

日中医学学术交流大会 2016 东京

学术交流分科会

护理学与老年医学

Supported by



THE NIPPON
FOUNDATION

目 录

笹川医学奖学金进修生同学会介绍 2

会议主席及专家简介

胡 秀英 四川大学华西医院护理学院院长（第 18 期生） 4

吴 小玉 兵库县立大学大学院看护学研究科教授（第 21 期生） 5

山本则子 东京大学医学部健康综合科学科教授 6

山本爱子 兵库县立大学大学院看护学研究科教授 7

丁 群芳 四川大学华西医院老年病科教授（第 25 期生） 8

赵 秋利 哈尔滨医科大学护理学院教授（第 4 期生） 9

演讲专家课件

山本则子《长期护理的质量评价与管理》 12

山本爱子《灾害与老年人》 18

丁 群芳《在甲状腺全切手术中应用纳米炭混悬注射液染色淋巴结和
保护甲状旁腺》 26

赵 秋利《脑卒中高危者和其家属院前延迟社区综合健康教育方案的
构建与验证》 31

胡 秀英《医护一体化管理模式探讨》 38

日中医学学术交流大会 2016 东京分科会总安排 46

笹川医学奖学金进修生同学会介绍

1986年8月，时任中国卫生部副部长的陈敏章先生与日本财团（当时是笹川纪念保健协力财团）会长笹川良一先生、日中医学协会理事长石馆守三先生共同签署了“笹川医学奖学金项目协议”（以下简称“项目”）。根据协议精神，从1987年9月开始，日本财团将在10年时间里资助中国1,000名医务人员赴日进行为期一年的学习。

1987年9月，项目正式启动。得益于项目取得的成功及其在中日两国医学界产生的巨大影响力，1996年、2006年、2013年分别续签了第二期、第三期、第四期项目协议。

截止到1991年9月，已经有近400名医务人员通过项目赴日学习并学成归国。20世纪90年代初期，中国的高级医疗卫生人才还十分匮乏，为了充分发挥这些学成归国人员的作用，在中国卫生部的积极努力和推动、在日本财团的资金资助、在日中医学协会的协助下，1991年底成立了由项目获得者组成的组织——笹川医学奖学金进修生同学会（以下简称“同学会”）。

同学会总部设在北京，总部办公室是日本友人、时任笹川纪念保健协力财团理事的木下俊雄先生所捐赠的，现有3名工作人员。

同学会成立25年以来，一直从事中日两国医学方面的学术交流以及针对中国中西部老少边穷地区的扶贫义诊活动，这些活动一直持续到今天。

同学会在开展上述活动的同时，一直致力于同学会的组织机构、团队、梯队等建设工作。在国内设立了东北、华北、西北、西南、华南、华东等6个分会。还先后在国外设立了日本分会和北美分会。

为了保持同学会的活力、让更多的年轻会员参与到同学会的组织建设和活动中来，也为了让同学会的活动能更加长久地开展下去，根据同学会理事会决议，2016年9月成立了同学会青年委员会。

截止到2016年9月，项目经过长达30年的实施，中国政府共派遣了约2000名、2200多人次的医务人员赴日学习。目前，已有1600多人学成归国，还有300多人留在日本及世界各地，为当地百姓提供医疗卫生服务。在学成归国的人员中，前后涌现出2名中国科学院院士、15名医学院校的校长、30多名三甲医院院长、100多名享受国务院特殊津贴的专家。

同学会从2013年开始，即以签署第四期项目协议为契机，受中国卫生部（同年改

为中国国家卫生计生委)的委托,具体负责笹川医学奖学金项目的招生、面试、语言培训、派出等项目的运营管理工作。与此同时,同学会的活动范围和活动内容也进一步扩大,面向中国中西部地区的基层医务人员,每年举办6-7期短期实用技能培训班,开展10-12人次的中长期人才培养活动,开展1-2次扶贫义诊活动。

经过同学会全体理事和会员长达20多年的努力,同学会已经从一个单纯的同学组织,逐渐转变成为承接政府委托的对外合作项目,在国内外全面开展人才培养、学术交流,具有公益性质和一定社会影响力的社团组织。

同学会今后将重点开展以下几项活动。

首先是开展共同研究型的人才交流活动。今后的人才培养,将从过去单纯的派遣中方研究人员赴日学习,逐渐转变成派遣中国的高级专家、学者赴日与日本的专家或科研机构开展共同研究。

其次是举办由中日顶级专家参加的医学学术论坛。目的是通过加强中日两国顶级医学专家之间的交流,探讨两国共同关注或共同存在的课题,寻求解决办法。

为了更好地发挥同学会这一平台作用,同学会今后还将继续在国内外举办形式多样的同学会分会活动和学术交流活动;为了提高基层医务人员常见病的诊治水平,实现“让90%以上的患者留在基层医疗机构接受诊治”这一国家战略目标,今后将继续针对基层医务人员开展以提高实用技能为主的培训活动等。

同学会是笹川医学奖学金项目的衍生物,它的成立与发展离不开以国家卫生计生委及其下属的国家卫生计生委国际交流与合作中心、中日友好医院等相关机构的领导和合作伙伴的帮助与支持,离不开所有同学会会员的无私奉献与积极参与,更与日本财团、日中医学协会、笹川纪念保健协力财团等机构的领导、工作人员以及致力于中日友好、致力于中日医学交流与合作的诸多日方友好人士在物质和精神方面给与的帮助和支持分不开。

我们衷心希望、也欢迎中日双方的各有关单位、各位友人今后能一如既往地关心、支持同学会的工作,并能积极参与到同学会组织的各项活动中,共同为加强中日两国的医学、医疗的交流与合作,为增进两国人民的相互理解、加深两国人民的友谊做出贡献。

2016年10月14日

笹川医学奖学金进修生同学会办公室撰写

胡秀英

Hu Xiuying

四川大学华西护理学院院长、华西医院护理部主任
教授、博士生导师



学历

1983年 毕业于四川医学院附属卫生学校
1998年 毕业于华西医科大学
2007年 毕业于日本千叶大学

经历

1983年—1995年 华西医科大学第一附属医院
1996年—1997年 日本财团法人东京都老人综合研究所研修(日中笹川医学奖学金第18期研究者)
1998年—2000年 四川大学华西医院老年医学中心 护士长
2007年—2012年 四川大学华西医院老年医学中心 总护士长
2013年—至今 四川大学华西护理学院院长&华西医院护理部主任

社会兼职

国务院学位委员会学科评议组成员
国家卫生计生委医疗管理服务指导中心护理专家委员会组员
中华护理学会老年专委会副主任委员
科研工作委员会女科技工作者/行政管理专委会/灾害护理专委会专家库成员
四川省护理学会副理事长、老年专委会主任委员
成都市护理学会副理事长、管理专委会副主任委员
中国老年医养护理联盟副主席
中国老年医学会医学照护分会副会长
四川省医学会循证医学专委会委员
全国护理学专业考试用书专家指导委员会委员
全国高等学校护理专业研究生教材评审委员会委员
中华护理杂志编委

获奖

中华护理学会科技奖二等奖
教育部科技进步二等奖
四川省科技进步奖三等奖
中国科学技术协会“第六届全国优秀科技工作者”荣誉称号

吳小玉

Wu Xiaoyu

兵庫県立大学・地域ケア開発研究所
教授



職歴

1983年-1998年 桃源県人民医院
2005年-2010年 園田学園女子大学人間健康学部 准教授
2010年-2012年 名寄市立大学保健福祉学部看護学科 教授
2012年- 兵庫県立大学 教授

学歴

1986年 衡陽医学院看護学部卒業
2002年 大阪府立看護大学修士課程修了
2005年 兵庫県立看護大学博士課程修了

所属学会

中華護理協会
日本看護協会
日中医学協会
日本看護科学学会
日本国際医療保健学会
日本災害看護学会
留日中国人生命科学学会
国際看護研究会

山本則子

Noriko YAMAMOTO-MITANI

東京大学大学院医学系研究科
健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学
教授



職歴

- 1986年 東京白十字病院 内科病棟
- 1987年 虎ノ門病院 消化器外科・呼吸器外科・呼吸器内科病棟
- 1995年 東京大学医学部助手
- 1997年 東京大学大学院医学系研究科 講師
- 2001年 カリフォルニア大学ロサンゼルス校公衆衛生学部 Visiting Scholar
カリフォルニア大学ロサンゼルス校医学部 Assistant Researcher (非常勤)
- 2004年 千葉大学看護学 助教授
- 2007年 東京医科歯科大学医学部 教授
- 2012年 東京大学大学院医学系研究科 教授

学歴

- 1986年 東京大学医学部保健学科（保健学学士）卒業
- 1991年 東京大学医学系研究科修士課程修了（保健学修士）
- 1994年 カリフォルニア大学サンフランシスコ看護学部博士課程修了（Ph. D）
- 2003年 カリフォルニア大学ロサンゼルス校看護学部（post master nurse practitioner program）

所属学会

- 日本看護科学学会
- 日本慢性看護学会
- 日本家族看護学会
- 日本看護管理学会
- 日本在宅ケア学会
- 日本地域看護学会
- 日本在宅看護学会
- 日本老年社会科学学会

山本あい子

Aiko YAMAMOTO

兵庫県立大学地域ケア開発研究所
教授



学歴

- 1975年 聖路加看護大学卒業 St. Luke's College of Nursing, Tokyo, Japan
- 1982年 聖路加看護大学看護学研究科看護学専攻修了
- 1995年 米国テキサス大学看護学研究科博士課程修了 University of Texas, Graduate school of nursing

職歴

- 1975年 聖路加国際病院産科病棟勤務 St. Luke's International Hospital, Tokyo
- 1985年 聖路加看護大学に勤務
- 1988年 日本国際事業団専門家派遣でパキスタン看護教育プロジェクトに看護コンサルタントとして2年派遣される
- 1994年 兵庫県立看護大学看護学部助教授として着任 University of Hyogo, College of Nursing Art & Science, Hyogo
- 1999年 兵庫県立看護大学教授
- 2008年 兵庫県立大学（他大学と合併）教授ならびに地域ケア開発研究所長 Research Institute of Nursing Care for People & Community
- 2016年 兵庫県立大学地域ケア開発研究所教授

所属学会

- 日本災害看護学会理事長 2014年より
- 世界災害看護学会理事長 2008年より
- 日本看護科学学会会員
- 日本母性看護学会理事
- 日本看護系学会協議会理事

丁群芳

Ding Qunfang

四川大学华西医院老年病科/华西老年医学中心
教授、硕士生导师



学历

1988年 毕业于华西医科大学 医疗系医学学士
1994年 毕业于华西医科大学 内科医学硕士学位

经历

1988年—1991年 华西医科大学第一附属医院 内科内分泌专业 住院医师
1996年—2002年 华西医科大学第一附属医院老年病科 主治医师
2002年—2003年 日本名古屋大学医学院老年病学研修医(日中笹川医学奖学金第25期研究生)
2003年—2005年 四川大学华西医院 老年病科 副主任医师
2005年—2006年 日本名古屋大学医学院老年病学特别研修者(日中笹川医学奖学金第11期特别研究生)
2006年—至今 四川大学华西医院 老年病科/华西老年医学中心 副主任医师/主任医师

社会兼职

中华医学会老年医学分会第八/九届委员会骨代谢疾病专业学组 委员
中国老年医学学会营养与食品安全分会 常委
四川省骨质疏松专委会 委员
四川省健康管理师协会 常务理事
四川省西部精神医学协会女性健康专业委员会 副主任委员
西部老年医学中心联盟第一届委员会 委员
四川省医学会老年营养分会 常委

获奖

四川大学青年骨干教师奖励计划
四川大学优秀医务工作者
四川省科技协会优秀协会工作者
四川省全科医师骨干培训项目优秀带教教师

赵秋利

Zhao Qiuli

哈尔滨医科大学护理学院

教授、硕士生导师



学历

1982年 毕业于哈尔滨市卫生学校 护理专科

1999年 毕业于日本国札幌医科大学保健医療学部本科
护理学学士学位

2001年 毕业于日本国兵库県立大学看護学部 护理学硕士学位

经历

1982年—1985年 黑龙江省医院循环泌尿科、急诊室 护理师

1985年—1994年 黑龙江省卫生管理学院护理系 讲师

1989年—1990年 日本圣路加看护大学教师进修 笹川医学奖学金四期生

1994年—1995年 黑龙江省卫生学校内科护理学教研室 讲师

2003年—2004年 哈尔滨医科大学护理学院副教授、护理教育教研室主任、硕士生导师

2005年—2008年 哈尔滨医科大学护理学院副教授、学院副院长、硕士生导师

2009年—至今 哈尔滨医科大学护理学院教授、学院副院长、硕士生导师(现职)

社会兼职

世界中医药协会联合会护理专业委员会理事

中国医疗保健国际交流促进会医疗环保专业委员会常务委员

中国黑龙江省临床护理教育专业委员会主任委员

中国卫生部人才中心全国卫生人才评价领域专家

中华护理学会科研委员会女科技工作者专家库成员

获奖

2013年 黑龙江省第十五届社会科学优秀成果奖“小组教学在《护理教育学》教学中的应用”

2013年 中华医学会医学教育分会医学教育百篇优秀论文评选三等奖,《护理学二级学科与硕士专业学位研究生专科领域的定位》

2014年 哈尔滨市自然科学技术成果奖, 三等奖《癌症患者病情直接告知障碍的原因分析及对策》

演讲专家课件

(按照演讲顺序排列)

長期ケアの質評価・管理

山本則子

東京大学大学院医学系研究科

健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学 教授

これまでの日本の医療は「治す医療」に中心があったが、加齢により機能を失い死に向かう存在である高齢者には「治す医療」がいつも適するわけではない。「治らなく」ても「支える医療」は「治す医療」に比べて発展途上である。「支える医療」が今後発展するためには、進歩の指標がまず最初に作られる必要がある。そのような発想のもとで、私どもは2004年から高齢者訪問看護の質指標づくりを始めた。この質指標は、「訪問看護師として何をすべきか」を記述したもので、実践のガイドラインとも言える。一方、患者アウトカムをベースにした指標も必要であり、現在は医療療養病床をフィールドとして開発途上である。

高齢者の長期ケアに携わる看護師・介護士は非常に多忙である一方、患者には目立った変化を認められず、実務に疲弊していることが多い。このような中での質改善のとりくみには、ケア提供者自身の健康ややりがい、意欲に関わるような働きかけも重要と考え、具体的な取り組みを試みている。その一つが、研究者と実践者が協働実施する事例研究である。事例研究は、実務者自身に自らの実践の意義を自覚させる意義があるとともに、すぐれた実践を可視化して他の実践者や一般社会に知らしめるという役割も果たすことができる。このような形で、ケア提供者を元気にしながらケアの質保証を実現する仕組みづくりと普及が、私どもの現在の課題である。

長期ケアの質評価・管理

東京大学大学院医学系研究科
高齢者在宅長期ケア看護学分野
山本 則子

医療療養病床におけるケアの質評価と改善

<療養病床におけるケアの問題>

- 医療依存度の高い、ADLの低い患者が多い
- 看護師の人員配置が少ない

↓
スタッフの身体的・心理的な負担、バーンアウト
ケアの質への影響

↑
医療療養病床で働く看護・介護スタッフを元気にし、ケアの質
を向上させる取り組みを！

長期ケアの質改善に関する課題

- 看護・介護職が大切にされているという安心感のもと勤務継続できるよう、**周囲からの支援的姿勢が伝わるよう肯定的メッセージ**を伝える必要性
- 多忙な勤務の中、**看護・介護職以外の職種との協働**をさらに広げ、**高齢者の個別性に応じたケア**を提供しやすくする工夫が必要
- ケアの質確保、職員の職務意欲の維持・向上を図るために、「長期ケア」の質を適切に評価する**モデル・指標**が必要

ケアの質評価の課題

アウトカム評価には、リスク調整のために患者個別の状態像の把握が必要

データ収集の負担



医療療養病棟で日常的に収集している管理データを用いてリスク調整ができるケアの質指標を開発したい

質指標項目

ポジティブな側面	ネガティブな側面
過去1ヶ月間に、 自宅・入居系施設へ退院した人の割合	身体拘束中の人の割合
過去1ヶ月間に、 経管栄養のみの栄養摂取から 経口摂取を開始した人の割合	尿路感染症と診断され治療中の人の 割合
過去1ヶ月間に、 床上排泄だった人の中でトイレでの 排泄を試みている人の割合	尿道カテーテル類を留置している人の 割合
過去1ヶ月間に 院内・病棟内で開催された レクリエーション数	過去1ヶ月間に 褥瘡(Ⅱ度以上)が新たに発生した人 の割合
	過去1ヶ月間に 転倒・転落した人の割合

プロセス評価項目①

内容	質問項目
清潔ケア	患者に十分な清潔ケアが来ている
食事ケア	患者の状態に合わせた適切な食事へのケアが来ている
レクリエーション	患者に十分なレクリエーションを提供している
合併症予防	高齢者に多い合併症の予防が十分に来ている
自立維持・回復	患者の自立度を維持・回復するための支援が来ている
個別性のあるケア	患者の個別性に合わせたケアが来ている
尊厳保持	患者の尊厳を保っている
家族への働きかけ	患者の家族・後見人にも働きかけている
ケアの質の確保	療養病床としてのケアの質が確保できている
理念理解	スタッフは病院の理念を理解している

プロセス評価項目②

内容	質問項目
やりがい	スタッフは現在の仕事にやりがいを感じている
プライド	スタッフは現在の仕事にプライドを持っている
十分な教育・支援	スタッフはケアを実施するための十分な教育・支援を受けている
院外研修参加	過去1年に院外の研修に参加したスタッフがいた
他職種からの負担の理解	他の職種や管理部門は看護職・介護職者が抱える負担に理解をもっている
看護・介護職の助け合い	看護職・介護職の間で助け合っている
他職種カンファ	過去1年に院内の多部門・多職種合同のケア改善のための話し合いがあった
チーム医療	チーム医療・チームケアができています
人手不足	ケアのための人手が十分ではない
スタッフ離職による負担	看護職・介護職の離職のためにスタッフ全体に負担がかかる

各施設への フィードバックレポート

プロセス評価の結果
(病棟看護師の平均値)

質指標の結果

質改善の取り組み

ケアスタッフが元気になると、
ケアの質も良くなるのではないかと？

事例検討会の開催

看護・介護職者のやりがいや達成感に
つながる「肯定的評価」を高める

ケア実践の見える化と振り返り

事例研究ワークシート ver.4.0 (11/26/2015)

事例 (Case) () さん () 歳 (男性・女性)

どうしてこの事例を紹介しようと思ったか (タイトルへの第一歩):

事例の概要:

事例の経過と看護実践	前期	転機1	中期	転機2	後期
利用者・家族の状況		何がきっかけだったか?		何がきっかけだったか?	
看護師が考えたこと		どのような考えがあったか?		どのような考えがあったか?	
実践内容 ①思いのまま書き出す ②その行為の意図・目標・ゴールを定める。 ③意図・目標・ゴールごとにまとめる(下に)。		看護実践は		看護実践は	
実践の意図・意味ごとに抽出しをつけて、実践内容をまとめる					
利用者・家族の反応・変化		実践の意図・意味ごとに抽出しをつけて、実践内容をまとめる		実践の意図・意味ごとに抽出しをつけて、実践内容をまとめる	

事例の教訓 (事例から学んだこと):

話し合いからの学び

「事例検討シート」のファイルは、東京大学 高齢者在宅長期ケア看護学分野 ホームページよりダウンロードできます。
http://www.adng.m.u-tokyo.ac.jp/j_201512.html

災害と高齢者

山本あい子

兵庫県立大学地域ケア開発研究所 教授

1. アジアにおける災害発生状況

アジア地域では、災害の発生率、災害による被災者や死亡者が多い。

2. 災害とは何か？

災害とは、地域の対応能力を超えた広範囲にわたる人・物・環境の喪失であり、深刻な社会機能の崩壊を導く（国連）。また人々の苦痛を軽減し、ニーズを満たすためには、外部からの支援が絶対的に必要な出来事である（アメリカ赤十字社）。

3. 「異常事態であると意識を切り替えることの難しさ」（広瀬）について

人々に、目の前に起こっている非常事態に遭遇しても、異常事態であると意識を切り替えることの難しさ：正常性バイアスがある。

4. 災害後の一般的な心身の反応について

災害後の人々には、行動面、身体面、情緒面、思考面に様々な反応が生じる。これらの反応は、災害を体験した人々にとって起こりうる正常な反応である。

5. 災害時における高齢者の脆弱性や健康状態悪化要因について

高齢者は慢性的基礎疾患があること、運動機能・感覚機能等の低下、過去の経験からの思い込み、新たな環境等への適応の難しさ等があり、これらは災害後の脆弱性につながる。また災害後の生活状況の変化等は、高齢者の健康状態の悪化要因となる。看護ケアとしては、安心できる環境の提供、活動性の低下予防、認知症の悪化予防、家族支援等のケアが必要である。

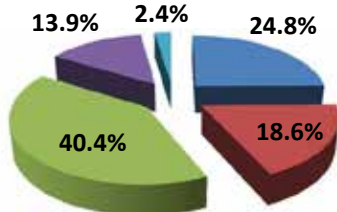
日中笹川医学奨学金制度30周年記念学会
分科会： 看護学と老年医学

災害と高齢者

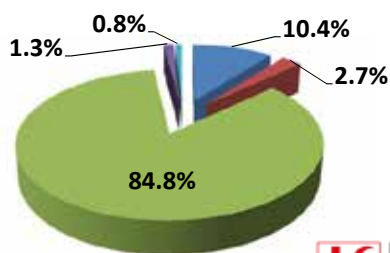
兵庫県立大学地域ケア開発研究所
教授 山本あい子

世界の災害統計 (World Disasters Report 2010 -IFRC)

2) 大陸別災害発生状況 (2000-2009)

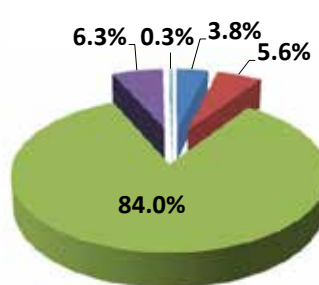


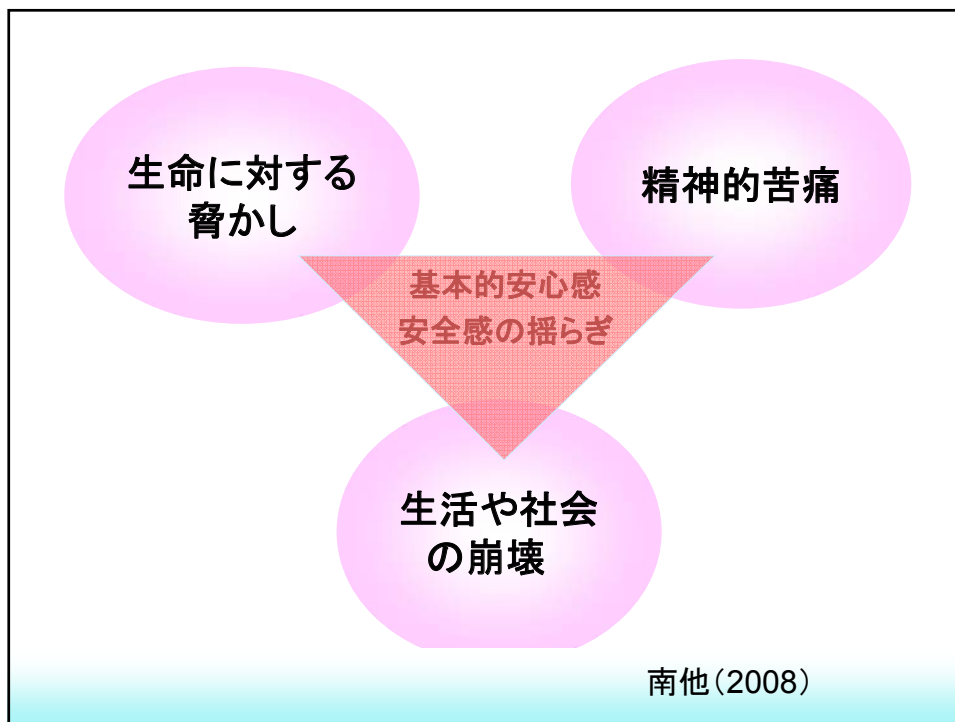
3) 大陸別災害被災者状況 (1990-2009)



- アフリカ
- アメリカ
- アジア
- ヨーロッパ
- オセアニア

4) 大陸別災害死亡者状況 (1990-2009)





災害後の心身の反応-1

行動面

- ・興奮しやすく、突然怒りが爆発したり、口論が増える
- ・言葉や文章で言い表すことができなくなる
- ・他人と距離をとり、一人で行動する
- ・飲酒・喫煙量が増える
- ・食欲不振や、逆に食べずにいられなくなるほど、食事パターンが変化する
- ・睡眠障害 など

身体面

- ・頭痛
- ・吐き気、胃痛、便秘や下痢などの胃腸障害
- ・寒気や熱感、めまいなどの自律神経系の症状
- ・疲れやすい、かぜをひきやすい など



災害時の心身の反応-2

情緒面

- ・わけもなく不安になる
- ・気分が沈み、わけもなく泣きたくなる
- ・何もする気になれない
- ・まわりの人から孤立しているように感じる
- ・いきいきとした感情が湧いてこない など

思考面

- ・集中力が鈍る
- ・考えがまとまらない
- ・物忘れをしやすい
- ・選択や判断が鈍る
- ・理解力が低下する など



1. 災害時における高齢者の脆弱性

- ・慢性的な基礎疾患を持っている+悪化の可能性(山本追記)
→被災前からの疾病の治療中断になりやすい
- ・避難に時間がかかる(運動器、感覚器の問題など)
- ・過去の経験から“大丈夫だろう”と避難行動を取らない
* 正常性バイアス
- ・廃用症候群に至りやすい
- ・適応の難しさ

三谷智子ら: 阪神・淡路大震災、東日本大震災の直接死・震災関連死からみる
高齢者の脆弱性、日本保健医療行動科学会雑誌、29(1)、p23-30
2014.

2. 災害後の健康状態悪化要因

- ・水分・食事摂取不足、過剰摂取
- ・心身疲労の蓄積
- ・下肢循環不良
- ・ストレスによる不眠
- ・内服薬の紛失、不足
- ・かかりつけ医・専門医の診療が受けられない
- ・適切なリハビリが受けられない

高見美保作成(2016)、改変

3. 避難時について

1) 避難のしにくさ

- ・避難情報が届きにくい (例)難聴
 - 近所の人に直接声をかけてもらうようにしておく
- ・過去の経験から判断してしまう
- ・自力で避難できない (例)足腰が悪い
 - 地域(例:自治会単位)で支援が必要な人を把握しておく
- ・日本文化一迷惑をかけない/我慢する

高見美保作成(2016)、改変

4. 被災後の健康問題や生活問題

・加齢による心身機能の低下、慢性疾患の保持
災害後のストレス・生活環境の変化等により



- ◇活動性の低下
- ◇災害後関連疾患、災害関連死
 - ・**避難所肺炎**、虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)、
深部静脈血栓症(エコミークラス症候群)
- ◆その他の健康問題
 - ・脱水、栄養不良、**転倒**、活動性低下、せん妄、
認知症の悪化等
- ◆生活問題:仮設住宅における「孤独死」、「取り残し」

高見美保作成(2016)

1) 活動性の低下への対処

- ①高齢者に適した避難所環境の整備
 - ・高齢者の居場所確保(談話室等)
 - ・転倒予防・安全対策
- ②活動性低下の予防
 - ・ラジオ体操、散歩などの機会を作る
 - ・生活の中で動く機会を作る
 - ・杖や車椅子など必要な補助具を要望する
- ③深部静脈血栓症の予防
- ④その他
 - ・褥瘡予防対策、入院・入所の検討

高見美保作成(2016)

看護が災害時に行っていること 『安心して生活できる環境を整える』

- 照明、防音、空調(温度、換気)は適切か
- 季節や避難所の状況に応じた衣類や寝具は足りているか
- 食物は足りているか
- 家族と一緒にいられ、人数に応じた空間が確保できているか
- 身体状態がすぐれない人(慢性疾患や障害をもっている、体調が悪い)が入り口付近など、環境の悪いところにいるか
- 治療が中断されてないか
- 十分な睡眠がとれているか
- 排泄のための設備は整っているか
- プライバシーを保てる空間があるか
- メディアがストレスになっていないか

COEプログラム精神班(2008)

避難所の運営支援

- (1) 専門職ボランティアの役割分担
- (2) 洗濯、炊き出し、入浴などの様々な活動でのボランティアとの調整
- (3) 被災者に対するマスコミ勢からの守りに努める
- (4) 避難所での情報提供・管理

救護所・避難所へ来られない人・来ない人への支援

- (1) 情報の提供
- (2) 出向いていき、こちらから声をかける
- (3) 被災者に対するマスコミ勢からの守りに努める
- (4) 避難所と同様の対応が必要

高齢者に対する災害後の支援

高見美保作成(2016)、改変

災害初期だけではなく、中長期的な視点から

- ① 高齢者に生じやすい健康問題を知る
- ② 高齢者の身体・生活機能の低下を防ぐケアを提供する
- ③ 高齢者が自ら失った生活を受容し、先を見て生きることができるようにサポートする

災害後の新たな生活を再構築していく力
＝ 高齢者の災害レジリエンス
を高める支援

ありがとうございました

兵庫県立大学大学院
看護学研究科



地域ケア開発研究所



让我们平静而有尊严地逝去

丁群芳

四川大学华西医院老年病科/华西老年医学中心 教授 硕士生导师

活着的人们很少思考如何面对死亡， 我的经历带来的思考与大家分享。

故事1；先辈的离去， 临终前的手术；

晚期肿瘤的患者， 临终前仍然在进行静脉置管手术， 手术还没有完成， 便开始临终前抢救。那一幕让我印象极为深刻。

故事2 长者的嘱托和医生的无奈

“ -----我和你约定， 不要把我送到ICU， 不要给我插管， 不要用呼吸机……”

高龄的患者， 多次抢救， 仍然不可避免地衰竭着， 曾经要求医生不要再做无用的治疗， 但最后， 家属的要求下， 违背了患者的意愿， 病人带着各种管道， 在ICU离世。

为什么要违背患者的意愿？

故事3. 痛苦中挣扎着的病患和无助的医生

两个晚期肿瘤的患者， 由于肿瘤转移带来严重的疼痛， 多方治疗无效， 强烈要求安乐死， 在没有法律支持的情况下， 医生不能支持。

没有安乐死， 我们该怎样帮助病患减轻痛苦

故事4. 音乐中安详的病人和平静的家人

-----亲爱的父亲， 我们陪伴您

肺癌的患者， 发现即为晚期， 短期化疗后迅速衰竭， 家属尊重患者的意见， 放弃积极治疗， 进入姑息治疗。患者离世的当天， 夫人和子女陪伴， 音乐轻绕， 患者平静地离世。

平静而又尊严的死亡

故事5. 医学“大家”的经历再一次促使我思考

----我们的文化中缺失了什么？

故事的要点：高龄老人， 晚期胃癌， 开腹手术， 术后并发症， 化疗加热疗，。。。。患者对家属说：“我受不了了， 让我走吧、、”

我们的文化中缺失了什么？

当有一天死亡不期而至， 我们会怎样选择？

让我们平静而有尊严地逝去

- 活着的人们很少思考如何面对死亡，我的从医经历带来的思考与大家分享。

- 故事1；先辈的离去，临终前的手术；

晚期肿瘤的患者，临终前仍然在进行静脉置管手术，手术还没有完成，便开始临终前抢救。那一幕让我印象极为深刻。

- 故事2 长者的嘱托和医生的无奈

“ ----我和你约定，不要把我送到ICU，不要给我插管，不要用呼吸机.....”

高龄的患者，多次抢救，仍然不可避免地衰竭着，曾经要求医生不要再做无用的治疗，但最后，家属的要求下，违背了患者的意愿，病人带着各种管道，在ICU离世。

为什么要违背患者的意愿？

- 故事3. 痛苦中挣扎着的病患和无助的医生

两个晚期肿瘤的患者，由于肿瘤转移带来严重的疼痛，多方治疗无效，强烈要求安乐死，在没有法律支持的情况下，医生不能支持。

我们该怎样帮助病患减轻痛苦？

- 故事4. 音乐中安详的病人和平静的家人

-----亲爱的父亲，我们陪伴您

肺癌的患者，发现即为晚期，短期化疗后迅速衰竭，家属尊重患者的意见，放弃积极治疗，进入姑息治疗。患者离世的当天，夫人和子女陪伴，音乐轻绕，患者平静地离世。

平静而又尊严的死亡

故事5. 一位老人的经历再一次促使我思考

故事的要点：高龄老人，晚期肿瘤，开腹手术，术后并发症，化疗加热疗，。。。。患者对家属说：“我受不了了，让我走吧、、、”

----我们的文化中缺失了什么？

当有一天死亡不期而至，
我们会怎样选择？

脑卒中高危者和其家属院前延迟社区综合健康教育方案的构建与验证

赵秋利


哈尔滨医科大学护理学院 教授 硕士生导师

目的：研究已经证实多种因素影响脑卒中患者院前延迟的发生。本研究的目的是构建一套系统、规范、经济有效、切实可行的脑卒中高危者和其家属脑卒中院前延迟社区综合健康教育方案，并进行验证。

方法：从哈尔滨市某6个社区卫生服务中心，共招募符合纳入标准的脑卒中高危者和其家属220对，随机分为实验组和对照组。实验组实施多种形式结合的社区综合健康教育。包括健康教育讲座、观看典型录像、情景模拟、角色扮演和小组讨论等。对照组给予常规口头宣教。使用《脑卒中院前延迟行为意向测评量表 (SPDBI)》、《院前脑卒中症状处理知识问卷 (SSPCQ)》和《脑卒中先兆症状警觉问卷》在干预前、干预后、干预后6个月，干预后12个月和干预后18个月进行测量。

结果：经过综合健康教育结果显示 (1) 干预前后不同时间点，研究对象的SPDBI、PSSCT、和 SPSAT得分不同，具有显著的统计学差异($P < 0.01$)。并且SPDBI、PSSCT、和SPSAT 得分在实验组和对照组差异有统计学意义($P < 0.01$)。此外，不同时间点和干预方法间的交互作用具有统计学意义($P < 0.01$)，时间的作用随组别的不同而不同，即研究对象的SPDBI、PSSCT、和 SPSAT得分在不同组间不同时间点的变化趋势不同。(2) 多变量的重复测量分析结果显示，在干预前，实验组和对照组的高危者和家属SPDBI、PSSCT、和 SPSAT得分比较无统计学差异 ($P > 0.05$)，干预后、干预后6个月、12个月、18个月时，实验组高危者和家属得分均高于对照组，有显著的统计学差异 ($P < 0.01$)。


结论：脑卒中高危者和其家属脑卒中院前延迟社区综合健康教育能降低脑卒中院前延迟行为意向，提高脑卒中高危者与家属院前脑卒中症状处理知识和先兆症状警觉知识，减少发生院前延迟的可能性，对于社区脑卒中健康教育的开展具有一定的参考和借鉴意义。



哈尔滨医科大学
Harbin Medical University

脑卒中高危者和其家属院前延迟社区综合健康教育方案的构建与验证

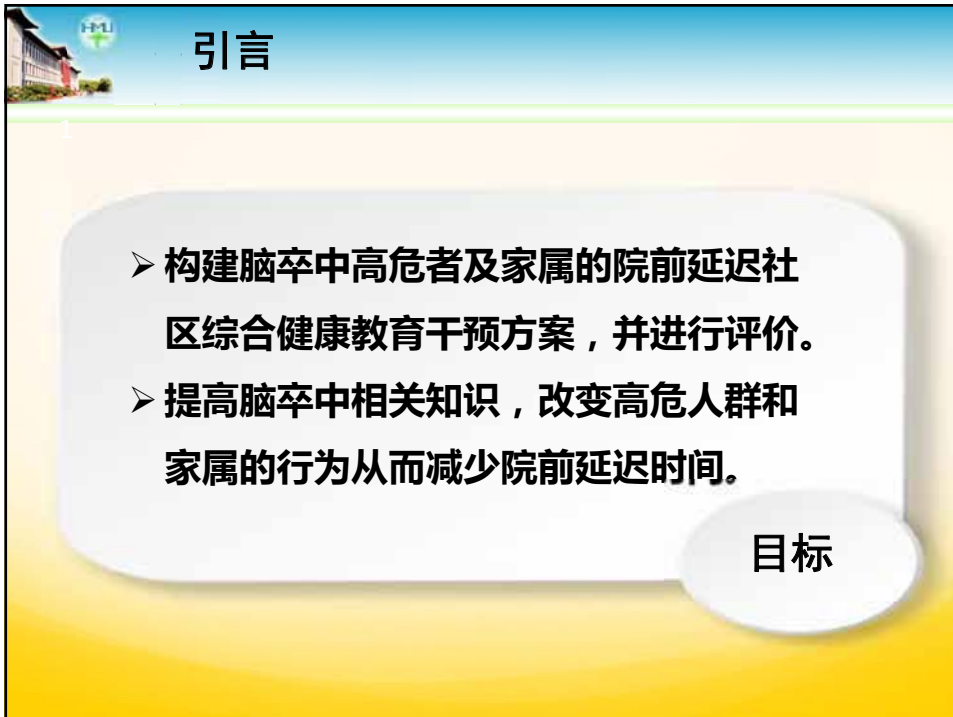
哈尔滨医科大学护理学院 赵秋利教授
zhaoqiuli1957@163.com



引言

- 脑卒中：2013年数据统计全球约有2570万脑卒中幸存者，650万人死于脑卒中，1030万新发脑卒中（67%为缺血性卒中）。
- 中国，死因第一位：每年新发脑卒中约200万，患病者高达600万~700万，每年死亡者近165万。
- 治疗费用200亿元/年。
- 早期（3~6h）：溶栓治疗（全球：5% 中国：1%~3%）
- 院前延迟是导致溶栓治疗参与率低的主要原因。

流调

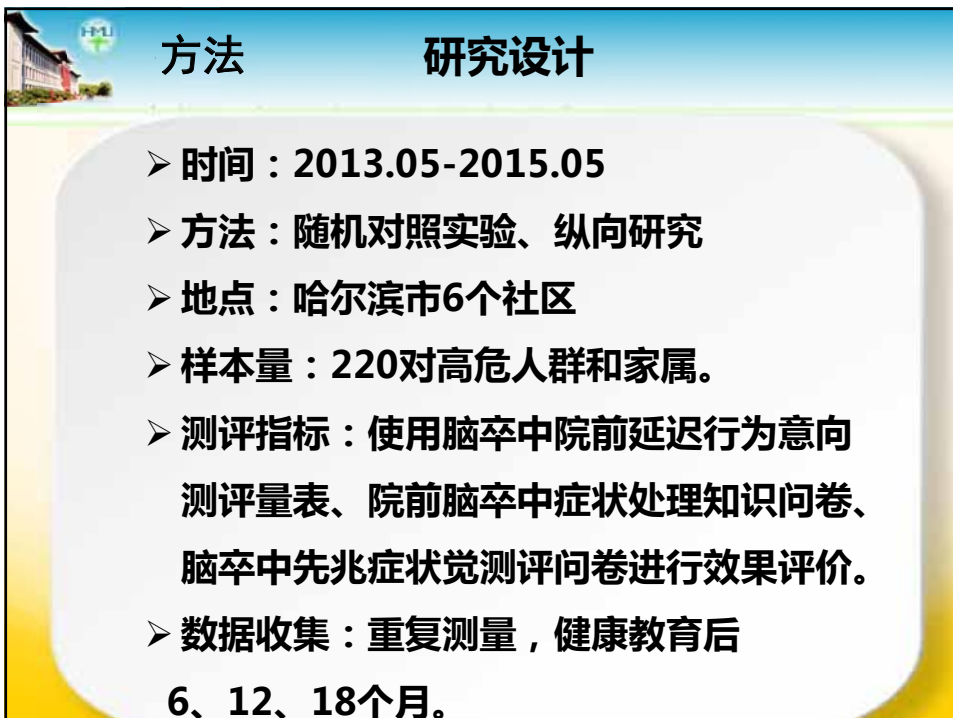


引言

1

- 构建脑卒中高危者及家属的院前延迟社区综合健康教育干预方案，并进行评价。
- 提高脑卒中相关知识，改变高危人群和家属的行为从而减少院前延迟时间。

目标



方法 研究设计

- 时间：2013.05-2015.05
- 方法：随机对照实验、纵向研究
- 地点：哈尔滨市6个社区
- 样本量：220对高危人群和家属。
- 测评指标：使用脑卒中院前延迟行为意向测评量表、院前脑卒中症状处理知识问卷、脑卒中先兆症状觉测评问卷进行效果评价。
- 数据收集：重复测量，健康教育后6、12、18个月。

方法

研究程序

- 实验组
 - 第1次—观看典型案例录像与讨论
 - 第2次—集体讲座与发放手册
 - 第3次—情景模拟与小组讨论
 - 第4次—个别咨询
- 对照组：常规口头宣教

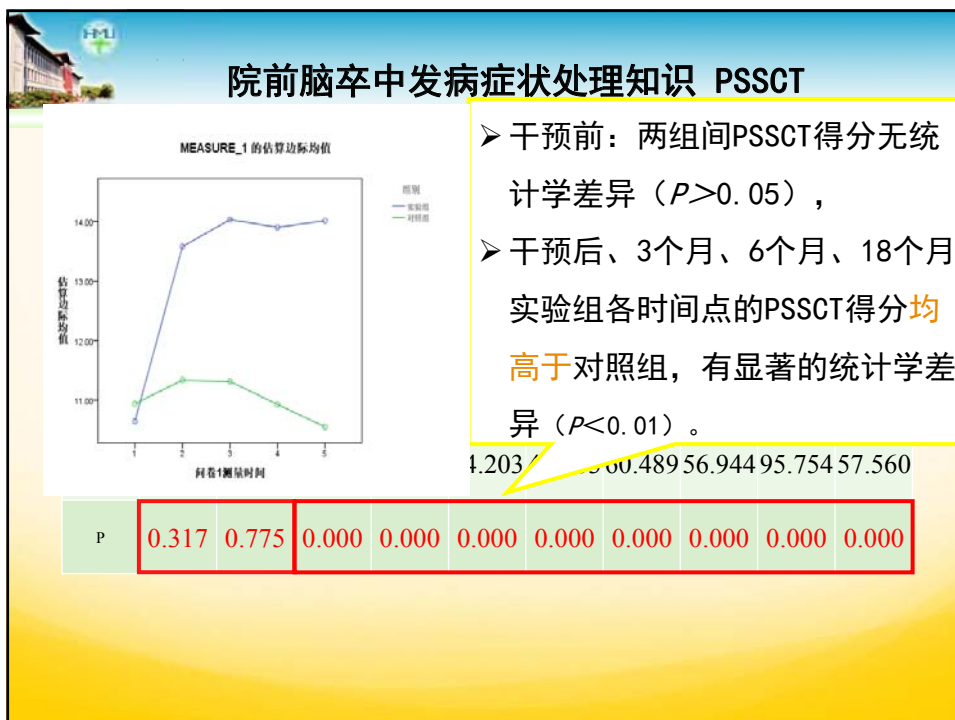
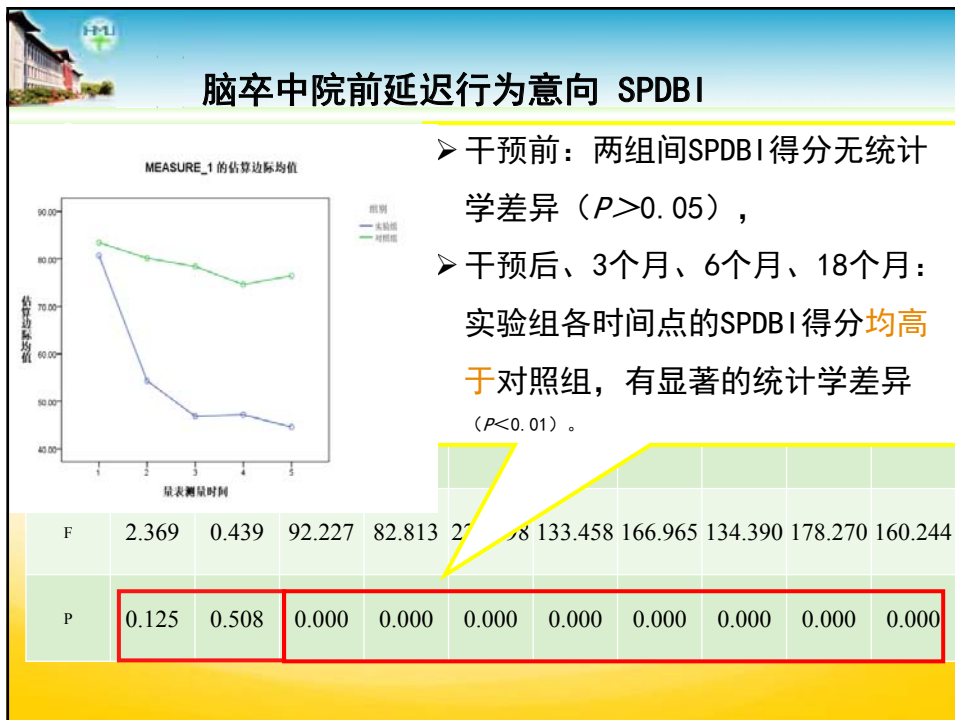
统计分析

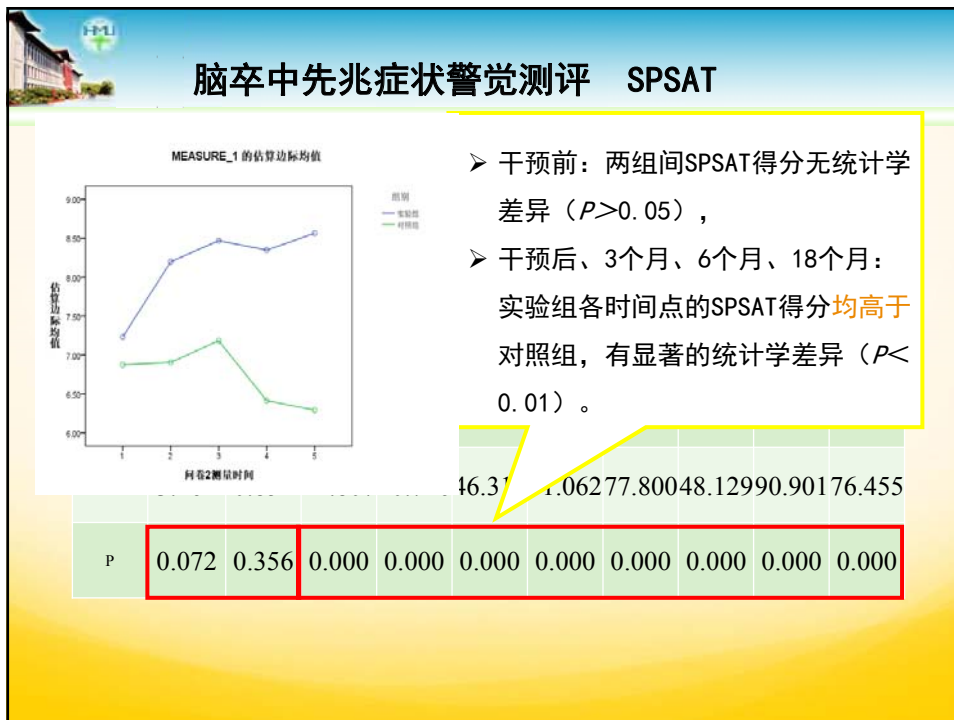
SPSS17.0

- 人口学资料：描述性统计分析
- 分类资料：卡方检验
- 连续性资料：t检验
- 重复测量：不同组别间的差异、
不同时间点差异及干预与时间之间的交互作用
- 数据缺失：意向性分析

结果与讨论 (Results)						
表1: 研究对象一般人口学资料						
	高危人群		Pvalue	家属		P 值
	N (%)			N (%)		
	实验组	对照组		实验组	对照组	
性别						
男	35 (31.8)	37 (33.6)	0.774	41 (37.3)	46 (41.8)	0.491
女	75 (68.2)	73 (66.4)		69 (62.7)	64 (58.2)	
年龄						
<45	1	2	0.068	9(8.2)	19(17.3)	0.079
45~65	48	64		55(50.0)	56(50.9)	
>65	61	44		46(41.8)	35(31.8)	
文化程度						
初中及以下	60 (54.5)	57 (51.8)	0.92	43 (39.1)	44 (40.0)	0.189
高中、中专	30 (27.3)	32 (29.1)		41 (37.3)	30 (27.3)	
大专、大学	20 (18.2)	21 (19.1)		26 (23.6)	36 (32.7)	

结果与讨论 (Results)						
表1: 研究对象一般人口学资料						
	高危人群		Pvalue	家属		P 值
	N (%)			N (%)		
	实验组	对照组		实验组	对照组	
人均月收入						
¥ 0-1000	14 (12.7)	14 (12.7)	0.095	9 (8.2)	12 (10.9)	0.45
¥ 1000-2000	59 (53.7)	44 (40.0)		55 (50.0)	46 (41.8)	
¥ >2000	37 (33.6)	52 (47.3)		46 (41.8)	52 (47.3)	
医社	高危者：实验组与对照组间一般情况比较，P>0.05； 家属：实验组与对照组间一般情况比较，P>0.05。					
免费医疗	10 (9.1)	13 (11.8)		10 (9.1)	9 (8.2)	
新农合	3 (2.7)	2 (1.8)		3 (2.7)	4 (3.6)	
商业保险	4 (3.6)	2 (1.8)		4 (3.6)	8 (7.3)	
其他	1 (0.9)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	





研究创新点与局限性

01 **健康教育对象的创新：**
脑卒中高危者与家属的共同教育

02 **健康教育内容的创新：**
院前脑卒中症状处理知识的补充

03 **健康教育方法的创新：**
情景模拟和小组讨论的应用

创新

(1) 只采用了主观指标的评价

(2) 失访率：30%，采用意向性分

局限

Discussion of physician-nurse integration management mode
 —Experience from West China Hospital

Xiuying Hu
 West China School of Nursing/
 West China Hospital, Sichuan University
 2016.9

Contents

- Background
- Connotation of physician-nurse Integration Model
- Practices and Effectiveness of physician-nurse Integration Model in West China Hospital

Moral Perfection Realistic Innovative

Background of physician-nurse integration

➢ To optimize the allocation of resources and improve the cost effectiveness is the core issue of health-care reform in China.

- Middle income countries
- Population aging
- Asian medical culture

Contradiction!

Infinite demand Limited resources

Moral Perfection Realistic Innovative

Background of physician-nurse integration

➢ Nursing resource utilization and excavation is not enough.

- High Medical Costs and Low Efficiency is the current situation
- Huge nurse team but its role and position are ignored
- Huge potential for nursing development

Moral Perfection Realistic Innovative

Background of physician-nurse integration

➢ The thinking of doctor-nurse relationship and working mode

Subordinate system → Complementary type

Integration of resources optimizing efficiency

Moral Perfection Realistic Innovative

What is Physician-nurse integration?

Physician-Nurse Collaboration ?
 Physician-Nurse Integration ?

Moral Perfection Realistic Innovative

Connotation of physician-nurse Integration Model

Moral Perfection Realistic Innovative

Concept of physician-nurse integration

❖ **Definition- physician-nurse integration**

Reliable cooperative process between doctors and nurses, they can recognize and accept their own behavior and responsibility to protect the interests of both sides and to reach a common goal, a reasonable division of labor , close contact, information exchange, complement and promote each other, rather than just simply providing work together.

—————Association American Nurses, 1999

Moral Perfection Realistic Innovative

Concept of physician-nurse integration

◆ **The significance of physician-nurse integration work model:**

- ✓ Improve the quality of patient care and patient outcomes. (Hughes & Fitzpatrick 2010; Messmer 2008; Rose 2011)
- ✓ Reduce medical nursing error and improve patient safety and reduce mortality (Knaus et al 1986 ; Weinberg 2009)
- ✓ Increase patients and medical staff satisfaction (Boyle & Kochinda 2004, Hamric & Blackhall 2007)
- ✓ Reduce the nurse rotation and work pressure (Boyle & Kochinda 2004, Hamric & Blackhall 2007)
- ✓ Control patients cost (Thomson et al 2007 ; Hendel et al 2007)
- ✓ Reduce invalid medical interventions, invalid workload and consumption of medical resources

Moral Perfection Realistic Innovative

Concept of physician-nurse integration

◆ **Integration of physician-nurse integration work patterns**

- 1) Each departments set up **physician-nurse integration work team**
- 2) Establish a working system and standard for **physician-nurse integration**
- 3) To develop “physician-nursing-technology” integration for enhanced rapid recovery path for patients.

◆ **Physician-nurse integration work model in West China Hospital**—Nurses play an important role of management, to integrate “physician-nursing-medicine-technology” resources to provide quality and efficient service for patients, thus shortening length of hospital stay, reducing patient costs, realizing benefit to patients, and improving patients’ experience can be achieved.

Moral Perfection Realistic Innovative

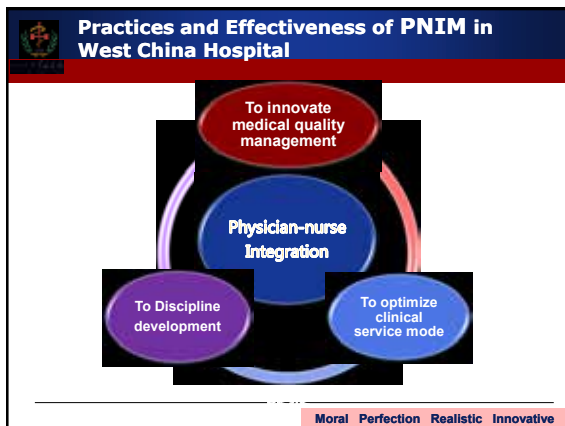
Physician-nurse Integration



Moral Perfection Realistic Innovative

Practices and Effectiveness of physician-nurse Integration Model (PNIM) in West China Hospital

Moral Perfection Realistic Innovative



To Innovate Medical Quality Management

➤ To enhance physician-nurse cooperation and innovate management mode innovation, in order to ensure the quality of clinical care and improve the efficiency of clinical management focus on key problems from health care reform and Ministry of Health.

- Management of rational use of blood transfusion
- Management of rational use of antibiotics
- Management of rational use of drugs, transfusion
- Management of prescription
- Management of medical and nursing safety
- Control of hospital infection

Moral Perfection Realistic Innovative

To Innovate Medical Quality Management

—control of hospital infection

➤ Hospital infection control and prevention are related to every doctor and nurse

➤ Infection monitoring mode of West China Hospital :
develop the nurse network of infection control among clinical departments

*Infection monitoring nurse works only for the infection control related issues each half day from Wednesday to Friday .
Bonuses paid directly by the hospital.*

Doctors and nurses remind each other for application of infection control measures in each clinical department.

Moral Perfection Realistic Innovative

Reduce incidence of hospital infection

—department of neurosurgery

- ◆ Doctor finish medical record and nurses complete information collection. They participate ward round and discussion together to control SSI(Surgical Site Infection).
- ◆ Doctor and wound nurse together check wound situation and change dressing.
- ◆ Doctors and nurses take steps to reduce incidence rate of SSL.

Moral Perfection Realistic Innovative

Reduce incidence of hospital infection

—department of thoracic surgery

- ◆ Admission system: Preoperative evaluation—inpatients will not be arranged for elective surgery unless they quit smoking at least for 2 weeks.
- ◆ Physicians and nurses evaluate together every day, drainage tubes were removed early.
- ◆ Breathing exercises: take individualized respiratory function exercise according to different respiratory diseases, teach patients to practice deep breathing and effective coughing.

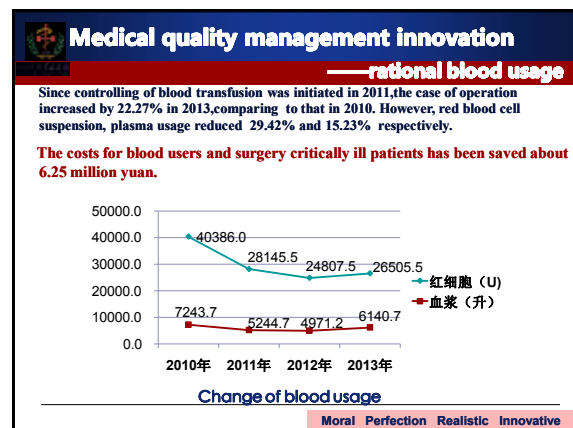
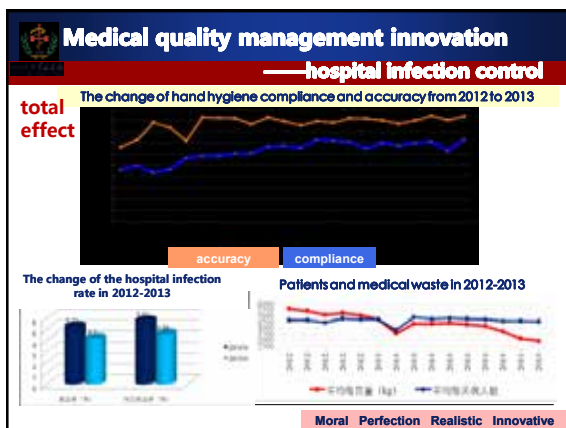
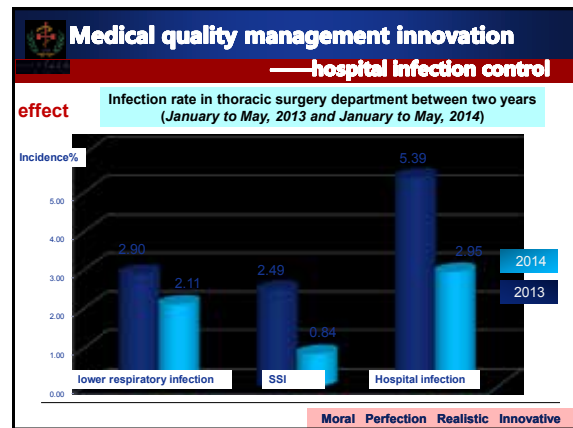
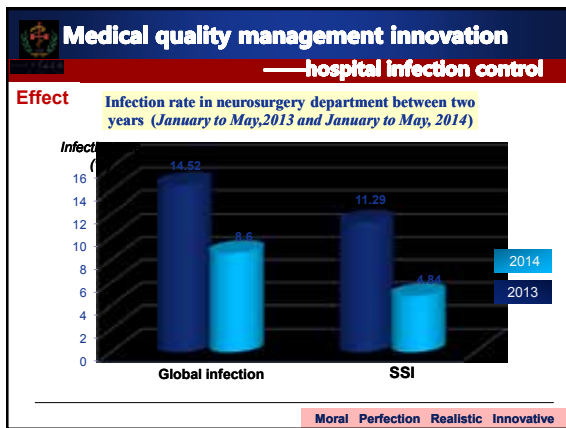
Moral Perfection Realistic Innovative

Reduce incidence of hospital infection

—department of thoracic surgery

- ◆ Change wound dressing together by nurse and physician, especially in case of infected wound and hard-healing wounds.
- ◆ Hand hygiene is supervised by doctors and nurses.

Moral Perfection Realistic Innovative



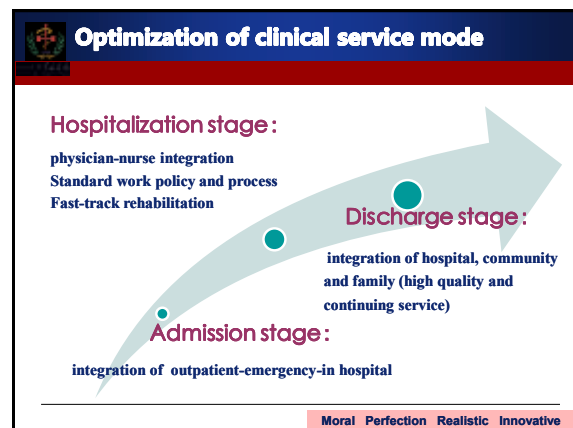
Medical quality management innovation

antibiotics usage

effect

- Antimicrobial drug usage rate and usage intensity in thyroid breast surgery fell by 10.49% and 0.55% respectively.
- The preoperative medication unqualified rate in orthopedic department reduced from 5.15% to 0.04%.
- The unreasonable usage of antibiotics in hepatic vascular surgery department was controlled, reducing costs 1000-2000RMB/person, which alleviate the financial burden on patients in hospital.

Moral Perfection Realistic Innovative



Admission

—Integration of emergency, inpatient and outpatient

- Optimize admission process and establish the model of priority receiving patients.
- Establish hospital information management system for patients admission.
- The hospital propaganda and general health education was moved forward from the wards to the outpatient.
- Preoperative examination was completed in a concentrated time.



The largest admission service center in China

Moral Perfection Realistic Innovative

Admission

—Integration of emergency, inpatient and outpatient

Patients treated from 2010 to 2013 in West China Hospital

Person/year	2010	2011	2012	2013
Open beds	4255	4255	4268	4556
Outpatients	2979759	3417379	3727847	3923078
Emergency patients	152791	137516	147202	170448
Inpatients	158745	163574	160770	167843
Surgery patients in hospital	69032	88581	94955	101550
Bed utilization rate	102.90%	103.61%	104.62%	105.24%

Moral Perfection Realistic Innovative

Hospitalization

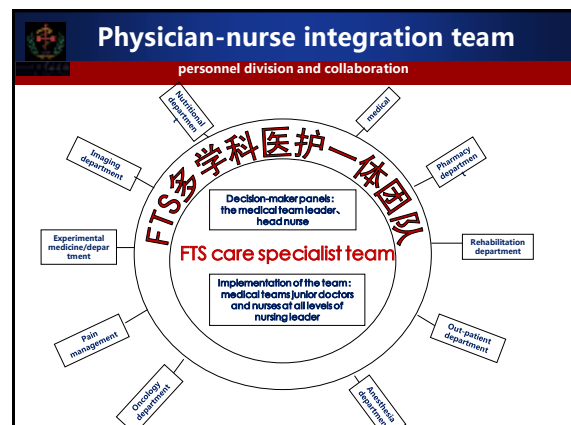
—clinical service

Purpose:

1. Reduce the damage to physiological interference, tissues and organs for the preoperative patients during the operation stage, reduce preoperative complications and enhance rehabilitation.
2. Reduce invalid medical interventions, cut down medical invalid working load and consumption of medical resources.

- ▶ Each department set up physician-nurse integration work team
- ▶ Build working systems and standards of physician-nurse integration
- ▶ Develop the enhanced rehabilitation surgery path by the integration of physicians, nurses and technicians.

Moral Perfection Realistic Innovative

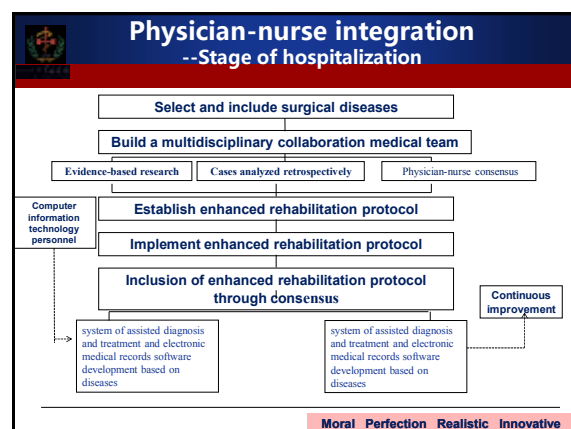


Physician-nurse integration team

Personnel division and collaboration

- ❖ **Decision-maker panels:** led by the medical team leader and the head nurse, they guide and decide the FTS protocol.
- ❖ **Implementation groups:** led by nurses at all levels (nurses, nurse, advanced practice nurse) together with the medical teams within the junior doctors (medical assistant team leader, be in hospital doctors, refresher doctors and graduate students) who take responsibility for retrospective case collection and analysis and the research and implementation of FTS scheme.
- ❖ **Multidisciplinary collaboration advisory group:** led by experts from medicine, anesthesiology, ICU, pain, anatomy, nutrition, rehabilitation and so on, they are responsible for the multi-disciplinary consulting and research, and participate in the prevention and cure of complications.

Moral Perfection Realistic Innovative



Working system and standards of physician-nurse integration

Making medical ward rounds together Discuss medical record together Rehabilitation training together

Physician and nurses study together Physician and nurses implement patient's education

Moral Perfection Realistic Innovative

医、护一体化外科病人快速康复路径 (FTS)

Development of colorectal surgery patient's enhanced rehabilitation protocol

Optimize process and enhanced rehabilitation according to evidence-based medicine

Pre-operation

- Change the traditional fasting protocol
- Shorten the preoperative fasting time
- Not routinely install nasogastric tube

Post-operation

- Multi-channel analgesia
- Early oral feeding: 2-3 days
- Remove drainage tube early: 24 hours
- Limit postoperative rehydration: < 4 days
- Antibiotic use: < 24 hours
- Early motion
- Follow-up or transfer to network hospital: 4-5 days

Moral Perfection Realistic Innovative

Fast track surgery path by physician-nurses integration (FTS)

Indicator change before and after implement enhanced rehabilitation in gastrointestinal surgery department

Postoperative indicator	FTS		
	Before	After	Rate of Increase
Evacuation time (day)	5.66	3.96	-30.04
The first meal time (day)	5.96	3.12	-47.65
Average time of off-bed	5.03	2.05	-59.24
Hospital stays (day)	7.85	7.11	-9.43
Incidence of incision infection (%)	6.78	1.61	-76.25
Incidence of intestinal obstruction (%)	8.41	1.61	-80.86
Score of QOL	76.58	80.46	+5.07

Moral Perfection Realistic Innovative

Single disease management by multidisciplinary integration----preliminary model

Take General neurology department as an example

New medical care service model of hemorrhagic stroke (HS)

background

- HS --"high incidence, high mortality and high morbidity"
- Lack of emergency response system and early intervention mechanism for HS
- Imbalanced medical resources allocation and use, difficult to access medical treatment and high costs

measures

- Establish physician-nurse integration model
- Collaboration of physician and nurses
- Integration of outpatient and inpatient
- Integration of rehabilitation and nursing
- Fast surgery management and special wound care

Build a 'green channel' for visiting doctor

Normalize medical and nursing care path

Improve system of two-way referral

Single disease management by multidisciplinary integration----preliminary model

- The average length of hospital stay reduced from 15.2 to 9.81 days.
- Postoperative mortality decreased from 7.32% to 3.02%.
- Disease morbidity reduced from 15.41% to 10.01%.
- Patient satisfaction increased from 96.31% to 98.53%.
- The volume of patient receipt is three times than past.

The project won "Asian hospital management award" gold prize" in 2011

Moral Perfection Realistic Innovative

Establish and practice of ambulatory surgery extension service model

Management model of ambulatory surgery rehabilitation team is a collaborating team

Team composition

Surgeons	Surgery, preoperative assessment
anesthesiologists	
Ward doctors	Postoperative assessment, discharge hospital assessment
nurses	Preoperative education, psychological guidance, preoperative preparation, postoperative counseling, nursing education, follow-up after discharge

Moral Perfection Realistic Innovative

Center of ambulatory surgery: effects

Comparison of costs of hemorrhaphy in ambulatory surgery center and inpatient ward

Indicator	Traditional surgery (92 cases)	Day surgery (134 cases)	Percentage change (%)
Average days of hospitalization	5.37	1.00	-81.37
Cost of materials	4665.41	4318.55	-7.43
Nursing fee	55.79	14.06	-74.79
Bed fee	246.70	45	-82.00
Treatment fee	112.22	45.89	-59.10
Operation fee	1120	1120	-0.00
Examination fee	523.68	523.68	-0.00
Western medication	1034.15	385.95	-62.98
Average cost in total	8328.96	6922.84	-16.87

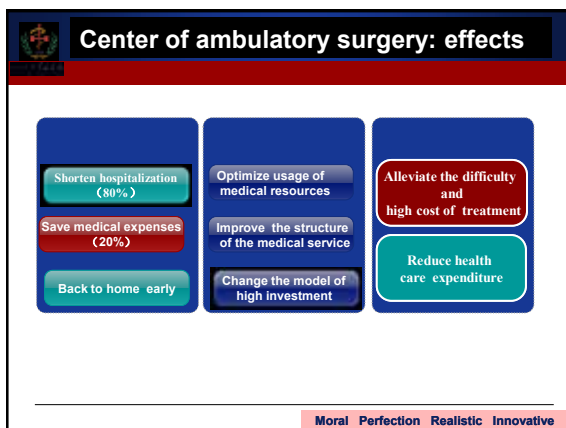
Moral Perfection Realistic Innovative

Center of ambulatory surgery: effects

Comparison of costs of laparoscopic gallbladder surgery in ambulatory surgery center and inpatient ward

Indicator	Traditional surgery	Ambulatory surgery center (47 cases)	Percentage change (%)
Length of stay	5.79	1.00	82.72
Costs of medicine	2714.76	1404.47	48.26
Bed fee	173.79	30	82.64
Examination fee	762.28	762.28	0.00
Operation fee	1000.00	1000.00	0.00
Anesthetic fee	928.45	928.45	0.00
Treatment fee	474.29	137.83	70.93
Nursing fee	64.69	14.38	77.77
Costs of materials	3423.46	2758.20	19.43
Average cost in total	9541.72	7156.13	25.00

Moral Perfection Realistic Innovative

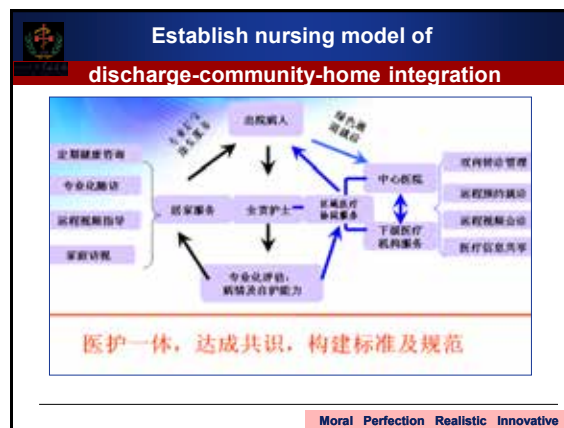
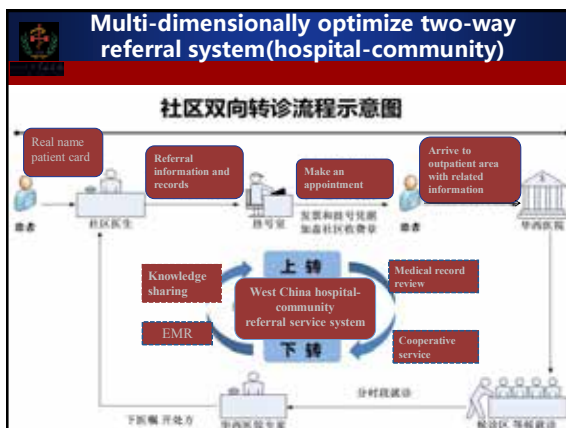


Physician-nurse integration in West China Hospital Clinical Service (Stage of discharge)

- > Build risk evaluation index system of patients readmission.
- > Establish management process for patients discharging from hospital to community
- > Implement the management intervention of physician-nurse cooperation
- > Set up a telephone follow-up system and related database
- > Establish the two-way referral mechanism
- > Build network technical support system with cooperated hospitals, online medical care ,online consultation, online guidance of complicated technology ,etc.

Extended hospital service

Moral Perfection Realistic Innovative



Establishment and effectiveness of physician-nurse integration extended service model in psychiatric department

Sunshine rehabilitation home

- > 3 doctors, 15 nurses, and 10 part-time rehabilitation psychotherapist and social workers constitute a team, together with the community personnel to build extended services.
- > More than 160 people with mental illness in yulin community were built documents, and evaluated, followed-up.
- > The disease recurrence rate in this community reduced from 21.3% to 13.8%.



Health education materials



Rehabilitation evaluation data




Rehabilitation schedule

Physician-nurse integration---- construction of disciplines connotation

Establish the nurse-led, medical cooperation, multi-disciplinary supported multidisciplinary care center:

- > IV and vascular access management center
- > The wound treatment center
- > Diabetes intensive treatment center
- > Pain management center
- > Noninvasive ventilation technology training center



PICC

Moral Perfection Realistic Innovative




Effects of IV and vascular access management center

Effect

- ✓ **Team construction:** IV nurses increased to 80, 25 obtained PICC qualified certificate.
- ✓ **Regional talent training:** 15 training term of intravenous therapy and ultrasound guided seldinger technique placing PICC, training more than

Effect

- ✓ **Development of specialized nursing technology:** PICC、PICC guided by ultrasound, promote technology for difficult vascular access.
- ✓ **PICC related complications reduced:** catheter blocking reduced from 3.68% to 3.5%, phlebitis 3.56% to 2.3%, and venous thrombosis 2.0% to 1.37%, 0.5% to 0.25% in bloodstream infections, skin allergy 2.75%to 1%

Physician-nurse integration---- construction of disciplines connotation

By the end of 2013, 8 nursing specialist outpatient service have been set up, with 37 nursing specialists,visiting 69838 patients from 2011 to 2013.

- > Psychological counseling outpatient
- > The wound/colostomy outpatient
- > PICC outpatient
- > Endocrine diabetes education outpatient
- > Peritoneal dialysis follow-up outpatient
- > Thoracic surgery patient education consultation outpatient
- > Rheumatoid immune slow disease education outpatient
- > Oncology pain management outpatient



PICC outpatient



Pain management outpatient

Moral Perfection Realistic Innovative

Conclusion

Physician-nurse integration model has been demonstrated to enhance the construction of multiple discipline connotation through the integrating resources, optimizing the quality of medical service mode, innovating management.

- ❖ **patient satisfaction:** reduced the average length of stay, saved costs etc.
- ❖ **doctor satisfaction:** improved the medical quality, saved the doctor manpower costs etc.
- ❖ **nurse satisfaction:** exert the advantages of the nurse and subjective initiative, expand nurses' academic career.

Physician-nurse integration

➔

win-win cooperation

Moral Perfection Realistic Innovative



Thank you so much!

日中医学学术交流大会 2016 东京

时 间：2016 年 10 月 14 日(周五) 上午

会 场：Bellesalle 新宿 Grand 5 楼 Conference Center

主 办：公益财团法人日中医学协会、笹川医学奖学金进修生同学会

赞 助：公益财团法人日本财团

后 援：厚生劳动省、外务省、经济产业省、中华人民共和国驻日本国大使馆

日本医师会、日本医学会、日本齿科医师会、日本齿科医学会、日本药剂师会

日本看护协会

《学术交流分科会》

肿瘤诊断治疗与最新医疗技术 (09:30~11:00 / room A~C)

主 席 李 晓阳 哈尔滨市第一医院普外科教授 (第 8 期生)
演讲人 冉 玉平 四川大学华西医院皮肤科教授 (第 4 期生)
欧 周罗 复旦大学附属肿瘤医院教授 (第 11 期生)
唐 小海 重庆莱美药业股份有限公司首席科学家 (第 11 期生)
李 晓阳 哈尔滨市第一医院普外科教授 (第 8 期生)

护理学与老年医学 (09:45~11:15 / room K)

主 席 胡 秀英 四川大学华西医院护理学院院长 (第 18 期生)
吴 小玉 兵库县立大学大学院看护学研究科教授 (第 21 期生)
演讲人 山本则子 东京大学医学部健康综合科学科教授
山本あい子 兵库县立大学大学院看护学研究科教授
丁 群芳 四川大学华西医院老年病科教授 (第 25 期生)
赵 秋利 哈尔滨医科大学护理学院教授 (第 4 期生)

传统医学与新药论坛 (09:45~11:15 / room E)

主 席 韩 晶岩 北京大学医学部中西医结合学系教授 (第 9 期生)
山田陽城 日中医学协会评议员兼宣传委员会副委员长、东京药科大学特任教授
演讲人 磯濱洋一郎 东京理科大学药学部应用药理学教授
韩 晶岩 北京大学医学部中西医结合学系教授 (第 9 期生)
李 平 中日友好医院研究员、主任医师 (第 11 期生)
王 喜軍 黑龙江中医药大学中药学教授 (第 10 期生)

预防医学与健康教育 (10:00~11:30 / room F)

主 席 康 熙雄 首都医科大学附属北京天坛医院教授 (第 20 期生)
演讲人 李 南方 新疆维吾尔自治区人民医院副院长 (第 7 期生)
黄 丽辉 首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉科研究所教授 (第 19 期生)
马 迎华 北京大学医学部儿童青少年卫生研究所副所长 (第 23 期生)
康 熙雄 首都医科大学附属天坛医院教授 (第 20 期生)