

日本医療マネジメント学会

Japan Society for Health Care Management

第16回東京支部学術集会



メインテーマ：

地域包括ケア～多職種連携を問う～

会期：2016年（平成28年）3月12日（土）

会場：小金井 宮地楽器ホール（小金井市民交流センター）

〒184-0004 東京都小金井市本町6-14-45

電話：042-380-8077 Fax：042-380-8078

URL：<http://koganei-civic-center.jp/>

会長：上西 紀夫（公立昭和病院 企業長兼院長）

後援：公益社団法人 東京都医師会、一般社団法人8市医師会（清瀬市、西東京市、東久留米市、小平市、東村山市、東大和市、武蔵村山市、小金井市）

一般社団法人 北多摩医師会、公益社団法人 東京都看護協会、

公益社団法人 東京都薬剤師会、一般社団法人 東京都病院薬剤師会

事務局：公立昭和病院地域医療連携室内

〒187-8510 東京都小平市花小金井8-1-1

Tel 042-461-0052（代）内線 8860 Fax 042-461-0143

e-mail manage2016@showa-hp.jp

目 次

会長挨拶	3
交通案内図	4
会場案内図	4
参加者の皆様へのご案内・発表者へのご案内	6
日程表	9
プログラム	10
抄 録	17
日本医療マネジメント学会の入会案内と入会手続き	86
第 18 回日本医療マネジメント学会学術集会のご案内	90
協賛企業一覧	92
広 告	93



会 長 挨拶

このたび日本医療マネジメント学会第16回東京支部学術集会を、2016年3月12日（土）、小金井宮地楽器ホール（小金井市民交流センター）にて開催させていただくことになりました。

本学会は、医療の質の向上を求めクリニカルパスの研究から発展し、医療安全、地域医療連携、感染対策、診療情報管理、チーム医療、看護ケア、病院運営、医療者教育など広く医療全般のマネジメントに関わる話題について、医師、看護師、医療事務職員、薬剤師、臨床検査技師等広い分野の医療従事者が集い、より良い医療のマネジメントにより地域医療に貢献することを目的に研究発表、討論、意見交換を行う重要な学会です。

本学術集会では、昨今の医療医学の進歩、電子化、社会情勢の変化、高齢化などの医療情勢の変化に伴い重要な課題となってきた地域医療連携クリニカルパス、地域包括ケアなど関連分野についてご討議頂き、今後の医療マネジメントの可能性や将来性について考えることを目的に、「地域包括ケア～多職種の連携を問う～」をテーマとしてプログラムを組みました。

その内容としては、基調講演は厚労省中医協の入院医療の調査・評価分科会会長の武藤正樹先生（国際医療福祉大学教授）に、教育講演はわが国の外科手術のデータベースであるNCD（National Clinical Database）を立ち上げた宮田裕章先生（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授 / 東京大学医療品質評価学教授）に、特別講演は地域での在宅看取りを広範囲に展開されている井尾和雄先生（立川在宅ケアクリニック理事長）に、それぞれのお立場からのお話しをしていただくことにしました。

また、チーム医療そして医療安全の観点からパネルディスカッション「地域包括ケア時代に向けて～地域で取り組む感染対策について考える～」を、今後、院内のみならず在宅医療・介護における役割の重要性に注目したシンポジウム「看護師による特定行為の意義と今後の展望」を企画しました。

さらに、一般演題口演においては、司会に加えてコメンテーターにも参加をいただき、議論をより深めていただくことに致しました。

今回の学術集会が多くの方の皆様にとって、新たな知識の獲得と見識を深めるよい機会になることを願い、多数の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

日本医療マネジメント学会
第16回東京支部学術集会
会長：上西 紀夫
（公立昭和病院 企業長兼院長）

交通案内図

会場：小金井 宮地楽器ホール（小金井市民交流センター）

〒184-0004 東京都小金井市本町 6-14-45

電話：042-380-8077 Fax：042-380-8078 URL：http://koganei-civic-center.jp/



会場案内図

ホール地下1階



会場案内図

ホール1階



ホール3階



参加者の皆様へのご案内

1. 当日参加費

会員：3,000円 非会員：4,000円

※ 学生料金の設定はありません。

注) 事前登録をされた方は、事前割引料金が適用されています。尚事前登録者でも口座への入金確認ができなかった方は、当日料金となりますので、ご了承ください。

※ 入金確認のため、振込の控えを持参いただくと幸いです。

(事前登録会員：2,500円、事前登録非会員：3,500円)

2. 抄録集

抄録集代金は、参加費に含まれます。余分に購入希望の場合は、受付にて1冊1,000円で販売致します。数に限りがございますので、在庫切れの場合はご了承下さい。

3. 参加受付（公共の施設のため9:00開場です。ご注意ください。）

受付時間：9:15～16:30

会場：ホール 1階ロビー

* 参加費と引き換えに抄録集と名札（参加証）をお受け取りの上、名札（参加証）に各自で所属・氏名をご記入下さい。期間中会場に入場するには必ず着用下さい。

4. クローク（注：ウォームビズのためコート類のお預かりはございませんのでご了承下さい。）

受付時間：9:15～18:00

会場：ホール 1階ロビー

5. ランチョンセミナー

※ 整理券制ではありません。先着順でお弁当引換券を配布します。

時間：12:10～13:00

会場：ホール 3階大ホール

注) 大ホール内は飲食禁止のため、セミナー終了後、引換券をお持ちの方に1階ロビーにてお弁当を配布しますので、所定の場所にて、お食事をお取り下さい。

(1階・小ホール内、地下1階・市民ギャラリー、和室)

6. 企業展示

展示時間：9:15～16:45

会場：ホール 3階大ホール前ホワイエ

7. 東京支部幹事会

時間：12:15～12:45

会場：ホール 2階 楽屋4

8. 総会

時間：13:15～13:45

会場：ホール 3階大ホール

9. 第16回学術集会優秀演題賞（総会時表彰）

応募いただきました「一般演題（口演・ポスター）」の中から優秀な演題に対し、「第16回学術集会優秀演題賞」を総会の際に授与します。一般演題のご発表者は必ず総会にご出席下さい。

10. 録音機材・ビデオ・カメラの持ち込み

- 1) 講演および発表の録音、録画をご遠慮下さい。
- 2) ポスターを撮影する場合は、発表者の許可を得てからお願いします。
- 3) 学術集会事務局が記録のため会場内の写真撮影をする場合がございます。ご協力をお願いいたします。

11. 施設ご利用について

- 1) 飲食は、ホール3階ホワイエ、1階小ホール、地下1階市民ギャラリー、和室のみ可能です。そのほかの会場、スペースでの飲食をご遠慮下さい。
- 2) 館内は全て禁煙です。
- 3) 会場には、来場者用の駐車場はございませんので、近隣の駐車場（有料）をご利用下さい。

12. 単位申請について（単位申請受付にて参加証および認定シールを交付します。）

- 1) 日本医師会における生涯教育講座単位（5単位）
- 2) 日本薬剤師研修センターにおける研修認定薬剤師制度集合研修単位（4単位）
- 3) 日病薬病院薬学認定薬剤師制度（4単位）
※ 2)、3)については、いずれか一方の交付となります。
- 4) 日本医療情報学会における医療情報技師生涯研修単位（1単位）

記名された名札（参加証）をお持ちでない方の受付は致しかねますので、予めご了承下さい。

13. その他

- 1) 会場内での呼び出しは行いませんので、予めご了承下さい。
- 2) 会場内での携帯電話は電源を切るかマナーモードに設定など、ご配慮下さい。

発表者へのご案内

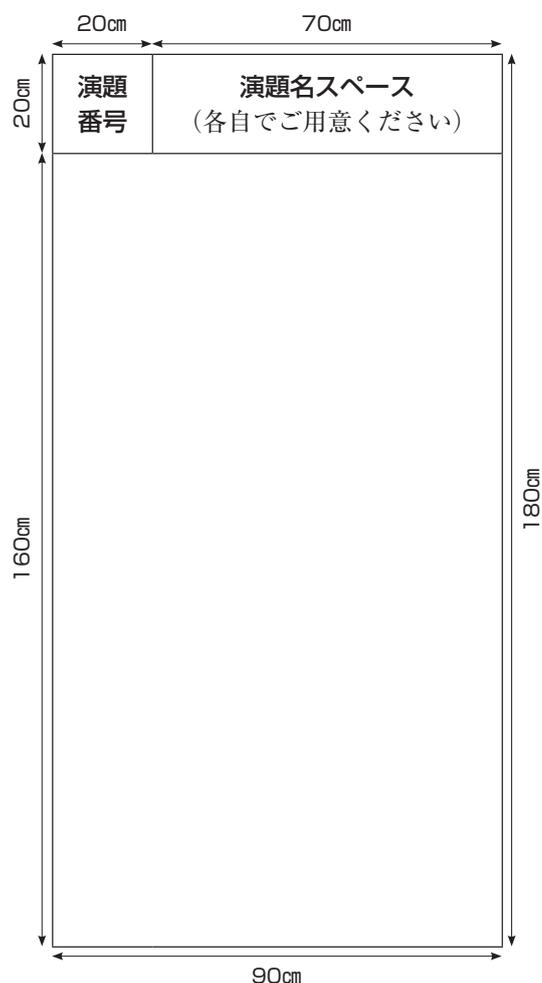
1. 一般演題（口演発表）演者の方へ

- 1) 口演でのご発表は、PC（Windows）のみでの発表となります。
- 2) 一般口演の発表時間は6分、討論時間は2分です。枚数の制限はありますが、発表時間を厳守下さい。
- 3) 発表方法・準備機材等について
 - ① 演者の方は、発表セッション開始の20分前までPC試写デスクにて演者受付並びに発表データの確認をお願い致します。ご自身の発表の10分前までに次演者席にお越し下さい。

- ② 発表データは CD-R か USB メモリーにてご用意下さい。
- ③ 当日会場に設置される PC の OS は Windows OS7 対応機種をご用意しております。
(Macintosh ご利用の方はパソコンをご持参頂ければご使用可能です。)
- ④ アプリケーションソフトは Microsoft Power Point (2007, 2010, 2013) をご利用頂きます。
- ⑤ ファイル名は、「セッション・演題番号・演者名」として下さい。
- ⑥ フォントは OS 標準のもののみご使用下さい。
- ⑦ 発表の際は、演台に設置しておりますキーボード・マウスを使用し、演者ご本人により操作をお願い致します。
- ⑧ データ持込、P C 持込何れの場合も、最新のウイルスチェックをして会場にご来場下さい。

2. 一般演題 (ポスター発表) 演者の方へ

- 1) ポスターの発表時間は 4 分、討論時間は 2 分です。発表時間を厳守下さい。
討論は座長の指示に従い下さい。
- 2) 発表方法
 - ① 演者の方は、参加受付後 10 時までに発表ポスターの掲示をお願い致します。
発表セッションの開始 10 分前までにご自身のポスター前で待機下さい。
ポスターの撤去は、16:45 ~ 17:15 分までに行ってください。時間までに撤去されないポスターは大会本部にて廃棄処分とさせていただきますので、予めご了承ください。
- 3) ポスターの作成要領
 - ① ポスター掲示用パネルは右図のようになります。
縦 180cm x 横 90cm のスペース内に、図表・写真・説明文などを配置下さい。
パネル上段左端の演題番号は、大会本部で準備致します。演題名・所属・発表者の表示は縦 20cm x 横 70cm の大きさで各自ご用意下さい。大判ポスターを使用する場合は、上記の内容が含まれていれば、演題名の紙の用意は不要です。
 - ② ポスター掲示用画鋏と指示棒はポスター受付にてお受け取り下さい。



日程表

時間	第1会場 3階 大ホール	第2会場 1階 小ホール	第3会場 3階 ホワイエ	第4会場 地下1階 市民ギャラリー
9:00				
9:30	9:40～ 開会の辞		9:20～10:00 ポスター掲示	9:20～10:00 ポスター掲示
10:00	9:45～10:30 基調講演 司会：平野 功（清瀬市医師会） 演者：武藤 正樹（国際医療福祉大学）			
10:30	10:30～12:00 パネルディスカッション 司会：小西 敏郎（東京医療保健大学） 小田 智三（公立昭和病院） パネリスト： 高山 義浩（沖縄県立中部病院） 木津 純子（慶應義塾大学） 篠原かおる（訪問看護ステーション青い空） 一ノ瀬直樹（公立昭和病院） 共催：第一三共株	10:30～11:15 一般演題：口演1「看護連携」 座長：川上 潤子 （日本赤十字社医療センター） コメンテーター：山元 友子 （(公財)東京都看護協会）		
11:00		11:15～12:00 一般演題：口演2「医療安全」 座長：阿部 和也 （多摩北部医療センター） コメンテーター：梅北 信孝 （東京都立墨東病院）		
11:30				
12:00				
12:30	12:10～13:00 ランチョンセミナー 司会：上西 紀夫（公立昭和病院） 演者：丸山 道生（田無病院） 共催：株式会社製薬工場、E.N.大塚		10:00～16:45 ポスター展示・閲覧	10:00～16:45 ポスター展示・閲覧
13:00		昼食会場		
13:30	13:15～13:45 支部総会・優秀演題賞表彰			
14:00	13:45～14:30 教育講演 司会：飯田 修平（練馬総合病院） 演者：宮田 裕章 （慶應義塾大学 / 東京大学）			
14:30	14:30～15:15 特別講演 司会：落合 慈之（東京医療保健大学） 演者：井尾 和雄 （立川在宅ケアクリニック）			
15:00				
15:30	15:20～16:10 一般演題：口演3「医療の質」 座長：村杉 雅秀（東京女子医科大学） コメンテーター：荒井 邦佳 （豊島病院）	15:20～16:50 シンポジウム 司会：有賀 徹 （昭和大学病院） シンポジスト： 岩澤 和子（厚生労働省 / 予定） 木澤 晃代（日本看護協会） 秋葉 悦子（富山大学） 新田 國男（医療法人社団つくし会） 共催：ニプロ株	15:20～16:00 一般演題：ポスター1「地域連携1」 座長：田中 良典 （武蔵野野十字病院）	15:20～16:00 一般演題：ポスター3「医療安全」 座長：瀬戸 僚馬 （東京医療保健大学）
16:00			16:00～16:40 一般演題：ポスター2「地域連携2」 座長：松元 俊（東京通信病院）	16:00～16:40 一般演題：ポスター4「医療の質」 座長：大高 弘敏（東大和病院）
16:30	16:10～17:00 一般演題：口演4「感染制御」 座長：三山 健司 （国立精神・神経医療研究センター病院） コメンテーター：池田 俊也 （国際医療福祉大学）			
17:00	17:00～17:50 一般演題：口演5「地域連携」 座長：稲田 進一 （蒲田クリニック） コメンテーター：山口 武兼 （豊島病院）	16:50～17:40 一般演題：口演6「チーム医療」 座長：津村 宏（東京医療保健大学） コメンテーター：大島 久二 （東京医療センター）	16:45～17:15 ポスター撤去	16:45～17:15 ポスター撤去
17:30				
18:00	17:50～ 閉会の辞			

3月12日(土) 第1会場(3階・大ホール)

9:45～10:30 基調講演

第1会場(3階・大ホール)

司会：平野 功(清瀬市医師会)

「2025年へのカウントダウン～地域医療構想と地域包括ケア～」

国際医療福祉大学大学院 武藤 正樹

10:30～12:00 パネルディスカッション

第1会場(3階・大ホール)

「地域包括ケア時代に向けて～地域で取り組む感染対策について考える～」

<講演>

司会：小田 智三(公立昭和病院感染症科)

PD-1 地域での感染対策の基本は標準予防策の徹底と適切な抗菌薬使用

慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 木津 純子

司会：小西 敏郎(東京医療保健大学)

PD-2 在宅ケアにおける感染対策の考え方

沖縄県立中部病院感染症内科 高山 義浩

<パネルディスカッション>

司会：小西 敏郎(東京医療保健大学)

小田 智三(公立昭和病院感染症科)

パネリスト

沖縄県立中部病院感染症内科 高山 義浩

慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 木津 純子

訪問看護ステーション青い空 訪問看護認定看護師 篠原かおる

公立昭和病院薬剤部 一ノ瀬直樹

共催：日本医療マネジメント学会東京支部第16回学術集会／第一三共株式会社

12:10～13:00 ランチョンセミナー

第1会場(3階・大ホール)

司会：上西 紀夫(公立昭和病院)

「病院食・術後食の国際比較 - 世界の病人は何を食べているのか? -」

田無病院 丸山 道生

共催：株式会社大塚製薬工場、E N大塚

※本セミナー会場では飲食の制限があるため、講演終了後に第2会場他にて食事をお取りいただく方式となりますので、ご注意下さい。1階第2会場前で、お弁当をお渡し致します。

13:15～13:45 支部総会・優秀演題賞表彰

第1会場(3階・大ホール)

13:45～14:30 教育講演 **第1会場（3階・大ホール）**
 司 会：飯田 修平（公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院）
 「地域包括ケアにおける保健医療の質の向上の課題と展望 -ビッグデータ時代におけるICT活用」
 慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学 / 東京大学大学院医学系研究科 医療品質評価学
 宮田 裕章

14:30～15:15 特別講演 **第1会場（3階・大ホール）**
 司 会：落合 慈之（東京医療保健大学）
 「都会における地域包括ケアシステムと在宅緩和ケア」
 立川在宅ケアクリニック 井尾 和雄

15:20～16:10 一般演題：口演3「医療の質」 **第1会場（3階・大ホール）**
 座 長：村杉 雅秀（東京女子医科大学）
 コメンテーター：荒井 邦佳（東京都保健医療公社 豊島病院）

- 3-1 全てのがん患者の"Quality of Lifeの改善"を目指したCancer Rehabilitation Candidate Recruitment システム～特にCyberKnife患者に注目して
 西山 卓志（新百合ヶ丘総合病院・リハビリテーション科）
- 3-2 演題取り下げ
- 3-3 Low-CostでHigh-QualityなHISへの展開
 佐藤 譲（榊原記念病院）
- 3-4 医療・看護必要度入力ヘルプツールの作成
 阿部 和也（東京都保健医療公社 多摩北部医療センター）
- 3-5 「分かりやすい要因分析」学習会への取り組み－メディカルセーフター分析を活用して－
 西山 貴子（東京都立神経病院）
- 3-6 病院給食（入院時食事療養）における個人対応の現状－大規模急性期病院の給食マネジメント－
 宮田 美里（東京医療保健大学）

16:10～17:00 一般演題：口演4「感染制御」 **第1会場（3階・大ホール）**
 座 長：三山 健司（国立精神・神経医療研究センター病院）
 コメンテーター：池田 俊也（国際医療福祉大学大学院）

- 4-1 「練馬総合病院 SSI 予防ガイドライン」作成の取り組み
 金内 幸子（東京都医療保健協会 練馬総合病院）

- 4-2 抗菌薬適正使用に向けた病棟薬剤師の取り組み
有川 朗子（久我山病院・薬剤部）
- 4-3 訪問看護における職業感染対策に関する実態調査報告
雨宮 良子（日野市立病院）
- 4-4 質評価指標を活用した抗菌薬適正使用の推進
佐瀬 裕子（東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター）
- 4-5 中小病院における抗 MRSA 薬使用届出制の在り方に関する一考察
石塚 博子（久我山病院・薬剤部）
- 4-6 B 型肝炎ウイルス再活性化対策における薬剤師の介入
石田 聖（東京都保健医療公社 豊島病院・薬剤科）

17:00～17:50 一般演題：口演5「地域連携」 第1会場（3階・大ホール）

座長：稲田 進一（蒲田クリニック）

コメンテーター：山口 武兼（東京都保健医療公社 豊島病院）

- 5-1 地域医療連携における取り組み～医療・介護・福祉施設との情報交換会を実施して～
小門 尚子（公立阿伎留医療センター）
- 5-2 行政単位を超えた連携推進を目的とした「在宅医療・緩和ケアカンファレンス」の取り組み
池田 登顕（在宅医療・緩和ケアカンファレンス）
- 5-3 地域基幹病院と学校・保育現場との新たな医療ネットワークの構築
～アナフィラキシー対応ホットラインの設立を通して～
大場 邦弘（公立昭和病院）
- 5-4 嚥下調整食コードを用いた地域連携の取り組み
佐川敬一郎（日本歯科大学大学院 生命歯学研究科臨床口腔機能学）
- 5-5 当院地域包括ケア病棟の現状
松本 徹也（緑成会病院・リハビリテーション部）
- 5-6 在宅療養へつなぐ退院支援と課題 ～退院後訪問を通して～
环 雪絵（東京労災病院・入退院支援センター）

17:50～ 閉会の辞 第1会場（3階・大ホール）

3月12日（土） 第2会場（1階・小ホール）

10:30～11:15

一般演題：口演1「看護連携」

第2会場（1階・小ホール）

座長：川上 潤子（日本赤十字社医療センター）

コメンテーター：山元 友子（（公財）東京都看護協会）

- 1-1 AI（Appreciative Inquiry）の看護管理への活用による評価
逢坂 範子（南台病院・看護部）
- 1-2 PNS 導入から2年目を迎えて
石川 美和（公立昭和病院・救命救急センター）
- 1-3 看看連携を目指した病棟看護師による訪問看護報告～療養者への満足度を調査して～
池 麻秩子（東京都立神経病院・看護科）
- 1-4 整形外科病棟看護師育成に向けた重症管理室への「院内留学」
北明 幸子（佐々総合病院・整形外科病棟）
- 1-5 当院の救急外来を受診する患者の傾向と救急外来看護師の教育支援の検討
五野井千夏（公立昭和病院・救命救急センター）

11:15～12:00

一般演題：口演2「医療安全」

第2会場（1階・小ホール）

座長：阿部 和也（多摩北部医療センター）

コメンテーター：梅北 信孝（東京都立墨東病院）

- 2-1 当院における人工呼吸器関連事故防止活動の効果と課題－I Aレポート分析結果より－
堀口 剛志（東京都立神経病院・看護科18A病棟）
- 2-2 WHO手術安全チェックリスト導入の効果
新倉 貴子（東京都保健医療公社 豊島病院・看護部手術室）
- 2-3 業務連絡（エマージェンシーコール）報告の分析
根本優美子（東京都保健医療公社 豊島病院・医療安全対策室）
- 2-4 多職種による転倒予防ラウンドについての取り組み報告
亀谷 武昭（東京都保健医療公社 豊島病院・看護部安全推進委員会）
- 2-5 当院回復期リハビリテーション病院におけるADL自立度チェックシートの取り組み
鍛冶 宏宣（小金井リハビリテーション病院・リハビリテーション科）

15:20～16:50 シンポジウム

第2会場（1階・小ホール）

司会：有賀 徹（昭和大学病院）

「看護師による特定行為の意義と今後の展望」

SS-1 特定行為に係る看護師の研修制度について

厚生労働省医政局看護課 岩澤 和子（予定）

SS-2 特定行為研修制度の効果的な活用と今後の展望

日本看護協会 看護研修学校 木澤 晃代

SS-3 看護師の特定行為の意義—イタリア看護学の視点から

富山大学経済学部経営法学科 秋葉 悦子

SS-4 地域医療における看護師による特定行為の役割と意義

全国在宅療養支援診療所連絡会 / 医療法人社団つくし会
新田 國男

共催：ニプロ株式会社

※ 本セッションには、茶菓とドリンクのサービスがございますので、セッションに参加の方は、会場入り口にて、資料と一緒にお受け取り下さい。

16:50～17:40 一般演題：口演6「チーム医療」

第2会場（1階・小ホール）

座長：津村 宏（東京医療保健大学）

コメンテーター：大島 久二（国立病院機構 東京医療センター）

6-1 退院支援計画書の作成率からみたソーシャルワーカー（SW）の病棟担当制の効果
石井 征輝（東京大学医学部附属病院・地域医療連携部）

6-2 職種間・部門間連携による退院支援の取組み—脳神経外科病棟をモデルケースとして—
森口はるな（東京大学医学部附属病院・地域医療連携部 SW）

6-3 病棟看護師による退院支援の実践に向けた課題
樽矢 裕子（東京都保健医療公社 多摩北部医療センター）

6-4 骨粗鬆症患者のQOL改善の一考察—整形外科クリニックにおける多職種協働の実際—
田邊 美香（今給黎整形外科クリニック）

6-5 放射線治療室における多職種連携の重要性
石川 亜希（東京都立墨東病院・看護部）

6-6 思考スキーム知識共有法における議論促進の改善
神山 資将（知識環境研究会）

3月12日（土）第3会場（3階・ホワイエ）

15:20～16:00 一般演題：ポスター1「地域連携1」 第3会場（3階・ホワイエ）

座長：田中 良典（武蔵野赤十字病院）

- P1-1 回復期リハビリテーション病院である当院の患者動向
神野 雄哉（小金井リハビリテーション病院・リハビリテーション科）
- P1-2 ケアマネージャー交流会開催報告 高度急性期医療を提供する病院の地域連携を考える
小池江利子（国立病院機構 東京医療センター）
- P1-3 ケアリンピック武蔵野 2015の開催の目的
藤澤 節子（薬局 ルンルンファーマシー）
- P1-4 転移性胸膜腫瘍による難治性気胸に対し両側胸腔ドレーン留置で在宅医療を継続した症例
稲島 司（東京大学医学部附属病院・地域医療連携部）
- P1-5 脳卒中により孫の養育が困難となった事例における意思決定支援
佐藤 浩二（国立病院機構 災害医療センター・地域医療連携室医療相談係）
- P1-6 共創的ターミナルケアの提案
神山 資将（知識環境研究会）

16:00～16:40 一般演題：ポスター2「地域連携2」 第3会場（3階・ホワイエ）

座長：松元 俊（東京通信病院）

- P2-1 当院における薬薬連携の取り組み
手塚 里美（久我山病院・薬剤部）
- P2-2 退院時の薬渡し忘れ防止の取り組み
中村 央子（東京都保健医療公社 豊島病院・看護部）
- P2-3 内服薬準備時の看護師の確認行為の実態調査
大内美智子（東京都保健医療公社 荏原病院）
- P2-4 当院におけるポリファーマシー対策
市地 智子（緑成会病院・薬剤部）
- P2-5 在宅医療における薬剤師職能啓発活動～多職種協働に向けて～
上原 健嗣（小平市薬剤師会）
- P2-6 抗がん剤曝露対策研修を看護師基礎研修に組み込んだ結果報告～安全な職場環境づくりを目指して～
小林 香織（東京都保健医療公社 豊島病院）

3月12日（土）第4会場（地下1階・市民ギャラリー）

15:20～16:00 一般演題：ポスター3「医療安全」 第4会場（地下1階・市民ギャラリー）

座長：瀬戸 僚馬（東京医療保健大学）

- P3-1 チームダイナミクスを取り入れた急変時対応の取り組み
原田 良子（東京都立墨東病院・手術室）
- P3-2 転倒転落アセスメントシートの検証
根本優美子（東京都保健医療公社 豊島病院・医療安全対策室）
- P3-3 安全点検チェックリストを使用した患者ラウンドの効果
横地 美玲（東京都保健医療公社 豊島病院・看護部）
- P3-4 栄養科における医療安全管理への取り組み
山本 淳子（東京都保健医療公社 多摩南部地域病院・栄養科）
- P3-5 転倒・転落防止への取り組み－転倒・転落インシデントレポートからの要因分析－
亀井 春美（東京都健康長寿医療センター・看護部）

16:00～16:40 一般演題：ポスター4「医療の質」 第4会場（地下1階・市民ギャラリー）

座長：大高 弘稔（東大和病院）

- P4-1 胃瘻造設・管理の体制再構築 - 嚥下内視鏡検査評価（VE）の導入 -
栗原 直人（東京都医療保健協会 練馬総合病院・NST 委員会）
- P4-2 当院における大腿骨近位部骨折パスの運用報告
谷崎 麻綾（小金井リハビリテーション病院・リハビリテーション科）
- P4-3 大腸切除術後患者指導においてパンフレットを用いて説明することの有効性
平沢 梨枝（東京都保健医療公社 豊島病院・3A 病棟）
- P4-4 緊急手術によってストーマ造設となった患者の各治療時期における心理的状況
青野 宏子（東京都保健医療公社 豊島病院）
- P4-5 主任看護師のコンピテンシー自己評価の試みに関する実態調査
－施設の傾向と評価者へのアンケート－
松浦 典子（公立福生病院）

抄 録

基調講演

教育講演

特別講演

パネルディスカッション

シンポジウム

ランチョンセミナー

基 調 講 演

「2025年へのカウントダウン～地域医療構想と地域包括ケア～」

国際医療福祉大学大学院 教授

武藤 正樹 (むとう まさき)

戦後最大の人口ボリュームを占める団塊の世代700万人が、すべて後期高齢者となるのが2025年、その2025年へ向けて医療と介護の提供体制も大きくかわらなくてはならない。その法制基盤である「医療介護一括法」も2014年6月に成立し、いよいよあとはその実施あるのみである。とくに医療介護一括法案の盛り込まれた地域医療構想や地域包括ケアシステムの実現が、各都道府県、市区町村の最大の政策課題となっている。

本講演では、地域医療構想と同時進行する診療報酬改定による病床機能分化、そして地域包括ケアシステムについて見ていこう。

////////////////////////////////////

<略歴>

1949年神奈川県川崎市生まれ。1974年新潟大学医学部卒業、1978年新潟大学大学院医科学研究科修了後、国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中1986年～1988年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学。1988年厚生省関東信越地方医務局指導課長。1990年国立療養所村松病院副院長。1994年国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長。1995年国立長野病院副院長。2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・国際医療福祉総合研究所長・同大学大学院教授、2013年4月より国際医療福祉大学大学院教授（医療経営管理分野責任者）、2014年4月参議院厚生労働委員会調査室客員調査員（兼務）。

<専門領域>

医療福祉政策、病院管理学等

<所属学会>

日本医療マネジメント学会副理事長、日本ジェネリック医薬品学会代表理事

<政府委員>

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

<著書>

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

「地域包括ケアにおける保健医療の質の向上の課題と展望 －ビッグデータ時代における ICT 活用」

慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学 / 東京大学大学院医学系研究科 医療品質評価学

宮田 裕章 (みやた ひろあき)

日本は医療・福祉を含む社会システムにおいて、大きな転換点を迎えています。かつて高度経済成長をもたらした「多数の労働人口で少数の高齢者層を支える」人口構成を前提とした社会保障制度を基礎に、世界トップランクに位置する長寿国となりました。しかし今後、世界でも経験のないスピードで高齢化が進み、さらに人口減少と産業成長の鈍化に伴い、社会システム自体が、従来の枠組みの延長線上でのマイナーチェンジだけでは、成立することが難しくなってくるでしょう。こうした課題への挑戦は、単にネガティブな側面ばかりではありません。例えば「団塊の世代」が医療・福祉を必要とする超高齢社会の初期段階においては、公的・私的を問わず多くの資金が医療福祉分野に投入されるため、雇用の創出、人々の暮らしを支える技術やシステムのイノベーションなど、次の日本を支える新しい活力を生む可能性があります。また先進国やアジア諸国も日本と同様の問題に直面することが予想されるため、日本の動向に大きな関心を寄せています。日本の課題は将来のグローバルな課題にもつながるため、日本が世界に先駆けて解決策を示す役割が期待されています。本発表では情報革命、ICT 革命、情報爆発、ビッグデータなど言葉を変えながら数十年にわたってイノベーションストリームを形成してきた ICT を軸に、人口減少社会における医療の課題解決について、現状と展望を紹介します。

////////////////////////////////////

<略歴>

2003年3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了（同分野 保健学博士（論文））
後、早稲田大学人間科学学術院助手、東京大学大学院医学系研究科 医療品質評価学講座助教を経て2009年4月より東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 准教授、2014年4月より同教授（2015年5月より非常勤）

2015年5月より慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授

社会科学方法論、医療政策、医療の質、政策評価、データベース

特別講演

「都会における地域包括ケアシステムと在宅緩和ケア」

立川在宅ケアクリニック 理事長

井尾 和雄 (いお かずお)

2000年2月に立川市に在宅ホスピスケア専門診療所を開業、2015年12月24日の時点で2685人を自宅、施設で看取ってきた。がん患者約85%、非がん患者約15%の割合である。当初は「在宅ホスピスケア、緩和ケア…なにそれ？」の時代で病院医療者も住民も困惑していた。介護保険の開始などで次第に訪問診療、訪問看護、訪問介護は定着してきた。しかし日本は超高齢化多死時代に投入し増え続ける年間総死亡への対応が急務となった。死因のトップは癌でその対応も重要課題となり、「在宅療養支援診療所」「がん対策基本法」「がん診療拠点病院」「緩和ケアチーム」などが次々に導入され緩和ケア、在宅緩和ケアの必要も謳われたが、がん患者の在宅看取り数は思ったほどは増えてはいない。日本の超高齢化多死時代を乗り切るにはための最後の手段として「地域包括ケアシステム」が構想され、それを後押しする法律も施行され2015年度から本格稼働し始めている。「地域包括ケアシステム」の真の目的は「在宅看取り」の普及である。在宅看取りにはがん患者と非がん患者の看取りがある。がん患者の看取りは短期間(半数は1か月未満)で「専門的緩和ケア&エンドオブライフケア」が24時間必要となる。非がん患者は慢性疾患、寝たきりへの看護・介護が主体で長期の介護の末の看取りになる。都会の在宅緩和ケアには特徴があり、普及のためには専門施設が求められる。都会の問題、解決法を考えたい。

////////////////////////////////////

<略歴>

1984年 帝京大学医学部卒業 1984年 帝京大学病院麻酔科入局
1987年 国立王子病院麻酔科勤務 1988年 帝京大学病院麻酔科勤務
1991年 井上レディスクリニック勤務
2000年 立川在宅ケアクリニックに名称変更、移転 現在に至る

<専門領域>

在宅緩和ケア、麻酔科、ペインクリニック

<所属学会>

日本麻酔学会、日本臨床麻酔学会、日本ペインクリニック学会、日本緩和医療学会、日本在宅医学会、
日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会、在宅ホスピス協会
日本死の臨床研究会、日本在宅医療研究会等

<資格>

日本麻酔学科会専門医、日本緩和医療学会暫定指導医、日本在宅医学会専門医

<著書>

「看る診る看取る」「後悔しない最期の時の迎え方」「幸せな最期」など

パネルディスカッションの狙い

「地域包括ケア時代に向けて ～地域で取り組む感染対策について考える～」

座 長：小西 敏郎（東京保健医療大学 副学長）
小田 智三（公立昭和病院感染症科 医長）
オーガナイザー：上西 紀夫（公立昭和病院 企業長兼院長）
及川 良子（公立昭和病院相談支援室）

共催：第一三共株式会社

開催趣旨

急性期病院では在院日数短縮化の流れから治療や医療処置を継続しながら転院や在宅医療に移行する患者が増加している。それに伴い、患者が抗菌薬耐性菌を医療機関から地域へと伝播させてしまうことが懸念されている。また、外来診療において広域スペクトラムの経口抗菌薬が安易に処方されることで抗菌薬耐性菌を生み出し、必要な時に有効な抗菌薬が使用できないという事態も生じつつある。

抗菌薬耐性菌検出患者に対して医療機関で手指衛生の啓発、個人防護具の使用方法、医療処置の手技等の指導を行っている。しかし、特別な感染対策が必要との理由で転院や訪問看護が断られるケースもあり、医療機関および職種間で感染対策に関する知識・理解などに違いがみられる。患者、家族のみならず、医療関係者への幅広い感染対策の教育普及も必要である。

このような現状を鑑みると、感染対策は今や医療機関から地域への一方的な押し付けではうまくいかない。各医療機関の役割に応じた感染対策を、個々に考え実践する取り組みが求められている。急速な高齢化により、患者の地域での流動性はますます高まりつつある。本パネルディスカッションでは、地域包括ケア時代を目前に控えたこの時期に、今一度、地域における現実的で実践可能な感染対策についてじっくり考えたい。

講演Ⅰ 地域での感染対策の基本は標準予防策の徹底と適切な抗菌薬使用

木津 純子（慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 教授）

講演Ⅱ 在宅ケアにおける感染対策の考え方

高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科 医長）

ディスカッション

- I 病院と在宅での手指衛生－実施の場面や方法に違いはありますか？－
- II 薬剤耐性菌検出患者の対応－入院中、転院時、在宅移行時など再検査は必要ですか？－
- II 広域スペクトラム抗菌薬の安易な処方－どのようにしたら改善できますか？－

パネリスト：高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科 医長）

木津 純子（慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 教授）

篠原かおる（訪問看護ステーション青い空 所長）

一ノ瀬直樹（公立昭和病院薬剤部 担当係長）

PD-1 「地域での感染対策の基本は標準予防策の
徹底と適切な抗菌薬使用」

慶應義塾大学 薬学部実務薬学講座

木津 純子 (きづ じゅんこ)

超高齢社会を迎える中、急性期病院から地域の医療施設への転院、在宅医療への移行が増え、地域での感染対策が重要になっている。感染を拡大しないためには、標準予防策の徹底が重要である。すなわち、全ての人は伝播する病原体を保有していると考え、血液・体液、喀痰、尿など湿性生体物質に触れた後、患者ケアの前後、手袋を外した後には手指衛生を行い、湿性生体物質に曝露する恐れのある場合には個人防護具を用いるなどの対応が必要である。しかしながら、在宅での日常的なケアの中で、どこまで遵守できるのだろうか。誰もが確実に行うことができる感染対策を具体化していく必要がある。一方、近年の耐性菌増加も大きな問題であり、その一因に地域医療施設での不適切な抗菌薬使用が考えられている。耐性菌の出現を抑制した効果的な抗菌薬の使用方法としては、まず、原因菌に効果のある抗菌薬を選択することが第一であるが、安易な広範囲スペクトラムのカルバペネム系薬やニューキノロン系薬の使用は避けるべきである。さらに、抗菌薬の特性に応じた用法・用量を選択することも重要で、効果をあげるには、投与回数を少なくし1回の投与量を最大化する抗菌薬と、投与回数を増やす抗菌薬がある。抗菌薬の特徴を捉えた用法・用量で、最大の効果を発揮し、最少の副作用で感染症を治療することが重要である。本パネルディスカッションでは、明日からの感染対策に役立つ情報を紹介したい。

////////////////////////////////////

<略歴>

- 1975年 3月 共立薬科大学卒業
- 1975年 4月 ビーチャム薬品株式会社入社
- 1977年 1月 東京大学医学部附属病院分院薬剤部
- 2000年 4月 共立薬科大学助教授
- 2002年 4月 共立薬科大学教授
- 2008年 4月 法人合併により慶應義塾大学薬学部教授（現在に至る）

<専門領域・分野>

医療薬学、感染制御

<所属学会>

日本環境感染学会理事、日本化学療法学会理事、日本医療マネジメント学会、日本医療薬学会など

<資格>

インフェクションコントロールドクター (ICD)、日本医療薬学会指導薬剤師など

PD-2 「在宅ケアにおける感染対策の考え方」

沖縄県立中部病院 感染症内科

高山 義浩 (たかやま よしひろ)

急速な高齢化とともに、経管栄養や気管切開、ストーマなどの医療的な管理を在宅で求められるケースが増えてきており、在宅ケアにおける感染対策の重要性も高まってきている。しかしながら、いまだ病院感染対策のガイドラインから流用せざるをえない状況であり、適当に対策を緩めつつ（多少罪悪感を覚えつつ）、現場で運用されているのが実態ではないだろうか？

孫が遊びに来て風邪をもらう。娘が作った手料理で下痢をする。そうしたことが起きるのが家庭である。どこまで許容するか、許容できるかは家庭ごとに異なるだろうが、リスクをある程度は引き受ける覚悟がなければ、在宅での療養は続けられない。そこを上手にくみ取って、病院レベルの感染対策を押し付けないよう、医療者サイドも心掛けるべきだ。

在宅ケアにおける感染対策は、いまだエビデンスも十分ではなく、すぐに活用できるようなガイドラインも存在しない。おそらく、世界で最先端ともいえる高齢社会を迎え、政策的にも在宅ケアへと誘導されつつある日本においてこそ、この問題についての答えを導いてゆかなければならないのだと思う。

本パネルディスカッションでは、感染症医であり、在宅緩和ケアも実践している演者の立場から、在宅ケアにおける感染対策について発言してみたい。なかなかエビデンスのない領域であり、「これでバッチリ」という話には落としにくいのだが、ひとつの実践事例として参考にしていただければと思う。



<略歴>

- 1995年 3月 東京大学医学部保健学科・卒業 2002年 3月 山口大学医学部医学科・卒業
- 2002年 5月 国立病院九州医療センター内科 2003年 5月 九州大学附属病院第三内科
- 2004年 5月 J A長野厚生連佐久総合病院総合診療科
- 2008年 4月 厚生労働省健康局結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室室長補佐
- 2010年 10月 沖縄県立中部病院感染症内科 2014年 4月 厚生労働省医政局地域医療計画課課長補佐
- 2015年 4月 沖縄県立中部病院感染症内科医長群馬大学医学部非常勤講師
神戸大学医学部非常勤講師、日本医師会総合政策研究機構非常勤研究員
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科新興感染症病態制御学系博士課程

主な著書

- 『アジアスケッチ ～目撃される文明・宗教・民族』（白馬社）
- 『ホホワイトボックス ～病院医療の現場から』（産経新聞出版）
- 『新型インフルエンザ対策実践ガイド』（共著・メヂカルビュー社）
- 『臨床に直結する感染症診療のエビデンス』（共著・文光堂）
- 『保健・医療従事者が被災者と自分を守るためのポイント集』（共著・中外医学社）
- 『大規模災害時医療』（共著・中山書店）

シンポジウム「看護師による特定行為の意義と今後の展望」

SS-1 「特定行為に係る看護師の研修制度について」

厚生労働省医政局看護課

岩澤 和子 (いわさわ かずこ)

2025年に向けた地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革では、地域での効率的で質の高い医療の確保と地域包括ケアシステムの構築をもってサービスの充実が図られようとしている。サービス充実の基盤整備の一環として、チーム医療推進の観点から特定行為にかかる看護師の研修（保健師助産師看護師法）が制度化された。

看護師はあらゆる医療現場で、診療・治療等に関連する業務から療養生活の支援まで幅広い業務を担い得るため、「チーム医療のキーパーソン」としても期待が寄せられている。昨年10月に施行された特定行為研修制度は、今後の在宅医療等を支えていくために、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たず、手順書によって一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を計画的に養成確保していくことを目的として創設されたものである。

厚生労働省では、2025年までに10万人以上の看護師が研修を修了し、病院の急性期、回復期、慢性期病棟、訪問看護や介護施設など様々な場で活躍いただきたいと期待している。チーム医療推進の観点から医師と看護師の役割分担をどのように考えるかなど診療部と看護部間で検討の必要があるが、患者のために何ができるか、もっとできるか、そのために必要な準備として研修を捉えていただきたい。現場の必要から生まれた特定行為研修制度が、各現場にチーム医療の更なる推進の契機となることを願っている。

////////////////////
<略歴>

1977年 大阪大学医療技術短期大学部 卒業 1980年 聖路加看護大学衛生看護学部 卒業
1984年 聖路加看護大学大学院看護学研究科（修士課程）修了
三井記念病院、虎の門病院、聖路加看護大学、神奈川県藤沢市勤務を経て、
1990年 厚生省入省（国立公衆衛生院公衆衛生看護学部）
1994年 児童家庭局母子保健課 母子保健指導専門官
1998年 保険局医療課 看護医療専門官 1999年 // 課長補佐
2003年 医政局看護課 課長補佐 2007年 福岡県久留米市健康福祉部 健康医療担当次長、
2008年 福岡県久留米市健康福祉部 保健監
2009年 厚生労働省医政局看護課 看護研修研究センター所長
2010年 // 看護サービス推進室長
2011年 // 看護課長

◇所属学会

日本看護科学学会、日本助産学会

SS-2 「特定行為研修制度の効果的な活用と今後の展望」

日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 救急看護学科

木澤 晃代 (きざわ あきよ)

H27年10月より、看護師の特定行為に係る研修制度がはじまりました。

特定行為研修では、看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るために必要な教育が実施されています。共通科目として、臨床病態生理学、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、疾病・臨床病態概論、医療安全学、特定行為実践などがあり、特定行為研修の基盤となっています。医学的知識を有した看護師は、患者の状態を的確に判断し、タイムリーに対応できる能力が期待されています。また、これからの高齢社会では、疾病が複雑化した患者の回復過程においても、患者の身近にいる看護師が安全に十分に配慮し、高度な実践を行うことが非常に重要だと言えます。今回は、特定行為研修の内容をご紹介します、特定行為研修制度の効果的な活用と今後の展望について述べます。



<略歴>

- 1993年 河北総合病院看護専門学校卒
- 1993年 河北総合病院
- 1997年 筑波メディカルセンター病院
- 2003年 日本看護協会 看護研修学校 救急看護認定看護師教育課程修了
- 2008年 東京女子医科大学大学院 看護学研究科 博士前期課程
クリティカルケア看護学 修了
- 2010年 特定看護師（仮称）養成調査施行事業研修 修了
- 2012年 富山大学大学院 医学薬学教育学部（博士課程）生命・臨床医学専攻 危機管理医学
- 2014年 現職

<資格等>

- 救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師、日本救急看護学会 評議員
- 日本救急医学会関東地方会 幹事、日本臨床救急医学会 評議員
- 日本クリティカルケア看護学会 会員、日本医療システム学会 会員

SS-3 「看護師の特定行為の意義—イタリア看護学の視点から」

富山大学経済学部経営法学科

秋葉 悦子 (あきば えつこ)

多くの欧州大陸諸国と同様、イタリアでも看護職は医専門職の補助として位置づけられていたが、70年代に始まった専門職化への歩みは96年の大学教育制度改革以降急加速し、最終的に2006年の法律によって看護専門職は他の21の保健専門職とともに、医専門職と対等の自律的専門職の地位を確立した。今日ではイタリアの保健医療組織内に階層構造は存在しない。看護支援活動は端的に「ケアすること」と定義される。それは「全体として部分の総計とは異なる結果をもたらすことであり、心理学的、社会学的、精神的、道徳的、身体生物学的、社会的、経済的等々の、関係の脈絡と結びついた個別的諸側面の統合において、誰かの側にいること」である。最近の看護学研究によれば、看護職のパラダイムは全体性（客観的）、同時性（主観的）の2つであり、両者の混合である「危機」のパラダイムも注目されている。

看護教育課程修了者には国家保健管理職への道も開かれ、大学では組織マネジメントと危機領域のマスターコースが人気を博している。高齢化と健康概念の相対化による医療資源の不足はイタリアでも深刻であり、看護職は組織の不備をカバーすることも求められるが、不備をカバーすることのできる自らの専門職性を見極め、マネジメント能力を発揮してシステム全体の質的向上を図ること（TQM）、具体的には必要な補助スタッフを割り出してその教育に携わること等も期待されている。

////////////////////////////////////

<略歴>

- 1991年3月 上智大学大学院法学研究科博士後期課程修了。
- 1991年4月 上智大学法学部助手
- 1992年4月 国立精神神経センター・精神保健研究所研究員
- 1993年12月 富山大学経済学部経営法学科専任講師
- 1995年12月 同助教授
- 2005年12月 同教授

<専門領域・分野>

刑事法、医事法、生命倫理学

<所属学会>

日本刑法学会、日本医事法学会、法と精神医療学会、日本生命倫理学会、日本臨床倫理学会、教皇庁立生命アカデミー

SS-4 「地域医療における看護師による特定行為の役割と意義」

全国在宅療養支援診療所連絡会会長 / 医療法人社団つくし会

新田 國夫 (にった くにお)

健康時における生活習慣予防、糖尿病対策、健康から虚弱への移行時の予防重視システムにおける活動は今回の特定行為には入り込めていない。なぜならば、今回の特定行為は極めて技術的な行為である。高齢社会において疾病を生活障害と捉えることが重要であり、その意味で今回の特定行為の意味は特定疾患に準ずるものであり、従来の臓器医療からの枠を出ていない。地域における医療、介護の総合確保を推進するためといいながら、臓器に密着した発想の延長線上にて議論が行われ他に過ぎない。しかしながら、特定行為の枠の中で更なる看護の役割を増すに違いない。在宅療養が必要になる患者は、虚弱に伴う経過の中で、外来通院が不可能になる場合、あるいは急性変化の中で入院医療を必要とし、在宅復帰が可能となった場合がある。訪問看護が求められるのは病的状態の中で生活を支えるために必要な医療知識を持ち、あるいは人生の最終時においてその人を支える倫理観、生命観を持つことができた看護師が必要とされる。そのうえで特定行為が必要となる。訪問看護師は看護師の職の形態すぎない。病棟看護師が訪問看護、あるいは逆もあり得ることであるが、特定行為が可能なのは認定看護師が求められるものと違う。研修課程において414時間の体制が組まれることから、対象者が大病院、あるいは大学院の学生等が可能となることが予想される。現在、地域で活躍する看護師がこの研修制度に時間を割くことはとても困難であり、工夫が必要である。そうでなければ、本来の特定行為の意義は半減することになる。

////////////////////////////////////

<略歴>

- 1967 早稲田大学第一商学部卒業
- 1979 帝京大学医学部卒業
帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て
- 1990 東京都国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始
- 1992 医療法人社団つくし会設立 理事長に就任し現在に至る

<専門領域・分野>

外科、消化器内科、整形外科、循環器内科、リハビリ課

<所属学会>

日本外科学会、日本消化器病学会、日本救急医学会、日本消化器内視鏡学会

<資格>

認知症サポート医、産業医

「病院食・術後食の国際比較ー世界の病人は何を食べているのか?ー」

医療法人財団緑秀会 田無病院

丸山 道生 (まるやま みちお)

私の研究以前は、病院食や術後食、病人が食するものの国際比較はいっさい見当たらない。私は15年以上にわたり徹底したフィールドワークで世界各地の病院食・術後食を検討してきた。現在、世界の約30カ国、50都市、80施設を訪問した。

本邦では、従来より、流動食の重湯から始まり、徐々に粥の水分が減り、米粒の割合が高くなっていくという、きめ細やかな術後食のシステムを踏襲してきた。重湯、3分、5分、7分、全粥、常食の6ステップがもっとも一般的ではある。世界では4段階（アメリカ、オーストリアなど）が多く、3段階（韓国など）や5段階以上（台湾など）もあり、日本は最もステップ数の多い国である。術後食に分粥があるのはアジアでも日本だけである。

最も重症な人が食べる流動食は非常に興味深い研究対象である。私の検討から、世界の流動食にはブロス、ブイヨンの「西洋肉湯文化圏」と、穀物を煮た煮汁の「東洋穀物湯文化圏」が存在することがわかった。さらに「東洋穀物湯文化圏」は使用される穀物により3つに分かれ、北（韓国、中国の北部）はアワ、中間（日本、中国南部、東南アジア）はコメ、南（インド）はオオムギの流動食が伝統的に使われている。

世界の状況を踏まえ、今後の本邦術後食は、日本の食文化に根ざした「早期経口栄養」と患者個々の状態に合わせた「個人対応」を目指すべきと考えている。

////////////////////
<略歴>

1980年 東京医科歯科大学医学部卒業	1980-1983 東京医科歯科大学第一外科研修医
1983-1988 東京都立駒込病院病理科、外科医員	1988-1990 東京医科歯科大学第一外科医員
1990-1992 Research Fellow, Department of Surgery, University California, San Diego, School of Medicine,	
1992-1993 東京医科歯科大学第一外科助手	1993- 東京都立大久保病院外科医長
2004- 東京都職員共済組合青山病院外科部長	2005- 東京都保健医療公社大久保病院外科部長
2014- 現職	

<所属学会>

日本外科学会、日本消化器外科学会、日本静脈経腸栄養学会、日本外科代謝栄養学会、日本病態栄養学会、日本在宅医療学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床外科学会、日本胃癌学会、日本在宅静脈経腸栄養研究会、日本栄養材形状機能研究会、日本サルコペニア・悪液質・消耗性疾患研究会、PEGドクターズネットワーク、MeT3（メットキューブ）NST研究会、東京TNT研究会

<受賞等>

1995年 都衛生局小山賞 1997年 新宿医学会賞
2001年 第1回日本胃癌学会賞（西メモリアルアワード）
2013年 第15回アジア静脈経腸栄養学会最優秀賞

抄 録

一般演題（口演）

一般演題（ポスター）

AI (Appreciative Inquiry) の看護管理への活用による評価

○逢坂 範子¹⁾

¹⁾ 南台病院看護部

長年にわたり培われてきた業務中心の組織体質を改善するため、M 病院看護部の事例を用いて対話型組織開発の手法である AI (Appreciative Inquiry、以下 AI) を活用し、理念を日常業務の中で実践していくための行動基準の作成に取り組んだ。そのプロセスを通して理念浸透度と職務満足度の視点から AI の実施によりもたらされる効果およびその要因について明らかにすることを目的とした。

AI の実施前、実施直後、実施 1 年後に行ったアンケート調査から得られたデータを分散分析、相関分析を用いて分析した。その結果、全体では理念浸透度、職務満足度ともに変化は認められなかったが、介護療養病棟において職場の雰囲気、適正な評価、能力開発、安全への配慮、私生活への配慮の 5 項目に有意な平均値の上昇が認められた。また、当該病棟においては、仕事のやりがいに対する相関項目にも変化がみられ、AI 実施前には適正な評価のみであったものが実施 1 年後には職場としての推奨意向や自己利用の意向、病院としての推奨意向等との間に中等度の相関が認められた。以上から、AI のプロセスそのものがグループワークを介して内省を促すとともに、上司や同僚との前向きな関係性を育成し、組織の一員として共通の目標に対する共同と変化を強化したものと考えられた。

今後は、保健医療分野における AI の実践事例を蓄積し、その効果や持続性について検証していくことが必要である。

PNS 導入から 2 年目を迎えて

○石川 美和¹⁾、高橋 和夫¹⁾、山本 由美¹⁾

¹⁾ 公立昭和病院 救命救急センター 救急病棟

当病棟では PNS が導入され 2 年が経過しようとしている。導入目的は、「スタッフ間のコミュニケーション能力の向上」「技術力・アセスメント能力の向上」「インシデント件数の減少」「定着」であった。1 年目は教育・医療安全チームを設け、看護展開・看護の質の向上を目的とした「個々の成長」を目指し、2 年目へと突入した。その経過を報告する。

教育チームでは、看護記録の監査を行うことで看護展開における記録の不備を発見することができた。医療安全チームでは、抑制調査・記録の監査（行動制限の記録を参考）を行った。その結果、ご家族への配慮や説明が有効となり看護ケアが明確化されている。また、アンケート結果や個々の意見から、話し合いを行い、業務改善を行っている。以上のように、病棟をスタッフ全体で作り出せる環境へと変化してきている。ハーシーとブランチャードは、「リーダーシップ」について「与えられた状況で目標達成のために個人・集団に影響を及ぼすプロセス」と定義している。現状の中で、いかに業務を簡易にし、看護の質を向上させることができるか、個々が考えるようになり、発信し、全体で考えていける環境になってきているということは、各個人の成長に繋がっているのではないかと考えることができる。PNS という看護体制を行ってきたことで、カンファレンスを行える環境が定着してきているからであると考えられる。

看看連携を目指した病棟看護師による訪問看護報告 ～療養者への満足度を調査して～

○池 麻秩子¹⁾、奥井 貴子¹⁾、福沢 賀代子¹⁾

¹⁾ 東京都立神経病院

1. はじめに

当院は開設当初より、神経難病療養者等を対象に訪問診療・訪問看護を実施している。最近、当院の訪問看護部門が関与することなく在宅療養へ移行する療養者を中心に、病棟看護師による訪問看護を推進している。これは①病院から地域へ切れ目のない看護を提供する②退院指導の効果を検証する等を目的とし、訪問看護師等の地域関係者と対面訪問ができるよう調整している。その結果、対面訪問件数は増加し、訪問看護ステーションへの調査では満足度が高かった。今回、療養者の評価も得ることで今後の課題を明らかにしたいと考えた。

2. 方 法

- (1) 対象者：平成 26 年 11 月～平成 27 年 10 月に病棟看護師が訪問看護を行った療養者 60 名
- (2) 調査方法：対象者へのアンケート調査
- (3) 倫理的配慮：所属の倫理委員会の承認を得た。対象者には文書で説明し、回答を以て同意を得た。

3. 結果・考察

訪問時期は、退院前 17%、退院当日 6%、退院後 77%であった。そのうち地域関係者との対面訪問は 46%であり、受持ち看護師と地域関係者との日程調整が難しいことも多かった。また、人工呼吸器をはじめとした医療処置が多い療養者の場合は、療養環境を調整して退院することが望ましいため、退院前訪問の実施件数の増加を図ることが課題である。病棟看護師による訪問看護は療養者や介護者にとっても満足度は高かった。今後は、必要に応じて適切なタイミングで効果的な訪問が行えるよう、看看連携を強化していきたい。

整形外科病棟看護師育成に向けた重症管理室への「院内留学」

○北明 幸子¹⁾

¹⁾ 佐々総合病院

1. はじめに

当院整形外科病棟看護師は、概ね自立して看護が実施できるというラダーⅡレベルの看護師が多く、術前術後の管理はできるものの急変対応等に苦手意識を持つ看護師が多い。また、残業時間が多い部署である。ラダーⅡ・Ⅲの看護師の応用力育成のため重症管理室への院内留学を行い評価したので報告する。

2. 実施

重症管理室への院内留学においては、①優先順位の理解②重症患者の対応とそれに伴う機械の管理方法を体験、実施することを目的とした。

評価は①院内留学の人数と実施日数②面接による実務評価③時間内で仕事が終了している④実際に病棟での経験が重症管理室で活かされている。以上の視点で行った。

3. 結果・考察

今回の実践では計3名14日の院内留学を実施できた。

実践後の面接では「回数を重ねることで優先順位が理解できた」「フィジカルアセスメントの見方も体験を通して理解できた」との意見が聞かれ、院内留学により優先順位やフィジカルへの理解が深まったと考えられる。

また時間外業務がなくスムーズに業務移行できる事を重症管理の実践を通じて体験し、業務移行についての意識の変化が見られた。

整形外科病棟スタッフの院内留学は優先順位やフィジカルアセスメント、業務移行について学び、応用力・対応力を養う機会になったといえる。

当院の救急外来を受診する患者の傾向と 救急外来看護師の教育支援の検討

○五野井 千夏¹⁾、山本 由美¹⁾

¹⁾ 公立昭和病院、救命救急センター 救急外来

1. はじめに

当院の救急外来は、看護師が1次2次のトリアージを行い診療科を振り分けている。複合的な疾患や重症度の高い患者が混在しており、学習すべき項目は多岐にわたる。そのため、救急外来に赴任したばかりの看護師がストレスを抱えバーンアウトする傾向もある。今回、電子カルテから過去5年間に救急外来を受診した患者を対象に傾向を調査し、結果から救急外来看護師の教育支援の方法を明らかにした。個人が特定されないよう統計処理後データを廃棄した。

2. 結果 考察

救急外来の受診総数は年々減少傾向で、救急車で来院する患者数は増加傾向にあった。最も多い上位4科は5年間変わっていない。疾患の特徴から考察すると重症度が高く、急変が起こりやすいのが特徴である。その疾患は、放射線科治療や薬剤治療の緊急性を要する疾患も多かった。救急外来看護師は患者のトリアージを的確に行う能力を育成するのは勿論であるが、急変を予知できる能力や特徴的な疾患の病態や治療を十分に学習し安全に治療につなげる必要がある。救急外来の教育は、上位4科の多い疾患や検査、治療から学びを広げるような学習支援の構築である。さらに、認定看護師や医師の協力を得ながら急変や回避できた事例などを症例検討し、スタッフ全員で学習できる環境づくりが必要である。救急外来の看護師がバーンアウトしないためには、一人一人のスピードに合わせた学習支援が今後の課題である。

当院における人工呼吸器関連事故防止活動の効果と課題 － I A レポート分析結果より－

○堀口 剛志¹⁾、山本 和佳子¹⁾、市村 喜代枝¹⁾、清水 尚子¹⁾、
岡部 典子¹⁾、中井 みどり¹⁾、福沢 賀代子¹⁾

¹⁾ 東京都立神経病院

1. はじめに

当院では、常時、25名前後の人工呼吸器装着患者が入院している。今回、平成25、26年度の人工呼吸器関連インシデント・アクシデントレポート（以下 I A レポートとする）を分析し、リスクマネジメント推進会議看護分科会（以下リスク委員会とする）の平成26年度人工呼吸器関連事故防止活動の効果と今後の課題が明らかになったのでここに報告する。

2. 研究方法

平成25、26年度の I A レポートの発生要因を先行文献¹⁾における人工呼吸に関するインシデントの分類に沿って集計する。集計結果からリスク委員会の平成26年度人工呼吸器関連事故防止活動の効果を検証し、今後の課題を検討する。

3. 結果

分類ではいずれの年度も「医療者要因」が最も多く、内訳で減少しているのは「知識不足」「手順違反」、増加しているのは「確認忘れ」であった。

4. 考察

「知識不足」が減少した要因として、人工呼吸器管理の知識向上を目的とした「フロア別人工呼吸器勉強会」の効果であると考えられる。「手順違反」が減少した要因としては、勤務交代時の人工呼吸器設定ダブルチェックに関するマニュアルの改訂と周知の効果と考えられる。今後の課題として、「確認忘れ」の背後要因をどのように分析し、有効な具体策を検討していくかが挙げられる。

引用文献

1) 大塚将秀：これで防げる人工呼吸のインシデント，呼吸器ケア，787-791，2012.

WHO 手術安全チェックリスト導入の効果

○新倉 貴子¹⁾、大塚 智子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部手術室

1. はじめに

安全な手術を遂行するためには、外科医師、麻酔科医師、看護師などがチームとして協同する必要がある。WHO では「安全な手術が命を救う」とし、手術安全チェックリストの使用を推奨している。当院での手術安全チェックリスト導入から今日までの効果について報告する。

2. 方法

2007 年より皮膚切開前におけるタイムアウトを開始。2012 年より、手術室運営委員会の承認を受け、手術室を使用する全症例において WHO の手術安全チェックリストを導入。麻酔導入前、皮膚切開前、退室前の 3 つのタイミングでサインイン・タイムアウト・サインアウトを開始した。手術安全チェックリストの項目に沿わない診療科においては内容を状況に合わせて修正した。さらに、2015 年 8 月より手術安全チェックリストを電子カルテ内に記録として登録した。

3. 結果

導入当初は混乱が生じていたが、外回り看護師がコーディネーターの役割を果たすと同時に、各メンバーが実施すべきこととして捉え、適切なタイミングで互いにコミュニケーションをとりながら実施するようになった。加えて、サインイン時に使用禁止薬剤投与が未然に防げた、タイムアウト時に通常と異なる手順が示され追加器械を準備することができたなどの効果のある結果が得られた。

4. 結論

手術安全チェックリストを用いたサインイン・タイムアウト・サインアウトによる確認作業の徹底は、周術期を担当するチームにおいて患者の安全を確保するために効果的である。

業務連絡（エマージェンシーコール）報告の分析

○根本 優美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 医療安全対策室

目 的

業務連絡報告症例を分析し、当院での傾向を知る。

方 法

1. 業務連絡を要請した部署から報告書を提出
2. 患者の初期の状態・転帰・発生時刻・要請部署等を分析する

調査期間

平成 25 年 4 月～平成 27 年 11 月

結 果

1. 業務連絡は全部で 40 件、業務連絡 1 号（エマージェンシー）86%、業務連絡 2 号（暴力）12% であった。
2. 初期に蘇生が必要な症例は、平成 25 年には年間 11 件、その後は 3 件 / 年で全体の 35% であった。
3. 発生時刻は日中（8:30～17 時）が 67% と多かった。
4. 発生場所は外来フロアが 61% と多かった。
5. 初期に蘇生が必要な状態の患者の転帰は死亡となることが多かった。
6. 業務連絡の要請者は看護師がほとんどであった。平成 26 年から守衛・委託事務・看護助手と医療の免許のない職員から年間 3 件要請があった。

考 察

平成 25 年度は院内全体にわたり、業務連絡要請がされていた。しかし、26 年・27 年と外来フロアでの要請が多くなっている。委託事務等が発見・要請するケースも増えてきている。委託事務等の職員は、初期の患者の病状確認が不足しているため、適応外と思われるような転倒においても要請をしている。状況として、発生場所の周囲に医療従事者が不在のためにやむを得ず要請をしていた。また、年々業務連絡の要請が減少している。その理由は、毎年業務連絡訓練を実施しているために、急変時の対応の流れがわかるようになった。医療安全に関連した委員会で、業務連絡した事例検証を行うことで、適切な対応が少しずつできるように変化してきたと考える。

多職種による転倒予防ラウンドについての取り組み報告

○亀谷 武昭¹⁾、蝦名 敏美¹⁾、右田 恵美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部安全推進委員会

1. はじめに

医療施設において、転倒や転落事故が問題となっている。当院においても転倒発生件数は少なくない。そこで、現状の問題点抽出と改善策策定を目的に、リハビリ科医師、リスクマネージャー、理学療法士、リエゾン看護師、看護安全推進委員の多職種チームを編成し、転倒予防ラウンドを実施した。安全対策について他職種で抽出・分析し、部署にフィードバックした結果、転倒件数が減少したので報告する。

2. 方法

- (1) ラウンド対象患者は、転倒・転落アセスメントシートのレベルⅡからⅢの患者で、継続的な観察が必要で活動面や精神面への介入が必要と思われる患者を選出した。
- (2) 多職種がそれぞれの分野から看護師に助言する。
- (3) アドバイスを看護ケアプランに追加・修正し、ケアを実施する。

3. 実施期間

平成 27 年 6 月～平成 27 年 11 月（2 回 / 月）

4. 結果

- (1) 筋力の低下による、立位・歩行時の不安定さがあり、早期のリハビリテーション介入が必要であったことが確認できた。
- (2) せん妄や現実検討能力の欠如に対して、リエゾン看護師の介入が有効であった。
- (3) 車椅子・オーバーテーブル・床頭台等の環境整備が充実した。
- (4) 患者の裾の長いズボン、履物などの検討ができた。
- (5) 睡眠薬の変更や服用時間の変更により、トイレ誘導時間等が検討できた。
- (6) 病棟看護師では気づかない視点のアドバイスを受けることで新たな看護の関わりが行われ、昨年度の同期間の転倒発生率 3.18%から 2.69%と 0.49%減少した。

当院回復期リハビリテーション病院における ADL 自立度チェックシートの取り組み

○鍛治 宏宣¹⁾、鬼塚 北斗²⁾、若林 健太郎¹⁾、上條 博之¹⁾
近野 雅代³⁾、伊藤 真理³⁾、川内 基裕⁴⁾、金 隆志⁴⁾

一般社団法人巨樹の会 小金井リハビリテーション病院

1) 理学療法士、2) 作業療法士、3) 看護師、4) 医師

【はじめに】

回復期リハビリテーション病院では、安全な患者の ADL 自立が求められる。多くの病院では歩行自立に対して、Timed Up and Go Test や Functional Balance Scale などを用いて評価を行っている。当院では、より早期に『出来る ADL』を『している ADL』へ移行出来るよう、車椅子移動や歩行が可能となった患者にリハ部門・看護部門と共有のチェックシートを用いて、ADL 動作を含めた移動動作を院内生活内で評価し自立度を判定している。

【方 法】

リハ部門・看護部門と共同で移動では物を持っての歩行や椅子の出し入れなど、トイレ動作ではドアの開閉や下衣更衣などの実用的な動作の評価を実施する。移動形態が変更する毎に行い、認知機能に応じて夜間のチェック回数を決めている。

現在の取り組みを実施する前の平成 25 年 4 月～平成 25 年 9 月と平成 27 年 4 月～平成 27 年 9 月に ADL 自立となった患者様の転倒数を比較・検討した。

【結果・考察】

平成 25 年 4 月～平成 25 年 9 月までの ADL 自立患者 296 名、転倒 38 件、平成 27 年 4 月～平成 27 年 9 月までの ADL 自立患者 296 名、転倒件数 25 件であった。自立度チェックを行う事で ADL 自立患者の転倒数減少に効果があると考えられる。

【まとめ】

回復期病院では、より安全な移動形態を提案するため、転倒予防対策を講じる必要がある。リハ部門と看護部門が共同で評価を行う事で患者の応用動作を含めた ADL を細かく理解出来るとともに、入院生活の中で安全な『している ADL』を行えると考えられる。

全てのがん患者の“Quality of Life の改善”を目指した Cancer Rehabilitation Candidate Recruitment システム ～特に CyberKnife 患者に注目して

○西山 卓志 (PT)¹⁾、古川 広明 (PT)¹⁾、力武 祐子 (PT)¹⁾、真田 洋佑 (PT)¹⁾、
森 久晃 (OT)¹⁾、小杉 剛 (ST)¹⁾、原島 宏明 (PT)²⁾、笹沼 仁一 (MD)³⁾、
角田 亘 (MD)⁴⁾、安保 雅博 (MD)⁴⁾

1) 新百合ヶ丘総合病院 リハビリテーション科、2) 南東北グループ 首都圏リハビリテーション部門、

3) 新百合ヶ丘総合病院 脳神経外科、4) 東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座

【はじめに】

がん患者に対して適切なリハビリテーション（以下、リハ）を提供することで、ADL の低下が予防され、Quality of Life（以下、QOL）が改善する。当院では、入院するがん患者全員に“必要があれば、漏れなくリハを供給する”というシステムを考案、それを Cancer Rehabilitation Candidate Recruitment（以下、CRCR）システムと名付け、病院全体に広く導入している。また、当院のがん治療の特徴の一つに CyberKnife（以下、CK）治療がある。そこで、全てのがん患者の中で CK 治療患者に対する CRCR システムを用いたリハ介入の効果を検討した。

【対象と方法】

対象は、平成 27 年 5 月 7 日から 10 月 31 日の期間内に、CRCR システムを用い、リハ介入を行った 202 人のうち CK 治療を行った 10 人。CRCR システムでは、療法士が入院直後に身体状況を確認し、看護師とカンファレンスを行い、リハの必要性があると判断された場合、主治医と相談の上、迅速にリハを開始した。また、介入開始時と退院時に Barthel Index（以下、BI）、Performance Status（以下、PS）、QLQ C-30 について評価を行い、比較検討を行った。

【結果】

介入開始時と退院時に評価した BI、PS、QLQ C-30 はいずれも改善がみられた。また、リハ介入をした患者において有害事象はなかった。

【考 察】

CRCR システムを用いることで、入院早期から漏れなくリハを提供できた。これにより、ADL の向上、QOL の改善を図ることが出来たと考える。

【まとめ】

CRCR システムの導入により、CK 治療患者に対するリハ介入を安全に実施でき、がん患者の QOL の改善が図れた。

演題取り下げ

Low-Cost で High-Quality な HIS への展開

○佐藤 譲¹⁾

¹⁾ 公益財団法人 日本心臓血管研究振興会附属 榊原記念病院

1. はじめに

2003年12月に府中市へ移転した循環器専門の当院において、開院時に導入したベッドサイドTV配信システムおよびHISのシステム更新を始めた。導入・設置後の経年劣化に伴うだけでなく、地上デジ/アナ変換配信およびWindows XPのサポートとセキュリティ更新プログラム等の提供終了が伴っていることである。この更新機会をもち、新たな情報活用へのシステム展開として位置付けた。

2. 対応方法

ベッドサイドTVにおいては、HISの機能の一部であったものを切り離し、同軸ケーブルにて地デジTVへ単独方式に変更した。従来のHISの機能一部を継続使用するため、地デジTVにスティックPCを差し込み、以前と同機能がベッドサイドの地デジTVに配信できている。HIS本体においては、データデータベースにOracle 9iを活用していたが、仮想環境にて保全稼働させ、12年間も蓄積してきているカルテ情報や画像情報をそのまま活用させながら、Win10ベースによるウェブ型の試行が始まっている。さらにタブレット、スマホの導入だけではなく、診察券および職員証で用いている非接触型ICカードTypeA/TN2の発展も試みている。

3. まとめ

従来の紙カルテに対する「作業の効率化」「情報の保存」が主体的で高額なシステムではなく、今後も、医療・医学の発展にシステムやデータを活かすためにLow-CostでHigh-Qualityなシステムの開発を継続していきたい。

医療・看護必要度入力ヘルプツールの作成

○阿部 和也¹⁾、勝井 茜¹⁾、西野 潤¹⁾、江藤 壮志¹⁾、
小島 薫¹⁾、及川 千穂¹⁾、高山 千賀子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター

1. はじめに

平成 26 年度の診療報酬改定では、従来の「重症度・看護必要度」の見直しが行われ、名称も「重症度、医療・看護必要度」（以下「必要度」）と変更された。また平成 28 年度の診療報酬改定でも大幅な見直しが予測されている。当院では必要度の評価を看護師が行なっているが、複数の患者を受け持つ多重業務のなかでは一部を記憶に頼らざるを得ず、評価漏れを起こしやすい。また、A 項目には該当する薬剤が多岐にわたり、判断に迷うことも多い。これらの状況を改善すべく電子カルテデータを利用したツールを作成した。

2. 方法

電子カルテからオーダ情報を抽出し、マスタ化した評価基準を使用して必要度を推定する。推定された必要度と実際に入力された必要度が異なる患者を電子カルテ画面に表示する。看護師はその表示を参考に必要度を修正する。

3. 結果

評価の検証が容易となり、日頃使用していない薬剤でも、A 項目に該当するものであるかどうか確実に判断できるようになった。普段は評価を担当していない看護師が評価をしなければならぬ場合でも、ストレスなく評価できる。

4. 考察

評価基準が変更されても、評価に戸惑うことが減少すると予想する。

「分かりやすい要因分析」学習会への取り組み －メディカルセーフター分析を活用して－

○西山 貴子¹⁾、山本 和佳子¹⁾、市村 喜代枝¹⁾、池 麻秩子¹⁾
矢吹 みゆき¹⁾、横須賀 未加¹⁾、福沢 賀代子¹⁾

¹⁾ 東京都立神経病院

1. はじめに

当院では、インシデント発生時にはSHELLモデルによる要因分析を行っているが、同様のインシデントが発生している。各部署で分析を行う際、ソフト面や人にばかり焦点があたり、対策が類似しやすい。そこで、リスクマネジメント推進会議看護分科会（以下委員会とする）では、看護師の要因分析力の向上を目的に、要因や対策を多方面から捉えて考えられるようメディカルセーフターによる分析に取り組んだ。

2. 方 法

平成27年6月～11月

- (1) 委員会で学習会グループを構成、企画と学習会資料（模擬事例）作成
- (2) 委員会で委員を対象に、学習会の趣旨を説明しプレ学習会を開催
- (3) 各部署で委員が全看護師を対象に、同一内容の資料を用いて学習会を実施
- (4) 学習会結果を委員会で発表し効果や課題を共有

3. 結 果

委員会で作成した資料を使用したこと、プレ学習会を実施したことにより、各部署において同一内容の学習会が実施できた。また、分析方法を説明しながら学習会を実施した結果、「分析しやすい、要因や問題点が分かりやすい。」など肯定的意見が多く聞かれた。

4. 結 論

- (1) 分析手法を熟知した委員が共通の資料を用いて学習会を実施することにより、同一の内容と水準での学習会の実施が可能であった。
- (2) メディカルセーフターの利点や目的を説明し、模擬事例を用いて学習会を実施したことは看護師が要因分析を理解するうえで効果的であった。

病院給食（入院時食事療養）における個人対応の現状 －大規模急性期病院の給食マネジメント－

○宮田 美里¹⁾、森本 修三¹⁾、小西 敏郎¹⁾、神山 薫²⁾、下田 正人²⁾

1) 東京医療保健大学、2) 東邦大学医療センター 大森病院

1. はじめに

とくに大規模病院の給食は、食数、食種が多く、各種形態やアレルギーへの対応はもちろん、嗜好への対応も要求されるため、給食業務には大きなエネルギー（ヒト・モノ・カネなど）を費やす。病院給食は近年、患者および診療スタッフ、チームからの栄養・食事に関する要望が多くなってきたことで、より複雑で精度の高いものに変化してきている。それはインシデント・アクシデントの多発にもつながる。今回、それらを具体的にとらえ、最適な給食マネジメントにつなげることを目的に、手始めとして個人対応を含んだ食種別の食数等を調査、分類しているのでその一端を報告する。

2. 方法

1日食数2000前後、食種数222、個人対応項目数258の大規模病院で一定期間に提供した食事について、食種、食形態、各種個人対応において1項目でも違いがある食事をすべて別個の食事として分類し、その食数を出す。

3. 結果

集計、分析中のため発表当日に行う。

4. 考察及び今後の取り組み

集計、分析中のため発表当日に行うが、大規模病院の給食は、個人対応が加わることで極めて多種類の食事を大量に提供することとなり、一般的な集団給食とは全く異なる。今後は引き続き、インシデント等との関係、NSTなどのチーム医療活動との関係、食事療養費との関係やコスト（人件費、材料費、経費）の問題、患者満足度CSや業務満足度ES、病院評価との関係等について調査、分析したい。

「練馬総合病院 SSI 予防ガイドライン」作成の取り組み

○金内 幸子¹⁾、林 憲子¹⁾、植竹 緑¹⁾、平瀬 陽子¹⁾、竹内 晴彦²⁾、
井上 聡³⁾、西本 周平⁴⁾、渡邊 輝子⁵⁾、斉藤 由佳⁶⁾、小林 裕子⁷⁾

公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院

1) 薬剤科、2) 麻酔科、3) 外科、4) 皮膚科、5) 看護部外科、6) 看護部手術室、7) 質保証室

1. はじめに

周術期抗菌剤予防投与の目的は手術部位感染（SSI）発生率減少であり、そのためには術前～術後まで複数の対策をまとめて行わなければならない。薬剤科では職種横断的な MQI（医療の質向上）活動として、「練馬総合病院 SSI 予防ガイドライン」の作成と実践に取り組んだ。

2. 方法

活動は麻酔科・外科・皮膚科医師、外科病棟・手術室看護師、薬剤師で構成した（感染対策委員 4 名含む）。対象を 2014.8 月～10 月、当院外科腹部手術とし、術式、体重、使用抗菌剤名・投与量・期間、手術時間と術中追加投与の有無、術前 HbA1C 測定・術後血糖測定の有無等を検討した。現状の問題点を明確化し、院内ガイドライン案と運用案を作成、医局会や手術室運営会議で説明し、承認を得て登録、各部署で勉強会を実施した。

3. 結果

特に改善に取り組んだ点を以下に示す。

- ① 予防抗菌薬投与を原則手術翌日までとし、超える場合に薬剤科で問い合わせを徹底
- ② 術前ポピドンヨード消毒の 3 分間カウント実施
- ③ 術中 3 時間毎の抗菌剤追加投与と手袋交換を徹底
- ④ 術後、48 時間の創部閉鎖を推奨、それに適した被覆材を使用
- ⑤ 術後、血糖測定とインスリン投与の基準を定め、外科開腹手術に適応

4. 結語

SSI 予防対策は複数あり、どれかひとつでも不十分だと感染が起こる可能性がある。今後も継続して関係する全ての職種が協力していく必要がある。

抗菌薬適正使用に向けた病棟薬剤師の取り組み

○有川 朗子¹⁾、一ノ瀬 直樹²⁾、小田 智三³⁾

1) 久我山病院 薬剤部、2) 公立昭和病院 薬剤部、3) 公立昭和病院 感染症科

1. はじめに

久我山病院（以下、当院）では、抗菌薬適正使用の一環としてICTによる抗菌薬ラウンド、使用届出制を実施しているが、全ての抗菌薬使用状況は把握できていなかった。今回、使用されている全抗菌薬の使用状況の把握をめざし、病棟薬剤師による、抗菌薬チェックシート（以下、シート）の作成を導入した。また、作成したシートにより全ての抗菌薬が適正に使用されているか調査することを目的とした。

2. 方法

2015年4月から2015年7月に当院の消化器外科・脳外科病棟において注射用抗菌薬（予防的使用を除く）が投与された全例を対象とし担当薬剤師が抗菌薬名、培養採取状況、用法・用量、投与期間、臨床検査値等を記載したシートを作成した。

3. 結果及び考察

症例は、消化器外科42例、脳外科32例、他科4例であった。培養は24例（実施率は30.7%）で実施されていた。推定原因菌、臓器移行性からみた抗菌薬の選択は適正であった。用法・用量は腎機能から判断し不足と考えられた2例は病棟薬剤師の提案で増量された。

4. 結論

シートを作成することで投与状況の把握を可能とした。培養採取率の低さが明らかとなり、今後ICTとの連携しながら、抗菌薬開始前に病棟薬剤師が関わる体制を構築していく。

訪問看護における職業感染対策に関する実態調査報告

○雨宮 良子¹⁾、原 晃一¹⁾、湯谷 将生²⁾

1) 日野市立病院、2) 訪問看護オアシス

【目 的】

地域包括ケア時代を迎えるために、地域での病院と在宅医療の連携強化が求められている。我々は日野市内の訪問看護における感染対策マニュアル策定を目的とし、市内訪問看護師を対象に勉強会を行っている。しかしながら訪問看護における感染対策はいまだ十分とは言えない。今回、市内訪問看護医療従事者を対象に、血液・体液暴露についてのアンケートを実施したのでその結果を報告する。

【方 法】

日野市訪問看護ステーションを対象に、訪問看護実施中の、血液・体液暴露事故と、その対応についてアンケート調査を行った。

【結 果】

回答者は5ステーション29名（看護師20名、理学療法士5名、他4名）。①針刺し・体液暴露経験者は10名、そのうち事故後の対応を受けてない者は3名。②①以外で利用者に噛みつかれた等の受傷経験者は15名、そのうち利用者の飼い犬による咬傷が3名。③医療者自身がB型肝炎抗体を有していることが確認できている者は14名、未接種や接種不十分な者は11名。④事前に、訪問看護利用者の感染症情報はほとんど伝えられていなかった。

【考 察】

在宅で医療行為を受ける患者は増加しているが、それに携わる医療者の職業感染対策は不十分と言わざるを得ない。針刺しや体液暴露が発生した際、訪問看護では病院同様の迅速な対応が行われておらず、在宅利用者の感染症情報の確認すら困難な状況にある。今後は地域病院と連携した対策立案が必要と考える。

質評価指標を活用した抗菌薬適正使用の推進

○佐瀬 裕子¹⁾、森脇 睦子¹⁾、鳥羽 三佳代¹⁾、笠井 祥子^{1) 2)}、
高橋 千尋¹⁾、伏見 清秀^{1) 3) 4)}

¹⁾ 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター

²⁾ 東京医科歯科大学医学部附属病院 臨床試験管理センター

³⁾ 東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野

⁴⁾ 国立病院機構本部 総合研究センター診療情報分析部

【背景・目的】

感染制御を含む医療の質マネジメントには PDCA サイクルによる組織的な活動が必要であるが、可視化のためのデータ収集に膨大な時間と労力を要する。近年、DPC データを用いた質評価指標による医療の質の客観的・定量的評価法が開発され、病院マネジメント改革に活用されている。そこで、抗菌薬適正使用の推進を目的に、質評価指標を利用して周術期抗菌薬の使用実態を可視化し、診療科や各部門との連携による課題解決のための PDCA 基盤構築を試みた。

【方 法】

2014 年度の DPC データを対象とし、国立病院機構臨床評価指標 Ver.3 計測マニュアルに基づき、抗菌薬中止率、手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率を算出した。使用抗菌薬を調査し、遷延症例については診療録調査を行った。

【結 果】

対象となった 9 疾患領域 26 指標のうち、目標値を達成した指標は中止率 6/13 指標 (46.2%)、遷延率 7/13 指標 (53.8%) であった。抗菌薬遷延症例は全例で予防的投与から治療的投与へ変更されていたが、周術期抗菌薬は長期投与される傾向にあり、抗菌薬選択にばらつきが認められた。得られた結果を感染制御部門、該当診療科と共有し、PDCA によるクリティカルパス見直し等の取組みを開始した。

【考 察】

質評価指標により抗菌薬の使用実態が可視化され、診療科間の比較や他施設との比較が可能になった。また、周術期抗菌薬標準化の進行度や課題が明確化され、抗菌薬適正使用を推進しマネジメントするための PDCA 基盤構築に繋がった。

中小病院における抗 MRSA 薬使用届出制の在り方に関する一考察

○石塚 博子¹⁾、有川 朗子¹⁾、一ノ瀬 直樹²⁾、小田 智三³⁾

¹⁾ 久我山病院 薬剤部、²⁾ 公立昭和病院 薬剤部、³⁾ 公立昭和病院 感染症科

1. はじめに

久我山病院（以下、当院）では 2009 年に抗菌薬使用届出制を導入したが、開始時の確認のみの目的であった。2014 年 6 月、当院院内感染対策チーム（以下、ICT）では注射用抗 MRSA 薬の適正使用を目的に、週 1 回のラウンドを開始し、治療の開始から終了まで監視を開始した。今回、その取り組みを通じて中小病院における使用届出制の在り方について考察を行った。

2. 方 法

2014 年 6 月～2015 年 5 月に当院にて注射用バンコマイシン塩酸塩（以下、VCM）が投与されラウンドが実施された患者を対象とした。調査項目は、感染症名・検出菌、TDM 実施状況、ICT からの疑義照会項目とした。

3. 結 果

VCM 投与患者数は 15 例で、うちラウンド対象は 13 例であった。13 例中、肺炎 8 例、カテーテル感染 2 例、膿胸、尿路感染、術後髄膜炎疑いが各 1 例であった。初回 TDM 実施日は、投与開始 3 日目が 2 例、4 日目 6 例であった。疑義照会は、初回の VCM 血中濃度採血（以下、採血）依頼が 6 件で、全例で実施されたが、うち 4 例では 6 日目以降の採血であった。投与量増量依頼が 4 件で、1 例で対応できなかった。2 回目以降の採血依頼は 3 件で、うち 1 例で実施されなかった。

4. 考 察

TDM の意義や適切な実施日が理解されていないことが明らかとなった。適正使用を届出制のみで行うことは難しく、啓発やプロトコル作成、特に、当院のような中小病院では 1 例毎に、病棟薬剤師と連携し、取り組んでいく必要がある。

B型肝炎ウイルス再活性化対策における薬剤師の介入

○石田 聖¹⁾、飯田 恵¹⁾、石井 紀子¹⁾、近藤 真由美³⁾、
根本 優美子²⁾、野地 良子¹⁾、小竹 慶子¹⁾

東京都保健医療公社 豊島病院

1) 薬剤科、2) 看護部、3) 消化器内科

【目的】

当院では、日本肝臓学会発行の「B型肝炎治療ガイドライン」に基づき HBV 再活性化対策指針を策定しているが、その遵守状況は明らかではない。そこで、化学療法施行患者を対象に当院における初期スクリーニング検査実施状況を調査し、実施率の向上を目的とした取り組みを行った。

【方法】

院内の医師対象に B型肝炎ウイルス再活性化について説明会を実施し、化学療法初回患者対象の検査項目セットを作成した。その後 H27 年 3 月より初回化学療法患者には検査項目に不備がないか薬剤師が確認し医師に問い合わせを行うシステムを導入した。さらに H27 年 8 月より電子カルテ導入に伴い、医師のレジメンオーダー登録時に検査オーダーのアラートを表示するシステムを導入した。それぞれの期間におけるスクリーニング実施状況を調査した。

【結果】

調査開始前、初回化学療法患者の実施率は 27% だった。H27 年 3 月から薬剤師を中心とした取り組みやシステム導入により実施率は 79% まで上昇した。電子カルテ導入後の実施率についても現在調査中である。

【結論】

当院の B型肝炎ウイルス再活性化初期スクリーニング実施率は非常に低いものだった。これは当院医師の B型肝炎ウイルス再活性化に対する認識不足が原因の一つと考えられる。今回、薬剤師が中心となった取り組みにより実施率の向上に貢献できた。

地域医療連携における取り組み ～医療・介護・福祉施設との情報交換会を実施して～

○小門 尚子¹⁾

¹⁾ 公立阿伎留医療センター

【はじめに】

当院は、秋川流域における地域医療を支える基幹病院である。秋川流域の医療・介護・福祉施設との情報交換会を年に1回開催し、本年度で3年目を迎える。

今回、報告者が携わった第2回情報交換会の内容と今後の課題についてアンケート調査を基に報告する。

【目的】

秋川流域の医療・介護・福祉施設との包括的かつ横断的な連携と協働を推進する。

【参加施設】

療養型病院4、診療所1、老人保健施設3、訪問看護介護リハビリ施設6、行政5で、18施設
44名 当院診療部、看護部、事務部で37名

【内容】

1. 「地域と病院をつなぐ」をテーマに当院の取り組みを報告
2. グループワーク 事例：終末期を迎えたがん患者の自宅退院に向けた地域連携

【アンケート結果】

施設参加者回答数36名（回収率81%）取り組みの報告は地域連携に有効なものであった26名（72%）有効ではなかった1名であった。グループワークは地域連携に効果的であった31名（86%）普通2名（5.5%）であった。その他、顔の見える意見交換は非常に有意義であったという反面、具体的にどのように連携して行くべきなのか分からない等の意見があった。

【考察】

情報交換会は有効であった。具体的な連携方法について、情報交換会に求めていることが分かった。

【終わりに】

今年度は1月に開催予定である。事例を通して、地域全体の介入及び連携を具体的に報告し合いディスカッションを計画している。

行政単位を超えた連携推進を目的とした 「在宅医療・緩和ケアカンファレンス」の取組み

○池田 登顕^{1) 4)}、呉屋 朝幸^{1) 2)}、井上 俊之^{1) 4)}、田中 良典^{1) 3)}、佐野 広美^{1) 5)}、
菊谷 武^{1) 6)}、呉屋 弘美^{1) 4)}、須藤 紀子^{1) 2)}、藤澤 節子¹⁾、松原 友子¹⁾

1) 在宅医療・緩和ケアカンファレンス、2) 杏林大学医学部附属病院、3) 武蔵野赤十字病院、

4) たんぽぽクリニック、5) 野村病院、6) 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

在宅医療・緩和ケアカンファレンス（以下、本会という）は、北多摩南部圏域の保健・医療・福祉支援者（以下、支援者という）の「顔の見える関係作り」を目的に、2009年に発足した任意団体である。現在、会の登録者は、全11職種、約60事業所、300名以上の専門職や関係者となっており、年々増加している。本会の活動の一つに症例検討会があり、「行政単位を超えた、連携のバリアフリー化」を最終的な目標とし、多職種・多事業所の支援者による対話を図る場を定期的に提供してきたので、ここに紹介する。

2015年度（以下、今年度という）は、東京都地域がん診療連携推進事業の一環として、武蔵野赤十字病院と共催で、11月末までに症例検討会を2回実施した。今年度は、「気軽に相談できる場」、「他事業所をより身近に感じられる場」、「他職種を一層理解できる場」の提供を目的とし、事例検討会を中心に多職種・多事業所の支援者にて議論を活発に交わしてきた。さらに、今年度より、会の取組みの成果を、客観的に分析するために、阿部らが開発した「医療介護福祉の地域連携尺度」を一部改変した指標を用いた分析も試みており、その成果の一部を、第18回日本医療マネジメント学会学術総会にて報告する予定である。また、今年度最後の症例検討会として、2016年3月17日に、「在宅医療・緩和ケアマップ（仮）」を作成するためのワークショップを実施する予定である。

地域基幹病院と学校・保育現場との新たな医療ネットワークの構築 －アナフィラキシー対応ホットラインの設立を通して－

○大場 邦弘¹⁾、牟田 紫苑¹⁾、萩田 真樹¹⁾、石川 涼子¹⁾、
小鍛治 雅之¹⁾、上西 紀夫¹⁾

¹⁾ 公立昭和病院

1. 緒 言

2012年12月に東京都調布市の小学校で食物アレルギーのある児童が給食後にアナフィラキシーショックにより死亡する事故が起きた。学校・保育園でアナフィラキシーが発生した際、医療従事者ではない教諭や保育士が、如何に迅速に病院へ搬送できるかが救命のポイントとなる。その一連の流れがスムーズにいくように、当院と近隣の小・中学校・保育園とで新たな医療ネットワークの構築を試みた。

2. 方 法

2013年2月から当院所属のアレルギー専門医と小児アレルギーエデュケーターが直接、学校・保育園等に出向き、アナフィラキシーについての啓発活動を行った。また、実践に即した養護教諭の研修として、当院小児科で行われている食物経口負荷試験の見学研修を行った。さらに、当院小児科医師と直接つながるアナフィラキシー対応ホットラインを2014年6月から設立し、患者発生時の電話対応を行った。

3. 結 果

啓発活動に41回携わった。食物経口負荷試験の見学研修に97人の養護教諭が参加した。アナフィラキシー対応ホットラインの対応件数は直近1年間で26件あった。内24件が医療機関を受診し、当院への搬送は18件あった。26件中7件は発生現場で何らかの医療的な処置を指示し、内3件はエピペン[®]の注射指示を行った。

4. 結 語

地域の学校・保育現場と顔の見える連携を図ることで、当院にかかりつけではない患児も含めて、アナフィラキシー発症時に速やかに対応できる可能性が示唆された。

嚥下調整食コードを用いた地域連携の取り組み

○佐川 敬一郎¹⁾、菊谷 武^{1) 2)}

¹⁾ 日本歯科大学大学院 生命歯学研究科 臨床口腔機能学

²⁾ 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック

1. 背景と目的

摂食嚥下機能障害の重篤化は低栄養状態に陥りやすく肺炎発症の増加を招く。地域医療を担う病院では多くの肺炎患者が入院し対応に追われているが、摂食嚥下機能や栄養状態の評価に基づいた適切な嚥下調整食の提供はかかせない。また、地域包括ケアシステムの確立が提唱されており、患者が病院、施設、在宅の間で移動して行く上で、これらの情報の共有や連携が重要である。しかし、独自の嚥下調整食の名称や段階が混在しているため、一貫した支援が難しい状況である。そこで、地域における嚥下調整食の段階統一と質の高い嚥下調整食の提供を実現する目的で本研究を実施した。

2. 方法

東京都北多摩南部医療圏および近接地域に立地する病院、高齢者入居施設、通所介護施設、宅配食業者約 400 か所に質問表を送付し、嚥下調整食の提供の実態を調査した。その後、嚥下調整食基準表を、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の提案する嚥下調整食 2013 および農林水産省の提案するスマイルケア食分類に準拠し作成し、これを活用して情報提供を行う医療連携を開始した。

3. 結果

地域における嚥下調整食の実態が明らかとなり、統一された嚥下調整食基準表を用いた情報提供が可能になった。

本研究は、日本医療総合研究機構 長寿科学研究事業「地域包括ケアにおける摂食嚥下および栄養支援のための評価ツールの開発とその有用性に関する検討 主任研究者：菊谷 武」によった。

当院地域包括ケア病棟の現状

○松本 徹也¹⁾、中尾 つかさ¹⁾、川島 早紀¹⁾、中野 太郎¹⁾、藤木 亮¹⁾、斐 東海¹⁾

¹⁾ 一般財団法人多摩緑成会 緑成会病院 リハビリテーション部

1. はじめに

医療費増加が危惧される中、地域包括ケア病棟（以下：地包ケア）が新設された。今回、リハビリテーション（以下：リハ）の費用対効果に着目し、当院地包ケアの現状について報告する。

2. 対 象

平成 26 年 9 月～翌年 7 月間に自宅へ退院した地包ケア 119 名、回復期リハ病棟（以下：回リハ）69 名、計 188 名。内訳は以下に示す。地包ケア・回リハ（単位＝名）。

脳血管 80（内廃用症候群 62）-39（内廃用症候群 2）・運動器 37-30・呼吸器 2-0。

3. 方 法

入退院時の機能的自立度評価表（以下：FIM）利得・単位数・在院日数・入院料の平均を算出し、FIM1 点上昇に要した日数・単位数・費用に Mann-WhitneyU 検定を行なった。

統計処理は SPSS13.0 を使用し、両側 $P > 0.01$ をもって統計学的有意とした。

4. 結 果

FIM1 点における日数，単位，費用の順に示す。

地包ケア -3.7 日間，11.5 単位，9,180 点。

回リハ -3.8 日間，25.5 単位，11,961 点。

5. 考 察

当院地包ケアでは短期間・低頻度・低コストでの退院が可能となっている。疾患別では脳血管にすべての面で有意差が認められた。これは Post-Acute、Sub-Acute の機能として発症早期からリハ介入できる点、入院時より在宅部門との連携、地包ケア脳血管患者の多くが、廃用症候群であり日常生活活動に特化した介入により FIM 利得が得られた点がある。

在宅療養へつなぐ退院支援と課題 ～退院後訪問を通して～

○ 坪 雪絵¹⁾、伊藤 弥生¹⁾、小川 多賀子²⁾

東京労災病院

1) 入退院支援センター、2) 看護部

1. はじめに

当院では患者が入院前から在宅療養まで安心して医療が受けられるよう、今年度入退院支援センターを立ち上げた。現在、退院支援内容を振り返るため訪問看護ステーションの協力を得て退院後訪問を行っている。

2. 結果

事例1 A氏80代女性 病名：糖尿病・褥瘡 褥瘡発生高リスク状態、内服ノンコンプライアンス状態。

事例2 B氏80代男性 病名：誤嚥性肺炎・褥瘡 踵部の褥瘡は自宅で形成。入院時から看取りを前提に在宅療養を希望していた。

事例3 C氏90代男性 病名：膿胸 膿胸の治療後、誤嚥性肺炎を発症。ADL・嚥下機能が低下した。退院支援において「これからどこでどのように療養したいか」という意思決定支援に看護師が関わることが重要であると言われている。

各事例を通し、退院支援・退院調整における3段階プロセスに沿って看護師が主体的に関わっていたかどうか、訪問看護師への引き継ぎは適切であったかどうかの振り返りを行った。

3. 考察

退院後訪問は退院支援内容を自己及び訪問看護師によって評価する機会となり、退院後の生活をイメージした退院支援の実践につながると考える。

4. 結論

退院後訪問は、実施した退院支援の振り返りおよび訪問看護ステーションとの連携促進につながった。患者の生活状況の情報収集と早期からの意思決定支援への関わりを課題として取り組んでいきたい。

退院支援計画書の作成率からみたソーシャルワーカー（SW） の病棟担当制の効果

○石井 征輝¹⁾、森口 はるな¹⁾、稲島 司¹⁾、長野 宏一朗¹⁾

¹⁾ 東京大学医学部附属病院 地域医療連携部

1. はじめに

昨今、職種間連携、部門間連携の重要性が指摘されている。当院では、退院支援依頼の多い診療科の病棟に担当SWを配置し、病棟医師、看護師、その他メディカルスタッフと一体となった退院支援を行っている。

2. 目的

SWの病棟担当制を実施し、病棟で定期的なカンファレンスを開催することで、病棟の医師や看護師の退院支援に対する意識が高まったと考えられる。しかし、その効果を具体的に数値化することは難しい。今回、その指標の一つとして、退院調整加算に用いられる「退院支援計画書」の作成率（着手率）に注目し、SW担当制の病棟とそれ以外の病棟を比較することにより、SW担当制の有効性を検証した。

3. 方法

SWが担当した退院支援ケース 274 症例（平成 27 年 4 月 1 日～8 月 31 日）のうちSWが担当制を行っている病棟 108 ケースと、担当制を行っていない病棟 166 ケースについて入院から 7 日以内の退院支援計画書の着手率を比較検討した。

4. 結果

SWの担当制を行っている病棟における退院計画書の着手率は 82.4%で、SWの担当制を行っていない病棟の着手率 38.0%に比べ、有意に高かった（ $p<0.01$ ）。

5. 考察

SWの病棟担当制により、病棟医師、看護師の退院支援に関する意識が高まったことによる効果と考えられ、その有効性が示された。今後、全病棟にSWの配置を広めていくことで、適切な医療の提供体制を構築していくことが望まれる。

職種間・部門間連携による退院支援の取組み －脳神経外科病棟をモデルケースとして－

○森口 はるな¹⁾、中富 浩文²⁾、清水 佳子³⁾、長野 宏一朗⁴⁾

東京大学医学部附属病院

1) 地域医療連携部 SW、2) 脳神経外科科長、3) 看護師長、4) 地域医療連携部 医師

【背景】

診療報酬改訂の煽りから、医療機関は在院日数短縮や病床稼働率向上などの課題に直面している。退院支援は、その対応策の一つとして重要である。

【目的】

退院困難に陥る症例の多い脳神経外科病棟をモデルケースとして、適切な退院を目指した支援システムを構築する。

【方法】

退院支援部門において、脳神経外科に専任のSWを配置した。脳神経外科の定例カンファレンス（隔週1回）及び回診（毎週1回）に、脳神経外科医師、病棟看護師、SWが参加、協働し退院支援に取り組んだ。医師・看護師・SW間の情報共有がスムーズに行えるよう、症例一覧を可視化した情報ツールを作成し、随時アップデートした。

【結果】

専任SWの配置による窓口の明確化により、部門間連携が円滑になった。カンファレンスと回診における協議、また情報ツールの利用により、診療科医師、病棟看護師の退院や支援に対する意識が高まった。また、SWの疾患や病態に関する知識や意識も高まった。これにより、患者は時機を逸することなく然るべき療養先に移り、次の治療を計画的に受けることができるようになった。また、退院支援を必要とする症例の早期把握や適時介入も可能となり、延いては在院日数・社会的入院日数の短縮や病床コントロールの改善にも繋がった。

【考察】

これらの取組みは、適切な医療提供体制構築の一助になったと考えられる。今後、この取組みを院内の全診療科に広めていくことが望まれる。

病棟看護師による退院支援の実践に向けた課題

○樽矢 裕子¹⁾、高山 千賀子¹⁾、小倉 智子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター

1. はじめに

病院を退院する患者は、医療依存度の高い患者、要介護高齢者などニーズが多様化している。そのため、入院中のケアを担う病棟看護師が退院支援に取り組むことが重要な課題になっている。当院では、PFM 委員会メンバーが推進者となって病棟看護師による退院支援に取り組んできた。そこで本研究では、退院支援の推進者の体験を明らかにし、病棟看護師による退院支援の実践に向けた課題を考察する。

2. 方法

研究方法は質的記述的研究とし、9 部署の病棟師長・PFM 委員と退院調整看護師とで3者面談を行った。面談では、病棟看護師による退院支援の実践を促進していくうえで困っていることや感じていることなど自由に語ってもらった。

3. 結果

病棟看護師は、退院支援の実践に「力不足」を感じており、それには「医師の協力が得られにくい」ことや「負担感」、退院調整部門から「指摘される立場」が影響していた。そのため、退院支援の推進者は、各病棟の特徴をいかした「運用の工夫」や「医師との協働」を模索しながら、病棟看護師による退院支援の「自発的实践」を目指していた。

4. 考察

病棟看護師による退院支援を促進するためには、病棟看護師が自発的に退院支援に取り組めるような記録の見直しや体制整備が必要であると考え。また、病棟看護師にとって新たな取り組みであり負担感や力不足を軽減するためのサポート体制が必要であると考え。

骨粗鬆症患者の QOL 改善の一考察 －整形外科クリニックにおける多職種協働の実際－

○田邊 美香¹⁾、宮木 麻奈¹⁾、宮本 佳拓¹⁾、井上 信吾¹⁾、今給黎 直明¹⁾

¹⁾ 今給黎整形外科クリニック

1. はじめに

わが国における骨粗鬆症の患者数は 1300 万人と推定され、急速な高齢化と共にその数は年々増え続けている。骨粗鬆症患者では骨密度の低下と骨質の劣化から椎体、前腕骨、大腿骨近位部の骨折が起こりやすく、なかでも大腿骨近位部の骨折は高齢者の寝たきりの原因として大きな問題となる。また、高齢者の骨折は患者の QOL を大幅に低下させる。今回、多職種での取り組みが骨粗鬆症患者の QOL 向上を可能としたので報告する。

2. 症 例

80 歳代女性(A 氏)。200X 年 7 月両足底のしびれがあり当クリニックを受診。骨密度(DXA 法)を測定し、原発性骨粗鬆症の薬物療法開始基準により自己注射の治療方針となった。A 氏は自己注射に不安があったため、納得するまで来院してもらった。また、骨粗鬆症患者 QOL 質問票から、主に日常生活の身の回りの事ができていないことがわかった。薬物療法の指導のみならず、運動療法や栄養指導を多職種で並行して行った結果、骨粗鬆症患者 QOL 質問票の点数も大幅な改善を認めた。

3. 考 察

骨粗鬆症の治療目的は疼痛緩和、骨折予防による ADL 確保と廃用症候群とともに総合的に QOL を改善することである。骨粗鬆症は自覚症状に乏しい為、疾患の理解を得ることが難しい。今回 A 氏の治療も自己注射が選択されたため本人の不安もあり通院が中断されることが懸念された。継続した治療を支援するため、来院の動機づけを多職種でかかわることで A 氏を支え、通院が途絶えることがなく、治療が継続でき、QOL 向上につながったと考える。

放射線治療室における多職種連携の重要性

○石川 亜希¹⁾、片山 弘美¹⁾

¹⁾ 東京都立墨東病院 看護部

1. はじめに

A病院は『東京都がん診療連携拠点病院』の指定を受け、新治療装置の導入により高精度放射線治療が可能となった。そこで、医師・看護師・放射線技師・クラーク等によるカンファレンスの定例化により良好なチーム医療に向けた取り組みをおこなったので報告する。

2. 方法

多職種による①毎朝のミーティング②計画CT前カンファレンス③線量会議
④患者カンファレンス④業務カンファレンスの定例化

3. 結果・考察

定期的にカンファレンスを実施し、患者情報・治療の進行状況や治療方針等の情報を共有し、医療者間で治療の方向性の確認と統一を図った。患者には不安や疑問があればいつでも相談できることを説明し、緩和ケア・医療相談等の支援が必要な時は依頼をおこない、不安の軽減に努めた。入院患者の症状の出現に合わせて治療開始時間の調整をおこなった。放射線治療は多職種が関わるチーム医療と言われており、多職種連携は重要である。患者の状況を的確に捉え、多職種がお互いに連携・補完することにより良好なチーム医療が構築され、質の高い医療提供につながった。

思考スキーム知識共有法における議論促進の改善

○神山 資将¹⁾、佐々木 由恵²⁾

1) 一般社団法人 知識環境研究会、2) 日本社会事業大学

1. はじめに

多職種チームの知識共有をめざし、思考スキーム (Thinking Scheme) を用いた学習方法論を開発している。思考スキームとは、事実、根拠、行動という要素からなる枠組みである。思考スキームによって、自己・他者の思考を共有・比較検討し、異なる職種が協働する共通基盤を構築するものである。

思考スキーム知識共有法は、(1) 思考スキーム表出、(2) 思考スキーム比較検討、(3) 思考スキーム分析、(4) 計画立案という4つの段階からなる。

現状、思考スキームの比較検討は、プロットマッピング (Plot Mapping) という、事実、根拠、行動という思考スキーム要素からなる3次元のマトリクスを作成する方法を用いている。

2. 問題意識

このプロットマッピングから、多職種協働の計画立案に役立つ示唆を得る必要がある。しかし、これまでの実験の結果、示唆を得るためには何らかのガイドラインが必要であるという認識を持っていた。

3. 実験

プロットマッピングから示唆を得るための方法 (思考スキーム分析の方法) として、メンバーごとの「思考スキーム傾向タイプ」を導入し、各人の思考スキームの傾向から比較検討を促進する工夫をした。具体的には、各メンバーの思考スキームの傾向タイプを設定し、チームを構成するメンバーの思考スキームの傾向タイプの構成から、協働のための議論を促進することを意図したものである。

実験結果から、思考スキーム知識共有法に対する満足度が向上した。

回復期リハビリテーション病院である当院の患者動向

○神野 雄哉¹⁾、鬼塚 北斗²⁾、小田島 理恵³⁾、西河 美津子⁴⁾、金 隆志⁵⁾

一般社団法人 巨樹の会 小金井リハビリテーション病院

1) 理学療法士、2) 作業療法士、3) リハ科事務員、4) 看護師、5) 医師

【はじめに】

当院は、平成24年5月に開院した回復期リハビリテーション病院（以下、回リハ病院）であり、患者さんの日常生活活動の改善及び自宅・社会復帰を目標に総合的なリハビリテーションを行っている。回リハ病院は制度上患者は急性期病院から紹介して頂き、自宅退院もしくは後方施設へと繋げていく連携施設といえる。連携において患者特性・地域特性を把握することが重要と考え、当院の患者動向を報告する。

【方法】

平成24年5月14日～平成27年9月30日までに当院に入退院した患者（急性期転院を除く）3336名が対象。そのうち、男性1430名（42.9%）、女性1906名（57.1%）。上記対象者を年齢別・地域別に区分し特性を検討する。

【結果・考察】

年齢別内訳は、10代0.1%、20代0.9%、30代1.5%、40代3.5%、50代7.0%、60代15.0%、70代27.5%、80代36.5%、90代7.7%、100代0.3%。平均年齢は、74.7歳。70、80代で多く構成されており、後期高齢者が主な対象者と言える。

地域別内訳は、北多摩南部医療圏（当院該当医療圏）53.2%、その他多摩医療圏（北多摩北部、北多摩西部、南多摩、西多摩）34.2%、東京23区7.8%、島しょ部0.8%、他県4.7%。近隣地域、特に北多摩南部医療圏が多く、患者からのニーズが高い地域と言える。

【まとめ】

日本医師会地域医療情報システムからも医療介護需要指数が高い地域とされている北多摩南部医療圏において、今後も多くの施設と連携を取りながら、患者からのニーズに応える回リハ病院を目指す。

ケアマネージャー交流会開催報告 高度急性期医療を提供する病院の地域連携を考える

○小池 江利子¹⁾、中川 千秋¹⁾、盛 真知子¹⁾、長橋 明子²⁾、井上 靖子²⁾、幸阪 貴子³⁾

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

1) 看護師、2) 副看護師長、3) 地域連携係長・看護師長

1. はじめに

高度急性期医療を担う当院における地域包括ケアシステムとして、初のケアマネージャー（以下CMとする）との医療・福祉連携の会を開催し、期待される地域連携についてその方向性を検討した。

2. 方法

交流会当日アンケート用紙を配布、回収し分析した。分析方法は、単純集計とクロス集計を用いた。

【倫理的配慮】本アンケート調査の趣旨、アンケートに参加しないことによる不利益はないこと、任意であること、結果は学会・学術集会、論文等で発表することを口頭で説明した。

3. 結果

参加したCM 40名にアンケート調査用紙を配布し、回収は92.5%であった。経験年数1～5年11名(29.72%)、6～10年目12名(32.43%)、11年目以上14名(37.83%)であった。担当利用者が、当院の医師を主治医にしている25名(67.56%)、過去には主治医であった6名(16.21%)いた。連携内容は、退院前カンファレンスの参加22名(59.45%)、電話での情報交換18名(48.64%)、通院同行20名(54.05%)、必要時情報提供を行った11名(29.72%)と優位であった。

4. 考察

7割近くのCMが担当する利用者が、当院をかかりつけ医としている。公平で、高度な急性期医療を推進する退院調整看護師として、患者ごとにかかりつけ医を持てるような調整・連携の必要がある。

医療と介護の連携機能の高度化には、CMとの顔の見えるコミュニケーションが必要である。今回初の試みである交流会は、相互理解を深めるために共通言語の理解、役割の理解ができたと思われる。

ケアリニック武蔵野 2015 の開催の目的

○藤澤 節子¹⁾

¹⁾ 薬局 ルンルンファーマシー

【はじめに】

武蔵野市は、人口約 13.87 万人 高齢化率 21.25% の東京都の多摩地域東部にある市である。第 1 回ケアリニック武蔵野 2015 が、地域包括ケアシステムをさらに推進するために開催された。

【目的】

武蔵野市が掲げている「まちぐるみの支えあいの仕組みづくり」が源流となり、ケアリニック武蔵野 2015 の種を蒔き、芽を出し、育み育て、開催する。

少子超高齢社会は、すぐそこに迫っている。この催しを通して、団塊の世代が 75 歳となる 2025 年をどのように乗り越えて行くのか、支える側も支えられる側も、共に考えてみようと思画された。「自助・互助・共助・公助」自分自身の心と体の健康を守り、地域住民同士が励ましあい・支えあい、介護保険や行政が行っているサービスを活用し、市民みんなで、知恵と力を合わせ、住みよい安全な地域作りをしていく。

【方法】

- ① 武蔵野市で介護保険が開始されてから今日まで、武蔵野市の医療と介護と福祉の現場で、15 年以上働き続けている永年従事者を表彰し、その功績をたたえる。
- ② 展示ブースでは、ジャンル別のサービス内容の紹介をする。
- ③ 口頭発表・ポスター発表も含めて 31 事例が、先進的な取り組みとして発表される。

【結果】

この催しを通して、武蔵野市の 5・10 年後の姿を思い浮かべ、明日からの地域包括ケアシステムの仕組みづくりの原動力になることと考える。

皆がこの地域で、住み続けたい、働き続けたい、と願う地域包括ケアシステム推進の一助になると思う。

【考察】

783 人の参加者を得、ケアに携わるスタッフのモチベーション、志も上がり、市民の意識やその底力、行政に携わる職員の意識もこの催し一日にして数段高くなったと思える。

転移性胸膜腫瘍による難治性気胸に対し 両側胸腔ドレーン留置で在宅医療を継続した症例

○稲島 司¹⁾、石井 征輝¹⁾、増井 友里²⁾、大熊 加恵³⁾、
鮫島 光博⁴⁾、廣橋 猛⁵⁾、長野 宏一郎¹⁾

- 1) 東京大学医学部付属病院 地域医療連携部、2) 東京大学医学部付属病院 皮膚科、
3) 東京大学医学部付属病院 放射線治療部、4) 医療法人社団 輝生会 たいとう診療所、
5) 永寿総合病院 緩和ケア科

【経過】 66歳男性

2012年より頭部血管肉腫に対し化学療法、放射線療法、外科的切除を施行、自宅にて頭皮に対し塗布薬やガーゼ交換など行っていたが、病状進行に伴い地域医療連携部の外来にて訪問診療・訪問看護の調整を行った。2015年2月に肺転移、肝転移が出現、また肺・胸膜多発転移により両側気胸が生じ、癒着術を行ったが効果は薄く、両側胸腔ドレーンを留置、本人・家族から帰宅の希望あったため両側胸腔ドレーン留置のうえで一時帰宅し、在宅医療を再開した。

膿胸と全身状態の悪化に伴い再入院となり、膿胸は改善したものの、全身状態が悪化、化学療法は不応となり6月緩和ケア病棟へ転院となった。

【考察】

両肺に胸腔ドレーンを挿入したまま帰宅、在宅医療を行った症例。ドレーン排液量の確認、エアリーク、呼吸性変動の有無、刺入部の観察などを本人・家族に指導、抜去や異常なく留置が継続できていた。地域医療連携部の介入により、訪問診療・訪問看護とも協議を重ねてトラブルなく自宅で過ごすことができた。

脳卒中により孫の養育が困難となった事例における意思決定支援

○佐藤 浩二¹⁾、二宮 陽子¹⁾、樋口 早智子²⁾

独立行政法人国立病院機構 災害医療センター

1) 地域医療連携室 医療相談係、2) 地域医療連携係長

1. はじめに

急性期病院には、多様な社会背景を持つ患者が入院され、医療ソーシャルワーカーも多様なニーズへの対応が求められる。今回は、両親を亡くした孫を引き取った高齢者が脳梗塞の発症を機に養育困難となった事例への支援を報告する。

2. 事例概要

70歳代前半 男性 主病名は脳梗塞 入院時、中等度右麻痺・運動性失語 ADLは車いす 経口摂取自立 小学生の孫と二人暮らし 妻・娘夫婦は他界 田舎に弟・妹あり 年金額約5万と自営収入・借金・家賃滞納あり。

3. 経過

入院初日に医師より依頼介入。児童相談所からも病院へ連絡あり。孫は同日に一時保護施設へ入所、弟は翌日に来院。生活保護申請時に自宅は退去。7日目に病状説明の上で方針検討。患者は「まずリハビリがしたい。孫には元気になってから会いたい」と話をされた。孫の将来も見据えて関係機関と協議し、患者はリハ病院へ転院を打診し、了承を得た。リハが進むにつれて患者の心境が変化し、孫との面会が行われた。協議を重ね、孫は弟が引き取り、患者は先々に向けてリハに専念することとなった。

4. 考察

本事例では、患者・孫の双方の諸問題への対応に向けて院内・関係機関と協議を重ねて結論を導き出した。急性期病院でのチーム医療において、ソーシャルワーカーは、心理的・社会的問題への早期対応を求められる。その際に退院先を決めるだけでなく、倫理基準にある利用者の自己決定の尊重を心掛け、クライアントに寄り添い支援することが重要である。

共創的ターミナルケアの提案

○神山 資将¹⁾、佐々木 由恵²⁾

1) 一般社団法人 知識環境研究会、2) 日本社会事業大学

1. はじめに

多死現象が予測される中、終末期前後におけるケアの新しいマネジメントとして、アクター間知識創造型ケアの方法論「Co-creative Terminal Care（共創的ターミナルケア）：CTC」を提案する。

2. 提 案

Prahalad and Ramaswamy（2004）は、共創（co-creation）を企業と顧客による価値の共同創造であると定義した。本研究では、Prahalad and Ramaswamy の定義を「サービス現象において、サービス提供者とサービス受容者による価値の共同創造」へと再定義する。

サービス現象における価値は、サービス提供者が主として創造すると考えられてきた。そのため、サービス提供者の知識とスキルの向上が、サービスの価値を向上させると考えられがちであった。しかし、サービスは一般的にサービスの提供者と受容者との間で相互作用する中で生じる現象であることから、元来、価値の共同創造の性質があったといえる。

特に、終末期前後におけるケアでは、療養者の構築された人生観（思考）のみならず、関わるアクター（家族、周辺者、サービス提供者である医療職、介護職、その他スタッフ等）の思考を最適に尊重する必要がある。療養者の死は、療養者のみならず、これらすべてのアクターに大きな精神的負担をもたらすため、療養者のみならず、関連アクターすべてに最適化されたケアであるべきである。共創的ターミナルケアは、療養者のみならず関連アクターの思考を尊重した、相互作用をケアとして構築するマネジメントである。

当院における薬薬連携の取り組み

○手塚 里美¹⁾、有川 朗子¹⁾、山崎 寿浩¹⁾、長野 一勢²⁾

1) 久我山病院 薬剤部、2) セコム薬局

1. 背景・目的

薬剤師の地域連携への貢献を考える時、入院、退院、在宅間で切れ目のない医療を行えるよう病院と保険薬局の薬剤師間での情報共有は大切である。今回、病院と薬局薬剤師の間で顔の見える関係を構築し、安全な医療の提供を目的として取り組んだ薬薬連携について報告する。

2. 方法

病院薬剤師と薬局薬剤師の情報共有化の第一歩として、薬・薬連携ミーティングを定期的に開催し、日々の業務の中で感じていることを意見交換した。また、同じ視点で患者指導が行えるよう勉強会を実施し、薬局薬剤師に対して薬薬連携についてのアンケートを行った。

3. 結果

病院薬剤師と薬局薬剤師がお互いの業務を理解し、話しやすい環境ができた。また、情報を伝える手段であるお薬手帳を広めるためのポスターを作成した。さらに定期的な勉強会により病院と薬局薬剤師が同じ目線で服薬指導を考えるきっかけになった。今後、検査値の処方箋への表記も視野に入れて、検査値活用の重要性を認識し、腎機能が低下した患者に薬剤師がどのように対処すべきか勉強していくこととした。

4. 考察

薬薬連携は切れ目のない医療により、地域医療の一端を担うものである。薬剤師同士が協力しながら、信頼される薬剤師を目指し、将来的にPBPM（プロトコルに基づく薬物治療管理）による形式的な疑義照会の効率化や、処方箋への検査値表記などで薬局薬剤師もその職能を十分発揮できるような体制の構築を地域の中で病院が中心となって進めていきたいと考える。

退院時の薬渡し忘れ防止の取り組み

○中村 央子¹⁾、武下 美佐代¹⁾、豊岡 恵¹⁾、
釘尾 智恵子¹⁾、堤 福子¹⁾、根本 優美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部

1. はじめに

当院の平成 26 年のインシデント件数のうち、薬剤に関する割合は約 36% を占め、退院時薬の渡し忘れが 47 件あった。しかし、今年度は 11 月の時点で 49 件あり、昨年とほぼ同数の件数を上回った。渡し忘れは、患者の信頼を失うことになり、防止の取り組みは最重要課題である。

各部署で退院時の薬渡し忘れの再発防止の取り組みをしているが、ローカルルールとなっておりあまり効果があがっていない。誰もが同じ方法で患者に退院時の薬を提供することを目的に問題点の抽出と分析を行ったので報告する。

2. 取り組み方法

- 1) 「退院時の薬渡し忘れに関する事例調査表」による各部署の調査
- 2) 各部署をパトロールし退院時に渡す薬の管理状況、ローカルルールの有無を調査
- 3) パトロールの結果と「事例調査表」を集計・分析

3. 結果

・問題点の抽出

各病棟で実際に以下のような事象が明らかになった。

- 1) 各部署で処方薬や持参薬を預かる方法や配薬方法に差異がある
- 2) 各部署とも退院時チェックリストが活用されていない
- 3) 臨時オーダーを確認できずに時間がたってしまい、医師、看護師間の連携不足がある

・分析結果

- 1) 薬の種類、数が多い患者の薬に渡し忘れが頻発している
- 2) 渡し忘れの当事者は当院での経験年数が少ない看護師に多く発生している
- 3) 薬の管理方法（金庫、冷所など）の複雑さが多い場合に薬の渡し忘れが頻発している

この傾向をふまえ、当院での経験年数の少ない看護師、薬の種類、管理方法の複雑な薬には危険因子があると判断し、OJT 内容の統一化をはかることとする。

内服薬準備時の看護師の確認行為の実態調査

○大内 美智子¹⁾、岸 優子¹⁾、竹田 直美¹⁾、木場 弘枝¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 荏原病院

1. はじめに

リスクマネジメント看護分科会では、内服管理に関するインシデント削減に取り組んでいる。しかし、看護師管理による内服に係るインシデント・アクシデント（以後 IA とする）報告がなかなか減少しない。その要因としては「5R で確認しなかった」「思い込み」等の報告がされている。そこで、今回、確認行為の現状把握を目的として実態調査を行ったので報告する。

2. 方 法

4 病棟の看護師 41 名を対象に、リスクマネジメント看護分科会メンバーが、看護師管理の内服薬準備時に以下の確認行為を実施しているか調査した。

- ① 患者氏名・薬品名・与薬量・与薬時間・与薬方法・指示内容（新規・継続・変更）を、医師の指示と処方箋と薬剤と照合しているか。
- ② 準備した 1 回分の内服薬をまとめた袋に患者氏名を確認して記名しているか。

3. 結果・考察

15%の看護師が何らかの確認行為を実施していなかった。

確認行動を実施しない看護師は、新人看護師からベテランまで、看護師経験に関係はなかった。実施していない確認行為は「薬剤を処方箋とのみ照合し、医師の指示との照合をしていない」「指さし呼称しながら照合していない」が多くを占め、各項目の確認行為はできていた。

今回の調査は、看護師管理の内服薬準備時に限定しており、実際に患者の内服を確認するまでの一連の行為における確認行為の実践を調査しないと、効果的な IA 予防策につながらないことが明らかになった。

当院におけるポリファーマシー対策

○市地 智子¹⁾、吉田 琢磨¹⁾、秋田 美樹¹⁾、佐藤 禎二²⁾

一般財団法人 多摩緑成会 緑成会病院

1) 薬剤部、2) 医局

1. はじめに

当院に入院および転院されて来る患者の多くは、既に大量の内服薬を服用されていることが多い。複数の疾患に対して薬剤処方を重ねているうちに多剤内服投与となってしまう、特に腎機能・肝機能の低下している高齢者においては負担がかかってしまっていることや、また症状が消失しているにもかかわらず薬剤の服用を継続していることがある。当院では内服薬6剤以上をポリファーマシーと定義し、多職種が連携し内服薬の見直しを進めている。入院は内服薬を見直す絶好の機会と考え、適正化に努めたのでその取り組みを報告する。

2. 方法

平成27年9月から11月の当院入院患者118名の持参内服薬について院内処方継続にあたり、ポリファーマシーの見直しを医師とともに当院の「多剤内服を減らすための対策マニュアル」に基づき実施した。

3. 結果

持参内服薬の剤数は平均5.5剤であった。見直し後の剤数は平均4.1剤となった。薬剤処方を中止および頓服へ変更となった薬剤の薬効内訳は消化性潰瘍治療薬=11.7%、降圧薬=9.8%、NSAIDs、鎮痛・下熱薬、総合感冒薬=8.6%であった。

4. 考察

内服薬を漫然と長期にわたり継続投与するのではなく、定期的に検査結果、臨床症状、主訴、食事内容等によって内服薬の必要性を見直すことが良い慢性期医療に繋がると考える。

在宅医療における薬剤師職能啓発活動 ～多職種協働に向けて～

○上原 健嗣¹⁾、加藤 哲太²⁾、馬場 孝道³⁾、
福田 早苗⁴⁾、鈴木 裕子⁴⁾、玉水 一成⁴⁾

¹⁾ 一般社団法人 小平市薬剤師会 在宅医療委員会委員長、²⁾ 東京薬科大学 教授、

³⁾ 一般社団法人 小平市薬剤師会 会長、⁴⁾ 一般社団法人 小平市薬剤師会 在宅医療委員会

1. 目的

薬剤師の在宅訪問服薬管理が制度化され、薬剤の一元的管理、残薬解消、個別にあった服薬支援など、薬剤師には多くの責務が課せられた。しかし、薬剤師の訪問業務が十分に認知されているとは言えないのが現状である。そこで、小平市薬剤師会では介護者・介護職の方々の薬への認識を深め、薬剤師の職能を広く啓発することで、積極的介入につなげたいと考え、以下の活動を行った。

2. 方法

1. 介護者・介護職向け市民公開講座を開催し、高齢者の薬の問題点、薬剤師の専門性を活かした服薬支援の方法等の啓発を行った。
2. 介護者・介護職に対し、薬に関する意識調査を行った。
3. 在宅における薬の問題と薬剤師による服薬支援例を掲載した『在宅医療受入薬局リスト』を作成し、参加者、関係機関へ配布した。

3. 結果・考察

公開講座時の意識調査では、薬剤師の訪問業務の認知度は低く、薬の相談についても半数以上が医師にすると答え、薬剤師の職能も十分に理解されていないことが改めて明らかとなった。しかし今回の講座により、服薬管理の問題点や服薬支援の重要性、薬剤師による服薬支援の有用性を理解して頂くことが出来、意義のある会となった。作成した冊子は多方面から高い評価を受けた。今後も薬剤師による訪問薬剤管理の有用性の理解・認知度の向上、多職種協働に向けて継続的に啓発していく必要性を強く感じた。(この活動は勇美記念財団の助成対象事業として実施した。)

抗がん剤曝露対策研修を看護師基礎研修に組み込んだ結果報告 ～安全な職場環境づくりを目指して～

○小林 香織¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院

はじめに

2015年、抗がん剤曝露対策ガイドラインが刊行され、組織的な曝露対策の取組が求められている今、職員ががん薬物療法を安全に実施できる環境整備は必要不可欠である。当院は2014年から抗がん剤曝露対策マニュアルを作成、全看護職員に対し教育を進めてきた。しかし、卒後3年以下の看護師は知識が不十分なため、マニュアルに準じた曝露対策を十分に行えておらず、技術チェックリスト（卒後3年目までの看護師が使用する看護技術をまとめたもの）の達成率も低い状況であった。今回、卒後3年目の看護師の集合研修に抗がん剤曝露対策を組み込んだ結果を報告する。

目的

抗がん剤曝露対策研修を実施し、曝露対策の知識、技術の習得を目指す。

対象

卒後3年目の看護師

方法

研修（講義45分、実技1時間）を実施し、研修前後での技術チェックリストの知識・技術習得率を比較する。また研修後、確実な曝露対策の実践状況（3項目）を抜き打ちで調査する。

結果

技術チェックリストの抗がん剤曝露対策の項目は、研修前、知識獲得率が88%であったのに対し、研修後97%へ上昇。技術獲得率は64%から90%へ上昇。曝露対策抜き打ち調査の結果は86%の実践率であった。

結論

抗がん剤曝露対策を看護師基礎教育へ組み込む事は有効であったといえる。しかし、抗がん剤曝露対策は全職員が取り組む事で効果を成すため、全職員が正しく実践できるよう教育支援を行い、安全な環境づくりをすすめる必要がある。

チームダイナミクスを取り入れた急変時対応の取り組み

○原田 良子¹⁾、小林 洋子¹⁾

¹⁾ 東京都立墨東病院

1. はじめに

急変時対応は、個人のスキルだけではなく、チームとしての「確認」「アセスメント」「意思決定」「連携・チームワーク」などのノンテクニカルスキルが重要であると言われている。そこで、手術室看護師と麻酔科医師が合同でチームダイナミクスの視点を取り入れた急変時対応シミュレーションを実施した。

2. 方 法

期間：平成26年6月～平成27年2月

対象：手術室看護師39名 麻酔科医13名

方法：

- ①チームダイナミクスの学習会を全員に実施
- ②事例による急変時対応シミュレーションの実施
- ③シミュレーションの内容を撮影した動画を見て、振り返りを実施

3. 結果・考察

撮影した動画を参加者全員で見て、効果的なチームダイナミクスの要素である、クローズドグループコミュニケーション、明確な指示、役割分担と責任分担、自分の限界の認識、情報の共有、建設的な介入、再評価とまとめ、互いの尊重、の八項目に沿って評価した。振り返りにより自己・他者が、何ができて何が不足しているかを客観的に評価することができた。チームダイナミクスはチーム医療の基礎である。スキルだけでなくノンテクニカルスキルを向上させ、チームとして効果的に連携をとれるようにするには、継続した訓練が必要である。

4. 結 論

急変時対応シミュレーションにチームダイナミクスの考え方を取り入れ振り返りを行ったことは、自己と他者の役割行動を明確にし、効果的な連携に繋がると考える。

転倒転落アセスメントシートの検証

○根本 優美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 医療安全対策室

1. はじめに

当院のインシデントの3大要因の一つに転倒転落がある。転倒転落アセスメントシートは東京都病院経営本部が平成15年に作成したものを使用していた。アセスメント項目39項目について、転倒した患者の評価と転倒していない患者の評価を比較し、有意差のある項目6項目とオッズ比により高値の確率であった項目を合わせて19項目に改定した。改定したアセスメント項目の有効性について、調査したことを報告する。

2. 目的

転倒転落アセスメントシートの項目の妥当性についての検証

3. 方法

転倒した患者(59名)(以下転倒群とする)と、転倒していない患者(100名)(以下非転倒群とする)の評価結果の分析

調査期間

平成26年11月～平成27年2月

4. 結果

- 1) 年齢の平均は、転倒群は72.8歳、非転倒群は67.9歳であった。
- 2) 点数の平均は、転倒群が11点、非転倒群が5.6点であった。特に、転倒歴・判断力の低下・排泄の介助・睡眠薬服用・筋力の低下・失禁・ふらつきが非転倒群に比べ、10ポイント以上高値だった。
- 3) t検定では、転倒歴・判断力の低下・睡眠薬・麻薬・筋力低下・ふらつき・排泄介助・失禁・排泄時間の9項目について有意差があった。
- 4) オッズ比では、現在の評価点数より高いものが6項目、低いものは4項目であった。

5. 考察

転倒転落のアセスメント項目は、転倒した患者の特徴を明確にしていた。オッズ比から、評価点数にまだばらつきがあるため、是正する必要があることがわかった。

6. まとめ

転倒転落アセスメントシートの項目は妥当であった。今後、各項目の評価点数を修正することが課題である。

安全点検チェックリストを使用した患者ラウンドの効果

○横地 美玲¹⁾、四海 香織¹⁾、江田 美幸¹⁾、久志 沙織¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部

1. はじめに

当病棟は、消化器外科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科 48 床、看護師 24 名で構成している外科混合病棟である。看護師の経験が 5 年目以下の者が 11 名と経験の少ないスタッフが多く、観察・確認不足によるルートトラブルや転倒などの医療事故が発生している。そこで、同じ観察・安全対策がいつでも実施できる取り組みを行い、成果が得られたので報告する。

2. 実施期間

平成 27 年 9 月 19 日～10 月 24 日（5 週間）

3. 方法

- ① 10 年以上の経験がある看護師がベッドサイドにおいて無意識に観察・確認している内容で安全点検チェックリストを作成。
- ② 1 日 2 回勤務交代時（9 時、16 時）に、ペアで患者ラウンドを行い、安全点検チェックリストに沿って点検する。
- ③ リーダーが安全点検チェックリストを回収し、全項目がチェックされているかを確認する。

4. 結果

- ① 安全点検チェック実施率は、92.7%であった。
- ② 実施期間中の全インシデント中、転倒転落、ルート・ドレーントラブルの発生率は 15%であり、昨年度と同時期の 28%と比較して 13%減少した。

5. まとめ

安全点検チェックリストで観察点を可視化することで、看護師経験に関係なく、必要な観察・確認ができるようになり、転倒転落防止やルート・ドレーントラブル防止につながった。また、定時にペアで情報交換し、患者の状態を確認することは、患者の安全性が高まると共に、危険防止への意識を高めるきっかけにもなったと考える。

栄養科における医療安全管理への取り組み

○山本 淳子¹⁾、大塚 藍¹⁾、伊藤 祥子²⁾、星 博子¹⁾

東京都保健医療公社 多摩南部地域病院

1) 栄養科、2) 看護部

【はじめに】

当院は献立作成以外の給食管理業務を外部委託している。平成27年6月より委託業者を変更したが、それに伴いインシデント・アクシデントの件数が急増し、早急な対策が必要となった。今回、委託業者と共同で取り組んだ改善活動について報告する。

【方法】

インシデント・アクシデントレポートは委託業者側が作成するが、内容分析と職員への周知徹底が不十分であり、同じミスを繰り返していた。そのため、病院側で内容の分類を行い、必要な改善策を提案した。アレルギー・禁止食品の誤配膳といった重大事故に繋がる可能性がある事例が発生していたため、専任リスクマネージャーに検盆方法を客観的に評価してもらい、指さし声だし確認の指導と徹底を図った。また、専任リスクマネージャーによるレポートの活用方法に関する勉強会を栄養科内で開催した。職員間の周知徹底方法については、委託業者側に情報伝達のフローの作成を依頼し、フローに基づいた伝達を実施するようにした。さらに、業務が煩雑になりやすい献立があれば委託業者から申し出てもらい、病院側で改善を行った。

【結果】

インシデント・アクシデント件数は、委託業者変更当初の月24件から、11月には月3件と徐々に減少した。

【まとめ】

病院側と委託業者が共同で改善に取り組むことで、一定の成果を得ることができた。今後も適宜必要な分析を行い、さらなる改善につなげていきたい。

転倒・転落防止への取り組み —転倒・転落インシデントレポートからの要因分析—

○亀井 春美¹⁾、片岡 祐佳理¹⁾、萩久保 仁美¹⁾、荒木 健太郎¹⁾、西村 真由実¹⁾、
矢嶋 良昌¹⁾、中村 百合子¹⁾、前田 孝子¹⁾、澤田 法子¹⁾

¹⁾ 東京都健康長寿医療センター 看護部

1. はじめに

高齢者の骨折の多くは、骨強度低下が原因で軽微な外力によって発生する脆弱性骨折で、転倒などによる臨床骨折が要因であることが知られている。

A病院は高齢者の急性期病院で、安全な医療の提供が必須である。昨年度A病院の転倒・転落インシデント報告は535件あり、そのうち骨折が17件で8件増加していた。そこで、入院中の高齢者の特徴を捉えインシデント事例結果を分析し、今後の転倒・転落防止策の強化を図ることとした。

2. 目的

転倒・転落インシデントレポートから要因を分析し、転倒・転落アセスメントシートの見直しを図る。

3. 研究方法

- (1) 研究期間：平成27年8月1日～9月30日
- (2) 研究対象者：研究期間中の転倒・転落事例患者（111件）
- (3) 研究方法：事例の要因分析
 - ①年齢別②転倒・転落発見時間③事象④場所⑤動作⑥患者の状況⑦活動⑧履物⑨認識
 - ⑩内服薬⑪医療者側

4. 結果・考察・結論

分析した結果、年齢は70～80歳代が多く、約7割が病室にて自力歩行でトイレに行こうとしてふらつき、筋力低下もあることからバランスを崩して転倒していた。また、転倒要因となる薬剤を1～2錠/人内服していた。

看護師側の状況としては、患者側の要因を適切にキャッチし対策に繋げるための観察不足とアセスメント不足があげられた。

今後は、転倒・転落防止策の充実に向けて、転倒・転落アセスメントシートの見直しを行い、それに準じたケアの実践を強化する。

胃瘻造設・管理の体制再構築 －嚥下内視鏡検査評価（VE）の導入－

○栗原 直人¹⁾、宇田 真希¹⁾、橋本 健太郎¹⁾、佐々木 裕伸¹⁾、伊藤 可南子¹⁾、
吉川 佳那¹⁾、皆藤 幸子¹⁾、坂井 奈穂子¹⁾、秋山 安史¹⁾、飯田 修平¹⁾

¹⁾ 公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 NST 委員会

1. 目的

当院では胃瘻造設管理パスの作成、地域連携パスを作成するなど積極的に取り組んできた。胃瘻造設・栄養管理パスを見直し、内視鏡的嚥下機能を評価する体制を構築する。

2. 現状把握

①胃瘻パスの実施状況、②嚥下機能評価、③胃瘻造設管理パスの利用率、パスを利用しない理由等の現状を調査した。

3. 結果

①胃瘻パスの問題点は、1. 半固形食開始前の通過試験の実施、2. 栄養剤の入力、3. アウトカムと観察項目の整合性、4. 胃瘻造設後減圧チューブの接続バッグの種類、5. 退院指導、などが指摘された。②嚥下機能評価件数は、2013年1件、2014年2件であり、造影検査であった。③パスの利用数、利用率は、2009年62/62件、2010年81/81件で100%であった。2014年は6/23件、26%であり、パス利用率は低下した。④医師の意識調査では胃瘻による経腸栄養は優れていると考えていた。胃瘻パスを利用しない理由は個々の患者で栄養状態が異なるからであった。

4. 対策実施

①胃瘻造設・管理パスを改訂し、1. 標準コースと受持ち医自由コースの選択制に変更 2. 半固形食開始前の通過試験の具体的な方法を記載。②嚥下機能評価を導入、③嚥下内視鏡検査の説明書、承諾書を作成、嚥下機能評価用紙作成・運用方法を決定

5. 結語

改訂した胃瘻造設・管理パスの運用実績をあげ、胃瘻造設患者の術前に嚥下機能を評価する。関連業務について継続的にPDCAサイクルを回すことが重要である。

当院における大腿骨近位部骨折パスの運用報告

○谷崎 麻綾¹⁾、鬼塚 北斗²⁾、伊藤 将¹⁾、今泉 祐紀³⁾、西河 美津子³⁾、
今井 直美³⁾、小田島 理恵⁴⁾、船田 純⁴⁾、杉山 陽一⁵⁾、金 隆志⁵⁾

一般社団法人 巨樹の会 小金井リハビリテーション病院

1) 理学療法士、2) 作業療法士、3) 看護師、4) 事務、5) 医師

【はじめに】

2006年度診療報酬改定により新設された地域連携パス加算を機に、多くの地域でその運用によって治療効果を上げようとする試みが進められている。当院は2012年に開設した220床の回復期リハビリテーション病院であるが、開設当初から当該医療圏（東京都北多摩南部地区）の整形外科連携医療研究会（大腿骨近位部骨折の地域連携パス）に参加している。そのパスの運用実績を確認し今後活かしていくため、昨年度1年間の実績を報告する。

【方法】

対象はH26年4月～H27年3月に、北多摩南部医療圏の連携機関病院6施設から当院へ紹介入院された大腿骨近位部骨折患者103名とした。パスの使用有無別に属性や在宅復帰率等を比較した。

【結果】

入院患者のうち、パス使用例は77件、非使用例は26件であった。パス使用の有無で比較すると、使用例では女性が多く、年齢やMMSE（Mini Mental State Examination）の点数には差がなかった。一方、使用例の方が連携機関病院での手術から転院までの日数や当院での在院日数は有意に短く、在宅復帰率が高かった。

【考察およびまとめ】

パスの運用実績においては在院日数や在宅復帰率の改善を示されていない報告も多く、医療経済的にその効果を疑問視する傾向もあるが、今回の結果はパス使用例の方がスムーズな転院・退院調整が行えており、一定の効果がある事が示された。今後もより良い形での病病病診連携を目指し、地域での回復期としての役割を果たしていきたい。

大腸切除術後患者指導においてパンフレット を用いて説明することの有効性

○平沢 梨枝¹⁾、相馬 淳¹⁾、笠原 由香里¹⁾、松井 麻莉¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 3A 病棟

I. はじめに

大腸がんの罹患率は増加傾向にあり、当病院でもがん医療は重点医療として取り組んでいる。当院外科病棟では大腸がん術後の指導方法が確立していなかったため、指導パンフレット（A 群）を作成した。パンフレットを用いない今までの指導方法（B 群）と比較し、有効性が得られるか調査した。

II. 研究方法

1. データ収集：質問紙調査。
2. 研究期間：H.26 3月～H.26 6月
3. 倫理的配慮：看護部倫理委員会、看護師長、看護師に対して研究の趣旨を文書と口頭で説明し許可を得た。

III. 結果

退院指導の必要性について「必要である」A、B 群共に 100%。パンフレットの必要性について「あった方が良い」A 群 92.3%、B 群 83.3%。指導への意識の変化について「意識が向上した」A 群 85.7%、B 群 76.5%であった。

IV. 考察及び結論

今回の調査で A・B 群間の有意差はなく、パンフレットを用いて説明をすることの有効性を明らかにするには至らなかった。取り組み実施後 A 群は「意識するようになった」という結果から、パンフレットというツール・指導時期等を示したことで意識が高まったと考える。今回の調査で 90% 近くのスタッフがパンフレットが「必要である」と回答しており、指導を行う際パンフレットというツールが求められていることが分かった。

引用文献・参考文献

- 1) 国立がん研究センター, 最新がん統計

緊急手術によってストーマ造設となった患者の 各治療時期における心理的状況

○青野 宏子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院

1. はじめに

ストーマ造設をする患者は、術後のボディイメージの喪失から適応障害やリハビリテーションの意欲低下など心理的問題を抱えやすい。当院の外科病棟で平成26年度ストーマ造設件数は41件、内20件が緊急手術であった。緊急手術後の各治療時期におけるストーマ造設患者の心理状態について明らかにしたので報告する。

2. 方法

半構成的面接方法：

各時期①「手術直後～セルフケア指導開始」②「セルフケア指導開始～退院日」
③「退院直後」④「現在」における心理状態と望むことについてインタビュー

3. 結果

①の時期は、ストーマを初めて見た時に「呆然」「衝撃」「混乱」「不安・恐怖」の心理状態にあり、お任せ状態にあった。②の時期は、「ストーマケアに対する不安・ストレス」の心理状態にあり、具体的なストーマケアの情報提供を望んでいた。③の時期は、「日常生活、社会生活に対する不安」の心理状態にあり、退院後に必要な情報提供を望んでいた。④の時期は、ストーマに適応しつつあり、日常生活や病状への不安の心理状態にあるが、特別にやってほしいことは無かった。

4. 結語

本研究は、緊急手術でストーマ造設となった患者の術後のストーマの受容やケア介入のあり方を検討する際の一助となると考え、緊急手術後の各治療時期におけるストーマ造設患者の心理状態を明らかにした。今回、4氏の発言内容から研究者の解釈で分析した結果である。

主任看護師のコンピテンシー自己評価の試みに関する実態調査 －施設の傾向と評価者へのアンケート－

○松浦 典子¹⁾、山下 小百合¹⁾、江口 裕美子¹⁾

¹⁾ 公立福生病院

1. はじめに

看護職では多くの施設で中堅管理職のコンピテンシー評価で、能力評価が行われている。研究対象施設ではチェックリストの方式で看護主任のコンピテンシー評価を取り入れた。

2. 研究目的

研究対象施設での主任看護師のコンピテンシー評価表によるコンピテンシーの傾向を明らかにする。主任看護師のコンピテンシー評価表に関して他者評価の指導の傾向を明らかにする。

3. 方法：研究対象

都内の約 300 床を有する総合病院の主任看護師及び主任看護師を評価した者（主に係長看護師）。調査方法：研究対象施設で用いた主任看護師のコンピテンシー評価表の中間評価に関して「できている」あるいは「できていない」の基本統計量を求めた。評価者に対しては質問紙を作成し、基本統計量を求めた。

4. 倫理的配慮

対象者に研究の目的と意義を書面を用いて口頭で説明した。また、評価表と質問紙に関しては、個人が特定できないよう無記名の提出とした。対象者の提出をもって同意が得られたものとした。

5. 結果

主任は自己評価が低い傾向にあった。レベル 1 においては、「認知力」が低い傾向にあり、レベル 2 においては「達成重視」が低い傾向にあった。

評価者が目標面接に役立った事と困った事の内容についてはばらつきがあった。

6. 考察

評価者の共通認識のための学習会が必要である。その内容は項目の理解と、統一した評価方法のトレーニングが考えられた。



特定非営利活動法人

日本医療マネジメント学会の入会案内と入会手続き

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18年目に入りました。学会は医療の質の向上を求めてクリティカルパスをはじめ医療連携、医療安全等々、医療の現場における各種の課題の研究、提案を行い、成果を上げて参りました。

医療界は医学の進歩と急速な高齢人口の増加を背景に、さらに転換を求められてきています。政府は「保健医療2035」策定懇談会を設置し、議論を開始しました。この様ななか、医療の現場に携わる私共はしっかりと現実をみつめ、将来を考へ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全国学術総会の開催があります。第17回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 パナソニック健康保険組合松下記念病院院長 山根 哲郎 先生）は2015年6月12日、13日の2日間にわたりグランキューブ大阪で開催されました。日本全国から医師、看護師、薬剤師、医療スタッフ全般、事務、管理者等多職種多数参加の下にクリティカルパス、医療連携、医療安全、医療の質向上等広範な内容の発表と熱心な討論が行われました。

第18回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 飯塚病院名誉院長 田中 二郎 先生）は2016年4月22日、23日の2日間にわたって福岡国際会議場、福岡サンパレスで開催されます。只今、鋭意プログラム作成が進んでいるところです。充実したプログラムが期待されます。

また、医療連携分科会、医療安全分科会をはじめとした各種分科会、クリティカルパス実践セミナー、医療福祉連携や医師事務作業補助に携わる人材育成のための講習会の開催、学会雑誌の年5冊定期的発行、学会編集による「イザイ（医療材料）」等雑誌、「医療安全メールマガジン」、「医療安全BOOKS」シリーズ、「クリティカルパスの新たな展開」等書籍の監修等活発な学会活動が展開されています。各都道府県には支部を設立し、より身近な参加しやすい学会です。

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

- 理事会 会務を執行。
- 評議員会 学会の重要事項を審議。
- 総会 学会の最高議決機関で、学術総会時に開催。
- 委員会 広報委員会：学会活動を学会会員及び学会非会員へ提供。学会ホームページの運用。
企画委員会：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。
学会雑誌編集委員会：学会雑誌の企画、発行。
保険・医療制度対策委員会：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。
医療の質検討委員会：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会：クリティカルパスの開発普及及び(一財)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。
- 分科会等 電子化委員会：電子診療録に関する研究。
原価計算委員会：原価計算に関する情報交換
医療安全委員会：医療安全全般に係る情報の収集、分析、発信。
地域医療委員会：地域の医療の在り方、地域医療支援病院に関する検討。
個人情報保護委員会
医療資材検討委員会
- 支部 カリキュラム実践センター、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、電子化分科会、医療福祉連携講習会、医師事務作業補助者講習会などの開催。
各都道府県に支部を設置し、支部学術集会、研修会などの企画、運営。

入会申し込み

- 一般正会員 学会の主旨に賛同される個人
年会費 医師・歯科医師 10,000円
医療スタッフ・福祉・一般 7,000円
- 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
- 会計年度 本学会の会計年度は4月～翌年3月です。
- 入会申し込み 所定の入会申込用紙に必要事項をご記入の上、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。

特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会

〒860-0806
熊本市中央区花畑町1番1号
三井生命熊本ビル 3階
TEL:096(359)9099
FAX:096(359)1606
E-mail:jhm@space.ocn.ne.jp
<http://jhm.umin.jp/index.html>

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現場の課題を取り上げ、研究活動の更なる拡大を目的に学会に移行し、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」 | 7月 | 第10回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
第11回クリティカルパス実践セミナーin東京 |
| 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」 | 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in福岡 |
| | 第3回クリティカルパス研究会
「ディーズマネジメントとEBMとクリティカルパス」 | 10月 | 第13回クリティカルパス実践セミナーin姫路、
第1回「DPC対応型クリティカルパス」特別セミナー |
| 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」 | 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」 |
| 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
パターンの標準化の試み」 | 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 |
| 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 迪（筑波記念病院院長）】 | 2月 | 第14回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」韓国版発行 |
| 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」 | 4月 | 第15回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 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」 | 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、より広い活用を求めて—」
【6月18日～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） |
| 9月18日 | 医療マネジメント学会設立 | | 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 |
| 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 | 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 |
| 2000年3月～4月 | 学会設立記念セミナー全国7都市で開催 | 8月 | 第16回クリティカルパス実践セミナーin京都 |
| 5月 | 医療マネジメント学会ホームページ開設 | 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」 |
| 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）】 | 10月 | 第17回クリティカルパス実践セミナーin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 |
| 7月 | 第1回医療連携セミナー「地域医療連携の実際」 | 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」 |
| 12月 | 第2回医療連携セミナー「地域医療連携の実際（2）」 | 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」 |
| 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」 | 2月 | 第18回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 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）】 | 4月 | 第19回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 9月 | 第4回医療連携セミナー
「急性期病院の外来と医療連携」 | 6月 | 第7回医療マネジメント学会学術総会
「安全かつ最良最適な医療の提供を目指して」
【6月24日～25日 福岡国際会議場 福岡サンパレス
会長 朔元則（国立病院機構九州医療センター院長）】
雑誌「連携医療」創刊 |
| 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」 | 7月 | 第20回クリティカルパス実践セミナーin名古屋 |
| 12月 | 第5回医療連携セミナー
「急性期病院の外来と医療連携（Ⅱ）」、
書籍「新たな医療連携の実際—その現状と方策—」発行 | 8月 | 特定非営利活動法人化 |
| 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 |
| 3月 | 第6回医療連携セミナー「急性期病院と外来分離」 | 10月 | 第3回「DPCとクリティカルパス」
特別セミナー「DPCと病院マシ」 |
| 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」 | 11月 | 第6回リスクマネジメント・セミナー
「医療安全の課題とブレークスルー」 |
| 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践するために」
【6月28日～29日 京都館・京都市勧業館
会長 岡 隆宏（京都第一赤十字病院院長）】 | 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」 |
| 7月 | 書籍「急性期病院のあり方と外来分離」発行 | 2月 | 第21回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 9月 | 第7回医療連携セミナー「疾病別連携」 | 5月 | 地域連携クリティカルパス分科会 |
| 10月 | 第1回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
第2回クリティカルパス実践セミナーin札幌 | 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・介護は共体制の改革をめくって—」
【6月16日～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）】
雑誌「イザイ」創刊 |
| 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」 | 9月 | 第22回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 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」 | 10月 | 医療安全分科会
「カルテレビューと安全ラウンドの実際」 |
| 2月 | 第3回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
第4回クリティカルパス実践セミナーin岡山、
書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」発行 | 2007年2月 | 平成18年度 第2回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 3月 | 第5回クリティカルパス実践セミナーin横浜、
第6回クリティカルパス実践セミナーin仙台 | 5月 | 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」 |
| 4月 | 第7回クリティカルパス実践セミナーin金沢 | 6月 | 日本学術会議協力学術研究団体指定 |
| 5月 | 第8回クリティカルパス実践セミナーin大阪、
第9回クリティカルパス実践セミナーin沖縄 | 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日～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 落合 慈之（NTT東日本関東病院院長）】 |
| 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日～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 | 平成19年度 第1回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| | 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」 | 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」 |
| | 書籍「クリティカルパス実践セミナーテキスト」発行 | 2008年2月 | 平成19年度 第2回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
平成19年度 第2回地域連携クリティカルパス分科会
「脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞における現状と課題」 |

- 5月 書籍「5日間で学ぶ 医療安全超入門」発行
 6月 第10回日本医療マネジメント学会学術総会
 「安全・安心・信頼の医療
 ～未来につづく地域医療連携～」
 【6月20日～21日 名古屋国際会議場
 会長 稲垣 春夫（トヨタ記念病院病院長）】
 平成20年度第1回リテラブル実践セミナーin神戸
 9月 平成20年度第2回リテラブル実践セミナーin熊本、
 平成20年度第1回地域連携リテラブル分科会
 「地域医療連携と脳卒中における
 地域連携リテラブルの現状と課題」
 10月 平成20年度第1回医療連携分科会
 「医療計画を理解する
 ～これからの地域医療連携の展望と課題」
 11月 平成20年度第1回医療安全分科会
 「医療安全はどこへ向かうのか
 ーいま注目すべき症例検討会と医療リイノベーション」
 2009年2月 2008年度第3回リテラブル実践セミナーin熊本、
 2008年度第2回地域連携リテラブル分科会
 「がんの地域連携リテラブルの実践と課題」
 6月 第11回日本医療マネジメント学会学術総会
 「新しい医療連携構築への展開
 ー医療・保健・福祉の地域活性化をめざしてー」
 【6月12日～13日 長崎ブリックホールほか
 会長 米倉 正大
 （国立病院機構長崎医療センター院長）】
 8月 2009年度第1回リテラブル実践セミナーin札幌
 11月 2009年度第1回医療安全分科会
 「医療安全の基礎、信頼のコミュニケーションのすべて」、
 2009年度第1回電子化分科会
 「地域医療ネットワークのIT化
 ー地域医療連携の現状とこれからのIT化の展望を問う！」、
 2009年度第1回医療連携分科会
 「医療連携における薬剤情報ならびに物流を考える」
 2010年2月 2009年度第2回リテラブル実践セミナーin滋賀
 5月 2010年度第1回医師事務作業補助者講習会
 （第1、2クール）、
 書籍「がん地域連携クリティカルパス
 ーがん医療連携とコーディネート機能ー」発行
 6月 第12回日本医療マネジメント学会学術総会
 「チームでめざすこれからの医療-良質で安全な
 医療サービスの提供のために-」
 【6月11日～12日 札幌コンベンションセンターほか
 会長 秦 温信（札幌社会保険総合病院院長）】
 7月 2010年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2010年度医療福祉連携講習会（第2クール）
 9月 2010年度医療福祉連携講習会（第3、4クール）
 10月 2010年度第1回リテラブル実践セミナーin仙台
 2010年度医療福祉連携講習会（第5クール）、
 2010年度第1回医療安全分科会
 「医療安全のための根本原因分析とチーム医療のスキル」
 11月 2010年度第2回医師事務作業補助者講習会
 （第1、2クール）、
 2010年度第1回医療連携分科会
 2011年1月 2010年度第2回リテラブル実践セミナーin岡山
 4月 医療福祉連携士第1期生認定
 5月 2011年度第1回医師事務作業補助者講習会
 （第1、2クール）
 6月 第13回日本医療マネジメント学会学術総会
 「地域で守る患者中心の医療
 ーチーム医療と医療連携」
 【6月24日～25日 京都市勧業館みやこめっせほか
 会長 香川 恵造（市立福知山市民病院院長）】
 7月 書籍「医療安全のリーダーシップ論」発行、
 2011年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2011年度医療福祉連携講習会（第2、3クール）
 9月 2011年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2011年度第2回医師事務作業補助者講習会（第1クール）、
 2011年度第1回医療安全分科会
 12月 2011年度医療福祉連携講習会（第5クール）、
 2011年度第2回医師事務作業補助者講習会（第2クール）
 2012年2月 2011年度第1回リテラブル実践セミナーin大阪、
 2011年度第1回医療連携分科会
 6月 2012年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 7月 2012年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2012年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2012年度医療福祉連携講習会（第2クール）、
 2012年度医療福祉連携講習会（第3クール）
 9月 2012年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 第14回日本医療マネジメント学会学術総会
 「地域医療の復興と絆-チーム医療と地域連携をさらに進める
 ヒューマンネットワーク作りを目指して-」
 【10月12日～13日 アルカスSASEBOほか
 会長 江口 勝美
 （佐世保市立総合病院 病院事業管理者兼病院長）】
 2012年度第2回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 11月 2012年度医療安全分科会、
 2012年度第2回医師事務作業補助者講習会（第2クール）
 12月 2012年度医療福祉連携講習会（第5クール）
 2013年2月 2012年度リテラブル実践セミナーin下関、
 2012年度医療連携分科会
 6月 第15回日本医療マネジメント学会学術総会
 「とりもどそう あたたかい故郷を
 ー地域との協働で拓く医療の未来ー」
 【6月14日～15日 マリオス（福岡市民文化ホール）ほか
 会長 望月 泉（岩手県立中央病院院長）】
 2013年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 7月 書籍「ねころんで読める
 WHO患者安全カリキュラムガイド」発行、
 2013年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2013年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2013年度医療福祉連携講習会（第2クール）、
 9月 2013年度医療福祉連携講習会（第3クール）、
 2013年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2013年度第1回リテラブル実践セミナーin青森
 11月 2013年度医療安全分科会、
 2013年度第2回医師事務作業補助者講習会（第1クール）、
 2013年度第2回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2013年度医療福祉連携講習会（第5クール）
 2014年2月 2013年度医療連携分科会
 5月 2014年度第1回リテラブル実践セミナーin鹿児島、
 2014年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 6月 第16回日本医療マネジメント学会学術総会
 「楽しく働くために ー医療の進むべき姿を求めてー」
 【6月13日～14日 岡山コンベンションセンターほか
 会長 青山 興司
 （国立病院機構岡山医療センター名誉院長）】
 2014年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 7月 2014年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2014年度医療福祉連携講習会（第2クール）
 8月 2014年度医療福祉連携講習会（第3クール）
 9月 2014年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2014年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第1クール）
 11月 2014年度医療安全分科会、
 2014年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第2クール）、
 2014年度医療福祉連携講習会（第5クール）
 2015年2月 2014年度医療連携分科会
 5月 2015年度医療福祉連携講習会（第1クール）、
 2015年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 6月 第17回日本医療マネジメント学会学術総会
 「医療における不易流行 ～変わらないもの、変わるもの～」
 【6月12日～13日 グランキューブ大阪（大阪国際会議場）
 会長 山根 哲郎
 （パナソニック健康保険組合松下記念病院院長）】
 2015年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）
 7月 2015年度医療福祉連携講習会（第2クール）
 8月 2015年度医療福祉連携講習会（第3クール）、
 2015年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2015年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第1クール）
 11月 2015年度医療福祉連携講習会（第5クール）、
 2015年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第2クール）、
 2015年度医療安全分科会

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（5冊/年）
- News Letterの発行
- 書籍発行
- リテラブル実践セミナー、地域連携リテラブル分科会、
医療連携分科会、医療安全分科会、
医師事務作業補助者講習会、医療福祉連携講習会などの開催
- 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 ●支部学術集会の開催

第18回日本医療マネジメント学会学術総会
 2016年4月22日（金）～23日（土）
 福岡国際会議場、福岡サンパレス
 会長：田中 二郎
 （飯塚病院名誉院長）

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> をご覧ください。

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・歯科医師 10,000 円
 医療スタッフ・福祉・一般 7,000 円

主な特典
 ・日本医療マネジメント学会雑誌（年間 5 冊出版）、
 News Letter 提供

手続き
 一般正会員のお申込は、下記の一般正会員入会申込書を記入し、郵送または FAX にて学会事務局までお送り下さい。
 入会申込書受理後、学会事務局より年会費の払込取扱票をお届けしますので、郵便局またはコンビニエンスストアでお振り込み下さい。年会費のご入金確認後、学会会員番号通知をお届けします。学会会員番号通知がお手元に届きましたら、手続きが完了となります。
 なお、一般正会員の入会申込は学会ホームページからも可能です。
 ※ご入金を頂いてから、学会会員番号通知がお手元に届くまで 10 日ほどかかります。

◎**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学会事務局までご連絡下さい。

※ 会計年度は 4 月～翌年 3 月です。年度途中の入会であっても年会費全額を納入して頂きます。
 ※ 入金された日が入会日となります。
 ※ 一度入金された年会費は返金できませんので、ご注意ください。
 ※ 過去に本学会会員となられ、年会費の滞納を理由に退会された方が、再入会を希望される場合は、滞納分年会費をお支払い頂く必要がございます。入会申込書受理後、学会事務局より滞納分と新規入会分を合わせた年会費の払込取扱票をお届けいたします。

----- 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 〒860-0806 熊本市中央区花畑町 1-1 三井生命熊本ビル 3 階
FAX 096-359-1606 TEL 096-359-9099 E-mail jhm@space.ocn.ne.jp

入会申込日	年 月 日		
会員種別	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 医療スタッフ・福祉・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・歯科医師 2.看護師・保健師・助産師 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.社会福祉士 12.精神保健福祉士 13.診療情報管理士 14.事務 15.企業 16.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

会期
2016年
4月22日(金)~23日(土)

会長
田中 二郎
(飯塚病院 名誉院長)

会場
福岡国際会議場
〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1
福岡サンパレス
〒812-0021 福岡市博多区築港本町2-1

■ 第18回日本医療マネジメント学会学術総会 事務局
飯塚病院 改善推進本部 内
〒820-8505 福岡県飯塚市芳雄町3-83
TEL.0948-29-7039(直通) / FAX.0948-29-8209
E-mail jhm18@aih-net.com

■ 第18回日本医療マネジメント学会学術総会 運営事務局
(株)日本旅行九州法人支店 九州イベントコンベンションセンター 内
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1 日本生命博多駅前ビル5F
TEL.092-451-0606 / FAX.092-451-0550
E-mail jhm18@nta.co.jp



改善とイノベーションで切り拓く
明日の最適医療

明るい病院改革

福岡タワー写真提供:福岡市

第18回 日本医療マネジメント学会学術総会

FUKUOKA2016

演題登録期間 2015年10月29日(木)~2016年1月19日(火) 参加登録期間 2015年10月29日(木)~2016年3月17日(木)

プログラム

■ 基調講演

宮崎 久義(日本医療マネジメント学会理事長)

■ 会長講演

田中 二郎(飯塚病院名誉院長)

■ 招待講演

横倉 義武(日本医師会会長)
御立 尚資(ポストコンサルティングジャパン代表)
仲 義雄(九州旅客鉄道株式会社クルーズトレイン本部長)

■ 特別講演

三浦 公嗣(厚生労働省老健局長)
坂本 すが(日本看護協会会長)
麻生 泰(九州経済連合会会長、株式会社麻生会長)

■ 教育講演

松田 晋哉(産業医科大学医学部公衆衛生学教授)
谷下 一夫(早稲田大学ナノ理工学研究機構研究院教授)
浦上 克哉(鳥取大学医学部保健学科生体制御学教授)
安藤 廣美(医療のTQM推進協議会理事長、飯塚病院特任副院長)

■ 市民公開講座

為末 大(元プロ陸上選手)

■ 教育セミナー

1. クリティカルパスと医療の質の向上
2. 医療安全

※教育セミナー2への参加は、事前参加登録制です。
第18回学術総会ホームページからお申し込みください。
※教育セミナー2を受講された参加者には、履修証明(3時間)を発行いたします。

URL : <http://www.18jhm.com>

【後 援】

公益社団法人 東京都医師会、
一般社団法人 8市医師会
(清瀬市、西東京市、東久留米市、小平市、東村山市、東大和市、武蔵村山市、小金井市)
一般社団法人 北多摩医師会、公益社団法人 東京都看護協会、
公益社団法人 東京都薬剤師会、一般社団法人 東京都病院薬剤師会

日本医療マネジメント学会第16回東京支部学術集会 プログラム・抄録集

発 行 日：2016年2月25日
発 行 者：特定非営利活動法人 日本医療マネジメント学会 東京支部
事 務 局：〒187-8510 東京都小平市花小金井 8-1-1
公立昭和病院地域連携室内
発行責任者：上西 紀夫（公立昭和病院 企業長兼院長）
電 話：042-461-0052
ホームページ：<http://jhmtokyo.umin.jp/2016>

印 刷：株式会社 靖 文 社

本誌の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。

協賛企業一覧

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アボット バスキュラー ジャパン株式会社
エム・シー・ヘルスケア株式会社
MSD 株式会社
株式会社 LSI メディエンス
株式会社大塚製薬工場
オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社
協和発酵キリン株式会社
株式会社グッドマン
塩野義製薬株式会社
セント・ジュード・メディカル株式会社
第一三共株式会社
大正富山医薬品株式会社
大日本住友製薬株式会社
大鵬薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
テルモ株式会社
東洋羽毛首都圏販売株式会社
東和薬品株式会社
ニプロ株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
一般社団法人日本血液製剤機構
日本製薬株式会社
日本ベクトン・ディッキンソン株式会社
日本メドトロニック株式会社
バイオトロニックジャパン株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
ブリストル・マイヤーズ株式会社
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
持田製薬株式会社
ユフ精器株式会社
(平成 28 年 2 月 10 日現在 / 順不同 : 敬称略)

今回の学術集会の開催にあたり、ご協賛頂きました企業および団体様に深く感謝申し上げます。

日本医療マネジメント学会第 16 回東京支部学術集会
会長：上西 紀夫（公立昭和病院 企業長兼院長）

抄 録

基調講演

教育講演

特別講演

パネルディスカッション

シンポジウム

ランチョンセミナー

基 調 講 演

「2025年へのカウントダウン～地域医療構想と地域包括ケア～」

国際医療福祉大学大学院 教授

武藤 正樹 (むとう まさき)

戦後最大の人口ボリュームを占める団塊の世代700万人が、すべて後期高齢者となるのが2025年、その2025年へ向けて医療と介護の提供体制も大きくかわらなくてはならない。その法制基盤である「医療介護一括法」も2014年6月に成立し、いよいよあとはその実施あるのみである。とくに医療介護一括法案の盛り込まれた地域医療構想や地域包括ケアシステムの実現が、各都道府県、市区町村の最大の政策課題となっている。

本講演では、地域医療構想と同時進行する診療報酬改定による病床機能分化、そして地域包括ケアシステムについて見ていこう。

////////////////////////////////////

<略歴>

1949年神奈川県川崎市生まれ。1974年新潟大学医学部卒業、1978年新潟大学大学院医科学研究科修了後、国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中1986年～1988年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学。1988年厚生省関東信越地方医務局指導課長。1990年国立療養所村松病院副院長。1994年国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長。1995年国立長野病院副院長。2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・国際医療福祉総合研究所長・同大学大学院教授、2013年4月より国際医療福祉大学大学院教授（医療経営管理分野責任者）、2014年4月参議院厚生労働委員会調査室客員調査員（兼務）。

<専門領域>

医療福祉政策、病院管理学等

<所属学会>

日本医療マネジメント学会副理事長、日本ジェネリック医薬品学会代表理事

<政府委員>

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

<著書>

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

「地域包括ケアにおける保健医療の質の向上の課題と展望 －ビッグデータ時代における ICT 活用」

慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学 / 東京大学大学院医学系研究科 医療品質評価学

宮田 裕章 (みやた ひろあき)

日本は医療・福祉を含む社会システムにおいて、大きな転換点を迎えています。かつて高度経済成長をもたらした「多数の労働人口で少数の高齢者層を支える」人口構成を前提とした社会保障制度を基礎に、世界トップランクに位置する長寿国となりました。しかし今後、世界でも経験のないスピードで高齢化が進み、さらに人口減少と産業成長の鈍化に伴い、社会システム自体が、従来の枠組みの延長線上でのマイナーチェンジだけでは、成立することが難しくなってくるでしょう。こうした課題への挑戦は、単にネガティブな側面ばかりではありません。例えば「団塊の世代」が医療・福祉を必要とする超高齢社会の初期段階においては、公的・私的を問わず多くの資金が医療福祉分野に投入されるため、雇用の創出、人々の暮らしを支える技術やシステムのイノベーションなど、次の日本を支える新しい活力を生む可能性があります。また先進国やアジア諸国も日本と同様の問題に直面することが予想されるため、日本の動向に大きな関心を寄せています。日本の課題は将来のグローバルな課題にもつながるため、日本が世界に先駆けて解決策を示す役割が期待されています。本発表では情報革命、ICT 革命、情報爆発、ビッグデータなど言葉を変えながら数十年にわたってイノベーションストリームを形成してきた ICT を軸に、人口減少社会における医療の課題解決について、現状と展望を紹介します。

////////////////////////////////////

<略歴>

2003年3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了（同分野 保健学博士（論文））
後、早稲田大学人間科学学術院助手、東京大学大学院医学系研究科 医療品質評価学講座助教を経て2009年4月より東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 准教授、2014年4月より同教授（2015年5月より非常勤）

2015年5月より慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授

社会科学方法論、医療政策、医療の質、政策評価、データベース

特別講演

「都会における地域包括ケアシステムと在宅緩和ケア」

立川在宅ケアクリニック 理事長

井尾 和雄 (いお かずお)

2000年2月に立川市に在宅ホスピスケア専門診療所を開業、2015年12月24日の時点で2685人を自宅、施設で看取ってきた。がん患者約85%、非がん患者約15%の割合である。当初は「在宅ホスピスケア、緩和ケア…なにそれ？」の時代で病院医療者も住民も困惑していた。介護保険の開始などで次第に訪問診療、訪問看護、訪問介護は定着してきた。しかし日本は超高齢化多死時代に投入し増え続ける年間総死亡への対応が急務となった。死因のトップは癌でその対応も重要課題となり、「在宅療養支援診療所」「がん対策基本法」「がん診療拠点病院」「緩和ケアチーム」などが次々に導入され緩和ケア、在宅緩和ケアの必要も謳われたが、がん患者の在宅看取り数は思ったほどは増えてはいない。日本の超高齢化多死時代を乗り切るにはための最後の手段として「地域包括ケアシステム」が構想され、それを後押しする法律も施行され2015年度から本格稼働し始めている。「地域包括ケアシステム」の真の目的は「在宅看取り」の普及である。在宅看取りにはがん患者と非がん患者の看取りがある。がん患者の看取りは短期間(半数は1か月未満)で「専門的緩和ケア&エンドオブライフケア」が24時間必要となる。非がん患者は慢性疾患、寝たきりへの看護・介護が主体で長期の介護の末の看取りになる。都会の在宅緩和ケアには特徴があり、普及のためには専門施設が求められる。都会の問題、解決法を考えたい。

////////////////////////////////////

<略歴>

1984年 帝京大学医学部卒業 1984年 帝京大学病院麻酔科入局
1987年 国立王子病院麻酔科勤務 1988年 帝京大学病院麻酔科勤務
1991年 井上レディスクリニック勤務
2000年 立川在宅ケアクリニックに名称変更、移転 現在に至る

<専門領域>

在宅緩和ケア、麻酔科、ペインクリニック

<所属学会>

日本麻酔学会、日本臨床麻酔学会、日本ペインクリニック学会、日本緩和医療学会、日本在宅医学会、
日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会、在宅ホスピス協会
日本死の臨床研究会、日本在宅医療研究会等

<資格>

日本麻酔学科会専門医、日本緩和医療学会暫定指導医、日本在宅医学会専門医

<著書>

「看る診る看取る」「後悔しない最期の時の迎え方」「幸せな最期」など

パネルディスカッションの狙い

「地域包括ケア時代に向けて ～地域で取り組む感染対策について考える～」

座 長：小西 敏郎（東京保健医療大学 副学長）
小田 智三（公立昭和病院感染症科 医長）
オーガナイザー：上西 紀夫（公立昭和病院 企業長兼院長）
及川 良子（公立昭和病院相談支援室）

共催：第一三共株式会社

開催趣旨

急性期病院では在院日数短縮化の流れから治療や医療処置を継続しながら転院や在宅医療に移行する患者が増加している。それに伴い、患者が抗菌薬耐性菌を医療機関から地域へと伝播させてしまうことが懸念されている。また、外来診療において広域スペクトラムの経口抗菌薬が安易に処方されることで抗菌薬耐性菌を生み出し、必要な時に有効な抗菌薬が使用できないという事態も生じつつある。

抗菌薬耐性菌検出患者に対して医療機関で手指衛生の啓発、個人防護具の使用方法、医療処置の手技等の指導を行っている。しかし、特別な感染対策が必要との理由で転院や訪問看護が断られるケースもあり、医療機関および職種間で感染対策に関する知識・理解などに違いがみられる。患者、家族のみならず、医療関係者への幅広い感染対策の教育普及も必要である。

このような現状を鑑みると、感染対策は今や医療機関から地域への一方的な押し付けではうまくいかない。各医療機関の役割に応じた感染対策を、個々に考え実践する取り組みが求められている。急速な高齢化により、患者の地域での流動性はますます高まりつつある。本パネルディスカッションでは、地域包括ケア時代を目前に控えたこの時期に、今一度、地域における現実的で実践可能な感染対策についてじっくり考えたい。

講演Ⅰ 地域での感染対策の基本は標準予防策の徹底と適切な抗菌薬使用

木津 純子（慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 教授）

講演Ⅱ 在宅ケアにおける感染対策の考え方

高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科 医長）

ディスカッション

- I 病院と在宅での手指衛生－実施の場面や方法に違いはありますか？－
- II 薬剤耐性菌検出患者の対応－入院中、転院時、在宅移行時など再検査は必要ですか？－
- II 広域スペクトラム抗菌薬の安易な処方－どのようにしたら改善できますか？－

パネリスト：高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科 医長）

木津 純子（慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 教授）

篠原かおる（訪問看護ステーション青い空 所長）

一ノ瀬直樹（公立昭和病院薬剤部 担当係長）

PD-1 「地域での感染対策の基本は標準予防策の
徹底と適切な抗菌薬使用」

慶應義塾大学 薬学部実務薬学講座

木津 純子 (きづ じゅんこ)

超高齢社会を迎える中、急性期病院から地域の医療施設への転院、在宅医療への移行が増え、地域での感染対策が重要になっている。感染を拡大しないためには、標準予防策の徹底が重要である。すなわち、全ての人は伝播する病原体を保有していると考え、血液・体液、喀痰、尿など湿性生体物質に触れた後、患者ケアの前後、手袋を外した後には手指衛生を行い、湿性生体物質に曝露する恐れのある場合には個人防護具を用いるなどの対応が必要である。しかしながら、在宅での日常的なケアの中で、どこまで遵守できるのだろうか。誰もが確実に行うことができる感染対策を具体化していく必要がある。一方、近年の耐性菌増加も大きな問題であり、その一因に地域医療施設での不適切な抗菌薬使用が考えられている。耐性菌の出現を抑制した効果的な抗菌薬の使用方法としては、まず、原因菌に効果のある抗菌薬を選択することが第一であるが、安易な広範囲スペクトラムのカルバペネム系薬やニューキノロン系薬の使用は避けるべきである。さらに、抗菌薬の特性に応じた用法・用量を選択することも重要で、効果をあげるには、投与回数を少なくし1回の投与量を最大化する抗菌薬と、投与回数を増やす抗菌薬がある。抗菌薬の特徴を捉えた用法・用量で、最大の効果を発揮し、最少の副作用で感染症を治療することが重要である。本パネルディスカッションでは、明日からの感染対策に役立つ情報を紹介したい。

////////////////////////////////////

<略歴>

- 1975年 3月 共立薬科大学卒業
- 1975年 4月 ビーチャム薬品株式会社入社
- 1977年 1月 東京大学医学部附属病院分院薬剤部
- 2000年 4月 共立薬科大学助教授
- 2002年 4月 共立薬科大学教授
- 2008年 4月 法人合併により慶應義塾大学薬学部教授（現在に至る）

<専門領域・分野>

医療薬学、感染制御

<所属学会>

日本環境感染学会理事、日本化学療法学会理事、日本医療マネジメント学会、日本医療薬学会など

<資格>

インフェクションコントロールドクター (ICD)、日本医療薬学会指導薬剤師など

PD-2 「在宅ケアにおける感染対策の考え方」

沖縄県立中部病院 感染症内科

高山 義浩 (たかやま よしひろ)

急速な高齢化とともに、経管栄養や気管切開、ストーマなどの医療的な管理を在宅で求められるケースが増えてきており、在宅ケアにおける感染対策の重要性も高まってきている。しかしながら、いまだ病院感染対策のガイドラインから流用せざるをえない状況であり、適当に対策を緩めつつ（多少罪悪感を覚えつつ）、現場で運用されているのが実態ではないだろうか？

孫が遊びに来て風邪をもらう。娘が作った手料理で下痢をする。そうしたことが起きるのが家庭である。どこまで許容するか、許容できるかは家庭ごとに異なるだろうが、リスクをある程度は引き受ける覚悟がなければ、在宅での療養は続けられない。そこを上手にくみ取って、病院レベルの感染対策を押し付けないよう、医療者サイドも心掛けるべきだ。

在宅ケアにおける感染対策は、いまだエビデンスも十分ではなく、すぐに活用できるようなガイドラインも存在しない。おそらく、世界で最先端ともいえる高齢社会を迎え、政策的にも在宅ケアへと誘導されつつある日本においてこそ、この問題についての答えを導いてゆかなければならないのだと思う。

本パネルディスカッションでは、感染症医であり、在宅緩和ケアも実践している演者の立場から、在宅ケアにおける感染対策について発言してみたい。なかなかエビデンスのない領域であり、「これでバッチリ」という話には落としにくいのだが、ひとつの実践事例として参考にしていただければと思う。



<略歴>

- 1995年 3月 東京大学医学部保健学科・卒業 2002年 3月 山口大学医学部医学科・卒業
- 2002年 5月 国立病院九州医療センター内科 2003年 5月 九州大学附属病院第三内科
- 2004年 5月 J A長野厚生連佐久総合病院総合診療科
- 2008年 4月 厚生労働省健康局結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室室長補佐
- 2010年 10月 沖縄県立中部病院感染症内科 2014年 4月 厚生労働省医政局地域医療計画課課長補佐
- 2015年 4月 沖縄県立中部病院感染症内科医長群馬大学医学部非常勤講師
神戸大学医学部非常勤講師、日本医師会総合政策研究機構非常勤研究員
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科新興感染症病態制御学系博士課程

主な著書

- 『アジアスケッチ ～目撃される文明・宗教・民族』（白馬社）
- 『ホホワイトボックス ～病院医療の現場から』（産経新聞出版）
- 『新型インフルエンザ対策実践ガイド』（共著・メヂカルビュー社）
- 『臨床に直結する感染症診療のエビデンス』（共著・文光堂）
- 『保健・医療従事者が被災者と自分を守るためのポイント集』（共著・中外医学社）
- 『大規模災害時医療』（共著・中山書店）

シンポジウム「看護師による特定行為の意義と今後の展望」

SS-1 「特定行為に係る看護師の研修制度について」

厚生労働省医政局看護課

岩澤 和子 (いわさわ かずこ)

2025年に向けた地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革では、地域での効率的で質の高い医療の確保と地域包括ケアシステムの構築をもってサービスの充実が図られようとしている。サービス充実の基盤整備の一環として、チーム医療推進の観点から特定行為にかかる看護師の研修（保健師助産師看護師法）が制度化された。

看護師はあらゆる医療現場で、診療・治療等に関連する業務から療養生活の支援まで幅広い業務を担い得るため、「チーム医療のキーパーソン」としても期待が寄せられている。昨年10月に施行された特定行為研修制度は、今後の在宅医療等を支えていくために、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たず、手順書によって一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を計画的に養成確保していくことを目的として創設されたものである。

厚生労働省では、2025年までに10万人以上の看護師が研修を修了し、病院の急性期、回復期、慢性期病棟、訪問看護や介護施設など様々な場で活躍いただきたいと期待している。チーム医療推進の観点から医師と看護師の役割分担をどのように考えるかなど診療部と看護部間で検討の必要があるが、患者のために何ができるか、もっとできるか、そのために必要な準備として研修を捉えていただきたい。現場の必要から生まれた特定行為研修制度が、各現場にチーム医療の更なる推進の契機となることを願っている。

////////////////////
<略歴>

1977年 大阪大学医療技術短期大学部 卒業 1980年 聖路加看護大学衛生看護学部 卒業
1984年 聖路加看護大学大学院看護学研究科（修士課程）修了
三井記念病院、虎の門病院、聖路加看護大学、神奈川県藤沢市勤務を経て、
1990年 厚生省入省（国立公衆衛生院公衆衛生看護学部）
1994年 児童家庭局母子保健課 母子保健指導専門官
1998年 保険局医療課 看護医療専門官 1999年 // 課長補佐
2003年 医政局看護課 課長補佐 2007年 福岡県久留米市健康福祉部 健康医療担当次長、
2008年 福岡県久留米市健康福祉部 保健監
2009年 厚生労働省医政局看護課 看護研修研究センター所長
2010年 // 看護サービス推進室長
2011年 // 看護課長

◇所属学会

日本看護科学学会、日本助産学会

SS-2 「特定行為研修制度の効果的な活用と今後の展望」

日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 救急看護学科

木澤 晃代 (きざわ あきよ)

H27年10月より、看護師の特定行為に係る研修制度がはじまりました。

特定行為研修では、看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るために必要な教育が実施されています。共通科目として、臨床病態生理学、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、疾病・臨床病態概論、医療安全学、特定行為実践などがあり、特定行為研修の基盤となっています。医学的知識を有した看護師は、患者の状態を的確に判断し、タイムリーに対応できる能力が期待されています。また、これからの高齢社会では、疾病が複雑化した患者の回復過程においても、患者の身近にいる看護師が安全に十分に配慮し、高度な実践を行うことが非常に重要だと言えます。今回は、特定行為研修の内容をご紹介します、特定行為研修制度の効果的な活用と今後の展望について述べます。

////////////////////////////////////

<略歴>

- 1993年 河北総合病院看護専門学校卒
- 1993年 河北総合病院
- 1997年 筑波メディカルセンター病院
- 2003年 日本看護協会 看護研修学校 救急看護認定看護師教育課程修了
- 2008年 東京女子医科大学大学院 看護学研究科 博士前期課程
クリティカルケア看護学 修了
- 2010年 特定看護師（仮称）養成調査施行事業研修 修了
- 2012年 富山大学大学院 医学薬学教育学部（博士課程）生命・臨床医学専攻 危機管理医学
- 2014年 現職

<資格等>

- 救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師、日本救急看護学会 評議員
- 日本救急医学会関東地方会 幹事、日本臨床救急医学会 評議員
- 日本クリティカルケア看護学会 会員、日本医療システム学会 会員

SS-3 「看護師の特定行為の意義—イタリア看護学の視点から」

富山大学経済学部経営法学科

秋葉 悦子 (あきば えつこ)

多くの欧州大陸諸国と同様、イタリアでも看護職は医専門職の補助として位置づけられていたが、70年代に始まった専門職化への歩みは96年の大学教育制度の改革以降急加速し、最終的に2006年の法律によって看護専門職は他の21の保健専門職とともに、医専門職と対等の自律的専門職の地位を確立した。今日ではイタリアの保健医療組織内に階層構造は存在しない。看護支援活動は端的に「ケアすること」と定義される。それは「全体として部分の総計とは異なる結果をもたらすことであり、心理学的、社会学的、精神的、道徳的、身体生物学的、社会的、経済的等々の、関係の脈絡と結びついた個別的諸側面の統合において、誰かの側にいること」である。最近の看護学研究によれば、看護職のパラダイムは全体性（客観的）、同時性（主観的）の2つであり、両者の混合である「危機」のパラダイムも注目されている。

看護教育課程修了者には国家保健管理職への道も開かれ、大学では組織マネジメントと危機領域のマスターコースが人気を博している。高齢化と健康概念の相対化による医療資源の不足はイタリアでも深刻であり、看護職は組織の不備をカバーすることも求められるが、不備をカバーすることのできる自らの専門職性を見極め、マネジメント能力を発揮してシステム全体の質的向上を図ること（TQM）、具体的には必要な補助スタッフを割り出してその教育に携わること等も期待されている。

////////////////////////////////////

<略歴>

- 1991年3月 上智大学大学院法学研究科博士後期課程修了。
- 1991年4月 上智大学法学部助手
- 1992年4月 国立精神神経センター・精神保健研究所研究員
- 1993年12月 富山大学経済学部経営法学科専任講師
- 1995年12月 同助教授
- 2005年12月 同教授

<専門領域・分野>

刑事法、医事法、生命倫理学

<所属学会>

日本刑法学会、日本医事法学会、法と精神医療学会、日本生命倫理学会、日本臨床倫理学会、教皇庁立生命アカデミー

SS-4 「地域医療における看護師による特定行為の役割と意義」

全国在宅療養支援診療所連絡会会長 / 医療法人社団つくし会

新田 國夫 (にった くにお)

健康時における生活習慣予防、糖尿病対策、健康から虚弱への移行時の予防重視システムにおける活動は今回の特定行為には入り込めていない。なぜならば、今回の特定行為は極めて技術的な行為である。高齢社会において疾病を生活障害と捉えることが重要であり、その意味で今回の特定行為の意味は特定疾患に準ずるものであり、従来の臓器医療からの枠を出ていない。地域における医療、介護の総合確保を推進するためといいながら、臓器に密着した発想の延長線上にて議論が行われ他に過ぎない。しかしながら、特定行為の枠の中で更なる看護の役割を増すに違いない。在宅療養が必要になる患者は、虚弱に伴う経過の中で、外来通院が不可能になる場合、あるいは急性変化の中で入院医療を必要とし、在宅復帰が可能となった場合がある。訪問看護が求められるのは病的状態の中で生活を支えるために必要な医療知識を持ち、あるいは人生の最終時においてその人を支える倫理観、生命観を持つことができた看護師が必要とされる。そのうえで特定行為が必要となる。訪問看護師は看護師の職の形態すぎない。病棟看護師が訪問看護、あるいは逆もあり得ることであるが、特定行為が可能なのは認定看護師が求められるものと違う。研修課程において414時間の体制が組まれることから、対象者が大病院、あるいは大学院の学生等が可能となることが予想される。現在、地域で活躍する看護師がこの研修制度に時間を割くことはとても困難であり、工夫が必要である。そうでなければ、本来の特定行為の意義は半減することになる。

////////////////////////////////////

<略歴>

- 1967 早稲田大学第一商学部卒業
- 1979 帝京大学医学部卒業
帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て
- 1990 東京都国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始
- 1992 医療法人社団つくし会設立 理事長に就任し現在に至る

<専門領域・分野>

外科、消化器内科、整形外科、循環器内科、リハビリ課

<所属学会>

日本外科学会、日本消化器病学会、日本救急医学会、日本消化器内視鏡学会

<資格>

認知症サポート医、産業医

「病院食・術後食の国際比較ー世界の病人は何を食べているのか?ー」

医療法人財団緑秀会 田無病院

丸山 道生 (まるやま みちお)

私の研究以前は、病院食や術後食、病人が食するものの国際比較はいっさい見当たらない。私は15年以上にわたり徹底したフィールドワークで世界各地の病院食・術後食を検討してきた。現在、世界の約30カ国、50都市、80施設を訪問した。

本邦では、従来より、流動食の重湯から始まり、徐々に粥の水分が減り、米粒の割合が高くなっていくという、きめ細やかな術後食のシステムを踏襲してきた。重湯、3分、5分、7分、全粥、常食の6ステップがもっとも一般的ではある。世界では4段階（アメリカ、オーストリアなど）が多く、3段階（韓国など）や5段階以上（台湾など）もあり、日本は最もステップ数の多い国である。術後食に分粥があるのはアジアでも日本だけである。

最も重症な人が食べる流動食は非常に興味深い研究対象である。私の検討から、世界の流動食にはブロス、ブイヨンの「西洋肉湯文化圏」と、穀物を煮た煮汁の「東洋穀物湯文化圏」が存在することがわかった。さらに「東洋穀物湯文化圏」は使用される穀物により3つに分かれ、北（韓国、中国の北部）はアワ、中間（日本、中国南部、東南アジア）はコメ、南（インド）はオオムギの流動食が伝統的に使われている。

世界の状況を踏まえ、今後の本邦術後食は、日本の食文化に根ざした「早期経口栄養」と患者個々の状態に合わせた「個人対応」を目指すべきと考えている。

/////////
<略歴>

1980年	東京医科歯科大学医学部卒業	1980-1983	東京医科歯科大学第一外科研修医
1983-1988	東京都立駒込病院病理科、外科医員	1988-1990	東京医科歯科大学第一外科医員
1990-1992	Research Fellow, Department of Surgery, University California, San Diego, School of Medicine,		
1992-1993	東京医科歯科大学第一外科助手	1993-	東京都立大久保病院外科医長
2004-	東京都職員共済組合青山病院外科部長	2005-	東京都保健医療公社大久保病院外科部長
2014-	現職		

<所属学会>

日本外科学会、日本消化器外科学会、日本静脈経腸栄養学会、日本外科代謝栄養学会、日本病態栄養学会、日本在宅医療学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床外科学会、日本胃癌学会、日本在宅静脈経腸栄養研究会、日本栄養材形状機能研究会、日本サルコペニア・悪液質・消耗性疾患研究会、PEGドクターズネットワーク、MeT3（メットキューブ）NST研究会、東京TNT研究会

<受賞等>

1995年 都衛生局小山賞 1997年 新宿医学会賞
2001年 第1回日本胃癌学会賞（西メモリアルアワード）
2013年 第15回アジア静脈経腸栄養学会最優秀賞

抄 録

一般演題（口演）

一般演題（ポスター）

AI（Appreciative Inquiry）の看護管理への活用による評価

○逢坂 範子¹⁾

¹⁾ 南台病院看護部

長年にわたり培われてきた業務中心の組織体質を改善するため、M 病院看護部の事例を用いて対話型組織開発の手法である AI（Appreciative Inquiry、以下 AI）を活用し、理念を日常業務の中で実践していくための行動基準の作成に取り組んだ。そのプロセスを通して理念浸透度と職務満足度の視点から AI の実施によりもたらされる効果およびその要因について明らかにすることを目的とした。

AI の実施前、実施直後、実施 1 年後に行ったアンケート調査から得られたデータを分散分析、相関分析を用いて分析した。その結果、全体では理念浸透度、職務満足度ともに変化は認められなかったが、介護療養病棟において職場の雰囲気、適正な評価、能力開発、安全への配慮、私生活への配慮の 5 項目に有意な平均値の上昇が認められた。また、当該病棟においては、仕事のやりがいに対する相関項目にも変化がみられ、AI 実施前には適正な評価のみであったものが実施 1 年後には職場としての推奨意向や自己利用の意向、病院としての推奨意向等との間に中等度の相関が認められた。以上から、AI のプロセスそのものがグループワークを介して内省を促すとともに、上司や同僚との前向きな関係性を育成し、組織の一員として共通の目標に対する共同と変化を強化したものと考えられた。

今後は、保健医療分野における AI の実践事例を蓄積し、その効果や持続性について検証していくことが必要である。

PNS 導入から 2 年目を迎えて

○石川 美和¹⁾、高橋 和夫¹⁾、山本 由美¹⁾

¹⁾ 公立昭和病院 救命救急センター 救急病棟

当病棟では PNS が導入され 2 年が経過しようとしている。導入目的は、「スタッフ間のコミュニケーション能力の向上」「技術力・アセスメント能力の向上」「インシデント件数の減少」「定着」であった。1 年目は教育・医療安全チームを設け、看護展開・看護の質の向上を目的とした「個々の成長」を目指し、2 年目へと突入した。その経過を報告する。

教育チームでは、看護記録の監査を行うことで看護展開における記録の不備を発見することができた。医療安全チームでは、抑制調査・記録の監査（行動制限の記録を参考）を行った。その結果、ご家族への配慮や説明が有効となり看護ケアが明確化されている。また、アンケート結果や個々の意見から、話し合いを行い、業務改善を行っている。以上のように、病棟をスタッフ全体で作り出せる環境へと変化してきている。ハーシーとブランチャードは、「リーダーシップ」について「与えられた状況で目標達成のために個人・集団に影響を及ぼすプロセス」と定義している。現状の中で、いかに業務を簡易にし、看護の質を向上させることができるか、個々が考えるようになり、発信し、全体で考えていける環境になってきているということは、各個人の成長に繋がっているのではないかと考えることができる。PNS という看護体制を行ってきたことで、カンファレンスを行える環境が定着してきているからであると考えられる。

看看連携を目指した病棟看護師による訪問看護報告 ～療養者への満足度を調査して～

○池 麻秩子¹⁾、奥井 貴子¹⁾、福沢 賀代子¹⁾

¹⁾ 東京都立神経病院

1. はじめに

当院は開設当初より、神経難病療養者等を対象に訪問診療・訪問看護を実施している。最近は、当院の訪問看護部門が関与することなく在宅療養へ移行する療養者を中心に、病棟看護師による訪問看護を推進している。これは①病院から地域へ切れ目のない看護を提供する②退院指導の効果を検証する等を目的とし、訪問看護師等の地域関係者と対面訪問ができるよう調整している。その結果、対面訪問件数は増加し、訪問看護ステーションへの調査では満足度が高かった。今回、療養者の評価も得ることで今後の課題を明らかにしたいと考えた。

2. 方 法

- (1) 対象者：平成 26 年 11 月～平成 27 年 10 月に病棟看護師が訪問看護を行った療養者 60 名
- (2) 調査方法：対象者へのアンケート調査
- (3) 倫理的配慮：所属の倫理委員会の承認を得た。対象者には文書で説明し、回答を以て同意を得た。

3. 結果・考察

訪問時期は、退院前 17%、退院当日 6%、退院後 77%であった。そのうち地域関係者との対面訪問は 46%であり、受持ち看護師と地域関係者との日程調整が難しいことも多かった。また、人工呼吸器をはじめとした医療処置が多い療養者の場合は、療養環境を調整して退院することが望ましいため、退院前訪問の実施件数の増加を図ることが課題である。病棟看護師による訪問看護は療養者や介護者にとっても満足度は高かった。今後は、必要に応じて適切なタイミングで効果的な訪問が行えるよう、看看連携を強化していきたい。

整形外科病棟看護師育成に向けた重症管理室への「院内留学」

○北明 幸子¹⁾

¹⁾ 佐々総合病院

1. はじめに

当院整形外科病棟看護師は、概ね自立して看護が実施できるというラダーⅡレベルの看護師が多く、術前術後の管理はできるものの急変対応等に苦手意識を持つ看護師が多い。また、残業時間が多い部署である。ラダーⅡ・Ⅲの看護師の応用力育成のため重症管理室への院内留学を行い評価したので報告する。

2. 実施

重症管理室への院内留学においては、①優先順位の理解②重症患者の対応とそれに伴う機械の管理方法を体験、実施することを目的とした。

評価は①院内留学の人数と実施日数②面接による実務評価③時間内で仕事が終了している④実際に病棟での経験が重症管理室で活かされている。以上の視点で行った。

3. 結果・考察

今回の実践では計3名14日の院内留学を実施できた。

実践後の面接では「回数を重ねることで優先順位が理解できた」「フィジカルアセスメントの見方も体験を通して理解できた」との意見が聞かれ、院内留学により優先順位やフィジカルへの理解が深まったと考えられる。

また時間外業務がなくスムーズに業務移行できる事を重症管理の実践を通じて体験し、業務移行についての意識の変化が見られた。

整形外科病棟スタッフの院内留学は優先順位やフィジカルアセスメント、業務移行について学び、応用力・対応力を養う機会になったといえる。

当院の救急外来を受診する患者の傾向と 救急外来看護師の教育支援の検討

○五野井 千夏¹⁾、山本 由美¹⁾

¹⁾ 公立昭和病院、救命救急センター 救急外来

1. はじめに

当院の救急外来は、看護師が1次2次のトリアージを行い診療科を振り分けている。複合的な疾患や重症度の高い患者が混在しており、学習すべき項目は多岐にわたる。そのため、救急外来に赴任したばかりの看護師がストレスを抱えバーンアウトする傾向もある。今回、電子カルテから過去5年間に救急外来を受診した患者を対象に傾向を調査し、結果から救急外来看護師の教育支援の方法を明らかにした。個人が特定されないよう統計処理後データを廃棄した。

2. 結果 考察

救急外来の受診総数は年々減少傾向で、救急車で来院する患者数は増加傾向にあった。最も多い上位4科は5年間変わっていない。疾患の特徴から考察すると重症度が高く、急変が起こりやすいのが特徴である。その疾患は、放射線科治療や薬剤治療の緊急性を要する疾患も多かった。救急外来看護師は患者のトリアージを的確に行う能力を育成するのは勿論であるが、急変を予知できる能力や特徴的な疾患の病態や治療を十分に学習し安全に治療につなげる必要がある。救急外来の教育は、上位4科の多い疾患や検査、治療から学びを広げるような学習支援の構築である。さらに、認定看護師や医師の協力を得ながら急変や回避できた事例などを症例検討し、スタッフ全員で学習できる環境づくりが必要である。救急外来の看護師がバーンアウトしないためには、一人一人のスピードに合わせた学習支援が今後の課題である。

当院における人工呼吸器関連事故防止活動の効果と課題 － I A レポート分析結果より－

○堀口 剛志¹⁾、山本 和佳子¹⁾、市村 喜代枝¹⁾、清水 尚子¹⁾、
岡部 典子¹⁾、中井 みどり¹⁾、福沢 賀代子¹⁾

¹⁾ 東京都立神経病院

1. はじめに

当院では、常時、25名前後の人工呼吸器装着患者が入院している。今回、平成25、26年度の人工呼吸器関連インシデント・アクシデントレポート（以下 I A レポートとする）を分析し、リスクマネジメント推進会議看護分科会（以下リスク委員会とする）の平成26年度人工呼吸器関連事故防止活動の効果と今後の課題が明らかになったのでここに報告する。

2. 研究方法

平成25、26年度の I A レポートの発生要因を先行文献¹⁾における人工呼吸に関するインシデントの分類に沿って集計する。集計結果からリスク委員会の平成26年度人工呼吸器関連事故防止活動の効果を検証し、今後の課題を検討する。

3. 結果

分類ではいずれの年度も「医療者要因」が最も多く、内訳で減少しているのは「知識不足」「手順違反」、増加しているのは「確認忘れ」であった。

4. 考察

「知識不足」が減少した要因として、人工呼吸器管理の知識向上を目的とした「フロア別人工呼吸器勉強会」の効果であると考えられる。「手順違反」が減少した要因としては、勤務交代時の人工呼吸器設定ダブルチェックに関するマニュアルの改訂と周知の効果と考えられる。今後の課題として、「確認忘れ」の背後要因をどのように分析し、有効な具体策を検討していくかが挙げられる。

引用文献

1) 大塚将秀：これで防げる人工呼吸のインシデント，呼吸器ケア，787-791，2012.

WHO 手術安全チェックリスト導入の効果

○新倉 貴子¹⁾、大塚 智子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部手術室

1. はじめに

安全な手術を遂行するためには、外科医師、麻酔科医師、看護師などがチームとして協同する必要がある。WHO では「安全な手術が命を救う」とし、手術安全チェックリストの使用を推奨している。当院での手術安全チェックリスト導入から今日までの効果について報告する。

2. 方法

2007 年より皮膚切開前におけるタイムアウトを開始。2012 年より、手術室運営委員会の承認を受け、手術室を使用する全症例において WHO の手術安全チェックリストを導入。麻酔導入前、皮膚切開前、退室前の 3 つのタイミングでサインイン・タイムアウト・サインアウトを開始した。手術安全チェックリストの項目に沿わない診療科においては内容を状況に合わせて修正した。さらに、2015 年 8 月より手術安全チェックリストを電子カルテ内に記録として登録した。

3. 結果

導入当初は混乱が生じていたが、外回り看護師がコーディネーターの役割を果たすと同時に、各メンバーが実施すべきこととして捉え、適切なタイミングで互いにコミュニケーションをとりながら実施するようになった。加えて、サインイン時に使用禁止薬剤投与が未然に防げた、タイムアウト時に通常と異なる手順が示され追加器械を準備することができたなどの効果のある結果が得られた。

4. 結論

手術安全チェックリストを用いたサインイン・タイムアウト・サインアウトによる確認作業の徹底は、周術期を担当するチームにおいて患者の安全を確保するために効果的である。

業務連絡（エマージェンシーコール）報告の分析

○根本 優美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 医療安全対策室

目 的

業務連絡報告症例を分析し、当院での傾向を知る。

方 法

1. 業務連絡を要請した部署から報告書を提出
2. 患者の初期の状態・転帰・発生時刻・要請部署等を分析する

調査期間

平成 25 年 4 月～平成 27 年 11 月

結 果

1. 業務連絡は全部で 40 件、業務連絡 1 号（エマージェンシー）86%、業務連絡 2 号（暴力）12% であった。
2. 初期に蘇生が必要な症例は、平成 25 年には年間 11 件、その後は 3 件 / 年で全体の 35% であった。
3. 発生時刻は日中（8:30～17 時）が 67% と多かった。
4. 発生場所は外来フロアが 61% と多かった。
5. 初期に蘇生が必要な状態の患者の転帰は死亡となることが多かった。
6. 業務連絡の要請者は看護師がほとんどであった。平成 26 年から守衛・委託事務・看護助手と医療の免許のない職員から年間 3 件要請があった。

考 察

平成 25 年度は院内全体にわたり、業務連絡要請がされていた。しかし、26 年・27 年と外来フロアでの要請が多くなっている。委託事務等が発見・要請するケースも増えてきている。委託事務等の職員は、初期の患者の病状確認が不足しているため、適応外と思われるような転倒においても要請をしている。状況として、発生場所の周囲に医療従事者が不在のためにやむを得ず要請をしていた。また、年々業務連絡の要請が減少している。その理由は、毎年業務連絡訓練を実施しているために、急変時の対応の流れがわかるようになった。医療安全に関連した委員会で、業務連絡した事例検証を行うことで、適切な対応が少しずつできるように変化してきたと考える。

多職種による転倒予防ラウンドについての取り組み報告

○亀谷 武昭¹⁾、蝦名 敏美¹⁾、右田 恵美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部安全推進委員会

1. はじめに

医療施設において、転倒や転落事故が問題となっている。当院においても転倒発生件数は少なくない。そこで、現状の問題点抽出と改善策策定を目的に、リハビリ科医師、リスクマネージャー、理学療法士、リエゾン看護師、看護安全推進委員の多職種チームを編成し、転倒予防ラウンドを実施した。安全対策について他職種で抽出・分析し、部署にフィードバックした結果、転倒件数が減少したので報告する。

2. 方法

- (1) ラウンド対象患者は、転倒・転落アセスメントシートのレベルⅡからⅢの患者で、継続的な観察が必要で活動面や精神面への介入が必要と思われる患者を選出した。
- (2) 多職種がそれぞれの分野から看護師に助言する。
- (3) アドバイスを看護ケアプランに追加・修正し、ケアを実施する。

3. 実施期間

平成 27 年 6 月～平成 27 年 11 月（2 回 / 月）

4. 結果

- (1) 筋力の低下による、立位・歩行時の不安定さがあり、早期のリハビリテーション介入が必要であったことが確認できた。
- (2) せん妄や現実検討能力の欠如に対して、リエゾン看護師の介入が有効であった。
- (3) 車椅子・オーバーテーブル・床頭台等の環境整備が充実した。
- (4) 患者の裾の長いズボン、履物などの検討ができた。
- (5) 睡眠薬の変更や服用時間の変更により、トイレ誘導時間等が検討できた。
- (6) 病棟看護師では気づかない視点のアドバイスを受けることで新たな看護の関わりが行われ、昨年度の同期間の転倒発生率 3.18%から 2.69%と 0.49%減少した。

当院回復期リハビリテーション病院における ADL 自立度チェックシートの取り組み

○鍛治 宏宣¹⁾、鬼塚 北斗²⁾、若林 健太郎¹⁾、上條 博之¹⁾
近野 雅代³⁾、伊藤 真理³⁾、川内 基裕⁴⁾、金 隆志⁴⁾

一般社団法人巨樹の会 小金井リハビリテーション病院

1) 理学療法士、2) 作業療法士、3) 看護師、4) 医師

【はじめに】

回復期リハビリテーション病院では、安全な患者の ADL 自立が求められる。多くの病院では歩行自立に対して、Timed Up and Go Test や Functional Balance Scale などを用いて評価を行っている。当院では、より早期に『出来る ADL』を『している ADL』へ移行出来るよう、車椅子移動や歩行が可能となった患者にリハ部門・看護部門と共有のチェックシートを用いて、ADL 動作を含めた移動動作を院内生活内で評価し自立度を判定している。

【方 法】

リハ部門・看護部門と共同で移動では物を持っての歩行や椅子の出し入れなど、トイレ動作ではドアの開閉や下衣更衣などの実用的な動作の評価を実施する。移動形態が変更する毎に行い、認知機能に応じて夜間のチェック回数を決めている。

現在の取り組みを実施する前の平成 25 年 4 月～平成 25 年 9 月と平成 27 年 4 月～平成 27 年 9 月に ADL 自立となった患者様の転倒数を比較・検討した。

【結果・考察】

平成 25 年 4 月～平成 25 年 9 月までの ADL 自立患者 296 名、転倒 38 件、平成 27 年 4 月～平成 27 年 9 月までの ADL 自立患者 296 名、転倒件数 25 件であった。自立度チェックを行う事で ADL 自立患者の転倒数減少に効果があると考えられる。

【まとめ】

回復期病院では、より安全な移動形態を提案するため、転倒予防対策を講じる必要がある。リハ部門と看護部門が共同で評価を行う事で患者の応用動作を含めた ADL を細かく理解出来るとともに、入院生活の中で安全な『している ADL』を行えると考えられる。

全てのがん患者の“Quality of Life の改善”を目指した Cancer Rehabilitation Candidate Recruitment システム ～特に CyberKnife 患者に注目して

○西山 卓志 (PT)¹⁾、古川 広明 (PT)¹⁾、力武 祐子 (PT)¹⁾、真田 洋佑 (PT)¹⁾、
森 久晃 (OT)¹⁾、小杉 剛 (ST)¹⁾、原島 宏明 (PT)²⁾、笹沼 仁一 (MD)³⁾、
角田 亘 (MD)⁴⁾、安保 雅博 (MD)⁴⁾

¹⁾ 新百合ヶ丘総合病院 リハビリテーション科、²⁾ 南東北グループ 首都圏リハビリテーション部門、

³⁾ 新百合ヶ丘総合病院 脳神経外科、⁴⁾ 東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座

【はじめに】

がん患者に対して適切なリハビリテーション（以下、リハ）を提供することで、ADL の低下が予防され、Quality of Life（以下、QOL）が改善する。当院では、入院するがん患者全員に“必要があれば、漏れなくリハを供給する”というシステムを考案、それを Cancer Rehabilitation Candidate Recruitment（以下、CRCR）システムと名付け、病院全体に広く導入している。また、当院のがん治療の特徴の一つに CyberKnife（以下、CK）治療がある。そこで、全てのがん患者の中で CK 治療患者に対する CRCR システムを用いたリハ介入の効果を検討した。

【対象と方法】

対象は、平成 27 年 5 月 7 日から 10 月 31 日の期間内に、CRCR システムを用い、リハ介入を行った 202 人のうち CK 治療を行った 10 人。CRCR システムでは、療法士が入院直後に身体状況を確認し、看護師とカンファレンスを行い、リハの必要性があると判断された場合、主治医と相談の上、迅速にリハを開始した。また、介入開始時と退院時に Barthel Index（以下、BI）、Performance Status（以下、PS）、QLQ C-30 について評価を行い、比較検討を行った。

【結果】

介入開始時と退院時に評価した BI、PS、QLQ C-30 はいずれも改善がみられた。また、リハ介入をした患者において有害事象はなかった。

【考 察】

CRCR システムを用いることで、入院早期から漏れなくリハを提供できた。これにより、ADL の向上、QOL の改善を図ることが出来たと考える。

【まとめ】

CRCR システムの導入により、CK 治療患者に対するリハ介入を安全に実施でき、がん患者の QOL の改善が図れた。

演題取り下げ

Low-Cost で High-Quality な HIS への展開

○佐藤 譲¹⁾

¹⁾ 公益財団法人 日本心臓血管研究振興会附属 榊原記念病院

1. はじめに

2003年12月に府中市へ移転した循環器専門の当院において、開院時に導入したベッドサイド TV 配信システムおよび HIS のシステム更新を始めた。導入・設置後の経年劣化に伴うだけでなく、地上デジ/アナ変換配信および Windows XP のサポートとセキュリティ更新プログラム等の提供終了が伴っていることである。この更新機会をもち、新たな情報活用へのシステム展開として位置付けた。

2. 対応方法

ベッドサイド TV においては、HIS の機能の一部であったものを切り離し、同軸ケーブルにて地デジ TV へ単独方式に変更した。従来の HIS の機能一部を継続使用するため、地デジ TV にスティック PC を差し込み、以前と同機能がベッドサイドの地デジ TV に配信できている。HIS 本体においては、データデータベースにオラクル 9i を活用していたが、仮想環境にて保全稼働させ、12年間も蓄積してきているカルテ情報や画像情報をそのまま活用させながら、Win10 ベースによるウェブ型の試行が始まっている。さらにタブレット、スマホの導入だけではなく、診察券および職員証で用いている非接触型 IC カード TypeA/TN2 の発展も試みている。

3. まとめ

従来の紙カルテに対する「作業の効率化」「情報の保存」が主体的で高額なシステムではなく、今後も、医療・医学の発展にシステムやデータを活かすために Low-Cost で High-Quality なシステムの開発を継続していきたい。

医療・看護必要度入力ヘルプツールの作成

○阿部 和也¹⁾、勝井 茜¹⁾、西野 潤¹⁾、江藤 壮志¹⁾、
小島 薫¹⁾、及川 千穂¹⁾、高山 千賀子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター

1. はじめに

平成 26 年度の診療報酬改定では、従来の「重症度・看護必要度」の見直しが行われ、名称も「重症度、医療・看護必要度」（以下「必要度」）と変更された。また平成 28 年度の診療報酬改定でも大幅な見直しが予測されている。当院では必要度の評価を看護師が行なっているが、複数の患者を受け持つ多重業務のなかでは一部を記憶に頼らざるを得ず、評価漏れを起こしやすい。また、A 項目には該当する薬剤が多岐にわたり、判断に迷うことも多い。これらの状況を改善すべく電子カルテデータを利用したツールを作成した。

2. 方法

電子カルテからオーダ情報を抽出し、マスタ化した評価基準を使用して必要度を推定する。推定された必要度と実際に入力された必要度が異なる患者を電子カルテ画面に表示する。看護師はその表示を参考に必要度を修正する。

3. 結果

評価の検証が容易となり、日頃使用していない薬剤でも、A 項目に該当するものであるかどうか確実に判断できるようになった。普段は評価を担当していない看護師が評価をしなければならない場合でも、ストレスなく評価できる。

4. 考察

評価基準が変更されても、評価に戸惑うことが減少すると予想する。

「分かりやすい要因分析」学習会への取り組み －メディカルセーフター分析を活用して－

○西山 貴子¹⁾、山本 和佳子¹⁾、市村 喜代枝¹⁾、池 麻秩子¹⁾
矢吹 みゆき¹⁾、横須賀 未加¹⁾、福沢 賀代子¹⁾

¹⁾ 東京都立神経病院

1. はじめに

当院では、インシデント発生時にはSHELLモデルによる要因分析を行っているが、同様のインシデントが発生している。各部署で分析を行う際、ソフト面や人にばかり焦点があたり、対策が類似しやすい。そこで、リスクマネジメント推進会議看護分科会（以下委員会とする）では、看護師の要因分析力の向上を目的に、要因や対策を多方面から捉えて考えられるようメディカルセーフターによる分析に取り組んだ。

2. 方 法

平成27年6月～11月

- (1) 委員会で学習会グループを構成、企画と学習会資料（模擬事例）作成
- (2) 委員会で委員を対象に、学習会の趣旨を説明しプレ学習会を開催
- (3) 各部署で委員が全看護師を対象に、同一内容の資料を用いて学習会を実施
- (4) 学習会結果を委員会で発表し効果や課題を共有

3. 結 果

委員会で作成した資料を使用したこと、プレ学習会を実施したことにより、各部署において同一内容の学習会が実施できた。また、分析方法を説明しながら学習会を実施した結果、「分析しやすい、要因や問題点が分かりやすい。」など肯定的意見が多く聞かれた。

4. 結 論

- (1) 分析手法を熟知した委員が共通の資料を用いて学習会を実施することにより、同一の内容と水準での学習会の実施が可能であった。
- (2) メディカルセーフターの利点や目的を説明し、模擬事例を用いて学習会を実施したことは看護師が要因分析を理解するうえで効果的であった。

病院給食（入院時食事療養）における個人対応の現状 －大規模急性期病院の給食マネジメント－

○宮田 美里¹⁾、森本 修三¹⁾、小西 敏郎¹⁾、神山 薫²⁾、下田 正人²⁾

1) 東京医療保健大学、2) 東邦大学医療センター 大森病院

1. はじめに

とくに大規模病院の給食は、食数、食種が多く、各種形態やアレルギーへの対応はもちろん、嗜好への対応も要求されるため、給食業務には大きなエネルギー（ヒト・モノ・カネなど）を費やす。病院給食は近年、患者および診療スタッフ、チームからの栄養・食事に関する要望が多くなってきたことで、より複雑で精度の高いものに変化してきている。それはインシデント・アクシデントの多発にもつながる。今回、それらを具体的にとらえ、最適な給食マネジメントにつなげることを目的に、手始めとして個人対応を含んだ食種別の食数等を調査、分類しているのでその一端を報告する。

2. 方法

1日食数2000前後、食種数222、個人対応項目数258の大規模病院で一定期間に提供した食事について、食種、食形態、各種個人対応において1項目でも違いがある食事をすべて別個の食事として分類し、その食数を出す。

3. 結果

集計、分析中のため発表当日に行う。

4. 考察及び今後の取り組み

集計、分析中のため発表当日に行うが、大規模病院の給食は、個人対応が加わることで極めて多種類の食事を大量に提供することとなり、一般的な集団給食とは全く異なる。今後は引き続き、インシデント等との関係、NSTなどのチーム医療活動との関係、食事療養費との関係やコスト（人件費、材料費、経費）の問題、患者満足度CSや業務満足度ES、病院評価との関係等について調査、分析したい。

「練馬総合病院 SSI 予防ガイドライン」作成の取り組み

○金内 幸子¹⁾、林 憲子¹⁾、植竹 緑¹⁾、平瀬 陽子¹⁾、竹内 晴彦²⁾、
井上 聡³⁾、西本 周平⁴⁾、渡邊 輝子⁵⁾、斉藤 由佳⁶⁾、小林 裕子⁷⁾

公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院

1) 薬剤科、2) 麻酔科、3) 外科、4) 皮膚科、5) 看護部外科、6) 看護部手術室、7) 質保証室

1. はじめに

周術期抗菌剤予防投与の目的は手術部位感染（SSI）発生率減少であり、そのためには術前～術後まで複数の対策をまとめて行わなければならない。薬剤科では職種横断的な MQI（医療の質向上）活動として、「練馬総合病院 SSI 予防ガイドライン」の作成と実践に取り組んだ。

2. 方法

活動は麻酔科・外科・皮膚科医師、外科病棟・手術室看護師、薬剤師で構成した（感染対策委員4名含む）。対象を2014.8月～10月、当院外科腹部手術とし、術式、体重、使用抗菌剤名・投与量・期間、手術時間と術中追加投与の有無、術前 HbA1C 測定・術後血糖測定の有無等を検討した。現状の問題点を明確化し、院内ガイドライン案と運用案を作成、医局会や手術室運営会議で説明し、承認を得て登録、各部署で勉強会を実施した。

3. 結果

特に改善に取り組んだ点を以下に示す。

- ① 予防抗菌薬投与を原則手術翌日までとし、超える場合に薬剤科で問い合わせを徹底
- ② 術前ポピドンヨード消毒の3分間カウント実施
- ③ 術中3時間毎の抗菌剤追加投与と手袋交換を徹底
- ④ 術後、48時間の創部閉鎖を推奨、それに適した被覆材を使用
- ⑤ 術後、血糖測定とインスリン投与の基準を定め、外科開腹手術に適応

4. 結語

SSI 予防対策は複数あり、どれかひとつでも不十分だと感染が起こる可能性がある。今後も継続して関係する全ての職種が協力していく必要がある。

抗菌薬適正使用に向けた病棟薬剤師の取り組み

○有川 朗子¹⁾、一ノ瀬 直樹²⁾、小田 智三³⁾

1) 久我山病院 薬剤部、2) 公立昭和病院 薬剤部、3) 公立昭和病院 感染症科

1. はじめに

久我山病院（以下、当院）では、抗菌薬適正使用の一環としてICTによる抗菌薬ラウンド、使用届出制を実施しているが、全ての抗菌薬使用状況は把握できていなかった。今回、使用されている全抗菌薬の使用状況の把握をめざし、病棟薬剤師による、抗菌薬チェックシート（以下、シート）の作成を導入した。また、作成したシートにより全ての抗菌薬が適正に使用されているか調査することを目的とした。

2. 方法

2015年4月から2015年7月に当院の消化器外科・脳外科病棟において注射用抗菌薬（予防的除く）が投与された全例を対象とし担当薬剤師が抗菌薬名、培養採取状況、用法・用量、投与期間、臨床検査値等を記載したシートを作成した。

3. 結果及び考察

症例は、消化器外科42例、脳外科32例、他科4例であった。培養は24例（実施率は30.7%）で実施されていた。推定原因菌、臓器移行性からみた抗菌薬の選択は適正であった。用法・用量は腎機能から判断し不足と考えられた2例は病棟薬剤師の提案で増量された。

4. 結論

シートを作成することで投与状況の把握を可能とした。培養採取率の低さが明らかとなり、今後ICTとの連携しながら、抗菌薬開始前に病棟薬剤師が関わる体制を構築していく。

訪問看護における職業感染対策に関する実態調査報告

○雨宮 良子¹⁾、原 晃一¹⁾、湯谷 将生²⁾

1) 日野市立病院、2) 訪問看護オアシス

【目 的】

地域包括ケア時代を迎えるために、地域での病院と在宅医療の連携強化が求められている。我々は日野市内の訪問看護における感染対策マニュアル策定を目的とし、市内訪問看護師を対象に勉強会を行っている。しかしながら訪問看護における感染対策はいまだ十分とは言えない。今回、市内訪問看護医療従事者を対象に、血液・体液暴露についてのアンケートを実施したのでその結果を報告する。

【方 法】

日野市訪問看護ステーションを対象に、訪問看護実施中の、血液・体液暴露事故と、その対応についてアンケート調査を行った。

【結 果】

回答者は5ステーション29名（看護師20名、理学療法士5名、他4名）。①針刺し・体液暴露経験者は10名、そのうち事故後の対応を受けてない者は3名。②①以外で利用者に噛みつかれた等の受傷経験者は15名、そのうち利用者の飼い犬による咬傷が3名。③医療者自身がB型肝炎抗体を有していることが確認できている者は14名、未接種や接種不十分な者は11名。④事前に、訪問看護利用者の感染症情報はほとんど伝えられていなかった。

【考 察】

在宅で医療行為を受ける患者は増加しているが、それに携わる医療者の職業感染対策は不十分と言わざるを得ない。針刺しや体液暴露が発生した際、訪問看護では病院同様の迅速な対応が行われておらず、在宅利用者の感染症情報の確認すら困難な状況にある。今後は地域病院と連携した対策立案が必要と考える。

質評価指標を活用した抗菌薬適正使用の推進

○佐瀬 裕子¹⁾、森脇 睦子¹⁾、鳥羽 三佳代¹⁾、笠井 祥子^{1) 2)}、
高橋 千尋¹⁾、伏見 清秀^{1) 3) 4)}

¹⁾ 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター

²⁾ 東京医科歯科大学医学部附属病院 臨床試験管理センター

³⁾ 東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野

⁴⁾ 国立病院機構本部 総合研究センター診療情報分析部

【背景・目的】

感染制御を含む医療の質マネジメントには PDCA サイクルによる組織的な活動が必要であるが、可視化のためのデータ収集に膨大な時間と労力を要する。近年、DPC データを用いた質評価指標による医療の質の客観的・定量的評価法が開発され、病院マネジメント改革に活用されている。そこで、抗菌薬適正使用の推進を目的に、質評価指標を利用して周術期抗菌薬の使用実態を可視化し、診療科や各部門との連携による課題解決のための PDCA 基盤構築を試みた。

【方 法】

2014 年度の DPC データを対象とし、国立病院機構臨床評価指標 Ver.3 計測マニュアルに基づき、抗菌薬中止率、手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率を算出した。使用抗菌薬を調査し、遷延症例については診療録調査を行った。

【結 果】

対象となった 9 疾患領域 26 指標のうち、目標値を達成した指標は中止率 6/13 指標 (46.2%)、遷延率 7/13 指標 (53.8%) であった。抗菌薬遷延症例は全例で予防的投与から治療的投与へ変更されていたが、周術期抗菌薬は長期投与される傾向にあり、抗菌薬選択にばらつきが認められた。得られた結果を感染制御部門、該当診療科と共有し、PDCA によるクリティカルパス見直し等の取組みを開始した。

【考 察】

質評価指標により抗菌薬の使用実態が可視化され、診療科間の比較や他施設との比較が可能になった。また、周術期抗菌薬標準化の進行度や課題が明確化され、抗菌薬適正使用を推進しマネジメントするための PDCA 基盤構築に繋がった。

中小病院における抗 MRSA 薬使用届出制の在り方に関する一考察

○石塚 博子¹⁾、有川 朗子¹⁾、一ノ瀬 直樹²⁾、小田 智三³⁾

¹⁾ 久我山病院 薬剤部、²⁾ 公立昭和病院 薬剤部、³⁾ 公立昭和病院 感染症科

1. はじめに

久我山病院（以下、当院）では 2009 年に抗菌薬使用届出制を導入したが、開始時の確認のみの目的であった。2014 年 6 月、当院院内感染対策チーム（以下、ICT）では注射用抗 MRSA 薬の適正使用を目的に、週 1 回のラウンドを開始し、治療の開始から終了まで監視を開始した。今回、その取り組みを通じて中小病院における使用届出制の在り方について考察を行った。

2. 方 法

2014 年 6 月～2015 年 5 月に当院にて注射用バンコマイシン塩酸塩（以下、VCM）が投与されラウンドが実施された患者を対象とした。調査項目は、感染症名・検出菌、TDM 実施状況、ICT からの疑義照会項目とした。

3. 結 果

VCM 投与患者数は 15 例で、うちラウンド対象は 13 例であった。13 例中、肺炎 8 例、カテーテル感染 2 例、膿胸、尿路感染、術後髄膜炎疑いが各 1 例であった。初回 TDM 実施日は、投与開始 3 日目が 2 例、4 日目 6 例であった。疑義照会は、初回の VCM 血中濃度採血（以下、採血）依頼が 6 件で、全例で実施されたが、うち 4 例では 6 日目以降の採血であった。投与量増量依頼が 4 件で、1 例で対応できなかった。2 回目以降の採血依頼は 3 件で、うち 1 例で実施されなかった。

4. 考 察

TDM の意義や適切な実施日が理解されていないことが明らかとなった。適正使用を届出制のみで行うことは難しく、啓発やプロトコール作成、特に、当院のような中小病院では 1 例毎に、病棟薬剤師と連携し、取り組んでいく必要がある。

B型肝炎ウイルス再活性化対策における薬剤師の介入

○石田 聖¹⁾、飯田 恵¹⁾、石井 紀子¹⁾、近藤 真由美³⁾、
根本 優美子²⁾、野地 良子¹⁾、小竹 慶子¹⁾

東京都保健医療公社 豊島病院

1) 薬剤科、2) 看護部、3) 消化器内科

【目的】

当院では、日本肝臓学会発行の「B型肝炎治療ガイドライン」に基づき HBV 再活性化対策指針を策定しているが、その遵守状況は明らかではない。そこで、化学療法施行患者を対象に当院における初期スクリーニング検査実施状況を調査し、実施率の向上を目的とした取り組みを行った。

【方法】

院内の医師対象に B型肝炎ウイルス再活性化について説明会を実施し、化学療法初回患者対象の検査項目セットを作成した。その後 H27 年 3 月より初回化学療法患者には検査項目に不備がないか薬剤師が確認し医師に問い合わせを行うシステムを導入した。さらに H27 年 8 月より電子カルテ導入に伴い、医師のレジメンオーダー登録時に検査オーダーのアラートを表示するシステムを導入した。それぞれの期間におけるスクリーニング実施状況を調査した。

【結果】

調査開始前、初回化学療法患者の実施率は 27% だった。H27 年 3 月から薬剤師を中心とした取り組みやシステム導入により実施率は 79% まで上昇した。電子カルテ導入後の実施率についても現在調査中である。

【結論】

当院の B型肝炎ウイルス再活性化初期スクリーニング実施率は非常に低いものだった。これは当院医師の B型肝炎ウイルス再活性化に対する認識不足が原因の一つと考えられる。今回、薬剤師が中心となった取り組みにより実施率の向上に貢献できた。

地域医療連携における取り組み ～医療・介護・福祉施設との情報交換会を実施して～

○小門 尚子¹⁾

¹⁾ 公立阿伎留医療センター

【はじめに】

当院は、秋川流域における地域医療を支える基幹病院である。秋川流域の医療・介護・福祉施設との情報交換会を年に1回開催し、本年度で3年目を迎える。

今回、報告者が携わった第2回情報交換会の内容と今後の課題についてアンケート調査を基に報告する。

【目的】

秋川流域の医療・介護・福祉施設との包括的かつ横断的な連携と協働を推進する。

【参加施設】

療養型病院4、診療所1、老人保健施設3、訪問看護介護リハビリ施設6、行政5で、18施設
44名 当院診療部、看護部、事務部で37名

【内容】

1. 「地域と病院をつなぐ」をテーマに当院の取り組みを報告
2. グループワーク 事例：終末期を迎えたがん患者の自宅退院に向けた地域連携

【アンケート結果】

施設参加者回答数36名（回収率81%）取り組みの報告は地域連携に有効なものであった26名（72%）有効ではなかった1名であった。グループワークは地域連携に効果的であった31名（86%）普通2名（5.5%）であった。その他、顔の見える意見交換は非常に有意義であったという反面、具体的にどのように連携して行くべきなのか分からない等の意見があった。

【考察】

情報交換会は有効であった。具体的な連携方法について、情報交換会に求めていることが分かった。

【終わりに】

今年度は1月に開催予定である。事例を通して、地域全体の介入及び連携を具体的に報告し合いディスカッションを計画している。

行政単位を超えた連携推進を目的とした 「在宅医療・緩和ケアカンファレンス」の取組み

○池田 登顕^{1) 4)}、呉屋 朝幸^{1) 2)}、井上 俊之^{1) 4)}、田中 良典^{1) 3)}、佐野 広美^{1) 5)}、
菊谷 武^{1) 6)}、呉屋 弘美^{1) 4)}、須藤 紀子^{1) 2)}、藤澤 節子¹⁾、松原 友子¹⁾

1) 在宅医療・緩和ケアカンファレンス、2) 杏林大学医学部附属病院、3) 武蔵野赤十字病院、

4) たんぽぽクリニック、5) 野村病院、6) 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

在宅医療・緩和ケアカンファレンス（以下、本会という）は、北多摩南部圏域の保健・医療・福祉支援者（以下、支援者という）の「顔の見える関係作り」を目的に、2009年に発足した任意団体である。現在、会の登録者は、全11職種、約60事業所、300名以上の専門職や関係者となっており、年々増加している。本会の活動の一つに症例検討会があり、「行政単位を超えた、連携のバリアフリー化」を最終的な目標とし、多職種・多事業所の支援者による対話を図る場を定期的に提供してきたので、ここに紹介する。

2015年度（以下、今年度という）は、東京都地域がん診療連携推進事業の一環として、武蔵野赤十字病院と共催で、11月末までに症例検討会を2回実施した。今年度は、「気軽に相談できる場」、「他事業所をより身近に感じられる場」、「他職種を一層理解できる場」の提供を目的とし、事例検討会を中心に多職種・多事業所の支援者にて議論を活発に交わしてきた。さらに、今年度より、会の取組みの成果を、客観的に分析するために、阿部らが開発した「医療介護福祉の地域連携尺度」を一部改変した指標を用いた分析も試みており、その成果の一部を、第18回日本医療マネジメント学会学術総会にて報告する予定である。また、今年度最後の症例検討会として、2016年3月17日に、「在宅医療・緩和ケアマップ（仮）」を作成するためのワークショップを実施する予定である。

地域基幹病院と学校・保育現場との新たな医療ネットワークの構築 －アナフィラキシー対応ホットラインの設立を通して－

○大場 邦弘¹⁾、牟田 紫苑¹⁾、萩田 真樹¹⁾、石川 涼子¹⁾、
小鍛治 雅之¹⁾、上西 紀夫¹⁾

¹⁾ 公立昭和病院

1. 緒 言

2012年12月に東京都調布市の小学校で食物アレルギーのある児童が給食後にアナフィラキシーショックにより死亡する事故が起きた。学校・保育園でアナフィラキシーが発生した際、医療従事者ではない教諭や保育士が、如何に迅速に病院へ搬送できるかが救命のポイントとなる。その一連の流れがスムーズにいくように、当院と近隣の小・中学校・保育園とで新たな医療ネットワークの構築を試みた。

2. 方 法

2013年2月から当院所属のアレルギー専門医と小児アレルギーエドゥケーターが直接、学校・保育園等に出向き、アナフィラキシーについての啓発活動を行った。また、実践に即した養護教諭の研修として、当院小児科で行われている食物経口負荷試験の見学研修を行った。さらに、当院小児科医師と直接つながるアナフィラキシー対応ホットラインを2014年6月から設立し、患者発生時の電話対応を行った。

3. 結 果

啓発活動に41回携わった。食物経口負荷試験の見学研修に97人の養護教諭が参加した。アナフィラキシー対応ホットラインの対応件数は直近1年間で26件あった。内24件が医療機関を受診し、当院への搬送は18件あった。26件中7件は発生現場で何らかの医療的な処置を指示し、内3件はエピペン[®]の注射指示を行った。

4. 結 語

地域の学校・保育現場と顔の見える連携を図ることで、当院にかかりつけではない患児も含めて、アナフィラキシー発症時に速やかに対応できる可能性が示唆された。

嚥下調整食コードを用いた地域連携の取り組み

○佐川 敬一郎¹⁾、菊谷 武^{1) 2)}

¹⁾ 日本歯科大学大学院 生命歯学研究科 臨床口腔機能学

²⁾ 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック

1. 背景と目的

摂食嚥下機能障害の重篤化は低栄養状態に陥りやすく肺炎発症の増加を招く。地域医療を担う病院では多くの肺炎患者が入院し対応に追われているが、摂食嚥下機能や栄養状態の評価に基づいた適切な嚥下調整食の提供はかかせない。また、地域包括ケアシステムの確立が提唱されており、患者が病院、施設、在宅の間で移動して行く上で、これらの情報の共有や連携が重要である。しかし、独自の嚥下調整食の名称や段階が混在しているため、一貫した支援が難しい状況である。そこで、地域における嚥下調整食の段階統一と質の高い嚥下調整食の提供を実現する目的で本研究を実施した。

2. 方法

東京都北多摩南部医療圏および近接地域に立地する病院、高齢者入居施設、通所介護施設、宅配食業者約 400 か所に質問表を送付し、嚥下調整食の提供の実態を調査した。その後、嚥下調整食基準表を、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の提案する嚥下調整食 2013 および農林水産省の提案するスマイルケア食分類に準拠し作成し、これを活用して情報提供を行う医療連携を開始した。

3. 結果

地域における嚥下調整食の実態が明らかとなり、統一された嚥下調整食基準表を用いた情報提供が可能になった。

本研究は、日本医療総合研究機構 長寿科学研究事業「地域包括ケアにおける摂食嚥下および栄養支援のための評価ツールの開発とその有用性に関する検討 主任研究者：菊谷 武」によった。

当院地域包括ケア病棟の現状

○松本 徹也¹⁾、中尾 つかさ¹⁾、川島 早紀¹⁾、中野 太郎¹⁾、藤木 亮¹⁾、斐 東海¹⁾

¹⁾ 一般財団法人多摩緑成会 緑成会病院 リハビリテーション部

1. はじめに

医療費増加が危惧される中、地域包括ケア病棟（以下：地包ケア）が新設された。今回、リハビリテーション（以下：リハ）の費用対効果に着目し、当院地包ケアの現状について報告する。

2. 対 象

平成 26 年 9 月～翌年 7 月間に自宅へ退院した地包ケア 119 名、回復期リハ病棟（以下：回リハ）69 名、計 188 名。内訳は以下に示す。地包ケア・回リハ（単位＝名）。

脳血管 80（内廃用症候群 62）-39（内廃用症候群 2）・運動器 37-30・呼吸器 2-0。

3. 方 法

入退院時の機能的自立度評価表（以下：FIM）利得・単位数・在院日数・入院料の平均を算出し、FIM1 点上昇に要した日数・単位数・費用に Mann-WhitneyU 検定を行なった。

統計処理は SPSS13.0 を使用し、両側 $P > 0.01$ をもって統計学的有意とした。

4. 結 果

FIM1 点における日数，単位，費用の順に示す。

地包ケア -3.7 日間，11.5 単位，9,180 点。

回リハ -3.8 日間，25.5 単位，11,961 点。

5. 考 察

当院地包ケアでは短期間・低頻度・低コストでの退院が可能となっている。疾患別では脳血管にすべての面で有意差が認められた。これは Post-Acute、Sub-Acute の機能として発症早期からリハ介入できる点、入院時より在宅部門との連携、地包ケア脳血管患者の多くが、廃用症候群であり日常生活活動に特化した介入により FIM 利得が得られた点がある。

在宅療養へつなぐ退院支援と課題 ～退院後訪問を通して～

○ 坪 雪絵¹⁾、伊藤 弥生¹⁾、小川 多賀子²⁾

東京労災病院

1) 入退院支援センター、2) 看護部

1. はじめに

当院では患者が入院前から在宅療養まで安心して医療が受けられるよう、今年度入退院支援センターを立ち上げた。現在、退院支援内容を振り返るため訪問看護ステーションの協力を得て退院後訪問を行っている。

2. 結果

事例1 A氏80代女性 病名：糖尿病・褥瘡 褥瘡発生高リスク状態、内服ノンコンプライアンス状態。

事例2 B氏80代男性 病名：誤嚥性肺炎・褥瘡 踵部の褥瘡は自宅で形成。入院時から看取りを前提に在宅療養を希望していた。

事例3 C氏90代男性 病名：膿胸 膿胸の治療後、誤嚥性肺炎を発症。ADL・嚥下機能が低下した。退院支援において「これからどこでどのように療養したいか」という意思決定支援に看護師が関わることが重要であると言われている。

各事例を通し、退院支援・退院調整における3段階プロセスに沿って看護師が主体的に関わっていたかどうか、訪問看護師への引き継ぎは適切であったかどうかの振り返りを行った。

3. 考察

退院後訪問は退院支援内容を自己及び訪問看護師によって評価する機会となり、退院後の生活をイメージした退院支援の実践につながると考える。

4. 結論

退院後訪問は、実施した退院支援の振り返りおよび訪問看護ステーションとの連携促進につながった。患者の生活状況の情報収集と早期からの意思決定支援への関わりを課題として取り組んでいきたい。

退院支援計画書の作成率からみたソーシャルワーカー（SW） の病棟担当制の効果

○石井 征輝¹⁾、森口 はるな¹⁾、稲島 司¹⁾、長野 宏一朗¹⁾

¹⁾ 東京大学医学部附属病院 地域医療連携部

1. はじめに

昨今、職種間連携、部門間連携の重要性が指摘されている。当院では、退院支援依頼の多い診療科の病棟に担当SWを配置し、病棟医師、看護師、その他メディカルスタッフと一体となった退院支援を行っている。

2. 目的

SWの病棟担当制を実施し、病棟で定期的なカンファレンスを開催することで、病棟の医師や看護師の退院支援に対する意識が高まったと考えられる。しかし、その効果を具体的に数値化することは難しい。今回、その指標の一つとして、退院調整加算に用いられる「退院支援計画書」の作成率（着手率）に注目し、SW担当制の病棟とそれ以外の病棟を比較することにより、SW担当制の有効性を検証した。

3. 方法

SWが担当した退院支援ケース 274 症例（平成 27 年 4 月 1 日～8 月 31 日）のうちSWが担当制を行っている病棟 108 ケースと、担当制を行っていない病棟 166 ケースについて入院から 7 日以内の退院支援計画書の着手率を比較検討した。

4. 結果

SWの担当制を行っている病棟における退院計画書の着手率は 82.4%で、SWの担当制を行っていない病棟の着手率 38.0%に比べ、有意に高かった（ $p<0.01$ ）。

5. 考察

SWの病棟担当制により、病棟医師、看護師の退院支援に関する意識が高まったことによる効果と考えられ、その有効性が示された。今後、全病棟にSWの配置を広めていくことで、適切な医療の提供体制を構築していくことが望まれる。

職種間・部門間連携による退院支援の取組み －脳神経外科病棟をモデルケースとして－

○森口 はるな¹⁾、中富 浩文²⁾、清水 佳子³⁾、長野 宏一朗⁴⁾

東京大学医学部附属病院

1) 地域医療連携部 SW、2) 脳神経外科科長、3) 看護師長、4) 地域医療連携部 医師

【背景】

診療報酬改訂の煽りから、医療機関は在院日数短縮や病床稼働率向上などの課題に直面している。退院支援は、その対応策の一つとして重要である。

【目的】

退院困難に陥る症例の多い脳神経外科病棟をモデルケースとして、適切な退院を目指した支援システムを構築する。

【方法】

退院支援部門において、脳神経外科に専任のSWを配置した。脳神経外科の定例カンファレンス（隔週1回）及び回診（毎週1回）に、脳神経外科医師、病棟看護師、SWが参加、協働し退院支援に取り組んだ。医師・看護師・SW間の情報共有がスムーズに行えるよう、症例一覧を可視化した情報ツールを作成し、随時アップデートした。

【結果】

専任SWの配置による窓口の明確化により、部門間連携が円滑になった。カンファレンスと回診における協議、また情報ツールの利用により、診療科医師、病棟看護師の退院や支援に対する意識が高まった。また、SWの疾患や病態に関する知識や意識も高まった。これにより、患者は時機を逸することなく然るべき療養先に移り、次の治療を計画的に受けることができるようになった。また、退院支援を必要とする症例の早期把握や適時介入も可能となり、延いては在院日数・社会的入院日数の短縮や病床コントロールの改善にも繋がった。

【考察】

これらの取組みは、適切な医療提供体制構築の一助になったと考えられる。今後、この取組みを院内の全診療科に広めていくことが望まれる。

病棟看護師による退院支援の実践に向けた課題

○樽矢 裕子¹⁾、高山 千賀子¹⁾、小倉 智子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター

1. はじめに

病院を退院する患者は、医療依存度の高い患者、要介護高齢者などニーズが多様化している。そのため、入院中のケアを担う病棟看護師が退院支援に取り組むことが重要な課題になっている。当院では、PFM 委員会メンバーが推進者となって病棟看護師による退院支援に取り組んできた。そこで本研究では、退院支援の推進者の体験を明らかにし、病棟看護師による退院支援の実践に向けた課題を考察する。

2. 方法

研究方法は質的記述的研究とし、9 部署の病棟師長・PFM 委員と退院調整看護師とで3者面談を行った。面談では、病棟看護師による退院支援の実践を促進していくうえで困っていることや感じていることなど自由に語ってもらった。

3. 結果

病棟看護師は、退院支援の実践に「力不足」を感じており、それには「医師の協力が得られにくい」ことや「負担感」、退院調整部門から「指摘される立場」が影響していた。そのため、退院支援の推進者は、各病棟の特徴をいかした「運用の工夫」や「医師との協働」を模索しながら、病棟看護師による退院支援の「自発的实践」を目指していた。

4. 考察

病棟看護師による退院支援を促進するためには、病棟看護師が自発的に退院支援に取り組めるような記録の見直しや体制整備が必要であると考え。また、病棟看護師にとって新たな取り組みであり負担感や力不足を軽減するためのサポート体制が必要であると考え。

骨粗鬆症患者の QOL 改善の一考察 －整形外科クリニックにおける多職種協働の実際－

○田邊 美香¹⁾、宮木 麻奈¹⁾、宮本 佳拓¹⁾、井上 信吾¹⁾、今給黎 直明¹⁾

¹⁾ 今給黎整形外科クリニック

1. はじめに

わが国における骨粗鬆症の患者数は 1300 万人と推定され、急速な高齢化と共にその数は年々増え続けている。骨粗鬆症患者では骨密度の低下と骨質の劣化から椎体、前腕骨、大腿骨近位部の骨折が起こりやすく、なかでも大腿骨近位部の骨折は高齢者の寝たきりの原因として大きな問題となる。また、高齢者の骨折は患者の QOL を大幅に低下させる。今回、多職種での取り組みが骨粗鬆症患者の QOL 向上を可能としたので報告する。

2. 症 例

80 歳代女性(A 氏)。200X 年 7 月両足底のしびれがあり当クリニックを受診。骨密度(DXA 法)を測定し、原発性骨粗鬆症の薬物療法開始基準により自己注射の治療方針となった。A 氏は自己注射に不安があったため、納得するまで来院してもらった。また、骨粗鬆症患者 QOL 質問票から、主に日常生活の身の回りの事ができていないことがわかった。薬物療法の指導のみならず、運動療法や栄養指導を多職種で並行して行った結果、骨粗鬆症患者 QOL 質問票の点数も大幅な改善を認めた。

3. 考 察

骨粗鬆症の治療目的は疼痛緩和、骨折予防による ADL 確保と廃用症候群とともに総合的に QOL を改善することである。骨粗鬆症は自覚症状に乏しい為、疾患の理解を得ることが難しい。今回 A 氏の治療も自己注射が選択されたため本人の不安もあり通院が中断されることが懸念された。継続した治療を支援するため、来院の動機づけを多職種でかかわることで A 氏を支え、通院が途絶えることがなく、治療が継続でき、QOL 向上につながったと考える。

放射線治療室における多職種連携の重要性

○石川 亜希¹⁾、片山 弘美¹⁾

¹⁾ 東京都立墨東病院 看護部

1. はじめに

A病院は『東京都がん診療連携拠点病院』の指定を受け、新治療装置の導入により高精度放射線治療が可能となった。そこで、医師・看護師・放射線技師・クラーク等によるカンファレンスの定例化により良好なチーム医療に向けた取り組みをおこなったので報告する。

2. 方法

多職種による①毎朝のミーティング②計画CT前カンファレンス③線量会議
④患者カンファレンス④業務カンファレンスの定例化

3. 結果・考察

定期的にカンファレンスを実施し、患者情報・治療の進行状況や治療方針等の情報を共有し、医療者間で治療の方向性の確認と統一を図った。患者には不安や疑問があればいつでも相談できることを説明し、緩和ケア・医療相談等の支援が必要な時は依頼をおこない、不安の軽減に努めた。入院患者の症状の出現に合わせて治療開始時間の調整をおこなった。放射線治療は多職種が関わるチーム医療と言われており、多職種連携は重要である。患者の状況を的確に捉え、多職種がお互いに連携・補完することにより良好なチーム医療が構築され、質の高い医療提供につながった。

思考スキーム知識共有法における議論促進の改善

○神山 資将¹⁾、佐々木 由恵²⁾

1) 一般社団法人 知識環境研究会、2) 日本社会事業大学

1. はじめに

多職種チームの知識共有をめざし、思考スキーム (Thinking Scheme) を用いた学習方法論を開発している。思考スキームとは、事実、根拠、行動という要素からなる枠組みである。思考スキームによって、自己・他者の思考を共有・比較検討し、異なる職種が協働する共通基盤を構築するものである。

思考スキーム知識共有法は、(1) 思考スキーム表出、(2) 思考スキーム比較検討、(3) 思考スキーム分析、(4) 計画立案という4つの段階からなる。

現状、思考スキームの比較検討は、プロットマッピング (Plot Mapping) という、事実、根拠、行動という思考スキーム要素からなる3次元のマトリクスを作成する方法を用いている。

2. 問題意識

このプロットマッピングから、多職種協働の計画立案に役立つ示唆を得る必要がある。しかし、これまでの実験の結果、示唆を得るためには何らかのガイドラインが必要であるという認識を持っていた。

3. 実験

プロットマッピングから示唆を得るための方法 (思考スキーム分析の方法) として、メンバーごとの「思考スキーム傾向タイプ」を導入し、各人の思考スキームの傾向から比較検討を促進する工夫をした。具体的には、各メンバーの思考スキームの傾向タイプを設定し、チームを構成するメンバーの思考スキームの傾向タイプの構成から、協働のための議論を促進することを意図したものである。

実験結果から、思考スキーム知識共有法に対する満足度が向上した。

回復期リハビリテーション病院である当院の患者動向

○神野 雄哉¹⁾、鬼塚 北斗²⁾、小田島 理恵³⁾、西河 美津子⁴⁾、金 隆志⁵⁾

一般社団法人 巨樹の会 小金井リハビリテーション病院

1) 理学療法士、2) 作業療法士、3) リハ科事務員、4) 看護師、5) 医師

【はじめに】

当院は、平成 24 年 5 月に開院した回復期リハビリテーション病院（以下、回りハ病院）であり、患者さんの日常生活活動の改善及び自宅・社会復帰を目標に総合的なリハビリテーションを行っている。回りハ病院は制度上患者は急性期病院から紹介して頂き、自宅退院もしくは後方施設へと繋げていく連携施設といえる。連携において患者特性・地域特性を把握することが重要と考え、当院の患者動向を報告する。

【方 法】

平成 24 年 5 月 14 日～平成 27 年 9 月 30 日までに当院に入退院した患者（急性期転院を除く）3336 名が対象。そのうち、男性 1430 名（42.9%）、女性 1906 名（57.1%）。上記対象者を年齢別・地域別に区分し特性を検討する。

【結果・考察】

年齢別内訳は、10 代 0.1%、20 代 0.9%、30 代 1.5%、40 代 3.5%、50 代 7.0%、60 代 15.0%、70 代 27.5%、80 代 36.5%、90 代 7.7%、100 代 0.3%。平均年齢は、74.7 歳。70、80 代で多く構成されており、後期高齢者が主な対象者と言える。

地域別内訳は、北多摩南部医療圏（当院該当医療圏）53.2%、その他多摩医療圏（北多摩北部、北多摩西部、南多摩、西多摩）34.2%、東京 23 区 7.8%、島しょ部 0.8%、他県 4.7%。近隣地域、特に北多摩南部医療圏が多く、患者からのニーズが高い地域と言える。

【まとめ】

日本医師会地域医療情報システムからも医療介護需要指数が高い地域とされている北多摩南部医療圏において、今後も多くの施設と連携を取りながら、患者からのニーズに応える回りハ病院を目指す。

ケアマネージャー交流会開催報告 高度急性期医療を提供する病院の地域連携を考える

○小池 江利子¹⁾、中川 千秋¹⁾、盛 真知子¹⁾、長橋 明子²⁾、井上 靖子²⁾、幸阪 貴子³⁾

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

1) 看護師、2) 副看護師長、3) 地域連携係長・看護師長

1. はじめに

高度急性期医療を担う当院における地域包括ケアシステムとして、初のケアマネージャー（以下CMとする）との医療・福祉連携の会を開催し、期待される地域連携についてその方向性を検討した。

2. 方法

交流会当日アンケート用紙を配布、回収し分析した。分析方法は、単純集計とクロス集計を用いた。

【倫理的配慮】本アンケート調査の趣旨、アンケートに参加しないことによる不利益はないこと、任意であること、結果は学会・学術集会、論文等で発表することを口頭で説明した。

3. 結果

参加したCM 40名にアンケート調査用紙を配布し、回収は92.5%であった。経験年数1～5年11名(29.72%)、6～10年目12名(32.43%)、11年目以上14名(37.83%)であった。担当利用者が、当院の医師を主治医にしている25名(67.56%)、過去には主治医であった6名(16.21%)いた。連携内容は、退院前カンファレンスの参加22名(59.45%)、電話での情報交換18名(48.64%)、通院同行20名(54.05%)、必要時情報提供を行った11名(29.72%)と優位であった。

4. 考察

7割近くのCMが担当する利用者が、当院をかかりつけ医としている。公平で、高度な急性期医療を推進する退院調整看護師として、患者ごとにかかりつけ医を持てるような調整・連携の必要がある。

医療と介護の連携機能の高度化には、CMとの顔の見えるコミュニケーションが必要である。今回初の試みである交流会は、相互理解を深めるために共通言語の理解、役割の理解ができたと思われる。

ケアリニック武蔵野 2015 の開催の目的

○藤澤 節子¹⁾

¹⁾ 薬局 ルンルンファーマシー

【はじめに】

武蔵野市は、人口約 13.87 万人 高齢化率 21.25% の東京都の多摩地域東部にある市である。第 1 回ケアリニック武蔵野 2015 が、地域包括ケアシステムをさらに推進するために開催された。

【目的】

武蔵野市が掲げている「まちぐるみの支えあいの仕組みづくり」が源流となり、ケアリニック武蔵野 2015 の種を蒔き、芽を出し、育み育て、開催する。

少子超高齢社会は、すぐそこに迫っている。この催しを通して、団塊の世代が 75 歳となる 2025 年をどのように乗り越えて行くのか、支える側も支えられる側も、共に考えてみようと思画された。「自助・互助・共助・公助」自分自身の心と体の健康を守り、地域住民同士が励ましあい・支えあい、介護保険や行政が行っているサービスを活用し、市民みんなで、知恵と力を合わせ、住みよい安全な地域作りをしていく。

【方法】

- ① 武蔵野市で介護保険が開始されてから今日まで、武蔵野市の医療と介護と福祉の現場で、15 年以上働き続けている永年従事者を表彰し、その功績をたたえる。
- ② 展示ブースでは、ジャンル別のサービス内容の紹介をする。
- ③ 口頭発表・ポスター発表も含めて 31 事例が、先進的な取り組みとして発表される。

【結果】

この催しを通して、武蔵野市の 5・10 年後の姿を思い浮かべ、明日からの地域包括ケアシステムの仕組みづくりの原動力になることと考える。

皆がこの地域で、住み続けたい、働き続けたい、と願う地域包括ケアシステム推進の一助になると思う。

【考察】

783 人の参加者を得、ケアに携わるスタッフのモチベーション、志も上がり、市民の意識やその底力、行政に携わる職員の意識もこの催し一日にして数段高くなったと思える。

転移性胸膜腫瘍による難治性気胸に対し 両側胸腔ドレーン留置で在宅医療を継続した症例

○稲島 司¹⁾、石井 征輝¹⁾、増井 友里²⁾、大熊 加恵³⁾、
鮫島 光博⁴⁾、廣橋 猛⁵⁾、長野 宏一郎¹⁾

- 1) 東京大学医学部付属病院 地域医療連携部、2) 東京大学医学部付属病院 皮膚科、
3) 東京大学医学部付属病院 放射線治療部、4) 医療法人社団 輝生会 たいとう診療所、
5) 永寿総合病院 緩和ケア科

【経過】 66歳男性

2012年より頭部血管肉腫に対し化学療法、放射線療法、外科的切除を施行、自宅にて頭皮に対し塗布薬やガーゼ交換など行っていたが、病状進行に伴い地域医療連携部の外来にて訪問診療・訪問看護の調整を行った。2015年2月に肺転移、肝転移が出現、また肺・胸膜多発転移により両側気胸が生じ、癒着術を行ったが効果は薄く、両側胸腔ドレーンを留置、本人・家族から帰宅の希望あったため両側胸腔ドレーン留置のうえで一時帰宅し、在宅医療を再開した。

膿胸と全身状態の悪化に伴い再入院となり、膿胸は改善したものの、全身状態が悪化、化学療法は不応となり6月緩和ケア病棟へ転院となった。

【考察】

両肺に胸腔ドレーンを挿入したまま帰宅、在宅医療を行った症例。ドレーン排液量の確認、エアリーク、呼吸性変動の有無、刺入部の観察などを本人・家族に指導、抜去や異常なく留置が継続できていた。地域医療連携部の介入により、訪問診療・訪問看護とも協議を重ねてトラブルなく自宅で過ごすことができた。

脳卒中により孫の養育が困難となった事例における意思決定支援

○佐藤 浩二¹⁾、二宮 陽子¹⁾、樋口 早智子²⁾

独立行政法人国立病院機構 災害医療センター

1) 地域医療連携室 医療相談係、2) 地域医療連携係長

1. はじめに

急性期病院には、多様な社会背景を持つ患者が入院され、医療ソーシャルワーカーも多様なニーズへの対応が求められる。今回は、両親を亡くした孫を引き取った高齢者が脳梗塞の発症を機に養育困難となった事例への支援を報告する。

2. 事例概要

70歳代前半 男性 主病名は脳梗塞 入院時、中等度右麻痺・運動性失語 ADLは車いす 経口摂取自立 小学生の孫と二人暮らし 妻・娘夫婦は他界 田舎に弟・妹あり 年金額約5万と自営収入・借金・家賃滞納あり。

3. 経過

入院初日に医師より依頼介入。児童相談所からも病院へ連絡あり。孫は同日に一時保護施設へ入所、弟は翌日に来院。生活保護申請時に自宅は退去。7日目に病状説明の上で方針検討。患者は「まずリハビリがしたい。孫には元気になってから会いたい」と話をされた。孫の将来も見据えて関係機関と協議し、患者はリハ病院へ転院を打診し、了承を得た。リハが進むにつれて患者の心境が変化し、孫との面会が行われた。協議を重ね、孫は弟が引き取り、患者は先々に向けてリハに専念することとなった。

4. 考察

本事例では、患者・孫の双方の諸問題への対応に向けて院内・関係機関と協議を重ねて結論を導き出した。急性期病院でのチーム医療において、ソーシャルワーカーは、心理的・社会的問題への早期対応を求められる。その際に退院先を決めるだけでなく、倫理基準にある利用者の自己決定の尊重を心掛け、クライアントに寄り添い支援することが重要である。

共創的ターミナルケアの提案

○神山 資将¹⁾、佐々木 由恵²⁾

1) 一般社団法人 知識環境研究会、2) 日本社会事業大学

1. はじめに

多死現象が予測される中、終末期前後におけるケアの新しいマネジメントとして、アクター間知識創造型ケアの方法論「Co-creative Terminal Care（共創的ターミナルケア）：CTC」を提案する。

2. 提 案

Prahalad and Ramaswamy（2004）は、共創（co-creation）を企業と顧客による価値の共同創造であると定義した。本研究では、Prahalad and Ramaswamy の定義を「サービス現象において、サービス提供者とサービス受容者による価値の共同創造」へと再定義する。

サービス現象における価値は、サービス提供者が主として創造すると考えられてきた。そのため、サービス提供者の知識とスキルの向上が、サービスの価値を向上させると考えられがちであった。しかし、サービスは一般的にサービスの提供者と受容者との間で相互作用する中で生じる現象であることから、元来、価値の共同創造の性質があったといえる。

特に、終末期前後におけるケアでは、療養者の構築された人生観（思考）のみならず、関わるアクター（家族、周辺者、サービス提供者である医療職、介護職、その他スタッフ等）の思考を最適に尊重する必要がある。療養者の死は、療養者のみならず、これらすべてのアクターに大きな精神的負担をもたらすため、療養者のみならず、関連アクターすべてに最適化されたケアであるべきである。共創的ターミナルケアは、療養者のみならず関連アクターの思考を尊重した、相互作用をケアとして構築するマネジメントである。

当院における薬薬連携の取り組み

○手塚 里美¹⁾、有川 朗子¹⁾、山崎 寿浩¹⁾、長野 一勢²⁾

1) 久我山病院 薬剤部、2) セコム薬局

1. 背景・目的

薬剤師の地域連携への貢献を考える時、入院、退院、在宅間で切れ目のない医療を行えるよう病院と保険薬局の薬剤師間での情報共有は大切である。今回、病院と薬局薬剤師の間で顔の見える関係を構築し、安全な医療の提供を目的として取り組んだ薬薬連携について報告する。

2. 方法

病院薬剤師と薬局薬剤師の情報共有化の第一歩として、薬・薬連携ミーティングを定期的に開催し、日々の業務の中で感じていることを意見交換した。また、同じ視点で患者指導が行えるよう勉強会を実施し、薬局薬剤師に対して薬薬連携についてのアンケートを行った。

3. 結果

病院薬剤師と薬局薬剤師がお互いの業務を理解し、話しやすい環境ができた。また、情報を伝える手段であるお薬手帳を広めるためのポスターを作成した。さらに定期的な勉強会により病院と薬局薬剤師が同じ目線で服薬指導を考えるきっかけになった。今後、検査値の処方箋への表記も視野に入れて、検査値活用の重要性を認識し、腎機能が低下した患者に薬剤師がどのように対処すべきか勉強していくこととした。

4. 考察

薬薬連携は切れ目のない医療により、地域医療の一端を担うものである。薬剤師同士が協力しながら、信頼される薬剤師を目指し、将来的にPBPM（プロトコルに基づく薬物治療管理）による形式的な疑義照会の効率化や、処方箋への検査値表記などで薬局薬剤師もその職能を十分発揮できるような体制の構築を地域の中で病院が中心となって進めていきたいと考える。

退院時の薬渡し忘れ防止の取り組み

○中村 央子¹⁾、武下 美佐代¹⁾、豊岡 恵¹⁾、
釘尾 智恵子¹⁾、堤 福子¹⁾、根本 優美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部

1. はじめに

当院の平成 26 年のインシデント件数のうち、薬剤に関する割合は約 36% を占め、退院時薬の渡し忘れが 47 件あった。しかし、今年度は 11 月の時点で 49 件あり、昨年と比べて件数を上回った。渡し忘れは、患者の信頼を失うことになり、防止の取り組みは最重要課題である。

各部署で退院時の薬渡し忘れの再発防止の取り組みをしているが、ローカルルールとなっておりあまり効果があがっていない。誰もが同じ方法で患者に退院時の薬を提供することを目的に問題点の抽出と分析を行ったので報告する。

2. 取り組み方法

- 1) 「退院時の薬渡し忘れに関する事例調査表」による各部署の調査
- 2) 各部署をパトロールし退院時に渡す薬の管理状況、ローカルルールの有無を調査
- 3) パトロールの結果と「事例調査表」を集計・分析

3. 結果

・問題点の抽出

各病棟で実際に以下のような事象が明らかになった。

- 1) 各部署で処方薬や持参薬を預かる方法や配薬方法に差異がある
- 2) 各部署とも退院時チェックリストが活用されていない
- 3) 臨時オーダーを確認できずに時間がたつてしまい、医師、看護師間の連携不足がある

・分析結果

- 1) 薬の種類、数が多い患者の薬に渡し忘れが頻発している
- 2) 渡し忘れの当事者は当院での経験年数が少ない看護師に多く発生している
- 3) 薬の管理方法（金庫、冷所など）の複雑さが多い場合に薬の渡し忘れが頻発している

この傾向をふまえ、当院での経験年数の少ない看護師、薬の種類、管理方法の複雑な薬には危険因子があると判断し、OJT 内容の統一化をはかることとする。

内服薬準備時の看護師の確認行為の実態調査

○大内 美智子¹⁾、岸 優子¹⁾、竹田 直美¹⁾、木場 弘枝¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 荏原病院

1. はじめに

リスクマネジメント看護分科会では、内服管理に関するインシデント削減に取り組んでいる。しかし、看護師管理による内服に係るインシデント・アクシデント（以後 IA とする）報告がなかなか減少しない。その要因としては「5R で確認しなかった」「思い込み」等の報告がされている。そこで、今回、確認行為の現状把握を目的として実態調査を行ったので報告する。

2. 方 法

4 病棟の看護師 41 名を対象に、リスクマネジメント看護分科会メンバーが、看護師管理の内服薬準備時に以下の確認行為を実施しているか調査した。

- ① 患者氏名・薬品名・与薬量・与薬時間・与薬方法・指示内容（新規・継続・変更）を、医師の指示と処方箋と薬剤と照合しているか。
- ② 準備した 1 回分の内服薬をまとめた袋に患者氏名を確認して記名しているか。

3. 結果・考察

15%の看護師が何らかの確認行為を実施していなかった。

確認行動を実施しない看護師は、新人看護師からベテランまで、看護師経験に関係はなかった。実施していない確認行為は「薬剤を処方箋とのみ照合し、医師の指示との照合をしていない」「指さし呼称しながら照合していない」が多くを占め、各項目の確認行為はできていた。

今回の調査は、看護師管理の内服薬準備時に限定しており、実際に患者の内服を確認するまでの一連の行為における確認行為の実践を調査しないと、効果的な IA 予防策につながらないことが明らかになった。

当院におけるポリファーマシー対策

○市地 智子¹⁾、吉田 琢磨¹⁾、秋田 美樹¹⁾、佐藤 禎二²⁾

一般財団法人多摩緑成会 緑成会病院

1) 薬剤部、2) 医局

1. はじめに

当院に入院および転院されて来る患者の多くは、既に大量の内服薬を服用されていることが多い。複数の疾患に対して薬剤処方を重ねているうちに多剤内服投与となってしまう、特に腎機能・肝機能の低下している高齢者においては負担がかかってしまっていることや、また症状が消失しているにもかかわらず薬剤の服用を継続していることがある。当院では内服薬6剤以上をポリファーマシーと定義し、多職種が連携し内服薬の見直しを進めている。入院は内服薬を見直す絶好の機会と考え、適正化に努めたのでその取り組みを報告する。

2. 方法

平成27年9月から11月の当院入院患者118名の持参内服薬について院内処方継続にあたり、ポリファーマシーの見直しを医師とともに当院の「多剤内服を減らすための対策マニュアル」に基づき実施した。

3. 結果

持参内服薬の剤数は平均5.5剤であった。見直し後の剤数は平均4.1剤となった。薬剤処方を中止および頓服へ変更となった薬剤の薬効内訳は消化性潰瘍治療薬=11.7%、降圧薬=9.8%、NSAIDs、鎮痛・下熱薬、総合感冒薬=8.6%であった。

4. 考察

内服薬を漫然と長期にわたり継続投与するのではなく、定期的に検査結果、臨床症状、主訴、食事内容等によって内服薬の必要性を見直すことが良い慢性期医療に繋がると考える。

在宅医療における薬剤師職能啓発活動 ～多職種協働に向けて～

○上原 健嗣¹⁾、加藤 哲太²⁾、馬場 孝道³⁾、
福田 早苗⁴⁾、鈴木 裕子⁴⁾、玉水 一成⁴⁾

¹⁾ 一般社団法人 小平市薬剤師会 在宅医療委員会委員長、²⁾ 東京薬科大学 教授、

³⁾ 一般社団法人 小平市薬剤師会 会長、⁴⁾ 一般社団法人 小平市薬剤師会 在宅医療委員会

1. 目的

薬剤師の在宅訪問服薬管理が制度化され、薬剤の一元的管理、残薬解消、個別にあった服薬支援など、薬剤師には多くの責務が課せられた。しかし、薬剤師の訪問業務が十分に認知されているとは言えないのが現状である。そこで、小平市薬剤師会では介護者・介護職の方々の薬への認識を深め、薬剤師の職能を広く啓発することで、積極的介入につなげたいと考え、以下の活動を行った。

2. 方法

1. 介護者・介護職向け市民公開講座を開催し、高齢者の薬の問題点、薬剤師の専門性を活かした服薬支援の方法等の啓発を行った。
2. 介護者・介護職に対し、薬に関する意識調査を行った。
3. 在宅における薬の問題と薬剤師による服薬支援例を掲載した『在宅医療受入薬局リスト』を作成し、参加者、関係機関へ配布した。

3. 結果・考察

公開講座時の意識調査では、薬剤師の訪問業務の認知度は低く、薬の相談についても半数以上が医師にすると答え、薬剤師の職能も十分に理解されていないことが改めて明らかとなった。しかし今回の講座により、服薬管理の問題点や服薬支援の重要性、薬剤師による服薬支援の有用性を理解して頂くことが出来、意義のある会となった。作成した冊子は多方面から高い評価を受けた。今後も薬剤師による訪問薬剤管理の有用性の理解・認知度の向上、多職種協働に向けて継続的に啓発していく必要性を強く感じた。(この活動は勇美記念財団の助成対象事業として実施した。)

抗がん剤曝露対策研修を看護師基礎研修に組み込んだ結果報告 ～安全な職場環境づくりを目指して～

○小林 香織¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院

はじめに

2015年、抗がん剤曝露対策ガイドラインが刊行され、組織的な曝露対策の取組が求められている今、職員ががん薬物療法を安全に実施できる環境整備は必要不可欠である。当院は2014年から抗がん剤曝露対策マニュアルを作成、全看護職員に対し教育を進めてきた。しかし、卒後3年以下の看護師は知識が不十分なため、マニュアルに準じた曝露対策を十分に行えておらず、技術チェックリスト（卒後3年目までの看護師が使用する看護技術をまとめたもの）の達成率も低い状況であった。今回、卒後3年目の看護師の集合研修に抗がん剤曝露対策を組み込んだ結果を報告する。

目的

抗がん剤曝露対策研修を実施し、曝露対策の知識、技術の習得を目指す。

対象

卒後3年目の看護師

方法

研修（講義45分、実技1時間）を実施し、研修前後での技術チェックリストの知識・技術習得率を比較する。また研修後、確実な曝露対策の実践状況（3項目）を抜き打ちで調査する。

結果

技術チェックリストの抗がん剤曝露対策の項目は、研修前、知識獲得率が88%であったのに対し、研修後97%へ上昇。技術獲得率は64%から90%へ上昇。曝露対策抜き打ち調査の結果は86%の実践率であった。

結論

抗がん剤曝露対策を看護師基礎教育へ組み込む事は有効であったといえる。しかし、抗がん剤曝露対策は全職員が取り組む事で効果を成すため、全職員が正しく実践できるよう教育支援を行い、安全な環境づくりをすすめる必要がある。

チームダイナミクスを取り入れた急変時対応の取り組み

○原田 良子¹⁾、小林 洋子¹⁾

¹⁾ 東京都立墨東病院

1. はじめに

急変時対応は、個人のスキルだけではなく、チームとしての「確認」「アセスメント」「意思決定」「連携・チームワーク」などのノンテクニカルスキルが重要であると言われている。そこで、手術室看護師と麻酔科医師が合同でチームダイナミクスの視点を取り入れた急変時対応シミュレーションを実施した。

2. 方 法

期間：平成26年6月～平成27年2月

対象：手術室看護師39名 麻酔科医13名

方法：

- ①チームダイナミクスの学習会を全員に実施
- ②事例による急変時対応シミュレーションの実施
- ③シミュレーションの内容を撮影した動画を見て、振り返りを実施

3. 結果・考察

撮影した動画を参加者全員で見て、効果的なチームダイナミクスの要素である、クローズドグループコミュニケーション、明確な指示、役割分担と責任分担、自分の限界の認識、情報の共有、建設的な介入、再評価とまとめ、互いの尊重、の八項目に沿って評価した。振り返りにより自己・他者が、何ができて何が不足しているかを客観的に評価することができた。チームダイナミクスはチーム医療の基礎である。スキルだけでなくノンテクニカルスキルを向上させ、チームとして効果的に連携をとれるようにするには、継続した訓練が必要である。

4. 結 論

急変時対応シミュレーションにチームダイナミクスの考え方を取り入れ振り返りを行ったことは、自己と他者の役割行動を明確にし、効果的な連携に繋がると考える。

転倒転落アセスメントシートの検証

○根本 優美子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 医療安全対策室

1. はじめに

当院のインシデントの3大要因の一つに転倒転落がある。転倒転落アセスメントシートは東京都病院経営本部が平成15年に作成したものを使用していた。アセスメント項目39項目について、転倒した患者の評価と転倒していない患者の評価を比較し、有意差のある項目6項目とオッズ比により高値の確率であった項目を合わせて19項目に改定した。改定したアセスメント項目の有効性について、調査したことを報告する。

2. 目的

転倒転落アセスメントシートの項目の妥当性についての検証

3. 方法

転倒した患者(59名)(以下転倒群とする)と、転倒していない患者(100名)(以下非転倒群とする)の評価結果の分析

調査期間

平成26年11月～平成27年2月

4. 結果

- 1) 年齢の平均は、転倒群は72.8歳、非転倒群は67.9歳であった。
- 2) 点数の平均は、転倒群が11点、非転倒群が5.6点であった。特に、転倒歴・判断力の低下・排泄の介助・睡眠薬服用・筋力の低下・失禁・ふらつきが非転倒群に比べ、10ポイント以上高値だった。
- 3) t検定では、転倒歴・判断力の低下・睡眠薬・麻薬・筋力低下・ふらつき・排泄介助・失禁・排泄時間の9項目について有意差があった。
- 4) オッズ比では、現在の評価点数より高いものが6項目、低いものは4項目であった。

5. 考察

転倒転落のアセスメント項目は、転倒した患者の特徴を明確にしていた。オッズ比から、評価点数にまだばらつきがあるため、是正する必要があることがわかった。

6. まとめ

転倒転落アセスメントシートの項目は妥当であった。今後、各項目の評価点数を修正することが課題である。

安全点検チェックリストを使用した患者ラウンドの効果

○横地 美玲¹⁾、四海 香織¹⁾、江田 美幸¹⁾、久志 沙織¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 看護部

1. はじめに

当病棟は、消化器外科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科 48 床、看護師 24 名で構成している外科混合病棟である。看護師の経験が 5 年目以下の者が 11 名と経験の少ないスタッフが多く、観察・確認不足によるルートトラブルや転倒などの医療事故が発生している。そこで、同じ観察・安全対策がいつでも実施できる取り組みを行い、成果が得られたので報告する。

2. 実施期間

平成 27 年 9 月 19 日～10 月 24 日（5 週間）

3. 方法

- ① 10 年以上の経験がある看護師がベッドサイドにおいて無意識に観察・確認している内容で安全点検チェックリストを作成。
- ② 1 日 2 回勤務交代時（9 時、16 時）に、ペアで患者ラウンドを行い、安全点検チェックリストに沿って点検する。
- ③ リーダーが安全点検チェックリストを回収し、全項目がチェックされているかを確認する。

4. 結果

- ① 安全点検チェック実施率は、92.7%であった。
- ② 実施期間中の全インシデント中、転倒転落、ルート・ドレーントラブルの発生率は 15%であり、昨年度と同時期の 28%と比較して 13%減少した。

5. まとめ

安全点検チェックリストで観察点を可視化することで、看護師経験に関係なく、必要な観察・確認ができるようになり、転倒転落防止やルート・ドレーントラブル防止につながった。また、定時にペアで情報交換し、患者の状態を確認することは、患者の安全性が高まると共に、危険防止への意識を高めるきっかけにもなったと考える。

栄養科における医療安全管理への取り組み

○山本 淳子¹⁾、大塚 藍¹⁾、伊藤 祥子²⁾、星 博子¹⁾

東京都保健医療公社 多摩南部地域病院

1) 栄養科、2) 看護部

【はじめに】

当院は献立作成以外の給食管理業務を外部委託している。平成27年6月より委託業者を変更したが、それに伴いインシデント・アクシデントの件数が急増し、早急な対策が必要となった。今回、委託業者と共同で取り組んだ改善活動について報告する。

【方法】

インシデント・アクシデントレポートは委託業者側が作成するが、内容分析と職員への周知徹底が不十分であり、同じミスを繰り返していた。そのため、病院側で内容の分類を行い、必要な改善策を提案した。アレルギー・禁止食品の誤配膳といった重大事故に繋がる可能性がある事例が発生していたため、専任リスクマネージャーに検盆方法を客観的に評価してもらい、指さし声だし確認の指導と徹底を図った。また、専任リスクマネージャーによるレポートの活用方法に関する勉強会を栄養科内で開催した。職員間の周知徹底方法については、委託業者側に情報伝達のフローの作成を依頼し、フローに基づいた伝達を実施するようにした。さらに、業務が煩雑になりやすい献立があれば委託業者から申し出てもらい、病院側で改善を行った。

【結果】

インシデント・アクシデント件数は、委託業者変更当初の月24件から、11月には月3件と徐々に減少した。

【まとめ】

病院側と委託業者が共同で改善に取り組むことで、一定の成果を得ることができた。今後も適宜必要な分析を行い、さらなる改善につなげていきたい。

転倒・転落防止への取り組み —転倒・転落インシデントレポートからの要因分析—

○亀井 春美¹⁾、片岡 祐佳理¹⁾、萩久保 仁美¹⁾、荒木 健太郎¹⁾、西村 真由実¹⁾、
矢嶋 良昌¹⁾、中村 百合子¹⁾、前田 孝子¹⁾、澤田 法子¹⁾

¹⁾ 東京都健康長寿医療センター 看護部

1. はじめに

高齢者の骨折の多くは、骨強度低下が原因で軽微な外力によって発生する脆弱性骨折で、転倒などによる臨床骨折が要因であることが知られている。

A病院は高齢者の急性期病院で、安全な医療の提供が必須である。昨年度A病院の転倒・転落インシデント報告は535件あり、そのうち骨折が17件で8件増加していた。そこで、入院中の高齢者の特徴を捉えインシデント事例結果を分析し、今後の転倒・転落防止策の強化を図ることとした。

2. 目的

転倒・転落インシデントレポートから要因を分析し、転倒・転落アセスメントシートの見直しを図る。

3. 研究方法

- (1) 研究期間：平成27年8月1日～9月30日
- (2) 研究対象者：研究期間中の転倒・転落事例患者（111件）
- (3) 研究方法：事例の要因分析
 - ①年齢別②転倒・転落発見時間③事象④場所⑤動作⑥患者の状況⑦活動⑧履物⑨認識
 - ⑩内服薬⑪医療者側

4. 結果・考察・結論

分析した結果、年齢は70～80歳代が多く、約7割が病室にて自力歩行でトイレに行こうとしてふらつき、筋力低下もあることからバランスを崩して転倒していた。また、転倒要因となる薬剤を1～2錠/人内服していた。

看護師側の状況としては、患者側の要因を適切にキャッチし対策に繋げるための観察不足とアセスメント不足があげられた。

今後は、転倒・転落防止策の充実に向けて、転倒・転落アセスメントシートの見直しを行い、それに準じたケアの実践を強化する。

胃瘻造設・管理の体制再構築 －嚥下内視鏡検査評価（VE）の導入－

○栗原 直人¹⁾、宇田 真希¹⁾、橋本 健太郎¹⁾、佐々木 裕伸¹⁾、伊藤 可南子¹⁾、
吉川 佳那¹⁾、皆藤 幸子¹⁾、坂井 奈穂子¹⁾、秋山 安史¹⁾、飯田 修平¹⁾

¹⁾ 公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 NST 委員会

1. 目的

当院では胃瘻造設管理パスの作成、地域連携パスを作成するなど積極的に取り組んできた。胃瘻造設・栄養管理パスを見直し、内視鏡的嚥下機能を評価する体制を構築する。

2. 現状把握

①胃瘻パスの実施状況、②嚥下機能評価、③胃瘻造設管理パスの利用率、パスを利用しない理由等の現状を調査した。

3. 結果

①胃瘻パスの問題点は、1. 半固形食開始前の通過試験の実施、2. 栄養剤の入力、3. アウトカムと観察項目の整合性、4. 胃瘻造設後減圧チューブの接続バッグの種類、5. 退院指導、などが指摘された。②嚥下機能評価件数は、2013年1件、2014年2件であり、造影検査であった。③パスの利用数、利用率は、2009年62/62件、2010年81/81件で100%であった。2014年は6/23件、26%であり、パス利用率は低下した。④医師の意識調査では胃瘻による経腸栄養は優れていると考えていた。胃瘻パスを利用しない理由は個々の患者で栄養状態が異なるからであった。

4. 対策実施

①胃瘻造設・管理パスを改訂し、1. 標準コースと受持ち医自由コースの選択制に変更 2. 半固形食開始前の通過試験の具体的な方法を記載。②嚥下機能評価を導入、③嚥下内視鏡検査の説明書、承諾書を作成、嚥下機能評価用紙作成・運用方法を決定

5. 結語

改訂した胃瘻造設・管理パスの運用実績をあげ、胃瘻造設患者の術前に嚥下機能を評価する。関連業務について継続的にPDCAサイクルを回すことが重要である。

当院における大腿骨近位部骨折パスの運用報告

○谷崎 麻綾¹⁾、鬼塚 北斗²⁾、伊藤 将¹⁾、今泉 祐紀³⁾、西河 美津子³⁾、
今井 直美³⁾、小田島 理恵⁴⁾、船田 純⁴⁾、杉山 陽一⁵⁾、金 隆志⁵⁾

一般社団法人 巨樹の会 小金井リハビリテーション病院

1) 理学療法士、2) 作業療法士、3) 看護師、4) 事務、5) 医師

【はじめに】

2006年度診療報酬改定により新設された地域連携パス加算を機に、多くの地域でその運用によって治療効果を上げようとする試みが進められている。当院は2012年に開設した220床の回復期リハビリテーション病院であるが、開設当初から当該医療圏（東京都北多摩南部地区）の整形外科連携医療研究会（大腿骨近位部骨折の地域連携パス）に参加している。そのパスの運用実績を確認し今後活かしていくため、昨年度1年間の実績を報告する。

【方法】

対象はH26年4月～H27年3月に、北多摩南部医療圏の連携機関病院6施設から当院へ紹介入院された大腿骨近位部骨折患者103名とした。パスの使用有無別に属性や在宅復帰率等を比較した。

【結果】

入院患者のうち、パス使用例は77件、非使用例は26件であった。パス使用の有無で比較すると、使用例では女性が多く、年齢やMMSE（Mini Mental State Examination）の点数には差がなかった。一方、使用例の方が連携機関病院での手術から転院までの日数や当院での在院日数は有意に短く、在宅復帰率が高かった。

【考察およびまとめ】

パスの運用実績においては在院日数や在宅復帰率の改善を示されていない報告も多く、医療経済的にその効果を疑問視する傾向もあるが、今回の結果はパス使用例の方がスムーズな転院・退院調整が行えており、一定の効果がある事が示された。今後もより良い形での病病病診連携を目指し、地域での回復期としての役割を果たしていきたい。

大腸切除術後患者指導においてパンフレット を用いて説明することの有効性

○平沢 梨枝¹⁾、相馬 淳¹⁾、笠原 由香里¹⁾、松井 麻莉¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院 3A 病棟

I. はじめに

大腸がんの罹患率は増加傾向にあり、当病院でもがん医療は重点医療として取り組んでいる。当院外科病棟では大腸がん術後の指導方法が確立していなかったため、指導パンフレット（A 群）を作成した。パンフレットを用いない今までの指導方法（B 群）と比較し、有効性が得られるか調査した。

II. 研究方法

1. データ収集：質問紙調査。
2. 研究期間：H.26 3月～H.26 6月
3. 倫理的配慮：看護部倫理委員会、看護師長、看護師に対して研究の趣旨を文書と口頭で説明し許可を得た。

III. 結果

退院指導の必要性について「必要である」A、B 群共に 100%。パンフレットの必要性について「あった方が良い」A 群 92.3%、B 群 83.3%。指導への意識の変化について「意識が向上した」A 群 85.7%、B 群 76.5%であった。

IV. 考察及び結論

今回の調査で A・B 群間の有意差はなく、パンフレットを用いて説明をすることの有効性を明らかにするには至らなかった。取り組み実施後 A 群は「意識するようになった」という結果から、パンフレットというツール・指導時期等を示したことで意識が高まったと考える。今回の調査で 90% 近くのスタッフがパンフレットが「必要である」と回答しており、指導を行う際パンフレットというツールが求められていることが分かった。

引用文献・参考文献

- 1) 国立がん研究センター, 最新がん統計

緊急手術によってストーマ造設となった患者の 各治療時期における心理的状況

○青野 宏子¹⁾

¹⁾ 東京都保健医療公社 豊島病院

1. はじめに

ストーマ造設をする患者は、術後のボディイメージの喪失から適応障害やリハビリテーションの意欲低下など心理的問題を抱えやすい。当院の外科病棟で平成26年度ストーマ造設件数は41件、内20件が緊急手術であった。緊急手術後の各治療時期におけるストーマ造設患者の心理状態について明らかにしたので報告する。

2. 方法

半構成的面接方法：

各時期①「手術直後～セルフケア指導開始」②「セルフケア指導開始～退院日」
③「退院直後」④「現在」における心理状態と望むことについてインタビュー

3. 結果

①の時期は、ストーマを初めて見た時に「呆然」「衝撃」「混乱」「不安・恐怖」の心理状態にあり、お任せ状態にあった。②の時期は、「ストーマケアに対する不安・ストレス」の心理状態にあり、具体的なストーマケアの情報提供を望んでいた。③の時期は、「日常生活、社会生活に対する不安」の心理状態にあり、退院後に必要な情報提供を望んでいた。④の時期は、ストーマに適応しつつあり、日常生活や病状への不安の心理状態にあるが、特別にやってほしいことは無かった。

4. 結語

本研究は、緊急手術でストーマ造設となった患者の術後のストーマの受容やケア介入のあり方を検討する際の一助となると考え、緊急手術後の各治療時期におけるストーマ造設患者の心理状態を明らかにした。今回、4氏の発言内容から研究者の解釈で分析した結果である。

主任看護師のコンピテンシー自己評価の試みに関する実態調査 －施設の傾向と評価者へのアンケート－

○松浦 典子¹⁾、山下 小百合¹⁾、江口 裕美子¹⁾

¹⁾ 公立福生病院

1. はじめに

看護職では多くの施設で中堅管理職のコンピテンシー評価で、能力評価が行われている。研究対象施設ではチェックリストの方式で看護主任のコンピテンシー評価を取り入れた。

2. 研究目的

研究対象施設での主任看護師のコンピテンシー評価表によるコンピテンシーの傾向を明らかにする。主任看護師のコンピテンシー評価表に関して他者評価の指導の傾向を明らかにする。

3. 方法：研究対象

都内の約 300 床を有する総合病院の主任看護師及び主任看護師を評価した者（主に係長看護師）。調査方法：研究対象施設で用いた主任看護師のコンピテンシー評価表の中間評価に関して「できている」あるいは「できていない」の基本統計量を求めた。評価者に対しては質問紙を作成し、基本統計量を求めた。

4. 倫理的配慮

対象者に研究の目的と意義を書面を用いて口頭で説明した。また、評価表と質問紙に関しては、個人が特定できないよう無記名の提出とした。対象者の提出をもって同意が得られたものとした。

5. 結果

主任は自己評価が低い傾向にあった。レベル 1 においては、「認知力」が低い傾向にあり、レベル 2 においては「達成重視」が低い傾向にあった。

評価者が目標面接に役立った事と困った事の内容についてはばらつきがあった。

6. 考察

評価者の共通認識のための学習会が必要である。その内容は項目の理解と、統一した評価方法のトレーニングが考えられた。



特定非営利活動法人

日本医療マネジメント学会の入会案内と入会手続き

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18年目に入りました。学会は医療の質の向上を求めてクリティカルパスをはじめ医療連携、医療安全等々、医療の現場における各種の課題の研究、提案を行い、成果を上げて参りました。

医療界は医学の進歩と急速な高齢人口の増加を背景に、さらに転換を求められてきています。政府は「保健医療2035」策定懇談会を設置し、議論を開始しました。この様ななか、医療の現場に携わる私共はしっかりと現実をみつめ、将来を考へ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全国学術総会の開催があります。第17回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 パナソニック健康保険組合松下記念病院院長 山根 哲郎 先生）は2015年6月12日、13日の2日間にわたりグランキューブ大阪で開催されました。日本全国から医師、看護師、薬剤師、医療スタッフ全般、事務、管理者等多職種多数参加の下にクリティカルパス、医療連携、医療安全、医療の質向上等広範な内容の発表と熱心な討論が行われました。

第18回日本医療マネジメント学会学術総会（会長 飯塚病院名誉院長 田中 二郎 先生）は2016年4月22日、23日の2日間にわたって福岡国際会議場、福岡サンパレスで開催されます。只今、鋭意プログラム作成が進んでいるところです。充実したプログラムが期待されます。

また、医療連携分科会、医療安全分科会をはじめとした各種分科会、クリティカルパス実践セミナー、医療福祉連携や医師事務作業補助に携わる人材育成のための講習会の開催、学会雑誌の年5冊定期的発行、学会編集による「イザイ（医療材料）」等雑誌、「医療安全メールマガジン」、「医療安全BOOKS」シリーズ、「クリティカルパスの新たな展開」等書籍の監修等活発な学会活動が展開されています。各都道府県には支部を設立し、より身近な参加しやすい学会です。

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

- 理事会 会務を執行。
- 評議員会 学会の重要事項を審議。
- 総会 学会の最高議決機関で、学術総会時に開催。
- 委員会 広報委員会：学会活動を学会会員及び学会非会員へ提供。学会ホームページの運用。
企画委員会：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。
学会雑誌編集委員会：学会雑誌の企画、発行。
保険・医療制度対策委員会：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。
医療の質検討委員会：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会：クリティカルパスの開発普及及び(一財)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。
- 分科会等 電子化委員会：電子診療録に関する研究。
原価計算委員会：原価計算に関する情報交換
医療安全委員会：医療安全全般に係る情報の収集、分析、発信。
地域医療委員会：地域の医療の在り方、地域医療支援病院に関する検討。
個人情報保護委員会
医療資材検討委員会
- 支部 カリキュラム実践センター、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、電子化分科会、医療福祉連携講習会、医師事務作業補助者講習会などの開催。
各都道府県に支部を設置し、支部学術集会、研修会などの企画、運営。

入会申し込み

- 一般正会員 学会の主旨に賛同される個人
年会費 医師・歯科医師 10,000円
医療スタッフ・福祉・一般 7,000円
- 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
- 会計年度 本学会の会計年度は4月～翌年3月です。
- 入会申し込み 所定の入会申込用紙に必要事項をご記入の上、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。

特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会

〒860-0806
熊本市中央区花畑町1番1号
三井生命熊本ビル 3階
TEL:096(359)9099
FAX:096(359)1606
E-mail:jhm@space.ocn.ne.jp
<http://jhm.umin.jp/index.html>

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現場の課題を取り上げ、研究活動の更なる拡大を目的に学会に移行し、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」 | 7月 | 第10回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
第11回クリティカルパス実践セミナーin東京 |
| 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」 | 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in福岡 |
| | 第3回クリティカルパス研究会
「ディーズマネジメントとEBMとクリティカルパス」 | 10月 | 第13回クリティカルパス実践セミナーin姫路、
第1回「DPC対応型クリティカルパス」特別セミナー |
| 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」 | 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」 |
| 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
パターンの標準化の試み」 | 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 |
| 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 迪（筑波記念病院院長）】 | 2月 | 第14回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」韓国版発行 |
| 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」 | 4月 | 第15回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 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」 | 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、より広い活用を求めて—」
【6月18日～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） |
| 9月18日 | 医療マネジメント学会設立 | | 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 |
| 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 | 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 |
| 2000年3月～4月 | 学会設立記念セミナー全国7都市で開催 | 8月 | 第16回クリティカルパス実践セミナーin京都 |
| 5月 | 医療マネジメント学会ホームページ開設 | 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」 |
| 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）】 | 10月 | 第17回クリティカルパス実践セミナーin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 |
| 7月 | 第1回医療連携セミナー「地域医療連携の実際」 | 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」 |
| 12月 | 第2回医療連携セミナー「地域医療連携の実際（2）」 | 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」 |
| 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」 | 2月 | 第18回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 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）】 | 4月 | 第19回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 9月 | 第4回医療連携セミナー
「急性期病院の外来と医療連携」 | 6月 | 第7回医療マネジメント学会学術総会
「安全かつ最良最適な医療の提供を目指して」
【6月24日～25日 福岡国際会議場 福岡サンパレス
会長 朔元則（国立病院機構九州医療センター院長）】
雑誌「連携医療」創刊 |
| 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」 | 7月 | 第20回クリティカルパス実践セミナーin名古屋 |
| 12月 | 第5回医療連携セミナー
「急性期病院の外来と医療連携（Ⅱ）」、
書籍「新たな医療連携の実際—その現状と方策—」発行 | 8月 | 特定非営利活動法人化 |
| 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 |
| 3月 | 第6回医療連携セミナー「急性期病院と外来分離」 | 10月 | 第3回「DPCとクリティカルパス」
特別セミナー「DPCと病院マシナリ」 |
| 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」 | 11月 | 第6回リスクマネジメント・セミナー
「医療安全の課題とブレークスルー」 |
| 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践するために」
【6月28日～29日 京都館・京都市勧業館
会長 岡 隆宏（京都第一赤十字病院院長）】 | 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」 |
| 7月 | 書籍「急性期病院のあり方と外来分離」発行 | 2月 | 第21回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 9月 | 第7回医療連携セミナー「疾病別連携」 | 5月 | 地域連携クリティカルパス分科会 |
| 10月 | 第1回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
第2回クリティカルパス実践セミナーin札幌 | 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・介護は共体制の改革をめざして—」
【6月16日～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）】
雑誌「イザイ」創刊 |
| 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」 | 9月 | 第22回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 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」 | 10月 | 医療安全分科会
「カルテレビューと安全ラウンドの実際」 |
| 2月 | 第3回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
第4回クリティカルパス実践セミナーin岡山、
書籍「クリティカルパス最近の進歩2003」発行 | 2007年2月 | 平成18年度 第2回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| 3月 | 第5回クリティカルパス実践セミナーin横浜、
第6回クリティカルパス実践セミナーin仙台 | 5月 | 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」 |
| 4月 | 第7回クリティカルパス実践セミナーin金沢 | 6月 | 日本学術会議協力学術研究団体指定 |
| 5月 | 第8回クリティカルパス実践セミナーin大阪、
第9回クリティカルパス実践セミナーin沖縄 | 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日～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 落合 慈之（NTT東日本関東病院院長）】 |
| 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日～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 | 平成19年度 第1回クリティカルパス実践セミナーin熊本 |
| | 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」 | 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」 |
| | 書籍「クリティカルパス実践セミナーテキスト」発行 | 2008年2月 | 平成19年度 第2回クリティカルパス実践セミナーin熊本、
平成19年度 第2回地域連携クリティカルパス分科会
「脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞における現状と課題」 |

- 5月 書籍「5日間で学ぶ 医療安全超入門」発行
 6月 第10回日本医療マネジメント学会学術総会
 「安全・安心・信頼の医療
 ～未来につづく地域医療連携～」
 【6月20日～21日 名古屋国際会議場
 会長 稲垣 春夫（トヨタ記念病院病院長）】
 平成20年度第1回リテラシー実践セミナーin神戸
 9月 平成20年度第2回リテラシー実践セミナーin熊本、
 平成20年度第1回地域連携リテラシー分科会
 「地域医療連携と脳卒中における
 地域連携リテラシーの現状と課題」
 10月 平成20年度第1回医療連携分科会
 「医療計画を理解する
 ～これからの地域医療連携の展望と課題」
 11月 平成20年度第1回医療安全分科会
 「医療安全はどこへ向かうのか
 ーいま注目すべき症例検討会と医療リイノベーション」
 2009年2月 2008年度第3回リテラシー実践セミナーin熊本、
 2008年度第2回地域連携リテラシー分科会
 「がんの地域連携リテラシーの実践と課題」
 6月 第11回日本医療マネジメント学会学術総会
 「新しい医療連携構築への展開
 ー医療・保健・福祉の地域活性化をめざしてー」
 【6月12日～13日 長崎ブリックホールほか
 会長 米倉 正大
 （国立病院機構長崎医療センター院長）】
 8月 2009年度第1回リテラシー実践セミナーin札幌
 11月 2009年度第1回医療安全分科会
 「医療安全の基礎、信頼のコミュニケーションのすべて」、
 2009年度第1回電子化分科会
 「地域医療ネットワークのIT化
 ー地域医療連携の現状とこれからのIT化の展望を問う！」、
 2009年度第1回医療連携分科会
 「医療連携における薬剤情報ならびに物流を考える」
 2010年2月 2009年度第2回リテラシー実践セミナーin滋賀
 5月 2010年度第1回医師事務作業補助者講習会
 （第1、2クール）、
 書籍「がん地域連携クリティカルパス
 ーがん医療連携とコーディネート機能ー」発行
 6月 第12回日本医療マネジメント学会学術総会
 「チームでめざすこれからの医療-良質で安全な
 医療サービスの提供のために-」
 【6月11日～12日 札幌コンベンションセンターほか
 会長 秦 温信（札幌社会保険総合病院院長）】
 7月 2010年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2010年度医療福祉連携講習会（第2クール）
 9月 2010年度医療福祉連携講習会（第3、4クール）
 10月 2010年度第1回リテラシー実践セミナーin仙台
 2010年度医療福祉連携講習会（第5クール）、
 2010年度第1回医療安全分科会
 「医療安全のための根本原因分析とチーム医療のスキル」
 11月 2010年度第2回医師事務作業補助者講習会
 （第1、2クール）、
 2010年度第1回医療連携分科会
 2011年1月 2010年度第2回リテラシー実践セミナーin岡山
 4月 医療福祉連携士第1期生認定
 5月 2011年度第1回医師事務作業補助者講習会
 （第1、2クール）
 6月 第13回日本医療マネジメント学会学術総会
 「地域で守る患者中心の医療
 ーチーム医療と医療連携」
 【6月24日～25日 京都市勧業館みやこめっせほか
 会長 香川 恵造（市立福知山市民病院院長）】
 7月 書籍「医療安全のリーダーシップ論」発行、
 2011年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2011年度医療福祉連携講習会（第2、3クール）
 9月 2011年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2011年度第2回医師事務作業補助者講習会（第1クール）、
 2011年度第1回医療安全分科会
 12月 2011年度医療福祉連携講習会（第5クール）、
 2011年度第2回医師事務作業補助者講習会（第2クール）
 2012年2月 2011年度第1回リテラシー実践セミナーin大阪、
 2011年度第1回医療連携分科会
 6月 2012年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 7月 2012年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2012年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2012年度医療福祉連携講習会（第2クール）、
 2012年度医療福祉連携講習会（第3クール）
 9月 2012年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 第14回日本医療マネジメント学会学術総会
 「地域医療の復興と絆-チーム医療と地域連携をさらに進める
 ヒューマンネットワーク作りを目指して-」
 【10月12日～13日 アルカスSASEBOほか
 会長 江口 勝美
 （佐世保市立総合病院 病院事業管理者兼病院長）】
 2012年度第2回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 11月 2012年度医療安全分科会、
 2012年度第2回医師事務作業補助者講習会（第2クール）
 12月 2012年度医療福祉連携講習会（第5クール）
 2013年2月 2012年度リテラシー実践セミナーin下関、
 2012年度医療連携分科会
 6月 第15回日本医療マネジメント学会学術総会
 「とりもどそう あたたかい故郷を
 ー地域との協働で拓く医療の未来ー」
 【6月14日～15日 マリオス（福岡市民文化ホール）ほか
 会長 望月 泉（岩手県立中央病院院長）】
 2013年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 7月 書籍「ねころんで読める
 WHO患者安全カリキュラムガイド」発行、
 2013年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2013年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 8月 2013年度医療福祉連携講習会（第2クール）、
 9月 2013年度医療福祉連携講習会（第3クール）、
 2013年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2013年度第1回リテラシー実践セミナーin青森
 11月 2013年度医療安全分科会、
 2013年度第2回医師事務作業補助者講習会（第1クール）、
 2013年度第2回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2013年度医療福祉連携講習会（第5クール）
 2014年2月 2013年度医療連携分科会
 5月 2014年度第1回リテラシー実践セミナーin鹿児島、
 2014年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 6月 第16回日本医療マネジメント学会学術総会
 「楽しく働くために ー医療の進むべき姿を求めてー」
 【6月13日～14日 岡山コンベンションセンターほか
 会長 青山 興司
 （国立病院機構岡山医療センター名誉院長）】
 2014年度医療福祉連携講習会（第1クール）
 7月 2014年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）、
 2014年度医療福祉連携講習会（第2クール）
 8月 2014年度医療福祉連携講習会（第3クール）
 9月 2014年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2014年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第1クール）
 11月 2014年度医療安全分科会、
 2014年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第2クール）、
 2014年度医療福祉連携講習会（第5クール）
 2015年2月 2014年度医療連携分科会
 5月 2015年度医療福祉連携講習会（第1クール）、
 2015年度第1回医師事務作業補助者講習会（第1クール）
 6月 第17回日本医療マネジメント学会学術総会
 「医療における不易流行 ～変わらないもの、変わるもの～」
 【6月12日～13日 グランキューブ大阪（大阪国際会議場）
 会長 山根 哲郎
 （パナソニック健康保険組合松下記念病院院長）】
 2015年度第1回医師事務作業補助者講習会（第2クール）
 7月 2015年度医療福祉連携講習会（第2クール）
 8月 2015年度医療福祉連携講習会（第3クール）、
 2015年度医療福祉連携講習会（第4クール）
 10月 2015年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第1クール）
 11月 2015年度医療福祉連携講習会（第5クール）、
 2015年度医師事務作業補助者指導者養成講習会（第2クール）、
 2015年度医療安全分科会

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（5冊/年）
- News Letterの発行
- 書籍発行
- リテラシー実践セミナー、地域連携リテラシー分科会、
医療連携分科会、医療安全分科会、
医師事務作業補助者講習会、医療福祉連携講習会などの開催
- 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 ● 支部学術集会の開催

第18回日本医療マネジメント学会学術総会
 2016年4月22日（金）～23日（土）
 福岡国際会議場、福岡サンパレス
 会長：田中 二郎
 （飯塚病院名誉院長）

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> をご覧ください。

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・歯科医師 10,000 円
 医療スタッフ・福祉・一般 7,000 円

主な特典
 ・日本医療マネジメント学会雑誌（年間 5 冊出版）、
 News Letter 提供

手続き
 一般正会員のお申込は、下記の一般正会員入会申込書を記入し、郵送または FAX にて学会事務局までお送り下さい。
 入会申込書受理後、学会事務局より年会費の払込取扱票をお届けしますので、郵便局またはコンビニエンスストアでお振り込み下さい。年会費のご入金確認後、学会会員番号通知をお届けします。学会会員番号通知がお手元に届きましたら、手続きが完了となります。
 なお、一般正会員の入会申込は学会ホームページからも可能です。
 ※ご入金を頂いてから、学会会員番号通知がお手元に届くまで 10 日ほどかかります。

◎**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学会事務局までご連絡下さい。

※ 会計年度は 4 月～翌年 3 月です。年度途中の入会であっても年会費全額を納入して頂きます。
 ※ 入金された日が入会日となります。
 ※ 一度入金された年会費は返金できませんので、ご注意ください。
 ※ 過去に本学会会員となられ、年会費の滞納を理由に退会された方が、再入会を希望される場合は、滞納分年会費をお支払い頂く必要がございます。入会申込書受理後、学会事務局より滞納分と新規入会分を合わせた年会費の払込取扱票をお届けいたします。

----- 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 〒860-0806 熊本市中央区花畑町 1-1 三井生命熊本ビル 3 階
FAX 096-359-1606 TEL 096-359-9099 E-mail jhm@space.ocn.ne.jp

入会申込日	年 月 日		
会員種別	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 医療スタッフ・福祉・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・歯科医師 2.看護師・保健師・助産師 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.社会福祉士 12.精神保健福祉士 13.診療情報管理士 14.事務 15.企業 16.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

会期
2016年
4月22日(金)~23日(土)

会長

田中 二郎
(飯塚病院 名誉院長)

会場

福岡国際会議場

〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1

福岡サンパレス

〒812-0021 福岡市博多区築港本町2-1

■ 第18回日本医療マネジメント学会学術総会 事務局
飯塚病院 改善推進本部 内
〒820-8505 福岡県飯塚市芳雄町3-83
TEL.0948-29-7039(直通) / FAX.0948-29-8209
E-mail jhm18@aih-net.com

■ 第18回日本医療マネジメント学会学術総会 運営事務局
(株)日本旅行九州法人支店 九州イベントコンベンションセンター 内
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1 日本生命博多駅前ビル5F
TEL.092-451-0606 / FAX.092-451-0550
E-mail jhm18@nta.co.jp



改善とイノベーションで切り拓く
明日の最適医療

明るい病院改革

福岡タワー写真提供:福岡市

第18回 日本医療マネジメント学会学術総会

FUKUOKA2016

演題登録期間 2015年10月29日(木)~2016年1月19日(火) 参加登録期間 2015年10月29日(木)~2016年3月17日(木)

プログラム

■ 基調講演

宮崎 久義(日本医療マネジメント学会理事長)

■ 会長講演

田中 二郎(飯塚病院名誉院長)

■ 招待講演

横倉 義武(日本医師会会長)
御立 尚資(ポストコンサルティングジャパン代表)
仲 義雄(九州旅客鉄道株式会社クルーズトレイン本部長)

■ 特別講演

三浦 公嗣(厚生労働省老健局長)
坂本 すが(日本看護協会会長)
麻生 泰(九州経済連合会会長、株式会社麻生会長)

■ 教育講演

松田 晋哉(産業医科大学医学部公衆衛生学教授)
谷下 一夫(早稲田大学ナノ理工学研究機構研究院教授)
浦上 克哉(鳥取大学医学部保健学科生体制御学教授)
安藤 廣美(医療のTQM推進協議会理事長、飯塚病院特任副院長)

■ 市民公開講座

為末 大(元プロ陸上選手)

■ 教育セミナー

1. クリティカルパスと医療の質の向上
2. 医療安全

※教育セミナー2への参加は、事前参加登録制です。
第18回学術総会ホームページからお申し込みください。
※教育セミナー2を受講された参加者には、履修証明(3時間)を発行いたします。

URL : <http://www.18jhm.com>

【後 援】

公益社団法人 東京都医師会、
一般社団法人 8市医師会
(清瀬市、西東京市、東久留米市、小平市、東村山市、東大和市、武蔵村山市、小金井市)
一般社団法人 北多摩医師会、公益社団法人 東京都看護協会、
公益社団法人 東京都薬剤師会、一般社団法人 東京都病院薬剤師会

日本医療マネジメント学会第16回東京支部学術集会 プログラム・抄録集

発 行 日：2016年2月25日
発 行 者：特定非営利活動法人 日本医療マネジメント学会 東京支部
事 務 局：〒187-8510 東京都小平市花小金井 8-1-1
公立昭和病院地域連携室内
発行責任者：上西 紀夫（公立昭和病院 企業長兼院長）
電 話：042-461-0052
ホームページ：<http://jhmtokyo.umin.jp/2016>

印 刷：株式会社 靖 文 社

本誌の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。

協賛企業一覧

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アボット バスキュラー ジャパン株式会社
エム・シー・ヘルスケア株式会社
MSD 株式会社
株式会社 LSI メディエンス
株式会社大塚製薬工場
オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社
協和発酵キリン株式会社
株式会社グッドマン
塩野義製薬株式会社
セント・ジュード・メディカル株式会社
第一三共株式会社
大正富山医薬品株式会社
大日本住友製薬株式会社
大鵬薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
テルモ株式会社
東洋羽毛首都圏販売株式会社
東和薬品株式会社
ニプロ株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
一般社団法人日本血液製剤機構
日本製薬株式会社
日本ベクトン・ディッキンソン株式会社
日本メドトロニック株式会社
バイオトロニックジャパン株式会社
富士フィルムメディカル株式会社
ブリストル・マイヤーズ株式会社
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
持田製薬株式会社
ユフ精器株式会社
(平成 28 年 2 月 10 日現在 / 順不同 : 敬称略)

今回の学術集会の開催にあたり、ご協賛頂きました企業および団体様に深く感謝申し上げます。

日本医療マネジメント学会第 16 回東京支部学術集会
会長：上西 紀夫（公立昭和病院 企業長兼院長）