

第10回

東京都病院学会

2015/1/March Tokyo Metropolitan Hospital Association

主題

2025年
東京の医療を
明るく語ろう

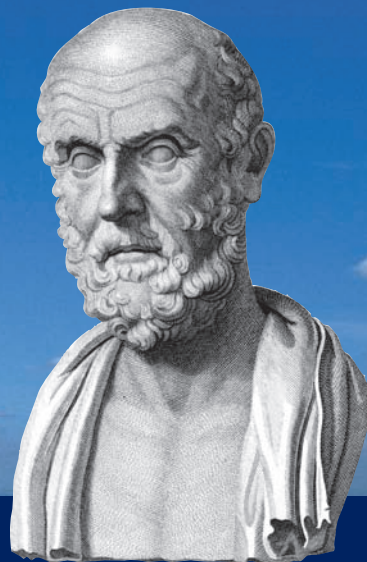
日時 平成27年3月1日(日) (午前8時30分より受付)
午前9時～午後5時

会場 アルカディア市ヶ谷 (JR市ヶ谷駅・徒歩2分)
千代田区九段北4-2-25

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



医学の父と言われた
「ヒポクラテス」像

主題

2025年 東京の医療を明るく語ろう

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
全体プログラム	5
メイン会場 プログラム	6
第一会場 プログラム	7
第二会場 プログラム	8
第三会場 プログラム	9
第四会場 プログラム	11
第五会場 プログラム	12
第六会場 プログラム	14
第七会場 プログラム	17
演者別索引	19
記念講演・学会長講演・特別講演	21
シンポジウム	27
セッション	35
演題	43
ランチョンセミナー	109
広告	115

学会長挨拶



伊藤 雅史

東京都病院協会常任理事
社会医療法人慈生会理事長

記念すべき第10回東京都病院学会を開催するにあたり、一言ご挨拶申し上げます。第1回大会は平成17年2月、河北博文学会会長にて開催され、当時は小泉改革の真ただ中で、「乾いたタオルを絞る」と言われた診療報酬の大幅な引下げやDPC制度の本施行が決定されるなど 医療費抑制と病院機能再編の大きな潮流に医療界が巻き込まれた時期でした。

その後10年を経た現在、奇しくも更に10年後の2025年問題を議論しなければならない、新たな段階を迎えています。改正医療法による病床機能報告制度と地域医療ビジョン策定、新たな基金創設など、中長期的な医療制度改革が進む中で、自院の存続を左右する問題への対応を迫られているのが、第10回大会を迎えた今年の現実と言えます。

改正医療法や診療報酬改定に示された病院機能分化・再編を要約すると、「やりたい医療」から「地域で求められる医療」への変換でありましょう。両者が一致しない場合には根本的な改革を必要とすることは言を待ちませんが、一致する場合においても更なる合理化と医療の質向上が求められ、いずれにしても自己変革のための大きな努力を要します。

一方、産業と言う観点からみると、医療・介護のマーケットは今後拡大する一方です。特に、医療密度の高い高齢者が大幅に増える東京圏は、高齢者人口減少局面に入る地方都市や少子化の影響を受ける教育産業などと比べると、合理化・効率化を強いられる部分を補って余る需要増大が待ち受けています。

更に医療費は基本的に公定価格であり、法律や制度に縛られているために医療費自体が抑制され

るという議論の一方、価格競争がない点で、他産業が同業者、最近では異業種との価格競争と品質競争、マーケティング競争に常に晒されていることを考えると、医療界は恵まれているとも言えるのです。

深刻な財源不足と未曾有の超高齢社会における医療の未来を語る時、私たち医療人は大きな不安と不満、憤りなどの負の感情をもって議論が進みがちです。しかし、過去10年間の改革の嵐の中でも、多くの病院が信念に基づく医療を継続させてきましたし、視点を変えると東京という特殊性は決してネガティブなものだけではなく、医療・介護はむしろ成長産業に位置付けられ、2025年への道程は、細部は不明であっても方向性そのものは明確であると言えます。

これら壮大な医療制度改革の潮流のなかで、主人公を演じるのはやはり私たち医療人であるべきであり、それに応えるべく常に前向きで明るい気持ちを持って、そして、他者に強制されるのではなく自ら自己変革を行う勇気と覚悟を持つべきとの観点から、第10回大会のテーマを「2025年東京の医療を明るく語ろう」としました。

特別演題では、第10回記念講演として河北会長に「東京都病院協会の歴史と展望」をお願いし、学会長講演は自院における改革の過程と今後の戦略を、微力ながらお伝えできればと思います。特別講演は「平穏死のすすめ」の著者である石飛幸三先生に「高齢者医療の在り方」を、シンポジウムは「2025年東京の医療を明るく語ろう」をテーマとして、石川雅俊先生の基調講演に続き様々な立場の演者に討論していただきます。一般演題も過去最大数の採用を予定しており、多数の皆様の発表並びに来場を心よりお待ち申し上げます。

学会運営委員長挨拶



桑名 斉

社会福祉法人信愛報恩会信愛病院理事長

今回の東京都病院学会は、10年目の記念すべき大会であります。伊藤雅史学会長は「2025年東京の医療を明るく語ろう」をテーマとしました。今から10年後の2025年問題に対して勇気と希望をもってあたろうとする意気込みが伝わってきます。

課題はたくさんありますが、なかでもがん、認知症、多死社会、生活の場と地域の再構築などでしょうか。東京都にある医療資源は全国一でありますから、未来は十分に明るいはずですが、十分な満足感が感じられないのはなぜでしょう。この上まだ何が必要なのでしょう。おそらく、今回示された病床機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期そして在宅医療や在宅ケアなどのシームレスな連携がうまくいっていないからだと思います。地域包括ケアシステムが完成すれば、こうした問題は解決するでしょうか。「地域」という冠がついたということは、それぞれの地域ごとに異なるシステムを創りあげる

必要があるということです。東京都においても、医療機関が少ない地域では在宅医療・ケアは否応なくシステム化される一方、医療機関が多すぎると医療への依存度が高くなり、在宅医療・ケアが進みにくいという傾向があります。患者側の視点からは、都区内には高度急性期病院が数多くあり、受診も自由でアクセスも良いため、住んでいる地域外でも治療を受けることができます。やがて高齢になり通院ができなくなれば近くのかかりつけ医をもつことになりませんが、ここでの情報交換や連携に納得できなければ、患者もかかりつけ医も共に満足感の得られない関係になってしまいます。こうした接点をうまくつなぐことができるコーディネート機能が、これからの最大のポイントかもしれません。

日頃、現場でがんばっておられる皆さんが、これらの課題にどう取り組んでいるのか、またはいきたのかを、職種の垣根を越えて語り合おうではありませんか。

受付

メイン会場（3階・富士）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、8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5階・赤城・東(来賓・講師控室)へお越し下さい。

会場ご案内

- 日 時：平成27年3月1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)



全体プログラム

08:30 総合受付3階							
メイン会場(富士)	第一会場(大雪・東)	第二会場(大雪・西)	第三会場(穂高・東)	第四会場(穂高・西)	第五会場(鳳凰・東)	第六会場(鳳凰・西)	第七会場(飛鳥・東西)
<p>09:00 ■開会式 ●挨拶 東京都病院学会会長 伊藤 雅史 東京都病院協会会長 河北 博文 ●来賓挨拶 東京都福祉保健局長 前田 秀雄氏 東京都医師会会長 野中 博氏</p> <p>09:20 ●記念講演 司会：伊藤 雅史 (学会長) 「東京都病院協会の歴史と展望」 東京都病院協会会長 河北総合病院理事長 河北 博文</p> <p>10:00～10:50 ●学会長講演 司会：山口 武兼 (豊島病院院長) 「2025年東京の医療を明るく語ろう」 東京都病院協会常任理事 等潤病院理事長 伊藤 雅史</p>							
	<p>11:00 ●演題発表 4 演題 「地域連携」 座長：島内 俊子</p>	<p>11:00 ●演題発表 4 演題 「看護総合」 座長：小野寺 都留子</p>	<p>11:00 ●演題発表 4 演題 「看護総合」 座長：菊池 明美</p>	<p>11:00 ●演題発表 4 演題 「臨床工学・画像診断」 座長：渡邊 真弓</p>	<p>11:00 ●演題発表 4 演題 「病院管理・医師部門」 座長：味澤 篤</p>	<p>11:00 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：関根 康文</p>	<p>11:00 ●演題発表 4 演題 「慢性期看護」 座長：勝又 郁</p>
	<p>12:00 ○ランチョンセミナー 大正富山医薬品(株) 「世界の糖尿病治療の動向とSGLT2阻害薬の安全な生かし方」 加藤内科クリニック 加藤 光敏氏</p>	<p>12:00 ○ランチョンセミナー 東京ガス(株) 「伝統行事に則った『地域社会の結びつき』について」 株式会社日本メディカルプロパティマネジメント 常務取締役 相馬 陽胤氏</p>	<p>12:00 ○ランチョンセミナー 武田薬品工業(株) 「ヘリコクター・ピロリ診療の現状と課題」 東京女子医科大学東医療センター 内科 講師 大野 秀樹氏</p>	<p>12:00 ○ランチョンセミナー メットライフ生命保険(株) 「評価や魅力がアップするコミュニケーション法」 株式会社オグラパートナーズ 代表取締役 小倉 千尋氏</p>			
<p>13:10 ●特別講演 司会：桑名 斉 (信愛病院理事長) 「『平穩死』という言葉の意味」 特別養護老人ホーム「芦花ホーム」 石飛 幸三氏</p> <p>14:30 ●シンポジウム 「2025年東京の医療を明るく語ろう」 <基調講演> 石川 雅俊氏 (国際医療福祉大学准教授) 座長：猪口 雄二 (寿康会病院理事長) 伊藤 雅史 (学会長) シンポジスト(順不同) 川原 丈貴氏 (川原経営グループ代表) 桑名 斉 (信愛病院理事長) 内藤 誠二 (内藤病院理事長) 山口 武兼 (豊島病院院長)</p>	<p>13:10 ●演題発表 4 演題 「急性期看護」 座長：飯畑 裕子</p> <p>13:50 ●演題発表 3 演題 「看護(医療安全)」 座長：中村 しのぶ</p> <p>14:30 ●急性期医療委員会企画 座長：二味 寛</p>	<p>13:10 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：新泉 一美</p> <p>13:50 ●演題発表 3 演題 「診療情報管理」 座長：山崎 博光</p> <p>14:30 ●看護管理部会セッション 座長：海藤 淑子、立花 エミ子</p>	<p>13:10 ●演題発表 4 演題 「薬剤部門」 座長：柳 徹也</p> <p>13:50 ●演題発表 3 演題 「事務部門」 座長：福井 聡</p> <p>14:30 ●事務管理部会セッション 座長：田野倉 浩治</p> <p>15:40 ●演題発表 3 演題 「事務部門」 座長：奈良 宏樹</p>	<p>13:10 ●演題発表 3 演題 「医療安全」 座長：市橋 富子</p> <p>13:40 ●演題発表 4 演題 「急性期看護」 座長：鶴ヶ崎かほる</p> <p>14:30 ●環境問題検討委員会セッション 座長：篠原 健一</p> <p>15:40 ●演題発表 3 演題 「薬剤部門」 座長：鈴木 勝弘</p>	<p>13:10 ●演題発表 3 演題 「看護技術・教育」 座長：小林 幸子</p> <p>13:40 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：石村 操</p> <p>14:20 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：有馬 陽一</p> <p>15:00 ●演題発表 3 演題 「臨床検査」 座長：荒井 克己</p> <p>15:30 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：篠村 哲治</p> <p>16:10 ●演題発表 3 演題 「看護技術・教育」 座長：吉田 美代子</p>	<p>13:10 ●演題発表 3 演題 「地域連携」 座長：斉藤 文子</p> <p>13:40 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：石川 博久</p> <p>14:20 ●演題発表 3 演題 「臨床検査」 座長：田中 健彦</p> <p>14:50 ●演題発表 3 演題 「地域連携」 座長：安藝佐香江</p> <p>15:20 ●演題発表 3 演題 「看護総合」 座長：高橋 元子</p> <p>15:50 ●演題発表 5 演題 「リハビリ部門」 座長：石濱 裕規</p>	<p>13:10 ●演題発表 5 演題 「慢性期看護」 座長：関 美智代</p> <p>14:00 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：山田 有吾</p> <p>14:40 ●演題発表 3 演題 「臨床工学・画像検査」 座長：小谷野 匡章</p> <p>15:10 ●演題発表 5 演題 「栄養管理」 座長：進藤 晃</p> <p>16:00 ●演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：中里 創</p>
<p>17:00 ■閉会式 閉会式挨拶 東京都病院学会副学会長 山口 武兼</p>							

メイン会場 (富士)

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 伊藤 雅史 東京都病院協会会長 河北 博文</p> <hr/> <p>● 来賓挨拶 東京都福祉保健局技監 前田 秀雄氏 東京都医師会会長 野中 博氏</p>	
09:20	<p>● 記念講演 司会：伊藤 雅史 (学会長)</p> <p>「東京都病院協会の歴史と展望」</p> <p>東京都病院協会会長 河北総合病院理事長 河北 博文</p>	P.23
10:00	<p>● 学会長講演 司会：山口 武兼 (豊島病院院長)</p> <p>「2025年東京の医療を明るく語ろう」</p> <p>第10回東京都病院学会学会長 伊藤 雅史 東京都病院協会常任理事・等潤病院理事長</p>	P.24
13:10	<p>● 特別講演 司会：桑名 斉 (信愛病院理事長)</p> <p>「『平穏死』という言葉の意味」</p> <p>特別養護老人ホーム「芦花ホーム」 石飛 幸三氏</p>	P.25
14:30	<p>● シンポジウム</p> <p>「2025年東京の医療を明るく語ろう」</p> <p><基調講演></p> <p>石川 雅俊氏 (国際医療福祉大学准教授) P.29 座長：猪口 雄二 (寿康会病院理事長) P.28 伊藤 雅史 (学会長)</p> <p>シンポジスト (順不同) 川原 丈貴氏 (川原経営グループ代表) P.30 桑名 斉 (信愛病院理事長) P.31 内藤 誠二 (内藤病院理事長) P.32 山口 武兼 (豊島病院院長) P.33</p>	
17:00	<p>● 閉会式</p> <p>● 挨拶 東京都病院学会副学会長 山口 武兼</p>	

第一会場 (大雪・東)

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 4 演題 「地域連携」 座長：島内 俊子	
	・ 地域との交流を図り、健康について考える「健康祭り」	等潤病院 飯畑 裕子 P.45
	・ 当院における病院勤務救急救命士の役割と機能	河北総合病院 増井 敏郎 P.45
	・ 医療と福祉の連携により BPSD(行動異常)が安定した一例	青梅市地域包括支援センターうめぞの 東 幸巳 P.46
	・ 面接技術の向上への取り組み	愛和病院 中村 美恵子 P.46
12:00	◎ ランチョンセミナー 大正富山医薬品株式会社 「世界の糖尿病治療の動向と SGLT2 阻害薬の安全な生かし方」 加藤内科クリニック 加藤 光敏氏	P.111
13:10	● 演題発表 4 演題 「急性期看護」 座長：飯畑 裕子	
	・ 腓骨頭圧迫による腓骨神経麻痺予防の検証	等潤病院 口町 理香 P.47
	・ 認知症をもつ患者の療養環境づくりへの取り組みの評価	河北総合病院 須貝 沙織 P.47
	・ 業務改善による時間外労働時間の削減～固定チームナースング 3 チーム制導入を試みて～	南多摩病院 山田 順子 P.48
	・ 手術待機家族への関わりについての意識調査	豊島病院 安齋 ももこ P.48
13:50	● 演題発表 3 演題 「看護 (医療安全)」 座長：中村 しのぶ	
	・ 感染予防の視点からの環境整備を試みて	城西病院 野田 奏子 P.49
	・ 多職種による転倒予防パトロールの導入	豊島病院 根本 優美子 P.49
	・ 感染症を蔓延させない対処法 – スタッフの意識向上を目指して –	永生病院 福地 勇 P.50

14:30 ● 急性期医療委員会企画

座長：二味 覚

テーマ：東京の防災体制（水害対策）を考える

- ・首都水没 一水は低きに流れる

えどがわ環境財団 理事長 土屋 信行氏

P.37

第二会場（大雪・西）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 4 演題 「看護総合」 座長：小野寺 都留子	
	・患者・家族の思いを支え、自宅退院につながった一事例 花と森の東京病院 星野 江美子	P.50
	・術前・検査サポートセンターにおける充実したサービスの提供 豊島病院 佐藤 康恵	P.51
	・訪問看護ステーションにおける緊急訪問について 足立東部老人訪問看護ステーション 金山 原子	P.51
	・退院支援における看護管理者の役割 永生病院 宮越 正子	P.52
12:00	◎ ランチョンセミナー 東京ガス株式会社 「伝統行事に則った『地域社会の結びつき』について」 ～平成 26 年度【相馬野馬追】総大将を務めて～ 株式会社日本メディカルプロパティマネジメント 常務取締役 相馬 陽胤氏	P.112
13:10	● 演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：新泉 一美	
	・小脳出血により失調症状を呈した症例の在宅復帰を目指して 町田慶泉病院 武野 翔	P.52
	・当院回復期リハ病棟における転帰先と FIM、家族構成の関連性の検討 東京リバーサイド病院 宮原 聖治	P.53
	・脳梗塞により高次脳機能障害が残存しながら自宅退院となった症例 花と森の東京病院 大島 奈穂子	P.53
	・家族、訪問介護士と連携し、包括的アプローチをした症例 介護老人保健施設 イルアカーサ 宇原 理紗	P.54

13:50 ● 演題発表 3 演題

「診療情報管理」 座長：山崎 博光

- ・ 診療情報管理士を輝けるものに一病院に役立つ定期指標を考える—
京葉病院 天羽 諒子 P.54
- ・ 平成 26 年度 DPC 提出データを用いた分析
豊島病院 馬場 正通 P.55
- ・ 退院時サマリ 14 日以内作成率 9 割以上達成継続への取り組み
永寿総合病院 西田 龍平 P.55

14:30 ● 看護管理部会セッション

座長：海藤 淑子、立花 エミ子

テーマ：2025 年地域医療における看護の役割～安心した在宅生活を支える～

- ・ サバイバルでも自分らしく生きられる場所へ はらはらどきどきの退院支援
医療法人社団永生会 在宅総合ケアセンター センター長 加藤 公恵 P.39
- ・ 病棟看護師による在宅訪問の試み
南町田病院 小谷 和枝 P.39
- ・ 「地域で緩和！」緩和ケア病棟における在宅支援と看護師の役割
野村病院 椎橋 章子 P.40

第三会場（穂高・東）

時間

プログラム

掲載ページ

11:00 ● 演題発表 4 演題

「看護総合」 座長：菊池 明美

- ・ 災害看護に対する看護師の知識・意識調査
平成立石病院 小尾 静香 P.56
- ・ 外来看護師の夜勤業務改善に向けて
等潤病院 飯沼 美和子 P.56
- ・ 5MD（5 分間モーニングディスカッション）の効果
岩井整形外科内科病院 小松 久華 P.57
- ・ 手洗いの状況
いわい敬愛園 岩崎 寿賀子 P.57

12:00 ◎ ランチョンセミナー 武田薬品工業株式会社

「ヘリコバクター・ピロリ診療の現況と課題」

東京女子医科大学 東医療センター内科 講師 大野 秀樹氏

P.113

13:10	● 演題発表 4 演題 「薬剤部門」 座長：柳 徹也	・ 新体制後の当院薬剤科における業務変遷	南多摩病院 永倉 寛之	P.58
		・ 当院における MRSA の検出と傾向について	久米川病院 関谷 陵	P.58
		・ 抗凝固薬消化器症状の重篤化を回避し得たプレアボイド報告	南町田病院 畠山 英子	P.59
		・ 薬剤師 1 名で行う混注業務手順の検証	永生病院 尾崎 亜由美	P.59
13:50	● 演題発表 3 演題 「事務部門」 座長：福井 聡	・ 品質目標に対する事務部の取り組み	久米川病院 横山 真樹子	P.60
		・ パソコン操作講習の取り組みについて	社会医療法人社団慈生会 奥野 真維	P.60
		・ 豊島病院における DPC データと疾病別将来患者数予測による病院運営の一考察	東京都保健医療公社 事務局 池亀 正敏	P.61
14:30	● 事務管理部会セッション 座長：田野倉 浩治	・ 病院救急車を利用した高齢者搬送システム	平成立石病院 名誉院長 長谷川 修	P.41
15:40	● 演題発表 3 演題 「事務部門」 座長：奈良 宏樹	・ 採用活動について	京浜病院 石村 忍	P.61
		・ 地域と協力し取り組んだ防災訓練の報告	等潤病院 山本 邦子	P.62
		・ 在宅がん患者における「在宅がん医療総合診療料」の有益性	河北総合病院 渡邊 厚博	P.62

第四会場（穂高・西）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 4 演題 「臨床工学・画像診断」 座長：渡邊 真弓	
	・ 神経専門病院の技師育成における画像症例検討会の有用性 東京都立神経病院 工藤 高久	P.63
	・ 一般撮影におけるカセットの向きの検討とマニュアル作成 等潤病院 山本 あさひ	P.63
	・ 放射線検査における外国人患者への検査説明 豊島病院 山本 のぞみ	P.64
	・ 画像データ記録媒体の推移 平成立石病院 鈴木 伸哉	P.64
12:00	◎ ランチョンセミナー メットライフ生命保険株式会社 「評価や魅力がアップするコミュニケーション法」 株式会社オグラパートナーズ 代表取締役 小倉 千尋氏	P.114
13:10	● 演題発表 3 演題 「医療安全」 座長：市橋 富子	
	・ 手術終了後からの器械紛失防止に向けての取り組み 南町田病院 徳田 香代子	P.65
	・ 配膳前のタイムアウトによる情報共有の有効性 南多摩病院 海老名 友夏	P.65
	・ 永生会における一次救命処置講習会の取り組み 医療法人社団永生会 星本 諭	P.66
13:40	● 演題発表 4 演題 「急性期看護」 座長：鶴ヶ崎 かほる	
	・ 本邦における外科手術後の腹帯装着の有用性を文献学的に考察する 等潤病院 瀧本 幸司	P.66
	・ 自宅退院に向けた家族指導の実際～医療依存度の高い患者の場合～ 河北総合病院 大原 佳乃	P.67
	・ 左視床出血患者の日常生活動作のセルフケア再獲得への支援 河北総合病院 中西 葉	P.67
	・ 症例から考える当院 ICU における鎮静ケアの課題 南町田病院 桃井 綾乃	P.68

14:30 ● 環境問題検討委員会セッション

座長：篠原 健一

テーマ：終末期延命医療の是非と尊厳死法制化について

- ・ 終末期延命医療の是非と尊厳死法制化について

日本尊厳死協会 副理事長 鈴木 裕也氏

P.42

15:40 ● 演題発表 3 演題

「薬剤部門」 座長：鈴木 勝弘

- ・ 入院患者の持参薬管理方法の効率化について

東京リバーサイド病院 柳 徹也

P.68

- ・ 医薬品管理業務における効率化と経済効果の検討

一成会 木村病院 北野 妙子

P.69

- ・ 薬剤師の介入が疼痛の軽減に一定の効果をもたらした1症例

等潤病院 田中 康裕

P.69

第五会場（鳳凰・東）

時間

プログラム

掲載ページ

11:00 ● 演題発表 4 演題

「病院管理・医師部門」 座長：味澤 篤

- ・ 入院患者の栄養管理について、BMIによる分類での考察

東京さくら病院 林田 仁至

P.70

- ・ より実効性のある新型インフルエンザ BCP の策定

等潤病院 鈴木 勝弘

P.70

- ・ 来たるべき首都直下型地震に備えて、グループ病院間の連携

白鬚橋病院 大桃 丈知

P.71

- ・ 等潤病院における外来患者満足度調査について

等潤病院 岡本 光平

P.71

13:10 ● 演題発表 3 演題

「看護技術・教育」 座長：小林 幸子

- ・ 人工膝関節置換術患者への統一したケア・退院指導を目指して

岩井整形外科内科病院 阿部 亜希子

P.72

- ・ 内視鏡画像（動画）を使用した器械出しトレーニング

岩井整形外科内科病院 大友 勝利

P.72

- ・ チーム支援型新人看護師支援体制による指導変化

南多摩病院 岡留 梓

P.73

13:40 ● 演題発表 4 演題

「リハビリ部門」 座長：石村 操

- ・ 右両果骨折を呈した症例の独居での生活を目指して
町田慶泉病院 松本 典也 P.73
 - ・ 経管栄養で入院した脳卒中患者の退院時摂食状況について
河北リハビリテーション病院 須藤 美里 P.74
 - ・ 1～2 時間短時間通所リハビリテーションの効果
常楽診療所 和田 直樹 P.74
 - ・ 当院リハビリスタッフによる地域住民の健康寿命増進への取り組み
永生クリニック 吉野 浩一 P.75
-

14:20 ● 演題発表 4 演題

「リハビリ部門」 座長：有馬 陽一

- ・ 病棟 ADL に対するアプローチ
東京さくら病院 今坂 真由美 P.75
 - ・ 病棟と連携した呼吸リハビリテーション～勉強会の取り組み報告～
等潤病院 吉田 早織 P.76
 - ・ 大腿骨頸部骨折術後、起居動作獲得に難渋した症例
花と森の東京病院 岡田 紘平 P.76
 - ・ 当院退院後の医療から介護へのリハビリテーションを考える
北品川病院 免田 裕臣 P.77
-

15:00 ● 演題発表 3 演題

「臨床検査」 座長：荒井 克己

- ・ 持続血糖モニター (CGM) による SGLT2 阻害薬の評価
豊島病院 池原 美智代 P.77
 - ・ 輸血後感染症検査の導入における取り組み
等潤病院 絹川 あゆみ P.78
 - ・ 尿素呼気試験の休薬期間徹底へのアプローチ
平成立石病院 田近 義人 P.78
-

15:30 ● 演題発表 4 演題

「リハビリ部門」 座長：篠村 哲治

- ・ 介護療養型医療施設におけるボツリヌス療法の取り組み P.79
陵北病院 内田 貴洋
- ・ 左人工骨頭全置換術を施行した症例の歩行能力向上を目指して P.79
町田慶泉病院 塚田 時穂莉
- ・ 当老健における長期入所者の要因と意欲に関する考察 P.80
介護老人保健施設いずみ 広瀬 心
- ・ 在宅生活の維持を目標とした家族指導と環境調整 P.80
常楽診療所 中部 菜見子

16:10 ● 演題発表 3 演題

「看護技術・教育」 座長：吉田 美代子

- ・ 「看護基準手順」に関する看護師の意識調査 - ナーシングスキルを試みて - P.81
いずみ記念病院 前田 陽子
- ・ 接遇の向上を目指して P.81
永生病院 上田 江美
- ・ 歯科と連携した回復期リハビリテーション病棟における口腔ケア P.82
野村病院 渡辺 直子

第六会場（鳳凰・西）

時間

プログラム

掲載ページ

11:00 ● 演題発表 4 演題

「リハビリ部門」 座長：関根 康文

- ・ 橋梗塞を呈した症例の起居動作に対するアプローチについて P.82
町田慶泉病院 村上 加奈枝
- ・ 歩行訓練を、可動式免荷装置歩行と平地歩行で比較した P.83
介護老人保健施設 イルアカーサ 横川 雄
- ・ 大腿骨骨幹部骨折に対し逆行性髄内釘手術後の早期リハビリ介入例 P.83
南多摩病院 三村 朋広
- ・ 八王子市バドミントン大会におけるメディカルサポート活動報告 P.84
永生クリニック 宮武 智子

13:10	● 演題発表 3 演題 「地域連携」 座長：斉藤 文子	・ 大腿骨頸部骨折地域連携パスの取り組みについて	豊島病院 大亀 真由美	P.84
		・ 嚥下障害者へのチーム支援～ ST の取り組み～	梅の園訪問看護ステーション 小野塚 久実	P.85
		・ 南多摩圏域における高次脳機能障害支援普及事業	永生病院 渡邊 要一	P.85
13:40	● 演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：石川 博久	・ 患者の障害受容に対する療法士の捉え方について	等潤病院 桑田 真理奈	P.86
		・ 左大腿骨転子部骨折を呈し骨接合術を施行した症例～足関節戦略に着目して～	花と森の東京病院 須藤 俊祐	P.86
		・ 「余暇活動」による患者離床率向上への取り組み	東京リバーサイド病院 寺田 良子	P.87
		・ 褥瘡の治癒に向けた個別離床プログラムと多職種連携	永生クリニック 岩谷 清一	P.87
14:20	● 演題発表 3 演題 「臨床検査」 座長：田中 健彦	・ 当院検査室の在り方と委託について	京浜病院 鈴木 あすか	P.88
		・ 新生児聴覚スクリーニング (AABR) 検査に対する当院での検討	河北総合病院 矢内 彩夏	P.88
		・ 病棟における採血時の安全対策の検討	野村病院 杉原 未菜	P.89

14:50 ● 演題発表 3 演題

「地域連携」 座長：安藝 佐香江

- ・ 地域包括支援センターと地域ケア会議
足立区地域包括支援センター 塚家 狩野 貴志 P.89
- ・ 地域住民のための健康増進イベントについて
等潤病院 関根 康文 P.90
- ・ 八王子市との協働によるケアマネージャーに対するリハビリテーションに関する研修の取り組み
南多摩病院 井出 大 P.90

15:20 ● 演題発表 3 演題

「看護総合」 座長：高橋 元子

- ・ より分かりやすい入院時質問用紙の作成を試みて
平成立石病院 塩野 慎子 P.91
- ・ 仙骨の骨突出が目立つ患者への褥瘡予防対策の実際
河北総合病院 渡邊 祐衣 P.91
- ・ 日帰り人間ドックの精密検査受診勧奨方法についての検討
野村病院 時任 早苗 P.92

15:50 ● 演題発表 5 演題

「リハビリ部門」 座長：石濱 裕規

- ・ 早期の摂食機能療法導入により、迅速な経口摂取開始が図れた一例
等潤病院 鈴木 涼奈 P.92
- ・ ジョギング中に生じた左股関節後方脱臼の治療経験
南町田病院 境 悠滋 P.93
- ・ 2次救急病院における入退院時の離床時間の変化
南多摩病院 大淵 康裕 P.93
- ・ 当クリニックにおけるボツリヌス治療とリハビリテーションの傾向
永生クリニック 金森 宏 P.94
- ・ 腰椎圧迫骨折を呈し転倒への恐怖心が強い患者様へのアプローチ
愛和病院 高山 麻奈美 P.94

第七会場（飛鳥・東西）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 4 演題 「慢性期看護」 座長：勝又 郁	
	・看護の質向上、現状把握を目的としたデスカンファレンスの導入 一成会 木村病院 會津 亜希子	P.95
	・内服自己管理をすすめる際の内服間違いを減らすために 等潤病院 宮尾 綾乃	P.95
	・回復期リハビリテーション病棟「入院料1」への届出 いずみ記念病院 齊藤 はるみ	P.96
	・褥瘡治癒困難な患者との関わり 愛和病院 小川 幸子	P.96
13:10	● 演題発表 5 演題 「慢性期看護」 座長：関 美智代	
	・透析患者指導を実施して 森山リハビリテーション病院 田中 良博	P.97
	・一発で分かる ADL ～ピクトグラムを使って～ 信愛病院 譜久原 まゆみ	P.97
	・経鼻経管栄養から経口摂取にむけたチームアプローチ 多摩リハビリテーション病院 大原 初枝	P.98
	・褥瘡対策の充実に向けて「臨時褥瘡回診」の取り組み 永生クリニック 串田 真紀	P.98
	・口唇炎がある終末期高齢者への馬油を取り入れたケアの効果 永寿総合病院 大塩 瑞穂	P.99
14:00	● 演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：山田 有吾	
	・当院における外来リハビリから介護保険リハビリへの移行について 等潤病院 鈴木 直揮	P.99
	・医療型療養病床患者における栄養状態と ADL の関連について 北品川病院 西村 美代子	P.100
	・ゲルストマン症候群をきたした左頭頂・前頭葉梗塞の一例 いずみ記念病院 野村 有香	P.100
	・当クリニックにおけるブレースクリニックの報告 永生クリニック 明神 茉倫子	P.101

14:40	● 演題発表 3 演題 「臨床工学・画像検査」 座長：小谷野 匡章	・ オンライン HDF による自覚症状の改善効果 森山リハビリテーション病院 北濃 みゆき	P.101
		・ 当院での東京都地域がん登録を行った乳癌症例についての検討 等潤病院 梁川 晋治	P.102
		・ 胃 X 線検査、開始時間の違いによる造影効果への影響 野村病院 渡辺 紘子	P.102
15:10	● 演題発表 5 演題 「栄養管理」 座長：進藤 晃	・ 栄養補助食品の必要性 新京浜病院 下村 寛	P.103
		・ 認知症合併糖尿病患者への栄養管理～血糖コントロールを中心に～ 青梅成木台病院 宮後 十和子	P.103
		・ 肝不全用成分栄養剤の併用が有用だった非代謝性肝硬変患者の 1 例 等潤病院 浜口 千穂	P.104
		・ 効果的な糖尿病栄養指導の検討 一成会 木村病院 手槌 ゆき	P.104
		・ 院内とろみ新基準作成への取り組み 永生病院 田邊 薫	P.105
16:00	● 演題発表 4 演題 「リハビリ部門」 座長：中里 創	・ 頸部機能と嚥下障害、栄養障害の関連性 南町田病院 齋藤 佐智子	P.105
		・ 新規医療施設における人材育成について～教育に焦点を当てて～ 東京さくら病院 星 麻奈美	P.106
		・ 当院における訪問リハビリと他部署の連携について 常楽診療所 吉本 真実	P.106
		・ 永生会通所サービスの現状と提供内容について 永生会法人本部 荒尾 雅文	P.107

演者別索引

【あ】	齋津亜希子	一成会 木村病院	第七会場	11:00 ~	P. 95
	阿部亜希子	岩井整形外科内科病院	第五会場	13:10 ~	P. 72
	天羽諒子	京葉病院	第二会場	13:50 ~	P. 54
	荒尾雅文	永生会法人本部	第七会場	16:00 ~	P.107
	安齋ももこ	豊島病院	第一会場	13:10 ~	P. 48
【い】	飯沼美和子	等潤病院	第三会場	11:00 ~	P. 56
	飯畑裕子	等潤病院	第一会場	11:00 ~	P. 45
	池亀正敏	東京都保健医療公社 事務局	第三会場	13:50 ~	P. 61
	池原美智代	豊島病院	第五会場	15:00 ~	P. 77
	石川雅俊	国際医療福祉大学	メイン会場	14:30 ~	P. 29
	石飛幸三	特別養護老人ホーム「芦花ホーム」	メイン会場	13:10 ~	P. 25
	石村 忍	京浜病院	第三会場	15:40 ~	P. 61
	井出 大	南多摩病院	第六会場	14:50 ~	P. 90
	伊藤雅史	等潤病院	メイン会場	10:00 ~	P. 24
	猪口雄二	寿康会病院	メイン会場	14:30 ~	P. 28
	今坂真由美	東京さくら病院	第五会場	14:20 ~	P. 75
	岩崎寿賀子	いわい敬愛園	第三会場	11:00 ~	P. 57
	岩谷清一	永生クリニック	第六会場	13:40 ~	P. 87
【う】	上田江美	永生病院	第五会場	16:10 ~	P. 81
	内田貴洋	陵北病院	第五会場	15:30 ~	P. 79
	宇原理紗	介護老人保健施設 イルアカーサ	第二会場	13:10 ~	P. 54
【え】	海老名友夏	南多摩病院	第四会場	13:10 ~	P. 65
【お】	大亀真由美	豊島病院	第六会場	13:10 ~	P. 84
	大塩瑞穂	永寿総合病院	第七会場	13:10 ~	P. 99
	大島奈穂子	花と森の東京病院	第二会場	13:10 ~	P. 53
	大友勝利	岩井整形外科内科病院	第五会場	13:10 ~	P. 72
	大野秀樹	東京女子医科大学 東医療センター	第三会場	12:00 ~	P.113
	大原初枝	多摩リハビリテーション病院	第七会場	13:10 ~	P. 98
	大原佳乃	河北総合病院	第四会場	13:40 ~	P. 67
	大淵康裕	南多摩病院	第六会場	15:50 ~	P. 93
	大桃文知	白鬚橋病院	第五会場	11:00 ~	P. 71
	岡田紘平	花と森の東京病院	第五会場	14:20 ~	P. 76
	岡留 梓	南多摩病院	第五会場	13:10 ~	P. 73
	岡本光平	等潤病院	第五会場	11:00 ~	P. 71
	小川幸子	愛和病院	第七会場	11:00 ~	P. 96
	奥野真維	社会医療法人社団慈生会	第三会場	13:50 ~	P. 60
	小倉千尋	(株) オグラパートナーズ	第四会場	12:00 ~	P.114
	尾崎亜由美	永生病院	第三会場	13:10 ~	P. 59
	小野塚久実	梅の園訪問看護ステーション	第六会場	13:10 ~	P. 85
	小尾静香	平成立石病院	第三会場	11:00 ~	P. 56
【か】	加藤公恵	永生会 在宅総合ケアセンター	第二会場	14:30 ~	P. 39
	加藤光敏	加藤内科クリニック	第一会場	12:00 ~	P.111
	金森 宏	永生クリニック	第六会場	15:50 ~	P. 94
	金山原子	足立東部老人訪問看護ステーション	第二会場	11:00 ~	P. 51
	狩野貴志	足立区地域包括支援センター—ツ家	第六会場	14:50 ~	P. 89
	河北博文	河北総合病院	メイン会場	9:20 ~	P. 23
	川原文貴	川原経営グループ	メイン会場	14:30 ~	P. 30
【き】	北野妙子	一成会 木村病院	第四会場	15:40 ~	P. 69
	北濃みゆき	森山リハビリテーション病院	第七会場	14:40 ~	P.101
	絹川あゆみ	等潤病院	第五会場	15:00 ~	P. 78
【く】	串田真紀	永生クリニック	第七会場	13:10 ~	P. 98
	口町理香	等潤病院	第一会場	13:10 ~	P. 47
	工藤高久	東京都立神経病院	第四会場	11:00 ~	P. 63
	桑田真理奈	等潤病院	第六会場	13:40 ~	P. 86
	桑名 斉	信愛病院	メイン会場	14:30 ~	P. 31
【こ】	小谷和枝	南町田病院	第二会場	14:30 ~	P. 39
	小松久華	岩井整形外科内科病院	第三会場	11:00 ~	P. 57
【さ】	齋藤佐智子	南町田病院	第七会場	16:00 ~	P.105
	齋藤はるみ	いずみ記念病院	第七会場	11:00 ~	P. 96
	境 悠滋	南町田病院	第六会場	15:50 ~	P. 93
	佐藤康恵	豊島病院	第二会場	11:00 ~	P. 51
【し】	椎橋章子	野村病院	第二会場	14:30 ~	P. 40
	塩野禎子	平成立石病院	第六会場	15:20 ~	P. 91
	下村 寛	新京浜病院	第七会場	15:10 ~	P.103
【す】	須貝沙織	河北総合病院	第一会場	13:10 ~	P. 47
	杉原未菜	野村病院	第六会場	14:20 ~	P. 89
	鈴木あすか	京浜病院	第六会場	14:20 ~	P. 88
	鈴木勝弘	等潤病院	第五会場	11:00 ~	P. 70
	鈴木伸哉	平成立石病院	第四会場	11:00 ~	P. 64
	鈴木直揮	等潤病院	第七会場	14:00 ~	P. 99
	鈴木裕也	日本尊厳死協会	第四会場	14:30 ~	P. 42
	鈴木涼奈	等潤病院	第六会場	15:50 ~	P. 92

	須藤俊祐	花と森の東京病院	第六会場	13:40 ~	P. 86
	須藤美里	河北リハビリテーション病院	第五会場	13:40 ~	P. 74
【せ】	関根康文	等潤病院	第六会場	14:50 ~	P. 90
	関谷 陵	久米川病院	第三会場	13:10 ~	P. 58
【そ】	相馬陽胤	株式会社日本メディカルプロパティマネジメント	第二会場	12:00 ~	P.112
【た】	高山麻奈美	愛和病院	第六会場	15:50 ~	P. 94
	瀧本幸司	等潤病院	第四会場	13:40 ~	P. 66
	武野 翔	町田慶泉病院	第二会場	13:10 ~	P. 52
	田近義人	平成立石病院	第五会場	15:00 ~	P. 78
	田中康裕	等潤病院	第四会場	15:40 ~	P. 69
	田中良博	森山リハビリテーション病院	第七会場	13:10 ~	P. 97
	田邊 薫	永生病院	第七会場	15:10 ~	P.105
【つ】	塚田時穂莉	町田慶泉病院	第五会場	15:30 ~	P. 79
	土屋信行	えどがわ環境財団	第一会場	14:30 ~	P. 37
【て】	手槌ゆき	一成会 木村病院	第七会場	15:10 ~	P.104
	寺田良子	東京リバーサイド病院	第六会場	13:40 ~	P. 87
【と】	時任早苗	野村病院	第六会場	15:20 ~	P. 92
	徳田香代子	南町田病院	第四会場	13:10 ~	P. 65
【な】	内藤誠二	内藤病院	メイン会場	14:30 ~	P. 32
	永倉寛之	南多摩病院	第三会場	13:10 ~	P. 58
	中西 葉	河北総合病院	第四会場	13:40 ~	P. 67
	中部菜見子	慈生会 常楽診療所	第五会場	15:30 ~	P. 80
	中村美恵子	愛和病院	第一会場	11:00 ~	P. 46
【に】	西田龍平	永寿総合病院	第二会場	13:50 ~	P. 55
	西村美代子	北品川病院	第七会場	14:00 ~	P.100
【ね】	根本優美子	豊島病院	第一会場	13:50 ~	P. 49
【の】	野田奏子	城西病院	第一会場	13:50 ~	P. 49
	野村有香	いずみ記念病院	第七会場	14:00 ~	P.100
【は】	長谷川 修	平成立石病院	第三会場	14:30 ~	P. 41
	畠山英子	南町田病院	第三会場	13:10 ~	P. 59
	馬場正通	豊島病院	第二会場	13:50 ~	P. 55
	浜口千穂	等潤病院	第七会場	15:10 ~	P.104
	林田仁至	東京さくら病院	第五会場	11:00 ~	P. 70
【ひ】	東 幸巳	青梅市地域包括支援センターうめぞの	第一会場	11:00 ~	P. 46
	広瀬 心	介護老人保健施設いずみ	第五会場	15:30 ~	P. 80
【ふ】	福地 勇	永生病院	第一会場	13:50 ~	P. 50
	譜久原まゆみ	信愛病院	第七会場	13:10 ~	P. 97
【ほ】	星野江美子	花と森の東京病院	第二会場	11:00 ~	P. 50
	星 麻奈美	東京さくら病院	第七会場	16:00 ~	P.106
	星本 諭	医療法人社団永生会	第四会場	13:10 ~	P. 66
【ま】	前田陽子	いずみ記念病院	第五会場	16:10 ~	P. 81
	増井敏郎	河北総合病院	第一会場	11:00 ~	P. 45
	松本典也	町田慶泉病院	第五会場	13:40 ~	P. 73
【み】	三村朋広	南多摩病院	第六会場	11:00 ~	P. 83
	宮後十和子	青梅成木台病院	第七会場	15:10 ~	P.103
	宮尾綾乃	等潤病院	第七会場	11:00 ~	P. 95
	宮越正子	永生病院	第二会場	11:00 ~	P. 52
	宮武智子	永生クリニック	第六会場	11:00 ~	P. 84
	宮原聖治	東京リバーサイド病院	第二会場	13:10 ~	P. 53
	明神茉倫子	永生クリニック	第七会場	14:00 ~	P.101
【む】	村上加奈枝	町田慶泉病院	第六会場	11:00 ~	P. 82
【め】	免田裕臣	北品川病院	第五会場	14:20 ~	P. 77
【も】	桃井彩乃	南町田病院	第四会場	13:40 ~	P. 68
【や】	矢内彩夏	河北総合病院	第六会場	14:20 ~	P. 88
	梁川晋治	等潤病院	第七会場	14:40 ~	P.102
	柳 徹也	東京リバーサイド病院	第四会場	15:40 ~	P. 68
	山口武兼	豊島病院	メイン会場	14:30 ~	P. 33
	山田順子	南多摩病院	第一会場	13:10 ~	P. 48
	山本あさひ	等潤病院	第四会場	11:00 ~	P. 63
	山本邦子	等潤病院	第三会場	15:40 ~	P. 62
	山本のぞみ	豊島病院	第四会場	11:00 ~	P. 64
【よ】	横川 雄	介護老人保健施設 イルアカーサ	第六会場	11:00 ~	P. 83
	横山真樹子	久米川病院	第三会場	13:50 ~	P. 60
	吉田早織	等潤病院	第五会場	14:20 ~	P. 76
	吉野浩一	永生クリニック	第五会場	13:40 ~	P. 75
	吉本真実	常楽診療所	第七会場	16:00 ~	P.106
【わ】	和田直樹	常楽診療所	第五会場	13:40 ~	P. 74
	渡邊厚博	河北総合病院	第三会場	15:40 ~	P. 62
	渡辺直子	野村病院	第五会場	16:10 ~	P. 82
	渡辺絢子	野村病院	第七会場	14:40 ~	P.102
	渡邊祐衣	河北総合病院	第六会場	15:20 ~	P. 91
	渡邊要一	永生病院	第六会場	13:10 ~	P. 85

記念講演

学会長講演

特別講演

S P E E C H

東京都病院協会の歴史と展望



河北 博文

東京都病院協会会長
河北総合病院理事長

東京都病院協会の役割は、対象とする地域住民（都民）が健康で安心して生活できるよう、質の高い医療を十分に提供することです。さらに、提供を担う会員病院が健全な経営を確保し、病院職員が納得して働ける環境をつくることでもあります。そのためには、関係者と政策協議を行い、その結果を制度に反映するとともに、都民並びに会員に適切な情報提供を行い、教育研修に努めます。さらに、会員が協働して行う事業を実現していかねばなりません。

東京都は中央政府も含む地域であることから、国の政策への意見の提言も求められます。そのため関係各団体と意見調整を行うことも重要な役割の一つです。これらのことは東京にある病院にとっては負担になり腰が引けることかもしれませんが、一部の者に依存し、多くの病院は無関心でい

ることは社会に対して非常に無責任な姿勢だと思います。医療は極めて重要な社会的事業です。そこに携わる多くの病院関係者には常にパブリック・マインドをもって欲しいと思っています。

団塊の世代を中心とした高齢者が東京都に集中し始めています。高齢者の絶対数が増える中で持続可能な、良質な医療提供体制を維持していかなければなりません。複数の疾患を持ち、複数の症状を呈する高齢者に対し、いわゆる全人的医療を総合的に考える時期になりました。疾病管理から健康管理へ、さらに、生活から地域社会づくりに医療は変わっていかざるを得ません。病院も地域包括的な仕組みの中の一員としてしっかりと地域社会を支えていく責任があります。東京都病院協会は社会環境づくりとともに、個々のモデルを支援する役割を担っていきたいと考えています。

河北 博文 略歴

1977年 慶應義塾大学医学部卒業
1983年 シカゴ大学大学院ビジネススクール修了
1984年 慶應義塾大学医学部大学院博士課程修了
1988年 社会医療法人 河北医療財団 理事長
主な兼職
公益財団法人 日本医療機能評価機構 副理事長兼専務理事
一般社団法人 東京都病院協会 会長

2025年東京の医療を明るく語ろう



伊藤 雅史

東京都病院協会常任理事
社会医療法人慈生会理事長

記念すべき第10回東京都病院学会を主催する栄誉を与えていただいた河北会長、都病協役員の皆さんに深甚なる感謝を申し上げます。さて、2025年は団塊の世代が後期高齢者となる超高齢社会の幕開けの年、改正医療法による病床機能報告制度と地域医療ビジョン策定などの中長期的な医療制度改革が極めて現実性を帯びるなかで、2025年に向けて自院の存続を左右する問題への対応を迫られているのが、第10回大会を迎えた今年の現実と言えましょう。深刻な財源不足と未曾有の超高齢社会における医療の未来を語る時、私たち医療人は大きな不安と不満、憤りなどの負の感情をもって議論が進みがちです。しかし、これら

壮大な医療制度改革の潮流のなかで、主人公を演じるのはやはり私たち医療人であるべきであり、それに応えるべく常に前向きで明るい気持ちを持って、自ら自己変革を行う勇気と覚悟を持つべきとの観点から、第10回大会のテーマを「2025年東京の医療を明るく語ろう」としました。浅学で経験に乏しい私から、参加者の皆様に届けられるメッセージは限られておりますが、過去8年間に自院で経験した経営戦略と病院改革の道筋は、正にこのような視点に立ったものでありました。その経験を将来へのメッセージを含めて報告することで学会長講演の任を果たしたいと考えております。

伊藤 雅史 略歴

昭和55年東京医科歯科大学卒、同年同大学第二外科入局、同大学講師、医療法人顕正会蓮田病院長をへて、平成19年4月より現職。

「平穩死」という言葉の意味



石飛 幸三

芦花ホーム医師

われわれは、人生最期の迎え方について、今までに
なく考えなければならない時に来ています。日本は世
界一の長寿社会になりました。延命治療は次々と
開発されます。自分の最期の迎え方を選べるはずな
のに、どこまで延命処置を受けるべきか判らなくなっ
ています。

日本には刑法219条があります。植物状態の患者
の人工呼吸器を取り外したことが、不作為の殺人に
問われた川崎協同病院事件や射水市民病院事件が
医師に強迫観念を残しました。命を延ばす方法があ
るのにそれをしないと「保護責任者遺棄致死罪」に問
うというのです。杓子定規に捉えると、老衰の最終章
にも延命治療をどこまでも適応しろと執れます。実は
この刑法は明治時代の、富国強兵の時代に作られた
ものです。一方家族は、自分は苦しい死に方はしたく
ないと言いながら、親には延命治療を押し付けます。
我々は老いて衰えて最期は自分の口で食べなくなり
ます。それでもお腹に小さな穴を開け、胃に直接通じ
る管をつけて経管栄養材を注入して(胃瘻)生きなけ
ればならないのでしょうか。

老衰を医療でとめることはできません。最終章での
必要な水分や栄養の量はどんどん減っていきます。死
ぬのだからもう要らないのです。‘入れない方がむしろ
穏やかに逝ける’のに入れるのです。本人のために医
療を‘さじ加減’できるのは医師です。警察官にも裁判

官にもできません。司法で決める話ではありません。
今は医療のあり方を考えなければならないのです。医
師が良心に元づいて判断すべきなのです。

もう一つは国民の意識です。自然の摂理を直視し
ないで、医療に過剰な期待をします。‘一人しか居ない
私のお母さん、どんな姿でもよい、いつまでもこの世
に居て欲しい’というあの家族の感情、情念、実はこれ
程厄いなものはありません。本当は理性の問題なの
です。家族自身が、何が親のためになるか考えるべ
きなのです。何れは自分の番が回って来ます。一人一人
が自分の問題として捉え自律すべきです。今こそ国を
挙げて、老衰という自然の摂理を認識し、医療は本来
人のための科学であることに戻り、最終章における医
療の役割、介護の使命を認識する時です。

私が作った「平穩死」という言葉の意味は、単なる
延命治療が意味をなさないのであれば、それをしなく
ても責任を問われるべきでないという刑法上の主張
なのです。

生きて死ぬ、自然の摂理、死の高齢化の大波はも
うわれわれの足下をすくい始めています。

「自然」とはそもそも「^{おのずか}然り」、自然に従ってしっ
かり生きて、そして最期にこれでよかったと思いたいも
のです。

世田谷区立特別養護老人ホーム
ホーム医師 石飛 幸三

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、9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)など。

シンポジウム

2025年東京の医療を
明るく語ろう

SYMPOSIUM

座長紹介

地域包括ケアシステムと病院



猪口 雄二
寿康会病院 理事長

日本の医療提供体制における病院のあり方は大きく変わろうとしている。「地域医療構想」では、病床機能報告制度、協議の場（調整会議）、等を通じて、2025年の患者数推計等に基づく病床数に収斂されようとしている。そして、これらは二次医療圏等を中心に構築するとされている。しかし、東京都の場合は「高度急性期病床」は23区を中心に、「慢性期病床」は三多摩地区に多く分布しており、とても二次医療圏を中心に機能分化できるものではない。

一方、介護保険事業を中心に構築が行われようとしている「地域包括ケアシステム」は、二次医療圏ではなく生活圏を中心に考えられており、その纏め役（介護保険事業計画）は区市町村（一次医療圏）である。これは、住居、生活支援、介護、医療、予防、

等を整備することによる、誰もが住みなれた街での生活を持続させることが出来る「街作り」である。そして、ここに医療はすでに組み込まれている。

「地域包括ケアシステム」に必要な医療者は、訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、等が考えられるが、実際には、要介護高齢者を診療する医療機関はすべてシステムの一員である。また、在宅療養・施設入居者等の急変・増悪時に対応する在宅療養支援病院（地域包括ケア病棟）、さらに高度な急性期医療に対応する二次救急病院、救急救命センター、等の連携は極めて需要である。

今後の「地域包括ケアシステム」と「地域医療構想」の有機的な連携において、地域に密着した病院の存在は欠かせないものである。

猪口 雄二 略歴

昭和54年獨協医科大学卒、昭和62年（医財）寿康会理事長、（現）全日本病院協会副会長、東京都病院協会常任理事、日本病院団体協議会実務者委員会委員長、等

基調講演

2025年東京の医療を明るく語ろう



石川 雅俊

国際医療福祉大学 准教授

我が国は、医療費を抑えながら世界一の平均寿命を達成したものの、財政制約や高齢人口の急増等を背景として、持続可能な医療提供体制の再構築が、緊急の課題となっている。今後到来する超高齢社会に備えて、医療資源の機能分化や集約化、医療の質に基づく診療報酬の設計、保険者機能の強化、私費サービスの拡充等が検討されている。

2015年度より、地域医療構想の策定に向けた議論が開始される。東京都の主要課題は、高度急性期機能の周辺県との分担のあり方、回復期、慢性期、介護機能の需給ギャップの拡大、人材不足等であろう。このような事業環境は、視点を変えれば、新しい都市型の医療提供体制を構築する事業機会と捉えることもできる。医療提供者は、2025年、更に2040年に向けて、地域住民の受療行動やライフスタイル、終末期の変化といったニーズの

変化を捉え、診療や経営、更には街作りのあり方についても様々な対応が求められる。

世界の先進諸国は我が国と共通の課題に直面しており、既に改革に着手している。その本質は、ヘルスケアの量から価値への転換であり、提供者、保険者、開発者等当事者は、ポピュレーションヘルスの改善に貢献すべく、自らのサービスや製品に対する評価と説明責任が求められている。このような先進諸国の視点も踏まえ、東京の医療の近未来を考察する。

石川 雅俊 略歴

2005年筑波大医卒。初期臨床研修を経てKPMGヘルスケアジャパン株式会社に参画。2012年マネージャー。2014年より現職。

シンポジスト

垂直統合戦略で病院に安定を利用者に安心を



川原 丈貴

川原経営グループ代表

○東京都の将来の医療・介護需要

東京都では、2025年にかけて医療・介護需要ともに増加する。2025年の総医療需要は、2015年比で9%増、総介護需要は28%増と予測されている。年齢階級別にみると、0～64歳の医療需要は2015年比で1%しか増加しない一方、75歳以上は34%増加する見込みである。2025年から2040年の予測では、75歳以上の医療需要と総介護需要の伸びはやや落ち着くものの、65歳以下の医療需要は17%も減少すると予測されている。(日医総研ワーキングペーパーより)

増大する高齢者需要の受け皿についてみると、東京都では、地価が高く、施設整備が不十分な状況にある。また、在宅サービスの利用環境も整っていないとはいえない。

○「治す」医療から「治し・支える」医療へ

診療報酬・介護報酬のダブル改定や、地域医療ビジョンが盛り込まれる医療計画、介護保険事業計画の策定年となる2018年に向けて、病院は機能の明確化が求められている。

このような環境下、「治す」医療から、「治し・支える」医療への発想転換が求められている。弊社が厚生労働省から受託した「医療機関の経営支援に関する調査研究」において、中小病院の経営戦略に関するケーススタディを作成した。経営改善病院の生き残り戦略として、地域のニーズに応える“垂直統合戦略”（病院を中心として、介護・在宅・居宅サービス等を提供）という特性が見られた。垂直統合戦略により、入口・出口戦略の確立、医療・介護の一体的推進という施策との合致等を図ることができる。

医療機能を最大限に活かしながら介護サービス等を併せて提供することにより、病院の経営は安定し、利用者は安心して生活できるようになる。

川原 丈貴 略歴

川原経営グループ代表。公認会計士、税理士、厚生労働省医療法人の事業展開等に関する検討会委員他公職

シンポジスト

慢性期医療が将来、果たすべき役割は？



桑名 斉
信愛病院理事長

1. 慢性期医療は急性期医療を支える
2. 超高齢社会では、慢性期医療のニーズが高まる
3. 慢性期医療は、キュアよりもケアに重点が置かれる
4. 慢性期医療は、日常生活と密接につながっている
5. 慢性期医療は、QOL(quality of life)の向上を目指すものである
6. QOLの向上は、最終的にQOD(quality of death)に資する
7. 好ましいQODは、今後の超高齢多死社会を安心して迎えるために欠かせない

桑名 斉 略歴

日本大学医学部卒業
社会福祉法人信愛報恩会信愛病院理事長
東京都慢性期医療研究会副会長
東京都病院協会常任理事
日本慢性期医療協会常任理事

シンポジスト

地域包括ケアにおける地域密着型病院の役割

内藤 誠二
内藤病院理事長

「2025年の医療」はどのようになっているのだろうか？がん医療、再生医療、アンチエイジング、美容医療等では技術的に大きな変革があり、その分野での医療進歩は明るい未来が期待できるかも知れない。しかし「2025年東京の医療」を語るにまずはずせないのが「超高齢社会」である。さらに高齢者の生活を支えるための「地域包括ケアシステム」の構築である。その一つの柱が「在宅医療」であり生活に密着した場所で「キュア」から「ケア」と言われるように、生活を支える医療が必要である。しかし在宅における医療には限界があるため、地域の病院のバックアップが重要である。平成26年度診療報酬改定においても病院の役割が提示され、「地域包括ケア病棟(病床)」とまさにそのものの機能まで示されている。

そしてこれまでも地域を支えてきた地域密着型病院は、今までの入院医療でどう対応するかではなく、「地域包括ケアシステム」を支える一員としてどのような医療・機能が必要か考える必要がある。

医療機関として病気が治癒して社会復帰できることを目標としてきた使命から、地域での生活を続けることを可能とすることを目的とした医療・看護を目指すことが重要である。ADLの低下している高齢者が病状悪化し、入院・治療し退院の際に自宅で療養するためには医療・生活・介護に何が必要か調整していく「退院支援」が必要である。そのためには在宅医、訪問看護STだけではなく地域包括支援センター、ケアマネージャー、さらには民生委員等の地域との連携が必要となる。また「在宅看取り」についても議論されているが、在宅で最期を迎えるつもりでいて状態の変化により困難となった場合でも、地域の病院で受け入れることで自宅ではないが、地域での看取りをすることができる。

このように高齢社会の中では病気だけではなく、地域の生活や個人の人生をも支える姿勢が医療機関に求められ、そこに医療人として社会の役に立っているという実感が得られるのではないだろうか。

内藤 誠二 略歴

1987年に昭和大学大学院を修了。その後、同大学の外科学教室助手を経て、1990年内藤病院副院長に就任。1995年院長となり現在に至る。東京都病院協会常任理事のほか、地区医師会、全日本病院協会の各種委員を務めている。

外科学会認定医、乳癌学会認定医として診療にあたる一方で、在宅医療の後方支援、介護施設の連携を含めて、地域における医療連携を積極的に行っている。

シンポジスト

2025年東京の医療を明るく語ろう —急性期の立場から—



山口 武兼

公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院 院長

2012年度の国民医療費は39兆2117億円で、前年度よりも6267億円(1.6%)増加して過去最高だったと厚生労働省が発表した。2012年のOECD統計では、日本の医療費はGDPの10.3%で、アメリカの16.9%をはるかに下回り、医療の成果といえる平均余命は83.2歳とOECD諸国の中で最上位にあり、日本では医療において費用対効果の高い運営がなされてきた。2013年8月6日社会保障制度改革国民会議報告書が出された。政府は社会保障の充実と財政健全化目標を同時に達成するために一体改革を行っている。2025年の医療介護のあるべき姿として、病院完結型から地域完結型へ、急性期・回復期・在宅のネットワーク化、地域包括ケアシステムの完成が考えられている。日本では民間医療機関の有する病院数が80.2%、病床数では69.8%を占めているから、厚労省が目

指す構想をそのまま実現することは難しい。しかし、国債が1,000兆円を超える現状では費用対効果の高い運営が求められる。これまでは医療機関が競合することが医療の質を高め、医療従事者の自己犠牲のもとに、全体としての費用削減になっていた。今後は競合から協調に転じて、急性期病院では重複する無駄な投資を避け、人材と高度な医療機器を集中することにより、医師の練度を高め、各科の専門医の質を短期間で高めることも可能になる。人材の集積により労働環境の改善を図ることができる。一次医療圏では既に出来上がっている地域包括ケアシステムと急性期を結びつけることにより、地域完結型の医療がなされ、地域でのネットワークが完成する。東京の医療はこれから明るくなるが、しかしそこまでに至る道は平坦ではない。

山口 武兼 略歴

昭和50年3月

東京医科歯科大学医学部医学科卒業

昭和50年6月

東京医科歯科大学医学部脳神経外科研修医

昭和53年5月

埼玉医科大学脳神経外科助手

昭和54年5月

東京医科歯科大学医学部脳神経外科助手

昭和56年2月26日－昭和58年8月25日

アメリカ合衆国国立衛生研究所(N.I.H.)在籍:脳虚血の研究

昭和62年4月1日

東京都立松沢病院脳神経外科医長

平成11年6月16日

東京都立豊島病院脳神経外科医長

平成12年8月1日

東京都立豊島病院脳神経外科部長

平成19年6月1日

東京都立豊島病院副院長

平成21年4月1日

東京都保健医療公社豊島病院副院長

平成21年7月16日

東京都保健医療公社豊島病院院長

(東京医科歯科大学臨床教授)

資格

医学博士

日本脳神経外科学会専門医

専門

脳神経外科全般;救急、脳卒中

顔面痙攣・痙性斜頸に対するボツリヌス毒素注入治療

セッション

急性期医療委員会企画
看護管理部会セッション
事務管理部会セッション
環境問題検討委員会セッション

SESSION

急性期医療委員会企画

会場：第一会場(5階・大雪東)
時間：14:30~16:00
座長：二味 覚
(がん研有明病院)
講師：土屋信行氏
公益財団法人えどがわ環境財団理事長

テーマ： 東京の防災体制 (水害対策) を考える

自然災害の医療体制について、これまで我々は、大地震を多く想定してきた。「水害」が焦点になることは、稀であった。

土屋信行先生が、この度ご出版された「首都水没」(文藝春秋)は、そのような我々に、大きな衝撃を与えた。会場で、土屋先生に、直接にご講演をいただき、水害について、学習、議論し、広く問題提起する場として、本セッションを企画した。

「首都水没—水は低きに流れる」



土屋 信行

公益財団法人えどがわ環境財団 理事長

「水は低きに流れる」——。当たり前だが、それゆえに東京は水害に対して、古い昔より地形的にも脆弱だ。加えて地下水汲み上げ等によってゼロメートル地帯が広がり、そこに数多くの地下鉄・地下街がはりめぐらされている。さらに気象変動によって今世紀末には世界平均海面水位は最大82cm上昇する(IPCC)と予想され、豪雨、スーパータイフーンの発生は確実にってきている。首都直下地震についても切迫してきている。

問題は河川堤防の決壊による「外水氾濫、大河川氾濫洪水」、台風とともに海の水が襲ってくる「高潮洪水」、降った雨が排水できずに溜まり続ける「内水氾濫」、そして地震によって水門・堤防が破壊される「地震洪水」の4つだ。

家康の利根川の東遷、荒川の西遷に始まり、東京の三大水害という明治43年の「東京大水害」、大正6年の「大海嘯」、昭和22年の「カスリーン台風」に対して、どう対処をしてきたのか。東京の過去の洪水の歴史を振り返れば、荒川、江戸川の氾濫の時、犠牲を出さないために、命山としてのスーパー堤防は絶対に必要である。そして東京は、大潮の満潮時にゼロメートル地帯の堤防のどこか1か所を破壊するだけで、首都が水没し、地下鉄、共同溝、電力通信の地下連絡網のあらゆる機能が失われる。日本沈没である。「ゼロメートル地帯の治水対策とは、住民にとって逃げられる"命山"であり、そして日本にとっての"安全保障"なのだ。」

洪水ハザードマップを見たことがありますか？

あなたのいる場所はもし洪水になったら何メートルの浸水があるか知っていますか？

その時、あなたは生き抜くことができますか？

あなたは、住む場と職場を守れますか？

あなたは、家族を守れますか？

土屋 信行 略歴

博士(工学)・技術士(建設部門・総合技術監理部門)
土地区画整理士
公益財団法人えどがわ環境財団理事長
公益財団法人リバーフロント研究所理事
一般社団法人全日本土地区画整理士会理事
土木学会 テックフォース委員、首都圏低平地防災検討会座長

看護管理部会セッション

会 場：第二会場(5階・大雪西)
時 間：14:40～16:50
座 長：海藤 淑子(いずみ記念病院)、立花 エミ子(信愛病院)

テーマ：2025年 地域医療における看護の役割 ～安心した在宅生活を支える～

今回のセッションでは、2025年の医療提供体制を支えるための、地域医療における医療と介護の連携を考えたいと思います。

厚生労働省は超高齢社会における医療費の膨張を抑制するため、医療機関の在院日数の短縮を推進しており、これはそのまま在宅ケアの重要性に結びつくものです。

そのためには、退院支援計画の作成、患者さんの在宅生活を支えるための医療支援、また体調が悪くなったらいつでも入院できる体制作りが必須です。

さらに、病棟看護師と、訪問看護ステーション等の在宅ケアスタッフが病院・在宅の両方で継続したケア

が提供できるよう、お互いの業務・ケアの内容についての理解・共通認識は不可欠だと考えます。

今回は、在宅復帰の事例とそのためのノウハウを紹介するとともに、今後の課題について検討します。また、病院・在宅ケアそれぞれの立場からの発表を通じ、連携の在り方を探りたいと思います。

基調講演、シンポジスト発言の後は、座長を交えての討議を行います。

その際はフロアからの積極的な質問・発言を宜しくお願いいたします。

テーマおよび発表者

基 調 講 演：「サバイバルでも自分らしく生きられる場所へ
はらはらどきどきの退院支援」

永生会在宅総合ケアセンター センター長 加藤 公恵氏

シンポジスト：「病棟看護師による在宅訪問の試み」

南町田病院 看護部長 小谷 和枝

「『地域で緩和!』緩和ケア病棟における在宅支援と
看護師の役割」

野村病院 緩和ケア認定看護師 椎橋 章子氏

「サバイバルでも自分らしく生きられる場所へ はらはらどきどきの退院支援」

加藤 公恵

医療法人社団永生会在宅総合ケアセンター
センター長

1.存在する

私たちは人生のはじめと終わりに人の手を借りる時間があります。

生まれたばかりの赤ちゃんに対して「働きもせず寝てばかり」という人はいないでしょう。

ただそこに存在するだけで価値があります。

高齢者が寝たきり要介護5になっても、家で横になっているとそれは「留守番」の役割を持っていたりします。役割は生きがいでもあり、「存在する」ことに大きな価値を創造します。「亡くなった後の部屋の冷たさに泣きました。」というご家族の言葉にも人が生きて存在することの大きさを学びます。

2.家族

「お父さん今度出会うときは親子じゃなくて恋人がいいね。」「無言でご飯を運ぶだけの私は冷たい娘でしょうか?」夫婦・親子の関係の質は様々でありそれまでの歴史を背負って言葉として表出されます。それは介護の形にも多くの影響がありますがご本人に関する情報をもっとも所持する貴重な関係には違いありません。地域で暮らすことはこれまでの人間関係を引き継ぎ楽しみも増えますが、時にはバランスのとれた栄養も温度管理された空気もなくサバイバルな環境の中で暮らすことになる方もいるでしょう。

3.はらはらドキドキ

私たちが歴史の中で学んだ看護の本質は「その人の自然免疫力が最大限に発揮できる環境設定をすること」でした。まず家に帰ることその人に合った環境が「家」にあるはずで。

どんなに考えても何か不足したり気がかりだらけの退院になるでしょう。「まず帰る」「だめならいつでも戻ってくる」「改善してまた帰る」その繰り返しで最後は「家で死にたい」。そのために地域との連携は不可欠です。

「病棟看護師による在宅訪問の試み」

小谷和枝、鈴木知子、三浦由美、
金谷幸一、臼井豊子

南町田病院

【はじめに】

当院は222床の二次救急医療機関である

我が国の医療制度改革が、医療システムの地域完結型を確実にするため「病院で治す医療」から「地域全体で治し、支える医療」へ進める中、平均在院日数の短縮により、複数疾患、独居、などの多様な問題を抱える患者が、健康障害を持ち、かつセルフケアが未確立な状態で生活の場に帰ることになる。

急性期の病院においては短期間で退院する患者の状態把握は大変で、退院調整業務により業務負担も増加する。急性期病院の看護職員が、早期に在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取り組みを促進し、患者が安心して在宅に向かう調整力を育てるためには、「生活の視点」で、患者・家族を捉えることが大切である。

今後急性期を取り巻く環境が厳しくなるなか、在宅医療・看護に対する意識の啓蒙を図り、地域医療・介護の連携や在宅に向けた目線を持ったスタッフの育成を図るため今回、在宅・訪問同行研修を試みたので報告する。

【方法】

研修のねらい：①スタッフ意識の向上②他職種連携の理解③医療制度改革と急性期病院の看護師の役割理解

場所：在宅診療部、訪問看護ステーションペンギン一日同行研修

期間：平成26年10月1日～平成26年11月30日

対象：3階外科病棟、5階脳外科病棟の常勤看護職員

【まとめ】

研修のねらいについて理解を深めることができたとともに、在宅診療・訪問看護の現場を初めて体験した看護職員も多く、「病院にいた患者」は「地域での生活者」である事に改めて気づかされ、病棟では退院調整、患者情報シートが丁寧に記入されるようになった。患者が安心して地域に帰れるよう、今後も急性期における看護職員として患者支援の力を高めていきたい

『『地域で緩和!』緩和ケア病棟における在宅支援と看護師の役割』

椎橋 章子

野村病院 緩和ケア認定看護師

(はじめに)

2006年がん対策基本法の施行を受け、2013年より東京都がん対策推進計画が立案された。住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標としている。医療法人財団慈生会野村病院(以下、当院)は2011年12月「地域で安心して過ごせる緩和ケア病棟」を基本概念とし、12床の緩和ケア病棟を開設した。

(在宅支援のための取り組み)

当院緩和ケア病棟は退院患者中、自宅退院 42.3% (平成25年度)であり、入院時より退院支援パス作成にて、定期的に評価を行っている。また、緩和ケア病棟入院エントリーを終えた患者は、24時間の受け入れ体制をとり、満床でも一般病棟へ入院が可能である。更に地域や訪問看護との連携も重要なカギであり、定期的に当院主催による地域医療者向け学習会を開催している。「地域で緩和ケア病棟をどのように活用するか」「地域をつなぐ看護」等をテーマとし、多職種がグループディスカッションを通じ、顔の見える連携の場づくりを提供している。

今回、当病棟を退院後、自宅で看取りとなった2事例を紹介する。事例を通じて①患者・家族の意向をいかに尊重し、在宅療養への維持、継続を支えるか。②病棟看護師、訪問看護師の異なる視点を活かし、より個別的な介入を共有することで、それぞれの役割に改めて気付く事が出来た。

(考察・今後の課題)

- ① 外来での早期からの緩和ケアの介入、適切な時期の訪問看護の導入
- ② 治療中心から療養中心の在宅療養体制の構築
- ③ 病院勤務の認定看護師と訪問看護師が連携する事により、適切な療養場所の選択

(まとめ)

病院、在宅の役割を共有することで、看護師間の連携を促進し、患者・家族が望む療養場所の選択肢がふえ、個別的な対応が可能となる

事務管理部会セッション

会場：第三会場(穂高・東)
時間：14:30~15:30
座長：田野倉 浩治(永生病院)
講師：長谷川 修氏(平成立石病院 名誉院長)

みなさんは「東京ルール」をご存知ですね。東京都では医師会、消防庁と協働し搬送選定困難患者の受け入れを速やかに行うことで消防救急車の効率的運用を図ってきました。その中で利用する患者の多くが高齢者であるという新たな実態が浮き彫りになり、同時に住まいから離れた病院へ搬送されるなど、これから増える高齢者に対する課題も見えてきました。これらの課題に向けて考え出されたものが「病院救急車の活用」です。

葛飾区医師会は、在宅で療養生活を送る高齢の区民等が病院での治療が必要になったときに、区内病院が保有する病院救急車を利用して区内医療機関に搬送することにより、区内で医療が完結することを目指した「かつしか在宅医療サポート搬送入院システム」の運用を開始しております。

このたびのセッションは、その運用を担っている平成立石病院の取り組みを紹介していただきます。

本システムを有効に活用することにより、東京消防庁の救急搬送体制の負担軽減、二次救急病院の負担軽減と高齢者の地域完結型医療の実践等地域包括ケアシステムを視野に入れた多くの波及効果が考えられます。

診療所との連携や療養病床における「在宅療養後方支援病院」としての取り組みにも大きくかわるものとなります。

高齢者の健康情報の地域内共有化、救急車の効果的運用と維持管理など多くの課題について、これから同様のシステムを考えている病院や地域にとって参考になるものと考えておりますので、ぜひご参加ください。

「病院救急車を利用した高齢者搬送システム」



長谷川 修
平成立石病院

【目的】地域内で安心できる医療を受けられるために高齢患者の搬送に病院救急車を利用する。

このシステムにより東京消防庁の救急搬送体制と地域包括ケア構築を支援する。

【背景】東京消防庁の救急車出動件数は2012年過去最高の74件超に達し、限界直前の状態である。特に65歳以上高齢者の搬送件数は2011年に全搬送件数の45.9%を占めた。高齢者は多くの理由で医療機関の選定に時間を要する傾向にある。一方で高齢者が救急隊のトリアージで重症と判定されて高次医療機関に搬送された場合に、本人家族が望まない医療と経過をたどることがある。高齢者を地域内で収容し望む医療を提供することが超高齢社会では重要なことである。

また医療(病院、在宅医)と介護の多職種間で高齢者の健康情報を共有することは地域包括ケアの構築に必要不可欠である。

【概要】かかりつけ医や在宅医などの医師が既に状態を把握しており、本人家族が高次医療を望まないとの意志確認ができている高齢者の場合、地区医師会が協力病院、在宅医との情報の共有を図り、病院救急車を利用して地域内の病院に搬送するシステムを運用する。このシステムは東京消防庁の救急搬送体制を支援するものであることを前提とし、必要な場合は東京消防庁に救急車を要請することできるものとする。

医療と介護の多職種が連携することにより、地域包括ケアの構築に近付くと期待する。

【現状】26年12月までに178人の在宅療養患者・高齢者が登録している。

このシステムの運用には在宅療養推進区市町村支援事業補助金を利用している。

長谷川 修 略歴

昭和60年3月 日本医科大学 卒業

平成14年3月 平成立石病院副院長

平成16年4月 平成立石病院院長

平成24年4月 平成立石病院名誉院長 現在に至る

環境問題検討委員会セッション

会場：第四会場(穂高・西)
時間：14:30~15:30
座長：篠原 健一(河北総合病院)
講師：鈴木 裕也氏(日本尊厳死協会 副理事長)

テーマ：
終末期延命医療の是非と
尊厳死法制化について

第13回医療から取り組む環境会議は「終末期延命医療の是非と尊厳死 法制化について」をテーマに、日本尊厳死協会・副理事長 鈴木裕也先生を講師にお招きして、第10回東京都病院学会の委員会セッションとして開催いたします。

人間の存在自体が地球環境問題そのものであることを認識し、地球環境 に調和した医療活動を推進するためには、人間の生き方・死に方 を根源的に問いつつ真摯な議論と提案が重要です。医療を受ける人々も一緒に医療のあり方を求め、未来に豊かな地球環境とよりよい医療を残すために考えなければならない時だと思えます。本人の意志によらない延命治療、終末期医療が抱える諸テーマなどについて、地域社会を通じて広く「医療から考える環境問題」として伝達していくことも私たちの責務ではないでしょうか。

「終末期延命医療の是非と尊厳死法制化について」



鈴木 裕也

日本尊厳死協会 副理事長

高齢化社会を迎えたわが国でのアンケート調査によれば、終末期の延命治療を望まないと回答する者が85%以上にのぼっている。その背景には在宅死から病院死へと移行したことにより、点滴、胃瘻、人工呼吸器などによる延命治療によって「自然な死」ではなく「不自然な生」が増加したことがある。

1981年(昭和56年)世界医師会は「患者は尊厳をもって死を迎える権利を有する」というリスボン宣言を行った。また、日本医師会の生命倫理懇談会も、「尊厳死の重要性」「リビングウイルに従った看取り」などを何度も強調してきている。しかし、日本ではそれらのことを知り理解する医師は少ないままで、漫然と終末期における延命治療が続けられてきている。

2006年頃からは、厚生労働省をはじめとして、日本集中治療学会、日本救急医学会などが終末期医療のガイドラインを発表し、その後、日本老年医学会、日本透析医学会、日本循環器学会なども同様のガイドラインを策定したが、医療現場での国民が望むような終末期医療は広まっていない。

2010年に特別養護老人ホーム「芦花ホーム」の石飛幸三医師による、口から食べられなくなったらどうしますか?と問いかけた著書「平穏死のすすめ」が発行されるや、平穏死、尊厳死、自然死などを望む国民の声が一段と大きくなり、我が国の終末期医療が抱える問題点がクローズアップされ関心が高まった。

本講演では、人は何故死にざまにこだわるのか、何故静かな看取りがなされないのか、医療行為の拠り所としての医師法の欠陥、我が国の法整備の進捗状況、認知症とリビングウイル、諸外国の状況、そして、台湾国における自然死法による看取りの状況などについて述べてみる。

鈴木 裕也 略歴

1972年 慶応大学大学院卒
1997年 埼玉社会保険病院 院長
2006年 名誉院長
日本尊厳死協会 副理事長
埼玉県糖尿病協会理事長

SUBJECT

演題

地域との交流を図り、健康について考える「健康祭り」

○飯畑裕子

等潤病院

【はじめに】当院の理念である「地域と共に生きる慈しみのトータルヘルスケア」にそって、地域の人々に目を向け、地域のニーズに対応していこうと「健康祭り」が職員の提案により実施された。地域の人々と職員が交流を図り、健康について考えることができた「健康祭り」の経過と内容を報告する。

【方法】目的は、まず地域の人々に健康に関心を持っていただく、健康維持、増進について共に考える。この2つとした。内容は、健康チェック、健康相談、栄養相談、お薬相談・リハビリ体操、医学講座。

このイベント名は内容にそって「健康祭り」とした。担当は、各職種が行い、来場者と一緒に楽しむことも必要と、バザー、模擬店、コンサートなども行なった。足立区の協力で、区のゆるキャラの登場や起震車体験、警察署からは、白バイ乗車体験の協力、そして消防署からと、行政からも沢山の協力が得られた。

【考察】3年前から始めた健康祭りの来場者は1回目200人、2回目280人、そして今年3回目は350人と年々増えている。地域によりそう医療とは、身体や心が病んでいる時だけでなく、地域の人々と職員が交流を図り一緒に楽しむ時間づくり、常に顔の見える関係でいる事ではないだろうか。必要なことは、地域の皆で支える住民の健康、そして医療の実現であり、さらには、地域の住民、医療関係者、行政が一体となって支える、そういう仕組みづくりの一端になることである。今後内容も内容を吟味し、充実したものにしていきたいと考える。

【まとめ】これからの社会においては、救急への対応、最適な治療の迅速さなど、医療への地域の期待は高まりつつ、地域住民の健康づくりや疾病予防の中核としての役割も求められる。1つ1つに答えていけるよう、医療者側からの働きかけや、関わりが必要である。

当院における病院勤務救急救命士の役割と機能

○増井敏郎、小川礼二、市成卓也、竹内一貴、上野友理、金井信恭、安倍晋也、高橋賢亮、立石 涼

河北総合病院

従来、救急救命士有資格者の多くは全国の消防機関に勤務していたが、近年では病院に勤務する救急救命士も増加傾向である。しかしまだまだ社会的認知度は低く、病院内においても役割等が明確化されていないのが現状と言える。今回当院における病院勤務救急救命士の役割と機能について発表する。

河北総合病院は東京都杉並区に位置する病床数358床の二次救急指定病院である。杉並区内には大規模病院が乏しく、当院の地域救急医療に果たす役割は極めて重要であり、平成25年度救急外来受診者数は23,487名、救急搬送件数は8,086台と年々増加傾向である。増加する救急現場の需要に対し、平成25年2月より2名の救急救命士を院内で採用。同年4月より病院救急車を導入し、その運用・管理・整備を全て救急救命士が担っている。平成26年5月より5名体制となり、主な業務内容はER内看護補助業務・東京消防庁や患者からの電話対応・病院救急車による転院搬送・患者トリアージ・院内急変対応・BLS教育等である。

救急救命士が院内において業務を行うことにより、診察において職種ごとに分業化を図る事ができ、医師は診察、看護師は看護業務に専念することでより多くの救急患者の対応が可能となり、診療効率が向上している。

病院救急車を利用した転院搬送件数であるが、平成25年度270件（月平均22.5件）、平成26年度10月現在で227件（月平均39.5件）となり、こちらも増加傾向である。従来では転院時の搬送を東京消防庁へ依頼していたが、当院の救急車にて救急救命士が搬送を行うことは、消防庁の年々増え続ける救急搬送への病院側の対策であり、結果管内の消防庁による転院搬送数減少にわずかながら寄与できるものと考えている。

医療と福祉の連携により BPSD(行動異常)が安定した一例

○東 幸巳

青梅市地域包括支援センターうめぞの
(多摩リハビリテーション病院)

【はじめに】本事例は行動異常により近隣とトラブルが発端となり公的機関から包括支援センターに相談があったケースである。ご自宅を訪問するが突然の訪問と包括支援センターの認知度から警戒心を抱き、家族に玄関先で支援の受け入れを拒否された困難事例であった。本事例を通して認知症高齢者の早期発見・早期治療に繋げていくためには包括支援センターの役割や認知度、地域との関係性など地域包括支援センターの在り方も問われている。そこで初期対応支援には家族、本人の思いなどを尊重した対応、包括支援センターと家族、本人との信頼関係の構築が必要であることを検証した。

【背景】本人、70歳代女性。認知症あり。包括支援センターとの面識なし。家族は包括支援センターの職員を拒否

【方法】1. 訪問時の状況と家族の反応、2. 地域住民に対する包括支援センターの認知度の割合、3. 家族の性格について検証する。

【結果】1. 「なんで来たんだ」、「どうして65歳以上だと知っているんだ」「どういうことをしているんだ」などと言われ訪問を拒否される2. 地域住民に対する包括支援センターの認知度の割合は約30%、3. 他人のお世話になりたくない。

【考察】1においては、突然の訪問により家族や本人が戸惑いちゅうちょされるのだと思われる。本人や家族が関わりを拒否しても定期的に訪問し、継続して気にかけていく粘り強い対応が必要である。そうすることで心を開いてもらえる可能性がある。2においては、包括支援センターの認知度も地域から見れば30%と地域への浸透が低いことから、訪問しても理解されず初期対応支援の弊害になっている。3においては、人に頼ることに抵抗を感じ、なかなか他人には打ち解けられないのではないか。今回、定期的に訪問し会話したことでコミュニケーションが取れ信頼関係が築けたのではないだろうか。

【まとめ】初期対応支援は包括支援センターとの信頼関係の構築があって介護介入が可能であることを痛感した。初期対応支援でのスムーズな受け入れでサービス導入につながる介護介入のあり方および家族へのサポートのあり方を理解することができた。

面接技術の向上への取り組み

○中村美恵子、吉田美枝子、安齋景子、
白田博子、大石由紀子

愛和病院

【目的】相談員業務の大半をしめる入院相談を行う上で、ご家族に対して初めて話を聞く役割として、信頼関係を築けるような面接が行えているか見直し、改善していく。

【方法】初回面接で難しいと感じることについて、意見を出しあう。相談員で共通していた意見について、なぜ難しいと感じたのか、どんな工夫をしているか、意見交換する。

1) 口数が少なく黙っている方

具体的な言葉かけを行い、抑圧的にならないよう気にする。聞き取りの内容を整理し、相手の反応に動揺しない。話さない人と決めつけず、真摯な態度で臨む。

2) 本人のことをしっかりわかっていない方

何故聞いているのかを伝え、わからないことを責めているのではないと説明する。家族の主観が含まれていても、それも本人の一面と捉え、否定しない。

3) 家族関係が良くない方

面接の場が、家族が真剣に話し合う機会になったと捉える。時間をかけた分、今後のトラブルの予防になったと捉える。短時間で家族の歴史、関係性の理解は困難であることを前提に向き合う。

4) 要望・希望が多い方

とりあえず、要望・希望を一度すべて話してもらおう。「できないこと」や断ることは、病院の方針だと気持ちの整理をする。他職種との相談で、できることはないか探る。

【考察】以前から感じていたこと、悩んでいたことを言葉にすることで、整理できた。また、意見交換によって、各自の傾向・パターンがつかめてきた。今後は、相談員同士で話し合える機会を意識して持ち、困難ケースでは、他の相談員の意見を聞くよう心掛けることとした。

【まとめ】今回の取り組みを生かし、今後より良い面接を行うために、相談員同士の悩みを分かち合い、話し合いを続けていきたい。

腓骨頭圧迫による腓骨神経麻痺予防の検証

○口町理香、田中真理子、秋元ゆかり

等潤病院

【はじめに】 A病院では腓骨神経麻痺を完全に予防できない事例が続き、腓骨頭に体圧がかかることに要因があるのではないかと考えた。真下ら（2011年）は、腓骨頭にかかる圧が予防に重要だとしたが、実際の圧測定には至っていない。そこで本研究では、レストンパットを用い、腓骨頭の除圧を準実験的に比較検討した。

【方法】 下肢骨折の患者 19名（男女比 4:15）を対象として、レストンパットを使用していない群（A群）、に対して、レストンパット 12.5mmを使用した群（B群）、レストンパット 25mmを使用した群（C群）とし、体圧測定器で測定した腓骨頭圧において、A群とC群との群間で対応のあるt検定による有意差検定を行った（ $P=0.05$ ）

【結果】 平均圧は、A群 =22.3、B群 =10.4、C群 =7.5であった。さらにウィルコクソンのt検定にてA群とB、C群間それぞれで有意差が認められた。

【考察】 レストンパットを使用した群の方が有意に腓骨用の圧が低いという結果であった。

真下らは、腓骨頭小頭部の除圧が重要であるとしているが、本研究でのレストンパット保護では、その点において十分に除圧が可能であるといえる。ただし、体位によるずれにおいて考慮しておらず、今後は実際の使用状況をシミュレートして、レストンパットの適用を検討する。

認知症をもつ患者の療養環境づくりへの取り組みの評価

○須貝沙織

河北総合病院

【はじめに】 認知症をもつ患者は、生活環境の変化に適応する能力が低下しており、入院により認知症の症状を悪化させやすいと言われている¹⁾。今回、認知症をもつ患者の療養環境づくりに取り組んだので、その結果を報告する。

【方法】 期間：平成26年10月8日～10月15日。対象：70歳代、女性、病名：慢性硬膜下血腫、JCS I -3、自発的な発言は少ない、平成20年に認知症の診断をうけている。

方法：コミュニケーションは模倣動作やクローズドクエスチョンを用いた。落ち着いて過ごせる支援として、主介護者である夫に歩行や排泄の介助を行ってもらった。また患者のペースで介助を行った。必要な治療が行えるよう、平易な言葉で繰り返し説明し、家族にも協力を依頼した。

【結果】 患者は必要な治療を安全に受けることができた。また手術翌日から、せん妄を起こすことなく経過した。入院7日目には、患者から自発的な発言が聞かれるようになった。

【考察】 入院による環境変化は、認知症の患者にとってストレスフルな状態となる。今回、家族の協力を得ながら、患者が落ち着いて過ごせる支援をしたことは、患者にとって安全な療養環境となり、入院前と同じ生活に戻ることに繋がったと考える。

【引用・参考文献】

- 1) 鈴木みずえ編集(2013) パーソン・センタードな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア 入院時から退院後の地域連携まで、日本看護協会出版会
- 2) 長嶋紀一編(2011) 基礎から学ぶ介護シリーズ 認知症介護の基本、中央法規出版株式会社

業務改善による時間外労働時間の削減 ～固定チームナーシング3チーム制 導入を試みて～

○山田順子

南多摩病院

【はじめに】昨年度の時間外労働時間は延べ1955時間15分、月平均162時間であった。人件費に換算すると400万円超である。4月からDPCが導入され、在院日数の短縮、入院患者数の増加などによる回転率のアップなど益々業務が煩雑化することが予想された。時間外労働は職員の疲労や人件費の問題だけでなく、職員満足度やモチベーション維持にも大きく影響する。時間外労働の内容分析から業務改善をすることで時間外労働時間の削減につなげる事が出来たのでここに報告する。

【方法】昨年度の時間外労働理由について分析実施、問題点を明確にした。分析の結果から以下の7つの業務改善を実施した。①固定チームナーシング3チーム制導入、②3人夜勤から4人夜勤へ増員、③勤務終了間際の入院受けルール化、④時間外指示受けルール化、⑤内科医チーム制導入提案、⑥業務手順の大幅改善、⑦看護助手との業務分担。具体的な介入として、個人面談による情報収集と業務改善内容の説明、中堅看護師との問題共有をはかり、業務改善方針の理解と協力を要請、病棟会を定期開催し業務改善に伴う問題点抽出と課題の明確化などを行った。

【考察】業務改善の中でも、固定チームナーシング3チーム制導入は、1チーム毎の患者数が減少し、特にリーダー看護師の患者情報の把握や指示受けに係る時間の短縮化を認めた。急速な在院日数短縮化を予測しての業務改善は、看護師の身体的精神的疲労の軽減につながった。

【まとめ】取り掛かりは時間外労働の業務内容分析からであったが、その1つのことから7つの業務改善策を見出すことができた。今回の業務改善後の評価を行うとともに、働きやすい職場環境を整えていきたい。

手術待機家族への関わりについての意識調査

○安齋ももこ、廣瀬愛美

豊島病院

【はじめに】当院では、術前・術後訪問を実施し、手術中待機家族のケアとしてPHSを貸し出している。しかし、貸出率が低く積極的な関わりが出来ているとは言えない状況があった。そこで、アンケート調査を行い、待機家族への関わりについて意識向上につなげることができたのでここに報告する。

【方法】調査対象：一般病棟看護師と手術室看護師234名。データ収集方法：無記名自動式質問紙調査。倫理的配慮：当院の看護部倫理委員会の承認を得た。

【結果】183名から回答が得られ回収率は78.0%であった。医師が提示する予定手術時間の解釈について、手術室看護師は「執刀～閉創」と14名(100%)が認識しているのに対して、病棟看護師は(84名(50%))であった。待機家族からの訴えの内容は予定時間を過ぎているが患者の状態はどうなのかという事が多かった。PHSを貸し出しできることを知らない群で当院勤務歴が短かった。PHSの貸し出しについて患者・家族に説明していると回答したのは149名(81%)であった。その中で全症例に説明しているのは97名(65%)であった。

【考察・まとめ】予定時間の認識の違いより、説明を受けた待機家族は手術時間をより長く感じていた可能性がある。正しく予定時間を伝えることで待ち時間の不安や心配を軽減することが出来るのではないかと考えた。待機家族に対して平等にPHSの貸し出しが行われていなかった可能性があった。

【結論】PHS貸し出し対象を全症例とし、運用方法について周知することで、より多くの待機家族がPHSを所持することができた。

感染予防の視点からの環境整備を試みて

○野田奏子、柳志津子、三浦美智子、
竹内元子、中島真由、加藤香織、
玉城成雄

城西病院

【はじめに】院内感染管理対策は病院の質を高めるために重要である。一方、感染対策を十分に行うとコストが掛かるのも事実である。当院も以前から ICT 活動は行ってはいたが、効果は不十分なものであった。2012年4月に感染防止対策地域連携加算2を申請、荻窪病院（中野・杉並感染管理ネットワーク）、および東京女子医科大学附属病院との連携が始まった。各 ICT 立会いの下で環境ラウンドを実施、感染予防の視点からの指摘事項をもとに環境整備を行った。今回その前後の変化を報告する。

【方法】・定期的に院内環境ラウンドを行い、写真を用いて改善点を顕在化させた。

・不要物品を処理し、新たに環境整備に必要な物品を購入した。

・院内で手指消毒の必要性を宣伝した。擦式アルコール製剤使用量を定期的に報告した。病棟看護師においては擦式アルコール製剤を個人持ちとし、個人使用量を確認した。

・看護師や他スタッフへのアンケートを実施し、その結果を参考にさらなる改善をした。

【結果】他施設から指導を受けたことで、①感染予防に対する知識、手技を再確認することができた。②感染予防目的で始めた環境整備により、広義の職場環境の改善ができた。③他部署と対応策を共有し、院内にて更なる意識の向上に繋がった。④擦式アルコール製剤を個人持ちにし、各人の感染予防に対する意識が向上した。⑤感染対策にコストをかける中でもどれだけ安くできるか考えるようになった。

【考察・まとめ】感染に対して正しい知識と手技を習得し、自らが感染媒介とならないように努め、その結果入院患者に対し安心できる療養環境を提供することがいかに重要なことか、職員は院内環境整備を実践してく経過で再認識できた。

多職種による転倒予防パトロールの導入

○根本優美子、中島英樹、小笠原浩気、
三尾晴美、村田涼子、中島美奈子、
相馬 淳、渡邊孝枝、豊岡 恵

豊島病院

【はじめに】転倒転落は薬剤・ルートトラブルに次ぐ3大インシデントの一つである。日本病院会と比較すると、当院の転倒発生率及び転倒による損傷発生率が高かった。現在、転倒転落予防のために「転倒転落アセスメントシート」(2003年東京都病院経営本部作成)で評価している。しかし、看護師による看護計画の実施だけで転倒転落を予防することは困難になってきている。そこで、多職種(リハビリテーション科医師・理学療法士・リエゾン看護師・病棟看護師)が介入し、多角的な情報収集・評価・問題点に沿った介入方法を提案することで、患者にとって安全な入院環境の提供が可能となり、転倒転落を予防につながると考えた。

【目的】多職種介入により、転倒転落を予防する

【方法】転倒のリスクの高い患者に対し、①転倒転落アセスメントシート、②せん妄スクリーニングツール(以下、DST)、③療養環境面、④リハビリテーションや精神科の介入状況・薬歴等を情報収集・評価し、問題点に沿った介入方法を提案した。

【結果と考察】①筋力低下がある患者にはリハビリテーションの介入が必要であった。②せん妄疑いの患者が4名いたが、DSTに不慣れであったため、評価が不適切であった。③療養環境の整備が不十分であった。④転倒の誘因となる薬剤は主治医の治療方針により調整が困難であった。⑤1週間後の評価で93%の患者に転倒が予防できた。

【結語】①転倒転落アセスメントシートのチェック項目に沿った介入を行う。②リハビリテーションと連携強化する。③主治医・リハビリテーション科・リエゾン・薬剤師・看護師など多職種で患者の問題点を分析し、早期介入、連携強化が必要。

感染症を蔓延させない対処法 —スタッフの意識向上を目指して—

○福地 勇

永生病院

【はじめに】慢性期病院の介護療養型である当病棟は80～90代の高齢患者が多く療養されており、加齢に伴う免疫力低下による感染症罹患のリスクも高まっている。以前、当病棟で感染症が蔓延し病棟閉鎖となった経緯があった。その経験を踏まえ、今回ベッドサイドのケアに多くかかわる介護職員の感染症に対する知識と理解度を調査し、勉強会を行った。その結果、感染対策への意識の向上が図れ、蔓延防止に繋がったのでここに報告する。

【方法】1. 介護職員全員が感染症の知識を深め、正しい手技を実践する事で感染予防が出来る。2. 感染症発症時、蔓延させずに最小限に留めることが出来る。以上2つの目標を基に、介護職員の感染症に対する知識と手技を把握するため、アンケートによる現状調査を実施した。そのアンケート結果から抽出された課題を中心に、マニュアルを基に勉強会を実施した。勉強会後のアンケート調査で、知識と手技の評価を行った。

【考察】初回アンケート調査の結果、介護職員の知識や手技の差が大きく、スタンダードプリコーションの理解と手技を中心とした勉強会を行った。勉強会実施後のアンケート調査の結果から、介護職員の知識と手技の統一が図れたことがわかった。今回の取り組みで、感染症に対する現状調査を行い、ポイントを絞って勉強会を行ったことで、短時間で効果的な学習ができ、意識の向上と手技の統一に繋がったと考える。

【まとめ】感染症対策は、スタッフ全員が正しい知識と手技で各自が実践することが重要となる。今後は更にチーム間で連携を図り、予防や蔓延防止に繋げていきたい。

患者・家族の思いを支え、自宅退院に つながった一事例

○星野江美子、齋藤美奈子、田中弘子、
市橋富子、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】北区の高齢者人口(65歳以上)は、平成24年には317,227人(24、9%)であり4人に1人が高齢者となってきている。急性期治療を行っている当院でも入院患者平均年齢が83歳と高齢であるが、病気により日常生活レベルが低下した高齢者の自宅退院支援を強化している。今回CVポート取り扱いに関する患者家族の不安の軽減に努め在宅への移行ができた事例を報告する。

【方法】対象者Y.T氏84歳男性 疾患名アルツハイマー型認知症 肺気腫 肺炎 入院期間H26 6/20～7/28 ①患者家族の精神的不安要因をアセスメント。②チームカンファレンス実施。指導内容の統一と手技獲得状況の確認。③指導用パンフレットの作成。④訪問看護師やケアマネージャーを含む多職種カンファレンスの実施。

【結果】医療者が行っているCVポート管理は出来ないという不安を持ちながらも自宅での生活を望んでいる患者や家族の思いを受けとめ、理解度にあわせた具体的な手順や機器の取り扱い指導を行った。その結果、手技獲得ができたことで不安が軽減され自宅退院となった。1ヶ月後、家族が安心して在宅で生活できているという報告があった。

【考察】家族の不安軽減には個別性のある退院指導と多職種間の情報共有・目標の統一が大事である。患者家族の不安に前向きに取り組めたことが早期自宅退院へとつながったと考える。

【まとめ】今後北区の高齢化率はさらに伸び続ける見込みと言われている。患者家族の都合による入院期間の延長を助長しないように高齢者の生活環境やADL状況に応じた個別性のある退院支援や環境作りに取り組んでいきたい。

術前・検査サポートセンターにおける 充実したサービスの提供

○佐藤康恵、福田 晃、武藤初子、
玉田由美、大沼誓子、山中真理子、
小池伸江、小牧宏子、佐野三枝子

豊島病院

【はじめに】当院外来では、術前・検査サポートセンターを開設し、早期より患者と関わることで、より良好な術後回復を目指している。その第一段階として心臓カテーテル検査を受ける患者を対象とした。開設とともに、拡充に向けてスタッフの育成、他部門との連携、環境整備等の種々の問題点があげられた。それらを改善するために取り組んだ内容と結果、今後の課題について報告する。

【方法】勉強会や事例検討会を開催し知識向上を図りスタッフを育成した。また、説明の統一ができるようマニュアルを整備し説明資料を充実させた。他部門からも患者が十分にサポートを受けられるよう連携を深めた。プライバシーを守れるように完全個室とし、風景画、観葉植物を設置する等工夫し環境を整えた。患者がサポートセンターでの説明に満足しているか知るため、聞き取り調査を行った。

【結果】スタッフの育成、他部門との連携、環境整備により充実したサービスの提供ができるようになった。患者への聞き取り調査でも良い評価が得られ、サポートセンターでの説明に満足していることがわかった。

【まとめ】今回の取り組み結果から、術前の早い時期に患者と関わりを持つ重要性やサポートセンターが担う役割がより明確化された。今後は腹腔鏡下胆嚢摘出術も加わり、拡大していく。対象病棟や関連部署とさらに連携をとりながら患者が安心して検査、治療が受けられるように、引き続き、サポート体制の強化、整備に取り組んでいきたい。

訪問看護ステーションにおける緊急訪問について

○金山原子

足立東部老人訪問看護ステーション
(等潤病院)

【はじめに】医療依存度が高い利用者様・自宅看取りの増加が予測される。当訪問看護ステーションは医療法人の1事業所として設立。現在、4名の看護師で24時間対応体制を担っている。職員の負担軽減のため、緊急訪問について振り返りを行なったので報告する。

【方法】2013年8月～2014年7月までの1年間の時間外緊急訪問件数・主な訪問理由・訪問して主に行なったこと・入院の有無を集計し振り返った。緊急訪問の際に困ったこと、どのようにすると負担が軽減されるか、面接調査した。

【結果・考察】集計に、年末年始の訪問数も入っているため12月の訪問数が46件と多かった。理由は11月～1月始め迄、癌末期の独居の利用者様に対し夜間に鎮痛や処置の訪問を連日行なった為であった。反して、2月は6件。1月にその癌末期の利用者様が亡くなられたこと。新規利用者様7名のうち癌末期2名であったが病状も比較的安定し、御家族同居はないが介護力がある状況であった。癌末期以外の利用者様においても複数回訪問した利用者様は不安感が強い場合や利用者様の状態だけでなく介護力の影響もあった。

職員の面接調査から、困ったことについては方針が曖昧で対応に苦慮した。医療機関との連携がうまく取れなかったことが返ってきた。

【まとめ】利用者様や御家族に起因する要因から予測される時間外訪問も多いため、1) 予測できる事態に対する事前指示や営業時間内に医療機関や他職種と連携をとること、2) 利用者様や御家族の希望をしっかりと把握すること、を実施することで、緊急訪問に速やかに対応でき、職員の負担を軽減し、結果的に訪問看護のサービスとしての質の向上につながると考える。

退院支援における看護管理者の役割

○宮越正子

永生病院

【はじめに】永生会は急性期、慢性期、施設・在宅まで幅広い医療・介護サービスを提供しており、その中で永生病院は慢性期医療を担っている。法人看護部内では毎月地域連携会議を開催し、各施設の代表が集まり、患者の退院・転院後の情報共有を図っている。看護管理者として各施設との連携の重要性は理解しているが、連携の時期や方法について共有されておらず、不安や疑問があったため、今年度退院後の患者の生活とその環境を理解する目的で、訪問看護ステーションでの同行訪問実習を行った。実習を通して看護管理者がとるべき行動が明確化し、他施設の機能や環境を踏まえた退院支援や連携方法、家族支援など、コーディネートのある方を共有化できたので報告する。

【方法】看護管理者が同行訪問実習を行い、退院後の患者の生活と環境を実際に体験した。同行訪問実習の学びを踏まえた研修は、グループワークを軸とし、最後に訪問看護師に講義を依頼した。事例検討や振り返りの中から看護管理者として必要な支援方法が共有できた。

【考察】看護管理者間での患者・家族に対するアプローチに個人差があったと考えられる。また退院支援の重要性は十分に理解しているが行動に結びつかない看護管理者は、医療度の高い患者や独居の高齢者は在宅退院が難しいという固定概念があった。しかし、各施設の代表と顔の見える連携の継続で病院側の看護管理者の考えが変化してきたと考えられる。

【まとめ】看護管理者として常に在宅退院に目を向け、多職種と連携し、患者・家族にベストな状態で在宅に繋げていくことが重要である。今後は看護管理者のみならず病棟看護師がコーディネートできるように育成に力を注いでいきたい。

小脳出血により失調症状を呈した症例の在宅復帰を目指して

○武野 翔、山田有吾

町田慶泉病院

【はじめに】本症例は起き上がり動作、起立・移乗動作の自立、自力喀痰が在宅復帰にあたり必要とされる。在宅復帰に向けて介入を行っているので、経過を以下に報告する。

【症例紹介】70歳代、男性、既往に脳梗塞と脳出血、杖歩行の妻と二人暮らしで介護力は見込めない、病前ADL全自立、約30年以上の喫煙歴、胸部X-P画像に肺の過膨張と滴状心が認められる。

【評価（初期→中間）】躰幹失調検査 stage IV → stage II、鼻指鼻検査 右<左で陽性→軽減、踵膝試験 右<左で陽性→軽減、MMT 腹直筋 2→4、腹斜筋 右 2→3 左 2→3、腸腰筋 右 2→4 左 2→4、大殿筋 右 3→3 左 3→3、中殿筋 右 3→4 左 3→4、大腿四頭筋 右 4→5 左 3→4、筋緊張 腹筋群低緊張（左側が顕著）→初期と比べ改善、胸郭拡張差 吸気時 81cm 呼気時 80cm →吸気時 79cm 呼気時 76cm、頸部所見 胸鎖乳突筋肥大→軽減、動作時 SpO₂ 92% → 96%、喀痰 喀痰困難 → 少量の喀痰可能、起居動作 重等度介助 → 中等度介助、端座位保持 座位保持困難 → 近位見守り、起立・移乗動作 重等度介助 → 中等度介助

【アプローチ】胸郭モビライゼーション、腹筋群筋力強化、抗重力位での体幹筋収縮賦活、起立・移乗練習

【考察】本症例はX-P画像よりCOPDが疑われ、発症前より胸郭可動性が低下していたと思われる。今回の発症により、体幹の失調症状と低緊張が出現したことにより、さらに胸郭拳上位が助長され、そのため呼気がしづらくなり、喀痰困難となったと考えられる。胸郭モビライゼーションで胸郭可動性を向上させ、体幹にアプローチした結果、失調症状の軽減、動作能力の改善、更には喀痰の改善まで見られるようになってきた。現在、治療途中のため発表時に改めて経過を報告する。

当院回復期リハ病棟における転帰先とFIM、家族構成の関連性の検討

○宮原聖治、斎藤 整、河内葉子、
下川龍平、清水咲希、長嶺耕平、
平出文佳、渡会賢太

東京リバーサイド病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟（リハ病棟）において、機能回復を図り、QOL向上、自宅復帰率の向上を図ることは目標であり、転帰先の検討を行うことは重要なことである。当院リハ病棟では、月に1度FIMを用いてADLの変化の確認や変更の検討を行っており、予後予測やゴール設定にも用いている。家族要因も転帰先に影響するとの報告も多いことから、今回、平成25年度にリハ病棟へ入院した脳血管疾患患者を対象に、転帰先、FIM、家族構成の関連性を調査したので報告する。

本調査は、ヘルシンキ宣言に則って行われており、発表にあたり当院倫理委員会の承認を得ている。

【対象】平成25年度にリハ病棟へ入院した脳血管疾患患者（転棟転院した者を除く）計106名（男性64名 女性42名）。

【方法】カルテより、転帰先、FIM、家族構成を収集した。対象を年齢毎に①74歳以下、②75～84歳、③85歳以上に分類した。各群で転帰先（自宅群・施設群）を分け、退院時FIM（総計・各項目の点数）を比較検討した。検定方法はF-test、T-testを使用した。また、各群で家族構成を細分化し、割合を抽出した。

【結果】転帰先が自宅である割合は①では75%、②では54%、③では70%であった。また①～③の自宅群と施設群の間にはFIMの総計に有意差がみられ、同居家族の人数が多い方が転帰先が自宅になる傾向にあった。

【まとめ】本調査より、FIM、家族構成は転帰先との関連性が認められた。今後、FIMや家族構成のどの要素が自宅退院に大きく影響を与えるか継続して調査していきたい。

脳梗塞により高次脳機能障害が残存しながら自宅退院となった症例

○大島奈穂子、櫻井靖之、小平祐造、
猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】脳梗塞により高次脳機能障害を呈しつつ自宅退院をした症例に対し作業療法を実施した。介入を通じ、机上訓練によるアプローチの効果と本人・家族の障害への理解が退院支援へ与える影響を考える機会を得たため報告する。

【症例紹介】診断名：脳梗塞急性期（右前頭葉皮質、側頭葉皮質、後頭葉）。障害名：左片麻痺、高次脳機能障害。80歳代男性。事業所を経営しながら独居。妻とは別居。

【初期評価】麻痺機能はBRS VI - VI - VI。ADLはBI95点。注意機能は全般的に低下があり、検査課題の正答率は低かった。病識の低下があり注意機能の低下には自覚なし。情動障害として固執性・脱抑制があった。

【訓練】高次脳機能訓練（直接刺激法、机上課題）、訓練時の失敗体験により障害の自覚を促す。枠組みを明示した作業活動により自己制御を促す。

【結果】注意機能にやや向上がみられ抑制障害は緩和したが、病識の低下は継続し高次脳機能障害は残存した。退院支援にあたり本人は病識の低下があり、家族は障害の理解がなく、独居と復職を希望。医療者と方向性が一致せず入院が長引き、最終的には家族の可能な限りの見守りのもと、自宅退院となった。

【考察】短期間の机上での高次脳機能訓練だけでは日常生活動作への汎化や病識の獲得は困難であり、アプローチとして不十分であった。APDL訓練など具体的なアプローチを長期的に行うことが必要だと考えられる。また、退院支援を進める際も病識の低下や家族の障害への理解の低さが阻害要因となっており、病識の形成と家族からの障害理解を早期に進めていくことが自宅退院を目指す上でも重要であると考えられる。

家族、訪問介護士と連携し、包括的アプローチをした症例

○宇原理紗、矢野隼人

介護老人保健施設イルアカーサ
(等潤病院)

【はじめに】今回、アテローム血栓性脳梗塞による右片麻痺で、当法人回復期リハ病棟を退院後、同法人診療所通所リハから同法人老健通所リハを利用する症例を担当した。利用者のニーズに合わせた個別訓練を実施し、家族・訪問介護士の介助方法に一貫性を持たせた結果、退院後1年で介助量が軽減しADLが向上した。在宅生活に合わせて包括的にアプローチする重要性を考察したので報告する。

【症例】70歳代男性。アテローム血栓性脳梗塞による重度右片麻痺を呈した症例。軽度の失語症、記憶障害などの高次脳機能障害あり。要介護4、当施設通所リハを週4回利用。

【結果】回復期リハ病棟退院前、家族には起居動作・移乗動作の介助方法を主に指導し、通所リハ開始時には利用者本人の能力に合わせた方法に変更して指導した。結果、退院時にはFIMが39点であったのに対し、現在は57点まで改善が認められた。

【考察】在宅生活では介助が必要である場合、家族をはじめ、利用者に関わる各職種が共通の目標を持ち、包括的に協力体制を取る事が重要である。症例は退院時、傾眠で全身の筋緊張が高く、動作を阻害していた。リハの介入により意識レベルが改善した事、更に家族や訪問介護士の協力性が高く、当施設で行っている介助方法を指導し繰り返し自宅で行って頂いた。それにより運動学習に繋がりが、リハに対しての積極性が図れた事で身体機能およびADLが改善したと考える。今後の課題として、本人よりトイレ内での下衣更衣を自立したいと訴えがあり、自宅で実施するには動作の正確性や遂行時間が問題となる。家族や訪問介護士の時間に合わせた介助方法、本人の意思も尊重し今後も包括的に支援していきたい。

診療情報管理士を輝けるものに —病院に役立つ定期指標を考える—

○天羽諒子¹⁾、北原明子、安達奈緒美、
貴田龍一、秋山玲子、山崎博光、
荒川直子、島田富子

1) 京葉病院

【はじめに】東京都病院協会の入門・基礎分科会は、診療情報管理士が役立つ専門職としての確立を目的に、情報の共有で問題解決をし、個々の知識と技術の向上、診療情報管理の役割について共に学ぶ場として開催している。

今年度は「統計表の実情」をテーマに、参加メンバーの病院の状況を把握し、診療情報管理室から定期的に提出できる診療情報指標の作成に向けて検討を重ねている。

【方法と目標】「診療情報管理基準第3版」の「統計表」を基に各病院の統計表を一覧にした「統計表チェック用紙」を作成した。病院が必要とする統計表に絞り込む為の追加と削除を行った。診療情報管理士の目線で考える病院の診療に役立つ統計表を作成することにした。

【経過】作成した統計表チェック用紙をもとに、病院に役立つ診療の質や受診する患者さんについての情報は何かを考え、各病院の作成している統計表の全てと突き合わせながら病院に役立つ標準的使用のできる統計表を選び出した。

今回は統計表の軸に1.疾患、2.年齢、3.診療圏、4.退院経路、5.近隣病院の実態の5つを大分類項目として挙げた。より具体性を持たせる為の中分類項目に性別、診療科別、年齢別、在院日数別、月別にし、その情報から何が分り、それが役立つ情報となるのかを検討した。

また、急性期、慢性期と病院の種類によって必要と考えられる統計項目も併せて考えた。

【まとめ】指標について病院毎で解決が難しい問題を様々な視点で意見交換をし、共に考える事で必要な指標が徐々に形となってきた。今後は統計表を完成させ、各病院で標準使用が可能な指標を作成する。

そして病院に役立つ情報提供ができる輝く診療情報管理士を目指していきたい。

平成 26 年度 DPC 提出データを用いた分析

○馬場正通 1)、片桐真理子、仁田智子、
小熊亜理沙、増田奈巳、長津陽子、
山崎宏保、南雲寿子、大平正志、
福田慎太郎、大西秀樹、西田龍平

東京都病院協会診療情報管理勉強会 DPC 分科会
1) 豊島病院

【はじめに】平成 26 年度診療報酬改定にて詳細な診療情報収集が求められるようになった。DPC 分科会では、いわゆる様式 1 データ項目に着目し、分析・検討を行っている。その中で今回は『退院先』の項目増加についてデータ収集・分析した結果について報告する。

【方法】当分科会参加医療機関 6 施設について、平成 26 年上半期（4 月 1 日～9 月 30 日）退院患者データから、MDC2 桁別・退院先の件数を抽出し集計を実施。集計結果を基に、MDC2 桁別全体構成比において、多数を占める病態について、いくつかの疾患に着目。分析を実施した。

【結果】家庭への退院、転院、介護施設入所など、項目毎の具体的な数値を分析した結果、MDC2 桁別・退院先について、全体としては明らかな相関は見られなかったが、分科会参加施設の規模（200 床以上、200 床未満等）、地域特性（東京 23 区内、多摩地区等）などによる相違点を把握することができた。

【考察・まとめ】DPC データは、その切り口から多様な分析が可能である。今回調査した内容についてもさらに深掘し、年齢構成データを追加することなどで、自院に於ける退院調整の介入タイミングの決定等のエビデンスを提供できるような分析が可能と考える。当分科会では引き続き提出データ内の項目の相関等の関連性について分析を実施していく。

退院時サマリ 14 日以内作成率 9 割以上達成継続への取り組み

○西田龍平、紀之定友子、神田あゆみ、
渡邊俊明

永寿総合病院

【はじめに】平成 26 年 4 月診療報酬改定において、診療録管理体制加算が 2 段階評価となった。加算 1（新設）取得要件に、退院時要約の適切な作成について明記されている。適切な作成とは、全診療科全患者について作成され、退院翌日から起算し 14 日以内に作成提出された割合が毎月 9 割以上であることとされている。作成率 9 割以上継続達成に向けて取り組んだ内容について報告する。

【方法】平成 26 年 3 月期 14 日以内作成率 9 割以上を達成し、診療録管理体制加算 1 取得を必須目標に設定。平成 26 年 1 月より検討開始。平成 25 年退院患者データより各月作成率を抽出し現状分析を実施。現状分析から得た問題点を基に管理方法等の対応策を検討。対応策として、作成率及び未作成件数等の情報を可視化、依頼方法の見直し、公開期日の見直しなどを実施し、作成率 9 割以上の達成継続を目指す。

【結果】前日及び当該月サマリ未作成リスト、当該月及び前月サマリ作成率抽出を、ルーティン業務に組み込み、室員で情報共有。サマリ作成依頼日、作成率公開日などを予め設定した日に実施。未作成サマリの多い医師、記載内容不備などへの個別対応を実施し、平成 26 年 3 月期から 9 月期における退院後 14 日以内サマリ作成率 9 割以上を達成した。

【考察】今回の取り組みによって、作成率 9 割以上を達成するとともに、14 日以内の作成が必要だという風土を院内に根付かせることができた。今後は、質の担保をしつつ 10 割達成の恒久化を実現するために、次の一手を引き続き検討し実施していくこととする。

災害看護に対する看護職員の知識・意識調査

○小尾静香、田中栗那、横山智映、
石川梨恵、青柳裕子、林 励治、
岩村太郎

平成立石病院

【はじめに】災害時に看護師として冷静で適切な行動ができるのか、現時点での知識・意識を把握し今後の課題を明確にする目的で調査を行った。

【方法】対象：一般病棟看護師 66 名、看護補助 21 名。方法：先行研究を基に独自に作成した質問用紙を用い実施。内容は避難訓練の基本や当院での決まりごとに関するものを質問形式で行った。また不安に思うことは自由記載してもらった。一部の看護職員にはインタビューを実施し、自由記載の内容を含めて結果を抽出し逐語録を作成。研究期間：2013 年 4 月～12 月。

【結果】回収率は 88.7%。マニュアルの所在を把握しているのは 4% だった。避難場所を把握しているのは 48%。患者様を誘導する順番について看護師の正解率は 92%、看護補助の正解率は 50% だった。看護師と看護補助では知識の差があることが分かった。避難訓練を体験した人は 20% であった。災害に対する不安の要因としてマニュアルの浸透不足、役割分担の不明確さが挙げられた。

【考察・まとめ】避難訓練の基本については正解率が高かったが、避難場所や役割分担など当院での決まりごとに関するものは低かった。決まりごとが記載されているマニュアルについて把握している人が非常に少なく、活用されていないことが明らかになった。現時点では災害時に適切な行動ができないことが予測され、これが不安につながると考えられる。今後、看護補助を含めた研修会を実施し、当院での避難訓練の方法、マニュアルの設置場所や内容について改善していかねばならないことが明確になった。

外来看護師の夜勤業務改善に向けて

○飯沼美和子、竹澤志帆、和田文絵

等潤病院

【はじめに】夜勤業務に関するマニュアルは改正し続け存在するが、夜勤業務を行う看護師の業務状況と家庭での生活について焦点を当てた研究は少ない。この研究により業務改善の手立てを模索出来たことを報告する。

【方法】当院の外来看護師で夜勤業務に勤務し、一人夜勤及び東京ルール時の二人夜勤の看護職者 10 名。他、比較対象者として外来看護師の日勤勤務者 8 名にアンケートを行った

- ① 夜勤業務をどうとらえるか
- ② 勤務実態《タイムスタディ》（勤務時間・時間外勤務時間・通勤時間・休息・睡眠・家族との関わり）
- ③ 夜勤前の生活状況と帰宅後の疲労感(3 択)以上についてアンケート調査を実施。アンケート実施期間は 9 月～11 月。

【考察】アンケートを実施することで夜勤を導入することに不安の意見や、家族構成の都合上など様々な意見があった。ただし、今回アンケートを実施する際に不安意見の相談を受けることで不安解消につながる意見も聞き取れた。東京ルール当番日、当番日以外の夜勤業務内容を明らかにしたことで不安解消による夜勤参加や他スタッフの意識向上につながったと考える。

【まとめ】本来、カンファレンス等で夜勤業務の内容や意識の共有を継続して話しあっていかなければならないことも反省としてあがった。ただしこの話し合いには夜勤業務をしていないスタッフには不安要素につながるため誤解を生じさせない手順が必要である。本研究で誤解のない現状を報告し共通意識を持って業務をしていきたい。

5MD（5分間モーニングディスカッション）の効果

○小松久華、山形正子、宮守美穂

岩井整形外科内科病院

【はじめに】当病棟では平成24年度にFISHを参考にサンキューカードを導入した。患者からのサンキューカードを分析し、その内容に意識的に関わることで患者が安心できる看護につながるのではないかと考え、10項目を標語化し平成25年11月から5MDを開始した。その効果を分析したので報告する。

【方法】日勤勤務開始時に、「2階病棟で大切にしたい看護」10項目の中から一つを選び、各スタッフ、またはその日のリーダーが関わりのポイントを決める。

対象：病棟スタッフ23名

方法：アンケート調査

【考察】①5MDを行うことでその日の関わりと自分の行動を意識することができたか
できた 57% できない 43%

②2階病棟が大切にしたい看護として5MDを継続した方がよいか

良い 61% 良くない 39%

アンケート結果から、「看護職員として常に意識していなければならない内容なので不要である」という意見もあったが、6割のスタッフが、「その日の関わりを意識することが出来るため、継続した方が良い。」「忙しい勤務の中で大切にしたい看護の内容は忘れがちになってしまうが、5MDを行うことで思い出して意識できる。」「今日も1日頑張ろうという気持ちになれる」という意見があった。

【まとめ】昨年、「大切にしたい看護」を標語化することでスタッフ全員が同じ目標を持ち関わる事は患者の安心につながると考察した。患者からのサンキューカードや退院時のアンケートでは、「納得するまで説明してくれた、対応が丁寧、すぐに対応してくれた、笑顔が良い」などの私たちの対応に対する感謝の言葉が増えた。

これらの結果から5MDを継続することは患者への関わりに効果があると考えた。

手洗いの状況

○岩崎寿賀子、中村すい子

介護老人保健施設いわい敬愛園
(岩井整形外科内科病院)

【はじめに】当施設では感染防止対策のため、ICTにより手洗いの指導が実施されていたが、平成24年度にインフルエンザの集団感染が発生した。そのため、定期的な手洗いチェックをグリッターバッグで年2回実施し、その結果を報告する。

【方法】毎年度の3月と9月に2週間の期間を設定し、全職員に手洗いを実施してもらう。

まずは普段の手洗いをおこない、その後手洗いローションをハンドクリームを塗るようによく手に擦り込み、グリッターバッグで判定し、洗い残しがないと判定されるまで実施する。

【考察】年度別で比較すると平成25年度9月では1回目9%、2回目47%、3回目42%、4回目2%となり、平成26年度9月では1回目41%、2回目52%、3回目7%、4回目0%と数値に変化が見られた。

開始当初は集団感染の恐怖もあり、手洗いについては認識も低かった。

しかし、個々が手洗いの結果を知り、手洗いの方法が感染防止に繋がると実感することで徐々に感染防止に対する意識の向上が認められたのではないかと考える。

【まとめ】利用者はこまめに手洗いは出来ず、その人達のケアをする職員の手洗いは必須であり、『1行為・1手洗い』も行為は習慣となりつつある。しかし、一時も目を放すことが出来ない利用者の多い職場においては、時間を要しての手洗いは、つい疎かになりがちである。そのため、職員一人一人が認識し、実施できる指導と取り組みが継続的に必要である。

新体制後の当院薬剤科における業務変遷

○永倉寛之、吉川有紀、山崎 浩

南多摩病院

【はじめに】当院が平成 21 年 4 月に医療法人社団永生会に承継されて 5 年が経過した。この間、組織の変化と共に薬剤科業務も大きく変わってきている。今回はその変化の中、当院薬剤科における業務内容の変遷に伴う工夫や苦労及びその成果、他職種との連携、また今後の課題などを紹介する。

【方法】平成 23 年 4 月から現在に至るまでの処方枚数や服薬件数、鑑別件数などの様々な変遷データの収集を行った。それらデータを参考にし、薬剤科での 1 日の業務の流れを振り返りながら、現在に至るまでの過程をまとめた。

【結果及び考察】薬剤師の当直開始、新棟増築に伴う処方枚数の増加や DPC 参加による鑑別件数の増加など、変遷データを見ると明らかに薬剤科内の業務量は増えている。また、オーダーリングシステムや電子カルテの稼働、部門システムの導入などにより作業効率が上昇し、業務量の増加に対応できるようになったが、時間外勤務は思うように短縮できていない現状がある。しかしながら、我々薬剤師の責務はより良い医療を提供することであり、そのために必要な業務の質の向上にはある程度の時間を要する。今後はインシデント・アクシデントの発生を最小限度に抑えつつ、効率よく時間内に業務を終了させることが課題と考えられる。

【まとめ】様々な病院内の変化や他部署からの要望に対し、その都度当該部署との話し合いを重ね実行に移している。まず実行することで、成果や課題が浮かび上がり、さらなる業務の改善につながっていくと考えている。今後も起こるであろう変化に対応し、さらに業務効率を上げ、質の向上を実施しつつ、より良い医療を提供できるよう薬剤科全体で努力を続けていく。

当院における MRSA の検出と傾向について

○関谷 陵、竹本垂貴子、田村浜子、長尾さち子、長岡美里

久米川病院

【はじめに】当院は介護療養病棟と障害者施設等一般病棟からなっており、入院期間が長期になっている患者も多数いる。

MRSA の検出は入院期間が長期になるに比例して高くなると考え、2014 年 1 月から 10 月の期間で当院にて細菌検査で MRSA が検出された入院患者と入院期間について調査分析を行った。

【方法】当院で細菌検査を行った入院患者で上記の期間に MRSA が検出された患者において調査。2 回目以降の細菌検査で MRSA が検出された入院患者を新規発生と定義して実数を計測。新規発生患者について新規発生までの入院期間を調べた。

【結果】MRSA が検出された患者数は合計 57 名でそのうち 29 名が新規発生との内訳となった。新規発生の患者のうち入院期間が 1 ヶ月以内での検出が 12 名、1～3 ヶ月以内での検出が 9 名となり、当院患者層では、入院期間の短い時期に新規発生が集中していることがわかり、入院が長期になるほど発生率が高いという結果には至らなかった。

また検出後、当院採用の抗 MRSA 薬（VCM、TEIC、ABK のいずれか）の投与となった患者は計 7 名。そのうち 5 名が新規発生の患者となっていた。また抗 MRSA 薬投与後も計 7 名全てその後の検査にて MRSA の検出は認められた。

【考察】当院では高齢の患者も多く、また入院時に全ての患者に細菌検査を行っているわけではない。また長期入院に至らないケースもある。

今回の調査分析だけで MRSA の検出傾向は判断できないが、長期に入院されている過程で MRSA の検出率が高くなる、ということではないことが推測される結果となった。

当院では感染対策を事業計画の柱として取り組んでいる。今年度より開始した対策もあるので、今後もその効果を含め MRSA 検出の傾向をみていく。

抗凝固薬消化器症状の重篤化を回避し
得たプレアボイド報告

○畠山英子、堀江 格、小林 仁

南町田病院

【はじめに】病棟薬剤師業務であるハイリスク薬の服薬指導により、入院前からの薬剤副作用の著明な改善が得られた症例を報告する。

【症例】71歳男性。既往にうつ病。2013年10月他院で心房細動指摘。プラザキサ300mg/日内服開始。2014年8月16日サンリズム100mg/日内服開始後、胸部不快感、倦怠感を自覚。8月26日当院外来受診。同日よりサンリズム内服中止し、カテーテルアブレーション目的で9月8日当院入院。入院日服薬指導施行。サンリズム中止後も胸部不快感は持続。患者は理解力良好。治療内容や薬の内容を細かくメモを残している。一度指示や指導されたことは必ず守る几帳面な性格。副作用がでていても内服の自己中断ができず、悩みながらセカンドオピニオンとして当院を受診した経緯を確認。プラザキサによる胃食道炎の副作用予防についても指導した。入院3日目に手術施行し、6日目退院時には“入院してとにかく症状がよくなりました”との発言を繰り返されていた。もともと発作頻度の少ない心房細動症例であり、頻拍ではなくて、プラザキサの消化器症状がなくなったことを喜んでいたと考えられた。

【考察】プラザキサ服用時の心窩部不快感の頻度は17.2%と報告されている。2014年7月に添付文書改訂があり、十分量の水とともに服用することが追記された。しかし本例では、改訂以前からの服用であったために指導されずに経過。今回入院を契機として、薬剤師による直接介入が可能であった。病棟薬剤師業務では、性格・症状・訴えを包括して聞き取ることができる。病棟薬剤師が介入することにより患者の有害事象を減らせたプレアボイドの一症例を経験した。

薬剤師1名で行う混注業務手順の検証

○尾崎亜由美、仲田枝里子、伊藤芳弘、野本達哉

永生病院

【はじめに】電解質輸液・高カロリー輸液の混注業務は病院薬剤師にとって重要な業務の1つである。しかし、現在当院は病床数628床に対して常勤薬剤師10名と厳しい状況のなか、混注業務は1名で担当している。そこで、今回手順の見直しを行い、業務効率が図れたため報告する。

【方法】注射薬の取り揃えは調剤助手が行い、薬剤師が調剤・鑑査を行う。鑑査終了したものを混注前日に調剤助手が高カロリー輸液のアルミ袋を開封。一部製剤に関しては開通も行う。混注担当者は、事前に処方鑑査が行われているので混注業務に専念する。また、当日の処方変更は指定時間までに連絡するよう院内に徹底した。

以上を基に、見直し前（2013年2月～2013年7月）と見直し後（2013年8月～2014年7月）で、平均混注期間、残業時間、混注後の廃棄薬額の金額を調査した。

【結果】見直し前後で、電解質輸液・高カロリー輸液の1日平均件数は（前：67.65件、後：67.45件）であった。平均混注時間は（前：2.80h、後：2.67h）となり、平均残業時間は（前：11.19h、後：9.20h）となった。月平均混注後の廃棄薬額は（前：24613円、後：9486円）であった。

【考察】見直し後、大幅な混注時間の短縮には繋がらなかったが、その分他の業務を行うことができたため薬剤科全体の残業時間が削減できた。混注業務を1名で行うリスクは承知しているが、慢性期病院では大幅な処方変更がない特性を活かした混注方法・混注ミスを下げる工夫を行い、1名での混注業務を無理なく行えるようになった。今後はより業務の改善と混注ミスのゼロが課題である。

品質目標に対する事務部の取り組み

○横山真樹子、加後伊知子、小玉恵子、
鈴木加代、長岡美里

久米川病院

【はじめに】当院では最高品質のサービスを提供出来るよう、部門ごとに品質目標を掲げてきたが、平成24年度より病院全体での品質目標へとシフトした。その結果、自部署に関わりの少なかった事案に触れ、事務部としての役割を強く意識するようになった。10項目の品質目標の中で、成果の大きかった取り組みについて、抜粋して発表する。

【方法】10項目の品質目標において目標値を設定し、継続して取り組みを行っている。それぞれの目標に対し、症例検討会や委員会を開催し、事務部が中心となり、情報収集やデータ管理を行った。特に、3大合併症においては、ADLや医療行為等を盛り込んだフォーマットの作成・カルテ等からの情報収集を基に原因と対策を検討し、1ヶ月後の経過まで追った。

【考察】症例検討会・委員会に事務部が積極的に参加する事で、新たな視点が生まれ品質目標値に近づけた項目もあった。情報収集に際してカルテを読み込む事で、普段接する事のない患者の状態を理解する事が出来た。また、委員会や検討会に参加する事で当事者意識を持つことにも繋がった。

【まとめ】今回の取り組みにより臨床問題は専門領域と思っていたが、事務部側からの発想は病棟にないものも多くあり、看護部・コメディカル部にとっても新鮮な提案として受け入れられた。これからも部門間の垣根を越えた積極的な関わりを続けて行きたい。

パソコン操作講習の取り組みについて

○奥野真維、畠山紀彦

社会医療法人社団慈生会法人本部
(等潤病院)

【はじめに】当法人では、勤怠管理・グループウェアを電子化して運用している。入職職員に対する操作説明は、部署の教育担当者が個々に対応しており、担当者の業務負担も大きく、また、内容は部署により異なっており統一されていなかった。また、パソコン操作を学ぶ機会がなく、報告書やマニュアル、発表等の資料を作成するにあたり、OAソフトを使いこなせないとの声が以前から多くあった。今回、これらの課題の改善を検討することにした。その取り組みについて報告する。

【目的】①システム使用方法の標準化を図り、教育担当者の業務負担を軽減する。②OAスキル向上を図る。

【取り組み】①各部署が共通で使用するシステムについての講習をオリエンテーションの一環として毎月の月初めに開催した。②本人希望による自由参加方式とし、Word、Excel、PowerPoint講習を開催した。どちらも1人1台のパソコンを使用する実習形式とし、科目ごとに一コマ60～90分程度の講習時間とした。

【結果】①取り組みの前後では「操作を教える時間が短縮できた」、「基本的な操作について質問されることが少なくなった」などの回答を教育担当者から得られた。②受講後のアンケートを実施した結果、当初の予想以上に学習意欲は高く、ステップアップ編の開催要望など、概ね好評な意見を得られた。

【まとめ】今回の取り組みは業務負担軽減及びOAスキル向上に対し有効な手段であったと考える。今後も定期的で開催しつつ、要望なども取り入れて講習内容を充実させ、浸透させていきたい。

豊島病院における DPC データと疾病別将来患者数予測による病院運営の一考察

○池亀正敏

東京都保健医療公社 事務局

【はじめに】我が国の医療施策は変革期を迎えており、病床機能報告制度が創設等、各々の病院が将来像を検討する必要がある。方向性策定にあたり、分析使用頻度が高くなった DPC データだけではなく、多様なデータを処理及び分析し、その結果を基に将来像を思慮する一つの方策について、当法人の豊島病院を例に考察する。

【方法】①厚生労働省「DPC 評価分科会公表資料 (25 年度)」、②厚生労働省「患者調査 (平成 14 年から平成 23 年) 入外受療率」、③国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口 (平成 25 年 3 月推計)」の各データを使用し、

②と③から疾病別将来患者数予測値を算出、①で医療圏の現状分析を実施。

【結果】豊島病院は区西北部医療圏において、MDC2 別では消化器系疾患シェアが高く、患者の取扱い数も多いため、強みの疾患領域と言える。疾病別将来患者数予測では、悪性腫瘍の患者は部位により増減はあるが、相対的に入院患者数は増加傾向の予測結果 (2015 年を 100 とした場合、2040 年には 5.9% 増) となった。また、DPC データでは当該医療圏の消化器系患者は、他医療圏へ流出している可能性が示唆される。

【考察】現状、消化器系悪性腫瘍疾患は圏域において手術件数やシェアが高く、将来的には入院加療を要する患者数が増加予測の疾患領域である。また、他圏域への患者流出の示唆から、機能強化や競合病院と差別化を図る等の対策により、圏域における自院のポジショニングを確立させることも考慮できる。

【まとめ】将来像を策定するにあたり、多様なデータを処理及び分析のうえ可視化し、それらを材料の一つとして取り入れると同時に、データ解析のスキルを持ち合わせた事務職員の育成が法人として急務の課題である。

採用活動について

○石村 忍

京浜病院

【はじめに】2 年半程の採用担当としての活動を踏まえ、採用活動の実際についてご報告する。

【内容】まず、採用活動実績を示し、募集の方法や採用活動について説明、採用面接する際のポイントや気付いた事などをまとめた

【まとめ】病院での採用活動は特に看護課がメインとなり、看護師、介護職員の募集に苦戦している人事担当としては、なんとか採用に結び付けたいという思いがあるが、採用後に一緒に働く職員の気持ちというのは、実際に病棟で勤務していない人事担当にはわからない。その点は看護課をまとめる責任者が一番理解しており、今いる職員との調和を考えながら、上手く馴染めるか、コミュニケーションの問題は起きないだろうか? などと考えながら採用を決定している。

数字にこだわるのではなく、いかに良い人材を採用するかが、重要であり、それと同時に今働いている職員の事も大切に思っているからこそ不採用を選択する場合もあるという管理職の方の思いを知る事ができた。今後も当院の理念に共感し、志を共に働きたいと思える良い人材を採用していきたい。

地域と協力し取り組んだ防災訓練の報告

○山本邦子、飯畑裕子、関根康文

等潤病院

【はじめに】東日本大震災以降、病院の震災対策への取り組みが更に重要になってきている。なかでも、地域住民をどのように受入また協力関係を築いていくのかは重要な鍵となっている。当法人では「地域とともに生きる慈しみのトータルヘルスケア」を理念に掲げており、地域住民と協力した防災訓練が今回を含めて二回目となるので報告する。

【方法】過去二回の防災訓練実施前準備、地域住民との協議方法を比較検討する。

【考察】回数を重ねるごとに地域住民との協力関係を密にすることが出来た。防災訓練計画の初期段階から地域住民に参加してもらうことで実効性のある訓練にすることが出来た。地域住民にどこまで協力してもらうのか、ということが徐々に形作られていった。

【まとめ】防災訓練はあくまでも法人が主体とならなければならないが、そこに地域住民が参画できるシステム（方法）を構築していくことで地域住民とより密接な協力関係を結んで行ける。今後も地域住民と協力した防災訓練を実施していきたい。

在宅がん患者における「在宅がん医療総合診療料」の有益性

○渡邊厚博

河北総合病院

【はじめに】当センターでは、在宅での末期がん患者に対して当センター内訪問看護師と連携し、「在宅がん医療総合診療料」（以下、在がん）の保険算定を行っている。末期の患者であるほど医療依存度が高く、高度な医療処置、高額な診療費用がかかると考えられる。各種診療費用が高額となった場合や頻回な訪問が必要な場合は在がんの保険算定の中に医療材料や指導管理料が包括化される。そこで、当センターにおける在がん適用となった患者の医療費を調査し、考察した。

【方法】2011年4月から2013年12月までの期間中に、当センターの訪問診療を利用し、在がん適用となった患者35名を対象に、包括化された各種診療費用と訪問状況の調査を行った。

【結果】対象患者は男性25名、女性10名、年齢は中央値81[34-100]歳である。訪問診療導入から看取りまでの平均日数は58[5-206]日、訪問診療回数は月平均7[1-30]回である。訪問看護回数は月平均16[2-82]回であった。対象者35名の全保険請求額は27,287,590円、1人当たりの保険請求額の平均は779,650円、1人当たりの月保険請求額の平均は278,670円である。当センター患者（在がん患者除く）の総保険請求額の平均663,881円、月保険請求額の平均164,881円と比べても末期がん患者の保険請求額の方が高額であった。保険請求額の患者自己負担においては、（医療費控除を考慮しない場合）3割負担患者は平均86,317円、1割負担患者は平均26,970円であった。

【考察】各診療費用が包括化された在がんと出来高払いに換算した保険請求額は、高額な医療機器の管理が必要であるほど、金額に差は見られなかった。在がんでは、限度額を超えた場合の医療費控除もあるので、患者にとっての医療費負担の軽減にもつながると考えられる。

神経専門病院の技師育成における画像症例検討会の有用性

○工藤高久、徳山武一、福山博幸、橋本雅史、大友 淳、黒川美樹、目崎高志、富田典夫、星野 稔、佐藤 浩

東京都立神経病院

【目的】当院は、神経難病専門病院で特にMRI・RI検査が多く、疾患に対し専門的知識を必要とする。放射線科医師の協力を得て画像症例検討会を昨年度から月2回のペースで行っている。今回、画像症例検討会から技師育成の有用性について検討した。

【方法】平成25年5月より画像症例検討会を開始し、平成26年10月までのMRI・RI検査の検査実績を前年度と比較し検討した。

【結果】平成24年度の実績と平成25年度を比較すると、MRI検査は7618名から7886名と増加した。RI検査は、1299名から1330名まで増加した。今年度はさらにMRI検査は10月までの累計で4813名から4908名まで増加している。RI検査は、817名から953名と増加した。

【考察】平成23年12月から当院では、3T-MRIが稼働した。神経メラニン画像や非造影灌流画像等3T-MRIの利点を生かした撮像も増加している。そのため、画像症例検討会を行うことにより神経疾患画像の詳細を理解でき実際の検査へ繋げていることが検査人数の増加と考える。また、検査担当職員が積極的に追加撮像を行うことで医師からの電話指示待ち時間の減少あり、さらに読影時間の短縮にも繋がることも考えられる。

【まとめ】検討会の内容については、powerpointにて簡単にまとめ、いつでも閲覧できる環境を整えている。定期的な症例検討会を行ったことで、読影医が必要とする画像を理解した上で提供できるようになった。また、検査人数の増加および検査時間短縮等にも繋がるなど、画像症例検討会はとても有用と考える。

一般撮影におけるカセットの向きの検討とマニュアル作成

○山本あさひ、片岡美香

等潤病院

【はじめに】当院におけるカセットを用いた一般撮影において、使用するカセットの向きを統一させていなかったため、撮影技師によって使用向きが異なっていた。これにより比較読影を行う際、比較がしにくい画像となり医師のストレスになってしまう可能性があった。

【方法】改善策として、当院における一般撮影のマニュアルを作成し、カセットの向きの統一を試みた。特にカセットの向きが重要となる四肢の撮影を中心にマニュアルを作成した。業務中でも確認しやすいように、四肢とカセットの向きの関係が分かるように写真を撮影し、まとめた。カセットの向きは整形のオペを行う医師の意見や業務に携わる放射線技師の意見、また参考書などをもとに決定した。

【考察】マニュアルを作成することでカセットの向きを統一することができた。特に経過観察を目的とした撮影においては、画像の再現性を上げることに繋がると考えられる。マニュアルを作成することで以前より技師ひとりひとりの撮影に対する意識が高まった。

【まとめ】マニュアルを作成しカセットの向きを統一したことでより診断しやすい画像を医師に提供することができる。医師に質の良い画像を提供することで技師として患者へ貢献ができる。今回、カセットの向きのマニュアルを作成する過程で一般撮影において統一すべき他の点がいくつかあがったため、今後はそれを含めてマニュアルを改良していきたい。

放射線検査における外国人患者への検査説明

○山本のぞみ、山本雅徳、神長良昌、田中弘晃、蛭川有佳里

豊島病院

【はじめに】現在、東京都在住の外国人は39万人余りで外国人観光客も増加傾向にある。2020年には東京オリンピックが開催され、外国人の数はさらに増加すると考えられる。以前は通訳がない外国人患者への検査説明はジェスチャーを用いていたが、正確に検査説明をする為のツールが必要だと考えた。そこで、外国人患者のサービス向上を目的に、放射線検査における外国人患者への検査説明リーフレットを作成した。その取り組みを報告する。

【方法】外国人患者の検査を行う際、職員が同じように安全確認および検査説明できるように以下の取り組みを行った。①英語・中国語・韓国語の三カ国語に絞り、一般撮影・CT検査・MRI検査の検査説明リーフレットを作成した。②外国語での検査説明希望カードを用意し放射線科受付に整備した。③検査説明リーフレットでは説明が足りない場合、筆談で対応する方法を検討した。

【結果】①リーフレットというコミュニケーションツールを用いた事で、患者の理解度が深まり、安心安全な検査に繋がった。②検査説明希望カードを整備した事で、外国語説明を希望する患者のニーズに応えられ、不安を軽減した。③筆談の対応マニュアルを整備し、患者の質問にも対応可能となった。

【まとめ】今回、外国語の検査説明リーフレットを作成したことで、検査の際に伝えたい内容を確実に伝えることができた。しかし、実際の説明時に足りないと感じた説明文の追加や、よくある質問リストの作成などリーフレットを改善していくことが重要である。今後も外国人患者のサービス向上はもちろんのこと、日本人患者にもさらに安心して質の高い検査を提供できるよう努めていきたい。

画像データ記録媒体の推移

○鈴木伸哉、浅野 剛、星野弘樹、岩村太郎、長谷川修、猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】他医院から紹介患者の受け入れや、当病院から転院時、患者データが必要になる。その際、記録媒体が近年、フィルムからCD-Rへと推移してきた事に着目した。それに伴う通常業務への影響（長所、短所、改善点）や患者様へ与える影響を検討した。

【方法】①フィルムやCD-Rの使用枚数の推移を過去5年調査した。②画像データ移動時に使用される記録媒体がフィルムからCD-Rに推移したことによる通常業務における問題点を医事課・看護部・放射線科スタッフを対象に口頭アンケートをとり、そして患者への影響も考えてみた。③当院で行われている画像データが入ったCD-RからPACSへの取込み作業、また当院のデータをCD-Rへ取出す作業、それぞれの流れを簡単に示しながら2010年～2014年までの件数を対象に検討した。

【結果】フィルムやCD-Rの使用枚数の推移を見てみると以前よりCD-Rが増え始め2012年前半にはフィルムを抜き、現在に至っている。他医院から持ち込まれる記録媒体も主にCD-Rが使用されるようになってきた。フィルムにおいては他医院から患者様が持参したものを直ぐに確認できるという利点はあるが、保管場所、管理など大変で不便ことが多い。しかしCD-Rだと電子カルテにて画像確認が出来るようになるまでに、PACSへの画像取込み作業で多少の時間を要するが保管場所は必要無く管理も容易である。紹介患者においては何枚もの画像データをCD-R：1枚で持ち運びが出来るので、患者負担も減らすことが出来た。

【考察】画像データ移動の際に使用される記録媒体がフィルムからCD-Rに推移したことによって日常業務はスムーズになり患者様にとっても利点が多くなったと考える。若干の文献的考察を含め報告する。

手術終了後からの器械紛失防止に向けての取り組み

○徳田香代子、笹原美穂、鈴木奈緒、古跡さやか

南町田病院

【はじめに】当院手術室では手術終了までは器械が揃っていることが確認されているにもかかわらず、洗浄後セット組みの場面で器械が不足していることに気づき、ゴミ箱等の検索で発見されることが時々あった。今回器械紛失防止のための取り組みを行ったため報告する。

- 【方法】① 全てのカウント用紙の見直し
② 器械展開時から手術終了までセット器械以外に器械台へ出した単品器械の名称を全てカウント用紙へ記載する
③ 器械を洗浄室へ運搬した看護師と洗浄依頼を受けた看護助手でのダブルカウント
④ カウント実施者2名のカウント用紙へのサイン

【実施開始時期】平成26年7月上旬

【結果】手術終了後からの器械紛失に対して検索が容易になり、セット組みの段階で器械の紛失に気付くことはなくなった。看護師・看護助手ともに洗浄前カウントに対しての意識が高まった。ダブルカウントを行わないと洗浄を開始できず、カウントのために人員を確保しなければいけなくなった。

【考察】手術終了時には全て揃っていた器械が、手術終了後ドレープに付いたままになっている、医師が摘出検体の処理に使用する等の理由から手術終了後に紛失していた。今回この取り組みを実施したことによって、器械紛失の早期発見につなげることが出来たが、器械紛失防止にはならなかった。しかし、スタッフのカウントへの意識向上により、器械の紛失件数は少なくなった。今後の課題として、器械紛失を完全になくすために摘出検体処理セットの作成などの対策が必要となってくる。

配膳前のタイムアウトによる情報共有の有効性

○海老名友夏、山田順子、岩城一恵

南多摩病院

【はじめに】当院の平成25年度のインシデント報告数1283件のうち、薬剤に関する報告（ルート管理を除く）が30%であった。また、平成26年4月～9月の薬剤に関するインシデント報告は166件あり、そのなかで内服薬の与薬忘れの事例が53件と多かった。また、内科病棟では、食前の血糖測定忘れのインシデントが月平均3件程度発生していた。他院の活動報告から「配膳前のタイムアウト」が効果的であったと知り、内科病棟で実施した。

【方法】病棟責任者がタイムアウトの方法をスタッフ全員に説明するとともに、目につくよう看護ステーションの壁に「タイムアウトの方法」を記載したポスターを貼り、方法の統一を図った。配膳時、「配膳前の確認は良いですか」と看護補助者の一人が看護師・看護補助者の勤務者に声をかける。当日の各チームの勤務者全員から「オーケー」のサインが出ないと配膳しないことを取り決め、平成26年7月から開始した。

【考察】特に昼食前は、看護師は様々な処置や検査に追われている。看護補助者による配膳、言語聴覚士による食事訓練の介入などもあり、食前の与薬や血糖測定・インスリン投与等が実施されないまま食事が開始されてしまうことがあった。配膳前のタイムアウトを実施することで、看護師・看護補助者・理学療法士等の協力体制と情報の共有ができ、食前薬の与薬・血糖検査・インスリン投与に関するインシデントを減少させることができた。また、看護補助者に中心となって声掛けを行ってもらったことで、看護補助者もチームの一員であることの意識が高まる効果があった。

【まとめ】多忙な業務のなかで、声を掛け合うことの有効性を実感できた。

永生会における一次救命処置講習会の取り組み

○星本 諭、渡邊要一

医療法人社団永生会

【はじめに】永生会では平成 21 年度から一次救命処置講習会の受講を推奨している。平成 25 年度からは全職員が、定期的に、短時間で受講できるよう、有効性が示されている胸骨圧迫の重要性を強調した内容に変更した。今回、平成 25 年度に開催した講習会内容と、アンケート結果を報告する。

【講習会内容】内容は、映像を用いた実技練習（約 60 分）：成人における反応の確認～通報～胸骨圧迫～人工呼吸～AED、講義（約 20 分）、テスト・アンケート等（約 20 分）とした。講習会時間は前講習会約 3 時間 30 分から約 2 時間となった。

【対象・方法】対象は平成 25 年度に受講した職員 85 名。職種は医師 2 名、看護職 13 名、介護職 15 名、リハビリ職 44 名、放射線技師 1 名、事務職 10 名だった（平均経験年数 6.8 年）。アンケートの内容は講習会受講歴、内容の満足度、手技を活かせるか等とした。

【結果・考察】過去に講習会を受講したことがある者は 50 名（58.8%）で、平均受講回数は 1.4 回だった。このうち AHA ガイドライン平成 22 年度改訂より前に受講した者は 16 名（45.7%）であり、「以前と変わっていた」等の意見が聞かれた。

「内容の満足度」は高い満足度（88.2%）を得たが、「手技を活かせるか」の質問には思う 54 名（63.5%）という結果であり、実技習得の不安が同われ、定期的な再講習の必要性が示唆される。

【おわりに】平成 25 年度に内容を変更した講習会でも高い満足度を得ることができた。本講習会では「傷病者を見かけたらまず声をかけて下さい」「少しでも良いので自分ができることをやって下さい」ということを強くお願いしている。

本邦における外科手術後の腹帯装着の有用性を文献学的に考察する

○瀧本幸司、山口照代、櫻井和華子、金杉佳代子

等潤病院

【はじめに】外科手術後の腹帯装着は、本邦で独自に行われている方法で、長年科学的根拠による裏付けもなく継続されてきた。ドレーン固定や創部保護の点で有用とされてきたが本研究では文献学的調査によりその有用性について検討したので報告する。

【方法】国内の論文は、医学中央雑誌、国立国会図書館、米国国立医学図書館、海外の文献は、PubMed という 4PC 検索サイトを用いて 1980 年以降 2013 年 12 月までの文献を検索した。該当文献においてさらに、外科手術における腹帯装着の内容の文献を絞り込み、研究デザイン、研究対象、結果、結論について内容分析を行った。

【結果】国内文献は 554 件、国際文献 561 件のうち術後腹帯装着に関する文献は 6 件の国内文献が該当した。術後腹帯装着についての研究は 2003 年以降でみられ、2010 年より非装着の研究報告がみられた。全文献において、ドレーン固定、創部保護の 2 点で有用ではないという結論であった。

【考察】腹帯使用に疑問を呈する文献は 1986 年より確認されたが、日本独自の呪術的文化背景もあってか、腹帯非装着の研究は 2010 年まで確認できなかった。該当した全論文においてドレーン固定と創部保護の点での有用性は証明できないという結論であった。むしろ医療の効率性や患者の経済的負担の視点から、不要と結論づける研究が多かった。腹帯の有用性は科学的根拠だけでなく様々な文化的背景や実地臨床における実情を総合した上で判断する必要があることが示唆された。

【結論】腹帯装着の有用性については科学的根拠はなく、開腹術後であっても非装着は論理的にもケアの提供という点においても問題はない。少なくとも侵襲性が低い腹腔鏡下手術においては廃止が妥当である。

自宅退院に向けた家族指導の実際 ～医療依存度の高い患者の場合～

○大原佳乃

河北総合病院

【はじめに】平成26年度診療報酬改定により、入院医療において在宅復帰の促進が明確化された。このことにより、今後医療依存度の高い患者が自宅退院することが増加すると予測される。今回、妻が急性硬膜下血腫を発症しADL全介助となったが、夫の意向により自宅退院を目指した事例を通して家族指導のあり方について考察したので報告する。

【方法】期間：2014年10月4日～10月28日。対象：ADL全介助で自宅退院することとなった70代患者の夫。方法：指導項目は吸引・経腸栄養・膀胱留置カテーテル管理・清潔ケアで、一日2時間、3項目の指導とした。

【結果】指導開始1週間後、夫から「混乱する」「疲れる」といった発言があり、指導日に休むことがあった。そこで夫と話し合い、一日に指導する項目を1つに減らした。その後は「負担が減った」という言葉がきかれ、指導日を中断せず技術を全て習得し退院となった。

【考察】片山らは、技術の習得の困難性が高い医療処置を有するものに経管栄養や吸引を挙げている。指導1週間後に夫からきかれた発言は、同時期に経管栄養と吸引の指導が重なり、多大な負担や意欲を低下させたことが原因だったと考える。今回の事例では、介護者が高齢、男性、介護未経験者という背景があり、看護師はその個別性に応じた指導方法を考えることは勿論であるが、対象に無理のないよう段階的に進めていく必要があった。

【引用参考文献】片山陽子、太湯好子他、在宅移行期における療養者の医療ニーズ別にみた家族介護者の介護準備態勢、日本看護研究学会雑誌、Vol.32、No.4、2009

左視床出血患者の日常生活動作のセルフケア再獲得への支援

○中西 葉

河北総合病院

【はじめに】急性期リハビリテーションは生活行動レベルのセルフケア再獲得のために重要と言われている¹⁾。本事例は安静臥床による筋力低下のため、離床が進まない状況であった。患者は、社会復帰したいという目標があったため、自力で車椅子乗車できることに焦点を当て支援したので、その経過を報告する。

【方法】期間：2014年10月3日～2014年10月21日。対象：左視床出血の70代女性。右不全麻痺と右身体失認があった。方法：看護目標は「患者が耐久性をつけて、車椅子乗車が一人で行える」とした。具体的には、患者がテレビを見る際にはベットアップ60度で過ごし、排泄と食事の際には車椅子乗車とした。また看護スタッフとリハビリスタッフ、移乗方法の指導をした。

【結果】車椅子乗車時間は、介入前30分から、介入7日目には1時間～2時間となった。移乗動作では、麻痺側に重心がかかり、立位が不安定であったため、看護師が腰を支えていたが、介入14日目には、患者自ら左上肢で柵を掴み、右上肢の位置を確認して移乗できるようになった。結果的に看護目標は達成した。

【考察】脳卒中片麻痺患者の中でも、移動方法が車椅子の段階の患者の排泄行為は最も困難である¹⁾と言われている。離床が進まない段階から小目標の達成を繰り返したことは、患者の成功体験に繋がり、意欲が低下することなく継続できた。このことは、目標達成の一番の要因と考える。また、日常生活動作のセルフケアで次の段階に進む支援が出来たと考えられる。

【引用・参考文献】1) 安酸史子・鈴木純恵・吉田澄恵(2013) ナーシング・グラフィカ成人看護学③セルフケアの再獲得、メディカ出版

症例から考える当院 ICU における鎮静ケアの課題

○桃井綾乃、小林万寿美、今西綾子、
下林啓代、佐藤昌枝、高砂悦子、
植山誠一、小谷和枝、岩原信一郎、
猪口正孝

南町田病院

【はじめに】当院 ICU では、治療・看護・安全管理に必要と考えられる患者に対し、鎮静剤を使用した鎮静ケアを提供する。しかし、院内統一の不穏・せん妄に対するスケール評価や鎮静剤使用開始基準が曖昧なため、患者の状態の認識の違いや過鎮静と思われる事例もあった。また、当院では ICU が増床となることから、安全な療養環境の提供や効率的な業務の遂行において鎮静ケアがより重要になる事が予測された。このような背景の中、術後疼痛及び不穏状態が要因となる人工呼吸器管理中の鎮静困難症例の振り返りを通し、当院 ICU における鎮静ケアの問題点と今後の課題について考察が得られたため報告する。

【症例】結腸憩室穿孔による汎発性腹膜炎に敗血症を合併し、術後 13 日間人工呼吸器管理を要した。術後、鎮痛目的でフェンタニルを持続投与。同時にプレセデックス（以下 DEX）持続静注により鎮静を開始。フェンタニル終了後より体動著明となり、レスキュー鎮痛を行う一方、安静保持目的で DEX の増量と、ミダゾラム（以下 MID）の静注を繰り返した。術後 6 日目には MID を持続投与に変更。その後患者は鎮静され、12 日目より呼吸器条件を CPAP とし、13 日目 MID の持続投与を中止し抜管。14 日目 DEX 持続投与終了。

【検討】①患者の安静保持困難の原因検索が十分になされていなかったのではないか。②結果的に過鎮静が生じていなかったか。③鎮静効果ばかりに気を取られていたのではないか。

【考察】検討結果をふまえ、安静保持困難の原因の検索を第一に行い、RASS、CAM-ICU など鎮静スケールを用い、統一した鎮静評価のもと適切な鎮静ケアの提供が必要との課題を得た。現在当院 ICU では、RASS による鎮静評価を導入している。

入院患者の持参薬管理方法の効率化について

○柳 徹也、八木英郎、齋藤 整、
猪口正孝

東京リバーサイド病院

【はじめに】当院では、開院時より電子カルテを運用している。電子カルテは、システム上、持参薬鑑別報告書と当院で処方した薬剤（以下、処方薬）を異なる形式のデータとして扱うため、モニター上で同時に表示することはできない。その為、服用中の持参薬を含めた全薬剤を確認する際は、都度画面を切り替えねばならず、その視認性は低く、操作も非効率的であった。そこで我々は、当院 SE の協力を得て、服用中の持参薬と処方薬の視認性を向上させることにより、効率的な持参薬管理方法の構築を試みた。

【方法】初めに、市販のほぼ全ての内用薬・外用薬・自己注射薬等を電子カルテの処方薬マスターに登録した。その際、名称の冠に“持参薬：”と付記し、処方薬と区別した。業務フローは、まず薬剤師が、持参薬鑑別報告書を電子カルテへ入力する。続いて医師は、持参薬鑑別報告書より、各薬剤の継続または中止の指示を電子カルテへ入力する。最後に薬剤師は、医師の指示に従い、持参薬を処方として代行入力することとした。

また、医師・看護師・薬剤師を対象に、実施前後の視認性の変化に関するアンケート調査を実施した。

【結果】持参薬と処方薬はデータ属性が同一となり、薬歴参照画面に服用中の全ての薬剤が表示できた。

また、医師・看護師・薬剤師を対象とした視認性に関するアンケート調査の結果、非常に向上した 41%、少し向上した 45%、その他 14% となった。

【考察】薬局では、薬歴参照画面に使用中の全薬剤が表示されるので、処方箋監査等の作業効率は向上したと考える。また、アンケート結果より、服用中の持参薬に対する医師・看護師・薬剤師の視認性の向上が確認できた。

医薬品管理業務における効率化と経済効果の検討

○北野妙子、四元由喜、田村美絵、
森 信子

一成会 木村病院

【はじめに】当院薬剤師業務は調剤、医薬品情報管理、薬学部5年生実務実習指導等多岐にわたる。時間配分が課題であり、毎年改善を行う中で「病棟薬剤業務の質向上と時間確保」「期限切れ廃棄薬剤削減」は再検討が必要であった。

【目的】①在庫管理新システムを導入（2013年12月）、業務効率化による時間確保、②医薬品メーカー（以下メーカー）へ小包装単位要望を伝えることによる経済効果を検討。

【方法】①新システム（ハンディターミナル・バーコード活用）による発注・棚卸入力運用変更と病棟薬剤業務週平均時間集計、②医薬品（採用薬の該当薬品）メーカー18社へeメールにて小包装単位追加要望書送信（要望他6問のアンケート形式）

【結果】①所要時間短縮（発注：30分→10分・棚卸入力：2週間→1日）。病棟薬剤業務週平均：20.5時間→21.0時間。②医療機関からの要望により包装単位追加・変更を行ったことがあるメーカーは18社中7社、回答の中には「早ければ1年以内の実現となります。但し、工場の自動ラインの変更が必要となれば2年かかります。」という具体的な記載があった。要望小包装単位の廃棄金額を試算すると現在18万2000円→小包装7万2000円と半分以下となる。

【考察・まとめ】①各業務時間配分分析や質の評価には至っていないが、効率化による時間確保で、病棟薬剤業務週平均時間は増加した。②要望書はメーカーが包装単位検討を開始するきっかけとなった。期限切れ廃棄薬剤削減が推測出来、当院や医療機関に経済効果があると考え。今後は、メーカーへの要望提案を継続して行い、その大切さと有用性を医療機関に学会等で情報発信していく。

薬剤師の介入が疼痛の軽減に一定の効果をもたらした1症例

○田中康裕

等潤病院

【はじめに】医師と薬剤師が協働して薬物治療を行うことで医療の質が向上するといわれている。今回、薬剤師が主体的にアセスメントし、その結果を参考に医師が処方することで、疼痛による睡眠障害が改善した症例を経験したので報告する。

【症例】42歳男性。X年2月、夜間雪で足を滑らせ受傷。右足関節脱臼骨折、三果骨折の診断で手術施行。術後より創部痛出現。疼痛による入眠困難のためペンタゾシン注15mgを使用し除痛。その後、ロキソプロフェンナトリウム錠を開始したが除痛困難であり、トラマドール・アセトアミノフェン配合錠に変更し入眠可能となる。変更5日目、面談時に疼痛増強の訴えがあり増量を提案。増量3日目、疼痛による中途覚醒出現。疼痛は痺れが主体で時に電撃痛を伴うとのこと。プレガバリン追加を提案し開始。順次増量したところ中途覚醒は改善したが、リハビリ後の疼痛が辛いとの訴えあり。患部に熱感を認めたため冷却を実施したところ、疼痛は軽減したが持続痛が出現し再び入眠困難となる。疼痛時指示のジクロフェナックナトリウム坐薬が未使用であったことから、鎮痛薬の作用の違いを説明し眠前の使用を勧めたところ、入眠時の疼痛が軽減し入眠可能となる。同年3月下旬、疼痛コントロール良好となり退院となる。

【まとめ】今回、薬剤師のアセスメントを参考に医師が処方することで疼痛緩和に至った症例を経験した。厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号）や病棟薬剤業務実施加算等、薬剤師が主体的にアセスメントし積極的にチーム医療に関わることは、社会の要請であり薬剤師の責務であると考え。

入院患者の栄養管理について、BMI
による分類での考察

○林田仁至、東海林 豊

東京さくら病院

【はじめに】当院は回復期病床 60 床のほか、一般病床・医療療養病床を含む、いわゆるケアミックスの合計 259 床の病院である。高齢者が多く入院しており、その栄養管理は重要である。そのうち、今回は回復期病床入院患者の栄養処方について、検討した。

【目的】2014 年 6 月から 9 月の間、急性期病院から回復期へ転入院した 81 名（全員、他院からの紹介；男性 40 名、女性 41 名、平均年齢 77.2（± 9.8）歳）について、入院中に必要と思われる栄養と、急性期病院退院時の栄養処方との差異について検討した。

【方法】基礎エネルギー消費量（BEE）を算出し、活動係数とストレス係数で補正した推定必要栄養量及び標準体重の場合の BEE をもとにした推定必要栄養量と、急性期退院時の栄養処方を、BMI22 以上群（74.2（± 9.9）歳）と 22 未満群（79.3（± 9.2）歳）に分けて比較検討した。

【結果】BEE 平均 1097（± 173）kcal 《BMI 22 以上群 1227（± 137）kcal、BMI 22 未満群 1003（± 131）kcal》、推定必要エネルギー平均 1573（± 327）kcal 《BMI 22 以上群 1760（± 273）kcal、BMI 22 未満群 1431（± 292）kcal》、標準体重での推定必要エネルギー平均 1611（± 292）kcal 《BMI 22 以上群 1648（± 255）kcal、BMI 22 未満群 1575（± 319）kcal》。前医処方エネルギーは 1358（± 221）kcal 《BMI 22 以上群 1373（± 169）kcal、BMI 22 未満群 1347（± 253）kcal》。

【考察】BMI22 以上群・22 未満群ともに、入院時のエネルギーは推定必要エネルギー量に満たなかった。標準体重比で両群ともに有意に低かった（ $p < 0.05$ ）。

【考察】急性期退院時の栄養処方は、退院後の活動性を考慮すると不足する傾向が推測された。

より実効性のある新型インフルエンザ
BCP の策定

○鈴木勝弘、西 直人、伊藤雅史

等潤病院

【はじめに】2009 年に新型と言われ流行した A/H1N1 は、現在では季節性インフルエンザの株のひとつとされている。一方、高病原性鳥インフルエンザ A/H5N1、あるいは A/H7N9 の変異の可能性等、新型インフルエンザへの脅威は続いている。また、新型インフルエンザ等特別措置法の施行、特定接種の登録により、当該患者を受け入れる医療機関は、地域住民、職員等への配慮と確保をすべく、診療継続計画 Business Continuity Plan (BCP) の策定は急務である。今回、当院はその必要性を鑑み、全部署交え幾度も話し合いを重ね、より実効性のある BCP を策定した。

【方法】まず、担当者を各部署の責任者とし、BCP 策定の為の打合せを数か月に亘って病院全体のスケジュールとして予定化した。内容においては、当院周辺での流行規模・被害想定、来院患者数、入院患者数、出勤可能職員数等、具体的に数字として想定した。受入れ患者と業務の優先度、必要物品、患者受入れの際の時間的・空間的分離対策等についてリスト化し、行動計画として示し、即時対応出来るように配慮し策定した。

【考察・まとめ】医療施設の BCP 策定率は他の事業種に比べて低く、また専任部署を設置する人員を割けない中小病院では更に整えられていないと思われる。だが、パンデミックとなった際に診療にあたらなければならない医療機関にとって BCP は、地域医療の継続をしていく上で策定しておくべきものとする。

来たるべき首都直下地震に備えて、グループ病院間の連携

○大桃丈知、石原 哲、古城資久

白鬚橋病院

【はじめに】30年以内に大規模地震に見舞われる可能性が70%と発表されてから既に数年が経過している。甚大なる被害が予測される墨田区に位置する当院の災害に対する取り組みについて報告する。白鬚橋病院は以前より東京DMAT、日本DMAT隊員を擁し災害対策に力を入れてきた。いち早く病院BCPを整備し、全日本病院協会AMAT隊員を養成し、被災後も機能が続ける事が出来る様に努めている。2012年7月より新法人へ移行し、全国に7病院を擁するグループ病院の一員となったことを契機に、防災訓練のあり方を改め、病院単独型から脱却し、多組織参加型に大型化した。

【方法】当院の所属する伯鳳会グループの総合合同防災訓練を通して、災害時の医療施設間相互支援について報告する。

【結果】2013年度は大阪暁明館病院を舞台に、2014年度は赤穂中央病院を舞台にグループ合同で防災訓練を実施した。

【考察】東日本大震災において、被災圏外からの医療支援は、圏域やグループの枠を越えて日本DMATやJMATなどにより行われた。しかし、発災後の超急性期から急性期の早いフェーズでは、個々の病院にまで十分な医療支援が行き渡る事は困難であり、被災圏内外から医療支援を受ける一手段としてグループ病院間で相互協力することが求められる。

【まとめ】当院は、DMATのみならず全日本病院協会AMAT、東京都JMATの研修を修了したスタッフを複数名擁し、全職種一致団結して災害対策に取り組んでいる。万一被災した事態に備えて、被災圏外からの医療支援を有効に受けることが出来る仕組みを複数有することは、病院の機能を維持するリスクマネジメントとして有益である。

等潤病院における外来患者満足度調査について

○岡本光平、濱田大典、伊藤雅史

等潤病院

【はじめに】等潤病院サービス向上委員会では活動の一環として、外来診療におけるサービスや接遇の向上を目的に、施設・職員・診療等に関する患者満足度を調査する“外来患者満足度調査”を定期的実施している。これまではアンケート用紙への記入方式で実施し、手作業による結果集計に人員と時間がかかり大変非効率であった。これらの課題を解決するためのシステム化を検討することとした。実際に運用して見えてきた課題等について報告する。

【方法】タブレット端末及びデータベースと連携するアンケートシステムを構築した。調査実施期間中にサービス向上委員が外来患者にタブレット端末を渡して入力を依頼する方法をとった。アンケート内容をタブレット端末の画面に表示し、患者は画面をタップ（タッチ）することによりアンケートに回答していく。

【結果】端末に入力された回答結果は、入力が完了した時点でデータベースに蓄積されるため、結果集計はデータベースへ問合わせを行うのみで可能となった。

【考察・まとめ】これまでは手作業での結果集計に時間がかかり、集計したデータの利用という観点からも非効率であった。今回導入した方法により結果のデータ化など集計作業等の効率に大きな改善がみられた。また、用紙が不要となったことに伴うペーパーレス化も実現した。外来患者には限られた時間の中で入力を依頼するため、質問項目が多いと患者負担が大きくなってしまう。反面、質問内容が簡易なものとなると外来診療の向上に反映されない。今後は質問内容の見直しを行い、外来満足度調査の結果が外来診療向上に少しでも力となれるよう委員会として効果的なアンケート構成を考えていきたい。

人工膝関節置換術患者への統一したケア・退院指導を目指して

○阿部亜希子、伊藤理子

岩井整形外科内科病院

【はじめに】当院は脊椎の内視鏡下の手術に特化した急性期病院である。昨年まで、人工膝関節置換術を年数例実施していた。平成26年1月より、非常勤医師による週1例程度の人工膝関節置換術を実施するようになった。医療者側の統一したケアの提供と、患者側の術後合併症の理解、術後のボディイメージを理解してもらうためのパンフレットの必要性を感じ、執刀医と協働し、パンフレットを作成したので報告する。

【方法】平成25年12月より、人工膝関節置換術のクリティカルパスの作成を開始。クリティカルパスと変形性膝関節症に関する勉強会を病棟看護師へ実施し、人工膝関節置換術に関する基礎知識を習得してもらった。平成26年1月～7月までに人工膝関節置換術を受けた患者から退院後の不安や質問事項などの聴取をした。7月に執刀医師に内容確認をしてもらい、9月より手術が決定した患者に外来でパンフレットの配布を開始した。

【結果】入院時、外来で配布したパンフレットをもとに、術前には疾患、手術の内容、術後のイメージについて説明を実施した。多くの患者は、入院前にパンフレットに目を通して、わからない事を質問する患者もいた。退院指導に使用するだけでなく、入院期間中の処置や注意点を患者自身がいつでもパンフレットを見ながら確認することができるようになった。

【考察・まとめ】入院前の外来でパンフレットを渡す事により、患者自身が自分の治療に関心を持ちイメージしやすくなっていた。また、入院中の経過や処置内容、合併症、退院後の生活の注意点を前もってわかることで、安心して入院生活を送ることができ、また退院への意欲へ繋がるのではないかと考える。

内視鏡画像（動画）を使用した器械出しトレーニング

○大友勝利

岩井整形外科内科病院

【はじめに】当院は手術室2室で年間1500例前後の手術をおこなっており脊椎内視鏡手術がそのほとんどを占めている。その手技と器械は当院独自の物が多い上に手術時間は腰椎のヘルニア切除術（MED法）では、最短9分通常30分未満で終了する。脊椎固定術も内視鏡下（ME-PLIF）で行うが通常1時間半程である。新卒、手術室経験者共にその流れについていくのはかなり困難であったため導入した対策を報告する。

【方法】手術の流れを実際の内視鏡画像でおこなう。器械の名称や使用方法等も画像上で確認しながらおこなうことにより、立体視しながらの解剖及び手順を理解することが出来る。手順、流れも掴み易くアクシデントにも実際の対応を事前に見ている事もあり理解と対応がスムーズに習得・対応出来る。特にクローズアップしたいものは編集も行い提供する。

【考察】手術を理解して介助することにより、自信と責任感が生まれ自分が関わった以外の手術に関しても意見が出るようになった。プリセプターも要点等をより具体的に画像を使用して説明出来る為、伝えやすく、教える側・教わる側、全てのレベルの底上げが結果として見える。スムーズにスタッフが育つと医師やその他のスタッフとも信頼関係を築きやすく結びつきも強くなる。

【まとめ】実際の動画でトレーニングする事は、想像しての理解ではなく経験しての理解により近く、正しく短い時間でより多くの経験と知識を得られる。それにより短期間での習得が可能となった。手術を理解する事で、患者さん、他部署連携に関しても、手術の流れ等を考慮した対応が以前よりもスムーズに行える様になった。

チーム支援型新人看護師支援体制による指導変化

○岡留 梓

南多摩病院

【はじめに】当院では昨年度まで経験年数5年程度の看護師によるプリセプターシップでの新卒入職者支援を実践してきた。その中で指導における問題や課題、様々な情報がプリセプターのみ集中し、指導業務や精神的負担、過大な責任が課せられている現状であった。今回当病棟で新たに新人看護師支援体制を導入し、チームで新人入職者を支援することからみえた指導変化について報告する。

【方法】経験年数2-3年目で、主にメンタルフォローを行うエルダー2名、当院クリニカルラダー3以上であり、技術指導を行うメンター4名を1チームとして支援チームを形成。年間教育スケジュールパスなどの指導表、3か月ごとの新人看護師指導評価表等使用し各タームにおいて確実に指導評価が行えるようツールを作成した。また、指導プランがチームナーシングに活かせるよう、支援チーム統括を固定チームナーシングにおけるサブリーダーとした。

【考察】支援チームで育成目標や具体策を決定し実践していくプロセスを経ることで、支援方法や目標の修正が必要となった際も以前のように問題点がプリセプター個人へ向けられるのではなく、支援チームで情報を把握し検討・修正がされることとなり、新人支援をチーム全体で行うことへのスタッフの指導変化がみられた。

【まとめ】今までのプリセプターと新人看護師とのマンツーマンの指導関係から、支援チームを組むことで新人支援にさまざまな視点や意見が反映され、今まで以上に新人支援プランの検討が充実した体制となった。今年度の状況を適切に評価し、今後さらに有効な支援体制について検討していきたい。

右両果骨折を呈した症例の独居での生活を目指して

○松本典也、武田勇人

町田慶泉病院

【はじめに】本症例は右両果骨折を受傷し観血的整復内固定術を施行した症例である。右足関節の疼痛・機能不良による歩行時のバランス低下に着目し治療を行ったので以下に報告する。

【症例紹介】89歳、女性、独居、病前ADL・IADL自立。

【評価 初期→最終】視診・触診(右)足関節前面・外側に熱感・発赤→消失疼痛LR~Mstの背屈・外反時に距腿・距骨下関節に疼痛(VAS7)→消失周径(cm)(右/左)下腿最大30,5/30,5→28,5/30,5最小20,5/18,5→20,0/18,5 ROM-T(°)(右)足関節背屈-5→5、外反5→10MMT(右/左)腓腹筋・後脛骨筋・腓骨筋2/4→3/4筋短縮腓腹筋・腓骨筋・前脛骨筋整形外科テスト背屈荷重テスト陽性で距骨のすべり低下→陰性歩行分析右LR~Mstで右足関節背屈・外反消失、体幹右側屈で動揺あり→右足関節背屈・外反が出現し、体幹動揺消失BBS32点→49点

【治療内容】交代浴、距骨・腓骨のモビライゼーション、右足関節のOKC・CKCex、歩行時の右足関節戦略の協調運動促進。

【結果】疼痛消失、右足関節機能向上が認められ、歩行の安定性が向上された。

【考察】右足関節の腫脹と筋の短縮により、右足関節背屈・外反時に腓骨の挙上・距骨の後方へのすべりが低下し、インピンジメントによる荷重時痛が生じていると考えた。そのためLRでの衝撃吸収困難による前方への推進力不足とMstでの右足関節外反不足が生じバランスを崩していた。右足関節周囲筋の伸張性向上を図ったことが腓骨・距骨の動きを改善させ歩行の安定に繋がり独居での退院になったと考える。

経管栄養で入院した脳卒中患者の退院時摂食状況について

○須藤美里¹⁾、佐藤詠美²⁾、石川敏和³⁾

- 1) 河北リハビリテーション病院 言語聴覚療法室
 2) 東和病院 リハビリテーション科
 3) 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座
 口腔衛生学部門

【はじめに】脳卒中患者では急性期に30～40%に摂食・嚥下障害を呈するとされており、経管栄養のみで栄養管理されている患者は少くない。しかし、回復期に身体機能・認知機能などの向上とともに、経口摂取が可能となる患者もいる。そこで、今回我々は、経管栄養で入院した脳卒中患者の退院時の摂食状況について検討したので報告する。

【対象】2012年4月から2013年3月までに当院に入院した経管栄養患者26名（男性10名、女性16名、平均年齢81.8±7.9歳）。原疾患は脳梗塞16名、脳出血10名であった。

【方法】年齢・在院日数・入院時と退院時のFunctional Independence Measure (FIM) 得点・入院から直接的訓練開始までに要した日数・入院から3食経口摂取までに要した日数について後方視的に調査し、退院時に3食経口摂取の患者（経口群）、経管栄養の患者（経管群）の2群に分け比較検討した。

【結果】経口群8名（30.8%）、経管群18名（69.2%）であった。経口群と経管群の2群の比較において、年齢は有意差を認めたが（ $p<0.01$ ）、在院日数・入院時FIM得点ともに有意差は認めなかった。直接的訓練開始までに要した日数は、経口群では17.8±12.9日、経管群では56.4±30.6日であり、有意差を認めた（ $p<0.05$ ）。また、入院から3食経口摂取までに要した日数は、43.9±23.8日であった。退院時FIM得点は運動項目・認知項目ともに、2群間に有意差を認めた（ $p<0.01$ 、 $p<0.001$ ）。

【考察】①75歳以上の脳卒中患者では嚥下予備機能の低下が加わるため3食経口摂取の可能性が低くなると考えられた。②経口群、経管群ともに入院後約1ヶ月の摂食・嚥下機能を再評価する必要性が考えられた。③経口群の退院時FIM得点の改善は先行研究と一致しており、3食経口摂取においてはチームアプローチが重要であることが示唆された。

1～2時間短時間通所リハビリテーションの効果

○和田直樹、安達延子

常楽診療所
 （等潤病院）

【はじめに】当診療所では平成24年11月より1～2時間型の短時間通所リハビリテーション（以下、通所リハビリ）を開設している。開設より約2年が経過し、今回通所リハビリの効果について検討した。

【方法】当通所リハビリではマシントレーニングを中心に、集団体操、理学療法士による徒手介入、自主トレーニング指導等のサービスを提供している。

利用者は、屋内歩行自立しておりマシントレーニングが可能な要介護認定者が対象で、平均要介護度は2.2、主病名は脳血管疾患、運動器疾患などである。

今回、平成26年11月現在で3か月以上利用されている方7名を対象に、Time Up and Go Test（以下TUG）の結果を利用開始時と比較した。また、アンケートにより利用満足度と活動状況についての聴取も行った。

【結果】TUGは6名がタイム改善し、1名が低下した。アンケート結果からは、利用満足度は「満足」6名「やや満足」1名「やや不満」・「不満」0名の結果が得られた。活動状況については、自宅内歩行は「楽になった」4名「変わらない」3名「大変になった」0名、外出機会は「増えた」2名「変わらない」5名「減った」0名、家事や趣味は「出来るが増えた」4名「変わらない」3名「出来るが減った」0名となった。

【考察】理学療法士が直接徒手介入できたことで、マシントレーニングや体操では不十分な部分を補えたことが歩行能力向上に有利に働いたと推測される。また、歩行能力の向上を自覚できていることが、満足度や外出や家事・趣味の維持・改善にもつながったと考えられる。

当院リハビリスタッフによる地域住民の健康寿命増進への取り組み

○吉野浩一、安藤達也、元井康弘、川島拓也、宮武智子、鈴木美岐、福田泰子、伊藤佳澄

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】近年、人々が介護を受けないで暮らせる健康寿命を増進することの必要性が説かれている。高齢者の転倒による骨折が寝たきりの大きな原因になっていることは周知の事実であり、PTとして予防に関与できる領域であると考えている。そこで、今回、八王子いちょう祭りにて、“足と歩きの相談コーナー”というブースを設け、歩行または足自体に不安を持つ相談者に対し、足圧測定器による評価を行い、運動指導を行った活動について報告する。

【方法】会場にて歩行時のバランス不良や、足に痛みなどを有する方を対象に、設けたブース内にて、バランス機能の評価を行い、その結果のフィードバックを行った。足圧測定器はフットビュークリニック（株式会社ニッタ製）を用い、静止立位で15秒間測定した。この結果をもとに自主トレの指導を行った。

【結果】2日間の相談者の合計は276名でアンケートに回答をいただいた266名のうち、足部の痛みの相談89名、転倒予防目的が47名、靴の相談が11名、身体のバランスが知りたかった方69名と身体に関心を持っている方が多く、予想を超える数の相談者の来場となった。

【考察】病院に来院される方以外でも多くの方が自分の身体に関心を持ち、足の痛みや歩行についての不安を持っていることが分かった。足部、足趾の機能は立位、歩行時の安定性に関与しているが日常、問題として意識することが少ないため、このような活動で普段から足の機能を意識してもらうことは転倒のリスク軽減に有用だと思われる。

病棟 ADL に対するアプローチ

○今坂真由美、嶋名択実、北園裕子、村島久美子

東京さくら病院

【はじめに】当院回復期リハビリテーション病棟では、病棟内ADL能力向上を目指し取り組んでいる。病棟内ADLは患者様の日々の状態変化に伴い介助量・方法も変化させる必要があるが、情報収集と統一された情報共有が困難であり介助方法が職種、個人により異なっていた。今回の取り組みでは「ADL表」を導入する事により介助量・介助方法が多職種間で統一化され改善されたため、ここに報告する。

【方法】病棟とリハビリテーション科で介助量・方法を統一する為に「ADL表」を導入した。「ADL表」の更新はカンファレンス内やADL能力向上、リスク管理を考慮して頻回に行いPDCAサイクルに当てはめる事により、多職種間で意見交換・情報共有を行った。また、「ADL表」を導入する前後での、インシデント・アクシデントレポートの比較、回復期リハビリ病棟スタッフの意識・行動の変化についてアンケートを実施した。

【結果】ADL表を導入前後のFIMとインシデント・アクシデント結果からADL表導入の有用性を検討した。FIMでは明らかな差はみられなかったがインシデント報告件数が増加した。これはスタッフの患者様への対応が統一された結果、患者様の行動の変化への気づきが増えたためと考えられる。また、アンケートでも病棟内ADLへの意識が高まった、という結果を得た。

【まとめ】「ADL表」導入前では、病棟とリハビリ科での情報共有が困難であり、ADLに対しての認識の違いから介助量・方法に差が出ていた。「ADL表」を導入する事により患者様のADLに関する情報共有とADL能力向上を意識した支援を多職種間でできるように改善することが出来た。

病棟と連携した呼吸リハビリテーション
～勉強会の取り組み報告～

○吉田早織

等潤病院

【はじめに】当院の呼吸器内科病棟では、間質性肺炎、慢性閉塞性肺疾患等の呼吸器疾患患者が入院している。しかし、今までは看護師とリハビリテーション（以下リハビリと略す）との呼吸ケアに対するチームアプローチが十分に行えていなかった。平成26年度の診療報酬改定に伴い、看護必要度にスクイージングが設けられたこともあり、リハビリでも看護師と連携して患者に対する呼吸ケア・呼吸介助を行っていくことが必要であると考える。今回は看護師の呼吸介助・スクイージングに対する知識、技術向上を目的に1時間の勉強会を合計5回実施した。

【対象・方法】対象は呼吸器内科病棟の看護師18名。病棟にて1時間の勉強会を合計5回実施。呼吸介助、肺痰法を主体として説明および実技を交えながら実施した。また、実施後に無記名で簡易的なアンケートを集計し、看護師側が抱えている疑問点等について明確とした。

【考察】看護師とPTの合同で勉強会を行ったことで、看護師が抱えている疑問について直接聴取することが出来た。また、看護師から呼吸介助やスクイージングの知識・技術について質問される機会が増え、部門間の意識改善に繋がった。

【まとめ】今回の取り組みを行ったことで、看護師とPTとのコミュニケーションの場が増え、呼吸ケアや呼吸リハビリの質が向上したと思われる。そうした質の向上が患者の呼吸機能改善や日常生活機能の向上に繋がる。病棟全体の質を向上させ、患者の日常生活機能の向上を図る為には、今回のような取り組みを継続して行っていく必要がある。また、より良い連携を取っていく為には、勉強会だけでなく新しい連携方法も検討し、取り入れていく必要があると思われる。

大腿骨頸部骨折術後、起居動作獲得に難渋した症例

○岡田紘平、櫻井靖之、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】本症例は86歳女性、自宅玄関で転倒し右大腿骨頸部骨折と診断。受傷前ADLは全自立し、屋外独歩可能。起居動作時、上肢依存強く、頸部・体幹の反応みられず介助を要した。移乗動作、立位保持は上肢支持あれば見守りで可能だが、起居動作のみ介助を要し、離床・ADL拡大に時間を要した。起居動作における全身のバランス反応に着目し介入したところ改善が得られたためここに報告する。

【評価】介入当初、右脊柱起立筋、腰方形筋の過緊張から背臥位・座位姿勢では左右非対称。起居動作は上肢の押しつけで骨盤回旋行うが、頸部・体幹回旋伴わず寝返り困難。座位はバランス反応乏しく左右への重心移動距離低下（右>左）、上肢支持に依存的。最終評価では、上記筋群の過緊張改善し、背臥位・座位姿勢は左右対称となる。座位でのバランス反応みられ、左右への重心移動距離拡大。介入3週目に起居動作自立に至った。

【考察】介入当初、患側下肢の身体機能面に着目し、介入を行ったが、起居動作改善に至らなかった。そのため起居動作困難の要因を上肢の過剰な押し付けに伴う体幹伸筋群の過緊張、頸部・体幹のバランス反応低下と考え、バランス課題実施。座位の内外乱動作から始め、FWB以降は立位の内外乱動作、動的バランス課題へと難易度変更した。最終評価では、起居動作時みられた上肢の過剰な押し付けが改善し体幹伸筋群優位の動作パターンから、頸部・体幹の屈曲回旋動作へと改善することで全身の立ち直り反応がみられ、起居動作獲得に至った。

【まとめ】患側下肢の身体機能低下が基本動作障害に大きく影響すると考えていたが、それだけでなく早期から姿勢、動作の特徴を踏まえ、異常動作の改善を図る重要性を再認識した。

当院退院後の医療から介護へのリハビリテーションを考える

○免田裕臣、宮入裕樹、小林 豊

北品川病院

【はじめに】当院は、急性期から維持期の入院リハビリだけでなく、退院直後から訪問リハビリを提供している。退院直後は生活環境の変化により、慣れていない動作が出来ず、日常生活に支障をきたしているケースを多く経験する。今回、訪問リハビリ開始時と終了時の介護度の変化に着目して、医療から介護へのリハビリの役割について考察した。

【方法】対象は2013年4月から2014年3月までに当院の訪問リハビリを利用した要介護者23名（男性7名、女性16名、平均年齢79.6±12.4歳）とした。退院直後と訪問リハビリ終了時の介護度の変化の比較をWilcoxonの符号付順位検定を用いて実施した。有意水準は5%未満とした。

【結果】退院直後は要介護5が2名、要介護4が7名、要介護3が4名、要介護2が6名、要介護1が4名であった。訪問リハビリ終了時は要介護5が1名、要介護4が1名、要介護3が4名、要介護2が9名、要介護1が8名、要支援2が2名であった。退院直後と訪問リハビリ終了時の要介護度には有意な差が認められ、要介護度の改善が有意に認められた($P \leq 0.03$)。

【考察】訪問リハビリが退院直後から介入することで、入院時に導入した福祉用具・住宅改修の確認、生活場面における介助者への介助方法の指導を行うことが出来る。退院直後には、入院中に「出来た」動作が「出来ない」、また「出来る」が「していない」ケースも多く、実際の生活場面でのADL・IADL練習は患者様本来の生活を引き出す手助けが出来ると考える。退院後のフォローだけでなく患者様本来の能力を引き出すことで、余暇活動の再開、友人との交流など地域社会への参加を促し、その人に合った介護サービスの利用への一助になるのではないかと考える。

持続血糖モニター (CGM) による SGLT2 阻害薬の評価

○池原美智代、酒井 忍、荒井克己、大橋忠将、岩嶋富美子

豊島病院

【はじめに】SGLT2阻害薬とは、腎臓の近位尿細管に存在するSGLT2を選択的に阻害する薬剤で、近位尿細管からの糖の再吸収を抑制して、尿中へ排出するように働くことで、血糖値の上昇を抑制し、血糖コントロールの改善が期待される。また、尿中に糖を排出するため、エネルギー損失に伴う体重減少、肥満改善作用も認められる。今回、本薬剤を使用した症例2例に持続血糖モニター（以下CGM）を行い、血糖コントロール状態について検討した。

【方法・症例】以下の2症例に対し、薬剤使用中にCGMを行った。

症例① 49歳男性 身長181cm 体重98kg BMI 29.8kg/m² 入院時最高血糖327mg/dl 最低血糖144 mg/dl 平均血糖227 mg/dl 随時尿 尿糖(-)

症例② 37歳男性 身長170cm 体重150kg BMI 51.7 kg/m² 入院時最高血糖342mg/dl 最低血糖119 mg/dl 平均血糖229 mg/dl 随時尿 尿糖(-)

【結果】症例①薬剤（ルセオグリフロジン 2.5mg/day 朝）使用24日後 最高血糖168 mg/dl 最低血糖86 mg/dl 平均血糖126 mg/dl 体重94kg（-4kg減量）随時尿 尿糖(4+)

症例②薬剤（ルセオグリフロジン 2.5mg/day 朝）使用24日後 最高血糖216 mg/dl 最低血糖76 mg/dl 平均血糖132 mg/dl 体重142.5kg（-7.5kg減量）随時尿 尿糖(4+)

【考察・まとめ】本薬剤使用前後でCGMを用いて検査することで血糖値の低下を確認できた。血糖自己測定(SMBG)では1日の血糖測定回数に限界があり、新規薬剤開始による血糖コントロールの効果をみるにはHbA1cの変化を待たざるを得なかった。しかしCGMでは5分ごとに血糖値を測定することで今まで点として見ていた血糖値が線として見るができるようになり、また標本数の多さから、薬剤開始1か月以内でも統計的に血糖値の変化の評価も可能となった。

輸血後感染症検査の導入における取り組み

○絹川あゆみ、中村優人、田村順子、
松井仁美

等潤病院

【はじめに】2013年11月に報道された日本赤十字センターのHIV感染症の検査すり抜けをきっかけに、当院での輸血後感染症検査実施率を調査したところほとんどされていない現状を把握した。

輸血後感染症検査を確立するため、当院でのHIV・HBV・HCV感染症検査実施者の内訳を調査し、輸血後感染症検査を導入するために行った取り組みについて報告する。

【調査対象】2013年の一年間の中で平均的件数の3か月分を用いてHIV・HBV・HCV感染症検査実施者の依頼内訳を調べた。

【結果】HIV感染症検査実施者依頼内容の内訳では、術前評価に最も施行されていた。次に入院時だったが、輸血後3か月での検査実施者は0件であった。

HBV・HCVにおいては入院時検査、内視鏡前検査の依頼が多く、輸血前後における依頼はなかった。

【取り組み】当院は電子カルテを導入しており、輸血サマリーを一覧で照会することができるので、使用予定日など患者様毎に簡単に検索することができる。しかし感染症データは患者様のカルテ内を閲覧しないと分からないことが判明したので、検査科で輸血依頼が出た都度、輸血前で感染症の検査を施行しているか確認作業を行うこととした。

また輸血後の感染症検査施行には医師に電子カルテ上で伝達事項のメールを送信し、患者様へのお知らせ作成と検査の説明を行ってもらった。

【まとめ】取り組みでは、輸血前後で感染症検査の施行の有無をどのように追っていくか、輸血後の感染症検査のお知らせをどのタイミングで行うかなど様々な課題が出てきたが、厚生労働省（医薬食品局血液対策課）「血液製剤等に係る週及調査ガイドライン」に準じた内容で、当院における「輸血前後の感染症検査」を導入したので報告する。

尿素呼気試験の休薬期間徹底へのアプローチ

○田近義人、奥田ひろみ、小池貴子、
宮里 泉、川東 豊、岩村太郎、
長谷川修、猪口正孝

平成立石病院

【はじめに】尿素呼気試験は偽陰性を防ぐ為に一部の薬剤に休薬期間を設けている。しかし尿素呼気試験予定の患者で、休薬期間が確保できていない症例に遭遇し適切な休薬期間の徹底を目的とした調査を行った。

【方法】尿素呼気試験当日、飲食や近日の服薬を確認する聞き取り調査を2013年5月から1年行った。

また、聞き取り調査前2年間、尿素呼気試験を実施し陰性患者でHelicobacter pyloriの感染者や再発者の有無と、その内に休薬期間が確保できていない症例がないか調査した。同時に患者に予約案内を行う予約センタースタッフが、休薬期間について簡潔に案内できる方法を検討した。

【結果】聞き取り調査期間内に休薬期間が確保できていない症例は全277件中7件(2.5%)。過去2年は、休薬期間が不適切な症例は全317件中15件(4.7%)。その内現在までにHelicobacter pylori感染、または再発と診断された患者はいなかった。

従来の資料では薬剤名をスタッフが認識出来ていない。また、複数の医院に通院し処方を受けている患者の薬剤確認が曖昧であり予約後、他科や他院で処方をどうすべきか問題点があったが、休薬に対するタイムスケジュールを作成し、予約時に当院と他院を含む処方の確認。患者へ渡す予約票に、予約後処方を受ける場合の休薬期間についても追記、予約後の処方に関し当日の問診で休薬期間の確認をルーチン化した。

【考察・まとめ】スタッフの薬剤に対する休薬期間を理解したうえで、各部署に沿うプロトコルを作成する事ができた。当院では除菌後判定に尿素呼気試験の利用が多く、休薬期間を徹底し偽陰性を減らすことで患者の適切な治療に繋げていきたい。

休薬期間の徹底にはスタッフ間の協力と患者の理解が必要である。

介護療養型医療施設におけるボツリヌス療法の取り組み

○内田貴洋、清水 健、福井祐子、
田中裕之、長瀬正徳、高橋秀寿

陵北病院

【はじめに】これまで、上下肢の痙縮の治療法としては外科的療法・神経ブロック療法等が主流だったが、近年ボツリヌス療法に効果の期待が寄せられている。ところがこのボツリヌス療法は主に外来での利用がほとんどで、慢性期入院患者に対してはあまり実施されていない。しかし、慢性期脳卒中患者でも拘縮や筋短縮を原因とする褥瘡だけでなく、痙縮によると思われる褥瘡も散見される。そこで今回、介護療養型医療施設である当院で、痙縮に起因する褥瘡発生者、及び発生リスクの高い患者に対しボツリヌス療法を行ったところ、良好な結果が得られたのでここに報告する。

【目的】関節可動域の拡大と褥瘡の予防・改善

【対象】当院入院中の痙縮に起因する褥瘡発生者、及び発生リスクの高い患者5名

【方法】ボツリヌス療法の適応を検討、リハビリ医師による診察と評価を行う。適応の場合、本人・家族に説明し同意を得た後に実施。リハビリは施術直後の1ヶ月間は1日2回、それ以降は1日1回実施。関節可動域訓練やポジショニングを主に行う。

【結果】対象患者全員の関節可動域が拡大し、14週までには全ての褥瘡部位が治癒した。

【まとめ】当院では、機能改善ではなく褥瘡の改善を目的にボツリヌス療法を行っているが、痙縮を主な原因とする褥瘡にも、ボツリヌス療法が効果的であるとの結果が得られた。効果の一因としてボツリヌス療法だけでなく、その後の集中的なリハビリや病棟でのポジショニングの徹底が挙げられる。また、治癒後もリハビリの関わりやポジショニングの継続により再発防止に努めており、現在まで褥瘡の再発は認められていない。

左人工骨頭全置換術を施行した症例の歩行能力向上を目指して

○塚田時穂莉、岩崎圭悟

町田慶泉病院

【はじめに】左急速破壊型股関節症にて人工骨頭全置換術を施行した症例を担当した。姿勢アライメント不良・跛行を生じ、右下肢に変形もあり、歩行時に右膝に痛みが出現していた。そこで負担軽減のため姿勢・歩容の改善を目的に介入した。

【症例紹介】90歳女性、病前ADL自立し、家事のみ行っていた。既往歴に左TKA施行。右膝関節・足部に変形あり。BMI27。

【評価(初期→中間)】ROM-T(°)(左)股関節伸展0→5、股関節外転5→10
MMT(左)腹直筋3→4 大殿筋2→3 中殿筋3→4 股関節外旋筋3→4 筋緊張左脊柱起立筋、左大腿直筋、両股関節内転筋群(右<左):亢進→軽度軽減 疼痛右単脚支持期に膝関節外側部痛あり→なし立位姿勢右凸側弯、左骨盤挙上、骨盤後傾、股関節・膝関節屈曲位→軽減 歩行シルバーカー歩行見守り→T字杖歩行見守り。デュシャンヌ跛行陽性→陰性。骨盤の左右動揺の出現→減少。左荷重量減少→増大。FIM88点→102点。

【問題点】姿勢アライメント不良により左大殿筋の筋収縮が発揮しづらいことと、左中殿筋の筋力低下により、左立脚期に左下肢支持性が低下し荷重量が減少していた。それにより右下肢負担増大。

【アプローチ】股関節ROMex・周囲筋の筋力訓練、脊柱へのアプローチ、左下肢荷重への促通(視覚的フィードバック)。

【結果】姿勢アライメント改善。左股関節周囲筋の筋力向上・ROMが拡大。左立脚期に左下肢荷重量が増大。

【考察】姿勢アライメントが改善し、左下肢荷重量が増大したことで歩行能力は向上、膝痛も消失した。しかし姿勢アライメント不良・左股関節周囲筋筋力低下・ROM制限は残存しているため、歩行時の右下肢負担は残存すると考え、歩行手段の選定も視野に入れて介入を継続する。

当老健における長期入所の要因と意欲に関する考察

○広瀬 心、村田耕大、梶倉昭臣、
相良治伸、相内俊範、高田耕太郎、
小泉章子

介護老人保健施設いずみ
(いずみ記念病院)

【はじめに】当老人保健施設（以下、当老健）では、入所時から意欲が低下している利用者が多くみられる。また、入所期間も長く、以前から意欲やADLの維持は重要な課題となっていた。そこで、当老健の長期入所者の意欲に因与する要因と、ADLとの関連について検討をした。

【対象】2011年1月から2014年10月までに当老健へ1年以上入所し、意識障害や寝たきりを除く70名（平均年齢79.8±10.6歳、男性24名、女性46名、平均要介護度3.3±1.3）を対象とした。

【方法】入所時における Vitality Index（以下、VI）のカットオフ値に基づき、意欲群30名、意欲低下群40名に分け、性、年齢、要介護度、原因疾患、認知症の有無、発症からの経過年数、入所経路そして、入所時と入所1年後のFIMの差について両群間で比較した。さらに、入所1年後のVIを解析した。

【結果】入所1年後のVIは、意欲群の80%で維持され、意欲低下群では95%が改善に至らなかった。両群間の比較では、意欲群における入所時と入所1年後のFIMの差が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。

【考察】一般に発症直後から意欲の維持に向けた取り組みが望まれる。特に、入院医療や介護施設の機能分化が進められる中、利用者本位の視点が大切であり、利用者が目的を失わないような働き掛けをすることが重要と考えられる。当老健における長期入所者の意欲低下が課題とされたことから、高齢者が「生きる力」を高められるような環境整備や、生きがい作りなどが必要と思われた。

【まとめ】入所時の意欲が維持期のADLに影響することが示唆され、意欲を高めるための支援が課題とされた。

在宅生活の維持を目標とした家族指導と環境調整

○中部菜見子、安達延子

常楽診療所
(等潤病院)

【はじめに】在宅生活の維持を目標とし、デイケアを利用している方は多い。今回、2度の脳梗塞を呈し、自宅内転倒を繰り返している症例を担当した。居宅訪問し、環境調整・家族指導を行った。夫婦で住んでおり金銭的余裕がなく、最低限の箇所のみ調整した。

【症例】80代男性。小脳梗塞・左片麻痺を呈し、デイケアを週2回利用。構音障害、認知機能低下あり、訓練に対しては消極的。体幹失調を認め、左側の認識がやや乏しい。自宅内移動は伝い歩き。昨年は約5回、今年より毎月1回以上転倒あり。

【方法】1) 生活動線上に、柵と滑りやすいゴザが敷いてあり場所の変更と撤去を行った。2) 柵のないベッドを使用しており立ち上がりの際の支持物がなく、立ち上がり等反動を用いておりマットレスがずれる、敷布団の下に物を隠す癖があり座面に傾斜が生じ転落し易い状態であった。手すりの設置とタッチアップにてマットレスの固定、ベッド上の管理指導を行った。3) トイレ前に18cmの段差あり。手すりの位置が不良にて設置を検討する。4) 本人・家族指導を行い、奥様不在時には歩行を控え、転倒によるリスクの注意喚起を行った。

【結果】環境調整後、移動が楽になったとのことで約1か月間転倒なく経過している。在宅生活の維持を目標に、指導内容を守り転倒に対する理解の向上が見られた。

【まとめ】金銭的な問題もあり、今回は最低限の調整を行なった。しかし今後も転倒のリスクは高い。本人は在宅生活の維持を望んでいるものの現実的には困難になってくると考えられる。また家族の負担も増大してきている為、今後の方向性については再検討していく必要があると思われる。

「看護基準手順」に関する看護師の意識調査 —ナースングスキルを試みて—

○前田陽子、長沢絵美、熊谷典子、
真壁あずさ、大庫留美、海藤淑子、
松田厚恵

いずみ記念病院

【はじめに】看護師が一定水準以上の看護を提供することは、看護の質を保証することにつながる。このため看護実践の質的向上を図る「看護基準手順」の標準化は必要であり、これらの整備、遵守は重要である。しかし、当院アンケート調査によると看護部既存の「看護基準手順」の利用頻度は低く、期待する効果につながっていなかった。看護職員の背景を考慮し、ITを利用したツールの1つとして「ナースングスキル日本版」（以下NSとする）の導入を試みた。導入前後の看護師における意識を調査したので報告する。

【方法】平成26年9月～11月の3か月間、看護師92名に対し既存の「看護基準手順」と「NS」に関する意識調査を実施した。そして、意識の変化などを比較し検討を行った。

【結果】「NS」導入後、利用頻度は高まった。既存の「看護基準手順」「NS」共に「自主的に利用したい」との回答に差はなかった。利用目的について導入前後共に「手技を確認、確実にしたい」と回答した看護師は80%以上であった。導入の効果に関し「エビデンスに基づいたケアを意識して実施できる」「統一したケアが行える」など期待する回答が増え「看護の質向上につながる」と考える看護師が85%であった。

【考察】看護師は既存の「看護基準手順」に関し、重要性を認識し活用への意欲はあったが使用されることは少なかった。しかしながら「NS」の利用頻度が向上したことから看護師の関心の高まりが感じられた。そして活用することは、エビデンスを意識し統一した看護を提供することにつながり、看護の質向上に有効であると推察された。

【まとめ】「NS」導入は看護技術と共に、専門職としての倫理性を高める手法のひとつと思われた。

接遇の向上を目指して

○上田江美

永生病院

【はじめに】当病棟では長期入院患者が多く、患者に対する言葉遣いや対応など、親しくなるがゆえに礼を欠くこともある。病棟職員の接遇の現状の把握・分析から、接遇を見直すためにロールプレイングを含めた勉強会が必要であると考え実施した結果、接遇に対する意識の向上が図れたので報告する。

【方法】病棟職員と患者・家族に、接遇に関するアンケート調査を実施。結果を分析し、職員間で共有し、接遇に対する意識向上を図るため、ロールプレイングを含めた勉強会をグループ別に3回実施した。また再度職員にアンケート調査を実施し、勉強会前後の結果を比較した。今回の職員と患者・家族へのアンケート調査の結果から、相互の認識のズレがあることが判明し、勉強会実施後に接遇意識の変化が見られた。

【考察】日々業務に追われ、患者・家族と「挨拶」は交わすがそれ以上の会話を交わすことが少なかった。その状況が、患者や家族に忙しそうだからと気遣いをさせたり、声を掛けづらくさせていたと考える。ロールプレイングを含めた勉強会の実施が、より患者の気持ちに寄り添い、意識を向けられるようになったとの声も聞かれ、振り返りに繋がった。患者・家族により満足していただくためには、接遇の向上に加え、些細なことでも打ち明けられる信頼関係が求められていると考える。

【まとめ】今回、研究に取り組んだことで、職員と患者・家族との認識のズレを知ることができた。私達は、患者・家族との信頼関係を築き療養生活を支える存在であるために、今後も更に接遇の向上に努めていきたい。

歯科と連携した回復期リハビリテーション病棟における口腔ケア

○渡辺直子、中本 円、高山友美

野村病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟では、脳血管障害による麻痺や高次脳機能障害を持った高齢者に何らかの口腔ケアが必要であり、摂食・嚥下障害認定看護師が作成した「口腔ケア看護手順」をもとに口腔ケアを実践してきた。

平成25年8月より ①口腔内を健康にすることで、体力の回復を促し医療の質を向上させること、②地域における療養高齢者の口腔ケア普及推進を図り、地域モデルを確立すること、を目的した日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック（以下、歯科）と当院の共同事業が開始された。

一年が経過し、歯科の指示によるケア介入が適切に実施されているかの実態把握を行い、連携を強化した口腔ケアを行うための問題を明らかにした。

【方法】回復期リハビリテーション病棟の看護師9名に ①口腔ケアの意義、②歯科からの情報伝達、③歯科から介入の指示をされた2事例についての口腔ケア実施状況についてインタビューを行った。

【考察】全員がこれまでの「口腔ケア看護手順」通りには実施していた。これはこの手順に基づく勉強会や技術チェックが定期的に行われているためである。一方で、2事例ともに歯科の指示を加えた看護プラン通りに口腔ケアを実施していたのは半数以下であった。口腔ケアはそれ自体が日常生活行動の質を高めるものであり、指示の中には自立を促すケア方法も含まれている。これを確実に実施することが、個別性に合わせた口腔ケアの実践になり、それが自立への援助、在宅支援にも繋がることになる。看護プランの中にある口腔ケアプランの確実な実施が必要である。

【まとめ】リハビリ看護における口腔ケアの意義を再確認し、歯科と連携した口腔ケアの介入の充実を図っていきたい。

橋梗塞を呈した症例の起居動作に対するアプローチについて

○村上加奈枝、押谷涼子

町田慶泉病院

【はじめに】本症例は、橋梗塞により左片麻痺となり、起居動作時の患手管理に介助を要していた症例である。患手管理を目標とし、介入したので以下に報告する。なお倫理的配慮として本発表の内容、目的について家族に説明し同意を得た。

【症例紹介】80代男性、妻と二人暮らし。病前ADLは自立。X年8月、起床後に歩行が不安定となり当院受診、入院となる。受診日の5日後梗塞巣の拡大を認める。

【評価】初期ではBr-stage 上肢Ⅱ～Ⅲ、手指Ⅱ～Ⅲ、下肢Ⅲ～Ⅳ、感覚は位置覚軽度鈍麻がみられ、触覚、運動覚、手指弁別は問題がみられなかった。また、注意・記憶・知能面の机上での検査においても大きな問題はみられなかった。起居動作は、一部介助で動作手順の混乱がみられ、寝返り時、左上肢の管理は声掛けが必要であった。

【アプローチ経過】寝返り動作に対して、動作の手順を細かく区切った声掛けを行い、声掛けの内容をベッド柵に掲示し、起居動作前に確認後、動作を行ったが改善には至らなかった。そのため、アプローチ方法を変更し、寝返り訓練では左手指がベッドにつくまで左上肢を腹部に持ってくる動作を反復して行った。また右手で左手に触れる機会を増やし、感覚刺激を入れる事で左手への意識の向上を図った。

【結果】左上肢の忘れが軽減し、起居動作は見守りにて行う事が可能となった。

【考察】橋梗塞により、深部感覚を司る部位が損傷され、検査上において位置覚軽度鈍麻を示し、起居動作時に左上肢の忘れがみられたと考えられる。そのため、代償手段として、動作の反復や感覚刺激を入れるアプローチを行ったことにより、左上肢の忘れが軽減したと考えられる。

歩行訓練を、可動式免荷装置歩行と平地歩行で比較した

○横川 雄、須賀陽香、久保田 潤

介護老人保健施設イルアカーサ
(等潤病院)

【はじめに】先行研究により、歩行の荷重量を低下させることにより、低負荷高頻度でトレーニングが行える利点があるとされている、可動式免荷装置アンウェイシステム (BDX-UWSZ、バイオデックス社製)：(以後BWSTTと略す)を使用し、利点について検証した。

【方法】対象は、当施設の利用者様 (平均年齢 84.7 ± 9.3 歳) で、“慣れ”を除外する為、BWSTT 使用が初回である。手順として、まず平地歩行にて、6分間歩行テストで最大歩行距離を測定。同時に、運動前後の血圧、脈拍、ボルグスケールを計測した。次に、6分間歩行テストから歩行速度を算出した。これをBWSTT歩行の設定速度とし、1分間かけ、徐々に設定速度まで速度上げ練習後、平地歩行と同様の計測を行った。免荷量は、先行研究により15%から50%の範囲での効果を報告しているため、今回は、15%と一番負荷量が高いものを選択した。また、最後に主観を聴取した。

【結果】血圧、脈拍の変化については、どちらの歩行とも大きな差は認められなかった。ボルグスケールでは、平地歩行が運動前後では+2~4の変化に対し、BWSTT歩行では+0~3と、後者では疲労の感じ方が弱かった。また、主観として、「ベルト (免荷する為に体幹を固定する物)があるから、ふらつかないで安心して歩ける」「膝の痛みが少なく歩ける」との意見が挙がった。

【考察】BWSTT歩行の運動後ボルグスケールで、最大+3となった理由として、一定速度で動く床面に慣れず、努力的な歩行となり疲労感が著名になっていたと考えられる。逆に、ボルグスケールの変化がない対象者は、平地歩行では痛みによる跛行や、歩行がふらついているため見守りを要していた。これらが、免荷により抑えられたことが要因として考えられた。

大腿骨骨幹部骨折に対し逆行性髓内釘手術後の早期リハビリ介入例

○三村朋広、下田憲太郎、山村悠二、
瀬戸景子、井出 大

南多摩病院

【はじめに】本症例は転倒により大腿骨骨幹部骨折を受傷し、逆行性髓内釘手術を選択し施行した一例である。一般的に逆行性髓内釘手術では術後の膝関節屈曲可動域は平均 116° と屈曲拘縮が生じやすいとされている。今回、既往として変形性膝関節症 (以下膝OA)があり、受傷前から膝関節屈曲制限があったが、逆行性髓内釘手術による膝関節屈曲制限が新たに生じることなく退院された症例をここに報告する。

【説明と同意】発表にあたり本人とその家族に主旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】60歳代 女性 診断名：左大腿骨骨幹部骨折 既往：左膝OA (受傷前左膝関節屈曲 110°) 骨粗鬆症 現病歴：平成26年6月11日に転倒し受傷となる。逆行性髓内釘手術を平成26年6月17日に行い、翌日からリハビリ開始となる。初期評価では膝関節屈曲関節可動域 (Rt/Lt) $140^\circ / 35^\circ$ であった。

【治療内容】術後早期より拘縮の原因になりうると予想される膝関節周囲、特に侵襲部位である関節包・膝蓋腱に対しモビライゼーションを実施した。また、大腿脛骨関節・膝蓋大腿関節に対し、可動域訓練を実施した。同時期に股関節の自動運動と荷重指示に従い荷重練習を実施した。

【結果】介入48日後の最終評価では、膝関節屈曲関節可動域 (Rt/Lt) $140^\circ / 115^\circ$ と屈曲角度が増加した。

【考察】一般的に大腿骨骨幹部骨折後の逆行性髓内釘手術は、膝蓋腱・関節包の侵襲、固定期間があることから関節拘縮が後遺症として生じやすいとされている。しかし、術後早期から拘縮や癒着を想定して積極的に侵襲部位周囲や柔軟性が低下している部位に対してモビライゼーションや関節可動域訓練を実施することにより、骨癒合を阻害する事なく膝関節可動域の増加が図れたと考えられた。

八王子市バドミントン大会におけるメディカルサポート活動報告

○宮武智子、三宅英司、元井康弘、
和田 晃、藤橋亜友、鈴木美岐

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】我々は平成25年度から、地域でスポーツを行っている方の支援を目的に八王子バドミントン連盟と八王子レディースバドミントン連盟主催のバドミントン大会において、理学療法士（以下、PT）によるメディカルサポート（以下、サポート）を実施している。今回、活動の内容や現場の様子を報告する。

【活動内容】サポートは、平成25年5月から平成26年6月までの計17大会で実施した。サポートしたPTは計6名であり、1大会あたり1～2名が帯同した。また、医学的判断を必要とする場合には、当クリニックの医師と協力する体制をとった。サポート内容は医療相談、ウォーミングアップやクーリングダウンなどのコンディショニング等を希望する大会参加選手に行い、試合中のアクシデントには応急処置を行った。医療機関の受診をPTが必要と判断した場合と選手が希望した場合は、当クリニックにて診察を行った。

【結果】サポートを実施した選手は延べ342人、年齢は平均42.2歳（8-82歳）、1大会あたりの平均は20人であった。サポート内容の詳細はストレッチ259件、自己管理指導203件、筋力トレーニング196件、マッサージ177件、テーピング109件、医療相談9件、アイシング9件、その他9件であった。大会後に当クリニックを受診した選手は11件であった。

【まとめ】近年、プロスポーツ選手だけでなく、一部の大学や高校へのサポートが普及しているが、地域でスポーツを行う一般市民へのサポートは、ほぼ行われていない。サポート活動を通じて、大勢の選手が身体上の問題を感じている中で競技を行っていることが分かった。今後も継続的することで、地域スポーツを行う方々の傷害の発生と予防の一助としたい。

大腿骨頸部骨折地域連携パスの取り組みについて

○大亀真由美、松田美由紀、安中愛実、
宮田華子、梅田ルミ、高野優子

豊島病院

【はじめに】平成23年度、板橋区医師会を中心に大腿骨頸部骨折地域連携計画書を作成し、平成24年度から使用開始した。しかし地域連携パス導入後、パスを逸脱してしまう事例や、家族との話し合いができずに転院調整が困難なケースがあった。転院調整を円滑にすすめる地域連携を推進するために、問題点を抽出し改善に取り組んだため、ここに報告する。

【現状と問題点】大腿骨頸部骨折地域連携パス運用開始から2年が経過した。現在、パスを逸脱する理由の多くは、転院までに2週間を超過してしまう点である。病棟側の要因を調べるため、看護師、医師、MSW、クラークにアンケート調査を実施した結果、書類の不備が多くみられることが明確になった。

【対策実施と結果】対策1 経過一覧表を、看護師用と医師用に作成し直し、病棟に提示した。

対策2 地域連携パスのチェックリストを作成した。

対策3 看護職員個々へ、入院時からの経過と看護師の介入について、伝達を行った。

対策4 クラークが分かるように、カルテの背表紙に「地連」シールを貼付した。

対策実施後、看護師に再度理解度テストとアンケートを実施した。結果、対策前後のテスト平均点が上がり、地域連携パスの使用が分かりやすくなったとの意見が聞かれた。

昨年度の大腿骨頸部骨折地域連携パス算定件数は年間で16件、今年度は上半期までで13件。計11,700点の加算が得られており、昨年度より増加傾向にある。

【今後の取り組み】1 今回の取り組みの継続
2 連携病院への患者家族の見学・連絡手段の検討

3 パスの看護師記録内容の検討

嚥下障害者へのチーム支援 ～ ST の取り組み～

○小野塚久実

梅の園訪問看護ステーション
(多摩リハビリテーション病院)

【はじめに】今回、多職種との協働により口腔咽頭の衛生、嚥下機能が改善した症例について、訪問リハビリ ST の取り組みを報告する。

【症例紹介】82歳男性。要介護5。主な介護者は妻。主疾患；感染性肺炎・急性胆嚢炎後廃用症候群。ST介入時ADL寝たきり全介助レベル。

【ST初回評価】口腔内環境劣悪。嚥下障害重度。口腔内衛生を改善し、唾液処理能力を高め、誤嚥性肺炎を回避することを基本方針とした。

【経過】一連の口腔ケアから介入。咽頭ケア・嚥下反射の促進、嚥下機能の安定化を目標に家族がアイスマッサージを実施した。口腔内湿潤、座位保持可能となり咽頭収縮力が向上。唾液処理が可能となった。主治医より直接訓練の許可を得て、家族・看護師による嚥下訓練開始。PTにて摂食時座位の耐久性確認及び環境設定検討。嚥下調整食摂取可能となった。経口摂取場面の拡大が目標となりサービス担当者会議にて嚥下状態・目標の報告、摂取方法を伝達し、デイサービスにて水分摂取開始となった。

【結果】口腔咽頭内は衛生を保てるようになった。嚥下機能に改善がみられ、楽しみとしての経口摂取が可能となり、デイサービスでの経口摂取につながった。

【考察】家族を含む多職種で口腔咽頭衛生、良姿勢での座位保持、嚥下機能面に対応することができた。ステーション内のスタッフとは随時状況を話し合う機会があり、適切な時期にそれぞれが専門的役割を実行し、連携をとりながら支援することができた。今後は、地域との連携をさらに深め、療養者、家族の希望に添った支援を展開していく必要があると考える。

南多摩圏域における高次脳機能障害支援普及事業

○渡邊要一、江村俊平、都丸哲也

永生病院

【はじめに】当院では平成25年4月、東京都より「専門的リハビリテーションの充実」事業を委託事業として契約し、平成25年6月より南多摩高次脳機能障害支援センターとして活動を開始した。

【方法（事業内容）】本事業の目的は「地域の様々な場所で行われる高次脳機能障害者のリハビリの質の向上と関係機関等の連携体制の充実を図る」ことであり、主たる事業として、①支援機関への相談対応、②症例検討会及び圏域連絡会の開催、③専門職への研修を実施した。

【結果】法人内に事務局を設置し、電話での相談、研修会で相談コーナーを設置して対応した。平成25年度の相談件数は11件だった。②症例検討会は外部機関と共催し、2回実施した。参加者は2回合計で141名だった。連絡会は南多摩5市の行政機関担当者が集まる圏域内連絡会を1回、6支援センターが集まる圏域情報交換会を2回、協力施設連絡会を7回、開催した。③研修会（高次脳機能障害支援セミナー（高次脳ゼミ））は対象者を専門職だけではなく、支援者、当事者及び家族とし、3回の実施で293名の参加を得た。

【考察】事業開始の初年度であったが、計画した事業は全て実施できた。課題としては本事業の地域への周知と主たる相談対応の充実が挙げられた。また当事者やご家族の支援となるよう行政関係機関へのアプローチと連携が今後、大きな課題となる。支援促進事業の始まっている町田市、稲城市を中心に連携をはじめ、その結果得られたノウハウを圏域内の他市に活かせればと考えている。その他、本事業の目標達成のため、ホームページの充実、家族会との連携、ガイドブックの作成、高次脳機能障害者の実態調査など多くの課題があがっている。

患者の障害受容に対する療法士の捉え方について

○桑田真理奈

等潤病院

【はじめに】障害受容とはステージ理論や障害受容の五段階が一般に知られ、「新たに生じた身体障害を自己の現実として受容すること」とされる。ショック期・否認期・混乱期において、リハビリがスムーズに進まないケースは多々見受けられる。そういった症例への対応や声掛けの工夫により介入がスムーズになった経験を問い、療法士間での接し方の工夫を共有し、今後の患者との向き合い方を考える機会とすることを目的とする。

【方法】当院リハビリテーション部のPT、OT、STを対象に選択・記入式のアンケートを実施、結果の集計・分析を行った。

【結果・考察】アンケート内容・結果は、①体調不良以外でリハビリを断られた経験はあるか、②[ある]と回答した中でリハビリがスムーズに進まない理由が障害受容に関わると感じた経験はあるか、③[ある]と回答した中で具体的に、「成功体験を増やし、自信に繋げる」「患者と療法士で目標を共有し、細かい目標設定を掲げ達成感・満足感に繋げる」「趣味を取り入れ、意欲を上げる」「[リハビリ=運動]というイメージをなくすよう散歩等を行う」「失語の患者はコミュニケーションの代償手段を提案する」といった意見があった。回答では、傾聴という意見も多く、傾聴することで主訴や心理状態を明確にとらえその後の介入に活かすことができる。また、療法士がそういった患者の心理面の変化に気付き、患者が新たな価値観を見出す為に手助けできるよう、集計した結果を掲示し、療法士間で共有することでリハビリテーション部全体の質を高めていきたい。また、障害受容の段階において向き合い方を考え、心理面をとらえながら介入し、ADL・QOL向上に繋がるよう働きかけていく。

左大腿骨転子部骨折を呈し骨接合術を施行した症例 ～足関節戦略に着目して～

○須藤俊祐、櫻井靖之、小平祐造、猪口正孝

花と森の東京病院

【はじめに】本症例は80代女性。屋内にて転倒し左大腿骨転子部骨折受傷後、骨接合術を施行した。足関節戦略に着目し介入したところ、立位バランス・歩容に改善が認められたためここに報告する。

【理学療法評価】介入初期では、足関節背屈にROM制限が見られており、下腿三頭筋、前脛骨筋に著明な筋出力の低下が見られていた。体幹機能は、脊柱の可動性が乏しくバランス反応としての頸部・体幹の立ち直り反応は見られていなかった。また、立位時頸椎～胸椎後弯が見られており重心が前方へ偏移していた。後方への外乱バランスでは、上肢の反応・股関節戦略は出現しているが、左背屈筋群の活動が見られず、右へ重心を偏移させ、重心を制動していた。また、支持基底面を超える外乱に対しては、ステップング反応が消失していた。歩行では左立脚期において、前方への推進力の制動が困難となっていた。足関節に着目し介入した結果、足関節のROM、筋出力共に改善が見られた。外乱バランスでは、左背屈筋群の反応が見られ重心偏移も消失した。ステップング反応は出現したが、遅延が見られていた。体幹機能は、初期と比べ脊柱回旋の可動性に向上が見られたが、依然頸部・体幹の立ち直り反応は乏しい。立位・歩行では、重心位置の修正・前方への推進力の制動が見られた。

【考察】左背屈筋群の促通により、立位時の重心位置が修正され下腿三頭筋の働きが向上した。その結果、足関節戦略が活性化しバランス能力が向上したと考えられる。これにより、歩行時 rocker function により推進力が制動され歩容の安定化が図れたと考えられる。

【まとめ】足関節戦略機能の向上が歩行における前方への重心制動を可能にし、歩容の改善に繋がり杖歩行自立レベルまで改善が図れた。

「余暇活動」による患者離床率向上への取り組み

○寺田良子、福田ます江、藤山沙椰、
塩田渡留侍、長島綾音、佐藤正和、
河内葉子、鶴ヶ崎かほる、斎藤 整、
猪口正孝

東京リバーサイド病院

【はじめに】回復期リハビリ病棟では、患者様がリハビリ以外の時間を臥床して過ごす事が多く、その時間の過ごし方は私達の課題であった。昨年度、患者様の離床への取り組みとして、リハビリスタッフにより週2回の「余暇活動」を実施し、好結果を得た。今年度は、更なる離床率の向上を目標に「余暇活動」の拡大と充実を図る事とした。拡大にあたり、患者様の安全面・時間の効率化・人員的問題から、リハビリスタッフと病棟スタッフが協働で実施したので、その結果をここに報告する。

【活動内容】①回数を2回/週→3回/週に変更 ②開始時間を曜日によって変更 ③プログラムを固定化 ④介入スタッフをリハビリと病棟で均等化

【方法】リハビリスタッフと病棟スタッフ全体にアンケート調査実施

【結果】平均参加人数は、20.9人が23人になった。平均離床率は48.3%が50%と、こちらも大きな変化は見られなかったが、時間帯による参加率は午前が47.6%、午後が54.7%と差がみられた。又、最大離床率は85%であった。

【考察】病棟スタッフが介入し、患者様の個性に応じた誘導工夫をしたが、参加率・離床率に大きな差は見られなかった。これに対し、時間帯による参加率の差と、最大離床率が良かったのは患者様がメニューを選んで参加しやすいよう時間とプログラムを工夫したからと考える。病棟スタッフの意識の変化はアンケートから良い結果が得られた。しかし、一番意見が反映されなければいけない患者様のアンケート調査を実施せず、必要性を痛感している。

【終わりに】「余暇活動」の影響は、患者様・スタッフ・病棟の雰囲気まで及ぶ。今後は患者様の残存機能を生かし参加出来るような「クラブ活動」に皆で取り組みたい。

褥瘡の治癒に向けた個別離床プログラムと多職種連携

○岩谷清一、串田真紀、木野田法子

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】医療療養病棟入院時、複数の褥瘡を有する患者に対し、病棟スタッフとシーティング技術を提供できるOT、ならびに褥瘡対策委員が多職種連携し、創傷管理をしながら個別離床プログラムを実施した。その結果、褥瘡の治癒と患者のQOLが向上したので、その取り組みと経過について報告する。

【倫理的配慮】発表に関する説明を行い、本人から同意を得た。

【症例】53歳、男性。脳梗塞による左片麻痺。入院時、仙骨部の他に7カ所の褥瘡があった。

【取り組みと経過】入院当日の病棟カンファレンスにて、離床を目標とした。担当PTを中心にOT、病棟スタッフ、褥瘡対策委員が連携しながら、個別離床プログラムを実施した。個別離床プログラムとは、患者の座位能力や生活目的に合わせた車いすやクッションの適合や離床時間、除圧動作の回数をリハビリテーション実施計画書などに記入し、実践することである。離床開始時、PTとOTは体圧測定等の評価を行い、車いすとクッションを適合した。バイタルチェックと皮膚観察を行い、徐々に離床時間を延長した。入院3ヶ月後、生活範囲の拡大を目標に電動車いすの駆動を開始し、車いす移動が自立になった。しかし、離床時間の増加により仙骨部の褥瘡が悪化したため、離床時間の調整や車いす上のポジショニングの徹底、介助による除圧を開始した。入院9ヶ月後、褥瘡は全て治癒し、退院までの5ヶ月間、褥瘡の再発は認められなかった。また、買い物や趣味で描いた絵を他者にプレゼントするなど患者のQOLも向上した。

【まとめ】創傷管理をしながら個別離床プログラムを実施することで、褥瘡の治癒と患者のQOLの向上に寄与できると考えられる。

当院検査室の在り方と委託について

○鈴木あすか、杉野かよ子

京浜病院

【はじめに】現在全国の病院を主とした医療関連施設は、めまぐるしく変動する医療政策に対してどのように生き残るかという課題に直面している。平成12年の医療法改正にて、病院等の施設基準の緩和に関する項目において、臨床検査室を必置施設としないという内容が記されて以来、各医療施設は経費削減を考え検査部門の外注化、ブランチ化を推進した。しかし、その後検査部門運営を従来のかたちに戻した施設も少なくない。これを踏まえ、アウトソーシングの検討を行い、当院に検査室を置く意義を考えた。

【方法】検討対象として外注方式、FMS方式、院内受託方式を選択した。当院検査課職員にて上記方式のメリット、デメリットを列挙した上で当院検査課の年間支出や業務内容と比較し考察した。

【考察】現在当院検査課では2名にて業務を担っている。内容としては、検体検査のみでなく病棟採血、生理学検査、内視鏡補助、個人情報資料作成等がある。検体検査業務を対象とするアウトソーシングシステムは業務内容の面をみると維持、改善につながることは考えにくいものであった。ただ、今回検討対象に入れたFMS方式においては病院職員が病院内で検査業務を行うので、検査自体のながれは現状と変わらない。この方式が本当に費用の削減につながるのかという課題がある。

【結論】今回アウトソーシングシステムを検討し、検査室で当院職員が働く意義を改めて認識できた。また、それが可能となる委託システムの検討・活用が、当院に対して人的、経済的に利益をもたらすのではないかと考えられた。

新生児聴覚スクリーニング (AABR) 検査に対する当院での検討

○矢内彩夏、眞壁侑花、高野小百合、名取 聡

河北総合病院

【はじめに】当院では2014年3月より新生児聴覚スクリーニング検査を導入し、全新生児に対して検査を実施している。これをもとに、正常と結果の出た新生児を対象に、新生児の状態や検査環境と検査継続時間との関係を検討した。

【方法】当院において2014年8月～9月までの2カ月間にAABR検査を実施し、正常と結果の出た新生児58名を対象とした。検査時に検査時間、新生児の状態、前処理、抵抗値などを記録した。前処理はすべての対象が同じ条件になるよう ①生理食塩水で拭く ②アルコール綿で拭く ③皮膚研磨剤で擦るという手順で統一し、抵抗値が許容範囲に入った時点で測定をした。検査時の新生児の状態や検査環境と検査継続時間との有意差を検討した。

【結果】“寝ている状態・起きている状態” ($P = 0.0004$)、 “検査時の周囲雑音の大きさ” ($P = 0.029$)、 “新生児の体動などによる筋電図の大きさ” ($P = 0.0006$) と検査継続時間で有意な差が認められた。“前処理をどの段階まで行ったか” と検査継続時間で有意な差が認められなかった。 ($P = 0.286$)。また “最終抵抗値の大きさ” で検査継続時間に有意な差は認められなかった ($P = 0.145$) が検査全体時間では有意な差が認められた ($P = 0.00028$)。

【考察】皮膚の抵抗値の高さは検査継続時間に影響を与えないが、電極パッドの付け直しや皮膚処理をやり直すことにより検査全体時間が長引いたと思われる。新生児を起こし、検査中止とならないためにも最初にしっかりと抵抗を落としてから検査を始めることが望ましいと考えた。新生児が泣いている時におしゃぶりなどで気を逸らしても筋電図が入ってしまい検査時間が長引く為、授乳後眠った状態で行う方が効率よく検査ができると示唆される。

病棟における採血時の安全対策の検討

○杉原未菜、田辺孝子、石川美穂、白倉 聡、
三浦 望、坪谷敏彦、石川奈美

野村病院

【はじめに】 当院臨床検査科では外来採血を行っているが、平成 26 年 4 月より病棟採血を開始した。

病棟採血では患者の状態や採血場所、環境が外来採血とは違いがあるため安全面を見直す必要があった。

そこで今回は、病棟採血時の安全対策を検討したので報告する。

【方法】 採血担当者に採血時の危険箇所についてアンケートを実施し、問題抽出した。得られた問題には対策を立案し、実施した。実施した項目は再度担当者にアンケートをすることで、対策の有効性を評価した。

【アンケート結果】 アンケートからの問題点は ①採血後の血液分注時の針刺し事故の可能性 ②採血場所の照度が低い ③患者体動時の対応 ④感染症患者への対応があげられた。

【対策内容】 ①および③について、病棟採血では翼状針による採血の頻度が一番高く、また採血時に急な患者体動に対応するため、すべての患者に対し安全装置つき翼状針を使用することとした。②病棟での照度を測定し、ヘッドライトの角度調整により、採血に適した照度を得られるようにした。④感染症による個室対応患者には専用器具を準備し、使用した。

【実施後評価】 安全装置付翼状針の使用により、使用後の針の露出時間が減少し、また針刺し事故の危険性も減少した。

感染症対策は、専用器具の使用後の消毒が煩雑であり、単回使用する器具の再検討が必要となった。

照度確保には、患者ごとの対応が必要であり、手順を固定することは不可能であった。

【まとめ】 採血は患者の状態、環境により実施方法が大きく変わる。最優先される安全対策について個々に問題抽出し、事故の無い採血実施を行っていきたい。

地域包括支援センターと地域ケア会議

○狩野貴志

足立区地域包括支援センター—ツ家
(等潤病院)

【はじめに】 足立区では 25 か所の地域包括支援センターが、それぞれ日常生活圏域を担当して、地域の高齢者の福祉的課題の支援を行っている。そしてネットワーク構築や、様々な課題を解決するための一手法として、地域ケア会議という取組をしている。

【方法】 足立区の地域ケア会議は、25 か所の各センターごとに開催される、個別課題解決やネットワーク形成の役割を持つ小会議、区内の 5 つのブロック（千住、東部、西部、中部、北部）ごとに開催される、地域課題解決や社会資源開発の役割を期待される中会議、区により開催される、政策提言機能が期待される大会議の三層構造を持っている。当センターでも、独居高齢者を地域住民やケアチームで見守ることをテーマにした小会議や、ゴミ出しが困難な高齢者をテーマにした北部ブロック単位の中会議を開催した。会議では、テーマごとに選定された行政の各機関、ケアマネジャーや介護サービス事業者、民生委員や地域住民が参加して、各々の視点を踏まえた活発な議論が行われた。

【結果】 地域ケア会議は行政職員と地域住民、民生委員と介護サービス事業者など、従来支援上で接点の少ない関係者間において、新しいネットワーク形成の機会となった。また各関係者が個別に抱えていた課題を参加者が共有することで、例えば介護サービス事業者と地域住民が協働して高齢者を見守る、といった個別支援上の協力関係が形成される契機になった。

【考察・まとめ】 従来から行政や医療・介護といった、フォーマルサービス間の連携・協働は推進されてきたが、地域住民やボランティアのようにインフォーマルな資源を視野に入れることで、より柔軟で強靱な地域福祉の力を作り上げることができると考えられる。

地域住民のための健康増進イベントについて

○関根康文、伊藤雅史

等潤病院

【はじめに】足立区では糖尿病、高血圧や脳卒中、虚血性心疾患の罹患率は、23区内において非常に高い傾向を示している。（*足立区特定健康診査等実施計画より）これらの疾患はいわゆる生活習慣病ともいわれ、食事や運動不足などが原因の一つであるとされる。法人内で「健康応援隊」を立ち上げ、疾病予防に取り組んでおり、今回これらの取り組みについて発表する。

【方法】地域住民の健康への意識向上と生活習慣の改善につなげることを目的に、足立区、各保健センターなどからの依頼を受けて健康相談や血管年齢測定等を行っている。今回、「健康応援隊」の概要、2013年度の件数、取り組み内容、今後の課題等について報告する。

【考察】2013年度の利用件数では20件で、利用者数は720名。男女別では男性184件、女性536件と女性の方が、ご自分の健康や生活習慣病に対する関心が高い事が伺われた。また男女ともに健康には気を配っている方が多いものの、食事の管理や運動の方法など、実際にどのようにしていいのかわからないとの声も多く聞かれた。

【まとめ】当法人では待ちの姿勢ではなく、積極的に地域住民との交流や地域の医療・介護関係者との連携を図っている。またこのような地域への貢献は社会医療法人としての責務であると思われる。

八王子市との協働によるケアマネージャーに対するリハビリテーションに関する研修の取り組み

○井出 大1) 2) 木野田典保2)
森川直子3) 斎藤健一4) 池田幸子5)
大澤吉隆6) 西村亜紀子6)

- 1) 南多摩病院、2) 永生会地域リハ支援事業推進室、
- 3) ケアプランセンターえいせい
- 4) 八王子市地域包括支援センター高尾、
- 5) 八王子市地域包括支援センター堀之内
- 6) 八王子市介護保険課

【はじめに】当法人は平成15年東京都より南多摩地域リハビリテーション支援センターに指定され様々な事業を行ってきた。平成24年より八王子市福祉部介護保険課、地域包括支援センターと協働し、市内在勤のケアマネージャーを対象にリハビリテーションの適切な活用を啓蒙する研修を実施してきた。昨年度は「廃用症候群」をテーマに実施しアンケート調査を行った。今回は研修概要とアンケート結果について報告する。

【研修会概要】研修は「廃用症候群」に関する講義、演習（個人ワーク、グループワーク）、グループ発表、講評から構成され12月と3月に実施した。講義内容は東京都地域リハビリテーション支援事業において作成された「典型事例から学ぶ～廃用症候群のリハビリテーション～」に準拠した。演習内容は運動器疾患をきっかけに不動となり、閉じこもりとなった事例を設定し、書面にて提示された基礎情報や身体状況、生活状況から受講生がケアプラン作成のための聞き取り調査を行うため、「だれ」に「どのような情報」を「なぜ」調査するのかを個人ワークで列挙し、グループワークにて擦り合わせを行い、各グループにて発表を行った。発表時にケアマネージャー、リハビリテーション専門職がコメントする形式とした。

【結果とまとめ】本研修の参加者数は第1回106名、第2回54名。講義の理解度は第1回92%、第2回100%であった。資料の分かりやすさは第1回99%、第2回98%であった。研修全体の満足度は第1回91%、第2回92%であった。アンケート結果から、今回は概ね好意的な回答が多い結果となった。

より分かりやすい入院時質問用紙の作成を試みて

○塩野槿子、田島健司、星野明子、
青柳裕子、高橋 健、星野弘樹、
岩村太郎、長谷川 修

平成立石病院

【はじめに】2012年度、アナムネーゼ聴取時間の短縮を目的とし、患者側が質問用紙を記載する体制へと変更した。しかし質問が不明確で各質問回答率平均は58%であった。

今回、質問用紙の回答率の上昇を目的とし、質問用紙を変更した結果を報告する。

【研究方法】期間・対象：2013年10月1日～11月15日に入院した全病棟の患者
記載の条件：緊急入院は待ち時間に予約入院は自宅で記載

※以下、2012年度作成⇒旧質問用紙、2013年度作成⇒新質問用紙とする

※質問項目のカテゴリー⇒緊急連絡先・生活・薬・食事・排泄・既往歴・現病歴

調査条件：①記入済みの旧質問用紙36枚、新質問用紙233枚の回答率を比較

②アナムネーゼ聴取時間を2012年度と比較

【結果】全質問項目回答率の平均は約22%上昇。カテゴリー別は緊急連絡先・生活・薬・食事が平均約32%上昇。既往歴・現病歴の上昇はわずかで、排泄は1.2%低下した。アナムネーゼ聴取時間平均は旧質問用紙8分14秒、新質問用紙6分10秒だった。

【考察・まとめ】今回の結果から目的としていた入院時質問項目の回答率の上昇は達成できた。これは、スタッフの家族の意見を取り入れた質問用紙を作成したことが効果的であったと考える。また記載時間を確保したことも回答率が上昇した一因ではないかと推測される。

上昇していない項目は、質問用紙が2枚にわたってしまい2枚目に目を通していない可能性があった。

今後は2枚目の質問用紙の回答率上昇のため工夫を続け、さらにアナムネーゼを聴取する看護師のスキルの上昇が必要である。

仙骨の骨突出が目立つ患者への褥瘡予防対策の実際

○渡邊祐衣

河北総合病院

【はじめに】褥瘡の直接の原因は圧迫で、好発部位は仙骨が半数以上と言われている(1)。本事例は脳出血を再発し寝たきりで、やせ型・仙骨の骨突出が著明と褥瘡形成のリスクが高かったが、体位変換を工夫することで褥瘡予防ができたので報告する。

【方法】期間：平成26年10月13日～10月31日。対象：80歳台、女性、脳出血で入院、BMI16.6、OHスケール10点、意識レベルはJCS I -3で自己体動がなく、仙骨の骨突出が著明な患者。方法：体位変換を2時間毎に30度側臥位で実施。その後、仙骨に発赤が出現したため完全側臥位とし、エアーマットを使用した。発赤部に油性軟膏を塗布し、リネン類のシワを伸ばす等行った。

【結果】完全側臥位では仙骨への圧迫が解除され、持続する発赤は出現しなかった。好発部位である腸骨・大転子部にも褥瘡は形成されなかった。

【考察】完全側臥位は、仙骨の除圧はできるが、大転子部や腸骨にかかる体圧が高く褥瘡発生の原因となる(1)ことから、体位変換は殿筋で身体を支え接触面積を広げることができる30度側臥位が推奨されている。本事例は、30度側臥位から完全側臥位に変更して褥瘡予防できた。このことは、褥瘡予防の意識で観察をし、迅速な対応ができたことと、発赤部への適切な処置による相乗効果と考える。

【引用・参考文献】1) 厚生省老人保健福局老人保健課監修(1998)褥瘡の予防・治療ガイドライン、照林社

日帰り人間ドックの精密検査受診勧奨方法についての検討

○時任早苗、関 千里、河野みつ枝

野村病院

【はじめに】人間ドック受診後、精密検査が必要となった受診者に適切な検査を勧奨することは健診機関として重要な役割である。当センターでは、画像検査で要精密検査の未受診者に対し、勧奨手紙を2度にわたり郵送し受診勧奨を行っている。今回、未受診者ゼロを目指し、当センター以外での受診状況の実態を把握し、受診につながらなかった理由の聞き取り調査を行い、分析することで今後の課題を検討したので報告する。

【方法】調査前に勧奨手紙を2回郵送した受診者のオーダーリング・健診システム、紹介状返信で当院への受診状況を把握した。未受診者に対し、電話で聞き取りを行い、受診状況の確認と未受診の理由を調査した。電話調査の研究者は3名、時間帯は15時～17時、回数は3回まで、就業者を考慮して1回は土曜日にした。

【考察】当院・他院への受診者をあわせると44%が精密検査を受けていることがわかった。当センターは健診当日に結果説明体制が整っている。検査説明を受けた者と、受けなかった者を比較すると、説明をうけた者が明らかに受診につながっていることが分かった。また、未受診者14名中、男性の40～50歳が多く、多忙で通院困難な現状が一つの要因と考え、忙しくても必要性を理解することができれば受診行動への動機づけになるのではと考えた。

【まとめ】今後の勧奨方法を検討した。医師の結果説明を受けることを勧める。1回目の勧奨方法を電話にし、検査結果・精密検査の必要性の理解を深める。2回目は勧奨内容と、封筒・文字を変更することで視野に働きかける工夫を行う。また、受診者が必要性を感じる疾患別のパンフレットを同封し意識づけを図る。

早期の摂食機能療法導入により、迅速な経口摂取開始が図れた一例

○鈴木涼奈

等潤病院

【はじめに】気管切開・嚥下障害を呈し、早期に摂食機能療法を導入することで3食経口開始・食形態UPが図れた一例について報告する。

【症例】70歳代男性、左皮質下出血を発症し、アミロイドアンギオパチーと診断。既往歴に脳梗塞あり。気管切開・右完全麻痺にてADL全介助で3食経管栄養。右半側空間無視により左側からの刺激のみ追視可能も持続性は乏しい。痰の量は多く、1時間毎での吸引施行。

【経過】ST介入時に間接訓練での嚥下反射が比較的良好なため、状態安定後に摂食機能療法を導入。病室に訓練用紙を掲示し、看護師に1日1回口腔ケア・顔面マッサージ・嚥下反射誘発訓練を30分実施して頂き、STの訓練では上記内容に加えて飲水訓練を実施。飲水訓練でカフ圧offの状態で摂取安定後、フードテストから食事を開始し、病棟スタッフの協力により早期に3食半固形食病棟介助となる。入院から3ヶ月半後には軟飯・軟菜一口大まで食形態UPが図れ、水分はトロミなし摂取可能となった。

【結果】STの訓練と摂食機能療法を並行して行うことで、摂食・嚥下障害者における摂食状況のレベルではLv.2「食物を用いない嚥下訓練を行っている」からLv.7「3食の嚥下食を経口摂取している」へと改善し、摂食機能療法終了とした。また、痰の減少や全身状態の改善により、カニューレ離脱となった。

【考察】既往と今回発症による損傷範囲が大きくADL全介助、また、再発リスクの高い患者ではあるが、患者のQOL向上を目的として積極的に摂食機能療法を実施することで、嚥下機能の改善、さらにリハビリ・看護師が患者の嚥下状態の把握や情報共有できたことで経口摂取の早期検討・実施に繋がれたと考える。

ジョギング中に生じた左股関節後方脱臼の治療経験

○境 悠滋

南町田病院

【はじめに】股関節後方脱臼は、大きな外力にて受傷しやすく、接触以外で生じる股関節後方脱臼の症例報告は少ない。今回、ジョギング中にバランスを崩し、股関節後方脱臼を受傷した症例を担当したので報告する。なお症例にはヘルシンキ宣言に則り本発表の目的と意義について説明し、同意を得た。

【症例紹介】40歳代男性、ジョギング中につまずき左足を前へ出したところ転倒、受傷した。当院に救急搬送され入院となる。左股関節脱臼・臼蓋後壁骨折と診断され非観血的整復が行われた。入院7日目に骨盤骨折観血的手術を施行し、翌日より理学療法開始となった。

【理学療法評価と訓練】術後6週間は完全免荷の指示であり、術後6週目から部分荷重25%が開始された。荷重コントロールは良好で、梨状筋に圧痛がみられていた。関節可動域は股関節屈曲105°、伸展5°、SLR45°であり、徒手筋力検査法は大殿筋4 中殿筋2 大腿筋膜張筋3レベルであった。松葉杖歩行は、左側踵接地時に股関節内転・内旋、膝関節伸展位の特徴がみられた。

訓練では下部体幹の安定を図った上で中殿筋の収縮誘導、歩容の修正を目的とした荷重訓練を行った。

【考察】本症例の歩行は股関節内転・内旋位であり受傷時の肢位と類似している。また非接触にて受傷しており、その原因は内因性の影響も考えられる。そのため、脱臼予防指導に加え、中殿筋の筋力強化、早期から歩容を修正することが再脱臼予防に繋がるのではないかと考えた。

2次救急病院における入退院時の離床時間の変化

○大淵康裕、井出 大

南多摩病院

【はじめに】当院は東京都八王子市に位置する170床（一般病棟162床、小児病棟8床）の2次救急病院であり、リハビリテーション科は21名の理学療法士、5名の作業療法士、6名の言語聴覚士が在籍している。寝たきりの防止、入院前ADL獲得を1つの目標にした場合、早期離床は重要なテーマとなる。そのため、個別リハの充実だけではなく、急性期病院においても「食事会」や「院内デイ」などの組織活動を取り入れてきた。今回、入院患者様を対象に、離床時間に着目し若干の知見を得たのでここに報告する。

【対象と方法】平成25年4月1日～平成25年12月31日に当院へ入院し、リハビリテーションが処方された623名を対象に障害老人の日常生活自立度判定基準（厚労省）による寝たきり度および入退院時のバーセルインデックス（以下B.I.）、離床時間（分）を後方視的に調査した。

【結果】平均年齢は78.3±12.9歳、寝たきり度は「常に臥床」が入院時450名から110名に減少、同様に「臥床が主だが座位を保つ」が120名から180名に増加、「日中は寝たり起きたり」が28名から163名に増加、「生活自立」が25名から170名に増加していた。また、入院時のB.I.平均値は18.8点、同じく退院時は54.1点（ウイルコクソンの符号付き順位和検定にて $p<0.001$ ）、平均離床時間は38.1±85.7分から退院時の平均離床時間は125.4±119.3分（ウイルコクソンの符号付き順位和検定にて $p<0.001$ ）と有意差があった。

【考察】今回の調査においては寝たきり度が減少し、実際に入退院時のB.I.および離床時間も有意差を持って改善していた。寝たきり状態に比較して、座位では認知面へ与える刺激が大きく変化する。今後は疾患別や重症例の分析等を通じて急性期病院における価値ある離床活動を模索していきたい。

当クリニックにおけるボツリヌス治療 とリハビリテーションの傾向

○金森 宏、門馬 博、石濱裕規、
都丸哲也

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】ボツリヌス治療は脳卒中後に生じる痙縮を改善させるために有効な治療となっている。日本では2010年10月に痙縮に対しての治療が承認され、当クリニックでは同年12月よりボツリヌス治療を開始した。我々はボツリヌス治療後の効果的なリハビリを提供するために、対象者の分析を行ったのでここに報告する。

【対象】2010年12月から2014年10月末までの間に脳血管疾患等により痙縮の治療を必要とし、当クリニックでボツリヌス治療を行った279名（複数回投与者を含む）。

【結果】施行者の投与時平均年齢は58.5歳（25－85歳）、発症からのボツリヌス治療実施までの期間は発症日不明の15施行を除き約7年10ヶ月であった。実施者のうち上肢施行回数は212回、下肢は123回であった。また、上下肢同日に実施した患者はのべ56名であった。一人あたりのボツリヌス治療施行回数は上肢では平均2.9回（1－9回）、下肢では3.0回（1－9回）であった。1回のみでの投与だったのは19名であった。

【考察】施行者の分析より複数回投与をおこなった患者が多い結果となった。施行者が発症から長期経過していることと、リハビリの補助療法としての投与が関連していると考えられる。

【まとめ】長期経過した患者のボツリヌス治療の有効性を高めるためには、施行後の効果的なリハビリが重要である。当クリニックではボツリヌス治療に患者、医師、看護師、リハビリスタッフ等他職種が関わることで治療方針を決めている。また、他院等から訪れた患者に対しボツリヌス治療連絡箋を用い、投与部位やリハビリ情報の提供を積極的に行っている。今後も患者にとって、より良い医療の提供を目指すために質の向上に取り組んでいきたい。

腰椎圧迫骨折を呈し転倒への恐怖心が強い患者様へのアプローチ

○高山麻奈美

愛和病院

【はじめに】今回、立ち上がり動作時・歩行時に転倒への恐怖心が強いためリハビリ介入が困難な症例に対し、介入方法の検討を行った。本症例は腰椎圧迫骨折後の長期臥床、帯状疱疹によって生じた運動時痛が廃用性の身体機能低下と認知機能低下の進行を及ぼした。

【介入方法】期間：平成26年7月14日～平成26年9月26日

- 1、立位での運動や歩行練習での転倒への恐怖心→否定的な発言に対する肯定的な声掛け、段階付けを行った動作練習
- 2、帯状疱疹による運動時痛→等尺性運動での筋力増強練習

【結果】立ち上がり動作時・歩行時の恐怖心が軽減したことにより、積極的なリハビリの介入が可能となった。その結果、筋力・バランス能力の向上が認められた。現在、院内移動はシルバーカー歩行で自立レベルである。日中の排泄動作はトイレを使用して自立している。なお、夜間はオムツ着用である。

【考察】本症例の問題点は認知機能・身体機能の低下により転倒への恐怖心が生じ、介入を困難にしたことである。この問題に対し、認知症疾患治療ガイドラインによる認知症高齢者ケアの原則に基づいて介入した。ここでは「高齢者の心や言動を受容・理解し、信頼・依存関係をつくる。」と唱えており、肯定的な声掛けを実施することで本症例の安心感に繋がり、恐怖心の軽減が得られたと考えられる。

【まとめ】当初は廃用性の身体機能低下のみに着目していた。しかし、本症例は転倒への不安や疼痛が介入困難に繋がる事例であり、上記のように介入方法を変更したことで、恐怖心の軽減・身体機能の向上に繋がった。そして今後は身体機能のみならず、多角的視野を持って介入方法や患者様への接し方を検討していきたい。

看護の質向上、現状把握を目的とした デスカンファレンスの導入

○會津亜希子、朝倉富美子

一成会 木村病院

【はじめに】緩和ケア領域に関して、療養現場では知識や看護経験に差があり看護師が不安や疑問などを抱えながら実際のケアを行っている現状・問題が推察された。そこで現状を把握し今後のケアの質を高めることを目的としたデスカンファレンスを導入し、それらを明らかにしたので報告する。

【方法】死亡退院された患者4名について死後1週間以内にカンファレンスを行った。研究対象は障害者施設等一般病棟でケアに携わる看護師16名とし、デスカンファレンス前後の回答を分析し検証した。また、カンファレンスで出された内容を基に課題の抽出と現状を把握した。

【結果】カンファレンスにて出された振り返りを「患者ケア」「家族ケア」「医療者間の連携」と3つに分類することが出来た。全体を通して症例毎の終末期における自己の関わりがどうであったかについて、解らないと回答した看護師が半数を占めていた。事後アンケートの全項目において「出来た」と回答した看護師が6割以上いた。

【考察・結論】現状として看護師がケアの実践に関して多忙な業務状況や知識不足、終末期看護経験歴により不安を感じケアを展開出来ていなかった。課題として終末期ケアだけでなく具体的なケア・知識の習得、改善が必要であり、医療チームで情報共有する場としてのカンファレンスが必要である。デスカンファレンス導入によって終末期ケアにおける看護の質を向上させていく可能性があるかと推察される。

内服自己管理をすすめる際の内服間違いを減らすために

○宮尾綾乃、國井希恵、瀬島静江

等潤病院

【はじめに】回復期病棟では自宅へ退院後、内服自己管理をしなくてはならない患者が多い。その為、入院中より内服自己管理の指導を実施しているが、患者の服薬能力の判断基準がなく、看護師の主観で評価している現状がある。そこで、内服自己管理を始める前に、アセスメントシートを用いて客観的に評価することで、内服間違いや忘れが減少するか確認しアセスメントシートの有効性を検証した。

【研究方法】当病棟入院中の70～89歳の患者に対し、アセスメントシート使用前の内服自己管理の現状と、アセスメントシート使用。結果に合わせ内服自己管理を開始後のインシデント・アクシデントレポートの内容や件数を比較する。

【結果】アセスメントシート使用前は、内服自己管理をしている患者のインシデントレポートが4件（4名）あった。インシデントレポートが提出されていないケースもあったため正確な件数は不明である。アセスメントシート使用後は4件（1名）であった。

【考察・まとめ】アセスメントシートのチェック項目をクリアして次の段階にステップアップしているにも関わらず、実際に薬を渡して患者に管理してもらおうと、内服を忘れるというインシデントが発生していた。チェックリスト主体のアセスメントシートだけでは、患者の内服管理能力の評価しきれない部分があることを示していると考えられる。今回の研究を通し、アセスメントシートをより分かりやすく使いやすいものへ改善していくとともに、高齢者の特徴を踏まえ、ステップアップの際にはアセスメントシートのみで判断せず、患者を総合的にアセスメントし、内服管理方法を決定していく必要があったと考察する。

回復期リハビリテーション病棟「入院料1」への届出

○齊藤はるみ、大野恵美子、江口太郎、松村ルミ、前島伸宏、小泉和雄

いずみ記念病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）は、平成24年には回復期リハ病棟「入院料2」区分から現行の3区分へと変更された。当院の回復期リハ病棟の入院基本料は「2」であった。このため、「入院料1」を目指して、在宅復帰率の改善などに取り組んだ経過について報告する。

【方法】早期入院・在宅復帰を進めることは「入院料1」の要である。そして看護基準を満たす必要があり増員を行った。プライマリーナースは患者・家族と信頼関係を築くよう協力を求めた。転棟する患者に対しては、転棟前から在宅復帰への説明を行った。また、重症度、医療・看護必要度に係る評価の勉強会を頻回に開催し、職員の知識を深め、早期からの重症者の受け入れ、自主トレーニングの作成や家族への介護指導を含めた体制整備を行った。

【結果】平成26年4月から9月の6ヶ月間、回復期リハ病棟「入院料1」に規定される新規入院患者の在宅復帰率、ADL重症者改善率、B項目10点以上、A項目1点以上などを検討したところ、基準要件を満たしたので、回復期リハ病棟「入院料1」を届け出た。

【考察とまとめ】回復期リハ病棟の質の向上は常に求められている。そして「入院料1」取得には在宅復帰率、A項目1点以上などが大きなハザードとなっている。そこで医師の協力、看護師の増員そして職員の研修により、院内の体制強化を図ったことは届出にあたり有益であった。さらに在宅復帰に向け患者の家屋訪問、環境整備、サービス調整などを行い患者・家族の不安を取り除いたことは、職員の意思の統一に役立ったと思われる。

これら当院の取り組みについて、病棟としての経時変化を合わせて報告したい。

褥瘡治癒困難な患者との関わり

○小川幸子、卜部 武、藤本勝也

愛和病院

【はじめに】当院に入院される患者は褥瘡の持ち込みが多い。その中でほとんどの患者は治癒に結び付けることができている。その中で治癒困難で、悪化を繰り返す患者への褥瘡ケアを見直した事で、統一したケアを学ぶところがあったため、ここに報告する。

【目的】問題点を見出し、今後の褥瘡ケアに生かしていく。

【方法】平成26年6月～8月の3カ月間、栄養、ポジショニング、スキンケアの3点に重点を置き、医師、管理栄養士、理学療法士、看護師、介護士にてデーターを元に月1回カンファレンスを行った。

【結果】アルギニン剤（栄養補助剤）の導入とポジショニングシート、タイムスケジュールの調整により褥瘡が改善し、現在も再形成は見られていない。

【考察・まとめ】今までは体重のみをみてカロリー調整を行っていたが今回アルギニン剤を導入することにより肉芽の盛り上がりよくなり皮膚が強くなったのではないかと考える。またタイムスケジュールを見直しポジショニングシートを活用する事により常にスタッフ一人一人が患者の病態を把握したうえでケアを提供したことが褥瘡改善に繋がったと考える。

毎日患者との関わりの中で病態が変化していることを認識しながらもスキンケアに重点がいつてしましい栄養、ポジショニングの重要性和現在の病態に合わせたケアが提供できていなかった。今回の研究を通して患者の病態の変化を踏まえた栄養、ポジショニング、スキンケアの3点の見直が必要であることを学ぶことができた。今後も日々変化する患者の病態を見逃さず個別性のあるケアを職員全体で実施していきたい。

透析患者指導を実施して

○田中良博

森山リハビリテーション病院

【はじめに】患者の残存機能を守り、体調を良好に保つためには、食事制限、体重・内服薬管理は重要である。指導にあたり、以前は「医療者の指示を、患者がどの程度守る事が出来るか」というコンプライアンス概念を基に評価をし、その評価は医療者側に偏り、問題は患者側にあると強調されていた。今回、リン管理不良の患者を受け持ち、その指導を実施し、自分なりの気づきを報告する。

【対象】39歳女性 現疾患 慢性糸球体腎炎
透析歴5年 パート勤務 12歳の中学1年生の息子との2人暮らし。指導前のリン値2013年8月11.2mg/dL（当院透析患者基準値3.5~6.0mg/dL）

【方法】患者の問題について、十分な情報収集とアセスメントを行い、何が問題であるのかを明確にした。又、患者とプランを立てる場合には、患者の自己決定を重視し、患者が、その決定からの気づきを次なるプランの材料とした。

【結果】14ヶ月掛けて、リン値6.2mg/dLまで下降した。

【まとめ】まず、患者に関心をもつ事。そして、結果だけを求めるのではなく、自己管理を頑張っても上手くいかない患者自身の気持ちを理解しようとする態度そのものが、重要である事を学んだ。又、患者自身が家族・息子にとって大事な存在である事を改めて気づいた時に、自分自身を大切にすることが、自己管理を推進したとも考えられた。自分の力で「相手を指導しよう」と躍起になるのではなく「相手を理解しよう」と自分の見方を変える事こそが、相手の行動を変えるきっかけになるのだと学んだ。

一発で分かるADL
～ピクトグラムを使って～

○譜久原まゆみ、荒木早苗、小林奈穂子

信愛病院

【はじめに】当病棟は、内科、整形外科、緩和ケアを含む混合病棟である。入院患者の多い日は情報が混乱しがちで、しっかり把握できずケア時に困惑する事も少なくない。一目で分かる、「医療看護支援ピクトグラム」を用いて当病棟オリジナルピクトグラムを作成した。よりよい統一したケアが行えることが出来たので報告する。

【方法】ピクトグラムの項目設定のためのアンケートの実施。オリジナルピクトグラムを作成し、スタッフへ再度アンケートを実施。

【結果】アンケートの結果、五つの項目で作成。再度アンケート実施し結果、ピクトグラムを改善。改善したピクトグラムはどうでしたか？の問いに全スタッフが良かったと回答。

【考察】今回オリジナルピクトグラムを用いて、スタッフ間での情報共有と患者のADLを把握し統一したより良いケアが行える事を目的としたが、最初のピクトグラムは項目も多く、字で補う項目もあり一目で分かるという目的をはたせず、とにかく「見づらい」「使いづらい」と意見が多く改善が望まれた、また、スタッフ間での浸透がうまくいかず新しい事を導入する難しさを感じた。二回目のピクトグラムでは、サイズを縮小し項目を絞り込んだ事で理解しやすくなりケアが行いやすくなったのではないだろうか。また、説明不足という意見も多く、日々の申送りのなかで浸透させていく必要があると思われる。今後も改善を加えながら継続していきたい。今後の課題として、ADL変更時の対応と見直し、スタッフ同士での声掛けにより定着化を図り、習慣づける事が必要と考える。

経鼻経管栄養から経口摂取にむけた チームアプローチ

○大原初枝、青柳淳一、米倉圭太、
勝谷明子、深井三嗣、田中祐也

多摩リハビリテーション病院

【はじめに】単調な入院生活のなかで、食事は数少ない楽しみのひとつである。しかし、加齢や疾患などの理由により、嚥下、摂食機能が低下し「口から食べる」という行為が困難になる場合がある。今回、経鼻栄養施行中の患者に対し、多職種連携により三食経口摂取可能となったためここに報告する。

【方法】対象患者の全身状態・嚥下機能の指標として、当院独自の機能評価シートを作成し、点数化。機能評価シートをもとに、リハビリスタッフが対象者に合わせた訓練法を提案した。訓練法は専門職以外でもできるようリハビリスタッフ指導のもと、病棟内で研修を開き統一した。

【症例】1) A氏 73歳女性 2) 病名：クモ膜下出血後遺症 水頭症術後 3) 右片麻痺、発語失行あり 4) 昼のみ食事あり 全粥、極刻み菜 経鼻栄養併用

【経過】入院時、口腔顔面機能及び摂食嚥下機能低下により経口摂取が困難であった。リハビリ訓練後1日1回昼のみ食事開始となったが、なかなか食事回数、食形態アップへは繋がらなかった。そこで多職種が連携し、訓練を実施したところ17日目には3食経口摂取開始。60日目には全粥、五分菜へと食形態アップとなった。嚥下内視鏡検査においても、嚥下機能の向上がみられ自宅へ退院することができた。

【考察とまとめ】病棟スタッフが訓練に参加することで、日中での離床時間が増加し、体幹筋力強化、座位保持耐久性の向上がみられた。これらによって、食事動作が安定し嚥下機能の向上につながったと考えられる。また、比較的簡単な訓練を提案することでA氏も少しずつできることが増え、自信がついたことによって、訓練に意欲的になっていったことも要因だと考えられる。

褥瘡対策の充実に向けて「臨時褥瘡回診」の取り組み

○串田真紀

永生クリニック

【はじめに】褥瘡委員会により定期的に褥瘡回診を行ってきたが、新規褥瘡発生や持ち込み・悪化した場合、次回回診までに時間を要し、治癒に向けた対応が遅れてしまうことがある。そこで、臨時褥瘡回診というシステムを導入し、判断しにくい症例や持ち込み等があった場合に病棟が中心に回診を行い、褥瘡担当医師に報告・ケア方法の指示を受け早期治癒に向けて取り組んだ。

【方法】新規褥瘡発生者・褥瘡と判断しにくい症例・持ち込み褥瘡等がある場合に、病棟を中心に臨時褥瘡回診を行う。医師に報告し、診察・ケア方法の指示を受ける。皮膚・排泄ケア認定看護師に連絡が入り、必要に応じてリハビリ部・栄養科・薬剤師に相談し、多職種で治療(ケア)の環境調整を行う。2013年より病棟主動の回診へ変更し、褥瘡対策の充実に向けて、委員会としてステップアップした取り組みを報告する。

【考察】リンクナース不在時に褥瘡発生の報告までにタイムラグが発生していた。システム変更し病棟主動とすることで、スタッフ全員がシステムを理解し、臨時回診を実施することが出来た。この結果、褥瘡発生のステージの49%がステージⅠの報告となり発見率が増加した。また、新規褥瘡発生率の低下、治癒率の増加となった。

【まとめ】「臨時褥瘡回診」を病棟スタッフが行うことで、スタッフの意識が高まり、反応性充血やステージⅠの褥瘡を早期発見でき、発見率が増加している。病棟スタッフが介入し環境調整を行うことで、迅速に対応が実施できケアの質が上がり早期治癒に結びついている。

口唇炎がある終末期高齢者への馬油を取り入れたケアの効果

○大塩瑞穂

永寿総合病院

【はじめに】高齢者の皮膚は水分保持能力・皮脂分泌機能が衰え、機械的負荷に対する抵抗力も低下するため、脆弱で傷つきやすい。さらに、終末期では、そのほとんどが中等度以上の栄養障害を有し、口唇に傷や炎症が起き改善が困難な症例も多い。以前より産科領域では、産後の乳頭損傷や乳房のケアに馬油が使用され、改善の報告がされている。今回、終末期高齢者の口唇炎に対するケアに馬油を取り入れた結果を報告する。

【方法】対象：A総合病院療養病棟に入院中で口唇炎がある患者14名。方法：1日3回、口腔ケア後に馬油を塗布した。訪室時に口唇の乾燥があった際に追加で馬油を塗布した。馬油使用開始前と改善した時に撮影し、比較した。倫理的配慮：研究時に口頭で説明、文書による家族への説明後、同意を得た。A病院倫理委員会の承諾を得た。

【結果・考察】対象患者：平均年齢87.1歳。男女比は男性5人(35.7%)、女性9人(64.3%)。入院後の転帰：全員死亡退院。患者と家族の承諾が得られた14名に馬油を使用し、内13名が改善した。馬油塗布開始24時間後には、多くの対象患者が改善した。1名は治癒に至らなかったが、乾燥は軽減した。数人の対象患者の家族は、永眠後の退院にも拘わらず、口唇炎の改善を喜び感謝の言葉を告げて帰った。馬油は保湿性に富み、口唇炎の改善を促すことが伺えた。

【まとめ】口唇炎の改善により患者の苦痛の軽減を図ることが目的であったが、容貌で目を引く口唇炎の改善はグリーフケアにつながる可能性がある。これからも患者・家族へのケアに真摯に取り組んでいきたい。

当院における外来リハビリから介護保険リハビリへの移行について

○鈴木直揮

等潤病院

【はじめに】当院では地域に密着した医療を基本理念に掲げており、その一環として介護保険下でのリハビリテーション（以下リハ）を推奨している。今回外来リハから介護保険リハへの移行に焦点を当て、当院において移行した2症例を比較・検討し、今後の課題を挙げ、取り組みを提案していく。

【方法】1症例目では介護保険リハへスムーズに移行可能であった。2症例目では移行期間が4ヶ月かかり、スムーズな移行は出来なかった。

外来リハの経過を追っていく中で、2症例間での①御本人様の理解度②御家族様の協力③リハスタッフとのコミュニケーションの程度等を比較・検討した。

【考察】移行に際し、①御本人様に介護保険リハの必要性や利点を理解して頂く必要があった。②御本人様だけではなく、御家族様に対してもアプローチする事で移行がスムーズに進んだ。③環境変化への配慮としてコミュニケーションを取る事が重要だと感じた。当院は法人内に併設の通所リハ・訪問リハを有しており、コミュニケーションが取りやすい環境にある。そのため早期より身体状況・環境の把握をするために見学を推奨する事、また、介護保険リハの紹介文書を作成する事で、御家族様へもアプローチ可能となり、今後の介護保険リハへの移行がスムーズにいくのではないかと考えた。

【まとめ】介護保険リハでは実際の生活に沿ったリハを提供する事が可能であり、本来のリハの目的である、社会復帰や在宅での生活を支援する事が出来る。25年問題の一つであるリハビリ難民を増加させないためにも、ニーズに沿ったサービスを提供出来るように早期からアプローチしていく必要があると感じた。

医療型療養病床患者における栄養状態とADLの関連について

○西村美代子、徳山若菜、外間 巧、
小林 豊、渡辺 寛

北品川病院

【はじめに】先行研究において一般病院や有料ホーム、回復期リハビリ病院、特別養護老人ホームにおける低栄養者の割合は報告されているが、療養病院では未調査である。そこで、当院療養病床における低栄養者の割合を調査することを本研究の目的とした。また、入院中の栄養状態とADLの改善に関連性があるかについても検証した。

【方法】2014年4月1日から10月31日に当院の医療型療養病床を退院した患者のうち、データ収集が可能であった101名を対象とした。入退院時の血清アルブミン（以下Alb）、Barthel Index（以下BI）を診療録より収集し、Alb改善率（退院時÷入院時）とBI利得（退院時－入院時）を算出した。Alb改善率とBI利得との関連性をSpearmanの順位相関係数を用いて検証し、回帰直線を算出した。有意水準は5%とした。

【考察】入院時の低栄養者（Alb < 3.8g/dl）は78%と、他院・他施設に比べ高い割合を示した。算出した各項目の平均はAlb改善率4.9 ± 11.6%、BI利得15.89 ± 18.27点であった。Alb改善率とBI利得の間には有意な弱い正の相関（ $r=0.329$ 、 $p<0.01$ ）が認められた。このことから、Alb改善率が高いと、BI利得が高いといえる。ADLを向上するためには、早期からの栄養管理を行い、栄養状態を改善することが重要であると示唆された。

【まとめ】Alb改善率とBI利得の間に弱い相関を認めたことから、栄養状態とADLの改善には関連性があるとわかった。今回の検証結果は、医療型療養病床患者における栄養管理を検討する基礎研究として有益であったと考える。今回の研究では、Alb改善率に着目して関連性を調査したため、今後の展望としては、栄養指標とされている体重やBMIなどの身体計測評価やエネルギー代謝などを含めて検討したいと考えている。

ゲルストマン症候群をきたした左頭頂・前頭葉梗塞の一例

○野村有香、根本寿美、西村悠子、
松本彩乃、基 敦美、篠村哲治、
高田耕太郎、小泉和雄

いずみ記念病院

【はじめに】ゲルストマン症候群を含む高次脳機能障害は、病識の有無により日常生活に影響をおよぼしやすい。障害に対する詳細な評価に加え心理的なサポートを行った結果、早期に復職にいたった症例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。靴製造業。左頭頂・前頭葉梗塞を発症し、ゲルストマン症候群と診断された。著明な麻痺や感覚障害はみられなかった。

【経過】高次脳機能障害として初期評価では失算、失書、手指失認、左右失認のゲルストマン症候群の四徴候と注意、記憶、病識の低下などを認めた。それらに対し、標準失語症検査（SLTA）や手指認知などの評価を行い、結果に基づくアドバイスを行った。

心理面では症状への驚きや戸惑い、復職への焦りなどがみられていた。それに対し、訴えの傾聴、高次脳機能障害の説明、代償手段の提案、身近な目標を設定し共有することを試みた。

2週間後には退院し復職に至り、通院リハビリを経て約3ヶ月後にリハビリ終了となった。

【考察とまとめ】高次脳機能障害は目に見えない障害のため、セラピスト・患者ともに日常生活の具体的な問題点の予測が難しい。本症例が短期間で退院につながった理由として、入院直後から詳細な評価を行い、日常生活における問題点を検証したところ問題が少なかったことが考えられた。また、心理的なサポートにより、精神的な安定が得られたことが有効であったと思われる。退院後の生活を踏まえて、評価から日常生活における問題点と危険性を予測することは必要である。また、障害の特性から家族・友人など周囲の理解を得にくいため、心理的なサポートを十分に行い精神的な安定を図ることが重要と考えた。

当クリニックにおけるブレースクリニックの報告

○明神茉倫子、金森 宏、都丸哲也

永生クリニック
(永生病院)

【はじめに】当クリニックでは、過去に処方された装具・義足の適応を適切に判断し、調整や再作成および相談を行うため、ブレースクリニックを実施している。

【現状】スケジュールは火曜と金曜の午後3時半から1時間半程度の間で、医師と義肢装具士と理学療法士で対応する。年間約230件の相談があり、相談内容は、装具・義足の老朽化や破損、適合不良が多数を占める。脳卒中片麻痺患者が使用する短下肢装具についての相談が多数で、ベルトの交換や滑り止めの再接着は頻繁に行う必要がある。装具・義足共に、適合不良により疼痛が出現した際に調整または再作成することがあるが、重度な感覚障害を有する患者は疼痛に気づかず、介護者が創傷に気づき相談される場合もある。長年に渡って一つの装具を使い続けている患者も少なくなく、新たに装具を作成しても、また使い慣れた装具を使用していることがある。また、小さく目立たない装具が患者には好まれるが、異常歩行に気づけず歩容が悪化した場合に、より固定性の高い装具に戻す必要に迫られることもある。

【課題】ブレースクリニックの問題点として、①電話等の聞き取りだけでは事前に装具・義足の状態を十分に確認できず、再度来院して頂く必要があること ②その場で修理できない場合に装具を一つしか持っていないとき、預かっている間は装具がない状態で生活しなければならないこと ③過去に処方された装具の作成日や担当業者および保険適用が不明確であることが挙げられる。

【まとめ】患者様にあった適切な装具をサポートするための取り組みと分析を行い、問題点を明確にすることで、適切な装具の処方と継続的なサポートの重要性を知ることが出来た。

オンラインHDFによる自覚症状の改善効果

○北濃みゆき、早麻 淳、菅谷幸弘、石野伸彦

森山リハビリテーション病院

【はじめに】2012年の診療報酬改定により、オンラインHDFの適用の縛りが無くなった。その為、全ての血液透析患者においてオンラインHDFの治療が可能となった。当院でもオンラインHDF対応装置の導入により、血液透析からオンラインHDFへ治療方法を変更した患者の、栄養状態や自覚症状の改善について報告する。

【方法】血液透析からオンラインHDFへ治療法を変更した患者11名（男性7名、女性4名、平均年齢52±12歳）に対して、栄養状態については、%CGRやGNRI値を用いて観察を行い、また自覚症状に関しては、表情評価スケールを用いてアンケートを行い、愁訴の変化を治療法の変更前後で比較し、オンラインHDFの有用性について検討する。

【結果・考察】現在、調査結果を集計中ではあるが、オンラインHDFには関節痛、イライラや掻痒の緩和、栄養状態の改善などが期待されている。聞き取りにて「治療が楽になった」「帰宅するのに、休まなくて良くなった」などの回答が見られた。適応の病態は様々でありオンラインHDFの効果も及んでいるのだろうと考える。

【まとめ】今回は、透析困難症に対して、改善の効果が多く見られたと思われるが、改善が見られなかった症状に対しては、目的に応じた設定条件が必要と考えられる。

当院での東京都地域がん登録を行った乳癌症例についての検討

○梁川晋治、室山真奈美、山本あさひ、片岡美香、齋藤 稔、樋口勝美、小関啓太、西 直人、伊藤雅史

等潤病院

【背景】現在、日本人女性の12人に1人は乳癌に罹り年間130,00人が死亡する。しかし、女性の部位別癌死亡率は、第6位である。乳癌は早期で発見することが出来れば、生命に影響を及ぼすことが少ないと言われている。

【目的】東京都では、平成24年から癌の実態を把握し対策の評価及び推進を図ることを目的として癌登録が始まった。当院も登録を行っている。この度、平成24年1月から26年8月までに登録を行った40症例について検討した。

【方法】1. 受診の契機、2. 病理（組織型、大きさ、脈管侵襲、核異型度、ステージ、サブタイプなど）、3. 画像（MMG、US、他のモダリティ）について調査をした。

【結果】当院での乳癌の平均年齢は、69.8歳で、自覚症状がある方が67.5%である。DCISは2例で、残りは侵潤癌であった。硬癌が15例と多く次に乳頭腺管癌、充実腺管癌、粘液癌である。ステージ分類では、Ⅰ期が12例、Ⅱ期が3例、Ⅲ期が4例、Ⅳ期が12例であった。住民検診の精密検査は5名、そのうちの4例が侵潤癌である。画像調査では、MMGで指摘困難な症例が5例あった。

【考察】診療で発見される乳癌は、自覚症状が診察の契機になることが多い。しかし、多くは侵潤癌であった。早期に乳癌を発見治療するためには、正しい自己触診と年齢やリスクを考慮した検診が重要である。

【まとめ】0期とⅠ期を早期癌という事が多い。しかし、Ⅰ期には、侵潤癌が多く含まれる。10年生存率は、0期はほぼ100%であるが、Ⅰ期は約90%である。非侵潤癌で発見するために、診療放射線技師として専門的な知識を常に習得して業務に取り組んでいきたいと考える。

胃X線検査、開始時間の違いによる造影効果への影響

○渡辺紘子、清水賢均、柏倉賢一、仲村明恒

野村病院

【背景】現在センターの胃X線検査は、9～14時前後までに行っているが、昼の時間帯は検査が集中するため、複雑になっている。そこで、午後14時以降にも検査ができれば理想的であるが、胃液量の増加等の影響で造影効果の低下が懸念される。

【目的】検査が複雑となっている時間帯の平滑化が目的であるが、まず現状での午前検査と午後検査の画質評価を行い、午後の検査が検査精度の面から可能を検討した。

【対象】午前検査（9～10時）、午後検査（12～14時）と仮定しともに検査歴のある逐年受診者25名を対象とした。

【方法】評価の基準となる二重造影像4体位を①背臥位正面像、②前壁正面像③右側臥位像④立位第一斜位像に設定し、それぞれに対する画質評価として、①バリウムの付着の均一性②胃小区模様の描出③辺縁の描出④残渣、気泡、凝集の有無について、「良い、普通、悪い」の3段階で点数化し、視覚的評価を行った。評価は、高精細モニターを用い、診療放射線技師4名と放射線科読影医1名で行った。また、検査に携わる技師の撮影手技は、統一されているものとする。

【結果】午後と午前検査において、全ての項目で大きな差は見られず、午後検査でも画像診断への大きな影響はないという結果であった。

【考察】胃X線検査を午後にできれば検査時間帯の平滑化が見込まれる。また、午後の時間帯での検査選択など、受診者サービス向上にも繋がるものと考ええる。

栄養補助食品の必要性

○下村 寛、佐藤清美、有馬陽一、
熊谷頼佳

新京浜病院

【はじめに】当院は、介護療養型医療施設であるが、急性期病院から直接転院される患者様が大半である。そのため未だ全身状態が安定せず、低栄養や褥瘡を発生させて来院されることが多い。転院後、すみやかに全身状態を改善させるためには、栄養補助食品投与が必要不可欠になっている。

【方法】検査データで栄養状態を把握し、サービス担当者会議等で栄養介入が必要と判断された場合、欠乏している栄養素を補うため、患者様に適した栄養補助食品を選択し使用を試みた。

【結果】栄養補助食品使用后、経口摂取の患者様については、活気が出て食事摂取量も増えた。少量で必要な栄養素を補うことが出来るため、経管栄養の患者様には、流動食投与が短時間で済み、負担も少なかった。経口摂取と経管栄養の症例、共に検査データの改善が見られた。

【考察・まとめ】当院では、目的別に数種類の栄養補助食品を常備している。フレーバーも豊富に揃えている為、患者様の状態に合わせ、嗜好などへも配慮して、細かく対応することができる。結果として患者様は、飽きることなく継続して摂取可能となり、栄養状態の改善につながっている。定期的に行われるサービス担当者会議で患者様の情報が共有できることで、患者様ごとの個別性を重視し、理学療法士や介護士との連携を深めている。今後もチーム医療体制を強化し、病院全体で成果をあげていきたい。

認知症合併糖尿病患者の栄養管理 ～血糖コントロールを中心に～

○宮後十和子

青梅成木台病院

【はじめに】当院は、精神科単科病院である。東京都認知症疾患医療センターとして稼働するようになり、認知症を合併している糖尿病患者の栄養管理が多くなった。主な傾向として認知症周辺症状（BPSD）改善目的にて服用した抗精神病薬による副作用や、隔離拘束による行動制限により咀嚼嚥下機能が低下し、必要栄養量の確保が困難になるケースがみられた。これらは、糖尿病の悪化、栄養状態の低下、脱水、認知症の症状悪化も示唆された。そこで、患者の嚥下状態、嗜好を勘案し、栄養補助食品数品を使用した食事提供により、血糖コントロール、栄養状態低下予防、認知症症状悪化もなく経過した取り組みを報告する。

【方法】覚醒不良、嚥下不良となり固形食の摂取が困難な場合、覚醒した時に摂取可能な栄養補助食品数品を含んだ、必要エネルギーの50%程度が糖質エネルギーとした個別対応食を提供。

【結果】50%程度を糖質エネルギーとした食事提供により、空腹時血糖値80～110mg/dl未満、随時血糖値250mg/dl未満、HbA1c7%未満で推移した。

【考察】栄養補助食品は甘味のあるものが多く、病棟スタッフより、血糖値が上がるのではないかと懸念の声もあったが、通常の食事時間と、時差が生じたとしても、3食摂取可能であること、適正な糖質エネルギーで有ること、そして、何より「美味しい」という患者の食べる喜びを奪わなかった事が、血糖コントロール、認知症症状の悪化、栄養状態の低下を防止できたと考える。

【まとめ】認知症を合併した糖尿病患者の栄養管理は、低血糖を避ける、低栄養を避ける、脱水を避ける、そして何より食事の喜びを奪わないという事が大切である。

肝不全用成分栄養剤の併用が有用だった非代謝性肝硬変患者の1例

○浜口千穂、富樫志穂、恩田多恵、
飯島里栄子

等潤病院

【はじめに】食思向上が見られない高NH₃血症を伴う非代謝性肝硬変の患者に対し、肝不全用成分栄養散剤を食事と併用した分割食により、高NH₃血症と栄養摂取量が改善した症例を経験したので報告する。

【症例】76歳女性。Child-PughスコアB。NST介入時、血中NH₃濃度は106(μg/dL)。指示栄養量は1500kcal・蛋白質55gであった。食事は患者の嗜好に合わせ変更を試みたが、量が多いといった訴えが強く喫食量の向上には至らなかった。喫食量から栄養摂取量は1000kcal～1400kcal、蛋白質40～50gと推測された。

【方法】まず、高NH₃血症に対しラクツロースシロップの処方提案し、血中NH₃濃度の改善を図った。イソロイシン・ロイシン・バリン顆粒が処方されていたが喫食量が少なく適さないと考え、肝不全成分栄養散剤への変更を提案した。必要栄養量は肝不全成分栄養散剤と食事から摂取することとした。必要栄養量は1600kcal・蛋白質70gであったので、肝不全成分栄養散剤の組成も考慮して、食事から1000kcal蛋白質30gの摂取とした。肝不全成分栄養散剤は、食思向上を目的に10時・15時・就寝前の摂取とした。

【結果】ラクツロースシロップの内服により血中NH₃濃度は49(μg/dL)に改善した。今回の方法で喫食量は10割を維持し、栄養摂取量は改善した。15日後の血中NH₃濃度は42(μg/dL)であり、上昇は認められなかった。

【考察】患者の嗜好や訴えに配慮し栄養介入方法を検討したことで栄養摂取量の増加を図ることが出来た。高齢者では、見た目の量を減らすことも食思向上に繋がること示唆された。また、食事中の蛋白質は血中NH₃濃度に影響を与えると考えられるため、栄養量の増加を図る前に状況に応じた適切な対応が必要と考える。

効果的な糖尿病栄養指導の検討

○手植ゆき、後藤奈津穂

一成会 木村病院

【はじめに】糖尿病は気が付いた時にはすでに進行しているケースが多いので、栄養指導後、速やかに食事療法を開始することが望ましいが、患者さんの行動変化に時間がかかるケースが多い。一方、すぐに軌道に乗るケースもある。患者さんに早期の行動変化をうながすために、管理栄養士はどのような栄養指導をするべきか、過去の事例を分析し、検討したのでここに報告する。

【方法】2011年4月から2013年3月の間に、外来栄養指導を実施した糖尿病の患者を、栄養指導後1か月以内に食事療法を開始したグループと開始しなかったグループに分け、初回栄養指導時のHbA_{1c}値・生活習慣・家族構成・社会とのかかわり・患者の言動を比較・検討した。

【考察】行動変化の時期への影響は、日頃の生活習慣や同居家族の存在もあったが、患者自身の考え方によるものが大きかった。言動から考え方を比較すると、早期に行動変化のあったグループは、糖尿病と自分の今後の生活を関連付けて考え、自分の行動が良い結果につながるという主体的な考え方であった。一方、行動変化のなかったグループは、今の生活ができなくなることに對する否定的な感情と、自分は食事療法をできないかもしれないという不安が強く、その原因を、お金がない・家族がいない・時間がないことにする従属的な考え方であった。

【まとめ】患者さんの食事療法への早期の取り組みに重要なのは、行動変化につながる考え方の確立であることがわかった。患者自身が、これからの人生をどう生きたいかを具体的にイメージして、その為に、患者自身は何をするべきかを考えることができるよう、援助することを重視した栄養指導を心がけた。

院内とろみ新基準作成への取り組み

○田邊 薫、白波瀬元道、中野美穂子、
金澤めぐみ、岡部貴代、佐藤高雄、
野本達哉

永生病院

【はじめに】日本摂食・嚥下リハビリテーション学会による「嚥下調整食分類（以下、学会分類）」は、食事だけではなくとろみに対する基準が設けられている。今回我々は、学会分類に準拠した院内とろみ基準を作成した。その取り組みを報告する。

【方法】学会分類ではとろみ付き液体を薄いとろみ、中間のとろみ、濃いとろみの3段階に分けている。これに該当しない薄すぎるとろみや濃すぎるとろみは推奨できないとしているため、院内でのとろみ剤の使用状況が適切かどうか、アンケートによる調査を行った。

またとろみの段階は、性状、粘度、ラインスプレッドテスト値（以下、LST）で分類されているため、性状評価、LSTによるとろみ剤の適量調査を行った。

【結果】アンケートの結果、病棟ごとにとろみ剤使用量が異なっており、基準が「コップ1杯」「すりきり1杯」「スティック1/2本」などあいまいな表現が多くみられた。このため院内基準では、「とろみスティック1本」を基準とすることにした。

LSTの結果、薄いとろみは「200mlに1本」、中間のとろみは「150mlに1本」、濃いとろみは「200mlに2本」であった。

また給食のとろみは濃すぎるものが多かったため、性状評価をもとに新基準を作成した。

【考察】LSTはキサントガムで水にとろみ付けした値のため、お茶以外の液体に関しては性状による評価が必要であった。粘度のみならず性状やLSTで分類される学会分類は、とろみ分類として有効であると考えられた。

【まとめ】学会分類をもとに院内基準を作成した結果、とろみ剤使用量が明確となった。今後は他施設との連携に活かせるよう、院内外への普及を推進していく。

頸部機能と嚥下障害、栄養障害の関連性

○齋藤佐智子、柏瀬美帆、渡邊大樹、
榊原啓子、浦田康平、宮城春秀

南町田病院

【はじめに】摂食・嚥下障害を検出するにあたり外部から運動が観察、触診できる喉頭運動は、嚥下反射運動を捉える上で有用な対象であるとされている。高齢嚥下障害者を対象とした研究では、頸部機能・栄養状態改善が嚥下機能の改善に有用な可能性が報告されている。今回、脳血管障害、内科疾患等の急性発症から6ヶ月以内の摂食・嚥下障害者の頸部機能を計測し関連性を検討した。

【目的】急性期病院患者における摂食・嚥下障害と頸部機能の関連を明らかにする。

【方法】対象は脳血管障害、内科疾患等の急性発症から6ヶ月以内の摂食・嚥下障害を有する患者25人。理学療法士指導のもと頸部機能を計測した。研究デザインは横断研究とした。嚥下障害の程度は藤島の摂食・嚥下能力のグレード（嚥下グレード）、頸部機能は舌骨上筋機能グレード（GSグレード）で評価した。他動的頸部関節可動域、栄養状態（MNA-SF）、ADL（Barthel Index：BI）も評価した。対象者もしくは家族に研究の目的を伝え同意を得た。

【結果】対象者の属性は年齢平均78.1歳（男性19人女性6人）、入院期間平均72.6日（中央値57 184-8日）だった。各項目の中央値は嚥下グレード8、GSグレード3、BI47.5点、MNA-SF5、頸部可動域屈曲平均49.2°、回旋35.8°。次に嚥下グレードと各項目についてSpearmanの順位相関係数を求めた。嚥下グレードとGSグレード、BI、頸部回旋可動域、MNA-SFは相関を認めた。

【考察】頸部機能は摂食・嚥下グレードと関連を認めた。臥位で観察可能な頸部機能情報は状態不安定な急性期患者の嚥下障害検出に有用な可能性があった。頸部機能に関する指標を嚥下機能スクリーニングとして導入することで多職種連携し、評価・介入できる可能性が示唆された。

新規医療施設における人材育成について ～教育に焦点を当てて～

○星 麻奈美、工藤摂子

東京さくら病院

【はじめに】当院は2013年7月に開院した新規医療施設であり、リハビリテーション科（以下、リハ科）も立ち上げから現在まで組織体制の強化に力を入れて来た。一方で、新人から役職者までの一貫した教育システムは未整備の部分が多い。発表者も経験二年目の理学療法士であり、今後の自分自身に必要な事は何かを日々悩むことが多い。そこで今回リハ科全職員にアンケートを行い、当院の教育体制についての悩みや問題点について共有する事とした。アンケートの結果から、今後の当院教育システムの確立に向けて考察したので以下に報告する。

【方法】リハ科全職員（n=39）を一年目から三年目と四年目以降との二グループに分け、当院の教育体制についてのアンケートを実施した。

【結果】当院の教育体制について、満足・やや満足と答えた人は4人10%、不満・やや不満と答えた人は19人49%であった。教育体制への不満の理由として、三年目までは「教育システムが整ってない」27%、「継続的でない」24%。四年目以降は「教育システムが整ってない」24%、「教育時間（頻度）が少ない」24%となった。また教育体制の課題について、職員間のコミュニケーションや情報共有の質の低さ、課題や教育体制について職員が当事者意識を持って関われる環境が少ない事が挙げられた。

【考察】今回の結果からコミュニケーションの質の向上と環境作りのきっかけとして、来年度の新人教育を全リハ科職員で行う事を提案する。開院からの一年半でそれぞれが経験してきた事を、新人教育を通じて伝え行動する事はリハ科の協調性を図る第一歩となり、活発な人材の育成につながると共に、リハ科の教育システム構築の第一歩ともなると考える。

当院における訪問リハビリと他部署の連携について

○吉本真実、宇原裕人、田代 実

常楽診療所
(等潤病院)

【はじめに】当法人はDPCを用いて在院日数の短縮、早期在宅復帰を実践している。退院後のケアを充実させる為には関係職種間の情報共有が不可欠である。今回他部署と連携をとり、改善した症例を報告する。

【症例】93歳女性。2013年4月に右中大脳動脈領域の脳梗塞を発症し、左麻痺となる。高度の嚥下障害あり。家族は胃瘻造設を選択したが経口摂取希望もあり、言語聴覚士の介入も実施。最終的にソフト食がムセなく摂取可能となったため、退院の運びとなった。

【経過】発症前から訪問リハビリを利用していたので、入院中の摂食場面を見学。嚥下時の注意点や食事介助法を家族と共に指導を受けた。同事業所の訪問看護を併用していたので、口腔内の観察や嚥下状態の確認、ケアマネジャーへ報告を行った。訪問介護は別事業所であるが利用中に訪問し、食事介助法や食形態の確認も行った。現在、朝夕は経管栄養、昼のみ経口摂取となっており、誤嚥性肺炎を発症せずに経過している。

【考察とまとめ】今回の症例は利用しているサービスが同法人内に多かったため、状態を細かく把握する事が出来た。また、家族から嚥下に関する疑問が生じた際は担当していた言語聴覚士に相談し、迅速に返答出来た事も同法人内だからこそ行えた連携だと思われる。しかし、他事業所の訪問診療や訪問看護を利用している利用者も少なくないため、現在病棟内に訪問リハビリに対する意識調査を実施している。どのようにすれば本症例のような同法人内でのサービス提供を行う利用者を増やしていけるのか、結果を元に取り組んでいきたい。

永生会通所サービスの現状と提供内容について

○荒尾雅文、多良淳二、三宅英司

永生会法人本部

【はじめに】永生会は施設サービスに加え退院後の在宅リハサービスに力を入れている。中でも通所リハは老人保健施設3カ所、診療所2カ所の計5カ所で提供しており、病院との連携や通所リハ同士の機能分担をしながら運営を行っている。今回は永生病院が立地する栲田地区での老健施設イマジン、そして永生クリニック内スマイル永生の2つの通所リハの機能分けと役割分担について紹介したい。

【具体的な内容】この2カ所は、老人保健施設、また診療所としての母体を生かしてサービスの機能分けを行っている。利用対象として、イマジンは老人保険施設でありショートや入所もできることから比較的重度な方に対応しており、時間も3-4時間、及び6-8時間と利用者ご家族の介護負担軽減も行えるような時間設定になっている。一方スマイル永生は診療所併設であることから、比較的軽度な方や機能改善を強く望まれている方、リハ中心のメニューを望まれる方が対象となっており、1-2時間および3-4時間の2種類を提供している。また内容は上記対象者に合わせてそれぞれ提供しており、イマジンでは1日及び半日をリハ（個別リハ、集団体操、自主トレ、作業活動も含む）、入浴、余暇活動、休憩、食事等を組み合わせながら利用者さんのニーズに合わせて、ゆったりと過ごしていただける内容にしている。またスマイル永生では1時間及び3時間のリハ（個別リハ、集団体操、自主トレ、作業活動）を集中的に行う内容としている。

【考察・まとめ】今後も永生会通所リハでは内容を充実させると共に、他の在宅サービスや地域住民との連携も含めて、地域を支えるサービスの一つとして発展させていきたいと考える。

LUNCHEON SEMINAR

ランチョンセミナー

世界の糖尿病治療の動向と SGLT2 阻害薬の安全な生かし方



加藤光敏氏

加藤内科クリニック（葛飾区）

尿糖排泄促進作用により2型糖尿病の血糖コントロールを改善する薬としてSGLT2阻害薬（ナトリウム/グルコース共輸送体2阻害薬：以下SGLT2i）が使用されている。大きな効果を発揮する症例も散見されるが、重篤な副作用も報告され、使用の難しい薬であることが指摘されている。今回は当院での多数例のSGLT2i使用経験を元に有効例と共に副作用例も提示しながら考えたい。

人類は飢餓状態と長い間戦ってきた。食物からのブドウ糖は貴重なエネルギー源のため、生体内ではブドウ糖は再吸収され、健常人の場合尿糖は微量である。ところが、食後血糖が上昇し、血中ブドウ糖の濃度がある閾値（170～180mg/dL）を越えると、生体内には大切なエネルギーであるにもかかわらず、余分なブドウ糖を尿糖として排泄する。

SGLT2阻害薬は2014年4月にイプラグリフロジン（スーグラ）が発売され、翌月ルセオグリフロジン（ルセフィー）等が続き、この3月には6種類のSGLT2iが使用可能となっている筈である。しかし作用機序からいくつかの

副作用を医師と患者双方が理解してから使用すべき難しい作用を持つ薬である。

注意点は ①浸透圧利尿による脱水 ②尿路・性器感染症 ③BMI25以上に使用が推奨され、22以下の症例には用いない ④当面65歳以下に適応と考えておく ⑤糖質制限食施行者は筋肉減少や低血糖に注意 ⑥空腹感の強い症例は食事療法強化または中止も検討 ⑦皮疹出現はすぐに中止。が主なものである。

これまで重篤な症例は後期高齢者、皮疹後も使い続けるなど、指導不十分な例が散見される。胃薬や利尿薬を服用中に重篤な脳梗塞脳梗塞を起こしても、「薬剤の重篤な副作用」とはされない。しかしSGLT2阻害薬の場合直接の関連が無くても重篤な副作用とされやすい宿命を持っている薬である。いずれにせよSGLT2iの著効例は確かに存在する。適正使用のもと「有効かトライし、合わなかったら直ぐ撤退」という気持ちで用いることが重要と考える。

昭和56年3月 東京慈恵会医科大学卒業
昭和60年3月 慈恵医大・大学院博士課程卒業、
慈恵医大内科助手
5月 医学博士号授与（糖尿病・高血圧合併ラットの心筋代謝研究）
10月 カナダ・オタワ大学医学部 留学
昭和62年11月 2年留学の後 カナダより帰国
平成4年5月 北京大学にて招待講演
9月 ドイツ・マールブルグ大学にて招待講演
平成5年3月 東京慈恵会医科大学・内科講師
平成6年5月 カナダにて学会招待座長
平成8年11月 加藤内科クリニック開院・院長
平成20年～2年間 日本糖尿病療養指導士認定機構・
広報委員長
平成24年5月～ 東京都糖尿病協会・副会長
日本糖尿病学会専門医・指導医・評議員

伝統行事に則った『地域社会の結びつき』について ～平成 26 年度【相馬野馬追】総大将を務めて～



相馬陽胤氏

株式会社日本メディカルプロパティマネジメント
常務取締役

『地域社会の結びつき』は地方・地域ごとに特徴があるが、伝統行事との関連が深いと考える。【相馬野馬追】は福島県浜通り北部に位置する相双地域で行われる、馬を奉納する神事であり、伝統行事に則った『地域社会の結びつき』には、人的ネットワークが欠かせない。伝統行事を通じて「受け継がれている精神」について紹介させていただきつつ、平成 26 年度【相馬野馬追】総大将を務めて実感した「人的ネットワークへの理解と構築」の重要性について、本学会に参加される皆様の参考になれば幸いである。

【相馬野馬追】の起源は、鎌倉開府前に中村相馬氏の遠祖である平将門が、関八州の武将を集めて領内の下総国相馬郡小金原に野生馬を放し、敵兵に見立てて軍事訓練をした事に始まると言われている。鎌倉幕府成立後はこういった軍事訓練が一切取り締まられたが、この相馬野馬追はあくまで神事という名目でまかり通ったため、脈々と続けられて、現在に至っている。

現代においては、相馬野馬追執行委員会（委員長＝南相馬市長）を中心に、新地町、相馬市、南相馬市、飯舘村、浪江町、双葉町、大熊町が支援する祭りとなっている。

なお、相双地域は、東日本大震災以降、相馬妙見 3 社（中村神社、太田神社、小高神社）のうち、「小高神社は立ち入り禁止の警戒区域」、「太田神社は福島第一原子力発電所から半径 20 ～ 30 キロメートル圏内の緊急時避難準備区域」にあった。

「人的ネットワークへの理解と構築」は相馬の武士道に現れている。かつて、相馬の近隣には伊達の存在があり、けっして安閑としてはいられる状況ではなかった。そのため、常に武器を傍らに置いて働き、敵が攻めて来ると聞けば一同、妙見神社に集り、御神水を飲んで結束を固くすると同時に、学問から礼儀作法にいたるまで「きめ細かな精神的しつけ」を怠らず、緊張感を持続し、武士道精神を盛んにしてきた。こうした一連の挙動は今でも語り草になっている。

また、「受け継がれている精神」として、二宮尊徳の「與国安民法」もある。幕末の相馬は、天明、天保の大飢饉により大打撃を受けたが、相馬を救ってくれたのは、二宮尊徳の「與国安民法」であった。その基礎は、至誠・推譲・分度・勤労という四つの徳目におき、徳を持って徳に報いるという報徳精神であった。

伝統行事を通じて「人的ネットワークへの理解と構築」および「受け継がれている精神」が、激甚災害の対応では大きな役割を果たしており、東日本大震災以降、復興のシンボルとしても注目を浴びている。『地域社会の結びつき』は常日頃からの地域連携が特に重要であると考えられる。

1998 年玉川大学 卒業
同年海上自衛隊入隊
2002 年麻生グループ入社
2005 年株式会社麻生 飯塚病院施設環境サービス課
2007 年株式会社日本メディカルプロパティマネジメント設立 取締役就任
2011 年同社 常務取締役
(医療介護福祉施設の建物管理を主に受託する事業責任者)

ヘリコバクター・ピロリ診療の現況と課題



大野秀樹氏

東京女子医科大学 東医療センター内科 講師

ヘリコバクター・ピロリは胃の中に生息する細菌である。このピロリ菌は慢性胃炎を引き起こし、やがては胃潰瘍や胃癌などの発症に関与する。ピロリ菌の発見は胃疾患の病態理解を根本から変え、発見者であるバリー・マーシャル氏とロビン・ウォーレン氏に対しては2005年にノーベル医学生理学賞が与えられた。

本邦にはピロリ菌感染者が3千万人以上存在すると推測されており、特に高齢者では2人に1人は感染していると考えられている。しかし、感染者の多くは無症状であり、自分がピロリ菌に感染していることに気づいていないのが現状である。また、本邦は海外と比較し胃癌が多く、以前より胃がん検診等の対策がなされているが、十分な効果を挙げるまでには至っていない。最近になり、ピロリ菌の除菌により胃癌の発症が抑制されるという報告が増えている。これに伴い、2013年2月よりピロリ菌感染胃炎患者に対する除菌治療が

保険適応となった。これにより除菌治療者の数が激増し、結果として将来的な胃癌の発症数が抑制されることが期待されている。

ピロリ菌の治療は抗生物質の内服により行われる。しかし、最近は薬剤耐性をもつピロリ菌が増加しており、除菌治療に難渋する場合も多い。また、除菌治療後に逆流性食道炎を発症する例や、除菌したにもかかわらず、その後胃癌を発症する例も散見される。

本講演では、ピロリ菌の基本的な知識から、実際の検査方法、除菌治療の進め方、また除菌困難例への対処の方法について述べる。さらにピロリ菌診療に伴う現在の問題点についても触れ、日常臨床でのピロリ菌診療のありかたについて考えていきたい。

平成7年鳥取大学医学部卒業後、東京大学医科学研究所附属病院先端診療部助教、病院講師を経て、現在東京女子医科大学東医療センター内科講師

評価や魅力がアップするコミュニケーション法



小倉千尋氏

株式会社オグラパートナーズ 代表取締役
臨床心理士・シニア産業カウンセラー

若い世代を中心に、「人間関係はおっくう」とか「人と付き合うのは面倒くさい」など、対人関係に不安を持つ人が増えているといわれています。良好な人間関係は、充実した実りある人生の鍵となります。人間関係の土台となるのが、コミュニケーションです。コミュニケーションは、「自分と他者は全然違う存在」ということを前提に、「簡単には分かり合えない」ことからスタートします。そして、夫婦でも、友人同士であっても、上司と部下の関係でも、分かり合えないことを尊重しながら、丁寧に辛抱強く、心を開いて相手と関わり合う作業です。さらに、人は、感情に動かされて自己表現するため、コミュニケーションをとる際には、感情を上手にコントロールしていく必要があります。部下に慕われる上司、顧客を惹きつけて離さない営業マン、いつも周りが人でいっぱいの人気者、彼らはどのようなコミュニケー

ションを取っているのでしょうか。コミュニケーションが変われば、取巻く世界が変わり、周囲にたくさんの素晴らしい変化を起こすことも可能です。

本セミナーでは、言葉に託された相手のメッセージをどう読み解き、発言の意図をつかみながらどのように対処するのか、さらに、感情を上手にコントロールしながら、相手をこちらの話題に引き込み、理解してもらうにはどうすればよいのか、など、人を惹きつけるコミュニケーション法について、心理学の観点から見ていきたいと思います。

■最終学歴

筑波大学大学院人間総合科学研究科博士課程前期修了

■職歴

株式会社オグラパートナーズ 代表取締役
臨床心理士指定大学院進学以前の10年間、米系人材コンサルティング会社において、採用・組織人材評価・キャリアカウンセリングを担当。
臨床心理士資格取得後は、東京都福祉局自殺防止相談員、東京都精神保健福祉センター相談員、東京臨床心理士会こども相談室相談員、保健所およびクリニックの心理カウンセラーを経て、現職。企業向けにメンタルヘルスのコンサルティング、研修を行っている。

広告掲載協力企業

広告掲載企業名	頁	広告掲載企業名	頁
(株) あさひ調剤	117	関東メディカルサービス(株)	154
(株) L S Iメディエンス	118	協和医科器械(株)	154
オフィスサプライ(株)	119	協和発酵キリン(株)	155
KCCS マネジメントコンサルティング(株)	120	キングランメディケア(株)	155
(株) コージー	121	(株) クリニコ	156
サンメディックス(株)	122	(株) 栗原医療器械店	156
(株) じほう	123	(株) ケビンメディカル	157
シーメンス・ジャパン(株)	124	コヴィディエンジャパン(株)	157
第一三共(株)	125	コニカミノルタヘルスケア(株)	158
大日本住友製薬(株)	126	(株) サンホワイト	158
武田薬品工業(株)	127	(株) 三和化学研究所	159
(株) 東冠葬祭	128	沢井製薬(株)	159
東京アメニクス(株)	129	(株) J F S	160
東芝メディカルシステムズ(株)	130	(株) 商起産業	160
(株) 西野医科器械	131	(株) スズケン	161
日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部	132	(株) 成玉舎	161
日本衛生(株)	133	総合メディカル(株)	162
日本メガケア(株)	134	第一生命保険(株)	162
(株) ビー・エム・エル	135	田辺三菱製薬(株)	163
(株) ピーズメディカルサポート	136	ディーブイエックス(株)	163
富士通(株)	137	帝人ファーマ(株)	164
フランスベッド(株)	138	(株) 東京葬祭	164
(有) ファーマシーすず	139	東邦薬品(株)	165
(株) ベネミール	140	東京リネンサービス(株)	165
(株) 三井住友銀行 日暮里支店	141	(株) 日光溶材	166
三井住友海上あいおい生命保険(株)	142	日本ホップス(株)	166
メットライフ生命保険(株)	143	ニプロ(株)	167
理想科学工業(株)	144	日本光電東京(株)	167
味の素ニュートリション(株)	145	野口(株)	168
アステラス製薬(株)	145	(株) パースジャパン	168
アルフレッサ(株)	146	パラマウントベッド(株)	169
(株) アーバン	146	久光製薬(株)	169
(株) アオイ	147	(株) フジマック	170
岩瀬薬品(株)	147	ファイザー(株)	170
インターリハ(株)	148	フクダ電子東京西販売(株)	171
(株) イステムジャパン	148	富士ゴムナース(株)	171
エーザイ(株)	149	富士フィルムメディカル(株)	172
(株) N S D	149	伏見製薬(株)	172
(株) エヌ・オー・ティー	150	ブリストル・マイヤーズ(株)	173
(株) エヌコム	150	(株) ホームラン・システムズ	173
(株) エラン	151	(株) 保健科学 東日本	174
(株) オオツメディカル	151	(株) 星医療酸器	174
カイゲンファーマ(株)	152	(株) ムトウ	175
(株) かんぼ生命保険 上野支店	152	(株) ヤマシタコーポレーション	175
東洋リネンサプライ(株)	153	(株) ワイズマン	176
介護ショップトヨー	153		

その他協力企業

アルケル(株)
A I U損害保険(株)
(株) メディセオ

第 10 回 東京都病院学会運営委員会

学会長	伊藤 雅史	等潤病院理事長
副学会長	山口 武兼	豊島病院院長
運営委員長	桑名 齊	信愛病院理事長
運営委員	安藤 高朗	永生病院理事長
	飯野 孝一	飯野病院理事長
	石川 博久	亀有病院理事長
	石田 信彦	多摩リハビリテーション病院理事長
	稲波 弘彦	岩井整形外科内科病院理事長
	猪口 正孝	平成立石病院理事長
	猪口 雄二	寿康会病院理事長
	沖野 光彦	旗の台脳神経外科病院理事長
	片山 久	片山病院院長
	川内 章裕	池袋病院院長
	河北 博文	河北総合病院理事長
	木村 厚	一成会木村病院理事長
	熊谷 頼佳	京浜病院理事長
	小泉 和雄	いずみ記念病院理事長
	東海林 豊	東京さくら病院院長
	進藤 晃	大久野病院理事長
	高野研一郎	高野病院院長
	竹川 勝治	愛和病院理事長
	土谷 明男	葛西中央病院理事長
	内藤 誠二	内藤病院理事長
	中西 泉	町田慶泉病院理事長
	野村 幸史	野村病院理事長
	古畑 正	古畑病院院長
	山田 雄飛	山田病院理事長
	横山 孝	第三北品川病院理事長
	田野倉浩治	永生病院事務部長
	高嶋 則子	岩井整形外科内科病院看護部長
	篠原 健一	河北総合病院画像診断部技師長
学会事務局	古角 末廣	東京都病院協会事務局長

第 10 回 東京都病院学会 2015 年 3 月 1 日 平成 27 年 2 月 19 日発行

編集 東京都病院学会運営委員会
発行 東京都病院学会運営委員会
事務局 一般社団法人東京都病院協会

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-2-2 住友商事竹橋ビル 12 階

TEL.03-5217-0896 / FAX.03-5217-0898

URL : <http://www.tmha.net> E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

一般社団法人 東京都病院協会 事務局

〒100-0003千代田区一ツ橋1-2-2 住友商事竹橋ビル12階
TEL.03-5217-0896 FAX.03-5217-0898

E-mail:gaktmha@xqb.biglobe.ne.jp (学会専用)
<http://www.tmha.net/>

