

平成 12 年 度

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター年報

第 4 号

平成 13 年 12 月

ま え が き

平成12年3月で介護保険制度が施行されて1年となる。おおむね順調な出だしとされている。この制度は、障害者が福祉サービスを自己選択・自己決定できることが特徴の一つである。これから数年間に介護保険制度に引き続き、ケアマネージメント事業、支援費制度などの新しい福祉制度が実施される予定である。いずれも障害者の自己選択・自己決定・自己責任を重視する観点から組み立てられている。このように障害者の自己決定を尊重し、その実現を社会が援助していくという理念はノーマライゼーションの思想と密接に関連している。今後、障害者福祉の領域で主流を占める考え方である。

医療の世界では、十分な情報を得た上で自己決定するインフォームドコンセントが重視されている。障害者の福祉サービスの自己選択・自己決定にも当然十分な情報が必要となる。必要な情報の内容は(1)疾患・機能的状態についての医療情報、(2)福祉サービスの種類・費用・手続きなどの情報、に分けられる。とくに重視されるのは疾患や機能的状態などの医療情報である。何故なら、疾患や身体機能が今後悪化するか、改善するか、治療手段があるのか、無いのか、は福祉サービスの内容を決めるための決定的要素であるからである。

センターは病院としての日常診療を充実させるとともに、地域住民への情報提供・啓蒙活動に力を入れてきた。病院での診療活動と地域活動は車の両輪であるとの認識を持っている。リハセン祭は地域啓蒙活動の代表的なもので、地域住民に健康啓蒙を行う重要な場となっている。その他、患者・家族向けの講座、地域での講演会支援など種々の活動も行ってきた。これらの活動は医療の立場からの情報提供であり、身体障害者、痴呆患者、精神障害者が医療サービス・福祉サービスを選択するための重要な情報源となっている。今後とも情報提供への要望は高まることは確実である。

センターでは、日常診療の多忙さを縫って地域活動を積極的に展開し、この一年間で活動の量的拡大がなされた。このような医療の分野からの情報提供がなければ、福祉サービス自己選択の制度は大きな支障を抱えると予想される。地域活動の重要性を認識して、今後さらに発展させるつもりである。センター職員の協力を期待したい。

本年もセンター運営懇談会の委員の方々、多くの関係諸機関の方々から暖かい励ましと御指導を頂いた。ご指導、ご鞭撻に深く感謝するとともに、一つ一つを教訓としてセンター運営にあたる所存である。

平成13年12月

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
所 長 千 田 富 義

目 次

センターの概要

1 概 要	1
2 沿 革	3
3 施 設 の 概 要	5
4 組 織	10
5 職 種 別 職 員 数	11

医 療 活 動

1 医 療 活 動	13
(1) 医 療 活 動 の 特 徴	13
(2) リ ハ ビ リ テー シ ョ ン 科	17
(3) 神 経 ・ 精 神 科	19
(4) 機 能 訓 練 科	20
(5) 放 射 線 科	21
(6) 臨 床 検 査 科	22
(7) 薬 剤 科	22
(8) 給 食 科	23
(9) 看 護 科	24
2 患 者 の 状 況	31
3 診 療 の 状 況	35

地 域 支 援 ・ 教 育 活 動

1 障 害 者 自 立 訓 練 セ ン ター の 概 要	47
2 地 域 支 援 活 動	48
3 教 育 活 動	53

業 績

1 学 会 発 表	57
2 印 刷 発 表	64

参 考

1 院 内 委 員 会 等 設 置 状 況	77
2 平 成 12 年 度 視 察 状 況	79
3 職 員 名 簿	80

センターの概要

1 概 要

- (1) 名 称 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
- (2) 所 在 地 秋田県仙北郡協和町上淀川字五百刈田352番地
- (3) 所 長 千 田 富 義
- (4) 開 設 年 月 日 平成9年4月1日
- (5) 診療開始年月日 平成9年6月2日
- (6) 許 可 病 床 数 300床 (リハビリテーション科100床
神経・精神科200床(うち100床痴呆病床))
- (7) 診 療 科 目 リハビリテーション科、神経・精神科、放射線科、歯科
- (8) 外 来 診 察 日

診 療 科	月	火	水	木	金
リハビリテーション科					
神 経 ・ 精 神 科					
放 射 線 科					
歯 科					
泌 尿 器 科					(第1・第3)
耳 鼻 咽 喉 科					
眼 科					(第2・第4)
循 環 器 科					

(入院患者を対象とした診療)

(9) 施設及びサービス基準等【平成13年3月31日現在】

- 精神科デイケア(小規模) (平成9年6月1日)
- 精神科作業療法 (平成9年6月1日)
- 特定療養費に係る療養の基準 (平成9年6月1日)
- 総合リハビリテーション施設 (平成9年7月1日)
- 入院時食事療養(特別管理) (平成9年7月1日)
- 精神科応急入院施設管理 (平成11年1月1日)
- 新看護基準
 - 一般病棟(4:1看護(A)5:1看護補助) (平成11年3月1日)
 - 薬剤管理指導 (平成11年4月1日)
 - 夜間看護
 - 一般病棟(夜間勤務等看護()b) (平成11年5月1日)
 - 精神病棟(夜間勤務等看護()a) (平成11年5月1日)
 - 一般病棟入院基本料 群5(5:1看護補助) (平成12年4月1日)
 - 精神病棟入院基本料3 (6:1看護補助) (平成12年4月1日)

画像診断管理の施設基準	(平成12年4月1日)
精神病棟入院時医学管理加算の施設基準	(平成12年6月1日)
検体検査管理加算()の施設基準	(平成12年10月1日)
一般病棟入院基本料 群4 (5:1看護補助)	(平成12年12月1日)
紹介患者加算()の施設基準	(平成12年12月1日)
回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準	(平成13年1月1日)

(10) 病棟別内訳、看護体制等

病棟名	病床数	看護職員定数	看護夜勤体制	備 考
1病棟	30	16	2 - 2	精神科開放病棟
2病棟	30	24	3 - 3	精神科準開放病棟
3病棟	40	24	3 - 3	精神科閉鎖病棟
4病棟	50	20	2 - 3	リハビリテーション病棟
5病棟	50	20	2 - 3	リハビリテーション病棟
6病棟	50	20	2 - 3	痴呆開放病棟
7病棟	50	24	3 - 3	痴呆閉鎖病棟
外来・中材	-	4	-	
デイケア	-	1	-	
精神科応急	-	3	-	
社会復帰科	-	4	-	(障害者自立訓練センター兼務)
総看護婦長	-	1	-	
計	300	161		

(11) 主要機器

コンピューテッドラジオグラフィ(CR)、X線コンピュータ断層撮影装置(CT)
デジタルガンマカメラ、磁気共鳴断層撮影装置(MRI)、X線テレビ撮影装置
X線テレビ・デジタル処理装置(デジタルラジオグラフィ装置)
心臓用超音波診断装置、心電図データマネージメントシステム、腹部用超音波診断装置
総合肺機能測定システム、血中薬物自動分析装置、総合血液学検査装置
全自動血清化学分析装置、自動調剤システム、三次元動作解析装置
床反力測定装置(フォースプレート)、歩行浴槽、ベッド自動洗浄装置
総合医療情報システム

2 沿 革

年 月 日	主 な 事 項
平成 3 年 5 月	『痴呆・ねたきり予防対策委員会』から『整備の基本的考え方』が報告される。
6 月	『総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）整備委員会』を設置して検討を開始する。
8 月	『秋田県総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）建設基本構想・基本計画』の策定を（社）病院管理研究協会に業務委託する。
平成 4 年 3 月	『秋田県総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）建設基本構想・基本計画報告書』が委託先の（社）病院管理研究協会から提案される。
6 月	『建設用地に係る用地測量及び用地取得業務』を秋田県土地開発公社に委託する。
8 月	『秋田県総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）建設実施計画』を策定する。（基本計画に基づき、実情を勘案し県が策定）
9 月	定例県議会において用地取得議案を可決（土地開発基金による取得）し、用地売買契約締結、用地造成に関する測量及び設計を（社）建設技術センターに委託する。
10 月	建築基本設計業務を（株）岡田新一設計事務所に委託する。
平成 5 年 7 月	建築実施設計業務を（株）岡田新一設計事務所に委託する。
	第 1 期造成工事開始
10 月	第 2 期造成工事開始
平成 6 年 4 月	周回道路の改良及び舗装工事開始
9 月	センター建設工事開始（3 カ年継続事業）
平成 7 年 3 月	地域振興整備公団より医師用宿舍用地（秋田市御所野）を取得
9 月	医師用宿舍基本設計・実施設計業務を設計集団環に委託する。 単身用宿舍基本設計・実施設計業務を汎建築設計事務所に委託する。
平成 8 年 4 月 1 日	総合リハビリテーション・精神医療センター開設準備事務局設置
5 月	医師用宿舍建設工事開始 単身用宿舍建設工事開始
8 月	センター建設工事竣工

年 月 日	主 な 事 項
9月	外構・植栽工事開始 医療機器・備品類購入開始 スタッフ（開設準備事務局）入居
平成9年3月	医師用宿舎建設工事竣工 単身用宿舎建設工事竣工
平成9年4月1日	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター開設
5月12日	診療予約受付開始
5月26日	開所式
6月2日	診療開始（200床 リハビリテーション50床、精神100床、痴呆50床）
10月2日	天皇陛下、皇后陛下行幸啓（秋田県地方事情御視察）
平成10年5月9日	日本リハビリテーション医学会研修施設
5月19日	リハビリテーション50床オープン（250床）
平成11年1月1日	精神科応急入院施設
平成12年4月1日	日本神経学会認定医制度教育施設
平成12年4月1日	放射線科標榜
平成12年6月1日	秋田県精神科救急医療システム 救急指定病院
平成13年1月1日	回復期リハビリテーション病棟施設基準（リハビリテーション50床）

3 施設の概要

(1) 建物等の状況

敷地面積 250 858 .54平方メートル
 建物延べ床面積 25 218 .72平方メートル

区 画	面積(㎡)	室 数 平成12年6月9日現在				収容人員(人)
		4床室	2床室	個室	(内特別室)	合計
第1病棟 精神科開放病棟	953.55	5	1	8	1	30
第2病棟 精神科準開放病棟	1131.62	4	1	12	1	30
第3病棟 精神科閉鎖病棟	1333.28	4		24		40
第4病棟 リハビリテーション科病棟	1455.18	10		10	1	50
第5病棟 リハビリテーション科病棟	1612.24	10		10	1	50
第6病棟 痴呆開放病棟	1455.18	10		10	1	50
第7病棟 痴呆閉鎖病棟	1612.24	10		10		50
病棟合計	9553.29	53	2	84	5	300

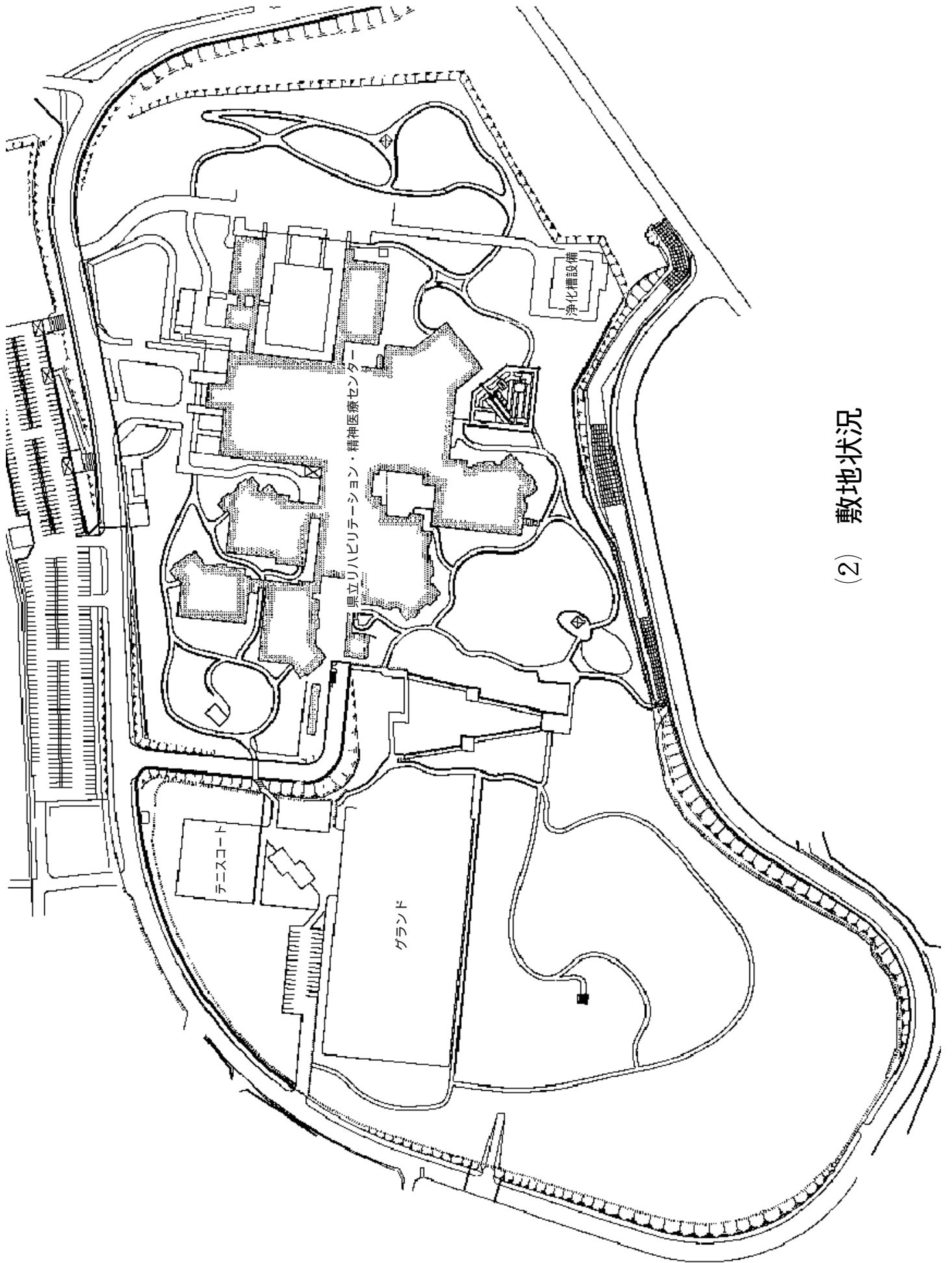
リハビリテーション第1部	1547.25
リハビリテーション第2部	762.76
デイケア	138.09
診療部	643.16
薬局	169.69
放射線	496.45
R I	111.37
検査	374.63
手術部	339.59
小計	4582.99

講堂 (157名収容)	275.89
レストラン (75名収容)	272.62
アトリウム	322.98
霊安室	206.06
2階共通	1947.59
小計	3025.14

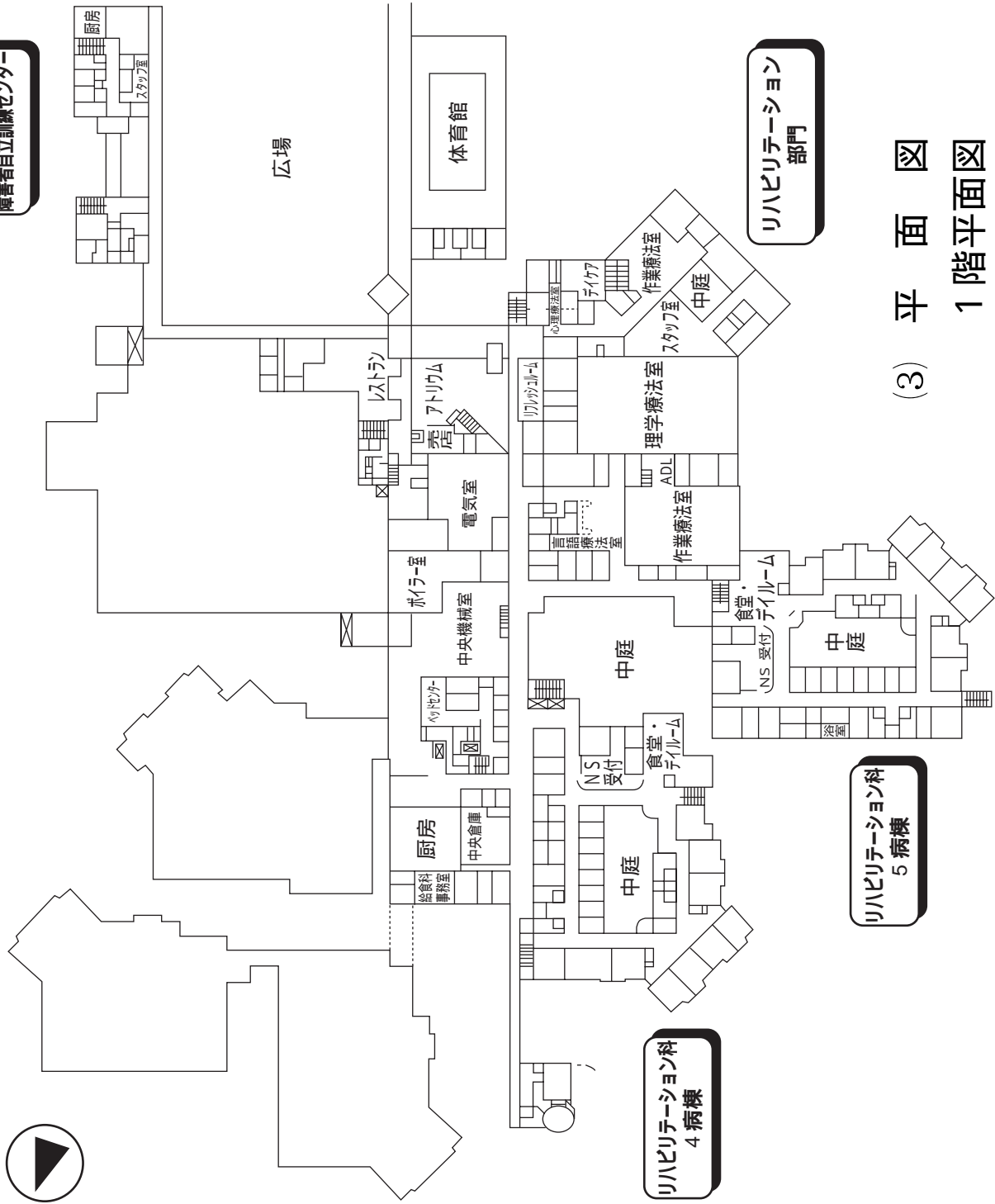
社会復帰棟(障害者自立訓練センター)	1050.49
体育館	828.10
精神保健福祉センター	533.00
小計	2411.59

- ・精神障害者生活訓練施設(援護寮)
定員22名(個室18室・2人室2室)
- ・身体障害者生活訓練室
定員4名(2室)

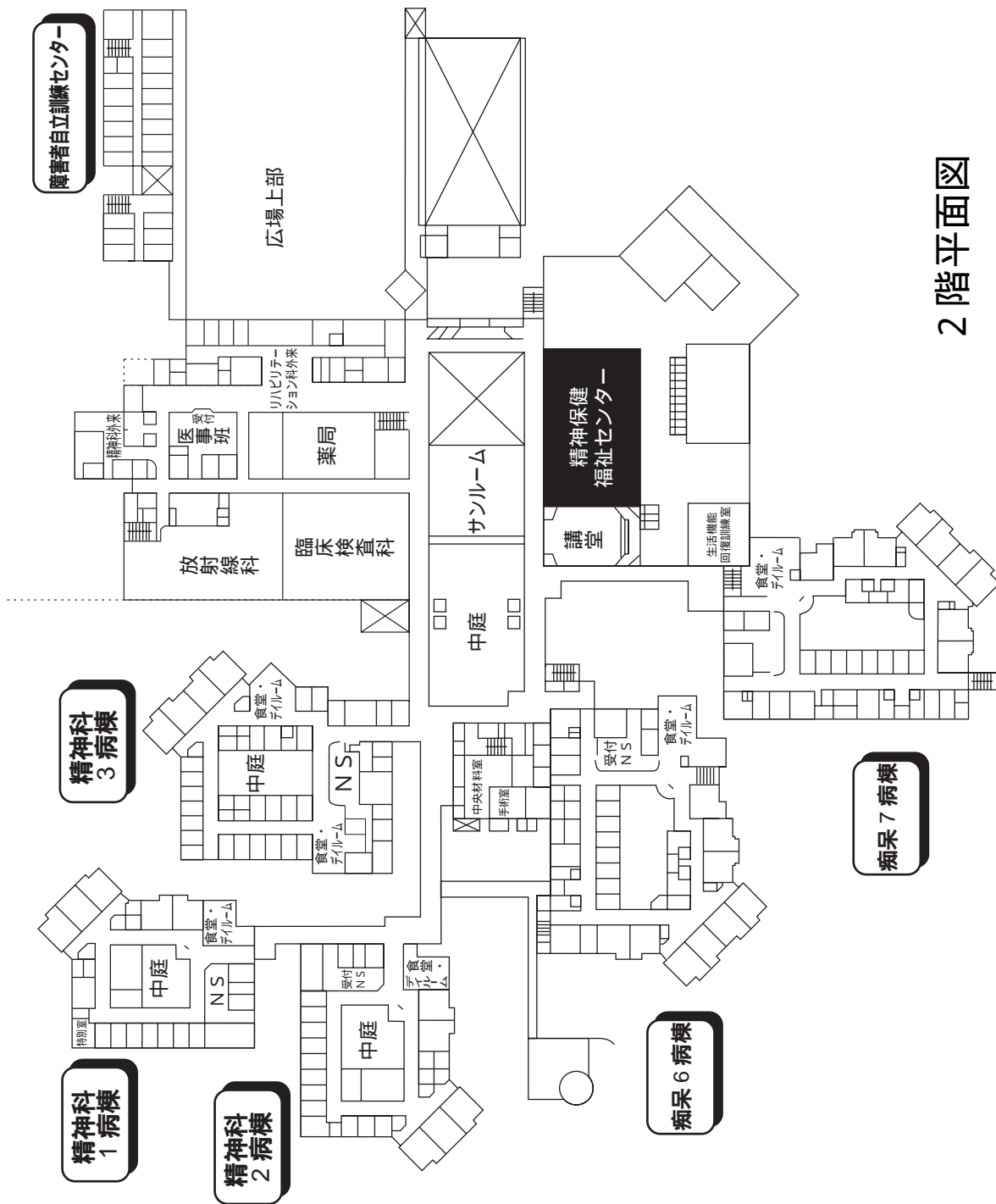
管理その他	5645.71
延床面積	25218.72



(2) 敷地状況

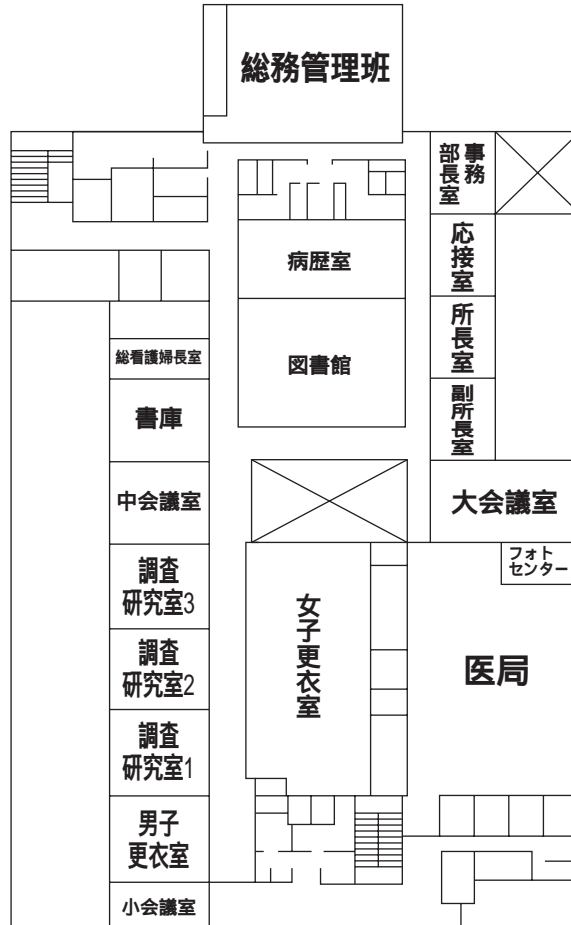


(3) 平面図
1階平面図



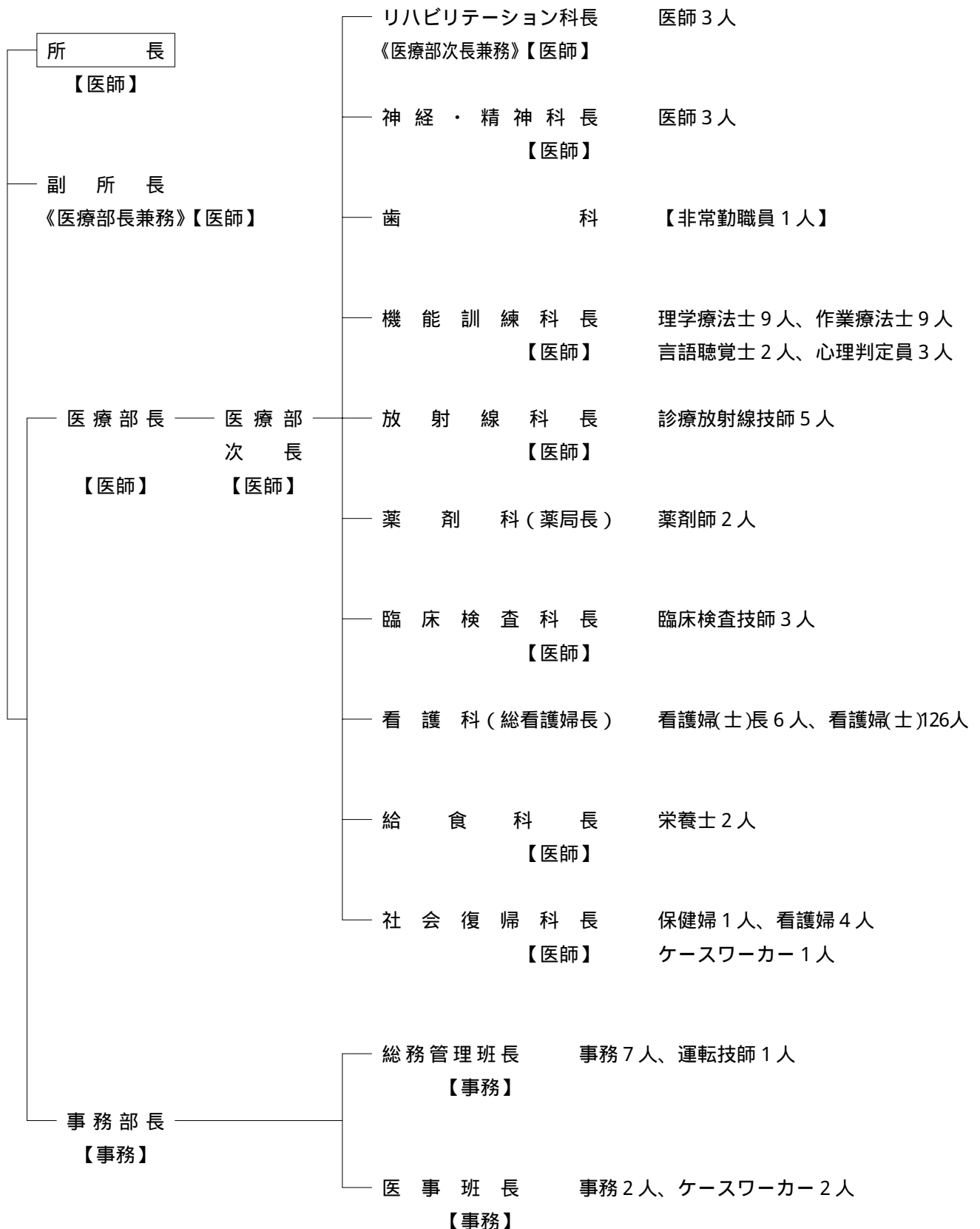
2階平面図

3階平面図



4 組 織

(平成13年3月31日現在)



5 職種別職員数

(平成13年3月31日現在)

職 種	定 数	現 員	性 別		管 理 職 (再 掲)	
			男	女		
医 師	20	15	12	3	9	
医 療 技 術	診療放射線技師	5	5	2	3	1
	臨床検査技師	4	3	1	2	1
	薬 剤 師	4	3	1	2	1
	理学療法士	11	9	3	6	
	作業療法士	11	9	4	5	
	言語聴覚士	3	2	1	1	
	ケースワーカー	4	3	3		
	心理判定員	3	3		3	
	管理栄養士	2	2		2	
	小 計	47	39	15	24	3
看 護 職 員	保 健 婦	1	1		1	
	看 護 士	161	22	22		
	看 護 婦		115		115	1
	小 計	162	138	22	116	1
事 務 等	18	13	12	1	3	
合 計	247	205	61	144	16	

医 療 活 動

1 医療活動

(1) 医療活動の特徴

ア 医療福祉情勢

平成12年度も厚生省（現 厚生労働省）を中心として、医療福祉供給体制の改革に関する議論が継続されてきた。改革の目標は国民医療費の高騰を抑制することを図りながら、(1)病院・施設の機能分担、(2)患者・障害者の自己選択・自己決定・自己責任、の体制を確立することにあると思われる。センターに関連があり、確定あるいはかなり確定的な問題について若干言及する。

(ア) 改正医療法

平成13年3月の第4次医療法改正の最大の特徴は病床の種別を変更したことである。これまで医療法上の病床は精神病床、感染症病床、結核病床及び「その他の病床」の4種別であった。「その他の病床」はいわゆる一般の病床であるが、それが長期療養のための療養病床と急性期患者が中心となる一般病床に分けられた。センターの病床のうち対象となるのはリハビリテーション病床100床で、平成15年8月までに一般病床、療養病床のいずれかをセンターとして自主的に選択しなければならない。この制度改正は病院間の機能分担を促進するものである。センターの医療の特徴、役割、県民の要請などを十分に考慮しながら選択すべきであり、その過程でセンターのリハビリテーション医療の在り方を議論することも重要となる。

神経・精神科についても機能分化と療養環境の向上をはかる観点から、医療法改正に係わる政省令上での改正が検討されてきた。大学病院、旧総合病院の職員配置基準を看護婦3：1，医師16：1と引き上げ、それ以外の病院では看護婦4：1，医師48：1とすることが提案されている。センター神経・精神科の医療を機能分担、県民のニーズという立場からどう特徴づけるべきかの検討が必要となってきた。

(イ) ケアマネジメント事業

平成15年から障害者ケアマネジメント事業が始まる予定である。当初、どの程度の事業内容となるかはまだ不明であるが、身体障害、知的障害、精神障害の3障害が対象となっている。障害者がケアを受けるさいに、自己選択、自己決定、自己責任を重視する制度である。介護保険制度におけるケアマネジメントと考え方は類似したものである。福祉資源の配分に障害者の自己決定、ケアマネージャーの援助などが有用であることは理解できるが、医療サービスと福祉サービスの優先順位をどのように決定するのかなどについて実際的な問題を残している。たとえば、入浴に援助が必要なときに、ホームヘルパーの投入かデイサービスの利用かを選択するのではなく、リハビリテーション医療の起居移動訓練を選択することで自力で入浴が可能となる場合がある。そのような場合は医療サービスを優先することが必要となってくる。医療と福祉の連携がスムーズになされるかどうかは今後注目していかなければならない。

(ウ) 支援費制度

平成15年より行政が障害者福祉サービスの受け手を特定し、サービス内容を決定する措置制度から新たな利用の仕組みである支援費制度へと移行する。これは今後増大・多様化が見込まれる国民の福祉ニーズに対応するためとされている。これにより障害者福祉サービスを希望するものは支援費支給を申請し、市町村が適切であると認めれば支給決定がなされる。都道府県知事の指定を受けた業者との契約でサービスを受けることになる。身体障害者への車椅子その他のサービスを考える場合、この制度の利用が必要となるために診療上にも大きく影響が及ぶことが考えられる。

イ 1年間の活動状況

(ア) 患者数の動向

センターの平成12年度における一日平均外来患者数は41.7人で、平成11年度の33.2人を上回っていた。リハビリテーション科、神経・精神科とも増加傾向にあった。外来患者数は少しずつではあるが、毎年増加してきている。入院患者の動向を病床利用率で見ると、82.2%で平成11年の84.1%をわずかに下回った。リハビリテーション科、神経・精神科とも減少傾向であるが、リハビリテーション科の76.7%への減少には留意が必要である。平均在院日数はリハビリテーション科が91.6日で平成11年の92.8日より短縮し、神経・精神科も152.9日と平成11年の174.2日より短縮している。

(イ) リハビリテーション科の地域支援活動

慢性的状態にある障害者の障害悪化を予防するには病院だけの医療では不十分であるとの認識から、リハビリテーション科の地域支援事業が行われている。代表的なものは地域リハビリテーション検診、ケアシリーズ講座、退院患者お便り活動、患者・家族のためのリハビリテーション講座などである。

地域リハビリテーション検診事業は平成11年度には協和町、西仙北町の2町で行われたが、平成12年度は協和町、西仙北町、神岡町、南外村と仙北郡西部地区のすべての町村へ拡大した。障害悪化の予防を目的とした検診であるため、経時的な追跡を行って障害の悪化を早期に発見して、早期の適切な対処へつなげることが重要である。

ケアシリーズ講座は順調に回を重ね、秋田県のリハビリテーション・介護関連職種の人々には定着した感がある。また患者・家族のためのリハビリテーション講座、退院患者お便り活動もそれぞれ着実な展開を示している。

(ウ) 精神科救急医療

神経・精神科における医療活動の特徴は処遇困難患者や触法精神病患者などを含む重度精神障害患者の診療の比率が大きいことである。また、神経・精神科の重要な使命の1つは精神科

救急医療である。秋田県の精神科救急医療体制は平成12年6月から本格的に動き出している。センターは第3次病院として積極的に参加し、受け入れ時間をこれまでの診療時間内から午後9時までに延長して、救急患者受け入れの体制を改善させた。現在、その活動は様々な所から評価されている。24時間精神科救急医療体制の確立こそ県民のニーズであるという立場から、病院全体として夜間の救急医療をより効率的に行うための看護体制をどう構築すべきかなどについて検討している。

(エ) 痴呆診療委員会

センターの病床300床のうち、未開棟の痴呆病棟50床のオープンが大きな課題である。平成12年度は痴呆診療委員会を組織し、20回以上の委員会を行ってきた。委員会は病院全体の意見が集約されるように、リハビリテーション科、神経・精神科、看護科、機能訓練科などの関連するスタッフで構成された。検討の結果、新しくオープンする6病棟は痴呆の評価、診断、リハビリテーション、療養指導などを中心とした診療を、既に開いている7病棟は精神症状の改善、問題行動の緩和などを中心とした診療を行うこととした。痴呆診療はリハビリテーション科と神経・精神科の特質を生かし、共同で作業することも決定した。6病棟はリハビリテーション科が中心的に、7病棟は神経・精神科が中心的に診療に加わることとなる。

また外来は抵抗感が無く、初期の痴呆も含みうるように「物忘れ外来」という名称にすることにした。この外来はリハビリテーション科、神経・精神科の医師が交互にでて、入院の決定や外来での追跡などを行うことにしている。

(オ) 放射線科標榜

仙北郡内の医療機関の便宜を図り地域医療に貢献するために、放射線科を平成12年4月から標榜科とすることにした。平成12年度中にX線C T (computed tomography) 70件、MRI (magnetic resonance imaging) 34件の依頼があった。これは放射線科を標榜した旨を医療機関へ種々の連絡を行った結果と考えている。依頼は仙北郡西部地区からのものが多く、仙北郡全体や河辺郡までの広がりはまだない。さらに周知させ、地域医療へ一層の貢献を図っていく予定である。

(カ) 回復期リハビリテーション病棟

平成12年4月の診療報酬改定で、新たに回復期リハビリテーション病棟が新設された。リハビリテーションが急性期から亜急性期にわたって提供されるべきものであること、病棟でのリハビリテーションも機能回復に重要であるなどの認識からできた制度である。センターは平成13年1月からこの制度をリハビリテーション病棟である4病棟に採用した。これは秋田県で最初の採用であり、その運営の方向は他医療機関の参考になると思われる。効率的な病棟運営により回復期リハビリテーション病棟の典型を作ろうという姿勢で取り組んでいる。

(キ) 痴呆介護講座

痴呆介護講座は平成12年度初めての試みであった。痴呆が患者だけでなく、家族にとっても大きな負担と不安の原因となることに配慮して、家族を巻き込んだケアを考えていこうという主旨であった。痴呆という病気のこと、妄想などの精神症状への対応、などの内容が講座に含まれた。このような取り組みは非常に重要なもので、今後より大きく発展することが期待される。

(ク) その他

平成12年11月に事故防止委員会設置要綱の一部を改正し、リスクマネジメント部会を新設し、リスクマネジメント部会の運営要綱を作った。これはヒヤリ・ハット事例の報告の把握、検討を行い事故防止に資するためのものである。医療事故防止が叫ばれている状況を考えれば、非常に重要な役割を持った部会の新設であった。その後、順調にヒヤリ・ハット事例の報告が集約され、種々の改善策が提起されている。各職員が医療事故に対する認識を一層深め、職場を点検する姿勢をたえず持ち続けることが重要である。そのためにも、この部会の充実を図っていかなければならない。

県立病院における診療情報の提供に関する実施要綱に基づき、平成13年2月に秋田県立リハビリテーション・精神医療センター診療情報提供委員会設置要綱が制定され、診療情報提供のさいのより具体的な手順について検討された。これにより、センターの診療情報提供の体制が確立されたことになる。患者さんと医療情報を共有しながら、治療効果をより高めることがこの体制の目的である。日常診療、日常業務の中で、そのような意識を持って行動することが最も重要と思われる。

ウ 今後の方針

約1年間の経営診断を基にして、平成12年2月に「リハビリテーション・精神医療センターの経営健全化推進検討委員会」から「リハビリテーション・精神医療センターの経営健全化の推進について（報告）」が出された。その中で強調されているのは(1)痴呆病棟のコンセプトの明確化、(2)リハビリテーション医療の高質化、(3)精神医療にかかる効率性、などであった。この1年間で痴呆病棟のコンセプトは現時点で考え得る最善のイメージができたと考えられるし、リハビリテーション病棟、精神科病棟とも平均在院日数が短縮し、「リハビリテーション・精神医療センターの経営健全化の推進について（報告）」の内容が実現されつつある。また、この報告を基にして平成12年2月にセンター独自に作成した「リハビリテーション・精神医療センターの今後の運営方針」で提案された課題の大部分が動き出し、順調に県民のための医療に貢献している。センターのこれからの方針の第一は、動き出した種々の事業の継続・発展である。

第二に、前述した医療福祉情勢を一層分析し、21世紀最初の5年にセンターが進める医療の形を決定することである。新しい課題が何であるか、自治体病院としてなすべきことは何か、を十

分討議して全職員で進むべき道を確認することである。

第三に、介護保険制度、支援費制度などが様々に変化するなかで、秋田県ではどういう点に問題があるか、どう進めるべきかなどに、リハビリテーション・精神医療の立場から政策提言できる活動を目指すことも重要ではないかと思われる。

いずれセンターが第一段階を終了して第二段階にさしかかったという認識を持ち、センターの機能を再点検して、新たな前進を勝ち取っていきたい。

(2) リハビリテーション科

ア 外来診療

平成12年度のリハビリテーション科の外来受診患者は平成11年度同様に漸増傾向にあり、新患・再来合わせて1日平均13人であった。外来受診した1月当たりの新患紹介患者数(外来受診者に限る)は、10~33人であった。

センターの地理的条件もあり、入院依頼の患者紹介は通信手段などを利用した依頼も多い状況である。医療相談室を介する依頼は病院ケースワーカー相互の連携による。医療機関の主治医からの直接依頼は、当該担当科長に取りつがれる。この場合、電話による対応は診療業務に支障を来すため、最近は出来る限りファックスの利用を関係医療機関にお願いしている。

新患・再来患者の診療圏については、大曲・仙北地区患者数が秋田・河辺地区のそれを上回り、診療圏は徐々に県央から県南東部に移ってきている印象である。また、最近の新規紹介患者の特徴は、脳卒中や大腿骨頸部骨折などの急性期直後の患者に加え、他院で既に機能訓練が開始されながら、その途中で継続訓練目的に当科へ紹介される例が漸増していることである。

再来患者について、その通院目的は、(1)障害を抱えながらの社会生活・健康維持への支援、(2)再発予防のための基礎疾患治療とリスク管理、(3)維持的外来機能訓練と機能レベルの評価、(4)疼痛や痙性の治療、装具調整、などである。居住地域が遠方の場合には近くの紹介元病院などへ返すことを原則としているが、外来での維持的訓練の継続を望む例が多く、紹介元病院で訓練が不可能な場合には当科外来通院で行っている。

イ 入院診療

(ア) 実態

平成12年度1年間のリハビリテーション科入院患者数は302名(男188名、女114名、平均年齢66歳)退院患者数は303名で、その平均在院日数は91.6日であった。地域構成では秋田市・河辺郡が116名、次いで大曲市・仙北郡が91名、以下、能代市・山本郡、男鹿市・南秋田郡・であった。

(イ) 病床と患者構成

既述のように最近の傾向として、知的能力低下をともなった機能レベルの低い高齢者の紹介

入院が増加していることがある。当院の場合病棟構造が回廊式で個室が多いこと、ナースステーションから離れた病室も多いことなどから、機能の低い患者や吸引などを必要とする患者が直ちに入院できない実態がある。このような例では、ナースステーションから離れた病室に転室する程の機能改善が望めないケースも多い。個室やA D Lの高い患者が入る病室へ移すことが困難で、機能レベルの低い重症者の病室は回転しにくい状況となっている。このような問題に対して、事故防止の観点から患者の症状・能力に応じて病室選択に配慮している。重症者は退院後も相当な介護力が必要とされる。したがって在宅療養が困難で施設入所が相当となるが、施設の空きがなく、長期入院を余儀なくされる例が増加している。今後、地域や県全体として検討を要する課題と言えよう。

(ウ) 診療

入院対象を疾患で見ると、脳卒中・頭部外傷・脊髄損傷・大腿骨頸部骨折術後、などの急性期直後患者や、神経変性疾患を含む各種慢性神経疾患患者などが入院の適応と考えられる。また在宅生活中に基礎疾患の増悪や合併症などで機能が低下した場合のリハビリテーション、運動不足などによって生じた肥満や動作能力低下、糖尿病の悪化、などに対する食事療法・運動療法・生活指導も行っている。最近では脳卒中後遺症に呆けが加わって、動作能力が低下したり、家族の介助が大変になって、リハビリテーション科入院となるケースも増加している。すなわち、入院診療は、依然としてリハビリテーションの包括的アプローチとその医学的リスク管理を中心としたものが多い。加えて、障害者の合併症や続発症の治療、機能低下と再発の予防・生活指導に力点を置いた入院診療も増加している。さらに痴呆性疾患の合併が高齢入院患者にしばしば認められることから、(1)家族指導を含めて生活上の障害に対処すること、(2)高次脳機能障害、記憶や注意障害などに対して、認知リハビリテーションの手法を開発すること、などが重要と考えられる。また今後のリハビリテーション科としての痴呆医療の展開のために、(3)痴呆の早期診断と早期薬物治療、(4)知的能力の低下を含む廃用症候群に対してのグループ訓練や個別機能訓練などへも積極的に取り組みを図っている。

ウ 今後の展望と課題

対象患者が高齢化し、機能レベルで要介助に留まる例が増加している。家族には受け入れ可能な介護力のない場合も多いので、入院時から福祉資源の利用を念頭に置いて対処する必要がこれまで以上に求められている。医療ソーシャルワーカーの増員、地域リハビリテーション協議会など、地域ネットワークの構築が急がれる。

またセンターは日本リハビリテーション医学会研修施設、日本神経学会教育研修施設の認定を受けており、地域リハビリテーションのレベル向上と充足の牽引役となり、さらにリハビリテーション医の養成やリハビリテーションのわかる神経内科医・脳卒中医を養成する役割も求められている。これらの使命を果たすため、センターとして、また診療科として、さらに邁進する所存

である。

(3) 神経・精神科

初めに、平成12年度の神経・精神科における患者動態の概略を述べる。平成11年度の入院、退院患者数の合計は541名だったが、平成12年度は609名となった。1日平均入院患者数は128.9名であり、担当病床数150床（第1、2、3、7病棟）で割ると、病床の稼働率は85.9%となる。措置入院の受け入れについては、平成11年度は月末在院数が平均4.3名だったが、平成12年度は4.6名とわずかに増加している。平成12年度の応急入院患者数は3名であった。1年間の延べ外来患者数をみると、平成10年度は3907名、平成11年度は5389名、平成12年度は6816名と順調に増加している。そのうち救急患者数は、平成11年度は入院した患者80名、外来対応の患者62名だったが、平成12年度は入院対応91名、外来のみの対応46名だった。警察、保健所からの救急患者紹介は正式のものだけで平成11年度の13名に対し、平成12年度は15名と微増している。

精神科救急体制の充実を図るために、平成12年4月中旬から6月中旬まで改築工事が行われ、第3病棟に設けられている保護室数が2室から4室へ増設された。これにより、興奮、不穏患者などへの対応力が高まった。また、平成12年6月1日から、職員の勤務体制を一部変更し、秋田県全体の精神科救急体制の実施に合わせて受け入れ時間帯を午後9時まで延長した。県全体の精神科救急医療体制との整合性を図りながら、24時間受け入れを事故なく可能とするような体制の整備を具体的に検討中である。

痴呆病棟（第7病棟50床）の平成12年度の1日平均入院患者数は41.4名であり、稼働率は82.8%であった。在院日数は平均170.6日となった。在院日数が長めとなっている一因として、運動障害合併例や、不穏、興奮、拒絶などの介護困難な患者も受け入れており、病状がなかなか落ちつかず、受け入れ先の介護施設の介護能力を超えているために受け入れ先の確保が困難だったりすることが挙げられよう。このような患者は想像以上に看護力を必要としている。高齢社会の進展に伴い、同様の患者はますます増加することが予想される。1病院だけでなく、秋田県全体としての対応が要求されるようになる。

当院における痴呆診療の充実を図るために、現在はまだ開業されていない第6病棟50床について、平成13年春の開業を目指して院内での具体的準備が続けられている。現在、開業中の第7病棟では、他の施設では対応困難で、積極的に精神科的治療を行い問題行動へ対処する必要がある患者を主体とする診療が展開されているが、それとは違った特色を持つ痴呆病棟としての運営が考えられている。機能分化の具体的方向としては、痴呆患者へのリハビリテーション機能を強化した病棟機能を目標とする体制づくりを目指している。そのために、リハビリテーション科と神経・精神科の強力な連携、診療協力体制を敷き、全国でもほとんど例をみない新しい痴呆医療の展開を目指す体制が具体的に検討されている。リハビリテーション科と神経・精神科を臨床科として持つ当院の特色を生かした病棟運営が図られる予定である。

精神科リハビリテーションについては、神経・精神科外来における診療内での生活・療養指導、

精神科デイケアへの通所、また、当院に隣接する援護寮サンフラワーへの紹介、協力などが主な活動内容になるが、詳しくは社会復帰科の項をご覧ください。

(4) 機能訓練科

ア 診療の特徴

機能訓練科は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士から構成され、実際の場面ではケースワーカーの協力を受けている。

理学療法士は身体障害者リハビリテーション部門に配置され、身体障害者の運動能力を向上させるため運動療法、装具療法、物理療法等を行う。

作業療法士は身体障害者リハビリテーション部門、精神科リハビリテーション部門、痴呆病棟、精神科デイケアに配置される。

身体障害者リハビリテーション部門では身体障害、知的能力障害に対し、日常生活・社会生活を向上させる目的で手芸・木工などの作業、集団で行うゲームなどを訓練として行う。対象はリハビリテーション科入院患者と精神科入院患者の一部である。

精神科リハビリテーション部門では精神的援助のための作業療法や生活技能訓練なども加わる。対象は精神病棟、痴呆病棟の患者である。

言語聴覚士は言語障害の評価・訓練および意思伝達の指導などを行っている。

臨床心理士はリハビリテーション科、精神科患者の知能検査、記憶検査、神経心理検査、人格検査などによる心理学的評価およびカウンセリングなどの心理療法を行っている。

ケースワーカーは平成12年度2名で、医事班に属し、各種社会保障制度の情報提供、施設入所・転院などの手続き、相談業務、そして精神科入院に関する諸手続などを行い、機能訓練科のスタッフと連絡をとりケースにあたることも多い。

イ 身体障害者リハビリテーション部門

患者が入院すると医師の診察・処置・検査などを経て、病棟での評価・検討がなされる。訓練が指示されると医師、看護婦、スタッフの参加する機能診で主治医により現病歴などが簡単に紹介され、現症や機能などが提示される。その後、1週間間に各担当者は機能を評価し、訓練プログラムを検討しゴールを予測する。週1回の症例検討会で医師、看護婦、機能訓練科スタッフが一堂に会し、各担当者から所見・注意事項・訓練プログラム・予後予測について提示され、各専門職の検討に基づいて患者の目標と訓練計画を決定する。これに従って、日常の訓練が実施され、総回診の場で訓練の進行あるいは検討すべき点などを確認する。

ウ 精神科リハビリテーション部門

精神科作業療法は平日の午後に、精神科病棟の患者を対象として行われる。精神科作業療法室で卓球などのスポーツや園芸・藤細工などを行い、週1回体育館でのスポーツ、そして季節によ

り畑仕事や園芸が実施される。また、デイケアを含めた精神科全体の行事として、8月納涼祭、10月運動会、12月クリスマス演芸会が盛大に行われている。

エ 精神科デイケア

精神科デイケアは精神科地域医療の一形態であり、病院と社会の中間に位置づけられ、様々な活動を通じて患者の社会復帰の支援、就労援助を行うものである。精神障害者は入院治療で症状が安定しても、自発性・意欲の低下、社会性の低下などがみられる。また、家族の受け入れが不十分であることや社会資源の不足などの理由により退院後の受け皿がきわめて少ない。当センターのデイケアでは、日中6時間程度、様々な活動を行うことで病状を維持しながら社会適応能力を高めていくことを目指している。毎週月・火・木・金の週4日間、午前9時半から午後3時半までの時間帯に実施している。また、1ヶ月に1回程度、行事を計画し社会適応能力の向上に努めている。平成12年度は、4月に角館町で花見、5月太田町でグランドゴルフ、6月協和町で史跡巡り、7月秋田市イオンで買い物とボーリング、8月雄和町でディキャンプ、9月大湯村で手作り工房、10月田沢湖町抱返溪谷で紅葉狩り、11月秋田市イオンで買い物とボーリング、12月秋田市で障害者福祉展と仁井田浄水場見学、2月協和町四季の湯、3月秋田市で映画鑑賞、光悦洞美術館見学を実施している。なお、毎週水曜日に、デイケアの受け入れや退所に関すること、プログラムの検討、個々のケースの検討など、担当の医師を交えてスタッフ会議を行っている。デイケアの入所は、精神科外来担当医が、依頼書を作成し面接・見学参加の後に申し込みが行われ、受け入れ会議を経て決定される。対象者は自宅および障害者自立訓練センターからの通所者が主である。

他にリハビリテーション科診療関連事業として企画された地域リハビリテーション検診として5月に神岡町、7月に西仙北町、9月に南外村・協和町で実施し、数名の療法士が加わっている。

(5) 放射線科

放射線科では単純撮影装置の他、X線テレビジョン、MRI (magnetic resonance imaging)、X線CT (computed tomography)、頭部専用SPECT (single photon emission computed tomography) 装置、ガンマカメラ等を備えている。リハビリテーション・精神医療の施設としてはほぼ全ての放射線検査に対応可能である。X線撮影は全てCR (computed radiography) で統一していることから、放射線画像は全てデジタル画像としてCD-Rに保存する電子保存システムを採っている。放射線画像は、医学検査情報ネットワークシステムを介して、外来や病棟の端末で検索と表示が可能である。

検査としては、胸部や四肢骨などの一般撮影、脳脊髄のCT・MRI、脳血流のSPECT、バリウム粉末を含んだ食品造影剤による嚥下造影などが多い。

平成12年4月から放射線科標榜により、センター外の医療施設からの依頼検査を行えるように

なった。特に近隣の医療施設からの依頼が次第に増加している。現在はMRIとCTが主であり、両者を合わせた月平均検査は約15件程度で、当施設の放射線設備が微力ながら地域医療に貢献していると考えている。

(6) 臨床検査科

臨床検査科では、運用効率を考慮し適宜院内実施項目の見直しを行いながら外部委託を取り入れている。そのため総合的な病院の実施項目よりは少ないが、一般的なりハビリテーション病院や精神科専門病院と比較すると幅広い検査内容を実施している。また、運用の工夫や試薬品など材料の購入を随時見直すことにより経費の節減を行い、さらに検査の受け入れ枠を拡大するなど収益増に努めている。

初年度は、3名の臨床検査技師が検体系・生理系検査を問わず全体で受け持ち、相互に補完し合う体制とした。省力化した運用を実現できた要因は、自動化機器とコンピュータと操作する人間とのコミュニケーションを考え、全行程に簡単操作で自動処理が行われるシステムの設計と柔軟なネットワークの構築にある。しかし、年々検査需要が増加してきたため3名では対応仕切れず今年度より臨床検査技師の臨時職員1名を増員したが、まだ多くの要望に応えきれていない。

検体系は、オーダーエントリーシステムと連動したバーコードによる検査依頼情報の伝達を全てのオンライン機器に対応させ、その結果情報をサーバ群に集約し各検査担当者が速やかにデータチェックした後データの転送を行っている。そのため人為的な過誤が少なく、即時に病棟などの端末で検査結果を知ることができる。また、コメントやグラフ化・デルタチェック等の付加価値を施した診療支援をLMI端末や報告書で行っているが、報告書を提出する段階で最終的に2人の臨床検査技師がデータを再点検するなど検査の品質管理にエネルギーを注いでいる。

生理系は、心電図・ホルター心電図・脳波・呼吸機能・サーモグラフィーを実施している（心臓超音波検査は非常勤医師による）。それらの成績は波形や画像情報に一部検査所見を加えた統合した情報として提供している。

臨床検査成績情報と放射線画像・診断所見情報を統合して、高速ネットワークによる情報の共有化を実現させているのが、医学検査情報ネットワークシステムLMInetである。放射線科との協力のもと、オーダーエントリーシステムとも連動させて運用している。外来・病棟の診察室、訓練室、あるいは医局・研究室などどこにいても、診断のための情報収集が可能である。イントラネット機能を活かし即時に院内感染情報を提供するなど、導入から4年経過しているが未だに全国的に高いレベルのIT技術を有するシステムである。診療のスピードアップと患者サービスに努め、コストの削減と省力化に貢献している。

(7) 薬剤科

医療を取り巻く環境が変化し、問題点も多く噴出してきているが、とくに医薬品に関連した医療事故・過誤などが注目されている。これを防止するには、医薬品の適切な管理を行うことと、

医薬品が安全かつ適正に使用されるよう十分な注意を払うことが必要である。薬剤科では、医療事故につながる可能性が高い散薬の選び間違いや計量ミスを防止するために、散剤監査システムを導入している。しかし、機械化によって過誤を皆無にすることは不可能である。調剤の現場では判断に加えスピードが求められるため、システムに頼りすぎることなく、薬剤師として自己研鑽を重ね、集中力や注意力などを養うことが重要である。

平成12年度は、外来患者の増加に伴い外来調剤が前年度の30%増となっている。また、採用品目の増加に応じて院内医薬品集の改訂版を発行した。

平成12年度診療報酬改定で薬剤情報提供料（薬剤の名称、用法・用量、効能・効果、副作用および相互作用に関する情報を文書で外来患者に提供した場合に算定できる診療報酬）の保険点数が引き上げられた。平成13年度には薬剤情報提供活動を行う予定であり、そのための機器整備などの準備を進めている。

(8) 給食科

入院患者の食事療養は医療の重要な一部門であり、入院患者の病状に応じて適切な食事を提供し、その治癒あるいは病状回復の促進を図ることを目的にしている。

患者給食管理は総合医療情報システムによってなされ、入退院、食事変更、外泊などの食事箋の管理、食数把握、献立作成、栄養管理、材料の発注および在庫管理、栄養統計管理などの食事に関する業務がコンピューター処理される。コンピューターによる一貫した管理で事務処理時間の短縮、処理の正確さが得られている。

また、入院時食事療養により、適時適温給食の実施および各病棟食堂での食事の提供を行っている。行事食は毎月1回実施し、季節感のある献立を心掛けている。また、病棟単位の野外レクリエーションなどではお弁当の提供などを行っている。セレクトメニューについては、食事に楽しみを持ってもらうことを目的に毎週1回実施した。

平成12年のリハセン祭では栄養相談コーナーを設け、生活習慣病予防のための食物繊維の豊富な料理の紹介や試食、フードモデルやパネルの展示などを行った。

院内の食事基準は成分別栄養を基本にし、個々の病状により栄養管理している。センターの特徴として、身体機能低下による食事摂取困難な患者、精神神経患者、内科的合併症を持つ患者に対する食事の提供、また、個別の疾病症状（禁食など）に応じた食事の提供を行っている。痴呆病棟には午前と午後の2回おやつを提供を行っている。

栄養指導は1階の栄養相談室で行い、入院および外来患者の個別指導を主に実施している。相談室には専用のビデオ、フードモデル、パネル、パンフレットなどを準備し医師の指示の下に実施している。今後は集団栄養指導も行っていきたいと考えている。また病棟訪問して看護婦と患者の食事について意見交換をし適正な食事提供に努めている。

嗜好調査は年4回実施した。栄養士が各病棟を訪問し聞き取り調査をした。また、聞き取り時に栄養指導も併せて行っている。結果についてはできるだけ献立に反映させている。非常災害時食事

対策としてガス、水道、電気などの使用不能な状況に備えて2日分の食品を購入した。備蓄品は消費期限により計画的に随時回転し、不足しないようにしている。

(9) 看護科

ア 看護科の概要

(ア) 看護科の理念

秋田県のリハビリテーション・精神医療の中核施設としてのセンターの役割を認識し、患者を全人的にとらえ健康のあらゆる段階に対して、看護の専門性をもって働きかけ、拡大する社会的要請に対応できる看護を提供する。

さらに看護活動を通して、その機能を十分に発揮し、積極的にセンター運営に参画する。

(イ) 基本方針

- a 患者の健康回復への援助を行い、地域社会への復帰を支援する。また、地域住民の健康の保持増進、疾病の予防に貢献する。
- b 患者の特性を理解し、基本的生活および生活再構築への援助を行う。
- c 患者の安全を確保し、療養環境の適正を図る。
- d 医療チームにおける看護科の役割を認識し、関係部門との連携を図り、質の高い医療・福祉サービスを提供する。
- e 看護分野における技術の開発や、教育の充実を図り、看護の水準を高める。

(ウ) 平成12年度看護科目標

基本目標：「安全」「安楽」「自立の支援」

- 1．患者サービスの向上
- 2．看護の質の向上
- 3．効率的な看護業務の推進
- 4．医療事故防止
- 5．臨床実習指導の充実
- 6．コスト意識を持つ

イ 入院患者の看護度・救護区分（病棟別一日平均患者数）

病棟	患者数	看護度												救護区分		
		A				B				C				担送	護送	独歩
1	26.2	0.8	0.3	1.3	0.1	1.8	1.0	3.7	0.2	0.0	0.7	10.3	6.9	1.0	2.7	22.5
2	26.5	2.9	1.7	0.9	0.1	0.1	2.8	5.8	2.8	0.0	0.5	6.8	2.0	0.08	26.4	0.04
3	34.7	6.5	1.0	0.9	0.0	0.0	4.9	11.0	3.9	0.0	0.0	2.9	3.6	0.2	34.5	0.0
4	37.7	1.3	2.4	0.5	0.0	2.9	10.6	4.5	0.0	0.5	5.7	7.1	2.1	3.8	29.0	4.9
5	39.0	2.1	1.8	0.5	0.0	5.2	12.3	4.9	0.3	0.1	1.5	7.9	2.1	3.9	32.8	2.3
7	41.1	19.0	5.4	0.5	0.1	2.1	10.0	3.2	0.3	0.2	0.0	0.4	0.2	2.2	37.9	1.0
計	205.2	32.6	12.6	4.6	0.3	12.1	41.6	33.1	7.5	0.8	8.4	35.4	17.2	11.2	163.3	30.7

看護度の基準：日本精神科看護技術協会精神科看護度

看護観察の程度：A 常時観察 B 断続的な観察 C 継続した観察はとくに必要がない

生活の自立度： 自分ではできない

自分でできることもあるが、できないことが多い

自分のことは大体できるが、自主的な行動には問題が残されている

自主的な行動はかなりとれるが、社会適応には問題が残されている

ウ 看護活動

(ア) 外来

リハビリテーション科、精神科のほかに、特殊外来として歯科、耳鼻科、循環器内科、眼科、泌尿器科などの診療が行われている。疾病と何らかの障害を有し、不安や問題を抱えている患者・家族に対し、不安の軽減や、介護および健康上の問題・社会的問題等の相談にのり、安心して地域社会で生活できるように援助している。

主な外来看護業務

- a 地域との窓口として、患者や家族のニーズの理解に努め、心暖かで信頼される病院作りに努める。
- b 各科の診療が安全かつ円滑に機能するように、適切な診療介助と他部門との連絡・調整に

努める。

- c 入院中に可能であった日常生活活動（以下A D Lと略する）が、環境や介護力の問題で低下しないように関連病棟と連携し継続看護を展開する。
- d 歯科では歯科衛生士が入院患者の食後のブラッシング指導を平成12年度は延べ129名に行い、口腔ケアの充実を図るための援助に積極的に取り組んでいる。
- e 家庭や職場における問題解決への援助や疾病の悪化を予防するケアの方法を提供し、セルフケア能力やQ O L（quality of life）向上のために援助する。
- f 地域や関係機関との連携の充実を図る。

(イ) リハビリテーション科病棟 [4・5 病棟]

脳血管障害（入院患者の約7割）、神経疾患、脊髄損傷等の身体に障害をもつ患者のA D Lの再習得のために、患者の安全を確保しながら、専門的なりハビリテーション看護を実践し、社会復帰に向けて支持・援助を行っている。

なお、4病棟は平成13年1月より回復期リハビリテーション病棟の承認を受け、回復期にある患者に対して、A D L能力の向上による寝たきりの防止と、家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを集中的に行っている。

a 入院患者の内訳（入院時の評価）

構音・嚥下障害の有無

区 分	有（％）	無（％）	判定困難（％）	計（％）
嚥下障害	87（28.62）	217（71.38）	0（0.0）	304（100）
構音障害	104（34.21）	184（60.53）	16（5.26）	304（100）

高次脳機能障害の内容別割合

区 分	有（％）	無（％）	判定困難（％）	計（％）
失見当識	76（25.00）	213（70.07）	15（4.93）	304（100）
失 語	64（21.05）	237（77.96）	3（0.99）	304（100）
失 認	44（14.47）	258（84.87）	2（0.66）	304（100）
失 行	21（6.91）	278（91.45）	5（1.64）	304（100）

運動障害別割合

(304人中：重複あり)

障害の種類	右片麻痺	左片麻痺	両片麻痺	対麻痺	四肢麻痺	筋力低下	筋固縮	すくみ足	運動失調	なし
人数	91	86	18	5	17	45	11	6	57	25
(%)	29.93	28.29	5.92	1.64	5.59	14.8	3.62	1.97	18.75	8.22

b 主な看護業務

- (a) 摂食、更衣、整容、入浴、排泄、移乗、移動の各動作について自立度を定期的にB I (Barthel Index：バーセルインデックス)およびF I M (Functional Independence Measure：機能的自立度評価法)を用いて評価し、動作獲得に向け基本動作の指導・介助を行う。
- (b) 嚥下障害による窒息や誤嚥、失認や無視による転落・転倒等の事故を防止する。
- (c) 心臓疾患、糖尿病、高血圧などの合併症を有する患者が多く、継続した服薬や注射等の治療・処置・検査の必要性があり、その診療の介助を行う。
- (d) 障害があることで疎外感や喪失感をもつ患者が多いため、自宅での患者の存在と役割を失わないように、自宅における生活場面での介助方法を家族指導し、外泊チェックリストを用いて、退院後の生活につなげる援助を行う。
- (e) 訓練および障害受容の過程でリハビリテーションへの意欲を高めるため、他の専門分野との連絡調整を図り、患者の社会復帰に向けて総合的に取り組む。

(ウ) 精神科病棟 [1・2・3病棟]

1病棟 (開放病棟)

社会復帰への準備を援助する病棟であるが、入院患者の年齢が思春期から老年期まで幅広く、患者の多様なニーズに応じた専門的な看護判断が広く求められる。このような状況で、看護者の果たす役割は多岐にわたるが、社会性を身につけるための生活指導や、患者と家族間の調整を図り社会復帰に向けての援助を行っている。

2病棟 (準開放病棟)

入院患者の8割が女性の患者で、急性期を脱した患者が多く、自傷他害などの問題行動が予測されるため、綿密な観察力が求められる。また、日常生活や服薬に関する自発性が低下している患者に対する看護も重要で、病棟ではレクリエーションや生活指導を通し、生活への意欲が持てるように動機づけをし、生活習慣の確立に向けた援助を行っている。

3病棟 (閉鎖病棟)

他病院からの紹介による対応困難や救急入院患者のほとんどがこの病棟で入院治療を行う。とくに精神科集中治療棟 (I P C U) では不穏、興奮が顕著な患者や自殺企図のおそれ強い重度精神障害者などの濃厚な治療と看護を行い、短期集中治療を目的とする。急性期症状の入院患者は、保護室か個室で治療を集中的に行うため、行動制限をうける患者が多く、看護者は、

所持品の管理、買い物、家族への連絡などの代理行為や気分転換を図るため個々の状態にあわせた運動や散歩などを行い、安定した入院生活が送れるように努めている。

a 保護室の使用状況

(単位：延べ人数)

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
人数	15	0	26	57	51	64	48	79	92	97	75	84	688

平成12年4月～6月まで、保護室増設(2床から4床へ)工事のため使用制限

b 主な看護業務

- (a) 個々の患者のニーズに沿った生活指導やレクリエーション活動を行い、基本的な生活習慣確立への援助を行う。
- (b) 患者を理解し、患者の持つ悩み、苦しみ、不安などを和らげ自ら問題解決ができるように援助する。
- (c) 他部門と協力し家族関係の調整を図りながら、家族との信頼関係を築くように努める。
- (d) 患者とのコミュニケーションを深めるとともに、スタッフ相互の情報交換を密にして患者の安全を確保し、事故防止に努める。
- (e) 行動制限を受けた患者に代わっての代理行為を行う。

(エ) 痴呆病棟 [7病棟]

平成12年4月から平成13年3月まで新たに88人の入院患者があった。そのうち高度痴呆患者30人、最高度痴呆患者は15人、合計45人であった。各患者の精神症状や行動は多様であり、これまでの生活習慣・人生経験などを踏まえた対応が大切である。また身体機能の低下や合併症を併発している患者が多く日常生活の援助が必要である。このような特性を念頭に入れ、患者の安全を確保しながら、精神活動性の向上と身体機能の維持に努めている。

a 入院患者の内訳（入院時評価）

痴呆評価判定区分（柄澤式）

区 分	人 数(%)
正 常 (0)	0 (0.0)
軽 度 痴 呆 (+ 1)	5 (5.7)
中 等 度 痴 呆 (+ 2)	38 (43.2)
高 度 痴 呆 (+ 3)	30 (34.1)
最 高 度 痴 呆 (+ 4)	15 (17.0)
計	88 (100.0)

入院時の状況

区 分	人 数(%)
独 歩	52 (59.1)
車 椅子	26 (29.5)
自 助 具	3 (3.4)
ストレッチャー	7 (8.0)
計	88 (100.0)

主な精神症状・問題行動

(88人中：重複あり)

区 分	人数 (%)	区 分	人数 (%)	区 分	人数 (%)
失 見 当 識	83(96.6)	不 眠	31(35.2)	収 集 癖	7(8.0)
多 動	26(29.6)	放 尿 ・ 放 便	10(11.4)	心 気	25(28.4)
興 奮	49(55.7)	叫 声 ・ 大 声	17(19.3)	幻 覚 ・ 妄 想	17(19.3)
不 安 ・ 焦 燥	65(73.9)	暴 言 ・ 暴 力	25(28.4)	破 損 行 為	2(2.3)
徘 徊	41(46.6)	せ ん 妄	37(42.1)	自 殺 念 慮	14(15.9)
帰 宅 要 求	24(27.3)	抑 う つ	37(42.1)		

A D L 介 助 区 分 別 割 合

区 分	清拭・入浴 人数 (%)	洗面・歯磨き 人数 (%)	食 事 人数 (%)	排 泄 人数 (%)	更 衣 人数 (%)	移 動 人数 (%)
自 立	3(3.4)	21(23.9)	17(19.3)	21(23.9)	36(40.9)	10(11.4)
誘 導	19(21.6)	15(17.1)	27(30.7)	15(17.1)	8(9.1)	23(26.1)
一 部 介 助	21(23.9)	21(23.9)	20(22.7)	13(14.7)	21(23.9)	29(32.9)
全 面 介 助	45(51.1)	31(35.1)	24(27.3)	39(44.3)	23(26.1)	26(29.6)
計	88(100.0)	88(100.0)	88(100.0)	88(100.0)	88(100.0)	88(100.0)

身体的な合併症

(88人中：重複あり)

	疾患名	人数		疾患名	人数		疾患名	人数	
脳血管障害	脳梗塞	13	消化器系	便秘	45	骨・関節系	腰痛・関節痛	15	
	くも膜下出血	6		痔核	5		骨折	7	
	脳出血	3		胃炎	5		骨そしょう症	3	
	慢性硬膜下血腫	1		胃潰瘍	4		リウマチ	2	
循環器系	高血圧症	23		肝機能障害	3	その他	眼科疾患	14	
	心不全・心肥大	8		胃癌	2		皮膚科疾患	13	
	虚血性心疾患	6		大腸癌	2		難聴	7	
	心臓バイパス術後	1		虚血性大腸炎	1		高脂血症	5	
	解離性大動脈瘤	1		尿路感染症	8		低蛋白血症	3	
呼吸系	肺炎・気管支炎	10		前立腺肥大症	3		その他	乳癌・子宮癌術後	3
	肺結核	1	慢性腎不全	2	てんかん			3	
内分泌系	糖尿病	8	神経因性膀胱	1	その他			低ナトリウム血症	2
	甲状腺機能障害	5						低カリウム血症	2
									喉頭腫瘍
								失語症	2

b 主な看護業務

- (a) 疾患の特性を理解し、多様な精神症状や問題行動に対し、注意や説得はせず肯定的な態度で接し、話題や気分の転換を図る。
- (b) 痴呆患者の急性および重篤な身体的疾患に対して、予測性をもった観察と判断力で適切な処置を行い病状の進行を予防する。
- (c) 集団療法、病棟行事、レクリエーション、散歩などを積極的に行い、残存機能と残存能力を生かすようなりハビリテーション的アプローチを心がける。
- (d) 身体障害や日常生活能力に障害のある患者の事故防止のための、安全対策と環境の整備を行う。

2 患者の状況

(1) 入退院患者及び外来患者

区 分	入 院			院				外 来		
	病床数	入 院 患者数	退 院 患者数	延入院 患者数	一日平均 入院患者数	病 床 利用率	平 均 在院日数	新 患 患者数	延外来 患者数	一日平均 外来患者数
リハビリテーション科	100	302	303	27,997	76.7	76.7	91.6	239	3,299	13.5
神経・精神科	200	305	304	47,029	128.9	64.4	152.9	210	6,816	27.8
放 射 線 科								103	111	0.5
合 計	300	607	607	75,026	205.6	68.5	122.4	552	10,226	41.7

平成12年度は、250床（リハ科100床、神経・精神科150床）開設

(2) 年齢別患者数

区 分	リハビリテーション科			神 経 ・ 精 神 科			放射線科	合 計		
	外 来	入 院	計	外 来	入 院	計	外 来	外 来	入 院	計
～ 19 歳	53	2	55	127	11	138	2	182	13	195
20 歳 ～	149	2	151	1,646	50	1,696	0	1,795	52	1,847
30 歳 ～	216	4	220	1,531	31	1,562	1	1,748	35	1,783
40 歳 ～	358	16	374	1,656	45	1,701	6	2,020	61	2,081
50 歳 ～	582	52	634	922	46	968	15	1,519	98	1,617
60 歳 ～	1,059	90	1,149	487	38	525	21	1,567	128	1,695
70 歳 ～	721	100	821	375	51	426	42	1,138	151	1,289
80 歳 ～	161	36	197	72	33	105	24	257	69	326
合 計	3,299	302	3,601	6,816	305	7,121	111	10,226	607	10,833

(3) 地域別患者数

区 分	リハビリテーション科			神 経 ・ 精 神 科			放射線科	合 計		
	外 来	入 院	計	外 来	入 院	計	外 来	外 来	入 院	計
鹿角市・鹿角郡	9	1	10	53	1	54	0	62	2	64
大館市・北秋田郡	21	3	24	78	5	83	1	100	8	108
能代市・山本郡	14	25	39	152	7	159	0	166	32	198
男鹿市・南秋田郡	142	21	163	591	18	609	0	733	39	772
秋田市・河辺郡	1,079	116	1,195	1,962	120	2,082	6	3,047	236	3,283
本荘市・由利郡	133	17	150	378	16	394	1	512	33	545
大曲市・仙北郡	1,678	91	1,769	2,379	84	2,463	101	4,158	175	4,333
横手市・平鹿郡	76	12	88	517	30	547	0	593	42	635
湯沢市・雄勝郡	143	8	151	676	18	694	2	821	26	847
県 外	4	8	12	30	6	36	0	34	14	48
合 計	3,299	302	3,601	6,816	305	7,121	111	10,226	607	10,833

(4) 新規患者紹介元

区 分	リハビリテーション科			神 経 ・ 精 神 科			放射線科	合 計		
	外 来	入 院	計	外 来	入 院	計	外 来	外 来	入 院	計
国立病院	12	1	13	6	11	17	0	18	12	30
公立病院	29	84	113	18	15	33	0	47	99	146
(うち脳研センター)	(8)	(79)	(87)	(1)	(1)	(2)	0	(9)	(80)	(89)
公的病院	59	15	74	24	27	51	0	83	42	125
民間病院	73	3	76	77	35	112	103	253	38	291
小 計	173	103	276	125	88	213	103	401	191	592
紹介状なし	66	0	66	85	29	114	0	151	29	180
措置入院					3	3			3	3
合 計	239	103	342	210	120	330	103	552	223	775

(5) 疾患別入院患者数

リハビリテーション科

区 分	入院患者数
脳 梗 塞	133
脳 出 血	76
脊 髄 小 脳 変 性 症	16
クモ膜下出血	13
骨 折	11
パ ー キ ン ソ ン 病	9
脊 髄 損 傷	7
脳 脊 髄 腫 瘍	6
パ ー キ ン ソ ン 症 候 群	5
低 酸 素 脳 症	5
頭 部 外 傷	5
脊 髄 症	4
廃 用 症 候 群	4
進 行 性 核 上 性 麻 痺	3
多 発 性 硬 化 症	3
そ の 他	9
合 計	309

主病名重複患者在り

神経・精神科

区 分	入院患者数	
F 0 症状を含む器質性精神障害	F 00 アルツハイマー病の痴呆	47
	F 01 血管性痴呆	23
	F 02 - 09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	32
F 1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	F 10 アルコール使用による精神及び行動の障害	22
	覚せい剤による精神及び行動の障害	0
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	4
F 2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	70	
F 3 気分(感情)障害	71	
F 4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	23	
F 5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動性症候群	4	
F 6 成人の人格及び行動の障害	9	
F 7 精神遅滞	0	
F 8 心理的発達の障害	0	
F 9 小児期及び青年期に通常発達する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	0	
てんかん(F 0 に属さないものを計上する)	4	
その他	0	
合 計	309	

(転科4含む)

(6) 退院患者退院先

区 分	リハビリテーション科	神経・精神科	合 計
自 宅	205	185	390
転 院	57	61	118
施設入所	39	56	95
援護寮入所	0	0	0
死 亡	2	2	4
そ の 他	0	0	0
合 計	303	304	607

(7) 精神科入院形態別在院患者数（入院時）

任意入院	医 療 保 護 入 院		措置入院	応急入院	合 計
	(第1項)	(第2項)			
151	91	61	3	3	309

(転科4含む)

(8) 特殊外来延患者数

歯 科	泌尿器科	循環器科	眼 科	耳 鼻 科	消化器科	合 計
1,034	433	266	277	538	67	2,615

(9) 医療相談（件）

項 目	形 態			種 別		科 別		対 象					
	入 院	外 来	そ の 他	新 規	継 続	リ ハ ビ リ 神	精 神	院 内 職 員	家 族	保 健 ・ 医 療 ・ 福 祉	社 会 施 設	本 人	そ の 他
合計	1,093	173	396	547	1,925	874	1,598	1,469	974	798	465	417	71

* 院内職員～院内職員による患者に関する医療相談

項 目	相 談 ・ 援 助 内 容												方 法					
	退院・他機関利用	情報収集・提供	連絡調整	社会保障制度	入院	入院時病歴聴取	経済的問題	心理的不安	社会・家庭復帰	事務連絡	家族関係	その他	電 話	面 接	協 議	文 書	訪 問	そ の 他
合計	928	812	611	497	383	181	154	42	33	29	22	24	1,374	969	993	56	3	1

(10) 神経・精神科各種届出等件数

項 目			件 数
精 神 保 健 福 祉 法	任 意 入 院 同 意		160
	入 院 届	医 療 (1 項)	157
		保 護 (2 項)	66
		措 置	3
		応 急	3
	退 院 届		159
	措置入院者の症状消退届		5
	定 期 報 告	医 療 保 護	18
		措 置	6

3 診療の状況

(1) 放射線検査

(件)

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
頭 部	14	11	6	8	6	6	5	7	4	7	7	8	89	
胸 部	115	120	101	96	94	115	84	87	88	96	95	77	1,168	
腹 部	23	19	14	15	19	19	11	9	6	19	6	20	180	
頸 椎	4	9	7	10	11	7	12	6	14	8	5	6	99	
胸・腰椎	12	16	10	13	10	11	9	11	7	13	13	10	135	
肩	1	0	2	3	4	4	3	2	1	4	1	2	27	
上 肢	3	1	3	6	6	4	5	2	2	3	3	5	43	
股 関 節	8	7	4	5	5	4	0	3	4	4	1	1	46	
下 肢	8	8	4	10	9	14	8	8	4	9	10	9	101	
嚥下造影	14	10	13	9	8	11	17	11	9	15	4	9	130	
透 視	0	2	3	0	2	0	1	0	1	0	1	1	11	
C T (依頼検査)	43 (0)	42 (3)	40 (3)	52 (10)	52 (8)	41 (8)	35 (9)	34 (5)	42 (6)	43 (5)	42 (9)	34 (4)	500 (70)	
M R I (依頼検査)	55 (1)	49 (1)	70 (5)	64 (2)	67 (1)	63 (2)	55 (1)	62 (1)	57 (2)	66 (6)	67 (3)	66 (9)	741 (34)	
核医学	脳血流SPECT	24	17	15	17	16	12	18	23	15	17	18	25	217
	他	3	2	1	1	0	0	0	0	1	1	3	1	13
歯 科	7	9	13	12	11	13	16	17	10	10	11	9	138	
骨 密 度	4	2	8	0	1	1	0	1	0	2	1	1	21	

(2) 臨床検査

ア 血液検査

(件)

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
血液検査	血算	237	256	279	232	252	242	217	214	255	252	210	237	2,883
	血液像	235	256	279	232	252	242	217	214	255	252	210	237	2,881
	網状赤血球	0	1	2	0	3	2	6	0	2	1	1	1	19
	赤血球沈降速度	38	35	34	23	26	30	23	27	25	27	28	303	46
	計	510	548	594	487	533	516	463	455	537	532	449	505	6,129
止血凝固検査	P T	29	16	20	13	18	28	23	26	12	25	22	21	253
	A P T T	29	15	18	12	18	25	23	22	13	26	20	21	242
	T T	44	33	27	31	33	28	39	35	24	27	20	28	369
	A T	8	1	1	1	2	2	0	5	1	6	0	0	27
	出血時間	32	22	31	19	22	23	21	25	23	32	25	26	301
	計	142	87	97	76	93	106	106	113	73	116	87	96	1,192
血液型検査	A B O式	30	32	38	26	33	43	26	33	32	30	35	30	388
	R h式	30	32	38	26	33	43	26	33	32	30	35	30	388
	計	60	64	76	52	66	86	52	66	64	60	70	60	776
血中薬物検査	フェニバルビタール	5	6	11	4	3	5	7	3	3	1	1	3	52
	フェニトイン	13	24	29	15	14	15	14	10	17	4	5	15	175
	カルバマゼピン	7	6	19	11	16	12	15	10	8	6	8	11	129
	ジゴキシン	12	8	6	3	10	4	7	7	3	4	2	4	70
	リチウム	15	12	21	19	19	17	15	14	19	14	11	13	189
	バルプロ酸	12	9	18	6	8	8	9	2	12	8	5	12	109
	計	64	65	104	58	70	61	67	46	62	37	32	58	724

イ 生化学・血液検査

(件)

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
臨 TP 総蛋白	218	219	232	212	219	218	198	203	201	229	188	220	2,557
Alb アルブミン	217	219	231	211	214	214	196	202	201	228	188	221	2,542
Na・Cl	239	271	265	247	239	231	212	220	224	247	201	234	2,830
K	239	272	265	247	239	231	212	220	224	247	201	234	2,831
T-BiL 総ビリルビン	130	115	140	107	118	124	107	95	88	125	113	121	1,383
D-BiL 直接ビリルビン	13	14	12	13	12	10	7	1	4	9	7	5	107
BUN 尿素窒素	234	244	255	227	231	230	202	207	226	235	197	214	2,702
CRE クレアチニン	233	244	256	226	231	229	201	207	226	235	197	214	2,699
UA 尿酸	115	117	124	107	134	130	100	112	89	103	95	104	1,330
AST (GOT)	229	230	362	313	236	229	200	210	213	246	204	225	2,897
ALT (GPT)	228	230	362	316	237	229	201	210	213	246	204	225	2,901
LD (LDH)	153	143	171	150	177	160	134	130	127	153	136	155	1,789
ALP アルカリフォスファターゼ	157	130	161	141	166	152	131	125	127	145	141	153	1,729
γ-GTP	184	190	213	175	192	193	156	161	188	194	163	177	2,186
CK (CPK)	119	121	131	114	134	129	101	102	104	104	107	106	1,372
T-CHO 総コレステロール	121	105	133	114	130	131	113	115	110	134	131	121	1,458
TG 中性脂肪	119	105	132	113	128	132	113	106	106	131	128	110	1,423
HDL-C HDLコレステロール	100	89	108	91	107	118	99	97	90	107	115	103	1,224
CRP	80	104	92	60	77	69	54	64	63	69	63	62	857
免 AMY アミラーゼ	32	31	36	27	22	33	29	28	22	32	25	37	354
アンモニア	9	5	10	4	2	1	1	3	0	2	2	4	43
Ca	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	2	1	9
疫 HBs 抗原	45	44	151	123	41	50	31	39	34	37	39	31	665
HBs 抗体	0	1	104	91	0	2	0	0	0	10	4	0	212
血 HCV 抗体	42	39	149	121	38	50	31	39	34	47	38	31	659
クレアチンクリアランス	3	6	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	16
A / G 比	27	15	17	19	15	22	18	11	16	18	10	10	198
清 グルコース 空腹時血糖	163	144	155	143	154	149	124	136	135	139	127	136	1,705
糖負荷試験	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
耐糖能	22	18	22	18	14	10	20	21	22	24	24	27	242
グリコアルブミン	1	1	1	2	2	0	1	1	0	0	0	0	9
血清浸透圧	6	1	0	0	1	0	0	1	2	3	2	0	16
計	3,478	3,469	4,291	3,734	3,511	3,477	2,994	3,070	3,089	3,502	3,052	3,282	40,949

ウ 尿・脊髄液等一般検査，血液ガス検査

(件)

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
尿 定 性	178	169	195	191	195	176	138	168	156	291	159	204	2 220
尿 沈 査	74	83	94	76	83	81	71	73	65	185	73	106	1 064
尿 定 量	糖	0	1	0	0	2	2	1	1	4	0	0	11
	蛋 白	0	2	0	0	2	2	1	0	1	0	0	8
	Na・Cl	19	2	1	4	4	3	1	1	2	0	0	38
	K	15	1	1	4	4	3	1	1	1	0	0	32
尿 浸 透 圧	19	2	1	4	3	4	1	1	2	1	0	1	39
尿 糖 負 荷	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
便 潜 血	12	7	14	12	9	1	8	10	13	8	7	14	115
脳 脊 髄 液	細 胞 数	1	1	1	0	0	11	0	0	0	0	2	16
	糖	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5
	蛋 白	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5
	Na・Cl	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5
	K	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	5
一 般 検 査 計	322	274	311	291	302	283	222	255	244	485	249	328	3 566
血 液 ガ ス	26	18	18	13	11	7	2	11	10	1	15	5	137

エ 生理検査

(件)

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
安 静 時 心 電 図	63	55	55	66	66	67	47	50	49	57	70	60	705
マスタ-負荷心電図	0	0	2	1	2	0	1	1	2	1	1	0	11
ホルター心電図	18	13	18	11	16	15	17	16	16	14	14	16	184
呼 吸 機 能 検 査	4	2	2	2	1	5	1	4	0	3	2	4	30
心 臓 超 音 波 検 査	7	16	9	11	7	7	9	9	12	7	10	10	114
腹 部 超 音 波 検 査	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
脳 波	20	29	30	19	2	22	15	23	24	23	20	24	251
サーモグラフィー	2	2	2	1	0	6	2	4	1	0	4	2	26
終 夜 脳 波	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
その他(筋電図、他)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
計	117	118	118	111	94	122	93	107	104	105	121	116	1 326

オ 外部委託検査

(件)

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
臨床化学(生化学)検査	186	146	158	162	144	162	140	168	176	130	114	161	1,847
免疫血清検査	73	52	62	44	40	57	46	78	59	52	60	44	667
止血・凝固検査	5	2	0	0	6	5	2	5	0	0	2	0	27
薬物検査	13	12	15	8	6	12	7	13	13	9	10	12	130
微生物検査	64	91	98	62	79	91	70	65	58	63	54	71	866
細胞診検査・その他検査	0	6	1	1	0	1	0	1	0	1	3	5	19
計	341	309	334	277	275	328	265	330	306	255	243	293	3,556

カ 耳鼻科特殊検査

(件)

標準純音聴力	準語音聴力	耳機能検査	喉頭ファイバースコープ	補聴器調整	その他	計
71	5	2	70	43	12	203

(3) 薬剤業務

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計		
外来	リハ科	処方箋枚数	188	197	156	172	241	188	226	220	262	231	220	208	2,509
		調剤件数	627	682	601	591	803	655	802	791	934	786	716	696	8,684
来調	精神科	処方箋枚数	366	365	383	386	451	376	438	413	358	383	404	461	4,784
		調剤件数	1,066	1,030	1,096	1,128	1,300	1,143	1,304	1,195	1,090	1,148	1,236	1,421	14,157
剤	他科	処方箋枚数	62	57	58	59	32	41	44	45	58	46	41	44	587
		調剤件数	101	93	82	89	43	55	63	68	83	69	66	70	882
入院	定期	処方箋枚数	700	642	737	682	816	706	795	773	738	622	656	721	8,588
		調剤件数	2,560	2,328	2,705	2,471	2,994	2,594	2,930	2,880	2,652	2,217	2,346	2,480	31,157
調剤	臨時	処方箋枚数	1,028	1,214	1,213	1,212	1,276	1,134	1,189	1,232	1,221	1,187	1,177	1,291	14,374
		調剤件数	1,647	1,935	2,262	1,936	2,141	1,902	1,969	1,946	1,939	1,870	1,984	2,135	23,666
製剤		伝票枚数	7	5	6	4	14	4	8	2	3	8	5	9	75
		製剤件数	17	5	6	4	14	4	8	2	3	20	21	46	150

(4) 理学療法

(件)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
入院	複 雑	324	405	616	458	499	407	443	424	357	475	418	296	5,122
	簡 単	569	487	399	380	328	297	318	349	439	264	392	645	4,867
	老人複雑	159	143	262	246	234	241	359	303	291	340	306	181	3,065
	老人簡単	350	283	253	213	225	303	319	316	326	151	271	431	3,441
	その他	0	0	0	0	0	9	8	9	6	17	32	53	134
外来	複 雑	8	12	11	14	15	10	11	6	10	12	8	6	123
	簡 単	78	82	76	79	101	90	113	115	105	94	92	103	1,128
	老人複雑	1	2	0	0	1	0	6	0	3	1	0	2	16
	老人簡単	32	34	35	33	34	26	43	38	36	19	16	24	370
	その他	4	9	4	3	3	2	2	3	2	7	2	3	44
計	入院	1,402	1,318	1,530	1,297	1,286	1,257	1,447	1,401	1,419	1,247	1,419	1,606	16,629
	外来	123	139	126	129	154	128	175	162	156	133	118	138	1,681
重心動揺評価	0	0	0	0	0	2	12	39	22	15	14	19	123	

(5) 作業療法

(件)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
入院	複 雑	134	123	172	173	188	115	121	123	84	82	102	109	1,526
	簡 単	485	535	638	474	423	429	506	475	538	477	512	591	6,083
	老人複雑	96	67	49	59	121	77	94	54	79	76	73	64	909
	老人簡単	307	279	354	285	211	338	415	430	464	327	338	416	4,164
外来	複 雑	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	7
	簡 単	23	28	28	22	24	25	42	44	38	32	32	30	368
	老人複雑	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	老人簡単	7	5	6	4	6	2	1	2	3	2	1	5	44
計	入院	1,022	1,004	1,213	991	943	959	1,136	1,082	1,165	962	1,025	1,180	12,682
	外来	33	34	34	26	30	27	3	49	41	34	33	35	419

(6) 精神科作業療法

(件)

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
精神科病棟	1病棟(開放)	99	97	113	121	162	103	81	87	78	94	131	145	1,311
	2病棟(準開放)	115	110	103	90	92	73	92	80	97	63	74	106	1,095
	3病棟(閉鎖)	62	48	46	51	68	69	59	56	52	51	39	57	658
	計	276	255	262	262	322	245	232	223	227	208	244	308	3,064
痴呆病棟	265	237	388	401	492	441	495	413	451	499	456	441	4,987	
計	541	492	650	663	814	686	727	636	686	707	700	749	8,051	

(7) 言語療法

(件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
訓練(複雑)	169	145	161	157	126	119	150	110	144	120	98	147	1,646
訓練(簡単)	40	32	51	37	45	46	46	40	31	29	37	45	479
検 査	22	15	21	15	26	27	23	12	8	14	7	15	205
検 査 継 続	25	27	36	24	12	8	0	1	0	8	1	0	142
計	256	219	269	233	209	200	219	163	183	171	143	207	2,472

評価および訓練対象患者の内訳

1. 対象患者総数：139件

2. 内 訳

失語症 69件	・ブローカ型	18	・全失語	17
	・ウェルニッケ型	19	・その他	15
発声・構音障害 51件	・仮性球麻痺性	16	・混合性	7
	・失調性	7	・その他	17
	・麻痺性	4		
その他 19件	・鑑別評価	14	・痴呆	4
	・記銘記憶障害	1		

(8) 臨床心理

(ア) 心理検査

(件)

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
リハビリテーション科	知能検査	48	31	44	24	31	22	34	46	25	39	35	26	405
	性格検査	2	4	2	0	1	1	6	5	6	2	2	0	31
	その他の検査	12	9	7	6	15	3	9	12	5	9	2	12	101
	計	62	44	53	30	47	26	49	63	36	50	39	38	537
	延件数	105	73	85	54	68	65	86	96	74	56	61	77	900
神経・精神科	知能検査	3	30	24	9	7	17	17	15	18	24	28	15	207
	性格検査	4	10	3	2	14	4	7	9	6	1	11	8	79
	その他の検査	1	5	3	1	1	1	3	6	3	5	3	4	36
	計	8	45	30	12	22	22	27	30	27	30	42	27	322
	延件数	8	71	52	21	45	30	42	36	35	41	52	37	470
計	知能検査	51	61	68	33	38	39	51	61	43	63	63	41	612
	性格検査	6	14	5	2	15	5	13	14	12	3	13	8	110
	その他の検査	13	14	10	7	16	4	12	18	8	14	5	16	137
	計	70	89	83	42	69	48	76	93	63	80	81	65	859
	延件数	113	144	137	75	113	95	128	132	109	97	113	114	1,370

(イ) 心理療法

(人)

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
リハビリテーション科	3	2	3	2	1	1	3	2	1	0	0	4	22
神経・精神科	10	6	13	10	12	9	10	9	3	2	2	11	97
S S T	5	5	3	4	4	3	6	6	6	4	5	7	58

(9) デイケア

(人)

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
新規通所者数	0	1	4	0	1	1	3	0	0	1	0	0	11
退所者数	1	3	0	0	0	2	1	1	1	1	0	3	13
通所者数	19	17	21	21	22	21	23	22	21	21	21	19	248
通所者延数	146	121	154	176	173	164	191	165	191	175	177	194	2,027
見学参加者数	1	1	3	0	1	1	2	0	0	1	1	1	12
見学参加者延数	1	4	14	0	4	4	8	0	0	4	5	4	48

(10) 給食業務

ア 月別食種別延べ人員

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
一 般 食	常 食	8,232	9,115	9,639	9,922	9,234	9,489	9,656	8,846	9,522	9,016	8,419	9,937	111,027
	軟 食	2,809	2,510	2,799	2,594	2,695	2,637	2,986	2,829	3,005	2,657	2,973	3,002	33,496
	流 動 食	0	0	0	0	0	14	15	0	0	0	0	0	29
	食 計	11,041	11,625	12,438	12,516	11,929	12,140	12,657	11,675	12,527	11,673	11,392	12,939	144,552
特 別 食	腎 臓 食	441	399	360	471	422	226	256	160	154	167	168	186	3,410
	肝 臓 食	120	186	238	227	118	90	93	90	40	31	4	69	1,306
	糖 尿 食	1,591	1,591	1,389	1,595	1,444	1,490	1,823	2,150	2,218	2,049	1,678	2,151	21,169
	肥 満 食	175	124	90	93	93	90	93	90	88	92	84	89	1,201
	胃 潰 瘍 食	131	67	79	83	29	90	84	38	71	0	0	80	752
	貧 血 食	35	78	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	139
	脾 臓 食	0	0	0	0	0	32	93	2	0	0	0	0	127
	高 脂 血 症 食	478	508	575	679	530	413	409	390	315	423	511	569	5,800
	痛 風 食	164	53	0	0	0	0	13	77	71	0	0	0	378
	減 塩 食	1,683	1,678	1,554	1,567	1,281	1,497	1,566	1,606	1,316	1,275	1,720	1,644	18,387
	濃厚流動食	955	712	647	749	816	851	1,118	1,267	1,194	883	752	890	10,834
計	5,773	5,396	4,958	5,464	4,733	4,779	5,548	5,870	5,467	4,920	4,917	5,678	63,503	
デ イ ケ ア	134	112	143	163	163	152	178	155	188	175	166	187	1,916	
合 計	16,948	17,133	17,903	18,143	16,825	17,071	18,383	17,700	18,182	16,768	16,475	18,804	210,335	

イ 主な個別対応延べ人員

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
禁食	牛 乳 禁	2,868	3,081	3,089	3,338	2,909	2,900	3,244	705	2,933	1,044	1,864	2,209	30,184
	乳 製 品 禁	873	928	1,166	961	877	1,147	1,061	3,099	771	1,859	901	968	14,611
	青 魚 禁	6	50	41	0	0	0	175	131	55	66	27	0	551
	サ バ 禁	195	326	249	220	271	185	259	117	24	88	175	168	2,277
	卵 禁	0	0	71	93	93	90	100	90	93	94	84	93	901
	肉 禁	252	339	424	193	93	269	412	324	310	348	362	493	3,819
	納 豆 禁	1,716	1,586	1,324	1,675	1,153	1,381	1,510	1,189	1,163	797	852	1,240	15,586
	ゼ ラ チ ン 禁	90	93	90	93	93	90	93	89	91	88	82	92	1,084
	蕎 麦 禁	990	821	937	1,054	1,298	1,081	964	880	888	793	672	761	11,139
	そ ば 禁	99	150	90	124	183	160	93	99	183	128	82	92	1,483
	パ ン 禁	113	93	90	251	193	156	281	268	268	171	166	172	2,222
	長 芋 禁	111	185	263	184	68	0	0	28	152	65	116	0	1,172
	柑 橘 類 禁	30	0	0	8	0	90	102	35	0	0	0	90	355
	バ ナ ナ 禁	192	141	270	274	155	32	0	0	0	71	149	66	1,350
グ レ ー プ フ ル ー ツ 禁	236	336	349	450	514	270	271	300	176	140	255	558	3,855	
*牛乳、乳製品禁にはブロック、煮干、カルシウムウエハースなどで対応														
*他にカニ、イカ、貝類、ブロッコリー、小松菜等の材料、カレーライス等の調理品についても対応														
成分調整	塩 分 5 g	72	93	90	80	0	0	47	132	93	0	1	0	608
	塩 分 7 g	2,096	2,210	1,702	1,627	1,448	1,616	1,919	1,711	1,425	1,530	1,991	2,008	21,283
	塩 分 8 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	塩 分 12 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	塩 分 15 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	カリウム制限	0	0	0	0	0	180	195	125	248	251	448	199	1,646
	たんぱく質制限	0	37	90	80	0	0	0	0	0	24	0	0	231
	脂 肪 制 限	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
形態	き ざ み	2,108	2,032	2,090	2,046	1,939	1,786	2,010	1,893	1,807	1,325	1,434	2,021	22,491
	極 き ざ み	8	93	90	125	277	53	227	134	93	153	146	227	1,626
	一 口 大 き ざ み	285	457	339	494	418	391	740	998	953	869	795	908	7,647
	と ろ み	308	281	242	278	399	326	367	449	378	344	421	465	4,258
	汁のみとろみ付き	100	193	348	26	21	83	139	294	350	223	40	27	1,844
	ブ レ ン ダ ー 食	683	781	1,008	964	965	1,058	999	1,029	1,143	946	727	565	10,868
訓練用ゼリー付き	23	176	322	284	296	111	159	359	118	73	99	274	2,294	
*重湯、コンソメスープ、ぶどうジュースなど														
お茶ゼリー付き	422	325	196	251	255	263	184	92	169	225	239	218	2,839	
リハビリ食器	225	299	338	279	231	225	381	568	526	262	252	263	3,849	
各種スプーン付き	2,053	2,236	2,020	2,046	1,335	1,923	2,033	1,801	2,312	2,303	2,347	2,334	24,743	
主食量変更	691	712	801	723	698	884	871	574	503	506	690	1,008	8,661	
主食おにぎり	10	155	146	93	48	55	180	175	118	133	213	305	1,631	
	*一口大と三角の形態と海苔の有無													
主食パン	1,588	1,743	1,613	1,708	1,493	1,404	1,187	1,263	1,241	1,170	994	1,193	16,597	
5 回 食	89	92	90	83	0	0	0	0	19	0	0	0	373	
食事時間変更	1,103	1,016	1,211	1,135	1,155	1,216	1,397	180	1,157	723	671	863	11,827	

ウ 行事食実施状況

平成12年 5月	お花見
7月	七夕
8月	お盆
9月	お彼岸
10月	十五夜(栗名月)
11月	十三夜(豆名月)
12月	クリスマス、年越し料理
平成13年 1月	お正月料理
2月	節分
3月	ひな祭り

エ 栄養指導状況

指導対象主病名	延べ件数
糖尿病	14(うち再掲1件)
高血圧	9
高脂血症	6
嚥下障害	4
痛風	1
腎臓病	1
その他	6
計	41(うち再掲1件)

オ 嗜好調査実施状況

	実施時期	調査対象人数	回答者数	回答率
第1回	6月	109人	107人	98.0%
第2回	9月	105人	102人	98.0%
第3回	12月	112人	104人	92.0%
第4回	3月	112人	102人	91.0%

カ 非常時給食備蓄状況

食品名	規格	数量
ビスコット	3枚×4袋×10	22ケース
粥 缶 詰	1缶 280g	360缶
レトルトご飯	1袋 200g	240袋
牛肉大和煮 缶 詰	T3号缶	220缶
さんま味付け 缶 詰	6号缶	40缶
牛肉すきやき 缶 詰	P4号缶	80缶
いわしかば焼き 缶 詰	K5A缶	80缶
マグロフレーク 缶 詰	5号缶	30缶
さけ水煮 缶 詰	T2号缶	10缶
梅びしお	8g×40個	5ケース
梅干し	1kg	2個
のり佃煮	10g×40個	3ケース
焼き海苔	5枚入×100	1袋
ふりかけ	3g×50個	2袋
コーンスープ	1本 220g	100本
野菜ジュース	1本 190ml	200本
りんごジュース	1本 135ml	200本
オレンジジュース	1本 135ml	100本
白桃 缶 詰	4号缶	40缶
りんご 缶 詰	1号缶	3缶
パンプリン	1個 70g	100個
デザートプレーン	1個 70g	100個
烏龍茶	1本 190ml	150缶

地域支援・教育活動

1 障害者自立訓練センターの概要

精神障害者の社会復帰活動は、精神科医療の集中治療、早期退院と密接な関係を持つ。とくに精神分裂病の治療の際には、入院治療の前半は安静とともに薬物療法を中心とする身体療法が重要となるが、後半は適宜、作業療法、レクリエーション療法などの生活療法により、積極的に社会適応能力の向上を図ることが必要となる。社会復帰のための訓練を重視していく最近の精神医療の全国的傾向は、精神障害者の社会復帰への力強い味方であり、大いに歓迎されるべきものである（社会復帰科の活動の詳細は秋田県障害者自立訓練センターの年報に掲載）。

前述の意味で当センターにおいて社会復帰科が設立されたことは非常に有意義である。援護寮の運営を中心として、新しい分野である社会復帰活動へ挑戦し着実な前進を続けていると考える。

運営上の特徴は、病状の完全に安定した患者のみを対象に機械的な訓練を行うのではなく、入所可能な限界に近い患者もできる限り、入所対象としていることである。

また、入所者個人それぞれの社会的背景に配慮して、環境調整を図り、毎日の指導も形式的な面だけにとどまらず、入所者の心理力動をも視野に入れた柔軟な指導を心がけている。

また、日常生活訓練室として、病院と家庭の橋渡しの役割を担える施設の整備、提供をも行っており、身体障害者の社会復帰への寄与も期待される。主に脳卒中を中心とする身体障害者に、日常生活訓練室を利用してもらい家庭的訓練を提供している。

2 地域支援活動

(1) 老人保健法に基づく機能訓練事業への支援

(ア) 秋田市リハビリ学級

医師 2回 機能訓練科長 宮 秀 哉
 作業療法士 1回 高 見 美 貴

(イ) 河辺町リハビリ学級

医師 1回 機能訓練科長 宮 秀 哉
 理学療法士 9回 原 崎 祐 子
 作業療法士 2回 金 澤 一 美

(ウ) 協和町リハビリ学級

理学療法士 2回 大 山 寛 子
 作業療法士 3回 進 藤 潤 也

(エ) 西仙北町リハビリ学級

理学療法士 10回 五十嵐 優 子
 言語聴覚士 2回 山 岸 敬

(2) 地域リハビリテーション検診事業

在宅生活を続ける障害者にとって、障害の悪化を予防し日々の生活を有意義に暮らすことが重要である。障害の悪化を防ぐには日常生活において心身活動を積極的に行ったり、治療体操を日課とすることが効果的である。しかし、そのような努力にも関わらず機能低下が生じることがしばしばある。その際に、機能低下を早期に発見し、早期に治療することにより回復が可能となる。センターの行う地域リハビリテーション検診の目的は機能低下の早期発見と療養相談である。昨年度は2町であったが、今年度は4町村と事業を拡大した。

(ア) 検診

月 日	町 村	対象者	医 師	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	ケースワーカー
5月23日	神 岡 町	14名	千田富義、佐山一郎 山村裕朗	須藤恵理子、堀川学	高見美貴、川野辺穫	
7月13日	西仙北町	10名	千田富義、佐山一郎	五十嵐優子、松嶋明子、大山寛子	高見美貴、川野辺穫	武藤冬樹
9月5日	南 外 村	13名	千田富義、佐山一郎	原崎祐子、小松代瑞恵、武田超	高見美貴、川野辺穫	武藤冬樹
9月12日	協 和 町	18名	千田富義、佐山一郎	須藤恵理子、小松代瑞恵	高見美貴、川野辺穫	武藤冬樹

(イ) 報告会

西仙北町	平成12年10月12日	センター所長 千田富義、薬局長 中道博之
南外村	平成12年10月17日	医療部次長 佐山一郎、薬局長 中道博之
協和町	平成12年10月31日	医療部次長 佐山一郎、作業療法士 高見美貴

(3) 平成12年度リハビリ講座（リハビリテーション科）

目的：リハビリテーション科に入院中の患者・家族のために、リハビリテーション科のスタッフがわかり易く、ワンポイントレッスンで話す。

実施内容

月 日	リハビリ講座の内容	講師および担当者	参加人数
4月14日	寝たきり防止のため 入浴介助について	センター所長 千田 富義 4病棟看護婦 佐藤 浩美	37名
4月28日	くすりって何 トイレの介助法について	薬剤師 柳谷 由己 5病棟看護婦 堀江美智子	26名
5月12日	脳卒中の再発防止 着替えの方法	医療部次長 佐山 一郎 4病棟看護婦主任 畠山 朋子	46名
5月26日	福祉サービスについて 安全に食べよう	ケースワーカー 武藤 冬樹 5病棟看護婦 田中 綾子	38名
6月23日	糖尿病と肥満について 糖尿病の食事	機能訓練科長 宮 秀哉 管理栄養士 岩澤美穂子	38名
7月14日	高血圧について 介護保険・要介護度について	医療部次長 佐山 一郎 作業療法士 高橋 敏弘	46名
7月28日	眠れぬあなたのために 車椅子を使いこなそう	給食科長 横山絵里子 理学療法士 堀川 学	53名
8月25日	杖・手すりの話し 口腔の清潔について	理学療法士 原崎 祐子 5病棟看護婦 谷内 陽子	29名
9月8日	廃用症候群 トイレの介助について	センター所長 千田 富義 5病棟看護婦主任 鎌田 妙子	42名
9月22日	薬と食事の関係 入浴の介助について	薬局長 中道 博之 4病棟看護婦 佐藤 浩美	22名
10月13日	生活に便利な福祉用具 伝えたいのに	作業療法士 高見 美貴 言語聴覚士 山岸 敬	54名
10月27日	胃ろうの話し 減塩について	リハビリ科医師 山村 裕明 管理栄養士 岩澤美穂子	34名
11月24日	成人病と食事 安全に食べよう	機能訓練科長 宮 秀哉 5病棟看護婦主任 澤田 朱美	45名
12月8日	介護保険について 着替えの方法	ケースワーカー 武藤 冬樹 4病棟看護婦主任 日沼 純子	32名
1月26日	運動を楽しく安全にやりましょう 車いすを使いこなそう	センター所長 千田 富義 理学療法士 大山 寛子	37名
2月9日	脳卒中後の物忘れ・呆けを予防する 障害者の自転車運転	医療部次長 佐山 一郎 作業療法士 川野辺 穰	30名
2月23日	昼寝のすすめ トイレの介助法について	給食科長 横山絵里子 5病棟看護婦 工藤優加子	41名
3月9日	緊急時の対処法 入浴の介助について	リハビリ科医師 山村 裕明 4病棟看護婦 藤田 佳子	38名

(4) リハビリセンター企画・ケアシリーズ

企画・運営：秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
リハビリテーション科

第二回 平成12年7月7日

テーマ：＜脳卒中後遺症の診かたとケア（1）運動障害＞

担当：「脳卒中による運動障害の診かた」	センター所長	千田 富義
「片麻痺の動作能力を低下させないために」	理学療法士	須藤恵理子
「ADL 拡大と危険回避のケア」	5 病棟看護婦長	佐藤 恵子

第三回 平成12年11月10日

テーマ：＜脳卒中後遺症の診かたとケア（2）言語障害とその周辺＞

担当：「（中枢性）言語障害とその周辺症状・・・ 高次脳機能障害の診かたと考え方」	リハビリ科医師	下村 辰雄
「失語症：臨床的特徴と言語訓練の実際」	言語聴覚士主査	中野 明子
「失語症患者への対応とケア：全失語 （再帰性発語）失行のあった1事例の体験を通して」	4 病棟看護婦主任	照井 和子

(5) 痴呆介護講座（7病棟）

目的：痴呆に対する啓蒙を行い、家族の抱えている悩みや疑問を解決し、痴呆患者の介護に対する理解を得る。

対象：7病棟に入院している患者の家族

実施内容

月 日	介護講座の内容	講師および担当者	参加人数
9月6日	痴呆について 徘徊時の対応	精神科科長 小畑 信彦 看護科主任 伊藤 英美 看護科主任 今野 昭子	16家族19名
10月4日	妄想への対応	精神科医師 佐藤 隆郎 看護科主任 工藤 順子 看護科技師 加藤 彰子	6家族6名
11月8日	譫妄への対応	精神科医師 高橋 裕二 看護科技師 越川 美紀 看護科技師 大野裕美子	8家族9名
12月14日	痴呆への薬物について 痴呆状況への対応	精神科科長 小畑 信彦 看護科技師 佐々木由紀子 看護科技師 木曾美貴子	9家族13名
2月7日	介護保険について 入浴時の介助	医事課主査 進藤 晃弘 看護科技師 阿部 宣子 看護科技師 傳農 直子	12家族12名
3月7日	痴呆の理解と診断 痴呆患者の看護	精神科医師 佐藤 隆郎 看護科技師 大山 由香 看護科技師 白澤富士子	9家族12名

まとめ

本講座を通じて家族からは「痴呆の症状がうちの　さんと同じだ」「病気とわかっているもつい叱り付けてしまう」「外泊しても外に連れ出すのに勇気がある」「痴呆が進行していく年月が知りたい」等の意見がだされた。また同じような悩みを抱えていることを知り、家族間の連携の機会にもなっている。レクリエーションの場面を見た家族からは「今まで見られなかった患者の一面を知ることが出来て良かった」と喜びの声も聞かれた。家族の率直な意見を聞くことで看護者も患者のみでなく家族へのサポートの大切さを実感させられた。今後は家族の意向を汲み取り、内容を検討しながら更に発展させていきたい。

(6) 第3回リハセン祭（平成12年6月10日）

リハセン祭はセンターの医療を一層効果的にするために、(1)障害者の障害悪化の予防、健康維持

のための健康啓蒙活動を行う、(2)センターの医療内容を広く伝え、県民の利用しやすい状況を作る、(3)退院患者、障害者のコミュニケーションの場とする、などを目的として始められた。ほぼ全職種がリハセン祭の運営に加わっているが、毎年400名前後の参加者がありセンター医療の展開に大きく貢献している。

平成12年は「生活習慣病の予防」をテーマに実施された。講演会では、秋田大学耳鼻咽喉科の宮崎総一郎助教授から「イビキの怖さ」についてのお話があった。また、生活習慣病予防に役に立つ骨密度測定、血圧測定、血液検査（脂質検査など）、ストレッチングの指導なども行われた。協和町の中学生によるプラスバンド演奏、協和町特産のメロンの即売なども加わり祭りを盛り立てた。参加者からは、健康を考えながら楽しい一日を送ったと好評であった。

(7) その他の地域支援活動

転倒予防教室（平成12年12月21日）

南外村コミュニティーセンター

理学療法士 1名

難病療育相談会（平成12年11月26日）

大曲仙北広域交流センター

ケースワーカー 1名



(第3回リハセン祭)

3 教育活動

(1) 大学等講師派遣状況

派遣職員		派遣先	講義名	講義時間
職名	氏名			
所長	千田 富義	東北大学医学部	リハビリテーション医学	1時間
副所長	飯島 壽佐美	秋田大学医療技術短期大学部	精神医学	3時間
医療部次長	佐山 一郎		リハビリテーション医学	30時間
神経・精神科長	小畑 信彦		精神医学	3時間
技師(作業療法士)	高橋 敏弘		身体障害作業療法	9時間
技師(作業療法士)	川野辺 穰		基礎作業学実習	12時間
副所長	飯島 壽佐美		秋田大学医学部	精神医学
神経・精神科長	小畑 信彦	精神医学		6時間
医師	中澤 操	耳鼻咽喉科学		54時間
医師	高橋 祐二	秋田県立衛生看護学院	精神疾患	31時間
医師	清水 哲哉		精神疾患	15時間
医師	佐藤 隆郎		精神保健	19時間

(2) 他機関講師派遣状況

職氏名	講演年月日	講演題名	講演会等の名称
所長 千田 富義	12.5.30	障害克服を支援して	青少年育成秋田県民会議総会記念講演 (主催:秋田生活環境文化部 県民文化政策課)
所長 千田 富義	12.7.25	IADLとADL	仙北郡医師会西部医談会 (主催:仙北郡医師会西部医談会)
所長 千田 富義	12.9.18	認定調査上の留意点及び特記事項記入の仕方	認定調査従事者研修会 (主催:大曲仙北広域市町村圏組合西部介護保険事務所)
所長 千田 富義	12.9.27	共生を目指して	秋田県障害者雇用促進大会記念講演 (主催:秋田県雇用促進協会)
所長 千田 富義	12.12.3	中枢神経疾患の障害分析とその対応	山形県理学療法士会研修会 (主催:山形県理学療法士会)
副所長 飯島 壽佐美	12.7.21	医療はどう変わる 未来の医学 - 精神医学の分野	県民カレッジあきた学専修コース (主催:秋田県生涯学習センター)
副所長 飯島 壽佐美	12.11.9	これからの精神保健福祉活動について	鹿角市精神保健ボランティア養成講座 (主催:鹿角市)

職氏名	講演年月日	講演題名	講演会等の名称
副所長 飯島 壽佐美	13 .3 .13	メンタルヘルスについて	秋田県社会保険委員会役員研修会 (主催:秋田県社会保険委員会)
医療部次長 佐山 一郎	12 .9 .19	寝たきりを予防する	秋田ふれあい元気教室 (主催:秋田市保健所)
医療部次長 佐山 一郎	12 .11 .19	医療の基礎知識	ホームヘルパー養成講座2級課程 (主催:秋田中高年福祉事業団)
医療部次長 佐山 一郎	13 .1 .30	高次脳機能障害の理解	秋田県障害者職業センター職員講習会 (主催:秋田県障害者職業センター)
神経・精神科長 小畑 信彦	12 .11 .6	退職後の心の健康管理について	退職準備型ライフプランセミナー (主催:秋田県総務部人事課)
神経・精神科長 小畑 信彦	12 .11 .13	メンタルヘルスについて	メンタルヘルス (主催:秋田社会保険事務局)
神経・精神科長 小畑 信彦	12 .11 .19	てんかんとはどういう病気か	てんかん市民講座 (主催:日本てんかん協会秋田県支部)
神経・精神科長 小畑 信彦	13 .2 .8	てんかんとはどういう病気か	保健講話 (主催:秋田大学教育文化学部附属養護学校)
神経・精神科長 小畑 信彦	13 .1 .17	暮らしの中の精神保健	保健衛生講話 (主催:秋田県社会保険診療報酬支払基金)
給食科長 横山 絵里子	12 .12 .18	障害者(児)の理解と対応	栄養改善推進保健所研修会 (主催:大曲保健所)
医師 下村 辰雄	12 .11 .12	痴呆の診断とケア	秋田県南介護支援専門員連絡協議会研修会 (主催:秋田県南介護支援専門員連絡協議会)
医師 中澤 操	12 .4 .21	摂食嚥下の獲得と発達に障害がある場合の考え方(保護者と教職員のために)	秋田養護学校保護者及び教職員研修会(主催:秋田養護学校)
医師 中澤 操	12 .6 .2	中学生以上の難聴者への意識調査より-新生児スクリーニングの動向	秋田県立聾学校教職員勉強会 (主催:秋田県立聾学校)
医師 中澤 操	12 .7 .3	摂食嚥下の基本、加齢・脳卒中との関係	在宅介護研修 (主催:千畑町ボランティア推進員)
医師 中澤 操	12 .7 .8	乳幼児の摂食嚥下の発達からみる事故の成因	母子保健指導者・医師研修会 (主催:秋田県福祉保健部健康対策課)
医師 中澤 操	12 .8 .17	きこえない世界をも尊重する社会とは?	秋田県聴覚・言語障害児教育研究大会&親子合宿療育研修会 (主催:秋田県聴覚・言語障害児教育研究会及び秋田県聴覚障害児をもつ親の会)

職 氏 名	講 演 年月日	講 演 題 名	講 演 会 等 の 名 称
医師 中 澤 操	12 .10 .13	正常嚥下のメカニズムと典型的な嚥下障害症例	本荘由利医師会講演 (主催：本荘由利医師会)
医師 中 澤 操	13 .1 20	正常嚥下のメカニズムと典型的な嚥下障害症例	秋田県歯科医師会講演 (主催：秋田県歯科医師会)
医師 佐 藤 隆 郎	13 .1 23	痴呆の基礎医学	痴呆性老人処遇技術研修講座 (主催：秋田県社会福祉協議会)
主査 中 野 博 明	12 .7 .14	在宅でもできる機能訓練	南外村家族介護教室 (主催：南外村)
主査 中 野 博 明	12 .7 21	リハビリテーション医療の基礎知識	ホームヘルパー養成研修 2級 (主催：秋田県介護実習普及センター)
総看護婦長 川 村 タ ミ ほか3名	12 .7 22	やさしい在宅介護の実技	さわやか介護セミナー (主催：秋田魁新報社)
総看護婦長 川 村 タ ミ ほか5名	12 .10 .2 ~ 12 .10 .6	基本介護技術	ホームヘルパー養成研修2級課程 (主催：中高年雇用福祉事業団)
看護師長 福 岡 幸 記 ほか	12 .7 31	情報管理	看護管理研修会 (主催：秋田県看護協会)
看護婦長 山 岡 ちや子	12 .8 .3	摂食訓練・食事介助法	在宅介護研修 (主催：千畑町ボランティア推進員)
看護婦長 山 岡 ちや子	13 .1 20	間接訓練と嚥下食	嚥下障害研修会 (主催：秋田県歯科医師会)

(3) 実習受入状況

受 入 先	授 業 科 目	講義・実習期間	受入人員
秋田大学医療技術短期大学部	理学療法 3 年次臨床実習	12 .6 .1 ~ 8 .4	1 人
	〃	12 .8 28 ~ 10 27	2 人
	作業療法 3 年次臨床実習	12 .5 28 ~ 7 .7	2 人
	〃	12 .8 27 ~ 10 .6	1 人
	〃	12 .10 .15 ~ 11 24	1 人
仙台医療技術専門学校	作業療法 1 年次臨床実習	13 .3 .5 ~ 3 .10	2 人
	理学療法 3 年次臨床実習	12 .5 29 ~ 7 20	1 人
	〃	12 .8 29 ~ 10 20	1 人
日本福祉リハビリテーション学院	作業療法 4 年次臨床実習	12 .9 .11 ~ 11 .10	1 人
晴陵リハビリテーション学院	作業療法 3 年次臨床実習	12 .8 27 ~ 10 .19	1 人
	作業療法 2 年次臨床実習	13 .2 .19 ~ 3 .7	2 人
秋田県立衛生看護学院	3 年次学生	12 .4 .13 ~ 11 .17	46人
国立仙台病院附属リハビリテーション学院	理学療法 3 年次臨床実習	12 .6 .12 ~ 7 29	1 人
東北文化学園専門学校	作業療法 3 年次臨床実習	12 .5 28 ~ 7 21	1 人
東北文化学園大学	作業療法 2 年次臨床実習 1	13 .2 9 ~ 2 23	2 人
東京医薬専門学校	言語療法臨床実習	12 .4 .10 ~ 6 .10	1 人
老人保健施設ほのぼの苑	言語療法研修	12 .7 .3 ~ 10 .3	1 人
秋田県立衛生看護学院	3 年次学生	12 .4 .13 ~ 11 .17	46人
協和中学校（一日看護学生）	3 年生	12 .7 25	8 人

業

績

< 学会発表 >

1. リハビリテーション科

慢性脳卒中へのリハビリ治療の効果

千田富義, 須藤恵理子, 佐山一郎

第68回秋田県医学会総会

2000年9月15日(秋田市)

東北地区におけるスモン患者の検診 - 特に介護に関する調査結果について

高瀬貞夫, 松永宗雄, 山本悌司, 大井清文,

千田富義, 西郡光昭, 鯨井隆

厚生省特定疾患スモン調査研究班会議平成12年度会議

2001年2月2日(東京都)

当院における耳鼻咽喉科常勤医の役割

中澤 操

第9回耳鼻咽喉科リハビリテーション研究会

2000年4月22日(東京都)

新しい女医像を探る - 秋田大学同窓生アンケートより

中澤 操, 斉藤孝恵, 山田真美子, 伏見悦子,

林 雅人

日本病院学会

2000年6月15日(秋田市)

コミュニケーションモードをめぐって&難聴児の親の心理(講演)

中澤 操

田中美郷教育研究所難聴乳幼児指導者のためのワークショップ

2001年2月16日(東京都)

前脳基底部健忘の時間的順序の検討

下村辰雄, 山岸 敬, 中野明子, 横山絵里子, 佐山一郎

第24回日本神経心理学会総会

2000年9月7 - 8日(東京都)

シンポジウム 未破裂脳動脈瘤手術の高次脳機能への影響 - 未破裂脳動脈瘤の術前・術後の神経心理検査の比較 - (講演)

下村辰雄

第9回日本脳ドック学会総会

2000年6月29 - 30日(出雲市)

両手の手指模倣障害を呈した1例

下村辰雄, 山岸 敬, 中野明子, 横山絵里子, 佐山一郎

第24回日本失語症学会総会

2000年10月11 - 12日(東京都)

長期のバルプロ酸投与により無動状態を呈した1例

下村辰雄, 横山絵里子, 佐山一郎, 千田富義

第67回日本神経学会東北地方会

2000年9月15日(仙台市)

人物の同定障害を呈した1例

下村辰雄, 横山絵里子, 佐山一郎, 千田富義

第68回日本神経学会東北地方会

2001年3月17日(仙台市)

痴呆へのリハビリテーションアプローチ(特別講演)

下村辰雄

第20回秋田県リハビリテーション研究会

2001年3月24日(秋田市)

前脳基底部健忘を呈した1例

下村辰雄, 柏谷美紀, 木内智子, 佐々木珠紀,
横山絵里子, 佐山一郎, 千田富義

第18回秋田県脳神経研究会

2001年2月10日(秋田市)

変性性痴呆疾患の臨床症状について(講演)

下村辰雄

秋の宮 C.C. 学術講演会

2000年6月20日(湯沢市)

非アルツハイマー型変性痴呆の臨床症状(講演)

下村辰雄

第54回仙北医師会学術講演会

2000年8月21日(角館町)

器質性脳疾患における咀嚼運動後の脳波の基礎律動の変化

横山絵里子, 中澤 操, 長田 乾

第3回日本薬物脳波学会

2000年4月20-21日(秋田市)

脊髄小脳変性症の臨床経過における入院リハビリの効果

横山絵里子, 千田富義, 中澤 操, 山村裕明,
宮 秀哉, 佐山一郎

第37回日本リハビリテーション医学会学術集会

2000年5月22-24日(東京都)

脳血管障害にみられる無表情と病巣局在, 精神的機能との関係

横山絵里子, 下村辰雄, 千田富義, 長田 乾

第41回日本神経学会総会

2000年5月24-26日(東京都)

表情の表出障害と顔の識別・記憶との関連性の検討

横山絵里子, 下村辰雄, 千田富義, 長田 乾

第5回認知神経科学会

2000年7月14-15日(東京都)

脳血管障害による無表情の検討

横山絵里子, 長田 乾, 下村辰雄, 中野明子,
山岸 敬, 佐山一郎

第24回日本神経心理学会総会

2000年9月7-8日(東京都)

Broca失語の保続に対するドパミンアゴニストの有用性

田中 裕, Martin L. Albert, 明田昌三,
藤田光次, 高島真由美, 野中千恵子,

横山絵里子

第24回日本神経心理学会総会

2000年9月7-8日(東京都)

器質性脳疾患患者の咀嚼運動後の背景脳波の変化

横山絵里子, 長田 乾

第30回日本臨床神経生理学会学術大会

2000年12月13-15日(京都市)

Correlation of aphasia scores with quantitative EEG, cerebral blood flow and oxygen metabolism in aphasic patients due to stroke

Eriko Yokoyama, Ken Nagata

The 4th Pan Pacific workshop on brain topography

2000年11月11-12日(米国, アーバイン)

Correlation between brain electrical activity and cerebral blood flow and metabolism provided by PET

Ken Nagata, Eriko Yokoyama, David Wright

The 4th Pan Pacific workshop on brain topography

2000年11月11 - 12日 (米国,アーバイン)

2. 精神科

低血糖に伴った睡眠中の異常行動

高橋祐二, 杉山智成, 高橋賢一, 齊藤 靖,
小川由理子, 神林 崇, 清水徹男, 菱川泰夫

第30回日本臨床神経生理学会学術大会

ワークショップ

2000年12月13日 (京都市)

3. 機能訓練科

脳卒中患者における床からの起立動作と歩行動作の関係

須藤恵理子, 奥山夏子

第35回日本理学療法士学会

2000年5月19 - 20日 (鹿児島市)

脳卒中患者のトイレ動作の自立度について - 排尿周辺動作の検討 -

高見彰淑, 五十嵐優子, 小松代瑞恵,

須藤恵理子, 大山寛子, 奥山夏子, 原崎祐子,

堀川学, 松嶋明子

第35回日本理学療法士学会

2000年5月19 - 20日 (鹿児島市)

慢性脳卒中患者の訓練効果

須藤恵理子, 千田富義

第19回秋田県リハビリテーション研究会

2000年12月2日 (秋田市)

脳卒中片麻痺に肺気腫を合併した症例に対する呼吸理学療法の経験

堀川 学, 高橋仁美

第7回秋田県理学療法士学会

2001年3月10 - 11日 (秋田市)

脳卒中患者の立位保持能力・起立能力からみた歩行の予後

武田 超, 須藤恵理子

第7回秋田県理学療法士学会

2001年3月10 - 11日 (秋田市)

脳卒中片麻痺者の洗体動作に影響を与える因子

高見美貴, 金澤一美, 川野辺穰, 進藤潤也,

千田富義

第34回日本作業療法学会

2000年5月25 - 26日 (横浜市)

上肢能力検査(上田式)とMFSの関係について

金澤一美, 高見美貴, 千田富義

第34回日本作業療法学会

2000年5月25 - 26日 (横浜市)

当センターにおける自動車運転評価・訓練の取り組み

川野辺穰, 千田富義

第20回秋田県リハビリテーション研究会

2001年3月24日 (秋田市)

前頭側頭型痴呆患者の行動，作業能力の特性～アルツハイマー型痴呆患者との比較～

進藤潤也，高見美貴，下村辰雄

第20回秋田県リハビリテーション研究会

2001年3月24日（秋田市）

BIT（行動性無視検査）の使用経験

進藤潤也，金澤一美，高見美貴，下村辰雄

第9回秋田県作業療法学会

2000年4月22 - 23日（大曲市）

BIT（行動性無視検査）の使用経験

進藤潤也，高橋敏弘，高見美貴，川野辺穰，
金澤一美，下村辰雄

第19回秋田県リハビリテーション研究会

2000年12月2日（秋田市）

BIT（行動性無視検査）の下位項目の検討について

進藤潤也，高見美貴，金澤一美，川野辺穰，
高橋敏弘，下村辰雄，横山絵里子，
佐山一郎，千田富義

第18回秋田県脳神経外科学会

2001年2月10日（秋田市）

単純ヘルペス脳炎1例に認めた，語彙を含む聴覚失認の分析

山岸 敬，中野明子，下村辰雄，横山絵里子，
佐山一郎

第24回日本神経心理学会総会

2000年9月8日（東京都）

漢字の失読失書および語健忘を呈した左側頭葉病変例1例の報告

中野明子，山岸 敬，下村辰雄，横山絵里子，
佐山一郎

第24回日本神経心理学会総会

2000年9月8日（東京都）

意図的発声が困難であった1症例について

山岸 敬，中野明子，山村裕明，中澤 操，
下村辰雄，横山絵里子，佐山一郎，千田富義

第12回東北神経心理懇話会

2001年2月3日（仙台市）

仮名に強い純粹失書を呈した1例

中野明子，山岸 敬，高橋敏弘，柏谷美紀，
下村辰雄，横山絵里子，佐山一郎，千田富義

第12回東北神経心理懇話会

2001年2月3日（仙台市）

リバーミード行動学的記憶検査（RBMT）の使用経験

柏谷美紀，下村辰雄，木内智子，佐々木珠紀，
横山絵里子，佐山一郎，千田富義

第18回秋田県脳神経研究会

2001年2月10日（秋田市）

前交通動脈瘤術後患者の展望記憶の検討

柏谷美紀，下村辰雄，木内智子，佐々木珠紀，
佐山一郎，千田富義

第20回秋田県リハビリテーション研究会

2001年3月24日（秋田市）

4．放射線科

^{99m}Tc-ECD の脳血流定量測定(4) ECD-ARG 法における再現性の検討

蜂谷武憲，熊谷和子，大村知己，吉田 円，
佐藤亜結子

（社）日本放射線技術学会・第56回総会学術大会

2000年4月6 - 9日(横浜市)

^{99m}Tc-ECD の脳血流定量測定(5)

PRISM-2000 XP における3 Window を用いた脳血流 SPECT における散乱線補正の検討

大村知己, 熊谷和子, 吉田 円, 佐藤亜結子, 蜂谷武憲

(社)日本放射線技術学会・第56回総会学術大会

2000年4月6 - 9日(横浜市)

^{99m}Tc-ECD-ARG 法脳血流定量 SPECT における3 Window 法による散乱線補正

大村知己, 熊谷和子, 吉田 円, 佐藤亜結子, 蜂谷武憲

(社)秋田県放射線技師会・平成11年度学術大会

2000年5月28日(秋田市)

¹²³I-IMP-ARG 法の再現性

吉田 円, 熊谷和子, 大村知己, 佐藤亜結子, 蜂谷武憲

(社)秋田県放射線技師会・平成11年度学術大会

2000年5月28日(秋田市)

骨密度測定装置 QDR-4500 のスキャンモードの検討

熊谷和子, 大村知己, 吉田 円, 佐藤亜結子, 蜂谷武憲

(社)秋田県放射線技師会・平成11年度学術大会

2000年5月28日(秋田市)

X線透視下における嚥下造影

佐藤亜結子, 熊谷和子, 大村知己, 吉田 円, 蜂谷武憲

(社)秋田県放射線技師会・平成11年度学術大会

2000年5月28日(秋田市)

PRISM-2000 XP を用いた¹²³I-IMP 脳血流 SPECT の散乱線除去

蜂谷武憲, 犬上 篤, 熊谷和子, 大村知己, 吉田 円, 佐藤亜結子, 横山絵里子, 飯田秀博, 志田原美保

第18回動態核医学研究会

2000年7月29日(仙台市)

PRISM-2000 XP の3 Window を用いた散乱線除去(1)-^{99m}Tc-ECD SPECT における効果 -

蜂谷武憲, 熊谷和子, 大村知己, 吉田 円, 佐藤亜結子

(社)日本放射線技術学会・東北部会第38回学術大会

2000年9月10日(新潟県豊浦町)

PRISM-2000 XP の3 Window を用いた散乱線除去(2)-¹²³I-IMP SPECT における効果 -

吉田 円, 熊谷和子, 大村知己, 蜂谷武憲, 佐藤亜結子

(社)日本放射線技術学会・東北部会第38回学術大会

2000年9月10日(新潟県豊浦町)

専用椅子を使用したX線透視による嚥下造影

佐藤亜結子, 熊谷和子, 大村知己, 吉田 円, 蜂谷武憲

(社)日本放射線技術学会・東北部会第38回学術大会

2000年9月10日(新潟県豊浦町)

¹²³I-IMP SPECT における散乱線除去効果

吉田 円, 大村知己, 熊谷和子, 佐藤亜結子, 蜂谷武憲, 高橋栄治, 佐山一郎, 横山絵里子, 下村辰雄, 山村裕明

第3回秋田核医学談話会
2000年10月7日(秋田市)

PRISM-2000 XP の3 Window を用いた^{99m}Tc-ECD
ARG 法 SPECT の散乱線除去効果

大村知巳, 蜂谷武憲, 熊谷和子, 吉田 円,
佐藤亜結子, 佐山一郎, 横山絵里子, 佐藤隆郎,
飯島壽佐美, 犬上 篤, 飯田秀博, 志田原美保
第7回東北脳循環カンファランス
2000年10月7日(仙台市)

Impact of Attenuation and Scatter Correction
in SPECT for Quantification of cerebral Blood
Flow Using ^{99m}Tc-Ethyl Cystinate Dimer

Miho Shidahara, Hiroshi Watabe, Kyeyong Kim,
Takenori Hachiya, Ichiro Sayama,
Iwao Kanno, Takashi Nakamura, and Hidehiro Iida
IEEE Nuclear Science and Medical Imaging
Conference
2000年9月15 - 20日(仏国, リヨン)

^{99m}Tc-ECD-ARG 法の再現性の検討

蜂谷武憲, 犬上 篤, 飯田秀博, 志田原美保
第40回日本核医学総会
2000年11月1 - 3日(神戸市)

PRISM-2000 XP における^{99m}Tc-ECD SPECT の
散乱線除去

蜂谷武憲, 犬上 篤
第40回日本核医学総会
2000年11月1 - 3日(神戸市)

サブウィンドウを用いた輪郭抽出法の最適化

志田原美保, 渡部浩司, Kyeyong Kim,
蜂谷武憲

第40回日本核医学総会
2000年11月1 - 3日(神戸市)

脳血流 SPECT の定量測定 (特別講演)

蜂谷武憲

岐阜県放射線技師会平成12年度・第1回
西濃支部勉強会
2000年11月18日(大垣市)

¹²³I-IMP-ARG 法の現状と問題点 (特別講演)

蜂谷武憲

画像診断学術講演会
2000年11月25日(盛岡市)

5. 看護科

精神分裂病患者の社会参加を目指して：生活技能
確立と地域保健婦との連携

佐藤泰豪, 山手昭彦, 鈴木敏和, 堀井蘭子,
福岡幸記

第2回日本精神科看護協会
秋田県支部看護研究発表会
2000年8月4日(協和町)

重度脳幹梗塞による嚥下障害への取り組みの一例

抜けた・話せた・食べられた

早坂ゆき, 高橋理美子, 畠山朋子, 阿部裕美,
山岡ちや子, 中澤操, 佐山一郎
第6回日本摂食嚥下リハビリテーション学会
学術大会
2000年9月8日(倉敷市)

希死念慮を抱える患者へのアプローチ：ロイ適応
モデルを通して

佐々木田鶴子, 佐々木延介, 高橋美和子,

阿部琢也，畠山由美子

第39回全国自治体病院学会

2000年9月21 - 22日（札幌市）

退院過程における効果的支援：生活技能確立と地域保健・医療との連携を通して

佐藤泰豪，山手昭彦，鈴木敏和，堀井蘭子，福岡幸記

日本精神科看護技術協会東北地区主催

精神科看護研究発表会

2000年10月5 - 6日（仙台市）

昼夜逆転し経口摂取困難な患者の援助：病前の生活習慣を活かして

加賀谷ルミ子，大山由香，斎藤京子

第1回日本痴呆ケア学会

2000年12月2日（東京都）

当病棟における転倒予防のアプローチの効果

竹内さつき，佐々木純子，堀江美智子，高橋志保

第19回秋田県リハビリテーション研究会

2000年12月2日（秋田市）

排尿自立への傾向と予測の検討

加藤弓子，佐藤真子，田中綾子，山岡ちや子

第20回秋田県リハビリテーション研究会

2001年3月24日（秋田市）

6．臨床検査科

精密さ正確さの評価法による標準化にむけての地域精度管理調査

木村清隆，小山田一，小川実，三浦 徹，金田深樹，大島善洋，高橋裕子，草彌睦子

第49回日本臨床衛生検査学会

2000年5月11 - 12日（沖縄県宜野湾市）

秋臨技ホームページの利用について

金田深樹，浅野卓志，小原俊陰，鎌田直喜，木村清隆，佐藤孝治，菅原博之，関谷智理，奈良幸一，能登谷武

第26回秋田県臨床衛生検査学会

2000年11月18日（秋田市）

精密さ正確さ評価法による標準化にむけての地域精度管理調査

木村清隆，小山田一，小川実，三浦 徹，金田深樹，大島善洋，高橋裕子，猪股正明，今野吉明，鎌田直喜，菅原博之，平田 実，原田誠三郎，菊地一正，瀧澤健吉，金 直樹，杉山 和

東北・北海道医師会共同利用施設連絡協議会

平成12年度技師研修会

2001年2月18日（仙台市）

秋田県臨床検査技師会HPの運用

鎌田直喜，浅野卓志，小原俊陰，金田深樹，木村清隆，佐藤孝治，菅原博之，関谷智理，奈良幸一，能登谷武

東北・北海道医師会共同利用施設連絡協議会

平成12年度技師研修会

2001年2月18日（仙台市）

< 印刷発表 >

1. リハビリテーション科

千田富義，佐直信彦，中村隆一：リハビリテーション医療とは．

脳卒中のリハビリテーション 第2版（中村隆一，佐直信彦，千田富義，長岡正範，森山早苗編），永井書店，大阪，pp 3 - 25，2000．

要旨：リハビリテーションについて包括的に論じたもので，リハビリテーションの概念，リハビリテーションにおける医療倫理，疾病と障害の認識，病理指向的アプローチと機能指向的アプローチ，さらに21世紀の主要なリハビリテーションの対象である慢性疾患に対する基本戦略などに言及している．

千田富義：リハビリテーションの進め方．

脳卒中のリハビリテーション 第2版（中村隆一，佐直信彦，千田富義，長岡正範，森山早苗編），永井書店，大阪，pp 159 - 180，2000．

要旨：リハビリテーションを進めるに当たって必要となる機能・構造的な側面を網羅している．関連職種とのチームアプローチの在り方，評価，計画，治療などリハビリテーション過程の基本的な考え方，ケースカンファランス，担当者会議の進め方，指示箋と処方箋の区別などに触れている．

千田富義：評価とは．

脳卒中のリハビリテーション 第2版（中村隆一，佐直信彦，千田富義，長岡正範，森山早苗編），永井書店，大阪，pp 181 - 186，2000．

要旨：リハビリテーション医療で行われる測定・評価は概念的定義に基づいているものが多い．その特殊性を考慮して，測定の目的とは何か，尺度構成や尺度の階層性，信頼性と妥当性の意味などについて述べている．

草野修輔，**千田富義**：呼吸循環器系機能の検査とフィットネス．

脳卒中のリハビリテーション 第2版（中村隆一，佐直信彦，千田富義，長岡正範，森山早苗編），永井書店，大阪，pp 193 - 195，2000．

要旨：脳卒中患者のリハビリテーションを進めていくに当たって，危険のない運動負荷量を決定することは重要なことである．ベッドサイド・訓練室での違い，運動障害の程度による違いなど，実際訓練を進めていく際に検討すべきことについての基本原則をまとめてある．

千田富義：リハビリテーション治療の具体的な展開．

脳卒中のリハビリテーション 第2版（中村隆一，佐直信彦，千田富義，長岡正範，森山早苗編），永井書店，大阪，pp 375 - 378，2000．

要 旨：実際に脳卒中患者が入院した場合，情報収集，評価，ゴール設定・治療計画，治療，再評価をどのように進めていくかを症例を通じて呈示してある．脳卒中患者機能回復予測システム（RES）の利用方法の実際にも触れている．

千田富義：リハビリテーションの効果 脊髄小脳変性症．

総合リハ 28：811 - 816，2000．

要 旨：脊髄小脳変性症に対するリハビリテーションの効果を治療効果発現機序と長期的効果の2つに分けて検討した．治療効果発現機序についてはPNF，重り・弾性緊縛帯の効果の研究などをレビューし，長期効果としてはフィットネス，ADL，運動機能などで初期値（訓練前の測定値）が重要であることを指摘している．

高瀬貞夫，松永宗雄，山本悌司，大井清文，**千田富義**，西郡光昭，鯨井隆：

東北地区におけるスモン患者の検診 - 特に介護に関する調査結果について．

厚生省特定疾患スモン調査研究班平成12年度研究報告書，pp 27 - 31，2001．

要 旨：東北地方のスモン患者が介護保険制度とどのような関わりを持っているか検討した．調査に回答した患者数は89名で，そのうち15名が要介護認定を受けていた．すべて要介護度3より軽度であった．ホームヘルパーの派遣サービスを受けている患者が半数ほどであった．患者の70%は将来の介護に不安を持っていたが，その理由の1つは介護者が高齢であることであった．

千田富義：障害の種別とその様相 高齢化による機能障害．

介護福祉士養成講座4 リハビリテーション論（福祉士養成講座編集委員会編），

中央法規，東京，pp 42 - 49，2001．

要 旨：高齢者の機能障害は加齢そのものによるものと高齢者に頻度の高い疾病の結果生じる機能障害が組み合わさって出現する．主として慢性の経過をたどり，徐々に機能が低下していく．しかし，一律に高齢者を弱者とする高齢者差別は種々の生活援助を進める上で過ちを起こす可能性がある．その点を強調して機能障害の特徴について触れた．

千田富義：リハビリテーションの実際 高齢化による機能障害．

介護福祉士養成講座4 リハビリテーション論（福祉士養成講座編集委員会編），

中央法規，東京，pp 114 - 210，2001．

要 旨：大幅に伸びた平均寿命の中でできるだけ罹病期間，障害に苦しむ期間を減らすのが高齢者リハビリテーションの目的となる．そのためには，機能障害悪化の予防，代償手段の活用，活動の維持などを考慮する．高齢者リハビリテーションにとって，日常生活活動の向上や援助，転倒などの事故防止が最も重視すべき課題となる．

千田富義：共生を目指して．雇用の扉．

秋田県障害者雇用促進協会，pp 1 - 9，2000．

要 旨：リハビリテーション医療を進める立場から「共生」について考えてみた．共生はそれぞれの自立を目指す心から出発し，それに対して社会が「完全参加と平等」の立場で支えることで成り立つ．障害者の参加する社会は，今まさに訪れようとしている個人の能力を画一的に競い合う社会ではなく，多様な能力の価値を認めて，その能力に応じて参加することができる社会である．

千田富義：ADLの話．

秋田魁新報 2000年5月14日号

要 旨：ADLには標準的ADLと手段的ADLがある．標準的ADLは身の回りに関わる食事，更衣，整容，トイレ，移動などが含まれ，手段的ADLは生活の目的や社会的役割を果たす手段である．たとえば，公共交通機関に乗るとか買い物に出かけるなどが含まれる．これらはリハビリテーション医療の効果を測定する尺度にも使われる．

千田富義：廃用症候群．

秋田魁新報 2000年7月23日号

要 旨：廃用症候群はリハビリテーションでよく使われる用語で，頭や身体を使わないために生じる症候群である．関節拘縮，床ずれ，体力の低下などが含まれる．慢性脳卒中患者の6割以上が廃用症候群のためリハセンに再入院している．この場合も早めに入院リハを行えば，改善する可能性もある．

千田富義：障害受容．

秋田魁新報 2000年10月1日号

要 旨：障害受容とは元に戻らない身体を見てもう何もできないと諦めるのではなく，不自由な状態を認めながらそれに合った新しい方法で新しい生活スタイルを作り上げることである．これまでの対処行動や環境によって障害受容の過程は異なる．障害受容の達成がリハビリテーションの大きな目標となる．

千田富義：介護保健とリハビリ．

秋田魁新報 2000年12月10日号

要 旨：リハビリテーションには障害予防・軽減と再定着という2つの考え方がある．介護保険制度は介護サービスを提供し，生活の範囲を拡大し，家族の負担を軽減する再定着促進の制度である．それと同時に，障害予防・軽減を目指した治療や訓練も必要となる．これは主として病院でのリハビリテーションで行われる．この両方の取り組みがバランスよく進められなければならない．

千田富義：生活習慣病とリハビリ。

秋田魁新報 2000年10月8日号

要旨：病気が生じやすい個人の特性を危険因子という。これまで脳卒中などいくつかの疾患での危険因子が論じられている。しかし、危険因子の考え方は障害予防にもあてはまる。障害進行の危険因子を分析し、根拠のある予防戦略を持つことが大切である。

Mori E, Shimomura T, Fujimori M, Hirono N, Imamura T, Hashimoto M, Tanimukai S, Kazui H, Hanihara : Visuo perceptual impairment in dementia with Lewy bodies

Arch Neurol 57 : 489 - 493 , 2000 .

Abstract : BACKGROUND : In dementia with Lewy bodies (DLB), vision-related cognitive and behavioral symptoms are common, and involvement of the occipital visual cortices has been demonstrated in functional neuroimaging studies. OBJECTIVES : To delineate visuo perceptual disturbance in patients with DLB in comparison with that in patients with Alzheimer disease and to explore the relationship between visuo perceptual disturbance and the vision-related cognitive and behavioral symptoms. DESIGN : Case-control study. SETTING : Research-oriented hospital. PATIENTS : Twenty-four patients with probable DLB (based on criteria of the Consortium on DLB International Workshop) and 48 patients with probable Alzheimer disease (based on criteria of the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) who were matched to those with DLB 2 : 1 by age, sex, education, and Mini-Mental State Examination score. MAIN OUTCOME MEASURES : Four test items to examine visuo perceptual functions, including the object size discrimination, form discrimination, overlapping figure identification, and visual counting tasks. RESULTS : Compared with patients with probable Alzheimer disease, patients with probable DLB scored significantly lower on all the visuo perceptual tasks ($P < .04$ to $P < .001$). In the DLB group, patients with visual hallucinations ($n = 18$) scored significantly lower on the overlapping figure identification ($P = .01$) than those without them ($n = 6$), and patients with television misidentifications ($n = 5$) scored significantly lower on the size discrimination ($P < .001$), form discrimination ($P = .01$), and visual counting ($P = .007$) than those without them ($n = 19$). CONCLUSIONS : Visual perception is defective in probable DLB. The defective visual perception plays a role in development of visual hallucinations, delusional misidentifications, visual agnosias, and visuoconstructive disability characteristic of DLB

佐山一郎：能力低下を診る 欠かせないリハビリ。

秋田魁新報 2000年4月9日号

要旨：リハビリテーション科の役割として、個人の能力低下を診る意味を説明した。また、脳損傷の原因として最も大きな原因である脳卒中、その治療の近未来医療の中でもやはりリハビリテーションが欠かせないことを最近の基礎研究データから説明した。

佐山一郎：言語の障害を診る 失語症，意志疎通の回復主眼に．

秋田魁新報 2000年6月18日号

要旨：事例を紹介して，失語症の長期予後を紹介した．また，失語症の訓練法，訓練の目標，失語症においても包括的リハビリテーションが大切であることを説明した．

佐山一郎：注意の障害を診る 日常生活の困難さ目安．

秋田魁新報 2000年8月27日号

要旨：機能障害の中でもリハビリテーションで問題となる注意障害について，事例を通して解説した．また，その機能訓練での評価法や訓練実施上の問題点，薬物療法の可能性について言及した．

佐山一郎：頑固さ，柔軟さを診る 脳の局所障害．

秋田魁新報 2000年11月5日号

要旨：前頭葉機能としての概念転換障害は，ヒトの老化現象としても認められること，リハビリテーションでは新しい学習をしたり，環境に適応してゆく上で問題となること，意図と動作の解離が著しい場合は，脳の局所障害を疑う必要のあることを事例を通して説明した．

佐山一郎：記憶障害を診る リハビリにより回復も．

秋田魁新報 2001年1月14日号

要旨：記憶の障害は頭部外傷やクモ膜下出血など，広汎な脳損傷に伴って生ずる．記憶障害は，いわゆる痴呆の中核症状でもある．しかし，障害に対する病識があって，その他の高次機能障害などがないか，軽微な場合には，治療戦略として代償的機器を導入したり，一定の訓練方法を取ることによって，家庭や社会生活への復帰も可能となる場合がある．以上を当センターで経験した事例を通して紹介した．

下村辰雄：非アルツハイマー型変性痴呆の神経心理症状．

臨床神経40：498，2000．

要旨：レビー小体を伴う痴呆 Dementia with Lewy bodies (DLB) では Alzheimer disease (AD) と同様の痴呆症状を呈し，記憶障害，見当識障害や認知障害を有するが，AD に比し，記憶障害，特に再生障害が軽く，視空間認知障害あるいは視覚構成障害が強い．視知覚障害を AD と比較すると，DLB では長短や大小の弁別，形態弁別，錯綜図，視覚計数の障害が強く，より高次の視知覚障害だけでなく，要素的な視知覚障害を認める．幻視と錯綜図の認知障害，誤認妄想，特に TV misidentification と長短や大小の弁別，形態弁別，視覚計数の障害が有意に関連している．視覚認知障害が視空間認知障害あるいは視覚構成障害だけでなく，幻視，誤認妄想などの神経行動学的異常の基盤になっている可能性がある．

前頭側頭型痴呆 Frontotemporal dementia (FTD) は最近提唱された疾患概念で，臨床的には著明な性格変化，実行機能の低下を特徴とする．病理学的には Pick 病，前頭葉変性症，運動ニューロン疾患を伴うものの3型に分けられるが，この包括的概念は Pick 病にまつわる病理学的な論争を回避しつつ，

臨床診断の指針を示したことで有用である。FTDでは、ADやDLBに比し、脱抑制、異常行動、多幸が多く、妄想は少ない。模倣をしないように指示しても、検者の行為を模倣する模倣行動(obstinate IB)は前頭側頭型痴呆に特異的に出現し、ベッドサイドでの鑑別に有用な症候である。

下村辰雄：シンポジウム行為障害における強迫性とはなにか。

神経心理16：99 - 109, 2000。

要旨：強迫的行為は患者が遂行しなくてもいいと理解しているのにも関わらず、繰り返し行ってしまう行為で、その行為を遂行する意志や意図がないことが患者の内省や繰り返される行為に対しての抑制的な方略がみられることから確認しえることが重要である。しかし、患者の意志や意図の判断は、患者の合理化や作話をも含む内省に基づくために、判断が難しい場合がある。

模倣行動を操作的に再定義して、変性性痴呆疾患と認知障害のない入院患者において検討した。naive imitation behaviorは痴呆患者に高頻度にみられ、認知障害や老化による認知機能の低下が関与している可能性があるが、認知機能障害のない患者でもかなりの頻度で生じ、必ずしも病的とはいえない。習慣などの社会的行動様式の世代間の差の関与も否定できない。obstinate imitation behaviorは前頭側頭型痴呆に特異的に出現し、軽度から中等度の前頭側頭型痴呆とアルツハイマー病とのベッドサイドでの鑑別に有用な症候である。

下村辰雄：リハビリテーションにおける精神科的対応 痴呆症状への対応。

総合リハビリテーション28：1027 - 1032, 2000。

要旨：痴呆患者に対するリハビリテーションの目標は、痴呆により自己判断が難しくなり、自立した社会生活も困難になっていく患者の生活の質(QOL)をどのように考え、いかに向上させるか、また、患者の人権をどのように考え、いかに確保していくかである。その為には多岐に渡る包括的なアプローチを考慮しつつ、QOLの向上をめざすことが大事である。痴呆患者のリハビリテーションを実施する場合には、常に何を目標にリハビリテーションを実施するのかを考慮しておく必要がある。評価する主要な領域は、1)認知機能、2)行動障害・精神症状・感情障害など、3)日常生活活動、4)家族の負担、5)介護資源の利用、6)生活の質および患者・家族の満足感などで、痴呆患者のリハビリテーションはいずれかの側面の改善や増悪の穏徐化を目標に行われるべきである。

下村辰雄，柏谷美紀，木内智子，佐々木珠紀，中野明子，横山絵理子，佐山一郎，千田富義：前脳基底部健忘の1例。臨床神経心理11：49 - 51, 2000。

要旨：破裂前交通動脈瘤の術後、前脳基底部健忘を呈した1例(46歳，男性，右利き，大学卒)を報告した。入院時所見：意識清明，神経学的に異常所見なし。神経心理学的検査：MMSE 27 / 30, WAIS-R VIQ 110, PIQ 109, WMS-R Verbal Memory Index 82, Visual Memory Index 89。自伝的遠隔記憶検査(数井ら，1997)では5年の逆行性健忘を認めた。この間の自伝的エピソードに関して、出来事の写真を見て、旅行した場所や人物の同定は可能だが、時間順に並べることができなかった。入院後に実施し

た EEG などの検査について時間順に記述できなかった。言語性遠隔記憶検査（小森ら，1996）は各年代とも93%以上可能。慶応版 Recency test は55%，Recognition test は95%，位置異同検査は50%可能であった。MRI では左直回，前脳基底部に限局した病変，IMP-SPECT では同部位の血流低下を認めた。結論：前脳基底健忘にみられる時間的順序の障害は空間的位置関係の障害と同様のメカニズムで生じ，左直回から前脳基底部の損傷が関与していると考えられた。

横山絵里子，長田 乾：脳卒中の回復におけるディアスキシスの役割（Seitz RJ, Azari NP, Knorr U, et al. : The role of diaschisis in stroke recovery. Stroke 30（9）：1844 - 1850，1999）。

脳血管2000 文献レビュー。板倉 徹，福内靖男監修。金芳堂，京都，pp 149 - 150，2000。

要旨：脳損傷からの機能回復には，病巣から離れた領域の機能的変化が関与するというディアスキシスの機序が推察されている。脳梗塞の責任病巣と機能回復にかかわるネットワークを，PET 脳血流賦活測定により，主成分分析を用いて検討した研究について紹介した。主成分分析は，多数の CBF データから独立した特徴をもつ機構やネットワークを分離する方法であり，本論文では脳梗塞の病巣に影響されるネットワークと回復関連ネットワークが認められ，その一部は共通していた。

横山絵里子：脳卒中急性期の治療戦略 - 急性期リハビリテーションの適応と阻害因子。

Medicina 37：1149 - 1151，2000。

要旨：1）脳卒中急性期リハの目的は，廃用症候群を予防し，障害された機能の回復を促進することであり，脳卒中の臨床病型や病態を考慮して適応を判断する。2）急性期の積極的な座位訓練を避けたほうがよい症例は，進行性脳梗塞，心内血栓を認める心原性脳塞栓症，止血が未確認，あるいは血圧管理不良の脳内出血，脳血管攣縮の危険性が高い破裂脳動脈瘤，原因不明の脳卒中，重篤な合併症を有する例などで，血行力学的機序が関与した可能性がある脳梗塞では慎重に開始する。

横山絵里子，長田 乾：Creutzfeldt-Jakob 病。

松下正明総編集。臨床精神医学講座 精神科臨床における画像診断 S 10：287 - 293，2000。

要旨：Creutzfeldt-Jakob 病の概念，定義，分類，疫学，成因，病態生理，臨床経過，診断，鑑別診断，治療など，特に X 線 CT, MRI, SPECT, PET などの最新の画像診断の特徴について概説。

横山絵里子，長田 乾：単純ヘルペス脳炎。

松下正明総編集。臨床精神医学講座 精神科臨床における画像診断 S 10：294 - 302，2000。

要旨：単純ヘルペス脳炎の概念，定義，分類，疫学，成因，病態生理，臨床経過，診断，鑑別診断，治療などについて概説。

横山絵里子，千田富義：認知リハビリテーションの工夫 - 顔と名前の記憶術。

臨床リハ 9：1158 - 1164，2000。

要 旨：顔の認知障害は，顔の知覚，認知，記憶障害などの機序により，熟知している顔の視覚的な同定障害をきたす．両側あるいは一側性の後頭葉側頭葉底面部の病変でみられる．顔と名前の記憶障害は，痴呆などの全般的な記憶障害以外にも，顔の視覚性記憶障害や顔の意味記憶障害，名前の選択的想起障害によって，顔や名前に特異的な記憶障害をきたす場合がある．脳血管障害による相貌失認は，慢性期には家族などの既知相貌の同定は比較的改善するが，両側後頭葉病変では改善しにくい．コルサコフ症候群などの重度の記憶障害では，人名学習の効果は限定され，改善に乏しい．人名記憶と想起の訓練法としては，脳損傷による人名記憶障害に対する訓練法には，外的補助法として，環境調整や外的代償法が，内的補助法として，反復訓練，視覚イメージ法などの内的記憶戦略法がある．

横山絵里子：脳卒中の医学的管理．

中村隆一監修．脳卒中のリハビリテーション（新訂第2版）．永井書店，大阪，pp 123 - 155，2000．

要 旨：脳卒中患者の急性期から慢性期の全身的管理，一般的治療や，脳卒中の病型別の医学管理上の問題点と治療について概説．

Kiyoshi Yaguchi, Ken Nagata, Iwao Kanno, Masaaki Ise, Eriko Yokoyama, Paul Langman :

Regional brain activity during face and word discrimination : simultaneous recording of event-related potentials and positron emission tomography.

Japanese Psychological Research 42 : 45 - 53 , 2000 .

要 旨：相貌や文字の認知過程の解明の一貫として，相貌や文字の視覚的呈示による識別課題を負荷して，事象関連電位測定とPET 脳血流賦活測定を同時に行い，相貌認知や文字認知にかかわる脳機能の局在を検討した．

平田 温，**横山絵里子**：脳静脈（洞）血栓症．

神経内科（特別増刊号・眼でみる神経内科）53（suppl 2）：374 - 375，2000．

要 旨：外科手術後に左ローランド静脈血栓症による脳出血をきたし，失語症と右片麻痺を後遺した症例の画像所見を紹介した．

長田 乾，**横山絵里子**，湯屋博通：非侵襲的病態解析によるアルツハイマー病と血管性痴呆の比較．

臨床神経生理学 28 : 362 - 370 , 2000 .

要 旨：PET による脳血流量と脳酸素消費量の定量的解析を行い，アルツハイマー病と血管性痴呆の病態解析を行った．

2. 神経・精神科

佐々木恵美子，山田志保，**飯島壽佐美**，稲村 茂：思春期・青年期親の会の試み。

集団精神療法 16：171 - 176，2000。

要 旨：思春期や青年期は，心の悩みを生じやすく，結果として問題行動に至ることが稀でない。しかも，本人だけでなく，家族も巻き込んだ状況に陥りやすい。ところが，当人から積極的に相談機関や医療機関を訪れることは稀であり，援助を受ける機会に恵まれにくい。そこで，その子の親に対する援助から始めざるを得ない場合が多くなる。その際に，親に対する個別の援助とは別に，親同士の緩やかなグループを形成し，互いの交流や共同の学びの機会を作ることを目的に「思春期・青年期親の会」を実施した。開始より15年の時期に，その経過を整理・評価した。短期間ではあったが，親の変化だけでなく，子供自身にも変化がみられたことが確認され，会の治療的要因について考察した。

3. 機能訓練科

中野博明，下村辰雄，**千田富義**：脳血管障害後に反応性うつ病を合併した患者の理学療法。

理学療法 18：243 - 247，2001。

要 旨：1. 脳血管障害後に抑うつ状態を合併する患者に対して，リハビリテーションチームとしての対応と理学療法施行上の留意点を検討した。2. リハビリテーションチームとしては，抑うつ状態の重症度や経過を検討し，抑うつ状態がチームの目標や治療方針へどう影響するかを考慮してチームとして何をすべきかを意思統一する。3. 理学療法士は，患者の心理状態に配慮しつつ，運動動作障害への的確な評価と訓練を行うことや家庭生活につながる日常生活活動を獲得させることが重要である。

松嶋明子，**原崎祐子**，**須藤恵理子**，**千田富義**：脳卒中患者の運動・動作遂行能力の改善について - 体幹下肢運動年齢による分析 - 。

秋田理学療法学 8：57 - 60，2000。

要 旨：脳卒中患者の運動・動作遂行能力を体幹・下肢運動年齢検査を用いて評価し，その改善度が発症からの罹病期間および入院時の運動・動作能力の重症度により，どのように異なるかを検討した。罹病期間別および重症度別に初期評価時と最終評価時の運動年齢を求め，その差分を改善とした。得られたデータを分析した結果，改善度には入院時の重症度よりも発症からの罹病期間の影響が大きいと推察された。

高見彰淑，**須藤恵理子**，**川野辺穰**：脳卒中患者の上肢反復スピードと歩行速度について。

秋田理学療法学 8：60 - 64，2000。

要 旨：脳卒中片麻痺患者の10 m 最大歩行速度において，上肢の反復動作スピードが，歩行速度に関してどのように影響するか，また歩行速度の決定因としてどのような位置づけとなるか検討した。10

m 歩行速度と上肢反復動作スピード（立方体運び）との関連では麻痺側・非麻痺側上肢とも有意に相関した。また，10 m 最大歩行速度の決定因としては，麻痺側下肢筋力が高い寄与率を示し，上肢反復スピードは両側共に低く，歩行速度との関連については付帯的要素がうかがえた。

中野明子：語聾 word deafness 一頁講座 神経心理学的症候。

総合リハ 28：1073 - 1074，2000。

要旨：大脳損傷後，聴力に障害がないが聴覚的に呈示された言語情報が理解できない症状を語聾といい，Wernicke 失語の一症状としてしばしば認められる。しかしまれに内言語が保存され筆談など視覚情報による意思疎通が可能であり，また非言語音の認知障害を伴わない純粋型で発現する場合がある。これを“純粋”語聾と呼ぶ。

中野明子，山岸 敬，下村辰雄，横山絵里子，佐山一郎，千田富義：SLTA で「単語の理解」より「短文の理解」が良好な全失語例について。

臨床神経心理 11：21 - 26，2000。

要旨：全失語例で，SLTA の「単語の理解」の成績よりも「短文の理解」の成績が有意に良好な症例について調べた。その結果11例中4例では，初回 SLTA で「単語の理解」の正答が10問中0ないし1問だが，「短文の理解」が10問中4ないし5問正答可能であった。しかし再評価時この傾向は認めなかった。全失語の場合，発症2，3か月の段階では優位半球が有する音韻処理，統語処理，意味処理にかなりの限界があるため右半球のプロソディによる理解，語用論的処理が動員された結果生じた現象ではないかと推察された。

山岸 敬，中野明子，横山絵里子，中澤 操，下村辰雄，佐山一郎，千田富義：語聾を含む聴覚失認を呈した単純ヘルペス脳炎の1例。

臨床神経心理 11：69 - 75，2000。

要旨：単純ヘルペス脳炎後に言語・音楽・環境音にわたる聴覚認知障害を呈した症例を報告した。症例は17歳の右利き女性。運動麻痺・知覚障害はなく，MRI では左側頭葉皮質と皮質下の広い領域，および右上側頭回に病変を認めた。言語受容面ではメロディの認知は保たれたが，曲の既知感の低下と関連知識の喪失を呈した。環境音についても認知障害が疑われた。

須藤恵理子，千田富義：事例研究 事例1「脳出血により失語症と片麻痺を得たが，リハビリテーションによって在宅生活が可能となった患者」

介護福祉養成講座4 リハビリテーション論（福祉士養成講座編集委員会編），

中央法規，東京，pp 206 - 211，2001。

要旨：脳血管障害により片麻痺と失語症を呈した事例が，医療機関によるリハビリテーションサービスによって日常生活活動が向上し，見守りや軽介助が必要な状態で自宅に戻った。高齢障害者の場合，

その機能を低下させることなく、在宅生活を継続することが重要となる。本事例の住宅環境・デイサービス・病院での外来フォローについて分析し、機能維持のポイントについて考える。

4．放射線科

犬上 篤：医療画像情報システム構築講座 第3回 新時代の医療情報システム構築はどうあるべきかケーススタディにみるシステム構築時のポイントと留意点 - 電子保管画像活用システム - 映像情報 (M) 32 No 4 : 2000 .

要 旨：秋田県立リハビリテーション・精神医療センターの電子保管システムについてネットワークの構築、ネットワークシステムの概要 (画像データ入力と保存、画像データ参照、所見データ入力)、放射線科部門内の構成 (サーバ容量、画像表示端末、ネットワークインフラストラチャ)、病棟と外来ネットワーク (データサーバ、データの参照)、放射線科 DICOM Viewer の機能と具体的な活用、現状での問題点、所見データの入力について解説した。

蜂谷武憲, 熊谷和子, 大村知巳, 吉田 円, 佐藤亜結子, 犬上 篤, 佐山一郎, 上村和夫, 飯田秀博, 志田原美保：脳血流 SPECT における動脈血サンプルのガンマカメラを用いた測定 - コリメータなしによる ^{123}I -IMP-ARG 法での実用化 - .

動態核医学研究会 第17回記録集 : 45 - 50 , 2000

要 旨： ^{123}I -IMP-ARG 脳血流定量法では、採血した動脈血中の放射能濃度測定が必要である。この測定には Well counter と電子天秤を必要とする。簡便な方法にはガンマカメラのコリメータ非装着による藤岡らの報告がある。藤岡らの方法に加え、動脈血サンプルの重さを電子天秤の代わりにマイクロピペットを用いて測定し、動脈血の重さの測定を検討した。マイクロピペットによる分注量は精度が高いことから容量を重さに規格化する試みを行った。この結果 ^{123}I -IMP-ARG 法による定量画像で well counter と電子天秤を用いる方法と比較検討した場合、血流量で約 7 ml / 100 g/min ほど高い値を示した。今後の検討も必要であるが、well counter と電子天秤のない施設では本法でも ^{123}I -IMP-ARG 法が可能であると考えられた。

蜂谷武憲, 熊谷和子, 佐藤亜結子, 大村知巳, 吉田 円, 犬上 篤, 佐山一郎, 上村和夫, 飯田秀博： $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -ECD による脳血流定量測定の検討 - 1点採血法における再現性 - .

東北脳循環カンファランス記録集, Vol 6 : 13 - 15 , 2000 .

要 旨： $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -ECD の 1点採血法による K 1 定量測定はこれまで156件行っている。同一被検者で2回以上施行した11例について再現性の検討を行った。方法は基底核を通る 2 スライス of 全脳に ROI を設定し、2 スライス of 平均値で比較検討した。11例の K 1 は 10 ~ 20 ml/min/ml で初回よりは 2 回目が高い傾向を示した。初回と 2 回目の相関は $\gamma = 0.764$ で良い相関を示した。誤差要因としては初回と 2 回目のスライス角度が厳密に一致しない点も上げられ、さらに検討したい。

吉田 円，熊谷和子，大村知巳，佐藤亜結子，蜂谷武憲，犬上 篤，飯田秀博：ガンマカメラを用いた動脈血サンプルの測定 - 脳血流 SPECT¹²³I-IMP-ARG 法での実用化 - .

秋田核医学談話会誌 2，33 - 35，2000 .

要 旨：藤岡らによって報告されたガンマカメラのコリメータ非装着による検出器のみによる動脈血サンプルの放射能濃度測定について¹²³I-IMP-ARG 法で実用化する試みを行った．動脈血サンプルの重さは従来，電子天秤を用いていた．これをマイクロピペットの分注量が一定であることから容量を重さに規格化する方法を考案して動脈血サンプルの放射能濃度測定を簡略化する試みを検討した．ガンマカメラの計数率特性は測定の結果30,000 cps まで直線性を示し不感時間等の問題はなかった．ガンマカメラと Well counter の計数率の相関は $\gamma=0.945$ で良い相関を示した．¹²³I-IMP-ARG 法定量画像の比較ではガンマカメラのコリメータ非装着法が約 7 ml / 100 g/min ほど高い値を示した．ガンマカメラのコリメータ非装着とマイクロピペットを用いた方法でも簡便化は可能と思われた．

5 . 臨床検査科

飯塚儀明，雲類鷲雄一，大澤進，木村清隆，中 甫，細萱茂実，宮原洋一：日本臨床衛生検査技師会標準化ワーキンググループ

臨床化学における定量検査の精密さ・正確さ評価法指針（改訂版）(GC-JAMT 1 - 1999) .

医学検査，49：1075 - 1098，2000 .

要 旨：臨床化学検査法の信頼性に関する特性の評価法については，従来から多くの勧告または勧告案が提示されている．なかでも IFCC (International Federation of Clinical Chemistry)，NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards)，日本臨床化学会などによる精密さと正確さの評価法は，日常検査法や自動分析装置の性能評価などに利用されてきた．しかし，各評価法の詳細は不明確な部分もあり，それらを利用する実践の場において少なからぬ混乱が生じている．本指針は臨床化学定量検査法の精密さと正確さを適正に評価するための方法について，従来の提示内容を再検討し，精密さと正確さの両者を体系的かつ具体的に評価する方法を新たに提示するものである．

本ワーキンググループは，1997年から1998年にかけて国内の関連団体および学会に評価法指針（第1版）の内容を照会し，コメントおよび内容承認に関する意見を求めた．その結果多くの団体，学会および個人から貴重なコメントをいただいた．その後ワーキンググループ内で検討を重ねた結果，内容に修正を加え，評価法指針改訂版 GC JAMT 1 1999とした．

参

考

1 院内委員会等設置状況

ア 定期会議

委員会名	委員構成	開催日	備考
管理会議	所長 副所長 事務部長 医療部長 医療部次長 総看護婦長	毎週火	
運営会議	所長 副所長 事務部長 医療部次長 リ八科長 神経精神科長 機能訓練科長 給食科長 臨床検査科長 社会復帰科長 放射線科長 薬局長 総看護婦長 総務班長 医事班長 各病棟看護婦(士)長	第4火	
院内感染予防対策委員会	副所長 事務部長 リ八科長 神経精神科長 機能訓練科長 薬局長 臨床検査科長 総看護婦長 臨床検査技師 各病棟看護婦(士)長 外来看護婦 管理栄養士 医事班1名	第1火	
保険診療委員会	神経精神科長 副所長 リ八科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 医事班長 臨床検査技師 病棟・外来看護婦	第3月	

イ 不定期会議

委員会名	委員会構成	備考
衛生委員会	所長 事務部長 リ八科長 薬局長 総看護婦長 放射線技師 臨床検査技師 衛生管理者 経験職員 産業医	
事故防止委員会	医療部次長 事務部長 リ八科長 神経精神科長 機能訓練科長 放射線科長 給食科長 薬局長 総看護婦長 医事班長 病棟看護婦長代表2名 栄養士	
倫理委員会	所長 副所長 医療部長 事務部長 医療部次長 薬局長 総看護婦長 学識経験者2名	
薬事委員会	副所長 放射線科長 リ八科長 神経精神科長 薬局長 医事班長	
栄養管理委員会	給食科長 事務部長 リ八科医師 神経精神科医師 社会復帰科長 総看護婦長 栄養士 病棟看護婦(士)3名	
受託研究審査委員会	リ八科長 副所長 神経精神科長 放射線科長 薬局長 臨床検査科長 総看護婦長 総務管理班長 医事班長 学識経験者2名	
情報システム運営委員会	副所長 リ八科長 神経精神科長 機能訓練科長 放射線科長 臨床検査科長 給食科長 薬局長 総看護婦長 医事班長 放射線技師 機能訓練科技師 臨床検査技師 病棟看護士長 管理栄養士 管理担当職員	
帳票病歴委員会	給食科長 副所長 医療部長 リ八科長 神経精神科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 臨床検査科長 総看護婦長 機能訓練科技師 放射線科技師 臨床検査科技師 看護婦代表2名 給食科1名 医事班長 総務管理班長	
施設整備医療機器選定委員会	所長 副所長 医療部長 事務部長 医療部次長 総看護婦長 総務管理班長 医事班長	

委員会名	委員会構成	備考
防火管理委員会	所長 副所長 事務部長 神経精神科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 総看護婦長 管理栄養士 総務管理班長 医事班長 精保センター職員 2名 社会復帰科職員 防火管理者	
診療情報提供委員会	所長 副所長 医療部長 医療部次長 事務部長 リハ科長 神経精神科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 臨床検査科長 総看護婦長	
リスクマネジメント部会	副所長 リハ科医師1名 神経精神科医師1名 各科・班職員1名 外来看護婦1名 病棟看護婦各1名	

ウ 担当内会議

委員会名	委員会構成	開催日	備考
医 局 会	医局医師全員	第2 4月	
リハ科機能診	リハビリテーション科医師全員	毎週月	
リハ科新患フィルムカンファレンス	リハビリテーション科医師全員	毎週水	
リハ科抄読会	リハビリテーション科医師全員	毎週木	
精神科合同症例検討会	神経精神科全員	第2 水	
精神科症例検討会及び抄読会	神経精神科医師全員	毎週木	
精神科定例会	神経精神科医師全員	毎週火	
機能訓練科ミーティング	機能訓練科全員	毎週月	
機能訓練科連絡会議	機能訓練科各部門責任者	毎週金	
デイケアスタッフ会議	デイケア担当者・社会復帰科作業療法士	毎週水	
婦（士）長会議	総看護婦長・看護婦（士）長	毎週月	
主査・主任会議	総看護婦長・主査・主任	第3月	
病棟・外来会議	配置部署単位の責任職員	月1回	
教育委員会	看護婦（士）長1名・病棟看護婦（士）各1名	第2 木	
看護記録委員会	看護婦（士）長1名・病棟看護婦（士）各1名	第3 木	
継続看護委員会	看護婦（士）長1名・外来・病棟看護婦（士）各1名	第4月	
看護業務委員会	看護婦（士）長1名・病棟看護婦（士）各1名	第1 木	
看護情報システム委員会	看護婦（士）長1名・病棟看護婦（士）各1名	第3 火	
看護診断・標準看護計画検討会	看護婦（士）長1名・病棟看護婦（士）各1名	第4 木	
臨床指導者会議	病棟看護婦（士）長1名・病棟看護婦（士）各1名	第3 金	
社会復帰科職員会議	社会復帰科職員全員	第4 金	

2 平成12年度 視察状況

(上段：団体数 下段：人数)

月別 区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	割合 (%)
医療関係従事者 (病院、関係団体等)		1		1						1			3	8.6
		10		50						2			62	
社会福祉団体 (社福協、民生委員等)			4					3	1				8	23.7
			79					65	26				170	
健康推進団体 (結核予防婦人会等)													0	0.0
													0	
患者、家族の会													0	0.0
													0	
学生、生徒 (大学、専門学校、中学生)				2	1					1		1	5	14.4
				48	3					1		51	103	
一般団体 (上記以外の団体)		1	2	2		4	3	3	1				16	37.7
		20	21	75		70	48	25	12				271	
市町村職員 (保健婦、養護教諭等)				1									1	2.8
				20									20	
県議会 行政委員会委員 (モニター会議委員等含む)							1						1	3.2
							23						23	
県職員			1										1	0.4
			3										3	
県外 (医療関係者等)		1	1		2	2	3						9	9.2
		7	1		8	28	22						69	
計	0	3	8	6	3	6	7	6	2	2	0	1	44	100.0
	0	37	104	193	11	98	93	90	38	3	0	51	718	

3 職員名簿

【平成13年3月31日現在】

所 長 (医 師) 千 田 富 義
副 所 長 (医 師) 飯 島 壽 佐 美

事 務 部

事 務 部 長 (事) 板 波 静 一

総務管理班

主任専門員(兼)班長 (事) 船 木 敬
主 査 (") 大 高 直 樹
主 査 (") 佐 々 木 仁 美
主 事 伊 藤 誠
" 佐 々 木 信 光
" 猪 又 純 子
" 猿 田 亨
" 今 野 武 仁
主任技師 (運 転) 佐 藤 吉 春

医 事 班

主任専門員(兼)班長 (事) 高 橋 勉
主 査 (") 照 井 信 広
主 査 (ケースワーカー) 進 藤 晃 弘
主 事 (") 武 藤 冬 樹
" 佐 藤 優

医 療 部

(兼)部 長 (本務副所長) 飯 島 壽 佐 美
次 長 (医 師) 佐 山 一 郎

リハビリテーション科

(兼)科 長 (本務医療部次長) 佐 山 一 郎
(医 師) 下 村 辰 雄
(") 中 澤 操
(") 山 村 裕 明

神経・精神科

科 長 (医 師) 小 畑 信 彦
(") 佐 藤 隆 郎
(") 草 薙 宏 明
(") 佐 々 木 佳 子

機能訓練科

科 長 (医 師) 宮 秀 哉
主 査 (言語聴覚士) 中 野 明 子
主 査 (理学療法士) 中 野 博 明
主 任 (心 理) 佐 々 木 珠 紀
技 師 (理学療法士) 須 藤 恵 理 子
" (作業療法士) 高 見 美 貴
" (") 高 橋 敏 弘
" (") 川 野 辺 穰
" (理学療法士) 堀 川 学
" (") 五 十 嵐 優 子
" (") 松 嶋 明 子
" (作業療法士) 加 藤 淳 一
" (") 油 川 い ず み
" (") 進 藤 潤 也
" (理学療法士) 大 山 寛 子
" (言語聴覚士) 山 岸 敬
" (心 理) 木 内 智 子
" (") 柏 谷 美 紀
" (作業療法士) 小 野 寺 洋 子
" (理学療法士) 原 崎 祐 子
" (作業療法士) 金 澤 一 美
" (理学療法士) 小 松 代 瑞 恵
" (作業療法士) 加 藤 梓
" (理学療法士) 武 田 超

放射線科

科 長 (医 師) 高 橋 栄 治
 主席専門員 (放射線技師) 蜂 谷 武 憲
 技 師 (") 熊 谷 和 子
 " (") 大 村 知 巳
 " (") 佐 藤 亜結子
 " (") 吉 田 円

主 任 (看 護 婦) 佐々木 純 子
 " (") 阿 部 和 子
 " (") 日 沼 純 子
 " (") 高 橋 洋 子
 " (看 護 士) 藤 原 真 人
 " (看 護 婦) 鈴 木 清 子
 " (") 佐 藤 智 子
 " (") 畠 山 朋 子
 " (") 照 井 和 子

薬 劑 科

薬 局 長 (薬 劑 師) 中 道 博 之
 技 師 (") 柳 谷 由 己
 技 師 (") 工 藤 潤 子

" (看 護 士) 成 田 剛
 " (看 護 婦) 豊 嶋 真里子
 " (看 護 士) 佐 藤 康 孝
 " (看 護 婦) 藤 田 繁 美

臨床検査科

科 長 (医 師) 清 水 哲 哉
 主任専門員 (検査技師) 木 村 清 隆
 技 師 (") 中 村 淳 子
 " (") 高 橋 志 保

技 師 (") 佐々木 由起子
 " (看 護 士) 小 塚 浩
 " (看 護 婦) 長谷川 あつ子
 " (") 熊 谷 浩 子
 " (") 菅 原 若 葉
 " (") 藤 田 佳 子
 " (") 谷 内 陽 子

看 護 科

総看護婦長 (看 護 婦) 川 村 夕 三
 看護士長 (看 護 士) 福 岡 幸 記
 看護婦長 (看 護 婦) 山 岡 ちや子
 看護婦長 (") 齋 藤 京 子
 看護婦長 (") 佐 藤 恵 子
 看護婦長 (") 安 田 茂 子
 看護婦長 (") 佐々木 典 子
 主 任 (") 鈴 木 富 子
 " (") 伊 藤 英 美
 " (") 佐 藤 栄津子
 " (") 鎌 田 妙 子
 " (") 鈴 木 文 子
 " (") 澤 田 朱 美
 " (") 工 藤 順 子
 " (") 今 野 昭 子

" (") 佐々木 田鶴子
 " (") 菅 原 園 子
 " (") 渡 邊 志穂子
 " (") 大 山 由 香
 " (") 松 橋 京 子
 " (") 伊 藤 美佐子
 " (") 堀 江 美智子
 " (看 護 士) 秋 山 健
 " (") 安 藤 晋
 " (看 護 婦) 後 藤 るり子
 " (") 越 川 美 紀
 " (看 護 士) 浅 野 弥
 " (看 護 婦) 森 川 陽 子
 " (") 鈴 木 陽 子
 " (看 護 士) 一ノ関 猛

技 師 (看 護 士) 山 手 昭 彦
 " (看 護 婦) 安 保 真 利 子
 " (") 佐 々 木 里 美
 " (") 佐 藤 真 子
 " (") 佐 々 木 紀 子
 " (") 永 瀬 文 香
 " (") 工 藤 光 美
 " (") 金 裕 美
 " (") 八 代 美 千 子
 " (") 草 薨 友 紀
 " (") 千 葉 かな 子
 " (看 護 士) 鈴 木 敏 和
 " (看 護 婦) 伏 見 澄 佳
 " (") 阿 部 宣 子
 " (") 佐 藤 奈 津 美
 " (") 鈴 木 智 美
 " (") 高 橋 尚 子
 " (") 鈴 木 美 穂 子
 " (") 渡 部 香 織
 " (看 護 士) 佐 々 木 延 介
 " (看 護 婦) 吉 田 明 子
 " (") 加 藤 和 子
 " (") 高 橋 理 美 子
 " (") 加 藤 弓 子
 " (") 工 藤 優 加 子
 " (") 小 林 美 和
 " (") 伊 勢 谷 和 美
 " (") 高 橋 喜 和 子
 " (看 護 士) 後 藤 公 明
 " (看 護 婦) 大 高 真 美 子
 " (") 阿 部 裕 美
 " (") 藤 井 美 恵 子
 " (") 加 藤 和 美
 " (") 煙 山 尚 子
 " (") 佐 々 木 伸 子

技 師 (看 護 婦) 佐 藤 都
 " (") 佐 藤 め ぐ み
 " (") 高 橋 美 和 子
 " (") 上 田 蘭 子
 " (") 堀 江 昭 子
 " (看 護 士) 小 林 正 嘉
 " (看 護 婦) 佐 々 木 ま ゆ み
 " (") 佐 藤 浩 美
 " (") 三 浦 恵 美 子
 " (") 田 中 綾 子
 " (") 木 内 浩 子
 " (") 佐 藤 睦 子
 " (") 平 場 美 紀 子
 " (") 竹 内 さ つ き
 " (") 田 口 千 春
 " (看 護 士) 堀 川 喜 史
 " (看 護 婦) 鈴 木 智 美
 " (") 菊 地 美 保 子
 " (") 高 橋 志 保
 " (") 深 井 美 由 紀
 " (") 加 藤 真 弓
 " (") 吉 田 美 穂
 " (") 武 石 智 子
 " (") 真 光 幸 子
 " (") 佐 藤 葉 子
 " (") 白 澤 富 士 子
 " (看 護 士) 三 浦 智 陽
 " (看 護 婦) 佐 藤 和 美
 " (") 加 藤 彰 子
 " (") 江 畑 さ お り
 " (") 加 賀 谷 ル ミ 子
 " (") 田 中 律 子
 " (") 泉 川 か お り
 " (") 近 藤 美 加 子
 " (") 木 曾 美 貴 子

技 師	(看 護 婦)	佐 藤 智 美
"	(")	傳 農 直 子
"	(")	大 野 裕 美 子
"	(看 護 士)	佐 藤 泰 豪
"	(看 護 婦)	橋 本 明 子
"	(")	早 坂 ゆ き
"	(看 護 士)	阿 部 琢 也
"	(")	武 藤 博 幸
"	(看 護 婦)	石 井 裕 子
"	(")	本 多 陽 子
"	(看 護 士)	田 口 康 弘
"	(")	藤 井 義 人
"	(")	伊 藤 智 幸

給 食 科

給 食 科 長	(医 師)	横 山 絵 里 子
科 長 補 佐	(栄 養 士)	山 本 留 美 子
主 査	(管理栄養士)	岩 澤 美 穂 子

社会復帰科

科 長	(医 師)	高 橋 祐 二
科 長 補 佐	(ケ-スワ-カ-)	斉 藤 裕 治
主 任	(看 護 婦)	佐 藤 己 喜 子
"	(保 健 婦)	安 井 和 子
"	(看 護 婦)	高 橋 聡 子
技 師	(")	遠 藤 喜 英 子
"	(")	畠 山 尚 子

平成12年度 職員の異動

【退職】

機能訓練科

H12 .6 30 技師(作業療法士)加賀谷 真由美
H13 .3 31 " (") 金 澤 一 美
" (理学療法士)小松代 瑞 恵

医 療 部

H12 .6 30 医療部長(医師)犬 上 篤

神経・精神科

H12 .6 30 (医師) 北 島 剛 司

看 護 科

H12 .8 31 技師(看護婦) 畠 山 由美子
H13 .3 31 看護婦長 佐 藤 恵 子

【昇任】

臨床検査科

H12 .4 .1 科長(医師) 清 水 哲 哉
主任専門員(検査技師)木 村 清 隆

社会復帰科

H12 .4 .1 科長(医師) 高 橋 祐 二
主任(看護婦) 安 井 和 子
" (") 高 橋 聡 子

医 事 班

H12 .4 .1 主査(事) 進 藤 晃 弘

看 護 科

H12 .4 .1 主任(看護師) 佐 藤 康 孝
" (") 成 田 剛
" (看護婦) 豊 嶋 真里子

主任(看護婦) 藤 田 繁 美
" (") 照 井 和 子

【採用】

神経・精神科

H12 .4 .1 (医師) 草 薙 宏 明
H12 .7 .1 (") 佐々木 佳 子

放射線科

H12 .7 .1 科長(医師) 高 橋 栄 治

機能訓練科

H12 .5 .1 技師(理学療法士)武 田 超

看 護 科

H13 .1 .1 技師(看護師) 藤 井 義 人
" (") 伊 藤 智 幸

【転入】

総務管理班

H12 .4 .1 主任専門員(事)高 橋 勉
主 査(事) 佐々木 仁 美
主 事 佐々木 信 光
" 武 藤 冬 樹
" 猪 又 純 子
" 今 野 武 仁

薬 剤 科

H12 .4 .1 薬局長(薬剤師)中 道 博 之

看 護 科

H12 .4 .1 看護婦長 安 田 茂 子
看護婦長 佐々木 典 子

主任(看護婦) 伊藤 英美
" (") 澤田 朱美
主任(看護婦) 日沼 純子
技師(") 佐々木 由起子
" (") 長谷川 あつ子
" (") 菅原 若葉
" (") 藤田 佳子

給食科

H12.4.1 科長補佐(栄養士)山本 留美子

【兼務】

障害者自立訓練センター

H12.4.1 所長(医師) 高橋 祐二
技師(看護婦) 遠藤 喜英子

【転出】

薬剤科

H12.4.1 薬局長(薬剤師)村上 松太郎
脳血管研究センターへ

総務課

H12.4.1 総務課長(事) 高橋 尚文
労働政策課へ
課長補佐(事) 佐々木 幹男
ワールドゲームズ推進室へ
主事 藤田 英樹
河川課へ
主事 佐藤 透
税務課へ
主事 山岡 弥生子
農業政策課へ
技師(運転) 石井 典明
太平療育園へ

医事課

H12.4.1 主事 佐々木 真人
平鹿地方部へ

看護科

看護婦長 畠山 直子
脳血管研究センターへ
主任(看護婦) 安藤 裕子
太平療育園へ
主任(看護婦) 佐藤 由美子
脳血管研究センターへ
技師(看護婦) 小原 千明
衛生看護学院へ
技師(看護婦) 田口 真喜子
脳血管研究センターへ
技師(看護婦) 川村 正子
太平療育園へ
技師(看護婦) 木島 貴子
脳血管研究センターへ
技師(看護婦) 新谷 美紀子
脳血管研究センターへ
技師(看護婦) 吉田 久美子
太平療育園へ
技師(看護婦) 松山 陽子
脳血管研究センターへ
技師(看護婦) 佐藤 良子
脳血管研究センターへ
技師(看護婦) 鎌田 昌代
脳血管研究センターへ

給食科

科長補佐(栄養士)木元 恵子
能代山本健康福祉センターへ

平成12年度

秋田県立リハビリテーション・
精神医療センター年報

編集 平成13年12月

発行 秋田県立リハビリテーション・
精神医療センター

〒019-2413

秋田県仙北郡協和町上淀川字五百刈田352

電話(018)892-3751 FAX(018)892-3757

ホームページ

<http://www.pref.akita.jp/rehacen/index.htm>