

日本医療マネジメント学会 第8回東京地方会学術集会

～ 21世紀の医療連携と地域連携クリティカルパス～



会期 平成20年2月16日(土)

会場 **国際医療福祉大学** 大学院東京サテライトキャンパス

会長 武藤 正樹

〔国際医療福祉大学三田病院副院長〕
〔国際医療福祉総合研究所長〕
〔国際医療福祉大学大学院教授〕

Supported by



INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE



いい薬ってなんだろう。



安心であること。信頼できること。きちんと役立つこと。
新薬開発の分野で優れた医薬品を提供してきた日本ケミファは、
ジェネリック医薬品の分野においてもその姿勢を変えません。
それが、命さえも預かる医療の現場を支える私たちの使命と考えるからです。
患者さんの未来を明るく照らす医薬品でありつづけるために。
私たちは日本ケミファです。

新薬メーカーのジェネリック。

 **日本ケミファ株式会社**
<http://www.chemiphar.co.jp>

日本医療マネジメント学会 第8回東京地方会学術集会

～ 21世紀の医療連携と地域連携クリティカルパス～



会期 平成20年2月16日(土)

会場 **国際医療福祉大学** 大学院東京サテライトキャンパス

会 長 武 藤 正 樹

〔国際医療福祉大学三田病院副院長〕
〔国際医療福祉総合研究所長〕
〔国際医療福祉大学大学院教授〕

日本医療マネジメント学会第8回東京地方会学術集会実行委員会

【国際医療福祉大学三田病院】

武藤 正樹（会長・実行委員長）、真船 健一（プログラム委員長）、池田 徳彦
木野 留美子、金澤 敦子、藤田 妙子、花村 まどか、西田 義典、丹野 聡一

【国際医療福祉大学大学院】

池田 俊也、湯沢 八江、瀬戸 僚馬、寺門 友也

【東京都連携実務者協議会（共催）】

小泉 一行、下村 裕見子

発行日 平成20年2月16日

発行者 日本医療マネジメント学会第8回東京地方会学術集会
会長 武藤 正樹

ご 挨拶

このたび、日本医療マネジメント学会第 8 回東京地方会学術集会を開催させていただくことになりました。

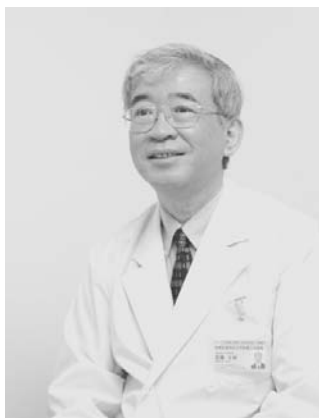
さて、今回の地方会のテーマは「21 世紀の医療連携と地域連携クリティカルパス」とさせていただきます。今年 4 月の診療報酬改定で「脳卒中の地域連携クリティカルパス」がはじめて保険収載されます。また 4 月から 4 疾患 5 事業別にはじまる新たな地域医療計画では、脳卒中の連携が最優先項目として位置づけられ、またそこでも地域連携クリティカルパスが施設間を結ぶ重要ツールとして取り上げられています。

このように注目を集める地域連携クリティカルパスですが、まだまだ始まったばかりですので、全国各地で手探りのなか、その作成や運用の試みがなされています。しかし地域連携クリティカルパスといっても基本は院内のクリティカルパスと変わりはありません。院内で関連する職種が集まって、疾患を選び、過去のその疾患のケアプロセスからクリティカルパスを作成し、実施し、実施結果を評価し、そしてよりよいクリティカルパスを作り直していくという一連の活動に変わりはありません。

地域連携クリティカルパスでもまず疾患を選び、関係する医療機関や医療職種が集まり、実態を調査し、患者フロー図を作成し、紹介基準、転院基準や退院基準などのアウトカム項目をとりきめ、およその入院日数を関係者の合意のもとにきめて地域連携クリティカルパスに落とし込むという作業を行います。

本地方会ではこうした地域連携クリティカルパスの作成や運用の実際について先進地の熊本市より二人の先生をお招きしてお話しを聞きます。国立病院機構熊本医療センターの野村一俊先生には大腿骨頸部骨折、熊本市立熊本市市民病院の橋本洋一郎先生には脳卒中の地域連携パスの特別講演をさせていただく予定です。

このほかにも地方会では、DPC、医療安全、院内感染、栄養サポートチームなどの最新の演題を聞くことができます。また地域医療計画については厚生労働省から伊東芳郎先生にもお越しいただいていますので、ぜひ一日、活発なご議論をお願いしたいとおもいます。



日本医療マネジメント学会
第 8 回東京地方会学術集会
会 長 武 藤 正 樹

プログラム

9:30	開場 《ポスター掲出 9:30~10:00》
10:20	開会挨拶 北島 政樹（国際医療福祉大学三田病院長・副学長）
10:30 ~11:00	会長講演「クリティカルパス、現在・過去そして未来」 演者：武藤 正樹（国際医療福祉大学三田病院） 座長：落合 慈之（NTT東日本関東病院）
11:00 ~11:50	一般演題（1）地域連携 座長：池田 俊也（国際医療福祉大学大学院） 下村 裕見子（東京女子医科大学病院） ----- 1 武田 克彦 高次脳機能障害リゾースの構築 ----- 2 深川 明世 東京労災病院における地域連携 一患者様の視点に立った病院パンフレットの作成一 ----- 3 鳥海 史樹 都会型地域連携 PEG（経皮的内視鏡下胃瘻造設術）クリ ティカルパスの構築 ----- 4 北川 寛直 地域連携クリティカルパスの効果と課題～回復期リハ 病棟・大腿骨頸部骨折患者における同一病院での急性 期治療群との比較～ ----- 5 伊藤 敦 わが国の医療機能ユニット統合センターに関する特徴 と運用実態 ----- 6 重田 由美 がん診療連携相談支援センターと地域連携の活動報告 ～第2報～
12:00 ~13:00	ランチョンセミナー「地域連携クリティカルパスの基本と 作成・運用のポイントについて」 演者：野村 一俊（国立病院機構熊本医療センター）
13:10 ~13:50	特別講演「新たな地域医療計画と医療連携体制について」 演者：伊東 芳郎（厚生労働省医政局指導課医療計画推進指導官） 座長：小西 敏郎（NTT東日本関東病院）
14:00 ~14:00	一般演題（2）医療マネジメント、医療安全 座長：湯沢 八江（国際医療福祉大学大学院） 田中 良典（武蔵野赤十字病院） ----- 7 鶴島 信孝 病院内物流マネジメントの試み：一 中小病院の手術室 における術式セットでの運用例 一 ----- 8 島袋 朋子 DPC 導入による業務内容の変化と対応 ----- 9 木下 善皓 データマイニングによる自治体病院の経営指標の分析 ----- 10 村野 大雅 タイムスタディを用いた ICU の看護業務分析 ----- 11 石井 恵美 医療事故防止におけるダブルチェックについて ----- 12 奥出 尚子 院内感染防止に影響するコンタクトポイントの汚染状 況と清掃効果の測定

15:00 ～15:50	一般演題（3）クリティカルパス、連携 座長：貝瀬 友子（東京医療保健大学医療保健学部） 小泉 一行（公立学校共済組合関東中央病院） 13 小林 邦子 電子カルテクリニカルパスの運用状況と課題について 14 桜間 久美子 統一した指導方法による電子カルテクリニカルパスの運用、操作の周知 15 宮本 洋 クリニカルパスによる食道癌手術の管理 16 荒井 和美 高齢者急性期病院におけるNST活動 17 水下 明美 医療と福祉のよりよい連携を考える ～在宅終末期ケアの現場より～ 18 熊崎 智司 連携診療科～NTT 関東病院の取り組み～
16:00 ～16:50	一般演題（4）脳卒中の地域連携 座長：後藤 淳（東京都済生会中央病院） 小林 美亜（国際医療福祉大学小田原保健医療学部） 19 石井 いほり 脳卒中診療のための地域連携パス 20 富田 博樹 都会における地域完結型の脳卒中診療態勢の構築—北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会による運動— 21 高橋 紳一 一貫したリハビリテーションを共有する脳卒中地域連携—武蔵野三鷹地域での試み— 22 高橋 高美 地域完結型の脳卒中看護をめざして—医療施設間での情報共有と看護職員人事交流の実際 23 横見 弥世衣 脳卒中地域連携におけるMSWの連携～急性期・回復期病院の立場から 24 松本 由美 当院脳卒中センターの地域連携
17:00 ～18:00	イブニングセミナー「脳卒中診療ネットワークの構築 ～医療連携と地域連携クリティカルパス」 演者：橋本 洋一郎（熊本市立熊本市市民病院）
18:00 ～19:30	情報交換会
19:30	閉会挨拶 武藤 正樹（国際医療福祉大学三田病院）

10:00 ～18:00	ポスターセッション P1 南 みゆき 特定集中治療室におけるくも膜下出血クリッピング術日めくりクリティカルパスの作成 P2 宮本 やい子 転倒・転落防止対策の評価（高齢者急性期病院の取り組み） P3 小林 朋巳 食道癌手術後食の導入について P4 片岡 聖子 患者相談窓口併設の「がん相談支援センター」の運営～事務局として～ P5 御子柴 利江子 高齢者の在宅酸素療法地域連携クリニカルパス導入後の評価—地域医療機関・患者にわかりやすいパスの工夫— P6 宗川 千恵子 退院支援を必要とする患者への早期介入に向けた取り組み P7 奥村 広之 一施設におけるPTCA症例のコスト分析 P8 堀 宏治 DPC データをマネジメントに活かす
-----------------	--

会長講演

「クリティカルパス、現在・過去そして未来」

演者：武藤 正樹（国際医療福祉大学三田病院）

座長：落合 慈之（NTT東日本関東病院）

会長講演

「クリティカルパス～現在、過去そして未来～」

武藤 正樹

国際医療福祉大学三田病院

クリティカルパスが日本に上陸してはや10年以上が経っている。この機会にクリティカルパスの現在、過去を振り返り、未来を展望しよう。

私がクリティカルパスと出会ったのは、1995年のシカゴである。当時、JCAHO（保健医療機関認可合同委員会）の米国研修に参加したおり、シカゴの郊外のコミュニティホスピタルを見学する機会があった。そのとき整形病棟でクリティカルパスに始めてであった。最初の印象は「なんでこんなことに今まで気づかなかったのだろうか？」というのが率直な思いであった。この体験を1996年に初めて国内の雑誌に発表した。当時は何の反響もなかった。

しかし、1997、8年ごろになると急にクリティカルパス・ブームが訪れる。それからはや10年がたった。講演では日本医療マネジメント学会が、2003年より毎年実施している、クリティカルパス・アンケート調査の結果を振り、クリティカルパスの現状について述べる。

さて2003年になると診断群別包括支払い方式（DPC）の導入が図られる。DPCとクリティカルパスは大変、相性がよく、DPCの普及の波によってクリティカルパスもDPC対応型クリティカルパスとして進化する。DPC対応型のクリティカルパスでは、既存のケアプロセスのさまざまな見直しが必要だ。入院日数、処置、検査、医薬品等の見直し、入院・外来連携クリティカルパスの作成、地域連携クリティカルパスの作成が必要となる。

さらに2006年からは地域連携クリティカルパスが大腿骨頸部骨折に限定ではあるが、保険収載されるようになった。地域連携クリティカルパスは今のところ急性期病院とリハビリ病院を結ぶパスが多いが、今後、その範囲は診療所や介護福祉施設までカバーするようになるだろう。講演では地域連携クリティカルパスの全国アンケートについても述べる。

さて、これからはクリティカルパスのアウトカム研究を国内でも推進しなければならない。クリティカルパスで在院日数の短縮はもとより、臨床結果、患者満足度、コストなどのアウトカムが向上することを証明する必要がある。これは地域連携クリティカルパスについてもいえる。このために臨床指標を設定し、院内のパスや地域連携クリティカルパスのアウトカムを測定するようにならなければならない。それにはパスのIT化が必要だ。

疾病別の診療計画であるクリティカルパスは医療制度改革における現場のマイクロマネジメントの方法論の一つである。ただクリティカルパスというウインドから未来の医療が見えてくる、このことをお伝えしたい。

（略 歴）

1974年新潟大学医学部卒業、1978年新潟大学大学院医科学研究科修了、医学博士、国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中1986年～1988年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学。1988年厚生省関東信越地方医務局指導課長。1990年国立療養所村松病院副院長。1994年国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長。1995年国立長野病院副院長。2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・国際医療福祉総合研究所長・同大学大学院教授、2007年より（株）医療福祉経営審査機構 CEO

特別講演

「新たな地域医療計画と医療連携体制について」

演者：伊東 芳郎（厚生労働省医政局指導課医療計画推進指導官）

座長：小西 敏郎（N T T東日本関東病院）

特別講演

新たな地域医療計画と医療連携について

伊東 芳郎

厚生労働省医政局指導課

医療計画推進指導官

- 1 改正医療法における医療計画とは
地域完結型医療を目指して
病床数の量的管理から質（医療連携・医療安全）を評価する医療計画へ
住民・患者にわかりやすい医療計画へ
数値目標を示し評価できる医療計画へ
- 2 医療計画作成指針について
4 疾病及び5 事業の医療連携は
地域の実情に応じて、医療圏の設定も含めて柔軟に
医療機能に着目した連携体制を構築
住民にわかりやすいよう医療機関等の名称記載
- 3 都道府県における医療計画作成状況について
住民・患者の参画、指標、医療機関名の記載は
4 疾病及び5 事業の医療機能の記載は
- 4 顔がみえる医療連携を目指して

(略 歴)

学 歴	平成 6年3月	宮崎医科大学医学部卒業
職 歴	平成 6年4月	厚生省 入省 厚生省 大臣官房厚生科学課
	平成 6年5月	環境庁 企画調整局 環境保健部 保健業務課 特殊疾病対策室
	平成 6年7月	環境庁 企画調整局 環境保健部 保健企画課 特殊疾病対策室（改組）
	平成 9年7月	福岡県 嘉穂保健所
	平成12年4月	厚生省 保健医療局 エイズ疾病対策課 課長補佐
	平成13年1月	厚生労働省 健康局 疾病対策課 課長補佐 （省庁再編）
	平成13年4月	宮崎県 中央保健所 主幹
	平成14年7月	厚生労働省 医薬局 食品保健部 企画課 課長補佐
	平成14年8月	厚生労働省 大臣官房 厚生科学課 課長補佐
	平成15年8月	佐世保市 保健福祉部長
	平成19年4月	厚生労働省 医政局 指導課 医療計画推進指導官 医療計画、医師確保対策等を担当。

一般演題 口演①

「 地 域 連 携 」

座長：池田 俊也（国際医療福祉大学大学院）

下村 裕見子（東京女子医科大学病院）

一般演題 1

高次脳機能障害リゾースの構築

○武田 克彦

国際医療福祉大学三田病院

目的：高次脳機能障害とは、脳損傷による認知機能の障害の総称である。高次脳機能障害としては、失語・失行・失認や記憶障害・遂行障害などがある。この障害は、これを有する患者の社会復帰の大きな妨げになっている。本研究は、高次脳機能障害患者の後ろ向き、および前向き臨床研究により、今まで日本にない多施設共同の高次脳機能障害についてのリゾースを構築するのが目的である。

方法と結果：今年度は、三田病院に高次機能障害を有する患者を紹介していただくようなネットワーク作りを目指した。東京都の港区と中央区には、東京慈恵会医科大学、虎の門病院、東京都済生会中央病院、聖路加国際病院など大きな病院がいくつかある。これらの病院の神経内科が一緒に会して話し合いを持つようなことは今までなかった。それで私どもが音頭をとって、このたび2つの区の大小8つの病院の神経内科医が集まり、港中央ニューロネットワークという連携の会を発足させた。目的は2つの区の病病連携を行うことにより両区の医療医学の向上に寄与するということである。世話人会の後、さっそく総会を行った。その席にて、国際医療福祉大学三田病院で研究者（武田）が行っている高次脳機能障害外来について紹介した。

考察と結論：1つの施設で多数例の高次脳機能障害患者を集めるのには限界がある。今後このネットワークをいかして、地域にいる高次機能障害患者を三田病院に紹介していただき、高次機能障害外来を窓口として、このリゾース作りにつなげていきたい。

東京労災病院における地域連携 —患者様の視点に立った病院パンフレットの作成—

○深川 明世、岩崎 真由美、新谷 さとみ、
今関 早苗、植村 秀一、鈴木 久美子
東京労災病院

(はじめに)

当院は京浜工業地域の一画にある大田区で歯科を除く全科を標榜する 400 床の急性期病院である。交通の不便さもあり、受診患者の 95%が大田区南部在住で占める地域密着型病院である。リハ科開設は 70 年と古く、地域でリハの先駆的・中核的役割を果たしてきた。しかし、第 4 次医療改正の病院機能分担に伴い、外来患者様のリハが継続できなくなったため、リハ科内の地域委員が中心となり PT・OT の会員名簿より、リハスタッフが在籍する近隣病院にアンケート調査を行い、リハの継続できる病院一覧を掲載したリハマップを作成した。リハの必要な外来患者様が病院選択できるよう各診療科の外来に設置し、マップは 2 年毎にアンケート調査を行い更新してきた。このデータベースを元に、1 昨年より区南部地域リハビリテーション連絡協議会がリハマップ作りを継承している。

医療法の改正により、継続したリハの必要性とともにリハ専門病院に転院した患者様より紹介病院への不満の声をいただいたことを契機に、患者様の病態に応じたリハ病院への紹介の必要性を感じ、リハ地域委員が中心となり当院から紹介率の多い回復期リハ病院を訪問し、患者様の視点に立った回復期病院の案内パンフレットを作成したので報告する。

(方法)

紹介率の多い回復期病院に訪問の趣旨等を伝え、直接リハスタッフと MSW で以下の点に重点を置き、訪問調査を行い患者様が転院に不安を抱かないよう写真撮影も行った。

1. リハスタッフの人数・構成年齢
2. リハ室の訓練風景・環境
3. 病室の環境
4. 受け入れ可能な対象疾患
5. 入院費等

(経過)

回復期病院の案内パンフレットは病院の一般的紹介がほとんどで、スタッフ等の紹介は皆無である。自分の障害を受け入れ、やっとスタッフに慣れたかと思うと転院の話に動揺する患者様は多い。今回、回復期病院のスタッフ全員のにこやかな写真や回復期病院の利点をアピールした病棟写真を掲載することで患者様も安心して転院に納得されるようになった。また、スタッフ間も訪問したことが契機となり、意思疎通が深まり連携パスを含めた勉強会等の準備をしている。

今後は在宅された患者様へ当院ならびに紹介病院への満足度調査を行いながら、さらなる患者様満足度を高める医療連携・パスを作成したいと考えている。

一般演題 3

都会型地域連携 PEG（経皮的内視鏡下胃瘻造設術）クリティカルパスの構築

○鳥海 史樹、今津 嘉宏

東京都済生会中央病院

久保田 啓介、太田 恵一朗、武藤 正樹

国際医療福祉大学三田病院

鈴木 裕

東京慈恵会医科大学付属病院

昨今、地域連携クリティカルパスが注目されているが、現在診療報酬で認められているのは大腿骨頸部骨折の地域連携クリティカルパスのみである。来年度にはいくつかの疾患へ拡大されると予想されているが、その医療体系のひとつに「胃瘻」を加えることを目的に、国際医療福祉大学三田病院副院長武藤先生を代表世話人とし、地域連携 PEG クリティカルパス（連携 PEG パス）研究会を発足した。

現在、主に地方都市を中心とした地域連携がほとんどであり、200 床以上の病院がひしめき合い、各病院で医療連携が確立されている都会では実現が困難と考えられてきた。しかし実際には休日や夜間の胃瘻トラブルに対しての受け入れ窓口が明確でなかったり、胃瘻に関する情報提供も不十分で救急外来での対応に難渋することもあった。

今回、国際医療福祉大学三田病院、東京慈恵会医科大学付属病院、北里研究所病院、虎の門病院、せんぼ東京高輪病院、東京都済生会中央病院の港区を拠点とする 6 病院を中心に訪問看護ステーション、診療所、クリニック等との連携 PEG パスを作成すべく、港区医師会、港区薬剤師会、みなと保健所、NPO PEG ドクターズネットワークのご協力の下に平成 19 年 9 月 20 日に第一回連携 PEG パス研究会を開催した。活動方針としては、次のように考えている。①PEG に関する地域連携パスを構築する。②連携 PEG パスの地域標準化をはかる。③連携 PEG パスのインターネットで構築する。④連携 PEG パスのデータベースを構築する。⑤連携 PEG パスのアウトカム評価を行う。⑥来年度の診療報酬改定の地域連携パス加算の疾患拡大（とくに連携 PEG パス）を要望する。⑦連携 PEG パス関連疾患の連携パスを構築する（脳卒中、神経難病、在宅連携パス等）。⑧以上をまず港区よりはじめる。今回都会型連携 PEG パスの構築について、これまでの活動を報告する。

地域連携クリティカルパスの効果と課題

～回復期リハ病棟・大腿骨頸部骨折患者における同一病院での急性期治療群との比較～

○北川 寛直

横浜新都市脳神経外科病院 リハビリテーション科

浅沼 浩輔

横浜新都市脳神経外科病院 地域医療連携室

渡邊 有紀栄、今岡明子

横浜新都市脳神経外科病院 医療福祉相談室

水間 正澄

昭和大学 リハビリテーション医学診療科

【はじめに】当院では06年10月より大腿骨頸部骨折患者に対して地域連携クリティカルパス(以下パス)を導入して診療に当たっている。地域連携パス利用の導入前後での比較は散見するが、同時期・同一病院での急性期治療を行った症例との報告はない。

【目的】回復期リハビリテーション(以下リハ)病棟に入院する大腿骨頸部骨折患者を急性期病院の相違により調査をし、地域連携パスの効果と課題そして回復期リハ病棟のあり方を検証する。

【対象】06年10月～07年9月に当院回復期リハ病棟に入院した大腿骨頸部骨折患者49名。

【方法及び検討項目】上記対象患者のうち、地域連携パス利用の地域連携パス群(7名)及び当院で急性期治療を行った病院完結群(41名)と2群に分け、①発症から入棟までの期間、②在棟期間、③転帰を比較検討する。また、④地域連携パス利用の急性期病院の転入院件数を前年及び前々年とで比較した。

【結果】①、②及び③はともに両群間で有意差はなかったが、病院完結群で①及び②が短期間となる傾向であった。④は前年及び前々年に比し、対象年は件数増加をみた。

【考察】地域連携パス導入にて同一の急性期病院からの転入院件数は増加が見込まれる。それによって、一貫した診療計画及びリハ計画が達成しやすいと思われる。しかし、特定の急性期病院以外からは転入院しづらくなる恐れが生ずる。特に都市部においては急性期病院間の不公平感が予想され、対策が必要である。

病院完結型の医療体制のほうが各期間を短縮できた要因としては、急性期からの医療の継続性及び一貫性が得られること、より近隣地域で医療・福祉の完結が図れることなどが考えられる。リハ医療の質の向上を考える上では、同一施設内の機能分化を進めた病院完結型の回復期リハ病棟を再認識すべきと考える。

一般演題 5

わが国の医療機能ユニット統合センターに関する特徴と運用実態

○伊藤 敦

自由が丘産能短期大学能率科 医療・情報サービスコース

関田 康慶

東北大学大学院経済学研究科 医療福祉講座

二瓶 洋子

東北福祉大学

わが国の医療機能ユニット統合センター（以下、統合センターとする）の特徴と運用実態を解明するために、実態調査を行ったので報告する。近年、地域医療を支える基盤として医療モールやグループ診療等の統合センターの役割が期待されているが、わが国ではこれらの統合センターは医療法上認められておらず、統計情報も整備されていない。このため、2004年に独自の探索調査を実施し64件の統合センターを発見して郵送調査を実施した。回収成績は、統合センターでは40件（61%）、機能ユニットでは69件（19%）である。研究方法は、①統合センター開設に伴う呼びかけ人、②構築主体、③機能ユニット同士の相互関係、④意思決定体制、⑤機能ユニット同士の連携関係の5項目について現状分析した。分析の結果、①の呼びかけ人では、医師・歯科医師個人が25%と最も多く、自治体が17%、医療法人が13%の順である。②の構築主体は医師（歯科医師）個人が23%、地方自治体が15%、医療法人が14%の順である。③の機能ユニット同士の相互関係では、隣接関係が38%、仲間関係36%、法人系列関係が22%、業務上の取引関係が4%である。④の意思決定体制では、パートナーシップ型が60%、アソシエーション型が15%、25%が一元管理型を適用している。⑤の連携関係では、61%の統合センターがシステム資源を共同利用している。システム資源共有率の詳細を分析すると、土地建物が40%、経営支援が31%、システム・機器設備が21%、サービス機能（夜間休日対応、相談業務）が4%である。以上、わが国の統合センターの特徴と運用実態を明らかにした。

がん診療連携相談支援センターと地域連携の活動報告～第2報～

○重田 由美

(財) 田附興風会 医学研究所 北野病院

金井 陸行、鎗野 りか、松本 明子、入口 真紀子、新堂 雅隆

がん診療連携相談支援センター

平成19年10月28日、当学会宮崎地方会にて、がん診療連携相談支援センターと地域連携についての活動報告を行った。その後、相談支援センターの相談件数は7月から12月までのデータで509件であった。詳細は精神的援助・調整が32件、院内連絡調整が131件、院外調整が45件、社会資源利用の援助が12件、情報収集及び提供が200件、外来予約の方法の説明が3件、院内セカンドオピニオン関連が42件、面談予約10件、その他33件であった。連携担当としては退院後の患者が安心して在宅で過ごせるよう、入院中から患者・家族とコミュニケーションをはかり、救急時の対応が行える体制を整えた。また、地域連携パスを作成し、在宅へのシームレスな退院支援を目指しているが、使用した症例は6件であった。今回、在宅支援地域連携パスを活用し、入院から退院、再入院、再退院し、現在自宅での療養を行っている症例を振り返り、患者との関わりの方法や地域連携パスの使用について検証したい。

【症 例】

*症例を発表するにあたり、患者・家族の同意を得て、倫理的配慮を行っております。

年齢・性別 50歳代 女性

疾患 婦人科系癌終末期

経過 ①初回入院から退院まで

前医で上記病名診断され、積極的治療を勧められないと説明され、セカンドオピニオン後、当院転院する。しかし検査の結果、緩和ケア中心に在宅療養の方針となり、地域連携パスを使用し退院となる。

②再入院から在宅看取りの準備へ

自宅にて療養していたが、貧血が強いとのことでかかりつけ医から連絡があり、再入院となる。輸血の効果はあまり期待できず、緩和ケアの対象であることを再度家人に説明し、本人の在宅療養の希望もあり、今回の入院は在宅での看取りを目標に退院調整を行う。

③退院後自宅療養確認

かかりつけ医の変更、家人への指導、訪問看護ステーションとの連携、かかりつけ医との連携を十分に調整し、再退院する。1週間後、自宅に訪問し状態確認する。退院から2週間後電話で状態確認する。

一般演題 口演②

「 医療マネジメント、医療安全 」

座長：湯沢 八江（国際医療福祉大学大学院）

田中 良典（武蔵野赤十字病院）

一般演題 7

病院内物流マネジメントの試み
— 中小病院の手術室における術式セットでの運用例 —

○鶴島 信孝

東京医療保健大学大学院研究科

小林 寛伊、大久保 憲

東京医療保健大学大学院研究科、関東病院

第9回日本医療マネジメント学会学術総会での発表で、「今後の課題」として挙げた事項を「陥りやすい状況」として列挙した項目に留意しながら具体例にて取り組みを始めた。

必要なものが必要な時に必要なだけ入手できる事を実現するためには、病院内物流マネジメントが必要であるとの認識を元に、前回の発表は院内物流システム全体のモデル像の提示を行った。今回は、一歩踏み込んで実際に試行して検証する。

中小病院において手術例の多い術式を基に、セット化による物品管理の方法に取り組んだので報告する。

DPC 導入による業務内容の変化と対応

○島袋 朋子

湘南鎌倉総合病院

2006 年度は診療報酬の改訂、DPC の導入など医療をとりまく環境が変化した年でもありました。特に DPC に関しては当院では 2004 年から調査協力病院としてデータ提供という形で参加し 2006 年 7 月から手あげによる DPC 導入にふみ切りました。循環器科の分野では今や心臓カテーテルの検査は日帰りでおこなっていた事も多く、DPC 導入にあたってはかなりの影響をうけると予測されました。

DPC の影響を受けながらもいかに患者様のニーズにあった入院期間、検査が提供できるか？医事課担当職員を交えた DPC 対策、それに伴いクリニカル・パス、看護業務内容の見直しをおこないました。

まず DPC 導入にあたっての準備として医事課職員による医師・看護師にむけての DPC 制度の説明と対策例の説明。今までおこなってきた検査・治療を DPC に置き換えた症例検討。入院期間の検討とクリニカル・パスの修正をおこないました。日帰りカテーテル検査に代わる前泊、夜入院での対応。大幅な業務改善をおこない DPC が導入され 1 年が経過しました。さほどの混乱もなく、スムーズに DPC の導入がおこなわれたという事でその業務内容の変化と対応、結果について発表したいと思います。

一般演題 9

データマイニングによる自治体病院の経営指標の分析

○木下 善皓

国際医療福祉大学大学院

武藤 正樹

国際医療福祉大学

吉田 秀一

日本政策投資銀行

日本には約 9000 の病院があり、そのうち、約 1000 の病院が自治体病院である。自治体病院が行っている政策医療は、採算性の低い医療とされるへき地医療や、高度医療、特殊医療、災害医療などがあり、赤字経営をやむを得ない病院が数多くあるが、財政制約が強まる中、その経営のあり方に大きな課題がある。

自治体病院に関する先駆者の研究に関しては、ここ 3 年間で数を伸ばしており、影山(2007)は、一部適用から全部適用へと変えた島田市民病院に注目し、島田市民病院の統治の提言を行った。崎原(2007)は、自治体病院が危機に陥っている事を指摘し、現状分析と再生策を考察している。

本研究は公開されている自治体病院の経営指標のデータを基に、インテリジェントマイナーというデータマイニングソフトを活用した。病院の採算性があるか否かを把握できる修正医業収支比率を基準とし、インテリジェントマイナーで分析をかけると、一般病床利用率が重要なキーとなる傾向が見られ、具体的なカットオフポイントまで探ることが可能であった。本論文では、経営指標の分析にインテリジェントマイナーを活用し、経営指標から見える自治体病院の実態に迫る。

一般演題 10

タイムスタディを用いたICUの看護業務分析

○村野 大雅

東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科

小林 寛伊

東京医療保健大学/大学院 学長

タイムスタディを用いて、ICUに勤務する看護師の業務分析を行った。

対象は都内A病院（665床、平均在院日数11.3日）のICU（8床）。

そこで勤務する看護師5名（うち新人看護師1名）。

調査期間は平成19年7月18日から平成19年7月24日の7日間。

対象時間は日勤帯で、取得できたサンプル数は計10時間分。

目的は、ICUの看護業務とはどのような流れで行われているのかを明らかにするため。

方法は、タイムスタディを用いて、対象看護師の動きを調査。1分間隔で、どこでどのような作業をしていたかを記録していった。

結果は、看護業務を大きく10個に分類できた。また看護師の動線が明らかになった。

新人看護師と、中堅看護師のベッドサイドでの動きに、違いが見られた。

一般演題 11

医療事故防止におけるダブルチェックについて

○石井 恵美、橋本 英子、酒井 郁、畠山 優子、谷澤 京子
都立大塚病院 看護部

I 目的

ダブルチェックは事故防止対策として、重要な確認行動となっている。A病院看護部では、患者に与薬する全ての薬剤（注射薬、内服薬等）にダブルチェックを実施しているが、インシデントが報告されている。また、ダブルチェックに時間がかかる、ダブルチェックするときに相手を探さなければいけないときに困る等の声が聞かれていた。このため、一部の薬剤（麻薬、抗がん剤、強心剤等）を除き時間差によるダブルチェックを導入したところ、インシデント予防と確認行動の時間短縮が図れた。

II 方法

ダブルチェックに費やす時間の実態調査を4病棟で行い、ダブルチェックについての意識調査を看護師86名に実施した。ダブルチェック方法の変更（時間差による確認：シングルチェックを2回行う）後、2回目の意識調査を実施した。

III 結果

時間差によるダブルチェック（前勤務看護師と実施看護師がそれぞれシングルチェックする）に変更したが、確認ミスによる薬剤のインシデント発生はなかった。また、意識調査ではシングルチェックに変わり、始めは不安だったが今は思った以上の不安はないは86名中44名（51%）、今も不安は24名（28%）、始めから不安はなかったは14名（16%）、で、現在の方法を続けることについては75名（87%）が肯定している。理由として、「時間が短縮できるから」「責任を持って確認できる」「インシデントが発生しなかった」等があげられていた。

一般演題 12

院内感染防止に影響するコンタクトポイントの汚染状況と清掃効果の測定

○奥出 尚子

国際医療福祉大学看護生涯学習センター

病院における感染対策の有効な手段として手洗いが励行されている。しかし、その手が高頻度に触れ、交差汚染の考えられるドアノブ、ベット柵、カルテ、蛇口、机などのコンタクトポイントの汚染状況には、ほとんど配慮がなされていない。今回、傷病者や高齢者など易感染者の療養の場である病院において、ATP 検査を用いてコンタクトポイントの汚染状況を調査するとともに、6つの清拭方法による清拭効果の比較を行った。その結果、コンタクトポイントの汚染状況は高く、調査した6つの方法による清拭効果に差がないことがわかった。

一般演題 口演③

「 クリティカルパス 、 連携 」

座長：貝瀬 友子（東京医療保健大学医療保健学部）

小泉 一行（公立学校共済組合関東中央病院）

一般演題 13

電子カルテクリニカルパスの運用状況と課題について

○小林 邦子、池田 貴代子、木山 幸子、石田 祥代
都立大塚病院 看護部

<はじめに>

当院は、電子カルテクリニカルパス（以下パス）の運用開始後3年経過しているが、パスの運用方法は毎年、更新されている。運用状況の変化に適応したパスの使用がされているかを確認する必要がある。

<方法>

1. 平成17年度から使用している運用状況チェック表のアウトカム、パス最終評価に関する項目について平成19年9月に改定した。
2. 無作為に抽出した58例のパスについて、チェック表をもとにチェックした。

<結果・考察>

- 1.できていなかった項目の上位3項目は、①バリエーションの表示がされていない（83%）、②入院目的にパスの表示をしていない（75%）、③実施入力できていない（43%）であった。単純な入力漏れが目立っていた。
2. アウトカム評価は過去2年間の結果と比較すると、できている割合は順に17年度は40%、18年度は54%、19年度は60%になっている。パス最終評価は、17年度は28%、18年度は51%、19年度は88%になっており、年々、評価は確実に実施できるようになっていることがわかった。

<まとめ>

年々、評価のように改善している面がある一方で、単純な入力漏れも多かった。今後はパス操作方法の訓練と共に知識の啓蒙をし、スタッフにパスについての理解を深めてもらうことで、確実な運用ができるようにしていきたい。

一般演題 14

統一した指導方法による電子カルテクリニカルパスの運用、操作の周知

○桜間 久美子、宿谷 佳代子、宿谷 佳代子
都立大塚病院 看護部

はじめに

当院は電子カルテクリニカルパス（以下電子パス）運用後3年が経過している。昨年は操作チェックリストを使用して、指導を行った結果、理解の向上が図れた。しかし、指導方法はマニュアルを基に、各病棟の委員に任せられ、統一されていなかった。

今回、パス委員が統一した指導方法を会得して指導を行うことで、各病棟での周知が図れたので、報告する。

方法

- 1) 平成19年10月 操作チェックリスト使用し、第1回目の自己評価を行った。
- 2) 10月 デモンストレーションに必要な準備から実施までのマニュアルをもとに、パス委員に指導方法を周知した。
- 3) 11月 各病棟でパス委員が習得した指導方法に沿って、モデルを使用し指導を行った。操作マニュアルは、指導語に各自に配布した。
- 4) 12月 2回目の自己評価を実施した。

結果

1回目の自己評価では、特に電子パス使用頻度の少ない病棟では、理解度は低かった。その後、各病棟でパス委員が実際に入力して指導を行うことで知識の習得が図れた。

今回、電子パス操作の指導方法を統一し、入院時の入力から、バリエーション、アウトカム評価、最終評価まで、実際の使用方法に沿って行えたことで、理解の向上につながられた。運用の変更や、看護スタッフの異動に伴い知識の低下が生じてくるため、パス委員が中心となって、今後も指導を行っていく必要がある。

一般演題 15

クリニカルパスによる食道癌手術の管理

○ 宮本 洋

NTT 東日本関東病院 外科

門田 一晃、奈良 智之、小西 敏郎

NTT 東日本関東病院

当院では胸部食道癌手術症例に術後 15 日で退院するパスを作成し、運用している。適応は、Mt 以下の根治切除可能な胸腔内吻合症例、術前に重篤な合併症がないこと、80 歳未満としている。このパスの要点は、手術室で抜管時にミニトラックを挿入、術後 7 日目に術後透視を施行し、以後食事開始し、術後 15 日目に退院することである。2000 年 1 月から 2007 年 4 月までにこのパスを使用した 90 例(同期間の食道癌切除症例は 143 例)について検討した。パス完遂例 72 例($72/90=80\%$)の平均術後在院日数は 15.1 日であった。パスから脱落した症例 18 例($18/90=20\%$)の平均術後在院日数は 44 日(19~154 日)であった。パスから脱落した原因としては、呼吸器合併症 6 例、精神的要因 2 例、縫合不全 3 例(再手術を必要としないマイナーリーク 2 例、小弯切離線下端の縫合不全 1 例)、頸部リンパ漏 2 例、反回神経麻痺 2 例、膵炎 1 例、吻合部狭窄 1 例、術後出血 1 例であった。2 領域廓清は 25 例($25/90=28\%$)、3 領域廓清は 65 例($65/90=72\%$)であったが、両者で在院期間(2 領域廓清:19 日、3 領域廓清:22 日)やバリエーションの違いはほとんどなく、頸部廓清がパスには影響しないと考えられた。食道癌手術にクリニカルパスを導入し、良好な成績が得られたので報告する。

高齢者急性期病院における NST 活動

○荒井 和美

東京都老人医療センター

竹下 礼子

看護部

【はじめに】当院の入院患者の平均年齢は約 80 歳であり、高齢者の特徴を踏まえた NST の介入が必要である。NST メンバーは医師（内科・外科・リハビリ科・耳鼻科・歯科）・看護師・栄養士・薬剤師・検査技師・PT と多職種による総合的アプローチ体制を作っている。当院の NST の流れはまずアルブミン値から対象患者をスクリーニングし、主治医が NST へ依頼する。NST では身体計測や血液検査データ等の情報をまとめ、毎週水曜日に回診を行なっている。回診後のカンファレンスでコメントをまとめ、主治医に返事をしている。今回、NST で介入し改善が図れた事例を通して高齢者の NST を考察する。

【事例紹介】75 歳男性（独居）急性胆のう炎・脱水にて 11/3 緊急入院、点滴・抗生剤治療にて改善。11/7 より経口摂取を開始。栄養状態の評価と、咬合の問題、退院後の栄養保持についての総合的な検討を要するため NST へ依頼。

【経過】NST 回診時、歯科医師が口腔内を診察。大臼歯欠損と要治療歯が多数あり。翌日から噛み合わせ調整等の治療を開始。歯科治療終了後、食事内容をアップしたところ摂取量が増加。アルブミン値が 2.8 g/dl から 3.3 g/dl と改善。今後、退院に向けてヘルパー同席で栄養指導を行う予定。

【考察】NST では低栄養の要因を身体及び認知機能からアセスメントし、どこにアプローチすれば栄養改善できるのか検討している。高齢者は食べるための準備状態（口腔内の乾燥・歯の状態・摂取時の体位等）が不十分で食事摂取量の低下をきたしていることが多い。また、嚥下障害で合併症を招くこともあり、回診時、患者に水や流動物等を摂取させ、口腔内での食塊形成能力や嚥下の機能を評価することが必要である。

【まとめ】高齢者の栄養は、認知機能・身体機能・嚥下機能・口腔内の状態等が大きく関与する。また独居の高齢者は退院後のサポートを調整することも重要である。

一般演題 17

医療と福祉のよりよい連携を考える ～在宅終末期ケアの現場より～

○水下 明美

(株)ナイスケア 介護支援専門員

多くの人は、在宅にて終末を迎えたいと願うものであろう。しかし、日本の現状は、80%の方が、病院で終末期を迎えている。その現状を少しでも和らげるためには、医療と福祉の連携が欠かせないと考える。医療と福祉が連携を図ることにより、今より多くの方が在宅で過ごせる可能性があるように考える。また、今後、介護保険や医療保険の改正により、ますます重度の利用者（患者）が在宅へと帰らざるを得ない状況も予想され、医療の側と受け入れる在宅サービス側が話し合い、協力していくことが必要と考える。

目的と方法：ケアマネジャーとしてかかわってきた、終末期を在宅で迎えた方の事例を元に、どのように考えて医療との連携をはかってきたのかを示し、在宅サービスへの理解を深めてもらうと共に、医療と福祉のお互いの仕事や役割についても理解を深めたい。

実際に、いつ、どのようなタイミングでカンファレンスを行っていったのか、またそのカンファレンスの内容はどのようなものだったのかについて、そして退院後の医療との連絡・アドバイス、また在宅生活における「生活モデルの視点」、終末期で刻々と変わる利用者に対して、ケアマネジャーとしてどんな対応を取っていくのかなど、具体的に示していく。

考察：ただ、「医療と福祉の連携が必要」と言うのではなく、それを一歩進めて具体化することにより、条件さえ整えば、今までは「無理」と思えた方も、在宅にて終末期を過ごすことが可能になるのではないかと考える。そのためには、お互いの役割について理解を深めること、それが機能していくことが大切である。お互いに顔の見える話し合いや、連絡を取り合うことにより、苦手意識や消極性も解消し、医師や看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなどのケアスタッフから、不安を解消していくことにより、家族や利用者（患者）の不安や負担をも減らしていくことが可能と考える。

一般演題 18

連携診療科～NTT 関東病院の取り組み～

○熊崎 智司、中谷 速男、落合 慈之
NTT 東日本関東病院

2007年4月関東病院に新設された連携診療科を紹介する。「個の力だけでなく診療科の力で、診療科の力だけでなく病院中の力を挙げて一人一人の患者の診療に当たる」ことを目的に創設された組織横断的に活動する診療科である。

院内連携においては、徒歩来院・救急車来院を問わず、外来におけるゲートキーパーとしての役割を担った外来診療を行い、専門診療科間の連携を密にする診療科間の院内連携を進めるとともに、ICT(感染制御チーム)、SIRSサーベイランスへの参加、救急症例検討会の開催など職種間の連携を深める活動を主体に行っている。院外連携については、患者相談窓口機能「もしもしセンター」と協同し、セカンドオピニオン外来・かかりつけ医相談の調整を行っている。

今回は、連携診療科の活動状況・臨床指標・今後の展望について報告する。

一般演題 口演④

「 脳 卒 中 の 地 域 連 携 」

座長：後藤 淳（東京都済生会中央病院）

小林 美亜（国際医療福祉大学小田原保健医療学部）

脳卒中診療のための地域連携パス

○石井 いほり
武蔵野陽和会病院支援相談室
宝田 忠子
武蔵野陽和会病院看護部
大村 雅慶
武蔵野陽和会病院リハビリテーション科
山内 恵美子
武蔵野赤十字病院連携センター
増子 はるみ
武蔵野赤十字病院脳卒中センター
高橋 紳一
武蔵野赤十字病院リハビリテーション科

我々はこれまで、北多摩南部医療圏における地域完結型脳卒中診療体制の構築に取り組んできた。地域全体があたかも一つの病院であるかのように機能すること、つまりは地域に所属し、連携する医療機関はそれぞれ異なる役割を果たす病棟のごとく機能することが理想型と考えている。そこで我々は、異なる医療機関同士が患者情報や治療方針を共有するためのコミュニケーションツールとして、急性期病院から回復期病院への地域連携パスを作成した。作成にあたり、当院と武蔵野赤十字病院両院の医師、MSW、薬剤師、看護師、栄養士、リハ訓練士と関係する全ての職種が会合し意見交換を行った。はじめに使用する薬剤や食形態の規格を統一することとした。受け手が使いやすいものであること、患者情報が簡潔に記載されていること、双方向性が担保されていること、転院後のトラブルを防ぐための方策がとられていることなど、パスに対するイメージを共有した後、職種ごとに盛り込むべき項目を検討しパスを作成した。現在試行から約1年が経過し、運用実績は約100名に及んでいる。このパスは武蔵野赤十字病院から他の回復期病院への転院時にも使用され、地域内に浸透しはじめた。さらに我々は回復期病院と在宅を結ぶパスを開発し、地域完結型脳卒中診療に貢献したいと考えている。

都会における地域完結型の脳卒中診療態勢の構築 —北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会による運動—

○富田 博樹
武蔵野赤十字病院 院長・連携センター長（脳神経外科）
高橋 紳一
武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科 部長
塩川 芳昭
杏林大学 脳神経外科 教授
小林 貴明
武蔵野陽和会病院 理事長
野村 幸史
野村病院 理事長
吉田 正一
三鷹中央リハケアセンター 理事長

地域完結型の脳卒中診療態勢が全国的に整備され始めている中で、都会での脳卒中診療態勢は、リハビリ施設や長期療養病床の絶対的不足のため、大きく遅れている。本院が属する北多摩南部医療圏は地理的に東京都の中央に位置し区部に隣接し、脳卒中診療に積極的な大規模救命救急センター3施設を擁しながら、人口あたりのリハビリ病床は東京都医療圏内で最少、回復期リハビリ病棟は皆無という状況であった。このきわめて不利な状況の中で地域完結型の脳卒中診療態勢を構築すべく、2001年から当医療圏の急性期病院が中心となり、『北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会』を発足させ、回復期リハビリ病棟および維持期リハビリ病床の創設、在宅医療体制の整備、援助、それに加えて連携パスの作成・運用を目的とした脳卒中診療のネットワーク作りを始めた。21病院の理事長あるいは院長、全医師会からの代表、保健所長、在宅医療担当医師、訪問看護ステーションおよび在宅支援センターのスタッフ、ケアマネージャー、市の福祉医療担当者がメンバーとして参加し活動してきた。毎年講演会を開き回復期リハビリ病棟開設に際しての問題点を検討した。内容は大都市における回復期病棟の経営のノウハウ、当医療圏での急性期脳卒中症例の発生実数および各医療機関のリハビリ体制の実態のアンケート調査などである。これらから、現在当医療圏内において脳卒中診療のために不足している病床数の算出を試みた。また、地域のリハビリの人的質的なバックアップを中核病院のリハビリ科が定期的な講義・実習を通じて積極的に行った。また、看護部門も顔の見えるおつきあいを標語に三市24病院の総師長が集まり2002年に『看護部門責任者の会』を発足させて共通情報用紙を作成運用している。本院と回復期病院の間で看護スタッフの交互派遣研修および病棟係長派遣を通して連携を深めている。その結果、当医療圏において、四病院に回復期リハビリ病棟（約250床）および強力なリハビリ機能を持った二つの老健施設（200床）が開設され、医療圏の病院を機能別にグループ化し、急性期と回復期をつなぐ連携パスの運用もおこなっている。現在在宅部門の連携のため、在宅部会が頻回の会合を経て、在宅医療のシステム化と連携パスの試みの運用を開始している。この運動を通し、連携体制作りには大切なものは、①各病院間の相互信頼②医療に対する考え方、情報、言語の共有③互助・他利の精神、の3点にあると考える。

一般演題 2 1

一貫したリハビリテーションを共有する脳卒中地域連携
 — 武蔵野三鷹地域での試み —

○ 高橋 紳一
 武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科 専門医
 伊東 彰
 武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科 理学療法士
 富田 博樹
 武蔵野赤十字病院 院長 (脳神経外科)
 小林 貴明
 武蔵野陽和会病院 理事長
 大村 雅慶
 武蔵野陽和会病院 リハビリテーション科 理学療法士
 吉田 正一
 三鷹中央リハケアセンター 理事長

2001 年から北多摩南部医療圏における地域完結型脳卒中連携体制を構築する活動が行われてきた。脳神経外科・神経内科医師と共にネットワーク作りを進める中で、リハビリテーション（以下リハ）部門では共通した理念の下に、急性期 S C U から始まり、回復期リハ病棟を有する病院への転院、ならびに維持期リハを担う介護老人保健施設での通所・短期入所訓練までのリハの継続を図ってきた。その一貫した考え方は、①患肢荷重を重視した起立歩行訓練、②麻痺の回復と併行して増悪する痙縮亢進に対するストレッチの励行、③早期から家族と共に行う自主トレーニングの導入である。その連携推進の結果、5 年目に 2 ヶ所の介護老人保健施設において、PT、OT 合計 6 人の常勤体制（うち 1 施設では 2007 年に 9 人）に充実させることができ、機能維持を図るリハの継続が可能になった。並行して、協力病院勤務の看護師、PT、OT の実技研修や増員を進め、回復期リハの目指すべき自立支援の効率的アプローチを教え、6 年目には近隣に回復期リハ病棟が新設された。さらに院内に向けての業務改善として、①腹臥位による体位排痰ドレナージ、②気管内挿管中からの車椅子座位を中心とした早期離床、③早期リハプログラムの実践、すなわち、患肢荷重を重視した立ち上がりでの立位バランスの獲得、早期下肢装具装着しての歩行獲得と移乗動作自立、トイレ動作を中心とした ADL 訓練、肩手症候群を作らない上肢機能回復訓練、家族同伴と自主トレーニングへの早期移行を推進した。ようやく 7 年目の本年 4 月に、当院内に S C U が完成した。回復期・維持期のリハ施設が充実した上で S C U が始動したことで、当院の入院日数の短縮ばかりでなく、急患応需のための病床確保が実現できたと考えている。これまでの 7 年間における地域連携の準備過程の軌跡を提示し、効率的運用に向けての今後の課題について報告する。

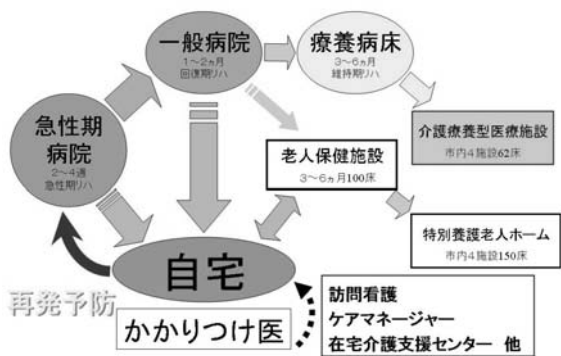


図 1: 2003 年 4 月時点での連携概念図

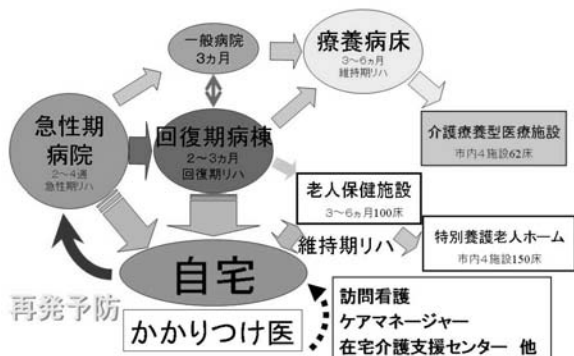


図 2: 2006 年 5 月時点での連携概念図

地域完結型の脳卒中看護をめざして —医療施設間での情報共有と看護職員人事交流の実際—

○高橋 高美

武蔵野赤十字病院 副院長・看護部長

宝田 忠子

武蔵野陽和会病院 看護部長

増子 はるみ

武蔵野赤十字病院 看護師長(脳卒中センター)

上妻 真弓

武蔵野陽和会病院 係長(回復期リハビリテーション病棟)

I 医療施設間での情報共有

脳卒中患者に対する地域完結型の医療を目指して、東京都北多摩南部二次医療圏では、2001年「北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会」を設立し、看護部門は「顔の見える連携」を標語に、「武蔵野市・三鷹市・小金井市 医療施設看護責任者の会」を発足した。この会では、自施設の機能と看護の現状についての情報交換や研修会を通して、お互いの現状を理解し相手の立場に立って様々な問題の解決に取り組んでいる。中でも「転院時の看護サマリー」は、送り手の伝えたい情報と受け手の必要な情報にズレがあることが判り、検討を重ねた結果「生活者として自立していくことを重視した地域共通の転院・在宅連絡用紙」を作成することが出来、現在も活用している。

II 看護職員人事交流の実際

この間地域の医療施設では地域連携を重視した構造改革が進み、武蔵野陽和会病院(以下Y病院)は回復期リハビリテーション病棟(以下回復期病棟)を新設するため、病棟管理のできる職員を求めていた。一方武蔵野赤十字病院(以下当院)は回復期病院の実際を知る看護職員が少なく、患者・家族が知りたい情報を適切に説明できない状況であった。

医療施設が変わっても一貫した看護を提供し続けるためには、救命救急医療を主体とする当院と回復期医療を主体とするY病院との連携は必須であるため、一定期間お互いの病院で働くことができるよう病院間で検討した。その結果2006年には人事交流が可能となり、当院から派遣した係長がY病院の回復期病棟運営を担当している。また17名の看護職員が回復期病棟で研修し、当院から転院する患者の情報を適切に提供できるようになった。一方Y病院からは中堅看護師が当院の救急外来に派遣され、脳卒中患者の搬送から初療時の看護に携わっている。また8名の看護職員が当院の脳卒中センターにて研修を行なっている。

脳卒中患者が住み慣れた地域の中で安心して療養できるよう、設置主体の違う病院間での看護師の人事交流を実現させた。今後もこうした取り組みを継続し地域の中で一貫した看護を保証し続けるよう努力したい。

脳卒中地域連携におけるMSWの連携 —急性期・回復期病院の立場から—

○横見 弥世衣、大川 真央、西本 聡美
武蔵野赤十字病院
石井 いほり、服部 健、入松川 清
武蔵野陽和会病院

日本では超高齢化社会に向けて患者を中心とした地域完結型の疾患別連携システムの整備が急務となっている。武蔵野赤十字病院・武蔵野陽和会病院の属する「北多摩南部二次保健医療圏」は回復期病床がなく、また維持期のリハビリを継続できる施設も不足していた。急性期病院の医師を中心とした「北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会」の活動により看護師・理学療法士・作業療法士などの派遣研修・先進事例の研修会などを行い人的・質的な向上を図ってきた。その結果、当圏域に新たに回復期リハビリテーション病棟・介護老人保健施設の開設がなされた。在院日数の更なる短縮を迫られる急性期病院、新しい機能分化を図る回復期病院、地域のリハビリテーション需要に応える介護保険施設など、をつなぐ連携のツールとして「脳卒中地域連携パス」を開発、作成中である。患者が生活圏域において治療経過からスムーズな次の療養のステージに移るため、日常業務として当たり前としていた相談援助業務のあり方を見直す作業となった。①パスに載せる項目について急性期病院の意識や文化の中での「概念・意味」回復期病院に「望まれる情報の質とはなにか」を協議した。その際双方の病院を行き来し、実際の面談室や病室を見ることにより、地域の社会資源としての病院の機能についての理解を深めた。また、②突然の発症から障害受容まで、長い経過をたどる患者・家族が理解するため、転院時にある「追い出され感・見捨てられた感」などの連携の阻害要因について話し合いを重ねた。地域連携を醸成する要因の一つはMSWの相談援助業務を「目に見える」「言葉に表す」ことである。「脳卒中地域連携パス」の作成過程はブラッシュアップを重ねることにより更にこの「目に見える」「言葉に表す」連携が深まることとなった。この取り組みについて報告する。

当院脳卒中センターの地域連携

○松本 由美、下斗米 友美、橋本 和己

杏林大学医学部附属病院脳卒中センター

【目的】

杏林大学医学部附属病院脳卒中センター（一般病棟 35 床）は、急性期脳卒中治療が必要な患者が一日平均 1.4 名入院する。次の急性期脳卒中治療が必要な患者の受け入れを行うためには、限られた病床を有効に稼働させることである。従って、転院先の確保は重要な課題の一つである。切れ目のない医療・看護サービスを提供するための「地域完結型」医療連携を目指し、当センターが実践している近隣の回復期リハビリテーション病院との「顔の見える関係作り（施設見学・情報交換）」の取り組みが、転院先の確保にどのような関連があるかを調査した。

【方法】

2006 年 5 月～2007 年 9 月に当センターに入院した患者の転帰及び転院先の病院機能別について調査した。また、同期間に回復期リハビリテーション病院に転院した患者の病院別転院患者数の割合を、施設見学・情報交換等の交流がある 7 病院と特に交流のないその他の 19 病院に分けて調査した。

【結果】

2006 年 5 月～2007 年 9 月に当センターに入院した患者の総数は 783 名（男性 496 名、女性 287 名）であり、自宅退院が 53%、転院が 32%、院内転科等が 15%であった。転院先の病院機能別では、回復期リハビリテーション病院が 60%、療養型病床が 17%、その他が 23%であり、回復期が最も多かった。この回復期病院へ転院した患者数の割合では、施設見学・情報交換など実際に連携を深めている 7 病院の A 病院が 37%、B 病院が 14%、C 病院が 8%、D 病院が 6%、E 病院 2%、F 病院 1%、G 病院が 2%であり、回復期病院へ転院した全患者の内 70%が交流のある 7 つの病院への転院であった。

【考察】

「顔の見える関係作り」は、今回の結果からも非常に重要であることが再認識できた。転院先が限定されてきていることから、今後は各施設との交流をより計画的に緻密に行っていくことが重要であると考えられた。

【結論】

回復期リハビリテーション病院との「顔の見える関係作り」の取り組みは、地域連携を実効あるものにするために重要である。

ポスターセッション

※本学術集会では、ポスターセッションの
質疑応答時間は設けておりません。

一般演題 P 1

特定集中治療室におけるクモ膜下出血クリッピング術 日めくりクリティカルパスの作成

○南 みゆき、小貫 美保、武田 法子、梅沢 武彦、久保 章

横須賀市立市民病院 特定集中治療室

当病院では、クモ膜下出血クリッピング術後の患者は特定集中治療室に入室する。そして2～4日間で、脳外科病棟に転棟するシステムをとっている。特定集中治療室は、一日1枚の手書きの指示表と、観察シートを使用していた。

クモ膜下出血に対するクリティカルパスの導入は症状改善の個人差などからバリエーションが多く発生するため難しいと言われている。本パスの特徴としてはまず、個人差が大きいことに対応できるように日めくりパスにした点である。2点目は現在行われている治療と患者の状態が一目でわかるように指示と観察シートを一体化した。3点目は指示にチェックを入れることで、コスト表にもなっていることである。日めくりパスを導入することで個人差に対応できるようなパスを作成したので報告する。

転倒・転落防止対策の評価（高齢者急性期病院の取り組み）

○宮本 やい子
東京都老人医療センター

当センターは平均年齢約 81 歳の高齢者急性期病院である。当院ではインシデント・アクシデントレポートの約 22%が転倒・転落である。このため、全入院時患者にアセスメントスコアシートを使用し、転倒・転落防止に取り組んで来た。平成 17 年度当院の調査では、日常生活行動が自立している患者に多く発生しているという結果がでた。この結果から、アセスメントスコアシートを見直し、危険因子のない患者への対策を含む基本的ケアプランを作成した。また患者自身による自己チェックや、転倒の事例等を入れたパンフレットで説明を強化した。今回、1 年後の実施状況及び効果について評価したので報告する。

研究目的 転倒・転落防止対策の実施状況の評価し対策強化につなげる。

研究方法 1 看護記録より実施状況調査

2 入院患者へのインタビューによる聞き取り調査

結果

540 名の看護記録を読み取った結果、98%が入院時アセスメントを行っていた。また、当院の基準である、入院後 3～4 日の患者再評価の実施状況は 61%であった。今回新たに作成したパンフレットを使用した患者説明は 87%実施出来ていた。

また、430 名の患者にインタビューした結果では、54%の患者が①履き物に気をつけるようになった ②行動時ナースコールをするようにした ③ゆっくり歩くように注意しているなど、転倒・転落しないよう注意していると答えていた。

考察

転倒・転落に関するレポート件数の減少していないが、有害事象につながるような事故を防止するために有用であると考え

食道癌手術後食の導入について

○小林 朋巳

東京都立駒込病院

目的 食道癌患者の多くは食事摂取量が低下し、低栄養状態になりやすい。また、食道癌術後には反回神経麻痺により嚥下障害が出現する。しかし、食道癌患者の栄養管理において、食事の基準が確立されていなかった。そのため誤嚥性肺炎をおこし入院が長期化するなどの問題があった。そこで、入院中に摂食機能訓練が効果的に出来るように食事基準「スワロウ食」の新設を検討した。

食事形態の検討 食道癌術後患者に提供される食事で提供してはいけないと思われる食品を挙げることから開始し、当院食事基準の「ライト食軟菜」をベースに検討し、水分、栄養不足については経腸栄養などで補うこととし、訓練食であることに重点を置き、且つ患者の食事に対する満足感を得られるような工夫をとり入れた。また、適当でない食品については栄養士と連絡をとりながら変更を繰り返し行った。

考察 在院日数の変化として、スワロウ食導入前 28.29 日、導入後 21.85 日と大幅に平均在院日数が減少している。このことから如何にして誤嚥性肺炎を起さず、患者の体力を維持し、早期の社会復帰を可能とするかが術後のポイントである。また、画一的になりがちな訓練食もライト食軟菜の加工であるため食事としての満足感が得られたと考える。

まとめ スワロウ食の導入により、術後の状況に応じた形態の食事提供ができ、誤嚥性肺炎の予防にも繋がった。退院前の栄養食事指導の実施により、患者の食事に対する精神的、肉体的な負担が軽減された。医療者側も電子カルテへのオーダーが容易になり、適切な食事が提供され、在院日数の短縮化が図られた。また、摂食機能療法の算定が可能となり収益増にも繋がった。多職種間で連携を取りながら継続的に患者の栄養状況の改善に関わって行くことの重要性を再認識した。

一般演題 P 4

患者相談窓口併設の「がん相談支援センター」の運営～事務局として～

○片岡 聖子、田面木 洋子

武蔵野赤十字病院 がん相談支援センター

<背景>

平成 18 年度に「地域がん診療連携拠点病院」の指定要件が見直され、「がん相談支援センター」の設置と専任者の配置が要件に加わった。

<当院の体制>

当院は平成 14 年に地域がん診療連携拠点病院の指定を受けた。

また、平成 15 年に「なんでも相談コーナー」を設置し、兼任で配置された看護副部長の協力を得ながら、主に事務職が運営・対応をしてきた。

平成 18 年 10 月に「がん相談支援センター」を開設したが、当院は事務職を専任者とし、患者サービス課が管轄する既存の「患者相談窓口（旧なんでも相談コーナー）」に併設した。また、医師・看護師・薬剤師・MSW・事務計 19 名からなる「がん相談支援センター連絡会（代表：副院長）」を組織し、「がん相談支援センター」だけでなく、「地域がん診療連携拠点病院」が行う診療以外の各業務を担当している。相談支援センターの専任者は拠点病院の事務局の役割も担っており、研修会の開催や行政との連絡窓口、各種調査への対応等を行っている。なお、患者サービス課長は医療連携課長を兼務しており、「がん相談支援センター」の地域連携に関する業務を円滑に行える。

<効果>

- (1) 「患者相談窓口」で培った相談支援・情報共有体制を、そのまま活用できた。事務職がトリアージと事務的な相談対応を行い、必要に応じて適切な専門職に引継ぐため、専門職は相談以外の業務に割く時間を確保できる。
- (2) 苦情、セカンド・オピニオン受付、カルテ開示等は、所管の「患者相談窓口」が即対応できる。「がん相談」の多くは「患者相談窓口」で対応している相談の範囲内である。
- (3) 「連絡会」の存在により他部署・多職種からの理解・協力が得られる。
- (4) 拠点病院の業務の窓口を一本化したことにより情報が集約される。

<今後の課題>

総合病院における効果的な患者相談・支援体制の確立を目指す。

「がん」だけでなく多様な疾患を持つ患者さんに、病院機能を損なわずに、迅速・適切な支援を提供するためには、以下の項目が重要である。

- (1) 分かりやすい場所にある、集約化された相談窓口
- (2) 的確なトリアージ・・・必ずしも専門職である必要はない
- (3) 既存の部門の活用と連携・・・相談窓口が問題を抱えるのではなく、通常業務に乗せる
- (4) 事務職を含めたチームでの対応・・・多部署・多職種からなるサポートスタッフの確保

一般演題 P 5

高齢者の在宅酸素療法地域連携クリニカルパス導入後の評価 —地域医療機関・患者にわかりやすいパスの工夫—

○御子柴 利江子、浅見 昌子、大柴 しのぶ
宮原 美穂、福澤 賀代子、高橋 英気
東京都老人医療センター

当センターは急性期の高齢者専門病院であり、地域医療機関との密接な連携に積極的に取り組んでいる。そのひとつとして、高齢者在宅酸素療法地域連携パス（以下連携 HОT パスとする）を作成し、その経緯を第7回の本学会で発表した。

その後、連携 HОT パスを使用して、入院から在宅への移行を5事例について実施した。導入を進めていく中で、地域医療機関と定期的な検討会を行い、運用にあたっての問題点や今後の課題について話し合った。地域医療機関からは、医師・訪問看護師・訪問理学療法士、病院からは、医師・在宅相談看護師・病棟看護師・地域連携事務局職員が参加した。

話し合いの中では、①入院中の経過が一目でわかるため、情報が正確に伝達され、在宅での指導につながる ②患者指導が一貫し、指導内容が標準化される ③指導が病院から地域へ継続されるため、患者や家族の安心感・満足感が得られる等のプラスの評価があがった。一方、①病院側が伝えたい内容が盛りだくさんで、パス用紙が細かくて見づらい ②評価のスケールがわかりにくく書きづらい ③パス用語がわからない ④患者指導項目が多い ⑤退院後バリエーションの考え方がわからない等の意見が聞かれた。

そこで、検討会で明らかになった問題点を踏まえ、連携 HОT パス関連用紙（パス実施記録・入退院診療計画書・患者療養日誌・患者用パンフレット）と、患者指導用マニュアルの見直しと修正を行った。これにより、更なる連携 HОT パスの拡充を図り地域連携医療の標準化へと発展につながるものとする。

高齢者医療においても、在院日数短縮化が進む一方で、在宅での医療継続がますます重要になってくる。そのためにも地域と病院が機能を分担し、患者に切れ目ない医療を提供する体制を整えることが必要である。今後は、連携 HОT パスの定期的な評価、新規地域連携パスの作成を進め、更に地域とのネットワークを広げていきたいと考える。

退院支援を必要とする患者への早期介入に向けた取り組み

○宗川 千恵子、磯田 礼子、大久保 由美子

N T T 東日本関東病院

新野 紀子

医療経済研究機構

はじめに：入院中の早い時期から退院後の生活を見通した医療と看護を提供することは患者や家族が安心して在宅移行できるための重要な取り組みであり、総合相談室は院内外と連携しながら退院支援に取り組んでいる部署である。

今回、相談室の取り組みを医療経済研究機構のモデル事業に協力し、提示された在宅ケア移行支援フローに沿って退院支援を展開した。そこで抽出された相談室介入ケースを分析した結果、今後の課題が明確になったので報告する。

調査期間は平成19年10月から12月10日。対象者は10月1日～31日までに10B、5A病棟に入院した全患者で検査目的で入院を除外した患者のうち相談室主導で退院支援を行い自宅退院した患者

方法：◆入院時から48時間以内に患者の状態を受け持ち看護師がスクリーニングし、相談室の介入が必要な対象者を抽出する。

◆約1週間後に、アセスメントを行い、相談室の介入が必要な対象者か否か看護長と検討する。

◆抽出した患者ごとに通常の退院支援を実施する。

◆抽出された患者について退院場所、ADL、医療処置内容、認知症の有無、家族構成、対応時間などについて分析する。

結果：研究対象者99人中、転院ケースは16人（16%）、自宅退院ケースは75人（76%）、入院中8人（8%）だった。転院した全ケースに相談室のSWが介入しており退院ケースでは75人中13人（18%）が相談室看護師主導で退院支援を実施していた。尚、詳細な分析は、研究発表当日公開する。

考察：相談室では数年前からスクリーニングシートを作成しハイリスクケースの早期介入に向けた取り組みを実施してきたが項目が多すぎて病棟看護師の負担感につながっていた。そのために浸透しない現状であったが今回の研究で退院支援の効果的な取り組みが示唆された。

一施設における PTCA 症例のコスト分析

○奥村 広之
アステラス製薬株式会社
池田 俊也
国際医療福祉大学薬学部

【目的】虚血性心疾患の増加に伴い経皮的冠動脈形成術（PTCA）の件数は年々増加している。PTCA 症例の患者属性、PTCA 関連特性、総入院費用を調査し、茅野らの PTCA 全国コストデータベースの結果と比較した。

【方法】調査契約を締結した A 病院（2000 年当時入院基本料 I 群 2）にて 2000/4/1～2001/3/31 間の PTCA 目的入院症例を対象とした。診療録、カテ記録、退院時要約、レセプトより、患者属性（性別、年齢、入院日数、診断名、併存症、病変枝数等）、PTCA 関連特性（カテ回数、使用デバイスの種類と本数等）、1 入院当りの総入院費を収集した。

【結果】解析対象は 186 例で、平均年齢は 64.5 歳、男女比は 77 : 23、平均入院日数は 12.5 日であった。AMI は全体の 34% を占め、多枝病変率は 52% であった。また、STENT、IVUS、IABP 使用率は各々 77、65、9% であった。総入院費の中央値は 193 万円、平均値は 224 万円であり、高額方向へ分布が広がっていた。AMI 症例は他に比べて入院日数、STENT 使用数、IABP の使用が有意に高く、総入院費も有意に高額であった。併存症別では高血圧併存例の総入院費が非併存例に比べて有意に高額であった。総入院費を目的変数とし、各項目を説明変数とした重回帰分析を変数減少法にて実施したところ、総入院費に寄与が高い項目は IABP 使用日数、入院日数、STENT 数、POBA 数であった。

【考察】今回の結果を茅野らの PTCA 全国コストデータベース（1995～1999 年登録症例）の結果と比較したところ、年齢、多枝病変率、AMI 症例率、IABP 使用率はほぼ同等で入院日数は約 1 週間減少していたにもかかわらず、総入院費はほぼ同額であった。一因として STENT、IVUS などのデバイスの使用が増加しており、その増加分が入院日数減少分を相殺したことが考えられた。

DPC データをマネジメントに活かす

○堀 宏治

株式会社メディカルアーキテックス

DPCデータを自院のマネジメントに活かすツールとして、弊社が開発した「girasol（ヒラソル）」は大変多くの病院に活用いただいています。

girasolは豊富なベンチマークデータを有すると共に、進化のスピードが特徴です。

経済性分析に加え、医療の質、P4Pシミュレート、DPC対応型クリティカルパス、外来分析などが標準機能として搭載されており、更にはコストマネジメント機能も追加されます。

これらの機能を、500病院以上のDPCデータを用いてご紹介すると共に、病院における新たなDPCデータ活用方法についてご提案いたします。

「クリティカルパスイメージチャート」

	99.2% 術前1日	術日	術後1日
診察		¥3,500 ■薬剤管理指	¥500 ■退院時服薬
投薬		¥2,780 クラビット点 ジクロード点 ネオシネジン	¥990 セフゾンカプ 調剤料(入院)
注射			
処置			
手術		¥137,600 ■水晶体再建 ヒーロン 1% パニマイシン	
検査		¥380 スリットM(前)	¥1,230 精密眼圧 スリットM(前)
画像			

日本医療マネジメント学会 からのお知らせ





日本医療マネジメント学会

Japan Society for Health Care Management
<http://jhm.umin.jp/index.html>

理事長挨拶



日本医療マネジメント学会が発足して11年目に入りました。一昨年法人化し、特定非営利活動法人日本医療マネジメント学会となり、その業務を引き継いでいます。学会としては医療の質の向上を求めてこれまで取り組んできたクリティカルパスをはじめ医療安全、医療連携、電子化等々、医療の現場における各種の課題の研究、提案を行って参りました。医療界は今後、さらに大きな転換を求められてくることが考えられます。医療に携わる私共がしっかりと現実をみつめ、将来を考えて取り組んでいくことが望まれます。

主な学会活動としては学術総会開催があります。第9回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 NTT東日本関東病院 院長 落合 慈之 先生）が2007年7月13日、14日の2日間にわたりグランドプリンスホテル新高輪 国際館パミールで開催されました。日本全国から医師、看護師、薬剤師等コメディカル、事務、管理者等多職種の多数参加の下にクリティカルパスを中心に、医療安全、医療連携、IT化、医療の質評価等広範な内容について熱心な発表が行われました。

第10回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 トヨタ記念病院 院長 稲垣 春夫 先生）は2008年6月20日、21日の2日間にわたって名古屋国際会議場での開催が計画され、成果が期待されます。詳細につきましては日本医療マネジメント学会雑誌第8巻3号、およびホームページをご覧ください。

また、地域連携クリティカルパス分科会、医療連携分科会、医療安全分科会、電子カルテ分科会をはじめとした各種分科会やセミナーの開催、学会雑誌の年4冊定期的発行、「クリティカルパス最近の進歩」シリーズ等学会編集による書籍や「医療安全」、「新・医療連携」等季刊誌の監修等活発な学会活動が展開されています。さらに地方会が各都道府県に設立され、学会活動が広く認知されてきました。

本学会の趣旨と活動にご賛同頂き、よりよい医療マネジメント手法の開発研究に携わる多くの方の参加をお待ちしております。

理事長 宮崎 久義

学会組織

- 理事會 会務を執行。
- 評議員會 学会の重要事項を審議。
- 総會 学会の最高議決機関で、学術総会時に開催。
- 委員會 広報委員會：学会活動を会員及び非会員へ提供。学会ホームページの運用。
 企画委員會：学会主催のセミナーなどの企画・開催、学会発行の書籍の企画・出版。
 学会雑誌編集委員會：学会雑誌の企画、発行。
 保険・医療制度対策委員會：学会活動で明らかになった諸問題に対し、関連機関へ働きかけ。
 医療の質検討委員會：患者中心の医療の質の評価手法、医療の質の向上・維持手法について検討。
 クリティカルパス情報交換委員會：クリティカルパスの開発普及および(財)医療情報システム開発センターと共同でクリティカルパス・ライブラリー (<http://epath.medis.or.jp>) を運営。
- 分科會等 電子化委員會：電子診療録に関する研究。
 原価計算委員會：原価計算に関する情報交換
 医療安全委員會：医療安全全般に係る情報の収集、分析、発信。
 地域医療委員會：地域の医療の在り方、地域医療支援病院に関する検討。
 個人情報保護委員會
 医療資材検討委員會
- 地方會 クリティカルパス実践セミナー、地域連携クリティカルパス分科会、医療連携分科会、医療安全分科会、電子カルテ分科会などの開催。
 各地域に地方会を設置し、地方会学術総会、研修会などの企画、運営。

入会申し込み

- 一般正會員 学会の主旨に賛同される個人
 年会費 医師 8,000円
 コメディカル・一般 6,000円
 主な特典 日本医療マネジメント学会雑誌（年間4冊出版）、News Letterの提供
- 賛助會員 学会の主旨に賛同される企業など
 年会費 100,000円
 主な特典 ・一般正会員1名と同等の特典
 ・学会雑誌等への賛助会員価格での広告掲載
 ・学会主催展示会で優先的に展示場割当
- 会計年度 本学会の会計年度は4月～3月です。
- 入会申し込み 所定の入会申込用紙（抄録集綴じ込み）に必要な事項をご記入の上、郵送またはFAXにてお申し込みください。
 本学会ホームページからも入会手続は可能ですのでご利用下さい。

学会事務局

〒862-0901
 熊本市東町4丁目11番1号
 国際保健医療交流センター内
 TEL:096(360)9099
 FAX:096(367)9001
 E-mail:kensyu@silver.ocn.ne.jp
<http://jhm.umin.jp/index.html>

© 2008.1.

設立の経緯

日本医療マネジメント学会は、1998年6月に発足したクリティカルパス研究会を基盤にして設立されました。クリティカルパス研究会は、クリティカルパスを中心とした医療マネジメントのノウハウやツールを研究・開発する目的で、有志の医療関係者が集まって活動していた研究会です。その活動は、1998年6月に第1回定例会を開催、1999年11月までに講演会等を含め14回開催されました。中でも1999年6月に開催した第1回クリティカルパス全国研究交流フォーラム（つくば市）では、約1,800名の参加者があり、医療マネジメントへの関心の高さを認識しました。これを契機に、クリティカルパスをはじめ医療連携の課題を取り上げ、研究活動の更なる拡大を目的に学会に移行することが決定され今日に至ります。

沿革

1998年6月	第1回クリティカルパス研究会 「医療経営とクリティカルパスの活用」	6月	第5回医療マネジメント学会学術総会 「医療改革としての医療マネジメント」 【6月13～14日 仙台国際センター 会長 山内 英生（国立仙台病院名誉院長）】
9月	第2回クリティカルパス研究会 「医療の質とクリティカルパスの活用」	第8回医療連携セミナー「地域医療支援病院の現状と課題」	書籍「クリティカルパス実践セミナーテキスト」発行
12月	第2回チーム医療研究グループ研究会 「クリティカルパスにおけるアウトカムの設定（2）」	7月	第10回クリティカルパス実践セミナー熊本、 第11回クリティカルパス実践セミナー東京
	第3回クリティカルパス研究会 「ディージェスマネジメントとEBMとクリティカルパス」	9月	第9回医療連携セミナー 「地域医療支援病院と外来分離—現状と課題—」、 第12回クリティカルパス実践セミナー福岡
1999年2月	第4回クリティカルパス研究会 「クリティカルパスと日本版DRG/PPSの実際」	10月	第13回クリティカルパス実践セミナー延路、 第1回「DPC対応型クリティカルパス」特別セミナー
4月	第5回クリティカルパス研究会 「米国病院視察報告と医療標準化のための薬剤投与 パターン標準化の試み」	11月	第4回リスクマネジメント・セミナー 「医療安全の新たな展開」
6月	第1回クリティカルパス全国研究交流フォーラム （第1回学術総会） 【6月5日 つくば国際会議場 会長 小関 道（筑波記念病院院長）】	2004年1月	第2回電子カルテセミナー 「電子カルテシステムの導入のノウハウ」、 書籍「地域医療支援病院と医療連携のありかた」発行
7月	第6回、第7回合同クリティカルパス研究会 「クリティカルパス第一世代から第二世代へ」	2月	第14回クリティカルパス実践セミナー熊本、 書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」韓国版 発行
9月	第8回クリティカルパス研究会 「クリティカルパスの適用・非適用の条件を探る」	4月	第15回クリティカルパス実践セミナー熊本
9月18日	医療マネジメント学会設立	6月	第6回医療マネジメント学会学術総会 「患者中心の医療を考える —クリティカルパスのより良い、より広い活用方法を求めて—」 【6月18～19日 サンポートホール高松 香川県民ホール 会長 原田 英雄（香川労災病院院長）】
11月	第9回クリティカルパス研究会 「高齢患者用クリティカルパスの作成と活用」	7月	書籍「クリティカルパス最近の進歩2004」発行、 書籍「電子カルテシステムの普及に向けて」発行
2000年3月～4月	学会設立記念セミナー全国7都市で開催	7月	第2回「DPC対応型クリティカルパス」特別セミナー、 雑誌「医療安全」創刊
5月	医療マネジメント学会ホームページ開設	8月	第16回クリティカルパス実践セミナー京都
6月	第2回医療マネジメント学会学術総会 「さらなる医療の質の向上をめざして —第2世代のクリティカルパス—」 【6月9日～10日 熊本県立劇場 会長 宮崎 久義（国立熊本病院院長）】	9月	第10回医療連携セミナー「地域医療支援病院と逆紹介」
7月	第1回医療連携セミナー「地域医療連携の実際」	10月	第17回クリティカルパス実践セミナー熊本、 書籍「研修医のためのクリティカルパス活用ガイド」発行
12月	第2回医療連携セミナー「地域医療連携の実際（2）」	11月	第5回リスクマネジメント・セミナー 「リスクマネジメントの新たな展開」
2001年5月	第3回医療連携セミナー 「大学附属病院、地域医療支援病院の地域との医療連携」	2005年1月	第3回電子カルテセミナー「DPC対応電子カルテシステム」
6月	第3回医療マネジメント学会学術総会 「21世紀の医療サービスを考える」 【6月8日～9日 パシフィコ横浜 会長 小林 寛伊（NTT東日本関東病院院長）】	2月	第18回クリティカルパス実践セミナー熊本
9月	第4回医療連携セミナー 「急性期病棟の外来と医療連携」	4月	第19回クリティカルパス実践セミナー熊本
10月	第1回リスクマネジメント・セミナー 「患者の安全確保をめざして」	6月	第7回医療マネジメント学会学術総会 「安全かつ優良最適な医療の提供を目指して」 【6月24～25日 福岡国際会議場 福岡サンパレス 会長 菊元 則（国立病院機構九州医療センター院長）】
12月	第5回医療連携セミナー 「急性期病棟の外来と医療連携（Ⅱ）」、 書籍「新たな医療連携の実践—その現状と方策—」発行	7月	雑誌「連携医療」創刊
2002年1月	クリティカルパスセミナー 「クリティカルパスの導入と展開」（京都）	9月	第20回クリティカルパス実践セミナー名古屋
3月	第6回医療連携セミナー「急性期病棟と外来分離」	10月	第11回医療連携セミナー「疾病別連携と連携クリティカルパス」、 書籍「臨床指標の実際」発行
5月	第2回リスクマネジメント・セミナー 「組織で取り組む医療安全」	10月	第3回「DPCとクリティカルパス」特別セミナー「DPCと病院マージナル」
6月	第4回医療マネジメント学会学術総会 「効率的で安心できる医療を実現するために」 【6月28～29日 京都府会館・京都市勤業館 会長 岡 隆宏（京都第一赤十字病院院長）】	11月	第6回リスクマネジメント・セミナー 「医療安全の課題とフレームワーク」
7月	書籍「急性期病棟のあり方と外来分離」発行	2006年1月	第4回電子カルテ分科会「医療情報システムの標準化と情報保護」
9月	第7回医療連携セミナー「疾病別連携」	2月	第21回クリティカルパス実践セミナー熊本
10月	第1回クリティカルパス実践セミナー熊本、 第2回クリティカルパス実践セミナー札幌	5月	地域連携クリティカルパス分科会
11月	第3回リスクマネジメント・セミナー 「リスクマネージャーの役割と分析方法論」	6月	第8回日本医療マネジメント学会学術総会 「医療の安全と質—医療・介護提供体制の改革をめざして—」 【6月16～17日 パシフィコ横浜 会長 高橋 俊毅（国立病院機構横浜医療センター院長）】
2003年1月	第1回電子カルテセミナー「電子カルテ導入を目指して」	9月	雑誌「イサイ」創刊
2月	第3回クリティカルパス実践セミナー熊本、 第4回クリティカルパス実践セミナー岡山、 書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」発行	10月	第22回クリティカルパス実践セミナー熊本
3月	第5回クリティカルパス実践セミナー横浜、 第6回クリティカルパス実践セミナー仙台、	11月	医療安全分科会「カルテレビューと安全ラウンドの実践」
4月	第7回クリティカルパス実践セミナー金沢	平成18年度	第2回クリティカルパス実践セミナー熊本
5月	第8回クリティカルパス実践セミナー大阪、 第9回クリティカルパス実践セミナー沖縄	平成19年度	第1回地域連携クリティカルパス分科会 「地域連携クリティカルパスの効果的活用を目指して」
		7月	第9回日本医療マネジメント学会学術総会 「医療のより良い提供体制とより良い利用方法を求めて —限りある医療資源を有効利用するために—」 【7月13～14日 グランドプリンスホテル新高輪 国際館パミール 会長 徳合 悠之（NTT東日本関東病院院長）】
		9月	平成19年度 第1回クリティカルパス実践セミナー熊本
		11月	平成19年度 第1回医療安全分科会「チームで取り組む医療安全」

学会の活動

- 学術総会の開催
- 日本医療マネジメント学会雑誌の発行（4冊/年）
- News Letterの発行
- 書籍発行
- クリティカルパス実践セミナー、地域連携クリティカルパス分科会、医療連携分科会、医療安全分科会、電子カルテ分科会などの開催
- 保健医療政策に対する関係機関への働きかけ
- 委員会の開催 ●地方会の開催

第10回日本医療マネジメント学会学術総会
2008年6月20日（金）～21日（土）
名古屋国際会議場
会長：稲垣 春夫
（トヨタ記念病院 院長）

日本医療マネジメント学会への入会のご案内（郵送またはFAXによる申込方法）

※ホームページからの入会方法は<http://jhm.umin.jp/index.html> を御覧ください。

入会申込（一般正会員及び賛助会員）：入会されますと退会の申し出があるまで自動継続になります。

◎**一般正会員** 学会の主旨に賛同される個人

年会費 **医師 8,000円**
コメディカル・一般 6,000円

主な特典 ・日本医療マネジメント学会雑誌（年間4冊出版）、News Letter 提供

- 手続き
- 1) 郵便局に備え付けてあります振込用紙に下記の口座番号、口座名義を記入します。更に通信欄に「学会入会希望」と記入して、年会費（医師 8,000円、コメディカル・一般 6,000円）をお振り込み下さい。
 - 2) 振込用紙にはご登録頂く連絡先（住所、施設、所属、名前、電話番号）をご記入下さい（自宅住所で登録したい方はその旨をお書き下さい）。
 - 3) 入金後、払込金受領証のコピーを下記入会申込書に貼付し、必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにて事務局までお送り下さい。

※ 会計年度は4月～3月です。この期間、いつ入会手続きをされても、その年度の入会扱いとなります。

※ 原則として入金された日が入会日となります。

◎**賛助会員** 学会の主旨に賛同される企業など

年会費 100,000円

- 主な特典
- ・一般正会員1名と同等の特典
 - ・学会雑誌等への賛助会員価格での広告掲載
 - ・学会主催展示会で優先的に展示場所割当

手続き 賛助会員のお申込は、別途所定の申込用紙がございますので事務局まで御連絡下さい。

学会入会振込先 **郵便振替**
口座番号： 01760・1・93275
口座名義： 日本医療マネジメント学会

----- きりとり線 -----

【日本医療マネジメント学会一般正会員入会申込書】（郵送またはFAXでのお申込）

日本医療マネジメント学会事務局 宛 〒862-0901 熊本市東町4-11-1 国際保健医療交流センター内
FAX 096-367-9001 TEL 096-360-9099 E-mail kensyu@silver.ccn.ne.jp

入会申込日	年 月 日		
会員種別	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> コメディカル・一般	(いずれかに✓)
ふりがな	性 別 (いずれかに✓)		
氏名	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
勤務機関	名称		
	所属		
	役職		
	職種 (いずれかに○)	1.医師 2.看護師 3.薬剤師 4.臨床検査技師 5.診療放射線技師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.臨床工学技士 10.管理栄養士 11.医療ソーシャルワーカー 12.診療情報管理士 13.事務 14.企業 15.その他()	
	所在地	〒	
	電話番号	FAX番号	
E-mail			
自宅	住所	〒	
	電話番号	FAX番号	
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅	(いずれかに✓) ※学会雑誌の送付先となります。
事務局 使用欄			受付印

ここに払込金受領証のコピーを貼付ください。



安全・安心・信頼の医療
 未来につづく地域医療連携

第10回 日本医療マネジメント学会学術総会

会期 2008年6月20日(金)・21日(土)

会場 名古屋国際会議場

会長 稲垣 春夫 (トヨタ記念病院 病院長)

<http://10jhm.jtbcom.co.jp>

参加登録

参加登録費：事前登録費8,000円(当日登録費10,000円)

事前登録締切日：2008年5月1日(木)

※郵便払込取扱票をご利用の上、郵便局からお振込みください。

演題申込

受付期間：2008年1月10日(木)

～2月21日(木) 午前11時

※一般演題・クリティカルパス展示を募集いたします。

参加登録と演題申込の両方についてはホームページをご確認ください。

事務局

トヨタ記念病院
 〒471-8613 愛知県豊田市平和町1-1
 TEL.0565-28-0100(代)
 FAX.0565-24-7170
 E-mail:ya-tmh@mell.toyota.co.jp

運営事務局

株式会社ジェイコム コンベンション事業本部
 〒530-0001
 大阪市北区梅田2-2-22 ハービスENT11階
 TEL.03-8348-1391(代) FAX.03-8458-4105
 E-mail:10jhm@jtbcom.co.jp

後援

愛知県医師会
 愛知県病院協会
 愛知県看護協会
 愛知県病院薬剤師会

広 告



医療材料の新たな市場を創造する

MSC ソリューションは、医療材料の最適化を図りながらコストを削減し、業務フロー全体の改善をします。

MSC

www.healthcaresolution.jp

MEDICAL SUPPLY CHAIN

医療材料マネジメント研究会主催 2008年度『病院経営支援セミナー』開催のご案内

3月1日 第1回 『DPC 制度と医療材料マネジメントを考える』

講師： 国際医療福祉大学大学院 教授 同大学三田病院 副院長 武藤 正樹先生
会場： ホテル仙台プラザ (地下鉄勾当台公園駅下車)

4月12日 第2回 『DPC 制度に対応する病院管理』(仮題)

講師： 名古屋大学医学部付属病院 医療経営管理部長 立川 幸治教授
会場： 京都東急ホテル (西本願寺北側)

5月31日 第3回 『医療制度改革と地域連携クリティカルパス ～医療材料の現状と将来～』(仮題)

講師： 国立病院機構熊本医療センター 統括診療部長 兼 整形外科部長 野村 一俊先生
会場： 博多都ホテル (JR 博多駅筑紫口正面)

お問い合わせ先： 医療材料マネジメント研究会 事務局 (ウィタンアソシエイツ株式会社内)

TEL(03)5228-0621 FAX(03)5228-0629 担当：西山・齋藤

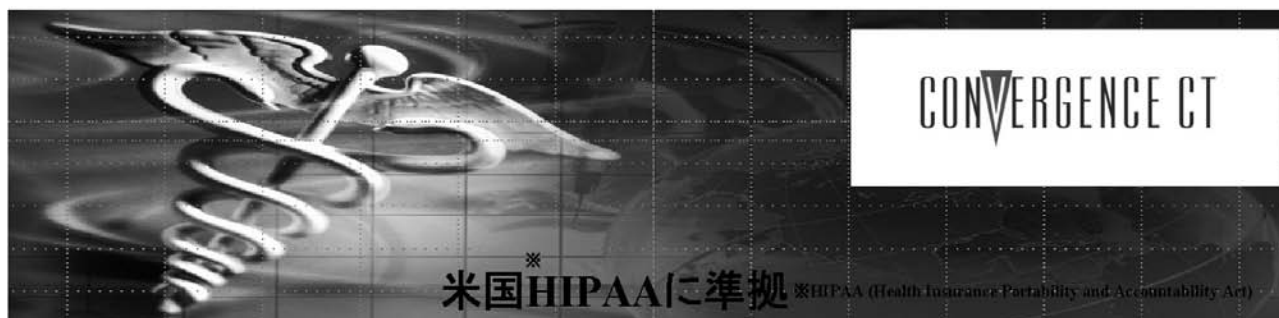
☆入場には、事前登録が必要となりますので、参加ご希望の方は、事務局までお問い合わせください。

☆お申込者様多数の場合、登録を制限させていただきますこと予めご了承ください。

☆本セミナーは、病院経営者様、医療機関関係者様向けのセミナーとなっており、一般の方のご入場はご遠慮いただいております。



協和医科器械株式会社 〒104-0031 東京都中央区京橋1丁目9-10フォレストタワー京橋4F
メディカルシステム事業部 Tel: 03-3562-9575 Fax: 03-3562-2717 info@healthcaresolution.jp



Convergence CT's Clinical Data Warehouse

膨大な患者データを収集・統合し、臨床評価指標の作成、臨床研究および治験の推進をサポートするソフトウェア・システム

今日、医療機関で医師・研究者が臨床研究や治験などのデータ分析をする際、また、経営者が医療機関の経営分析をする上で、データが十分に整っていない、存在するはずなのにDWH等に一元管理されていないことが大きなネックとなっています。

医療機関では、データ収集・統合の方法がまちまちであり、またデータへのアクセスが難しく、さらに個々のデータは各部門システム内に分散して保存されている状況です。

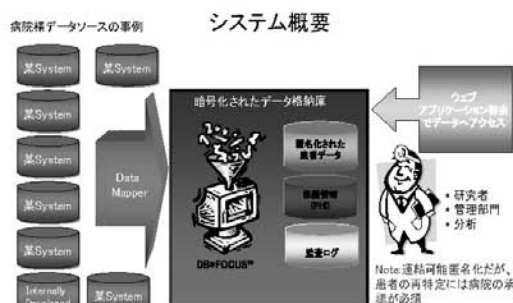
Convergence CTでは各種データの統合化と機密性を付与した、情報の多面的活用に向けたソリューションを提供します。

Convergence CT's Clinical Data Warehouse(CCT's CDW)は、医療機関の各処にあるデジタルデータを収集し、統合された診療データウェアハウスの構築を可能にします。CCT's CDWを使用することで、当該機関の経営者や臨床研究者等のユーザは様々な角度からデータを抽出することができ、多方面の用途に活用することが可能になります。

CCT's CDW を通じてデータは匿名化・暗号化され、近年厳しさを増しつつあるプライバシー・ルールを充たす情報として格納されます。このソフトウェアは単に臨床研究や治験対応のみならず、以下のように医療機関の経営者・医師の支援を可能にします。

- クリニカルインディケータの作成
- 患者の安全性やケア水準のチェック
- 医療動向分析の効率化
- 薬剤ほか医療資源使用の最適化
- コンプライアンスなど運営コストの圧縮

CCT's CDW により取り込まれたデータは、現状最も厳しい個人医療情報保護法であるアメリカのHIPAAに準拠した匿名化・暗号化処置を施される上、臨床研究者ほかユーザがデータを閲覧する場合、そのアクセスに関するログが全て記録され、事後監査が可能となります。ユーザがデータを自分のパソコンへダウンロードしても、患者の属性情報が洩れることはありません。



本 社: アメリカ合衆国ハワイ州ホノルル Bishop Street1132

日本法人: 〒100-6208 東京都千代田区丸の内1-11-1

パシフィック・センチュリー・プレイス丸の内8階

tel : 03-6860-8297 fax : 03-6860-8201

mail : info-j@convergencect.com (日本お問い合わせアドレス)

web : <http://www.convergencect.com> (英語サイト)

持続性アンジオテンシンII受容体拮抗剤

指定医薬品 処方せん医薬品^{注)}

薬価基準収載



**ブロプレス錠[®] 2.4
8.12**

(一般名:カンデサルタン シレキセチル錠) 注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

本剤の効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

[資料請求先]

 **武田薬品工業株式会社**

〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
<http://www.takeda.co.jp/>

注入針付溶解剤

処方せん医薬品* 薬価基準収載

大塚生食注2ポート
(生理食塩液)

OTSUKA NORMAL SALINE 2-PORT

*：注意—医師等の処方せんにより使用すること

注入針付溶解剤

処方せん医薬品* 薬価基準収載

大塚糖液5%2ポート
(ブドウ糖注射液)

OTSUKA GLUCOSE INJECTION 5% 2-PORT

*：注意—医師等の処方せんにより使用すること



◇効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



販売提携 **大塚製薬株式会社** 東京都千代田区神田司町2-9
製造販売元 株式会社 **大塚製薬工場** 徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

資料請求先
株式会社 **大塚製薬工場 学術部**
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-6 司町ビル3F

(07.07作成)

やさしい半固形タイプ
「PGソフト」。

高カロリー栄養食
テルミール®
PGソフト
ソフト
半固形タイプ

栄養機能食品(銅・亜鉛)
食生活は、主食、主菜、副菜を基本に食事のバランスを。

容量 (g) 267 200
エネルギー (kcal) 400 300
たんぱく質 (g) 16.0 12.0
脂質 (g) 8.8 6.6
炭水化物 (g) 64.2 48.2
水分 (g) 175 131

ヨーグルト味

使いやすいゼリータイプ
「PGウォーター」。

水分補給ゼリー
PGウォーター
ウォーター

容量 (g) 250 300
エネルギー (kcal) 25 200
たんぱく質 (g) 0 カルシウム (mg) 35
脂質 (g) 0 塩素 (mg) 500
炭水化物 (g) 6.3 水分 (g) 243

TERUMO® 販売者 テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 <http://www.terumo.co.jp/terumeal/>
 人にやさしい医療へ

©、TERUMO、テルミール、PG Soft、PGソフト、PG Water、PGウォーターは
 テルモ株式会社の登録商標です。

©テルモ株式会社 2007年8月

選択的アルドステロンブロッカー (SAB)
 指定医薬品, 処方せん医薬品^{※1} 高血圧症治療剤

セララ® 錠 25mg
50mg
100mg

エブレノン錠 薬価基準収載

注) 注意 — 医師等の処方せんにより使用すること

禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意につきましては製品添付文書をご覧ください。




新発売

ファイザー株式会社
 〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
 資料請求先: お客様相談室

作成: 2007年8月



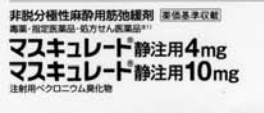
安心と信頼をカタチに。

富士製薬工業株式会社
 東京都千代田区紀尾井町3番19号
<http://www.fujipharma.jp/>

皆さまのニーズに応える確かな品質のジェネリック医薬品で、
 麻酔科領域の発展に貢献します。



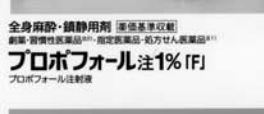
急性心不全治療剤 医薬品承認
 創薬・指定医薬品・処方せん医薬品**
ミルリノン注射液 10mg[F]
ミルリノン注射液 22.5mg[F]
 ミルリノン注射液



非脱分極性麻酔用筋弛緩剤 医薬品承認
 創薬・指定医薬品・処方せん医薬品**
マスキュレド 静注用 4mg
マスキュレド 静注用 10mg
 注射用ベクニコウム臭化物



急性循環不全改善剤 医薬品承認
 創薬・指定医薬品・処方せん医薬品**
ドブタミンH注射液
 ドブタミン塩酸塩注射液



全身麻酔・鎮静剤 医薬品承認
 創薬・指定医薬品・処方せん医薬品**
プロポフォル 注1%[F]
 プロポフォル注射液

副腎皮質ホルモンE₁製剤 医薬品承認
 創薬・指定医薬品・処方せん医薬品**
注射用アピスタンディン 500
 注射用アルプロスタジール アルファデクス



副腎皮質ホルモン製剤 医薬品承認
 指定医薬品・処方せん医薬品**
デキサード注射液
 デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム注射液

副腎皮質ホルモン製剤 医薬品承認
 指定医薬品・処方せん医薬品**
注射用ソル・メルコート 40
注射用ソル・メルコート 125
注射用ソル・メルコート 500
注射用ソル・メルコート 1,000
 注射用メチルプレドニソロンコハク酸エステルナトリウム

注1)：注意—医師等の処方せんにより使用すること
 注2)：注意—習慣性あり
 ■効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の
 注意につきましては添付文書をご参照ください。

感染予防 安全対策 経済性 のトータルソリューションを提案します。

バード I.C. シルバーフォーリトレイ
 〈バクテリガード シルバーコーティング・バード®親水性コーティング〉
【コンプライトケア™】
 ラウンド型採尿バッグと抗菌性素材で、安全をカタチに……。

針刺し予防に…
 ニードルレスサンプリングポート
BARD EZ-Lok 採用
 承認番号：20900BZY01024000

バード グローションカテーテル
 末梢挿入型中心静脈カテーテル
 Groshong Catheter for PICC

PICC
 (Peripherally Inserted Centralvenous Catheter)
 腕の末梢静脈から挿入する、安全な中心静脈カテーテルです。
 承認番号：20600BZY00578000

サイトライト5
 血管アクセス用超音波診断装置

ブラインドによる穿刺からより安全なリアルタイム超音波ガイド下穿刺へ

認証番号：219ADBZX00188000

●事前に必ず添付文書を読み使用上の注意等を守って正しくご使用下さい。

製造元 **BARD** 製造販売元 **株式会社 メディコン** 本社 大阪市中央区平野町2-5-8 ☎06 (6203) 654110
 (平野町センチュリービル1F) <http://www.medicon.co.jp>



医療福祉の多彩なエキスパートを育てる。

国際医療福祉大学

大学院 医療福祉学研究科

学生募集

- ★東京・大田原・小田原・熱海・福岡・大川の各キャンパスで学べます
- ★社会人に配慮したカリキュラムにより夕方以降にも多くの授業が履修可能

＜一般入試 社会人入試＞

- 募集専攻 保健医療学専攻(助産学分野を除く)・医療福祉経営専攻・臨床心理学専攻(いずれも修士課程)

2008年度出願受付は2月29日(金)[消印有効]までです。

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科

□修士課程 保健医療学専攻

- 看護学分野 ●助産学分野 ●理学療法学分野 ●作業療法学分野 ●言語聴覚分野 ●視機能療法学分野
- 福祉援助工学分野 ●リハビリテーション学分野 ●放射線・情報科学分野 ●生殖補助医療胚培養分野

医療福祉経営専攻

- 医療経営管理分野 ●診療情報アナリスト分野※ ●創薬育薬医療分野 ●がん薬物療法学分野※
- 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野※ ●医療福祉学分野 ●医療福祉ジャーナリズム分野

臨床心理学専攻

□博士課程 保健医療学専攻

- 看護学分野 ●理学療法学分野 ●作業療法学分野 ●言語聴覚分野 ●視機能療法学分野※ ●福祉援助工学分野
- リハビリテーション学分野 ●放射線・情報科学分野 ●医療福祉経営学分野 ●創薬育薬医療分野 ●医療福祉学分野
- 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野※ ●詳細は募集要項にてご確認ください。

※平成20年4月開設予定

●博士課程入試についてはお問い合わせください。

設置学部・学科

薬学部 ●薬学科 ★6年制

医療福祉学部 ●医療経営管理学科 ●医療福祉学科

保健医療学部 ●看護学科 ●理学療法学科 ●作業療法学科 ●言語聴覚学科

●視機能療法学科 ●放射線・情報科学科

小田原保健医療学部 ●看護学科 ●理学療法学科 ●作業療法学科

福岡リハビリテーション学部 ●理学療法学科 ●作業療法学科 ●言語聴覚学科

附属施設

国際医療福祉大学病院／国際医療福祉大学三田病院

国際医療福祉大学熱海病院

国際医療福祉大学クリニック(言語聴覚センター併設)

介護老人保健施設マロニエ苑／にしなすの総合在宅ケアセンター

関連臨床実習施設

山王病院／化学療法研究所附属病院

特別養護老人ホーム柘の実荘／国際医療福祉リハビリテーションセンター 他

募集要項請求・お問い合わせ

入試事務室

国際医療福祉大学 〒324-8501 栃木県大田原市北金丸2600-1

TEL.0287-24-3200 FAX. 0287-24-3199 URL:http://www.iuhw.ac.jp/

Medical Vision 脱メーカー宣言！ オープンなシステム環境へ！

シンプル&シームレス。 ワンストップ医療ソリューション。

お困りでは
ありませんか？



新しく電子カルテや部門システムを導入したい。でも…

今まで使い慣れた部門システムはもう使えなくなってしまうの？
システムが増えすぎて管理しきれなくなってしまうのでは……？
特定のメーカーに依存しているから本当に最適なシステムを自ら選べない！

部門システム間でデータのやり取りが出来れば業務が楽になる。でも…

業務の仕組みが複雑すぎて実現できない！
データの仕様が公開されていないから有効活用できない！
将来の地域連携を見越して今のうちから業界標準の技術を採用したい！

Medical Vision 医療情報システム が解決いたします！



JBCC 日本ビジネスコンピューター株式会社 医療ソリューション事業部

〒144-8721 東京都大田区蒲田5-37-1 ニッセイアロマスクエア15F URL: <http://www.jbcc.co.jp/>
電話: 03-5714-5300 FAX: 03-5714-5388 Mail: mv_info@jbcc.co.jp

吐しゃ物の安全な処理方法

吐しゃ物、血液体液、排泄物、その他の危険物の処理は素早く適確に行うための基準と方法が大切です。

1. 素手で処理しない
2. グローブをしていてもバイオハザードへの直接接触を避ける
3. スタンダードプリコーションを遵守する/グローブ・マスク・ゴーグル等の装着
4. 必ず定められた道具を使用する
5. 道具はひとまとめにし、常に定位置に保管する



<<処理方法>>

① 必要な道具を整える



アブゾーベントパウダー(448g)

¥3,990



ハイプロックススプレー(1L)

¥1,470



● アブゾーベントパウダー

吐しゃ物や血液等液状のものにふりかけるパウダー
水分を吸収しゼリー状になる為回収しやすい

● ダストパンセット

バイオハザード除去専用ホウキ & チリトリ

● ハイプロックススプレー

高レベル除菌クリーナー(加速化過酸化水素水)

● マイクロファイバークロス

超極細繊維で糸くずがでにくく清拭効果が高い

● チリトリ・ペーパータオル

● 使い捨てエプロン・ゴーグル・マスク・グローブ等



ダストパンセット ¥1,260



マイクロファイバークロス 32x32cm ¥357



② 吐しゃ物等にアブゾーベント
パウダーをふりかける

③ 固まったことを確認し専用の
道具で除去する

④ ハイプロックスをスプレーし
ペーパータオルでふきとる



床の場合 ゴミ袋付チリトリ・ホウキ

¥4,200



テーブル等の上 ダストパンセット

¥1,260

※ 清掃後のゴミ処理は正しく行って下さい

東 栄 部 品 株 式 会 社

本社 〒113-0021 東京都文京区本駒込 6丁目3番6号

TEL:(03)3946-8111 FAX:(03)3946-8116