

平成18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10号



平成19年12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

平成18年4月の診療報酬改定は疾患別診療報酬体制、算定日数上限の新設、集団療法の廃止などリハビリ医療に大きな影響を与え、治療現場を混乱に陥れた。特に、機能維持を目的とした外来リハビリに制限が生じ、多くの患者さんにご迷惑をおかけした。今回、精神医療、認知症医療は影響が少なかったが、今後リハビリ医療と類似の経過をたどる可能性もある。

リハビリ医療も精神医療も対象者の多くは慢性疾患患者である。病気の経過が永続的で、治療を中断できず、しばしば移動能力の低下など日常生活上の困難に遭遇する。今回の改定は回復が期待できる回復期に治療を集中させるという図式を強調しているが、慢性疾患には回復期がなかったり、あってもほんのわずかで長い慢性的経過をとる場合も多い。慢性疾患と回復期という概念は根底で相容れないところがあり、その矛盾がリハビリ医療での治療をやりにくくしている。このような状況が拡大するとすれば、センターでのリハビリ医療、精神医療、認知症医療をどう進めるかについて真剣な議論が必要となる。

平成18年度における病院機能向上の主な取り組みは全病棟でのクリニカルパス作成と診療に関わる委員会、検討会の整備を積極的に行ったことである。前者は病院の機能的側面、後者は構造的側面の改善の努力である。軽症者クリニカルパス、廃用症候群クリニカルパスが完成し、作成中のものがある。リハビリ科症例検討会、精神科作業療法連絡会議などの整備により診療内容が向上した。このような活動はある程度の成果も上げたが、多くの課題を残している。今後も病院機能改善の課題に積極的に取り組むことを期待したい。

平成18年度は病院の運営形態の議論もなされた。大きく変化する医療情勢、疾病構造に機敏に対応するため、弾力的運営、弾力的人事が可能な地方独立行政法人の是非が検討されている。身分、給料、勤務体制など職員の待遇に関すること、現在の診療の継続性に関すること、経営改善に関することなど種々の議論が必要となる。地方独立行政法人は主体的に病院を運営し、患者さんに適切な医療サービスを提供する有用な体制の1つである。前向きな立場で検討していくつもりである。

平成18年度を振り返って、いつもながら多くの方々からの変わらぬご支援を頂いた。運営懇談会委員の方々、関係諸機関の方々をはじめ、多くの県民の方々に感謝するとともに、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19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	1 2
5 職種別職員数	1 3

II 医 療 活 動

1 医 療 活 動	
（1）医療活動の特徴	1 7
（2）リハビリ科	2 8
（3）神経・精神科	2 9
（4）認知症診療	3 1
（5）機能訓練科	3 1
（6）放 射 線 科	3 3
（7）臨床検査科	3 4
（8）薬 剤 科	3 4
（9）給 食 科	3 5
（10）看 護 科	3 6
2 患者の状況	4 8
3 診療の状況	5 3

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	6 9
2 地域支援活動	7 0
3 教育活動	7 8

IV 業 績

1 学会発表	9 7
2 印刷発表	1 0 3

V 参 考

1 院内委員会等設置状況	1 1 1
2 平成18年度視察状況	1 1 4
3 職 員 名 簿	1 1 5

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、第 3)	
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 9 年 3 月 3 1 日現在】

一般病棟入院基本料 (特別入院基本料)	(平成 1 8 年 4 月 1 日)
精神病棟入院基本料 (1 5 : 1)	(平成 1 8 年 4 月 1 日)
診療録管理体制加算	(平成 1 6 年 1 0 月 1 日)
看護配置加算 (精神)	(平成 1 8 年 4 月 1 日)
看護補助加算 (精神)	(平成 1 8 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)
精神病棟入院時医学管理加算	(平成 1 3 年 6 月 1 日)
栄養管理実施加算	(平成 1 8 年 4 月 1 日)
医療安全対策加算	(平成 1 8 年 9 月 1 日)
褥瘡患者管理加算	(平成 1 8 年 4 月 1 日)
回復期リハビリテーション病棟入院料	(平成 1 3 年 1 月 1 日)
亜急性期入院医療管理料	(平成 1 6 年 4 月 1 日)
薬剤管理指導料	(平成 1 2 年 4 月 1 日)
検体検査管理加算 (I)	(平成 1 2 年 1 0 月 1 日)
画像診断管理加算 2	(平成 1 4 年 4 月 1 日)

単純ＣＴ撮影及び単純MR I	(平成１８年 ４月 １日)
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	(平成１８年 ４月 １日)
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	(平成１８年 ４月 １日)
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	(平成１８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「小規模なもの」	(平成１２年 ４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（医療観察法）	(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)
医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(平成１７年１２月２２日)
入院時食事療養（Ⅰ）	(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)

(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	12 日	診療予約受付開始
	5 月	26 日	開所式
	6 月	2 日	診療開始（200 床稼動） （リハビリテーション50 床、精神100 床、認知症50 床）
	10 月	2 日	天皇陛下、皇后陛下行幸啓（秋田県地方事情御視察）
平成10 年	5 月	9 日	日本リハビリテーション医学会研修施設に認定
	5 月	19 日	リハビリテーション50 床開棟（250 床稼動）
平成11 年	1 月	1 日	精神科応急入院施設に指定
平成12 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Ver4.0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

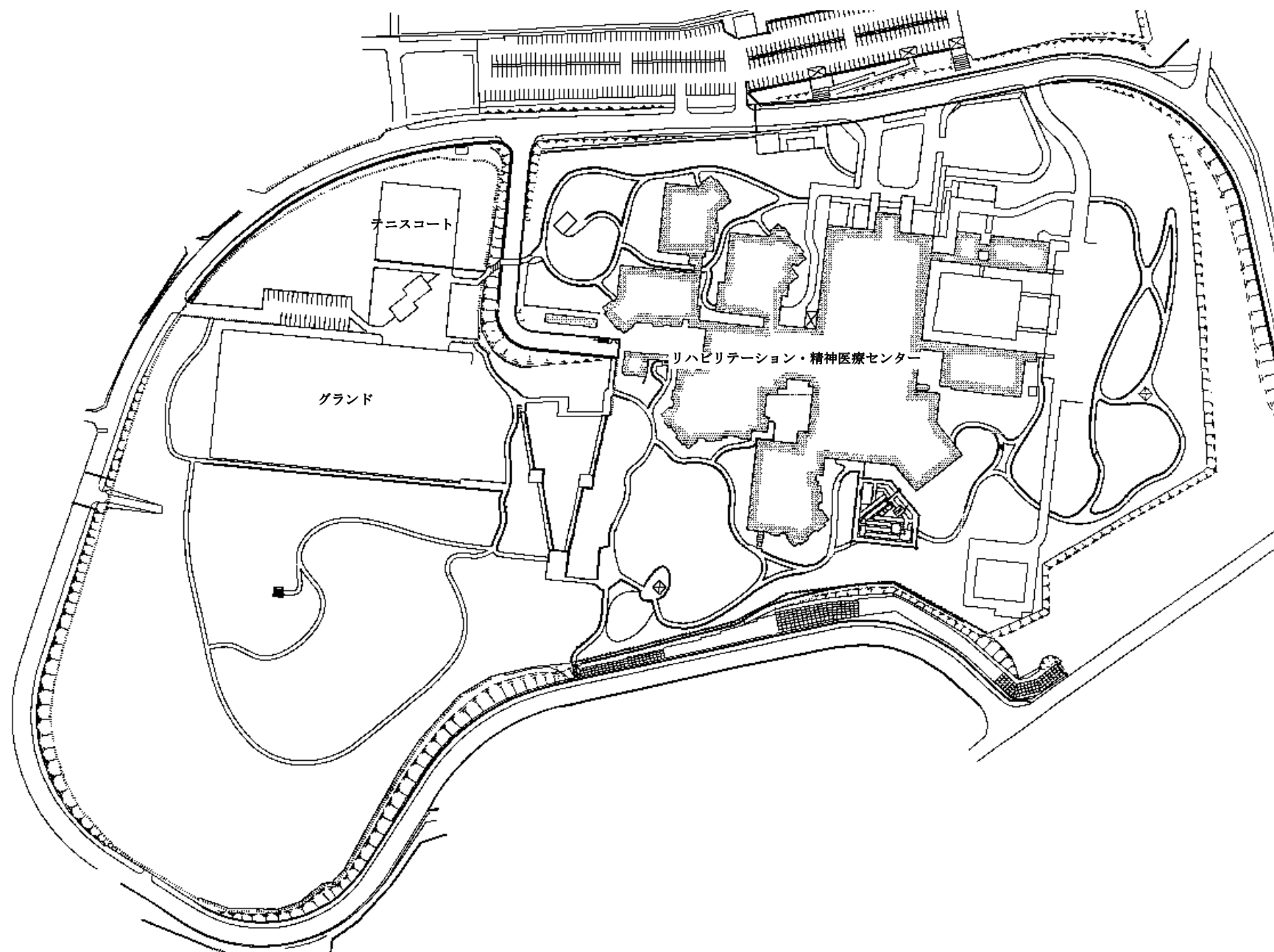
			室数 平成19年3月31日現在				収容人員(人)
区	画	面積(m ²)	4床室	2床室	個室	(内特別室)	合 計
1 病棟	精神科開放病棟	953.55	5	1	8	1	30
2 病棟	精神科準開放病棟	1,131.62	4	1	12	1	30
3 病棟	精神科閉鎖病棟	1,333.28	4		24		40
4 病棟	リハビリテーション科病棟	1,455.18	10		10	1	50
5 病棟	リハビリテーション科病棟	1,612.24	10		10	1	50
6 病棟	認知症開放病棟	1,455.18	10		10	1	50
7 病棟	認知症閉鎖病棟	1,612.24	10		10		50
病棟合計		9,553.29	53	2	84	5	300

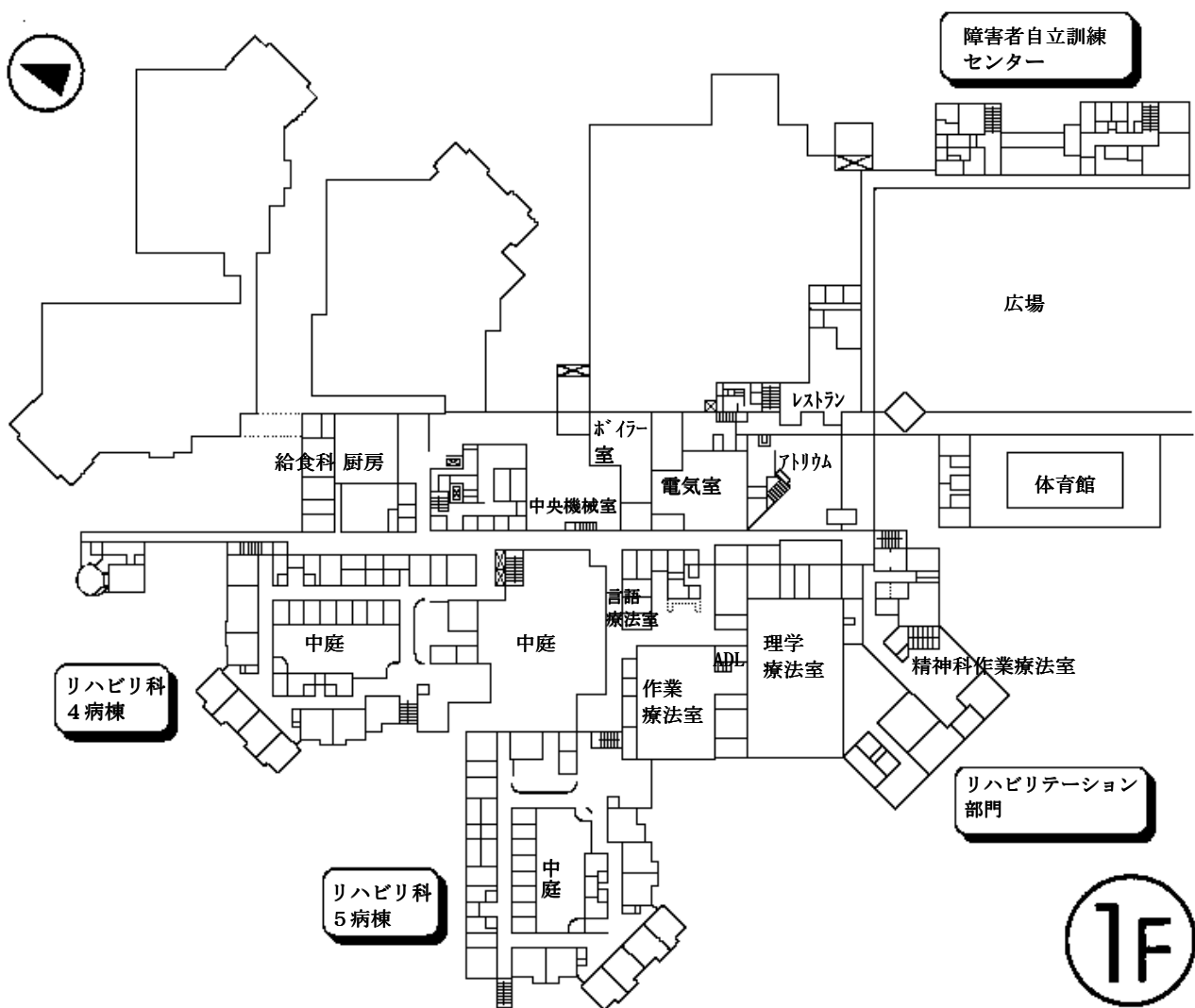
リハビリテーション第1部	1,547.25
リハビリテーション第2部	762.76
デイケア	138.09
外来部門	643.16
薬局	169.69
放射線科	607.82
臨床検査科	374.63
手術室	339.59
小計	4,582.99

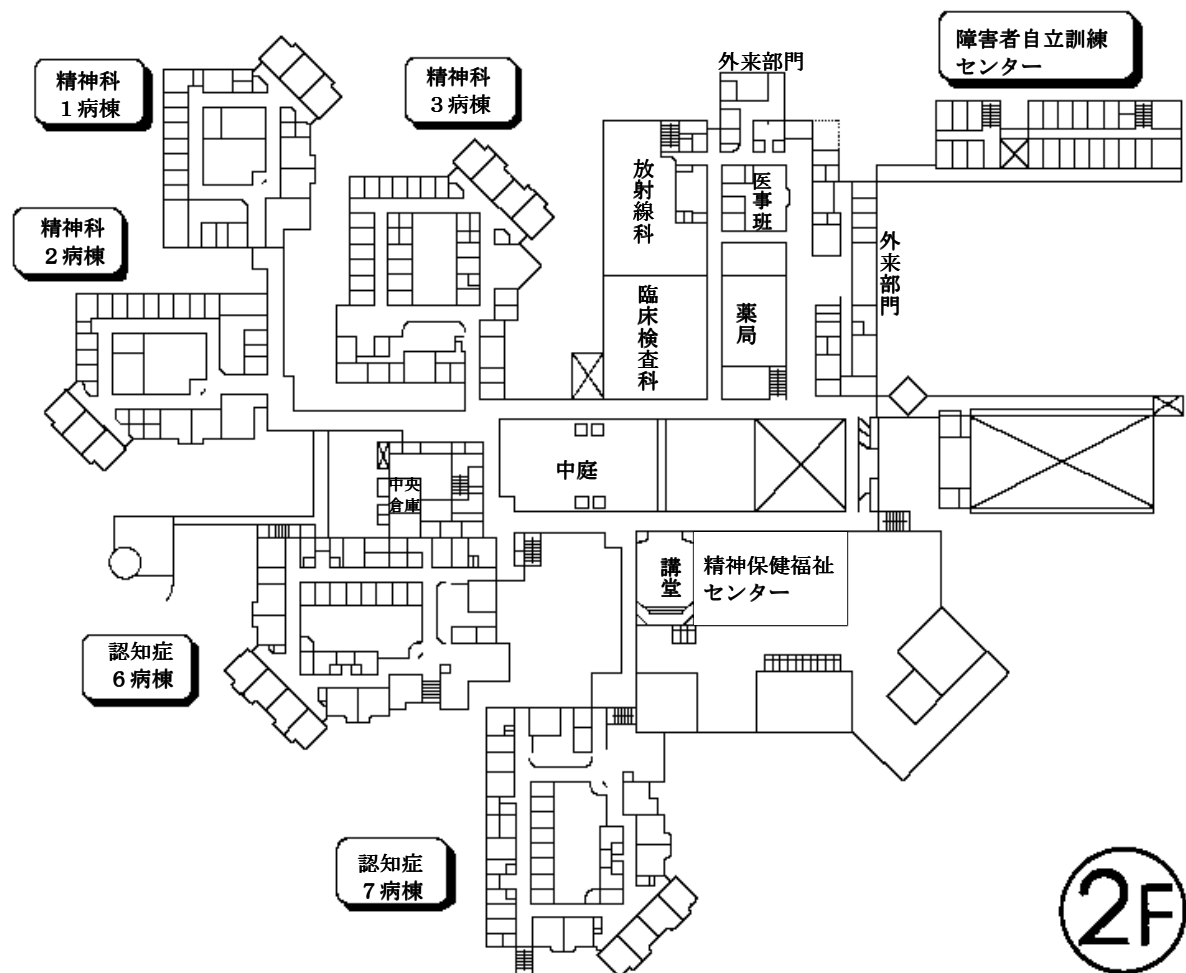
講堂(157名収容)	275.89
レストラン(75名収容)	272.62
アトリウム	322.98
霊安室	206.06
2階共通	1,947.59
小計	3,025.14

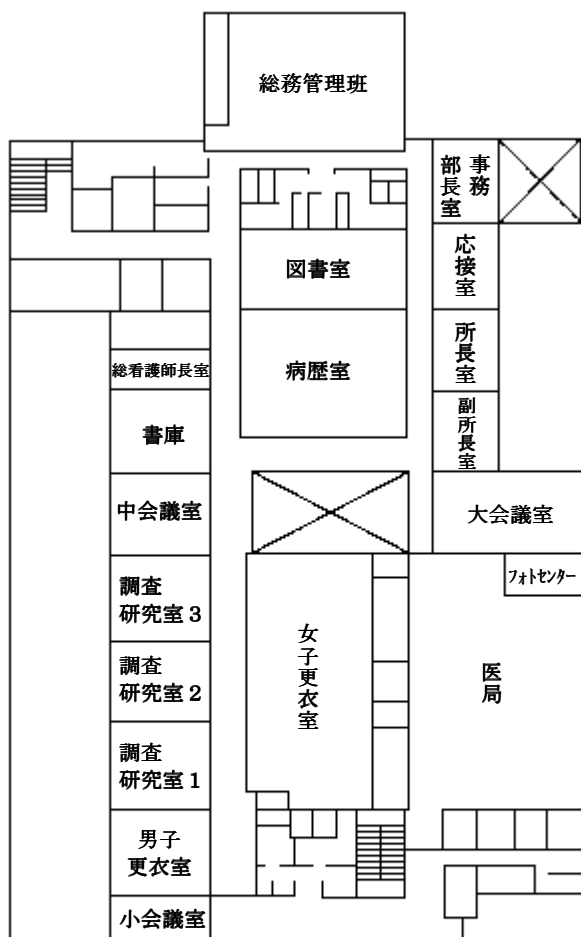
障害者自立訓練センター	1,050.49
体育館	828.10
精神保健福祉センター	533.00
小計	2,411.59
管理その他	5,645.71
延床面積	25,218.72

→・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)





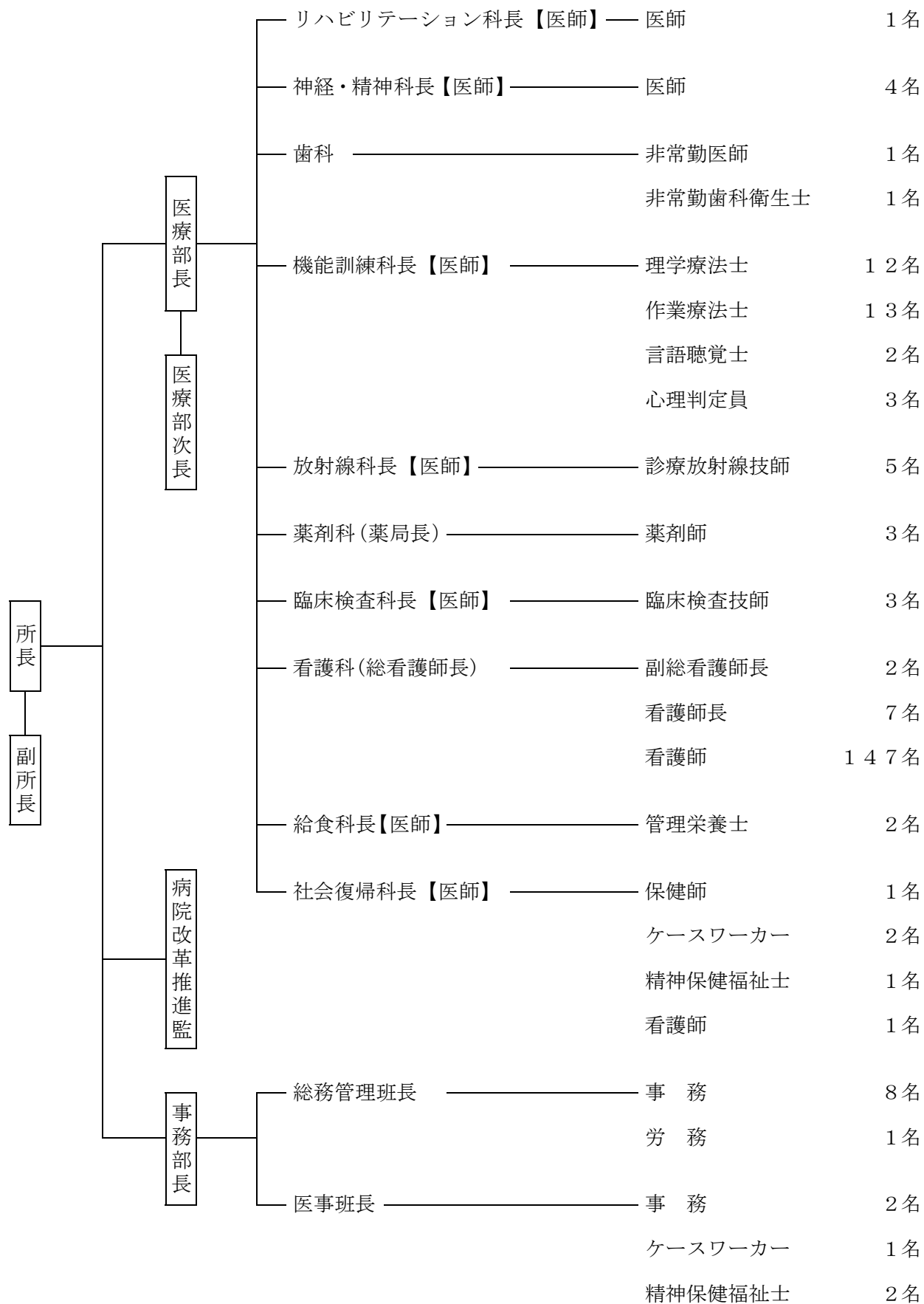




3F

4 組 織

(平成19年3月31日現在)



5 職種別職員数

(平成19年3月31日現在)

職 種		現 員	性 別		管 理 職 (再 掲)
			男	女	
医 師		1 6	1 2	4	1 1
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	2
	理学療法士	1 2	4	8	—
	作業療法士	1 3	7	6	—
	言語聴覚士	2	—	2	—
	ケースワーカー	3	3	—	1
	精神保健福祉士	3	2	1	
	心理判定員	3	1	2	—
	管理栄養士	2	—	2	—
	小 計	5 0	2 2	2 8	5
看 護 職	保 健 師	1	—	1	—
	看 護 師	1 5 8	3 0	1 2 8	1 0
	小 計	1 5 9	3 0	1 2 9	1 0
事 務 等		1 5	1 3	2	5
合 計		2 4 0	7 7	1 6 3	3 1

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18年度におけるセンター全体の一平均外来患者数は61.5人で、平成17年度の62.6人をやや下回った。この数年間、リハビリ科、神経・精神科とも一平均外来患者数は増加傾向にあったが、今回の一平均外来患者数の減少には平成18年度診療報酬改定が影響していると考えられる。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18年度は80.9%で平成17年度の79.8%を上回った。リハビリ科、神経・精神科とも増加傾向にあった。センター全体の平均在院日数は94.0日で、平成17年度の94.2日とほぼ同等で、短期集中治療が定着していることを示している。平成18年度診療報酬改定はセンターの診療体制の内容を変えざるを得ないほどの内容であった。とくにリハビリ医療に関しては、疾患別診療報酬体制、算定日数上限が新設され、集団療法が廃止された。この改定に対してセンターがどのように対応していくかを今後検討しなければならない。

イ. 診療体制

リハビリ科では、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、回復期リハビリ病棟、一般病棟（慢性期回復的リハビリ病棟）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、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・介護施設など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床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リハセン内に設置し、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した。

認知症医療はリハビリ科担当病棟と神経・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、ものわすれ外来を開設した。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、情報提供に努めてきた。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18年度は、平成17年に策定した中期計画の2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り組み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上がった、などの成果が見えた。以下、平成17年度、18年度の2年間の現状と今後の課題を呈示する。

現 状	課 題
第1部 1 センターの目指す方向 短期集中的な医療を目標に、センター医療の改善を進めてきた。病院機能の向上、政策的医療・政策的課題への取り組み、地域支援活動などで前進が見られた。 ・病院機能の向上：リハビリ医療の平均在院日数は90日前後であり、治療効率は比較可能な複数大学の治療効率とほぼ同等のレベルとなっている。精神医療の平均在院日数が100日以上から100日以内に短縮し、重度患者の短期集中的な医療が進められた。認知症医療では、平均在院日数100日前後であり、社会的入院ではなく短期集中的な医療が実現している。 ・政策的医療・政策的課題：リハビリ医療では、企業活性化センターの医療・福祉機器開発研究会、高齢者健康プログラム策定委員会などに参加・協力してきた。精神医療では、秋田県精神科救急医療全県拠点病院、医療観察法の指定通院機関、鑑定入院機関となり、精神科救急情報センターの運営に協力し、秋田県の精神医療で重要な役割を果たしてきた。認知症医療では高次脳機能障害者支援事業への協力を行っている。 ・地域支援活動：リハビリ医療では地域リハビリ検診、リハビリ健康教室、リハビリ講座、リハセンドック、精神医療では精神科デイケア家族教室、認知症医療では介護講座などを実施し、病院として可能な地域支援を行ってきた。 (1) これまで進められた医療の量的・質的发展 ・組織的体制の充実：関連職種を含めた各病棟カンファレンスの効率化、リハビリ検討会の改革、精神科作業療法連絡会議の設置、隔離・拘束へ対応する行動制限最小化委員会の設置などを行ってきた。 ・医療向上への具体的取り組み：全病棟でクリニカルパス作成、	第1部 1 センターの目指す方向 ・病院機能評価受審：平成21年の再審査を目指し、最新の病院機能を備えるために病院全体で取り組む。 ・リハビリ体制の充実：平成18年診療報酬改定によるリハビリ機能の低下を改善させ、高密度毎日訓練体制を実現させる体制を構築する。 ・精神科救急治療体制の充実：精神科救急治療の効率をさらに上げ、平均在院日数の短縮を図るため精神科急性期治療病棟入院料の算定を可能にする診療体制の整備を図る。 ・地方独立行政法人体制への取り組み：健康福祉部の取り組みに合わせて、センターとして対応すべきことを進めていく。 (1) これまで進められた医療の量的・質的发展 ・クリニカルパス作成：軽症者パス、廃用症候群パス、言語療法パスなど完成したパスの定着や新規パス作成を行う。

現 状	課 題
回復期リハビリ病棟運営の検討、精神科作業療法での療法士・看護師の共同作業、認知症治療への新しい取り組みなどが進められ、既に成果を出してきている。 (2) 地域から期待される特徴ある医療の提供 ・特徴ある医療提供：リハビリ医療では、神経疾患、嚥下障害、高次脳機能障害のリハビリなど他に見られない特徴的なリハビリが定着し、地域から期待されている。精神医療では、精神科救急医療の分野に力を注ぎ、全県規模で貢献している。認知症医療では、外来から入院まで、精神科から神経内科・リハビリまで幅広い範囲を扱い、高度な認知症医療を提供している。 ・リハビリ・精神科合併患者の受け入れ：リハビリ患者への精神科的治療、精神科患者へのリハビリ的治療が進んでいる。リハビリ医療、精神医療の治療を同時に行うことが非常に重要な場合があり、センター医療の特徴の1つである。 (3) 患者中心のサービスの確立 ・医療サービス向上部会活動：医療サービス向上のための部会で、種々のサービス、業務改善などを管理する部会を設置した。 ・事故防止：専任医療安全管理者を置き、医療安全対策室体制を作ってヒヤリハット事例の蓄積・分析を促進した。 ・教育研修委員会活動：全職員対象の病院運営方針の学習や医療安全研修などの講演会を定期的に行い、職員の医療サービス向上への取り組みを援助している。 ・所長への手紙：患者・家族が病院への要望や不満を提起する場として院内に数個の目安箱を設置している。手紙には早急に掲示板で返事を行っている。 (4) 目標管理を重視した運営体制の確立 ・階層性管理：管理会議・運営会議、各科、各部門（業務上の単位）の各レベルでの目標の設定を行っている。各科、各部門毎に会議を重ね、階層的に整合性を持たせ、かつ全員が提案できる体制を確立した。目標管理体制はこの3年間で大きく改善	・平均在院日数の短縮・病床利用率の改善：「1 センターの目指す方向」のリハビリ体制充実や精神科救急治療体制確立により実現する。 (2) 地域から期待される特徴ある医療の提供 ・地域でのネットワークの拡大：地域から期待される医療を実際に提供するには、病院、診療所、介護施設などとの連携が必要である。これまでも診療を通じて連携を構築してきたが、厚生労働省で定める平成20年度医療計画を踏まえて一層強化を図る。 (3) 患者中心のサービスの確立 ・患者・家族向けライブラリー設置：治療方法などの理解を促進させてインフォームド・コンセントや医療安全に役立てる、病棟生活、外来待ちの間に読書を楽しむなどを目的に内容を充実させていく予定である。 ・満足度調査の継続：これまで行ってきた患者の満足度調査を改良しながら継続する。 ・職員教育研修の充実：新しい話題を取り入れ、より一層時宜を得た内容となるよう工夫する。 ・ホームページの充実：常時改変可能にする。 (4) 目標管理を重視した運営体制の確立 ・目標設定の工夫：目標を具体的に設定するとともに、期限の適切な設定についても工夫する。

現 状	課 題																																																								
した。 （５）医療サービスを支える経営基盤の確立 経営改善委員会（毎月１回）で協議された経営状況・経営方針などについて、運営会議で報告し職員への経営に対する参加意識の徹底を図っている。未収金については、電話による督促・一括納付の困難な未納者への分割納付を行い未収金の減少に努めている。経費節減を図るため、物品購入価格の調査・審査の強化、委託契約業務内容の調査及び見直しを行っている。 ２ 中期的な経営指標 平成17年度は達成できたものの、平成18年度は数値目標を達成することができなかった。 経営指標（平成17年度～平成19年度） <table><tr><th colspan="2">項 目</th><th>単位</th><th>15年度 (実績)</th><th>17年度</th><th>18年度</th><th>19年度</th></tr><tr><td colspan="2">入院＋外来</td><td>億円</td><td>16.6</td><td>17.6</td><td>17.1</td><td></td></tr><tr><td></td><td>入院収益</td><td>億円</td><td>15.1</td><td>15.7</td><td>15.2</td><td></td></tr><tr><td></td><td>外来収益</td><td>億円</td><td>1.5</td><td>1.9</td><td>1.9</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">病床利用率</td><td>%</td><td>78.5</td><td>79.8</td><td>81.0</td><td></td></tr><tr><td>平均</td><td>リハビリ</td><td>日</td><td>90.1</td><td>91.6</td><td>87.4</td><td></td></tr><tr><td>在院</td><td>精神</td><td>日</td><td>77.8</td><td>81.8</td><td>95.1</td><td></td></tr><tr><td>日数</td><td>認知症</td><td>日</td><td>100.6</td><td>86.8</td><td>94.4</td><td></td></tr></table> 第２部 目標達成のための具体的な取り組み １ 医療サービスの向上に向けた取り組み （１）リハビリ医療 ・入院機能：以下に示す種々の改善を図り、入院待ち時間を平均40日前後から２週間前後まで短縮させた。回復期リハビリ病棟の施設基準が厳しくなり、対象患者の範囲が狭くなったが、病棟運営の工夫などにより病床利用率は低下せず、むしろ向上させた。しかし、一層の病床利用率向上が必要である。 ・外来機能：介護予防の重視、リハビリの算定日数上限の設定	項 目		単位	15年度 (実績)	17年度	18年度	19年度	入院＋外来		億円	16.6	17.6	17.1			入院収益	億円	15.1	15.7	15.2			外来収益	億円	1.5	1.9	1.9		病床利用率		%	78.5	79.8	81.0		平均	リハビリ	日	90.1	91.6	87.4		在院	精神	日	77.8	81.8	95.1		日数	認知症	日	100.6	86.8	94.4		（５）医療サービスを支える経営基盤の確立 経費節減の徹底は勿論であるが、収益の増収に向けた積極的な取り組みが必要である。 ・平成20年度から実施予定の365日リハビリに向けた人員体制及び環境整備 ・精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急入院料を受けられる条件の整備と確立に向けた取り組み。 ２ 中期的な経営指標 平成18年度の診療報酬改定に伴い、リハビリの集団療法がなくなり、個別療法（マンツーマン）になったこと等、診療報酬に大きく影響を与えていることから、診療報酬改定があった年度については、数値目標値の見直しも必要と思われる。 第２部 目標達成のための具体的な取り組み １ 医療サービスの向上に向けた取り組み （１）リハビリ医療 ・365日リハビリ体制の確立：病棟運営の見直しを行い、看護師・療法士の連携を密にする。 ・５病棟運営が一般病床から療養病床となる可能性があることから、病床のあり方を検討していく必要がある。
項 目		単位	15年度 (実績)	17年度	18年度	19年度																																																			
入院＋外来		億円	16.6	17.6	17.1																																																				
	入院収益	億円	15.1	15.7	15.2																																																				
	外来収益	億円	1.5	1.9	1.9																																																				
病床利用率		%	78.5	79.8	81.0																																																				
平均	リハビリ	日	90.1	91.6	87.4																																																				
在院	精神	日	77.8	81.8	95.1																																																				
日数	認知症	日	100.6	86.8	94.4																																																				

現 状	課 題
などの制度の変更があったが、新しい外来診療の役割を明らかにして進めてきた。しかし、算定日数上限によりリハビリ外来医療の診療報酬は減少した。 ア 回復的リハビリの向上 (ア) 回復期リハビリ病棟運営の効率化(改善度向上と達成期間短縮) a 障害別リハビリシステムの構築 ・嚥下障害用治療ガイドライン、失語症用クリニカルパス、発声構音障害用クリニカルパス(4、5病棟とも)が作成され、現在使用中である。半側空間無視用クリニカルパスは検討の結果、個別に作成することは中止した。 b 軽症者自立クリニカルパス ・軽症者自立クリニカルパス作成:入院時バーセル指数70点以上者用(8週間)の医療者用パスは平成18年4月から運用開始している。パス利用者の平均在院日数は67.2日であった。患者用パスは同年10月から運用している。 c モーニングケアの検討 ・平成18年に3回試行し有用性を確認した。平成19年1月より(1)月1回(最終金曜日)、(2)主として評価を、(3)看護師、理学療法士、作業療法士各1名で、(4)午前6時30分から、の形で継続している。 (イ)慢性期回復的リハビリの確立(介護予防に向けた取り組みの強化) a 病棟リハビリ体制の整備(5病棟) ・療法士の専任体制:回復期リハビリ病棟(4病棟)と同様に、5病棟でも理学療法士2名、作業療法士4名の専任体制を敷いて治療効率の向上を図った。 ・カンファレンスの改善:医師、看護師、専任療法士による合同カンファレンス、ADL評価ミーティングを改善して情報交換や方針検討を円滑にした。 b 亜急性期病床の円滑な運営 ・平成18年度までは順調に運営してきたが、5病棟が亜急性期病床の施設基準を満たさなくなる予定であり、療養病床への転換が予測されている。 c 介護予防クリニカルパスの作成(短期プログラム) ・現在試行期間であり、平成19年9月には最終的なクリニカルパスを作成し、19年度中に運用開始する予定である。	・病床利用率向上:病床利用率に影響する病棟構造的課題などを分析し、病床利用率向上を図る。 ア 回復的リハビリの向上 (ア) 回復期リハビリ病棟運営の効率化(改善度向上と達成期間短縮) a 障害別リハビリシステムの構築 ・作成されたクリニカルパスは運用上の課題点を明らかにしながら随時修正する。 b 軽症者自立クリニカルパス ・軽症者自立クリニカルパスの修正:運用しながら改善していく。 ・中・重度者のクリニカルパス作成:バーセル指数60～65点者の経過分析を行い、作成中である。 c モーニングケアの検討 ・体制の変更:療法士増員した場合の進め方を再検討する。 (イ)慢性期回復的リハビリの確立(介護予防に向けた取り組みの強化) a 病棟リハビリ体制の整備(5病棟) ・平均在院日数の短縮を目指していく。 ・医療・介護区分への配慮:診療報酬に有利な医療区分患者を積極的に受け入れる。 b 亜急性期病床の円滑な運営 c 介護予防クリニカルパスの作成 ・運用後の修正:運用による不都合を取り除き、患者状況に即したクリニカ

現 状	課 題
(ウ) RES (予後予測システム) の精度向上 ・RESの再検討：種々のリハビリ医療の変化があり、RESをこのまま発展させるか、新たなシステムとするかが問題となっている。そのため、RESへの介入はしばらく休止する。 (エ) 休日訓練体制の確立 ・3連休には1日訓練日を設けてきたが、(1) 3連休に限った休日訓練だけでは効果が出ない、(2) 休日出勤の療法士が平日代休をとるため平日スケジュールが崩れる、などの問題点があった。 イ 介護予防への取り組み (ア) 外来リハビリの効率化(自発的在宅訓練支援体制の確立) a 在宅訓練指導システムの作成 ・在宅訓練プログラムの提供：わかりやすい在宅訓練プログラムを呈示し、励み表(患者持参)でどの位自主訓練を行ったかをチェックする体制を作った。外来は訓練の場ではなく、在宅訓練を指導・支援する場と位置づけた。 b 機能低下早期発見システムの作成 ・10m最大歩行速度、起居動作を外来受診の際に測定し、機能低下があれば在宅訓練プログラムをただちに変更している。 (イ) 地域リハビリ検診(出前リハセン)の広域化 ・地域リハビリ検診 行政区分の変更により継続できない地域が出てきた。今後の検討課題であるが、リハビリネットワーク構想の中で新たな展開を検討する。心電図計によるエネルギー消費量検査、転倒予防システムを新たに導入した。 ウ 社会復帰・地域支援体制の確立 (ア) 脳卒中ケアシリーズ(技術講習会)による技術・知識の普及 ・医師の体制上の理由で実施できず。 (イ) リハビリ健康教室の充実(地域住民の啓発活動) ・県中央、県南、県北のシルバーエリアで毎年実施している。ドンパン体操を導入して参加型の健康教室にしている。 (ウ) 退院患者のフォローアップ事業 ・平成17、18年度の2年間実施し、患者の状況把握に有用であった。 (エ) 市町村リハビリ教室への支援 ・市町村におけるリハビリ教室が終了し、支援する機会がなく	ルパスにする。 (ウ) RESの精度向上 (エ) 休日訓練体制の確立 ・平成20年度から高密度毎日訓練を実施するため、PT8人・OT8人・ST4人の計20人の採用を予定している。 イ 介護予防への取り組み (ア) 外来リハビリの効率化(自発的在宅訓練支援体制の確立) a 在宅訓練指導システムの作成 ・在宅運動量の測定：再現性のある方法を検討する。 b 機能低下早期発見システムの作成 ・評価方法の拡大：車椅子レベル患者に利用可能な評価方法の検討を行う。 (イ) 地域リハビリ検診(出前リハセン)の広域化 ・これまでの行政単位ではなく、協力的な介護施設を会場にして検診を進める予定である。 ウ 社会復帰・地域支援体制の確立 (ア) 脳卒中ケアシリーズ(技術講習会)による技術・知識の普及 (イ) リハビリ健康教室の充実(地域住民の啓発活動) ・今後とも継続する。 (ウ) 退院患者のフォローアップ事業 ・さらに有用な情報を収集できる方法を検討する (エ) 市町村リハビリ教室への支援

現 状	課 題
なった。 (オ) 地域連携ネットワークの構築 - 平成18年1月から9月まで介護施設など5施設を訪問し、センターとの連携をどうするかについて打ち合わせを行った。 (2) 精神医療 - 精神科病棟の平均在院日数を短縮し、秋田県精神科救急医療体制での全県拠点病院、医療観察法での指定通院機関、鑑定入院機関などの政策医療に取り組んできた。 - 一般精神医療については、医師、看護師などの人的資源を十分に必要とする思春期、青年期患者の入院も積極的に受け入れている。 ア 短期集中的精神医療の推進 (ア) 精神保健福祉士の配置などによる急性期医療の更なる推進 - 精神保健福祉士が2名採用（平成18年度）され、福祉制度の利用を通じて早期退院、平均在院日数短縮に貢献している。 - 精神保健福祉士採用により診療報酬上、医療保護入院等診療料、精神科急性期治療病棟入院料の算定が可能となった。 (イ) チーム医療の徹底による平均在院日数の短縮 - 平均在院日数の経過：平成16年度112.3日、平成17年度101.3日、平成18年度96.7日と徐々に短縮している。カンファレンスの充実や精神科作業療法の強化などチームアプローチの充実による所が大きい。 - 職種間の意見交流の強化：週1回ずつ行われている入退院カンファレンス、抄読会に精神保健福祉士、臨床心理士も参加し、意見の交流、知識の共有化に努めている。 イ 精神科救急医療体制の充実 (ア) 精神科24時間救急医療体制の充実 - 精神科救急患者の状況：平成15年度83名、平成16年度111名、平成17年度150名、平成18年度197名と増加傾向にあり、センターの救急医療体制が定着してきたことを示す。 - 看護師長の平日夜間及び休日日中の当直制を敷き、相談業務などを含めて精神科救急医療が円滑に行われるような体制としている。 (イ) 県精神科救急医療システム「精神科救急情報センター」の設置 - 平成17年度に障害福祉課主管の精神科救急情報センターをセ	(オ) 地域連携ネットワークの構築 - 今後さらに訪問施設を増やし、医介連携の在り方を検討する。 (2) 精神医療 - 精神科急性期治療病棟入院料の算定（精神医療；ア（ア）） - 秋田県精神科救急医療体制での活動（精神医療；イ） - 医療観察法への対応（精神医療；ウ） - 病床利用率の向上 ア 短期集中的精神医療の推進 (ア) 精神保健福祉士の配置などによる急性期医療の更なる推進 - 精神科急性期治療病棟の施設基準の検討：新規入院患者の割合、入院3ヶ月で退院する患者の割合の調整などを行い、施設基準を達成する。 (イ) チーム医療の徹底による平均在院日数の短縮 - 病床利用率の向上：通常、平均在院日数の短縮が進むにつれて病床利用率の低下が起こりうるが、病床利用率向上を重視していく。 イ 精神科救急医療体制の充実 (ア) 精神科24時間救急医療体制の充実 - 精神科救急患者の増加：他精神病院との連携により患者増を図る。 - 県精神科救急医療システム連絡協議会での検討：システムの効率的運用に関する協議を続ける。 (イ) 県精神科救急医療システム「精神科救急情報センター」の設置 - 業務の再検討：精神科救急体制での

現 状	課 題
ンター内に設置し、相談業務をセンターの医療職員が行っている。 ・相談状況は、平成17年度91件、平成18年度76件であった。 (ウ)「精神科救急医療センター」としての機能を担える体制の検討 ・精神科救急医療センター制度の整備状況を見ながら対応していく予定である。 ウ 心神喪失者等医療観察法の指定通院機関としての機能確保 ・平成17年7月に医療観察法の指定通院機関、鑑定入院機関となり、現在まで鑑定入院2名を受け入れている。 ・指定通院機関としての機能確保のために、センター内で協議を続けている。また、先行病院の視察を行った。 エ 教育・研修機能の充実 ・臨床研修制度実習生：センターでの精神科研修に2名が参加した。 ・精神保健指定医養成：センター内で指定医養成のための指導を継続している。平成19年7月には1名が資格を取得した。 ・合同カンファレンス：精神医療についての多職種参加による合同カンファレンスを定期的に行い、医療レベルの向上を図っている。 (3) 認知症（痴呆）医療 ・患者の状況：年間300名の認知症患者を受け入れ、100日前後の入院期間で退院している。長期滞在型ではなく、治療中心の体制が確立している。 ・退院先：自宅40%、施設40%、病院等20%であり、自宅退院の比率が比較的高くなっている。 ・地域連携の強化：地域医療機関、介護施設との連携が進んだことにより治療中心の認知症医療を実現している。 ア 多職種チームによる認知症（痴呆）リハビリの充実 ・チーム医療の展開：看護師によるADL訓練、臨床心理士による回想法、作業療法士による全身持久性訓練などを導入し、機能維持や日常生活活動の改善などが達成されている。 ・医学的対応：常同行動への対応など病型による症状の違いを考慮したリハビリが行われてきた。 ・リハビリ体制：日程調整により病棟レクリエーション、作業療法などの量を大幅に増加させた。	相談業務と重なる部分があり、体制上の調整を検討する。 (ウ)「精神科救急医療センター」としての機能を担える体制の検討 ウ 心神喪失者等医療観察法の指定通院機関としての機能確保 ・関係機関との協議：想定される問題に対して十分な解決方法が明らかとなっていないこともあり、関係機関との協議を続けて役割を果たしていく。 エ 教育・研修機能の充実 ・臨床研修制度：継続して研修生を受け入れ、秋田県の精神科医増員に一役買っていく。 (3) 認知症（痴呆）医療 ・認知症（痴呆）リハビリの充実（認知症医療-ア） ・地域連携の強化（認知症医療-ウ） ・病床利用率の向上 ア 多職種チームによる認知症（痴呆）リハビリの充実 ・クリニカルパスの作成：認知症用の3ヶ月パスを作成中である。 ・病棟機能の向上：身体合併症への対策、転倒予防、行動制限の最小化に向けた取り組みを強化する。

現 状	課 題
イ 患者・家族の個別ニーズに合わせたケースワークの実施 ・介護講座の定期化：6、7病棟とも隔月で実施し、患者家族から好評であった。 ・相談業務：1日20件程度の相談業務があり、情報収集、他機関の利用方法、社会保障制度の紹介などの相談に応じている。グループホームなどの施設入所時のケースワークを実施している。 ウ 地域の医療機関・福祉施設との連携の推進 ・施設訪問：介護施設4施設を訪問し、情報提供の内容、提供方法などの意見交換を行い、連携の在り方の検討を行った。 エ 認知症（痴呆）に対する医療相談事業・啓発活動の拡充 ・長寿社会課から委託された「老人性痴呆指導対策事業」が終了したが、センターでは電話相談については、継続している。 （４）県民の健康・医療政策への貢献 ア 県民健康増進事業の促進 （ア）新たな介護予防の手法・プログラムの開発・普及 ・健康福祉部が進めてきた「高齢者健康づくりプログラム」の作成に協力してきた。 （イ）各種講演・講話、リハセンだよりなどによる啓発活動 講演・講話の状況：平成17年度、18年度は介護予防などのテーマで年30件程度の講演・講話がなされた。 イ 人材育成 （ア）ケアシリーズ（技術講習会）など、専門職の教育・研修の実施 ・ホームヘルパー養成講習、さわやか介護セミナーなどを実施している。 （イ）研修医、実習生の受け入れ推進 研修医、実習生受け入れ：神経・精神科では臨床研修制度の協力病院として2名の研修医を受け入れた。リハビリ科では学生実習10名前後／年を受け入れている。機能訓練科45名前後、看護科45名前後を毎年受け入れてきた。	イ 患者・家族の個別ニーズに合わせたケースワークの実施 ・介護講座の継続：入院患者だけでなく、外来患者も含めた講座を目指していく。 ウ 地域の医療機関・福祉施設との連携の推進 ・病院、開業医、介護施設などとの連携を一層密にする。 ・福祉施設訪問：訪問などを通じて連携を進めていく。 エ 認知症（痴呆）に対する医療相談事業・啓発活動の拡充 ・認知症ケアセミナーの実施：平成19年7月13日に第1回目を開催し、今後も継続して行う予定である。 （４）県民の健康・医療政策への貢献 ア 県民健康増進事業の促進 （ア）新たな介護予防の手法・プログラムの開発・普及 ・今後ともプログラムにあるドンパン体操の普及に努めていく。 （イ）各種講演・講話、リハセンだよりなどによる啓発活動 ・講演・講話活動の継続 イ 人材育成 （ア）ケアシリーズ（技術講習会）など、専門職の教育・研修の実施 ・今後も継続する。 （イ）研修医、実習生の受け入れ推進 ・今後も継続する。

現 状	課 題
2 経営基盤の強化に向けた取り組み (1) 収益の向上 ア 入院患者・外来患者増 (ア) 医療機関・施設などとの連携強化、積極的なPR ホームページを、平成19年7月に全面的にリニューアルし、さらに提供情報の充実を図ることとしている。 (イ) 地域リハビリ事業の拡大 「地域リハビリ健診・相談事業」は介護保険の改正により、大仙市の協力が得られなくなったことから、各地区の介護施設や身障施設に働きかけ、事業の拡大を図っている。 (ウ) 空床情報提供の拡大などによる病床利用率の向上 平成19年2月に2ヶ所を追加し、計11ヶ所に情報提供している。 イ 病床回転率の向上 (ア) チームアプローチとインフォームドコンセントの充実による退院の促進 (イ) 治療の効率化などによる在院日数の短縮 クリニカルパスの作成により、効率的な治療を展開し、在院日数の短縮を図っている。 ウ 診療報酬の算定強化 (ア) 診療報酬の算定に関わる施設基準への対応 施設基準の要件に適合させるための方策を検討中である。 エ 高度医療機器の有効活用 (ア) リハセンドックの利用拡大 17年度 2件 18年度 12件 19年度 5件（6月末現在） 利用拡大の傾向にある。 (イ) 地域医療機関への画像診断サービスの拡大 16年度 191件 17年度 242件 18年度 201件 (2) 費用の節減 ア 人件費の節減 (ア) 職員手当の節減	2 経営基盤の強化に向けた取り組み (1) 収益の向上 ア 入院患者・外来患者増 (ア) 医療機関・施設などとの連携強化、積極的なPR (イ) 地域リハビリ事業の拡大 (ウ) 空床情報提供の拡大などによる病床利用率の向上 イ 病床回転率の向上 (ア) チームアプローチとインフォームドコンセントの充実による退院の促進 (イ) 治療の効率化などによる在院日数の短縮 ウ 診療報酬の算定強化 (ア) 診療報酬の算定に関わる施設基準への対応 エ 高度医療機器の有効活用 (ア) リハセンドックの利用拡大 ホームページのレイアウト見直しや院内への掲示、大仙市広報への掲載などによりPRの強化を図る。 (イ) 地域医療機関への画像診断サービスの拡大 (2) 費用の節減 ア 人件費の節減 (ア) 職員手当の節減

現 状	課 題																		
時間外勤務手当及び休日勤務手当の実績額 (単位：千円) <table><tr><td>17年度</td><td>18年度</td><td>増減</td></tr><tr><td>27,792</td><td>29,689</td><td>1,897</td></tr></table> 増えた要因：平成17年10月からスタートした精神科救急情報センター（17:00～22:00）に毎日職員が一人従事していることによる。 (イ) 非常勤職員の配置見直し 平成19年度から診療材料の搬送業務を外部委託したことにより、非常勤職員 2 名を削減した。 イ 材料費の節減 (ア) 医薬品・診療材料の在庫管理の一層の徹底 医薬品については、薬事委員会において月 1 回見直しを行っている。受入・払出は日々管理しており、月 1 回棚卸しにより在庫確認している。 診療材料については、年 1 回見直しを行い、在庫については必要最小限の数量で管理し、棚卸しは年 1 回行っている。 (イ) 脳研との共同購入の推進 17年度から脳研と医薬品・消耗品について、共同購入を実施しており、経費節減に努めている。 節減実績 (単位：千円) <table><tr><td>17年度</td><td>18年度</td><td>増減</td></tr><tr><td>19,422</td><td>17,610</td><td>△1,812</td></tr></table> ウ 経費の節減 (ア) 委託業務の見直し 委託業務について、その契約方法を毎年点検するとともに委託先・委託内容について精査した。 委託実績額 (単位：千円) <table><tr><td>17年度</td><td>18年度</td><td>増減</td></tr><tr><td>480,965</td><td>476,779</td><td>△4,186</td></tr></table> (イ) 医療機器などの計画的な更新・整備 更新する機器については、医療機器選定委員会で精査し、必要性の高いものを選定している。 購入機器（1,000万円以上の高額医療機器） 17年度 3 機器 18年度 2 機器 19年度 2 機器（見込み）	17年度	18年度	増減	27,792	29,689	1,897	17年度	18年度	増減	19,422	17,610	△1,812	17年度	18年度	増減	480,965	476,779	△4,186	(イ) 非常勤職員の配置見直し イ 材料費の節減 (ア) 医薬品・診療材料の在庫管理の一層の徹底 平成19年度中に物流管理システムを導入し、徹底した診療材料の在庫管理を図ることとしている。 (イ) 脳研との共同購入の推進 今後とも共同購入の対象品目を拡大し、経費節減に努める。 ウ 経費の節減 (ア) 委託業務の見直し (イ) 医療機器などの計画的な更新・整備 開院から10年経過し、損耗している機器が増加している。
17年度	18年度	増減																	
27,792	29,689	1,897																	
17年度	18年度	増減																	
19,422	17,610	△1,812																	
17年度	18年度	増減																	
480,965	476,779	△4,186																	

現 状	課 題
(3) 望ましい運営体制の確立 ア 経営責任が明確な運営体制の検討 (ア) 地方独立行政法人化、地方公営企業法の全部適用の適否の検討 地方独立行政法人化に向けて、職員の研修会の開催や問題の整理行っている。 イ 職員の意識改革 (ア) 教育・研修会を通じた職員の経営参加意識の高揚 平成19年度は、4月17日に開催し、所長が中期経営計画や平成19年度の課題について説明した。 ウ 経営評価の実施 (ア) 外部専門家を含めた経営評価の実施 平成19年2月23日(金)にセンターの運営懇談会を開催し、平成18年度の中期計画への具体的な取組内容、経営指標達成見込み、平成17年度の決算・運営状況を説明し委員の方々から意見をいただき経営評価を行った。 運営懇談会委員(15人)ー(県民代表3人、医療団体8人、学識経験者3人、社会福祉団体1人) (イ) 新たな病院機能評価への対応 「病院機能評価Ver5.0」の認定に向け、今年度後半から来年度にかけて取り組む予定としている。 (4) 一般会計からの繰り入れルールの確立 ア 医療部門別会計区分の明確化 共通する職員や経費が多く、リハビリ医療部門・精神医療部門に区分した経理を行うことは困難であるが、人数や面積などで按分した部門別内訳を作成している。 イ 繰り入れルールの見直し 繰り入れルールの見直しは必要と考えているが、県の財政事情により、ルールの見直しの前に繰入額が提示され、それに沿ってやっているのが現状である	(3) 望ましい運営体制の確立 ア 経営責任が明確な運営体制の検討 (ア) 地方独立行政法人化、地方公営企業法の全部適用の適否の検討 イ 職員の意識改革 (ア) 教育・研修会を通じた職員の経営参加意識の高揚 ウ 経営評価の実施 (ア) 外部専門家を含めた経営評価の実施 今後とも継続していく上で、マンネリ化しないよう、委員の見直しを随時行っていく必要がある。 (イ) 新たな病院機能評価への対応 「病院機能評価Ver4.0」の認定が切れる平成21年9月26日の6ヶ月前平成21年3月に更新の申請をする予定である。 (4) 一般会計からの繰り入れルールの確立 ア 医療部門別会計区分の明確化 イ 繰り入れルールの見直し 地方独立行政法人化に向けた新たな視点でのルールを構築する必要がある。

(2) リハビリ科

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、入院でのリハビリの適応を検討している。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を行っている。通常のリハビリ診療以外に、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。回復期リハビリ病床（“4病棟”）50床は、平成18年4月からは回復期リハビリ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。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、精神保健福祉法に基づく病棟運営は、精神科指定医の助言を得て行っている。

ウ その他

センターでのリハビリ、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、地域リハビリ検診、リハビリ健康教室、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

平成18年度は秋田県内の精神医療体制維持への不安が顕在化した年だった。センターの精神科診療そのものはほぼ例年通りだが、秋田県内の精神医療体制が大きく変わろうとしている。もっとも強い

不安を感じるのは県内の総合病院精神科の閉鎖の動きが止まらず、むしろ、加速しているように思える点である。県内の精神医療において、特に、精神科救急医療において、総合病院精神科の果たす役割は大きい。精神科救急医療において合併症が存在する患者も多く経験するが、これらは総合病院精神科以外の医療機関では対応困難である。また、外来診療においても交通が便利な場所にある総合病院精神科の寄与は大きい。今後、精神医療の構造が地域中心医療へと変革されるのなら、総合病院精神科の退潮は大きなマイナス要因となるのは必至だろう。センターが総合病院精神科の機能を獲得するのは極めて困難だろうが、補完的役割にしる、県内の精神医療全体の中で担える役割について検討することになろう。

1) 一般外来診療

外来患者数はやはり漸増している。1年間の延べ外来患者数をみると、平成16年度は10,025名、平成17年度は10,594名、平成18年度は11,435名と増加傾向は続いている。初診患者数は、平成16年度は281名、平成17年度は278名、平成18年度は299名と280名前後で推移している。センターにおいては入院診療に重点を置いた運営が必要とされる。外来患者数の増加は精神科医師などの職員の業務負担上、入院診療にかかる業務量の減少につながりかねない。運営効率を考えた場合、この傾向は一概に喜んでよいものかわからない。しかし、上述のように県内の総合病院精神科施設数が低下傾向にあり、中核都市の精神科クリニックが飽和状態にある現状では、センター精神科の外来機能もある程度の規模を維持するべきであろう。なお、センターデイケアの平成18年度の実績は1日につき3～12名、平均5.7名が通所した。

2) 一般入院診療

認知症（痴呆）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16年度は32,105名、平成17年度は30,504名、平成18年度は30,709名となっている。稼働率をみると、平成16年度は88.0%、平成17年度は83.6%、平成18年度は84.1%となっている。やはり、85%前後で推移している。平均在院日数は平成16年度は112.3日、平成17年度は101.3日、平成18年度は96.7日と短縮化傾向が続いている。なお、診療内容としては、感情精神病圏内、高齢者、思春期から青年期の患者の入院診療を依頼される傾向が徐々に増大している印象を受ける。

行動制限最小化委員会は定期的に開催されているが、一般入院医療では隔離が、認知症入院医療では身体拘束がそれぞれほとんどを占める傾向にある。

3) 精神科救急診療

1年間の延べ救急受診者数は、平成16年度は115名（うち入院61名）、平成17年度は150名（うち入院64名）、平成18年度は188名（うち入院72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16年度は72%、平成17年度は64%、平成18年度は63%と6～7割で推移している。今後、県内の精神医療供給体制の変化に伴い、増加する傾向に転じることを予想している。警察、保健所からの救急患者紹介は平成16年度は5名、平成17年度は11名、平成18年度は20名と増加している。今後、地域医療体制へと移行されれば、増加することが予想される。時間外、日中の時間帯とも救急入院体制は整備されて円滑に運営されているが、今後、該当患者数の増加による職員の疲労の蓄積などにも注意しておく必要がある。措置入院については、平成16年度は秋田県全体で27名の該当者があり、17名がセンターへ入院している。平成17年度は20名中の6名、平成18年度は31名中の17名がセンターへ入院した。措置入院については、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されている。

（４） 認知症診療

リハビリ科と神経・精神科の診療協力による認知症診療体制は継続している。平成16年度の認知症病棟全体（合計100床）への入院数は計293名であり、平成17年度は315名、平成18年度は303名と300名前後で推移している。内科系などの合併症あり、高介護度、激しい問題行動を持つ患者が増えている。

今後の展開として、認知症医療についても地域医療機関、福祉機関などとの連携が必要となる。県内の福祉機関職員などを対象とした認知症に関する診療、看護、作業療法などの講演会を行うことを現在、計画中である。

１）ものわすれ外来運営

認知症患者への窓口のものわすれ外来がリハビリ科、神経・精神科共同で運営されている。１年間の延べ受診者数は、平成16年度は1045名、平成17年度は1178名、平成18年度は1091名だった。１年間の初診延べ患者数は平成16年度は223名、平成17年度は229名、平成18年度は221名と220名程度で維持されている。

２） 6 病棟診療

6 病棟の平成16年度の１日平均入院患者数は39.3名、稼働率は78.6%、平成17年度のそれは38.5名、77%、平成18年度は40.2名、80.4%であった。平均在院日数については、平成16年度は73.0日、平成17年度は63.9日、平成18年度は73.3日だった。70日前後で推移している。認知症全体への積極的な学術的検討とともに、介護技法の工夫、身体合併症などへの対応、認知症リハビリ、身体リハビリなどへの診療努力が継続してなされている。

３） 7 病棟診療

１日平均入院患者数は平成16年度は41.4名、稼働率は82.8%、平成17年度は42.6名、85.1%、平成18年度は41.1名、82.1%であった。80%強の稼働率が続いている。平均在院日数は平成16年度は129.7日、平成17年度は130日、平成18年度は129.7日で約4ヶ月程度となっている。本来、妄想、興奮、暴力、不穏などの重症精神症状を持つ患者の受け入れを積極的に行っているが、高介護度、身体合併症ありの患者の増加も目立つ。担当職員の努力により、重症精神症状患者の精神症状軽減と同時に、生活介護、身体合併症治療にも多くの努力が払われている。

なお、両病棟とも行動制限最小化委員会の定期開催後、拘束の該当者数が減少傾向にある。同委員会活動を通して、看護技術のより積極的研究が進んだためと考えられる。

（５） 機能訓練科

ア．診療の特徴

（ア）多職種連携

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・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、最適機能の追求である。多専門職種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領域へのリハビリ的介入

リハビリ医学は基本的に、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医学とともに、精神障害者のリハビリ、認知症（痴呆性疾患）患者のリハビリも同時に行っている。

3領域のリハビリ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部門

平成18年度の評価・訓練実施患者（かっこ内は平成17年度実施患者）は理学療法25,669件（23,676件）、作業療法14,605件（13,338件）、言語聴覚療法3,180件（2,851件）、心理検査・心理療法426件（621件）であった。

身体障害者リハビリは、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）、回復期病棟で行われるリハビリミーティング（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。この他に回復期リハビリ病棟と一般病棟では、ADL（日常生活動作）ミーティングを実施し、生活能力の改善と情報の共有化を図っている。

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18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）に関してはスタッフの増員を要望し、その実現に向けて努力している状況である。また、平成16年度から回復期リハビリ病棟の担当療法士数を増加させた。回復期リハビリ病棟では病棟で実際に行うADL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ADL訓練の導入を検討する必要がある。必要に応じて患者の退院時リハビリ指導を実施するために機能訓練科職員と看護職員による患者の自宅訪問を行った（平成18年度18件）。家屋や周囲の状況を把握し、改修箇所の検討を実施している。ケアマネージャーや建築関係者が同席し、退院後の円滑な生活動線の獲得と介助量の軽減を目的とした実践的な改修目標を作成している。

(イ) 精神障害者リハビリ部門

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18年度の精神科作業療法実施件数は2,668件（平成17年度3,163件）であった。精神科作業療法は病棟生活と連動しており看護師の協力を得ながら実施している。チームアプローチとして医師、看護師、作業療法士との症例検討会（週1回）で、情報交換や治療方針の確認などを密接に行っている。精神科作業療法連絡会議（月1回）では、精神科作業療法

についての情報交換を行い、作業療法士と看護師の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ＳＳＴ（社会生活技能訓練）、アルコール症に対するグループ認知行動療法、個人心理療法、心理判定も行われている。実施件数は549件（平成17年度730件）であった。

（ウ）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、ＳＳＴ、スポーツなどである。その他、月１～２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、ＳＳＴが行われている。その実施件数は171件（平成17年度326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、外来看護師との協力で行っている。平成18年度の通所者延べ数は1,112人で、平成17年度1,627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、参加の適否を決定している。

（エ）認知症患者リハビリ部門

精神科作業療法を中心にリハビリを進めている。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（ＲＯ）、回想法などが行われている。平成18年度の精神科作業療法実施者数は6,668件で、平成17年度の延べ件数7,385件より減少した。他方、認知症患者で身体障害者リハビリ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950件（平成17年度1,008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、ＭＲＩ、Ｘ線ＣＴ、頭部専用ＳＰＥＣＴ、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・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。検査は全てオーダー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。CT、MRIの画像から立体画像を作成するため、最新のワークステーションを導入し、インフォームドコンセプトに役立っている。早期アルツハイマー病の診断に役立つVSRA Dもいち早く導入して、認知症の早期発見、治療の一役を担っている。

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、老朽化した検査機器の更新を実施し、精度の向上に努めている。昨年度は心電図解析システム、本年度は日立708型自動分析装置の導入、血液止血凝固検査、血液ガス分析装置を更新した。

新しい生化学自動分析装置を導入したことにより、秋田県医師会及び秋田県臨床検査技師会が取り組んでいる、県内病院データ共有化事業への参加が可能になった。この事業は、患者が県内の医療施設を受診した際のデータの共通化を目指すものである。

今後は更に検査機器と外部委託検査の見直しを実施し、収益改善とより一層の患者サービスに努めたいと考えている。

（８）薬剤科

薬剤科では、定期的に薬品の採用品目を見直して、不良在庫を少なくしながら、コスト重視の医薬品管理を行っている。また、薬品が適正使用されるように、薬品の効果や副作用などに関する情報を文書で患者へ提供する薬剤情報提供も実施している。

平成18年度は、前年度より外来患者が増加し、1日平均の外来調剤件数は、186.9件であった

平成18年10月から薬品の自動発注を開始した。薬品管理システムの薬品マスターに発注点在庫数（現在庫数量がこの数値を下回ると欠品とみなし、発注入力で欠品抽出を行った際に発注対象の薬品と判断される）と基準在庫数（薬品が欠品抽出対象となったときに、現在庫数量がこの数値になるように発注される）を設定して、薬品管理室から調剤室や病棟へ薬品を払い出した場合に、適正な数量の薬

品を卸へ発注できるようになった。また、包装規格も定期的に見直し、使用量の少ない薬品は、1,000錠（または10アンプル）包装から100錠（または1アンプル）包装等に変更して不良在庫を少なくしている。

（９）給食科

わが国はいまだかつてないほどの健康志向で、ダイエット、健康食品、スローフードが社会現象となっている。「人は身体にも心にも栄養がないと生きられない」という原点にもどり、病院給食にもより安全で健康を育む豊かな食生活が求められる情勢である。当院の病院給食は開院当初から完全委託体制をとり、総合医療情報システムでコンピューター管理のもとに、献立作成、栄養管理、食数管理や在庫管理などの給食関連業務を行っている。入院時は病棟ごとに設置された食堂で、適時適温給食による食事提供を継続している。食種は多様な疾患の治療に対応して一般食と特別食で合計30種以上の設定がある。センターはリハビリ科、神経・精神科が主要な診療科であり、治療対象となる疾患の性質上、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が多いことが特徴である。咀嚼嚥下障害では、主食、副食の食事形態の設定は細微にわたり、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、海苔付きと海苔なし）、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）、とろみづけなどの選択が可能である。また平成17年度から、経口摂食量が不十分で低栄養のリスクが高い場合には「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、精神障害や認知症に伴う摂食障害に対して効果をあげている。認知症病棟へは栄養状態の向上と精神活動面に配慮して、午前と午後の2回おやつ提供を実施している。食事動作が困難な場合はリハビリ食器でも対応している。こうした疾患の病態に対応した食事提供は摂食嚥下障害の治療に大きく貢献している。また主要な行事の際に行事食を提供しており（平成18年度は15回）、お品書きを添えた懐石風、松花堂風弁当など季節感溢れる献立が大好評である。入院時、誕生日、行事食には給食科からのメッセージを込めた個人カードを添えている。また看護師の協力のもとに、栄養士による患者への面接アンケートや嗜好調査を行うほか、病棟訪問により日常的に意見交換を行っている。平成18年度は季節感と食材、行事食の献立、味付け、調味などの嗜好調査を施行し、これらの結果を反映したよりよい給食の提供に努めている。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。

近年は病院給食における栄養管理がますます重視されている。平成18年度4月から栄養管理実施加算対象となる患者への個人栄養管理が行われ、入院から退院まで経時的に栄養計画指導を実施している。身体計測値や検査値などの栄養管理データを基に、低栄養や褥瘡予防、肥満症、糖尿病、高脂血症などのリスク管理への対応を積極的にすすめている。治療食の指導では医師の指示のもとにビデオ、フードモデルなどの資料を用いた個別指導を行っており、嚥下食指導では実際の調理場面の見学も行っている。またリハビリ講座では患者を対象に栄養や食事に関する集団指導も行っている。また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指導もすすめている。

給食科の今後の大きな課題は、病院全体としての栄養サポートチームの導入である。他の医療スタッフとの連携のもとに、より適切な疾患別の栄養療法計画をすすめ、疾患の治療に寄与する食生活への

支援を目指すことが目標である。

(10) 看護科

ア 平成18年度看護科目標および活動計画

18年度診療報酬改定では、急性期医療が重視され、在院日数短縮による一般病棟入院基本料見直しや回復期リハビリ病棟入院基準の変更、夜勤看護加算の入院基本料への組み込みなど、看護を取り巻く環境が大きく変化した。

その環境を考慮し、看護科では看護科の理念である「患者様の権利の尊重・障害受容過程への援助・生活の再構築」を念頭に置き18年度目標を4つ掲げた。

1. 患者さんの個性ある看護実践に向け、カンファレンスの充実・家族参加型看護計画を推進しよう
2. 医療安全を強化し、患者さんにとって安心な環境を提供しよう
3. 「目標管理による管理」により個々のキャリアアップを図ろう
4. 医療連携を図り、クリニカルパス（以下パスと略す）の検討など効率的・計画的な病院経営に参画しよう

看護科の目標に基づき、外来・病棟で部署目標・具体的計画を立案し、達成に向けて実践した。

1. カンファレンスの充実・家族参加型看護計画の推進

病棟でのカンファレンスおよび家族参加型看護計画については、実施した数が少なく十分とは言えず、今後件数を増やし、あるべき姿を具体化していく必要がある。

デイケアでは家族心理教育を年2回実施し、家族から高く評価され成果を得ている。これからはこのような機会を病棟と連携し、家族看護の充実を目指し積極的に取り組んでいくことが課題とされる。

2. 医療安全を強化

9月から医療安全管理室（医療安全対策担当：副総看護師長）が設置され、リスクマネジメント部会との連携をもつことで、事故対策（離棟防止・転倒防止など）が強化された。

病棟では、センターでのヒヤリハット報告で最も多いとされている「転倒」に関する分析を行い、病棟単位で防止策を具体化させている。

3. キャリアアップ支援

キャリア開発においては、個々の学習意欲の高まりが感じられ、院外研修の希望者は年々増加傾向にある。また現場での専門学習会の開催が増え、他病棟へ案内を広め多くの受講を働きかけている。看護研究は県内外あわせて9つの発表を行った。中でも日本精神科看護技術協会学会・総会で発表した「触法精神障がい者家族との関係構築のアプローチ」は高い評価を受けた。精神科認定看護師（日本精神科看護技術協会）や認知症専門看護師（認知症ケア学会）などの取得を目指している看護師に対しては、勤務調整やレポート添削などの支援を行っている。

4. 医療連携強化・病院経営に参画

力を注いだ課題の1つにパス作成が挙げられる。インフォームドコンセント・医療連携などの意味でパスの利用が推奨されているが、センターではまだ十分に確立されていない現状がある。平成18年度にパス作成が積極的に検討されたことは注目されることである。リハビリ医療、精神医療とも、患者・家族との共通理解によって進めていくという考え方、チーム医療を積極的に促進するという考え方が重要であり、パスはこれらの考え方を具体化するために有用である。その旨を理解した上で、各病棟で1個以上のパス作成を具体的目標として掲げた。結果、精神科病棟では、「アルコール依存症教育指導」「うつ病」「電気ショック療法 日巻き型」「認知症検査及び環境調整」を作成し、リハビリ病棟では、他職種と連携し、「バーセルインデックス60点～65点」「廃用症候群予防」を作成した。活用には至らなかったが、現状を分析し、定期的な意見交換をもつことで、次年度のプレテスト・実践に向けての準備が出来た。ベッド稼働率は17年度と比較して1.1%上昇した。

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	23.9	0.4	0.5	2.4	0.4	0.6	1.0	2.6	1.0	0.0	0.8	7.2	7.0	0.0	4.2	19.8
2	25.6	1.8	1.1	1.5	0.2	0.1	2.8	5.0	6.2	0.0	1.0	2.2	3.7	0.0	25.6	0.0
3	34.6	9.5	0.8	1.8	0.1	0.0	5.1	7.2	5.5	0.0	0.2	1.0	3.4	0.0	34.5	0.1
4	39.5	3.6	3.6	0.6	0.3	6.5	8.2	1.4	0.1	0.0	0.7	8.7	5.8	3.6	32.7	3.2
5	37.9	5.7	5.3	1.1	0.0	4.3	10.5	1.7	0.0	0.0	1.2	7.3	0.8	7.3	26.8	3.7
6	40.2	8.6	9.1	1.5	0.0	1.8	9.8	3.6	0.0	0.0	1.1	4.2	0.5	1.5	38.4	0.3
7	41.1	14.5	4.3	0.2	0.0	4.2	8.8	3.6	0.1	0.0	0.2	4.8	0.4	1.3	39.8	0.0
計	242.8	44.1	24.7	9.1	1.0	17.5	46.2	25.1	12.9	0.0	5.2	35.4	21.6	13.7	202.0	27.1

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 : 継続した観察はとくに必要がない

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148名で、全体の60.9%であった。平成11年度は重症患者数が一日平均108名51.4%、平成17年度は139名58.2%であったことから、年々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) 外来

リハビリ科、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。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18年度は延べ29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. 家庭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。

(イ) 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平均在院日数は67.2日となっている。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。援助内容として

- 1) 休息のための保護的環境の提供
- 2) 社会性を身につけるための生活指導
- 3) 社会資源を活用しながら、退院にむけての支援
- 4) 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18年度入院患者数 99名（女性68名 男性31名）
- 2) 疾患別 ①うつ病51名（51.5%）②統合失調症14名（14.2%）③躁うつ病11名（11.1%）
④神経症3名（3.0%）⑤アルコール依存症7名（7.1%）
⑥その他（適応障害、気分障害、パニック障害、心気症など）13名（13.1%）
- 3) 入院形態 任意入院 98% 医療保護入院 2%
- 4) 年齢 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。また、新たな取り組みとして医療内容を標準化し患者ケアの質的向上を目的としたアルコール依存症教育クリニカルパスを実施している。

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	41	34	30	36	50	54	45	48	58	31	35	42

退院状況 (122名中)

退院先	自宅	病院	援護寮	老健施設	グループホーム	救護施設
人数	111	8	0	3	0	0

(b) 2病棟 (準開放病棟)

保護的環境が必要な急性期の患者と急性期を脱した患者が、社会復帰の為に必要な精神科リハビリ (作業療法・生活療法・レクリエーション療法など) を行っている準開放病棟である。閉鎖空間でありながらも、開放的な処遇に努め発達段階を踏まえた個別的な専門的看護を提供している。

a. 入院患者概要 (転棟患者含む)

1) 平成18年度入院患者数 119名 (転棟患者42名)

女性76名 (63.9%) 男性43名 (36.1%)

2) 疾患別 ①うつ病47名 (39.5%) ②統合失調症28名 (23.5%) ③躁うつ病15名 (12.6%)

④アルコール依存症4名 (3.4%) ⑤非定型精神病4名 (3.4%)

⑥その他 (人格障害・器質性精神障害・脳血管性認知症・アスペルガーなど) 21名 (17.6%)

3) 入院形態 任意入院 67.2% 医療保護入院 32.8%

4) 年齢 15歳～82歳

5) 平均在院日数 80.7日

6) 退院先 自宅退院86.3% 他病院・他施設13.7%

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別性を捉えた観察、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踏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医師面談時の同席などを行い、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、OT・SST・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、SW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、などにより自宅退院できるようサポートしている。

c. 病棟の取り組み

- 1) 家族の不安の軽減を図る目的で、入院患者の家族に対し精神科医師から「病気の仕組みと対応の仕方について」、「薬の上手な付き合い方と副作用について」、精神保健福祉士からは「社会資源と福祉について」のテーマで家族講座を開催した。
- 2) 精神科作業療法と病棟生活を効果的に連動するために、OT参加患者のOTカンファレンスを行い情報の共有化を図った。
- 3) 早期退院と標準化に向け「うつ病クリニカルパス」の患者用・スタッフ用を作成し検討を図った。
- 4) 患者・家族中心の看護を提供するため、家族参加型のカンファレンスを実施した。

(c) 3病棟（閉鎖病棟）

秋田県精神科救急システムの全県拠点病院として三次救急の役割を果たしており、他病院から紹介される対応困難な患者や救急入院を必要とする患者の治療を行っている。とくに精神科救急治療棟（IPCU）では不穏・興奮が顕著な患者や自傷・他害の強い重度精神障害を呈する患者の短期集中治療を目的に安全に配慮した濃厚な治療と看護を行っている。

平成18年8月、9月病床数40床に対し措置入院患者が10名と全体の25%を占めていた。また医療観察法に基づく鑑定入院医療機関として平成18年度に1名の鑑定入院を受け入れた。入院形態としては医療保護入院が最も多く年間平均60～75%であり、疾患別では統合失調症が40%、うつ病11%、躁鬱病10%、アルコール依存症6.2%、心因反応6.2%、認知症、人格障害、非定型精神病、躁病、アスペルガーなどが入院した。今後は精神科急性期治療病棟の認可を取得するため実績を取り、評価を行っていく予定である。

保護室使用・措置入院患者・鑑定入院患者

(単位：延べ人数)

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
保護室	90	84	96	90	111	92	85	73	82	87	74	95	1,059
措置患者	138	227	232	182	211	294	285	225	229	158	84	93	2,358
鑑定入院	0	30	30	5	0	0	0	0	0	0	0	0	65

(d) 精神科病棟の主な看護業務

- a. 個々の患者のニーズに沿った生活指導やレクリエーション活動を行い、基本的な生活習慣の確立への援助を行う。
- b. 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。
- c. 他部門と協力し家族関係の調整を図りながら、家族との信頼関係を築くように努める。
- d. 患者とのコミュニケーションを深めるとともに、スタッフ相互の情報交換を密にして患者の安全を確保し、事故防止に努める。
- e. 行動制限を受けた患者の代理行為を行う。

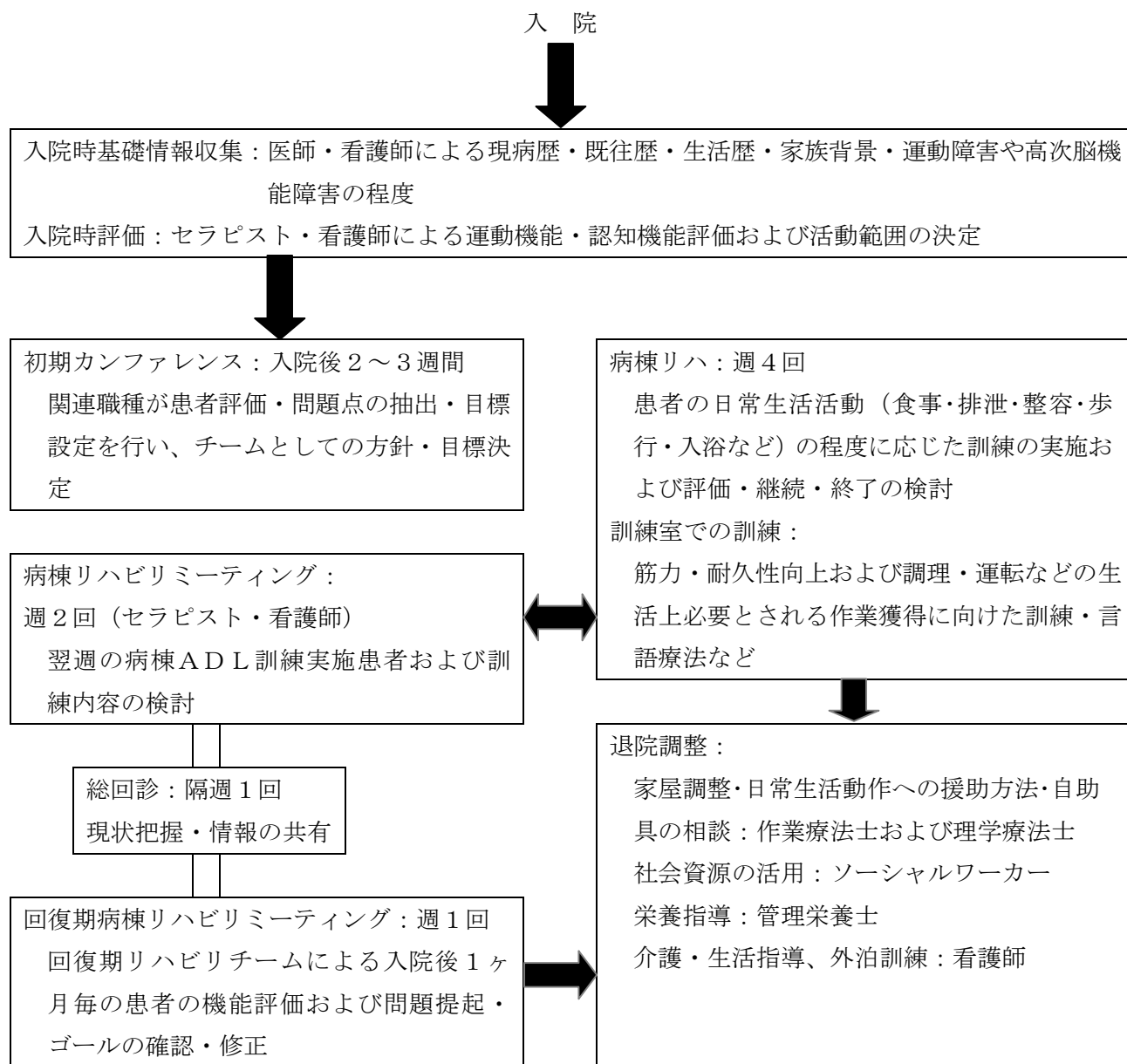
(ウ) リハビリ科病棟（4・5病棟）

(a) 4病棟（回復期リハビリ病棟）

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看護を計画・実践し生活の再構築に向けて支持・支援を行なっている。

回復期リハビリ病棟は、発症2ヶ月以内の患者に対して「ADL能力向上」「寝たきり防止」などを目的とし、集中的なチームアプローチを行なっている。医療の均質化を図るためセラピストと協力しバーセルインデックス70点以上の患者のクリニカルパスを完成させ活用している。また、バーセルインデックス60～65点の患者のクリニカルパスが完成間近であること、退院指導を充実させるためホームエヴァリエーションへ参加するなど、さらなるチーム医療の推進を図っている。

《回復期リハビリ病棟・チームアプローチ》



(b) 5病棟（慢性期・亜急性期リハビリ病棟）

発症から2ヶ月以上経過した慢性期・亜急性期の患者が主な対象の病棟である。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の場として位置づけられている慢性期回復的リハビリ病棟である。亜急性期対象患者および年々増加している難治合併症患者への医療チームアプローチを整備（合同カンファレンスおよびADLミーティング）し、

看護実践を強化している。

(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169名中	146 (86.4%)	7 (4.1%)	3 (1.8%)	13 (7.7%)
5 病棟152名中	93 (61.2%)	6 (3.9%)	1 (0.7%)	52 (34.2%)
計 321名中	239 (74.5%)	13 (4.1%)	4 (1.2%)	65 (20.2%)

障害別（重複あり）

	運動麻痺	嚥下障害	失語	失認
4 病棟169名中	146 (86.4%)	34 (20.1%)	42 (24.9%)	33 (19.5%)
5 病棟152名中	80 (52.6%)	17 (11.2%)	21 (13.8%)	9 (5.9%)
計 321名中	226 (70.4%)	51 (15.9%)	63 (19.6%)	42 (13.1%)

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：ほぼすべての自立

4 病棟 (132名)

BI (点)	0～40	41～80	81～100
入院時	67 (50.8%)	44 (33.3%)	21 (15.9%)
退院時	47 (35.6%)	25 (18.9%)	60 (45.5%)

5 病棟 (128名)

BI (点)	0～40	41～80	81～100
入院時	65 (50.8%)	37 (28.9%)	26 (20.3%)
退院時	50 (39.1%)	31 (24.2%)	47 (36.7%)

5 病棟バーセルインデックスからみた自宅復帰率 (128名中)

BI (点)	0～40	41～80	81～100
自宅	20 (15.6%)	17 (13.3%)	39 (30.5%)
転院	16 (12.5%)	4 (3.1%)	9 (7.0%)
施設	15 (11.7%)	4 (3.1%)	2 (1.6%)
転棟	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)

(エ) 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、安全で個別性のある看護援助と家族指導を行っている。平成18年度の入院患者数は200名で、平均年齢76.7歳であった。高齢化がさらに進んでいる現状で、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活動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。入院患者の転帰は、自宅退院者が85名（42.5%）と最も多く、次いで施設転所者68名（34.0%）、転院37名（18.5%）、院内転棟3名（1.5%）、死亡退院2名（1.0%）であった。

（b）7病棟（認知症閉鎖病棟）

平成18年度の入院患者数は114名であった。入院平均年齢は78.7歳であり、精神症状、行動障害に加え身体合併症、脳血管障害による麻痺を後遺し、車椅子レベルの患者が多くなっている。そのため、その人の生活習慣、人生経験、残存機能を評価・アセスメントしながら日常ケアを行っており、認知リハビリとして、作業療法、レクリエーション、回想法など医師の指示のもと看護師、作業療法士、臨床心理士が協働で関わっている。さらに家族支援として介護講座を開催し、ケースワーカーが介護保険・社会資源の活用などについての相談・説明を行っている。また、入院患者の転帰は、自宅19名（16.5%）、施設転所60名（52.2%）、転院34名（29.6%）、精神科閉鎖病棟転棟2名（1.7%）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)	0 (0.0%)
痴呆の疑 (0.5)	27 (13.5%)
軽度痴呆 (1)	40 (20.0%)
中等度痴呆 (2)	61 (30.5%)
高度痴呆 (3)	28 (14.0%)
未 検	44 (22.0%)
計	200 (100.0%)

7病棟 長谷川式簡易認知評価スケール
（各重症別の平均得点を参考に分類）

区 分	人 数
非痴呆	2 (1.7%)
軽度痴呆	8 (7.0%)
中等度痴呆	22 (19.3%)
やや高度痴呆	32 (28.1%)
非常に高度痴呆	45 (39.5%)
不 検	5 (4.4%)
計	114 (100.0%)

入院時の状況

区 分	人 数	
	6病棟	7病棟
独 歩	97 (48.5%)	32 (28.1%)
車 椅 子	86 (43.0%)	74 (64.9%)
自 助 具	13 (6.5%)	0 (0.0%)
ストレッチャー	4 (2.0%)	8 (7.0%)
計	200 (100.0%)	114 (100.0%)

主な精神症状・問題行動（重複あり）

区 分	人 数		
	6 病棟 (200名中)	7 病棟 (114名中)	合計 (314人中)
失見当識	199 (99.5%)	109 (95.2%)	308 (99.1%)
多動	9 (4.5%)	36 (31.2%)	45 (14.3%)
興奮	11 (5.5%)	32 (28.1%)	43 (13.7%)
不安・焦燥	10 (5.0%)	34 (29.8%)	44 (14.0%)
徘徊	31 (15.5%)	22 (19.3%)	53 (16.9%)
帰宅要求	13 (6.5%)	12 (10.5%)	25 (8.0%)
不眠	26 (13.0%)	32 (28.1%)	58 (18.5%)
放尿・放便	4 (2.0%)	18 (15.8%)	22 (7.0%)
叫声・大声	11 (5.5%)	13 (11.4%)	24 (7.6%)
暴言・暴力	20 (10.0%)	48 (42.1%)	68 (21.7%)
せん妄	16 (8.0%)	22 (19.3%)	38 (12.1%)
抑うつ	8 (4.0%)	3 (2.6%)	11 (3.5%)
収集癖	1 (0.5%)	5 (4.4%)	6 (1.9%)
異食	4 (2.0%)	2 (1.8%)	6 (1.9%)
幻覚・妄想	38 (19.0%)	42 (36.8%)	80 (25.5%)
破損行為	2 (1.0%)	3 (2.6%)	5 (1.6%)
自殺念慮	5 (2.5%)	4 (3.5%)	9 (2.9%)
自傷・他害	2 (1.0%)	8 (7.0%)	10 (3.2%)
脱抑制	5 (2.5%)	9 (7.7%)	14 (4.6%)
食欲不振	0 (0.0%)	5 (4.4%)	5 (1.6%)
自発性低下	25 (12.5%)	8 (7.0%)	33 (10.5%)

ADLの状況

保清

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	48 (24.0%)	14 (12.3%)	62 (19.7%)
監視	16 (8.0%)	14 (12.3%)	30 (9.5%)
一部介助	75 (37.5%)	36 (31.6%)	111 (35.4%)
全面介助	61 (30.5%)	50 (43.8%)	111 (35.4%)
計	200 (100.0%)	114 (100.0%)	314 (100.0%)

食事

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	135 (67.5%)	60 (52.6%)	195 (62.1%)
監視	21 (10.5%)	21 (18.4%)	42 (13.4%)
一部介助	24 (12.0%)	24 (21.1%)	48 (15.3%)
全面介助	20 (10.0%)	9 (7.9%)	29 (9.2%)
計	200 (100.0%)	114 (100.0%)	314 (100.0%)

排泄

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	73 (36.5%)	34 (29.8%)	107 (34.1%)
監視	21 (10.5%)	15 (13.2%)	36 (11.5%)
一部介助	57 (28.5%)	22 (19.3%)	79 (25.1%)
全面介助	49 (24.5%)	43 (37.7%)	92 (29.3%)
計	200 (100.0%)	114 (100.0%)	314 (100.0%)

更衣

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	61 (30.5%)	25 (21.9%)	86 (27.4%)
監視	21 (10.5%)	20 (17.5%)	41 (13.1%)
一部介助	69 (34.5%)	24 (21.1%)	93 (29.6%)
全面介助	49 (24.5%)	45 (39.5%)	94 (29.9%)
計	200 (100.0%)	114 (100.0%)	314 (100.0%)

移動

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	106 (53.0%)	38 (33.3%)	144 (45.9%)
監視	30 (15.0%)	18 (15.8%)	48 (15.3%)
一部介助	16 (8.0%)	19 (16.7%)	35 (11.1%)
全面介助	48 (24.0%)	39 (34.2%)	87 (27.7%)
計	200 (100.0%)	114 (100.0%)	314 (100.0%)

主な合併症（既往歴） 重複あり

区 分	人 数		
	6 病棟 (200名中)	7 病棟 (114名中)	合計 (314名中)
脳血管障害	63 (31.9%)	32 (28.1%)	95 (30.3%)
心疾患	31 (15.5%)	18 (15.8%)	49 (15.6%)
高血圧症	66 (33.0%)	30 (26.3%)	96 (30.6%)
高脂血症	10 (5.0%)	9 (7.9%)	19 (6.1%)
呼吸器系	24 (12.0%)	6 (5.3%)	30 (9.6%)
腎・泌尿器系	33 (16.5%)	7 (6.1%)	40 (12.7%)
骨・関節系	48 (24.0%)	13 (11.4%)	61 (19.4%)
内分泌系	28 (14.0%)	17 (14.9%)	45 (14.3%)
消化器系	57 (28.5%)	17 (14.9%)	74 (23.6%)
眼科疾患	25 (12.5%)	9 (7.9%)	34 (10.8%)
婦人科疾患	14 (7.0%)	1 (0.9%)	15 (4.8%)
耳鼻科疾患	10 (5.0%)	6 (5.3%)	16 (5.1%)
神経疾患	9 (4.5%)	2 (1.8%)	11 (3.5%)
精神科疾患	15 (7.5%)	2 (1.8%)	17 (5.4%)
皮膚科疾患	3 (1.5%)	3 (2.6%)	6 (1.9%)
そ径ヘルニア	3 (1.5%)	0 (0.0%)	3 (1.0%)
血液疾患	3 (1.5%)	1 (0.9%)	4 (1.3%)
閉塞性動脈硬化症	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
膠原病	0 (0.0%)	2 (1.8%)	2 (0.6%)
腹部大動脈瘤	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)
症候性てんかん	2 (1.0%)	3 (2.6%)	5 (1.6%)
低Na血症	1 (0.5%)	1 (0.9%)	2 (0.6%)
低K血症	1 (0.5%)	1 (0.9%)	2 (0.6%)
脱水	2 (1.0%)	1 (0.9%)	3 (1.0%)
静脈血栓症	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
水頭症	3 (1.5%)	0 (0.0%)	3 (1.0%)
顔面悪性腫瘍	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
アルコール依存症	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)
ツツガムシ病	3 (1.5%)	0 (0.0%)	3 (1.0%)
熱中症	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
アルコール性小脳変性症	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
一酸化炭素中毒	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)
マラリア	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)

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 退 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 患者数
リ ハ ビ リ 科	100	323	314	28,282	77.5	77.5	87.4	302	3,458	14.1
神 経 ・ 精 神 科	200	622	626	60,358	165.4	82.7	96.0	299	11,435	46.7
放 射 線 科								109	168	0.7
合 計	300	945	940	88,640	242.8	80.9	93.1	710	15,061	61.5

(2) 年齢別患者数

区 分	リハビリ科			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	1	0	1	628	24	652	2	631	24	655
20歳～	45	9	54	2,359	54	2,413	0	2,404	63	2,467
30歳～	134	4	138	2,967	69	3,036	6	3,107	73	3,180
40歳～	320	15	335	1,625	47	1,672	6	1,951	62	2,013
50歳～	576	47	623	1,720	61	1,781	20	2,316	108	2,424
60歳～	859	86	945	850	70	920	32	1,741	156	1,897
70歳～	1,020	117	1,137	958	142	1,100	62	2,040	259	2,299
80歳～	503	45	548	328	155	483	40	871	200	1,071
合 計	3,458	323	3,781	11,435	622	12,057	168	15,061	945	16,006

(3) 地域別患者数

区 分	リハビリ科			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	1	1	2	-	5	1	6
大館市・北秋田市・北秋田郡	31	4	35	246	5	251	-	277	9	286
能 代 市 ・ 山 本 郡	34	32	66	148	19	167	-	182	51	233
男鹿市・潟上市・南秋田郡	83	14	97	597	39	636	1	681	53	734
秋 田 市	1,291	100	1,391	4,014	243	4,257	5	5,310	343	5,653
由利本荘市・にかほ市	105	11	116	679	22	701	0	784	33	817
大仙市・仙北市・仙北郡	1,586	108	1,694	3,944	191	4,135	162	5,692	299	5,991
横 手 市	139	28	167	848	47	895	0	987	75	1,062
湯 沢 市 ・ 雄 勝 郡	161	19	180	883	48	931	0	1,044	67	1,111
県 外	24	7	31	75	7	82	0	99	14	113
合 計	3,458	323	3,781	11,435	622	12,057	168	15,061	945	16,006

(4) 新規患者紹介元

区 分	リハビリ科			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	5	0	5	14	10	24	-	19	10	29
公 立 病 院	55	49	104	42	37	79	-	97	86	183
(うち脳研センター)	10	44	54	6	14	20	-	16	58	74
上記以外の公的病院	82	69	151	36	25	61	-	118	94	212
民 間 病 院	134	7	141	138	83	221	165	272	90	362
小 計	286	169	455	236	169	405	165	687	338	1,025
紹 介 状 な し	131	-	131	174	16	190	-	305	16	321
措 置 入 院	-	-	-	-	16	16	-	-	16	16
合 計	417	169	586	410	201	611	165	992	354	1,362

(5) 疾病別入院患者数

①リハビリ科

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			252	脊髄損傷			10
(内訳)	脳梗塞	I 6 3	145	(内訳)	頸髄	S 1 4	10
	脳内出血	I 6 1	79	錐体外路障害			18
	くも膜下出血	I 6 0	24	(内訳)	パーキンソン病	G 2 0	11
	脳動静脈奇形	Q 2 8	4		パーキンソン症候群	G 2 1	5
脊髄血管疾患			1		進行性核上性麻痺	G 2 3	2
(内訳)	脊髄梗塞	G 9 5	1	脊髄小脳変性症		R 2 7	5
骨折			8	その他の神経変性疾患		G 3 2	6
(内訳)	大腿骨	S 7 2	4	関節症			4
	胸椎	S 2 2	2	(内訳)	股	M 1 6	1
	その他	S 3 2	2		膝	M 1 7	3
頭部外傷		S 0 6	7	多発性硬化症		G 3 5	2
脳腫瘍		D 4 3	1	廃用症候群			19
脊椎疾患			3	アルコール性神経障害			2
(内訳)	腰部脊柱管狭窄症	M 4 8	3	脳脊髄炎		G 0 5	2
関節リウマチ		M 0 5	2	脳性麻痺		P 0	1
				合計			343

※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	172
	F01 血管性認知症	66
	F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	94
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	20
	覚せい剤による精神及び行動の障害	0
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0
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	141
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	22
F5	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	7
F6	成人の人格及び行動の障害	8
F7	精神遅滞	2
F8	心理的発達の障害	2
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）	1
	その他	-
	合計	630

（転科8人含む）

（6）退院患者退院先

区 分	リハビリ科	神経・精神科	合計
自 宅	208	407	615
転 院	52	94	146
施 設 入 所	54	121	175
援護寮入所	-	1	1
死 亡	-	3	3
そ の 他	-	0	0
合 計	314	626	940

(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)			
338	160	113	17	1	629

(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)			
62	92	5	3	—	162

(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
836	95	142	67	230	147	1,517

(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	7,620	1,088	1,222	1,182	8,748	1,969	2,995	4,966

項目	対 象						方 法					
	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	5,646	3,883	2,990	1,446	1,531	250	5,282	3,182	3,908	937	18	13

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	3,649	5,362	3,806	1,878	828	104	420	223	548	829	253	348

(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			351
	入院届	医療保護	(1 項)	311
			(2 項)	132
		措置入院患者数		17
		応急		1
	退院届			306
	措置入院者の症状消退届			17
	定期報告	医療保護		14
		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	-	-	2	2	-	-	-	4
由利本荘市・にかほ市	-	-	-	-	-	-	-	-
大仙市・仙北市・仙北郡	-	-	1	2	2	2	-	7
横 手 市	-	-	-	-	-	-	-	-
湯 沢 市 ・ 雄 勝 郡	-	-	-	-	1	-	-	1
県 外	-	-	-	-	-	-	-	-
計	-	-	3	4	3	2	-	12

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	5	5	6	7	2	6	6	2	4	6	4	7	60
	胸 部	133	170	160	155	178	142	155	148	122	150	127	157	1,797
	腹 部	31	51	33	39	35	31	41	43	30	41	34	45	454
	(検査依頼)	(1)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)
	頸 椎	6	10	10	9	15	10	14	4	9	19	4	7	117
	胸 椎	3	1	1	1	1	1	2	2	0	1	2	2	17
	腰 椎	10	15	14	14	12	13	11	12	10	12	5	17	145
	肩	1	2	3	2	1	1	4	1	2	6	1	2	26
	腕	6	3	3	0	1	5	6	2	3	4	2	9	44
	膝 関 節	8	8	10	5	6	9	10	13	7	11	6	11	104
	股 関 節	3	9	5	5	2	3	7	2	3	6	3	6	54
	大 腿	3	0	2	1	0	2	1	1	0	1	0	0	11
	下腿、足	2	2	5	1	1	3	4	0	2	3	2	4	29
造 影	嚥下造影	11	15	15	8	8	10	14	13	11	13	8	4	130
	D I P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯 科		8	4	7	2	7	9	7	5	12	3	4	8	76
骨 密 度		2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
C T		77	75	76	64	76	79	69	75	53	71	63	77	855
(検査依頼)		(10)	(6)	(11)	(10)	(7)	(8)	(14)	(8)	(3)	(6)	(8)	(9)	(100)
M R I		66	88	92	78	92	68	94	83	75	97	72	88	993
(検査依頼)		(10)	(5)	(13)	(10)	(11)	(4)	(14)	(6)	(7)	(8)	(10)	(7)	(105)
核 医 学	脳血流 S P E C T	32	35	37	37	37	36	38	37	36	34	34	35	428
	他	2	3	4	2	6	1	3	2	4	2	2	6	37
計		409	496	483	431	480	429	486	445	383	480	374	485	5,381

※ 検査依頼：他院からの依頼

(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	354	404	381	363	394	361	401	385	350	399	399	410	4,601
	血液像	223	232	224	215	246	222	246	209	197	223	220	221	2,678
	赤血球沈降速度	21	16	14	15	9	9	9	10	10	14	11	14	152
	計	598	652	619	593	649	592	656	604	557	636	630	645	7,431
止血凝固検査	P T	54	57	51	61	61	66	76	72	77	62	62	69	768
	A P T T	6	3	4	5	9	8	9	4	9	9	9	11	86
	血小板凝集能	14	8	15	6	14	6	18	13	13	18	13	10	148
	出血時間	5	3	4	5	6	6	6	3	6	5	3	5	57
	計	79	71	74	77	90	86	109	92	105	94	87	95	1,059
輸血検査	A B O 式	61	68	58	64	81	64	65	54	59	56	39	79	748
	R h 式	61	68	58	64	81	64	65	54	59	56	39	79	748
	生食法	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	酵素法	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	ブロメリン法	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	計	122	136	116	128	162	128	130	111	118	112	78	158	1,499
血中薬物検査	フェノバルビタール	5	2	3	3	8	4	5	3	5	6	2	4	50
	フェニトイン	3	8	6	4	2	8	11	11	17	11	13	17	111
	カルバマゼピン	3	13	6	6	14	11	21	19	16	14	8	10	139
	ジゴキシシン	0	3	3	4	6	2	4	7	5	4	3	3	44
	バルプロ酸	20	22	31	23	33	21	23	34	25	33	34	38	337
	計	31	48	49	40	63	46	64	74	68	68	58	72	681

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	355	420	367	365	375	342	386	367	339	392	393	409	4,510
	A L B アルブミン	334	374	324	334	357	315	361	341	318	367	365	385	4,175
	N a	343	408	354	351	398	348	379	354	327	365	380	401	4,408
	K	343	408	354	351	398	348	379	354	327	365	380	400	4,407
	C l	343	408	354	351	398	348	379	354	327	365	380	401	4,408
	C a	—	—	—	—	—	12	80	79	87	80	61	87	486
	T-B i l 総ビリルビン	211	249	242	231	234	206	227	217	205	223	212	233	2,690
	D-B i l 直接ビリルビン	10	8	8	21	28	32	29	23	25	17	23	24	248
	B U N 尿素窒素	367	434	369	372	391	345	402	385	345	398	394	414	4,616
	C R E クレアチニン	356	421	362	361	386	341	387	378	340	389	382	408	4,511
	U A 尿酸	198	211	188	187	208	191	190	195	183	198	194	223	2,366
	A S T (G O T)	362	418	371	367	387	347	406	383	351	401	400	427	4,620
	A L T (G P T)	362	418	371	368	387	347	407	384	351	401	398	427	4,621
	L D (L D H)	271	300	283	282	287	256	284	274	254	300	282	318	3,391
	A L P アルカリフォスファターゼ	269	298	279	270	282	254	279	272	253	288	270	304	3,318
	γ - G T P	334	382	334	323	362	320	364	348	321	360	362	400	4,210
	C K (C P K)	202	228	205	219	210	167	228	231	185	232	221	243	2,571
	T-CH O 総コレステロール	195	225	214	212	217	193	206	219	212	231	225	240	2,589
	T G 中性脂肪	188	210	198	202	213	187	201	217	211	222	218	231	2,498
	H D L - C H D L コレステロール	175	195	182	182	203	158	156	179	168	178	171	186	2,133
	L D L - C L D L コレステロール	—	—	—	—	—	6	52	58	46	40	29	47	278
	C R P	147	190	148	150	157	161	177	155	150	170	183	184	1,972
	A M Y アミラーゼ	3	2	3	3	6	1	3	2	0	1	4	1	29
	アンモニア	3	3	3	2	6	6	4	7	1	10	8	9	62
	空腹時血糖	262	301	273	276	275	264	308	286	281	298	296	323	3,443
	耐糖能	16	17	13	16	17	10	12	12	12	18	4	13	160
	糖負荷試験	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	4
	クレアチニンクリアランス	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
	血清浸透圧	3	4	7	4	13	2	5	3	2	2	0	2	47
	T P H A	66	70	61	71	87	69	75	65	60	63	47	82	816
	R P R	66	70	61	71	87	69	75	65	60	63	47	82	816
	インフルエンザ	0	0	10	0	0	0	1	1	0	0	2	6	20
	計	5,784	6,672	5,938	5,942	6,369	5,647	6,442	6,211	5,742	6,438	6,331	6,910	74,426

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	272	248	236	240	217	236	224	215	226	221	279	2,840
尿 沈 渣		76	88	79	67	83	77	86	76	85	83	104	112	1,016
尿 定 量	糖	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	蛋 白	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	N a	11	11	9	1	4	2	1	1	1	0	0	2	43
	K	11	11	9	1	4	2	1	1	0	0	0	2	42
	C l	11	11	9	1	4	2	1	1	1	0	0	2	43
	クレアチニン	0	1	0	0	4	2	0	3	2	2	0	2	16
尿 浸 透 圧		10	12	9	2	8	2	5	3	2	1	0	2	56
尿 糖 負 荷		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
便 潜 血		14	19	17	13	14	10	24	61	27	28	40	36	303
脳 脊 髄 液	細 胞 数	0	0	0	0	3	1	2	4	1	0	1	5	17
	糖	0	0	0	0	3	1	2	4	1	0	1	5	17
	蛋 白	0	0	0	0	3	1	2	4	1	0	1	5	17
	N a	0	0	0	0	3	1	2	4	1	0	1	5	17
	K	0	0	0	0	3	1	2	4	1	0	1	5	17
	C l	0	0	0	0	3	1	2	4	1	0	1	5	17
	赤 血 球 数	0	0	0	0	3	1	2	4	1	0	1	5	17
計		359	425	380	321	383	323	368	399	340	340	372	472	4,482

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	5	25	17	10	7	12	17	9	10	8	10	8	138

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	96	104	92	109	111	93	108	98	90	103	67	118	1,189
マスター負荷心電図	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
ホルター心電図	20	23	24	20	26	16	26	19	23	21	21	18	257
ホルター血圧	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼 吸 機 能	9	8	4	5	5	3	13	11	10	12	10	8	98
心 臓 超 音 波	11	7	11	8	6	7	13	10	13	10	9	8	113
脳 波	21	33	32	27	33	31	28	25	27	29	32	29	347
サーモグラフィ	1	0	0	3	0	0	0	1	1	1	0	0	7
そ の 他	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
計	159	176	164	172	181	150	188	164	164	177	139	182	2,016

力 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	117	235	194	234	227	173	184	202	185	154	136	200	2,241
免 疫 血 清	93	158	124	161	154	118	139	114	141	135	107	173	1,617
血 液	35	53	58	58	58	52	75	80	68	69	53	71	730
微 生 物	33	36	24	22	26	19	29	26	22	34	26	26	323
病 理 ・ 細 胞 診	1	6	1	3	4	0	0	0	3	5	3	3	29
そ の 他	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	54	4	59
計	279	488	401	478	469	363	427	422	419	397	379	477	4,999

(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	183	174	148	157	178	160	178	185	163	156	157	168	2,007
	調剤件数	700	643	587	635	684	623	717	738	681	606	640	681	7,935
	精神科 処方箋枚数	736	744	778	767	901	816	852	857	831	780	786	904	9,752
	調剤件数	2,614	2,460	2,632	2,692	3,190	2,855	3,030	3,111	3,105	2,866	2,888	3,326	34,769
	他科 処方箋枚数	73	64	67	69	72	76	74	84	67	80	76	84	886
	調剤件数	240	237	195	245	237	252	267	313	257	289	267	299	3,098
入 院 調 剤	定期 処方箋枚数	729	686	833	713	880	754	836	891	745	782	787	827	9,463
	調剤件数	2,926	2,751	3,470	2,893	3,700	3,156	3,605	3,915	3,237	3,400	3,428	3,653	40,134
	臨時 処方箋枚数	1,998	2,092	2,291	2,066	2,360	2,282	2,402	2,308	2,102	2,128	2,013	2,167	26,209
	調剤件数	5,141	5,193	6,166	5,337	6,421	5,863	6,470	6,503	5,634	5,649	5,728	6,261	70,666
製 剤	伝票枚数	3	8	7	5	3	7	3	3	3	4	3	5	54
	製剤件数	15	22	21	9	7	17	9	6	7	9	7	12	141

(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	脳血管1	224	273	342	206	295	398	317	392	550	471	424	444	4,336
	脳血管2	1,184	1,178	1,249	1,251	1,336	1,066	1,231	997	962	1,089	866	1,157	13,566
	脳血管3	7	4	1	0	1	1	0	2	3	0	1	0	20
	運動器1	0	4	4	4	2	4	6	27	4	3	1	2	61
	運動器2	20	19	17	2	2	8	37	34	19	10	9	14	191
	運動器3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	呼吸器2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	呼吸器3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ADL加算1	598	611	596	573	640	582	652	502	545	441	375	463	6,578
	ADL加算2	48	74	59	42	51	58	58	19	11	29	19	22	490
	その他	53	33	35	38	36	38	37	34	29	47	28	47	455
外来	脳血管1	104	102	98	95	107	96	99	109	97	91	84	83	1,165
	脳血管2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脳血管3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	運動器1	2	5	4	6	5	1	1	0	1	0	1	0	26
	運動器2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	運動器3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ADL加算1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ADL加算2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	6	10	6	8	7	4	10	7	7	10	12	3	90
計	入院	2,134	2,196	2,303	2,116	2,364	2,156	2,338	2,007	2,123	2,090	1,723	2,149	25,699
	外来	112	117	108	109	119	101	110	116	105	101	97	86	1,281

※ 疾患区分の後の数字は実施単位数

(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	脳血管1	254	343	442	351	370	384	366	390	361	468	423	391	4,543
	脳血管2	720	696	780	725	718	689	740	732	797	711	660	775	8,743
	脳血管3	25	19	18	11	6	13	11	14	19	16	14	21	187
	脳血管4	1	2	0	3	2	0	2	9	3	8	2	4	36
	運動器1	0	0	0	0	0	9	16	30	7	6	0	0	68
	運動器2	0	0	0	0	0	2	10	20	15	13	2	0	62
	ADL加算1	56	77	62	58	35	47	106	90	87	71	53	86	828
	ADL加算2	5	10	1	8	20	3	14	15	22	6	8	16	128
	ADL加算3	1	0	0	0	1	0	2	2	0	4	0	0	10
外来	脳血管1	30	21	21	20	20	18	26	27	19	17	16	20	255
	脳血管2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	運動器1	0	0	0	0	5	3	2	0	0	0	0	0	10
計	入院	1,062	1,147	1,303	1,156	1,152	1,147	1,267	1,302	1,311	1,303	1,162	1,293	14,605
	外来	30	21	22	20	25	21	28	27	19	17	16	20	266

(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	35	42	26	31	54	91	80	45	54	63	75	42	638
	2 病棟	89	97	91	92	93	82	97	104	113	125	115	104	1,202
	3 病棟	85	76	57	68	47	33	47	47	105	96	93	74	828
	小計	209	215	174	191	194	206	224	196	272	284	283	220	2,668
認知症病棟	6 病棟	284	267	340	324	422	403	367	271	242	159	122	224	3,425
	7 病棟	232	266	307	345	338	273	338	239	282	252	153	218	3,243
	小計	516	533	647	669	760	676	705	510	524	411	275	442	6,668
計		725	748	821	860	954	882	929	706	796	695	558	662	9,336

(7) 言語聴覚療法

	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
	脳血管1	64	60	67	74	81	71	96	77	78	97	58	78	901
	脳血管2	165	161	201	166	175	153	183	158	166	133	166	182	2,009
	検査	22	15	18	19	10	11	14	19	10	18	17	14	187
	その他	0	0	0	0	12	6	6	14	7	11	17	10	83
	計	251	236	286	259	278	241	299	268	261	259	258	284	3,180

平成18年度対象患者実数

1. 対象患者実数 153例

2. 障害の内訳

①失語症患者数 83例 ※うち嚥下障害合併例 12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
25	20	10	10	3	0	5	10	83

②発声・構音・嚥下障害患者数 47例 ※うち嚥下障害合併例 22例

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	フレンベルグ	他	計
17	3	12	2	3	4	3	1	2	47

③その他 23例 ※うち嚥下障害合併例 4例

認知症	難聴	前頭葉症状	評価・鑑別	その他	計
4	7	4	3	5	23

(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
リハビリ科	知能検査	30	18	21	15	8	24	22	30	22	20	18	22	250
	性格検査	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
	その他の検査	3	2	3	1	2	4	4	4	4	1	9	3	40
	計	33	20	25	16	10	29	26	34	26	21	27	25	292
	延件数	47	26	31	20	19	40	34	47	34	29	39	38	404
神経・精神科	知能検査	5	7	2	6	6	8	6	3	2	8	3	0	56
	性格検査	11	13	10	9	13	10	21	5	13	6	13	0	124
	その他の検査	1	2	0	1	0	1	0	0	3	0	3	3	14
	計	17	22	12	16	19	19	27	8	18	14	19	3	194
	延件数	20	23	13	19	19	22	31	11	24	18	24	3	227
認知症病棟	知能検査	17	15	15	20	18	21	20	13	16	20	2	16	193
	性格検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他の検査	17	14	12	21	20	22	16	9	13	29	8	12	193
	計	34	29	27	41	38	43	36	22	29	49	10	28	386
	延件数	47	43	37	55	57	59	51	30	35	66	15	39	534
計	知能検査	52	40	39	41	32	53	48	46	40	48	23	38	500
	性格検査	11	13	14	9	13	11	21	5	13	6	13	0	129
	その他の検査	21	18	15	23	22	27	20	13	20	30	20	18	247
	計	84	71	68	73	67	91	89	64	73	84	56	56	876
	延件数	114	92	85	94	95	121	116	88	94	113	78	80	1,170

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	18	17	22	24	27	20	18	31	27	34	25	30	293
	集団精神療法	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21	0	0	24
	病棟SST	18	9	24	10	0	0	0	0	0	0	0	0	61
	デイケアSST	15	12	25	16	14	14	10	10	10	18	8	19	171
リハビリ科／カウンセリング		3	2	0	3	10	2	2	0	0	0	0	0	22
認知症病棟／回想法		23	20	24	41	39	50	36	24	47	47	22	43	416

(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	0	0	0	1	0	1	0	4
退所者数	0	0	1	0	5	0	0	0	0	1	1	0	8
通所者数	25	26	27	26	26	21	21	21	22	22	22	25	284
通所者延数	106	103	126	95	98	77	75	77	88	82	90	107	1,124
見学参加者数	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	2	13
見学参加者延数	1	3	1	3	1	2	4	2	3	0	0	6	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	9,650	9,066	9,555	9,974	10,452	10,807	11,290	10,568	10,479	9,702	8,219	8,349	120,036
	軟食	5,359	5,534	5,010	4,609	4,307	4,379	4,624	3,958	4,582	4,485	3,784	4,480	55,889
	流動食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	15,009	14,600	14,565	14,583	14,759	15,186	15,914	14,526	15,061	14,187	12,003	12,829	175,925
特別食	糖尿食	1,233	1,152	1,102	1,189	1,258	1,492	1,726	1,907	1,789	1,975	2,111	2,033	18,520
	高脂血症食	420	486	371	333	285	227	225	124	94	129	264	492	3,526
	痛風食	0	7	44	0	0	0	0	0	28	93	170	291	342
	減塩食	1,803	2,331	2,732	2,095	1,928	1,856	1,719	1,555	1,927	2,382	2,434	2,583	24,342
	腎臓食	0	0	0	12	78	60	0	0	29	93	117	199	389
	肝臓食	215	274	397	461	296	251	79	31	93	125	168	321	2,456
	貧血食	0	0	0	15	111	143	195	381	314	315	300	148	1,774
	脾臓食	0	0	0	0	31	0	0	0	0	0	27	0	58
	胃潰瘍食	141	116	147	59	93	90	111	301	418	564	350	188	2,628
	濃厚流動食	530	739	855	857	958	941	1,087	965	797	682	712	947	10,035
	計	4,342	5,105	5,648	5,021	5,038	5,060	5,142	5,264	5,489	6,358	6,653	7,202	64,070
	デイケア	97	103	119	92	102	66	65	67	66	79	79	98	1,044
	合計	19,448	19,808	20,332	19,696	19,899	20,312	21,121	19,857	20,616	20,624	18,735	20,591	241,039

単位 (食)

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	12,087	11,477	12,313	12,258	12,989	13,654	13,644	12,799	13,368	13,213	11,554	12,513	151,869
	全粥	5,404	5,872	5,581	4,998	4,199	4,038	4,894	4,944	5,000	5,246	5,183	5,117	60,476
	七分粥	0	48	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109
	五分粥	87	45	23	90	90	90	60	90	102	62	84	93	916
	ブレンダー粥	240	283	411	489	558	638	419	121	367	354	206	267	4,353
	ロールパン	749	827	712	604	532	475	534	627	564	501	384	525	7,034
	食パン	91	51	80	239	245	245	276	181	180	200	258	195	2,241
	おにぎり	172	371	165	82	213	177	137	90	164	134	274	362	2,341
形態	一口大きざみ	1,128	1,294	1,319	1,099	1,107	1,030	1,094	876	1,090	1,526	1,705	1,631	14,899
	きざみ	1,941	2,240	2,093	1,827	1,877	2,072	1,809	1,452	1,801	2,087	2,111	2,164	23,474
	極きざみ	0	48	54	93	93	189	256	149	236	401	352	323	2,194
	各とろみ付	1,855	1,826	1,653	1,403	1,075	1,281	1,815	1,965	1,510	1,450	1,575	1,832	19,240
	汁のみとろみ	180	113	71	0	0	76	358	265	287	0	0	3	1,282
	ブレンダー	917	786	842	801	649	746	489	228	431	416	321	560	566
禁食	牛乳禁	2,733	2,660	2,616	2,784	2,671	2,354	2,765	3,327	3,692	4,039	3,389	3,488	36,518
	乳製品禁	326	281	366	276	174	319	199	108	329	507	386	372	3,643
	卵禁	0	0	48	163	43	180	91	62	57	155	141	183	1,123
	肉全禁	123	146	132	336	512	429	296	185	192	272	350	423	3,396
	魚全禁	38	6	84	47	82	178	212	135	245	379	320	202	1,928
	納豆禁	1,724	1,631	1,477	1,621	1,874	1,836	2,033	2,285	2,324	2,125	1,880	1,810	22,620
	麺禁	1,618	1,872	2,281	1,896	1,878	1,807	2,264	2,031	1,997	1,887	1,724	1,645	22,900
	青魚禁	141	266	239	260	472	504	656	621	510	539	425	481	5,114
	パン禁	88	88	82	88	93	90	93	90	5	0	0	0	717
	グレープフルーツ禁	2,231	1,799	1,803	1,720	1,498	1,760	1,820	1,729	1,757	1,915	1,920	1,993	21,945
成分調整	エネルギー変更	1,024	1,184	1,023	918	888	1,065	890	1,027	1,270	1,554	1,127	1,168	13,138
	蛋白アップ	0	0	0	52	68	46	151	178	205	311	261	112	1,384
	塩分制限	221	228	255	157	110	94	110	90	107	302	345	486	2,505
	塩分増加	196	261	285	387	464	281	169	146	263	383	356	358	3,549
	カルシウム調整	407	248	303	183	97	226	198	117	171	310	397	442	3,099
	カリウム制限	0	0	83	266	216	23	37	50	0	1	87	148	910
その他	訓練食	180	230	187	182	128	70	29	104	28	116	197	40	1,491
	5回食	0	0	0	0	0	0	0	0	54	85	111	22	272
	食事時間変更	560	638	959	635	631	661	564	580	971	836	822	1,006	8,863
	栄養補助食品	89	54	35	93	0	0	0	0	0	0	0	0	889
	リハビリ食器	240	89	117	140	137	90	136	241	325	530	454	618	2,739

単位（食）

ウ 行事食実施状況

実施年月日	行事名
平成18年 5月 5日	端午の節句
7月 7日	七夕
7月23日	土用の丑
8月13日	お盆
9月18日	十五夜（芋名月）
10月14日	リハセン祭特別行事食
11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19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
3月13日	春の特別行事食

エ 栄養指導状況

主病名（重複有り）	延べ人数
糖尿病	20
高血圧、減塩	30
高脂血症	2
嚥下障害	11
貧血	2
腎臓病	1
肥満、その他	2
計	68

オ 嗜好調査実施状況

実施月	内容	回答率
6月	「季節感、食材」について	71%（218名）
10月	「行事食、献立」について	76%（219名）
1月	「味付け、調理」について	72%（228名）

※対象…濃厚流動食を除く常食・特食喫食者

カ 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 (280 g)	202
	味噌汁 (缶)	1 缶 (160 g)	21
	さんま味付け缶	1 / 2 缶 (60 g)	135
	のり佃煮	1 個 (10 g)	5
	ウーロン茶	1 缶 (190 g)	0
			計363 kcal
昼食	こまち粥(缶)	1 缶 (280 g)	202
	ウィンナーと野菜のスープ煮	1 缶 (130 g)	143
	たいみそ	1 個 (7 g)	16
	黄桃缶	1 個 (60 g)	49
	ウーロン茶	1 缶 (190 g)	0
			計410 kcal
夕食	こまち粥(缶)	1 個 (280 g)	202
	レトルトコーンスープ	1 個 (200 g)	200
	鮭水煮缶	1 / 3 缶 (60 g)	96
	練り梅	1 個 (8 g)	2
	ウーロン茶	1 缶 (190 g)	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 (280 g)	202
	いわし梅煮 (ぬくもりミキサー)	1 袋 (70 g)	67
	のり佃煮	1 個 (10 g)	5
	トロミドリンク (麦茶)	1 個 (200cc)	26
			計300 kcal
昼食	こまち粥(缶)	1 缶 (280 g)	202
	照り焼きチキン (ぬくもりミキサー)	1 袋 (70 g)	93
	たいみそ	1 個 (7 g)	16
	トロミドリンク (麦茶)	1 個 (200cc)	26
			計337 kcal
夕食	こまち粥(缶)	1 缶 (280 g)	202
	筍おかか煮 (ぬくもりミキサー)	1 袋 (70 g)	33
	練り梅	1 個 (8 g)	2
	アイソカルゼリー	1 個 (66 g)	121
	トロミドリンク (麦茶)	1 個 (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。特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18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	5	6	7	5	4	4	5	4	3	3	3	3	52
入所者数	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
退所者数	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	5

平成18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	1	1	1	0	0	0	1	2	0	0	1	8
介護者数	2	1	2	2	0	0	0	2	1	0	0	2	12

2 地域支援活動

リハビリ医療、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及び障害による不利益の軽減である。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生じる。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。

当センターが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ため、実際に行える地域支援は、（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（日本労働者協同組合連合会主催）

日 時：平成18年 6 月 11 日（日） 9:00～18:00

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（P 31～94）「障害・疾患の理解」

（イ）ホームヘルパー養成講習 2 級課程（日本労働者協同組合連合会主催）

日 時：平成18年10月15日（土） 9:00～18:00

講 師：佐々木典子、工藤順子、佐々木純子

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（P 31～94）「障害・疾患の理解」

（ウ）さわやか介護セミナー（秋田魁新報社主催）

目 的：自宅でできる身近な介護の仕方を知る

日 時：平成18年11月11日（土） 13:30～15:30

場 所：障害者自立訓練センター 体育館

講 師：佐々木典子、高橋洋子、渡部正子、安田茂子、吹谷世津子、鈴木文子、
工藤順子、佐々木純子

内 容：①介護技術の概要－講義

②介護の実践：シーツ交換・体位交換・更衣などの基本動作、
起居動作・車椅子での移動

（２）平成18年度リハビリ講座（リハビリ科）

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。リハビリ科を訪れる患者は、リハビリ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28日	腰痛のはなし 杖と手すりのお話	医師 理学療法士	千田 富義 谷藤 慶幸	20名
5月26日	ことばの障害～失語症について 暮らしを支える道具と工夫	言語聴覚士 作業療法士	大塚 幸子 高見 美貴	13名
6月23日	トイレの介助について 体重、ウエスト気にしていますか？	看護師 管理栄養士	半田 広和 佐藤 直美	30名
7月28日	車いすを使いこなそう ぐっすり眠りたい	理学療法士 薬剤師	岩澤 里美 柳谷 由己	31名
8月25日	各種制度の利用について 廃用症候群のはなし	ソーシャルワーカー 医師	鈴木 弘哉 千田 富義	20名
9月22日	口腔の清潔について 障害者の自動車運転について	看護師 作業療法士	藤岡 教子 進藤 潤也	24名
10月20日	ことばの障害～失語症について 着がえについて	言語聴覚士 看護師	大塚 幸子 三井所 司	23名
11月24日	介護保険について 住宅改修について	ソーシャルワーカー 作業療法士	鈴木 弘哉 今井 龍	28名
12月22日	杖と手すりのお話 廃用症候群について	理学療法士 医師	真坂 祐子 千田 富義	27名
1月26日	薬に関する相談例から 放射線検査の被爆について	薬剤師 放射線技師	佐々木 広 佐藤 理絵	24名
3月23日	安全に食べよう 脳卒中のはなし	看護師 医師	田口 昌 千田 富義	21名

（３）平成18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

開催日	介護講座の内容	講師および担当		参加人数
平成18年 6月1日	精神作業療法見学 「社会資源について」 意見交換・話し合い	看護師 ケースワーカー 看護師 看護師	浅野 弥 戸嶋 直子 小笠原 昭子 畠山 直子	6家族11名
平成18年 7月24日	精神作業療法見学 「行動障害について」 意見交換・話し合い	看護師 医師 看護師 看護師	越川 美紀 下村 辰雄 高橋 尚子 和田 英里子	15家族22名
平成18年 10月26日	精神作業療法見学 「精神作業療法について」 意見交換・話し合い	看護師 作業療法士 看護師 看護師	谷内 陽子 川野辺 譲 高橋 友紀 斉藤 郁恵	8家族9名
平成18年 12月21日	精神作業療法見学 「せん妄について」 意見交換・話し合い	看護師 医師 看護師 看護師	東海林真理子 下村 辰雄 木島 貴子 伊勢谷 和美	12家族15名
平成19年 2月15日	精神作業療法見学 「認知症の方と共に暮らすために」 「社会資源について」 意見交換・話し合い	看護師 看護師 ケースワーカー 看護師	藤田 繁美 猿田 麻紀 戸嶋 直子 田口 康弘	12家族13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

開催日	介護講座の内容	講師および担当		参加人数
平成18年 7月19日	介護保険制度改正について 病棟レクリエーション（七夕）	ケースワーカー 看護師 看護師	佐々木 智子 豊嶋 真里子 佐藤 千春	4家族5名
平成18年 9月20日	一緒に散歩に出かけよう 交流会「ご家族の不安・心配は何でしょう？」	看護師 看護師	佐藤 栄津子 加藤 和子	7家族10名
平成18年 11月8日	認知症について 小集団精神作業療法見学	医師 看護師 看護師	飯島 壽佐美 一ノ関 猛 永瀬 文香	7家族7名
平成19年 1月18日	「施設、これからのサービスについて」 「認知症ケアの概要」「不安・帰宅要求」 交流会「他のご家族の皆さんと気軽に語り合いませんか」	ケースワーカー 看護師 看護師	佐藤 篤 吉田 明子 山中 一紀	2家族3名

(4) 地域リハビリ検診事業

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専門病院での短期集中リハビリが有用と考えている。地域リハビリ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18年度は大仙市内（協和・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18年11月 9 日	大仙市 協和地域	千田 富義	堀川 学 岩澤 里美	加納 いずみ 今井 龍	14名
平成18年11月14日	大仙市 西仙北地域	千田 富義	真坂 祐子 武田 超	高橋 敏弘 吉田 悟己	6 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の対象となり、どのようなことが改善するかについて、県民のなかで次第に理解が深まってきている。その結果、リハビリを身近に感じる方々も増加してきている。しかし、県全体を見れば、センターの存在、リハビリの知識もまだ十分とは言えない。それゆえ、リハビリの重要性と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18年 9 月30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 五十嵐 優子、古山 るり子
作業療法士 進藤 潤也、石塚 元子

参加者：55名

日 時：平成18年 9 月16日（土）

場 所：秋田県南部老人福祉総合エリア（横手市）

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 長谷川 弘一、谷藤 慶幸

作業療法士 川野辺 穰、今野 梓

参加者：44名

日 時：平成18年11月25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 須藤 恵理子、松嶋 明子

作業療法士 高見 美貴、佐藤 洋子

参加者：33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にご覧いただき、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18年度は、10月14日（土）に開催され、約200名の患者や家族の方々、近隣地域住民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、駄菓子屋コーナーなどの、肩は凝らないけれど役に立つ楽しい企画もたくさん行われた。

また、体育館等では、所長の開設10周年記念あいさつに始まり、ドンパン体操の実施や民謡披露、県庁竿燈会による演技会など、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

輪投げゲームやスイカ種とばしゲーム、カラオケ大会などで、暑い夏の日を楽しく過ごしていただいた。

平成18年 8 月31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18年10月19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幼稚園児のお遊戯、コーラスグループの歌などを見て聞いて楽しんでいただいた。また、ささやかながらサンタから患者へプレゼントを贈り、明日への励みとしていただいた。

平成18年12月14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18年度の状況は次のとおり。

番号・発行月	記 事
第31号 平成18年4月	「チームによる精神科医療の充実を目指します ～精神保健福祉士の増員に期待する～」 行事で見るリハセンの1年 高機能発達障害 – 「やればできるのだから」の苦しみ– 退任にあたって シリーズ放射線④
第32号 平成18年7月	就任にあたって お花見に行きました 平成18年度のリハセン行事予定 シリーズ理学療法① 車イス用トイレの表示がわかりやすくなりました 業務紹介 機能訓練科 作業療法部門
第33号 平成18年10月	着任にあたって リハセン納涼祭 売店横階段の段差改修を行いました リハセン祭 業務紹介 機能訓練科 理学療法部門 シリーズ理学療法②
第34号 平成19年1月	開設10年目を迎えて 地域リハ検診・相談事業の紹介 リハセン運動会・クリスマス会 職場紹介 機能訓練科 言語聴覚療法部門 シリーズ理学療法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
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
野澤 宏二	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	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	19時間
室岡 守	神経・精神科	秋田県立衛生看護学院	思春期精神保健（保健科）	15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	リハビリ科	秋田大学医学部	基本的診療知識（リハビリテーション）	3時間
中澤 操	リハビリ科	秋田大学医学部	耳鼻咽喉科学、耳鼻咽喉	4時間
川野辺 穰	機能訓練科	秋田大学医学部	基礎作業療法学実習	12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	3時間
高橋 敏弘	機能訓練科	秋田大学医学部	身体障害作業治療学	9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	3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

(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	H18. 11. 29	心の健康相談日	精神保健相談	八郎潟町
小畑 信彦	神経・精神科	H18. 5. 26	看護師全体研修	自分の心のケアはできてますか	仙北組合総合病院
小畑 信彦	神経・精神科	H18. 7. 12	教育訓練計画に基づく幹部教育	メンタルヘルスについて	秋田県消防学校
小畑 信彦	神経・精神科	H18. 7. 28	県職労青年部・女性部合同学習会	ストレス対策	秋田県職員労働組合
小畑 信彦	神経・精神科	H18. 9. 15	教職15年経験者研修	ストレスとのつきあい方	秋田市教育委員会
小畑 信彦	神経・精神科	H18. 10. 21	東北地区訪問看護ステーション連絡協議会研修	メンタルヘルスケア 「脱～燃え尽き・私も貴女も」	秋田県訪問看護ステーション
小畑 信彦	神経・精神科	H18. 11. 28	秋田県労働委員会研修会	うつ病について	秋田県労働委員会
小畑 信彦	神経・精神科	H19. 2. 2	新春交流会講演会	うつ病の時代	秋田県機械金属工業会
佐藤 康孝	看護科	H18. 9. 14	境界性人格障害研究会・秋田	ミニシンポジウム「BPDと私の臨床」	
下村 辰雄	リハビリ科	H19. 3. 18	認知症高齢者グループホーム外部評価調査員養成研修	認知症高齢者及び認知症介護に関わる理解	秋田県長寿社会新興財団
下村 辰雄	リハビリ科	H19. 3. 20	平成18年度高次脳機能障害支援普及事業専門職員研修	高次脳機能障害	秋田県障害福祉課
須藤恵理子	機能訓練科	H18. 12. 19	講話と実技	自宅でできるリハビリ	北秋田地域振興局
千田 富義	リハビリ科	H18. 5. 2	おもと高齢者大学学習会	健やかに老いるために	秋田市中心中央公民館
千田 富義	リハビリ科	H18. 5. 20	地域医療教育開発センター講習会	高齢者とリハ医療	東北大学地域医療開発センター
千田 富義	リハビリ科	H18. 6. 30	健康講座	活力ある高齢者を目指して	大仙市健康増進センター

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	リハビリ科	H18. 9. 29	医工連携研究会	障害者の移動機能を支援する	秋田県企業活性化センター
千田 富義	リハビリ科	H18. 10. 17	ホームヘルパー養成研修 2 級課程	リハビリテーションの基礎知識	秋田県南部老人福祉総合エリア
千田 富義	リハビリ科	H19. 2. 14	仙北西部医談会	リハビリ医療の最近の話題	大曲仙北医師会
中澤 操	リハビリ科	H18. 6. 24	平成18年度公開講演会	摂食嚥下障害の診断と治療の実際	秋田県言語聴覚士協会
中澤 操	リハビリ科	H18. 7. 19	平成18年度「母子保健指導者・医師研修会」	小児難聴の早期発見～新生児も検診も～	秋田県健康福祉部健康推進課
中澤 操	リハビリ科	H18. 7. 23	新生児聴覚検査事業研修会	秋田県における新生児聴覚スクリーニング事業の現況と検査結果の伝え方	岐阜県健康福祉部保健医療課
中澤 操	リハビリ科	H18. 8. 6	全国聴覚障害乳幼児早期支援研究協議会夏季研修会	新生児聴覚スクリーニングと早期支援	全国聴覚障害乳幼児早期支援研究協議会
中澤 操	リハビリ科	H18. 8. 8	平成18年度秋田県教育職員免許法認定講習	新生児聴覚スクリーニング・大脳と言語	秋田県教育庁義務教育課
中澤 操	リハビリ科	H18. 10. 12	平成18年度第 1 回学校保健研修会	小児言語障害に対するサポート	大阪府医師会学校医部会
中澤 操	リハビリ科	H18. 11. 18	第18回北東北臨床栄養勉強会	嚥下障害の評価と適切な食材の選択について	北東北栄養士会
中野 明子	機能訓練科	H18. 7. 2	歯科衛生士研修会	介護予防と口腔機能	秋田県歯科衛生士会
中野 明子	機能訓練科	H18. 11. 8	第 6 回歯科保健大会シンポジウム	よく噛んで上手に食べるには～噛めない・飲み込めない～を考える	秋田県歯科医師会
中野 明子	機能訓練科	H18. 10. 19	「失語症の評価と治療」研修	失語症患者の評価と指導	太平療育園

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				
福岡 幸記	看護科	H18. 11. 23	看護ゼミナール	高齢者を理解しよう	秋田県厚生連労働組合
室岡 守	神経・精神科	H18. 5. 30	相談員養成課程公開講座	思春期・青年期の心の悩みとその理解	秋田いのちの電話
渡辺はるみ	看護科	H18. 8. 25 ～ H19. 2. 20	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
長谷川弘一	機能訓練科	H18. 6. 19	H18ガイドヘルパー養成研修 重度脳性麻痺等全身性障害者研修課程	姿勢保持について	秋田県障害者社会参加推進センター
中野 明子	機能訓練科			移動介助にあたっての一般的注意	
千田 富義	リハビリ科			重度肢体不自由者における障害の理解	
				事故防止に関する心がけと対策	

(3) 学会・研究会参加状況

氏名	研修日時	研修内容	開催地
荒巻 晋治 (リハビリ科)	H18. 6. 1～ H18. 6. 3	第43回リハビリテーション医学会学術集会	東京都
荒巻 晋治 (リハビリ科)	H18. 10. 28	第20回日本リハビリテーション医学会東北地方会	岩手県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 5. 11～ H18. 5. 13	第102回日本精神神経学会総会	福岡県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 5. 26～ H18. 5. 27	第2回日本司法精神医学会大会	東京都
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 6. 25	日本精神神経学会精神科専門医制度指導医研修会・受験者説明会	大阪府
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 6. 30～ H18. 7. 1	第21回日本老年精神医学会	東京都
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 9. 16	第57回QOL研究会、第7回日本QOL学会	東京都
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 11. 24～ H18. 11. 25	日本精神障害者リハビリテーション学会第14回富山大会	富山県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 12. 15	平成18年度第37回精神保健指定医研修会	東京都
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H18. 12. 16	日本老年精神医学会専門医研修会	大阪府
一ノ関 潤子 (薬剤科)	H18. 9. 30～ H18. 10. 1	第16回日本医療薬学会年会	石川県
一ノ関 猛 (看護科)	H18. 5. 17～ H18. 5. 19	第31回日本精神科看護学会長崎大会	長崎県
今井 龍 (機能訓練科)	H18. 6. 30～ H18. 7. 2	第40回日本作業療法学会	京都府
太田 富子 (看護科)	H18. 9. 12～ H18. 9. 13	平成18年度北海道・東北地区看護研究学会	岩手県
大塚 幸子 (機能訓練科)	H18. 5. 20～ H18. 5. 21	第7回日本言語聴覚士協会総会・学会	石川県
小笠原 昭子 (看護科)	H18. 11. 17	第33回秋田県看護協会学会	秋田県
小野 かおり (機能訓練科)	H18. 6. 30～ H18. 7. 2	第40回日本作業療法学会	京都府
小畑 信彦 (神経・精神科)	H18. 5. 11～ H18. 5. 13	第102回日本精神神経学会総会	福岡県

氏名	研修日時	研修内容	開催地
柏谷 美紀 (機能訓練科)	H18. 8. 25～ H18. 8. 27	日本ブリーフサイコセラピー学会第16回横浜大会	神奈川県
加藤 淳一 (機能訓練科)	H18. 9. 30～ H18. 10. 1	第17回東北作業療法学会	山形県
加納 いずみ (機能訓練科)	H18. 6. 30～ H18. 7. 2	第40回日本作業療法学会	京都府
川野辺 穰 (機能訓練科)	H18. 9. 30～ H18. 10. 1	第17回東北作業療法学会	山形県
川野辺 穰 (機能訓練科) 他 5 名	H18. 4. 22～ H18. 4. 23	第15回秋田県作業療法学会	秋田県
越川 美紀 (看護科)	H18. 9. 29～ H18. 10. 1	第 7 回日本認知症ケア学会大会	北海道
後藤 公明 (看護科) 他 1 名	H18. 7. 27～ H18. 7. 28	第13回思春期・青年期精神科看護学会	山形県
今野 梓 (機能訓練科) 他 5 名	H18. 4. 22～ H18. 4. 23	第15回秋田県作業療法学会	秋田県
佐々木 享 (看護科)	H18. 7. 18～ H18. 7. 19	第37回日本看護学会・精神看護	宮城県
佐々木 まゆみ (看護科)	H18. 6. 16～ H18. 6. 17	第 8 回医療マネジメント学会学術総会	神奈川県
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H18. 6. 30～ H18. 7. 1	第21回日本老年精神医学会	東京都
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H18. 9. 22～ H18. 9. 23	第30回日本神経心理学会	愛知県
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H18. 9. 30～ H18. 10. 1	第 7 回日本認知症ケア学会大会	北海道
佐藤 隆郎 (神経・精神科長)	H19. 3. 11	第12回脳機能とリハビリテーション・研究会学術集会	神奈川県
佐藤 直美 (給食科)	H19. 3. 3～ H19. 3. 4	第26回食事療法学会	岩手県
佐藤 睦子 (看護科)	H18. 11. 8～ H18. 11. 9	第12回東北精神科看護学会	宮城県
佐山 一郎 (リハビリ科)	H18. 5. 31～ H18. 6. 3	第43回日本リハビリテーション医学会評議員会・総会	東京都
佐山 一郎 (リハビリ科)	H18. 10. 18～ H18. 10. 21	第65回日本脳神経外科学会総会・学術評議員会	京都府
佐山 一郎 (リハビリ科)	H18. 10. 28	第20回日本リハビリテーション医学会東北地方会	岩手県

氏名	研修日時	研修内容	開催地
佐山 一郎 (リハビリ科)	H18. 11. 16～ H18. 11. 17	第30回日本高次脳機能障害学会	福岡県
佐山 一郎 (リハビリ科)	H19. 3. 22～ H19. 3. 23	第32回日本脳卒中学会総会	福岡県
下村 辰雄 (リハビリ科)	H18. 4. 15～ H18. 4. 16	第102回日本内科学会	神奈川県
下村 辰雄 (リハビリ科)	H18. 5. 13	第47回日本神経学会総会	東京都
下村 辰雄 (リハビリ科)	H18. 6. 30～ H18. 7. 1	第15回日本脳ドック学会総会	東京都
下村 辰雄 (リハビリ科)	H18. 6. 30～ H18. 7. 1	第21回日本老年精神医学会	東京都
下村 辰雄 (リハビリ科)	H18. 11. 9～ H18. 11. 10	第11回日本神経精神医学会	兵庫県
下村 辰雄 (リハビリ科)	H18. 11. 15～ H18. 11. 17	第30回日本高次脳機能障害学会	福岡県
菅原 結花 (神経・精神科)	H19. 2. 10	第3回統合失調症研究会	東京都
須藤 恵理子 (機能訓練科)	H18. 11. 11～ H18. 11. 12	第24回東北理学療法士学会	青森県
高橋 栄治 (放射線科)	H18. 4. 7～ H18. 4. 9	第65回日本医学放射線学会総会・学術集会	神奈川県
高橋 栄治 (放射線科)	H19. 1. 27～ H19. 1. 28	第13回肝血流動態イメージ研究会	神奈川県
高橋 喜和子 (看護科)	H18. 11. 16～ H18. 11. 17	第13回老年期精神科看護学会	徳島県
高橋 敏弘 (機能訓練科)	H18. 9. 30～ H18. 10. 1	第17回東北作業療法学会	山形県
竹園 輝秀 (看護科)	H18. 11. 8～ H18. 11. 9	第12回東北精神科看護学会	宮城県
中澤 操 (リハビリ科)	H18. 9. 27～ H18. 9. 29	第51回日本聴覚医学会総会・学術講演会	山形県
中野 明子 (機能訓練科)	H18. 5. 20～ H18. 5. 21	第7回日本言語聴覚士協会総会・学会	石川県
中野 明子 (機能訓練科)	H18. 9. 22～ H18. 9. 23	第30回日本神経心理学会	愛知県
中野 明子 (機能訓練科)	H18. 11. 16～ H18. 11. 17	第30回日本高次脳機能障害学会	福岡県

氏名	研修日時	研修内容	開催地
成田 剛 (看護科) 他 1 名	H18. 7. 8	2006年日本クリニカルパス学会・医学書院クリニカルパス教育セミナー	東京都
西 裕 (神経・精神科)	H19. 3. 9～ H19. 3. 10	第 6 回日本トラウマティック・ストレス学会	東京都
野澤 宏二 (神経・精神科)	H18. 10. 18～ H18. 10. 20	第47回日本児童青年精神医学会総会	千葉県
羽上 栄一 (放射線科)	H18. 4. 7～ H18. 4. 9	第62回日本放射線技術学会総合学術大会	神奈川県
早坂 ゆき (看護科)	H18. 6. 16～ H18. 6. 17	第 8 回医療マネジメント学会学術総会	神奈川県
堀川 学 (機能訓練科)	H18. 6. 24～ H18. 6. 25	2006年日本ボバース研究会全国研修会・定期総会	大阪府
真坂 祐子 (機能訓練科) 他 1 名	H18. 11. 11～ H18. 11. 12	第24回東北理学療法士学会	青森県
丸山 史 (神経・精神科)	H18. 5. 30～ H18. 5. 31	第47回日本心身医学会総会	東京都
丸山 史 (神経・精神科)	H18. 11. 9～ H18. 11. 10	第11回日本神経精神医学会	兵庫県
丸山 史 (神経・精神科)	H18. 12. 2～ H18. 12. 3	第11回日本診療内科学会総会・学術大会	大阪府
三井所 司 (看護科)	H18. 12. 9	第28回秋田県リハビリテーション研究会	秋田県
室岡 守 (神経・精神科)	H18. 6. 18	日本精神神経学会精神科専門医制度「指導医・指導医予定者講習会Ⅰ－第3回」	宮城県
室岡 守 (神経・精神科)	H18. 10. 18～ H18. 10. 20	第47回日本児童青年精神医学会総会	千葉県
森川 真理子 (機能訓練科)	H18. 8. 25～ H18. 8. 27	日本ブリーフサイコセラピー学会第16回横浜大会	神奈川県
横山 絵里子 (リハビリ科)	H18. 4. 16	第103回日本内科学会	神奈川県
横山 絵里子 (リハビリ科)	H18. 5. 11～ H18. 5. 13	第47回日本神経学会総会	東京都
横山 絵里子 (リハビリ科)	H18. 6. 1	第43回リハビリテーション医学会学術集会	東京都
横山 絵里子 (リハビリ科)	H18. 7. 29～ H18. 7. 30	第13回認知神経科学会	東京都
横山 絵里子 (リハビリ科)	H18. 9. 22～ H18. 9. 23	第30回日本神経心理学会	愛知県

氏名	研修日時	研修内容	開催地
横山 絵里子 (リハビリ科)	H18. 11. 29～ H18. 12. 1	第36回日本臨床神経生理学会	神奈川県
横山 絵里子 (リハビリ科)	H19. 3. 16～ H19. 3. 17	第9回日本ヒト脳機能マッピング学会大会	秋田県
渡部 香織 (看護科)	H18. 7. 18～ H18. 7. 19	第37回日本看護学会・精神看護	宮城県

(4) 研修状況

氏名	研修日時	研修内容	開催地
飯島 壽佐美 (神経・精神科) 他 3 名	H18. 8. 23～ H18. 8. 25	平成18年度第44回全国自治体病院協議会精神科特別部会総会	和歌山県
伊藤 智幸 (看護科)	H18. 7. 14	日本精神科看護技術協会平成18年度夏期研修会	秋田県
岩澤 里美 (機能訓練科)	H18. 6. 17～ H18. 6. 18	第2回東北・北海道ブロックAKA地域技術研修会	岩手県
太田 富子 (看護科)	H18. 11. 30	秋田県看護協会研修「看護研究のステップと論文の構成要素」	秋田県
大山 由香 (看護科)	H18. 12. 9	秋田県看護協会研修「リスク感性を磨くOJT」	秋田県
加藤 和子 (看護科) 他 2 名	H18. 9. 15	訪問看護師養成講習会公開講座「認知症の高齢者への対応」	秋田県
川野辺 穰 (機能訓練科) 他 4 名	H19. 1. 14	認知症高齢者家族支援プログラム研修会	秋田県
北埜 さつき (看護科)	H18. 8. 26	秋田県看護協会研修「患者参加型の安全管理ーどう考えるかどう取り組むかー」	秋田県
工藤 順子 (看護科)	H18. 9. 6	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
栗田 哲則 (医事班)	H18. 12. 1	平成18年度全国自治体病院協議会「診療報酬管理研修会」	東京都
齊藤 正平 (総務管理班)	H18. 9. 5	平成18年度病院事業経営講習会	福島県
佐々木 延介 (看護科)	H18. 12. 8	平成18年度日本精神科看護技術協会冬期研修会	秋田県
佐々木 典子 (看護科)	H18. 6. 12	平成18年度秋田県病院協会看護管理研究部会総会・第1回研修会	秋田県
佐々木 典子 (看護科)	H18. 6. 20	平成18年度全国自治体病院協議会看護部長部会総会・研修会	東京都
佐藤 明巳 (看護科) 他 3 名	H18. 11. 10	平成18年度秋田県病院協会看護管理研究部会第2回研修会	秋田県
佐藤 健太 (機能訓練科)	H18. 11. 25～ H18. 11. 26	心理臨床講座「パーソナリティ・アセスメント」	東京都
佐藤 健太 (機能訓練科) 他 1 名	H19. 1. 13～ H19. 1. 14	SST (生活技能訓練) 講習会	秋田県
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H18. 6. 3～ H18. 6. 4	第118回国治研25周年記念実践セミナー「認知症における食べる障害」	東京都

氏名	研修日時	研修内容	開催地
佐藤 千春 (看護科)	H18. 8. 11	秋田県看護協会研修「せん妄予防・発生時の対応と管理」	秋田県
佐藤 友美 (看護科)	H18. 9. 13～ H18. 9. 14	秋田県看護協会研修「主体的看護実践と記録の充実を目指して」	秋田県
佐藤 直美 (給食科) 他 1 名	H18. 7. 8	秋田県栄養士会病院栄養士協議会 平成18年度総会・研修会	秋田県
佐藤 康孝 (看護科)	H18. 9. 26～ H18. 9. 28	平成18年度全国自治体病院協議会看護管理研修会	東京都
佐藤 洋子 (機能訓練科) 他 1 名	H18. 8. 24	平成18年度福祉用具・住宅改修研修会	秋田県
鈴木 毅 (事務部)	H18. 5. 18～ H18. 5. 19	新任担当者のための地方公営企業会計・入門	東京都
鈴木 毅 (事務部)	H18. 6. 1～ H18. 6. 2	平成18年度全国自治体病院協議会事務長部会総会・研究会	東京都
鈴木 毅 (事務部)	H18. 6. 15	平成18年度全国自治体病院協議会東北地方会議	青森県
鈴木 毅 (事務部)	H18. 10. 5～ H18. 10. 6	事務長研修会	東京都
鈴木 智美 (看護科)	H18. 10. 18	秋田県看護協会研修「効果的な褥瘡ケア」	秋田県
須藤 恵理子 (機能訓練科)	H19. 2. 16～ H19. 2. 17	第37回臨床実習指導者研修会	東京都
高倉 普美子 (看護科)	H18. 9. 20～ H18. 9. 21	秋田県看護協会研修「看護研究の実際－研究計画書における倫理的配慮－」	秋田県
高橋 栄治 (放射線科)	H18. 11. 2	第37回北日本核医学談話会	宮城県
高橋 栄治 (放射線科)	H18. 11. 25～ H18. 11. 26	医療情報技師生涯研修セミナーAプログラム	東京都
高橋 栄治 (放射線科)	H18. 12. 8～ H18. 12. 9	医療情報技師生涯研修セミナーBプログラム	東京都
高橋 栄治 (放射線科)	H18. 12. 14～ H18. 12. 15	平成18年度放射線安全管理講習会	東京都
高橋 栄治 (放射線科)	H19. 1. 22～ H19. 1. 23	医療情報システム標準化セミナー	東京都
高橋 栄治 (放射線科)	H19. 1. 20	平成18年度放射線取扱主任者の定期講習	東京都
高橋 絵里 (看護科) 他 1 名	H18. 10. 26～ H18. 10. 27	精神科初任者研修会	秋田県

氏名	研修日時	研修内容	開催地
高橋 敏弘 (機能訓練科) 他 3 名	H18. 9. 2～ H18. 9. 3	秋田県作業療法士会平成18年度精神部門研修会	秋田県
高橋 敏弘 (機能訓練科) 他 5 名	H18. 11. 25～ H18. 11. 26	秋田県作業療法士会平成18年度身障部門研修会	秋田県
竹園 輝秀 (看護科) 他 1 名	H19. 3. 4	P O S フォーカスチャータィング R の基本から応用 記述実践トレーニング	東京都
照井 久一郎 (医事班)	H18. 11. 21～ H18. 11. 22	(社)病院管理研究協会第12回セミナー	埼玉県
照井 久美子 (看護科)	H18. 6. 28～ H18. 6. 29	秋田県看護協会研修「災害看護の実際」	秋田県
西 裕 (神経・精神科)	H19. 2. 18	日本医師会 A C L S (二次救命処置) 研修会	秋田県
橋本 浩子 (看護科)	H18. 9. 2	秋田県看護協会研修「人間形成における食育の重要性」	秋田県
半田 広和 (看護科)	H18. 7. 6～ H18. 7. 7	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ー力学・圧力・熱現象ー」	秋田県
日沼 純子 (看護科)	H18. 11. 20	秋田県看護協会研修「癒し癒されるスピリチュアルケアー看護職としてできることー」	秋田県
平澤 昭子 (看護科)	H18. 5. 30	秋田県看護協会研修「看取りのケア エンゼルメイク (死化粧)」	秋田県
平澤 昭子 (看護科)	H18. 10. 7	秋田県看護協会研修「変革期における看護管理の実際」	秋田県
福岡 幸記 (看護科)	H18. 6. 14～ H18. 6. 17	精神科医療安全管理者養成研修会	東京都
藤井 富士子 (看護科)	H18. 7. 19	秋田県看護協会研修「美しさと若さを保つカラダづくり」	秋田県
藤岡 教子 (看護科)	H18. 11. 10	秋田県看護協会研修「看護の魅力ー先輩から伝える熱きメッセージー」、「自己理解・他者理解に活かすコミュニケーションスキル」	秋田県
藤原 真人 (看護科) 他 2 名	H19. 2. 23～ H19. 2. 24	精神科看護管理研修会	秋田県
丸井 さおり (看護科)	H19. 1. 22～ H19. 1. 26	思春期・青年期精神科看護研修会	東京都
丸山 史 (神経・精神科)	H18. 6. 18	東北地区精神分析セミナー	宮城県
三浦 智陽 (看護科)	H18. 12. 5	秋田県看護協会研修「看護ケアに役立つ感染対策の実際ー問題点を明確にし解決するためにー」	秋田県

氏名	研修日時	研修内容	開催地
三ヶ田 良三 (事務部)	H18. 11. 14	自治体病院経営改革セミナー	東京都
安田 茂子 (看護科)	H18. 6. 3	秋田県看護協会研修「医療情勢の動向と分析から看護経済を考える」	秋田県
柳谷 由己 (薬剤科)	H18. 9. 24	病態生理と薬効薬理から処方せんを見る研修会 －虚血性心疾患－	愛知県
柳谷 由己 (薬剤科)	H18. 12. 3	病態生理と薬効薬理から処方せんを見る研修会 －精神科領域－	東京都
吉田 悟己 (機能訓練科)	H18. 12. 9～ H18. 12. 10	精神障害者ケアマネジメント研修会	岩手県
渡部 正子 (看護科)	H18. 9. 26	秋田県看護協会研修「認知症の理解と地域のコミュニティ」	秋田県

(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（４年生・理学）	18. 4. 10～18. 5. 27	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）	18. 6. 5～18. 7. 15	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（３年）	19. 1. 9～19. 2. 17	1
東京衛生学園専門学校	理学療法学科臨床実習Ⅲ ４学年２部	18. 10. 23～18. 12. 16	2
秋田県立衛生看護学院	臨地実習 看護科３年	18. 4. 11～18. 11. 29	37
秋田大学医学部保健学科	理学療法学 ４年次臨床実習第Ⅱ期	18. 4. 10～18. 5. 27	2
秋田大学医学部保健学科	理学療法学 ４年次臨床実習第Ⅲ期	18. 6. 5～18. 7. 22	1
秋田大学医学部保健学科	理学療法学 ３年次臨床実習第Ⅰ期	19. 1. 9～19. 2. 24	2
秋田大学医学部保健学科	作業療法学専攻 ４年次臨床実習Ⅱ	18. 6. 19～18. 8. 5	1
秋田大学医学部保健学科	作業療法学専攻 ４年次臨床実習Ⅲ	18. 8. 28～18. 10. 14	2
新潟医療福祉大学	言語聴覚学科 ４年次臨床実習Ⅲ	18. 5. 29～18. 6. 30	1
国際医療福祉大学保健学部	作業療法総合実習 ４年次	18. 10. 3～18. 12. 9	1
国際医療福祉大学保健学部	言語聴覚障害領域の臨床実習 ４年次	18. 9. 24～18. 11. 2	1
学校法人郡山明徒学園	作業療法臨床実習Ⅱ期	18. 8. 28～18. 10. 21	1
秋田県看護協会	看護師職場体験研修	18. 10. 19	2
晴陵リハビリ学院	作業療法学科 ２年生 臨床実習Ⅰ	19. 2. 13～19. 3. 2	1
仙台医療技術専門学校	臨床実習Ⅲ（Ⅰ部・理学）	18. 9. 4～18. 10. 27	2
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	18. 5. 29～18. 7. 7	1
東北文化学園大学	リハビリ学科 作業療法学専攻 ３年生 臨床実習Ⅱ	18. 10. 16～18. 12. 8	1
東北文化学園大学	リハビリ学科 作業療法学専攻 ２年生 臨床実習Ⅰ	19. 2. 19～19. 3. 2	2
日本福祉リハビリ学院	作業療法学科 ４年生臨床実習Ⅱ	18. 5. 15～18. 7. 7	1
江戸川医療専門学校	作業療法学科 ３学年評価実習	19. 1. 15～19. 2. 2	1
東京ＹＭＣＡ医療福祉専門学校	作業療法学科 評価実習	19. 1. 15～19. 2. 12	1
計			66

(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	リハビリ科	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
飯島 壽佐美	神経・精神科	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	総務企画部人事課
		「健康なんでも相談事業」相談員	総務企画部人事課
		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
		医療観察処遇事件の精神保健審判員	秋田地方裁判所
高橋 栄治	放射線科	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	リハビリ科	秋田県外部評価機関立ち上げ支援委員会委員 (介護保険)	健康福祉部長寿社会課
中澤 操	リハビリ科	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	秋田県立豊学校
		新生児聴覚対策委員会委員	健康福祉部健康推進課
		秋田県子供総合支援エリア調査検討委員会委員	教育庁特別支援教育課
高橋 祐二	社会復帰科	医療観察処遇事件の精神保健審判員	秋田地方裁判所
福岡 幸記	看護科	秋田県精神医療審査会委員	健康福祉部障害福祉課
長谷川弘一	機能訓練科	秋田市障害程度区分認定審査会委員	秋田市
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
		介護予防従事者研修カリキュラム検討会メンバー	健康福祉部長寿社会課
戸堀由貴子	医事班	精神障害者社会適応訓練事業運営協議会委員	大仙保健所
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19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18日	センターの運営方針と現状について	所長 千田 富義	96名
5月23日 5月30日	最近のリスクマネジメント部会 活動報告	機能訓練科長 中澤 操 副総看護師長 福岡 幸記	137名
10月2日	腰痛について	秋田大学医学部附属病院 助教授 島田 洋一	71名
12月5日	独立行政法人化について	知事公室 総務課 考査員 佐々木健二 副主幹 海老原 史	110名
1月30日	個人情報保護法について	健康福祉部 医務薬事課 副主幹 武藤 順洋	84名

IV 業 績

1 平成18年度学会発表

(1) リハビリテーション科

東北地区におけるスモン患者の検診（平成18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、遠藤一博

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18年度研究
報告会

2007年2月9日（東京都）

障害とリハビリテーション医療

千田富義

第15回耳鼻咽喉科リハビリテーション医学研究会特別講演

2006年4月8日（東京都）

脳卒中リハビリテーションの今後の展開

千田富義

第12回秋田県理学療法士学会特別講演

2007年3月24日（秋田市）

回復期リハビリテーション病棟入院患者の合併症再転院例の検討

佐山一郎、中澤 操、荒巻晋治、横山絵里子、下村辰雄、千田富義

第20回日本リハビリテーション医学会東北地方会

2006年10月28日（盛岡市）

機能回復過程を長期観察した無酸素性虚血脳症(AIE)の1例

佐山一郎、島田 薫

第21回日本リハビリテーション医学会東北地方会

2007年3月24日（郡山市）

非アルツハイマー型認知症の臨床

下村辰雄

第60回石川脳血管障害研究会

2006年7月15日（金沢市）

道順障害とretrosplenial amnesiaを伴ったMarchiafava-Bignani病の1例

石川博康、菅原純也、清水徹男、**下村辰雄**

第21回日本老年精神医学会

2006年7月1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

2007年1月28日（秋田市）

新生児聴覚スクリーニング後の精密検査結果と聴覚言語発達リスト到達度との関連性の検討

中澤 操、高橋 辰、佐藤輝幸、石川和夫

第51回日本聴覚医学会学術講演会

2006年9月28日（山形市）

難聴児の聴覚言語発達に関する早期発見の恩恵

中澤 操

第51回日本音声言語医学会学術講演会シンポジウム

2006年10月27日（京都市）

回復期リハ病棟入院直後に判明したHenoch-Shonlein(H-S)紫斑病による上部消化管障害の1例

荒巻晋治、佐山一郎、中澤 操、横山絵里子、下村辰雄、千田富義

第20回日本リハビリテーション医学会東北地方会

2006年10月28日（盛岡市）

認知症患者に対しての内視鏡的胃ろう造設術(PEG)施行例の検討

荒巻晋治、佐山一郎、中澤 操、横山絵里子、下村辰雄、千田富義、佐藤隆郎

第21回日本リハビリテーション医学会東北地方会

2007年3月24日（郡山市）

SPECT 3D-SSP解析による着衣障害の検討

横山絵里子、長田 乾、下村辰雄、千田富義

第47回日本神経学会総会

2006年5月11～13日（東京都）

脳血管性痴呆の嚥下障害と栄養状態の検討

横山絵里子、千田富義、中澤 操、下村辰雄、佐山一郎

第43回日本リハビリテーション医学会学術集会

2006年6月1～3日（東京都）

Stereotactic extraction estimation (SEE)法を用いた左半側空間無視と局所脳血流の検討

横山絵里子、中野明子、大塚幸子、下村辰雄

第30回日本神経心理学会総会

2006年9月22～23日（名古屋市）

(2) 精神科

Deja vuを伴った孤立性逆行性健忘 (isolated retrograde amnesia) の1例

丸山 史、下村辰雄

第13回日本神経精神医学会総会

2006年11月9～10日 (神戸市)

てんかん発作後の孤立性逆行性健忘 (isolated retrograde amnesia) の1例

丸山 史、下村辰雄

秋田脳神経研究会

2007年2月10日 (秋田市)

拒食と妄想にオランザピンが著効したアルツハイマー病の1症例

西 裕、下村辰雄

第11回日本神経精神医学会

2006年11月9～10日 (神戸市)

(3) 機能訓練科

脳卒中患者の見守り歩行期間と歩行機能の関係

武田超、須藤恵理子

第24回東北理学療法士学会

2006年11月12日 (八戸市)

脳卒中患者の歩行自立度と歩行率変動の関係

武田超、須藤恵理子、千田富義

秋田県リハビリテーション研究会

2006年12月17日 (秋田市)

廃用症候群に対する理学療法の効果～脳卒中患者での検討～

松嶋明子、岩澤里美、須藤恵理子

第12回秋田県理学療法士学会

2007年3月24日 (秋田市)

自己身体内の時間概念に関する一考察

谷藤慶幸、高見彰淑

第12回秋田県理学療法士学会

2007年3月24日 (秋田市)

大脳皮質基底核変性症者のADL特性とリハビリテーションの効果について

今井 龍、高見美貴、千田富義

第40回日本作業療法学会

2006年6月22～24日（京都市）

回復期リハビリテーション病棟における軽症脳卒中患者の治療経過 ～ADL課題および移動能力の自立までの期間検討～

小野かおり、高見美貴、千田富義

第40回日本作業療法学会

2006年6月22～24日（京都市）

アルツハイマー型痴呆者におけるADLの特徴

加納いずみ、加藤淳一、川野辺穰、高見美貴、千田富義

第40回日本作業療法学会

2006年6月22～24日（京都市）

大脳皮質基底核変性症患者のADL特性とリハビリテーションの効果について

今井 龍、下村辰雄、高見美貴、千田富義

秋田臨床神経懇話会

2006年7月7日（秋田市）

脳卒中患者のADL課題・移動能力の回復経過

高見美貴、進藤潤也、千田富義

秋田県リハビリテーション研究会

2006年12月9日（秋田市）

前頭側頭型痴呆患者の自動車運転評価

加藤淳一、川野辺穰、吉田悟己、小野かおり、下村辰雄

秋田県リハビリテーション研究会

2006年12月9日（秋田市）

時計が読めなかった一症例

石塚元子、今野 梓、加納いずみ、高見美貴、下村辰雄

東北神経心理懇話会

2007年1月27日（仙台市）

前頭側頭型痴呆患者の自動車運転評価

吉田悟己、川野辺穰、加藤淳一、小野かおり、下村辰雄

第23回秋田県脳神経研究会

2007年2月10日（秋田市）

純粹語啞一症例の発話分析

大塚幸子、中野明子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第7回日本言語聴覚学会

2006年5月20～21日（金沢市）

左側脳室三角部腫瘍摘出後に純粹失読を呈した一例

中野明子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第30回日本神経心理学会

2006年9月22～23日（名古屋市）

嚥下失行を伴う発語失行2例の分析

中野明子、大塚幸子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第18回東北神経心理懇話会

2007年1月27日（仙台市）

（4）看護科

触法精神障がい者家族との関係構築のためのアプローチ

三浦智陽、一ノ関猛、阿部琢也、佐藤栄津子、福岡幸記

第31回日本精神科看護学会長崎大会

2006年5月17～19日（長崎市）

与薬手順マニュアル導入による看護師の与薬確認行動の変化

竹園輝秀、熊谷佳富、丸井さおり、田口康弘

日本精神科看護技術協会秋田県支部看護研究発表会

2006年8月18日（大仙市）

患者の意識が「飲む必要のある薬」へ変化する服薬援助

佐藤睦子、橋本明子、熊谷浩子

第12回東北精神科看護学会

2006年11月8～9日（仙台市）

与薬手順マニュアル導入による看護師の与薬確認行動の変化

竹園輝秀、熊谷佳富、丸井さおり、田口康弘

第12回東北精神科看護学会

2006年11月8～9日（仙台市）

認知症病棟における転倒、転落事故防止に関する取り組み
ー見守り業務専任配置の前後比較からー

高橋喜和子、保坂かおり、鈴木敏和、谷内陽子

日本精神科看護技術協会第13回老年期精神科看護
2006年11月16～17日（徳島市）

オムツの当て方に関する学習会前後の看護師の意識変化

小笠原昭子

第33回秋田県看護学会
2006年11月17日（秋田市）

認知症閉鎖病棟患者にアクティビティ向上を促しての効果
ー入院生活に園芸活動を取り入れてー

山中一紀

秋田県看護協会大曲仙北地区支部看護研究発表会
2006年11月24日（大仙市）

回復期リハビリテーション病棟における転倒要因分析からの一考察

三井所司、半田広和、佐々木典子

第28回秋田県リハビリテーション研究会
2006年12月9日（秋田市）

2 平成18年度印刷発表

(1) リハビリテーション科

千田富義：慢性脳卒中とリハビリテーション治療.

秋田県医師会雑誌 56：55－66、2006.

要 旨：最近、慢性期脳卒中患者へのリハビリテーション治療効果が注目されている。非麻痺側上肢抑制運動療法は「学習された不使用」の概念に基づいて非麻痺側上肢を抑制して麻痺側上肢を訓練する。麻痺側上肢機能や日常生活での使用頻度が改善する。課題指向的運動療法はADL運動課題を選択して訓練する。トレッドミル歩行訓練により、心肺フィットネス、運動技能が向上する。慢性期患者のADLはリハビリテーション治療により改善することが明らかとなってきた。在宅生活で機能低下があること、入院時の機能的状態が最重度でないこと、機能低下発生後1年以内であること、などの条件で改善が顕著である。

千田富義：在宅脳卒中患者のリハビリ支援.

日本臨床内科医会誌：479、2007.

要 旨：徐々に生活機能の低下する在宅脳卒中患者には間欠的リハビリを含む廃用症候群モデルが用いられる。内容は機能維持リハビリと再入院リハビリからなる。機能維持リハビリは自主訓練プログラムの呈示、訓練状況のチェック、機能的状態の測定が中心となり、再入院リハビリは短期集中的な身体適性の向上を目指す。再入院リハビリの効果については議論があるが、最近有効性を指摘する論文が増えてきている。

千田富義：リハビリテーションで行う問診と診察. 千田富義、高見彰淑（編）：リハ実践テクニック 脳卒中.

メジカルビュー社、東京、2006；pp62－66.

要 旨：診断とは問診、診察、検査などによって得られた所見や情報に基づいて、病名を含めた疾病に関する種々のことに医学的結論を出すことである。障害に関する医学的結論は障害診断と呼ばれ、機能的状態についての医学的結論を生物学的側面、個人的側面、環境的側面から分析する。障害の医学的特徴を確定すると同時に、残存能力を重視してその特徴に言及することが障害診断の大きな特徴である。

千田富義：神経学的診察. 千田富義、高見彰淑（編）：リハ実践テクニック 脳卒中.

メジカルビュー社、東京、2006；pp66－95.

要 旨：リハビリテーション医療で行う神経学的診察は出現した運動行動の障害と関連づけて進められる。たとえば、意識障害の診察ではその結果生じる行動覚醒の障害、注意機能の低下を含めて分析する。運動麻痺については筋力低下と運動麻痺を区別し、病変確定と同時に運動障害の機序分析のために検査筋を選択する。

千田富義：整形外科的診察. 千田富義、高見彰淑（編）：リハ実践テクニック 脳卒中.

メジカルビュー社、東京、2006；pp104－110.

要 旨：脳卒中患者でしばしば見られる整形外科的疾患は肩関節亜脱臼、肩関節周囲炎などの肩関節痛、骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症などの腰痛、変形性膝関節症による膝痛などである。主としてそれぞれの診断法について触れた。

千田富義：リハビリテーション医療における在宅支援．千田富義、高見彰淑（編）：リハ実践テクニック 脳卒中．

メジカルビュー社、東京、2006；pp310－327．

要 旨：脳卒中患者の在宅支援は廃用症候群モデルで進められる。医療サービスと介護サービスが密接に連携して行われる。医療サービスとしては外来リハビリと入院リハビリがある。外来リハビリでは自宅での自主的訓練を支援することが重要で、1日30分、週3回以上訓練した患者の方が効果が大きいことも明らかとなっている。入院リハビリは機能低下が明らかになってから比較的早い時期の実施が効果的である。また家屋評価と住宅改造も脳卒中患者の生活支援には重要であり、トイレ、風呂場、玄関などでの評価・改造がしばしば行われる。

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、遠藤一博：東北地区におけるスモン患者の検診（平成18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18年度総括・分担研究報告書、pp20－24、2007．

要 旨：平成18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81名（男性21名、女性60名）で、年齢は54歳～90歳の平均75.0歳であった。スモン患者で合併症を有する者は80名で、白内障、高血圧、脊椎・四肢関節疾患、胆・肝以外の消化器疾患、心疾患が目立った。43名（53.1%）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36名（男性6名、女性30名）で、多くは軽症認定であった。27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、デイケア、住宅改修などであった。

佐山一郎：脳卒中リハビリテーションでのチームアプローチ．千田富義、高見彰淑（編）、リハ実践テクニック 脳卒中．

メジカルビュー社、東京、2006； pp31－45．

要 旨：脳卒中リハビリテーションのチームアプローチの実際を、リハビリテーション過程、予後予測、専門職種の役割、実際の流れに項目を分け、図表を中心にして、出来る限り一目して理解可能な形に工夫し、解説した。

佐山一郎：臨床現場における教育の現状―リハビリテーションセンター．

総合リハ34:947－950、2006．

要 旨：臨床現場の一つとして当リハビリテーションセンターを紹介し、そのリハビリテーション医養成の教育の現状を紹介した。

佐山一郎、中澤 操、荒巻晋治、横山絵里子、下村辰雄、千田富義：回復期リハビリテーション病棟入院患者の合併症再転院例の検討．

Jpn J Rehabil Med 44:61、2007.

要 旨：【はじめに】過去5年間に経験した発症3ヶ月以内当科初回入院の脳卒中患者295例(男191/女104、平均年齢63歳)のうち、50歳以下の患者を対象に、そのリハビリテーションからみた対象特性を検討した。【結果】対象43例(15%)の内訳は、男37/女6、平均年齢41±9歳、脳梗塞13/脳出血23/SAH4/AVM3。AVMを除く異常血管からの出血は2例。特徴的な原因疾患としては脳血管解離が挙げられ(全5例、SAH1/脳梗塞4)、いずれも多発性病巣を認め、様々な障害を呈して機能回復や社会復帰上の問題となった。

【結論】回復期リハ適応となる50歳以下の脳卒中患者は、背景に重複する生活習慣因子を持つ群と血液異常や動脈瘤を含む血管異常・血管解離などを持つ群に区分される。特に後者は機能予後・社会復帰を考慮する上で、その特性を知ることが重要と考えられた。

石川博康、**下村辰雄**、神林 崇、清水徹男：Fluvoxamineの投与後アカシジアを呈し自殺企図に至った老年期うつ病の1症例。

精神医学 48；993－995、2006.

要 旨：Fluvoxamineの単独投与直後よりアカシジアを生じ、自殺企図を理由に入院に至った老年期うつ病の1症例を報告した。Fluvoxamineの副作用としてアカシジア、自殺企図を考慮し、投与初期だけでなく増量時にも慎重な経過観察が必要である。

石川博康、**下村辰雄**、清水徹男：常同行動と疼痛の強迫的な訴えにfluvoxamineが著効した前頭側頭型認知症の2症例。

精神神経学雑誌 108；1029－1035、2006.

要 旨：Fluvoxamineの投与で常同行動に加え疼痛の強迫的な訴えに顕著な改善がみられたFTDの2症例を報告した。fluvoxamineは前頭葉や前部帯状回のセロトニン神経系の機能改善によりFTDの行動障害に対し有効である。また、fluvoxamineが疼痛の強迫的な訴えに対し有効であった機序として、強迫症状の改善によって訴えの強迫性が軽減した機序や、FTDに伴う疼痛刺激への過剰反応を改善する機序、SSRIの鎮痛効果による機序が考えられた。FTD患者において強迫的な疼痛の訴えを伴う場合、SSRIがその症状を改善する可能性が示唆された。

下村辰雄：強迫的行動。高次脳機能障害その概念と画像診断、武田克彦、波多野和夫（編）。

中外医学社、2006；pp179－190.

要 旨：強迫的行動の概念とそれらを呈した症例の画像について言及した。精神医学的な「強迫」と神経学的な「強制」の境界領域に、神経心理学的にさまざまな強迫的行動が存在し、前頭側頭葉変性症でみられることが多い。これらに属する症候として、反響現象、強迫的音読、強迫的言語応答や模倣行動などを含めた環境依存症候群などがある。これらの行為・行動は比較的単純な刺激に対して単純な形式で反射的・強迫的に応答してしまう現象で、異常な行為・行動を抑制しようとする意図が認められたり、さらに、制止しがたい異常な行為・行動に対する困惑を示す症例もみられる。自我異和性や不合理性の自覚やその程度も症例によって多様であり、画一的に述べることはできない。

下村辰雄、進藤潤也：高次脳機能障害。リハ実践テクニック 脳卒中。千田富義、高見彰淑（編）。メジカルビュー社、東京、2006；pp264－278.

要 旨：高次脳機能障害とは、脳の病気や事故など何らかの損傷が原因で、言語、記憶、行為、視知

覚や注意などが障害された状態で、失語、失行、失認、半側無視、前頭葉症候群、記憶障害などがある。高次機能障害の個々の症状を正しく診察することで、脳における病変を推定したり、症状の重症度を判定したり、脳の全般的な障害（例えば認知症）から区別し、有効なリハビリテーションの工夫に役立てることができる。

中澤 操：新生児難聴、早期発見の方法、とくにプライマリ・ケア医の重要性について。

治療 88:1565－1570、2006。

要 旨：小児難聴を取り扱うのが耳鼻咽喉科である一方で、新生児聴覚スクリーニングの担当科が産科や小児科であることから、現場で生じている少なからぬ混乱に対し、適切な対処方法を詳説し啓発を図った。

中澤 操、千田富義：食べられなくなるときとは？

日本臨床内科医会誌 21:5、2006。

要 旨：一般医家向けに嚥下障害の考え方の骨子を、具体例を挙げて説明しつつ背景は単純でないことを解説した。

中澤 操：秋田県新生児聴覚検査事業6年間のまとめ。

厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業「新生児聴覚スクリーニングの効率的実施および早期支援とその評価に関する研究」平成18年度総括・分担研究報告書 主任研究者 三科潤：77－83、2007。

要 旨：平成13年11月から開始、継続中の上記事業について報告。検査状況、精密検査状況、聴力型別療育状況、非受検群からの聴覚障碍児発見状況（すなわち発見時期の遅れ）について解説。聴覚障碍を可及的早期に発見するためのひとつの手段として、新生児期のスクリーニングは今や必須の制度であること、加えて進行性難聴や後発難聴をも確実に早期発見していくためには、現行の乳幼児健診制度がもっと充実する必要があること、この2点が結論である。

横山絵里子、長田 乾：「側頭葉－revisited」側頭葉と言語。言語機能と脳画像解析。

Clinical Neuroscience 24:539－543、2006。

要 旨：1980年代から脳の循環代謝を反映する陽電子放射断層撮影法（PET）、SPECT、functional MRIや、脳の電氣的活動を反映する脳波、脳磁図などが導入され、脳の機能的画像解析は飛躍的に進歩した。これらの新しい手法を用いた脳画像解析について概説した。

横山絵里子：疾患の特徴とリハビリテーションでの注意点。千田富義、高見彰淑（編）：リハ実践テクニック 脳卒中。

メジカルビュー社、東京、2006；pp2－30。

要 旨：疾患の特徴とリハビリテーションでの注意点、各時期のリハビリテーション訓練についての実践的ガイドライン。

横山絵里子：リハビリテーションの実際。運動・動作障害②治療。千田富義、高見彰淑（編）：リハ実践テクニック 脳卒中。

メジカルビュー社、東京、2006；pp175－192.

要 旨：パーキンソン病、パーキンソン症候群、運動失調に対するリハビリテーション訓練の実際について概説した。

横山絵里子、千田富義、下村辰雄：SPECT 3D-SSP解析による着衣障害の検討。

臨床神経 46：982、2006.

要 旨：左大脳半球病変による着衣障害にかかわる病巣をSPECT 3D-SSP解析を用いて検討した。左大脳半球病変による着衣障害例では、更衣自立例と比較して右帯状回前部の脳血流が低下していた。左半球病変による着衣障害は失行、半側空間無視や動作保続などの多様な臨床像を呈し、着衣障害の改善には両側大脳半球がかかわる可能性があった。

横山絵里子、千田富義、下村辰雄：脳血管性痴呆の嚥下障害と栄養状態の検討。

リハ医学 43：S115、2006.

要 旨：脳血管性痴呆（VD）の嚥下障害や栄養状態についてAlzheimer病（AD）と比較検討を行なった。VDでは痴呆の重症度と嚥下障害、栄養状態の関連が示唆され、嚥下機能の評価と適切な食事設定が重要と考えられた。VDの嚥下障害では、嚥下造影でADと比較して咽頭期障害が多く、仮性球麻痺や球麻痺の影響が示唆された。ADでは先行期障害が多く、食物の認知障害や摂食意欲の異常などの影響が推察された。

横山絵里子、中野明子、大塚幸子、下村辰雄：Stereotactic extraction estimation（SEE）法を用いた左半側空間無視と局所脳血流の検討。

神経心理学 22：285、2006.

要 旨：脳血管障害において、BIT行動性無視検査日本版（BIT）で評価した左半側空間無視の重症度と局所脳血流との関連性を、stereotactic extraction estimation（SEE）法を用いた統計画像解析により検討した。右大脳半球の脳血管障害では、BITで評価した左半側空間無視の重症度は右上頭頂小葉、右楔前部や右上後頭回などの脳血流低下を反映する可能性が示唆された。

（2）精神科

丸山 史：「異常脳波」を精神療法に応用した境界性人格障害の治療。

臨床精神医学 35：443－447、2006.

要 旨：「異常脳波」を有した境界性人格障害の治療。生物学的側面を外在化させ、解決すべき問題点を明確にし、かつ共有しながら治療に取り組んだ症例の報告。

（3）機能訓練科

中野明子、大塚幸子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎：仮名の失読、漢字の失読失書および語健忘を呈した左髄膜腫摘出術後の一例。

臨床神経心理 17 : 7-12, 2006.

要 旨 : 左側脳室三角部腫瘍摘出術後、左後頭葉および頭頂葉の病変により、右半盲に加え仮名の失読、漢字の失読失書および語健忘を呈した24歳右利きの女性について報告した。仮名の音読では、なぞり読みが有効である、単語・文では逐字読みをするなど、純粹失読の特徴を認めた。漢字については健忘性の失読失書を認めた。また仮名单語・漢字単語の音読において音韻想起は不良だが、しばしば音訓や綴りに関する情報、意味情報が容易に想起されたことは興味深かった。以上の改善において、文章の書取・音読練習のほか、携帯メール、テレビのテロップ、漫画など日常の習慣・趣味の活用が有効であった。

大塚幸子、中野明子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎 : 純粹語啞に移行した1例.

臨床神経心理 17 : 43-50, 2006.

要 旨 : 左中心前回および角回・縁上回を含む頭頂葉領域の梗塞後、当初ゲルストマン症候群を伴う発話障害を呈し、その後ゲルストマン症候群は速やかに消失し純粹語啞に移行した症例を経験した。本症例の発話の特徴を構音・プロソディー面から分析した。その結果、初回評価では構音面はr、mの省略・歪みが多く、プロソディー面では「音節がバラバラに聞こえる」、「文節-文節間の休止」が目立った。入院2ヵ月後の評価では、構音の誤りはほぼ改善したがプロソディー面で“音の渡りの悪さ”が残った。残存したプロソディーの問題は構音のしにくさの代償により生じたと考えられた。

須藤恵理子、谷藤慶幸、千田富義 : 脳卒中患者における歩行率変動の分析.

秋田理学療法 14 : 17-20, 2006.

要 旨 : 歩行周期の変動が大きいと転倒する可能性が高いのではないかと考え、歩行率変動という指標を考案した。歩行率変動が歩行自立度を反映する指標として用いることができるかどうかを、脳卒中患者54名を対象に検討した。歩行率変動、自由歩行速度、体幹下肢運動年齢、改訂長谷川式簡易知能評価スケール、下肢Brunnstrom stageを測定し、病棟歩行の自立度との関係を分析した。その結果、体幹下肢運動年齢や歩行速度などの指標より歩行率変動の方が自立度の判別精度が高いことが分かった。歩行率変動は信頼性もあり、歩行自立度を判別する指標として有用な指標である。

須藤恵理子 : リハビリテーションの実際. 運動・動作障害②治療. 千田富義、高見彰淑 (編) : リハ実践テクニック 脳卒中.

メジカルビュー社、東京、2006 ; pp141-159.

要 旨 : 脳卒中後の運動・動作障害に対する理学療法治療を紹介した。項目はポジショニング、可動域維持・拡大、座位保持、起居移動である。

須藤恵理子 : 事例研究 事例1. 骨折と廃用症候群を合併したパーキンソン病患者が、リハビリテーションサービスによって機能回復して在宅生活に戻った事例. 福祉士養成講座編集委員会 (編) : 介護福祉士養成講座4 第5版、

中央法規出版、2007 ; pp250-256.

要 旨 : 骨折と廃用症候群を合併したパーキンソン病患者が、医療機関によるリハビリテーションサービスによって日常生活活動が向上し、見守りや軽介助が必要な状態で自宅に戻った。高齢障害者の場合、その機能を低下させることなく、在宅生活を継続することが重要となる。事例の住宅環境・通所サービス・病院での外来フォローについて分析し、機能維持のポイントについてまとめた。

V 参 考

1 院内委員会等設置状況

(◎は委員長)

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 病院改革推進監 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 病院改革推進監 医療部長 医療部次長 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 事務部長 病院改革推進監 リハ科長 神経・精神科長 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 機能訓練科技師 1 名 臨床検査科技師 1 名 給食科職員 1 名 医事班職 員 1 名	第1火
保険診療委員会	副所長 医療部長 ◎医療部次長 リハ科長 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 医事班職員 1 名	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	◎所長 医局 1 名 薬剤科・放射線科 1 名 臨床検査科 1 名 機能訓練科 1 名 看 護科 3 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 病院改革推進監 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 総務管理班職員 2 名 衛生管理者 2 名 分 会指名職員 1 名 産業医
事故防止委員会	◎所長 事務部長 病院改革推進監 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 総務 管理班長 医事班長
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 事務部長 病院改革推進監 医療部長 薬局長 総看護師長 学識経験者等 3 名
薬事委員会	◎副所長 医療部長 神経・精神科長 放射線科長 薬局長 医事班職員 1 名
栄養管理委員会	神経・精神科医師 ◎給食科長 事務部長 病院改革推進監 総看護師長 各看護師長 8 名 給食科 2 名
受託研究審査委員 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 薬局長 総看護師長 総務管理班長 医事班長 学識経験者 2 名
情報システム運営 委員会	◎副所長 医療部次長 リハ科長 神経・精神科長 放射線科長 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
病歴・帳票委員会		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 ◎給食科長 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 給食科職員1名 総務管理班1名 医事班職員1名
施設整備・医療機器選定委員会		◎所長 副所長 事務部長 病院改革推進監 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運営委員会		◎副所長 神経・精神科長 看護師2名 総務管理班長 医事班職員1名
認知症診療委員会		◎医療部次長 リハ科長 臨床検査科長 総看護師長 認知症病棟看護師長 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 事務部長 病院改革推進監 医療部長 医療部次長 総看護師長
	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1名 臨床検査科職員1名 総務管理班1名 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・精神科医師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
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2名 事務部長 リハ科長 放射線科長 薬局長 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 事務部長 病院改革推進監 医療部長 医療部次長 総看護師長 副総看護師長
運営懇談会		県民代表3名以内 県医師会長が推薦する者5名以内 県歯科医師会長が推薦する者1名 県薬剤師会長が推薦する者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
防火管理委員会 (防災対策委員会)		◎所長 副所長 事務部長 病院改革推進監 医療部長 医療部次長 神経・精神科長 放射線科長 薬局長 総看護師長 看護師長1名 総務管理班長 医事班長 機能訓練科職員1名 給食科職員1名 社会復帰科職員1名 総務管理班職員1名
診療情報提供委員会		◎所長 副所長 事務部長 病院改革推進監 医療部長 医療部次長 リハ科長 放射線科長 薬局長 総看護師長
教育・研修委員会		事務部長 病院改革推進監 ◎医療部次長 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

委員会名	委 員 構 成
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
行動制限最小化委員会	◎副所長 医療部次長 神経・精神科長 総看護師長 副総看護師長 精神・認知症病棟看護師長 社会復帰科職員 1 名
医療観察法施行体制運営委員会	◎副所長 神経・精神科長 副総看護師長 機能訓練科職員 2 名 看護師 2 名 医事班職員 1 名 社会復帰科職員 1 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・心理判定員	毎週木
精神科定例会	神経精神科医師全員	毎週火
精神科入院カンファレンス	神経精神科医師全員・精神保健福祉士	毎週水
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
師長会議	総看護師長・看護師長	第 1 ・ 4 月
主査会議	総看護師長・副総看護師長・主査	月 1 回
主任会議	総看護師長・副総看護師長・主任	月 1 回
リハ病棟・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
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18年度視察状況

年月日	来庁者 氏名・名称	人数	視 察 目 的
18. 4. 19	情緒障害児短期治療施設ことりさわ学園	2	見学
18. 5. 9	能代市立能代第二中学校2年	33	「職業相談メニュー」の施設見学（引率2、フレッシュワークAKITA2含む）
18. 5. 18	御野場病院	4	看護研修及び施設見学
18. 5. 24	北秋田市立鷹巣中学校2年	44	「職業相談メニュー」の施設見学（引率2、フレッシュワークAKITA2含む）
18. 5. 25	秋田市立城南中学校2年	5	職場見学・体験
18. 6. 27	秋田県立角館南高校1年	34	「職業相談メニュー」の施設見学（引率2、フレッシュワークAKITA2含む）
18. 7. 28	自治労秋田県本部	15	施設見学
18. 9. 7	秋田市寺内小地区民生児童委員協議会	15	施設見学
18. 9. 14	秋田県健康福祉部医務薬事課	6	病院視察研修（看護管理者マネジメント研修のカリキュラム）
18. 9. 20	秋田県立湯沢北高校1年	44	「職業相談メニュー」の施設見学（引率2、フレッシュワークAKITA2含む）
18. 9. 26	中国上海市養老院	2	施設見学
18. 11. 8	秋田県立花輪高校1年	34	「職業相談メニュー」の施設見学（引率2、フレッシュワークAKITA2含む）
18. 11. 9	秋田市立城東中学校1年	4	職場体験学習
18. 11. 10	横手市大森民生児童委員協議会	22	施設見学
18. 11. 16	男鹿市老人クラブ連合会	60	施設見学
18. 11. 20	由利本荘市立由利中学校2年	23	「しごと探検プログラム」の施設見学（引率1、フレッシュワークAKITA2含む）
18. 11. 29	秋田市港北民生児童委員協議会	17	施設見学
19. 2. 22	秋田しらかみ看護学院2年生	44	精神看護学習
19. 2. 22	羽後町立羽後病院	2	研修視察
19. 3. 7	衛生看護学院3年課程2年生	46	施設見学及び看護科の業務概要等
計		456	

3 職 員 名 簿 【平成19年3月31日現在】

所 長	(医 師)	千田 富義	主 任	(作業療法士)	高橋 敏弘
副所長	(")	飯島 壽佐美	"	(理学療法士)	須藤 恵理子
			"	(作業療法士)	川野辺 穰
	事 務 部		"	(心理判定員)	佐藤 健太
事務部長	(事)	鈴木 毅	技 師	(理学療法士)	堀川 学
病院改革推進監	(")	三ヶ田 良三	"	(")	五十嵐 優子
			"	(")	松嶋 明子
	総務管理班		"	(作業療法士)	加藤 淳一
主幹(兼)班長	(事)	高橋 均	"	(")	加納 いずみ
主 幹	(")	伊藤 正好	"	(")	進藤 潤也
副主幹	(")	齊藤 正平	"	(心理判定員)	柏谷 美紀
主 査	(")	高橋 辰弘	"	(作業療法士)	佐藤 洋子
"	(")	田口 一郎	"	(理学療法士)	真坂 祐子
主 任	(")	高橋 麻衣子	"	(作業療法士)	今野 梓
"	(")	鈴木 静香	"	(理学療法士)	武田 超
主 事		佐藤 豊	"	(")	古山 るり子
"		大友 直毅	"	(")	杉本 由里子
技能主任		深浦 春夫	"	(作業療法士)	小野 かおり
			"	(")	今井 龍
	医 事 班		"	(")	吉田 悟己
主幹(兼)班長	(事)	照井 久一郎	"	(")	佐藤 康洋
主 査	(")	鈴木 弘哉	"	(理学療法士)	岩澤 里美
主 事		佐々木 一貴	"	(")	谷藤 慶幸
"		栗田 哲則	"	(")	高橋 真利子
技 師	(精神保健福祉士)	戸堀 由貴子	"	(心理判定員)	森川 真理子
"	(")	佐藤 篤	"	(言語聴覚士)	大塚 幸子
			"	(作業療法士)	石塚 元子
	医 療 部			放射線科	
部 長	(医 師)	佐山 一郎		(医 師)	高橋 栄治
次 長	(")	小畑 信彦	科 長	(放射線技師)	羽上 栄一
			主任専門員	(")	佐々木 和仁
	リハビリテーション科		技 師	(")	佐藤 亜結子
科 長	(医 師)	下村 辰雄	"	(")	小野 円
医 師		荒巻 晋治	"	(")	佐藤 理絵
			"		
	神経・精神科			薬 剤 科	
科 長	(医 師)	室岡 守		(薬剤師)	中道 博之
医 師		野澤 宏二	薬局長	(")	佐々木 広
"		丸山 史	主任専門員	(")	柳谷 由己
"		西 裕	主 任	(")	一ノ関 潤子
"		菅原 結花	技 師		
	機能訓練科			臨床検査科	
科 長	(医 師)	中澤 操	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

	看 護 科		主 任	(看護師)	山手 昭彦
総看護師長	(看護師)	佐々木 典子	〃	(〃)	高橋 理美子
副総看護師長	(〃)	福岡 幸記	〃	(〃)	渡部 香織
副総看護師長	(〃)	高橋 洋子	〃	(〃)	高橋 喜和子
(兼)看護師長	(〃)		〃	(〃)	佐々木 延介
看護師長	(〃)	吹谷 世津子	〃	(〃)	後藤 公明
〃	(〃)	佐藤 明巳	〃	(〃)	鈴木 清子
〃	(〃)	渡部 正子	〃	(〃)	三浦 恵美子
〃	(〃)	安田 茂子	〃	(〃)	佐々木 まゆみ
〃	(〃)	佐々木 純子	〃	(〃)	佐藤 葉子
〃	(〃)	鈴木 文子	〃	(〃)	加藤 彰子
〃	(〃)	工藤 順子	〃	(〃)	竹園 輝秀
主 査	(〃)	渡辺 とし子	技 師	(〃)	秋山 健
〃	(〃)	東海林 真理子	〃	(〃)	畠山 尚子
〃	(〃)	伊藤 英美	〃	(〃)	鈴木 陽子
〃	(〃)	平沢 昭子	〃	(〃)	佐々木 里美
〃	(〃)	澤田 朱美	〃	(〃)	栗津 真子
〃	(〃)	照井 和子	〃	(〃)	伏見 澄佳
〃	(〃)	日沼 純子	〃	(〃)	永瀬 文香
〃	(〃)	戸嶋 弘子	〃	(〃)	山本 光美
〃	(〃)	佐藤 栄津子	〃	(〃)	金 裕美
〃	(〃)	豊嶋 真里子	〃	(〃)	高橋 友紀
〃	(〃)	成田 剛	〃	(〃)	佐藤 奈津美
〃	(〃)	佐藤 康孝	〃	(〃)	鈴木 敏和
〃	(〃)	藤原 真人	〃	(〃)	鈴木 智美
〃	(〃)	池田 由美子	〃	(〃)	高橋 尚子
主 任	(〃)	太田 富子	〃	(〃)	鈴木 美穂子
〃	(〃)	佐々木 享	〃	(〃)	加藤 和子
〃	(〃)	高橋 聡子	〃	(〃)	中谷 弓子
〃	(〃)	熊谷 浩子	〃	(〃)	伊勢谷 和美
〃	(〃)	菅原 若葉	〃	(〃)	吉田 明子
〃	(〃)	高倉 普美子	〃	(〃)	宮川 優加子
〃	(〃)	石塚 良子	〃	(〃)	高橋 真美子
〃	(〃)	小松 純子	〃	(〃)	鈴木 貴代子
〃	(〃)	伊勢 由紀子	〃	(〃)	加藤 和美
〃	(〃)	谷内 陽子	〃	(〃)	松渕 尚子
〃	(〃)	伊藤 美佐子	〃	(〃)	高橋 めぐみ
〃	(〃)	浅野 弥	〃	(〃)	上田 繭子
〃	(〃)	高橋 洋子	〃	(〃)	堀江 昭子
〃	(〃)	一ノ関 猛	〃	(〃)	北埜 さつき
〃	(〃)	堀江 美智子	〃	(〃)	平場 美紀子
〃	(〃)	木島 貴子	〃	(〃)	橋本 浩子
〃	(〃)	松橋 京子	〃	(〃)	高橋 絵里
〃	(〃)	後藤 るり子	〃	(〃)	佐藤 睦子
〃	(〃)	佐藤 智子	〃	(〃)	鈴木 馨
〃	(〃)	安藤 晋	〃	(〃)	菊地 美保子
〃	(〃)	藤田 繁美	〃	(〃)	加藤 智美
〃	(〃)	越川 美紀	〃	(〃)	鈴木 志保
〃	(〃)	大山 由香	〃	(〃)	吉田 美穂

技 師	(看護師)	加藤 真弓	技 師	(看護師)	桜田 郁子
〃	(〃)	堀川 喜史	〃	(〃)	熊谷 佳富
〃	(〃)	藤井 富士子	〃	(〃)	進藤 美保
〃	(〃)	土橋 美花子	〃	(〃)	豊島 甲史郎
〃	(〃)	真光 幸子	〃	(〃)	佐々木 寛之
〃	(〃)	茂木 律子	〃	(〃)	佐藤 朋美
〃	(〃)	保坂 かおり	〃	(〃)	牧野 みゆき
〃	(〃)	三浦 智陽	〃	(〃)	古屋 淳
〃	(〃)	丸井 さおり	〃	(〃)	三井所 司
〃	(〃)	堀川 美貴子	〃	(〃)	平塚 美穂
〃	(〃)	大友 智美	〃	(〃)	大柄 さやか
〃	(〃)	傳農 直子	〃	(〃)	半田 広和
〃	(〃)	鈴木 裕美子	〃	(〃)	藤岡 教子
〃	(〃)	佐藤 泰豪	〃	(〃)	齊藤 郁恵
〃	(〃)	橋本 明子	〃	(〃)	佐藤 広和
〃	(〃)	高橋 ゆき	〃	(〃)	照井 久美子
〃	(〃)	阿部 琢也	〃	(〃)	小原 育子
〃	(〃)	武藤 博幸	〃	(〃)	内山 英里子
〃	(〃)	千葉 由紀子	〃	(〃)	田口 昌
〃	(〃)	田口 康弘	〃	(〃)	藤田 典子
〃	(〃)	藤井 義人	〃	(〃)	猿田 麻貴
〃	(〃)	伊藤 智幸	〃	(〃)	近藤 香織
〃	(〃)	山中 一紀	〃	(〃)	笹村 郁美
〃	(〃)	高橋 照美	〃	(〃)	高橋 和美
〃	(〃)	鈴木 寛美			
〃	(〃)	沢田 雅則			
〃	(〃)	澤田 淳			
〃	(〃)	小笠原 昭子	科 長	給 食 科	
〃	(〃)	佐藤 千春	主 査	(医 師)	横山 絵里子
〃	(〃)	佐々木 千春	主 任	(栄養士)	佐藤 直美
〃	(〃)	秋林 直美		(〃)	加賀谷 淑子
〃	(〃)	倉 直子			
〃	(〃)	星宮 恵子	科 長	社会復帰科	
〃	(〃)	三浦 和枝	主 幹	(医 師)	高橋 祐二
〃	(〃)	安田 恵	科長補佐	(事)	木村 公英
〃	(〃)	金澤 明子	主 査	(保健師)	伊藤 郁子
〃	(〃)	佐藤 友美	主 任	(看護師)	佐藤 己喜子
			技 師	(事)	小山 達也
				(精神保健福祉士)	船木 聡

平成18年度職員の異動

【退職】

H19.3.31 副所長(医師) 飯島 壽佐美

総務管理班

H19.3.31 技能主任 深浦 春夫

看護科

H18.6.30 技師(看護師) 大塚 美和子
 H18.8.31 技師(看護師) 小林 美和
 H18.10.14 主任(看護師) 阿部 宣子
 H18.11.30 主任(看護師) 佐々木 田鶴子
 H18.12.31 技師(看護師) 本多 陽子
 H19.3.10 技師(看護師) 千葉 かな子
 H19.3.31 主査(看護師) 渡辺 とし子
 H19.3.31 主任(看護師) 渡部 香織
 H19.3.31 技師(看護師) 佐藤 朋美

社会復帰科

H19.3.31 科長補佐(保健師) 伊藤 郁子

【転出】

事務部

H19.4.1 事務部長(事) 鈴木 毅
 学術国際部へ

H19.4.1 病院改革推進監(事) 三ヶ田 良三
 試験研究推進課へ

総務管理班

H19.4.1 主幹(事) 伊藤 正好
 平鹿地域振興局総務企画部へ

H19.4.1 副主幹(事) 齊藤 正平
 脳血管研究センターへ

H19.4.1 主事 佐藤 豊
 森林技術センターへ

H19.4.1 主事 大友 直毅
 由利地域振興局建設部へ

医事班

H19.4.1 主幹(兼)班長(事) 照井 久一郎
 南児童相談所へ

H19.4.1 主事 栗田 哲則
 平鹿地域振興局総務企画部へ

機能訓練科

H19.4.1 主任(心理判定員) 佐藤 健太
 南児童相談所へ

H19.4.1 技師(理学療法士) 松嶋 明子
 太平療育園へ

臨床検査科

H19.4.1 技師(検査技師) 中村 淳子
 秋田地域振興局福祉環境部へ

看護科

H19.4.1 主査(看護師) 戸嶋 弘子
 脳血管研究センターへ

H19.4.1 主任(看護師) 佐藤 葉子
 脳血管研究センターへ

H19.4.1 主任(看護師) 加藤 彰子
 太平療育園へ

H19.4.1 技師(看護師) 土橋 美花子
 太平療育園へ

給食科

H19.4.1 主査(栄養士) 佐藤 直美
 秋田地域振興局福祉環境部へ

平成18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19年12月

発行 秋田県立リハビリテーション・
精神医療センター

〒019-2413

秋田県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.lg.jp