

## 1 はじめに

病院では治療のため床上安静を余儀なくされ、オムツ内排泄もやむを得ない場面がある。高齢者の場合、こうしたケアが継続される事が ADL 低下につながってしまうこともしばしばある。また、排泄は個別的でデリケートな行為であり、自尊心を尊重したケアを行わなければ QOL の低下にも繋がる。A 氏は、入院時膀胱留置カテーテルを留置されていたがご家族より抜去しトイレ誘導の希望があった。抜去後尿意の訴えがありトイレ誘導を開始するが、A 氏は ADL 全介助の状態でありトイレ誘導には介助者が 2 名以上必要になってしまうため、日勤帯のみでのトイレ誘導開始となった。

## 2 目的

個別性のある排泄ケアと ADL・QOL の向上について考察する。  
排泄ケアにおける他職種連携の必要性を考える。

## 3 方法

トイレ誘導の実施。  
地域包括カンファレンスにて患者情報の共有。

## 4 結果

膀胱留置カテーテル抜去後、尿意があるも介助量が多くオムツ内排泄を促していた。地域包括カンファレンスにて介護士、理学療法士、看護師にて患者情報の共有を実施。現在の ADL、患者・ご家族の希望を確認する。その後尿意の訴えがあった際は 2 名介助にてトイレ誘導を実施。トイレ誘導開始時は上・下肢筋力の低下がり立位保困難、ベッドから車椅子への移乗は全介助であった。徐々に離床の時間が増え、日中の経管栄養を車椅子へ移乗し行うようになる。移乗・トイレ動作の介助量は変わらずだが、自力で寝返りを行う、下肢をベッドから降ろす等体動が出てくる。離床希望の声も多く出るようになった。手すりに捉まり立位保持可能となり夫の介助でも車椅子へ移乗可能となる。夫婦で病棟内を散歩する様子も見られるようになった。週に 1 度は地域包括カンファレンスを行い患者情報の共有を実施。また、地域カンファレンス外でも理学療法士・介護士と ADL の状態を共有し適切なオムツに変更・トイレ誘導を日勤帯以外でも行えないか等の話し合いもされた。トイレ誘導開始後徐々にトイレ動作の介助量が減り 1 人介助でのトイレ誘導が可能。準夜・深夜帯でもトイレ誘導や離床をするようになり車椅子の自走・早朝から洗面や整容をする様子も見られ

るようになる。

## 5 考察・まとめ

オムツ交換の際、A 氏から「ごめんなさいね」という言葉をよく耳にした。排泄は人間にとって当たり前の行為だが、ケアをされることは自尊感情に大きく関わる。トイレ誘導を実施し生活にリハビリを取り入れることで ADL 向上につながり、自尊感情や自立心も守ることができたと考えられる。忙しいと後回しにされがちな排泄ケアだが、他職種と定期的にカンファレンスを実施し、日常的に患者についてコミュニケーションを図ることで、今患者のできることや希望を共有する事ができ、他職種と患者を中心にした介助を行う事ができると考えられる。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表  
埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

## 医療的ケアを必要とする認知症患者の在宅退院支援

埼玉西協同病院 看護部 平野 恵利子

キーワード：認知症 在宅退院支援 医療的ケア

### 1 はじめに

厚生労働省によれば、65歳以上の高齢者のうち認知症を発症している人は推計15%で、2012年時点で約462万人に上る。さらに2025年の認知症患者は、現状の約1.5倍となり700万人を超えるとの推計されている。高齢者は年齢とともに様々な合併症を併発し医療依存度も高くなるが、認知症高齢者も同様である。また、医療技術や医療機器・ケア物品の進歩により、医療依存度が高くなっても在宅生活を維持することが可能になっているが、認知症患者の自己管理能力は低い。医療的ケアが必要な認知症患者が、在宅生活を維持できるようにする退院支援が求められている。

### 2 目的

医療的ケアが必要な認知症患者の在宅支援について、ケースを振り返ることにより考察する。

### 3 方法

自己導尿の手技が不潔であったために尿路感染症により入退院を繰り返していた認知症患者に対して、新たな排泄管理の方法を導入し、在宅退院に至ったケースを経験した。このケースの入院期間中の記録を振り返り、医療的ケアが必要な認知症患者の在宅支援について考察する。

### 4 事例紹介

Aさん、70代、病名：神経系の難病・認知症（Ⅱa）、神経難病による排尿障害、睡眠時無呼吸症候群、眩暈がある。夜間CPAP使用、自己導尿をしているが、手技が不潔なために尿路感染症により入退院を繰り返している。

夫と二人暮らし、長男長女は他県に在住、夫は本人の面倒を見ようとしているが、本人は夫のケアを受け入れようとしなない。

### 4 経過（介入と結果）

今回も同様に尿路感染症、眩暈により入院。膀胱留置カテーテル挿入、抗生剤の点滴により症状は軽快した。退院準備にあたって問題となるのは、排泄管理だった。認知症のために導尿、膀胱留置カテーテルの自己管理は難しい。また本人が夫のケアを受け入れようとしなないために、夫がケアの担い手になることも不可能だった。ケアマネ、訪問看護師を含む2回の退院調整会議を経て、日中はDIBキャップによる尿破棄、夜間は膀胱留置カテーテルを導入して退院することになった。入院中に病棟

看護師が本人にDIBキャップによる尿破棄指導を行った。膀胱留置カテーテルの着脱は朝晩1日2回ヘルパーが行い、カテーテル交換は外来と訪問看護で行うことになった。

### 5 考察

1. 認知症患者は理解、判断、意思決定が難しいために、医療者が、患者家族の意思決定に介入していく場面が生じる。その際には医療者の倫理性が問われる。自律尊重、善行、無危害の原則に則って、患者家族の自由意思を尊重しつつ、患者にとって何がよいことなのか、リスクを回避できることなのかを考える必要がある。また、認知症患者には意思も経験もあることを踏まえて、本人を中心に据えて方法を決定していくプロセスが重要である。
2. 認知症患者へのリハビリテーションは指示が入りにくい為に難しい。しかし張り紙するなど（リアリティー・オリエンテーション）、方法を工夫することで、新たな能力を引き出すための働きかけをしていく必要がある。
3. 多職種の持っている知恵、資源を出し合うことで、患者の在宅生活維持が可能になる。それぞれの役割を明確にして協力し合うことが大切である。

#### 参考文献

- 松下正明, 金川克子, 個別性を重視した認知症患者のケア, 医学芸術社, 2007  
諏訪さゆり, 医療依存度の高い認知症高齢者の治療と看護計画, 日総研出版, 2006  
箕岡真子, 認知症ケアの倫理, ワールドプランニング, 2011

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

## 「ものわすれ外来」 開設後の取り組み

埼玉西協同病院 看護部 榎 佳子

キーワード：物忘れ外来 認知症予防 患者・家族支援

### 1 はじめに

当外来では地域の高齢化から今後予測される認知症への対応に向けて、認知症サポート企業としての役割を發揮するため、また認知症で困っている方に寄り添うことを目的とし昨年10月から「物忘れ外来」が開設された。開設後の「ものわすれ外来」の取り組みについて報告する。

### 2 方法

(もの忘れ外来の流れ)

当初第1・3火曜 14時～1 枠で開始となったが今年度8月から3枠に変更となった。流れは、まず本人・家族・他事業所より病院に相談が入り、相談内容を事務が簡潔に聞き取り予約を入れる。来院時には本人・家族に生活状況を記入してもらい問診票と最近の物忘れに関する問診票を記入してもらい、長谷川式スケール(以後HDS-Rと略す)本人・家族の聞き取りを実施し診察に回す。診察の結果、専門病院への紹介やCT撮影を当院で行いその後の経過を物忘れ外来や通常の外来で経過をみる。もの忘れと診断された方に対して、パンフレットを用い認知症予防の指導を実施し脳トレや地域で行っている行事への参加を勧めている。物忘れ外来受診後は個別ファイルを作成し経過を追っていきけるよう管理を行っている。

### 3 結果

2015年10月～物忘れ外来受診者数は30名、専門病院に紹介になった患者数は2名、精神病院に紹介になった患者は2名 受診された患者の中で認知症と診断された患者は10名、軽度認知症疑いの患者は5名だった。ものわすれ外来が始まった当初は本人からの相談が多く、認知症ではなく年相応のもの忘れと診断されるケースが多かったが、最近では家族からの相談がほとんどで内容も深刻になっている傾向がある。

(症例) 80代女性 1年前からもの忘れあり、MRI：脳萎縮は年相応 HDS-R=28点 買い物に行きいらないものを買ってくる、通販で買い物をするが忘れていて、車の運転が危険、本人より気が滅入る・死にたいとの言動、長女に対する攻撃あり、経過観察していたが症状強くなり専門病院へ紹介、軽度認知症との診断

### 4 考察

認知症ともの忘れの判断は難しく、本人・家族双方から話しを聞き、生活状況の確認や中核症状の有無、行動・心理症状の有無、HDR-Sの実施、診察、検査を行い総体的に患者を診る必要がある。単にHDS-Rの結果

果がよいから認知症ではないとの判断にはならない。高齢者特有の無気力やうつ気分、病的なうつ気分(老人性うつ)、精神病との判別も難しい、HDS-Rが20～24点の際、判断に迷う事も多い。現在認知症ではないが今後認知症になる確率が高い軽度認知症(MCI)の患者への対応も必要であり、認知症の患者と同様に進行させない指導が重要となる。また、認知症の患者も苦しんでいるが、患者に接している患者家族の身体的・精神的負担はかなり大きい。患者に目を配るだけでなく患者家族のフォローも重要だと考える。患者を取り巻く環境が認知症の進行に繋がる事もあるため生活状況を把握し本人・家族が安心して在宅生活を送れるようMSWや地域包括センター、ケアマネージャーと協力して支援を行っていく必要がある。

### 5 まとめ

今後は「もの忘れ外来」受診後継続して外来でフォローしていくためのしくみの明確化、認知症予防の強化患者・家族の生活支援に力を入れていきたい。また脳トレ広場との連携を行い、認知症疑いのある患者の早期発見に努める事や外来通院の患者の中で、気になる患者がいないかアンテナを高く持つよう心がけたい。さらに認知症の知識を深めながら、外来全体で認知症看護が行えるように努力していきたいと思う。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

# ピロリ除菌成功率と影響する因子について

埼玉西協同病院

薬剤師 有泉智彦・小澤智美・中村奈緒子

共同研究者：薬剤師 中村大介（所沢診療所）・松浦吉拓（大井協同診療所）

キーワード：ピロリ除菌、ランソプラゾール、ラベプラゾール

## 1. はじめに

プロトンポンプインヒビター（以下 PPI）の採用薬がランソプラゾール（LPZ）からラベプラゾール（RPZ）へと変更になったのに伴い、ピロリ除菌セットの採用もランサップ®からラベキュア®へと変更となった。

今回の変更によってピロリ除菌の成功率にどのような変化があったかを調査した。

また、成功率や副作用に影響する因子についても調査した。

## 2. 調査内容

2014年1月～2015年12月までにピロリ除菌を行った患者を対象とした。調査時において除菌の成否が不明の患者については除外した。また除菌判定までの4週以内にPPIが投与されていた患者についても解析から除外した。

成功率に影響するかもしれない因子として整腸剤服用の有無、追加のPPI投与、喫煙の有無についても調査した。

## 3. 結果

合計452名（女性228名、平均年齢65.3歳）の患者が基準に適合した。205名がLPZとクラリスロマイシン（以下CAM）とアモキシシリン（AMPC）による除菌、176名がRPZ+CAM+AMPC、71名がメトロニダゾール（以下MNZ）による除菌であった（LPZが27名、RPZが44名）。

CAMレジメにおける除菌成功率はLPZ群で82.9%、RPZ群で78.4%であった。MNZレジメにおいては両群共にほぼ100%の成功率であった。

整腸剤を併用した場合の成功率は87.0%、併用しない場合は83.2%、PPIの延長投与がなされた場合の成功率は81.3%、延長投与がなかった場合は82.7%、喫煙している患者の成功率は81.8%、喫煙していない患者は83.5%であった。

CAMレジメにおける副作用発現率はLPZ群で2.0%、RPZ群で4.0%であり、主な副作用は下痢などの消化器症状であった。整腸剤投与群では副作用の発現が見られなかった。

## 4. 考察

LPZ群とRPZ群で除菌成功率は、RPZ群でやや低い傾向であった。『H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン2016改訂版』には「両群の除菌率に差がない」と記載されているが、今回の調査期間が2014年LPZ群、2015年

RPZ群と1年の差があることから、近年言われているCAM耐性化の可能性もあると考える。両群の除菌成功率は約80%で、これはガイドラインの除菌成功率よりやや低いが、近年行われたボノプラザンの臨床試験時におけるLPZ群の除菌成功率75.9%よりは高い数字であり、当院の除菌成功率が特別に低いわけではないと思われる。

喫煙者の除菌率が下がるとの報告もあるが、今回の調査では大きな差がでなかったため、除菌成功率への影響は不明であった。

整腸剤は副作用を軽減し、成功率を高める可能性があり、除菌治療を行う際に整腸剤を併用することは有用と思われる。

参考文献：『H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン2016改訂版』

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

医療生協さいたま薬剤師部会学術集談会 発表

埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

## 外来異常値報告 その2

埼玉西協同病院 臨床検査技師 大森 倫子

キーワード：異常値 部内での検討 妥当性

### 1 はじめに

昨年より外来異常値チェックの方法を変更したため2015年度学運交でそのことについて発表したが、始まってから半年経っていない中間報告だったので、その後の様子を最終報告とし今回発表します。今回は昨年度と違い、検査科として異常値報告の妥当性の有無を検討しその結果をQI指標として出すようになりました。

がその数値結果に対してアクションを起こさなかったとしても、検査技師として言うべき数値だと判断した場合妥当性ありと判断することにした。その結果QI目標値に達し現在順調に進められている。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表  
埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

### 2 目的

検査結果を正確に読み取り、外来受診および処置対応につながるような異常値報告をすること。

### 3 方法

ほぼ昨年と同じですが、

- ① 医師にメール or 直接報告、もしくは検査履歴を印刷して処置室の異常値BOXに入れる
- ② カルテに入力する
- ③ 前回数とあまり変化がない、または医師がすでにチェック済みであればそのまま

この3つのアクションをBMLからのFAX用紙に記入する。今年度より月内の検査部会内で異常値報告の妥当性を皆で検討。報告妥当なものは1つカウントしQIに反映されるが報告の必要はなかったと判断されればQIには反映されない。

### 4 結果

QI目標値は80%で、  
2016年度 4月→92% 5月→90% 6月→86% 7月→88% 8月→100% 9月→90%  
今年度に入り毎月目標達成できている。ちなみに2015年度の結果は  
2015年度 10月→70% 11月→71% 12月→40% 1月→54% 2月→50% 3月→83%

### 5 考察

昨年度10月からの結果をみると、70%→71%と目標には届かないもののまあまあの結果だったが12月から2月の間は急に数値が下がった。原因は経験不足もあるが医師の判断と検査技師の異常とする判断の違いによるものと考え。そのため、2016年度からは医師

## 検査技師の病棟業務介入について

埼玉西協同病院 臨床検査技師 青木 涼子

キーワード：チーム医療 病棟介入 専門性の発揮

### 1 はじめに

臨床検査技師が病棟での検体採取、検査説明などの病棟業務を担うことで看護師の業務が軽減され、専門性をいかし検査確認やデータ管理をする事で医療の質が向上するのではないかとされている。

今後、西協同病院検査科がチーム医療の中で、病棟業務にどのように介入していけるのか考えていきたい。

技師が実施していけるシステムを作っていきたい。  
システムを作る上で、病棟との連携が必要。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

### 2 目的

検査技師の病棟介入。

検査技師が入院患者さんのカルテチェックを行い、適切な検査が行われているか確認する。

### 3 方法

入院初日の患者さんのカルテに必ず目を通し、入院時に必要な検査がされているか、疾患、症状に対し必要な検査がオーダーされているかを確認する。必要な検査があれば主治医に上申、混濁尿の細菌検査の上申をする。

カルテレビュー率 80%、検査上申数 8 件/月を目指す。

### 4 結果

培養検査（鼻腔・喀痰・尿・血液）は上申数が多く、カルテチェックを始めた 6 月からは、前年に比べて検査数が増加した。細菌検査の結果は、抗生剤に感受性があるかを確認し耐性の場合はすばやく医師に報告した。毎日病棟カルテに目を通し、検査日誌をつけて部門共有することで入院患者さんの情報伝達をするようになり、これまで異常値の出た患者さんのカルテを開くのがほとんどだったが、それ以外の患者さんの入院背景を知るようになった。

### 5 考察

検査科がカルテチェックすることで、実施すべき検査が適切に行われ、早期の治療にもつながったと思う。

まだまだ介入する余地はあると思うが、症状や疾患に対する検査の上申には知識や経験値が必要不可欠なので個人のレベルアップが必要。

今年度、検査科全員が検体採取の講習を受け血液以外の検体採取が可能となった。病棟検体採取業務を検査

通所リハビリ卒業後のフォロー  
埼玉西協同病院 リハビリテーション科 富田 哲  
キーワード：通所リハビリテーション 卒業 地域包括ケア

## 1 はじめに

当通所リハビリテーション「絆」では通所リハビリ利用は目的を達成する「手段」としての位置づけを改めて認識し、利用者様とリハビリゴールを共有し、目標達成後は卒業することを基本として運営している。卒業後も地域で安心して生活できるよう、十分な支援、準備をした上で、利用者様にとって有益となる適切な卒業を促す取り組みをしてきた。ただし、実際に卒業後、利用者様の身体状況や生活状況については把握していない。そこで通所リハビリ卒業後のアフターフォローとして、通所リハビリ卒業者の会を企画した。道半ばだが、取り組みに関して報告する。

\*具体的な卒業実績などは当日スライドショーにて報告する。

## 2 目的

- ①通所リハビリテーション卒業後のアフターフォロー（安心して卒業できる仕組み作り、選ばれる事業所）
- ②体力維持や社会参加の継続性、生活の中での困りごと等、必要に応じて地域包括、その他関連事業所と連携し、必要な支援がスムーズに開始できるようにする。
- ③医療生協の取り組み（班会、体操教室等）、行政の取り組み（地域の体操教室、行事）の紹介を行い、社会参加の場につなげる。
- ④卒業者同士の交流の場を作り、自助グループ形成を促す。

## 3 方法

対象者：2014年1月以降、当通所リハビリを卒業した方  
頻度：1回/2ヶ月（暫定的に17年3月までを予定）  
内容：近状聞き取り、交流、体操、地域活動の情報提供（地域包括支援センター職員、地域連携課職員）

## 4 結果

参加者：卒業生5名、地域包括職員3名、西協同職員9名

<交流の中で出た意見>

・たまり場づくりをしてほしい。・卒業生が主役になれる会がよい。・「絆」サロンのような『場』、「絆」掲示板を設けたい。「絆」の現役、中退者も「参加の誘い」の声をかけたい。・この試みは、社会的にも重要な意味を持つと思う。（卒業生より）

・卒業後の行き先を見つけられ、集まる場所づくりの話など、積極的な意見を聞いて良かった。今回のような試みは大変ありがたく、包括の活動とも連動しながら、続けて行けていただきたい。・地域で体操を継続で

きる場をもっと整備していかななくてはと感じた。今後でもできることは協力していく。（包括）

## 5 考察

卒業生からは、たまり場、つながりが実感できる場所づくり、職員と再び出会える場、自身の体力が維持できているかの確認を求めている雰囲気を感じられた。卒業生の希望に添いつつ、この会を有意義に運用していくことで、現利用者に対しても安心して卒業できる仕組み作りや、他通所事業所との差別化から、選ばれる事業所となることができる。地域包括ケアシステムが今後も推進され、通所リハからの卒業や、よりいっそう地域資源を生かしていく必要性が増している中で、卒業生の会が今後は自助グループとして機能するように支援していく必要がある。その動きには、通所リハ職員だけでなく、地域連携課職員、地域包括職員、地域の組合員等、多くの力を借りながら行うことで、より地域に根ざした支援ができると考える。無差別、平等の地域包括ケアシステム構築のために、ますます安心して卒業できる仕組み作りが急がれる。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表  
埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

# 一般急性期と地域包括ケア病棟に対するリハビリテーションの変化と課題

埼玉西協同病院 リハビリテーション科 霜山 大樹

キーワード：早期介入 介入率

## 1 はじめに

当院の特色として50床病棟のおよそ半々で一般急性期病棟と地域包括ケア病棟とで分かち運営している。地域に貢献できる病院として、予防から終末期にかけて質・量ともに十分なリハビリテーションの提供が西協同病院のウリとして求められ、その指標とする早期介入と全体介入率の向上が必須である。対して病棟リハ担当が3名かつ、うち1人は地域包括ケア専従として配属し、患者1人あたりの平均提供単位2単位以上をキープし続ける施設基準が存在する中、当院規模での運営は工夫や模索を要する。

## 2 目的

上記課題に対する年度毎の数値変化を分析、及び新しい取り組みを報告し今後の病棟リハビリの指針や課題を考察する。

## 3 方法

2014～2016年の6～9月、4ヶ月間の各種下記データを比較する。

・入院日～介入の日数 ・介入患者数比較 ・介入率の比較(「単位計上者のみ」「総合的介入率」)etc  
従来と2016年度との介入率に対する解釈の変化、今年度から集め出した指標、開始した取り組みを報告する。

## 4 結果

2016年度より祝日介入を行うことで早期介入や介入率の向上を図った。

制約が強いが自由度も高い地域包括ケアにおいて、2016年度は20分以内の包括的リハビリ介入として単位算定しない「包括的関わり；包括的リハ」に着目し、総合的な介入率を高めることとした。

リハビリが関与せず介護職による集団体操や離床等にも加われない患者、集団を好まない患者や「寝たきり・ROMなし」といった地域包括ケア病床にいながら廃用症候群が進行するケースを防いだ。

ADL ゴール患者は積極的に個別リハ(単位計上リハビリ)から生活リハ(病棟リハビリ)へ移行した。

## 5 考察

祝日介入により前年より早期介入を図れたが3日以内の介入をQI目標としており、今後の課題として継続。地ケア病棟での個別リハ→リハ職の「包括的リハ」や病棟主体の「生活集団リハ」への切り替えを速やかに実施、また追求する介入率の視点を変えることで一般-地ケアの兼任リハスタッフがより地ケア病棟に関わり、多くの

地ケア病棟患者を掌握することができた。しかし標準的な介入率の解釈と異なり、全国的に曖昧な性質を含む地ケア病棟でのリハビリ介入において、個別リハの介入率(単位計上率)を度外視した方針への偏奇は危険であり、介入対象者のバランスを考慮していく他、医療情勢を随時把握していく必要がある。

・4ヶ月間(6～9月)の比較	2014年	2015年	2016年
患者入院日から介入までの日数	3.93	5.43	4.44
入院患者総数(人)	367	333	286
リハ介入患者総数(人)	94	77	103
一日でも単位計上した患者率	25.6%	23.1%	36.0%
一日平均介入率(単位計上者)	30.7%	31.8%	27.6%
地ケア病棟 単位計上介入総数(人)	27	35	21
地ケア病棟 包括的リハ 一日平均人数(人)	おそらく1～2程度		4.6
地ケア病棟 一日平均介入率(単位計上問わず)			40.3%

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表



医療機能評価受審は医療の質向上に貢献できたか  
埼玉西協同病院 診療情報管理課 浜平 小百合  
キーワード：医療機能評価 医療の質 記録の監査

## 1. はじめに

2016年7月に医療機能評価の更新受審が行われました。受審にあたり、合格を目的にするのではなく、医療の質を向上させて受審に望むことを目的にしようと意思統一し受審準備に取り組みました。実際の受審に向けたとりくみで医療の質の向上が図られたか、職場の変化と記録の質など機能評価受審の影響について報告したいと思います。

## 2. 受審での目的・獲得目標

①業務改善②業務整理③内部コミュニケーションの向上④Q I 向上⑤患者満足度向上

## 3. 目標達成のための方法・とりくみ

領域別に課題を書き出し、推進会議にて改善の進捗をはかりながら、節目で模擬審査を5回実施しました。領域別の主な改善事項は以下の通りです。

- 1) 1領域・・・患者相談窓口体制の強化（医事課コンシェルジュの配置他）、患者情報コーナー設置、診療実績・QI のホームページへの掲示、院内安全ラウンド、安全ニュース発行、今日の臨床サポートサービス提供、クリパスバリアンス評価台帳作成、禁煙推進
- 2) 2領域・・・記録監査、異常値報告の仕組み改善、救急カート管理の見直し、医療機器取り扱い・管理の見直し、新規クリパス作成、入院案内見直し、病棟ご利用の案内作成、病棟医役割明文化、入院診療計画書の見直し、
- 3) 3領域・・・検査精度管理の質改善、異常値・パニック値の対応見直し、診療記録の量的監査、DPC データの活用、保冷庫の温度管理等記録・保存の徹底、輸血管理台帳の整備、
- 4) 4領域・・・HP改善、院内掲示の整理、鍵管理の徹底、手順書管理方法の改善、就労管理方法の定着

## 4. 結果

### 1) 医療機能評価機構の評価

S評価が4項目、B評価が2項目、他はすべてA評価という結果となっています。S評価とされたことは、①地域への情報発信と連携として多彩な広報活動②HPH、認知症サポーター養成講座など多彩な地域活動③診療・ケアにおける質と安全の確保の項目で適切な診療記録④全症例のデスカンファなどターミナルケア等のしくみなどこだわって取り組んだことが評価されています。

### 2) 職員アンケートによる評価

受審後の全職員アンケートから見た機能評価受審による変化として、業務改善、コミュニケーション、職場環境などがあげられ、当初の目的は一定達成できました。

### 3) 記録のQ I C Iに関する記録の向上

## 5. まとめと今後の課題

各領域での改善事項が評価にも反映され、アンケートからも職員の受審による業務改善への確信につながり、私たちの職場にとって医療機能評価受審は医療の質改善・向上につながったと思います。

今後は、しくみが後退することなく、維持継続されることと更に指摘されたことの改善に向けた取り組みが必要です。西協同病院では、上記目的のために「QM委員会（クオリティーマネジメント委員会）」を設置し、定期的な院内ラウンドと必要に応じた外部サーベイによる模擬審査等を継続実施していく予定です。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表  
埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

## 医師事務作業補助者配置による記録の質向上のための取り組み

埼玉西協同病院 診療情報管理課 田中 由花

キーワード：医師事務作業補助者 病状説明 記録の質

### 1. はじめに

2016年7月に医療機能評価を更新した。受審に向けて医師の記録の質の向上が求められており、医師事務作業補助者の業務内容の見直しを行った。医師の記録の質向上のために、医師事務作業補助者が果たした役割と成果について報告する。

### 2. 医師事務作業補助者業務内容見直しの目的

医師の事務作業を軽減し、医師の記録の質の向上をはかる

### 3. 主な業務と方法

従来の診断書等の下書きの業務の枠にとられない補助業務の確立。

主な業務は、①患者へのICの記録の徹底（病状説明）②円滑な施設への転院に向けたアプローチ③医師の診察サポート（検査説明、診察室補助）④退院時要約記載率の向上などを行う。

具体的には、

①IC記録の向上・・・医師の病状説明へ同席し、病状説明書の書記・下書きを行い、医師が確定し次第、ご家族へお渡しする

②円滑な転院へのアプローチ・・・転院のめどがたってから施設を探していたため入院期間が長期化するなどの問題が発生したため、カンファで情報収集した段階で、転院用紹介状の作成下書きを行うように変更した。

③診察サポート・・・侵襲性の高い検査の医師説明を代行で行う。また、医師の診察室そばに待機し、必要時すぐに事務的作業を代行できるようにする

④退院時要約記載率向上・・・当日退院予定患者のサマリ記載状況を把握し、毎朝会で報告する。医局会議への未記載リスト提出、医局ホワイトボードへの未記載状況の書き出しを行う。

### 4. 結果

- ①ICに同席し、その場で医師の説明を書記し、病状説明書の下書きを行い、確定後病状説明用紙をお渡しすることで患者・家族とのインフォームド・コンセントの質向上につながった
- ②転院の準備が早い段階で行えるようになったことで退院調整が円滑に実施できるようになり、在院日数長期化の歯止めになった。医師の退院に向けた事務業務の軽減や他職種との情報共有やチーム医療実践に貢献できている。
- ③患者の待ち時間短縮や医師の雑務による診療の中断を回避できた。
- ④サマリの記載漏れがわかり、記載率1週間以内100%の維持が継続できている。内容も充実しており、病院機能評価でS評価を受けた。

### 5. 考察

医師事務作業に該当する業務内容は各病院の実情に合わせて行われるものであるが、当院の場合、これまでの医師診断書等の下書き中心の業務から、医師の記録の代行を行うことに変更した。それが結果的に医師の業務軽減だけでなく、医師の医療の質や安全にもつながった。医師事務作業補助者の業務が医療の質に貢献できるものとして、より一層活躍の場が広がることを目指したいと考える。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

### <目的> (問題意識や明らかにしたいこと)

2016 年度県西ネットワークの活動重点方針「生活圏域で地域包括ケアを担う、支部、事業所になる」とし、HPH の視点で「地域をみる」ことを意識した。「地域」の視点が一層加わることで様々な気づきをもった。

⑤「安心して暮らせるまちづくり」へコミュニティソーシャルワーカーの仕事づくり。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表  
埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

### <取組み方法>

- ①部門の名称変更。「組織課」から「地域連携課」へ（西協同病院 所沢診療所）
- ②顔が見える関係づくり（社協、包括、行政）
- ③安心して暮らせるまちづくり（在宅復帰支援患者を地域で受け止める）
- ④自治体見守り協定と見守りサポーター、くらしサポーター子育て世代へ
- ⑤貧困問題（フードドライブ・食事会など）

### <取組んだ結果>

- ①名称変更したことで、一層地域に眼を向ける。家屋調査同行から「地域の社会資源を知る必要性があること」「疾患をもった患者（組合員）さんが地域で一緒に参加できる居場所づくり」などが見えてきた。
- ②地域福祉計画を学び、社会福祉協議会と共にまちづくりの連携がすすんだ。
- ③在宅復帰支援患者を地域で受け止める。（患者さんを組合員活動につなぐ）  
気になる退院患者さんには退院までに地域連携課担当者が病室へ訪室。  
安心ルーム、健康ひろばなどの組合員支部活動を紹介。  
見守りサポーターを紹介。くらしサポーター利用の案内。など「在宅復帰支援」への仕事づくり
- ④自治体と見守り協定登録、そして組合員の見守りサポーターで地域の見守り活動推進
- ⑤フードドライブを通して 4 名の食の貧困から生活相談につなぐ。（無料低額診療、生活保護）

### <考察>

組織担当者が変われば地域は変わる。

- ①地域の声を受け止める。（情報キャッチ力）「生活の困りごと」「悩み」「ニーズ」など。
- ②組合員・地域住民とともに。（地域に入る）
- ③各種団体、行政などと連携図る。（顔が見える関係づくり）
- ④組合員のくらしを支える（支部活動の見せる化）

## 地域につなぐ退院支援

埼玉西協同病院 地域連携課 茂木 宏実

キーワード：退院支援 地域につなぐ 安心ネットワーク

### 1. はじめに

医療生協さいたまの安心ルームなどの組合員活動や有償ボランティア制度を知らず、埼玉西協同病院を退院されている。退院後はより一層地域とのつながりが必要になるため組織部が退院支援に直接関わり、患者と医療生協さいたまの地域活動をつなぎ、退院後も地域でいきいきとした生活を過ごせるようにしていくためのしくみを作る必要がある。

### 2. 目的

県西地域まるごと安心ネットワークづくりをめざす。

### 3. 方法

組織部から地域連携課に名称を変更し、役割を広げた。医局の朝会に参加。病棟看護師と連携し退院日に患者又はご家族へ有償ボランティア制度（くらしサポーター）や地域での見守り活動を知らせ、退院後に支部組合員（配布者など）が「お元気ですか訪問」をして良いかの了解をとる。その後、退院先の県西担当地域連携職員と支部長に情報提供し訪問を依頼。4月から退院患者宅をまず地域連携課職員が訪問を開始し、支部運営委員につなぐ。地域連携職員を介さず直接訪問してくれた支部もある。訪問では、退院後の状況や困っていることが無いかなど聞き取りをしている。毎月の支部長会議や運営委員会で取り組みの重要性を共有している。

### 4. 結果

在宅に帰られる患者さんやご家族にとって、有償ボランティア制度（くらしサポーター）の関心が高く、退院患者の利用につながっている。実際訪問をしてみると介護をされている家族の医療的処置の方法に不安を持たれていたり受診に関する相談などがあり、退院後も専門職の関わりが求められていると感じた。また、地域を担当する組織担当として、その方の生活の状況見ることができ地域の状況をより深く理解することができた。この取り組みの重要性を共有することで支部運営委員の見守りへの意識がより強まっている。ふじみ野市、川越市を担当する組織部にも訪問の依頼を開始したことで県西地域全体の活動となっている。今後は退院カンファへの参加もはじめていく。

### 5. 考察

退院しても地域で安心していきいきと暮らせるようなつながりをもっと作っていく必要があると感じた。埼玉西協同病院は在宅支援病院として、地域に帰る患者を見守る役割がある。専門職が地域の活動を知った上で自宅を訪問してくれたら安心して在宅で過ごせるのではないかと。そのため地域を担当している組織担当が、病院と地域のパイプ役としてつなぐ役割が必要になる。病気や健康については“埼玉西協同病院”へ、退院して元気になったら地域の“安心ルーム”や“健康ひろば”で地域の人といきいきと交流、何か助けが必要な時は“くらしサポーター”を利用して助け合い、心配なことができたなら“なんでも相談窓口”に相談する。そんな“県西地域まるごと安心ネットワーク”を目指して実施していきたい。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

埼玉西協同病院学術運動交流集会 発表

## 地域連携安心ファイルを活用し在宅医療の充実を図る

埼玉西協同病院 看護部 齋藤 美保子

キーワード：地域連携 在宅 安心・充実

### 1. はじめに

平成19年度、内閣府調査の在宅医療に関する国民のニーズによると、自宅で療養し、必要になれば医療関係等を利用したいと答えた人は60%以上であった。住み慣れた環境でできるだけ長く過ごし、望む人は自宅での看取りも選択肢となるよう、在宅での生活を支えていく必要がある。

### 2. 目的

西部地域の病院、診療所、訪問看護、老健で、地域連携安心ファイルを作成し、活用することで、在宅での療養生活がさらに安心・充実したものにする。

### 3. 方法（地域連携安心ファイル内容）

①連絡先 ②表紙（在宅療養の為の私のカルテ） ③往診患者様、ご家族様へのお願い ④体調変化・気になることメモ表 ⑤訪問診療記録 ⑥訪問記録 ⑦入院・入所・ショートステイ・他の記録 ⑧禁忌薬情報 ⑨処方を受けている患者様・ご家族様 ⑩医療処置をしている患者様・ご家族様（インスリン・血糖測定、気管切開、経管栄養、在宅酸素療法、中心静脈栄養、点滴、痰吸引、膀胱留置カテーテル） 終末期要望書 検査結果を入れてください 薬情報を入れてください サービス計画書を入れてください 在宅計画書 看護計画（個別性のある内容の在宅計画書・看護計画を作成、往診訪問患者シート含め、わかりやすい言葉で認知症や未告知の癌、生活保護、内縁の家族など、本人や家族が見て不快になるような言葉や内容は配慮し作成を行っている。）往診訪問患者シート ケアマネケアプラン（患者の了承を得て）西協同病院在宅療養のしおり 虹の薬箱のおしらせ

### 4. 結果

医師、患者情報が一目でわかり、情報把握に役立つ。外来看護師、患者・家族や他職種と情報共有しやすくなった。今後、もっと活用していけると良い。患者や家族からは、往診時に訪問看護やケアマネと一緒にいる事がなくても、やりとりしてもらっている安心感が得られている。病棟看護師からは、まだ使い方が良くわからないとの意見があり、活用してもらえるように、使い方をレクチャーした。

受診に関する相談などがあり、退院後も専門職の関わりが求められていると感じた。また、地域を担当する組織担当として、その方の生活の状況見ることができ地域の状況をより深く理解することができた。この取り組

みの

### 5. 考察

訪問看護やデイなどの各事業所の情報共有ファイルが多々ある中、地域連携安心ファイルを活用し、病状経過や治療状況を共有することで、安心してデイやショート利用・外出、余暇を楽しむことができるなど、日常生活がその人らしく行えるよう支えていく必要があると考える。

埼玉民医連学術運動交流集会 発表

埼玉西協同病院 看護学生委員会活動報告  
～西部地区看護師確保、病棟看護師の民医連看護活性化にむけた取り組み～

キーワード：看護師確保 看護奨学生確保 民医連看護

○伊藤 弾 溝口 愛有未 小笠原 奈歩

医療生協さいたま 埼玉西協同病院

## 1 はじめに

当院看護学生委員会は主に高校生看護体験、模擬面接、インターンシップ、奨学生の集いの開催を行っている。看護大学2校の在宅療養支援実習の受け入れはしているが、病棟での基礎看護実習の受け入れをしていないことや、周辺の看護学校が少ないことなどから新卒看護師確保が困難な状況にある。その為、当院看護奨学生確保ができるよう、様々な企画の変更・内容充実に取り組んだ。また、看護師育成にかかわる看護師の民医連看護の意識向上を行っていき、入職希望のある看護師が民医連看護を引き継いでいけるような取り組みを行った。その取り組みを報告する。

## 2 目的

- ① 西部地区看護師希望者の増加を図るため。
- ② 民医連看護師として育成に関わる看護師の帰属意識を高めるため。

## 3 方法

- ① 埼玉西協同病院ヘルスケアゼミの内容変更、開催。
- ② 夏の看護体験・模擬面接でのえっぐな一す加入増加のため登録方法を変更。担当職員の看護体験進行用チェックリスト作成。
- ③ 高校生進学ガイダンスに参加し、当院での体験や病院見学希望者を増やす。
- ④ 看護師育成にかかわる看護師の民医連看護の意識を高めるために民医連雑誌(民医連新聞、comcom、健康と平和等)の読み合わせと感想交流の実施。

## 4 結果

①奨学生のヘルスケアゼミでは西協同病院は毎年1回開催担当となり、当院紹介と病棟医からの疾患講義を行っていた。今年度は地域医療に絞り、当院・西部地区の事業所全体の紹介として、実際に西部事業所巡りをした。バス巡り中のアイスブレイクは国家試験過去問題を出し学習も同時に行えるようにした。昼食はボランティアさんに協力してもらいアットホームな雰囲気になるよう設定した。昼食時に当院紹介実施。今回は病院概要でなく、当院看護師の取り組みをメインに紹介(きらり看護の事例を発表)。アンケート参加者全員満足。その後、西部地区看護に興味を持ちインターンシップ6件実施することができた。(例年1～2件程度)

②えっぐな一すから奨学生確保につなげられるよう、看護体験感想用紙とエッグナース登録用紙を1枚にし、見

やすいようにすることを県連で報告。また、看護体験担当者が統一した対応やえっぐな一す加入をすすめられるように看護体験進行チェックリストを作成。体験者計57名エッグナース新規加入30名(加入率52.6%)、100%満足評価を得た。

③I高校奨学生ガイダンスに病棟看護師同行。大学と専門学校の違いや看護師の魅力、当院や病棟・外来看護の紹介。放課後に参加してくれた50名の高校生の質疑応答などに対応し、夏の看護体験参加へつながった学生もいた。今後は看護体験の報告書を高校へ返す際に進学ガイダンスを開催のご案内を同封するように予定。

④2015年12月より週3回民医連系雑誌から看護の取り組みや社会情勢などの記事を切り抜き発表と感想交流を朝会の5分間で行う。記事と感想用紙を1つのファイルにまとめ、看護師全員が見られる場所に配置。民医連看護への関心を高め、きらり看護を増やしモチベーション向上ができる環境の土台作りを実践。社会保障や政治に目をむけることへ意識を高めることが出来た。また、そこで学んだことを実践し、後輩指導を行っていくことで民医連看護後継者育成にも役立てられるような機会作りに励んだ。

## 5 考察、今後の課題

今年より県連看護学生委員となることで奨学生確保状況や学習状況、またそのための取り組みを知る機会が増えた。当院では実習受け入れも少ない中でどうやって看護師確保をしていくか毎年の課題であった。実習受け入れが困難な中で当院で働きたいと感じてもらうには高校生体験やヘルスケアゼミなどの機会しかないと、現状の企画の見直しを行っていった。その結果えっぐな一す加入増加やインターンシップ受け入れ数増加など目に見える結果につながった。今後は職員と学生とともに育ちあう関係性づくりを強化し高校生から奨学生につなげていく取り組みを看護部全体で取り組んでいきたい。

## 編集後記

2016 年年報、遅ればせながら無事発行できる運びとなり、安堵しております。

2016 年前半は、昨年に引き続き、公財) 日本医療機能評価機構 病院機能評価受審に向けて「変わって受審、継続できるしくみをつくる」を合言葉に、業務改善を継続的におこなってきました。とくに、医療の質改善を「見える化」するために、全日本民医連の QI を中心に、ベンチマークのしやすさも鑑み、中小規模病院の参加も多い日本病院会 QI 指標を活用し、自院の到達をベンチマークして検討すべき問題点について改善をはかってきました。

7 月の病院機能評価では、4 項目において S 評価をいただきました。この間の活動が高く評価された結果と考えております。ただ 2 項目に B 評価がありましたので、今後の課題と捉えて、質改善にむけた PDCA サイクルを回し続けて参ります。

2 年後の 2019 年春には、50 床の急性期一般病棟と 49 床の地域ケア病棟から成る埼玉西協同病院に生まれ変わります。次の病院機能評価を受審する時期には 2 倍の苦労はせずとも、より多くの喜びの結果を得られるよう、努力は惜しまず、医療の質改善を常に意識した職員の力を結集して、患者・家族、そして地域からの満足と職員のやりがいに結びつくとりくみを年報で報告させていただければ幸いです。

診療情報管理委員会  
委員長 吉野肇 (院長)  
委員 三谷英介  
小暮里美  
小澤智美  
浅香眞由美  
中林真希  
事務局 浜平小百合