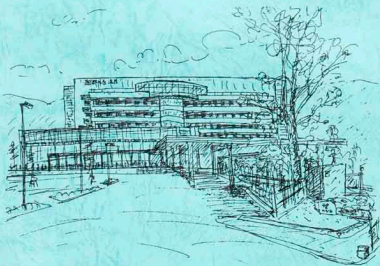


# 病院年報

第10号



2006.11.10

H. Hayashi

平成18年度  
蒲郡市民病院

## 蒲郡市民病院の基本理念

患者さんに対して最善の医療を行う

## 蒲郡市民病院憲章

蒲郡市民病院は、「より信頼され、より愛される病院」を目指し、患者さんに対して最善の医療を行うことを基本理念として次のことを実践します。

- 1 市民の健康と福祉の増進を目的とする医療サービスを提供します。
- 2 生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医学的水準と医療水準の向上に努め専門的かつ倫理的な医療サービスを提供します。
- 3 患者さんに対して公正かつ普遍的な医療サービスを提供します。
- 4 患者さんの権利を尊重し、患者さん中心の医療サービスを提供します。
- 5 地域医療計画に基づき、本院の機能と役割を明確にし、効果的な医療サービスを提供します。

## 蒲郡市民病院の基本方針

- 1 医療サービスの質の向上・確保
- 2 健全経営のための努力
- 3 管理運営体制の整備
- 4 組織的管理運営体制における業務の実践
- 5 教育・研修・研究機能の充実

# 巻 頭 言

病院長 伊藤 健 一

病院年報も早や9号になります。ということは私が院長に就任して9年目ということです。その間、お前は一体何をしてきたのかと問われたとき、自分自身の無力さに只管恥じ入るばかりです。昨年度は二回目の医療機能評価 Ver.5 を受審し、幸いにも若干の改善の上で認定を受けることになりました。院内の職員を始め、委託職員、更には外部の方にもお世話になりました。この紙面をお借りして御礼申し上げます。また、市民病院内部における薬剤盗難という不祥事についてあらためて、関係各位にお詫び申し上げます。申し訳ありませんでした。今後はこのようなことの起こらないように肝に銘じて職員一同頑張っていく所存でありますので、ご容赦を賜りたいと存じます。昨年度は東三河の自治体病院のみではなく、愛知県全体での勤務医不足が顕在化し、診療科目廃止、入院機能、救急機能の限定など、事態は極めて重大な局面を迎えております。一体医療界に何が起きているのでしょうか。医師は不足ではなく、偏在であるとの厚生労働省の最終答申ができました。以前から主張してきました医師不足が取り上げられなかったのは、極めて遺憾ですし、我々病院団体の力不足であったと思います。新臨床研修制度のために、現在の医師不足が起こっているという人もあります。医師の地域偏在、大都市集中、診療科別偏在が原因で今の医療格差があるという人もあります。わかっていることは僻地を筆頭として地域医療を担うべき中核病院の勤務医師が全国的に絶対的に減少しているという事実であります。何故少なくなったのでしょうか。マスコミで取り上げられている小児科、産科、麻酔科にとどまらず、二次救急医療を担当する診療科は全て足りません。医師がいなければ病院は成り立ちません。このままの医師不足が続けば、やがて、蒲郡にも波及し、地域の病院が、ある日忽然と無くなるというシナリオが、存在するという事実を病院職員始め、地域全ての人に認識していただきたいと思います。その上でそれぞれのお立場で今何ができるかをお考えいただきたいと思います。院長としての医師確保の責任は当然、重大な事象と考えており、今後とも努力いたします。

愛知県においても医師不足対策のための委員会が立ち上がりました。是非とも実効性のある施策に結び付けていただきたいと希望します。しかしながら、全国平均よりも明らかに少ない愛知県内の医師の絶対数を増やすこと無しに、問題の解決は有り得ないと私は考えます。勤務医師の愛知県内の病院間移動は別の場所での医師不足を惹起するだけで、短期的には何の解決にもなりません。もう待ったなしの状況です。医療水準を昔の水準まで引き下げることさえも必要なのかもしれません。本当に自治体病院を含めて病院の閉鎖あるいは集約化をすることになるかも知れません。因みに医師数を全国平均との年度での比較をすると愛知県では平成2年の全国レベル、東三河南部医療圏はなんと昭和59年の全国レベルです。平成16年の人口10万人当たりの実際の医師数は全国は201.0愛知県が174.9東三河南部医療圏ではわずか150.7です。それも豊橋市を含んでの数字であることを考えれば蒲郡では一体医師数はどれだけ足りないのでしょうか。全国の医師数に不足がないとすると、地域偏在（西日本には多く東日本には医師は少ない）をなくす施策の立案実行は国の責任のように思うのですが、如何でしょうか。幸いにも蒲郡市民病院には新臨床研修制度のもとに毎年数名の研修医が来てくれるようになりました。彼らが将来必ず蒲郡市民病院の今後を担ってくれると思います。是非とも温かい目で見守っていただくことをお願い申し上げます。蒲郡市民病院の行うべき二次医療を確保するためには、外来から入院への機能シフトは絶対に避けられません。救急における病院医師の過剰な負担を軽減する意味においても市民の方には是非ともご理解を賜り、ご協力をお願い申し上げます。国の施策としての医療費削減はまだまだ続くのでしょうか。憲法第25条の「生存権」について、あるいは憲法13条の「生命・幸福の追求」の条文をもって、住民が安心して暮らせる医療環境を政治に改めて要求したいと思います。平成18年6月に蒲郡市民病院経営改革委員会の答申が出されました。詳しくは市民病院のホームページを見ていただくとして、自治体病院そのものの明確な責任分担と院長の責任が示されたと思います。「市民病院のやるべきことは何か。」ということです。夕張市を例に出すまでもなく、自治体の経営も苦しい状況が続きます。その中での市民病院への繰り入れは市民病院としての必要性に対するものと理解しております。平成17年度は全国自治体病院の64%が

赤字でありました。加えて18年度から医療法の改正、診療報酬の3.16%削減、DPCという包括化医療の推進、急性期病院の再編成などなど、怒涛のような変革が市民病院を襲ってきております。

前々から申し上げているように、患者さんにとって医療が官立であれ、民間であれ、質と安全が確保されているのであれば、どちらでも良いことでもあります。運営形態の効率性を追求するよりは、如何に患者さんの視点に立った医療を展開できるかの一点に医療機関の存在意義はかかっていると思っております。良質な医療を遂行し、「患者さんに対して最善の医療を行う」責任が市民病院にはあります。

効率性のある医療を公平に、市民の誰にでも提供し、「患者さんのために最善の医療を行う」体制を目指して今後とも職員一同、努力してまいりたいと思います。最後にいつもながら情報管理室の皆さんのご労苦に感謝申し上げます。

(平成18年8月8日記)

### キーワード

- ・ 医師不足
- ・ 自治体破綻
- ・ 病院経営改革委員会
- ・ 病院機能評価
- ・ 勤務医師のバーンアウト
- ・ 開業志向
- ・ 医療機能集約化
- ・ 医師後期研修
- ・ DPC (包括医療)
- ・ ドクターバンク

# 目次

## 市民病院憲章

巻頭言 院長 伊藤 健一

病院沿革	1
各種委員会	2
事務局	3
診療局	
内科	15
外科	17
小児科	26
産婦人科	27
整形外科	29
脳神経外科	30
泌尿器科	33
皮膚科	34
耳鼻咽喉科	34
眼科	35
歯科口腔外科	36
麻酔科	38
リハビリテーション科	40
放射線技術科	42
臨床検査科	44
看護局	
看護局	49
外来	52
4階東病棟	54
5階東病棟	57
5階西病棟	60
6階東病棟	63
6階西病棟	66
7階東病棟	69
7階西病棟	72
集中治療部	75
手術部	78
中央材料室	81
栄養科	82
薬局	85
開放型病床を利用して	93
CPC レポート(1)~(6)	94
臨床研修病院2年目を迎えて	107
広報活動関係	108

編集後記

## 病院沿革

- 昭和 20年 9月 西宝 5か町村国保組合で「宝飯診療所」を創設  
11月 「宝飯国民病院」に改称
- 昭和 21年 7月 一般病床として入院診療を開始
- 昭和 23年 3月 結核病床を新築し、総病床数 96床となる
- 昭和 27年 1月 蒲郡市外 5か町村伝染病組合にて、伝染病舎（28床）を開設
- 昭和 35年 1月 八百富町に新築移転し、「公立蒲郡病院」（232床）と改称し開設
- 昭和 36年 5月 「公立蒲郡附病院組合」として、伝染病舎（48床）を開設
- 昭和 38年 4月 「蒲郡市民病院」に改称し、「併設伝染病舎」を「蒲郡市立隔離病舎」に改称
- 昭和 39年 10月 北棟増築により病床数 365床となる  
（一般 265床、結核 52床、伝染 48床）
- 昭和 50年 10月 西棟増築により病床数 390床となる  
（一般 290床、結核 52床、伝染 48床）
- 昭和 61年 2月 結核病床（52床）を廃止して一般病床に転用  
（一般 342床、伝染 48床）
- 平成 7年 2月 平田町、五井町地内に新蒲郡市民病院建設に着手
- 平成 9年 3月 新蒲郡市民病院本館、エネルギー棟、看護婦宿舎、院内保育所各建築工事完了
- 平成 9年 10月 新蒲郡市民病院開院  
（一般 382床、伝染 8床）
- 平成 11年 4月 伝染病棟（8床）廃止  
（一般 382床）
- 平成 16年 3月 厚生労働省より臨床研修病院の指定

蒲郡市民病院各種委員会等

平成 17 年 4 月現在

No.	委 員 会 名	委 員 長	開 催
1	水 曜 会	伊 藤 健 一	毎 週 水 曜 日
2	運 営 委 員 会	伊 藤 健 一	月 1 回
3	診 療 局 会 議	河 邊 義 和	月 1 回
4	臨 床 研 修 委 員 会	竹 内 元 一	年 3 回
5	医 科 歯 科 感 染 対 策 委 員 会	河 邊 義 和	月 1 回
6	M R S A 院 内 実 務 委 員 会	河 邊 義 和	月 1 回
7	院 内 感 染 防 止 指 導 部 会	河 邊 義 和	月 1 回
8	薬 事 委 員 会	千 葉 晃 泰	月 1 回
9	治 験 審 査 委 員 会	千 葉 晃 泰	月 1 回
10	医 薬 分 業 推 進 協 議 会	伊 藤 健 一	不 定 期
11	診 療 録 管 理 委 員 会	梅 村 訓	月 1 回
12	輸 血 療 法 委 員 会	洪 淳 憲	年 4 回
13	臨 床 検 査 委 員 会	川 瀬 義 久	年 4 回
14	ボ ラ ン テ ィ ア 運 営 委 員 会	伊 藤 健 一	年 2 回
15	給 食 委 員 会	糟 谷 泰 秀	年 4 回
16	救 急 集 中 治 療 委 員 会	早 川 潔	年 4 回
17	手 術 部 委 員 会	梅 村 訓	年 4 回
18	機 器 選 定 ・ 物 品 購 入 委 員 会	伊 藤 健 一	年 4 回
19	病 棟 委 員 会	千 葉 晃 泰	年 4 回
20	外 来 委 員 会	梅 村 訓	年 4 回
21	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 委 員 会	荒 尾 和 彦	年 3 回
22	危 機 管 理 委 員 会	伊 藤 健 一	不 定 期
23	放 射 線 医 療 機 器 運 用 委 員 会	谷 口 政 寿	年 4 回
24	放 射 線 安 全 委 員 会	伊 藤 健 一	不 定 期
25	医 療 ガ ス 安 全 管 理 委 員 会	早 川 潔	年 1 回
26	開 放 型 病 床 運 営 委 員 会	伊 藤 健 一	年 4 回
27	倫 理 委 員 会	伊 藤 健 一	不 定 期
28	救 急 対 策 会 議	消 防 長	年 1 回
29	脳 死 判 定 委 員 会	梅 村 訓	不 定 期
30	医 療 適 正 化 委 員 会	伊 藤 健 一	不 定 期
31	セ イ フ テ ィ マ ネ ー ジ メ ン ト 委 員 会	荒 尾 和 彦	月 1 回
32	N S T 委 員 会	川 瀬 義 久	不 定 期
33	褥 瘡 対 策 委 員 会	千 葉 晃 泰	不 定 期
34	企 画 管 理 室	壁 谷 亮 二	不 定 期
35	医 療 情 報 管 理 室	千 葉 晃 泰	不 定 期
36	セ イ フ テ ィ マ ネ ー ジ メ ン ト 室	梅 村 訓	不 定 期

## 事 務 局

事務局は、人事給与・庶務経理・用度・設備・経営情報・医事・医療こまりごと相談室担当で構成されています。

人事給与担当は職員の採用、研修、給与、福利厚生事務を担当しています。庶務経理・用度・設備担当は会計経理と医療消耗品の調達、建物の電気、空調管理と設備全般の保全管理業務を行っています。更に、院内にある保育所も事務局の所管となっています。

また経営情報担当では、医事システム・オーダーリングシステム等の管理、医事統計等の業務を担当しています。医事担当では、医師、看護師、コメディカルの医療業務以外の医療事務的な患者様の受付、診療報酬の算定及び請求、未収金整理等の業務を行っています。医療こまりごと相談室担当では、医療ソーシャルワーカーを配置し、社会福祉の立場から経済的、心理的、社会的問題の解決調整を援助し、社会復帰の促進を図っています。事務局の職員総数は事務局長を含め21名です。

現在、病院をとりまく経営環境は大変に厳しく、医療の内容も高度化、専門化へと変化をしている中で、公的医療機関として市民の健康と福祉の増進のため患者様へのサービスの充実に努めてまいりました。

市民の皆様への情報提供として、市民病院健康講座、ホームページでの病院情報の発信、広報紙「病院だより」を定期的に発行しております。また、自由に閲覧できる図書コーナーを設置しインターネットをご利用頂くこともできます。

平成17年度の医業実績につきましては入院患者延べ数130,116人（一日平均366.5人）、外来患者延べ数262,495人（一日平均1,075.8人）が利用し、前年度と比較して、入院患者延べ数は938人の減少（一日平均2.5人減）、外来患者延べ数は5,471人の減少（一日平均26.9人減）となりました。

経営の状況につきまして、収益的収支では、病院事業収益は7,657,321,436円で対前年度比1.0%の増、病院事業費用は8,243,902,920円で、対前年度比1.5%の減となり、収支差引586,581,484円の純損失を計上することとなりました。資本的収支では、MRI装置の更新に伴い、MRI室の増設及びMRI装置の更新を行いました。また、上部消化管ビデオスコープ超音波診断装置等を更新しました。

「患者さんに対し最善の医療を行う。」という基本理念に基づき、住民に信頼される病院、高度な医療需要に対応できる機能を持つ病院であると同時に、快適で潤いのある環境を備えた病院であることを目指しています。今後とも更に、公営企業の基本原則である、常に企業の経済性を発揮すると共に、その本来の目的である公共の福祉を増進するよう努めてまいります。



17年度決算の状況(収益的収入・支出)

区 分		平成17年度			比 較		平成16年度				
		金 額	医 業 収益比	構成比	増 減	前 年 度 比	金 額	医 業 収益比	構成比		
収 益 的 収 入	医 業 収 益	入 院 収 益	円 4,738,401,582	% 68.8	% 61.9	円 11,173,989	% 99.8	円 4,749,575,571	% 69.4	% 62.6	
		外 来 収 益	1,897,497,951	27.6	24.8	73,082,293	104.0	1,824,415,658	26.6	24.1	
		そ の 他 医 業 収 益	250,376,955	3.6	3.2	24,175,510	91.2	274,552,465	4.0	3.6	
		小 計	6,886,276,488	100.0	89.9	37,732,794	100.6	6,848,543,694	100.0	90.3	
	医 業 外 収 益	受取利息及び配当金	0	0.0	0.0	0	-	0	0.0	0.0	
		負 担 金	678,880,029	9.9	8.9	17,380,967	102.6	661,499,062	9.7	8.7	
		補 助 金	16,886,500	0.2	0.2	5,626,000	150.0	11,260,500	0.1	0.2	
		そ の 他 医 業 外 収 益	51,916,249	0.8	0.7	8,218,270	86.3	60,134,519	0.9	0.8	
		小 計	747,682,778	10.9	9.8	14,788,697	102.0	732,894,081	10.7	9.7	
	特 別 利 益	23,362,170	0.3	0.3	23,362,170	-	0	0.0	0.0		
	計	7,657,321,436	111.2	100.0	75,883,661	101.0	7,581,437,775	110.7	100.0		
	収 益 的 支 出	医 業 費 用	給 与 費	4,060,294,013	59.0	49.3	83,700,353	98.0	4,143,994,366	60.5	49.5
			材 料 費	1,708,243,236	24.8	20.8	30,256,469	101.8	1,677,986,767	24.5	20.1
			経 費	1,138,244,757	16.5	13.8	27,554,159	102.5	1,110,690,598	16.2	13.3
			減 価 償 却 費	766,848,758	11.1	9.3	93,661,583	89.1	860,510,341	12.6	10.3
資 産 減 耗 費			12,293,574	0.2	0.1	1,089,718	109.7	11,203,856	0.1	0.1	
研 究 研 修 費			12,195,298	0.2	0.1	7,545	100.1	12,187,753	0.2	0.1	
小 計			7,698,119,636	111.8	93.4	118,454,045	98.5	7,816,573,681	114.1	93.4	
医 業 外 費 用		支払利息及び企業債 取 扱 諸 費	350,479,991	5.1	4.2	11,160,353	96.9	361,640,344	5.3	4.3	
		繰 延 勘 定 償 却	28,866,450	0.4	0.3	74,300	99.7	28,940,750	0.4	0.4	
		保 育 費	16,009,087	0.2	0.2	3,055,092	84.0	19,064,179	0.3	0.2	
		雑 損 失	136,777,681	2.0	1.7	3,546,934	102.7	133,230,747	1.9	1.6	
		小 計	532,133,209	7.7	6.4	10,742,811	98.0	542,876,020	7.9	6.5	
特 別 損 失		13,650,075	0.2	0.2	3,371,952	132.8	10,278,123	0.1	0.1		
計		8,243,902,920	119.7	100.0	125,824,904	98.5	8,369,727,824	122.2	100.0		
当年度純利益(純損失)		586,581,484	8.5	-	201,708,565	-	788,290,049	11.5	-		
当年度未処理利益剰余金 (欠損金)		8,239,294,656	119.6	-	586,581,484	-	7,652,713,172	111.7	-		

# 平成 17 年度医事統計

## 月別患者数

(単位:人)

月別	在院患者数(24時)	月末在院患者数	新入院患者数	退院患者数	月末病床数	外来患者数
4月	10,665	327	659	680	382	21,461
5月	10,340	349	601	579	382	21,363
6月	10,031	347	637	639	382	22,205
7月	10,652	329	645	662	382	22,464
8月	10,343	324	643	648	382	24,410
9月	9,173	297	540	567	382	21,920
10月	9,750	307	611	601	382	21,472
11月	9,719	344	650	614	382	21,097
12月	10,359	277	657	725	382	21,176
1月	10,630	365	710	622	382	21,152
2月	9,983	361	586	590	382	20,715
3月	10,875	342	650	669	382	23,060
合計	122,520	3,969	7,589	7,596	4,584	262,495

## 入院患者数(科別)

(単位:人)

月別	内科	精神科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科
4月	5,124	0	527	1,123	1,607	1,030	50	449	951
5月	4,801	0	462	1,086	1,552	1,234	56	322	849
6月	4,574	0	508	1,177	1,537	1,092	79	297	803
7月	4,892	0	667	1,024	1,679	1,142	104	396	897
8月	4,862	0	542	1,039	1,673	974	92	387	831
9月	4,540	0	408	1,053	1,453	616	91	304	730
10月	4,752	0	630	1,016	1,679	716	85	264	652
11月	4,466	0	623	1,242	1,635	850	99	253	625
12月	4,599	0	936	1,185	1,803	984	59	204	775
1月	4,900	0	831	1,004	1,841	960	144	203	897
2月	4,700	0	574	1,145	1,774	934	63	233	776
3月	5,115	0	574	1,294	1,863	945	139	234	777
合計	57,325	0	7,282	13,388	20,096	11,477	1,061	3,546	9,563
一日平均	157	0	20	37	55	31	3	10	26

月別	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	麻酔科	リハビリ科	合計	診療実日数	一日平均	病床利用率(%)
4月	82	346	56	0	0	0	11,345	30	378	99.0
5月	90	339	123	0	0	0	10,919	31	352	92.2
6月	98	465	40	0	0	0	10,670	30	356	93.1
7月	73	361	79	0	0	0	11,314	31	365	95.5
8月	67	367	157	0	0	0	10,991	31	355	92.8
9月	60	349	136	0	0	0	9,740	30	325	85.0
10月	55	419	83	0	0	0	10,351	31	334	87.4
11月	71	402	67	0	0	0	10,333	30	344	90.2
12月	67	340	121	0	11	0	11,084	31	358	93.6
1月	37	385	50	0	0	0	11,252	31	363	95.0
2月	68	266	40	0	0	0	10,573	28	378	98.9
3月	61	432	84	0	26	0	11,544	31	372	97.5
合計	829	4,471	1,036	0	42	0	130,116	365	356	93.3
一日平均	2	12	3	0	0	0	356			

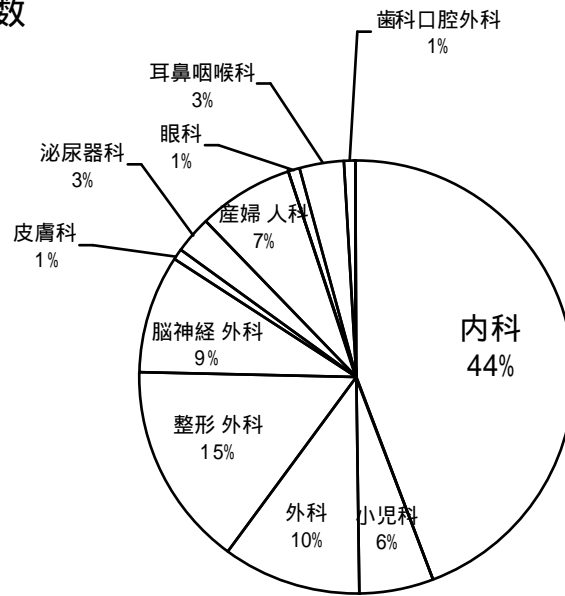
外来患者数(科別)

(単位:人)

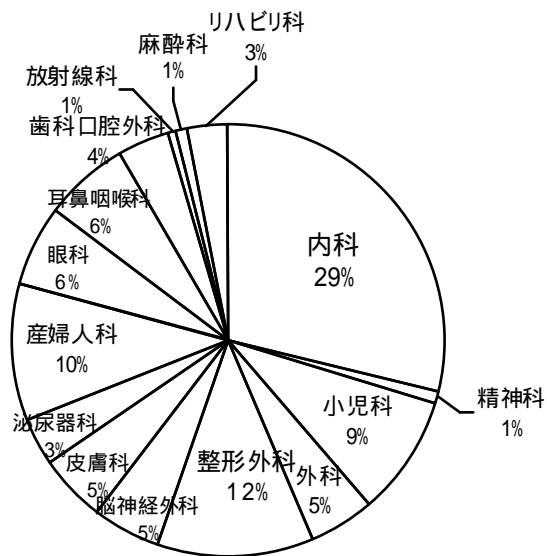
月別	内科	精神科	小児科	外科	整形 外科	脳神経 外科	皮膚科	泌尿 器科	産婦 人科
4月	6,265	145	1,759	1,082	2,574	1,141	1,015	747	2,029
5月	6,148	125	1,852	1,086	2,605	1,092	1,087	758	2,187
6月	6,370	145	1,831	1,184	2,637	1,052	1,113	771	2,355
7月	6,345	153	2,123	1,210	2,706	1,096	1,258	748	2,260
8月	6,849	137	2,071	1,300	2,877	1,180	1,533	845	2,338
9月	6,573	169	1,549	1,148	2,630	1,172	1,151	777	2,215
10月	6,302	146	1,607	1,157	2,493	1,073	1,042	778	2,323
11月	6,204	159	1,750	1,090	2,436	1,038	958	749	2,157
12月	6,016	141	2,113	1,103	2,385	1,067	957	725	2,267
1月	6,374	142	2,265	1,033	2,396	996	944	696	2,174
2月	6,087	149	2,230	978	2,229	954	875	720	2,105
3月	6,550	195	2,149	1,177	2,669	1,196	1,131	779	2,496
合計	76,083	1,806	23,299	13,548	30,637	13,057	13,064	9,093	26,906
一日平均	313	7	96	56	126	54	54	37	111

月別	眼科	耳鼻 咽喉科	歯科口 腔外科	放射 線科	麻酔科	リハビ リ科	合計	診療 実日数	一日 平均
4月	1,436	1,519	799	143	174	633	21,461	21	1,022
5月	1,357	1,359	806	126	179	596	21,363	18	1,187
6月	1,469	1,448	877	152	168	633	22,205	22	1,009
7月	1,415	1,384	774	123	190	679	22,464	21	1,070
8月	1,629	1,505	1,017	93	215	821	24,410	22	1,110
9月	1,338	1,255	800	114	217	812	21,920	20	1,096
10月	1,446	1,264	835	108	201	697	21,472	20	1,074
11月	1,309	1,372	825	151	215	684	21,097	20	1,055
12月	1,232	1,426	803	109	181	651	21,176	19	1,115
1月	1,214	1,313	750	109	147	599	21,152	19	1,113
2月	1,235	1,399	801	185	150	618	20,715	19	1,090
3月	1,420	1,538	752	176	157	675	23,060	22	1,048
合計	16,500	16,782	9,839	1,589	2,194	8,098	262,495	243	1,080
一日平均	68	69	40	7	9	33	1,080		

### 入院患者数



### 外来患者数



新入院患者数(科別)

(単位:人)

月別	内科	精神科	小児科	外科	整形 外科	脳神経 外科	皮膚科	泌尿 器科	産婦 人科
4月	209	0	90	51	45	33	5	38	106
5月	176	0	71	57	51	40	5	26	91
6月	196	0	84	71	47	29	1	21	96
7月	191	0	100	53	53	29	5	31	109
8月	185	0	77	58	46	26	4	41	116
9月	164	0	59	59	54	14	3	26	85
10月	195	0	94	52	48	32	2	27	89
11月	196	0	93	74	59	31	7	23	86
12月	198	0	146	52	50	33	7	12	82
1月	213	0	136	54	64	25	10	24	115
2月	167	0	88	70	49	31	4	24	93
3月	196	0	101	61	43	31	6	16	100
合計	2,286	0	1,139	712	609	354	59	309	1,168

月別	眼科	耳鼻 咽喉科	歯科口 腔外科	放射 線科	麻酔科	リハビ リ科	合計	診療 実日数	一日 平均
4月	28	48	6	0	0	0	659	30	22
5月	28	50	5	0	1	0	601	31	19
6月	28	57	7	0	0	0	637	30	21
7月	19	50	5	0	0	0	645	31	21
8月	21	55	14	0	0	0	643	31	21
9月	21	49	6	0	0	0	540	30	18
10月	24	45	3	0	0	0	611	31	20
11月	26	47	8	0	0	0	650	30	22
12月	11	51	14	0	1	0	657	31	21
1月	17	47	5	0	0	0	710	31	23
2月	19	38	3	0	0	0	586	29	20
3月	23	59	12	0	2	0	650	31	21
合計	265	596	88	0	4	0	7,589	366	21

新入院患者数(病棟別)

(単位:人)

月別	集中治療 室14床	4階東 60床	5階東 52床	5階西 37床	6階東 55床	6階西 55床	7階東 54床	7階西 55床	合計 382床
4月	40	58	120	129	90	120	51	51	659
5月	36	61	108	104	81	119	45	47	601
6月	38	56	109	118	81	125	55	55	637
7月	46	62	137	127	71	109	48	45	645
8月	47	57	103	128	83	123	55	47	643
9月	43	60	83	96	66	108	45	39	540
10月	49	52	125	104	83	112	59	27	611
11月	55	69	117	109	78	120	56	46	650
12月	54	63	162	108	86	76	65	43	657
1月	59	69	151	140	77	108	57	49	710
2月	44	49	104	116	73	114	44	42	586
3月	55	54	119	122	94	108	49	49	650
合計	566	710	1,438	1,401	963	1,342	629	540	7,589

## 平均在院日数(科別)

(単位:日)

月別	内科	精神科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科
4月	21.7	0.0	4.6	17.6	31.4	23.9	9.1	10.4	11.4
5月	24.0	0.0	5.6	18.2	34.8	28.5	13.2	10.1	11.8
6月	22.1	0.0	5.3	14.5	30.6	31.0	51.3	10.8	10.6
7月	25.2	0.0	5.5	14.4	30.9	35.6	19.8	11.2	8.9
8月	24.9	0.0	5.8	15.9	30.2	27.7	30.0	6.8	8.0
9月	24.9	0.0	6.0	16.1	30.4	44.1	34.4	8.1	8.8
10月	22.8	0.0	5.9	16.5	32.0	20.0	32.8	9.4	7.6
11月	20.1	0.0	5.8	15.2	31.7	25.5	12.1	10.5	8.2
12月	20.2	0.0	5.4	18.1	31.1	24.6	7.5	11.0	10.3
1月	23.4	0.0	5.0	17.4	29.8	40.8	15.1	8.5	10.2
2月	25.0	0.0	5.3	15.7	34.9	34.2	14.7	9.8	9.2
3月	25.7	0.0	4.7	18.3	36.5	21.6	27.0	8.4	7.6
平均	23.2	4.0	5.4	16.4	32.0	28.3	17.9	9.4	9.3

月別	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	麻酔科	リハビリ科	平均
4月	1.7	6.0	6.8	0.0	0.0	0.0	15.5
5月	2.3	5.9	26.4	0.0	4.0	0.0	17.5
6月	2.3	7.4	3.8	0.0	0.0	0.0	15.8
7月	2.4	5.1	22.0	0.0	0.0	0.0	16.4
8月	2.0	5.2	9.7	0.0	0.0	0.0	16.0
9月	1.9	6.2	21.2	0.0	0.0	0.0	17.2
10月	1.4	7.0	13.1	0.0	0.0	0.0	16.0
11月	1.7	7.2	8.1	0.0	0.0	0.0	15.0
12月	3.9	5.6	7.3	0.0	0.0	0.0	14.8
1月	1.2	7.2	10.2	0.0	0.0	0.0	16.0
2月	2.5	6.2	10.2	0.0	0.0	0.0	17.3
3月	1.7	5.9	6.7	0.0	12.0	0.0	16.2
平均	2.0	6.2	10.3	0.0	9.3	0.0	16.1

## 死亡診断数(科別)

(単位:人)

科別	死亡診断書	死体検案書	死産証明書	死胎検案書	合計
内科	299	42	0	0	341
精神科	0	0	0	0	0
小児科	1	0	0	0	1
外科	53	46	0	0	99
整形外科	2	1	0	0	3
脳神経外科	48	3	0	0	51
皮膚科	0	0	0	0	0
泌尿器科	17	0	0	0	17
産婦人科	7	0	19	0	26
眼科	0	0	0	0	0
耳鼻咽喉科	2	0	0	0	2
歯科口腔外科	0	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0	0
麻酔科	0	0	0	0	0
リハビリ科	0	0	0	0	0
合計	429	92	19	0	540

## 死亡退院数(科別)

(単位:人)

月別	内科	精神科	小児科	外科	整形 外科	脳神経 外科	皮膚科	泌尿 器科	産婦 人科
4月	18	0	0	6	0	4	0	0	0
5月	22	0	0	1	0	6	0	1	2
6月	27	0	0	9	0	6	0	2	0
7月	16	0	0	6	0	5	0	1	2
8月	16	0	0	2	0	5	0	3	0
9月	17	0	0	3	0	3	0	3	1
10月	21	0	0	5	0	4	0	0	0
11月	29	0	1	2	0	4	0	1	0
12月	24	0	0	4	0	2	0	1	1
1月	29	0	0	4	0	2	0	2	0
2月	22	0	0	3	0	3	1	1	0
3月	15	0	0	4	0	7	0	2	0
合 計	256	0	1	49	0	51	1	17	6

月別	眼科	耳鼻 咽喉科	歯科口 腔外科	放射 線科	麻酔科	リハビ リ科	合 計
4月	0	0	0	0	0	0	28
5月	0	0	0	0	0	0	32
6月	0	0	0	0	0	0	44
7月	0	0	0	0	0	0	30
8月	0	0	0	0	0	0	26
9月	0	0	0	0	0	0	27
10月	0	0	0	0	0	0	30
11月	0	1	0	0	0	0	38
12月	0	0	0	0	0	0	32
1月	0	0	0	0	0	0	37
2月	0	0	0	0	0	0	30
3月	0	0	0	0	0	0	28
合 計	0	1	0	0	0	0	382

## 時間外患者数(科別)

(単位:人)

月別	内科	精神科	小児科	外科	整形 外科	脳神経 外科	皮膚科	泌尿 器科	産婦 人科
4月	633	0	386	92	250	94	62	29	115
5月	611	1	454	92	259	100	117	31	116
6月	479	1	402	86	205	93	92	32	110
7月	605	1	595	121	240	114	144	38	145
8月	535	1	393	117	191	100	147	37	100
9月	532	0	283	106	268	74	109	45	111
10月	517	2	362	111	235	104	93	38	136
11月	525	0	332	87	203	94	50	31	104
12月	654	1	579	109	236	88	79	34	104
1月	916	0	698	63	241	78	61	41	113
2月	792	4	637	40	151	61	42	28	93
3月	560	1	464	53	196	90	62	34	110
合 計	7,359	12	5,585	1,077	2,675	1,090	1,058	418	1,357

月別	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	麻酔科	リハビリ科	合計	一日平均
4月	41	111	26	0	5	0	1,844	61
5月	47	127	38	0	3	0	1,996	64
6月	34	70	27	0	3	0	1,634	54
7月	42	139	20	0	3	0	2,207	71
8月	46	93	27	0	3	0	1,790	58
9月	42	95	18	0	0	0	1,683	56
10月	39	107	28	1	1	0	1,774	57
11月	36	95	23	0	1	0	1,581	53
12月	49	131	28	0	3	0	2,095	68
1月	37	108	22	0	0	0	2,378	77
2月	22	76	22	0	1	0	1,969	70
3月	30	84	22	0	0	0	1,706	55
合計	465	1,236	301	1	23	0	22,657	62

開放病床の利用状況

(単位:人)

月別	在院患者数 (24時)	新入院患者数	退院患者数	一日平均患者数	病床利用率 %	24時平均 在院日数(日)
4月	1,053	41	46	36.6	91.6	24.2
5月	952	31	38	31.9	79.8	27.6
6月	963	38	32	33.2	82.9	27.5
7月	940	35	47	31.8	79.6	22.9
8月	838	36	38	28.3	70.6	22.6
9月	822	27	31	28.4	71.1	28.3
10月	851	22	24	28.2	70.6	37.0
11月	769	34	31	26.7	66.7	23.7
12月	905	33	39	30.5	76.1	25.1
1月	955	42	38	32.0	80.1	23.9
2月	954	33	45	35.7	89.2	24.5
3月	1,138	33	37	37.9	94.8	32.5
合計	11,140	405	446	31.7	79.4	26.2

病診連携による紹介患者数(科別)

(単位:人)

月別	内科	精神科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科
4月	107	0	24	13	29	14	5	1	3
5月	124	0	45	14	37	9	3	9	3
6月	122	0	21	20	25	10	10	9	7
7月	89	0	21	11	25	12	12	3	2
8月	115	0	16	18	28	9	5	12	4
9月	98	2	16	18	17	7	3	12	2
10月	92	0	8	17	20	5	6	8	3
11月	77	0	20	17	24	8	3	6	3
12月	99	0	32	18	25	8	2	10	3
1月	95	0	30	9	24	10	4	4	2
2月	102	0	19	26	26	18	1	11	3
3月	117	0	20	23	29	12	7	11	6
合計	1,237	2	272	204	309	122	61	96	41



月別	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	麻酔科	リハビリ科	合計	一日平均
4月	8	27	3	50	1	0	285	14
5月	11	22	3	36	4	0	320	15
6月	7	27	2	49	0	0	309	15
7月	5	25	4	33	0	0	242	11
8月	7	26	3	46	3	0	292	14
9月	3	14	1	34	0	0	227	11
10月	4	12	0	34	1	0	210	10
11月	5	23	2	26	0	0	214	12
12月	7	14	0	23	0	0	241	13
1月	7	23	1	22	0	0	231	12
2月	11	17	2	15	2	0	253	13
3月	4	19	2	22	0	0	272	12
合計	79	249	23	390	11	0	3,096	13

初診患者数及び紹介率（科別）

科別	初診患者数(人)			紹介率(%)
	入院	外来	合計	
内科	537	7,086	7,623	31.4
精神科	0	61	61	13.1
小児科	489	4,205	4,694	9.1
外科	132	1,066	1,198	32.0
整形外科	188	3,054	3,242	27.6
脳神経外科	142	1,218	1,360	40.2
皮膚科	9	1,705	1,714	14.8
泌尿器科	30	663	693	25.5
産婦人科	44	1,357	1,401	10.9
眼科	12	1,026	1,038	13.0
耳鼻咽喉科	149	2,098	2,247	15.9
歯科口腔外科	13	2,200	2,213	32.9
放射線科	0	216	216	99.5
麻酔科	0	14	14	21.4
リハビリ科	0	5	5	0.0
合計	1,745	25,974	27,719	23.4

医療・こまりごと相談件数

相談項目	件数	構成比
1.介護保険、在宅福祉関係	143	7%
2.転医、施設入所関係	835	42%
3.社会福祉、保障制度関係	537	27%
4.心理的、情緒的問題	4	0%
5.経済的問題	208	11%
6.家族問題、社会的問題	28	2%
7.医療上の相談	73	4%
8.医療上の苦情	13	1%
9.その他の苦情	14	1%
10.その他	110	6%
合計	1,965	100%

(注)構成比は100%になるように端数処理してあります。

# 入院患者様のアンケート

(5.とても良い 4.良い 3.普通 2.悪い 1.とても悪い)

区 分	とても 良い	良い	普通	悪い	とても 悪い	計	平均	
1 医師に関して	541	324	149	12	4	1030	4.35	
2 看護師に関して	447	292	113	12	2	866	4.35	
3 入退院の手続きについて	251	161	143	8	4	567	4.14	
4 情報に関して	352	257	178	34	32	853	4.01	
5 入院生活環境について	652	556	493	86	27	1814	3.95	
6 給食に関して	220	282	344	66	15	911	3.74	
7 薬局に関して	106	78	62	1	2	249	4.14	
8 職員の態度、言葉遣い、身だしなみ	909	670	339	21	4	1943	4.27	
9 総合的に	437	213	150	50	4	854	4.20	
投書の対象病棟（記載のあった数）	ICU	4東	5東	5西	6東	6西	7東	7西
	0	163	61	42	64	53	8	13
投書者年代（記載のあった数）	10未	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70以上
	28	19	43	70	35	61	55	80
投書者性別（記載のあった数）	男	女	不明	計				
	56	87	13	156				

## 平成17年度 ご意見箱集計表

投函期間	駐車場関係	接遇関係	待ち時間	音響関係	診察関係 診療請求・ 診察関係	喫煙関係	施設関係	給食関係	清掃関係	その他	計
4/ 1～ 4/ 8											0
4/ 9～ 4/15		1								1	2
4/16～ 4/22					1						1
4/23～ 4/28		1	1				1			1	4
4/29～ 5/ 6											0
5/ 7～ 5/13											0
5/14～ 5/20											0
5/21～ 5/27											0
5/28～ 6/ 3	1	3	1		1		1			1	8
6/ 3～ 6/10											0
6/10～ 6/17					3					2	5
6/17～ 6/30	1	1	1		3						6
6/30～ 7/13		1									1
7/13～ 8/ 1		2			5		2	1		1	11
8/ 1～ 8/31		3	3		3		2	1		3	15
～ 9/20		3	1							1	5
～10/31		1	2		3		1			1	8
11/ 1～11/30		4	3		2			1	1		16
12/ 1～12/28		1			3		1			1	6
1/ 1～ 1/31		1	4				1			1	7
2/ 1～ 2/28		1	4		2		1			4	12
3/ 1～ 3/31		2	3		2						7
合計	2	25	23	0	28	0	10	3	1	22	114
比率	1.8%	21.9%	20.2%	0.0%	24.6%	0.0%	8.8%	2.6%	0.9%	19.3%	100.0%

ご意見箱投票抜粋  
平成17年4月1日から  
18年3月末

内容	計
診療・診察関係 （医師に関して）	4
接遇 （看護師に関して）	10
接遇（受付）	16
待ち時間	17
入退院の手続き	2
情報	4
清掃関係	2
給食	2
薬局	3
施設関係	14
総合的に	2
その他	4
総計	80

退院患者疾病別科別内訳表

(平成17年4月～平成18年3月)

分類 番号	国際大分類	総 数	内 科	精 神 科	小 児 科	外 科	整 形 外 科	脳 神 経 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	産 婦 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	歯 科 口 腔 外 科	放 射 科	麻 酔 科	リ ハ ビ リ テ ィ シ ョ ン 科
	総数	7,782	2,339	-	1,136	789	635	372	58	321	1,174	268	597	89	-	4	-
	感染症及び寄生虫症	301	112	-	135	26	-	-	16	3	4	-	3	1	-	1	-
	新生物	821	271	-	3	227	10	36	2	127	120	-	21	4	-	-	-
	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	30	18	-	9	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	内分泌・栄養及び代謝疾患	408	297	-	89	8	6	4	2	-	2	-	-	-	-	-	-
	精神及び行動の障害	32	28	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	神経系の疾患	114	50	-	12	-	8	19	-	-	-	-	25	-	-	-	-
	眼及び付属器の疾患	260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	260	-	-	-	-	-
	耳及び乳様突起の疾患	312	4	-	2	-	-	-	-	-	-	-	306	-	-	-	-
	循環器系の疾患	844	599	-	-	17	2	226	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	呼吸器系の疾患	1,062	374	-	536	34	-	-	-	-	-	-	107	1	-	-	-
	消化器系の疾患	778	333	-	21	348	-	-	-	-	-	-	5	71	-	-	-
	皮膚及び皮下組織の疾患	73	6	-	11	12	11	-	28	-	-	1	4	-	-	-	-
	筋骨格系及び結合組織の疾患	144	19	-	10	2	108	2	-	-	-	-	-	1	-	2	-
	尿路器系の疾患	353	99	-	12	4	-	-	-	159	79	-	-	-	-	-	-
	妊娠、分娩及び産じょく<褥>	853	-	-	-	-	-	-	-	-	853	-	-	-	-	-	-
	周産期に発生した病態	160	-	-	158	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
	先天奇形、変形及び染色体異常	25	2	-	6	2	4	4	-	2	3	-	1	1	-	-	-
	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	319	77	-	100	10	10	9	1	2	-	-	109	-	-	1	-
	損傷、中毒及びその他の外因の影響	621	29	-	8	30	442	68	9	3	3	7	13	9	-	-	-
	傷病及び死亡の外因	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	282	21	-	20	67	34	4	-	25	107	-	3	1	-	-	-

# 診 療 局

## 内 科

平成 19 年 1 月 23 日現在、内科医師は常勤医 13 名（消化器 3 名、循環器 5 名、呼吸器 2 名、腎臓内科 1 名、神経内科 1 名、内分泌 1 名）及び非常勤医師 2 名（血液内科 1 名、消化器 1 名）さらに、院長が一般内科及び循環器医として日常の外来業務及び入院治療にあっている。

出身大学は、名古屋大学、名古屋市立大学、愛知医科大学、藤田保健衛生大学と、当地の全ての大学医学部出身者が集まっており、良い点もあれば多少やりにくい場面にも出くわす。

さらに最近、当院にも臨床研修医が実践の腕を磨くためにやる気満々でやってくるようになった。卒後 1 年目の研修医は、内科・外科・救急外来を、2 年目では、小児科・産婦人科、その他ほぼ自由に科を選択し研修でき、古い連中にはうらやましい限りである。

また平成 19 年 1 月 1 日より、当院にも電子カルテが導入され今後の活用が大いに期待される。

内科の今後の展望としては、蒲郡市民約 82,000 人の健康維持のために、さらに充実した診療を確立するために新しい、フレッシュな力・頭脳を補充する予定である。今後も、各大学からの協力をお願いしスタッフ数の増員や医療機器の拡充、検査の質の向上を目指し努力していきたい。

早川 潔

## 消化器内科

平成 17 年 5 月より私が着任し、消化器内科 4 人体制になりましたが、9 月八木昭医師退職に伴い 3 人体制（吉田・土方・恒川）となり相変わらず忙しい日々が続いております。消化器の外来枠を減らし検査枠も制限し対応していますが、GIF や CF、ERCP、などの検査やそれに伴う処置は前年に比べ増加しています。今年度より赴任してきました私としては経験できる手技等が豊富で毎日充実しており、いい先輩に恵まれ手技や病棟管理、夕食やお酒等も色々とお世話になっております。ただ、毎日の検査・処置が忙しくマンパワー不足を痛感しておりますが、若さと元気でがんばっていく所存です。

恒川明久

## 循環器内科

蒲郡市民病院循環器内科所属、若松良斉です。現在、蒲郡市民病院循環器内科は昨年と同様早川潔、米山明彦、猪又雅彦、池原典之、若松良斉の 5 名で診療にあたっております。

心臓カテーテル検査、心臓超音波検査、冠動脈造影 CT 検査など各種検査の件数も増加しており、急性心筋梗塞など緊急対応を要する疾患に対しても充実した体制で治療に臨むことができるようになりました。また、緊急に治療を要する疾患を発症した場合だけではなく、日常診療における高血圧、高脂血症、メタボリックシンドローム等の生活習慣病の治療を向上させることにより急性心筋梗塞、心不全等の発症を予防するためにも近隣の開業医先生方と緊密に連携し、地域医療体制の充実に努力しています。

若松良斉

## 呼吸器科

気管支喘息や慢性閉塞性肺疾患に対してステロイド吸入剤や長時間作動型の 2 刺激吸入剤を積極的に導入しており、その効果は確実に表れてきていますが、また重症の喘息発作で入院される症例もあり、平成 17 年度は 3 例に人工呼吸管理を施行しました。気管支鏡検査は年間約 80 件で、気管支鏡で診断できない症例には CT ガイド下肺生検などで早期に診断を確定できるよう努力しています。しかし依然として進行癌が多く他施設でのセカンドオピニオンを聞いていただいたり、インフォームドコンセントに基づいて、症例毎に治療方法を検討しています。

平成 17 年度は愛知医大から卒後 2 年目の伴野真哉医師が 11 月から 4 月まで、同じく鹿島悠佳理医師が 2 月から 4 月まで呼吸器科で研修されました。常勤医は三治宏司医師が 3 月で豊川市民病院へ転勤となり、4 月からは東海市民病院から川口裕子医師が赴任されました。

杉浦方信

## 神経内科

平成 17 年度には異動はなく、常勤 1 名体制に変わりはありませんでした。

外来を受診される方の主訴は頭痛、めまい、しびれが多く、疾患としては脳梗塞など脳血管障害、パーキンソン病など神経変性疾患が中心となります。精神心療科とは異なります。

### 【業績】

講演 ポツリヌス毒素を用いた治療について 松本幸浩

第 251 回蒲郡医師会学術懇話会

平成 18 年 3 月 27 日 蒲郡市民病院

座長 高齢者のうつと痴呆 小阪憲司

第 240 回蒲郡医師会学術懇話会

平成 17 年 4 月 25 日 蒲郡医師会多目的講堂

松本幸浩

## 内分泌・糖尿病

平成 16 年 3 月より開始した糖尿病教育入院(1 週間プラン)は、月 1 回の割合で定期的で開催されており、十分な治療効果がえられております。また、1 週間プラン以外の糖尿病教育入院については、2 週間プランとして新しいパスを作成、現在実施中です。

糖尿病調理教室、外来看護相談も看護師、管理栄養士の方々の御協力のおかげで軌道にのりはじめております。今後は教育プランの更なる充実をはかるため、努力していきたいと思っております。

糟谷泰秀

## 腎臓内科

慢性糸球体腎炎・急性糸球体腎炎・腎硬化症・のう胞腎・膠原病性腎症・薬剤性障害などの検査・治療(外来・入院)を行っています。

慢性腎不全症の原因疾患は糖尿病性腎症が、蒲郡市では全国平均より 10% 以上も多く、今後、糖尿病の管理・合併症の管理により力を入れていく必要があります。患者さんの病識向上・医療側のより積極的な取り組みが必要と考えられます。

慢性腎不全症の維持透析導入は、高齢化に伴う認知症のため適応患者数が減少しました。

又、今年は市外への紹介希望が増えました。

G・L(顆粒球・白血球)吸着療法：

潰瘍性大腸炎の難治例や慢性関節リウマチ患者の管理困難例に対し、今年は件数が増えました。

エンドトキシン吸着：

敗血症、エンドトキシン血症に対しエンドトキシン吸着治療を行います。

血漿交換・CHDF：

今年は FFP の不足もあり、又幸い適応症例も少なかった。CHDF 治療も例年よりは減少しておりました。

院外からの透析患者の合併症(脳血管障害・心臓疾患・骨折・消化管出血・悪性疾患など)

による転入・転出は例年と同じでした。

鈴木 高志

# 外科

## 現況

山岡哲哉先生（S57）が尾西へ移ってから、5名で頑張っていたが、今年ようやく昨年から研修に来た滝川麻子先生（H16）を捕まえてスタッフに加えることができた。病院の臨床研修委員長もしているが、うちが管理型でやっているプログラムでは平成16年1名、平成17年5名、平成18年4名と定員5名の枠に近い人数が来るようになった。しかし、3年目以降残って病院の戦力になってくれるかという、なかなか難しい。大学から人が送ってもらえない作今の現状では病院としては欠員のある科のスタッフを育てたいのだが、研修医の希望と合わない場合も多い。病院としては、そのような場合は正規職員として優遇するという条件を出しているのだが、……。滝川先生は愛知医大のたすきがけ方式で、2年目後半の半年だけうちへ来たのだが、将来の乳腺外科をするにはここがよいと思っただけ。別に無理やり引っ張ったわけではなく、本人が決めたことなのだが、愛知医大から少し文句を言われた。来る早々マンモグラフィー読影医の資格も取ってくれて、乳腺外来も時々手伝ってもらっている。もちろん、今は一般外科の研修が主体だ。これで、私（S54、乳腺内分泌）、川瀬先生（S59、肝臓）、小田先生（H1、腫瘍）、藤竹先生（H3、食道）の4名の部長と、菊田先生（H13、帰局前）と合わせて6名となる。

消化器の常勤も今3名と少なくなっている。透視や上部消化管内視鏡は自分たちでやることが多い。病理医も常勤がないので、できない日は自分たちで術中迅速も診る。

最近、胃癌・大腸癌の化学療法、乳癌の化学療法も外来で行うことが多くなり、件数が月に50件を超えるようになった。そのほとんどが外科の症例である。外来処置室が一般点滴の患者さんと合わせてパンク状態である。あいている救急外来や透析室を臨時に使っているが、近いうちに外来化学療法室を作ることになった。

昨年は2度目の病院機能評価を受審し、それが無事終わったと思ったら、来年1月から電子カルテを導入することとなり、その準備にも追われている。また、7対1看護へ移行するために、看護師さんも募集しているが、なかなか集まらない。その後はDPCの試験導入が予定されている。

そんな忙しい中で、学会活動も積極的に行っている。やはり現時点での標準治療を行うにはいろいろな学会へ出て勉強してこないといけない。若い人たちに、珍しい症例はなるべく学会発表するように言い、見本を示すために私自身も年に数回発表に行く。乳癌についても東三河でいくつか研究会を持ち、一般市民向けのセミナーも企画している。

最近、人から聞いた言葉だが、「そこその人は財産を残し、一流の人は名を残し、超一流の人は人を残す」と。薄給でこき使われながら、開業して財産を残す道を捨て、最後の人を残して超一流になろうと考えている今日このごろである。

外科部長 竹内元一

## スタッフ紹介(平成18年9月現在)

	現職名	研究室	資格
竹内元一 S54,名大	第一部長	内分泌	外科学会専門医・指導医, 消化器外科学会認定医・指導医, 乳癌学会専門医, 法医学会死体検案認定医, 剖検医資格, 産業医, 麻酔科標榜医, 日体協スポーツドクター, 愛知県警察医, 愛知県警察衛生管理医, 愛知県警察検視立会医, JADA認定 DCO 名古屋大学医学部臨床講師, 愛知医大臨床教授, 東海外科学会評議員, 愛知臨床外科学会評議員, 三河呼吸器外科研究会幹事, 三河乳腺懇話会幹事, 三河転移性乳癌研究会幹事
川瀬義久 S59,長崎大	第二部長	肝臓	外科学会専門医, 消化器外科学会認定医, 病理学会専門医, 麻酔科標榜医, 消化器病学会専門医, 産業医, 看護学校講師, 剖検医資格
小田和重 H1,岐阜大	第三部長	腫瘍	外科学会認定医, 麻酔科標榜医, 医師会理事

藤竹信一 第四部長 腫瘍 外科学会専門医，消化器外科学会専門医・指導医，麻酔科標榜医  
H3,信州大

菊田大樹 外科医師 麻酔科標榜医，看護学校講師

H13,名大

滝川麻子 外科医師

H16,愛知医大

### 診療体制

外来は月曜から金曜の午前中2ないし3診で行っており，病棟回診は1人当番を決めて午前中に行っています。すると午前中2ないし3人が残ることになり，検査あるいは午前中からの手術にも対応することができます。木曜日午後1時半から4時半まで乳腺専門外来を行っており，乳癌学会専門医の竹内と滝川がこれに当たっております。入院患者は毎日の定期回診以外は主治医制で診ていますが，主治医の割り振りは専門分野以外は外来初診時に川瀬部長が決めています。ただし，月曜の早朝ミーティング，水曜午後の総回診，水曜夕方の症例検討会で主治医以外からも積極的に意見を出し合っており，診療方針の統一を図るようにしています。水曜午後の総回診では病棟長のほか，病棟管理薬剤師，栄養士も加わってチーム医療の実践に心がけています。

### 手術件数

表1のごとく，全麻手術件数は平成11年の394件をピークに若干減少傾向ですが，同規模の病院では多い方で，特に鏡視下手術の増加には目をみはるものがあります。

急性虫垂炎や気胸，肺生検，早期胃癌，大腸癌などにも鏡視下手術が取り入れられ，全麻の30%以上を占めるようになりました。これは在院日数の短縮につながり，外科の必要病床数を減らし，病院全体の病床の有効利用を図ることになります。平成17年度現在病院全体の平均在院日数は16.1日，外科の在院日数は16.4日です。ヘルニア，急性虫垂炎の1泊2日手術を始め，乳癌に対する乳房温存手術など他の手術でも適正な縮小化，小切開手術により，従来の半分位の在院日数ですむようになりました。これは同時に患者さんにとっても，手術侵襲を減らし，術後のQOLを改善することとなり，また将来始まるであろうDRG-PPSに対応して，デイサージェリーを本格的に始める布石ともなっています。最近竹内が始めた北斗有清拳に匹敵する傷を残さない乳癌手術は好評で，市外からも手術を受けにくるようになりました。しかし，病院全体の機械予算が5000万位しかないという厳しい状況で，高額医療機器の新規購入はおろか，更新もままならない状況のなかで，今ある道具を活用して手術材料費もできるだけ節約し，少しでも病院の赤字を減らす努力をしています。

### 院内研修，症例検討会

週1回の外科と消化器内科と放射線科の合同症例検討会ならびに手術症例報告を行っています。

### Gamagori Breast Conference

平成16年8月マンモグラフィーの撮影機器が新しくMANMOMAT3000Nova(SIEMENS)に更新され，今までと比較にならないよい写真が撮れるようになったのを機会に，スタッフの読影能力の向上とチーム医療の実践のために，蒲郡市で乳癌検診を行っている医療機関へも呼びかけて，外科，産婦人科，放射線科，検査科合同でGamagori Breast Conferenceを立ち上げました。2ヶ月に1回くらいの頻度で2～3症例を呈示して，マンモグラフィーの読影から，細胞診，診断，手術，病理まで紹介するConferenceです。平成17年度は4回行いました。

第4回 平成17年6月9日(木) 反対側にも乳癌があった1例と石灰化で見つかった1例

参加者11名

第5回 平成17年9月1日(木) 乳頭異常分泌で見つかった2例と傷を残さない温存手術1例

参加者15名

第6回 平成17年11月17日(木) 温存手術の2例

参加者14名

第7回 平成18年1月5日(木) 温存手術の1例とマンモグラフィー読影試験

参加者11名

## 学会活動と業績

現在日本外科学会、日本消化器外科学会、日本乳癌学会の認定施設となっており、2年間の臨床研修後の専門研修にも対応できます。その他、全国学会では日本臨床外科学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本内分泌外科学会、日本消化器病学会、日本腹部救急医学会、日本内視鏡外科学会、日本病理学会、日本警察医会、甲状腺外科研究会などに発表や聴講に行っており、地方会では東海外科学会、愛知臨床外科学会、中部外科学会、東三医学会、三河呼吸器外科研究会、東海乳腺疾患懇話会、三河乳腺懇話会、三河転移性乳癌研究会、東三河外科治療懇談会などに参加しており、最新の外科治療を積極的に取り入れる努力をしています。

## 業績

### 【学会、研究会発表等】

#### 1. MRSA感染症に対するNST介入の現状と問題点

川瀬義久,第20回日本静脈経腸栄養学会,一般演題,口演,2005.2.18

当院では平成14年NSTを立ち上げてから、現在本格的な全病院型のNST活動を実施している。介入対象は主に低アルブミン血症( $Alb > 3.0g/dl$ )と褥瘡のケースで、昨年11月よりレベルを上げて対象を広げ、MRSA感染症、重症感染症、PEGなどの経管栄養、COPDなどの症例を加え実施している。低栄養状態によって感染症は大きな合併症であり、患者のQOLを著しく低下させ在院日数を延長させる。今回われわれはMRSA感染症を有するNST介入患者を検討したので報告する。

平成15年5月よりNSTの介入した患者のうちMRSA感染症を有する36例を対象とした。平均年齢78.0歳、男性23例、女性13例。主な基礎疾患は肺炎17例、脳梗塞など9例、腸炎などの消化管疾患4例、大腿骨頸部骨折2例など、MRSA検出部位は痰22例、便11例、創部4例などだった。腸炎を有する場合は積極的にGFO療法をトライした。

MRSA感染症36例に対しNST介入後、19例、53%において培養上MRSAが陰性化した。MRSA陽性者では平均アルブミン値が $2.7g/dl$ と既に高度の低栄養状態を示し、その改善は容易ではなく死亡率も高い結果だった。また推奨されるべきPEGなどの処置に対してMRSA陽性であることが主治医サイドにとって躊躇する材料となっている場合もあり、TPNから脱することのできない症例も少なくなかった。個々の症例のアルブミン値はNST介入前後でのMRSAの消失の有無で差はなかった。対象例の転帰を見た場合、NST介入後のアルブミン値が上昇した症例の予後は、MRSAの消失の有無にかかわらず、比較的良好であった。

MRSA感染症例に対しては、すみやかにアルブミン値を補正するよう、より早期のNST介入が望まれる。

#### 2. 腸間膜静脈血栓症を発症した低アンチトロンピン血症の1例

菊田大樹,竹内元一,川瀬義久,小田和重,藤竹信一,池原典之

第27回東三医学会,一般演題,口演,2005.3.12

#### 3. 消化管内瘻を多発したS状結腸癌の1例

川瀬義久,菊田大樹,藤竹信一,小田和重,竹内元一,第269回東海外科学会,一般演題,口演,2005.4.3

症例は64歳男性。平成16年10月食欲不振、腹痛のため入院。左側腹部に手拳大の腫瘤触知。貧血、低栄養に加え、電解質異常を呈していた。大腸ファイバー、CT施行、肝転移(H1)を伴った大腸癌イレウスと診断し、経肛門的イレウス管挿入。11月手術、左半結腸切除術および小腸部分切除術施行した。10×10×8cmの3型S状結腸癌を認め、空腸、回腸と一塊となっており、かつ結腸嚢、空腸嚢を形成、3か所に浸潤性の潰瘍を伴っていた。腹水あるも腹腔洗浄細胞診は陰性。病理組織診断は中分化型腺癌、Stage Ⅰ。結腸癌が他の消化管に浸潤して内瘻を多発形成することは比較的まれである。若干の文献的および病理学的考察を加えて報告した。

#### 4. 血液透析患者の原発性上皮小体機能亢進症の1例

竹内元一,菊田大樹,藤竹信一,小田和重,川瀬義久,仲野領二郎,井野佐登

第269回東海外科学会,一般演題,口演,2005.4.3

血液透析を長く続けていると二次性上皮小体機能亢進症が一定の割合で起こってくるが、中には原発性上皮小体機能亢進症もたまたま混じっていると思われる。今回、血液透析歴の長くない患者で、intact-PTHを



測ったら高くてみつかった原発性上皮小体機能亢進症の1例を経験したので報告する。骨型や腎結石型でない無症状の化学型原発性上皮小体機能亢進症で血液透析をきっかけに intact-PTH を測定してみつかる原発性上皮小体機能亢進症も一定の割合であると思われる。

5 . 第 269 回東海外科学会, 川瀬義久, 座長, 2005. 4. 3

6 . 健康食品の関与の可能性が疑われる fibrolamellar component を伴った肝細胞癌の1例

川瀬義久, 菊田大樹, 藤竹信一, 小田和重, 竹内元一

第 17 回日本肝胆膵外科学会, 一般演題, 示説, 2005. 6. 9

【はじめに】今回健康食品を長期に服用、特異な肝細胞癌とその背景の肝障害がみられた興味ある症例を経験したので報告する。

【症例】69歳、男性。平成16年7月健康診断にて肝腫瘍を指摘され、当院紹介となった。既往歴：5年前より糖尿病にて近医で治療中。この男性は健康食品のマイクロアルジェ（植物性プランクトン）を10数年間服用、またドリンク類を1日2、3本数年間飲んでいて、今回肝腫瘍の精査のため入院した。血液検査ではTB 0.6mg/dl AST 49IU/l ALT 58IU/l  $\gamma$ -GTP 91IU/l と軽度肝機能異常を認めたが、Hb 15.2g/dl WBC 7000/ul Plt  $15.5 \times 10^4$ /ul と貧血はなかった。またHBV, HCV は共に陰性であった。腫瘍マーカーはAFP 13.2ng/ml (L3分画 20.9%) PIVKA-II 51mAU/ml と軽度上昇していた。腹部超音波検査ではbright liver を呈し、S5からS7にかけて径約4cmの辺縁明瞭な低エコーの孤立性腫瘍が認められた。腹部CTでは周囲よりわずかにdensityの高い腫瘍がS5辺縁部に認められ、造影では腫瘍辺縁より徐々にエンハンスされるが、内部は一部造影されなかった。CT上hemangiomaとして矛盾しない所見であった。しかしMRIではT1にて軽度low intensity、T2にてiso-high intensity を呈するSOLで典型的なhemangiomaもしくは肝細胞癌ではなかった。血管造影検査では右肝動脈は上腸間膜動脈より分枝しており、前区域枝と後区域枝両方よりfeedingしているtumor stainとして描出された。同年10月25日後区域およびS5の肝切除術を施行した。腫瘍はS5からS7にまたがって存在しており、切除肝組織の重量は430gで、腫瘍は45×35×30cmだった。病理組織所見は、中分化型肝細胞癌 ig fc(-) sf(+) s0 vp0 vw0 b0 im1 tw(-)であったが、壊死像と共にfibrolamellar typeのcomponentを含み、内部は線維化していた。背景の肝組織は中等度の脂肪肝で、かつ門脈域にはgiant cellをわずかに伴った肉芽組織が認められリンパ球浸潤と軽度線維化がみられた。

【考察】本症例は臨床所見上肝炎ウイルス陰性の非典型的な肝細胞癌であったが、若年に発症する特殊型のfibrolamellar hepatocellular carcinomaに類似した組織像を有していた。また背景にある肝組織の炎症所見と肝機能異常は、本症例の健康食品に対する極端な嗜好との関連性が示唆される。近年健康食品による肝障害が注目されているが、長期にわたる服用、肝障害の場合には腫瘍発生の可能性も考慮すべきかもしれない。

7 . 皮膚出血斑を主訴とした Invasive micropapillary carcinoma の再切除の1例

川瀬義久, 菊田大樹, 藤竹信一, 小田和重, 竹内元一

第 13 回日本乳癌学会, 一般演題, 示説, 2005. 6. 10

【はじめに】今回われわれは皮膚出血斑を主訴にみつき、再手術を施行した悪性度の高いまれな Invasive micropapillary carcinoma (IMP) を経験したので報告する。

【症例】37歳、女性。主訴は右胸部の出血斑。平成15年4月より右乳房の疼痛出現、次第に出血斑が広がるため来院。乳房皮膚表面には乳輪中心に多数の出血斑と浮腫が認められ、腋窩リンパ節の腫脹あり。超音波検査では境界不鮮明な不整形で、内部エコーは不均一な腫瘍像。MMGでは区域性に淡い不明瞭な石灰化がみられ、category 4。穿刺吸引細胞診にてadenocarcinomaと診断されたため、Bt+Axを施行。腫瘍は右乳腺ほぼ全体を占拠、病理組織診断は Invasive ductal carcinoma, grade 2, Ly3, v2、リンパ節転移は著明(17/18)。腫瘍の大部分は Invasive micropapillary carcinoma の組織像。T4N1M0 Stage 3B, ER(-), PR(+), TAM と Tegarur による術後化学療法と放射線療法(50Gy)を施行したが、約1年後再び右胸壁に多数の出現。局所再発と診断し平成16年5月胸壁切除術を施行。切除標本は前回と同様IMP像、皮膚の出血斑はすべて真皮乳頭層内の静脈浸潤像。

【結語】一般に IMP はリンパ管侵襲が注目されているが、今回皮膚出血斑が特徴的でありその原因としての著明な静脈侵襲も見逃せない一症例と考えられた。

## 8. 日本における死体検案制度の問題点

竹内元一, 第 11 回日本警察医会, シンポジウム, 口演, 2005. 6. 25

東京都以外では異常死体の検案は警察医のボランティア活動によって支えられているといっても過言ではない。日本における死体検案制度の問題点を明らかにして将来どうあるべきかについて考えてみたい。まず第一の問題点は誰がすべきか法律上決まっていな点です。検案には警察の方から依頼のある依頼検案と医師法第 21 条によって行う届出検案がありますが、依頼検案の場合には警察が検案をしてくれる医師を捜すこととなります。医師法第 19 条に医師は検案の求めがあれば正当な事由がなければ拒んではならないとありますが、これは医師免許を持っていれば誰でもでき、誰でも求めがあればしなければならぬということと解釈されますが、実際にはいつどこで発生するか解らない検案を待っている訳ではないので(東京都を除き)、依頼が来ても仕事をやめて駆けつけるとい訳にはいかず、ましてや異常死体を見たこともないドクターは依頼されても困ってしまい、その結果警察医に回ってくるということになります。第二に誰が保険医療の範囲外である検案にかかる費用を負担すべきか明確でないことです。東京都では都(行政)が負担しており、遺族には追加の検案書文書料以外負担がありません。その東京都の例をみますと年間約 10000 件の検案を行い、東京都から監察医務院に約 10 億円の予算が出ていますので、1 件あたり約 10 万円かかっていることとなります。その他の地区では警察から検死立ち会い謝礼が 3000 円~5000 円検案医に出るのを別として、遺族の負担で病院ないし開業医に払われます。これも決めがないので、解剖なしで 2 万円~5 万円でしょうか。私は自治体病院に勤めていますので病院が検案料、検案書文書料、往診料に準ずる検案出張料を遺族に請求しています。第三の問題点は死因の種類を医師が決めるという点です。呼ばれて行った医師が死体だけを見て(特に水死体など)それが事故なのか、自殺なのか、他殺なのかはわかりませんがありません。もちろん警察の周辺調査を聞いて協議して決めるわけですが、時々自殺をして遺族からクレームが出ることがあります。英国のコロナ - 制度にみるような死因陪審を開いて決めた方がよいようなケースもあります。そこで、将来への提言ですが、ひとつは死体検案を保険医療の範囲とすること、もうひとつは東京都のような監察医制度を全国に拡げること、そして死因の種類を決めるのは司法関係者に任せることです。

## 9. 非触知乳癌の 2 例

竹内元一, 菊田大樹, 藤竹信一, 小田和重, 川瀬義久

第 24 回愛知臨床外科学会, 一般演題, 口演, 2005. 7. 18

近年マンモグラフィー検診の普及と機器の改良によって、異常石灰化で見つかる非触知乳癌症例が増加してきている。当院でも 2 例経験したので、その検査法と治療について紹介する。1 例は 48 才、左 D 領域にカテゴリ 4 の石灰化を認め、その部の open biopsy を傍乳輪切開で行ったところ、2x1mm の微小浸潤癌であったが、margin free で追加手術はしていない。もう 1 例は 67 才、左 D 領域にカテゴリ 4 の石灰化があり、open biopsy を行ったところ DCIS が出て、ew(+) であったので、追加切除(石灰化部分の完全切除と SLNB)を行った。一部に浸潤を認めたが、リンパ節転移は(-)であった。テクニックを要するがマンモトームのない施設での open biopsy は有用であると思われた。

## 10. 胃部分切除を施行した骨転移及び播種性血管内凝固症候群を伴った進行胃癌の 1 例

菊田大樹, 竹内元一, 川瀬義久, 小田和重, 藤竹信一

第 24 回愛知臨床外科学会, 一般演題, 口演, 2005. 7. 18

症例は 50 歳男性。3ヶ月前より腰痛を自覚していたが放置し、意識消失、痙攣発作をおこして当院救急外来を受診した。受診時貧血、血小板減少著明で DIC の状態であり、緊急内視鏡検査で胃角部前壁に潰瘍形成を認め、止血術施行され内科入院となった。精査の結果胃癌、骨転移による DIC と診断されるも入院 1 週間後に吐血し、同部位から噴出性の出血が認められ、内視鏡的に止血不可の状態であったため同日緊急胃部分切除を施行した。術後 TS - 1 + CDDP 投与にて一旦は DIC 傾向がおさまったものの、再燃し徐々に全身状態悪化、術後 3 ヶ月で永眠された。骨転移による DIC に陥った胃癌に対し、手術を施行した症例は少なく、若干

の文献的考察も含めて報告する。

#### 1 1 . 最近の外科手術について

竹内元一, 医局勉強会, 口演, 2005.8.25

#### 1 2 . 温存手術における整容性の追求

竹内元一, 川瀬義久, 小田和重, 藤竹信一, 菊田大樹

第2回日本乳癌学会中部地方会, 一般演題, 口演, 2005.8.26

最近マンモグラフィ検査の普及により、微細石灰化だけの非触知乳癌がよく見つかるようになり、以前と比較して早期の小さな病変が多くなってきた。当院では1991年から温存手術を積極的に取り入れてきたが、初期の温存手術では創の位置や向きが不適切なために、整容性の悪いケースもあった。最近の小さな病変に対して良性病変の時に進行傍乳輪切開で温存手術を行い、整容性の向上を図っている。その適応は部位によらず、病変の広がりが1.5cm以内で皮膚に浸潤所見のないものとしている。また、腋窩リンパ節についてはセンチネルリンパ節の生検を行い、転移陰性であれば郭清は省略している。今のところ転移陽性のものはない。入院、全身麻酔下に行い、4日間の入院としているが、将来は1泊2日のデサージェリーとする予定である。5例にこの術式を行い、満足のいく整容性が得られたので、以前の術式と比較して報告する。

#### 1 3 . 腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した虫垂粘液嚢胞腺腫の1例

川瀬義久, 菊田大樹, 藤竹信一, 小田和重, 竹内元一

第41回中部外科学会, 一般演題, 口演, 2005.9.3

【はじめに】虫垂粘液嚢胞腺腫はまれな良性腫瘍であり、無症状のまま他の手術の際などに偶然発見されることも多い。今回急性虫垂炎にて発症し、内視鏡外科手術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。主訴：下痢、腹痛。既往歴：40代に胃潰瘍のため胃切除術を受ける。現病歴：平成 年 月 近医受診し急性虫垂炎の診断で、発症2日後当院救急外来へ紹介となった。入院時現症：右下腹部に限局した圧痛を伴う腫瘍触知。Blumberg sign 陽性。血液検査では白血球 9200, CRP 4.5 腫瘍マーカーは正常であった。腹部エコー検査にて低エコー像を呈した腫脹した虫垂が描出された。腹部 CT 検査では右下腹部にやはり嚢胞様の SOL が認められ、dirty fat sign を伴っていた。翌日腹腔鏡下に観察、著明に腫大した黄白色の虫垂を認め、虫垂腫瘍が疑われた。粘液様腹水はなかった。腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行、202 番リンパ節を術中病理診断に提出し転移巣のないことを確かめた。虫垂の大きさは70×27mm、粘液が充満していた。病理組織診断は mucinous cystadenoma、悪性所見はなかった。粘液物質は間質へ著明に漏出、貯留しており中等度の炎症を伴っていた。術後12日目に軽快退院した。

【考察】虫垂粘液嚢胞腺腫はまれな疾患であるが、時に腸重積や急性虫垂炎などにて発症する。良性疾患であるため、より侵襲の低い腹腔鏡下手術が好ましいと考えられる。しかし術前に確定診断できるとは限らず術中病理診断の利用が必須と思われる。また粘液漏出とそれに伴う再発を避けるため細心の鏡視下操作が要求される。

#### 1 4 . Implantation によると考えられた腹腔鏡補助下回腸癌イレウス術後機能的端々吻合部再発の1例

藤竹信一, 第64回日本癌学会, 一般演題, 示説, 2005.9.15

【症例】65歳、男性。2003年4月21日、回腸癌イレウスにて腹腔鏡補助下回腸部分切除術、機能的端々吻合を施行した。高分化腺癌[se, P0, H0, M(-), n2(+), ow(-), aw(-), INF , ly2, v1]であった。2004年6月より貧血と黒色便を認め、下部消化管内視鏡検査では前回手術の吻合部が易出血性であったが生検は慢性炎症のみであったものの FDG-PET では吻合部に集積像を認め吻合部再発と診断し、11月12日、手術を施行した。吻合部に小児手拳大の腫瘍を認め、口側の回腸に浸潤し瘻孔を形成し、病変の中央に吻合線を認めた。高分化腺癌[si, P0, H0, M(-), n(-), ow(-), aw(-), INF , ly1, v0-1]であった。

【考察】イレウスにて貯留していた腸管内容中に浮遊していた癌組織の吻合部への Implantation と思われた。機能的端々吻合は手術時間の短縮や吻合部の口径を広くとれるなど利点が多く、腸管切離に自動縫合器を使うことで術野の汚染の減少もはかれ、イレウスなど吻合の条件の悪い場合にも有用であると思われるが癌によるイレウスの場合には注意が必要で術中腸管洗浄も考慮すべきと考えられた。また小腸癌自体の診断も難

しいが、自験例のような場合には吻合部再発についても注意が必要であると思われた。

#### 15 . Streptococcus mitisによる肝膿瘍に門脈血栓症を合併した一部検例

川瀬義久,吉田篤生,土方康孝,小杉伊三夫,八木昭

第47回日本消化器病学会,一般演題,示説,2005.10.7

Streptococcus mitis は肝膿瘍の起原菌として近年その報告例が散見されるが、門脈血栓を合併する例はまれである。今回急速な死の転帰をとった病理解剖例を経験したので報告する。症例：61歳、女性。主訴：発熱。既往歴：高血圧症にて治療。現病歴：入院1ヶ月前に、嘔吐、下痢みられ胃腸薬にて軽快したが、全身倦怠感と発熱が続き、来院。入院時現症：体格栄養中等度。体温39.2<sup>°</sup>C、血圧98/60mmHg、脈拍123/min、整。腹痛、嘔気、下痢はなかった。主要な入院時検査所見：WBC 17600、Hb 12.2g/dl、Plt 42.2×10<sup>4</sup>、TB 0.9mg/dl、GOT 105IU/l、GPT 119IU/l、ALP 1080IU/l、AMY 38IU/l、CRP 37.7。腹部CT検査にて少量の腹水と共に肝臓にSOL多発、膵頭部にもLDAが認められた。また門脈本幹内部はdensityの低下があり、門脈血栓が疑われた。臨床的には当初膵臓癌、多発性肝転移を疑った。CMZ(1日2g)投与するも高熱は持続し入院6日目に急死した。血液検査上では死亡前日までDICの所見はなかった。病理解剖を施行。肝臓は重量2725gと腫大しており、最大径5cmまでの肝膿瘍が多発し、膵頭部後腹膜側にも直径4cmの膿瘍を形成していた。膿瘍内には組織学的にグラム陽性球菌が散見された。また門脈本幹は血栓形成と共に、変色菲薄化しており、周囲は膿瘍形成、さらに剖検時は門脈内にも多量の膿が充満していた。特に膵頭部の門脈は組織学的に非常に高度な血栓性、壊死性静脈炎を呈していた。腸管には明らかな感染源となりうる所見は見当たらなかった。また他の臓器にも感染巣は認められなかった。生前の血液培養および剖検時の肝膿瘍の培養よりStreptococcus mitis group が検出された。本症例は、これが起原菌となり短期間に肝膿瘍を形成すると共に血栓性門脈炎を引き起こし、敗血症で死亡したものと想定された。強力な抗生剤による化学療法と共に治療早期からの抗凝固療法を施行すべき症例であったと考えられた。

#### 16 . 平成17年度薬物乱用防止教室(北部小学校)

竹内元一,教育講演,口演,2005.10.18

#### 17 . 一地方病院におけるNST導入の問題点と今後の展望

川瀬義久,依頼講演,口演,2005.10.21

#### 18 . Ciliated hepatic foregut cystの1切除例

川瀬義久,菊田大樹,藤竹信一,小田和重,竹内元一

第67回日本臨床外科学会,一般演題,口演,2005.11.11

Ciliated hepatic foregut cyst (CHFC)は前腸由来に発生するきわめてまれな良性肝嚢胞である。今回我々は直腸癌にて手術後、肝臓および肺の腫瘍を指摘され両者を切除した症例を経験したので報告する。症例68歳、男性。直腸癌のため高位前方切除術施行後、胸腹部CTにて肝臓、肺に腫瘍を指摘。肝腫瘍は単純CTではisodensityのSOL、造影CTでは、S4領域に造影効果のない径約1.5cmのlow density SOL。MRIでは、T1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を示す腫瘍として描出、SPIO造影のlong TEでは高信号の消失はなし。肺は右肺下葉に2個の結節あり。腫瘍マーカーは正常。アイソボリン/5-Fuによる化学療法施行しながら、両者の腫瘍をフォローするも著変なし。直腸癌による転移も否定できないため右開胸開腹にて右肺下葉部分切除術および肝S4部分切除術を施行。肝切除標本は黄白色の粘液様液体を含んだ単房性嚢胞で、病理組織学的所見はCHFC、悪性所見なし。なお肺は過誤腫であった。考察 CHFCは最近の画像診断の発達と共に偶然発見される機会が増えつつあるようである。一部癌化の可能性も指摘されており、非常にまれではあるが肝嚢胞のひとつとして鑑別診断上重要であると思われた。

#### 19 . 虫垂憩室穿孔による腹腔内膿瘍の手術例

篠田嘉博,川瀬義久,菊田大樹,藤竹信一,小田和重,竹内元一

東三河外科治療懇話会,一般演題,口演,2005.11.18

症例は84歳、男性。主訴は食欲不振。平成17年8月14日ごろより食欲低下、寝たきりとなり、8月20日より発熱で当院内科を受診され、腹部CT検査にて腹腔内膿瘍を指摘、外科診療科となった。右の下腹部に

自発痛はないが、圧痛があり、腫瘤を触知された。腹部CT検査では虫垂内に糞石らしき high dense のものが認められ、骨盤内に膿瘍と思われる low dense area を認めたため緊急 ope 施行の方針となった。手術は虫垂のみの切除と膿瘍部のドレナージを行った。虫垂は憩室が多発しその中にゾンデをいれてみたところ穿孔しているのが認められた。虫垂粘膜面は浮腫のみだった。病理組織では非穿孔部に固有筋層の欠如した仮性憩室が認められ穿孔部も確認された。虫垂憩室は比較的稀な疾患であり、術前診断が困難です。急性虫垂炎との鑑別診断の際に念頭おく必要のある疾患である。急性虫垂炎に比べて穿孔のリスクが高く、外科的治療を要するハイリスクグループとして認識すべきものと思われる。場合によっては予防的切除も考慮すべきであろう。

## 20 . 敗血症性門脈血栓およびガス血症をきたした大腸憩室炎の1切除例

川瀬義久, 菊田大樹, 藤竹信一, 小田和重, 竹内元一

第18回日本外科感染症学会, 一般演題, 口演, 2005.11.25

【はじめに】門脈ガス血症や感染性門脈血栓症はまれではあるが、腹部感染性疾患の重篤な合併症として報告されている。今回門脈ガス血症と血栓症両者を同時に合併した大腸憩室炎を発症、S状結腸切除術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】50代女性。主訴：発熱、全身倦怠感。既往歴：高血圧。現病歴：平成 年 月当院受診の1週間前より下痢、腹痛出現。症状悪化し来院。血液検査ではWBC 9300 Hb 12.7 Plt 3.0 BUN 36.7 CRP 2.65 CRP 35.4。敗血症によるDIC、多臓器不全と診断、緊急入院。抗生剤、免疫グロブリン製剤など投与するも、徐々に呼吸困難増強し、ARDS発症。入院3日目より人工呼吸管理とし、さらにCHDF、エンドトキシン吸着療法(PMX)施行。14日間のICU管理を要した。血液培養ではグラム陽性桿菌、痰および便培養ではMRSA検出。この間腹部症状はほとんどなかったが、入院45日目食事摂取により再び発熱、腹部CTにて門脈と下腸間膜静脈に血栓およびガス血症を認めた。絶食、線溶療法(ウロキナーゼ)施行し軽快。大腸ファイバーと注腸検査よりS状結腸憩室炎が原因と考えられ、外科転科し入院71日目にS状結腸切除術施行。切除標本ではS状結腸に多数の憩室があり、結腸間膜は膿瘍形成と炎症性肥厚を認めた。肉眼的に下腸間膜静脈は容易に確認できず。病理組織学的には大腸憩室による膿瘍形成とともに、近傍の静脈は化膿性静脈炎を呈しその血管構造が著しく破壊されて血栓を形成。術後1週間目にGFO療法とともに経口摂取開始、術後28日目に軽快退院。術後の腹部CTでは門脈と下腸間膜静脈の血栓およびガス血症は消失。

【考察】本症例はS状結腸憩室炎により門脈と下腸間膜静脈の血栓およびガス血症をきたし、急速に敗血症、DIC、多臓器不全に陥ったものと考えられた。憩室炎により著明な門脈系の化膿性静脈炎が病理組織学的に認められ、血栓形成と腸管ガスの漏出を惹起したものと推察された。敗血症性の血栓およびガス血症の同時発症はかなりまれでかつ重篤であるが、大腸憩室炎の重要な合併症として考慮すべき病態と思われた。

## 21 . 平成17年度薬物乱用防止教室(大塚小学校)

竹内元一, 教育講演, 口演, 2005.12.2

## 22 . 腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した腸捻転を伴う腹腔内デスマイドの1例

川瀬義久, 菊田大樹, 藤竹信一, 小田和重, 竹内元一

第18回日本内視鏡外科学会, 一般演題, 口演, 2005.12.9

症例：74歳、男性。主訴は腹痛。平成16年11月末突然の腹痛出現。腹部レントゲンにてS状結腸のループが著明に拡張、結腸捻転症によるイレウスと診断。腹部CT検査では特に腫瘍の所見なし。注腸検査にてbird sbeak様の狭窄像あり、大腸ファイバーを施行し捻転解除を確認、腫瘍病変なし。入院1週間後、腹腔鏡補助下S状結腸切除術施行。S状結腸間膜の一部に肥厚硬化巣あり、それを起点にして捻転を発症していたものと考えられた。他の腹膜、間膜に異常なし。この肥厚硬化部位を含めてS状結腸切除を行い、機能的端端吻合を施行。結腸間膜の肥厚部には径約1cmの小結節が認められ、組織学的には異型性のない幼若な線維芽細胞の増殖と豊富な膠原線維から構成されており、腹腔内デスマイドと病理診断された。考察：デスマイドは線維腫症の一部と認識されており、比較的まれである。現在のところ明らかな原因はわかっていないが、腹部手術との関連性も指摘されている。本症例では術前の画像では確認できない極小デスマイドであ

り、良性疾患であることから、より低侵襲でかつ腸閉塞の合併が少ない腹腔鏡下手術はよりよい適応であると考えられた。

### 2.3. 平成17年度薬物乱用防止教室(中央小学校)

竹内元一,教育講演,口演,2005.12.12

表1. 手術統計

年度	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
手術(全身麻酔)	394	363	375	375	340	363	324
手術(その他)	268	339	237	210	187	205	196
食道	5	1	3	3	0	1	4
胃十二指腸(良性)	9	9	5	8	7	11	6
胃十二指腸(悪性)	59	51	51	51	46	44	35
結腸、直腸	50	50	50	50	54	67	64
虫垂	65	62	35	56	38	47	46
肝臓	5	6	11	4	7	6	11
胆嚢、胆管(良性)	92	62	88	92	83	75	68
胆嚢、胆管(悪性)	6	3	2	2	2	0	0
膵臓	6	5	6	3	0	1	2
甲状腺	2	2	11	1	3	3	6
乳腺	31	18	23	30	46	44	42
肺	15	16	21	18	17	15	18
副腎	1	2	2	0	2	1	0
上皮小体	3	1	4	2	4	1	1
外傷	4	6	0	3	3	6	2
ヘルニア	103	110	101	93	92	95	117
鏡視下手術(内数)							
胆嚢	63	50	74	83	58	65	49
胃、大腸	0	3	12	9	13	8	6
その他	16	50	27	43	22	40	42



菊田医師の鼠径ヘルニア手術に入って指導を受ける滝川医師

## 小 児 科

今年も当科にとっては変動の年となりました。平成 14 年度から 3 年間にわたりお勤めになられた舟曳先生が出産に伴い 8 月末にて退職され、医局よりの補充ないまま、秋の喘息シーズンに突入しました。小児科の分野では思春期をはさみ、心も体も大きく変化する世代を抱えます。そのような中で、女性医師の果たす力は大きく、当科だけでなく、病院全体としても惜しまれつつのご退職でした。11 月よりは新生児分野でご活躍の戸川先生が赴任され、最新の情報を当院に運んで下さいました。戸川先生は短期間の赴任となり、平成 18 年 4 月より豊橋市民病院に赴任されています。近隣の病院ですので、現在も度々お世話になっています。

原稿執筆時の現在（平成 18 年 9 月）斎藤先生もご開業になり、戸川先生と交代で赴任された安積先生、部長の河辺先生、私を含めた 3 人体制となっています。

「小児科医不足」とよく言われてしまっていますが、子供たちの健やかな成長を祈って、少ないながらも、人間味あふれる中身の濃い医療を目指して、日々精進していく所存です。

小規模な科ながら、学会発表など積極的に行っています。その意味でも activity の非常に高い科だと自負しています。

今井一徳

### 業績

#### 【院内発表】

- 1) 今井一徳：医局勉強会（H17）：小児の薬物療法～抗生剤の使用法を中心として～
- 2) 河辺義和：医局勉強会（H18）：睡眠と子どもの発達

#### 【学会発表】

- 1) 今井一徳：第 135 回日本小児科学会東海地方会(H17.10、名古屋)：  
Crigler-Najjar Syndrome Type II と診断されている母より出生した児の遺伝子学的検索について
- 2) 今井一徳：第 20 回小児救急医学会(H18.6、筑波)：  
虐待の同胞例について
- 3) 河辺義和：第 39 回日本小児感染症学会(H18.11、高知)：  
出生時著明な高 IgM 血症を認め第一次硝子体遺残を認めた低出生体重時の 1 例

#### 【研究会発表】

- 1) 舟曳靖子：第 59 回名古屋市立大学小児科集談会(H17.3、名古屋)：  
重症貧血をきたした *Helicobacter pylori* 感染症の女児例
- 2) 今井一徳：第 128 回東三河小児科医会(H17.9、豊橋)：  
出生時すでに発症していた新生児精軸捻転の一例
- 3) 河辺義和：第 60 回名古屋市立大学小児科集談会(H17.9、名古屋)：  
院内感染対策としてのウイルス抗体価の検討
- 4) 今井一徳：東海小児アレルギー研究会(H18.3、名古屋)：  
喘息発作急性期短期ステロイド経静脈全身投与にてステロイド緑内障をきたした一症例
- 5) 三沢知江子：第 61 回名古屋市立大学小児科集談会(H18.3、名古屋)：  
胎内発症した小腸軸捻転の 1 例

#### 【研究会座長】

- 1) 河辺義和(H18.1、知立)：三河耐性菌研究会
- 2) 河辺義和(H18.5、豊橋)：第 130 回東三河小児科医会

#### 【学会主催】

- 第 5 回蒲郡小児科臨床研究会(H18.1蒲郡)



## 産婦人科

平成18年9月から産婦人科医が1名退職となり、現在、産婦人科は男性医師2名、女性医師1名の3名の常勤医師で診療にあたっている。日本産科婦人科学会の認定する研修指定病院となっているが2名が産婦人科認定医である。他の地方自治体病院と同じく産婦人科医の減少は当院においても例外でない。

外来診療部門では、産科診察一診と婦人科診を二診置き、1日の延べ受診患者は100名を超える。外来診療における周産期管理は、まだまだ不十分な状態であるが、積極的にハイリスク妊娠を手掛け、小児科管轄のNICUとの連携を緻密に行い、近医よりの母体搬送列にも対応している。

婦人科診療において中心となるのは腫瘍性疾患であり、子宮内膜症や子宮筋腫に対する偽閉経療法を積極的に行い、高い治療成績を得ている。又、子宮内病変に関しては、外来にて子宮鏡検査（ヒステロスコピー）も積極的に取り入れ、診断の一助としている。不妊症治療に関しては、排卵誘発および人工授精にとどまっておらず、体外受精が必要な症例に関しては、近隣の不妊専門施設に紹介をさせて頂いている現状である。山田医師を中心に外科の乳腺外来とは別に、産婦人科においても乳癌のスクリーニングを含めた乳腺外来を3年前より行っており受診者数も増加している。

平成17年の総分娩件数は642分娩であり、昨年度に比べやや減少傾向にあった。蒲郡市の出生届出数の9割近くが当院での分娩であり、周産期医療の充実の必要性がさらに要求されるところであろう。重症反死は3例（0.5%）と周辺の同規模の施設と比較して遜色はない。このことは当院のNICUを含めた小児科の医療レベルに寄与するところが多い。又、帝王切開率は24.3%と横ばいである。小手術を除外した年間手術件数は270例であり、そのうち帝王切開率が156例を占める。反面、帝王切開術既往列の経膈分娩も条件が許す限り積極的に行っている。

婦人科手術では腫瘍性疾患に力を入れており、年間72例を施行した。悪性腫瘍手術は9例と減少しており、今後、婦人科悪性腫瘍手術の多様性に対応する必要がある。悪性腫瘍に対する抗がん剤による、多剤併用療法も積極的に取り入れており、動注化学療法も数例施行し、手術療法と合わせ非常に良い治療効果を挙げている。更に手術侵襲の少ない内視鏡下手術も取り入れており、特に子宮粘膜下筋腫に対する子宮鏡下筋腫切除術（TCR）は盛んに行われるようになり、従来子宮全摘を行ってきた症例に対しても、子宮温存が可能となる症例が増えてきている。今後は腹腔鏡下の手術も更に増加するものと思われる。

保條説彦



## 周産期統計

### 1) 分娩数

早期産 (22 ~ 30週)	4 (0.6%)
(31 ~ 36週)	22 (3.4%)
正期産 (37 ~ 41週)	616 (96.0%)
過期産 (42週以降)	0 (0.0%)

計 642

### 2) 産科手術

吸引分娩	18 (2.8%)
帝王切開術	156 (24.3%)

計 194

### 3) VBAC

7

### 4) 新生児

新生児仮死 (アプガー7点以下)	10 (1.6%)
重症仮死 (アプガー1 ~ 4点)	3 (0.5%)
早期新生児仮死	1 (0.16%)

計 13

## 手術統計

婦人科悪性腫瘍手術		9
婦人科良性腫瘍手術	腹式子宮全摘出術	25
	腹式筋腫核出術	14
良性附属器腫瘍手術 (開腹)	附属器摘出術	12
	囊腫核出術	12
子宮外妊娠手術 (開腹)		4
内視鏡手術	経頸管的筋腫核出術	9
	子宮外妊娠手術	2
	囊腫核出術	2
腔式手術	シロツカー手術	2
	マンチェスター手術	10
	マクドナルド手術	2
	レ・フォルト手術	1
	円錐切除術	6
	造脛術	1
産褥期卵管結紮術		3
帝王切開術		156
	計	270

## 整形外科

### 現況

平成 18 年 7 月に中島基成先生が、名古屋第一赤病院から赴任してきました。現在、千葉晃泰、荒尾和彦、花林雅裕、中島基成の常勤 4 人体制で治療しています。地域医療の医師不足により、平成 18 年度の後半は、3 人体制になる予定です。皆様に、多大なご迷惑をおかけすると存じます。

手術は、骨折等の外傷を中心に行なっています。入院患者は、高齢者が多くを占めています。地域連携を深め、より円滑な医療体制を作るよう努力しております。なお、猪田邦雄元名古屋大学教授には、引き続き関節を中心にサポートをお願いしております。

### 診療統計

	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度
外来患者数	47,957 人	42,552 人	34,324 人	30,858 人	38,735 人
入院患者数	23,389 人	20,877 人	20,472 人	18,533 人	20,096 人
手術件数	534 件	489 件	488 件	470 件	491 件

## 脳神経外科

昨年5月、6月に、梅津正成医師、竹内洋太郎医師が転出し、それぞれ山本光晴医師、鳥飼武司医師が転入しました。年齢が若返りましたが、経験を補ってあまりある熱心さで頑張っています。昨年の当院の大きな出来事はMRI 1.5T (Philips社製)がワークステーションとともに導入された事です。Axial画像はそれほど向上した印象はありませんが、腰椎 myelography、diffusion、perfusion image、MR-angiography等の機能が充実し、ワークステーションを含めた検査時間、精度の向上には目を見張ります。急性期虚血患者に対して、diffusion、perfusion、MR-angiographyまで卒中プログラムとして設定し、撮像10分程度で検査できるようにしてもらいました。神経繊維のつながりを画像としてとらえることのできるTractography専用のパソコンも付属しています。これを利用し、手術の安全性の向上、脳卒中後の機能予後の予測などが可能になると期待しています。

1. 梅津正成、間瀬光人、宮地利明、笠井治昌、原真咲、柴本雄太、鈴木由里子、山田和雄：慢性硬膜下血腫例における片麻痺出現機序のMRIによる解析 第29回日本神経外傷学会 2006.3.25 東京
2. 竹内洋太郎、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓：脳梗塞急性期におけるperfusion CTの意義（不正確とされる脳血流量に注目して） 第28回日本脳神経CI学会総会 2005.3.19 高松
3. 竹内洋太郎：Fusion画像による診断の臨床的利点 第64回日本医学放射線学会総会 産学連携セミナー 2005.4.9 横浜
4. 竹内洋太郎、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓：MRI画像とSPECT画像の融合-当院における応用と問題点 第11回東海脳神経核医学研究会 2005.8.20 名古屋
5. 竹内洋太郎、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓：術後に気脳症を繰り返した下垂体腺腫の一例 第68回東三河懇話会 2005.9.8 豊橋
6. 竹内洋太郎、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓：急性期血栓溶解療法-perfusion CTでの適応決定 第64回日本脳神経外科学会総会 2005.10.5 横浜
7. 竹内洋太郎、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓：中硬膜動脈塞栓術が奏効した難治性慢性硬膜下血腫の一例 第69回中部地方会 2005.11.5 津
8. 竹内洋太郎、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓：perfusion CTによる急性期血栓溶解療法の適応決定 第17回日本脳循環代謝学会総会 2005.11.25 名古屋
9. 杉野文彦、梅村訓、梅津正成、神田佳恵、竹内洋太郎：手術用固定具による急性硬膜下血腫の一例 第68回日本脳神経外科学会中部支部学術集会 松本 2005.4.16
10. 杉野文彦、梅村訓、梅津正成、神田佳恵、竹内洋太郎：Carotid artery stentingにおける3DCTA内視鏡モードの有用性 第21回日本脳神経血管内治療学会 2005.11.10 和歌山
11. 梅津正成、杉野文彦、梅村訓、神田佳恵、竹内洋太郎：慢性硬膜下血腫における片麻痺出現機序のMRIによる解析 第64回日本脳神経外科学会総会 2005.10.5 横浜
12. 神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓、竹内洋太郎：CAS(carotid artery stenting)における3DCTA内視鏡モードの有用性 第64回日本脳神経外科学会総会 2005.10.6 横浜
13. 杉野文彦：塞栓術後、後頭葉に静脈性梗塞をtransverse sinus CCFの一例 第6回三河脳血管内治療懇話会 2005.04.08 蒲郡
14. 杉野文彦：脳死について 蒲郡市立蒲郡中学校講演 2005.11.8 蒲郡
15. 杉野文彦：coilが静脈に抜けたAVM塞栓術 第69回東三河脳神経外科懇話会 2006.1.25 豊橋
16. 梅津正成：P1に発生したdissection aneurysmの一例 第7回三河脳血管内治療懇話会 2005.7.8 豊橋
17. 竹内洋太郎：術後に気脳症を繰り返した下垂体腺腫の一例 第68回東三河脳神経外科懇話会 2005.9.8 豊橋

#### ランチョンセミナー講師

- 1 .竹内洋太郎:SPECT画像とMRI画像のsuperimpose:現時点での応用と問題点と今後の展望 第29回日本脳神経CI学会総会

#### 論文

- 1 .竹内洋太郎、遠山淳子、大野貴之、杉野文彦、梅村訓、川村康博、片野広之、間瀬光人、山田和雄:STA-MCA吻合術後の血流の変化 第8回ニューロイメージングカンファレンス記録集 Vol.8 p12-14,2005
- 2 .内洋太郎、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓:脳血行再建術におけるperfusion CTの意義 第9回ニューロイメージングカンファレンス記録集 Vol.9 p11-13,2005
- 3 .竹内洋太郎、大野貴之、神田佳恵、梅津正成、杉野文彦、梅村訓:Fusion画像による診断の臨床的利点-頭部- 臨床放射線 Vol.50 No.10, 1197-1202, 2005.
- 4 .杉野文彦、梅村訓、川村康博、大野貴之:分割照射における視神経の放射線耐容性 定位的放射線治療 Vol.9, 25-52.2005

#### 幹事

第67回東三河脳神経外科懇話会 豊橋 2005/5/25

2005年蒲郡手術件数

手術内容	症例数	
脳腫瘍	摘出術	10
	生検術（開頭術）	0
	生検術（定位手術）	0
	経蝶形骨洞手術	2
	広範囲頭蓋底腫瘍切除	0
脳血管障害	破裂動脈瘤	11
	未破裂動脈瘤	2
	脳動静脈奇形	0
	頸動脈内膜剥離術	0
	バイパス手術	2
	高血圧性脳内出血（開頭血腫除去術）	15
	高血圧性脳内出血（定位手術）	7
外傷	急性硬膜外血腫	0
	急性硬膜下血腫	1
	減圧開頭術	2
	慢性硬膜下血腫	36
奇形	頭蓋・脳（奇形）	0
	脊髄・脊椎（奇形）	0
水頭症	脳室シャント術	8
	内視鏡手術	0
脊髄・脊椎	腫瘍（脊髄）	0
	動静脈奇形	0
	変性疾患（変形性脊椎症）	2
	変性疾患（椎間板ヘルニア）	3
	変性疾患（後縦靭帯硬化症）	1
	脊髄空洞症	0
機能的手術	てんかん	0
	不随意運動（刺激術）	0
	不随意運動（破壊術）	0
	脳神経減圧術	0
血管内手術	動静脈塞栓術（破裂動脈瘤）	8
	動静脈塞栓術（未破裂動脈瘤）	2
	動静脈奇形（脳）	0
	動静脈奇形（脊髄）	0
	閉塞性脳血管障害	8
	閉塞性脳血管障害（ステント）	5
	その他血管内手術	10
脳定位的放射線治療	腫瘍（SRS）	30
	脳動静脈奇形	2
	機能的疾患	0
その他	15	
合計	182	

## 泌尿器科

外来診療は水曜日に愛知医科大学より本多教授に来て頂き 2診で、それ以外は1診で行っています。泌尿器科は検査、処置の多い科で、外来診療中に排泄性尿路造影・超音波検査・尿波分析検査・膀胱機能検査・膀胱尿道鏡検査などの検査や、バルーンカテーテル交換（尿道・腎瘻・膀胱瘻）・尿道ブジーなどの処置を行っています。ほとんどの検査は主に外来で行い、前立腺生検・膀胱生検（腰椎麻酔下）・尿管鏡検査（腰椎麻酔下）・順行性尿路造影などは入院で行っています。

水・木曜日以外の午後は逆行性尿路造影などの検査、腎瘻造設・膀胱瘻造設・尿管ステント交換などの処置、ESWLなどを行っています。

手術はESWL以外、水・木曜日の午後を中心に予定を組んでいます。最近近医よりの紹介により手術となるケースが増えています。泌尿器科の手術は多様である。腰椎麻酔下で経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR - Bt）・経尿道的前立腺切除術（TUR - P）・経尿道的結石破碎術（TUL）などの内視鏡手術が大半を占めるが、体外衝撃波結石破碎術（ESWL）における機械操作による手術、腎摘除術・膀胱全摘除術（+尿路変更）などの開腹手術も行っています。

岡田正軌

### 【座長】

上條渉

第24回東三河談話会 2006.3.4 豊橋

### 手術統計

手術名	件数	手術名	件数
膀胱全摘除術	3	前立腺全摘除術	1
腎摘除術	6	経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR - Bt）	42
経尿道的前立腺切除術（TUR - P）	16	体外衝撃波結石破碎術（ESWL）	46
経尿道的結石破碎術（TUL）	10	陰嚢水腫根治術	4
除睾術	3	その他	9

## 皮 膚 科

### 現況

診療スタッフは、医師1名、看護婦2名です。月曜日には、応援の医師を名古屋市立大学より頂いております。一人赴任のため、特に勉強会は行っていませんが、2ヶ月に1回東三河の皮膚科の集まりがありそこで検討会を行っています。

診療内容は、毎日午前中は一般外来診察を、午後は完全予約制の特殊外来診察及び他科入院患者さんと皮膚科入院患者さんの診察を行っています。

月曜日の午後は褥創回診を行っています。当院の褥創のほとんどをここで診察しています。火曜日、水曜日、木曜日の午後は外来手術を行っています。粉瘤、母斑細胞母斑（ほくろ）、脂漏性角化症などの腫瘍切除、及び診断を確定するための皮膚生検を行っています。

水曜日の午後は学生診とし、慢性の皮膚疾患で通院が必要な小、中学生、高校生の診察を行っています。特殊療法としまして、名古屋市立大学皮膚科が光線療法を盛んに行っていることもあって、当皮膚科でも紫外線治療が行えるようになってきました。尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉症、尋常性白斑などにPUVA療法やPUVA-bath療法を、慢性湿疹にUVB療法を行っています。

診療統計としましては、平成17年度の手術件数（生検を含む）は210件でした。

蒲郡市は、特に蜜柑の殺虫剤、シソや菊の接触性皮膚炎と光接触皮膚炎の患者さんが多いようです。

千葉高司

## 耳鼻咽喉科

### 外来

午前中は火曜日と木曜日のみ3診、それ以外の曜日は2診で診察しています。

月曜日、火曜日、金曜日の午後1時から2時までは学生診をしています。

午後は各種検査、小手術を施行、月曜日と水曜日は手術室での手術を施行しています。

### 入院

手術症例、保存療法施行症例に大別されます。めまい症例に関しましては市外、県外からいらっしゃる患者さんもみえます。

竹内昌宏

## 眼 科

現在医師は、常勤1名のみと非常勤1名となりました。視能訓練士も2名から1名に減りました。

午前中の外来は、2診で診療を行っていますが、1診のみの診療時は、お待たせしてしまうこともあります。なるべく、患者さんをお待たせしないように予約制を導入していますが、かなり待ち時間も長くなってしまい御迷惑をかけております。

月曜日と水曜日の午後に手術を行っています。白内障手術がもっとも多く行われています。

白内障手術は、点眼麻酔によってほとんど痛みなく、30分以内に終わります。また、入院手術、日帰り手術などは、希望を聞いて決めています。

火曜日と木曜日の午後には、網膜光凝固術、特殊外来、未熟児検査、外来手術を行っています。

金曜日は、学童診察日として、小児の斜視や弱視などの検査・診察を行っています。

第3木曜日には、ニデック社のエキシマレーザーを用いた角膜手術（PTK）や屈折矯正手術（近視・遠視矯正手術・PRK）を行っています。

スタッフが減ったため、手術件数も減りました。しかし、当院は名古屋大学附属病院の関連病院で、当院で対処できない患者さんも、大学病院と連携をとりつつ治療を行なっております。

これからも、より良い医療を提供できるようにしていきたいと思っています。

内藤 賢吾

### 【外来診療日】

区分	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	非常勤 内藤	非常勤 内藤	非常勤 内藤	非常勤 内藤	非常勤 (内藤)
午後	手術 外来	検査 特殊外来 小手術	手術 外来	検査 特殊外来 小手術	学童診 検査



# 歯科口腔外科

## 口腔外科の小窓

クインケの浮腫（血管神経性浮腫）について

クインケの浮腫は、急性限局性に皮膚あるいは粘膜下組織に浮腫を生じる疾患である。

浮腫は顎顔面口腔領域では顔面、眼瞼、口唇、舌、口底部に、他部位では喉頭、四肢、消化管、陰部などに単独に、ときに重複して発生する。

クインケの浮腫は、われわれがよく経験するにもかかわらず、その病因についてはあまり明らかにされていない。その理由として、この疾患の経過が数時間から数日と短く、そのまま放置していても自然に治癒することがあるからと考えられている。

遺伝性（hereditary angioneurotic edema, HANH）のものとは非遺伝性とは分けられているが、その鑑別は容易ではない。HANHは優性遺伝性で、症状がより重篤で、とくに喉頭の浮腫による死亡率が高いと報告されている。しかも、それが歯科治療時に起こる頻度が高いことも報告されている。重症例では気管切開も必要となるので、早期治療が重要である。

治療としては、抗ヒスタミン剤（ポララミン）、ステロイド剤、抗プラスミン剤（トランサミン）などを投与する。

急性で限局性腫脹の症例にあつたら本疾患も鑑別診断の一つに考慮すること。

倉内 惇

毎年本欄にて口腔外科で扱っている疾患について簡単な説明をしています。

これまでの口腔外科の小窓

H10年：口腔粘膜疾患と前癌病変

H11年：顎関節脱臼

H12年：人口歯根

H13年：22年間の当科における口腔悪性腫瘍症例の提示

H14年：歯性上顎洞炎について

H15年：睡眠時無呼吸症候群およびいびき症について

H16年：口腔カンジダ症について

## H17年度外来小手術

顔面口腔裂傷	56	口唇腫瘍	3
顎関節脱臼	17	頬粘膜腫瘍	4
普通抜歯	655	頬口唇舌小帯形成術	13
難抜歯	336	萌出困難歯開窓術	2
埋伏智歯の抜歯	246	唾石摘出	5
埋伏過剰歯の抜歯	4	口蓋腫瘍摘出	4
歯根嚢胞摘出(小歯冠大)	62	腐骨除去術	2
歯根嚢胞摘出(大拇指頭大)	11	下顎隆起形成術	8
歯根端切除術	34	ガン腫開窓術	3
歯芽再植術	4	歯肉剥離ソウハ術	11
歯槽骨整形術	82	歯槽骨骨折手術	2
歯肉歯槽部腫瘍摘出術	2	顎関節注射、洗浄	2
口腔内消炎術	64	不良インプラント摘出術	2
口腔外消炎術	5	上顎洞開窓術	3
舌腫瘍摘出術摘出術	10	組織採取(Biopsy)	19
舌粘液嚢胞摘出術	2	細胞診	2
口唇粘液嚢胞摘出術	13		

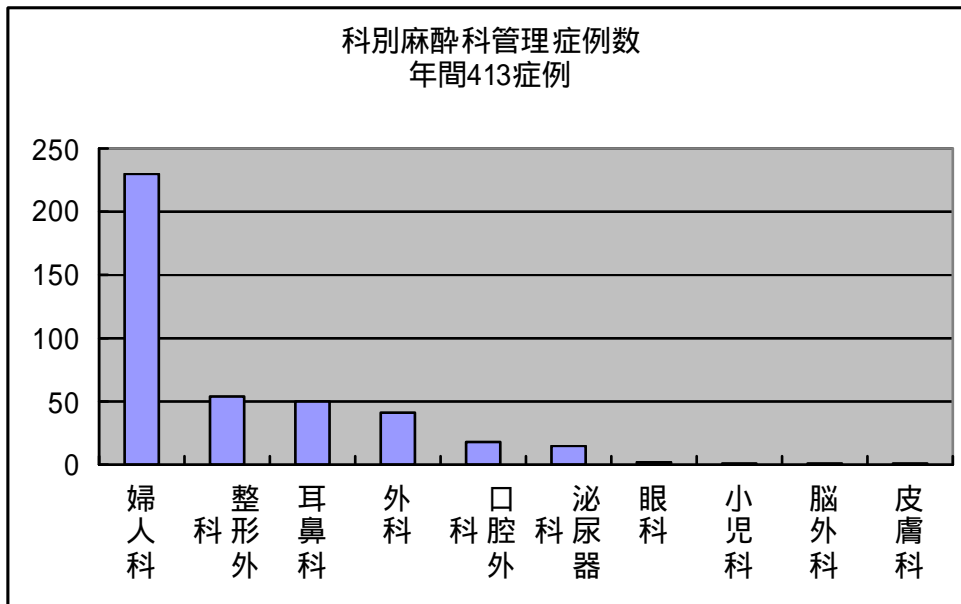
H17年度入院症例(102例)

埋伏智歯の抜歯	59	下顎骨折	8
抜歯恐怖症患者の抜歯	1	顔面多発骨折(ミニプレート観血手術)	1
埋伏過剰歯、深部の埋伏歯の抜歯	2	顎骨折の抜釘	2
濾胞性歯のう胞摘出	3	顎変形症	1
多数歯の抜歯	1	舌癌(部分切除)	2
大きな歯根のう胞摘出術	6	軟口蓋癌(化学療法、放射線療法)	1
口腔粘膜白板症の切除	2	急性耳下腺炎副咽頭膿波及	1
顎のう胞摘出術	2	変治口唇裂	1
重症感染症(頬部、口底蜂窩織炎)	3	歯槽部腫瘍	1
重症感染症(ガス産生口底、頸部蜂窩織炎)DM患者、口底全切開、頸部切開、MRSA感染、治癒	1	頬粘膜癌(頬部くりぬき、下顎骨部分切除、腹直筋皮弁再建、血管吻合形成科と共同術)	1
重症感染症(副咽頭膿瘍、切開)	1	下口唇腫瘍	1
顎関節脱臼(難症例: IV sedation)	1		

## 麻 醉 科

麻醉科は、平成16年度は人事異動がなく、常勤医一人に診療援助を週3日お願いして手術麻醉を担当した。麻醉科管理症例はもちろんのこと、蒲郡市民病院の手術室では大きな事故がなく、無事日々の臨床を行うことができた。これも麻醉科のみならず、各科の先生方はじめ、手術室スタッフの協力と努力の賜と思っている。

手術統計は手術部のページに掲載されているが、全手術症例2,124は、一昨年の2,047症例に比べ、当院の手術室規模から言って、ほぼ横ばいと言っているのではないかとと思われる。これに対し麻醉科管理症例数は、一昨年379症例に対し、413症例と若干の増加がみられた。当院麻醉科管理症例の特徴としては、産婦人科が230例と圧倒的に多く、次いで整形外科54症例、耳鼻科50症例、外科41症例と、他病院における麻醉科とは異なり、産婦人科の麻醉管理に重点が置かれているといえよう。

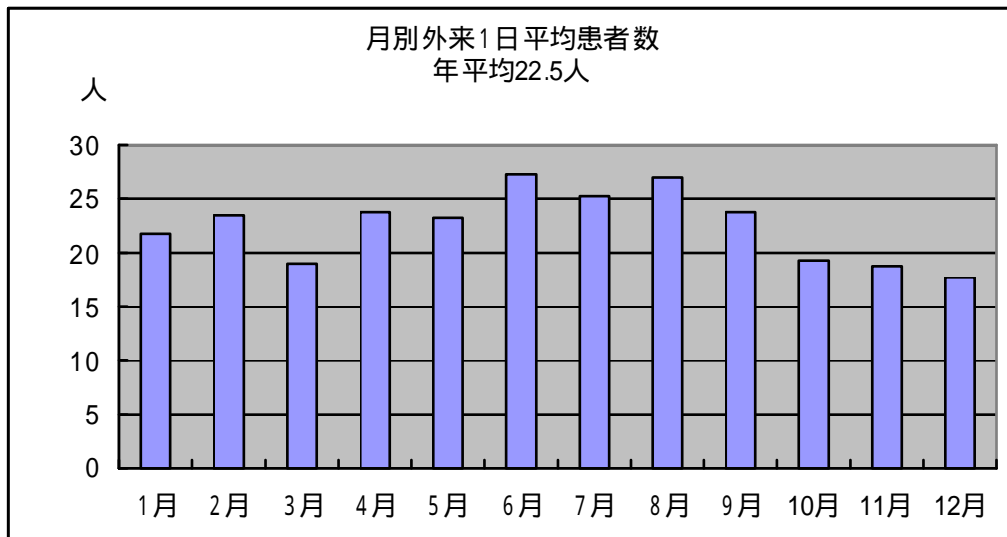


さて、平成15年9月にスタートしたペインクリニックであるが、火曜日、金曜日の週2日の外来で、その後順調に患者数が増加し、昨年度一日平均患者数が17.9人であったが、今年度は22.5人と推移した。受診者の内訳は、帯状疱疹後神経痛が20%、その他の神経痛が30%、腰痛症が42%、顔面神経麻痺4%、特発性難聴が4%で、腰痛がその大きな比重を占めていた。そのため、治療手技も硬膜外ブロックをはじめ、放射線透視下に行う神経根ブロック、交感神経ブロック、硬膜外腔造影など特殊な手技が多く行われるようになった。また緩和ケアチームへも積極的に参加し、週に1回の回診に、月1回のカンファレンスにと、また研究会発表にも参加するようになった。

麻醉科医の活動が手術室のみならず、救急、集中治療、ペインクリニックへと期待されていること、また臨床研修医の指導にも麻醉科の果たす役割が大きいことも常々感じているが、未だ蒲郡市民病院においては麻醉科常勤医が一人しかおらず、期待に十分応えられていないのが現状である。

今後は、スタッフの充実を第一の目標にし、より信頼される麻醉科として、また中央部門の中で重要な役割を担う麻醉科として、その技量を高くしていきたいと考えている。

洪 淳憲



【論文発表】

- 1) 洪 淳憲、武田文秀、小松 徹  
物理的ウェーブレットを用いて解析した全身麻酔下脳神経外科顕微鏡手術中の心拍変動  
- 0.005Hz以下の超低周波数成分を中心に -  
日本臨床生理学会雑誌、36(2)：101-107、2006

【学会活動】

- 1) 洪 淳憲  
当院におけるフェンタニルパッチ開始時のモルヒネ投与量調査  
第52回日本麻酔科学会学術集会 神戸市 2005年6月
- 2) 竹内恒夫、上野裕子、壁谷里見、清水真奈美、竹内弘子、伊賀睦子、大山由紀、  
小田真由美、大西文子、三治宏司、洪 淳憲、小田和重  
当院におけるフェンタニルパッチ開始時のモルヒネ投与量  
第7回緩和医療研究会、碧南市 2005年6月
- 3) 洪 淳憲  
胸部硬膜外ブロックの心拍変動フラクタル成分に与える影響  
日本ペインクリニック学会第39回大会、宇都宮市、2005年7月
- 4) Koh J, Hidaka I  
Effects of thoracic epidural blockade by lidocaine on fractal features of short-term heart rate variability in patients with postherpetic neuralgia  
The 11th World Congress on Pain, Sydney, Australia, 2005年8月
- 5) 洪 淳憲  
ミルナシプランにより尿閉を来した慢性疼痛患者2症例  
日本麻酔科学会東海・北陸支部学術集会第96回東海地方会、安城市、2006年2月

## リハビリテーション科

### 【概要】

急性期病院におけるリハビリテーション科の役割として、地域におけるリハビリテーションシステムをいかに構築するかが課題であり、地域診療計画書の作成が年度末に課題として上がりその作成に、例年開催してきた蒲郡リハビリテーション連絡会が作成に重要な役割を發揮することができた。

機能が日常生活動作に結びつけることが最大の課題とされてきている今日のリハビリテーション治療の中で当院では、以前より作業療法士における病棟機能訓練と言う形で実施してきた。この方法も軌道に乗り病棟看護師との意見交換も活発に行われる様になり、リハビリテーション科の主要な業務として確立できたことが大きな成果となっている。

また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成校は年々増加しそれに伴い臨床実習施設として依頼される事が多くなってきている。今年度も三河地方出身の学生を中心に多くの学生達が当院で臨床実習を行って行かれた。今後も臨床実習においては地元学生を中心に受け入れ、特にこの地域に還元できる人材を養成校と共に育てていこうと考えている。

病院機能評価では、医師を中心としたリハビリテーションのさらなる充実を求められた。院内におけるチームアプローチの充実を来年度以降の最重要課題として行きたい。

星野 茂

### 【スタッフ名簿】

部長：荒尾和彦

医師：松本幸治 千葉晃泰(副院長)

理学療法士：星野 茂 浦野明美 熊澤裕子 蔦 剛 佐藤英子 後藤雅明 千賀さとみ(非常勤)

作業療法士：山本佳奈 荻野 舞 寺井千佳子 小林江梨子

言語聴覚士：齊藤由希子 榊原久美子(非常勤)

マッサージ師：香ノ木恒雄

日本医療事務センター

### 【患者統計】

	入院		外来		合計	
	15年度	16年度	15年度	16年度	15年度	16年度
4月	2,089	2,084	690	518	2,779	2,602
5月	1,790	1,836	574	490	2,364	2,326
6月	2,147	2,131	614	559	2,761	2,690
7月	1,972	2,157	568	616	2,540	2,773
8月	2,095	2,339	579	746	2,674	3,085
9月	1,772	1,648	587	738	2,359	2,386
10月	1,775	1,772	575	636	2,350	2,408
11月	1,696	1,812	558	769	2,254	2,581
12月	1,731	1,741	566	599	2,297	2,340
1月	1,849	1,871	493	578	2,342	2,449
2月	1,910	2,330	561	587	2,471	2,917
3月	2,214	2,381	656	563	2,870	2,944
合計	23,040	24,102	7,021	7,399	30,061	31,501

### 【ケースカンファレンス等】

整形外科：毎週木曜日(医師・看護婦・リハスタッフ)・毎週月曜日(読影会を兼ねた症例検討会)

内科：第2・4金曜日（医師・看護婦・リハスタッフ）  
脳神経外科：第1・3金曜日（医師・看護婦・リハスタッフ）

【蒲郡リハビリテーション連絡会】

症例検討会2回  
講演会2回

【科内研修】

伝達講習会1回  
作業療法・言語療法合同文献抄読会  
作業療法症例検討・文献抄読会

【院外研修】

日本理学療法士学会  
東海北陸作業療法学会  
愛知県作業療法学会  
愛知県理学療法学会  
その他研修会  
東三河リハビリテーション研究会等

【院外事業協力】

健康福祉部関連  
介護保険と高齢者福祉をより良くする会委員

【学生実習等】

名古屋大学医学部保健学科  
愛知医療学院  
国際医学技術専門学校  
日本福祉大学高浜専門学校  
日本聴能言語福祉学院  
星城大学リハビリテーション学部  
蒲郡市立ソフィア看護専門学校講師派遣  
蒲郡中学職場体験

【学会発表等】

小林江梨子：右片麻痺患者の排泄動作介助軽減のためのアプローチ、東三河リハビリテーション研究会  
1月

【世話人等】

星野 茂：日本理学療法士協会代議員  
愛知県理学療法士会理事・表彰委員長  
東三河リハビリテーション研究会副会長  
蔦 剛：愛知県理学療法士会東三河ブロック委員  
東三河リハビリテーション研究会運営委員

斉藤由希子：東三河リハビリテーション研究会監事

## 放射線技術科

### 【概要】

#### 1. 病院機能評価実施

平成18年1月に病院機能評価が行われました。平成16年度から準備して、今回2回目の評価になりましたが、放射線技術科においては大きな問題は指摘されませんでした。

#### 2. 遠隔画像診断開始

平成17年10月より、ドクターネットホスピタル運用センターを利用して、愛知医科大学放射線医学講座を結び、画像（CT、MRI）の転送とレポートの受け取りを開始しました。

#### 3. マンモグラフィ撮影技師2名認定

平成17年5月 檜垣亜希子技師

平成18年3月 山口里美技師

村田 太

### 【スタッフ】

技師長	村田 太		
技師長補佐	伊藤 勘二		
係長	平野 泰造		
係長	高橋 哲生		
主任	大須賀 智		
技師	三田 則宏	内田 成之	山本 政基
	中村 泰久	山口 浩司	山口 里美
	渡辺 典洋	大下 幸司	檜垣 亜希子
看護師長	柴田 正子		
看護師	佐藤 智恵		
準看護師	村井 津代子		
医療事務員	二村 恭代		

### 【更新装置】

MRI装置： フィリップス Achiva Nova 1.5T 1月稼働

### 【講演会・研究発表】

平成17年4月5日	新人職員研修 【院内】 放射線技術科概要 放射線被曝防止等について 伊藤 勘二、大下 幸司
平成17年9月12日	東三地区医療放射線展 【豊橋市】 市民へのパネル展示と説明 村田 太、伊藤 勘二
平成17年11月18日	知多・三河地区核医学技術検討会 【院内】 統計学解析法 三田 則宏、渡辺 典洋、大下幸司

【平成 17 年度業務実績】

【検査件数】

検査種別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
一般	4,636	4,524	4,500	4,366	4,468	4,033	4,146
C T	1,251	1,178	1,218	1,146	1,227	1,090	1,156
M R	360	324	388	362	412	342	337
U S	83	90	121	100	113	95	95
R I	111	86	100	73	87	84	72
血管	34	45	39	31	36	31	27
骨塩	13	15	17	29	12	30	10
TV系	275	254	332	294	364	303	324
内視鏡	196	159	197	169	195	163	209
合計	6,959	6,675	3,912	6,570	6,914	6,171	6,376

検査種別	11月	12月	1月	2月	3月	合計
一般	4,440	4,432	4,617	4,208	4,737	53,107
C T	1,135	1,182	1,168	1,070	1,236	14,057
M R	332	312	318	391	447	4,325
U S	97	103	72	78	119	1,166
R I	85	97	90	89	77	1,051
血管	46	46	46	46	40	467
骨塩	9	18	13	14	7	187
TV系	290	247	232	262	300	3,477
内視鏡	185	139	154	156	156	2,078
合計	6,619	6,576	6,710	6,314	7,119	79,915

【放射線治療】

治療種別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
一般照射	166	156	166	123	101	104	111
サージイ-	1	3	2	3	0	1	2
合計	167	159	168	126	101	105	113

治療種別	11月	12月	1月	2月	3月	合計
一般照射	126	136	157	247	167	1,760
サージイ-	1	2	1	3	1	20
合計	127	138	158	250	168	1,780



## 臨床検査科

### 【目標】

17年度は病院機能評価認定更新の時期であり、早期に各種マニュアルの見直しと、マニュアルに則った実践が確実にされているか総点検を行う。また、内科解剖数は15、16年度連続して必要数に達しなかったが、内科部長と協力して目標達成への努力をする。

### 【目標達成度】

1月に行われた病院機能評価機構の調査結果は、臨床検査科として特に改善する問題はなかった。解剖症例は内科16体、外科1体であり、当初の目標を達成した。

### 【スタッフ】

臨床検査技師 18名 委託事務員 1名 パート業務員 0.5名  
技師長1 - 副技師長1 - 係長5 - 主任技師7 - 技師4

### 【購入機器】

超音波診断装置 1台

### 【主な項目の統計】

項目名	件数	項目名	件数	項目名	件数
尿定性	24,260	生化 5～7項目	1,051	HCV抗体	7,498
尿沈渣	4,629	生化 8～9項目	1,686	CEA	5,213
便潜血免疫法	1,417	生化10項目以上	47,747	病理組織(臓器数)	6,161
髄液	118	CRP	37,274	細胞診	3,605
妊娠反応	483	蛋白分画	3,535	細菌培養同定	5,493
尿E3	961	血液ガス	1,913	薬剤感受性	2,080
血算	56,069	甲状腺3項目	2,274	脳波	491
血液像	35,452	総IgE	756	心電図	8,791
PT	6,743	特異的IgE	6,066	胸部エコー	2,023
交差適合試験	1,190	梅毒	7,304	肺機能	874
HbA1c	12,712	HBs抗原精密	7,594	標準聴力検査	1,891

### 【解析】

検査点数は前年度比+2.24%、判断料は+2.01%と増加した。一方、試薬費は-5.43%と減少できた。

【平成 17 年度解剖一覧】

平成 17 年 4 月～平成 18 年 3 月

番号	科名	性別	年齢	臨床診断
05-007	内科	女	78	急性心筋梗塞疑い
05-008	内科	女	78	急性心筋梗塞、肥大型心筋症
05-009	内科	男	77	前立腺癌～膀胱癌、急性腎不全
05-010	内科	女	80	慢性心不全、心房細動、肺炎
05-011	内科	男	59	急性膵炎
05-012	外科	男	87	左下腿壊死、急性心不全、急性腎不全
05-013	内科	女	53	癌性胸膜炎、乳癌
05-014	内科	男	73	肺炎、管機能異常、D I C、MRSA血症
05-015	内科	男	72	慢性心不全増悪、鬱血性心不全
05-016	内科	男	38	急性心筋梗塞
05-017	内科	男	87	出血性ショック、急性心筋梗塞
05-018	内科	男	77	急性心筋梗塞
05-019	内科	男	75	脳梗塞後遺症、急性呼吸不全疑
05-020	内科	女	86	C P A 蘇生後
06-001	内科	男	63	C P A 蘇生後
06-002	内科	男	78	胆嚢癌、胃癌術後、癌性腹膜炎
06-003	内科	女	81	心不全

【C P C】

- 第一回 平成 17 年 6 月 30 日 「進行膵臓癌を疑われた 1 例」  
 第二回 平成 17 年 11 月 24 日 症例 1 「結核フォロー中に喀血した 1 例」  
 症例 2 「クローン病で入院中に急変した 1 例」  
 第三回 平成 18 年 2 月 23 日 症例 1 「腹腔腫瘍の 1 例」  
 症例 2 「糖尿病、高血圧症の 1 例」

C P C 内容は研修医 C P C レポートを参照。

【院内レジオネラ検査結果】

17 年度、5 月、8 月、11 月の 3 回、レジオネラ環境調査を行った。いずれの場所も 10 CFU/100ml 未満であった。

【学会、研究会等】

- 愛知県臨床衛生検査技師会東三河地区研究会 平成 17 年 7 月 9 日  
 及び中部医学検査学会 平成 17 年 10 月 22 日  
**乳腺の Invasive micropapillary carcinoma の一例**  
 鈴木 比佐代 斎藤 隆史 内藤 泰廣（蒲郡市民病院 臨床検査科）  
 浦野 誠（藤田保健衛生大学医学部病理部）

【はじめに】 今回、我々は浸潤性乳管癌の特殊型で、卵巣原発漿液性乳頭状腺癌に類似する組織学的特徴を有し、著名なリンパ管侵襲と広範なリンパ節転移を伴う予後の悪い1型である Invasive micropapillary carcinoma (IMC)の症例を経験したので報告する。

【症例】 37歳、女性、右乳房痛で当院受診。

US、マンモグラフィー、細胞診が施行され、摘出術となる。

その後、フォローアップされていたが、再発が疑われ細胞診陽性で再摘出術となる。

【細胞診所見】 細胞はブドウの房状、乳頭状の小集塊でみられ、一部は集塊のほころび現象と配列で不規則重積がみられる。核は腫大し、クロマチンは増量し顆粒状に分布している。また、腫大した核小体もみられた。

以上より Ductal carcinoma と診断された。

【病理組織所見】 部分的に comedo necrosis をみる通常の乳頭腺管癌の像を認めるが、組織の大半は小乳頭状の癌巣が著明なリンパ管浸潤像を示していた。

病理学的診断は Invasive ductal carcinoma with a feature of Invasive micropapillary carcinoma と診断された。

【再発時細胞診所見】 大小の乳頭状および小型シート状細胞集塊が多数出現していた。細胞集塊の核は類円形で小型ながら2倍強の大小不同があり、核密度は高くクロマチンは増量していた。核小体は1から数个認められた。

【再発時病理組織所見】 前回と同様の micropapillary pattern が著明な腫瘍細胞は、胞体やや好酸性で、血管結合組織を伴わない微小乳頭状癌巣を形成しつつ、明るい小空隙の中に浮遊状に存在しており、時に腺腔様構造が認められた。

【まとめ】 IMC は新しい組織概念で、乳癌取り扱い規約にも型分類としても明記されていない。しかし、その病態は他の組織型に比べ、リンパ節転移、リンパ管侵襲の頻度が高く悪性度の高い腫瘍といわれているだけに、早期発見、早期診断が極めて重要であると思われる。

愛知県臨床衛生検査技師会東三河地区研究会 平成17年7月9日

## 当院のNST活動と検査科のかかわり

蒲郡市民病院 臨床検査科

雪吹克己<sup>1)</sup> 大江孝幸<sup>1)</sup> 内藤朝子<sup>1)</sup> 川瀬善久<sup>2)</sup> 1)MT 2)MD

【はじめに】 NST (Nutrition Support Team 栄養サポートチーム)は1970年米国シカゴで誕生し、欧米では半数以上の総合病院で行われている。近年、日本においても、各病院においてNST活動が盛んに行われるようになった。当院も、平成14年7月、外科第二部長兼臨床検査科部長の呼びかけにより、外科、薬局、栄養科を中心に委員会が発足し、看護局、検査科を交えて勉強会が始まり、実際の活動をスタートさせた。今回、我々は、当院のNSTの立ち上げからその後の経過および検査科のかかわりについて述べる。

【目的及び活動】 NST活動の目的は、栄養管理が必要かどうかのチェック、適切な栄養管理がなされているかのチェック 各症例に最もふさわしい栄養管理法の指導・提言、栄養管理に伴う合併症の予防・早期発見・治療 早期退院や社会復帰を助けQOLを向上させる等である。早期退院を図ることにより、病院にとっても経済的効果をもたらすことが期待される。

当院では製薬会社の協力を得て、栄養アセスメント、褥瘡の栄養管理、経腸栄養の有用性等の勉強会をシリーズで開催し、NST活動とはどういうものなのかを知ってもらうため、全職員を対象に勉強会を開催した。また、その後も勉強会と委員会を開催し、対象患者の設定やアセスメントシートを作成し、平成15年4月より対象患者のリストアップ(褥瘡有りまたはアルブミン3.0未満)を開始し、アセスメントシート記入を始めた。5月には全病棟NST回診を開始し、6月にはNST実務部会活動を開始(月2回)した。7月からは、全職員対象の勉強会を月2回継続して開催している。

【技師のかかわり】当院の臨床検査技師の活動は、生化・血清担当者3名で行っている。当初は月、木曜日のアルブミン値3.0g/dl未滿の患者リスト作成であったが、途中、血算と血液像からリンパ球数を計算で報告できるようにした。平成16年2月からNST回診が軌道に乗ったので、アルブミン値を3.5g/dl未滿のリストを毎日報告とし、対象患者を広めている。現在、臨床検査技師の病棟回診は、時間的に無理があり行われていないが、今後は参加を求められるであろう。また、アルブミンの半減期は約20日と長く、アルブミン値のみではすぐに栄養状態が改善されたか不明である。保険審査上の制約はあるが、今後は半減期の短いプレアルブミン(半減期2~3日)またはレチノール結合蛋白(半減期12時間)等を院内で測定していく必要がある。

#### NST構成メンバー

NST委員会		NST実務部会	
医師	4名	医師	4名
栄養士	3名	栄養士	3名
看護局	9名	看護局	9名
薬剤師	1名	薬剤師	8名
臨床検査技師	1名	臨床検査技師	3名
		リハビリ技師	2名

【結語】平成16年9月現在、NST認定施設が全国で272施設あり、愛知県では22施設(内、教育施設19施設 17年2月現在)が認定されている。当院も認定施設及び教育施設であり、各職種が栄養サポートチーム専門療法士認定取得に向け頑張っている。

専門療法士認定を取得するには< <http://www.jspen.jp/> > にアクセスして情報を得てください。

#### 【勉強会の記録】

- 4月 凝固専用検査の基礎 三菱化学ヤトロン 担当 竹内技師
- 5月 今シーズンのインフルエンザ分析CRP, WBCの関係 牧原技師
- 6月 病院機能評価について 内藤技師長
- 7月 研究会予行演習 乳腺の Invasive micropapillary carcinomaの一例  
当院のNST活動と検査科のかかわり
- 9月 細菌 検体から推測する疾患と菌種 鈴木技師
- 10月 トランスファー(自立不能患者)の移動について リハビリ 蔦技師
- 11月 寄生虫の話 小田技師
- 12月 細胞診の検体処理について 佐藤技師
- 1月 C型肝炎について 雪吹技師
- 2月 尿沈渣について 近藤(泰)技師
- 3月 心エコー機器の使用法 渡邊技師

#### 【臨床検査委員会】

(第1回)

1. 16年度主要検査の年報報告
2. 救外のFAX用紙がすぐ無くなるということで、継続の有無を検討。FAX到着により再度患者を呼び込むことができ呼び忘れないということで引き続き行うことになる。
3. 中性脂肪の標準化に伴う値付けの変更・・・約2%上昇するが、データ管理に問題なく、承認された。
4. 前回の初診3臓器以上で解剖症例1体の登録は、内科学会への問い合わせで認めないことが判明する。
5. その他 細菌依頼用紙の変更、インフルエンザキットの在庫状況など報告。

(第2回)

1. 17年度上半期集計報告
2. 心筋梗塞マーカー TROP-T及びH-FABPの導入について承認された。
3. アミラゼの標準化に伴う基準値変更が承認された。
4. CA19-9の改良試薬への変更が承認された。
5. インフルエンザキット見積聴取中。検出率が高く、価格の安い試薬を導入する。
6. 抗菌薬 CPDXはESBL判定用として使用してきたが、1濃度のため感受性結果として報告しないことにした。
7. その他 後天性血友病症例を報告。

(第3回)

1. 17年度日本医師会精度管理結果 92.7点と良くなかった。LDHのサブ1のみD評価。アミラゼは正しいか? 原因不明。
2. 18年度の点数改定及び新規保険認定項目と削除項目の報告。
3. 外来至急報告書発行(最大5点)について・・・報告書発行ソフト作成に費用がかかることと外来各所にプリンターが無いことで、費用が収入を上回る。新システム稼働までは今まで以上のことはしないことになる。必要なものは検査科でハードコピーを送る。医事課への伝達は案内カードへ記入。
4. CA15-3の院内導入が承認された。
5. その他 特になし。

**【輸血療法委員会】**

(第1回)

1. 副作用事例報告・・・血小板、MAP輸血患者で悪寒、戦慄、発熱を起こした報告が1例。
2. 16年度血液製剤使用状況報告  
MAP 1,838単位、FFP 1,185単位、血小板2,615単位使用。廃棄血はMAP 40単位。  
アルブミン20%50ml 833本、プラスネートカッター 379本。
3. 3月より実施の輸血前後の感染症検査実施状況報告・・・3月、4月に新項目で実施されたのは、76名中わずか1名であった。委員会で対策練るも結論なく、次回に。
4. 抗体保有患者への加用及び本人持参用の発行について・・・誰が患者に説明し、加用貼りや他病院からの問い合わせに誰が対応するのか次回マニュアル化協議。
5. 看護局よりの自己血採血の手順マニュアルが承認された。
6. 輸血勉強会の企画・・・7月か8月に行うよう企画する。
7. その他 特になし

(第2回)

輸血療法講演会を開催。「安全な輸血医療とは」 参加者64名。

(第3回)

1. 副作用事例報告 皮疹にて輸血中止。アレルギー体質で輸血が原因か不明。
2. 希少血液の供給に関する日赤よりの報告。英国滞在歴1日～6ヶ月未満の供血者から採血する場合あり。受け入れには担当医の署名及び患者へのインフォームドコンセントが必要。
3. 17年度上半期血液製剤使用状況。  
MAP 1,059単位、FFP 310単位、血小板 1,065単位。廃棄 MAP 30単位、FFP 15単位。  
アルブミン20%50ml 364本、プラスネートカッター 169本。
4. 輸血前後の新感染症項目での実施調査 3月～6月 155名中 前検査15名 後検査 3名。  
11月より遡及調査用として1ml血清保管を実施する。
5. その他 特になし

# 看護局

看護において患者さまが納得され満足できること、そして看護師も満足できるケアが提供できることやよい関係を築けることは重要です。今年度は、看護の質の向上を目指して看護の原点である看護局の理念に立ち戻りました。

## 看護局の理念

目をそらさない 手を離さない 心を見つめて  
患者さまに寄り添う看護を提供しましょう

### 平成 17 年度の行動目標

1. 個人情報管理の徹底
  - 1) プライバシーの保護(面会・入院の照合等)
  - 2) 看護におけるICの推進
  - 3) 患者・家族の意見を尊重した対応および記録
2. 看護実践能力の向上
  - 1) 目標管理の定着
  - 2) クリニカルラダーシステムの導入
3. 看護の質の向上
  - 1) 固定チームナーシングの定着
  - 2) 看護におけるCS(医療安全・感染対策・接遇)
4. 継続看護の推進
  - 1) 退院指導の充実
  - 2) 外来看護(看護相談の導入等)の充実

今年度は、次の2つの視点を大切にスタートしました。

第1に、ベストポジションという言葉がありますが、あえてポジションベストという言葉を取り入れました。これは自分が与えられたポジションで、いかにがんばるかです。そのがんばり方で真価が問われ、がんばりの結集がベストポジションになると考えます。各個人・各部署が腰をすえて、今自分に与えられているこのポジションで最善を尽くしてきました。そのため目標管理・クリニカルラダーの導入で目標を定め、今までの自分を振り返り今後のキャリアアップについて見つめる機会となりました。又看護におけるCSという観点で、医療安全・感染対策・接遇等の様々な側面から現状を分析し、効率化・実効性・ケアの標準化を図りました。また永井則子氏をお迎えして管理の基本について講義を楽しく受け、さらに各部署における具体的なアドバイスを受けたことは、管理に携わって間もない状況から考えると大いに役立ったと考えます。

第2に、患者のために必要なことかという点です。まず『患者にとってどうだろうか?』と考えます。「患者がかわいそうだ」とか「患者さんがつらそうだ」といった感情レベルに留まるのではなく、納得できるまで患者さまや医師等と話し合い、その結果「ああ、これだったら、患者のためになる」と了解できたら最善を尽くすことこそが患者サイドに立ち、寄り添うことになるでしょう。また課題としてきました継続については、退院指導の充実を図り、看護相談を立ち上げ、月20例ほどの指導に携わっています。

平成 18 年 1 月 11～13 日に機能評価機構の再受審を受け、「看護局はよくがんばっています。引き続きすすめて下さい。」という言葉を受けたのは、看護師長の積極的な働きかけと検討を重ねたこと、そしてスタッフの協力の賜物であるとお礼を述べるとともに功をねぎらい感謝の気持ちで一杯であることを記しておきたい。

看護局長 小林佐知子

平成17年度 院外現任教育実施一覧表

	区分	主 催	研 修	月 日	場 所	参加数	
1	看護管理	全国自治体病院	管理研修(部長コース)	7/12~15	埼玉	1名	
2		"	管理研修	11/9~11	豊橋	1名	
3		愛知県看護協会	人材育成と目標管理	7/5	研修会館	2名	
4		"	これからの時代の人材育成	11/4	研修会館	1名	
5		"	現任教育指導者研修会	5/23~27	研修会館	1名	
6	看護教育	"	現任教育を考える		研修会館	1名	
7		ビジネスブレイン (永井則子)	キャリアデザイン	8/30	愛鉄連 厚生年金基金会館	3名	
8		"	コーチング	9/27・28	愛鉄連 厚生年金基金会館	3名	
9		愛知県	臨地実習指導者講習会	5/25~7/26	愛知県 看護研修センター	2名	
10		厚生労働省	臨地実習指導者講習会	8/24~10/19	東海北陸	1名	
11	看護実践	愛知県看護協会	感染管理	9/21	研修会館	3名	
12		"	感染管理	11/16	研修会館	3名	
13		"	感染管理	2/10(H18)	研修会館	2名	
14		日本看護協会	医療安全管理者養成研修	5/9~16	神戸	1名	
15		"	医療安全管理者養成研修	2/14~18	神戸	1名	
16		全国自治体病院	リスクマネージャー養成研修	8/29・30	岐阜	1名	
17		愛知県看護協会	リスクマネジメント	6/2・3 10/18・19	研修会館	2名	
18		"	リスクマネジメント	7/28	研修会館	4名	
19		"	スキンケアの実際	6/24	研修会館	2名	
20		"	ケアのチームアプローチ	2/2・3	研究センター	1名	
21		"	情報開示に向けての 看護記録のありかた	12/9	研修会館	2名	
22		"	プレゼンテーションスキル	10/7	研修会館	2名	
23		ビジネスブレイン (永井則子)	クレーム対応の基本	8/30・31	京都	3名	
24		全国自治体病院	接遇トレーナー研修会	2/1~3	東京	1名	
25			病院ボランティア推進研修会	6/2	名古屋	1名	
26		日本看護協会	外来における化学療法	11/14~16	神戸	1名	
27			看護相談	5/10~13	名大病院	2名	
28		中央労働災害 防止協会	メンタルケア ブラッシュアップセミナー	8/26	東京	2名	
29		看護研究	日本病院学会	学会発表	7/19	名古屋	1名
			看護研究学会		7/20~22	札幌	1名
			母性学会		10/7・8	宮崎	1名
			手術学会		7/2	名古屋	1名

平成17年度 院内現任教育実施一覧表

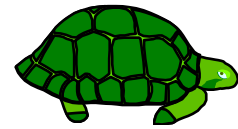
研修項目	目的	内容	日時	参加数
新人研修会	自ら体験したヒヤリハット体験の重要性を認識し、医療事故防止について学ぶ	講義 グループワーク	9/6	21名
技術研修会(注射)	診療に必要な医療機器の取り扱いと看護方式について学ぶ	演習	5/10	22名
技術研修会(ME)		講義	11/1	18名
技術研修会(気管内挿管の介助・救急カートの点検)		模擬演習	1/17	26名
看護過程研修会	看護過程についての理解を深め、看護サービスの実践能力を高めるための方法論を学ぶ	講義	10/4	26名
看護過程研修会		講義	11/9	22名
看護過程研修会		講義 グループワーク	9/27 12/6	33名 29名
看護過程研修会		グループワーク	6/14	3名
プリセプター研修会		プリセプターの役割を理解し、後輩育成する能力を養う	講義	5/31 8/30 2/7
プリセプター研修会		グループワーク	8/9	22名
リーダー研修会	リーダーの役割を理解し、上司と協力して職場の問題解決を図る能力を養う	講義	6/7・11/29 12/2	15名 22名
リーダー研修会		グループワーク	7/12・1/31	11名
臨地実習研修会	臨地実習指導者の意義及び役割を理解し、効果的な実習指導ができる能力を養う	講義	5/17	10名
臨地実習研修会		グループワーク	10/19	11名
看護研究研修会	医療を取り巻く環境や看護サービスの変化に対応し、看護を科学的に分析する能力を高め、日々の看護に生かすことができる	講義	12/13	9名
看護研究研修会		講義	10/25 1/24	5名 19名
看護研究研修会				
看護研究研修会				
管理研修	中間管理職としての役割を理解し、各スタッフの看護モデルとして看護活動ができる	講義	8/8	主任 22名
管理研修	看護師長としての役割を理解し、日々の看護活動を実践することができる	講義	8/22	師長 18名
トピックス (呼吸リハビリテーション)	エキスパートの実践を知り自己の看護の資質を高めることができる 自己啓発の動機づけとする	講義・演習	9/14	49名
トピックス(糖尿病)	エキスパートの実践を知り自己の看護の資質を高めることができる 自己啓発の動機づけとする	講義	7/20	52名
看護研究発表会	専門分野に関する研究を通じて、看護の資質の向上を図る	発表会	3/4	95名
伝達講習	伝達講習を通じて、知識の共有と学んだ知識の実践が当院でどのように生かすことができるか考える事ができる	各数分の発表	3/23	72名



# 外 来

## 1) 外来運営指標

- ・外来患者数 38,405人 (延262,495人)  
1日平均患者数 1,075.8人
- ・予約患者数 178,225人 予約率 67.9%
- ・初診患者数 31,220人
- ・紹介数 3,751人 紹介率 24.1%
- ・看護相談件数 107件
- ・外来化学療法件数 572件



## 2) 平成17年度の取り組み

H16年度より固定チーム制をとり、それに伴い診療科責任者を置き、各ブロックの責任の役割を明確にした。H17年度はブロックごとの応援体制を整え、チームワークを強化した。また、看護相談室が同年7月より開設となり、退院後の療養生活支援も可能になった。今後もより質の高い看護が実践でき、患者様の立場にたった接客対応ができるよう日々自己研鑽に励み、地域の中核病院としての役割を果たしていきたい。

チーム	Aチーム	Bチーム
組織と固定チーム		
チームの分け方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・15・16ブロック 内・泌・皮</li> <li>・13・17ブロック 眼・耳・小・婦</li> <li>看護相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・11・12ブロック 脳・口・心・整・外</li> <li>・18ブロック 処</li> <li>・画像ブロック</li> </ul>
2005年外来目標	慢性疾患患者の退院サマリーの活用を充実させ外来看護の役割を果たす。 看護相談開設に向けて各看護師が役割を理解する。 患者の立場にたった接客対応ができ、信頼される看護師を目指す。 看護実践能力向上に向けて自己研鑽ができる。	
2005年チームの目標	糖尿病患者の外来記録を作成し、退院指導の継続が50%できる。 患者に気を配り思いやりのある接客を行い、前年度よりクレームを20%減少させる。	看護相談の運用手順の作成ができる。 教育委員会主催の研修会にスタッフの80%が参加することができる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リーダー会は第3水曜日、Aチーム第2金曜日、Bチーム第1金曜日に定期的に行う。各チーム会に出席できるように師長が調整を図る。</li> <li>・外来ミーティングは第3火曜日に定期的に行う</li> <li>・病欠者・その他チームで調整が出来ない時は、看護管理者により調整を図る。</li> </ul>	

## 【院内発表】 前立腺癌患者の治療法選択に関わる要因について

キーワード：癌告知 治療法選択 外来看護

新実京子 勝ゆかり 村井津代子 加藤小夜子

### はじめに

前立腺特異抗原 (PSA) の普及と、超音波ガイド下生検の確立に伴い、病巣が前立腺に限局し、転移のない前立腺癌発見件数が急増している。治療方法には、手術・内分泌療法・放射線療法・無治療経過観察などがある。

当院においても限局性前立腺癌患者は増加傾向であり、癌告知後十分なインフォームドコンセントのもと、治療方法を医師が提示する。そのうえで患者自らが治療法を選択することが多い。しかし、治療に伴う合併症が治療法により異なるため、治療法選択に患者、医師双方が悩む現状にある。患者・家族が治療説明を理解・納得し、患者自らが積極的に治療を受け、また、家族のサポートが得られるよう、外来看護師として関わることでできたらとの思いから患者自らが治療法を決定する際の要因について知りたいと考えた。

### ・研究の目的

限局性前立腺癌患者の治療法選択に関わる要因を知る

### ・研究方法

1. 研究対象 当院泌尿器科外来にて癌告知後に受診継続中の前立腺癌患者
2. 研究期間 平成 17 年 7 月 1 日～11 月 2 日
3. データの収集方法 半構成的質問紙による自記式、来院時に配布回収する。
4. データの分析方法 単純集計

### ・結果

対象者 30 名のうち最高齢は 81 歳、最年少 68 歳で平均年齢は 74.4 歳であり 70～74 歳が全体の 15 名 (50%) を占めていた。

対象者全てが既婚者であり、家族構成においては独居 2 名、2 人暮らしが 12 名 (47%) を占めていた。

身近に癌の人がいるかについては、「いない」と答えた人が 18 名 (60%) であった。

治療期間の平均は 2 年 5 ヶ月であり、最長で 9 年 8 ヶ月、最短で 2 ヶ月であった。

治療方法は 1 番多いものから内分泌療法 (57%) 手術療法 (29%) 放射線療法 (14%) であった。

治療方法説明の理解度は「ほとんどできた」「ややできた」を合わせて 29 名 (97%)、「ややできない」

1 名 (3%) であった。

治療法を決めるときに相談した人がいると答えた人は 22 名 (73%) で相談者は妻が最も多かった。

告知後病気や治療について自分で調べた人は 13 名 (47%) であった。

治療法を決める際に優先したことは、医療関係者の意見が最も多く、費用と答えた人が最も少なかった。

現在の治療法に満足しているかについては「満足」「ほぼ満足」が 28 名 (93%) で、「やや不満」が 2 名 (7%) で、副作用があるからと答えている。

### ・考察

癌告知後の患者の不安は非常に大きく、私達には家族を含めた精神的サポートが必要とされる。外来では、退院後初回受診まで直接的な関わりがもてない状況や、限られた診療時間の中で患者を理解するには限界がある。京屋ら<sup>6)</sup>は、「癌告知を受けた患者は、人間的信頼感を看護師に求めている」と述べている。私達は、癌告知時にはできるだけ患者の傍らで患者や家族の反応に注意し、医師からの説明が理解されているのかを確認する。また、補足説明の必要性を判断し、家族と共に患者を支える存在であることが認識できるような関わりを持ち支援していかなければならない。患者、家族に個別的な視点で問題を捉え、その人にとって最良な治療方法が選択できるよう関わる必要がある。

### ・まとめ

1. 治療方法の説明の理解度は 97% であった。
2. 治療法を決める際に優先したことは、医療関係者の意見が最も多かった。
3. 治療法を決める際の相談者は、家族でありその中で妻が最も多かった。

## 4 階東病棟 (平成17年度)



### 1) 病棟概要

- ・病床数：60床（整形外科57床 口腔外科2床 皮膚科1床）
- ・稼働率：97.8%（整形外科90.4%）
- ・平均在院日数：25.6日（整形外科30.1日）
- ・1日平均入院患者：2.4名
- ・手術件数：整形外科 409件 口腔外科 28件 皮膚科 10件
- ・患者の特性（1日平均）：重症（2~5人）担送（8~15人）護送（35~45人）

外的要因による発症数の多い整形外科疾患においては、患者本人のみならず、家族への説明と同意への援助も大切です。いかに快適な入院生活を送って頂けるか、患者・家族が退院後の道筋をスムーズに決定できるようにするためには、医師のみならず、医療者全体での援助が必要です。今後ますます発展していくと思われるクリニカルパスの使用によって十分な援助効果を上げることができると考えます。患者満足度調査をふまえた上で発展させていけると良いと思います。

### 2) 平成17年度の取り組み

チーム	Aチーム（口腔外科・大腿骨骨折・抜釘・脊椎疾患（圧迫骨折以外））	Bチーム（皮膚科・変股症・圧迫骨折・他の骨折）
組織と固定チーム	<p style="text-align: center;">看護師長</p> <pre>           graph TD             N1[看護師長] --- N2[主任 チームリーダー]             N1 --- N3[主任 チームリーダー]             N2 --- N4[サブリーダー]             N3 --- N5[サブリーダー]             N4 --- N6[A]             N4 --- N7[B]             N4 --- N8[C]             N4 --- N9[D]             N4 --- N10[E]             N4 --- N11[F]             N4 --- N12[G]             N4 --- N13[H]             N4 --- N14[I]             N4 --- N15[准]             N5 --- N16[A]             N5 --- N17[B]             N5 --- N18[C]             N5 --- N19[D]             N5 --- N20[E]             N5 --- N21[F]             N5 --- N22[G]             N5 --- N23[H]             N5 --- N24[I]             N5 --- N25[准]             N6 --- N26[臨床指導者]             N7 --- N27[臨床指導者]             N10 --- N28[新人]             N11 --- N29[新人]             N13 --- N30[新人]             N16 --- N31[臨床指導者]             N17 --- N32[臨床指導者]             N20 --- N33[新人]             N21 --- N34[新人]             N23 --- N35[新人]             N24 --- N36[新人]             N25 --- N37[新人]             N26 --- N38[臨床指導者]             N27 --- N39[臨床指導者]             N31 --- N40[新人]             N32 --- N41[新人]             N33 --- N42[新人]             N34 --- N43[新人]             N35 --- N44[新人]             N36 --- N45[新人]             N37 --- N46[新人]             N38 --- N47[臨床指導者]             N39 --- N48[臨床指導者]             N40 --- N49[新人]             N41 --- N50[新人]             N42 --- N51[新人]             N43 --- N52[新人]             N44 --- N53[新人]             N45 --- N54[新人]             N46 --- N55[新人]             N47 --- N56[臨床指導者]             N48 --- N57[臨床指導者]             N49 --- N58[新人]             N50 --- N59[新人]             N51 --- N60[新人]             N52 --- N61[新人]             N53 --- N62[新人]             N54 --- N63[新人]             N55 --- N64[新人]             N56 --- N65[臨床指導者]             N57 --- N66[臨床指導者]             N58 --- N67[新人]             N59 --- N68[新人]             N60 --- N69[新人]             N61 --- N70[新人]             N62 --- N71[新人]             N63 --- N72[新人]             N64 --- N73[新人]             N65 --- N74[臨床指導者]             N66 --- N75[臨床指導者]             N67 --- N76[新人]             N68 --- N77[新人]             N69 --- N78[新人]             N70 --- N79[新人]             N71 --- N80[新人]             N72 --- N81[新人]             N73 --- N82[新人]             N74 --- N83[臨床指導者]             N75 --- N84[臨床指導者]             N76 --- N85[新人]             N77 --- N86[新人]             N78 --- N87[新人]             N79 --- N88[新人]             N80 --- N89[新人]             N81 --- N90[新人]             N82 --- N91[新人]             N83 --- N92[臨床指導者]             N84 --- N93[臨床指導者]             N85 --- N94[新人]             N86 --- N95[新人]             N87 --- N96[新人]             N88 --- N97[新人]             N89 --- N98[新人]             N90 --- N99[新人]             N91 --- N100[新人]             N92 --- N101[臨床指導者]             N93 --- N102[臨床指導者]             N94 --- N103[新人]             N95 --- N104[新人]             N96 --- N105[新人]             N97 --- N106[新人]             N98 --- N107[新人]             N99 --- N108[新人]             N100 --- N109[新人]             N101 --- N110[臨床指導者]             N102 --- N111[臨床指導者]             N103 --- N112[新人]             N104 --- N113[新人]             N105 --- N114[新人]             N106 --- N115[新人]             N107 --- N116[新人]             N108 --- N117[新人]             N109 --- N118[新人]             N110 --- N119[臨床指導者]             N111 --- N120[臨床指導者]             N112 --- N121[新人]             N113 --- N122[新人]             N114 --- N123[新人]             N115 --- N124[新人]             N116 --- N125[新人]             N117 --- N126[新人]             N118 --- N127[新人]             N119 --- N128[臨床指導者]             N120 --- N129[臨床指導者]             N121 --- N130[新人]             N122 --- N131[新人]             N123 --- N132[新人]             N124 --- N133[新人]             N125 --- N134[新人]             N126 --- N135[新人]             N127 --- N136[新人]             N128 --- N137[臨床指導者]             N129 --- N138[臨床指導者]             N130 --- N139[新人]             N131 --- N140[新人]             N132 --- N141[新人]             N133 --- N142[新人]             N134 --- N143[新人]             N135 --- N144[新人]             N136 --- N145[新人]             N137 --- N146[臨床指導者]             N138 --- N147[臨床指導者]             N139 --- N148[新人]             N140 --- N149[新人]             N141 --- N150[新人]             N142 --- N151[新人]             N143 --- N152[新人]             N144 --- N153[新人]             N145 --- N154[新人]             N146 --- N155[新人]             N147 --- N156[臨床指導者]             N148 --- N157[臨床指導者]             N149 --- N158[新人]             N150 --- N159[新人]             N151 --- N160[新人]             N152 --- N161[新人]             N153 --- N162[新人]             N154 --- N163[新人]             N155 --- N164[新人]             N156 --- N165[臨床指導者]             N157 --- N166[臨床指導者]             N158 --- N167[新人]             N159 --- N168[新人]             N160 --- N169[新人]             N161 --- N170[新人]             N162 --- N171[新人]             N163 --- N172[新人]             N164 --- N173[新人]             N165 --- N174[新人]             N166 --- N175[臨床指導者]             N167 --- N176[臨床指導者]             N168 --- N177[新人]             N169 --- N178[新人]             N170 --- N179[新人]             N171 --- N180[新人]             N172 --- N181[新人]             N173 --- N182[新人]             N174 --- N183[新人]             N175 --- N184[新人]             N176 --- N185[臨床指導者]             N177 --- N186[臨床指導者]             N178 --- N187[新人]             N179 --- N188[新人]             N180 --- N189[新人]             N181 --- N190[新人]             N182 --- N191[新人]             N183 --- N192[新人]             N184 --- N193[新人]             N185 --- N194[新人]             N186 --- N195[臨床指導者]             N187 --- N196[臨床指導者]             N188 --- N197[新人]             N189 --- N198[新人]             N190 --- N199[新人]             N191 --- N200[新人]             N192 --- N201[新人]             N193 --- N202[新人]             N194 --- N203[新人]             N195 --- N204[新人]             N196 --- N205[臨床指導者]             N197 --- N206[臨床指導者]             N198 --- N207[新人]             N199 --- N208[新人]             N200 --- N209[新人]             N201 --- N210[新人]             N202 --- N211[新人]             N203 --- N212[新人]             N204 --- N213[新人]             N205 --- N214[新人]             N206 --- N215[臨床指導者]             N207 --- N216[臨床指導者]             N208 --- N217[新人]             N209 --- N218[新人]             N210 --- N219[新人]             N211 --- N220[新人]             N212 --- N221[新人]             N213 --- N222[新人]             N214 --- N223[新人]             N215 --- N224[新人]             N216 --- N225[臨床指導者]             N217 --- N226[臨床指導者]             N218 --- N227[新人]             N219 --- N228[新人]             N220 --- N229[新人]             N221 --- N230[新人]             N222 --- N231[新人]             N223 --- N232[新人]             N224 --- N233[新人]             N225 --- N234[新人]             N226 --- N235[臨床指導者]             N227 --- N236[臨床指導者]             N228 --- N237[新人]             N229 --- N238[新人]             N230 --- N239[新人]             N231 --- N240[新人]             N232 --- N241[新人]             N233 --- N242[新人]             N234 --- N243[新人]             N235 --- N244[新人]             N236 --- N245[臨床指導者]             N237 --- N246[臨床指導者]             N238 --- N247[新人]             N239 --- N248[新人]             N240 --- N249[新人]             N241 --- N250[新人]             N242 --- N251[新人]             N243 --- N252[新人]             N244 --- N253[新人]             N245 --- N254[新人]             N246 --- N255[臨床指導者]             N247 --- N256[臨床指導者]             N248 --- N257[新人]             N249 --- N258[新人]             N250 --- N259[新人]             N251 --- N260[新人]             N252 --- N261[新人]             N253 --- N262[新人]             N254 --- N263[新人]             N255 --- N264[新人]             N256 --- N265[臨床指導者]             N257 --- N266[臨床指導者]             N258 --- N267[新人]             N259 --- N268[新人]             N260 --- N269[新人]             N261 --- N270[新人]             N262 --- N271[新人]             N263 --- N272[新人]             N264 --- N273[新人]             N265 --- N274[新人]             N266 --- N275[臨床指導者]             N267 --- N276[臨床指導者]             N268 --- N277[新人]             N269 --- N278[新人]             N270 --- N279[新人]             N271 --- N280[新人]             N272 --- N281[新人]             N273 --- N282[新人]             N274 --- N283[新人]             N275 --- N284[新人]             N276 --- N285[臨床指導者]             N277 --- N286[臨床指導者]             N278 --- N287[新人]             N279 --- N288[新人]             N280 --- N289[新人]             N281 --- N290[新人]             N282 --- N291[新人]             N283 --- N292[新人]             N284 --- N293[新人]             N285 --- N294[新人]             N286 --- N295[臨床指導者]             N287 --- N296[臨床指導者]             N288 --- N297[新人]             N289 --- N298[新人]             N290 --- N299[新人]             N291 --- N300[新人]             N292 --- N301[新人]             N293 --- N302[新人]             N294 --- N303[新人]             N295 --- N304[新人]             N296 --- N305[臨床指導者]             N297 --- N306[臨床指導者]             N298 --- N307[新人]             N299 --- N308[新人]             N300 --- N309[新人]             N301 --- N310[新人]             N302 --- N311[新人]             N303 --- N312[新人]             N304 --- N313[新人]             N305 --- N314[新人]             N306 --- N315[臨床指導者]             N307 --- N316[臨床指導者]             N308 --- N317[新人]             N309 --- N318[新人]             N310 --- N319[新人]             N311 --- N320[新人]             N312 --- N321[新人]             N313 --- N322[新人]             N314 --- N323[新人]             N315 --- N324[新人]             N316 --- N325[臨床指導者]             N317 --- N326[臨床指導者]             N318 --- N327[新人]             N319 --- N328[新人]             N320 --- N329[新人]             N321 --- N330[新人]             N322 --- N331[新人]             N323 --- N332[新人]             N324 --- N333[新人]             N325 --- N334[新人]             N326 --- N335[臨床指導者]             N327 --- N336[臨床指導者]             N328 --- N337[新人]             N329 --- N338[新人]             N330 --- N339[新人]             N331 --- N340[新人]             N332 --- N341[新人]             N333 --- N342[新人]             N334 --- N343[新人]             N335 --- N344[新人]             N336 --- N345[臨床指導者]             N337 --- N346[臨床指導者]             N338 --- N347[新人]             N339 --- N348[新人]             N340 --- N349[新人]             N341 --- N350[新人]             N342 --- N351[新人]             N343 --- N352[新人]             N344 --- N353[新人]             N345 --- N354[新人]             N346 --- N355[臨床指導者]             N347 --- N356[臨床指導者]             N348 --- N357[新人]             N349 --- N358[新人]             N350 --- N359[新人]             N351 --- N360[新人]             N352 --- N361[新人]             N353 --- N362[新人]             N354 --- N363[新人]             N355 --- N364[新人]             N356 --- N365[臨床指導者]             N357 --- N366[臨床指導者]             N358 --- N367[新人]             N359 --- N368[新人]             N360 --- N369[新人]             N361 --- N370[新人]             N362 --- N371[新人]             N363 --- N372[新人]             N364 --- N373[新人]             N365 --- N374[新人]             N366 --- N375[臨床指導者]             N367 --- N376[臨床指導者]             N368 --- N377[新人]             N369 --- N378[新人]             N370 --- N379[新人]             N371 --- N380[新人]             N372 --- N381[新人]             N373 --- N382[新人]             N374 --- N383[新人]             N375 --- N384[新人]             N376 --- N385[臨床指導者]             N377 --- N386[臨床指導者]             N378 --- N387[新人]             N379 --- N388[新人]             N380 --- N389[新人]             N381 --- N390[新人]             N382 --- N391[新人]             N383 --- N392[新人]             N384 --- N393[新人]             N385 --- N394[新人]             N386 --- N395[臨床指導者]             N387 --- N396[臨床指導者]             N388 --- N397[新人]             N389 --- N398[新人]             N390 --- N399[新人]             N391 --- N400[新人]             N392 --- N401[新人]             N393 --- N402[新人]             N394 --- N403[新人]             N395 --- N404[新人]             N396 --- N405[臨床指導者]             N397 --- N406[臨床指導者]             N398 --- N407[新人]             N399 --- N408[新人]             N400 --- N409[新人]             N401 --- N410[新人]             N402 --- N411[新人]             N403 --- N412[新人]             N404 --- N413[新人]             N405 --- N414[新人]             N406 --- N415[臨床指導者]             N407 --- N416[臨床指導者]             N408 --- N417[新人]             N409 --- N418[新人]             N410 --- N419[新人]             N411 --- N420[新人]             N412 --- N421[新人]             N413 --- N422[新人]             N414 --- N423[新人]             N415 --- N424[新人]             N416 --- N425[臨床指導者]             N417 --- N426[臨床指導者]             N418 --- N427[新人]             N419 --- N428[新人]             N420 --- N429[新人]             N421 --- N430[新人]             N422 --- N431[新人]             N423 --- N432[新人]             N424 --- N433[新人]             N425 --- N434[新人]             N426 --- N435[臨床指導者]             N427 --- N436[臨床指導者]             N428 --- N437[新人]             N429 --- N438[新人]             N430 --- N439[新人]             N431 --- N440[新人]             N432 --- N441[新人]             N433 --- N442[新人]             N434 --- N443[新人]             N435 --- N444[新人]             N436 --- N445[臨床指導者]             N437 --- N446[臨床指導者]             N438 --- N447[新人]             N439 --- N448[新人]             N440 --- N449[新人]             N441 --- N450[新人]             N442 --- N451[新人]             N443 --- N452[新人]             N444 --- N453[新人]             N445 --- N454[新人]             N446 --- N455[臨床指導者]             N447 --- N456[臨床指導者]             N448 --- N457[新人]             N449 --- N458[新人]             N450 --- N459[新人]             N451 --- N460[新人]             N452 --- N461[新人]             N453 --- N462[新人]             N454 --- N463[新人]             N455 --- N464[新人]             N456 --- N465[臨床指導者]             N457 --- N466[臨床指導者]             N458 --- N467[新人]             N459 --- N468[新人]             N460 --- N469[新人]             N461 --- N470[新人]             N462 --- N471[新人]             N463 --- N472[新人]             N464 --- N473[新人]             N465 --- N474[新人]             N466 --- N475[臨床指導者]             N467 --- N476[臨床指導者]             N468 --- N477[新人]             N469 --- N478[新人]             N470 --- N479[新人]             N471 --- N480[新人]             N472 --- N481[新人]             N473 --- N482[新人]             N474 --- N483[新人]             N475 --- N484[新人]             N476 --- N485[臨床指導者]             N477 --- N486[臨床指導者]             N478 --- N487[新人]             N479 --- N488[新人]             N480 --- N489[新人]             N481 --- N490[新人]             N482 --- N491[新人]             N483 --- N492[新人]             N484 --- N493[新人]             N485 --- N494[新人]             N486 --- N495[臨床指導者]             N487 --- N496[臨床指導者]             N488 --- N497[新人]             N489 --- N498[新人]             N490 --- N499[新人]             N491 --- N500[新人]             N492 --- N501[新人]             N493 --- N502[新人]             N494 --- N503[新人]             N495 --- N504[新人]             N496 --- N505[臨床指導者]             N497 --- N506[臨床指導者]             N498 --- N507[新人]             N499 --- N508[新人]             N500 --- N509[新人]             N501 --- N510[新人]             N502 --- N511[新人]             N503 --- N512[新人]             N504 --- N513[新人]             N505 --- N514[新人]             N506 --- N515[臨床指導者]             N507 --- N516[臨床指導者]             N508 --- N517[新人]             N509 --- N518[新人]             N510 --- N519[新人]             N511 --- N520[新人]             N512 --- N521[新人]             N513 --- N522[新人]             N514 --- N523[新人]             N515 --- N524[新人]             N516 --- N525[臨床指導者]             N517 --- N526[臨床指導者]             N518 --- N527[新人]             N519 --- N528[新人]             N520 --- N529[新人]             N521 --- N530[新人]             N522 --- N531[新人]             N523 --- N532[新人]             N524 --- N533[新人]             N525 --- N534[新人]             N526 --- N535[臨床指導者]             N527 --- N536[臨床指導者]             N528 --- N537[新人]             N529 --- N538[新人]             N530 --- N539[新人]             N531 --- N540[新人]             N532 --- N541[新人]             N533 --- N542[新人]             N534 --- N543[新人]             N535 --- N544[新人]             N536 --- N545[臨床指導者]             N537 --- N546[臨床指導者]             N538 --- N547[新人]             N539 --- N548[新人]             N540 --- N549[新人]             N541 --- N550[新人]             N542 --- N551[新人]             N543 --- N552[新人]             N544 --- N553[新人]             N545 --- N554[新人]             N546 --- N555[臨床指導者]             N547 --- N556[臨床指導者]             N548 --- N557[新人]             N549 --- N558[新人]             N550 --- N559[新人]             N551 --- N560[新人]             N552 --- N561[新人]             N553 --- N562[新人]             N554 --- N563[新人]             N555 --- N564[新人]             N556 --- N565[臨床指導者]             N557 --- N566[臨床指導者]             N558 --- N567[新人]             N559 --- N568[新人]             N560 --- N569[新人]             N561 --- N570[新人]             N562 --- N571[新人]             N563 --- N572[新人]             N564 --- N573[新人]             N565 --- N574[新人]             N566 --- N575[臨床指導者]             N567 --- N576[臨床指導者]             N568 --- N577[新人]             N569 --- N578[新人]             N570 --- N579[新人]             N571 --- N580[新人]             N572 --- N581[新人]             N573 --- N582[新人]             N574 --- N583[新人]             N575 --- N584[新人]             N576 --- N585[臨床指導者]             N577 --- N586[臨床指導者]             N578 --- N587[新人]             N579 --- N588[新人]             N580 --- N589[新人]             N581 --- N590[新人]             N582 --- N591[新人]             N583 --- N592[新人]             N584 --- N593[新人]             N585 --- N594[新人]             N586 --- N595[臨床指導者]             N587 --- N596[臨床指導者]             N588 --- N597[新人]             N589 --- N598[新人]             N590 --- N599[新人]             N591 --- N600[新人]             N592 --- N601[新人]             N593 --- N602[新人]             N594 --- N603[新人]             N595 --- N604[新人]             N596 --- N605[臨床指導者]             N597 --- N606[臨床指導者]             N598 --- N607[新人]             N599 --- N608[新人]             N600 --- N609[新人]             N601 --- N610[新人]             N602 --- N611[新人]             N603 --- N612[新人]             N604 --- N613[新人]             N605 --- N614[新人]             N606 --- N615[臨床指導者]             N607 --- N616[臨床指導者]             N608 --- N617[新人]             N609 --- N618[新人]             N610 --- N619[新人]             N611 --- N620[新人]             N612 --- N621[新人]             N613 --- N622[新人]             N614 --- N623[新人]             N615 --- N624[新人]             N616 --- N625[臨床指導者]             N617 --- N626[臨床指導者]             N618 --- N627[新人]             N619 --- N628[新人]             N620 --- N629[新人]             N621 --- N630[新人]             N622 --- N631[新人]             N623 --- N632[新人]             N624 --- N633[新人]             N625 --- N634[新人]             N626 --- N635[臨床指導者]             N627 --- N636[臨床指導者]             N628 --- N637[新人]             N629 --- N638[新人]             N630 --- N639[新人]             N631 --- N640[新人]             N632 --- N641[新人]             N633 --- N642[新人]             N634 --- N643[新人]             N635 --- N644[新人]             N636 --- N645[臨床指導者]             N637 --- N646[臨床指導者]             N638 --- N647[新人]             N639 --- N648[新人]             N640 --- N649[新人]             N641 --- N650[新人]             N642 --- N651[新人]             N643 --- N652[新人]             N644 --- N653[新人]             N645 --- N654[新人]             N646 --- N655[臨床指導者]             N647 --- N656[臨床指導者]             N648 --- N657[新人]             N649 --- N658[新人]             N650 --- N659[新人]             N651 --- N660[新人]             N652 --- N661[新人]             N653 --- N662[新人]             N654 --- N663[新人]             N655 --- N664[新人]             N656 --- N665[臨床指導者]             N657 --- N666[臨床指導者]             N658 --- N667[新人]             N659 --- N668[新人]             N660 --- N669[新人]             N661 --- N670[新人]             N662 --- N671[新人]             N663 --- N672[新人]             N664 --- N673[新人]             N665 --- N674[新人]             N666 --- N675[臨床指導者]             N667 --- N676[臨床指導者]             N668 --- N677[新人]             N669 --- N678[新人]             N670 --- N679[新人]             N671 --- N680[新人]             N672 --- N681[新人]             N673 --- N682[新人]             N674 --- N683[新人]             N675 --- N684[新人]             N676 --- N685[臨床指導者]             N677 --- N686[臨床指導者]             N678 --- N687[新人]             N679 --- N688[新人]             N680 --- N689[新人]             N681 --- N690[新人]             N682 --- N691[新人]             N683 --- N692[新人]             N684 --- N693[新人]             N685 --- N694[新人]             N686 --- N695[臨床指導者]             N687 --- N696[臨床指導者]             N688 --- N697[新人]             N689 --- N698[新人]             N690 --- N699[新人]             N691 --- N700[新人]             N692 --- N701[新人]             N693 --- N702[新人]             N694 --- N703[新人]             N695 --- N704[新人]             N696 --- N705[臨床指導者]             N697 --- N706[臨床指導者]             N698 --- N707[新人]             N699 --- N708[新人]             N700 --- N709[新人]             N701 --- N710[新人]             N702 --- N711[新人]             N703 --- N712[新人]             N704 --- N713[新人]             N705 --- N714[新人]             N706 --- N715[臨床指導者]             N707 --- N716[臨床指導者]             N708 --- N717[新人]             N709 --- N718[新人]             N710 --- N719[新人]             N711 --- N720[新人]             N712 --- N721[新人]             N713 --- N722[新人]             N714 --- N723[新人]             N715 --- N724[新人]             N716 --- N725[臨床指導者]             N717 --- N726[臨床指導者]             N718 --- N727[新人]             N719 --- N728[新人]             N720 --- N729[新人]             N721 --- N730[新人]             N722 --- N731[新人]             N723 --- N732[新人]             N724 --- N733[新人]             N725 --- N734[新人]             N726 --- N735[臨床指導者]             N727 --- N736[臨床指導者]             N728 --- N737[新人]             N729 --- N738[新人]             N730 --- N739[新人]             N731 --- N740[新人]             N732 --- N741[新人]             N733 --- N742[新人]             N734 --- N743[新人]             N735 --- N744[新人]             N736 --- N745[臨床指導者]             N737 --- N746[臨床指導者]             N738 --- N747[新人]             N739 --- N748[新人]             N740 --- N749[新人]             N741 --- N750[新人]             N742 --- N751[新人]             N743 --- N752[新人]             N744 --- N753[新人]             N745 --- N754[新人]             N746 --- N755[臨床指導者]             N747 --- N756[臨床指導者]             N748 --- N757[新人]             N749 --- N758[新人]             N750 --- N759[新人]             N751 --- N760[新人]             N752 --- N761[新人]             N753 --- N762[新人]             N754 --- N763[新人]             N755 --- N764[新人]             N756 --- N765[臨床指導者]             N757 --- N766[臨床指導者]             N758 --- N767[新人]             N759 --- N768[新人]             N760 --- N769[新人]             N761 --- N770[新人]             N762 --- N771[新人]             N763 --- N772[新人]             N764 --- N773[新人]             N765 --- N774[新人]             N766 --- N775[臨床指導者]             N767 --- N776[臨床指導者]             N768 --- N777[新人]             N769 --- N778[新人]             N770 --- N779[新人]             N771 --- N780[新人]             N772 --- N781[新人]             N773 --- N782[新人]             N774 --- N783[新人]             N775 --- N784[新人]             N776 --- N785[臨床指導者]             N777 --- N786[臨床指導者]             N778 --- N787[新人]             N779 --- N788[新人]             N780 --- N789[新人]             N781 --- N790[新人]             N782 --- N791[新人]             N783 --- N792[新人]             N784 --- N793[新人]             N785 --- N794[新人]             N786 --- N795[臨床指導者]             N787 --- N796[臨床指導者]             N788 --- N797[新人]             N789 --- N798[新人]             N790 --- N799[新人]             N791 --- N800[新人]             N792 --- N801[新人]             N793 --- N802[新人]             N794 --- N803[新人]             N795 --- N804[新人]             N796 --- N805[臨床指導者]             N797 --- N806[臨床指導者]             N798 --- N807[新人]             N799 --- N808[新人]             N800 --- N809[新人]             N801 --- N810[新人]             N802 --- N811[新人]             N803 --- N812[新人]             N804 --- N813[新人]             N805 --- N814[新人]             N806 --- N815[臨床指導者]             N807 --- N816[臨床指導者]             N808 --- N817[新人]             N809 --- N818[新人]             N810 --- N819[新人]             N811 --- N820[新人]             N812 --- N821[新人]             N813 --- N822[新人]             N814 --- N823[新人]             N815 --- N824[新人]             N816 --- N825[臨床指導者]             N817 --- N826[臨床指導者]             N818 --- N827[新人]             N819 --- N828[新人]             N820 --- N829</pre>	

## 【院内発表】 患者満足度とクリニカルパス

～アンケート調査を元に見直しと改善～

キーワード：クリニカルパス、患者満足度

4階東病棟 早田光江 小池萬英 安江仁美 山口温子 小田真由美

### はじめに

患者中心の医療が求められる現代では、患者の自己決定に基づき、患者が選択できる医療とは何かを考えていかなければならない。当院ではH12年度よりクリニカルパス（以後、CPと略す）の導入が開始された。

しかし、CPを利用して、実際は患者や家族に利点が伝わっていないのが現状である。当病棟では使用開始から現在までCPの具体的な効果は評価していなかった。そこで今回調査を行うことで患者の満足のいく医療とは何かを知り、CPの改善に役立てたいと考えた。

#### ・研究目的

患者の満足度を知ることにより、現在使用しているCPの不足点を明確にし、見直しのための検討材料にする。

#### ・研究方法

##### 1. 研究対象者

CP使用患者（CHS、人工、RAO）のうち研究に同意を得られた5名  
医療従事者（医師、理学療法士、看護師）31名

##### 2. 研究期間

H17年9月1日～H17年11月30日

##### 3. データ収集方法

- 1) アンケートは5段階評定法を使用した、半構成的方法
- 2) OPE後2週目の患者と医療従事者にアンケートを行う。

##### 4. データ分析方法

アンケート結果は単純集計とし、3段階で判定する。

満足、不満足を各項目別に比較、検討する。

自由記載については、記載された内容を検討する。

患者用と医療従事者用アンケートを比較検討する。

研究デザイン 関係探索研究

#### ・結果

アンケートを依頼した患者（CHS2名・人工1名・RAO2名）の回答率100% 医師回答率80% 理学療法士回答率100%看護師回答率91.7% 医療者全体の回答率91.2%

##### 1. 患者のアンケートより

- 1) 3項目以外、すべての項目において満足・普通という回答であった。
- 2) 100%の患者が“予定表通りの治療や処置ができていた”と答えているが、行われる処置やケアに対して20%の患者は“不満足”と答えている。
- 3) 「家族にとって予定表は役立っていたか」の問いに対して、20%が“思わない”という回答であった。
- 4) 「入院するにあたっての不安」について60%の患者が“ある”と答え、「説明を受けた後も不安が残る」は20%であった。

##### 2. 患者・医療者共通の質問より

- 1) CPについて、医療者は48.7%が“わかりやすい”と答え、また患者の立場に立って答えたところ、22.6%と低い評価であった。実際は患者の75%が“わかりやすい”と答えていた。
- 2) 「予定表どおりの治療や処置が実施されているか」について患者は100%が“できた”と答えているが

医療者側では41.9%と約半数であった。

- 3)「不明なところは医師、看護師、理学療法士に確認できているか」については“できていない”が46.7%であった。しかし、医療者側のアンケートからは「わからない点を医師に確認できているか」の問いに対して、医師自身は“できていない”が50%、理学療法士は100%、看護師.63.6%、医療者平均では67.8%であった。「わからない点を理学療法士に確認できているか」という問いに対して医師は“できていない”が25%、理学療法士自身は40%、看護師.22.6%、医療者平均では25.8%であった。「わからない点を看護師に確認できているか」という問いに対して医師は“できていない”が50%、理学療法士は20%、看護師自身18.1%、医療者平均では22.6%であった。また医師のアンケートからは、どの職種に対しても「確認できているか」という問いに対し“できている”は0%であった。
- 4)「予定表は家族にも役に立っていたと思うか」について、患者は“思わない”が20%であった。医師は“どちらとも思わない”が75%、理学療法士は60%、看護師は“思わない”が40.9%と高かった。

平均在院日数

	CHS	人工	RAO
H16年	67.43日	37.71日	72.46日
H17年	63日	47日	46.5日

#### まとめ

1. CPを使用するための運用基準作成の必要がある。
2. 入院期間の短縮を図るには入院時から家族への説明と、地域医療施設との連携が必要である。
3. CPを使用するにあたっての医療者職種間の連携・協力が重要である。
4. RAOなど若年齢の患者には有効であり、入院期間の短縮を図ることができるが、CHS・人工骨頭など高齢者の患者には、有効な面もあるが入院期間の短縮をはかることは困難である。

#### おわりに

クリニカルパスを作成した後、最も大切なことは使用することであり、使用しながらたくさんのデータを集め、蓄積し、分析することにより、色々な問題点が見えてくる。その後、継続的な改善・試行を繰り返してよりよいCPをつくりあげていくことが重要なポイントであり、インフォームドコンセントの充実、チーム医療の推進、治療の標準化と均質な医療の提供、職員の意識改革等に主眼を置く必要がある

## 5 階東病棟 (平成17年度)



### 1) 病棟概要

- ・病床数：52床 (内科40床、小児科12床の混合病棟)
- ・稼働率：97.1% (内科100.2% 小児科96.8%)
- ・1日平均患者数：45.9人

### 2) 平成17年度の取り組み

日勤終業18時を目標に リーダー業務の見直し・遂行 ペアの充実 看護師の動線の検討 看護記録の検討 入院患者対応に要する時間の調査などを実施した。成果はまだ十分ではないが常に業務改善の視点が持てるよう声かけし合っている。入院オリエンテーションファイルの見直し・活用により小児科の母親への入院から退院後までを見据えた日常生活指導の充実を図っている。接遇に関しては朝のカンファレンス時身だしなみチェックをすることで周知徹底できた。

以上の取り組みをはじめ、かわいい子どもたちや病気と闘っている患者さんやその家族の方々がより良い療養環境で入院できるよう常に元気と笑顔と思いやりをモットーに援助に励んでいます。

チーム	Aチーム(内科看護チーム)	Bチーム(小児看護チーム)
組織と固定チーム	<p style="text-align: center;">看護師長</p> <pre>           graph TD             N1[看護師長] --- TL[チームリーダー]             N1 --- TR[チームリーダー]             TL --- SL[サブリーダー]             TR --- STR[サブリーダー]             SL --- A[A 主任]             SL --- B[B]             SL --- C[C]             SL --- D[D]             SL --- E[E]             SL --- F[F]             SL --- G[G]             SL --- H[H]             SL --- I[I プリ]             SL --- J[J プリ]             SL --- K[K プリ]             SL --- L[L 新人]             SL --- M[M 新人]             SL --- N[N 新人]             STR --- A1[A 主任]             STR --- B1[B アソプリ]             STR --- C1[C]             STR --- D1[D]             STR --- E1[E]             STR --- F1[F]             I --- HA[看護助手(3名)]             J --- HA             K --- HA             B1 --- HA             C1 --- HA             D1 --- HA             E1 --- HA             F1 --- HA           </pre>	
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性疾患患者(糖尿病・腎不全・心不全・脳梗塞)・急性疾患患児(呼吸器・消化器)</li> <li>・検査入院患者</li> <li>・化学療法患者</li> <li>・慢性疾患患児の急性増悪(喘息・ITPなど)</li> </ul>	
2005年病棟目標	<p>患者一人ひとりに「個」として関わり、その人に沿った看護が提供できる。</p> <p>チームにおける自己の役割を認識するとともに自己の目標を明確にし、目標達成できるよう努力する。</p> <p>医療事故・院内感染の防止対策を浸透できる。</p> <p>接遇推進によって、患者満足度を高める。</p>	
2005年チームの目標	<p>糖尿病、シャント造設・導入患者の教育がチーム全員でパスを活用し、60%以上実践できる。</p> <p>脳梗塞、慢性閉塞性肺疾患の退院指導が家族を含め60%以上実践できる。</p>	<p>喘息疾患患児にパスを活用し、80%以上の看護実践が行える。</p> <p>入院時オリエンテーションの内容を、家族が安心して入院生活を送れるという視点で見直し実施市、クレームがない。</p>
病室区分	509～512 518～521 個室	513・515・517・522・個室

## 【院内発表】 患児付き添い者への援助効果

～心理的環境への配慮を行って～

key word：短期入院、付き添い者、満足度、心理的環境

5階東病棟 西真由美 竹内一二三 近藤登美恵

小田真理子 伊東真理子 内田範子 藤城弓子

### はじめに

近年、小児科入院患児の付き添い者は、不慣れな入院生活、あるいは不安などにより付き添い者主体の精神的、身体的負担を訴えることが度々あり、付き添い生活を快適にする為の要望もきかれる。療養環境を考えると、物理的環境の充実を図って行くことは、経済的な制約もあり、早急な対応は難しい。とはいえ岩崎<sup>1)</sup>は、「満足といったことは、決してハードな建物設備がいかにゴージャスになったからといって満たされるものではない。ことに医療の現場では、人間対人間の対応、上手なコミュニケーションによって満足は得られるものである」と述べている。しかし付き添い者への心理的環境への配慮により、物理的環境を含む満足が得られたと言う研究はなかった。そこで、付き添い者の入院生活への配慮も含めたオリエンテーションや、退院後の生活に関する指導項目を広げ、関わりの時間を増やすことでの心理的環境への配慮を行うことで、物理的環境も含めた付き添い者満足度を上げようと取り組んだのでここに報告する。

### ・研究目的

付き添い者のニーズに配慮した心理的環境への援助と満足度の関係を明らかにする。

### ・研究方法

1．研究対象：5階東病棟に入院した短期入院患児の付き添い者 78名（対象群：40名 実験群：38名）

2．研究期間：平成17年8月28日～11月26日

3．研究方法

1) 対象群：入院時に入院案内を用いて、従来のオリエンテーションを行う。

2) 実験群：小児科オリエンテーションマニュアルを用いて2日間に分け不足部分がないようオリエンテーションを行う。患者用クリニカルパスと共に、必要物品と一日の生活の流れを記入した案内を作成し配布する。医療者用クリニカルパスの看護師指導部分に下記のチェック項目を加え使用。

オリエンテーション ・ 、 付き添い生活のチェック  
転落防止指導、育児・生活質問（生活表にて）パンフレット指導

4．データの収集方法：小川ら<sup>2)</sup>の調査用紙を参考に独自の項目を加え、新たに作成したアンケート用紙を使用する。（半構成的質問紙法）退院決定時にアンケート用紙を配布し回収は留置法とする。

5．データの分析方法：<sup>2)</sup>検定で分析する。危険率5%をもって有意差ありとする。自由回答部分についてはKJ法で分析する。

### ・結果

対象群と実験群に有意差はなかった。

自由回答は両群共 看護師の対応に満足 スタッフ態度に対する不満 設備・システムに対する不満に分類された。

物理的環境	
	設備・施設
対象群	4.45
実験群	4.36
心理的環境	
	(対象群平均：4.57、実験群平均4.58)
	スタッフの態度 子供との関わり 親との関わり
対象群	4.65 4.55 4.53
実験群	4.71 4.64 4.41

## ・考察

設備・施設では、実験群の時期は中間期であるため病院全体の室温調節が整っていなかったため、付き添い者が要望する前に、気遣いの声かけをする必要があった。スタッフの態度は、患者数が倍近くなってしまったが個々に対し時間をうまく使うことができていた。患児への関わりは、入院治療の主体である患児への関わりは、満足いくものと評価された。親への関わりは、急性期にある患児数が増え、まず患児への関わりが中心となった。パンフレットはあるものの、活用方法や手段が看護師個々の経験や知識に差があった。生活表に要望記載欄を作成により、患者、家族のニードを早めにキャッチでき、すぐに対応することができた。

## ・結論

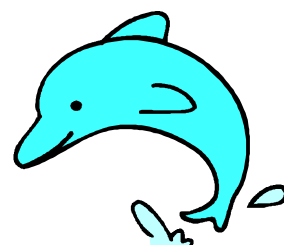
1. 付き添い者のニードをふまえた小児科オリエンテーションマニュアル作成・指導項目や関わり時間の拡大によって平均患者数は、対象群  $6.4 \pm 1.9$  名から実験群  $11.0 \pm 2.7$  名と増えても心理的環境への満足度は対象群 4.57、実験群 4.58 と低下しなかった。
2. 心理的環境への援助を行なったが、物理的環境への満足度は対象群 4.45、実験群 4.36 と上らず関係はみいだせなかった。
3. 付き添い者の入院生活に対する満足度は対象群、実験群共に平均 4.00 以上で満足の傾向にある。

## 引用文献

- 1) 高柳和江：医療の質と患者満足度調査，p.6，日総研，2003.
- 2) 小川貴代美他：短期入院患児に対する看護援助の検討，第35回日本看護学会収録(小児看護)，p.173-175，2



## 5 階 西 病 棟 (平成17年度)



### 1) 病棟指標

- ・分娩数 676件
- ・手術数 417件
- ・病棟稼働率 95.7%
- ・NICU稼働率 83.1%
- ・平均在院日数 9.3日
- ・乳房外来延べ受診数 152名
- ・母親教室延べ参加数 1,628名
- ・院外研修(自己研修レポート件数) 41件
- ・研究発表 第46回母性衛生学会「妊娠中の母乳育児に関する集団指導の有無による産褥期の母乳育児の実態」

### 2) 平成17年度の取り組みについて

今年度は母親教室の改革に取り組み実施開始することができた。以前の講義形式から「参加者が考え・感じ・変化する」をコンセプトに参加型マタニティークラスを1月より開始した。以前のアンケートと比べると手ごたえを感じている。来年度はスタッフの技術の充実を図りより満足度があがるよう努力して行きたい。

NICUでは、入院児の環境に着目しデベロップメンタルケアを学習し取り入れ始めた。来年度には実施ができるよう計画している。

今年度は、機能評価を受けたことにより、記録の充実や病院理念を浸透することができ患者中心の看護を考えることができた。しかし、整合性のある看護展開・記録についての問題点が来年度への課題となった。

チーム	Aチーム(未熟児室新生児室)	Bチーム(婦人科 小児科)	Cチーム(分娩産褥)
組織と固定チーム	<p style="text-align: center;">看護師長</p> <pre>           graph TD             NL[看護師長] --&gt; C1[主任]             NL --&gt; C2[主任]             C1 --&gt; TL1[チームリーダー]             C1 --&gt; SL1[サブリーダー]             TL1 --&gt; A1[A]             TL1 --&gt; B1[B]             TL1 --&gt; C1[C]             TL1 --&gt; D1[D]             TL1 --&gt; E1[E]             TL1 --&gt; F1[F]             SL1 --&gt; A1             SL1 --&gt; B1             SL1 --&gt; C1             SL1 --&gt; D1             SL1 --&gt; E1             SL1 --&gt; F1             C2 --&gt; TL2[チームリーダー]             C2 --&gt; SL2[サブリーダー]             TL2 --&gt; A2[A]             TL2 --&gt; B2[B]             TL2 --&gt; C2[C]             TL2 --&gt; D2[D]             TL2 --&gt; E2[E]             TL2 --&gt; F2[F]             TL2 --&gt; G2[G]             SL2 --&gt; A2             SL2 --&gt; B2             SL2 --&gt; C2             SL2 --&gt; D2             SL2 --&gt; E2             SL2 --&gt; F2             SL2 --&gt; G2             C2 --&gt; TL3[チームリーダー]             C2 --&gt; SL3[サブリーダー]             TL3 --&gt; A3[A]             TL3 --&gt; B3[B]             TL3 --&gt; C3[C]             TL3 --&gt; D3[D]             TL3 --&gt; E3[E]             TL3 --&gt; F3[F]             SL3 --&gt; A3             SL3 --&gt; B3             SL3 --&gt; C3             SL3 --&gt; D3             SL3 --&gt; E3             SL3 --&gt; F3           </pre>		
患者の特徴	超低出生体重児 極低出生体重児 低出生体重児 MAS 呼吸急迫症候群 高ビリルビン血症 哺乳不全 感染症児(感染症室隔離) 正常新生児	切迫早産 切迫流産 妊娠中毒症 妊娠悪阻 子宮筋腫 卵巣嚢腫 子宮癌 卵巣癌 婦人科手術後妊娠中毒症などハイリスク妊婦 小児科 腸炎 喘息 気管支炎 ロタ腸炎 気管支喘息など	妊産褥婦 授乳室で新生児とかわり
2005年病棟目標	1. 固定チーム継続受け持ち制実施における問題点を解決し、システムの定着化を図る 受け持ちの情報収集が出来、看護計画の充実が図れ、退院指導ができる 応援機能の再確認し、5 西病棟のどのパートにおいても援助が出来るようスタッフの能力向上を図る 2. 目標管理システムの活用出来る 3回の面接が期間内に実施できる スタッフ個々の目標達成度が、70%以上になるようにする		
2005年チームの目標	新生児、未熟児の入院環境を整える 環境整備の徹底を図る 面会環境の整備をする	受け持ち患者に対する看護の充実をする 有効なカンファレンスを開催し看護計画、評価が出来るようにする。 退院指導ができる。	昨年度のアンケート結果をもとに、母児・家族を中心とした母親教室の改革をする。(本年度看護研究として提出する。) 助産学生実習指導案の作成ができる(実習形態、学校側・チーム内外・医師との連携を含む)
病室区分	未熟児室新生児室	病室	分娩室、陣痛室、病室

## 【院内発表】 褥婦の不安について

～退院時と退院後の経過を通して不安内容の実態調査をする～

キーワード：褥婦、産後の不安、退院指導

5階西病棟 河合裕美 村崎知美 牟田繭子 酒谷圭子

平松幸代 細野聖子 伊藤ムツ子 伊藤啓子

### はじめに

当院では褥婦への入院中の指導として、授乳指導や沐浴指導とビデオ（産後の生活、家族計画、新生児の育て方）また産後4～5日目に集団で退院指導を行っている。当院は母子異室制で、入院中の母子接触は授乳時間（1日6～8回約1時間）に限られ、24時間児と共に過ごすのは退院後が初めての経験となり、褥婦は今まで抱けなかった疑問や不安に直面することとなる。さらに、現代における核家族化や人間関係の希薄化、生活様式の多様化などによる相談相手の減少のため疑問・不安を解消する手段を得られず、現在夜間の電話相談や乳房外来受診といった手段が活用されているのが現状である。そこで、当院における退院指導において、褥婦が退院後に抱く疑問・不安内容を明らかにし、不安の軽減に役立てるため実態調査に取り組んだ。

### ・研究目的

当院で分娩された褥婦の退院時と退院後の不安内容を明らかにする。

### ・研究方法

1. 研究対象：当院で分娩をした褥婦100名のうち、児がNICUに長期入院した場合を除いたもの
2. 研究期間：平成17年9月19日～12月15日
3. データの収集方法：半構成的自記式質問紙を配布し、回収は留置法を用いる。  
（1回目は退院日に記入してもらい2回目は退院後1週間を目安に記入してもらう）
4. データの分析方法：単純集計、自由記載についてはKJ法

### ・結果

回収率は1回目96%、2回目51%であった。

#### 1. 母乳について

初産婦は「母乳が足りているか」1回目74.1%、2回目95.6%、「授乳回数・間隔」1回目62.7%、2回目69.6%で共に半数を超え、経産婦は「母乳が足りているか」1回目42.3%、2回目57.2%、「授乳回数・間隔」1回目26.6%、2回目32.1%であり、初産婦・経産婦共に2回目に増加した。

#### 2. 赤ちゃんについて

初産婦は「体重増加」1回目54.9%、2回目60.8%「くしゃみ・しゃっくりが出た時」1回目39.2%、2回目47.8%「おむつかぶれ」1回目43.1%、2回目60.9%に不安が多く、2回目に増加した。

#### 3. 自分の体について 自由記述をKJ法でまとめた結果

1回目は「体型や体重が元に戻るのか」という内容が初産婦、経産婦ともに多かったが、2回目は回答がなかった。

#### 4. 家族のことについて

経産婦は「上の子について」の不安は1回目64.5%、2回目71.4%と共に半数を超え、「夫や家族の協力、家事と育児のバランス」は1回目15.5%、2回目50%と2回目に増加した。

### ・考察

#### 1. 母乳について

「母乳が足りているか、授乳回数・間隔」の不安は初産婦、経産婦ともに多く、2回目の方が多かった。これは少子化・核家族化・地域社会における連携性の希薄傾向が進み、相談する相手がないことや、当院が行っている母子異室制が退院後の環境との差を大きくし、退院後の不安を増強させる原因の一つではないかと考える。また入院中の授乳は3時間おきの時間授乳で、母親は児の欲しいサインを理解できずに退院している可能性も考えられる。そして退院後は完全自律授乳が行われ、授乳方法が変わる。これらの事

が、経験のない初産婦の不安を大きくすると考える。

#### 2．赤ちゃんについて

初産婦は「くしゃみ・しゃっくりが出た時、おむつかぶれ、赤ちゃんの環境、体重増加」で2回目に増加していた。こうした不安内容は、実際に児と24時間過ごすことで新たに不安が増長されるもので、母子異室制の当院では入院中に直面することが少ない問題である。

#### 3．自分の体について

体型や体重が元に戻るのかという内容は、2回目に回答がなかった。これは退院すると自分のことより赤ちゃんのことへ関心が向けられて行くからではないかと考えられる。

#### 4．家族のことについて

退院後は入院中と違い家事・育児を両立して行かなければならない生活の変化がある。そして母親自身の身体が疲労を感じたり、それぞれの子供に関わる時間の減少、育児経験はあるが、前回とは違う育児に遭遇し、上の子への対応に困惑しているなど様々な現実直面することが退院後の不安の増強の原因と考えられる。

#### ・結論

- 1．「母乳が足りているか、授乳回数・間隔」については初産婦、経産婦ともに多く、2回目の方が多かった。
- 2．初産婦は「体重増加、くしゃみ・しゃっくりが出た時、おむつかぶれ」で2回目に増加した。
- 3．「体型や体重が元に戻るのか」という内容が初産婦、経産婦ともに多かったが、2回目は回答がなかった。
- 4．「上の子との事について、夫や家族の協力不足、家事と育児のバランス」は2回目が多く、経産婦の方が多かった。

#### おわりに

母乳育児、児の生理現象、新しい家族の受け入れについての指導方法やサポート体制の検討、また継続支援の検討が今後必要と思われる。

## 6 階東病棟 (平成17年度)

### 1) 病棟概要

- ・病床数:55床(脳神経外科38床、耳鼻咽喉科9床、内科8床)
- ・病床稼働率:89.7%
- ・平均在院日数:脳神経外科28.3日、耳鼻咽喉科6.2日
- ・年間手術件数:脳神経外科132件、耳鼻咽喉科85件
- ・年間脳血管撮影件数:71件
- ・年間転院患者数:79名



### 2) 平成17年度の取り組み

固定チームナースング運営と目標管理システム確立を達成するため、下記3項目を病棟看護目標に挙げた。業務内容の見直し・成文化を行ったが、電子カルテ導入後の業務改善事項を踏まえ、継続し検討が必要。小グループ活動は期間後半に活動性が低下。カンファレンス実施方法の検討・徹底や勉強会の評価・実施継続など、さらなるレベルアップを期待したい。クリニカルラダーシステム確立は今後の課題である。

### 3) 病棟組織概要

チーム	Aチーム(入院時重症者チーム)	Bチーム(耳鼻科・脳梗塞・予定手術チーム)
組織と固定チーム	<p style="text-align: center;">看護師長</p> <pre> graph TD     N1[看護師長] --- N2[主任 チームリーダー]     N1 --- N3[主任 チームリーダー]     N2 --- N4[サブリーダー]     N3 --- N5[サブリーダー]     N4 --- A[A]     N4 --- B[B]     N4 --- C[C]     N4 --- D[D]     N4 --- E[E]     N4 --- F[F]     N4 --- G[G]     N4 --- H[H]     N4 --- I[I]     N4 --- J[准新人]     N5 --- A1[A]     N5 --- B1[B]     N5 --- C1[C]     N5 --- D1[D]     N5 --- E1[E]     N5 --- F1[F]     N5 --- G1[G]     N5 --- H1[H]     N5 --- I1[I]     N5 --- J1[准新人]                     </pre> <p style="text-align: center;">看護助手(3名)</p>	
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期の患者</li> <li>・慢性期へ移行した遷延性意識障害患者</li> <li>・内科・検査入院の患者</li> <li>・定位的放射線治療の患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・耳鼻咽喉科の患者</li> <li>・脳梗塞・予定手術の患者</li> </ul>
2005年病棟目標	固定チームナースングを確実に運営できるよう、スタッフが役割を認識した行動がとれる。患者様の安全を守るため、各自が根拠を持った行動をとれる。各自のキャリア開発を意識し、臨床実践能力向上に努めることができる。	
2005年チームの目標	急性期看護の標準化が実施できるよう、手術後記録の内容を検討し、新しい記録用紙を作製することができる。 早期離床を促し、廃用四肢にならないよう援助することができる。 看護師間での情報交換が円滑に行われ、一貫したケアを行うことができる。	耳鼻咽喉科の患者様への看護援助が円滑に実施できるようパスの活用90%を目指す。各疾患の知識を深め、医師に講義依頼を行い、根拠を持った看護援助が実施できる能力を身につける。 他職種との連携を密にし、患者様のQOL向上に努めることができる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日勤看護師は原則として各チーム5人以上、夜勤はA・B各チーム1名以上とする。</li> <li>・病棟会は第4木曜日、リーダー会は第3木曜日、チーム会は第2週目に定期的に行う。</li> <li>・受け持ち看護師は主任が決定する。</li> </ul>	

## 【院内発表】 クリニカルパスを使用した患者の満足度を考える

キーワード：クリニカルパス 患者満足

6階東病棟 石田加緒里 加藤優子 平岩佐知子 永島裕子  
小嶋典子 酒田由美子

### はじめに

クリニカルパス(以下、CPとする)は医療の「質の向上」、「均質化」、「入院日数短縮化」などを目的に使用されている。日本において、最近では医療が徐々に包括性になりつつあり、その意味でもCPは注目されつつある。

「質の向上」という面から、CPは一連の治療過程を示しており、CPにより情報提供をすることは患者の治療参加意識を高め、意思決定能力が促進され、そして患者満足につながるのではないかと考えられている。

当病棟においても耳鼻科患者を中心にCPを使用している。当病棟は耳鼻科、脳外科、内科の混合病棟で、意識障害患者や運動機能障害患者、重症患者が多い。その中において耳鼻科患者は日常生活動作(以下ADLとする)が自立している患者がほとんどであり、理解力のある患者も多く、看護師が関わる時間が少ない。そのため限られた時間の中で効率よく看護を実践していくために、CPを耳鼻科患者に活用しているのが現状である。

中重<sup>1)</sup>らは、「今後パスの活用はさらに発展するであろうが、定期的な患者満足度の評価をし、医療の質の改善に努めることが肝要である。」と述べている。当病棟では数年前からCPを使用しているが、患者満足度の評価を行っていない。そのため今回、現在使用しているCPが患者に理解され、満足されているのかどうか調査したのでここに報告する。

### ・研究目的

CP使用患者の看護援助に対する満足度を明らかにする

### ・研究方法

1. 研究対象：CPを使用している耳鼻科患者32名
2. 研究期間：平成17年10月1日～11月30日
3. データの収集方法：作成した半構成的自記式質問紙を用いて退院日に直接配布回収する。
4. データの分析方法：回答項目別に単純集計する。自由回答は内容分析する。
5. 研究デザイン：Bタイプ(関係因子探索研究)

### ・結果

32名の対象患者にアンケートを配布、回収した。有効回答は30、有効回答率は93.75%だった。

#### 1. 患者素因

- 1) 平均年齢は59.0歳で、成人の割合は93.3%であった。
- 2) 男性13名(43.3%)、女性17名(56.7%)であった。
- 3) 疾患別では、めまい患者73.3%を占めた。

#### 2. 入院の予定表について

- 1) クリニカルパスを渡された時期は、30名全員が適切であるという回答であった。
- 2) クリニカルパスの内容を理解できたと回答した人は29名(96.7%)であった。
- 3) クリニカルパスを活用することで意欲的に治療に参加できたと回答した人は29名(96.7%)であった。
- 4) 処置やケアに満足できたと回答した人は29名(96.7%)であった。

#### 3. 看護師の予定表の説明について

- 1) 看護師からの説明は30名全員がわかりやすかったと回答した。
- 2) 不明な点はどの看護師に聞いても同じであったと30名全員が回答した。
- 3) 看護師は誠意をもって接してくれていたと回答した人は29名(96.7%)であった。

#### 4) 看護師の対応について

- 1) 看護師が毎日自己紹介をしてくれていると回答した人は23名(76.7%)であった。
- 2) 看護師が笑顔で挨拶してくれると回答した人は30名全員であった。

- 3) 看護師が話を聞いてくれると回答した人は29名(96.7%)であった。
- 4) 看護師が忙しそうなお表情を見せずに対応してくれたと回答した人は29名(96.7%)であった。

#### ・結論

耳鼻科患者にとってのCPの理解・満足度調査の結果は、以下のとおりだった。

1. 『入院の予定表について』は、96.7%の患者が内容を理解し、意欲的に治療に参加できたと回答した。
2. 『看護師の予定表の説明について』は、全員がわかりやすかったと回答した。
3. 『看護師の対応について』は、96.7%の患者が話を聞き、対応したと回答した。

## 6 階西病棟 (平成 17 年度)

### 1) 病棟概要

- ・病床数：55 床（外科 35 床、泌尿器科 8 床、眼科 5 床、内科 7 床）
- ・稼働率：93.1%（外科 90.7%、泌尿器科 116.1%、眼科 43.6%、内科 106.1%）
- ・平均在院日数：外科 16.4 日、泌尿器科 9.4 日、眼科 2.0 日、内科 23.2 日
- ・入院患者数：入院患者数 1,342 人 / 年、退院 1,409 人 / 年
- ・手術件数：外科 450 件（7 階西病棟含む）、泌尿器科 120 件、眼科 270 件



### 2) 平成 17 年度の取り組みについて

目標管理については、各チーム・小グループ活動において目標達成することができた。周手術期看護における退院指導の充実、緩和ケアカンファレンスを活用した個性のある終末期看護の充実に向けて取り組み、成果が得られた。今後も患者満足度が高まる質の高い看護の提供を心掛けていきたい。

チーム	A チーム (急性期看護チーム)	B チーム (終末期看護チーム)
組織と固定チーム	<p style="text-align: center;">看護師長</p> <pre> graph TD     N1[看護師長] --- N2[チームリーダー]     N1 --- N3[チームリーダー]     N2 --- N4[サブリーダー(主任)]     N3 --- N5[サブリーダー(主任)]     N4 --- A[A]     N4 --- B[B]     N4 --- C[C]     N4 --- D[D]     N4 --- E[E]     N4 --- F[F]     N4 --- G[G]     N4 --- H[H]     N4 --- I[I]     N4 --- J[J]     N5 --- A1[A]     N5 --- B1[B]     N5 --- C1[C]     N5 --- D1[D]     N5 --- E1[E]     N5 --- F1[F]     N5 --- G1[G]     N5 --- H1[H]     N5 --- I1[I]     N5 --- J1[J]     N5 --- K[K]     A --- NH[看護助手(3名)]     B --- NH     C --- NH     D --- NH     E --- NH     F --- NH     G --- NH     H --- NH     I --- NH     J --- NH     K --- NH                     </pre> <p>看護助手 (3 名)</p>	
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外科・泌尿器科周手術期患者</li> <li>A・B 共通患者</li> <li>・検査入院の患者</li> <li>・内科 (消化器他)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外科・泌尿器科終末期患者</li> <li>・眼科患者</li> <li>・化学療法の患者</li> <li>・放射線療法の患者</li> </ul>
2005 年病棟目標	<p>目標管理システムの機能を働かせ、個々の看護の質の向上を図る。 周手術期看護における標準化、終末期看護における個性の看護の提供の充実を図る。 患者の安全を守り、アクシデント発生予防に努める。 患者サービスを視点に接遇を見直す。</p>	
2005 年チームの目標	<p>カンファレンスを充実させ、看護過程とケアの充実を図る。 術前術後の看護、退院指導の充実を図り、周手術期の看護の統一を図る。 アクシデントの件数が前年度より減少し、安全な看護を提供することができる。</p>	<p>患者の個性を考慮した、患者主体の看護が実践できる。 終末期の看護を実践に向けて、カンファレンスの充実が図れる。 安全対策の徹底を図ることでアクシデントが減少し、安全・安楽な看護の提供に結びつけることができる。</p>

## 【研究テーマ】 弾性ストッキング着用に関する患者の意識

キーワード DVT、ストッキング着用、患者の意識

6階西病棟 水谷志野 小林加代子 西尾夕貴 竹谷リエ 尾崎喜代美

### はじめに

当院は、平成15年より深部静脈血栓症(以下DVTと略す)の予防として、手術を受ける患者やアンギオなどの検査で安静を強いられる患者には、DVT予防対策を実施している。手術、検査が入院当日というケースが多く、手術までの短時間に術前処置、DVT説明、指導を同時に行うことも少なくない。その際、ほとんどの患者に同意は得られるものの、中には安静解除前にストッキングを脱いでしまう患者や着用後苦痛を訴える患者がいる。このような状況の中、患者が説明、指導されたことを理解しているかどうか、弾性ストッキング(以下ストッキングと略す)着用に対してどう感じているかが不明であると感じていた。

そこで、患者にストッキング着用についての意識調査をすることで患者のDVTに対する意識を知ることにより、DVT指導の際に看護師が患者の苦痛、思いをふまえた説明、援助ができるのではないかと考え、今回、ストッキング着用に関する患者の意識調査を行ったのでここに報告する。

### ・研究の目的

DVT予防に対する患者の意識とストッキング装着時の苦痛、思いを明らかにする。

### ・研究方法

1. 対象者：6階西病棟にて、ストッキングを着用する手術、検査を受ける患者で、認知症、術後譫妄でない患者30例
2. 研究期間：平成17年8月～10月上旬
3. 研究内容：1)入院時DVTリスクアセスメントの実施  
2)DVT及びストッキング着用について説明  
3)手術、検査直前にストッキングの着用  
4)安静解除になった以後、DVTについての聞き取り調査
4. データ収集方法：半構成的質問紙を用い、安静解除後に半構造化面接法で行う
5. 分析方法：単純集計、KJ法
6. 研究デザイン：関係因子探索研究

### ・結果・考察

検査・手術時にストッキングを装着した患者のうち、認知症のない患者に対しアンケート調査を36名に実施した。回収率100%であり、すべて有効回答であった。DVTまたは、エコノミークラス症候群という病名を聞いたことがあると答えたのは、22名(61%)であった。DVTまたは、エコノミークラス症候群という病名は、一般的に知られている言葉であるといえる。病名を認知し、原因を知っていると答えたのは、14名(64%)であった。しかし、DVTを原因とする肺塞栓症については、27名(75%)が知らないと答え、実際、認識度は低く、手術前に十分説明することが必要である。検査・手術前のDVTとその予防についての説明では、29名(80%)が受けたとし、6名(17%)は受けなかったと答えている。説明を受けたと答えている者のうち、内容が十分理解できていたのは7名(24%)、内容が余りできなかった・できなかった6名(20%)であったことから、説明の仕方が統一されたものではなく、ストッキング着用の必要性を理解してもらうための説明が不十分であることがわかった。DVTの説明を理解できなかった6名のうち、それでもストッキングを装着したのは、3名(50%)が履くのを強く勧められたと答えている。安静解除までのストッキング装着は、36名のうち34名(94%)ができていた。安静解除までストッキングを装着した理由として、34名のうち、11名(33%)が我慢していたと答えている。履いた方がいいと説明を受けたから、理解できなくても脱いでもいいといわれるまで苦痛があっても履いていたという状態ではないかと考える。ストッキング着用の理由を正確に理解していれば、DVTの予防に患者自ら意識し、取り組めたのではないだろうか。そして、以上のことから、具体的な指導とその内容の統一ができていないことがわかった。パンフレットやマ



ニュアルを用いたDVT予防に対して、統一した具体的な説明を行うことで、患者の認識を高め、看護師はDVTに対するリスクマネジメントができると考える。

今回の看護研究が看護師間での意識の向上につながり、統一した看護が提供できるように、心がけ努力していきたい。

#### ・結論

- 1．DVTの予防に関して理解してストッキングを装着したのは、24%である。
- 2．94%の患者が安静解除までストッキングを装着できたが、33%は苦痛を伴っていた。
- 3．患者を積極的にDVT予防に参加させるためには、看護師の統一した具体的な説明が必要である。

#### 参考文献

高橋紳一：深部静脈血栓の基本的予防法，月刊ナーシング，vol. 24，No. 11，33，2004．

## 7 階東病棟 (平成17年度)

### 1) 病棟概要

- ・ 7 東病床稼働率 101.7%
- ・ 平均在院日数内科 23.2 日
- ・ 入院 625 名 退院 601 名 転入 111 名 転出 115 名



### 2) 平成17年度の取り組み

当病棟は内科単科の病棟です。長期入院患者の増加が言われている状況の中、本年度は、当病棟の長期入院患者の現状を知るための研究に取り組みました。そして、日々のカンファレンスの充実を図り、患者様が不安なく退院ができるように計画を立て、実施してきました。しかしまだまだ課題は残っています。

また、清潔ケアの充実を図ることにより、患者様に入院生活を快適に過ごしていただけるよう取り組んできました。今後は業務の定着に向けて実施していきたいと思ひます。

チーム	Aチーム(急性期、終末期チーム)	Bチーム(回復期、慢性期チーム)
組織と固定チーム	<p style="text-align: center;">看護師長</p> <pre>           graph TD             N1[看護師長] --- C1[主任]             N1 --- C2[主任]             C1 --- R1[リーダー]             C2 --- R2[リーダー]             R1 --- A[A]             R1 --- B[B]             R1 --- C[C]             R1 --- D[D]             R1 --- E[E]             R1 --- F[F]             R1 --- G[G]             R1 --- H[H]             R1 --- I[I]             R1 --- J[J]             R2 --- A2[A]             R2 --- B2[B]             R2 --- C2[C]             R2 --- D2[D]             R2 --- E2[E]             R2 --- F2[F]             R2 --- G2[G]             R2 --- H2[H]             R2 --- I2[I]             R2 --- J2[J]             R2 --- K[K]             A --- CL1[臨床指導者]             C --- CL1             E --- CL1             F --- CL1             G --- CL1             H --- CL1             I --- CL1             J --- CL1             B2 --- CL2[臨床指導者]             C2 --- CL2             D2 --- CL2             E2 --- CL2             F2 --- CL2             G2 --- CL2             H2 --- CL2             I2 --- CL2             J2 --- CL2             K --- CL2             CL1 --- KA[看護助手(3名)]             CL2 --- KA             </pre>	
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器、消化器の終末期患者</li> <li>・多発性脳梗塞などベッド上生活</li> <li>・不穩のため行動要注意患者</li> <li>・血液疾患の治療目的のため個室使用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器、消化器検査入院</li> <li>・脳梗塞などリハビリ訓練</li> <li>・慢性呼吸器疾患患者の在宅指導</li> <li>・悪性疾患患者の化学療法</li> </ul>
2005年病棟目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性疾患患者の退院計画が入院早期に立案でき実施できる</li> <li>・日々のカンファレンスを充実させ看護展開ができる</li> <li>個々の患者に必要なケアを優先的に計画する</li> <li>・個別性のある清潔ケアを考え実施することができる</li> <li>リスクを予測した看護展開が出来る</li> </ul>	
2005年チームの目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別性を考えた清潔ケアをする</li> <li>・自分の受け持ち患者の週間予定をきちんと記入する</li> <li>感染リスクを予測した援助ができる (MRSA中心に)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院初期から退院指導が計画的に進められる</li> <li>・DM患者の退院指導を全員が自信を持ってできるようにする</li> </ul>
病室区分	700 観察室、701 - 711 個室、712 - 715 は 4 人部屋、716 は 2 人部屋	717 は 2 人部屋、718 - 719 は 個室、720 - 726 は 4 人部屋

## 【院内発表】 院内発表長期入院患者の退院支援

～リスク要因と看護介入の実態～

キーワード：長期入院 看護介入

7階東病棟 伊東弘美 中川友子 竹内弘子 瀧脇裕子  
藤田憲子 内藤美伸

### はじめに

急激な少子高齢化により、家庭での看護、介護力が低下し高齢者の長期入院、社会的入院による慢性的なベッド不足が大きな問題となっている。

そこで今後実施される予定の退院援助計画の取り組みの一環として、設楽<sup>1)</sup>が作成した「長期入院予想患者のリスクチェック表」(以下リスクチェック表とする)を活用することとした。

当7階東病棟の過去一年間の長期入院患者の要因を把握し、退院決定後の援助活動ができていたかを調べ、それに伴い長期入院患者の退院支援チェック表を作成し、実際を明らかにすることで今後の退院指導に役立てていきたいと考えた。

わが国では歴史的に在院期間が長い背景もあり家族の早期退院への抵抗感、退院後の不安が根強い。病院側でもこの問題を明確にさせ、退院計画の定着に取り組む必要があると考え、この研究に取り組んだ。

### . 研究目的

長期入院患者の要因・退院支援の介入実態を明らかにする。

#### 用語の定義

長期入院患者...30日以上入院患者

### . 研究方法

1. 対象者：2004年4月から2005年3月までの30日以上長期入院患者127名のうち、死亡退院した62名を除いた65名のうち、100日以上長期入院患者15名はすべて転院していたため30日以降入院の50名を対象とした。

2. 研究期間：平成17年9月1日～12月1日

3. データの収集方法：診療録より情報収集したリスクチェック用紙を活用し、対象者50名の治療・症状の特性、社会的背景を入院カルテより収集、点数化する。

退院支援実態は、日常生活動作に対する計画・症状に対する計画・リハビリテーション(以下リハビリとする)に対する計画・栄養士による食事指導・外泊の実施・薬剤師による服薬指導の6項目に分け、退院支援の看護介入ができていたかを入院カルテより調査する。

4. データ分析方法：単純集計

5. 研究のタイプ：関係因子探索研究

### . 研究結果

1. 対象者の属性

男：33名、女：17名、平均年齢72.4才

疾患別の分類 脳神経系10名 呼吸器系13名 消化器8名 腎7名 その他12名

2. 対象者の退院先

対象者50名中、自宅へ退院した患者が28名、医療施設や福祉施設などに転院した患者が22名

3. 長期入院患者の要因

集計結果として、1番多かったのが「70歳以上の高齢者」で全体の64%を占めた。2番目は「意識障害・コミュニケーション能力の低下がある」44%を占め、3番目は「寝たきりである・かなりの介護を要するもの」34%を占めた。

4. リスクチェック点数別の在院日数平均

在院日数平均は、点数が低いほうが在院日数が短く、点数が高くなるにつれて在院日数が長くなってい

く傾向が見られる。31～35点・36～40点の患者は各1名ずつであった。

#### 5．退院先別のリスクチェック点数の人数合計

リスク点数が10点以下の患者は15名全て自宅退院している。16点以上になると自宅退院より転院患者のほうが増え始め、26点以上の7人は全員転院している。

#### 6．退院先別看護介入実態

看護介入の実態として日常生活動作が対象者50名中56%、症状が22%、リハビリが32%、食事が20%、外泊が22%、薬が40%、という結果で看護介入実態としては、リハビリ以外は、自宅退院患者のほうで看護介入できていた。リハビリに関しては、施設転院患者のほうで介入できていた。

#### 結論

リスクチェック用紙を用い、点数化したことで26点以上の患者と、90日以上入院患者は100%転院しているという、当病棟における自宅退院か転院かの指標が明らかになった。

## 7 階西病棟 (平成17年度)



### 1) 病棟概要

- ・病床数：55床（一般病床15床、開放型病床40床）
- ・稼働率：一般病床 106.0%、開放型病床 79.4%
- ・平均在院日数：全体 27.0日、開放型病床 26.2日

### 2) 平成17年度の取り組みについて

病棟の目標に下記の3つを挙げ、スタッフ一同取り組んだ。クリニカルラダーについては、個々に合ったレベルの研修を受けて申請を行うことができ、また、各チームの目標もほとんど達成することができました。固定チームナーシングについては、だんだん定着してきて、患者と受け持ち看護師との良い信頼関係が出来てきたと感じています。今後とも、さらに信頼関係の上に成り立った継続した看護を患者様に提供できるよう努力し、患者・看護師共に満足のいく病棟にしていきたいです。

### 3) 院外教育の実績

第55回国際病院学会にて発表。演題「虚血性心疾患患者のセルフケア能力の実態」

チーム	Aチーム	Bチーム
組織と固定チーム	<p style="text-align: center;">看護師長</p> <pre>           graph TD             N1[看護師長] --- N2[チームリーダー]             N1 --- N3[チームリーダー(臨床指導者)]             N2 --- N4[サブリーダー(主任)]             N3 --- N5[サブリーダー(主任)]             N4 --- N6[A]             N4 --- N7[B]             N4 --- N8[C]             N4 --- N9[D]             N4 --- N10[E]             N4 --- N11[F]             N4 --- N12[G]             N4 --- N13[H]             N4 --- N14[I]             N4 --- N15[J]             N4 --- N16[K]             N5 --- N17[A]             N5 --- N18[B]             N5 --- N19[C]             N5 --- N20[D]             N5 --- N21[E]             N5 --- N22[F]             N5 --- N23[G]             N5 --- N24[H]             N5 --- N25[I]             N5 --- N26[J]             N6 --- N27[臨床]             N10 --- N28[アプリ]             N11 --- N29[新人]             N12 --- N30[新人]             N13 --- N31[新人]             N14 --- N32[新人]             N15 --- N33[新人]             N16 --- N34[新人]             N17 --- N35[アプリ]             N18 --- N36[アプリ]             N19 --- N37[新人]             N20 --- N38[新人]             N21 --- N39[新人]             N22 --- N40[新人]             N23 --- N41[新人]             N24 --- N42[新人]             N25 --- N43[新人]             N26 --- N44[新人]             N27 --- N45[看護助手(3名)]             N28 --- N45             N29 --- N45             N30 --- N45             N31 --- N45             N32 --- N45             N33 --- N45             N34 --- N45             N35 --- N45             N36 --- N45             N37 --- N45             N38 --- N45             N39 --- N45             N40 --- N45             N41 --- N45             N42 --- N45             N43 --- N45             N44 --- N45             N45 --- N46[看護助手(3名)]           </pre>	
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳神経内科</li> <li>・呼吸器内科</li> <li>・整形外科</li> <li>・内分泌(DM教育)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・循環器内科</li> <li>・消化器内科</li> <li>・消化器外科</li> </ul>
2005年病棟目標	<p>クリニカルラダーシステムを理解し、各自が自分のレベルを知り、目標を立て自己評価で1つは70%以上にすることが出来る。 在宅支援システム、クリニカルパス、退院指導マニュアルに基づいて継続性のある看護が提供できる。 固定チームナーシングの理解・定着を図り、患者に継続した看護が提供できる。</p>	
2005年チームの目標	<p>病院連携システム表に沿って退院に向けての援助ができる。 固定チームナーシングについて理解を深め、受け持ち患者に安全安楽な看護を提供することができる。</p>	<p>循環器疾患(心臓カテーテル・心筋梗塞・心不全)のリハビリを兼ねて、早期より退院に向けて援助できる。 手術が決定してから手術の出棟までのチェックリストの見直しをして作成し、成文化することによって統一した看護を提供することができる。</p>
病室区分	なし	なし

## 【院内発表】 褥瘡対策の検討

～ 褥瘡対策委員会とNST発足からの経緯～

7階西病棟 都築樹美 小林史依 加藤佳奈 壁谷晃己  
平野ツヤ子 鷗飼すみえ

### はじめに

平成 14年 4月から褥瘡対策委員会、平成 15年 4月から NST 委員会が発足し、様々な活動が行われてきたが、褥瘡の発生を最小限に食い止められているのか評価していない。そこで、現在行われている対策を振り返り、当病棟の患者の褥瘡発生状況を調査することで、不足部分を見出すことができるのではないかと思い、今回の調査を考えた。

#### ・研究の目的

褥瘡対策委員の活動により当病棟の褥瘡発生にどのような変化が見られたかを明らかにする。

#### ・研究方法

##### 1. 研究対象：

- 1) 褥瘡対策委員会発足前の平成 14年 5月以前の体位変換を必要とする患者 30名
- 2) 褥瘡対策委員会発足半年後の平成 14年 11月以降の体位変換を必要とする患者 30名
- 3) 褥瘡回診開始半年後の平成 15年 6月以降の体位変換を必要とする患者 30名
- 4) NST 委員会発足半年後の平成 15年 11月以降の体位変換を必要とする患者 30名
- 5) 平成 17年 8月以降の体位変換を必要とする患者 30名

2. データの収集方法：対象の属性、褥瘡予防アセスメント・日本版ブレードスケール・褥瘡評価一覧から褥瘡の有無、ブレードスケールの各項目の点数を診療録及び看護記録から情報収集する。

3. 研究期間：平成 17年 10月～12月

4. データの分析方法：単純集計

5. 研究デザイン：関係因子探索研究（Bタイプ）

#### ・結果

##### 1. 褥瘡の状態

###### 1) 褥瘡の変化

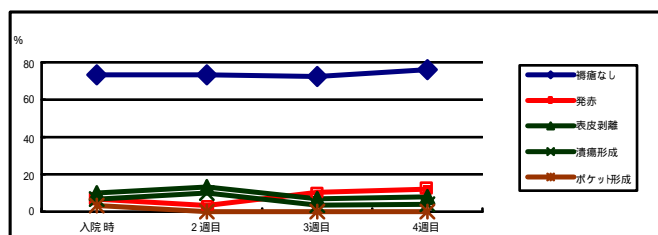


図1 平成 14年 5月以前

図1では発赤は入院時 6.7% から 4週目には 12.0%と上昇し、表皮剥離は入院時 10.0%から 4週目では 8.0%と減少

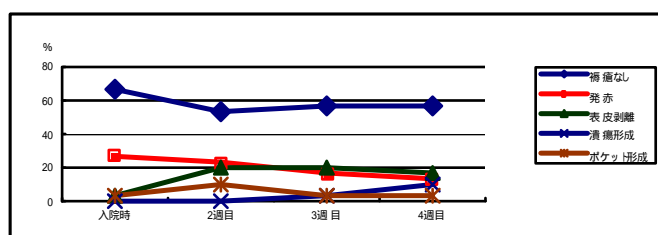


図2 平成 14年 11月以降

図2では発赤が入院時 26.7% から 4週目は 13.3%と減少し、表皮剥離は入院時 3.3%から、4週目には 13.3%と上昇した。

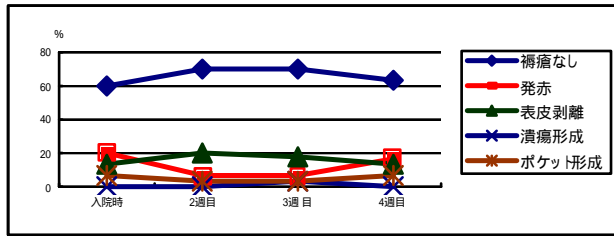


図3 平成15年6月以降

図3では発赤が入院時20.0%から4週目には16.7%に減少し、表皮剥離は入院時13.3%から4週目には13.3%と減少した。

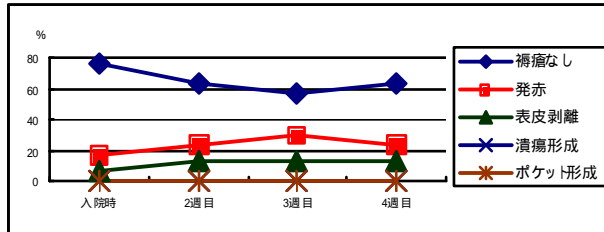


図4 平成15年11月以降

図4では発赤が入院時16.7%から4週目には23.3%に上昇し、表皮剥離は入院時6.7%から4週目には13.3%と上昇した。

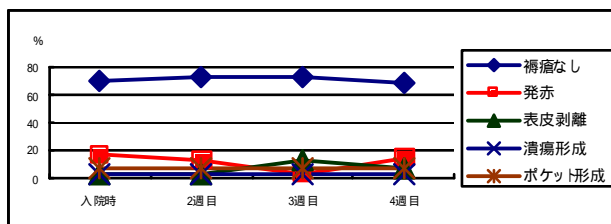


図5 平成17年8月以降

図5では発赤が入院時16.7%から4週目には16.7%と変わらず、表皮剥離は入院時3.3%から4週目には6.9%と上昇した。

## 2) Alb平均値

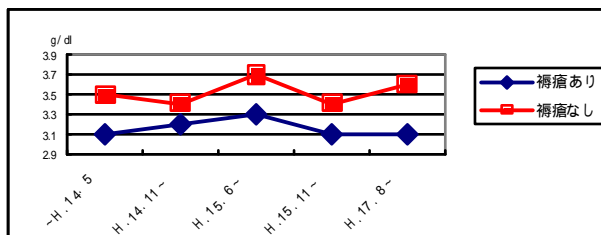


図6 褥瘡の有無とAlb平均値の変化

図6ではAlbの平均値は褥瘡ありの患者より褥瘡なしの患者の方が上回っている。褥瘡ありの患者の平均値は3.16g/dlである。

## ・考察

今回、褥瘡対策委員会とNST発足により、当病棟の褥瘡発生にどのような変化が見られたか調査した。図1から図5までを見ると褥瘡の状態の中で多くの割合を占めるのが発赤であり、褥瘡悪化への危険信号と言える。当病棟は、高齢者が多いことや病状の変化、栄養状態の低下から2週目以降に悪化の傾向がある。

Alb値においては、図6の結果より数値の高い患者では褥瘡はなく、数値が低値であるほど褥瘡が発生している。また、褥瘡ありの患者の全体の平均値は、3.16g/dlと基準を上回る結果ではあったが褥瘡の発生があり、これらから、3.0g/dl以上の患者であっても褥瘡のリスクを考慮し、栄養状態に問題があると考えられる患者に対しては、NSTへの依頼を行う必要があると考える。

## ・結論

今回、褥瘡対策委員会とNSTの発足により、当病棟の褥瘡発生にどのような変化が見られたか、体位変換を必要とする患者に調査、比較したところ以下のことを見出すことができた。

1. 褥瘡の状態は、褥瘡対策委員会やNSTの活動の前後を比較しても顕著な変化は見られなかった。
2. Alb3.0g/dl以上にも褥瘡の発生がある。

## 集中治療部（平成17年度）

### 1) 病棟概要

- ・病床数：14床 内訳：ICU12床（HCU4床を含む）CCU2床
- ・稼働率：82.5%（前年比0.5ポイント）
- ・平均在院日数：5.2日（前年比-1.0ポイント）
- ・入室患者数：870名（平成16年度814名） 内訳：外来からの入室：537名（平成16年度474名）  
他病棟からの入室：333名（平成16年度340名）

### 2) 平成17年度の取り組み

集中治療部としての特殊性を生かしながら、他病棟と看護業務を統一できるようにこの1年間取り組んだ。注射業務について、他病棟と統一のコンピューター入力を試みた。多くの医師の協力もあり、入力が多くなった。しかし、緊急時は手書きも混在しているために注射業務の確立は課題として残されている。

院内統一で導入となった輸液表やBSチェック表を用いることで輸液やBS測定の高ヒヤリハット・アクシデントが減少した。そして、ICUの特殊性をもつME機器の使用前・後点検業務を見直した。また、人工呼吸器の他病棟への貸し出しを開始した。

集中治療部という専門性の高い職場で、治療が主体となりがちな現実の中、スタッフは常に患者・家族の言葉を代弁し、看護の視点を忘れずに取り組んできた。

チーム	Aチーム	Bチーム
組織と固定チーム		
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・循環器疾患（心筋梗塞・狭心症・心不全・心臓カテーテル検査後・IABP管理・ペースメーカー管理など）</li> <li>・手術後</li> <li>・血液浄化（HD・PMX・CHDFなど）</li> <li>・人工呼吸器管理</li> <li>・薬物中毒・アルコール中毒・不穏・認知症</li> <li>・状態悪化により集中治療が必要と判断された場合</li> </ul>	
2005年病棟目標	<p>カンファレンスが反映された看護計画により、統一された看護ケアが提供できる。 固定チーム継続受け持ち制における個々の役割を検討・成文化し、実施することによりチームが機能を発揮できる。 ICUにおけるMRSA対策を周知徹底し、実施できる。 ヒヤリハット・アクシデントに対する検討が確立し、対策の周知徹底が図れる。</p>	
2005年チームの目標	<p>協調性を高めることによって、継続した看護の統一が図れ、よりよい看護が患者とその家族に提供できる。</p>	<p>質の高い看護が提供できるよう、固定チーム継続受け持ち制の確立を目指す。</p>



## 【院内発表】 虚血性心疾患患者のセルフケア能力と急性期の看護師のかかわり

～継続的な患者指導に向けて～

キーワード：虚血性心疾患、SCAQ、看護介入

○貝吹知江美 石黒正崇 鎌倉友紀 小林美奈子 中垣文男

### はじめに

虚血性心疾患は、疾患自体が障害を通じての経過をとるため、患者自身が病気を受け入れ自分の病気と上手に付き合いながら生きていくこと、すなわちセルフケアが重要となる。冠危険因子の是正に必要な自己管理についての研究は多いが、患者のセルフケア能力と急性期の看護師との関わりの関連は明らかにされていない。

そこで、虚血性心疾患患者のセルフケア能力と急性期の看護師との関わりにおける関係を明らかにすることにより、継続的な患者指導の資料となるのではないかと考えた。

### ・研究目的

虚血性心疾患患者のセルフケア能力と急性期の看護師の関わりとの関連を明らかにする。

### 用語の定義

セルフケア能力とは本庄の慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙(Self Care Agency Questionnaire、以下、SCAQと略す)の中で定義している構成概念である。

看護師の関わりとは、ゴードンのアセスメントツールを用いたアセスメント、問題リスト、看護計画、看護介入を言う。

### ・研究方法

#### 1) 研究対象

不安定狭心症と診断された患者及び急性心筋梗塞と診断された患者13名とする。

#### 2) 研究期間

平成17年8月1日～平成17年12月19日

#### 3) データ収集方法

無記名半構成的質問紙法を用い、看護師の関わりは看護記録のアセスメントツール、問題リスト、看護計画、叙事的記録から収集する。

#### 4) データ分析方法

各項目の回答は原案に基づき、5段階のリッカートスケールを用い、平均得点を算出する。属性別、看護師の関わり別にt検定をする。有意水準は5%とする。

自由回答はKJ法とする。

研究デザイン：関連検証研究(Cタイプ)

### ・結果

#### 1) 質問紙の回収状況及び対象者の背景

質問紙の回収状況は、配布数13名に対し回収率100%で、有効回答数13名、有効回答率は100%であった。

#### 2) SCAQ全体と各項目の得点

全体の得点は83点から145点の範囲で平均点は122.31点(SD=17.40)であった。各項目の平均値は4.22点であった。【有効な支援の獲得】が4.52点と最も高く、次いで、【健康管理法の獲得と継続】が4.27点、【体調の調整】が4.12点、【健康管理への関心】が4.05点と最も低かった。

#### 3) 看護師の関わり

看護計画・アセスメント・問題リストすべの面において十分な看護介入ができていなかった。

### ・考察

【指導の時期】については、慢性期の患者においては、精神的・身体的に指導・教育を受け入れられる余

裕が持てるが、回復期の初期段階では意識が乏しく、急性期における患者の健康管理への関心が低い結果の現れであると考える。

背景については、初回入院患者より2回目以上の患者のセルフケア能力が高いとの結果となり、今までの先入観を捨てる必要があり、初回入院患者に対するセルフケア能力を高めていく援助が必要である。

看護師の関わりとしては、精神的・社会的なアセスメントが殆どされておらず、問題リストや看護計画については社会的側面の援助不足が目立った。そして、援助がなされていても記録に残されていないこともあり、その結果看護展開が十分にできていない現状であった。無記名半構成的質問紙法から、急性期の患者ほど恐怖感や不安は強いいため、対象が納得できる十分な説明を行うことの必要性を再認識した。そして、個々の看護師の経験や判断により、急性期への関わりが様々であり継続看護が不足していると考える。

今回調査した対象は、13名と少なく妥当性に欠ける。しかし、この結果を謙虚に受け止め、患者のセルフケア能力の向上を図るためには、パスを導入することで看護ケアの統一化を目指して検討することが今後の課題である。

#### ・まとめ

- 1) セルフケア能力の構成概念別で高い順は【有効な支援の獲得】、【健康管理法の獲得と継続】、【体調の調整】、【健康管理への関心】であった。
- 2) 急性期の看護師の関わりは、精神的・社会的側面に関する看護介入が不足している。

# 手術部 (平成17年度)

## 手術件数

17年度手術件数は2126件で昨年より69件減、全身麻酔手術は683件で107件減となった。  
(科別、麻酔別件数は表1参照)

### 1) 手術部運営指標

- ・クリニカルアワー：10.6時間 ・平均手術件数：7.3件 ・手術室利用率： 23.4%
- ・平均手術時間： 94分 ・平均麻酔時間： 66分 ・平均患者滞在時間： 107分

### 2) 平成17年度の取り組みについて

病院機能評価受審に向けた手術部看護基準・手順の見直し・改善に取り組んだ。手術手順・基準の活用率は100%であり、術前訪問率83.6%、術後訪問率は55.6%と昨年よりやや減少傾向であった。

病棟目標である、「手術部看護師としてのレベルアップ」への達成手段として手術部クリニカルリーダーを用い、経験年数毎の到達レベルを明らかにした結果、到達率は80%であった。リーダー評価を行うことによって明確になった自身の課題や、目標をどのように管理していくかが今後問われる。

チーム	Aチーム(外科・脳外・耳鼻科・口外・内科)	Bチーム(婦人科・泌尿器・眼科・整形)
組織と固定チーム	<pre>           看護師長                       主任看護師                       ┌───┴───┐                                 チームリーダー  チームリーダー                                 サブリーダー  サブリーダー                                 ┌─┴─┐   ┌─┴─┐           A B C D   A B C D           </pre>	
患者の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外科、脳外、耳鼻科、口外、</li> <li>内科の手術患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・婦人科、泌尿器、眼科、</li> <li>整形の手術患者</li> </ul>
2005年病棟目標	専門分野における自覚と責任を持ち、手術部看護師としてのレベルアップに望む。 事故防止を心がけ安全で快適な手術環境を提供する。 病棟看護師と看護問題を共有することで一貫した周手術期看護を提供する。	
2005年チームの目標	固定チームナーシングの実践の中でメンバーシップを育て、チーム担当科のテクニカルスキルの向上を目指す。 行動前には必ず点検・確認を行い、ヒヤリ・ハットレポートの減少に努める。 ケースカンファレンスを用い、看護過程の具体的展開ができる。	固定チームナーシングを定着させ、各個人がチーム担当科のスペシャリストを目指すことができる。 術前・中・後のカウントを確実に行うことができ、カウントミスによるヒヤリハットの減少に努める。 チームカンファレンスの充実を図り、術前・術後訪問から各患者個別の看護過程を展開し継続することができる。
病室区分	OR1・2・3・4(北側)	OR6・7・8・10(南側)
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束・残り番は原則的にAチームから1名、Bチームから1名とする。</li> <li>・リーダー会は、第4木曜日に定期的に行う。</li> <li>・チーム会は、第2週目に定期的に行う。</li> <li>・病棟会は第1木曜日に定期的に行う。</li> <li>・勉強会は第3金曜日に定期的に行う。</li> <li>・担当手術は主任が決定する。</li> <li>・手術部屋の準備(午前中)の振り分け、・翌朝入室の部屋の準備担当者、術前・術後訪問の管理は、各チームリーダー・サブリーダーが行う。</li> <li>・共同業務は、薬品係(1番業務)・洗浄室(2番業務)・クリーンサプライ(3番業務)・中央材料部(4番業務)・内視鏡室(5番業務)とする。</li> </ul>	

表1

## 平成17年度 手術件数(科別)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	16年度
外科	38	35	60	48	53	37	40	51	45	31	51	41	530	579
整形外科	39	43	42	39	49	46	42	37	38	36	43	39	493	474
産婦人科	41	23	38	50	37	23	33	35	32	38	31	39	420	391
眼科	30	30	33	25	27	22	29	33	17	19	26	29	320	351
脳神経外科	13	11	6	8	6	7	4	5	7	8	8	7	90	126
泌尿器科	13	8	14	12	16	10	9	4	4	8	11	11	120	98
耳鼻咽喉科	8	13	10	7	9	3	6	6	8	7	8	13	98	87
口腔外科	0	3	2	5	1	3	0	2	3	1	0	1	21	48
内科	5	3	5	0	3	1	2	3	1	1	1	1	26	34
皮膚科	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	6	3
麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
小児科	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
合計	188	169	211	194	201	152	166	179	155	150	180	181	2,126	2,195

## 平成17年度 手術件数(麻酔別)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	16年度
挿管	61	53	60	71	65	53	48	67	54	45	57	49	683	790
マスク	1	5	1	1	0	1	2	2	0	0	0	1	14	17
静脈	11	8	20	21	9	3	10	10	9	3	7	8	119	105
腰麻	36	29	33	31	37	26	23	15	21	19	29	36	335	297
硬膜外	0	1	1	0	3	1	2	0	3	6	1	3	21	82
伝達	13	10	13	12	14	12	15	12	9	12	9	10	141	126
サドル	4	2	3	1	0	1	0	2	1	1	2	0	17	20
局麻	53	57	65	46	62	47	54	57	50	44	61	58	654	693
脊硬麻	9	3	15	11	11	8	12	14	8	20	13	16	140	60
麻酔無	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	5
合計	188	169	211	194	201	152	166	179	155	150	180	181	2,126	2,195

## 【院内発表】 一貫した周手術期の継続看護を目指して

～術中・術後標準看護計画用紙の共有を試みて～

キーワード：術中・術後看護計画用紙 共有 継続看護  
手術部 阪本義浩 内田修子 山崎千景 東由香 吉見弘美

### はじめに

近年継続看護が盛んに取り上げられている。周手術期看護の継続も例外でなく、当院においても、術前・術中・術後を通し一貫した記録の確立を目指している。

そこで、手術部と病棟で看護計画用紙を共有する事により、一貫した術中・術後の継続看護への第一歩に繋がるのではないかと考えた。

#### ・研究の目的

術中・術後標準看護計画用紙を共有することにより、手術部看護師から病棟看護師へ継続する看護問題の評価が共に記載できるかを明らかにする。

#### ・研究の方法

- 1．研究対象：全身麻酔下の外科消化器患者（緊急手術・肝臓手術を除く）の術中・術後標準看護計画用紙（4名分）
- 2．研究期間：平成17年10月12日から平成17年12月29日
- 3．データ収集方法：術中・術後標準看護計画用紙を6西病棟と共同で使用する。退院後に手術部作成の構成的評価表を用いて術中・術後標準看護計画用紙に評価を記載できているか手術部看護師が評価する。
- 4．分析方法：構成的評価表を単純集計する。
- 5．研究デザイン：実態調査研究

#### ・結果

##### 1．対象者の背景

対象者4名中、男性3名、女性1名で、平均年齢64,75±6,55歳で、術後平均入院日数25,75±9,35日のうち術後最短入院日数15日最長入院日数35日であった。術式は、S状結腸切除術1名（25%）、胃全摘術1名（25%）、低位前方切除術1名（25%）、下部食道胃全摘術1名（25%）であった。

##### 2．手術部看護師と病棟看護師の評価状況

10項目中「ガス交換の障害のリスク状態」「手術・麻酔に関連した組織循環変調・体液量の不足状態」「感染のリスク状態」「不慣れた環境・手術・麻酔の影響・死への不安・治療方針・痛みに対する不安」の4項目に置いては、両者とも100%の評価記載ができた。「体温変調のリスク状態」「周手術体位による身体損傷のリスク状態」「カテーテル挿入に関連した粘膜の変調のリスク状態」については、手術部看護師75%、病棟看護師100%「転倒・転落のリスク状態」については、共に75%、「深部静脈血栓症のリスク状態」については、手術部看護師50%、病棟看護師100%の評価記載状況であった。

#### ・考察

今回、病棟看護師と術中・術後標準看護計画用紙を共有したことにより、全ての項目において評価記載することができた。本来周手術期の看護記録は入院から退院まで一貫したものであることが望ましい。分倉1)は、「看護過程の展開においては、病棟における看護過程の展開やそれを記録する際の思考過程と違いは無い。」と述べている。

電子カルテの導入に向け、問題を共有し、チーム力とチームワークを高めることが重要であり、また周手術期の一元化した看護記録について積極的なアプローチが必要不可欠である。今後入院から退院までの院内統一の記録システムを構築することが課題といえる。

#### ・結論

術中・術後標準看護計画用紙を共有したことにより、手術部看護師から病棟看護師へ継続する看護問題の評価が共に記載することができた。

## 中央材料室（平成17年度）

### 1) 平成17年度の取り組みについて

平成16年度より、物品の取り扱いについて一部変更をしてきました。

綿球入り万能瓶の毎日の交換

鑷子入り鉗子立を廃止し、鑷子の単包化の実施

病棟・救急外来の処置カストの廃止をし、ガーゼの単包化の実施

物品の中央化を図る（ブルーリスト・02マスク・02カニューレ経管栄養用イルリガートル・ハマボトル・コネクティングチューブ等）

また、ICUにおいて病棟における一次洗浄の廃止を行い、外来での滅菌物の搬送を中材スタッフが行なうようにしました。それに伴い、今後の中材業務の確立をするための指標としてスタッフの満足度調査を行なっています。

今後も業務改善として、一次洗浄廃止の取り組み、医材の定数管理も考えたいと思います。

組織	<pre> graph TD     Head[看護師長] --- Nurses[看護師]     Head --- Assistants[看護師助手]     Nurses --- A1[A]     Assistants --- A2[A]     Assistants --- B[B]     Assistants --- C[C]     Assistants --- D[D]     A2 --- AM["(AM勤務)"]             </pre>	
2005年 中材目標	<p>スタンダードプリコーション・スタンダードバリテーションに基づき、感染予防策を認識し、業務に徹することができる。</p> <p>洗浄評価の実践により、洗浄方法の振り返りをすると共に確実な洗浄効果が得られる。</p> <p>ヒヤリ・ハットへの記入を習慣化し、各自が問題意識を持って業務にあたることができる。</p> <p>備品台帳の整理をし、日常管理点検の実施をする。</p>	
業務区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・洗浄業務</li> <li>・組み立て業務</li> <li>・シーリング業務</li> <li>・滅菌室業務</li> <li>・払い出し業務</li> </ul>	
保守点検	<p>高圧蒸気滅菌機</p> <p>1回/年 } 業者による保守点検</p> <p>1回/月 } 日本空調スタッフによる点検</p> <p>1回/日 }</p> <p>E O G滅菌機</p> <p>1回/年 } 業者による保守点検</p> <p>2回/年 } 環境基準点検</p>	<p>記録管理；日本空調スタッフ</p> <p>記録管理；工学技師</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟・外来より返品された医材の読み合わせは、3人で確認する。</li> <li>・洗浄業務は、スタンダードプリコーションに基づきマスク、エプロン、手袋の装着をし、業務する。</li> <li>・各部署へ滅菌された医材の払い出しは、2人で行う。</li> <li>・高温となる機械の取り扱いに注意し、熱傷に注意する。</li> <li>・E O G滅菌機使用するため、取り扱い注意、健康管理に注意する。</li> <li>・報告事項、検討事項は、朝のミーティング時に行なう。</li> </ul>	

# 栄 養 科

## 【概要】

平成9年に移転開院以来、調理など給食管理を全面委託。病院栄養士は栄養管理と個人・集団などの患者指導中心の業務と全体管理を行っている。

## 【実績】

平成17年度実施食数

	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
常食	8,427	8,273	8,589	9,290	9,095	8,018	8,018	7,945	9,113	9,231	8,413	8,830	103,242
祝い膳	57	52	53	46	66	48	54	39	46	68	52	59	640
軟菜食	968	804	497	755	760	881	832	649	634	756	945	1,253	9,734
全粥	4,576	3,423	3,632	4,373	3,577	2,858	3,259	4,179	3,687	4,079	4,295	4,452	46,390
五分粥	384	276	206	191	266	223	300	228	127	327	297	291	3,116
三分粥	118	87	127	79	78	138	234	95	92	168	103	147	1,466
流動食	101	108	96	158	91	136	103	69	98	98	156	191	1,405
特別食加算	8,616	8,628	8,136	8,215	8,127	7,078	7,954	7,717	8,551	7,796	6,913	8,507	96,238
特別食非加算	2,652	3,066	2,817	3,014	3,046	2,337	2,222	2,002	2,780	2,477	2,339	3,186	31,938
外来透析食	13	25	26	26	28	26	26	22	25	25	24	28	294
検食	189	232	222	243	239	233	240	238	245	248	216	239	2,784
合計	26,101	24,974	24,401	26,390	25,373	21,976	23,242	23,183	25,398	25,273	23,753	27,183	297,247

平成17年度栄養指導実施件数

平成17年度NSTラウンド件数

	個人指導			集団指導			ICU	4東	5東	5西	6東	6西	7東	7西	合計
	外来	入院	合計	DM教室	母親教室										
4月	87	21	108	42	39	4月	0	7	12	0	8	12	20	20	79
5月	99	11	110	38	26	5月	1	4	6	0	8	8	13	3	43
6月	94	16	110	38	31	6月	3	17	16	0	20	19	33	13	121
7月	89	17	106	37	33	7月	0	13	11	0	20	14	20	12	90
8月	91	24	115	43	26	8月	3	22	24	0	20	15	15	13	112
9月	96	16	112	36	48	9月	2	10	8	0	13	15	14	12	74
10月	91	16	107	35	33	10月	0	14	0	0	16	11	30	19	90
11月	87	11	98	35	36	11月	0	13	7	0	19	11	10	14	74
12月	98	15	113	39	20	12月	0	13	2	0	16	15	7	6	59
1月	76	11	87	23	29	1月	1	5	2	0	9	13	7	8	45
2月	88	16	104	25	38	2月	3	18	11	0	17	21	22	15	107
3月	78	13	91	26	38	3月	1	38	11	0	13	10	22	24	119
合計	1,074	187	1,261	417	397	合計	14	174	110	0	179	164	213	159	1,013

平成17年度個人栄養指導内訳

	糖尿	腎臓	高血圧 心臓	肥満	食物 アレルギー	高脂血症 脂肪肝	肝臓	貧血	嚥下摂 食障害	休後食 潰瘍	UC CD	経管	成長不良 低体重	離乳	COPD	慢性下痢 乳糖不耐症	合計
4月	78	9	1	2	9	4	0	0	1	0	0	1	0	3	0	0	108
5月	70	10	3	1	11	7	1	0	0	0	1	1	2	3	0	0	110
6月	74	9	0	2	13	4	0	0	0	3	2	1	0	2	0	0	110
7月	67	9	0	4	14	3	0	0	2	0	1	1	2	3	0	0	106
8月	80	6	0	5	14	5	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	115
9月	77	11	1	1	13	4	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	112
7月	60	11	0	5	18	5	0	0	1	0	1	1	2	2	1	0	107
10月	60	8	1	1	16	3	0	0	2	3	1	0	1	2	0	0	98
11月	71	6	1	4	18	4	1	0	3	2	1	0	0	0	0	2	113
12月	55	10	0	5	13	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	87
1月	52	18	1	3	18	1	0	0	3	0	1	1	1	4	0	1	104
2月	56	15	0	2	12	3	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	91
3月	800	122	8	35	169	46	3	0	13	9	11	8	10	23	1	3	1,261

## 食事サービス

患者食は、大きく一般食（常食・軟菜食・全粥・流動食など）、特別食（E C食、腎臓食、肝臓食、術後食など）に分類される。今年は今までの行事食に土用の丑、冬至を加え、より季節感を出すように食事サービスを心がけた。当院の食事のうち一般食は全食数の55%ほどで、一部の食種には選択メニュー、主食の選択（パン、米飯、麺）、主食量の盛り分け（大、中、小）など、できるだけ個人の好みに合わせた食事が提供されるよう努めている。特別食は全体の32%、主に糖尿病などの食事療法を目的とした食種で、医師の指示に基づき、エネルギー、蛋白質、塩分などの給与量が約束事項として決められた食事箋の中からオーダされる。近頃の個人対応としては、食物アレルギー患者に対する食事で、アレルゲンとなる食材（卵、牛乳、大豆、小麦粉、そばなど）が個人ごとに異なるため、アレルギー歴をファイル管理し、再入院時に対応できるようにしている。一方では、入院患者の4割が低栄養状態であるとの現状から、適切な栄養ルートが選択でき、必要な栄養成分を安全な食形態で提供できるように約束食事箋の改訂や、オーダシステムを整備し、一部の食種には平成17年度より栄養成分による栄養管理法を取り入れた。

## 病棟業務

川瀬第2外科部長指導のもとNST（栄養支援チーム）業務で毎週水曜日にチームの人と対象患者約20名を回診し、栄養状態の判定や改善策を検討している。活動4年目に入り、病棟での状態説明が浸透して、回診が効率よくできるようになった。管理栄養士はNST活動で、主に全病棟のアセスメント対象者の記録、栄養・食事対応の提案などの役割を担っている。今後は栄養改善対策としての濃厚流動食、栄養補助食品などの情報をもっと病棟に理解してもらい、適切に利用されるよう回診を通じ広めていきたい。病棟業務はNST活動以外にも、脳神経外科回診、外科回診も毎週同行して嗜好問題、食欲不振など食事に関する要望のため病棟に出ることも多くなり、主治医はじめ病棟との連携がスムーズに行われるようになった。病棟訪問する機会が増え、状況に応じた食事対応が把握できるようになったので現実に適した食事箋の整備へとつながっている。

## 栄養指導業務

栄養指導は個人指導と集団指導がある。個人指導は各科にわたり主治医が指示した内容で指導をし、集団指導は糖尿病患者を対象とした教室（講義形式と調理実習）と母親教室を行っている。

個人栄養指導は管理栄養士の入れ替わりがあり減少したが、平成16年同様に集団指導でカバーした。1週間の教育入院と2週間の教育入院で必ず個人指導を入れるように心がけ、また別に集団指導や調理教室への参加を進めたりして食事療法を広める努力をしている。前年から開始した調理教室は、糖尿病の正しい知識の普及や治療継続の手助けとなり、家族も参加されるなど楽しく食事療法を学ぶことができ、参加者の病態改善効果があがるとともに、スタッフや参加者同士などのふれあいの場となり3回以上継続して参加される方が多かった。

## 主な学会・勉強会の参加と発表

愛知県栄養士会開催平成17年度生涯学習(名古屋)	計7回	参加 延べ11名
愛知県栄養士会開催平成17年度実務者研修会(名古屋)	計4回	参加 延べ9名
第52回日本栄養改善学会(徳島)2006年9月28~29日		参加 1名
ポスター発表 『糖尿病の個人指導と調理付集団指導とを継続実施した効果』中村萩枝		
日本病態栄養学会(和歌山)2006年1月7~8日		参加 3名
日本静脈経腸栄養学会(岐阜)2006年1月27~28日		参加 2名



## 糖尿病調理教室

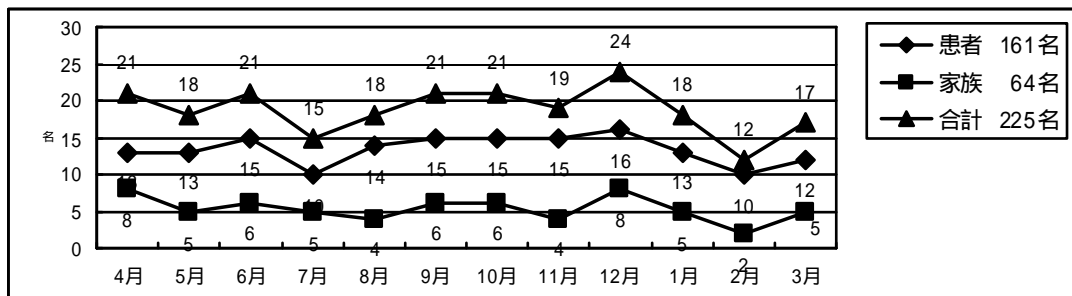
平成 16 年 2 月より内科糟谷医師指導のもと実施している糖尿病調理教室を月に 1 回継続実施した。

対象者は外来受診中の糖尿病患者とその家族である。参加延べ人数は 225 名、月平均 18.7 名と前年度とほぼ同様であった。HbA1c 減少率平均は、有意差は認められないものの 3 回以上参加した患者の方が減少率が大きかった。よって今後も継続して実施し、糖尿病改善と患者の食事療法への意欲継続に努めていきたいと思う。

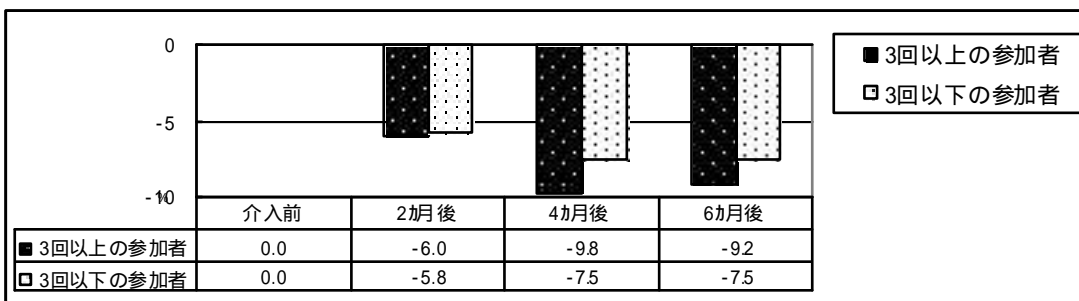
### 1) 開催テーマ

4 月 27 日(水)	レッツ！バイキングへようこそ
5 月 25 日(水)	食品交換表使いこなし術
6 月 22 日(水)	寒天ダイエット
7 月 27 日(水)	体重と検査の経過をみてみましょう
8 月 31 日(水)	安静時代謝量測定
9 月 28 日(水)	食事と運動のエネルギー
10 月 26 日(水)	間食とアルコール
11 月 16 日(水)	簡単食事記録ダイエット
12 月 14 日(水)	行事の多い時期のコントロール クリスマスのご馳走
1 月 25 日(水)	食前食後の血糖自己測定
2 月 22 日(水)	おいしく食べる減塩生活
3 月 22 日(水)	トランプで覚える食品交換表

### 2) 月別参加者の推移



### 3) HbA1c減少率平均の変化



## スタッフ

嘱託 (管理栄養士長) 中村萩枝 (糖尿病療養指導士・病態栄養専門士)

管理栄養士 原田絵美 (糖尿病療養指導士・病態栄養専門士)

小澤元美

パート管理栄養士 鈴木由里 西郷奈美

調理教室講師 片岡咲子 (糖尿病療養指導士・病態栄養専門士)

## 薬 局

当院は、平成12年に病院機能評価を取得しました。そして、5年後の平成18年1月に病院機能評価の更新を受けました。病院機能評価とは何かと言いますと、「病院のランク付けをするような評価ではなく、病院に必要な全ての機能につき、一定の基準を満たしているか否かを評価し、基準に達していない機能については改善を図っていただき、これにより医療の質を高めていく事です。」と位置付けられています。

その病院機能評価の更新を受けた事により

1. 医療機関が自らの位置付けを客観的に把握し、改善すべき目標が具体的になる。
2. 職員の自覚と意欲の一層の向上が図られた。
3. 経営の効率が推進された。
4. 患者さんが安心して受診出来る医療機関となり、地域における医療の信頼性を高めることが出来た。

以上のように、薬局に置きましても、改善・目標・医療の信頼性を高めることが出来たと思われまます。また、最近では医療事故や薬の間違った使用による事故が多く見られます。そこで、当院の薬局では医薬品の安全使用のための業務手順として、服用方法や調剤過誤の防止や病院内すべての薬品を中心とした事故防止のために、ワーキンググループを薬局内に結成しました。これも全て安全な医療のために、外来・入院患者さんをはじめ市民のみなさんが安心して医薬品を使用できるように、今後とも最善の努力を行って参りたいと思います。

### スタッフ

薬局長	: 内田 富久
薬局長次長	: 小笠原隆史
薬局長補佐	: 竹内恒夫
係長	: 壁谷なつ子、春日井一正、岡田成彦
主任薬剤師	: 竹内勝彦、渡辺徹、石川ゆかり、
薬剤師	: 小林淳子、内田絵里、山本倫久、長沢由恵 岡田貴志、河合一志
事務員	: 佐藤秀子
技能職員	: 金澤寛巳
パート	: 事務員2名
薬剤師	: 全日常勤15名 (育休1名)
その他	: 全日常勤2名 パート2名

学会・研究会発表等]

演題：「ポビドンヨード製剤における製品間の塗布性、乾燥性の異なりに関する考察」

愛知県病院薬剤師会東三河支部会員発表会

岡田 成彦

2006.2 豊橋

(はじめに) 先発品を後発品に変えた施設に手術後の接触性皮膚炎が見られている傾向ありの情報得ている。このため特に術前皮膚の消毒剤として後発品使用は危惧される。

(目的) 先発品と後発品による違いを見極める

(考察) 先発品も後発品も原料となるポビドンとヨードを海外より購入している。ここで皮膚になじみやすさ、乾きに関係するのがこの2つの含有割合である。後発品の価格からはバルク(原料)の精度に関して先発品に値する程の精度にかけると考慮される。院内感染予防対策のSSIの予防はこの一部の要因を占めている。従って消毒剤の適正な使用にも目をむける必要ありと考える。

演題：愛知県病院薬剤師会オンコロジー研究会の取り組み

- 外来患者用化学療法パンフレットの作成とアンケートによるその評価 -

発表者：山本倫久

共同発表者：内田富久、河合一志 ら

学会名：日本医療薬学会 第15回 年会

開催日：2005.10.1-2

場所：岡山県

抄録：

【目的】外来化学療法を受ける患者が活用できる患者用パンフレットを作成し、さらにその有用性を評価する。

【方法】記載項目を治療法、点滴中・帰宅後の注意、予想される副作用と対策、医師に相談すべき症状などとし、患者自身による各種記入欄を設け、A4用紙3枚でパンフレットを作成した。研究会に所属する19施設において外来治療を受けるがん患者を対象として、その有用性に関するアンケート調査を実施した。

【結果】4がん種(肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん)の5プロトコールについてパンフレットを作成した。23名にアンケートを実施したところ、21名(95%)がパンフレットはあったほうがよいと回答し、18名(86%)の患者が治療に対する理解を深める、不安を和らげるのに役立つと回答した。

【考察】今回作成した患者用パンフレットは、患者の治療に対する理解を深め、不安を和らげることが期待できる有用な資料であると考えられる。

演題：愛知県病院薬剤師会オンコロジー研究会の取り組み

- 外来化学療法の薬学的管理を支援するツールの作成 -

発表者：山本倫久

共同発表者：内田富久、河合一志 ら

学会名：日本臨床腫瘍学会 第4回 年会

開催日：2006.3.17-18

場所：大阪府

抄録：

【目的】外来化学療法の薬学的管理に必要な情報を、各段階で効率よく的確に収集・確認できる資料(1.入院外来化療連絡シート、2.適正使用シート、3.ラウンドチェックシート)と、患者が活用できる4.患者用パンフレットを作成する。

【方法】記載項目・形式を分科会内で検討し、添付文書や使用ガイドなどを参考に作成した。また、4の有用性に関するアンケート調査をがん患者を対象として実施した。

【結果】外来での治療頻度が高い4がん種（肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん）において多用される5つのプロトコールについて各資料を作成した。1.には直近の抗がん剤投与量、外来での初回投与予定量などを、2.には標準投与量、投与前確認項目などを、3.には時系列で表した投与薬剤と副作用などを、4.には点滴中・帰宅後の注意、予想される副作用と対策などの項目を記載した。4.についての調査では、51名(88%)の患者が治療に対する理解を深めると回答した。

【考察】今回作成した資料は、外来化学療法の薬学的管理業務を標準化し、抗がん剤適正使用の推進と患者の安全性担保および治療に対する理解の促進に貢献する有用な資料であると考えられる。

演題：外来化学療法の薬学的管理

発表者：山本倫久

研究会名：愛知県病院薬剤師会オンコロジー研究会 分科会報告会

開催日：2005.6.11

場 所：愛知県名古屋市

【講演】

演題：「医療廃棄物の分別、収集、梱包、運搬、処理について」

講 師：岡田 成彦

研究会名：日本文化厚生連院内感染予防対策研修会

開催日：2005.10

場 所：新宿 分化連本部

演題：外来化学療法の薬学的管理 ～入院・外来化学療法から在宅療養まで～

講 師：山本倫久

研究会名：三重県病院薬剤師会 慢性疾患研究会

開催日：2006.3.3

場 所：三重県

演題：環境中の化学物質による地域住民への健康被害および生態系への影響に関するリスクコミュニケーション

講 師：山本倫久

研究会名：環境省 化学物質アドバイザー事業 三井化学（株）意見交換会

開催日：2005.8.23

場 所：愛知県名古屋市

演題：豊かな自然環境に恵まれた安らぎと潤いのある社会に向けて

～PRTR（化学物質排出把握管理促進法）とVOC（揮発性有機化学物質）について～

講 師：山本倫久

研究会名：環境省 化学物質アドバイザー事業 沖縄県主催 市民講演会

開催日：2005.10.19

場 所：沖縄県

演題：環境中の化学物質による地域住民への健康被害および生態系への影響に関するリスクコミュニケーション

講 師：山本倫久

研究会名：環境省 化学物質アドバイザー事業 愛知県主催リスクコミュニケーションモデル事業 トヨタ車体（株）地域対話集会

開催日：2005.11.21

場 所：愛知県刈谷市

## 平成 17 年度研究研修業績

月	研究研修項目	目的	内 容	備 考
4月	愛病薬東三河支部 学術講演会	医学的知識の向上	「乳癌治療における薬物療法の 位置づけ」 「乳癌における内分泌」	講師:医師 参加者:内田富、小笠原、竹内恒 春日井、壁谷、岡田成、山本 岡田貴、河合、 研修方式:講義
	NST勉強会	医学的知識の向上	「栄養管理の方程式の基本」	講師:メーカー講師 参加者:小笠原、竹内勝 研修方式:講義
	薬学会第 125 年会 研修報告	薬学的知識の向上	薬学会参加報告	講師:内田富久 参加者:参加薬剤師 研修方式:講義討論
	無菌製剤・輸液業務 研究会	薬学的知識の向上	「輸液処方監査のための 基礎知識」	講師:薬剤師 参加者:壁谷、渡邊 研修方式:講義
	医局勉強会	医学的知識の向上	computer を応用した脳神経外科 当院の現状と将来展望	講師:医師 参加者:渡邊、岡田貴 研修方式:講義
5月	愛病薬東三河支部 学術講演会		「六年制導入で薬学が変わる」	講師:薬剤師 参加者:小笠原、竹内恒、春日井 壁谷、岡田成、竹内勝、河合 坂部 研修方式:講義
	正しい薬物療法のために 「病態生理と薬効薬理か ら処方せんを見る」 研修会	医学・薬学的 知識の向上	「婦人科腫瘍の病態と 診断・治療」 「婦人科領域での 薬剤管理指導業務」	講師:医師・薬剤師 参加者:壁谷 研修方式:講義
	NST勉強会	医学的知識の向上	「病態別サポート」	講師:メーカー講師 参加者:竹内勝 研修方式:講義
	調剤薬局&市民病院薬局 合同勉強会	医学的知識の向上	「糖尿病のインスリン療法」	講師:医師 参加者:参加薬剤師 研修方式:講義
	薬剤師の為の漢方講座 2005	医学的知識の向上	「高齢者疾患と漢方」	講師:医師 参加者:壁谷、渡邊 研修方式:講義
	第7回愛知県三河緩和 医療研究会	医学的知識の向上	「がん患者の呼吸管理」 他研究発表	講師:医師・薬剤師・看護師 参加者:竹内恒 研修方式:講義・研究発表
6月	第5回オンコロジー研究会	薬学的知識の向上	化学療法の薬学的管理 他	研究発表:薬剤師 参加者:竹内勝、山本、河合 研修方式:研究発表
	愛病薬東三河支部 総会・講演会	薬学的知識の向上	「乳癌治療」	講師:医師 参加者:内田富、小笠原、竹内恒 春日井、壁谷、岡田成、竹内勝 渡邊、山本、岡田貴、河合、 研修方式:講義
	セーファー・マネジメント勉強会	薬学的知識の向上	「処方オーダー入力の注意点」	講師:薬剤師 参加者:参加薬剤師 研修方式:講義
	臨床病理検討会	医学的知識の向上	「進行膵臓癌を疑われた一例」	講師:医師 参加者:竹内恒 研修方式:討論
	医療薬学フォーラム2005	薬学的知識の向上	薬学教育維新と 拡がる医療薬学	講師:薬剤師 参加者:山本 研修方式:研究発表
NST勉強会	薬学的知識の向上	栄養の基礎 糖質/アミノ酸/脂肪/その他	講師:メーカー講師 参加者:竹内勝彦 研修方式:講義	

7月	愛病薬東三河支部 学術講演会	薬学的知識の向上	「NST の実際」	講師:メーカー講師 参加者:内田富、小笠原、竹内恒 壁谷、竹内勝、坂部 研修方式:講義
	カニカルファーマシーシンポジウム・ 医療薬学フォーラム	薬学的知識の向上		講師:薬剤師 参加者:山本倫久 研修方式:研究発表
8月	カニカルファーマシーシンポジウム・ 医療薬学フォーラム 報告会	薬学的知識の向上		講師:薬剤師 参加者:参加薬剤師 研修方式:研究発表
	第2回愛知乳癌チーム 医療研究会	医学的知識の向上	乳癌における最新情報 他	講師:医師・薬剤師・看護師 参加者:山本 研修方式:講義・研究発表
	第5回大腸癌セミナー	医学的知識の向上	「大腸癌化学療法の流れと 静岡がんセンターでの実際」 他	講師:医師 参加者:竹内勝 研修方式:講義
	NST 勉強会	薬学的知識の向上	末梢静脈栄養法と 中心静脈栄養法	講師:メーカー講師 参加者:竹内勝彦 研修方式:講義
	NST 勉強会	薬学的知識の向上	経腸栄養法および褥瘡と栄養	講師:メーカー講師 参加者:竹内勝彦 研修方式:講義
	院内感染対策勉強会	薬学的知識の向上	院内感染とその対策 抗生剤の適正使用	講師:メーカー講師 参加者:岡田成 研修方式:講義
	8月医局勉強会	医学的知識の向上	最近の外科手術について 検案の正しい仕方	講師:医師 参加者:小笠原、山本 研修方式:講義
	愛病薬東三河支部 学術講演会	薬学的知識の向上	「一般病院でできる質・ 安全改善活動」	講師:医師 参加者:小笠原、壁谷、岡田貴 坂部 研修方式:講義
	9月	NST 勉強会	薬学的知識の向上	PEG について
第81回知多ファーマシュー ティカルケア研究会		薬学的知識の向上	EBM 初心者のための EBM の基礎知識 他	講師:薬剤師 参加者:山本 研修方式:講義・討論
愛病薬東三河支部 学術講演会		薬学的知識の向上	「日常診療における 薬物相互作用」 ～なぜ起こる！ どうマネジメントする！	講師:薬剤師 参加者:内田富、小笠原、竹内恒 壁谷、坂部 研修方式:講義
10月	SIRS/ALI フォーラム in MIKAWA2005	医学的知識の向上	「胸腹部緊急手術症例と 急性肺障害について」 「肺血症と急性呼吸障害」 他	講師:医師 参加者:小笠原 研修方式:講義
	愛病薬東三河支部 学術講演会	薬学的知識の向上	「抗菌薬の PK/PD について」	講師:メーカー講師 参加者:内田富、小笠原、竹内恒 春日井、壁谷、渡辺、岡田貴 研修方式:講義
	NST 勉強会	薬学的知識の向上	感染と栄養管理について	講師:メーカー講師 参加者:竹内勝 研修方式:講義
	日本医療薬学会 ポスター発表	薬学的知識の向上	「愛知県病院薬剤師会オンコロ ジー研究会の取り組み - (2)外来患者用化学療法パン フレットの作成とアンケートによ るその評価 -	講師:薬剤師 参加者:山本倫久 研修方式:パネルディスカッション
	日本医療薬学会 参加報告	薬学的知識の向上		講師:薬剤師 参加者:岡田成彦 研修方式:講義討論

11月	平成17年薬剤師の為の漢方医学研修会	薬学的知識の向上	「漢方薬はなぜ効くのか - 血清薬理学の立場から -」 他	講師: 大学教授他 参加者: 壁谷、山本 研修方式: 講義
	愛知県病院薬剤師会 学術講演会	医学的知識の向上	「手術を受けられる患者 の栄養管理」	講師: NST ティルタ - 参加者: 竹内勝 研修方式: 講義
	第8回愛知県三河緩和 医療研究会	医学的知識の向上	「21世紀の医療における 死への準備教育」	講師: 参加者: 内田富、竹内恒、壁谷 春日井、山本、坂部 研修方式: 講義
	NST勉強会	医学的知識の向上	脱水と下痢	講師: メーカー講師 参加者: 竹内勝 研修方式: 講義
	愛病薬東三河支部 特別講演会・病院見学会	薬学的知識の向上	「豊橋医療センターにおける 心カテ療法」	講師: 医師 参加者: 内田富、小笠原 研修方式: 講義
12月	愛病薬東三河支部 学術講演会	薬学的知識の向上	「抗菌薬投与に関する 新しいサイエンス」	講師: 医師 参加者: 内田富、小笠原、渡辺 河合 研修方式: 講義
1月	第84回知多ファーマシュー ティカルケア研究会	薬学的知識の向上	EBM 初心者のための EBMの基礎知識 <sup>9</sup> 他	講師: 薬剤師 参加者: 山本 研修方式: 講義・討論
	第21回日本静脈経腸 栄養学会	医学的知識の向上	栄養サポートの理論と実際 - Next Step は何か -	講師: 参加者: 竹内勝 研修方式: セミナー、ポスターセッション
	愛病薬東三河支部 学術講演会	薬学的知識の向上	「最近のGERDの診断と治療」	講師: 医師 参加者: 内田富、小笠原 研修方式: 講義
2月	愛病薬東三河支部 会員勉強発表会	薬学的知識の向上	会員による研究発表	講師: 薬剤師 参加者: 内田富、小笠原 竹内恒、岡田成、山本、河合 研修方式: プレゼンテーション形式
	第15回日本病院薬剤師会 東海ブロック学術大会	薬学的知識の向上	会員による研究発表 いよいよはじまる6年制薬学教育 -臨床実習の充実に向けて-	講師: 薬剤師 参加者: 岡田成 研修方式: 口演発表 シンポジウム
	感染制御専門薬剤師 育成セミナー	薬学的知識の向上	「薬剤師の資質の向上と充実した 薬学教育に関する研究」	講師: 薬剤師 参加者: 岡田成 研修方式: シンポジウム
	臨床病理検討会 (医局勉強会)	医学的知識の向上	「腹腔腫瘍の1例」 「糖尿病、高血圧症の1例」	講師: 医師 参加者: 竹内恒、竹内勝 研修方式: 講義
3月	愛病薬東三河支部 学術講演会	薬学的知識の向上	「小児気管支喘息 予防治療について」	講師: 医師 参加者: 小笠原 研修方式: 講義
	第8回三河内分泌 糖尿病研究会	医学的知識の向上	「糖尿病神経障害治療の新しい エビデンス(ADCT)」 「生活習慣病の 予防と克服に向けて」	講師: 医師 参加者: 小笠原 研修方式: 講義・講演

薬剂管理指導件数（平成17年度分）

		4E	5E	5W	6E	6W	7E	7W	ICU	総件数	点数	麻薬加算 点数	総点数	前年度 件数	前年度 点数
4月	指導件数	177	164	146	135	154	126	159	0	1,061	371,350	50	377,950	979	342,650
	退院指導	0	12	22	0	22	37	38	0	131	6,550				
5月	指導件数	151	171	128	149	133	133	131	6	1,002	350,700	50	356,600	855	299,250
	退院指導	0	14	21	0	21	32	29	0	117	5,850				
6月	指導件数	157	170	132	154	140	127	151		1,031	360,850	50	365,800	943	330,050
	退院指導	0	9	22	0	12	30	25		98	4,900				
7月	指導件数	141	176	141	142	126	106	135		967	338,450	100	344,550	942	329,700
	退院指導	0	7	27	19	14	18	35		120	6,000				
8月	指導件数	157	154	145	155	147	141	150	7	1,056	369,600	0	375,950	993	347,550
	退院指導	0	13	19	30	9	27	29		127	6,350				
9月	指導件数	105	131	113	118	127	113	131	2	840	294,000	0	300,250	896	313,600
	退院指導	0	17	13	22	18	28	27		125	6,250				
10月	指導件数	135	146	108	135	123	116	137		900	315,000	0	321,350	909	318,150
	退院指導	0	13	21	22	17	36	18		127	6,350				
11月	指導件数	120	158	104	148	121	102	128	1	882	308,700	0	315,200	966	338,100
	退院指導	0	22	0	19	18	37	34		130	6,500				
12月	指導件数	79	155	102	122	113	103	121	9	804	281,400	0	286,350	931	325,850
	退院指導	0	11	9	10	4	39	26		99	4,950				
1月	指導件数	99	132	138	101	96	98	125	3	792	277,200	0	281,550	1001	350,350
	退院指導	0	9	7	7	6	18	40	0	87	4,350				
2月	指導件数	102	123	103	115	115	108	111	1	778	272,300	0	276,850	991	346,850
	退院指導	0	17	7	13	4	19	31	0	91	4,550				
3月	指導件数	107	115	100	101	108	102	111	4	748	261,800	0	267,250	1179	412,650
	退院指導		19	9	16	6	23	36		109	5,450				
合計	指導件数	1,530	1,795	1,460	1,575	1,503	1,375	1,590	33	10,861	3,801,350	250	3,869,650	11,585	4,054,750
	退院指導	0	163	177	158	151	344	368	0	1,361	68,050				

平成17年度各科別院外処方せん発行率

平成17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	平均
内科	88	88	88	89	88	88	87	87	86	86	85	86	87.2
外科	81	81	79	80	77	79	78	80	78	79	74	76	78.5
整形外科	81	82	82	82	78	83	79	80	81	80	77	78	80.3
眼科	82	82	81	82	81	82	81	78	79	79	78	77	80.2
小児科	93	94	93	93	93	95	93	92	90	91	90	89	92.2
耳鼻科	95	95	96	96	93	95	93	94	93	93	90	92	93.8
皮膚科	89	90	85	89	88	86	85	88	83	90	87	87	87.3
泌尿器科	82	82	79	82	76	81	81	80	78	78	81	80	80.0
婦人科	90	93	90	91	87	90	90	89	91	90	90	89	90.0
歯科口腔外科	90	90	88	90	89	85	89	83	82	89	90	89	87.8
脳外科	89	91	90	90	89	91	88	91	90	90	90	88	89.8
心療科	57	50	49	55	52	50	52	62	51	61	55	53	53.9
麻酔科	69	78	81	83	87	72	82	83	81	76	85	82	79.9
全体	86.1%	86.4%	85.6%	86.3%	84.9%	86.5%	84.9%	85.0%	84.3%	84.7%	83.6%	83.7%	85.2%



平成17年度 院外処方せん枚数及び発行率

	院外処方せん枚数	院内処方せん枚数	時間外	処方せん合計	院外発行率	発行率(時間外を除く)
4月	10,661	1,721	1,085	13,467	79.2%	86.1%
5月	10,328	1,629	1,126	13,083	78.9%	86.4%
6月	10,401	1,756	932	13,089	79.5%	85.6%
7月	10,428	1,648	1,236	13,312	78.3%	86.4%
8月	11,455	2,031	1,019	14,505	79.0%	84.9%
9月	10,728	1,701	1,104	13,533	79.3%	86.3%
10月	10,156	1,812	888	12,856	79.0%	84.9%
11月	10,306	1,821	788	12,915	79.8%	85.0%
12月	9,875	1,838	1,247	12,960	76.2%	84.3%
1月	9,897	1,782	1,578	13,257	74.7%	84.7%
2月	9,635	1,885	1,578	13,098	73.6%	83.6%
3月	10,912	2,126	950	13,988	78.0%	83.7%
合計	124,782	21,750	13,531	160,063	77.96%	85.16%

平成17年度 処方せん統計

	全数	枚数				合計		件数				合計	
		外来+救外	1日平均	入院	1日平均	外来+救外	1日平均	外来+救外	1日平均	入院	1日平均	外来+救外	1日平均
4月	30	2,745	92	3,290	110	6,035	201	6,000	200	5,697	190	11,697	390
5月	31	2,709	87	3,302	107	6,011	194	5,890	190	5,669	183	11,559	373
6月	30	2,646	88	3,136	105	5,782	193	5,700	190	5,513	184	11,213	374
7月	31	2,798	90	3,041	98	5,839	188	5,865	189	5,250	169	11,115	359
8月	31	2,907	94	3,418	110	6,325	204	6,234	201	5,934	191	12,168	393
9月	30	2,615	87	2,995	100	5,610	187	5,658	189	5,373	179	11,031	368
10月	31	2,626	85	3,043	98	5,669	183	5,706	184	5,436	175	11,142	359
11月	30	2,571	86	3,176	106	5,747	192	5,851	195	5,594	186	11,445	382
12月	31	2,999	97	3,377	109	6,376	206	6,417	207	5,749	185	12,166	392
1月	31	3,302	107	3,374	109	6,676	215	7,017	226	5,804	187	12,821	414
2月	29	3,146	108	3,124	108	6,270	216	7,030	242	5,632	194	12,662	437
3月	31	2,985	96	3,553	115	6,538	211	6,797	219	6,523	210	13,320	430
合計	366	34,049	1,117	38,829	1,273	72,878	2,390	74,165	2,433	68,174	2,236	142,339	4669
月均			93.1		106.1		199.1		202.8		186.3		389.0

	全数	延調剤数				合計	
		外来+救外	1日平均	入院	1日平均	外来+救外	1日平均
4月	30	84,528	2,818	39,944	1,331	124,472	4,149
5月	31	82,464	2,660	36,908	1,191	119,372	3,851
6月	30	80,548	2,685	35,086	1,170	115,634	3,854
7月	31	80,366	2,592	33,783	1,090	114,149	3,682
8月	31	88,965	2,870	38,512	1,242	127,477	4,112
9月	30	83,179	2,773	37,488	1,250	120,667	4,022
10月	31	80,721	2,604	35,072	1,131	115,793	3,735
11月	30	87,500	2,917	37,039	1,235	124,539	4,151
12月	31	87,795	2,832	42,212	1,362	130,007	4,194
1月	31	88,384	2,851	37,028	1,194	125,412	4,046
2月	29	87,092	3,003	37,040	1,277	124,132	4,280
3月	31	99,767	3,218	44,698	1,442	144,465	4,660
合計	366	1,031,309	33,823	454,810	14,915	1,486,119	48,737
月均			2,818.568		1,242.876		4,061.443

## 開放型病床を利用して

私は、平成14年10月23日、蒲郡の北部地区に内科小児科の医院を開院させていただきました。専門分野の研究をする前に子育てに突入してしまった私は、名古屋の下町の義父の医院で、25年程勤めました。多くの患者さんに慕われ、地域患者さんのために毎日を送る義父の姿に、町医者としての在り様を教えられ、また憧れ、地域の皆様のお役に立てる町医者を目指しての開院でした。しかし、専門を持たず、全く縁のない土地での開院は不安で心細く、そのような私にとって、蒲郡市民病院は心強い存在でした。

開放型病床ではありませんが、小児科の先生方にはどれ程お世話になっているかわかりません。

開放型病床では、内科の先生方は勿論、外科、耳鼻科、脳外科、整形外科、泌尿器科などいろいろな先生のお世話になっています。

私にとっては、カルテ、検査フィルムの閲覧もでき、また専門の先生方のお話を聞かせていただき、看護サマリー、介護施設との連携指示書までいただき、退院後の当院での治療につなげることができ多いに助かっています。(退院時の共同指導は時間の関係でまだできていません。)

また患者さんにとっては、何よりも大きな安心感が得られると思います。

私と患者さん双方にとって、繋がりが途絶えることなく、その上に、開業医ではできない高度な医療を受けることができ、参加できる有難いシステムだと思います。

さて思い出深い何人かの患者さんについて述べさせていただきます。

土曜日の昼過ぎ、真黄色の顔で倒れこむように来院された、一人暮らしの蜜柑農家のおじいちゃん、総胆管がんで手術は出来ず、内科的治療が行われました。身寄りもなく、初診で私とも繋がりがなかなか持たず、頑なだった方が、最期は達観したように亡くなりました。

高血圧、肥満の60歳代の女性でなかなか治療の継続が出来なかった方です。頭痛が続き、循環器内科と脳外科の先生の協力で脳動脈瘤が見つかり手術をしていただきました。「先生方の努力で見つけていただき、治して頂いた体だから大事にしなくては...」といわれ、継続的治療を受けられるようになりました。

インフルエンザで多忙な1月に「きっとマラリアだと思う」と来院された70歳代の男性、アフリカに何度も行かれ、マラリアについての知識も持っておられる方です。多忙な市民病院にお願いしてギムザ染色で原虫を染め、抗マラリア薬を素早く使っていただき、熱帯型マラリアでしたが大事に至らずに済みました。患者さんは、蒲郡でこのような治療が受けられたことをとても喜ばれました。

(勿論、個室隔離でしたので厳密には開放型病床ではありませんでしたが...)

胃癌末期の60歳代の男性、体の異常に気づきながらも医療機関を受診しなかった家族の無念さもあり、在宅での点滴を体が受け付けなくなっても家族が受容できず、開放型病床でIVHを入れていただきました。そして連休を病院で見て頂いた後、家族の希望で自宅に帰り、家族の手厚い看取りの中亡くなりました。

開放型病床は、専門医とかかりつけ医が直接対話できる場所だからこそ、在宅から入院、入院から在宅へとつなげる最高のシステムだと思います。さらに今後は、医療ばかりでなく、介護や福祉へとつなげる連携の場所にもなっていくと思います。

お忙しい市民病院の先生方、看護師の皆様、その他のスタッフの皆様には、多いにお手数をおかけすると思いますが、宜しく願い申し上げます。

また、私達かかりつけ医は、患者さんのすべての要となり得るよう努力をしていきたいと思っています。(その様なかかりつけ医が私の目指す町医者だと思います。)

いとう内科小児科

伊藤真理

## C P C レポート(1) (平成 17 年 6 月 30 日実施)

研修医 恒川 岳大

### 臨床経過および検査所見

【症例】 63歳 男性

【主訴】 胸痛

【既往歴】 特記すべき事項なし

【家族歴】 特記すべき事項なし

【喫煙歴】 20歳ごろより30本/日

【職業歴】 建築会社勤務

【現病歴】 H9.2.2 右胸部痛のため当院を受診。胸部 Xp, CT で右上肺野の異常を指摘され、3.13BFS 施行するも診断確定せず、その後は来院しなかった。H10.5.15、H11.6.3 同じ主訴で来院するも精査は行われず、通院もされなかった。

H12.4.13 縦隔リンパ節腫大、CEA 高値 (1231.4ng/dl) のため近医より紹介され再来。5.2 再び BFS が行われたが診断はつかなかった。このときに上部胸椎に Meta が認められたため、7.11 から 8.9 にかけて放射線治療 40Gy が施行された。

その後通院が一時中断されていたが H13.2.1 左頸部リンパ節腫大のため再来。入院精査を拒否していたが増大傾向のため、4.5 より入院。翌日針精検を施行したところ Adeno Ca. と診断された。頭部 CT、甲状腺エコー、腹部エコー、CT、GIF、Ga シンチ等施行するも原発巣がわからず、原発不明腺癌として 4.23 より化学療法 (CDDP+5FU 2 コース) 5.2 より頸部への放射線治療 (6.8 まで 50Gy) が行われた。その結果、頸部リンパ節の縮小、CEA の改善が認められたため、6.8 退院となった。

その後 CEA などが再度悪化したため H13.11.6 から 11.22 にかけて入院し CDDP+5FU 投与。退院後、外来で 5FU 内服を続けていたが H14.1.24 以降再び通院が途絶え、H14.11.13 再来。CEA 3490.0ng/dl と著明に上昇、両側副腎転移を認めた。通院で UFT などを投与されたが改善せず、食欲不振も出現してきたため H15.5.22 から 8.12 まで入院し、化学療法 (CBDCA+PTX2 コース) 施行。また心嚢水の増加により呼吸状態が悪化したため、6.29 心嚢穿刺、翌日 CDDP 心嚢内注入した。この際得られた心嚢水からも Adeno Ca. が検出された。入院後、症状改善したため、希望により退院となったが、左胸痛の訴えがあり、11.20 心カテ施行されるが、冠動脈の狭窄は認められず、胸痛の原因は慢性収縮性心膜炎と考えられるが腫瘍血管と思われる所見ありとの結果であった。その後しばらくして、再び食欲不振、全身倦怠感の悪化が認められたため、12.18 より入院となった。

【入院時検査】 WBC 4500 /  $\mu$ l (Neutro 41.9%、Lymph 43.1%、Mono 10.3%、Eosino 3.8%、Baso 0.9%)

RBC 394 万 /  $\mu$ l、Hb 11.8% / dl、Ht 35.4%、Plt 15.1 万 /  $\mu$ l、TP 7.7g /  $\mu$ l、Alb 3.6g / dl、T-Bil 1.1mg / dl、GOT 28IU / l、GPT 10IU / l、ALP 291IU / l、LDH 420IU / l、 $\gamma$ -GTP 29IU / l、CPK 74IU / l、AMY 51IU / l、BUN 26.5mg / dl、Cre 1.62mg / dl、UA 8.1mg / dl、Glu 86mg / dl、T-Cho 156mg / dl、Na 134mEq / l、K 4.5mEq / l、Cl 100mEq / l、CRP 30.2mg / dl

なお入院 1 週間前 12.11 の CEA 3357.2ng / dl、SLX 330U / ml、CYFRA 190ng / ml であった。

【入院後経過】 入院後両側の胸水増加のため、H16.1.6 左胸腔穿刺を行ったところ、血性で Adeno Ca. 陽性であった。後に、右も行ったが同様の結果が得られた。このため、1.14 に左胸腔内に CDDP 10mg+OK432 10KE 注入し、胸水コントロールを行った。しかし、左胸痛のため 1.23 より硫酸モルヒネの内服開始。また低血圧、低酸素の状態が続き、1.26 より腹痛も出現。1.27 AM 8 : 20 永眠された。

【病理解剖結果】A：縦隔原発腺癌

- 1：原発 前縦隔より上縦隔に 14×9×5cm 大の腫瘍  
数 mm から数 cm 大の多結節性びまん性増殖よりなる腫瘍  
最大で肺動脈・上行大動脈前面脂肪織内に 4cm 大の結節
- 2：組織型 腺癌、中分化から低分化型、管状・乳頭状・索状構造  
砂粒体(+)、粘液産生(一部 PAS+, Alcian Blue+)  
微絨毛(+), CEA(+), AE1(+), AE3(+), CK7(+),  
CK20(-), Calretinin(-), MODC31(-), CD5(-),  
Surfactant apoprotein(-), TTF-1(-), Thyroglobulin(-)
- 3：進展範囲 局所浸潤：上縦隔、心嚢、心  
臓器転移：心、肺、甲状腺、副腎  
リンパ節転移：縦隔、肺門、大動脈周囲、隣周囲
- 4：続発病変 a)癌性、収縮性心膜炎(癒着高度、心嚢水 5ml)  
b)両側癌性胸膜炎(左 150ml、右 300ml)  
c)両側肺癌性リンパ管症、鬱血水腫(高度、左 590g、右 695g)
- 5：治療後状態 a)放射線照射(上部胸椎 40Gy、頸部 50Gy)  
b)化学療法(CDDP+5FU、イレッサ、CBDCA+PTX)

B：その他

- 1：諸臓器の鬱血(肝 1155g、腎、脾 245g、副腎)
- 2：良性腎硬化(左 110g、右 125g)
- 3：肝褐色萎縮及び心筋内リポフスチン沈着
- 4：右肺上葉気腫性嚢胞、胸膜癒着、右肺下葉浸出性胸膜炎
- 5：慢性肺炎(軽度)

死因 腫瘍死

【考察】今回の症例では腫瘍がどこの原発かということが問題となった。免疫染色を行った結果、CK7(+), CD20(-)であった。各種腺癌におけるCK7とCK20の発現性は表1のとおりである。今回の症例を見ると、原発層は1)消化管以外の多くの腺癌(肺、乳癌、漿液性腺癌、子宮内膜癌)、2)悪性中皮腫、3)胸腺腫というケースが考えられる。しかし入院前、入院後の画像検査では、これらはいずれも否定的であった。臨床症状も胸痛、リンパ節腫大、食欲不振、全身倦怠感など不定愁訴的なものが多く、いずれも原発層を特定するうえの手助けとはなり得なかった。今後の課題としては、CKのサブタイプに対する各種の抗体を効率的に組み合わせることで原発不明癌の診断に役立っていくこと、そのためにも病理医との連携を密にしていく必要があると思われる。

表 1

	CK7(+)	CK7(-)
CK20(+)	女性生殖器の粘液性腺癌 胃癌 膵、胆管系癌 移行上皮癌	胃癌 大腸癌
CK20(-)	消化管以外の多くの腺癌(肺、乳癌、漿液性腺癌、子宮内膜癌) 悪性中皮腫 胸腺腫	肝癌 腎癌 前立腺癌 扁平上皮癌 小細胞癌

参考文献 病理と臨床 2000.11  
病理と臨床 2002.07

## C P C レポート(2) 平成 17 年 11 月 24 日

研修医 篠田 嘉博

- 【症例】 60歳 女 145cm 47kg
- 【主訴】 皮膚のびらん 痛み
- 【既往歴】 特記すべき事項なし
- 【現病歴】 H 2. 8 穿孔性腹膜炎 回腸部分切除  
H 6. 7.27 腹壁瘻孔 イレウスにて回盲部切除  
この際病理組織にて Crohn s disease と診断される  
H 6.12 以降来院せず  
H12. 4. 7 臍部発赤腫脹  
H12. 4.10 Crohn s disease による瘻孔形成 入院  
瘻孔閉鎖目的で 4.20 ope 施行したが明らかな腸管との瘻孔認めず  
ドレナージ術のみ施行  
~ 5.18 退院し以後が以来通院  
H13. 7.16 腹壁膿瘍入院 7.19 切開排膿  
~ 8. 9 退院  
その後腹壁瘻孔部の感染、発赤、痛みなどにより約 3ヶ月おきに  
入退院繰り返し、週 1 回外来 follow で点滴、内服治療していたが  
H15. 6. 2 今までと同様に腹壁瘻孔部の感染、発赤、痛みのため入院となった
- 【入院時身体所見】 体温 37.1 脈拍 74 回/分 整 血圧 108/67mmHg  
腹痛なし 吐気なし 便秘一回あり
- 【入院時採血 6/9】 WBC 10500/  $\mu$ l Hb 13.6 g/dl Plt 19.7/  $\mu$ l  
TP 6.7g/dl ALB 3.6g/dl TB 0.5mg/dl GOT 9IU/l GPT 7IU/l AMY 107IU/l  
ALP 257IU/l LDH 95IU/l GTP 11IU/l CPK 8IU/l CRP 0.1mg/dl  
Na 140mEq/l K 4.3mEq/l Cl 104mEq/l Ca 9.2mEq/l  
BUN 31.3mg/dl Cr 1.28mg/dl
- 【入院後経過】 Crohn s disease とそれに伴う瘻孔周囲発赤びらんに対し消毒  
エキザルベ軟膏塗布 抗生剤スルペラゾン使用  
瘻孔からは便性、血性混じりの分泌物認めた。  
Crohn s disease に対しプレドニン ペンタサ使用  
NPO TPN 施行にて徐々に改善するも 8/2 より背部痛  
8/3 深夜より高熱、血圧低下 (60 台) 全身チアノーゼ ショック状態となり、  
8/4 気管内挿管し ICU 入室となった。  
カタボン、ノルアドレナリン等大量に使用するも血圧維持できず、  
21:35 永眠された。
- 【ICU 入室時採血】 WBC 26100/  $\mu$ l RBC 287 万/  $\mu$ l Hb 9.2g/dl Ht 29.6% Plt 29.0/  $\mu$ l  
8/4 TP 5.8g/dl TB 0.3mg/dl GOT 32IU/l GPT 32IU/l ALP 301IU/l  
LDH 223IU/l GPT 223IU/l CPK 74IU/l AMY 163IU/l  
Na 129mEq/l K 5.2mEq/l Cl 101mEq/l Ca 9.0mEq/l  
BUN 51.0mg/dl Cr 1.20mg/dl Glc 591mg/dl CRP 5.4mg/dl  
ABG (FiO<sub>2</sub> 100% TV400ml f16 PEEP5cm) 8/4 9:14  
pH 6.771 pCO<sub>2</sub> 31.5mmHg pO<sub>2</sub> 559.3mmHg BE -29.5mmol/l

- 【病理解剖診断】
- 1 肺塞栓・肺梗塞及びショック（肺重量：左 320g 右 415g）
    - 1) 肺血栓・肺梗塞
      - a) 右下葉肺動脈塞栓（0.8 x 1.5cm）
      - b) 右肺下葉梗塞：下葉全域の新鮮梗塞、高度鬱血、水腫
      - c) 左肺下葉梗塞：3x2cm 大、出血・壊死・炎症を伴い、やや陳旧化
    - 2) ショック
      - a) 両肺鬱血水腫
      - b) 諸臓器の鬱血：肝(1245g) 脾(130g) 腎(105g 100g) 副腎(5.9g 6.2g)
      - c) 急性尿細管壊死
      - d) DIC：毛細血管内硝子血栓(肺、腎系球体、肝類洞)
      - e) 心乳頭筋内膜下新鮮壊死及び出血(290g)
  - 2 回腸クーロン病
    - 1) 回腸皮膚瘻形成術後
    - 2) 小腸癒着及び S 状結腸潰瘍瘢痕(4cm)
    - 3) 活動性炎症無し、寛解状態
  - 3 その他
    - 1) ヘモジデロシス(肝及び脾)
    - 2) 胸水(100ml 300ml)
    - 3) 子宮筋腫(1cm)
    - 4) るい瘦著明
- 死因：肺梗塞に関連したショック

【考察】今回の症例では、死因が肺梗塞であったのかということが問題となった。

病理学的な死因は肺梗塞であったが、ICU入室時の ABG（O<sub>2</sub> 100% VT400 f16 P5）で pO<sub>2</sub> 559.3mmHg と高値で心エコー上右心系の拡大みとめられず、肺梗塞の範囲が両肺下葉の限局した範囲であったことから臨床的には肺梗塞とは言いがたいという結果になった。

急性肺血栓塞栓症の確定診断は、肺動脈造影、肺シンチ、造影 CT、MRA、心エコーなどの画像診断により、肺動脈内の血栓塞栓や肺血流分布異常を描出することで行われる。また、心電図や胸部単純 X 線、Dダイマーなどのスクリーニング検査により他疾患を除外するとされている。

表1 Wells のクライテリア

下肢の浮腫と深部静脈の圧痛	3.0点
他の診断が見当たらない	3.0点
頻脈 > 100/分	1.5点
固定または外科手術 (< 4週)	1.5点
PE・DVT の既往	1.5点
喀血	1.0点
癌（治療中、6ヵ月以内に治療）	1.0点

Pretest probability

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 低危険群（3.6% PE になる）    | 2点以下 |
| 中等度危険群（20.5% PE になる） | 3～6点 |
| 高危険度群（66.7% PE になる）  | 6点以上 |

## C P C レポート(3) 平成17年11月24日

研修医 川端 真仁

【症 例】52歳、女性

【主 訴】喀血

【既往歴】特になし

【家族歴】H6年夫が肺結核、娘は予防内服

【喫煙歴】なし

【職業歴】特記事項なし

【現病歴】H6年夫が肺結核に罹患したが、本人はその後特に変わりはない。H11年3月頃から感冒様症状が出現し、内服、吸入などで軽快したことがある。H12年5/13より発熱、咳、胸部違和感が出現した為、5/20近医を受診したところ両側胸水を指摘され、5/22当科紹介され初診、5/24入院となった。入院時の主な検査所見を以下に示す。

- ・WBC6400/ $\mu$ l (Neu81%, Ly6%, Mo9%, Eo1%, Baso1%)、CRP8.7mg/dl
- ・胸腔穿刺：胸水は黄色やや混濁、Rivalta反応(+)、細胞数8376/3/ $\mu$ l (N/L比1/2)  
Pro4.7g/dl、LDH457IU/l、ADA64.6IU/l
- ・喀痰：Gaffky(0)、PCR(-)、ただし再検査で(+)
- ・ツベルクリン反応：10×15/23×17mm
- ・胸部CT：両側肺尖部に陳旧性肺結核、右中下葉に変形癒着、左側胸水以上より、
- ・両側陳旧性肺結核、右側陳旧性胸膜炎、左側結核性胸膜炎と診断。

【入院後経過】5/26よりINH,RFP,EBの3剤での結核治療を開始した。5/30胸水排液後は解熱し、データも改善傾向がみられたため6/3退院となった。退院後は外来にてH13年2月末まで抗結核薬を続けた。その後通院中のH13年の4月から胸部X線で右肺上葉の悪化が少しづつみられた。またその頃から時々発熱を訴えることがあったが、その都度感冒薬や一般抗生剤にて軽快し、喀痰抗酸菌塗抹、培養、PCRとも陰性、血中アスペルギルス抗原も陰性であった。それでも同じような事を繰り返すため、入院、気管支鏡、抗結核薬による再治療を度々勧めたが、同意が得られず、H16年9月頃からはあまり発熱は訴えなくなった為、同様に外来にて経過観察を行っていた。H17年3/1の20：25自宅にて喀血し救急要請。当院到着時心肺停止状態であった。心肺蘇生を試みるが叶わず、21:37死亡確認となった。

【主な検査データの推移】

	H12.5.22	H12.5.24	H13.2.1	H13.9.13	H15.6.23	H15.8.21	H16.1.29
WBC	6900	6400	3500	4100	12300	12400	8800
CRP	6.7	8.7	0.1	0.1	33.3	3.7	3.1
ESR	67	72	14	37	112		107
アスペルギルス							(-)
					H16.8.23	H16.9.13	H17.2.14
					13600	12300	8200
					16.9	7.4	3.7
					125	122	95
						(-)	(±)

【病理解剖所見(H17.3.2)】

右肺

- A) 重量：625g うっ血状態
- B) 上・中葉に出血による凝血塊を認める  
(気管支にも同様に認め、気管に喀血した事が考えられる)
- C) 寛解再燃を繰り返した胸膜炎像
- D) 結核性肉芽腫：乾酪壊死を伴う肉芽腫。類上皮細胞。
- E) 好酸菌染色(チール・ニルセン染色)にて青染し、結核菌の存在が考えられる
- F) Grocott 染色陽性にて空洞壁・内にアスペルギルスが存在が考えられる
- G) 空洞内腔近傍に静脈と考えられる血管認め、軽度の炎症にても空洞内に出血することが考えられる

その他

- A) 肝・腎・脾ともうっ血認める肝：1140g 腎：lt130g・rt120g 脾：65g
- B) 腎臓：急性尿細管壊死

以上より、ムコール(血管侵襲性アリ)もしくはアスペルギルス等、真菌による二次感染症を起こし(活動性炎症)浸出液により喀血をきたし、それによるショックにて肺水腫および肝・腎等諸臓器のうっ血・急性尿細管壊死となり、死亡したものと考えられる。

【考察】 もし、慢性経過の肺結核症と考えるならば、病変部位が下肺野に浸潤している筈であり、外来フォロー中も PCR(-)である為、結核は非活動性と考えるのが妥当である。

一般にアスペルギルス症を診断(アスペルギルスの存在を証明)するのは困難であり、Xp 上、Fungusball の存在や、アスペルギルス抗原陽性等により証明するが、本症例に関しては外来フォロー中に -Dグルカンを定期チェックしておけば良かったのかもしれない。

また、退院後の外来フォロー中に、時として発熱等の感冒様症状を呈しており、その時点で気管支鏡・抗結核薬等による再精査・治療目的で入院していたならば、今回のような経過は辿らなかったのかもしれない(本人の同意が得られず、実現不可)

初診時で、結核病棟を有する他院にて治療すべきではということも考えられるが、初診時にてガフキー・PCRともに陰性であり、活動性・感染性(-)と考えられた為、当院にての治療で問題ないと考えられる。

最終的に死亡となったH17.3/1の喀血をきたす迄は、そういった前兆・前駆症状は認めておらず、同日が初回喀血であり、喀痰培養等の定期検査も外来フォロー中に2~3ヶ月に1回のペースで施行されており、今回の喀血を予測するのは不可能であったと考えられる。



## C P C レポート(4)

### 腹腔腫瘍の1例

研修医 山本 高也

- 【症例】 80歳 女性  
【主訴】 心窩部痛、体重減少  
【既往歴】 H9年 白内障にて手術  
【家族歴】 特記すべきことなし  
【現病歴】 H15年7月頃より心窩部痛があり福原内科を受診した。福原内科で検査を施行し、GIFでは胃炎を認めるのみ、腹部エコー検査にて肝臓にSOLを指摘され当院の放射線科にてCTによる精査が依頼された(7/20 CT)。当院放射線科にて肝血管腫との診断であった。その後も症状が治まらず、放射線科のCTにて肝臓に水がたまっているとされていて心配になり当院の内科を受診する。その後も外来にて腹部エコー(7/23 腹部エコー) GIF行い、H2ブロッカー、PPIにてフォローされる。その後、11月頃より腹水が出現する(11/18 CT)。その後も症状おさまらず腹水の原因の精査のため、H15年12月2日内科に入院となった。

【入院時現症】 体温 36.8 血圧 118/72 身長 139.2cm 37.5kg

【入院時検査所見WBC】

12/2 WBC 6400/μl RBC 479万/μl Hb 14.4g/dl  
Ht 42.7% Plt 25.0万 TP 7.3g/dl  
TB 0.5 IU/l DB 0.2 IU/l GOT 22 IU/l GPT 10 IU/l  
ALP 221 IU/l CPK 53 IU/l  
Na 137 mEq/l K 4.0 mEq/l Cl 100 mEq/l Ca 9.5 mg/l  
P 3.8 mg/dl BUN 11.3 mg/dl CRN 0.64 mg/dl  
CRP 0.7 mg/dl

11/18 CEA 3.6 ng/ml CA125 372 U/ml CA19-9 4 U/ml CA130 290 U/ml AFP11.5 ng/ml

【入院後経過】 内科にて入院したが、肝臓の血管腫のみが疑われ腹水の原因ははっきりしなかった。11月18日のCA125, CA130が高値であったため産婦人科へ対診となる(12/3 経膈エコー)。婦人科にてsurface typeの卵巣癌は完全には否定できないとのことで、12月11日試験開腹手術となった。

【術中所見】 卵巣は両側摘出したが両付属器の腫大もなく卵巣原発の肉眼所見はなさそうであった。だが、悪性腫瘍の腹膜播種を疑わせるような結節が多発していた。特に病変が大きく、多発していたのは肝外側区域表面、胃小弯側、小網、横隔膜の右側であった。その他、大網、小腸及び小腸間膜、S状結腸、骨盤底にも結節が散在していた。原発不明だが悪性腫瘍の腹膜播種が疑われる状態であり術中に外科へコンサルトとなる。結節の一部を採取し、その術中迅速病理検査では非上皮性腫瘍という結果で以後、外科に転科となる。

【術後の経過】 試験開腹時に採取した結節の病理組織検査の結果は悪性中皮腫であった。

H15年1月6日よりタキソールを開始。2月9日よりシスプラチンさらにアドリマイシンを併用した。腫瘍マーカー、CTをみる限りはNCを維持していると考えられ、一時疼痛管理のために使用していたモルヒネも休止するに至ったが、全身状態が著しく好転することなく、寝たきりの状態が続き、高齢でもあるので化学療法の継続の躊躇する状態となった。徐々に全身状態は悪化し、5月18日、死亡。病理解剖を施行した。

【腫瘍マーカーの経過】

	11月18日	1月19日	2月4日	3月3日	4月13日
CA125	372	338	503	553	562
CA130	290		510	640	570

【臨床診断】悪性腹膜中皮腫

【病理診断】A．腹膜原発腺癌（疑い）

1．組織型：管状腺癌、中分化型

免疫染色：中皮腫マーカー（カルレチニン）陰性

腺癌マーカー：CEA（+；～100%）CA19-9（+；～5%）MOC-31（+；70%）

上皮マーカー：AE1AE3（+；5%）CK（+；10%）CK20（-）EMA（+；70%）

2．進展範囲：大網（最大直径 12cm多数）腸間膜（最大 5cm多数）肝（左葉漿膜下 5cm）  
胃（大彎漿膜下；最大 3cm多数）ダグラス窩（2cm）横隔膜（1cm多数）  
肺（右肺中下葉胸膜下；米粒大多数）

3．腹水（1200ml）

4．子宮、膵、両腎、膀胱、胆道系、両肺実質内に原発巣を疑う腫瘍所見無し

5．両卵巣切除後状態、切除卵巣に悪性所見なし

6．化学療法剤の効果無し

B．化膿性気管支肺炎及びARDS（肺重量 左610g 右530g）

1．化膿性（細菌性）気管支肺炎：肺胞内好中球浸潤、球菌塊

2．ARDS：硝子膜、うっ血水腫（高度）

C．その他

1．慢性膵炎（膵重量 75g）

2．急性尿管細管壊死（腎重量 左 100g 右 110g）

3．脂肪肝（軽度、肝重量 1300g）

4．諸臓器のうっ血：腎、脾（90g）副腎（左 4.5g 右 4.8g）

5．心肥大（軽度、295g）

死因：化膿性気管支肺炎による呼吸不全

【考察】今回の症例は化膿性気管支肺炎による死因が原因であった。結論から言うと、腹膜原発の腺癌が主にあり、それによる全身状態の悪化、化膿性気管支肺炎による呼吸不全という結果であった。当院紹介時は肝のSOLについて放射線科の読影は肝血管腫とのことであったが、ダイナミックCTを見る限りでは、その後期層での造影効果をもみてもこの診断は妥当であったと言えるかも知れない。その後も肝血管腫としてフォローしていくも原因不明の腹水が出現し、腫瘍マーカーも高値を示していることに問題があった。この時には腹膜原発の腺癌が肝に転移をしていたのかもしれない。ただ、CTをみても典型的な転移性肝癌の所見ではないのではっきりしたことは言えない。結局、腹水の精査のため当院内科に入院となったが、内科的には検査上ははっきりしたのも無く、婦人科にコンサルトとなった。そして、surface typeの卵巣腫瘍も否定できないとされ試験開腹に踏みきることとなった。開腹の結果、悪性腫瘍の腹膜播種した状態で外科にコンサルトとなるが、すでにオペ適応が無く化学療法となっている。今回のケースはこのように最後まで確定診断がつかず、見つかった時には治療に困難を極める、といった状況であった。もともと腹膜原発の腺癌というのは非常にまれで、肝血管腫の診断はダイナミックCTを見ても妥当な診断であったといえる。また、肝血管腫としての内科での対応、その後の各科へのコンサルトも妥当な判断だったといえる。今回のこの症例は、内科に紹介された時点で腹膜原発の腺癌と診断し、それに準じた治療を始めるのが最も良作であったと考える。しかし、経過を見ていく限りでは早い段階での確定診断は困難であったと考える。臨床診断は中皮腫とのことで外科に入院後は中皮腫としての化学療法を受けていたが、結果的に上記死因のために亡くなってしまった。

私が今回の症例で学んだことは、医療には診断、治療を含めて各科との密な連絡、又、一次医療機関との密な連絡、情報の共有が医療関係者また患者さんにとっても重要なのだと感じた。今後は今回の症例を通して学んだことを活かして日々、診療にあたっていきたい。

## C P C レポート(5) (平成 18年 2月 23日木曜日開催)

### 糖尿病・高血圧の 1 症例

研修医 篠崎 理絵

【症例】 90才 男 155.4cm 67.5kg

【主 訴】意識消失

【既往歴】慢性心不全、高血圧、糖尿病(50年前から)にて近医通院中

【家族歴】兄弟 2人癌で死亡(詳細不明)

【現病歴】H7年 10月 15日インスリン導入

H15年 11月ペンフィル30R 朝 14E 夕 11E

H16年 7月下旬インスリン増量(詳細不明)

H16年 8月 7日 am4:00からいびき様呼吸、意識レベル低下し、

pm12:20当院救急外来受診。BS: 31mg/dlにて 50%ブドウ糖(20ml)

2 A iv、pm12:45意識回復、pm13:32に BS 102mg/dl 帰宅。

H16年 8月 8日朝からいびき様呼吸で起床せず、意識消失し、am7:55救急車にて来院

【受診時所見】意識: -100 痛み刺激に体動あり

BP: SBP 180mmHg

BS: Low 50%ブドウ糖(20ml) 2A ivで意識回復

ABG (O<sub>2</sub>5L): 7.43/37.9/126.0/0.9

Data:

WBC	9,300	×10 <sup>3</sup> /ul	TP	4.7	g/dl	CPK	1,447	IU/l
RBC	304	×10 <sup>4</sup> /ul	ALB	2.5	g/dl	BUN	13.9	mg/dl
Hb	8.7	g/dl	GOT	61	IU/l	CRN	1.02	mg/dl
Plt	25.3	×10 <sup>4</sup> /ul	GPT	30	IU/l	CRP	1.0	mg/dl

ECG: AF 55bpm ST-T change -

胸部 XP: CTR 18.5/29 (63.7%) CPA sharp 右肺浸潤影あり

2日連続の低血糖発作、貧血、胸部XP上で肺炎も疑われるため、緊急入院とした。

【入院後経過】8月9日 HR30台に低下するが、プロタノール点滴でHR回復。血圧、尿量は問題なし

BS: 157 mg/dl, 98 mg/dl (ペンフィル30Rを朝 10E、夕 8E)

HbA<sub>1c</sub>: 6.8% BNP: 801pg/ml

8月11日 BS: 107mg/dl, 170 mg/dl, 61 mg/dl SaO<sub>2</sub> 96% (O<sub>2</sub>2l)

8月13日 am7:30意識低下 BS: 200mg/dl

頭部 CT 上右後頭葉と左側頭葉に LDA+ HDA -

ラジカット、グリセオール開始

BUN(43.8), CRN(3.27)上昇 輸液量増量し、カテコラミンで尿量維持

8月16日意識レベル変化無し 血圧はペルジピンにてコントロール(140~160mmHg)

全身浮腫あり BUN: 18.0mg/dl, CRN: 1.07mg/dl

8月20日 am0:00意識レベル更に低下し呼吸状態悪化 気管挿管し人工呼吸下に呼吸管理

SBP: 140mmHg HR: 70/min 頭部 CT 前回より LDA拡大し多発 HDA -

8月31日開眼あるが応答不可 尿量維持

9月3日尿量 50ml/hr 前後

9月10日血圧低下し、13時 17分死亡確認 15時 10分剖検

Data:

		8/8	8/9	8/12	8/13	8/16	8/25
WBC	×10 <sup>3</sup> /ul	9,300	11,100	16,700	13,100	11,800	10,500
RBC	×10 <sup>4</sup> /ul	304	374	342	307	312	257
Hb	g/dl	8.7	10.6	9.9	9.0	9.0	7.1
Plt	×10 <sup>4</sup> /ul	25.3	29.2	24.1	21.1	25.2	29.7
GOT	IU/l	61	35	26	20	19	47
GPT	IU/l	30	27	21	19	14	59
CPK	IU/l	1,447	509	136	69	41	36
BUN	mg/dl	13.9	13.1	34.3	43.8	18.0	35.9
CRN	mg/dl	1.02	1.13	2.88	3.27	1.07	1.23
CRP	mg/dl	1.0	1.2	15.7	15.0	13.7	15.5

【臨床診断】糖尿病、脳梗塞、高血圧、心房細動、慢性心不全急性増悪

【病理診断】1. 敗血症および全身性MRSA様球菌感染症

1) 感染性心内膜炎及び心筋炎

心内膜下・心筋内多発性微小膿瘍

僧坊弁のゆうぜい(球菌塊)

2) 球菌塊を伴う多発性肺膿瘍および肺うっ血・肺水腫(左385g、右390g)

3) 胆道感染症

胆嚢粘膜面に球菌塊

4) 球菌塊を伴う多発性腎膿瘍(左185g、右215g)

5) 敗血症性ショックおよびDIC

亜急性脾炎(270g)、諸臓器のうっ血(肝、腎、脾、肺)

肺毛細血管・腎系球体硝子血栓

2. 糖尿病および糖尿病性糸球体症

1) 膝ランゲルハンス島アミロイド沈着

2) 腎系球体フィブリン浸出性・結節性病変

3. 両肺間質性肺炎およびびまん性肺胞障害

4. 陳旧性心筋梗塞および心肥大(460g)

1) 陳旧性心筋梗塞(左室後側壁、3×1cm)

2) 冠動脈硬化高度、狭窄率(左前下行枝70%、左回旋枝50%)

3) 両心肥大および慢性心不全(臨床的)

5. 胸水貯留(左右併せて1800ml)、腹水貯留(1200ml)

6. 全身性動脈硬化症(高度)

7. 慢性気管支炎

8. 慢性腎盂腎炎

9. 骨髄顆粒球減少

10. 良性腎硬化症

11. 脳梗塞(臨床的)

【死因】敗血症

## 【考察】

今回の症例は、入院後急速に状態が悪化し、臨床的にはっきりとした死因が不明であった。入院時CRP 1.0であり、右肺浸潤影あり肺炎が疑われ、抗生剤CTRXが投与された。第5病日目にCRP 15.7と上昇し、抗生剤はPAPM/BPに変更されたが、その後CRPの改善は認められなかった。

病理解剖の結果から胆道感染症が認められており、敗血症という診断であった。本症例で患者は50年前から糖尿病に罹患しており、9年ほど前からインスリンが導入されている。長期の糖尿病罹患歴があり、血糖コントロールが良好といえない状態が続いたため易感染状態になり、上部消化管から逆行性に胆管炎、胆嚢炎と胆道感染を引き起こし、そこから敗血症性ショックおよびDICに至ったと考えられた。糖尿病では高血糖による感染防御能の低下により、感染症に罹患すると容易に重篤化、遷延化しやすく、敗血症や多臓器不全をきたす恐れもある。また今回の敗血症の原因菌としてMRSA様の球菌が諸臓器に認められている。糖尿病患者ではMRSA保菌者が多く、抗生剤の投与も慎重にしなければならない。

今後の課題としてまず、糖尿病患者の血糖コントロールは平素から厳重に行わなければならない。高血糖の状態が続けば易感染性に陥りやすく重篤化する可能性が高い。また糖尿病患者はMRSA保菌者が多いため抗生剤投与後は状況に応じた細菌培養の実施が必要である。感受性のある抗生剤を選択することで糖尿病患者の感染症の増悪を早期に防いでいかなければならない。また糖尿病患者の低血糖発作については、意識が戻ってもすぐに帰宅させず、一定時間の経過観察が必要であると考ええる。

## ABG

	8/20	8/24	8/27	9/3	9/7	9/10
	SIMV	CPAP	SIMV+PSV	SIMV+PSV	SIMV+PSV	SIMV+PSV
	PEEP 10		PEEP 15	PEEP 12	PEEP 12	PEEP 12
	700*12	600*12	600*4	600*4	600*4	600*8
	50%	50%	50%	50%	50%	50%
			PS 10	PS 15	PS 15	PS 15
pH	7.38	7.51	7.552	7.514	7.577	7.489
pCO <sub>2</sub>	48	37.5	36.3	39.5	33.6	35.4
pO <sub>2</sub>	129	193.6	228.5	89.9	89.4	83.8
BE	2	6.5	8.2	7.5	7.8	2.6
BS	419	204	237	300	264	

## C P C レポート(6) (平成 17年 6月 30日開催)

研修医 鈴木 章子

### 臨床経過及び検査所見

【症例】 61歳 女性

【主訴】 発熱、全身倦怠感

【既往歴】 高血圧症(2年前より近医通院中)

【家族歴】 特記すべき事項なし

【喫煙歴】 特記すべき事項なし

【現病歴】 2004.12.11 悪寒、嘔吐、下痢が出現。市販薬にて解熱するが、起床できなくなる。

2005.1.7 症状が続き、再び発熱あり外来受診し、KT38.2、採血し外来処方にて帰宅(AP散、ロキソニン、ムコスタ)。結果は14日に聞く予定であった。

2005.1.10 改善みられず受診し入院となる。

【血液検査】 2005.1.7 WBC21300 Hb10.6 Plt42.2万 TB1.3 DB0.6 GOT87 GPT63 LDH408  
ALP658 CRP25.9

2005.1.10 WBC17600 Hb12.2 Plt42.2万 TB0.9 DB0.5 GOT105 GPT119 LDH489  
ALP1080 CRP37.7 HbA1c6.8

PIVKA 59 AFP3.6 CEA1.7 CA19-9 30 DUPAN 25以下

Span1 23 インフルエンザ A(-) B(-)

【血液ガス】 ABG(3 nasal) pO<sub>2</sub> 64.9 pCO<sub>2</sub> 23.9 pH7.567 BE1.1

【現症】 身長 158 cm 体重 60 kg 体温 39.2 血圧 98/60 mmHg 脈拍 123  
SpO<sub>2</sub> 88% 眼球結膜黄疸なし 眼球結膜貧血なし 口唇チアノーゼ  
心雑音聴取せず 肺雑音聴取せず 腹部膨隆 筋性防御なし 圧痛なし

【入院後経過】 2005.1.10 抗生剤(セフメタゾン) 2g/day 開始。

座薬にて解熱するが、39 以上の発熱が第 1、2、4 病日にあり。

2005.1.12 GIF AGML ADML 夕より食事開始、2割摂取。

2005.1.13 abdUS 脾頭腫張と肝内多発 SOL

2005.1.14 Ga シンチ 肝取り込み(+)

2005.1.15 心肺停止の状態で見られ、CPR 施行するも回復せず、永眠された。

【血液培養】 2005.1.11 施行(報告 1.14) 嫌気好気ともに S. mitis grp

【病理解剖学診断】 A. 多発性肝膿瘍、化膿性門脈炎及び門脈周囲膿瘍(肝重量 1725)

1. 多発肝膿瘍

1) 右葉後上区(V ) ~ 左葉外側区域上区( ) を主体に 4 cm までの膿瘍多数

2) 膿瘍内にグラム陰性球菌(+), 陰性桿菌(+)

3) 膿瘍内容培養で Streptococcus mitis 及び E. coli 陽性

2. 化膿性門脈炎(Pylephlebitis) 及び血栓症: 肝門部 ~ 脾頭部後面門脈本管

3. 門脈周囲膿瘍: 脾頭部後面、5 × 2.5 cm 大

4. 上腸間膜静脈、脾静脈器質化血栓

B. 敗血症性ショック

1. 諸臓器の鬱血

肝、肺(左 275、右 325) 腎(左 190、右 210) 脾(165)

2. 心内膜下新鮮葉状壊死

3. 亜急性脾炎

4. 腎巣状塞栓性糸球体腎炎 (focal embolic glomerulonephritis)
5. 骨髓顆粒球系過形成 (左方移動)
6. 感染性心内膜炎なし
7. 血液培養で *Streptococcus mitis* 陽性 (臨床的)

C. その他

1. 胸腹水貯留: 胸水 (左右共 200ml)、腹水 (500ml)
2. 心肥大 (365)
3. 動脈硬化 (中程度)
4. 感染性腸炎疑い ((死亡1ヶ月前、臨床的): 剖検時腸管異常所見なし)
5. 高血圧、糖尿病 (臨床的)

死因: 敗血症性ショック

【考察】今回の症例では臨床的には肝癌原発の肝臓転移が疑われたが、実際は経門脈的に広がった膿瘍であった。また、脾臓は化膿性の腫瘤に圧排されていたが形態的には保たれていた。膿瘍内容培養で *Streptococcus mitis* 及び *E. coli* 陽性であることから膿瘍の起原菌と考えられたが、SMVに何処から菌がきたのかは病理解剖において腸に虚血性的変化が疑われたものの明らかな腸炎の所見はみられずはっきりとはしなかった。今後の課題としてはより適切な抗生剤の使用や抗凝固療法を考慮する必要があると思われる。

## 臨床研修病院 2年目を迎えて

蒲郡市民病院臨床研修委員長 竹内元一

平成16年度に始まった新しい医師臨床研修制度は医療界に大きな変革を強要した。ひとつは卒後の臨床研修2年間で病院と研修医との直接交渉で決まるということになった。当然卒後すぐの入局者はいなくなり、大学の医局には若い兵隊がいなくなった。ということは、今まで欠員が出来れば大学に頼んで人を送ってもらっていたのが、ない袖は振れないと断られてしまう。研修医が集まらない病院はマンパワーの不足から、縮小を余儀なくされた。蒲郡市民病院も例外ではなく、常勤医の数は減っている。そして、補充されないと残ったスタッフの負担が増える。疲れて開業を考える。ますます悪循環に拍車がかかる。

自己防衛のために、研修医を集め、指導するという余分な仕事を増やしても、病院の戦力となる、スタッフを育てねばならない。一応、管理型のプログラム定員は5名、その他に名古屋市立大学、愛知医大が管理型でうちが協力型となるプログラムで少し来るようになった。新しい研修制度になって当院へきた研修医は以下のとおりである。

平成16年度

管理型：三沢知江子

協力型(名市大1年目のみ): 恒川岳大

協力型(愛知医大2年目半年): 滝川麻子、鹿島悠佳理、伴野真哉

平成17年度

管理型：篠田嘉博、川端真仁、山本高也、篠崎理絵、鈴木章子

協力型：0

平成18年度

管理型：金平知樹、大石正隆、岩崎慶太、横山侑佑

協力型(名市大): 今藤裕之、岩月正一郎

平成16年度は何とか愛知医大のプログラムで半年来た滝川先生がスタッフとして残ってくれた。子は親の鑑、魅力ある3年目以降の研修を提供するのは、ひとえに指導医の先生方の努力にかかっている。

年報の原稿が集まるのを待っている間に、平成19年度のマッチング結果が発表された。当院は7名が受験して、マッチングで2名が決定した。定員枠に3名足りない。すぐに、追加募集しているが、いよいよ厳しい状況になってきたことは間違いない。先日臨床研修管理委員会・委員長研修が国立保健医療科学院であり、行って来た。あと2年間はこの制度は続き、そこで見直しが行われるらしいが、大きな流れは変わらないだろう。全国の他の病院の状況は、もっと厳しいところもあるらしい。昨年24名研修医が来た病院が1年後には1人に減ってしまった病院の話もあった。今年来たから来年もということはない。絶えず、魅力ある研修プログラムを提示し続けなければならない。評判を落とすのは、一瞬で済むが、評判を維持するのは絶えざる努力が必要だ。

1人の研修医を育てるためにはそれなりの費用がかかるのは、当たり前である。現在国は研修病院に不十分であるが、補助金を出している以外に、平成17年度は管理型の研修病院に新入院1人当たり30点の点数を加点、平成18年度は40点に上げた。今後補助金を減らして、研修にかかる費用も保健でみて行こうという方針らしい。これは、研修医を育てるのに、患者さんの負担と国民の税金の負担がかかるという意味である。病院にかかられる患者さんに研修医育成の負担を強いるのは心苦しいが、地域医療を充実させるための投資である。ご理解いただきたいとともに、職員の皆さん方には、研修医を育てるのはただ指導医だけでなく、全職員が一丸となって当たっているのだということをお知らせしたい。



## 平成 17 年度広報活動関係

### 1. 市民病院健康講座

市民病院内において市民対象に気軽に聞ける健康講座を平成 10 年 11 月から年 3 回程度開催しています。  
平成 17 年度は、「健康とくすり」薬局 内田富久薬剤師、「腎臓病のはなし」内科 太田匡宜医師、「検査のはなし～細胞診検査を中心に～」臨床検査科 内藤泰廣技師が講師となり盛況でした。以前の開催内容は、市民病院ホームページにも掲載しています。

### 2. 院内コンサート

市民病院玄関ホスピタルモールの空間を利用して、土曜日の午後一般市民及び院内に入院されている方、お見舞いにこられる方々に「ほっと！」の気持ちを共有できる場ができればと、ボランティアにより出演して頂ける方で平成 10 年 11 月から年 3 回程度開催しています。

平成 17 年度は、「聞こえない仲間と聞こえる仲間と一緒に音楽を楽しみたい！」手話バンド ANGELS (エンジェルズ)、「なつかしいシャンソン&唱歌」加治屋里砂子の方々のご協力で楽しい時間を過ごしました。以前の開催内容は、市民病院ホームページにも掲載しています。

### 3. 広報がまごおり「医メール」掲載

蒲郡市広報に「Eメール」と題して、健康をキーワードに市民病院スタッフがテーマを決めて掲載しました。

平成 17 年度は、「腰椎椎間板ヘルニアについて」整形外科 荒尾和彦医師、「市民病院の内科医」内科 八木昭医師、「最新の CT 検査について」放射線科 高橋哲生技師、「睡眠時無呼吸症候群への歯科的対応」歯科口腔外科 倉内惇歯科医師、「血尿について」泌尿器科 岡田正軌医師、「急性胆のう炎」外科 藤竹信一医師。

### 4. 院外広報 「病院だより」発行

院外広報として一般市民や市民病院に来院される方を対象に平成 12 年 12 月から年 3 回程度発行し、市内の主な市施設・市民病院玄関で配布しています。市民病院のホームページにも掲載しています。

### 5. 院内広報 「海風」発行

院内職員を対象に年 2 回程度発行しています

## 編集後記

広報・公聴担当委員長 竹内元一

平成9年10月新病院に移転し、病院年報を出すようになり、今年度で第9号となりました。保健点数のマイナス改定が続き、マスコミを中心としての医療のバッシング、医療訴訟の増加、新医師臨床研修制度など、病院の経営にとって負担となることばかりです。

医療の世界では長く、広告規制が行われてきました。標榜科ひとつとっても、27標榜科+1(麻酔科)しかありませんでした。その中には、消化器外科がないかわりに美容外科、性病科など現状にそぐわないものも入っています。しかし、今年度厚労省は広告規制の緩和をして、新たに広告できる専門医を認めました。現在47の学会が認定する専門医が対象となりました。その認定基準が学会ごとに違って、現在統一した基準づくりが議論されています。

医療情報の公開が、個人情報の保護とともに求められている時代です。昔のような、任せなさい、お任せしますという医療ではなく、公開された医療情報をもとに、患者さんが医療機関を選択し、インフォームド・コンセントに基づいて契約する、それが気に入らなければセカンド・オピニオンを求めて他の医療機関を受診することが当たり前となってきています。

この年報も平成15年度からホームページで公開されています。この年報をみて、病院を受診あるいは研修医が応募してくるようになりました。ますます、病院の情報公開の重要なツールとなってきました。年報原稿執筆は各所属の皆さんのご負担になっていることは、解りますが、よりよい病院を作るための、あるいは病院が潰れないための重要な仕事であることをご理解下さい。

編集委員 竹内元一、小田林、加藤小夜子、小田博久、辻隆二