

## 巻 頭 の 言 葉



地方独立行政法人  
岐阜県立下呂温泉病院  
理事長

**山 森 積 雄**

当院の年報第39号が発刊の運びとなりました。病院という多忙な日常業務の中で、論文の作成に努力された方々と、年報編集委員のみなさんにこの場を借りて謝意を表します。

平成26年5月1日を持ちまして、47年の長期に渡りお世話になりました旧病院から新たに生まれ変わり、この地に新病院を開設しました。開設に当たり、多数の関係者の皆様にご支援ご協力をいただきましたこと、改めまして心より御礼申し上げます。

新病院をスタートして早一年、旧病院時代から引き継いだ当院を取り巻く多くの課題とまた、建設に伴う多額の負債を抱えての困難な出発となりました。しかし、施設におきましては、飛騨南部の住民の皆様が生活しているすぐ近くで、最も快適な入院環境を整え、病から命を守るための医療機関として、機能的に整備することが出来たと確信しております。

ただし、当院だけで全ての医療を提供することは出来ません。足らざる機能は地域、県内の病院間連携により補完し、地域に最も密着した医療機関になることを合い言葉に、私共々職員一丸となって飛騨南部の医療の充実に奉仕していく所存であります。

新病院には、世界三大美樹の一種「高野槇」をシンボルツリーとして植樹しました。高野槇は水に強くて朽ちにくい特徴を持ち、また老木になっても樹形が美しいまま、ゆっくりと生長する樹木です。新しくなった当院もこの樹木のように、下呂の地にしっかりと根を張り、飛騨南部に生きる住民の方々の病気の予防と健康を守るため、いつまでも歩んで参ります。

我が国の医療を取り巻く環境は、依然として厳しい状況にあります。また、2025年問題も目の前に迫っており、当院の地域もその例外とは言えず、時を待たずともその

影響を、現に感じていると言っても過言ではありません。今こそ当院の理念でもある【地域の中核病院、「へき地医療の拠点病院」として“生活の場の医療”を県立病院の立場から創設し、地域住民及び県民から信頼され、必要とされる病院づくりを目指す】を实践すべく、日々の医療活動に邁進して参る所存ですので、今後ご理解を賜りますよう、よろしくお願ひ致します。

平成28年3月

## 岐阜県立下呂温泉病院 全景



### 岐阜県立下呂温泉病院 施設概要

竣工年月日	:	平成26年4月19日
開設年月日	:	平成26年5月1日
病床数	:	206床
建築面積	:	6,964m <sup>2</sup>
延床面積	:	19,594m <sup>2</sup>
敷地面積	:	32,270m <sup>2</sup>
階層	:	地上5階／屋上ヘリポート
構造	:	鉄筋コンクリート造・基礎免震構造
駐車場	:	520台（患者用300台含）

# 目 次

1) MRSA 発生ゼロを目指して .....	山下由起子.....	1
2) 地域で目指す褥瘡0・ゼロへの取り組み(1) ～地域連携褥瘡ケア研究会世話人会立ち上げ～.....	今井和美 他...	5
3) 2013年分娩統計.....	蒲 あかり 他...	8
4) 健診における心電図異常の検討及び追跡調査.....	柘植沙恵子 他...	10
5) シェーグレン症候群の1例.....	谷川 健.....	12
6) 大腸CT .....	藤井政宏.....	14
7) 新規導入MRI装置の使用経験 .....	廣瀬加門.....	17
8) 血管造影撮影技術 脳血管領域～内頸動脈狭窄症～.....	井口由美子.....	18
9) 当院の一般撮影の条件の現状.....	岩垣津菜枝.....	20
10) 平成26年度給食アンケート結果報告.....	船坂祐一 他...	21
11) 自閉症スペクトラム児と健常児の一般体重計を使用しての荷重差の比較 ～評価の一助となるために～.....	平工実奈子 他...	25
12) 包括病棟での後発医薬品の使用状況.....	井ノ上光良.....	27
13) 当院回復期病棟における退院前訪問指導内容報告 ～過去の事例報告から学ぶこと～.....	細江誌乃 他...	30
14) 当院におけるデスカンファレンスの評価と今後の課題.....	桂川麻由.....	34
業 績 (2014年01月～2015年3月) .....		39
病院の経営概要.....		41
組 織 図.....		51

# MRSA 発生率ゼロを目指して

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 感染対策室

山下由起子

## キーワード

MRSA 感染対策 MRSA 発生率 MRSA レベル  
ゼロ

## はじめに

医療関連感染サーベイランスとは、感染管理にかかわる対策の立案、導入、評価に不可欠な医療関連感染に関わるデータを、継続的、系統的に収集、分析、解釈し、その結果を改善できうる人々とタイムリーに共有する活動<sup>1)</sup>であり、医療関連感染対策を推進していく上では最も重要な活動といえる。当院でも2006年1月からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌：*methicillin resistant staphylococcus aureus*（以下MRSAとする）の新規発生に関するサーベイランスを実施しており、その結果を現場にフィードバックし、感染対策の強化、改善につなげている。2006年1月～2015年3月までのMRSAサーベイランス結果から、当院のMRSA発生状況の推移とMRSA感染対策の評価を考察し報告する。

### 1. MRSAサーベイランスの実際

#### 1) MRSAサーベイランスの目的

- 当院のMRSAの日常的な発生率（ベースライン）を明らかにする。
- MRSA新規発生アウトブレイクを察知する。
- 継続的なMRSA発生率を指標として、MRSA感染対策を評価し、改善・強化につなげる。
- MRSAサーベイランスデータを共有し、職員への感染管理教育に活用する。
- 病院として感染対策上の責務を果たしているという根拠の一つとする。

#### 2) MRSAサーベイランス方法

- 調査期間：2006年1月～2015年3月
- MRSA新規検出数をカウントした。
  - 1患者1検体とした。
  - 保菌と感染は区別しない。
- 新規発生事例について性別、年齢、獲得時期、

検出部位を調査した。

- 入院後48時間以降の培養検査からの分離を「病院獲得」とし、抗菌薬と検出部位に関連した処置・ケアへの曝露の有無を調査した。
- 入院後48時間までの培養検査からの分離を「持込み」とし、過去の入院歴と他の医療機関利用歴を調査した。

#### • MRSA発生率の算出

$$\frac{\text{新規MRSA発生件数(病院獲得)}}{\text{入院患者日数(延べ入院患者数)}} \times 1000$$

#### • MRSAレベルの設定

順天堂大学医学部付属病院のMRSAレベルゼロシステムを参考にし2012年11月からMRSA新規発生（病院獲得）数によって病棟ごとにMRSAレベルを判定して、毎月フィードバックした。

表1 レベル設定

レベルゼロ	連続する3カ月で院内新規発生が0～1例
レベルⅠ	連続する3カ月で院内新規発生が2例
レベルⅡ	連続する3カ月で院内新規発生が3例
レベルⅢ	連続する3カ月で院内新規発生が4例以上
レベルⅣ	レベルⅢとなった翌月に2例以上が発生

### 2. MRSA対策の実際

#### 1) MRSA感染対策マニュアルの見直し

MRSA患者には個室管理で接触予防策をとっていたが、MRSA患者数が多く多床室管理となることがあったため、多床室でのMRSA感染対策を再構築しMRSA感染対策マニュアルに記載した。多床室管理にした場合、同室禁止患者を設定し他への感染リスクを少なくすること、病室前の個人防護具設置を標準化して適切使用を勧めること、処置シートやワーク表にMRSA患者をマーキングすることについて、MRSA感染対策マニュアルに記載し周知した。さらに排出門戸別の感染対策を整理して具体的に記載した。また、その対策内容はMRSA感染対策チェック表に対応させて、部署での自己チェックと感染対策室ラウンドによるチェックを行った。2015年5月に病院新築

移転で全室個室となってからは多床室管理が必要なくなり、再度 MRSA 感染対策マニュアルを改訂し個室管理での MRSA 対策を強化した。

## 2) MRSA 感染対策チェック表の運用

MRSA を検出した時や MRSA の持込入院があった時の担当看護師の初動対策のとり方に格差があり、接触予防策が開始されない事例が散見された。さらに初動対策がとられないと、それ以降も漫然と接触予防策がとられないまま経過する状況があった。そこで、MRSA を察知したときの担当看護師と日々の担当看護師の対策実施内容を明確にするため MRSA 感染対策チェック表を作成した。初動対策と、日々の MRSA 対策について担当看護師が実施したかをチェックするようにし、さらに感染対策室ラウンドで実施状況を確認した。当初は MRSA 感染対策チェック表が認知されてなく運用されてない事例も多々あったが、現在ではほぼ全例に MRSA 感染対策チェック表運用で感染対策が実施できるようになってきた。

## 3) MRSA 新規院内発生事例の 4 M 4 E 分析

新規で MRSA 院内発生事例があった場合に、リンクナースに伝えて、担当看護師と担当チームを中心に 4 M 4 E 分析によって事例を振り返ってもらった。Man (人)、Machine (設備・機器)、Media (環境)、Management (管理) の 4 つの視点で発生原因をあげて、Education (教育・訓練)、Engineering (技術・工学)、Enforcement (強化・徹底)、Example (模範・事例) の 4 つの視点で改善のための対策をうち出し、取り組んでもらった。感染対策室からの改善提案よりも、現場で検討した対策では実行されやすく、また、

対策の推進担当者を明確にしたので、実際の改善につながった。また事例と対策を感染防止委員会でも共有できるようになった。

## 3. MRSA サーベイランス結果

### 1) MRSA 発生率

2006年1月～2015年3月まで毎月 MRSA 発生率を算出した。ベンチマークできそうな、当院と共通の方法を用いた公表された MRSA サーベイランスデータが少ないので、MRSA 発生率の平均値から、当院における MRSA 発生率ベースラインを随時算出し、毎月の MRSA 発生率推移をみていった。ベースラインに対してプラス1標準偏差を警告閾値となる注意ライン、プラス2標準偏差を管理限界閾値となるアウトブレイクラインとして、MRSA 発生率の評価に使用した。

2006年1月から2012年2月の期間では、アウトブレイクライン (1.17) を超える MRSA 発生率の月が4度あった。さらに、注意ライン (0.85) を超える MRSA 発生率の月が9度あった。MRSA 発生率は高低を繰り返し、アウトブレイクライン超え、あるいは注意ライン超えの高い発生率で推移することはなかった。2012年3月以降では、MRSA 発生率がベースライン (0.53) のプラスマイナス標準偏差閾値内で推移した。2012年5月にはじめて MRSA 発生率ゼロを達成し、以降も MRSA 発生率ゼロの月が9度あった。特に2014年1月から2015年3月までの15ヶ月間で MRSA 発生率ゼロが6度あった。(図1) 年別 MRSA 発生率で見ると、2010年が0.82と高い発生率であった以降は経年的に低下して、2014年では0.26と

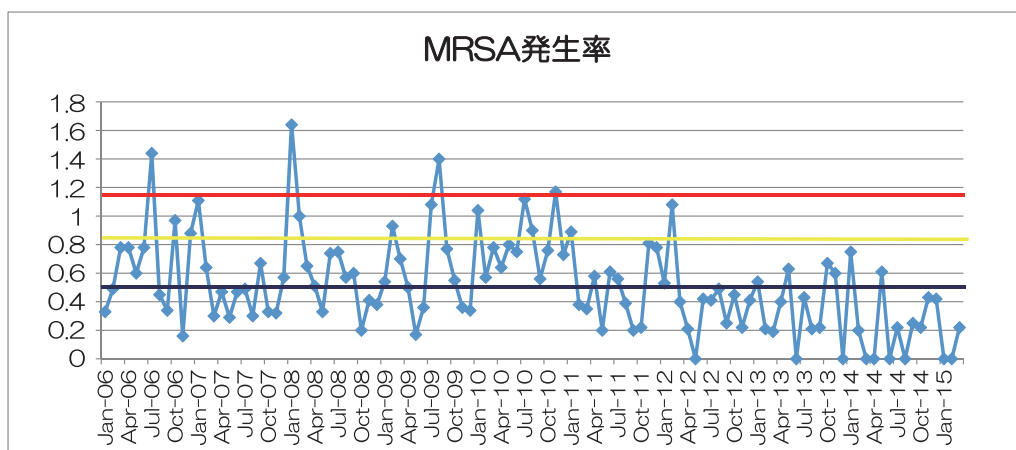


図1 MRSA 発生率



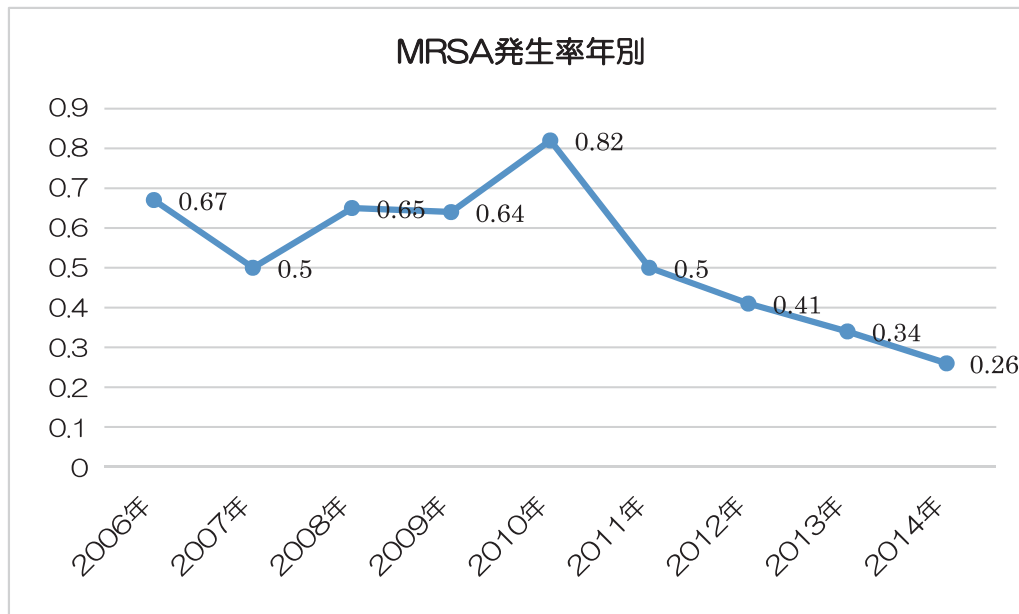


図2 MRSA 発生率年別

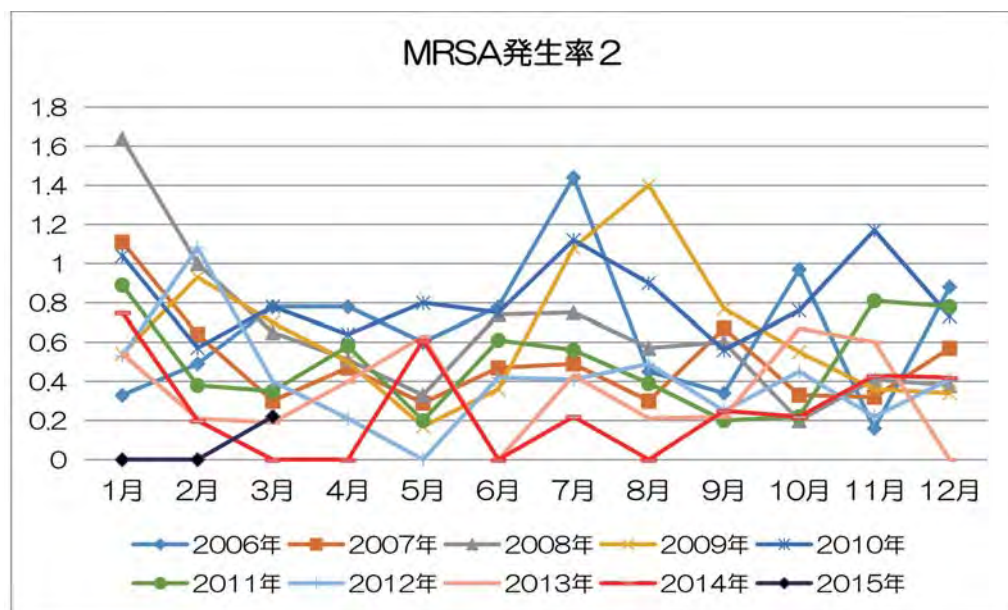


図3 MRSA 発生率2

なった。(図2) さらに、2011年までみられていたMRSA 発生率が夏期(6月～8月)と冬期(12月～2月)に高い傾向も、2012年以降はみられなくなった。(図3)

#### 2) 病棟別MRSA レベル

2012年11月から病棟ごとにMRSA 新規発生数をもとにMRSA レベルを判定した。6病棟の中でB3病棟とB5病棟が2012年11月から2015年3月の期間中ずっとMRSA レベルゼロで継続できた。A3病棟において、MRSA レベルⅢとなったのが最低で、レベルⅣに達した部署はなかつ

た。

#### 【結 語】

- 1) 2006年1月にMRSA サーベイランスを開始してから9年間で、下呂温泉病院のMRSA 発生率は徐々に低下してきた。
- 2) 感染対策の効果を可視化することができれば、現場レベルでの対策推進の動機付けとなるため、MRSA サーベイランスは指標となりうる。

### 【参考文献】

- 1) 森兼啓太・崎浜智子（編集）：感染対策のためのサーベイランス協力サポートブック、メディカ出版、2008
- 2) 賀来満夫（監修）：感染対策 ICT 教育・活動ガイド、メディカ出版、2003
- 3) 村上啓雄：日本における耐性菌事情、INFECTION CONTROL13（10）：47～54
- 4) 矢野邦夫：アウトブレイクの調査と制御、INFECTION CONTROL12（7）：18～22
- 5) 満田年宏：サーベイランスとアウトブレイク、INFECTION CONTROL12（7）：23～33
- 6) 掘 賢：すぐに役立つ！感染対策実践マニュアル第2版、じほう、2011



# 地域で目指す褥瘡0—ゼロ—への取り組み（I） ～地域連携褥瘡ケア研究会世話人会立ち上げ～

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 褥瘡対策委員会

今井和美 松田敦子 土野敦子 柴田和之 大森智泰

小池正顕 山本沙織 青木美奈子 岩田孝太郎 野村昌代 鈴木 康

## はじめに

「褥瘡発生は看護の恥」といわれた時代から、現在では「褥瘡管理」が病院の質を問うクリニカルインディケータ―として重要視されるようになり、褥瘡治療は大きな発展を遂げた。さらに、2012年の診療報酬改定では、従来の褥瘡患者管理加算がなくなり、入院基本料の中に褥瘡対策が含まれるようになった。このことは、医療施設において褥瘡対策チームを置き、褥瘡予防・管理を行うこと、体圧分散用品を備えることなどといった科学的な知見に基づく取り組みが一般化されたことを意味しており、医療現場は「診療報酬改定」に呼応するように変化し、発展してきた。当院でも院内における褥瘡発生率は減少し、年間で厚生労働省が努力目標として提示している推定発生率2.0%未満を達成することができている。しかし、褥瘡保有率は減少することなく推移している。褥瘡発生届けをもとにデータを集計・比較し、今後の課題を見出すことができたので報告する。

## 1. 方 法

期間：H22年度から H26年度

対象：H22年度から H26年度期間中の褥瘡発生届けまたは持ち込み届けの件数

方法：①当院に入院中に発生した褥瘡の数（部位ごとに1件）と重症度

②当院に入院時にすでに保有していた褥瘡の数（部位ごとに1件）と重症度

①と②の年度ごとの集計を比較し傾向を明らかにする。

H22年度から H26年度全入院患者のうち、入院中に新たに発症した褥瘡を「院内発生」、入院時に新たに持ち込まれた褥瘡を「持ち込み」として件数を集計した。また重症度分類は DESIGN-R を使用した。

## 2. 倫理的配慮

各患者のデータは、カルテから収集したのちは個人が特定できないよう配慮した。

## 3. 結 果

### 1) 対象の構成

調査対象となった褥瘡は957ヶ所、患者数は648名であった。「院内発生」は412ヶ所、「持ち込み」は545ヶ所であった（図1）。

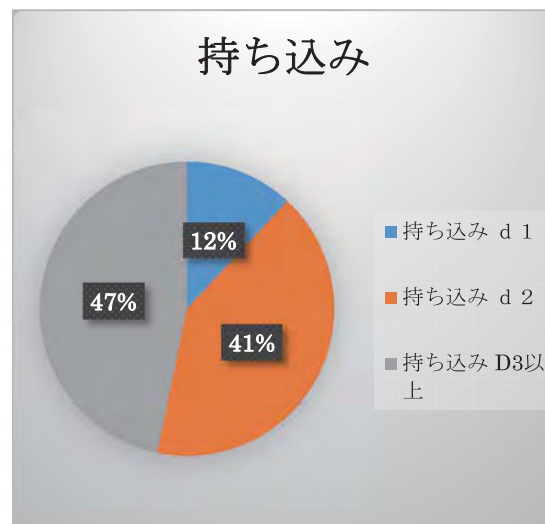
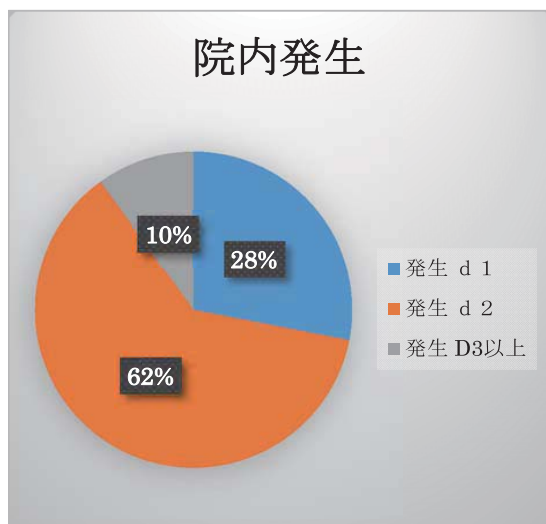
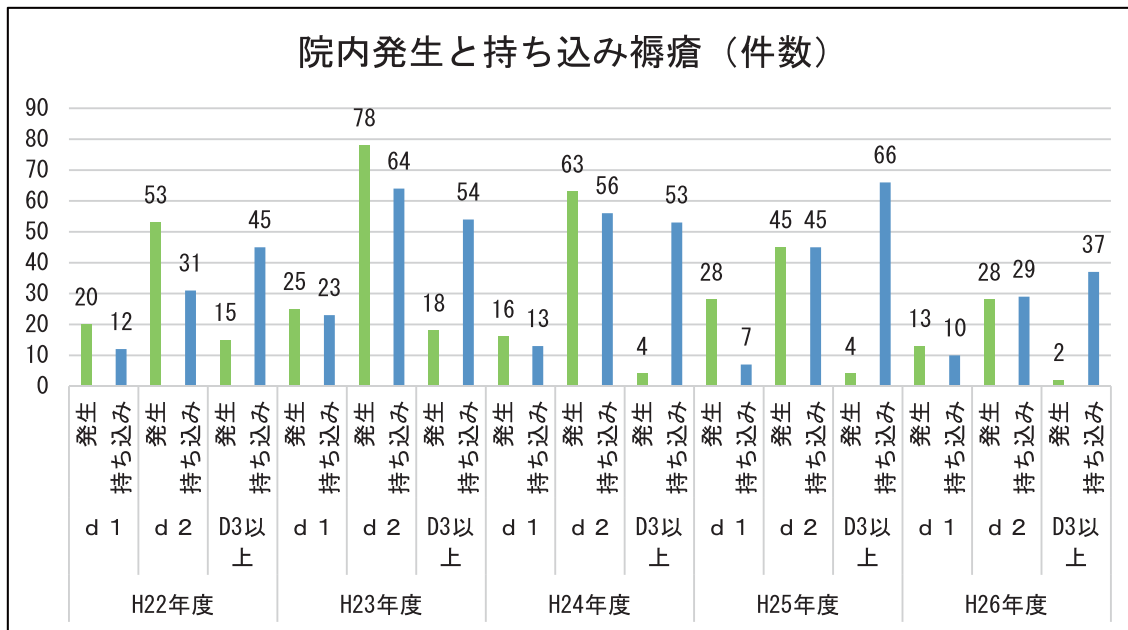
### 2) 深達度でみた発生数（頻度）

「院内発生」ではd2が最多で62%、次いでd1が28%、D3以上の発生は10%であった。それに対し、「持ち込み」はD3以上が47%ともっとも多く、次いでd2が41%、d1は12%であった。「院内発生」はd2以下（真皮までの損傷）が多く、「持ち込み」はD3以上の重度褥瘡が多かった（図2、3）。

## 4. 考 察

当院での褥瘡発生と持ち込み褥瘡の件数を比較すると、病院で新規発生する褥瘡は比較的軽症で発見されることが多いが、持ち込み褥瘡は重症度が高いことが明らかになった。これは診療報酬の改定といった制度も大きく関与していることが背景に挙げられる。

2002年診療報酬改定で「褥瘡対策未実施減算」が施行され、診療報酬算定要件を通じて各医療機関では褥瘡対策チームによる褥瘡対策が急務となった。この未実施減算とは、褥瘡対策を行わない病院はすべての入院基本料を毎日5点減算されるという厳しい施策で、世界に例をみないペナルティ施策に対し減算されては大変と病院内では褥瘡予防対策への体制が整えられた。その後、2004年には褥瘡対策は「褥瘡患者管理加算」と、減算から加算に転じ、褥瘡対策には5年以上の褥瘡看護の経験のある看護師を専任看護師として置くこととされた。さらに深い褥瘡を発生させた場合に



は、事故報告書を提出することが義務付けられ、褥瘡対策が病院の医療の質を問う指標と位置づけられた。2006年に新設された「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定要件では、皮膚・排泄ケア認定看護師を褥瘡管理者として配置させることが義務付けられ、褥瘡を治療するだけでなく褥瘡が発生しやすいハイリスク患者の予防・管理を行うことによって、予防においても多職種が関わるチーム医療が重要視されるようになってきた。さらに、2012年には褥瘡管理加算が廃止され、入院基本料算定に包括されることによって、各医療機関が、褥瘡リスクのある患者に褥瘡予防・管理することは何ら特別なことではなく、医療において最も基本的な事項と位置づけられたことになる。こ

のような経緯により病院における褥瘡は発生頻度が激減し、早期に発見されることが多くなってきた。

一方、在宅における褥瘡対策は、病院に比べるとまだまだ進んでいないのが現状である。2014年診療報酬改定では、訪問看護ステーションにおける「訪問看護管理療養費」の算定時に医療機関と同様の褥瘡の危険因子や看護計画、褥瘡保有患者数の報告が義務付けられたことを除いては、褥瘡対策に関するものは特に存在しない。また、在宅では医療職が関わることのできる時間が少なく、介護者の役割が多くなり負担が増えるという問題点を抱えている。それは手間暇がかかるという単に時間的な要素だけではなく、経済面での負担、

精神的・社会的負担も大きいことである。このような問題に対し、介護保険は十分に対応しきれていない。たとえば介護保険では介護度別に保険適応の上限が決まっており、それ以上は全額自己負担になるだけでなく、医療保険のように自己負担額の上限もないため、より多くの介護サービスを利用した場合、支払額が極端に高くなる。

昨年の診療報酬改定によって、日本の医療は在宅へ大きく舵を切った。しかし、在宅への政策転換で、褥瘡に関して取り敢えず危惧されることは、介護者が確保されるか？という問題である。勤めがあるので家族は患者を看られない、訪問看護も24時間は看られない、従って、患者・家族が自分で身を守ることが必要となる。しかし、現代の家族形態は核家族化が進み、家庭の中で介護の方法や看取りを学ぶ機会がなくなってしまっており、このことが介護に関する知識不足を来す原因となっている。介護に関しては当事者になるまで学ぶ機会が無いといっても過言ではない。

当院での最近の持ち込み褥瘡の動向をみると、長期寝たきり療養者より短期寝たきり療養者の方が重度の褥瘡を保有していることに気がつく。この背景には、長期療養者は入退院を繰り返していることが多く、入院期間中に医療スタッフから介護の方法や福祉サービスについて教育を受けていることが挙げられ、褥瘡を予防または早期発見・早期対処することが可能であると考えられる。このことが重度褥瘡に移行しない理由であろう。一方、短期療養者でも寝たきりになるきっかけが入院の場合には長期療養者と同様の教育を受けることができるが、在宅で寝たきりになった場合、介護者が寝たきりになったことに気がつかない、寝たきりになった場合にどのように対処してよいのかわからない、どこに相談したらよいのかわからない、介護の方法がわからないといった知

識不足から短期間で重度の褥瘡を発生させてしまう原因になっていると思われる。これらのことから一般住民も対象とした教育が早急に必要と考えられた。

## 5. ま と め

当院の「院内発生」「持ち込み」褥瘡の届出の集計結果から下記のことが明らかとなった。

- ①病院は褥瘡に対する認識が高く早期に発見されるため軽症である。
- ②在宅は介護者の知識不足やマンパワー不足、身体的負担、経済的負担が原因となり重症化しやすい傾向がある。

今後さらに介護を要する人々が増加することに備えて、病院の中だけで褥瘡の教育活動をするのではなく地域住民への教育を最終的な目標として、地域全体の底上げを図るため当委員会は下呂市医師会、下呂市、訪問看護ステーションと協働して研究会を立ち上げ、その活動を開始している。

## 引用・参考文献

- 1) 加納 宏行：褥瘡予防対策導入後の「院内発症」褥瘡の特徴 —終末期患者に発症する予防困難な褥瘡の存在—、褥瘡会誌 (Jpn J PU)、8 (4)、p545~550、2006
- 2) 武田 利明、他：療養場所別褥瘡有病率、褥瘡の部位・重症度 (深さ)、褥瘡会誌 (Jpn J PU)、13 (4)、p625~632、2011
- 3) 采女 佐加江、他：当院における褥瘡委員会の取り組みと褥瘡保有者の状況、褥瘡会誌 (Jpn J PU)、7 (2)、p245~248、2005
- 4) 真田 弘美、他：NEW 褥瘡のすべてがわかる、永井書店、大阪、p378~380、2014

## 2013年分娩統計

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 看護部

蒲 あかり 前野 寿子 日下部和美 熊崎佐代子 青木 純子  
 清水 智美 加藤 恵子 熊崎早智子 高津美賀子 松田奈穂子

### はじめに

今回、2013年4月から12月に当院で取り扱った分娩の概要を報告する。

なお、当院では2012年11月から2013年4月まで分娩取り扱いを休止していたため、それ以降の統計となっている。

表1 月別分娩数及び出生数分娩数

月	分娩数	出産数	出生数	死産
4月	1	1	1	0
5月	5	5	5	0
6月	4	4	4	0
7月	4	4	4	0
8月	7	7	7	0
9月	9	9	9	0
10月	7	7	7	0
11月	7	7	7	0
12月	8	8	8	0
計	52	52	52	0

分娩件数は52件、うち単胎52件、双胎0件であった。出産数は52件で、うち生産52例、死産0例であった。月別の分娩件数は、最高9件（9月）、最低1件（4月）で月別の平均分娩件数は、5.8件であった。うち、里帰り分娩は13件（25%）であった。外国人産婦は1名（中国人）であった。死産、周産期死亡、妊産婦死亡は、いずれも0例であった。

表2 母体年齢別分娩数

年齢	初産婦	経産婦	計	%
20歳未満	0	0	0	0
20～24歳	3	1	4	7.7
25～29歳	11	8	19	36.5
30～34歳	2	18	20	38.5
35～39歳	0	9	9	17.3
40歳以上	0	0	0	0
計	16	36	52	100

母体年齢は20歳から39歳で平均年齢は29.9歳であった。

初産婦は16例（30.8%）、経産婦は36例（69.2%）であった。また、35歳以上の高齢初産婦は0例であった。

母体年齢別分娩数は、20歳未満0例、20～24歳4例、25～29歳19例、30～34歳20例、35～39歳9例、40歳以上0例であった。

表3 分娩様式別出産数

経膈分娩	47
鉗子分娩	1
帝王切開分娩	4
吸引分娩	0

経膈分娩は48件（92.3%）、帝王切開分娩は4件（7.7%）であった。経膈分娩のうち、鉗子分娩1件、吸引分娩・骨盤位分娩は0件であった。

分娩所要時間は初産婦で平均10時間36分、経産婦で平均6時間25分であった。

帝王切開分娩の内訳は、予定帝王切開3件（75%）、緊急帝王切開1件（25%）であった。帝王切開の主な適応理由は、予定帝王切開では切迫子宮破裂2例、狭骨盤1例であった。緊急帝王切開は、胎児ジストレスと回旋異常によるものであった。

出産数は52例で、その内訳は正期産52例（100%）、早産0例、過期産0例であった。

出生体重では、2500～3999gの出生児49例（94.2%）、低出生体重児3例（5.8%）、巨大児0例であった。また、出生児の性別は男児23例

表4 妊娠週数別出産数

妊娠週数	出産数	%
妊娠37週未満	0	0.0
妊娠37週～41週	52	100.0
妊娠42週以上	0	0.0
計	52	100

表5 出生体重別出産数

出生体重	出産数	%
2000g 未満	0	0.0
2000～2499g	3	5.8
2500～2999g	22	42.3
3000～3499g	25	48.1
3500～3999g	2	3.8
4000g 以上	0	0.0
計	52	100.0

表6 アプガールスコア

点数	出生数	%
8～10点	51	98.1
4～7点	1	1.9
1～3点	0	0
計	52	100

(44.2%)、女児29例(55.8%)であった。

出生52例におけるアプガールスコアでは、8～10点51例(98.1%)、4～7点1例(1.9%)、1～3点0例(0%)であった。4～7点であった1例は、5分後に8点となった。

日齢1日に新生児感染症のため搬送となった症例が1例あった。

#### 妊娠合併症および分娩異常

妊娠合併症は、妊娠高血圧症候群4例、不整脈1例であった。

帝王切開分娩を除いた経膈分娩48例における分娩異常は、遷延分娩2例であった。分娩第3期および分娩直後の異常では、弛緩出血2例であった。付属物の異常では、前期破水4例、羊水混濁6例、血性羊水3例、羊水過少症1例であった。

分娩時の異常出血では、経膈分娩1000ml以上0例、帝王切開分娩2000ml以上0例であった。



# 健診における心電図異常の検討及び追跡調査

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 1) 臨床検査部 2) 循環器科

柘植沙恵子<sup>1)</sup> 大栗田香織<sup>1)</sup> 細江小百合<sup>1)</sup> 熊崎幸代<sup>1)</sup>

佐藤正実<sup>1)</sup> 諏訪 浩<sup>1)</sup> 大井康徳<sup>2)</sup>

## 【はじめに】

当院では、一般健診に加え健診センターも併設されている。そこで、当院の健診センターの心電図検査で要精査判定となった所見の検討及び追跡調査を施行したので、若干の考察を加えて報告する。

## 【対象】

対象は、平成25年度に当院健診センターで心電図検査を受けられた2,566名。男女比は約3:2、下呂市在住の方が多く、平均年齢は51歳である。

## 【方法】

対象のうち、要精査判定を以下の項目で検討した。

- ①要精査判定の割合及び所見 (図1)
- ②要精査判定で当院に精査受診された方の割合及び所見 (図2)
- ③当院精査受診者の精査内容及び最終判定
- ④当院精査受診者で定期観察又は治療となった方の健診センターでの要精査判定内容

## 【結果】

- ①要精査判定となった方は、303名(12%)であった。所見は多い順に、平低T14%、完全右脚ブロック12%、R波増高不良11%、異常Q波10%、左脚前枝ブロックの疑い6%等であった(図1)。
- ②要精査判定となった方のうち、当院での精査受診者は19%であった。所見は多い順に、平低T16%、R波増高不良12%、陰性T11%、完全右脚ブロック9%等であった(図2)。
- ③当院での精査は必要に応じて、心電図検査、心臓超音波検査、ホルター心電図、冠動脈CT等を行った。精査の結果、経過観察又は要治療となった方は全体の16%であった。その診断内容は高血圧症、心房中隔欠損症、冠動脈肺動脈瘻、

要精査判定 303/2556名 (12%)

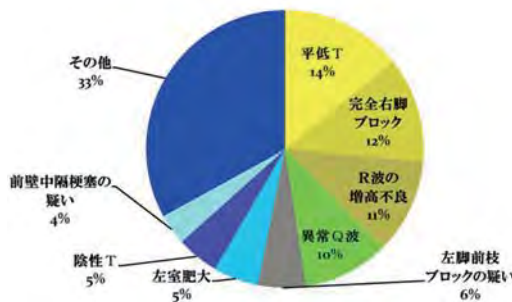


図1 要精査判定の割合及び所見

当院精査受診者 57/303名 (19%)

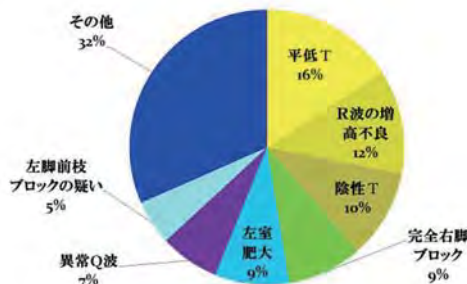


図2 当院精査受診者の割合及び所見

WPW 症候群、VPC 頻発であった。

- ④当院での精査後、経過観察または要治療となった方の、当健診センターでの要精査判定所見は、左室肥大、完全右脚ブロック、VPC 2段脈、右室肥大であった。左室肥大と判定された方は心臓超音波検査で左室肥大が確認された。これは高血圧症によるものと診断され、減圧治療となった。完全右脚ブロックと判定された方のうち1人はWPW 症候群のA型と診断され、もう1人の方は心房中隔欠損症と診断された。VPC 2段脈と判定された方は、ホルター心電図検査で3000発以上のVPCが認められ、定期的なホルター心電図検査観察となった。右室肥大と判定された方は、精査の結果、冠動脈肺動脈瘻と診断された。



## 【考 察】

要精査判定で多かった平低 T、R 波増高不良、異常 Q 波が、精査で全員異常なしという結果になった。異常 Q 波や R 波増高不良が異常なしとなったのは心臓の位置によるものが原因と考えられる。冠動脈肺動脈瘻と診断された方は右室肥大という心電図との関連性が考えられにくく、偶然

発見されたものとする。解析結果で完全右脚ブロックと判定された 2 例に関して、WPW 症候群、心房中隔欠損症と一致しない例はあったが、その他に関しては、精査で経過観察又は要治療となった方の心電図と疾患の関連性はほぼ認められた。ただ、当院精査受診者が少なく、また地域の偏りも大きいため、例数を増やし、さらに検討する必要がある。

# シェーグレン症候群の1例 ～唾液腺シンチ～

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 中央放射線部

谷川 健

## 【はじめに】

シェーグレン症候群は涙腺、唾液腺などの外分泌に慢性的に炎症が生じ、涙や唾液の分泌が低下する自己免疫性疾患のひとつである。患者のほとんどは女性で、50歳代前半に多く発病する。シェーグレン症候群には単独で発病する原発性シェーグレン症候群と、他の膠原病に合併して発病する二次性シェーグレン症候群がある。

## 【シェーグレン症候群の症状】

目の乾燥：涙が出ない・目がこころする・目がかゆい・目が痛い・目が疲れる 等  
 口の乾燥：口が渇く・唾液が出ない・味がよくわからない・口内が痛む 等  
 鼻腔の乾燥：鼻が渇く・鼻の中にかさぶたができる・鼻出血がある 等  
 その他：唾液腺の腫れと痛み・息切れ・熱が出る・関節痛・肌荒れ 等

## 【シェーグレン症候群の治療】

現状では根本的に治癒させることはできない。したがって治療は乾燥症状を軽快させることと、

疾患の活動性を抑えて進展を防ぐことが必要となる。目の乾燥、口の乾燥はひどくなると著しくQOLを障害するので、毎日の点眼、口腔清潔を心がける必要がある。

## 【症 例】

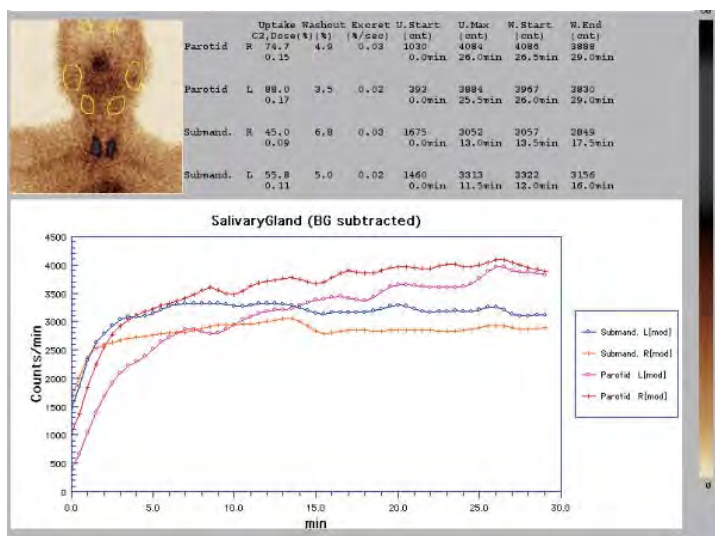
80歳女性で症状は「舌が渇いて痛い。舌乾燥強い。発赤有」。血清検査では抗 Ro/SS-A 抗体及び抗 La/SS-B 抗体共に陽性。サクソテストでは0.2gと唾液量の低下あり。

## 【唾液腺シンチ検査】

装置：SEMENS ECAM  
 コリメータ：LEHR  
 マトリックス：128×128  
 投与 RI：テクネシンチ注射液 370Mq  
 RI投与直後から30分間ダイナミック撮像し、RI投与15分後にレモン汁を口腔内に投与

## 【診断と治療】

血清検査、サクソテスト共に陽性。唾液腺シンチでは両唾液腺・顎舌腺ともに集積低下があり、酸刺激に対しても無反応であった。(図1)



(図1)

これらの結果よりシェーグレン症候群と診断し、サラジェン内服 うがい液 水分補給を勧め、2月後に症状が改善した。

#### 【ま と め】

唾液腺シンチグラフィは様々な症状を呈するシェーグレン症候群において、その唾液腺機能を

評価できる有効な手段である。しかし、シェーグレン症候群の診断精度としては他の検査方法に多少劣る部分もある。他の検査方法と複合して評価することが必要である。

なお、本症例は第45回岐阜県診療放射線技師会核医学談話会にて発表した。

# 大腸 CT

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 中央放射線部

藤井政宏

## 【はじめに】

平成23年秋に大腸 CT 用の自動炭酸ガス送気装置が薬事承認を受けたことを契機として、翌年の診療報酬改定において CT 検査における大腸 CT 撮影加算の保険適応が達成された。これにより、当院においても自動炭酸ガス送気装置の導入と大腸 CT 検査を行ってきたので、現状の報告をしていく。

大腸 CT (CT Colonography) は、CT で行う大腸検査の総称であり、直腸専用カテーテル、二酸化炭素ガスを用いて大腸を拡張し、CT 撮影を行い、三次元再構成を行う。比較的低侵襲に行うことが可能で、大腸検査の新たな選択肢として、簡便性・利便性・受容性に優れ、大腸内視鏡検査や注腸検査の非完遂例、検査拒否例においては代替検査にもなりうる。また陰性的中率の高い検査である。

## 【適 応】

- ・大腸がん検診
- ・便潜血陽性者への2次検査目的
- ・CF 困難例

## 【使用機器、撮影条件、再構成条件】

- ・ X 線 CT 装置  
Aquilion64 (東芝メディカルシステムズ株式会社) 64列
- ・ 3D 画像処理ワークステーション  
AZE Virtual Place (株式会社 AZE)
- ・ 炭酸ガス自動送気装置  
プロト CO2L (エーディア株式会社)
- ・ 撮影条件  
撮影方式：ヘリカルスキャン、管電圧：120 kVp、管電流 Auto mA 使用 (SD：12.5)、  
Rotation time：0.5sec、Scan configuration：  
64×0.5mm、Beam pitch：0.828
- ・ 再構成条件  
再構成関数：FC13  
スライス厚：0.5mm、再構成間隔：0.5mm

## 【前処置、エア注入量、ポジショニング】

検査について……大腸 CT における前処置には等張法 (ゴライテリー法) と高張法 (ブラウン変法) があり、現在当院では高張法であるブラウン変法を用いて検査を行っている。ブラウン変法には残液が少ないという利点があるが、残渣が残ることがある。そこで残渣を造影剤により染色するタギングを行い、電子処理によって残渣を取り除くクレンジングを行っている (図1)。

- ・ 前処置：高張法 (ブラウン変法)  
検査食…FG-TWO+ProjectF、タギング用造影剤…ガストログラフィン  
下剤…ラキソベロン内用液、  
腸管洗浄剤…マグコロール P
- ・ エア注入量：約 3L (腹臥位：2.0~2.5L、  
仰臥位：2.5~3.0L)
- ・ 検査の流れ：腹臥位、仰臥位での2体位撮影を行う。撮影終了後、大腸解析ソフトで解析を行う。内視鏡像の経路を作成し、放射線科医読影用に腸管展開像、内視鏡像、MPR 像の表示形式で保存している (図2)。その後、1次読影、2次読影を行っている。

## 【ポイント】

- ・ 1次読影は複数の放射線技師で行う。
- ・ 2次読影は放射線科医師1名と放射線技師1名で行う。
- ・ 盲腸端到達後、パウヒン弁まで折り返すように経路を作成する。
- ・ クレンジングの閾値を低くしすぎると薄い腸管壁を削ってしまうため、閾値の設定には注意をしている (図3)。
- ・ 1次読影において、最初に1体位ずつ読影を行い、病変が疑われるところをすべて拾い上げチェックをし、両体位の比較表示機能を用いて、病変か偽病変かの判断を行う。
- ・ 1次読影において、肛門側から口側への読影と、口側から肛門側への読影の両方を行い、嚢の裏側の病変の見落としを防いでいる。

- ・ クレンジングによる偽病変かどうかを確認するために、クレンジング画像とオリジナル画像を比較する。

### 【症 例】

- ・ ポリープ：肝湾曲部にできた5 mm 大のポリープ（図4、図5）
- ・ 憩室：上行結腸の多発憩室（図6、図7）
- ・ ポリープ：残渣下に埋まったポリープ（図8、図9、図10）

### 【ま と め】

CTCは近年始まった新たな検査法であり課題も多い。しかし、大腸検査の新たな選択肢としてこれからも普及していく可能性のある検査である。当院においても、今後さらに検査数は増えていくと予想されるため、前処置法、検査法、診断法を模索し、さらなる最適化を行っていきたいと考えている。

画像

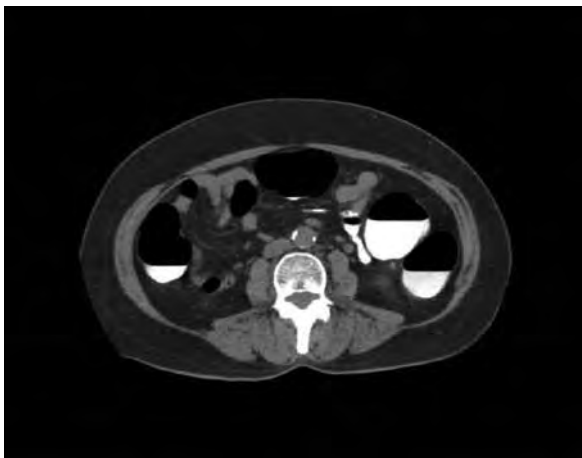


図1. タギング画像



図2. 読影用の表示形式

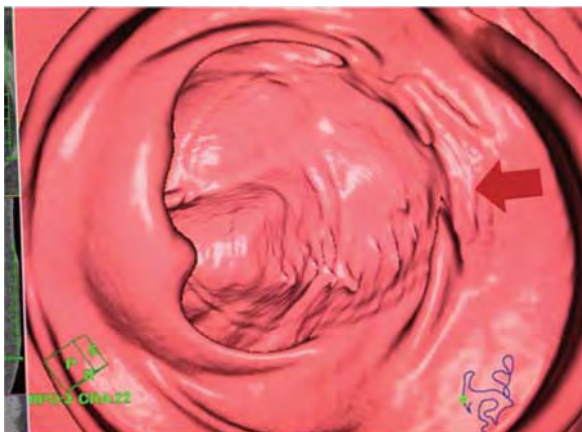


図3. クレンジング画像

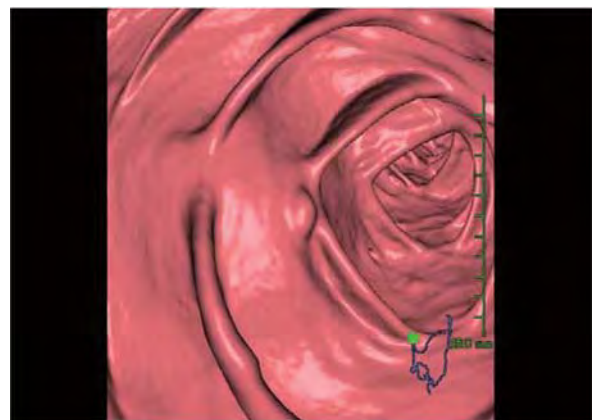


図4. ポリープ画像



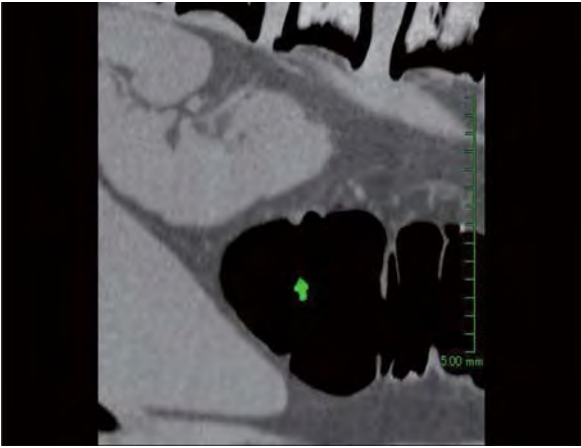


図5. ポリープ画像 (MPR 画像)

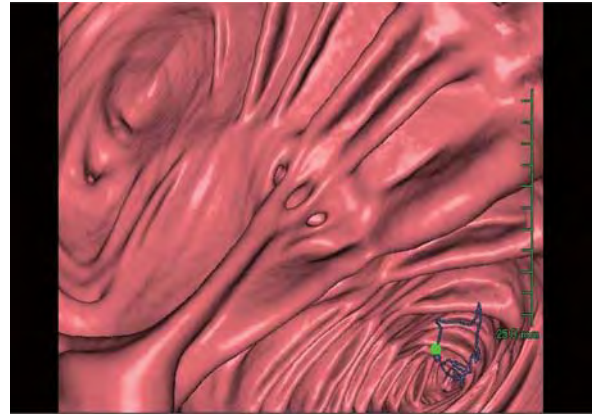


図6. 憩室

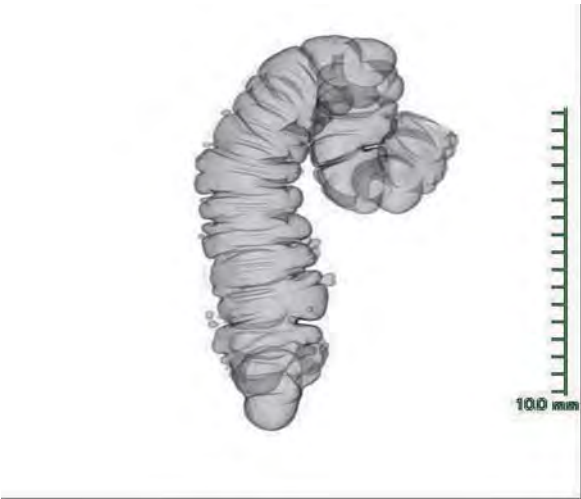


図7. 憩室 (エアイメージ)

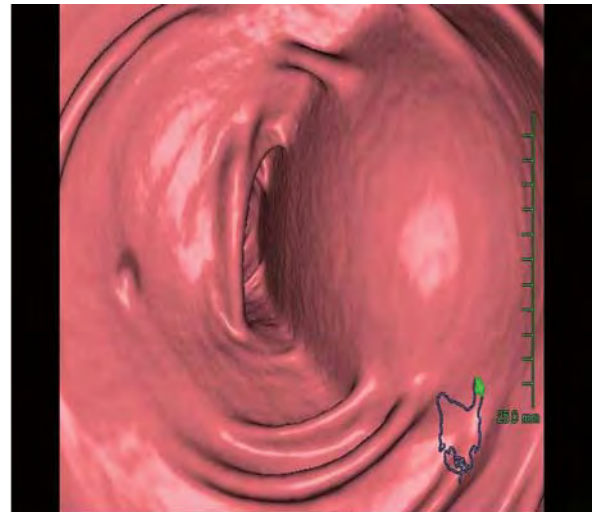


図8. ポリープ (クレンジング前)

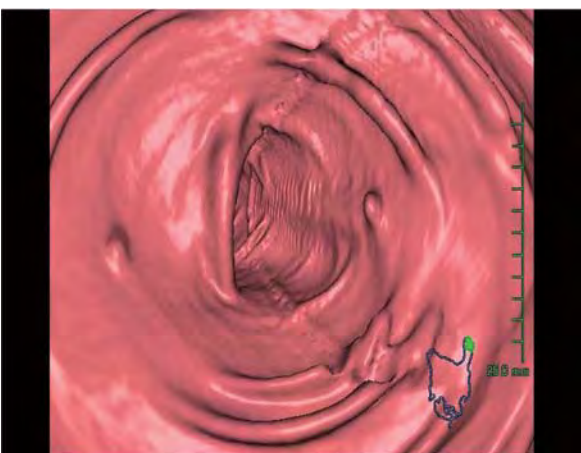


図9. ポリープ (クレンジング後)

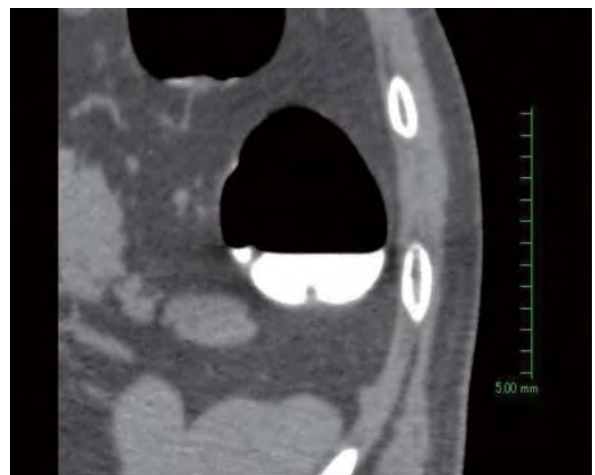


図10. ポリープ (残渣下)



## 新規導入 MRI 装置の使用経験

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 中央放射線部

廣瀬加門

### 【はじめに】

当院では新築移転を機に旧病院で使用していた Siemens 社 製 1.5T MAGNETOM Synphony Syngo を廃棄し、PHILIPS 社 製 1.5T Ingenia を導入した。

### 【使用装置】

PHILIPS 社 製 1.5T Ingenia

### 【方 法】

2014年5月1日より使用開始し、使用期間は短いですが、装置の操作性や実際に行った検査などについて報告を行う。

### 【結 果】

- ①フルデジタルコイルにより SN が上昇し、画質が向上した。
- ② Smart Exam 機能による頭部領域の自動撮像位置決めが可能

③広範囲に撮像可能なボディーコイル（トルソコイル）を使用できるため、全身 DWI など出来る検査範囲が広がった。

④本体コンソールで以前の装置までは可能であった MIP 処理が、本装置ではワークステーションで行わなければならないなどの操作性で不便な面も見られた。

⑤横隔膜同期の安定性があまり良くないため、呼吸同期にて MRCP を撮像している。

### 【考 察】

以前より性能が向上したことで画質の向上、撮像時間の短縮を実現できた。操作性については、装置の機能を有効に活用し、反復して使用することにより違和感なく操作できるようにする必要がある。今後は検査する範囲も広がって行くことも十分に考えられるので、要求された画像を提供できるように知識と経験を増やしていく必要がある。

# 血管造影撮影技術 脳血管領域 ～内頸動脈狭窄症～

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 中央放射線部

井口由美子

## 【はじめに】

内頸動脈狭窄症とは内頸動脈が動脈硬化性粥状変化により血管の狭窄を生じこれが原因で脳血流量の低下をきたしたり、頭蓋内塞栓の原因となったりして脳梗塞を起こす原因となり得る疾患である。

## 【動脈硬化の危険因子】

動脈硬化の危険因子には年齢、性別など改善できないものもあるが生活習慣により改善できるものもある。

危険因子は高血圧、高尿酸血症、脂質異常症、糖尿病、肥満、飲酒、喫煙、ストレス、運動不足、性別、年齢、遺伝的要因などがあり、特に高血圧、脂質異常症、喫煙は動脈硬化の3大危険因子と言われている。

日本では高血圧によるものが多いが近年食生活の欧米化により脂質異常症によるものも増えている。

## 【内頸動脈狭窄症の症状】

内頸動脈狭窄症には症候性のものと無症候性のものがある。症候性とは内頸動脈狭窄が原因で脳梗塞や一過性虚血発作を生じた場合をいい、一過性虚血発作には一過性脳虚血発作や一過性黒内障がある。一過性黒内障は一時的に片目が見えなくなる症状で内頸動脈から分岐している眼動脈に血栓が飛ぶことにより起こる。

無症候性とはその狭窄による症状がないことをいう。

## 【狭窄率測定方法】

内頸動脈狭窄率の測定方法には3種類あるがNASCET法（North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial）が用いられることが多い<sup>1)</sup>。

狭窄率 =  $(b - a) / b \times 100$

a 狭窄部位の内頸動脈径

## b 病変遠位の内頸動脈径

狭窄度は30～49%までを軽度、50～69%までを中等度、70%以上を高度と分類するものが一般的である。

## 【治療法】

内科的治療法と外科的治療法があり内科的治療法には動脈硬化促進因子をコントロールする方法や血栓をできにくくするための薬物療法などがある。外科的治療法には頸動脈内膜剥離術、頸動脈ステント留置術がある。

## 【頸動脈ステント留置術】

頸動脈ステント術とは狭窄部位を血管内からバルーンで広げ金属メッシュでできているステントを挿入する血管内治療である。

頸動脈ステント留置術の適応基準

- ・18歳以上
- ・片側または両側の動脈硬化性または再発頸動脈狭窄症
- ・血管撮影または頸部超音波検査で確認された、症候性50%以上、無症候性80%以上の狭窄病変適応禁忌
- ・抗血小板療法・抗凝固療法が禁忌
- ・ガイディングカテーテルが留置できない
- ・未治療の出血性疾患
- ・ニッケルチタニウム合金に対するアレルギー
- ・総頸動脈入口部病変である<sup>2)</sup>

## 【症例】

75歳男性

症状 右手しびれ

既往歴 脳梗塞 高血圧

狭窄率 80%（狭窄部位の内頸動脈径1.2mm  
病変遠位の内頸動脈径6.0mm）〔図1〕

頸動脈ステント PROTÉGÉ10.0-7.0mm×40mm  
テーパードステント留置〔図2〕

ステントにはステント径が一定のストレートステントと近位と遠位でステント径が異なるテー



図1 治療前の血管造影

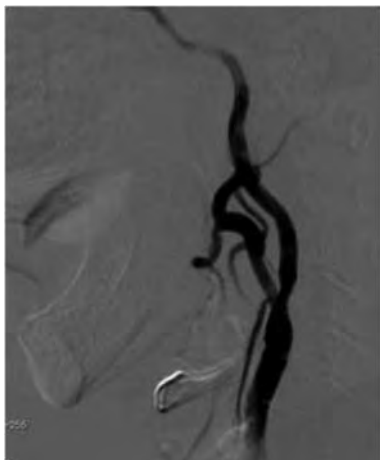


図2 治療後の血管造影

パードステントがある。総頸動脈と内頸動脈の血管径の差が大きい場合テーパードステントを用いると血管への過度のストレスがかかりにくく合併症軽減にもつながる<sup>3)</sup>。

#### 【ま と め】

動脈硬化は生活習慣の改善によりリスクを低下させることができる。一過性虚血発作を発症すると脳梗塞を起こす危険が高いため早期に受診し治療を開始することが重要である。

本稿要旨は第42回岐阜県血管造影技術研究会で発表した。

#### 【参 考 文 献】

- 1) 脳血管内治療診療指針 vol. 3 Suppl. 1 P59 December 2009
- 2) 脳血管内治療診療指針 vol. 3 Suppl. 1 P57-58 December 2009
- 3) 高山勝年：PROTÉGÉ TM RX テーパードステントの使用経験 NEUROINSIGHT

## 当院の一般撮影の条件の現状

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 中央放射線部

岩垣津菜穂

### はじめに

一般撮影は、近年アナログ撮影のF/S系からデジタル撮影のCRに移行し、主流となっている。CRは感度が高いことから被曝低減できるにも関わらず、F/S系で使用していた撮影条件よりも高く設定したり、被写体厚、体位、年齢等を考慮し撮影条件を変更して撮影することが少なくなっているように感じる。

そこで、今回、当院で現在使用している撮影条件で撮影した際のS値のばらつきを調査したので報告する。

### 使用機器・撮影条件

X線発生装置：東芝社製 KXO-50R  
鳥津製作所製 UD150BC-30  
(ともにインバータ方式)

画像読み取り装置：コニカミノルタ社製  
REGIUS170/190  
REGIUS550

撮影条件：

- ①股関節正面撮影：70kV、400mA、40mAs
- ②手関節撮影：50kV、150mA、5 mAs
- ③足関節撮影：50kV、150mA、8 mAs
- ④膝関節撮影：50kV、150mA、20mAs

(②～④は正・側面に関わらず、同じ撮影条件で撮影)

①の場合、東芝社製のX線発生装置ではREGIUS550、鳥津製作所製ではREGIUS170を使用している。

また、②～④の場合にはX線発生装置に関わらず、CRを用いREGIUS170/190にて画像の読み取りを行っている。

### 結 果

①装置間で比較すると、鳥津製作所製で撮影した場合にばらつきが見られた。

また、人工関節の有無で比較すると、人工関節のない場合にばらつきが見られた。

②正面撮影では、装置間で比較すると、東芝社製で撮影した場合はばらつきは少なかった。

側面撮影の場合、ばらつきは装置間でほぼ同じであった。

③装置間で比較すると、正面と側面ともに、若干ではあるが、鳥津製作所製で撮影した場合のほうがばらつきは少なかった。

④装置間で比較すると、正面と側面ともに、東芝社製で撮影した場合のほうがばらつきが少なかった。

### 考 察

今回、当院の既存の撮影条件で撮影した場合のS値を調査したが、部位、装置間、また人工関節の有無によってS値に差が見られた。これは、アンケートの項目にもあった、体厚、体位、年齢、性別等によって既存の撮影条件を変えて撮影する技師が全体の半数以下であったことが一因として考えられる。

### 結 語

今回の調査によって、様々な要因がS値に影響を及ぼしていることが分かった。今後は他部位のS値も調査し、ばらつきの程度から、既存の撮影条件の見直しを謀っていきたいと考える。

本稿要旨は、平成26年度第2回飛騨地区地域勉強会にて発表した。

# 平成26年度給食アンケート結果報告

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 栄養管理部

船坂 祐一 大坪 亜也加 山本 沙織

## はじめに

入院患者の食事に対する意見を把握し、患者の意向に沿った適正な栄養管理を行っていくために、「食事内容の理解度」「補食状況」「満足度」「給食に対する意見・要望」についてアンケートを実施したので報告する。

## 実施方法

平成26年12月10日（水）昼食時に配布し、各病棟にアンケート回収箱を設置し、3日後12月12日（金）に回収をした。

対象者は欠食、濃厚流動食喫食者をのぞく回答可能な方とし、事前に看護部に回収及び記入の援助を依頼した。

給食アンケート調査の様式は図の通りである。（表1）

## 結果

### 1. 回収率

回収率は全体の配布率に対し、60.9%であった。回答者の構成は、男性・女性78人であった。（図1）食事区分は並食19人24%、軟菜食17人22%であった。特別食では、低Na22人28%、EI食4人5%となった。易消化食、胃分割食等も少数あった。（図2）入院期間は1ヶ月以上が33人42%、一週間以内10人8%、となった。（図3）

### 2. 食事の盛り付け

主食から小鉢までの満足度を聞いたところ、平均「満足」33.8人43%、「普通」34.2人44%、あわせて68人87%であった。「不満」3.8人5%、「無回答」6.2人8%であった。（図4）

### 3. 補食について

補食について、給食以外の物は食べないと回答した人は46人59%で最も多かった。次いで、時々食べる22人28%、ほぼ毎日食べる5人6%で、補食をしている人は、あわせて27人35%であった。（図5）

補食をする理由について頂き物だからと回答した人は8人30%で最も多く、次いで好物だから7人26%、給食だけでは足りないから3人11%であった。

その他の補食をする理由として口が渇くからなどの意見があった。

補食として食べているものは、聞き取りが少なく不明である。

### 4. 病院食の満足度について

病院の食事について、ほぼ満足していると答えた人は39人50%で最も多かった。次いで満足していると答えた人は29人37%で、満足している・ほぼ満足しているはあわせて、68人87%であった。やや不満4人5%、不満1人1%で、あわせて5人6%であった。

一般食においては、満足している18人ほぼ満足している16人で、あわせて34人であった。やや不満と答えた人は4人であった。特別食においては、満足している12人ほぼ満足している22人で、あわせて34人であった。やや不満0人、不満1人となった。（図6）

### 5. その他、感想や要望について

・和え物が軟らかい（並食：60代女性）
・朝のサラダ、マカロニサラダが多い（並食：60代女性）
・自分の家の米と違う（並食：60代女性）
・味が濃い時と薄いときあり（並食：60代女性） バラツキがある
・漬物が欲しい（並食：60代男性）
・生の物が少し固い（軟菜食：80代男性）
・パサパサしている所（並食：未記入）
・ご飯が茶碗にくっつく（低脂肪食：50代男性）
・副菜の組み合わせが悪い時あり（低脂肪食：50代男性）
・茹で卵は合わせにくい（低脂肪食：50代男性）
・お粥は上手に炊いてある（低蛋白食：80代女性）
・減塩なのですがみそ汁が美味しくない（低蛋白食：80代女性）



・味も固さも満足、品数も多くて美味しい（並食：20代女性）
・味もしっかりして食べやすかった、少しばさつきが気になる物もあった（並食：20代女性）
・子供の食事です、見た目を良くしてもらいたい（幼児食：母親女性）
・大根卸は子供は食べません。子供用の食事を希望します（幼児食：母親女性）

## 考 察

食事の満足度調査について、満足、ほぼ満足しているが合わせて87%であった。やや不満・不満が少なく、提供する側からもこの結果を見て大変うれしく、励みとなった。

今後も、新病院となり食事提供の衛生管理及び質の向上を行っていかねばならない。

また、人員の削減も行っており、異物混入当にも注意する必要があると考えられる。長期の入院患者は少なくなってきましたが、28サイクルの献立であるため長期入院の患者の意見をもっと聞いていけると良い。

一般食と特別食共に、良い結果が得られた。また、患者の思考にあった食事を提供できるよう、ここでの食事形態の食べやすさ等の意見を集め、改善していくようにも取り組んでいきたい。

補食状況について、時々食べる、ほぼ毎日食べるは合わせて34%であった。約1/3が補食をしている。上部でも述べたように、病院給食は治療の一環である。健康保険法における「食事療養」では、果物、菓子類等の病状に影響しない程度の嗜好品を適量摂取することは差し支えないが、それ以外の飲食物の摂取は認められていない。

主食（パン）や野菜を補食することは食事療養の考えに反すると共に食品衛生上、感染予防上も好ましくない。嗜好品以外の飲食物を摂取しないように説明を行っていきたい。

満足度について、給食に満足している人は約90%であった。今後も、満足度が高い状態を維持していきたい。月に1度の台所からのメッセージ等を利用して、患者さまからの意見を集い、少しでも患者さまの声を取り入れ、嗜好にあった食事を提供する重要性を感じた。

## ま と め

今回、新病院となって初めての給食アンケート

調査を行いました、全体的に良い結果が得られ少しほっとしている。まだ、このオール電化厨房に慣れるのには時間がかかると思いますが、作業工程の見直し・調理方法のマニュアル化等を進め、事故のない安全安心な食事の提供を心がけ、これからも患者1人1人に喜んで頂ける食事を提供していきたい。

病棟	東3	西3	東4	西4	東5	西5	合計
配布数	11	25	27	13	22	30	128
回収数	5	24	21	9	11	8	78
回収率(%)	45.5	96.0	77.8	69.2	50.0	26.7	60.9

図1 アンケート配布数と回答数

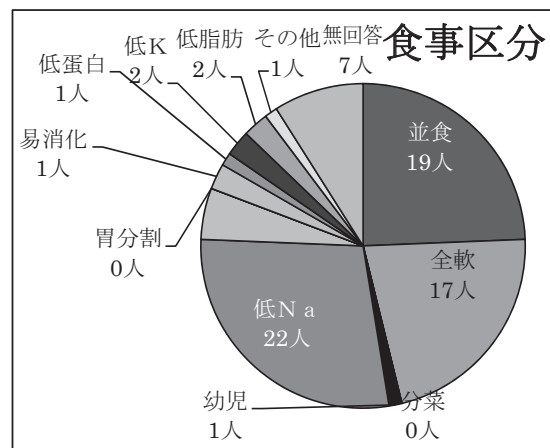


図2 入院患者の食事区分

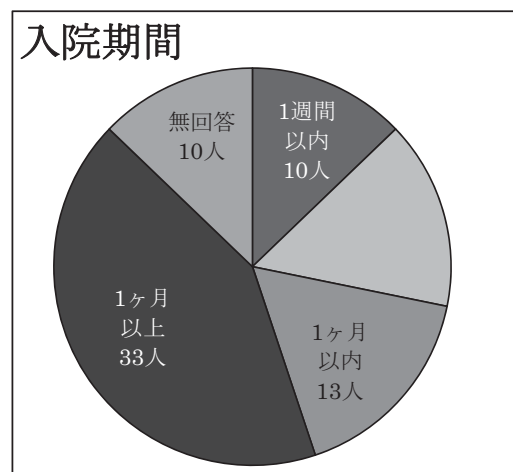


図3 入院期間



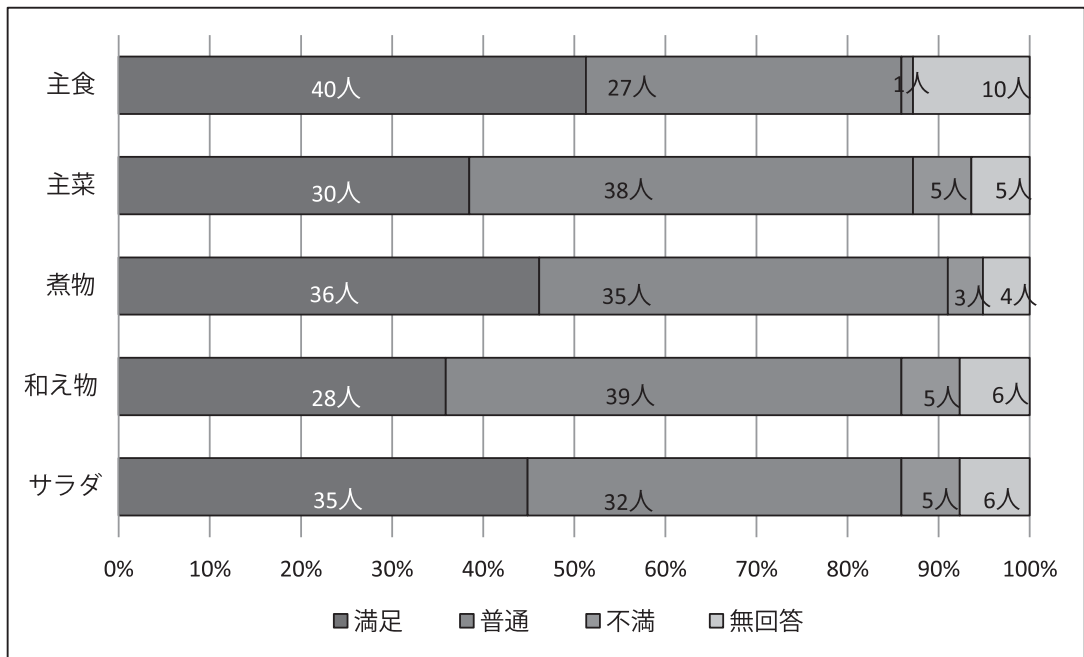


図4 食事の盛りつけについて

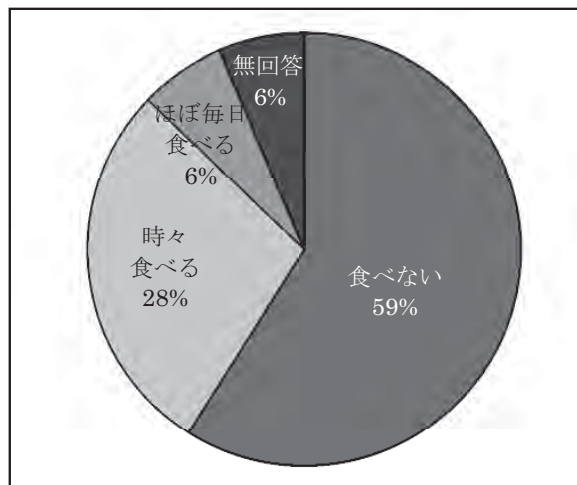


図5 入院中の補食率

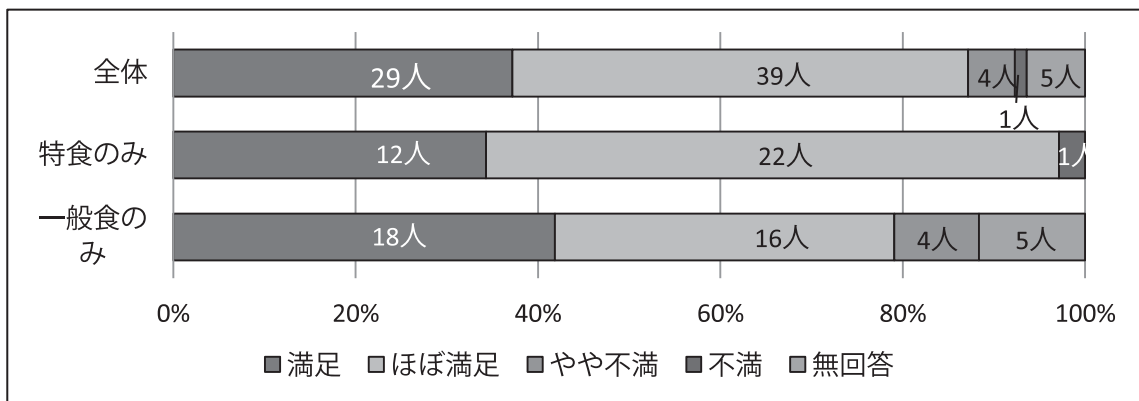


図6 食事の満足度



# 自閉症スペクトラム児と健常児の 一般体重計を使用しての荷重差の比較 ～評価の一助となるために～

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 \*中央リハビリテーション部 \*\*整形外科

愛知県コロニー中央病院 総合診療部\*\*\*

平工実奈子\* 斉藤秀幸\* 細江秀太\* 細江誌乃\* 小松則登\*\*\* 吉田 実\*\*

## はじめに

自閉症スペクトラム（以下 ASD）児の治療において、体の使い方に左右差がある事例をしばしば経験する。実際に荷重練習の要領で、立位時の荷重の左右差（以下荷重差）を測定したところ、荷重差がある児を数例認めた。しかし、その左右差を明確にする報告も見当たらないため、今回、保育園において ASD 児と健常児を比較し、ASD 児の方が荷重差が生じやすいかを検討した。

## 目的

健常児と比較して ASD 児の方が荷重差が生じやすいのかを検討する。

また、他に荷重差が生じやすい要因があるかを検討する。

## 対象

G 市内保育園の全園児152名のうち必要データが得られた園児148名。

対象児中、ASD 児9名（診断名は自閉症、広汎性発達障害）。

児童デイに通室中の児は17名であり、これらの児は、集団行動が難しい、運動が苦手、言葉の不明瞭など個別支援が必要な児であり、ASD の要素を含んだ児も多い。

また、診断名のついている児は全員児童デイに通室している。

## 測定方法

実際の測定環境は図1に示す。

- ・一般体重計2台を1cm間隔に用意。
- ・指標は、前方2m、高さ1mの位置に設定した。
- ・測定時間は、指標を注視し、10秒間
- ・指示は各担任に依頼。指示内容は、マーキングの上に立つこと、直立位をとり、指標を注視することを担任から各児へ指示するようにした。

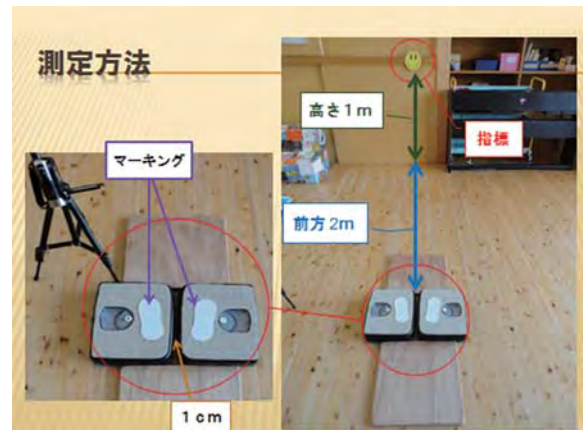


図1 測定環境

姿勢の修正などは行わず、あくまで児の正中の意識を尊重するようにした。

- ・各担任へは、マニュアルを配布し、園児の前で一度演者が見本を見せた。

## 算出方法

- ・右下肢の体重計をダミーとし、左下肢の体重計のみ測定した。
- ・数値を測り、同日測定した体重から測定値の差を出すことで右下肢の値を算出。左右の値の差を荷重差の値とした。
- ・体重、測定値共に小数点以下は四捨五入した。
- ・他に、性別、身長、体重、学年の情報収集をした。

## 結果

### ①性別・学年における比較

男女間の比較、学年毎の比較では有意差は認められなかった。

### ②身長・体重と荷重差の比較

身長、体重に関しては荷重差とのそれぞれの相関を求めたが、荷重差との相関は弱いという結果となった。

### ③ ASD 群・児童デイ群の荷重差の比較（図2）

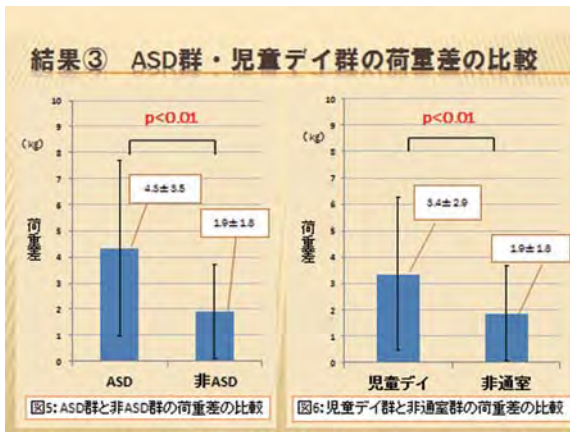


図2 ASD群・児童デイ群の荷重比の比較

ASDの診断の有無、児童デイ通室の有無による荷重差を比較を示したグラフである。ASD群と非ASD群の比較では、ASD群が平均 $4.3 \pm 3.5$  kg、非ASD群が平均 $1.9 \pm 1.8$  kgであり、ASD群の方が有意に荷重差が大きいという結果となった。

また、児童デイ通室群と非通室群の比較では、児童デイ通室群が平均 $3.4 \pm 2.9$  kg、非通室群が平均 $1.9 \pm 1.8$  kgであり、児童デイ通室群の方が有意に荷重差が大きいという結果となった。

しかし、荷重差のみであると体重に対しての荷重差の占める割合がそれぞれ異なるため、荷重差をそれぞれの児の体重で割って荷重比として改めて検定を行った。

#### ④荷重比の比較 (図4)

ASD群と非ASD群の比較では、ASD群の方が荷重比が有意に大きいという結果となった。

また、児童デイ通室群と非通室群の比較では、児童デイ通室群の方が荷重比が有意に大きいという結果となり、荷重比においても荷重差と同様の結果となった。

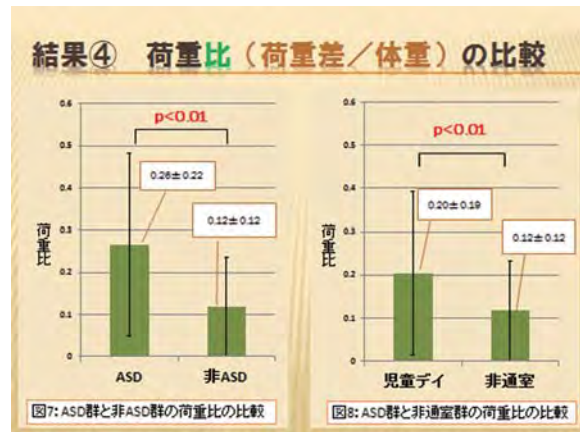


図3 荷重比の比較

## 考 察

- ・ 体重に対する割合に関係なく、ASD診断、児童デイ通室の有無は、荷重差が生じることと関連があるという結果となった。一方、学年、性別、身長、体重は、関連しにくいという結果となった。
- ・ ASD児において体の左右差が生じやすいことが改めて確認できた。永井らによると、立位姿勢の調節機構は、感覚系、中枢、効果器からなる一連のフィードバックシステムによって保持されると述べられている。よって、感覚の異常や低緊張などの症状を持つASD児には左右差が生じやすいと思われる。また、左右差を解消することが、主訴で聞かれる転びやすさや、姿勢の保ちにくさへの、アプローチともなりうるのではないかと考えられる。
- ・ また、年齢の低い、保育園児においても有効に行える評価と思われる。
- ・ 最後に、一般体重計を使用した荷重差の測定がASD児への簡単に行える評価となりうるのではないかと考えられる。

## 参 考 文 献

- 1) 白井永男 運動発達論 放送大学教育振興会

## 包括病棟での後発医薬品の使用状況

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院

井ノ上光良

### はじめに

当院の病床数は206床で、そのうち、回復期リハビリテーション病棟が26床、地域包括ケア病棟が38床（以後、まとめて包括病棟）です。DPC対象病院ではないので、この2病棟の医療費が包括となるため、後発医薬品（以後、後発品）を採用し、病院経営の改善に努力している。

今回、この取り組みが、どの程度、病院経営に寄与しているか、また、今後の医薬品の新規採用や削除などの資料とするための調査を行ったので報告する。

### 調査期間・方法

地域包括ケア病棟入院料の算定開始となった、平成26年9月1日から、平成27年3月31日までの包括病棟に払い出した医薬品のデータを物流システムより抽出し、消費データとした。厚生労働省の「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について（平成27年3月25日適用）」のエクセルファイルと消費データを薬価基準収載医薬品コードでひも付けし、「同一剤形・規格の後発医薬品がある先発医薬品」・「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」を特定した。また、「地域包括ケア病棟入院料に規定する別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬」に該当する麻薬等は、調査対象から外した。適応上の問題などから、同一成分の先発品と後発品の両方を採用している薬品もある。

なお、一般病棟から包括病棟に転棟した場合に一般病棟で処方された処方分は、転棟日分より包括になり、また、退院処方分は包括にはならない等の例外があり、消費データとレセプト上で包括となった部分のデータが一致しない場合がある。消費数量は、薬価基準の単位にて算出した。

### 結果

回復期リハビリ病棟の全体の処方医薬品の種類は297種類で、後発品は44種類、後発品のある先発品は108種類でした。地域包括ケア病棟では、

全体で400種類で、その内、後発品は43種類、後発品のある先発品は188種類でした。2病棟の合計では、全体で467種類で、その内、後発品は53種類、後発品のある先発品は216種類でした。包括病棟での後発品の使用品目の割合は、11.3%となり、院内すべての採用薬品での後発品の採用の割合の9.1%に比較すると、若干、高い傾向にある。（表1）

表1 病棟別 医薬品種

病棟	剤形	品目数	後発品	後発ある先発	後発なし先発
西3階	注射全種	30	3	9	18
	内服全種	211	31	71	109
	外用全種	56	10	28	18
	合計	297	44	108	145
東4階	注射全種	67	3	27	37
	内服全種	259	28	124	107
	外用全種	74	12	37	25
	合計	400	43	188	169
	麻薬	9			
合計	注射全種	76	4	29	43
	内服全種	308	36	146	126
	外用全種	83	13	41	29
	合計	467	53	216	198
	麻薬	9			

消費数量では、回復期リハビリ病棟で後発品9,810・後発品のある先発品26,376、地域包括ケア病棟で、後発品12,033・後発品のある先発品40,006、合計で後発品21,843・後発品のある先発品66,382でした。後発医薬品の数量シェア（置換え率）は、24.7%です。（表2）

後発医薬品の数量シェア（置換え率）は、「DPCの機能評価計数Ⅱ 後発医薬品係数」の算定に使用される係数であり、当院のような非DPC病院には、直接関係はない。しかし、現在の後発品の採用品目数で規定している「後発医薬品使用体制加算」が、使用数量数量シェア（置換え率）に替わると想定されるので、今後、必要になると思わ



表2 病棟別 消費数量

病棟	剤形	後発品	後発ある先発
西3階	注射	10	97
	内服	8,188	22,992
	外用	1,612	3,287
	合計	9,810	26,376
東4階	注射	82	351
	内服	8,313	29,695
	外用	3,638	9,960
	合計	12,033	40,006
合計	注射	92	448
	内服	16,501	52,687
	外用	5,250	13,247
	合計	21,843	66,382

考 察

ドネペジルやカンデサルタンなどの後発品は、先発品にある適応症をすべて持たないため、単純に置き換えはできないが、包括病棟で後発品を処方されるだけで、月平均26万円の医薬品費が削減できる。平成26年に10%ポピドンヨード液を後発品に換えることにより、薬価ベースで年20万円ほどの購入費削減になっている。平成26年度の当院全体の後発医薬品の数量シェア（置換え率）は21.4%、全採用薬に対する後発品は金額ベースで2.9%でした。

財務省主計局より厚労省に対し、平成27年4月27日付けで、「医療・介護等に関する制度改革・効率化の具体案」が提示され、後発医薬品使用割合目標の引上げなどが検討課題となっている。平成28年度改定で、非DPC病院に対する後発医薬品使用割合に応じた診療報酬上の加減算措置の導入、後発医薬品への変更不可欄にチェックをした場合の理由の記載の義務化、長期収載品（特許切れ先発医薬品）に対する保険給付のあり方の見直し等が行われる可能性もある。

包括の有無に関係なく、後発品を使用せざるを得ない状況になってきていると思われる。同一先発品に対する新規の後発品が、多数のメーカより上市されてくることより、「後発品チェックシート」（表4）などを用いて、適正な後発品の選択が重要である。

結 語

後発品の有効性・安全性・有用性・経済性などを考慮し、患者様の信頼を損なうことなく、後発品の採用・利用促進を図っていく必要がある。

参 考

「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（厚生労働省平成25年4月5日）に基づく後発医薬品の数量シェア（置換え率）

$$\text{※後発医薬品の数量シェア（置換え率）} = \frac{\text{〔後発医薬品の数量〕}}{\text{〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕} + \text{〔後発医薬品の数量〕}}$$

れる。

消費金額では、処方された先発品を後発品にすべて置き換えた場合、薬価ベースで回復期リハビリ病棟で61万円、地域包括ケア病棟で96万円の差額となった。合計で157万円の削減となる。（表3）

表3 病棟別 消費金額（薬価）

病棟	剤形	後発品	後発ある先発品	後発品に変更した場合	差額
西3階	注射	1,751	22,849	14,005	8,844
	内服	146,416	927,635	378,358	549,277
	外用	22,256	100,984	48,819	52,165
	合計	170,423	1,051,468	441,182	610,286
東4階	注射	12,998	152,779	93,092	59,687
	内服	120,923	1,254,173	524,036	730,137
	外用	42,685	326,600	153,527	173,073
	合計	176,606	1,733,552	770,655	962,897
合計	注射	14,749	175,628	107,097	68,531
	内服	267,339	2,181,808	902,394	1,279,414
	外用	64,941	427,584	202,346	225,238
	合計	347,029	2,785,020	1,211,837	1,573,183

表4 後発医薬品チェックシート

2014年2月作成

岐阜県立下呂温泉病院

一般名	製造業者名(販売業者名)	発売日	薬価(円)
後発医薬品名		年 月	
先発医薬品名		年 月	

項目	具体的分類	具体的なチェック項目	確認チェック
品	科学的データ (内部審査資料等)	① 先発医薬品に対する適応症の同一性 [異なる場合: ]	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異
		② 添加物関連資料(同一性・安全性・添加目的等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		③ 粉碎・1包化等の可否に関する資料の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		④ 安定性資料(長期保存試験・加速試験・苛酷試験)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑤ 規格試験資料(溶出試験・崩壊試験等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑥ 生物学的同等性について	
		ア 溶出比較試験(口腔崩壊錠は溶解時間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		イ 血中濃度試験(AUC、Cmax、T1/2等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑦ 包装・容器の安全性資料(容器の溶出物等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑧ 注射剤関連資料(pH、浸透圧、配合変化等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
質	その他参考資料	① GMP等に関する評価資料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		② 剤形に関する資料(剤形的に付加価値があるか?)	
		ア 剤形の同等性(優越性)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		イ 使用感の同等性・優越性(向上性)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		ウ その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
情報	情報提供 収集体制	① 中部エリア内MR数(内:岐阜県)	名( 名)
		② MR専門性(MR認定試験合格率)	%
		③ 学術部門について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		④ 苦情及び緊急連絡体制について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑤ 最新情報(副作用情報・回収等)の提供体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑥ PMS部門(市販後調査)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑦ ホームページの開設	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑧ インビューフォーム、製品概要、添付文書集等の提供	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
供給	供給体制 流通体制	① 主たる取扱い卸業者(当院契約済み業者) 卸業者名	( )
		② ア. 岐阜大学病院・イ. 岐阜総合医療センターでの採用状況	採用病院( )
		③ ア. 高山赤十字病院・イ. 久美愛厚生病院での採用状況	採用病院( )
		④ 製品在庫の確保(先発医薬品と同等)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
		⑤ 残有効期限の確保(先発医薬品と同等)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
		⑥ 先発医薬品と同一規格の全製品を製造	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑦ 小包装(100錠以下など)の供給	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
		⑧ 特許に関する係争事項の有無 (有:具体的に内容を記載した書面を添付)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⑨ 直近3ヶ月の平均販売数量(薬価単位・全国平均)	/月
		⑩ その他必要事項	
その他	企業情報等	① 企業に関する情報があるか?(株式上場等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	その他	② 各種団体への加盟状況は? 加盟団体名	( )
その他	その他	① 回収履歴の有無(有る場合、その回数を記載)	回 <input type="checkbox"/> 無
		② その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

記載責任者	会社名・所属		作成日:平成 年 月 日
	氏名		
	連絡先		

# 当院回復期病棟における退院前訪問指導内容報告 ～過去の事例報告から学ぶこと～

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 リハビリセンター部

○細江 誌乃 桐山 啓 齊藤 秀幸

## はじめに

回復期病棟は、自宅復帰を目標にリハビリを行う病棟である。そのため入院中は、可能な限りのADL自立を目指しリハビリを行うが、動作能力に限度がある場合、自宅環境の調整も必要となる。リハビリセンター部ではそうした患者に対し、「退院前訪問指導」として患者宅の訪問を適宜行っているが、自宅環境は多様であり、また改修に関する方法も療法士の判断で執り行われる事が多いため指標（ポイント）が無い現状がある。

今回、過去の事例をまとめ、改修におけるポイントや難渋した事例を報告・検討した。

## 目 的

自宅改修の現状理解（制度的な事も含め）と、基本的な改修のポイントをまとめることで、退院患者さんの自宅復帰に役立てることと、職員の改修に関する知識を深め共有を行う。

## 方 法

過去の改修案を基に在宅環境を場所別に分けそれぞれについて報告し意見交換を実施。

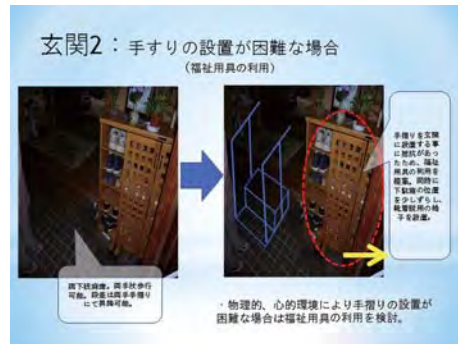
改修場所でクローズアップされた場所は、①屋内外の出入り方法（玄関、勝手口等）②トイレ③浴室④屋内移動⑤寝室・居室⑥その他（玄関アプローチ等）であった。

## 具体的内容

### ①屋内外の出入り方法（玄関・勝手口）



\* 基本的な玄関の手すり取り付けについて。



\* 手すり設置が困難な場合の福祉用具の利用について。



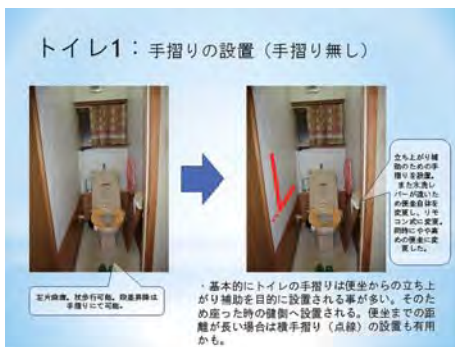
\* そもそも玄関から入れない場合に他の場所を探すなど。



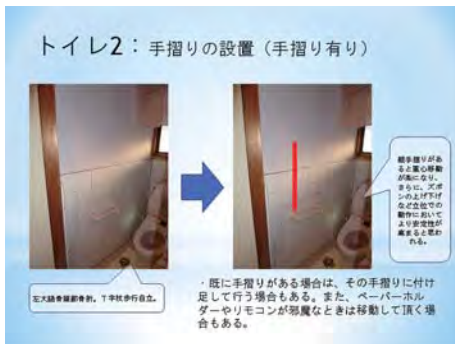


\* 手すりの設置前に既存環境の有効利用も可能か検討するということ。

②トイレの環境調整



\* 基本的なトイレ内手すりの設置について。



\* トイレの手すりは基本的にはL字が望ましい。

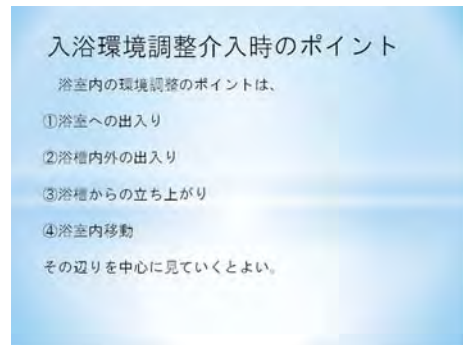


\* トイレが広すぎると逆に転倒のリスクが高くなる場合もあるということ。



\* 便座に対する福祉用具の紹介。

③浴室



\* 浴室評価時のポイント

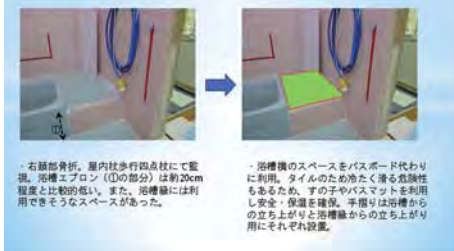


\* 基本的な浴室への出入りに対する手すり等の設置場所。



\* 実際に動作を行ってもらうことでその場で方法指導などもできる。

## 浴槽の出入り、浴槽からの立ち上がり



\* 浴槽からの立ち上がりなどを考慮した手すりを設置（赤テープ部分）。

## ②動線の確認 1



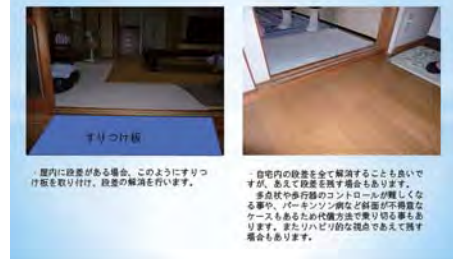
\* 事前に動線の確認があるとよい。

## 手摺りの設置（ユニットバスの場合）



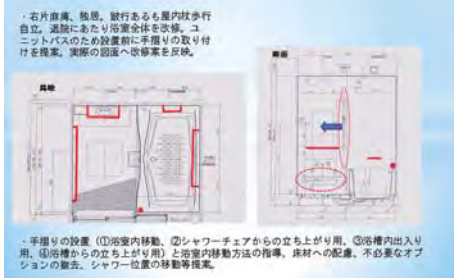
\* ユニットバスの落とし穴の説明。

## ②動線の確認 2



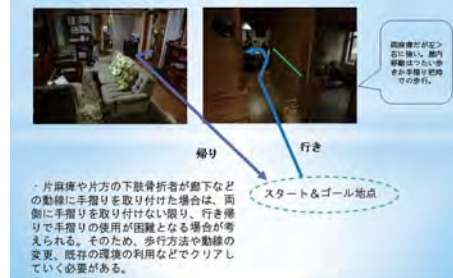
\* 固定は改修の適応になる。しかし疾患によっては余計に危険となる場合もある。

## 新しく造る場合



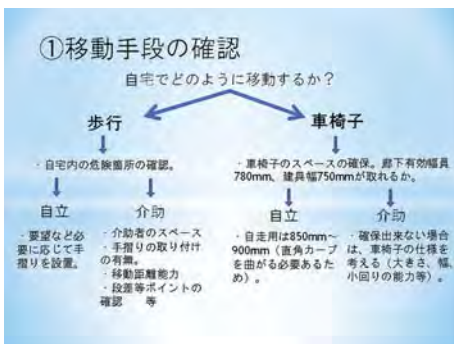
\* 新設する場合に設計の段階から関わったケース。

## ③行きと帰りの方法



\* 既存環境の利用と方法で手すりの付け方を検討。

## ④屋内移動



\* 屋内移動はまず、移動手段の確認から

## ⑤寝室環境



\* ベッドに必要なオプションも助言。





\* ベッド周辺の環境調整



\* 一階が店舗になっている自宅も多々あり。階段の昇降方法を検討。



\* 居室に必要な福祉用具の選定。

⑥その他（玄関ポーチなど）



\* 屋外の段差への対応。



\* 屋外段差へのアプローチ法

まとめと今後の課題

勉強会を実施したことで、住宅環境評価の意識を高めることができたと思われるが、実際の環境は多様であるため今後は、実際の場面で教育・指導が行えるように進めていきたい。また、症例検討を重ね更なる質の向上へ繋げていきたい。

参考文献

※福祉住環境コーディネーター二級検定試験公式テキスト 第二版

# 当院におけるデスカンファレンスの評価と今後の課題

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 緩和ケア認定看護師

桂川 麻由

## はじめに

ターミナル期の看護は、生死という極限にさらされた患者に密接にしかも頻回に関わり、患者との多様な感情の接触を必要とするため、看護師は多くの困難を抱く。田尾らによると、看護師は、患者の内面にある不安な心理や死への恐怖感と関わることは日常的なことであり、職業的にそれらに関与し、その役割を果たすべきであるとされる役割期待の度合いが非常に大きく、本質的にストレス過剰な職業の一つであると指摘している<sup>1)</sup>。ターミナル期の患者をケアする看護師のメンタルヘルスについては、以前より看護師の精神的健康度やバーンアウトをはじめとして様々な問題が指摘されている。ケアしてきた患者が亡くなるということは、医療者にとっても深い喪失体験である。私自身も、看護師らのターミナルケアに関する役割期待度の高さとそれに伴うストレス過剰な状態を危惧していた。

そこで、深い喪失感や心残りなど、亡くなった患者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めることを目的としてデスカンファレンスを開催することに至った。ディスカッションを通して看護師個々の成長を支援したいと考え、取り組んだ結果を報告する。

### 用語の定義

デスカンファレンス（以下、DC）とは、亡くなった患者のケアを振り返るためのカンファレンスをさす。

## I. 目的

ターミナル期患者をケアする看護師のストレス軽減、精神的健康維持のため、亡くなった患者のケアを振り返る。DCの開催を通しスタッフ教育への有用性を検討する。

## II. 方法

### 1. 準備をする

DCは30~60分とし、参加者は医師、看護師、担当薬剤師、栄養士、リハビリ技師、緩和ケア医

療部会メンバー、地域連携看護師、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャーら事例に関わった多職種全体で行う。

アンケートを作成し、①ラダー、②DC参加目的を下記から一つ選択する。

1. 実施した医療の振り返りを行い、今後のケアの質向上に活かす 2. スタッフ個々の成長の支援 3. 患者・家族への理解を深める 4. 職種間及びスタッフ個々の考え、理解を深める 5. スタッフの間の気持ちの共有 6. 専門家としての自信を回復する

③DC参加目的の達成度、④DCに参加しての意見、感想、今後に活かしていきたいことを自由記載してもらう。

### 2. ルールをつくる

DCでは、主に関わった医師や担当看護師らが責められている感じを抱きやすく対立関係に陥ってしまうことがある。また参加者が感情を押し沈め感情表現をよしとしない風潮が懸念された。建設的な話し合いができるよう目的を明確化するためルールを作成し参加者に周知させた。

①今後に活かすための具体策を話し合うことが目的であることを認識する。

②実施したケアの内容の利点、欠点を発表する。

③相手の話を否定せず、相手のよい点を引き出す。

④欠点のつつきあいはいはしない。

⑤スタッフそれぞれが考えや思いを話せる雰囲気作りを心がける。

⑥出席者一人一人が積極的に話し合いに参加する。

### 3. 役割を定める

司会者は事前にケースを提供する看護師と打ち合わせを行う、ケースの振り返りを行っておくなど進行に際して細やかな配慮を行う。

書記は、DC中の記録を残すこと、要約をDCに参加できなかったスタッフに共有する。

## III. 結果

DCの開催件数は、4月~翌年3月までの年度

しめで集計した。2015年は4月～12月までの経過報告である。2013年度は1件、2014年度は2件、2015年度（4月～12月末まで）9件で開催件数が増加している（表1）。

表1. 開催件数

	2013年	2014年	2015年
開催件数	1件	2件	9件

2015年4月～12月末までに、DCを9回実施している。参加者は、看護師のみならず、ケースに関わった多職種で話し合う機会を増やすことができた。2回は地域医療従事者も含めて、在宅療養中の経過とケアの実際、患者家族の様子等を情報共有した（表2）。

表2. 2015年 参加者内訳

(回目)	医師	看護師	薬剤師	リハビリ	地域連携	MSW	在宅医	訪問	ケアマネ	ヘルパー
①	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
②	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
③	1	9	0	1	0	1	0	0	0	0
④	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0
⑤	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0
⑥	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0
⑦	1	6	1	1	1	1	1	2	1	1
⑧	0	6	0	0	1	0	0	2	0	0
⑨	1	3	1	1	1	0	0	0	0	0

DC参加目的をみると、スタッフ間の気持ちが共有できることを目的とした人が全体の63%、実践した医療の振り返りを行い、今後のケアの質向上に活かすためとした人が19%、スタッフ個々の成長の支援が8%、患者、家族の理解を深めるが8%だった。職種間及びスタッフ個々の考え方のずれが明らかになり、互いの理解が深まる、スタッフ間の気持ちが共有できるを目的とした人はいなかった（図1）。

DC参加目的の達成度は、70%と回答した人が19人、80%が7人、50%が6人、100%が5人、30%・60%が2人、10%が1人、未記入が5人いた（図2）。

DCに参加しての意見、感想、今後に活かしたいことを自由記載してもらった。その内容から、【患者理解の深まりと看護実践の評価をする】【互

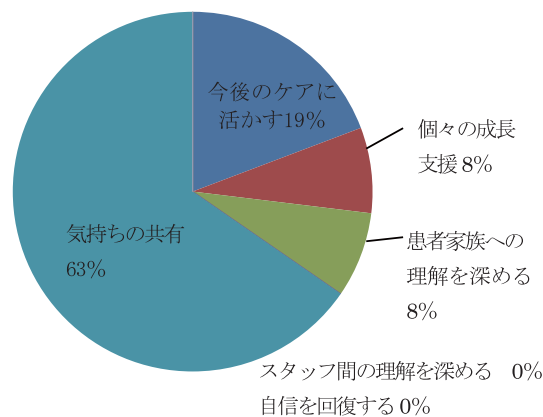


図1. デスカンファレンス参加目的

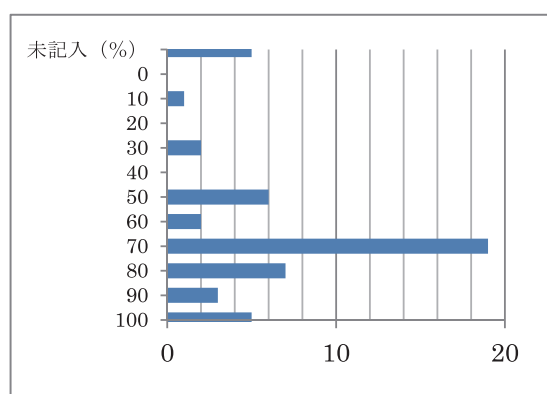


図2. デスカンファレンス参加目的の達成度

いの相違・考えを知り、認め合う】【今後への活力・示唆を得る】【運営に対する質の評価】といった共通の集まりに集約された。

【患者理解の深まりと看護実践の評価をする】では〈これまで行っていた看護を肯定的に捉えられた〉〈できる範囲で患者の要望に対応できたのではないかと納得させることができた〉という意見からなる『看護実践の肯定』、〈もっとゆっくり会話して背景をつかんだ上で接したかった〉という意見からなる『看護実践の後悔』、〈心を開ける人を選んで患者が自分の気持ちを伝えていた〉〈患者の大切にしていたことを知った〉という意見からなる『患者理解の深まり』で構成された。

【互いの相違・考えを知り認め合う】では〈患者の思いを尊重しようとして関わっていたことが分かった〉〈スタッフのその時の思いを知れた〉という意見からなる『スタッフ間の考え、理解の深まり』、〈若いスタッフも患者と向き合おうと努力しており終末期の関わりが少しずつ深まっていると感じる〉らの意見からなる『スタッフの成長を感じとる』、〈今後このようなケースを担当したら



連携すれば可能であると思った)〈そのような結果を得ることができた詳細をもう少し知りたい〉という意見からなる『新たな発見・興味の深まり』、〈他職種や地域との連携を図り、家族を含めて介入が必要であると学ぶことができた〉〈地域サポートの重要性を改めて感じた〉という意見からなる『他職種・地域医療との連携の大切さ』、〈医師も含めスタッフがどのように思っているのかが聞けてお互いの理解ができた〉らからの意見からなる『他職種・地域医療の見解、相違を知る』で構成された。

【今後への活力、示唆を得る】では〈不安に思っただけでいいでまずやってみることが大切だと教えてもらった〉〈すごく心が温かくなった〉〈患者や家族が悲嘆なく最期を迎えられる看護を学びたい〉という意見からなる『積極的に取り組もうとする心構え』、〈症状コントロールの大切さを感じ、医療機関の課題と感じた〉〈患者の死後も見据えたフォローが大切だと感じた〉という意見からなる『役割・課題の認識』、〈固定観念や自分がこうありたいという思い込みで動いてはいけないと思った〉という意見からなる『今後のケアへのヒント・手がかり』で構成された。

【運営に対する質の評価】では〈時間が経過し思いが薄れていたのもう一度振り返ることができてよかった〉という意見からなる『DCの有用性』、〈考えることを悩んでいるうちに終わってしまった〉〈問題がはっきりしなかったため、次回同じような症例があった場合の具体策が分からないままだった〉という意見からなる『DCへの不安全感』で構成された(表3)。

#### IV. 考 察

DCの効果には、【患者理解の深まりと看護実践を評価する】【互いの相違・考えを知り認め合う】【今後への活力、示唆を得る】があった。

DCの参加目的を全体の63%が「スタッフ間の気持ちの共有」、19%が「実践した医療の振り返りを行い、今後のケアの質向上に活かすため」を選択し参加していたことも結果に反映していると推測する。終末期患者・家族と関わる看護師は、看護師としての使命感や理想とする看護を土台としてケアにあたるが、患者の意思や希望がかなえられない状況や患者の苦痛が除去できない状況、患者に必要なケアが実施できない状況に対して葛藤を抱いている<sup>2)</sup>。そのジレンマ、不安から他者と自分の考えを分かち合いたい、看護師としての

使命を果たしたいという思いがDCの参加目的として選択されたことに関連していると考えられる。

【患者理解の深まりと看護実践を評価する】は、DC内で語られる〈心を開ける人を選んで患者が自分の気持ちを伝えていた〉〈患者の大切にしていたことを知った〉という患者との思い出やケアの振り返りから患者の人となりや価値観を知り『患者理解の深まり』につながった。看護師は治療以外に何かできる事はないかと摸索し、せめて苦痛だけでも取り除きたい、その人の希望だけでもかなえたいと看護師としての使命感で関わりを続ける。DC内で患者の価値観や人となりを今一度想起し、患者理解を深めるなかで〈これまで行っていた看護を肯定的に捉えられた〉り、〈できる範囲で患者の要望に対応できたのではないかと提供した『看護実践への肯定』感や、〈もっとゆっくり会話して背景を掴んだ上で接したかった〉と『看護実践の後悔』の両面の気持ちを感じさせる要素となっている。

大堀らの報告では、看護師は一般病棟では急性期患者に時間を取られてターミナル期患者に十分な医療やケアが提供できないと感じていることを指摘している。後悔の念は比較的感じやすい要素と言え、現実には「できること」と「できないこと」があることを共有し、ケアの限界を認めることで、逆にできたことを改めて認識しそれが自信になったものと考えられる。

【互いの相違・考えを知り認め合う】は、〈患者の思いを尊重しようと関わっていた事が分かった〉〈スタッフの思いを知れた〉という『スタッフ間の考え、理解を深め』、〈医師も含めてスタッフがどのように思っているのかが聞けてお互いの理解が少しできた〉という『他職種・地域医療の見解、相違を知り』互いを認め合うきっかけとなっている。チーム医療では、職種内及び職種間の葛藤やコミュニケーションのずれが生じやすい。気持ちを語り合うという対話によってどのような考え、意図を根底として患者へのケアに向き合っていたのかを知るにつながった。その中で、〈若いスタッフも患者と向き合おうと努力しており、終末期の関わりが少しずつ深まっていると感じる〉という『スタッフの成長を感じるとる』誘因にもなっている。スタッフの成長を感じるということは、〈今後このようなケースを担当したら連携すれば可能であると思った〉というような『新たな発見』や〈他職種や、地域との連携を図り、家

族を含めての介入が必要であると学ぶことができた」という『他職種・地域医療連携の大切さ』をDCの中から感じることで、頼もしさ、心づよさ、安心感にもつながっていったのだと考えられる。医療者は、それぞれの価値観、性格を軸とし、それぞれの特性や専門性の中で患者家族と関わりながらチーム医療を担っている。互いの価値観、葛藤、弱さなども率直に出し合い共有するというプロセスの中に、自己と他者のずれや考えの修正が担えるものとする。広瀬は、他者に自分の考えを押しつけるのではなく、まずは相手の立場を理解し、相手の考えを聞くことから対話は始まる。それが医療者自身のケアになるとともに、患者・家族を理解し、尊重したケアを発展させていくことにつながっていく<sup>3)</sup>と述べている。ケアの基本が患者・家族との対話であるとともに、チーム医療の基本も医療者同士の対話であるというDCの意義を示すことにつながった。

【今後への活力、示唆を得る】は、〈固定観念や自分がこうあるべきという思い込みで動いてはいけない〉とDCでの対話の中で語られる振り返りの中から『今後のケアへのヒント・手がかり』を得て、〈心が温かくなった〉喜びを感じ、〈不安に思っただけでばかりいないでまずやってみることが大切だと教えてもらった〉〈患者や家族が悲嘆なく最後を迎えられる看護を学びたい〉と今後『積極的に取り組もうとする心構え』を育てている。ターミナル期の患者の多様な感情に触れ、不安やジレンマを抱きながら患者と向き合う看護師にとって、『今後のケアへのヒント・手がかり』を得ることや感情の共有、プラス感情はターミナルケア看護へのやりがい、喜びを育むことにつながっていくものと考えられる。ターミナル期看護は、バーンアウトやストレス、疲労等精神的健康が問題視されがちである。一方で患者の苦痛緩和に携わるやりがいや、患者に必要とされている喜び、患者を通して死生観や人生観を学びながら、それらを共有できる有り難みがある。スタッフの自己効力感を高めながらプラス感情を育む手だてとしての有用性が示唆された。〈症状コントロールの大切さを感じ、医療機関の課題と感じた〉という地域連携における病院の『役割』や〈患者の死後も見据えたフォローが大切だと感じた〉という家族・遺族ケアの必要性といった『課題の認識』を強めている。地域全体で患者家族を支える地域包括ケアの充実が必要な今、情報共有に留まらず、提供したケアを一緒に評価することで相手側の理

解を深めただけでなく、自分に期待されている役割に気づくことができたのだと考える。また、ターミナル期にある患者にとって家族は心理的にも社会的にも最も近い存在である。死別は、遺族に情緒的な反応を引き起こすだけでなく、遺族の生活にさまざまな変化を引き起こすことが明らかとなっている。スタッフらもターミナルケアの実践の中で感じている〈患者の死後も見据えたフォローが大切〉という実感に基づき遺族ケアへの課題を認識しているものと考えられる。鈴木らは、一般病棟で遺族ケアを根付かせていくための課題について次のように述べている。①効果的で効率的な遺族ケアの方法が明確になっておらず、だれを対象とし、どのような時期に、どのような援助をすれば遺族が悲嘆プロセスの苦痛に耐えやすくなるか、また②どのような援助を提供すれば遺族の成熟と新たな生活への移行を円滑にすることができるかなどを明らかとする必要がある。現在診療報酬上の評価がなく、ボランティアで行わざるを得ない状況である。この課題に対する取り組みとして、遺族が健康障害を招く危険にさらされている状況を行政や医療者、一般の人々にアピールしていくことが必要であるとしている<sup>4)</sup>。遺族ケアを推進していく課題は大きいが一般病院における取り組みは今後の検討事項としてあげられる。

DCにおける今後の課題としては、【運営に対する質の評価】で〈もう一度振り返ることができてよかった〉と『DCの有用性』に対する意見がある一方、〈考えることを悩んでいるうちに終わってしまった〉と運営目的と方法の明確化が不十分であったことや〈問題点をはっきりしなかったため、次回同じような症例があった場合の具体策が分からないままだった〉と検討内容の事前整理や提示が不十分であったとためと考えられる『DCへの不安全感』があった。DCの検討事項はプライマリーと事前打ち合わせを行い臨んでいたが、司会である看護師としての力が問われる場面も多く、どう進めればよいかわからず困難を覚えることもある。司会者の能力開発も必要であるが、運営目的や方法の明確化、検討内容の事前整理を丹念に準備することが必要であると考えられる。2015年度は途中経過報告ではあるが、開催件数を急激に増加させた。忙しい業務の中、チーム力を高め、スタッフが看護のやりがいを見出すことができるよう柔軟な計画のもとDCの質を高めていくことが大切である。



V. 結 論

引用文献

DC は、【患者理解の深まりと看護実践を評価】することで、スタッフ間の【相違と考えを知り、互いを認め合う】相互理解や、ケアへのヒント、手がかりが【今後への活力、示唆を得る】ことにつながる。DC が、チーム力を高め、やりがいを見出すものとするためには、【カンファレンスの質】を高めていくことが必要である。

- 1) 門田真小代, 香月富士日: 名古屋市立大学看護学部紀要 第10巻, 2011.
- 2) 柳澤恵美, 金子昌子他: 終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究, 関西看護医療大学紀要 第4巻 第1号, 2012.
- 3) 広瀬寛子: 明日の看護に活かすデスカンファレンス, 看護技術, Vol56, 64-67, 2010.
- 4) 鈴木志津枝, 内布敦子編緩和・ターミナル看護論 (2005) 第2版, pp180, ヌーヴェルヒコカワ.

表3. カンファレンスに参加しての意見・感想・今後に活かしたいこと

患者理解の深まりと看護実践の評価をする	看護実践の肯定	これまで行っていた看護を肯定的に捉えられた できる範囲で患者の要望に対応できたのではないかと納得させることができた
	看護実践の後悔	もっとゆっくり会話して背景を掴んだ上で接しかった
	患者理解の深まり	こころ開ける人を選んで患者が自分の気持ちを伝えていた
		患者の大切にしていたことを知った
互いの相違・考えを知り、認め合う	スタッフ間の考え、理解の深まり	患者の思いを尊重しようと関わっていたことが分かった スタッフのその時の思いを知れた
	スタッフの成長を感じとる	若いスタッフも患者と向き合おうと努力しており、終末期の関わりが少しずつ深まっていると感じる
	新たな発見・興味の深まり	今後このようなケースを担当したら連携すれば可能であると思った。 そのような結果を得ることができた詳細をもう少し知りたい
	他職種・地域医療との連携の大切さ	他職種や、地域との連携を図り、家族を含めての介入が必要であると学ぶことができた
		地域サポートの重要性を改めて感じた
	他職種・地域医療の見解、相違を知る	医師も含めスタッフがどのように思っているのかが聞いてお互いの理解が少しできた。
今後への活力、示唆を得る	積極的に取り組もうとする心構え	不安に思っただけでばかりいないでまずやってみることが大切だと教えてもらった
		すごく心が温かくなった
		患者や家族が悲嘆なく最期を迎えられる看護を学びたい
	役割・課題の認識	症状コントロールの大切さを感じ、医療機関の課題と感じた 患者の死後も見据えたフォローが大切だと感じた
今後のケアへのヒント・手がかり	固定観念や自分がこうあるべきという思い込みで動いてはいけないと思った。	
運営に対する質の評価	デスカンファレンスの有用性	時間が経過し思いが薄れていたのもう一度振り返ることができてよかった
	デスカンファレンスへの不全感	考えることを悩んでいるうちに終わってしまった。 問題がはっきりしなかったため、次回同じような症例があった場合の具体策が分からないままだった

# 病院経営概要 (27年3月末現在)

## 1 業務量

### (1) 診療

(単位：人、%)

区 分		26年度	25年度	対前年比
入 院	延患者数 (人)	52,188	58,640	89.0
	1日当り (人)	143.0	160.7	89.0
	病床利用率 (%)	68.1	63.0	108.1
	1日1人当り単価(円)	39,319	33,865	116.1
外 来	延患者数 (人)	86,434	88,223	98.0
	1日当り (人)	354.2	361.6	98.0
	1日1人当り単価(円)	11,267	10,618	106.1

### (2) 総合検診センター部 (受診者数)

(単位：人、%)

区 分	26年度	25年度	対前年比
基本ドック	1,107	1,038	106.6
基本 + M R I	69	69	100.0
脳ドック	9	12	75.0
生活習慣病健診	1,383	1,288	107.4
下呂市がん検診	1,107	362	305.8
下呂市特定すこやか健診	654	217	301.4
定期健診	650	402	161.7
その他	80	82	97.6
合 計	5,059	3,470	145.8
収入金額 (千円)	89,261	78,730	113.4

## 2 収支状況

(単位：千円、%)

科 目		26年度	25年度	対前年比	
収 益	営業収益	入院収益	2,052,001	2,250,056	91.2
		外来収益	973,143	935,881	104.0
		その他医業収益	133,927	123,258	108.7
		運営費負担金等	870,713	969,254	89.8
		計	4,029,784	4,278,449	94.2
	営業外収益	80,745	63,705	126.7	
臨時利益	4,630	0	—		
合 計		4,115,159	4,342,154	94.8	
費 用	営業費用	給与費	2,630,820	2,622,059	100.3
		材料費	606,216	660,297	91.8
		経費	1,037,885	842,675	123.2
		減価償却費	459,101	224,617	204.4
		研究研修費	13,946	12,358	112.8
	計	4,747,968	4,362,006	108.8	
	営業外費用	291,420	165,869	175.7	
臨時損失	564	0	—		
合 計		5,039,952	4,527,875	111.3	
収支差引額		△924,793	△185,721	497.9	
うち営業収支差		△718,184	△83,557	859.5	

## 入院患者数・外来患者数の推移

### 1 入院延患者数

月 年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成24年度	4,792	5,007	4,811	4,922	4,078	3,983	4,412	4,644	4,913	5,508	4,758	5,229	57,057
平成25年度	5,028	4,771	4,656	4,608	4,768	4,484	4,476	5,031	5,074	5,354	5,087	5,303	58,640
平成26年度	3,505	3,298	4,154	4,552	4,713	4,036	4,582	4,602	4,715	5,028	4,481	4,522	52,188

### 2 外来延患者数

月 年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成24年度	6,602	7,583	7,109	7,621	7,798	7,091	7,654	7,307	6,786	6,929	6,513	7,179	86,172
平成25年度	7,050	7,498	7,083	8,042	7,895	7,251	7,875	7,184	7,351	7,082	6,651	7,261	88,223
平成26年度	6,632	6,869	7,237	7,699	7,475	7,478	7,754	6,724	7,031	7,240	6,835	7,460	86,434

○救急対応患者数調

(1) 月別時間帯別患者数

区分	月	平成26年度												備考	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		計
平日	(人)	(42) 229	(67) 249	(51) 242	(66) 265	(61) 305	(56) 253	(58) 257	(47) 197	(72) 251	(54) 230	(56) 224	(47) 263	(677) 2,965 55.0%	( )内数で入院患者を記載する。
休日 (土曜日含む)	(人)	(20) 146	(27) 255	(28) 161	(27) 198	(31) 216	(32) 219	(27) 145	(49) 220	(33) 261	(36) 308	(27) 152	(25) 142	(362) 2,423 45.0%	
計	(人)	(62) 375	(94) 504	(79) 403	(93) 463	(92) 521	(88) 472	(85) 402	(96) 417	(105) 512	(90) 538	(83) 376	(72) 405	(1,039) 5,388 100.0%	

(2) 診療科目別患者数 (複数の診療科にわたる場合は主たる診療科に掲げる)

診療科	月	平成26年度												備考	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		計
内科		152	179	171	205	200	181	153	168	210	271	136	171	2,197	40.8%
小児科		62	98	57	63	92	56	50	62	75	93	67	53	828	15.4%
外科		22	28	22	26	38	36	28	27	29	26	22	21	325	6.0%
整形外科		60	102	75	76	85	89	81	60	106	68	71	64	937	17.4%
脳神経外科		41	59	47	52	42	63	49	49	46	49	50	58	605	11.2%
皮膚科		18	16	12	23	38	17	17	12	13	9	6	8	189	3.5%
泌尿器科		7	4	5	6	10	8	4	12	4	10	4	5	79	1.5%
産婦人科		4	2	7	6	4	10	7	9	13	5	9	9	85	1.6%
眼科		1	4	0	0	2	0	1	0	2	0	0	1	11	0.2%
耳鼻咽喉科		2	8	2	0	6	3	5	5	4	3	5	8	51	0.9%
腎臓内科		1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	4	0.1%
東洋医学科		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
歯科口腔外科		5	4	5	5	4	9	7	13	9	3	6	7	77	1.4%
計		375	504	403	463	521	472	402	417	512	538	376	405	5,388	100.0%

○手術件数等調

診療科	年度		22年度		23年度		24年度		25年度		26年度	
	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	
外科	218	( 145)	170	( 112)	180	( 120)	172	( 104)	143	( 85)		
整形外科	401	( 44)	453	( 61)	383	( 66)	360	( 49)	328	( 54)		
脳神経外科	67	( 24)	43	( 27)	65	( 32)	41	( 17)	46	( 17)		
産婦人科	83	( 23)	24	( 8)	17	( 1)	6	( )	10	( 1)		
皮膚科	( )	( )	( )	( )	45	( 4)	31	( )	5	( )		
眼科	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )		
腎臓内科	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )		
歯科口腔外科	32	( 7)	24	( 8)	24	( 7)	23	( 11)	28	( 6)		
合計	801	( 243)	714	( 216)	714	( 230)	633	( 181)	560	( 163)		

( ) 内数で全身麻酔手術件数を起債する。



リハビリ患者数調（平成26年度）

			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
P T	入院	総患者数	1,245.0	1,217.0	1,707.0	1,814.0	1,532.0	1,573.0	1,873.0	1,563.0	1,713.0	1,718.0	1,667.0	1,785.0	19,407.0
		1日平均患者数	41.5	39.3	56.9	58.5	49.4	52.4	60.4	52.1	55.3	55.4	59.5	57.6	53.2
		総単位数	2,530.0	2,692.0	3,279.0	3,602.0	3,024.0	3,214.0	3,882.0	3,262.0	3,431.0	3,576.0	3,553.0	3,852.0	39,897.0
		1日平均単位数	84.3	86.8	109.3	116.2	97.5	107.1	125.2	108.7	110.7	115.4	126.9	124.3	109.3
	外来	総患者数	99.0	118.0	145.0	151.0	146.0	148.0	161.0	106.0	122.0	121.0	132.0	162.0	1,611.0
		1日平均患者数	3.3	3.8	4.8	4.9	4.7	4.9	5.2	3.5	3.9	3.9	4.7	5.2	4.4
		総単位数	203.0	257.0	293.0	318.0	305.0	354.0	352.0	227.0	266.0	281.0	305.0	375.0	3,536.0
		1日平均単位数	6.8	8.3	9.8	10.3	9.8	11.8	11.4	7.6	8.6	9.1	10.9	12.1	9.7
	計	総患者数	1,344.0	1,335.0	1,852.0	1,965.0	1,678.0	1,721.0	2,034.0	1,669.0	1,835.0	1,839.0	1,799.0	1,947.0	21,018.0
		1日平均患者数	44.8	43.1	61.7	63.4	54.1	57.4	65.6	55.6	59.2	59.3	64.3	62.8	57.6
		総単位数	2,733.0	2,949.0	3,572.0	3,920.0	3,329.0	3,568.0	4,234.0	3,489.0	3,697.0	3,857.0	3,858.0	4,227.0	43,433.0
		1日平均単位数	91.1	95.1	119.1	126.5	107.4	118.9	136.6	116.3	119.3	124.4	137.8	136.4	119.0
O T	入院	総患者数	648.0	664.0	822.0	867.0	803.0	801.0	1,007.0	760.0	752.0	758.0	713.0	760.0	9,355.0
		1日平均患者数	21.6	21.4	27.4	28.0	25.9	26.7	32.5	25.3	24.3	24.5	25.5	24.5	25.6
		総単位数	1,281.0	1,369.0	1,565.0	1,638.0	1,529.0	1,518.0	1,729.0	1,397.0	1,454.0	1,491.0	1,404.0	1,642.0	18,017.0
		1日平均単位数	42.7	44.2	52.2	52.8	49.3	50.6	55.8	46.6	46.9	48.1	50.1	53.0	49.4
	外来	総患者数	114.0	102.0	110.0	100.0	93.0	87.0	115.0	95.0	132.0	110.0	155.0	139.0	1,352.0
		1日平均患者数	3.8	3.3	3.7	3.2	3.0	2.9	3.7	3.2	4.3	3.5	5.5	4.5	3.7
		総単位数	127.0	107.0	122.0	113.0	108.0	107.0	135.0	111.0	149.0	117.0	165.0	163.0	1,524.0
		1日平均単位数	4.2	3.5	4.1	3.6	3.5	3.6	4.4	3.7	4.8	3.8	5.9	5.3	4.2
	計	総患者数	762.0	766.0	932.0	967.0	896.0	888.0	1,122.0	855.0	884.0	868.0	868.0	899.0	10,707.0
		1日平均患者数	25.4	24.7	31.1	31.2	28.9	29.6	36.2	28.5	28.5	28.0	31.0	29.0	29.3
		総単位数	1,408.0	1,476.0	1,687.0	1,751.0	1,637.0	1,625.0	1,864.0	1,508.0	1,603.0	1,608.0	1,569.0	1,805.0	19,541.0
		1日平均単位数	46.9	47.6	56.2	56.5	52.8	54.2	60.1	50.3	51.7	51.9	56.0	58.2	53.5
S T	入院	総患者数	373.0	522.0	643.0	638.0	577.0	590.0	691.0	570.0	550.0	504.0	511.0	510.0	6,679.0
		1日平均患者数	12.4	16.8	21.4	20.6	18.6	19.7	22.3	19.0	17.7	16.3	18.3	16.5	18.3
		総単位数	461.0	815.0	887.0	758.0	786.0	809.0	914.0	693.0	789.0	721.0	676.0	781.0	9,090.0
		1日平均単位数	15.4	26.3	29.6	24.5	25.4	27.0	29.5	23.1	25.5	23.3	24.1	25.2	24.9
	外来	総患者数	33.0	31.0	32.0	31.0	42.0	36.0	40.0	29.0	39.0	35.0	48.0	24.0	420.0
		1日平均患者数	1.1	1.0	1.1	1.0	1.4	1.2	1.3	1.0	1.3	1.1	1.7	0.8	1.2
		総単位数	65.0	62.0	60.0	55.0	75.0	64.0	74.0	51.0	69.0	65.0	89.0	43.0	772.0
		1日平均単位数	2.2	2.0	2.0	1.8	2.4	2.1	2.4	1.7	2.2	2.1	3.2	1.4	2.1
	計	総患者数	406.0	553.0	675.0	669.0	619.0	626.0	731.0	599.0	589.0	539.0	559.0	534.0	7,099.0
		1日平均患者数	13.5	17.8	22.5	21.6	20.0	20.9	23.6	20.0	19.0	17.4	20.0	17.2	19.4
		総単位数	526.0	877.0	947.0	813.0	861.0	873.0	988.0	744.0	858.0	786.0	765.0	824.0	9,862.0
		1日平均単位数	17.5	28.3	31.6	26.2	27.8	29.1	31.9	24.8	27.7	25.4	27.3	26.6	27.0

○リハビリテーションの状況調（平成26年度）

区分		月												計
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
P T	脳血管単	1,275	1,698	1,641	1,789	1,403	1,617	1,881	1,335	1,319	1,557	1,586	1,697	18,798
	運動単位	1,426	1,224	1,881	2,089	1,867	1,917	1,894	2,056	2,329	2,289	2,218	2,431	23,621
	呼吸単位	32	27	50	42	56	34	31	98	49	11	54	99	583
	心大単位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	消炎	10	4	11	8	17	12	4	4	4	3	3	5	85
O T	脳血管	1,131	1,249	1,376	1,496	1,291	1,198	1,354	1,175	1,184	1,182	1,138	1,185	14,959
	運動	253	227	308	255	320	422	503	333	419	388	431	620	4,479
	呼吸	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S T	脳血管	526	874	944	813	861	869	982	744	858	786	765	781	9,803
	運動	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	呼吸	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	摂食機能	98	104	145	242	195	164	156	164	139	134	176	138	1,855
総合	計画	103	96	123	123	123	123	128	137	138	139	142	136	1,511
	退院指導	48	23	36	37	44	34	37	48	51	51	51	49	509
	退院前	0	0	0	0	2	0	2	1	1	2	1	0	9

○放射線業務調（平成26年度）

検査種別（方法）		平成26年度時間内			平成26年度時間外			総合計
		入院人数	外来人数	合計人数	入院人数	外来人数	合計人数	
一般撮影	単長尺撮純影	3,259	12,081	15,340	173	1,197	1,370	16,710
	パノラマ撮マ影	5	48	53	0	0	0	53
	乳軟房線撮影	113	865	978	0	7	7	985
	種別合計	2	186	188	0	0	0	188
		7	7	7	0	0	0	7
	種別合計	3,379	13,187	16,566	173	1,204	1,377	17,943
X線TV	透視のみ影	40	10	50	0	1	1	51
	種別合計	176	264	440	3	20	23	463
	種別合計	216	274	490	3	21	24	514
ポータル	単純撮影	1,038	23	1,061	159	2	161	1,222
	種別合計	10	0	10	0	0	0	10
	種別合計	1,048	23	1,071	159	2	161	1,232
造影撮影	造影撮影	1	3	4	0	0	0	4
	種別合計	1	3	4	0	0	0	4
CT検査	単純撮純影	1,252	5,519	6,771	106	1,001	1,107	7,878
	種別合計	10	75	85	0	18	18	103
	単純撮純影	86	585	671	0	14	14	685
	種別合計	0	0	0	0	0	0	0
	種別合計	1,348	6,179	7,527	106	1,033	1,139	8,666
MR検査	単純撮純影	461	2,102	2,563	20	116	136	2,699
	種別合計	6	57	63	0	0	0	63
	種別合計	27	71	98	0	1	1	99
	種別合計	494	2,230	2,724	20	117	137	2,861
RI検査	S p o t	0	0	0	0	0	0	0
	S P E C T	46	76	122	0	0	0	122
	S P E C T + S p o t	2	2	4	0	0	0	4
	全身	22	89	111	0	0	0	111
	全身 + S p o t	1	5	6	0	0	0	6
	全身 + S P E C T	0	0	0	0	0	0	0
	全身 + S P E C T + S p o t	0	0	0	0	0	0	0
	R E S T + R D	0	0	0	0	0	0	0
	薬物負荷 R D	12	84	96	0	0	0	96
	運動負荷 R D	0	0	0	0	0	0	0
	D u a l S P E C T	0	0	0	0	0	0	0
	S P E C T 早期 + 後期	0	0	0	0	0	0	0
	S p o t + 撰取	0	6	6	0	0	0	6
	S p o t + R E S T S	46	8	54	0	0	0	54
D y n a m i c	0	8	8	0	0	0	8	
動態 + 経 S P E C T	0	2	2	0	0	0	2	
Pass + S P E C T + S p o t	0	0	0	0	0	0	0	
D u a l S P E C + S p o t	4	0	4	0	0	0	4	
治療	2	0	2	0	0	0	2	
	種別合計	135	280	415	0	0	0	415
心カテ	診断カテ	61	0	61	0	0	0	61
	P A C I	15	0	15	0	0	0	15
	A O G	0	0	0	0	0	0	0
	薬剤負荷	0	0	0	0	0	0	0
	右心カテ	7	0	7	0	0	0	7
	E P S	1	0	1	0	0	0	1
	透視検査	14	0	14	0	1	1	15
	種別合計	0	0	0	0	0	0	0
	種別合計	98	0	98	0	1	1	99
ANGIO	I A - D S A	47	1	48	0	0	0	48
	種別合計	5	1	6	0	0	0	6
	種別合計	52	2	54	0	0	0	54
骨密度	単純撮純影	60	221	281	0	0	0	281
	種別合計	60	221	281	0	0	0	281
画像出力	診療情報提供	276	777	1,053	27	79	106	1,159
	種別合計	276	777	1,053	27	79	106	1,159
画像取込	外部施設画像取込	54	545	599	0	0	0	599
	種別合計	54	545	599	0	0	0	599
TV内視鏡	透視のみ影	139	875	1,014	4	2	6	1,020
	種別合計	132	37	169	3	2	5	174
	種別合計	271	912	1,183	7	4	11	1,194
総	合計	7,432	24,633	32,065	495	2,461	2,956	35,021

検査業務調（平成26年度）

検査種別	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	一般検査	外来	9,726	10,149	11,949	13,154	12,076	12,219	13,390	12,325	11,023	9,640	8,946	8,025
入院		1,027	1,374	1,770	1,936	1,678	1,222	1,278	1,005	1,254	1,428	1,263	1,165	16,400
血液検査	外来	7,446	8,279	8,623	10,169	9,556	8,463	9,626	8,730	8,437	8,122	7,290	7,005	101,746
	入院	2,539	2,855	3,644	3,758	3,980	3,064	2,933	3,239	3,357	3,265	3,089	3,276	38,999
生化学検査	外来	21,423	22,866	23,839	28,244	27,135	24,828	27,704	25,221	24,237	22,618	20,538	19,622	288,275
	入院	5,672	7,184	8,632	8,531	9,361	7,543	6,936	7,675	7,752	7,781	7,130	7,087	91,284
血清検査	外来	2,363	2,675	2,893	3,536	3,492	2,900	3,505	3,122	3,404	2,819	2,456	2,162	35,327
	入院	468	558	640	646	706	557	554	574	605	650	537	656	7,151
細菌検査	外来	452	556	411	720	570	488	508	385	533	730	516	492	6,361
	入院	126	242	273	269	290	211	268	226	183	235	172	180	2,675
病理検査	外来	78	90	120	108	110	99	142	88	101	85	129	75	1,225
	入院	58	88	130	137	56	53	80	63	48	51	63	40	867
細胞診検査	外来	74	102	109	139	124	141	104	87	82	101	85	99	1,247
	入院	9	21	31	22	28	12	20	17	30	28	25	13	256
生理検査	外来	683	1,076	1,195	1,520	1,588	1,217	1,617	1,370	1,630	1,067	939	686	14,588
	入院	82	129	104	109	109	98	105	116	112	139	90	107	1,300
その他 (検体採取等)	外来	856	956	871	1,132	1,016	948	1,036	943	890	941	874	941	11,404
	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外注検査	外来	482	644	776	664	777	552	709	744	535	702	618	602	7,805
	入院	137	190	195	199	163	99	172	195	145	216	89	116	1,916
合計	外来	43,583	47,393	50,786	59,386	56,444	51,855	58,341	53,015	50,872	46,825	42,391	39,709	600,600
	入院	10,118	12,641	15,419	15,607	16,371	12,859	12,346	13,110	13,486	13,793	12,458	12,640	160,848
総合計		53,701	60,034	66,205	74,993	72,815	64,714	70,687	66,125	64,358	60,618	54,849	52,349	761,448
前年度		55,332	72,988	60,839	72,210	71,031	62,204	68,191	65,630	63,696	62,823	57,779	55,266	767,989
前年度比		97.05	82.25	108.82	103.85	102.51	104.04	103.66	100.75	101.04	96.49	94.93	94.72	99.15

○薬剤業務調（平成26年度）

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計		
調剤	院内処方箋枚数	外来	146	231	154	186	227	191	134	142	215	271	175	185	2,257	
		入院	1,704	1,660	1,832	2,164	2,017	1,755	2,222	2,076	2,198	2,234	1,975	1,996	23,833	
		計	1,850	1,891	1,986	2,350	2,244	1,946	2,356	2,218	2,413	2,505	2,150	2,181	26,090	
	院外処方箋枚数 （院外処方率）	外来	3,411	3,492	3,338	3,522	3,452	3,491	3,685	3,192	3,284	3,344	3,168	3,518	40,897	
		%	95.9	93.8	95.6	95.0	93.8	94.8	96.5	95.7	93.9	92.5	94.8	95.0	94.8	
	調剤件数	外来	216	360	219	269	355	305	201	214	346	447	276	287	3,495	
		入院	2,772	2,478	2,898	3,238	3,006	2,699	3,376	3,170	3,465	3,410	3,048	3,175	36,735	
		計	2,988	2,838	3,117	3,507	3,361	3,004	3,577	3,384	3,811	3,857	3,324	3,462	40,230	
	調剤数	外来	1,047	1,386	816	1,012	1,268	1,244	993	969	1,953	1,999	1,213	1,498	15,398	
		入院	29,472	21,191	27,051	29,695	29,489	24,605	30,216	29,132	35,013	31,275	27,696	30,696	345,531	
		計	30,519	22,577	27,867	30,707	30,757	25,849	31,209	30,101	36,966	33,274	28,909	32,194	360,929	
	注射	注射箋枚数	外来	531	582	540	654	678	552	633	560	429	579	496	508	6,742
入院			2,768	3,717	4,118	4,379	4,597	3,610	4,085	4,037	2,827	3,854	3,484	3,820	45,296	
計			3,299	4,299	4,658	5,033	5,275	4,162	4,718	4,597	3,256	4,433	3,980	4,328	52,038	
注射件数		外来	670	756	728	903	953	775	883	764	552	740	642	679	9,045	
		入院	4,163	6,309	7,258	7,332	7,563	6,002	6,473	6,608	4,423	5,935	5,606	5,695	73,367	
		計	4,833	7,065	7,986	8,235	8,516	6,777	7,356	7,372	4,975	6,675	6,248	6,374	82,412	
払出総本数		外来	1,312	1,586	2,080	2,253	1,757	1,409	1,417	1,367	1,077	1,290	1,720	1,592	18,860	
		入院	6,561	20,636	13,182	12,343	13,498	10,690	10,706	11,602	7,473	10,167	9,316	10,122	136,296	
		計	7,873	22,222	15,262	14,596	15,255	12,099	12,123	12,969	8,550	11,457	11,036	11,714	155,156	
無菌製剤		TPN	調製件数	53	136	99	66	181	111	116	59	32	70	89	59	1,071
			請求件数	53	125	94	49	166	111	112	53	31	59	68	58	979
		悪性腫瘍	調製件数	60	70	79	84	75	72	58	30	32	46	30	28	664
	請求件数		27	36	37	39	31	30	26	14	14	16	12	9	291	
薬剤管理指導料	患者数	一般病棟	115	118	136	169	191	163	178	164	152	172	177	177	1,912	
		回復期リハビリ病棟	5	2	6	10	5	11	29	31	25	24	28	22	198	
	指導回数	一般病棟	205	202	241	273	289	278	294	264	252	266	293	306	3,163	
		回復期リハビリ病棟	5	2	7	12	5	12	28	29	24	17	32	28	201	
	請求件数		120	120	120	132	133	132	147	143	140	149	159	177	1,672	
	（請求数中のハイリスク薬）		53	45	51	59	50	52	41	50	57	51	60	64	633	
	退院時薬剤情報管理指導料		8	7	4	5	11	9	13	8	2	12	5	14	98	
	麻薬加算		7	2	6	9	8	3	5	5	7	14	4	11	81	



○給食業務調

1 給食の状況

区分 年度	1日平均 延給食数	延給食数 (A + B)	一般食数 (A)	特別食数 (B)	加算対象外 食数	加算対象 食数									
							腎臓食	心臓食	糖尿食	肝臓食	膵臓食	胃潰瘍食	貧血食	脂質異常症食	その他
22年度	432	157,619	42,156	115,463	68,665	46,798	4,854	16,817	12,762	3,521	3,901	2,809	0	286	1,848
23年度	418	152,605	82,849	69,756	24,061	45,695	5,035	15,254	11,754	3,092	3,577	5,504	624	556	299
24年度	386	140,983	74,128	66,855	28,481	38,374	5,549	10,731	11,833	3,916	1,052	4,736	137	43	377
25年度	389	142,150	62,896	79,254	33,708	45,546	7,936	10,325	9,155	7,786	927	8,486	661	37	233
26年度	434	158,544	92,029	66,515	27,884	38,631	8,281	10,504	6,983	3,387	2,021	6,910	61	7	477

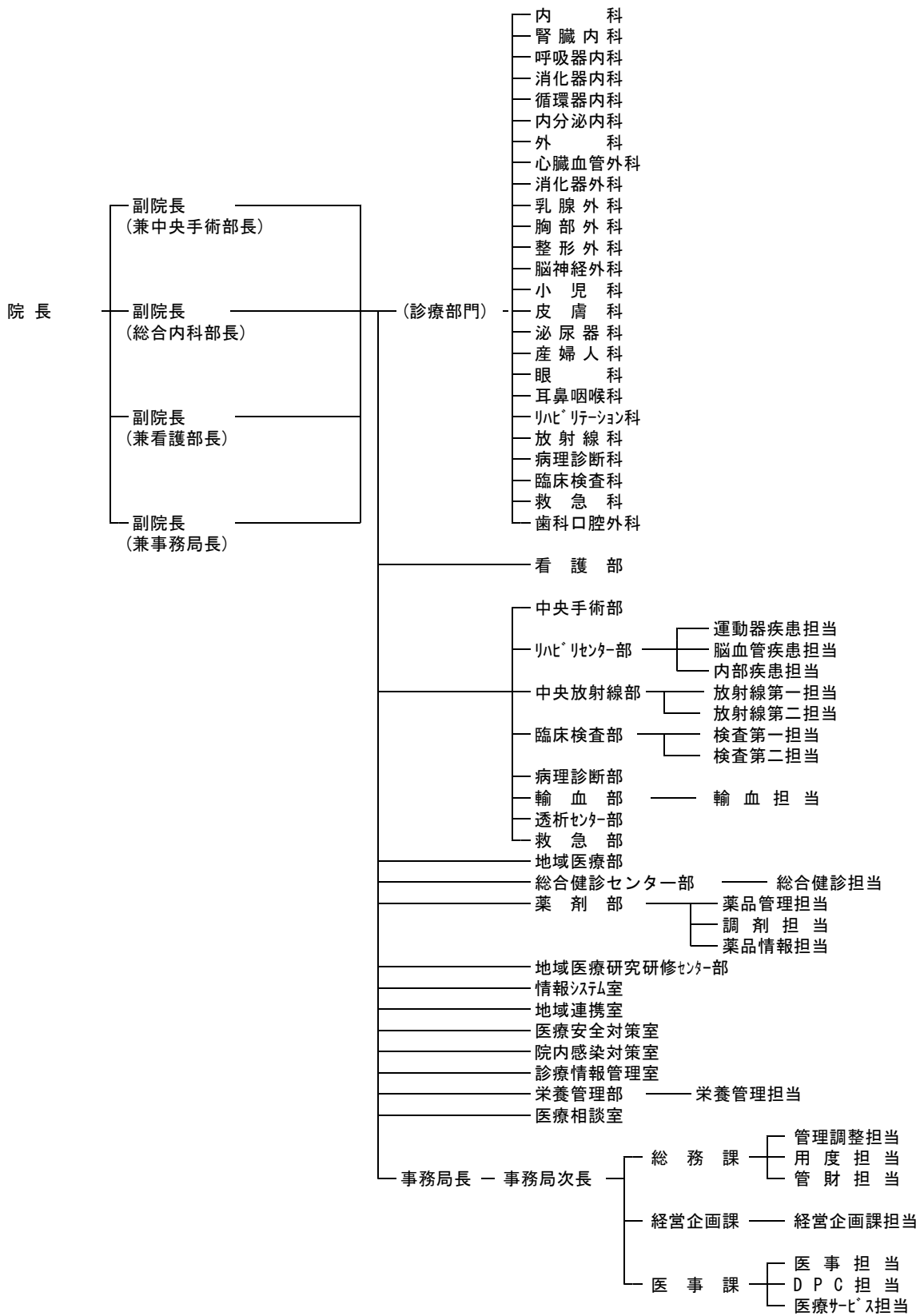
2 患者に対する栄養相談の実態

区分 年度	個 別		集 団	計
	外 来	入 院	妊婦学級 糖尿病教室	
22年度	126	185	0	311
23年度	152	183	14	349
24年度	132	166	18	316
25年度	110	214	4	328
26年度	117	171	0	288

3 職員1人当たりの給食数

区分 年度	延給食数	職員数	職員一日当たりの給食数
22年度	432	15.3	28.2
23年度	418	18.0	23.2
24年度	386	18.0	21.4
25年度	389	17.5	22.2
26年度	434	16.5	26.3

下呂温泉病院 組織図 (H27.4.1現在)



岐阜県立下呂温泉病院年報第39号

発	行	平成28年 3月31日
発	行	所
		地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 〒509-2292 岐阜県下呂市森2211 TEL 〈0576〉23-2222(代) FAX 〈0576〉23-2223 E-mail : info@gero-hp.jp
編	集	岐阜県立下呂温泉病院 図書管理・年報等編集委員会
印	刷	西濃印刷株式会社 〒500-8074 岐阜県岐阜市七軒町15番地 TEL 〈058〉263-4101