

出國報告（出國類別：進修）

神經科與高齡照護之日本見學

服務機關：國立成功大學醫學院附設醫院

姓名職稱：張慧文 護理師

派赴國家：日本

出國期間：2017年12月28日至2018年02月23日

報告日期：2018年03月31日高齡照護系列座談會

摘要

隨著國內邁入高齡化社會門檻，中風與高齡照護問題儼然已成醫療問題之一大重點。高齡者發生中風多伴隨程度不一的後遺症，過程中需提供具專科性、整合性、連續性的治療與照護，故至日本腦神經科專科醫院-大田腦神經紀念醫院及相關機構參訪，學習日本神經科專科照護及後續長期照護資源連結。透過實地參與各部門運作，可見照護重心即為中風與高齡，各專業能力的發揮凸顯其重要性，跨團隊間運作緊密結合，透過區域性協調部門聯繫協調，縝密連結急性期、恢復期至生活期的照護計畫。此次參訪打破過去根固的照護思考模式與眼界，提供思考如何調整目前臨床照護模式，並期許能分享所見所得，影響相同領域醫護人員，為高齡中風者提供更專精且連續的照護。

目次

摘要.....	1
目次.....	2
附錄.....	2
本文.....	1
壹 目的.....	1
貳 過程.....	3
參 心得.....	157
肆 建議事項.....	159
附錄.....	162
附錄	
附錄 一 參考文獻.....	162
附錄 二 訪問看護運作架構.....	164
附錄 三 看護必要度.....	166

本文

壹 目的

根據行政院主計處統計2018年1月底65歲以上老人人口達13.93%，正式邁入高齡社會，顯見高齡問題將是國內為未來須重視的議題(內政部戶政司統計處，2018年；林等，2015)。腦血管疾病(中風)近年皆為國內第三大死因，每年約有一萬七千人因此而導致失能，相關的直接和間接醫療成本約四百億。依據臺灣中風登錄系統，發現第一次中風男性患者平均年齡為64.5歲、女性患者則為68.5歲，代表國內大多發生中風族群為高齡者(葉，2017)，顯示中風與高齡照護問題顯然已成國內醫療問題之一大重點。當高齡者發生中風多伴隨程度不一的後遺症，過程中需提供具專科性、整合性、連續性的治療與照護。

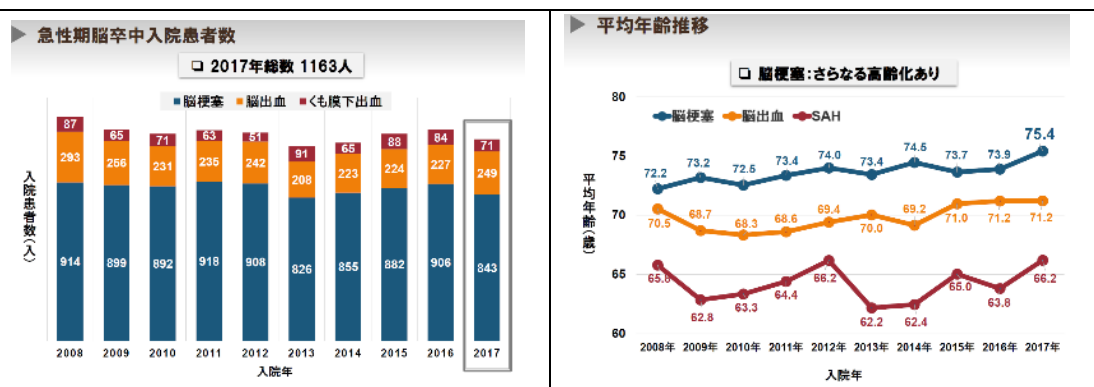
福山市 (Fukuyama) 是位於廣島縣 (Hiroshima prefecture) 的一個中型都市。Nōshinkei Center Ōta Memorial Hospital (腦神經センター大田記念病院) 則是臺灣少有的腦神經科專科醫院，醫院內有 5 臺 MRI，腦中風病人幾乎可立即完成MRI檢查，此院也是日本少數經認證可以訓練 endovascular therapy interventionist 的機構，該院2017年入院病人總數為1163人，梗塞型腦中風佔843人，梗塞型、出血型及SAH中風平均年齡皆在65歲以上，其中梗塞型腦中風病人平均年齡有逐年上升趨勢，2017年其平均年齡為75.4歲，而入院梗塞型腦中風病人約6%接受t-PA治療(49例)、59位接受腦血管支架-取栓術 (Neurovascular Stent Retrievers)，出血型及SAH中風病人亦有相當程度接受腦部或血管手術，顯示大田記念病院(以下簡稱大田醫院)是一個極度成熟的神經專科醫院，且醫療照護亦建置在高齡照護的基礎上。

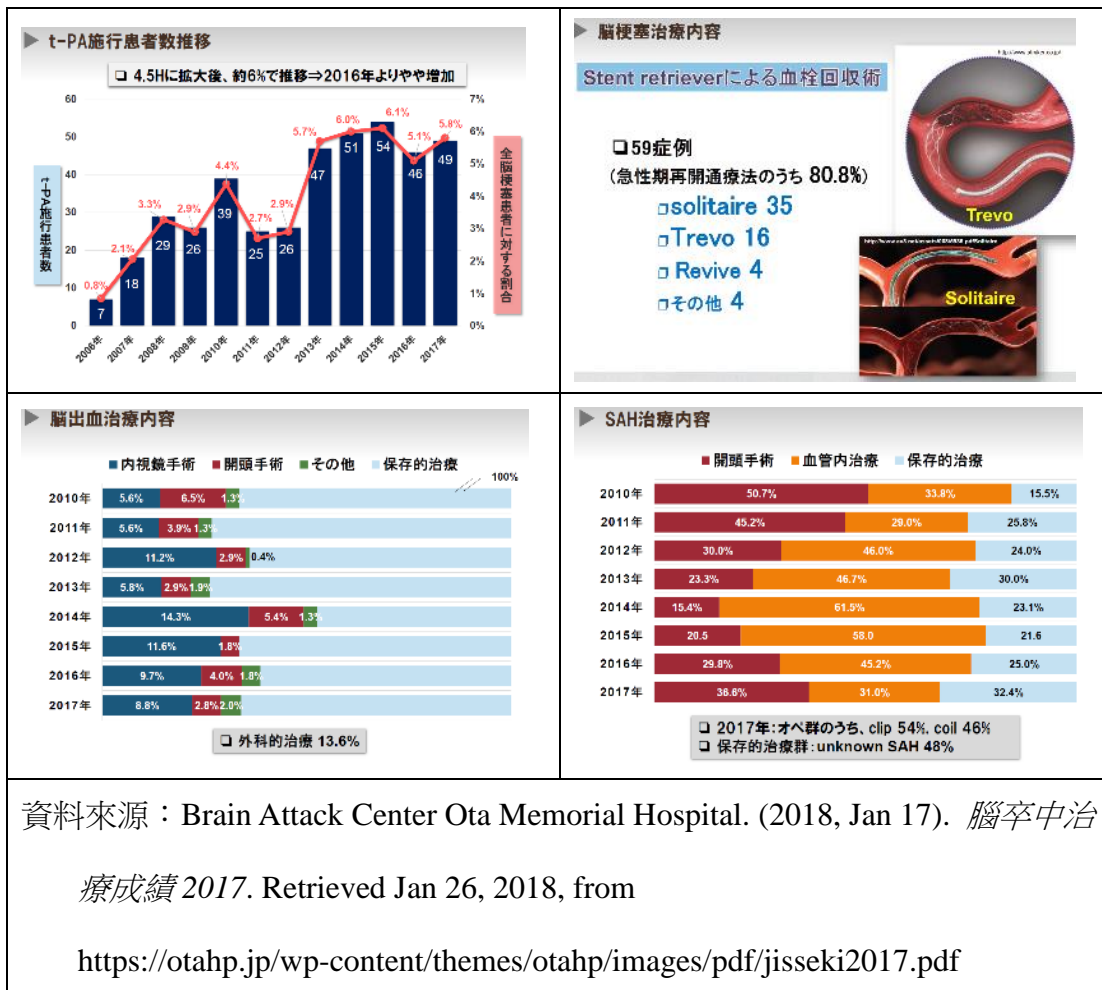
比較本院(成大醫院)去年腦中風治療成績，2017年急診到院梗塞型腦中風病人為 833、出血型腦中風病人為 137，接受腦血管治療(Endovascular Treatment, EVT)案例為 26 例、接受 IV-tPA 治療者為 35 例，本院相關腦血管治療為 IV-tPA

後做 EVT 或單純做 EVT，病人到急診先做電腦斷層，之後排檢 MRI、CTA、CTP，健保給付於 EVT 主要針對是前循環 8 小時、後循環 24 小時、影像為大血管、NIHSS:8-30 族群。臺灣及歐美國家主要是用 CT angiography / CT perfusion scan 來篩選適合 endovascular therapy 的腦中風病人。而日本偏好 MRI-based case selection，例如：diffusion-FLAIR mismatch，non-contrast MRA 看有無大血管阻塞可以做 endovascular therapy。Non-contrast MRA 的好處是不必打 contrast，不必等待腎功能檢驗報告，由此可見臺灣與日本間的差異之處，當然這也與保險制度有相關性。

此次日本腦神經科專科醫院-福山大田醫院及相關機構參訪，包含日間照護、短期照護、長期照護及居家訪視，學習日本神經科專科照護及後續長期照護資源連結，透過實地參與各部門運作，可見其照護重心即為中風與高齡，而各專業能力的發揮凸顯各自的重要性，且跨團隊間緊密的結合，並透過區域性協調部門聯繫協調，縝密連結急性期、恢復期至生活期的照護計畫。此次參訪歷程將打破過去根固的照護思考模式與眼界，提供思考如何逐漸調整目前臨床照護模式，並期許能分享所見所得，影響相同領域醫護人員，為高齡中風患者提供更專精且連續的照護。

Nō shinkei Center Ōta Memorial Hospital (脳神経センター大田記念病院) 2017 年治療成績



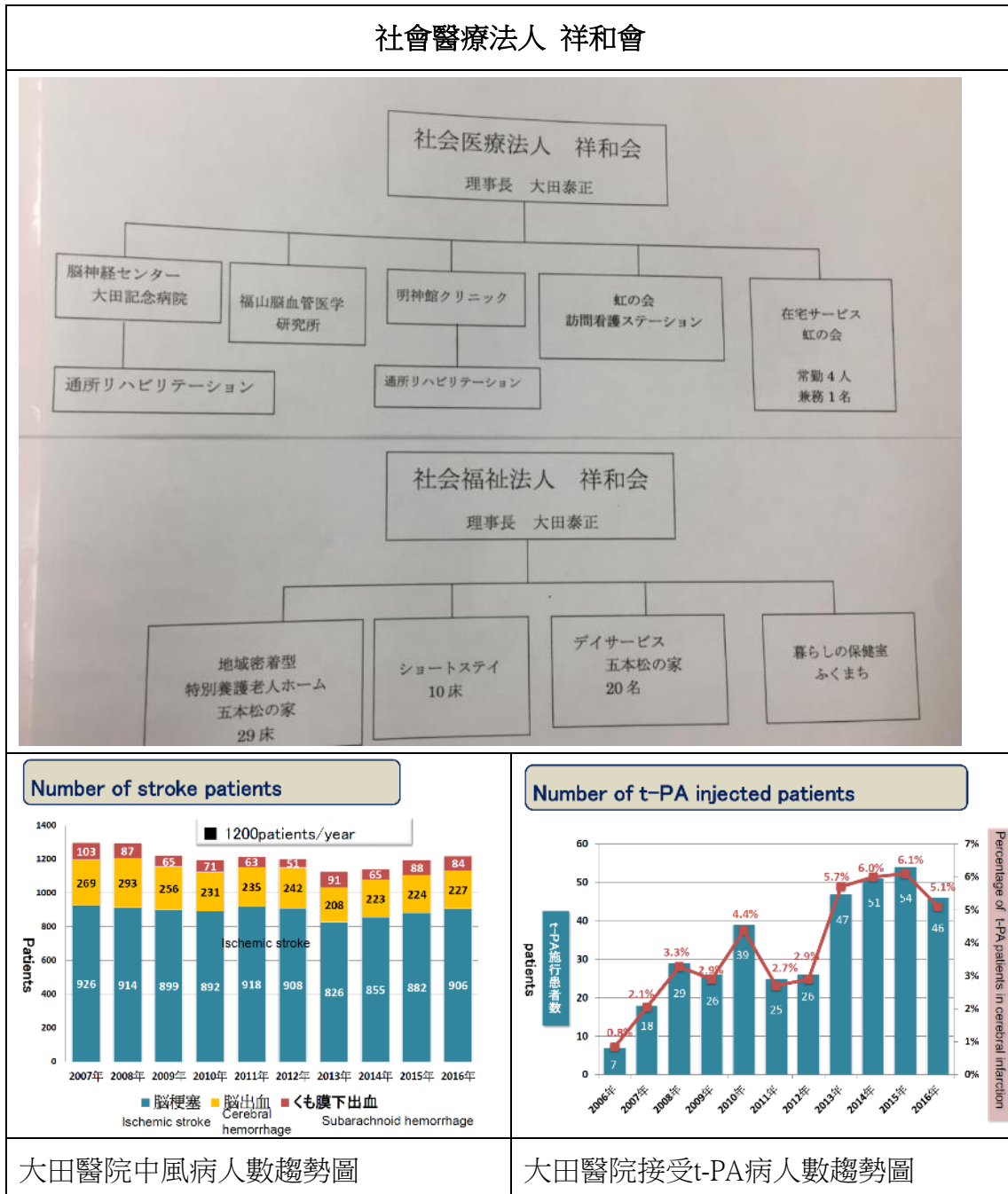


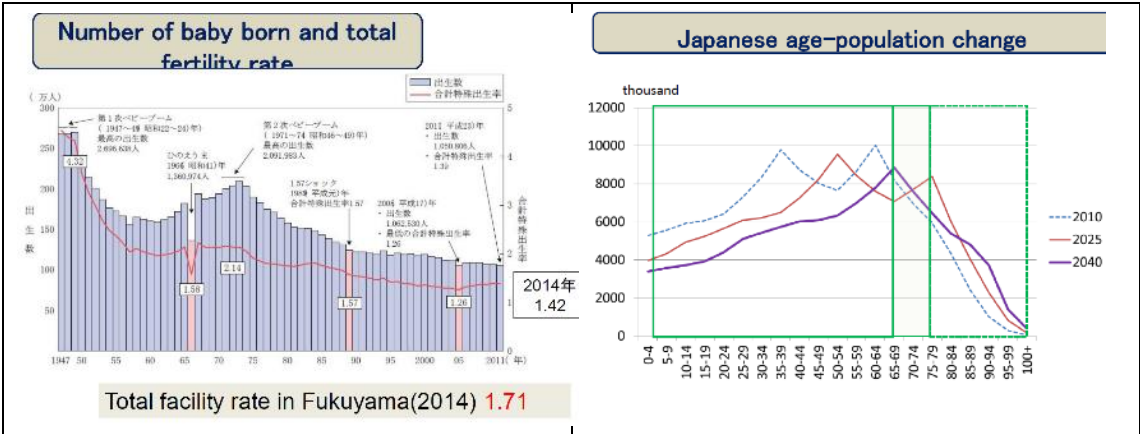
貳 過程

一、福山市與大田醫院簡介

此次參訪日本福山市腦神經中心大田醫院，透過課程簡介了解福山市目前社會結構、人口變遷以及大田醫院目前的服務範圍。福山市隸屬於廣島縣，人口約47萬人，其中高齡人口約占25.2%，而大田醫院坐落於福山市，其隸屬於社會醫療法人 祥和會，服務範圍包含醫院醫療、居家訪視及照護計畫，著重於腦血管疾病治療、緊急救護及居家照護支持，大田醫院於1976年12月1日開院，目前共有178病床，包含三樓SCU(Stroke Care Unit)、四樓與五樓一般病房，以及六樓出院準備病房。疾病治療以腦血管診斷為大宗，每年約1200名腦血管疾病病人接受治療，其中腦血管梗塞性疾病佔極大部分，約每年800-900位病人接受治療，而

出血性疾病約佔200位以上，蜘蛛膜下出血病人約佔100位以下，院內執行t-PA及手術治療，近年t-PA治療比例約達5.1-6.1%。腦血管疾病病人於住院後3天內接受復健比例高達92.3%，遠高於日本國內平均54.9%，院內設置復健單位，配置2位復健醫師與50位以上的復健師，提供每日物理、職能與語言治療。

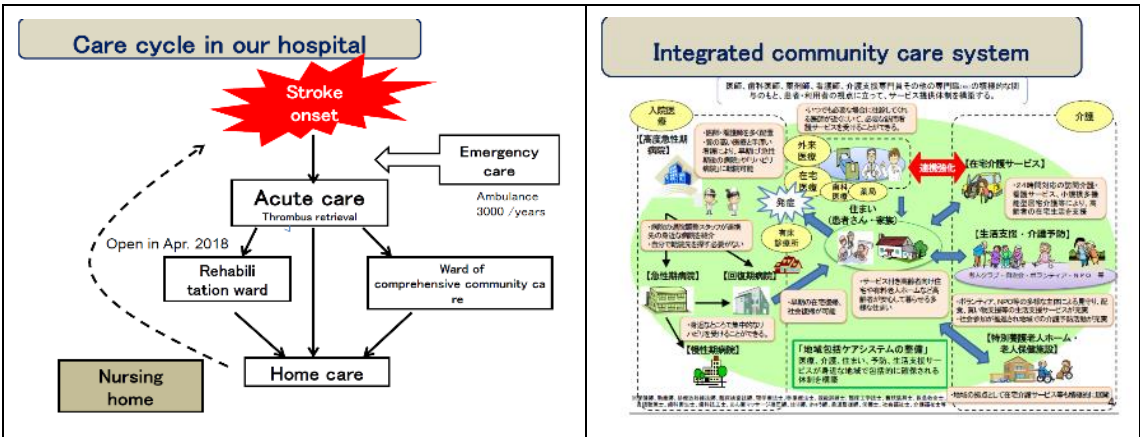




福山市出生率趨勢圖 日本年齡分布趨勢預測圖

資料來源：Ota, A. (2018, Jan 15). *Introduction Fukuyama City and Ota Hospital*.
Fukuyama City: Ota Hospital.

透過腦血管疾病社區臨床路徑及區域醫療協調辦公室規劃病人出院計畫，病人住院天數由2010年的17.88天降至2017年的8.71天。分析福山市人口組成變化，包含出生率下降、人口外移、老化社會等問題，疾病已非單純的治療，而是包含治療與照護，故大田醫院建構並定位於整合社區照護系統，依據病人疾病變化，整合並提供跨專業照護服務，過程中提供分級醫療、居家照護、生活支援與照護以及不同層次的機構設施，由地域醫療聯繫室(社區支持支持部門，Community support department)提供照護計畫連結，醫院更設置以社區為基礎的高齡護理機構(五本松之家)，可收住29位高齡者直至死亡，機構坐落於市區，提供高齡者日常照護，並便於家屬探視，減輕家屬照護壓力。



大田醫院照護循環圖 整合社區照護系統

<p style="text-align: center;">Medical and care integration</p> <p>Medical and care services in the integrated community care system</p> <p style="text-align: center;">在宅 Home care</p> <p style="text-align: center;">祥和会グループで保有するサービス</p>	<p style="text-align: center;">祥和会グループの地域包括ケアシステム</p>
<p>整合社區照護系統</p>	<p>大田醫院整合社區照護系統機構</p>
<p>資料來源：Ota, A. (2018, Jan 15). <i>Introduction Fukuyama City and Ota Hospital</i>. Fukuyama City: Ota Hospital.</p>	

每日行程如下

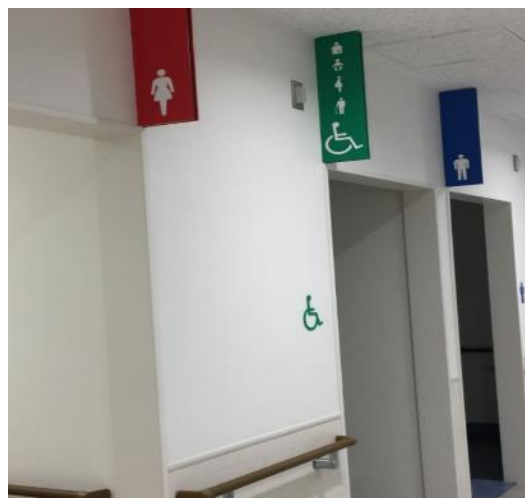
日期	行程內容
2017/12/28- 2018/01/14	因執行2017年見習計畫故先前往福山市，但配合日本新年人力配置，於2018年1月15日開始見習5周。
2018/1/15	環境介紹、聽取福山市醫療現況與大田醫院服務內容簡介
2018/1/16	大田醫院中風照護單位(Stroke Care Unit, SCU)
2018/1/17	大田醫院急診(Emergency department, ER)
2018/1/18	大田醫院入院案内
2018/1/19	大田醫院附設五本松之家care manager 討論會
2018/1/21	愛媛松山-個案管理師、日間照護、短期照護及長期照護機構
2018/1/22	愛媛松山-機構、急性醫院
2018/1/23	愛媛松山-保健所、機構、急性醫院
2018/1/24	愛媛松山-急性醫院、入出院難病病人討論會
2018/1/29	大田醫院復健部
2018/1/30	大田醫院復健部

2018/1/31	大田醫院門診復健部
2018/02/01-02	大田醫院地域醫療聯繫室
2018/02/05-07	祥和會 訪問看護-虹之會
2018/02/08	大田醫院4樓循環科病房
2018/02/09	大田醫院4E病房(Emergency ward)
2018/02/13	大田醫院手術室
2018/02/14	福山市醫療法人 辰川會 山陽醫院
2018/02/19	大田醫院門診
2018/02/20	祥和會 五本松之家
2018/02/21	大田醫院5樓神經脊髓科病房
2018/02/22	大田醫院6樓地域聯繫病房
2018/02/23	評值

二、大田醫院環境設計

透過環境介紹初步了解大田醫院整體結構與設備，重點包含病人分流、顏色區分、神經科疾病活動需求。病棟設計分為住院病人棟、非住院病人棟、復健棟與檢查棟，分流不同族群病人，環境設置運用明顯顏色區分相同屬性單位，利於認知障礙病人明顯辨識，公共廁所專門設置不同側偏癱病人的輔助廁所，利於不同側偏癱病人移位如廁，並且貼心的在員工餐廳設置辦公電腦，供用餐員工可以即時查閱病人資料及聯繫。

脳神経センター大田記念病院 フロアガイド



鮮明颜色区分厕所種類



同類型房間標示相同颜色-検査室

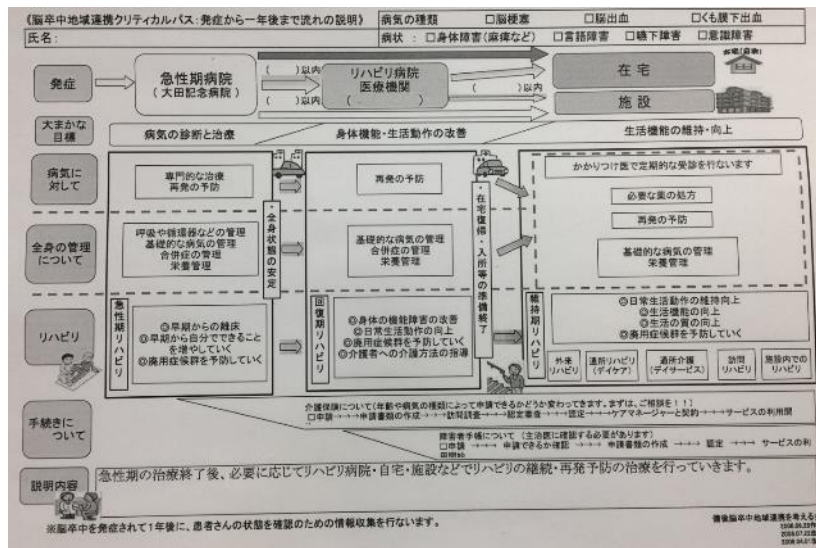


同類型房間標示相同顏色

	
<p>左側偏癱病人專用廁所</p>	<p>右側偏癱病人專用廁所</p>
	<p>提供神經科疾病活動需求的專用廁所，門上標示左側或右側偏癱廁所坐落的樓層</p>

三、中風患者相關單位運作與連結-由急性期至慢性期

醫院明確定位於急性期病院，著重疾病的早期診斷與治療，急性期後運用整合社區照護系統，以復健醫院為中繼點，目標讓病人順利返家或機構安置，因此醫院中各部門的運作及串聯極為重要，下述將由急性期至慢性期分析各單位之運作。

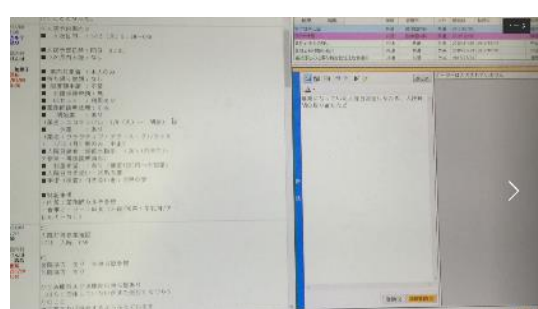
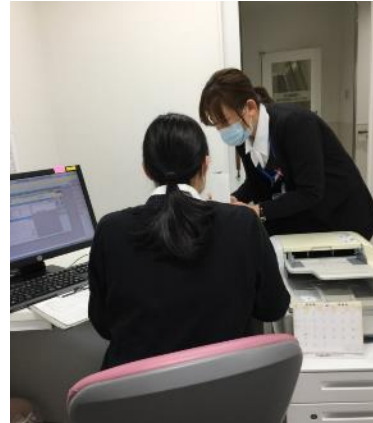


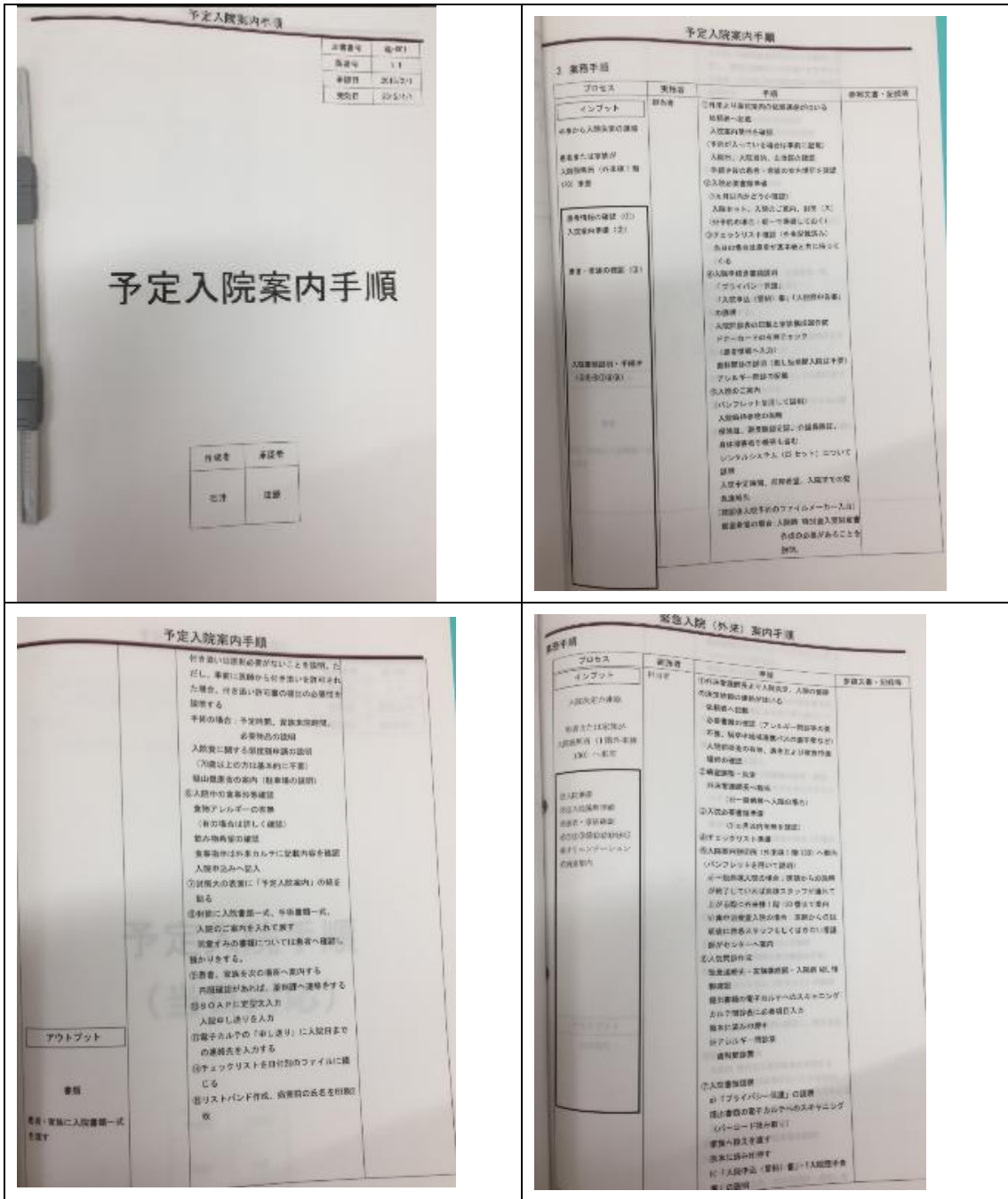
(一) 入院案内

醫院門診大樓有一個部門是針對住院病人提供服務，為「入院案内」，提供預訂住院病人前置預備及當天確認，以及提供緊急住院病人相關程序安排。單位有事務員及護理師，並制定相關流程標準，包含「預定入院案内手順」、「預定入院案内手順-當日對應」、「緊急入院案内手順」。當醫師開立預定住院，會讓病人到此單位，事務員提供資料，說明入院相關文件，確認病人家屬及保險資料，並詢問病人飲食及病室需求，並根據醫師開立的術前或檢查前清單，與病人逐一核對，確立病人了解術前或檢查前準備，若準備與藥物有關，會聯繫藥劑師前來說明，並說明醫院相關注意事項後，將所有資料封袋交予病人，最後事務員將所有過程紀錄於病人電子病歷上，形式為SOAP記錄方式。

預定入院病人住院當日仍須到「入院案内」報到，事務員及護理師會再次確認病人術前或檢查前準備是否完整，並再次確認所有同意書的填寫、飲食及病室需求，並完成病人身高體重測量，紀錄病人住院緊急聯絡人、家族圖譜、入院前ADL情形，立即列印住院手圈提供病人配戴，並記錄所有過程於電子病歷，再讓病人入住，而緊急入院病人流程幾乎於前述一致。反思這樣的流程或許增加某程度的人力需求，但卻能讓病人及家屬於住院前確實的準備，並讓病人入住前已完成基本的評估，讓護理師可以進一步的評估，而且跨專業的運作體現在藥師及事務員的分工上。

入院案内





(二) 急診(Emergency department, ER)

中風患者是醫院病人到急診的主要族群，急診是中風患者到來的第一站，因此急診有中風常見三種亞型的處置流程，包含腦梗塞(cerebral infarct)、腦出血(intracranial hemorrhage)及蜘蛛膜下腔出血(SAH)，而這與臺灣中風登錄系統資料有相近的分布比例，明確的處置流程提供醫護人員醫治且快速地提供處置。

環境設置以中風處置為重心，設置提供快速處置的設備及動線，設備包含齊

全的點滴加溫、冷藏，並有相當數量的生理監視器與輸液幫浦，讓病人可以得到最快的處置；動線上入院棟1樓的救急處置室讓救護人員將病人送入，先初步排除流感潛伏及進行初步處置，隨即轉送3樓救急診察室進行深入評估，護理師透過各項評估，包含日本意識評估(Japan Coma Scale, JCS)、Glasgow意識評估(Glasgow Coma Scale, GCS)及美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale, NIHSS)，聯繫醫師討論中風可能性並啟動後續緊急檢查，包含一連串的以電腦斷層排除是否有腦出血，再透過核磁共振確認血管狀態，且過程中快速完成相關準備，包含抽血檢驗、留置留置針、輸注點滴、確認生命徵象等，以及完成預備進行血栓溶解劑t-PA注射及取栓術，病人可在到院一小時內進入到導管室開始進行取栓，相關檢查室僅在3樓救急診察室旁邊，當病人於完成2樓完成取栓術即可入住3樓中風照護單位(Stroke Care Unit, SCU)，而3樓救急診察室與SCU之間通道設置血栓溶解劑t-PA注射箱，裡面配備過程中所需的所有單張、藥物及注射用品，讓醫護人員在啟動血栓溶解劑t-PA機制時，可以快速完成處置。醫院中單位間設置即時監視器，如3樓救急診察室設置即時動態監視器，確認1樓救急處置室狀態，以利3樓急診人員隨時準備及調整狀態。

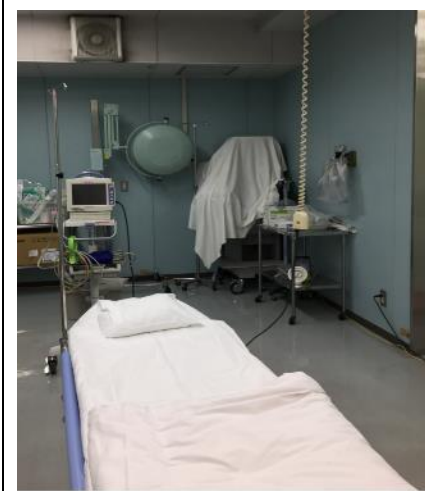
醫院為了能快速完成問診，更特地設置外國人專用的問診手冊，將完整入院流程問題依據各項語言分項整合，包含收付、登記、問診、診察、檢查，讓各種語言的人到院皆能接受快速完整的評估流程，讓人感受對其他國家住民接受治療的尊重。



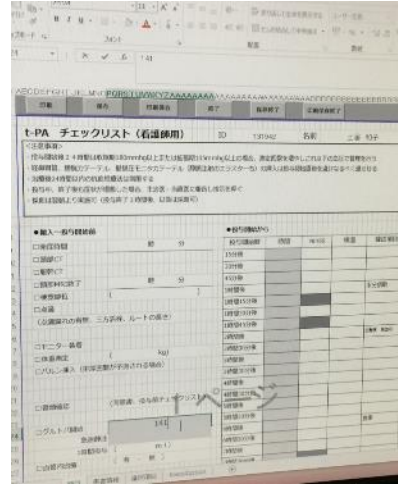
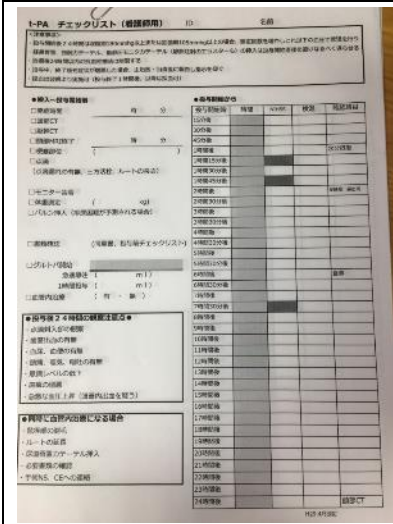
點滴加溫器



點滴冷藏



1樓救急處置室環境與設備



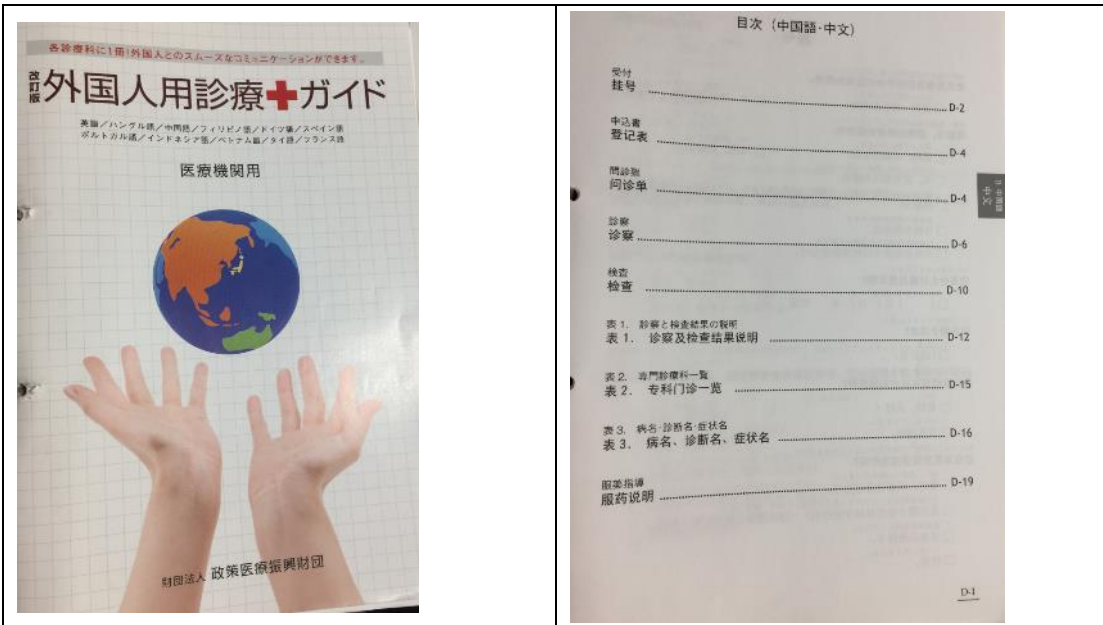
血栓溶解劑t-PA注射箱配備藥物、注射用品及單張，單張包含適應症與禁忌症清單、同意書、流程圖、時間管理表、查檢表等。



3樓救急診察室旁的X光、電腦斷層、核磁共振檢查室



3樓救急診察室設置即時動態監視器，確認1樓救急處置室狀態



目次 (中国語・中文)

受付 挂号	.....	D-2
申込書 登记表	.....	D-4
問診紙 问诊单	.....	D-4
診察 诊察	.....	D-6
検査 检查	.....	D-10
表 1. 診察と検査結果の取柄 表 1. 诊察及检查结果说明	.....	D-12
表 2. 専門診療科一覧 表 2. 专科门诊一览	.....	D-15
表 3. 病名・診断名・症状名 表 3. 病名、诊断名、症状名	.....	D-16
処方指導 服药说明	.....	D-19
		D-1

大田醫院輪班採兩班制，SCU 共設置 21 床，每班安排 8 位護理師，7 位護理師主責照護患者，護病比為 3 比 1，另有一位資深護理師擔任師長，職責包含行政、協調及緊急協助，單位設置白板標示工作分配，包含病人分配、公共事務、休息輪替順序、帶領護生，其中特別地是黃色名牌與黃色識別證掛繩代表該名人員年資小於 1 年，作為業務分配的考量。單位更設置復健步道提供病人安全下床復健，令人驚訝地是單位內設置 3 位語言治療師、6 位物理治療師、3 位職能治療師，神經內科副部長野村醫師自豪的表示單位患者一入院即可以進行復健，的確，放眼望去充斥著復健師陪著病人進行各項復健。臺灣腦中風治療指引也建議急性腦中風住院病人應在住院 24-48 小時接受完整復健治療評估，文獻也證實高復健治療量的缺血性腦中風病人死亡率較低，相對於低復健治療量病人，死亡風險比為 0.45(0.30-0.65)，而殘障危險率下降 43%，顯示復健治療量越大能降低中風後的殘障與死亡風險 (張、胡、姜、莊、郭，2014)。

醫院運用系統完整的電子病歷，包含醫囑開立、護理紀錄、執行歷程、生命徵象紀錄、輸出入量紀錄及各式評估表等，讓醫護人員可以詳細記錄，且醫囑開立後，可以自動列印出點滴貼紙，護理人員核對後即可貼上。護理師業務職責清楚陳列於每班工作流程，SCU 如同加護病房採全責照護，因此無家屬陪伴照護，護理師偕同護理助理員(Helper)提供患者護理評估、護理處置及生活照護，而生活照護包含全身各部位的清潔、餵食、更衣、更換姿勢，且照護中凸顯文化的是泡茶，護理師會定點沖泡日本茶，並依據中風患者易噎食的合併症添加食物增稠劑，讓病人可以維持居家喝茶習慣，且注意其進食安全。病人病室以圍簾隔開，床頭標示牌不僅有病人姓名、主責醫師及護理師，還標示病人核磁共振圖片、偏癱肢體、假牙或是否有聽力與視力問題，完全凸顯以中風病人本身為中心的特色。

照護過程評估為全方位評估，包含各系統評估，如身體活動、壓瘡危險度、跌倒危險度、神經學評估、營養評估、吞嚥評估等，單位主要運用腦中風量表 (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)進行神經評估，野村醫師認為護

理師可以透過 NIHSS 精確判斷病人變化並第一時間通知醫師，因此護理師被訓練可以快速運用評估表定時評估 NIHSS，而日本政府並發展看護必要度，規定每位病人入院時須依據所接受的處置、所需照護程度及特殊狀況被評估，以確定是否每位病人狀態及對應的護理人力，而非單純看人數比例，分數越高照護需求越高(詳見附錄三)，或許評估看護必要度需耗費護理師時間，但數據亦可以較客觀呈現護理人力與病人狀態及人數的比例。護理師在經過評估與照護後，運用電子病歷系統完成護理紀錄，護理紀錄以 SOAP 呈現。

在 SCU 除了早期復健的特色外，更可見重視口腔清潔、吞嚥與吸入性肺炎議題的重視，高齡者配戴活動假牙住院期間口腔清潔易被重視，牙科醫師在照會下可以每日前來協助進行更精細、完整的清潔，過程中運用多項清潔用品，包含口腔清拭布、海綿牙棒、牙科儀器，他們認為口腔清潔對於照護與吞嚥都有益處。在南臺灣某醫學中心研究發現，住院高齡者有嚴重缺牙問題，但未規律配戴假牙為住院高齡者主要口腔健康問題，營養不良者之口腔健康顯著較差，雖在調整各項相關變項後，發現口腔健康與營養狀態未達統計顯著相關，但營養不良顯著增加住院天數，仍建議加強住院高齡者口腔健康與營養狀態的評估，以提升照護品質 (葉、王、胡，2014)。

對於具吞嚥障礙的留置鼻胃管病人，更有牙科醫師運用內視鏡、調整病人姿勢及多項不同型態的食物，確認病人在不同姿勢下吞嚥不同型態食物的喉部狀態，牙科醫師表示在日本他們可以執行這項處置，但喉部吞嚥訓練仍要藉由語言治療師協助訓練。



SCU 設置即時動態監視器，確認 1 樓救急處置室、3 樓救急診察室及手術室狀態



白板標示工作分配



復健步道

電子病歷系統

護理流程與常規

1日の流れ (3階病棟 日勤)		
リーダー	実行担当者	備考
8:30	SCU全棟申し送り 設備整備	SCU全棟申し送り 設備整備
8:40	全棟リーダーより申し送り	変動より申し送り
9:00	病棟内業務調整と把握 転院患者の把握と調整	安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、点滴管理、状態に合わせたケア) シフト交代(夜) 夜勤退勤(夜)
9:00	チーム内の業務調整と把握	NHSS、重症記録、SOAP記入
10:00	緊急入院患者の把握と調整	臨時入院患者の把握と調整
10:30		転院患者の把握と調整、ベッドメイキング
11:30	チーム内の業務調整と把握	安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア)
12:00	休憩	食事準備 (給食・配膳)
12:30	休憩スタッフの業務調整	休憩(交替)
13:00	チーム内の業務調整と把握	安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア)
14:00		NHSS、重症記録、SOAP記入 清潔ケア (全身清拭、口腔ケア、洗髪など) 記録、看護必要入力
15:00	退院カンファレンス	毎週月・木曜日 (リハビリ、栄養士、MSWなど)
16:00	チーム内の業務調整と把握	安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア)
17:00	変動リーダーへの申し送り (必要時)	夜勤準備(整理と記録) 夜勤者へ申し送り
17:30	業務終了	夜勤退勤 内服確認 インスリン注射 業務終了

大田記念病院 看護部 平成27年3月改定

1日の流れ (3階病棟 夜勤)		
リーダー	実行担当者	備考
17:00	前日より申し送り	前日より申し送り
17:30	SCU全棟申し送り	SCU全棟申し送り
18:00	チーム内の業務調整と把握	安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア) 下職
19:00	院内夜勤業務全員のミーティング	業務調整 (NHSS、重症記録、SOAP)
19:15	交代で1名コップ休職指示	カルテ整理、翌日の配薬の確認、コップなどの消毒、物品補充、交替で休職1名コップ
20:00	チーム内の業務調整と把握	安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア)
21:00		NHSS、重症記録、SOAP 等記入 夜勤者の内服配薬・点滴管理
22:00		カルテ整理、看護計画見直し、コップなどの消毒、物品補充
0:00	全患者のカルテチェック	安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア)
0:30	1名コップ交代で休職指示	NHSS、重症記録、SOAP記入、点滴、注射薬の発行、点滴、注射のセットなど
1:00		翌日の業務、採血スピッツの作成
2:00	業務調整と把握	休職(交替)
3:00		安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア) NHSS、重症記録、SOAP記入
4:00		清潔 整理整頓 物品補充 吸引水交換 コップ収集
5:30	業務調整と把握	医師、採血、採尿、各ドレーン排液量チェック
6:00		安時患者ケア (リバイタル測定、点滴管理、点滴調整チェック、内服確認、体位交換、オムツ交換、状態に合わせたケア)
7:00	夜勤日誌記入	NHSS、重症記録、SOAP記入
8:00	退勤 食事準備	口腔ケア、食事準備 (セッティング)、直前直中チェック
8:30	退勤 退勤後の報告	夜勤退勤(インスリン注射) 内服確認 配膳 食事介助
9:00	業務終了 夜勤申し送り	下職、夜後の内服配薬、内服確認、日勤者へ申し送り

1日の流れ (scu師長 日勤)		
リーダー (日々)		
8:30	部署にて申し送り 伝達事項報告	部署状況、その他夜勤リーダーより申し送り
8:40	退院計画	ベッドコントロール表にて退院全体把握 本日の転院患者の決定 退院計画の指示受け、記録、受け持ち看護士に報告
9:00	夜勤患者の時間外業務の把握と調整	院長との話し合い (月 9:00~9:30) 病棟日誌確認
10:00	臨時緊急入院患者の把握とベッド調整	患者回診
10:30	患者ケア	タイムプロにて表申請確認
11:30	チーム内の業務調整と把握	ディンクル統計記載 インシデントチェック
12:00	休憩	各チームリーダーからの報告
12:30	休憩スタッフの業務調整	業務と面談
13:00	看護部での話し合い (月・木 13:00~14:00)	
14:00		師長会 (第1 第3次曜日 14:00~15:00)
15:00	担当カンファレンス (月・木 15:00~15:30)	チーム内の業務調整と把握 タイムプロ申請の確認と承認
16:00	転院患者業務調整、退院計画業務、退院準備計画、退院準備(入)の確認	患者回診 非常持ち出し用患者名簿確認 各チームリーダーからの報告
17:00	退院日誌記載 SCU内物品チェック	夜勤者への申し送り
17:30	業務終了	退院患者の把握 翌日の転院患者の候補決定

退院計画はすべて入院し、退院が困難な患者は、退院計画を中止し、再入院を促す。

手取別紙

退院計画は、退院を目的として作成される。退院が困難な患者は、退院計画を中止し、再入院を促す。

日班、夜班護理師與師長工作職責與流程

退院計畫流程

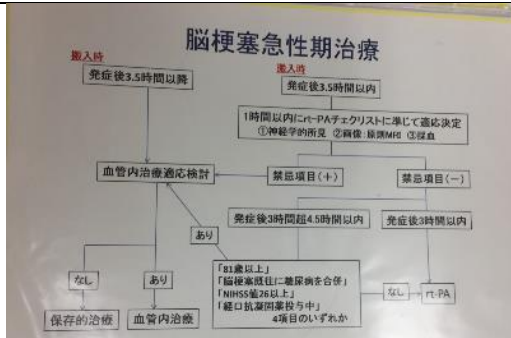


食物增稠劑



負責泡茶護理師進行泡茶與添加食

護理評估表單



脳梗塞處置流程

評価項目	評価内容	13時59分 II 12点 2018/1/29(土)
意識	意識あり	0
瞳孔	瞳孔等大、対光反射あり	0
運動	右側上肢・右側下肢・右側顔面(口角)に麻痺あり	2
感覚	右側顔面・右側上肢・右側下肢に麻痺あり	6
言語	言語障害あり(失語症)	3
歩行	歩行障害あり(歩行不能)	0
排泄	排尿・排便あり	3
その他	生命徴候安定	0

跌倒危険評估

項目	評価結果
基本的動作能力(イス上 座位姿勢の保持、降圧)	できる
病的特異点	なし
関節拘縮	なし
栄養状態低下	なし
皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし
ずれ	なし
体圧	なし
浮腫	なし
手帳子定またはベッド上の安静	なし
備考	

項目	NIHSS	検査名	評価項目	評価値
意識水準	1	意識水準	1	1
意識水準	2	意識水準	2	2
意識水準	3	意識水準	3	3
意識水準	4	意識水準	4	4
意識水準	5	意識水準	5	5
意識水準	6	意識水準	6	6
意識水準	7	意識水準	7	7
意識水準	8	意識水準	8	8
意識水準	9	意識水準	9	9
意識水準	10	意識水準	10	10
意識水準	11	意識水準	11	11
意識水準	12	意識水準	12	12
意識水準	13	意識水準	13	13
意識水準	14	意識水準	14	14
意識水準	15	意識水準	15	15
意識水準	16	意識水準	16	16
意識水準	17	意識水準	17	17
意識水準	18	意識水準	18	18
意識水準	19	意識水準	19	19
意識水準	20	意識水準	20	20
意識水準	21	意識水準	21	21
意識水準	22	意識水準	22	22
意識水準	23	意識水準	23	23
意識水準	24	意識水準	24	24
意識水準	25	意識水準	25	25
意識水準	26	意識水準	26	26
意識水準	27	意識水準	27	27
意識水準	28	意識水準	28	28
意識水準	29	意識水準	29	29
意識水準	30	意識水準	30	30

脳中風量表(NIHSS)

壓瘡危険評估

入院7病床日に看護師が再評価を行う

栄養スクリーニング実施看護師氏名 出展 奥住

作成回数 7回目 8回目 9回目 10回目以上 11回目

DWI 18.5未満 18.5以上

Alb 8.5未満 8.5以上

摂食内容 ※食事開始前に入院前の内容で決める又は不明時は総食を選択
 総食 流動食、嚥下量1〜2 嚥下量3〜6、治療食、軟食、常食

摂取率 ※食事開始前に入院前の内容で決める又は不明時は総食を選択
 総食、流動食、摂取/割未満 7割以上

嚥下障害 あり なし

身体機能 ベッド上主体 車椅子主体 歩行可能

褥瘡 あり なし

浮腫 あり なし

下痢 あり なし

嘔吐

營養評估

項目	検査結果
身長	165.0 cm
体重	62.0 kg
BMI	22.7
標準体重	56.7 kg
BMI偏差	9.4%
必要栄養量の計算	基礎代謝量(BMR) 1492.4 kcal/日 活動係数 1.2 エネルギー必要量 1790.9 kcal/日 蛋白質必要量 56.0 g/日 水分必要量 2572.0 ml/日 ビタミン必要量 2700.0 kcal/日
摂取栄養量の計算	エネルギー 1790.9 kcal/日 水分 2572.0 ml/日 蛋白質 56.0 g/日 ビタミン 2700.0 kcal/日

營養評估



看護必要度評価

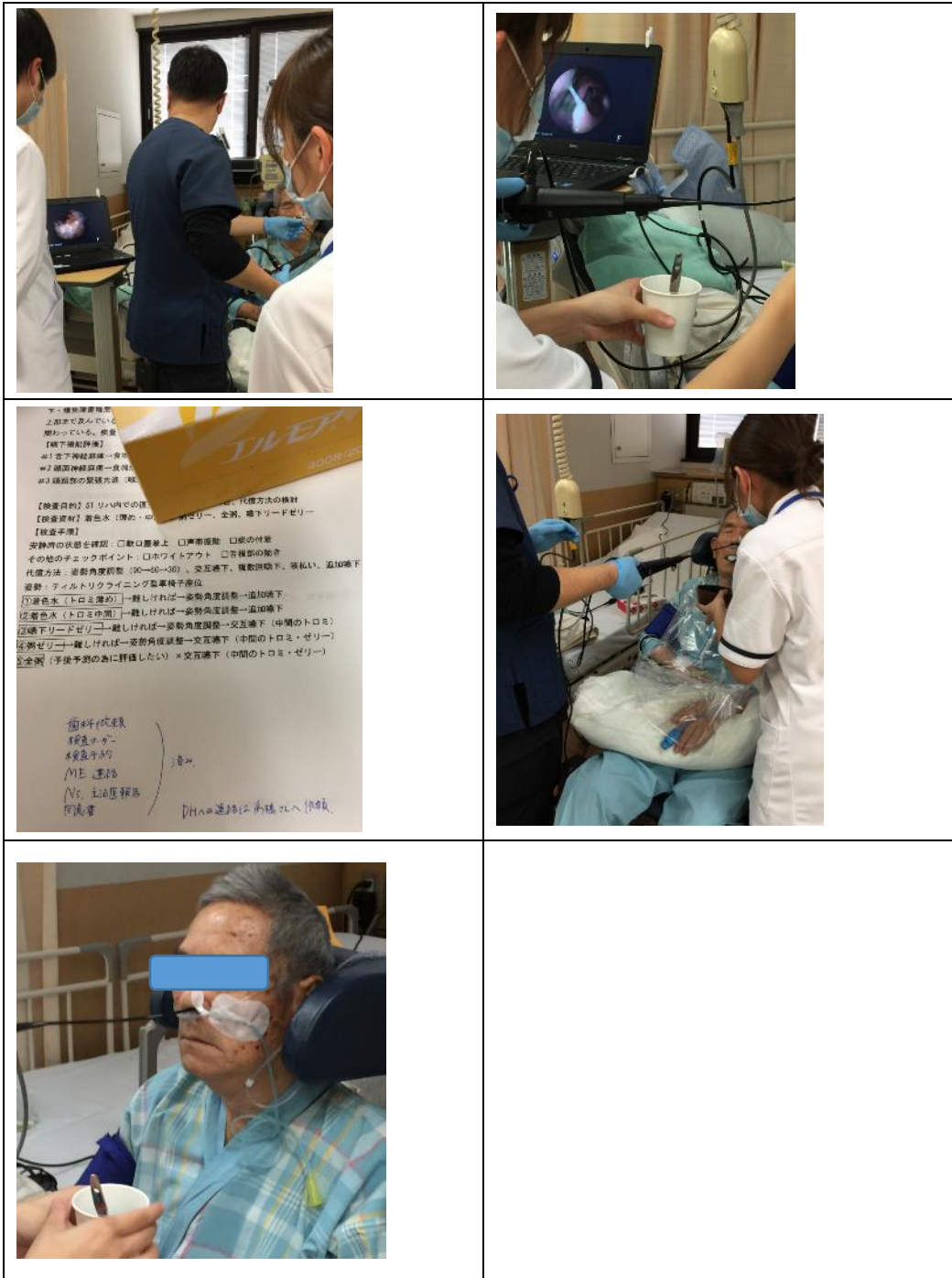
看護必要度評価表

看護必要度評価表 (看護必要度評価表) 看護必要度評価表 (看護必要度評価表)

項目	評価	スコア	重み	合計
1. 意識レベル	なし	3	1	3
2. 瞳孔反応	あり	2	1	2
3. 呼吸状態	安定	1	1	1
4. 循環状態	安定	1	1	1
5. 体温調節	安定	1	1	1
6. 水分代謝	安定	1	1	1
7. 排泄機能	安定	1	1	1
8. 皮膚状態	安定	1	1	1
9. 栄養状態	安定	1	1	1
10. 疼痛管理	安定	1	1	1
11. 心理的ケア	安定	1	1	1
12. 社会生活	安定	1	1	1
13. 看護介入	必要	2	1	2
14. 看護時間	必要	2	1	2
15. 看護費用	必要	2	1	2
16. 看護リスク	必要	2	1	2
17. 看護満足度	安定	1	1	1
18. 看護評価	安定	1	1	1
19. 看護改善	安定	1	1	1
20. 看護連携	安定	1	1	1
21. 看護教育	安定	1	1	1
22. 看護研究	安定	1	1	1
23. 看護実践	安定	1	1	1
24. 看護評価	安定	1	1	1
25. 看護改善	安定	1	1	1
26. 看護連携	安定	1	1	1
27. 看護教育	安定	1	1	1
28. 看護研究	安定	1	1	1
29. 看護実践	安定	1	1	1
30. 看護評価	安定	1	1	1
31. 看護改善	安定	1	1	1
32. 看護連携	安定	1	1	1
33. 看護教育	安定	1	1	1
34. 看護研究	安定	1	1	1
35. 看護実践	安定	1	1	1
36. 看護評価	安定	1	1	1
37. 看護改善	安定	1	1	1
38. 看護連携	安定	1	1	1
39. 看護教育	安定	1	1	1
40. 看護研究	安定	1	1	1
41. 看護実践	安定	1	1	1
42. 看護評価	安定	1	1	1
43. 看護改善	安定	1	1	1
44. 看護連携	安定	1	1	1
45. 看護教育	安定	1	1	1
46. 看護研究	安定	1	1	1
47. 看護実践	安定	1	1	1
48. 看護評価	安定	1	1	1
49. 看護改善	安定	1	1	1
50. 看護連携	安定	1	1	1
51. 看護教育	安定	1	1	1
52. 看護研究	安定	1	1	1
53. 看護実践	安定	1	1	1
54. 看護評価	安定	1	1	1
55. 看護改善	安定	1	1	1
56. 看護連携	安定	1	1	1
57. 看護教育	安定	1	1	1
58. 看護研究	安定	1	1	1
59. 看護実践	安定	1	1	1
60. 看護評価	安定	1	1	1
61. 看護改善	安定	1	1	1
62. 看護連携	安定	1	1	1
63. 看護教育	安定	1	1	1
64. 看護研究	安定	1	1	1
65. 看護実践	安定	1	1	1
66. 看護評価	安定	1	1	1
67. 看護改善	安定	1	1	1
68. 看護連携	安定	1	1	1
69. 看護教育	安定	1	1	1
70. 看護研究	安定	1	1	1
71. 看護実践	安定	1	1	1
72. 看護評価	安定	1	1	1
73. 看護改善	安定	1	1	1
74. 看護連携	安定	1	1	1
75. 看護教育	安定	1	1	1
76. 看護研究	安定	1	1	1
77. 看護実践	安定	1	1	1
78. 看護評価	安定	1	1	1
79. 看護改善	安定	1	1	1
80. 看護連携	安定	1	1	1
81. 看護教育	安定	1	1	1
82. 看護研究	安定	1	1	1
83. 看護実践	安定	1	1	1
84. 看護評価	安定	1	1	1
85. 看護改善	安定	1	1	1
86. 看護連携	安定	1	1	1
87. 看護教育	安定	1	1	1
88. 看護研究	安定	1	1	1
89. 看護実践	安定	1	1	1
90. 看護評価	安定	1	1	1
91. 看護改善	安定	1	1	1
92. 看護連携	安定	1	1	1
93. 看護教育	安定	1	1	1
94. 看護研究	安定	1	1	1
95. 看護実践	安定	1	1	1
96. 看護評価	安定	1	1	1
97. 看護改善	安定	1	1	1
98. 看護連携	安定	1	1	1
99. 看護教育	安定	1	1	1
100. 看護研究	安定	1	1	1
101. 看護実践	安定	1	1	1
102. 看護評価	安定	1	1	1
103. 看護改善	安定	1	1	1
104. 看護連携	安定	1	1	1
105. 看護教育	安定	1	1	1
106. 看護研究	安定	1	1	1
107. 看護実践	安定	1	1	1
108. 看護評価	安定	1	1	1
109. 看護改善	安定	1	1	1
110. 看護連携	安定	1	1	1
111. 看護教育	安定	1	1	1
112. 看護研究	安定	1	1	1
113. 看護実践	安定	1	1	1
114. 看護評価	安定	1	1	1
115. 看護改善	安定	1	1	1
116. 看護連携	安定	1	1	1
117. 看護教育	安定	1	1	1
118. 看護研究	安定	1	1	1
119. 看護実践	安定	1	1	1
120. 看護評価	安定	1	1	1
121. 看護改善	安定	1	1	1
122. 看護連携	安定	1	1	1
123. 看護教育	安定	1	1	1
124. 看護研究	安定	1	1	1
125. 看護実践	安定	1	1	1
126. 看護評価	安定	1	1	1
127. 看護改善	安定	1	1	1
128. 看護連携	安定	1	1	1
129. 看護教育	安定	1	1	1
130. 看護研究	安定	1	1	1
131. 看護実践	安定	1	1	1
132. 看護評価	安定	1	1	1
133. 看護改善	安定	1	1	1
134. 看護連携	安定	1	1	1
135. 看護教育	安定	1	1	1
136. 看護研究	安定	1	1	1
137. 看護実践	安定	1	1	1
138. 看護評価	安定	1	1	1
139. 看護改善	安定	1	1	1
140. 看護連携	安定	1	1	1
141. 看護教育	安定	1	1	1
142. 看護研究	安定	1	1	1
143. 看護実践	安定	1	1	1
144. 看護評価	安定	1	1	1
145. 看護改善	安定	1	1	1
146. 看護連携	安定	1	1	1
147. 看護教育	安定	1	1	1
148. 看護研究	安定	1	1	1
149. 看護実践	安定	1	1	1
150. 看護評価	安定	1	1	1
151. 看護改善	安定	1	1	1
152. 看護連携	安定	1	1	1
153. 看護教育	安定	1	1	1
154. 看護研究	安定	1	1	1
155. 看護実践	安定	1	1	1
156. 看護評価	安定	1	1	1
157. 看護改善	安定	1	1	1
158. 看護連携	安定	1	1	1
159. 看護教育	安定	1	1	1
160. 看護研究	安定	1	1	1
161. 看護実践	安定	1	1	1
162. 看護評価	安定	1	1	1
163. 看護改善	安定	1	1	1
164. 看護連携	安定	1	1	1
165. 看護教育	安定	1	1	1
166. 看護研究	安定	1	1	1
167. 看護実践	安定	1	1	1
168. 看護評価	安定	1	1	1
169. 看護改善	安定	1	1	1
170. 看護連携	安定	1	1	1
171. 看護教育	安定	1	1	1
172. 看護研究	安定	1	1	1
173. 看護実践	安定	1	1	1
174. 看護評価	安定	1	1	1
175. 看護改善	安定	1	1	1
176. 看護連携	安定	1	1	1
177. 看護教育	安定	1	1	1
178. 看護研究	安定	1	1	1
179. 看護実践	安定	1	1	1
180. 看護評価	安定	1	1	1
181. 看護改善	安定	1	1	1
182. 看護連携	安定	1	1	1
183. 看護教育	安定	1	1	1
184. 看護研究	安定	1	1	1
185. 看護実践	安定	1	1	1
186. 看護評価	安定	1	1	1
187. 看護改善	安定	1	1	1
188. 看護連携	安定	1	1	1
189. 看護教育	安定	1	1	1
190. 看護研究	安定	1	1	1
191. 看護実践	安定	1	1	1
192. 看護評価	安定	1	1	1
193. 看護改善	安定	1	1	1
194. 看護連携	安定	1	1	1
195. 看護教育	安定	1	1	1
196. 看護研究	安定	1	1	1
197. 看護実践	安定	1	1	1
198. 看護評価	安定	1	1	1
199. 看護改善	安定	1	1	1
200. 看護連携	安定	1	1	1

特定集中治療室用の重症度、状態・看護必要度に関する評価表

項目	評価	スコア	重み	合計
1. 意識レベル	なし	3	1	3
2. 瞳孔反応	あり	2	1	2
3. 呼吸状態	安定	1	1	1
4. 循環状態	安定	1	1	1
5. 体温調節	安定	1	1	1
6. 水分代謝	安定	1	1	1
7. 排泄機能	安定	1	1	1
8. 皮膚状態	安定	1	1	1
9. 栄養状態	安定	1	1	1
10. 疼痛管理	安定	1	1	1
11. 心理的ケア	安定	1	1	1
12. 社会生活	安定	1	1	1
13. 看護介入	必要	2	1	2
14. 看護時間	必要	2	1	2
15. 看護費用	必要	2	1	2
16. 看護リスク	必要	2	1	2
17. 看護満足度	安定	1	1	1
18. 看護評価	安定	1	1	1
19. 看護改善	安定	1	1	1
20. 看護連携	安定	1	1	1
21. 看護教育	安定	1	1	1
22. 看護研究	安定	1	1	1
23. 看護実践	安定	1	1	1
24. 看護評価	安定	1	1	1
25. 看護改善	安定	1	1	1
26. 看護連携	安定	1	1	1
27. 看護教育	安定	1	1	1
28. 看護研究	安定	1	1	1
29. 看護実践	安定	1	1	1
30. 看護評価	安定	1	1	1
31. 看護改善	安定	1	1	1
32. 看護連携	安定	1	1	1
33. 看護教育	安定	1	1	1
34. 看護研究	安定	1	1	1
35. 看護実践	安定	1	1	1
36. 看護評価	安定	1	1	1
37. 看護改善	安定	1	1	1
38. 看護連携	安定	1	1	1
39. 看護教育	安定	1	1	1
40. 看護研究	安定	1	1	1
41. 看護実践	安定	1	1	1
42. 看護評価	安定	1	1	1
43. 看護改善	安定	1	1	1
44. 看護連携	安定	1	1	1
45. 看護教育	安定	1	1	1
46. 看護研究	安定	1	1	1
47. 看護実践	安定	1	1	1
48. 看護評価	安定	1	1	1
49. 看護改善	安定	1	1	1
50. 看護連携	安定	1	1	1
51. 看護教育	安定	1	1	1
52. 看護研究	安定	1	1	1
53. 看護実践	安定	1		




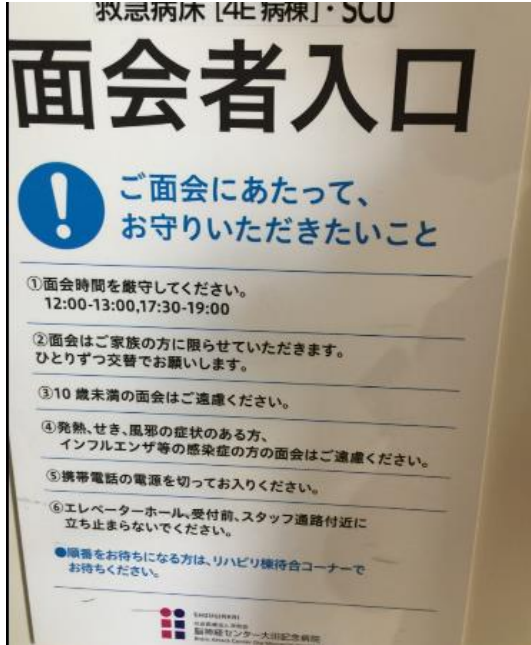
(四) 4E緊急照護病房

1. 病房設置

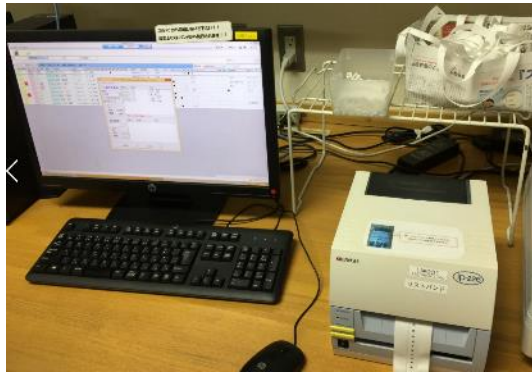
4E緊急照護病房位於3樓SCU旁，在醫院體制上是歸屬於4樓區塊，因此被稱為4E病房，病房設置上近似於SCU的加護設備，但兩者區分再於照護病人族群的不同，SCU入住梗塞性中風、出血性中風、蛛膜下腔出血的病人，4E病房入住

心血管治療、動脈瘤、使用呼吸器、術後須密切觀察數小時、進行透析或其他重症的病人，師長表示本是加護病房，但因應護理體制而轉型為緊急病房，師長本身需協助處理隔壁急診區的電話聯繫及調動。每位護理師需照護4位病人，並有一位半天的功能性協助護理師，每日提供兩個時段讓家屬會面，家屬經過特殊通道在指定時間輪流進入探視。

病房區入口有小房間供師長或醫師使用電腦，裡面有手圈列印機，在護理站牆上有巨大白板標示護理師工作分配及預定手術病人的行程，設置叫人鈴、中央生理監視器及手術室的閉路監視器，讓護理站人員可以掌握病人狀態及手術室動態，並有被服間、污物室、廁所、小廚房、病人用品區、儀器區及衛材區等。為了加強感染控制，每個床位、工作車皆有乾洗手液，且護理師身上皆配戴乾洗手液背帶，並有極充足的洗手臺與消毒洗手液。

會客入口	會客規定
	 <p>面会者入口</p> <p>ご面会にあたって、 お守りいただきたいこと</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 面会時間を厳守してください。 12:00-13:00, 17:30-19:00 ② 面会をご家族の方に限らせていただきます。 ひとりずつ交替をお願いします。 ③ 10歳未満の面会はご遠慮ください。 ④ 発熱、せき、風邪の症状のある方、 インフルエンザ等の感染症の方の面会はご遠慮ください。 ⑤ 携帯電話の電源を切ってお入りください。 ⑥ エレベーターホール、受付前、スタッフ通路付近に 立ち止まらないでください。 <p>● 順番をお待ちになる方は、リハビリ棟待合コーナーで お待ちください。</p>

手圏列印機



白板標示



中央生理監視器



手術室的閉路監視器



叫人鈴面板



無限式叫人鈴



病人用品依照使用套組計價



各式枕頭置放櫃



病人往生時可換穿浴衣/需計價



被服間



汗衣間



小厨房



冰箱



冰寶冷藏櫃





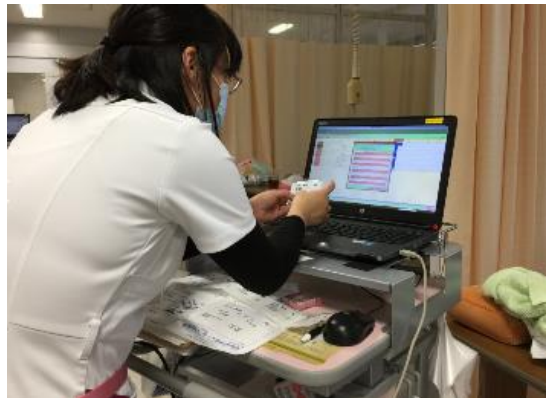

儀器區



<p>急救車</p>	<p>插管用物層</p>
	
<p>急救藥物層</p>	<p>急救藥皆為針筒設計，免去抽藥時間</p>
	
<p>換藥車</p>	<p>乾洗手液背帶</p>
	

2. 照護流程及特色

護理師照護常規包含餵食、清潔、翻身、藥物治療及送檢，更要進行完整評估，根據電腦評估畫面，輸入生命徵象、各系統評估、管路評估、認知評估及機器設定。給藥時會先確認語言治療師對於吞嚥的評估及建議，也確認藥師對於藥物的建議，經過仔細的核對藥物，再將藥物磨碎融入 30ml 水中，運用灌筒將藥物灌入，點滴滴注是利用條碼比對；術後禁食病人可開始進食，護理師聯繫營養師進行評估開伙，而鼻胃管灌食是運用單次灌食袋緩慢滴注，餵食後會協助口腔清潔；針對持續臥床及術後病人會提供下肢淋巴循環機使用，當病人結束臥床準備下床，則給用醫療用彈性襪以預防深部靜脈栓塞。

評估並翻身	確認機器設定
	
仔細核對藥物	勾選執行給藥後電腦會自算餘量
	

確認跨團隊建議



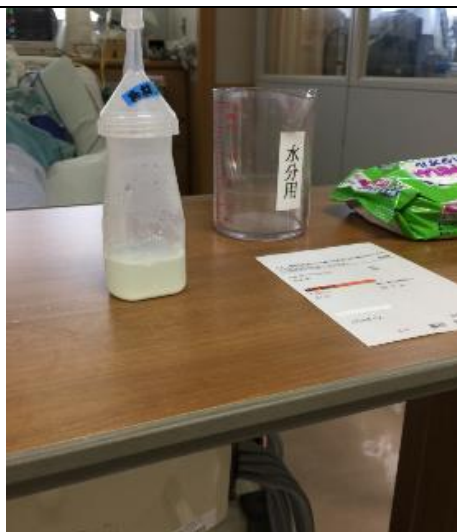
跨團隊建議陳述於紀錄



點滴條碼執行



藥物磨碎融入水中，用灌筒將藥物灌入



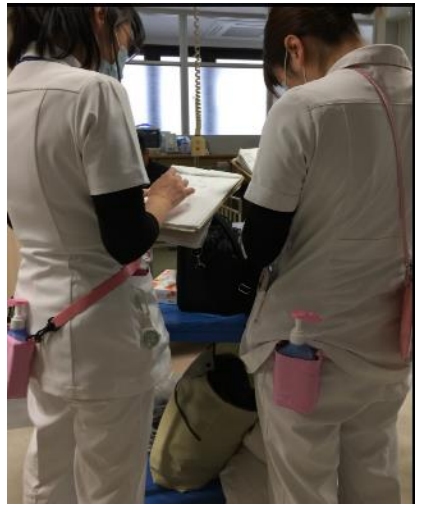


單次灌食袋緩慢滴注



<p>餵水器</p>	<p>進食後進行口腔清潔</p>
	
<p>下肢淋巴循環機</p>	<p>醫療用彈性襪</p>
	

4E 病房會入住術後須密切觀察數小時的病人，或是病人穩定後須轉床，因此會有交接班的機會，手術室護理師會在病人術後要轉來 4E 病房前，帶病人資料及藥物前來交班，讓 4E 病房護理師可以及早準備，而當 4E 病房病人穩定要轉到相對穩定的病房時，則是聯繫該樓層護理師攜帶所需用物，如輪椅、點滴架、推車，再下來 4E 病房協助病人帶走用物，並與 4E 病房護理師完成交班後帶走病人，4E 病房護理師則需進行清床及等待下一位病人。

<p>手術室護理師帶病人資料及藥物前來 交班</p>	<p>轉出病房護理師攜帶所需用物及協助 病人帶走用物</p>
	
<p>轉出病房護理師與 4E 病房護理師完 成交班</p>	
	

4E 病房會提供空間讓醫院住院病人下來進行透析，透析過程操作是由“醫療工程技術人員(Medical Engineer, ME)”執行，另有人稱為“臨床工程技術人員(Clinical Engineer, CE)”。除了扎針的侵入性行為由護理師執行，其餘透析期間機器的確認、病人的觀察及透析前後的體重皆由 ME 完成。此外，ME 尚可以負責維護醫療相關儀器，如呼吸器、人工心肺機及手術室相關儀器等，在手術室的見習中，看到 ME 的業務擴展到協助手術，手術室中醫師執行手術，護理師則流動





遞物，麻醉科醫師負責生命徵象維持及點滴控制，並有 2 位 ME 在場，1 位負責監控腦血流監控儀器，另 1 位則穿著無菌裝備整理器械，並適時遞給執刀醫師。


“醫療工程技術人員(Medical Engineer, ME)”接受醫生的具體指示，進行厚生勞動省條例規定的生命支援管理裝置的運用、保養及檢查，並與醫生和其他醫務人員緊密合作，以確保適當的醫療護理。ME 培訓為四年制大學，通過完成培訓學校的專業知識和技能，再通過全國考試取得資格。

ME 進行透析設定	透析結束 ME 進行體重檢測
	
ME 確認呼吸器設定	
	

大田醫院的早期復健在 SCU 以可見一斑，而在 4E 病房則更可以看見復健

的持續與著力。一位 12/20 住院的病人，於 12/23 插管使用呼吸器，之後進行氣切手術並持續呼吸器使用，合併有腰椎壓迫性骨折，復健師每日持續安排復健計畫，目前進展到讓病人穿著背架坐於床緣，並讓病人配合進行呼吸復健，復健結束後復健師會協助護理師讓病人臥床及調整適當姿勢。

護理師與復健師協助病人坐起	背架
	
護理師與復健師協助病人坐起	復健師支撐病人坐著
	

復健師支撐病人坐著，並注意其狀態	鼓勵病人跟隨深呼吸
	
復健師與護理師恢復病人臥位	
	

(五) 復健部

1. 復健部簡介與醫師評估

復健是大田醫院重視的一環，全院復健師有 50 名，包含物理治療師 22 位、職能治療師 14 位、語言治療師 14 位、復健助手 2 位，並有 3 位復健科醫師、齒科醫師 4 位、齒科衛生士 3 位，齒科醫師及衛生士負責急性期病人口腔衛生與齲齒照護，同時齒科醫師能操作內視鏡進行嚥下內視鏡檢查(VE)，對應醫院 178 病

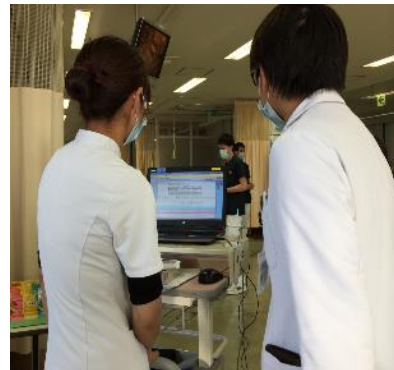
床，可見復健師密度之高，中風病人入住大田醫院的第一站即為 SCU，在這裡可以看到充斥著位病人做復健的復健師身影，復健師指導病人改變姿勢、走動、下床、關節運動等，復健師採輪休制，365 天皆有約 30 多位復健師出勤，單天可完成近 200 人的復健。

復健醫師固定周一至周五早上到 SCU 評估新入院的中風病人，每日約有 4-5 位中風新病人，而周一往往累積 3 天的量，因此周一有時須評估到 15 位中風新病人。松浦大輔醫師偕同 SCU 物理治療師(Physical therapist, PT)負責人藤井、退院支援看護師，一同評估病人並討論復健與退院計畫，藤井負責記錄復健計畫，退院支援看護師負責記錄退院計畫聯繫，如聯繫復健醫院或介護保險負責窗口。PT 藤井先簡介病人過去病史、診斷、MRI 判讀、目前現有問題、入住前生活狀態等，運用電子工作車查核病歷，松浦醫師會評估病人的意識、語言、肢體狀態與活動等，與病室中的主責復健師討論病人復健情形，期間可以看到松浦醫師針對病人個別狀態提出建議如下：

- (1) 病人入院時左手有創傷，建議製作輔具保護。
- (2) 下肢循環較差病人使用下肢淋巴循環機。
- (3) 洗腎病人臥床時測量躺姿與坐姿血壓，評估病人是否有姿態性低血壓。
- (4) 針對多次中風病人提出連結介護保險的需求。
- (5) 針對目前功能較差的病人提出建議慢性期轉至復健醫院進行 2-3 個月的住院復健。
- (6) 針對病人目前問題提出安排物理治療(Physical Therapy)、職能治療(Occupational therapy)、語言治療(Speech therapy)。
- (7) 針對年紀較輕尚須返回工作崗位的病人，提出需特別安排復健，目標是可以返家及工作。
- (8) 對於活動功能接近正常的病人，會加強提醒下床仍須使用呼叫鈴，活動過程需有人陪伴。

大田醫院中針對中風後發生患肢攣縮的病人，則有史守茂復健醫師運用肉毒桿菌協助改善攣縮情形，並有累積相當案例成效，史守醫師表示會針對病人攣縮肌肉分別注射，總劑量不超過 300 單位，目前約每 12 周會進行 3-4 次療程。肌肉痙攣是一種張力過強的現象，常發生在腦中風、腦性麻痺、脊髓損傷與頭部外傷的病人，肌肉痙攣過於嚴重，會造成肌肉短縮、關節變形，進而妨礙日常生活照顧、擺位與衛生。肉毒桿菌素是作用在神經肌肉交接處的神經末梢接受體處，阻礙神經和肌肉之間的乙醯膽鹼訊號傳遞，讓肌肉無法收縮。因此，肉毒桿菌素可以對身體各器官由乙醯膽鹼支配的橫紋肌或平滑肌產生麻痺的效果，進而治療許多肌肉痙攣的問題，有效的降低與治療局部的肌肉痙攣(陳柏旭，2018)，文獻已顯示肉毒桿菌對於攣縮問題的成效，而大田醫院已再次令人驚訝到在中風病人治療上的深層考量。

SCU復健醫師早期評估介入



下肢淋巴循環機

SCU充斥復健師身影






2. 物理治療(Physical Therapy, PT)

物理治療著重於運動與物理治療，阿部物治師治療前會先評估病人的過去病史、此次診斷、疾病後遺症、過去生活狀態、治療目標等，設定今日的運動目標，並與病人討論。第一位病人世羅女士為腦出血，預定明日返家，1/23曾嘗試返家一晚練習返家狀態，目前僅有左側輕微乏力，今日目標為使用划船採踏機與水平腿部推蹬機練習，讓病人進行肌力訓練，並練習上下樓梯以利返家。第二位病人是家中療養但肺炎入院的病人，目前退院目標為轉慢性醫院，之後轉老人保健設施，最後在宅療養，因此目標希望可以脫離臥床到坐輪椅30至60分鐘。病人因為臥床而關節僵硬攣縮，因此物治師先協助移除乒乓球手套，進行上下肢被動關節運動，接著準備病人姿勢及輪椅固定，協助病人穿鞋、坐高、站起，並以小步踩踏旋轉方式慢慢轉位到輪椅，並放上輪椅桌及小枕，

調整病人腰部靠枕，讓病人腰部及肘部有適當支托，再將病人送到護理站坐30分鐘，最後在協助返回床上，過程中看到阿部物治師細心的逐步調整及跪下為病人穿鞋，這樣的態度令人深深感動。

大田醫院中入住病人極大部分為中風病人，有一小部分為其他疾病病人，復健師會依據病人疾病狀態而調整復健內容，如急性期透析臥床病人，提供床上腳踏車訓練上下肢，其中針對心臟疾病病人會特別安排復健運動，為預防病人運動不適，復健區設置急救車、電擊器、監視器及特別的復健健身車，醫師會建議病人復健運動頻率，復健師依據心肺運動試驗（CPX）評估病人運動量，CPX就是通過檢查病人在運動狀態下的攝氧量、二氧化碳的排出量、心率、分鐘通氣量，來評估患者心肺對運動的應變反應。復健師安排病人先測量體重、血壓及心跳，協助裝置移動式心電圖及血氧監視器，帶領病人進行體操，再讓病人上復健健身車，復健健身車可以調整運動強度，前20分鐘先進行較高強度運動，之後5分鐘再進行較低強度運動，最後到水平腿部推蹬機進行15回合，完成後再次做體操緩和，並再次測量血壓及心跳，並使用InBody S10測定身體脂肪與肌肉組成。

划船採踏機	水平腿部推蹬機	練習上下樓梯
		

<p>上下肢被動關節運動</p>	<p>穿鞋</p>
	
<p>調整姿勢</p>	<p>小步踩踏旋轉轉位</p>
	
<p>小步踩踏旋轉轉位</p>	<p>調整姿勢</p>
	
	<p>與護理師交班</p> 

<p>床上脚踏車</p>	<p>電撃器與監視器</p>	<p>急救車</p>
		
<p>急救車急救流程</p>		<p>移動式監視器</p>
	<p>緊急時に必要なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急カート ・ 血圧計 ・ パルスオキシメーター ・ 心電図モニター ・ 酸素ボンベ ・ パソコン ・ ストレッチャー <p>→ 事前に定めておくもの</p> <p>→ GPSで探してきてくれる</p>	
<p>装置監視器</p>	<p>監視器畫面</p>	<p>體操開始</p>
		

復健健身車		水平腿部推蹬機
		
InBody S10測身體組成		
		

3. 職能治療(Occupational therapy, OT)

根據世界職能治療師聯盟（World Federation of Occupational Therapists）對職能治療的定義為：「職能治療是透過幫助個案選擇、安排與執行日常的職能活動，進而提昇其生活品質。職能治療的對象包括因生理、心理及社會功能障礙、發展遲緩、學習障礙、老化或社會文化環境不利等因素，而導致執行個人的活動或參與社會的能力受限者。職能治療專業人員應用職能科學與理論及活動分析，瞭解影響個案職能表現的原因，針對個案的生理、心理及社會功能予以訓練、提昇，同時並運用環境改造、副木及輔助用具、工作簡化、及工作強化等方法，來幫助個案能夠執行有意義的日常活動，以維持其身心功能，並預防功能之退化，讓每個人都能夠過著有品質的生活(Wikipedia, 2017 Dec 22)。」

在復健區充滿許多職能治療的相關工具，如水瓶、筷子、木棍等。井原職治師

一天約有8-10位病人的工作量，治療前先評估病人的過去病史、此次診斷、疾病後遺症、過去生活狀態、治療目標等。第一位病人為右側丘腦出血，有右側共濟失調問題，因此重點為右手的活動功能，過程中提供木棍、大水瓶、小水瓶、筷子，讓病人可以舉起維持平衡，並閉上眼維持直立或平衡，目標提升右手的自理功能，過程中治療師會隨時提醒病人要放鬆肩部。治療結束後復健師親自帶領病人返回病房，並帶出下一位治療對象，離開時會告知護理師並在護理站登記離開時間。

第二位病人為心因性腦梗塞，過去病史為中風及右股骨頸骨折，病人為84歲家庭主婦，入院在家仍有下廚的功能，家中使用瓦斯烹煮，經過討論安全考量，病人同意返家改為電磁爐烹煮，今日復建計畫為烹煮味增湯，因為味增湯是病人在家中最常烹煮的食譜。令人驚訝的是復健部居然有設備完整的廚房，放置流理臺、冰箱、電磁爐、鍋子、菜刀及食材，治療師讓病人嘗試從開啟電磁爐、放鍋子、拿取食材、切菜、調味到最後的整理環境，評估病人的思考、注意力、活動、流暢度、精細動作、製作時間及疲累程度等，適時提醒病人並讓他可以休息，病人在順利完成時有充滿著信心。井原復健師表示他們會注意病人原有的角色與功能，重點讓病人可以返家自理，若是高功能的職業角色，如汽車駕駛，則需要更精細的多專業評估，必要時會陪同到駕訓班實地操作。這樣的復健活動完全從病人的角度出發，目標讓病人可以努力重拾原有的生活，這樣的用心讓人徹底佩服。

復健器材	職能治療-右手	
		

職能治療-右手



職能治療-烹煮練習



4. 語言治療(Speech therapy, ST)




復健室具有許多表單，復健師依據病人問題提供不同的量表進行評估。

ICHIMOTO語言治療師表示進行語言治療前，會先評估病人的過去病史、此次診斷、疾病後遺症、目前語言及吞嚥問題等，並計畫預定進行的評估量表與練習，且會與病人詳細說明及調整姿勢。第一位病人為心因性左側頂葉梗塞中風，因此有失語、吞嚥、右半側空間無視問題，治療師運用日常用品5種與圖卡評估失語症情形，

運用線分抹消試驗、星印抹消試驗、線分二等試驗確認右半側空間無視問題，接著運用吞嚥及吞水試驗確認吞嚥障礙程度，吞嚥試驗是讓病人30秒內吞自己唾液，治療師觸摸病人喉結確認，若只能吞2次唾液則是障礙，若可以吞3次以上則通過，吞水試驗是將3ml冷水置於病人舌下吞嚥，執行3次後再讓病人自己喝30ml冷水，確認病人是否有咳嗽或囉音。

第二位病人為小腦中風，因此治療師運用長谷川式簡易知能評估表(HDS-R)、簡易智能量表 (Mini-mental state examination, MMSE)、額葉評估量表(Frontal Assessment Battery, FAB)進行評估，評估前先向病人自我介紹，並說明治療目的及運用時間，評估結果會作為醫師復健計畫的參考。

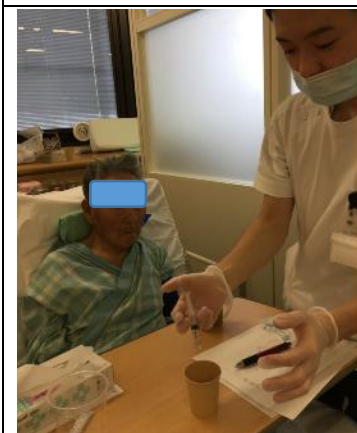
第三位病人為1/16倒臥家中，送醫診斷為右丘腦梗塞性中風，目前在一般病房照護，病人可以聽指令開口進食但不吞嚥，因此留置鼻胃管，齒科醫師偕同語言治療師操作內視鏡進行嚥下內視鏡檢查(VE)，確認病人吞嚥問題，發現病人在坐姿時食團會含在口中，唯有調整姿勢為半坐臥及進食微稠流質，讓食團流進咽喉才會吞下，但在考量營養攝取下暫無法移除鼻胃管，且病人高齡虛弱狀態，亦有轉復健醫院的難處，齒科醫師表示其實可以思考緩和醫療，而這會與主治醫師討論，在此，看到日本醫師對於高齡病人的緩和醫療亦是有所重視。

復健室表單	評估前調整姿勢	讓病人辨識日常用品
		
讓病人辨識圖卡	線分抹消試驗	吞唾液試驗



吞水試験

HDS-R、MMSE評価

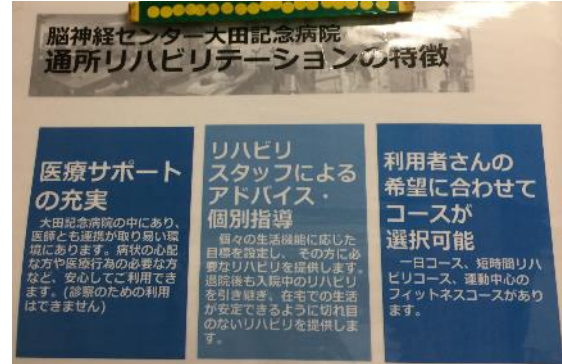



嚥下内視鏡検査(VE)



(六) 門診復健部

門診復健部是提供門診高齡者活動或日間照護的地方，共有3種不同形式的服務內容，大田醫院強調可選擇性及個別性，不同於醫院其他部門運用醫療保險，此部門運用的是介護保險，因此提供服務內容對象是依據介護保險所訂定的依賴程度而有所差異，日本介護保險將高齡者依賴程度區分為要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5，其中要介護5為依賴程度最高者，門診復健部的服務內容分別為日間照護、短時運動3小時、短時運動1-2小時，日間照護主要提供給要介護者，而短時運動則提供給要支援者，依賴程度是由個案管理師(Care Manager)收案，經由送交地方政府資格認定，醫師開立指示書，高齡者可以獲得不同程度的照護，個案管理師本身須具有醫療相關背景工作經驗五年，經過考試認證。

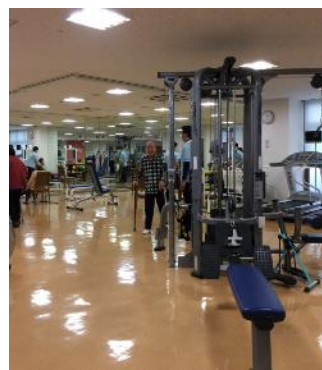
門診復健部重心	高齡者分級
	

1. 短時運動3小時

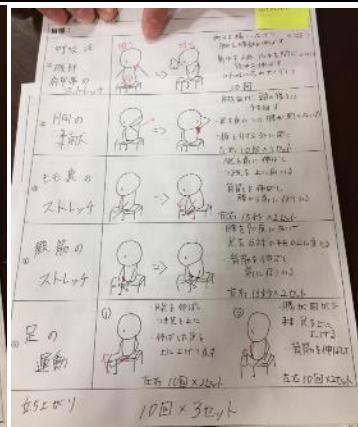
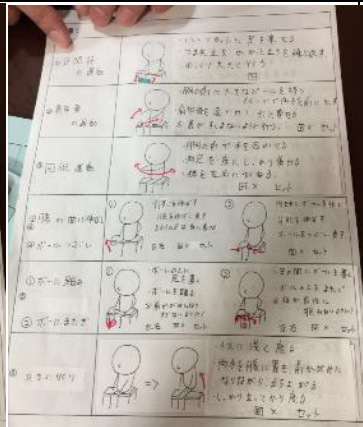
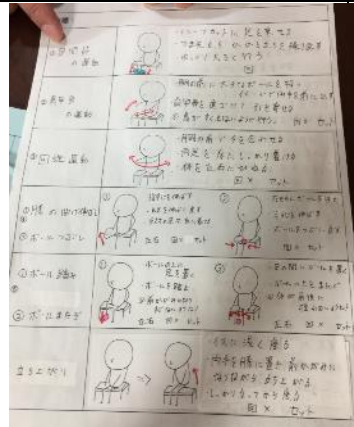
短時運動3小時區位於大田醫院一樓，提供給要支援但大部分可以自理者，要支援1者一周運動2次，要支援2者一周運動3次，此區配置3位運動訓練士、2位職能治療師、1位照護助手，這裡具有齊全的重力訓練機、推蹬機、跑步機、復健健身車、低周波治療機、泡手機及泡腳機等。高齡者可以參加上午或下午半天場次，到院時先喝水及測量生命徵象，若生命徵象超過設定標準則暫不建議運動，每位高齡者有復健師協助量身訂做個別性運動套餐，由訓練士陪同依據運動

套餐執行，並記錄每日完成度，並有職治師可協助行職能治療。

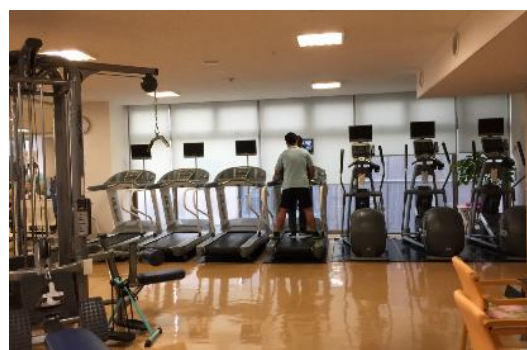
1樓門診復健區具備多樣化的復健設施



個別性運動套餐



訓練士陪同運動



行程表

短時間フィットネスコース

標準的な利用者例


- 身の回りのことが自分のできる方
- 運動に対して意欲のある方

時間	内容
午前の部 8:00~	送迎開始
午後の部 13:30~	血圧・脈拍・体温測定
午前の部 8:30~	個別プログラム開始
午後の部 14:00~	・自主トレーニング ・個別での指導(10分) ・温浴・低周波
午前の部 10:45~	クールダウン体操
午後の部 15:45~	
午前の部 11:00~	送迎開始
午後の部 16:00~	

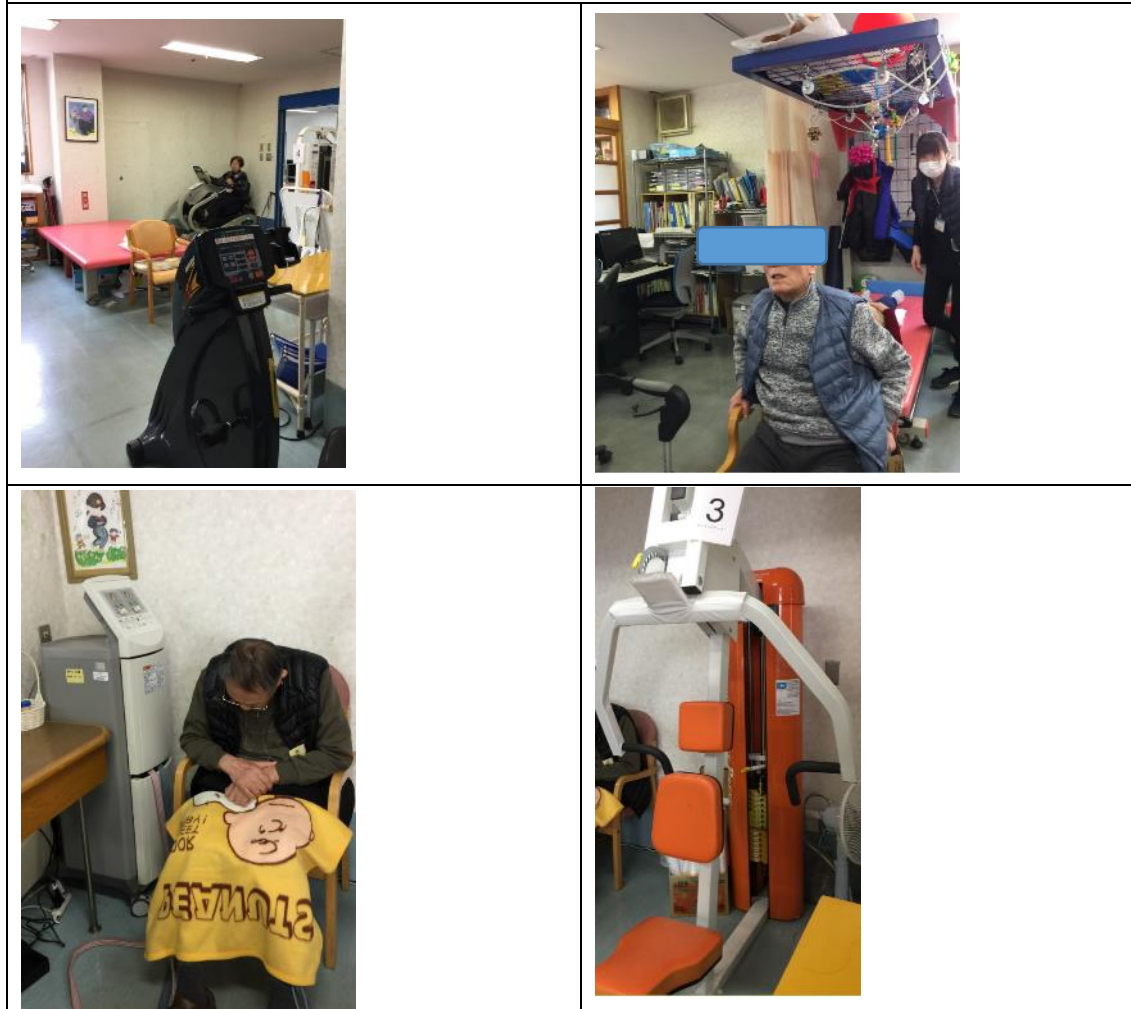
※利用回数は、要支援1の方：週2回 要支援2の方：週3回のご利用が可能です

2. 短時運動1-2小時

短時運動 1-2 小時區與日間照護區相鄰，位於大田醫院 4 樓，提供給據部分醫療及看護需求高齡者，內部陳設少量的復健健身車、推蹬機、腳踏車、低周波治療器等，高齡者到起先接受健康評估、飲用水分，再進行個別運動、團體體操，過程約 1-2 小時可以返家。

行程表	復健設施								
<p>■ 短時間リハビリコース</p> <p>標準的な利用者例</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療必要度が高い方（透析・呼吸器疾患など） ● 車椅子を利用され、介護状態が重度の方 ● 退院後、状態が安定されていない方 <p>1～2時間のプログラム</p> <table border="1"> <tr> <td>利用開始～</td> <td>来所・受付</td> </tr> <tr> <td>～10分</td> <td>健康チェック・水分補給</td> </tr> <tr> <td>10分～50分</td> <td>個別リハビリ開始</td> </tr> <tr> <td>50分～90分</td> <td>自主練習・集団体操 運動機能評価（3カ月に1回）</td> </tr> </table>	利用開始～	来所・受付	～10分	健康チェック・水分補給	10分～50分	個別リハビリ開始	50分～90分	自主練習・集団体操 運動機能評価（3カ月に1回）	
利用開始～	来所・受付								
～10分	健康チェック・水分補給								
10分～50分	個別リハビリ開始								
50分～90分	自主練習・集団体操 運動機能評価（3カ月に1回）								

復健設施





3. 日間照護

日間照護主要提供給照護程度較高者，讓高齡者可以到此留置約8小時，期間提供日常照護、護理評估、護理照護與協助。環境包含空曠的活動區、無障礙

廁所、無障礙浴室、寬敞的洗手檯、叫人鈴、成果展示布告欄及5張可休息的電動床。單日到院高齡者約30-40人，配置護理師3位、照護助手15位、復健師8位、齒科護理師1位。

<p>空曠的活動區</p>	<p>寬敞的洗手檯</p>
	
<p>可休息的電動床</p>	<p>活動區</p>
	
<p>無障礙浴室</p>	<p>無障礙廁所</p>
	

成果展示布告欄	叫人鈴
	

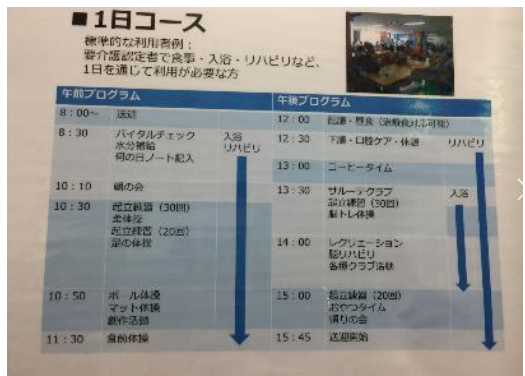


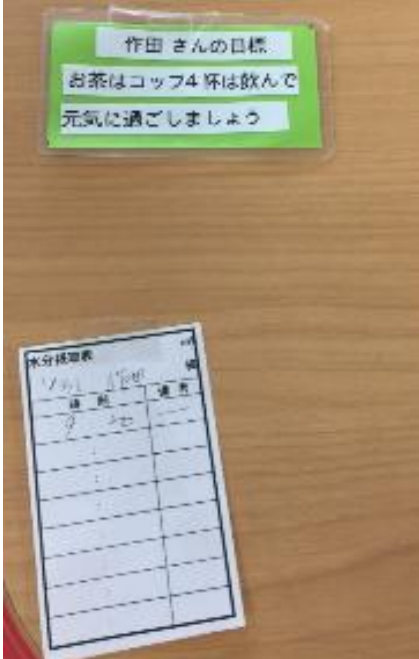
每位高齡者到日間照護，皆會先經過復健師、家屬、病人、個案管理師甚至是醫師共同討論評估，依據病人家庭狀態、疾病史、自己與家屬的期望，復健師會完整評估病人身心、活動、功能，製作活動計畫書，並判斷病人跌倒風險，製作不同顏色的名牌，以供照護人員可以立即判斷，如藍色無跌倒風險、黃色有輕微跌倒風險、粉色則是最高度跌倒風險，若不幸病人跌倒則會更改名牌顏色，活動計畫書後附有照護助手所評估的照護項目，以上評估皆每3個月重新評估，並會提供相關資料給福山市政府。

高齡者每日到日間照護需攜帶聯絡簿、藥物、照護相關衛材，如導尿或換藥，聯絡簿為高齡者每日返家的功課，需書寫當天早上的當日新聞。到院後先測量生命徵象及喝水，工作人員會進行開會討論重點，便帶領高齡者進行朝會，朝會照護助手會向高齡者說明日期、天氣、紀念日、誕生者、誕生花及今日午餐菜單，之後進行團體體操、個別體操及創作活動，吃飯前會進行口腔運動，護理師會依據個別性進行給藥、測血糖、注射等護理措施，照護助手分別依序帶高齡者入浴，入浴時會評估皮膚及換藥，並隨時注意其個別需求，如如廁、活動、喝水等，中午12點協助高齡者進食醫院準備的個別餐點。

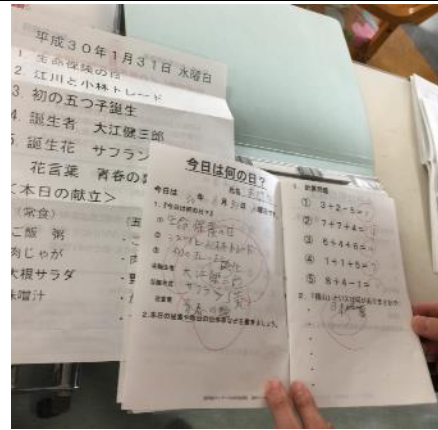
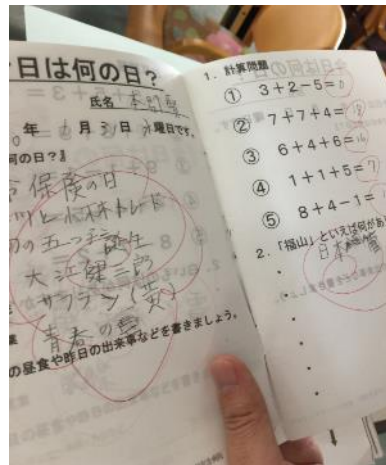
用餐後讓每位高齡者皆可以進行口腔清潔，其中齒科護理師會特別針對照護需求較高者提供口腔照護，運用多項口腔清潔衛材，包括牙刷、海綿牙棒、齒間刷、牙線、假牙洗潔劑、口腔保濕劑、口腔保濕液。首先，先移除假牙並評估是否有破損，藥假牙清潔劑及牙刷清潔假牙，再泡入40度以下的溫水與假牙清潔

錠的泡製液中，讓高齡者漱口後再用海綿牙棒沾齒用研磨劑、潤滑劑分次清口腔，並用齒間刷清潔口中殘牙，最後放回假牙，口腔衛生過程極度細緻及備受重視。

口腔清潔後仍安排體操及娛樂活動，如卡拉OK，並特別邀請5-6位高齡者進行腦認知運動，由職治師帶領，運用節奏、肢體活動、手勢，讓高齡者可以思考及活動，例如不同代號是不同手勢，高齡者根據代號做出手勢。同時，護理師與齒科護理師會同時核對明日名單高齡者的飲食內容，照護助手則確認高齡者聯絡簿書寫內容完整性，到下午3點依序帶領高齡者返家。

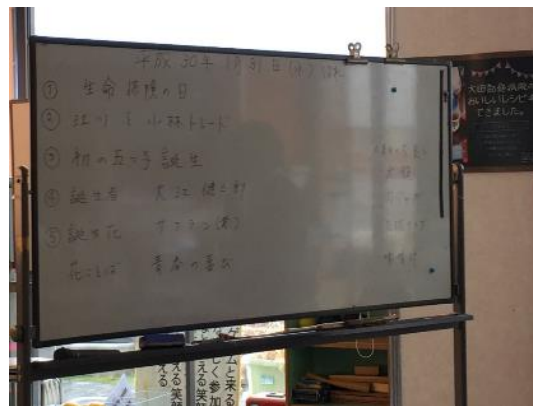
行程表	工作人員開會																																
 <p>1日コース 標準的な利用例： 要介護認定者で食事・入浴・リハビリなど、 1日を通じて利用が必要な方</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">午前プログラム</th> <th colspan="2">午後プログラム</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8:00</td> <td>起床</td> <td>12:00</td> <td>昼食・昼食 (お昼寝のしずめ)</td> </tr> <tr> <td>8:30</td> <td>バイタルチェック 水分補給 朝のレポート記入</td> <td>12:30</td> <td>下痢・口腔ケア・体操 リハビリ</td> </tr> <tr> <td>10:10</td> <td>朝の会</td> <td>13:00</td> <td>コーヒータイム</td> </tr> <tr> <td>10:30</td> <td>健立練習 (30分) 身体位 起立練習 (20分) 足の体操</td> <td>13:30</td> <td>グループワーク 認知練習 (30分) 髪トシ体操</td> </tr> <tr> <td>10:50</td> <td>ポル体操 マット体操 創作活動</td> <td>14:00</td> <td>レクリエーション 認知リハビリ 各グループ活動</td> </tr> <tr> <td>11:30</td> <td>食前体操</td> <td>15:00</td> <td>健立練習 (20分) おやつタイム 集まりの会</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>15:45</td> <td>送迎開始</td> </tr> </tbody> </table>	午前プログラム		午後プログラム		8:00	起床	12:00	昼食・昼食 (お昼寝のしずめ)	8:30	バイタルチェック 水分補給 朝のレポート記入	12:30	下痢・口腔ケア・体操 リハビリ	10:10	朝の会	13:00	コーヒータイム	10:30	健立練習 (30分) 身体位 起立練習 (20分) 足の体操	13:30	グループワーク 認知練習 (30分) 髪トシ体操	10:50	ポル体操 マット体操 創作活動	14:00	レクリエーション 認知リハビリ 各グループ活動	11:30	食前体操	15:00	健立練習 (20分) おやつタイム 集まりの会			15:45	送迎開始	
午前プログラム		午後プログラム																															
8:00	起床	12:00	昼食・昼食 (お昼寝のしずめ)																														
8:30	バイタルチェック 水分補給 朝のレポート記入	12:30	下痢・口腔ケア・体操 リハビリ																														
10:10	朝の会	13:00	コーヒータイム																														
10:30	健立練習 (30分) 身体位 起立練習 (20分) 足の体操	13:30	グループワーク 認知練習 (30分) 髪トシ体操																														
10:50	ポル体操 マット体操 創作活動	14:00	レクリエーション 認知リハビリ 各グループ活動																														
11:30	食前体操	15:00	健立練習 (20分) おやつタイム 集まりの会																														
		15:45	送迎開始																														
高齡者的袋子裝聯絡簿及藥物	喝水的提醒卡放於桌上																																
																																	

連絡簿書寫



毎日新聞重點

站立練習配合歌謠進行



團體體操



不同重量的軟球提供高齡者運動



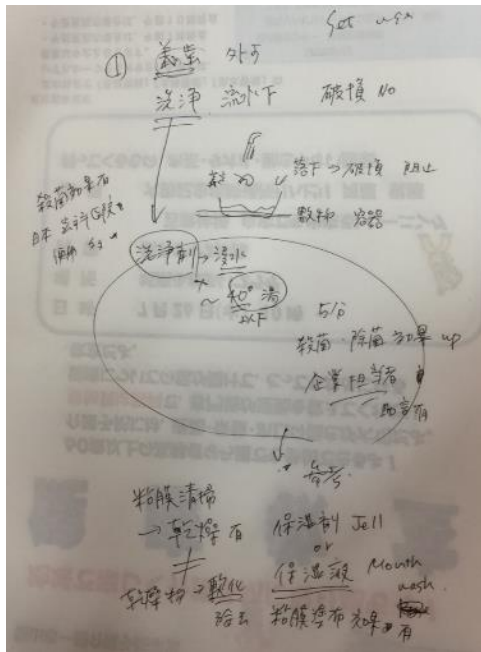
口腔清潔



齒科護理師運用多項口腔衛生用品協助清潔



假牙病人口腔清潔流程



腦認知運動

娛樂活動



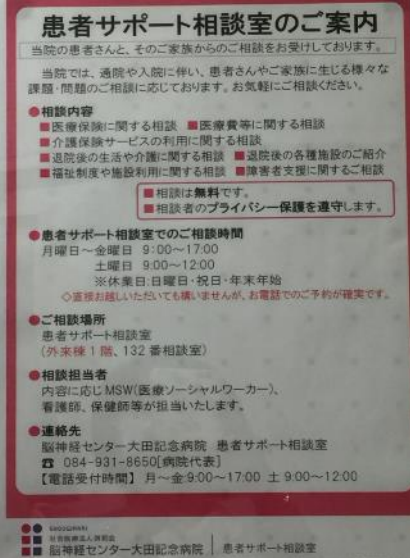
(七) 地域醫療聯繫室/地域連攜室

1. 地域醫療聯繫室簡介

地域，顧名思義即以地區為主，日本醫院設置此單位作為協助病人聯繫醫療過程所需的相關協助，但名稱或詳細工作內容則依據醫院有些微差異。大田醫院地域醫療聯繫室業務包含各種相談業務、介紹病人預約、出院支援及調整、院際聯繫等，主要協助連結病人各階段，讓病人可以順利進入下階段安置，並持續追蹤需特別關懷的病人，如難病或認知症病人，以病人為中心，維繫政府、院際、病家、個案管理師之間聯繫，適時提供病人的所需協助，大田醫院亦建置電子化系統，包含醫療資源清單，讓地域醫療護理師可以查詢到病人居住地附近的醫療資源，並可以將病人訊息傳達給對方。目前大田醫院地域醫療聯繫室配置4位護理師、3位社工師、3位事務員，護理師與社工師多留在負責單位，跟隨單位醫師迴診或與醫療團隊討論，而事務員則留在辦公室協助文書收發。

地區診斷	大田醫院地域醫療聯繫室業務
<p>地域を知る！「地区診断」</p> <p>■あなたの病院が所在する地域は、どんな地域？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 市の人口は？ ● 高齢化率は？ ● 市の特徴は？（人口比率・死亡原因・産業・・・etc） ● 自院のある地域の特徴は？ ● さまざまな行政の計画？ <ul style="list-style-type: none"> ・（高齢者保健福祉計画や保健医療計画って？） ● 医療機関の数は？ ● 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の数は？ ● 介護保険料や介護保険事業所の特徴は？ 	<p>当院地域医療連携室は・・・</p> <p>各種相談業務、紹介患者予約・退院支援&調整（在宅支援・転院調整を含む）、病院広報業務、各種連携イベントなど・・・患者さん家族&地域の医療機関&介護関連事業所との密な連携の窓口です！</p> <p>地域医療連携の『結ぶ・つなぐ』役割を一手に担っています</p>

相談業務



患者サポート相談室のご案内

当院の患者さんと、そのご家族からのご相談をお受けしております。

当院では、通院や入院に伴い、患者さんやご家族に生じる様々な課題・問題のご相談に応じております。お気軽にご相談ください。

●相談内容

- 医療保険に関する相談
- 医療費等に関する相談
- 介護保険サービスの利用に関する相談
- 退院後の生活や介護に関する相談
- 退院後の各種施設のご紹介
- 福祉制度や施設利用に関する相談
- 障害者支援に関する相談

■相談は無料です。
■相談者のプライバシー保護を遵守します。

●患者サポート相談室のご相談時間

月曜日～金曜日 9:00～17:00
土曜日 9:00～12:00
※休業日:日曜日・祝日・年末年始
◎遠隔お話し合いも承りますが、お電話でのご予約が確実です。

●ご相談場所

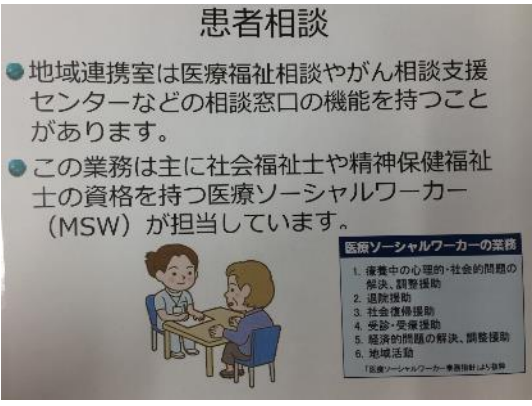
患者サポート相談室
(外来棟1階、132番相談室)

●相談担当者

内容に応じMSW(医療ソーシャルワーカー)、看護師、保健師等が担当いたします。

●連絡先

脳神経センター大田記念病院 患者サポート相談室
☎ 094-931-8650[病院代表]
【電話受付時間】 月～金 9:00～17:00 ± 9:00～12:00



患者相談

- 地域連携室は医療福祉相談やがん相談支援センターなどの相談窓口の機能を持つことがあります。
- この業務は主に社会福祉士や精神保健福祉士の資格を持つ医療ソーシャルワーカー(MSW)が担当しています。

医療ソーシャルワーカーの支援

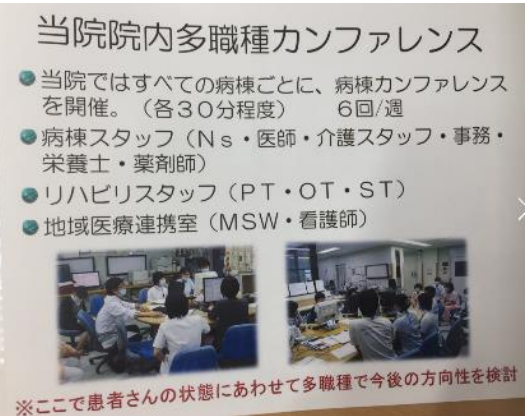
1. 回復中の心的・社会的問題の解決、調整援助
2. 退院援助
3. 社会復帰援助
4. 受診・受療援助
5. 経済的問題の解決、調整援助
6. 地域活動

「医療ソーシャルワーカー」専門職とは?

2. 大田醫院地域聯繫常規討論與廻診

大田醫院SCU周一到周五早上有神經科與神經外科醫師定時針對前一天入住病人進行廻診，並討論出院方向及計畫，且每周2次舉辦跨專業案例討論會，其他單位包含4樓、5樓、6樓，則是每周舉辦1次，另有院長在各樓層每周廻診1次，廻診時由園長、該樓層師長、主責地域聯繫護理師一同透過電子病歷討論，並逐一向病人說明。在病人入住的第一站SCU，即開始定期討論所有病人，包含師長(資深護理師)、護理師、地域聯繫護理師、復健師，有時有醫師參與，逐一討論各病人醫療、照護、復健、家庭等問題，追蹤上次討論後續並訂定後續計畫，過程會記錄於病人電子病歷。

SCU跨專業討論



当院院内多職種カンファレンス

- 当院ではすべての病棟ごとに、病棟カンファレンスを開催。(各30分程度) 6回/週
- 病棟スタッフ (Ns・医師・介護スタッフ・事務・栄養士・薬剤師)
- リハビリスタッフ (PT・OT・ST)
- 地域医療連携室 (MSW・看護師)

※ここで患者さんの状態にあわせて多職種で今後の方向性を検討


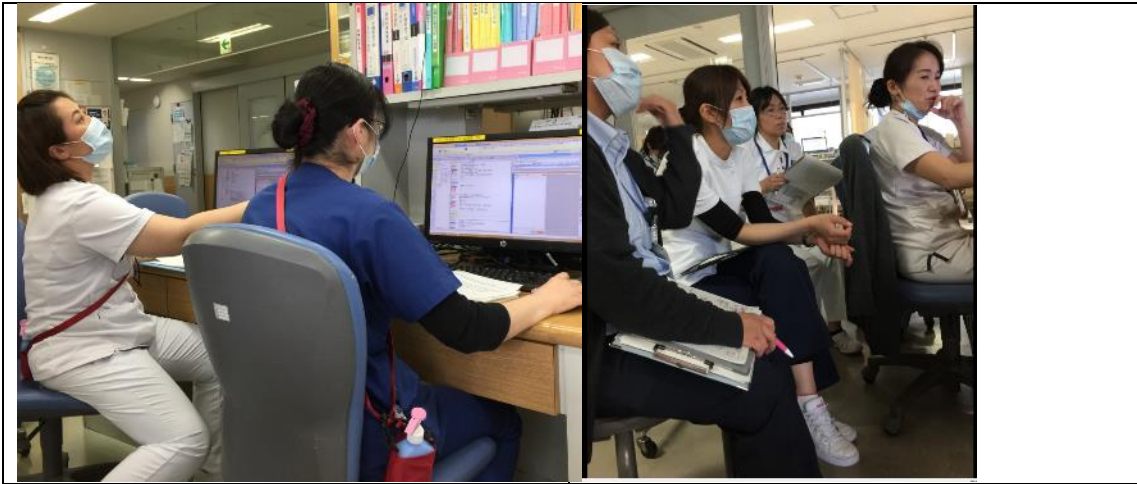
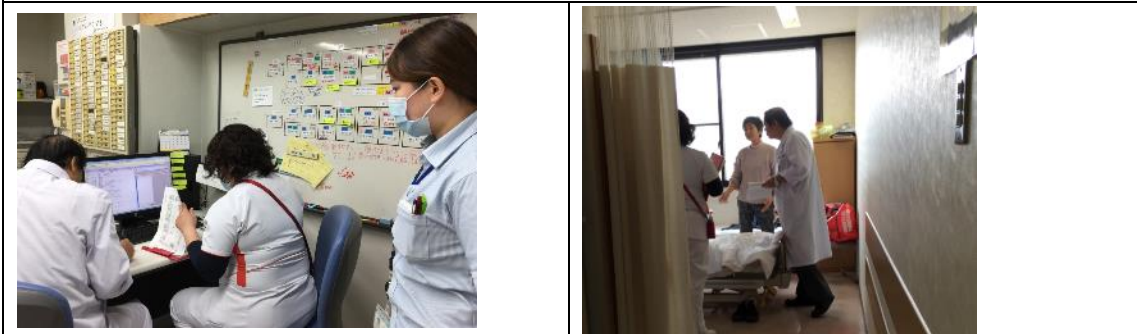


Photo showing healthcare professionals (nurses, doctors, social workers) gathered around a table in the SCU, discussing patient cases.



院長迴診



3. 退院(出院)支援機制啟動



醫院對於退院支援訂定明確的組織架構與日程表，地域聯繫護理師擔任極重要的角色，若入住病人是有個案管理師收案，地域聯繫護理師會協助聯繫個案管理師到院，以利情報交換，且病人入住會由護理師初步運用表單篩檢出院需求，根據病人入院情形進行評估是否有出院的支援需求，如緊急入院、再入院、難病或特定疾病、生活功能降低、獨居、特殊治療處置、照護技能學習需求或照顧者缺乏等等，並確認未來可能須介入支援的項目，一旦護理師在評估單勾選需支援，相談依賴書會自動列印到地域醫療聯繫室辦公室，讓地域聯繫護理師啟動支援機制。

<h3 style="text-align: center;">退院支援體制</h3> <p>The diagram illustrates the discharge support system. It shows a flow from 'Local Medical Institutions' (地域連携) and 'Discharge Support Team' (退院支援チーム) to the 'Hospital' (病院). The hospital involves 'Medical Director' (院長), 'Responsible Physician' (担当医師), and 'Ward Doctor' (主治医). A 'Bed Control Team' (ベッドコントロールチーム) is also involved. Below, it lists 'Bed Control Team' members: Hospital Director (院長), Bed Control Team Leader (ベッドコントロールチーム長), and Hospital Discharge Support Team (退院支援チーム). Other entities include 'Local Discharge Support Team' (地域連携退院支援チーム), 'Inpatient Discharge Support Team' (入院退院支援チーム), and 'Inpatient Discharge Support Team' (入院退院支援チーム).</p>	<h3 style="text-align: center;">退院支援日程表</h3> <p>退院支援においてやってほしいこと</p> <table border="1"> <tr> <td>予定入院患者</td> <td>入院決定前から退院予定日と退院準備を確認</td> </tr> <tr> <td>入院1-3日目</td> <td>アセスメント情報の共有(退院困難症者の情報共有)</td> </tr> <tr> <td>入院3-6日目</td> <td>病棟内カンファレンスの実施(医師含む関連職種)</td> </tr> <tr> <td>入院6-7日目</td> <td>患者・家族への説明(退院方針決定)</td> </tr> <tr> <td>入院7-8日目</td> <td>退院先調整</td> </tr> <tr> <td>入院10日前後</td> <td>退院</td> </tr> </table> <p>この情報をカルテ上に記録に残す。 退院先は原則医者が側が決定し調整する。 退院スケジュールの変更は必ずカンファレンスを行い決定する。</p>	予定入院患者	入院決定前から退院予定日と退院準備を確認	入院1-3日目	アセスメント情報の共有(退院困難症者の情報共有)	入院3-6日目	病棟内カンファレンスの実施(医師含む関連職種)	入院6-7日目	患者・家族への説明(退院方針決定)	入院7-8日目	退院先調整	入院10日前後	退院
予定入院患者	入院決定前から退院予定日と退院準備を確認												
入院1-3日目	アセスメント情報の共有(退院困難症者の情報共有)												
入院3-6日目	病棟内カンファレンスの実施(医師含む関連職種)												
入院6-7日目	患者・家族への説明(退院方針決定)												
入院7-8日目	退院先調整												
入院10日前後	退院												
<h3 style="text-align: center;">聯繫政府、院際、病家、個案管理師</h3>	<h3 style="text-align: center;">相談依頼書</h3>												
<p>The flowchart shows the 'Stroke Critical Bus Flow' (脳卒中地域連携クリティカルバスの流れ). It starts with 'Home/Residents' (在宅・住民) and 'Stroke in Progress' (脳卒中発症). The flow goes to 'Hospital' (入院), then to 'Acute Care Hospital' (急性期病棟), and finally to 'Discharge' (退院). Key elements include 'Local Linkage Critical Bus' (地域連携クリティカルバス), 'Information Exchange' (情報交換), and 'Discharge Support' (退院支援). Services mentioned include 'Discharge Support Center' (退院支援センター), 'Home Care Support Center' (在宅介護支援センター), and 'Nursing Home' (介護老人保健施設).</p>	<p>The form is titled 'Discharge Consultation' (相談依頼書). It includes fields for 'Patient ID' (患者ID), 'Name' (氏名), 'Date of Birth' (生年月日), 'Age' (年齢), 'Sex' (性別), 'Date' (昭和 年 月 日), 'Department' (診療科), 'Referring Doctor' (紹介医), and 'Referral Date' (転院依頼日). It also has sections for 'Discharge Request Content' (退院依頼内容) and 'Discharge Support Plan' (退院支援計画).</p>												
<h3 style="text-align: center;">地域醫療聯繫室業務範圍</h3>													
<p>The infographic is titled 'Regional Collaboration' (地域連携を知る). It lists various hospital functions and how they connect with the community. Functions include 'Specialized Hospital' (特定機能病院), 'Regional Medical Support Hospital' (地域医療支援病院), 'Acute Care Hospital' (急性病院), 'Recovery Specialized Hospital' (回復期リハビリテーション病棟), 'Home Care Support Hospital' (在宅介護支援病院), 'Home Care Support Clinic' (在宅療養支援診療所), 'Nursing Management Hospital' (計画管理病院), 'Cancer Treatment Collaboration Point Hospital' (がん診療連携拠点病院), 'Difficult Disease Center' (難病拠点病院), and 'Dementia Disease Center' (認知症疾患センター). The infographic also shows 'Regional Collaboration System' (地域連携システムの姿) and 'How to Collaborate' (機能はさまざま...どう連携するか).</p>													

4. 退院(出院)支援流程

地域聯繫護理師首先收集相關訊息進行入院前狀態評估，包含原本的生活狀態、家庭狀態、介護保險資訊、其他醫院或個案管理師情報等，並製作出院支援計畫書，與醫療團隊各專業成員討論後，內容包含病人各項待解決的問題，如醫療、復健、保險、經濟、居家照護、營養等，並邀請家屬與病人參與案例討論，而這大部分是在一般病房舉辦，醫師先向家屬與病人說明醫療狀態、待解決的問題與建議，之後則交由地域聯繫護理師提供與說明出院支援計畫書，在家屬了解與接受後進行簽名，過程中所有表單會存檔於電子病歷中。

地域聯繫護理師提供出院調整與支援，出院調整為實現病人自主性，根據病人與家屬意願，配合當地相關機構使用必要的系統於服務，出院支援為兵住病人與家屬了解出院後仍需要繼續的醫療護理，自主決定後續的決策，支持他們獨立生活，不只連結機構，還支持如何繼續生活，在此，看到出院計畫並非只是讓病人離開醫院，而是希望他們可以到下階段更好。為了讓病人更有進展，提供病人與家屬復健醫院的資訊並協助聯繫；為了讓病人可以更清楚如何飲食管理，讓營養師到案例討論會向病人與家屬說明飲食注意事項；為了讓病人順利返家，返家前召開跨專業討論及訪問，根據病人家庭狀態及實際到訪家中確認環境，提供居家改修與醫療器材相關資訊與資源，指導照顧者照護技能，並連結居家訪視資源，並提供病人資訊CD以利訊息傳達，甚至為了讓病人安心安置復健醫院，進一步協助啟動其失智症案妻的介護支援。

<p style="text-align: center;">地域聯繫情報書</p>	<p style="text-align: center;">入院前狀態評估</p>
	<p style="text-align: center;">入院時カンファレンス</p> <p>【入院前の状況を把握】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院時に患者の入院前の生活状況を知っておくことが、退院に向けた支援で重要な情報になります。介護保険の認定を受けている患者が入院した場合には、ケアマネジャーや地域包括支援センターから入院前の状況について情報を入手しましょう。
<p style="text-align: center;">地域聯繫過程説明書</p>	<p style="text-align: center;">入院過程跨專業協助</p>
	<p style="text-align: center;">入院時カンファレンス</p> <p>【入院時の多職種カンファレンス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院後、早期に多職種カンファレンスを行い、治療方針の確認、病状の予後予測、各職種でアセスメントしている課題等について共有しておくことが有効です。 ● 各種の制度（身体障害者手帳、介護保険、難病など）が利用できるかどうかの可能性についても把握しておき、適切なタイミングで紹介できるようにします。

退院支援計画書

■退院支援計画書(様式2)

患者氏名

入院科	計画書手番	計画書作成日
病名		
退院前病状		
患者以外の相談(家族など)		
退院支援計画を行う担当		
退院に係る課題点や課題点等	<input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> 介護について <input type="checkbox"/> 病状の不安 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 薬費について <input type="checkbox"/> その他 ()	
退院へ向けた目標設定、支援期間	【現在利用中のサービス】 <input type="checkbox"/> 介護保険認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 要介護認定 () <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他 ()	
支援内容	【退院後の目標】 <input type="checkbox"/> 退院後の療養先を決定 <input type="checkbox"/> 転院・施設への退院 <input type="checkbox"/> 介護保険などの在宅ケアの準備 <input type="checkbox"/> 医療費・療養費についての検討 <input type="checkbox"/> その他 ()	
予想される退院先	【支援期間】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 (<input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 療養目的) <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
退院後に利用が予想される社会福祉サービス(入院前より利用しているサービス)	【サービス】 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療(研修含む) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問ケア <input type="checkbox"/> 外来リハビリ <input type="checkbox"/> 転院後検討 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 福祉用具	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者		

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態変化などに応じて変わります。

病棟退院支援計画担当 退院支援計画担当

この説明により、退院支援計画について理解できましたので同意します。

患者氏名: 代理人氏名: ()

退院支援、調整

【退院支援・調整シート】

入院科 病名 計画書手番 計画書作成日

退院前病状

患者氏名

今後の方向性 (転院・施設退院)

課題項目

医療項目

退院支援初期対応

介護保険利用状況

転院・施設退院

転院・施設退院

ケアマネジャー連携

退院前カンファ

退院前自宅訪問

退院先

介護タクシー

転院先

※診療報酬算定

跨專業協助出院

退院前多職種合同カンファレンス (退院前カンファレンス)

- 患者・家族が安心して退院し、自宅等で安定した療養生活ができるよう、入院中の病院スタッフと退院後の在宅医療・ケアスタッフが集まり、患者情報の伝達・共有を行います。
- カンファレンスには患者・家族、ケアマネジャーにも参加していただきます。
- 患者の状態や治療方針を共有することにより、受入側の医療・ケアスタッフは、退院後の療養計画やケアプランを立てやすくなります。
- 患者・家族も、退院後のスタッフと顔を合わせ、在宅療養での希望等を伝えることにより、安心して退院に向けての準備に取り掛かることが出来ます。

出院支援定義

退院支援とは

- 退院支援 Discharge Planning

個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように、病院においてシステム化された活動・プログラム (手島, 1996)

*** 単に制度や在宅ケア機関につなぐことだけではない**

ジェネラリストナースに必要な「退院支援」の考え方

出院調整與支援

退院支援・調整とは

退院調整

患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて、必要な制度や諸サービスの活用に向けて、地域の関係機関と調整すること

退院支援

患者・家族が、退院後も継続が必要な医療や介護について理解し、療養場所・方法を自己決定するとともに、可能な限り自立した生活が送れるよう支援すること

「退院後の在宅ケア機関につなげること」だけではない
その人がどう生きていきたいかを支援すること

当院における退院前カンファレンス

各種専門職 (医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、社会福祉士、介護福祉士、ケアマネジャー)

地域のかかりつけ 医師・看護師

地域の かかりつけ 薬剤師

地域の かかりつけ 臨床心理士

民生委員や地域の 民生委員

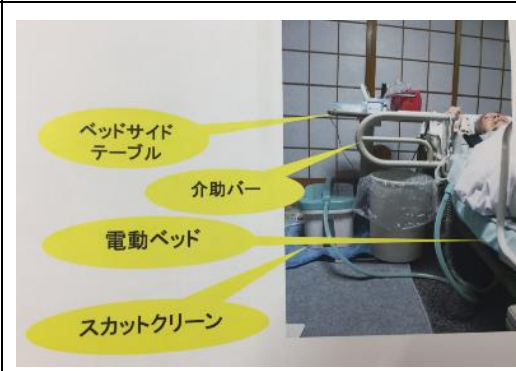
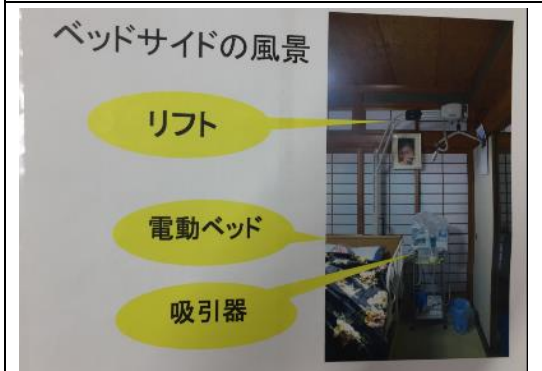
平成18年から病棟ごとに退院支援看護師導入
カンファレンスの司会は病棟退院支援看護師

出院前跨專業討論與訪問



退院前訪問

- 退院前訪問とは、退院される患者が円滑に在宅生活を送っていけるよう、自宅に訪問し、家屋内外の段差・配置などの状況把握や、住宅改修の提案、福祉用具の活用、自宅での動作指導・生活指導等を行うことです。
- 入院中の担当理学療法士・作業療法士、看護師、ソーシャルワーカー等が訪問します。
- 退院後に担当するケアマネジャーや住宅改修事業者とともに訪問するとよいでしょう。
- 訪問日時については、患者・家族と相談の上、決定します。



5. 退院支援委員会會議

地域醫療聯繫室毎個月舉辦退院支援委員會會議，參加者為所有地域醫療聯繫室人員、各層師長及副師長、控床師長、復健科醫師，主要是針對退院支援

相關議題進行宣導或討論。日本政府每2年會修改診療報酬條款，今年修改條款降低住院診療報酬及增加門診診療報酬，因此地域醫療聯繫室業務增加，期望護理師協助分擔退院支援業務，目前初步先由師長及副師長協助分擔，未來可能朝向護理師亦能進行出院準備。

退院支援及調整的計劃表

退院支援・退院調整 フロー			
入院時	入院7日以内	安定期	退院まで
<p>48時間以内に退院支援スクリーニング・7日以内に退院支援計画書着手</p> <p>医療上の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 通院の有無 □ かかりつけ医・かかりつけ歯科医 □ 訪問看護の有無・ケア内容 □ 医療処置の有無・内容 □ 内服薬 	<p>★退院時に目指せる状況のアセスメント</p> <p>★疾患・ADLにより今後生活で起こりうる課題の抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 治療によりどの程度まで回復できるか □ 治療計画は立っているか □ 今後起こりうる変化の予測 □ 症状緩和・緩和ケアへの移行が必要か □ 新たに必要となる医療処置 □ 在宅医療の導入が必要か 	<ul style="list-style-type: none"> □ 今後必要となる医療（処置、管理、リハビリ）について共有 □ 在宅医・訪問看護等へ退院後の支援内容について相談 □ 統一した内容で医療処置指導 □ 緊急時の対応についての指導 	<p>★退院前カンファレンス</p> <p>□ 医療処置・医療管理内容について最終確認</p>
<p>生活ケア上の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 入院前ADL・IADL □ 生活状況・経済状況 □ 家族状況 □ 家族構成・キーパーソン □ 在宅サービスの利用状況 □ 社会保険制度の利用状況 □ ケアマネジャーからの情報収集 	<p>★退院時に目指せる状況のアセスメント</p> <p>★疾患・ADLにより今後生活で起こりうる課題の抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> □ しているADL・できるADL・なりたいたADLの明確化（食事・入浴・洗面・歯磨き・更衣・排泄・移動・寝転等） □ 目指すADLゴールの院内一致 □ 患者・家族の思いとゴールにズレはないか □ 患者・家族とゴールを共有 □ 住環境の評価、課題抽出（トイレ・浴室・家屋内移動・玄関からのアクセス等） □ 介護保険申請方法・介護サービス内容の説明 □ 地域資源・その他サービスについて説明 	<ul style="list-style-type: none"> □ ADLゴールの再評価、患者・家族と共有 □ 生活・介護指導（食事・排泄・清潔・活動・服薬等） □ 抽出した課題に対する助言 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 介助方法の工夫 ◆ 福祉用具の導入について ◆ 在宅改修について など 	<p>★退院前カンファレンス</p>
<p>患者意思決定の表示</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 病状説明（入院予定期間） □ 病状をどのように受け止めているか □ 今後に向けてどのような思いを描いているか 	<ul style="list-style-type: none"> □ 治療方針・方向性の院内一致 □ 病状説明（治療方針、入院予定期間） □ 今後起こりうる生活上の変化について説明 □ 患者・家族の思いを聞く □ 患者・家族と生活上のイメージを共有 □ 療養方法について選択肢を提示 <ul style="list-style-type: none"> Ⅰ) 在宅→必要なサービスの確認 Ⅱ) 転院→回復期など患者状況に応じた病院を提示 Ⅲ) 施設→医療処置・介護度・経済状況を考慮し選択 	<ul style="list-style-type: none"> □ 病状の変化に応じて病状説明 □ 患者・家族の思いに変化がないか □ 療養先の選択、調整 <ul style="list-style-type: none"> Ⅰ) 在宅→サービス調整 Ⅱ) 転院→手続と、施設調整 Ⅲ) 施設→施設スタッフとの情報共有 	<ul style="list-style-type: none"> □ 意思決定内容の再確認 □ 緊急時対応・看取り時対応についての共通認識

退院支援相談依頼書課題陳述

退院支援スクリーニング・アセスメント票の課題項目についての解説

＜スクリーニング・アセスメント票の意味＞
 退院がスムーズに決まらない患者を予測し、「今後」注目して課題は何かを明確にするもの
 退院困難とならざる課題をひらいたもので、退院支援担当者の「決定のためではない」
 支援内容を考えるのは「次の段階（＝カンファレンスなど）」で良い
 退院支援は日々のケアの結果であることを意識し、役割を分担し、しよう！必要に応じて依頼書の作成を！

2017/01/06 精神外科 ※作成中

＜退院支援スクリーニング・アセスメント票（入院48時間以内）＞

患者情報
 氏名: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 年齢: _____
 正病名: _____ 副病名: _____
 入院日: _____ スクリーニング日: _____ 記録者: _____
 再スクリーニング日: _____ 記録者: _____

【課題抽出の抽出】

□ 緊急入院	⇒ ⇒ ⇒	① 継続して治療の病状管理が必要
□ 転院からの入院	⇒ ⇒ ⇒	② 元の施設に戻るための条件があるか
□ 再入院（入院を繰り返している）	⇒ ⇒ ⇒	③ 受けとられず退院される状態についての理解がない
□ 難病・難症・難病・高度・精神疾患・関係性解決等責任対応困難	⇒ ⇒ ⇒	④ 医療処置の協力が必須
□ 医療処置がある、新しく導入される	⇒ ⇒ ⇒	⑤ 結核薬 ⑥ 中心神経系薬
□ 処方ADLの低下が予測される	⇒ ⇒ ⇒	⑦ 自己注射 □ 排便処置
□ 排遺に行動を要する	⇒ ⇒ ⇒	⑧ 尿管留置 □ 人工呼吸機 □ 吸引
□ 介護が難しい	⇒ ⇒ ⇒	⑨ 在宅薬 □ 褥瘡 □ 人工肛門
□ 後身または他病になる時期がある	⇒ ⇒ ⇒	⑩ 人工関節 □ その他
□ 高齢世帯 □ 家族が介護状態	⇒ ⇒ ⇒	⑪ 退院後の生活様式の再編が必要
□ 同居家族がいても支援困難	⇒ ⇒ ⇒	⑫ 研修・訓練・排便コントロールが必要
□ 介護保険サービスを利用している	⇒ ⇒ ⇒	⑬ 生活支援やサポートが必要
□ （Aから）生活に支援が必要であった	⇒ ⇒ ⇒	⑭ 結果の自己管理又は施設管理が困難
□ 介護保険等の認定なし	⇒ ⇒ ⇒	⑮ サービスの調整が必要
	⇒ ⇒ ⇒	⑯ ケアマネジャー等支援者との情報共有
	⇒ ⇒ ⇒	⑰ 今後、介護サービス等の利用が必要

抽出項目・課題項目ともにチェックが入れば要支援

□ 退院支援は不要
 □ 退院支援・調整が必要（★退院支援計画書の作成、患者・家族へ説明等）
 □ 病棟での支援が可能
 □ 退院支援部門による介入が必要

相談依頼書の発行 □ 発行済み

※※病棟カンファレンスを入院後7日以内に実施※※

＜スクリーニング・アセスメントの書き方＞
 【課題抽出の抽出】
 今の状況をそのまま記入

【課題】
 これから数日のケアの中で注目していく事柄の整理
 入院中に、解決が必要と思われる項目となる

① 項目が持つ意味
 ● 継続して治療の病状管理が必要
 病状の特性からみて生活指導の必要性があるかどうか

② 元の施設に戻るための条件があるか
 再入居できない条件（在籍可能期間、医療処置の可否など）を知ることで、退院時の最低目標目標（条件）が分かる

③ 受けとられず退院される状態についての理解がない
 □ 支援体制が揃っていない
 病状説明ができていないか、本人・家族が現状・予後について理解できているか
 病院側のズレがないか

④ 医療処置の指導が必要
 医療処置について指導が必要となるものがあるかどうか

⑤ 退院後の生活様式の再編が必要
 ⑥ 排遺訓練、排便コントロールが必要
 ⑦ 生活支援やサポートが必要
 動作方法の要、介助方法の工夫

⑧ サービスの調整が必要
 ⑨ 今後、介護サービス等の利用が必要
 本人、家族だけで対応できる状態か、今までと異なる生活が送れるかどうか

支援担当はカンファレンスなどで決定して可

カンファレンス実施期限日が自動表記される

6. 參訪福山市當地介護機構

地域醫療聯繫室會安排參訪鄰近地區照護機構，增加機構的了解以利未來的轉介，參訪者包含地域醫療聯繫室人員、理事長夫人、樓層師長。此次參訪福山鄰近濱海地區-鞆之浦櫻花之家(Sakura home)。鞆之浦有 5000 多人，但有約 30% 為高齡者，目前當地有 4 個機構，照護高齡者、發展障礙與呼吸器孩童，目標讓各式各樣的人可以安住當地。櫻花之家為當地成立 25 年的照護機構，也提供小規模多機能居家照護，屬於介護保險發展出來的社區照護模式，目前有 9 位高齡者長住，並提供日間照護服務及居家訪視，90%在此的高齡者是失智症者，據說「崖上的波妞」構想來自鞆之浦，而電影中宗介媽媽與工作的「向日葵之家」設定來自於櫻花之家與負責人羽田女士。

櫻花之家為醋店的傳統民宅改建，建材主要是木頭，裝潢以日本古風為主，有暖爐、和服、傳統家具等，燈光為溫暖不刺眼的黃光，一樓為客廳、活動區、休息區及浴室，二樓為個別房間。出入口無上鎖，讓高齡者可以自由進出，高齡者可以在附近活動，而機構外面有一間舊式雜貨店，裡面為志工人員，讓高齡者可以用零錢購物，而附近居民也會協助看顧活動的高齡者，日間高齡者到此可以參與活動及洗澡後自行決定離去時間，機構雖提供伙食，但高齡者可以依據喜好自帶食物，而居住的個室也讓高齡者依據喜好進行陳設，房門口用大木牌書寫姓名，居家訪視單日會探視 60 回左右，每天利用腳踏車或機車到附近每位居家高齡者探視 4-5 趟，特點為「個別性」、「自由」、「社區化照護」。

鞆之浦當地機構	櫻花之家
---------	------

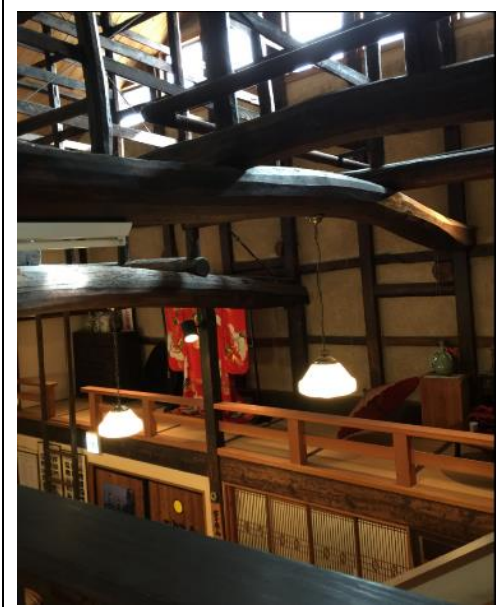


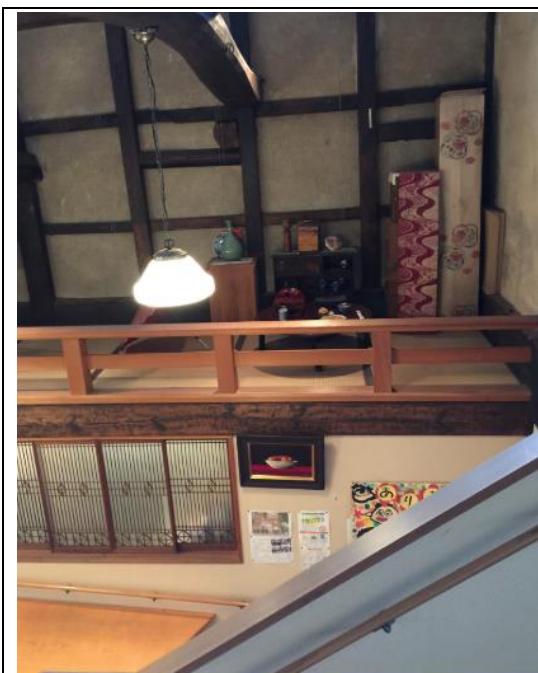
櫻花之家

羽田女士的另一機構

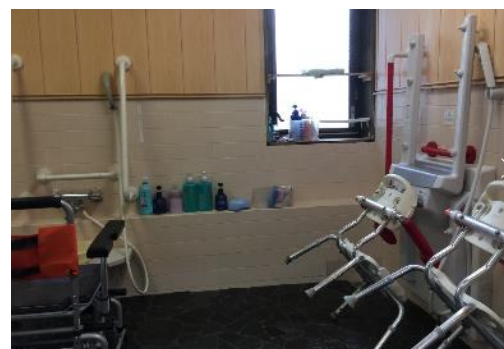
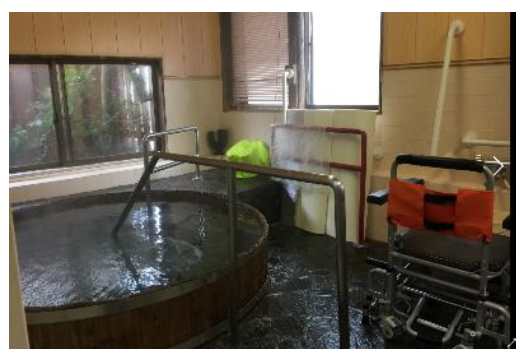


日本古風裝潢



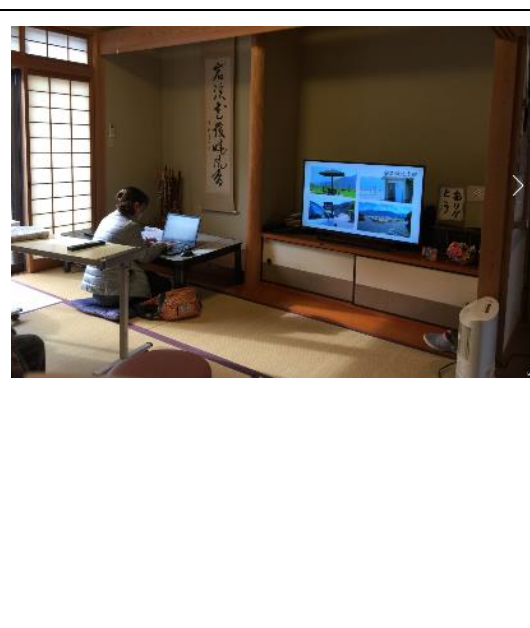


日本無障礙浴室



日間照護活動-灑豆子趕鬼

觀看日本時代劇



工作人員準備伙食並看顧高齡者



個人化個室




(八) 4樓循環科病房

1. 病房設置

4樓病房共有46床病床，包含單人床及4人床，皆配備病床、床頭櫃、電視、保險櫃及小冰箱，病人可以購買卡片啟動冰箱及電視，此樓層主要入住循環科病人，因此多數病人入住為接受冠狀動脈造影或置放支架等。公共區域包含公共活動區、介護浴室、公共浴室、廁所、污物室，走道上牆壁有凹槽可以置放推車，護理站極寬大可以將工作車推入，並讓須密切注意或建議下床的病人留置護理站，為密切觀察病人心電圖變化，單位有移動式導程、中央監視器、移動式監視器，

並有點滴及檢體條碼貼列印機與掃描機。護理師以輪值兩班為主，白班為08:30-17:30，夜班為17:00-09:00，夜班護理師會輪流休息，護理師主要照護4-5位病人，每4位護理師為一組，分為A、B組，資深護理師擔任組長，中間有一位10:30-19:30的護理師協助，並有護理佐理員協助。

<p>床頭櫃、電視、保險櫃及小冰箱</p>	<p>病床</p>
	
<p>介護浴室</p>	<p>走道上牆壁有凹槽可置放推車</p>
	
<p>移動式導程</p>	<p>中央監視器</p>
	

<p>點滴及檢體條碼貼列印機</p>	<p>掃描機</p>
	
<p>藥車</p>	<p>E化工作車</p>
	

2. 照護流程

病人入院時會依序到入院案內報到，事務員經過確認才讓病人入住，病人完成資料準備及配戴手圈，便可到護理站報到，護理師帶入病房並提供用物，經過環境介紹及測量生命徵象後，取回病人資料與自備藥物，依據入住查核表逐項確認病人檢查或手術準備，此查核表於入院、轉床及出院都要逐項確認，包含手圈、床頭卡、家屬聯繫、申告書、同意書、營養評估、壓瘡評估、自備藥物確認相關檢驗檢查、退院支援評估、NANDA 系統評估、跌倒評估、認知評估、入院診療計畫書等。

入院診療計畫書是電腦繪製病人入院行程表，護理師向病人及家屬說明行程及注意事項，經病人簽名後會掃描上傳，讓病人每張文書都可以有電子檔存放

電子病歷。自備藥物及手冊收回後，會掃描自備藥手冊內容上傳，藥物會放於護理站籃筐中，護理師會在上傳內容中註記特殊事項，而藥師會自動前來確認藥物服用的必要性，護理師若評估退院支援項目呈現病人有退院支援需求，電腦會自動列印需求單到地域聯繫室，讓退院支援護理師介入，護理站前方也置放單位負責醫師、師長、藥師及退院支援負責人。

醫師開立醫囑後列印點滴及試管條碼貼，護理師攜帶相關用物到病室向病人說明，並與病人核對姓名後進行採血或點滴注射。當病人要行檢查或手術，會協助病人準備，包含更衣及刷牙洗臉，尤其是採全身麻醉要插置氣管內管的病人，以降低肺炎機率，護理師攜帶資料及帶領病人到檢查室或手術室，與檢查室或手術室進行交班。當病人檢查後護理師會前去以輪椅帶病人返室，以冠狀動脈造影為例，檢查後護理師帶輪椅及病人服到檢查室，與檢查人員協助更衣及調整點滴，讓病人坐到輪椅後，移動到檢查室電腦旁，醫師向病人及家屬說明，再陪同病人返室，返室後檢查生命徵象，並依檢察室建議定時鬆開手腕橈動脈介入穿刺部位止血器(TR band)，並安置移動式心電圖監視器。

日本醫院採全責照護，因此家屬僅每日探視，病人照護以護理師及護理助理員為主，病人入住後每周定時更換床單及被單，盥洗、更衣、活動、檢查、餵食、灌食等都依賴團隊。師長表示護理師會評估壓瘡及跌倒危險，提供氣墊床、定時翻身單及皮膚確認，以預防壓瘡發生，並集中步態不穩且意識不清的高危險跌倒病人，讓病人坐輪椅並使用輪椅固定帶，可以加強注意病人活動，至於有自拔管路風險的病人，會提供乒乓球手套及保護性約束使用，且鼻胃管留置 10Fr. 管徑較舒適，鼻部黏貼交叉 U 型及橫貼，於臉部再次 2 段式雙層固定，若發生極重大異常事件會進行反省討論會。

入住査核表

入院→転室→退院時 カルテチェックリスト

	入院	転室	転室	転室	退院	事務		入院	転室	転室	転室	退院	事務
日付	2/8	/	/	/	/	/		日付	2/8	/	/	/	/
サイン	根本							サイン	根本				
1 7-M"ト"	<input checked="" type="checkbox"/>						29 転倒転落テスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 4"ト"ネム	<input checked="" type="checkbox"/>						30 認知症テスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 連絡先入力	<input checked="" type="checkbox"/>						31 入院中の経過 (作成・修正)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4 家族構成入力	<input checked="" type="checkbox"/>						32 食事依頼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 アライト"テ"保護について	<input checked="" type="checkbox"/>						33 薬物の確認	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 入院申込 (誓約) 書	<input checked="" type="checkbox"/>						34 補聴器の確認	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 入院歴申告書	<input checked="" type="checkbox"/>						35 内服指示確認 (服用含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 個室同意書 (必要時)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		36 点滴、注射薬の確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 脳卒中地域連携"入"同意書 (脳卒中のみ)	<input checked="" type="checkbox"/>						37 褥瘡カンパレンス 有無 ※他の場合は転室先に送る		有・無	有・無	有・無	有・無	
10 身体抑制の同意書	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		38 看護計画評価・修正	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 フォット-問診票	<input checked="" type="checkbox"/>						39 冷蔵庫保存 (ワコー・点眼など)		有・無	有・無	有・無	有・無	
12 入院時NIHSS (脳卒中のみ)	<input checked="" type="checkbox"/>						40 点滴、注射薬の転室先 への受け渡し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 入院診療計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		41 中間サマリー (14日以上or地域包括へ の転室時)		要	要	要		
14 入院診療計画書(地域包括)	<input checked="" type="checkbox"/>						42 手術書類 (IC用紙、同意書、 確認書など)		有	有	有	有	有
15 栄養管理計画書	<input checked="" type="checkbox"/>						43 検査書類一式 (同意書、造影剤問 診)		有	有	有	有	有
16 褥瘡診療計画書	<input checked="" type="checkbox"/>						44 転室の家族への連絡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 胸部X-P	<input checked="" type="checkbox"/>						45 退院療養計画書					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 採血 (感染症3ヶ月以上) ・検尿	<input checked="" type="checkbox"/>						46 看護退院"リ"テ					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 心電図	<input checked="" type="checkbox"/>						47 各種手術 (輸血・PEG等)		有	有	有	有	有
20 DM (有・無) →"リ"表	<input checked="" type="checkbox"/>						48 脳卒中地域連携"入"					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 NANDA入力 (身長・体重測 定)	<input checked="" type="checkbox"/>						49 脳卒中退院時NIHSS					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 入院時の記録 (テンプレートに沿って)	<input type="checkbox"/>						50 退院時薬剤確認					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 看護計画立案	<input type="checkbox"/>						51 C Sセット利用	有	有	有	有	有	有
24 看護指示入力	<input type="checkbox"/>						52 D rサマリー						
25 観察項目入力	<input type="checkbox"/>												
26 退院支援"リ"列挙	<input type="checkbox"/>												
27 退院支援計画書 (要支援の人)	<input checked="" type="checkbox"/>												
28 OX"リ"表	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

退院時病棟責任者

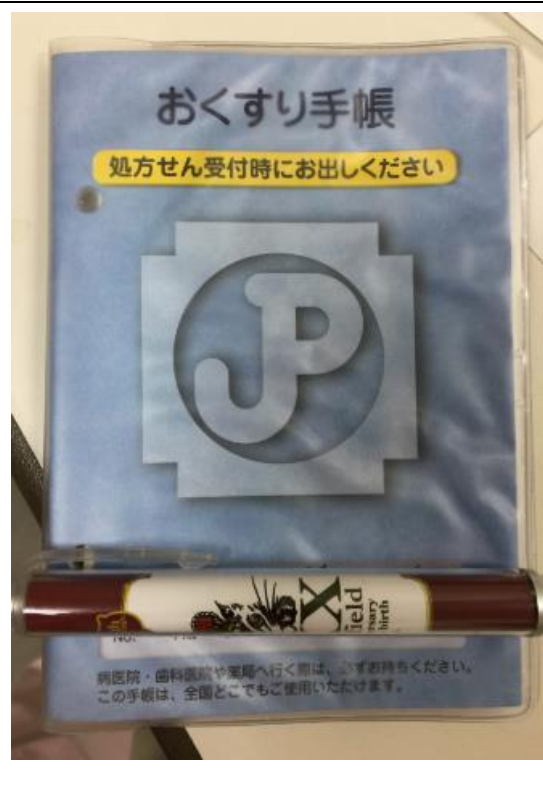
入院診療計画書

入院診療計画書 CAG(2泊3日) CKD+ 病名: 急性心不全の疑い
 00278419 氏名 藤原 和男 様 病棟 4E 病棟
 主治医 高島 幸 受持看護師 永田 史江 管理栄養士 門田 貴子

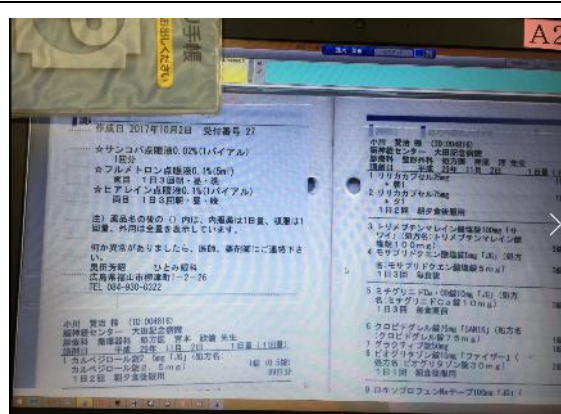
診療科目	担当	1日	2日	3日
内科	高島 幸	病状観察	病状観察	病状観察
外科	高島 幸	病状観察	病状観察	病状観察
看護	永田 史江	病状観察	病状観察	病状観察
栄養	門田 貴子	病状観察	病状観察	病状観察
薬剤	高島 幸	薬物管理	薬物管理	薬物管理
検査	高島 幸	検査実施	検査実施	検査実施
理学療法	高島 幸	理学療法	理学療法	理学療法
作業療法	高島 幸	作業療法	作業療法	作業療法
言語療法	高島 幸	言語療法	言語療法	言語療法
心理療法	高島 幸	心理療法	心理療法	心理療法
社会福祉	高島 幸	社会福祉	社会福祉	社会福祉
その他	高島 幸	その他	その他	その他

注1)入院期間については、現時点で予想されるものであり、今後検査等を進めていくにたがって変わることもあります。
 患者署名(藤原和男) 代理署名() 続柄()



自備薬物手冊



自備薬物手冊内容掃描上傳



<p>自備藥物籃</p>	<p>單位業務負責人</p>
	
<p>列印點滴條碼貼</p>	<p>準備採血用物</p>
	
<p>向病人及家屬說明</p>	<p>採血前核對姓名</p>
	
<p>採血後將檢體集中送出</p>	<p>病人集中護理站</p>
	

保護性約束	磁扣式約束帶
	
鼻胃管兩段式固定	
	

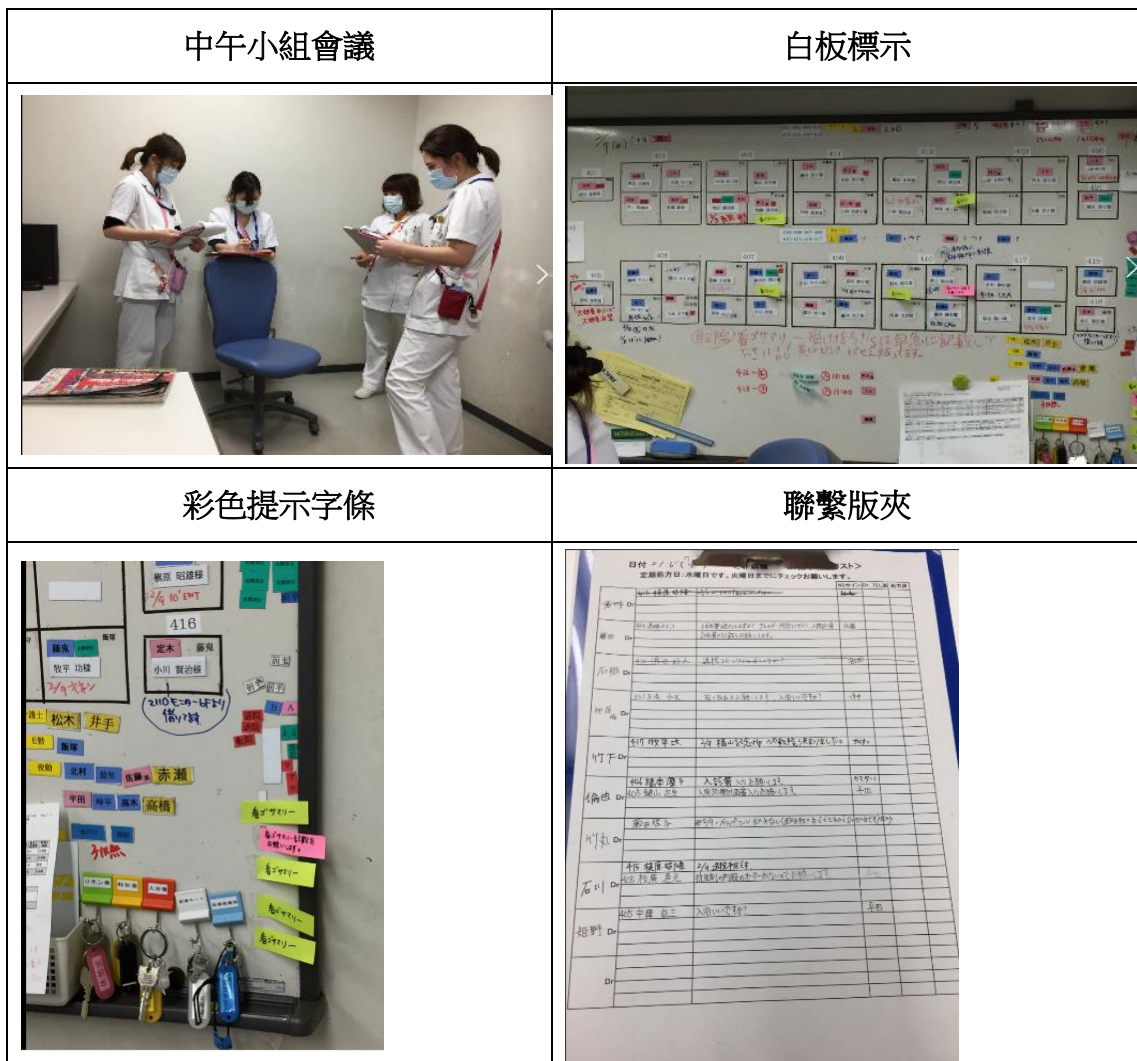
3. 團隊運作與跨團隊溝通

護理師日夜班會交接班，但日班護理師於 11:30 左右會有小組會議，在組長帶領下簡介組內病人動向，並分配用餐輪序，讓護理師可以適當休息及進食。護理站巨大白板呈現病人姓名、主責護理師及醫師，護理師可以運用顏色鮮明的字條標示，提醒醫師注意病人的特殊事項，亦有聯繫版夾可以留言給醫師，進行醫護溝通，卻又不會一直干擾對方。

在護理師照護病人過程，電腦可以連動通知藥師確認自備藥物，並聯繫地域聯繫室尋求退院支援，且護理師評估病人有營養需求，可以主動聯繫營養師介入，

病人有口腔問題或假牙清潔困擾，可以聯繫齒科醫師前來協助進行，並可預先準備相關清潔設備，而齒科醫師會定時回診，並於護理站標示診視時間。有復健需求的病人入住醫院後即有復健師早期介入，並每日持續提供復健，病人的活動及下床由復健團隊定時協助，因此護理站可見很多病人使用輪椅固定帶坐在輪椅上。

平常日下午 4 點會舉辦控床會議，由醫院控床師長、各層師長及地域聯繫室人員聚集，並依據住院病人清單，清單標示病人姓名、診斷、入住天數、醫療報酬，醫療報酬的呈現包含現在數據及下個月的預測支付點數，積極討論如何適當縮短住院天數。控床師長負責掌控院內床位運作，根據醫院電腦系統畫面，可以看到每區病人資訊，並連結病人 floor map 可以判斷各床位的運作，例如該床位入院及預訂出院日期，便可以安排下一位病人入住時間。



齒科醫師用物



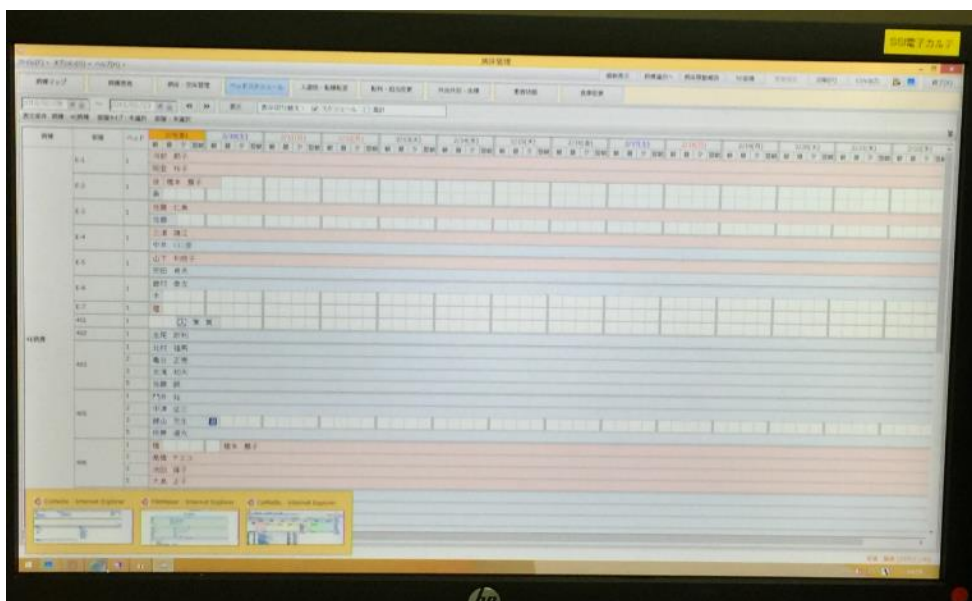
控床會議



各單位床位資料



病人floor map



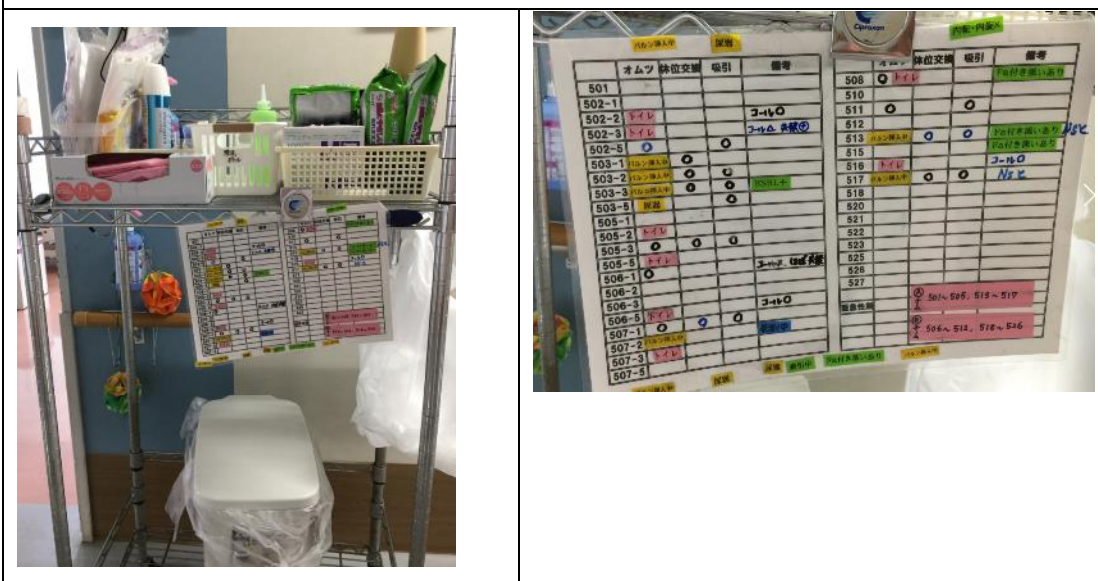
(九) 5樓神經內外科及脊髓科病房

1. 病房設置

5樓病房共有35床病床，包含1間負壓隔離病室、單人床及4人床，病人主要包含神內、神外、脊髓及神經難病疾病，病室及公共區域配置與4樓差異不大。日班護理師主要照護4-5位病人，每4位護理師為一組，分為A、B組，夜間僅有2位護理師及1位護理助理員。

單人房淋浴椅及廁所	介護浴室
	
病室門口及護理站用顏色標示病人活動程度，紅色代表臥床、黃色代表協助、無顏色代表可自理	
	

護理助理員工作車與工作清單



2. 照護流程

病人入院、出院、檢查、手術流程、常規照護與其他單位一致，因病房屬性病人多有齒科、營養、壓瘡、活動問題，因此跨團隊照護運作極為重要，且神內有時入住失智症病人，若病人入住單人房，為能注意病人動向，會建議家屬陪伴。若有病人病況不佳，醫師會與家屬討論急救措施的想法，若病人往生則進行遺體護理，再由家屬聯繫葬儀社人員處理。

<p>病人轉出，轉入單位護理師到轉出單位接病人，交班後轉出單位護理師陪同到電梯口</p>	<p>病人出院護理師陪同病人及家屬到電梯口</p>

3. 團隊運作與跨團隊溝通



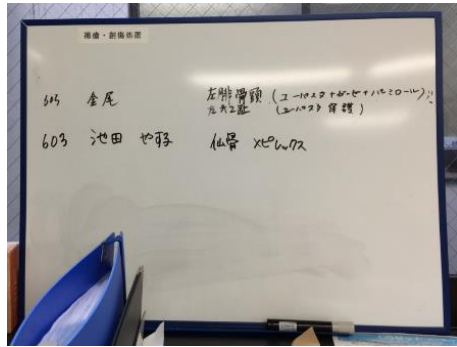
病人口腔問題或假牙清潔困擾，齒科醫師前來協助，於護理站標示齒科醫師回診時間，復健師每日主動前來協助病人下床活動。病人入院即有臨床營養小組 (Nutrition Support Team , NST)主動透過營養數據篩檢高危險群，包含身體質量指數或血液檢驗值，主動前來診視，之後每周定時回診，成員包含營養師、藥劑師、語言治療師，及病人的主責醫師與護理師，在病室討論病人的營養攝取、吞嚥、藥物等問題，並提供建議。醫院門診部有一位護理師負責壓瘡及造口照護，其具有相關認證，負責壓瘡委員會運作。

齒科醫師回診時間預訂表	復健師協助病人下床活動
--------------------	--------------------

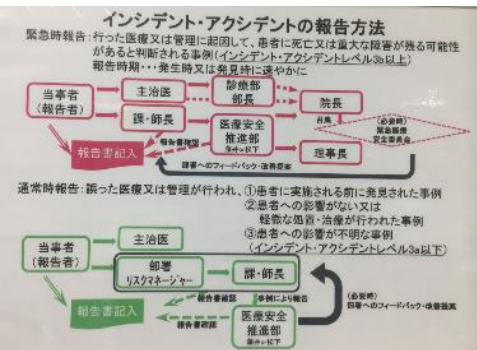


復健師協助有呼吸器的 ALS 病人下床坐輪椅



臨床營養小組	壓瘡護理師
	
<p>單位陳設壓瘡告示牌，標示病人壓瘡部位及處置</p>	

單位有師長與副師長，師長主要負責行政業務，包含控床、與醫師討論困難病人、出院議題討論、醫護病溝通、特殊人士的處理等，而副師長協助處理行政業務及臨床業務。師長表示醫院醫療意外由醫療安全推進事務室負責，若發生醫療意外，當事者會與師長討論，根據意外嚴重度進行通報，而醫院亦有感控相關規定，如洗手、體溫監測及防護設備。

醫療意外嚴重度	通報流程																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>レベル</th> <th>障害の持続性</th> <th>障害の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>レベル 5</td> <td>死亡</td> <td>死亡 (原疾患の自然経過によるものを除く)</td> </tr> <tr> <td>レベル 4 b</td> <td>永続的</td> <td>永続的な障害や後遺症が残る、有意な機能障害や美容上の問題を伴う</td> </tr> <tr> <td>レベル 4 a</td> <td>永続的</td> <td>永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない</td> </tr> <tr> <td>レベル 3 b</td> <td>一過性</td> <td>濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの急激な変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来受診の入院、留置など)</td> </tr> <tr> <td>レベル 3 a</td> <td>一過性</td> <td>簡単な処置や治療を要した (消毒、退治、皮膚の結合、薬物の投与など)</td> </tr> <tr> <td>レベル 2</td> <td>一過性</td> <td>処置や治療は行わなかった (懸念要素の強化、バイタルサインの軽微な変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)</td> </tr> <tr> <td>レベル 1</td> <td>一過性</td> <td>患者への被害はなかった (何らかの影響を及ぼした可能性は否定できない)</td> </tr> <tr> <td>レベル 0</td> <td>-</td> <td>エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>-</td> <td>患者からの苦情、施設上の問題、医薬品の紛失や破損、医療従事者に発生した事故</td> </tr> </tbody> </table>	レベル	障害の持続性	障害の内容	レベル 5	死亡	死亡 (原疾患の自然経過によるものを除く)	レベル 4 b	永続的	永続的な障害や後遺症が残る、有意な機能障害や美容上の問題を伴う	レベル 4 a	永続的	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない	レベル 3 b	一過性	濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの急激な変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来受診の入院、留置など)	レベル 3 a	一過性	簡単な処置や治療を要した (消毒、退治、皮膚の結合、薬物の投与など)	レベル 2	一過性	処置や治療は行わなかった (懸念要素の強化、バイタルサインの軽微な変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)	レベル 1	一過性	患者への被害はなかった (何らかの影響を及ぼした可能性は否定できない)	レベル 0	-	エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった	その他	-	患者からの苦情、施設上の問題、医薬品の紛失や破損、医療従事者に発生した事故	<p>インシデント・アクシデントの報告方法</p> <p>緊急時報告: 行った医療又は管理に起因して、患者に死亡又は重大な障害が発生する可能性があると思われる事例 (インシデント・アクシデントレベル 5a 以上) 報告時期: 発生時又は発見時に速やかに</p>  <p>通常時報告: 新たな医療又は管理が行われ、①患者に実施される前に発見された事例 ②患者への影響がない又は軽微な処置・治療が行われた事例 ③患者への影響が不明な事例 (インシデント・アクシデントレベル 3a 以下)</p>
レベル	障害の持続性	障害の内容																													
レベル 5	死亡	死亡 (原疾患の自然経過によるものを除く)																													
レベル 4 b	永続的	永続的な障害や後遺症が残る、有意な機能障害や美容上の問題を伴う																													
レベル 4 a	永続的	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない																													
レベル 3 b	一過性	濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの急激な変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来受診の入院、留置など)																													
レベル 3 a	一過性	簡単な処置や治療を要した (消毒、退治、皮膚の結合、薬物の投与など)																													
レベル 2	一過性	処置や治療は行わなかった (懸念要素の強化、バイタルサインの軽微な変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)																													
レベル 1	一過性	患者への被害はなかった (何らかの影響を及ぼした可能性は否定できない)																													
レベル 0	-	エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった																													
その他	-	患者からの苦情、施設上の問題、医薬品の紛失や破損、医療従事者に発生した事故																													

医療意外事件分析公告

医療安全推進室より
2017.12

11月のインシデント報告は93件ありました。

レベル	件数	割合	項目	件数	割合	治療	件数	割合
1	10	10.75%	検査上の誤差	33	35.48%	看護師	46	49.3%
2	36	38.71%	薬剤	26	27.96%	セブドスト	18	19.25%
3	12	12.9%	その他	17	18.29%	薬剤師	11	11.8%
4	2a	2.15%	フローシチューブ	8	8.59%	介護福祉士	4	4.3%
5	2b	1.11%	検査	6	6.45%			

確認・点検によるエラーの発見
ありがとうございました

～インシデント報告より～

11/10 患者AIに使用予定であったFFP 240mlが使用中ととなり検査室へ運ばれた(当室待機中)。検査室で在庫を確認する、オペのため患者Bへ取り出し、冷凍庫から取り出しセブドストチューブを取り取り出し、FFPが凍結していることが判明した。患者Bが死亡した。FFP240mlは血液センターへ緊急発送してもらった。凍結FFPは凍結したのの不明である。

薬剤師
インサートシチューブを11/10 2日(金)2日(土)あり、4日(日)あり、検査室へ送られてきた。その後検査室にて薬剤師が検査室で、心と心臓に送られてくるのを発見した。看護部より薬剤師に連絡があり薬剤師が回収した。

SCU
点検後、ラベルを確認した際、輸液ポンプの投与速度が4ml/hになっていることに気づく。投与速度を確認すると、輸液ポンプ本体を交換した際に投与速度2ml/hの設定を誤って4ml/hに設定していることがわかった。

その使い方間違っていないか？

患者登録のリストバンド、転倒予防の安全ベルトなど
正しく使って初めて効力があります。
今一度、正しく使用できているか確認してください。

医療安全 10 KOKUYO 77-0019

感控防護規定公告

AP

AP (airborne precautions) エア・プレックス(空気伝播) 感染症予防策

経路 経空 感染経路 飛沫・エアロゾル

罹患施設 105 ユニバーシティ

病室 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

看護 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

検査 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

DP

DP (droplet precautions) ドロプレット(飛沫伝播) 感染症予防策

経路 経空 感染経路 飛沫・エアロゾル

罹患施設 105 ユニバーシティ

病室 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

看護 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

検査 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

CP

CP (contact precautions) コントラクト(接触伝播) 感染症予防策

経路 経空 感染経路 接触

罹患施設 105 ユニバーシティ

病室 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

看護 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

検査 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

CP DP

CP DP (contact and droplet precautions) 接触・飛沫伝播 感染症予防策

経路 経空 感染経路 接触 飛沫・エアロゾル

罹患施設 105 ユニバーシティ

病室 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

看護 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

検査 1105 感染症科 1105 感染症科 1105 感染症科

負圧病室



垃圾分类



防護用品櫃

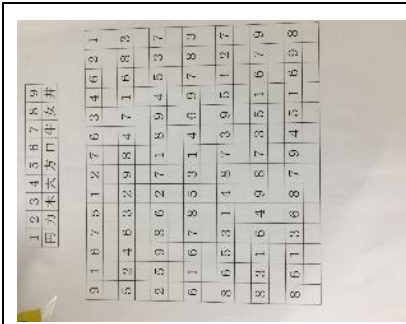


門口張貼防護標示	
	

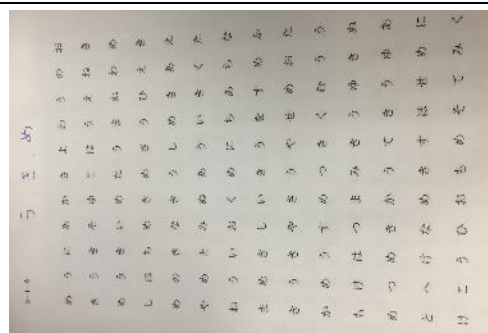
(十) 6樓地域聯繫病房

1. 病房設置

6樓病房稱為地域聯繫病房，共有39床病床，同樣具有單人床及4人床，病人主要接受復健，可以入住60天以內，大部分居住2周到1個月，少部分病人入院接受加馬刀(Gammaknife)或讓家屬短暫喘息，加馬刀(Gammaknife)病人是走3天的臨床路徑，喘息照護的病人多居住5日到2周，因病人較少治療，日班護理師照護13位病人，並有1-3位護理助理員，夜間僅有2位護理師及1位護理助理員。病室及公共區域配置與其他樓差異不大，但因為病人照護著重復健，因此公共區域放置許多物理治療及職能治療的設備及用物，並陳設病人的美勞作品。



手指壓夾子或撿石子練習



將棋等用物



積木



打毛線



手臂旋轉吊臺



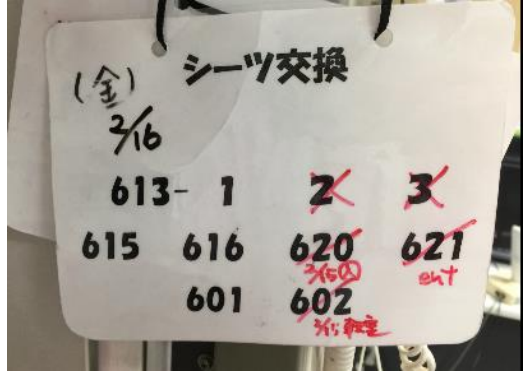



病人手作物展示



2. 照護流程

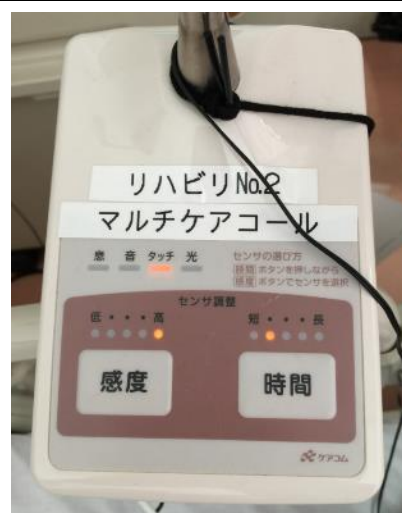
病人由護理師及護理助理員協助日常活動，固定每周二及周四盥洗，每周更換床單，每天輪流換幾床，護理師在巡視時關心病人的進食、排尿、排便情形，因病人照護目標為復健及準備出院，因此除了常規藥物治療外，每個月安排 2 次志工的音樂演奏治療，每日有復健師到病房帶領病人進行復健，提供高密度的物理、職能、語言治療，每位病人皆訂定明確的出院計畫，各專業根據計畫安排病人的復健及出院準備。

單位設置部分公藥，如病人主訴排便困難且之前有服用過排便劑，護理師雙人核對後取用公藥，並於護理紀錄及公藥本上登記再給藥。為避免病人走失、跌倒或是有困難按壓呼叫鈴，會提供病人移動感應器、下床感應器及特殊呼叫鈴，若病人不幸發生跌倒，醫院制定單張讓護理師依循確認跌倒發生原因及後續 48 小時須加強注意的評估。

更換床單表格	協助病人洗頭
	
協助病人如廁	移動感應器
	

<p>移動感應器</p>	<p>移動感應器顯示面板</p>
	
<p>下床感應器裝置</p>	<p>下床感應器連結呼叫鈴插座</p>
	
<p>呼叫鈴連結下床感應器轉接</p>	<p>下床感應器前方夾子夾在病人衣領，病人下床時拉扯到，瓢蟲頭身分離會響鈴</p>
	

特殊呼叫鈴為復健師提供，因 ALS 病人僅有右手臂可以揮動，但手指無法按壓，因此病人只需揮動手臂碰觸金屬前端即可響鈴，且可以切換感應模式為聲音、吹氣、光或前端碰觸。



若病人不幸發生跌倒，醫院制定單張讓護理師依循確認跌倒發生原因及後續 48 小時須加強注意的評估。

首先記錄需陳述跌倒發生前的狀況，包含先前的巡視、活動及訪客情形等，再描述發生當下的狀態、環境、病人陳述、目擊者陳述等。持續觀察身體外觀、意識、生命徵象，並連繫醫師與家屬，依據醫師囑咐持續追蹤，並記錄家屬反應，並提供後續防跌措施的計畫評估。

転倒・転落発生時の看護記録チェック表

6F 病棟 ID 296402 患者名 _____

転倒日時: 30 年 2 月 22 日 12 時 25 分頃 観察終了日時: 月 日 時 分頃

※観察終了日時は転倒から48時間後

チェック(監査)項目	チェック
発生状況	
1. 発生時より前に記録した内容、患者の状態がわかる記録がある 患者を観察した機会、訪室した理由(検温、定期観察、巡視、回診、ナースコールなど)	✓
2. 発見された時間の記録がある 転倒・転落を発見した時間、転倒・転落を本人または周囲より事後報告を受けた時間	✓
3. 発見時の状況の見たままの記録がある 外見的身体症状、治療(点滴・ドレーンなど)の状態 ※予測では書かない	✓
4. 発見場所の記録がある	✓
5. 患者の言葉、または目撃情報(目撃者も含む)の記録がある	✓
6. 患者の言葉から状況がわかりにくい場合は、質問した内容とその返答内容の記録がある	✓
観察	
7. 観察した部位と内容(外傷や打撲など)の記録がある	✓
8. バイタルサインの記録がある(数値をそのまま記入しているか)	✓
9. 意識レベルは具体的に記録されている(JCSで記入)	✓
経過	
10. その後の意識レベルの記録がある	
11. 医師への報告と医師の対応(診察の結果・指示)の記録がある 報告した医師、指示内容を具体的に記録、検査や治療を行った場合は診療内容と結果を記録する	
12. 家族(誰)に報告したか、また報告した時間や対応、その時の家族の反応の記録がある	
13. <input checked="" type="checkbox"/> 発生時、 <input type="checkbox"/> 30分後、 <input type="checkbox"/> 1時間後 の観察記録がある 以後、異常がなければ発症から48時間までは転倒した事実をふまえての観察記録が定期的にある	
その他	
14. 転倒・転落アセスメントシートが定期的に評価されている	
15. 転倒・転落に関する看護計画が立案されている	

大田記念病院 6階病棟 H29.7月作成

3. 團隊運作與跨團隊溝通

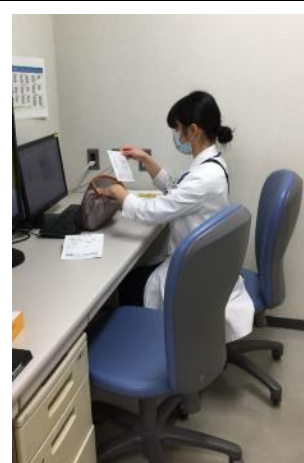
在 6 樓病房同樣有營養小組、齒科醫師及藥師協助營養建議、齒科清潔及藥物確認，每個月皆有營養師固定到單位為病人及家屬進行團體飲食衛教。在此復健及準備出院為重點，因此可見多位復健師每日主動前來協助病人下床活動及進行復健活動，並每周進行出院跨團隊會議，成員包含營養師、物理治療師、語言

治療師、職能治療師、醫師、護理師、師長與地域聯繫單位負責人，若病人有負責的個案管理師，亦會一同參與，所有人在護理站討論病人出院計畫，並提供出院的建議，如吞嚥、活動協助等，並依據計畫提供病人相關協助，如營養師指導家屬飲食準備、護理師指導家屬返家的衛教，若醫師開立醫囑指示病人返家需要氧氣、中心靜脈營養或呼吸器，則會聯繫 PHILIPS 專員前來向家屬說明使用方式。

病人多有假牙及助聽器，張貼表單於病房，每班進行確認

藥師藥物確認

義齒・補聽器 管理表					
樓	義齒 上・下		補聽器 右・左		棟
	日勤	夜勤	日勤	夜勤	
1			17		
2			18		
3			19		
4			20		
5			21		
6			22		
7			23		
8			24		
9			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16					

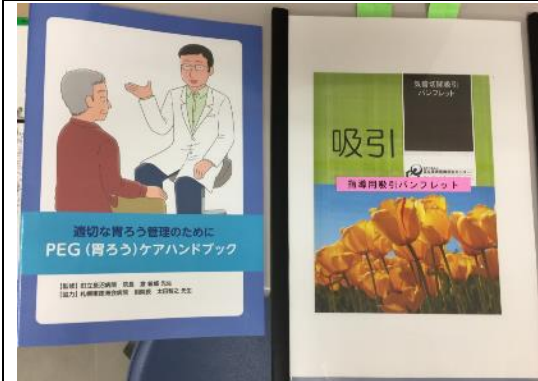


復健師協助病人進行復健活動





圖文並茂的衛教手冊



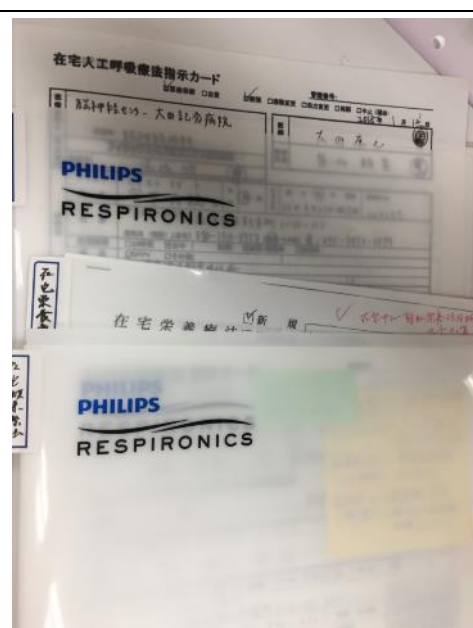
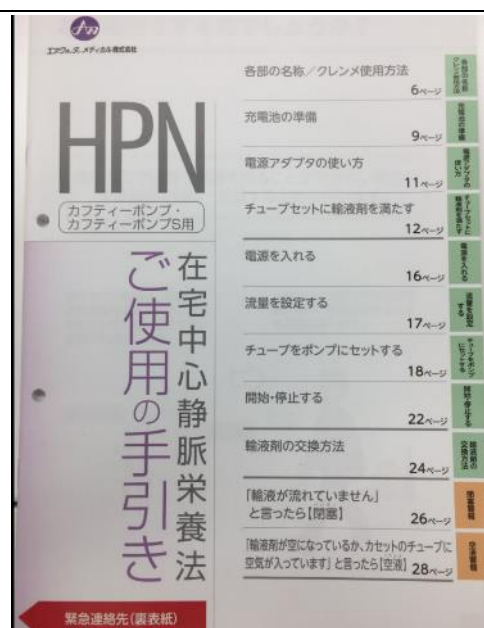
胃造瘻口與胰島素注射的回覆示教 checklist

項目	胃瘻口への栄養注入手順	インスリン
1)	手洗いを徹底する	手洗いを徹底する
2)	正確に量をはかり行う 必ず量筒を用いる	指示された量をはかり行う 必ず量筒を用いる
3)	薬を瓶から 抽出する際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す	薬を瓶から抽出する際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す
4)	正確な量をはかり 注入する	指示された量をはかり注入する
5)	薬を注入する 際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す	薬を注入する際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す
6)	薬を注入する 際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す	薬を注入する際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す
7)	薬を注入する 際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す	薬を注入する際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す
8)	薬を注入する 際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す	薬を注入する際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す
9)	薬を注入する 際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す	薬を注入する際は必ずキャップを閉じた状態で取り出す

項目	インスリン注射チェックリスト
1)	手洗いを徹底する
2)	キャップを外し、薬を注ぎ込む
3)	注射針を正確に刺す
4)	インスリンを正確に注ぎ込む
5)	針を抜く
6)	針を適切に廃棄する
7)	キャップを閉じて薬を注ぎ込む
8)	薬を注ぎ込む
9)	薬を注ぎ込む
10)	薬を注ぎ込む

醫師開立醫囑指示病人返家需要氧氣、中心靜脈營養或呼吸器，聯繫 PHILIPS

專員前來向家屬說明使用方式，並提供極詳細的指導手冊



營養師指導家屬飲食準備

每周四的出院跨團隊會議



(十一) 門診大樓/部門

門診大樓1樓主要包含報到、入院案内、診察室、問診室、會計收付，2樓包含腦波室、肌電圖室、超音波室、中央採血室、診察室、問診室，3樓包含內視鏡室、處置室/門診治療室、電腦斷層室、核磁共振室、X光室，有通道連接住院大樓的緊急處置室，病人先在1樓利用機器辦理報到，之後到問診室由實習醫師先進行初步評估及資料收集，完成外來問診票(門診問診單)，再轉至診察室由

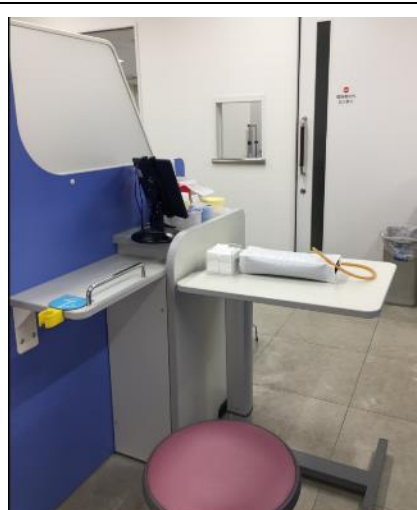
醫師進行更深入的評估，以縮減醫師的評估及門診時間，之後若開立相關檢查、治療或住院安排，則可到處置室接受治療，到採血室及檢查室進行檢查或採血，甚至可以到入院案內進行住院前準備說明，最後到會計收付完成付款。

門診大樓業務分屬於醫師、實習醫師、護理師、事務員、CE(臨床工程技術人員)、臨床實驗室技術員(Clinical laboratory technician)，CE負責內視鏡室機器確認，臨床實驗室技術員負責採血室的檢驗備管、採血、上機，而檢驗管備管是由機器根據檢驗單自動選管及貼上識別條碼，事務員負責會計收付，部分實習醫師負責問診室，部分實習醫師及護理師協助醫師在診察室進行診察，護理師業務包含診察室跟診、在檢查室協助檢查、在處置室執行護理處置，醫院每周亦安排醫師及護理師到病人家中進行訪問診療，且若病人到腦血管造影室檢查 (digital subtraction angiography, DSA)，是由門診護理師進行協助，縱使病人是住院病人亦同，若門診病人有緊急變化，護理師會緊急聯繫門診師長及4E師長，進行安排緊急處置。

<p style="text-align: center;">報到機器</p>	<p style="text-align: center;">診察室中醫師與護理師進行診察</p>
	
<p style="text-align: center;">機器根據檢驗單自動選管及貼上識別條碼</p>	<p style="text-align: center;">採血室檯面</p>



臨床實驗室技術員負責採血室



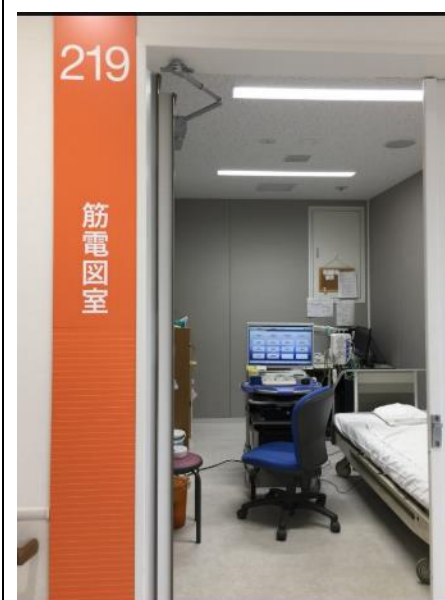
檢查報到櫃臺



檢查室



内視鏡室



處置室

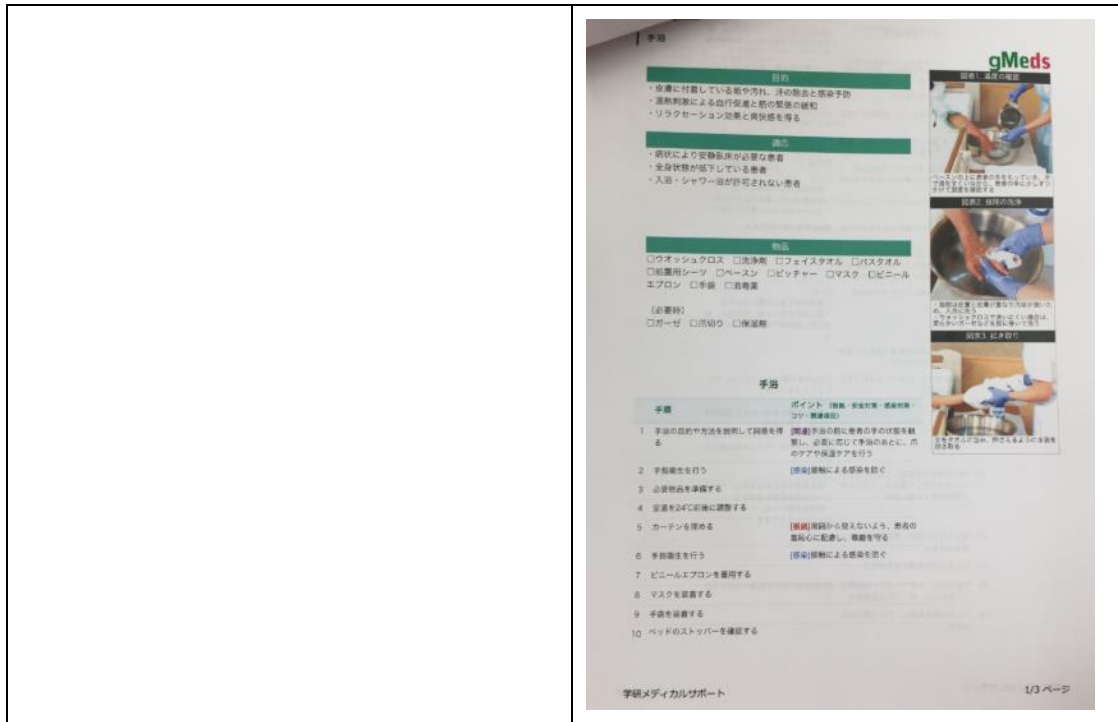


更衣室及衣櫃



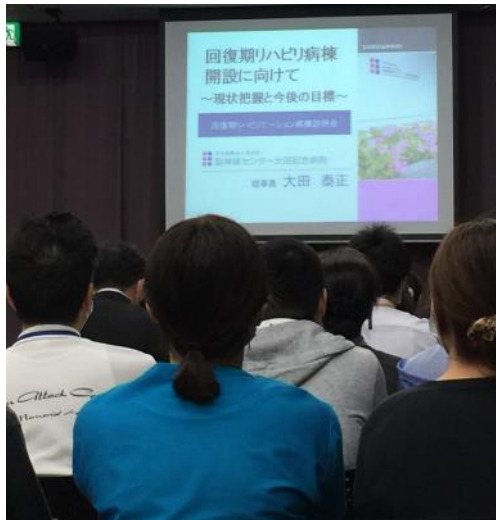
(十二) 醫療困境及問題

1. 神經難病轉慢性照護的困難，因為慢性醫院對神經難病的不了解及抗拒，導致多位神經難病病人長期滯留，如庫賈氏症病人住 2-3 年。
2. 復健或慢性醫院的床位等待過長，增加住院天數。
3. 醫療政策的調整，影響成本運作。
4. 護理師的缺乏，進用外國護理師，但有溝通及文化差異。



(十四) 恢復期療養病棟

大田醫院病人出院分別為返家，或是轉至其他機構或醫院，接受復健、長期或短期照護，大田醫院預定開設恢復期療養病棟，讓神經科病人可以在急性期後就近到隸屬自身醫院的恢復期療養病棟，讓病人住院過程可以在同一醫院內連動完成，讓病人在疾病治療後，可以到此持續管理及維持健康，增進功能的恢復，設定離院的目標，了解自身生活的價值觀，並與他人共享價值觀，建置個別性環境。恢復期療養病棟預定2018年3月底完工，因此醫院在開設前期舉辦說明會，讓同仁可以了解恢復期療養病棟設立的目的、運作及配置等，讓員工有一同參與了解的感受。

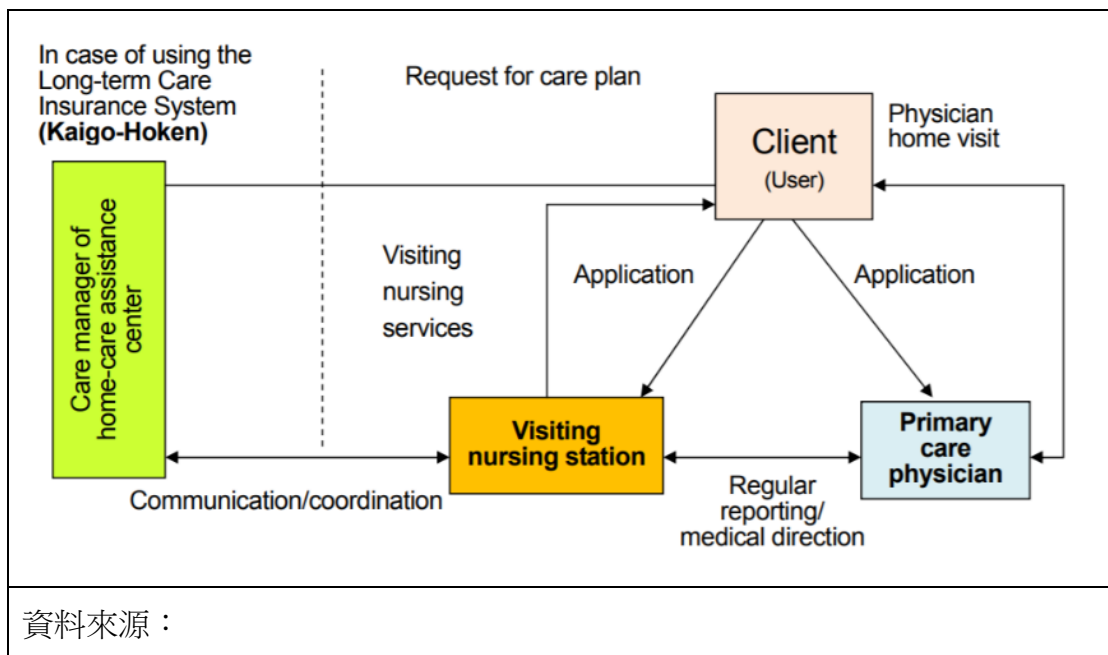


(十五) 訪問看護(居家護理)訪視

1. 日本訪問看護發展

因應高齡化、疾病慢性化及日本介護保險制定，訪問看護、訪問介護及訪問診療因運而生並發展。介護保險期望健康照護服務周全性運用，被保險人區分為第一號及第二號，第一號被保險人乃指 65 歲以上高齡者，第二號被保險人為 45 歲以上未滿 65 歲的國民，依需要被照顧的需求提出認證申請，認證後個案管理師(care manager)會製作需照顧個體的照護計畫，包含居家服務或設施服務，居家服務包含訪問照顧 (Home Help)、訪問入浴、訪問看護、訪問復健、日間照顧 (Day Service)、日間復健 (Day Care)、居家醫療管理指導 (醫師或牙醫師到宅診療服務)、短期入所生活照顧 (Short Stay)、短期入所療養照顧 (Short Stay)、老人院付費照顧設施、看護用具的借貸及購入費的支付、住宅修改費的支付，設施服務包含介護老人福祉設施 (特別養護老人院)、介護老人保健設施 (老人保健設施)、介護療養型醫療設施 (陳，2005)，相關運作架構可見附錄二。

提供訪問看護服務的組織需獲得縣政府認證以獲得國家健康保險或介護保險支付，認證規定為組織至少需具有2.5個全職護理人員，部分組織具有護理人員、公共健康護理師、協助護理師、助產士、甚至有物理治療師或職能治療師，每位護理師平均每月訪視70-80次(Japan Visiting Nursing Foundation, 2015, Jul 1)。

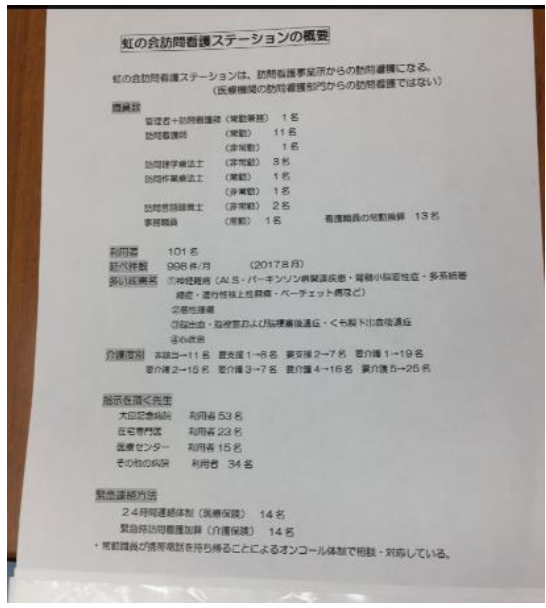



經醫師判定訪視護理服務需求後，開立護理服務需求醫囑，訪問看護師透過會談與評估，確認照護計畫以提供訪問看護，訪視護理中心須密切與醫師聯繫並記錄病人狀況，而在介護保險制度下，護理照護需與個案管理師(care manager)發展的照護計畫一致，護理照護在訪視的頻次、時間及護理活動方面被修改是必要的 (Japan Visiting Nursing Foundation, 2015, Jul 1)。

Japan Visiting Nursing Foundation. (2015, Jul 1). *Visiting Nursing. System In Japan*. Retrieved Feb 05, 2018, from <http://www.jvnf.or.jp/homon/english/vnj2015.pdf>

2. 大田醫院訪問看護(虹之會)發展

訪問看護目前有13位護理師、1位事務員、1位專任復健師，並有6-7位兼任復健師，包含4位物理治療師、2位職能治療師、2位語言治療師，提供居家訪視於醫院路程30分鐘內的病人，目前約有40位病人是自大田醫院出院的，另有約60位病人來自於其他醫院，其中5位病人為末期病人，每日會訪視3次，訪問看護目前無夜班制，每月每位護理師約值班4-5天，若病人有問題則30分鐘內到達處置。提供居家訪視前會製作「訪問看護計畫書」提供病人確認並簽名，每次訪視後會記錄文字或圖檔於電子系統，紀錄「訪問看護報告書」提供醫師或個案管理師確認，若病人病情有劇烈變化，會聯繫病人主治醫師，討論是否再次入院，居家團隊目前無營養師、心理師或社工，若醫師評估病人有心理或營養問題會聯繫諮詢。

虹之會配置	虹之會提供24小時對應機制
 <p>虹之會訪問看護ステーションの概要</p> <p>虹の会訪問看護ステーションは、訪問看護事業所からの訪問看護になる。 (医療機関の訪問看護専門からの訪問看護ではない)</p> <p>職員数</p> <p>管理者+訪問看護師(常勤専従) 1名 訪問看護師(常勤) 11名 訪問看護師(非常勤) 1名 訪問理学療法士(非常勤) 3名 訪問作業療法士(常勤) 1名 訪問作業療法士(非常勤) 1名 訪問言語聴覚士(非常勤) 2名 事務職員(常勤) 1名 看護職員の総数 13名</p> <p>利用者 101名 経費控除 996名/月 (2017.8月)</p> <p>提供地域 市神奈川(All S・パーキンソン病関連疾患、認知小脳症性症・多系統萎縮症・認知性上肢麻痺・パーキンソン病等) 広域圏圏外 訪問地域・訪問要約(1)訪問看護通信・くも膜下出血後遺症 安心医療</p> <p>介護施設 本館1-11名 妻木館1-9名 妻木館2-7名 妻木館1-19名 妻木館2-19名 妻木館3-7名 妻木館4-16名 妻木館5-25名</p> <p>施設を頂く先生</p> <p>大田記念病院 利用者 53名 在宅専門医 利用者 23名 医療センター 利用者 15名 その他の病院 利用者 34名</p> <p>緊急連絡方法</p> <p>24時間連絡体制(医師保障) 14名 緊急対応看護加算(介護保障) 14名</p> <p>・常勤職員が携帯電話を持ち歩くことによるオンコール体制で相談・対応している。</p>	 <p>24時間対応体制について</p> <p>◆連絡先◆</p> <p>月曜日から金曜日 8時30分～17時30分 土曜日 8時30分～12時30分</p> <p>931-5006</p> <p>*上記以外の時間帯は留守番電話になっています。</p> <p>月曜日から金曜日 17時30分以降 土曜日 12時30分以降 日曜・祝日</p> <p>携帯電話 ① 090-1689-0973 ② 080-1631-5557</p> <p>虹の会訪問看護ステーション</p>

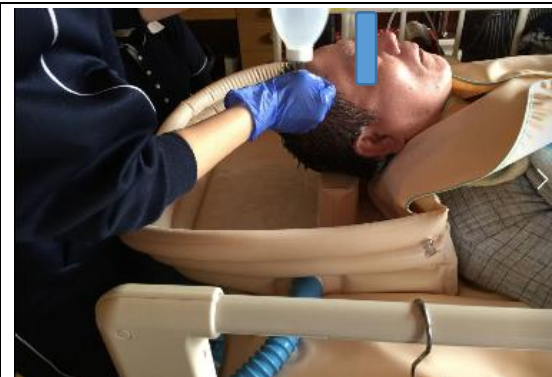
<p>無障礙衛浴</p>	<p>防水泡棉枕，可以撐住身體</p>
	
<p>自我導尿管每月更換新管，醫院每月提供2隻</p>	<p>導尿管留置水球打入器，河上先生將導尿管放入體內後，用把手按壓將水球的水擠入體內尿管的水球，再用拔水按壓卡榫</p>
	
<p>早上河上先生用手拉開卡榫上的拉繩，卡榫打開體內水球會消掉在移除尿管</p>	<p>用手指夾住電腦按鍵把手可以敲鍵盤</p>
	

將手掌套入後黏好魔鬼膠，即可以夾住筆寫字



(2)福地先生為進行性核上性麻痺（progressive supranuclea palsy, PSP）的難病病人，目前可以依指令握手或比手勢，但只能臥床完全依賴，身體留置氣切及胃造瘻口，有呼吸器使用並需要抽痰，有排便困難問題，居家訪視護理師一周訪視2次，會協助洗頭及入浴。居家訪視護理師主要協助生命徵象確認、整體評估、清洗頭部及會陰部，進行腹部按摩及糞便嵌塞去除，並協助家屬更換衣物及床單，最後會協助使用飛利浦Cough Assist E70咳痰輔助機，利用正負壓轉換方式，配合並輔助病患咳嗽以非侵入式方式鬆開、移動和清除分泌物。CoughTrak技術可準確偵測病人吸氣與呼氣時間，幫助清痰治療，並與病人呼吸同步增加病人舒適性，震盪治療功能增進分泌物移動並改善支氣管引流，下呼吸道痰液可幫助有效清除，降低因痰液造成感染。

使用居家洗頭墊為病人洗頭



<p>抽痰機及呼吸器</p>	<p>氣墊床面板</p>
	
<p>使用飛利浦Cough Assist E70咳痰輔助機</p>	
	
	

(3)岡崎先生為遠位型筋ジストロフィー(Distal muscular dystrophy)的難病病人，目前意識清楚，肢體皆無力氣，可以吞嚥軟質食物，約一天進食 1200 大卡，雖有自發呼吸但仍需非侵入性正壓呼吸器，根據醫療保險為全介護狀態，因此由

多所居家訪視所分別協助照護，大田醫院訪問看護師一周探視 1 次，主要協助生命徵象確認、整體評估、清洗臉部及會陰部，最後會協助使用飛利浦 Cough Assist E70 咳痰輔助機，輔助病患咳嗽以非侵入式方式鬆開、移動和清除分泌物。其他居家訪視所介護士協助入浴清潔，復健物理治療師一周訪視 4 次，語言治療師一周訪視 1 次，在醫療保險中岡崎先生為重度障礙，居家訪視每回自付 200 日幣，而難病醫療每月自付限額為 5000 日幣，岡崎先生居家同樣有無障礙輔助設備，協助如廁、入浴。在此，確認到日本呼吸器管理是由訪問看護師及飛利浦廠商執行，而氣切由醫師進行更換，胃造廔口則每 6 個月 返院更換，不同於本院居家病人呼吸器管理是由呼吸治療師管理，單純氣切病人氣切更換由訪問看護師執行，氣切合併呼吸器使用的病人氣切更換由呼吸治療師執行，而長期照護病人的胃造廔口尚未十分普及。

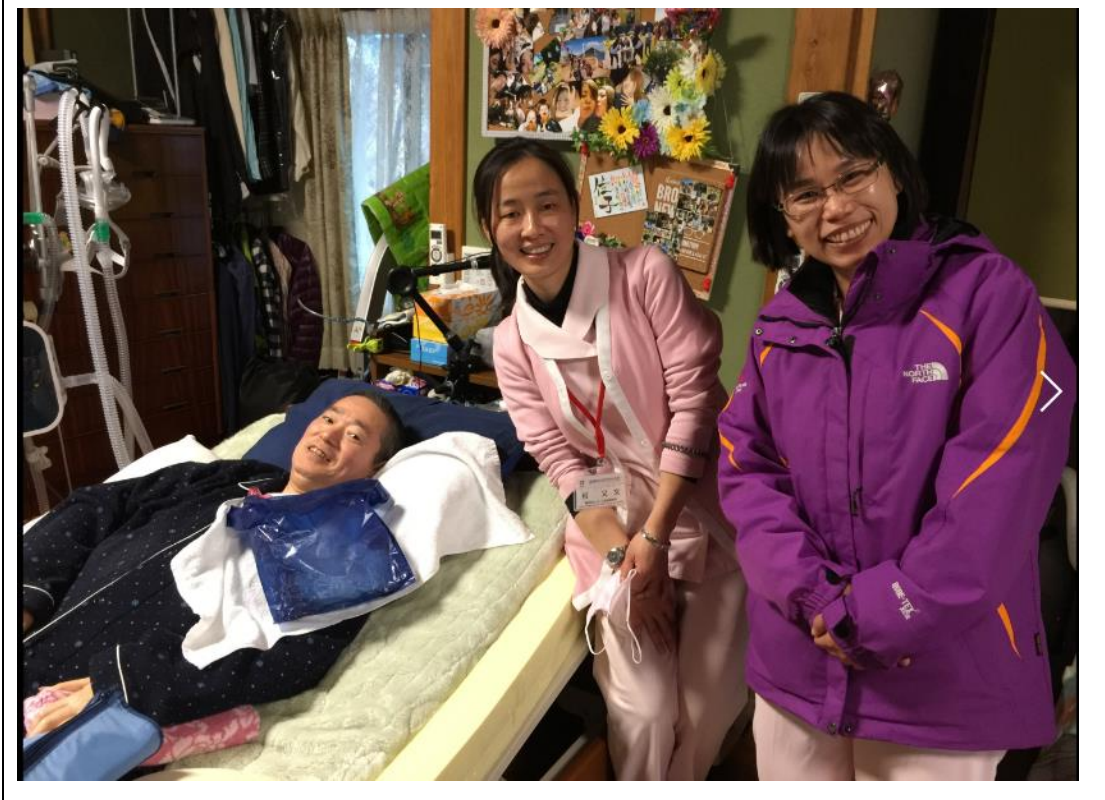
岡崎先生照護日程表，不同顏色由不同訪問看護及訪問介護所進行



吊掛機可以將病人移到浴室入浴



與岡崎先生合影



(4)森藤女士為2017年確診直腸癌病人，發現時已轉移到膀胱、肝臟及肺臟，手術後留置人工肛門、左腎造瘻口、術後有貧血問題，2017年8月因貧血問題住院，出院前地域聯繫室社工評估及訂定自宅退院計畫，8/31出院當天病人、家屬、醫院醫護人員、藥師、個案管理師、復健物理治療師、臨床診療醫護人員、福祉用

具相談專員召開案例討論，經過各專業的討論及建議，並考量病人意願，安排一周2回的訪問診療(在宅醫療)，9/5於自宅再次召開會議，與會者為病人、家屬、福祉用具相談專員、介護士、虹之會人員，討論病人返家狀態及未來規劃，訪問診療改為一周1回及訪問看護一周3回，訪問看護師主要進行左腎造瘻口沖洗、人工肛門照護及整體評估，評估生命徵象、尿量及腫脹狀態，維持病人可以穩定在家療養的狀態。

(5)大畠先生目前46歲，肌萎縮性脊髓側索硬化症（Amyotrophic lateral sclerosis, ALS）病人，目前無法活動肢體，為全介助狀態，但可以移動眼球及吞嚥，因吞嚥量少而留置胃造瘻口，以增加營養攝取，現由虹之會提供訪問看護及復健，並有另一間訪問介護所協助入浴。大畠先生家中有病床及眼控電腦，可以透過眼球運動控制電腦上網及打字，電腦購買須45萬日幣，但政府補助後病人僅需自費4萬日幣即可。目前安排訪問診療一周1回、訪問看護一周2回及一日的日間照護，訪問看護師依照醫囑協助滴注藥物及採血，每周各有1回的物理治療、職能治療、語言治療師探視，今日職能治療師協助進行肢體進行關節運動，降低肌肉張力造成的緊繃，並協助病人漸進式坐起、站立，接著扶持病人分別踩踏小型方塊及在家中小步行走，職能治療師表示依病人生活型態及能力，他們努力思考提供適當工具以維持最大功能。

3. 演講分享

大田醫院邀請Professor Lorraine M. Wright演講關於軟化痛苦與促進癒合的臨床技能，Professor Wright表示在引領良好溝通前會先建議專注深呼吸以轉換注意力及思緒，她認為軟化生理、情緒與靈性的痛苦是護理人員可以做的事，深層的痛苦來自於了解疾病不會變好，而病人或家屬的人生或關係永遠的改變，往往家屬反而比被診斷的病人更痛苦，其中以家庭中的母親為最常感受痛苦的人。Professor Wright表示個人或專業信念會影響對於疾病、失去或死亡產生的痛苦，可能會使痛苦加劇或減少，因此要先了解每個人獨特的個人信念，當然，初期的抗拒是可能的，因為不想面對道別，唯有幫助病人及家屬了解及接受，促進彼此

的討論，不過度思考過去或未來，專注討論製造此時此刻最美好的時刻，在適當的時刻進行道別「Say Goodbye」，未來可以透過各種方式思念及懷念，如同每日「Say Hello」。



4. 訪問看護師的養成

見習過程可見護理學生跟隨訪問看護師實習，已感受到日本護理教育體系對於訪問看護師養成的重視，護理學生在實習過程中實際體會訪問看護師的工作業務，並實際操作護理處置，並與病人及家屬實際互動，為訪問看護師培育紮根，且目前多本探討訪問看護師的雜誌或研討會，也提出訪問看護師養成教育的相關概念，為日本未來的訪問看護體制投入更多的關注，這對臺灣無疑也是一種新的思考方向。

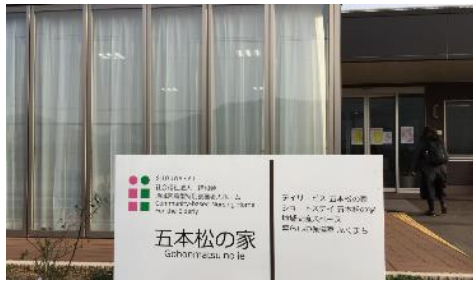


(十六) 大田醫院附設五本松之家

1. 五本松之家

五本松之家是隸屬於大田醫院的社區養老院，共有三層樓，分別為日間照護、短期居留及長期居留樓層，一樓即見洗手臺讓探視者可以洗手。日間照護、短期居留及長期居留人數分別可達29人、20人及29人，每個居住區以10位為一個單位，每個單位配置1位護理師及多位護理助理員進行住民的照護，照護上並有調理員與復健師提供飲食及復健服務，定時有齒科保健士及美容院人員到訪提供齒科保健與修剪頭髮。五本松之家為增加與社區的交流，設置「暮らしの保健室」，提供當地居民健康與護理諮詢，舉辦疾病預防和護理活動與講座，並提供兒童保育支援，響應社區活動，包含社區協會和兒童議會，與居民和志願者合作，為設施所在的Ginomatsu地區健康和福利工作奠定基礎，由此可見大田醫院透過五本松之家奠定社區脈絡的基礎。

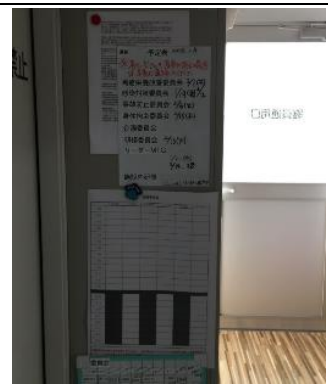
五本松之家



- 3階** ■ 共同生活室「あした」 ■ 共同生活室「はやぶさ」
- 2階** ■ 共同生活室「しらゆり」 ■ 共同生活室「たけのこ」
- 共同生活室「どんぐり」 ■ 多目的室
 ■ デイサービス 五本松の家 ■ 医務室
 ■ 相談室 1 ■ 相談室 2
 ■ よつばルーム 1 ■ よつばルーム 2
- 1階** ■ 事務室



「暮らしの保健室」



品管業務分配



短期居留大廳



短期居留廚房



短期居留房間



短期居留大廳



電梯配置密碼鎖



季節性擺設



<p>日間照護大廳</p>	<p>日間照護休息床位</p>
	
<p>卡拉OK娛樂</p>	<p>復健步道</p>
	
<p>無障礙浴室</p>	
	

<p>廁所配置支撐檯面，讓老人可以自立撐起</p>	<p>洗臉臺高度符合老人坐著使用</p>
	

2. 五本松之家個案管理師(care manager)討論會

五本松之家每月定期舉辦福山當地高齡者個案管理師(care manager)討論會，討論會成員以個案管理師為主，但也有護理師及復健師會參與，過程中會宣導政策及資訊，並討論業務執行上的困擾或難處，此次討論顯示某些問題，如日本目前尚未全面病歷電子化，導致病人轉院資訊流通的困難，部分醫師未能建立溝通渠道，導致溝通問題的產生，且部分醫師訓練過度專科化，導致無法全面處理高齡者問題等，而這些問題其實在國內也是有相似之處，顯示病人資訊的流通、溝通、醫療照護訓練仍有再省思的部分。



(十七) 醫療法人 辰川會 山陽醫院

1. 辰川會 山陽醫院簡介

辰川會是體制完整的醫療系統，重心著重於透析病人的治療與照護，目前診療科別包含內科、外科、骨科、整形外科、泌尿科、循環器內科及消化器內科，此外，更擴展日間護理系統、訪問系統及小規模多機能設施，此次主要訪視山陽醫院(Sanyo Hospital)及山陽腎臟診所(Sanyo Renal Clinical)。山陽醫院(Sanyo Hospital)提供門診服務、住院、透析服務及復健病床，病床共有 82 床，護病比為 1 比 10，共有 70 位護理師及 18 位護理佐理員，門口有接待員接待病人進入，並有機器人提供導覽服務；山陽腎臟診所(Sanyo Renal Clinical)主要提供非住院病人的透析服務，共有 104 臺透析機，可以服務最多 416 位病人，並提供夜間透析的服務。護理部主任說明新進職員會提供研修計畫、指導員指導及 e learning，並有會長與醫師提供指導，也安排臨床心理士(Clinical psychologist)協助輔導與支持，福利上包含育兒津貼、育兒園、運動團體等，並提供國高中生進行職場體驗，以及提供護生實習場域，更會定時讓員工參與園區清掃，共同維護院區環境。

病室環境(木製家具)	透析液自製機
	
<p>透析液自製機</p>	
	

透析病床環境(每床皆有電視、E 化工作電腦)



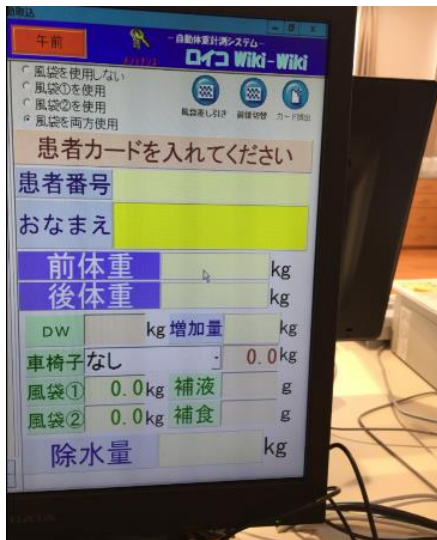
輪椅磅重機



體重紀錄畫面





生理監視器



垃圾分類



導覽機器人	復健區
	

2. 透析相關特殊專業

臨床心理士(Clinical psychologist)在山陽醫院扮演重要的角色，因透析病人的高齡化，而著力於失智症的鑑別診斷，並協助支持失智症病人與家屬，於臨床協助門診或住院病人的心理問題，如焦慮、憂鬱等，對於透析病人則努力提供壓力調適，過程中提供相關衛教及預防醫療保健的資訊，更關注職場員工的壓力與認知變化，定時與新進員工面談，並替高齡員工檢測認知變化，對於壓力過大的員工會提供心理專業的檢測與支持。

齒科衛生士及齒科醫師同樣配置於山陽醫院，在病房區協助病人進行口腔加強清潔，這同樣緣自於透析病人多為高齡者的因素，協助高齡者更能加強口腔清潔，因此，可看到齒科衛生士及齒科醫師推著大量的齒科清潔用品穿梭於病房區，當然，復健師也在此提供病人持續的復健活動。

“臨床工程技術人員(Clinical Engineer, CE)”在此更能看見其重要的地位，在透析病人照護方面，他們負責自製透析液水質管理、收集血液數據管理透析效率、監測透析過程，並根據血液數據提供病人相關飲食、運動及生活衛教資訊，並與護理師同時評估病人的足部血管鈣化狀態，在山陽醫院透析室配置1.5個護理人力及7個CE，由此可見CE在透析的重要性；因透析室護理師配置較少，CE可進

行透析操作、檢驗確認、評估及相關衛教，但若評估有異常狀況，會與護理師討論，如山陽腎臟診所護理師主動評估與關心透析病人，評估體重、檢驗值、體重等變化，若有緊急狀況，會判斷是否轉送山陽醫院。

3. 透析相關照護

透析病床皆配備電視讓病人可以觀看，更配備 E 化工作電腦，讓 CE 及護理師可以立刻輸入及確認病人血液檢驗值及生命徵象，且病人資訊記載個人化訊息，包含慶管圖片及紮針注意事項，讓不同工作人員皆可以提供個人化服務。

日本 2016 年透析人數為 329609 人，新透析病人的平均年紀為 69.4 歲，而 38.8% 透析病人導因於糖尿病。因此，山陽醫院提供透析服務的同時，更著力於糖尿病及高齡相關照護。治療上協助病人控制其血糖穩定維持，延緩病人接受透析，若病人接受透析，會定時每月協助進行 Fontaine 評估，運用足關節上腕血壓比(ABI)、皮膚灌流壓(SPP)、足部評估等，早期確認病人是否有血管鈣化問題，並提供病人復健及按摩，當然糖尿病相關衛教與血管評估在日本政府是有提供醫療點數支付。因應透析病人高齡化，山陽醫院提供失智症鑑別診斷、治療照護，並提供口腔照護服務，且有相關高齡照護設施的建置。

Fontaine 評估

Fontaine 分類

- Fontaine I 度 (輕度虛血) 腫脹、冷感、しびれ感
 - 手足が冷たい
 - 手足がしびれる
 - 手足の指が青白い
- Fontaine II 度 (中度虚血) 階段を降りる
 - 一定距離を歩くと、主に下部脚が締めつけられるような痛くなる。休まなければならない(良好で記録)
 - 階段をのぼるのは特につらい
- Fontaine III 度 (高度虚血) 安静時疼痛
 - じっとしていても手足が痛み、夜もよく眠れない
 - 静すような痛みが常に持続している
- Fontaine IV 度 (重症虚血) 潰瘍・壊死
 - 手足に傷みにくい潰瘍ができる
 - 壊死部が形成する

年月日	Fontaine 分類	足背動脈	痺れ	冷感	皮膚色	ABI	SPP	新部部位	備考	サイン
	右	良好・弱い触れない	有・無	+-	良・蒼紫・黒					
	左	良好・弱い触れない	有・無	+-	良・蒼紫・黒					
	右	良好・弱い触れない	有・無	+-	良・蒼紫・黒					
	左	良好・弱い触れない	有・無	+-	良・蒼紫・黒					
	右	良好・弱い触れない	有・無	+-	良・蒼紫・黒					
	左	良好・弱い触れない	有・無	+-	良・蒼紫・黒					

皮膚灌流壓(SPP)



皮膚灌流圧(SPP)



足関節上腕血圧比(ABI)



足関節上腕血圧比(ABI)

脈波 (ABI, TBI) 下肢動脈の狭窄 (狭い)・閉塞 (つまる) を評価する検査です。

近年透析患者の下肢 (足) 血流障害が問題になることが多く、ASO (閉塞性動脈硬化症) もしくは PAD (末梢動脈疾患) と言い、一般的に動脈硬化が原因として考えられますが、透析患者では他に血管の石灰化 (カルシウム沈着など) が原因として考えられます。この病変は心血管疾患 (心筋梗塞、狭心症など) や脳血管疾患 (脳梗塞など) との合併が多く見られます。症状がないものから、足の痛み、冷感、潰瘍 (皮膚、結核の一部がなくなる)、壊疽 (死肉) 足欠などが集 (集積する) までさまざまです。

脈波とい、痛くない検査で、数値として評価できるので、足の血流障害の早期発見に有用です。

重松教授 東京医科大学外科第二 (血管外科) より抜粋

検査の見方

PWV (Pulse Wave Velocity: 脈波伝播速度) は、心臓から出て動脈を伝わっていく脈のスピードを測定する検査です。脈は波のように動脈を伝わります。血管壁が硬くなるほど、また厚くなるほど脈波は速く伝わります。物理学上、波は硬い材質のものを伝わる時に速く、柔らかい材質のものを伝わる時にゆっくりと進みますので、脈のスピードを知ることにより、脈の伝わる場所つまり動脈の硬さを推測することができます。血管狭窄 (血管が細い) が高度になると、脈波が伝播されにくくなり、PWV は誤って遅くとなります。(偽低値) その場合は下記の ABI と総合的に判断します。

血管が硬化している場合

血管は土管のようにまわりが狭くなっているため、拍動 (脈波) が血管壁で吸収されず、スピードが速くなります。

血管がしなやかな場合 (健康者)

健康者の血管は、ゴムチューブのように弾力性があるため、拍動 (脈波) が血管壁で吸収されて、スピードが遅くなります。

ABI	診断	追加検査
1.3 以上	動脈硬化の石灰化を疑う	TBI (下記記載)
1.00~1.29	ほぼ正常	
0.90~0.99	境界域	負荷検査、エコー、CT
0.89 以下	血流障害、狭窄	エコー、CT、血管外科受診

ABI (Ankle Brachial Pressure Index: 足首/上腕血圧比) この検査の際に、同時に ABI (Ankle Brachial Pressure Index: 足首/上腕血圧比) を測定します。一般に腕の血圧に比べ、足の血圧は高い値を示します。ABI はほぼ正常は 1.00~1.29 の範囲を示しますが、これより低値の場合、足に向かう動脈の内径が狭くなっていることが疑われ、重症の場合、血管の壁が硬くなっていることが疑われます。

TBI (Toe Brachial Pressure Index: 足趾/上腕血圧比) 動脈閉塞や狭窄を疑うとき第一選択として ABI を行いますが、罹患期間の長い糖尿病や維持透析患者では足関節より中足 (中足) に近い血管の動脈は石灰化が著しいため、ABI が本来より低値となり、実際には動脈閉塞や狭窄があるにもかかわらず ABI が基準値の範囲内となり病変を見逃す可能性があります。そこで TBI では足趾血圧石灰化の進行している患者さまでも、閉塞性血管の存在を測定することが可能です。TBI が 0.6 以下は狭窄などの血管障害を疑います。

足関節上腕血圧比(ABI)

脈波 (ABI, TBI) 下肢動脈の狭窄 (狭い)・閉塞 (つまる) を評価する検査です。

近年透析患者の下肢 (足) 血流障害が問題になることが多く、ASO (閉塞性動脈硬化症) もしくは PAD (末梢動脈疾患) と言い、一般的に動脈硬化が原因として考えられますが、透析患者では他に血管の石灰化 (カルシウム沈着など) が原因として考えられます。この病変は心血管疾患 (心筋梗塞、狭心症など) や脳血管疾患 (脳梗塞など) との合併が多く見られます。症状がないものから、足の痛み、冷感、潰瘍 (皮膚、結核の一部がなくなる)、壊疽 (死肉) 足欠などが集 (集積する) までさまざまです。

脈波とい、痛くない検査で、数値として評価できるので、足の血流障害の早期発見に有用です。

重松教授 東京医科大学外科第二 (血管外科) より抜粋

検査の見方

PWV (Pulse Wave Velocity: 脈波伝播速度) は、心臓から出て動脈を伝わっていく脈のスピードを測定する検査です。脈は波のように動脈を伝わります。血管壁が硬くなるほど、また厚くなるほど脈波は速く伝わります。物理学上、波は硬い材質のものを伝わる時に速く、柔らかい材質のものを伝わる時にゆっくりと進みますので、脈のスピードを知ることにより、脈の伝わる場所つまり動脈の硬さを推測することができます。血管狭窄 (血管が細い) が高度になると、脈波が伝播されにくくなり、PWV は誤って遅くとなります。(偽低値) その場合は下記の ABI と総合的に判断します。

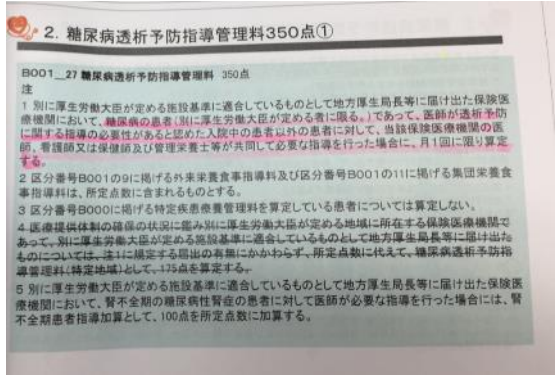
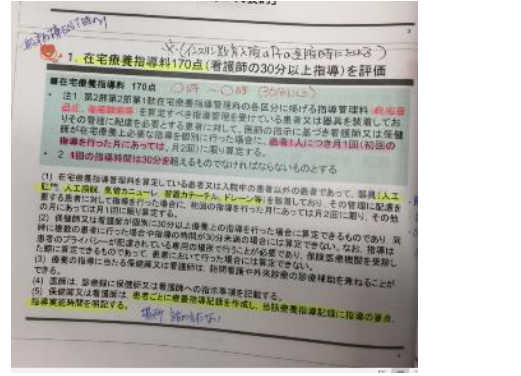


透析病人衛教本

透析をはじめめる皆様へ

●透析とうまくつきあっていくために●

監修 湘南東部総合病院 腎臓内科・透析センター長 斎藤 明

糖尿病透析預防指導支付點數

	
<h3>齒科衛生士診視</h3>	<h3>透析病人床上腳踏車</h3>
	

四、愛媛Ehime區域相關醫院與機構

跟隨與大田醫院有合作的生駒真由美女士來到愛媛，生駒女士是愛媛地區跨院際的神經科難病相談員。生駒女士表示難病相談員其實屬於協調員，原本隸屬於政府，但後因為業務調整，改為醫院運用時薪聘請擔任跨院神經科難病相談員，以神經科難病病人為中心，進行協調家庭、醫院、短期照護、長期照護及居家訪視等單位，讓病人可以流暢的運用醫療及介護保險接受適當的醫療及照護，生駒女士認為自己不專屬於任何機構，所以可以中立的面對各單位，因此在生駒女士的引導下參訪其相關業務及機構。

(一) Shikoku Cancer Center 四國癌症中心









四國癌症中心共有405床，包含個人房、四人房及緩和病棟，院內設置手術

室、ICU及相關檢查，能進行手術、化學治療及放射線治療，病室內設置洗手臺、廁所、病床及陪伴床，病室外有公共空間，浴室為公共浴室，內有各項洗澡設備提供不同活動功能的病人使用，如一般浴缸、輪椅、洗澡機。病房區設置家族室，提供病情不穩定病人家屬在院休息，並可以就近探視病人，家族室中有2間和式房間，並配有衛浴及廚房，讓家屬可以適當休息。



四國癌症中心設置癌症諮詢支援中心，內有護理師及社工，提供醫療相談、醫療聯繫、出院準備、居家療養支援、情報提供，設置空間提供任何人前來諮詢，

常見包含醫療問題、治療後求職問題、營養與飲食等，因此中心安排多項課程或相關諮詢，如假髮、求職、醫療費用及義乳等，讓癌症病人可以獲得治療相關衍生問題的解決，而非單純讓病人治療癌症，但不協助解決治療後的問題，並且連結提供相關資源或病友分享，讓病人及家屬在治療過程前後皆有支持感。

四國癌症中心-癌症諮詢支援中心	
	
	
	
	

(二) Ehime University Hospital 愛媛大學醫學院附設醫院

愛媛大學醫學院附設醫院病室在單人床配備電視、櫃子及床旁折疊式廁所，

讓病人可以就近在病床旁如廁，而廁所可以摺疊收納，病室外及護理師身上皆配戴乾洗手液，病室門口液晶面板經觸控可以確認病室病人姓名，因日本醫院採全責護理，家屬不須陪伴，故不會有太多非醫護人員觸碰到液晶面板，病室大廳寬敞，具有電視、冰箱及微波爐，讓病人可以自由運用。

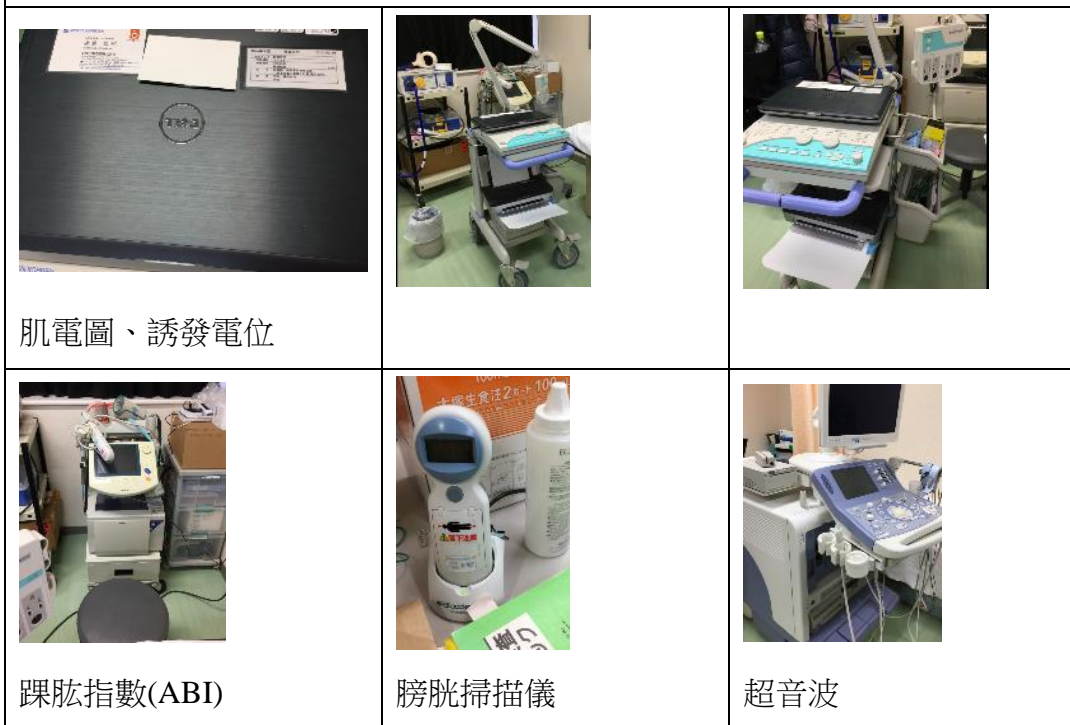
在此院簡單參訪神經科病室及相關設備，病房區設置磁氣刺激裝置 magstim、膀胱掃描儀、超音波、肌電圖、誘發電位、踝肱指數(Ankle Brachial Index, ABI)，其中最具有特色的即是磁氣刺激裝置 magstim、膀胱掃描儀，利用膀胱掃描儀確認病人餘尿情形，避免不當留置尿管，而磁氣刺激裝置 magstim是目前日本病院會執行誘導弱電流刺激大腦中的神經元，運用於神經科及精神科病人族群，如腦梗塞、頭痛、肌萎縮性側索硬化症、帕金森氏症、失語症、憂鬱症等，目前在日本有多項相關研究(Wikipedia, 2017 Dec 12)。與大田醫院相同之處，當中風病人到院經過急診初步緊急處置，病人即到SCU密切觀察及照護約1周，之後轉一般病房約2周，最後轉復健病房接受復健，過程中以NIHSS、GCS、MP評估病人，讓中風病人可以接受階段性及連續性的照護。

愛媛大學醫學院附設醫院病室環境





愛媛大學醫學院附設醫院神經科病房設備





磁氣刺激裝置 magstim

(三) 獨立行政法人 國立病院機構 愛媛醫療中心

愛媛醫療中心最初為結核病療養院，之後擴建轉型為神經科、精神科、內科、骨科、兒科治療機構，目前為東澤市及周邊地區的綜合性急性期醫院，並擔當了松山地區第二急救醫院的角色，鄰近愛媛大學附屬醫院與四國癌症中心，設置病房區、門診區及復健區。愛媛醫療中心復健區為極寬大的空間，裡面配置多樣復健設備，包含復健床、復健走道、復健階梯、水療池、電療、腳踏車、啞鈴等，可見所能提供復健服務的多樣性。

愛媛醫療中心-復健區





愛媛醫療中心病室內同樣設置洗手臺、廁所、電視、冰箱、病床及陪伴床，而四人房則是有一體成形的設備，櫃子內包含上鎖功能，病人可將鑰匙配戴於身上，櫃子內尚有電視及冰箱，病人可以購買點數卡，點數卡可以提供電視及冰箱的運轉，病室外有公共空間，浴室為公共浴室，內有各項洗澡設備提供不同活動功能的病人使用，如一般浴缸配備扶手、洗澡椅、**panasonic**加舒浴坐式淋浴器含折疊椅、洗澡機，目前這是日本醫院常見的病房配置。

愛媛醫療中心-病房區



愛媛醫療中心-病房區公共衛浴



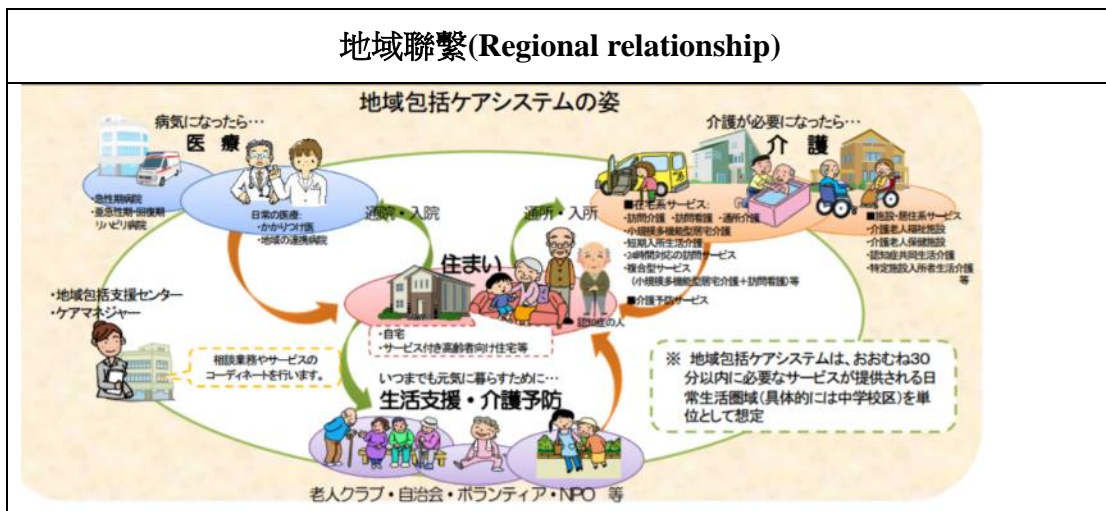
panasonic加舒浴坐式淋浴器含折疊椅

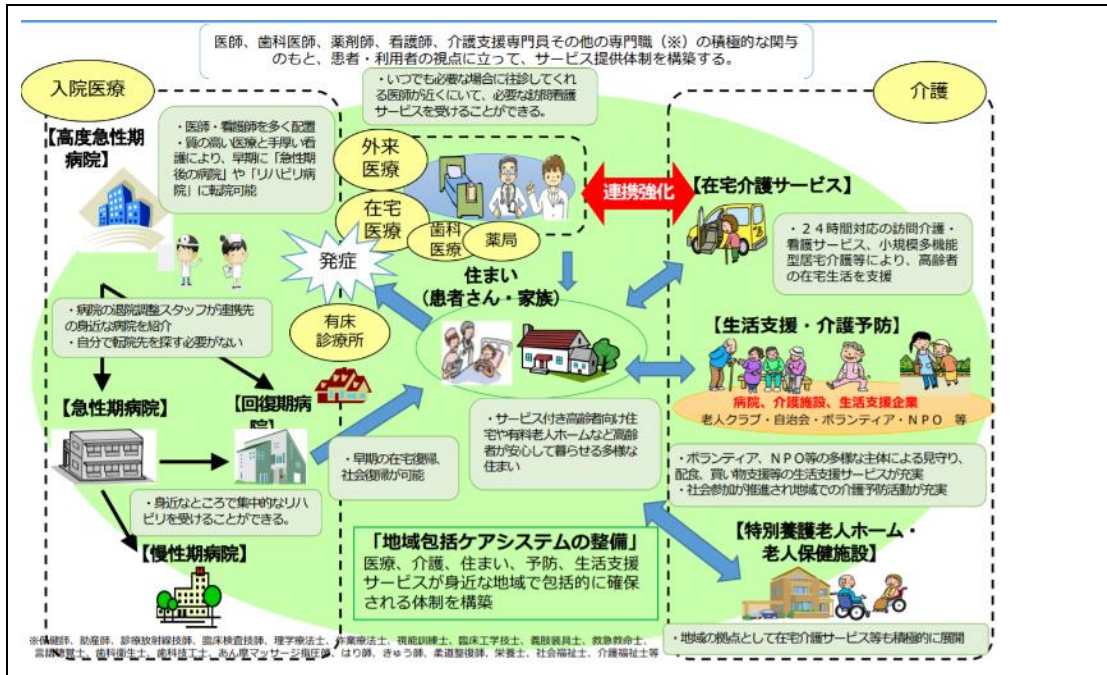


生駒女士同樣被愛媛醫療中心聘請為地域聯繫室護理師，固定每周前往愛媛醫療中心舉辦神經科難病病人入出院計畫討論會。地域聯繫(Regional relationship)是日本推行的連鎖醫療介護服務，日本為因應社會高齡化及認知障礙照護問題，建立社區型包容性醫療體制，讓高齡者可以在自己居住的區域接受一體化的居住、醫療保健、護理、生活支援、介護預防，當高齡者家中發病可入院接受醫療，經過高度急性期醫院緊急治療，接著到急性期醫院或恢復期醫院持續治療，最後到慢性期醫院或返家照護，而返家照護可接受在宅各項醫療、藥物治療、復建，並持續提供在宅介護、生活支援、介護預防，甚至可依高齡者與家屬需求轉至特別養護老人設施或保健老人設施，形成一連串的連動系統，而這樣的連動式需要跨專業整合討論的(神野，2016)。

生駒女士主持神經科難病病人入出院計畫討論會，出席成員包含醫院主治醫師及護理師、訪問診療醫師及護理師、居家訪視護理師、復健師、藥師、個案

管理師、保健所人員、日間照護機構、短期照護機構、長期照護機構，更重要的是還有病人與家屬也有出席，過程中醫院主治醫師先提供資料並簡短向病人整體說明此次入院所有相關檢查、治療、問題、照護重點及計畫，之後醫療團隊討論病人接下來的計畫，包含出院、居家診視計畫，並考量病人狀態安排再次入院或是安置，再次入院目的可能包含讓家屬喘息、調整藥物、復建計畫、檢查或是有下階段治療安排，過程中還貼心提供字卡讓病人發表意見，或是提供衛材範本讓病人了解，如置放胃造瘻的管子材質與原理或是氣切管路等，在規畫的同時讓病人及家屬可以了解並適時表示意見，達成一致共識後則結束會議並完成紀錄，過程約30-60分鐘，依據討論病人數量可能需要半天到一天半，而這樣的討論舉辦，部分專業是有被支付費用的，如醫院、訪問診療醫師及護理師、居家訪視護理師、個案管理師。生駒女士表示愛媛醫療中心有舉行這樣入出院計畫討論會，但部分醫院則未舉行，有時依據醫院有所差異。





資料來源：神野正博(2016, March)・地域医療聯繫推進法人・産業競争力會議
第35回實行實現點檢會合，東京。

愛媛醫療中心入出院計畫討論會



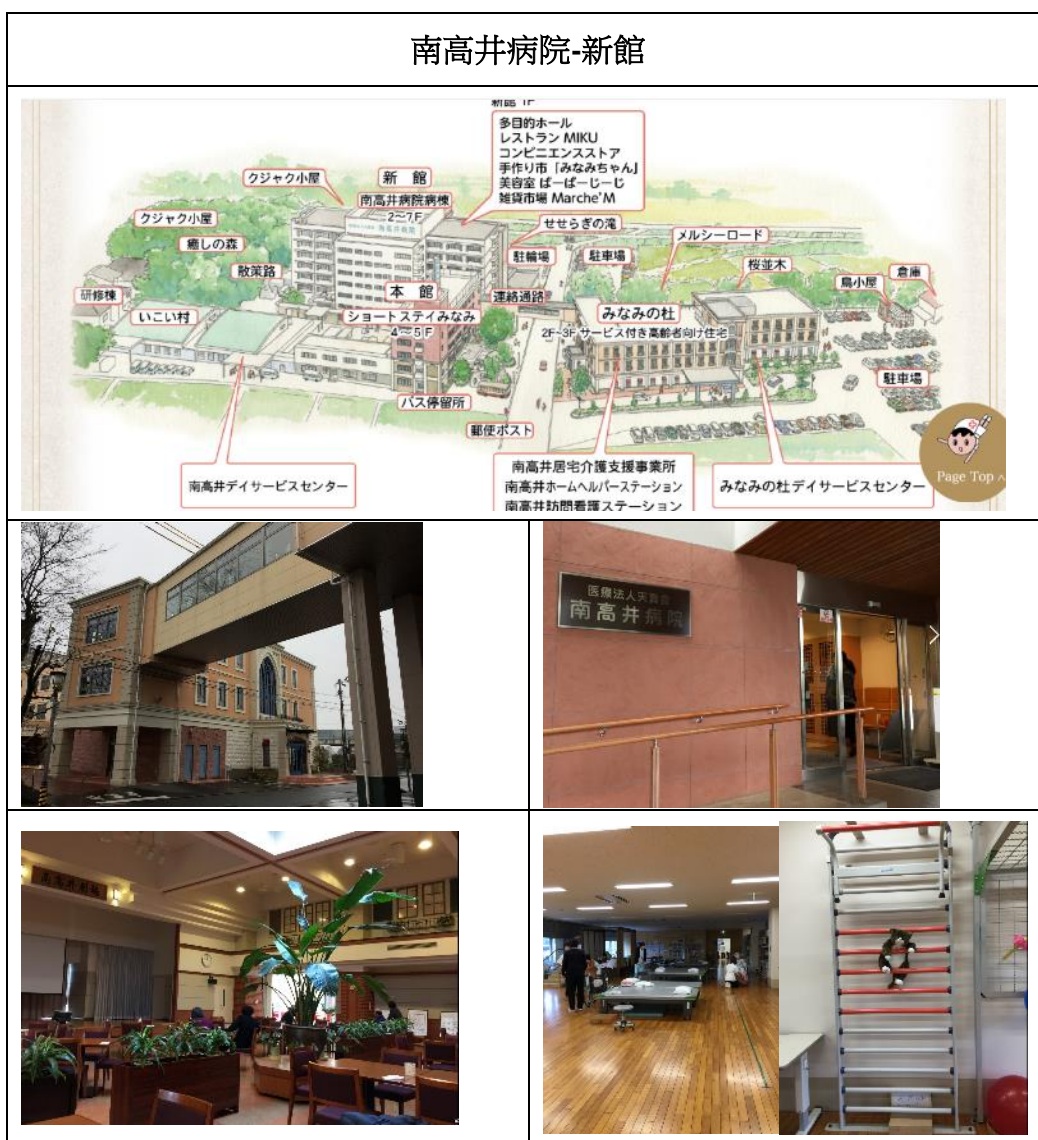
(四) Matsuyama Red Cross Hospital 松山赤十字病院

生駒女士同樣為赤十字病院的神經科難病相談員，故定期會到院與神經科部長、主治醫師、病房護理長、門診護理長討論難病病人，內容包含病人狀況、醫療與介護計畫、難病申請狀況，透過討論與計畫，並由生駒女士協調其他機構，讓難病病人可以順利流暢接受醫療與照護。

(五) 醫療法人 天真會 南高井病院

南高井病院是屬於複合式病院，有日間照護、短期入住照護、慢性醫院體制

及復健單位，在新館 1 樓有賣場、餐廳、美容院、復健單位、雜貨市場、療癒之森及孔雀小屋，餐廳寬敞且提供多項餐點，復健單位設置多項復健設備，中央設置和室休息區讓病人休息，療癒之森及孔雀小屋讓病人或高齡者可以看看不同的風景；2-7 樓是住院單位，有病房區及屋上庭院，病房區有極寬敞的公共活動空間，讓病人可以在此活動，旁有洗手臺提供盥洗，且當護理人員評估病人須密切觀察時，會將病人短暫移至公共空間密切觀察，病室中每人配備櫃子及電視，且走道寬敞可讓輪椅輕易進出，屋上庭院是設置在病房區的庭院，走道寬敞流暢，特意設計讓病床可以通過，表示可以讓病人臥床到庭院呼吸戶外空氣。

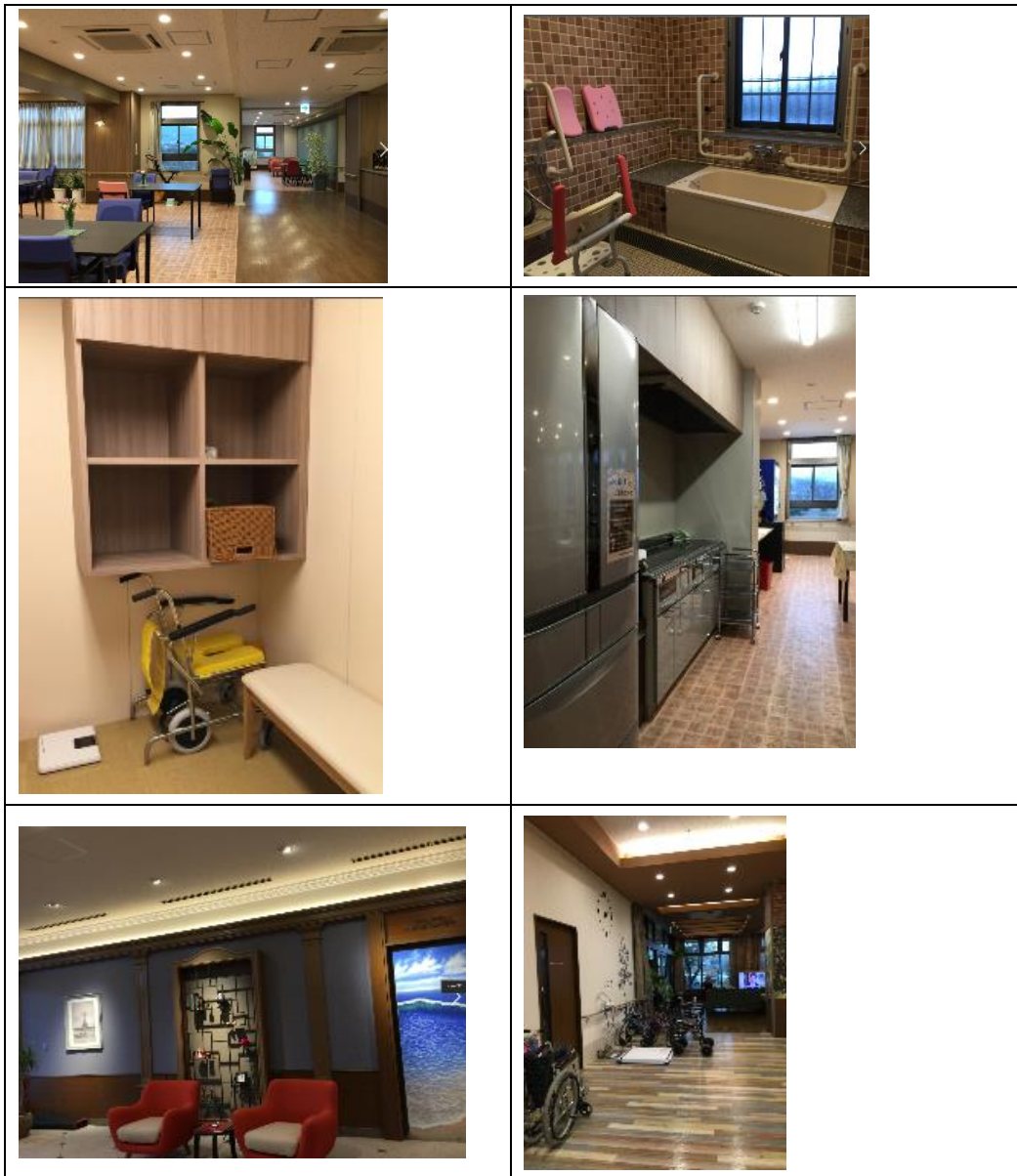






南高井病院短期入住照護單位提供高齡者入住，環境設計上包含入住房間，更包含多項活動公共空間，包含餐廳、客廳、浴室及廚房，讓入住者有獨自生活的空間，但也有與他人互動的機會與空間。





南高井病院日間照護單位具有2種型態，第1種型態為南日福日間服務中心，規劃不同的地板空間，包含娛樂活動、復健空間及衛浴，讓高齡者到此可以自選活動參與，提供復健及互動的機會。第2種型態為南高尾日間服務中心，在此亦提供復健及娛樂休閒課程，復健區配置物理及職能治療師，並有護理人員及護理佐理員注意高齡者照護需求，環境布置儼然如同昭和年代小型社區，活動圈設計成社區街道，每個空間都有其獨特懷舊性，所有的裝潢及裝飾都很講究，每個空間都有專人管理，有神社、教室、洋裝店、商店、卡拉OK及龜湯，讓高齡者選擇自身想參與的活動，如下棋、復健、唱歌、洗澡、手作課，或是選擇做復健及按摩，更設計群體活動讓多數人同時參與，當天參訪即為標準舞，有舞者帶領高

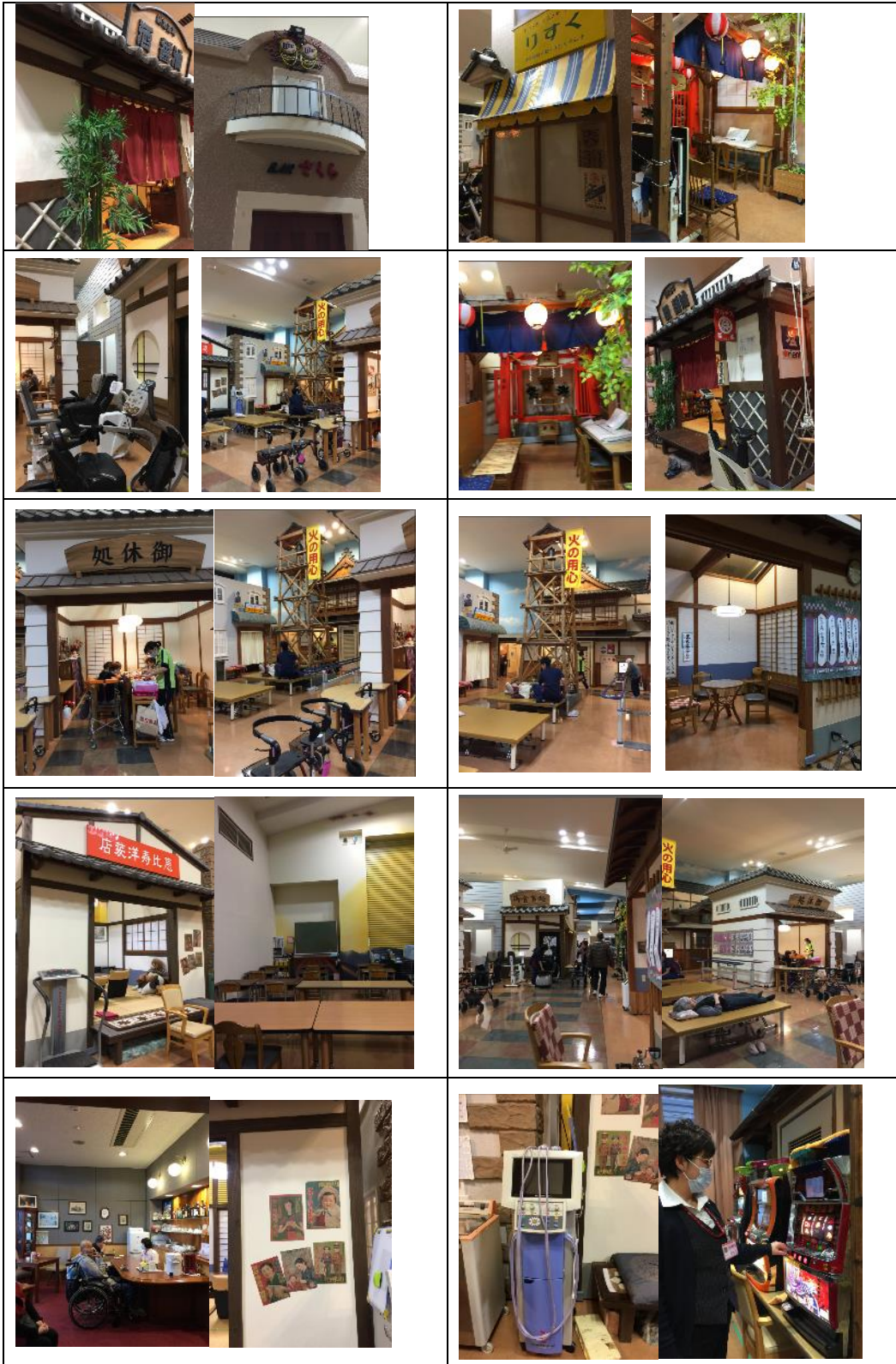
齡者跳舞。

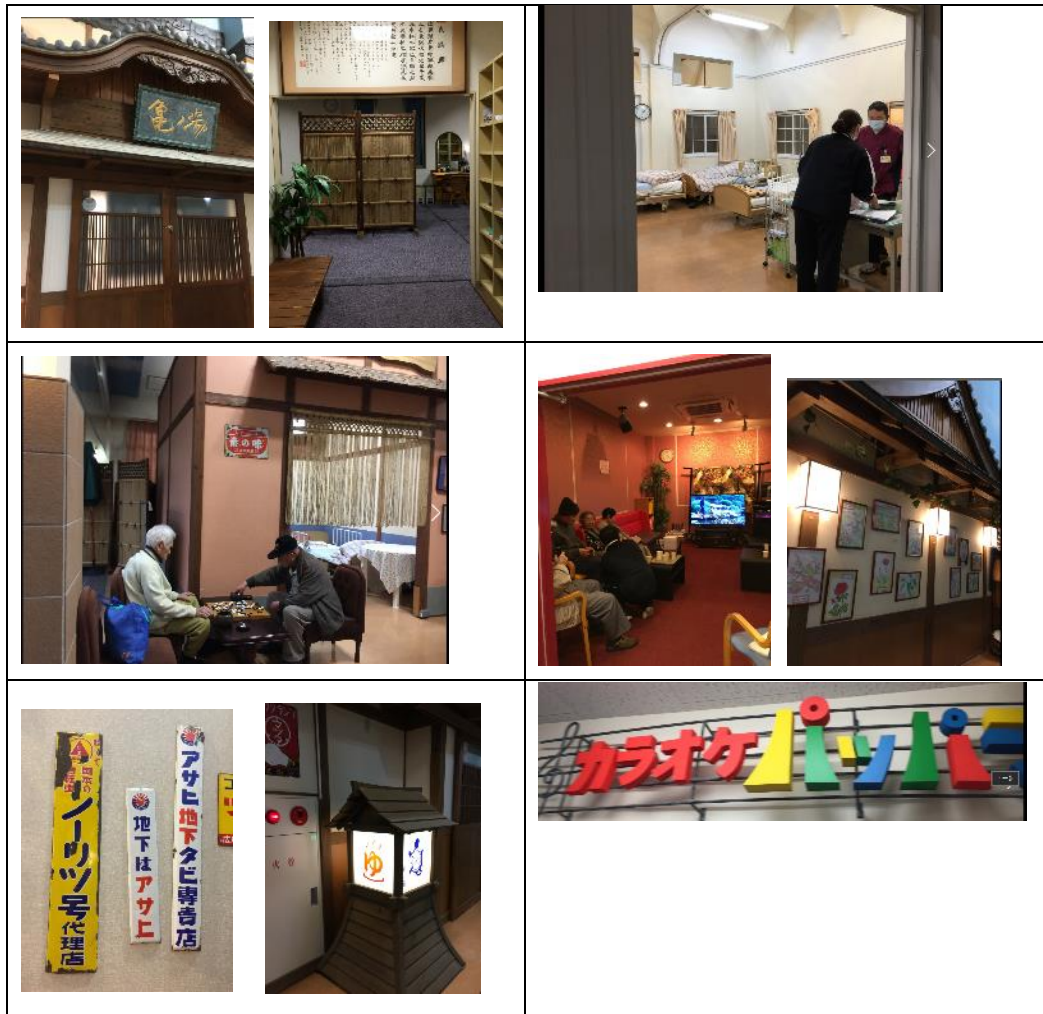
南高井病院-日間照護-南日福日間服務中心



南高井病院-日間照護-南高尾日間服務中心








(六) Ehime Prefecture Health Center愛媛中予保健所與Matsuyama Health Center松山保健所

公共衛生中心/保健所（Health Center）是支持當地居民健康和衛生的公共機構之一，在愛媛松山地區較近的保健所是愛媛中予保健所與松山保健所。工作大致可以分為居民健康和環境衛生，如健康指導、保健服務、食品衛生、獸醫衛生、環境衛生和醫藥衛生。目前日本訂定 330 種疾病為指定難病，保健所可受理難病申請，因此生駒女士所管理的神經科難病病人在經過醫師診斷為難病後，需取得住民票證明及所得票證，向保健所送出申請，由其他多位醫師審查，判定難病後病人可以在醫療保險及介護保險可以獲得減免及補助，在神經科常見難病包含肌萎縮性側索硬化症、重症肌無力、大腦皮質基底核退化症（Corticobasal degeneration, CBD）等。

<p>① 企画課</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療従事者の免許申請等 医療関係施設の申請・届出 薬事関係業者の申請・届出 毒物劇物関係業者の申請・届出 麻薬取扱者免許の申請・届出 温泉関係業者の申請・届出 薬物に関する相談 	<p>② 健康増進課</p> <ul style="list-style-type: none"> 栄養士・管理栄養士免許申請等 石棉健康被害救済制度に関する相談 精神疾患に関する相談等 	<p>③ 健康増進課</p> <ul style="list-style-type: none"> 肝炎に関する申請・検査・相談等 HIVの検査に関する相談等 感染症全般に関する相談等 特定疾患・小児慢性特定疾患に関する申請等 特定不妊治療助成の申請等
<p>④ 生活衛生課</p> <ul style="list-style-type: none"> 食品営業許可等に関する申請等 食の安全安心に関すること 理容、美容、クリーニング、旅館、公衆浴場、興行場に関する申請等 動物の愛護及び管理等に関する相談 調理師等の免許申請等 愛媛県収入証紙売りさばき所 〔食料衛生課〕 	<p>⑤ 環境保全課</p> <ul style="list-style-type: none"> 産業廃棄物申請・届出 愛媛県土砂条例申請・届出 土壌汚染対策法申請・届出 その他環境関係法令申請・届出 	

(七) 医療法人 聖光會 鷹の子病院 訪問看護

鷹の子病院訪問看護單位包含護理師**5**人、物理治療師**1**人、職能治療師**2**人、語言治療師**1**人，單位目前約有**80**位病人收案，每位護理師每月約訪視**60-80**人次，訪視時間約**1-2**小時，家訪紀錄隨醫院而有差異，有紙本記錄或電子紀錄，而鷹の子病院目前是使用紙本記錄，訪視病人包含難病、中風、癌症、糖尿病及其他疾病，來源來自多間醫院及個案管理師連結。費用依據醫療及介護保險規定收取，且會隨病人疾病及年紀而有所差異。訪問看護師是自己開車前往病家，若病人有狀況會第一時間通知他們，便會前去探視病人，但會額外計算費用。

陪同訪問看護師進行訪問看護，這是一位罹患帕金森氏症**5**年的病人，目前臥床且留置胃造瘻口，有抽痰的需求，入院前訪問看護**1**周**2**次，**2**周前剛出院目前採居家照護，而案妻**74**歲且仍有照護的學習需求，病人出院時醫師開立特別指示書，指示出院第**1**周訪問看護**1**天**2**次，之後可降為第**2**周訪問看護**1**天**1**次，而復健安排**1**天**3**次，這樣的流程會在政府的監察下執行，過度濫用則會取消付費。訪問看護師到訪先協助整體身體清潔，包含剪髮、刮鬍子、全身清潔及口腔清潔，口腔清潔會運用海綿牙刷刷牙病人口腔，再運用口腔清拭布擦拭口腔，最後塗上口腔濕潤劑，身體清潔後會塗抹凡士林，過程中會評估病人全身，並運用聽診器、耳溫槍、血壓計、血氧機及視聽扣觸技術，進行測量生命徵象及身體評估，隨後照護胃造瘻口，最後整理病人儀容及擺位，過程中會與家屬溝通及指導

應加強的重點。



(八) 醫療法人 赤橙 訪問診療所

生駒女士本身為具有神經科護理師背景，丈夫是神經科醫師，治療族群著重神經科難病，於愛媛縣東溫市開立訪問診療所，擔任訪問診療醫師，訪問診療所有2位訪問看護師，進行居家探視。2018年1月22日訪視一位植入深部腦刺激器的帕金森氏症病人，因為手術後有過度性興奮問題，因而許多機構或醫院不願安置，案女表示希望移除深部腦刺激器，在討論後安排2月到岡山醫院移除，移除後病人可能會有照護上的困難，因此醫師、護理師訪視，並偕同南高井醫院地域聯繫室人員，評估術前狀況及術後安置的可能性，過程中醫師評估其整體與神經學狀態，包含活動、肌肉僵硬、末梢循環、精細動作等，護理師測量生命徵象，而居家訪視費用會因病人疾病、所得、年紀而有所差異，難病、高齡、低收入自付額會較低，而日本保險亦提供各醫療專業家訪的補助，包含醫師、護理師、藥師、復健師。

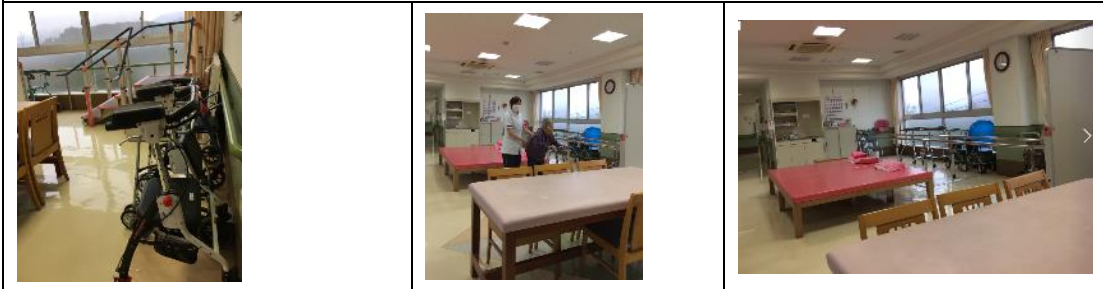
(九) 社會福祉法人 三惠會 居宅介護支援事業所-希望之館

希望之館為設立在愛媛縣東溫市的介護老人保健設施，本身配置個案管理師、復健師、護理佐理員，服務內容包含日間照護、日間照護與居家介護支援，服務族群為高齡者及認知障礙高齡者，公共空間包含復健區、活動區、衛浴區、病室區，設置復健設備、無障礙設備、時間定向擺設，並於出入口安裝密碼鎖以防認知障礙高齡者走失，並安排活動提供高齡者參與，如演奏或寫書法。復健區安排人員陪同高齡者進行復健活動，而病室中根據住民需求可選擇個人室或四人室，並提供便盆椅方便就近如廁，日間照護高齡者返家會提供無障礙交通工具接送。





希望之館-復健空間



希望之館-病室空間



希望之館-日間照護高齡者返家接送



希望之館依高齡者需求設置不同的衛浴空間，包含一般浴室搭配扶手，或

是運用輪椅座盥洗，另有可讓臥床者移到特殊輪椅搭配洗澡機盥洗，目前住民為50人，護理佐理員一天約協助22-23人盥洗，讓住民可以感受到洗澡的舒適。



(十) 梅本之里 小梅

梅本之里主要設置日間照護與個案管理師，個案管理師主要是參與案例討論會，協調病人的照護計畫及安置，目前共有5位個案管理師。梅本之里可接受42位以下老人接受日間照護，這裡設置小型雜貨舖及保育室，提供附近孩童前來，增加孩童與高齡者的互動，且隨著節慶變化舉辦活動。空間規劃上包含公共交誼廳、復健區、休息區、書法教室、盥洗區及衛浴區，衛浴區有足夠的無障礙設備及溫暖的地板，讓高齡者舒適安全盥洗，並設置寬敞的洗手臺讓高齡者可以便利進行口腔清潔。

梅本之里 小梅-前臺、大廳、活動區



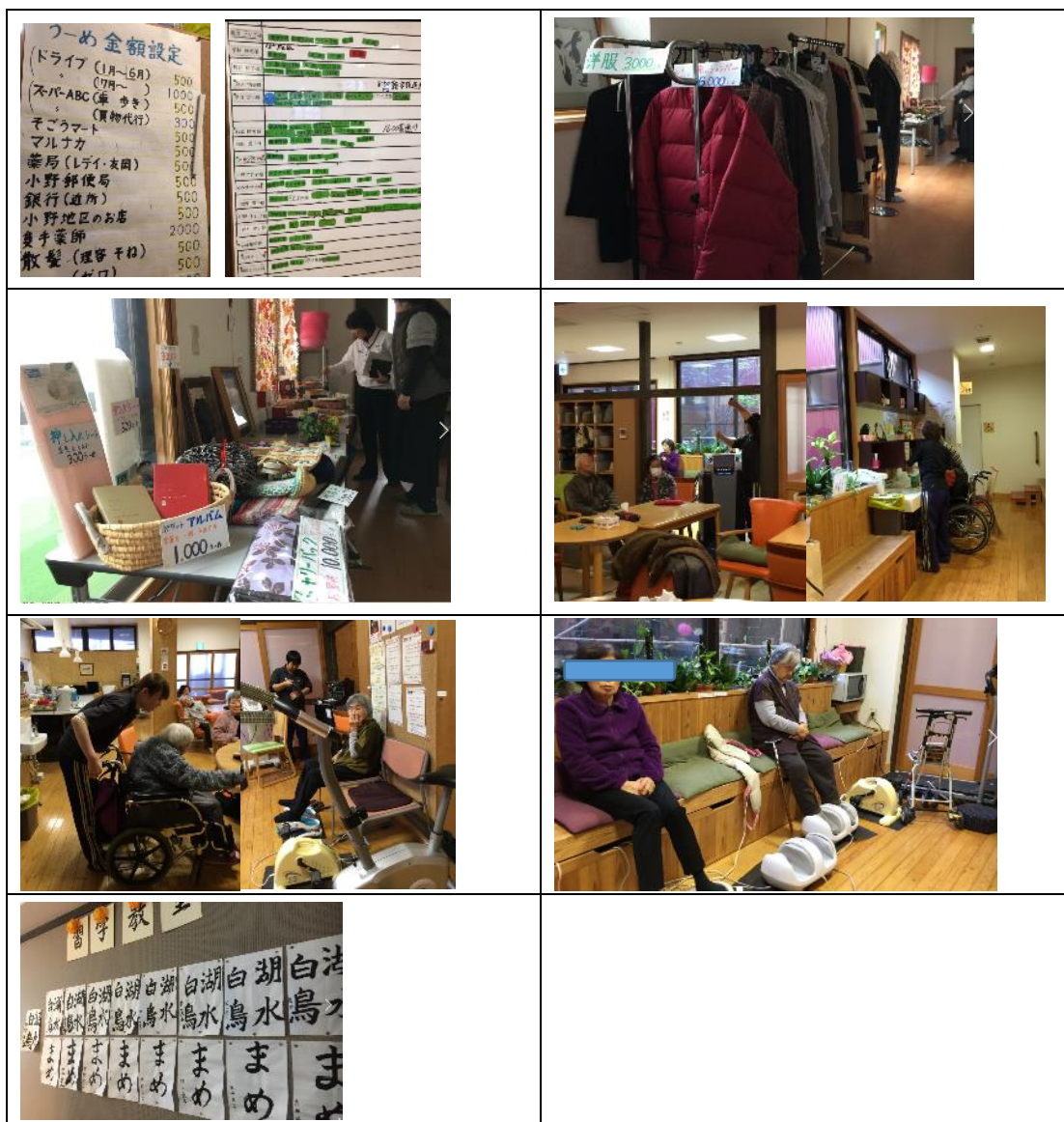


梅本之里 小梅-浴室及盥洗臺

梅本之里除了注重高齡者與孩童的互動，更系統性規劃高齡者到此的整體活動，包含生命徵象測量、體操、盥洗、進食、刷牙及其他活動，活動設計著重鼓勵高齡者活動及自理，讓高齡者透過活動參與獲得鼓勵點數，例如做足部按摩、願意刷牙、做復健，並可以更換自己想換取的獎勵，變相提升高齡者的意願及自信心。

梅本之里 小梅-活動安排





(十一) 中矢托老所

中矢女士本身是護理師，因為不想讓自己父母到不理想的照護環境，因此設立三處設施，包含個案管理師、日間照護、短期照護及長期照護。照護特色具有「家」的感覺，設施讓人宛如在家中，但環境是寬敞的且具備無障礙空間，日間照護有4位員工，約有15-20位認知障礙高齡者接受日間照護，在此像一般居家，具備餐廳、客廳、衛浴，更設置小型雜貨店，讓鄰近孩童可以前來與高齡者互動，大廳中有2張床提供疲累的高齡者休息，高齡者到此後則依據中矢托老所的日程安排活動。

中矢托老所環境及設備-日間照護





中矢托老所環境及設備-短期與長期照護





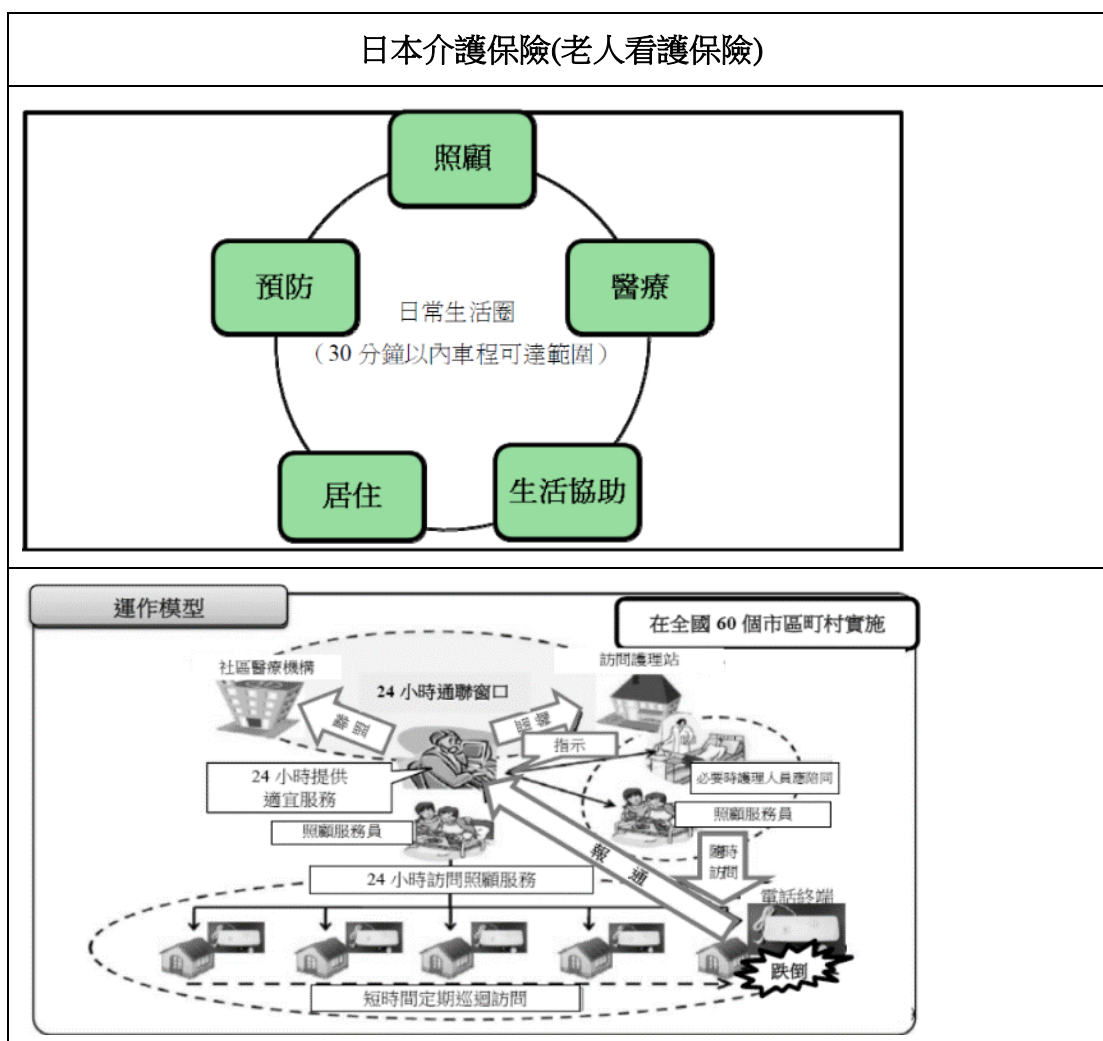
中矢托老所的日程活動可見到的重點是環保回收、生活化、熟悉感、最大活動度，中矢女士運用回收再利用的物品製作成活動用品，如按摩棒及足底按摩滾筒，並帶入老人生活中熟悉的唸經及歌謠，讓老人可以輕鬆跟隨律動進行最大活動度活動。高齡者的活動包含一早先念經3次，之後唱著歌謠用竹筒滾動按摩足底約90分鐘，唱著歌謠病手拉橡皮筋作開合運動約15分鐘，接著按摩下頷、鎖骨、腋下及鼠蹊淋巴，接著用廣告單做的按摩棒敲打手部及足底，接著依序做抓握、抬手深呼吸、肩部、口部運動及發聲練習，運動後會讓高齡者喝水及剝蜜柑進食，有時則是進食蔓越莓，讓認知障礙高齡者可以定時定量進食及喝水。午餐時間會帶領高齡者清潔桌面，之後讓他們可以完成洗毛巾與折毛巾，下午則是提供字卡讓高齡者進行遊戲或是玩語音接龍，並訂定輸贏及獎賞制度，讓高齡者可以有參與意願及樂趣，有時則是讓高齡者利用白紙書寫菜單，或是用回收的食材木盤背部繪圖，活動呈現生活化及多樣化。



(十二) 日本保險制度

此次參訪過程所提供的照護皆與日本保險制度有關，其中與高齡者最息息相關的應是「介護保險」這是2000年日本針對高齡者長期照護問題所提出的制度，標榜「在地老化」，由護理師、復健師或護理助理員等專業提供相關服務，目標以提供居家服務為主要照護模式，作為保險給付最高原則，學者觀察日本實施經驗，發現減輕照顧者對機構式照護的依賴及使用率，並減輕機構式服務的保險給付，2011年更修訂介護保險法，目標實現社區整合性照護體系(integrated care

service)，期望在失能長者住家附近，建構結合醫療、照顧、預防、居住及生活協助等各項服務一體化之照顧體系，提供老人專用住宅、加強居家療服務及全天候照顧醫療服務網，亦即此次參訪所看到的地域聯繫。保險主要給付對象為65歲以上、且罹患失智與臥床不起而需長期照護的人民，經由照護認定機構認定後，才能成為給付對象，再由特約長期照護機構提供服務，包含居家照護及機構照護(吳，無日期；曾、李，2013)。



叁 心得

現今臺灣如同日本面臨高齡化及腦血管病變問題，高齡及腦血管病變(中風)照顧因此顯得十分重要，過程中皆需提供具專科性、整合性、連續性的治療與照顧。在大田記念病院看到建置在高齡基礎上的神經專科醫療及照顧，他們不斷挑

戰積極快速的治療，並提供急性期高密度的觀察與照護，早期介入吞嚥檢查與復健訓練，努力降低中風病人的殘疾與失能，當然這也與保險制度有相關性，但這樣的思維相信在臺灣也有可突破的空間，但在此更深感受到的是醫院各層面人員對此的投入，包含管理者、醫師、復健師、護理師的重視，用認真而投入的態度發揮自己專業。

地域聯繫更是日本連鎖醫療介護服務的特點，以社區為基礎，建置以病人居住處為中心的包容性醫療體制，透過跨專業整合討論，讓他們可以獲得一連串不間斷的治療與照護，而非讓他們徬徨不知所措的等待下階段的指示或通知，目前國內醫院努力透過疾病個管師、出服個管師、訪問看護師聯繫各個環節，也試著舉辦不同形式的出院準備服務討論會，但以自己而言，尚未見到病人與家屬參與跨專業與跨機構的討論，當然，這樣的制度形成來自於保險制度給付，但根本上來看，卻也不失為一種跨領域溝通層面的昇華。

此次參訪多間愛媛縣機構與醫院，包含醫院、日間照護、短期照護、長期照護及居家訪視，在環境及設備上的設置，隨處可見提供高齡者或失能者的重點，寬敞的走道、光線明亮的交誼場所、懷舊的布置裝潢、誘發高齡者活動動力的活動安排、多樣化的活動與復建、多層次的失能設備等，其中機構的雜貨鋪是最讓筆者久久不能忘的，感受到機構並非單純營利的單位，而是串連社區中各年齡居民的互動，讓高齡者與非高齡者可以自然交流，如同《孟子·梁惠王》說：「老吾老以及人之老，幼吾幼以及人之幼」，讓孩童自小學習到在孝敬自己的長輩時，亦要顧及其他老人；撫養自己孩子時，亦要顧及別人的孩子，這樣的設置其實感受的深深的含意。

在大田醫院居家訪視過程中，跟隨訪視多位因疾病或意外而致失能的病人，看到日本醫療團隊提供的是讓他們執行所能達到的最大自理的環境，亦提供家屬有極高支持的協助，進而能維持良好的心靈繼續生活，尤其看到護理學生跟隨居家訪視護理師實習時，感受到的是這樣的服務應落實於教育體系中，讓醫療相關

在學生可以提前了解及學習，亦顯示日本護理教育對居家服務的重視。

在經過14年的護理工作生涯後，此次有幸到日本福山、愛媛參訪，其實內心有極強烈的震撼，畢竟在越過海洋後看到了以往所認知截然不同的醫療體制，在目前臺灣亦面臨高齡化及腦血管病變問題的當下，其實日本的醫療照護模式亦有可學習及參考之處，當然在制度、文化、價值觀完全不同的國家或許仍有努力空間。各專業能力的發揮及跨團隊間緊密結合，透過區域性協調部門聯繫協調，縝密連結急性期、恢復期至生活期的照護計畫，其實需要相當的硬體及軟體資源，但如同生駒女士強調的重點，更重要的是「心」、「溝通」，不要迷失於「人性」是最重要的。此次參訪歷程將打破過去根固的照護思考模式與眼界，提供思考如何逐漸調整目前臨床照護模式，並期許能分享所見所得，影響相同領域醫護人員，為高齡中風患者提供更專精且連續的照護。

肆 建議事項

自己具有神經科照護資歷，並參與高齡照護推展業務，因此此次參訪重心為高齡及神經科照護，且所參訪的體制亦與高齡、神經科有密切關聯，其中神經科極大部分族群為腦血管病變(中風)，另一部分為神經科難病族群，因此將依據高齡與腦血管病變照護提出所思之建議事項。

一、高齡照護

(一) 硬體環境

1. 設備依據高齡者的功能差異而改變：強化無障礙設施及復健活動區，增加高齡者的活動助力、降低其活動阻力。
2. 生活化、居家化、舒適化的環境：將治療或入住環境置入接近生活的條件，讓高齡者在接受治療或安置時，可以無「去生活化」刻板感覺。
3. 懷舊為重心：提供接近高齡者熟悉的環境，增加舒適及安適感。
4. 創造與孩童交流的環境：提供與其他年齡層的互動機會，提升高齡者活動活

力，並讓孩童從小就有與高齡者互動的機會，有彼此互動及了解的管道。

(二) 服務流程

1. 個案管理為主導，以高齡者為中心：跨團隊運作已為目前趨勢，但須有專業主導者，以日本為例，其個案管理師制度便為可思考學習的方向。
2. 流程連貫、透明：跨團隊運作應建置流暢且連貫的流程。
3. 在地老化：以高齡者居住地為中心，其照護及安置可推向「在地老化」。
4. 病家參與：跨團隊討論及決策過程可隨時納入病家，在一同討論決策下，可減少意見相左的發生。

(三) 照護重點

1. 最大程度的活動：依高齡者個別性鼓勵進行最大程度的活動，降低功能性衰退的發生。
2. 生活化、趣味性、具目標性的活動與復健：建置多樣化的活動與復健，增加高齡者參與活動的意願。
3. 建立高齡者活動意願：運用獎勵制度，亦可提升高齡者參與活動的意願。
4. 緩和醫療照護的考量：高齡者合併不可治癒疾病或功能嚴重衰退的情形下，日本目前亦思考緩和醫療照護，這亦是借鏡思考於臺灣的方向。
5. 紮根教育：高齡照護相關教育的扎根，包含知識、態度、技能，例如日本目前將高齡照護與居家照護落實於教育中。

二、腦血管病變(中風)照護

(一) 硬體環境

1. 設備依據中風者的功能差異而改變：應考量中風者發病後功能改變狀態，並因應調整環境，包含病室設計、復健環境。
2. 快速判斷及處置中風的環境：流暢及連貫的鑑別診斷與治療環境，包含急診、評估、檢查及快速治療。
3. 密切觀察及照護的環境：根據中風急性期的變化，應提供密切觀察及照護的

環境。

4. 早期及多樣化的復健：根據文獻及實際成效，應提供中風者早期及多樣化的復健評估與活動，盡早確認其功能障礙，提供個別性的復健計畫與活動，協助盡早返回其生活。

(二) 服務流程

目前有專職中風個案管師，協助提供中風衛教、進行中風登錄及PAC轉銜，但無法主導跨團隊運作，若能以中風者為中心，提供主動連貫的流程，並有主導者主導跨團隊運作，則更能讓流程流暢運作。

(三) 照護重點

1. 急性期照護：提升民眾快速認知中風的警覺，並提供中風者快速的鑑別診斷與治療，並能進入密切觀察、照護及早期復健的環境。
2. 慢性期照護：透過早期而持續的復健，目標維持並提升病人功能，進而與病人及家屬討論準備進入下階段。
3. 恢復期照護：主動依據病人狀態的個別性，協助病人及家屬進入長期復健或是安置。
4. 緩和醫療照護的考量：依據病人的年紀、疾病、功能等，思考並與家屬討論緩和醫療照護的可能性。

附錄

附錄 一 參考文獻

內政部戶政司統計處 (2018 年, 2 月) · *人口靜態統計* · 2018 年 2 月 11 日, 取自

<https://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=15408&CtNode=3623&mp=4>

林幸君、李慧琳、許聖民、林國榮、李篤華、張靜貞、徐世勳(2015) · 少子化與高齡化下的臺灣人口預測與經濟分析 · *臺灣經濟預測與政策*, 46(1), 113-156。

吳建樑(無日期) · *日本老人看護保險制度* · 2018年1月28日, 取自

http://www.elderly-welfare.org.tw/Upfile/QuarterlyFiles/%E6%97%A5%E6%9C%AC%E8%80%81%E4%BA%BA%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E5%88%B6%E5%BA%A6_2000_6.pdf。

陳玉蒼(2005) · 日本介護保險之介紹 · *社區發展期刊*, 110, 2018年2月7日, 取自: file:///C:/Users/HP-Elite/Downloads/File_1865.pdf

陳柏旭(2018) · 肉毒桿菌素在復健醫學的運用 · *長庚醫訊*, 39(1), 2018年1月30日, 取自:

https://www.cgmh.org.tw/cgmn/category.asp?id_seq=1504231#.WnBaxIhuauV

曾妙慧、李慧芬(2013) · 由社會福利政策綱領談日本社區整合性照護體系 · *社區發展季刊*, 141, 442-463。

葉伯壽(2017) · 臺灣腦中風概況與急性腦梗塞的治療發展 · *中國統計學報*, 55(2), 63-66。

葉俊吟、王芊儀、胡芳文(2014) · 住院高齡者口腔健康與營養狀態之探討 · *臺灣老年醫學暨老年學雜誌*, 9(3), 68-8。

張育儒、胡國琦、姜義彬、莊曜嘉、郭芷霖(2014) · 缺血性腦中風病人住院期間所接受的復健治療量與殘障和死亡風險之關係 · *臺灣復健醫學雜誌*, 42(4),

191-198. °

神野正博(2016, 3月)・地域医療聯繫推進法人・産業競爭力會議第35回實行實現
點檢會合, 東京。

Brain Attack Center Ota Memorial Hospital. (2018, Jan 17). *腦卒中治療成績2017*.

Retrieved Jan 26, 2018, from

<https://otahp.jp/wp-content/themes/otahp/images/pdf/jisseki2017.pdf>

Japan Visiting Nursing Foundation. (2015, Jul 1). *Visiting Nursing. System In Japan*.

Retrieved Feb 05, 2018, from <http://www.jvnf.or.jp/homon/english/vnj2015.pdf>

Ota, A. (2018, Jan 15). *Introduction Fukuyama City and Ota Hospital*. Fukuyama

City: Ota Hospital.

Wikipedia. (2017, Dec 12). *經顱磁刺激法 (Transcranial magnetic stimulation)* .

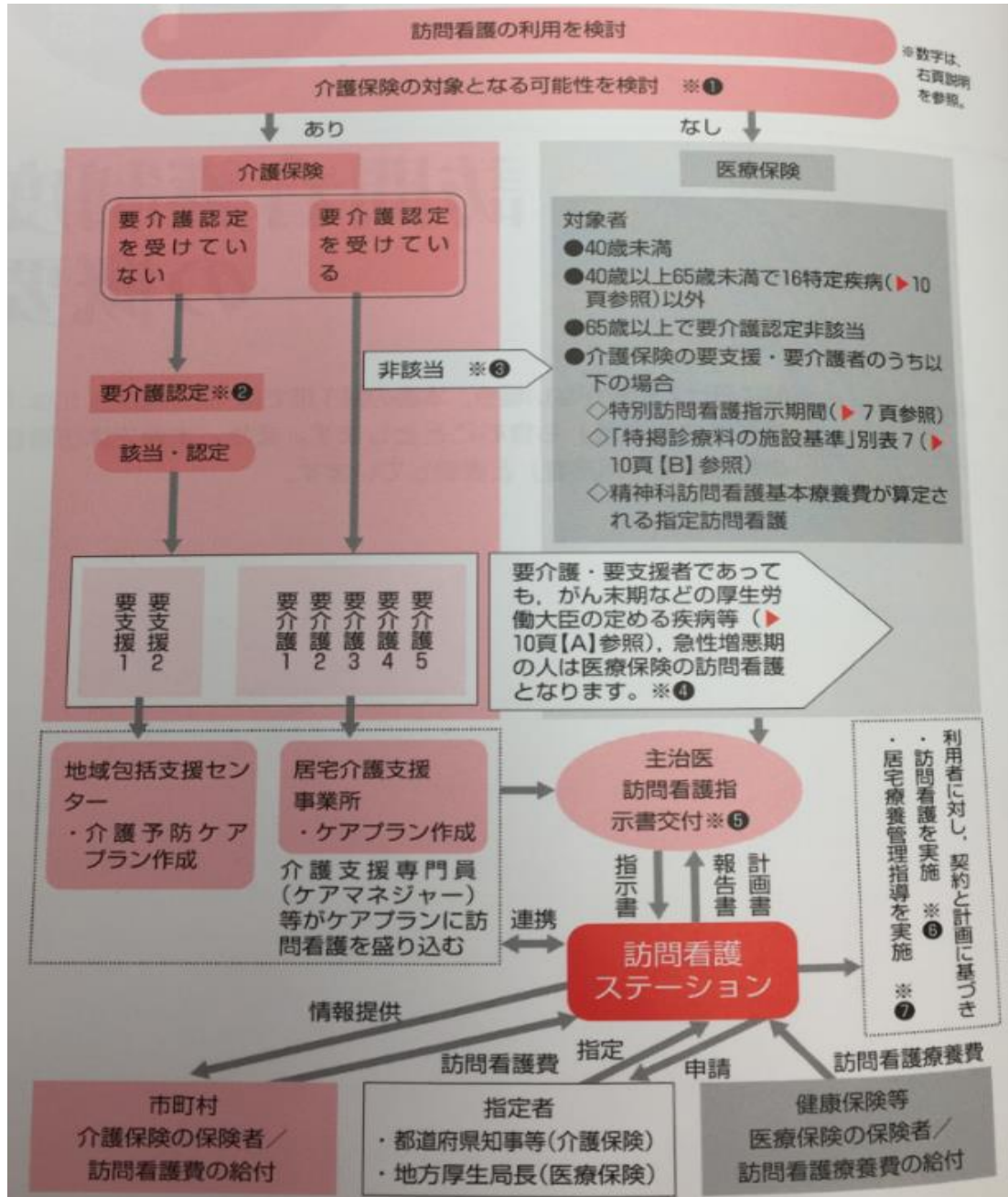
Retrieved Jan 27, 2018, from

<https://translate.google.co.jp/translate?hl=zh-TW&sl=ja&u=https://ja.wikipedia.org/wiki/%25E7%25B5%258C%25E9%25A0%25AD%25E8%2593%258B%25E7%25A3%2581%25E6%25B0%2597%25E5%2588%25BA%25E6%25BF%2580%25E6%25B3%2595&prev=search>

Wikipedia. (2017, Dec 22).*職能治療*. Retrieved Jan 29, 2018, from

<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E8%81%B7%E8%83%BD%E6%B2%BB%E7%99%82>

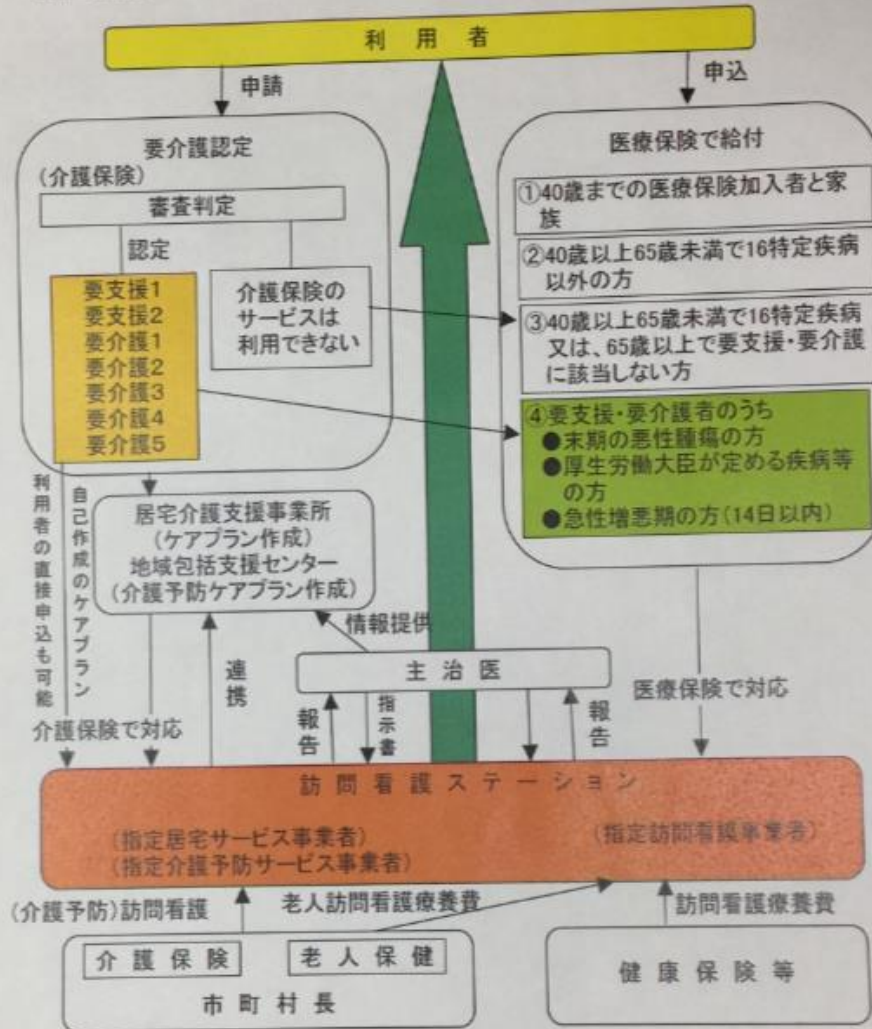
附録 二 訪問看護運作架構



4 訪問看護における介護保険と医療保険の調整

2006年9月1日作成

訪問看護のしくみ(介護保険と医療保険の訪問看護の調整)



* 要介護・要支援被保険者は介護給付の訪問看護

介護保険対象であっても、がん末期、神経難病等厚生労働大臣が定める疾病等および急性増悪期(特別指示書による14日を限度、ただし、気管カニューレと重度褥瘡の場合は特別指示書2回)の利用者さんは医療保険での給付になります。

* 介護保険に基づく訪問看護の利用料は所得により1割又は2割負担

医療保険で高齢者の医療の確保に関する法律に基づく後期高齢者(75歳以上、65歳~74歳で認められた者)については、一般の方は訪問看護に要する費用の1割負担(自己負担限度額 12,000円)、一定以上の所得の方は訪問看護に要する費用の3割負担(自己負担限度額 44,400円)となります。

社会医療法人 祥和会

附録 三 看護必要度

Ⅱ 「看護必要度」(Ver. 4) のチェック項目とその選択肢

「看護必要度 (Ver. 4) チェック票」

調査日の主な診断名 (最大3種類)	(1)	(2)	(3)
チェック項目	選択肢		
A モニタリング及び処置等に関する項目			
1. 創傷処置	なし	あり	
2. 蘇生術の施行	なし	あり	
3. 血圧測定	0～4回	5回以上	
4. 時間尿測定	なし	あり	
5. 呼吸ケア	なし	あり	
6. 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
7. 心電図モニター	なし	あり	
8. 輸液ポンプの使用	なし	あり	
9. 動脈圧測定 (動脈ライン)	なし	あり	
10. シリンジポンプの使用	なし	あり	
11. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	なし	あり	
12. 人工呼吸器の装着	なし	あり	
13. 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
14. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	なし	あり	
15. 特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定)	なし	あり	
16. 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用	なし	あり	
17. 専門的な治療・処置 ②麻薬注射薬の使用	なし	あり	
18. 専門的な治療・処置 ③放射線治療	なし	あり	
19. 専門的な治療・処置 ④免疫抑制剤の使用	なし	あり	
20. 専門的な治療・処置 ⑤昇圧剤の使用	なし	あり	
21. 専門的な治療・処置 ⑥抗不整脈剤の使用	なし	あり	
22. 専門的な治療・処置 ⑦ドレナージの管理	なし	あり	
B 患者の状況等に関する項目			
23. 床上安静の指示	なし	あり	
24. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
25. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
26. 起き上がり	できる	できない	
27. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
28. 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
29. 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
30. 口腔清潔	できる	できない	
31. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
32. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
33. 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
34. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
35. 危険行動	ない	ある	
36. 身体的な症状の訴え	なし	あり	
37. 計画に基づいた10分以上の指導	なし	あり	
38. (看護計画に基づいた) 10分以上の意思決定支援	なし	あり	
39. 手術	なし	手術前日	手術当日、手術前夜、手術後
40. 退院予定	なし	あり	退院まで()日

表1-2 7対1入院基本料届出医療機関数(病床数)の推移

	届出総数		7対1入院基本料						届出総数		7対1入院基本料		
	2006年5月1日現在		2006年5月1日現在			2006年10月1日現在			2007年5月1日現在		2007年5月1日現在		
	医療機関数	病床数	医療機関数	病床数	割合*	医療機関数	病床数	割合*	医療機関数	病床数	医療機関数	病床数	割合**
一般病棟入院基本料	5,732	723,484	280	44,831	6.2%	544	103,836	14.4%	5,567	705,373	787	162,730	23.1%
結核病棟入院基本料	248	9,720	4	80	0.8%	13	211	2.2%	244	8,105	21	343	4.2%
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	78	61,068	11	9,382	15.4%	17	15,257	25.0%	81	63,484	27	23,178	36.5%
特定機能病院入院基本料(結核病棟)	13	198	0	0	0.0%	2	11	5.6%	13	152	5	43	28.3%
特定機能病院入院基本料(精神病棟)	74	3,467	2	47	1.4%	3	74	2.1%	73	3,300	3	74	2.2%
専門病院入院基本料	16	5,593	4	1,196	21.4%	3	1,100	19.7%	18	5,967	4	1,480	24.8%
合計	-	803,530	-	55,536	6.9%	-	120,489	15.0%	-	786,371	-	187,848	23.9%

* 2006年5月1日現在の届出総数に占める割合
 ** 2007年5月1日現在の届出総数に占める割合
 (中央社会保険医療協議会総会(2007年7月11日開催)資料より)