

平成 1 7 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 9 号



平成 1 8 年 1 2 月

患 者 さ ん の 権 利

当センターは、患者さんの権利を尊重し、最適な医療を提供してまいります。

1. 尊厳とプライバシーが守られる権利を持っています。
2. 病名や治療方針等について十分な説明を受けることができます。
3. 病状と治療法を理解した上で、希望にそった治療を受けることができます。
4. 受けた医療の内容について知ることができます。
5. 医療費の明細や公的援助などについて情報を知ることができます。

リハビリテーション・精神医療センターの理念及び基本方針

理 念

県民に生じた身体の障害やこころの悩みなどに起因する障害の軽減を図るため、患者さんの権利の尊重を基本とし、安心で安全、良質で高度な医療を提供してまいります。

県内のリハビリテーション医療・精神医療の中核的施設としての役割を果たすとともに、地域の健康推進事業への積極的な支援をしてまいります。

基 本 方 針

1. 常に全職員が知識・医療技術の研鑽に努め、良質で高度な医療を提供してまいります。
2. 地域の医療機関・施設・団体等との連携を図り、保健・医療・福祉の活動へ支援するとともに、リハビリテーション医療・精神医療の水準向上に努めてまいります。
3. 患者さんの権利を尊重するとともに、患者さん中心の医療に努め、患者さんから選ばれる病院を目指してまいります。
4. 患者さんの安全に配慮した医療とともに療養環境の向上に努めてまいります。
5. 全職員が病院運営への参加意識を高め、創意工夫を取り入れた効率的な管理運営に努めてまいります。

ま え が き

センターは平成18年6月に開設10周年目にはいる。リハ医療、精神医療、認知症医療についてセンターに与えられた使命が何であるかを考え続けてきた10年であった。開設当時の病院像は実際の診療活動から修正が求められ、理想とした病院像から現実の診療活動が見直された。これまでの医療活動や既に作成されている中期計画などを基に、これからのセンター医療の進むべき道を整理してみた。

リハビリテーション医療では、急性期直後の回復的リハビリテーションと在宅障害者の機能低下予防の2つが中心的課題である。回復的リハビリテーションについては、治療効率の向上を目指すことが目標となる。神経疾患リハビリテーション、嚥下障害リハビリテーション、高次脳機能障害リハビリテーションの分野はセンター特有の領域であり、県民から期待されている。このような特殊領域の種類を拡大し、効率的な診療システムの構築が必要となる。在宅障害者の機能低下予防には、機能低下を見逃さない評価システムと行うべき運動の種類と量を適切に指導する体制をつくり、障害者自身の自覚的な運動継続を習慣化することが目標となる。

精神医療では、重度障害者や対応困難者への短期集中的治療と政策医療への取組が大きな課題となる。短期集中的治療はこれまでも大きな目標であり、一般精神病院よりもはるかに短い平均在院日数となっている。クリニカルパス作成、チームアプローチの向上など医療体制の改善で一層促進することが重要である。政策医療では、秋田県精神科救急医療システムの全県拠点病院、心神喪失者等医療観察法の指定通院機関などとなり、積極的に取り組んできた。実効ある体制とするために、システムのあり方を徹底的に議論してよりよいものを作る構えを忘れてはならない。

認知症医療では、幅広い認知症に関する相談を少しでも受け止めることが出来るように、物忘れ外来設置、2つの病棟の機能分担体制、電話相談などを行ってきた。認知症治療についての新しい知見も生まれてきている。まだ発展途上にある認知症医療の確立と普及はセンター認知症医療の大きな課題である。認知症のことならセンターへ相談すれば何とかなるといわれることを目指して進むつもりである。

平成17年度も運営懇談会委員の方々、関係諸機関の方々をはじめ、多くの県民の方々から変わらぬご厚情を賜った。皆様方のご指導ご鞭撻を支えにして、県民の医療に一層貢献する決意である。

平成18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

I センターの概要

1 概 要	3
2 沿 革	5
3 施 設 の 概 要	7
4 組 織	12
5 職種別職員数	13

II 医 療 活 動

1 医 療 活 動	
（1）医療活動の特徴	17
（2）リハビリテーション科	21
（3）神経・精神科	22
（4）認知症診療	24
（5）機能訓練科	24
（6）放射線科	26
（7）臨床検査科	27
（8）薬剤科	27
（9）給食科	28
（10）看護科	29
2 患者の状況	41
3 診療の状況	46

III 地域支援・教育活動

1 社会復帰科（障害者自立訓練センター）の活動	61
2 地域支援活動	62
3 教育活動	70

IV 業 績

1 学会発表	89
2 印刷発表	95

V 参 考

1 院内委員会等設置状況	103
2 平成17年度視察状況	106
3 職員名簿	107

I 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 秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田 3 5 2 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 3 0 0 床 リハビリテーション科 1 0 0 床
神経・精神科 2 0 0 床 (うち 1 0 0 床 認知症病床)
- (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 療 日

診 療 科	月	火	水	木	金
リハビリテーション科	○	○	○	○	○
神 経 ・ 精 神 科	○	○	○	○	○
も の わ す れ 外 来	○	○	○	○	○
放 射 線 科	○	○	○	○	○
歯 科 ※			○	○	
泌 尿 器 科 ※					○ (第 1)
耳 鼻 咽 喉 科 ※		○			
眼 科 ※					○ (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 1 8 年 3 月 3 1 日現在】

紹介患者加算 (3)		(平成 1 2 年 1 2 月 1 日)
一般病棟入院基本料 II 群 4 (5 : 1 看護補助)		(平成 1 7 年 3 月 1 日)
回復期リハビリテーション病棟		(平成 1 3 年 1 月 1 日)
精神病棟入院基本料 3 (6 : 1 看護補助)		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
紹介外来加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
看護配置加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
看護補助加算	一般病棟 (5 : 1)	(平成 1 7 年 3 月 1 日)
	精神病棟 (6 : 1)	(平成 1 2 年 4 月 1 日)
夜間勤務等看護加算	一般病棟 (夜間勤務看護等 2)	(平成 1 6 年 6 月 1 日)
	精神病棟 (夜間勤務看護等 2)	(平成 1 4 年 4 月 1 日)
療養環境加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
精神科応急入院施設管理加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
薬剤管理指導		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
総合リハビリテーション施設		(平成 1 2 年 4 月 1 日)

精神科作業療法	(平成12年 4月1日)
精神科デイケア (小規模)	(平成12年 4月1日)
画像診断管理加算 (2)	(平成14年 4月1日)
精神病棟入院時医学管理加算	(平成12年 6月1日)
検体検査管理加算 (I)	(平成12年10月1日)
言語聴覚療法 (II)	(平成14年 4月1日)
亜急性期入院医療管理料	(平成16年 4月1日)
診療管理体制加算	(平成16年10月1日)
入院時食事療養 (I)	(平成 9年 7月1日)
入院時食事療法に係る特別管理	(平成 9年 7月1日)
特別室差額 (特定療養費)	(平成 9年 4月1日)
補綴物維持管理料	(平成 9年 6月1日)
金属床による総義歯の提供	(平成 9年 6月1日)
齲蝕に罹患している患者の指導管理	(平成 9年 6月1日)
医療保護入院等診療料	(平成17年 6月1日)
通院対象者通院医学管理料	(平成17年12月22日)
医療観察精神科作業療法	(平成17年12月22日)

(10) 病棟別内訳、看護体制等

病棟名	病床数	看護職員定数	夜間看護勤務体制	備 考
1 病 棟	30	17	2－2	精神科開放病棟
2 病 棟	30	17	2－2	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	24	3－3	リハビリテーション病棟
5 病 棟	50	24	3－3	リハビリテーション病棟
6 病 棟	50	24	3－3	認知症開放病棟
7 病 棟	50	24	3－3	認知症閉鎖病棟
外来・中材	－	4	－	
デ イ ケ ア	－	1	－	
精神科応急	－	(3)	－	3病棟に含む
社会復帰科	－	1	－	(障害者自立訓練センター兼務)
総看護師長	－	1	－	
計	300	161		

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。
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・基本計画書』が委託先の（社）病院管理研究協会から提案される。
	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）。
平成 5 年	7 月		造成工事開始
平成 6 年	9 月		センター建設工事開始（3 カ年継続事業）
平成 8 年	4 月		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
	8 月		センター建設工事竣工
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	1 2 日	診療予約受付開始
	5 月	2 6 日	開所式
	6 月	2 日	診療開始（2 0 0 床稼動） （リハビリテーション 5 0 床、精神 1 0 0 床、認知症 5 0 床）
	1 0 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 1 0 年	5 月	9 日	日本リハビリテーション医学会研修施設に認定
	5 月	1 9 日	リハビリテーション 5 0 床開棟（2 5 0 床稼動）
平成 1 1 年	1 月	1 日	精神科応急入院施設に指定
平成 1 2 年	4 月	1 日	日本神経学会認定医制度教育施設に認定 放射線科標榜
	6 月	1 日	秋田県精神科救急医療システム 全県拠点病院に指定

年	月	日	主 な 事 項
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適合 (リハビリテーション50床)
	4月	9日	ものわすれ外来開設
	6月	1日	認知症50床開棟(300床稼動)
平成15年	10月	1日	リハセンドック開設
平成16年	3月	31日	臨床研修病院に指定
	9月	27日	財団法人日本医療機能評価機構より評価体系V e r 4.0の認定
平成17年	2月	11日	日本脳卒中学会研修教育病院に認定
	7月	15日	医療観察法に基づく指定通院・鑑定入院医療機関に指定
	10月	1日	秋田県精神科救急情報センター開設

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

			室数 平成18年3月31日現在				収容人員(人)
区	画	面積(m ²)	4床室	2床室	個室	(内特別室)	合 計
1 病棟	精神科開放病棟	953.55	5	1	8	1	30
2 病棟	精神科準開放病棟	1,131.62	4	1	12	1	30
3 病棟	精神科閉鎖病棟	1,333.28	4		24		40
4 病棟	リハビリテーション科病棟	1,455.18	10		10	1	50
5 病棟	リハビリテーション科病棟	1,612.24	10		10	1	50
6 病棟	認知症開放病棟	1,455.18	10		10	1	50
7 病棟	認知症閉鎖病棟	1,612.24	10		10		50
病棟合計		9,553.29	53	2	84	5	300

リハビリテーション第1部	1,547.25
リハビリテーション第2部	762.76
デイケア	138.09
外来部門	643.16
薬局	169.69
放射線科	607.82
臨床検査科	374.63
手術室	339.59
小計	4,582.99

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	1,947.59
小計	3,025.14

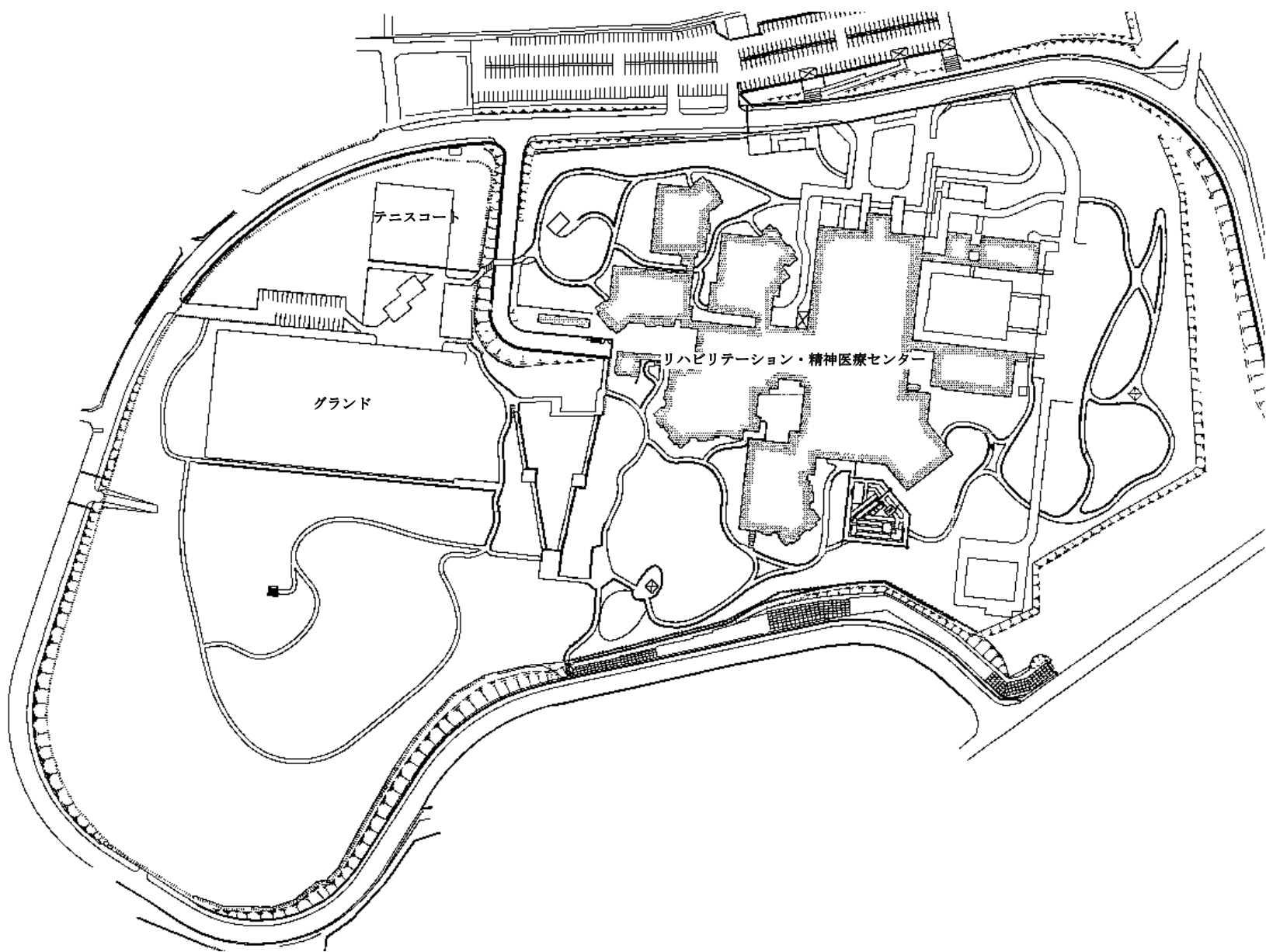
障害者自立訓練センター	1,050.49
体育館	828.10
精神保健福祉センター	533.00
小計	2,411.59
管理その他	5,645.71
延床面積	25,218.72

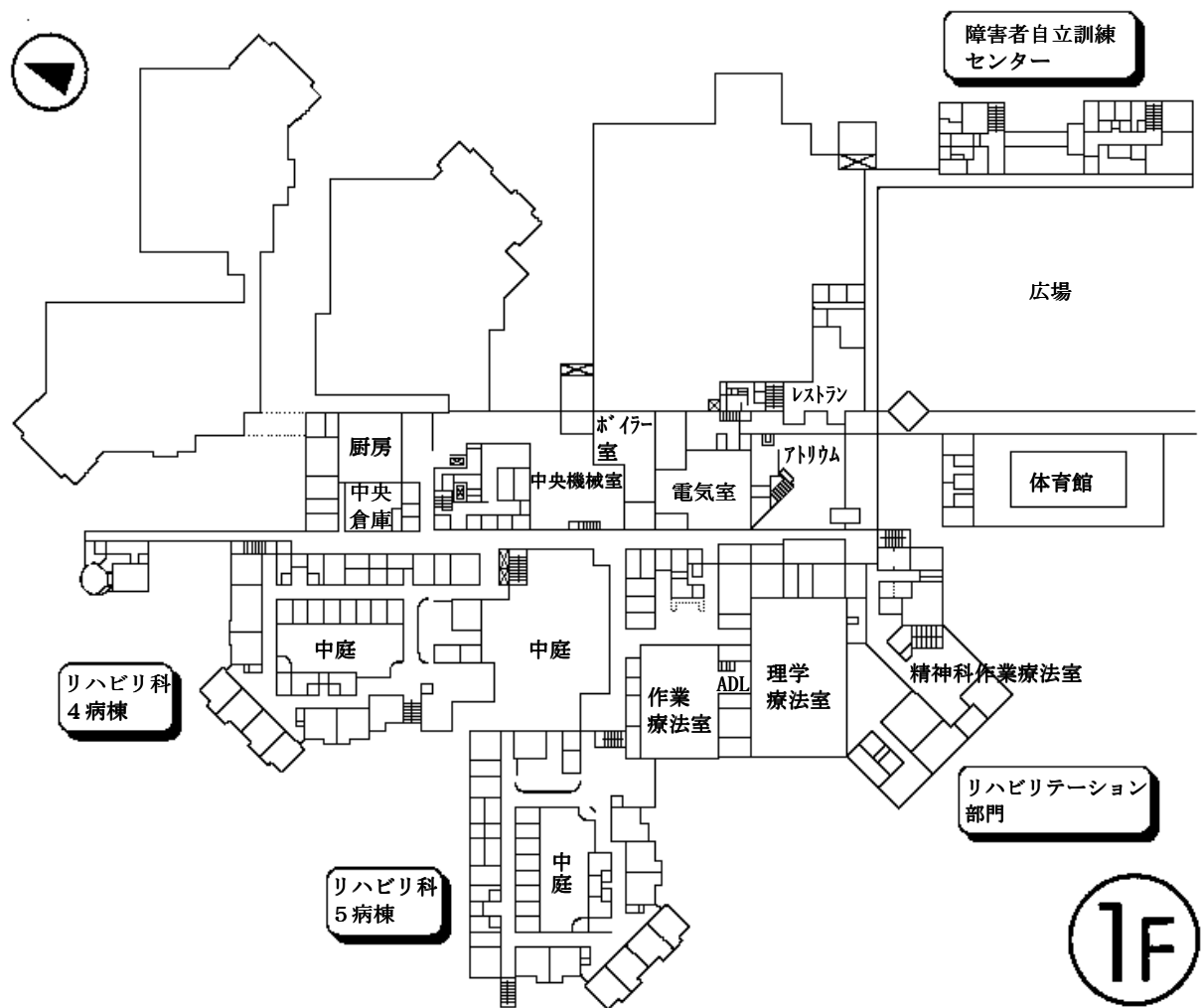
→・精神障害者生活訓練施設(援護寮)

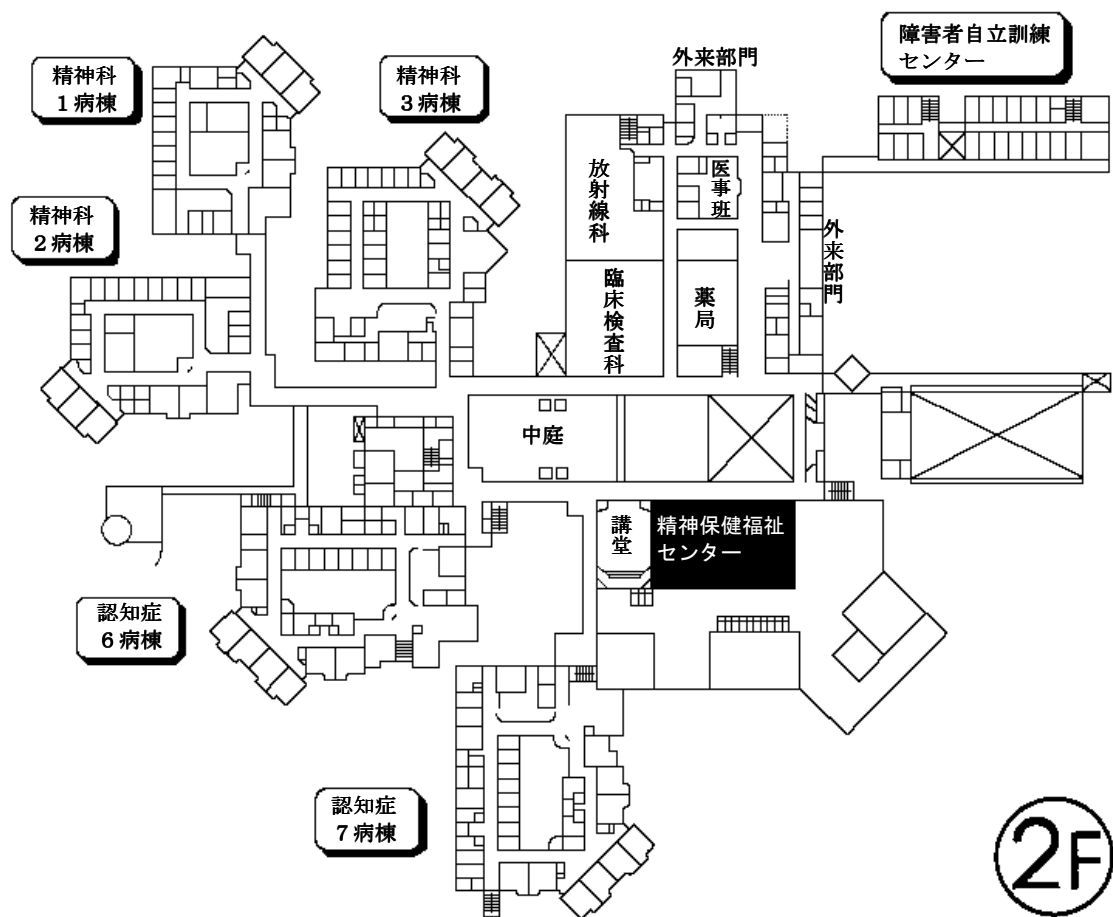
定員22名(個室18室・2人室2室)

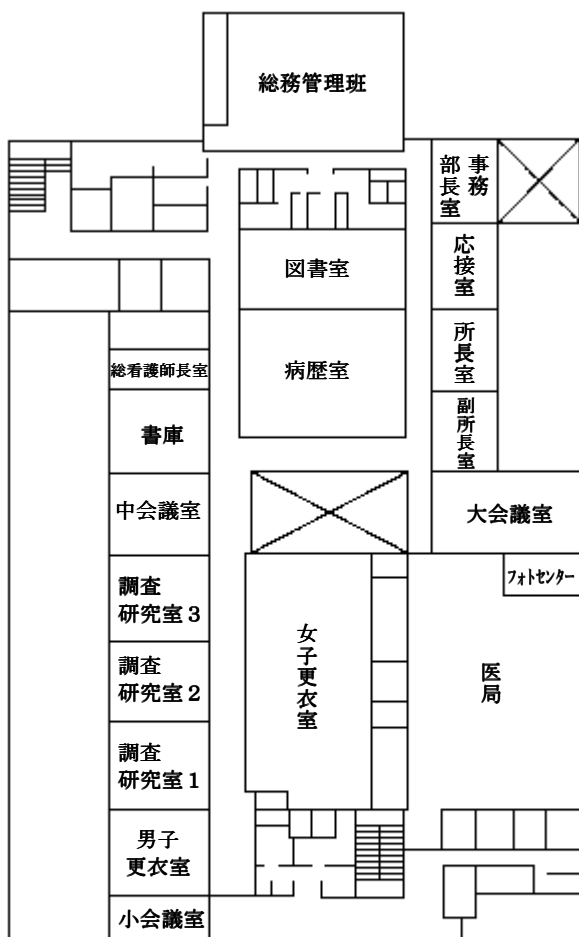
・身体障害者生活訓練室

定員4名(2室)





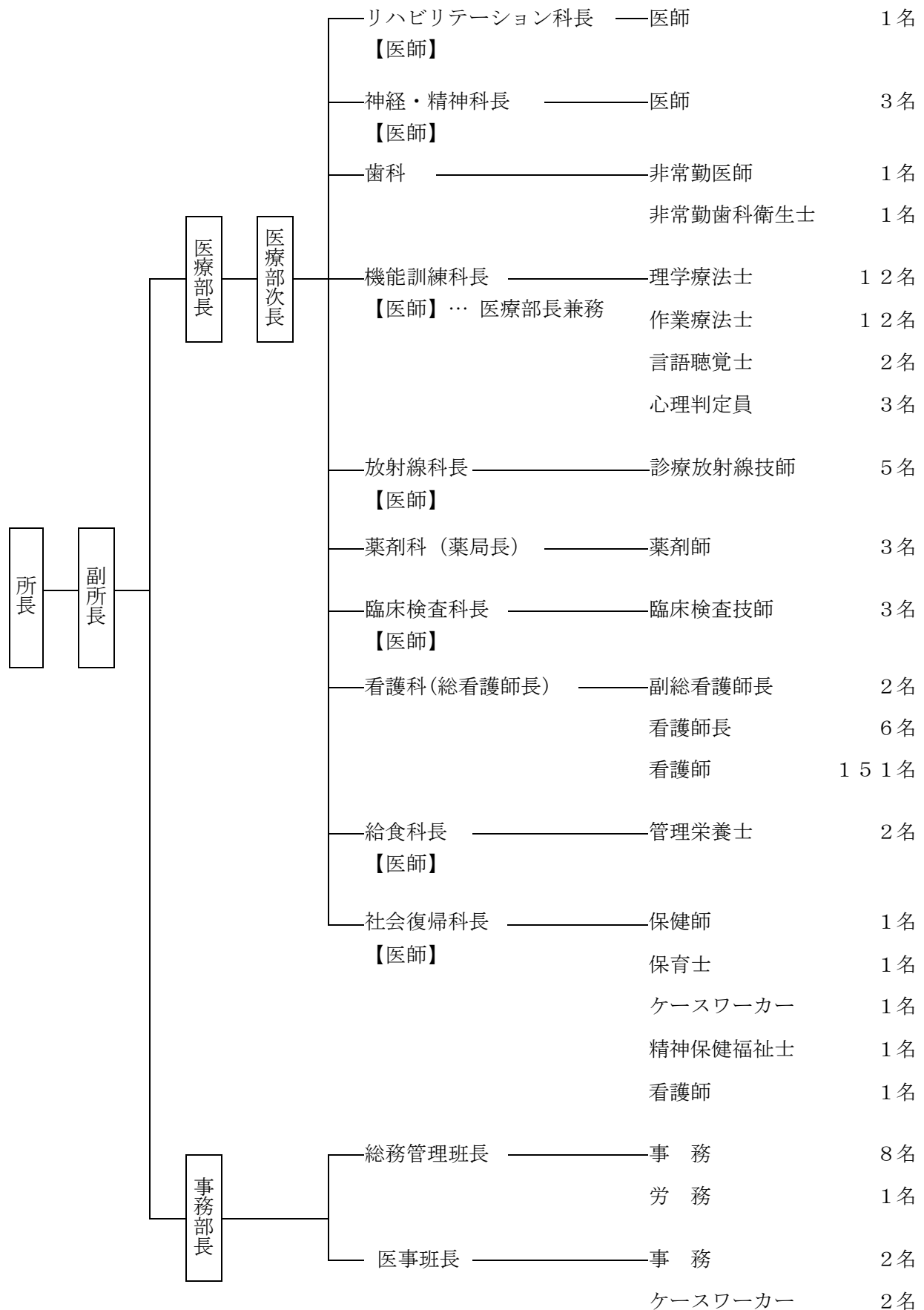




3F

4 組 織

(平成18年3月31日現在)



5 職種別職員数

(平成18年3月31日現在)

職 種		現 員	性 別		管 理 職 (再 掲)
			男	女	
医 師		1 4	1 0	4	1 0
医 療 技 術	診 療 放 射 線 技 師	5	2	3	1
	臨 床 検 査 技 師	3	1	2	1
	薬 剤 師	4	2	2	1
	理 学 療 法 士	1 2	4	8	—
	作 業 療 法 士	1 2	7	5	—
	言 語 聴 覚 士	2	—	2	—
	ケ ー ス ワ ー カ ー	3	3	—	—
	精 神 保 健 福 祉 士	1	1	—	—
	心 理 判 定 員	3	1	2	—
	管 理 栄 養 士	2	—	2	—
	小 計	4 7	2 1	2 6	3
看 護 職 員	保 健 師	1	—	1	—
	看 護 師	1 6 1	3 0	1 3 1	9
	保 育 士	1	—	1	—
	小 計	1 6 3	3 0	1 3 3	9
事 務 等		1 4	1 3	1	4
合 計		2 3 8	7 4	1 6 4	2 6

Ⅱ 医 療 活 動

1. 医 療 活 動

(1) 医療活動の特徴

ア. 1年間の患者の動向

平成 17 年度におけるセンター全体の一平均外来患者数は 62.6 人で、平成 16 年度の 61.6 人を上回っていた。この数年間、リハビリテーション科、神経・精神科とも一平均外来患者数は増加傾向にあり、放射線科もほぼ一定の外来患者数となっている。センター全体の入院患者動向を病床利用率で見ると、平成 17 年度は 79.8%で平成 16 年度の 81.9%をやや下回った。リハビリテーション科、神経・精神科とも微減傾向にあった。センター全体の平均在院日数は 94.2 日で、平成 16 年度の 99.3 日を大きく短縮し、短期集中治療が定着したことを示している。リハビリテーション科は 91.6 日で平成 16 年度の 89.5 日とほぼ同等で、神経・精神科は 95.4 日で平成 16 年度の 104.4 日を 9 日間下回り、センター全体の平均在院日数短縮に精神科の平均在院日数が影響していることが明らかである。リハビリテーション科は平均在院日数 90 日以内の目標を達成している。平均在院日数短縮は効率的医療への前進を示すものであるが、病床利用率低下の一因となりうる。平成 17 年度の病床利用率が 16 年度よりやや低下しているのは、平均在院日数の短縮が大きく関係している。

イ. 診療体制

リハビリテーション科では、平成 15 年 8 月 31 日に一般病床・療養病床区分の選択で一般病床を選択し、回復期リハビリテーション病棟、一般病棟（慢性期回復的リハビリテーション病棟）の体制で運営している。また、平成 15 年 10 月よりリハセンドックを開始した。体力維持を目的とする健康診断で、生活習慣病・脳血管障害の有無、呼吸循環機能、体力を検査して、運動機能や生活機能を評価する。リハビリテーション科、放射線科、臨床検査科、機能訓練科、看護科が協同で進めている。急性期治療を経過した患者や在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者などを対象とする亜急性期病室 10 床を 5 病棟に平成 16 年 4 月 1 日から設定した。慢性在宅障害者の入院などに対応するための導入である。

神経・精神科では秋田県精神科救急医療体制に全県拠点病院として参加し、平成 14 年以降は救急患者の 24 時間受け入れを実施している。平成 17 年 10 月に秋田県精神科救急情報センターを敷地内に設置し、相談および受診先や搬送手段の調整を行ってきた。病棟体制は 3 つの病棟を開放病棟、準開放病棟、閉鎖病棟に機能分化させて診療を行っている。平成 18 年度には、精神保健福祉士を採用し医療保護入院診察料の施設基準を整備する予定である。

認知症医療はリハビリテーション科担当病棟と神経・精神科担当病棟に分けて診療している。平成 13 年 6 月から幅広く認知症疾患の診療・相談を受けるために物忘れ外来を開設している。また、平成 16 年 4 月 1 日より県の老人性痴呆指導対策事業としての認知症電話相談を始め、情報提供に努めている。この事業は平成 17 年度からセンター単独事業として継続している。

放射線科では、平成 12 年 4 月以降、放射線科を標榜し、地域医療機関からの画像検査依頼を積極的に受け入れている。

ウ. 中期計画の達成度と今後の方針

平成 17 年度は中期計画を策定し、第 1 年目に当たる年度であった。センター全体の医療活動に関する計画に基づき、各部門が独自の計画を設定して医療活動の改善を目指してきた。①各部門個別の課題がセンター全体で認識可能となった、②共通課題を検討する中で各部門の連携がよくなった、③各部門が現在なすべき課題や取組不十分な課題が明確になった、④業績を評価しやすくなった、⑤実際に多くの業績があがった、などの成果が見えた。

(ア) リハビリテーション医療

a. 入院回復的リハビリテーション

(a) クリニカルパス作成

ADL 軽症者（バーセル指数 70 点以上）の 3 ヶ月クリニカルパスを作成し、嚥下障害の治療ガイドラインが完成した。これらは患者への説明、効率的な診療へ貢献するものであり、入院医療の改善に重要な意味を持つ。今後は半側空間無視患者、介護予防などのためのクリニカルパスを作ることを目指している。

(b) リハビリテーション専門職間の連携

回復期リハビリテーション病棟では、入院時 ADL 評価を理学・作業療法士、看護師で同時に行う画期的な体制を組んで定着させた。患者の活動状況を共通に理解する、繰り返しの評価を避ける、などの成果が上がっている。実施後、ADL の改善度が向上することをすでに学会で発表している。

また、チームアプローチがより徹底されるように、セラピストのカルテを病棟におくことにした。

慢性期回復的リハビリテーション病棟では、理学療法士、作業療法士の病棟担当制を検討してきたが、機能訓練科との連携で平成 18 年度からは病棟カンファレンスの充実とともに、セラピスト担当制を行うこととした。

(c) その他

回復期リハビリテーション病棟の役割に沿うように、患者の ADL を 24 時間、病棟内のすべての場所でどのレベルにあるかをチェックする評価票を作成した。これにより、病棟でのリスク管理が向上すること、ケア支援の重点が決められること、などが期待される。

慢性期回復的リハビリテーション病棟では、亜急性病床の運営体制が確立した。今後重症患者の増加などへの対応が必要となる。診療報酬増加の効果は大きく、さらに効率的な運営を検討していく。

休日訓練は、訓練内容や勤務職員数を検討し、継続可能な体制とした。当面、今回改善した体制で進めていく予定である。

b. 外来リハビリテーション

(a) 在宅訓練指導システムの作成

在宅訓練プログラムにデジタルカメラを取り入れるなど呈示方法を改善し、励み票を作成した。励み票により自主的な在宅訓練の必要性を認識させることが出来るようになった。

(b) 外来患者の評価・指導体制の確立

10m最大歩行速度測定、起居移動能力評価を導入し、患者の在宅訓練の妥当性を評価し、機能低下を早めにチェックできる体制とした。

(c) 外来体制の在り方

平成 18 年度から訓練日数の上限が設定される。外来リハビリテーションは、訓練を重ねることよりも、①在宅での自主訓練の内容の指導、②在宅訓練継続の励まし、③機能的状態の評価、に重点を移す方針である。

(d) リハセンドック

今年度は市町村合併による行政単位の変化のため、ドック受診者の確保が十分でなかった。新しい行政単位に積極的に働きかけるとともに、県庁なども含め近隣の企業への宣伝を強化していく必要がある。

c. 地域支援体制

(a) 啓発事業

センター内で月 1 回開催されるリハビリテーション講座、南部・中央・北部老人福祉総合エリアで行われるリハビリテーション健康教室など例年通り順調に行われ、参加者からも好評であった。

(b) 地域リハビリテーション検診

平成 17 年度の受診者は 60 名であった。継続的参加者も多く 1 年前の機能的状態と比較した情報も提供することが出来た。転倒予防検査、心電図モニターなどを導入して平成 18 年度は、さらに充実した検診とする予定である。

(c) 地域ネットワークの構築

リハビリテーション科関連師長が連絡会を開きネットワーク構築について議論し、老人保健施設などの見学を行うこととした。平成 18 年 2 月 16 日「ふれあいの里」を訪問して、連携の方法や内容について話し合いを行った。以後、種々の介護施設や身体障害者更生施設などを訪問し連携をとっていく予定である。

(イ) 精神医療

a. 短期集中的精神医療の推進

(a) 「精神科急性期治療病棟」ワーキンググループ設置

診療報酬上の「精神科急性期治療病棟」の適用を受ける体制を検討するため、平成 17 年度にワーキングチームによる検討を開始した。新規入院患者の比率、3 ヶ月で在宅退院する患者の比率、精神保健福祉士の常勤などが検討課題となっている。精神保健福祉士は平成 18 年度採用見込みとなった。

(b) 平均在院日数の短縮

平成 17 年 4 月から 12 月までの平均在院日数は、一般精神病棟で 82.7 日、前年同期と比べると短縮している。全国の自治体病院精神科病棟の平均在院日数と比較すると非常に短い。平均在院日数をさらに短縮するために、「パス検討委員会」を作るなどクリニカルパスの導入に向けての取り組みを進めている。

b. 精神科医療体制の充実

(a) 精神科救急情報センターの設置

平成 17 年 10 月に「精神科救急情報センター」がセンター内に設置された。月当たりの利用件数は徐々に増加する傾向にあるが、現在は 20 件程度である。「精神科救急情報センター」の機能、役割をより明確にするとともに、それに応じた体制の整備が必要である。一方、精神科救急医療システムの全県拠点病院として、24 時間体制を取り、県内で発生した措置入院のうち、センターが受け入れる件数が増加した。

(b) 心神喪失者等医療観察法の指定通院機関受け入れ

平成 17 年 7 月に施行された同法の鑑定入院と指定通院医療を担うことを承諾し、既に 1 例の鑑定入院を受け入れた。法施行前から危惧されていた鑑定入院中に生じる精神科救急医療体制への影響は皆無ではなかったが、医師、看護師の協力により最小限にとどめることが出来た。本法による通院患者の対象者はまだ発生していないが、予想される問題点を整理するため、委員会を設置して検討してきた。

(ウ) 認知症医療

a. 認知症リハビリテーションの充実

精神科作業療法連絡会議を定期的開催し、認知症に対する精神科作業療法の体制を確立させた。医師の指示の下、看護師、作業療法士が任務分担を行いながら一緒に訓練を行うこととなった。1 回 20～30 名の患者が精神科作業療法に参加する(集団療法と個別療法)。作業療法士と看護師の協業はセンターの先進的な取り組みであり、患者の生活機能の向上に有用である。それとは別に患者の状況に合わせ、理学療法士による運動機能訓練、臨床心理士による回想法、病棟レクレーションが実施されてきた。チームカンファレンスは月 2 回で、患者の評価や方針決定の確認を行った。

b. ケースワーカーによる医療相談体制

平成 17 年度は 1 日 20 件程度の相談に応じた。内容は情報収集、退院時の諸手続、他機関の利用方法、社会保障制度の照会・手続きの相談、連絡調整などであった。

c. 介護講座

認知症の理解を深めたり、家族同士の交流のため介護講座を 6 回開催した。1 回 6～10 家族の参加があり好評であった。

d. 地域医療機関・福祉施設との連携

認知症患者の入院は自宅からが 47%と最も多く、次いで病院、グループホームからとなっていた。センターから施設へ紹介する場合は施設職員による事前調査のときに、患者情報の伝達などを行っている。入退院におけるケースワーカー体制の整備を重視してきた。

e. 認知症相談事業

平成 17 年からセンター独自の認知症相談事業として電話相談を進めてきた。入院に関する件、連絡に関する件など 1 日平均 20 件に及んだ。

啓発事業として関係機関への講師派遣を積極的に行った。医師、看護師などが県内での研修会などで 10 件以上の講師を行った。

（エ） その他診療部門

a. 放射線科

放射線機器毎のマニュアルを作成し、放射線診療の均一化と医療安全のために運用した。

b. 薬剤科

退院時の服薬指導を開始したり、お薬手帳へ薬剤情報を添付して、患者サービスの向上に努めた。また、病棟の協力により薬品の在庫管理を一層徹底し、期限切れ発生の防止に努めた。

c. 臨床検査科

オートトラベラーの停止によりメンテナンス費用の削減や採血本数の減少を図った。血小板凝集機能検査がオーダーリングシステムの変更により、随時検査予約が可能になり、受付時間や結果報告の時間が短縮された。

d. 給食科

委託業者の指導を積極的に行って連携を密にした結果、食材納入や在庫管理で適切な運営が行われるようになった。また、センター内行事の際の行事食に工夫を加えて患者サービスに努めた。

（オ） その他の取り組み

a. 教育研修

リハビリテーション科では、秋田大学医学部学生のリハビリテーション科実習（リハビリテーション部；2～3名単位で2回/3週間を3組実施、公衆衛生学講座；学生6名、教官1名1回）を行った。現在、日本リハビリテーション医学会、日本神経学会、日本脳卒中学会の教育研修施設の承認を受けている。

精神神経科は、新医師臨床研修制度において精神科研修の協力型病院に指定されており、研修医に対する指導医を確保している。平成17年度には2名の研修医を受け入れた。平成17年度に「日本精神神経学会」専門医制の研修施設に認定され、指導医の有資格者の確保も出来た。

看護科、機能訓練科にはそれぞれ多数の実習生を受け入れたが、詳細は「実習生受け入れ状況」に記述した。

b. いけいけどんパン体操普及

リハビリテーション科で作成した「いけいけどんパン体操」を種々の行事に取り入れて、県民の健康づくりに貢献した。

（２） リハビリテーション科

所属する医師は現在6名で、保有する専門医資格はリハビリテーション科専門医3名、神経内科専門医3名、脳神経外科専門医1名、脳卒中専門医3名、耳鼻科専門医1名である（重複あり）。日本リハビリテーション医学会研修施設、日本神経学会認定医制度教育施設、日本脳卒中学会研修教育病院に認定されている。脳卒中を中心としたリハビリテーション診療全般を行うとともに、各医師の専門性をいかして、耳鼻科専門医が摂食嚥下障害、神経内科専門医が認知症や神経内科疾患に関して診療およびリハビリテーションを行っている。また摂食嚥下評価に基づいて、年間20～30例の内視鏡的胃瘻造設を実施している。これらの特殊領域への専門的な取り組みがセンターの特徴であり、全国的にも評価されている。

ア 外来診療

リハビリテーション科外来診療は、従来通り新患と再来を合わせて原則一日一人の医師で対応している。新患受診の際には、入院でのリハの適応があるのかどうかを決定している。再来患者の通院目的は、（１）再発予防のための基礎疾患と危険因子の治療、（２）維持的訓練と機能レベルの評価、（３）疼痛や痙性の治療、装具調整、（４）障害を抱えながらの社会生活への支援などである。居住地域が遠方の場合には近くの紹介元病院などへ紹介する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も多い。紹介元病院での維持的訓練が不可能な場合には外来リハビリテーションを行っている。通常のリハビリテーション診療以外に、耳鼻科専門医が摂食嚥下障害について耳鼻科外来、神経内科専門医が物忘れ外来や神経難病についての診療を行っている。

イ 入院診療

入院の対象は、外来受診によって入院適応とされたケース、および全県の急性期病院から電話やファックスで依頼されたケースである。予約方式をとっていて、リハビリテーション病床全体（100 床）で、月間 20～25 名の患者を受け入れている。回復期リハビリテーション病床（“4 病棟”）50 床は、平成 18 年 4 月からは回復期リハビリテーション病棟基準の改定に伴い、原則発症 2 ヶ月以内の患者を受け入れ、急性期から急性期直後のリハビリテーションを実施することになっている。しかし現実的には発症 2 ヶ月以降に急性期病院からの転院を余儀なくされるケースも多く、これら回復期リハビリテーション病棟の入院基準からはずれるケースや発症時期の明確でない神経難病などの患者は、他の 50 床（“5 病棟”、一般病床として運用）に入院して訓練を行うことになる。このうち、10 床は亜急性期入院医療管理料の適用病床であり、在宅介護を予定している亜急性期患者を対象としている。認知症（痴呆）病床（“6 病棟”、精神病床）は 50 床を主に神経内科専門医であるリハビリテーション科医師 1～2 名で運営し、月間 15～20 名の患者を受け入れている。この病床は精神病床であり、精神医療法に関しては精神科指定医の助言を得ている。

ウ その他

センターでのリハビリテーション、嚥下障害、認知症に対しての取り組みの結果が学会や雑誌などで報告されている。地域医療連携として、地域リハビリテーション検診、リハビリテーション健康教室、認知症介護従事者に対しての啓発、さらにリハセンドックなどにも取り組んでいる。

（３）神経・精神科

新臨床研修制度による秋田大学医学部の協力型病院として、平成 17 年 4 月、5 月の 2 ヶ月間研修医 2 名を受け入れ、同大学の研修の一環としての精神科研修に協力した。研修の内容はセンター各精神科医師による講義、診療見学、実地診療への一部参加などが中心であった。夏以降は、平成 17 年 7 月から施行された心神喪失者等医療観察法への具体的対応が中心となった。平成 17 年 11 月から 12 月にかけて同制度による鑑定入院を受け入れ、センター医師が鑑定人をつとめた。

また、同年 12 月から平成 18 年 1 月にかけて、センター医師が精神保健審判員としての職務を果たした。今後は、同制度による鑑定だけでなく指定通院医療機関としての協力に向けたセンター内の体制整備を進めることになる。さらに、最近強調されている精神医療の入院中心医療から地域中心医療への根本的構造改革の流れに関しても注意を払い、地域中心医療へと精神医療体制が転換された場合に、新しい体制下でセンターが果たすべき役割についても検討することが必要となる。

1) 一般外来診療

外来患者数は平成 17 年度も漸増している。1 年間の延べ外来患者数をみると、平成 15 年度 8,686 名、平成 16 年度 10,025 名、平成 17 年度 10,594 名と増加の速度は鈍ったものの増加している。そのうち、初診患者数をみると、平成 15 年度 216 名に対し、平成 16 年度 281 名と大きく増加したが、平成 17 年度は 278 名と微減した。延べ外来患者数の増加は、センターの診療が県民に受け入れられている証であり喜ばしいことである。しかし、精神科医師などの職員の業務配分を考えると、入院診療へ向ける時間と労力の減少につながる可能性が生じる。外来診療と入院診療の適正なバランスを考えた運営が必要である。センターの医療機関としての性格からも退院後は紹介元精神科医療機関へ紹介する努力を続けていく。デイケアには、平成 17 年度は 1 日につき 5～12 名、平均 8.1 名が通所した。

2) 一般入院診療

認知症病棟である 6・7 病棟を除く 1・2・3 病棟（合計 100 床）の 1 年間の延べ入院患者数は、平成 15 年度 30,623 名、平成 16 年度 32,105 名、平成 17 年度 30,504 名となっている。病床利用率をみると、平成 15 年度 83.7%、平成 16 年度 88.0%、平成 17 年度 83.6%である。85%前後で推移していることになる。平均在院日数は、平成 15 年 107.4 日（統計方法の調整により一部変更）、平成 16 年度 112.3 日、平成 17 年度 101.3 日であった。年度による変動はあるが、短縮化傾向が続いている。今後も、診療内容を充実した結果としての在院日数短縮が得られることを目指す。平成 17 年 6 月からは行動制限最小化委員会が立ち上げられ、月に 1 回定期的に開催され、入院患者の処遇改善の工夫と人権保護の確認がなされている。

3) 精神科救急診療

1 年間の延べ救急受診者数は、平成 15 年度 85 名（うち入院 55 名）、平成 16 年度 115 名（うち入院 61 名）、平成 17 年度 150 名（うち入院 64 名）と増加している。救急入院中の夜間、休日の入院者の割合は、平成 15 年度 64%、平成 16 年度 72%、平成 17 年度 64%と平均 66%強を中心に変動している。警察、保健所からの救急患者紹介は平成 15 年度 7 名、平成 16 年度 5 名、平成 17 年度 11 名である。3 年間の平均は 1 年当たり 8 名弱となる。診療時間内・外とも救急入院体制は整備され、円滑に運営されている。措置入院については、平成 15 年度は秋田県全体で 14 名該当者があり、うち 5 名がセンターへ入院している。平成 16 年度は 27 名中 17 名が当センターへ入院、平成 17 年度は 20 名中 6 名が入院となっている。法的条件を満たし、内科系などの合併症の問題が無い事例は全件受け入れを原則として運営がなされている。

（４） 認知症診療

リハビリテーション科と神経・精神科の診療協力体制による運営が継続されており、定期的な委員会開催により調整が行われている。平成 15 年度の認知症病棟全体（合計 100 床）への入院数は 291 名であり、平成 16 年度 293 名、平成 17 年度 315 名と微増している。重症者が入院する傾向が強まっているが、関係職員の努力により、受け入れ数を増やす努力が続けられている。

１）ものわすれ外来運営

ものわすれ外来は認知症患者への総合的窓口として平成 13 年 4 月 9 日から開設され、引き続き順調に運営されている。各年の延べ受診者数は、平成 15 年度 1004 名、平成 16 年度 1045 名、平成 17 年度 1178 名と着実に増加している。初診延べ患者数も平成 15 年度 198 名であり、平成 16 年度 223 名、平成 17 年度 229 名と増加傾向にある。

２）６病棟診療

平成 13 年 6 月 1 日から開業された認知症病床の 6 病棟（50 床）も順当に機能している。１日平均入院患者数は平成 15 年度 37.1 名、平成 16 年度 39.3 名、平成 17 年度 38.5 名であり、病床利用率は平成 15 年度 74.2%、平成 16 年度 78.6%、平成 17 年度 77%であった。平均在院日数は平成 15 年度 71.5 日、平成 16 年度 73.0 日、平成 17 年度 63.9 日であった。平均在院日数は多少の変動はあるがやはり短縮傾向にある。身体合併症への対応などと並行してリハビリテーションへの診療努力がなされている。

３）７病棟診療

センター開業時から運用されている 7 病棟（50 床）の 1 日平均入院患者数は平成 15 年度 39.1 名、平成 16 年度 41.4 名、平成 17 年度 42.6 名と増加している。病床利用率は平成 15 年度 78.1%、平成 16 年度 82.8%、平成 17 年度 85.1%であった。より活発な病棟運営がなされてきている。平均在院日数は、平成 15 年度 128.3 日と前年の半分近くに大幅に低下した。平成 16 年度 129.7 日、平成 17 年度 130 日で平均在院日数の短縮傾向は続いている。妄想、興奮、暴力、不穏などの症状を持つ患者が主体であるため、改善まで時間を要することが多いが、担当職員達の毎日の努力により、平均在院日数の短縮と稼働率向上の両方の達成を目指した運営が行われている。

（５） 機能訓練科

ア．診療の特徴

（ア）多職種の連携

機能訓練科は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士により、種々の障害に対する評価と訓練を行っている。各専門職種は列挙順に基本的運動・動作能力の回復、応用的動作・日常生活活動・社会適応能力の回復、音声言語機能、コミュニケーション能力の回復、聴覚・嚥下機能の回復、心理検査・カウンセリング・心理療法を主治医の指示に基づいて行う。

また、事務部医事班所属のケースワーカーが相談業務・社会資源の有効活用などを行っている。機能訓練科が目指す生活機能の改善とは、人間の持つ多面的機能の総合的回復であり、疾病の軽減にとどまらず、果てしない最適機能の追求である。多専門職種のチームアプローチはこのよう

な作業を行うために必須である。

(イ) 3領域へのリハビリテーション的介入

リハビリテーション医学は基本的に、運動機能障害に関わる臨床医学の限定された分野であり、整形外科的、神経内科的障害を対象とする特殊な技術体系を指す。センターでは、このような定義のリハビリテーション医学とともに、精神障害者のリハビリテーション、認知症（痴呆性疾患）患者のリハビリテーションも同時に行っている。

3領域のリハビリテーションには共通点も多いがそれぞれの特殊性もある。この3領域が共同して医療を展開しようとしていることがセンター医療の大きな特徴である。

イ. 各部門の活動

(ア) 身体障害者リハビリテーション部門

4・5病棟（リハビリテーション病棟）の重度患者（厚生労働省看護度Aの分類すべてとB、CのⅠ、Ⅱに含まれるもの）、すなわち、重度障害や複雑障害を持った患者の増加は一層進む可能性が大きく、平成10年度38.4人／日であったのが、平成15年度43.3人／日、平成16年度43.7人／日と漸増し、リハビリテーション病棟入院患者の割合は54.8%から57%前後に増加している。機能訓練科では、この重度患者の増加への対応を迫られている。平成17年度の訓練・検査実施患者（かつこ内は平成16年度実施患者）は理学療法23,676件（22,677件）、作業療法13,338件（14,640件）、言語聴覚療法2,851件（2,924件）、心理検査・心理療法621件（550件）であった。

身体障害者リハビリテーションは、医師、機能訓練科職員、看護職員、ケースワーカーが参加して行う全症例に関する症例検討会（週1回）、回復期リハビリテーション病棟で行われるリハビリテーションミーティング（週2回）で運営されている。症例検討会で共通目標、部門毎目標を設定し、それぞれの計画・プランを立てて治療を行う。総回診、リハビリテーションミーティングで治療の効果を再評価し、方針変更や継続などを決定する。情報収集、評価、目標設定、計画とプラン、治療、再評価などのリハビリテーション過程を全部門で検討し、それと整合性を持たせて各部門の目標・方針を作成する。そこでの決定に基づいて各部署での検討会議が継続的に行われている。

患者の希望に基づいて、平成15年10月から3連休のときは訓練日を1日設けることとし、平成17年度以降も継続している。最近その有効性が各方面で立証されている病棟での終日訓練（Full Integrated Training, FIT）は、スタッフの増員がない限り、現実的に困難な状況である。また、平成16年度から回復期リハビリテーション病棟の担当療法士数を増加させた。回復期リハビリテーション病棟では病棟で実際に行う日常生活活動訓練がとくに重要であり、その点からは今後、終日訓練、“朝起きてから寝るまで”の日常生活活動訓練の導入が望まれる。

介護保険制度の改定が予定され、自立支援の立場からリハビリテーション強化が強調されている。病院外来におけるリハビリテーションのあり方、回復期リハビリテーション病棟の役割、慢性期回復のリハビリテーションの進め方など、センターリハビリテーション体制の今後のあり方を十分検討してゆく必要がある。

(イ) 精神障害者リハビリテーション部門

(a) 入院リハビリテーション

入院患者への精神科作業療法では、スポーツ、手工芸、調理などを訓練手段として取り上げて

いる。その他、野外訓練の一環として障害者福祉展の見学や病棟スタッフ全体で行われる病棟合同野外訓練（花見やなべっこ会）にも協力している。平成 17 年度の精神科作業療法実施件数は 3,163 件（平成 16 年度 2,576 件）であった。精神科作業療法は病棟生活へ連動した看護師の協力が必要であり、週一回の医師、看護師、作業療法士とのカンファレンスで、情報交換や治療方針の確認などを密接に行うとともに、月 1 回作業療法士、看護師と精神科作業療法連絡会議を行い、協力体制の強化を図っている。また、専任職員（看護師、臨床心理士）で担当する S S T、個人心理療法や心理査定も行われている。実施件数は 730 件（平成 16 年度 654 件）であった。

（b）精神科デイケア

精神科デイケアの利用者は在宅者や障害者自立訓練センター入所者が中心となる。活動内容は、自主活動、創作活動、ビデオ鑑賞、カラオケ、S S T（社会生活技能訓練）、スポーツなどである。その他、月 1 回の頻度で野外活動、調理実習、書道などが行われている。活動のプログラムは月 1 回の参加者中心のメンバーミーティングで決められる。また、臨床心理士との協力で 3 カ月を 1 クールとして、S S T が行われている。その実施件数は 506 件（平成 16 年度 464 件）であった。デイケア利用者の家族を主として、外来通院者の家族を含め、統合失調症を対象とした家族教室をデイケアスタッフ（医師、看護師、作業療法士）の他、臨床心理士、精神保健福祉士、外来看護師との協業で行っている。平成 17 年度の通所者延べ数は 1,627 人で、平成 16 年度 2,001 人となっている。

デイケアの入所手続きは、外来担当医からの見学依頼書に基づいて面接や見学参加を行う。その上で、デイケアスタッフが受け入れ会議を行い、参加の適否を決定する。

（ウ）認知症患者リハビリテーション部門

精神科作業療法を中心にリハビリテーションを進めている。身体機能、認知機能、精神症状、日常生活活動などの評価を行い、患者の特性に応じて集団訓練または個別訓練を展開する。ゲームや軽い体操、歌、手工芸、リアリティオリエンテーション（R O T）、回想法などが行われている。平成 17 年度の精神科作業療法実施者数は 7,385 件で、平成 16 年度の延べ件数 6,285 件より増加した。他方、認知症患者で身体障害者リハビリテーション部門での訓練を必要とする患者も多くなっている。また、心理検査・心理療法（回想法）の実施件数は 1,008 件（平成 16 年度 1,052 件）であった。

6・7 病棟では医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、ケースワーカーが参加して症例検討会を隔週毎に行っている。また、看護師と作業療法士で連絡調整を目的に月 1 回の会議を行っている。

（6）放射線科

放射線科では、単純撮影装置のほか、X線テレビジョン、MR I、X線 C T、頭部専用 S P E C T、ガンマカメラ、骨密度測定装置などを備えており、リハビリテーション・精神医療を行う病院の放射線科として、必要十分な診断装置を所有している。

リハビリテーション科、神経・精神科の入院・外来患者の撮影、診断が主な業務である。検査は全てオーダリングシステムを使用した予約制で行われ、不要な待ち時間をとらないために患者サービスの向上に貢献している。

放射線科の特徴の1つは、撮影した写真がすべてデジタル化されていることである。そのため、フィルム以外にも写真データをコンピュータに保存することができる。画像データはダイコムというデータ保存形式で処理され、データの真正性、保存性、見読性が確保されている。診断はフィルムではなく、モニター画面でなされる。過去の写真と比較する場合にも、フィルムではなく、保存されたコンピュータのデータを用いて迅速に行うことが可能である。フィルムのコピーも劣化なく作成することができる。

センターにある高度医療機器を有効に活用するために、近隣医療機関からの依頼検査に積極的に応じている。頭部CT、MRIや胸部・腹部CT、腰椎のMRIなどが依頼の主な内容である。検査直後に即時診断を行い迅速に依頼医療機関への返事を送ることで、依頼医療機関の患者の診療に非常に役立っていると自負している。頭痛やめまいを主訴とした患者の脳血管障害などの病変をCT、MRIで診断することは、痛みや苦痛を伴わない非侵襲性の検査として有用である。とくに、MRIで脳血管を描出すること（MRアンギオグラフィー）により、動脈硬化による将来の脳血管障害の危険予測や、動脈瘤の検出が可能である。従来の造影剤を使用した血管撮影よりもはるかに安全性が高い検査方法である。胸部CTは、普通のエックス線写真で診断困難な小病変や、肋骨、心臓に隠れた病変の描出に非常に有用であり、二次検診での病変検出に利用されている。腹部CTは、超音波検査で不明瞭な部分の描出に有用である。腰椎などの脊椎のMRIは、MRIに特徴的な矢状断を撮影することにより、椎間板の変性や、膨隆、神経の圧迫を克明に描出することができる。現在、電話やファックスで行っている検査依頼を、将来的にはネットワークを利用した電話予約で、より簡単に行えるようにと考えている。

また、リハセンドックの一部として、胸部エックス線写真、頭部MRIの検査を行っている。

（7）臨床検査科

臨床検査科では、随時院内検査項目の見直しを行いながら外部委託検査を取り入れ、検査の省力化と効率化を図っている。

検体検査系では血液、生化学、尿検査を中心に、血小板凝集能測定による抗血小板薬投与におけるモニタリングも行っている。生理検査系では心電図検査、ホルター心電図検査、脳波測定、呼吸機能検査、サーモグラフィを実施しており、成績の一部は院内のネットワークを介し、病棟などの端末で表示が可能である。

今年度より、採血に関するミスの防止と患者負担の軽減を目的に、採血管の準備を当科で行っており、順調に稼動している。今後も病棟や外来との連携を図りながら患者サービスに貢献していきたいと考えている。

また、老朽化してきた機器についても順次更新を行い、より迅速な対応と収益改善に努めていく考えである。

（8）薬剤科

医薬品の有用性、安全性の確保においてその適正使用の遂行が重要なことは周知のことである。医薬品の適正使用の推進は有害事象を防止し、さらに医療費の削減にもつながる。薬剤科では、

より少ないリスクでより大きな効果をもたらす薬品購入に心掛け、医薬品購入費の抑制に貢献している。

平成 17 年度における 1 日平均外来調剤件数は、169.6 件で、平成 16 年度の 157.7 件を大きく上回った。

平成 17 年 5 月から総合医療情報システムの端末で医薬品情報を参照することが可能になった。以前は、年 1 回院内医薬品集を発行していたが、これからは年 4 回医薬品情報が更新されるため、より新しい情報を入手することが可能となった。身近なところで治療薬に関する薬効、副作用、相互作用および注意事項などの情報を提供することは、無駄な治療や入院を避け、患者の生活の質を守り、医療費の支出も減らすことにつながる。今後は、調剤だけでなく、個々の患者への情報提供などを通じて良質な医療に貢献できるように努めたいと考えている。

（9）給食科

長寿時代を迎えたわが国では、グルメ志向のみならず新たな健康食品やスローフードがブームである。単に「食べる」事を超えた「豊かな食生活」への関心は益々高まり、病院給食にも新しい変化が押し寄せている。当院の病院給食では、開院当初から完全委託の体制をとっており、総合医療情報システムでコンピューター管理を行い、献立作製から、栄養管理、食数管理や在庫管理に至る給食関連業務の、より迅速で正確な遂行を図っている。入院時は各病棟に設備された食堂で、適時適温給食による食事提供を行っている。食種は一般食、特別食と併せて 30 種以上で多様な内科疾患の治療食に対応している。このほか当院では、リハビリテーション・精神医療を行うセンターの特殊性から、摂食嚥下障害に対する食事形態の調整や禁食などの個別対応の割合が高い事が特徴である。咀嚼嚥下障害への対応では、主食は重湯、3～7 分粥、全粥ブレンダー、全粥、米飯、おにぎり（一口大と普通サイズ）、ロールパン、食パン、うどんなどの選択があるほか、副食もゼリー、ブレンダー、きざみ（一口大、きざみ、極きざみの 3 段階）、とろみづけなどの食事形態の選択が可能であり、咀嚼嚥下障害へのきめ細かな治療に重要な役割を果たしている。食事動作が困難な場合にはリハビリ食器でも対応している。経口摂食量が不十分で低栄養や褥瘡などのリスクが高い場合には、平成 17 年度から新たに「ハーフ食」の提供を開始した。ハーフ食は、喫食率に応じて主食や副食の量を調整し、院内で調理した高蛋白、高カロリーのスープやジュースを添えた特別メニューで、精神疾患や認知症に伴う摂食障害の患者にも好評である。認知症病棟の患者には午前と午後のおやつ提供を実施して病状に応じた栄養管理に配慮している。主要な行事のさいには、季節感溢れる行事食を提供しており、行事食や誕生日には嬉しい個人カードも添えている。また、看護師らの協力のもとに栄養士による患者への面接アンケートや嗜好調査、病棟訪問による意見交換も行い、患者や他スタッフの意見の反映に努めている。さらに他施設や医療機関からの要請により、摂食嚥下に関する院内や院外での指導も行っている。患者の嗜好調査に基づく要望に応じて、毎週 1 回麺類の食事提供を行い、病棟ごとに企画される野外レクリエーションの際は、昼食の弁当の提供にも対応している。

近年は栄養管理に関して、低栄養や褥瘡予防への対策のみならず、肥満症、糖尿病、高脂血症などのメタボリックシンドロームへの対応が注目されている。給食科では身体計測値や検査値などの栄養管理データを基に、内科的疾患のほか肥満や低栄養、嚥下障害などの様々な病態に対応

して、医師の指示のもとに栄養指導を実施している。患者や家族への治療食の指導では、ビデオ、フードモデルなどの豊富な資料を用いた個別指導を行っており、嚥下食の指導の場合には実際の調理場面の見学も行っている。また院内のリハビリ講座では、一般のかたにも分かりやすい減塩食や脂質代謝障害に対する指導や、各種ビタミンの作用と摂取方法などの健康にかかわる食生活の集団指導もすすめている。

平成 18 年度 4 月からの診療報酬改訂に伴い、栄養管理実施加算対象となる患者への個別栄養管理が行われる。他の医療スタッフとの連携をより一層深めて、栄養管理に関する情報交換を行い、適切な食事提供による疾病の回復促進と、患者家族のより豊かな食生活への支援を目指すことが今後の給食科の課題である。

(10) 看護科

ア 看護科の概要

(ア) 看護科の理念

患者さんの権利の尊重を基本とし、身体やこころに障害のある患者さん及び家族の方が障害を受け止めながら、その人らしさを失わず、生活の再構築ができるよう思いやりのある看護サービスに努めます。

(イ) 基本方針

- a. 患者さんの個別性を尊重し、安全、安心で満足が得られる患者中心の看護に努めます。
- b. 患者さん及び家族の方が生活の再構築ができ、自信回復につながるよう支援します。
- c. 看護科の役割を認識し、チーム医療に貢献します。
- d. 専門職業人として、責任とやりがいを持てるよう研究活動の推進と教育の充実に努めます。
- e. 効率性を追求した業務改善を図り、病院運営に貢献します。

(ウ) 平成 17 年度看護科目標及び活動計画

基本目標 「安全」「安楽」「自立への支援」

1. 患者の個別性を尊重し、患者中心の看護に徹しよう。
2. エビデンスに基づいた看護を実践し、自己の達成感（やりがい感）を高めよう。
3. 経済面に配慮し、かつ効果的な看護実践に努めよう。

活動計画

具体的目標	実施方法	推進体制
患者の個別性を尊重し、患者中心の看護に徹しよう	・看護に必要とされる適切な情報収集 ・個人情報の保護（守秘義務の遵守） ・カンファレンスの充実（患者中心の視点で） ・家族を含めた看護計画 ・退院指導・インフォームドコンセントの推進 ・入院時オリエンテーションの充実	病棟単位
エビデンスに基づいた看護を実践し、自己の達成感（やりがい感）を高めよう	・QOLへの配慮（レクリエーションの充実・拘束の見直し・オムツはずしへの挑戦） ・安全への配慮（事故防止・褥瘡・感染防止など） ・行動する前に5W1Hを確認する習慣をつける ・自己の強み・弱みを明確にし、自分から成長する気持ちを伝え、キャリアアップを図る ・各種研修会への参加目標を明確にする ・OJTの充実 ・看護研究への取り組み	病棟単位 院内・看護科委員会との連携 各チーム単位で習慣化 目標管理 キャリア開発ガイドブックの活用 院内・看護継続教育委員会の連携 病棟単位 看護研究・看護継続教育委員会の連携
経済面に配慮し、かつ効果的な看護実践に努めよう	・病院の経営状況及び今後の経営方針を知る ・物品の有効活用の方法を検討 ・業務の見直し ・看護基準・各種マニュアルの整理	院内研修委員会 業務委員会 看護師長会・主査会議にて検討

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						
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	担送	護送	独歩
1	23.0	0.7	1.2	3.6	0.1	0.3	1.4	3.7	0.8	0.0	0.3	6.5	4.4	0.1	7.1	15.8
2	25.1	2.5	0.9	0.8	0.1	0.0	4.7	7.1	4.1	0.0	0.0	2.0	2.9	0.1	25.0	0.0
3	35.4	6.7	1.0	1.3	1.3	0.0	3.0	8.2	5.6	0.0	0.1	1.5	6.7	0.1	35.3	0.0
4	38.2	4.7	1.6	0.3	0.1	3.9	7.3	1.9	0.2	0.0	0.4	9.3	8.5	4.2	28.3	5.7
5	36.7	3.5	4.0	0.8	0.0	4.0	12.7	0.9	0.0	0.0	1.1	7.8	1.9	8.5	23.2	5.0
6	38.5	8.7	7.4	2.0	0.1	2.3	9.4	3.4	0.1	0.0	0.4	3.5	1.2	1.2	37.2	0.1
7	42.6	13.7	6.4	0.4	0.0	3.2	10.9	4.8	0.0	0.0	0.0	3.2	0.0	0.5	42.1	0.0
計	239.5	40.5	22.5	9.2	1.7	13.7	49.4	30.0	10.8	0.0	2.3	33.8	25.6	14.7	198.2	26.6

看護度の基準 : 厚生省（1984）

看護観察の程度

A：常時観察 B：断続的な観察 C：継続した観察は特に必要がない

生活の自立度

I：自分ではできない

II：自分でできることもあるが、できないことが多い

III：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

IV：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

看護観察の程度が「常時観察」、あるいは生活の自立度が「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」に含まれる重症患者数は一日平均 139 名で、全体の 58.2% であった。平成 11 年度は重症患者数が一日平均 108 名、51.4% であったので、より重症患者が多くなっていることが明らかである。

ウ 看護活動

（ア）看護科

急性期病院の効率化・精神病床の機能分化など医療体制の変化、また地方財政の困窮する中センターを取り巻く環境も変化している。平成 17 年 3 月にはこの変化に対応しつつセンターの使命・役割を果たしていくために、中期的経営計画が策定された。これを受けて看護科では医師・コメディカルとのチーム連携を強化し、各病棟および外来で課題を明確にし、中期的にまた長期的な計画を立てた。リハビリテーション病棟では軽症者クリニカルパス作成・亜急性期病棟の円滑運営に向けて病棟調整を行い、また神経・精神科病棟では精神科救急情報センター設立にあた

つての協力体制や医療観察法の鑑定入院・指定通院医療機関の受け入れ体制を整えた。

安全で安心な看護のよりよい提供のためスタッフのキャリアアップに向けた目標管理の取り組みが開始して4年目となり、個人目標を達成することで組織的な成果の兆しは見えてきている。今後益々厳しくなる情勢の中で、患者満足・職員満足を高めていくため更なる発展のための課題は多いが、力を合わせて取り組んでいきたい。

(イ) 外来

リハビリテーション科、神経・精神科、ものわすれ外来の他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。また、経口摂取不可能な患者に対して胃瘻造設を行っている。また、平成15年10月から、センター医療の特徴を生かしたリハセンドックを開始した。日常生活能力を低下させる要因を早期に発見することを目的とし、半日コースで金曜日に行っている。

(a) 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を理解し、心暖かで信頼される病院作りに努めている。
- b. 各科の診療が安全かつ円滑に機能するように、業務の改善や見直しを行い、効果的な患者ケアをめざしている。
- c. 入院中に向上した日常生活活動（以下 ADL と略す）を維持できるよう、疾病の悪化防止、家庭・職場の環境問題や介護面における相談への対応や指導を行い継続的に看護を展開している。
- 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17年度は延べ51名に行い、口腔ケア・開口訓練などの充実を図るための援助に積極的に取り組んでいる。
- e. 家族や職場における問題解決への援助や疾病の悪化を防止するケアの方法を提供し、セルフケア能力やQOL（Quality Of Life）向上のために援助している。
- f. 病院と地域・福祉施設などと連携を図り患者や家族に対して情報提供のサービスに努めている。

(ウ) 精神科病棟（1・2・3病棟）

(a) 1病棟（開放病棟）

社会復帰への準備を援助する（男女混合）病棟として位置づけられている。当病棟に入院している患者の在院日数（平均）は66.9日で、精神症状によって1ヶ月から1年以内となっている。自宅退院し社会復帰をしている患者が多いが、なかには対人場面や生活場面の困難を理由に再入院するケースも少なくない。症状によっては急性期の患者も受け入れている。援助内容として

- 1) 社会性を身につけるための生活指導
 - 2) 社会資源を活用しながら、退院にむけての支援
 - 3) 患者と家族の調整を図り社会復帰に向けての援助
- を行っている。

また患者の年齢層も思春期から老年期までと幅広く、患者の多様なニーズに応じた専門的な看護判断・対応が広く求められている。

a. 入院患者概要（転棟患者含まず）

- 1) 平成 17 年度入院患者数 100 名（女性 58 名 男性 42 名）
- 2) 疾患別 ①うつ病 34 名（34.0%）②統合失調症 17 名（17.0%）③躁うつ病 16 名（16.0%）
④神経症 10 名（10.0%）⑤アルコール依存症 8 名（8.0%）
⑥その他（適応障害、気分障害、パニック障害、心気症など）15 名（15.0%）
- 3) 入院形態 任意入院 90% 医療保護入院 10%
- 4) 入院患者年齢層 17 歳～80 歳まで

b. 病棟の取り組み

社会復帰への準備を援助する病棟として、日常生活の自立、対人交流能力向上への援助として病棟 S S T の導入、患者・家族参加型カンファレンスの実施、生活習慣として夜間入浴実施、試験外出・外泊に関わる生活指導などの看護を提供している。

月別試験外出・外泊者

（単位：延べ人数）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
人数	39	16	39	59	41	37	41	21	66	25	24	44

（b）2 病棟（準開放病棟）

a. 入院患者概要（転棟患者含まず）

- 1) 平成 17 年度入院患者数 79 名（女性 53 名 男性 26 名）
- 2) 疾患別 ①うつ病 28 名（35.4%）②統合失調症 20 名（25.3%）
③躁うつ病 5 名（6.3%）④てんかん 5 名（6.3%）
⑤その他（神経症・非定型精神病・器質性精神障害・摂食障害）21 名（26.7%）
- 3) 入院形態 任意入院 83.5% 医療保護入院 16.5%
- 4) 入院患者年齢層 10 代～80 代

5) 在院日数平均 87.3 日

b. 看護の特殊性

- 1) 急性期から退院まで緻密な観察と安全面に配慮した環境整備が重要となり、自傷行為、衝動行為など問題行動が予測される患者への個性を捉えた観察、対応が求められている。
- 2) 思春期から老年期までの各年齢層での発達段階をふまえた看護が求められている。
- 3) 患者・家族中心の看護を展開するために来院時の声掛けや面談に同席するなどを行い、情報の共有を図っている。
- 4) 基本的な日常生活場面での援助・指導を行いセルフケア能力の向上を図り、O T ・ S S T ・ 合同レクリエーション・病棟レクリエーションなどを行い対人関係・集中力・協調性を向上させるよう動機づけを図っている。
- 5) 退院に向け内服薬自己管理を指導する、S W から社会資源の提供に関する情報を得る、外出・外泊を繰り返し問題点を把握する、などを行い自宅退院できるようサポートしている。

月別試験外出・外泊者

(単位：延べ人数)

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
人数	37	37	45	54	43	32	36	37	55	29	29	36

(c) 3病棟 (閉鎖病棟)

他病院からの紹介による対応困難な患者や、秋田県精神科救急医療システムの全県拠点病院として受け入れる救急患者の殆どがこの病棟で治療を行う。とくに精神科集中治療棟 (IPCU) では、不穏や興奮が顕著な患者や自傷他害の恐れの高い重度精神障害を呈する患者に濃厚な治療と看護を行い、短期集中治療を目的としている。

平成17年度は、7月15日施行された医療観察法に伴いセンターが鑑定入院医療機関の指定を受け、今年度は1名の鑑定入院を受け入れた。

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	109	113	42	60	77	88	82	93	67	73	49	73	926

(d) 精神科病棟の主な看護業務

- 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、基本的な生活習慣の確立への援助を行う。
- 患者を理解し、患者のもつ悩み、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。
- 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。
- 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。
- 行動制限を受けた患者の代理行為を行う。

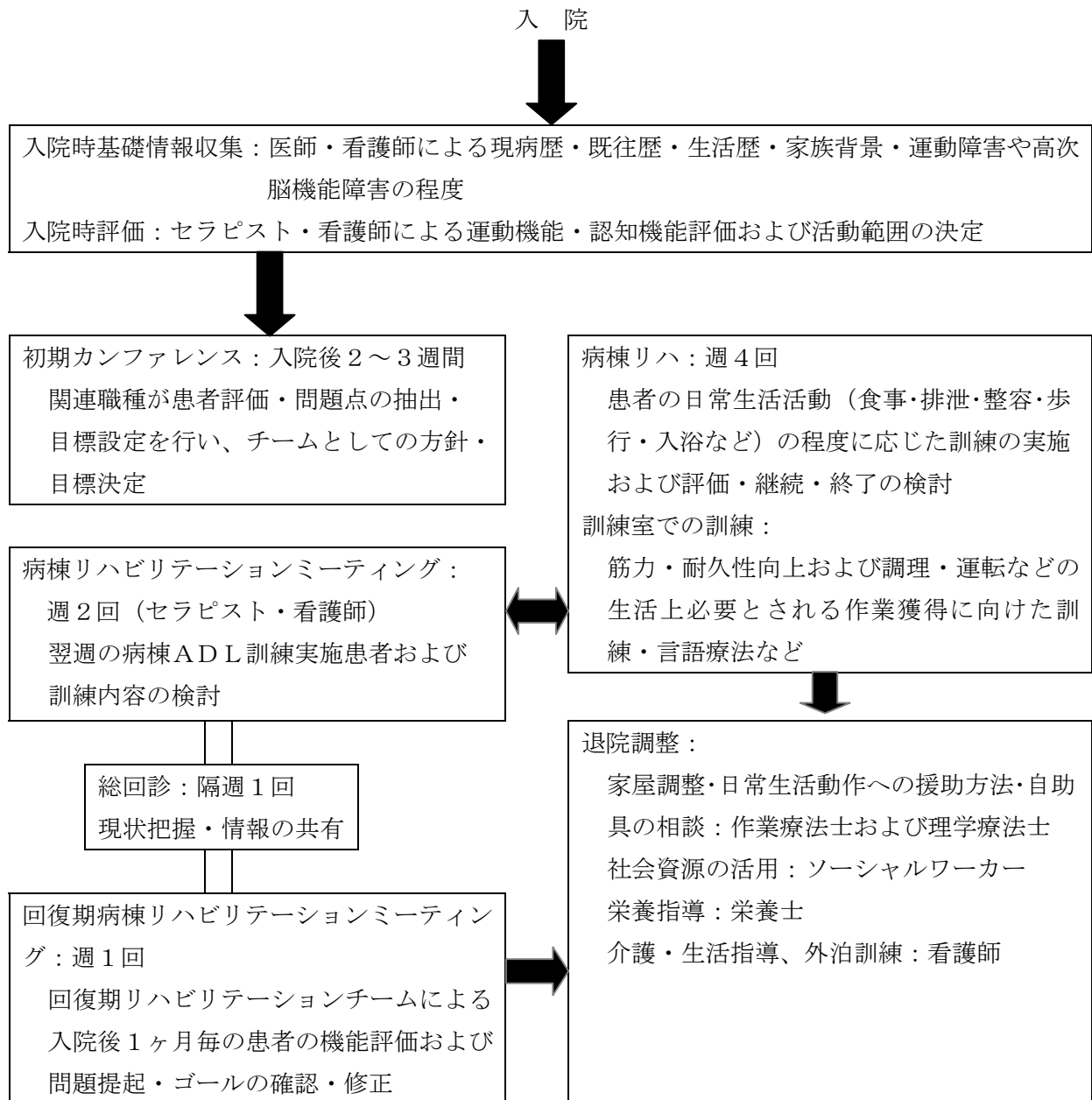
(エ) リハビリテーション科病棟 (4・5病棟)

(a) 4病棟 (回復期リハビリテーション病棟)

脳血管障害・神経疾患・脊髄損傷などの障害をもつ患者のADL習得のために、患者の安全を確保しながら専門的リハビリテーション看護を計画・実践し生活の再構築に向けて支持・支援を行っている。

回復期リハビリテーション病棟は、発症3ヶ月以内の患者に対して「ADL能力向上」「寝たきり防止」「家庭復帰」を目的とし、集中的なチームアプローチを行っている。

《回復期リハビリテーション病棟・チームアプローチ》



（b）5病棟（慢性期・亜急性期リハビリテーション病棟）

発症から3ヶ月以上経過した慢性期の患者が主な対象の病棟である。主に運動機能の向上、廃用症候群の予防・改善、ADLの拡大・再習得に向け、病棟生活場面全てがリハビリテーションの場として位置づけられている慢性期回復的リハビリテーション病棟である。亜急性期対象患者および増加傾向にある難治合併症患者への医療チームアプローチの整備・強化を図っている。

(c) 入院患者の内訳

入院患者状況

疾患別

	脳血管障害	損傷	骨折	その他
4病棟 159名中	138 (86.8%)	5 (3.1%)	3 (1.9%)	13 (8.2%)
5病棟 138名中	77 (55.8%)	6 (4.3%)	6 (4.3%)	49 (35.6%)
計 297名中	215 (72.4%)	11 (3.7%)	9 (3.0%)	62 (20.9%)

障害別 (重複あり)

	運動麻痺	嚥下障害	失語	失認
4病棟 159名中	136 (85.5%)	39 (24.5%)	40 (25.2%)	36 (22.6%)
5病棟 138名中	67 (48.6%)	11 (8.0%)	1 (0.7%)	14 (10.1%)
計 297名中	203 (68.3%)	50 (16.8%)	41 (13.8%)	50 (16.8%)

ADL状況：バーセルインデックス (BI)

0点～40点：動作に介助を要する 41点～80点：なんらかの動作に一部介助を要する

81点～100点：自立

4病棟 (125名)

BI (点)	0～40	41～80	81～100
入院時	46 (36.8%)	42 (33.6%)	37 (29.6%)
退院時	36 (28.8%)	15 (12.0%)	74 (59.2%)

5病棟 (100名)

BI (点)	0～40	41～80	81～100
入院時	48 (48.0%)	32 (32.0%)	20 (20.0%)
退院時	32 (32.0%)	34 (34.0%)	34 (34.0%)

5病棟バーセルインデックスからみた自宅復帰率 (100名中)

BI (点)	0～40	41～80	81～100
自宅	11 (11.0%)	27 (27.0%)	33 (33.0%)
転院	9 (9.0%)	5 (5.0%)	0 (0.0%)
施設	11 (11.0%)	2 (2.0%)	1 (1.0%)
転棟	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(オ) 認知症病棟（6・7病棟）

(a) 6病棟（認知症開放病棟）

認知症の初期あるいは軽度から中等度の症状を呈する患者を対象に、個々の生活背景や残存機能を正しく評価し、安全で個性のある看護援助と家族指導を行っている。

平均年齢 74.6 歳で身体的合併症を抱えている患者が多く、予測性をもった観察と適切な対応ができるよう努めている。また、作業療法、運動療法、回想法、病棟での現実見当識訓練や日常生活動作訓練を通して患者の言動や行動を観察し、その後の治療に役立てている。

(b) 7病棟（認知症閉鎖病棟）

平成 17 年度の入院患者は 117 名であった。入院年齢は 50 歳から 99 歳（平均年齢 78.5 歳）であり、中核症状や精神症状、行動障害も多様であり、これまでの生活習慣、人生経験などをふまえて個々に適切なケア・対応ができるように努めている。さらに、今年度より 5～6 名の患者を対象に回想法を実施している。また、退院患者は 133 名で、自宅退院は 19 名（14.3%）、施設転所 79 名（59.4%）、転院 31 名（23.3%）、精神科閉鎖病棟への転棟 2 名（1.5%）、死亡退院 2 名（1.5%）であった。

(c) 入院患者の内訳（入院時評価）

重症度

6病棟 CDR（Clinical Dementia Rating）

区 分	人 数
健 康 (0)	2 (1.0%)
痴呆の疑 (0.5)	25 (11.3%)
軽度痴呆 (1)	58 (26.2%)
中等度痴呆 (2)	100 (45.2%)
高度痴呆 (3)	29 (13.1%)
未 検	7 (3.2%)
計	221 (100.0%)

7病棟 柄澤式

区 分	人 数
正 常 (0)	0 (0.0%)
軽度痴呆 (+1)	12 (10.3%)
中等度痴呆 (+2)	33 (28.2%)
高度痴呆 (+3)	39 (33.3%)
最高度痴呆 (+4)	33 (28.2%)
計	117 (100.0%)

入院時の状況

区 分	人 数	
	6病棟	7病棟
独 歩	123 (55.6%)	55 (47.0%)
車 椅 子	84 (38.0%)	53 (45.3%)
自 助 具	9 (4.1%)	6 (5.1%)
ストレッチャー	5 (2.3%)	3 (2.6%)
計	221 (100.0%)	117 (100.0%)

主な精神症状・問題行動（重複あり）

区 分	人 数		
	6 病棟 (221 名中)	7 病棟 (117 名中)	合計 (338 人中)
失見当識	214 (96.8%)	63 (53.8%)	277 (82.0%)
多動	33 (14.9%)	27 (23.1%)	60 (17.8%)
興奮	48 (21.7%)	21 (17.9%)	69 (20.4%)
不安・焦燥	14 (6.3%)	7 (6.0%)	21 (6.2%)
徘徊	68 (30.8%)	27 (23.1%)	95 (28.1%)
帰宅要求	27 (12.2%)	2 (1.7%)	29 (8.6%)
不眠	84 (38.0%)	13 (11.1%)	97 (28.7%)
放尿・放便	24 (10.9%)	8 (6.8%)	32 (9.5%)
叫声・大声	25 (11.3%)	7 (6.0%)	32 (9.5%)
暴言・暴力	47 (21.3%)	33 (28.2%)	81 (24.0%)
せん妄	23 (10.4%)	16 (13.7%)	39 (11.5%)
抑うつ	4 (1.8%)	1 (0.9%)	5 (1.5%)
収集癖	8 (3.6%)	2 (1.7%)	10 (3.0%)
異食	7 (3.2%)	4 (3.4%)	11 (3.3%)
幻覚・妄想	63 (28.5%)	25 (21.4%)	88 (26.0%)
破損行為	2 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)
自殺念慮	1 (0.5%)	1 (0.9%)	3 (0.9%)
自傷・他害	0 (0.0%)	2 (1.7%)	2 (0.6%)
脱抑制	10 (4.5%)	1 (0.9%)	11 (3.3%)
自発性低下	34 (15.4%)	4 (3.4%)	38 (11.2%)

ADLの状況

保清

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	48 (21.7%)	6 (5.1%)	54 (16.0%)
監視	21 (9.5%)	9 (7.7%)	30 (8.9%)
一部介助	81 (36.7%)	32 (27.4%)	113 (33.4%)
全面介助	71 (32.1%)	70 (59.8%)	141 (41.7%)
計	221 (100.0%)	117 (100.0%)	338 (100.0%)

食事

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	154 (69.7%)	64 (54.7%)	218 (64.5%)
監視	15 (6.8%)	20 (17.1%)	35 (10.4%)
一部介助	27 (12.2%)	16 (13.7%)	43 (12.7%)
全面介助	25 (11.3%)	1 (14.5%)	42 (12.4%)
計	221 (100.0%)	117 (100.0%)	338 (100.0%)

排泄

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	88 (39.8%)	38 (32.5%)	126 (37.3%)
監視	13 (5.9%)	10 (8.5%)	23 (6.8%)
一部介助	67 (30.3%)	18 (15.4%)	85 (25.1%)
全面介助	53 (24.0%)	51 (43.6%)	104 (30.8%)
計	221 (100.0%)	117 (100.0%)	338 (100.0%)

更衣

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	71 (32.1%)	10 (8.5%)	81 (24.0%)
監視	27 (12.2%)	14 (12.0%)	41 (12.1%)
一部介助	68 (30.8%)	34 (29.0%)	102 (30.2%)
全面介助	55 (24.9%)	59 (50.4%)	114 (33.7%)
計	221 (100.0%)	117 (100.0%)	338 (100.0%)

移動

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	128 (57.9%)	33 (38.4%)	161 (47.6%)
監視	22 (10.0%)	27 (23.0%)	49 (14.5%)
一部介助	25 (11.3%)	20 (17.1%)	45 (13.3%)
全面介助	46 (20.8%)	37 (31.6%)	83 (24.6%)
計	221 (100.0%)	117 (100.0%)	338 (100.0%)

主な合併症（既往歴） 重複あり

区 分	人 数		
	6 病棟 (221 名中)	7 病棟 (117 名中)	合計 (338 名中)
脳血管障害	77 (34.8%)	23 (19.7%)	100 (29.6%)
心疾患	36 (16.3%)	16 (13.7%)	52 (15.4%)
高血圧症	70 (31.7%)	16 (13.7%)	86 (25.4%)
高脂血症	13 (5.9%)	0 (0.0%)	13 (3.8%)
呼吸器系	33 (14.9%)	10 (8.5%)	43 (12.7%)
腎・泌尿器系	27 (12.2%)	4 (3.4%)	31 (9.2%)
骨・関節系	71 (32.1%)	13 (11.1%)	84 (24.9%)
内分泌系	48 (21.7%)	15 (12.8%)	63 (18.6%)
消化器系	98 (44.3%)	16 (13.7%)	114 (33.7%)
眼科疾患	42 (19.0%)	15 (12.8%)	57 (16.9%)
婦人科疾患	20 (9.0%)	0 (0.0%)	20 (5.9%)
耳鼻科疾患	14 (6.3%)	1 (0.9%)	15 (4.4%)
神経疾患	22 (10.0%)	7 (6.0%)	29 (8.6%)
精神科疾患	25 (11.3%)	5 (4.3%)	30 (8.9%)
皮膚科疾患	8 (3.6%)	0 (0.0%)	8 (2.4%)
そ径ヘルニア	3 (1.4%)	0 (0.0%)	3 (0.9%)
血液疾患	3 (1.4%)	1 (0.9%)	4 (1.2%)
高尿酸血症	3 (1.4%)	1 (0.9%)	4 (1.2%)
閉塞性動脈硬化症	3 (1.4%)	1 (0.9%)	4 (1.2%)
膠原病	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
腹部大動脈瘤	3 (1.4%)	0 (0.0%)	3 (0.9%)

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) 認知症患者の急性および重篤な身体疾患に対して、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、残存能力を生かすようなリ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							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 患者数	病床 利用率	平均在 院日数	新患者数	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	295	296	27,351	74.9	74.9	91.6	309	4,472	18.3
神経・精神科	200	621	632	60,073	164.6	82.3	95.4	278	10,594	43.4
放 射 線 科								129	200	0.8
合 計	300	916	928	87,424	239.5	79.8	94.2	716	15,266	62.6

(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	11	0	11	525	21	546	2	538	21	559
20 歳～	93	3	96	2,567	47	2,614	1	2,661	50	2,711
30 歳～	130	5	135	2,723	61	2,784	1	2,854	66	2,920
40 歳～	413	19	432	1,484	56	1,540	10	1,907	75	1,982
50 歳～	816	57	873	1,387	65	1,452	34	2,237	122	2,359
60 歳～	1,303	75	1,378	820	73	893	33	2,156	148	2,304
70 歳～	1,251	104	1,355	765	144	909	86	2,102	248	2,350
80 歳～	455	32	487	323	154	477	33	811	186	997
合 計	4,472	295	4,767	10,594	621	11,215	200	15,266	916	16,182

(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	4	－	4	2	2	4	－	6	2	8
大館市・北秋田市・北秋田郡	32	7	39	279	8	287	－	311	15	326
能代市・山本郡	55	27	82	163	14	177	－	218	41	259
男鹿市・潟上市・南秋田郡	136	16	152	827	39	866	1	964	55	1,019
秋 田 市	1,633	102	1,735	3,561	235	3,796	6	5,200	337	5,537
由利本荘市・にかほ市	218	4	222	515	34	549	2	735	38	773
大仙市・仙北市・仙北郡	2,013	88	2,101	3,566	199	3,765	189	5,768	287	6,055
横 手 市	120	22	142	672	39	711	0	792	61	853
湯沢市・雄勝郡	211	22	233	956	45	1,001	1	1,168	67	1,235
県 外	50	7	57	53	6	59	1	104	13	117
合 計	4,472	295	4,767	10,594	621	11,215	200	15,266	916	16,182

(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	3	1	4	9	6	15	－	12	7	19
公 立 病 院	78	57	135	19	28	47	－	97	85	182
(うち脳研センター)	31	52	83	4	12	16	－	35	64	99
上記以外の公的病院	100	45	145	24	21	45	－	124	66	190
民 間 病 院	106	4	110	126	69	195	199	431	73	504
小 計	287	107	394	178	124	302	199	664	231	895
紹 介 状 な し	121	－	121	198	8	206	－	319	8	327
措 置 入 院	－	－	－	－	6	6	－	－	6	6
合 計	408	107	515	376	138	514	199	983	245	1,228

(5) 疾病別入院患者数

①リハビリテーション科

病名		主病名コード	入院患者数	病名		主病名コード	入院患者数
脳血管障害			218	関節リウマチ		M 0 5	1
(内訳)	脳梗塞	I 6 3	125	脊髄損傷			13
	脳内出血	I 6 1	72	(内訳)	頸髄	S 1 4	6
	くも膜下出血	I 6 0	18		胸髄	S 2 4	5
	脳動静脈奇形	Q 2 8	3		腰髄	S 3 4	2
脊髄血管疾患			4	錐体外路障害			22
	脊髄動静脈奇形	Q 2 8	2	(内訳)	パーキンソン病	G 2 0	14
	脊髄梗塞	G 9 5	2		パーキンソン症候群	G 2 1	6
骨折			9		進行性核上性麻痺	G 2 3	1
(内訳)	大腿骨	S 7 2	5		大脳皮質基底核変性症	G 2 3	1
	胸椎	S 2 2	3	脊髄小脳変性症		R 2 7	4
	多部位	T 0 2	1	解離性大動脈瘤		I 7 1	2
頭部外傷		S 0 6	7	関節症			2
脳腫瘍		D 4 3	2	(内訳)	股	M 1 6	1
正常圧水頭症		G 9 1	1		膝	M 1 7	1
認知症			3	多発性硬化症		G 3 5	3
(内訳)	血管性認知症	F 0 1	2	肺炎		J 1 8	3
	アルツハイマー型認知症	F 0 0	1	糖尿病		E 1 1	1
脊椎疾患			7	廃用症候群			23
(内訳)	頸椎症性脊髄症	M 4 7	4	その他			2
	腰部脊柱管狭窄症	M 4 8	2	合計			327
	腰部椎間板ヘルニア	M 5 1	1	※主病名重複患者あり			

②神経・精神科

区 分		入院患者数
F0	症状性を含む器質性精神障害	
	F00 アルツハイマー病の認知症	177
	F01 血管性認知症	76
	F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	96
F1	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	
	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	17
	覚せい剤による精神及び行動の障害	1
	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	1
F2	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	95
F3	気分（感情）障害	124
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	23
F5	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	6
F6	成人の人格及び行動の障害	－
F7	精神遅滞	3
F8	心理的発達の障害	1
F9	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	－
てんかん（F0 に属さないものを計上する）		3
その他		－
合計		623

（転科 6 人含む）

（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	224	393	617
転 院	35	80	115
施 設 入 所	37	151	188
援護寮入所	－	2	2
死 亡	－	5	5
そ の 他	－	1	1
合 計	296	632	928

(7) 精神科入院形態別患者数 (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)			
352	144	120	6	1	623

(7-2) 精神科入院形態別患者数 (3月31日現在)

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)			
52	96	9	3	—	160

(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
867	120	151	91	206	93	1,528

(9) 医療相談

項目	形 態			種 別		科 別		
	入院	外来	その他	新規	継続	リハビリ	精神	認知症
合計	7,291	781	1,514	1,361	8,225	1,950	2,497	5,139

項目	対 象						方 法					
	院内職員	家族	保健・福祉・医療	社会施設	本人	その他	電話	面接	協議	文書	訪問	その他
合計	5,573	3,641	2,403	1,724	1,355	365	5,179	3,102	3,414	880	15	29

項目	相 談 ・ 援 助 内 容											
	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	入院時聴取	経済的問題	心理的不安	社会・家庭復帰	事務処理	家族関係	その他
合計	3,282	5,254	3,760	1,646	350	105	301	78	304	860	114	379

(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		350	
	入院届	医療保護	(1 項)	267
			(2 項)	135
		措置入院患者数		6
		応急		1
	退院届		291	
	措置入院者の症状消退届		9	
	定期報告	医療保護		11
		措置		6

(11) リハセンドック実施状況

地域／件数	～29 歳	30 歳～	40 歳～	50 歳～	60 歳～	70 歳～	80 歳～	計
鹿角市・鹿角郡	－	－	－	－	－	－	－	－
大館市・北秋田市・北秋田郡	－	－	－	－	－	－	－	－
能代市・山本郡	－	－	－	－	－	－	－	－
男鹿市・潟上市・南秋田郡	－	－	－	－	－	－	－	－
秋 田 市	－	－	－	－	－	－	－	－
由利本荘市・にかほ市	－	－	－	－	－	－	－	－
大仙市・仙北市・仙北郡	－	－	1	1	－	－	－	2
横 手 市	－	－	－	－	－	－	－	－
湯沢市・雄勝郡	－	－	－	－	－	－	－	－
県 外	－	－	－	－	－	－	－	－
計	－	－	1	1	－	－	－	2

3. 診 療 の 状 況

(1) 放射線科

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
単 純 撮 影	頭 部	9	7	8	8	5	9	3	3	2	5	3	8	70
	胸 部	143	144	155	127	130	127	123	132	131	111	133	163	1,619
	腹 部	33	45	35	31	53	47	35	37	31	29	32	51	459
	頸 椎	10	12	18	12	8	7	4	13	6	12	9	12	123
	胸 椎	2	6	3	6	4	4	3	0	2	7	7	5	49
	腰 椎	14	13	16	13	7	13	7	7	11	14	11	12	138
	肩	0	4	3	5	1	5	2	3	2	1	0	3	29
	腕	5	3	2	4	9	1	5	3	1	3	2	5	43
	膝 関 節	10	9	11	6	6	8	11	8	6	5	10	13	103
	股 関 節	15	12	14	5	8	6	8	8	5	10	10	9	110
	大 腿	1	2	3	0	0	3	1	2	0	2	4	2	20
	下腿、足	3	5	4	4	3	4	2	1	3	3	3	1	36
造 影	嚥下造影	9	10	13	10	7	6	8	9	5	5	8	13	103
	D I P	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
歯 科		5	5	16	8	7	4	10	11	11	4	10	14	105
骨 密 度		1	2	1	2	1	1	0	2	1	2	1	0	14
C T		108	83	93	76	73	67	78	75	71	68	70	87	949
(検査依頼)		(16)	(7)	(13)	(11)	(10)	(12)	(8)	(7)	(9)	(6)	(12)	(10)	(121)
M R I		91	78	101	82	80	85	57	86	80	52	84	91	967
(検査依頼)		(12)	(8)	(11)	(7)	(7)	(19)	(6)	(5)	(11)	(2)	(22)	(10)	(120)
核 医 学	脳血流 SPECT	37	36	42	37	42	32	36	35	36	29	33	37	432
	(検査依頼)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)
	他	2	0	4	2	4	5	3	4	2	5	4	1	36
計		526	491	567	456	465	465	410	452	426	375	468	547	5,406

(2) 臨床検査

ア 血液・輸血・血中薬物検査

(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	370	367	377	374	384	309	319	351	341	343	327	368	4,230
	血液像	227	227	224	227	223	207	193	206	216	209	214	264	2,637
	赤血球沈降速度	10	10	14	12	12	8	13	16	10	11	18	17	151
	計	607	604	615	613	619	524	525	573	567	563	559	649	7,018
止血凝固検査	P T	52	48	59	60	64	50	37	48	49	35	56	50	608
	A P T T	7	9	6	5	6	4	5	2	7	1	5	9	66
	血小板凝集能	4	6	2	2	1	0	1	5	8	14	18	13	74
	出血時間	6	7	6	3	3	3	2	2	4	1	3	7	47
	計	69	70	73	70	74	57	45	57	68	51	82	79	795
輸血検査	A B O式	63	61	63	61	58	49	64	52	52	47	55	74	699
	R h式	63	62	63	61	58	49	64	52	52	47	55	74	700
	生食法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	酵素法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ブロメリン法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	126	123	126	122	116	98	128	104	104	94	110	148	1,399
血中薬物検査	フェノバルビタール	3	3	5	2	3	2	1	2	6	1	2	3	33
	フェニトイン	5	5	8	5	11	9	8	7	10	11	4	9	92
	カルバマゼピン	13	10	12	7	14	12	8	8	9	7	3	4	107
	ジゴキシン	4	1	1	4	1	1	3	3	4	7	2	5	36
	バルプロ酸	22	12	14	17	14	24	16	24	34	26	19	20	242
	計	47	31	40	35	43	48	36	44	63	52	30	41	510

イ 生化学・免疫血清検査

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
生化学・免疫血清検査	T P 総蛋白	377	359	381	379	390	315	329	343	345	341	328	374	4,261
	A L B アルブミン	361	347	370	362	378	307	307	327	324	313	302	363	4,061
	N a	379	361	384	363	398	317	323	337	327	328	315	377	4,209
	K	379	361	384	363	398	317	323	337	327	328	315	377	4,209
	C l	379	361	384	363	398	317	323	337	327	328	315	377	4,209
	T-Bil 総ビリルビン	232	235	245	220	237	187	200	225	224	226	226	239	2,696
	D-Bil 直接ビリルビン	17	16	19	11	23	9	8	10	8	18	13	8	160
	BUN 尿素窒素	394	371	404	386	402	325	331	347	344	346	330	378	4,358
	CRE クレアチニン	384	363	391	375	385	309	323	341	341	339	322	368	4,241
	U A 尿酸	227	217	221	202	236	188	186	206	196	185	183	219	2,466
	A S T (GOT)	389	373	393	389	410	323	327	338	335	350	326	372	4,325
	A L T (GPT)	389	373	393	390	410	323	327	338	335	351	326	372	4,327
	L D (LDH)	318	298	330	313	336	265	260	277	249	250	249	286	3,431
	ALP アルカリフォスファターゼ	308	297	332	301	316	254	256	281	249	250	252	284	3,380
	γ-G T P	337	337	348	346	365	297	296	301	303	312	293	336	3,871
	C K (CPK)	250	241	226	204	215	156	185	210	180	193	210	228	2,498
	T-CHO 総コレステロール	240	227	248	219	260	211	210	207	206	205	212	234	2,679
	T G 中性脂肪	233	221	234	213	255	208	205	203	196	196	201	223	2,588
	HDL-C HDL コレステロール	204	194	198	174	212	166	186	190	182	183	191	208	2,288
	C R P	169	159	178	164	163	137	149	159	147	136	138	196	1,895
	AMY アミラーゼ	12	7	10	3	11	6	3	8	6	2	6	8	82
	アンモニア	8	5	8	8	16	12	5	16	13	6	9	10	116
	グルコース 空腹時血糖	294	284	305	293	320	256	262	290	270	281	265	315	3,435
	耐糖能	16	20	21	12	25	18	11	21	15	10	16	20	205
	糖負荷試験	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	6
	クレアチンクリアランス	0	2	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	5
	血清浸透圧	0	0	2	6	3	1	0	9	3	0	1	0	25
	T P H A	74	67	74	68	64	57	68	70	61	50	64	79	796
	R P R	74	67	74	68	64	57	68	69	61	50	63	79	794
	インフルエンザ	0	0	0	0	0	0	0	2	3	11	7	7	30
	計	6,444	6,163	6,557	6,195	6,691	5,339	5,472	5,799	5,579	5,590	5,479	6,338	71,646

ウ 尿・脊髄液等一般検査

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		226	221	259	241	237	191	212	227	219	225	215	272	2,745
尿沈渣		84	89	104	88	98	81	94	79	78	66	82	115	1,058
尿 定 量	糖	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	2	7
	蛋 白	3	0	1	1	0	0	2	0	0	0	3	2	12
	N a	5	4	5	10	19	10	9	15	14	5	4	9	109
	K	5	4	5	10	19	10	9	15	14	5	4	9	109
	C l	5	4	5	10	19	10	9	15	14	5	4	9	109
	クレアチニン	3	3	1	2	2	1	1	0	2	1	0	0	16
尿浸透圧		5	3	11	11	19	12	9	16	14	5	4	9	118
尿糖負荷		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3
便潜血		17	22	20	12	18	14	17	10	19	7	7	24	187
脳 脊 髄 液	細 胞 数	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	6
	糖	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	6
	蛋 白	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	6
	N a	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	6
	K	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	6
	C l	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	6
	赤血球数	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	6
計		353	350	412	399	438	336	377	377	375	320	327	451	4,515

エ 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
血液ガス	3	10	17	13	7	18	10	16	14	8	6	13	135

オ 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	104	102	100	91	88	76	86	100	89	73	92	104	1,105
マスター負荷心電図	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ホルター心電図	17	19	20	13	22	18	15	13	17	21	28	26	229
ホルター血圧	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸機能	4	8	3	6	6	3	9	9	8	6	6	6	74
心臓超音波	9	11	14	10	12	10	8	7	9	4	13	8	115
脳波	39	32	39	36	27	26	18	28	28	30	30	30	363
サーモグラフィ	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	4
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	174	172	176	156	155	133	137	157	152	135	169	174	1,890

カ 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
生化学	206	191	196	220	244	180	162	189	242	221	214	216	2,481
免疫血清	146	147	129	126	139	99	132	115	97	94	123	142	1,489
血液	25	26	24	21	25	31	13	14	20	15	32	33	279
微生物	22	22	23	21	33	35	35	35	18	20	21	25	310
病理・細胞診	1	0	4	0	0	0	1	0	3	0	3	5	17
その他	0	0	0	0	0	3	4	3	1	0	0	3	14
計	400	386	376	388	441	348	347	356	381	350	393	424	4,590

(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
外来調剤	リハ科 処方箋枚数	215	192	192	185	214	184	186	233	187	168	169	171	2,296
	調剤件数	818	729	711	682	838	680	739	889	749	666	658	688	8,847
	精神科 処方箋枚数	689	636	752	664	750	720	726	776	678	642	635	830	8,498
	調剤件数	2,419	2,153	2,641	2,300	2,610	2,440	2,515	2,666	2,374	2,219	2,199	2,904	29,440
	他科 処方箋枚数	56	73	68	90	79	59	47	70	62	78	67	92	841
	調剤件数	176	264	234	302	289	228	174	231	220	266	241	307	2,932
入院調剤	定期 処方箋枚数	738	617	925	836	951	822	651	771	685	752	716	853	9,317
	調剤件数	2,917	2,450	3,795	3,286	3,728	3,257	2,544	2,998	2,641	3,119	2,922	3,524	37,181
	臨時 処方箋枚数	1,348	1,346	1,373	1,281	1,402	1,281	1,323	1,442	1,442	1,320	1,308	1,523	16,389
	調剤件数	2,360	2,300	2,334	2,108	2,370	2,177	2,251	2,366	2,397	2,147	2,225	2,633	27,668
製剤	伝票枚数	3	3	2	1	3	2	1	2	3	3	4	6	33
	製剤件数	15	15	5	3	4	5	2	4	7	7	10	16	93

(4) 理学療法

	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	年間件数
入院	個別1	51	59	73	114	100	112	110	103	85	95	90	113	1105
	個別2	1394	1392	1636	1389	1306	1182	1127	1130	1202	1259	1142	1244	15403
	個別3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
	集団1	3	2	8	4	4	5	8	1	4	2	3	5	49
	集団2	143	80	131	287	356	331	229	116	219	346	415	391	3044
	ADL加算	102	98	78	74	70	64	103	165	164	138	146	122	1324
	その他	64	46	56	56	83	57	38	38	42	19	33	72	604
外来	個別1	3	2	1	3	4	5	1	3	5	1	1	2	31
	個別2	69	88	95	67	72	70	84	114	81	66	62	71	939
	個別3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	集団1	4	2	3	2	3	2	4	5	3	2	2	5	37
	集団2	105	73	92	108	117	100	93	78	63	57	78	85	1049
	その他	21	19	9	3	5	5	6	7	5	5	3	1	89
	計	1757	1677	1982	1924	1919	1751	1616	1553	1717	1859	1829	1947	21531
計	入院	1757	1677	1982	1924	1919	1751	1616	1553	1717	1859	1829	1947	21531
	外来	202	184	200	183	201	182	188	207	157	131	146	164	2145

(5) 作業療法

	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	個別1	36	38	38	38	35	23	34	25	25	23	26	36	377
	個別2	464	473	453	408	325	442	428	500	486	436	440	662	5517
	個別3	17	24	24	21	9	12	21	22	25	18	20	27	240
	集団1	9	12	9	6	10	6	9	8	12	13	4	3	101
	集団2	495	406	575	643	757	561	440	336	490	644	564	506	6417
外来	個別1	3	0	2	0	2	1	1	1	0	0	1	1	12
	個別2	19	16	21	19	18	14	14	18	10	8	6	16	179
	集団1	1	1	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	7
	集団2	52	43	45	39	51	44	38	39	39	32	32	34	488
計	入院	1021	953	1099	1116	1136	1044	932	891	1038	1134	1054	1234	12652
	外来	75	60	68	60	71	61	54	58	49	40	39	51	686

(6) 精神科作業療法

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	合計
精神科病棟	1 病棟	93	62	30	48	56	50	27	60	79	58	42	40	645
	2 病棟	66	70	99	104	126	72	88	117	89	70	106	131	1138
	3 病棟	96	93	125	134	164	108	96	83	87	111	155	122	1374
	計	255	225	254	286	346	230	211	260	255	239	303	293	3157
認知症病棟	6 病棟	407	333	317	271	290	287	257	223	244	284	278	291	3482
	7 病棟	322	399	365	327	338	347	292	317	299	310	311	276	3903
	計	729	732	682	598	628	634	549	540	543	594	589	567	7385
計		984	957	936	884	974	864	760	800	798	833	892	860	10542

(7) 言語聴覚療法

	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
個別	198	193	244	172	247	207	199	226	176	216	188	242	2508
集団	34	14	23	14	30	17	18	18	17	3	0	0	188
検査	16	9	5	14	21	16	15	21	7	5	12	11	152
その他	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3
総件数	248	216	272	201	298	240	232	265	202	224	200	253	2851

平成 17 年度対象患者実数

1. 対象患者実数 129 名

2. 障害の内訳

①失語症患者数 65 例 ※うち嚥下障害合併例 4 例

ブロー カ失語	ウェルニッケ 失語	全失語	混合型 失語	健忘 失語	伝導 失語	分類 不能	その他	計
31	10	5	8	3	1	3	4	65

②発声・構音・嚥下障害患者数 42 例

発声・構音障害 ※嚥下障害合併例 8 例								嚥下 障害	総計
仮性球 麻痺性	失調性	UUMN	混合性	運 動 低下性	球麻痺 性	音声 障害	小計	ワレン ベルグ 症候群	
14	9	9	3	3	1	1	40	2	

③その他 22 例

認知症	難聴	評価・鑑別	計
7	7	8	22

(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	合計
リハビリテーション科	知能検査	36	29	15	27	28	16	26	22	19	22	27	11	278
	性格検査	5	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	10
	その他の検査	10	8	4	12	10	3	9	6	12	6	9	3	92
	計	51	38	20	40	38	19	36	28	32	28	36	14	380
	延件数	79	67	30	57	61	41	61	44	46	45	53	21	605
神経・精神科	知能検査	12	14	11	7	16	11	8	9	7	8	2	11	116
	性格検査	11	15	13	11	21	14	6	5	3	6	11	9	125
	その他の検査	2	1	2	1	4	5	6	0	2	2	0	1	26
	計	25	30	26	19	41	30	20	14	12	16	13	21	267
	延件数	33	30	30	19	41	32	21	14	15	18	15	27	295
認知症病棟	知能検査	18	36	25	23	24	24	17	17	17	25	25	16	267
	性格検査	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	その他の検査	30	30	29	24	27	31	28	18	24	32	20	18	311
	計	48	66	55	47	51	55	45	35	41	57	45	34	579
	延件数	63	76	76	55	62	67	50	44	54	74	57	48	726
計	知能検査	66	79	51	57	68	51	51	48	43	55	54	38	661
	性格検査	16	16	15	12	21	14	7	5	4	6	11	9	136
	その他の検査	42	39	35	37	41	39	43	24	38	40	29	22	429
	計	124	134	101	106	130	104	101	77	85	101	94	69	1226
	延件数	175	173	136	131	164	140	132	102	115	137	125	96	1626

イ 心理療法

(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	合計
精神科	カウンセリング [※]	21	14	27	20	22	18	20	15	14	17	17	19	224
	S S T	12	13	23	20	17	13	4	5	6	18	25	24	180
	D C S S T	48	28	38	32	28	35	23	17	21	23	12	21	326
リハ科／カウンセリング [※]		3	5	0	0	0	2	0	2	1	1	1	1	16
認知症病棟／回想法		21	28	41	23	30	27	15	15	21	30	11	20	282

(9) 精神科デイケア

(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	合計
新規通所者数	0	1	1	0	0	2	1	2	0	0	0	1	8
退所者数	2	0	5	1	1	1	1	1	0	0	1	0	13
通所者数	30	29	30	25	24	25	25	26	25	25	25	25	314
通所者延数	195	165	167	133	122	126	125	124	120	110	114	126	1627
見学参加者数	3	1	0	1	3	3	3	1	0	0	1	2	18
見学参加者延数	4	2	0	2	5	4	5	1	0	0	1	2	26

(10) 給食業務

ア 月別食種別延べ食数

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	10,235	10,189	11,027	10,899	10,613	9,254	10,480	9,496	10,730	10,685	9,629	10,274	123,511
	軟食	5,219	5,552	4,425	4,666	5,020	4,925	4,103	4,305	4,261	3,979	3,824	5,258	55,537
	流動食	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
	計	15,454	15,757	15,452	15,565	15,633	14,179	14,583	13,801	14,991	14,664	13,453	15,532	179,064
特別食	糖尿食	1,849	1,885	1,853	1,492	1,323	1,459	1,313	1,597	2,035	2,028	1,773	1,586	20,193
	高脂血症食	4	49	180	194	343	622	498	394	474	491	458	568	4,275
	痛風食	0	0	31	79	5	0	0	45	0	0	0	0	160
	減塩食	1,134	1,073	1,491	1,948	1,899	1,626	1,405	1,486	1,476	1,549	1,754	1,580	18,421
	腎臓食	90	131	300	144	79	0	0	0	0	0	0	0	744
	肝臓食	253	186	248	368	227	110	143	174	174	168	84	66	2,201
	貧血食	115	93	89	141	175	57	13	39	93	166	38	0	1,019
	脾臓食	0	0	0	0	26	84	8	0	0	0	0	0	118
	胃潰瘍食	68	0	0	0	0	0	0	0	28	93	165	238	592
	濃厚流動食	634	983	996	1,036	1,179	867	500	672	970	1,109	991	912	10,849
	検査食	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	計	4,150	4,400	5,188	5,402	5,256	4,825	3,880	4,407	5,250	5,604	5,263	4,950	58,575
	デイケア		155	156	135	113	97	104	97	103	91	110	93	109
合 計		19,759	20,313	20,775	21,080	20,986	19,108	18,560	18,311	20,332	20,378	18,809	20,591	239,002

イ 主な個別対応延べ食数

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
主食	米飯	11,773	11,656	12,519	12,730	12,717	11,735	12,495	11,892	13,320	13,664	12,666	13,179	150,346
	全粥	5,796	6,075	5,652	6,060	5,878	5,468	4,367	4,650	4,432	4,081	3,622	4,874	60,955
	七分粥	89	85	0	77	14	0	0	0	0	0	0	0	265
	五分粥	0	0	93	12	77	90	93	90	92	91	95	119	852
	ブレンダー粥	497	538	392	342	336	148	150	133	171	252	245	273	3,477
	ロールパン	573	557	582	426	457	414	545	565	635	386	351	549	6,040
	食パン	184	215	234	174	38	30	31	55	192	124	187	135	1,599
	おにぎり	116	141	250	149	242	297	318	260	529	670	601	489	4,062
形態	一口大きざみ	1,705	1,574	1,635	2,029	1,902	1,999	1,550	1,504	1,563	1,562	1,481	1,466	19,970
	きざみ	2,736	3,120	3,487	3,829	3,079	2,997	2,426	2,373	2,059	1,562	1,592	2,642	31,902
	極きざみ	189	221	202	165	279	235	238	125	152	264	93	307	2,470
	各とろみ付	1,454	1,547	1,566	1,961	1,470	1,304	1,078	1,357	1,227	986	792	1,635	16,377
	汁のみとろみ	175	243	93	1	8	90	94	90	73	97	154	186	1,304
	ブレンダー	887	956	674	560	532	377	538	675	565	566	572	608	566
禁食	牛乳禁	2,368	2,912	2,892	2,698	3,163	2,884	2,769	2,475	2,592	2,364	2,357	2,733	32,207
	乳製品禁	268	257	229	308	389	228	288	109	58	0	0	177	2,311
	卵禁	34	73	146	164	220	192	179	137	143	89	14	17	1,408
	肉全禁	373	366	356	409	565	396	408	327	255	230	34	21	3,740
	魚全禁	149	106	102	70	60	77	168	167	116	35	76	64	1,190
	納豆禁	1,882	1,892	2,372	2,346	2,062	1,870	1,511	1,380	1,592	1,574	1,565	1,702	21,748
	麺禁	1,696	1,446	1,923	2,746	2,803	2,391	1,295	1,053	1,534	1,769	1,253	1,259	21,168
	青魚禁	173	145	90	84	40	85	87	16	0	0	0	11	731
	パン禁	82	123	174	169	173	168	107	88	91	87	83	88	1,433
	グレープフルーツ禁	1,634	1,851	2,164	1,580	1,140	974	1,262	1,110	1,419	1,677	2,105	2,570	19,486
成分調整	エネルギー変更	1,590	1,391	1,225	1,714	1,601	1,232	1,071	1,102	1,155	1,228	901	1,017	15,227
	塩分制限	219	376	318	459	451	429	300	202	323	264	143	65	3,549
	塩分増加	235	236	268	196	163	116	93	90	93	172	168	250	2,080
	カルシウム調整	2,648	3,115	3,116	2,896	3,407	3,025	2,967	2,565	2,557	2,271	2,273	2,640	33,480
	カリウム制限	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	20
その他	訓練食	241	291	203	86	77	5	3	17	0	0	2	8	933
	5回食	0	0	0	71	92	94	15	6	93	56	0	0	427
	食事時間変更	193	284	281	168	214	524	604	686	444	451	455	687	4,991
	栄養補助食品	177	173	426	442	561	387	32	295	105	126	48	23	2,795
	リハビリ食器	239	165	145	262	181	106	0	0	0	111	255	240	1,704

ウ セレクトメニュー実施回数

実施月	一般食及び特別食
平成 17 年 6 月	2 回
7 月	2 回
8 月	5 回
9 月	1 回
10 月	2 回
11 月	2 回
12 月	2 回
平成 18 年 1 月	1 回
2 月	1 回
3 月	1 回

エ 行事食実施状況

実施年月日	行事名
平成 17 年 5 月 5 日	端午の節句
7 月 7 日	七夕
7 月 28 日	土用の丑
8 月 13 日	お盆
9 月 18 日	十五夜（芋名月）
9 月 19 日	敬老の日
10 月 15 日	十三夜（栗名月）
12 月 22 日	冬至
12 月 24 日	クリスマス
12 月 31 日	大晦日
平成 18 年 1 月 1 日	お正月料理
1 月 7 日	春の七草
2 月 3 日	節分
3 月 3 日	ひな祭り

オ 栄養指導状況

主病名	延べ人数
糖尿病	25
高血圧	21
高脂血症	4
嚥下障害	11
貧血	2
胃潰瘍	1
肥満、その他	7
計	71

カ 嗜好調査実施状況

実施月	内容	対象	回答率
平成 17 年 5 月	「米飯」について	米飯喫食者 126 名	97.0%
8 月	「野菜」について	米飯喫食者 104 名	85.6%
11 月	「行事食」について	常食喫食者 80 名	100.0%

キ 非常時給食備蓄状況

常食・粥食 (200 食)

	食品名	1 人分量	エネルギー
朝食	こまち粥(缶)	1 缶 (280g)	202
	味噌汁 (缶)	1 缶 (160g)	21
	さんま味付け缶	1 / 2 缶 (60g)	135
	のり佃煮	1 個 (10g)	5
	ウーロン茶	1 缶 (190g)	0
			計 363 kcal
昼食	こまち粥(缶)	1 缶 (280g)	202
	ウィンナーと野菜のスープ煮	1 缶 (130g)	143
	たいみそ	1 個 (7g)	16
	黄桃缶	1 個 (60g)	49
	ウーロン茶	1 缶 (190g)	0
			計 410 kcal
夕食	こまち粥(缶)	1 缶 (280g)	202
	レトルトコーンスープ	1 缶 (200g)	200
	鮭水煮缶	1 / 3 缶 (60g)	96
	練り梅	1 個 (8g)	2
	ウーロン茶	1 缶 (190g)	0
			計 500 kcal

ブレンダー食 (20 食)

	食品名	1 人分量	エネルギー
朝食	こまち粥(缶)	1 缶 (280g)	202
	いわし梅煮 (ぬくもりミキサー)	1 袋 (70g)	67
	のり佃煮	1 個 (10g)	5
	トロミドリンク (麦茶)	1 缶 (200cc)	26
			計 300 kcal
昼食	こまち粥(缶)	1 缶 (280g)	202
	照り焼きチキン (ぬくもりミキサー)	1 袋 (70g)	93
	たいみそ	1 個 (7g)	16
	トロミドリンク (麦茶)	1 缶 (200cc)	26
			計 337 kcal
夕食	こまち粥(缶)	1 缶 (280g)	202
	筍おかか煮 (ぬくもりミキサー)	1 袋 (70g)	33
	練り梅	1 個 (8g)	2
	アイソカルゼリー	1 缶 (66g)	121
	トロミドリンク (麦茶)	1 缶 (200cc)	26
			計 384 kcal

Ⅲ 地 域 支 援 ・ 教 育 活 動

1 社会復帰科（障害者自立訓練センター）の活動

精神障害者の社会復帰活動は、精神医療の集中治療、早期退院と密接な関係を持つ。とくに統合失調症の治療の際には、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。

その意味で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方のみを対象にして機械的な訓練を行うのではなく、入所可能な限界に近い方も、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、入所者の心理的側面も視野に入れた柔軟な指導を心がけている。

さらに、現在は精神障害者への対応のかなりの部分を市町村が担うこととなっており、センターとしては地域との緊密な連携をとることをより一層心がけている。

また、身体障害者生活訓練室は、病院と家庭の橋渡しの施設であり、主に、脳血管障害を中心とする身体障害者の方たちおよびご家族の方に擬似的家庭環境を体験していただくことで、社会復帰が円滑に進むよう支援している。

（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事業概要に掲載している。）

平成 17 年度精神障害者生活訓練施設（援護寮）利用状況

（人）

月 別	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
利用者数	14	12	11	10	9	9	9	8	7	7	7	6	109
入所者数	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3
退所者数	2	1	1	1	1	0	2	1	0	0	2	2	13

平成 17 年度身体障害者生活訓練室利用状況

（人）

月 別	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
利用者数	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
介護者数	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6

2 地域支援活動

リハビリテーション医療、精神医療、認知症医療はいずれも一人の人間としての機能的状態の変調、すなわち障害の改善をはかる。センター各部門の共通した目標は障害の軽減である。障害は諸臓器の異常によって生じる一方、環境によって増幅も軽減もされる。在宅生活を続ける患者・障害者にとって最も基本的で、直接影響される環境は地域である。地域での過ごし方が、障害の克服を促進したり、逆に障害を重度化することになる。センターが地域支援に注目するのはその点からである。

訪問看護ステーションのような地域支援機能を持っていないセンターが行える地域支援は、（１）疾病・障害状況を定期的にチェックする、（２）家族に支援の際の留意点、家屋構造の問題点などの情報を提供し、不明な点や不安な問題の相談にのる、（３）研修会などを通じて、地域で活躍する専門職の知識・技術の向上に援助を行う、である。センターの地域活動は徐々に拡大しているが、さらに一層の充実を目指さなければならない。

（１）介護事業支援

（ア）ホームヘルパー養成講習 2 級課程（日本労働者共同組合連合会主催）

日 時：平成 17 年 11 月 19 日（土）

講 師：佐々木典子

内 容：ホームヘルパー 2 級資格取得を目指す受講者への講義

ホームヘルパー養成研修テキスト（P31～P94）「障害・疾患の理解」

（イ）さわやか介護セミナー（秋田魁新報社主催）

テーマ：笑顔でやさしい、さわやか介護セミナー ～やさしい在宅介護の実技～

目 的：自宅でできる身近な介護の仕方を知る

日 時：平成 17 年 10 月 29 日（土）13:30～15:30

場 所：障害者自立訓練センター 体育館

参加者：秋田県中央部、山本町、由利本荘地区、大曲仙北地区の住民

講 師：齋藤京子、佐々木典子、安田茂子、吹谷世津子、鈴木文子

内 容：①介護の基本－講義

②介護の実際：更衣・食事の介助・体位交換・車椅子への移動・ベッドへの移動・排泄介助・緊急時の対応
ドンパン体操

（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はしばしば機能低下を起こす。その理由は不活動、肺炎、うつ状態、痙縮の亢進など様々である。治療体操や散歩など様々な努力は介護予防に大きく貢献するが、やはりそれだけでは障害悪化を完全に食い止めることはできない。そのときには、機能改善のためにリハビリテーション専門病院での短期集中リハビリテーションが有用と考えている。地域リハビリテーション検診の主な目的は機能低下を早期発見することである。それにより、短期入院を含めた様々な治療を早期に行うことが可能となる。また、検診を受けるまでの運動や生活活動が充分かどうかを検討したり、療養相談を行ったりすることも目的の１つとなる。平成 17 年度は大仙市内（協和・神岡・西仙北地域）で開催された。

月 日	開催場所	医 師	理学療法士	作業療法士	参加人数
平成 17 年 7 月 15 日 (9 月 8 日報告会)	大仙市 協和地域	千田 富義	原崎 祐子 大阪真利子 谷藤 慶幸	吉田 悟己 佐藤 康洋	15 名
平成 17 年 7 月 21 日 (9 月 22 日報告会)	大仙市 神岡地域	千田 富義	長谷川弘一 堀川 学 岩澤 里美	進藤 潤也 小野かおり	10 名
平成 17 年 9 月 1 日	大仙市 西仙北地域	千田 富義	須藤恵理子 古山るり子 杉本由里子	今井 龍 高見 美貴	11 名

（３）平成 17 年度リハビリ講座（リハビリテーション科）

1 講座は 20 分で、2 講座行われている。センター講堂で月 1 回、患者やその家族を対象に行っている。リハビリテーション科を訪れる患者は、リハビリテーションがどういうものなのか、退院後どのようなことに注意を払ったらいかなど多くの疑問を持っており、こうした疑問を分かりやすく説明することを目的として開催している。

患者にリハビリテーションのことを知ってもらうことにより、（１）受けている訓練の目的が了解できて主体的に参加できる、（２）どのようなことをすると危険かが理解できて医療安全につながる、（３）退院後の生活を前もって予測でき、どのような生活を選ぶのか自己決定ができる、などの効果が期待できる。

実施内容

月日	講座内容	講師及び担当		参加人数
4月22日	運動を続けましょう 杖と手すりのお話	医師 理学療法士	千田富義 武田超	22名
5月27日	ことばの障害～失語症について 生活に便利な福祉用具	言語聴覚士 作業療法士	大塚幸子 佐藤洋子	23名
6月24日	トイレの介助について きざみ食とトロミ食	看護師 管理栄養士	橋本浩子 佐藤直子	17名
7月22日	車いすでかけよう ストレスをためないために	理学療法士 臨床心理士	堀川学 森川真理子	19名
8月26日	各種制度の利用について 腰痛のおはなし	ソーシャルワーカー 医師	鈴木弘哉 千田富義	14名
9月16日	トイレ介助について 障害者の自動車運転について	看護師 作業療法士	堀川喜史 加藤淳一	23名
10月28日	ことばの障害～失語症について	言語聴覚士	大塚幸子	21名
11月25日	介護保険・身体障害者手帳について 生活に便利な福祉用具	ソーシャルワーカー 作業療法士	鈴木弘哉 加納いずみ	21名
12月16日	杖と手すりのお話 臨床検査における検体系検査について	理学療法士 臨床検査技師	古山るり子 田畑伸	10名
1月27日	点眼剤の使い方について CT・MRIを受けるときの注意	薬剤師 放射線技師	一ノ関潤子 佐々木和仁	16名
2月24日	ミネラルについて 車いすを使いこなそう	管理栄養士 理学療法士	加賀谷淑子 杉本由里子	28名
3月24日	安全に食べよう 運動を続けましょう	看護師 医師	土橋美花子 千田富義	21名

(4) 平成 17 年度認知症介護支援

認知症に関する知識の啓発を行い、家族の抱えている悩みや疑問を解決し、認知症患者の介護に対する理解を深める。

(ア) 認知症介護講座（6 病棟）

対象：6 病棟に入院している患者・家族

実施内容

月 日	介護講座の内容	講師および担当		参加人数
平成 17 年 11 月 29 日	精神作業療法見学 「認知症とは!? 認知症高齢者への 対応をいっしょに考えましょう!!」 話し合い	看護師 看護師 看護師	星宮 恵子 鈴木 美穂子 佐藤 奈津美	10 家族 14 名
平成 18 年 3 月 2 日	精神作業療法見学 「認知症とは!? 認知症高齢者への 対応をいっしょに考えましょう!!」 話し合い	看護師 看護師	千葉 かな子 安田 恵	5 家族 11 名

(イ) 認知症介護講座（7 病棟）

対象：7 病棟に入院している患者・家族

実施内容

月 日	介護講座の内容	講師および担当		参加人数
平成 17 年 7 月 29 日	「回想法について」 「回想法の実際」 レクリエーション参加（七夕）	臨床心理士 看護師 看護師	佐藤 健太 高橋 聡子 沢田石由香	10 家族 16 名
9 月 22 日	「認知症の心理・行動障害（BPSD） について」 「BPSD と認知症の心理について」	精神科医師 看護師 看護師	佐藤 隆郎 阿部 宣子 大柄さやか	6 家族 8 名
12 月 3 日	「介護サービスについて」 懇談会「介護保険関連についての 疑問にお答えします」	ケースワーカー 看護師 看護師	佐々木智子 高橋喜和子 上田 繭子	10 家族 16 名
平成 18 年 1 月 27 日	「せん妄について」 懇談会 「ご家族の皆様の悩みについて」	精神科医師 看護師 看護師	高橋 祐二 山手 昭彦 小松 純子	7 家族 8 名
3 月 7 日	「作業療法について」 懇談会 「ご家族の皆様の悩みについて」	作業療法士 看護師 看護師	加納いずみ 成田 剛 保坂かおり	7 家族 9 名

(5) リハビリ健康教室

センター開設以来、どのような患者がリハビリテーションの対象となり、どのようなことが改善するかについて、秋田県民のなかで次第に理解が深まってきている。その結果、リハビリテーションを身近に感じる方々も増加してきている。しかし、秋田県全体を見れば、センターの存在、リハビリテーションの知識もまだ十分とは言えない。それゆえ、リハビリテーションの重要性和センターの役割を多くの県民に知って頂く活動は重要である。高齢者が集うことの多い老人福祉総合エリアで、リハビリ健康教室を継続して開催している。老人福祉エリアは県南、県中央、県北の3カ所にあるため、センターから離れた地域も含め、より広範に啓発活動ができる利点がある。この教室を通じてセンター入院を思い立った方も出てきている。内容は約1時間の健康講話とリハビリ検診で、ほぼ3～4時間で行われる。リハビリ検診では、日頃困っている健康上の問題について相談され、納得して帰る方も多い。主催は秋田県立リハビリテーション・精神医療センターと老人福祉エリアである。

日 時：平成17年10月22日（土）

場 所：秋田県北部老人福祉総合エリア（大館市）

演題名：腰痛について

実 技：いけいけドンパン体操

講 師：千田 富義

検 診：医 師 千田 富義
理学療法士 原崎祐子、岩澤里美
作業療法士 加納いずみ、吉田悟己

参加者：75名

日 時：平成17年11月5日（土）

場 所：秋田県南部老人福祉総合エリア（大森町）

演題名：腰痛について

実 技：いけいけドンパン体操

講 師：千田 富義

検 診：医 師 千田 富義
理学療法士 長谷川弘一、堀川学
作業療法士 川野辺穰、小野かおり

参加者：50名

日 時：平成 17 年 12 月 3 日（土）

場 所：秋田県中央地区老人福祉総合エリア（秋田市）

演題名：腰痛について

実 技：いけいけドンパン体操

講 師：千田 富義

検 診：医 師 千田 富義
理学療法士 武田超、杉本由里子
作業療法士 加藤淳一、高橋敏弘

参加者：44 名

（6）第9回リハセン祭

リハセン祭は、センターを広く県民の皆様知って頂き、センター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発活動を行う、（2）センターの医療内容を広く伝え県民にセンターを身近に感じてもらう、（3）患者同士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。運営にはセンター内の全職種が携わっており、センター医療の紹介に努めている。

平成 17 年度は、10 月 1 日（土）に開催され、約 200 名の患者や家族の方々、近隣町村の方々などが参加した。

内容は、健康度チェックコーナーを設け、参加者に機器による測定を行った。その他、生活習慣病予防の相談コーナー、栄養相談、薬の相談、七宝焼きなどの、肩は凝らないけれど役に立つ企画もたくさん行われた。

また、体育館では、ドンパン体操の実施や「大曲太鼓道場」など、大変に喜ばれた。



(7) 院内行事

センターでは、患者・家族のコミュニケーションの場を設けることで、入院患者の早期回復意欲の高揚につながるよう、センター内において様々な行事を行っている。

(ア) 納涼祭

輪投げゲームや水風船釣りなどで、暑い夏の日を楽しく過ごして頂いた。

平成 17 年 8 月 25 日

参加者 約 200 名

(イ) 運動会

秋のスポーツシーズンに、入院生活による運動不足を少しでも解消していただこうと、綱引きやパン食い競争などを行った。

平成 17 年 10 月 20 日

参加者 約 200 名

(ウ) クリスマス会

地元愛好者の方々による大正琴演奏やコーラス、デイケアの方々の歌などを見て聞いて楽しんで頂いた。また、ささやかながら患者へプレゼントを贈り、明日への励みとして頂いた。

平成 17 年 12 月 15 日

参加者 約 200 名



(8) 広報活動

(ア) リハセンだより

センター内の活動内容を知っていただき、また、センターへの要望などを指摘していただくための広報誌として、平成 10 年 9 月に第 1 号が発行され、以来年 4 回のペースで発行を継続し、県内福祉・保健関係の行政機関や、病院・施設に配布している。平成 17 年度の状況は次のとおりである。

番号・発行月	記 事
第27号 平成17年 4 月	患者さんの心により添う看護をめざして 業務紹介 薬剤科 新潟県中越大震災による川口町のこころの傷あと ～こころのケア秋田県チーム活動総括～ 認知症病棟のレクリエーション・節分 きれいなデコレーションをお楽しみください
第28号 平成17年 7 月	介護予防への取り組み 業務紹介 臨床検査科 災害復興期におけるこころのケア ～新潟県中越地震支援活動の経験から～ デイケア「家族教室」を紹介します シリーズ放射線① リハセン平成17年度の行事予定
第29号 平成17年10月	平成17年度リハセン祭 業務紹介 給食科 精神科 Q & A うつ病の人が職場復帰してきた場合ー ドンパン体操って何？ シリーズ放射線②
第30号 平成18年 1 月	新年のご挨拶 業務紹介 機能訓練科 心理部門 毎日続けよう！ドンパン体操 目標 1 日30分 シリーズ放射線③

(イ) ホームページ

センターをより多くの方に知っていただくために、ホームページを開設し、センター概要、設備状況、診療内容、スタッフ紹介などの他に、受診・入院の案内、介護予防情報などを盛り込んだリハビリ講座、受診される患者・家族の方々のためのマニュアルなど、多くの情報を掲載している。

参考：<http://www.med-akitarehasen.gr.jp/>

3 教育活動

教育機関、その他の機関への講師活動にしても、医学研究などに関する研修受講にしても講師・受講者それぞれの立場で知識の整理に有用であり、センター医療の向上に貢献するものである。また、多くの学会発表・印刷業績は日常診療の問題解決に向けた努力が進化した結果である。必ず日常診療へ好ましいフィードバックをもたらすはずである。さらに職員の教育研修をより系統的に、組織的に行う目的で発足した教育研修委員会の活動も順調に発展している。教育研修の目的は、視野が広く、技術を適切に運用できる人材を増やすことであり、センターで最も重視しなければ活動の一つである。

(1) 教育機関への講師等派遣活動

派遣職員		支援先	講義内容	講義時間
氏名	科名			
高橋祐二	神経・精神科	秋田県立衛生看護学院	精神看護学Ⅱ 精神疾患	31 時間
堀川学	機能訓練科	秋田県立衛生看護学院	成人看護学Ⅱ 肺理学療法	4 時間
齋藤京子	看護科	秋田県立衛生看護学院	基礎看護学Ⅰ 看護管理	10 時間
高橋栄治	放射線科	秋田県立衛生看護学院	臨床病態学Ⅱ 放射線医学	4 時間
高橋栄治	放射線科	秋田県立衛生看護学院	病理学Ⅱ 放射線医学	4 時間
室岡守	神経・精神科	秋田県立衛生看護学院	精神看護学Ⅱ 精神疾患	15 時間
佐藤隆郎	神経・精神科	秋田県立衛生看護学院	精神看護学Ⅰ 精神保健	20 時間
佐藤健太	機能訓練科	秋田県立衛生看護学院	教育相談と生徒指導講義（保健科）	30 時間
高見美貴	機能訓練科	日本赤十字秋田短期大学	介護福祉学科：リハビリテーション論	15 時間
千田富義	リハビリテーション科	秋田大学医学部	基本的診療知識（リハビリテーション）	6 時間
中澤操	リハビリテーション科	秋田大学医学部	耳鼻咽喉科、耳鼻咽喉、選択科目（コミュニケーション障害への対応）	6 時間
川野辺穰	機能訓練科	秋田大学医学部	基礎作業学実習	12 時間
佐藤洋子	機能訓練科	秋田大学医学部	臨床評価法実習Ⅰ	9 時間
進藤潤也	機能訓練科	秋田大学医学部	神経障害作業治療学	4 時間
高橋敏弘	機能訓練科	秋田大学医学部	ハンドセラピー論	6 時間
高見美貴	機能訓練科	秋田大学医学部	運動・神経障害作業療法評価法実習	4 時間
須藤恵理子	機能訓練科	秋田大学医学部	理学療法評価学実習	18 時間
長谷川弘一	機能訓練科	秋田大学医学部	基礎臨床実習Ⅱ	15 時間

(2) 他機関への講師等派遣状況

派遣職員		派遣日時	講演会等名称	講演テーマ等	主催
氏名	科名				
飯島壽佐美	神経・精神科	毎月第1・3金曜日	総合雇用支援センター心理カウンセリング	カウンセリング	(財)秋田県ふるさと定住機構
飯島壽佐美	神経・精神科	H17.6.25	交流学習会	講話	精神保健福祉ボランティア「みのり」
石川 博康	神経・精神科	H17.6.17	訪問介護員認知症介護研修	認知症高齢者への医学的アプローチ	秋田県社会福祉協議会
小畑 信彦	神経・精神科	H17.4.20	学校保健安全研究会講演会	学校保健を語る	大曲仙北学校保健安全研究会
小畑 信彦	神経・精神科	H17.9.28	管理監督職員講習会	メンタルヘルスについて	秋田河川国道事務所
小畑 信彦	神経・精神科	H18.2.9	刑事事件の鑑定を巡る諸問題研究会	心神喪失者等医療観察法の鑑定を巡る諸問題	秋田地方裁判所
小畑 信彦	神経・精神科	H18.3.15	職場研修会	うつ病の時代―増え続ける新しい現代病	農業試験場
齋藤 京子	看護科	H17.9.13	福祉保健施設・事業従事者職員研修	看護のリスクマネジメント	秋田県社会福祉協議会・秋田県福祉保健研修センター
佐藤 隆郎	神経・精神科	H17.10.27	家族介護者の集い	認知症について	能代市
佐山 一郎	リハビリテーション科	H17.6.4～ H17.10.29	ホームヘルパー養成研修2級課程	医学の基礎知識Ⅰ	日本労働者協同組合連合会センター事業団秋田事業所
佐山 一郎	リハビリテーション科	H17.6.4	日本精神科看護技術協会秋田県支部看護研究発表会	脳卒中三次予防	日本精神科看護技術協会秋田県支部
下村 辰雄	リハビリテーション科	H17.11.11	大曲仙北地域ケア研究会研修	みんなで知ろう認知症	大曲仙北地域ケア研究会
千田 富義	リハビリテーション科	H17.10.10	介護福祉士試験受験準備講習会	リハビリテーション論	秋田県社会福祉協議会

派遣職員		派遣日時	講演会等名称	講演テーマ等	主催
氏名	科名				
千田 富義 堀川 学	リハビリテーション科 機能訓練科	H17. 10. 20	県老人クラブ大会・高齢者健康づくり県民大会	運動と生きがい、そして健康 いけいけドンパン体操	長寿社会課
中澤 操	リハビリテーション科	H17. 4. 14	第1回新生児聴覚スクリーニング後精密医療機関医師講習会	講演	日本聴覚医学会
中澤 操	リハビリテーション科	H17. 9. 23	秋田県医師会H17医学奨励賞受賞講演	聴覚障害と環境整備	秋田県医師会
中澤 操	リハビリテーション科	H17. 9. 15	研修会	嚥下障害の評価と訓練	国立行政機構あきた病院
中澤 操	リハビリテーション科	H17. 10. 13	研修会	嚥下障害の評価と訓練	成人病医療センター
中澤 操	リハビリテーション科	H17. 11. 17	研修会	嚥下障害の評価と訓練	ふきのとう保護者会
中澤 操	リハビリテーション科	H18. 1. 29	日本耳鼻咽喉科学会学校保健全国代表者会議ならびに学校保健研修会	小児言語障害に対するサポート	日本耳鼻咽喉科学会
中澤 操	リハビリテーション科	H18. 2. 11	要約筆記奉仕員養成講座	聴覚障害者の基礎知識 聴覚障害者とのコミュニケーション	県身体障害者福祉協会
中野 明子	機能訓練科	H17. 7. 13	課題別研修Ⅰ（認知症ケア技術）	認知症介護の基本的技術	秋田県社会福祉協議会
長谷川弘一	機能訓練科	H17. 6. 23	ガイドヘルパー養成研修	姿勢保持について	秋田県障害者社会参加推進センター
原崎 祐子	機能訓練科	H17. 9. 10	秋田県理学療法士会新人教育プログラム	理学療法士・作業療法士法及び関係法規	秋田県理学療法士会
堀川 学	機能訓練科	H17. 6. 18～ H17. 6. 19	県南ブロック研修会	臨床における関節可動域障害の評価と治療	秋田県理学療法士会
堀川 学	機能訓練科	H18. 2. 22～ H18. 3. 9	食生活改善講習会	ドンパン体操指導	大仙市協和保健センター
室岡 守	神経・精神科	H17. 10. 22	生涯学習研修会	メンタルヘルスについて～拒食、過食なぜ起きる～	秋田県栄養士会

派遣職員		派遣日時	講演会等名称	講演テーマ等	主催
氏名	科名				
横山絵里子	リハビリテーション科	H17. 8. 18	医学部ガイダンス	現役医師からのアドバイス	秋田高校
渡辺はるみ	看護科	H17. 7. 27～ H17. 9. 1	認知症高齢者グループホーム外部評価		秋田県長寿社会振興財団
渡辺はるみ	看護科	H18. 2. 1	障害者自立訓練センター学習会	口腔の保健衛生について	障害者自立訓練センター

(3) 学会・研究会参加状況

氏 名	日 時	内 容	開催地
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 4. 16	平成17年度QOL研究会	大阪府
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 5. 18～ H17. 5. 20	第101回日本精神神経学会総会	埼玉県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 5. 21	第1回日本司法精神医学会学術集会	埼玉県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 6. 30～ H17. 7. 2	日本睡眠学会第30回定期学術集会	栃木県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 9. 18	第59回東北精神神経学会総会	岩手県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 9. 23～ H17. 9. 24	第6回日本QOL学会、第54回QOL研究会	東京都
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 10. 13～ H17. 10. 14	第44回全国自治体病院学会	兵庫県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 12. 10	日本老年精神医学会専門医研修会（第1回）	東京都
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17. 12. 3～ H17. 12. 4	第13回日本精神障害者リハビリテーション学会	大阪府
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 2. 24	全国精神医療審査会連絡協議会総会	東京都
石川 博康 (神経・精神科)	H17. 4. 16	アルツハイマー型痴呆研究会第6回学術シンポジウム	東京都
石川 博康 (神経・精神科)	H17. 5. 25～ H17. 5. 27	第46回日本神経学会総会	鹿児島県
小畑 信彦 (神経・精神科)	H17. 7. 17	平成17年度第1回「指導医資格申請予定者講習会」	宮城県
小畑 信彦 (神経・精神科)	H17. 7. 9	第27回東北てんかん学会	青森県
小畑 信彦 (神経・精神科)	H17. 10. 13～ H17. 10. 14	第39回日本てんかん学会	北海道
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H17. 5. 28～ H17. 5. 29	第23回日本生理心理学会大会	愛知県
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H17. 6. 18～ H17. 6. 19	日本集団精神療法学会第22回札幌大会	北海道
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H17. 7. 2～ H17. 7. 3	第21回秋田こころの臨床研究会夏季セミナー	秋田県

氏 名	日 時	内 容	開催地
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H17. 9. 30～ H17. 10. 1	第 2 4 回日本痴呆学会学術集会	大阪府
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H17. 10. 14～ H17. 10. 15	第 1 3 回日本精神科救急学会総会	静岡県
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H18. 3. 11～ H18. 3. 12	第 8 回日本ヒト脳機能マッピング学会大会	愛知県
佐山 一郎 (リハビリテーション科)	H17. 4. 21～ H17. 4. 22	第 3 0 回日本脳卒中学会総会	岩手県
佐山 一郎 (リハビリテーション科)	H17. 6. 15～ H17. 6. 16	第 4 2 回日本リハビリテーション医学会学術集会	石川県
佐山 一郎 (リハビリテーション科)	H17. 10. 5～ H17. 10. 7	第 6 4 回日本脳神経外科学会総会	神奈川県
佐山 一郎 (リハビリテーション科)	H17. 11. 25～ H17. 11. 26	第 2 9 回日本高次脳機能障害学会総会	岡山県
佐山 一郎 (リハビリテーション科)	H18. 3. 25	第 1 9 回日本リハビリテーション医学会東北地方会	山形県
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H17. 4. 16	アルツハイマー型痴呆研究会第 6 回学術シンポジウム	東京都
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H17. 4. 7～ H17. 4. 9	第 1 0 2 回日本内科学会総会	大阪府
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H17. 6. 9～ H17. 6. 10	第 2 3 回日本神経治療学会総会	三重県
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H17. 11. 17～ H17. 11. 18	第 1 0 回日本神経精神医学会	東京都
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H17. 11. 25～ H17. 11. 26	第 2 9 回日本高次脳機能障害学会総会	岡山県
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H17. 12. 2～ H17. 12. 3	第 1 回 P i c k 病研究会幹事会及び講演会	東京都
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H18. 3. 18	第 7 8 回日本神経学会東北地方会、 第 1 4 回日本神経学会東北地方会生涯教育講演会	宮城県
高橋 栄治 (放射線科)	H17. 4. 8～ H17. 4. 10	第 6 4 回日本医学放射線学会総会	神奈川県
千田 富義 (リハビリテーション科)	H17. 6. 15～ H17. 6. 16	第 4 2 回日本リハビリテーション医学会学術集会	石川県
千田 富義 (リハビリテーション科)	H18. 3. 25	第 1 9 回日本リハビリテーション医学会東北地方会	山形県

氏 名	日 時	内 容	開催地
塚本 佳 (神経・精神科)	H17. 7. 16～ H17. 7. 18	日本家族心理学会第22回大会	埼玉県
塚本 佳 (神経・精神科)	H17. 9. 10～ H17. 9. 11	第7回日本早期痴呆学会大会	神奈川県
塚本 佳 (神経・精神科)	H17. 9. 30～ H17. 10. 2	第21回日本ストレス学会学術総会	東京都
塚本 佳 (神経・精神科)	H17. 12. 18	S S T (生活技能訓練) 講習会	秋田県
塚本 佳 (神経・精神科)	H18. 1. 7～ H18. 1. 8	第9回日本病態栄養学会年次学術集会	和歌山県
塚本 佳 (神経・精神科)	H18. 2. 25～ H18. 2. 26	第5回パワーリハビリテーション学術大会	福岡県
塚本 佳 (神経・精神科)	H18. 3. 18～ H18. 3. 19	第12回日本行動医学会学術総会	東京都
塚本 佳 (神経・精神科)	H18. 3. 20～ H18. 3. 21	厚生労働省免疫アレルギー疾患予防治療研究事業線維筋 痛症研究班公開シンポジウム	東京都
中澤 操 (リハビリテーション科)	H17. 5. 19～ H17. 5. 21	第106回日本耳鼻咽喉科学会総会・学術講演会	大阪府
中澤 操 (リハビリテーション科)	H17. 9. 22	第50回日本聴覚医学会総会ならびに学術講演会	東京都
中澤 操 (リハビリテーション科)	H17. 11. 19～ H17. 11. 20	第19回日本耳鼻咽喉科学会専門医講習会	兵庫県
成見 綾 (神経・精神科)	H17. 6. 10～ H17. 6. 11	第34回日本脊椎脊髄病学会	宮城県
成見 綾 (神経・精神科)	H17. 7. 16	第103回医薬安全性研究会	東京都
成見 綾 (神経・精神科)	H17. 8. 20	第5回先進インスリン療法研究会	北海道
成見 綾 (神経・精神科)	H17. 9. 22～ H17. 9. 23	第29回日本神経心理学会学術集会	京都府
成見 綾 (神経・精神科)	H17. 10. 11～ H17. 10. 13	第15回日本臨床精神神経薬理学会	東京都
成見 綾 (神経・精神科)	H17. 12. 14～ H17. 12. 16	平成17年度精神保健指定医研修会	東京都
成見 綾 (神経・精神科)	H18. 3. 19	第8回G I D (性同一性障害) 研究会	福岡県

氏 名	日 時	内 容	開催地
成見 綾 (神経・精神科)	H18.3.20～ H18.3.21	日本発達心理学会第17回大会	福岡県
野澤 宏二 (神経・精神科)	H17.12.2～ H17.12.3	第1回Pick病研究会幹事会及び講演会	東京都
室岡 守 (神経・精神科)	H17.11.9～ H17.11.11	第46回日本児童青年精神医学会総会	兵庫県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H17.4.21～ H17.4.22	第30回日本脳卒中学会総会	岩手県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H17.5.25～ H17.5.27	第46回日本神経学会総会	鹿児島県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H17.6.11～ H17.6.12	平成17年度日本内科学会生涯教育講演会	神奈川県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H17.6.17～ H17.6.18	第22回日本脳電磁図トポグラフィー研究会	秋田県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H17.9.10	第77回日本神経学会東北地方会	岩手県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H17.9.22～ H17.9.23	第29回日本神経心理学会学術集会	京都府
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H17.11.30～ H17.12.2	第35回日本臨床神経生理学会学術大会	福岡県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H18.3.18	第78回日本神経学会東北地方会、 第14回日本神経学会東北地方会生涯教育講演会	宮城県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H18.3.19～ H18.3.20	第31回日本脳卒中学会総会	神奈川県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H18.3.25	第19回日本リハビリテーション医学会東北地方会	山形県
大塚 幸子 (機能訓練科)	H17.11.25～ H17.11.26	第29回日本高次脳機能障害学会総会	岡山県
加藤 真弓 (看護科)他1名	H17.10.13～ H17.10.14	第44回全国自治体病院学会	兵庫県
川野辺 穰 (機能訓練科)他2名	H17.6.23～ H17.6.26	第39回日本作業療法学会	茨城県
倉 直子 (看護科)	H17.9.17～ H17.9.18	第12回思春期・青年期精神科看護学会	千葉県
佐藤 千春 (看護科)他1名	H17.10.21	第32回秋田県看護学会	秋田県

氏 名	日 時	内 容	開催地
須藤 恵理子 (機能訓練科)他2名	H17.11.12～ H17.11.13	第23回東北理学療法士学会	岩手県
高見 美貴 (機能訓練科)他4名	H17.10.1～ H17.10.2	第16回東北作業療法士学会	秋田県
高見 美貴 (機能訓練科)他9名	H17.4.23、 H17.4.24	第14回秋田県作業療法学会	秋田県
千葉 かな子 (看護科)	H17.9.29～ H17.9.30	平成17年度北海道・東北地区看護研究学会	福島県
中野 明子 (機能訓練科)他1名	H17.6.11～ H17.6.12	第6回日本言語聴覚士協会総会及び学会	埼玉県
中野 明子 (機能訓練科)	H17.9.22～ H17.9.23	第29回日本神経心理学会総会学術集会	京都府
畠山 朋子 (看護科)	H17.9.2～ H17.9.3	第11回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会	愛知県
深井 美由紀 (看護科)他2名	H17.11.10～ H17.11.11	第11回東北精神科看護学会	福島県
古山 るり子 (機能訓練科)他2名	H17.5.26～ H17.5.28	第40回日本理学療法学術大会	大阪府
松橋 京子 (看護科)他1名	H17.5.25～ H17.5.27	日本精神科看護学会静岡大会	静岡県
松渕 尚子 (看護科)	H17.9.30～ H17.10.2	第6回日本認知症ケア学会大会	島根県
宮川 優加子 (看護科)他3名	H17.10.15	第4回NPO法人日本リハビリテーション看護学術学会	岩手県
宮川 優加子 (看護科)他1名	H17.12.17	秋田県リハビリテーション研究会・研究発表	秋田県

(4) 研修状況

氏 名	日 時	内 容	開催地
飯島壽佐美 (神経・精神科)他3名	H17. 8. 24～ H17. 8. 26	平成17年度第43回全国自治体病院協議会精神科特別部会総会、看護部長会総会及び院長・医長、看護部長・看護管理者合同研修会	新潟県
高橋 栄治 (放射線科)	H17. 5. 23	平成17年度改正放射線障害防止法施行直前講習会	東京都
高橋 栄治 (放射線科)	H17. 12. 15	平成17年度放射線安全管理講習会	東京都
塚本 佳 (神経・精神科)	H18. 1. 28～ H18. 1. 29	TAネットワーク「コミュニケーションスキルアップセミナー」	東京都
石塚 良子 (看護科)他2名	H17. 6. 3	秋田県看護協会研修「音楽療法の効果 一心の健康と環境づくりー」	秋田県
伊勢谷 和美 (看護科)	H17. 10. 28	秋田県看護協会研修「好きな自分・嫌いな自分・本当の自分ー自分の中に答えを見つけるー」	秋田県
一ノ関 潤子 (薬剤科)	H17. 7. 9～ H17. 7. 10	平成17年度病院診療所薬剤師研修会	宮城県
伊藤 英美 (看護科)他2名	H17. 7. 23	秋田県看護協会研修「患者参加型の安全管理」	秋田県
大柄 さやか (看護科)他1名	H17. 10. 6	秋田県看護協会研修「薬剤の知識と誤薬防止、社会の変化と看護職の責務ー倫理綱領からー」	秋田県
太田 富子 (看護科)他1名	H17. 10. 29	秋田県看護協会研修「看護管理に活かすコーチングスキル」	秋田県
加賀谷 淑子 (給食科)	H17. 9. 16	平成17年度「健康運動指導者研修会」	秋田県
柏谷 美紀 (機能訓練科)	H17. 10. 17～ H17. 10. 19	「こころの健康づくり対策」研修会・PTSD対策専門研修会	東京都
加藤 和子 (看護科)他3名	H17. 8. 19	日本精神科看護技術協会秋田県支部平成17年度日精看夏期研修会	秋田県
加藤 智美 (看護科)他2名	H17. 6. 30～ H17. 7. 1	秋田県看護協会研修「災害看護の実際」	秋田県
加納 いずみ (機能訓練科)	H17. 11. 10～ H17. 11. 11	平成17年度日本精神科病院協会 学術教育研修会・作業療法士部門	福島県
川野辺 穰 (機能訓練科)他1名	H18. 2. 8～ H18. 2. 9	平成17年度福祉用具・住宅改修研修会フォローアップ特殊寝台導入編	秋田県
工藤 順子 (看護科)他2名	H18. 3. 4	日精看秋田県支部中央・県南地区冬季研修会	秋田県

氏 名	日 時	内 容	開催地
熊谷 浩子 (看護科)他 2 名	H17. 9. 21～ H17. 9. 22	秋田県看護協会研修「看護研究プロセスにおける倫理の重要性」	秋田県
後藤 公明 (看護科)他 1 名	H17. 6. 23～ H17. 6. 30	平成 1 7 年度秋田県看護実習指導者講習会	秋田県
小松 純子 (看護科)他 1 名	H17. 9. 27	秋田県看護協会研修「痴呆症（認知症）の正しい理解—痴呆症予防の取り組みと地域のコミュニティー」	秋田県
齋藤 京子 (看護科)	H17. 6. 3	平成 1 7 年度秋田県病院協会通常総会及び研修会	秋田県
齋藤 京子 (看護科)他 1 名	H17. 6. 28～ H17. 6. 29	平成 1 7 年度全国自治体病院協議会看護部長部会及び研修会	東京都
佐々木 一貴 (医事班)	H18. 3. 14～ H18. 3. 15	診療報酬請求もれ防止対策研修会〈第 3 回〉	東京都
佐々木 享 (看護科)他 2 名	H17. 10. 19	秋田県看護協会研修「最新の褥瘡ケア」	秋田県
佐々木 純子 (看護科)他 2 名	H17. 10. 15	秋田県看護協会研修「個の存在価値を高める臨床看護実践能力向上の実践—活かそう！認めよう！輝こう！私のキャリアー」	秋田県
佐々木 典子 (看護科)他 1 名	H17. 10. 19～ H17. 10. 20	診療報酬請求もれ防止対策研修会〈第 2 回〉	宮城県
佐藤 明巳 (看護科)他 1 名	H17. 10. 28～ H17. 10. 29	精神科看護管理研修会	秋田県
佐藤 栄津子 (看護科)他 1 名	H17. 9. 1	秋田県看護協会研修「ファーストレベル公開講座—医療看護制度と施策—」	秋田県
佐藤 健太 (機能訓練科)他 4 名	H17. 12. 18	S S T（生活技能訓練）講習会	秋田県
佐藤 健太 (機能訓練科)	H18. 2. 23～ H18. 2. 26	職業リハビリテーション実践セミナー	千葉県
佐藤 直美 (給食科)	H17. 10. 19	平成 1 7 年度「健康運動指導者研修会」	秋田県
佐藤 直美 (給食科)	H17. 11. 25	第 5 0 回（平成 1 7 年度）「栄養指導技術研修会」「指導者のための健康・栄養セミナー」	秋田県
佐藤 泰豪 (看護科)	H18. 2. 6～ H18. 2. 10	精神科リハビリテーション看護研修会	東京都
杉本 由里子 (機能訓練科)	H17. 11. 14～ H17. 11. 15	平成 1 7 年度理学療法士研修会	埼玉県
鈴木 弘哉 (医事班)	H17. 11. 11	秋田県医療事業協会定例研修会	秋田県

氏 名	日 時	内 容	開催地
鈴木 弘哉 (医事班)他 1 名	H17. 5. 19	秋田県医療社会事業協会総会	秋田県
鈴木 弘哉 (医事班)	H17. 9. 29	病院・施設等合同研修会	秋田県
鈴木 美穂子 (看護科)他 2 名	H17. 8. 23	秋田県看護協会研修「身につけたい感染対策の基礎知識と看護ケアの改善」	秋田県
高橋 長太郎 (医事班)	H17. 7. 27	平成 1 7 年度秋田県精神保健福祉協会総会並びに研修会	秋田県
高橋 洋子 (看護科)他 2 名	H17. 11. 11	秋田県看護協会研修「人的資源管理―組織の理念達成のために―」	秋田県
高橋 洋子 (看護科)他 2 名	H17. 7. 15	秋田県看護協会研修「リハビリテーション看護 ～臨床で必要な日常生活援助の視点～」	秋田県
高橋 洋子 (看護科)他 1 名	H17. 9. 12～ H17. 9. 13	全国自治体病院協議会臨床実習指導者研修会	東京都
高見 美貴 (機能訓練科)他 6 名	H17. 9. 24～ H17. 9. 25	秋田県作業療法士会平成 1 7 年度身障部門研修会	秋田県
武田 超 (機能訓練科)	H17. 7. 23～ H17. 7. 24	第 726 回現職者講習会「神経筋促通法（PNF 治療法）の導入」	山梨県
谷内 陽子 (看護科)他 2 名	H17. 11. 25	秋田県看護協会研修「看護研究の基礎と研究計画書作成」	秋田県
戸嶋 弘子 (看護科)	H17. 12. 20	平成 1 7 年度新人看護職員研修教育責任者講習会	岩手県
戸嶋 弘子 (看護科)他 1 名	H17. 9. 14～ H17. 9. 15	秋田県看護協会研修「主体的看護実践と記録の充実をめざして」	秋田県
中村 淳子 (臨床検査科)	H17. 10. 1	北日本ME 技術者会第 4 5 回総会・講習会	宮城県
中谷 弓子 (看護科)他 2 名	H17. 11. 24～ H17. 11. 25	精神保健福祉研修会	秋田県
永山 智子 (看護科)他 2 名	H17. 10. 24	秋田県看護協会研修「医療・看護事故判例と看護職の法的責任」	秋田県
成田 剛 (看護科)他 1 名	H17. 10. 29	患者接遇マナー講座（基礎編・応用編）	秋田県
羽上 栄一 (放射線科)	H17. 7. 23～ H17. 7. 24	アドバンスドセミナー（救急医療学）	秋田県
羽上 栄一 (放射線科)	H17. 8. 20～ H17. 8. 21	アドバンスドセミナー（医療安全学）	秋田県

氏 名	日 時	内 容	開催地
長谷川 弘一 (機能訓練科)	H17. 6. 1～ H17. 6. 2	平成 1 7 年度福祉用具・住宅改修研修会	秋田県
長谷川 弘一 (機能訓練科)	H18. 2. 22	介護認定審査会委員研修	秋田県
原崎 祐子 (機能訓練科)	H17. 10. 7～ H17. 10. 8	第 4 0 回日本理学療法士協会全国研修会	愛知県
吹谷 世津子 (看護科)他 1 名	H17. 10. 4～ H17. 10. 6	全国自治体病院協議会看護管理研修会 (第 3 回)	東京都
藤井富士子 (看護科)他 1 名	H17. 5. 27	秋田県看護協会研修「救急医療における終末期患者の家族 への看護」	秋田県
堀江美智子 (看護科)他 3 名	H17. 6. 16	秋田県看護協会研修「思春期のこどもの心理・行動の理解 と成長を支える者としての対応とは」	秋田県
堀川 学 (機能訓練科)	H17. 9. 23～ H17. 9. 25	ヒューマンムーブメントコース研修会	宮城県
三浦 恵美子 (看護科)他 1 名	H17. 7. 7～ H17. 7. 8	秋田県看護協会研修「看護技術に活かすなるほどサイエ ンス！ ～力学・圧力・熱現象～」	秋田県
森川 真理子 (機能訓練科)	H17. 10. 8～ H17. 10. 9	S S T (社会生活技能訓練療法) ファーストレベル講習会	宮城県
安田 茂子 (看護科)他 1 名	H17. 12. 1	医療の安全対策研修会	秋田県
安田 茂子 (看護科)他 1 名	H17. 7. 11～ H17. 7. 12	看護管理者マネジメント研修	秋田県
柳谷 由己 (薬剤科)	H17. 12. 4	「病態生理と薬効薬理から処方せんを見る」研修会—パー キンソン病—	東京都
山中 一紀 (看護科)	H17. 12. 21	平成 1 7 年度新人看護職員研修教育担当者講習会	岩手県
吉田 悟己 (機能訓練科)	H17. 10. 5～ H17. 10. 7	平成 1 7 年度作業療法士研修会	埼玉県
渡部 香織 (看護科)	H17. 5. 14～ H17. 5. 15	『心理教育・家族支援プログラム』導入、実践のための講 習会	東京都

(5) 実習生受入状況

受 入 先	科 目 ・ 内 容	実 習 期 間	受入人員
青森県立保健大学健康科学部	総合臨床実習Ⅰ期（３年生・理学）	17. 4. 4～17. 5. 21	1
青森県立保健大学健康科学部	総合臨床実習Ⅱ期（４年生・理学）	17. 5. 30～17. 7. 9	1
青森県立保健大学健康科学部	理学療法学科初期総合臨床実習	18. 1. 10～18. 2. 18	1
秋田経法大付属高校	普通科２年 見学実習	17. 8. 4	1
秋田県立衛生看護学院	臨地実習 看護科３年	17. 4. 11～17. 11. 30	47
秋田市医師会高等看護学院	実習研修 専任教員	17. 10. 25～17. 11. 9 の内６日間	1
秋田大学医学部	社会医学老人保健コース 見学実習	17. 5. 18	6
秋田大学医学部保健学科	理学療法学科臨床実習第Ⅰ期	18. 1. 10～18. 2. 25	2
秋田大学医学部保健学科	作業療法学専攻 ３年次 臨床評価法実習Ⅰ	18. 2. 13～18. 2. 25	2
国際医療福祉大学保健学部	言語聴覚学科４年生言語聴覚障害領域臨床実習	17. 5. 9～17. 6. 17	1
国際医療福祉大学保健学部	作業療法学科３年 見学実習	17. 8. 5	1
医療法人 社団みつわ会	理学療法士 理学療法見学	17. 7. 21	1
城西医療医技術専門学校	理学療法学科１年 見学	17. 8. 3	1
晴陵リハビリテーション学院	作業療法学科３年生 臨床実習Ⅱ	17. 8. 22～17. 10. 15	1
晴陵リハビリテーション学院	作業療法学科２年生 臨床実習Ⅰ	18. 2. 13～18. 3. 3	2
仙台医療技術専門学校	臨床実習Ⅱ（Ⅱ部４年次）	17. 6. 6～17. 7. 29	1
仙台医療技術専門学校	作業療法学科２年 見学実習	17. 7. 25	3
仙台医療技術専門学校	臨床実習Ⅲ（Ⅱ部４年次）	17. 9. 5～17. 10. 28	1

受 入 先	科 目 ・ 内 容	実 習 期 間	受入人員
仙台医療センター附属リハビリテーション学院	作業療法学科1年 見学実習	17.8.4	2
仙台リハビリテーション専門学校	臨床実習Ⅱ－①（3年生・理学）	17.5.30～17.7.29	1
仙台リハビリテーション専門学校	作業療法学科1年 見学実習	17.7.25～17.8.31 の内1日	1
仙台リハビリテーション専門学校	臨床実習Ⅱ－②（3年生・理学）	17.9.5～17.10.28	1
帝京平成大学	言語聴覚学科臨床実習Ⅰ	18.2.27～18.3.17	1
帝京平成大学健康メディカル学部	言語聴覚学科4年生臨床実習Ⅱ	17.5.9～17.6.17	1
東北文化学園大学	リハビリテーション学科 作業療法学専攻4年生 臨床実習Ⅳ	17.4.18～17.5.27	1
東北文化学園大学	リハビリテーション学科 作業療法学専攻3年生 臨床実習Ⅱ	17.10.17～17.12.9	1
東北文化学園大学	リハビリテーション学科 作業療法学専攻2年生 臨床実習Ⅰ	18.2.20～18.3.3	2
日本福祉リハビリテーション学院	作業療法学科4年生臨床実習Ⅱ	17.5.16～17.7.9	2
兵庫栄養調理製菓専門学校	栄養士科実習	17.8.1～17.8.5	1
横浜YMC A学院専門学校	作業療法学科4年生 総合実習Ⅲ期	17.8.22～17.10.15	1
計			90

(6) 行政機関等への協力状況

氏 名	科 名	協 力 内 容	協力先機関名
千 田 富 義	リハビリテーション科	障害者ケアマネジメント推進協議会委員	健康福祉部障害福祉課
		精神科救急医療システム連絡調整委員会委員	健康福祉部障害福祉課
		高齢者健康づくりプログラム策定委員	高齢者健康づくり推進 チーム
飯 島 壽佐美	神経・精神科	メンタルヘルス支援調整会議構成員	職員安全衛生管理者
		秋田県精神医療審査会委員	健康福祉部障害福祉課
		職場復帰支援連絡会構成員	職員安全衛生管理者
		医療観察処遇事件の精神保健審判員	秋田地方裁判所
小 畑 信 彦	神経・精神科	メンタルヘルス対策検討会委員	総務部人事課
		「健康なんでも相談事業」相談員	総務部人事課
		メンタルヘルスサポートシステム相談員	職員安全衛生管理者
		医療観察処遇事件の精神鑑定人	秋田地方裁判所
高 橋 栄 治	放射線科	メンタルヘルス支援調整会議構成員	職員安全衛生管理者
		職場復帰支援連絡会構成員	職員安全衛生管理者
		メンタルヘルスサポートシステム相談員	職員安全衛生管理者
下 村 辰 雄	リハビリテーション科	痴呆性高齢者グループホーム外部評価機関 立ち上げ支援委員会委員	健康福祉部長寿社会課
中 澤 操	リハビリテーション科	嘱託医	オリブ園
		学校医	秋田県立勝平養護学校 秋田県立栗田養護学校
		学校評議員、学校協力員	秋田県立聾学校
		新生児聴覚対策委員会委員	福祉保健部健康対策課
堀 川 学	機能訓練科	高齢者健康づくりプログラム策定ワーキンググループ員	高齢者健康づくり推進 チーム
精神科医 2 名 (飯島副所長、室岡科長)		支援医 (毎月 1 回)	秋田県千秋学園

（７）職員研修会

教育研修委員会では、事務職員も含む病院全職員を対象に、診療に関する知識、技術、倫理等の向上を目指して、別記のような内容で院内研修会を開いている。業務時間外の自主参加の形であるが、毎回、１００名前後の参加者が集まっている。職員からの研修への評価も概ね好評であり、今後、更に充実した内容の会となるよう、平成１７年度も年に４回以上を目標に開催の準備を進めている。

実施内容

月 日	院内研修の内容	講 師	参加人数
４月 ５日	当センターの運営方針と現状について	千 田 所 長（方針） 伊藤事務部長（現状）	１００名
６月 ７日 ６月１４日	最近のリスクマネジメント部会活動報告	医師 中澤 操	１５５名
１０月 ４日	医事紛争について	さいとう神経科クリニック 院長 斎藤 征司 先生	９２名
１２月 ６日	歯の噛み合わせについて	今野歯科技工所 歯科技工士 今野 悟 氏	６９名
１月３１日	薬について	薬局長 中道 博之	８３名

IV 業 績

1 平成17年度学会発表

(1) リハビリテーション科

協調運動障害リハビリテーションの現状と課題

千田富義

第42回日本リハビリテーション医学会パネルディスカッション

2005年7月10日（金沢市）

東北地区におけるスモン患者の検診（平成17年度）－特に介護に関する調査結果について

野村 宏、糸山泰人、高田博仁、**千田富義**、阿部憲男、大井清文、片桐 忠、山本悌司

厚生労働科学研究費補助金（特定疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班 平成17年度研究報告会

2006年2月10日（東京都）

DLBにおける早期診断の可能性と意義

下村辰雄

第6回アルツハイマー型痴呆研究会

2005年4月16日（東京都）

前頭側頭型痴呆の3D-SSP画像による検討

下村辰雄

第8回秋田核医学談話会

2005年10月15日（秋田市）

記憶障害で初発した前頭側頭型痴呆の1症例

下村辰雄、石川博康

第10回日本神経精神医学会

2005年11月17日（東京都）

当センターで経験した前頭側頭葉変性症－秋田県でも少なくない

下村辰雄

第23回秋田県脳神経研究会

2006年1月28日（秋田市）

語彙を呈した変性性痴呆の1症例

下村辰雄、石川博康

第78回日本神経学会東北地方会

2006年3月18日（仙台市）

秋田県新生児聴覚スクリーニング4年間のまとめと今後の展望

中澤 操、高橋 辰、佐藤輝幸、石川和夫

第116回日耳鼻秋田県地方部会

2005年12月4日（秋田市）

当センターにおける嚥下障害の取り組み

中澤 操

第3回東北摂食嚥下研究会

2005年11月6日（仙台市）

脳梗塞における脳酸素摂取率と失語症の回復との関連

横山絵里子、長田 乾、**下村辰雄**、**千田富義**

第46回日本神経学会総会

2005年5月25－27日（鹿児島市）

SPECTによる慢性期脳卒中中の片麻痺の回復の検討

横山絵里子、**千田富義**

第35回日本臨床神経生理学会

2005年11月30－12月2日（福岡市）

左大脳半球病変による着衣障害にかかわる病巣の3D-SSP解析を用いた検討

横山絵里子、**下村辰雄**、**中野明子**

第29回日本神経心理学会

2005年9月22－23日（京都市）

脳血管性痴呆の歩行障害の解析

横山絵里子

ICD-10分類に準拠した脳血管性痴呆の診断手順に関する研究 平成17年度第2回研究報告会

2005年11月3日（秋田市）

脳血管性痴呆の歩行障害と摂食・嚥下障害

横山絵里子

ICD-10分類に準拠した脳血管性痴呆の診断手順に関する研究 平成17年度最終研究報告会

2006年1月21日（秋田市）

（２）精神科

聴覚保続、聴覚失認、音楽性幻聴を呈した変性疾患の１例

石川博康、下村辰雄

第１回兵庫脳研メモリアルカンファレンス

2005年４月１５日（東京都）

聴覚保続及び聴覚失認知を認め、変性性痴呆が疑われた１例

石川博康、下村辰雄

第１０回日本神経精神医学会

2005年１１月１７日（東京都）

コタール症候群を呈したレビー小体型痴呆の１症例

石川博康、下村辰雄

第１０回秋田認知神経科学研究会

2005年１２月１０日（秋田市）

常同症としつこい身体愁訴にSSRIが著効したFTLDの２症例

石川博康、下村辰雄

第７８回日本神経学会東北地方会

2006年３月１８日（仙台市）

（３）機能訓練科

当院精神科デイケアにおける心理教育的アプローチの試み ―茶話会の場で―

加藤淳一、高見美貴、渡部香織、飯島壽佐美

第１４回秋田県作業療法学会

2005年４月２３日（本荘市）

回復期リハビリテーション病棟における作業療法士の関わり

―Barthel index からみた成果と課題―

川野辺穰、小野かおり、高見美貴、吉田悟己、千田富義

第３９回日本作業療法学会

2005年６月２３－２６日（つくば市）

慢性脳卒中者の在宅運動と外来リハに関する検討

高見美貴、須藤恵理子、千田富義

第３９回日本作業療法学会

2005年６月２３－２６日（つくば市）

左半側空間無視患者の左右視空間の改善と ADL に関する検討

進藤潤也、高見美貴、吉田悟己、千田富義

第 39 回日本作業療法学会

2005 年 6 月 23－26 日（つくば市）

片麻痺非麻痺側下肢のブレーキ操作反応時間　－健常者との比較－

吉田悟己、進藤潤也、高見美貴、千田富義

第 16 回東北作業療法学会

2005 年 10 月 1－2 日（大館市）

高齢脳卒中患者への運動年齢検査の適応について

原崎祐子、須藤恵理子、谷藤慶幸、千田富義

秋田県リハビリテーション研究会

2005 年 12 月 17 日（秋田市）

アルツハイマー型老年認知症の運動動作能力に影響を与える因子

岩澤里美、須藤恵理子、松嶋明子

秋田県理学療法士学会

2006 年 3 月 11－12 日（由利本荘市）

高齢脳卒中患者の運動動作能力と日常生活活動の改善について

谷藤慶幸、須藤恵理子

秋田県理学療法士学会

2006 年 3 月 11－12 日（由利本荘市）

文字形態実現水準に異常を呈した左手の純粹失書

中野明子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第 29 回日本神経心理学会

2005 年 9 月 22－23 日（京都市）

仮名失読・漢字の失読失書および語健忘を呈した左髄膜腫摘出後の一例

中野明子、大塚幸子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第 17 回東北神経心理懇話会

2006 年 2 月 4 日（仙台市）

純粹語啞に移行した一例

大塚幸子、中野明子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第 17 回東北神経心理懇話会

2006 年 2 月 4 日（仙台市）

(4) 看護科

ディケアにおける SST の効果

松橋京子、高橋聡子、柏谷美紀、加藤淳一

日本精神科看護技術協会第 30 回静岡大会学術集会

2005 年 5 月 27 日（静岡市）

重度認知症患者の抑制廃止に向けての取り組み

吉田明子、越川美紀、伊藤智幸、牧野みゆき

日本精神科看護技術協会第 30 回静岡大会学術集会

2005 年 5 月 27 日（静岡市）

口腔ケアの客観的評価に基づく効果

宮川優加子、佐々木里美、豊島甲子郎、鈴木清子

NP0 法人日本リハビリテーション看護学会第 4 回学術大会

2005 年 10 月 15 日（盛岡市）

病棟 ADL 訓練におけるチームアプローチの評価

一バーセルインデックス別に見たトランスファー自立期間に焦点をあてて一

進藤美保、半田広和、鈴木寛美、佐々木典子

NP0 法人 日本リハビリテーション看護学会第 4 回学術大会

2005 年 10 月 15 日（盛岡市）

リハビリテーション科病棟における看護度の整合性の検討

千葉由紀子、大塚美和子、加藤真弓、佐々木典子

全国自治体病院協議会学会

2005 年 10 月 13 日（神戸市）

触法精神障害者家族との関係構築のためのアプローチ

阿部琢也、三浦智陽、一ノ関 猛、佐藤栄津子

日本精神科看護技術協会秋田県支部看護研究発表会

2005 年 7 月 28 日（大仙市）

触法精神障害者家族との関係構築のためのアプローチ

阿部琢也、三浦智陽、一ノ関 猛、佐藤栄津子

日本精神科看護技術協会東北地区看護研究発表会

2005 年 11 月 10 日（郡山市）

服薬自己管理による服薬態度の変化

喜多尚子、鎌田妙子、深井美由紀

日本精神科看護技術協会秋田県支部看護研究発表会

2005 年 7 月 28 日（大仙市）

服薬自己管理による服薬態度の変化

喜多尚子、鎌田妙子、深井美由紀

日本精神科看護技術協会東北地区看護研究発表会

2005 年 11 月 10 日（郡山市）

重度痴呆病棟における見守り業務導入前・後の転倒、転落者の変動

高橋喜和子、泉川かおり、鈴木敏和、谷内陽子

日本精神科看護技術協会秋田県支部看護研究発表会

2005 年 7 月 28 日（大仙市）

在宅生活での評価をとり入れた経口摂取獲得に向けたリハビリテーションの効果

金澤明子、佐々木典子

第 32 回秋田県看護学会

2005 年 10 月 21 日（秋田市）

2 平成17年度印刷発表

(1) リハビリテーション科

鈴木利廣、高村 浩、**千田富義**、藤谷順子：リハビリテーションにおけるリスクマネジメント．
総合リハ 33：335－341, 2005.

要 旨：リハビリテーション医療には、基礎疾患、リハ医療技術、施設、医療者の4つの側面のリスクが内在している。これらのリスクを評価して、プランを記述し、プランを患者に説明し、実行するという4つのルールを遵守することが重要である。しかし、何を行えば責任を問われないという画一的な基準はない。その他、最近よく見る期待権侵害、医療水準、謝ることの意味などが記述されている。

千田富義：協調運動障害リハビリテーションの現状と課題．

リハ医学 42：745－749, 2005.

要 旨：協調運動障害に対するリハ効果を自験例で検討し、協調運動障害リハの特徴と課題を呈示した。特徴の第一はリハ効果が患者のリハ前の機能的状態すなわち初期状態に依存すること、第二は初期状態に依存するにしても個人による変動が大きいこと、第三に研究方法上対照群を作りにくいことであった。このような特徴に対してステージ分類によるリハプログラムの展開、運動失調の臨床測定方法の検討、プログラム評価の利用などが重要であることを強調した。

千田富義：リハビリテーション医療と医療倫理．

日本臨床内科医会誌 20：8, 2005.

要 旨：リハビリテーション医療における医療倫理的問題の卑近な例に、患者の達成目標、適応技術、治療期間の設定などがある。入院訓練効果が上限に達したとき、在宅での機能維持を勧告しても患者の同意が得られないことがある。患者の意見を重視して入院を続ける自律モデルに立つか、治療・介入方法の変更が患者の利益であるとして社会復帰を勧める仁恵モデルに立つかの判断が求められる。自律モデル、仁恵モデルの2つのモデルから行為の正当性を推論していく立場は重要であるが、それでもなお仁恵モデルは患者の最大利益を求める原理であり、現在においても最も重視されるべき原理であると考ええる。

野村 宏、糸山泰人、高田博仁、**千田富義**、阿部憲男、大井清文、片桐 忠、山本悌司：
東北地区におけるスモン患者の検診（平成17年度）－特に介護に関する調査結果について－．
厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）．

スモンに関する調査研究班平成17年度総括・分担研究報告書 2006、pp21－24.

要 旨：平成17年度に施行した東北6県のスモン検診時に行った補足調査「介護に関するスモン現状調査個人票」に基づいた調査結果を検討した。受診者は83名（男性22名、女性61名）で、年齢は53歳－88歳の平均73.2歳であった。スモン患者で合併症を有する者は81名で、白内障、高血圧、脊椎・四肢関節疾患、心疾患、胆・肝以外の消化器疾患が目立った。47名（56.6%）の患者の主介護者は配偶者とその親族であった。介護認定を受けた者は31名（男性4名、女性27名）で、

多くは軽症認定であった。24名の患者が介護サービスを利用しているが、その主なものは訪問介護、通所介護、福祉用具の購入・貸与、ショートステイ、住宅改修等であった。

佐山一郎、鈴木弘哉、栗田哲則、千田富義：生活保護受給者の脳卒中リハビリテーション。

総合リハ 32：619－627, 2004.

要 旨：脳卒中リハビリテーションは、医療ソーシャルワーカーを含むチームアプローチで行われる。リハビリテーションは障害の側面に限らず、個人の生活機能（functioning）の改善に関わる領域であり、リハビリテーションスタッフは対象患者をサポートする生活保護の利用を含む社会保障体系をよく理解してチーム医療を進める必要がある。

下村辰雄：痴呆性老人のリハビリテーション概論。

Medical rehabilitation 6：1－6, 2005.

要 旨：要旨：痴呆性老人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痴呆性老人の生活の質をできるだけ保つことである。その為には、常に何を目標にリハビリテーションを実施しているのかを考慮しつつ、多岐に渡る包括的なリハビリテーションアプローチを実施する必要がある。その際に、評価する主要な領域は、認知機能、行動障害・精神症状・感情障害など、日常生活活動、家族の負担や介護資源の利用などで、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緩徐化を目標に行われるべきである。痴呆性老人に対するリハビリテーション・ケアに際して、特に介護者教育や適切な社会資源の利用はより实际的であると考えられる。

下村辰雄：痴呆老人を抱える家族への教育と支援。

総合リハ 33：349－354, 2005.

要 旨：痴呆症を抱える家族が、痴呆の正しい知識、痴呆症患者への適切な介護技術、適切な介護環境のあり方、社会資源やその制度を正しく理解し、実践することは、痴呆症患者の心身の安定だけでなく、介護家族自身の生活の安定にもつながる。

下村辰雄：進行性核上性麻痺の 3D-SSP 画像による検討。

秋田核医学談話会 7：5－6, 2005.

要 旨：NINDS-SPSP international workshop の診断基準で probable PSP と診断した 1 症例の経時的な 3D-SSP 画像を報告した。

下村辰雄：DLB における早期診断の可能性と意義。

メデイカル朝日 374：7, 2005.

要 旨：DLB の早期診断に要素的な視知覚障害の検出が有用である。

下村辰雄：DLB における早期診断の可能性と意義。

老年精神医学雑誌 16：51－59, 2006.

要 旨：レビー小体型痴呆（DLB）はアルツハイマー病や脳血管性痴呆とともに三大痴呆疾患の 1

つである。最近ではパーキンソン病や痴呆を伴うパーキンソン病との関連性についても言及され、これらに関連する疾患の頻度は高い。また、DLB では特異的な臨床症状や神経心理所見、検査所見が早期診断に利用できる可能性がある。さらに、DLB に対しての塩酸ドネペジルや非定型抗精神病薬などの薬物治療の可能性も指摘されており、早期診断の意義は高い。

下村辰雄：認知症のリハビリテーション。

総合リハ 34：231－237, 2006.

要 旨：認知症に対しての薬物療法が必ずしも十分には確立されていない現時点では、少しでも有効なアプローチがないものかどうか施行錯誤しているのが現状である。しかし、認知症のリハにおいて、より重要で、より実地的なものは、やはり教育介入である。介護者教育の内容としては、原疾患の医学的診断と病態及び予後、適切に評価された認知機能障害・精神症状・身体障害のパターンや重症度、これらの障害が問題行動につながらないようにするための適切な対処法、および行動障害・精神症状・感情障害やこれらの機能障害により生じた日常生活活動障害に応じた具体的な介護方法の指導、さらに、他の家族構成員などによる協力体制の確立のための指導、デイケア・デイサービスを始めとした社会資源の活用法など多岐に渡る。

中澤 操：聴覚障害者のコミュニケーション手段。

総合リハビリテーション 33:9, 803－807, 2005.

要 旨：聴覚障害の種類は様々であり、また相手の使用言語の種類によりコミュニケーションモードも様々になることから、実際に使われる手段は多岐にわたる。聴覚障害の種類について解説し、音声言語・手話言語・書記言語（筆記）のどの組み合わせが使われるのかを解説した。「傍目に見えない」聴覚障害についての理解向上の助けとなる総説。

中澤 操：聴覚障害と環境整備（秋田県医師会医学奨励賞受賞講演論文）。

秋田県医師会雑誌 56：21-27, 2006.

要 旨：耳鼻咽喉科領域のリハビリテーションのうち、聴覚障害と嚥下障害に携わってきたことについて、平成 17 年度の標記の賞を拝受した際の記念講演要約。紙面の関係から聴覚障害についてのみ述べた。小児に於いては言語獲得との関係から早期発見診断と療育教育が非常に重要であること。また社会生活においては聴覚障害でも情報を得られるような環境整備が重要であること。これらに関連したこれまでの自身の取り組みについて発表した。秋田県は新生児聴覚スクリーニングに始まり、療育教育体制が充実し、途上ながら環境整備への関連職種の関心も高いことを述べた。

横山絵里子、長田 乾：慢性中枢性疼痛に対するケタミン療法の脳波変化。

臨床脳波 47：553－560, 2005.

要 旨：慢性中枢性疼痛に対してケタミン少量静注療法を施行し、鎮痛効果と単回投与時の定量的な脳波変化を検討した。脳波の基礎律動は投与開始 30 分後に δ 、 θ 、 α 、 $\beta 1$ 帯域波の減少と $\beta 2$ 帯域波の増加を認め、投与後約 30 分で投与前のレベルに回復する傾向を認めた。視床出血の脳波トポグラフィでは、患側では投与時の脳波変化に乏しい傾向があった。ケタミンの鎮痛作用

は脳波の変化より長く持続し、鎮痛作用と脳波変化との関連性は明らかでなかった。

横山絵里子：しなやかに 新・旧・和・洋・折衷。

総合リハ 33：307, 2005.

要 旨：最近の日本の急激な生活様式の変化に伴う新たな問題点を示し、リハビリテーション医学の方向性について提言。

横山絵里子、長田 乾：PET による脳機能評価。

先端医療シリーズ 36 リハビリテーション医学の新しい流れ：100-103, 2005.

要 旨：リハビリテーション医学に関連する positron emission tomography (PET) による脳機能評価について、PET の基本原理や様々な脳疾患における機能評価に関する最近の動向をまとめ、今後のリハ医学への応用の可能性について概説した。

横山絵里子：脳血管性痴呆の歩行障害と摂食・嚥下障害。

ICD-10 分類に準拠した脳血管性痴呆の診断手順に関する研究 平成 17 年度最終研究報告書（厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合事業研究）：36-42, 2006.

要 旨：脳血管性痴呆の歩行障害の特徴とリハビリ訓練の効果、摂食嚥下障害と栄養障害の関連性について調査研究結果をまとめた。

（２）精神科

石川博康、下村辰雄：幻覚・妄想を伴った皮質基底核変性症の 2 症例。

精神医学 48：45-50, 2006.

要 旨：1968 年に Rebeiz らは、一側上肢の随意運動拙劣、不随意運動、姿勢異常、眼球運動障害が緩徐に進行した症例を報告し、1989 年に Gibb らが皮質基底核変性症(CBD)という名称を提唱した。本症では経過中にうつ・意欲低下などの精神症状を認めることがあるが、幻覚・妄想についての報告はあまりなされていない。今回、Lang らの診断基準に基づき probable CBD と診断した典型的な 2 症例に幻覚・妄想を認めたので報告した。

石川博康、下村辰雄：亜急性の痴呆で発症した一酸化中毒の MRI。

神経内科 63：404-406, 2005.

要 旨：We reported a 70-year-old woman who had been accidentally exposed to carbon monoxide at November 20, 2004. Without any signs of acute poisoning, the patient had developed dementia and extrapyramidal syndrome 11 days after the exposure. Magnetic resonance imaging (MRI) showed iso-to hyperintensity on T2-weighted image (T2WI) and hyperintensity on T1-weighted image (T1WI) in bilateral globus pallidus. These abnormal intensities changed into hyperintensity on T2WI and hypointensity on T1WI which were thought to be indicating necrosis. We suggest that MRI findings of globus pallidus in subacute phase are variable.

石川博康、下村辰雄：葉性萎縮を欠く前頭側頭型痴呆の2症例.

精神科 7 : 262-266, 2005.

要 旨：前頭側頭型痴呆（frontotemporal dementia; FTD）は前頭葉および側頭葉前方に局限した病変を呈する非アルツハイマー型痴呆の包括的な概念であり、1994年にLund-Manchesterグループによって臨床・病理学的診断基準が提唱された）。FTDは神経病理学的に、前頭葉変性型（frontal lobe degeneration type）、ピック型（Pick type）、運動ニューロン型（motor neuron disease type）の3型に分類され、ピック型・運動ニューロン疾患型は特徴的な臨床・画像所見と病理所見を呈することから診断は困難ではないが、前頭葉変性型は臨床・病理所見が明確でないため、本邦での臨床報告例は少ない。今回、FTDの前頭葉変性型が疑われた2症例を経験し、経時的な画像検査を行ったので報告する。

Hiroyasu Ishikawa, Atsushi Sekine, Takashi Kanbayashi and Tetsuo Shimizu : A case of mild Alzheimer's disease accompanied by periodic synchronous discharges

Dementia Review Journal 17 : 17-19, 2005

要 旨：Periodic synchronous discharge (PSD) on electroencephalography can be observed in diseases such as Creutzfeldt-Jakob disease (CJD), hypoxic encephalopathy, subacute sclerosing panencephalitis and Alzheimer's disease (AD). However, reported cases of AD with PSD have previously only been found many years after diagnosis of AD. We recently encountered a patient with transient PSD, who was diagnosed clinically AD according to DSM-IV criteria. This is the first case report to suggest that PSD can occur also in mild AD.

（3）機能訓練科

須藤恵理子、千田富義：回復期リハビリテーション病棟における作業療法士との協業.

P Tジャーナル 39 : 413-418, 2005.

要 旨：回復期リハ病棟における理学療法は課題指向的な立場で機能訓練を行うことが中心になる。理学療法と作業療法は、専門性の違いにより介入の方法が異なり、各療法室において身体能力の向上を図る場合には、それぞれの療法の特徴を生かした練習を行う。回復期リハ病棟での日常生活遂行の改善に向けては、理学療法士と作業療法士がほぼ同じ内容の取り組みを行うこともあり得る。

原崎祐子、須藤恵理子、千田富義：脳卒中患者の歩行自立度に関する決定因.

秋田理学療法 13 : 18-22, 2005.

要 旨：脳卒中患者の入院生活における歩行自立度を歩行未実施群、屋内監視群、屋内自立群、屋外自立群の4群に分け、各自立度に関する決定因を探る目的で本研究を行った。

理学療法場で理学療法士の監視の下、3分間の歩行が可能な脳卒中患者198名を対象とした。歩行能力の指標として10m最大歩行速度、Physical Cost Index（PCI）と知的能力の指標として改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の3項目を測定し、隣り合った群で上記

の3項目に年齢・発症から評価までの期間を加えた5項目でロジスティック回帰分析を行った。

歩行未実施群と屋内監視群の区別にはHDS-Rと年齢が関連した。屋内監視群と屋内自立群との決定因はPCIであり、屋内自立群と屋外自立群の区別には、歩行速度・PCI・HDS-Rの3項目が関連した。

中野明子、大塚幸子、中澤操、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎：Ataxie optique が残存した一例の報告。

臨床神経心理 16：13-19, 2005.

要 旨：左上頭頂小葉を含む病変により、右手で右周辺視野に呈示された指標を捕らえることが困難になった ataxie optique の症例を経験した。棟内生活ではアナログ時計の時刻を読む、対象物の右端を確認することなどに困難を示した。また driving simulator では右折できず、卓球では高くバウンドした球を空振りするなど、特に移動を伴った右視空間知覚を要求する動作場面で困難を生じた。出現機序として、左頭頂連合野の障害により視覚情報と右上肢の体性感覚情報を結合できなかったことが推察された。

大塚幸子、中野明子、中澤操、横山絵里子、佐山一郎：Bálint 症状群と視覚失認が疑われ呼称ができなかった一例。

臨床神経心理 16：65-69, 2005.

要 旨：本例は、両側後頭葉内側面の損傷後、皮質盲を呈しその改善過程で、Bálint 症状群(精神性注視麻痺、視覚性注意障害、視覚失調)および視覚認知の異常が疑われた。視覚認知の異常について、呼称課題を中心に分析行ったら、視覚性の呼称、形態認知が困難であったが、触覚性の呼称、定義による呼称、色の知覚は若干であるが可能であった。以上から、視覚失認の合併が疑われた。

(4) 看護科

齋藤京子、福岡幸記、安田茂子、佐藤明巳：精神障害とリハビリテーション。

リハビリテーション看護、Nursing Mook 28、学習研究社、2005。東京

要 旨：精神科リハビリテーションにおける看護の実際を述べた。

菅原若葉、松渕尚子、大柄さやか：重度認知症高齢者への摂食・嚥下リハビリテーション。

臨床老年看護、第4号、日総研。2005.

要 旨：重度認知症の嚥下障害の看護を事例から分析し、効果的にリハビリテーションが行なわれるようまとめたものを紹介した。

V 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
管理会議	◎所長 副所長 事務部長 医療部長 医療部次長 総看護師長	毎週火
運営会議	◎所長 副所長 事務部長 医療部長 医療部次長 医療部各科長 薬局長 総看護師長 総務管理班長 医事班長 各看護師長 8名	第4火
院内感染予防対策委員会	◎副所長 所長 事務部長 リハ科長 神経・精神科長 機能訓練科長 臨床検査科長 薬局長 総看護師長 病棟看護師7名 外来看護師1名 臨床検査技師1名 給食科職員1名 医事班1名	第1火
保険診療委員会	副所長 ◎医療部次長 リハ科長 神経・精神科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 臨床検査技師1名 病棟看護師1名 外来看護師1名 医事班長	第3月

イ 不定期会議

委員会名	委 員 構 成
リハセン祭事業企画委員会	医局1名 薬剤科・放射線科1名 臨床検査科・機能訓練科1名 看護科2名 給食科1名 社会復帰科1名 医事班1名 総務管理班1名
衛生委員会	◎所長 事務部長 医療部次長 リハ科長 給食科長 薬局長 総看護師長 放射線技師1名 臨床検査技師1名 衛生管理者2名 分会指名職員2名 産業医
事故防止委員会	◎所長 医療部長 医療部次長 神経・精神科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 総看護師長 看護師長2名 給食科長 事務部長 医事班長 総務管理班長
リスクマネジメント部会	事故防止委員会委員長の指名 その他人数の規定無し
倫理委員会	◎所長 副所長 医療部長 事務部長 薬局長 総看護師長 学識経験者等2名
薬事委員会	◎副所長 薬局長 リハ科長 神経・精神科長 放射線科長 医事班長
栄養管理委員会	リハ科医師 神経・精神科医師 ◎給食科長 事務部長 総看護師長 各看護師長8名 給食科1名
受託研究審査委員会	◎副所長 リハ科長 薬局長 神経・精神科長 放射線科長 臨床検査科長 看護師長 総務管理班長 医事班長 所外学識経験者若干名
情報システム運営委員会	◎副所長 リハ科長 神経・精神科長 放射線科長 臨床検査科長 機能訓練科長 給食科長 薬局長 総看護師長 医事班長 放射線技師1名 臨床検査技師1名 機能訓練科技師1名 看護師1名 給食科職員1名 総務管理班職員1名

委員会名	委 員 構 成
帳票・病歴委員会	副所長 医療部次長 リハ科長 神経・精神科長 機能訓練科長 臨床検査科長 放射線科長 ◎給食科長 薬局長 総看護師長 機能訓練科技師1名 放射線科技師1名 臨床検査科技師1名 看護師2名 管理栄養士1名 医事班長
施設整備・医療機器選定委員会	◎所長 副所長 事務部長 医療部長 医療部次長 総看護師長 総務管理班長 医事班長
精神科救急医療体制整備委員会	◎神経・精神科長 精神科医師1名 看護師2名 総務管理班職員1名 医事班職員1名
痴呆診療委員会	◎神経・精神科長 精神科医師1名 リハ科医師2名 総看護師長 痴呆病棟看護師長 総務管理班職員1名 医事班職員1名
病床利用プロジェクト会議	◎医療部長 医療部次長 リハ科長 薬局長 神経・精神科長 副総看護師長1名 機能訓練科職員2名 総務管理班長 医事班長 総務管理班職員1名 医事班職員1名
行事企画委員会	◎神経・精神科医師 精神科及びリハ科看護職員 その他所長の指名
経営改善委員会	◎所長 副所長 医療部長 医療部次長 総看護師長 事務部長 医事班長
医療サービス向上部会	診療科医師1名 看護科3名 機能訓練科・給食科・社会復帰科職員1名 放射線科・薬剤科・臨床検査科職員1名 総務管理班・医事班職員1名
「リハセン年報」企画編集委員会	◎所長 総務管理班職員2名 医事班職員1名 リハ科又は神経・精神科職員1名 機能訓練科職員1名 放射線科職員1名 薬剤科職員1名 臨床検査科職員1名 看護科職員1名 給食科職員1名 社会復帰科職員1名
臨床検査管理委員会	事務部長 リハ科長 神経・精神科長 臨床検査科長 総看護師長 臨床検査科主任専門員 医事班職員1名
褥瘡対策委員会	リハ科医師1名 精神科医師1名 看護師長1名 看護師各病棟1名 栄養士1名 医事班1名 総務管理班1名
病院機能評価受審対策委員会	所長 副所長 医療部長 事務部長 医療部次長 リハ科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 臨床検査科長 総看護師長 給食科長 社会復帰科長 医事班長 総務管理班長
同ワーキンググループ	事務部長 その他グループ員は委員の推薦により所長が任命
医療事故等対策委員会	◎所長 副所長 医療部長 医療部次長 総看護師長 副総看護師長 事務部長
運営懇談会	県民代表3名以内 県医師会会長が推薦する者5名以内 県歯科医師会会長が推薦する者1名 県薬剤師会会長が推薦する者1名 看護関係者1名 学識経験者4名以内 社会福祉団体1名

委員会名	委 員 構 成
防火管理委員会 (防災対策委員会)	神経・精神科長 機能訓練科長 薬局長 総看護師長 看護師長 1 名 管理栄養士 1 名 事務部長 総務管理班長 医事班長
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 放射線科長 機能訓練科長 薬局長 臨床検査科長 総看護師長
教育・研修委員会	◎医療部次長 事務部長 機能訓練科 1 名 看護科 2 名 薬剤科・臨床検査科・放射線科 1 名 給食科・社会復帰科 1 名
医療ガス安全・管理委員会	◎医療部次長 リハ科医師 1 名 神経・精神科医師 1 名 薬剤師 1 名 看護師 2 名 事務職員 2 名

ウ 担当内会議

委員会名	委 員 構 成	開催日
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	毎週火
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	機能訓練科各科部門責任者	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
委員会名	委 員 構 成	開催日
師長会議	総看護師長・看護師長	毎週月
主査・主任会議	総看護師長・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	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 2 木
看護研究委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 1 金
看護記録委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 3 木
継続看護委員会	看護師長 1 名・外来・病棟看護師 1 名	第 4 月
看護業務委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 1 木
看護情報システム委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 3 火
看護診断・標準看護 計画検討会議	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 4 木
臨床指導者会議	病棟看護師長 1 名・病棟看護師各 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17年度視察状況

年月日	来庁者 氏名・名称	人数	視 察 目 的
17.4.7	前名古屋大学精神科教授	1	見学
17.5.10	金沢公民館金沢地区寿会女性部	50	見学
17.5.11	独立行政法人国立病院機構秋田病院	8	摂食・嚥下障害の知識習得他
17.5.18	角館南高校1年生	32	「職業相談メニュー」の施設見学（引率1，フレッシュワーク AKITA 2 含む）
17.6.22	中淀川部落協議会	15	見学
17.7.4	大仙市立太田中学校3年生	36	「しごと探検プログラム」の施設見学（フレッシュワーク AKITA 2，引率2 含む）
17.7.25	稲庭クリニック	2	施設見学
17.7.25	横手養護学校	2	リハビリテーション部門の見学
17.7.27	協和中10・西仙西中2・西仙東中2・西高2	16	一日看護学生
17.8.17	中通総合病院副院長他	6	オーダーリングシステムの運用
17.9.5	五城目結核予防婦人会	18	研修視察
17.9.14	秋田被害者支援センター	20	研修視察
17.9.15	金足農業高校1年生	42	職場見学（ハローワーク事業、引率1 含む）
17.10.18	本荘地区民児連専門部会	30	研修視察
17.10.11	宮崎県障害福祉課	2	施設見学
17.10.27	秋田市保健所研修医	2	施設見学及び業務概要の説明
17.10.31	湯沢市民生児童委員協議会	31	研修視察
17.11.8	北秋田市森吉民生児童委員協議会	20	研修視察
17.11.9	花輪高校1年生	47	「職業相談メニュー」の施設見学（引率1，フレッシュワーク AKITA 2 含む）
17.11.11	十和田高校1年生	29	「職業相談メニュー」の施設見学（引率1，フレッシュワーク AKITA 2 含む）
17.12.2	藤里町社会福祉協議会	3	研修視察
17.12.6	潟上市立天王南中学校1年生	42	「しごと探検プログラム」の施設見学（フレッシュワーク AKITA 2，引率2 含む）
17.12.21	青森大学 社会福祉学科2年生	1	施設見学
18.2.22	秋田しらかみ看護学院	36	精神看護学習
17.12.14	秋田市保健所研修医	2	施設見学及び業務概要の説明
18.3.6	衛生看護学院3年課程2年生	39	施設見学及び看護科の業務概要等
18.2.9	アリスト・ジャパン(株)	3	システムの稼働状況
計		535	

3 職 員 名 簿 【平成17年3月31日現在】

所長	(医師)	千田富義	技師	(作業療法士)	川野辺 穰
副所長	(〃)	飯島壽佐美	〃	(心理判定員)	佐藤健太
			〃	(理学療法士)	堀川 学
	事 務 部		〃	(理学療法士)	五十嵐 優子
事務部長	(事)	伊藤光仁	〃	(〃)	松嶋明子
			〃	(作業療法士)	加藤淳一
	総務管理班		〃	(〃)	加納いずみ
主幹(兼)班長	(事)	田村春夫	〃	(〃)	進藤潤也
主幹	(〃)	伊藤正好	〃	(心理判定員)	柏谷美紀
副主幹	(〃)	齊藤正平	〃	(作業療法士)	佐藤洋子
主査	(〃)	高橋辰弘	〃	(理学療法士)	原崎祐子
〃	(〃)	田口一郎	〃	(作業療法士)	今野 梓
主任	(〃)	高橋麻衣子	〃	(理学療法士)	武田 超
主事		佐藤 豊	〃	(〃)	古山るり子
〃		田口光弘	〃	(〃)	杉本由里子
〃		大友直毅	〃	(作業療法士)	小野かおり
技能主任		深浦春夫	〃	(〃)	今井 龍
			〃	(〃)	吉田悟己
	医 事 班		〃	(〃)	佐藤康洋
主幹(兼)班長	(事)	照井久一郎	〃	(理学療法士)	岩澤里美
副主幹	(〃)	高橋長太郎	〃	(〃)	谷藤慶幸
主査	(〃)	鈴木弘哉	〃	(〃)	高橋真利子
主事		佐々木一貴	〃	(心理判定員)	森川真理子
〃		栗田哲則	〃	(言語聴覚士)	大塚幸子
	医 療 部			放射線科	
部長	(医師)	佐山一郎	科長	(医師)	高橋栄治
次長	(〃)	小畑信彦	主任専門員	(放射線技師)	羽上栄一
			技師	(〃)	佐々木和仁
	リハビリテーション科		〃	(〃)	佐藤亜結子
科長	(医師)	下村辰雄	〃	(〃)	小野 円
医師		中澤 操	〃	(〃)	佐藤理絵
	神経・精神科			薬剤科	
神経・精神科長	(医師)	室岡 守	薬局長	(薬剤師)	中道博之
医師		成見 綾	主任	(〃)	柳谷由己
〃		塚本 佳	技師	(〃)	一ノ関潤子
〃		野澤宏二	〃	(〃)	工藤和彦
	機能訓練科			臨床検査科	
科長	(本務医療部長)	佐山一郎	科 長	(医師)	佐藤隆郎
科長補佐	(言語聴覚士)	中野明子	主任専門員	(検査技師)	田畑 伸
主査	(理学療法士)	長谷川弘一	技師	(〃)	秋野和華子
〃	(作業療法士)	高見美貴	〃	(〃)	中村淳子
主任	(〃)	高橋敏弘			
〃	(理学療法士)	須藤恵理子			

看 護 科					
総看護師長	(看護師)	齋藤京子	主任	(看護師)	後藤るり子
副総看護師長	(")	福岡幸記	"	(")	山手昭彦
(兼)看護師長			"	(")	佐々木延介
副総看護師長	(")	佐々木典子	"	(")	三浦恵美子
(兼)看護師長			"	(")	小松純子
看護師長	(")	安田茂子	"	(")	一ノ関 猛
看護師長	(")	高橋洋子	"	(")	秋山 健
"	(")	佐藤明巳	"	(")	堀江美智子
"	(")	吹谷世津子	技師	(")	木島貴子
"	(")	鈴木文子	"	(")	森川陽子
"	(")	佐々木純子	"	(")	畠山尚子
主査	(")	伊藤英美	"	(")	鈴木陽子
"	(")	佐藤栄津子	"	(")	越川美紀
"	(")	鎌田妙子	"	(")	佐々木里美
"	(")	澤田朱美	"	(")	栗津真子
"	(")	日沼純子	"	(")	伏見澄佳
"	(")	工藤順子	"	(")	永瀬文香
"	(")	藤原真人	"	(")	山本光美
"	(")	池田由美子	"	(")	金 裕美
"	(")	豊嶋真里子	"	(")	高橋友紀
"	(")	佐藤康孝	"	(")	阿部宣子
主任	(")	太田富子	"	(")	千葉かな子
"	(")	永山智子	"	(")	佐藤奈津美
"	(")	東海林真理子	"	(")	鈴木敏和
"	(")	佐々木 享	"	(")	鈴木智美
"	(")	高橋洋子	"	(")	高橋尚子
"	(")	畠山朋子	"	(")	鈴木美穂子
"	(")	佐藤智子	"	(")	加藤和子
"	(")	鈴木清子	"	(")	小林美和
"	(")	照井和子	"	(")	高橋理美子
"	(")	高橋聡子	"	(")	渡部香織
"	(")	成田 剛	"	(")	中谷弓子
"	(")	藤田繁美	"	(")	伊勢谷和美
"	(")	戸嶋弘子	"	(")	高橋喜和子
"	(")	浅野 弥	"	(")	吉田明子
"	(")	安藤 晋	"	(")	宮川優加子
"	(")	佐々木田鶴子	"	(")	高橋真美子
"	(")	佐藤葉子	"	(")	加藤和美
"	(")	大山由香	"	(")	松渕尚子
"	(")	後藤公明	"	(")	高橋めぐみ
"	(")	佐々木まゆみ	"	(")	大塚美和子
"	(")	熊谷浩子	"	(")	上田繭子
"	(")	菅原若葉	"	(")	堀江昭子
"	(")	高倉普美子	"	(")	北埜さつき
"	(")	石塚良子	"	(")	田中綾子
"	(")	伊勢由紀子	"	(")	平場美紀子
"	(")	谷内陽子	"	(")	橋本浩子
"	(")	伊藤美佐子	"	(")	高橋絵里
"	(")	松橋京子	"	(")	佐藤睦子

技師	(看護師)	鈴木 馨	技師	(看護師)	進藤美保
〃	(〃)	菊地美保子	〃	(〃)	豊島甲史郎
〃	(〃)	加藤智美	〃	(〃)	佐々木寛之
〃	(〃)	深井美由紀	〃	(〃)	牧野みゆき
〃	(〃)	鈴木志保	〃	(〃)	古屋淳
〃	(〃)	吉田美穂	〃	(〃)	三井所司
〃	(〃)	加藤真弓	〃	(〃)	平塚美穂
〃	(〃)	堀川喜史	〃	(〃)	大柄さやか
〃	(〃)	藤井富士子	〃	(〃)	半田広和
〃	(〃)	土橋美花子	〃	(〃)	藤岡教子
〃	(〃)	真光幸子	〃	(〃)	齊藤 郁恵
〃	(〃)	茂木律子	〃	(〃)	佐藤 広和
〃	(〃)	保坂かおり	〃	(〃)	照井 久美子
〃	(〃)	三浦智陽	〃	(〃)	小原 育子
〃	(〃)	丸井さおり			
〃	(〃)	堀川美貴子		給食科	
〃	(〃)	大友智美	科長	(医師)	横山絵里子
〃	(〃)	傳農直子	主任	(栄養士)	佐藤直美
〃	(〃)	鈴木裕美子	〃	(〃)	加賀谷淑子
〃	(〃)	佐藤泰豪			
〃	(〃)	橋本明子		社会復帰科	
〃	(〃)	早坂ゆき	科長	(医師)	高橋祐二
〃	(〃)	阿部琢也	科長補佐	(保育士)	大沢久枝
〃	(〃)	武藤博幸	〃	(保健師)	伊藤郁子
〃	(〃)	本多陽子	主査	(看護師)	佐藤己喜子
〃	(〃)	千葉由紀子	主事		小山達也
〃	(〃)	田口康弘	技師		船木 聡
〃	(〃)	藤井義人			
〃	(〃)	伊藤智幸			
〃	(〃)	山中一紀			
〃	(〃)	高橋照美			
〃	(〃)	鈴木寛美			
〃	(〃)	沢田雅則			
〃	(〃)	澤田 淳			
〃	(〃)	小笠原昭子			
〃	(〃)	竹園輝秀			
〃	(〃)	土岐由香			
〃	(〃)	佐藤千春			
〃	(〃)	佐々木千春			
〃	(〃)	秋林直美			
〃	(〃)	倉 直子			
〃	(〃)	庄司久美子			
〃	(〃)	星宮恵子			
〃	(〃)	三浦和枝			
〃	(〃)	安田 恵			
〃	(〃)	金澤明子			
〃	(〃)	喜多尚子			
〃	(〃)	佐藤友美			
〃	(〃)	桜田郁子			
〃	(〃)	熊谷佳富			

平成17年度職員の異動

【退職】

神経・精神科

H17.9.30	医 師	石川博康
H18.3.31	医 師	成見 綾
H18.3.31	医 師	塚本 佳

看護科

H17.4.30	主任（看護師）	加賀谷志穂子
H17.6.30	技師（看護師）	藤原伸子
H18.3.31	総看護師長（看護師）	齋藤京子
H18.3.31	主査（看護師）	鎌田妙子

【転出】

事務部

H18.4.1	事務部長（事）	伊藤光仁
		北秋田地域振興局総務企画部へ

総務管理班

H18.4.1	主幹（兼）班長（事）	田村春夫
		平鹿地域振興局出納室へ
H18.4.1	主 事	田口光弘
		農林技術センターへ

医事班

H18.4.1	副主幹（事）	高橋長太郎
		仙北地域振興局総務企画部へ

薬局

H18.4.1	技師（薬剤師）	工藤和彦
		脳血管研究センターへ

看護科

H18.4.1	主任（看護師）	永山智子
		太平寮育園へ
H18.4.1	主任（看護師）	畠山朋子
		脳血管研究センターへ
H18.4.1	技師（看護師）	森川陽子
		太平寮育園へ
H18.4.1	技師（看護師）	田中綾子
		脳血管研究センターへ
H18.4.1	技師（看護師）	土岐由香
		太平寮育園へ
H18.4.1	技師（看護師）	庄司久美子
		脳血管研究センターへ
H18.4.1	技師（看護師）	喜多尚子
		衛生看護学院へ

社会復帰科

H18.4.1	科長補佐（保育士）	大沢久枝
		太平寮育園へ

平成 1 7 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 1 8 年 1 2 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

秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田 352

電話(018)892-3751 FAX(018)892-3757

ホームページ

<http://www.med-akitarehasen.gr.jp/>

メールアドレス

rehasen@pref.akita.jp