

は　じ　め　に



地方独立行政法人
岐阜県立下呂温泉病院
院長

鈴　木　康

今年も、当院の年報が発刊の運びとなりました。病院という多忙な業務の中で、職員の皆さんの日々の成果を収載した年報第42号の編集が整い、大変うれしく思います。また、日頃から当院の運営並びに新病院建設の折には多大の御支援と御協力をいただいております関係各位には、この場をお借りして、改めまして厚く感謝を申し上げます。

平成26年度から新たな病院としてスタートした当院も、気が付けば早5年目の時を迎えることとなりました。飛騨南部地域の中核病院「へき地医療の拠点病院」として、近隣の医療機関との役割分担・連携の下、医療水準を高めながら地域の実情に応じた急性期医療、政策医療等の県民が必要とする医療を提供するよう努めて参りました。また、急性期病棟から地域包括ケア病棟への移行を積極的に行い、病診連携機能を強化するとともに、患者の動向や医療需要の変化に即した診療体制の整備及び充実を図ったところです。

我が国の医療を取り巻く環境は依然として厳しく、地域医療を担う当院の状況はさらに深刻な状況にあります。超高齢化社会をはじめ、少子化問題等当面の課題は早くも現実化しており、地域病院の医師不足及び医療従事者不足は深刻です。また、医師の働き方改革を巡る様々な課題が山積しており、地域医療の継続に向けて官民一丸となって取り組んでいく必要があります。正に正念場を迎えた今こそ当院の理念、役割でもある“生活の場の医療”を死守実践すべく、日々の医療活動にまい進して参る所存であります。

今後とも御理解、御協力を賜りますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

平成31年 1 月

岐阜県立下呂温泉病院 全景



岐阜県立下呂温泉病院 施設概要

竣 工 年 月 日	:	平成26年 4 月19日
開 設 年 月 日	:	平成26年 5 月 1 日
病 床 数	:	206床
建 築 面 積	:	6,964㎡
延 床 面 積	:	19,594㎡
敷 地 面 積	:	32,270㎡
階 層	:	地上 5 階／屋上ヘリポート
構 造	:	鉄筋コンクリート造・基礎免震構造
駐 車 場	:	520台（患者用300台含）

目 次

1) 岐阜県立下呂温泉病院における周術期等口腔機能管理の現状	高橋 哲 平 他...	1
2) 褥瘡対策として行った出張講座の効果と課題	今井 和 美 他...	5
3) 終末期にある患者の家族の力を支える関わり	桂 川 麻 由.....	8
4) 標準予防策事故チェックアンケート結果	山下由起子.....	11
5) カテーテル関連尿路感染サーベイランス 経過報告	今井菜穂子.....	16
6) 退院調整担当4年間のまとめ	山下久美子.....	21
7) レモンを使用した嗅覚・味覚刺激による唾液分泌量の検証	中 島 朋 子.....	26
8) 高齢患者の入院後の認知機能の変化と睡眠・食事への影響	森本美奈子 他...	29
9) てんかん患者へ自立支援制度照会を行って	樋 口 貴 則.....	34
10) 摂食嚥下障害看護認定看護師による退院後訪問指導の実践と課題	松 井 司.....	37
11) 透析センター利用患者に対する地震災害に関する教育訓練の効果 ～地震災害に対する備えと初期行動に着目して～	中 島 千 穂 他...	40
12) 計画停電時に発生した放射線部門の問題点について	金 子 政 則.....	45
13) 当院の救急撮影について	神 戸 孝 将.....	48
14) 胎児心エコーにおける描出不良部位についての検討	柘植沙恵子 他...	49
15) 思春期神経膠芽腫患者に対して終末期の理学療法を長期にわたって実施した1例	平工実奈子.....	51
16) 平成29年度給食アンケート結果報告	船 坂 祐 一 他...	54
各委員会報告（2017年04月～2018年3月）		57
業 績（2017年04月～2018年3月）		70
病院の経営概要		71
組 織 図		81

岐阜県立下呂温泉病院における周術期等口腔機能管理の現状

岐阜県立下呂温泉病院 歯科口腔外科

高橋 哲平 矢嶋 美保 桂川 奈江子 曾我 美由紀 宮本 謙

A clinical report of perioperative oral function management in Gifu Prefectural Gero Hospital

Teppey Takahashi, D.D.S., Ph.D., Miho Yajima, D.H., Naeko Katsuragawa, D.H.,
Miyuki Soga, D.H., Ken Miyamoto, D.D.S., Ph.D.

Department of oral and maxillofacial surgery, Gifu Prefectural Gero Hospital

Perioperative oral function management fee of the Japanese national health insurance have been introduced from 2012. The aims of perioperative oral function management are to prevent many complications, such as teeth injury, stomatitis, aspiration pneumonia, surgical site infection, remote infection at prosthetic replacement or prosthetic replacement arthroplasty, and so on. We have experienced this management over 200 cases from 2013. We report current status and future prospects of the perioperative oral function management in Gifu Prefectural Gero Hospital.

Key words:perioperative oral function management, oral care, oral management, surgical site infection, remote infection, ARONJ, osteonecrosis of the jaw

緒 言

2012年度歯科診療報酬改定により周術期口腔機能管理に関わる診療報酬が新設された（周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料、周術期等専門的口腔衛生処置）（表1、図1）。手術前後の患者の口腔内を清潔に保つことにより、誤嚥性肺炎などの術後合併症の発生を抑制できることが明らかになってきたからである¹⁾。この周術期口腔機能管理料は、医科歯科連携に対してついた点数であること、予防に対する診療報酬であるところが新しい点である。2014年度改定では「医科点数表」に周術期口腔機能管理を受けた患者の手術料への加算が記載され、2016年度改定ではその加算が100点から200点へ増点された。

2017年度までの周術期口腔機能管理は、1) 全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等、2) 骨髄移植の手術、3) 放射線療法、化学療法および緩和ケアと厳格化されていた。2018年度歯科診療報酬改定において、「周術期口腔機能管理」から「周術期等口腔機能管理」と名称が変更された。この改訂において周術期等口腔機能管理の目的として、歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症（手術部位感染、病巣感染）、

手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症の予防、脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害に関連する感染症等の予防等が明記され適応が拡大された。また、同改定により

表1 周術期等口腔機能管理に関わる点数

周術期等口腔機能管理計画策定料	300点
周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	術前 280点（1回を限度に） 術後 190点（3ヶ月以内に計3回を限度に）
周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）	術前 500点（1回を限度に） 術後 300点（3ヶ月以内に月2回を限度に）
周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	190点（放射線治療等の期間中に、月1回）
周術期等専門的口腔衛生処置 1	92点（1口腔につき）
周術期等専門的口腔衛生処置 2	100点（1口腔につき）

当院における周術期等口腔機能管理の流れ（手術の場合）

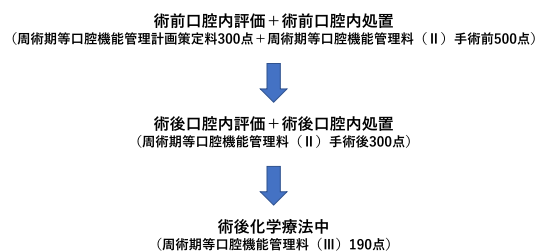


図1 当院における周術期等口腔機能管理の流れ（手術の場合）

癌放射線治療又は化学療法を実施する症例において、周術期等口腔機能管理を行っている場合のみ使用することが出来る口腔粘膜保護材が保険収載された。

岐阜県立下呂温泉病院（以下、当院）においても2013年より周術期等口腔機能管理を行ってきた。当院における周術期等口腔機能管理の現状について報告する。

対 象

2013年4月から2018年9月の間に行われた全身麻酔手術、癌化学療法において周術期等口腔機能管理を医科より依頼され、周術期等口腔機能管理料を算定した症例を対象として検討した。

結 果

当院における全身麻酔手術件数（周術期等口腔機能管理症例数）は2013年度119件（22症例）、2014年度100件（81症例）、2015年度45件（22症例）、2016年度91件（14症例）、2017年度136件（29症例）、2018年度65件（43症例）であった（図2）。診療科別の全身麻酔手術件数の年次推移を図3に、診療科別の周術期等口腔機能管理症例数を図4に示す（循環器内科、消化器内科は2018年度に化学療法症例各1症例であった）。また、全身麻酔手術件数に対する周術期等口腔機能管理実施症例数の割合は2013年度18%、2014年度81%、2015年度49%、2016年度15%、2017年度21%、2018年度66%であった（表2）。

表2 全身麻酔手術件数に対する周術期等口腔機能管理症例数の割合

2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
18%	81%	49%	15%	21%	66%

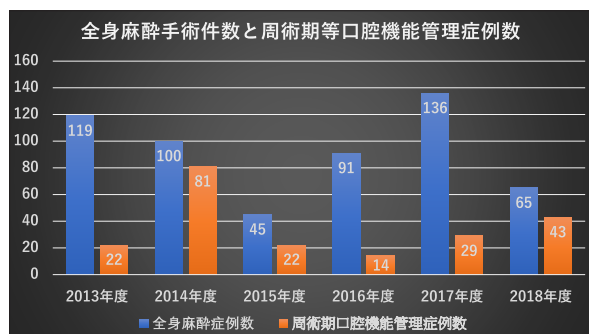


図2 全身麻酔手術件数と周術期等口腔機能管理症例数

外科、整形外科、脳神経外科における全身麻酔手術件数の合計と周術期等口腔機能管理症例数

考 察

2012年度に周術期口腔機能管理料が新設されたことにより、病院歯科において周術期等口腔機能管理が病院内における1つの大きな役割となりつつある。当院においても図2、4に示すように周術期等口腔機能管理を行ってきた。表2に示した周術期等口腔機能管理症例数の割合の増減が大きいのは、2017年度までの厳格な基準に適応となる手術の増減によるものと考えられる。2018年度は適応の拡大により66%とその割合は増加傾向にある。また、本報告における周術期等口腔機能管理症例数は周術期等口腔機能管理料を算定した数であるため、周術期等口腔機能管理の適用外であり、周術期等口腔機能管理料を算定しなかったが全身麻酔手術前に当科へ周術期等口腔機能管理の依頼があった症例を含めると、口腔機能管理症例数はさらに増加する。

周術期等口腔機能管理を必要とする症例における口腔内に関連する合併症として、①気管挿管時の歯の損傷、②経口気管内チューブの圧迫による褥瘡性潰瘍、③術後肺炎、④口腔咽頭の創部感染

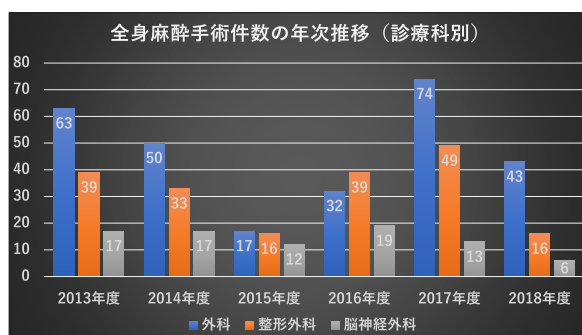


図3 全身麻酔手術件数の年次推移（診療科別）
外科、整形外科、脳神経外科の全身麻酔手術件数の年次推移

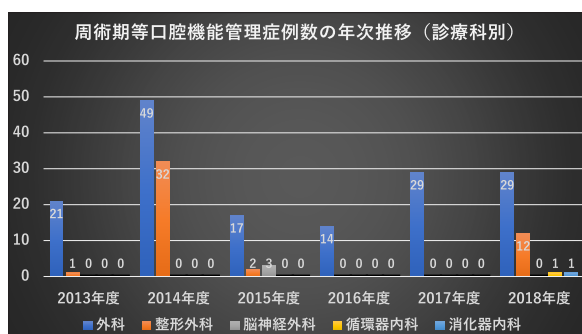


図4 周術期等口腔機能管理症例数の年次推移（診療科別）

外科、整形外科、脳神経外科、循環器内科、消化器内科の周術期等口腔機能管理症例数の年次推移



図5 保護床

動揺歯など、挿管時に損傷の可能性がある歯を床装置により保護する（写真は保護床を模型に装着した状態）

（SSI; surgical site infection）、⑤人工弁や人工関節手術における遠隔部位感染（RI; remote infection）などが考えられる²⁾。

当院において周術期等口腔機能管理を医科より依頼された症例は、上記合併症予防のため歯の有無を確認後、残存歯がある場合はパノラマX線撮影を行い、口腔内診査、歯周基本検査とともにリスク評価を行う。その後、スケーリングや機械的歯面清掃などの口腔内清掃を行い、必要に応じ齲蝕治療や拔牙等の処置を行う。動揺歯はあるが拔牙適応ではない、もしくは患者が拔牙を拒否した場合には、挿管時に歯を保護するため保護床を作製し手術時に装着していただくこととしている（図5）。そして患者へ周術期等口腔機能管理の必要性、重要性を説明し、口腔清掃指導などを行う。術後は、口腔内再診査とそれぞれの患者に合わせた処置を行っている。

歯周病により炎症状態が存在する場合には菌血症を引き起こし、歯周病原細菌を含む口腔内細菌が全身に到達することがある。周術期においてはこれらの口腔内細菌による術中、術後の誤嚥性肺炎やRI、SSIなどが危惧される³⁾。口腔内細菌によるRIで有名なものの一つが感染性心内膜炎である。市中発症における自己弁の感染性心内膜炎や、術後1年以上経過した人工弁の感染性心内膜炎の主な原因菌として口腔レンサ球菌である緑色レンサ球菌（viridans group streptococci: VGS）が指摘されている⁴⁾。平成28年歯科疾患実態調査によると4mm以上の歯周ポケットを有する者は20-24歳で25.7%、加齢に伴いその割合は増加し65-69歳では60.5%である。また、80歳で20本の現在歯を有する者の割合は51.2%と2人に1人は8020を達成しており、歯周病のコントロールは周術期等口腔機能管理においても重要な点であ

る⁵⁾。宮下らによると周術期等口腔機能管理の保険導入後は導入前に比べ、血液培養における口腔内細菌の検出率が有意に低くなり（導入前0.96%、導入後0.49%）、口腔細菌による菌血症の減少が示唆されている⁶⁾。周術期においてはもちろんのこと、癌放射線治療、化学療法、緩和医療においては口腔カンジダ症も周術期等口腔機能管理において重要な対象疾患である。口腔カンジダは、40-50%の健常者の口腔、消化管、膣などに常在菌として存在し、宿主の感染防御機能低下により、異常増殖してカンジダ症を引き起こす⁷⁾。手術による体力の低下、広域スペクトル抗生物質の使用、化学療法や放射線治療の副作用、緩和医療時における感染防御機能の低下や口腔乾燥はともに口腔カンジダ症を発症するリスクとなる⁸⁾。当院でも、術後欠食が続く患者に舌苔増加が頻発することを経験している。口腔カンジダ症は口腔粘膜にびらんを形成し疼痛や、味覚障害などを引き起こす⁷⁾。周術期等口腔機能管理を行うことによって、咽頭粘膜の細菌検査においてカンジダ菌の検出率が19.3%から4.3%に減少したという報告もある⁹⁾。周術期等口腔機能管理を行うことによりこれらの患者のQOLの維持向上に寄与することが示唆される。

近年では骨吸収抑制剤関連顎骨壊死（ARONJ）も医科歯科連携において重要な疾患の一つとなっている¹⁰⁾。周術期等口腔機能管理を行う症例において、悪性腫瘍患者は術後の骨転移抑制のために、骨折患者は骨粗鬆症改善目的に骨吸収抑制剤を開始することがある。このような症例において口腔内の観血処置が必要な場合は骨吸収抑制剤使用開始前に処置終了することが望まれる。この点においても周術期等口腔機能管理の役割は重要であると考えられる。また、2018年度改訂において保険収載された癌放射線治療や化学療法における口腔粘膜炎に使用することが出来る口腔粘膜保護材は周術期等口腔機能管理を行っている症例において、周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した場合に歯科でのみ算定できる歯科材料であることも特徴である。

全身麻酔手術件数は人口減少など当院の置かれる医療圏の地域特性などにより、必ずしも多くはない。だからこそ医科歯科連携により周術期等口腔機能管理症例の割合を高めることはより意義深いと考える。周術期等口腔機能管理料は医科からの依頼が算定条件であり、各診療科の医師に引き続き協力をお願いしたい。悪性腫瘍で術後化学療

法などの治療が続く症例や、内科系診療科において化学療法や緩和医療を行っている症例においては当科でも術前、術後、退院後と継続した口腔機能管理に出来るだけ関与していきたいと考えている。歯科医師や歯科衛生士のみで処置を行う時間や回数には限界があるため、病棟看護師や言語聴覚士とも情報を共有し周術期の口腔ケアを途切れることなく継続していきたいと考える。今後、さらなる医科歯科連携により、規格化された周術期等口腔機能管理として介入できる仕組み作りを検討していきたい。

結 語

岐阜県立下呂温泉病院における2013年度から2018年度9月までの周術期等口腔機能管理の現状についてその概要を報告した。

参 考 文 献

- 1) 足立忠文, 他: 食道癌周術期における術後肺炎に対する口腔ケアの効用について. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌. 12. (1). 40. 2008.
- 2) 岸本裕充: 周術期オーラルマネジメントの実際. 日本口腔外科学会雑誌. Vol.63, No.1.
- 3) 日本歯周病学会編, 五味一博, 他: 歯周治療の指針2015. 医歯薬出版
- 4) 中谷敏, 他: 感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン (2017年改訂版). 日本循環器学会, 2018.
- 5) 厚生労働省: 平成28年歯科疾患実態調査. 厚生労働省, 2017.
- 6) 宮下みどり, 他: 周術期口腔機能管理保険導入前後における血液培養検体中の口腔細菌検出率の変化. 日本有病者歯科医療学会雑誌. 24. (1). 2. 2015.
- 7) 榎本昭二, 他: 最新口腔外科学第5版, 医歯薬出版
- 8) 松尾浩一: 感染予防としての口腔ケア, 日本顎咬合学会誌 咬み合わせの科学, 35 (1,2), 82, 2015.
- 9) 安井昭夫, 他: 造血幹細胞移植患者に対する周術期等口腔機能管理, 日本農村医学会雑誌, 65 (4), 766, 2016.
- 10) 高橋哲平, 他: 岐阜県立下呂温泉病院歯科口腔外科における骨吸収抑制剤関連顎骨壊死 (ARONJ) の経験. 下呂温泉病院年. 41. 5. 2018.

褥瘡対策として行った出張講座の効果と課題

岐阜県立下呂温泉病院 褥瘡対策室

○今井和美 大森智泰 小池正顕 柴田和之 山本沙織 鈴木 康

1. はじめに

当院では、「顔が見える地域連携」と、「地域への褥瘡対策の知識普及」を目的として、H22年より地域の医療・福祉施設職員に対し、当院の院内褥瘡対策研修会への参加を呼びかけてきた。当時、院内の褥瘡発生は減少傾向にあったが、持込褥瘡に関しては一向に件数が減ることもなく、さらに重症度が高いこと、患者も施設側も褥瘡を見つけたら重症度に係わらず入院を希望されること、退院調整時には褥瘡があることを理由に受け入れが難しいこと、などの問題点もあり、地域への啓蒙活動を重点的に行う必要があると考え、院内研修会への参加を呼びかけたという経緯があった。

しかし、4年間で計22回、地域参加型の研修会

を開催したが、院外からの参加者数は少なく、持ち込み褥瘡の頻度も変わることはなかった。病院で開催する研修会を行うだけでは、地域への知識普及は困難と気づき、もっと地域に根付いた普及活動が必要と「出張講座」を考えるようになった。そして、H25年に下呂市医師会長、下呂市高齢福祉課担当者、訪問看護ステーション、当院の褥瘡対策チームが集まり、地域連携褥瘡ケア研究会を立ち上げ、出張講座が始まった。

今回、出張講座を4年間開催した結果について報告する。

2. 方 法

1) 施設対象出張講座

施設対象の出張講座は、各施設1回目は必ず基



写真1 基礎編



写真3 Bコース：ポジショニング



写真2 基礎編



写真4 Bコース：ポジショニング

礎編（褥瘡の基礎知識から栄養管理やポジショニングなどの各論の基礎知識）を開催し、用語の共通理解と褥瘡の基礎知識の伝達を行った。

2回目以降はそれぞれの施設が希望した専門性の高いコースを開催した。専門性の高いコースは全3コースで、Aコース：スキンケア、Bコース：ポジショニング、Cコース：栄養管理＋DESIGN-Rであった。開催回数に制限はなく、先方の希望通りの日程で希望されたコースを希望された回数、実施した。施設対象の出張講座は、H26年度からH29年度の4年間で35回であった（写真1、2、3、4）。

2) 市民対象出張講座

施設対象は多人数で行ったが、医療職ではない一般の住民の方を対象とした市民講座は、少人数のグループに分けてA～Cコースの各担当者と訪問看護師（口腔ケア）のブースに時間を決めてローテーションするといった方法で行った（写真5、6、7、8）。事前に事務局の行政の方が参加者から疑問に思っていることや不安に思っているこ

となど情報収集していたので、それに答えるような形で内容を少し変更して行った。

市民講座の開催回数は4年間で全7回であった。

3. 結果および考察

1) 施設職員対象研修参加者

院内開催の褥瘡対策研修会に参加した院外の医療・施設職員は4年間・計22回で延べ140名の参加であり、職種別では看護師が約70%を占めていた。

一方、施設対象出張講座は4年間・計35回で延べ812名の参加があり、職種別では介護職やケアマネが70%近くを占めていた。

院内研修会と比較して、出張講座は介護職やケアマネなど、在宅で中心的に係わる職種の参加率が高く、介護関連職への知識普及に有効であると考えられた（図1）。

2) 市民講座参加者

市民講座は、わずか7回の開催ではあったが、



写真5 スキンケア・失禁ケア



写真7 口腔ケア・嚥下



写真6 栄養管理



写真8 ポジショニング

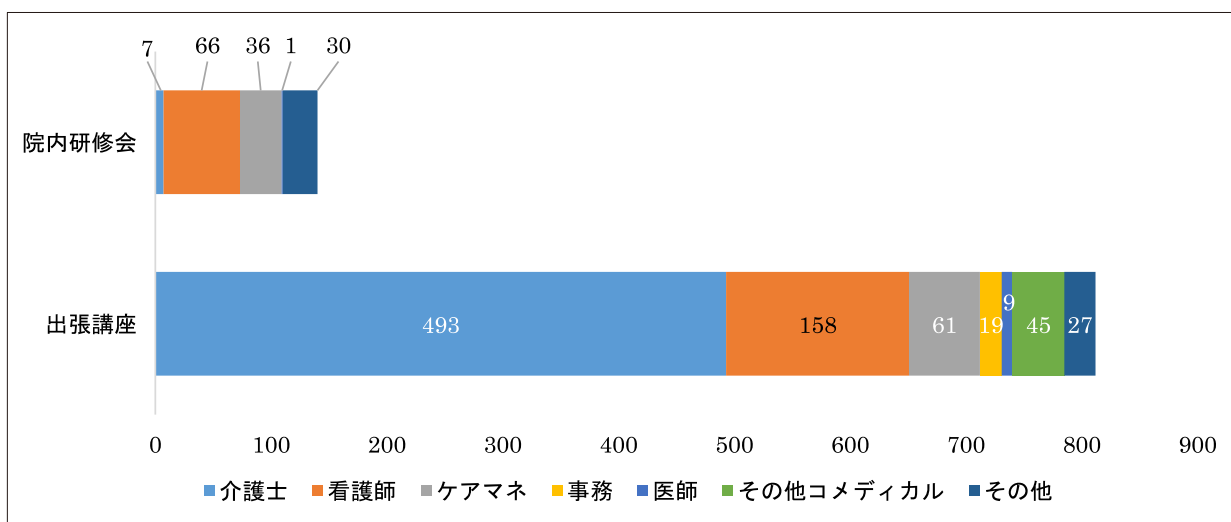


図1 院内褥瘡対策研修会と出張講座 参加者数

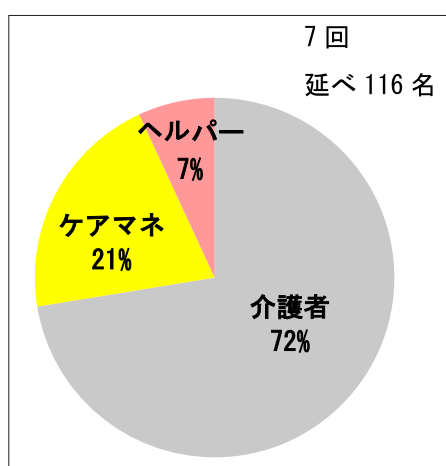


図2 市民講座参加者

116名の参加があった。内訳として介護者が72%、ケアマネ21%、ヘルパー7%であった（図2）。

アンケートからは「少人数制で聞きやすかった」「専門職に直接聞けるのでよかった」などの意見が聞かれた。

3) 持込褥瘡の変化

平成26年以前に比べ、以降は一見減少しているように見えるが、実際には有意差はみられていない（図3）。4年に亘り開催した本講座は、地域における褥瘡の基礎的な知識の普及に貢献しているが、褥瘡対策の実践に関しては手技・手段や技能の初歩的段階を提示したに過ぎないのではないだろうか。本講座は、今後各施設が本格的に褥瘡対策に取り組む糸口となった可能性はあるものの、地域全体の褥瘡発生率の低下として成果が現れるまでには更に長い年月を要するものと思われる。

る。今年度以降も持込褥瘡件数や重症度の推移に注目していきたい。

褥瘡管理において、最初に述べた問題点の中で、褥瘡を見つけたら入院！！と希望されることは、最近少なくなってきた印象がある。実際、在宅や施設から通院で治療し、治癒できる症例も増えている。また、入院治療がひと段落して退院調整をする際も、以前のように、拒まれることはなくなってきたような印象がある。これらの印象に関しては、アンケートで実際に施設職員の声を聞いたわけではないので詳細は不明なので、今後は出張講座開催後のアンケートにこれらの質問項目も加え、出張講座の意義と地域褥瘡対策への実効性の検証を更なる検討課題として、取り組んでいきたい。

4. ま と め

出張講座は地域への褥瘡予防対策における知識普及活動だけでなく、顔の見える関係作りにも大きな効果が期待できる。しかし、参加者の希望する日程で開催するため、主催者側の時間的拘束、身体的負担を招きやすくなり、さらに勤務時間外に開催するため、指導する側、参加者ともに雇用者の理解と協力が必要であり、解決すべき問題点は少なくない。しかし、今回、自施設以外の施設でこれだけの回数を円滑に開催できた背景には、行政や医師会、地域の団体との良好な連携が存在したものであり、今後も機能的な多職種連携を推進すべきと考える。

終末期にある患者の家族の力を支える関わり

緩和医療部会

桂川 麻由

I. はじめに

近年、医療の進歩によって多くの小児がんの子どもたちの命が救われるようになった。しかし、治癒が難しく命を救うことのできない状況もある。厚生省の統計によれば、小児の死亡統計において、小児がんは0歳を除き第2位の死因である。わが子が突然“がん”であると診断された時に親が受ける衝撃は計り知れず、その時点から子どもはもとより家族に対する心理社会的支援の必要性がいわれている¹⁾。

今回終末期にある子どもの家族が、患者の病気のプロセスで生じるさまざまな状況やイベントに揺れながら、今置かれている現実に向き合い、様々な問題に葛藤しながら対処し、家族の力をみいだしていく過程を報告する。かけがえのない一人の大切な子どもと家族を支えることについて考えた。

II. 事例紹介

A氏 10歳代 女性 悪性脳腫瘍
家族：両親、祖母、姉、妹

レベル300、人工呼吸器管理、胃瘻栄養中である。A氏の学校卒業を控え、A病院より自宅近くの病院での療養を希望され当院へ転院となった。両親からは「終末期にあると理解している。本人に苦痛になることは控えたい。できる限り家族のそばで穏やかに過ごしてほしい」との希望があった。

III. 倫理的配慮

発表にあたり、A氏のプライバシーに保護に配慮し、患者・ご家族から口頭にて同意を得た。

IV. 経過

母親がアロマセラピーを好んでいたことと、A病院より母親が看護ケアに積極的に参加していたという情報があり、入院時より一緒にA氏へアロママッサージを行うケアを継続した。闘病生活の振り返りや幼少時の思い出、これからのことなど医療者と気持ちを共有する場とした。A病院では、母親が24時間の付き添いを行っていたが、

当院では自宅から通い介護にあたりたいこと、A氏の卒業式を控え、自宅退院も考えたが調整がつかず断念したこと、A氏の卒業を祝いたいと聞きとった。

A氏の卒業式は、学校、病院の全面的な協力が得られ、同級生たちと一緒に院内でむかえることとなった。A氏は人工呼吸器管理となつてからベッド上安静であったが、主治医やリハビリ技師、臨床工学技士らと調整を行い、循環動態の変動に十分注意しながら車いすで参加できることとなった。父親と母親に付き添われながら、同級生たちと一緒に式場に入場し、卒業証書を渡された。家族や保護者らに見守られ、同級生と一緒に卒業式を迎えた。

次に、両親にはA氏の苦痛なこととはできる限り避け、楽しい思いをさせたいとの考えがあった。発病前は、野山を駆け回り外遊びを好んだようで、リハビリ技師を中心とし家族と院外散歩の機会を設け継続した。週に1度、主治医や担当看護師らと一緒に院内、院外に散歩に出かけ、草木の美しさや季節の移り変わりを楽しんだ。散歩の時間や日程は、父親や姉妹の来院に合わせて調整し、家族との時間を過ごすこともあった。母親はA氏に「花が咲いてるね。きれいだね。」「いつもこんな道を駆け回っていたね。」と話しかけ、同行する医療者に思い出を語った。

しかし、安定していた病状も次第に頻拍や多量の発汗が見られるようになっていった。主治医からの病状説明の後、母親から「やっぱり家に帰らせてあげたい。」と在宅への移行希望があった。当院に転院する際、自宅退院も考えたが調整が難航した経緯があり、また家族内でも在宅移行に関して意見が分かれていたため、意思決定には正確で確実な情報を提供する必要があった。そこで母親と訪問看護師が直接相談する場を設定し、受けられるサービスを確認の上家族内で相談された。すると父親には、病院で過ごす事がA氏にとって安楽であるとの考えがあった。意識障害のあるA氏は、苦痛を訴えることができないため、医療機器での管理が厳重であることが異常の早期発見に努めることができ、苦痛を軽減できるのでは

ないかという思いからだった。両親それぞれにわが子を思いやる気持ちがあり、母親が父親の考えに沿う形で、在宅移行への計画は中止となった。

循環動態の変動が著しくなり、母親に比べ仕事や学校により家族のふれあいをもちづらい父や妹の面会に合わせケアへの参加を促し、病院内でも家庭の雰囲気味わえるよう配慮しケアにあたった。

徐々に病状は悪化の一途をたどり、車いすでの散歩も悩ましい状況になっていたがA氏の誕生日を控え妹が、父へ「A氏を家で過ごさせてあげたい」と話したことをきっかけに、退院の話が再び持ち上がった。今回は、父親がA氏を思いやる妹の気持ちに後押しされ、自宅退院が決定した。母親と地域医療福祉関係者、病院関係者でケア会議を実施し、退院となった。

両親は、病状が不安定である中でも車いす散歩を継続できていたことが決断の後押しとなったと話された。退院後は、在宅医から毎日状態確認の電話が入り、病状を心配する父親への定期的な面談の場が設定された。家族と介護にあたる家族への地域全体のサポートが得られたようだった。退院より14日目、A氏は家族全員に見守られながら旅立たれた（表1）。

V. 考 察

病気の発症に伴い、これまで体験したことがない非日常的な生活を送る患者と家族は、子供らしさや親らしさ、家族らしさが抑圧される環境に身を置いている。そのため、QOLが意識されにくい状況をうみだしてしまうと言われている。A氏の両親は、愛するわが子が人生の最終段階にさしかかり、悲しみや苦しみの中で、本人にとって苦痛なことはできる限り避け、楽しい思いをさせたいとの考えがあった。そこで意識障害があるA氏らしさについては、両親や姉妹、知人らの語りを基に明らかにしていく必要があった。一緒にケアの時間を共有し、緊張を和らげながら過ごす中で、医療者はA氏らしさや親らしさ、家族らしさを知り、両親はA氏らしさと家族らしさ、自分らしさを再認識していった。

松岡らは、終末期に移行しつつあるとき考えておくことのなかで、子供や家族の視点を大切にすることと、子供らしい時間、家族らしい時間を支えること、どんなときも子どもと一緒に取り組む姿勢とケアが大切である²⁾と述べている。両親は大切な子どもとの別れが迫る状況で、子どもの『死』という未体験の出来事に恐怖と不安を感じ

表 1

	入院						退院
状態	安定		頻拍、多量の発汗	栄養投与中、車いす乗車中の循環動態の変動	安静時循環動態不安定		
母の思い	卒業式を迎えさせたい	外遊びが好きだった	やっぱり家に帰らせてあげたい。引き受けてもらえるかしら。	夫が病院で看てもらった方が安心って。これで家族がギクシャクしてもダメだし。	妹がアロマに興味を持っていて、私にもしてあげるって言ってます。	妹が夫に、「家で見てあげたい」と言ってくれて承諾してくれました。	不安定な状況の中でも車いす散歩が続けられたことが決断の後押しになりました。
アセスメント	母もリラックスできる方法で共にケアを行うことを通し、母の気持ちを表出できる場づくりを行う。	A氏の好んだことを母と医療者と共有する。	病状悪化により、家族の中で過ごさせたいという思いを新たにしている。以前退院調整に苦渋した経緯から情報提供を希望している。	父や妹は仕事や学業によりA氏とふれあう時間が少ないが、父は管理された病院の環境の方が安心感が持てる様子。父や妹の面会に合わせ、家族の時間を確保できるよう調整する。	妹はケアへの興味の高まりと、自分に出来る事柄によるこびを感じている様子。	A氏とのふれあいによって、距離感を縮め、精一杯支えていると実感できる喜びとなった。父は妹の気持ちを感じとり、親らしさ、家族のあり方を考え退院を決断するに至った。	不安定な状況下でも母と一緒にA氏の持つ力を信じ散歩を続けたことが退院に伴う身体的負担への不安緩和に繋がった。地域へ引き継ぎを行い、A氏と家族のフォローを継続する。
介入	母と共にリラクゼーションマッサージ（アロマオイルを使用）						
	院内卒業式						
	車いすでの散歩						
			訪問看護師との面談 在宅医探し	調整中止		退院調整	
連携	学校職員	リハビリ技師 臨床工学技士 Dr・Ns	退院調整室・在宅医・訪問看護ステーション	夫・妹がA氏とふれあう時間を確保			
				Ns・Dr リハビリ技師 臨床工学技士			退院調整室・在宅医・訪問看護ステーション

ていた。両親は、A 氏が楽しいと感ずること、好ましいと感ずることを医療者と共有し、伝えることで、最期のそのときを過す場所、どのようなかたちで迎えるか、どのような治療や医療、ケアを受けることがよいかなど考えを深めていった。子供らしく、親らしく、家族らしく過すためには、医療者との意見交換、時間の共有の中でこれまでの A 氏のこと、家族らしさを想起する必要があったのだ。また、A 氏と共に家族の時間を過すことで、終末期患者の家族にある接し方への困惑を和らげ、恐怖と不安から生じた A 氏との距離感を縮め、愛情を確認していくことにつながった。それは、A 氏を精一杯支えていると実感できることで喜びとなり、家族が A 氏の状態をとらえる場ともなった。退院の際、両親から『病状が不安定な中で最後まで車椅子で散歩できたことが後押しとなりました』と語っており、今の状況のなかで“可能なこと”を認識し、QOL の向上を『体験』をきっかけに再考していった。

妹は、両親の姿や、A 氏とのふれあいの中で、

病状が悪化していく A 氏を感じとり、家族を思いやる気持ちを育んでいった。両親は、A 氏を通して成長する子供たちの成長を頼もしく感じ、親らしさや家族らしく過させるあり方、これからの生活を考えるに至った。家族は A 氏の存在をととして自分たちの力をみだし、家族間の繋がりを深めていったのだと考える。

退院後、ケアの主体となる家族を在宅医を中心として、地域全体が支え、A 氏らしさと家族らしさを支えるつながりがあった。医療者が患者や家族の傍らで、子供らしさ、親らしさ、家族らしさを共有していくなかで、家族内の相互作用を深め、家族のもつ力を支えることができたと考える。

引用文献

- 1) 細谷功：象の鼻としゃべり—コミュニケーションギャップのメカニズム、悟桐書院、2010
- 2) 松岡真里：終末期に移行しつつあるとき、とても大切な人ががんになったときに開く本、青海社、2014

標準予防策自己チェックアンケート結果

感染対策室 看護部感染防止委員会

山下由起子

はじめに

標準予防策は感染対策の基本である。感染対策室では看護部感染防止委員会と協同し、平成17年から毎年、看護部職員（看護師、看護補助職員）を対象に【標準予防策自己チェックアンケート】を実施しており、集計結果から標準予防策の遵守率を評価した。

標準予防策自己チェックアンケートの概要

目的

1. 【標準予防策自己チェック】によって標準予防策について振り返る教育的機会とする。
2. 標準予防策遵守率向上に向けた啓発活動を評価するアウトカムのひとつとする。

調査方法：看護部職員全員に質問紙を配布して、個々で回答してもらう。

質問内容：

質問大項目	小項目数
流水と石鹸手洗い	3
アルコール手指消毒	21
ハンドケア	2
手袋の着用	10
エプロン・ガウンの着用	6
サージカルマスクの着用	5
アイプロテクターの着用	3
使用後器具の取り扱い	5
リネンの取り扱い	4
鋭利器材の取り扱い	9
感染性廃棄物の取り扱い	4
咳エチケット	4
合計	76

回答スケール：A できている、B ほとんどできている、C あまりできていない、D 全くできていない、NA 該当しない

結果分析：感染対策室で回答を集計しまとめた。

1. 76設問全体の結果

- 1) 76設問合計の平均の A（：できている）の割合は76%で、昨年と比較して2ポイント減少した。しかし初回調査時（平成17年6月）から比較すると年々増加傾向で、34ポイントの増加があった。
- 2) 76設問合計の平均の A（：できている）の割合を部署別で比較すると、最も高かったのは HD センターの87%であり、昨年と比較しても3ポイント増加していた。
- 3) 9部署すべてで、初回調査時（平成17年6月）と比較して、76設問合計の A（：できている）の割合が増加しており、最も増加したのは西4で45ポイントの増加があった。
- 4) 9部署中4部署で76設問合計の A（：できている）の割合が昨年より増加した。最も増加が大きかったのは OR で、5ポイントの増加だった。

表 1 76設問全体の平均の A（：できている）の割合年別部署別

	全体	西 3	東 3	西 4	東 4	西 5	東 5	OR	HD	外来
平成17年	42%	51%	38%	30%	49%	36%	42%	45%	62%	43%
平成28年	78%	76%	80%	82%	85%	76%	72%	76%	84%	75%
平成29年	76%	71%	75%	75%	76%	73%	74%	81%	87%	76%

2. 12項目ごとの結果

- 1) 12項目中2項目で、昨年より A（：できている）の平均が、増加した。また7項目で減少し、3項目で増減なしであった。
- 2) 12項目の中で【手指衛生：ハンドケア】で、昨年より A（：できている）の平均が最も大きく増加しており、7ポイント増加した。
- 3) 【手指衛生：流水石けん手洗い】の項目では、3設問中2設問で達成ラインをクリアしたが、1設問でボーダーラインをクリアできなかった。
- 4) 【手指衛生：アルコール手指消毒】の項目では、21設問中4設問で昨年度より A（：できている）の割合が増加し、1設問で達成ラインをクリアしたが、4設問でボーダーラインをクリアできなかった。
- 5) 【防護具着用：手袋】では、10設問中4設問で昨年より A（：できている）の割合が増加し、7設問で達成ラインをクリアした。
- 6) 【防護具着用：エプロン・ガウン】では、6設問中2設問で昨年より A（：できている）の割合が増加し、3設問で達成ラインをクリアした。
- 7) 【防護具着用：マスク】では、5設問中1設問で昨年より A（：できている）の割合が増加し、1設問で達成ラインをクリアした。
- 8) 【防護具着用：アイプロテクター】では、3設問すべてで昨年度よりも A（：できている）が増加した。1設問でボーダーラインをクリアできなかった。
- 9) 【使用器具の取扱い】では、5設問中1設問

で昨年より A（：できている）の割合が増加し、1設問で達成ラインをクリアした。

- 10) 【リネンの取扱い】では、5設問中2設問で昨年より A（：できている）の割合が増加した。
- 11) 【鋭利機材の取扱い】では、9設問中5設問で昨年より A（：できている）の割合が増加し、2設問で達成ラインをクリアした。
- 12) 【廃棄物の取扱い】では、4設問中1設問で昨年より A（：できている）の割合が増加し、2設問で達成ラインをクリアした。
- 13) 【咳エチケット】では、4設問中すべてで A（：できている）の割合が昨年と増加がなく、達成ラインをクリアした設問はなかった。

3. 76設問ごとの結果

- 1) 76設問中25設問で、昨年と比較して A（：できている）の割合が増加した。
- 2) 9設問で昨年と比較して A（：できている）の割合が5ポイント以上増加しており、最も大きかったのが、【手指衛生：アルコール手指消毒：携帯する】で、9ポイントの増加があった（表3）。
- 3) 達成ラインをクリアしたのは76設問中19設問だった。
- 4) 特に【防護具着用：手袋】と【防護具着用：エプロン・ガウン】での達成ラインクリアが多かった。
- 5) 9部署すべてで、達成ラインをクリアした設問はなかった。
- 6) 76設問中7設問でボーダーライン未クリアできなかった（A が50%以下）。

表2 項目ごとの平均の A（：できている）の割合、昨年度との比較

	平成17年	平成28年	平成29年	
手指衛生：流水石けん手洗い	62%	77%	77%	増減なし
手指衛生：アルコール手指消毒	28%	71%	69%	2ポイント減少
手指衛生：ハンドケア	28%	53%	60%	7ポイント増加
防護具着用：手袋	63%	91%	90%	1ポイント減少
防護具着用：エプロン・ガウン	34%	91%	89%	2ポイント減少
防護具着用：マスク	64%	88%	86%	2ポイント減少
防護具着用：アイプロテクター	7%	48%	54%	6ポイント増加
使用器具の取扱い	45%	84%	82%	2ポイント減少
リネンの取り扱い	35%	73%	73%	増減なし
鋭利器材の取り扱い	46%	77%	77%	増減なし
廃棄物の取り扱い	68%	91%	89%	2ポイント減少
咳エチケット	33%	66%	62%	4ポイント減少

表3 76設問ごとのAの割合、昨年との比較

項目	設問	平成28年	平成29年	増加ポイント
手指衛生：アルコール手指消毒	CV 挿入前	87%	92%	5
	DIV 挿入前	81%	88%	5
	携帯する	80%	89%	9
ハンドケア		52%	60%	8
防護具着用：アイプロテクター	血液体液で汚染されそうな時	44%	52%	8
	咳くしゃみで汚染されそうな時	34%	40%	6
	適切な廃棄	66%	71%	5
鋭利器材の取り扱い	やむをえないときはすくい取る	86%	91%	5

表4 達成ライン（Aが90%以上）をクリアした設問

項目	設問	A 割合
手指衛生：流水石鹸手洗い	血液体液で汚染時	98%
	細菌芽胞で汚染時	96%
手指衛生：アルコール手指消毒	CV 挿入前	92%
防護具着用：手袋	血液体液に触れるとき	95%
	創傷処置のとき	92%
	排泄に関するケア時	96%
	口腔・気管内吸引処置の時	98%
	汚染器具の処理時	97%
	患者ごとに手袋交換	99%
	手袋汚染・破損時交換	97%
防護具着用：エプロン・ガウン	着衣を血液汚染の可能性	91%
	着衣を体液汚染の可能性	92%
	患者ごとに交換	92%
防護具着用：マスク	自分に咳くしゃみがある時	94%
使用後器具の取り扱い	汚染器具処理後の手指衛生	92%
鋭利器材の取り扱い	やむをえないときすくいとる	91%
	血液曝露時の報告	96%
廃棄物の取り扱い	決められた通り分別	93%
	廃棄容器に常にふた	93%

表5 ボーダーラインがクリアできなかった（Aが50%以下）の設問

項目	設問	A の割合	対昨年度
手指衛生：流水石鹸手洗い	15秒以上こすり洗い	37%	1ポイント増加
手指衛生：アルコール手指消毒	同一患者でケア部位かわる時	37%	4ポイント増加
	経管栄養の接続・はずし	43%	6ポイント増加
	患者環境・医療機器に触れた後	44%	10ポイント減少
	適量使用	36%	8ポイント減少
防護具着用：アイプロテクター	咳くしゃみで汚染されそうな時	40%	6ポイント増加
鋭利器材の取り扱い	廃棄容器の携帯	44%	8ポイント減少

表 6 設問ごとの A の割合、調査開始時との比較

項目	設問	平成17年	平成29年	増加ポイント
手指衛生：アルコール手指消毒	CV 挿入前	41%	92%	51
	採血時患者ごと	38%	88%	50
	防護具をはずしたあと	11%	61%	50
防護具着用：手袋	採血・点滴・注射のとき	9%	76%	67
防護具着用：エプロン	着衣を血液汚染の可能性のとき	15%	91%	76
	着衣を体液汚染の可能性のとき	15%	92%	77
	汚染器具洗浄時	14%	85%	71
	患者ごとの交換	32%	92%	60
防護具：アイプロテクター	適切に廃棄	8%	71%	63
使用後器具の取り扱い	器具洗浄時の防護具着用	16%	70%	54
リネンの取り扱い	汚染シーツ交換時手袋エプロン着用	8%	83%	75
鋭利器材の取り扱い	素手で針を扱わない	35%	85%	50
	廃棄容器は手袋して扱う	20%	87%	67

- 6) 76設問中最も成績の悪かったのは【手指衛生：アルコール手指消毒／適量使用】で、A（：できている）の割合が9部署すべてでボーダーラインがクリアできなかった（A が50% 以下）。さらに昨年と比較しても8ポイント減少した。
- 7) 76設問すべてにおいて、初回調査（平成17年6月）から今回調査（平成29年12月）までの推移をみると、A（：できている）の割合が増加した。特に50ポイント以上の増加があった設問が13設問あった。一番大きく増加したのは【防護具着用：エプロン／汚染器具洗浄時】で76ポイント増加した。
- 8) 76設問中16設問で、C（：あまりできていない）とD（：まったくできていない）がまったくなかった。

4. 部署ごとの比較

- 1) 9部署すべてで昨年と比較して、A（：できている）が増加した設問が10設問以上あった。一番多かったのはOR と外来で44設問だった。
- 2) 9部署で、達成ラインクリア（A が90%以上）した設問数を比較すると最も多かったのがHD で、76設問中52設問、次に多かったのがOR で34設問だった。
- 3) 9部署で、ボーダーラインをクリアしなかった（A が50% 以下）した設問数を比較すると、最も少なかったのがHD の76設問中2設問だった。

表 7 昨年と比較して A が増加した設問数

西 3	東 3	西 4	東 4	西 5	東 5	OR	HD	外来
33設問	17設問	12設問	14設問	27設問	37設問	44設問	43設問	44設問

表 8 達成ラインをクリアした設問数

西 3	東 3	西 4	東 4	西 5	東 5	OR	HD	外来
6 設問	20設問	23設問	29設問	20設問	22設問	34設問	52設問	23設問

表 9 ボーダーライン未クリアの設問数

西 3	東 3	西 4	東 4	西 5	東 5	OR	HD	外来
9 設問	10設問	7 設問	8 設問	8 設問	10設問	4 設問	2 設問	8 設問

ま と め

下呂温泉病院看護部職員における標準予防策の遵守率は経年的に向上してきている。

全体的には遵守率が向上している中で、感染対策の要といえる手指衛生、特にアルコール手指消

毒については、遵守率が50%をきっている項目があり、今後も啓発が必要である。

標準予防策全体および項目ごとの遵守率について部署間で格差が出ており、部署ごとに弱点に的を絞った啓発活動が必要である。

カテーテル関連尿路感染サーベイランス 経過報告

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 感染対策室

今井葉穂子

はじめに

サーベイランスという英単語には、「監視する」「注意深く観察する」といった意味がある。坂本は、感染予防におけるサーベイランスの定義は、「医療関連感染の発生に関するデータを、疫学原則に基づいて収集、分析、解釈し、フィードバックする活動」と述べている¹⁾。サーベイランスのもっとも重要な目的は、医療関連感染の日常的な発生率を明らかにし、これを減少させることである。医療器具・手技関連感染サーベイランスには中心ライン関連感染・人工呼吸器関連事象・カテーテル関連尿路感染・手術部位感染がある。当院では現在、医療器具・手技関連感染サーベイランスを実施されておらず日常的な感染率の把握ができていない。サーベイランスの決定は主にハイリスク（感染リスクが高い）、ハイボリューム（頻繁に実施される医療処置）、ハイコスト（感染を起こした際、病院経済だけでなく、法的責任、風評被害を含めた損失）に焦点を当てて行う。当院では人工呼吸器の使用数や中心ライン留置数、手術件数は多いとはいえない。よって今回当院で最も使用頻度の高い医療器具である尿道留置カテーテルに関連した尿路感染（以下 CAUTI: Catheter-associated urinary tract infection と表す）について日常的な発生率を明らかにするために、サーベイランスを行うこととした。3月31日現在データの収集中であるため今回は経過報告を行う。

1. サーベイランスの目的

CDC が推奨している主な医療機器・手技関連感染サーベイランスには前記の4種類がある。一般的に医療機関での発生頻度が高いのはカテーテル関連尿路感染症といわれており、致死率は高くないが適切なケアで感染予防が可能である。当院で最も使用頻度の高い医療関連器具は尿道留置カテーテルであり、急性期病棟での治療に関する尿量管理・安静の指示といった医師の指示によるカテーテル留置が多いことが考えられる。よって当院の急性期病棟における内科病棟においてサーベ

イランスを実施し、使用比と感染の有無を明らかにするとともに、感染防止技術の評価と検討をおこなう。

2. サーベイランスの目標

- 1) 急性期内科病棟におけるカテーテル関連尿路感染の発生状況の把握ができる。
- 2) カテーテル関連尿路感染を予防するための感染防止策を提案することができる。
- 3) スタッフの感染対策に対する行動の動機づけとすることができる。

3. サーベイランスの実施方法

【サーベイランスの種類】

カテーテル関連尿路感染サーベイランス

【実施部署】

急性期内科病棟（東5階病棟）

【実施期間】

平成30年1月1日から6月30日までの6か月（データ収集）

（バルンカテーテル留置患者把握表の記入方法の定着化のため、平成29年12月を導入月とする。この月はデータ収集を目的としない。）

【対象患者の特定】

急性期内科病棟の患者で、尿道留置カテーテルが挿入されている患者を対象とする。

- ・転院・死亡時はその時点で終了とする。
- ・転棟した場合、転棟後48時間は追跡する。
- ・他病棟で挿入され48時間以内に尿路感染が確認された場合は対象としない。
- ・救急外来、内科外来、東5階病棟で挿入された場合および、入院した時点で入院前より訪問看護師等により持続的に留置されている場合もカウントする。入院日より退院前日までの日数を留置日としてカウントする。

【情報収集項目】

- ・患者氏名、患者 ID、年齢、性別
- ・内科病棟への入院および退院日、転出先の病棟と転出日
- ・尿道留置カテーテルの挿入日、抜去日
- ・尿検体の採取時に尿道留置カテーテルを留置し

ているか

- ・尿検体の採取時から過去48時間以内にカテーテルを抜去しているか
- ・のべ入院患者数、のべ尿道留置カテーテル使用日数

以下については情報収集の時間より前1週間以内のデータを情報収集する。

- ・発熱（＞38℃）、恥骨上の圧痛、肋骨脊柱角の疼痛・圧痛
- ・発熱（＞38℃）、尿意切迫、頻尿、排尿困難、恥骨上の圧痛、肋骨脊柱角の疼痛・圧痛
- ・尿培養での微生物の分離状況（尿培養で1mlあたり105CFU以上かつ2種類以下の微生物の分離の有無）
- ・尿検査の結果（少なくともひとつ）

- ①尿検査用スティックで、白血球エステラーゼと硝酸塩試験のいずれかまたは両方が陽性
 - ②濃尿（遠心沈殿していない尿で白血球が10個/mm³以上、あるいは遠心沈殿した尿で白血球が3個/高倍率視野以上である検体）
 - ③遠心沈殿していない尿のグラム染色で微生物が確認されること。
- ・低血圧（収縮期血圧≤90mmHg）の有無、尿量減少（＜20cc/時間）の有無

【情報収集の方法】

- ・ワークシート（分子データ用・分母シート・バルンカテーテル留置患者把握表）を作成し、その基準に沿って情報収集を行う。
- ・カテーテルが留置されている患者について、病棟看護師にワークシート記入の協力を依頼する。

●協力を依頼する内容●

毎日24時において東5階に入院している患者のうち、尿道カテーテルが留置されている患者について夜勤リーダーがワークシートに記入する。

▶ ID、患者氏名、チェック日当日に留置されていれば○、抜去されれば抜去と記入

▶入院日には挿入場所と挿入理由：救急外来および内科外来で挿入して東5階病棟へ入院する際には、外来看護師が申し送った挿入理由

- ・カルテおよび把握表からのデータ収集は自己でおこなう。

- ・診療録・看護記録を参照し、必要時には直接観察と担当看護師からの情報収集をおこなう。

（バルンカテーテルの日常的な管理方法、留置時の清潔操作）

【情報収集日時】

- ・分母データは毎週木曜日の認定看護師活動日の時間内に、活動日前日より7日分の情報収集を行う。

【判定者】

今井

判定困難時の対応：専従の認定看護師に相談し、主治医の見解を聞いたうえで検討する。

【感染症の判定基準】

- ・日本環境感染学会 JHAIS（Japanese Healthcare Associated Infections Surveillance）委員会の感染の定義（資料①）、および判定基準（資料②）を用いる。

【計算式】

尿道留置カテーテル使用比＝のべ尿道留置カテーテル使用日数÷のべ入院患者日数

感染率＝感染件数÷のべ尿道留置カテーテル使用日数×1000

【データ分析方法】

- ・CAUTI感染率を日本環境感染学会 JHAIS（Japanese Healthcare Associated Infections Surveillance）委員会のデータとベンチマーキングする。
- ・CAUTI予防対策（バンドル）のプロセスと感染率を評価する。

【フィードバック】

- ・サーベイランスのデータ及び分析結果を東5階病棟にフィードバックする。
- ・フィードバックは病棟会議の時間を利用して行う。

【実施したサーベイランスについての評価方法】

- ・CAUTIサーベイランスカウント表・CAUTIサーベイランス個別シートの見直しを行い、修正点を明らかにする。
- ・フィードバック後に病棟看護師にアンケートを行い、サーベイランス中に困ったことや疑問点がなかったかの確認を行う。

4. サーベイランスデータ 経過報告 （H30年1月1日から3月31日まで）

【期間】平成30年1月1日から3月31日

【対象場所】東5階病棟（急性期内科病棟）

【のべ入院患者日数】2889 patient-days

【のべ尿道留置カテーテル留置日数】509 device-days

①カテーテル関連尿路感染発生密度率（感染率）

$$\frac{0}{509} \times 1000 = 0$$

②使用比

$$\frac{509}{2889} = 0.18$$

感染率と使用比についての評価は6か月間のデータ収集が終了した時点で行なう。

③尿道留置カテーテル 挿入理由

理由	件数	理由	件数
精密尿量測定	29	褥瘡・創汚染予防	3
安静指示	9	終末期で患者の安楽	3
尿閉	3	その他	16
神経因性膀胱	3		

(重複した件数も含む)

尿道留置カテーテルの挿入理由として、精密尿量測定の指示によるものが最も多く、次いでその他の理由によるもの、安静の指示によるものが多かった。

その他の内容として

- ・前立腺がんにより排尿障害あり入院前より留置中
 - ・子宮脱あり入院前から導尿5回/日 臍気強く体動困難
 - ・入院前より介護負担軽減のため留置中
 - ・体動時疼痛
 - ・重症
 - ・体温測定
 - ・尿道狭窄あり入院前より留置
 - ・体動で胸痛
 - ・医師の指示（急性腎盂腎炎のため尿路確保）
- といったものが挙げられた。

④尿道留置カテーテルの挿入場所

総数56件

挿入場所	件数
救急外来	14
内科外来	0
東5階病棟	29
その他	13

その他の挿入場所の内訳は、在宅（訪問看護師）8件、他病棟2件、施設2件、当院泌尿器科外来1件であった。

⑤尿道留置カテーテルの年齢別にみる使用件数

総数56件

年齢	件数	年齢	件数
20～29歳	1	60～69歳	5
30～39歳	1	70～79歳	6
40～49歳	0	80～89歳	25
50～59歳	0	90～99歳	18

80歳代から90歳代の留置患者が多い。

⑥尿道留置カテーテル平均留置期間

のべ尿道留置カテーテル留置日数

509 device-days 総数56件

尿道留置カテーテル留置場所「その他」13件は、東5階へ患者が入院する前から継続して留置されているケースである。この件数を含まず、東5階でのカテーテル挿入から抜去までの平均留置期間を算出する。

上記より 尿道留置カテーテル挿入場所「その他」に該当する留置日数を除いた数

345 device-days

尿道留置カテーテル挿入場所「その他」に該当する件数を除いた数 40件

$$\frac{345}{40} = 8.6日$$

⑦感染防止技術の評価

【サーベイランス中にラウンドし気づいたこと】

- 1/5 尿バッグが床についていた。
- 2/15 尿バッグが床についていた。
担当者にフィードバックをおこなった。
- 2/22 尿バッグが床についていなかった。
陰部洗浄ボトルはベッドパンウォッシャーと乾燥機を使用したものを患者ごとに使用されている。
- 3/1 尿バッグが床についていた（1件）。担当者より食事介助のためベッドを下げた際についてしまいそのままだったと。
カテーテルを下腹部および大腿に固定している方は6名中1名のみ。スタッフにインタビューすると「潰瘍ができるのでしていません」との返答。
カテーテルを固定しているのは入院前から尿道狭窄のためバルン管理している患者さんであり、自分で綿のひもでベルト風にして固定されていた。
尿バッグを床に置かないことやカテーテルを固定することは当院の看護手順に記載されている。看護手順に沿った看護を

すすめるとともに、サーベイランス結果をふまえカテーテル関連尿路感染予防マニュアルの作成予定である。

5. 引用・参考文献

- 1) 坂本史衣. 感染予防のためのサーベイランス Q & A. 第2版, 2015, 152p.

資料①

【感染の定義】

カテーテル関連尿路感染 (CAUTI)

尿道カテーテル関連尿路感染 (Catheter-associated UTI [CAUTI]) イベント
尿路感染 (Urinary Tract infections : UTI) は、
症候性尿路感染 (Symptomatic Urinary tract Infection : SUTI) の基準によって判定される。
イベント発生日 (Date of event : DOE) : 7 日間の感染ウインドウ期の中に発生し、判定基準の構成要素が最初に使用された日。

同義語 : infection date、event date

留置カテーテル : 尿道を通じて膀胱内に挿入され、留置され、ドレナージバッグ (レッグバッグを含む) に接続されたドレナージチューブ。フォーリーカテーテルとも呼ばれる。コンドームや導尿カテーテルは含まない。また、フォーリーカテーテルを含まない腎瘻チューブ、回腸導管、恥骨カテーテルも含まない。観血的あるいは持続灌流に用いられる尿道カテーテルは CAUTI サーベイランスに含まれる。

尿道カテーテル関連尿路感染 (Catheter-associated UTI : CAUTI) : 尿道カテーテルを挿入した日を 1 日目として、2 暦日を超えた日にイベントが発生し、

そして

イベントの発生日またはそれ以前に尿道カテーテルが留置されていた場合の尿路感染。もし、尿道カテーテルが 2 暦日を超えて留置され、そして抜去された場合は、カテーテル関連の尿路感染のイベント発生日はカテーテル抜去日またはその翌日でなければならない。

カテーテルの使用に関連した尿路感染の例 :

- ・抜去・再挿入された尿道カテーテル : 尿道カテーテルを抜去した後に、患者が少なくとも 1 暦日 (24 時間という意味ではない) 尿道カテーテルを留置しなければ、尿道カテーテルの留置日は新たにカウントする。(尿道カテーテルが留置

されていない状態で 1 暦日が経過することなく、新たな尿道カテーテルが挿入された場合は、尿道カテーテルの留置日は継続してカウントする。

資料②

症候性尿路感染 (Symptomatic Urinary Tract Infection : SUTI) の判定基準

SUTI は、以下の判定基準の少なくとも 1 つを満たさなければならない。

基準 SUTI la-1

以下の 3 つを全て満たすこと :

1. 患者に、尿道カテーテルが 2 日を超えて (留置された日 = 1 日目) 留置され、かつイベント発生日に尿道カテーテルを留置されていた *
2. 患者に、他に確認された原因がなく、以下の徴候や症状が少なくとも 1 つある :

- ・発熱 (>38.0℃)
- ・恥骨上の圧痛
- ・肋骨脊椎角の痛みまたは圧痛

3. 尿培養で少なくとも 1 種類の微生物数が 105CFU/ml 以上で、微生物の種類が 2 種類以下である。全ての UTI の判定基準の要素は、感染のウインドウ期の中に発生している。

基準 SUTI la-2

以下の 3 つを全て満たすこと :

1. 患者に、尿道カテーテルが 2 日を超えて (留置された日 = 1 日目) 留置され、かつイベント発生よりも前に尿道カテーテルが抜去されていた *
2. 患者に、他に確認された原因がなく、以下の徴候や症状が少なくとも 1 つある :

- ・発熱 (>38.0℃)
- ・恥骨上の圧痛
- ・肋骨脊椎角の痛みまたは圧痛
- ・尿意切迫
- ・頻尿
- ・排尿障害

3. 尿培養で少なくとも 1 種類の微生物数が 105CFU/ml 以上で、微生物の種類が 2 種類以下である。全ての UTI の判定基準の要素は、感染のウインドウ期の中に発生している。

註

・“尿意切迫” “頻尿” “排尿障害” といった症状は、尿道カテーテル抜去後の患者には使用できる。

基準 SUTI 2

以下の 3 つを全て満たすこと：

1. 患者が 1 歳以下である
2. 患者に、他に確認された原因がなく、以下の徴候や症状が少なくとも 1 つある：
 - ・発熱 (>38.0℃)
 - ・低体温 (<36.0℃)
 - ・無呼吸
 - ・徐脈
 - ・排尿障害
 - ・傾眠
 - ・嘔吐
 - ・恥骨上の圧痛
3. 尿培養で少なくとも 1 種類の微生物数が 10⁵CFU/ml 以上で、微生物の種類が 2 種類以下である。全ての UTI の判定基準の要素

は、感染のウインドウ期の間に発生している。

※なお、NHSN の SUTI の診断基準には、この他に “SUTI 1 b” がある。JHAIS では、CAUTI のみを報告対象としていることから、今回 “SUTI 1 b” は記載していない。なお、“SUTI 2” は尿道カテーテルを留置していない患者の尿路感染の判定基準としても使用される。

一般社団法人日本環境感染学会 医療器具関連感染サーベイランス部門

サーベイランスに使用する用語と判定の定義.

http://www.kankyokansen.org/modules/iinkai/index.php?content_id=6

より抜粋し作成

H29.11.9

退院調整担当4年間のまとめ

退院調整担当

山下久美子

平成26年度より退院調整担当となった。その間、診療報酬が2回、介護報酬が1回改定された。いずれの改定も地域包括ケアシステムの構築が改定の柱であった。当院では平成26年5月から新病院に移転し、東4階病棟が地域包括ケア病棟となった。その後、西4階病棟も地域包括ケア病棟となり、院内での病床機能が整理され、地域における病院の役割も少しずつ変わってきた。

今回、4年間の退院調整担当業務及び退院支援患者についてまとめた。平成30年度の同時改定の柱は「病院・病床の機能分化」、「地域包括ケアシステムの推進」の2点と言われ、今以上に当院における退院支援の強化が求められる。今回のまとめをもとに、退院調整担当の課題について整理した。

1. 退院調整業務内容と件数の推移

平成27年度から29年度（平成30年1月末まで）の業務件数について退院調整業務日誌を参考にまとめた。平成27年度の業務件数は5759件、平成28年度の業務件数は6809件、平成29年度（1月末まで）は8489件と業務件数は大幅に増加していた。

業務内容別でみると、「電話対応」、「ケアマネジャーとの調整」、「病棟看護師との調整」の順で

件数が多い。年度別の変化では「面談」、「医師との調整」、「ケアマネジャーとの調整」、「その他」が増加している。「電話対応」は施設、患者・家族、高齢福祉課等との調整が多い。「その他」は入院患者の入院時カンファレンス、介護保険の訪問調査の同席などである。

「ケアマネジャーとの調整」は件数・伸び幅が多い。相談の対象は入院患者だけでなく、外来通院患者に対する内容も増えている。これは、退院調整担当の相談窓口としての定着を示している。また、どのような相談にも対応した結果である。

2年前より急性期病棟の入院時カンファレンスに参加している。カンファレンスでは入院前の生活状況の情報提供、退院支援の必要性について助言している。入院早期からの退院支援に貢献できた。

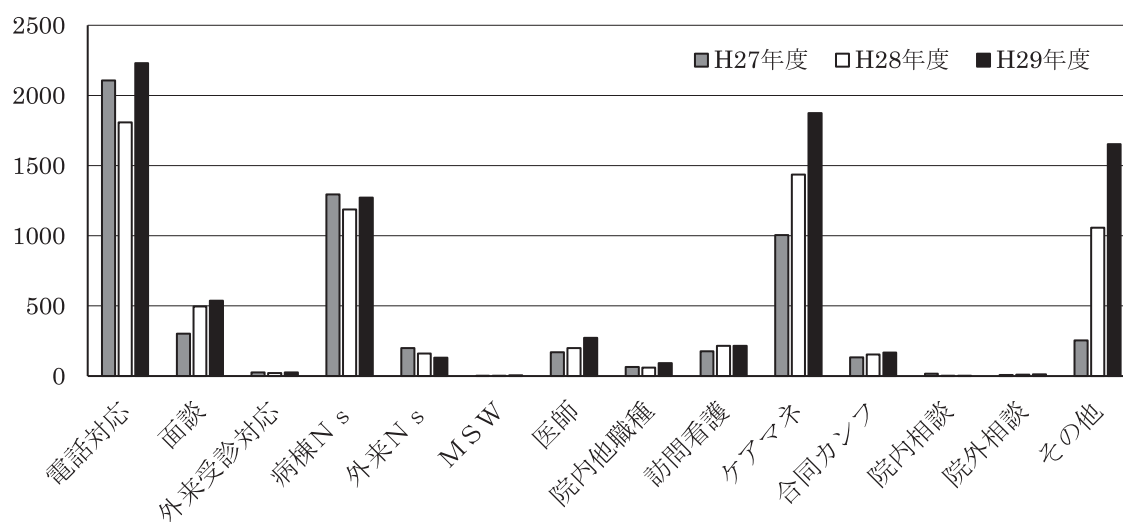


図 1 退院調整業務内容と件数の推移

2. 退院支援患者のまとめ

※ H29年度統計は H30年 1 月 31 まで

1) 退院支援患者件数

相談件数は平成26年度383件、平成27年度298件、平成28年度349件、平成29年度（1月末まで）が223件だった。

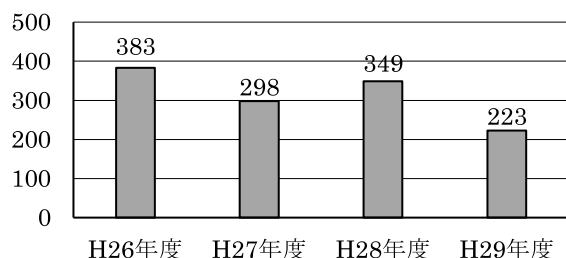


図2 退院支援患者件数

2) 病棟別の退院支援患者

病棟別の退院支援患者数は図3のとおりである。平成26年度に東4階病棟が地域包括ケア病棟になった。それに伴い、平成26～27年度は東4階病棟入院患者の支援が多かった。平成27年3月か

ら西4階病棟も地域包括ケア病棟となった。急性期病棟から東西の地域包括ケア病棟に転棟する患者が増え、現在は東4階、西4階の入院患者への退院支援が中心となっている。

3) 退院支援患者の平均年齢

平成26年度は82.5歳、平成27年度は83.4歳、平成28年度は82.7歳、平成29年度は83.5歳だった。高齢の退院支援患者は入院前から生活上の課題及び医療上の課題を抱えている場合が多い。病棟看護師が入院時に行う「退院調整スクリーニング」では、退院後の生活支援や療養支援が必要と予測している。入院早期からのチームカンファレンスの充実、入院時の地域の支援担当者との連携が重要である。

4) 退院支援患者の退院先

4年間の退院先は自宅が最も多く、次いで施設への退院の順である。

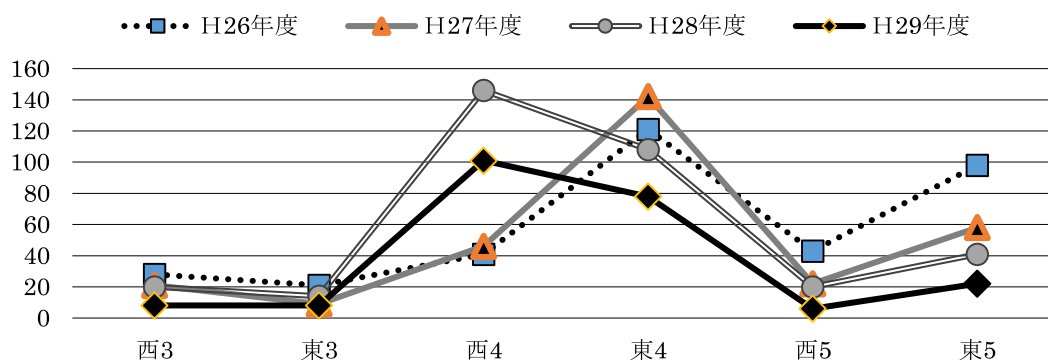


図3 病棟別の退院支援患者（件）

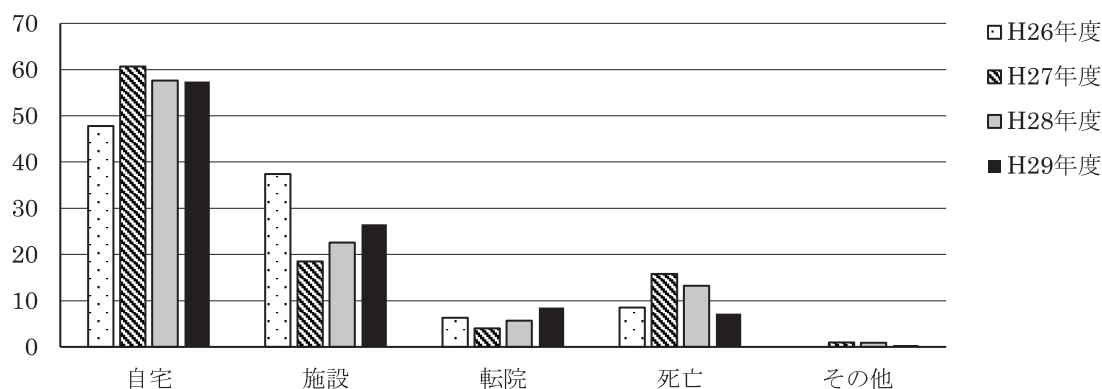


図4 退院先（%）

5) 平均在院日数

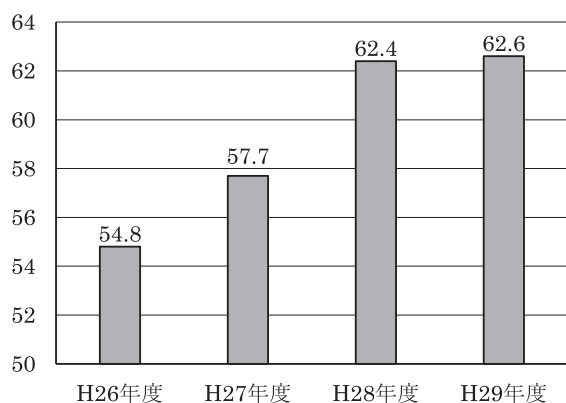


図5 平均在院日数

退院支援患者の在院日数は平成26年度が54.8日、平成27年度は57.7日、平成28年度は62.4日、平成29年度は62.6日と年々長くなっている。急性期病棟入院後、地域包括ケア病棟へ転棟する患者が多く、その影響がある。また、病状が不安定で治療の継続が必要となり、急性期病棟で長期入院となっている患者の影響もある。

6) 退院支援患者の分類

平成27年度から退院支援患者分類（宇都宮の分類）をもとに退院支援が必要な患者を整理している。3年間の累計は図6のとおりである。退院支援患者は「C生活様式の再編が必要な患者」が最も多く、次いで「A入退院を繰り返す患者」「B継続医療が必要な患者」の順であり、3年間ほぼ同様の結果である。

高齢の入院患者が多く、疾患や入院によりADLが低下し退院後の療養の場の検討や介護保険サービスの利用が必要な患者が多い。入院直後からADLを低下させない働きかけが重要となる。また、患者の入院前の生活様式や課題を踏まえた支援が必要であり、リハビリ担当者や薬剤師、栄養士などの院内他職種との連携を強化する。

7) 会議件数

入退院を繰り返す患者や継続医療が必要な患者には継続看護が必須となる。毎年、継続看護委員会では病棟看護師から外来看護師への継続看護連

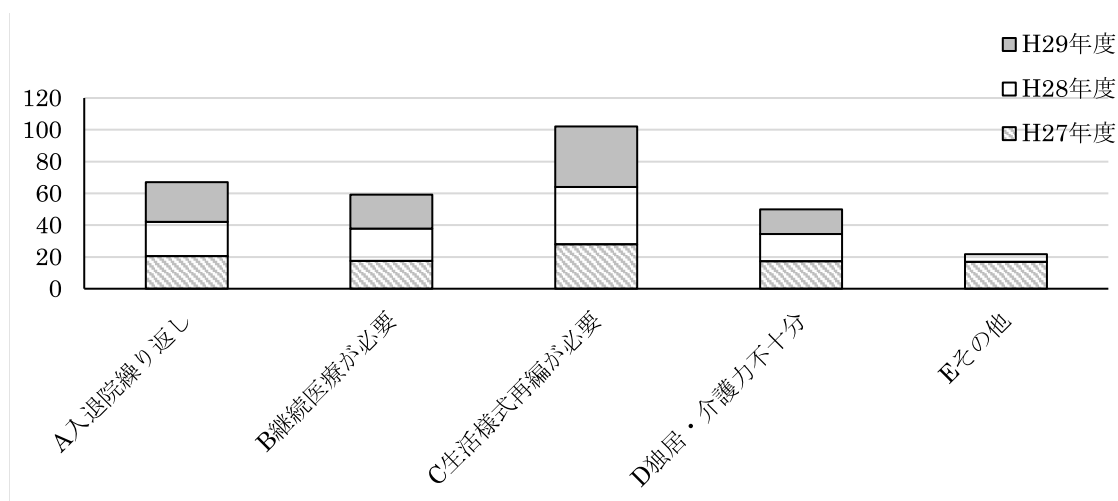


図6 退院支援患者分類

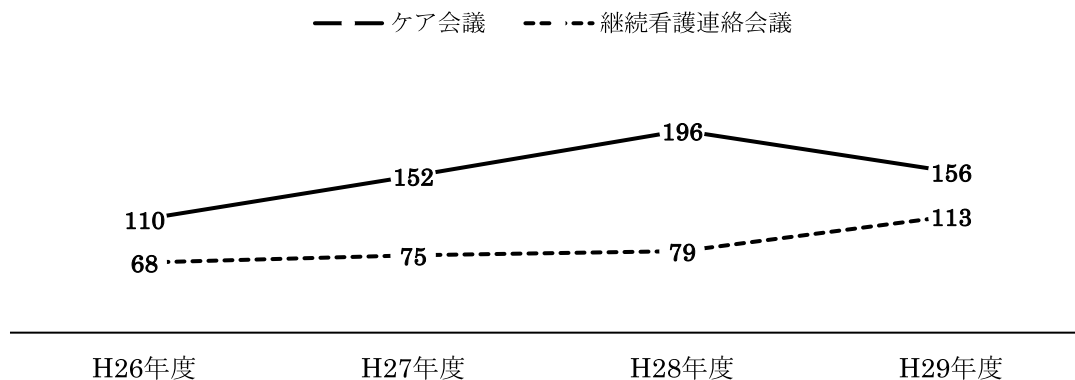


図7 会議件数

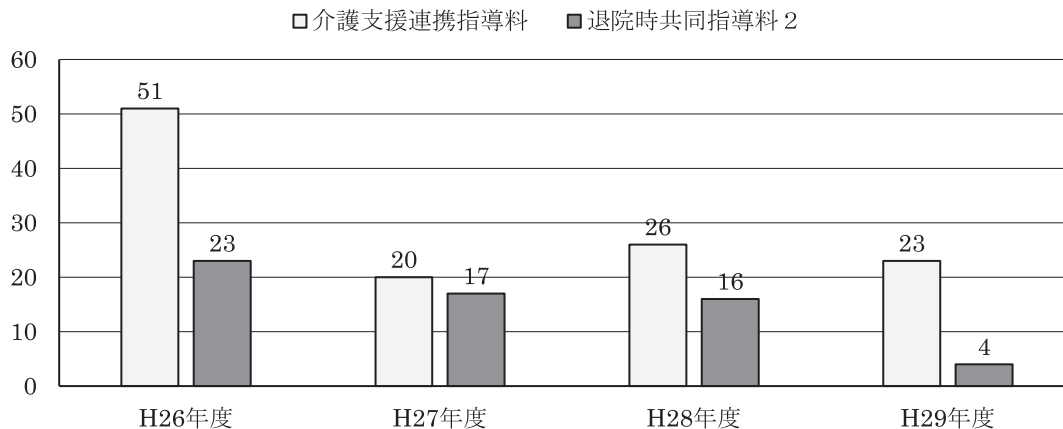


図 8 介護支援連携指導料と退院後訪問指導料 2

絡会議の充実を目標に掲げている。継続看護連絡会議は平成26年度から年々増え、今年度は113件（1月末まで）と件数が増加した。院内看護師の継続看護に対する意識の高さが伺えた。

ケア会議件数は150件を超えている。退院や在宅療養に課題がある患者が多くなっており、入院中に数回会議を開催し支援するケースも増えている。合同カンファレンスや退院前ケア会議は支援の方向性や支援内容について検討する場である。退院調整担当として、開催の適切なタイミングと参加者の選定について助言できた。

3. 退院支援に係る診療報酬

※ H29年度統計は H30年 1 月31 まで

1) 介護支援連携指導料（400点）

介護支援連携指導料は入院中のケアマネジャーとの協働・連携を評価した診療報酬である。算定の対象は急性期病棟の入院患者に限られる。平成26年度は急性期病棟における支援患者が多く、算定件数が51件と多かった。平成27年度以降は20～26件の算定となっている。先に述べたとおり、急性期病棟から地域包括ケア病棟または回復期リハビリテーション病棟に転棟する患者が多いため、算定件数はなかなか伸びない。

今年度は昨年度の成果発表をもとに、①入院直後のケアマネジャーとの情報共有、②入院7日以内のカンファレンスへのケアマネジャー参加、③退院前のケアプラン原案作成に必要な情報提供、この3時点を意識しケアマネジャーとの連携を図った。入院早期のケアマネジャーとの情報共有はできている。その方法は紙面（利用者情報提供書）の提供、相談室窓口や電話での情報共有である。介護支援連携指導料は患者・家族を

交え、相談や面談した場合に算定できる診療報酬であり、上記の情報共有だけでは算定につながらない。入院早期の患者・家族面談の最も良い機会には医師からの病状説明場面である。退院支援担当が医師の病状説明に同席する場面は今年度も多かった。対象患者は経口摂取ができず栄養・水分摂取方法の検討が必要な患者、療養場所の変更が必要な患者、看取り患者などであり、必要な事例にはケアマネジャーの同席を調整できた。生活上・医療上の課題がある患者については、患者・家族の同意を得てケアマネジャーの参加を設定する。入院前の生活状況や課題、病状や治療方針など、双方の情報共有提供と共有がその後の支援に有効である。

2) 退院時共同指導料 2（400点）

退院時共同指導料 2 は入院中のカンファレンス（ケア会議等）に在宅医または在宅医の指示を受けた医療関係者が出席した場合に算定でき、出席メンバーにより加算も算定できる。退院時共同指導料 2 も急性期病棟の入院患者に限られる。

図 8 のとおり、算定件数は年々減少している。当院では急性期病棟の退院前ケア会議に訪問看護ステーションが参加した際に算定する場合が多い。主治医、在宅医が会議に参加すると評価が高いが、医師の参加はなかなか難しい。双方の医師が会議に参加できると病状や療養上の注意点などが確認しあえる。患者・家族はもちろんサービス担当者も安心できる。来年度も医療連携が必要な患者の連携を充実させたい。

3) 退院支援加算 2（190点）

平成28年度の診療報酬改定で退院支援加算 1

表 1 退院支援加算 2

年度	件
H28 年度	218
H29 年度	182

(600点)が新設された。退院支援加算 2 はそれまでの退院調整加算の名称を改め、退院支援加算 2 となった。

当院では平成28年度から退院支援加算 2 を算定している。退院支援加算 2 は急性期病棟患者の退院支援が評価され、退院時に算定される。2 年間の算定状況は表 1 のとおりである。月平均で見ると18.2件の算定である。今年度の退院支援加算 2 の算定事例について振り返ると、退院支援加算 1 の算定に十分つなげられる事例が多かった。退院支援加算 1 では退院支援計画書の立案が「入院日から 3 日以内」となっている。退院支援加算 2 の算定患者の91.2%は 3 日以内に計画書を立ち上げ支援できていた。現在は退院支援加算 1 の算定条件の一部が整備できず申請に至っていない。退院支援加算 1 は地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーションからの退院支援も評価される。いずれの病棟でも質の高い退院支援を行っている。その対価として退院支援加算 1 の算定を来年度こそ目指したい。

ま と め

今回のまとめにより、今後の課題が明確にできた。

- 1) 入院早期からの退院支援：チームカンファレンスの充実、地域の支援担当者との連携
- 2) 院内他職種との協働
- 3) 在宅医療担当者(在宅医、訪問看護ステーションなど)との連携強化

上記の課題達成に向け、病棟看護師、外来看護師と共に取り組み、介護支援連携指導料、退院時共同指導料 2、退院支援加算の算定に繋げる。

地域包括ケアシステムの推進が提示され、当院においても「退院支援」「在宅療養支援」に力が注がれ、支援の質向上を感じている。来年度は診療報酬と介護報酬の同時改定である。退院支援に関しては今以上の積極的な退院支援が求められる。特に、「入院前からの退院支援の強化」、「入院早期からの退院支援」について評価する改定となる。在宅療養者の外来通院中及び入院早期にケアマネージャーや自治体などと積極的に連携を図る。

今年度、継続看護委員会では退院支援の標準化を目標に「退院支援マニュアル」を作成した。当院における退院支援の指針になる内容である。来年度は退院支援マニュアルを活用し、退院支援、在宅療養支援に取り組む。

参 考 文 献

- 1) 宇都宮宏子ほか：看護がつながる在宅療養移行支援，日本看護協会出版会，2014
- 2) 塚越篤子・鳥海和輝：看護展望 特集2018年度診療報酬・介護報酬をダブル改定を読む，メジカルフレンド社．

レモンを使用した嗅覚・味覚刺激による唾液分泌量の検証

下呂温泉病院 東5階病棟

中島朋子

はじめに

食事をすることは、日常生活の楽しみの一つと言える。しかし、消化器疾患や嚥下障害を伴う疾患により入院した患者に対し絶飲食の指示が出されると、入院当日より口腔乾燥や口渇に伴う苦痛の訴えがしばしば聞かれる。嚥下障害を有する高齢者については、食事摂取開始後も、食欲低下や味覚変化の訴えから摂取量の向上がみられないことが多い。

「唾液は消化液として食物を消化すると共に、食塊の形成から嚥下までを助ける働きがある。また、口腔粘膜や歯を保護して口腔の生理機能を維持する働きがある。会話のときに舌や口唇の運動を円滑にする働きもある。この他にも酸やアルカリを中和する緩衝作用、再石灰化作用、抗菌作用を有する。」と報告されている¹⁾。このことから、唾液の減少が私達に及ぼす影響は大きいといえる。

現在、内科病棟では患者に対し、口腔ケアに加え保湿ジェルやスプレー、口腔ケアシート等を用いて口腔内の保湿を図っている。しかし、スプレーやシートでは一時的な保湿を図れても、患者自身の唾液分泌を促す刺激には繋がっていないのではないかと感じる。また、保湿ジェルは口呼吸の患者に対し、適切な使用方法でないと口腔内に痰と共に塊を生じるリスクもある。

そこで、日々のケアを行う際に、身近なレモン果汁を利用し味覚を刺激する事により、唾液分泌を促し、口腔内の保湿を図ることが出来ないか、また嗅覚刺激では味覚同様の効果を得ることは出来ないかと考え、今回の検証を行う事とした。

I 研究目的

市販のレモン香料とレモン果汁により、唾液分泌促進が得られるかどうか、またその分泌量、持続時間に差が生じるかを検証する。

II 研究方法

1. 被験者：院内スタッフ50名（男性13名、女性37名、事前に口腔内に炎症等が無い、アレ

ルギーを有していないか確認済）

2. 期間：2017年9月1日～20日
3. 使用物品：0.1gにカットしたガーゼ、レモン果汁（果汁100%、濃縮還元）、レモンオイル（エッセンシャルオイル）、電子天秤（0.001gまで測定可能なもの）
4. 実験方法：ガーゼを左右の舌下に入れ、刺激無・レモン香料を3度鼻腔より吸い込む・レモン果汁を舌の酸味領域に塗布の3条件でそれぞれ1分後、3分後の重量を測定しt-検定を用いて分析した（図1）。
5. 倫理的配慮：対象者には研究目的・測定方法を説明し同意を得た。この研究で得たデータは個人が特定されないこと、同意を得た後も中止出来ること、プライバシーが保護されることを配慮した。

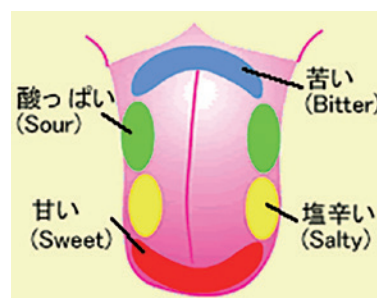


図1 味覚領域

III 結果

1. 刺激の有無による変化

1分後の唾液分泌量は、刺激無で平均0.599g、嗅覚刺激で1.448g、味覚刺激で0.846gであった。

3分後の唾液分泌量は、刺激無で平均0.956g、嗅覚刺激で1.038g、味覚刺激で1.229gであった。

それぞれについて、等分散を仮定したt-検定を用いて分析を行った（ $p < 0.05$ ）。

刺激無と香料1分（ $p=1.19E-10$ ）、果汁1分（ $p=0.001$ ）、果汁3分（ $p=0.002$ ）では差がみられたが、刺激無と香料3分（ $p=0.155$ ）では、有意差は見られなかった。

感覚刺激により全ての被験者について唾液分泌量の増加がみられた（図2、3）。

2. 嗅覚と味覚刺激による唾液分泌量の差の有無

1分後の嗅覚刺激と味覚刺激では、
($p=4.59E-07$)で、嗅覚刺激による唾液分泌量増加が優位となった。

3分後の嗅覚刺激と味覚刺激では、
($p=0.025$)で、味覚刺激による唾液分泌量増加が優位となった。

また、最も唾液分泌量が増加したのは嗅覚刺激1分後であった(図4)。

3. 嗅覚と味覚刺激の持続性

味覚刺激では、1分後より3分後の唾液分泌量が増加し、持続性があったが、嗅覚刺激では、1分後より3分後の唾液分泌量が減少し、持続性は無かった(図4、5)。

IV 考 察

刺激による唾液分泌量の増加は、嗅覚・味覚共にみられた。検証実施前、味覚刺激の方が嗅覚刺激よりも唾液分泌量が増加するのではないかと考えていたが、刺激直後では、嗅覚刺激が最も唾液

分泌量を増加させた。

刺激による唾液分泌量の持続については、嗅覚刺激では効果が持続しないが、味覚刺激では持続的に唾液分泌作用があるという結果が得られた。

「唾液は摂食嚥下のプロセスにおいて重要な役割を担っている。また、唾液は味物質を溶解して、味物質が味蕾の味受容体容器に届きやすくする働きを有する。」²⁾ さらに、「唾液の不足による口腔粘膜乾燥や感染症の増加は味細胞の機能低下を招くため、唾液には味受容体の保護といった重要な役割もある。」と報告されている³⁾。

このことから、口腔ケア前に嗅覚刺激で瞬間的な唾液分泌を促し、口腔ケア時には、レモン水を使用し味覚刺激で持続的な唾液分泌を促すことが効果的ではないかと考える。

今回の検証により、口腔ケア時にレモンを用いて嗅覚、味覚刺激を行う事で、唾液分泌量を増加させ、唾液本来の効果を併用し口腔乾燥に伴う苦痛の緩和に繋げられるのではないかとという可能性が見出せた。唾液分泌量が増えること加えて、レモンに含まれるリモネンには食欲増進効果、クエ

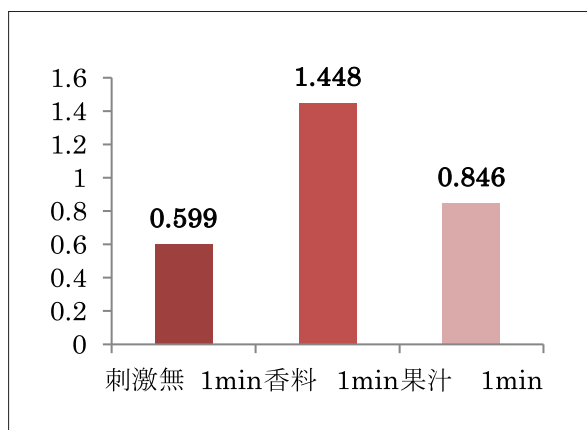


図2 刺激の有無による変化 1分後 (g)

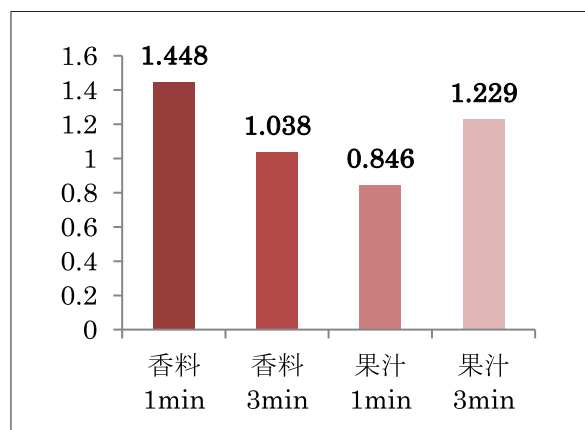


図4 嗅覚と味覚刺激による唾液分泌量の差 (g)

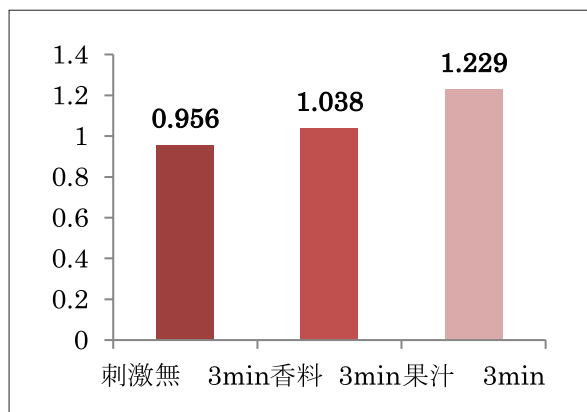


図3 刺激の有無による変化 3分後 (g)

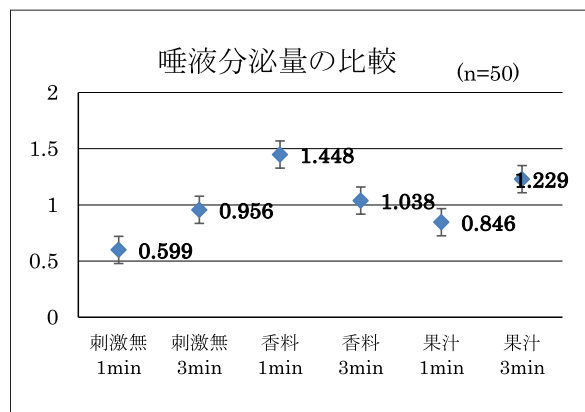


図5 唾液分泌量の比較 (g)

ン酸には抗菌作用があり、食事を楽しむこと、消化吸収機能低下を防ぐこと、口腔内を清潔に保つことに役立ち、20代～50代の年齢の変化に関係なく全ての被験者に唾液の増加を認めた。このことからレモンを使用することにより、加齢性変化に伴い衰える機能の保持、回復も望めるのではないかと考える。

口腔内を、保湿剤を用いて湿潤に保つことや、口腔粘膜の保護することは出来るが、嗅覚、味覚刺激を行う事でその人が本来有する唾液の分泌による口腔内の保清・保湿・保護が出来ることを、検証を通し改めて感じられた。

口渇を訴える患者に対して、口ゆすぎを促すことや、口腔ケアのみ行われている現状ではあるが、人が持つ機能の活用や残存機能の活性化をするためにも、口腔ケア時のみでなく口ゆすぎや口腔内ストレッチにレモン水や香料を活用する等、ケアに一工夫加えることで、より効果的に唾液の分泌量を増やし、口腔乾燥が改善される一つの要因になるのではないかと考える。

今回は20～50代の被験者を対象に行ったため、今回の結果を踏まえ、実際に口腔乾燥を有し、加齢性変化による感覚機能低下も有する高齢者に対しても効果があるかどうか検証し、入院患者のケアに役立てていきたい。

V 結 論

嗅覚・味覚刺激に於ける唾液分泌量の違いを検討した結果、以下の結論に至った。

1. 刺激時から1分程度であれば嗅覚刺激で最も多くの唾液分泌促進が得られる。
2. 持続して唾液分泌効果を得たい場合は味覚刺激が有効である。
3. 唾液分泌を促すために、口腔ケアに加えて感覚神経を刺激することは効果的であるといえる。

謝 辞

今研究を行うにあたり、協力してくださった皆様に深く感謝致します。

引用文献

- 1) 2) 泉キヨ子、小山幸代：看護実践のための根拠がわかる 老年看護技術（第3版）、株式会社メヂカルフレンド社、P142、P143、2015
- 3) 狩野太郎、大沼ひとみ、神田清子：研究報告 レモン水洗口が唾液分泌及び味覚閾値に及ぼす影響、日本生理人類学会誌 Vol. 9 No. 2、P34、2004

参考文献

- ・柿木保明、西原達次：月刊デンタルハイジーン / 別冊 唾液と口腔乾燥症、医歯薬出版株式会社、2003
- ・菊谷武：口をまもる 生命をまもる 基礎から学ぶ口腔ケア（第2版）、株式会社学研メディカル秀潤社、2013
- ・伊達悠宇：口腔乾燥症（口の渇き、舌痛）のつらさスッキリ解消（第2版）、ふく書房、2015
- ・佐藤しづ子、笹野高嗣：味覚唾液反射を応用した新たな口腔乾燥治療、日本薬学会134年シンポジウム S10、2014
- ・井出吉信、山田好秋ほか：歯・口腔の構造と機能—口腔解剖学・口腔組織発生学・口腔生理学、医歯薬出版株式会社、2015
- ・渋谷絹子、天笠光雄ほか：成人看護学 [15] 歯・口腔（第13版）、医学書院、2017
- ・伊藤加代子、浅妻真澄ほか：一臨床報告—口腔乾燥症を有する患者に対する保湿剤（ウェットケア®の効果）、老年歯学第20巻 第1号、2005
- ・佐藤しづ子、笹野高嗣：ドライマウス治療に味覚刺激を利用する、日薬理誌145、2015
- ・堂本時夫：レモンの健康効果に関する研究の動向、人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌 13（1）、2013
- ・寺岡加代ほか：入院患者に対するオーラルマネジメント、財団法人8020推進財団、2008
- ・笹野高嗣：高齢者の味覚（とくに、うま味感覚）と健康との関連について、第8回ライフサイエンス・シンポジウム、2014

高齢患者の入院後の認知機能の変化と睡眠・食事への影響

西3病棟

森本美奈子 小池優子

I. はじめに

当院の回復期リハビリ病棟は、急性期病棟での治療後、在宅復帰に向けたリハビリテーション目的で転棟してくる患者が多く、昨年度の入院患者の平均年齢は75.8歳と高齢者が多くを占めている。高齢であることに加えて、当院は全個室であるため刺激が少なく生活が単調になりやすく、回復期リハビリ病棟に転棟する時点で認知機能が低下しているのではないかと予測される。

これまでの報告では、65歳以上の高齢者において、入院を挟んで認知機能の低下が2.4倍加速されることが明らかにされている¹⁾。また、入院患者の認知機能の低下は、入院生活における種々の問題を引き起こし退院支援や退院後の生活に悪影響を及ぼすことも報告されている²⁾。もし予測したように、回復期リハビリ病棟に転棟する時点で認知機能の低下が認められるのであれば、認知機能の早期回復に努めることが重要となる。しかし、実際に入院による認知機能の低下が起こっているのかは確認できていない。

そこで今回、入院による環境の変化に着目し、65歳以上の患者を対象に、入院によって認知機能がどのように変化するのか、また、認知機能が低下した場合、睡眠や食事といった日常生活にどのような影響を及ぼすのかを明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

入院によって高齢患者の認知機能がどのように変化するのか、また、認知機能が低下した場合、睡眠や食事といった日常生活にどのような影響を及ぼすのかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象 西5病棟に入院し西3病棟に転棟した65歳以上の整形外科患者12名
2. 期間 平成29年3月～平成29年12月
3. 調査方法および内容
 - 1) 基本的属性
カルテから、年齢、性別、疾患名、入院期間（入

院時から転棟時、転棟時から退院時、入院時から退院時）の情報を得た。

- 2) ミニメンタルステート検査 (Mini Mental State Examination: MMSE)

入院時・転科時・退院時に検査を実施した。評価はすべて同じ看護師が行った。なお、西3に転科転棟しなかった場合は他の病棟に転科した時点で研究終了とした。

- 3) 睡眠調査

主観的睡眠評価（睡眠時間、入眠状況、中途覚醒、早朝覚醒、睡眠満足度）と客観的睡眠評価（睡眠薬の服用、睡眠状況）から成る独自に作成した調査票を用いた。入院時から退院時まで毎日調査を行った。主観的睡眠評価は患者本人が回答してもらい、患者本人が記入できない場合は、看護師が患者に尋ねて記入した。客観的睡眠評価は夜勤看護師が回答した。主観的睡眠評価は、5つの質問それぞれについて睡眠が良好となる回答を3点、不良となる回答を1点に換算して1週間の平均を求め、15点満点を100点に換算した得点で睡眠状態を表した。

- 4) 食事量調査

入院時から退院時まで毎日、朝・昼・夕の食事摂取量を主食と副食にわけて看護師の主観で摂取割合を記載した。

4. 分析方法

MMSEを3段階評価（27～30点を正常、22～26点を軽度認知症疑い、21点以下を認知症疑いとする）に区分し、入院時から退院時まで低下した群と低下しなかった群に分けた。2つの群で患者の基本的属性、入院期間、睡眠状況を比較した。

IV. 倫理的配慮

対象者に、研究説明書を用いて研究の趣旨および方法、倫理的配慮について口頭で説明し、研究に協力が得られる場合は同意書に署名を得た。倫理的配慮については、研究への協力は自由意思によること、協力に同意した後であっても協力の中止を申し出ることができること、研究協力の有無によって利益・不利益は生じないこと、データは鍵のかかる保管庫で厳重に管理し研究目的以外に

表1 対象の背景および入院時・転棟時・退院時の MMSE 得点

	年齢	性別	入院期間			MMSE			変化
			全期間	急性期	回復期	入院時	転棟時	退院時	
A	70代前半	女	58	11	47	27	28	30	→
B	80代後半	女	32	3	29	27	27	28	→
C	70代後半	女	66	7	59	28	28	30	→
D	80代前半	女	37	4	33	29	28	28	→
E	60代後半	女	68	10	58	26	29	28	↗
F	80代後半	女	46	15	31	26	27	26	→
G	80代後半	女	80	12	68	24	28	22	↘
H	80代後半	女	61	7	54	23	23	26	↗
I	90代前半	女	44	15	29	21	19	23	↗
J	90代前半	女	66	9	57	14	14	14	→
K	80代前半	男	38	11	27	18	19	18	→
L	90代前半	女	42	14	28	15	16	14	↘

※MMSE：27～30点…正常、22～26点…軽度認知症疑い、21点以下…認知症疑い
 ※変化は、転棟時と退院時の得点差が2点以上の場合、低下↘あるいは上昇↗とした。

は使用しないこと、匿名化により個人情報保護すること、結果は院内および院外の学会で公表することを明記した。また、西5病棟から西3病棟に転棟しなかった場合はその時点で研究終了となることも説明した。なお、本研究は院内看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

V. 結 果

1. 対象者の背景（表1）

対象者は、男性1名、女性11名で、平均年齢は 83.2 ± 8.2 歳であった。急性期病棟への入院期間は 9.8 ± 4.0 日〔3～15日〕、回復期リハビリ病棟への入院期間は 43.3 ± 15.2 日〔32～80日〕であった。

2. MMSE の変化（表1）

入院時の MMSE は、正常4名、軽度認知症疑い4名、認知症疑い4名であったが、転棟時には、正常7名、軽度認知症疑い1名、認知症疑い4名となり、退院時には正常5名、軽度認知症疑い4名、認知症疑い3名となった。

MMSE の変化をみると、入院時に正常だった4名は、転棟時も退院時も正常であった（A～D）。入院時に軽度認知症疑いだった4名のうち、1名は軽度→正常→正常と回復し、2名は軽度→正常→軽度と回復期病棟での低下がみられた。残り1

名は軽度認知症疑いのままであった。入院時に認知症疑いだった4名のうち1名は認知症→認知症→軽度と回復がみられ、3名は認知症疑いのままであった。

3. 睡眠の主観的評価および客観的評価

1) 主観的睡眠評価（図1）

入院時の睡眠得点は、50点台2名、60点台2名、79点台6名、80点台2名であった。50点台2名中1名（B）は、退院時には60点台後半まで上昇したが、1名（A）は退院時も50点台であった。60点台の2名（C）（J）はともに2～3週間後には80点以上となり退院時まで維持した。70点台であった1名（I）は睡眠状態が徐々に低下し、退院時には50点台であった。

2) 客観的睡眠評価（図2）

客観的睡眠評価で、転棟後～退院時までに「あまり眠れていない」と評価された日があった人は、A、B、F、Iの4名であった。AとBは毎週、週に1日程度眠れていない日があり、FとIは退院前2週間に、眠れていない日が1～2日あった。また、4名とも「何度か中途覚醒あり」と評価された日が毎週2～5日あった。

4. 食事摂取状況

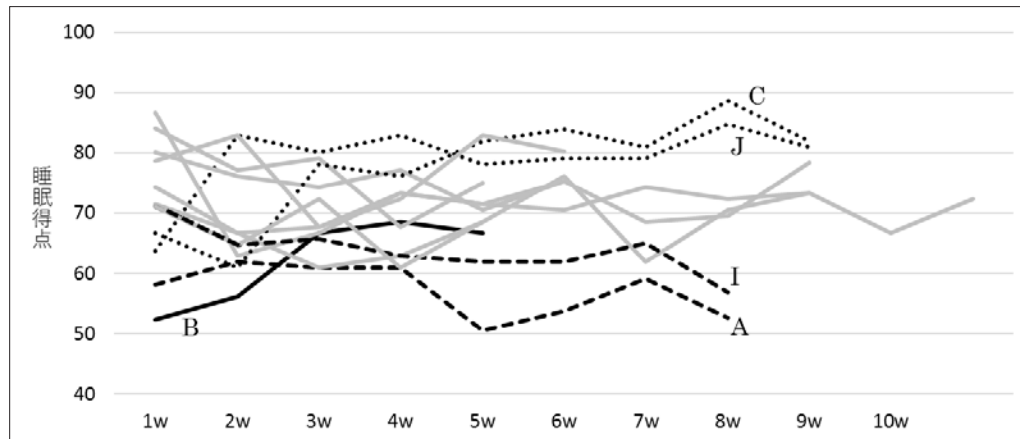


図1 主観的睡眠状況（睡眠得点）の変化

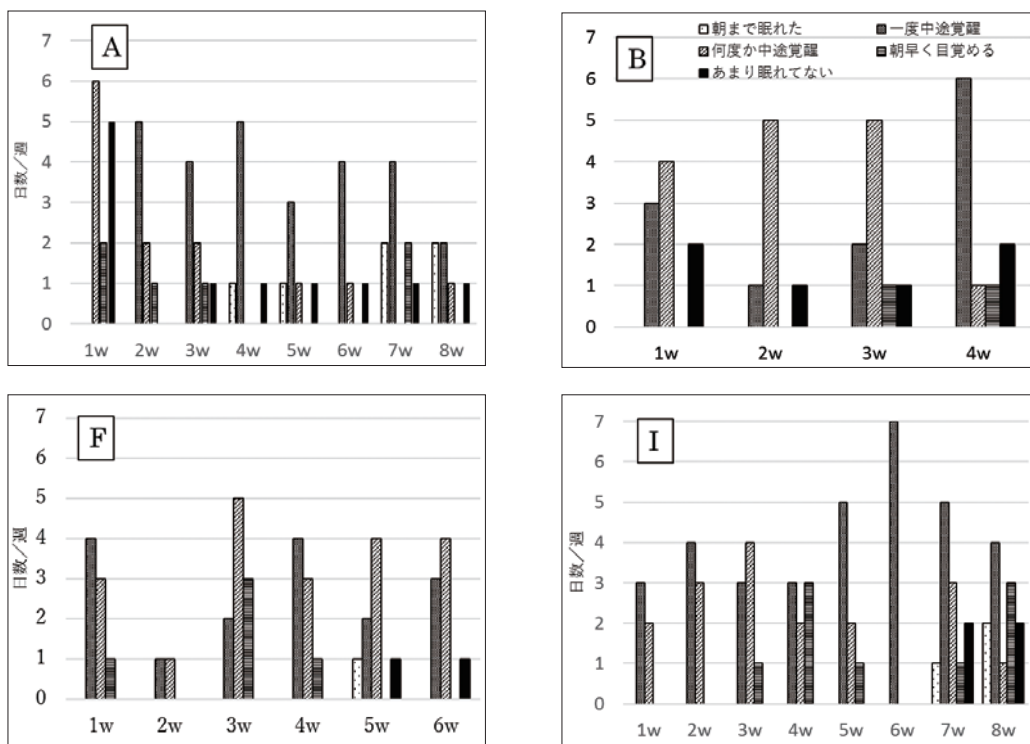


図2 客観的睡眠状況の変化【A・B・F・I】

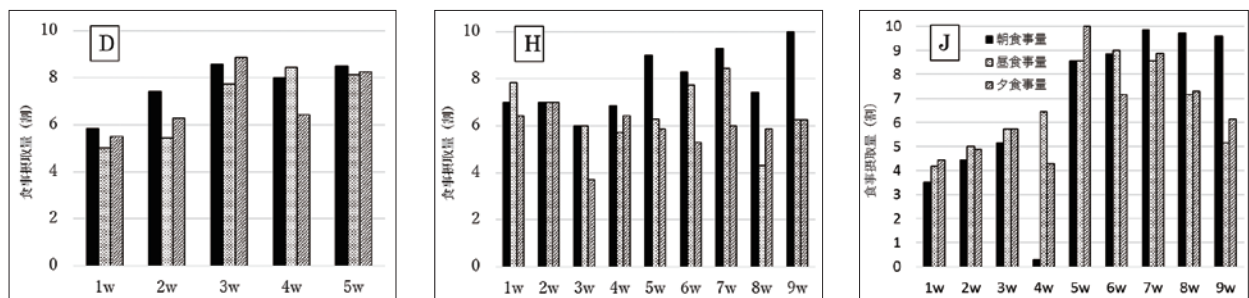
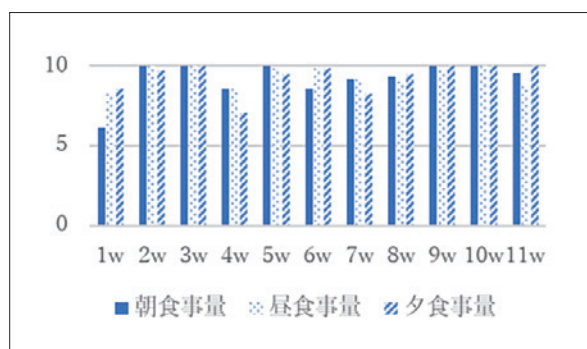
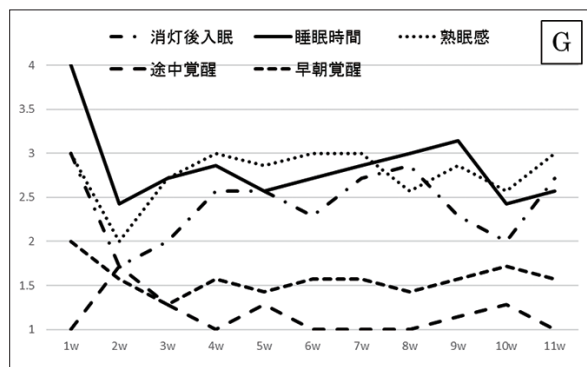


図3 食事摂取量の変化【D・H・J】

MMSE 24→28→22



MMSE 15→16→14

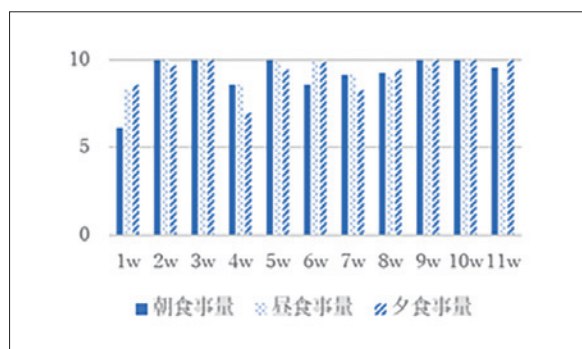
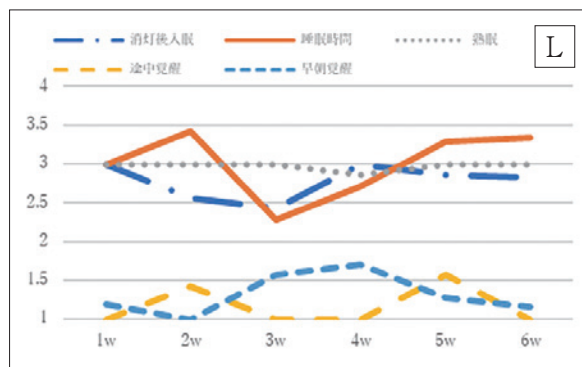


図4 MMSEと睡眠・食事量の変化

入院から1週間くらいは食事摂取量が少ない患者もいたが、転棟後は概ね食事は全量摂取していた。摂取量が少なかったのは、D、H、Jの3名で、退院時まで全量摂取することがなく、特にJは、退院に向かうほど摂取量が減少していった。

5. MMSEの変化と睡眠・食事との関係(図4)

MMSEが低下したGとLの睡眠と食事摂取量は、MMSEの得点と関係はみられなかった。睡眠や食事量が良好ではなかったA、B、F、I、D、H、JについてもMMSEの変化とは関係がみられなかった。

入院時からMMSEが低い認知症疑いの患者では、中途覚醒が多いが8時間以上の睡眠時間と熟眠感は得られているのが特徴であった。

VI. 考 察

1. 入院後の認知機能の変化

本研究では、急性期病棟入院中に認知機能が低下するのではないかと、それが睡眠や食事といった生活面にも影響を及ぼすのではないかと予測し調査を行った。その結果、入院時から転棟時にMMSEが下がった人は12名中1名のみで、中には転棟時にMMSEが上昇した人もおり、入院によって認知機能が低下するという事実は明らかに

ならなかった。相川ら³⁾は、一般病院に入院中の高齢者における生活機能の変化を調査し、認知機能と意欲が入院時より退院時に有意に低下したと報告しており、本調査結果とは異なっている。その理由として、対象者の急性期病棟での平均在院日数は9.8日と短かったことが考えられる。あるいは、入院時の患者は受傷直後の疼痛や不安、入院という生活変容によって心理的に混乱している時期であることから、入院時のMMSEが入院前と比べて低かった可能性があり、急性期病棟入院中のMMSEの低下が認められなかったとも考えられる。

しかし、転棟時から退院時にMMSEが低下した人も12人中2人と少なく、入院中に認知機能が低下しやすいと結論づけることはできなかった。合田ら⁴⁾の研究では、入院期間中の認知機能を予防するためには、入院中も身体活動を維持することが重要であると示唆されている。また、リハビリテーション介入による身体活動量増加や身体機能改善に伴う日常生活上の身体活動量増加が、入院期間中の認知機能低下に抑制的に作用することも示唆されている。

対象者の転棟後の病棟では、「回復期リハビリテーション病棟のケア10項目宣言」に基づいたケアを実施しており、患者は1日の生活を病室で過

ごすところが少ないため相応の身体活動量が維持されている。それによって認知機能の低下を防いだと考えられる。

しかし、12名中2名は転棟後に認知機能が低下し、1名は、入院時24点→転棟時28点と一旦は正常域に回復したが、退院時には22点と低下が顕著であった。この患者は回復期の在院日数が68日と最も長く、それが認知機能に影響を与えた可能性も考えられるが症例が少ないためはっきりはしない。相川ら⁵⁾は、在院日数が1日増すごとに生活機能低下のリスクが高くなることを明らかにしており、今後は在院日数と認知機能との関係に着目していく必要がある。

2. 睡眠や食事への影響

本調査では、睡眠状況と食事摂取量を調査したが、そもそも認知機能の低下がみられなかったため、その影響としての睡眠状況と食事摂取量の変化はみられなかった。

MMSEの低下が顕著であった前述の患者においても、睡眠状況や食事摂取量に変化はなく、認知機能低下による日常生活への影響は明らかにならなかった。しかし、高齢者の睡眠の特徴として、睡眠の質が低下し、何らかの睡眠障害を有している場合が30%ほどあることが報告されている⁶⁾。高齢者の睡眠障害は加齢による活動量の減少と脳の老化による体内時計・サーカディアンリズムの乱れが関係するとされている⁷⁾。本調査では認知機能の低下が起こらなかったため睡眠への影響は見いだせなかったが、睡眠の質が低下すると、免疫力の低下や活動性の低下、集中力の低下、記憶力、思考力などの高次機能の低下を招くとされ⁸⁾、認知機能の低下にもつながる⁹⁾。よって、認知機能の低下を防ぐためにも、日中の身体的活動を増やし、良質な睡眠が得られるようにすることが重要である。

VII. 結 論

1. 急性期病棟入院中に認知機能が低下した人は12名中1名、転棟後から退院時までに認知機能が低下した人は2名で、入院によって認知機能が低下するということは明らかにならなかった。
2. 入院中に認知機能が低下しなかったのは、「回復期リハビリテーション病棟のケア10項目宣言」に基づいたケアによって身体活動量が保たれているためと考えられた。

3. MMSEと睡眠状況・食事摂取量との関連は見いだせなかった。

引用文献

- 1) Wilson, R. S., Hebert, L. E., Scherr, P. a., Dong, X., Leurgens, S. E., & Evans, D. a. (2012). Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology*, 78 (13), 950-6. doi:10.1212/WNL.0b013e31824d5894
- 2) Mitani, S., Shimizu, M., Abo, M., Hagino, H., & Kurozawa, Y. (2010). Risk factors for second hip fractures among elderly patients. *Journal of Orthopaedic Science* :
- 3) 相川みず江、泉キヨコ、正源寺美穂：一般病棟に入院中の高齢患者における生活機能の変化に影響する要因 老年看護学16(2) p47-56 2012
- 4) 合田明夫：入院高齢者における認知機能の低下に関する研究—入院前および入院中の身体活動との関係—リハビリテーション学科ジャーナル (2014)
- 5) 相川みず江、泉キヨコ、正源寺美穂：一般病棟に入院中の高齢患者における生活機能の変化に影響する要因 老年看護学16(2) 47-56 2012
- 6) 大淵敬太：高齢者の不眠とその対処方法—非薬学的アプローチ—睡眠医療 3(2) p228-231. 2009
- 7) 日比野日佐子、伊藤幸代：院内ディサービスが高齢者の夜間睡眠に及ぼす効果の検証 第45回日本看護学会論文集 慢性期看護 (2015) P118-121
- 8) 日比野日佐子、伊藤幸代：院内ディサービスが高齢者の夜間睡眠に及ぼす効果の検証 第45回日本看護学会論文集 慢性期看護 (2015) P118-121
- 9) 宮崎総一郎、喜多村拓郎：高齢者の睡眠とその障害 公益財団法人 長寿科学振興財団 p183-188 (2016.3)

てんかん患者へ自立支援制度の紹介を行って

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師

樋口 貴則

はじめに

本邦におけるてんかん患者は、人口1,000人あたり7.24人と推計¹⁾されており、A市の人口3.328万人(2017年11月1日)で換算すると約240人と推測される。調査病院の脳神経外科外来では脳疾患による症候性てんかんの患者を含め、2018年9月の時点で117人がてんかん治療のため外来通院をしている。近年、新しい抗てんかん薬が数種類発売され、それまで使用していた薬から変更となり、発作が抑制される患者が増加した。しかし、ある患者から薬代が増えたことで経済的負担になっていることを受け、自立支援制度の存在を知った。これをきっかけに、てんかん治療のため通院中の患者に対して、制度の利用状況を調査し、必要に応じて制度の紹介を行ったのでその結果を報告する。

I 方 法

1. 対象

2017年6月から2018年9月までの間で、てんかん治療のため調査病院の脳神経外科外来に定期受診している患者

2. 調査方法

①てんかん治療のため通院している患者の人

数、年齢、その中で診療費を保険で2割以上負担している患者の人数、年齢を調査する

②2割以上負担がある場合、日本てんかん協会のホームページよりダウンロードした、自立支援制度のパンフレットを用いて受診時に説明。その後申請した患者の人数、年齢を調査する

③制度を利用しなかった患者、利用した患者の12週間分の薬価について調査する

II 結 果

①脳神経外科外来を定期受診している患者は117人、平均年齢 57.2 ± 21.4 歳で、男性65人、平均年齢 59.6 ± 19.9 歳、女性52人、平均年齢 54.2 ± 22.7 歳だった。

診療費を保険で2割以上負担している患者は男性17人、平均年齢 52.5 ± 15.5 歳、女性は18人で、平均年齢 49.6 ± 12.4 歳の合計35人(29.9%)で、平均年齢は 51.3 ± 14.0 歳だった。診療費を保険で2割以上負担している患者の状況を図1に示す。

②診療費を保険で2割以上負担している患者35人に対して自立支援制度を説明後、制度利用を開始した患者は男性3人、女性5人の合計8人(22.9%)で、平均年齢は 53.4 ± 20.4 歳だった。調査結果を図2に示す。

なお、説明を行った35人は、自立支援制度につい

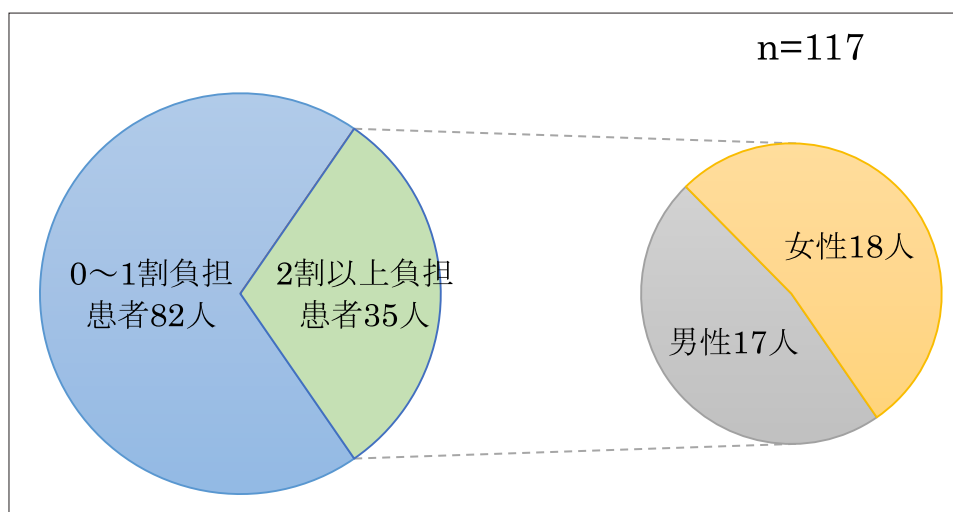


図1 自己負担割合別の患者数

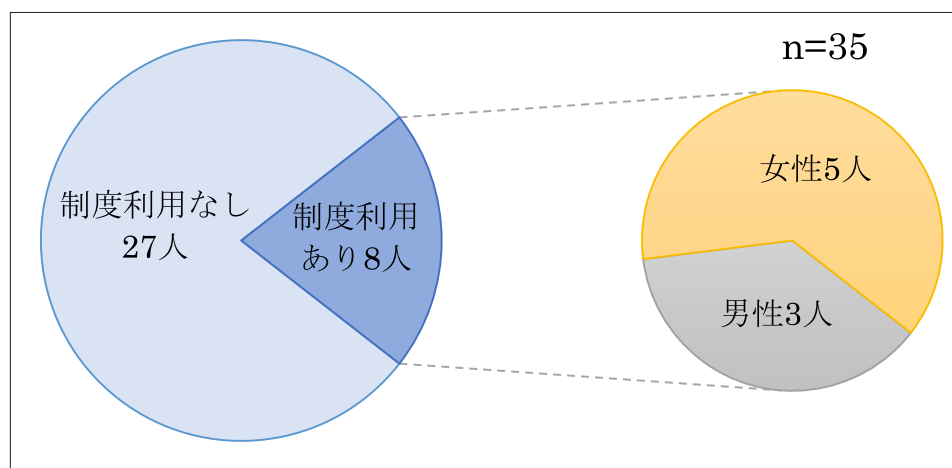


図2 自立支援制度説明後の制度利用の有無

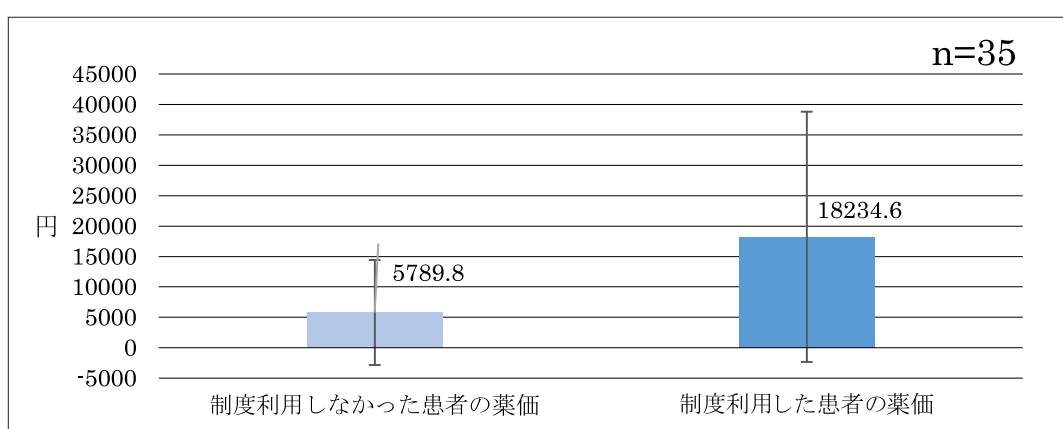


図3 制度利用しなかった、利用した患者の12週間分の薬価（2割以上負担）

での認識がないことがわかった。

③制度を利用しなかった患者と、制度を利用した患者それぞれ12週間で負担していた薬価の平均を調査したところ、利用しなかった患者の薬価は 5789.8 ± 8630.9 円、利用した患者の薬価は 18234.6 ± 20568.6 円だった。また、制度を利用した患者の薬価は、平均で 18234.6 ± 20568.6 円から 6078 ± 6856.1 円となった。調査結果を図3、4に示す。

Ⅲ 考 察

てんかん患者への自立支援制度は、主治医に診断書を記載してもらい、市役所の窓口で必要書類をまとめて申請を行うことで、てんかん治療にかかる保険点数が1割になる制度である。今回の調査では自立支援制度の利用、後期高齢者、身体障害者、母子家庭等ですでに0～1割負担の患者を対象外として、調査、制度の紹介を行った。今回の調査では117人中35人、29.9%の患者が2割以上負担で診療を受けており、制度に対する認識もなかったことから、てんかん治療に対する制度が、

まだ世間には広まっていないように感じた。

制度の説明を行った35人中8人、22.9%の患者が制度の利用を開始した。図3のように制度を利用した患者は、薬剤価格の負担が制度を利用しなかった患者よりも大きく、経済的な負担を感じていたためと予測される。図4からは、制度を利用した患者の薬価は減少しており、経済的負担は軽減されたものと考ええる。

制度を利用しなかった患者の理由としては、てんかんという病名を他人に知られたくない、経済的な負担に感じていない、申請が面倒など、様々な理由があるかもしれない。今回の調査では、制度を利用した理由、しなかった理由については調査をしていない。てんかん治療は長期にわたることが多く、医療費負担の軽減は重要であり、今後制度を利用しない理由等を調査し、患者の思いを踏まえててんかん治療に関わっていく必要があると考える。

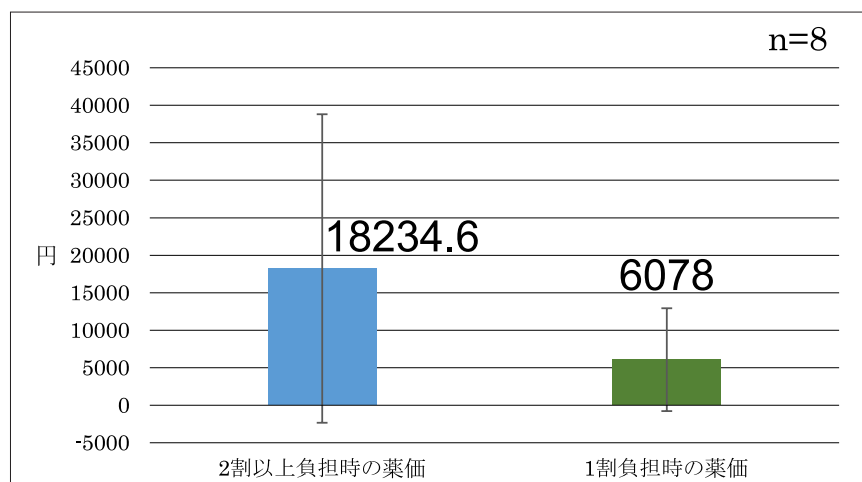


図 4 制度利用した患者の薬価の変化

Ⅳ 結 論

長期にわたるてんかん治療を受ける患者に対して、必要な患者が制度を受けられるよう支援していくことが重要である。

引用参考文献

- 1) 大槻泰介ほか：てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究 厚生労働科学研究費補助金総合研究報告書

摂食嚥下障害看護認定看護師による 退院後訪問指導の実践と課題

地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院 摂食・嚥下障害看護認定看護師

松井 司

【はじめに】

超高齢社会の現代、医療・介護費の増大が止まらず、今後団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に達する2025年問題を控えている。こうした背景から、平成28年度の診療報酬改定では、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように地域包括ケアシステムの構築を推進している。

傷病者が在宅へ復帰するためには、病院で看護師をはじめとする専門職が行ってきたケアを、本人や家族が行えるようになる必要があり、病棟看護師は、退院に向けての指導を計画的に実施している。しかし、退院後に指導された方法がうまく行われているか、指導は妥当であったかなどの評価をする機会はなく、訪問看護師などの居宅系サービス事業者に一任している現状である。

認定看護師として、院内での活動に加えて退院後に患者宅へ訪問し、専門的な見地をもって、評価と指導を行うことで、より安心した療養生活を送ることができると考え、各分野の認定看護師が退院後訪問指導などを実施することとなった。摂食嚥下障害の分野では、本年度より活動を開始したため、活動内容と課題について報告する。

【退院後訪問指導の概要】

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

算定点数：退院後訪問指導料580点（1日につき）
訪問看護同行加算20点

- ①対象患者：別表第8（表1）又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ（表2）以上
- ②算定回数：退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行っ

た場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

表1 別表第8

1	在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2	以下のいずれかを受けている状態にある者 在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理
3	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4	真皮を超える褥瘡の状態にある者
5	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

表2 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。
II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする。

【訪問開始までの行動】

訪問開始までに、認定看護師連絡会議にて、以下の手順書等を整備した。

- 1) 退院後訪問指導基準
- 2) 認定看護師による退院後訪問指導基準
- 3) 摂食嚥下障害看護認定看護師の訪問基準算定基準に加えて以下の基準とする。

(必須基準)

当院入院中に言語聴覚士のリハビリテーション、看護師による摂食機能療法の両方またはいずれかが実施されていること。

(いずれかを満たす)

- ・食形態が日本摂食嚥下リハビリテーション学会策定の学会分類2013（食事）で3以下であること。
- ・食事介助、姿勢、食形態などに工夫が必要であること。
- ・食事前後に口腔内や気管内の吸引が必要であること。
- ・その他、在宅療養で誤嚥リスクが高いと判断される患者。

- 4) 摂食・嚥下用の訪問記録用紙
- 5) 同意書・申込書
- 6) 説明用パンフレット
- 7) 訪問までのフローチャート
- 8) 交通費の算定表

【活動内容】

平成29年度は、3名計6回訪問した。

患者 A：誤嚥性肺炎

病歴：外傷性硬膜下水腫、慢性腎不全、アルツハイマー認知症、嚥下障害

主たる介護者：夫（老夫婦2人暮らし）

入院中の嚥下機能は、食認知、舌の可動性が不良のため、先行期～口腔期の障害が強い。食事は、ゼリー食のみをほぼ全量摂取の状態で退院した。

夫への退院指導は、食事のポジショニング、食事介助、口腔ケア、吸引、食形態の栄養指導であった。

訪問1回目は、訪問看護師と同行訪問し、その他に、ショートステイや訪問介護のスタッフも同席した。お茶ゼリーの形態、夫の介助方法、吸引と口腔ケアの手技について確認した。指導内容は、ポジショニングでは頸部前屈が不十分なこと、傾眠時は無理をして食べさせないこと、鼻腔からの吸引方法について助言をしたが、おおむね安全な

摂取ができていると判断した。夫より、もう一度見に来てほしいと希望があり、1週間後に2回目の訪問を設定した。2回目の訪問では、夫は、「なかなか口を開けないが、左口角からスプーンを入れると食べることが分かり、介助するタイミングがつかめてきた」と発言があった。患者の状態に合わせた介助ができ始めており、少しでも経口摂取量が増えるように努力していた。吸引にも慣れた様子であった。患者の摂取量の減少はあったが、介助方法については定着したため指導を終了とし、同席した訪問看護師に以後のフォローアップを依頼した。

患者 B：誤嚥性肺炎

病歴：パーキンソン病（Horen-Yahr V）、認知症、嚥下障害。

主たる介護者：夫、嫁（夫と長男夫婦が同居）

入院中の嚥下機能は、頸部後屈位が拘縮している点、有効な咀嚼を認めず喉頭挙上のタイミングが遅れる点が問題で、準備期～咽頭期の障害を主体としていた。食事は、ゼリー食を主体とし、5～10割摂取している状態で退院した。

入院中に夫と嫁へ、ポジショニング、食事介助、食形態についての栄養指導を行い、ポジショニングが上手くできないため、訪問指導にて経過を見ることとなった。

1回目訪問は訪問看護師と同行した。ポジショニングは問題なく取れていた。夫から、「内服薬が口に残りやすい」と訴えがあり、ゼリーに埋め込む方法を指導した。食事は既製品に加えて、自宅で作成するものがあり、患者の嚥下機能に対し粘度が低かったため、適切な粘度を指導した。口腔ケアは、退院時に当院の看護師が指導する方法と訪問看護師が指導する方法が違っており、訪問看護師がより良いと思われる方法を改めて指導していた。入院中よりも嚥下機能が改善している様子が見られたこと、口腔ケアの手技が新しく指導されたことから1週間後に2回目の訪問を行った。2回目の訪問では、単独で訪問した。入院時よりも覚醒がよく、嚥下反射は前回よりも早くなり、食欲の向上が見られた。口腔内の乾燥が強く、脱水気味であること、必要栄養量を充足していないことから、食形態はこのままで、1回の摂取量を増量するよう指導した。ポジショニングは、リクライニング角度が高かったため、適切な角度を指導した。口腔ケアは訪問看護師が指導した方法で問題なく行っていた。増量した一回摂取量で問

題がないか翌週に確認することとした。3回目の指導では、摂取量を増やして、問題なく摂取できていることを確認した。一回摂取量の増量を目標とするが、満腹感を訴えるため、間食にゼリーを提供するように指導した。嫁からは、経済面から既製品の食物の量を増やせず、仕事をしているためにこれ以上の調理は時間がないと両極の問題を訴え、自分たちの食べるおかずを用いて食事をつくることで、負担を減らすようアドバイスした。3回目の指導で介護技術は定着していること、必要最低限の食事量は摂取できるようになったことから訪問を終了とした。訪問看護師に、指導内容と現状を報告した。

患者C：多発性脳梗塞

病歴：嚥下障害、左大腿骨頸部骨折、認知症

主たる介護者：嫁（要介護の妻と長男夫婦が同居）

入院中の嚥下機能は、食物認知の障害、食欲低下、嚥下反射惹起遅延により、先行期～咽頭期に障害がみられた。退院時の食形態は、ソフト粥とゼリー形態の副食を全量摂取できる状態で退院となった。

入院中は嫁に対し、ポジショニング、食事介助、吸引、食形態の指導を行った。

退院3日目に、訪問看護師の同行なしで訪問した。退院日の夕食と翌日の朝食は摂取できなかったがその後は全量摂取できていた。ポジショニングや食事の介助方法、口腔ケアと吸引の手技に問題はなかった。調理については、自宅で作成しているお茶ゼリーが軟らかく、患者の嚥下機能に見合っていないと判断し、硬めに作るよう指導した。口腔内の乾燥と、皮膚のツルゴール低下がみられたことから、水分摂取が不足していると判断し、食間に水分摂取を促すように指導した。次回訪問日の調整中に誤嚥性肺炎で再入院となった。

【成果と課題】

退院後訪問指導を行い、以下の成果と課題が抽出された。

1. 成果

- 1) 入院中に行う退院指導が在宅へ帰っても適切に行えているかどうかを、指導した看護師が確認できること。
- 2) 退院後も患者の摂食嚥下機能は回復することがあるため、在宅へ戻った後にも専門的な視点で評価・再指導が行えること。
- 3) 退院後の環境で、患者・家族とそれらを取り巻く専門職で情報共有ができること。

2. 課題

退院後の看護行為は訪問看護師が中心となって行っている。入院中に指導してきたことと、退院後に訪問看護師が指導することが異なる場合があり、患者や家族が混乱する原因になる可能性がある。今回の訪問指導では、口腔ケアで使用する物品や方法が異なった。双方が、目的、環境、介護者の負担などを考慮してより良い方法を導いた結果ではあるが、病院での指導内容と在宅で実際に行うことを統一する必要があると感じた。

【結語】

本事例を通して、退院後の患者・家族の生活を垣間見ることができ、入院中に私たちが指導してきたことに問題はなかったか振り返る機会となった。課題は残っているが、訪問看護師をはじめとした地域のサービス事業者との連携をとり、不安のない在宅療養を送れるよう努めたい。また、今回は自宅へ退院する患者に限って訪問したが、特別養護老人ホームなどの施設入所者に対する指導も行えるよう、調整を図っていきたい。

透析センター利用患者に対する地震災害に関する教育・訓練の効果 ～地震災害に対する備えと初期行動に着目して～

透析センター

○中島千穂 林 朋美 金子貢代

I. はじめに

近年地震災害が多発しており、下呂市の阿寺断層も地震発生の確率が高い¹⁾とされている。透析センターで透析中の患者はシャント部位に穿刺しているため、地震災害が起きた際は針が抜けないように行動する必要がある。それは患者自身が行う重要な初期行動であり、すべての患者が初期行動の知識を持ち、災害時に実施できるようにするためには災害訓練を行う必要がある。しかし、当院の透析センターでは、スタッフの災害教育、訓練は毎年実施されているが、患者と共同の訓練はスタッフの訓練に参加した患者数名だけで、患者への災害教育ができていない現状であった。このままでは、災害が起こった時に、患者は慌ててベッドから立ち上がろうとしたり、針が入ったまま逃げ出そうとしたりする恐れがある。まずは基本的な患者自身で実施すべき初期行動の訓練から取り組もうと考えた。

今年度6月より患者を対象に地震発生時の初期行動、布団をかぶる・ルートを握る・ベッド柵を握るという3つの訓練を実施した。しかし、10月に訓練したことができるか確認を行うと、72人中34名(47.2%)ができなかった。その理由として、当院の透析センターを利用する患者の約8割が65歳以上の高齢者、さらに5割が後期高齢者であることが考えられる。

高齢者の記憶の特徴として、長期記憶よりも短期記憶が低下する。「高齢者や理解力が低下している患者の場合、1回の説明だけではその内容を覚えていることは難しく、何度も繰り返し、患者の理解の仕方に合わせて指導する必要がある」²⁾とされている。そのため、教育・訓練は3ヶ月に1度ではなく短い間隔で実施することが必要であると考え、1週間に1度の間隔で実施することとした。

II. 研究目的

透析センター利用患者に対して地震災害に関す

る教育・訓練を短い間隔で繰り返すことで、地震災害発生に備える意識と初期行動の実践が維持できるようにするのを明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査期間：平成29年10月～平成30年1月
2. 研究対象：聞き取りアンケート調査に返答可能な外来維持透析患者59名
3. データ収集方法

10月に1回目の聞き取り調査(1回目とする)を実施し、その後1か月に1度の初期行動訓練を実施した。その3か月後に2回目の調査(2回目とする)を実施した。聞き取りは対象者の透析中にすべて同一の看護師が行った。

4. 調査内容

①年齢 ②止血ベルト・お薬手帳の所持・人工透析患者カード(血液透析情報提供書) ③災害手帳の所持 ④地震発生時の3つの初期行動が全てできるかどうか、⑤3つの行動をそれぞれ理解しているか ⑥避難訓練の参加の希望 ⑦災害や避難訓練に関して指導して欲しいことや聞きたいこと(自由記述)の7項目を質問した。

5. 初期行動の指導

1回目の聞き取り調査後、初期行動の指導を次のように行った。

- 1) 透析センターの待合室の壁や手洗い場に、初期行動に関するポスターを掲示し、1週間に1回その掲示物を見るよう声かけした。
- 2) 1週間に1回、ベッドサイドで訓練を実施した。
- 3) 告知なしで透析中に地震がおきた設定で、実際ベッドを揺らし初期行動がとれるかを確認した。初期行動がとれた患者にはなぜ必要か理由を確認し、理由が不足していれば、再指導した。初期行動がとれなかった患者には、初期行動の写真をみせながら説明し実践してもらった。
- 4) 人工透析患者カードを「血液透析情報提供

書」に更新し、災害手帳に貼付、所持の必要性を説明し配布した。

6. 分析方法

1回目と2回目の回答をそれぞれ単純集計し、その後2回の調査の回答を比較した。

IV. 倫理的配慮

対象者に、研究説明書を用いて研究の趣旨を説明し研究協力を依頼した。研究説明書には、研究の目的・調査および結果を研究に使用すること、質問に答えることを拒否できること、不利益を生じることがないこと、個人情報の保護に努め、研究以外の目的で使用しないことを明記し、同意を得られる場合は同意書に署名を得た。尚、本研究は、当院看護研究倫理委員会の承諾を得て実施した。

V. 結 果

1回目の回答者数は59名であったが、死亡や転院により2回目の回答者数は53名であった。

1. 年齢

1回目調査の対象者の年齢は、65歳未満12名(20.3%)、65～74歳18名(30.5%)、75歳以上29名(49.2%)であった。転院や死亡により2回目調査は、60歳未満1名と75歳以上の5名が減少した。

2. 止血ベルト等の所持率と必要性の理解

1) 止血ベルト

止血ベルトの所持率は、1回目が53名(89.8%)、2回目が51名(96.2%)であった。透析導入期に全員に購入をお願いしているが、1回目調査では6名が、2回目調査では2名が所持していなかった。所持していない理由は、「普段人工血管の患者は使用しないため所持しなくてもいいと思っていた」、「止血ベルトを使用せず止血しながら逃げる」等であった。止血ベルト所持の必要性をわかっている人は1回目が31名(52.5%)、2回目は36名(67.9%)で所持率より低かった。

2) お薬手帳

お薬手帳の所持率は、1回目が42名(71.2%)、2回目が37名(69.8%)であった。所持していない人は、自宅や薬局、車に置いており、1回目も2回目もほぼ同じ患者であった。お薬手帳の所持の必要性をわかっている人は1回目が48名(81.4%)、2回目が46名(86.8%)で所持率より高かった。

3) 人工透析患者カード(血液透析情報提供書)

人工透析患者カードは、2年前に配布したため1回目調査の対象者数は37名であり、所持している人は23名(62.2%)であった。2回目調査は全員に配布した後であり、対象者数53名のうち47名(88.7%)が所持していた。また、人工透析患者カード(血液透析情報提供書)の所持の必要性がわかっている人は1回目18名(48.6%)で、2回目は47名(88.7%)であった。

4) 災害手帳

災害手帳の所持率は、1回目が3名(5.1%)、2回目は47名(88.7%)であった。

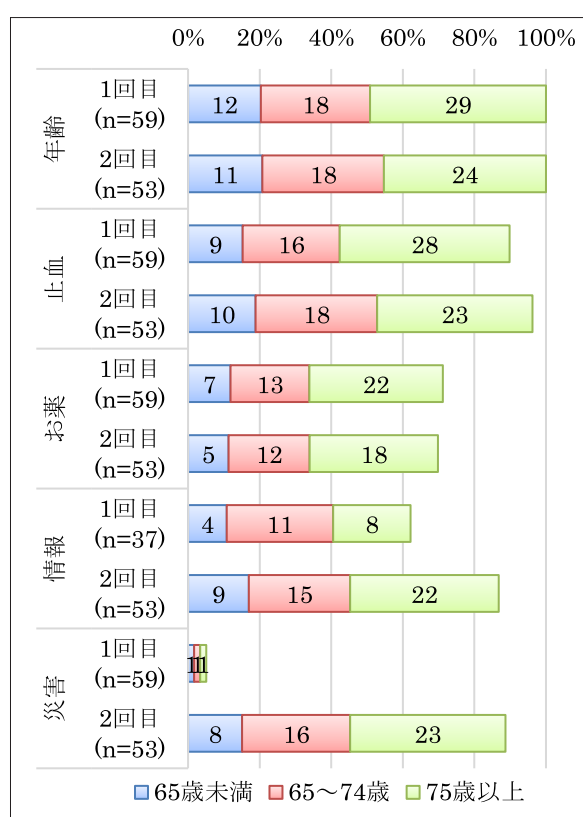


図1 年齢分布と止血ベルト、お薬手帳、人工透析患者カード(血液透析情報提供書)、災害手帳の所持率

表1 所持の必要性理解

	「わかっている」人	
	1回目(n=59)	2回目(n=53)
止血ベルト	31 (52.5)	36 (67.9)
お薬手帳	48 (81.4)	46 (86.8)
人工透析患者カード	18 (48.6)	47 (88.7)
災害手帳	3 (5.1)	47 (88.7)

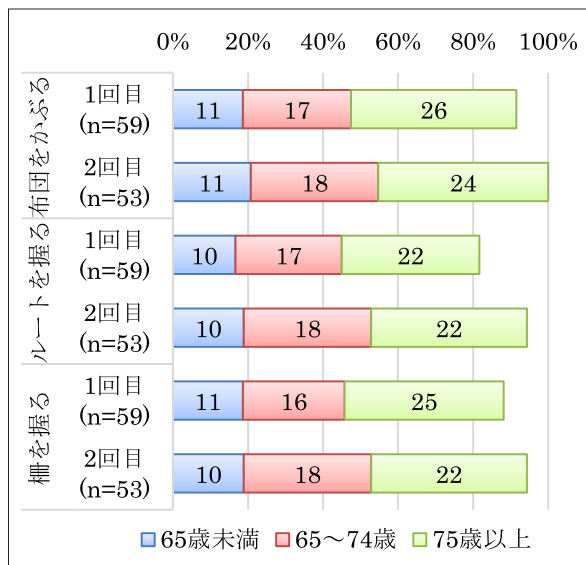


図2 地震発生時の3つの初期行動の実施

3. 地震発生時の3つの初期行動の実施（図2）

初期行動ができた人が、1回目調査では、「布団をかぶる」54名（91.5%）、「ルートを抑える」49名（83.1%）、「ベッド柵を抑える」52名（88.1%）であった。初期行動の必要性の理解については、「布団をかぶる」理由は実施できた54名全員がわかっており、「ルートを抑える」理由は実施できた人のうち46名がわかっていた。また、「ベッド柵を抑える」理由は実施できた人のうち49名がわかっていた。2回目調査で初期行動ができた人は、「布団をかぶる」53名（100%）、「ルートを抑える」50名（94.3%）、「ベッド柵を抑える」50名（94.3%）で、「ルートを抑える」地震発生時の3つの初期行動の理由は実施できた人のほとんどがわかっていた。また、3つ全てができていた人は、1回目44名（74.6%）で、2回目は48名（90.6%）増加した。逆に3つ全てできなかった人が1回目に2名いたが、2回目はいなかった。

4. 避難訓練の参加希望

1回目調査での避難訓練の参加希望は、36名（61.0%）であった。参加しない理由としては「足が不自由だからできない」が多く、他に「1日おきに病院にきているので透析日以外に来ることは大変」、「職場や消防団で避難訓練をやったことがあるからいい」という意見があった。2回目調査では参加希望は40名（75.5%）に上昇した。

5. 災害や避難訓練に関して指導して欲しいことや聞きたいこと

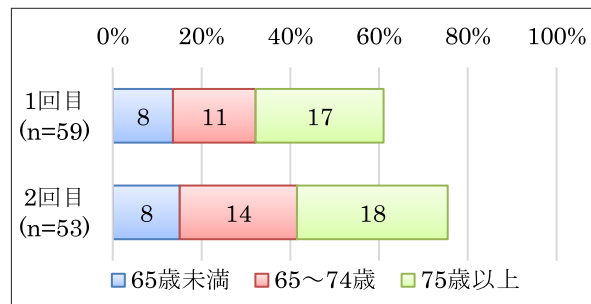


図3 避難訓練の参加希望

「地震がおきてみないとわからない」、「足が不自由なので避難できるか心配」、「視力が悪いので的確に誘導して欲しい」、「助からなくてもいい」、「夕方はスタッフの人数が少ないので心配」、「今までの地震体験の他病院の話を聞きたい」、「災害時の非常食の勉強会をして欲しい」、「避難訓練のビデオがあるといい」といった意見があった。

VI. 考 察

1. 災害に対する備えの意識

災害に対する備えとして、止血ベルト、人工透析患者カード（血液透析情報提供書）の所持が必要である。本調査でその所持率を調べた結果、止血ベルトは1回目で89.8%、2回目では96.2%と高い所持率であった。しかし、必要性の理解はそれより低く、必要性はわからないがとりあえず持っているという患者がいるということがわかった。

透析室の災害対策マニュアル³⁾では、緊急離脱方法の第二選択として、止血ベルトの使用が推進されている。緊急離脱する場合は、圧迫止血する時間がとれないため、止血ベルトで止血することになっており、普段の使用目的だけでなく、緊急離脱する場合に、止血ベルトを使用することを理解する必要がある。しかし、高齢者が多いため、必要性は理解できていなくても所持していればよいと考える。

お薬手帳の所持率は、1回目が71.2%、2回目69.8%と増加がなかった。所持しない患者は、自宅や薬局、車に置いているということであったが、災害はどこで遭遇するかわからない。「緊急時他施設で透析を行う上で1回だけの透析であれば、ドライウェイトと感染症の情報があれば十分だが、何回か続けて受けるのであれば、服薬情報（特に循環器系、糖尿病に対する薬などの情報）は合併症予防のためにきわめて重要⁴⁾とされ、常に持ち歩くことが大切である。お薬手帳の所持の必

要性は80%以上がわかっており、所持率よりも高いという結果から、わかっているも所持していない人があるということになる。所持していない人は2回ともほぼ同じ人であることを考えると、災害発生の危機感がない、あるいは、高齢者が多いため病院で所持の必要性を説明しても家に帰ると忘れてしまうということが考えられる。家や車に置いてあるものを一度病院に持ってきてもらう、また、薬の内容を災害手帳に記入するか、コピーして貼り付けるなど所持しやすい方法を、患者と共に考え所持率の増加につなげる必要がある。

人工透析患者カード（血液透析情報提供書）については、今年度、血液透析患者情報書に更新し、災害手帳に貼り配布した。それによって所持率が増加した。当院で血液透析が受けられない場合に必要であり、所持率が増加したことにより、災害に対する意識が向上したと考える。

避難訓練の参加希望は、1回目61%から2回目76%へと増加したが、まだ災害に備えようという意識が高いとはいえない。年齢別でも参加率は変わらず、参加しない理由をみると、足の不自由さや訓練のために来院することの困難さ、他場所での訓練実施などが挙げられており、それぞれの年齢に応じた参加しない理由があることがわかる。病院で避難訓練を行うのは、災害が発生したときの状況をイメージ化してもらうために必要である。地震がくると想定し、揺れから始まり、離脱訓練までをシミュレーションすることで、地震発生時に役立つと考える。また下肢の不自由な人にはスタッフで介助することを伝え、参加に対する不自由さを解消し、多くの患者に参加してもらい、災害に対する意識を向上させ、災害時のパニックを少しでも和らげる訓練を検討していきたいと思う。

自由回答では、訓練を実施する中で、ルートを握りやすくした、初期訓練を繰り返しやってもらいたい、災害を体験した病院の話を聞きたい、避難訓練のビデオがあるといい、という患者の声があったため、本研究前より、災害に対する意識が高まったのではないかとと思われる。

2. 初期行動について

限られたスタッフで患者を安全に避難するために、患者は自ら自分の身を守る行動が必要だと考え、まずは透析中に地震が発生した時の初期行動がすべてできるように、1週間に1回の初期行動の教育・訓練を3回実施した。その結果、3つの

初期行動がすべてできた人は、1回目75%から2回目91%へと上昇し、効果があったといえる。以前、3ヶ月に1回の訓練を実施した時には、初期行動を覚えられなかった患者が半数いたため、訓練を短い間隔で繰り返したことが効果につながったと考える。透析センターの患者は80名で年々高齢化となっているため、今後も短い期間での訓練を継続していくことが必要である。また、本研究で実施した教育はベッドサイドで個別に写真を使用して実施した。視覚的にイメージしやすかったこと、個別に行うことでそれぞれの理解力に合わせた指導が行えたことがより効果的であったと考える。

「防災訓練は、もちろん徹底して行うことも重要であるが、その準備などの大変さのため先伸ばしにするよりは、まずは簡単にできる訓練からでもよいので日々の臨床に取り入れ普段から防災意識を高めることが必要」⁵⁾とされていることから、初期行動を中心に訓練を始めたことが、災害対策活動の一步となり、患者やスタッフの災害に対する意識の向上に繋げることができたと考ええる。

結 論

1. 止血ベルトの所持率は1回目89%から2回目96%に上昇した。必要性を理解している人はそれより少なかったが、高齢者が多いため持っていることが重要である。
2. お薬手帳の所持率は1回目も2回目も70%前後で変わらず、所持していない人は家や車に置いていた。必要性を理解している人は所持している人より多いため所持を徹底する必要がある。
3. 3つの初期行動がすべてできた人は1回目75%から2回目91%に増えた。高齢者が多いため、1週間に1度のペースで訓練を繰り返していくことが必要である。

引用文献

- 1) 地震調査研究推進本部地震調査委員会：長期評価による地震発生確率値の更新について、2018 http://www.static.jishin.go.jp/resource/evaluation/long_term_evaluation/updates/prob2018.pdf
- 2) 岡山ミサ子、宮下美子：透析室の患者指導ポイントブック、透析ケア冬季増刊、メディカ出版、P16、2014

- 3) 赤塚東司雄：透析室の災害対策マニュアル
改訂2版—震災に備える！ダウンロードできる
マニュアル作成シートつき、メディカ出版、
P87、2012
- 4) 山川智之：経験に学ぶ透析医療の災害対策、
医薬ジャーナル、P118～119、2015
- 5) 岡美智代、川名篤子、麓真一：東日本大震災
における透析医療への影響とそこから見えてき
た「備え」について、日本保険医療行動科学会
雑誌、29（1）、78-87、2014

計画停電時に発生した放射線部門の問題点について

岐阜県立下呂温泉病院 中央放射線部

金子政則

はじめに

現在の病院は旧病院から新築移転し、平成26年5月に開院した。自家用電気工作物（非常用発電設備等）について、当院では電気主任技術者を選任しないかわりに保安管理を外部委託している。自家用電気工作物（非常用発電設備等）については一定の要件を満たす限り開院後15年経過するまでは停電点検を3年毎に実施する必要がある。

停電点検中の院内は、短時間の停電後に非常用電源に切り替わるが、数十秒間の停電が起きただけでも放射線機器には故障の原因になりうる。そのため放射線部門では機器を一旦停止させた後、配電盤の電源を落とすなどの処置をして、機器が故障しないように対応している。

停電点検中であっても救急患者等に対する必要な放射線検査は実施することになる。そのためには計画停電時に起きる瞬間停電が原因での放射線機器の故障は回避する必要がある、計画停電前後の対応は重要な作業といえる。更には非常用電源に切り替わった状態でも正常に機器が作動するかの動作確認も同様である。

今回、平成26年11月と平成29年11月の2回の計画停電を経験して、放射線部門においていくつかの問題点が見つかったので、その対応策を含めて報告する。

計画停電（停電点検）の必要性

病院等の一定規模の自家用電気工作物（非常用発電設備等）については、電気事業法施行規則第42条第1項により保安規定を定めることが義務付けられている。この保安規定の中には、自家用電気工作物の点検頻度等を記載する必要がある、その保安規定は管轄する中部近畿産業保安監督部に届け出ることになっている。当院の場合、電気主任技術者を選任せずに保安管理は外部委託している。その場合は、原則としては1年に1回の停電点検を実施する必要があるが、経済産業省による「主任技術者制度の解釈及び運用（内規）における停電年次点検の延伸に係る要件の明確化について」に記載される一定の要件（信頼性の高い機器

である等）を満たす場合には、3年に1回の頻度で停電点検を実施すれば良いこととなり、当院はこれに該当する。

当院の自家発電装置について

当院の自家発電装置（非常用電源）は、屋外キュービクル式発電機（ディーゼルエンジン）超低騒音型（75dB）を屋上に設置してある。非常用燃料は18,000ℓあり、これは院内で停電時（災害時）の運用をした場合の約72時間分にあたる。空調ボイラー用燃料は、別に12,000ℓあり通常の使用状態で1週間分に相当する。この2つの燃料タンクは隣接させて配管で接続されている。災害時等で停電が起きた場合には40秒程で自家発電装置に切り替わるが、その間UPS（無停電電源装置）が無い機器については完全に電源が落ちることになる。手術室、病棟HCU、サーバー室等ではUPSが設置されているため、非常用電源に切り替わるまでの間も電源が供給され、医療機器等の運転停止を回避する。

自家発電装置の定格容量は1000KVAであるが、発電機の過負荷とならないよう安全を見込んで計算上では定格容量の8割の800KVAを院内で振り分けて使用することになる。運用計画では停電時でも救急医療が可能な体制を確保するためにこのうちの100 KVAが放射線機器に割り当ててある。

停電時の放射線部門の対応

放射線部では停電等にRIS・PACSがダウンした場合には、災害時対応マニュアル（BCP）に従って行動し、紙カルテ及び紙の照射伝票を使用して対応することになる。X線画像等の確認は、電源の供給状況にもよるが各撮影室のモニターにて画像確認することになる。計画停電であるため、放射線部門の全装置は自家発電装置に切り替わる前に電源を落とし配電盤のブレーカも落とす。自家発電装置に切り替わった後に稼働可能な装置は再起動をして動作確認を行い、対応していない装置は完全に電源が復帰してから電源を投入して動作確認を行った。

院内が自家発電装置に切り替わった場合、放射線部の撮影装置は一般撮影装置・CT・MRI・X線TV・血管撮影装置それぞれ各1台のみに電源が供給される。CT・MRI装置等の消費電力が大きい装置は同時には使用することはできないので注意が必要である（表1）。電源の供給されない一般撮影室には、病棟にある保管場所からポータブルX線撮影装置を移動させておき、非常用電源コンセント（赤コンセント）を使用して稼働させるのだが、保管場所は病棟5階にあるためエレベーターが動かない場合は移動できない。計画停電時には、ポータブルX線撮影装置あらかじめ移動させておいて対応した。

表1（装置別使用電力容量）

装置名	使用電気容量（KVA）
CT装置	80
MR装置	90
アンギオ装置	90
X線TV装置	65
一般撮影装置	40

計画停電時に発生した問題点

平成26年度と平成29年度に実施した2回の計画停電点検に伴い発生した放射線部門での問題点は次のとおりであった。

1. 発生した問題点

- （1）自家発電に切り替わった後でも瞬停が起きてCRシステムのソフトが破損した。
- （2）停電点検終了後にCT装置を起動したら基盤が破損した。
- （3）停電時に必要な撮影室の空調システムが作動しなかった。

（1）については、平成26年度に1回目の計画停電点検を実施際に発生した。この時は院内放送で非常用自家発電装置に切り替わったという連絡が流れた後にあらかじめ電源を落としてあった一般撮影装置の画像確認装置を起動させた。装置が完全に立ち上がる前に瞬停が2度あり、それが原因でソフトが破損した。非常用自家発電装置から通常電源に切り替わった直後には瞬停が起きる事があることがわからなかったためである。この装置は後日メーカーの修理対応となった。

（2）についても（1）と同様に1回目の計画停電点検時に発生した。この時は、計画停電中の約2時間の間に救急撮影が無かったためにCT装置は電源を落としたまま起動させなかった。なお、

新病院になって初めての計画停電ということもあって、あらかじめCT装置メーカーとは綿密に対応を確認しておいた。停電点検が終了し、通常電源に復帰したという放送の後に手順どおりに装置を起動させたところ、PCがフリーズし再起動するもフリーズしたままで撮影不可能となった。直ちに装置メーカーに連絡しチェックした結果、装置を起動させる電源基盤が破損していることが判明した。直接の故障原因は不明であったが装置の通電が途切れる時間が長かったのが原因の1つであるかもしれないが、基盤の劣化からの故障の可能性もあるとの事であった。CT装置はその後、メーカーが破損した基盤を交換することによって正常復帰した。

（3）については、平成29年度の2回目の計画停電点検時に判明した。放射線部門にある装置は、常時空調が作動していないと故障の原因となる装置がいくつかある。今回判明したのは、停電時でも空調を必要とするRI室とアンギオ室の空調が非常用自家発電装置のもとでは作動しなかった。運用計画では作動するはずであった。病院担当者に確認したところ、本来非常用自家発電装置から供給されるはずの電源が空調にきていないことが判明した。CT撮影室は装置を稼働させると室内の温度が上がるため、故障させないためには必ず冷房を必要とする。従来からCT室の空調が故障した場合でも緊急の撮影に対応するために移動式のスポット冷房装置を備えている（図1、2）。

この移動型エアコンを停電時にも使用するために、CT室とMR室及び機械室には200V用の非常用コンセントを設置してある。平成29年度の停電点検時にテストでこの移動型エアコンを稼働させようとしたところ電源が入らなかった。直ちに病院担当者に事態を説明し調査したところ、別室



図1 移動型スポットエアコン



図2 CT室での使用例

にあるコンセントのブレーカが入っていなかっただけであった。

2. 問題点に対する対応策

問題点（１）、（２）に共通していることであるが、瞬停時に装置を起動させないことは重要である。計画停電時に非常用自家発電装置に切り替わった前後、及び通常電源に切り替わった前後には、予期せぬ瞬停が起きる可能性がある。電源供給が安定していると判断して装置を起動する場合、電源が切り替わった案内があっても直後に起動することは避け、数分間経過した後に装置を起動した方が良いと思われる。

問題点（３）については、今回の問題点を病院事務局に報告したところ、電気回路自体に問題が

あるため工事が必要であることが判明した。そのため後日、専門業者によって放射線部のエアコン発電機回路変更工事を行うこととなった。これで空調機電源は停電時での非常発電機回路に改修されたので今後は非常用自家発電装置であっても空調は作動するはずである。それでも停電時に各室の空調の電源スイッチが切れていないかの確認は必ずしなければならない。

結 語

新病院となってから２回の計画停電点検を経験して放射線部門の問題点が明らかになった。問題点については必要な工事も完了し改善された。今後、地震等の自然災害で停電になる可能性は充分考えられる。夜間の放射線部に従事する診療放射線技師が少ない場合でも停電時（災害時）に対応できるよう放射線部門における停電時の対応マニュアルも作成した。

本稿の一部要旨は第20回岐阜県診療放射線技師学術大会（高山市）において発表した。

参考文献

- 1) 経済産業省産業保安グループ電力安全課：電気主任技術制度に関する Q&A 2017.
- 2) 経済産業省産業保安グループ電力安全課：自家用電気工作物に係る手続きのご案内 2012
- 3) 厚生労働省医政局地域医療計画課長：病院が有する非常用電源に係る保安検査の実施の徹底について 2018.

当院の救急撮影について

岐阜県立下呂温泉病院 *中央放射線部

神戸孝将*

はじめに

当院は平成26年5月1日に新病院に移転し、およそ4年が経過する。近年は救急撮影に対応しやすい環境としている施設が多い中、当院も新設にあたり一般撮影室やCT室を救急室に隣接させたことで、救急撮影に素早く対応できるようにしている。

今回は当院での救急撮影の件数、現状をまとめたので報告する。

結果と現状

表1. 検査件数（※時間外のための件数）

	一般	CT	MRI
内科	1636	7038	656
外科	581	1558	90
整形外科	4200	2726	188
脳神経外科	438	3404	2908
小児科	243	193	11
その他	78	141	36
合計	7176	15060	3889

※平成30年1月時点

新病院移転後の各救急撮影の件数は表1の通りである。

一般撮影は主に外傷等の撮影がメインであり、特に整形外科の撮影が全体の59%を占める。

CT検査は心臓を除く、ほぼ全ての撮影を行っ

ている。事故等、外傷における全身精査や内科疾患における胸腹部の撮影等、複数部位の撮影が多いため、プロトコルを組み合わせることで、効率よく撮影を行えるようにしている。

例1. 頭部（脳実質条件+骨条件）+頸部+頸椎：頸部においても軟部・骨の両方の観察が可能である。

例2. 肋骨（骨条件+縦隔条件+肺野条件）：骨に加え、軟部・肺野の観察、予めボリュームデータを作成することで、3Dの作成もすぐに行えるようにしている。

MRIは頭部、脊椎の検査が主である。

頭部MRIではDWI、MRAを優先に撮像を行い、状況に応じてFLAIR、T1WI、T2WI、T2*、BPAS等を追加撮像している。

脊椎MRIはルーチン撮像に加え、STIRを追加して撮像している。

意識障害を起こしている患者や疼痛が強く体動抑制困難な患者に対しては、体動補正プロトコルの使用、撮像時間を短くするなどして、可能な限りアーチファクトの軽減に努めている。また、当直者全員が頭部、脊椎MRIの撮像が行える。

結 語

今後の課題として、MRI検査においては当直帯でも頭部や脊椎のみならず、MRCPなど幅広く対応できるようにしていきたい。

胎児心エコーにおける描出不良部位についての検討

独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院 臨床検査部 生理検査室^{*1} 産婦人科^{*2}

柘植沙恵子^{*1} 日下部瑤子^{*1} 田口会梨^{*1} 熊崎幸代^{*1} 佐藤正実^{*1}
熊崎美穂^{*2} 和泉茂邦^{*2}

【はじめに】

当院で実施している胎児心エコーの1次スクリーニング検査において描出不良となり、次回の検診時に再検となった例について検討したので報告する。

【対象】

平成27年6月から平成29年3月までに検査を受けられた251名で、胎児の週数が20週及び30週の2回行い、描出不良となった断面について検討した。

【方法】

検討断面は、四腔断面・3VV (three-vessel view)・3VTV (three-vessel-trachea view)・大動脈弓矢状断面とした。機器はGE Healthcare Logic S8のコンベックスプローブを使用した。

【結果】

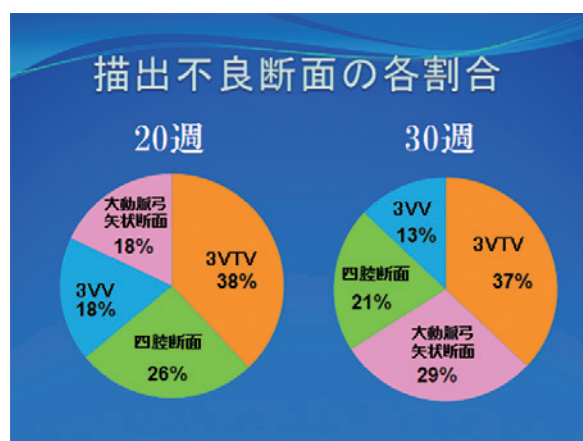
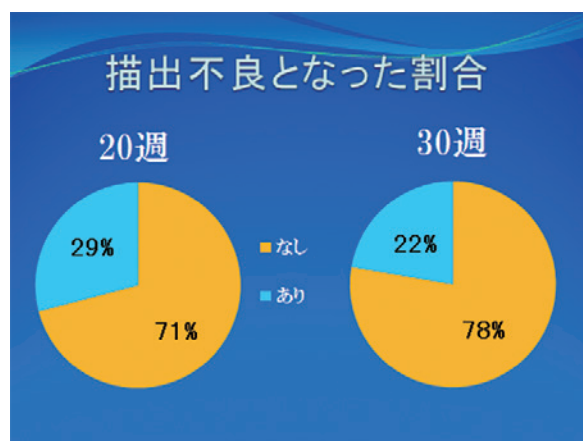
251名のうち20週が148名(59%)、30週が103名(41%)であった。描出不良となった例は20週で29%、30週で22%、全体で26%であった。

描出不良断面の内訳は20週で3VTV 38%、四腔断面 26%、3VV・大動脈弓矢状断面が共に18%、30週で3VTV 37%、大動脈弓矢状断面 29%、四腔断面 21%、3VV 13%であった。また各断面の部位別では20・30週共にあまり差がなく、四腔断面は肺静脈血流波形、3VTVは左右肺動脈、大動脈弓矢状断面は大動脈峡部の描出不良が多かった。

2回のスクリーニング及び再検も含め、1度も確認出来なかった部位がある例は1名(0.4%)であり、その部位は四腔断面での肺静脈血流波形であった。

【考察】

肺静脈血流波形が描出不良となったのは近傍の血流が混在することや、母体の呼吸などによるロイのずれが考えられる。左右肺動脈は20・30週共



に一番描出困難な部位であり、検査当初は左肺動脈と動脈管の区別が困難な例があったが、経験と共に少なくなった。3VVは上大静脈及び大動脈を円形にすると主大動脈が楕円となる場合に位置の同定に苦慮した例があった。大動脈弓矢状断面は胎盤や椎体の影響で描出困難となる例があった。30週よりも20週で描出困難な例が多かったのは、胎児が体表面に対して垂直に近い体位の場合や、胎動が激しく描出困難な場合に時間をかけることなく再検にしたためと考える。体位による描出不良の対策としてカラードブラ法を行うと、胎児の胎動が起こることが多いが、使うタイミングを考える必要があると思われる。

【まとめ】

検査可能な描出断面を優先して検査し、胎動又

は体位によって描出可能になると思われる例は次回再検としている。また、母体の影響も考えて、検査は短時間で行う事が重要と考える。カラード

プラ法は胎動が増えるため、検査の後半に行っている。今後は、技術及び知識を研鑽し、検査技師として地域医療に貢献していきたい。

思春期神経膠芽腫患者に対して 終末期の理学療法を長期にわたって実施した1例

岐阜県立下呂温泉病院 リハビリセンター部 理学療法士

平工実奈子

症 例

16歳：女性

診断名：神経膠芽腫（グリオブラストーマ）

現 病 歴

H25年8月（12歳：中学1年生）発症

H25年9月：A病院にて摘出術

その後、化学療法、放射線療法を施行。

再発・脊髄転移などもあり入退院を繰り返す。

H27年10月：呼吸不全となり入院

人工呼吸器管理となる

H28年2月29日（15歳：中学3年生）：

在宅療養は調整困難であり、なるべく自宅に近い環境で過ごしたいとの思いから当院へ転院

転院時の病態

- ・人工呼吸器管理（自発呼吸なし：脳死に近い状態）
- ・転院前に感染症による状態悪化があり。
（血液検査やルート確保）積極的な治療は行わないことで同意されていた。
- ・発症当初で余命は半年程度（中学2年生にならない）と宣告されていた。
- ・上下肢の関節拘縮はほぼなし。顎関節に変形はあり。
- ・自発運動は認められなかったが、刺激による口腔周囲や頸部、手指などの不随意的な動きは認められた。

リハビリテーション介入

理学療法（PT）、作業療法（OT）

- ・卒業式が3月7日であったため、転院時より当院において、卒業式の開催が最初の目標となった。
- ・緩和ケア認定看護師主導のもと、学校側との打ち合わせがされた。
- ・10月の入院以降、車椅子乗車はできていなかった。医師（Dr.）、病棟看護師（Ns）、臨床工学

士（ME）と共に、車椅子乗車での参加の可否を評価し、必要な機器や介助方法などの検討を行った。

- ・卒業式までは、家族との関係づくりも含め、ニードの聴取、リハビリを行う上での評価、リハビリ内容の引継ぎ、今後の方針の確認を行った。
- ・卒業式は、車椅子への乗車も無事に行え、家族、教職員、同級生、当院職員も出席の中、当院デイルームで行うことができた。



図1 卒業式の様子

リハビリテーションの内容

目標：現状維持 2次的な合併症の予防

- ・関節拘縮予防：関節可動域練習
- ・呼吸機能の維持：呼吸器管理であり、自発呼吸、咳嗽反射の消失から体位ドレナージ（腹臥位排痰法）、呼吸介助などの積極的な除痰を実施し、低酸素血症の予防、換気量の維持
- ・循環動態の維持：ベッドのギャッジアップを利用した坐位保持練習。
- ・他にも坐位保持練習では呼吸介助も実施。髪型を変えたり、表情筋のストレッチ。

休日の呼吸リハビリの介入

- ・当院、リハビリでの取り組みの一つであり、必

要に応じて呼吸リハビリを行っている。

- ・本症例も呼吸器管理であり、痰の貯留も認められたこと、家族のニーズもあったことから、休日出勤者の協力も得て実施。体位ドレナージ、呼吸介助を中心とした呼吸リハビリを実施。
- ・入院中は発熱はあるものの、体温の調節で安定するもので、持続する発熱は認められなかった。痰の色調からも感染を疑う症状などは認められず、 FiO_2 が23%で維持できたことより、正確な状態は不明であったが、著しい呼吸機能の低下は認められなかった。

週に1回の車椅子乗車

- ・転院時は、卒業式への出席が大きな目標であった。卒業式後はリハビリとしての目標は現状維持であったが、生活としての目標をカンファレンスにて検討。
- ・目標を持って生活することで家族、本人のQOLの維持
- ・主治医から、急変する可能性もある等リスクの十分なICがあり、両親も本人が楽しめることをしてあげたいとの同意を得て、Dr、ME、病棟Ns、緩和ケアNs、とも協力して実現
- ・1回に約30分～1時間程度実施。

5月 家に帰りたい 断念

- ・母親の希望もあり、自宅退院することを目標に行ってきた。
- ・5月が家族が落ち着く時期といわれ、様子を見計らって退院を決めていくこととなった。
- ・退院するにあたり、当院サポートセンター退院調整看護師や緩和ケア認定看護師から必要となる、訪問診療、訪問看護、ヘルパー、呼吸器などの医療機器やサポート体制を揃える準備は実施された。
- ・しかし、退院＝自宅での看取りとなることに受け入れができず、断念となった。

車椅子乗車

- ・実際に車椅子乗車し、外界に行き、日光や風を感じることで、バイタルサインは良好に保たれた。また、本人が意思表示しているようで、母親からも満足が得られ、次回までの生活の目標となっていた。（雨にて外へ行けなかったのは1回のみ）
- ・乗車した時に季節を感じる場面で記念写真を撮影。

- ・発症前から自宅周囲の自然の環境で遊ぶことが好きであったなど、母から症例に対しての色々な思い出を聞く機会ともなった。



図2 車椅子乗車の様子

8月以降の状態の変化

- ・胃瘻での経管栄養の際に、心拍数の急激な上昇とともに不整脈が認められるようになってきた。
- ・循環動態を保つことが困難となっており、ギャジアップでの坐位練習を行っても急激に血圧低下を来すことも多くなってきた。
- ・CTを撮影。病態の進行が認められた。
- ・改めて急変のリスクのICがされたが、家族は引き続き車椅子乗車など、可能な範囲で今まで通りのプログラムを希望された。

9月 ～16歳の誕生日…退院～

- ・誕生日：両親、妹などの家族も揃い、病院で誕生日会を開催
- ・9月が誕生日であり、本人にとってうれしいことは何かと家族で話し合い、在宅への退院を決



図3 誕生日の様子

断される。

- ・不整脈も出現しなくなった。
- ・5月の時点である程度の調整が行われていたため、迅速に体制が整い、9月20日退院となった。

リハビリの成果

- ・継続的に車椅子に乗車していたことが、自宅への移動も耐え得る状態であると把握することができ、家族も退院への根拠や自信となった。
- ・2次の合併症なく、過ごせていたことで、一度断念した、自宅退院という目標を低下させることなく、再び実現へとつながった。
- ・実際、本人も大きなトラブルなく退院が可能であった。

継続したケアを

- ・退院に際して、当院スタッフ、在宅でのスタッフ、医療機器の業者出席のもと、ケア会議開催。
- ・なるべく病院で行っていたことに近いケア、リハビリが、自宅で行えるようにリハビリ方法の情報提供を行った。
- ・また、ケア会議の際にも、訪問で携わる、療法士、看護師、介護士の方にも協力が得られ、実際に体位ドレナージの腹臥位の様子なども見ていただき情報共有をはかった。



図4 作成した在宅リハビリメニュー

退 院 後

- ・母親より「ただいま」「おかえり」のある日常が過ごせた。
- ・退院後もヘルパー、看護師、訪問リハビリ技師

により、腹臥位など、入院時同様のリハビリメニューを実行していただけた。

- ・お昼寝も一緒にできた。



図5 お昼寝の様子

- ・10月2日 家族に見守られ、永眠
- ・家族によってエンゼルケアもされた。

ま と め

- ・療法士としては、機能の改善と言った目標に向かうものではなかったため、目標が見失いがちとなるが、状態維持を目標とし、継続的にアプローチすることで、残された期間を過ごしながら、家族としても本人と向き合い、在宅への目標を低下させることなく、再び自宅退院へつながったのではないかとと思われる。
- ・終末期となり、本人の意思が伝えられない中、車椅子乗車やイベントなど本人が好みそうなことを家族の思いによりそい、実現可能な範囲で行っていくことが、生活の目標となり、QOL維持につながったと思われる。
- ・今回は、さらにその目標としておこなっていた車椅子乗車を継続的に行うことにより、退院へと繋げるためのリハビリや根拠となったと経験した。
- ・普段より、スタッフ間で情報共有を密に行っていたことで、イベント時や退院時などもスムーズに対応することができた。今後このような症例を担当した場合も、家族の意向を大切にしつつ、リハビリの担当者として、どのように関わっていけるかをチームで共有しながら取り組んでいきたい。

平成29年度給食アンケート結果報告

地方独立行政法人下呂温泉病院栄養管理部

船坂 祐一 大坪亜也加 山本 沙織

はじめに

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

実施方法

平成29年12月13日（水）昼食時に配布し、各病棟にアンケート回収箱を設置し、3日後12月15日（金）に回収をした。

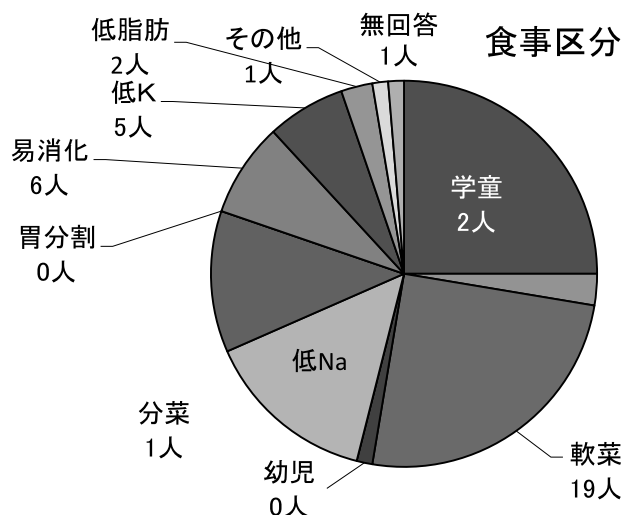
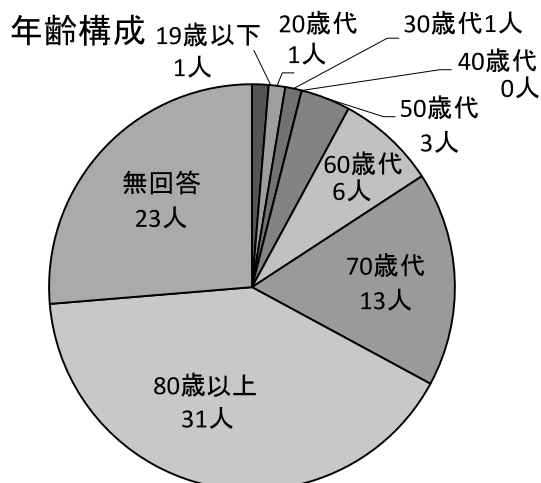
対象者は欠食、濃厚流動食喫食者をのぞく回答可能な方とし、事前に看護部に回収及び記入の援助を依頼した。

給食アンケート調査の様式は図の通りである（図）。

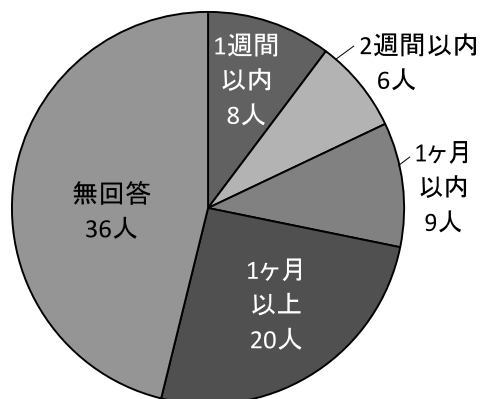
結 果

1. 回収率

回収率は全体の配布率に対し、58%であった。（表）回答者の構成は、男性・女性76人であった。食事区分は並食21人28%、軟菜食19人25%であった。特別食では、低Na11人14%、EC食9人12%となった（表）。易消化食、低K食等も少数あった。入院期間は1ヶ月以上が20人26%、1ヶ月以内が9人12%一週間以内8人11%、となった。（表）



入院期間



2. 食事の盛り付け

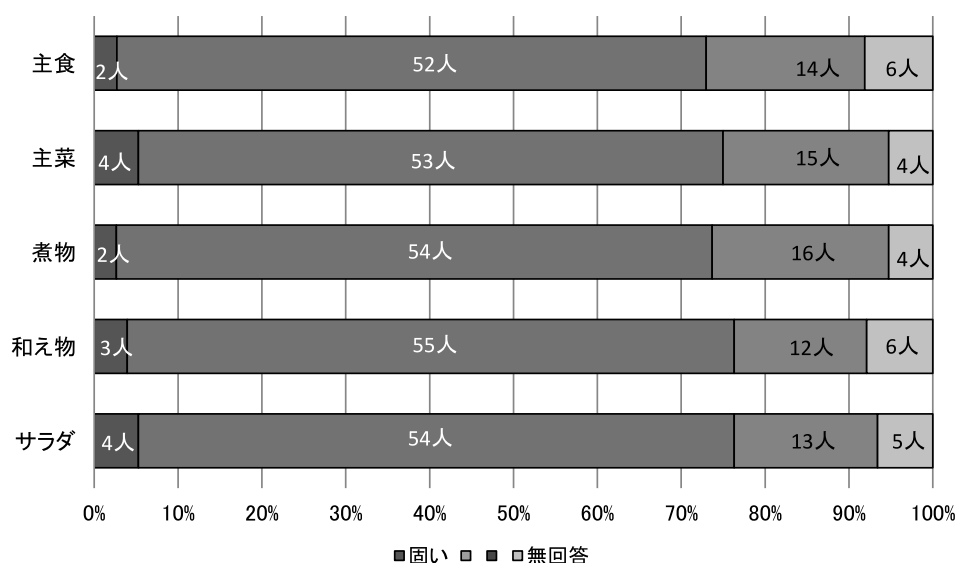
主食から小鉢までの満足度を聞いたところ、平均「満足」31人40.7%、「普通」27人35.5%、あわせて58人76.3%であった。「やや不満・不満」11人14.5%、「無回答」7人9.2%であった（表）。

3. 捕食について

捕食について、給食以外の物は食べないと回答した人は31人41%で最も多かった。次いで、時々食べる30人39%、ほぼ毎日食べる4人5%で、捕食をしている人は、あわせて34人45%であった（表）。

給食だけでは足りないと回答した人は9人12%で最も多く、次いで口寂しいから7人9%、であっ

(2) 食事の盛り付けについて

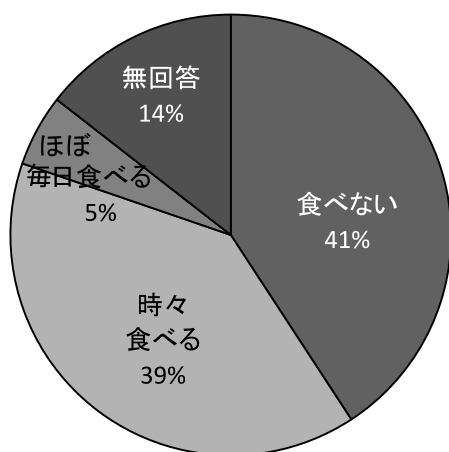


た (表)。

その他の捕食をする理由として口が渇くからなどの意見があった。

捕食として食べているものは、聞き取りでは、菓子類、飲み物が殆どである。

	(人)
食べない	31
時々食べる	30
ほぼ毎日食べる	4
無回答	11



4. 病院食の満足度について

病院の食事について、満足していると答えた人は32人42.1%で最も多かった。次いでほぼ満足していると答えた人は27人36%、満足している・ほぼ満足しているはあわせて、59人78%であった。

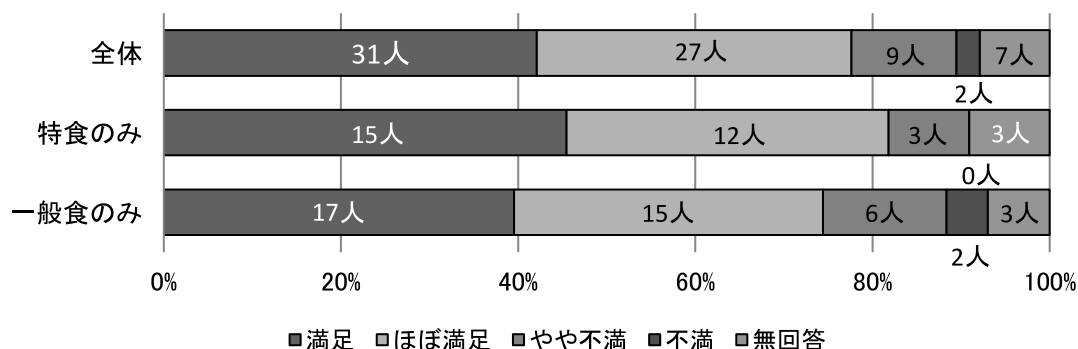
やや不満9人12%、不満2人3%で、あわせて11人14%であった (表)。

一般食においては、満足している17人ほぼ満足している15人で、あわせて32人であった。やや不満と答えた人は6人、不満0人であった (表)。特別食においては、満足している15人ほぼ満足している12人、あわせて27人であった。やや不満3人、不満0人となった (表)。

5. その他、感想や要望について

- ・並食：ご飯 (白米) が大変美味しく、おかずの味も濃くなく薄くもなく好きです。見た目も綺麗
- ・並食：だしが同じようで、長く食べていると飽きてしまいます。お粥が昔と比べまじくなった。温かいものは温かく食べられ、他の病院よりは見た目も良い感じです。
- ・並食：彩りも良く、薄味でとても美味しかった。野菜が沢山で嬉しかった。
- ・並食：量のバランスがよい。
- ・並食：下呂温泉病院に来る前に2つの病院に入院し給食を頂きましたが、ここが一番好きです。
- ・並食：味が薄い。
- ・軟菜食：味が良く毎日美味しく食べています。
- ・軟菜食：味が薄い。
- ・軟菜食：ブロッコリが固い。野菜も固い。
- ・軟菜食：蓋付きの容器で、外すのに手の滑りやすいものがあります。
- ・軟菜食：味が無い。
- ・特食：美味しい方だと思う。
- ・特食：どれも美味しい。
- ・特食：量もあるし美味しいと思います。

全体	(人)	特食のみ	(人)	一般食のみ	(人)
満足	32	満足	15	満足	17
ほぼ満足	27	ほぼ満足	12	ほぼ満足	15
やや不満	9	やや不満	3	やや不満	6
不満	2	不満	0	不満	2
無回答	7	無回答	4	無回答	3



- 夕食に多い魚の煮付けはどれも同じ様な味になってしまっている。焼き魚も同様。
- ・特食 特に不満は無いが、火曜日のパンの1切れは少ないと思います。
 - ・特食：もう少し味がほしい。

考 察

食事の満足度調査について、満足、ほぼ満足しているをあわせて78%であった。やや不満・不満が11%と1割おり、この結果を見てアンケートの意見を参考に調整していきたい。又、嬉しい意見も多くあり励みとなった。

今後も、食事提供の衛生管理及び質の向上を行っていかねばならない。又、異物混入での事故も近年多く発生するようになり、当院でも十分注意する必要がある。長期の入院患者が多くなってきており、現在28サイクルの献立での運用であるため長期入院の患者に対応する献立を作るようにしていきたい。一般食と特別食共に、良い結果が得られたが、患者の嗜好にあった食事を提供できるよう、要望のあったメニューや食事形態等も考慮し、改善していくように取り組んでいきたい。

捕食状況について、時々食べる、ほぼ毎日食べるをあわせて45%であった。半数近くが捕食して

いる。上部でも述べたように、病院給食は治療の一環である。健康保険法における「食事療養」では、果物、菓子類等の病状に影響しない程度の嗜好品を適量摂取することは差し支えないが、それ以外の飲食物の摂取は認められていない。

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

満足度について、給食に満足している人は約78%であった。今後も、満足度が高い状態を維持していきたい。月に1度の台所からのメッセージ等を利用して、患者さまからの意見を集い、少しでも患者さまの声を取り入れ、下呂地域での嗜好にあった食事を提供するように進めたい。

ま と め

今回、年1回の給食アンケート調査を行い、全体的に良い結果が得られているが、味の面で、このオール電化厨房での欠点があるが、この地域の食事、入院患者の高齢化に合わせたメニューの取り入れ・調理方法の見直し等を進め、事故のない安全安心な食事の提供を心がけ、これからも患者1人1人に喜んで頂ける食事を提供していきたい。

DPC コーディング委員会

委員会の目的

DPC 推進と適切なるコーディング体制を確立するため。

活動内容

- (1) 最も適切・効率的な DPC のコーディング及び各様式・ファイルの検討
- (2) 診療分析及び改善に関すること。
- (3) 経営分析等に関すること。

平成29年度の開催・活動報告

第1回 DPC コーディング委員会

日 時 平成29年10月30日

- 議 題
- 1. コーディング状況について
 - 2. 医師が確認している DPC データについて

第2回 DPC コーディング委員会

日 時 平成30年 3 月29日

- 議 題
- 1. DPC コーディング委員会設置要綱の改正について
 - 2. コーディング状況について
 - 3. 診療報酬改定に伴う対応について

医療ガス安全管理委員会

委員会の目的

医療ガスに関する知識の普及・啓発と、安全な取り扱いについて学ぶ。また、日常点検を確実にを行い、事故防止に努める。

活動内容

- ・年度初めに職員を対象とした医療ガス安全講習会を開催し、医療用酸素ボンベや医療ガス設備、関連機器の正しい取り扱い方の実習を行う。
- ・毎月各部署から提出される医療ガス日常点検チェックシートを取りまとめ、年度末に委員会で報告する。

平成29年度の開催・活動報告

医療ガス安全講習会

第1回：平成29年4月19日（水）

第2回：平成29年4月20日（木）

実施内容

講 義…医療ガスの概要について・医療ガス関連機器について（ビデオ鑑賞）

実 習…医療用酸素ボンベの取扱（1階講堂）

医療用ガス設備と関連機器の取扱（救急室）

講 師…岐阜酸素（株）、（株）小池メディカル

医療ガス安全管理委員会

平成30年3月29日（木）

実施内容

- ・設備保守点検の状況について
- ・医療ガス配管設備保守点検（各室アウトレット）について
- ・医療ガス安全講習会の実施結果について

院内感染防止対策委員会

目 的

院内感染防止対策委員会は、岐阜県立下呂温泉病院の感染防止対策について、病院内の感染を防止し、健全な病院運営を図るため、感染防止に関して調査審議する事を目的として設置されている。

活動内容

毎月定例開催し以下の内容について調査審議を行う。

- ・感染防止対策の企画立案に関すること。
- ・病院施設、労働環境及び職員を対象とした感染防止のための調査及び改善に関すること。
- ・感染防止のためのサーベイランス及び研究に関すること
- ・院内感染症に関わる報告業務、防疫、治療及び検査に関わること。
- ・感染防止対策上必要な器具、機器、薬剤の整備及び点検に関すること。

平成29年度活動内容

平成29年度は12回の委員会を開催し、以下の報告および審議を行った。

・ MRSA 発生状況報告

各月の MRSA の発生状況について、病棟、外来別の MRSA 分離患者数、新規分離患者数、MRSA 感染・保菌入院患者数について報告した。薬剤耐性パターンより推定由来を報告した。

・ 感染症発生報告

各月の MRSA 以外の細菌分離状況の報告、感染対策上必要な感染症発生状況の報告を行った。院内感染対策上、注意を必要とする細菌については分離数、特徴を含め報告した。院内感染を疑う分離例については別途報告した。

・ 抗菌薬使用状況報告

直近3ヶ月の系統別抗菌薬の使用状況を報告した。使用量の多かった薬剤については別途報告した。

・ 感染対策室活動

感染対策室活動について報告した。前月下期より開催月上旬期までの1ヶ月分について感染対策室会議、サーベイランス、職員感染対策、審議事項について報告、審議した。MRSA サーベイランスも感染対策室報告の中で報告し、MRSA 発生率の低値での推移が報告された。

感染対策室で立案された活動計画について報告を受け、活動計画の承認を行った。主な活動計画は、職員インフルエンザワクチン接種、HB ワクチン接種、小児科関連ウイルスワクチン接種、院内感染対策研修会の開催、結核接触者健診、院内感染対策相互チェック、下呂・金山・白川感染対策合同カンファレンス等の計画が委員会において承認され、感染対策室活動として実施された。

・ マニュアル改訂の承認

感染対策室で立案されたマニュアルの改訂について審議し承認を行った。

平成29年度は、疥癬感染対策マニュアル、使用後器具処理マニュアル、腸管感染症対策マニュアル、血液・体液曝露による職業感染防止マニュアルの改訂を承認した。

回復期リハビリテーション運営部会

委員会の目的

診療委員会の部会として回復期リハビリテーション運営部会を組織し、回復期リハビリテーション病棟を円滑に運営する。

活動内容

1. 年度初めに回復期リハビリテーション運営部会を開催する。
2. 回復期リハビリテーション運営部会は次の事項について協議する。
 - 1) 回復期リハビリテーション病棟全体計画
 - 2) 回復期リハビリテーション病棟の業務及び運営
 - 3) その他回復期リハビリテーション病棟の運営に必要な事項

平成29年度の開催・活動報告

1. 平成29年度回復期リハビリテーション運営部会
平成29年 6月15日（木）13：00～13：50
 - 1) 平成28年度実績報告
 - 2) 回復期リハビリテーション病棟における課題について

透析機器安全管理委員会

委員会の目的

透析液の管理を行っている。関連学会の定める水質基準に基づき、超純水透析液の水質基準を維持することで患者に安全な透析を提供できるよう努めている。

活動内容

1. 毎月1度委員会を開催し透析液の清浄化に努めている。
2. 採液計画を作成し、毎月指定の場所から採液を行っている。採液内の生菌数、エンドトキシン数を測定し透析液の汚染を調べている。
3. 透析コンソール内のエンドトキシン除去フィルターの定期交換。
4. 透析液配管内の消毒濃度の検討。

平成29年度の活動報告

- ・毎月1度の委員会開催。
- ・5月、11月にフィルターの交換を実施。
- ・3月より透析液を使用した自動プライミングを行っている。その為に12月より対象コンソールの重点的な採液を実施し、使用に問題ない事を確認した。
- ・1年間通して超純水透析液を維持できている。

その他

透析液水質確保加算（10点）を算定できる。

医療機器整備委員会

委員会の目的

- 病院で使用する医療機器の整備を適性かつ合理的に行うことを目的に設置
 - ・医療機器の管理、効率的な運用及び整備
 - ・医療機器の選定
 - ・医療機器の調査、研究及び情報収集
 - ・医療機器の購入又は導入方法、契約、業者選定等

活動内容

- 各診療部門、病棟等の医療機器要望の取りまとめ
- 医療機器整備委員会の開催
- 医療機器整備専門委員会の開催（入札案件について審議）
- 院長レク、理事長査定の実施

平成29年度の開催・活動報告

- | | |
|-------------|-----------------------|
| H29. 05. 23 | 医療機器整備委員会開催 |
| H29. 06. 12 | 第1回院長レク実施 |
| H29. 06. 20 | 理事長査定実施 |
| H29. 07. 10 | 平成30年度整備医療機器（高額分）要望調査 |
| H29. 09. 11 | 第2回院長レク・理事長査定 |
| H29. 12. 26 | 平成30年度整備医療機器（通常分）要望調査 |

その他

平成29年度主な導入機器

- ・内視鏡ビデオシステム
- ・生化学自動分析装置
- ・超音波画像診断装置

他 10機種

診療材料委員会

委員会の目的

診療材料等の合理的な在庫管理及び適正な選定購入を行うため、診療材料等に関して調査審議する。

活動内容

新規に採用する診療材料等の選定
診療材料等の在庫管理・研究・情報の収集
現在使用している診療材料等の削除に関する審議

29年度の開催・活動実績等

第1回委員会 平成29年6月30日（金）16：30～
通常採用：10件 臨時採用：24件
緊急・臨時採用分の申請方法を変更

第2回委員会 平成29年8月25日（金）16：30～
通常採用：2件 臨時採用：1件

第3回委員会 平成29年10月27日（金）16：30～
通常採用：9件 臨時採用：2件

第4回委員会 平成29年12月15日（金）16：30～
通常採用：4件 臨時採用：1件

第5回委員会 平成30年2月23日（金）16：30～
通常採用：7件 臨時採用：3件

その他

薬事委員会

委員会の目的

本委員会は、当院で使用する医薬品等の医学的、薬学的及び経済的評価等を行うとともに、適正かつ合理的に選定を行うため、医薬品等の選定に関して調査審議する目的で設置している。

活動内容

原則として奇数月の第3水曜日に定期的に開催し、以下の事項について調査審議している。

1. 新規採用の治療用及び検査用医薬品の選定に関する事
2. 採用医薬品の削除に関する事
3. 製造販売後調査（使用成績調査、特定使用成績調査）の実施に関する事
4. 約束処方に関する事
5. 医薬品の管理、研究、情報の交換に関する事
6. その他薬事に関する事

平成29年度の開催・活動報告

- 第1回 平成29年5月17日（水）出席13名・欠席5名
 第2回 平成29年7月19日（水）出席13名・欠席4名（委員1名減員）
 第3回 平成29年9月20日（水）出席13名・欠席4名
 第4回 平成29年11月15日（水）出席11名・欠席6名
 第5回 平成30年1月17日（水）出席14名・欠席3名
 第6回 平成30年3月14日（水）出席12名・欠席5名

主な審議事項

	新規採用	新規院外 専用採用	用時購入 への切替	院外専用 への切替	削除薬品	その他
第1回	9件	1件	2件	0	4件	使用成績調査完了報告/実施結果報告1件
第2回	17件	7件	0	3件	12件	医薬品等選定等取扱要領の変更
第3回	7件	5件	4件	1件	7件	
第4回	3件	4件	2件	0	5件	使用成績調査完了報告/実施結果報告1件 使用成績調査実施申請1件
第5回	5件	4件	2件	6件	8件	薬剤オーダー時の使用中止薬品置き換え機能の導入について
第6回	9件	4件	0	3件	3件	医薬品等選定等取扱要領・委員会申し合わせ事項の見直し

図書管理・年報等編集委員会

委員会の目的

- ・ 病院導入図書の購入及び廃止の決定
- ・ 病院図書の管理及び情報収集
- ・ 病院年報の編集及び発刊

活動内容

- ・ 図書管理・年報等編集委員会の開催
- ・ 病院購入外国誌、定期刊行図書等の導入及び廃止等の決定
- ・ 各診療科等の一般図書購入希望調査取りまとめ及び導入決定
- ・ 病院年報に掲載する原稿取りまとめ及び編集発刊
- ・ 図書台帳の管理

平成29年度の開催・活動報告

- | | |
|-------------|-------------------------|
| H29. 04. 18 | 病院年報41号の投稿依頼 |
| H29. 06. 16 | 一般図書及び定期購入雑誌の要望更新等調査の実施 |
| H29. 08. 29 | 第1回図書管理・年報等編集委員会開催 |
| H30. 02. 08 | 第2回図書管理・年報等編集委員会開催 |
| H30. 03. 31 | 病院年報第41号の発刊 |

臨床検査管理委員会

目 的

臨床検査管理委員会は、岐阜県立下呂温泉病院の臨床検査について、臨床検査業務の資質の向上、適正かつ円滑な運営等図るため、臨床検査の運営管理に関して調査審議する事を目的として設置されている。

活動内容

年間 4 ～ 6 回の開催において以下の内容について審議すると共に、検査試薬の採用、変更の承認を行う。

- ・ 臨床検査実施項目および検査内容について検討し、適切な項目管理を行う。
- ・ 検査精度管理について外部精度管理調査結果を基に検査値の保証を行う。
- ・ 検査機器および検査試薬購入において検討を行い、適正購入を図る。
- ・ 臨床検査に関わる電子カルテ画面の管理を行う。

平成29年度活動内容

平成29年度は 7 回の委員会を開催し、以下の報告および審議を行った。

・ 外部精度管理報告

日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、岐阜県臨床衛生検査技師会の外部精度管理調査について結果報告を行い、低評価となった項目について追加検討、改善報告を行った。

・ 院内実施検査項目の採用および中止について

院内実施検査項目の新規採用として水痘帯状疱疹ヘルペス抗原 1 件、中止・検査委として4件について審議、承認した。

・ 検査内容変更について

検査内容の変更として、測定法の変更が 2 件、結果報告に関する事項 6 件について審議、承認した。

・ 検査機器導入に関わる検討について

超音波診断装置、生化学自動分析装置、インフルエンザ高感度測定装置、血糖 POCT 機器の選定について審議し決定した。

・ 検査試薬採用および変更について

臨床検査部より提出された検査用試薬の新規採用および変更について承認した。

・ 電子カルテ画面の変更について

検査実施内容変更に伴う電子カルテ画面の変更について承認した。

がん化学療法レジメン管理部会

委員会の目的

患者がエビデンスに基づいた適切ながん化学療法を安全に受けられるよう、標準的な治療方法をレジメンとして登録・管理・運用し、レジメンの必要性・妥当性を客観的に評価する。

活動内容

1. 新規登録申請されたレジメンの登録の可否決定に関すること。
2. 登録されたレジメンの妥当性の評価に関すること。
3. がん化学療法が円滑に行われるよう、各部署の調整を図る。

29年度の開催・活動実績等

第12回がん化学療法レジメン管理部会

日 時：平成30年3月15日（木）15：00

会 場：1階 集団指導室

8名中5名

出席者：外科 山内・脳外科 三輪・消化器内科 林・薬剤部 住、丹羽

欠 席：検査 藤木・西5 土野・外来 細江（かおり）

時 間：15：00～15：15

1. 新規申請されたレジメンの検討について

各科より下記レジメンの申請があり、①⑤については申請通り登録となった。

②③は申請後、それぞれ1名の患者様に使用されたが、今後使用予定がないため削除となった。

④に関してはS1/DOC→S1と連続して実施することで、単一のレジメンとしての登録は見送りとなった。

①レジメンコード：MK-RAM/PTX

癌 腫：胃癌

申請日：2016/12/14

申請科：消化器内科

レジメン内容：サイラムザ 8 mg/kg D 1, 15

タキソール 80 mg/m² D 1, 8, 15

1 コース 4 週間 投与上限なし

②レジメンコード：CRC-Cmab/S1

癌 腫：大腸癌

申請日：2017/1/30

申請科：外科

レジメン内容：エスワンタイハウ 80 mg/m² D 1-28（29-42は休薬）

アービタックス 400 mg/m²（初回）

250 mg/m²（2回目以降）

D 1, 8, 15, 22, 29, 36

1 コース 6 週間 投与上限なし

③レジメンコード：CRC-FOLFOX 4

癌 腫：大腸癌

申請日：2017/2/13

申請科：外科

レジメン内容：エルプラット 85 mg/m² D 1

レボホリナート 100 mg/m² D 1

5-FU 400 mg/m² D 1, 2

5-FU 600 mg/m² D 1, 2

1 コース 2 週間 投与上限無し（術後補助の場合は12回）

④レジメンコード：MK-S 1 /DOC・S 1

癌 腫：胃癌

申請日：2017/10/26

申請科：消化器内科

レジメン内容：

1 コース目 エスワнтаイホウ 80 mg/m² D 1-14（15-21休薬）

1 コース 3 週間

2～7 コース目 タキソテール 40 mg/m² D 1

エスワнтаイホウ 80 mg/m² D 1-14（15-21休薬）

1 コース 3 週間

8 コース目以降 エスワнтаイホウ 80 mg/m² D 1～D28（29-42は休薬）

1 コース 6 週間

投与上限 手術後より1年間、手術後1年間経過した後は新たなコースに入らない

⑤レジメンコード：CRC-RPMI

癌 腫：大腸癌

申請日：2017/11/6

申請科：外科

レジメン内容：レボホリナート 250 mg/m² D 1, 8, 15, 22, 29, 36

5-FU 500 mg/m² D 1, 8, 15, 22, 29, 36

1 コース 8 週間 術後3コース施行

2. 院外薬局への当院採用レジメンの情報提供について

住委員より、岐阜県病院薬剤師会飛騨ブロックから、飛騨地域の薬剤師会に各病院のレジメンの情報提供の依頼があったため、当院採用レジメンの内容（各レジメン中の投与量、投与間隔等）を一覧にして提供して良いかとの確認があり、参加委員より異論無く、部会としては情報提供を了承することとなった。

3. その他

住委員より、昨年度から、本部会をがん化学療法を統括する部会へ改編を進めているところであるが、今後も改編に向けて、準備を進めていく方針で良いかとの確認があり、継続していく事が了承された。

事務局より、部会設置要項第5条「部会は、必要に応じて開催し、部会長が招集する。」を「部会は、最低1年に1回、その他必要に応じて開催し、部会長が招集する。」に改訂するとの案が出され、了承された。

災害対策委員会

委員会の目的

災害対策に必要な事項を協議し、地震等の大規模災害において患者・その家族及び職員の安全と施設、医療設備の機能を確保するとともに、地域の中核病院として医療行為の適切な遂行を図ることを目的としています。

活動内容

災害対策委員会では、災害対策に必要な次に掲げる事項を協議、決定しています。

- (1) 災害対策の方針に関すること。
- (2) 災害対策マニュアルの整備・更新に関すること。
- (3) 地震等の大規模災害を想定した教育・訓練に関すること。
- (4) その他災害対策に必要な事項に関すること。

平成29年度の主な活動報告

- (1) 中部ブロックDMA T実動訓練への参加（協力）と、病院独自訓練の実施

大規模災害発生に際し、中部ブロック9県のDMA T（災害派遣医療チーム）が緊密な連携を図り、被災地における病院支援、医療搬送、救急医療等を迅速に実行できるよう、関係機関の参加による実践的な訓練として、平成23年度から中部9県の持ち回りで行われています。平成29年度は岐阜県が当番県として、初めて訓練を実施しました。

当院もこの訓練に参加（協力）すると同時に、病院独自訓練として、災害対策本部の立ち上げ、被害報告、救護所等の設置、患者の受け入れ訓練を実施、検証し、当院のBCP計画の策定につなげました。

平成29年10月8日（日） 参加者数約70名

- (2) 事業継続計画（BCP）の策定

大規模災害発生時における病院事業継続（主に災害対策本部の立ち上げと災害時医療への移行）について、各所属（班別）別にアクションシートを定めました。

業 績 (2017年4月～2018年3月)

1 学会発表その他

看護師による退院指導の現状と課題 ～患者家族
の家族の退院後の生活状況調査を行って～

看護部 二村智美 鍛地栄子

第5回岐阜県看護学会

2017. 12. 9

幼児功貴の子供が採血点滴を受ける際の付き添う
母親への支援

看護部 青木由美子 熊崎さつき

第5回岐阜県看護学会

2017. 12. 9

手指消毒剤使用料調査と直接観察法による手指衛
生厳守率

看護部 熊崎公香 山下由起子

第33回日本環境感染学会

2018. 2. 23

外来患者を対象とした家庭での血圧測定に対する
実態調査

看護部 樋口貴則

第11回東海脳神経看護研究会

2018. 2. 11

計画停電に伴い発生した問題点について

中央放射線部 金子政則

第20回岐阜県診療放射線技師学会大会

2017. 10. 22 高山市

当院での救急撮影について

中央放射線部 神戸孝将

第2回飛騨地域勉強会

2018. 3. 4

胎児心エコーにおける描出不良断面についての検
討

臨床検査部 柘植紗恵子

第33回岐阜県病院協会医学会

2017. 10. 29

褥瘡対策として行った出張講座の効果と課題

看護部 今井和美

第167回下呂市医師会学術集会

2017. 7. 20 下呂市

呼吸困難に対し、アロママッサージによるリラク
ゼーションを試みて

看護部 桂川麻由

第169回下呂市医師会学術集会

2017. 9. 20 下呂市

俳諧を主とした認知症状のある患者の入院生活で
の問題点

看護部 今井玲子

第171回下呂市医師会学術集会

2018. 1. 18 下呂市

当院における CKD 患者の継続的な栄養指導につ
いて

栄養管理部 大坪亜也加

第173回下呂市医師会学術集会

2018. 3. 15 下呂市

病 院 経 営 概 要

(30年3月末現在)

1 業務量

(1) 診療

(単位：人、%)

区 分		29年度	28年度	対前年比
入 院	延 患 者 数 (人)	61,098	60,489	101.0
	1 日 当 り (人)	167.4	165.7	101.0
	病 床 利 用 率 (%)	81.3	80.4	101.1
	1 日 1 人 当 り 単 価 (円)	37,246	36,286	102.6
外 来	延 患 者 数 (人)	85,636	84,082	101.8
	1 日 当 り (人)	351.0	346.0	101.4
	1 日 1 人 当 り 単 価 (円)	11,625	11,508	101.0

(2) 総合検診センター部 (受診者数)

(単位：人、%)

区 分	29年度	28年度	対前年比
基 本 ド ッ ク	1,069	1,030	103.8
基 本 + M R I	63	67	94.0
特 定 保 健 指 導	277	176	157.4
脳 ド ッ ク	5	4	125.0
生 活 習 慣 病 健 診	1,699	1,556	109.2
下 呂 市 が ん 検 診	1,626	1,598	101.8
下 呂 市 特 定 す こ や か 健 診	625	711	87.9
下 呂 市 肝 炎 ウ イ ル ス 検 査	51	63	81.0
その他(定期健診・単独検査等)	1,169	1,121	104.3
合 計	6,584	6,326	104.1
収入金額 (千円)	105,159	100,452	104.7

2 収支状況

(単位：千円、%)

科 目		29年度	28年度	対前年比
収 益	入 院 収 益	2,275,575	2,194,895	103.7
	外 来 収 益	994,814	967,635	102.8
	その他医業収益	148,019	140,430	105.4
	保険等査定減	▲1,308	▲826	158.4
	運営費負担金等	819,418	795,491	103.0
	その他営業収益	28,915	31,005	93.3
計		4,265,433	4,128,630	103.3
営 業	営 業 外 収 益	72,323	74,197	97.5
	臨 時 利 益	0	0	-
合 計		4,337,756	4,202,827	103.2
費 用	給 与 費	2,754,760	2,737,908	100.6
	材 料 費	570,288	530,849	107.4
	経 費	757,692	774,788	97.8
	減価償却費	484,485	488,592	99.2
	研究研修費	11,648	14,359	81.1
	計	4,578,873	4,546,496	100.7
営 業 外 費 用		260,538	265,696	98.1
臨 時 損 失		0	3,949	0.0
合 計		4,839,411	4,816,141	100.5
収 支 差 引 額		△501,655	△613,314	81.8
うち営業収支差		△313,440	△417,866	75.0

入院患者数・外来患者数の推移

1 入院延患者数

年度 月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成27年度	4,209	4,630	4,298	4,302	4,474	4,402	4,465	4,349	4,724	5,398	5,226	5,335	55,812
平成28年度	4,809	5,096	5,252	5,054	4,899	5,071	4,797	4,669	5,029	5,327	4,912	5,574	60,489
平成29年度	4,846	5,337	5,262	5,259	5,503	4,666	4,611	4,845	4,989	5,241	5,102	5,437	61,098

2 外来延患者数

年度 月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成27年度	7,121	6,736	7,673	7,781	7,646	7,273	7,613	7,060	7,272	6,848	6,817	7,384	87,224
平成28年度	6,733	6,949	7,093	7,310	7,574	6,992	7,103	7,078	6,675	6,714	6,547	7,314	84,082
平成29年度	6,700	7,171	7,243	7,308	7,885	7,116	7,331	7,251	6,968	6,831	6,472	7,360	85,636

○救急対応患者数調

(1) 月別時間帯別患者数

月 区 分	平 成 29 年 度												備 考	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		計
平 日 (人)	(54) 224	(56) 225	(46) 218	(66) 249	(74) 278	(58) 226	(60) 228	(71) 223	(59) 209	(62) 215	(51) 188	(59) 236	(716) 2,719 56.1%	() 内数で入院患者を記載する。
休 日 (土曜日含む)	(53) 141	(38) 207	(34) 145	(36) 206	(34) 199	(24) 159	(28) 142	(24) 154	(33) 197	(40) 269	(24) 159	(20) 149	(388) 2,127 43.9%	
計	(107) 365	(94) 432	(80) 363	(102) 455	(108) 477	(82) 385	(88) 370	(95) 377	(92) 406	(102) 484	(75) 347	(79) 385	(1,104) 4,846 100.0%	

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

月 診療科	平成 29 年 度												備考	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		計
内科	141	186	159	189	196	141	144	163	190	247	173	182	2,111	43.6%
小児科	68	44	27	50	57	49	35	41	50	59	49	46	575	11.9%
外科	20	25	32	33	43	33	29	28	21	20	10	18	312	6.4%
整形外科	60	89	75	86	94	69	80	74	69	79	53	78	906	18.7%
脳神経外科	54	50	42	55	41	55	55	46	47	51	45	39	580	12.0%
皮膚科	8	20	16	22	25	17	17	11	14	7	6	9	172	3.5%
泌尿器科	2	7	6	4	4	7	2	3	5	4	3	3	50	1.0%
産婦人科	4	1	1	12	6	6	6	5	5	8	5	2	61	1.3%
眼科	1	2	0	0	2	0	0	1	2	1	0	0	9	0.2%
耳鼻咽喉科	2	1	2	2	3	2	1	0	0	2	0	4	19	0.4%
腎臓内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0.1%
東洋医学科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
歯科口腔外科	5	7	3	2	6	6	1	5	3	5	3	2	48	1.0%
計	365	432	363	455	477	385	370	377	406	484	347	385	4,846	100.0%

○手術件数等調

診療科	年度	25年度		26年度		27年度		28年度		29年度	
		件	件	件	件	件	件	件	件	件	件
外 科		172 (104)		143 (85)		81 (33)		97 (47)		141 (88)	
整 形 外 科		360 (49)		328 (54)		266 (28)		309 (51)		296 (59)	
脳 神 経 外 科		41 (17)		46 (17)		33 (13)		49 (19)		33 (13)	
産 婦 人 科		6 ()		10 (1)		11 ()		4 ()		10 (1)	
皮 膚 科		31 ()		5 ()		96 ()		107 ()		97 ()	
眼 科		()		()		()		()		()	
腎 臓 内 科		()		()		()		()		1 ()	
歯 科 口 腔 外 科		23 (11)		28 (6)		33 (8)		29 (11)		34 (9)	
合 計		633 (181)		560 (163)		520 (82)		595 (128)		612 (170)	

() 内数で全身麻酔手術件数を記載する。

リハビリ患者数調（平成29年度）

		4												計
		総患者数	1日平均患者数	総単位数	1日平均単位数	総患者数	1日平均患者数	総単位数	1日平均単位数	総患者数	1日平均患者数	総単位数	1日平均単位数	
P T	入院	2,108.0	2,216.0	2,260.0	2,198.0	2,319.0	1,819.0	1,684.0	1,877.0	1,987.0	2,008.0	1,972.0	2,165.0	24,613.0
		105.4	110.8	102.7	109.9	105.4	91.0	80.2	93.9	99.4	105.7	103.8	103.1	100.9
		4,674.0	4,759.0	4,962.0	4,731.0	4,769.0	4,088.0	4,070.0	4,292.0	4,453.0	4,444.0	4,292.0	4,668.0	54,202.0
		233.7	238.0	225.5	236.6	216.8	204.4	193.8	214.6	222.7	233.9	225.9	222.3	222.1
	外来	166.0	188.0	185.0	170.0	166.0	174.0	176.0	197.0	184.0	178.0	181.0	196.0	2,161.0
		8.3	9.4	8.4	8.5	7.5	8.7	8.4	9.9	9.2	9.4	9.5	9.3	8.9
		371.0	414.0	423.0	392.0	390.0	412.0	414.0	458.0	415.0	389.0	399.0	449.0	4,926.0
		18.6	20.7	19.2	19.6	17.7	20.6	19.7	22.9	20.8	20.5	21.0	21.4	20.2
	計	2,274.0	2,404.0	2,445.0	2,368.0	2,485.0	1,993.0	1,860.0	2,074.0	2,171.0	2,186.0	2,153.0	2,361.0	26,774.0
		113.7	120.2	111.1	118.4	113.0	99.7	88.6	103.7	108.6	115.1	113.3	112.4	109.7
		5,045.0	5,173.0	5,385.0	5,123.0	5,159.0	4,500.0	4,484.0	4,750.0	4,888.0	4,833.0	4,691.0	5,117.0	59,128.0
		252.3	258.7	244.8	256.2	234.5	225.0	213.5	237.5	243.4	254.4	246.9	243.7	242.3
O T	入院	612.0	738.0	739.0	878.0	961.0	713.0	780.0	751.0	774.0	694.0	787.0	940.0	9,367.0
		30.6	36.9	33.6	43.9	43.7	35.7	37.1	37.6	38.7	36.5	41.4	44.8	38.4
		1,452.0	1,787.0	1,776.0	1,964.0	2,111.0	1,812.0	1,933.0	1,877.0	1,878.0	1,662.0	1,758.0	2,028.0	22,038.0
		72.6	89.4	80.7	98.2	96.0	90.6	92.0	93.9	93.9	87.5	92.5	96.6	90.3
	外来	66.0	64.0	52.0	66.0	93.0	83.0	73.0	76.0	92.0	113.0	127.0	158.0	1,063.0
		3.3	3.2	2.4	3.3	4.2	4.2	3.5	3.8	4.6	5.9	6.7	7.5	4.4
		79.0	78.0	70.0	93.0	117.0	108.0	88.0	91.0	109.0	142.0	155.0	203.0	1,333.0
		4.0	3.9	3.2	4.7	5.3	5.4	4.2	4.6	5.5	7.5	8.2	9.7	5.5
	計	678.0	802.0	791.0	944.0	1,054.0	796.0	853.0	827.0	866.0	807.0	914.0	1,098.0	10,430.0
		33.9	40.1	36.0	47.2	47.9	39.8	40.6	41.4	43.3	42.5	48.1	52.3	42.7
		1,531.0	1,865.0	1,846.0	2,057.0	2,228.0	1,920.0	2,021.0	1,968.0	1,987.0	1,804.0	1,913.0	2,231.0	23,371.0
		76.6	93.3	83.9	102.9	101.3	96.0	96.2	98.4	99.4	94.9	100.7	106.2	95.8
S T	入院	634.0	657.0	726.0	674.0	662.0	611.0	668.0	657.0	639.0	593.0	602.0	605.0	7,728.0
		31.7	32.9	33.0	33.7	30.1	30.6	31.8	32.9	32.0	31.2	31.7	28.8	31.7
		749.0	723.0	685.0	706.0	851.0	712.0	652.0	670.0	687.0	708.0	724.0	724.0	8,591.0
		37.5	36.2	31.1	35.3	38.7	35.6	31.0	33.5	34.4	37.3	38.1	34.5	35.2
	外来	28.0	41.0	37.0	40.0	36.0	32.0	28.0	30.0	30.0	29.0	31.0	35.0	397.0
		1.4	2.1	1.7	2.0	1.6	1.6	1.3	1.5	1.5	1.5	1.6	1.7	1.6
		41.0	63.0	57.0	57.0	56.0	49.0	47.0	48.0	48.0	46.0	51.0	53.0	616.0
		2.1	3.2	2.6	2.9	2.5	2.5	2.2	2.4	2.4	2.4	2.7	2.5	2.5
	計	662.0	698.0	763.0	714.0	698.0	643.0	696.0	687.0	669.0	622.0	633.0	640.0	8,125.0
		33.1	34.9	34.7	35.7	31.7	32.2	33.1	34.4	33.5	32.7	33.3	30.5	33.3
		790.0	786.0	742.0	763.0	907.0	761.0	699.0	718.0	735.0	754.0	775.0	777.0	9,207.0
		39.5	39.3	33.7	38.2	41.2	38.1	33.3	35.9	36.8	39.7	40.8	37.0	37.7

○リハビリテーションの状況調（平成29年度）

区分	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
		脳血管単	運動単位	呼吸単位	心大単位	消炎	脳血管	運動	呼吸	脳血管	運動	呼吸	摂食機能	計
P T		2,655	2,811	2,888	2,720	2,812	2,529	2,390	2,576	2,571	2,376	2,742	2,951	32,021
		2,017	1,911	2,215	2,078	2,050	1,705	1,816	1,764	1,628	1,908	1,580	1,847	22,519
		373	451	282	325	288	236	158	464	51	610	418	487	4,143
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		5	2	1	0	0	2	1	0	0	5	8	8	32
O T		1,142	1,483	1,418	1,463	1,336	1,103	1,089	1,147	1,170	1,164	1,218	1,531	15,264
		389	382	428	594	600	817	932	799	811	589	695	736	7,772
		0	0	0	0	3	0	0	19	6	0	418	0	446
		790	786	742	763	907	765	730	718	735	754	775	975	9,440
S T		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		267	271	336	268	201	268	328	299	258	232	217	175	3,120
		136	135	134	119	157	122	117	133	130	145	136	140	1,604
総 合		30	39	33	37	35	35	29	31	42	28	32	42	413
		0	0	1	1	2	6	0	2	1	1	5	1	20

○放射線業務調（平成29年度）

検査種別（方法）				平成29年度時間内			平成29年度時間外			総合計
				入院人数	外来人数	合計人数	入院人数	外来人数	合計人数	
一般撮影	単長尺撮純			3,233	10,728	13,961	69	1,091	1,160	15,121
	バノラマ影			2	25	27	0	0	0	27
	乳ノ房撮マ			131	906	1,037	1	5	6	1,043
	軟線撮影			2	231	233	0	0	0	233
	種別合計			0	7	7	0	0	0	7
				3,368	11,897	15,265	70	1,096	1,166	16,431
X線TV	透視のみ			136	5	141	1	0	1	142
	透視+撮影			101	233	334	1	15	16	350
				237	238	475	2	15	17	492
ポータブル	単造撮影			872	13	885	83	3	86	971
	種別合計			1	0	1	0	0	0	1
				873	13	886	83	3	86	972
造影撮影	造影撮影			0	8	8	0	0	0	8
	種別合計			0	8	8	0	0	0	8
CT検査	単造撮純			992	4,845	5,837	67	888	955	6,792
	造単純+造			21	58	79	0	5	5	84
	CT-A/CT-A P			97	481	578	1	17	18	596
	種別合計			0	0	0	0	0	0	0
				1,110	5,384	6,494	68	910	978	7,472
MR検査	単造撮純			458	2,311	2,769	23	120	143	2,912
	造単純+造			3	29	32	0	0	0	32
	種別合計			7	66	73	0	0	0	73
				468	2,406	2,874	23	120	143	3,017
RI検査	S p o t			0	0	0	0	0	0	0
	S P E C T			48	38	86	0	0	0	86
	S P E C T + S p o t			0	0	0	0	0	0	0
	全身+ S p o t			12	62	74	0	0	0	74
	全身+ S P E C T			0	3	3	0	0	0	3
	全身+S P E C T + S p o t			0	0	0	0	0	0	0
	全身+S P E C T + S p o t			3	0	3	0	0	0	3
	R E S T + R D			0	0	0	0	0	0	0
	薬物負荷R D			21	78	99	0	0	0	99
	運動負荷R D			0	0	0	0	0	0	0
	D u a l S P E C T			0	0	0	0	0	0	0
	S P E C T早期+後期			18	3	21	0	0	0	21
	S p o t + 撮取			0	0	0	0	0	0	0
	S p o t + R E S T S			54	8	62	0	0	0	62
	D y n a m i c			0	4	4	0	0	0	4
	動態+経 S P E C T			0	5	5	0	0	0	5
心カテ	P a s s + S P E C T + S p o t			0	0	0	0	0	0	0
	D u a l S P E C + S p o t			2	0	2	0	0	0	2
	治療			0	0	0	0	0	0	0
	種別合計			158	201	359	0	0	0	359
	診断カテ			26	0	26	0	0	0	26
心カテ	P A C G			1	0	1	0	0	0	1
	薬剤負荷			0	0	0	0	0	0	0
	右心カテ			0	0	0	0	0	0	0
	E P S			0	0	0	0	0	0	0
	透視検査			9	0	9	0	0	0	9
	他P C I			0	0	0	0	0	0	0
	種別合計			36	0	36	0	0	0	36
ANGIO	I A - D S A			10	4	14	1	0	1	15
	透視のみ			1	0	1	0	0	0	1
				11	4	15	1	0	1	16
骨密度	単造撮純			96	446	542	0	1	1	543
	種別合計			96	446	542	0	1	1	543
画像出力	診療情報提供			219	762	981	0	84	84	1,065
	種別合計			219	762	981	0	84	84	1,065
画像取込	外部施設画像取込			540	557	1,097	13	0	13	1,110
	種別合計			540	557	1,097	13	0	13	1,110
TV内視鏡	透視のみ			155	953	1,108	0	1	1	1,109
	透視+撮影			246	5	251	4	0	4	255
	種別合計			401	958	1,359	4	1	5	1,364
総合計				7,517	22,874	30,391	264	2,230	2,494	32,885

○検査業務調（平成29年度）

検査種別		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
一 般 検 査	外来	11,409	11,133	13,324	12,940	13,219	13,343	13,826	13,242	10,538	9,798	10,913	8,512	142,197
	入院	1,070	1,258	1,343	1,429	1,591	1,385	1,531	1,421	1,495	1,362	1,003	1,231	16,119
血 液 検 査	外来	8,975	8,856	9,656	9,583	10,559	9,441	9,793	10,369	8,289	8,580	8,449	7,051	109,601
	入院	2,387	2,856	2,672	2,464	3,115	2,458	2,851	2,625	2,690	2,469	2,233	2,530	31,350
生 化 学 検 査	外来	26,810	25,496	26,937	27,388	30,570	26,487	27,886	29,579	24,457	24,917	25,078	20,506	316,111
	入院	5,940	7,582	6,969	6,258	7,596	6,364	7,428	6,846	7,042	6,521	5,918	6,330	80,794
血 清 検 査	外来	4,009	2,707	2,901	3,053	3,533	2,766	3,192	3,319	2,961	3,033	2,684	2,393	36,551
	入院	474	582	539	465	650	508	566	533	577	522	479	521	6,416
細 菌 検 査	外来	507	632	446	511	482	462	419	589	552	664	566	555	6,385
	入院	201	176	255	223	203	265	250	227	275	232	177	204	2,688
病 理 検 査	外来	50	63	65	82	96	58	74	87	41	57	77	83	833
	入院	54	70	55	48	61	61	126	61	44	29	52	93	754
細 胞 診 検 査	外来	136	304	445	305	278	298	305	245	268	250	176	126	3,136
	入院	8	10	14	16	26	4	18	10	10	16	12	9	153
生 理 検 査	外来	1,137	1,254	1,524	1,602	1,723	1,477	1,840	1,704	1,365	1,246	1,209	833	16,914
	入院	103	118	88	86	131	85	108	97	99	122	104	121	1,262
輸 血 関 連	外来	75	90	77	102	98	84	82	86	81	73	80	94	1,022
	入院	61	95	87	102	127	63	66	65	53	34	36	32	821
そ の 他 （検体採取等）	外来	948	1,007	918	965	1,158	1,022	1,095	1,009	946	986	908	967	11,929
	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外 注 検 査	外来	693	741	582	488	720	464	534	808	489	595	557	641	7,312
	入院	85	176	100	82	153	125	147	159	141	98	123	154	1,543
合 計	外来	54,749	52,283	56,875	57,019	62,436	55,902	59,046	61,037	49,987	50,199	50,697	41,761	651,991
	入院	10,383	12,923	12,122	11,173	13,653	11,318	13,091	12,044	12,426	11,405	10,137	11,225	141,900
総 合 計		65,132	65,206	68,997	68,192	76,089	67,220	72,137	73,081	62,413	61,604	60,834	52,986	793,891
前 年 度		64,813	62,033	65,577	65,844	65,815	62,862	64,252	68,309	58,407	58,269	58,142	55,719	750,042
前 年 度 比		100.49	105.12	105.22	103.57	115.61	106.93	112.27	106.99	106.86	105.72	104.63	95.1	105.85

○薬剤業務調（平成29年度）

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
調剤	院内処方箋枚数	外来	136	172	142	208	209	159	124	130	178	158	153	1,996
	入院	1,953	2,050	2,058	2,031	2,053	1,876	1,961	2,034	2,099	1,921	2,030	2,209	24,275
	計	2,089	2,222	2,200	2,239	2,262	2,035	2,085	2,261	2,229	2,099	2,188	2,362	26,271
	院外処方箋枚数	外来	3,367	3,440	3,413	3,391	3,788	3,360	3,470	3,516	3,363	3,068	3,470	40,907
	（院外処方率）	%	96.1	95.2	96.0	94.2	94.8	95.5	96.5	96.4	95.0	95.1	95.8	95.3
	外来	194	255	210	285	299	222	180	183	278	349	234	212	2,901
	調剤件数	入院	3,022	3,383	3,330	3,396	3,353	3,073	3,122	3,239	3,146	3,332	3,657	39,454
	計	3,216	3,638	3,540	3,681	3,652	3,295	3,302	3,422	3,424	3,750	3,566	3,869	42,355
	外来	549	1,126	999	1,148	1,179	894	549	549	686	1,222	982	808	11,870
	調剤数	入院	30,812	34,476	33,032	34,962	35,242	30,828	30,019	30,416	32,537	31,088	36,030	392,661
注射	計	31,361	35,602	34,031	36,110	36,421	31,722	30,568	31,102	33,759	34,947	32,070	36,838	404,531
	外来	452	544	516	633	648	487	490	552	516	486	421	453	6,198
	注射箋枚数	入院	2,933	3,992	3,219	3,115	3,599	3,125	3,451	3,580	3,878	3,440	3,803	41,545
	計	3,385	4,536	3,735	3,748	4,247	3,612	3,941	4,132	4,394	3,926	3,831	4,256	47,743
	外来	574	739	666	858	843	652	586	671	644	611	523	571	7,938
	注射件数	入院	4,307	6,259	4,844	4,868	5,673	4,928	5,560	5,920	6,016	5,112	5,593	64,265
	計	4,881	6,998	5,510	5,726	6,516	5,580	6,146	6,591	6,660	5,723	5,708	6,164	72,203
	外来	803	1,048	995	1,415	1,375	976	803	942	894	910	731	800	11,692
	払出総本数	入院	6,039	14,845	7,653	7,463	8,554	9,054	11,758	9,677	10,525	8,587	8,919	113,163
	計	6,842	15,893	8,648	8,878	9,929	10,030	12,561	10,619	11,419	10,999	9,318	9,719	124,855
無菌製剤	調製件数	31	35	3	10	34	41	38	53	54	43	46	31	419
	請求件数	25	29	3	10	34	41	38	47	47	43	38	31	386
	調製件数	40	68	61	51	68	79	72	58	58	68	63	56	742
	請求件数	20	29	27	23	26	30	22	22	19	22	25	21	286
	患者数	191	188	207	201	228	197	182	191	177	180	170	180	2,292
	回復期リハビリ病棟数	77	72	91	81	97	77	81	81	100	82	95	109	1,043
	一般病棟	433	399	444	390	427	410	416	385	362	369	336	374	4,745
	回復期リハビリ病棟回数	114	95	128	113	127	100	119	117	141	102	132	174	1,462
	請求件数	160	158	164	147	195	184	174	161	158	173	137	138	1,949
	（請求数中のハイリスク薬）	65	85	70	37	72	73	79	61	80	87	57	62	828
薬剤管理指導料	退院時薬剤情報管理指導料	13	12	12	18	11	13	18	19	18	7	12	13	166
	麻薬加算	1	0	1	0	0	2	8	2	4	0	2	4	24

○給食業務調

1 給食の状況

区分 年度	1日平均 延給食数	延給食数 (A + B)	一般食数 (A)	特別食数 (B)	加算対象外 食数		加算対象 食数		腎臓食	心臓食	糖尿食	肝臓食	脾臓食	胃潰瘍食	貧血食	脂質異 常症食	その他
25年度	389	142,150	62,896	79,254	33,708	45,546	7,936	10,325	9,155	7,786	927	8,486	661	37	233		
26年度	434	158,544	92,029	66,515	27,884	38,631	8,281	10,504	6,983	3,387	2,021	6,910	61	7	477		
27年度	394	143,991	75,211	68,780	26,370	42,410	12,809	12,387	9,227	623	1,032	5,126	717	35	454		
28年度	438	159,751	80,313	79,438	30,624	48,814	12,286	15,339	11,329	680	1,115	7,678	252	0	135		
29年度	444	162,263	91,954	70,309	18,424	51,885	10,859	16,604	11,490	810	2,227	7,745	525	314	1,311		

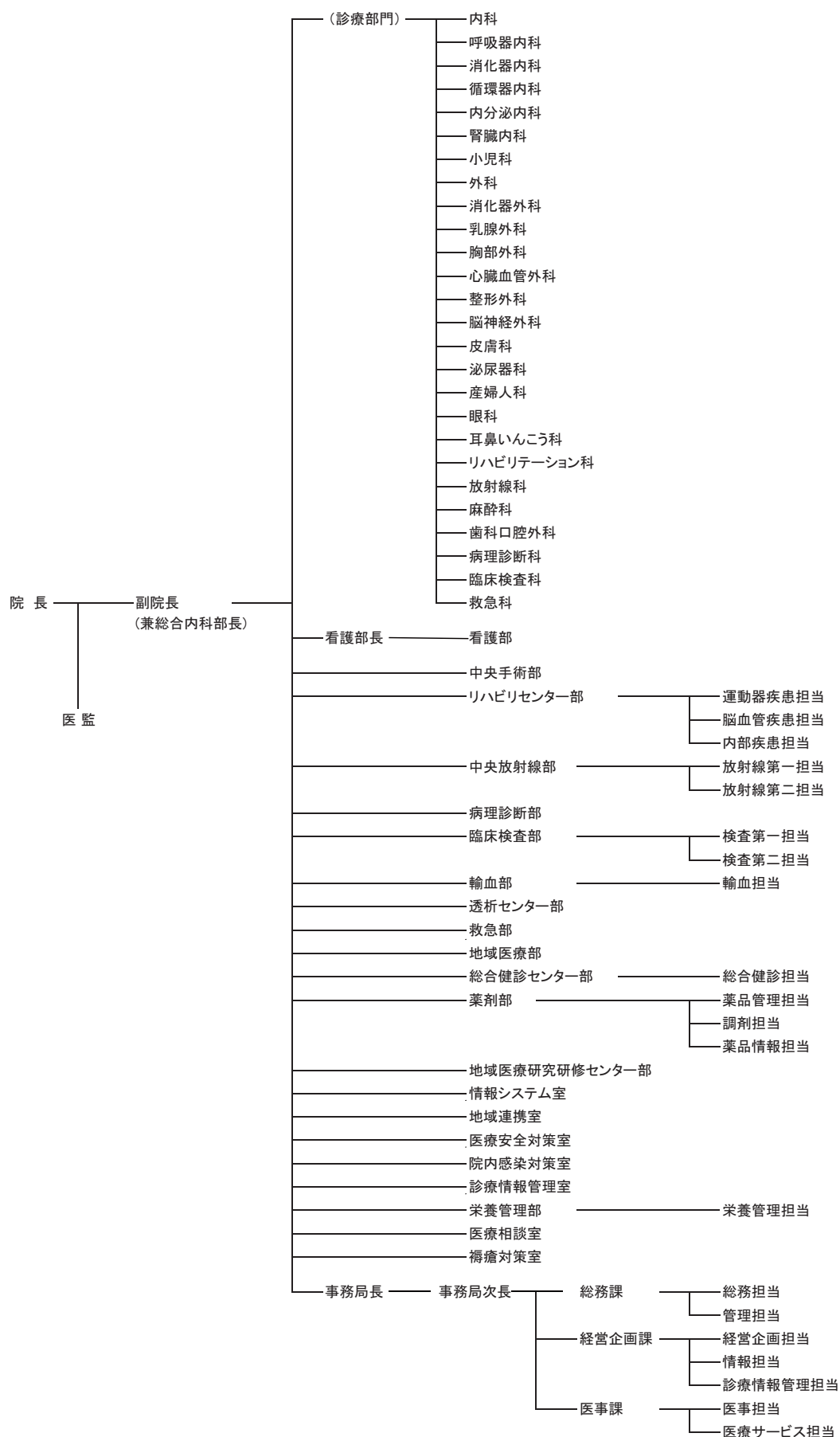
2 患者に対する栄養相談の実態

区分 年度	個 別		集 団	計
	外 来	入 院		
25年度	110	214	4	328
26年度	117	171	0	288
27年度	195	185	0	380
28年度	181	203	0	384
29年度	209	243	0	452

3 職員1人当たりの給食数

区分 年度	延給食数	職 員 数	職員一日当たり の 給 食 数
25年度	389	17.5	22.2
26年度	434	16.5	26.3
27年度	394	16.5	23.9
28年度	438	16.5	26.5
29年度	444	16.5	26.9

下呂温泉病院 組織図 (H30. 4. 1 現在)



下呂温泉 病院の理念

地域の中核病院、「へき地医療の拠点病院」として“生活の場の医療”を県立病院の立場から創設し、地域住民及び県民から信頼され、必要とされる病院づくりを目指します。

具体的行動

- ① 病める人の権利を擁護し適切な医療を行います。
- ② より質の高い医療の提供に努めます。
- ③ 患者・住民サービスの向上に努めます。
- ④ へき地医療の拠点病院として地域医療の充実を図ります。
- ⑤ 地域の医療機関との連携・協力体制の充実を図ります。
- ⑥ 健全な経営に努めます。

患者さん の権利

- ◎全ての患者さんは、どなたも平等に必要な医療を受けることができます。
- ◎全ての患者さんは、医療の内容、その危険性及び回復の可能性について、理解できる言葉で説明を受け、十分な納得と同意の上で適切な医療を選択し受けることができます。ただし、必要に応じて主治医の判断で家族、代理の方にお話をする場合もあります。
- ◎全ての患者さんは、今受けている医療の内容についてご自分の希望を申し出ることができます。また、他の医療機関に移りたい場合には、その旨をお申し出ください。あなたにとって適切な治療措置について必要な情報を提供いたします。
- ◎全ての患者さんの医療上の個人情報は保護されます。

岐阜県立下呂温泉病院年報第42号

発	行	平成31年 3月31日
発	行	所
		地 方 独 立 行 政 法 人
		岐 阜 県 立 下 呂 温 泉 病 院
		〒509-2292
		岐阜県下呂市森2211
		TEL 〈0576〉23-2222(代)
		FAX 〈0576〉23-2223
		E-mail : info@gero-hp.jp
編	集	岐 阜 県 立 下 呂 温 泉 病 院
		図書管理・年報等編集委員会
印	刷	西 濃 印 刷 株 式 会 社
		〒500-8074
		岐阜県岐阜市七軒町15番地
		TEL 〈058〉263-4101