生活内での使用頻度が向上し、趣味活動への参加に至ったので報告する。

【症例】右被殻出血発症後に左片麻痺（BRS 上肢 V、手指 IV）を呈し 1 年が経過した 60 歳代女性。麻痺手の使用場面で代償動作が出現するため、生活内での使用場面が限定され、趣味活動への参加が困難であった。

【方法】NEURO のプロトコールに準じ、低頻度 rTMS を 1 日 40 分行い、個別作業療法と自主トレーニングを実施した。上肢機能評価は、FMA（上肢項目）、ARAT、STEF、麻痺側上肢使用頻度の主観的評価である JASPID など入院時、退院時、退院後 1 ヶ月に行った。

【結果】入院時、退院時、退院後 1 ヶ月で FMA は 37/66 点、45 点、50 点、ARAT は 49/57 点、53 点、55 点、STEF は、36/100 点、57 点、65 点と改善した。JASPID の使用頻度は 83.5%、90.5%、91.8% となり、動作の質も 72.9%、78.8%、82.4% と向上した。退院後に、趣味活動の生け花で両手の使用が可能となり、難易度の高い作品を仕上げる事が可能になった。

【考察とまとめ】上肢機能および麻痺側上肢使用状況の改善がみられた。磁気刺激で痙縮が軽減し、個別作業療法で随意性の向上に加え代償動作の軽減を図ったことが上肢機能改善に繋がり、生活内での使用頻度を向上させるきっかけになったと思われた。さらに、入院中に症例に適した自主トレーニングを選別・提供したことや、安定した補助手としての機能を再獲得できたことが退院後の生活にも反映され、機能や使用頻度の経時的な改善と趣味活動への参加に至ったと考えた。

上肢用ロボット型運動訓練装置 ReoGo-J 使用の経験

○樋口 彩、岡本光平、関根康文、西 直人、伊藤雅史

等潤病院

【はじめに】今回、脳卒中重度片麻痺患者に対し通常の作業療法と併せ ReoGo-J を実施した。介入後麻痺側上肢に随意性向上を認め、麻痺側上肢の使用頻度向上に繋がったためここに報告する。

【症例】左被殻出血により右片麻痺を呈した 50 代男性。ReoGo 導入時、Br.stage: 上肢 I、手指 I、下肢 II。FMA 上肢項目: 12/66 点。FIM: 40/126 点（運動 20 点 / 認知 20 点）であった。

【方法】発症 55 日目より ReoGo-J を導入した。通常の作業療法に加え ReoGo-J を 15～20 分、週 6 回の実施を退院までの 4 か月間行った。退院時に再度 Br.stage、FMA、FIM の評価を実施した。また日常生活の中で右上肢の積極的な使用を声掛けにて促した。

【結果】退院時の評価結果は Br.stage 上肢 II、手指 IV、下肢 IV。FMA 上肢項目: 23/66 点。FIM: 94/126 点（運動 66 点 / 認知 28 点）となった。また病棟生活では物品を支えるなど補助手としての動作が可能となり「できることが増えました。退院した後も積極的に右手を使いたい。」といった機能改善に関心を向けられた発言も聞かれた。

【考察】ReoGo-J は障害像に合わせて訓練モードを設定し、モニターに表示される軌道に合わせて正確な反復到達訓練を行うことが可能である。今回、通常の作業療法と併せ ReoGo-J を導入したことで麻痺側上肢の運動機能向上、日常生活での麻痺側使用の頻度向上が認められた。日常生活場面の中での使用頻度が増加したことで麻痺側使用に実感を持つことができ、モチベーション向上・退院後の生活への汎化に繋がったと考えられる。

活動が制限されている患者への視覚的アプローチの検討

○高鳥亮介、田畠知子、沖本恵美、
谷口綾乃、小池 淳

相武病院

【はじめに】当病院では、重症患者や多重疾患患者が多く、リスク管理の観点からリハ以外での離床が難しい状況にある。離床ができて自発動作が困難な患者や作業活動に対し消極的な患者も多数おり、リハの際に離床しても目的や楽しみがないため長時間の離床に繋がらず、リハ時間外は臥床し心身の廃用が進行しやすい状況にあった。そのため今回個々のリハ前後に患者のニーズに合った映像を評価し用いることで視覚的アプローチを行い離床時間の拡大を図り、一定の効果が認められた為今回報告する。

【方法】個々のリハ前後に患者をリハ室に集め、前半40分、後半45分の2本の映像をプロジェクターにて投影した。視覚的アプローチ中の様子を客観的反応と患者の主観的な感想を当病院独自に考案した評価用紙にて評価し、作業療法士（以下OT）3名で話し合い患者のニーズを評価し、ニーズに合わせた映像を選択していった。

【結果】「ドキュメンタリー」「日本文化に触れる内容」「旅番組」に興味を持つ患者が多かった。また、終盤には「次は何を流すの」やリクエストなど離床に意欲的な発言が増え、帰室願望が減少し離床時間の拡大がみられた。

【考察・まとめ】今回の取り組みはリハ時間のみの離床では廃用症候群や認知機能低下の予防が難しい為、離床時間の拡大の一助になることを目的に始めた。開始当初はニーズを把握しないまま映像を流していた為、途中退出者も多く患者のニーズを把握する必要があった。評価を行うと、患者の興味関心を把握することができ、帰室が減少した。ただなにもせず離床しているだけではなく、そこに意味や楽しみを与えることでより有意義な離床になるのではないかと考えた。

全失語症患者の認知機能低下にアプローチした一例

○寺島克志、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】認知機能障害や認知症は、リハビリテーションを施行する際の阻害因子とされている（目黒、2012）。今回、失語症状へのアプローチ訓練だけでは、臨床的な改善を認められなかったが、認知機能訓練の介入時間を増加させたところ、家族とのコミュニケーション意欲と質に改善がみられた症例を経験したので報告する。

【症例紹介】80代男性、右利き、0病日、右不全麻痺にてA病院に救急搬送。頭部MRIにて中大脳動脈領域に高信号域を認め、心原性脳塞栓症と診断され、保存的加療となる。全失語、右半側空間無視、発動性の低下、認知機能低下等の症状がみられ、40病日にリハビリを目的に当院に転院。

【方法】失語症訓練だけでは無く、絵と物品のマッチングなどの認知機能を加えたりリハビリや病棟と協力して離床やレクリエーションへの参加を促した。退院時にコミュニケーション能力の改善度合いを7件法の、Global Rating of Change Scale（GRC）を用いたアンケートで調査した。コミュニケーションについて入院当初から比較し結果をまとめ考察する。

【結果】離床時間や余暇活動が増え、発動性、認知機能の向上がみられた。神経心理学的検査では、失語症の改善がみられなかった。しかし、GRCでは2（大きく改善した）で入院当初よりも活気や意思伝達の意欲が高まり単語レベルでの表出等の質の改善がみられた。

【考察】認知機能に対する介入時間を増やすことで発動性の向上とご家族とのコミュニケーションの意欲と質の向上がみられ、言語機能の改善に影響を及ぼした可能性が示唆された。

手話失語との関わり方について

○金澤聖子

等潤病院

【はじめに】脳血管障害により失語症を呈することが知られている。失語症は、手話においても症状が出現することが分かっているが、文献数が少なく症例としても珍しい。今回聾啞の失語症患者を一般病棟から外来まで担当する機会を得たため、その経験について報告する。

【症例】70代男性。アテローム血栓性脳梗塞にてブローカ失語を呈した症例。聾啞者であり第一言語は手話。キーパーソンは娘で音声言語と手話のバイリンガル。

【経過】発症当初は、失語症になったショックと周囲に手話使用者がいない不安から、他者との関わりに対し消極的となり、言語リハに対しても拒否的で受け入れ不良であった。挨拶や天気などの身近な話題を手話で行いレポートの形成を図り、積極的ではないものの拒否は減少。夜間来院する娘とノートを用いて情報収集や現状についての情報共有を行い、家族の協力を得ながらリハビリを継続。理解は短文レベル。表出面は喚語困難、失書、失文法などの症状を認めた。日常生活において必要頻度の高い単語を家族と考え、マッチングにて促通後手話表出訓練を実施。退院後は外来へ移行し、娘同伴のもと言語リハを継続。

【結果】喚語困難、失書において改善を認め、自宅内でのやりとりでは大きな問題のないレベルまで改善。一人で買い物に行きたいなどの希望も聞かれるようになった。

【まとめ】手話を用いたレポート形成や早期の家族との連携からスムーズな外来への移行が実現できた。また、使用頻度の高い単語を早期より表出訓練することで自宅内でのやりとりに大きな問題がない程度まで手話表出を改善することができた。

頸髄損傷にて四肢麻痺を呈した症例に対する ICT 導入

○林 芳弘、白波瀬元道

永生病院

【はじめに】頸髄損傷にて四肢麻痺を呈した症例を経験した。症例は認知機能が保たれ、自宅退院に向けたADL自立への意欲が強かった。言語聴覚療法（以下ST）において様々な情報通信技術（Information and Communication Technology 以下ICT）や福祉用具等を導入して症例のQOL、ADLの向上に努めた。導入にあたって奏功した点や問題点をまとめ、行政との関わりも含めて報告する。

【症例】50代男性。X年9月、登山中に滑落。頸髄損傷し四肢麻痺を呈する。A病院で気管切開術、胃瘻造設を行い、X+2年11月に当院地域包括ケア病棟に入院。X+2年12月に医療療養病棟に転棟。こだわりの強い性格で、趣味はSNS、読書、音楽。希望に、自力での痰の吸引器の操作やテレビ、エアコンの電源の操作等が挙げられた。

【ST介入】ICTの専門家と協力し、希望に応じたICT機器や福祉用具の選定を行い、動作の評価をした。ICT機器の購入にあたって「情報・通信支援用具」の申請を検討した。

【結果】希望の動作を行える目途が立った。しかし、助成は在宅の症例が適応であるため申請ができなかった。さらに、レンタル可能である物品が不十分であったため、入院中に実際に在宅を想定した練習を行うことができなかった。

【考察・まとめ】本症例を通し、専門家や行政との関わり的重要性を感じた。専門家との関わりによって症例に合った機器を選択できた一方で、入院中での導入は困難であった。ICT機器や福祉用具を使用して自宅退院をする症例の数は決して多くないが、今後の需要は高まることが予想される。病院内の物品数の少なさや、レンタルができない物品が多いなどの問題点が挙げられたため、導入における効率的な仕組みを作っていくことが重要であると考えられた。

外来リハビリテーションにおける高次脳機能障害者就労支援プログラムを利用した一事例

○古澤美樹、西村 彩、江村俊平、
岩谷清一

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】当院は、外来リハビリテーションを展開しており、平成22年8月より若年高次脳機能障害者を対象とした就労支援プログラムを開始した。今回は、そのプログラムを利用する一事例について、経過を報告する。

【事例紹介】20代女性。びまん性脳挫傷。左片麻痺は軽度残存。高次脳機能障害は、注意障害、記憶障害、知的機能低下を認めた。「大学に戻りたい」と希望を述べたが、病識に乏しく現実的でない印象だった。作業場面では、指摘に対して「死ねばよかった」と繰り返し発言していた。日常生活は自宅で寝ていることが多く、作業所の利用には拒否があった。

【方法】自宅退院3か月後より個別リハビリテーションと並行して、就労支援プログラムを開始した。就労支援プログラムでは、日常生活記録表、仕事を模した作業活動、グループワークを行い、半年ごとに家族と一緒に個別での面談を行った。

【結果】1年5ヶ月後、就労移行支援事業所の通所を開始し、活動量や外出頻度は増加した。時折「死ねばよかった」と発言はあるが、頻度は減少した。現在は、復学の希望はありながらも、「学費を稼ぎたい」と就労に向けて意欲的に取り組んでいる。

【考察・まとめ】就労支援プログラムの中で、作業所を利用している他利用者からの前向きな声かけや作業所利用の様子を知る機会があったことで、作業所の利用につながったと思われる。作業所の利用と並行して、半年ごとに家族と一緒に、活動・社会参加に焦点を当てた目標を共有することで、活動量が増加したと考える。就労支援プログラムが就労に対する本人の意欲向上の一助となり、作業所の通所へ繋がった可能性が示唆された。

胸腰椎変性疾患により躓き歩行を呈した症例

○寒河江幸太、福島恵美、篠原伸次、
山田有吾、花岡篤司

町田慶泉病院

【はじめに】L4.5腰部脊柱管狭窄症とTh9～12胸部後縦靭帯骨化症の症状から、歩行時に躓きを認め、入院加療後も症状が残存。外来にて治療を継続し、躓きが軽減した症例について報告する。

【症例】50歳代女性 既往歴：高血圧 右オールドトップ着用・両T字杖で退院 手術日：4月下旬（Th9～L2後側方固定術施行）

【評価 初期→最終】

ROM（°）Passive：P、Active：A 右股関節伸展P：10→15 右足関節背屈P：5→10 右足関節背屈A：-10→-5 MMT 右腹斜筋：2→3 右腸腰筋3→3 右前脛骨筋2→2+ 歩行観察（左T字杖）右立脚期：右足関節背屈が不足、骨盤右後方回旋し、右股関節伸展が不十分。→骨盤右後方回旋が軽減、右股関節伸展運動が出現。右遊脚期：右足関節底屈位で躓きが出現。→右足関節正中位に近づき躓きが軽減。

【問題点】原疾患の神経障害による右前脛骨筋筋力低下によって右足関節背屈制限の出現。それに伴う立脚時の右股関節屈曲・骨盤後方回旋の運動連鎖によって腸腰筋・腓腹筋の伸長性低下を起し筋の弾性エネルギー不足から遊脚期の躓きに繋がると考えた。

【アプローチ】足関節背屈制限に対し、足関節ROM訓練 下腿三頭筋ストレッチ スクワット 段差を用いた足関節底背屈運動 股関節屈曲・骨盤後方回旋運動に対し、腹斜筋筋力強化・ステップ動作訓練

【結果】歩行時の立脚期足関節背屈運動が生じ、骨盤右後方回旋が軽減、股関節伸展運動が出現。躓きは軽減した。

【考察】原疾患の神経障害による右前脛骨筋の筋力低下は残存したが、右足関節背屈制限が軽減したことで立脚期での腸腰筋・腓腹筋の伸長性向上により弾性エネルギーが働きフットクリアランスが向上、躓きの軽減に繋がったと考える。

脳梗塞発症後間欠性跛行を呈した腰部 脊柱管狭窄症症例

○浅野裕太郎、鎌田優輝、篠原伸次、
山田有吾、花岡篤司

町田慶泉病院

【はじめに】既往症に腰部脊柱管狭窄症がある、右前大脳動脈領域の微小血栓による脳梗塞を発症した症例を担当した。症例は脳梗塞発症前にはフリーハンド歩行自立、間欠性跛行が認められなかったが、発症後より間欠性跛行が出現した。本症例に対して装具調整等の理学療法を行い、一定の成果を得たのでここに報告する。

【症例紹介・評価】70歳代男性、本人HOPEは自宅復帰であった。左片麻痺：Br.stage上肢V手指V下肢I、歩行は全介助レベルであった。左L4領域表在感覚軽度鈍麻、ラセーグ徴候陽性、アキレス腱反射減弱を呈していた。

【理学療法】理学療法を施行し、発症後70日でシューホーンブレイス（以下SHB）の作成を行った。発症後100日で膝関節の随意性の向上を認め、SHB装着下では矯正力が強く、膝折れ傾向が見られ体幹、骨盤の前傾が観察された。また、オルトトップ歩行を試みるも矯正力が乏しく、膝関節過伸展、間欠性跛行の増悪が見られた。そこで、SHBのカットダウン、ヒールカットを行い足関節底屈方向への誘導を行った。また骨盤後方回旋誘導を目的に上行性の運動連鎖を利用し距骨下関節回外誘導を行い体幹、骨盤の前傾を抑制した。

【結果】歩行時の安定性、間欠性跛行の改善が見られ、ピックアップ歩行器歩行が可能となりHOPEである自宅復帰に至った。

【考察】下垂足の影響によって生じた歩行時姿勢に対して装具の調整、足底板により上行性の運動連鎖を利用し体幹、骨盤後傾へアライメント改善を図ったことで、間欠性跛行の改善が見られたと考える。間欠性跛行による疼痛改善が図られたことで自宅退院につながったと考える。

片脚立位に着目して歩行自立が可能となった症例

○宮原英詞、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】右片麻痺に両変形性膝関節症を伴う症例に対して、片脚立位に着目し杖歩行の自立を目指した。歩行時のステップに比べ、骨盤の持続的な水平保持と体幹・下肢の抗重力伸展活動がより必要になると考え、問題点を抽出し治療アプローチを行ったので以下に報告する。

【症例紹介】70代男性で病前は両変形性膝関節症ながら独歩は可能であった。左被殻出血発症後、3ヶ月経過時点の評価で、杖歩行は体幹・骨盤の左右への動揺が大きく見守りが必要であった。評価時の片脚立位保持は麻痺側が3秒、非麻痺側が1秒。10m歩行は22秒65。Berg Balance Scaleは40点であった。

【方法】従重力位から抗重力位での活動へと段階に沿って以下の治療を行った。

①背臥位・側臥位で麻痺側の腹斜筋・腹横筋の伸張と筋収縮を徒手的に促した。

②ベッド上で膝立ち位の中で麻痺側上肢から体幹の伸展を援助しながら、骨盤傾斜・回旋の自動運動を促した。

③立位でのつま先立ちや、輪入れで左上肢の上方リーチ課題を行い、体幹・下肢の抗重力伸展活動を促した。

【結果】骨盤の水平保持が可能となり下肢への重心移動が向上した事で、体幹・下肢の左右への動揺が軽減しT字杖歩行が自立した。本手技の介入後は、片脚立位保持は麻痺側が3秒から7秒、非麻痺側が1秒から5秒。10m歩行は22秒65から15秒22、Berg Balance Scaleは40点から45点へと改善した。

【考察】片脚立位の場面で両側の体幹・骨盤帯の問題点を整理する事ができた。歩行に必要な構成要素である体幹の伸展活動（高い重心の保持）と両側骨盤の前後傾・側方傾斜の動きが向上し、また両下肢の重心移動に対して介入できた事で杖歩行の自立に繋がったと考える。

転倒予防に着目した左大腿骨転子部骨折術後の症例

○猪飼大樹、武田勇人

町田慶泉病院

【はじめに】左大腿骨転子部骨折術後の症例に対し転倒予防に着目し介入した。小転子転位による腸腰筋機能不全から病前より転倒リスクが高まることが予想され、身体機能面に加え認知機能面などから転倒リスクが残存し難渋した症例となったため報告する。

【症例紹介】90代女性。後方への転倒で左大腿骨転子部骨折受傷(EVANS分類 stage III)、 γ -nail施行。病前ADL全自立、転倒歴や物忘れあり。

【評価「初期→最終」】HDS-R:15点→21点。触診:術創部周囲に腫脹、左大腿部全体に過緊張→術創部周囲に軽度腫脹、左大腿筋膜張筋の過緊張残存。ROM:股関節内転($10^{\circ}/5^{\circ}$ →変化なし)、膝関節伸展($-5^{\circ}/-10^{\circ}$ →変化なし)。MMT:股関節周囲筋(3→3⁺/2→2⁺~3)。立位姿勢:脊柱後湾・骨盤後傾・左股関節外旋・両膝関節内反→左股関節外旋見られず、その他著変なし。歩行:平行棒内見守り→フリーハンド見守り。荷重時痛:VAS1mm→28mm。FBS:15点→37点。【経過】左股関節周囲筋筋力強化、歩行訓練で左下肢支持性向上を図った後、バランス訓練で転倒予防に努めた。歩行はシルバーカー歩行に設定し、自宅内環境設定を行い退院とした。

【考察】病前より易転倒性を呈しており、認知機能低下や性格の影響から転倒への配慮に欠けていた。そのため身体機能向上により転倒リスク軽減を図ったが、後方へ重心偏位した姿勢に加え小転子転位による腸腰筋機能不全の影響からバランス不安定性は残存した。本人の転倒への不安の訴えもあったため、シルバーカー使用により実用歩行の安定を図り転倒リスクの軽減に努めた。

通所リハビリテーションで目標を達成した対麻痺の症例

○有元翔太郎、野長瀬高志、三宅英司、金子弥樹

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】胸部大動脈瘤の手術後に脊髄硬膜外血腫を発症し、対麻痺を呈した症例に対し通所リハビリテーション(通所リハ)にて介入する機会を得たので報告する。

【症例】症例は72歳の男性、要介護3で、H28年10月に胸部大動脈瘤の手術後に脊髄硬膜外血腫を発症、対麻痺を呈した。H29年5月に退院、6月より故郷への帰省を目標に挙げ当通所リハ施設利用開始となった。

【理学療法】H29年6月の利用開始時、胸背部から腰部にかけての動作時痛と右下肢の温痛覚の鈍麻、左下肢の筋力低下(徒手筋力検査:股関節屈曲;3,外転;2,膝伸展;3)を認めた。また、起居動作と歩行(四点杖使用)は見守りレベルであった。5m歩行時間は8.41秒、Timed up and go test(TUG)は21.7秒であった。筋力強化訓練と歩行能力の向上を目的に徒手筋力強化練習、平行棒と四点杖を利用した歩行練習を中心に行った。

【結果】H29年8月に行った計測結果において下肢筋力の向上(左股関節外転;3,膝伸展;4)を認めた。屋内歩行は四点杖を用いて自立レベル、5m歩行時間は7.29秒、TUGは18.59秒とそれぞれ改善を認めた。また同年9月に目標であった故郷への帰省も達成した。

【考察】発症から8カ月を経過した脊髄硬膜外血腫の症例において通所リハで下肢筋力の向上と歩行能力の改善を認め、目標達成が可能であることを示した。また、目標達成に理学療法が有用であることが示唆された。

座位姿勢改善に向けたアプローチの一考察

○山田祥子、進藤 晃、工藤弘之、
村田敬明、田島雅祥

大久野病院

【はじめに】シーティングは、疾患別リハビリテーション料の算定が認められその重要性が認識されている。今回、骨折を機に座位姿勢が不良となり認知症の影響から機能訓練が進みにくく座位姿勢の改善に難渋した症例を経験した。退院後に座位中心の生活を送る為、座位姿勢の改善を目的にシーティングを行い改善を認めた為報告する。なお本人と家族に同意を得ている。

【症例紹介】80歳代女性。左大腿骨転子部骨折、HDS-R 3点。既往に右大腿骨頸部骨折。入院前の生活は座位中心で生活全般に介助を要していたが座位保持や自力摂取は可能であった。

【評価】左股関節屈曲70°で疼痛、抵抗感出現。車椅子座位は骨盤後傾し体幹が右後方に崩れ上肢で支持した姿勢。その為上肢の活動は制限されていた。骨盤前傾の誘導に対する抵抗が強く座位修正も困難であり乗車直後から不良姿勢、約30分で姿勢の崩れの増強を認めた。

【介入】左股関節の疼痛や抵抗感、体幹の崩れに対応可能な車椅子やクッションの選定と調整を行い、骨盤前傾及び座骨への荷重を促した。

【結果】骨盤前傾や座骨での荷重が行いやすくなり座位姿勢が改善、両側上肢での活動が可能となり範囲も拡大した。また良姿勢で約1時間の乗車が可能となった。

【考察】認知症を有し座位姿勢の改善が得にくい症例に対しシーティングを行いその効果を認めた。認知症高齢者に対する介入として環境調整や姿勢保持が重要であると言われておりシーティングがその要因となったと考えられる。座位姿勢の改善は活動性の拡大、生活の質の向上などにも繋がることから、シーティングの重要性を再認識することができた。

人工股関節全置換術後、機能的脚長差に対する理学療法

○奈良原大輝、鎌倉崇之、篠原伸次、
山田有吾、花岡篤司

町田慶泉病院

【はじめに】変形性股関節症に対し、人工股関節全置換術（以下THA）を施行された症例で術後、機能的脚長差、跛行を認め平行棒内歩行見守りであったが、骨盤のアライメントを修正し機能的脚長差改善、関節可動域改善しT-cane歩行自立となり、機能改善が得られたため若干の考察を加え報告する。

【症例】80歳台 女性 3年前より右変形性股関節症を保存にて経過、股関節周囲に疼痛が出現し、平成29年7月初旬THA前方進入を施行された。

【評価】術前は、棘果長3cmの左右差を認めた。術後、棘果長は0cm、臍果長3cmの左右差を認めた。ROM右股関節伸展0°内転5°で防御性収縮を感じ、疼痛への恐怖感、脱臼への恐怖感を訴えた。MMT腹直筋、腹斜筋、大臀筋、中臀筋、いずれも2であった。触診では両腸腰筋、左脊柱起立筋、左腹横筋に過緊張を認めた。アライメントは盤左拳上・前傾・右回旋し、腰椎の過前弯、左側屈位を呈し、歩行ではMst～Tstにかけて股関節屈曲、外転位の跛行を認め、平行棒内歩行見守りレベルであった

【治療】骨盤のアライメント調節、可動域訓練、歩行訓練を行った。特に脊柱起立筋の過緊張に対し腹直筋の収縮促通、左腹横筋のリラクゼーションを行った。

【結果】臍果長が改善し、左右差1cmとなり骨盤のアライメントが修正され、ROM右股関節伸展15°内転20°であった。MMTでは、腹直筋5腹斜筋5大臀筋4中臀筋3まで改善されT-cane歩行自立に達した。

【考察】機能的脚長差が出現した原因として、脊柱起立筋や腹横筋の過緊張や可動域制限、筋力低下により、骨盤および体幹のアライメントが崩れていることで脚長差が出現したのではないかと考え、アライメントを修正することで、より改善されたと考えた。

足底板使用により股関節外転筋群の疼痛軽減が認められた一症例

○甲斐雅規、佐藤泰久、下川龍平、永島正一

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】右大腿骨転子部骨折による骨接合術（ γ -nail）後に歩行時の股関節痛が持続したが、足底板を使用することで疼痛軽減が認められた症例を報告する。

【症例紹介】80歳代の女性。既往として両膝の変形性関節症に対して、人工膝関節置換術を施行。術後3週経過後にリハビリ目的で当院へ入院。入院時、右立脚中期のたびに、右大腿外側創部周囲にNRSで2～3の疼痛が生じていた。また股関節外転筋はMMT2で、運動時にNRS2の疼痛が生じていた。

【方法】歩行時のメカニカルストレスを軽減する目的で、右足部の内側縦アーチにパッドを挿入し、挿入前と2週間後の歩行を比較検討した。

【結果】上記介入開始の翌日から足底板を挿入したところ歩行時のNRSは0となった。10m歩行の速度・歩数は、挿入前が22.2秒・30歩であったが、挿入後は16.8秒・27歩となった。2週経過時では、足底板を外した状態でも創部周囲のNRSは0を維持、股関節外転筋MMTも2から3となり、この際のNRSも0となった。

【考察】歩行の右立脚中期に距骨下関節回内、膝関節外反、股関節内転・内旋位が増強され、術中に侵害を受けた中殿筋・小殿筋といった股関節外転筋群が伸展位となることでメカニカルストレスが生じていたと考えられる。そこで、足底板を挿入することにより右立脚中期のアライメントが変化したことで中殿筋・小殿筋に生じたメカニカルストレスが軽減できたと考えた。

【まとめ】足底板挿入により下肢のアライメントを変化させることで、疼痛軽減に繋げることができた。また、生活場面で痛みなく歩けることで、入院中の全身的な廃用を予防することができ、QOLの低下を防止することができた。

アキレス腱断裂患者に対し徒手療法による介入が有効であった一例

○畑中友晴、南部昭彦、大澤秀一

平成立石病院

【はじめに】早期からの下腿部に対する筋膜リリースを中心とした徒手療法介入が足関節可動域、歩容の改善に影響を与えた症例についてここに報告する。

【症例】30代男性、事務職。スケートボードにて走行中、止まろうとし右足をついた際に受傷し救急搬送。アキレス腱断裂と診断され当院にて手術実施。15病日目より外来にてリハビリ開始。

【初期評価と問題点】初期評価、疼痛なし。関節可動域、右足関節背屈 -15° 、底屈 20° 。下腿三頭筋MMT2。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、滑走性の低下、距骨の滑り運動の減少が見られていた。

【治療・経過】21病日後より装具装着し歩行訓練実施。装具歩行開始時より下腿三頭筋を中心とした筋膜リリースを行った。以後1週ずつ足底板を外し、48病日目より足底板なしでの歩行となり、55病日目より装具なしでの歩行開始となった。脱装具後は関節のモビライゼーションを中心に介入し、右足関節背屈 15° 底屈 40° まで改善が見られた。装具装着後より自主トレーニングを中心とした筋力訓練も並行して行った。

【考察】アキレス腱断裂では筋の伸張性低下による関節可動域制限、筋力低下により歩行獲得に時間を要するといわれている。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。今回、筋膜リリース、関節モビライゼーションを使用したことにより、皮下組織、関節包内運動の改善が見られ、関節可動域の改善が図れたと考える。また早期に筋力訓練を行うことで良好な筋力改善が図れると思われる。

退院支援普及への取り組み ～看護師意識改革～

○福川裕美、小佐々友子

南多摩病院

【はじめに】平成28年7月から退院支援加算Ⅰ取得開始にあたり、退院支援看護師が配置された。当病院には急性期治療と並行し早期から退院支援が必要となるケースが多いが退院支援に対する病棟看護師の意識の低さと知識不足を感じた。病棟看護師が退院支援に関する知識を得ることで退院支援に対する意識が変わると考え、意識改革に向けた取り組みを報告する。

【方法】退院支援を行う際、最も必要となる介護保険制度の理解を深めるため「介護保険について」というテーマで勉強会を実施した。受講者確保の目的で、スタッフができるだけ出席しやすいように配慮し研修時間を15分間の短時間の設定にした。日中のカンファレンスの時間帯を利用し、病棟と透析室へ出張の勉強会を各部署3回ずつ（透析室は1回開催）行った。

【結果】勉強会では介護保険制度の中で特に①介護保険申請方法 ②急性期治療の段階での介護保険の必要性について重点的に説明した。以前、同内容の勉強会を院内研修で開催した際には看護師全体の16.3%の受講に留まった。主催側が出向いて勉強会を開催することで4部署の看護師全体の41%が受講者を確保することができた。

【考察・まとめ】今回、出張の勉強会を行うことで病棟看護師が入院時の社会資源や社会背景の確認が行えるようになり、退院支援に対する意識が高まった。同時に、入院時の聞き取りを行えることで、退院困難なケースの把握を早期に行い、退院支援看護師への報告・連絡・相談がスムーズにでき、退院支援の早期介入に繋がっている。しかし、夜勤の多い看護師は出張勉強会にも参加できないことが課題として挙げられた。

認知症患者の夕方に発生する不安・不穏行動の削減に向けて

○大平綾香、天野真奈美、辻谷千紘

東京さくら病院

【はじめに】当院に入院する患者にも認知症を合併しているケースは多い。その中で夕方に不安や不穏行動を起こすケースも少なくない。スタッフからの側面で考えると、夕方に患者が不穏になるのは、交代勤務上、望ましくない。そこで、夕方に集団アクティビティを行い、不安・不穏行動の減少のための取り組みを報告する。

【方法】対象者（夕方に不安や不穏行動を頻発する患者）をデイルームに集め、体操やカレンダー作りなどを集団で行なった。動作の理解が困難な患者には別のスタッフが寄り添いながら進めた。また、スタッフが患者の間に入りながら行うことで患者に適宜声をかけることができた。

【考察】1日のリハビリも終了し、誰かとの関わりがなくなることで、寂しさや不安を訴えることもあったと考え、このような集団アクティビティという形で誰かがいる場所に参加することで寂しさや不安の訴えが減ったと考える。とくにカレンダー作りは、1人が1日で作り上げるのではなく、何人もの患者が何日もかけて継続して作成していくものであり、できあがっていく様子を楽しみにしている発言や様子がみられた。これをスタッフが拾い集め、何人もの患者とも思いを共有することで、アクティビティで誰かと関わる安心感に伴い、不安・不穏行動が減少したと考えた。

【まとめ】認知症の患者の不安や不穏行動はなぜ発生するのかという観点から考え、あえてスタッフも慌ただしくなる夕方にアクティビティを行った結果、認知症患者の不安や不穏行動の減少につながるとともに、不安や不穏行動で手が足りなくなることの減少にもつながった。起きたらどうするかの前に、起きないように事前の関わりを続けていきたい。

震災に対する意識・知識向上に向けて
～資料配布の有効性を調査して～

○山本真由美、石川智美、山端彩花

城西病院

【はじめに】近年、阪神淡路大震災・東日本大震災・熊本地震などが発生し大きな被害をもたらしたことは記憶に残っている。今後も大規模な地震が発生する可能性があり社会全体の関心が高まっている。今回一般病棟スタッフを対象に震災時の対応についての意識・知識向上を目的とした取り組みを行ったので報告する。

【方法】対象は一般病棟看護師 21 名。期間は 2016 年 8 月～12 月。8 月に震災に対する意識・知識調査の為の事前アンケートを配布・集計を実施。その後 10 月にアンケート資料に沿った勉強会の資料と、病棟での震災時の役割と具体例の資料を配布した。12 月には 8 月と同様のアンケートを配布・集計し看護師の意識・知識がどう変わったかを調査した。

【結果】今回の調査では地震に対する危機感等の意識に対しては元々意識が高かったが資料配布したことでより一層意識が高まった。しかし知識に対しては今回 8 月～12 月という短い期間での研究であったにも関わらず資料内容を忘れていた人が数名いたという現実があった為資料の配布だけでは必要な知識の継続が難しいということがわかった。

【まとめ】今後、資料配布のみではなく、シミュレーションを用いた勉強会を定期的に行っていくことが大切であり、災害時の事前対策がすぐわかるような環境を作っていくことが必要であると考えた。スタッフが知識を備えた上で、実際の震災発生の場合で行動できるよう訓練していきたい。

脊椎圧迫骨折患者の肥満度指数と疼痛の関連性について

○山口諒人、中口拓真、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】高齢化に伴い、脊椎圧迫骨折患者は増加傾向にある（赤羽根、2006）。疼痛は炎症により惹起され、脂肪細胞は炎症を増悪させる作用がある（管波ら、2006）。また、低体重者はサルコペニアと骨粗鬆症の有病率が高く、約 8 割以上が腰背部痛を有するとされている（林ら、2002）。そのため、普通体重者に比べ、低体重者・肥満者は疼痛が強い可能性があり、それを検証する。

【対象・方法】脊柱圧迫骨折を呈した当院急性期病棟入院患者 10 名を対象とした。世界保健機関の Body Mass Index (BMI) の基準に基づき、低体重群 (3 名)、普通体重群 (4 名)、肥満群 (3 名) に分類した。評価項目は年齢、Numerical Pain Rating Scale (NPRS)、握力、圧壊率とした。疼痛と握力は発症から 3 日後と 14 日後に評価した。握力は骨折部への負荷を考慮し背臥位で測定、圧壊率はレントゲン写真から定量的評価法 (Semiquantitative method ; SQ 法) を用い、Grade 1～3 に分類した。

【結果】

低体重群：3 日目平均、握力 11.7kg (7.6)、NPRS 8.3 (1.2)
14 日後平均、握力 11.3kg (2.5)、NPRS 6 (0.8)、圧壊率 Grade 2.7
普通群：3 日目平均、握力 15.8kg (10.0)、NPRS 3.5 (2.7)
14 日後平均、握力 16.3kg (2.5)、NPRS 3.3 (2.4)、圧壊率 Grade 2.0
肥満群：3 日目平均、握力 21.0kg (7.3)、NPRS 8.7 (2.0)
14 日後平均、握力 21.3kg (6.8)、NPRS 7 (0.8)、圧壊率 Grade 1.0
普通体重群 NPRS 値と比較し、低体重群、肥満群との差は 2.7～5.4 あり、NPRS の Minimal Clinical Important Difference (MCID) 1.3～2.2 (child et al, 2005) より差が大きい結果となった。握力の MCID は 5.0～6.2 と報告されており (Lang et al, 2008)、各群 2 週目の差は 5.0 kg と臨床的に意義のある差を認めた。

【考察】低体重群、肥満群は普通体重群に比べ、BMI や筋力が圧迫骨折患者の疼痛を遷延させる可能性が高い傾向にあった。

肺炎と病前 ADL の関係性について

○塩入真太郎、畑岡詩織、疋田裕介、
椛島祥子、南方麻穂、齋藤 整、
宮城春秀

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】肺炎で入院される方の多くが高齢者であり、再発により入退院を繰り返している。今後、高齢化に伴い肺炎の割合がさらに増加すると予想される。文献では肺炎発症と ADL の関係性があると言われている。今回、肺炎を発症した患者の病前 ADL についてヒアリング調査を行い、その結果について報告する。

【対象】肺炎で入院した症例、あるいは入院中に肺炎を発症した症例

【方法】病前 1 ヶ月前の ADL を症例またはご家族よりヒアリング調査を実施

<ヒアリング内容>

- ① Barthel Index
 - ② 高齢者の日常生活自立度の分類
 - ③ Hoffer の座位保持能力分類
- <その他の調査項目>
- ① 入退院時の Barthel Index
 - ② 入退院時の高齢者の日常生活自立度の分類
 - ③ 基本情報（年齢・性別・身長・体重・BMI）
 - ④ 既往歴
 - ⑤ 肺炎の再発回数
 - ⑥ 入退院時の Hoffer の座位保持能力分類
 - ⑦ 入退院時の血液データ（CRP、WBC、Alb、Cr、総蛋白、ヘモグロビン、血小板）
 - ⑧ 入退院時の四肢周径（上腕、下腿の最大周径を測定。脳卒中には非麻痺側を測定）

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき、本研究の目的と内容について対象に説明し同意を得たうえで実施した。荒木記念東京リバーサイド病院倫理委員会の承認を得た。また、症例・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事を説明し同意を得た。

残尿量と姿勢の関連

○阿部愛里香、中口拓真、小平祐造、
猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】残尿量増加の原因について女性では加齢、尿路感染、臓器脱（亀田医療センターサイト、2017）、平均尿流率（ml/s）の低下が関連していると報告されている（留畑ら、2012）。なかでも腹圧は排尿後半の膀胱壁収縮に関連する（宮田ら、1990）。脊柱の後弯を呈す高齢者は腹圧低下により残尿量が増加する可能性がある。そこで本研究は残尿量と姿勢との関係を検証した。

【方法】対象は尿便意のある高齢女性 15 名。除外基準は神経学的疾患、発症後 6 ヶ月以内の新鮮圧迫骨折を有する者。評価項目は年齢、BMI、排尿回数、出産回数、脊柱彎曲、股関節伸展角度、腹直筋間距離、残尿量を設定した。脊柱の彎曲は自在曲線定規を用い、円背指数を求めた。残尿測定は、URICARE 社製残尿量測定装置ゆりりんを使用した。腹直筋間距離の測定は、デジタルキャリパーを使用した。

統計学的解析には、全てのデータに対し正規性の検定を実施し、残尿量とその他のアウトカムとの関係に対しピアソンまたはスピアマンの相関係数を求めた。

【結果】平均年齢 82.1（11.3）歳、平均 BMI 19.4（3.4）kg/m²。残尿量と排尿回数には有意な正の相関を認めた（ $\rho = 0.66$ ）。また残尿量と股関節伸展角度には $p = 0.07$ であり相関関係がある事が示唆された（ $r = -0.5$ ）。

【まとめ】残尿量と排尿回数について、一度の排尿で膀胱内の尿を排出しきれず、排尿回数の増加に繋がった。股関節伸展角度と残尿量は相関関係が示唆された。これは、股関節の伸展は骨盤の後傾との関連が深い事が影響したものと考えた。円背指数は胸椎の後弯を示すことが多く、円背指数と残尿量には必ずしも相関関係があるとは言えないことが分かった。

退院後の装具使用状況とその違いによる現在の移動手段の比較

○武田沙知、小池 諒、小川英明

永生病院

【はじめに】当院では、医師、義肢装具士、療法士が集まり、患者の移動状況から下肢装具の処方を行っている。しかし、退院後の生活において下肢装具が適合しているかは不明な点が多い。そこで、入院中に作製した下肢装具の退院後の状況を調査した。

【対象と方法】対象は2015年4月から2016年3月まで当院入院中に下肢装具を作製した40名の内、アンケート用紙を郵送し返送があった21名とした。性別、年齢は男性12名、女性8名、平均年齢64.3±14.0歳、疾患は脳血管疾患17名、その他4名である。調査内容は退院後の装具使用状況とその理由、退院後の移動手段である。

【結果】装具使用状況は、装具使用群が18名（平均使用期間16.4か月）、装具非使用群が3名（平均使用期間13.3か月）であった。使用している理由は安定性が増すからという理由が一番多く（12/18人）、次いで退院時に着用するように言われたからという理由であった（6/18人）。使用していない理由は新しい装具を作製したから（2/3人）、使用しなくても歩行できるようになったから（1/3人）という理由であった。退院後の移動手段は装具使用群が車いす利用者（14/18人）、歩行介助（1/18人）、歩行自立（3/18人）であった。装具非使用群は、歩行見守り（2/3人）、歩行自立（1/3人）であった。

【考察】装具使用群は車いす使用が多く、装具非使用群では歩行レベルの症例が多い状況であった。装具を使用する症例は、車いすの利用が必要とされ、安定性を求めていることから下肢支持性との関係性が推察される。

【まとめ】今回の結果より、身体機能の予後予測の重要性を改めて確認することができた。今後も症例数を増やし、より精度の高い予後予測から適切な装具処方へとつなげていきたい。

急性期病院における院内デイケアの取り組み

～2015-2016年度の活動報告～

○佐藤雅晃、長谷川好子、熊谷 恵、岩崎彩芽、石川愛理、石川あすか

南多摩病院

【はじめに】当院ではリハビリスタッフが中心となり2013年度から「院内デイケア」を行っている。今回は2015年度から2016年度の活動経過と参加者の傾向を以下に報告する。

【活動経過】「院内デイケア」は医療処置目的での活動制限に伴う身体・認知機能の低下を予防することを目的としている。その活動は病棟にて月から金曜日の12時から13時半の間、車いす離床、摂食訓練、集団活動を行っている。これまで内科病棟での一カ所開催であったが、2015年6月からは整形・循環器科病棟でも集団活動のみ火・木曜日に行うこととなり2カ所での開催となった。その後2016年4月からは月・水・金曜日は内科病棟、火・木曜日は整形・循環器科病棟での一カ所での交互開催となった。

【参加者の傾向】2015年度は、リハビリ対象者数に対し院内デイケア参加率は月別平均16%であった。疾患別にみると呼吸器、廃用症候群、運動器の順に多かった。平均年齢はリハビリ対象者が81.0歳であったのに対し84.4歳と高い傾向にあった。2016年度は、デイケア参加率は月別平均17%であった。疾患別にみると呼吸器、運動器、廃用症候群の順に多かった。平均年齢は前年度と同様の傾向であった。

【考察とまとめ】2015年6月より整形・循環器科病棟で行うこととなり、運動器疾患の方の参加者数が1.6倍に増加した。開催場所による移動距離などの環境的な影響もあったが、どのような疾患でも「院内デイケア」のような集団活動は疾患問わず必要とされているのではないかと推察された。また、参加者の年齢は高い傾向にあり認知障害を有している可能性が高い印象があった。今後は認知面に焦点を当てた集団活動プログラムを検討していきたい。

入院日数に関わる要因についての考察

○西谷雄作 1)、萩原郁弥 1)、矢部美晴 1)、
八谷邦光 1)、鈴木恵司 1)、猪口雄二 1)、
中口拓真 2)

1) 寿康会病院
2) 花と森の東京病院

【はじめに】当院は49床の地域一般病院である。うち、29床を地域包括ケア病床として運用している。地域包括ケア病床は60日までの限度日数があり、対象患者には計画的、効率的なリハビリの実施が求められる。この点で疾患別リハを実施した患者の入院日数に関わる要因を集計検討したので報告する。

【方法】平成28年4月～29年3月に、疾患別リハを実施した入院患者282名を、入院日数別に①60日未満群234名と②60日以上群48名に分け、各々の属性などを比較検討した。統計処理はウェルチのt検定、有意差は $P<0.05$ とした。

【結果】2群の平均を示す。①60日未満群：年齢79.0才、入院日数37.4日、入院時BI48.1、退院時BI66.7、BI利得19.0、入院から病状説明・方針決定（以下IC）までの日数15.2日、在宅復帰率87.3%、②60日以上群：年齢78.3才、入院日数72.0日、入院時BI31.4、退院時BI53.9、BI利得23.0、入院からICまでの日数22.7日、在宅復帰率81.3%、また、①60日未満群と②60日以上群の間では「年齢」「入院時BI」「退院時BI」「BI利得」「入院からICまでの日数」のうち、「入院時BI」「退院時BI」「入院からICまでの日数」で、2群間に有意差が認められた。

【考察】「入院時BI」は、入院日数が長期化するか否か早期に判断する1つの指標になる可能性がある事が示唆された。「入院からICまでの日数」の遅れは、入院日数が60日を超える要因になり得るため注意が必要である。今後はICまでの日数が遅くなった理由などを調査し、その対応を考えていきたい。

回復期リハビリテーション病棟の提供単位数の管理とその効果

○依包早紀、宮城春秀、二宮宣文

南町田病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）では積極的なリハビリテーション（以下、リハ）の提供が求められる、診療報酬でも充実加算として評価されている。当院においても、回復期病棟で充実したリハ専門職の配置とリハ単位数を提供している。しかし、回復期病棟の運営上、病棟の稼働率、職員の勤務状況や患者の状態などで、最低限の充実した提供単位数は確保できても、最大限の充実した単位は提供できない場合もある。また、6単位以上の効果についての報告も少ない。そこで、今回、回復期病棟における提供単位数の管理運営とその効果について検討した。

【方法】対象は、平成26年4月～平成29年7月に当院回復期病棟を退院された患者345名（大腿骨頸部骨折152名、脳卒中193名）。方法は、後方視的に電子カルテから調査した。内容は、平均提供単位数を3群（6単位、7単位、8単位）に分け、FIM利得と効率、在宅復帰率を比較した。統計ソフトは、EZRを使用しKruskal-Wallis検定にて有意水準5%以下とした。

【結果】大腿骨頸部骨折のFIM利得（効率）は、6単位群 10.3 ± 25.7 (0.3 ± 0.4)、7単位群 16.1 ± 12.2 (0.3 ± 0.3)、8単位群 21 ± 11.2 (0.4 ± 0.2)であり、脳卒中のFIM利得（効率）は、6単位群 10.8 ± 13.8 (0.3 ± 0.4)、7単位群 11.8 ± 19.1 (0.2 ± 0.5)、8単位群 20.3 ± 13.2 (0.3 ± 0.2)であった。FIM利得（効率）、在宅復帰率共に差はなかった。

【考察】当院の回復期病棟は、患者の必要に応じた単位数を提供するために、9単位のリハ提供を原則とするが、全身状態の不安定により積極的なリハが困難な患者やゴールを達成した患者には6単位に制限し、その分多職種を含めたチームでの関わりを強くしている。結果から回復期病棟の単位管理は、限られたリハ専門職数の中、ADLを効率的に改善させるために有用でないかと考える。

療養患者への定期的なアクティビティの提供とその効果

○沖本恵美、田畠智子、谷口綾乃、
高鳥亮介、小池 淳

相武病院

【はじめに】当院は高機能多機能な長期療養病院であり、リハ算定超患者の多くはリハ時間外を臥床して過ごすことが多く、患者が活動できる場も少ないため、活動量の増加を見込めず、心身の廃用が進行しやすい状況にあった。今回、心身機能低下予防のため、5名のリハ算定超患者に対して、8ヶ月間、週3回の頻度で患者個々の能力や興味に応じたアクティビティをリハ時間後に提供した。アクティビティの提供前後に、活動量と認知機能に改善が認められたため、ここに報告する。

【方法】アクティビティが行えるスペースを8ヶ月間、週3回、午前2時間と午後2時間半開放した。アクティビティは患者個々にOTが立案、見守りとしてリハ助手1名を配置した。効果判定には、HDS-R、MOHOSTを用いて提供前後の活動量と認知機能を比較した。

【結果】結果、5名全員に活動量とHDS-Rの点数に改善がみられ、このうち3名にせん妄や妄想など認知症周辺症状の改善が認められた。

【まとめ・考察】8ヶ月間アクティビティを提供した結果、5名のリハ算定超患者全員に活動量と認知機能の改善が認められた。これは、患者それぞれが興味をもちやすい課題を提供できたことに加え、それらの課題が個々に適切な難易度であったため、興味の持続や達成感・充足感が得られ、それが離床意欲となり活動量と認知機能ともに改善に繋げることができたと推察される。今後、アクティビティに参加する患者を増やし、リハ算定超患者の心身機能低下予防をさらに推進していきたいと考える。

地域調剤薬局と連携した摂食嚥下障害予防の取り組み

○鈴木未来子 1)、碓井 篤 1)、
辻 将成 2)、北村敬子 2)、宮城春秀 1)、
二宮宣文 1)

1) 南町田病院、2) あさひ調剤薬局町田店

【はじめに】近年、超高齢化社会となり地域包括ケアシステムを推進する取り組みが行われ、医療と地域との連携が必要とされている。当院入院患者も年々高齢となり、病態の影響がなくても栄養や摂食嚥下機能の低下が起こり、また退院後に退行変性や廃用などで低下することを実感している。そこで、地域住民の摂食嚥下障害を早期に発見し防ぐことが重要のため、当院は地域の調剤薬局と連携し摂食嚥下障害の予防の取り組みを行い始めた。今回は、その取り組みを報告する。

【方法】今回、調剤薬局と病院リハビリテーション科で連携を図るツール（N-pass）を作成した。N-passは、栄養と嚥下をサポートする情報共有ツールである。運用は、調剤薬局で薬剤師がN-passを使用し、問診とスクリーニング評価を実施。薬剤師は、検査の結果を伝え、患者へ説明と嚥下検査の必要性を理解してもらう。その後、患者は、主治医の受診時にN-passを持参し相談する。そして、主治医が摂食嚥下評価の必要性を判断し、耳鼻科やリハ科へ依頼をする。それで、N-passの評価に従い、耳鼻科のVE検査とST評価を実施し、N-passを完成させ患者へ指導を行う。最終的に、患者は、N-passを調剤薬局の薬剤師へ情報が流れていく仕組みである。

目的は、70歳以上の高齢者に、早期に摂食嚥下障害や低栄養を発見と防止、また患者の嚥下機能に合わせ剤形を変え内服しやすくすることである。

【結果】H29年11月の時点で調剤薬局の薬剤師で評価し、嚥下機能検査が必要なケースは10名であった。

【考察】調剤薬局は、地域の医療機関の患者が多く来室されており、薬剤師が摂食嚥下のスクリーニング、予防指導ができることで、早期発見と予防につながりやすいと考える。

施設入所利用者の下肢浮腫軽減に関する取り組み

○古屋 勇、外山幸子

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】当老健施設入所において、下肢浮腫を呈する利用者が見受けられるが、基礎疾患に加え、身体活動量の減少に伴う循環不良や血管の劣化、昼間の長時間の座位生活が主要因と考えられる。それらを対象に、下肢浮腫軽減を目的とした集中的な運動療法を実施し、その前後にて浮腫の動態やADL変化等との関連を検証した。

【対象・方法】当施設入所利用者(N=23)平均年齢86.0±5.17を対象に、下肢浮腫軽減運動を小集団にてフロア職員協力のもと1ヶ月間毎日実施した。参加条件は運動実施及び継続が可能で本人の同意が得られた利用者を対象にした。評価項目は下腿周径、FIM、GDS5、性別、介護度、年齢、内部疾患とし、運動前後の各評価結果にてt検定を行い、有意差を検証した。

【結果】下肢浮腫に特化した運動プログラムを一定期間行ったことにより、参加利用者の浮腫軽減に一定の効果が見られた。しかし、浮腫軽減に伴うADLや情動面の改善や変化は個人毎のケースでは見受けられた者もあったが、参加利用者全体での統計学的に有意な変化や因子相関は見られなかった。

【考察】結果に影響を及ぼした要因は、設定した運動プログラム内での質的・量的妥当性の問題、評価方法、機器や、プログラム実施期間の長さの問題が考えられる。運動時間設定やメニュー構成においては個人レベルで反応は様々であるが、全体としてさらに運動時間・運動量ともに増加した内容構成でも実施が可能である印象を受けている。これらの要素を勘案しつつ、実施・検証期間をより長くすることで、結果が変わる可能性がある為、今後も運動プログラムに質的・量的変化を加えつつ、参加利用者の身体的動態を検証していく必要があると考える。

急性期病棟における専従理学療法士の役割と効果

○浦田康平、片山裕之、倉橋智大、
吉田栄子、宮城春秀、二宮宣文

南町田病院

【はじめに】急性期のリハビリテーションは廃用症候群の予防が重要で、早期からリスク管理を徹底し効果的かつ効率的な介入が要求される。そこで、当院は専従理学療法士(以下、専従PT)を病棟へ配置し、病棟で活動することで、入院早期から介入し廃用症候群を予防、他職種との連携、褥瘡予防、転倒防止などに関与している。専従PTの役割と効果を振り返ることで今後の展望を報告する。

【方法】対象は当院の4階病棟に入院し疾患別リハビリテーション料を算定せずに退院した症例。期間は2015年11月から2016年1月(2015年度)の602名とした。対象の診断名の割合、入院時Barthel Index(以下、BI)、退院時BI、BI効率、入院日数、転機先などを調査した。

【結果】入院した対象者の71.8%が専従PTのみで対応していた。診療科は、外科から11%で診断名は、大腸ポリープ、イレウスが多かった。内科は87.7%で診断名は、肺炎、発作性心房細動、誤嚥性肺炎、労作性狭心症、うっ血性心不全、めまいが多かった。年齢は70±18歳、初期BI70.1±36.9点、退院時BI78.9±34.2点、BI効果8.8±21点、入院日数8.1±8.1日、在宅復帰率93%であった。

【考察】専従PTを病棟に配置することで、看護師などの当該病棟スタッフに身体機能やADL活動に関する窓口として認識され、職種間の疎通が図りやすくなった。そのため、これまで疾患別リハとして処方される事が少なかった症例に対しても専門的な視点から身体状況の評価を実施し、他職種と協働することで入院当初から直接病棟の生活に関与することが可能となりADLの維持・向上に繋がれたと考える。また専従PTが評価を実施し、疾患別リハの適応がある症例を早期に主治医に提案できることも人的資源に対する効率化が図れていると考える。

専従配置による疾患別リハビリテーションへの影響

○水戸政明、吉田栄子、宮城春秀、
二宮宣文

南町田病院

【はじめに】当院は、町田市南端に位置する一般病棟、回復期リハビリテーション病棟を有するケアミックス型の2次救急医療機関である。急性期から積極的なリハビリテーション（以下、リハ）を展開しているが回復期病棟の増設に伴う人的資源の割合や、廃用症候群のリハの効率性、診療報酬改定の影響から急性期の専従理学療法士の配置を試みた。今回、配置前と配置後の廃用症候群の客観的アウトカムを検証した。

【方法】対象は、当院の4階病棟に入院し廃用症候群のリハを実施した者。期間は、2014年11月から2015年1月（2014年度）、2015年11月から2016年1月（2015年度）、2016年11月から2017年1月（2016年度）で退院した470名。

方法は、後向視的に電子カルテからBarthel Index（以下、BI）効果、在宅復帰率、入院日数、疾患別リハビリテーション処方日（以下、リハ処方日）までの日数、処方率を比較した。統計処理は、EZRを使用しFriedman検定にて有意差を $P<0.05$ とした。

【結果】BI効果の平均は、2014年度 9.9 ± 21.5 点、2015年度 21.5 ± 26.1 点、2016年度 21.5 ± 27.5 点であった。入院日数の平均は、2014年度 28.4 ± 21.2 日、2015年度 34.1 ± 24.5 日、2016年度 28 ± 12 日であった。リハ処方日の平均は、2014年度 3.8 ± 4.5 日、2015年度 8.3 ± 6.4 日、2016年度 7.2 ± 5.9 日であった。BI効果、入院日数、リハ処方日すべてに有意差があった。処方率は、2014年度50%、2015年度28%、2016年度26.7%であった。在宅復帰率は、2014年度28.7%、2015年度44.3%、2016年度46.3%であった。

【考察】病棟に専従理学療法士を配置したことで早期から廃用症候群患者のリハの必要度を選定出来るようになった。その結果、効果的なリハの展開が出来るようになりBI効果や在宅復帰率に変化をもたらしたと考えられる。

当院リハ科におけるより良い情報共有を目指した取り組みについて

○玉川貴大

東京さくら病院

【はじめに】昨年の当学会での発表においてセラピストの情報共有に課題があることが分かった。そこで当院リハビリテーション科にて情報共有の仕組みを見直した。新たな取り組みとして、H29年度5月よりリハ科内で新しく基本情報シートを作成し、チームリーダーとの定期的な情報共有を開始した。その内容について再度考察したので報告する。

【方法】当院リハ科PT、OT、STに情報共有に関する意識調査を実施した。

【結果】担当患者のADLに関するPT、OT、ST間での情報共有は90%ができており、昨年度を上回る良い結果となった。リハ科内での情報共有に基本情報シートを用いることで、情報の整理・退院時のゴール設定がしやすくなったと回答したセラピストが多かった。それにより短時間で効率の良い話し合いができるようになった。またリーダーとの定期的な情報共有により打ち合わせの頻度が増えたことが要因と考えられる。しかし他部門との情報共有に関してはまだ課題が残っていることが分かった。

【まとめ】基本情報シートやリーダーとの情報共有によりPT、OT、ST間での情報共有が徹底された。同時に治療プログラムや方向性の決定にも反映しやすく、若手セラピストへのフォローアップにも繋がったことが考えられる。基本情報シートの運用はリハ科内での情報共有を円滑にし、質の向上がみられた。しかし記載する情報量が多く、記入スペースが狭いといった問題点が課題として挙げられた。更なる情報共有を図る為には、セラピストが具体的な生活場面をより想定した内容で記載していく必要がある。そして共有した情報を他部門との連携に活用し、より良いリハビリテーション環境の構築に繋がっていきたいと考える。

リハ専門職の人員確保に向けた取り組みと課題

○渡邊要一、井出 大、岩谷清一、
遠藤友紀人

永生病院

【はじめに】地域包括ケアシステムの構築が叫ばれる昨今、施設サービス・在宅サービスを問わず、リハ専門職に対するニーズはますます大きくなっており、また円滑な事業運営においては優秀な人材確保は重要な課題となっている。永生会ではスタッフと共に成長する組織を目指し、平成23年より組織横断的に調整を行うリハビリ統括管理部を中心に求人活動を行なっている。

【方法】人員確保に対する施策として①各養成校への求人票の送付、②求人誌への掲載、③リハ部門紹介のパンフレットの作成、④養成校での就職説明会への参加、⑤施設見学会の開催、⑥圏域内施設の合同就職説明会の開催、⑦実習生の受け入れである。

【結果】平成28年度の実績としては就職説明会の参加はPT39校、OT24校、ST10校、見学会参加者はPT45校、OT26校、ST8校、採用人数はPT17名、OT9名、ST3名だった。求人誌への掲載期待は大きかったが、結果は振るわず、費用対効果は低いものであった。

【考察】求人に関してこのような取り組みは平成25年度より開始し、毎年当部門の重要な活動となっている。また平成30年度は新病院開設も予定しているため、本年度はさらに多くの新入職員が必要となっており、目標の人員確保に向け努力している。課題としては求人数に応じた就職説明会の絞り込み、各部署の協力、そして何より選ばれるための魅力ある職場作りが挙げられる。また人員確保としての離職防止も大きな課題であり、対策として入職後のフォロー体制の強化が挙げられる。

臨床検査科における接遇向上の取り組み

○遠藤 崇、山田真唯子、村松舞衣、
大宮寿子、木村 賢、末永晴香

河北総合病院

【はじめに】当院の臨床検査科が患者と接する業務として、採血及び生理機能検査がある。生理機能検査は固定の技師が実施しているが、採血業務は所属する技師全員が携わっている。当科ではそれぞれ独自で患者接遇を学び、実施していたが、接遇に対する意識と質に個人差があった。そこで2013年5月に接遇の統一化と質向上を目的に「接遇ワーキンググループ」を発足した。4年間の活動内容と成果を報告する。

【方法】接遇統一化の第一歩としてマニュアル作成に着手した。その際に科員へのアンケート調査を行い、参考となる意見を集約した。マニュアル作成と並行して4半期ごとに接遇目標の標語や情報紙の作成及び年に1回外部講師による研修会を行った。

効果判定のため活動開始後3年目に患者満足度調査と採血時の対応実技テストを行い、4年目に電話対応の実技テストを実施した。

【結果】患者満足度調査は採血室にて実施し、全設問で「満足」の回答が8割を超えたが、『職員同士の私語』については「やや不満」の意見が2.1%とやや高率であった。電話対応の実技テストでは全科員がマニュアルに従った対応を行っていた。

【考察・まとめ】満足度調査や実技テストを通して、マニュアル作成や標語掲示等の活動が接遇の統一化と全科員の質の向上に貢献できていることがわかった。しかし『職員同士の私語』については当事者以外の科員が患者さんの居ない場所で注意する等といったルール作りが必要である。今後も快く検査を受けていただくため接遇目標の標語や情報紙の作成と定期的な効果判定を行い、全科員の接遇力の向上を図っていきたい。

凝固検体採取量不足及び血算凝固の改善への取り組み

○田近義人、奥田ひろみ、宮里 泉、
若佐直美、菊地麻美、市川博美、
杉浦 篤、大澤秀一

平成立石病院

【はじめに】病棟における採血で、凝固検体の量不足や血算検体が凝固する事による採り直しが起きている。採血検体の採取について検査科の観点で病棟看護師へ採血検体の採取方法と、採取量に関し勉強会を行い採血に対する意識を新たにし、採り直しを行わない様に状況の改善を図る。

【方法】病棟採血での採り直しの頻度と検査容器の種類を調査し、検体採取から分注までの時間による検査値変動、凝固検体量の不足による検査値変動について検証し、これらを基に看護師に勉強会を行なう。内容は、設問に対し解説を行なうこととし設問の解説と意見に対しての解説集を作成して啓蒙する。

【結果】勉強会時の設問では検体の量や分注について理解しているとの回答が多いが、凝固と血沈の白線の意義は23%が理解されていなかった。

勉強会後の意見では、「分注の順番や分注までの時間が理解できた」15件、「再認識できた」14件、「解っているが規定量の採血ができない」2件と検体に対する一定の理解は得られたが、採り直しの件数は勉強会前1.6%、後1.4%と著変ない為、病棟の看護師長と主任を対象とし現状の報告と追加調査を行い同時に注意喚起をうながした結果、採り直し件数の減少がみられたが、追加調査の結果「検体回収時のチェックを希望」「採血の実技テストを行う」「医師による動脈採血」「CV採血等で対応」という意見もみられた。

【考察・まとめ】勉強会を行った事で看護師の検体採取と必要量に対しての意識付けは出来た。しかし採血困難者での対応に苦慮している事が浮き彫りとなった。

今後も状況に応じた勉強会を開催する事で、採血の質の向上や採り直しによる患者への負担の軽減につなげたい。

当院における検体検査至急依頼の見直しについて

○松井仁美、中村優人、鈴木久美子、
田村順子

等潤病院

【はじめに】検体検査依頼が至急にもかかわらず結果が遅延することがあり、何かしらの対応を検討してほしいとの要望から実際の採血状況の集計を行った。今回その結果より運用を見直したので報告する。

【方法】2016年12月分の検体検査（生化学）の採血状況を至急・通常、午前・午後、外来・入院の診療科別と分けて集計を行った。

【結果】全体の85%以上が至急指示であった。また午前中と特定の曜日に検査件数が偏っていた。この結果を踏まえ検査結果が遅延する原因として2つの要因が考えられた。①至急指示での依頼件数が頻発するため優先度の順位付け判断が困難である。②トップ画面の検査項目を選択すると至急指示になる設定のため容易に検査依頼が行えていた。

【取り組み】①に対しては医局会にて集計結果を発表し、至急指示が多いことや午前中と特定の曜日に検査件数が集中していることを呼びかけた。②に対してはトップ画面を変更して、依頼検査項目を選択・登録後改めて検査依頼を至急指示に変更する運用を2017年4月より開始した。

【考察】取り組み開始より4ヵ月後再度採血状況を集計した結果、至急依頼での件数が全体の70%で約10%程度減らすことが出来た。内訳を見ると特に午前中入院患者の至急件数が減っていた。

【まとめ】至急依頼での件数が多いことを数値化して呼びかけを行うことで、電話での結果が遅いとの問い合わせはなくなった。今回運用の見直しからの取り組みを行って、定期的に運用の見直しが必要だと思いました。

高齢化社会を見据えた横紋筋融解症の検討

○齊藤 綾、井上幸紀、石川奈美、
田中雄一、青木紀子、本田恵利

野村病院

【はじめに】横紋筋融解症とは骨格筋を構成する横紋筋細胞が融解し、筋細胞内の成分が血中に流出する症状であり、重症の場合には腎不全を併発し死に至ることもある疾患である。今回我々救急委員会は横紋筋融解症のうち長時間同姿勢により発症する非外傷性横紋筋融解症患者について調査し検討することにした。

【方法】平成28年4月から平成29年8月までの当院救急外来受診者で非外傷性横紋筋融解症と診断した16人の患者にて年齢、居住形態、長時間同姿勢となった原因、発見者、肢体自由度、転倒などについて調査した。

【結果】患者の平均年齢は80歳と大半が後期高齢者であり、居住形態は独居者、高齢者夫婦世帯で多数を占め、子どもと同居、高齢者施設入居者が数人みられた。長時間同姿勢となった原因は意識障害によるものと転倒が大半を占めていた。

家族による発見例が最も多く、その他、ヘルパー、近隣住民、弁当宅配者など家族以外の第三者に発見された例もあった。今回対象となった症例ではすべて数週間以内に改善し、腎不全などの重症例は認められなかった。

【考察・まとめ】今回の検討で高齢者は転倒のリスクが高く、そのまま長時間放置される生活環境が多いという社会的背景が浮き彫りとなり、今後、超高齢化社会が進むことで同様のケースはさらに増加すると懸念される。そこで今後の具体的な防止策を個々に検討し、さらには地域全体で高齢者の孤立防止に取り組む必要があると考えた。中小病院が大病院とクリニックの橋渡しの役割を担い、地域支援包括センターや在宅訪問医療も含めてさらに連携を強化し、対応していくことが重要である。

肺活量検査における予測式間差の検討

○大宮寿子、柴崎恵美、高野小百合、
末永晴香

河北総合病院

【はじめに】当院では肺活量(VC)の対標準値(%VC)を計算する際、肺活量の予測式としてBaldwinの式(VC-B式)を用いてきた。しかし2016年改訂身体障害者手帳における呼吸機能障害認定で指数の算出が2001年日本呼吸器学会予測式(VC-J式)の使用に変更された。これに対応するため、2017年4月よりVC-B式とVC-J式から算出した%VCを併記する形に変更した。今回当院で検査を実施した肺活量をサンプルとしてVC-B式とVC-J式から算出した%VCの比較検討を行った。

【方法】対象は2017年8月～9月の2ヶ月間に検査を実施した263名(男性150名、女性113名)である。測定はCHESTAC-8900(Chest社)を用いて施行した。VC-B式とVC-J式より算出した%VCの結果の比較検討を行った。さらに年代で4グループに分け、%VCの比較を行った。

【結果】%VCは234名がVC-J式よりVC-B式の方が高く算出された。さらに各年代のグループ分けでは80～90代を除く全ての組み合わせでVC-J式よりVC-B式の方が高く算出された。 $(p < 0.0001)$ また、全ての組み合わせで極めて強い正の相関を $(r > 0.9)$ を認めた。

【考察・まとめ】%VCはVC-B式がVC-J式より有意差をもって高く算出される結果となり、予測式により結果判定に影響を与えることが示唆された。評価に施設間で差が生じないようにVC-B式とVC-J式との併記、もしくはVC-J式への統一が必要であると思われる。臨床診断や手術適応を決定する際、どの予測式を用いて算出したのかを認識して検査結果を評価することが重要と考えられる。

シャントカルテ導入について

○高岡亜未衣、神保智子、栗沢唯華、丸山祐未、渡辺高明、松沼美穂、井田優子、伊藤雅史

等潤病院

【はじめに】今回、透析患者様のシャントの継続的な管理とその状態についてスタッフ間での情報共有を目的としてシャントカルテの導入を開始した。

【方法】評価表とカルテを作成し、透析開始前に月一回評価していくことにした。またシャントカルテは変化があればその都度記入し三ヶ月に一度更新することとする。

【結果】評価表は、開始時の脱血圧、V圧、QBの記入にスリルや拍動の強弱、シャント音の変化を記入する。シャントカルテは患者様全員のシャント肢の写真を撮影し基本的な情報、吻合部、穿刺部の記入をし、これにPTAやシャントの再建などの治療をした際は、日付、理由などを記入したものを基本となるカルテとした。現在は透析患者様が入院した際に情報共有のために病棟へカルテを渡し始めたところである。また、現在の問題点として開始時の脱血圧と1～2時間経過後の脱血圧に大きな変化がある場合どうするか、カルテを今後どのように活用していくのか検討していきたいと考えている。

透析回路の安全な固定方法についての考察

○鈴木智美、田中待子、矢野美樹

河北総合病院

【はじめに】透析患者の高齢化に伴い認知症患者が増え、透析中の抜針事故のリスクが上昇している。当院では抜針事故防止のため透析回路をテープと細いテープで α 固定しているが、テープの長さ・貼る位置・枚数・角度などスタッフによって異なる。有効かつ効率的なテープ固定の方法を検討した。

【方法】テープを長さ・間隔・枚数・貼り方・場所、 α 固定を位置・長さ・角度を変え、前腕に針と回路と共にテープを貼り、パネ秤で引き針先が動く力を測定した。水平垂直3回ずつ測定し、平均値を出した。

【結果】水平に対する力は、テープ長さ・間隔は差がなかったが、枚数は増やすほど強度が増した。針先はテープが付きにくい素材のため、針先よりも回路にテープ固定すると強度が増した。 α 固定は針先やクランプ部よりも回路の凹凸部分に固定したほうが強くなり、角度は鋭角や鈍角よりも直角が強かった。垂直に対する力は、テープの長さや張り方で強度が変わり、 α 固定では長さや位置に強度差はなかった。

【まとめ】水平に対する力はテープの長さや間隔は関係なく、回路の接触面積に依存するため Ω 貼りにすると抜けにくくなった。 α 固定は直角が最も強く、回路の凹凸部に貼ると強くなった。しかし、災害時や非常時に回路離脱すると考えると、 α 固定を剥がすには時間がかかるため、凹凸部より針の持ち手部分に固定するのが適していると考えられる。垂直に対する力はテープの長さに依存し、 α 固定では差がなかった。従来のテープ固定よりも、この実験結果を基にテープ固定を行ったほうが、水平にも垂直にも強度が高くなり抜針事故を防げると考えられる。今後テープの種類やループ固定方法など検討していきたい。

ランチオンセミナー

一般社団法人医療人材国際交流協会
株式会社イントラスト
株式会社大塚商会
テルモ株式会社
東京ガス株式会社
株式会社プラス PM
ユニ・チャーム メンリッケ株式会社

Seminar

外国人看護師受入れの期待、不安、育成

少子高齢化社会を迎え、今後、日本における医療従事者の不足が問題視されている。それを補うべく、外国人人材の活用が以前から検討されてきた。しかし、絶対数はまだまだ少なく、病院側が検討する際の情報も不足しているように感じられる。

改めて、外国人看護師が日本の病院で就労するというのはどういうことなのか、制度概要や現在の動向等を示すとともに、実際に受け入れを行っている病院の看護部長と就労中の外国人看護師がどう感じているのか、良いところだけでなく課題も含め、生の声をお届けしたい。

<中国人看護師採用病院看護部長によるパネルディスカッション>

- ・採用動機
- ・受け入れ前の看護部の反応
- ・中国人看護師受入病院の見学
- ・面接の印象
- ・入職後の配属病棟
- ・入職時のオリエンテーション
- ・入職時の注意点
- ・入職3ヶ月、6ヶ月後の様子
- ・外国人看護師の育成ポイントと成長
- ・入職1、2年後の様子
- ・受け入れ後の看護部の反応
- ・受け入れた感想

<協会卒業中国人看護師の講演> 2名

- ・来日動機
- ・現在の配属病棟（一般、療養、その他慢性期、回復期他）
- ・日本と中国の文化、習慣の違い
- ・日本人看護師にひとこと
- ・日本の病院で仕事をしてみて

急増する医業未収金問題の実態と対策 ～民法改正による医療機関への影響について～ 社会医療法人製鉄記念八幡病院・石飛隆敏氏とのトークセッション

講師

田中 実氏

株式会社イントラスト
総務部次長 IR/PR 担当



ゲスト

石飛隆敏氏

社会医療法人製鉄記念八幡病院
医事部第一医事課長



現在日本は、かつてないスピードで高齢化が進み超高齢化社会を目前に控えています。安全で質の高い医療サービスを受けることができる医療体制を確立し、全ての国民が健康で長生きできる社会を目指す為に医療機関の担う責務は益々大きくなってきております。しかし、医療費は年々膨張しており、日本の医療財政は破綻の瀬戸際まで来ています。

【医業未収金の実態】

2007年4月から導入された限度額適用認定証によりある程度の未収金は抑制されましたが、応召義務、社会的責務により医療機関の未収金が減少することはありません。診療報酬改定による患者負担額の増加、低所得層の増加、診療内容への不満に対する支払拒否や悪質滞納者、訪日観光客の増加による未払い等未収金が発生する原因は多岐にわたり医業未収金は増加の一途を辿っており病院経営に重大な影響を及ぼしております。

【医療法・民法改正による医療機関への影響について】

2017年6月2日公布の改正民法により連帯保証人を徴求する場合は、事前に保証の限度額を設定して連帯保証人になる方に伝え、同意を得なければならなくなります。また、2015年3月に成立した改正医療法では医療会計の基準が変更となり一定規模以上の医療機関は2017年4月2日以降の事業年度から外部監査及び会計書類の公告が導入されることになりました。そういった法の整備が進むなか医療機関では病院経営の健全化に向けて「経営の見える化」が求められており今後、医療機関における未収金問題については今まで以上に真摯に向き合い、早急に対策を迫られることとなります。

【連帯保証人代行サービス（医療費用保証商品「虹」）】

株式会社イントラストでは医療機関の未収金問題を解決する対策の一助として2015年10月に医療費用保証商品「虹」をリリースしました。本制度は株式会社イントラストが入院時における連帯保証人を代行することで入院患者は入院時の連帯保証人の準備が不要になり、万が一、未収金が発生した場合には株式会社イントラストが医療機関へ入院費用を立替えてお支払いいたします。医療機関

にとっては督促回収業務を削減することができ、未払の入院費用については立替えが行われるため金銭債務リスクが回避されます。2017年9月末日現在では全国で80以上の医療機関でご導入頂いております。

今回のランチョンセミナーでは、ゲスト講師として医業未収金に関するセミナーで数多く講演をされている社会医療法人製鉄記念八幡病院の石飛隆敏氏をお招きし、講師とゲストのトーク形式による講演を予定しております。様々な課題を抱える病院経営において、特に急増している「未収金」にスポットを当て、医療機関に影響のある法案の改正や注目すべきポイントおよび他病院での実態と未収金対策事例を交えながら、未収金対策には「何が一番重要か」についてヒントを提供できるよう努めます。

田中 実氏 略歴

■経歴

1983年 福岡県立小倉高等学校 卒業
1988年 慶應義塾大学商学部 卒業
1988年 三井生命保険相互会社 入社
2017年 株式会社イントラスト 入社
総務部次長 IR/PR 担当

■講師歴

2004年～2013年 青山学院大学非常勤講師
2009年～2010年 早稲田大学非常勤講師
科目：パーソナルファイナンス

■資格

2007年 CFP（日本ファイナンシャル・プランナー協会）

.....

石飛隆敏氏 略歴

■経歴

1985年 福岡県立小倉高等学校 卒業
1988年 東北大学歯学部附属歯科技工士学校 卒業
1989年 新日鐵(株)入社 八幡製鉄所病院 歯科配属
2017年 製鉄記念八幡病院
医事部第一医事課長・医療安全管理室兼務

■講師歴

専門学校：大原学園 福岡校・小倉校 非常勤講師

■書籍

2009年「未収金未然防止・回収事例集（共著）」経営書院

■主な活動

2008年 厚生労働省「医療機関の未収金問題に関する検討会」
参画

2016年 文部科学省「専修学校デュアル教育事業」

医療事務ガイドライン作成・推進委員会委員

～医療機関が直面するセキュリティ脅威～ 今こそ本気で考える!“内”“外”両面からの 情報漏えい対策



井川 雄二氏

株式会社大塚商会

マーケティング本部 共通基盤

NW・セキュリティプロモーション部

課長

近年、医療技術の進化に伴い医療機関のIT化が急速に進んでいます。様々な医療関連システムの普及により、医療機関内で使用されるデータは増加傾向にあります。医療機関内のデータは、患者の診断結果や病歴、レセプト情報など、大切な個人情報を多く保有しています。特に、医療機関内で扱うデータのほとんどは、身体や病気、障がい情報などの機微な情報が含まれます。また、医療機関内には、職員以外に患者や業者など多くの人が入り出し、第三者がPCに接触できる場所が数多く存在します。そのため、このような機微な情報を適切に管理し、情報漏えいが起きない対策を講じる必要があります。

中でも、早期に対策が必要なのは「内部からの情報漏えい対策」です。業界を問わず、情報漏えいの原因のうち約75%が“内部から”であり、“外部から”に比して毎年圧倒的な割合を占めています。また、業種別の流出原因では、医療・福祉が「不正な持ち出し」25.0%と、他業種に比して突出して多いことがわかりました。さらに、流出経路の約半数がUSB等の記録媒体であり、データの受け渡しでは、一定の利用ルールの作成、セキュリティ機能付きUSBメモリの導入、未登録USBメモリの接続拒否などといった対策を講じる必要があります。

一方、業務上で不可欠となる外部との連携やインターネット接続（メール、Webサイト）における安全性確保も欠かせません。ここ数年、標的型攻撃メールや不正アクセスなど、外部からの攻撃は後を絶たず、日に日に脅威を増しています。さらに、感染したPC内のファイルや接続しているサーバーのファイルを強制暗号化し、その解除のために身代金を要求するという「ランサムウェア」も急増しており、医療機関からの被害報告も相次いでいます。感染経路はメールやWebサイトですが、なりすましメールや不正Web広告など、攻撃手法は日々巧妙化しています。インターネットの出入口におけるセキュリティ対策はもちろん、侵入を許してしまった場合の早期発見や、万が一の時のバックアップなど、外部からの攻撃への対策も同時に必要です。

本セミナーでは、医療機関が直面するセキュリティ脅威をテーマに、内部・外部の両面からのセキュリティ対策について、具体的な事例やソリューションを交えてご紹介いたします。

講師略歴

■ 1997年 大塚商会入社。

主に複合機をお客様に提案する営業担当から始まり、現在はその経験を生かしてマーケティング本部として営業支援を行っている。全国各地のイベントでは、これまでWindows XPサポート終了、タブレット活用、ドキュメント管理、そしてセキュリティ対策など、様々な分野のITセミナーの講演を年間数十回実施し、その情報を余すことなくお客様に伝えている。

医療経済性に貢献する次世代の経腸栄養と流動食のあり方とは



水野英彰氏

医療法人社団悦伝会目白第二病院 副院長・外科部長

2025年以降、わが国は世界での類を見ない超高齢化社会を迎えるにあたり、サルコペニアや慢性疾患の重複をベースとして脳血管障害等の急性イベントを発症し、虚弱状態・低栄養状態の状況で経管経腸栄養を必要とする患者の増加することが推測されている。昨今の在院日数制限などの医療事情の変化により経管経腸栄養管理に関しては急性期管理のみでは完結せず慢性期あるいは在宅まで長期継続し無くては目的を成し遂げることが出来ないと考えられる。従って急性期での役割としては慢性期が患者にとって有益な経管経腸栄養管理が実戦可能となるような情報提供を提案し、包括的(シームレス)に栄養管理実践されることが重要である。当院では経管経腸栄養患者に対して全身状態を精査し、食べるための積極的経腸栄養と見守る・看取るための緩和的経腸栄養の大きく2つに経管栄養管理の目的を分類し、経腸栄養剤・投与方法等を決定して患者個々の経腸栄養管理を目指し、慢性医療へ情報を提供している。

さらに急性イベント後の栄養状態は総じて悪化しており、特に高齢者を対象とした経腸栄養管理でアウトカムを得るには現状の栄養管理ではなかなかハードルが多い。そこで、一般的に普及している液体流動食による肺炎・褥瘡・下痢等の発生に伴う医療経済性に関して触れ、最近注目されている食物繊維アルギン酸を含有した酸性条件下で半固形化する粘度可変型流動食について消化管吸収に対する影響や腸内環境改善効果について多施設臨床研究の結果と当院での自験結果を供覧したい。現状高齢者患者に対する経腸栄養導入における完全経口摂取移行に向けたアウトカムにはハードルが高く、今後も様々な工夫が必要と考えられる。そこで当院では、この高機能化した流動食を使用してさらなる経腸栄養管理の

工夫を試みている。その工夫とは、安定した食事時間短縮の特徴を生かしたと時間栄養学の導入である。時間栄養学とは「体内時計を考慮に入れた栄養学」のことで、体内時計を扱う生物学を時間生物学(Chronobiology)と呼び、栄養学(Nutrition)とオーバーラップする部分が「時間栄養学(Chrono-nutrition)」です。基本的には、栄養効果が時刻で変化すること、また栄養素や食品成分で体内時計が変化するという内容を指し、ここ数年で急速に発展している新しい学問分野です。時間栄養学と経腸栄養の試みに関しても供覧させていただきます。

講師略歴

■略歴

平成10年3月	杏林大学医学部卒業
平成10年4月	杏林大学第一外科入局
平成12年4月	河北総合病院勤務
平成15年4月	杏林大学第一外科 助手
平成18年4月	悦伝会目白第二病院勤務
平成20年4月	同院外科副部長
平成24年4月	同院外科部長
平成25年4月	同院副院長

現在に至る

■資格

平成16年4月	日本外科学会専門医
平成27年4月	日本消化管学会指導医
平成28年4月	日本静脈経腸栄養学会認定医取得
平成29年2月	日本静脈経腸栄養学会学術評議員

■役職

副院長
外科部長
HEQ研究会 幹事 関東栄養カンファレンス 世話人
西多摩栄養管理研究会 世話人
西多摩：食と栄養からのQOL向上：食と栄養のバリアフリー 委員
西多摩保健所：高齢者の食のフレイル対策 委員

■所属学会

日本静脈経腸栄養学会、日本病態栄養学会、日本外科代謝栄養学会、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本消化器内視鏡学会、日本腹部救急医学会学会ほか

病院の建て替えに伴う都市計画上の課題の抽出と解決策の提案

(一社) 東京都病院協会 (調査主体)
(株) 環境都市構想研究所 (調査担当)



佐藤信孝氏

株式会社環境都市構想研究所 顧問

1. はじめに

東京都病院協会の会員数は、現在 360 病院となっているが、具体的な建替えや増築、大規模修繕を実施する場合には、増強工事のコスト高、工期上の問題、高い土地価格、移転先の土地の確保など、多くの課題に直面しているものと考えられる。また地域医療が重視される中、病院は地域に密着した運営を行っているため、機能を保持しながらの建替え・設備更新は大きな困難を伴うことが容易に想像できる。これらの状況を踏まえ、東京都病院協会は「病院の建て替えに伴う都市計画上の課題の抽出と解決策の提案」として調査事業を実施した。

調査に当たっては、(株) 環境都市構想研究所がデータの集計、分析、報告書の作成を担当し、賛助会員である東京ガス(株)にご協力をいただいた。

2. 調査の方法

調査は、以下の手順と方法で実施した。

- ①東京都病院協会の正会員 360 病院を対象にアンケート調査を実施した
- ②アンケート調査に基づきヒアリング対象の病院を抽出し、ヒアリングを実施した
- ③ヒアリング結果から建替え計画に伴う都市計画上の課題を抽出した
- ④課題の解決策を検討し、行政に対する政策提言・政策要望等のための基礎資料を作成した

なお、本抄録は、平成 29 年 11 月末時点の執筆であるため、上記手順①の段階での内容となっている。したがって、平成 30 年 2 月のランチョンセミナーにおいては、上記手順②～④を含めて、総合的にご説明する予定である。

3. アンケート調査結果

東京都病院協会 360 病院を対象としたアンケート調査の結果分析は以下の通りであった。以下は平成 29 年 11 月末時点のものである。

- ①アンケート回収数 100 件、回収率は 27% であった。
- ②過去 10 年以内に建替えを実施した病院は、38 件、回答数の約 40% であった。そのうち 80% が敷地内での新築または増築であった。その際に障害となった点は、「医療関係法令に関わる内容」と「都市計画関係法令に関わる内容」が多く指摘された。

③建替え未実施の病院数 60 件の内、今後 5 年から 10 年の間に建替えたいとイメージしている病院は、36 件、約 40% であった。その内 60% が敷地内建替え、敷地外移転が 40% であり、実施済みのケースに比較して敷地外移転が大半であった。建替え時の懸案事項については、「BCP」「都市計画」「耐震化」「環境」の順で多数の指摘があった。

④都市計画上障害となった具体的な内容は、「資金・用地」「国有地借り上げ」「地域街づくり条例」「容積・高さ」などであるが、「工事中の患者の移動」や「近隣対策」などの問題も指摘された。

⑤これらのアンケート調査結果に基づき、平成 30 年 1 月に個別ヒアリングを実施する予定である。

4. 考察・まとめ

本抄録作成時は、アンケート調査が終了した段階であるため、建替えに伴う都市計画上の課題の抽出と解決策の提案には至っていない。平成 30 年 1 月には、5～10 病院を対象にヒアリングを実施する予定であり、学会発表時にはその課題と解決策について、何らかの報告ができると考えている。本調査が、本協会会員各位の病院建替え時の課題解決の一助となることを願うものである。

最後に、アンケートとヒアリングにご協力いただいた多くの病院、並びにご協力いただいた東京ガス(株)様に紙面を借りて謝意を表したい。

講師略歴

1973 年 北海道大学工学部衛生工学科卒業、
同年(株) 日本設計入社
2008 年 取締役常務執行役員環境・設備設計群長
2011 年 取締役副社長執行役員
2015 年 常任顧問
2017 年 より現職

(一社) 建築設備総合協会会長(10～16年) 顧問 / 環境設備デザイン賞実行委員長(17年～)
(一社) 都市環境エネルギー協会理事(05～14年)
(一社) 建築設備技術者協会理事(06～12年)
(公社) 空気調和・衛生工学会理事及び副会長(06～08年)

東京都環境審議会調査委員(02～05年)
東京藝術大学美術学部建築科非常勤講師(02～09年)
建築物の総合的環境評価研究委員会(03～08年)
中央環境審議会専門委員(12年)

新病院建設プロジェクトにおける高い医療機能の 実現と投資コスト削減ができる プロジェクトの進め方を解説



木村 譲二氏

株式会社プラス PM 代表取締役

一級建築士

認定コンストラクション・マネジャー

【新病院建設の課題と対策】

新病院建設に踏み切る主だった理由は、①建物老朽化による設備トラブルその他で維持管理費用の増大と医療行為に影響が出てきた②競合する病院が新しくなり、患者さんの移動と医師を含めた職員の流動化の防止③最新の医療機器を導入したいが、現状の建物では対応ができない、などがあります。しかし、新病院の建設を経験した職員が院内に不在であり、設計会社の選定、ゼネコンの選定方法など、そもそもプロジェクトの進め方が分からないことが病院の抱える課題であります。

それに加えて、医療経営を取り巻く環境が厳しくなり、2025年問題を含め、長期的な視点では人口減少の時代に長期借入金が生じる新病院建設計画を進めるには、これまで以上に地域であるべき姿を明確にすることと、適切な病床数や無理の無い投資規模にしなければなりません。実際、過剰な投資でキャッシュフローが行き詰った病院が顕在化しています。また、2020年東京オリ、パラリンピック開催に向けて建設費が高騰しているなか、建設コストのマネジメントの難易度が上がり、入札に参加するゼネコンを集めることさえ、出来ない医療法人があります。予算から大幅に工事費がアップして着工を諦め、病院職員さんのモチベーションが下がったケースも聞かれます。従来は、設計会社とゼネコン任せで理想の病院が完成した時代がありましたが、今はそのような考え方では理想とほど遠いものになります。

医療法人の参謀役として新病院について専門的な助言をするのがCM(コンストラクション・マネジメント)です。弊社は、これまで、多くの新病院建設プロジェクトに携わった経験から、共通する課題とその解決方法や、今の時代にやるべきポイントなどについて事例を交えて解説いたします。

【セミナーのプログラム】

- 1、東京オリンピック前後に建設費はどう動く
 - 2、医療経営方針を基本構想に反映させる方法
 - 3、意思決定のプロセスが重要
 - 4、建設費削減のポイント
 - 5、設計品質の押さえどころ
 - 6、設計と工事は一括か、分けるべきか
 - 7、設計会社、建設会社の賢い選定方法
 - 8、事例紹介
- ①隣接地確保、既存改修で理想の病院が完成した事例
 - ②機能を満たしながらも、大幅に面積削減した事例
 - ③稼働ベッド数を維持しながら改修工事をした事例

講師略歴

■職歴

1986年創業

1997年から病院建設のコンストラクション・マネジメントを始める

国立循環器病研究センター、がん研有明病院、東京都済生会中央病院など、日本を代表する病院から小規模病院まで全国で多数の実績を有する

■資格

一級建築士

認定コンストラクション・マネジャー

排泄ケアについてのチームケアの意義 ～なぜ排泄ケアにチームケアがもとめられるのか～



梶原敦子氏

排泄ケアサポートセンターウエルビーイングオフィスK 代表

「地域包括ケアシステム」は、医療機関、施設、地域の特性を生かし、その中を循環することで高齢者の生活を支え、できるだけ住み慣れた地域で、生き生きと生活できるようにしようとするシステムで、在宅できなくなると地域循環は滞り、このシステムは機能しにくくなる。その主な原因が認知症と排泄の問題である。

排泄行為は、尿意や便意の自覚、トイレの認識等の「認知機能」、トイレまでの移動やトイレ内での方向転換等の動作が滞りなくできる「運動機能」が確保されている必要があり、その他にも環境要因、本人の意思・意欲、飲食行動が適切である等、その要件とは多岐に亘る。これらの排泄に関する要件・機能が上手くいかなかった時に排泄に問題が生じ、その問題も多岐に亘ることになるため、多職種が連携して関わることが当然求められる。しかし、排泄を話題にすることはタブーとされて表に出ることなく、排泄物そのものが衛生的な問題を引き起こすことからケアも即時の対応が求められ、アセスメントもなくその対応が継続されるという長い歴史がある。

昨今は在院日数の短縮により、医療ニーズの高い状況で退院する患者も多く、医療処置については退院調整の過程で指導を受けられるが、

排泄ケアが必要な患者でも何ら指導を受けることもなく退院するという現状がある。そして退院したその日から排泄の問題で本人も家族も悩まされ、混乱をきたす大きな原因になっている。しかし、「いつまでも住み慣れた地域で生き生きと暮らせる」ためには、排泄に問題を持っていても、地域で暮らせるサポート体制が必要となり、前述のように排泄行為が上手くいくための要件が多岐に亘っているということは、多職種のチームでの関わりが入院中から求められ、それを地域に繋ぐこと、また、地域から医療機関に繋ぐことができなければ地域循環はもとより、在宅生活が破たんすることは目に見えている。

このような状況を背景に、ここでは排泄に問題を抱えていても、患者が自尊心を失わず、家族の介護負担もできるだけ減らせるような排泄のチームケアについて、それを成り立たせるために必要な教育と、医療機関も含めた地域連携のありかたについて述べたい。

講師略歴

排泄ケアサポートセンターウエルビーイングオフィスK 代表
日本赤十字中央女子短期大学卒業 都立公衆衛生看護専門学校保健学科卒業
東京都職員として18年間勤務その後コンチネンスジャパン(株)企画開発室長、東京総合保健福祉センター江古田の森業務課長勤務後、2012年現事業所開業。
2000.7～南東北医療クリニック泌尿器科にてコンチネンスケア外来担当
2013.1～2017.3 東京慈恵会医科大学附属病院泌尿器科にて排尿ケア外来担当
2017.4～太田総合病院泌尿器科外来にて、ウロダイナミクス等の専門的検査、
排尿・排便ケアの相談・指導担当
2017.4～千葉大学大学院看護学研究所修士課程看護システム管理学専攻
資格：看護師、保健師、介護支援専門員、健康運動指導士、
認知症ケア専門士、心理相談員
日本老年泌尿器科学会評議員
日本コンチネンス協会前理事 現在、教育事業部担当

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) アイスタット	134	(株) グランディック	185
(株) あさひ調剤	135	(株) クリニコ	185
アルフレッサ(株)	136	(株) 栗原医療器械店	186
(株) ウェルサポート	137	(株) クリエイト	186
エームサービス(株)	138	(株) 小池メディカル	187
(株) 大塚商会 江戸川支店	139	(株) 高研	187
オリックス・ファシリティーズ(株)	140	沢井製薬(株)	188
(株) ギミック	141	(株) サンリツ	188
キヤノンメディカルシステムズ(株)	142	(有) サンソー・ビルテクニカルサービス	189
クオール(株)	143	(株) サンワ	189
グラクソ・スミスクライン(株)	144	(株) サンホワイト	190
(株) コージー	145	(株) サンメディカルサービス	190
サンバイオ(株)	146	C T M (株)	191
サンメディックス(株)	147	(株) J F S	191
(株) 柴橋商会	148	(株) 商起産業	192
(株) じほう	149	スミス・アンド・ネフュー(株)	192
(株) シミズ・ビルライフケア	150	(株) 世田谷酸素商事	193
集中出版(株)	151	大日商事(株)	193
(株) スイコウ	152	帝人ファーマ(株)	194
(株) 静城産業	153	(株) テン十字グループ	194
西武商事(株)	154	東京リネンサービス(株)	195
S O M P O ケアネクスト(株)	155	東和薬品(株)	195
武田薬品工業(株)	156	東洋リネンサプライ(株)	196
(株) 駐車場総合研究所	157	戸田ビルパートナーズ(株)	196
(株) 千代田	158	日医工(株)	197
東京海上日動火災保険(株)	159	(株) 日光溶材	197
東京アメニクス(株)	160	日清医療食品(株) 東京支店	198
(株) 東京都民銀行	161	日本ジェネリック(株)	198
(株) 東基	162	日本衛生(株)	199
(株) 西野医科器械	163	日本生命保険相互会社 池袋支社	199
日新薬品(株)	164	日本イーライリリー(株)	200
公益社団法人日本医薬経営コンサルタント協会 東京都支部	165	日本光電工業(株) 東京支店	200
(株) 日本サービスセンター (平安祭典)	166	日本メガケア(株)	201
日本パーキングシステムサービス(株)	167	ネスレ日本(株)	201
ニューウェルサンピア沼津	168	ハーベスト(株)	202
(株) ピーズメディカルサポート	169	(株) パースジャパン	202
(株) プライムスペース	170	パラマウントベッド(株)	203
(株) ベネミール	171	(株) ビー・エム・エル	203
マーシュジャパン(株)	172	ビオメリュー・ジャパン(株)	204
(株) ミチコム	173	久光製薬(株)	204
(株) 三井住友銀行 日暮里支店	174	(有) ファーマシーすず	205
(株) メディコン	175	フィリップス・レスピロニクス合同会社	205
(株) ワイズマン	176	フクダライフテック(株)	206
(株) アーバン	177	富士製薬工業(株)	206
アイホン(株)	177	フランスベッド(株)	207
アステラス製薬(株)	178	望星サイエンス(株)	207
(株) イジューリース	178	ボーン・コーポレーション(株)	208
(株) N S D	179	(株) 保健科学 東日本	208
(株) エバ	179	(株) 星医療酸器	209
(株) エム・ティー・フード	180	(株) ムトウ	209
(株) エラン	180	(株) 明治	210
(株) L S I メディエンス	181	(株) メッドトラスト東京	210
(株) オオツメディカル	181	メットライフ生命保険(株)	211
関東メディカルサービス(株)	182	(株) ヤマシタコーポレーション	211
関東エア・ウォーター(株)	182	ユニ・チャーム(株)	212
協和医科器械(株)	183	(株) レパスト	212
協和発酵キリン(株)	183		
キリンビバレッジバリューベンダー(株)	184		
キングランメディケア(株)	184		

その他協力企業

アルケル(株)
(株) 八洋 八王子営業所
(株) メディセオ

第13回 東京都病院学会運営委員会

学会長	東海林 豊	東京さくら病院院長
副学会長	竹川 勝治	愛和病院理事長
運営委員長	友池 仁暢	榊原記念病院顧問
運営委員	安藤 高夫	永生病院理事長
	飯野 孝一	飯野病院理事長
	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
	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
	江口 輝男	旗の台病院理事長
	大田 健	国立病院機構東京病院院長
	大坪由里子	三軒茶屋病院院長
	小川 聡子	調布東山病院理事長
	片山 久	江戸川メディケア病院名誉院長
	上條 由美	昭和大学江東豊洲病院副院長
	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
	桑名 斉	信愛病院理事長
	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
	内藤 誠二	内藤病院理事長
	中西 泉	町田慶泉病院理事長
	中村 隆	中村病院理事長
	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
	宮崎 国久	東京北医療センター管理者
	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特定専門職
学会事務局	古角 末廣	東京都病院協会事務局長

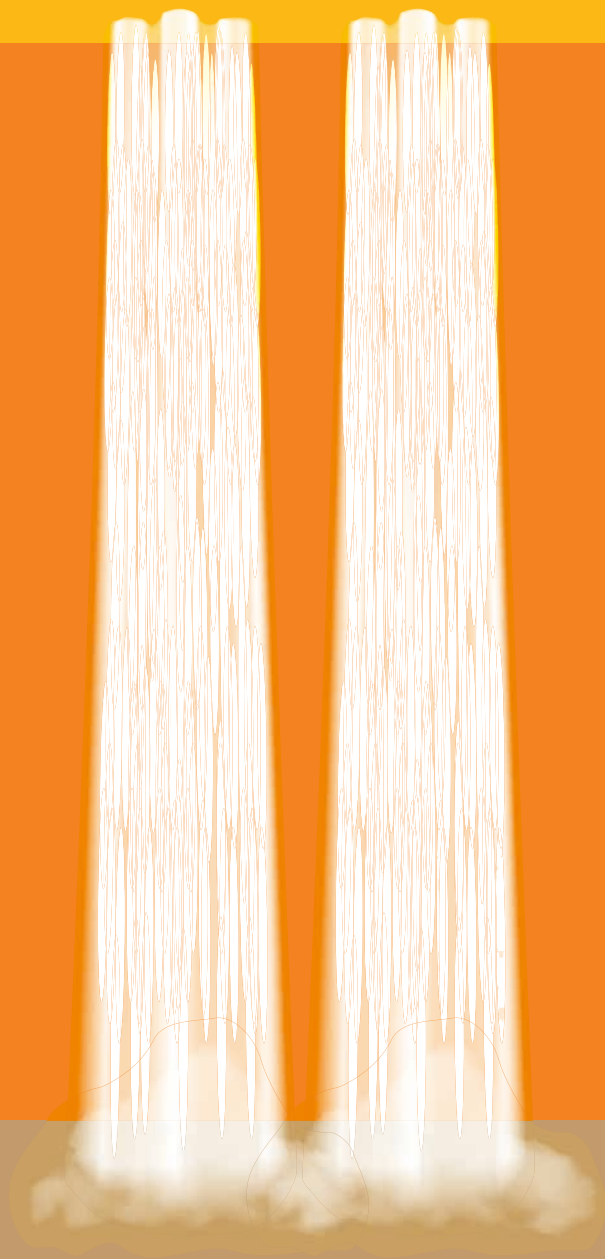
第13回 東京都病院学会 2018年2月25日 平成30年2月10日発行

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



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/>