

第14回

東京都病院学会



主題「**私たちはどう生きるか**」
— 持続可能な病院経営を考える —

日時 **令和2年2月23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 **竹川 勝治** 東京都病院協会常任理事・愛和病院理事長

副学会長 **横山 孝** 東京都病院協会理事・河野臨床医学研究所理事長

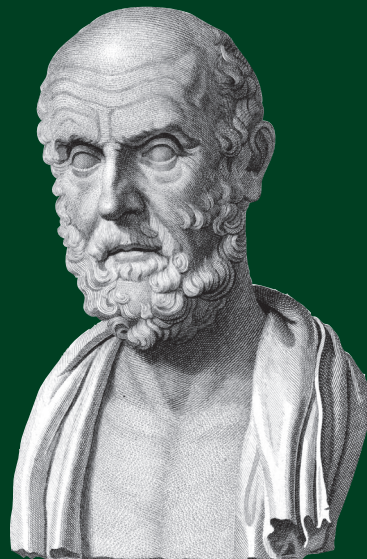
運営委員長 **進藤 晃** 東京都病院協会常任理事・大久野病院理事長

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

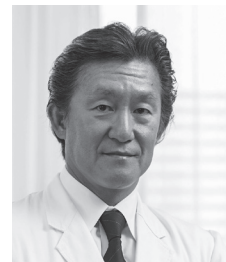
私たちはどう生きるか

-持続可能な病院経営を考える-

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／プログラム概要	5
全体プログラム	6
会場別プログラム	8
演者氏名索引	20
基調講演・協会長講演・学会長講演・特別講演	23
シンポジウム	31
委員会企画	39
一般演題	63
ランチョンセミナー	115
広告	123

学会長挨拶



竹川 勝治

東京都病院協会 常任理事
愛和病院 理事長

今学会では、主題を「私たちはどう生きるか」、副題を「持続可能な病院経営を考える」としました。

私たちは今、医療、病院を取り巻く環境が大きく変化する中で、「どう生きるか」が問われています。自分たちの病院は自分たちで守り、そしてさらにどうするかを自分たちで考えなくてはならないのです。

2019年3月、東京都病院協会はサテライトシンポジウム「病院のフレイル化を防ぐ」を開催し、経営の視点から東京の病院に関して議論しましたが、この時もそれぞれの病院に関わる一人ひとりのマインドの重要性が改めて確認されました。今学会でも引き続き、このテーマを突き詰めていきたいと思えます。

そして、そのマインドを具現化するのがマネジメントです。中心となるシンポジウムはテーマを「持続可能な病院経営を考える・・・病院機能別に問題を提起しよう!」としました。地域医療構想で病院が4つの機能に分けられる中「東京ではどのように連携したら良いのか」「連携の妨げになっているものは何なのか」を議論していきたいと考えています。

委員会企画は、これらのテーマをさらに掘り下げるテーマが揃いました。

事務管理部会では、今後医療分野で特に活用されるICTについて。

ICT委員会では、AIについて。

看護管理部会では、人生の終末期を迎えるときの患者さんの意思決定の支え方について。

医療安全推進委員会では、医師法第21条の解釈について。

急性期医療委員会では、タスクシフティング・タスクシェアについて。

慢性期医療委員会では、介護医療院と今後急増する高齢者の見守りについて。

環境問題検討委員会では、海洋プラスチック問題について。

実は副題には、「SDGs」(持続可能な開発目標)の考えも取り入れています。環境の改善も私たち医療人に課せられたテーマではないかと、強く感じてい

るからです。

SDGsが備える5つの特徴にならば、東京の病院がめざすべき「これから」を挙げてみました。

普遍性：全ての病院（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）が行動する。

包摂性：人間の安全保障の理念を反映し「患者さん、誰一人残さない」。

参画型：全ての病院が役割を。

統合性：地域社会・病院経営・環境に統合的に取り組む。

透明性：定期的にフォローアップ(病院機能評価)

いずれも病院が避けて通ることのできない課題ばかりではないでしょうか。

人件費、土地代、物価、増え続ける高齢人口と、東京の経営環境は、どれをとっても地方とは違います。全国一律の診療報酬制度では厳しい問題が多々あります。独自で制度設計をしていかななくては、明るい2025年、2040年を迎えることはできないところまで来ています。学会では、このような制度面まで踏み込んで議論したいと思っています。そして、その内容を発信して行政とともに「車の両輪」となり、未来の東京を素晴らしい場所にしていかなければなりません。

また、今回は学会初の試みとして、育児に携わっていらっしゃる職員の方々も可能なかぎりご参加いただけるよう、託児所を用意いたしました。学会会場の都合により発表演題数は制限することになりましたが、ランチョンセミナーは企業7社から興味深いタイトルをご用意いただきました。

一人でも多くの医療人に、建設的な意見交換を行い、それぞれの現場に持ち帰り、業務に活かしていただける学会にしていきたいと思えます。河北博文名誉会長が仰る「学び、考え、行う」を、一人ひとりに実践していただければ幸いです。

学会運営委員長挨拶

「高齢化社会の医療ニーズ」



進藤 晃

東京都病院協会 常任理事
大久野病院 理事長

第14回東京都病院学会は愛和病院 理事長 竹川勝治先生によって「私たちはどう生きるか」—持続可能な病院経営を考える—をテーマに開催される。東京における病院経営は、土地代が高い＝物価が高い＝人件費が高い、これが経営を圧迫している。組織を継続して行く為に再生産を可能にする適切な利益を確保するのが難しい。皆保険制度という世界に誇るべき制度で有るが、組織運営側からすると完全な統制経済の中にあるので自由に利益を上げることは出来ない、その上働く人も受診する人も高齢化が進んでいく、その中で組織を持続させる為には、どう生きて行くべきなのだろうか。

世界の中で最も早く高齢化社会を迎える日本、東京の都心部においては高齢化がそれ程進んでいないが、多摩地域においては地方都市と同様に高齢化が進行している。高齢化社会で頻発する疾患は心不全・肺炎・骨折である。この疾患に関してその人に合わせた場所で適切に診ていく必要があると思われる。繰り返す心不全・肺炎に対して全員が高度急性期病床で治療をすべきだろうか、逆に全員に見守る様な医療提供で良いだろうか、その人に合わせた医療サービスが提供できる場所を選択するチームが必要であろう。その際に人生会議(ACP)が有用となるはずである。この様な高齢者医療の提供体制はこれまでの若年層が多く、急性疾患の内容が外傷や感染

症であった時と異なるので、本格的な高齢化社会が訪れるまでに変換する時期が今なのであろう。

しかし世界中で経験していない未知の社会へ急速に転換しなければならず、今まで行っていた業務内容を高齢者向けに変更する必要があるので戸惑っている。国際医療福祉大学 高橋泰先生が話されている徹底的に医療を提供してトコトン治す医療とこれまでの生活が維持できるぐらいのマーマー治す医療を人に合わせて行う必要がある社会に突入したと感じている。若年層が多かった時、高齢者が増えて来た現在、どちらにしても医療はとても重要な役割を社会で果たしている。もしも医療が提供されていなかったら、若年層が多かった時代では働ける人が少なくなるので経済の発達が難しかったであろうし、高齢化社会はそもそも訪れなかった可能性が高いが、高齢者に医療が提供されなければ楽に過ごす事は難しく、寿命は短くなるであろう。

そう考えると医療は水道や電気・ガスと同様に社会において無いと普通の生活が成り立たないので社会インフラであると考えられる。インフラであるならば本人のニーズと共に社会ニーズを満たす必要がある。さて、どの様にニーズを満たせば良いのか、我々はどの様に生きれば良いのでしょうか、学会において多職種の参加によって議論されることを祈念しております。

参加者へのご案内

受付

3階ロビーで午前8時30分より受け付けます。

事前登録された方へ

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

当日参加される方へ

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

演題発表者の方へ

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

講師、シンポジストの方々へ

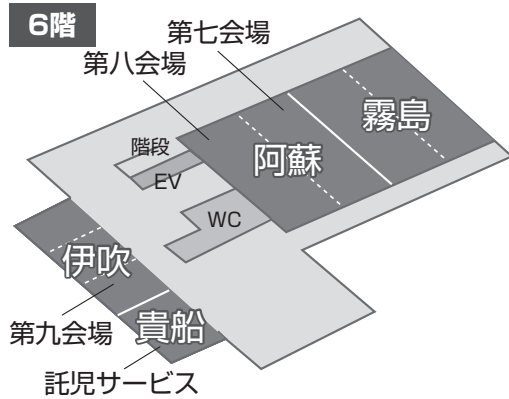
- 各々の開始時刻の30分前までに3階 天城・高尾(来賓・講師控室)へお越し下さい。

会場ご案内

- 日 時: 令和2年2月23日(日)
午前9時00分～午後5時00分
(午前8時30分より受付)
- 会 場: アルカディア市ヶ谷
(JR市ヶ谷駅徒歩2分)
TEL.03-3261-9921
- 参加費: 1名様 5,000円
(但し、理事長、院長は15,000円)
- 当日参加費: 1名様 6,000円
(但し、理事長、院長は16,000円)
- 学 生: 1名様 1,000円
(事前登録・当日受付共通)



会場図／プログラム概要



第七会場 6階 阿蘇(東)

- 12:00 ランチョンセミナー
東京ガス(株)
- 13:10 一般演題
14:10 一般演題
15:00 一般演題
16:00 一般演題

第九会場 6階 伊吹

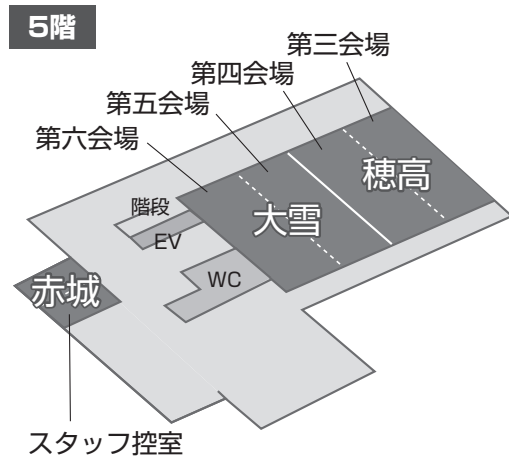
- 12:00 ランチョンセミナー
ホスピタルコンプライアンス
マネジメントジャパン(株)
- 14:40 一般演題
15:10 一般演題
15:40 一般演題

第八会場 6階 阿蘇(西)

- 12:00 ランチョンセミナー
日本光電工業(株)
- 13:10 一般演題
13:50 一般演題
14:30 一般演題
15:40 一般演題

託児サービス 6階 貴船

08:30~17:30



第三会場 5階 穂高(東)

- 10:50 環境問題検討委員会企画
12:00 ランチョンセミナー
(株)イントラスト
/東京海上日動火災保険(株)
- 13:10 医療安全推進委員会企画
14:50 慢性期医療委員会企画

第五会場 5階 大雪(東)

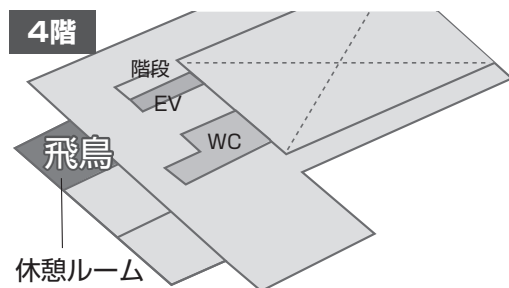
- 10:50 一般演題
12:00 ランチョンセミナー
オリックス・クレジット(株)
- 13:10 一般演題
14:20 一般演題
15:30 一般演題

第四会場 5階 穂高(西)

- 10:50 一般演題
12:00 ランチョンセミナー
(株)ウィ・キャン
- 13:10 一般演題
13:50 一般演題
14:30 一般演題
15:10 ICT委員会企画

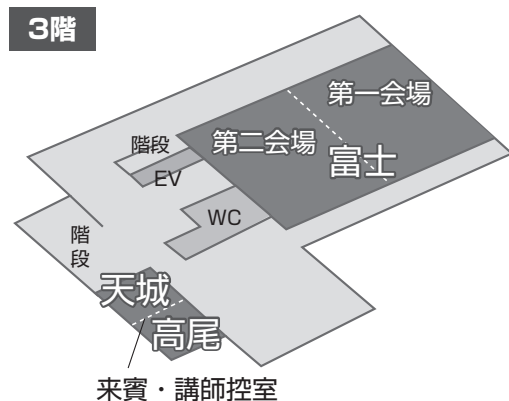
第六会場 5階 大雪(西)

- 10:50 一般演題
12:00 ランチョンセミナー
東京海上日動火災保険(株)
/マーシュジャパン(株)
- 13:10 一般演題
14:20 一般演題
14:40 一般演題
15:20 一般演題
16:10 一般演題



休憩ルーム 4階 飛鳥

- 09:00~16:00
協賛：東洋羽毛首都圏販売(株)



第一会場 3階 富士(東)

- 09:00 開会式
09:20 基調講演
09:50 協会長講演
10:10 学会長講演
10:40 事務管理部企画
13:10 シンポジウム
15:10 特別講演
17:00 閉会式

第二会場 3階 富士(西)

- 13:10 看護管理部企画
15:10 急性期医療委員会
セッション

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				第三会場 5階 穂高(東)		第四会場 5階 穂高(西)	
第一会場 3階 富士(東)		第二会場 3階 富士(西)					
<p>9:00</p> <p>■開会式</p> <p>●挨拶 東京都病院学会会長 竹川 勝治 東京都病院協会会長 猪口 正孝</p> <p>●来賓挨拶 東京都福祉保健局技監 矢内 真理子氏 東京都医師会会長 尾崎 治夫氏</p>							
<p>9:20～9:50</p> <p>●基調講演【司会】竹川 勝治(学会会長 愛和病院 理事長) 「より良き社会を創る」 東京都病院協会名誉会長 河北総合病院理事長 河北 博文</p>							
<p>9:50～10:10</p> <p>●協会長講演【司会】進藤 晃(学会運営委員長 大久野病院 理事長) 「東京都病院協会の会長に就任して ～取り組むべき課題～」 東京都病院協会会長 平成立石病院理事長 猪口 正孝</p>				<p>10:50～11:50</p> <p>●環境問題検討委員会企画 「海洋プラスチック問題」 【座長】篠原 健一(東京都診療放射線技師会 会長) 【講演】「プラスチックによる海洋汚染と化学物質曝露」 高田 秀重氏(東京農工大学農学部環境資源科学科 教授)</p>		<p>10:50</p> <p>一般演題 「急性期看護」 座長:中村 明子(岩井整形外科内科内科病院 看護部 主任)</p>	
<p>10:10～10:30</p> <p>●学会長講演【司会】横山 孝(副学会会長 河野臨牀医学研究所 理事長) 「持続可能な病院医療」 東京都病院協会常任理事 愛和病院 理事長 竹川 勝治</p>				<p>12:00</p> <p>○ランチョンセミナー (株)イントラスト/東京海上日動火災保険(株) 「民法改正(連帯保証)と医療費未収等の対策について」 鷺尾 誠氏(銀座第一法律事務所 弁護士) 中村 育紘氏((株)イントラスト)</p>		<p>12:00</p> <p>○ランチョンセミナー (株)ウィ・キャン 「「クレーム対策」を科学する(良い患者を集めるために)」 濱川 博招氏((株)ウィ・キャン 代表取締役)</p>	
<p>10:40～11:50</p> <p>●事務管理部企画「病院におけるICTの利用促進」 【座長】田野倉 浩治(永生病院 事務部長) 【講演①】「東京総合医療ネットワークの始動と今後の展開」 目々澤 肇氏(東京都医師会 理事) 【講演②】「医療情報分野へのブロックチェーン技術の活用」 水島 洋氏(国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター長)</p>				<p>13:10～14:40</p> <p>●医療安全推進委員会企画 「医師法第21条の解釈について」 【座長】伊藤 雅史(等潤病院 理事長) 【講演】「医師法第21条の解釈の確立と関連制度との位置づけ」 小田原 良治氏(日本医療法人協会 常務理事、医療法人尚愛会 理事長) 【追加発言】有賀 徹氏(労働者健康安全機構 理事長) 安藤 高夫(永生病院 理事長)</p>		<p>13:10</p> <p>一般演題 「画像診断・放射線」 座長:金田 仁志(旗の台病院 診療放射線技師長)</p> <p>13:50</p> <p>一般演題 「薬剤」 座長:林 謙治(愛和病院 診療部長)</p> <p>14:30</p> <p>一般演題 「事務」 座長:小林 司(森山記念病院 事務局長)</p>	
<p>13:10～15:00</p> <p>●シンポジウム 「東京の民間病院における持続可能な病院経営を考える…病院機能別に問題を提起しよう!」 【座長】高橋 泰氏(国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 学部長) 竹川 勝治(東京都病院学会会長 愛和病院 理事長) 【講演】高橋 泰氏(国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 学部長) 石川 ベンジャミン 光一氏(国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授) 【シンポジスト】 【急性期】猪口 正孝(平成立石病院 理事長) 【回復期】東海林 豊(東京さくら病院 院長) 【慢性期】越永 守道(信愛病院 院長) 【在宅】中村 哲生氏(永生会 特別顧問)</p>		<p>13:10～15:00</p> <p>●看護管理部企画 「人生最期をどう迎えるかー「平穏死」のすすめー」 【座長】高嶋 則子(岩井整形外科内科病院 副院長・看護部長) 切手 純代(南多摩病院 看護部長) 【講演】石飛 幸三氏(芦花ホーム 常勤医)</p>		<p>14:50～16:50</p> <p>●慢性期医療委員会企画 【座長】進藤 晃(大久野病院 理事長) ①介護医療院開設の問題点 【講演】「地域医療型病院へと変化し続ける 日の出ヶ丘病院・介護医療院」 原 淳市氏(日の出ヶ丘病院・介護医療院 事務長) パネルディスカッション ・原 淳市氏 ・田中 裕之(日本介護医療院協会 副会長、陵北病院 院長) ・村山正道(陵北病院 事務長) ・吉田 真(大久野病院 事務長) ②「みまもりあいプロジェクト」 【講演】病院を中心とした街の作り方(「互助」をICTがサポートする発想で生まれた新しい地域連携)～日常の支援と見守りそして防災へ～ 高原達也氏(セーフティネットリンケージ 代表理事)</p>		<p>15:10～16:40</p> <p>●ICT委員会企画 「AI研究会勉強会」 「AIの神髄とAIの臨床応用によるタスクシフティング」 座長:大田 健(複十字病院 院長) 【講演①】「人工知能の神髄、深層学習理論の中身と意味を理解する」 鎌谷直之氏(株式会社スタージェン 代表取締役会長、医師) 【講演②】「AIへのタスク・シフティング」による病院の働き方改革」 阿部吉倫氏(Ubie株式会社 代表取締役、医師)</p>	
<p>15:10～16:10</p> <p>●特別講演 【座長】竹川 勝治(東京都病院学会 学会会長 愛和病院 理事長) 【講演①】「医療介護における持続可能な環境経営とREaction」 古城 資久氏(医療法人伯鳳会 理事長) 【講演②】「気候変動問題と医療ー持続可能な社会の実現にむけて」 高村 ゆかり氏(東京大学 未来ビジョン研究センター 教授)</p>		<p>15:10～16:50</p> <p>●急性期医療委員会セッション 「急性期医療におけるタスク・シフティング、一タスク・シェアを考える」 【座長】有賀 徹氏(労働者健康安全機構 理事長) 三浦 邦久(江東病院 副院長) 【講演】「業務委託によるタスクシフト」 清水 芳輝氏(日本ステリ株式会社 事業本部 副本部長) 「医師の長時間・過重労働とタスクシフト、タスクシェアー「勤勉は美德」過去のものか?」 横田 美幸氏(がん研有明病院 副院長) 「二次救急外来でのタスクシフト・タスクシェアー～診療看護師としての働き方と合意形成～」 若月 優子氏(板橋中央総合病院 救急外来(救急科) 診療看護師(NP))</p>					
<p>17:00</p> <p>■閉会式 閉会式挨拶 横山 孝 (副学会会長 河野臨牀医学研究所 理事長)</p>							

休憩ルーム : 4階 飛鳥 9:00~16:00
 託児サービス : 6階 貴船 8:30~17:30

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
10:50 一般演題 「看護教育・看護管理」 座長:大坪 由里子(三軒茶屋病院 院長)	10:50 一般演題 「慢性期看護」 座長:立花 エミ子(信愛病院 看護部長)			
12:00 ○ランチョンセミナー オリックス・クレジット(株) 「病院経営の健全化支援について」 石黒 智洋氏(オリックス・クレジット(株) 経営企画部 新規事業開発チーム課長)	12:00 ○ランチョンセミナー 東京海上日動火災保険(株) / マーシュジャパン(株) 「医療機関における勤務環境改善への取り組み ~「かち」残る組織になるう~」 中島 美津子氏(東京医療保健大学/大学院看護学研究科 教授)	12:00 ○ランチョンセミナー 東京ガス(株) 「明日から使える! 無理なく始める病院BCP」 佐々木 勝氏(日本大学客員教授)	12:00 ○ランチョンセミナー 日本光電工業(株) 「最新AEDの機能と遠隔管理 ~より多くの命を救うための進歩~」 林 怜史氏(日本光電工業(株) 医療機器事業本部 第二技術部 四課 リーダ(係長))	12:00 ○ランチョンセミナー ホスピタルコンプライアンス・マネジメントジャパン(株) 「今始めよう病院のデジタル化 マネージメント・セキュリティの強化から」 【座長】山口 武兼(東京都保健医療公社 理事長) 【講演】小山 勇氏(埼玉医科大学国際医療センター 名誉病院長)
13:10 一般演題 「チーム医療」 座長:樋浦 裕里(東京さくら病院 看護部長)	13:10 一般演題 「その他」 座長:吉田 真(大久野病院 事務長)	13:10 一般演題 「リハビリテーション」 座長:萩原 彩(寿康会病院 リハビリテーション科 チーフ 作業療法士)	13:10 一般演題 「在宅・ソーシャルワーク・介護予防」 座長:久保木 美由紀(中村病院 医療連携室所属長代行 社会福祉士)	
14:20 一般演題 「医療の質・病院管理」 座長:中西 佳美(天本病院 看護アドバイザー)	14:20 一般演題 「臨床検査」 座長:久米 久之(東京北医療センター 医療技術部 臨床検査室 室長)	14:10 一般演題 「リハビリテーション」 座長:鎌田 優輝(町田慶泉病院 リハビリテーション部 科長)	13:50 一般演題 「業務改善①」 座長:福井 聡(一成会木村病院 事務部長)	
15:30 一般演題 「地域連携・地域包括ケア」 座長:吉田 朋子(いずみ記念病院 看護部長)	14:40 一般演題 「医療安全・感染管理①」 座長:伊藤 理子(岩井整形外科 内科病院 看護部 師長)	15:00 一般演題 「リハビリテーション」 座長:鈴木 康雄(多摩リハビリテーション病院 リハビリテーション科 技師長)	14:30 一般演題 「リハビリテーション」 座長:横尾 浩(第三北品川病院 リハビリテーション技術部 リハビリテーション課 係長)	14:40 一般演題 「栄養管理」 座長:上條 由美(昭和大学江東豊洲病院 副院長)
	15:20 一般演題 「医療安全・感染管理②」 座長:飯畑 裕子(等潤病院 看護部長)	16:00 一般演題 「業務改善②」 座長:樋口 洋祐(森山記念病院 事務長)	15:40 一般演題 「終末期看護・在宅看護・看護その他」 座長:川村 禎子(永寿総合病院 看護部長)	15:10 一般演題 「診療情報管理」 座長:小川 喜代美(東京北医療センター 医療情報課 医療情報室)
	16:10 一般演題 「看護技術」 座長:齋川 圭子(豊島病院 看護部 救急外来 看護師長)			15:40 一般演題 「看護業務」 座長:松下 博美(花と森の東京病院 副看護部長)

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 竹川 勝治 東京都病院協会会長 猪口 正孝</p> <hr/> <p>● 来賓挨拶 東京都福祉保健局 技監 矢内 真理子氏 東京都医師会会長 尾崎 治夫氏</p>	
09:20	<p>● 基調講演 司会:竹川 勝治(学会長 愛和病院理事長)</p> <p>「より良き社会を創る」</p> <p>東京都病院協会名誉会長 河北総合病院理事長 河北 博文</p>	P.25
09:50	<p>● 協会長講演 司会:進藤 晃(学会運営委員長 大久野病院理事長)</p> <p>「東京都病院協会の会長に就任して ～取り組むべき課題～」</p> <p>東京都病院協会会長 平成立石病院理事長 猪口 正孝</p>	P.26
10:10	<p>● 学会長講演 司会:横山 孝(副学会長 河野臨牀医学研究所理事長)</p> <p>「持続可能な病院医療」</p> <p>東京都病院協会常任理事 愛和病院理事長 竹川 勝治</p>	P.27
10:40	<p>● 事務管理部会企画</p> <p>座長:田野倉浩治(永生病院事務部長・事務管理部会部会長)</p> <p>「病院における ICT の利用促進」</p> <p>【講演】</p> <p>① 東京総合医療ネットワークの始動と今後の展開 目々澤 肇氏(東京都医師会理事)</p> <p>② 医療情報分野へのブロックチェーン技術の活用 水島 洋氏(国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター長)</p>	P.42 P.43

休憩ルームのご案内 (企業展示)

4階・飛鳥 9:00～16:00
(協賛:東洋羽毛首都圏販売(株))

淹れたてのコーヒー・ドリンク等を飲みながら休憩できるお部屋をご用意いたしました。費用は無料ですので、お一人でも、複数名でもご自由にお立ち寄りください。

会場内では高品質な羽毛布団を販売している東洋羽毛首都圏販売(株)による企業展示を同時開催いたします。

託児サービスのご案内

6階・貴船 8:30～17:30

6階・貴船にて無料でご利用いただける託児サービスを行います(事前申込制)。

対象:3歳から未就学児まで

定員:10名程度

費用:無料

※託児サービスは(株)ポピンズに業務委託して行います。

13:10 ● シンポジウム

「東京の民間病院における持続可能な病院経営を考える…
病院機能別に問題を提起しよう！」

座長：高橋 泰氏（国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部学部長）	P.33
竹川 勝治（東京都病院学会 学会長 愛和病院理事長）	
講演：高橋 泰氏（国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部学部長）	P.34
石川 ベンジャミン 光一氏（国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部教授）	P.35
シンポジスト：〔急性期〕 猪口 正孝（平成立石病院理事長）	P.36
〔回復期〕 東海林 豊（東京さくら病院院長）	P.36
〔慢性期〕 越永 守道（信愛病院院長）	P.37
〔在宅〕 中村 哲生氏（永生会 特別顧問）	P.37

15:10 ● 特別講演

座長：竹川 勝治（東京都病院学会 学会長 愛和病院理事長）

【講演】

① 医療介護における持続可能な環境経営と REaction	
古城 資久氏（医療法人伯鳳会理事長）	P.28
② 気候変動問題と医療—持続可能な社会の実現にむけて	
高村 ゆかり氏（東京大学 未来ビジョン研究センター教授）	P.29

17:00 ● 閉会式

● 挨拶 横山 孝（副学会長 河野臨牀医学研究所理事長）

第二会場 3階 富士（西）

時間	プログラム	掲載ページ
13:10	● 看護管理部会企画	
	座長：高嶋 則子（岩井整形外科内科病院副院長・看護部長、看護管理部会部会長）	
	切手 純代（南多摩病院看護部長）	
	「人生最期をどう迎えるか — 「平穏死」 のすすめ—」	
	講師：石飛 幸三氏（世田谷区社会福祉事業団 特別養護老人ホーム 芦花ホーム常勤医）	P.45
15:10	● 急性期医療委員会セッション	
	座長：有賀 徹氏（労働者健康安全機構理事長）	
	三浦 邦久（江東病院 副院長）	
	「急性期医療におけるタスク・シフティング、タスク・シェアを考える」	
	【講演】	
	「業務委託によるタスクシフト」	
	清水 芳輝氏（日本ステリ株式会社 事業本部 副本部長）	P.47
	「医師の長時間・過重労働とタスクシフト、タスクシェア—「勤勉は美德」 過去のものか？」	
	横田 美幸氏（がん研有明病院副院長）	P.48
	「二次救急外来でのタスクシフト・タスクシェア ～診療看護師としての働き方と合意形成～」	
	若月 優子氏（板橋中央総合病院 救急外来（救急科）診療看護師（NP））	P.49

会場別プログラム

第三会場 5階 穂高(東)

時間	プログラム	掲載ページ
10:50	<p>● 環境問題検討委員会企画 座長：篠原 健一（東京都診療放射線技師会会長）</p> <p>「海洋プラスチック問題」 【講演】 「プラスチックによる海洋汚染と 化学物質曝露」 高田 秀重氏（東京農工大学農学部環境資源科学科教授）</p>	P.51
12:00	<p>◎ ランチョンセミナー 株式会社イントラスト / 東京海上日動火災保険株式会社 「民法改正（連帯保証）と医療費未収等の対策について」 鷺尾 誠氏（銀座第一法律事務所弁護士） 中村 育紘氏（株式会社イントラスト）</p>	P.116
13:10	<p>● 医療安全推進委員会企画 座長：伊藤雅史（医療安全推進委員会委員長、等潤病院理事長・院長）</p> <p>「医師法第 21 条の解釈について」 【講演】 「医師法第 21 条の解釈の確立と関連制度との位置づけ」 小田原 良治氏（日本医療法人協会常務理事、医療法人尚愛会理事長）</p> <p>【追加発言】 有賀 徹氏（労働者健康安全機構理事長） 安藤 高夫（東京都病院協会副会長、永生病院理事長）</p>	P.53 P.54 P.54
14:50	<p>● 慢性期医療委員会企画 座長：進藤 晃（大久野病院理事長）</p> <p>テーマ①「介護医療院開設の問題点」 【講演】 「地域医療型病院へと変化し続ける 日の出ヶ丘病院・介護医療院」 原 淳市氏（日の出ヶ丘病院・日の出ヶ丘介護医療院事務長）</p> <p>【パネルディスカッション】 ・原 淳市氏（日の出ヶ丘病院・日の出ヶ丘介護医療院事務長） ・田中裕之（日本介護医療院協会副会長、陵北病院院長） ・村山正道（陵北病院事務長） ・吉田 真（大久野病院事務長）</p> <p>テーマ②「みまもりあいプロジェクト」 【講演】 「病院を中心とした街の作り方（「互助」をICTがサポートする発想で生まれた新しい地域連携）～日常の支援と見守りそして防災へ～」 高原 達也氏（一般社団法人セーフティネットリンケージ代表理事）</p>	P.56 P.56 P.57 P.57 P.57 P.58

第四会場 5階 穂高(西)

時間	プログラム	掲載ページ
10:50	● 一般演題 「急性期看護」 座長：中村 明子（岩井整形外科内科病院 看護部 主任）	
	・ 当院における入退院支援窓口の役割 森田 智子（稲波脊椎・関節病院）	P.65
	・ バスキュラーアクセスに対する経皮的血管拡張術への取り組み 高平 久美（一成会木村病院）	P.65
	・ 点数式看護評価基準を作成し術後評価を行った効果の検討 大橋 幸子（等潤病院）	P.66
	・ 脊髄くも膜下麻酔時の体温管理～現在の方法の有効性についての検討～ 近藤 理絵（南多摩病院）	P.66
12:00	◎ ランチョンセミナー 株式会社ウィ・キャン 「「クレーム対策」を科学する（良い患者を集めるために）」 濱川 博招氏（株式会社ウィ・キャン 代表取締役）	P.117
13:10	● 一般演題 「画像診断」 座長：金田 仁志（旗の台病院 診療放射線技師長）	
	・ 当院の X 線防護衣の管理について 松本 雄介（一成会木村病院）	P.67
	・ 一般撮影の再撮影率の現状調査及び対策案の検討 仲田 利廣（花と森の東京病院）	P.67
	・ 術後手関節撮影の再現性への取り組み 中村 武司（あそか病院）	P.68
13:50	● 一般演題 「薬剤」 座長：林 謙治（愛和病院 診療部長）	
	・ 定数配置薬（注射）見直しの効果と課題に関する検討 前田 拓哉（南町田病院）	P.68
	・ 当院災害対策における薬剤部門の取り組み 平出 美紀（いずみ記念病院）	P.69
	・ 一般名処方マスタの追加・削除検索の一診術 川奈部 英洋（森山記念病院）	P.69
14:30	● 一般演題 「事務」 座長：小林 司（森山記念病院 事務局長）	
	・ ワークライフバランス実現のための改善策と新たな試み 笠原 洋介（米倉脊椎・関節病院）	P.70
	・ バックオフィス業務における生産性の向上～ RPA の活用～ 北川 美歩（信愛病院）	P.70

会場別プログラム

15:10 ● ICT 委員会企画 (AI 研究会勉強会)

座長: 大田 健 (複十字病院院長)

「AI の神髄と AI の臨床応用によるタスクシフティング」

【講演】

① 「人工知能の神髄、深層学習理論の中身と意味を理解する」

鎌谷 直之氏 (株式会社スタージェン代表取締役会長、医師)

P.60

② 「「AI へのタスク・シフティング」による病院の働き方改革」

阿部 吉倫氏 (Ubie 株式会社代表取締役、医師)

P.61

第五会場 5階 大雪 (東)

時間

プログラム

掲載ページ

10:50 ● 一般演題

「看護教育・看護管理」 座長: 大坪 由里子 (三軒茶屋病院 院長)

・ 言葉による抑制 (スピーチロック) に関する病棟スタッフの認識と実態

川崎 祐介 (永生病院)

P.71

・ 甲状腺術後出血の早期対応に関する教育の取り組み

岡部 紗香 (伊藤病院)

P.71

・ 手術室看護師セミナー開催の結果と課題

鈴木 将広 (岩井整形外科内科病院)

P.72

・ 看護師の意識改革への取り組み

鈴木 史子 (多摩リハビリテーション病院)

P.72

・ 多様な働き方の看護師による外来チーム活動の取り組み

都築 なぎさ (南町田病院)

P.73

12:00 ◎ ランチョンセミナー オリックス・クレジット株式会社

「病院経営の健全化支援について」

P.118

石黒 智洋氏 (オリックス・クレジット株式会社 経営企画部 新規事業開発チーム課長)

13:10 ● 一般演題

「チーム医療」 座長：樋浦 裕里（東京さくら病院 看護部長）

- ・人工呼吸器から離脱し在宅復帰した超高齢者の症例
小池 淳（相武病院） P.73

 - ・認知症患者への対応にスローガンを活用した効
大川 奈緒美（花と森の東京病院） P.74

 - ・多職種で関わる嚥下障害患者の姿勢について（一症例）
山田 真嗣（南町田病院） P.74

 - ・入院サポートにおける歯科衛生士介入の効果
佐藤 陽子（豊島病院） P.75

 - ・入退院支援室（入院サポート）の活動実績
中村 央子（豊島病院） P.75
-

14:20 ● 一般演題

「医療の質・病院管理」 座長：中西 佳美（天本病院 看護アドバイザー）

- ・ワークライフバランス認定企業で働く病棟看護師の認識の実態
江藤 麻衣（等潤病院） P.76

 - ・スキン・ケア減少への取り組み～皮膚保湿の重要性～
中島 裕貴 大久野病院 P.76

 - ・小児科病棟における PEWS の導入とその有効性の検討
並木 知佳 河北総合病院 P.77

 - ・都病協版 CI の多施設共同調査における 4 年間の年次比較結果 1
石濱 裕規（永生病院） P.77

 - ・都病協版 CI の多施設共同調査における 4 年間の年次比較結果 2
石濱 裕規（永生病院） P.78

 - ・「看護必要度・繁忙度表」を用いた看護主体の病床管理
梅本 健三（豊島病院） P.78
-

会場別プログラム

15:30 ● 一般演題

「地域連携・地域包括ケア」 座長：吉田 朋子（いずみ記念病院 看護部長）

- | | | |
|-------------------------------------|----------------|------|
| ・ 地域包括ケア病棟での離床への取り込みから生じた効果 | 青山 優美（南町田病院） | P.79 |
| ・ 全床地域包括ケア病床移行後の入退院の傾向について | 戸部 民子（寿康会病院） | P.79 |
| ・ 病院救急車だからこそ出来る多様なケア | 永田 聖哉（南多摩病院） | P.80 |
| ・ 病院救急車の活用と現状 | 竹内 一貴（河北総合病院） | P.80 |
| ・ 病病・病介・病診連携強化に向けた一般急性期病院 3 機関共同の取組 | 外川 朋代（河北総合病院） | P.81 |
| ・ 介護天気予報図（IoT）を用いた医療・介護・家族連携／シェアリング | 東海林 豊（東京さくら病院） | P.81 |

第六会場 5階 大雪（西）

時間

プログラム

掲載ページ

10:50 ● 一般演題

「慢性期看護」 座長：立花 エミ子（信愛病院 看護部長）

- | | | |
|--------------------------------|----------------------|------|
| ・ 退院支援における看護師間の情報共有の取り組み | 増本 奈々（等潤病院） | P.82 |
| ・ 透析中に行う運動の効果について | 磯部 浩代（南多摩病院） | P.82 |
| ・ 趣味に取り組むことによる患者の精神面への影響 | 島崎 貴弘（永生病院） | P.83 |
| ・ FIM を取り入れた ADL カンファレンスの導入 | 志方 早苗（品川リハビリテーション病院） | P.83 |
| ・ 入院後大腿骨転子部骨折した高齢患者の転倒要因に関する検討 | 小島 菜花（品川リハビリテーション病院） | P.84 |

12:00 ◎ ランチョンセミナー 東京海上日動火災保険株式会社 / マーシュジャパン株式会社

「医療機関における勤務環境改善への取り組み～「かち」残る組織になろう～」

P.119

中島 美津子氏（東京医療保健大学 / 大学院看護学研究科 教授）

13:10 ● 一般演題

「その他」 座長：吉田 真（大久野病院 事務長）

-
- ・ 甲状腺疾患専門病院におけるメディカルツーリズムへの取り組み
鄭 君（伊藤病院） P.84
-
- ・ 病院ボランティア取り組みについて
仲嶺 雄太（日の出ヶ丘病院） P.85
-
- ・ 当院における大規模震災訓練の取組みの実際と課題
高橋 宏明（豊島病院） P.85
-
- ・ 東京都認知症介護指導者として役割
奈良田 敬（永生会） P.86
-
- ・ 彼女たちと働いて～フィリピン人雇用の現状と展望～
糸川 貞良（愛和病院） P.86
-

14:20 ● 一般演題

「臨床検査」 座長：久米 久之（東京北医療センター 医療技術部 臨床検査室 室長）

-
- ・ 当院における睡眠関連検査の現状
馬場 円（河北総合病院） P.87
-

14:40 ● 一般演題

「医療安全・感染管理①」 座長：伊藤 理子（岩井整形外科内科病院 看護部 師長）

-
- ・ 転倒防止を考慮した患者と共に考える目標設定の検討
佐藤 夏鈴（等潤病院） P.87
-
- ・ 安全な病院を目指して－医療看護支援ピクトグラム活用の試み－
八谷 邦光（寿康会病院） P.88
-
- ・ 医療安全に関する当院での取り組み
倉崎 誠（永生病院） P.88
-

15:20 ● 一般演題

「医療安全・感染管理②」 座長：飯畑 裕子（等潤病院 看護部長）

-
- ・ インシデント調査から見た安全カンファレンスの課題
照屋 千夏（南町田病院） P.89
-
- ・ 転倒・転落リスクに対する家族説明の導入とその成果
上田 千鶴（河北総合病院） P.89
-
- ・ はじめての医療安全対策地域連携
谷川 典子（森山記念病院） P.90
-
- ・ 回復期病棟におけるデイルームでの見守りの効果について
半澤 千秋（葛飾リハビリテーション病院） P.90
-

会場別プログラム

16:10 ● 一般演題

「看護技術」 座長：齋川 圭子（豊島病院 看護部 救急外来 看護師長）

- ・ 床上安静患者の褥瘡とベッド・除圧枕の角度について
中島 亜弓（一成会木村病院） P.91
- ・ 身体抑制期間短縮への取り組み～継続研究～
細川 綾（調布病院） P.91
- ・ アームカバー着用による静脈留置針の自己抜去防止
斉藤 圭子（平成立石病院） P.92

第七会場 6階 阿蘇（東）

時間	プログラム	掲載ページ
12:00	◎ ランチョンセミナー 東京ガス株式会社 「明日から使える！無理なく始める病院 BCP」 佐々木 勝氏（日本大学客員教授）	P.120
13:10	● 一般演題 「リハビリテーション（歩行・補装具・機能改善）」 座長：萩原 彩（寿康会病院 リハビリテーション科 チーフ 作業療法士）	
	・ 装具カンファレンス導入前後での FIM 実績指数の比較 大瀧 翔吾（葛飾リハビリテーション病院）	P.92
	・ 片麻痺患者の歩行再建に繋げる上肢介入の検討 藤本 勇太（品川リハビリテーション病院）	P.93
	・ 脚長差を有する片麻痺患者への理学療法の治療経験 大内 康平（永生クリニック）	P.93
	・ トレッドミルと運動療法を併用し歩行誘導が可能となった症例 吉仲 透（葛飾リハビリテーション病院）	P.94
	・ 高齢者の歩行能力に対する足関節運動の有用性 田中 祐衣（荒木記念東京リバーサイド病院）	P.94
14:10	● 一般演題 「リハビリテーション（在宅支援・生活期・QOL）」 座長：鎌田 優輝（町田慶泉病院 リハビリテーション部 科長）	
	・ 長期入院から在宅復帰ができた事例 ～療養病床からの在宅復帰を目指して～ 酒田 怜（愛和病院）	P.95
	・ 通所リハビリテーションにより生活範囲が拡大した症例 眞家 彩栄（介護サービススマイル永生）	P.95
	・ 老健における移乗動作向上の為の取り組み 朝井 秀晴（介護老人保健施設メディケアイースト）	P.96
	・ 3D プリンタによるスプリント作成の試みと展望 郡司 聖（介護老人保健施設メディケア梅の園）	P.96

15:00 ● 一般演題

「リハビリテーション（生活支援・予後予測・管理）」

座長：鈴木 康雄（多摩リハビリテーション病院 リハビリテーション科 技師長）

- ・ 運動失調を呈する患者の食事自力摂取獲得に向けた取り組み
P.97
- 出雲 耕生（永生病院）
- ・ 維持期病院における経口摂取可否の予測因子に関する検討
P.97
- 恩田 直哉（多摩リハビリテーション病院）
- ・ 超高齢化社会における三宅式記銘力検査～ 80 歳代平均値の検討～
P.98
- 鈴木 ゆりの（花と森の東京病院）
- ・ 高次脳機能障害者の就労支援に関する一考察
P.98
- 工藤 美和（大久野病院）

16:00 ● 一般演題

「業務改善②」

座長：樋口 洋祐（森山記念病院 事務長）

- ・ ISO9001 マネジメントシステムを導入した業務の質改善への取り組み
P.99
- 塩谷 純子（伊藤病院）
- ・ 多職種の協力による採血業務標準化への取り組み
P.99
- 青柳 純子（河北総合病院）
- ・ 待ち時間に関する外来の取組み～ルール作りを通して～
P.100
- 青木 律子（荒木記念東京リバーサイド病院）
- ・ 勤務形態の異なる職員に配慮したキャリアラダーの検討
P.100
- 鎌倉 崇之（町田慶泉病院）

第八会場 6階 阿蘇（西）

時間	プログラム	掲載ページ
12:00	<p>◎ ランチョンセミナー 日本光電工業株式会社</p> <p>「最新 AED の機能と遠隔管理 ～より多くの命を救うための進歩～」</p> <p>林 怜史氏（日本光電工業株式会社 医療機器事業本部 第二技術部 四課 リーダ（係長））</p>	P.121
13:10	<p>● 一般演題</p> <p>「在宅・ソーシャルワーク・介護予防」</p> <p>座長：久保木 美由紀（中村病院 医療連携室 所属長代行 社会福祉士）</p>	
	<p>・ 家族が仕事を続けながら在宅生活をしている認知症患者の事例</p> <p style="text-align: right;">原 奈美（梅の園訪問看護居宅介護支援センター）</p>	P.101
	<p>・ MSW の退院調整 ～重視すべき意思決定支援の視点～</p> <p style="text-align: right;">白坂 拓也（一成会木村病院）</p>	P.101
	<p>・ 当院における介護予防の取り組み</p> <p style="text-align: right;">米村 武男（旗の台病院）</p>	P.102

会場別プログラム

13:50 ● 一般演題

「業務改善①」 座長：福井 聡（一成会木村病院 事務部長）

- ・ 環境改善を目的とした当院リハビリ科における意識調査の報告
P.102
- ・ 外来採血の流れを検討し待ち時間短縮を図る
P.103
- ・ 児童虐待早期発見における放射線科での取り組み改善
P.103

14:30 ● 一般演題

「リハビリテーション（内部疾患・脳機能・施策）」

座長：横尾 浩（第三北品川病院 リハビリテーション技術部 リハビリテーション課 係長）

- ・ 胸腔鏡下肺切除術での周術期リハビリテーションの取り組み
P.104
- ・ 多疾患を有する腹部大動脈瘤術後症例への運動療法
P.104
- ・ 薬剤性間質性肺炎に対し呼吸リハビリテーションを実施した一例
P.105
- ・ 多発脳梗塞、統合失調症で Agency 喪失と失調を呈した症例
P.105
- ・ 脳出血により視空間認知に著明な低下を呈した一例
P.106
- ・ NEURO® 治療開始後 6 年間における他職種との関わり
P.106

15:40 ● 一般演題

「終末期看護・在宅看護・看護その他」 座長：川村 禎子（永寿総合病院 看護部長）

- ・ 多職種による終末期患者への関わり～看護師僧侶と看護師の協働～
P.107
- ・ 地域医療連携看護師会の取り組み
P.107
- ・ 看護補助者（介護福祉士・看護助手）の接遇意識向上を目指して
P.108
- ・ 当院外来におけるアクションカード導入と防災の課題
P.108
- ・ 母児同室中の避難対策拡充に向けた取り組み
P.109
- ・ 「美しい身だしなみへの取り組み」活動報告
P.109

第九会場 6階 伊吹

時間	プログラム	掲載ページ
12:00	<p>◎ ランチョンセミナー ホスピタルコンプライアンスマネージメントジャパン株式会社 「今始めよう病院のデジタル化マネージメント ーセキュリティの強化からー」</p> <p style="text-align: center;">座長 山口 武兼（東京都保健医療公社理事長） 講演 小山 勇氏（埼玉医科大学国際医療センター 名誉病院長）</p>	P.122
14:40	<p>● 一般演題 「栄養管理」 座長：上條 由美（昭和大学江東豊洲病院 副院長）</p>	
	<p>・ 精神疾患のある患者の栄養指導と復職支援</p> <p style="text-align: right;">手槌 ゆき（一成会木村病院）</p>	P.110
	<p>・ NST による絶食患者への開始経管栄養剤の検討</p> <p style="text-align: right;">高橋 佳宏（東京曳舟病院）</p>	P.110
15:10	<p>● 一般演題 「診療情報管理」 座長：小川 喜代美（東京北医療センター 医療情報課 医療情報室）</p>	
	<p>・ 入院診療記録の記載の標準化を目指して</p> <p style="text-align: right;">振角 知広（吉祥寺南病院）</p>	P.111
	<p>・ 当院における入院診療記録の点検報告</p> <p style="text-align: right;">安齋 恵美（河北総合病院）</p>	P.111
15:40	<p>● 一般演題 「看護業務」 座長：松下 博美（花と森の東京病院 副看護部長）</p>	
	<p>・ 心地よい排泄ケアへの取り組みによりもたらされた変化</p> <p style="text-align: right;">植松 和美（亀有病院）</p>	P.112
	<p>・ 業務改善を行い看護師の疲労感、ストレス緩和への取り組み</p> <p style="text-align: right;">小川 美喜（等潤病院）</p>	P.112
	<p>・ カテコラミン使用時におけるシリンジ交換方法の実験検証</p> <p style="text-align: right;">矢島 友美（永寿総合病院）</p>	P.113
	<p>・ 業務改善と残業軽減を目指した取り組み</p> <p style="text-align: right;">大館 めぐみ（信愛病院）</p>	P.113
	<p>・ 看護師とタスクシフティング</p> <p style="text-align: right;">櫻田 真宏（いずみ記念病院）</p>	P.114
	<p>・ 医療療養病棟における固定チームナーシング導入</p> <p style="text-align: right;">上園 昭一（みなみ野病院）</p>	P.114



演者氏名索引

【あ】	青木律子	荒木記念東京リバーサイド病院	第七会場	16:20 ~	..... P. 100
	青柳純子	河北総合病院	第七会場	16:10 ~	..... P. 99
	青山優美	南町田病院	第五会場	15:30 ~	..... P. 79
	朝井秀晴	介護老人保健施設メディケアイースト	第七会場	14:30 ~	..... P. 96
	阿部吉倫	Ubie 株式会社	第四会場	15:10 ~	..... P. 61
	有賀 徹	労働者健康安全機構	第三会場	13:10 ~	..... P. 54
	安齋恵美	河北総合病院	第九会場	15:20 ~	..... P. 111
	安藤高夫	永生病院	第三会場	13:10 ~	..... P. 54
【い】	飯島月絵	南町田病院	第八会場	15:10 ~	..... P. 106
	伊澤將太	いずみ記念病院	第八会場	14:30 ~	..... P. 104
	石井由美子	河北総合病院	第八会場	16:30 ~	..... P. 109
	石川ベンジャミン光一	国際医療福祉大学	第一会場	13:10 ~	..... P. 35
	石黒智洋	オリックス・クレジット株式会社	第五会場	12:00 ~	..... P. 118
	石飛幸三	芦花ホーム	第二会場	13:10 ~	..... P. 45
	石濱裕規	永生病院	第五会場	14:50 ~	..... P. 77,78
	出雲耕生	永生病院	第七会場	15:00 ~	..... P. 97
	磯部浩代	南多摩病院	第六会場	11:00 ~	..... P. 82
	猪口正孝	平成立石病院	第一会場・第二会場	9:50 ~	..... P. 26
	猪口正孝	平成立石病院	第一会場	13:10 ~	..... P. 36
【う】	上田千鶴	河北総合病院	第六会場	15:30 ~	..... P. 89
	植松和美	亀有病院	第九会場	15:40 ~	..... P. 112
	梅本健三	豊島病院	第五会場	15:10 ~	..... P. 78
【え】	江藤麻衣	等潤病院	第五会場	14:20 ~	..... P. 76
【お】	大内康平	永生クリニック	第七会場	13:30 ~	..... P. 93
	大川奈緒美	花と森の東京病院	第五会場	13:20 ~	..... P. 74
	大瀧翔吾	葛飾リハビリテーション病院	第七会場	13:10 ~	..... P. 92
	大瀧直人	いずみ記念病院	第八会場	15:20 ~	..... P. 106
	大竹七佳	町田慶泉病院	第八会場	14:40 ~	..... P. 104
	大館めぐみ	信愛病院	第九会場	16:10 ~	..... P. 113
	大橋幸子	等潤病院	第四会場	11:10 ~	..... P. 66
	岡部紗香	伊藤病院	第五会場	11:00 ~	..... P. 71
	小川美喜	等潤病院	第九会場	15:50 ~	..... P. 112
	小田原良治	日本医療法人協会	第三会場	13:10 ~	..... P. 53
	恩田直哉	多摩リハビリテーション病院	第七会場	15:10 ~	..... P. 97
【か】	笠原洋介	米倉倉椎・関節病院	第四会場	14:30 ~	..... P. 70
	鎌倉崇之	町田慶泉病院	第七会場	16:30 ~	..... P. 100
	鎌谷直之	株式会社スタージェン	第四会場	15:10 ~	..... P. 60
	上園昭一	みなみ野病院	第九会場	16:30 ~	..... P. 114
	河北博文	河北総合病院	第一会場・第二会場	9:20 ~	..... P. 25
	川崎祐介	永生病院	第五会場	10:50 ~	..... P. 71
	川奈部英洋	森山記念病院	第四会場	14:10 ~	..... P. 69
【き】	北川美歩	信愛病院	第四会場	14:40 ~	..... P. 70
【く】	工藤美和	大久野病院	第七会場	15:30 ~	..... P. 98
	桑川貞良	愛和病院	第六会場	13:50 ~	..... P. 86
	倉崎 誠	永生病院	第六会場	15:00 ~	..... P. 88
	郡司 聖	介護老人保健施設メディケア梅の園	第七会場	14:40 ~	..... P. 96
【こ】	小池 淳	相武病院	第五会場	13:10 ~	..... P. 73
	越永守道	信愛病院	第一会場	13:10 ~	..... P. 37
	小島菜花	品川リハビリテーション病院	第六会場	11:30 ~	..... P. 84
	古城資久	伯鳳会	第一会場	15:10 ~	..... P. 28
	小山 勇	埼玉医科大学	第九会場	12:00 ~	..... P. 122
	近藤理絵	南多摩病院	第四会場	11:20 ~	..... P. 66
【さ】	斉藤圭子	平成立石病院	第六会場	16:30 ~	..... P. 92

	酒田 怜	愛和病院	第七会場	14:10 ~	..... P. 95
	櫻田真宏	いずみ記念病院	第九会場	16:20 ~	..... P. 114
	佐々木勝	日本大学	第七会場	12:00 ~	..... P. 120
	佐藤夏鈴	等潤病院	第六会場	14:40 ~	..... P. 87
	佐藤雅晃	南多摩病院	第八会場	13:50 ~	..... P. 102
	佐藤陽子	豊島病院	第五会場	13:40 ~	..... P. 75
【し】	塩谷純子	伊藤病院	第七会場	16:00 ~	..... P. 99
	志方早苗	品川リハビリテーション病院	第六会場	11:20 ~	..... P. 83
	島崎貴弘	永生病院	第六会場	11:10 ~	..... P. 83
	清水芳輝	日本ステリ株式会社	第二会場	15:10 ~	..... P. 47
	東海林豊	東京さくら病院	第一会場	13:10 ~	..... P. 36
	東海林豊	東京さくら病院	第五会場	16:20 ~	..... P. 81
	白坂拓也	一成会木村病院	第八会場	13:20 ~	..... P. 101
	眞家彩栄	介護サービススマイル永生	第七会場	14:20 ~	..... P. 95
【す】	鈴木史子	多摩リハビリテーション病院	第五会場	11:20 ~	..... P. 72
	鈴木将広	岩井整形外科内科病院	第五会場	11:10 ~	..... P. 72
	鈴木ゆりの	花と森の東京病院	第六会場	15:20 ~	..... P. 98
【た】	高田秀重	東京農工大学	第三会場	10:50 ~	..... P. 51
	高橋 泰	国際医療福祉大学	第一会場	13:10 ~	..... P. 34
	高橋宏明	豊島病院	第六会場	13:30 ~	..... P. 85
	高橋佳宏	東京曳舟病院	第九会場	14:50 ~	..... P. 110
	高原達也	一般社団法人セーフティネットリンケージ	第三会場	14:50 ~	..... P. 58
	高平久美	一成会木村病院	第四会場	11:00 ~	..... P. 65
	高村ゆかり	東京大学	第一会場	15:10 ~	..... P. 29
	竹内一貴	河北総合病院	第五会場	16:00 ~	..... P. 80
	竹川勝治	愛和病院	第一会場・第二会場	10:10 ~	..... P. 27
	竹川勝治	愛和病院	第一会場	13:10 ~	..... P. 33
	田中裕之	日本介護医療院協会	第三会場	14:50 ~	..... P. 57
	田中祐衣	荒木記念東京リバーサイド病院	第七会場	13:50 ~	..... P. 94
	谷川典子	森山記念病院	第六会場	15:40 ~	..... P. 90
【つ】	都築なぎさ	南町田病院	第五会場	11:30 ~	..... P. 73
【て】	鄭 君	伊藤病院	第六会場	13:10 ~	..... P. 84
	手塚ゆき	一成会木村病院	第九会場	14:40 ~	..... P. 110
	照屋千夏	南町田病院	第六会場	15:20 ~	..... P. 89
【と】	外川朋代	河北総合病院	第五会場	16:10 ~	..... P. 81
	戸部民子	寿康会病院	第五会場	15:40 ~	..... P. 79
【な】	中岡美智代	等潤病院	第八会場	14:00 ~	..... P. 103
	中島亜弓	一成会木村病院	第六会場	16:10 ~	..... P. 91
	中島裕貴	大久野病院	第五会場	14:30 ~	..... P. 76
	中島美津子	東京医療保健大学	第六会場	12:00 ~	..... P. 119
	仲田利廣	花と森の東京病院	第四会場	13:20 ~	..... P. 67
	永田聖哉	南多摩病院	第五会場	15:50 ~	..... P. 80
	仲嶺雄太	日の出ヶ丘病院	第六会場	13:20 ~	..... P. 85
	中村武司	あそか病院	第四会場	13:30 ~	..... P. 68
	中村哲生	永生会	第一会場	13:10 ~	..... P. 37
	中村央子	豊島病院	第五会場	13:50 ~	..... P. 75
	中村育紘	株式会社イントラスト	第三会場	12:00 ~	..... P. 116
	並木知佳	河北総合病院	第五会場	14:40 ~	..... P. 77
	奈良田敬	永生会	第六会場	13:40 ~	..... P. 86
【に】	西村美代子	品川リハビリテーション病院	第八会場	15:00 ~	..... P. 105
【は】	萩原良介	葛飾リハビリテーション病院	第八会場	16:00 ~	..... P. 108
	八谷邦光	寿康会病院	第六会場	14:50 ~	..... P. 88
	馬場 円	河北総合病院	第六会場	14:20 ~	..... P. 87

演者氏名索引

濱川博招	株式会社ウィ・キャン	第四会場	12:00 ~	..... P. 117
林 怜史	日本光電工業株式会社	第八会場	12:00 ~	..... P. 121
原 淳市	日の出ヶ丘病院	第三会場	14:50 ~	..... P. 56
原 奈美	梅の園訪問看護居宅介護支援センター	第八会場	13:10 ~	..... P. 101
半澤千秋	葛飾リハビリテーション病院	第六会場	15:50 ~	..... P. 90
【ひ】 平出美紀	いずみ記念病院	第四会場	14:00 ~	..... P. 69
【ふ】 藤本勇太	品川リハビリテーション病院	第七会場	13:20 ~	..... P. 93
振角知広	吉祥寺南病院	第九会場	15:10 ~	..... P. 111
【ほ】 細川 綾	調布病院	第六会場	16:20 ~	..... P. 91
堀内明恵	いずみ記念病院	第八会場	14:50 ~	..... P. 105
【ま】 前田拓哉	南町田病院	第四会場	13:50 ~	..... P. 68
増本奈々	等潤病院	第六会場	10:50 ~	..... P. 82
松本雄介	一成会木村病院	第四会場	13:10 ~	..... P. 67
【み】 水島 洋	国立保健医療科学院	第一会場・第二会場	10:40 ~	..... P. 43
【む】 村山正道	陵北病院	第三会場	14:50 ~	..... P. 57
【め】 目々澤肇	東京都医師会	第一会場・第二会場	10:40 ~	..... P. 42
【も】 森田智子	稲波脊椎・関節病院	第四会場	10:50 ~	..... P. 65
【や】 八島悦子	訪問看護ステーションひばり	第八会場	15:50 ~	..... P. 107
矢島友美	永寿総合病院	第九会場	16:00 ~	..... P. 113
安松菜美	永寿総合病院	第八会場	16:20 ~	..... P. 109
山田真嗣	南町田病院	第五会場	13:30 ~	..... P. 74
【よ】 横島 茜	荒木記念東京リバーサイド病院	第八会場	14:10 ~	..... P. 103
横田美幸	がん研有明病院	第二会場	15:10 ~	..... P. 48
吉田 真	大久野病院	第三会場	14:50 ~	..... P. 57
吉仲 透	葛飾リハビリテーション病院	第七会場	13:40 ~	..... P. 94
米村武男	旗の台病院	第八会場	13:30 ~	..... P. 102
【わ】 若月優子	板橋中央総合病院	第二会場	15:10 ~	..... P. 49
鷺尾香織	城西病院	第八会場	16:10 ~	..... P. 108
鷺尾 誠	銀座第一法律事務所	第三会場	12:00 ~	..... P. 116
渡邊麻紀子	みなみ野病院	第八会場	15:40 ~	..... P. 107

基調講演

協会長講演

学会長講演

特別講演

Speech



基調講演

より良き社会を創る



河北 博文

東京都病院協会 名誉会長
河北総合病院 理事長

“夢のない社会に子供は生まれない…”

衝撃的な報道がなされています。昨年我が国で生まれた子供の数が91万8000人であったところ、2019年は、それはさらに減り87万人から88万人という予測に関する報道です。2016年に戦後初めて100万人を切る出生数になりました。その後わずか3年で今度は90万人を割ってしまったようです。

西洋史学者の木村尚三郎先生が言っていたことですが「夢のない社会に子供は生まれない」でした。経済的に失われた30年が続ぎ、さらに10月1日の2%の消費増税ののち個人消費はかなり落ち込んでいます。

高度経済成長を経て、20世紀後半、経済的には豊かな日本の社会生活が実現されました。その後、バブルと言われた経済が崩壊し、今日に至り失われた30年になろうとしています。まずは、食生活が豊かになり、衛生環境が整い、義務教育も推進されてきた中で、我が国に限らず、テレビが普及した後、インターネットの時代となりました。さ

らに、今日の人たちは、現実社会と仮想社会の2つの社会を生きていくことになっています。

その間、知識を記憶することが主に評価される偏った教育の中で、知恵を働かせること、個人の自主性や自己責任を重んじることなどが尊重されているとは言えない世の中です。社会保障を含め日本国民は他に依存する傾向がとて高くなっています。

ピーター・ドラッカーは「マネジメントは金儲けだ」と言われると寂しそうな顔をしました。マネジメントは“より良い社会を創ること”だと語り続けていました。私のマネジメントの定義は“継続して社会価値を創り続けていくこと”です。そろそろ日本は成長という概念から成熟社会に重きを置く必要があります。成熟の中に成長を見出すことができないかと思います。

医療もより良い社会を創る一つの大きな社会的要素だと考えています。我々の病院経営を通じて市民は幸せになっているのでしょうか？より良い社会が創られているのでしょうか？

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
1999年 東京都病院協会会長（～2019年）

主な兼職

公益財団法人日本医療機能評価機構 理事長

東京都病院協会の会長に就任して ～取り組むべき課題～



猪口 正孝

東京都病院協会 会長
平成立石病院 理事長

去年の6月に東京都病院協会(都病協)の会長に就任して初めての東京都病院学会になりますので、いわば所信表明のような固いものになることをお許しいただきたいと思います。

東京は首都として多くの機能が集中しているため、1,390万人という日本の10分の1を上回る人口を有し、他の道府県とは異なり2040年まで減少しない見込みとなっています。面積は都道府県の中では下から3番目の2,194km²の面積しかありません。そのため地価をはじめ物価、人件費が高騰し、日本全体を包括的にとらえている診療報酬制度などの国の医療制度下で東京の病院は、前提となる地方も一緒くたにした環境で経営することを余儀なくされています。そのため常に苦境に立

たされている東京の病院は、意見を集約し、行政に要望できるようになることが切望され、都病協が設立されました。

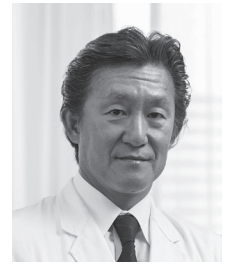
いまだ都行政への窓口になり得たとは言えませんが、そうした視点から東京都医師会といかに連携を強化しているのか、また都行政との関係をどのように築いているかなどの現状と課題を述べたいと思います。また、地域医療構想、働き方改革、医師偏在対策などが急速に進められる変革の中で、東京にそぐわない部分が多くあることは会員の共通の認識となっています。日本の中の東京という視点で、都病協としてどのように考え対処していこうとしているのか述べたいと考えています。

猪口 正孝 略歴

昭和59年	日本医科大学卒業	平成23年	東京都医師会理事 東日本大震災担当
昭和59年	同大第二外科学教室入局		東京都病院協会災害対策本部副本部長
平成6年	日本医科大学大学院外科学第二卒業		全日本病院協会災害対策本部副本部長
平成14年 3月	平成立石病院開設 院長就任		
平成16年10月	医療法人正志会設立	現在	東京都病院協会会長
	南町田病院開設		東京都医師会副会長
平成21年 5月	医療法人正志会		全日本病院協会常任理事
	東京リバーサイド病院開設		東京都災害医療協議会委員
平成23年10月	社会医療法人社団正志会に改組		東京都災害医療コーディネーター
			東京都MC協議会委員
平成24年 4月	社会医療法人社団正志会		東京都救急医療対策協議会委員
	花と森の東京病院開設		東京都医療審議会委員
平成28年 6月	社会医療法人社団正志会		東京都地域医療構想調整部会部会長
	葛飾リハビリテーション病院開設		



持続可能な病院医療



竹川 勝治

東京都病院協会 常任理事
愛和病院 理事長

「病院とは？ 病院の経営とは？」といった、医師になったばかりの時には考えてもいなかったテーマを、父親の急逝により考えざるを得なくなりました。医学と並行して経営も同時に学んでいくうえで、医療経営関係の講演や病院団体の集まりに参加することは糧になりました。

救急・防災の分野に興味を持っていた私にとって、1993年から始めた救急病院の運営はまさに「自分のやりたい医療」で、願ってもいないことでしたが、病院の経営を学んでいくなかで地域医療や他院との連携など、「求められる医療」の必要性も考えるようになりました。地域医療への貢献という点を踏まえて1995年にケアミックス病院へ転換し、1999年には訪問看護ステーション、2002年に介護療養病床・介護老人保健施設、2006年に介護老人福祉施設を設立しました。

人間の健康寿命の延伸を通じて年をとっても元気に働ける社会を創ることも大切であると考えようになり、2014年には予防医学・人間ドック・健診センターを開設しました。少子高齢化が進むなか、医療・介護だけでなく社会全体で働き手不

足が深刻化しています。地域の中で高齢になっても働ける方は働く側に回っていただくことが求められるでしょうし、それには地域の中にその人たちの「居場所」を用意することも大切になります。

もう一つ、私は後世のために「自分の周りの環境」をより良くしていくことも重要であると感じ「SDGs」(持続可能な開発目標)の考えを自分の経営方針の中に取り入れるようになりました。「誰一人取り残さない(No one will be left behind)」を理念として、持続可能で多様性と包摂性のある社会の実現に寄与するのです。病院に当てはめて考えるならば、全ての病院(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)がそれぞれ地域での役割を果たすために行動し、地域医療に貢献していくことと言えるでしょうか。豊かで活力ある未来を創る、その一翼を担うという想いを持つことも必要なのではないのでしょうか？

東京都の病院は経営的に厳しい環境にあります。しかし、新しい技術(AI・IoT)を駆使し、また何より、地域医療を担う医療人を育てていくことで、持続可能な病院になれると考えています。

竹川 勝治 略歴

昭和62年3月 北里大学医学部卒業後
昭和62年4月 北里大学病院勤務
平成 3年4月 医療法人社団 愛育会 協和病院
院長代理
平成 5年9月 医療法人社団 愛育会 協和病院
院長
平成 7年3月 北里大学外科系大学院卒業
平成 8年4月 医療法人社団 愛育会 理事長
平成28年8月 社会福祉法人愛郷会 理事長

現在

東京都病院協会 常任理事
江東区医師会 監事
日本慢性期医療協会 理事
東京都医師会 病院委員
全日本病院協会 広報委員
北里大学非常勤講師
社会福祉法人あそか会常任理事
東京都保健医療計画推進協議会 委員

医療介護における 持続可能な環境経営と REaction



古城 資久

医療法人伯鳳会・社会福祉法人あそか会 理事長

2015年に国連で採択されたSDGs（持続可能な開発目標）には17の目標が掲げられている。その一つは「3. すべての人に健康と福祉を」と我々医療介護業界の目標であるが、同時に「7. エネルギーをみんなに、そしてクリーンに」、「13. 気候変動に具体的な対策を」、「14. 海の豊かさを守ろう」、「15. 陸の豊かさを守ろう」の四つの環境目標が掲げられている。日本はOECD35か国の中でもこれらの目標の達成度が低く、再生エネルギー比率が世界第20位であるなど、いまや環境後進国である。

医療介護は人の健康と生活を守る仕事であるが、地球環境に関する関心が低かったのではないかと。大気汚染、水質汚濁、CO₂排出による地球温暖化などは直接人間の健康を害している。しかし医療介護業界は殆どが化石燃料よりなるディスプレイ製品を大量に使用し、アルコール綿、エチレンオキサイドガス滅菌、各種抗生物などの環境汚染物質を目の前の患者の命を助けるために大量に消費してきた。その行為による環境破壊に考えが及ばず、公衆衛生的見地からは反省が必要なのではないだろうか。業種別電力使用量では第一位が

鉄鋼、第二位が化学であるが、医療介護業界は飲食物品小売業と第3位を争っている。われわれの個々の事業規模は小さいが、業界としては大量のエネルギーを使用していることを自覚せねばならない。

地球環境の維持のためには再生可能エネルギー比率の向上と、再生可能マテリアル比率の向上が欠かせない。マテリアルは感染管理等の議論があり、スタートは少し遅れるだろう。エネルギーに関しては今日からでも始められる。2050年に自社のエネルギーを100%再生可能エネルギーに転換する事を目標とするRE100の試みが世界的に始まっている。RE100は年間電力使用量が10GWh以上などの縛りがあり大企業向けであるが、2019年10月、中小企業、非営利企業向けに同一の目標を掲げるREactionが発足した。スタート時の企業・団体数は28社で、医療介護業界からは伯鳳会グループが参加している。

今回、REactionの取り組みについて説明し、再生可能エネルギーの経済性や将来性、社会的意義について議論し、広くREactionに参画する仲間を募りたいと考えている。

古城 資久 略歴

1958年岡山県生まれ。84年日本大学医学部卒業。
同年岡山大学第二外科に入局。
その後、坂出市立病院、国立岡山病院、倉敷第一病院を経て
93年医療法人伯鳳会赤穂中央病院に勤務。
2001年に同病院理事長に就任し、現在にいたる。
2009、10、12、13年、18年
世界マスターズベンチプレス選手権優勝。

医学博士
日本外科学会認定登録医
日本体育協会認定スポーツドクター
日本医師会認定産業医

著書 「病院経営のイノベーション(共著)」 建帛社

気候変動問題と医療 ー持続可能な社会の実現にむけて



高村ゆかり

東京大学 未来ビジョン研究センター 教授

高村 ゆかり 略歴

専門は国際法学・環境法学。京都大学法学部卒業。
一橋大学大学院法学研究科博士課程単位修得退学。
名古屋大学大学院教授、東京大学サステナビリティ学
連携研究機構(IR3S)教授などを経て現職。
国際環境条約に関する法的問題、気候変動とエネルギー
に関する法政策などを主な研究テーマとする。

日本学術会議会員、中央環境審議会委員、東京都環境審
議会会長、再生可能エネルギー固定価格買取制度調達価
格等算定委員会委員なども務める。
日本のパリ協定長期成長戦略を策定する懇談会委員も
務めた。『気候変動政策のダイナミズム』など。

シンポジウム

「東京の民間病院における 持続可能な病院経営を考える… 病院機能別に問題を提起しよう！」

会 場：第一会場（3階 富士・東）

時 間：13:10～15:00

座 長：高橋 泰氏

（国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 学部長）

竹川 勝治

（学会長・愛和病院 理事長）

講 演：高橋 泰氏

（国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 学部長）

石川 ベンジャミン 光一氏

（国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授）

シンポジスト：

〔急性期〕 猪口 正孝（平成立石病院 理事長）

〔回復期〕 東海林 豊（東京さくら病院 院長）

〔慢性期〕 越永 守道（信愛病院 院長）

〔在宅〕 中村 哲生氏（永生会 特別顧問）

Symposium



シンポジウム

座長



高橋 泰

国際医療福祉大学
赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 学部長

座長



竹川 勝治

東京都病院学会 学会長
愛和病院 理事長

高橋 泰 略歴

1986年 金沢大学医学部卒
1992年 東京大学大学院医学系研究科修了
(医学博士(医療情報))
1992年 米国スタンフォード大学
アジア太平洋研究所客員研究員
1994年 ハーバード大学公衆衛生校
武見フェロー
1997年 国際医療福祉大学教授
安部内閣未来投資会議・構造改革徹底推進会合
の医療福祉部門副会長

竹川 勝治 略歴

昭和62年3月 北里大学医学部卒業後
昭和62年4月 北里大学病院勤務
平成 3年4月 医療法人社団 愛育会 協和病院 院長代理
平成 5年9月 医療法人社団 愛育会 協和病院 院長
平成 7年3月 北里大学外科系大学院卒業
平成 8年4月 医療法人社団 愛育会 理事長
平成28年8月 社会福祉法人愛郷会 理事長
現在
東京都病院協会 常任理事
江東区医師会 監事
日本慢性期医療協会 理事
東京都医師会 病院委員
全日本病院協会 広報委員
北里大学非常勤講師
社会福祉法人あそか会常任理事
東京都保健医療計画推進協議会 委員

講演

三位一体改革のあるべき姿から 東京の医療提供体制を考える



高橋 泰

国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 学部長

日本の人口1000人当たりの医師数は2.4人(2017年)であり、OECD平均の3.5人を大きく下回っている。一方人口1000人当たりの病床数は、13.1床であり、アメリカの2.8床、フランスの6.0床、ドイツの8.0床を大きく上回っている。医師が少なく病床が多いということは、医師一人当たりの受け持ち病床数が非常に多いことを意味する。このような医療提供体制をこれまで維持できた要因の一つが、医師の長時間労働である。しかしこれまでの医師と比べライフワークバランスを重んじる若い医師達に、これまでと同様の長時間労働を強いるのは現実的ではなく、「働き方改革」が求められるようになってきている。

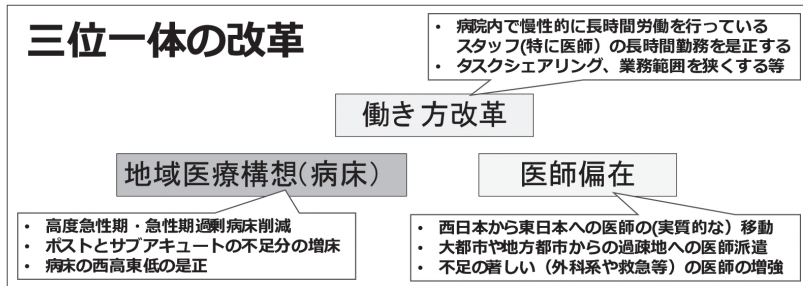
時を同じくして、地域により大きく異なる少子高齢化の推移に対応した地域別の医療提供体制を構築するため「地域医療構想」が全国各地で進行中である。また、臨床研修が始まり若い医師(特に

女性医師)が、労働負担が大きい外科系診療科を選ばず、また過疎地勤務を行わなくなっている。このような状態を長年放置してきた結果、地域偏在と診療科偏在という2つの「医師偏在」が、避けて通れないほど大きな問題になりつつある。

以下の図1に、三位一体改革の進むべき方向性を示す。もし地域医療構想も医師偏在も行われず、働き改革のみが実施されると、入院の受け入れ拒否や、癌になっても手術までの待ち時間が長く助かる症例も助からなくなるなどの重大な問題が各地で多発するだろう。このような事態を避けるために、必要性の低い病床を削減し、今後需要が高まる生活支援型の病床への転換を進める地域医療構想と、地域偏在や診療科偏在の解消に地道に取り組みながら、並行する形で働き方改革が進んでいくことが望まれる。

シンポジウムでは、まず高橋が今後進んでいく日本全体の三位一体の改革の概況を説明し、三

図1：三位一体改革の進むべき方向性



位一体の改革の視点から東京の医療提供体制の位置づけを示す。更に石川が、各病院の病床稼働率や平均在院日数に関するデータを元にした東京の地域別の医療提供体制の概況を紹介し、その後のシンポジストとの議論につなげていく予定である。

高橋 泰 略歴

- 1986年 金沢大学医学部卒
- 1992年 東京大学大学院医学系研究科修了(医学博士(医療情報))
- 1992年 米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員
- 1994年 ハーバード大学公衆衛生校武見フェロー
- 1997年 国際医療福祉大学教授
- 安部内閣未来投資会議・構造改革徹底推進会合の医療福祉部門副会長

病院経営の持続性を考えるための資料 ～ オープンデータに見る東京都の病院機能



石川 ベンジャミン 光一

国際医療福祉大学
赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 医療マネジメント学科 教授
大学院医学研究科 教授

病院経営の持続性を考えるにあたっては、外的要因・内的要因の両面から環境への適合性を考える必要がある。また、持続性を確保する範囲については、病院、法人・経営組織から、基礎自治体、2次あるいは3次の医療圏、あるいは国に至るまで様々なレベルがある。さらに、組織としての持続性を確保した上で提供する医療機能についても、対象とする傷病・具体的な診療機能と、入院・通院・在宅といったサービス提供の方法との組み合わせは多岐にわたるため、実効性のある対策を形作るには、一定の枠組みを定めた上で、データに基づいた議論を進める必要がある。

本講演では、「持続可能な病院経営を目指して、病院機能別の問題を提起する」というシンポジウムの目標に向けて、オープンデータに基づいて整備した各種の資料を用いて、病院機能の分化と連携の観点から東京都における基礎的な背景について解説する。具体的には、①今後の医療需要の

見通し(人口推計、患者調査)、②急性期入院施設による医療提供(DPCデータ)、③急性期以外を含む病棟の機能と在院日数・稼働率、④病院の機能と入退院経路・職種別職員数(病床機能報告)などを取り上げ、急性期から回復期、慢性期そして在宅に至るまでのケアプロセスのそれぞれが十全に機能を発揮できる体制を維持する上で考慮すべきポイントについて示し、議論の糧とすることを試みる。

【参考資料】Tableau Publicサイト:

<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>



石川 ベンジャミン 光一 略歴

1990年東京大学医学部保健学科卒業。

1995年に東京大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程修了後、国立がんセンター研究所に入職。

2004年がん予防・検診研究センター情報研究部主任研究官、2006年がん対策情報センター情報システム管理課システム開発室長、2011年がん統計研究部がん医療費調査室長、2016年社会と健康研究センター臨床経済研究室長を経て、2018年4月より現職。

院内の業務分析に基づく病院情報システムのデザイン・開発・運用と電子化されたデータに基づく業務改善に取り組んだ経験を生かして、2002年からDPC/PDPS制度の研究開発に参画。近年では大規模データを用いた診療プロセス分析、地域医療分析を中心とした研究を行っている。

【役職等】厚生労働省：保健医療専門審査員(DPC検討WG委員)／東京都：地域医療構想調整部会委員／厚生労働科学研究DPC研究班コアメンバー

シンポジウム

シンポジスト



猪口 正孝

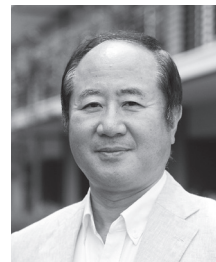
東京都病院協会 会長
平成立石病院 理事長

猪口 正孝 略歴

昭和59年 日本医科大学卒業
昭和59年 同大第二外科学教室入局
平成 6年 日本医科大学大学院外科学第二卒業
平成14年 3月 平成立石病院開設 院長就任
平成16年10月 医療法人正志会設立
南町田病院開設
平成21年 5月 医療法人正志会
東京リバーサイド病院開設
平成23年10月 社会医療法人社団正志会に
改組
平成24年 4月 社会医療法人社団正志会
花と森の東京病院開設
平成28年 6月 社会医療法人社団正志会
葛飾リハビリテーション病院開設
平成23年 東京都医師会理事 東日本大震災担当
東京都病院協会災害対策本部副本部長
全日本病院協会災害対策本部副本部長

現在 東京都病院協会会長
東京都医師会副会長
全日本病院協会常任理事
東京都災害医療協議会委員
東京都災害医療コーディネーター
東京都MC協議会委員
東京都救急医療対策協議会委員
東京都医療審議会委員
東京都地域医療構想調整部会会長

シンポジスト



東海林 豊

東京都病院協会 常任理事
東京さくら病院 院長

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

シンポジスト



越永 守道

東京都病院協会 理事
信愛病院 院長

越永 守道 略歴

昭和62年3月 日本大学医学部卒業
平成 3年3月 日本大学大学院医学研究科
脳神経外科学専攻修了 学位取得
平成 3年4月 米国マイアミ大学医学部研究員
(脳神経外科学)
平成 4年7月 日本大学医学部助手
(脳神経外科学講座)
平成 5年7月 日本脳神経外科学会
認定脳神経外科 専門医
平成 8年1月 日本大学医学部付属板橋病院
脳神経外科医長
平成14年3月 日本神経外傷学会 牧野賞受賞
平成15年7月 日本大学助教授
平成19年4月 日本大学准教授(脳神経外科、
機能形態学講座兼任)
平成21年1月 医療法人社団藤崎病院
脳神経外科部長
平成24年4月 公益社団法人地域医療振興協会
練馬光が丘病院 副院長
平成28年3月 社会福祉法人信愛報恩会信愛病院
院長

現在に至る

シンポジスト



中村 哲生

医療法人社団永生会 特別顧問

中村 哲生 略歴

1988年東海大学工学部卒。同年に渡米し、ペンシルベニア州テンプル大学語学留学。90年に帰国後、スポーツ振興(株)などを経て95年、医療法人黎明会の理事に就任。
2000年には訪問看護ステーションとヘルパーステーションの効果的な機能分化に関する研究会研究員を務めた。同年、(株)エムイーネットを設立し、代表取締役役に就任。
退任後はメディネット(株)取締役役に就いた。07年、オーシン(株)取締役就任。11年12月末に退任、医療法人南星会設立 2012年医療法人南星会売却、その後は在宅医療アドバイザーとして、病院、クリニックなどの顧問を兼任。
2017年3月より永生会特別顧問就任
2017年8月APECに参加
著書「コップの中の医療村」 八重洲ブックセンターにてノンフィクションの部1位ベストセラーになる。在宅医療に関するDVDは現在23枚

委員会企画

(会場・開催時間順)

事務管理部会企画

看護管理部会企画

急性期医療委員会セッション

環境問題検討委員会企画

医療安全推進委員会企画

慢性期医療委員会企画

ICT 委員会企画 (AI 研究会勉強会)

Session



委員会企画

事務管理部会企画

会 場: 第一・第二会場(3階・富士)

時 間: 10:40~11:50

座 長: 田野倉 浩治(永生病院 事務部長、事務管理部会 部会長)

講 師: 目々澤 肇氏(東京都医師会理事、医療法人社団茜遥会 目々澤醫院 院長)

水島 洋氏(国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター長、医療ブロックチェーン研究会 会長)

テーマ

病院におけるICTの利用促進

人口減少と高齢化の進行を踏まえ、地域包括ケアシステムの確立や膨張し続ける社会保障費の抑制、医師を中心とした医療界における働き方改革の課題など、2025年、更には2040年を見据えた医療業界のパラダイムシフトが進んでいます。

そのような状況の下、病院経営を持続可能なものとするためには、ICTの利用が不可欠です。

事務管理部会では「病院におけるICTの利用促進」をテーマに講演会を企画いたしました。第一部では、都内の医療機関が電子カルテを利用して診療情報を相互参照できる東京総合医療ネットワークについて、東京都医師会理事の目々澤肇先生よりご講演いただきます。同ネットワークは、ネットワークにセンターサーバーを設置することなく、各病院の既存の地域医療連携システムを有効活用することで、ネットワーク自体の持続的な運用を可能にし

ます。また、異なるベンダー間での医療情報の相互開示・閲覧を可能にするなど、先進的な取り組みを行っております。

第二部は、ブロックチェーン技術の医療情報分野への活用について、医療ブロックチェーン研究会会長を務める水島洋先生にご講演いただきます。ブロックチェーン技術の基本から解説いただくとともに、電子カルテやPHR等の医療情報への応用についてお話しいただきます。ブロックチェーン技術は、データの改ざんが極めて難しく、要配慮個人情報を扱う医療分野への応用に大きな期待が寄せられています。

各医療機関の持続可能な経営に資するICTの導入および利用促進の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

東京総合医療ネットワークの始動と今後の展開



目々澤 肇

公益社団法人 東京都医師会 理事
医療法人社団茜遥会 目々澤醫院 院長

かつて日本は医療情報連携の分野においてトップランナーと言える存在であったが、現在は欧米・アジア諸国に完全に取り残されてしまった。これは国家的視野に立つ統合的規格が存在しなかったこと、地域における細分化されたネットワーク構築を進めてしまったため互換性を失ったことが主原因であった。今後の医療には複数社の連携システム同士（マルチベンダー）で連携が可能なネットワーク構築が喫緊の課題と考えられる。全国を網羅する広域連携の実現により、患者さんは日本国内のいかなる病院へかかって自分の投薬内容や既往歴が医療機関側に速やかにわかってもらうことができ、安全かつ確実な医療を受けることが可能となる。

東京都医師会では、都内の医療機関が電子カルテを利用して診療情報を相互参照することにより、医療の質と安全性の向上、医療資源の効率的な活用を推進し都民へより良い医療サービスを提供す

ることを目指して2017年9月に東京総合医療ネットワーク運営協議会を発足させた。運営協議会は東京都の協力を得て、東京都病院協会に運営委託を行い、2018年11月には富士通の医療連携システム「HumanBridge」およびNEC・SECの「ID-Link」を装備している病院間で相互のシステムを超えた本格運用を開始した。また、2019年にはCare Mill（SSI：ソフトウェアサービス）、Prime Arch（SBS情報システム）を医療連携システムとして新たに招致を行い、真のマルチベンダー対応としての運用へ向けての準備を始めている。

本ネットワークの特徴は、新しいサーバを設けることなく、既存の連携システムを効率活用し、シンプルな構成で持続性ある広域医療連携システムを構築するという点にある。今後は中小病院や診療所からの情報閲覧などの機能も盛り込むほか、診療所からの情報開示にも対応する方策を検討している。

目々澤 肇 略歴

〔学歴〕

- 1981年3月 獨協医科大学医学部卒業
- 1987年6月 医学博士（日本医科大学）
- 1993年7月 Ph.D.（スウェーデン・ルンド大学大学院）

〔研究歴・職歴〕

- 1983年6月 日本医科大学 第二内科学教室 助手
- 1993年7月 日本医科大学 附属第一病院内科 医局長
- 1994年4月 日本医科大学 第二内科学教室 講師
- 1998年9月 日本医科大学 附属千葉北総病院脳神経センター 副所長
- 1999年8月 日本医科大学 第二内科学教室 非常勤講師
- 1999年9月 医療法人社団茜遥会 目々澤醫院 院長
- 2013年6月 公益社団法人 東京都医師会 理事
- 2014年3月 日本医科大学 医学研究科神経内科学分野 非常勤講師

【所属学会】

- 日本脳卒中学会（認定専門医）
- 日本脳循環代謝学会（功労会員）
- 日本頭痛学会（評議員、認定専門医）
- 日本老年精神医学会（認定専門医）

医療情報分野への ブロックチェーン技術の活用



水島 洋

国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター長
医療ブロックチェーン研究会 会長

ブロックチェーンとは、分散型取引台帳のための技術であり、ブロックと呼ばれるデータの単位を一定時間ごとに生成し、鎖(チェーン)の様に連結していくことでデータを保管するデータベースである。ビットコインなどの暗号資産(仮想通貨)で使われているが、金融以外でも改ざんが難しいデータの保存共有システムであることから、大きな可能性を含んだ技術として海外で大きく注目されている。特に2016年からエストニアにおける電子政府での利用が注目され、2017年米国HIMSSでのセッションなどを通じて大きな話題となり、ISOのTC307が設立されて標準化も始まっている。医療での利用にとっては、患者情報の患者によるコントロールや、医薬品・医療機器のトレーサビリティ、個人健康情報と遺伝子情報の統合管理、治験や臨床研究におけるバリデー

ション管理など、さまざまな活用が米国を中心として進んでいる。一方、日本でも情報銀行や在庫管理、臨床研究での利用、患者登録などでの活用が始まっているが、仮想通貨のイメージから活用に関する議論が進んでいないのが現状である。

この流れを日本国内で普及するため、2017年ITヘルスケア学会内に医療ブロックチェーン研究会を設立し、国内や海外における医療ブロックチェーンの動向や活用事例の紹介を行っている。

日本における健康医療情報の活用の取り組みに沿って、保存、共有や活用などのためのインフラとしてのブロックチェーン技術のさまざまな取り組みの紹介や、エストニアにおける活用事例の報告とともに、今後の可能性に関して議論したい。

水島 洋 略歴

1988年 東京大学大学院薬学系研究科生命薬学専攻
博士課程修了、薬学博士
1988年 国立がんセンター 生物物理部
1994年 同がん情報研究部室長
2000年 National Center for Biotechnology
Information (NCBI) 外来研究員(併任)等
その後、国立がんセンター研究所疾病
ゲノムセンター併任、ハワイ大学医学部
客員助教授等を併任
2006年 東京医科歯科大学情報医科学センター助教授
2009年 東京医科歯科大学 オミックス医療情報学
講座 教授

2011年から国立保健医療科学院 上席主任研究官
2017年から国立保健医療科学院 研究情報支援研究
センター長
詳しくは、<http://hiroshi.mizushima.info/>を参照。

■専門分野・研究テーマ

医療情報学、バイオインフォマティクス、遺伝子解析、長
寿遺伝子、食と遺伝子、災害医療、難病・希少疾患、国際
情報連携、インターネット、モバイルヘルス、国際疾病分
類(ICD-11)、PHR、オミックス医療、ビッグデータ解
析、Internet of Things、情報提供、ブロックチェーン
技術

看護管理部会企画

会 場: 第二会場(3階・富士・西)

時 間: 13:10~15:00

座 長: 高嶋 則子 (岩井整形外科内科病院副院長・看護部長、看護管理部会 部会長)

切手 純代 (南多摩病院 看護部長)

講 師: 石飛 幸三氏 (世田谷区社会福祉事業団 特別養護老人ホーム 芦花ホーム 常勤医)

テ ー マ

人生最期をどう迎えるか —「平穏死」のすすめ—

昨今、医療・介護の現場では、高齢者や認知機能が低下した患者が増加する中で、本人の「医療選択と意思決定」をどう支えるかが課題となっています。「その人が望んでいる生活」「その人にとっての最善」を、家族や医師・看護師などその人に関わる全ての人把握し、理解する事が大切です。

厚生労働省は、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」の愛称を「人生会議」に決定したと平成30年11月30日に発表しました。

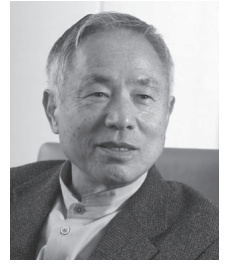
医療・介護の現場でACPは徐々に浸透してきているものの、その考え方は正しく理解されているでしょうか。単なる延命処置の選択ではなく、本人自身が選択できるうちから、もしもの場合に備えて話し合っておく事が重要です。日常の中で、『その人の思い・意思

を表出して頂ける向き合い方・関係性の築き方』に苦慮していることも多いのではないかと感じます。

今回、ご講演いただく石飛幸三先生は、『人生の最終章を迎える人達が、人生の最期をゆっくり坂を下るようにその人らしく生きていくことを支える』『治すことが全てではない。治しようのない状況を支えるそんな時代が来た』『人間同士の会話が大切である』『命の使い方、着陸するのを見て、家族の情念を支えよう。それが看護のもうひとつの役割である』と私達に教えてください。

今回の企画は医療者、介護者、そして多くの医療従事者の方々に御聴講いただき、皆様から本音も語っていただきたいと思います。いずれ迎える最期を穏やかに過したいと願っている人たちへの関わりの一助となれば幸いです。

人生最期をどう迎えるか －「平穩死」のすすめ－



石飛 幸三

世田谷区社会福祉事業団 特別養護老人ホーム 芦花ホーム 常勤医

私は半世紀外科医として癌、動脈硬化の治療に努めてきました。しかしこれら癌も、動脈硬化も長く生きてきて老いた証、治すことだけに専念しても、結局患者は衰えて亡くなります。患者の残った人生のためになるのかと考え出しました。

人生最終章の様子を知ろうと思って、70歳の時に介護の場、特別養護老人ホームの常勤医に転じました。するとそこでも、病院で感じていた医療の逆説である単なる延命治療が強要されていました。人間も自然の一部です。いずれ自然に帰るのです。医療も介護も患者の一回しかない人生のためになつてこそ使命が果たせます。

医師は疾患の治療に専念し、患者が人生途上で遭遇するピンチを切り抜けてさらに先に行ってもらわ

なければなりません。看護師は医療支援に加えて、患者の生活も支援するのが役割です。疾患治療にだけ関心があった私は、医師にももう一つの大切な役割があることを知りました。高齢社会を迎えた我が国において、今日、疾患の治療だけでは患者の人生を最期まで支えることができません。特に、老衰の最終章でどこまで医療をすべきか、医療のあり方を考えなければならなくなりました。自然死は平穩です。老衰の果てにおける、医療、看護のあり方、結局は人間の生き方が問われているのではないのでしょうか。私は医療と介護、両方の道を通ってきましたので、老衰に対する身体的な治療だけでなく、患者、家族の心を支える役割についても語らせていただきたいと思います。

石飛 幸三 略歴

1935年広島県生まれ。

1961年慶應義塾大学医学部卒業。

消化器外科専攻、その発展の為に血管外科の必要性を感じて1970年から、ドイツ、フェルディナンド・ザウアーブルッフ記念病院で血管外科医として勤務。

1972年より東京都済生会中央病院で血管外科の応用手術に励むとともに、30年間に渡って脳梗塞の予防を目的とする頸動脈内膜摘除術や野球ピッチャーの血管損傷の手術法の発展に寄与した。

老衰へどこまで医療が介入すべきかを考え、14年前より特別養護老人ホーム芦花ホームに勤務し、現在に至る。

著書

平穩死のすすめ（講談社）、「平穩死」という選択（幻冬舎ルネッサンス）、家族と迎える「平穩死」（廣済堂出版）、「平穩死」を受け入れるレッスン（誠文堂新光社）、近著として 穏やかな死のために一終の住処「芦花ホーム物語」（さくら舎）がある

急性期医療委員会セッション

会 場: 第二会場(3階・富士・西)

時 間: 15:10~16:50

座 長: 有賀 徹氏(労働者健康安全機構 理事長)
三浦 邦久(江東病院 副院長)

講 演: 「業務委託によるタスクシフト」

清水 芳輝氏(日本ステリ株式会社事業本部 副本部長)

「医師の長時間・過重労働とタスクシフト、タスクシェア」

横田 美幸氏(がん研有明病院 副院長)

「二次救急外来でのタスクシフト・タスクシェア」

若月 優子氏(板橋中央総合病院救急外来(救急科) 診療看護師(NP))

テーマ

急性期医療におけるタスク・シフティング、 タスク・シェアを考える

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、色々な学会で議論が高まっている。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状である。患者の容態を安定させ、診断治療に邁進してきたのが我々医療人であった。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、タスク・シェアに関する取り組みを話していただき、昨年に引き続き皆様と共に急性期医療における多種職連携の働き方改革を考える契機としていと思っております。

業務委託によるタスクシフト



清水 芳輝

日本ステリ株式会社 事業本部 副本部長

当社は1987年の設立以来、院内・院外滅菌業務・手術業務支援・内視鏡室支援・SPD業務・ME機器管理業務など、周辺業務サービスを包括的に展開しております。当初は病棟・外来で使用する器材を滅菌処理する院内・院外滅菌を主力サービスとしておりました。2006年、診療報酬改定で看護基準が「7対1」になった頃から、手術器械滅菌・手術業務支援も主力サービスの1つとなりました。この流れは、まさに今回、講演させていただくタスクシフトによるものです。「手術件数を増やしたいが看護師を増やせないのが、有資格者でなくても実施できる業務を委託したい」との声が多く、その解決方法の1つとして手術業務支援サービスが普及しました。当社もこれまで100万件以上の手術をサポートしてまいりました。現在では、人材確保が困難な状況や働き方改革推進などの外部環境により、タスクシフトの業務委託を検討する施設が増えております。

手術器械滅菌・手術業務支援を委託することによる効果には、手術件数増加への貢献、手術室看護師の超過勤務時間の削減、手術器械の破損・紛失の減少、手術室看護師の離職率低下への貢献などさまざまなものがあります。また、看護師が本来の看護業務に専念できる、という効果もあります。

当社は委託を検討されている施設に対して現地調査やヒヤリングを行い、施設が抱えている問題点や困り事、安全面におけるリスクなどを抽出し、その解決策を構築するために必要な勤務時間・委託業務範囲などを提案いたします。その上で、費用対効果等も含めた詳細を決めていきますが、委託を考える上で最も重要なことは「業務委託によりどのような効果を出したいのか」を考慮していただくことです。

そこで今回、いくつかの施設における業務委託の効果事例を紹介させていただきます。ご参考になれば幸いです。

清水 芳輝 略歴

1996年 日本ステリ株式会社 入社
東京都立築地産院 配属
2002年 首都圏営業部 配属
2012年 九州支社 配属
2013年 九州支社 支社長

2017年 営業本部 営業部 部長
2018年 事業本部 副本部長

現在に至る

講演

医師の長時間・過重労働とタスクシフト、 タスクシェア —「勤勉は美德」過去のものか？



横田 美幸

がん研有明病院 副院長

1980年代までの「勤勉は最高の美德」、Japan as Number Oneは今昔物語となった。過労死問題は大きく取り上げられ、過重労働が改善され始めていることは誠に喜ばしい。怠惰は七つの大罪の一つであるが、「勤勉は美德」との考え方は今後どうなっていくのであろうかと、些か憂慮している。

医師の労働時間が長いことに異議を挟むつもりはない。医療の質を維持しつつ、効率化を進めることは、理に適っている。これにはチーム医療を推進、タスクシフティング・タスクシェアがなされるべきである。医療は種々のテクノロジー進歩により、医療プロセスも複雑となり、種々の職種が誕生してきた。現状の臨床において医師との協働が有用な職種としては、①薬剤師、②看護師、③臨床工学技士、④救急救命士等がある。そして有資格職種の業務範囲の見直し、拡大、委譲が重要であると考えられる。

周術期業務の効率化、タスクシフト・タスクシェア

長きに亘り麻酔科医は不足している。「現行制度の下で、軽度な全身麻酔は、標榜医や経験を積んだ医師による「自科麻酔」が可能であることを確認し、推奨したい。」との四病院団体協議会の意見もある。麻酔により患者は、極短時間で生命を脅かす程の状態

となり危険である。不慣れな医師の麻酔実施は、患者安全・医療安全の観点より、「推奨すること」は容認できない。

周術期医療の効率化の観点よりタスクシフト・タスクシェアは必要である。特に歯科医師、歯科衛生士は、周術期口腔ケアで重要である。今後タスクシフト・タスクシェアによる効率化と安全性の法的諸問題を精査、協議していくことが必要である。

考案

医師の業務を例えば看護師に委譲する場合、看護師の業務量は増大する。現状の看護師業務は医師以上に広範囲で多忙といえる。看護助手の存在を考えたも質・量とも過大、過重であろう。しかし労働的側面から考えれば、休眠中の看護師の臨床現場への復帰に期待したい。

医療は多くの人員を必要とし、多大な雇用を創生している。少子・高齢化、労働人口先細り、年金支給の開始年齢の高齢化を考えれば、元気な老年者の活躍は自明である。また医療におけるテクノロジーの進歩、特にロボットやAI技術等の導入は、不足している医師や看護師の福音となるであろう。

横田 美幸 略歴

- 昭和59年 日本大学大学院医学研究科博士課程卒、
医学博士
- 平成 8年 癌研究会附属病院 麻酔科部長
- 平成17年 がん研究会有明病院
麻酔科部長、MEセンター長
- 平成20年 同 院長補佐、麻酔科部長、MEセンター長
- 平成22年 公益財団法人 がん研究会
がん研有明病院 院長補佐、麻酔科部長、
- 平成27年 同 副院長、麻酔科部長
- 平成31年 昭和大学医学部麻酔科学 客員教授

資格・学会活動等

- 麻酔科標榜医、麻酔科専門医、麻酔科指導医、ペインクリニック学会専門医、老年麻酔学会指導医、日本麻酔科学会 理事・代議員・安全委員会副委員長
- 2020年4月 第31回日本臨床モニター学会・会長

二次救急外来でのタスクシフト・タスクシェア ～診療看護師としての働き方と合意形成～



若月 優子

板橋中央総合病院 救急外来(救急科)
診療看護師(NP)

2010年度から大学院教育で育成が開始された診療看護師も今年で9年目となる。2019年現在417名の診療看護師が誕生している。それぞれの所属場所で組織の求める診療看護師と自分自身の診療看護師像を追い求め、日々仕事についていることと推測される。

自分自身が大学院教育を終えた2013年はまだ認知度が低く、診療看護師の勤務場所も限られていた。私自身も診療看護師としての就職が決まるまでに大学院修了後2年間の月日を要した。しかし、現在ではそれぞれの勤務先での診療看護師の活躍が知られてきていること、さらには医師の働き方改革の波が押し寄せるなか、注目されている職種と言えるのではないだろうか。

今回、私が板橋中央総合病院での5年間の勤務を振り返り、診療看護師勤務の立ち上げ、診療科と看護部との合意形成はもちろん、多くのスタッフとの合

意形成プロセスや、救急外来(救急科)においてどのようなタスクシェア・タスクシフトを行っているかをご紹介します。

合わせて、看護師資格保有者として看護部に所属しながらどのようにして診療科とともに仕事を行っているのか、その仕組みや方法についてご紹介する。診療看護師はほとんどが診療科に属し勤務していることが多いが、(実際そのほうが科をまたがずに管理ができるので、メリットが多いかもしれない) 当院では導入時から所属は看護部としており、診療看護師となった今でも看護部と縁がなくなることはない。

様々な規模の病院があり、求められる機能も違うため、一概に私の病院での方法が当てはまるとは限らないが、今後診療看護師の導入や育成を考えている方たちにとって参考となれば幸いである。

若月 優子 略歴

1998年 大学卒業(社会学学士)

2002年 看護師免許取得

埼玉県内の病院でICU(主に循環器疾患)、
心臓カテーテル室にて勤務

2011年 東京医療保健大学大学院 看護学研究科

高度実践看護コース(NP2期生)として入学

2013年 東京医療保健大学大学院修了(看護学修士)

2015年 板橋中央総合病院へ診療看護師として入職

環境問題検討委員会企画

会 場: 第三会場(5階・穂高・東)

時 間: 10:50~11:50

座 長: 篠原 健一 (公益社団法人東京都診療放射線技師会 会長、環境問題検討委員会 委員)

講 演: 高田 秀重氏 (東京農工大学農学部 環境資源科学科 教授)

テーマ

海洋プラスチック問題

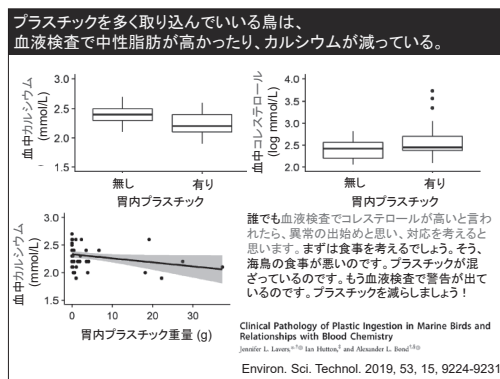
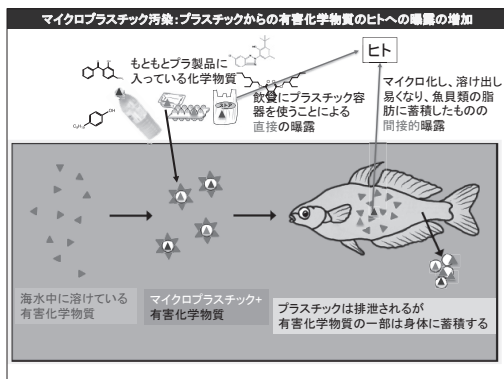
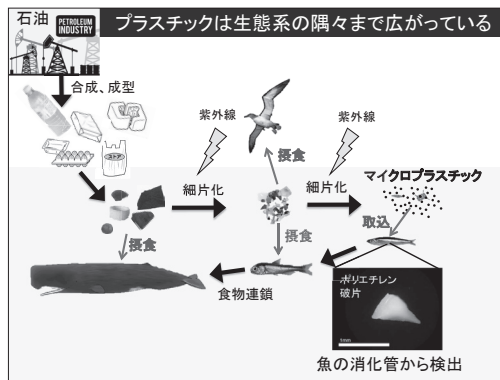
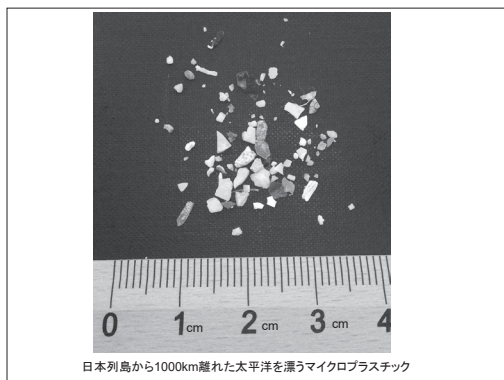
第18回医療から取り組む環境会議は「海洋プラスチック問題」をテーマに東京農工大学農学部環境資源科学科 水環境保全学/有機地球化学研究室教授・高田秀重先生をお招きして、第14回東京都病院学会の委員会企画講演会として開催します。

マイクロプラスチック(以下微細MP)は、簡単に言うと目に見えないような小さなサイズのプラスチックの破片です。微細MPを定義するサイズは、統一されているわけではなく、5mm以下は微細MPという意見から、1mmという意見もあるようです。

先生の最近のご講演によると、近年、300μm以下のサイズの微細MPの存在も明らかにされてきたと

ことです。そして、微細MPは二枚貝などの海洋生物に取り込まれやすく、生態系内への有害物質の拡散・蓄積を考える上で重要だそうです。

微細MP自体が人体にどのような影響を及ぼすかはまだよくわかっていませんが、微細MPは有害物質を吸着しやすい性質があり、微細MP摂取=有害物質摂取の可能性があります。ご承知のとおり、水俣病は有機水銀、イタイイタイ病はカドミウムが魚等を介して生物濃縮された結果による公害病です。微細MPの場合、人体への侵入経路には海洋生物由来以外にも様々なケースが考えられ、その蓄積による影響が危惧されています。



※高田氏提供資料

プラスチックによる海洋汚染と 化学物質曝露



高田 秀重

東京農工大学農学部環境資源科学科 教授

プラスチックの生産量は毎年5%の速度で増加し、世界で4億トンを超えるプラスチックが生産されている。この半分程度が使い捨てプラスチックであり、その一部は、使用后、路面に散乱しており、雨が降ると洗い流され、川を流れ、海に流れ着く。プラスチックは紫外線や波の力でだんだんにぼろぼろになり、細かくなり、5mm以下のマイクロプラスチックとなる。

海鳥やウミガメなどの大きな海洋生物は比較的大きなプラスチックごみを摂食し、マイクロプラスチックは小型の海洋生物、すなわち二枚貝や魚類、さらには動物プランクトンにより取込まれる。低次栄養段階の生物にとりこまれたマイクロプラスチックが食物連鎖を通して高次栄養段階生物へ移行することも確認されており、プラスチック汚染は生態系全体に広がっている。

プラスチック自体が物理的異物であることによる影響に加えて、プラスチックに含まれる化学物質に

よる影響が考えられる。プラスチックには内分泌攪乱作用を有する化学物質が可塑剤、紫外線吸収剤、酸化防止剤、剥離剤、難燃剤などの添加剤として加えられており、プラスチックを取り込んだ生物へのこれらの化学物質の曝露と蓄積が確認されている。さらに、プラスチックはその疎水性ゆえに周辺海水から有害化学物質を吸着・濃縮しており、これらの化学物質の曝露も懸念される。これらの化学物質曝露による野生生物への影響は顕在化の一步手前である。例えば、オーストラリアの海鳥の血液中のカルシウム濃度の低下やコレステロール濃度の増加がプラスチック摂食により起こっていることが示唆されている。さらに、これまでヒトへの直接的な曝露が少ないと考えられていた添加剤が、マイクロプラスチックの取り込みにより魚貝類に蓄積し、食物連鎖によりヒトへ曝露されることが懸念される。近年のヒトの生殖異常(精子数の減少、子宮内膜症や乳癌の増加)との関連も今後検討していく必要がある。

高田 秀重 略歴

1984年 東京都立大学大学院理学研究科 修士課程修了、1989年 理学博士号取得、1986年東京農工大学農学部環境保護学科 助手、1997年 同 助教授、2007年 同 教授、2009年 同 環境リーダー育成センター長(兼任)。1993年 日本海洋学会岡田賞、2008年日本環境化学会学術賞、2016年 日本水環境学会学術賞、2017年 日本環境化学会功績賞、2019年 日本有機地球化学会賞。2015年 海洋立国推進功労者表彰内閣総理大臣表彰「マイクロプラスチックによる海洋汚染の研究及び海洋環境保全への貢献」。専門は環境中における微量有機化学物質の分布と輸送過

程についての研究。対象は河川、沿岸域、大気、湖沼など地球表層全般。東京湾とその流域と熱帯アジア、アフリカ、中東がフィールド。研究のキーワードは、高感度で信頼性のある機器分析、現場百べん、マーカーによる潜在的汚染の検知、予防原則、モニタリング、プロセス研究。1998年からプラスチックと環境ホルモンの研究を開始し、2005年以来International Pellet Watchを主宰している。2012年から、国連の海洋汚染専門家会議(GESAMP)のマイクロプラスチックのワーキンググループのメンバーなどとして、海洋プラスチック汚染の評価を行っている。

医療安全推進委員会企画

会 場: 第三会場(5階・穂高・東)

時 間: 13:10~14:40

座 長: 伊藤 雅史 (医療安全推進委員会 委員長、等潤病院 理事長・院長)

講 演: 小田原 良治氏 (日本医療法人協会 常務理事、医療法人尚愛会 理事長)

追加発言:

有賀 徹氏 (労働者健康安全機構 理事長)

安藤 高夫 (東京都病院協会 副会長・永生病院 理事長)

テーマ

医師法(昭和23年法律第201号)第21条の解釈について (平成31年2月8日通知をめぐる問題について)

医師法21条(異状死体等の届出義務)の条文は、「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」である。そのルーツは明治7年に発布された医制(文部省達)に遡り、当時の社会情勢や衛生状況から疫病・飢饉・殺人等を示唆する「異状」死体については、医師が内務省に届け出る義務を課したもので、その意義は現在も変わるところはない。

しかし、都立広尾病院事件以降、法解釈の混乱を生じただけでなく、実臨床の場においても冤罪事件の多発や萎縮医療・医療崩壊をもたらしたことは広く知られている。広尾病院事件の2001年東京地裁判決では、経過の異状として診療関連死は医師法21条により警察への届出義務があるとされたが、2003年東京高裁判決ではあくまで異状性の認識は外表面に求めるべきとして地裁判決を破棄、2004年最高裁判決も死体の検案とは外表面を調べることでありという定義を採用して高裁判決を支持した。

厚労省解釈については2012年医事課長発言や2014年田村憲久厚労相の国会答弁で、医師法第21条は医療事故等を想定しているわけではなく、これは法律制定時より変わらないこと、検案は医師が死因等の判定をするために外表を検査することであ

り、外表に異状なければ届出義務はないことを明確に示してきた。

以上のように司法・行政が共に、いわゆる外表異状説を支持し、医療事故調査制度の開始や厚労省「死亡診断書記入マニュアル」の改訂などもあり、医師法21条問題は落ち着きを取り戻していたところ、2019年2月に厚労省医療課長通知として「医師による異状死体の届出の徹底について」が唐突に発出された。

その後4月になり、厚労省は先の医療課長通知に対する事務連絡として「質疑応答集(Q&A)」と2019年度版「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルの追補について」が発出されて、医師法21条の解釈は従前と変わらない事が確認された。しかし、医療課長通知自体は修正されることなく残ることになり、医療界には医師法21条の解釈の整合性について疑義が生じているとの懸念は払拭されていない。

医療安全推進委員会では再度、医師法21条をめぐる諸問題を整理して、医療者に正しい法解釈と運用を理解していただくために本シンポジウムを企画した。三名のシンポジストは長年にわたり医師法21条問題だけではなく、医療事故調査制度にも深く関わってこられており、参加者の皆さんと共に考える場になることを期待している。

医師法第21条の解釈の確立と 関連制度との位置づけ



小田原 良治

日本医療法人協会 常任理事
医療法人尚愛会 理事長

医療事故調査制度創設論議のなかで、医師法第21条(異状死体等の届出義務)にいう「異状死体」の解釈は、『外表異状』であることが、認識された。医療事故調査制度は、医療安全と紛争を切り分けることにより創設に至ったが、具体的に言えば、医師法第21条の異状死体の解釈を『外表異状』とすることにより、医療事故調査制度を医療安全の制度として設計したものである。医師法第21条の解釈が『外表異状』であることは、医療事故調査制度創設の前提であったと言える。

医師法第21条にいう「異状」とは、「検案して(死体の外表を検査して)異状」ということであり、東京都立広尾病院事件東京高裁・最高裁判決に基づくものであり、厚労省が、田原医事課長発言、大坪医療安全推進室長発言、田村厚労大臣答弁として解釈を明示して来たものである。この、確立されたはずの医師法第21条の『外表異状』を揺るがしかねない大問題となったのが、平成31年2月8日医事課長通知であった。厚労省は、医師法第21条は従来の解釈と変

わりはないと説明したが、不完全な通知であったこと、安易に死亡診断書記入マニュアルを改訂したこともあり、混乱を来した。

われわれは、佐々木医事課長と協議のうえ、厚労省に従来の解釈を変える意図はなく、われわれが解説していた『外表異状』の解釈のとおりであることを確認した。衆議院厚労委員会の橋本岳議員質問、参議院厚労委員会の足立信也議員の質問に対する吉田医政局長答弁、「医師法21条(異状死体等の届出義務)に関する懇談会」の佐々木医事課長発言に加え、平成31年4月24日には、厚労省医政局医事課事務連絡が発出され、平成31年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル追補版が出されることとなった。「雨降って地固まる」、医師法第21条は、筆者らが解釈を示してきた『外表異状』であることが確立したと言えよう。

また、令和元年6月6日、死因究明等推進基本法が成立したことを踏まえ、これら制度と医師法第21条、医療事故調査制度との位置づけを考察したい。

小田原 良治 略歴

昭和47年 鹿児島大学医学部医学科卒
昭和48年 鹿児島大学第一外科入局
昭和56年 医学博士
平成12年～日本医療法人協会常務理事
平成24年～日本医療法人協会医療安全調査部会
(現医療安全部会)長
平成26年 厚労省「医療事故調査制度の施行に係る
検討会」構成員

現職

医療法人尚愛会・社会福祉法人佳成会理事長、鹿児島県
医療法人協会会長、
日本医療法人協会常務理事・医療安全部会長、鹿児島県
病院企業年金基金理事長、鹿児島市医師会医療事故調査
制度サポートセンター委員長、一般社団法人医療法務研
究協会理事長他

追加発言



有賀 徹

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長

有賀 徹 略歴

- | | | |
|---------|---------------------------------|---|
| 昭和51年3月 | 東京大学医学部医学科卒業 | 総務省消防庁救急業務のあり方に関する検討会座長 |
| 昭和55年8月 | 東京大学医学部附属病院救急部 | 東京都脳卒中医療連携協議会会長 |
| 昭和59年4月 | 公立昭和病院脳神経外科主任医長 | 東京都メディカルコントロール協議会会長 |
| 平成6年4月 | 昭和大学医学部救急医学教授 | 全国医学部病院長会議 大学病院医療事故対策検討委員会委員長 |
| 平成23年4月 | 昭和大学病院長・学校法人昭和大学理事 | 日本病院会災害医療対策委員会委員長 |
| 平成28年4月 | 独立行政法人労働者健康安全機構理事長、
昭和大学名誉教授 | 東京都医師会東京都医療事故等支援団体協議会運営委員会委員長
日本医師会中央医療事故調査等支援団体等連絡協議会副会長
日本医療機能評価機構評価委員会委員長
卒後臨床研修評価機構理事・評価委員会委員長 |

追加発言



安藤 高夫

医療法人社団永生会 永生病院 理事長

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 | | | |

慢性期医療委員会企画

会場: 第三会場(5階・穂高・東)

時間: 14:50~16:50

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① 介護医療院開設の問題点

講演: 「地域医療型病院へと変化し続ける 日の出ヶ丘病院・介護医療院」

原 淳市氏 (日の出ヶ丘病院・日の出ヶ丘介護医療院 事務長)

パネルディスカッション:

- ・原 淳市氏 (日の出ヶ丘病院・日の出ヶ丘介護医療院 事務長)
- ・田中 裕之 (日本介護医療院協会 副会長、陵北病院 院長)
- ・村山 正道 (陵北病院 事務長)
- ・吉田 真 (大久野病院 事務長)

テーマ② 「みまもりあいプロジェクト」

講演: 「病院を中心とした街の作り方 (「互助」をICTがサポートする発想で生まれた新しい地域連携) ~日常の支援と見守りそして防災へ~」

高原 達也氏 (一般社団法人セーフティネットリンケージ 代表理事)



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

介護医療院開設の問題点と「みまもりあいプロジェクト」

テーマ①【介護医療院開設の問題点】

平成18年に始まった介護療養型医療施設の転換先が12年の歳月をかけて平成30年4月から介護医療院という新しい施設が認可される様になった。介護医療院には介護療養型医療施設とほとんど変わらない施設基準と老健タイプの2種類が用意されている。学会が開催される令和2年2月でおよそ2年経過するが東京都では介護療養型医療施設と医療療養型25対1(経過処置型)からの転換が進んでいない。介護医療院よりも他の基準へ転向を考えている可能性もあるが、東京都における開設のための審査が他の道府県と比較して提出書類が多く審査にも時間がかかっている可能性があり、これも原因の一つとなっている事も考えられる。既に開設済みの日の出ヶ丘病院さんに開設に到る経過を伺い、その後現在開設に向けて申請を進めている陵北病院さんと私の大久野病院を交えてシンポジウムを行う。行政の課題もあるが、介護医療院は特別養護老人ホー

ム・老人保健施設と並んで介護保険3施設となる。特に特別養護老人ホームを意識してアメニティや日常生活における工夫などが生活の場である以上必要となる、どの様に考えてどの様に行動される予定なのかも合わせて伺う予定にしている。

テーマ②【「みまもりあいプロジェクト」】

高齢者の在宅療養で家から出かけて戻れなくなる迷い人(いわゆる徘徊)が増えている。東京都では高齢者だけの統計では無いが年間2万人が迷い人となっている。ITを利用して迷い人を探す為に警察への連絡と共に自力で探すツールが「みまもりあいプロジェクト」として発売されている。開発者であるセーフティネットリンケージ 代表 高原達也様をお招きして利用方法について伺う。このIT技術は様々なことに利用可能性が高く、災害時にも利用可能と聞いている。拝聴頂ければ、とても興味深い物であろうと思います。

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循環器内科入職

平成 4年 9月 大久野病院入職

平成 8年 7月 大久野病院 院長

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 社会福祉法人ゆりかご会 理事

平成29年12月 東京都慢性期医療協会 会長

平成30年 6月 日本慢性期医療協会 常任理事

平成30年 9月 社会福祉法人白百合会 理事長

テーマ① 講演・パネリスト

地域医療型病院へと変化し続ける 日の出ヶ丘病院・介護医療院



原 淳市

医療法人社団崎陽会 日の出ヶ丘病院・日の出ヶ丘介護医療院 事務長

廃止される介護療養病床の転換先の一つである「介護医療院」。医療や介護が必要な高齢者の生活の場としての機能を持つ。日の出ヶ丘病院(日の出町)は平成31年4月、東京都で最初の病院併設型介護医療院である日の出ヶ丘介護医療院を開設しました。

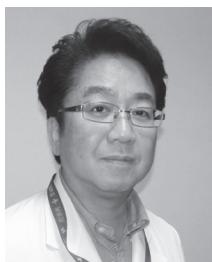
当院が立地する西多摩医療圏は人口約39万人、65歳以上の高齢化率が28.9%。療養系の病院や介護施設が多い地域です。その中でも日の出町は高齢化率が35.5%と非常に高く、介護福祉施設も全国平均の約6.5倍と多いのが特徴です。当院はそういった地域の高齢者に対する医療の提供を中心に「地域と共に生き、信頼される医療・介護の提供に努める」

との理念のもと、病院運営を行っています。地域一般病棟、医療療養病棟、認知症治療病棟、緩和ケア病棟、そして介護医療院をはじめとする在宅介護サービスでトータルに地域の高齢者をサポートするケアミックス型病院です。

介護医療院への転換にあたっては、病棟運営に特化した院内部会である「病棟編成検討部会」において、院内そして地域での役割について検討し転換を決めました。開設してもうすぐ一年が過ぎようとしています。介護医療院の開設作業とその実際、そして当院における介護医療院の運用事例について報告致します。

テーマ①

パネリスト



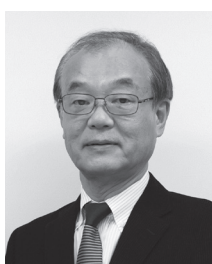
田中 裕之

日本介護医療院協会 副会長
陵北病院 院長

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

日本介護医療院協会副会長
東京保険医協会病院有床診部会委員
杏林大学医学部非常勤講師



村山 正道

陵北病院 事務長

村山 正道 略歴

大学卒業後、福祉系大学専門課程を卒業（生活保護ゼミ）
二次救急病院・老人保健施設を経て平成11年から現職（陵北病院 事務長）

所属団体：

東京都病院協会慢性期医療委員会委員
東京都慢性期医療協会監事（都内における慢性期病院の理事長・院長等を中心に活動。都内慢性期75病院の会員病院を有し、看護部会・リハビリ部会・MSW部会・事務管理部会を中心に活動している）
東京都医療社会事業協会監事（医療社会事業に従事するMSWの団体で会員数約900名）
東京都国民健康保険団体連合会介護給付費審査委員
八王子介護支援専門員連絡協議会監事（H11年ケアマネの資質向上を目的に発足、H24年法人化の団体、加入会員約380名）
南多摩医療圏病院事務管理研究会監事
東京保険医協会病院有床診部会 オブザーバー



吉田 真

大久野病院 事務長

吉田 真 略歴

1982年 北星学園大学経済学部経営学科卒
1982年～内田洋行グループ北商ユーザックシステム部
1986年～医療法人社団北農会恵み野病院 医事課長、企画課長
医療法人湊明会支笏湖病院、医療法人カレスアライアンス
北光記念病院、形成外科メモリアル病院 事務次長、事務長
医療系コンサルティング会社を経て現職

テーマ② 講演

病院を中心とした街の作り方（「互助」をICTがサポートする発想で生まれた新しい地域連携）
～日常の支援と見守りそして防災～



高原 達也

一般社団法人セーフティネットリンケージ 代表理事

「2025年MCIを含む認知症予測数=1300万人」、「2016年認知症徘徊行方不明届出数=1.5万件」。私たちは、この課題を解決するために地域が既に持っている助け合いの心「互助」を「ICT技術」がサポートする発想で生まれた「互助支援アプリと緊急連絡ステッカー」を使って、万一の際に地域で助け合える協力者を増やし、見守り合える街を育てる「みまもりあいプロジェクト」を2017年4月から開始。最大の特徴は、個人情報保護した状態で家族が直接協力者に探索依頼ができ、発見した際お互いの電話番号が非表示の状態でご家族と連絡が取り合える仕組みです（日本初の技術）。これにより地域が主体となって、見守り合える街を育てることが可能になります。

具体的には、個人情報保護した状態で、家族・病

院・介護施設関係者のスマホから周辺にいるアプリをダウンロードした地域の協力者のスマホに直接探索者の情報を配信することが可能になり、発見保護時に関係者と直接話ができます。これにより早期発見と早期帰宅機会を高めます。また、協力者を増やしていくために「見守り訓練機能」を使って定期的な訓練が可能で、これらの機能により、地域が主体になって協力者を増やし見守り合える街を育てることが可能です。

そして、来年度、当社団の互助支援アプリを使って、災害発生時に災害弱者を中心に支援できるよう、研究開発に入る予定です。「互助×ICT」により生まれる災害時の助け合いの展開方法の話もさせて頂く予定です。

高原 達也 略歴

◇ベネッセコーポレーション 主に新規事業立ち上げを中心に携わる

【携わった主な事業ブランド】

- ①ベネッセ保育事業開発（公設民営・東京都認証保育園）
- ②「たまご・ひよこクラブ」新規営業開発
- ③「いぬのきもち・ねこのきもち」事業開発
- ④「ウィメンズパーク（育児口コミサイト会員500万人）」新規事業開発

◇一般社団法人セーフティネットリンケージ代表理事（現職）

2017年4月、互助をICTがサポートする発想で生まれた「みまもりあいプロジェクト」事業開始

- ・ICTに関する特許技術を活用。通話時に互いの個人情報保護を実現
- ・「厚生労働省H28年度介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業」受託

・「助け合い」をサポートすることを目的とした「みまもりあいアプリ」DL数=現在50万DL

・2018年2月、東京大学「空間情報科学センター」×AIGID=アーバンデータチャレンジ【アプリ部門金賞受賞】

・2018年2月、12自治体参画オープンガバメント推進協議会【銅賞受賞】

・2018年度東京都労働局商店会グランプリ【優秀賞受賞】

・2018年度【グッドデザイン賞受賞】

・2019年度一般社団法人日本認知症ケア学会 石崎賞受賞

ICT委員会企画（AI研究会勉強会）

会 場: 第四会場(5階・穂高・西)

時 間: 15:10~16:40

座 長: 大田 健(複十字病院 院長)

講 演: ①鎌谷 直之氏(株式会社スタージェン 代表取締役会長、医師)

②阿部 吉倫氏(Ubie株式会社 代表取締役、医師)

テーマ

AIの神髄とAIの臨床応用によるタスクシフティング

Artificial Intelligence (AI:人工知能)は新しい医療の姿を構築するための重要な起爆剤となることが予想されます。AIというと常識的な用語として捉えられ、日常会話の中や多くのメディアで頻回に出現する状況です。しかし、AIはみんなで同じ認識で捉えられ、その応用について適切なイメージが共有されているか疑問を感じる事が稀ではないと思われます。そこでICT委員会では本講演会を通じて、AI

の基本とその実際の医療現場における応用の成功例を取り上げ、データの処理や解釈の域を超えたAIの持ち味が認識できることを目標に企画しております。そして、今後医療への応用が進むAIについて、医療現場で有効に活用するために必要な基礎知識と応用の実例の聴講により、AIに対する正しい理解と将来展望についての適切な認識の一助になることを期待しています。

講演

人工知能の神髄、深層学習理論の中身と意味を理解する



鎌谷 直之

株式会社スタージェン 代表取締役会長、医師

人工知能技術が脚光を浴びており、診断や治療にも幅広く応用される可能性が高まっている。しかし、現場の医師からは戸惑いの声を多く聞く。「画像診断や病名決定は専門医に勝る、いずれは外科医も取って代わられるというニュースも聞くが、人工知能の中身は何か、なぜそんなに優れているのか、今一つわからない」という声が多い。人工知能の専門家の中には「医師は人工知能の中身はわからなくていい、ただデータを提供し、指示に従えばよい」という意見を述べる人もいる。しかし臨床医でもある私はそうは考えてはいない。医師は人工知能の内容を完全に理解する必要はないが、中で行われていることの概要と、その意味をおおよそ知る必要があると考えている。さもないと、人工知能を過剰に恐れたり、逆に過信したりするようになる。また、人工知能に問題があってもそれを指摘する事がで

きない。更には日本の医療における人工知能の発達も期待できないであろう。一般に人工知能の専門家による講演では、アルゴリズムや数式だけを説明する事が多い。しかし、それでは理解が深まらなると私は考えている。最近の人工知能の成功の原因は深層学習理論の導入にある。初期の開発者たちは数学とコンピュータだけでなく、脳、統計学、ゲノム、物理学などの分野からの知識を総合して始めた。従って、深層学習をそのような広い分野から総合的に見ないと本質は理解できないと私は考えている。医師は一般に数式アレルギーがあると知っている、本講演では数式は一つしか示さない。それは、尤度(あるいは確率)の対数が負の(クロス)エントロピーになるという数式である。その数式が深層学習の本質であるだけでなく、生物の進化と脳の機能の本質である事を解説する。

鎌谷 直之 略歴

現職

株式会社スタージェン代表取締役会長、同社内医療人工知能研究所所長、つくば国際臨床薬理クリニック院長、公益財団法人痛風財団理事長

昭和48年 東京大学医学部卒

昭和48年 東京大学付属病院、日立総合病院

昭和54年 米国カリフォルニア州スクリプス研究所

昭和57年 東京大学物療内科助手

昭和58年 医学博士(東京大学)

昭和59年 東京女子医科大学リウマチ痛風センター講師

昭和60年 同助教授

平成 元年 米国ミシガン大学内科客員教授兼任

平成 8年 東京女子医大膠原病リウマチ痛風センター教授

平成10年 東京女子医大膠原病リウマチ痛風センター所長

平成20年 スタージェン、情報解析研究所所長

平成20年 東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センター客員教授

平成21年 理化学研究所ゲノム医科学研究センター副センター長

平成22年 理化学研究所ゲノム医科学研究センターセンター長

平成23年 株式会社スタージェン会長

平成28年 医療人工知能研究所所長(株式会社スタージェン内)

令和 1年 米国EnePharma Inc. CEO

「AI へのタスク・シフティング」による 病院の働き方改革



阿部 吉倫

Ubie 株式会社 代表取締役、医師

AI活用による医師の働き方改革は未来の話ではなく、既に現在実用がスタートしている。医療の現場においては「働き方改革」の第一歩を踏み出すことは喫緊の課題となっている。具体的には、医師の業務の医師以外へのタスクシフティングや医療事務作業補助者の活用により、医師が患者とのコミュニケーションや治療などの中核業務により集中できるように、業務効率化をはかることが推進されている。ここにAI問診システムの活用が加わり、厚生労働省より「タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業」として補助金が交付されている。

2017年に創業したUbie株式会社は、2013年から研究開発している、患者の主訴・症状等から動的に適切な問診をし、病状を推測するAIアルゴリズムエンジンをコア技術とした「AI問診Ubie」という問診サポートサービスを開発・提供している。AI問診

Ubieは患者情報収集・診療科の振り分け・緊急度トリアージ支援・カルテ文書の自動生成・持参薬サマリー情報等をアウトプットとして、患者の待ち時間を有効活用し、医療従事者の事務的負担を減らし、医師が患者により向き合うためのサポートを実現している。事例として、複数の病院において、業務効率化の成果も出ており、医療従事者の働き方改革や、患者満足度向上に寄与している。

今後の日本の医師の働き方改革とAI/IT活用の社会実装が進み、医療従事者にとっても患者にとってもよりよい医療が実現されることを微力ながら弊社も支援していきたいと考えている。今回は、AI問診について病院での具体的な事例を踏まえ、働き方改革を現状いかに実現しているかを中心に発表させていただきたい。

阿部 吉倫 略歴

2015年東京大学医学部医学科卒。東京大学医学部附属病院、東京都健康長寿医療センターで初期研修を修了。血便を放置し48歳で亡くなった患者との出会いをきっかけにデータサイエンスの世界へ。独学でアルゴリズム

を学び、Ubie質問選定アルゴリズムを開発。データベース構築に使用した論文は5万件以上。17年5月にUbieを共同創業、全国の病院向けにAIを使った問診システム(AI問診Ubie)の提供を始める。

一般演題

Subject

当院における入退院支援窓口の役割 ～入退院支援窓口を開設して見えてきたこと～

○森田智子、永久保静子、向山香奈、
渡辺真弓、丹野千恵子

稲波脊椎・関節病院

【はじめに】当院の入院患者の特徴は95%以上が手術を目的とし全国各地から来院される。そのため各地域により社会的支援の違いや環境の違いもあり、退院後の支援も様々である。また、当院は入院から退院までの平均在院日数が7日間と短期間であり、そのため入院前から早期の関わりが必要かつ重要であると考え2019年4月に入退院支援窓口を開設した。6ヶ月経過し入退院支援窓口の役割について評価した内容をここに報告する。

【方法】各部署から意見を患者関連、職員関連、業務関連のカテゴリー別に分類し、KJ法を用いてメリット、デメリットについて考え、入退院支援の役割を評価。

【結果】患者関連メリット77%デメリット23%、職員関連メリット60%デメリット40%という結果となった。また業務関連ではスタッフ個々の認識に差があり、入退院支援介入が統一できていないなどの問題点もあった。

【考察】入退院支援窓口の開設により、入院前から介入することで患者は入院生活へのイメージができ早期から退院支援・調整が受けられ予定通りに退院ができた。その結果平均在院日数の短縮にも繋がった。また入院前から個々の患者に必要な情報を得ることでスタッフ間の情報共有にもつながり、入院後もスムーズに看護介入ができ、更に患者のニーズに合った支援を行うことができたと考え。

【まとめ】入退院支援窓口の開設には患者・職員にとって有意義であった。しかし業務上の新たな問題点もあり今後も検討していくことでさらなる構築を目指していきたい。

バスキュラーアクセスに対する経皮的血管拡張術への取り組み

○高平久美、青田悦子、宮澤久美子、
宮本佐苗、山田倫子

一成会木村病院

【はじめに】当院手術室は、2018年度200件の手術を行った。4月より新たにバスキュラーアクセスに対する経皮的血管拡張術を行った。その半数が緊急の手術であり、限られた時間内に準備を行わなければならなかった。そこで手術が順調に実施できる様取り組んだことを報告する。

【取り組み】事前に医師による疾患や手術についての勉強会を行い、必要物品と流れをまとめた手順書を作成した。診察当日の緊急手術でも外来看護師が対応できるよう【VAIVTが緊急で入った時の流れ】という業務フローを作成した。外来スタッフ全員が参加し、業者によるバスキュラーアクセスのカテーテルの用途・種類についての勉強会を行った。

【問題点と対応】緊急手術の場合、医師が手術患者の診察・診断・説明をしている間に、手術室看護師は手術準備を行う。その為、医師に詳細の確認が出来ず、準備不足になることがあった。それに対して医師に手術申し込み依頼箋に手術内容を詳しく入力してもらうようにした。放射線技師にも術中使用するレントゲン撮影装置の準備と操作を直接依頼し、手術への協力を得た。手順書と業務フローを何度も見直し修正を繰り返した。

【考察】手術室看護師は外来業務を兼務している為、緊急手術の準備をすぐ行えなかった。勉強会・事前学習・手順書の見直し、医師への確認、放射線科との連携によって準備の時間短縮が計られるようになった。これらの取り組みを行ったことで、兼務している中でも手術が事故なく行うことができていると考える。増える血管内治療のために、看護師誰もが速やかに手術準備・介助が出来ることを目指し、引き続き知識の習得・手術手順書の改善に取り組んでいきたい。

点数式看護評価基準を作成し術後評価を行った効果の検討

○大橋幸子

等潤病院

【はじめに】当院では時間がないことを理由に術後訪問を行っていなかったが、術後の状態・経過の把握と術中の看護評価の必要性を強く感じ今回導入することにした。速やかに評価できるよう点数式の評価基準を作成し、その効果を検討したため報告する。

【方法】痛み、皮膚の状態、ドレーン、硬膜外麻酔カテ、術前と異なる身体的変化の項目を点数式とし、離床状況、OPE室の印象をフリー欄とした。問題ありを1点とし、1点以上の場合、術前より問題があったのか、または術後より問題が発生したのかどうかを選択。さらに、それぞれ術前の問題収集や計画に問題があったのか、術中の看護に問題があったのか、その他の理由なのかを考え、継続か評価終了かを選択するようした。また、どのような理由から継続的評価が必要かを記入するようにした。3か月間この用紙をもとに全身麻酔術後2日目以降の患者に訪問を実施した。その後スタッフにアンケートを実施。術後訪問用紙と訪問についての評価を行った。

【考察】点数式にしたことで、術後問題発生の有無を容易に判断することができたのではないかとと思われる。また、何が問題であったのかを選択式にしたことで、評価がしやすかったのではないかと考える。

【まとめ】今回は術後訪問を導入し継続していくため、また患者の負担も考え、訪問時間のかからないよう速やかに評価ができる訪問用紙を作る必要があったが点数式にしたことで訪問時間が短縮できたのではないかと考える。基準があることで評価もしやすかったと思われる。導入したばかりのため今後も継続し評価を行っていきたい。

脊髄くも膜下麻酔時の体温管理 ～現在の方法の有効性についての検討～

○近藤理絵

南多摩病院

【はじめに】術者はガウンやプロテクターの着用により発汗しやすい状態にあるため、手術室の室温を低く設定しており、その一方で患者は、全裸で体位を固定され、手術操作に邪魔にならない範囲で加温・保温されている。そのため手術室における患者の体温管理は重要な看護のひとつである。先行研究において、脊髄くも膜下麻酔（以下脊麻とする）でも再分布性低体温が生じる事が報告されているが、体温管理の方法についての研究はほとんどが全身麻酔（以下全麻とする）時のものである。また、脊麻時に体温測定をしている施設は海外では3分の1程度、日本では更に少ないと言われている。そこで、術中の体温測定を行い、当院での脊麻時の体温管理について有用性を検討した。

【研究方法】本研究では、術式を人工骨頭置換術とした。加温・保温方法はブランケットと上半身用温風式加温装置を使用し、体温測定は鼓膜温で行い中枢温・血圧の変化を比較した。

【結果】術中シバリングを生じた件数は1件あった。血圧は全例で麻酔導入15分後には低下し、中枢温は平均して-0.5℃の低下がみられた。全症例を通じ中枢温は麻酔導入後低下を認めたが、その後の加温・保温により上昇するものの、退室時には麻酔導入時よりも低下した。術後シバリングを生じた症例は無かった。

【考察】現在の方法では、体温管理としては不十分である。全麻症例において有効性が明らかとなっているプレウォーミングとの併用により再分布性低体温による体温の低下を減少させる事ができるのではないかと考える。

【まとめ】周手術期の体温管理は、手術室内でのアプローチだけでなく、病棟など他部署との協働が必須である。

当院の X 線防護衣の管理について

○松本雄介

一成会木村病院

【はじめに】当科での手術室業務は整形外科を中心に行っていたが、2017年より血管外科が新設された。それに伴い手術中の透視および撮影が増加し、X線防護衣（以下プロテクター）の使用頻度、個数共に増えた為、従来行っていた管理では煩雑になっていた。そこで今回、その管理方法を検討したので報告する。

【方法】2019年5月に発表があった株式会社マエダ製のプロテクター管理用フリーソフトウェア「羽衣の見張り番」を使用した。対象は当院一般撮影室、X線透視室、CT室、手術室の4フロアのプロテクター20着とし、当院CT装置Asteion4（東芝メディカルシステムズ株式会社、現キヤノンメディカルシステムズ株式会社）でスキャノ画像を撮影した。

そこで得られた画像データと設置場所、型番等の情報をソフトウェア上で紐づけし、各々に配置された品質状況等を一括管理した。

【結果】プロテクター毎に個別で破損状況等を記録することができ、時系列での品質管理が可能となった。また点検時期も自動通知される為有効に活用することができた。

【考察・まとめ】本方法以前は、プロテクター購入時からの使用年数を基準に管理していたが、このソフトウェアを使用することでプロテクター毎の詳細な状況把握ができ可視化が可能となった。これらにより作業被ばくの低減にも貢献できると考える。

一般撮影の再撮影率の現状調査及び対策案の検討

○仲田利廣、定村真美、畑中敬徳、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】日々の放射線業務において、様々な理由により再撮影を行う状況がある。不要な被ばくを無くすという観点から考えて、再撮影の低減に取り組みなくてはならない。今回、再撮影に起因したインシデントの発生を受け、再撮影の現状を調査することにした。どのような要因によって再撮影が発生しているのか把握・分析し対策案を実施することにより、再撮影の低減につながるかを検討したので報告する。

【方法】再撮影率を集計するにあたり、再撮影の要因を8項目に分類した。

再撮影要因シートを作成し、再撮影を行った際にそのシートに記入してもらった。撮影総件数に対する各項目の再撮影率及び、胸腹部撮影・整形撮影の再撮影率を算出した。再撮影率や各項目の再撮影数から現状と傾向を把握し、対策案を検討した。

【結果】胸腹部撮影の再撮影率に関しては、ポジション欠像が多く、整形撮影の再撮影率では、ポジション不良が多く発生した。

胸腹部再撮影率に関して、異物・操作ミスの再撮影対策として、注意喚起の掲示板を撮影室内に掲示することにより、低い再撮影率を維持することが出来た。

欠像に関しては大きいサイズのFPDを使用することにより減少傾向が見られた。

整形撮影のポジショニング不良に関しては、基準撮影を作ることによって若干の減少が見られた。

特に、再撮影しやすい患者様を事前に確認する再撮影防止リストは今後活用方法の検討が必要だと考える。

【まとめ】再撮影の対策案を検討したが、再撮影率に大きな変化はみられなかった。しかし、術者の撮影に対する意識も高まり、医師からの画像評価は高くなった。

今後も再撮影の調査を継続する事は、不必要な被ばく対策や、術者の意識を高く維持させるためにも望ましいと考えられる。

術後手関節撮影の再現性への取り組み

○中村武司

あそか病院

【はじめに】当院の手関節撮影は教科書に記載されたポジショニングとは異なる。橈骨手根管関節面が広く出るよう正面、側面共に遠位部を拳上し撮影する。特に手術後の経過観察写真は固定釘の関節面の状態を診る為、毎回同じ写真を要求される。そのため技師は毎回同じポジショニングを行う必要がある。誰が撮影しても同じ画像が提供出来るよう、ポジショニング用補助具の作成を行った。

【方法】橈骨手根管関節面は、レントゲン像・透視撮影を見て検証し正面像は約10度拳上。側面像は前腕-フィルムの角度がおおよそ20度・10度・0度のいずれかの角度を付けると広く抜けることが分かった。そこで術後経過観察は、基準写真を術後写真（Cアームで観察して撮影）とし、術後初回に透視にて観察する。患者毎に正面・側面の拳上角度・関節位置・特徴を記した板を用意する。20度・10度・0度でこの板をセット出来る台座を作成し、フォローすることとした。

【結果】当初、医師より写真の違いによるクレームを受けた。術後手関節撮影においては、毎回透視で確認し撮影していたため時間や手間がかかった。今回作成した情報板・角度台を作成したことで、毎回同じ写真の提供することが出来た。また患者・撮影者の手間を大幅に削減することが出来た。

【まとめ】一般撮影においてこのような補助具の作成は、放射線技師の初心に戻り「患者様への撮影による負担を軽減する・医師が必要とする画像を毎回提供する・誰が撮影しても同様の画像を提供する。」を改めて意識することができた。これからも初心を忘れずチーム医療の一員として励んでいきたい。

定数配置薬（注射）見直しの効果と課題に関する検討

○前田拓哉、中越純子、小林 仁、
矢野正雄

南町田病院

【はじめに】当院の各部署における注射定数配置薬（以下、「配置薬」）の種類や数に明確な設定根拠がないことから、担当するICU病棟（20床）において、注射薬の使用実績調査に基づく配置薬見直しの効果と課題に関し検討を行った。また院内全体の配置薬見直しに関する検討を行ったので報告する。

【方法】2019.10.1～10.30当該病棟にて使用された注射薬のうち、薬局での注射調剤未実施薬に関し、薬剤毎に使用日数及び使用数/日を集計。最大使用数×2（配置薬補充間隔は最長2日間）と配置薬設定数との比較から過不足を評価。さらに、当該病棟の入院患者推移、当該薬剤使用患者数に関し集計を行った。

【結果】ICUの配置薬112品目中、使用品目数は62品目（約55%）であり、そのうち38品目（約61%）は定数過剰であった。一方、使用した全76品目中、14品目（約18%）は配置薬非設定。入院延べ人数は平均15.2人/日であった。

【考察・まとめ】配置薬に対する使用品目数や定数の過不足状況等を踏まえ、業務効率やコスト面からも配置薬見直しは有用と思われた。しかし、今回の調査期間において入院患者数は比較的少なく推移しており、調査時期や期間は適正とは言い難い。また、今回は使用薬剤を主対象としたが、未使用薬剤（準備のみ）も含めるべきかなど、配置薬見直し後の状況も踏まえた検討が必要と思われた。一方、院内の病棟以外の各部署では、調査時期・期間のほかに事前に配置薬使用までの流れなどを念頭に入れた調査方法の検討が必要と思われた。

今後の流れとして、まずは本調査の期間を延長し、調査時期比較なども含め適正な調査期間及び配置薬見直し前後での比較を通じ、より有用で効果的な配置薬見直しへ繋げていきたい。

当院災害対策における薬剤部門の取り組み

○平出美紀 1) 2)、松崎あい理 1) 2)、高橋梨絵 1)、坂井安希子 1)、岩本麻絵 1)、舟橋正裕 1)、齋藤弥生 1)、小泉和雄 1)、佐々木忠徳 2)

1) いずみ記念病院
2) 昭和大学

【はじめに】当院は阪神淡路大震災以後、その重要性から災害対策を開始し、現在は災害拠点連携病院となっている。令和元年台風15号や19号が本州に上陸し、水害や停電の長期化などが問題となった。災害時、少人数でも業務遂行が求められるため、行動計画を明確にすることは重要である。薬剤部門の事業継続計画（BCP）について業務手順、医薬品の供給、保管管理などを考察したので報告する。

【方法】既存のBCPに沿って、薬剤部門のアクションカードを作成した。また、業務への支障が大きい停電時を想定し、手書き処方せんへの切替えをはじめとした調剤手順を見直し、マニュアル化した。当院の災害用備蓄医薬品87品目は、足立区から指定されている災害用備蓄医薬品一覧に基づいている。そこで、院内の多職種を対象としたアンケートを参考に、救急外来で汎用される医薬品や、被災地において救護活動で必要とされた医薬品の追加検討を行った。

【結果】非常時においてアクションカードを用いることは、その場に居合わせた誰もが、漏れなく現状把握を行う一助となる。処方から配薬までの流れを、医師や看護師など他職種に周知することは、円滑な薬剤の払出しにつながると考えられた。備蓄医薬品は、現在の医薬品リストにはなかった医薬品の追加や補液製剤の数量見直し、利便性向上のためにキット製剤の導入を試みた。

【考察・まとめ】今後も、災害時の業務手順を病院全体で共有し、他職種からの意見を取り入れ、非常時の業務について、計画・訓練・評価・改善を日々継続していく必要があると考えられた。

一般名処方マスタの追加・削除検索の一診術

○川奈部英洋

森山記念病院

【はじめに】平成24年4月以降、後発医薬品が存在する医薬品について一般的名称に剤型及び含量を付加した記載（一般名処方）による処方箋を交付した場合に、医療機関において一般名処方加算が算定できるようになった。厚生労働省は『処方せんに記載する一般名処方の標準的記載（一般名処方マスタ）』を通知し、随時更新している。平成28年6月に森山記念病院（以下、当院）は電子カルテを導入し、薬剤マスタ管理が薬剤部の業務となり、一般名処方マスタについても管理を行うこととなった。平成28年4月20日適用の一般名処方マスタにおいて、削除された医薬品があり変更点の照合作業に労力を要した。今回 Microsoft Excel®にて簡便に検索し、リスト管理を行う方法を作成したので報告する。

【方法】Excel®の関数数式を用いて厚生労働省が通知した一般名処方マスタの既発表分と新規発表分を比較することにより追加・削除品目を検索後、ソート機能により管理しやすいリストを作成した。

【結果および考察】一般名処方マスタの追加・削除品目比較作業が、Excel®シートを作成したことで容易に行えることとなった。本シート作成後、厚生労働省は平成28年6月17日適用の一般名処方マスタから新規追加項目は黄色マーカで表示し、また平成29年3月17日適用分からは備考欄に『同年4月1日以降は一般名処方マスタから削除される予定』の文言を表示するようになった。これにより以前に比べて追加・変更点を把握しやすくなったが、リストから変更点を抽出できる本シートを用いることで薬剤マスタ管理をより簡便に当院電子カルテ薬剤マスタに反映させることができると考える。

ワークライフバランス実現のための改善策と新たな試み

○笠原洋介、今溝裕貴、本間智之

米倉脊椎・関節病院

【はじめに】当院では全ての職場における時間外勤務の発生を極力抑えるように努めてきたが、一部の職場では恒常的な時間外勤務が生じていた。仕事と生活の調和を目指すワークライフバランス実現のために行われている様々な方法を参考にしながら、当院が実施し、また計画している事例について報告する。

【方法】長時間労働削減のために「ノー残業デー」「テレワーク」等の施策が実施されているが、病院職員にとって有効な方法は少ない。そこで、当院の休日数・有給休暇取得率・時間外勤務時間数を調査しワークライフバランスが実現可能な環境であるかを検証した上で、改善策や新たな試みの提案を目指した。

【考察】当院の年間休日総数は114日、有休取得率は72.7%といずれも医療・福祉業界平均値を上回り（平成29年）、平成30年の1か月の時間外勤務も平均8.9時間と民間調査機関の平均値より極めて少なく、ワークライフバランスの実現が可能な環境であることがわかった。さらに、以下の施策を実施した。(1) 医事課に1か月単位の変形労働時間制を適用し時間外勤務がピーク時の1/3に減少した(2) 諸届の書式変更により事務手続を効率化した(3) 土曜日の診療体制を見直しコスト削減と労働時間の有効活用を実施した（一部予定）。

【まとめ】ワークライフバランスの目的は仕事と私生活の双方を充実させることである。両者を分離させず相乗効果が得られる行動を目指すべきであり、そのためには、自分ですべての計画を立てる必要があるライフの過ごし方こそが重要である。今後も、職員がどう行動していくかを自分で考えていくことをサポートしながら、充実した職場環境の整備と職場風土の醸成に努めていきたい。

バックオフィス業務における生産性の向上～RPAの活用～

○北川美歩、石尾 勝、分須隆幸

信愛病院

【はじめに】医事システムから医業収益を会計システムに収益計上するために、人による多くの工数をかけており、確認作業をしても仕訳ミスが発生するといった問題がおきていた。また、会計システムにデータを受け入れる場合、占有処理が必要で、職員の作業の手を止めるか、誰かが残業して業務時間外に処理を行わざるを得ない課題があった。

【方法】医事と会計システムのマスターを整備し、医事収益データを会計科目に変換するエクセルを作成し、RPA（ロボティック・プロセス・オートメーション）を活用して夜中に会計システムにエクセルデータを自動で取り込む仕組みを構築した。

【結果】医事課が収益計上データ作成にかけていた工数は数時間が数分、経理課が仕訳作業にかかっていた時間はRPAと人の手から離れ、かなりの業務削減が可能となり、夕方以降に行っていた作業も不要となった。この仕組みを経理業務全体に应用することで、毎月約800枚手入力処理していた伝票が、半数に減少した。また、複雑で時間がかかっていた伝票を中心にRPAによって処理されたので、業務効率化しただけでなく、財務諸表の正確性も向上できた。

【考察】人材不足と言われる時代において、限られた人・物・予算の中で、いかに業務を効率化し、生産性を高められるかは課題である。システム構築にあたり、業務横断型のソフトウェアを導入することが望ましいが、既存のシステムが入っている場合は、連携に開発費がかかってしまい、そもそも連携が難しい場合も多い。各業務を円滑に連携・連結する際に、今後は人事システムや経費精算のバックオフィス業務の中にRPAの活用幅を増やしていきたいと考えている。

言葉による抑制（スピーチロック）に関する病棟スタッフの認識と実態

○川崎祐介

永生病院

【はじめに】昨年度、スタッフに「言葉による抑制（＝スピーチロック 以下SL）」についての実態の認識と、ケアの質の向上を図る為にアンケートを実施した。ある一定の効果があつたと考えるが、具体的な部分については不明確であつた。そこで、アンケートの内容を一部改訂し、SLについての勉強会も行うことで、昨年度よりもスタッフの意識改善・ケアの質の向上に繋がるのではないかと考えた。

【方法】スタッフに「SL」についてのアンケート調査を2回行い、それぞれの調査の間に勉強会を実施した。アンケートの内容は、「SLに関する言葉を使用したかどうか」、「SLをしてしまう理由」、「現在のケアの質はどうか」など10項目設定した。今回の調査の比較及び昨年の調査との比較検討を行った。

【結果】「意識の変化」について「変わった」との回答が増加した。「SLを無くす事ができるか」については「難しい」との回答が減少した。「SLをしてしまう原因」については今回新たに追加した設問で、1回目では「人員不足」との回答が多数であつたが、2回目では減少し「意識・知識不足」とした回答が多数となった。

【考察】2回のアンケート調査と勉強会を実施したことで、「SL」に対する認識を再確認することができたと考える。ケアの質についての点数化、SLの起因についてスタッフに回答してもらうことで、スタッフの内省が促され、前回よりスタッフの意識改善・ケアの質の向上の一助になったと考える。

【まとめ】「SL」を無くす事は難しいが、スタッフへの継続した意識付けを行なっていく必要がある。

甲状腺術後出血の早期対応に関する教育の取組み

○岡部紗香、西塚永美乃、中尾 梓、田中麻依子、天野ますみ、二階堂名奈、石澤 緑、杉野公則、伊藤公一

伊藤病院

【はじめに】甲状腺手術の術後合併症である術後出血は約1%の頻度で発生すると言われている。対応の遅れにより気道閉塞をきたすリスクが高く、死に直結する重大な合併症の一つである。甲状腺専門病院である当院では、年間約2,000件に及ぶ甲状腺手術を実施しており、2018年の手術件数は1,958件、そのうち術後出血による再手術は27件(1.4%)であつた。

第一発見者となりうる看護師の術後出血の早期発見と速やかな対応は、患者の生命予後に大きく関与する。今回、当院における術後出血に対する教育体制と取組みについて報告する。

【結果・まとめ】当院では手術室看護師はオンコール体制を採用している。そのため再手術時には、オンコール看護師到着までの手術室準備および手術対応を、病棟当直看護師が実施する運用となっている。しかしながら手術室勤務経験のない、あるいは手術室業務に不慣れたスタッフが対応しなければならない状況にある。

このような緊急な再手術に対応するための教育として、手術室勤務未経験者を中心とした手術室研修や、術後出血発見から再手術に至るまでの対応をまとめたDVDを作成することで、創部観察・アセスメント能力の向上、再手術対応能力の向上を目指している。術後出血による窒息など急を要する状況下では、病棟での開創を余儀なくされる場合もあり、救急カートの他に開創カートを整備し緊急時に備えている。

また、急変対応や再手術対応などがあつた場合、後日医師と看護師を含めた症例検討を行っている。再手術に至る対応で、何が必要だったか、足りないものは何か、医師・看護師の連携や動きについて時系列にし、行動を振り返ることで今後の課題を抽出することを目的としている。

手術室看護師セミナー開催の結果と課題

○鈴木将広

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、その数は全国の脊椎内視鏡手術の1割弱を占める。低侵襲な脊椎内視鏡手術は回復が早く、平均在院日数が7.1日と短期間の治療計画が可能である。また、当院は教育病院としての側面を持ち国内外から多くの修練医師を受け入れ日本の医療水準の向上に一助している。

当院の手術室看護師には、1日平均7件の脊椎内視鏡手術を円滑に進行させるための知識・技能が要求される。当院で実施している知識・技能を他院の手術室看護師へ開示することは、手術の質・日本の医療水準の向上になり得るのではないかと考えた。

今回行ったセミナーの方法と結果・課題について報告する。

【方法】

1. セミナーの期間は1日間とした
2. 内容は手術説明・症例紹介・手術見学・体験型講義形式での器械出し体験
3. アンケート調査対象7名

【結果】

1. 内容の理解 理解できた：100%
2. 内容は業務の役に立つか 役に立つ：100%
3. セミナー方法
 - (1) 手術見学：適切 85%、短い 15%
 - (2) スライド：適切 100%、
 - (3) 体験型講義：適切 100%
4. セミナー時間 適切：100%
5. セミナー満足度 平均 90%

【まとめ】セミナー満足度は平均90%であった。手術方法や症例患者の特徴などが手術見学前に理解できた事が高評価につながっていた。参加者は術間の時間短縮方法や体位の固定方法など手術進行に関わる事柄に対して興味を示した。

体験型講義は手術で用いた機器を使用し、触れる機会を提供することで機器への理解を促進した。しかし学習者観を捉えるための工夫がなされておらず参加者によってはセミナーが無益となってしまう可能性があり参加者の要件設定を作成するなど更なる工夫が必要である。

看護師の意識改革への取り組み

○鈴木史子、加藤清美

多摩リハビリテーション病院

【はじめに】当法人は時代のニーズに対応できるサービスを提供している。2025年に向け、国はサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進してきている。そのような医療情勢の中、看護師も組織支援と経営改善に取り組む事が求められている。当院でも地域の実情や特性に合わせ、多職種との連携を強化し退院支援を行っている。その取り組み結果と今後の課題を報告する。

【方法】情報共有と入退院状況の把握、在宅復帰率、医療必要度のコントロールを行う為、毎朝20分のベッドコントロールを行った。多職種と在宅へ退院するまでの計画を立案し定期的にカンファレンスを実施した。退院前には家屋調査やカンファレンス実施、自宅の環境を把握し看護の視点から支援をした。

【結果】病床稼働率は維持しており、医療療養病棟では在宅復帰機能強化加算の維持・医療度の確保が出来ている。また、自宅退院された患者は年々増加傾向であり、カンファレンスシートを用いて在宅への支援が出来た。

【考察・まとめ】地域での連携強化・情報共有を積極的に行い、入院の受け入れをしている。また、各病棟・多職種間で情報共有をし、ベッドコントロールをすることで稼働率の維持・医療度の確保が出来ている。家屋調査では看護師が参加をする事で医療と生活の両面から支援する事ができる為、在宅への不安がなく安心して退院する事が出来た。これからは一人ひとりの看護師が今後を取り巻く医療情勢を理解し、当院看護部での取り組みに対して意識の向上を図り、退院支援を継続していく事が重要である。

多様な働き方の看護師による外来チーム活動の取り組み

○都築なぎさ、小寺久子、岸田由香、
佐藤知子、小谷和枝、矢野正雄

南町田病院

【はじめに】当院外来は、一般外来に加え、ER および内視鏡検査等も全て外来看護師が担っている。職員は、夜勤可能な常勤をはじめ、日勤常勤、短時間常勤、非常勤など、多様な雇用形態で働いている。そのため、マニュアルの修正作業や業務改善などは、一部の常勤職員に偏りが見られ、外来職員全体で取り組む必要性を感じた。2018年度、その対策としてチーム活動による取り組みを行ったため報告する。

【方法】①外来職員を内科系・外科系など5つにチーム分け

②チームでマニュアルの改訂、各種チェックリストの作成や患者指導用紙の作成

③外来看護師にチーム活動についてのアンケートを実施

【結果】各種マニュアルを一新したことや、患者指導用紙やチェックリストの作成を行ったことで、スムーズな業務の遂行や新入職者への指導、統一した看護の提供を行うことができた。また、インシデントの再発防止策の検討や、業務改善が必要となった際に、各職員自ら取り組む姿勢も見られた。職員のアンケートでは、マニュアル作成や業務改善は外来全体で取り組む必要があると感じる職員の割合が大半を占める結果となった。しかし、各チームリーダーの負担が大きい等の意見も聞かれ、課題も明らかになった。

【考察・まとめ】多様な働き方をする看護師たちでも、それぞれの立場で組織の一員としての役割が求められる。今回のチーム活動を通じて、外来全体でマニュアル作成に取り組むことができたことで、各自が外来の一員として役割意識を高めるきっかけとなった。今後は、リーダー育成に努め、マニュアルやチェックリストを定期的に見直し、新入職員への指導の活用と、より統一した外来看護の提供に努めていきたい。

人工呼吸器から離脱し在宅復帰した超高齢者の症例

○小池 淳、金澤典子、小田和昌彦

相武病院

【はじめに】当院は終身の長期療養病院でありながら人工呼吸療法、人工透析などの治療や、胃瘻造設術、気管切開術などの処置を行っている医療機関である。脳血管障害や難病による人工呼吸器装着患者、合併症のため在宅療養困難な透析患者、重症慢性呼吸不全患者、さらにはそれらの複合疾患患者と患者層は多彩である。一方、社会では訪問診療などの在宅療養を支援する医療体制が充実し、最期を自宅で迎えたい、という意識の変化が起きている。その影響からか当院でも高齢で重症ながらも在宅復帰を希望するケースが5年ほど前から増加し始め、患者の入院目的が『終身の療養』であった当院にも変化が起きている。現在では入院患者全体の1/4強で在宅復帰を希望し、そのうち3割前後を支援し在宅復帰させている。今回は超高齢の人工呼吸器装着患者でありながら家族の強い希望により呼吸器離脱に成功し、在宅復帰を果たしたケースを経験したのでここに報告する。

【症例】絞扼性イレウス術後に誤嚥性肺炎発症し人工呼吸器管理となった症例である。前医で呼吸器離脱困難との判断で第52病日に長期療養目的で当院に転院した。脳CTに異常はなし。在宅療養の希望が強く、転院翌日より呼吸器離脱目的でリハ介入し、酸素投与下での離脱を20分間から開始した。途中、軽症誤嚥性肺炎を再燃したが、回復したのちに立ち上がりや歩行などを行い心肺機能の向上を図りながら離脱時間を延長し、結果として120病日に終日離脱可能となった。以後は移乗、トイレ動作、歩行などのADL向上リハを継続し、介護負担を減らした上で、第210病日に90歳2月にて長女宅に退院し、気管切開の状態在宅療養へと移行した。

認知症患者への対応にスローガンを活用した効果

○大川奈緒美、吉田裕子、山崎陽子、
市橋富子、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】高齢化率の高い北区にある当院の認知症ケアチームは、認知症患者が安心して穏やかな入院生活を送れるように、またスタッフの認知症ケア実践の定着、向上を目的に活動している。活動を通して認知症患者に対する理解や関心が深まり、認知症ケアの成果もある反面、個別性のある看護ケアの立案・介入に至っていない課題がある。今回、ユマニチュードの技法を意識したスローガンを掲げることで、認知症ケア実践の向上に取り組んだので報告する。

【方法】ユマニチュードの「見る」「話す」「触れる」の技法から、毎月異なるスローガンを作成し、院内で統一した対応が出来るように各部署に配布し掲げた。スローガンの効果の評価として年2回のアンケート調査を実施した。

【結果】「今までの自らの行動を振り返ることができた」「スローガンを意識して患者に接するようになった」とのスタッフの認知症患者に対する意識の変化と、「患者に笑顔がみられるようになった」「患者から感謝の言葉が聞かれるようになった」などの患者の変化についても効果が見られた。

【考察・まとめ】認知症患者への対応を理解していても、実践に結びつかないことがあった。スタッフが実践しやすいようスローガンを掲げ取り組んだことにより、行動しやすく意識した関わりが出来た。また対応後の患者の笑顔や表情、言葉の変化から成功体験が得られ、個別性のある認知症ケアに繋がると考える。今回はアンケートによる主観的な評価に留まり、評価方法に課題がある。スローガンの掲示は持続しており、今後は客観的な評価を行い、より個別性のあるケアの向上を目指し、継続して認知症患者への対応に取り組みたい。

多職種で関わる嚥下障害患者の姿勢について（一症例）

○山田真嗣、鈴木奈々、加藤麻里、
根城舞子、飯島月絵、鬼窪麻衣、
岡田七海、宮城春秀、河原 清、
矢野正雄

南町田病院

【はじめに】今回、多発性脳梗塞発症にて両側麻痺患者の食事摂取時に病棟看護師よりムセがある情報を受け療法士間での課題抽出を行い、病棟スタッフと共同し姿勢を中心にチームアプローチを試み改善した症例を経験した。そこで、本症例の姿勢に対するチームアプローチの取り組みに若干の考察を踏まえ報告する。

【症例】80歳代女性。診断名：多発性脳梗塞合併症：甲状腺機能低下症 要介護4取得嚥下機能として安静時湿性咳嗽あり。MWST：3b、RSST：2回であった。療法士は、姿勢・食形態・覚醒・道具操作など様々な要因の調整を行うことで、食事のムセが減少した。

【方法】入棟時より、時折ムセあるも姿勢の調整を行い回避できた。しかし、病棟看護師から再度ムセがあると情報を得て、看護師と共に評価を行い再度検討した。療法士と看護師間での食事摂取に必要な座位姿勢に対するポイントの情報整理、症例の姿勢調整を実際に療法士が行いながら情報を共有した。姿勢調整前と調整後での摂取カロリーや食事の状況を比べた。

【結果】入棟1週間前後の平均摂取カロリーは姿勢調整後に増えた。看護師は、食事前の姿勢調整、また摂食中の観察や姿勢変化時の調整を行った。症例は、自力で食事摂取しムセ・食べこぼしも減少した。

【考察・まとめ】今回、看護師へムセを防ぐべく姿勢調整を口頭のみで指導したが不十分であった。そこで、療法士と看護師と共同で、姿勢評価や修正後の変化、ポジショニングを体験し、療法士の視点をより具体的に伝えることができた。多職種連携において、療法士の専門的な視点を伝えるのに、口頭だけでなく同じ場で見て触り感触を共有することが重要と考える。

入院サポートにおける歯科衛生士介入の効果

○佐藤陽子、坂口由妃、飯田絵里、池田幸子、坂田朋美、洪澤 梢、佐藤桂子、小林幸恵、長束智晴、井出愛周、市川雄二

豊島病院

【はじめに】 当院では、2018年4月より総合患者支援センターが開設され、入院が決定した日に多職種が連携して入院サポートを実施している。入院サポートにおける歯科衛生士の役割は、全身麻酔下の手術患者に対して、口腔内スクリーニングを実施し、気管内挿管時の歯損傷等の事故発生リスクを軽減することである。全身麻酔における気管内挿管時の歯損傷事故発生率は0.1～0.3%との報告があり、当院でも年間数件の発生が確認された。今回、周術期の口腔トラブルの早期発見のために、業務フローを見直し、システムの構築を行った取り組みと効果を報告する。

【方法】 入院サポートにて、全身麻酔手術予定患者に対し、歯科衛生士が口腔内スクリーニングを実施する。その結果、歯科医師と連携し必要時は歯科受診をすすめていく。受診先は患者の状況とニーズに合わせ、当院歯科口腔外科または、かかりつけ歯科医院を選択し対応している。かかりつけ歯科へつなげる場合は速やかに受診できるよう、情報を提供していく。また、これらのシステムは患者にとって有益であったのかを患者アンケートを実施し評価する。

【考察・まとめ】 入院サポート開設から、2019年10月までの介入件数は1,590件、うち8.8%にあたる140件に全身麻酔挿管時に歯の損傷等の可能性がある口腔トラブルが確認され、口腔トラブルを有している患者は予想以上に多いことがわかった。しかし、歯科衛生士介入の結果、事故発生を0件に防ぎ、安全な医療の提供のサポートとしての効果が高いことが確認された。

さらに、患者アンケートの結果から患者満足度も高く、歯科衛生士が介入する意義は大きいと考える。

入退院支援室（入院サポート）の活動実績

○中村央子、小牧宏子、島田文子、上提香織、笠原由香里、新井 愛、澤 拓哉、藤井由加里、小林幸恵

豊島病院

【はじめに】 当院では入院前から在宅支援を見据え、多職種が協働し患者支援ができるよう平成30年4月に総合患者支援センターを発足し、入院前支援の活動を開始した。当センターは地域連携室、入退院支援室、総合相談室の3つの部門が連携し、多職種で患者の支援を行っている。入退院支援室の取組みと成果・実績について報告する。

【取組み】 入退院支援室では、看護師が中心となり予定入院患者の入院前面談を実施している。入院診療計画書に基づき、入院生活の説明を実施した。退院困難要因を回避するため、面談内容のリスクアセスメントを行い歯科口腔外科・薬剤科・栄養科・認定看護師・医療相談などの多職種へ介入を要請した。病床担当者とは、患者のADLや認知情報など入院ベッドの位置決定時に必要な情報を伝達した。

【成果・実績】 入退院支援室では、介入対象診療科では9割以上の患者に介入した。主な多職種への介入要請は、歯科口腔外科3割・薬剤科2割・栄養科2割に実施した。

入退院支援室の看護師がマネジメントし多職種・他部門と連携を行うことで、検査や手術前の中止薬・動揺菌の有無などが確認でき、事前のリスク回避ができた。入院前面談で事前に情報を得て対応する事は、医療安全や病棟看護師、患者の負担軽減に繋がった。患者の要望や、退院困難要因などの情報が病棟へ引き継ぎ、外来・病棟間の連携に繋がった。

【まとめ】 入院前から患者情報を聴取し多職種が共有・連携し、チーム医療を実施することで、退院困難の要因を早期に把握し介入することができた。病院の入口から出口まで切れ目のない医療を提供し、患者が住み慣れた地域でその人らしく生活できるように支援していく。

ワークライフバランス認定企業で働く病棟看護師の認識の実態

○江藤麻衣、平本由香、栗原静香

等潤病院

【はじめに】近年少子高齢化が加速する本邦において、働き方改革を推進するにあたり、高い規範と社会奉仕を意識する職業的専門家として業務を全うし、職場以外の場における個人の自由な活動や自己啓発を高めることも重要とされている。今後A病院の看護師のワークライフバランス（以下、WLB）実現を図ることで優秀な人材を確保でき、看護と対象である看護ケアの向上に繋がると考え、調査を行った。ここに報告する。

【方法】病棟看護師・看護助手31名にアンケート調査を行い、分析した。

アンケートの回答の中から内容を分析し、単純集計を行った。

【結果】WLBを言葉として8割は認識していたが、概念としての意味の理解、具体的な概念の理解は、日本看護協会の定義と相違がない内容であったが、回答率は4割程度であり、大半は漠然とした認識であった。

【考察・まとめ】WLBの認識の特徴として、意味を成す“概念”についての認識は、仕事と生活のバランスに関連する選択を半数以上が選択していたことは、内閣府や日本看護協会のWLBの定義と相違がない理解がされていると考えて妥当である。WLBの定義は多様性があり回答者が事前に設定した選択肢に回答の内容が偏ってしまった。

この研究では、WLBをどう理解しているのかを明らかにすることは困難であった。今後の研究では職務満足度、WLBの実現度を量的だけではなく、質的にもデータ収集し、それらを統合することが必要であると考えられる。

スキン・ケア減少への取り組み～皮膚保湿の重要性～

○中島裕貴、津賀満代、蛭名由美子、林文月、岸下結花、森松静、進藤晃

大久野病院

【はじめに】高齢者の皮膚の特徴として汗や皮脂の減少により皮膚の持つバリア機能が低下し乾燥が引き起こされる。また加齢により新陳代謝が低下し、皮膚の弾力性低下や皮膚の菲薄化がみられる。当院介護療養病棟入院患者の平均年齢は81.4歳と高齢で、以前より皮膚乾燥による掻痒や脆弱性によるスキン・ケアなどの皮膚トラブルに悩まされていた。そこで、H28年より皮膚の保湿強化に取り組んだ結果、スキン・ケア発生件数の減少につながったので報告する。

【方法】1. 皮膚保湿剤は使用頻度や量に制限のある薬品ではなく可能な限り市販のものに変更

2. 入浴後の手順に全身保湿を追加し、週2回の入浴後、皮膚トラブル予防目的のため入院患者全員に保湿クリームを塗布

3. 褥瘡に関する危険因子の評価に「スキン・ケア」が加わり褥瘡委員会を中心にスキン・ケアについての勉強会の開催

4. インシデント・アクシデントレポートの集計

【結果】1. 保湿剤を見直すことにより、保湿剤使用対象者の範囲が広がり手軽に保湿クリームを使用することができるようになった

2. 入浴後、保湿クリームを塗布する手順を追加する事により、皮膚乾燥が改善された

3. 勉強会の開催により、高齢者の皮膚の特徴を理解しケアを行なうようになった

4. 保湿強化の取り組み前後のスキン・ケアと思われるインシデントが減少した

【考察】入浴直後の水分を多く含んだ肌に、保湿を行なうことは、皮膚の潤いを保護し、乾燥を予防する事に効果的であると考えられる。また、高齢者の皮膚の脆弱化を改善し、スキン・ケアなどの皮膚トラブル減少に繋がった。今後も高齢者の特徴を考慮したケアを実践していきたい。

小児科病棟における PEWS の導入とその有効性の検討

○並木知佳、伊東加奈子、古藤直子、
上村義季、周戸優作、勝盛 宏

河北総合病院

【はじめに】 当院小児科病棟では、入院患児の急変の早期覚知と迅速な対応を目的として、小児早期警告スコアリングシステム Pediatric Early Warning Scoring System (以下 PEWS) を導入した。PEWS とは意識状態、バイタルスコア、呼吸様式などを点数化し、点数高値、上昇時はスコア測定間隔を頻回にすることで、患者の急変をよりすばやく客観的に把握するためのシステムである。導入後の PEWS の有効性を後方視的に検討した。

【方法】 2019 年 1-6 月に当院小児科病棟で PEWS スコアを経時的に記録した患者 443 名を対象とした。カルテレビューでスコアが前回測定値より 3 点以上の上昇を認めた（当院ではその場合に急変リストに挙げ、評価介入をしている）107 エピソードについて、介入の実際とその後のスコアの推移を明らかにした。

【考察】 対象の年齢中央値は 2.3 歳、入院日数中央値は 4.0 日、入院主病名は呼吸器疾患 49.0%、消化器疾患 12.2% の順で多かった。3 点以上上昇時点、6 時間後、12 時間後のスコアの平均値はそれぞれ 7.3、5.3、3.9 であり、有意に経時的な改善を認めた。107 エピソード中 78.5% は経過観察以外の介入があり、33.6% は看護師から医師への報告があった。45.8% では看護師による喀痰吸引やクーリングが行われ、高流量を含む酸素投与が 20.6%、薬剤投与が 19.6% で行われた。PEWS を用いることで適切な時期での評価と介入が行われ、スコア上昇後の病状のさらなる増悪を予防できた。またそれらのプロセスを医療者間で可視化、共有しやすい点でも PEWS は有効であると考えられた。

【まとめ】 一般小児科病棟において、PEWS は患者の急変察知と評価・介入に有用であることが示唆された。ただし、施設の規模や利用できる医療資源に合わせた適切な使用が望ましいと考えられる。

都病協版 CI の多施設共同調査における 4 年間の年次比較結果 1

○石濱裕規、小林 豊、横山 孝、
安藤高夫、荒川直子、池亀正敏、
山崎博光、玉置 薫、宮崎国久、
山口武兼

東京都病院協会 診療情報管理委員会

【目的】 回復期リハビリテーションにおける医療の質の向上と患者様への情報提供を図るため、開発を進めたクリニカル・インディケータ（都病協版回復期 CI）を用いた多施設共同研究より、回復期リハアウトカム評価導入の影響を検討すること。

【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。平成 28、29 年度分につき回復期リハ病棟を有する会員 10 施設より回答を得た。

【結果】 アウトカム指標のうち、各年の平均在院日数は 74.2 ± 14.3 、 71.8 ± 11.7 日（平均±標準偏差、 $n=9$ ）、FIM 効率（FIM 運動利得 / 平均在院日数）は 0.28 ± 0.07 、 0.29 ± 0.06 ($n=9$)、在宅復帰率は 82.4 ± 7.8 、 $83.9 \pm 6.3\%$ ($n=10$)、転出率は 10.9 ± 5.0 、 $11.7 \pm 4.2\%$ ($n=9$)、復職率（復職患者数 / 発症前就労患者数）は 29.1 ± 8.4 、 $31.4 \pm 10.6\%$ ($n=5$) であった。ストラクチャー指標として、各年度平均病床数は 65.9 ± 34.2 、 68.1 ± 33.2 床、各年共に回復期リハ病棟入院料 1 は 3 施設、同 2 は 7 施設、平均加算数は 1.8 ± 0.6 であった。脳血管疾患比率は 45.9 ± 13.2 、 $45.3 \pm 13.1\%$ 、退院時平均年齢は 78.1 ± 1.9 、 77.6 ± 1.6 歳、コメディカル病棟専従数 / 病床数は、セラピスト 0.26 ± 0.18 、 0.26 ± 0.16 (名 / 床)、看護師は各年共 0.39 ± 0.06 (名 / 床)、リハ専門医数は 1.26 ± 1.48 名、 1.51 ± 1.17 名であった（全て $n=10$ ）。プロセス指標として、リハ平均実施単位数（PT+OT+ST）は 6.9 ± 0.9 単位、 7.1 ± 0.6 単位 ($n=10$)、チームアプローチ件数は各年共 3.1 ± 1.0 件 ($n=10$)、全入院患者数で件数を除した退院前カンファ実施率は 0.80 ± 0.49 、 0.72 ± 0.45 (件 / 名)、同じく退院前訪問指導率は 0.35 ± 0.20 、 0.30 ± 0.17 (件 / 年、 $n=9$) であった。

【考察】 本発表 2 (次頁に掲載) を参照のこと。

都病協版 CI の多施設共同調査における 4 年間の年次比較結果 2

○石濱裕規、小林 豊、横山 孝、
安藤高夫、荒川直子、池亀正敏、
山崎博光、玉置 薫、宮崎国久、
山口武兼

東京都病院協会 診療情報管理委員会

【目的】 都病協版回復期 CI を用いた多施設共同研究より、回復期リハアウトカム評価導入の影響を検討すること。

【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。平成 26～29 年度分につき継続回答を得た 7 施設分のデータを評価した。さらに、ストラクチャー各項目を「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】 FIM 効率 (FIM 運動利得 / 平均在院日数) は、平成 26～29 年度で各 0.16 ± 0.08 、 0.16 ± 0.09 、 0.27 ± 0.06 、 0.27 ± 0.06 となり、平成 26、27 年度に比べ、平成 28、29 年度で有意に高値を示した ($P < .05$, $n = 9$)。FIM 運動利得は、各年度で 12.3 ± 6.4 、 12.5 ± 6.0 、 19.3 ± 4.9 、 18.8 ± 2.4 点、平均在院日数は、 78.6 ± 13.6 、 78.7 ± 9.7 、 71.5 ± 9.9 、 71.6 ± 12.3 日とそれぞれ平成 26、27 年度に比べ、平成 28、29 年度で有意な高得点、短縮を認めた。平成 26、27 年度共、アウトカム、FIM 運動効率は、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り、平成 27 年度は、FIM 運動効率と患者受入の間に有意な負の相関が認められた ($r = -.74$, $P < .05$) が、平成 28、29 年度では同傾向は認められなかった。FIM 運動項目入院時得点は平成 28 年度以降低値傾向を示した。

【考察】 平成 28 年度診療報酬改定による FIM アウトカム評価導入の影響により、平均在院日数短縮ならびに入院時 ADL の低い患者の受け入れ傾向が都内回復期リハ病棟で生じていることが示唆された。

「看護必要度・繁忙度表」を用いた看護主体の病床管理

○梅本健三、石井 暁

豊島病院

【はじめに】 当院では、緊急入院患者の迅速な受入れと適切な病床利用を目的に看護主体の病床ミーティングを開始した。

独自に作成した「看護必要度・繁忙度表」を用い、病床管理担当者と看護師長同士が話し合い、集中ケア室からの転棟や緊急入院受入れ順を決定している。当院の効率的な病床管理の取組みについて報告する。

【方法】 各部署の看護必要度適合率と業務量を可視化するため、毎朝 8 時時点の在院患者数、予定入院患者数、手術・ハイリスク検査数等を独自に数値化した「看護必要度・繁忙度表」を作成する。これを用いて 9 時半に全部署の看護師長が集まり、各部署の業務量の把握と集中ケア室患者の入退室調整、緊急入院受入れ順等を決定する病床ミーティングを 5 分程度で行う。

【結果・考察】 自他部署の状況を「看護必要度・繁忙度表」で可視化・共有することで、看護師長は自部署の看護必要度適合率や繁忙度を鑑みながら積極的に緊急入院受入れや助勤を申し出る姿勢が見られるようになった。また、病床管理担当が行っていた集中ケア患者の入退室調整、緊急入院患者の受入れ順等を事前に医師や看護師長同士で調整し、短時間のミーティング内で決定できるようになった。このことから本取組みは、効率的な病床管理に繋がっていると考える。

【まとめ】 当院の病床管理は、独自に作成した「看護必要度・繁忙度表」を基に、病床管理と看護師長が協働して看護主体の病床ミーティングを開催している。自他部署の状況を数値で可視化・共有することで、看護師長同士での病床調整や緊急入院調整が短時間で可能となり、協力体制が生まれている。

地域包括ケア病棟での離床への取り組みから生じた効果

○青山優美、綾部由香、本間美鳥、
藤井静香、前田芳子、佐藤 麗、
井上理美、小俣紀子、小谷和枝、
矢野正雄

南町田病院

【はじめに】当病棟は2018年9月より急性期病棟から地域包括ケア病棟へ編制となった。入院患者は、院内の急性期病棟からの転入が9割を占め、平均年齢78歳である。

急性期治療を終え在宅へ退院を目指す患者の多くは、ADLが著しく低下している。地域包括ケア病棟の看護師の役割について理解を深めつつ、退院へ向けて何が必要かを話し合い離床に焦点をあてた取り組みを行った。今回、その取り組みについて報告する。

【方法】対象：離床中の呼吸・循環が安定しており、リハビリにて30分程度の座位耐久性がある患者

方法：①離床対象者をカンファレンスで選出・個別でプログラムを作成

②レクリエーションの企画と実施

③看護師に離床・レクリエーションに対する意識の変化についてアンケートを実施

【結果】計画に沿って離床時間を延長していくことで座位保持が確立し耐久性が付き、3時間程離床できる患者が増えた。一事例としてADL全介助、拒薬・暴言が見られていた患者では、毎日離床してレクリエーションに参加することで、他者との交流が図れ、発語も増えた。その結果、自発性、活動意欲が向上し、日中はトイレで排泄が可能となった。

看護師へのアンケートでは、離床への働きかけの意識が向上したとの意見が62.5%であった。

【考察・まとめ】離床を継続することで退院に向けたADLの維持向上がはかれ、レクリエーションにより患者の自発性や意欲の向上など精神面へのアプローチにつなげることができた。また、退院に向けて離床の必要性を感じ、患者の変化を実感したことで、看護師の離床に対する意識、意欲の向上にも繋がったと考察する。今後も患者の状態に合わせた離床計画の実施をしていきたい。

全床地域包括ケア病床移行後の入退院の傾向について

○戸部民子

寿康会病院

【はじめに】当院は2018年8月より、一般・地域包括ケア病床ミックスの病床から地域包括ケア病床全床へ移行した。移行より1年が経過したため、移行前と移行後の入退院の傾向・入院日数等のデータを比較し、安定した稼働率を保つ為の対策を整理した。

【方法】2017年8月～2018年7月末まで（一般+地域包括ケア病床2ミックス）と2018年8月～2019年7月末まで（地域包括ケア病床1全床）の以下の数値を比較し、変化と傾向を比較した。

①入院患者数②病床利用率③一日平均患者数④平均在院日数⑤在宅復帰率⑥重症度⑦紹介入院件数⑧入院経路・退院経路の比較

【結果】一番大きく変化したところが⑧の入院経路で、前年度から比較して在宅からの直接の入院が19名→43名に大幅に増えた。次に当院から訪問診療に行っている介護施設・連携施設からの入院が66名→84名と増えている。

また、退院経路として一般病床への転院も+8名となっており、急性期病院への転院が必要と判断された場合にはスムーズに急性期病院への転院ができているという結果となった。

【考察・まとめ】地域包括ケア全床後の課題として、地域包括ケア病床60日期限の超過、重症度の低下、在宅復帰率の低下などが予測されたが、いずれも数字としてはクリアすることができた。地域包括ケア病床1の算定要件の1つである在宅からの入院患者を1割以上とする目標も病院全体で意識することによって達成することができた。

年間を通して安定的に患者数を獲得する為には紹介元の種別を増やすことと、自院かかりつけの患者を増やすこと、両方が必要と考察される。

病院救急車だからこそ出来る多様なケア

○永田聖哉、大橋聖子、金子翔太郎、常井 寛、徳丸希世子、田中尚樹、御子柴竜

南多摩病院

【はじめに】 当院では、「介護タクシー以上消防救急車未満」の患者をターゲットに、在宅患者の入院搬送や転院搬送に病院救急車を活用し急性期病院に限らず慢性期病院（お看取り、緩和ケア、レスパイトも含む）にも搬送し、地域包括ケアへの貢献や消防救急の負担軽減に取り組んでいる。

【方法】 入職後の平成31年4月から令和1年11月までにおける在宅患者の印象的だった症例をあげ、病院救急車に救急救命士と看護師が乗務する有用性について分析した。

【症例】 症例1：70代男性、虫垂がん・肝転移を併発し、黒色便の出現、腹水著明、歩行時の息切れがあり、緩和ケア目的で入院となる。自宅からの搬出時、レスキューシートによる搬出を考えるも、患者が玄関までは歩きたいと希望し、看護師と相談の上、バイタル安定、自宅内の歩行では息切れは見られないことから、玄関までは歩行にて移動とした。

症例2：70代男性、がんの全身転移により全身に痛みがあり在宅療養での疼痛コントロールが困難なため緩和ケア目的で入院となる。搬出経路が狭所かつ長距離でレスキューシートを選択せざるを得ない状況であり、また、搬送準備による体位変換で強い痛みを訴え、患者の負担や苦痛を軽減させるため、看護師が医師の事前指示に基づき、もともと処方されていた坐薬の鎮痛剤を使用し搬出した。

【考察・まとめ】 どちらの症例も救急救命士が患者搬送、看護師が患者管理と互いの強みを生かした判断により臨機応変に対応できた。特に症例2では搬出経路を加味し坐薬を投与しているため、病院救急車に救急救命士と看護師が乗務する有用性をより示せた症例と考えられる。

病院救急車の活用と現状

○竹内一貴、嶋崎陽平、原島健也、瀬之口真美、上野友理、鈴木茂利雄、古畑 謙、五十嵐裕章

河北総合病院

【はじめに】 平成25年2月より地域連携強化を目的として救急救命士が病院救急車の運用を開始し、主に転院搬送を行っている。対象は近隣病院・高次医療機関・診療所・関連施設・当院介入在宅患者であり、搬送件数は現在までに約3600件に上る。

【方法・目的】 近年の迎え搬送（当院へ救急搬送するもの）、送り搬送（当院から救急搬送するもの）の内訳と診療科別、入院率を抽出し病院救急車の有用性を図る。

【結果】 平成30年度の総搬送件数は607件であり、迎え搬送が394件、送り搬送は213件であった。迎え先として、関連施設19%、病院20%、診療所42%、在宅6%、老人介護施設12%、その他1%であった。診療科別は、内科68%、外科5%、循環器12%、整形外科7%、脳外科2%、耳鼻科1%、泌尿器科2%、小児科2%、産婦人科1%で、入院率は75.1%。診療報酬加算は救急搬送診療料2件、救急救命管理料29件であった。送り搬送の搬送先は、関連施設8%、病院81%、高次医療機関9%、在宅1%、その他1%。診療科別は、内科29%、外科22%、循環器7%、整形外科12%、脳外科15%、耳鼻科0%、泌尿器科2%、小児科8%、産婦人科5%。診療報酬加算は救急搬送診療料37件、また全体の平均年齢は73.2歳であった。

【考察・まとめ】 迎え搬送の約半数を診療所、在宅、老人介護施設が占め、病院救急車の認知度とニーズが高まっていると考える。特に高齢者の入院症例が多く、一定の集患に役立っていることから、地域と当院双方にとって有用だと考える。また送り搬送は専門治療を目的とした病院への搬送が8割以上を占め、微力ながら消防庁救急車の転院搬送の減少に貢献していると考えられる。今後も地域救急連携の一助となるべく病院救急車の特性を活かしていきたい。

病病・病介・病診連携強化に向けた 一般急性期病院 3 機関共同の取組

○外川朋代 1)、中野 彩 2)、湊 浩一 3)、
吉富若枝 3)、篠原明美 4)、南ちとせ 4)、
秋山陽子 4)

河北総合病院 1) 河北総合病院分院 2)
荻窪病院 3) 佼成病院 4)

【はじめに】2016 年度、一般病院入院基本料 1 を算定している杉並区内 3 医療機関で、「みんなで考えみんなでつくる地域づくりの会」を立ち上げた。地域包括ケアシステムにおける急性期病院機能発揮には入退院支援強化と地域連携推進が必須との問題意識から、地域における多職種連携を深めることを目的として、共同で運営している。

【方法】年 3 回、地域関係職種の課題や要望の抽出、取り組み紹介や事例検討、グループディスカッション等を重ねてきた。

【結果】2018 年度までは、急性期病院機能発揮のためには何が必要かをテーマとし、医療情勢に関する情報提供、各機関の取り組み紹介、事例検討等を通して、退院支援の在り方について協議した。問題意識や考え方には職種間・機関間で違いがあるが、「生活者であるその人らしさを大切に支援していく」という考え方は共通していることが確認できた。各職種各機関の役割機能を相互理解・活用し、時には職種・機関の壁を越えての協働が重要であることも共有した。そのためには、職種間・機関間で「その人らしさ」の情報を共有できることが大切であり、情報共有ツールを整備したいとの声があがった。2018 年度は、杉並区作成『医療と介護の連携 すきなみガイドライン』内の情報共有ツール改訂に向け、会として意見を届けた。行政機関関係者にもご参加いただき、ツールの様式や必要項目について検討し、結果として改訂版ガイドラインの一部として採用された。

【考察】所属や職種の垣根を越えて、まずは顔を合わせて語りあい、悩み、考えていく過程そのものが、実のある「連携」の土台となることを実感している。ご参加ご協力いただいた方々に感謝しながら、会を重ねていきたい。

介護天気予報図 (IoT) を用いた医療・ 介護・家族連携 / シェアリング

○東海林豊、樋浦裕里、小林春香、
玉村雄一郎、戸丸広一、山崎泰昌、
平林千佳

東京さくら病院

【はじめに】人生 100 年時代構想会議が開催される中、日本人の平均寿命は男性約 81.09 歳、女性約 87.26 歳になり超高齢化時代を迎える。人生のポートフォリオを組むために、いわゆる健康寿命が重要視され、ヘルステックへの期待が高まっている。EBM が医療界の基本的な考え方が、さらに発展し個人・患者の価値に基づいた Value-based care の重要性が注目されつつある。この意味から symptom monitoring をベースにした IoT を開発したので報告する。

【方法】観察する 10 項目に介護士がチェックをすることで 7 段階の天気予報に変換、介護も医療も視覚的に理解できる介護天気予報図に変換するシステムを開発した。さらにそれぞれの天気にあった判断と対応が自動的に表示される。一旦天気予報が報告されると、病院に e-mail alert が飛びそれに従って対処がなされるようになっている。さらに、家族にもアプリを通じて天気予報が示されるようになっている。このシステムを 2 病院と 16 介護施設で運用実証実験をした。

【結果】2019 年 3 月 1 日～2019 年 7 月 8 日の期間にて、報告件数：832 件であった。そのうち入院判定：153 件 (18%)、実際の入院加療：110 件 (13%) であった。さらに、病院で最期を迎えた方：33 人 (4%) であった。

【考察・まとめ】①今回のシステムによって、医療介護の連携がスムーズに運用できた。②天気予報という共通言語を用いることによって、国内で初めて介護－医療－患者家族間での情報シェアリングを実現できた。③データを集積することによって、未来の健康天気を予報する可能性が出てきた。

退院支援における看護師間の情報共有の取り組み

○増本奈々、佐藤友恵、佐川美代子、
安達延子

等潤病院

【はじめに】当院の回復期リハ病棟では、プライマリーの担当看護師が中心となり退院支援を行っているが、担当患者以外の退院支援の進捗状況を把握できない現状があった。そこで情報共有のツールとして独自の退院チェックリストを作成し、情報の共有を図った。チェックリストの活用状況についてアンケートを実施し、有効性を検証した。

【方法】回復期リハ病棟所属の看護師18名に対して、チェックリストを使用している情報共有についてアンケート調査を実施し分析した。

【結果】退院チェックリスト導入後、情報が分かりやすくなったかについては、「はい」89%、「いいえ」11%。退院までにチェックリストの項目を埋められているか、「おおよそ出来ている」70%、「出来ていない」30%。チェックリストの内容が退院支援困難な患者かどうかを判断する材料になっているかについては、「なっている」89%、「なっていない」11%。チェックリストに記入されている情報について看護師同士で情報共有をしたことがあるかについては、「ある」56%、「ない」44%。チェックリストの継続については、「する」100%であった。

【考察】チェックリストを導入後、情報が可視化されたことで患者の情報や家族背景が明確になり、退院支援が必要な患者の判断となった。また、チェックリストを活用することで適宜情報が更新され、患者の問題が明らかとなり、スタッフ間での情報統一を図ることが出来たと考える。しかし、チェックリストの記入が習慣化されていないことや、情報が更新されず退院に向けた進捗状況が分からないという課題が明らかとなった。今後はチェックリスト項目の内容を検討するとともに、記載の習慣化を図り、有効活用につなげていく必要がある。

透析中に行う運動の効果について

○磯部浩代、遠藤和枝、目黒 茜、
庄田美穂

南多摩病院

【はじめに】慢性腎臓病の治療は、「運動制限から運動治療へ」と変化し、サルコペニアやフレイルの予防・改善をはじめ、ADLの維持・向上が新たな治療法として期待されている。そこで、透析中に運動を実施し、その効果について検証した。

【方法】週3回透析をする患者8名に毎回透析開始1時間後、15分間の下肢挙上、股関節の開脚、殿部挙上の3つの下肢運動を2ヶ月間実施した。調査期間前後で、運動習慣(頻度)、必要性、自覚的身体変化についてアンケートを実施し、握力と血液検査データ(尿素窒素・クレアチニン)を比較した。

【結果】アンケートの結果、自宅での運動習慣(頻度)は低下したが、「運動は大事である」という意識を全員が持ち、透析後の自覚的身体変化は6名にみられた。その内容は、「自転車に乗るのが楽になった」「階段の昇降が軽くなった」等であった。握力測定、血液検査データでは有意差は見られなかった。

【考察・まとめ】「運動は大事である」という意識は深まったが、透析中に運動をしたことで、それ以外に行う運動に対しては希薄となり、自宅での運動習慣(頻度)は低下したと考える。しかし、自覚的身体変化がみられたことから、ADLの維持・向上が期待できる。握力測定、血液検査データに有意差が見られなかった要因としては、対象患者の人数や運動期間、時間が短かったことや運動負荷量が少なかったことが考えられる。今回の研究は、透析患者の運動に対する意識を高め、患者自身が運動の効果を感じ、ADLの維持・向上に有用であった。今後、運動負荷量や栄養指導を含めた他部署との協力を検討し、更に良い介入となるよう継続的な看護に取り組んでいきたい。

趣味に取り組むことによる患者の精神面への影響

○島崎貴弘

永生病院

【はじめに】当病棟では生活リズムの調整を目的とし、様々な日常生活支援を行っているが、入院生活の中で何もしていない、という空白の時間が多くある。低活動状態の時に、趣味に取り組むことでBPSDの出現を軽減し、精神面が安定した入院生活を送れるのではないかと考え、本研究を実施した。

【方法】HDS-Rにて認知症の疑いがある患者9名を対象に、1か月半趣味に取り組んでもらった。趣味への取り組みは、週4～5日とし、1回30分～1時間を目安に行った。趣味に取り組む前後にBPSDスケールを評価し、看護師へのアンケート調査を実施した。

【結果】BPSDスケール評価点は、趣味に取り組んだ後の方が、患者9名中効果がみられた患者8名は3点～18点低下し、平均値で8点の低下があった。看護師へのアンケート調査では、18名中16名に患者の能力や意欲の新たな発見があった。18名中14名に患者に対する関わり方への認識の変化があった。

【考察】趣味は自分の好きなことを行う為、患者が過活動や低活動にならず、心地よい活動傾向になると考えられ、趣味に取り組むことは、BPSDスケールの低下に繋がり、精神面に良い影響があると考えられる。看護師へのアンケート調査からは、患者の反応から得られた発見によって患者に対する対象理解が深まった。また、看護師の内省によって看護の関わり方を改善したいという意欲に影響を与えたと考えられる。入院生活の中で、患者の個別性に応じた趣味への取り組みを繰り返すことによって習慣化を図っていけると考えられる。

【総括】趣味への取り組みは、認知症患者であっても精神面が安定する。また、看護師の対象理解と認識の変化は重要である。

FIMを取り入れたADLカンファレンスの導入

○志方早苗、太田知美、前田陽子

品川リハビリテーション病院

【はじめに】A病棟は回復期リハビリテーション病棟であり、入院後に多職種で定期カンファレンスを行っている。A病棟では平成28年4月より機能的自立度評価表（以下FIM）にて日常生活動作（以下ADL）の評価を開始した。そこでADL回復を目的として同年10月より担当看護師とリハビリスタッフ（以下リハ）間で定期カンファレンス前にFIMを取り入れたADLカンファレンス（以下カンファ）を導入した。「できるADL」と「しているADL」のFIMを統計的に分析し導入の影響を報告する。

【方法】カンファ導入前後のリハが評価する「できるADL」と看護師が評価する「しているADL」のFIMを統計解析した。

【結果】入院時と退院時のFIMについて運動13項目をカンファ導入前後で分析した結果、導入前、看護師12/13項目、リハ11/13項目、導入後は看護師9/13項目、リハ6/13項目で退院時に有意なFIMの増加を認めた。入院後の経過比較では看護師は導入前後共、退院時に有意なFIMの増加を認めた。リハでは導入前は入院1ヶ月後、導入後では入院2ヶ月後に有意なFIMの増加を認めた。経過比較では看護師は導入前後共、退院時のみ有意なFIMの増加を認めリハでは早期に有意なFIMの増加を認めた。

【考察・まとめ】カンファにより、看護師が介助してしまう事が多かった項目においてADL拡大がみられた。経過比較では「できるADL」と「しているADL」との間に大きな違いが認められた。「しているADL」を「できるADL」に近付ける為、多職種で入院初日から退院後の生活を念頭に置いたカンファを行い目標設定する必要がある。また現在カンファは担当看護師とリハ間で行っているが他スタッフも持てる日常的なカンファの検討も必要である。

入院後大腿骨転子部骨折した高齢患者の転倒要因に関する検討

○小島菜花 1)、太田知美 1)、前田陽子 1)、阿部桃子 2)

1) 河野臨牀医学研究所
(品川リハビリテーション病院)

2) 東京医療保健大学

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟ではADLの拡大に伴い安全性と活動性の両立が求められる。入院前より転倒を繰り返す高齢患者がA病棟で2度目の転倒により骨折した。本事例を通し、A病棟における転倒予防ケアの実際を検証し課題を明らかにしたため報告する。

【方法】①患者B氏の入院から退院までを時系列にまとめる、②1回目、2回目転倒時のカンファレンス内容を分析する、③「生活リズムを整えるプロトコル」を基に必要なケアの分析をする、④今後の対策と課題を明らかにする。

【結果】1回目転倒では、患者の目的行動の有無には着目しておらず行動を制限する対策を主としていた。2回目の転倒では<看護計画の内容の査定><情報共有システムの見直し><患者の転倒時の行動・言動への着目>に主眼を置き、患者の行動パターンや行動目的を重視した。その後「ケアプロトコル」を用い生活リズム障害の検証を行った。結果、入院から退院（転倒に伴う転院）までの期間中<活動耐性ケア><生活リズムの影響薬剤使用に伴うケア><認知機能の補完・活用ケア><混乱の改善に向けた環境調整ケア>の必要性が明らかとなった。

【まとめ】1. 多職種転倒カンファレンスは、それぞれの情報を共有することで患者の活動性やパターンを把握できる。変化していく患者の状況に合わせた対応をしていく上で必要である。2. 転倒リスク評価を実施する際、現状の評価方法に加え高齢患者の状況に沿った評価項目や評価時期の設定が必要である。

3. 「生活リズムを整えるケアプロトコル」を使用することは、入院時や変化する患者に生活リズム障害の有無や要因はなにか評価しケアプランに組み込むことに有効である。

甲状腺疾患専門病院におけるメディカルツーリズムへの取り組み

○鄭 君、伊藤公一

伊藤病院

【はじめに】当院は甲状腺疾患専門病院として1937年の創業以来、「甲状腺を病む方々のために」の理念のもと診療活動に徹底している。そこで該当疾患の性質上、外来診療の比重が高く、60床の小規模入院施設ながら、1日平均約1,300人、年間延べ37万人以上の外来患者を診療している。受診患者の90%以上は採血と超音波検査の2者を持って診断可能であり、独自のIT技術を駆使し、即日診断に繋げている。

【考察】昨今、ビザ緩和の追い風も受け、多国籍の患者が受診することを想定し、甲状腺に対する正確な情報を発信すべく英・中・韓・ロシア語のホームページや疾患ごとのリーフレットを構築。そして2011年には中・韓国語をネイティブに話せる人材が、医療通訳として常勤参画し、増加の一途をたどる外国人患者に対応してきた。更には2015年、医療通訳1名、2019年には英語の医療通訳1名増員した結果、2018年度の外国人受診回数は2000件以上ともなった。

しかし、外国人患者増加の背景にはミスコミュニケーション、未収金などの様々なリスクも潜んでいる。そこでコミュニケーショントラブル回避のため、診察時提供した全ての通訳内容を診療録に、日本語にて詳細に記録し、「医療通訳サービスに伴う通訳についての同意書」を交わすなどの工夫も施し、更には院内表示の多言語化に向けて英、中、韓国語の4ヶ国語での案内表示を追加している。

【まとめ】段階的に構築してきたこれらの医療通訳業務は、院内外でも広く周知され、当院国際医療室の存在感も次第に高まってきたものと自負している。

今後も甲状腺疾患専門病院、民間病院ならではのフレキシビリティを活かしつつ、外国人への診療サービスを、国際医療室を介して積極的に提供していく所存である。

病院ボランティア取り組みについて

○仲嶺雄太、坂井典子、遠藤智美、
澤田匡宏、國分 太

日の出ヶ丘病院

【はじめに】当院は2019年4月に東京都初である病院併設型介護医療院を開設。介護医療院は医療・介護の生活を提供することを機能とする。そこで当院の「日常の風をもたらす」というボランティア理念の基、生活の場をより感じて頂くため、様々なボランティア活動を展開している。中でも図書ボランティアは毎週1回、手押しワゴン車に様々な本を乗せて各居室を訪ね、ベットサイドで本の読み聞かせや、本の貸し出しを行っている。今回は当院独自の図書ボランティア活動が介護医療院に与える影響を報告する。

【目的】より良いボランティア活動を提供する為、入所者様、ご家族、介護医療院の職員よりアンケートを実施。さらなる図書ボランティアの活動の向上を目指し、入所者様が充実した介護医療院生活を送れることを目的としている。

【考察】現在介護医療院では図書ボランティアを主体として行っているが、今後は図書ボランティア以外の活動も取り入れ、演奏やレクリエーションのボランティア等を更に集うことで、入所者様やご家族に介護医療院を利用して良かったと思えるような体制を考えている。

【まとめ】アンケートを行うことで看護師、介護士、ボランティアがチームで入所者様に寄り添う事により、入院生活をより充実させる効果があることが分かった。

当院における大規模震災訓練の取組みの実際と課題

○高橋宏明、福田 晃、鷹野秀明、
野田彰浩、藤井由加里、梅田ルミ、
齋川圭子、佐藤伸子、高橋良平、
新妻なな美、松澤弘志、樋口優也

豊島病院

【はじめに】当院は災害拠点病院であり、病院全体で大規模震災訓練（以下訓練とする）を毎年実施している。その訓練の取組みの実際と課題について報告する。

【方法】訓練は地震発生直後から災害対策本部（以下本部とする）設置、院内被害状況を基にした医療救護活動等の意思決定、模擬救護活動を行っている。今年度は、時間外の発災を想定し本部長を上席当直医師が務め、紙カルテ・紙オーダー帳票類の円滑な運用を目標とした。訓練前に災害総論講習会、トリアージ講習会、外傷初期診療の講習会、机上訓練を実施し、訓練参加者にイメージ付けを行い、訓練本番時はDMAT隊員がオブザーバーとして適宜助言を行い、訓練後に自由記載形式アンケートを実施した。

【結果・考察】アンケート結果から訓練前の講習会や机上訓練は「訓練本番のイメージ付けに有用で、流れを把握することが出来た。」などの意見が多かった。昨年度の訓練と比較し、本部への情報伝達や入院伝票などの流れがスムーズになり紙帳票類の運用が改善された。これは訓練前の講習会や机上訓練の効果と言える。しかし、本部における状況判断、指示や意思決定に時間を要した。本部長が上席当直医であっても、迅速に判断を行えるような基準をあらかじめ整備しておくことが必要であると考えられた。

【まとめ】病院は24時間365日稼働し、その4分の3は休日・夜間である。おのずと院長以外の当直医師が本部長になる可能性も高くなる。迅速な意思決定をするための、判断基準の整備に取り組むことが今後の課題となる。

東京都認知症介護指導者として役割

○奈良田敬

永生会
(永生病院)

【はじめに】令和元年6月にまとめられた認知症施策推進大綱において、認知症介護指導者が介護従事者の認知症対応力向上という役割を担うことが記載された。認知症介護指導者は介護実務者に対する指導的立場として養成されているが、自身の直近の取り組みに基づき、改めて認知症介護指導者ができることについて考察する。

【活動内容】令和元年度、講師として下記の活動を行った。

- ・東京都認知症介護実践者研修（6回）
- ・東京都認知症介護実践リーダー研修（2回）
- ・八王子市社会福祉協議会ボランティア向け講座（5回）
- ・八王子市認知症介護基礎研修（4回）
- ・日本版BPSDケアプログラムアドミニストレーター研修

【考察】

- ・認知症介護実践者研修は各回約80人が参加し大変盛況である。講座の需要は高く、指導者の更なる拡充が求められる。
- ・施設等でのボランティア希望者が認知症の方と初めて接する場合、多くは戸惑いを覚えるため、研修等による事前の理解が不可欠と考えられる。施設が個別に取り組むよりも、社会福祉協議会等で集約することで効率的なボランティア育成が可能となる。
- ・介護従事者のみならずボランティアや市民に対しても認知症の知識やコミュニケーション方法を伝えていくことは、地域包括ケアシステムの促進に有効だと考えられる。行政や社会福祉協議会等との連携が必要であるが、こうした講師としても認知症介護指導者の知見は活用できると考える。

【まとめ】認知症介護指導者の活動は介護職を対象とした研修講師が主ではあるが、その知見は地域の人材育成等にも貢献できると考えられる。地域資源の拡充や地域包括ケアシステムの促進に繋がられるように、今後も取り組んでいきたい。

彼女たちと働いて ～フィリピン人雇用の現状と展望～

○糸川貞良

愛和病院

【はじめに】厚生労働省の発表では2025年に253万人の介護職員が必要になる見込みだが、38万人の介護人材が不足するとしている。この深刻な人手不足の打開策のひとつとして愛育会では外国人職員を雇用して来た。その経緯と現状、今後の展望をまとめ考察した。

【雇用状況】雇用数21名・退職数9名・在職数12名

【教育・工夫】定期的に勉強会を実施。帳票類にローマ字とカタカナを追記し、患者留意点をピクトグラム化した。早期理解、誤認対策、ストレス対策、安全対策に繋げている。業務終了時には日誌を活用し彼女たちの理解範囲を共有した。現在は彼女たちのリーダーが申し送り事項を専用のファイルに記入し情報共有している。

【一緒に働く上での留意点】日本人職員に対し彼女たちの文化や習慣、雇用目的を説明し協力を得る必要がある。日本語の理解力が低い事を意識した指導が必要。また解釈のズレが生じ、お互いにストレスを感じる事があった。

【セールスポイント】高齢者を敬う気持ちが強くやさしい。笑顔で元気な挨拶が出来る。一生懸命に働き丁寧でマメ。高齢女性に対してもおしゃれへの気づきがある。

【展望・考察】今後も彼女たちの力が必要不可欠になるが、更なる高みを期待し、ラダーシステムの活用、資格取得支援による知識向上、フィリピン人チームの構築などに取り組みたい。それにより彼女たちは愛育会にとって重要な人財になるであろう。しかし彼女たちに頼ってばかりではいけない。人材不足の根源でもある低賃金と介護職のネガティブイメージを自分達で脱却するため新しい一歩を踏み出さなければならないと考える。

当院における睡眠関連検査の現状

○馬場 円、高野小百合、柴崎恵美、
末永晴香

河北総合病院

【はじめに】睡眠時無呼吸症候群（以下 SAS）は日中の活動に影響を及ぼすだけでなく高血圧や心血管疾患の循環器疾患の発症につながるといわれている。当院では循環器内科（以下循環器）を中心として2015年3月から、簡易検査の陽性者を対象に睡眠ポリグラフ検査（以下 PSG 検査）を行い、SAS の確定診断を実施している。当院における睡眠関連検査の結果について報告する。

【対象・方法】2017年1月から2018年12月までに実施した簡易検査835例、PSG検査71例について無呼吸指数（以下 AHI）を用いた SAS 重症度分類で循環器依頼と他科依頼によるマン=ホイットニ検定を行い有意差の検定を行った。

【結果】簡易検査の循環器依頼は572例、うち軽症223例、中等症139例、重症75例、他科依頼は263例、うち軽症68例、中等症69例、重症101例であった。PSG検査の循環器依頼は28例、うち軽症3例、中等症9例、重症15例、他科依頼は43例、うち軽症10例、中等症16例、重症16例であった。検定の結果、簡易検査では他科依頼の陽性例が有意に高かった（ $P=0.00$ ）。一方、PSG検査では有意差はみられなかった（ $P>0.05$ ）。

【考察・まとめ】簡易検査の循環器依頼のうち97%はスクリーニング検査であるため軽症例が多く、他科依頼は検査目的が SAS 疑いを対象としているため重症例が多い結果となったと示唆される。一方、簡易検査で陽性例を対象とした PSG 検査では循環器依頼と他科依頼との間に中等・重症例の差はみられなかった。しかし、循環器疾患においてはスクリーニング目的で簡易検査を行うことで、潜在的な SAS 患者の検出に貢献すると考える。

転倒防止を考慮した患者と共に考える 目標設定の検討

○佐藤夏鈴、谷内加代子、小山直美

等潤病院

【はじめに】腰椎後弯の脊椎固定術後、リハビリテーションを強化する中で、指導の理解が得られず転倒を繰り返した事例があった。そこで、患者と看護師間での目標や、そこに至るプロセスに相違があるのではないかと考え、患者と共に計画を作成し実施した結果、転倒予防となり更に活動意欲の向上へと繋がった取り組みをここに報告する。

【症例】A氏70歳代女性、夫と死別、長女・次女夫婦と同居。入院前はADL自立。腰椎後弯に対して前方固定術後、自宅退院を目標にリハビリテーション目的で、一般病棟から地域包括病棟へ転棟した患者である。

【経過】A氏に対し術後早期リハビリテーション介入し、コルセットの装着・四点杖歩行の指導を行い、自立での入院生活を過ごしていたが、1週間後の夜に転倒。その後ナースコール指導したが守れず、更に5日後に再転倒。患者自身の判断による行動の結果が転倒した原因と気付いた。お互いの目標にズレがある事に気づき、患者と共に考える目標を設定し介入した結果、1ヶ月後には危険な行動がなくナースコールでの報告が可能となり、転倒することなく意欲向上やADL拡大が図れ、自宅退院へ運ぶことが出来た。

【考察とまとめ】本症例は指示を守れず繰り返して転倒する患者に対し、患者の考えを組み入れた目標設定を立案することで指示理解の取得に有効であったと考える。看護計画は患者の目指す目標に立ち替わりお互いにすりあわせ共有することが目標達成において重要と考える。

安全な病院を目指して ～医療看護支援ピクトグラム活用の試み～

○八谷邦光、和田香菜絵、富岡祥子、
井野 威

寿康会病院

【はじめに】当院では年間を通してインシデントレポートの約4割が転倒転落に関わるものである。安全な入院生活を送るためには、移動手段や介入方法を明確にし、転倒リスクを可視化する事が必要と考えた。医療支援ピクトグラム（以下ピクトグラム）を職員間の情報共有や患者、家族とのコミュニケーションのツールとして活用する事を始めたので報告する。

【方法】ピクトグラムの導入にあたり、院内の全職員を対象に4回の勉強会を開催した。ピクトグラムの使用目的、カテゴリーと種類、表示する場所、作業手順、記載例を含め表示する際の注意点等を伝えた。勉強会で上がった意見も改善に加え、現場からの新たな意見も聞ける準備をした上で運用を開始した。

【結果】勉強会だけでは、ピクトグラムの使用目的や表示手順等を理解し運用する事は難しく、適宜見直しが必要となった。転倒のインシデント総件数の減少は見られなかったが、患者の移動能力の把握不足による転倒の発生は見られなくなった。さらに、入院時のチェックリストにピクトグラムを追加することで、もれなく表示が行えるようになり、多職種間での患者情報の共有がスムーズに行えるようになった。

【考察・まとめ】ピクトグラムを多職種で活用し、入院患者の安全に取り組む体制が整いつつある。患者のより安全で安心できる環境を作るためには、病院全体で取り組む継続的努力が必要と考える。

医療安全に関する当院での取り組み

○倉崎 誠、小林宏彰

永生病院

【はじめに】当院のリハビリテーション（以下リハ）部は、病棟、種別毎にチームを編成している。中でも回復期リハ病棟のチームは経験の浅い職員の割合が多い。リハの専門性への関心に比べ、医療安全に関心が低い傾向がある。しかし、リハにおいても医療安全の意識を高く持つことは重要なことと考え、今年度から新たな取り組みとして医療安全ラウンドチェックを実施したため報告する。

【方法】対象は回復期リハ病棟のチームに所属のリハ職員22名、検者は固定の1名で、項目は当院の医療安全推進委員会の医療安全ラウンドチェックを採用。患者離院時や急変時の対応など8項目の12問。業務時間内に毎月1回実施した。

【結果】全問正答者が開始時は0人だったが、6ヶ月経過した現在は20人/22人であり、残りの2人においても正答できなかったのは1問のみであった。また、問われてから回答を終えるまでに要する時間が月毎に短縮され、誤答への正解のレクチャーの時間が削減し、全項目の所要時間が開始時の一人当たり約4分から、現在は約2分となった。

【考察】チェック体制として所要時間の負担なく行うことができ、回数を重ねるに従い、さらに負担を減らせたことは良い点であると考え。所要時間の短縮は、緊急時の咄嗟の判断が必要な場面で反射的に応じられる可能性につながるものと考え。正答率は、毎月のチェックを反復することで一定の効果は得られたが、医療安全ラウンドチェックは、職員の全員が全問正答であるべきことに対して6ヶ月での達成に至らなかったことが課題であり、取り組みの継続や追加の工夫が必要と考える。

インシデント調査からみた安全 カンファレンスの課題

○照屋千夏、今村 文、佐々木春奈、
木村美穂、橋本かおり、中越純子、
矢野正雄

南町田病院

【はじめに】自部署は重症患者や救急患者を24時間受け入れ、平均在棟日数5.4日（2019年4～9月実績）の病棟である。2016年からアセスメント不足により引き起こされるインシデントを防止するために安全に視点をのぞいた安全カンファレンス（以下カンファレンス）を導入している。今回カンファレンスの充実を図ることを目的に、過去のインシデントを調査した。その結果から、明らかになった課題を報告する。

【方法】①2015年4月から2018年3月までの「チューブ類の計画外抜去」・「転倒・転落」に関連したインシデントを調査した。②さらに全体の約6割を占める部署歴2年以内と新卒で入職した卒後3年以内の看護師が起こしたインシデントを集計・分類した。

【結果】カンファレンス導入後「チューブ類の計画外抜去」件数は2016年度が19件、2017年度は22件あり、卒後3年以内と部署歴2年以内の看護師が約8割を占めていた。「転倒・転落」件数は2016・2017年度ともに5件発生しており、そのうち部署歴2年以内の看護師が関与した「転倒・転落」事例は約6割だった。背景要因として危険予測を個人の判断で行い十分な予防策がとられていなかったことがあげられていた。

【考察・まとめ】インシデントの減少には至らず、カンファレンスの方法を見直す必要がある。現カンファレンスでは患者の現状報告が主であり、元のADLや治療の影響、部署特有の療養環境等を考慮した情報共有とアセスメントを行うことが課題である。経験があっても不慣れな時期、または慣れて目が離れた段階では重点的にその傾向をふまえた声かけや指導を行うとともに、この調査結果を部署全体の安全意識の向上、他職種との連携につなげていきたい。

転倒・転落リスクに対する家族説明の 導入とその成果

○上田千鶴

河北総合病院

【はじめに】A病院の2017年度転倒・転落等によるアクシデント発生は16件であった。そこで翌年、転倒・転落低減に向けた活動（入院時全患者を対象に実施する「転倒転落アセスメントの評価結果に基づく転倒リスク患者に対する家族説明」と、活動を定着させるための定期的な「実施率調査」等）を行った結果、一定の成果があったので報告する。

【取り組み】実施期間：2018年4月～12月。方法：転倒リスク患者への説明書の見直し（説明者・説明を受けた者の署名欄の設定）と変更に関する説明会開催後、2018年6月4日より運用を各病棟で開始。開始後、手順通り実施できていることを確認する為の調査を4回実施（12日、1カ月、2カ月、6カ月）。調査結果は実施率として、グラフ化し考察を現場にフィードバックし定着を働きかけた。

【結果】実施率調査：12日後病棟平均60%、1カ月後82%、2カ月後95%、6カ月後95%であった。2018年度転倒・転落によるアクシデント発生は6件（転倒転落発生率2017年24%から2018年21%）。運用変更後に転倒した入院患者・家族からのクレームは0件。転倒転落関連の賠償金額は前年比94%減。

【考案】実施率から判断し活動は定着しつつある。定期的な調査と結果のグラフ化およびフィードバックがその結果を導いたと考える。クレーム低減は、確実に説明することで説明する側・受ける側の双方に責任感が生じたと推察する。以上のことから転倒後のクレーム等が抑えられたと考える。

【まとめ】取り組みを定着させる事が重要である。そのためにPDCAの管理手法が有益であり、変更内容が形骸化する事なく定着することを学んだ。

はじめての医療安全対策地域連携

○谷川典子

森山記念病院

【はじめに】当院は、2018年10月に、医療安全対策加算1の届け出を行い江戸川区の東京臨海病院（医療安全対策加算1）と、関連病院である森山脳神経センター病院（医療安全対策加算2）と医療安全対策地域連携を行なうことになった。

お互い手探りで実施までに行った作業と、実際地域連携を行ったことで、感じたことを述べ、まだ実施していない病院にぜひ連携をお勧めしたい。

【方法】連携病院の選定は、総務部が感染防止対策地域連携で連携病院となっている東京臨海病院にお声がけした。また関連病院の森山脳神経センター病院と連携。当院は地域連携としては、一番シンプルな2施設と連携を組む形でスタートした。

その後、医療安全管理者同士で医療安全評価の訪問日程、参加メンバー、連携シートについて、メールや電話で話し合い2019年2月、3月、8月に実施した。関連病院との実施には、オブザーバーとして東京臨海病院の安全管理者の方に参加して頂いた。

【結果】医療安全対策地域連携を行ったことにより、当院の状況を把握することができた。頂いた評価や他院で見ていただいた安全対策は、当院の今年度の活動に大変役だった。また、医療安全管理者同士が、知り合いとなったことで、継続して安全管理の対策について相談しできるようになったことが大きな収穫となった。

【考察・まとめ】近隣の地域なので、同じ患者さまが受診している場合も多い。

これをきっかけに地域で連携し、情報を共有し、協調していけたらよいと思う。

回復期病棟におけるデイルームでの見守りの効果について

○半澤千秋、今津飛鳥、小池 妙、大久保静香

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】当院では入院患者の70%以上が認知機能低下・高次機能障害などにより、身体機能は改善しても見守りや介助を必要とする患者が多い。リハビリ終了後もデイルームで過ごし、安全を確認しつつ見守りを行っている。本研究では当病棟での転倒・転落のみに関するインシデントレポートを集計したところデイルームでの転倒・転落が42.1%、ヒヤリハットは54.6%と多いことが分かった。そこで見守りに対する手順の周知・改善を行い、看護要員への意識を再確認したことで転倒・転落インシデントが減少でき見守りの効果を得られたので報告する。

【方法】平成29年4月から平成30年3月までのインシデント・ヒヤリハットの報告内容から転倒・転落件数を抽出。平成30年4月から看護要員へ見守りに対する手順の周知・改善を行った。看護要員に入職時と平成31年3月の計2回見守りについてアンケート調査を行った。

【結果】見守りに対する手順の周知・改善や看護職員への意識付けを行ったことでデイルームでのインシデントは23.5%、ヒヤリハットも23.4%へ減少した。

【考察・まとめ】開院当初に作成した見守りの手順が、看護要員へ十分に周知されておらず、見守りの途中でデイルームを離れる事が多かった。そこで、「①リハビリ後に患者はデイルームに戻る。②デイルームの患者対応は他要員へ依頼する。③転倒リスクの高い患者はすぐ対応できる範囲にいること。」以上を徹底したことによりインシデント・ヒヤリハットの減少につながった。今後はこの体制が維持できるようにしていきたい。

床上安静患者の褥瘡とベッド・除圧枕の角度について

○中島亜弓、山崎健一、前川 萌

一成会木村病院

【はじめに】当病棟には障害者病棟の特殊性から、床上安静の患者さんが多く入院している。皮膚トラブルのリスクが高く、現在入院患者37名中5名の褥瘡患者さんがいる。だが、当病棟では褥瘡がある患者に対する適切な体位が統一されていなかった。そこで今回褥瘡がある患者を対象とし、ベッド・除圧枕の角度の関係について研究を行った。

【方法】褥瘡学会ではベッドの角度は30度以下が褥瘡予防に良いとされており、側臥位時では体の向きを30度にするると体圧が分散され骨突出部に圧力がかかりにくいとされている。これを基に褥瘡のある患者Aに対し、ベッドの角度は常に30度、側臥位時の除圧枕の角度は常に25度（25度で、体の向き30度を保つことができるため）で統一し、2か月間研究を行った。研究途中で褥瘡の悪化がみられ、ベッドの角度を20度へ変更したところ改善がみられた。患者Aの結果を得て、他の褥瘡患者B、Cに対しても同様にベッドの角度30度、30度側臥位で2か月間研究を行った。

【結果】患者Aはベッドの角度30度では褥瘡の悪化があり、20度では改善がみられた。患者B、Cはベッドの角度30度で褥瘡の改善がみられた。

【考察】今回の研究結果を通して、ベッドの角度30度、30度側臥位がすべての患者さんに適応しない事がわかった。このことから患者さんの全身状態に加え、褥瘡発生に影響を与える様々な要因を観察し把握した上で、それぞれの患者さんにとって適切な角度を見つけていくことが重要であると考えられる。今回の研究結果を指標の一つとし、他の患者さんも全身状態や体型・骨の突出具合などをよく観察し角度調整を行いながら、褥瘡予防や改善に活かしていきたい。

身体抑制期間短縮への取り組み～継続研究～

○細川 綾、高橋知里

調布病院

【はじめに】急性期のA病棟では、高齢者の患者が7割を占めており、安全に治療を行うためには身体抑制をせざるをえない現状がある。しかし、身体抑制は出来る限り早期に解除し必要最低限とすることが求められている。今回、4点柵とミトンを対象を絞り使用期間短縮を目的に研究を行った。

【方法】期間：平成30年8～10月

・身体抑制に関するアンケート調査、勉強会の実施

・チェックリストの作成

・カンファレンス方法の統一

【結果】4点柵の使用は6.1日間の短縮となったがミトンの使用期間は5.9日間増加した。スタッフへのアンケート結果では意識の変化について「あった」との回答が87.5%得られた。

【考察、まとめ】4点柵については、サイドレール受けの使用提案によりベッド中央に柵を設置することで、3点柵へ変更後もベッドからの転落事故はなかった。そのため、4点柵は不要となり使用期間短縮に繋がった。また、3点柵で十分に転落防止ができることが分かった。ミトンに関しては、主な使用理由の点滴自己抜去予防の他に、胃管挿入者が増えたことで自己抜去による侵襲を考慮し、予防的に使用するケースが使用期間増加の要因と考える。カンファレンス方法を統一したことで、身体抑制の必要性だけでなく解除の判断や解除方法に重点が置かれ、多面的な評価と活発な意見交換が行われるようになった。スタッフの意識も変化し、不必要な身体抑制の解除への関心が持たれるようになった。今後も抑制期間短縮に努めるためには、具体的な解除方法や代替案の提案、カンファレンス内容の共有、定期的な勉強会の実施、医師との更なる情報共有と検討、患者家族を巻き込んだケアの模索が必要である。

アームカバー着用による静脈留置針の自己抜去防止

○斉藤圭子、大浦裕子、臼井貴彦

平成立石病院

【背景】

当院は地域密着型の急性期病院である。疾患急性期にある入院患者においては静脈留置針による末梢点滴管理が施行されることが多いが、入院せん妄や認知症を有する患者においては自己抜去が問題となる。身体抑制は患者の不快感や倫理性などの問題があり、アームカバーの着用が自己抜去の防止に有効であるかを検討し身体抑制のない看護へ繋げていきたいと考えた。

【目的】

静脈留置針の自己抜去の防止におけるアームカバー着用の有効性を評価する

【方法】

平成30年7月15日から10月15日までの3か月間において、急性混乱の看護計画を立案し点滴加療を行った入院患者29名に対して、静脈留置針が留置されている腕にアームカバーを着用し自己抜去の発生状況を調査した。また調査に参加した病棟看護師17名から記述式で感想所見を得た。

【結果】

自己抜去した患者は29名中5名であった。アームカバー着用を実施しなかった期間と比較し自己抜去の発生率は減少する傾向がみられたが有意差はなくアームカバーの有効性を実証するには至らなかった。防止効果があったと感じている看護師は17名中11名であった。

【考察】

自己抜去の防止においてアームカバー着用は通常的身體抑制に比較し患者の不快感は軽く、また事前の説明同意が不要であり身體抑制の代替手段として検討する余地はあると考えられた。

装具カンファレンス導入前後でのFIM実績指数の比較

○大瀧翔吾、川口慎哉、海老原洋平、永島正一

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】当院の脳血管入院患者の装具作製および選定を円滑にするにあたって、装具カンファレンス導入の有効性とそれによるFIM実績指数の改善度について比較・検討した。

装具カンファレンスは臨床経験年数の浅い療法士に対し、複数の理学療法士が装具作製に関する助言・指導をする場として導入した。入院から1ヶ月程度の患者の歩行を分析し、装具の必要性の有無、装具の種類、作製時期を検討した。

【方法】開院から3年間の脳血管入院患者でBrunnstrom stage IV以下の患者131名を対象とし、装具カンファレンス導入前1年半および導入後1年半の装具作製件数、発症から装具完成までの日数、装具作製患者・非作製患者のFIM実績指数・在院日数を両群間で比較した。また、当院の理学療法士に装具カンファレンスを導入したことに対する意見調査をアンケートにて行った。

【結果】装具カンファレンス導入前後の2群間において装具作製件数、発症から装具完成までの日数に有意差は認められなかった。しかし導入後では在院日数が6.4日短縮し、FIM実績指数においても42.7から51.9へと大幅な改善を認めた。

【考察】装具カンファレンス導入後は装具完成までの日数に変化は見られなかった。しかし適切な装具作製が可能になったことで在院日数の短縮、FIM実績指数の改善に繋がったと考えられる。

【まとめ】装具カンファレンスを導入したことで療法士間の意見交換が増え、臨床能力の底上げにもつながった。アンケート結果では、他の理学療法士の意見を聞ける、装具選択を考える機会が増える、客観的に考えやすいといった良い意見も出たが、業務量の増加、装具カンファレンスの実施日を決めにくいという意見もあり、今後の改善点に繋げたい。

片麻痺患者の歩行再建に繋げる上肢介入の検討

○藤本勇太、小林 豊

品川リハビリテーション病院

【はじめに】歩行中のアームスイングは、骨盤の回旋運動に対抗する運動モーメントを生みだし効率を高めるために重要であると考えられている。しかし、脳卒中片麻痺患者では亜脱臼や関連する疼痛によりアームスイングが阻害され、歩行に負の影響が生じると推測される。よって理学療法士目線から上肢機能の違いや特徴が歩容にどのような影響を与えるかを調査した。

【方法】回復期入院中の片麻痺患者1名。マイクロストーン社製体幹2点歩行動揺計 THE WALKING を用いて、小型無線モーションセンサを体幹（第6胸椎部）と骨盤（仙骨後面で両上後腸骨棘を結ぶ線の中央）に取り付けた。10mを快適な速度で歩行し、Otto Bock社製上肢懸垂用肩関節装具オモニューレクサプラス（以下、ON装具）装着時と非装着時における体幹と骨盤の重心動揺、及び歩行速度を計測した。重心軌跡は歩行開始時より3周期目から5区間分の重心移動距離を平均化して算出した。

【結果】体幹では非装着時左右幅248mm、上下幅40mm、軌跡長496mm、装着時左右幅205mm (-43mm)、上下幅37mm (-3mm)、軌跡長407mm (-89mm)であった。骨盤では非装着時左右幅180mm、上下幅35mm、軌跡長372mm、装着時左右幅170mm (-10mm)、上下幅37mm (+2mm)、軌跡長349mm (-23mm)であった。10m歩行速度は非装着時28.1秒、装着時26.5秒であった。

【考察】ON装具を用いることで、肩関節は良肢位（肩関節外旋位、肘関節軽度屈曲位、前腕回外位）に保たれ自然歩行に近いアームスイングの出現と重心動揺の減少、速度向上に至ったと考えられる。脳卒中片麻痺患者へのON装具使用は、歩行時のアームスイング再現と効率向上への寄与が示唆された。

脚長差を有する片麻痺患者への理学療法の治療経験

○大内康平、檀尾正樹、三宅英司、都丸哲也

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】脳卒中患者の脚長差が歩行に与える影響とその治療経験に関する報告は、我々が渉猟しえた範囲では見当たらない。今回、3.0cmの脚長差を有した右片麻痺に対して、インソールによる補高と歩行練習で歩容の改善を認めたので報告する。説明と同意は、書面を用いて行った。

【症例紹介】60歳代男性。X年Y月に左基底核梗塞を発症し右片麻痺を呈した。Y+3カ月に回復期病院を退院し、当院で通院による理学療法（2回/週）を開始した。理学療法評価は、棘果長（spino malleolar distance：SMD）が右76.5cm/左79.5cmであった。Brunnstrom recovery stageは下肢V、Modified Ashworth Scaleは下腿三頭筋1+、ROMは股関節伸展0°、足関節背屈-5°、屋内外は独歩で自立していた。歩行観察では、回復期病院で1.0cmの補高を行っていたが、遊脚期での膝関節屈曲角度の減少などを認め、「歩くときに膝が曲がらない」という訴えがあった。

【経過】理学療法は、歩容の改善を目的とし徒手療法と歩行練習を実施したが、著明な改善は認めなかった。そのため、回復期病院で作成した1.0cmの補高に加えて、0.3cmと0.5cmのインソールで補高し、それぞれの歩行で評価と歩行練習を実施した。その結果、0.3cmの補高にて、「膝が曲がりやすくなった」と発言があり、歩行観察においても遊脚期の膝関節屈曲角度の増加を認めた。

【考察】脚長差を有する片麻痺患者に対して補高と歩行練習の併用による理学療法は、歩容の改善に有効である可能性が示唆された。

トレッドミルと運動療法を併用し歩行誘導が可能となった症例

○吉仲 透、宮原聖治、黒川亜里紗、
宮原英詞

葛飾リハビリテーション病院

【はじめに】橋梗塞を発症した症例では自立歩行が困難な事が多い。歩行自立を目的に、動作獲得に向け不安定な体幹を保持できる免荷式トレッドミルと運動療法を併用することで良好な成績が得られたのでここに報告する。

【症例紹介】70歳代女性で発症前は独歩可能であった。橋梗塞発症後2ヶ月経過時点の評価では、長下肢装具装着下の歩行は中等度介助レベルであった。

評価時の Berg balance scale (BBS) は21点、stroke impairment assessment set (SIAS) は31点であった。

【方法】①臥位にて骨盤後傾位から股関節伸展活動を行い、立位にて骨盤が前傾にならないようにモビライゼーションを実施した。

②右体幹の筋力低下による側屈姿勢を徒手で引き上げ、右臀部に荷重を乗せた中で起立を実施した。

上記①②によるアライメント修正の準備を行った上で、免荷式トレッドミルにて股関節伸展を促し、長下肢装具装着下に歩行を実施した。

この際、免荷の油圧を0.14Mpaに設定し、両側の体幹の伸展を保持しつつ両下肢への荷重を促した。速度・時間の設定は本人の耐久性に応じて変更した。

【結果】本手技の介入後、BBSは21点から35点。SIASは31点から47点へと改善した。麻痺側下肢の随意性が向上したことで、T字杖と短下肢装具を用いて自室からリハビリ室間の歩行が軽介助で可能となった。

【まとめ】運動療法を行ったことで、免荷式トレッドミルで補いきれない股関節の伸展・足底の柔軟性を獲得出来た。

一方、徒手での歩行介助では補えなかった、歩行時の右腹部・胸部の屈曲への修正、免荷式のトレッドミルを使用することで、両側の腹部を均等に保持、受動歩行を行う事が出来た。

運動療法・トレッドミルを併用し、実施した事で歩行能力の向上に繋がったと考えられる。

高齢者の歩行能力に対する足関節運動の有用性

○田中祐衣、佐藤直美、椛島祥子、
齋藤 整

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】屋外歩行の獲得を目標とする患者の多くは、歩行速度が低下しているケースが多い。工藤・佐藤らによると、若年者のパフォーマンス向上に対し Eccentric Calf Raise (以下：ECR とする) が有効であるといわれている。ECR とは足関節背屈位から足関節最大底屈運動を繰り返す運動をいう。また、ECR での下腿三頭筋の収縮動態は歩行時の筋動態と類似性が高いと報告されている。高齢者は歩行時の立脚終期から前遊脚期で踵離れが低下し、歩行速度が低下しやすい傾向にある。そこで今回、在宅復帰を目標とし、屋外歩行能力の獲得が必要とされる65歳以上の入院患者を対象に、ECR の効果について検討した。

【対象】病棟内歩行自立度が監視レベル以上である65歳以上の高齢者で足関節の底屈・背屈運動が可能な入院患者(歩行補助具の有無を問わず)。

【方法】評価項目として、足関節底屈・背屈可動域、下腿最大周径、Timed Up & Go Test (以下：TUG とする)、10 m 歩行テスト、歩容の観察を行った。歩容の観察方法については、ビデオカメラで前額面と矢状面を撮影した。ランドマークは両側肩峰、両側上後腸骨棘、第7頸椎棘突起、第10胸椎棘突起、両側大転子、両側腓骨頭、両側外果、両側第5中足骨底とした。以上を2週間毎に評価し、結果を比較した。運動内容は1日2回のリハビリテーションプログラムの中でECRを15回×2セットとし週6日を1か月継続して行った。今回の、ECRとは前足部のみを階段の上に乗せ、足関節の底背屈を繰り返す運動とした。また運動後、歩容や歩行速度にどのような変化が見られたのか、その結果について文献的考察も用いて報告する。

長期入院から在宅復帰ができた事例 ～療養病床からの在宅復帰を目指して～

○酒田 怜、今瀬千秋、小林美紗妃、
濱崎安現

愛和病院

【はじめに】療養病棟とは、主として長期療養を必要とする患者を入院させるものである。今回パーキンソン病、慢性腎盂腎炎を呈し、長期入院を要した患者を担当した。在宅を想定したリハビリを実施し在宅復帰可能となった症例を報告する。

【事例紹介】A氏、70代男性。パーキンソン病（Yahr IV）、慢性腎盂腎炎の診断を受ける。日常生活動作は自宅内伝い歩きにて自立。また慢性腎盂腎炎により、バルーンを留置。入院時の状況としては、立位時体幹前傾で小刻み歩行、トイレ内下衣操作軽介助レベル。家族は妻（主介護者）、姉（要介護4）、母（要介護4）の4人暮らし

【問題点】在宅復帰に向けた問題点として、自宅内伝い歩きでの移動、排泄時の下衣操作、食形態、妻の介護負担が大きいといった要因が挙げられた。

【経過】リハビリ介入初期では、基本動作練習を中心に実施。中期、後期にかけては自主トレーニング量、リハ介入頻度を増加した。リハビリでは在宅での日常生活動作を想定した模擬動作練習を中心に介入した。STは、適宜食形態を上げて家族への指導も併せて実施した。

【結果と考察】在宅復帰可能となった要因として、自主トレーニング、模擬動作練習、段階的な食事練習を実施したこと、本人のリハビリテーション意欲が高く介入頻度を増加したこと、また家族の希望に沿う為に家族指導を実施したことが挙げられる。それらにより、上記に問題点として挙げたADL動作の能力向上に繋がり、在宅復帰可能になったと考える。

通所リハビリテーションにより生活範囲が拡大した症例

○眞家彩栄、安藤達也、三宅英司、
金子弘樹

介護サービススマイル永生
(永生病院)

【はじめに】右視床出血により左片麻痺を呈した症例に対し、通所リハビリテーション（リハ）での介入で生活範囲の拡大を認めたため報告する。

【症例】症例は69歳女性、X年Y月にA病院に搬送、右視床出血および脳室穿破と診断され保存的に加療した。2週間後にリハ目的でB病院へ転院しY+3月に退院した。Y+4月から公共交通機関を利用しての外出を目標に、当通所リハ利用開始となった。

【理学療法と経過】利用開始時、Range of Motion:ROM 股関節伸展 0° 、膝関節伸展 -5° 、Brunnstrom recovery stage:BRS 下肢V、Modified Ashworth Scale:MAS 膝関節伸展2、Berg Balance Scale:BBS 54/56、歩行立脚期に膝関節屈曲位の歩容を呈し、10m 快適歩行速度 0.98m/秒であった。日常生活活動は自立だが、外出に対して不安があるとの発言があり、Life Space Assessment:LSA 38/120であった。リハは下肢ストレッチや歩行練習を中心に実施し、リハ会議では家族の協力による外出の促し方法等を検討した。介入1ヶ月後、身体機能は改善したが、LSAは変化を認めなかった。そのため、リハ会議にて実際の生活環境での屋外歩行・買い物評価等を実施した。介入3ヶ月後、身体機能（ROM 股関節伸展 10° 、膝関節伸展 0° 、MAS 膝関節伸展1+、BBS 55/56、10m 快適歩行速度 1.04m/秒）と、LSA 75/120の改善を認め、公共交通機関を利用して外出も可能となった。

【考察】身体機能への直接的介入と、実際の生活環境での評価は生活範囲の拡大に有効と考える。

老健における移乗動作向上の為の取り組み

○朝井秀晴、吉田 梓

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】在宅介護をする上で、移乗動作の介助に負担を感じている介護者が多い。在宅復帰を目指す施設として、先行研究で移乗動作能力の向上に向けた集団体操を実施したが、移乗動作能力の著明な向上には至らなかった。そこで、当施設のマシントレーニングのレッグプレスに着目し関連性を調べた。

【対象および方法】移乗動作が完全自立から中等度介助レベル、身体機能面および認知機能面においてレッグプレスが実施可能な10名とした。移乗動作の評価はFIMを用いた。レッグプレス実施前後にダイナモメーターで膝伸展筋力を測定、BMIを考慮し筋力体重比を指標とした。実施負荷は最大筋力の60%とし、回数は15回1セット、頻度は週3回とした。結果の検定方法はWilcoxonの符号付順位和検定、Mann-WhitneyのU検定を行った。

【結果】集団体操に加え、レッグプレス実施により膝伸展筋力体重比と移乗動作自立度の変化を検証したところ膝伸展筋力体重比において有意な数値を得られた。しかし、移乗動作自立度においては有意な数値は得られず、今回は膝伸展筋力体重比と移乗動作自立度との関連性は高いとは言えない結果となった。

【結語】最大筋力に合わせた負荷設定を行う事で、基礎となる下肢筋力向上が認められた。さらに環境調整や、多職種で介助方法を統一したことで、生活場面で移乗動作が見守りから自立に介助量軽減が図れた方もいる。反省として、移乗動作自立度に関しては対象者を拡大し追跡することと、今回除いた生活動作の要素に対する新たな取り組みも考える必要がある。今後も、介護老人保健施設という性質上、在宅復帰を視野に入れ、多職種と協働し生活リハビリテーションを提供していく必要がある。

3Dプリンタによるスプリント作成の試みと展望

○郡司 聖

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】スプリント療法は一定の効果が確認されているが作成技術やコストの面から敬遠されることも多い。当施設では3Dプリンタを用いることで、より簡便に、且つ時間的・金銭的コストを低く抑えて作成することができた。その方法を紹介する。

【作成方法】

- ①対象者の手を写真に撮り画像ファイルを3D-CADに読み込む
- ②3D-CADでスプリントの平面形状を作る
- ③スライサーを通してGコードに変換する
- ④3Dプリンタで出力する
- ⑤ドライヤーで加熱し対象者にフィッティングする

【結果】対象者へのフィッティングは10分以内で可能であった。材料費はおおよそ100円程度であった。

ホームエクササイズと生活場面での使用を通して握力が増加した症例があった。

【考察と展望】生活期では、退院後の生活状況の変化に伴い、必要な生活動作と手の機能との間に溝が生じることがある。その溝を埋める方法としてスプリントは有効であり、3Dプリンタを使うことで、作成技術やコストという問題を解決できる。

また、Wen-Dien Changらは、慢性期の脳卒中患者に対して動的スプリントを用いたホームプログラムの有効性を報告しているが、症例数の少なさ、長期フォローアップの欠如といった研究上の限界も指摘している。生活期にスプリントが普及すれば治療効果の検証もより容易になるだろう。

また、デジタルデータである利点を生かせば、形状のデータベース化やICTを利用した作成も可能になるであろう。

【おわりに】3Dプリンタを用いることで生活期へのスプリント療法の展開が容易になる。長期フォローが可能となることでその治療効果も明確になることを期待したい。

運動失調を呈する患者の食事自力摂取獲得に向けた取り組み

○出雲耕生、小林宏彰、荒谷知子、
林 芳弘、平賀美友、橋出秀清

永生病院

【はじめに】回復期病棟では、しばしば嚥下機能低下、座位バランス低下によって食事に介助を要する例を散見する。今回、運動失調と嚥下機能障害を呈した橋出血患者に対して、多職種で連携を取り食事自力摂取を獲得したため報告する。

【症例】70歳代、男性。橋出血発症後2か月で当院回復期病棟へ転院。顔面神経麻痺、嚥下障害、右上下肢の運動失調、深部・表在感覚は重度鈍麻。日常生活動作全般で最大介助レベル、食事動作は全介助、HOPEは一人で食事をするのであった。

【経過】介入開始時、座位時の姿勢崩れと食事時の取りこぼし、誤嚥リスクがあった。本人の退院後の生活やHOPEから食事自立を目標とし、食事時の姿勢崩れの改善をチームの共通の課題とした。リハビリは運動療法の中で座位バランスを高め、看護師は食事を介助しながら誤嚥しない姿勢の保持・修正を促した。入院2か月で介助下での受動的な食事は安定したが、能動的な場面になると体幹が前傾し取りこぼしと誤嚥が見られた。そこで、再度チームで問題点と方法を検討した。主治医よりクラビクルバンドを使用して車いすと体幹を固定し、体幹伸展位で食事動作を促す提案があったため、家族に了承得た上でリハビリにて姿勢・動作を確認、看護師と設定を共有し、病棟生活に導入した。姿勢崩れを修正した中で食事動作を行うことで体幹の垂直保持が可能となり、動的な場面での姿勢崩れが改善した。食事時の誤嚥も改善し、入院5か月でクラビクルバンドなしで自力摂取が可能となった。

【まとめ】カンファレンス等を通して、本人の希望や退院後の生活を踏まえ課題を共有し、各々が多面的に協働することによって課題の解決に繋がったと考えられる。

維持期病院における経口摂取可否の予測因子に関する検討

○恩田直哉、岩田誠也、小笠原摩美、
瀬戸清恵、天坂厚太、内藤健太、
中本健治

多摩リハビリテーション病院

【目的】維持期病院である当院では摂食嚥下訓練を希望する患者が多く、経口摂取可否を迅速に予測することが求められる。先行研究として、高柳ら(2013)による急性期病院における経口摂取に關与する予測因子の報告がある。しかし維持期病院による報告は少なく、2016年より3期に分け計画し開始した。1期では経口摂取の可否に關与する予測因子について検討した。本研究は2期として経口摂取不可群と経口摂取可能群間で有意差が認められた項目について、経口摂取可否のカットオフ値を検討した。

【対象】2017年9月から2017年12月の期間に当院に入院し、経口摂取が未実施かつ言語聴覚療法が介入している患者85例(男性43名、女性42名、平均77.6±11.7歳)。原因疾患は脳血管疾患46例、神経変性疾患21例、その他18例。

【方法】対象者の評価は各月に実施し、全データを経口摂取未実施群109例と1食以上の経口摂取をしている経口摂取群84例の2群に分けた。検討項目は、RSST、MWST、FT、FIM、MASAとした。カットオフ値の検討は項目ごとに経口摂取群と経口摂取不可群の人数と群内での割合から行った。

【結果】FIMでは運動項目、認知項目、FIM合計とMASAの項目では意識、協力、唾液、口唇閉鎖、舌の動き、舌の協調運動、絞扼反射、口蓋、食塊のクリアランス、咳反射、咽頭相、MASA合計においてカットオフ値を明らかにすることができた。

【考察】本研究では、維持期病院の入院患者で経口摂取不可能と判断できるカットオフ値を設定することができた。しかし、評価点は低くても経口摂取可能な患者が含まれる項目も確認された。2019年6月より継続研究として、臨床でこれらのカットオフ値を用いて経口摂取可否予測の有効性を確認している。

超高齢化社会における三宅式記憶力検査
～ 80 歳台平均値の検討～

○鈴木ゆりの、桑原沙妃、岡田紘平、
櫻井靖之

花と森の東京病院

【はじめに】東京都 23 区の中でも高齢化率の高い地域を医療圏とする当院は高齢患者の割合が多い。今回、高齢者の機能評価や予後予測に活かすため、当院入院中の 80 歳台の患者を対象に三宅式記憶力検査（東大脳研式記憶力検査）の平均値を求め、その傾向を検討することとした。発表について対象者全員に書面にて説明し同意を得た。

【方法】X 年 1 月～X+1 年 11 月に当院入院中の 80 歳以上の患者で、長谷川式簡易知能評価スケール 21 点以上かつ脳血管障害の既往がない 21 名（平均 84.4 ± 2.9 歳）を対象とし、当院の言語聴覚士 2 名で検査を行った。

【結果】全体の平均は有関係対語にて I 6.9 ± 2.6、II 8.4 ± 1.6、III 8.4 ± 1.7。無関係対語にて I 1.0 ± 1.6、II 2.2 ± 2.1、III 3.7 ± 2.2。80 歳台前半は有関係対語にて I 7.8 ± 1.8、II 8.8 ± 1.5、III 8.4 ± 1.3。無関係対語にて I 0.8 ± 1.6、II 2.7 ± 2.2、III 3.8 ± 2.6。80 歳台後半は有関係対語にて I 5.6 ± 2.9、II 7.9 ± 1.6、III 8.4 ± 4.1。無関係対語にて I 1.2 ± 1.6、II 1.7 ± 1.9、III 3.6 ± 2.1。

【考察】結晶性知能の「語彙」は 60 歳頃まで上昇し、その後ほとんど低下しないが、流動性知能の「処理速度」「推論」「記憶」は加齢に伴って低下すると報告されている（ソルトハウス, 2004）。今回の値と石合が提唱している老年期（68.1 ± 6.5 歳）の値の比較を行うと、施行数を重ねる毎に正答数は増加傾向となるが、老年期に比べ正答数の低下を認めた。

また、80 歳台前半に比べ 80 歳台後半の正答数が低いという傾向がみられ、加齢に伴う流動性知能やワーキングメモリの低下による影響が考えられる。加齢に伴う変化を考えると適切な評価のためには高齢群の平均値を指標とすることが望ましいのではないかと。評価の指標として今後も研究調査を継続していきたい。

高次脳機能障害者の就労支援に関する
一考察

○工藤美和、工藤弘之、小林庸子、
進藤 晃

大久野病院

【はじめに】当院では就労支援として①身体・精神機能評価とリハビリテーション、②勤務先との調整、③社会資源の情報提供、④就労支援機関との連携、⑤その他を実施している。2 事例を通じ当院の就労支援の取組みについて考察する。

【事例紹介】症例 A は注意障害、記憶障害、遂行機能障害を呈し、他院退院後に当院外来リハビリテーション（以下、外来リハ）を開始。徐々に活動場所に地域資源も利用しながら他院退院後約 24 ヶ月で就労移行支援事業所へ通所、その後、障害者雇用で一般企業に就労することとなった。就労後も外来リハは月 1 回の頻度で継続中。その主な内容は生活面や仕事に対する疑問や不満の聴取と対応方法の検討を行っている。症例 B は注意障害を呈し、当院退院後に外来リハを開始。退院後約 8 ヶ月で復職となった。復職は段階的に進められ上手く復職できたようにみえたが病前に自分自身が感じていた「完璧にできる自分」から現在の「完璧にできない自分」への変貌に戸惑いを隠せない状況であり、外来リハ担当者へ就労状況の報告が都度あった。現在も就労は継続している。

【考察】両症例ともに雇用契約を伴う就労までには時間がかかり、また、就労後、就労を定着させるための支援が必要であった。就労に繋がるケースの多くは自身の高次脳機能障害と向き合い、自分自身に起きている課題を把握しその対処方法を獲得していく。しかしながら病前の自分と現在の自分との狭間で揺れていることが多い。よって就労支援は就労したところまでではなく、就労後の気持ちの揺れに対しても外来等での心理支持的リハビリテーションを行うことが重要である。今後はその確立を院内で行っていく。

ISO9001 マネジメントシステムを導入した業務の質改善への取り組み

○塩谷純子、宮崎直子、真原章郎、
岩楯 靖、増瀬則也、杉野公則、
伊藤公一

伊藤病院

【はじめに】当院では2010年にISO9001（以下、QMS）を病院の質向上のため導入した。QMSは顧客満足を高めることを目的としており、QMS認証取得施設のうち医療及び社会事業での認証は371件である¹⁾。当院では病院機能評価の「業務の質改善への継続的な取り組み」で謳われている「定期的に病院全体の課題を体系的に評価する」ために、QMSの内部監査を活用している。また新たな医療を提供する際には、QMSの設計・開発の考え方にに基づき、新規医療サービスとして検証を行い、安全に導入している。その活動について報告する。

【方法】①内部監査は2010年より年2回、2018年からは年1回実施した。対象は全17部署、4委員会であり、内部監査チームは医師を含めた全ての部署から役職に関係なく任命した。②分子標的薬治療導入の際には新規医療サービス計画書に沿って、レビュー、妥当性の確認、検証を行った。

【結果】①全20回の内部監査でのべ933名の職員が参加し、不適合124件、改善提案525件が検出された。内部監査は継続的かつ横断的な改善活動として、各部門のコミュニケーション向上にもつながっている。②新規医療サービスとして導入した分子標的薬治療は多職種からなるチームの協働により、専門病院ならではの安心安全な医療を提供できており、患者満足度の向上に貢献している。

【考察】内部監査は部門間の垣根を排除することにつながり、内部監査や設計・開発のツールを用いることにより、安全面と質向上の両面から組織の活性化に貢献した。さらに内部監査のパフォーマンスを高めるためには、内部監査員の力量向上と業務負担軽減などが課題である。

1) 適合組織検索. 公益財団法人日本適合性認定協会. <https://www.jab.or.jp/system/iso/search/>, (参照2019年11月29日)

多職種の協力による採血業務標準化への取り組み

○青柳純子、森内陽子、寺澤憲昭

河北総合病院

【はじめに】当院では早朝時採血業務を臨床検査技師が担当している。安全な採血業務を行うため、多職種と協力し標準化を図ることで業務円滑化およびインシデント事例の減少に繋がったのでその活動内容について報告する。

【方法】試験運用実施前後の意識調査をアンケート形式で実施した。試験運用内容として①採血禁忌事項のレイアウト変更、②病棟ごとに異なる採血禁忌事項の表示方法の廃止と統一、③採血業務マニュアルの整備、④検査科と看護部での決定事項のスタッフへの再周知と教育をおこなった。

【結果】①検査科 満足97% 看護部 満足94% ②検査科 満足94% 看護部 満足91%。禁忌側採血間違いのインシデント減少となった。

【考察・まとめ】採血業務の運用手順の風化や、インシデント・アクシデントの改善策として病棟ごとの独自ルールがつくられていた。この独自のルールが、病棟採血を行う検査技師にとって、混乱を招いていたことが明らかになった。検査技師からの問題提起があり話し合いをする機会を設け疑問点・不満点・改善案を出し合うことで、お互い安全に採血が出来る方法を見出すことが出来た。このことから業務の見直しやルールの改訂時は、看護師だけでなくその業務に関わる全ての職種が、意見交換を行い協力していくことが必要である。また、今回の改善案に不満がある看護師に対して各病棟で再周知や教育を行う事で業務の標準化につなげる事ができた。ルールの手順をただ決めるだけでなく、調査結果をもとに背景や根拠を示す事が有益であった。

待ち時間に関する外来の取り組み ～ルール作りを通して～

○青木律子、植田友美、鶴田真由子、
金村和美、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】 当院の当日受付患者は予約患者の合間に入れるシステムになっている。皮膚科は医師一人あたりの患者数が他科を上回っており待ち時間が常に生じている状況であった。待ち時間対策を検討した所、当日患者を入れる時間の決まりはなく、スタッフの入れ方に相違があることがわかった。そこで当日患者の入れ方に三通りのルールを作り比較検討した結果、待ち時間短縮につながったのでここに報告する。

【方法】 1. ルール作り前後の患者待ち時間調査

2. 職員の意識に関するアンケート調査

【結果】 1. 職員が当日患者を待たせ過ぎと考える時間は、30分は0%、60～120分は各30%台で、予約患者は待たせないが100%であった。実際にカルテを入れるタイミングは、60分・90分は各30%台であった。

2. 上記から、60分・90分・120分を時間配分とする当日患者のカルテの入れ方をルール化し前後で比較した結果、当日患者の待ち時間が73分から53分に短縮した。

【考察・まとめ】 カルテを入れるタイミングにばらつきがみられた要因としては、経験や年齢、『待たせる』事に対する価値観の相違が考えられ、予約患者は『待たせない』という強い意識が影響したと考える。そこでカルテを入れるタイミングに着目し、一定の条件で入れるルール作りを行った。そのことで個人の感覚にとらわれないカルテの入れ方の平均化が図れ、待ち時間の短縮につながったと考える。

外来患者における待ち時間の不満は、30分を経過するとストレスを感じるという結果が多くの論者により報告されている。今後は患者側にたった待ち時間解消に向けた改善策が課題と言える。

勤務形態の異なる職員に配慮したキャリア アラダーの検討

○鎌倉崇之、篠原伸次

町田慶泉病院

【はじめに】 今日、リハビリテーション職においてキャリアラダーを策定する動きが広まっている。当院では、短時間勤務職員が比較的多い傾向にある。勤務形態の異なる職員に配慮したキャリアラダーを作成し、目的の達成には何が必要かを検討したのでここに報告する。

【方法】 先行研究を探索的に検討した。

【結果】 短時間勤務職員のキャリア形成における問題点として、①短時間勤務というだけで一律に低い評価を下される傾向にある。②子どもの体調不良などの急な欠勤早退によって周囲の常勤者が短時間勤務者のサポートに追われることがあり、双方のストレス要因となる場合がある。③短時間勤務者のキャリアプランが不明瞭である。以上の3点が挙げられた。

【解決策】 当院にて作成したキャリアラダーは、以下の特徴がある。①勤務形態を問わずすべての職員に対し、同じ基準で評価をする。②小項目に「職員が相互に置かれた立場を理解して協力できる」を設定し各スタッフの相互協力を奨励する。③短時間勤務者は、院外活動以外の項目の達成を奨励する。以上により、方法で述べた3つの問題点の解決を図った。

【考察】 キャリアラダーは、職員が習得すべきスキルや到達すべき目標を定義し、可視化するツールである。職員のキャリア形成にあたり常勤者と短時間勤務者を公平に評価すること、短時間勤務者も充実したキャリア形成ができることが重要となる。今回の結果では、キャリアラダーが職員のキャリア形成に貢献しうること、常勤者と短時間勤務者が同じ基準で評価されることが望ましいことが示唆された。

家族が仕事を続けながら在宅生活をしている認知症患者の事例

○原 奈美

梅の園訪問看護居宅介護支援センター
(多摩リハビリテーション病院)

【はじめに】認知症高齢者が増え、50代、60代で認知症を発症する方も増えている。介護をする子供達が介護離職しないで、認知症があっても自宅での生活が継続出来ているケースを報告する。

【方法】自宅で一人の時間に外出し行方が分からなくなったことがあったことから、通所サービス、他のサービスと組み合わせることで一人で過ごす時間を短くし、長女が仕事を続けながら安全確認出来る体制を整え、他者の目の届くところで過ごせる方法を考えた。

【結果】認知症対応型通所介護は介護が手厚い分、利用単価が高いため、通常の通所介護に変更し、利用回数を増やした。通所サービスの朝の迎えは長女が出勤前に来られるように調整した。通所サービスでの時間延長、泊り、通所サービスのない日は訪問介護を利用し、月2回の訪問看護で服薬管理を位置づけた。長女のいない日は必ず誰かが安否確認を取れる体制にし、長女の勤務に合わせて柔軟にサービス調整をした。

【考察・まとめ】1つの事業所で通所、時間延長、泊り、送迎時間の調整が出来る事業所を選んだ。認知症患者には家族の支援が必須であり、認知症患者が住み慣れた地域で生活していくためには、家族のニーズに柔軟に対応できるサービスが必要である。ケアマネジャーとしては、家族が必要としているサービスを提供できるよう常に新しい情報の収集と、各事業所の特性を理解しておく必要がある。

MSWの退院調整 ～重視すべき意思決定支援の視点～

○白坂拓也、中村真弓、田中いづみ

一成会木村病院

【はじめに】MSWの行う退院調整には、①患者・家族の様々な事情（病状や経済状況、現在の医療制度による制限など）に合わせた適切な退院先の選択を行う調整、②選択した退院先への情報提供から、受け入れの調整を行う二つがある。今回、①を行う上で、患者・家族自身の理解の促進・適切な退院先の選択ができるよう働きかける意思決定支援の視点をMSWが重視することで適切な援助が行えた為、その重要性について報告する。

【方法】退院調整と意思決定支援の視点を踏まえた事例を取り上げ、MSWによる患者・家族に対し行う意思決定支援の視点を重視した退院調整の過程からその効果・結果を提示する。患者は脳出血に対する高度急性期病棟の治療後、様々な課題により回復期リハビリテーション病院（以下、回復期）への転院が叶わず、二次救急である当院へ転院されてきた。

【結果】MSWの面接において、患者・家族へ患者自身の状態、病床機能及び回復期について整理し、再度回復期への転院希望を得た。同時に“回復期への転院”を行う上で解決すべき課題を患者・家族・院内他職種で共有し、その課題解決に取り組み、回復期への転院となった。

【考察・まとめ】今回の事例からMSWが患者・家族に対し行った意思決定支援の視点をういた支援により、自身の置かれている現状の理解から適切な退院先を選択する根拠になった。また、その根拠は院内他職種が同じ目標をもって取り組む指標にもなった。しかし、本来の意思決定支援の対象は認知症など判断能力の低下した方であり、今後様々な場面で意思決定支援の視点をうい、患者・家族・院内他職種が取り組むべき課題、目標を共有できるようにその方法を検討していきたい。

当院における介護予防の取り組み

○米村武男 (PT)、小瀧勇児 (JT)、
白井登司恵 (OT)、鯉沼裕二 (事務)、
江口輝男 (DR)

旗の台病院

【はじめに】医療従事者、行政、町内スタッフとの様々な連携の中で今回介護予防教室を開始した。その中で、当院近隣の地域在住者における転倒状況等を調査し、介護予防教室の効果を検討する事とした。そこで導き出された課題を整理し、今後の展開を踏まえ報告する。

【方法】対象は、参加者 96 名のうち、1 年間全 12 回の教室を行えた 88 名（女性 74 名、男性 14 名）とした。転倒経験者に対しては、開始時と終了時に状況の問診及び変化を調査し、他にも老研式、GDS-15、体力測定等も実施した。統計学上の有無水準はいずれも 5% 未満とした。

【結果】転倒経験者の状況は対象者 88 名中、過去 1 年間の転倒があった者は、34 名で、回数は 2.4 ± 0.9 回であった。状況は、歩行中、屋内では居間、屋外では平らな道が最も多かった。教室の終了時には 0.7 ± 0.75 回と有意な減少が認められた。転倒経験有無別の比較では、老研式が有群 10.0 ± 2.2 点、無群 11.1 ± 1.2 点。6m 歩行においても 4.0 ± 0.8 秒、 3.4 ± 0.5 秒でいずれも有意差が認められた。教室開始時と終了時においても FR は $27.0 \pm 6.5\text{cm}$ から $31.6 \pm 8.5\text{cm}$ で有意な改善が認められた。

【考察】教室において、40 分前後の体操を中心としたストレッチ、筋力強化、バランス運動を含むものや転倒の危険に関わる住環境、栄養の講和や集団レクリエーション、認知運動も取り入れた。運動療法の介入に加え、健康教育的な要素、持続性・継続性を考慮した内容を構成する事により、身体的改善と転倒予防への効果をもたらされたものと考えた。

【まとめ】地域活動の場に直接介入する事が結果、予防に繋がる事が示唆された。今後は地域住民の中から専門職の代わりになるリーダーを据え、至る所で活動できるような支援の構築を担いたい。

環境改善を目的とした当院リハビリ科における意識調査の報告

○佐藤雅晃、田井啓太、瀬戸景子、
倉田考徳、井出 大

南多摩病院

【はじめに】近年人口の減少と少子高齢化がすすみ、労働人口が年々減少していくといわれている。今後、人材の確保は大きな課題となっていくことが予測される。当院リハビリ科においても「長期的に働ける環境づくり」「一人ひとりが働きやすい環境づくり」を目指している。そこでスタッフがどのような状況で仕事に取り組み、何を感じているのかを把握するため 2016 年度から意識調査アンケートを実施している。今回は 2016～2018 年度の調査結果を報告する。

【方法】2016～2018 年度末に在籍していた当院リハビリ科スタッフを対象に質問紙法を用いて調査を行った。質問は 13 項目とし、回答方法は 5 段階の評定尺度法とした。結果は年次別に 1～6 年次と 7～10 年次以上でクロス集計を行い 2 群間にて比較検討した。検定には、Mann-Whitney の U 検定を用いた。

【結果】今回の調査から質問項目「意見を尊重してもらえる環境で働けたと思うか」「自信をもって仕事に取り組めたか」「仕事に楽しさを感じるか」「仕事にやりがいを感じるか」「組織に対し平等性を感じるか」の項目にて 2 群間における有意な差を認めた ($p < 0.05$)。

【考察・まとめ】今回の結果から年次が低い方が、環境や組織に対し「意見を尊重してもらえない」「平等性を感じない」という傾向が強かった。仕事に対しても「自信をもって取り組めていない」という傾向が強く、さらには「楽しさ」や「やりがい」を感じて仕事に取り組めていないことが推察された。今後目標とする「長期的に働ける環境」「一人ひとりが働きやすい環境」にしていくには、これらの結果を踏まえた具体的な対策を検討していく必要がある。

外来採血の流れを検討し待ち時間短縮を図る

○中岡美智代、平野千代、坂井由美、
佐々木睦

等潤病院

【はじめに】当院の外来でも待ち時間によるクレームは大小問わず多々あることが現状である。そこで当院での採血状況の把握を行うために、どの時間帯が混んでいるか、待ち時間にどのように影響が出ているかを調査する。その結果を基に当院で行える対策を話し合い、仮説を立て、業務改善を行えば待ち時間の改善を図ることができるのではないかと考えた。

【方法】外来時間内での採血に関わる時間帯で、採血者人数、採血を実施するスタッフの人数、採血の待ち時間（採血まで、結果まで、診察まで）等を調査した。

結果を基に看護研究チームで話し合いを行い、仮説を立て検討し、実際に行う予定である。

【考察】調査の結果、外来での採血実施は予約患者の数のみではなく、救急患者や予約外など追加採血数が多くある。そのため、予約患者の待ち時間が増える、救急車での来院患者の採血を進めるが故に遅くなるという事例が生じていた。時間帯には診療科医師の稼働数や、救急車受け入れなどにより一定ではないため、対策を考えるのが難しい事、スタッフの人員配置やメンバーの勤務状況により調査が難航したため調査期間が短く正確な結果は得られなかった。

【まとめ】今回、外来のスタッフから協力を得て、集計したことで、現在の採血実施の待ち時間や診察に呼ばれるまでの待ち時間のデータを数字で知ることができた。また、採血を進めるにあたり、看護部だけで業務改善を図るのではなく、他の部署と時間短縮・業務改善につながる方法を検討することで、新たな改善策を見いだせた。今回は化学療法に焦点を当て実施したが、これからは外来患者全員に対しスムーズな診療を提供できるように医師・看護師・コメディカルが一丸となり業務を行えるよう邁進していきたい。

児童虐待早期発見における放射線科での取り組み改善

○横島 茜

荒木記念東京リバーサイド病院

【はじめに】当院は産科・小児科の患者が比較的多いこともあり、虐待対策委員会が児童虐待に対する活動を行っている。しかし、放射線科からの報告を積極的に行ってこなかったために、発見が遅れた事例や見落とししている事例があるのではないかと考え、児童虐待の放射線科での早期発見の重要性、具体的な取り組み、放射線技師の役割について調査し、どのように関わっていくか科内で検討することになった。

【方法】当院内で実施されている虐待対策委員会で作成している対策マニュアルを基に、委員会担当医師、MSW、小児科医に聞き取り調査をおこない、放射線科内での児童虐待への関わり方の検討会を開催した。

【取り組み】放射線科での検査において保護者は退出してもらう。その環境下において、放射線技師は患児と直接コミュニケーションを図り、話に正誤性がないかの確認、撮影部位以外にも身体的な異常がないかを可能な範囲でチェックする。また、患児や家族などの第一印象や違和感など感覚的なことも重要視していく。

【考察】なるべく多くの目で観察を続ける事が必要であり、各部署で情報の共有を行うことが最も重要である。今回の聞き取り調査では放射線技師の虐待に対して意識づけを行うことができたと思うが、院内における虐待疑い・発見時のシステムやマニュアルを積極的に活用していける環境の整備を今後さらに行っていく必要があると考える。

胸腔鏡下肺切除術での周術期リハビリテーションの取り組み

○伊澤将太、佐藤武彦、鈴木 慧、堀内明恵、田島友里菜、鈴木拓也、岩橋若葉、篠村哲治、村上聡子、小泉和雄

いずみ記念病院

【はじめに】当院では胸腔鏡下肺切除手術例に、周術期リハビリテーション（以下周術期リハビリ）を実施してきた。周術期リハビリにおける理学療法士の役割は、術後の合併症の予防および早期離床などであり、入院期間の短縮に効果がある。そこで今回、周術期リハビリの実施状況を調査し若干の考察を得たので報告する。

【対象】平成27年4月1日～令和元年10月31日の4年6ヶ月間に胸腔鏡下肺切除術を受け、周術期にリハビリ介入した44例のうち、合併疾患がパーキンソン病、重複癌、術後脳梗塞・大腿骨頸部骨折の4例を除いた40例を対象とした。術式は部分切除術14件、区域切除5件、肺葉切除21件であった。年齢は71.5±8.4歳、性別は男性29名、女性11名、COPD合併4例（10%）、サルコペニア合併8例（20%）などであった。

【結果】在院日数は12.3±5.8日、術後在院日数は9.3±4.5日、ドレーン留置期間は2.7±1.8日、硬膜外麻酔留置期間は2.6±1.0日、術後からの歩行開始日数は1.7±2.2日、歩行自立日数は3.9±1.8日、術後合併症（無気肺）は3件（7.5%）であった。

【まとめ・考察】肺切除における歩行自立日数は3.6病日とする報告があるが、当院では歩行は術後1病日に開始し、第3.9病日で自立となりほぼ同等の結果であった。肺切除後の肺機能の回復は退院後も続き、術後3カ月でプラトーとなるとされている。今回の検討では対象者の年齢がやや高く、術前に身体機能の低下した症例が20%であったことから、退院後も運動療法を継続し、身体および心肺機能を維持・改善し、心理面でも支援していくことが求められた。

多疾患を有する腹部大動脈瘤術後症例への運動療法

○大竹七佳、篠原伸次

町田慶泉病院

【はじめに】腹部大動脈瘤に対しステントグラフト内挿術（以下EVAR）を施行後、廃用症候群を呈した高齢患者に対し起立練習を中心とした運動療法を行った結果、一定の効果を得た。既往に慢性腎不全・胸部大動脈瘤があった影響で新たな問題が発生した症例の治療過程を報告する。

【症例紹介】80代後半の女性。入院前はADL自立、屋内フリーハンド歩行自立。現病歴として入院後17日目にtypeⅣのエンドリークを認め、75日目にEVARを追加した。翌日腎のう胞出血を生じコイル塞栓術を施行。術後55日後リハビリ目的にて当院へ転院。既往歴として高血圧・腎機能障害・EVAR施行。

【理学療法評価】徒手筋力テスト（右/左）では腸腰筋2/2、大腿四頭筋5/5、大殿筋・ハムストリングス2/2、前脛骨筋3/3、下腿三頭筋2-/2。ADLとしてフリーハンド歩行軽介助、起立軽介助、病棟内生活は車イス介助であった。

【治療と結果】下肢筋出力を向上させる目的と低栄養・血圧変動のリスクを考慮し、膝関節屈曲100°の高さで起立練習を1日10回、1～3セット行った。結果、徒手筋力テストでは下肢筋出力が全体的に向上し、起立自立・病棟内ADLは歩行器歩行自立となった。しかし最終評価時に体重が3.9kg減少。フリーハンド歩行ではふらつきが残存し見守りとなったため前ADLには到達しなかった。

【考察・まとめ】下肢筋出力向上するためには起立練習が有効である可能性が示唆された。しかし体重減少・血圧変動といった新たな問題点が発生した。このような多疾患を有する高齢患者は障害像が複雑化しやすいからこそ、多角的な評価・介入が必要だということを再認識した。

キーワード：腹部大動脈瘤、慢性腎不全、起立練習

薬剤性間質性肺炎に対し呼吸リハビリテーションを実施した一例

○堀内明恵、鈴木 慧、伊澤将太、
佐藤武彦、成田恵美、岩橋若葉、
篠村哲治、村上聡子、坂本典之、
小泉蓉子

いずみ記念病院

【はじめに】薬剤性間質性肺炎は、原因となる薬剤の使用中止により症状の改善が見込まれるが、重症化すると致死率が高い。肺障害によっては在宅酸素療法が必要となる場合もある。今回、重症薬剤性間質性肺炎の一例に対し、肺炎の治療と COPD リハビリプログラムに準じて理学療法を実施したところ、在宅酸素療法なしに自宅退院となった症例を経験したので報告する。

【症 例】50 歳代男性。入院前は独居であり IADL 含め自立。併存疾患としてうつ病、糖尿病。職業は無職であった。

【経 過】X 日、X-P にて両側肺野に網状浸潤影を認め、聴診でベルクロラ音を聴取し重症薬剤性間質性肺炎 (PaO₂ 46.6 torr) の診断で入院。ステロイドパルス療法後に、内服ステロイド療法、酸素療法 (マスク O₂ 5 L/分) を施行。X+6 日 高流量鼻カニューラ酸素療法: NHF (O₂ 15 L/分) 施行、X+21 日 NHF を離脱し鼻カニューラ流量を 4L/分に変更、X+28 日 酸素療法を終了した。理学療法は X+16 日より始め、平行棒内歩行を開始し、T 字杖歩行まで実施した。X+68 日 自宅退院となった。

【初期評価 X+32 日 / 最終評価 X+65 日】筋肉量 6.62kg/m² / 6.72kg/m²、胸郭拡張差(深呼吸時) 2.5cm / 5.0cm、6 分間歩行 217m (borg scale14) / 480m (borg scale11)、長崎大学 ADL 評価表: NRADL 47 点 / 91 点であった。

【まとめ・考察】重症薬剤性間質性肺炎の治療に合わせ、COPD リハビリプログラムを行ったところ、胸郭の可動性向上、筋肉量の維持および ADL 上の息切れの改善が得られ、QOL の向上に繋がったと思われた。

多発脳梗塞、統合失調症で Agency 喪失と失調を呈した症例

○西村美代子、西村清陽

品川リハビリテーション病院

【背景】統合失調患者 (以下 S) は Agency 喪失が病態として現れる。小嶋らは、S は運動制御に必要な感覚予測が適切に行えず、感覚フィードバックの時間的予測の遅れが Agency の低下に繋がるとしている。

【目的】本症例は S により Agency 喪失しているところに多発脳梗塞を発症し、小脳失調を生じた。バランス機能獲得に難渋したが、視覚と体性感覚の統合を図り改善を認めたため内容を提示する。

【症例紹介】65 歳男性。頭蓋外左椎骨脳底動脈解離に伴い、小脳・延髄下部・左視床外側に多発脳梗塞を発症。40 日後に当院転入。

【初期】Scale For the assessment and rating of ataxia (以下 SARA) 16 点、Berg Balance Scale (以下 BBS) 24 点、Functional Independence Measure (以下 FIM) 61 点。歩行器歩行介助下で移動。常に体幹が左に傾いているも本人は真っ直ぐだと答える。

【介入】単関節運動を用い選択的注意を身体に向けた後、多関節運動に切替え視覚と体性感覚の統合を図った。

【最終】SARA5 点、BBS47 点、FIM99 点。昼夜共に伝い歩き自立し自宅退院。

【考察】前田らは、S の Agency 喪失は感覚予測システムの異常としている。また永尾は、小脳皮質で外界や身体の変化に合わせ運動学習が行われるとしている。本症例は小脳障害に加え S により感覚予測が正常に行われないことから、運動学習が阻害されバランス機能獲得に難渋した。前田らは S に対し不適切な強化学習を防ぐことで、Agency 喪失を正常に近づける可能性があるとして述べている。本症例は多関節運動において体性感覚のみでは正常な認識ができないため、視覚から運動結果を予測することで、客観的に判断可能となって運動学習を行えたと考察する。

【結論】小脳梗塞患者に S の既往がある患者に対し、一側面だけでなく多感覚統合を図ることで Agency 改善に繋がることが示唆された。

脳出血により視空間認知に著明な低下を呈した一例

○飯島月絵、佐瀬隼人、渡邊悠香、
浦田康平、宮城春秀、矢野正雄

南町田病院

【はじめに】今回、脳出血により右頭頂葉と後頭葉を障害され、頭頂葉の視空間認知を中心に注意障害などの高次脳機能障害、後頭葉の視野欠損により、日常生活動作また関連動作を安全に行うために指導をする経験を得たので、若干の考察を加えて報告する。

【症例】60歳代の男性、右利き。2018年11月27日右頭頂葉と後頭葉の皮質下出血を発症し、保存的加療にてリハビリテーション（以下、リハ）開始となる。

【リハ経過】17日病日の初期評価は、歩行がぎこちなく、椅子に上手く座れず転倒しそうな場面がみられた。VPTAの模写：左6点、右5点（加点な程低下）、BIT線分二等分検査：2点と低下が見られた。リハ介入では視空間認知と注意へのアプローチを中心に、自己身体の空間的位置との関係把握を行った。視野障害に対しては、視野狭窄の意識付けを繰り返し行い、その狭窄の方向を確認させる習慣づけを行った。83日病日の最終評価は、視野障害に対する代償法は定着し、屋内ADLは概ね自立した。VPTA模写：左2点、右2点、BIT線分二等分検査：8点と改善した。しかし、調理訓練で包丁が指に接触するなど、視空間認知や注意力の問題は残存した。そのため本人に、①調理の際は包丁を使用しないでカット野菜を使う、②自宅内の動線に物を置かない、③人の多い場所は同行者と付き添う、などの生活指導を実施した。

【考察】症例は、視空間認知、注意、視野の障害が複合し生活上様々なリスクがあり、セラピストは各症状の知識と、患者の背景を踏まえた生活指導力が必要と考える。今後は、症例や家族のニーズやQOLなどを踏まえ、具体的に指導する必要がある。

NEURO® 治療開始後6年間における他職種との関わり

○大瀧直人 1)、西村萌々子 1)、
野崎光洋 1)、原 愛 1)、篠村哲治 1)、
小泉和雄 1)、木村郁夫 1) 2)、安保雅博 2)

1) いずみ記念病院

2) 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座

【はじめに】当院は2014年から上肢麻痺に対して安全かつ有効な治療法であるNEURO®（反復性経頭蓋磁気刺激と集中的なトレーニングを用いた革新的方法）を実施してきた。また、2019年4月からNEURO®認定施設となっている。今回、6年間の上肢麻痺の改善効果の確認と他職種との関わりについて若干の考察を加えて報告する。発表にあたり当法人の倫理委員会にて承認（承認番号元下-1）を受けた。

【対象と方法】対象は2014年4月～2019年10月までにNEURO®を行った生活期の脳卒中患者47例。NEURO®はプロトコルに準じて行った。NEURO®前・後・治療1ヵ月後の上肢機能、麻痺側上肢の使用状況を統計処理し比較検討した。また、他職種への関わりとして、看護師には入退院の調整や説明の依頼、介護士は入浴、排泄などの介助指導に加え、OTによる評価から生活場面で麻痺手を積極的に使うように促してもらった。

【結果】上肢機能の評価方法であるFMA上肢項目、ARATは、NEURO®前・後に加え、治療1ヵ月後でも有意な改善が認められた。また、麻痺側上肢使用頻度を評価するJASMIDでも有意な改善が認められた。

【考察とまとめ】NEURO®の効果は、ランダム化比較試験などによって有効性が示されている。今回、NEURO®を実施した47例において、先行研究と同様に上肢機能および麻痺側上肢使用状況の改善がみられた。さらに機能改善を生活場面につなぐためには、他職種への麻痺側機能の周知と生活での使用を促せるような配慮も必要と思われた。

多職種による終末期患者への関わり ～看護師僧侶と看護師の協働～

○渡邊麻紀子、石原恵子

みなみ野病院

【はじめに】当院は2018年4月に開設した慢性期病院で、2019年6月に緩和ケア病棟が開設した。終末期患者への対応は多岐に渡るため、多職種での関わりが必要とされる。その中で看護師僧侶（以下僧侶）が週1回来院し、患者・家族と関わる中で、患者の精神的安寧が図れるようになった。今回、多職種で患者に関わることの重要性について再認識できたので、その経過を報告する。

【方法】僧侶が関わり、現在入院中の患者5名に聞き取り調査を実施。同様に僧侶にも聞き取り、看護師の関わりとの違いを分析した。

【結果】ほとんどの患者が、「僧侶とまた話をしたい」と感じ、その理由として僧侶の傾聴の態度や、未知の世界について聞き、思いを吐き出しスッキリした気持ちになったと話された。僧侶は、看護師と僧侶では基本的にアプローチ方法が違い、看護師の傾聴には科学的背景がありケアの方向性を考えながら接している事が多い、僧侶はケアを行うことはなくただ聴いているだけであり、患者が両者を使い分けているのではないかと話された。

【考察】終末期の患者は特に精神面での苦悩を抱えている事が多い。看護師は患者からの訴えを聞くと、「何かしてあげたい」と思ってしまいが、そばに寄り添い患者の思いをただ聴くだけであっても、患者にとっては有効であり必要とされている事を理解した。そのアプローチ方法の違いを認識、理解した上で、協働していく必要がある。

【おわりに】患者の精神面での苦痛は私達には計り知れないものがある。職種や宗教感の違いがあっても、接する中で信頼関係を築きながら患者の声を聴き、全ての人と情報共有してケアに活かしていくことは大切な看護の一つである。

地域医療連携看護師会の取り組み

○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】医療・福祉に携わる者は、常に患者や家族のおかれた現状を把握し、安心して満足できる医療・介護を提供しなければならない。その為に、病院看護師と訪問看護師が顔の見える関係づくりが必要である。地域医療連携看護師会の3年間における病院と在宅の地域共生型社会の構築への取り組みを報告する。

【方法】この会のテーマを「看護が紡ぐ、地域の絆」とし、看護師間の顔の見える関係づくりを築きつつ、患者・家族が「看護」に求める事は何かを模索した。目標を1) 退院後の生活を考えた在宅移行支援ができる。2) 在宅移行支援のための看護技術・看護提供を考える。3) 生活を分断しない看護の提供とした。取り組んだ内容は、退院後の生活を見越した退院支援の大切さを訪問看護師の立場からの講演や病院から在宅への移行期に継続した看護が提供できるかを可視化し、質を保障するためお互いの医療技術の指導方法を確認すべくグループワークを重ねてきた。

【結果】連携に不可欠な「訪問看護につなぐ看護サマリー」が定まった。また看護師会メンバーの円滑なコミュニケーションを促進するためと病院の空床状況や勉強会などの情報共有を目的としたシステム作りが確立された。

【考察・まとめ】病院看護師と訪問看護師が交流することで、患者・家族の不安を軽減した退院移行支援ができるようになりつつある。患者が病気や障害を持ちながらも生活の質を向上する為に、病院と地域が一つになるべく連携の大切さを実感した。今後も入退院を繰り返すことなく安心して在宅療養が継続できるように連携を深めたいと考える。

看護補助者（介護福祉士・看護助手）の 接遇意識向上を目指して

○萩原良介、丸山里香、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】 スタッフの対応について患者や家族からご意見・要望をいただくことがある。特に言葉使いや態度についての内容が多い。回復期リハビリテーション病院は患者のリハビリ訓練と日常生活支援が主となるため、患者の一番身近な存在である看護補助者の接遇に焦点をあてた。接遇意識の向上を図り、入院患者や家族の要望に応えるべく取り組みを行った結果を発表する。

【方法】 看護補助者の全国平均年齢（2017年厚生労働省の賃金構造基本統計調査）は45.1歳、当院では44.5歳、看護補助経験は11.4年である。勉強会の前後にアンケート調査を行い、接遇に意識がむけられたかどうかの検証を行った。勉強会は看護補助者全員に行い、テーマは「看護補助者の接遇とは」「ユマニチュードについて」とした。クレーム事例は当院で報告のあった事例を使用、通常への対応を行い、患者がどのように感じるかを体験し意見交換を行った。調査期間は令和元年9月より令和2年1月とし、9月ユマニチュード、10月看護補助者の接遇について勉強会を行った。その後11月接遇アンケート、12月クレーム事例体験、1月アンケートを実施した。

【結果】 急な患者対応をしなければならない時には、日常生活支援場面で仲間同士の言葉使いになることが多いと分かった。看護補助者も意識することで言葉使い、態度を変容でき、ADLなど場面説明でも丁寧な言葉使いが可能となる。

【考察・まとめ】 実際のクレーム事例から普段の接遇対応を見直す事ができた。今ここで改めて、今回の研修を行うことで再度接遇を意識することの大切さを共有できた。今もって接遇を重要視できていない看護補助者へは働きかけを継続していくことが課題である。

当院外来におけるアクションカード 導入と防災の課題

○鷺尾香織、松浦真理、石井郁子

城西病院

【はじめに】 全国的に災害が相次ぐ中、医療者には災害へのより適切な対応が求められる。しかし当院には大規模災害を想定したマニュアルや研修・訓練はなく、スタッフの防災に関する理解状況も不明であった。本研究では、発災時の行動が一目でわかるアクションカード導入および『災害看護の基礎知識に関する小冊子（以下「冊子」と表記）』の配布を行い、質問紙により得られた意見から当院の課題を検討した。

【方法】 アクションカードを周知し、冊子を配布した。その後に質問紙調査を行い、意見を抽出、評価した。分析には順序尺度、コーディング、Wilcoxonの符号付順位検定を行い、 $p < 0.05$ で有意差ありとした。

【結果】 災害対応に関する10項目のうち、「発災時の自分の役割がわかる」は冊子配布前で常勤28%、非常勤日勤16%、非常勤夜勤0%だった。冊子配布後は順に100%、83%、66%に上昇した。「災害時に適切に行動できる自信度」は、冊子配布前では常勤17.9%、非常勤日勤13.3%、非常勤夜勤11.7%、配布後は順に40%、51.7%、36.7%であり、Wilcoxonの符号付順位検定にて有意差が示された。冊子の内容は「非常に良かった」「良かった」が計88%だった。アクションカードの有用性は「非常に感じる」「感じる」が計88%だった。

【考察・まとめ】 冊子配布前の10項目の理解度はいずれも低く、かつ自信度も低かった。よって現在の体制で外来看護師が発災時に適切な行動が取れるとは言えず、災害に対する脆弱性が高い。アクションカードと冊子は災害対策に有効であり、今後具体的な運用方法の検討やブラッシュアップが必要である。院内マニュアルを整え、研修・訓練を組織的かつ継続的に行っていく必要がある。

母児同室中の避難対策拡充に向けた取り組み

○安松菜美、菅原恵子、佐藤麻由子

永寿総合病院

【はじめに】当院では、褥婦自身が新生児を連れて避難するレスキューママという母児を守るためのスリングと防災頭巾を採用しているが、使用方法や避難方法が統一されていない。本研究では看護師、助産師が統一、充実した指導が行えるような対策を検討した。

【方法】看護師、助産師にレスキューママの使用法等に関する記述式アンケートを行い、その結果からレスキューママの説明に関するマニュアルを作成・運用した。運用後、そこから表出した課題にもとづき修正案を検討した。

【考察】レスキューママの使用手順書はあったが、指導マニュアルがないこと、看護師・助産師により褥婦と関わる機会差がありスタッフの理解度の差があることから、指導が統一されていない。指導マニュアル作成の課題として、実施のタイミング、場所、時間、指導方法、留意の説明が挙げられた。また使用手順に関してアンケートを行い、正答率が低かった内容を中心に、レスキューママの説明に関する指導マニュアルの内容とし、作成、運用した。時間的制約からマニュアル第二版の作成や修正案に至らなかったが、マニュアルを作成して運用に止まらず、次回案はどうか、と考え続けることができた。

【まとめ】レスキューママ指導マニュアルを運用した結果、職種によってレスキューママに触れる機会に差があることが分かった。災害時に対応できるよう、病棟スタッフ全員がレスキューママの使用方法を習得する機会を設ける必要性が示唆された。また、レスキューママ指導マニュアルは病棟の状況にあわせて常に修正していくこと、マニュアルの周知を徹底していくことが、最善の防災対策になり得ることが示唆された。

「美しい身だしなみへの取り組み」活動報告

○石井由美子

河北総合病院

【はじめに】20数年前より当院のユニフォームは、師長の許可を得た上で好きな色・タイプの着用を許可してきた。ユニフォームの自由化は「働きやすい」「個性が主張でき労働意欲が湧く」等のメリットがあったが、反面「身だしなみ」への意識は低下していった。看護部の理念の変更と共に「美しいとは何か」を話し合い、「美しい身だしなみプロジェクト」を発足し活動を行った。その活動と成果について報告する。

【方法】看護部師長会・主任会・看護補助者会からプロジェクトメンバーを選出し問題点の抽出と活動内容を検討、各部署に通知した。「身だしなみ」についての認識は各々相違がある為新たに服装規定とチェックリストを作成し、各部署のラウンドとチェックリストに沿った個人評価を行った。また、化粧や身だしなみ・職業人としてのあるべき姿について外部講師を招き、行動変容に繋がるような研修を行い、既定の遵守率調査や部署毎の表彰を行うことで定着を図った。

【結果】部署毎チェックリストに沿った評価を行い、活動後どれだけ改善されたかを共有し、他職種にはアンケートを配布し意見や感想をもらい、一定の改善がみられた。

【考察・まとめ】今回の取り組みは「外見」の改善だけでなく、職業人として「美しく」働くこと、「身だしなみ」を整えることは利用者や同業者の信頼に応えることに繋がったと考える。活動の効果として1)各部署でお互いに指摘し合える土壌ができた、2)自己目線のお洒落から他者目線の身だしなみへの行動変容ができた。今後の課題は、定着の維持である。

精神疾患のある患者の栄養指導と復職支援

○手嶋ゆき、後藤奈津穂

一成会木村病院

【はじめに】精神疾患のある患者の栄養指導は、その時々々の精神状態に大きく影響され難しい。この度、うつ病を発症し、約2年間休職中の患者に糖尿病の栄養指導を行った。開始当初は、ご本人が一方向的に話し続け、管理栄養士の話を聞き入れない状態であったが、計14回の継続指導を通じて行動変容が生じ、コントロール良好となり、再就職の目標も達成するに至った。この事例を報告する。

【症例】53歳男性。両親・弟と同居。休職後は引きこもりとなり、食べたい時に食べ、眠剤で眠る生活であった。

【経過】3年間の休職可能期間の終わりが近づくにつれて、再就職を望む思いが強くなり、復職準備の為に講座見学や職業体験を行うも、うまくいかず、以前より生活が乱れる時期もあった。不安な心境を受け止め、目標とする再就職の意思を確認し、その為には心身の健康が重要であるということ話し合うことで、食事療法の必要性の認識が高まり、セルフケア行動の継続が可能となった。

【考察】行動変容ステージモデルでは、当事者の心理が5つのどのステージにあるかの把握と、それに応じたアプローチが重要とされている。今回のケースでは、うつ病であることと、患者の元来の性格から、目標達成の為に生活改善に取り組むという考え方がなかなか至らず、行動変容が始まっても、逸脱・再発が繰り返された。しかし、その不調な時を共に乗り越えることで信頼関係が構築され、一方向的に話すことが減り、管理栄養士の話に耳をかたむけるようになり、しいては自分の考え、行動を客観視できるようになったことが良い結果につながったと考える。この症例の経験を今後の栄養指導に生かしていく所存である。

NSTによる絶食患者への開始経管栄養剤の検討

○高橋佳宏

東京曳舟病院

【はじめに】当院は急性期病院であり、入院患者の過半数が救急搬送されてきた傷病者である。そんな中で病態や様々な理由により、早期に十分な栄養管理が行えず、絶食管理となる患者が多いことが課題となっている。NSTが絶食患者への開始経管栄養剤としてGFOとペプタメンの効果を比較、検討した取り組みを報告する。

【方法】1～4週間の絶食期間を有し、経管栄養の開始を検討している患者に対してGFO群とペプタメン群の無作為化比較試験を実施。経管栄養開始後の消化器症状で評価した。

【結果】GFO群は10例（男女比4:6）、平均年齢83.5±3.5歳、平均絶食期間15.3±7.2日。ペプタメン群は11例（男女比2:9）、平均年齢85.7±5.0歳、平均絶食期間11.3±5.0日。GFO群、ペプタメン群ともに1例の難治性下痢の症例を除き、経管栄養開始後に消化器症状の異常をきたすことなく経過した。

【考察及び結論】今回の検討では、GFO群とペプタメン群はともに絶食期間からの開始経管栄養剤として有効であった。GFO群は腸管機能賦活効果のある栄養素投与が消化器症状発生防止に有効であり、ペプタメン群は乳清ペプチドやMCTを高配合している栄養組成が正常な消化吸収を促したと考えられる。両者で消化器症状に差はなかったが、栄養価や食事療養費算定の可否を比べるとペプタメンが絶食患者への開始経管栄養剤としては優位であると考えられる。今回の検討から当院では絶食期間を有する患者への開始経管栄養剤としてペプタメンを推奨することとした。患者への安全は重要であるが、コスト管理の視点も含めた栄養サポートを今後も実践していきたい。

入院診療記録の記載の標準化を目指して

○振角知広 1)、秋山玲子 2)、天羽諒子 3)、石井孝憲 4)、榎本由紀子 5)、草野杏弥 6)、田中真由美 7)、松本節子 8)、荒川直子 7)、藤野英彰 9) 山崎博光 10)

- 1) 吉祥寺南病院、2) 鶴川記念病院
3) 京葉病院、4) 佐々総合病院
5) 河北総合病院、6) 元南多摩病院
7) 永生病院、8) 城山病院
9) 千葉医療秘書専門学校、10) 駒沢病院

【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。今年度は、昨年度に引き続き『入院診療記録の記載の標準化』をテーマとし、各病院の現状を把握、集約し診療情報管理室において質の高い診療記録とするために検討を進めている。

【方法と経過】“都立病院における診療録等記載マニュアル”と2つの病院の記載マニュアルをたたき台として、マニュアルの内容と各施設の特色を調査している。

マニュアルとして必要な項目を8項目挙げ、各項目の文言を纏め、その後皆で検討を行い、必要な追加項目についても調査中である。

【考察】3病院の「診療記録の記載基準」を比較したところ、共通して「都立病院における診療録等記載マニュアル」に即した内容で作成されていたが、自院に対応した形に工夫されている部分も見受けられた。

【まとめ】「入院診療記録」に必要な記載項目の精査・整理をすることによって、「入院診療記録」への記載基準を標準化することができる。その記載基準と自院のマニュアルとを比較検討をして改善点を見出して、その結果を院内に発信して採用されれば、「入院診療記録」の質向上につながると考えられる為、今後も調査・検討を続けて標準化を目指す。

当院における入院診療記録の点検報告

○安齋恵美

河北総合病院

【はじめに】当院の診療情報管理グループでは、日々、入院診療記録の点検業務を行っている。その際、ID・氏名が記載されていない書類の発見が多かった。これら記載されていない件数を記載不備件数と定義した。その記載不備件数の減少を目指し、院内での活動を行った。記載不備件数減少に至った取り組みとその結果について報告する。

【方法】病棟から回収した入院カルテの整本時、記載不備伝票を、発生部署、種類別に記録。発生部署に記載依頼をし、終了後返却してもらう。集計したリストを基に院内の委員会で報告し、改善策を協議した。その結果、心電図の用紙に関しては、病棟から検査科に持ち込みをすればオーダーと紐付け、電子カルテへ取込みができることを周知。また、ID・氏名の記載のない書類はカルテに綴じないことを決定し、各部署へ周知した。

【結果】集計した10ヶ月間で130件あった記載不備が、委員会での報告後の10ヶ月間では24件と大幅な減少が認められ、2019年1月から10月の間では月平均1件の結果となった。また、心電図の記載不備は委員会での報告後0件となり、特に記載不備の多かった血液ガス、超音波写真はID・氏名の記載が増えた。

【考察・まとめ】今回の取り組みにより、大幅な件数減少に至ったのには、部門間での情報共有が不十分だったことが大きな要因であるということが分かった。また、部署単位で改善要求をするよりも、他職種が参加する委員会で問題点を共有し、一斉に周知を行うことが、迅速な改善に繋がることも分かった。年度初めなど、スタッフが入れ替わるタイミングで件数が増えるため、今後も適宜周知をし、より正確な診療記録の管理と記載不備の減少に努めていきたい。

心地よい排泄ケアへの取り組みによりもたらされた変化

○植松和美、鈴木美恵子、平野佳子、
植山誠一、玉井健介

亀有病院

【はじめに】当院には日常生活に援助を必要としている高齢の患者が多く入院している。排泄援助は看護業務の中でも多くの時間を占めているが、特におむつ交換については、業務量の多さから患者の快適性よりも職員にとっての効率性が重視されていた。今回、心地よい排泄環境を提供するために援助に携わる職員が、自ら考え行動できることを目指した様々な取り組みにより、一定の成果が得られたので報告する。

【方法】1 排泄援助に係る業務内容の見直し

①おむつ製品の変更

2 排泄援助に係る知識、技術の向上を目指した取り組み

① CST 委員会の立ち上げ ②院内研修の実施と院外研修への参加推奨

3 患者の情報を共有するための取り組み

①適切なアイテム選択のためのフローチャートの作成②ブリストルスケールの共有③使用アイテムと交換頻度を周知するためのピクトグラムの導入

【結果】1 ①おむつ交換回数が減り看護補助者が参加するカンファレンスを行えるようになった、②おむつ廃棄量が減少した

2 ①スキンケアに対する問題意識を持つようになった、②委員を中心に院内研修の実施と院外研修への参加ができた

3 患者の個別性に合わせた継続的な援助につながった

【まとめ】カンファレンスで排泄援助についての発言や検討が増えたことは、職員の意識が変化した結果と考えられ、患者のADLに合わせた排泄援助の変更など職員の行動変容をもたらした。また、個別性を踏まえたケアに継続性を持たせることでケアの質が向上した。今回の取り組みは患者の心地よい排泄援助を提供するための一助になったと考える。

業務改善を行い看護師の疲労感、ストレス緩和への取り組み

○小川美喜、達崎未和子、伊藤真奈美

等潤病院

【はじめに】当病棟は呼吸器疾患患者が多い内科病棟であった。

2018年4月の病棟編成により循環器内科が加わった。それに伴い心臓カテーテルに関わることが病棟業務となり、看護師の業務量が増加した。時間外業務が増え、業務改善の必要性を感じ、看護師が日々の業務に対し、何を負担に感じているのか意識調査を行った。その結果をもとに業務改善を行った。ここに報告する。

【方法】病棟看護師に対して業務内容の見直してほしいことなどをSTEPごと自由記述式でアンケート調査を行った。その結果をふまえ業務改善により負担が緩和した実感があるか再度アンケート調査を行った。

【考察】業務改善を行い、ケア係を導入したことにより、部屋持ち看護師はオムツ交換やケアに入らず部屋持ち業務に専念することができ、ケア係は定時に帰宅できるといった双方納得できる結果となり、残業時間も減少した。

【まとめ】業務改善の事前調査では時間外勤務が増えたという事に負担を感じているという意見が多数あることが分かった。残業時間を短縮できるよう部屋持ち看護師の業務量を見直し新たにケア係を設けた。ケア係導入後、再度アンケートした結果、ケア係の必要性を感じている意見が多数であった。しかしケア係の導入により部屋持ち看護師の受け持ち患者数が増える、ケア係の仕事内容が明確化していない部分もあり、今後も振り返りを行い、業務を見直していく必要がある。

カテコラミン使用時におけるシリンジ交換方法の実験検証

○矢島友美、村上明日香、小貫美紗紀、藤崎七麻子

永寿総合病院

【はじめに】当院 HCU へ入室する患者は、循環動態に変動を及ぼす病態が多く存在し、シリンジポンプを使用しカテコラミン製剤を投与している場合が多い。しかし、シリンジ交換方法の手技が統一されていないため複数のインシデントが発生していた。そこで 3 種類のシリンジ交換方法を比較し、交換に要する人的資源間で流量誤差が生じるかを検証した。最も誤差の少ないシリンジ交換方法を明らかにし、インシデントの予防につながる手技統一を図る研究を行った。

【方法】HCU 看護師 16 名に対して実験前後にアンケートを行った。また差し替え法、増減法、減量法のシリンジ交換を実施し、交換に要した時間を計測、交換後の排液量から誤差値を測定した。

【結果】平均交換時間は差し替え法 37.1 秒、増減法 82.5 秒、減量法 60.6 秒であった。また 10ml/h で投与した場合 1 時間後の平均投与量は差し替え法 9.2ml、増減法 9.3ml、減量法 12ml であった。実験後、今後取り入れたい交換方法を聴取した結果、差し替え法 5 名 (31.2%)、増減法 4 名 (25%)、減量法 7 名 (43.8%) であった。

【考察、まとめ】当院 HCU では今まで増減法を実施していた。しかしシリンジ交換方法の実験、比較分析を行った結果、指示された設定量が確実に投与されたのは減量法であった。減量法では、交換開始時の流量が倍量になるため血圧の急上昇を指摘する意見が聞かれているが、実際に患者へ投与していないため循環動態にどのような影響が出るかは明らかではない。また、適宜血圧値を観察し流量変更することで急激な循環動態変動は起こりにくいと考え。今後はカテコラミン製剤の交換方法に関する手順の調査や、動画を用いた交換方法を指導するなど、手技統一を図っていく必要がある。

業務改善と残業軽減を目指した取り組み

○大舘めぐみ、櫻井美代子、植木有希子、加藤洋子、中村 靖、越永守道

信愛病院

【はじめに】当病棟は病棟看護師の業務マニュアルの見直しが不十分であり現在のケアに対応できていなかった。スタッフの業務分担が明確化されることで意識の変化がみられた為ここに報告する。

【方法】業務マニュアルの見直しをして、アンケートを実施。その後残業時間の比較をした。

【結果】業務マニュアルの見直しは、担当毎の業務を細かく分け責任の所在を明確にした。アンケートでは「仕事がしやすくなった」という意見が多く見られたが、マニュアルに載らないケアは人によって差があり意識の違いが浮き彫りになった。そこで更なる業務の見直しの為申し送りの簡潔化や、今どこまで業務が進んでいるかが分かるようにホワイトボードを作成し改善したことで残業時間が 14 人中 11 人短縮できた。

【考察・まとめ】導入した事で、皆の時間内に業務を終わらせるという意識付けや職員同士の協力の意識が生まれてきたと考えられる。ケアに関しても時間のゆとりを生み出せる頻度が増し、ケアの充実を実感できる機会が増えたという声が聴かれた。これからはこの時間や心のゆとりを多様な患者様へのケアへさらに還元できるようにスキルアップを目指したい。

看護師とタスクシフティング

○櫻田真宏、安藤沙矢香、後藤泰子、
真壁あずさ、吉田朋子

いずみ記念病院

【はじめに】高齢社会に伴い看護業務は多岐になってきている。電子カルテ、医療情報などのIT化が進み、患者に寄り添う時間が不足しがちな現状にある。医師が出す指示は看護師が患者の状態に応じて対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為の一括した診療の補助と考え包括的指示とされている。今回、看護のタスクシフトに注目し、当院の医師・看護師間の患者指示の検討を行った。その結果若干の考察が得られたので報告する。

【方法】令和1年10月8日から10月21日の間、勤務に支障が少ないと考えられた時間帯の、医師・看護師間の計71件の患者への指示、口頭指示に対して、常勤の看護師を対象にアンケートを実施した。アンケート内容は包括的指示の4要件を取り入れた。すなわち1) 対応可能な患者の範囲が明確にされているか2) 対応可能な病態の範囲が明確にされているか3) 指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容が示されているか4) 対応可能な病態変化の範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる態勢が整えられているかとした。

【結果】医師の指示71件は、具体的指示内容は異なるが包括的指示であった。件数は急性期病棟に多く、ベテランが指示を確認していた。

【考察・まとめ】保健師助産師看護師法では、看護師が医師の包括的指示のもとで行う医療行為は診療の補助とされている。医師は看護師が実施すべき行為を一括して指示することができる。包括的指示は、医師の負担軽減にとどまらず、看護師の煩雑化する指示受け業務の改善と、迅速な患者対応に繋がるタスクシフティングの一つと考えられた。

医療療養病棟における固定チームナーシング導入

○上蘭昭一、釘宮 紫、木戸順子

みなみ野病院

【はじめに】A病棟は医療療養病棟で、日々担当看護師が変わる看護体制で、継続した看護提供が困難であり、業務上の効率も悪くスタッフの負担になっていた。これらを改善するため、固定チームナーシングを導入し、プライマリーナースとしての看護の充実、責任を持った質の高い看護実践を目標に活動したのでその過程を報告する。

【方法】2チーム編成で一定期間チームを固定する。プライマリーナースが看護過程を展開・評価し易く、個別性のある看護実践を提供できるようケアカンファレンスを実施した。導入後に職員へアンケート調査を実施。情報収集、看護実践、看護計画、他職種連携の4分野22項目の質問について、5段階で回答するものとした。

【結果】アンケート結果では、4分野の大半の質問に対し、改善を実感した職員の割合が過半数を超えていた。その一方で「かなり努力を要す」「もう少し努力を要す」との回答が半数以上を占める項目もあり、インフォームドコンセント・カンファレンス方法、他職種と方針・方向性についての相互理解が不十分との回答から低い評価となった。

【考察・まとめ】固定チームナーシングを導入したことで、アンケート結果から一定の成果があったと思われる。その中でも「情報収集」「看護実践」は、改善効果に高い評価結果となったことから、特にプライマリーナースの責任感や達成感に繋がったのではないかと考える。その反面、インフォームドコンセントやカンファレンス方法・内容が確立されておらず、他職種連携の不十分な面が浮き彫りとなった。今後の課題が明確になったため、継続した評価を行いながら、より療養病棟に即した固定チームナーシングを試行していく。

ランチョンセミナー

株式会社イントラスト
/ 東京海上日動火災保険株式会社

株式会社ウィ・キャン

オリックス・クレジット株式会社

東京海上日動火災保険株式会社
/ マーシュジャパン株式会社

東京ガス株式会社

日本光電工業株式会社

ホスピタルコンプライアンス
マネージメントジャパン株式会社

Seminar

株式会社イントラスト / 東京海上日動火災保険株式会社

民法改正（連帯保証）と医療費未収等の対策について

鷲尾 誠氏

銀座第一法律事務所 弁護士



中村 育紘氏

株式会社イントラスト 第二営業部 部長



【改正民法の要点】

2020年4月1日から改正民法が施行されます。

一般の民法改正は約120年ぶりのもので主として民法の債権関係を見直すものです。医療業界に限らず企業や消費者の契約ルールが大きく変わります。改正項目は約200項目に及び、特に影響が大きいものとして「保証人(個人根保証)※」の取得方法があり、保証人が責任を負う極度額(保証の上限額)を書面で定めなければ保証契約の効力が生じないこととなります。病院においては入院時に患者から取得する連帯保証人(連帯保証契約)が個人根保証契約にあたります。なお、改正民法に至った理由のひとつに「連帯保証人の保護」があり、連帯保証人の保護の施策はこれまで継続的に行われていることにも留意する必要があります。

※個人根保証とは：根保証とは債務者が将来取引に伴って負担する債務(契約時には不特定な債務)を保証することをいいます。個人とは法人ではないものを指します。

【入院時の連帯保証人の取得について】

現在、多くの病院で入院時に連帯保証人を取得しています。未収金対策の観点からも患者(債務者)以外に資力がある連帯保証人を取得することは非常に効果的です。一方で応召義務の観点から「連帯保証人(身元保証人)等がないことのみを理由に医療機関において入院を拒むことは不適切(医師法第19条第1項で定める診察治療を拒否できる正当な理由にあたらぬ)」であるとされており

上述したとおり、2020年4月以降に入院申込書(保証契約書)の連帯保証人欄には保証の上限額を明記しなければなりません。各病院におかれましても設定金額等については頭を悩ませたかと察しております。一方で保証の上限額を明記することで患者及び連帯保証人がどのような反応をするかについては不透明な部分が多く、それによる事務作業

量の負荷・督促回収のリスクについても未知数であるといえます。

【未収医療費保証制度(連帯保証人代行制度)について】

弊社は未収医療費保証制度(連帯保証人代行制度)の普及を目指しております。本制度は弊社が患者の入院時の連帯保証人を代行するものであり、患者は原則、入院時に人的な連帯保証人を用意する必要がありません。新たな患者サービスとして着実に病院への導入が進んでおります。

上述したとおり、一般の改正民法では「連帯保証人の保護」が強化されております。まわりを見渡してみると連帯保証人を人的保証ではなく機関保証で手当てすることが一般的になりつつあります。核家族化・人間関係の希薄化が進む現代において人的な保証人を用意することはさらに困難になることが予想されます。

鷲尾 誠氏 略歴

静岡県出身
1984年 上智大学法学部卒業
1990年 司法試験合格
1992年 弁護士登録(東京弁護士会)
1998年 弁護士活動を経て、
「銀座第一法律事務所」参加
2005年～2008年 上智大学ロースクールの
リーガルクリニック・コーディネーター

中村 育紘氏 略歴

千葉県出身
2006年 株式会社イントラスト入社
2015年 株式会社イントラスト 開発企画部部長
2019年 株式会社イントラスト 第二営業部部長

「クレーム対策」を科学する (良い患者を集めるために)



濱川 博招氏

株式会社ウィ・キャン 代表取締役

「患者からのクレーム」は特別なのでしょうか？人が食事や買い物をする時、何らかの期待を抱きます。患者も例外ではなく、何らかの期待を抱いて受診します。

ただその違いは、前者は顧客の立場が提供者より強い。後者は患者より、医療従事者の方が絶対的に強いという事実が続いてきました。しかし、その関係も崩れつつあります。多くの医療従事者は「クレームを言う変な患者が増えた」と考えています。

しかし、それは単に診察や看護を受けるだけでなく、話し方、態度、身だしなみ等も厳しい目で見られ、一部の患者が声を出し始めた結果なのです。期待を持って来院し、実態が期待以下であれば、当然不満を持ちます。それが表面化したものがクレームであり、「患者が要求する当たり前の事象」です。

医療機関からのご依頼の多くは「クレーム対応」についての講義です。つまり、発生したクレームの対応方法に主眼を置いているいわば「もぐら叩き」的発想です。

この根底には、「クレームを言う患者は特別な人」という考えがあります。「もぐら叩き」では、根本的解決ではなく、同じようなクレームを受ける職員は「ボディブロー」のように徐々にモチベーションが低下し、退職につながる場合もあります。

正しい「クレーム対策」はどのような些細な事でも、原因を探り解決策を考え実行していくことです。

不満を持つ大多数の顧客は我慢しているか、立ち去るかです。

病院の顧客は、患者だけでなく、職員も顧客です。正しい「クレーム対策」は患者だけでなく職員の満足度も向上させます。この点において職員は、勤続年数が長くなり、採用コストが削減、患者との関係が円滑になり労働生産性が向上します。

正しい「クレーム対策」こそが、病院の収益を上げる有効な方法です。

患者は、何らかの期待を持って来院します。そして、期待を裏切った時に不満は生じ、そのうちのほんのわずかな人が声を上げて、クレームという形で顕在化します。

従来、クレームが出れば対応するという「もぐら叩き」では、病院の改善はありません。

事前に期待を察知し、不満が発生する要因を事前に改善することが正しい「クレーム対策」です。

プログラム概要

1. 「患者からのクレーム」は特別なのか？
2. 「クレーム対策」と「クレーム対応」の違い
3. 正しい「クレーム対策」は、病院の収益を上げる
4. 正しい「クレーム対策」を実施するために
 - ① 患者の期待を知る。
 - ② 患者の導線を可視化する。
 - ③ 正しく患者の期待を測る

濱川 博招氏 略歴

1954年生まれ。

株式会社ウィ・キャン代表取締役。

■1978年人材派遣会社で取締役営業部長に就任。

■2002年経営コンサルティング会社、ウィ・キャンを設立。

「クレーム商売」とも言われる人材派遣業のクレーム処理を行うなかで「顧客満足度を向上させるためのクレーム対応」を実践し、独自のクレーム対応ノウハウを蓄積してきた。

現会社設立以来、医療機関における患者満足度向上を中心に活動を行っている。医療機関においては、実際の医

療現場で発生した膨大な数のクレーム事例の研究を通して、リスク回避のためのコミュニケーション技術等、現場に即したコンサルティング・研修プログラムの開発・提供を行っている。

執筆本

病院経営が驚くほど変わる8つのステップ(ダイヤモンド社) 2017年

クレーム対応は最初の1分で決まる(ぱる出版) 2016年

その他、医療機関のクレームに関する本 多数

オリックス・クレジット株式会社

病院経営の健全化支援について



石黒 智洋氏

オリックス・クレジット株式会社 経営企画部 新規事業開発チーム 課長

近年、医療技術の進化に伴う高度な医療機器の必要性や、超高齢化社会が目前に迫っているなかで、安全で質の高い医療を受けることができる体制を整備することに対する医療機関の責任が大きくなってきており、設備・体制整備にかかる資金ニーズは顕在化しています。一方で応召義務や社会的責任を背景に医療行為を行う医療機関においては、低所得者層の増加や診療内容への不満を理由として支払い拒否をするケースも増え、悪質な滞納者、訪日外国人増加による未払いの増加等未収金が発生する要因は数多く存在し、病院経営を圧迫する要因となっております。

このような状況下でも病院経営の健全化を図るためにできることはあると考えています。

まずは、保有からレンタルへの転換です。多額の設備投資をかけて最先端の高度な医療機器を導入しても数年すれば更に新しい技術が確立され、既存の機器も陳腐化してしまいます。レンタルが優れている点は、契約期間中に解約し契約変更が可能という点です。もちろん設備工事が必要な大規模な医療機器については、簡単に入れ替えられないという課題もありますが、工事不要な機器については最新機器に入れ替えが容易になります。またレンタル(共有)という点においては、高額な高度画像診断装置を共有

し車載という手段で移動可能にした「メディカルモバイルサービス」というサービスによって首都圏だけでなく広範囲な地域医療に貢献するサービスもあります。

他にも資金調達という面では診療報酬や介護・調剤報酬債権をファクタリングという手法を用いて早期資金化することも可能です。一時的な資金ニーズに応える手法として一般企業で売掛金を対象として用いられておりますが、医療機関においても診療報酬債権等を対象とすることで導入できるケースがあります。

未収医療費の回収については、日々多忙な医事課の皆様が通常業務の合間をぬって回収行為(電話督促や督促状の送付等)をされていますが、非常に負荷が高い業務と言えます。医事課の皆様の業務負荷を軽減するために電話での入金案内業務についてBPO(ビジネス・プロセス・アウトソーシング)を用いることも検討できるのではないのでしょうか。

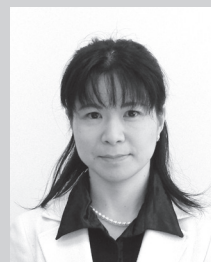
今回のランチョンセミナーでは医療というテーマに対し、特に病院経営の実態と健全化支援についてフォーカスし、具体的な事例やソリューションを交えてご紹介させていただき、少しでもヒントとなる情報を提供したいと考えています。

石黒 智洋氏 略歴

2001年 大和証券株式会社 入社
 2005年 オリックス株式会社 入社
 2008年 オリックス銀行株式会社出向
 2015年 より現職
 個人・法人両方の営業や営業企画を経て、現職ではその

経験を生かして個人向けの新規事業を研究・検討している。
 医療関連や不動産関連、個人向けファイナンスなどの分野でお客様の「不」の解消につながる商品・サービスを主に研究している。

医療機関における勤務環境改善への取り組み ～「かち」残る組織になろう～



中島 美津子氏

東京医療保健大学/大学院看護学研究科 教授

世界に類のない急速な高齢化がすすむ日本において、2025年には人口の20%が後期高齢者となり15歳から64歳の生産年齢人口が7000万人台となって国民の3人に1人が高齢者というこれまでに誰も経験したことのない社会の形になろうとしています。これは医療・介護・福祉の需要と供給のバランスが取れない社会保障制度存続の危機的状況であることも示唆しています。そのため、需要側の変革も必要ですが、供給側の質の低下や絶対的不足を回避するために、改正医療法(平成26年10月1日施行)では、医療従事者の離職防止や医療安全の確保を図るために、医療機関が現状分析や改善計画を推進するように定められ、平成28年にはすべての都道府県に医療勤務環境改善支援センターが設置されました。経営者は、勤務環境の改善が義務化され、医療の質の向上や経営安定に向けてそれぞれの医療機関の実態に合った形で、取り組むことがもとめられています。できることから取り組んでいくことを支援する通称「勤環センター」の利活用が今後、期待される

ところ です。

一方、2010年を頂点とした総人口減少の回避は難しく、生産年齢人口も減少するため人材確保は益々厳しくなり、実際の勤務継続のためには勤務環境を整えるだけでなく、職員のwell-beingの向上が必要であり、もはや、勤務環境を整えるだけでは太刀打ちはできません。私たちは何のためにケアをしているのでしょうか？必ず死にゆく人間です。あなたが関わっているその患者さんも、そしてあなた自身もいつかは昇天するわけですが、では何のために…？実はそこが勤務環境改善の本質的な目的でもあります。「何のために？」この問いこそ「かち」残っていくための中心概念でもあります。「何のために」勤務環境を改革するのでしょうか、そして、その時に管理者としてとても重要な2つの能力とは…？会場の皆様と共に未来を想像しながら、ちょっとだけ考え、本セミナーを、皆さんの医療機関が働きたいと思う職場、家族に薦めたいと思う病院になっていくための参考にしていただけたら幸いです。

中島 美津子氏 略歴

看護師免許取得後、母校の九州大学附属病院および夫の転勤で長野や大阪などの日赤、済生会等で臨床看護師経験を積む。九州大学大学院(修士号取得)や広島大学大学院(博士号取得)で組織管理・経営を学修後、管理者(看護部長、教育局長、副院長職)として経営管理の経験を積む。その後、教育・研究職へ。生涯の研究テーマは「働きがいのある看護組織づくり」であり、院生(修士・博士)と共に日々楽しく追究し続けている。日本看護協会WLB推進事業や、厚生労働省内の労働環境関連委員会にH22年より携り、全国の医療勤務環境改善支援セ

ンターの支援や複数病院の経営支援などにも携わっている。組織経営に関する雑誌連載や書籍の執筆、認定看護管理者研修や看護研究支援など現場の看護師支援も。米国の大学院で歴史学専攻の娘、大学生で宇宙物理学専攻の息子、そして車と野球をこよなく愛する夫の4人家族3人同居。いつも温かく応援してくれる家族に育てられ、温泉と登山と旅行と音楽と…人生を楽しみ、看護師は世界最【幸】職種であることを伝道し続け、生涯、一人前を目指し学習し続ける看護が大好きな一看護師。

東京ガス株式会社

「明日から使える！ 無理なく始める病院BCP」



佐々木 勝氏

日本大学 客員教授

救命活動の最前線において総力戦で戦う病院は、いつ来てもおかしくない災害への備えを万全にするために、危機管理手法であるBCP (business continuity plan : 事業継続計画) 策定を図っている。しかし、その策定率は内閣府防災担当が行った調査によると、他業種に比較して低い現状がある。医療は一般企業と異なり、発災直後から需要が増加するという特殊性があり、これにいかに対処するかを検討しなければならない。病院にとって、診療継続を目的とするBCPの策定は喫緊の課題であるが、そのときに必要なのがsurge capacityの観点である。病院BCP対策において、「BCP策定の目安となる指標が欲しい」、「大規模病院向けの話は参考にならない」といった声も聞かれるが、一般論を重要視する必要は一切ない。あくまで地域の特性や自院の役割を考慮して策定すべきものであり、優劣を競うもので

はない。

2019年6月に出版した著書『使える病院BCP』（新興医学出版社刊）の中で、BCP策定時のBIA (business impact analysis : ビジネスインパクト分析) における病院インパクトは、「経営・運営」「医療提供」「病院スタッフ」の3つと述べた。他院を真似るのではなく、自院の3つのインパクトをしっかりと分析した上で、各環境に即した対策を行うことが必要十分である。

本セミナーでは、BCP策定に必要な視点としてのsurge capacityやBIAについて解説し、「自院のBCP」策定を可能にする考え方をお話する。地震や台風などの災害が相次いでおり、改めて病院BCP策定強化の必要性が謳われている今だからこそ、本セミナーを通じて、「無理なく始める病院BCP」について伝えたい。

佐々木 勝氏 略歴

1952年山形県生まれ。1977年東京医科大学医学部卒業後、三井記念病院脳神経外科、東京大学医学部附属病院救急部、都立府中病院救命救急センター部長などを経て、2007年に都立広尾病院副院長および2012年に都

立広尾病院院長に就任。

2016年より東京都保健医療公社副理事長、内閣官房参与を兼任し、2017年より日本大学客員教授に就任。

最新AEDの機能と遠隔管理 ～より多くの命を救うための進歩～



林 怜史氏

日本光電工業株式会社 医療機器事業本部 第二技術部 四課 リーダ(係長)

早期の除細動と心肺蘇生(CardioPulmonary Resuscitation : CPR) は、心停止傷病者の社会復帰において大きな役割を果たします。このことから、日本国内においては2004年7月に医師法の解釈が拡大され、医療従事者ではない市民でも自動体外式除細動器(Automated External Defibrillator : AED) を用いた電気ショックが実施できるようになりました。その後、およそ15年でAEDの普及は急速に進み、病院や診療所はもちろんのこと、空港、駅、スポーツクラブ、学校、公共施設、企業等人が多く集まる場所を中心に設置されています。そして、市民のAED使用による救命事例も多数報告されています。

一方で、AEDの使用や配置、管理などについては様々な課題も明らかになってきました。平成30年版 消防白書によると、平成29年中、市民に目撃された心原性心停止症例25,538件の中でCPRが実施されたのは14,448件であり全体の56.6%、電気

ショックが実施されたのはわずか1,260件であり全体の4.9%と低い状況にあります。また、電極パッドの使用期限が切れていた、バッテリーの残量が空になってしまっていた、AED本体の耐用年数を超過してしまっていた、などAEDの管理が適切に行われていなかった事例が度々報道されています。

日本光電は1965年に国産初となる除細動器を販売し、日本の環境や文化に最適化された医療機器の開発を目指し、安心、安全に使用できる製品作りを実践しています。本セミナーでは、本邦におけるAEDの課題解決や更なる活用を目指して、技術進歩を遂げている最新AEDの機能と遠隔管理について、基本的な技術と合わせて紹介します。AEDの性能は装置単体のみで発揮されるものではありません。装置の保守管理を適切に維持して、その性能を最大限に活用するために本セミナーの情報を活用していただければ幸いです。

林 怜史氏 略歴

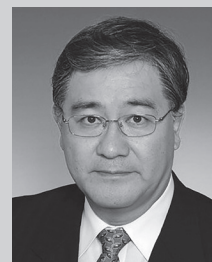
2005年日本光電工業株式会社入社。入社後の1年間、研修の一環として都内の病院を担当する営業所に配属され、営業員のサポート業務を通じて医療現場について学んだ。その後、除細動器開発部門に配属され、ソフトウェア開発担当となる。国産初となるAEDでは

Bluetoothによる無線通信の技術開発を担当した。2009年からはAEDに搭載され電気ショックの要否判定を行う心電図解析アルゴリズムの開発を担当し、近年は医師との共同研究、その成果を元にした製品の開発にも取り組んでいる。

ホスピタルコンプライアンスマネジメントジャパン株式会社

今始めよう病院のデジタル化マネジメント
 —セキュリティの強化から—

座長：山口 武兼（東京都保健医療公社 理事長）



小山 勇氏

埼玉医科大学国際医療センター 名誉病院長

病院は患者、およびその家族、スタッフ、訪問者に対して安全な環境を提供するプログラムを開発し、実践する必要がある。セキュリティとは病院の固有資産、患者、その家族、訪問者、スタッフを危害あるいは損害から守ることである。そのためには、まず病院のセキュリティ上リスクの高い、脆弱な場所の特定を含めたりリスク分析を行い、それぞれに応じた対応をとることが求められている。

海外では病院のセキュリティのシステム管理が多く実践されているが、日本では開放的な病院が多く、いまだ確立したシステムは極めて少なかったのが現状である。その最も初歩的な、外部からの訪問（製

薬、医療機器等の営業）あるいは不審者の侵入に対してすらアナログ的な管理となっていることが多い。どこで、誰が、どのような目的で、何をしてもわからない環境下であり、いつ問題が発生してもおかしくない状況にある。

このような中で、日本でも昨今、病院内のセキュリティのシステム管理が求められてきている。今回、IoTテクノロジーを活用し効率的に病院のセキュリティ環境をマネジメントできるとともに、製薬・医療機器などの営業活動のコンプライアンスの管理も可能なシステムをご紹介します。病院のセキュリティに関する意識を惹起し、その必要性を強調したい。

小山 勇氏 略歴

現職 学校法人埼玉医科大学 常務理事
 埼玉医科大学国際医療センター 名誉病院長
 埼玉医科大学国際医療センター消化外科 教授

学歴 東京都立西高等学校 昭和46年3月卒
 東京医科歯科大学医学部 昭和52年3月卒業

職歴

昭和52年 4月 三井記念病院外科レジデント
 昭和56年 4月 三井記念病院外科チーフレジデント
 昭和57年 4月 Johns Hopkins大学外科
 Research Fellow
 平成12年10月 埼玉医科大学第一外科教授
 平成13年 6月 埼玉医科大学消化器・一般外科教授
 平成16年 8月 埼玉医科大学病院・副院長
 （管理・運営担当）
 平成19年 4月 埼玉医科大学国際医療センター
 副院長（管理・運営担当）

平成23年 4月 埼玉医科大学国際医療センター
 病院長
 令和 元年 4月 学校法人埼玉医科大学常務理事・
 国際医療センター名誉病院長
 現在に至る

学位 医学博士

資格など

日本外科学会指導医、専門医、認定医
 日本消化器外科学会指導医、専門医
 日本肝胆膵外科学会高度技能指導医
 消化器がん外科治療認定医
 日本移植学会移植認定医
 ICD (Infection Control Doctor)
 診療情報管理士
 医療安全管理者養成講習修了（医療安全管理者）

広告掲載協力企業

広告掲載企業名	頁	広告掲載企業名	頁
アイテック (株)	125	キッセイ薬品工業 (株) 東京支店 城南営業所	192
(株) あさひ調剤	126	(株) キャブティ	192
(福) あそか会 あそか病院	127	キュービーネット (株)	193
(株) イージュリース	128	協和医科器械 (株)	193
(株) イトー医科器械	129	杏林製薬 (株)	194
(株) エイド	130	(株) 教育施設研究所	194
エームサービス (株)	131	キングランメディケア (株)	195
(株) 大塚商会	132	グラクソ・スミスクライン (株)	195
(株) 大塚商会	133	(株) ケアコム	196
(株) 大塚製薬工場	134	(株) 小池メディカル	196
(株) 大林組	135	酒井医療 (株)	197
オフィスサプライ (株)	136	(株) 更科堀井	197
(株) 川原経営総合センター	137	(有) サンソー・ビルテクニカルサービス	198
(一社) 介護事業操練所	138	(株) サンワ	198
(一社) 介護事業操練所	139	(株) サンリツ	199
(株) ギミック	140	(株) サンメディカルサービス	199
(株) キャピタルメディカ	141	(株) JFS	200
キャノンメディカルシステムズ (株)	142	塩野義製薬 (株)	200
きらぼし銀行	143	シスメックス (株)	201
クオール (株)	144	ジャパンエアマット (株)	201
(株) 栗原医療器械店	145	(株) ジャパンビバレッジイースト	202
(株) コージー	146	(株) 商起産業	202
サンメディックス (株)	147	(株) 成玉舎	203
シーメンスヘルスケア (株) 東京営業所	148	総合メディカル (株)	203
(株) シーエスアイ	149	大日商事 (株)	204
(株) じほう	150	第一三共 (株)	204
清水建設 (株)	151	大日本土木 (株)	205
(株) ジャパンビバレッジ東京 江戸川支店	152	田辺三菱製薬 (株)	205
武田薬品工業 (株)	153	(株) 千代田	206
テック (株)	154	千代田区立番町小学校創立150周年記念事業協賛会 事務局	206
テルモ (株)	155	都築電気 (株)	207
(株) 東基	156	(株) テン十字グループ	207
東京アメニクス (株)	157	TNサクセスコーチング (株)	208
東京シティ・フィルハーモニック管弦楽団	158	リソースフル (株)	208
東邦薬品 (株) 葛飾・江戸川営業所	159	空電社	209
東京海上日動火災保険 (株)	160	東洋リネンサプライ (株)	209
(医) 伯鳳会 東京曳舟病院	161	東京リネンサービス (株)	210
東和銀行 昭島支店	162	(株) 東京やまはち産業	210
(株) ドーモコーポレーション	163	東洋通信工業 (株)	211
富田商事 (株)	164	(株) ドクターネット	211
(株) 西野医科器械	165	(株) 日光溶材	212
(公社) 日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部	166	日清医療食品 (株)	212
(株) 日本サービスセンター (平安祭典)	167	日本メカケア (株)	213
(株) NOBORI	168	日本メカケア (株)	213
(株) ビー・エム・エル 東京第六営業所	169	ニプロ (株)	214
(株) ビーズメディカルサポート	170	(株) 入院グッズサポートセンター	214
富士通 (株)	171	(株) ニュー・オータニ	215
ブルデンシャル生命保険 (株)	172	ネスレ日本 (株) ネスレヘルスサイエンスカンパニー	215
(株) ベネミール	173	ハーベスト (株)	216
(株) 保健科学東日本	174	(株) パースジャパン	216
マーシュジャパン (株)	175	パラマウントベッド (株)	217
マイ・パーク (株)	176	(株) パルメディカル	217
マニユライフ生命保険 (株) 渋谷支社	177	(株) ビー・エム・エル 八王子営業所	218
ミズホ (株)	178	(有) ファーマシーすず	218
(株) 三ツ矢技研	179	(株) フィリップス・ジャパン	219
(株) 陽進堂	180	(株) 福田組	219
(株) 龍角散	181	フクダ電子東京西販売 (株)	220
(株) ワイズマン	182	フクダ電子東京販売 (株)	220
(株) アーバン	183	藤テクノサービス (有)	221
アイホン (株)	183	富士フィルムメディカル (株)	221
(株) アカシ	184	フランスベッド (株)	222
アステラス製薬 (株)	184	(株) 平和医用商会	222
アストラゼネカ (株)	185	望星サイエンス (株) 神奈川営業所	223
アズサイエンス (株)	185	ボーン・コーポレーション (株)	223
アルフレッサ (株)	186	(株) 星医療酸器	224
(株) エイアンドティー	186	(株) メッドトラスト東京	224
エステックサービス (株)	187	メットライフ生命保険 (株)	225
(株) SBS 情報システム	187	ヤンセンファーマ (株)	225
(株) NSD	188	(株) ユーニック	226
MRT (株)	188	ユニ・チャーム (株)	226
(株) エムティーアイ	189	(株) 夢工房	227
(株) LSI メディエンス	189	リードエグジビジョンジャパン (株)	227
(株) オオツメディカル	190	ワタキューセイモア (株)	228
オージー技研 (株)	190		
(株) おとなの学校	191		
関東メディカルサービス (株)	191		

その他協力企業

(福) 愛郷会
愛和病院
アルケル (株)
(株) ケビンメディカル
(医) 康仁会
(公社) 江東区医師会

(株) CPI
(医) 松徳会
(株) 天津飯店ホールディングス
(株) ニッショウ
(有) ミツバチファーマ
(株) リバーフィールド

第 14 回 東京都病院学会運営委員会

学会長	竹川 勝治	愛和病院理事長
副学会長	横山 孝	河野臨牀医学研究所理事長
運営委員長	進藤 晃	大久野病院理事長
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	複十字病院院長
	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
	小泉 和雄	いずみ記念病院理事長
	越永 守道	信愛病院院長
	東海林 豊	東京さくら病院院長
	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
	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	東京都保健医療公社理事長
	山田 雄飛	山田病院理事長
	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
	高野小百合	河北総合病院臨床検査科技師長代理
学会事務局	末岡 栄二	東京都病院協会事務局長

第 14 回 東京都病院学会 2020 年 2 月 23 日 令和 2 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/>