

## 研究

# 前立腺針生検クリニカルパス ～病棟と連携したパスを使用して～

Revision of clinical pass for needle biopsy of the prostate  
～ Establishment of binding clinical pass between operation room and ward ～

三上 直子

Naoko Mikami

## 要 旨

泌尿器科病棟での前立腺針生検のクリニカルパス導入に伴い、手術室においても ラリゲルマスクによる全身麻酔と針生検といった一連のパターンの中で記録の簡素化・短時間での看護を充実させること・業務の効率化を目的とし、パス導入を考えた。

パスを考えるにあたり、病棟のパスの中に、検査時の記録もいれることによって入院から検査・退院にいたるまでの患者様の様子や状態を一枚の用紙で知ることができ、記録物も少なくなった。また 病棟と手術室との両部署間で初めの同じパスを使用することができるようになったことを報告する。

Key words : clinical pass、 prostate biopsy

## はじめに

当手術室では2004年、234例の前立腺針生検がおこなわれた。(以下 生検)手術室で行う生検の一連の流れとしては、約4～50分の時間を要すが、生検自体は5分程度と短い検査であり、実際は麻酔時間や生検の為のセッティングに時間を要している。生検時には麻酔介助と間接介助の2名の看護師が担当し、患者様の安全を守りつつ、それぞれが介助・セッティングなどを行っている。手術記録を記入するのは麻酔介助の看護師が担当しているが、生検を行っている5分程度の時間の中で記録記入になり、また手術記録のほかにも手術連絡表のコスト記入を一緒にしなければならない。診療情報のひとつである看護記録が法的に重要な役割を果たす中で記録内容の充実には欠かせないものである。手術室では色々な処置が同時進行する状況のなかで記録が思うようにできない、スタッフのレベル差によって記録内容が統一されないなどの問題が挙げられていた。しかし パス導入後に行ったアンケート結果により、記録時間を短縮することができ、患者様に関わる時間を充実させることにつながったので報告する。

## 方 法

### ①医療者側アンケート(無記名)

クリニカルパスを使用した手術室・泌尿器科病棟看護師25名

にパスの使いやすさの有無、使いやすい点、今後パスを修正するうえの改善点について調査した。

### ②患者様側アンケート(無記名)

患者様用クリニカルパス用紙をもちいて術前訪問を行い、アンケートを配布し、病棟にて回収。パス内容や説明についての理解を患者様30名に調査した。

## 結 果

①医療者側アンケートから、パスは使いやすいかの問いに、手術室看護師・病棟看護師の全員が使いやすいという回答が得られた。

使いやすい点として、手術室看護師では、記録時間の短縮、時間短縮による看護の充実に評価が高かった。

病棟看護師では、流れに沿っているという評価だった。パスを修正するうえでの改善点として、パス自体が複写ではなく、記入後にコピーをしているという問題点があり、病棟看護師からは、検査時の細かい記録はいらないのではないかと回答があった。

②患者様用パスについてのアンケート結果からは検査の前に麻酔についての説明を聞き、わかりやすかったか、という問いに30名全員から「はい」の回答が得られた。しかし、質問2、3、4では30名中1名、いいえの回答があり、術前訪問を行う看護師がそれぞれちがっており、説明の仕方にばらつきがあ

ったため、患者様によって理解が得られなかったのではないかと考える。質問4のパンフレットの見易さでは、患者様の平均年齢が高いため字を大きめにし、文章を簡単にしたつもりではあったが、読みづらい部分があったのではないかと考える。質問5の看護師の対応では患者様より良かったという回答が得られた。また、手術室に対する要望については、アンケートと術後訪問から直接患者様から意見を聴くことができた。患者様からの声として、安心して検査を受けられました、ありがとうございました、親切で丁寧に対応してもらいました、など多くの言葉を頂くことができた。

## 考 察

手術室でのクリニカルパス活用の意義は、手術を受ける患者様が安全かつ無事に手術を終了するための質の保証を目標にし、現状の問題点を明確にすると同時に、時間効率を図ることにつながるといわれている。医療者側だけに有効なパスの活用ではなく、短時間のなかでも常に患者様の安全を守り、安心して手術・検査を終えられるようにしていくために、パスの導入は手術室の看護を明確にする作業ではないかと考える。また継続看護という点では、患者様の全入院経過を1つの用紙で把握できることで患者様に余裕を持った看護を提供できるのではないかと考える。

## おわりに

今回、生検のクリニカルパスを作成し、記録時間の短縮・記録内容の統一化・看護の充実を目的とし、実施してきた。患者様への術前訪問から、手術室入室、麻酔、検査、検査直後、退室時、と一連の経過を看護の視点・項目ごとに、実施し、確認したことを責任もって記録に残して、患者様が安心して検査・手術が受けられるパスの作成を今後も目指していきたいと考える。

## 文 献

- 1) 前田 恵美子 他: 視て・観て・看て手術室クリニカルパス 日総研 2002
- 2) 小西 敏郎 : OPE NURSING 2001年春季増刊 手術室のクリニカルパス活用マニュアル メディカ出版 2001

<医療者用アンケート>

前立腺針生検クリニカルパスのアンケート

現在使用している前立腺針生検のパスの評価について検討したいため、術中記録のみについて、みなさんの意見をお聞きしたいと思います。

お忙しいとは思いますが、ご協力おねがいします。

- 1 パスを使用したことはありますか？  
はい ・ いいえ
- 2 現在使用しているパスは使いやすいですか？  
はい ・ いいえ
- 3 2ではい、と答えた方に質問します。どういう点が使いやすいですか？  
(複数可)  
 チェックしやすい  流れにそっている  書きやすい  
 文字が大きい  見やすい  わかりやすい  
 記録の時間短縮  時間短縮による看護の充実  
 申し送りしやすい その他( )
- 4 2でいいえ、と答えた方に質問します。どういう点が使いにくいですか？  
(複数可)  
 チェックしづらい  流れがわからない  書きにくい  
 文字が小さい  見づらい  わかりづらい  
 申し送りにくい その他( )
- 5 今後 パスを修正するならばどのような点を改善すればいいでしょうか？

<患者様用アンケート>

前立腺針生検を受けた患者様へ

今回の検査、お疲れさまでした。大変申し訳ありませんが、検査前に行った説明、検査でのことについてご意見をお聞きしたいと思いますので、お手数ですが、アンケートにご協力お願いします。  
(無記名でかまいません。)

- はい ・ いいえ
2. 検査についての説明を聞き、分かりやすかったですか？  
はい ・ いいえ
  3. 事前に説明を聞いたことによって、安心できましたか？  
はい ・ いいえ
  4. パンフレットは読みやすかったですか？  
はい ・ いいえ
  5. 手術室の看護師の対応はやさしかったですか？  
はい ・ いいえ

最後になりましたが、手術室に対する要望などがありましたらご記入おねがいします。

アンケートのご協力、大変ありがとうございました。

## 研究

## 当院における褥婦への電話訪問の効果と今後の課題

Availability of telephone consultation for maternal care

戸来 由規

Yuki Herai

## 要 旨

退院後の褥婦に行っている電話訪問のあり方、効果を探り、褥婦の要望を少しでも取り入れ、より充実したものにしていきたいと考え聞き取り調査を行った。

結果より初経産問わず褥婦が電話訪問を待ち、相談の場、自分の育児内容の確認の場として活用していることがわかった。また、回数を増やして欲しい、もう少し改善して欲しいなど褥婦の声を聞くことができた。

Key words : consultation by telephone, Maternal mental support

## はじめに

分娩前教育の集団指導の中で母乳栄養に関する指導は以前より必須のものとなっている。マタニティー雑誌や育児書にも関心の高い項目として取り上げられている。そのような風潮の中、当院では7年前より電話訪問を開始している。当初の目的は、母乳栄養確立に向けての支援のひとつだった。現在はほぼ全例に対し電話訪問が行われており、褥婦からの質問が多岐にわたり、且つ多様化している。

今回電話による聞き取り調査を行い、現在の電話訪問を評価し、今後より充実した電話訪問とする一助にしたいと考え、まとめたので報告する。

## 研究方法

## 1. 調査対象

平成16年5月から8月までに当病棟で出産し、実際に電話訪問を行い、調査に同意を得られた褥婦51名。依頼58名、同意得られず4名、未回収3名。

## 2. 調査期間

平成16年5月から9月

## 3. 調査方法

実際の電話訪問後1週間以内に電話による聞き取り調査

## 4. 調査内容

(1) 実際の電話訪問日の確認

## (2) 電話訪問を受けての感想

①日時

②内容

③気になったこと

## (3) 電話訪問への要望

## (4) 退院後一番気になったこと

## 結 果

## 1. 予定通り行われたか

予定通り39名(76%)、1日遅れ4名(8%)、2日遅れ0名、3日以上8名(16%)

## 2. 日時についての感想

良い51名(100%)

## 3. 内容についての感想

満足50名(98%)、不満足1名(2%)

満足と答えた人の内容、聞きたいことは聞けた、わかりやすく説明してくれた、専門家と話すことで安心できた、雑談できてよかった。不満足と答えた方の理由は、母乳栄養を強く希望していたが混合にしなければならないときのアドバイスをもう少し詳しくして欲しかった(授乳後ミルクを足してとしか言われずこのまま母乳が出なくなるのではと思った)。

## 4. 気になったこと

あり3名(6%)、なし48名(94%)

気になったことの内容は、待っていたのに時間通りにこなか

った、待つて動いていて都合もあるので時間内(14時から17時)で欲しい。

#### 5. 電話訪問へ要望

あり22名(43%)、なし29名(57%)

ありの内容は電話訪問の継続16名、電話訪問を2回にして欲しい5名、自分から電話できるように1名。

#### 6. 退院後一番気になったこと

自分のこと11名(22%)、子どものこと24名(46%)、その他5名(10%)、特になし11名(22%)

自分のことでは、悪露や母乳、体形について。子どものことでは皮膚の状態、体重の増え、臍のこと、子どもの反応について。その他としては、上の子の赤ちゃん返り、金銭的なこと、漠然とし不安があった。

## 考 察

核家族化、少子化、若年出産の増加。また、情報の氾濫により心身ともに不安定な時期の褥婦にとって、さらに不安を助長させる環境がある。母子への地域的なサポート、継続看護の必要性が唱えられている。

産後1週間から1ヶ月までの褥婦について、退院後しばらくは過去1週間に会った子どもの反応や育児の方法に関する体験では遭遇しなかった新しいことが多く、そのたびに不安を感じる。この時期の母親は、母親モデルよりも、母親の役割を分担し不安を軽減してくれる「頼れる人」と必要としている。<sup>1)</sup>不安を解決する方法の研究で、竹内ら<sup>2)</sup>、昆野ら<sup>3)</sup>の報告では、「母(義母)に相談」「友人知人に相談」「夫に相談」「様子をみた」「育児書を活用」の順で、病院に電話をしたり、受診をする人は少なかったとなっている。

調査を行った褥婦のほとんどは電話訪問の継続を希望しており、内容についても不安の軽減につながっていると思われる。事前に聞きたいことをメモしておき、電話訪問時にそれら聞く褥婦もあり、電話訪問を積極的に活用できている。電話訪問の回数については2回にして欲しいという要望された。初めての育児を経験する初産婦にとって1ヶ月健診までの間、ようやく生活環境になれるころの7～10日目の訪問だけでは不十分なことも予測される。手伝いがいなくなる時期など個人によって環境はさまざまである。希望があれば、その都度対応していきたい。

内容について、ほとんどの褥婦が満足されているため今後も現状の用紙を用いて行っていく。満足できずに訪問を終えた褥婦もいる。一般に電話訪問は、「専門家の意見を聞きたいときに利用される」といわれている。<sup>2)</sup>これらより、専門的な知識を伝えるには電話訪問は有効である。しかし、電話訪問では相手の表情がわからず、声だけで判断しなくてはならない。乳房の状態に関しても褥婦からの情報で判断しアドバイスしなければならぬ。相手に対しての適切なアドバイスを返すにはそれなりに経験が必要とされる。また、電話での対応にも限界があり必要があれば、来院し実際向き合って助言を

することも必要である。

日時については退院後7～10日目为宜いが、予定時間より遅れたり、日にちがずれたり勤務の状況によって予定通り行えないことが実際にある。褥婦からの気になったことでも意見としてあるため、スタッフ同士協力し合い業務を行っていくことが必要である。

木村らは「産後1ヶ月間の不安の解消度について、医療関係者に相談すれば7割以上が解消されており、最も相談数の多い実母に比べてもその解消割合は上回っている」<sup>4)</sup>と報告している。褥婦が自信を持って育児ができるようになるためには、また知識不足による不安の解消のためには、専門的なことが含まれる内容は医療関係者がある程度かわる必要がある。

今後も電話訪問を継続し、電話訪問で褥婦が問題としていることを、より適切に把握できるよう電話訪問技術の向上に努めていく。

## ま と め

現状の電話訪問に対して満足している人が多かった。今後も一方的な指導にならないよう褥婦が安心して相談できるよう配慮していきたい。

## 文 献

- 1) 新道幸恵 他. 母性の心理社会的側面と看護のケア. 105, 医学書院 1990,
- 2) 竹内みぎわ 他. 産科病棟における電話相談に関する研究—産後1ヵ月の育児環境に焦点を当てて—. 第28回日本看護協会集録(母性看護). 108. 1997
- 3) 昆野裕香 他. 退院後1週間以内の褥婦の不安. 母性衛生. 43(2), 348-356. 2002
- 4) 木村かおる 他. 産後1ヶ月間の母親の不安解消度. 母性衛生. 34(2), 177. 1993,

## 研究

## その人らしさを大切にした看護について

Nursing for the improvement of ADL based on patient's character

浦崎 美樹

Miki Urasaki

## 要 旨

胃瘻造設目的にて入院となった患者様の価値観や自己決定を認め、その人らしさを大切にした看護を行った。その結果、抑制の除去やADLの拡大につながり患者様のQOLを高めることができた。

Key words : patient's character ADL

## はじめに

今回、KOMIチャートシステムを使用し患者様のもてる力に注目してケアを展開したことで、精神面での安定ができ、抑制の除去やADLの拡大につなげることができたので、ここに報告する。

## I 患者様紹介

S様、84歳、女性。嚥下障害。胃瘻造設目的にて入院。82歳の頃より徘徊等あり、自宅で一度転倒してから腰痛があるため1年以上前から長期臥床状態となり療養型病院に入所した。誤嚥するため経鼻チューブを挿入し経管栄養となったが、自己抜去等があり療養型病院では常時抑制をされていた。入院後は夜間も「こわい」「助けて下さい」等叫んでいる。経鼻チューブの自己抜去がみられるため、栄養中のみ抑制をしている。「起きたい」「何か甘いもの食べたい」という言葉が聞かれる。

## II 看護の展開

## 1. グラウンドアセスメント

S様は1年以上臥床の状態が続き、食事や行動の制限を強いられており、刺激や変化に乏しい生活を送っていた。このことが認知症や廃用症候群を進行させていると考える。苦痛の除去、快の刺激、変化のある生活援助を行うことで安定した精神状態で過ごすことができ、ADLは広がっていくと考える。

## 2. ケアの方針

呼吸苦が軽減し、自力で痰を出せるよう援助する。本人の望

むことや快の刺激を取り入れ前向きに療養生活ができるよう援助する。日常生活に運動を取り入れ、痛みの軽減やADLの向上をはかる。抑制をせずに安全な環境を提供する。

## 3. 行い整える内容

呼吸理学療法やベッド上での運動、車椅子での散歩・足浴。飴やウエットケア、口腔ケアでの味覚の刺激。

## 4. 実行内容、結果、評価

口腔ケアについては、はじめは拒否があったが「食べたい」と言われるときに実施すると口を開けてくれ、「お茶の味がする」と笑顔がみられた。ウエットケアは「甘くておいしい」といわれ、「もう1回して」と口を開けて自ら希望していた。口腔の乾燥は軽減した。飴は「おいしい、こんなの1年ぶり」と表情良く舐め、唾液を飲み込むこともできていた。車椅子移動の促しにも「こわいから」と拒否があったが、本人が「起きたい」と言われるときに実施すると受け入れがあり、表情良く周囲の様子を見ていた。足浴中も「気持ちいい」と笑顔がみられた。その後は「ワン・ツー」と移動時自分で声をかけるようになり、積極的に身体を動かすようになった。自力で寝返りができるようになり、関節痛は聞かれなくなった。呼吸理学療法については、「助けて」と叫んでいるときには自ら実施することはできなかったが、精神状態が安定してからは声かけに協力する姿があり、積極的に行われた。自分で痰を出すこともできるようになり、呼吸苦の訴えは聞かれなくなった。サクシオンは必要な状態であったが、サクシオン時の拒否もみられなくなり、自ら「痰とって」といわれた。入院時は点滴や経鼻チューブの自己抜去が何度もみられて

いたため、栄養中のみ抑制をしていたが、「助けて」と叫ぶことが増えていた。胃瘻造設後は上肢の抑制をやめ腹帯でチューブを覆っていたが、チューブを引っ張る姿もあった。栄養の必要性などをそのつど説明し、精神面での安定をはかることで「これは大事なんですよ」といわれ自己抜去はみられなくなり、抑制を除去できた。KOMIチャートでは認識面の黒マークの数が入院時より増え、レーダーチャートでは快・不快、気分感情、知的活動、起居動作などで広がりがあり、夜間叫ぶこともなく自然に眠れるようになった。

### Ⅲ 考察

金井は「ケアとは、その人が持っている力に力を貸すことによって、その人が自分らしく自立した生活が送れるように、または自分らしく生を全うすることができるように援助することである」と述べている。以前までS様は甘いものとお出かけが好きであった。抑制をされ、経口からの摂取を1年以上していず、今までの楽しみを制限されS様らしい生活を送ることができていなかったと考える。そのことが叫びや自己抜去など生命力を消耗させることにつながっていたと考える。S様は「何か甘いものを食べたい」「起きたい」など自分の希望を訴えることができ、訴えがあった時を中心に味覚での刺激や散歩などを行いS様らしい生活を送ることに近づけることができたと考える。価値観、自己決定を認めS様らしさを大切にした援助を行うことで、唾液を飲み込むことができる、夜間自然に眠れる、積極的にリハビリができる、栄養の必要性がわかるなど本来持っていたS様のもてる力を発揮することができたと考える。高齢者は経験も豊富でもてる力も多いが、疾患や入院などによりその力を発揮できない場面も多いと考える。患者様の希望や今までの生き方、価値観などを認め、その人らしい生活を送れるようケアすることでもてる力を発揮し自立した生活を送ることができる。また金井は「人間は口から食べて、自らの

舌で味わうことによって、おいしいという感覚を呼び起こすのであって、それによって生命力が広がる」と述べている。飴やウエットケアによる味覚での刺激によりおいしいと感じることによって、意欲的になることにつながったと考える。食べることは生活行為の一つであり、脳を活性化させたり生きる喜びになるなど大切な行為であると考え。長期間絶食による患者様の心身の影響に目を向け、患者様の嚥下状態の評価をしたり、食事の工夫をするなど経口からの摂取ができるよう努力していくことが必要であると考え。また、味わいを感じやすいよう口腔ケアを行ったり、味覚の刺激を行うなどおいしいと感じられるようケアしていくことが大切であると考え。

### Ⅳ まとめ

自分らしく生きることで本来もっている力を発揮することができる。

おいしいと感じることによって、生きる喜びとなり意欲が向上する。

### おわりに

入院により生活や行動を制限されることが多く、高齢者の場合もてる力が低下したり、認知症につながる場面が多いと感じる。KOMI理論の視点でケアを展開していくことで、患者様の全体像をケアの視点で把握でき、患者様のもてる力を発見し最大限に発揮できるよう援助していくことができると学んだ。今後も患者様の自己決定や価値を認め、その人らしさを大切にした看護を行って行きたい。

### 文 献

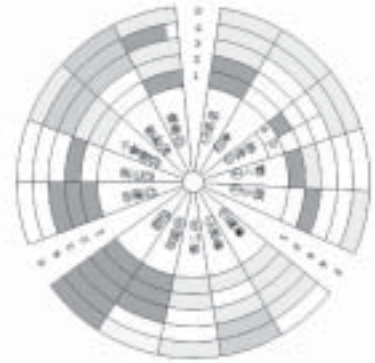
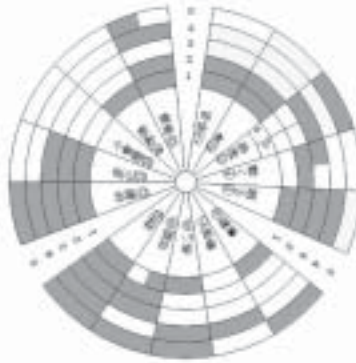
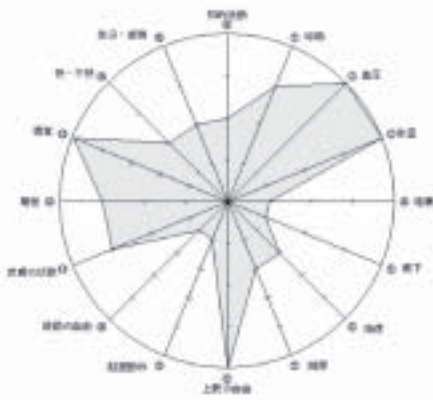
- 1) 金井一薫:「KOMI理論」第1版、現代社、東京、2004年。
- 2) 金井一薫:「KOMIチャートシステム2000」第1版、現代社、東京、1999年。

チャート履歴

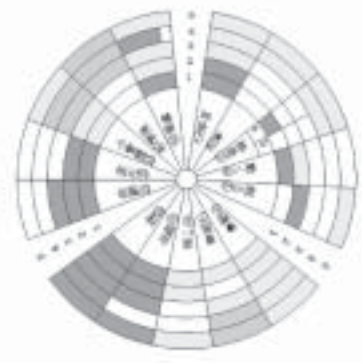
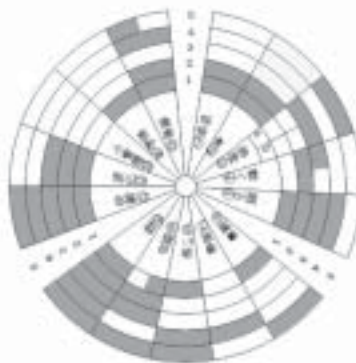
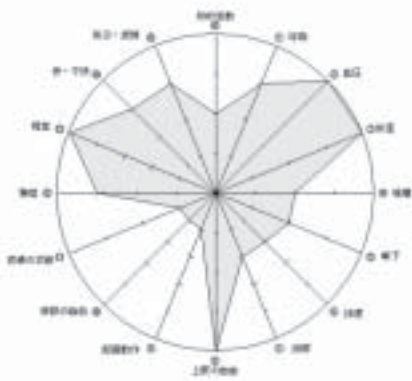
サマリーチャート作成日：2004年11月26日

(認識面)

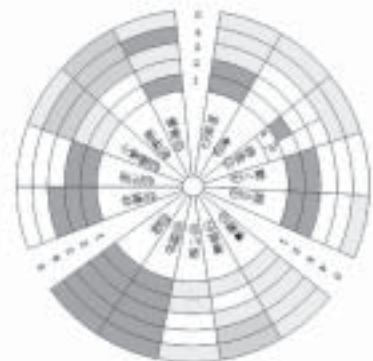
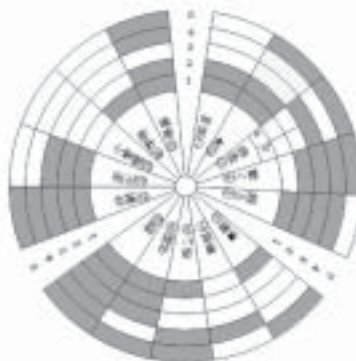
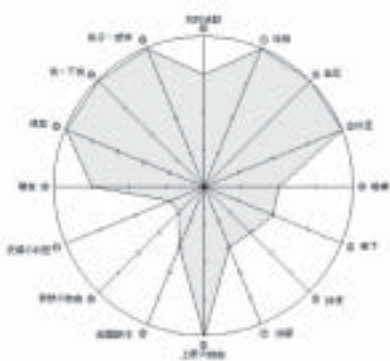
(行動面)



サマリーチャート作成日：2004年12月14日



サマリーチャート作成日：2004年12月29日





## 研究

# 音楽を看護援助に取り入れ、 患者のもてる力を広げたかわりについて

Utility of music therapy and its effect for the patient's ADL

高橋 千尋

Chihiro Takahashi

## 要 旨

今回KOMIチャートシステムを用いての看護を展開し患者様の趣味を取り入れた援助の実際を報告する。

Key words : music therapy

## はじめに

今回、日々の援助関わりやN様の好きな音楽を取り入れた援助を実施した。その事でN様の健康的な側面を伸ばし生命の幅を広げる援助を行うことができたのでここに報告する。

### I、患者様紹介

N様、73歳、男性。胃瘻出血(脳梗塞・くも膜下出血の既往歴あり)家族構成は、妻との二人暮らしであり、妻は、毎日面会にきていた。職業は、元小学校の音楽教師であり、校長先生をしていた経験もある。音楽鑑賞特にクラシック音楽が好きである。

### II、看護の展開

#### 1、グランドアセスメント

68歳の時から、脳梗塞を数回繰り返し平成16年6月くも膜下出血発症後寝たきりの状態となる。胃瘻造設後胃からの出血によってショック状態になる。その後、一時落ち着いていたが、再び出血し、胃瘻継続できる状態ではなくなり、胃瘻抜去となる。繰り返す脳梗塞や出血などによって身体機能は低下し入院前より、生命の幅は狭い状態であると考えられる。しかし、快の刺激を通した援助や今維持できている力を最大限に発揮できる援助を行うことで、生命の幅は広がっていくのではないかと考えられる。

#### 2、ケアの方針

- i、清潔の援助を通して快の刺激をふんだんに提供する。
- ii、安楽な体位を整え、苦痛を感じる時間を軽減する。
- iii、外界からの刺激を与え、行動を拡大し、脳の活性化を図る。
- iv、妻との関わりを持ち疲労と負担を軽減できるように援助する。

#### 3、実行内容、結果

iにおいては、日々の保清処置を通して皮膚の状態や、N様の反応を見ながら行っていくと同時に、足浴など部分浴を行い快の刺激を提供していった。また、一度だけではあつたが、ベッドバスでの入浴を行った。

iiにおいては、ベッド上寝たきりの生活であり、自分では、動くことがほとんど出来なかったため、2時間毎の体位変換を行い褥瘡の予防をすると同時に、下肢の循環を良くすることを目的としたベネストリームを実施した。また仙骨に大きな褥瘡もあったため、1日1回は、しむす位の体位変換も同時に行った。

iiiについては、ADLの拡大も考え、午前中またはリハビリに行く前には、車椅子に乗せ気分の良いときには、短い時間であるが散歩へ行った。そして、N様は、音楽の先生でもあり、クラシック音楽が好きだったので、好きな音楽を妻に持ってきてもらい、午前中または、本人の調子の良いときに、音楽を聴かせた。

ivについては、妻が、毎日面会にきていたが、来ない間の状態や、変化などを報告し、妻の思いなど関わりを持つようにしていった。

## 5、評価

全体的な評価としては、これらの援助をおこなった事で、今まで問いに、眼を追うことしかしかせず、反応がなかったN様が、呼びかけに首を振って答える様になった。また、好きな音楽を聴いている時は自ら聞きたいと手を動かし、イヤホンに耳に乗っていくような動作が見られ、嬉しいときは笑顔を見せるようになっていった。行動の面でも、はじめは、リハビリも床上で行っていたが、何度か、車椅子で、リハビリに行けるようになった。KOMIレーダーチャートでは、気分・感情不快の面で、の広がりがあり、KOMIチャートでは、会話の面での広がりがあった。家族援助については、入院当初は、硬い表情で面会にきていることが多かったが、表情も軟らかくなり、日々変化していく様子を見て妻は、「最近では、反応があるので、毎日くるのが楽しみです。」という言葉も聞かれた。

## Ⅲ、考察

金井は「生命力を維持し、さらに躍進させるためには、その時々には備わっている健康な力を十分に活用することが必要である。」<sup>1)</sup>と述べている。N様は、ベッド上寝たきりの生活であり、看護を介入しない状態が続くと生命の幅は、小さくなる状態である。そこで、外界からの刺激を与え、今持てる力を引き延ばしていくことが必要であると考えた。その内容として、N様の好きな音楽を聴くことや、車椅子に乗り行動を拡大したことで、今まで体位変換をするときにも、動かされているだけの状態だったのが、向きを変える方向に腕を伸ばし少しであったが、協力的になった。

ナイチンゲールは、「物の形や色彩や、光という物が、いったいどんな仕組みで、私たちに働きかけるはほとんど解明されていなくてもそれが身体に及ぼす効果のあることは分かっている

のです。」<sup>2)</sup>と述べている。私は、それは色彩という形ではなかったが、N様の好きな音楽を聴かせるという形で、単調な入院生活に変化をもたらす援助を行った。その事で、今まで、こちら側からの問いかけにしか答えることがなかったが、自分で音楽を聴こうとイヤホンに耳を当てる動作を示したり、自分から疲れているときは、外して休憩したり、自分で意思表示ができるようになっていき、笑顔も見られるようになった。このことから少しの変化が、身体面・精神面に与える影響は大きいと考えられる。

## Ⅳ、まとめ

- ・単調な入院生活に変化取り入れることで、N様の身体的・精神的な面での向上がある。
- ・N様の嗜好を生活の一部に取り入れた看護を行うことで、様々な変化や、反応が見えてくる。

## 終わりに

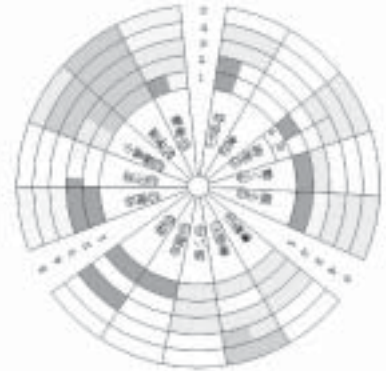
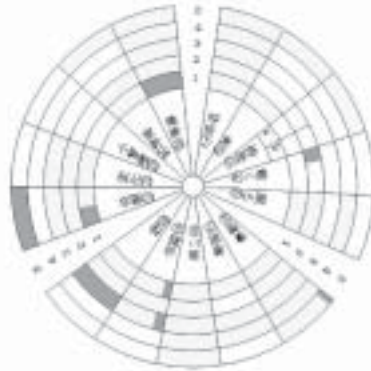
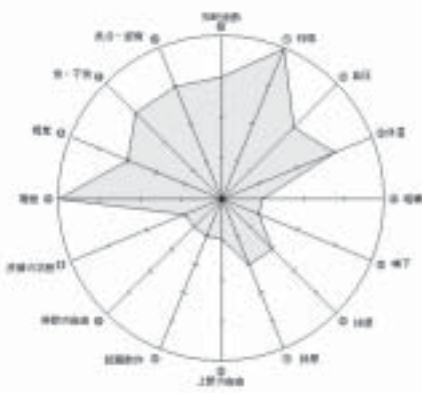
今までの看護では、患者様の問題点ばかりを考えていることが多かったが、患者様の持てる力、残された力に焦点を当て、積極的に働きかけを行っていくことが最終的に、患者様にとって効果的な看護につながる言うことを学びました。また、快の刺激と提供すると言うことにおいても、患者様の趣味や、生活背景の考え援助をおこなっていくことで、患者様にあった個別性のある援助が行えるのだと言うことを再認識しました。

## 文 献

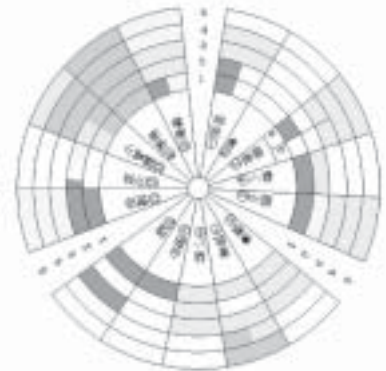
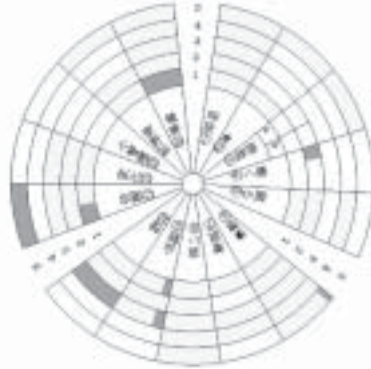
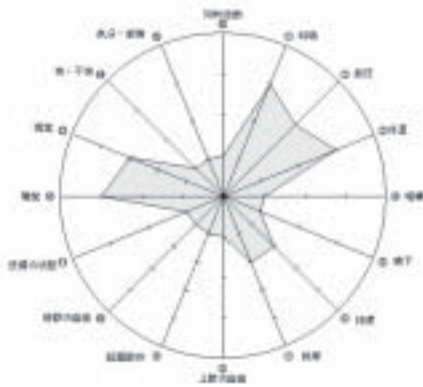
- 1) 金井一薫著：KOMIチャートシステム. 2001 第1版第一刷。現代社2001年
- 2) F・ナイチンゲール看護覚え書。うぶすな書院。小林章夫・竹内喜訳。

チャート履歴

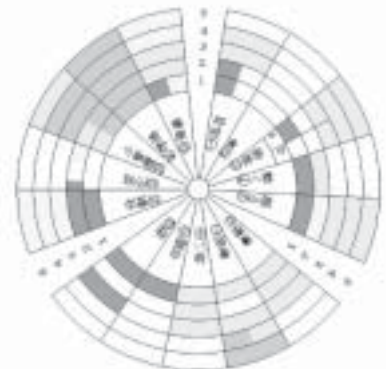
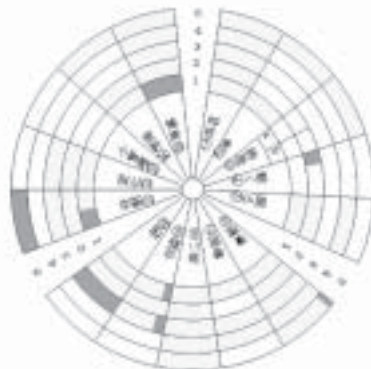
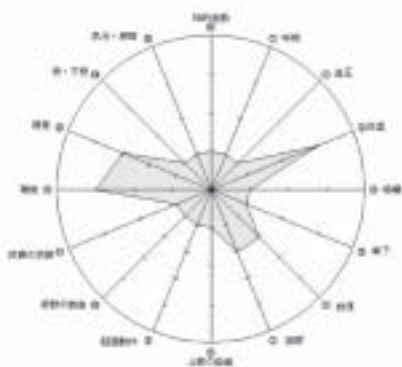
2004年12月5日



2004年11月17日



2004年10月26日



## 研究

# KOMI を用いて患者様のわずかなADL変化を 客観的にとらえようとする試みについて

Benefit of KOMI chart system in the assessment of patient's subtle ADL development

岩谷 優紀

Yuki Iwaya

## 要 旨

誤嚥性肺炎を繰り返し経口摂取が不可能になり、発語がほとんどなく苦痛を伴う処置の時に苦痛表情をするのみである患者様に対し、残された反応を引き出していくため家族の方に協力していただき関わりをもっていった。車椅子で散歩をしたり以前使用していた化粧品などを用いて刺激することにより、気持ちよさそうな表情をしたり開眼する時間が多くなるなどの反応がみられたため、その結果をここに報告する。

Key words : KOMI chant system,ADL

## はじめに

今回受け持ち患者様のM様に対し、家族の方に協力していただき、刺激を多くし持てる力を引き出そうと関わっていった。刺激を与える事によりわずかではあるがM様に変化がみられたのでその結果をここに報告する。

## I 患者紹介

M様、92歳、女性。みやかわに入所中急性気管支炎にて平成16年9月25日入院となる。入院後少しずつではあるが傾向より摂取しており話しかけると「おいしいよ」などと発語もあった。嚥下訓練もしていたが誤嚥と発熱を繰り返し経口からの摂取が困難となり経鼻経管栄養へと移行していった。栄養をすると発熱を繰り返し、現在栄養は中止となり点滴のみとなっている。発語はほとんどなくサクシオン時「痛い」と訴えるのみ。傾眠がちで声かけに開眼する事は少ない。現在転院先を探しているところである。

## II 看護の展開

### 1. グラウンドアセスメント

経口摂取が不可能になり経鼻経管栄養を開始したが、食道逆流に起因する誤嚥による発熱を繰り返すため中止となり、CVカテーテルからの点滴を施行しているのみである。時々発語もあるが刺激や毎日の変化が少ないためか表情も乏しく以

前と比べ反応が少ない。M様のわずかな反応を引き伸ばしていくために刺激を多くする関わりを持つことが必要である。

### 2. ケアの方針

①家族の方と協力し刺激を多くすることでM様の反応を引き伸ばしていく。②身体の清潔を保ち感染を予防するとともに快の刺激を与える。

### 3. 行い整える内容

①(1)M様の以前使用していた化粧水や好きな音楽のテープを持ってきてもらう(2)車椅子で散歩し病室以外の環境に触れる(3)処置時に声掛けを多くする。

②(1)洗面後化粧水を使用し刺激する(2)部分浴を行い心地よい刺激を与える。

### 4. 実行内容、結果

家族の方に刺激を与えるために協力してほしい事を説明し情報収集をした。演歌が好きという事でテープを持ってきてもらうようにした。翌日すぐに準備してくれたため音楽を聞かせてみたが特に大きな変化はみられなかった。しかし車椅子に移乗した際にはわずかな変化がみられ、車椅子に乗り詰所に行くとき普段は閉眼がちであるのに対し、目を大きく開けきよきよスタッフのほうを見ており周囲への興味を示すような変化がみられた。また以前使用していた化粧品の匂いで刺激しようと思い、洗面後マッサージをしながらクリームを使用した。その際にはわずかに表情がやわらいたように感じた。洗髪と手浴を実施した際には気持ちよさそうな表情をしていた。

## 5. 評価

実施しはじめてから日が浅い事もありM様に明らかな変化はみられていないが、車椅子移乗による環境の変化を与え、洗髪などにより快の刺激を与える事でM様の反応を更に引き出していくことができると感じた。

## 考 察

以前に比べ反応が少なくなったM様に対しどのように関われば反応が引き出せるのか考えた。発語もほとんどなく苦痛のある時に「痛い」と言うのみであるとマイナスに捉えていたが、それはマイナスではなく今のM様に残された貴重な力であり、それを引き伸ばしていく事が必要であると感じた。金井は「生命力を保持しさらに躍進させるためにはその時に備わっている健康な力を十分に活用することが必要である。」「適度な変化や刺激や活動を提供することが大切で、それは一時的に体力の消費を引き起こすが全体として生命力を伸ばす方向に働くものである」と述べている。この事からもM様の残された力を活用し刺激していく事で少しずつでも反応を引き出せていくのだと考えられる。

## ま と め

- ・患者様の残されたわずかな力を見逃さず、活用していくことが必要である。
- ・継続して刺激していくことでゆっくりではあるが反応を引き出す事へつながる。

## 終わりに

今回KOMIチャートを使用した事で患者様の全体像を客観的にとらえることができ、患者様に合わせた看護を实践する事ができた。今後もKOMIチャートを活用し患者様の全体像とADLの変化を確認しながら患者様に合わせた看護を展開することで、より効果的な看護を提供できると考えられる。

## 文 献

- 1) 金井一薫編：KOMIチャートシステム2001第一版、現代社、東京.2001年

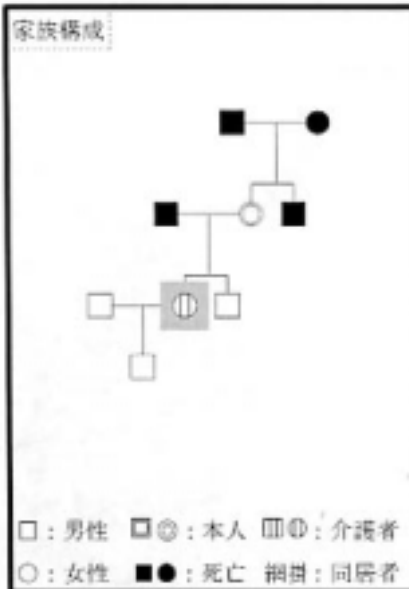
### 基本情報シート

作成日： 2004年12月 6日

氏名	██████████ 様
No.	855509

作成者名	██████████
所属機関	砂川市立病院
部署	██████████
職種	██████████

生年月日	明・ <b>大</b> ・昭・平	年	月	日生	( 92 ) 歳	男・ <b>女</b>
住所	〒██████████				電話1	██████████
					電話2	
病名	急性気管支炎 高アミラーゼ血症 糖尿 低栄養・脱水				身長	██████ cm
					体重	██████ kg
主訴とその経過	9月20日に発熱あり21日昼食摂取したが夕食未摂取で19:00頃より意識低下したためみやかわから家族に連絡あり救急外来受診する。外来到着時JCS=1ODIV旅行後帰宅する。22, 23, 24, 内科外来受診しDIV施行。その後KT38℃の上昇あるが、食事1/2程度摂取し一時体調戻る。しかし傾眠かちになり、開口せず飲水でむせるようになり、本日「みやかわ」から依頼あり家族の付き添いで外来受診し入院となる。					



家族の思い

動く意欲がないので、少しでも自分で動けるようになって欲しい  
 H16, 9, 29 (娘、孫の嫁)  
 大事にしてくれる病院 (転院先) がみつかるといいです。

▲緊急連絡先1

▲緊急連絡先2

氏名	██████████ 様	氏名	██████████ 様
住所	〒-██████████	住所	〒-██████████
電話1	██████████ 続柄	電話1	██████████ 続柄
電話2	██████████	電話2	██████████

▲備考

--

### 症状・病状シート

氏名	[REDACTED]		様
年齢	92 歳	性別	男・ <input checked="" type="radio"/>

作成日： 2004年12月 6日

作成者： [REDACTED]

▲現在ある症状

咳と痰	食欲不振	発熱
-----	------	----

▲既往症

両目白内障（眼内レンズ） 77歳～77歳	感冒で尿が出にくく分属医院に2ヶ月入院 87歳～87歳
感冒で1ヶ月入院 88歳～88歳	

▲現在飲んでいる薬

薬品名	どんな症状に有効か
ピオフェルミン	

▲感染症

無・有（ ）

▲アレルギー

無・有（ ）

▲主な介護者の状態

氏名	[REDACTED]	介護意欲	<input checked="" type="checkbox"/> 十分にある <input type="checkbox"/> 不安大 <input type="checkbox"/> 喪失気味 <input type="checkbox"/> 喪失
連絡先Tel	[REDACTED]	生活リズム	<input checked="" type="checkbox"/> 整っている <input type="checkbox"/> 乱れがち <input type="checkbox"/> 完全に乱れている
年齢	[REDACTED] 歳 本人との関係 娘	交代可能性	<input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 可能性検討中 <input checked="" type="checkbox"/> 可能性なし
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> すぐれない <input checked="" type="checkbox"/> 治療中の疾患あり <input type="checkbox"/> 入院が必要 (疾患名：高血圧 )	現在の介護状態	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介護者間の意思疎通が希薄 <input type="checkbox"/> 介護疲れが激しく休息が必要 <input type="checkbox"/> 経済的援助が必要 <input type="checkbox"/> 介護時間の明らかな不足 <input type="checkbox"/> 介護知識の明らかな不足 <input type="checkbox"/> 住環境の改善が必要 <input type="checkbox"/> 福祉機器類の活用が必要 <input type="checkbox"/> その他（ ）
就労状態	<input checked="" type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している	介護協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 主介護者との関係 娘
就労形態	<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（週 日）	協力者の支援内容	<input type="checkbox"/> 家事中心 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> 電話での安否確認 <input checked="" type="checkbox"/> その他（容態確認）
経済状態	<input checked="" type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 年金生活 <input type="checkbox"/> 生活保護		

▲備考

--

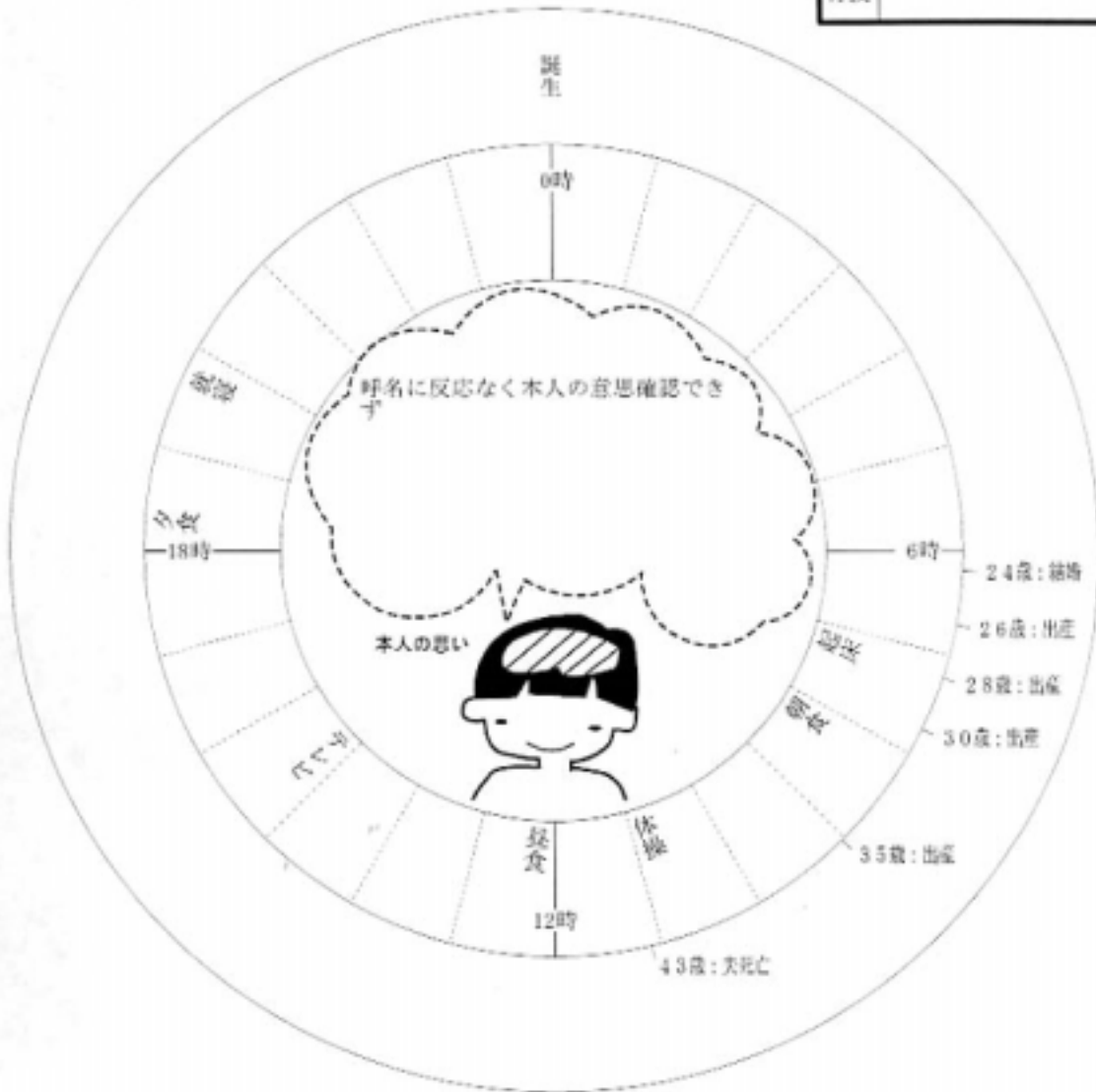
# KOMI サークルチャート

作成日： 2004年12月 6日

作成者： XXXXXXXXXX

氏名	<span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>	様
年齢	92 歳	性別 男・♂

趣味	散歩
嗜好	動物（犬、猫）
特技	



## 援助者の気がかり

発語は少ないが「痛い」と時折訴えたり苦痛な表情をしたりするため、わずかな反応を今後引き出し、また話ができ笑顔がみられるといい。



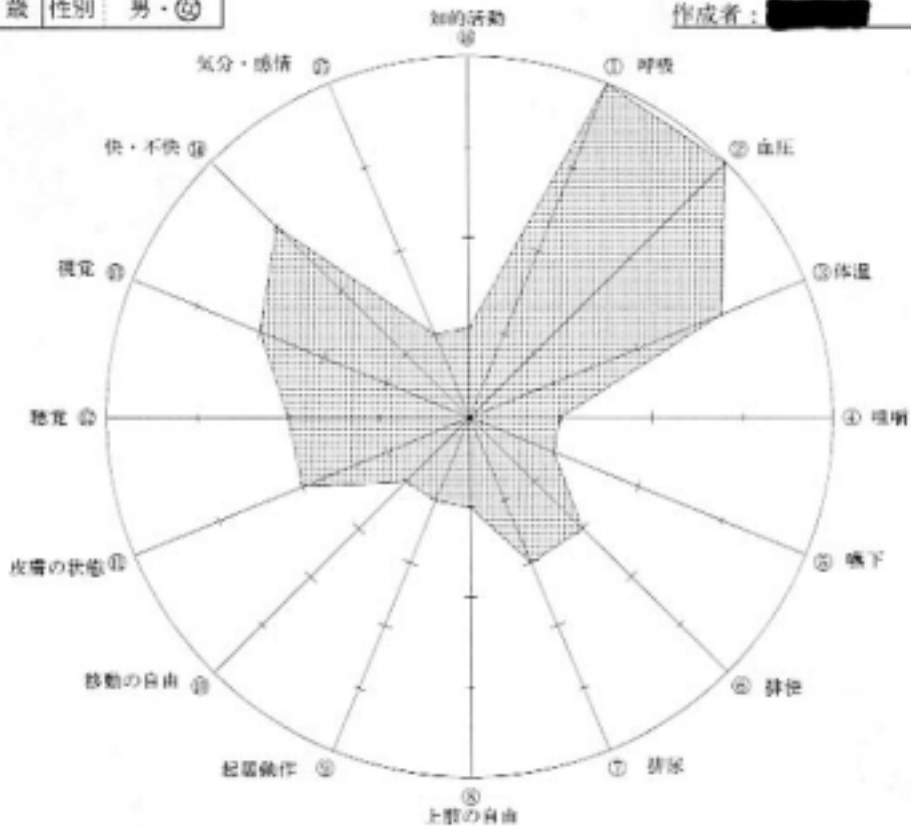


## KOMI レーダーチャート

氏名	[REDACTED] 様		
年齢	92 歳	性別	男・♂

作成日： 2004年12月 4日

作成者： [REDACTED]



- 呼吸**
- 吸引
  - 吸入
  - 体外補助手段(人工呼吸器等)

- 眼 鏡**
- 入れ歯
  - まぶみ女
  - ミニサー女
  - 流動態

- 嚥 下**
- とろみ
  - 経管栄養
  - 胃瘻
  - 点滴(静脈)栄養
  - IVH

- 排 便**
- おむつ
  - 薬込機器
  - ポータブル
  - 浣腸
  - 排便

- 排 尿**
- おむつ
  - 尿器・パッド
  - 失禁・パンツ
  - ポータブル
  - カテーテル

- 起居動作**
- つかまりバー
  - ベッド邊
  - 紐

- 移動の自由**
- 手すり
  - 杖
  - シルバーカー
  - 歩行器
  - 車椅子
  - 電動車椅子



- 聴 覚**
- 補聴器
  - 左右差に配慮が必要

- 視 覚**
- 眼鏡
  - コンタクトレンズ
  - 杖
  - 盲導犬
  - 視野欠損に配慮が必要

▲レーダーチャートが示す身体面の特徴・注釈等

- ・時折微熱みられる
- ・嚥下する事ができず、経管栄養実施したが誤嚥を繰り返し現在は中止されている。
- ・水様便続いている
- ・排便についてはバルーン挿入している
- ・自力体動はほとんどなく2時間毎に体位変換実施している
- ・肛門周囲の表皮剥離あり、形成外科受診中。
- ・現在は声かけにほとんど反応ないも、時折発語ある。
- ・声かけに焦点あう時あるためおおよそは見えていられると思われる。
- ・苦痛の伴う処置時には苦痛表情の表出もあるもそれ以外はほとんど感情の表出はみられない。

氏名	[REDACTED] 様		
年齢	92 歳	性別	男・♂

# KOMIチャート

作成日： 2004年12月 4日

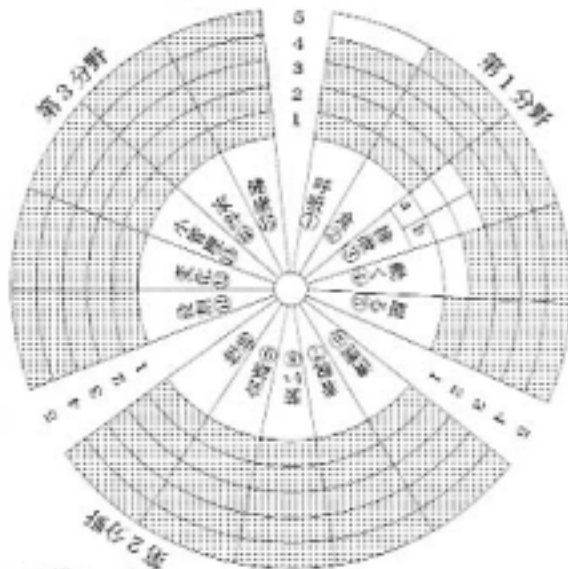
作成者： [REDACTED]

### 【認識面】

- 本人がわかる・関心がある
- 本人がわからない・関心がない
- 判別できない(要観察事項)

### 【行動面】

- 本人がしている
- 本人がしていない
- 判別できない(要観察事項)
- 専門家の援助がはいっている
- 身内の援助でまかなわれている

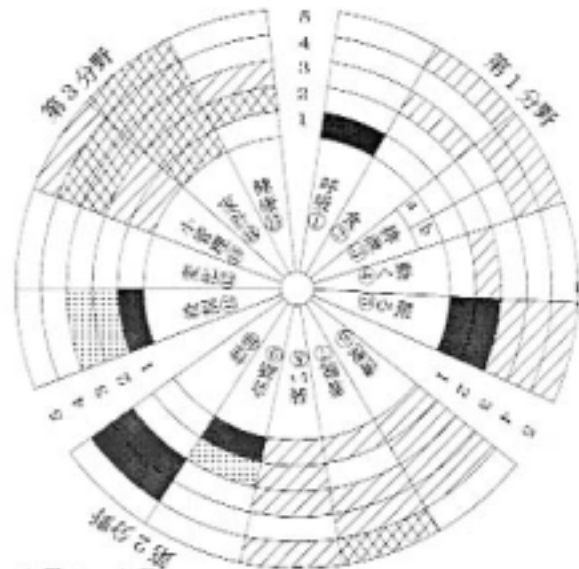


▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
0.0 /27	0.0 /25	0.0 /25	0.0 /77

#### ▲KOMIチャートの「認識面」が示す特徴・注

・以前は声かけに反応みられたも、現在は声かけにも反応なく傾眠がちに経過している事から認識面については、ほとんど判別できない。  
 ・サクションなどの苦痛を伴う処置の時は苦痛表情がみられ「痛い」と時折発語みられるため苦痛は感じているのだと思われる。



▲黒マーク数

第1分野	第2分野	第3分野	合計
3.0 /28	3.0 /25	1.0 /25	7.0 /78

#### ▲KOMIチャートの「行動面」が示す特徴・注

・経口摂取できず経管栄養実施中である  
 ・バルーンカテーテル挿入している。  
 ・自力体動なく2時間毎に体位変換実施している  
 ・傾眠がちであり閉眼している事は少ない  
 ・発語はほとんどない。時折「痛い」など訴える事もある。  
 ・娘さんなど家族の面会も多く家族に支えられている。

## グランドアセスメント

氏名	██████	様
年齢	92 歳	性別: 男・♂

(ケア計画を導く根拠)

作成日: 2004年10月18日

作成者: ████████

主な疾患: 急性気管支炎, 高アマラーゼ血症, 癱  
呆, 低栄養・脱水

ケアの5つのものさし

1. 生命の維持過程(回復過程)を促進する援助
2. 生命体に害を与えない援助
3. 生命力の消耗を最小にする援助
4. 生命力の幅を広げる援助
5. もてる力・健康な力を活用し高める援助

1. 今、この方の生命は、どちらに向かって、どのように変化していこうとしているか?

経口摂取が不可能になり経鼻経管栄養を施行するも発熱を繰り返し、現在は中止となりCVカテーテルより点滴を施行しているのみである。わずかであるがサクション時に「痛い」と言ったり発熱もあるが、刺激や毎日の変化が少ないため表情も乏しく以前と比べ反応がほとんどない。患者様のわずかな反応を引き伸ばしていくために毎日の生活の中で刺激を多くするなど関わっていきたい。

2. 生命体に“害”となるもの、または生命力を消耗させているものは何か?

- ・発語がほとんどなく苦痛などを自ら訴えることが出来ない
- ・経管栄養開始すると発熱みられる
- ・下痢が続いている
- ・日常の中での刺激が少ない

3. 今、もてる力、残された力、健康な力は何か?

- ・わずかであるが「痛い」などの発語がある
- ・苦痛を伴う処置時には、苦痛な表情を表出することができる
- ・声かえに追視する時もある

### ケア方針(目指すこと)

- I 家族の方と協力し、刺激を多くする事でM様の反応を引き伸ばしていく。
- II 身体の清潔を保ち感染を予防するとともに、快の刺激を与える。

## 研究

# 医療依存度が高い患者の在宅退院が可能となった事例についての再考 ～合同カンファレンスの開催による病院と地域への連携～

A case report of homing care from long-term hospitalization  
Necessity of the conference between hospital and regional agency

佐々木泰子<sup>1)</sup> 細海加代子<sup>2)</sup> 三枝 幹生<sup>3)</sup>  
Yasuko Sasaki Kayoko Hosokai Mikio Saigusa

## 要 旨

医療依存度の高い患者の介護に強い不安を持っていた家族に対し、PEGの管理方法、サクシオン指導を病棟内で進めるとともに、医師や看護師、理学療法士、健康相談室看護師の病院スタッフと地域の担当ケアマネージャーや訪問看護ステーションのスタッフと情報交換を行うことで、医療依存度が高い患者の在宅退院が可能となった。また、家族の介護への気持ちを維持するためには評価のフィードバックを段階毎に行う事が効果的であると考えられる。

Key words : regional medical care unit, conference, home medical care, consultation after discharge

## はじめに

当院ではこれまでも、家族への指導、地域への連携を行ってきた。

今回、本人は強く在宅療養を望んだが、医療依存度が高い患者の介護に不安を持っていた介護者である妻に対し、退院支援が行われた。その退院支援において、医師、病棟看護師、健康相談室看護師、理学療法士、地域の担当ケアマネージャー、訪問看護ステーションが早期に連携し、合同カンファレンスを開催したことで目標の共有化が図られ、効果的な在宅退院支援が実現した事例を再考し、報告する。

## 事例紹介

70歳代前半、男性。妻は60歳代後半。誤嚥性肺炎にて入院。他の療養型病院を同疾患にて加療・退院後、在宅療養するが一週間で再燃する。再燃を繰り返すことから、胃瘻造設で、当院に再入院する。脳梗塞後遺症にて左半身麻痺がある事、胃瘻を造設する事、痰の自力排出が困難でサクシオンを必要とする事等、医療依存度が高いことから妻は在宅退院後の介護について、一人では無理とあきらめ、本人に提供されるケアそのものに対して、「見てもらえない」と席をはずす事

が多かった。

しかし、本人が強く在宅退院を希望している事から、妻、医師、病棟看護師、健康相談室看護師、理学療法士、地域担当ケアマネージャー、訪問看護ステーションが合同カンファレンスを通して、目標の共有化や問題の再確認を行い、在宅退院支援へと繋がった事例である。

入院期間:H16年10月7日～H17年1月27日(112日間)

リハビリ支援期間:H16年10月13日～H17年1月27日(106日間)

退院支援期間:H16年11月17日～H17年1月27日(71日間)

既往症:脳梗塞(右半身麻痺)

家族構成:妻と2人暮らし

介護度:要介護4

## 経 過

第一期;入院当初の絶望期

入院当初、妻は他院退院後1週間で再入院した事、在宅で直面させられた介護の困難性や疲労で退院後の在宅療養への自信を喪失していた。

しかし、胃瘻造設に関しては否定的な発言は聞かれなかったが、自宅に帰る事を全く考慮していなかったことに加え、自宅に帰ろうと言う気持ちがない状態だった。加えて、入院当初

1) 砂川市立病院看護部 第7病棟

Division of the 7th Nursing facility, Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院看護部 健康相談室

Division of Health and Mental care, Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

3) 砂川市立病院リハビリテーション科

Division of Rehabilitation Medicine, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

は病棟看護師による日々のケアの提供時はベッドサイドから席をはずす事が多かった。入院日数を重ねる毎にケア時にベッドサイドにいる回数が増えたが、吸引施行時や瘻孔部の洗浄時はしばらくの間、正視する事が出来ない様子が見られた。このような状態にある家族の心情に理解を示し、妻の退席を待ってから手技開始とし、退院指導としての介護指導も行わなかった。

#### 第二期;胃瘻増設後の家族指導開始及び退院支援依頼

入院当初は経鼻的経管栄養を行うが、入院13日目に胃瘻造設術施行。胃瘻造設術施行後20日目(入院33日目)から自宅に帰る事を目的として、妻に対し、胃瘻部の洗浄、管理方法、胃瘻チューブからの栄養注入の指導を開始する。その他にも、本人へはリハビリテーションにて体動指導(寝返りや移動時補助の動き)、嚥下訓練の運動指導、妻へは体位変換、おむつ交換、陰部洗浄についても、看護者の日々のケアの見学から始まり、段階的に指導を行っていった。指導開始当初、胃瘻チューブに触れることに対してさえ、恐怖感を持っていたが、指導開始より23日(入院56日目)程で、妻の栄養注入、挿入部の洗浄の手技がスムーズとなり、栄養注入に関する指導が終了する。

また、この時期、妻の精神・身体的な余裕に回復が見られ、自宅での介護を少しずつ考慮できるようになった。そのため、自宅に帰るといふ思いは確立された状態ではなかったが、自宅退院に向けて院内健康相談室に支援依頼を行い、病棟と協同で指導内容及び退院後の社会資源の有効活用を本人・妻と共に考えた。

#### 第三期;妻の在宅退院考慮

本人の食事摂取希望と嚥下能力のバランスがとれず、本人に対して固形物の摂取の困難性を医師・看護師が説明したが、了解を得る事が出来ず、妻にも困惑が見られた。しかし、本人が食事時、むせ込みがある事、その後、発熱を繰り返す事を自覚する事で、ミキサーによる攪拌食と水分へのとろみの追加を受容した。自宅に帰るといふ思いも確立しつつあった妻より調理に関する不安の表出があったが、ミキサーによる攪拌食ととろみに注意する以外は制限がない事を説明し、調理にかかる手間の軽減を図る事で不安の解消に努めた。

また、妻の在宅退院への意識が確立された事を受け、理学療法士、担当ケアマネージャーにより、退院前に自宅の家屋調査が行われた。そして、自宅で使用できる車イスが決められた。それらのことにより、妻は在宅退院への意欲をより強めていった。

#### 第四期;地域サービスの整備と連携の提示による在宅退院決定

合同カンファレンスで今後の方向性、自宅への退院後に提供されるサービスの確認がされるが、妻の吸引操作の獲得の必要性も確認される。この時、妻より吸引手技獲得に対する意欲が確認され、指導開始の承諾が得られた事から、入院62日目から吸引に関する直接指導が始まる。妻の胃瘻管理、吸

引、体位変換、おむつ交換の手技の獲得が進んだ事、本人への座位・立位保持、車椅子への移動に向けたリハビリテーションが進んだ事、担当ケアマネージャーによるケアプランが作成され、妻へ提示された事、また、在宅生活における訪問サービスへの情報提供・連携が整い、入院112日目に自宅退院となる。

#### 退院後の経過

週に7日(午前・午後30分ずつ)の介護ヘルパーの訪問、他院からの月に2回の訪問診療及び週に2回の訪問看護、週に1回のデイサービス(入浴サービスを含む)の利用を受け、退院1ヶ月後も、誤嚥性肺炎を引き起こすことなく、妻と2人での自宅での生活を送っている。

## 考 察

### 1. 第一期;入院当初の絶望期

入院そのものと在宅での1人での介護に妻の介護疲労はピークとなり、自宅での介護に対する絶望や自責を感じてしまった。苦痛を伴うサクシオン等のケアの直視が出来なかったり、ケアの必要性を理解するだけの余裕の無かったりする妻に対してはまず、介護疲労度や日々の介護に対する思いの表出の促しが精神的・身体的な余裕を生み、結果として、再度介護に向かっていこうという積極性に繋がっていく事が考えられる。

### 2. 第二期;胃瘻増設後の家族指導開始及び退院支援依頼

日々の胃瘻管理・栄養注入の手技指導時にも指導を重ねる毎に妻に介護への積極性は見られてくるが、自宅ですら行っていくという認識は合同カンファレンスが行われるまで、確立しなかった。この事に関しては、医療依存度が高い事、高齢である事から考慮しても、自らの体力や能力に限界を感じた事、前回の自宅での生活から無力感を覚えた事等の影響が強く現れた結果であると考えられる事が出来る。この状態に対し、妻から表出される「年のせいで覚えられない」等の感情を受容し、手技指導に関して、早急に進めず、妻の体力、精神状態に合わせた指導内容としたことが、手技獲得へとつながったと考える事が出来る。

また、ほぼ毎日行われるリハビリテーションの中で獲得されていく、本人の力を評価し、妻へ成果を示す事、そして本人のリハビリへの意気込みを実感出来るようリハビリの見学をし、本人の意欲やリハビリの成果を実感出来た事が妻の精神的・身体的疲労感の解消を図り、在宅退院への不安の軽減を図る事が出来たと考える。その他にも、病棟では妻に対し、PEGからの栄養注入指導が終了した時点で、「手技の仮免許状」という形で手技の獲得と上達を評価した。そのことが、妻の手技獲得意欲を高め、また、介護意欲の向上に関与した要因であると考えられる。

### 3. 第三期;妻の在宅退院考慮

在宅介護のためには適切な栄養管理の実施が各種合併症予防につながるため、定期的かつきめ細かな栄養アセスメントと適正な栄養・水分投与を行う事が重要であるという視点からの医師の栄養・水分調整が行われた。また、食事の形態に関する制限はあったが、食事の内容に関する制限がなかった事、妻がミキサーをすでに持っていたため、調理の経費と労力の削減が出来ると確認出来た事が妻に精神的な余裕を生む要因となったと考える事が出来る。

また、この時期、リハビリテーションにおいて本人が自力での寝返りを徐々に確立してきた。そのため、妻が病棟での体位変換やおむつ交換体験時に介護負担の軽減を実感する事が出来た。その経験が妻の在宅退院への意欲へと繋がり、介護への不安を抱えながらも自宅に帰るとする考えに至る事を可能にさせたと考える事が出来る。

#### 4. 第四期;地域サービスの整備と連携の提示による在宅退院決定

今回、妻同席の元、医師、看護師、理学療法士、健康相談室看護師、担当ケアマネージャーが合同カンファレンスを行い、退院後の介護保険によるサポート体制の構想、住宅整備や福祉用具のレンタルの状況を確認出来た事で、妻は自らに対するサポート体制を実感する事が出来た事で、在宅退院に向けての意欲の確立につながったと考える。また、自分ひとりだけで本人を支えるという状況ではないという事、病院と離れても多くのサポートが得られる事も確認されたことで、退院後に必要とされた妻による痰の吸引の必要性がよりはっきりと認識出来、積極的な取り組みへとつながったと考える事が出来る。

今回、介入するすべての部署のスタッフが揃い、このような機会を持ち情報を交換する事で、介護者はより多くの情報を退院前に得ることが出来た。その結果として、自らの考えをまとめ、積極的な思考へとつなげる事が再確認出来た。医療者も部署内のみでの部分的な情報だけではなく、他職種と地域の連携を意識したかかわりを提供も可能にしたと考える事が出来る。

## 結 論

一度は在宅療養に不安を持った介護者であったが、入院病棟と他職種・地域とが連携し、退院時までには確実な指導を介護者に行うこと、必要に応じた各種サービスの利用システムを退院前に提示する事で、医療依存度の高い患者の在宅退院が可能になった。また、合同カンファレンス開催で、これまでの経過やこれからの生活の注意事項、今後の経過や確認事項等の情報の共有が図られた事で、病棟は在宅地域サービスの内容の理解と在宅生活を意識したより具体的な指導を行うことが可能になり、入院中より様々な社会資源や各種サービスの提供が行われる事が再確認された。

患者、家族の退院後の安心や自信につながった要因に関し

ては、ケアに対する不安や直視出来ないという心情に対する受容的なかかわりと、手技一つ一つの獲得毎に評価を行い、成果を妻にフィードバックした事が関与していると考えられる。その他にも、地域サービスとの連携が確立されることで、退院後の経過の情報交換が可能となり、今後の病院と地域の連携がより充実したものになると考える。

## 今後の課題

今回の入院は112日間の入院期間であった。指導方法の工夫だけでなく、本人や妻の精神面でのフォローをより工夫し、入院期間の短縮化を図る事が必要であると考え。また、妻の介護疲労をより考慮しながらも、昼夜で異なる患者の介護状況を体験出来、在宅でのより具体的な介護方法が想像出来る様な退院支援方法の工夫が入院中から必要であると考え。

病棟から地域への連携を作るとともに地域から病院へのつながりを作る事で、病院の中だけではなく、地域での生活を意識した看護の提供が可能になると考える。そして、何より院内の健康相談室という地域との窓口を早期より依頼し、連携を図っていくことが、入院期間の短縮化となると考える。

## 文 献

- 1) 島内節 他編 地域看護学講座2 家族看護 医学書院 東京 .1994
- 2) 山内敦子 監修 クイックガイド 第5巻 退院指導 学習研修社 東京. 1997
- 3) 大友英一 他編 改訂版 老人看護学 真興交易医書出版部 東京. 1992

## 研究

# 平成16年度 転倒・転落の実態、分析と評価

Analysis of accidents in the hospital in 2005

尾西 孝一

Kouichi Onishi

### 要 旨

過去3年間(平成13年から15年)の経過と比較しながら平成16年度(4月から9月)における当院転倒・転落に関する報告を収集し実態、分析の結果において当院の転倒転落の傾向と有効な対策について明確となり、情報伝達の重要性、更なる対策の強化が必要である。

Key words : analysis of Hospital accidents

### はじめに

転倒・転落は、患者様の要因が多く存在するために決定的な防止策を見出すことは難しい。川村は、『11,000事例中転倒・転落事例は16%を占める』と報告されている。当院は、転倒・転落報告レポートより、30%(69件/226事例)であり、転倒・転落の事例の比率は高い数値を認める。転倒・転落アセスメントシートを導入して3年目を迎え、平成16年度転倒・転落の実態、分析の結果において、報告レポートから転倒・転落アセスメントシートの記載、活用はされているが看護計画の記載が昨年度より低下を認めた。転倒・転落は決定的な防止策を見出すことは難しいと言われている。転倒・転落アセスメントシートより看護計画が充分反映されていないという課題が明確になったので報告する。

### 調査方法

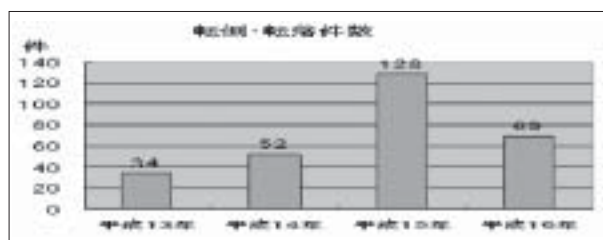
平成16年度4月から9月までの院内の報告書(インシデント・アクシデント)を基に、転倒・転落に関する報告を集計した。なお、報告書の不足部分は、当事者から情報を得た。

### 結果・考察

転倒・転落について件数、月別件数、年代別件数、性別件数、危険度別件数、時間帯危険度別件数、行動別件数、看護計画数の集計をした。

### 1、転倒・転落について件数(図①参照)

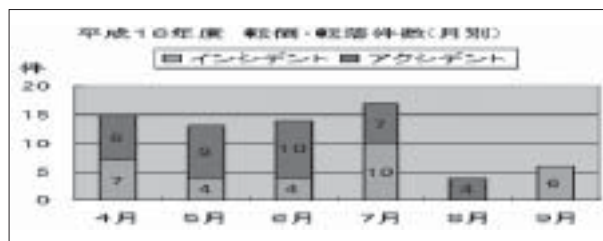
集計を始めた平成13年度より年々増加傾向であり、平成15年度の同じ時期は、70件の報告があり平成16年度は、69件であり転倒・転落についての意識の向上は、継続していると思われる。



図①

### 2、転倒・転落について月別件数(図②参照)

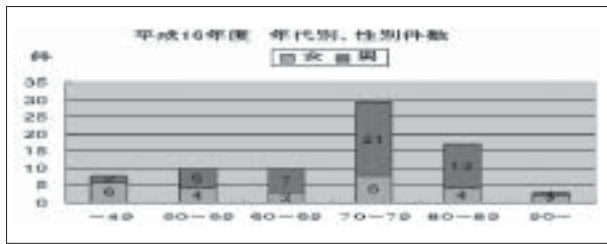
4月から7月まで転倒・転落件数が多い経過となり、これは、今年度から月別件数を収集した為、昨年度との比較が出来ないが今後、数年の推移と経過を見ていく必要がある。



図②

3、転倒・転落について年代、性別件数(図③参照)

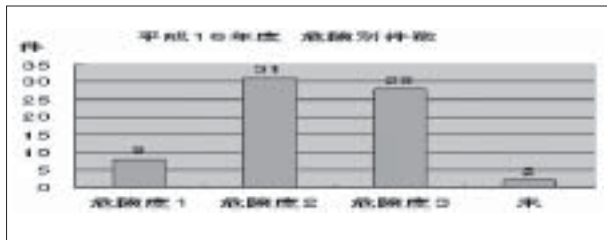
70~80歳代の転倒が多く、55%を占めている。(平成15年度は30%)当院は、年々高齢者の入院が多くなってきている。各年代別では、男性の比率が多く報告されている。入院患者様の比率によるものかと思いましたが、当院の入院比率に男女差はなかった。転倒・転落の研修に参加させてもらい、女性の方が少ないという報告がされていた。女性の方は排泄に関して大腿筋の運動が自然と5~6回/日ある為、強化されていると話されていました。又、当院の医療安全委員長から、男性の方がせん妄など認知症などが多い傾向であると話され、今後の経過を見ていく必要があると思われる。



図③

4、転倒・転落について危険度別件数(図④参照)

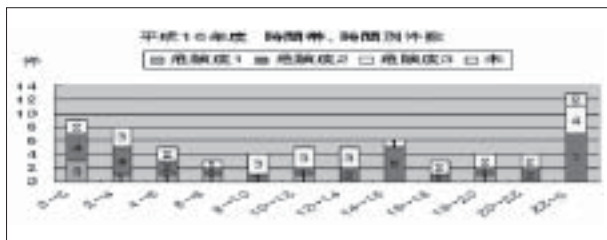
転倒・転落アセスメントシートから危険度別より、危険度2・3では差がない状態(平成15年度も同じデータを示す)であり、転倒・転落に関して、危険度2・3の患者様が85%占める。不安定要素の患者様(危険度2)が、転倒に対して認識が、低いと思われる。又、看護者側も注意力が危険度3の患者様より認識が低く、有効な対策が立てられていないと思われる。



図④

5、転倒・転落について時間帯危険度別件数(図⑤参照)

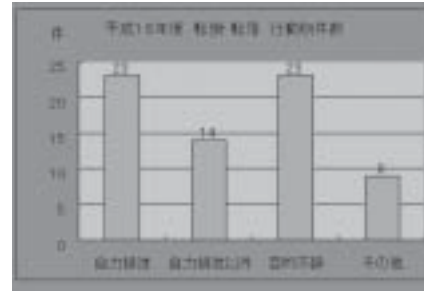
夜間帯の件数が多く報告されている。危険度別に見ると、危険度2・3の患者様がほとんど占める。(平成15年度 71%、平成16年度 62%)危険度2の患者様の報告が多く先程の危険度別件数と同じ事が考えられる。結果は、全国的に見ても、同様の結果であり、この時間帯に看護の力を注ぐ工夫を検討する必要がある。



図⑤

6、転倒・転落について行動別件数(図⑥参照)

転倒・転落の原因となる排泄関係と目的不詳(せん妄などの認知に問題のある患者様)などの原因が67%を占める。



図⑥

7、看護計画数(危険度2・3の転倒・転落患者様のみ)(図⑦参照)

看護計画数は、平成15年度は約90%より平成16年度は約70%と低下している。転倒・転落アセスメントシートの活用が看護計画に移行していないと思われ今後、検討課題となり看護計画にスムーズに移行できるように検討が必要と思われる。



図⑦

結 論

当院の転倒・転落に関して、

- 1、年齢は70歳~89歳代で男性が多い
- 2、夜間帯の時間で22時~4時までが多い
- 3、行動は自力排泄と目的不詳が多い
- 4、転倒・転落アセスメントシートは活用されているが看護計画に反映していない

ま と め

昨年度より今年度、転倒・転落の意識は向上、継続はされているが、更なる強化して行くことが必要である。今回検討した結果、看護計画数が危険度2・3の患者様を見ても低下している事で、アセスメントが反映されていないことが理解でき、有効な具対策(防止策)が立案されていない事が判った。今後、検討課題として、当院の転倒・転落の事例より看護師は、具体策、有効な防止策を早急に立案していき、患者様、家族に理解・協力が必要と思われ、充分に説明を行っていく事が重要である。そして、看護師は、情報伝達をスムーズ出来る様に努力していく為にも、転倒・転落の対する意識改革・継続を持ち続ける事、看護計画の立案が重要と思われる。



## 文 献

- 1) 川村治子. ヒヤリハット11,000事例によるエラーマップ完全本. 医学書院. 東京.2002

## 研究

## 洗濯という行為を通して、患者が前向きな言動へと変化した一症例

Case report of the patient gaining better ADL through the usual activity of 'washing clothes'

古屋 聡美  
Satomi Furuya

## 要 旨

入院が長期化し生活全般に対して自信をなくしていた患者に洗濯という行為や内服薬の自己管理を通して出来るところを認め合うことで前向きな言動へ変化していった過程を振り返る。

Key words : KOMI chart system, healthful general life activity

## はじめに

退院に対して自信がなく、意欲が低下している患者に自信を持ってもらうため、洗濯という行為や内服薬の自己管理を通して出来る部分を認める関わりを行った。出来る部分に働きかけた事で気持ちに変化が現れ、前向きな言動が聞かれたので報告する。

## 患者紹介

患者、45歳、男性。統合失調症、水中毒、糖尿病。一人暮らしをしていて、近所に住む78歳の母親に食事を支援してもらっていた。H14. 8. 15、下痢、嘔吐を認め、内科で検査が必要となる。また、精神状態も不安定で本人の強い希望もあり、入院となる。入院当初はイライラすると物を叩いたりする姿があったが、現在は、注察妄想はあるが、精神症状は落ち着いている。退院可能となるが、患者より退院については、自信がないと話し、延期となっていた。入院中に自宅は引き払い、介護者であった母親も札幌に住む姉と同居したことで入院が長期化している。

## 看護の展開

グランドアセスメント：入院前は母親の援助を受けながらではあるが、一人暮らしを行っていた。清潔への関心はあるが、妄想により身体的な不調があり、行動が伴わないことがあった。

また、入院が長期化したことも影響し、生活全般に対する意欲の低下があった。退院についても自信がないと話し、今後も意欲が減退していくことが予想された。しかし、生活への自信を持つことで持てる力を引き出し、維持していくことで生命力の幅は徐々に広がっていくと考えた。例えば、洗濯は面会に来た母親が行っていたが、母親も高齢であり、家族の負担を軽減することや薬の自己管理や洗濯という行為を通して、出来る所に働きかける事で、自信を持ち、退院への意欲につながると考えられた。ケア方針としては、4つの項目で考え、今回は生活過程についてのケアについて述べる。

**ケアの方針：**支えられているという安心感を持ち、成功体験を重ねることで自信を持つ事が出来る。

行い整える内容：1. 洗濯を本人と一緒にいき、自分で行っている姿を見たときは成功したことを認める。2. 内服薬の自己管理を行い、医師の指示通りに内服ができている事を伝える。3. 定期的に入浴し、身体細部の清潔を保っている事を伝える。4. 居室の清潔を保っている事を伝える。

**実行内容、結果：**洗濯について、最初に促したときは、本人は自信がないと消極的であった。安心感を持ってもらうため、初めから一人でやるわけではない事、出来るようになると思うことを伝えた。そして、洗濯をしている所を見てもらった。患者のペースに合わせ、出来る所は一人で行ってもらうようにし、出来ない所を責めずに援助するようにした。洗濯以外の時も患者と話す時間を作り、関係作りをするように意図的に関わっ

た。そして、徐々に一人で行っている姿が見られるようになった。患者が妄想により体調の悪い日などは自ら訴えてきたため、無理しないで休息をとるように伝え、洗濯は援助するようになった。

内服薬については、他科薬は一日分自己管理していたため、確実に内服できている事を一緒に振り返り、当科薬の一日分の自己管理を患者に提案した。内服薬の自己管理にも自信がないと消極的であったが、入院前は自分で出来ていた事を伝え、内服薬の一日分の自己管理を始めた。

**評価:**洗濯を自分で行っている姿を見たときは成功を認めるように関わると、うれしそうに「そうですか」と言っていた。また、体調の悪い時には患者から「手伝って下さい」と訴える事が出来た。成功を認める関わりを続け、本人からは「退院してみたい」という言葉が聞かれるようになった。また、「退院できるかな」と聞いてくる姿や「今度、一緒に食事作りたいな」という言葉が聞かれた。このことから、KOMIチャートの認識面で変化を望む気持ちが現れた。

洗濯を行う事や退院に対して、最初は自信がないと言っていたが、患者のペースに合わせたケア計画と成功を認めていった事で自信が持てた。

内服薬については、患者に医師の指示通りに内服出来ることを伝えると、患者からうれしそうに笑顔が見られ、自ら「飲みました」と教えてくれるようになった。

また、洗濯以外の場面でも受け持ち看護師として関わる時間を持つことで患者に安心感を与えたと考えられる。退院に対して、自信がないと言っていた患者から退院してみたいという言葉が聞かれたことから、洗濯や内服薬の自己管理という成功体験を通して、退院への希望を持つことができた。

KOMIチャートの行動面で衣服の着脱と清潔の所で洗濯が出来るようになり、脱いだもの整理するようになった。また、健康管理の所で自ら服薬ができ、一日分の内服薬の管理が出来るようになった。

## 考 察

洗濯という行為や内服薬の自己管理を通し、患者に成功を言葉で伝え、共に喜び合う事で患者の出来ている所に働きかけることが出来た。また、体調の悪い時などは援助したり、意図的に関わる時間を持つ事で支えられているという安心感により自信が高まり、一人で行っている姿が見られたと考えられる。この事から、自分が認められ、受容されたという思いや体験が、その人の内の力を大きく高める。

「精神疾患の慢性期には、意欲や関心の低下に伴い日常生活能力が低下してくる。個人衛生への無関心や日常生活リズムの乱れなどが現れてくる。このような長期在院患者は、著しい日常生活能力の低下に加え、退院への意欲さえなくしている。」<sup>1)</sup>とある。入院前は自分で出来ていたことが入院の長期化により、入院前は行っていた洗濯や内服薬の自己管理をすることにも自信がないと言っていた。しかし、成功を言葉で伝

えていくことで、自信が付き、洗濯や内服薬の自己管理が出来るようになり、生活に対する意欲の低下を改善することが出来たと考えられる。そして、患者より退院してみたいという言葉や食事を作ってみたいという前向きな言葉が聞かれたことから、洗濯という一連の過程による成功体験によって、気持ちに変化が現れ、退院への希望ややってみようという意欲に働きかける事が出来た。

金井は「認識過程は、日々の生活過程からのさまざまな刺激によって常時作り変えられ、変化していく」<sup>2)</sup>と述べている。患者にとって、洗濯や内服薬の自己管理を通して、退院にも自信がないと消極的だった患者から退院したい、食事を作ってみたいと生活に変化を望む前向きな言葉が聞かれた。意欲の低下していた患者にとって、生活過程を整える援助を通して認識過程に変化を与えたと考えられる。

「慢性期には、患者の日常生活能力を維持し、または高め、患者がその人にとって満足できるような生活を送れるように援助する。また、ホスピタリズムにより生じた患者の日常生活能力の低下を改善すること、または入院中の患者の日常生活能力の低下を最小限にし、患者のホスピタリズムを防止することは、精神科看護のこれからの看護の課題である」<sup>3)</sup>とある。患者の出来る力や意欲を維持し、広げていくことを意識し、今後も関わっていく事が必要である。

## ま と め

①成功を言葉で伝え、共に喜び合う事で支えられている安心感を与え、自信を高めることが出来る。

②意欲が低下していた患者にとって、成功体験が退院への希望につながった。

③生活過程を整えることで認識過程に変化を与える。

## お わ り に

今回の事例を通して、自分の行った援助について振り返ることが出来た。また、KOMI記録システムを使用することで患者の出来ないところを見るのではなく、出来る部分を引き出し、ケアに取り入れていくことが健康の回復につながる実感を得られた。

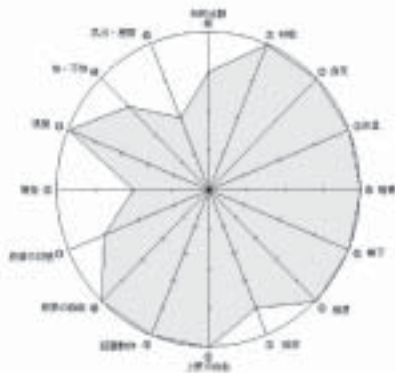
## 文 献

- 1) 山崎智子: 明解看護学双書3精神看護学, 第2版、54、金芳堂、京都市、2002
- 2) 金井一薫著: KOMI理論—看護とは何か、介護とは何か—、第1版、50、現行社、東京、2004

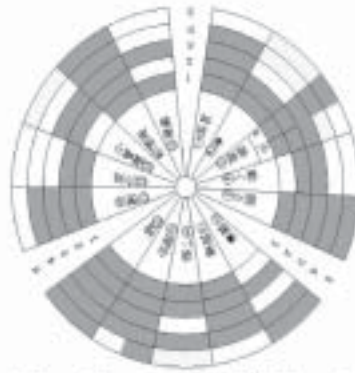
### チャート履歴

サマリーチャート作成日：2004年1月1日

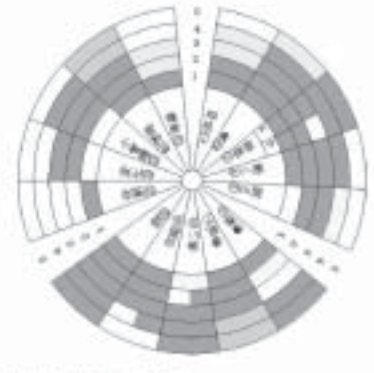
レーダーチャート



認識面

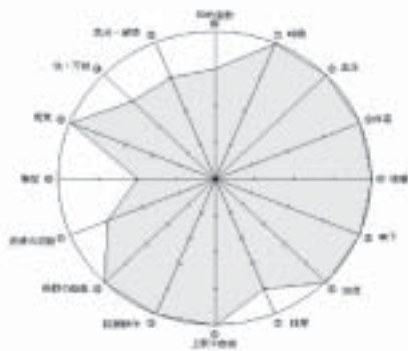


行動面

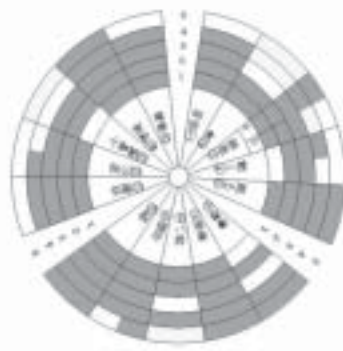


サマリーチャート作成日：2005年2月17日

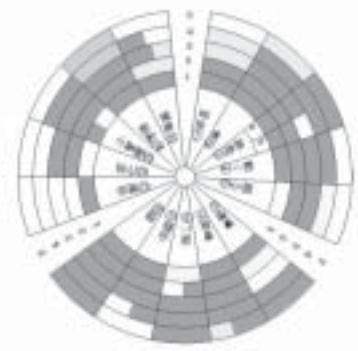
レーダーチャート



認識面



行動面



## 研究

# 当院における退院前訪問指導

Home evaluation and medical support for rehabilitation patients  
before discharge in Sunagawa city medical center

新関 友博<sup>1)</sup>

Tomohiro Niizeki

寺林 美香<sup>2)</sup>

Mika Terabayashi

三枝 幹生<sup>1)</sup>

Mikio Saigusa

越智 直子<sup>2)</sup>

Naoko Ochi

細海加代子<sup>2)</sup>

Kayoko Hosokai

熊谷ちづ子<sup>2)</sup>

Chizuko Kumagai

## 要 旨

当院リハビリテーション科では平成15年6月より総合相談課と連携し退院前訪問指導を開始した。平成15年6月から平成17年2月まで31例に退院前訪問指導を実施した。実施・指導内容は手すり設置等の家屋改修に対する助言、生活環境設定に対する助言、患者・家族への動作・介護指導、福祉用具選定に関する助言、各種在宅サービスの紹介・検討等であった。一事例を通して退院前訪問指導により退院後の生活のイメージ作りや患者・家族の在宅に対する意識付けを可能とし、また総合相談課が介入する事で患者・家族、地域との連携を密に図る事ができ、退院に向けて具体的にアプローチする事が可能になると改めて感じさせられた。退院前訪問指導は患者の在宅復帰に向けた退院援助の一つとして重要な役割を担っていると考えられ、今後も継続していく必要があると思われた。

Key words : home evaluation、 house adaptation

## はじめに

介護保険の理念には「要介護状態の軽減・予防や在宅での自立した日常生活」があげられており、そのためには入院中の患者に対して十分なリハビリテーションを提供し自立に向けたアプローチを行い退院後の患者、家族の生活の再建を図る事が重要<sup>1)</sup>とされている。退院前訪問指導は「継続して1月を越えて入院すると見込まれる入院患者の退院に先立って患家を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の療養上必要と考えられる指導を行う事<sup>2)</sup>と定義されており、具体的には(1)家屋環境整備(2)自宅での日常生活動作の確認・指導(3)家族に対する介護指導(4)福祉用具の紹介・助言(5)在宅サービスの紹介・検討などが挙げられる。これまで当院では退院前訪問指導が行われておらず当院から退院となる患者の中で、十分な家屋環境整備や介護指導を受けられず転院を余儀なくされる状況が見受けられた。また転院先に関しても近隣には回復期リハビリテーションを積極的に行っている病院が少ないために十分なリハビリテーションを受けられないという現状があった。この状況を改善すべく平成15年6月より総合相談課と連携し退院前訪問指導を開始した。患

者・家族、地域との連携を円滑に行う事ができるように総合相談課に介入を依頼した。退院前訪問指導を開始するにあたり、科内において反論もいくつかあったが退院前訪問指導を実施した事で在宅復帰可能となった事例が多かった。今回は平成15年6月から平成17年2月までの退院前訪問指導について、疾患名・訪問地域・日常生活自立度、実施・指導内容についてまとめ、一事例を通して退院前訪問指導の重要性について報告する。

## 対 象

平成15年6月から平成17年2月までに退院前訪問指導を実施した31例を対象とした。内訳は男性14例、女性17例、平均年齢77.4±8.9歳であった。

## 方 法

退院前訪問指導実施後に作成する退院前訪問資料より疾患名、訪問地域、訪問時の日常生活(以下ADL)自立度(洗面、整容、更衣、排泄、入浴等のADLと歩行能力を自立・見守り・軽介助・介助・不能の5段階に分類)、訪問実施・指導内容を抽出しまとめた。事例紹介として中等度の左片麻痺を呈した

1) 砂川市立病院リハビリテーション科

Division of Rehabilitation Medicine, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院看護部健康相談室

Division of Health and Mental care, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

ADL介助レベルの症例を挙げ退院前訪問指導の重要性について報告する。

## 結 果

### 1) 疾患名(図1)

脳血管疾患16例(52%)(脳梗塞14例、脳出血2例)、整形疾患10例(32%)(下肢切断3例、大腿骨転子部骨折3例、人工膝関節術後2例、人工股関節術後1例、大腿骨頸部骨折1例)、胸部外科疾患3例(10%)(胸腹部大動脈瘤術後1例、胸部下行大動脈瘤術後1例、上行大動脈置換術後1例)、その他2例(6%)(パーキンソン病1例、脳濃瘍1例)であった。

### 2) 訪問地域(図2)

砂川市15件(48%)、滝川市4件(13%)、歌志内市4件(13%)、上砂川町3件(10%)、新十津川町3件(10%)、浦臼町1件(3%)、芦別市1件(3%)であった。

### 3) ADL自立度(図3)

ADLは自立10例(32%)、見守り1例(3%)、軽介助12例(40%)、介助8例(19%)、歩行は自立12例(38.5%)、見守り12例(38.5%)、軽介助3例(10%)、介助1例(3%)、不能3例(10%)であった。

### 4) 実施・指導内容(図4)

家屋改修に対する助言25例(手すり設置20例、スロープや敷居撤去による段差解消7例、浴室・トイレ等のリフォーム4例、ドア除去1例、便器固定1例、便座補高1例)、家具やベッド配置など生活環境設定に対する助言15例、患者・家族への動作・介護指導31例、福祉機器選定に関する助言22例(電動ベッド11例、入浴器具22例、車椅子7例、排泄器具5例、簡易式平行棒2例、歩行器1例)、在宅サービス利用に関する紹介・検討(ケアマネージャーとの相談を含む)12例であった。

## 事例紹介

**症例:**72歳 男性

**疾患名:**脳梗塞(右中大脳動脈閉塞)

**障害名:**左片麻痺(上下肢共に共同運動レベル、手指は連合反応レベル)、感覚障害(左上下肢表在・深部覚鈍麻)、高次脳機能障害(病識低下、左側空間無視等の右半球症状) 現病歴)

平成16年1月10日 午前8時頃TVを見ていた所、突然左上下肢脱力出現し当院救急搬入され脳神経外科(現脳神経センター)入院となる(救急搬入時JCS I-2、左片麻痺)

**家族構成:**本人夫婦、息子夫婦、孫2人の2世帯6人家族(主たる介護者は妻)。

家は持ち家一戸建て、居室は1階。

**職業:**農業(本人夫婦、息子夫婦で経営)

**経過:**

H16年1月12日 ベッドサイドにて理学療法開始となる。  
(寝返り、起き上がり、端座位保持全介助レベル)

1月21日 リハビリテーション室にて理学療法開始となる。

(ADL全介助レベル、平行棒内立位保持全介助レベル)

1月30日 左下肢機能改善見られ平行棒歩行介助、四点杖介助レベル(左膝装具、足関節装具使用)

2月6日 T字杖歩行介助レベル(左短下肢装具使用)

2月9日 階段昇降手すり使用にて介助レベル  
介護者である妻より自宅に帰って来て欲しいが介護の不安、生活のイメージができない等の理由があり転院の意向がある事を聞く。妻への介護指導を密に行う事、外出時に退院前訪問指導を実施する事、また在宅サービスを調整できれば何とか在宅が可能となり得ると考え、その旨を主治医に報告し再度、妻に説明した。

2月16日 妻より在宅の意向があり、本人外出時に家を見に来て欲しいとの要望あり。

2月18日 妻への介護指導開始

2月23日 病棟内T字杖歩行見守りレベル

3月1日 総合相談課スタッフ、担当理学療法士による退院前訪問指導実施。自宅にて本人夫婦、息子さん夫婦、担当ケアマネージャーと退院後のケアプランについての検討、本人・家族に対し玄関の出入り、トイレ動作、室内移動、入浴についての動作指導、外階段・玄関・トイレの手すり設置に対するアドバイス、福祉機器の選定(入浴用品、電動ベッド、便座補高器具)を行った。自宅での歩行時、絨毯に左つま先が引っかかり易い事と外階段の昇降に介助が必要な事を再認識した。

3月2日 マット上(滑りにくい)歩行練習と病棟での階段昇降練習を追加。病棟にて妻の見守りのもと歩行練習を行う。

3月16日 手すり設置、福祉機器準備完了

3月19日 自宅退院となる。

## 考 察

近年、高齢者人口が増加しており、要介護老人や痴呆老人の増加、あるいは障害の重度化などが問題となってきている。従来は施設中心であった医療、保健、福祉等の各種サービスが地域における在宅中心方式に移行し、多様化、個別化する社会的ニーズに対応しようとしている<sup>3)</sup>。地域の中核となる当院においても今後さらに在宅に対するニーズが高まってくると考えられる。

今回の結果より退院前訪問指導の対象となった疾患は脳血管疾患、整形疾患、胸部外科疾患など多岐に渡っており各患者の症状や日常生活動作の特徴に応じて臨機応変に対処していく必要があると思われる。訪問地域は砂川市のみならず

広域に渡っており他市町村との連携も重要と考えられる。ADL自立度に関して、ADLは軽介助、介助が65%、歩行能力では自立、見守りが77%を占めている事から単に移動の手段に対する指導・助言ではなく、排泄や入浴などを中心とした身近ADLに対する指導・助言が多い事が示唆される。実施・指導内容からも移動手段に対する指導・助言に加え、排泄や入浴に関する事やケアマネージャーを中心とした在宅サービスの紹介・検討に関する事も多かった。何らかの障害を有する患者を円滑に自宅復帰に導くためにはケアマネージャーなど地域との連携は不可欠である。また具体的にどのようなサービスを利用し、どのような生活環境(介護力や家屋構造含めて)が一番良いのかを見極めた上で退院を進めていく必要がある。事例紹介では中等度の障害を呈する患者が自宅復帰した一例を挙げた。本事例では一度は在宅を諦めたものの、退院前訪問指導について家族に再度説明する事で在宅の了承を得る事ができた。また実際に外出し訪問を実施した事で退院後の生活のイメージ作りや患者・家族の在宅に対する意識付けが可能となった。さらに総合相談課の介入により患者・家族、ケアマネージャーとの連携が円滑となり、結果的に退院に向けて具体的にアプローチする事ができた。一事例を通して改めて退院前訪問指導の重要性を感じさせられた。

現在の医療情勢では在院日数短縮は一つの課題であり、特に中～重度の障害を有する患者の在宅復帰を考えていく上では、できるだけ早期より在宅に向けたアプローチが必要と思

われる。退院前訪問指導の有用性について小泉らは早期家庭訪問が、入院日数の短縮や外泊の促進に有用である事が示唆された<sup>4)</sup>と報告している。一方で退院前訪問指導を行ったものの自宅退院できなかった事例についての報告があり、荒尾は患者・家族とのコミュニケーションと患者・家族教育を十分に行う事が重要であり、できるだけスタッフ側が考える退院時の状態と患者・家族側の過剰な期待のギャップを埋める事が必要である<sup>5)</sup>と述べている。

当院においては亜急性期病棟が平成17年1月より開設となり、今まで以上に在宅復帰に向けてのアプローチに関する質が問われてくると思われる。患者の在宅復帰に向けた退院援助の一つとして退院前訪問指導は重要な役割を担っていると考えられ、今後も継続していく必要がある。

## 文 献

- 1) 松木秀行:ホームエヴァリュエーションー退院前訪問指導ー. 理学療法学. 28(3):137-140, 2001.
- 2) 医科点数表の解釈, 平成16年4月版. 145-146, 社会保険研究所, 東京, 2004.
- 3) 田中千歳:家屋改造とフォローアップーハウスアダプテーションの基礎ー. PTジャーナル. 31(9):621-632, 1997.
- 4) 小泉利光 他:早期家庭訪問の有用性について. 北海道理学療法. 21:8-11, 2004.
- 5) 荒尾賢:退院前訪問を行い自宅退院できなかった原因の一考察. 岡山あさひ病院研究会誌. 3:73-74, 2004.

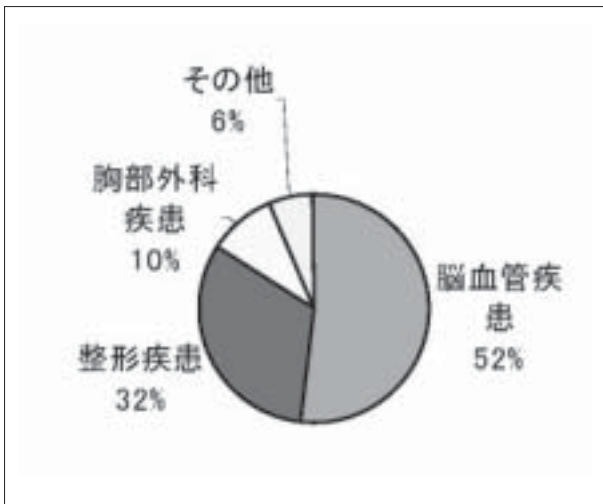


図1 疾患名

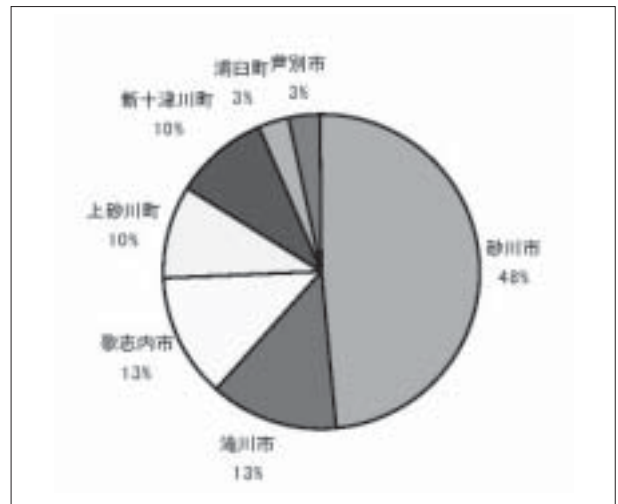


図2 訪問地域

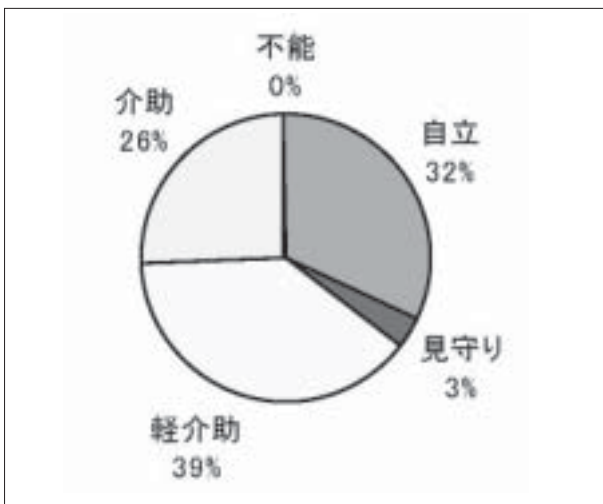


図3 ADL自立度

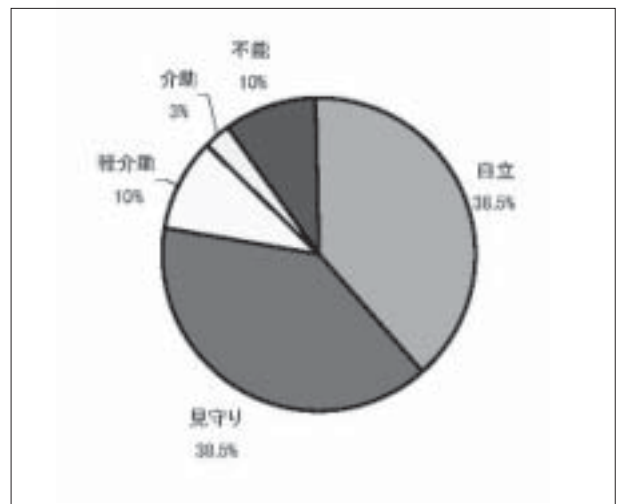


図4 ADL自立度(歩行能力)

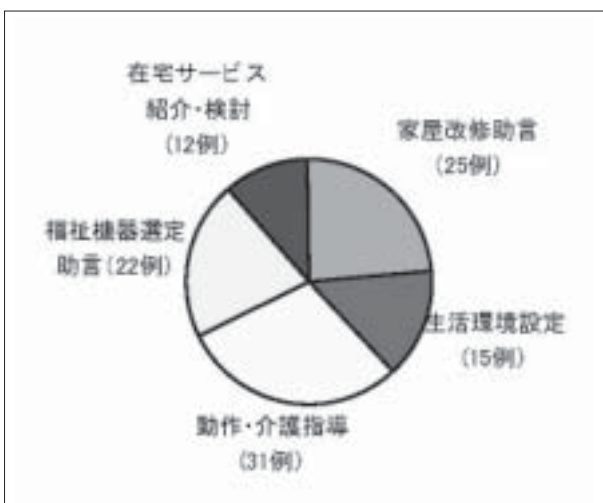


図5 指導・実施内容



## 研究

# リハビリテーション科集計報告と今後の課題

Annual report and future problems of rehabilitation

新関 友博 三枝 幹生  
Tomohiro Niizeki Mikio Saigusa

## 要 旨

平成15、16年度のリハビリテーション科集計報告と平成15年度からの業務改善に対する取り組み、今後の課題について報告する。

Key words : annual report improvement of works future problems

## はじめに

当院リハビリテーション科は平成15年度に理学療法士2名、平成16年度に1名増員され理学療法士5名、柔道整復師2名、事務員1名の計8名で対応している。年々リハビリテーション処方数が増加しており、また対象疾患も多様化している。近年Evidence Based Medicine (EBM) が話題となっているがリハビリテーションにおいても同様であり、従来の画一的なリハビリテーションではなく効果的で質の高いリハビリテーションが求められてきている。今回、平成15・16年度の集計報告をすると共に平成15年度より業務改善を目的に取り組んできた事と、今後の課題について報告する。

### <リハビリテーション科集計報告>

平成15年度、16年度(4月～2月分)のリハビリテーション対象となった入院・外来患者数(累計)、診療科毎の新患処方数を示した。

入院患者数は平成15年度に比較して増加しており、外来患者数は横這い傾向であった(図1～4)。診療科毎の新患処方数は整形外科、脳神経センターからの処方が多く平成15年度に比較して増加した(表1、図5)。また内科、循環器科、小児科からの処方数も増加しており(表1、図6)、対象疾患が年々多様化している事が示唆された。

### <平成15年度からの取り組み>

業務改善を目的に以下の事について検討し、取り組んできた。

#### 1) 定期的な科内会議の開催

平成15年度以前までは業務内容についての検討・確認や業務連絡などを行う際に定期的な会議が設けられておらず、スタッフ間での意見交換も不十分な状況であったため、週1回の頻度で科内会議を開催する事とした。

#### 2) 理学療法士と柔道整復師の業務分担について

当院リハビリテーション科は理学療法士と柔道整復師の2職種が同一科内で治療を行っているが、2職種間で明確な業務分担がなされていなかった。そこで柔道整復師は物理療法専属スタッフと外来患者・慢性期の入院患者の運動療法を実施するスタッフに分け、理学療法士は外来・入院患者の理学療法を実施することで業務分担し、できるだけ効率的に治療が行えるように対処する事とした。

#### 3) 長期化している外来患者の再評価について

地域性もあり当院以外で外来リハビリテーションを実施できる病院、施設が少いため、長期化してしまうという状況がある。外来通院している患者に対し、現在行っている運動療法、物理療法の効果検証(現在のプログラムが本当に必要なのか)や通院頻度の検討・十分な説明などが曖昧となっていた。そこで外来患者の担当スタッフを再確認し、再度効果検証、プログラム再考、頻度の検討(担当医師への上申含めて)を行う事とした。

#### 4) 退院前訪問指導の実施について

当院から退院となる患者の中で、十分な家屋環境整備や介護指導を受けられず転院を余儀なくされる状況が見受けられた。また近隣には回復期リハビリテーションを積極的に行って

いる病院が少ないために十分なリハビリテーションが受けられないという現状があったため、総合相談課と連携し退院前訪問指導を開始した。

#### 5) 土曜日・休日のリハビリテーションについて

平成15年度は3連休以上の長期連休、平成16年度より毎週土曜日に脳神経センターと整形外科疾患の急性期患者を対象にベッドサイドにて理学療法を実施する事とした。

#### 6) 治療内容の見直し(症例検討の実施)

スタッフ間での治療方針の違いが大きく、最低限治療ベースの統一が必要と思われた。そこで週1回の頻度で症例検討を実施する事としたが、時間の制約等で継続が困難な状態であり、今後の課題の一つと考えられた。

#### 7) リハビリテーションカルテの見直し(記載方法の統一)

カルテの記載方法が統一されておらず、各個人の記載方法で行っていた。そのため他スタッフがカルテを見てもプログラム内容がわからない、患者の評価内容がわかりにくいなどの問題があった。そこで最低限の記載方法を統一した。

#### 8) 業務マニュアル作成

スタッフ間で最低限の共通認識を持つ目的で業務内容を一つずつ整理し、業務の流れや要点をまとめた業務マニュアルを作成した。

#### 9) リスクマニュアル作成

転倒・転落事故やマーゲンチューブの誤抜去などの事故発生時に迅速に対応できるようにリスクマニュアルを作成した。リスク管理は転倒・転落などの事故のみではなく、患者に対する接し方、言葉使い、態度等もリスクに含まれるという事を再認識した。

#### 10) 理学療法士増員、作業療法(身障)、言語療法開設の要望

平成16年度における理学療法士増員の必要性、身障作業療法の必要性、言語療法開設の必要性について科内で検討し要望した。

### <今後の課題>

#### 1) スタッフ個々人の意識改革

まずはリハビリテーション科スタッフ個々人が現状で満足することなく、患者に可能な限り質の高いリハビリテーションを提供したい、という意識を持つ事が必要と思われる。その上で業務内容を効率化すると共に研修会・学会等に積極的に参加し治療技術の向上を図り、リハビリテーション対象疾患の多様化に対応していく必要がある。

#### 2) 治療ベースの統一

治療内容の見直しの部分でも述べたが、スタッフによって治療方針が大きく違っており、最低限の治療ベースの統一が必要である。症例検討を継続して行っていく事が課題と思われる。

#### 3) リスク管理の徹底

リスクマニュアルを作成し以前よりは対応が迅速となってきている。事故を未然に防ぐためにヒヤリハットの記載を行ってい

るが、まだスタッフ間で定着しておらず検証には至っていない。転倒・転落などの目に見えるリスクに関しては意識されてきているが、患者への対応や言葉使い、態度といった見えにくいリスクへの配慮に不十分な点があり今後の課題である。

#### 4) 病棟スタッフとの連携

リハビリテーションを進めていく上で病棟との連携は不可欠である。現在のリハビリテーションの流れとしては病棟でのADLが重視されてきており、リハビリテーション室での画一的な機能訓練だけでは対応できなくなっている。そのため病棟との情報交換を密に行い、積極的に病棟に出向き患者のADLを把握する事が必要である。

#### 5) 亜急性期病棟でのリハビリテーションの確立

平成17年1月より亜急性期病棟が開設された。亜急性期病棟におけるリハビリテーション科の役割は重要と思われる。リハビリテーションの流れの確立と円滑に在宅復帰もしくは施設入所ができるような体制を作っていきたいと考えている。

#### 6) NST(Nutrition Support Team)への参加

リハビリテーションと栄養は深い関わりを持っているにも関わらず、今までは他人まかせとなっていたのが現状である。NSTの設立はリハビリテーション科においても大きな転機となると思われ、チームの一員として積極的に参加し、知識を深めていこうと考えている。

### おわりに

高齢化社会となり今後さらにリハビリテーションのニーズは高くなると思われる。現状では課題が多くあるが一つずつ解決していく努力をしていきたいと考えている。

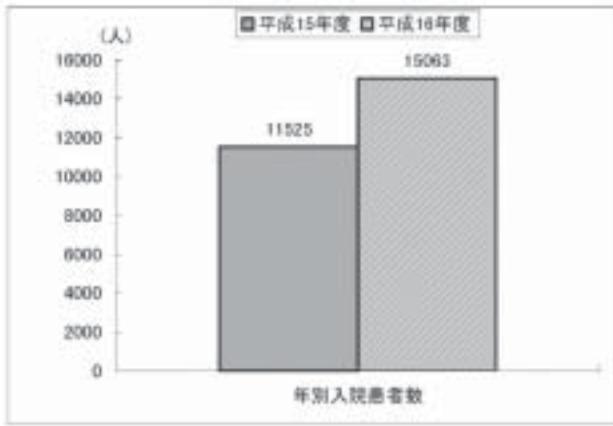


図1 年別入院患者数(累計)

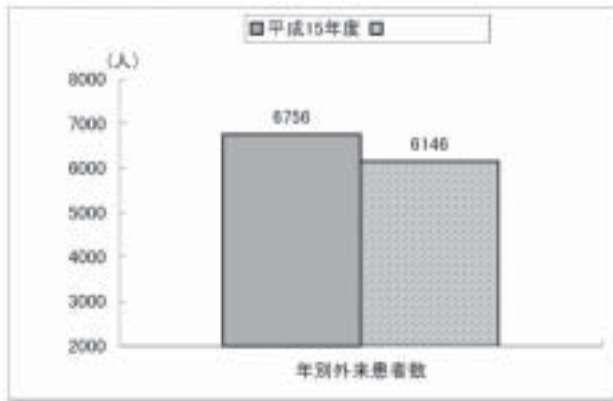


図2 年別外来患者数(累計)

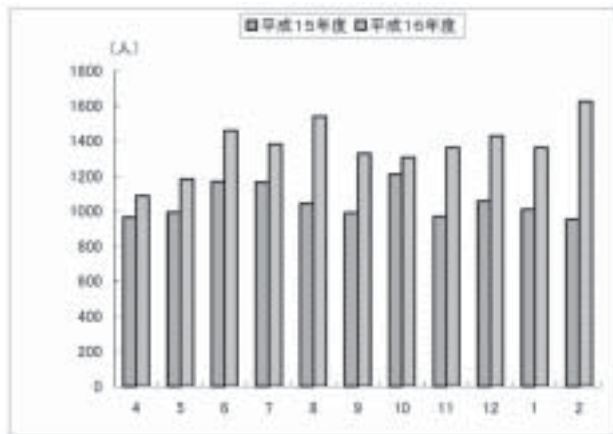


図3 月別入院患者数(累計)

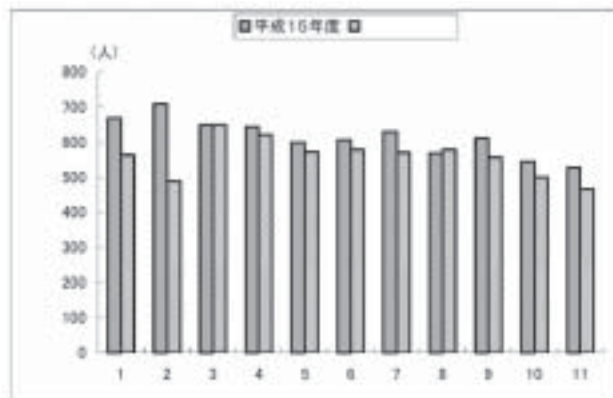


図4 月別外来患者数(累計)

表1 診療科別患者数(内訳)

	平成15年度	平成16年度	増減
整形外科	372	457	85
脳神経センター	242	340	98
内科	27	75	48
循環器科	3	15	12
心臓血管外科	5	6	1
外科	1	4	3
精神神経科	6	4	-2
泌尿器科	2	2	0
麻酔科	18	6	-12
小児科	0	11	11
耳鼻咽喉科	2	0	-2
産婦人科	1	0	-1
計(人)	679	920	241

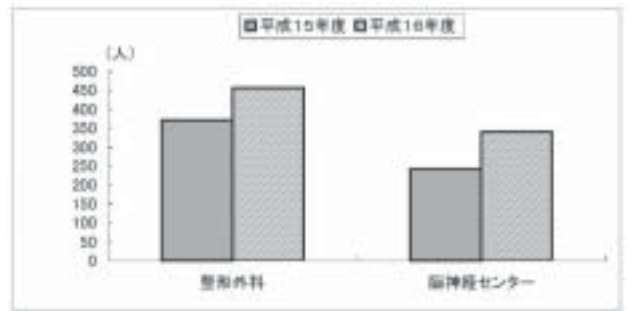


図5 診療科別患者数(1)

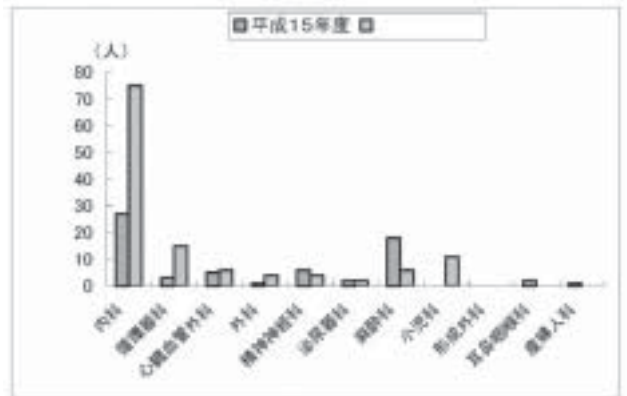


図6 診療科別患者数(2)

## 研究

# 当院第10病棟(小児科)における無気肺に対する呼吸理学療法の経験 ～ positioning の重要性～

A case of respiratory physical therapy for atelectasis in division of pediatrics

三枝 幹生<sup>1)</sup>

Mikio Saigusa

藤田 正樹<sup>2)</sup>

Masaki Fujita

新関 友博<sup>1)</sup>

Tomohiro Niizeki

野上亜津彩<sup>2)</sup>

Azusa Nogami

竹内 亮<sup>2)</sup>

Ryoh Takeuchi

## 要 旨

小児科病棟において肺炎治癒後に発生した無気肺に対して、その改善を目的に呼吸理学療法を実践した。症例は1歳9ヶ月の女兒。右上葉に発生した無気肺に対し、同一部位に痰の貯留も認められたため、理学療法開始時はsqueezingを中心とした呼吸理学療法プログラムを行った。しかし、痰の喀出に至らず改善は認められなかった。positioningを中心とした呼吸理学療法プログラムに変更し、右上葉へのair entryを促す目的で入眠時のpositioningを母親に指導した。また児の入眠に合わせてpositioning及び呼気介助を行ったところ、画像上に明らかな改善を確認できた。

Key words : pediatrics, respiratory physical therapy, atelectasis, positioning

## はじめに

近年、小児科領域における理学療法についての報告では、喘息および呼吸器疾患についてのものが増加傾向にある<sup>1)</sup>。しかしながら、小児科領域における呼吸理学療法の有効性については否定的な報告も多く認められ、特に乳児・小児に対する体位・排痰の効果は十分な検証に至っていない<sup>2)</sup>。また、NICUにおける新生児・未熟児に対する呼吸理学療法の報告が増加しつつあるが、多くが挿管後の人工呼吸器管理下における姿勢管理や実施手技についてのものである。

今回、我々は、肺炎のため小児科一般病棟に入院した女兒に対し、肺炎治癒後に発生した無気肺の改善を目的に、呼吸理学療法を実践する機会を得た。年齢的に多動な時期であり、姿勢管理や実施手技については工夫が必要であった。経過をふまえて報告する。

## 症 例

症 例: 1歳9ヶ月 女兒

病 名: 肺炎後の無気肺(右上葉)

現病歴: H16.12.13より肺炎のため入院加療となった。抗生物質の投与にて発熱、咳といった臨床症状は改善したが、H16.12.17の胸部X線単純写真(以下 胸部

X-P)にて右上葉の無気肺を認めた(Fig.1)。呼吸苦などの症状は認めなかった。

## 経 過

H16.12.17 小児科病棟より呼吸理学療法の指示・依頼あり。同日より理学療法士(以下PT)によるアプローチ開始。

初期評価: SpO<sub>2</sub> 98% 胸部X-Pにて右上葉に無気肺が確認された。更に聴診にて右上葉に痰の貯留を認めた。呼吸様式は胸式であるが、咳嗽や呼吸苦は示していなかった。呼吸数は25回/分。咳嗽は自力で可能。多動でありPTを見て泣き出して母親へ抱きつき離れにくい状況であった。

実施プログラム: ネブライザーを併用し痰喀出を目的にsqueezingを実施した。体位は端坐位で座る母親の膝上に女兒を座らせ、女兒の胸部をPTが左右から把持、呼気に合わせて圧迫を行なった。問題点: 女兒はネブライザーに抵抗は示さないものの、PTが身体に触れることを拒み、泣き出してしまいう状況であった。また多動で同一姿勢を保持できず、PTがsqueezingを十分行えず、痰喀出までに至らなかった。

1) 砂川市立病院リハビリテーション科

Division of Rehabilitation Medicine, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院小児科

Division of Pediatrics, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center

H16.12.18～H16.12.19

母親が女兒の胸部を左右から把持、その上からPTがsqueezingを試みる、女兒がおもちゃ等に夢中になっている間にsqueezingを試みるなどしたが、初期の問題点は解決せず、痰喀出も認めなかった。

H16.12.19 胸部X-P上、無気肺の改善は認められなかった

(Fig.2)。女兒が昼間・夜間を問わず入眠時に腹臥位、または右側臥位をとることが多いと母親から情報を得た(Fig.3)。右肺へのair entry改善を狙い、入眠時の姿勢を左側臥位に誘導するように母親に指導し(Fig.4)、入眠中の女兒の右上葉に対し呼吸介助を行った。10分程度で目覚め泣き出してしまうが、同一姿勢でのhandlingが一定時間可能となった。しかし痰喀出は認めなかった。



Fig.2 2日経過時の胸部X-P

H16.12.20～H12.12.22

入眠時に合わせ呼吸理学療法実施。病棟からのon callにて対応した。

H16.12.22 胸部X-P上で若干の改善を認めた(Fig.5)。PTにも慣れ、呼吸理学療法に対する協力が得られる様になった。

H16.12.24 SpO<sub>2</sub> 100% 朝食後、咳とともに嘔吐し、このとき嘔吐物の中に痰が確認された。呼吸理学療法実施直後の吸引物に喀痰を認めた。

H16.12.27 胸部X-P上、無気肺は改善(Fig.6)、同日、退院となった。



Fig.3 腹臥位での入眠



Fig.1 理学療法開始時の胸部X-P



Fig.4 左側臥位での入眠



Fig.5 5日経過時の胸部X-P



Fig.6 10日経過時の胸部X-P

## 考 察

一般的に呼吸理学療法という言葉からsqueezingをイメージする 경우가多いが、squeezingはあくまで手技の一つであり、呼吸理学療法の基本はpositioningである。小児科領域における呼吸理学療法も同様であり、稲員<sup>3)</sup>は姿勢管理が小児の呼吸理学療法では最も重要であると位置づけている。小児科領域においては保護者以外の大人との関わり、年齢的な発育発達の視点、家庭とは異なる病院という環境、そして理学療法に対する理解という観点から、何らかの処置がされていない限り適切に一定肢位を取ることが困難である。年齢が低ければよりこの問題は著明であり、今川<sup>4)</sup>は子どもに対する理学療法の進め方は、子どもの年齢に左右されると述べている。

今回、入眠時に合わせ呼吸理学療法を展開したことで、鎮静措置などがなされていない児においても同一姿勢を一定時間保持することが可能となり、また児の呼吸音・呼吸リズムを確認しやすく、呼気介助は非常に有効に作用したと考えられた。また、人見知りのある低年齢の児に対しても、入眠時であれば十分なhandlingが行えるのも利点であった。但し、on callでの対応となるため日常業務への支障が出てしまうことが多くなり、スタッフ間の協力が必要であった。

乳児・小児に対する体位・排痰の効果は十分な検証に至っていないという観点から呼気介助を実施する体位を決定する際、慎重に進める必要があった。本症例では、PTが関わる時間のみに治療効果を期待するのではなく、日常生活の中で右肺へのair entryを有効に促す目的で、障害側(右肺)を優位に使用できる姿勢を母親に指導した。日中、及び夜間の入眠時における母親の姿勢管理が、徐々に症状改善を得ることができた大きな要因であると考えられた。

初期の評価段階から十分な情報収集がなされ、筆者が呼吸理学療法の基本に忠実であれば症状改善までの時間、つまり入院期間の短縮は可能と思われた。この経験と反省を今後の日常に生かし研摩に勤めたい。

## 文 献

- 1) 大橋正洋: 小児のリハビリテーション. 小児科診療65(4):545-549,2002
- 2) 稲員恵美: 小児の呼吸障害に対する理学療法. 呼吸器ケア1(3):333-338,2003
- 3) 稲員恵美: 乳児・小児の排痰手技と姿勢管理. 理学療法学29(8):314-321,2002
- 4) 今川忠男: 小児リハビリテーション 理学療法士の役割. 小児科診療65(4):621-624,2002
- 5) 田中一正 画像診断, 黒川幸雄他(編): 理学療法MOOK4呼吸理学療法. 三輪書店, 東京, 2002
- 6) 石川朗 他: 呼気介助手技とその留意点. 理学療法20(9):939-944,2003

## CPC レポート

# 誤嚥性肺炎にて死亡した Cronkhite-Canada 症候群の一例

CPC report A case report of Cronkhite-Canada syndrome

河村 秀仁

Hidehito Kawamura

### 要 旨

稀有なCronkhite-Canada症候群の一例を経験したので報告する。

Key words : Cronkhite-Canada syndrome.CPC

#### I、臨床経過・検査所見

〔症例〕 85歳、男性 職業 無職

〔主訴〕 下痢、脱毛

〔既往歴〕 75歳～左膝変形性関節症

〔嗜好その他個人歴〕 特記事項なし

〔家族歴〕 特記事項なし

〔現病歴〕

H16/1/26、3週間前から続く下痢と脱毛を主訴に当院外来受診、整腸剤と胃薬を処方されたが、症状が持続するため、精査を勧められ、1/29に上部消化管内視鏡検査施行。胃大弯の一部を残し粘膜全体が著しく発赤し、浮腫状を呈し、ポリポイド様であったため、同日治療を目的として、入院となった。1/30の下部消化管内視鏡検査にても同様の所見が認められ、脱毛・爪の萎縮も認められたためCronkhite canada症候群と診断された。

同時に下部消化管内視鏡検査で上行結腸に直径約2cmのBormann 2型病変が認められ、生検の結果 高分化型腺癌と診断された。

〔入院時現症〕 (3/26)

身長:161cm、体重68kg、血圧120/80mmHg、脈拍73/分、整、体温37.3℃、SAT97%、心雑音なし、肺ラ音聴取せず、腹部平坦・軟、肝・脾腫大なし、爪甲萎縮・変形、脱毛を認めた。

〔入院時の検査成績〕

血液検査(1/29)

WBC:10900 RBC:4.57 Hb:14.9 PLT:27.9 TP:5.6

ALB:3.4 T-BIL:1.21 CRP:1.0 GOT:13 GPT:13

LDH:405  $\gamma$ -GTP:9 CHE:133 CPK:70 UA:8.8 CRE:0.9

UN:12.4 Na:135 K:4.0 Ca:7.8 T-CHO:111 TG:69

CEA:1.4 CA19-9:15.5

上部消化管内視鏡検査(1/29): 胃大弯の一部を残し、びまん性に胃粘膜の著しい発赤を認めた。生検した結果、腺管の嚢胞状拡張と細胞浸潤を伴う浮腫性の間質の変化が認められた。(図1、別紙参照)

下部消化管内視鏡検査(1/30): 大腸全体にイクラ様ポリポ一シスがあり、胃と類似した粘膜。生検した結果間質の炎症、分泌亢進所見が認められた。また、上行結腸に他のポリポ一シスとは肉眼的に異なる隆起病変を認めこれも生検施行。生検の結果腺癌であった。(図2、別紙参照)

〔入院後の経過〕

上行結腸癌の合併したCronkhite canada症候群に対してステロイド治療を行う前に手術を先行することとした。手術目的に3/1外科に外科転科となるが、外科転科前に胆石による急性胆嚢炎を発症し、治療のため抗生剤を投与した。投与後下痢症状が出現し、偽膜性腸炎と診断された。この抗生剤が原因と考えられる偽膜性腸炎を繰り返し、治癒しないため、手術予定を変更し、偽膜性腸炎・Cronkhite canada症候群に対する治療を優先するため3/25再度内科に転科となった。

再入院後、吸収不良症候群に対し、食事摂取は可能であったが、栄養、水分補給目的にてアミノフリード、ソルラクト、ビタミンにより補液、食事は五分粥にて治療開始した。偽膜性腸炎を疑う症状は軽快したため、3/31より経口によりプレドニゾン30mgを開始した。4/5には手と足の爪の萎縮を伴う手・足白癬の治療を皮膚科にて受けており、ラミシール内服 エクセルダーム外用にて経過を観察する。

4/13 突然、トイレにてふらつき、転倒する。この時の意識レベルはJCS3であった。このため脳神経外科を受診、脳MRI検査にて小脳を中心とした多発性脳梗塞と診断された。歩行障害、左片麻痺に対して補液を行い翌日よりリハビリテーションを開始した。

4/15 患者モニタリング中SpO<sub>2</sub>が急激に低下した。pO<sub>2</sub>を測定したところ44.0mmhgと著しく低下していたため、直ちに胸部レントゲン、胸部CT検査を実施した。左下肺を中心に粒状浸潤影が認められたことから左下肺を中心とした肺炎が疑われた。血液生化学的データにて、白血球分画で好中球が増加していることから誤嚥による細菌性肺炎と考えた。治療のため、抗生剤(ファーストシン)を投与し、低酸素状態に対して高圧酸素療法を開始した。絶食が続き自力での飲食が厳しくなってきたため4/29経管栄養を開始、しかし5/8意識レベル低下し5/9永眠となった。

#### [治療]

Cronkhite-Canada症候群

治療: 補液(アミノフリード、ソルラクト、ビタミン)  
ステロイド(プレドニゾン30mg)  
リハビリテーション  
経管栄養

脳梗塞に対する治療

治療: 補液(ソルラクト)  
脳血栓症急性期治療薬(オキリロン)  
脳循環・代謝改善薬(ニコリン)  
リハビリテーション

肺炎に対する治療

治療: 抗生剤(ファーストシン)  
高圧酸素療法

## 考 察

今回の症例は大腸癌を合併したCronkhite-canada-syndromeの症例で、胆石症の治療過程で偽膜性腸炎を罹患し、Cronkhite-canada-syndromeの治療過程で脳梗塞を発症し、最終的に誤嚥性細菌性肺炎にて死亡した症例である。

Cronkhite-canada-syndromeと大腸癌の合併は約10%と高頻度に認められることが知られている。今回Cronkhite-canada-syndromeの症状は比較的安定していたため大腸癌の手術

を優先した。しかし、外科転科後、胆石症によるものと考えられる腹痛が出現し、この治療による抗生剤の投与により偽膜性腸炎を引き起こし、このため手術延期となった。内科再入院後、偽膜性腸炎による症状は減退し、Cronkhite-canada-syndromeに対しプレドニン投与を開始した。

高齢による動脈硬化、ステロイド治療、Cronkhite-canada-syndromeによる低アルブミン血症による血管内脱水などが原因と考えられる脳梗塞を発症し、嚥下困難に伴う誤嚥性肺炎を合併し、治療抵抗性のまま肺炎にて死亡となった。病理解剖の結果大腸癌、Cronkhite-canada-syndromeによる蛋白漏出、は直接死因に関係なく、誤嚥による細菌性肺炎にて死亡したものと確認された。

Cronkhite-canada-syndrome

皮膚色素沈着、爪の萎縮、脱毛、蛋白漏出を伴う非遺伝性の疾患である。2002年までに世界で387例が報告されており、このうち本邦報告例は200例近くを占める。病因は不明。中年以後に発症し、男女比は3:2である。ポリープは、胃、小腸、大腸、まれに食道にも見られる。ポリープの組織像は腺管の嚢胞状拡張と細胞浸潤を伴う浮腫性の間質からなり、若年性ポリープの像に類似している。大腸のpolypには腺腫の混在や、癌の合併も高率認められる。治療は癌合併例をのぞいて保存的に行う。一般的に余後は不明とされているが、対症療法のみで軽快した症例も報告されている。

治療としては確立されたものはないが、IVHによる栄養管理にて軽快する場合もあり、ステロイド治療としてはプレドニンに換算して30mg以上が治療域と言われている。

Cronkhite-canada-syndromeと大腸癌の合併について

CCSと大腸癌の関連についての論文は多く発表されている。Cronkhite-canada-syndromeに胃癌・大腸癌が合併した症例報告が散見されており、1955年から2002年までに報告されたCronkhite-canada-syndrome 387例のうち、胃癌合併例が19例、大腸癌合併例が31例であった。

Zugelらの症例ではCronkhite-canada-syndromeに合併した大腸癌にp53遺伝子のmutationを認めているが、Cronkhite-canada-syndrome のポリープは腺腫でも過形成性変化でもなかったことから、CCSと大腸癌は独立したsequenceによるもの、と結論づけている。

それに対し、Yashiroらはこれまでに発表された大腸癌合併のCronkhite-canada-syndrome 25例を検討し、そのうち10例に鋸歯状腺腫がpolypoid lesionに認められたと報告している。鋸歯状腺腫が高い増殖能をもち、p53遺伝子の出現率も高いなど大腸癌に似た特徴をもつことから鋸歯状腺腫を大腸のneoplastic lesionの1タイプと位置づけ、Cronkhite-canada-syndromeと大腸癌は遺伝子レベルで関係があると示唆している。

他にも、Cronkhite-canada-syndromeでは大腸癌合併率が



誤嚥性肺炎にて死亡したCronkhite-Canada症候群の一例

高いという統計学的観点から関連性があると主張する論文もいくつかあり、現在のところ実際にCronkhite-canada-syndromeと大腸癌の間に直接の関係があるかどうかは結論がでていないようである。

臨床上の問題点(病理解剖により明らかにしたい点)

- 1) 肺炎の様子
  - 2) Cronkhite-Canada症候群
  - 3) 大腸癌の臨床的stage
- 以上の3点検索を主眼として病理解剖を行った。

解剖時肉眼的病理解剖診断

両側気管支肺炎＋沈下性肺炎

1. 上行結腸癌
2. 急性壊死性胆管炎
3. Cronkhite-Canada症候群
4. 動脈硬化
5. 両側腎単純性嚢包
6. 臓器の鬱血
7. 慢性膀胱炎

最終病理診断

#### 剖検経過・最終報告書

臨床科:砂川市立病院内科7病棟

担当医:広海弘光

氏名:年齢:85 性別:男性 住所:上砂川

解剖年月日:2004.5.9

死後 1.5時間で解剖

剖検番号:A-183 執刀医:岩木宏之

臨床診断:#1:肺炎, #2: Cronkhite Canada

病理組織学的診断:

I. 主病変

1. 大腸癌 上行結腸 19x12mm B-2型 ss 遠隔転移 無
2. 両側気管支肺炎 左770g 右450g

II. 関連病変

1. Cronkhite Canada \* 脱毛 爪萎縮 消化管過形成ポリープ

III. 副病変

1. 胆石による急性胆嚢炎
2. 大動脈粥状硬化症
3. 腎単純性嚢胞

死因:誤嚥に伴う両側気管支肺炎

## CPC レポート

## 肺炎治療経過中に腹部大動脈瘤微小破裂を併発した一例

A case report of minor rupture of abdominal aneurysm

河村真衣子

Maiko Kawamura

## 要 旨

臨床的に診断が難しい大動脈瘤の微小破裂が症状の急転に寄与したと考えられた一例を経験したので報告する。

Key words : rupture of abdominal aneurysm

## I. 臨床経過及び検査所見

[症例] O.H. 78歳 男性 無職

[主訴] 意識障害

[家族歴] 特記すべき事項なし

[既往歴] Parkinson病、骨粗鬆症、右手首・右肋骨骨折、胃全摘出・胆嚢摘出後

[嗜好] 特記すべき事項なし

[現病歴]

平成16年10月26日頃より歩行時の足元のふらつきを家人に指摘された。全身の倦怠感・尿量減少を主訴に近医を受診した。近医にて水分・栄養不足を指摘され、補液にて、症状は若干、改善した。

同年10月30日起床後、意識レベルの低下、呼吸困難を認め、救急車にて当院を受診。来院時、橈骨動脈を触知できず。胸部X線写真にて両側肺門部より肺野に広がる浸潤影を認めた。WBC7400、CRP13.7であり、現病歴とあわせ、肺炎および脱水による血圧低下を疑い当院内科入院となった。

[入院時現症] 意識レベルJCS2、身長推定165~170cm、体重推定40kg、体温36.6℃、血圧98/74mmHg、脈拍80回/min、眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄疸なし、胸部所見：ラ音聴取せず、腹部所見：平坦・軟、大動脈の触知、ope scarあり、四肢：両下肢の浮腫あり

[入院時検査所見] WBC 7400/ $\mu$ l、RBC  $3.3 \times 10^6$ / $\mu$ l、Hb 11.1g/dl、Plt 19.4万/ $\mu$ l、TP 4.9g/dl、GOT 48IU/l、GPT 9IU/l、LDH 227IU/l、T-bil 0.89mg/dl、Na 135mEq/l、K 5.2mEq/l、Cl 100mEq/l、Ca 8.8mg/dl、BUN 84.9mg/dl、Cr

4.3mg/dl、CRP 13.7mg/dl、BS 99mg/dl、NH<sub>3</sub> 93  $\mu$ g/dl、APTT 26.8秒、PT(14.1秒、83%、INR1.13)、Fbg 364mg/dl、HBs抗原(-)、HCV抗体(-)、梅毒STS(-)

[血液ガス分析(R.A.)] pH 7.45、pCO<sub>2</sub> 38.6mmHg、pO<sub>2</sub> 44.6mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 26.5mmol/l、sBE 2.8mmol/l、sO<sub>2</sub> 81.6%

[胸部レントゲン] CTR 59%と心拡大を認め、両肺門部に広がる浸潤影の所見を認めた。(図1)

[入院後経過]

肺炎に対して、抗生剤(スルペラザン、メロペン、ダラシン等)の点滴を施行したが、反応性に乏しく、肺炎は憎悪傾向であった。肺炎治療と同時に、るいそうの改善(BMI14.7・Alb 2.1)のため、低流量で経管栄養を開始した。しかし、誤嚥を繰り返し、継続不可能であった。

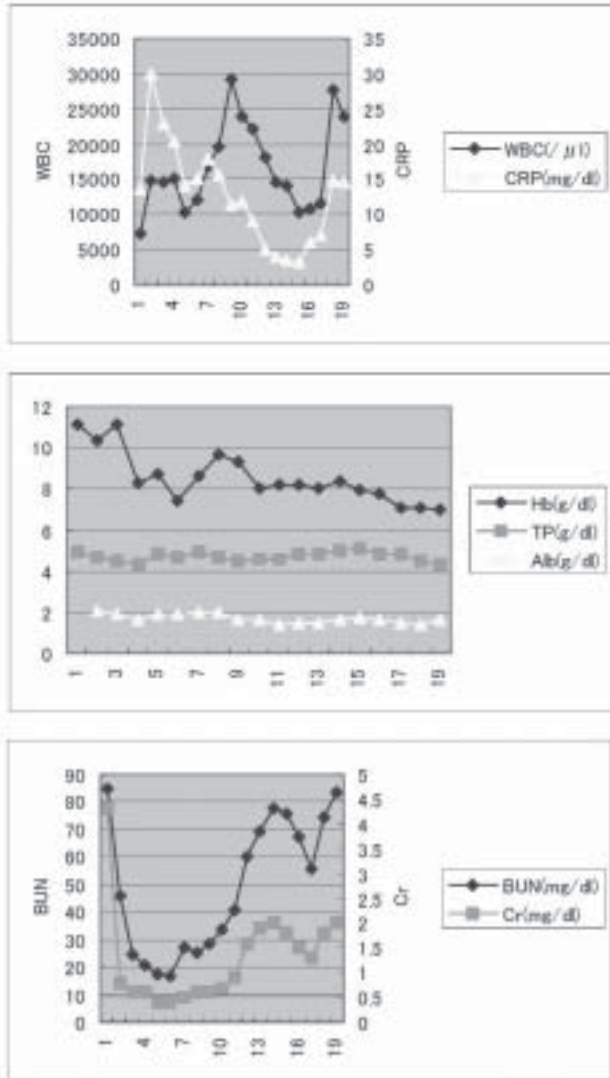
11月4日、病室にて心停止し、ICUに転科、挿管管理後、気管切開術を施行しLTVを装着した。

11月11日、LTVを装着した状態でICUより内科転科となった。抗生剤を変更し、(ファーストシン、メロペン、ハベカシン等)、輸血、アルブミン補充、CV line等の治療を施行した。

11月26日 経鼻カテーテルからの栄養、内服薬も誤嚥を繰り返し、さらに胆汁も誤嚥するに至り経管栄養を全て中止した。CV lineからは2500kcal/日の高カロリー輸液を施行したが、栄養状態の改善は認められなかった。両側下肺野に大量の胸水が出現し、呼吸状態改善のため胸腔ドレーンを留置した、左側より約500ml/日の黄色調の胸水の排出を、右側から大量(約800ml)の黄白色の膿性の胸水の排出を認めた。12月23日頃より血圧低下とともに尿量減少、下肢の浮腫・腹水も次第に

増悪してきた。さらに黄疸も出現し16年12月29日15時45分永眠された。治療抵抗性の肺炎・誤嚥の精査を目的に病理解剖を依頼した。

[検査所見の推移]



II. 病理解剖所見

1. 肉眼所見

死後1.5時間。身長165~170cm、体重約40kg。るいそうが目立つ。手背、下腿、腹部、陰嚢皮下に浮腫を認める。眼球結膜に黄疸、眼瞼結膜に貧血を認める。腹部に手術創を認める。気管切開を認める。

開胸開腹すると2,000mlの腹水を認める。両側肺は胸膜癒着と著明な重量の増加を呈し、明らかな肺炎と考えられる。両側主気管支に血性粘稠痰を認める。腎動脈分岐部近傍より両側総腸骨動脈分岐部の腹部大動脈に約7cmの嚢状拡張を伴う大動脈瘤を認める。明らかな破裂は確認できない。高度な大動脈粥状硬化症を認める。肝、腎、脾臓にうっ血を認める。心右室壁は1cm、左室壁は2.5cmで両室肥大と考えられる。なお、詳細不明ながら、胃は全摘出されており、Roux-en-Y法に

よって再建されていると考えられる。胆嚢も摘出されている。明らかな腫瘍性病変は認めない。前立腺、膀胱は著変を認めない。

諸臓器重量: ( )内は50~70代の正常値)

心臓:390g(300g)、右肺:820g(250g)、左肺:790g(275g)、肝臓:1420g(1650g)、脾臓:230g(100g)、腎臓:Rt180g、Lt200g(140g)

2. 肉眼所見に基づく病理学的診断

1. 両側肺炎・気管支炎
2. 腹部大動脈瘤
3. 心両室肥大
4. 低栄養(腹水2,000ml)
5. 胃全摘後の状態
6. CPR、人工呼吸管理後状態
7. 諸臓器うっ血(肝、腎、脾)
8. 大動脈粥状硬化症

3. 顕微鏡所見

1. 肺: 水腫、炎症細胞浸潤と共に線維化を伴う器質化が示され、肺炎、気管支炎と共に反復・治癒した既往が示唆される。
2. 心臓: 両室肥大を示している。
3. 肝臓: グリソル鞘周囲にリンパ球、形質細胞主体の著明な炎症細胞浸潤が示される。肝細胞索は浮腫状だが、胆汁うっ滞や脂肪滴の沈着像は乏しいと考えられる。
4. 脾臓: 軽度うっ血
5. 腎臓: 左右とも動脈硬化像が目立つが、糸球体病変は乏しい。尿管間質に繊維化を認める。
6. 膵臓: 膵体部はやや萎縮している。
7. 血管: 腹部大動脈に内腔側は高度な粥状硬化症、漿膜側へ嚢胞状拡張と血腫形成と脂肪織内出血が示され、嚢胞状拡張を伴う腹部大動脈瘤の微小破裂と考えられる。
8. その他: 副腎、食道、回盲部、骨髄、膀胱には著変を認めない。

4. 最終病理診断

臨床科: 砂川市立病院 内科(7病棟)

担当医: 渡部直己・西村洋昭・河村真衣子

氏名: 年齢:78 性別:男性 住所:砂川市

解剖年月日:平成16年12月29日

剖検番号:A-186 執刀医:岩木宏之

臨床診断: #1肺炎、#2低栄養、#3脱水、#4腎不全

病理組織学的診断:

I. 主病変

1. 両側肺炎・器質化肺炎(右890g、左790g)
2. 腹部大動脈瘤
3. 胃、胆嚢摘出後状態(詳細不明)

II. 関連病変

心肥大(390g)(I-1)

III. 副病変

1. 大動脈粥状硬化症
2. 腎動脈硬化症
3. 脾臓・腎臓うっ血
4. 腹水(2000ml)

死因: 両側肺炎・気管支炎に伴う呼吸不全

[考按]

両側肺炎, 気管支炎は高度です。器質化した部分を多数認め、反復感染の既往が示唆されます。明らかな膿瘍は認められません。腹部大動脈瘤は動脈硬化を基礎として生じたと考えられます。周囲脂肪組織に出血が認められ後腹膜に微小な破裂像を認め、突然の意識障害の原因および消化管の蠕動障害の一因と考えられます。胃全摘の詳細は不明ですが、明らかな悪性腫瘍の再発は認められませんでした。

IV. CPCのまとめ

1. 慢性呼吸不全の輸液管理について

臨床上、呼吸不全時の水バランスの維持、輸液量の決定は、いつも臨床医を悩ます問題のひとつである。なぜならば、輸液を必要とする理由と、輸液を制限する理由が併存し、患者の症状・ラボデータの推移に合わせた頻回の変更を必要とするからである。少な過ぎる輸液は循環不全を惹き起こす恐れがあり、逆に多過ぎる輸液は肺水腫を惹き起こして呼吸不全を増悪させる。輸液量の調整は水分バランスの状態を適切に把握することが重要である。そのためには①理学所見(皮膚ツルゴール、口腔粘膜・腋窩の乾燥度)、②体重、③尿所見(時間尿量、尿比重、尿浸透圧)、④血液検査(Hb, Alb, TP, BUN/Cr, 電解質)、⑤胸部X線における心胸郭比、⑥腹部エコー検査における下大静脈径測定、⑦中心静脈圧、⑧Swan-Ganzカ

テーテルによる肺動脈圧、肺動脈楔入圧などといった項目を正確にチェックすることが肝心で、一時点の成績よりも経時的変化を重要視するべきである。本症例でも中心静脈圧を11/30より測定しているが、3~4cmH<sub>2</sub>Oを推移している、脱水状態であった。

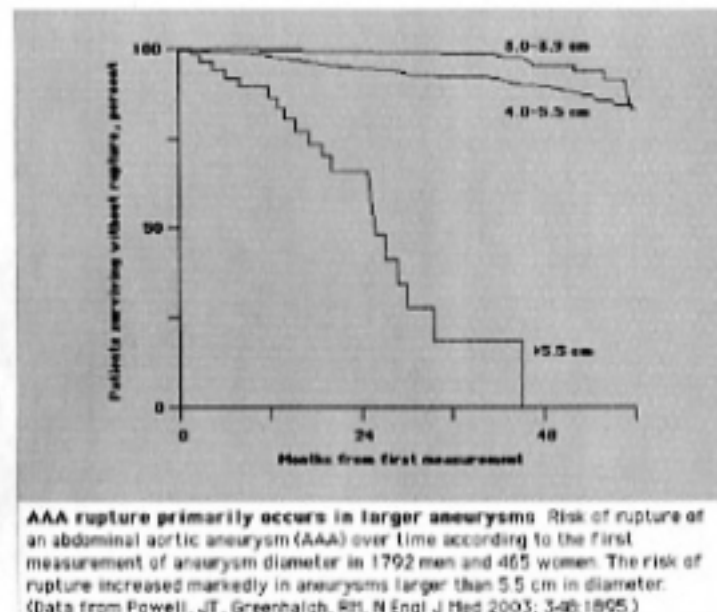
慢性呼吸不全患者では右心負荷状態にあり、急性増悪時にはさらに増強されるため、過剰輸液は右心不全の誘因となる。常に肺性心の存在を念頭に置いた上での輸液管理が要求される。また、慢性的な二酸化炭素の蓄積に伴い、低K血症がみられることが多く、KClの補給が必要となる。

栄養療法は患者の全身管理において重要な位置を占めていると考えられている。栄養不良状態は呼吸筋機能や中枢性の換気ドライブを低下させ、さらに感染防御機能を障害させる。消化管機能が保たれている場合には経口・経管栄養を考えるべきであるが、急性増悪時には輸液による栄養療法が必要となる場合がある。一日投与カロリーは代謝亢進状態から考えて、基礎代謝率(BMR)の120~160%が妥当とされている。

2. 腹部大動脈瘤

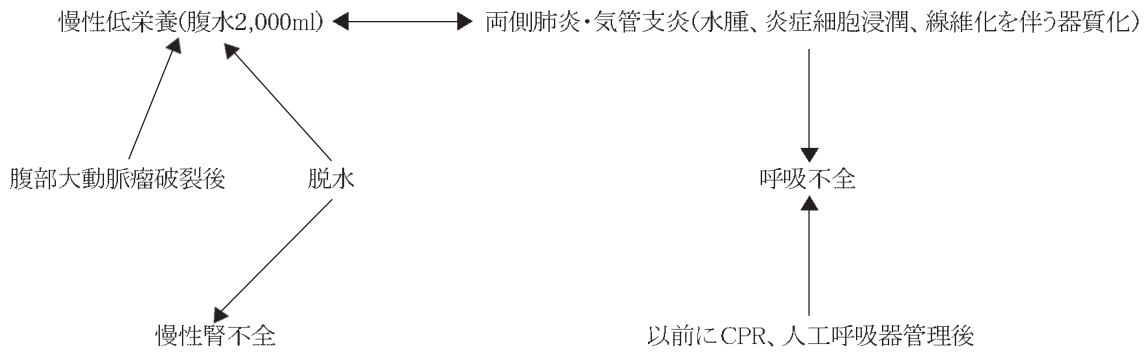
入院時、腹部CT(plain)にて腹部大動脈瘤の所見を認めたが、Plain CTのため出血等の所見は明らかでなかった。しかし、10月30日起床後の急激な意識レベルの低下、および解剖所見より、この意識レベル低下は腹部大動脈瘤の破裂によるものであったと考えるのが妥当と思われた。

一般的に、腹部大動脈瘤の破裂する危険性は、動脈瘤の直径と破裂の関連は、1792人の男性と465人の女性を対象とした調査で、直径5.5cm以上では明らかに破裂する危険性が増加していた。グラフにしたものを以下に示す。本症例では動脈瘤の直径は約7cmで患者の状態が良好であれば手術対象となると思われた。しかし、全身状態は悪く、解剖所見からも動脈瘤の微小破裂は患者の転帰に影響を与えてはいないと考えられた。



## V. まとめ

臨床経過とそれに対応する病理所見、さらにそれぞれの関連性については以下の表のごとくであると考えた。



## 文 献

- 1) 臨床雑誌「内科」Vol.90 No.1(2002,July)p.53~55 Up To Date  
Vol.12 No.3 Clinical features and diagnosis of abdominal aortic aneurysm Screening for abdominal aortic aneurysm

# CPC レポート

## 菌状息肉症の一例

A case report of Mycosis Fungoides

山崎 康博

Yasuhiro Yamazaki

### 要 旨

菌状息肉症を経験したので、その概要をまとめて報告する。

Key words : Mycosis fungoides, CPC

#### I、臨床経過・検査所見

【症例】 75歳、男性 職業 無職

【主訴】 全身の皮疹と掻痒感

【嗜好その他個人歴】 特記事項なし

【家族歴】 特記事項なし

【現病歴】

1992年より両手背、両大腿を中心に掻痒感を伴う紅斑が出現した。皮疹は改善せず、全身に広がってきたため1995年1月、埼玉県深谷日赤病院皮膚科を受診した。

生検にて菌状息肉症と診断され、抗ヒスタミン薬、ステロイド外用にて経過観察された。この経過中、軽快増悪を繰り返していた。

本人が北海道での治療を希望されたので、皮疹出現後、約9年経過した、2001年1月、札幌医科大学皮膚科にて紹介・受診となった。抗ヒスタミン薬、ステロイド外用のみを不定期に行っていたが徐々に皮疹が悪化し、治療・精査目的に7月13日に同科入院となった。

札幌医科大学皮膚科では、ステロイド外用、内服PUVAを行った。しかし、皮疹の改善が見られないため、入院1ヵ月後の8月13日より化学療法を開始した。化学療法を開始後、化学療法剤による急性間質性肺炎を罹患し、ICU入院となった。ステロイドパルス療法にて間質性肺炎は軽快したが、入院による全身の筋力低下、肩関節、膝関節の拘縮とをきたし、リハビリテーションが必要となった。同時にステロイドパルス療法による糖尿病にも罹患した。この間の皮疹の増悪に対してはINF  $\gamma$  (皮下注)にて対処された。入院約7ヵ月後の2002年2月25日

には、皮疹と全身状態が改善したため五輪橋病院へと転科となった。

五輪橋病院では、主に廃用症候群による筋力低下と肩関節、膝関節の拘縮に対してリハビリテーションが行われた。本人の希望により、長兄のいる砂川にて加療する事となった。約9ヵ月後の2003年12月1日、当院皮膚科を紹介され入院となった。

【既往歴】 1996年 うつ状態と診断される。

2002年早期胃癌(L, Gre, II a, 20mm, group V)

札幌医科大学にてEMRが施行された。EMR材に対する病理評価はtub1、M1、y0、v0、LM(+)、VM(-)であり、LM(+)(に対し2003年1月16日にヒートプローブ焼灼術(25J×30回)が施行された。

【主な入院時現症】

顔面、手掌、足底を含むほぼ全身に激しい掻痒を伴う紅斑、色素沈着、鱗屑を認めた。手掌は過角化し、鱗屑が著明で、亀裂に強い痛みを伴っていた。(図1)

紅斑に浸潤を疑う所見、腫瘤の形成は認められなかった。体表リンパ節腫脹は認められなかった。

【主要な検査所見】

[12/1]

WBC 9400/ $\mu$ l (Met 1 stb 8 Seg 59 Lym 11 Mon 8 Eos 11 A-Lym 2)、329万/ $\mu$ l、Hb 11.2g/dl、Ht 34.1%、MCV 103.6、

MCH 34、MCHC 32.8、Plt 33.7万/ $\mu$ l、S-TP 7.3g/dl、Alb 3.5 g/dl、A/G 0.92、ZTT 15.5KU、T-Bil 0.31mg/dl、GOT 10IU/l、GPT 9IU/l、LDH 564IU/l、CPK 142IU/l、BUN 19.9mg/dl、S-Cr 0.9mg/dl、S-UA 5.9mg/dl、Na 140mEq/l、K 4.1mEq/l、Cl 106mEq/l、Ca 8.4mg/dl、Glu 113mg/dl、CRP 2.9mg/dl

RPR定性(-) TP抗体定性(-) HCV抗体(-) HBs抗体(-) HTLV-I抗体(-)

可溶性IL-2レセプター 6710 U/ml (基準値 220-530)

チミジinkinナーゼ活性 18 U/l (5以下)

リンパ球分画 T細胞84%(66-89) B細胞 7%(4-13) (12/15)

IgG 1196mg/dl(870-1700)、IgA 422mg/dl(110-440)、

IgM 101mg/dl(35-220)、IgE 1059u/ml(15-660)

[1/29]

WBC 8100/ $\mu$ l(My 6 Met 5 stb 14 Seg 50 Lym 14 Mon 7 Eos 4)、292万/ $\mu$ l、Hb 9.7g/dl、Ht 29.7%、MCV 101、MCH 33、MCHC 32、Plt 19.1万/ $\mu$ l、S-TP 6.1g/dl、Alb 2.2 g/dl、A/G 0.56、ZTT 26.2KU、T-Bil 0.19mg/dl、GOT 7IU/l、GPT 22IU/l、LDH 281IU/l、CPK 13IU/l、BUN 35.1mg/dl、S-Cr 0.7mg/dl、S-UA 5.1mg/dl、Na 139mEq/l、K 4.5mEq/l、Cl 108mEq/l、Ca 7.3mg/dl、Glu 191mg/dl、CRP 7.3mg/dl、 $\beta$ Dグルカン 16.8pg/ml

#### 【入院後経過】

プレドニン30mg内服とマイザー外用を行ったが皮疹の改善はなかった。外用PUVAも行ったが明らかな改善は見られなかった。皮疹による特に手掌の亀裂の痛みが強かった。腹部、背部には痛みは認められなかった。

造影CTにて両側腋窩、鼠径部、大動脈周囲にリンパ節腫大を多数認めた。

入院22病日より時々37.5°C以上の発熱と悪寒を認め、抗生剤(セファメジン)の投与を開始したが効果なく、入院28病日、39°C台の発熱とリンパ節腫大を認めたため、当院内科に転科となった。内科転科後、抗生剤、補液にて経過観察したところ下熱した。

リンパ節腫大の精査のため、リンパ節生検を検討したが、全身性の潰瘍を伴う紅斑による皮膚の状態が悪く、創部の治癒に懸念があり、施行困難であった。CTなどの画像診断、sIL2R値の推移では明らかな増悪傾向はなく、リンパ節腫大も変化を認めなかった。

抗癌剤治療は全身状態を考慮し、本人と相談の結果行わない方針となった。その後、ステロイド、ミノサイクリンの小量内服を続けたが皮膚の状態は改善せず、患者は皮膚病変による苦痛を訴え続けた。背部は潰瘍性病変を形成し、培養にて緑膿菌、MRSAが検出された。痛みに対してモルヒネ(カディアン20mg/日)が投与され、痛みは改善したものの、傾眠傾向が出現し、食事水分の摂取が十分にできなくなった。モルヒネ投与

翌日、傾眠傾向が続き、午前11時過ぎ、心肺停止状態となった。蘇生を試みたが回復せず、同日2月13日12時12分に永眠された。死因として脱水による急性循環不全が疑われた。死因の特定と、異常細胞の全身への散布の精査を目的に病理解剖を依頼した。

#### 剖検報告書

臨床科:砂川市立病院内科2病棟

担当医:新崎 人士

氏名: 年齢:66 性別:男性 住所:砂川市

解剖年月日:2004.2.13

死後 2時間で解剖

剖検番号:A-183 執刀医:岩木宏之

臨床診断:#1:Mycosis fungoides

病理組織学的診断:

#### I. 主病変

1. Mycosis Fungoides (plaque stage) after chemotherapy (MTX/steroid)

2. 両側肺炎 左460g 右430g

+陳旧性ウイルス性肺炎

3. 胃癌 EMR術後状態(IIa)

#### III. 副病変

1. 脂肪髄

2. 肝うっ血

3. melanosis coli

4. 脱水症

死因:陳旧性のウイルス肺炎を示唆する像を肺野全体に認めたが間質性肺炎は明らかでなく、死因としては肺背部のうっ血性水腫を背景とした中に、気管支肺炎を契機とした炎症の肺胞腔への波及による肺炎の増悪があり、モルヒネによる呼吸抑制も加わり呼吸不全により死亡したと推測される。肺炎の増悪には 低栄養・免疫低下による影響も関与したと考えます。

IgEの高値は全身に形質細胞の増加を認めるが、直接の関連は証明できません。

#### 【考察】

菌状息肉症とは皮膚原発のT細胞リンパ腫である。名前の由来は腫瘍期のきのこ状腫瘤から来ている。数年～十数年にわたる紅斑期の後、扁平浸潤期、腫瘍期にいたる。末期にはリンパ節が侵される。<sup>1)</sup>

内臓転移は剖検例の71%にみられたとの報告があるが、生前に診断されることは少ない。肺、脾、肝、腎の順で転移が多かった。腫瘍期に至ると病勢は早い、それまでは非常に緩

慢な経過をとる。組織学的には異型リンパ球の表皮内進入像を特徴とし、Pautrier微小膿瘍がみられる。当院皮膚生検でもPautrier微小膿瘍を認めた。(図2)

死因は免疫低下(特に化学療法を行った場合)による感染症が多い。治療はステロイド、PUVA、IFN $\gamma$ 、化学療法などであるが、化学療法の効果は現在のところあまり期待できないと考えられている。入浴PUVAとIFN $\gamma$ の併用療法がよい結果を出したとの報告もあるが、入浴PUVAは施設が限られるという問題がある。

診断は初期には本症例のようなアトピー性皮膚炎、乾癬に似た皮膚所見、網状皮疹など様々な像を呈するため、生検による診断が必要である。

本症例は菌状息肉症に胃癌を合併していた。他の悪性腫瘍との合併に関して、KantorらのCTCL544例(うち菌状息肉症は519例)を対象とした調査では、35例(6%)に悪性腫瘍の合併がみられ、相対危険度は1.7と明らかに二次悪性腫瘍の合併が高いと報告している。中でも肺癌、大腸癌、非ホジキンリンパ腫の合併率が特に高い事を指摘している。<sup>2)</sup>一方、木内らの報告によると、菌状息肉症、ホジキン病、非ホジキンリンパ腫と、対照として心筋梗塞について本邦における剖検症例での各種悪性腫瘍の合併率では、各疾病間に有意差はみられていない。<sup>3)</sup>

統一した見解が得られていない様であるが、更なる症例数の蓄積と研究が期待される。

## 文 献

- 1) Lever S: Histopathology of the skin, 8th ed 820-840. Lip-pincott-Raven New York, 1997
- 2) Kantor AF et al: Risk of second malignancy after cutaneous T-cell lymphoma. Cancer 63:1612-1615, 1989
- 3) 木内一桂志 ほか: 乳癌を合併した菌状息肉症. 皮膚臨床 27: 813-816, 1985.



## 研究

# ナースキャップ廃止後の意識調査報告

A consciousness investigation after the nurse cap abolition

熊谷ちづ子 石田 明美  
Chizuko Kumagai Akemi Isida

### 要 旨

当院では、患者様の安全性の確保と看護業務の効率性の確保から、平成16年12月31日をもってナースキャップを廃止した。1ヶ月経過した時点で、アンケート方式で実態調査を行ったので報告する。

Key words : nurse cap、abolition

### はじめに

ナースキャップは看護師のユニホームの一部として長年定着し、看護師を象徴するものだった。しかし、業務上の支障(処置時にぶつける、輸液ラインに引っ掛けるなどの危険性)や感染の問題が指摘され近年廃止する病院が増加している。当院でも、平成16年4月、看護部看護ユニホーム検討会を設置、検討を重ね平成16年12月31日をもって廃止することになった。キャップ廃止後の問題として考えられることは「身だしなみ」で特に髪型の乱れである。キャップ廃止がマイナスイメージにならないように、髪型や髪色の基準を作成し、1ヶ月後の平成17年2月、ナースキャップ廃止後の実態調査を行った。

### 調査方法

期間:平成17年2月1日から2月7日  
対象:女性看護職員全員  
方法:アンケート方式

### 集計結果

配布数339部、回収数315部(回収率93%)

1. 意識に関すること(表1)
  2. 業務の安全性・効率性に関すること(表2)
  3. その他(表3)
- を以下に示す。

### 考 察

表1より、髪型や髪色を意識するようになった看護職は70%であった。このことは髪型、髪色の基準を設けたことで全体に意識が高くなったと考える。特に看護助手は、今まで髪をすっぽり包み込んでいたものがなくなり意識が高くなったと考える。整髪に関して、面倒に思う12%は、髪の長さにもよると考えるが、ない48%、どちらでもない20%から、日頃より看護師の「身だしなみ」として職業に相応する髪型を心がけていると考える。表2より業務に活動性が増した68%、患者様や機器の接触が少なくなった76%は、業務効率の上昇と患者様の安全の確保はできたと考える。

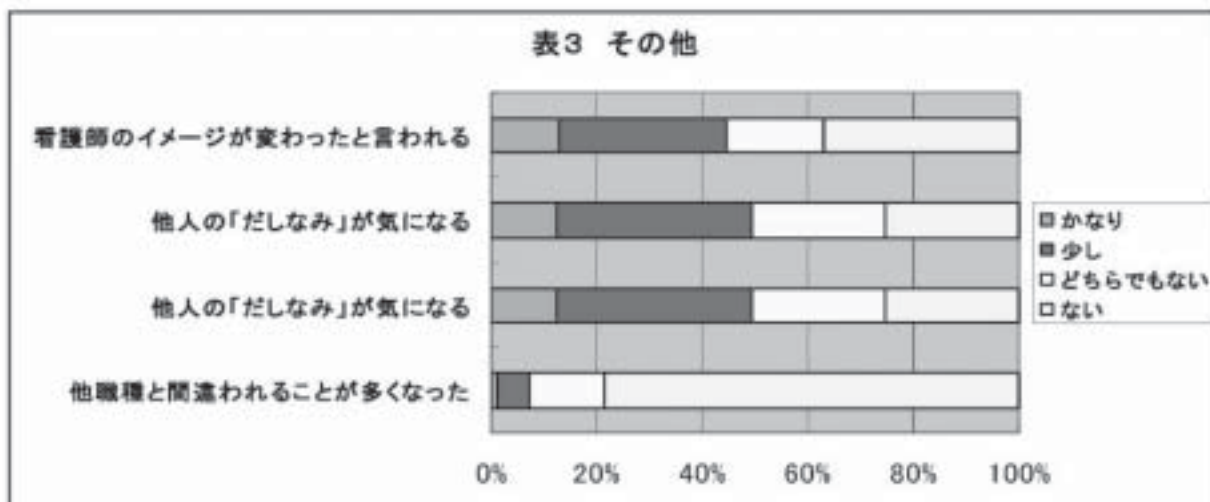
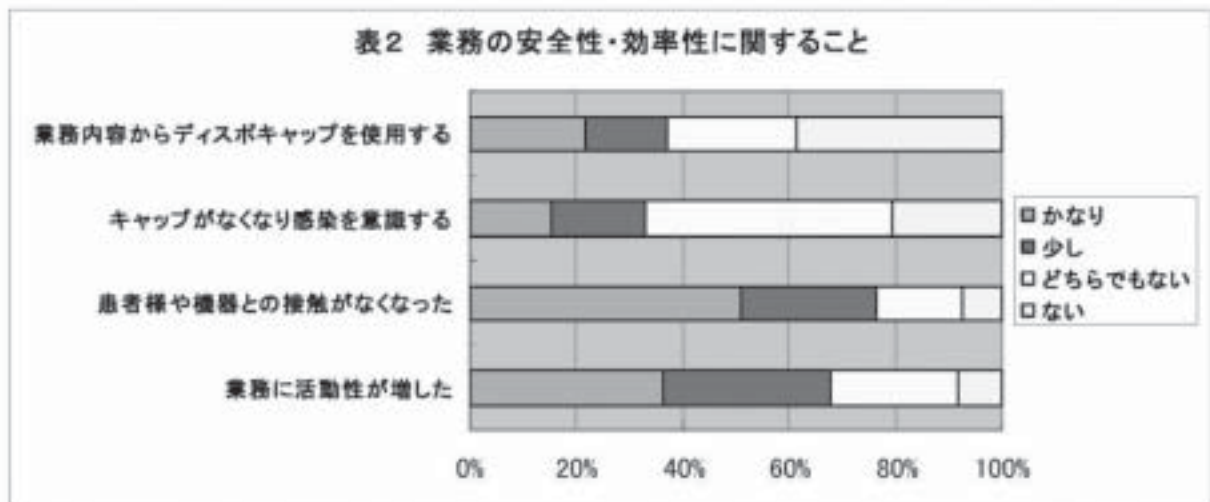
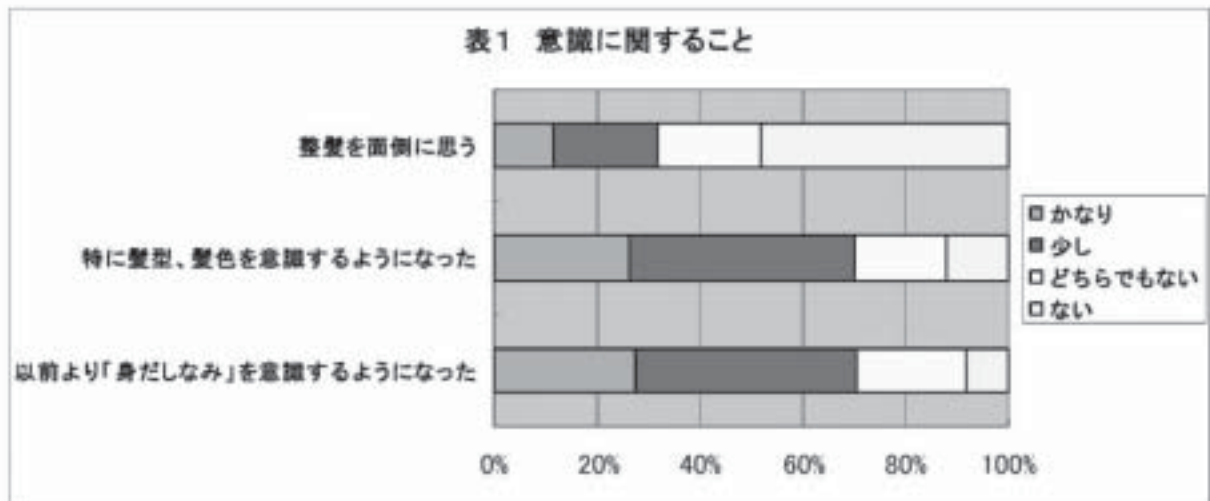
しかし、感染に対する意識は低い。このことでは、感染防止と安全性の意識づけや、キャップ着用基準の検討など、今後の課題と考える。表3より他職種と間違われることがない78%は、キャップだけで看護師と判断していないと考える。イメージが変わった44%は、キャップ廃止から1ヶ月であり、昔のイメージが強く、見慣れない為と考える。又、他人の身だしなみが気になる50%は、見慣れていないことや看護助手のキャップ廃止で、髪型、色が表面化し、他人を意識するようになったと考える。

### おわりに

今回のナースキャップ廃止では、ユニホームと身だしなみについて、看護の視点から検討してきた。「身だしなみ」は社会人としてのマナーであり、看護職業人としては、清潔感があり、

安全で他人に不快感を与えないという基本をもとに、個人が意識することである。

看護の評価が、キャップの有無に左右されないことを、地域の皆様に認めていただけるように、看護職業人としての自覚とプロ意識をもち思いやりのある看護を提供することである。



統計

# 2003年病理科業務報告

Annual report of pathology

堀江 孝子  
Takako Horie

宮沢 聖博  
Seihiro Miyazawa

岩井恵理子  
Eriko Iwai

岩木 宏之  
Hiroyuki Iwaki

2003年の病理組織検査から見た、患者の悪性腫瘍の動向をまとめたものを報告する。

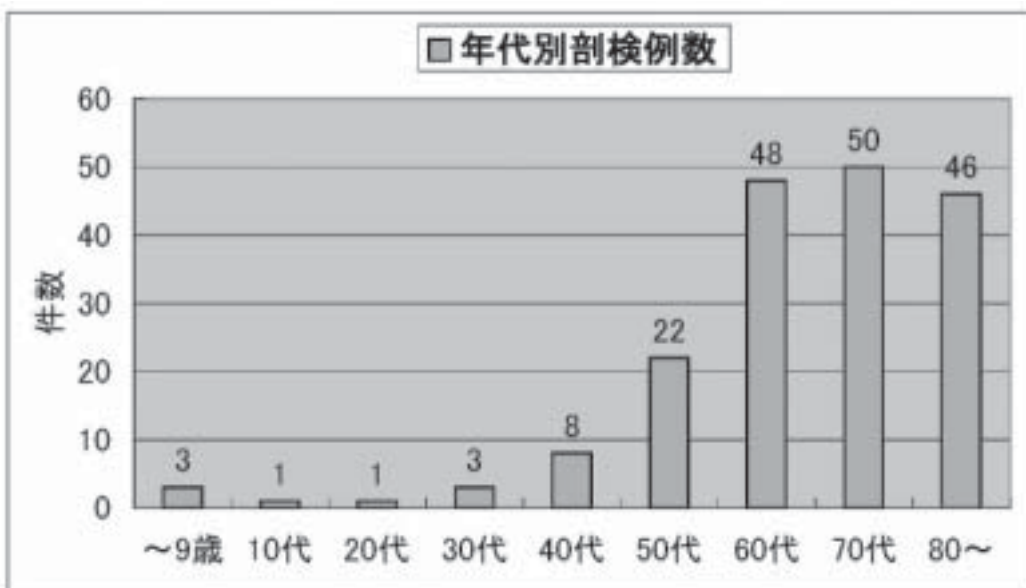
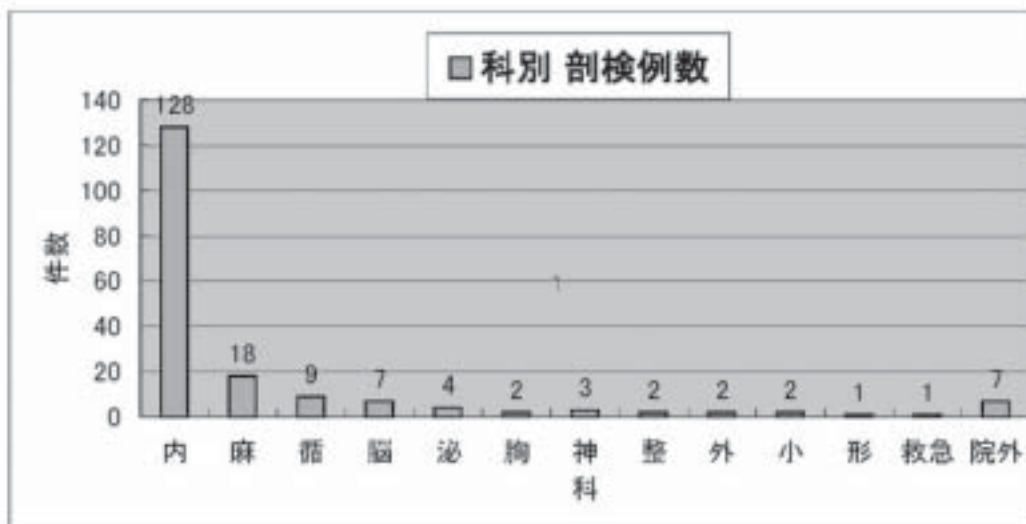
表1 病理組織検査件数(科別) <2003年>

科別	件数	割合
内科	1,416	41.7%
外科	335	9.9%
胸部外科	206	6.1%
脳外科	20	0.6%
整形外科	174	5.1%
泌尿器科	459	13.5%
産婦人科	197	5.8%
形成外科	310	9.1%
皮膚科	99	2.9%
耳鼻科	178	5.2%
眼科	1	0.0%
麻酔科	2	0.1%
その他	1	0.0%
院外	0	0.0%
<b>合計</b>	<b>3,398</b>	<b>100%</b>

迅速診断86件(2.5%)

表2 がん診療者数<2003年>

区分	実患者数		手術患者数		
	人数	割合	人数	割合	
消化器がん	胃がん	73	12.9%	44	7.7%
	大腸がん	99	17.4%	46	8.1%
	食道がん	16	2.8%	2	0.4%
	その他	4	0.7%	2	0.4%
呼吸器がん	肺がん	80	14.1%	32	5.6%
肝がん	15	2.6%	11	1.9%	
泌尿器がん	尿管がん	2	0.4%	2	0.4%
腎がん	7	1.2%	6	1.1%	
乳がん	27	4.8%	22	3.9%	
中枢神経系のがん(脳腫瘍)	6	1.1%	6	1.1%	
舌がん	1	0.2%	1	0.2%	
咽頭がん	6	1.1%	5	0.9%	
泌尿器系がん	腎がん	5	0.9%	4	0.7%
	膀胱がん	28	4.9%	28	4.9%
	前立腺がん	106	18.7%	50	8.8%
	その他	4	0.7%	4	0.7%
内分泌がん	甲状腺がん	8	1.4%	6	1.4%
女性器がん	卵巣がん	6	1.1%	6	1.1%
子宮がん	18	3.2%	15	2.6%	
白血病	4	0.7%	0	0.0%	
悪性リンパ腫	10	1.8%	0	0.0%	
筋肉及び骨組織のがん	2	0.4%	2	0.4%	
皮膚がん	14	2.5%	14	2.5%	
その他	27	4.8%	22	3.9%	
<b>計</b>	<b>568</b>	<b>100.0%</b>	<b>332</b>	<b>58.5%</b>	



統計

# 中央手術室の年間集計報告 (平成16年)

Annual report of statistics of surgical operation

中條 郁恵

Ikuo Nakajou

平成16年の中央手術室の活動状況について報告する。  
 中央手術室の外科手術内容を各科別にまとめた。  
 平成16年1月1日から12月31日までの手術患者数は3066名  
 であり、そのうち緊急手術患者数は446名(14.5%)であり、全  
 身麻酔患者数は2333名(76.0%)であった。  
 前年の手術患者数は2926名であり、140名増加した。  
 手術患者数は加齢とともに増加し70代が最多であった。(表  
 1, 図1)

70代以上の手術患者数は1189名であり、全体の約38%を占  
 め、高齢社会を繁栄している。

昨年と比較した各科別の手術件数及び手術内訳を以下に示  
 す。(表2・13, 図2)

但し、同一患者に複数の手術が行われることがあり手術患  
 者数と手術件数は異なる。

尚、この年間集計は医科点数表に基づいた手術のコスト番  
 号によりファイルメーカープロを用いて集計した。

表1

	男	女	計
0～9歳	37	31	68
10～19歳	48	31	79
20～29歳	71	97	168
30～39歳	51	114	165
40～49歳	88	165	253
50～59歳	217	237	454
60～69歳	413	277	690
70～79歳	487	320	807
80～89歳	146	192	338
90～99歳	16	28	44
計	1574	1492	3066

表2

	H15	H16	増減
整形外科	560	581	21
泌尿器科	530	556	26
外科	335	430	95
眼科	165	177	12
形成外科	368	458	90
胸部外科	246	253	7
耳鼻科	236	331	95
産婦人科	164	243	79
脳外科	96	135	49
麻酔科	121	86	-35
精神科	55	48	-7
計	2926	3298	432

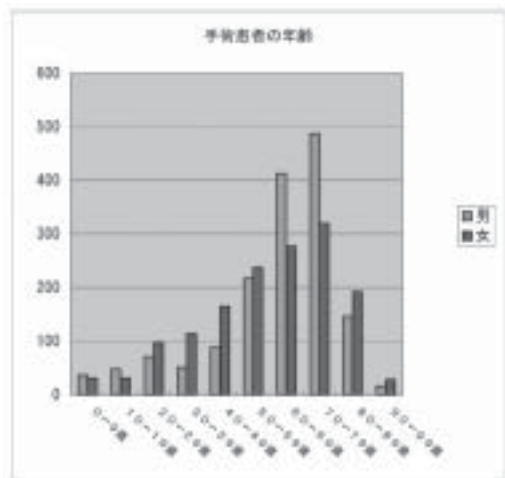


図1

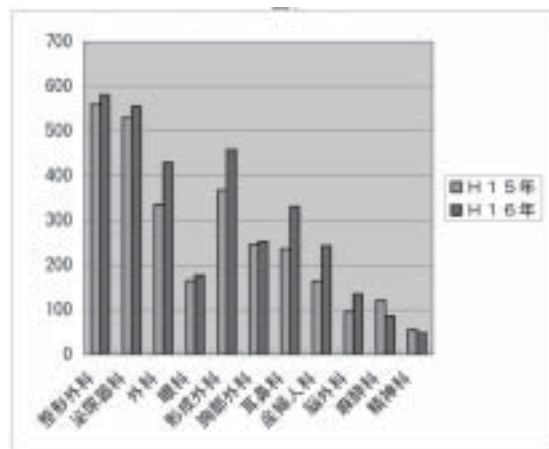


図2

表3 外科

ヘルニア根治術	71
結腸切除術	49
腹腔鏡下胆嚢摘出術	41
開腹胆摘	29
乳腺悪性腫瘍摘出術	27
胃切除術	23
胃全摘術	22
虫垂切除術	22
乳腺腫瘍摘出術	18
小腸切除術	17
直腸腫瘍手術	13
肝部分切除術	13
リンパ節生検	12
胆管切開結石摘出術	7
甲状腺切除及び摘出	7
腹部創傷処理	7
痔核根治術	6
人工肛門造設術	6
胃縫合術	4
試験開腹術	4
膝頭十二指腸切除術	3
腓体尾部腫瘍切除術	3
腸管癒着症手術	3
皮下腫瘍摘出術	3
胆管悪性腫瘍手術	2
胃腸吻合術	2
小腸憩室摘出術	2
腸吻合術	2
腹膜炎手術	2
腹壁婁手術	2
子宮附属器摘出術	2
脾摘出術	1
食道悪性腫瘍手術	1
腸重積症整復術	1
尿管摘出術	1
胃婁造設術	1
皮膚腫瘍摘出術	1
計	404

表4 眼科

白内障手術(眼内レンズ挿入を含む)	157
緑内障手術	6
繊維柱帯切除術	6
翼状片手術	4
内反症手術	2
眼瞼下垂症手術	2
麦粒腫切開術	1
角膜強膜縫合術	1
計	177

表5 胸部外科

冠動脈大動脈バイパス移植術	
1枝	5
2枝以上	11
大動脈瘤切除術	
上行大動脈、ベントール	9
弓部	2
下行	3
胸部大動脈、胸腹部	25
胸腔鏡下肺切除術	49
血管移植術、バイパス移植術	37
動脈形成術、吻合術	27
下肢静脈瘤抜去切除術	23
開胸止血、血腫除去	13
大動脈弁置換術	12
心房中隔欠損閉鎖術	6
僧帽弁置換術	6
創傷処理	6
デブリードマン	6
ペースメーカー埋め込み、交換	3
心室瘤切除術	2
試験開胸術	2
心室中隔欠損閉鎖術	1
肺切除術	1
心腫瘍切除	1
左室破裂修復術	1
ペースメーカーリード線抜去	1
試験開腹術	1
計	253

表6 形成外科

皮膚皮下腫瘍摘出術	242
デブリードマン、創傷処理	87
植皮術	43
皮弁術(動脈、筋、作成等含む)	22
皮膚悪性腫瘍手術	12
ガングリオン摘出術	12
皮膚皮下粘膜下血管腫摘出術	8
四肢切断、断端形成術	7
眼瞼下垂手術	5
鼻骨骨折整復固定術	4
耳婁管摘出術	3
瘢痕拘縮形成術	2
異物摘出術	2
毛巣洞手術	1
鼻粘膜腫瘍切除	1
眼瞼内腫瘍摘出術	1
顔面骨折観血の手術	1
頬骨骨折観血の整復術	1
眼窩骨折観血の手術	1
腐骨摘出術	1
拇指多指症形成術	1
陥入爪手術	1
計	458

表7 耳鼻科

口蓋扁桃手術	61
アデノイド切除術	36
気管切開術	28
汎副鼻腔根本手術	26
鼓膜チューブ挿入術	20
声帯結節(ポリープ)切除術	17
顎下腺、耳下腺腫瘍摘出術	15
鼓膜形成手術	14
アテロコラーゲン注入術	11
鼓室形成手術(乳突洞開放術含む)	9
鼻中隔矯正術	9
頸部郭清術	8
上顎洞篩骨洞根本術	8
甲状腺切除術	7
甲状腺悪性腫瘍手術	7
鼻腔粘膜焼灼術	6
喉頭直達鏡検査	4
上顎洞根本術	4
乳突削開術	4
粘膜下甲介骨切除	4
気管切開孔閉鎖術	3
甲状腺舌のう胞摘出術	3
甲状腺腫瘍摘出術	3
喉頭組織試験採取	3
先天性耳聾管摘出術	3
がま腺摘出術	2
粘膜腫瘍摘出術	2
皮下腫瘍摘出術	2
気管口狭窄拡大術	1
頸部膿瘍開放術	1
口唇のう胞摘出術	1
喉頭腫瘍摘出術	1
喉頭外切除術	1
下咽頭腫瘍摘出術	1
食道縫合術	1
髄液婁閉鎖術	1
創傷処理	1
鼻骨骨折整復固定術	1
口蓋裂形成	1
鼻茸摘出術	1
計	331

表8 整形外科

骨折、外傷	
鎖骨	7
上腕骨頸部	7
上腕骨骨幹部	2
肘頭、橈骨近位	4
前腕骨骨幹部	2
手関節	25
手・指	19
腱、神経縫合	5
上肢その他	13
骨盤	2
大腿骨頸部	67
大腿骨骨幹部	3
大腿骨顆上部	5
膝靭帯再建	12
頸骨近位部	3
下腿骨骨幹部	6
足関節	13
足・足趾	9
下肢その他	10
頚椎	1
変性疾患など	
肩板断裂(含むASDのみ)	16
肩脱臼	1
TEA	1
肘滑膜切除	1
肘部管症候群	14
手根管症候群	15
腱鞘切開	44
良性腫瘍摘出	11
上肢その他	2
THA	2
TKA	43
半月板切除	85
膝滑膜切除	11
外反母趾	1
下肢その他	4
頚椎	4
腰椎	34
その他	20
特記すべきもの(専門手術など)	
有茎皮弁	2
遊離皮弁	2
手指人工関節	2
肘関節形成	5
手関節形成	2
脊髄腫瘍	1
計	581

表9 脳神経外科

脳動脈瘤頸部クリッピング術	31
慢性硬膜下血腫除去術	24
V-Pシャント	13
頭蓋内血腫除去術	12
穿頭術後脳室ドレナージ	10
頭蓋内腫瘍摘出術	8
動脈形成術.吻合術	6
内頸動脈剥離術	5
減圧開頭術	5
頭蓋骨形成手術	4
脳動静脈瘤奇形摘出術	2
脳膿瘍排膿術	2
脊髄腫瘍摘出術	2
STA-MCA吻合術	1
動脈血栓内膜摘出術	1
脳切除術	1
頭皮下腫瘍摘出術	1
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	1
脳膜脱手術	1
シャント抜去	1
頭皮下裂創洗浄、デブリ	1
気管切開	1
血管造影検査の麻酔	1
胸椎黄色靭帯骨化症手術	1
計	135

表10 泌尿器科

前立腺針生検	235
経尿道の膀胱悪性腫瘍手術	56
前立腺(精嚢)悪性腫瘍手術	40
経尿道の前立腺切除手術	33
経皮的腎針生検	13
腎(尿管)悪性腫瘍手術	12
膀胱尿道ファイバースコープ	19
経尿道の尿管結石除去術	15
CAPDチューブ挿入術(FDLカテも含む)	14
精巣(辜丸)摘出.固定術	14
腹腔鏡下	
副腎腫瘍摘出術	3
リンパ節郭清術	9
腹腔鏡検査	1
経尿道のステント留置術	9
外尿道切開術	8
尿道狭窄内視鏡手術	7
CAPDチューブ抜去	6
腎盂尿管ファイバースコープ	6
精索捻転手術	5
経尿道の膀胱碎石術	5
膀胱悪性腫瘍手術(全摘)	4
膀胱腫瘍摘出術	4
尿管カテーテル法	3
環状切除術	3
陰茎コンジローマ切除	3
経皮的尿路結石除去術	3
前立腺被膜下摘出術	2
外尿道腫瘍切除	2
尿失禁手術(コラーゲン注入術含む)	2
精索悪性腫瘍手術	2
膀胱脱手術	1
陰嚢水腫手術	1
後腹膜リンパ節群郭清術	1
移植用腎採取術	1
腎移植術	1
腎摘出術	1
尿管尿管吻合術	1
尿道拡張法	1
尿道脱手術	1
精索静脈瘤手術	1
腔壁形成術	1
ボアリーA手術	1
非環納性ヘルニア徒手整復法	1
腎碎石術	1
経尿道の電気凝固術	1
腹腔ファイバースコープ	1
内視鏡下生検法	1
組織試験採取切除法	1
計	556



**表11 産婦人科**

子宮全摘術	
腹式子宮全摘出術	41
膣式子宮全摘出術	6
帝王切開術	
選択帝王切開術	42
緊急帝王切開術	23
子宮付属器腫瘍摘出	43
流産手術	34
円錐切除術	10
子宮脱手術	8
子宮筋腫核出術(腹式,膣式)	7
子宮内膜搔爬術	6
子宮付属器悪性腫瘍手術	5
子宮頸管ポリープ切除術	5
子宮外妊娠手術	4
IVHカテーテル留置	4
骨盤リンパ節郭清術	3
膣壁形成術	1
会陰縫合術	1
計	243

**表12 麻酔科**

硬膜外カテーテル挿入術	69
透析用FDLカテーテル	9
中心静脈カテーテル挿入	7
硬膜外刺激電極	1
計	86

**表13 精神神経科**

精神科電気痙攣療法	48
計	48

## 統計

## 平成16年当院における時間外受診者状況及び救急車搬入、搬出状況

Statistics of outpatients in the emergency room of Sunagawa city medical center

村上 達哉 山川 和弘 梶浦 孝  
Tatsuya Murakami Kazuhiro Yamakawa Takashi Kajiura

## 要 旨

当院における平成16年の時間外受診者状況と救急車による患者搬入状況及び搬出状況について集計を行ったので報告する。

Key words : statistics, outpatients, emergency

## はじめに

当院は、救急医療センター病院の指定をはじめ、診療科の増設、医療機器等の整備充実を進め、北海道保健医療基本計画に基づく地域センター病院として、「良質の医療、心かよいう安心と信頼の医療を提供する病院」「地域に根ざし、地域に愛され、貢献する病院」を病院理念に据え、地域住民が安心して受診できる診療体制を図っている。また、時間外・休日・深夜に受診する患者は疾病や程度が様々であり、「救急医療センター病院」「地域センター病院」として地域医療を広く担っている。

## 調査方法

期間:平成16年1月1日から12月31日まで  
対象:時間外受診者、救急車による搬入者及び搬出者  
方法:当直日誌、傷病者調書(救急車専用)及び救急車依頼簿より集計

## 調査内容

- 1) 月別及び科別時間外受診者数(休日の受診者再掲)(表1)
- 2) 月別及び地域別時間外受診者数(表2)
- 3) 月別及び科別時間外入院者数(休日の入院者再掲)(表3)  
※ 休日の受診者とは、土曜、日曜、祝祭日の午前8時30分より翌日の午前8時30分までに受診した数である。
- 4) 救急車による搬入状況(表4)

## 5) 救急車による搬出状況(表5)

※ 救急車による搬入状況及び搬出状況は時間外に限らず、1年間に搬入、搬出された件数である。

## 考 察

表1のとおり、内科、小児科、整形外科の受診率が非常に高く、合わせて全体の約62%を占めている。その受診理由については様々であるが、小児科では「乳幼児期の発熱」「喘息発作」での受診が多いようである。また、年間日数366日中、120日(32.8%)が休日であり、その休日に全時間外受診者のうち77.2%が受診している。週休2日制導入後、休日日数が増加しそれに伴い救急外来における医師、看護師、更にはコメディカルスタッフの対応も多様化しています。表2については、近隣市町村よりの受診者が多く全時間外受診者の53.2%になり、救急医療センター病院、地域センター病院としての責務を果たすうえで極めて重要な位置付けとなっている。表3については、内科、循環器科、小児科、脳神経外科、産婦人科の入院患者が多く、その理由については、内科はさまざまであるが、循環器科は「心筋梗塞」「狭心症」による入院、小児科は「不明熱」「喘息発作」による入院、産婦人科は「出産」による入院、脳神経外科は「脳梗塞」「脳出血」「交通事故」による入院が目立つ。また、休日における入院者数も全時間外入院者のうち56.0%が休日に入院しており、表1と同様のことが言える。表4については、内科、循環器科、整形外科、脳神経外科で全体の74.7%を占めており、内科はさまざまであるが、循環

器科は「心筋梗塞などの急性疾患」によるもの、整形外科は「交通事故、転倒による骨折」によるもの、脳神経外科は「脳梗塞、脳出血、交通事故」によるものが目立つ。表4については、小児科、産婦人科を中心に全体で22件の搬出であった。

### おわりに

時間外・休日・深夜といった診療時間外における受診者数は年々増加傾向にある。また、「救急医療センター病院」「地域センター病院」として近隣市町村よりの受診者数も年々増加傾向にある。更には、患者のニーズも多種多様化してきている。これらのことを踏まえたうえで、今後においても集計を続け報告をしていきたい。

表1 平成16年 月別及び科別時間外受診者数

	内科	精神神経科	神経科	循環器科	小児科	外科	整形外科	形成科	脳神経外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	計
1月	213	11	0	17	203	13	58	27	26	2	18	18	26	7	19	0	0	658
	181	10	0	11	185	10	52	27	20	2	16	13	19	7	14	0	0	567
2月	148	9	2	28	126	3	55	19	18	3	5	11	16	6	12	0	1	462
	123	4	2	19	105	2	46	16	13	2	4	8	11	5	10	0	0	370
3月	105	19	1	27	108	4	36	20	31	5	3	16	25	6	21	0	2	429
	73	9	0	16	90	2	27	17	18	4	3	6	13	6	11	0	2	297
4月	114	9	2	22	115	3	35	24	23	7	6	21	22	8	21	0	2	434
	80	5	1	9	103	1	31	21	15	6	4	12	10	7	11	0	2	318
5月	176	12	1	35	257	10	62	40	23	5	17	16	29	15	41	0	2	741
	155	11	0	28	236	9	54	38	16	4	16	14	18	14	33	0	2	648
6月	121	9	1	27	86	13	37	20	30	0	20	14	35	5	16	0	1	435
	76	8	1	14	74	9	31	17	12	0	17	9	14	4	12	0	1	299
7月	117	19	1	20	145	10	47	26	40	4	26	15	26	13	14	0	4	527
	77	11	1	14	126	8	40	24	25	2	20	14	15	12	13	0	4	406
8月	109	14	2	23	85	9	44	32	27	2	17	11	35	10	19	0	2	441
	74	10	0	15	60	4	36	27	19	1	12	9	20	8	13	0	2	310
9月	124	14	2	26	90	12	61	37	25	4	18	14	41	7	24	0	4	503
	108	12	1	14	74	5	55	34	15	1	11	9	26	7	19	0	4	395
10月	105	19	0	25	121	4	44	26	32	2	14	15	47	6	23	0	0	483
	82	14	0	14	99	1	39	23	23	1	9	13	27	6	20	0	0	371
11月	177	8	2	26	174	6	48	19	26	6	6	10	39	9	23	0	2	581
	130	6	2	17	146	4	38	15	20	5	5	6	21	8	18	0	1	442
12月	129	13	0	23	136	13	54	27	43	0	6	16	31	5	17	0	1	514
	91	9	0	10	112	7	43	21	27	0	4	7	18	4	13	0	1	367
計	1638	156	14	299	1646	100	581	317	344	40	156	177	372	97	250	0	21	6208
	1250	109	8	181	1410	62	492	280	223	28	121	120	212	88	187	0	19	4790
平均	136.5	13.0	1.2	24.9	137.2	8.3	48.4	26.4	28.7	3.3	13.0	14.8	31.0	8.1	20.8	0.0	1.8	517.3
	104.2	9.1	0.7	15.1	117.5	5.2	41.0	23.3	18.6	2.3	10.1	10.0	17.7	7.3	15.6	0.0	1.6	399.2
総件数に占める割合(%)	26.4%	2.5%	0.2%	4.8%	26.5%	1.6%	9.4%	5.1%	5.5%	0.6%	2.5%	2.9%	6.0%	1.6%	4.0%	0.0%	0.3%	100.0%
	26.1%	2.3%	0.2%	3.8%	29.4%	1.3%	10.3%	5.8%	4.7%	0.6%	2.5%	2.5%	4.4%	1.8%	3.9%	0.0%	0.4%	100.0%

\*上段の数：時間外受診者数

\*下段の数：時間外受診者数のうち休日（土曜、日曜、祝祭日）の受診者数

表2 平成16年 月別及び地域別時間外受診者数

	砂川	上砂川	歌志内	奈井江	新十津川	芦別	赤平	浦臼	滝川	その他	合計
1月	289	56	58	54	25	8	12	24	43	89	658
2月	214	41	49	39	17	8	7	14	38	35	462
3月	211	42	41	30	20	4	8	11	29	33	429
4月	219	43	28	32	24	3	8	12	31	34	434
5月	396	67	50	69	24	5	17	20	44	49	741
6月	200	42	43	36	14	5	8	12	41	34	435
7月	244	39	43	51	13	7	16	17	48	49	527
8月	177	43	37	45	13	8	12	14	42	50	441
9月	204	52	42	54	16	18	9	17	44	47	503
10月	237	48	25	46	19	2	10	15	43	38	483
11月	289	30	41	57	22	7	23	10	42	60	581
12月	223	44	37	51	33	3	13	20	37	53	514
合計	2903	547	494	564	240	78	143	186	482	571	6208
月平均	241.9	45.6	41.2	47.0	20.0	6.5	11.9	15.5	40.2	47.6	517.3
割合	46.8%	8.8%	8.0%	9.1%	3.9%	1.3%	2.3%	3.0%	7.8%	9.2%	100.0%

表3 平成16年 月別及び科別時間外入院者数

	内科	精神神経科	神内科	経路科	循環器科	小児科	外科	整形外科	形成科	脳神経外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	計
1月	26	5	0	12	18	9	11	0	16	0	0	7	19	0	2	0	0	0	125
2月	16	5	0	6	17	6	9	0	11	0	0	5	13	0	1	0	0	0	89
3月	23	3	0	11	16	1	10	1	10	1	0	1	11	0	3	0	0	0	91
4月	17	0	0	4	11	0	5	1	7	1	0	1	7	0	2	0	0	0	56
5月	20	4	0	8	6	3	5	1	17	4	0	6	15	0	6	0	0	0	95
6月	9	1	0	4	4	1	3	1	5	3	0	1	5	0	3	0	0	0	40
7月	25	4	1	9	11	3	5	2	16	3	0	13	17	0	5	0	0	0	114
8月	14	2	1	2	8	1	4	1	9	2	0	8	6	0	3	0	0	0	61
9月	28	3	0	10	22	2	2	2	12	2	1	6	20	0	3	0	0	0	113
10月	18	2	0	6	18	1	0	1	8	1	1	4	10	0	1	0	0	0	71
11月	22	3	0	9	14	5	8	0	20	0	0	2	26	0	4	0	0	0	113
12月	10	3	0	3	8	2	6	0	4	0	0	2	9	0	3	0	0	0	50
1月	26	6	0	7	14	5	8	0	24	3	1	2	22	0	0	0	0	0	118
2月	10	3	0	3	11	4	4	0	14	2	1	1	13	0	0	0	0	0	66
3月	18	5	2	7	11	8	9	2	16	2	0	1	22	0	2	0	0	0	105
4月	6	3	0	3	3	3	5	1	9	1	0	0	11	0	0	0	0	0	45
5月	14	4	2	9	12	6	13	1	16	3	0	4	25	0	2	0	0	0	111
6月	9	3	1	3	7	1	11	1	9	0	0	4	11	0	1	0	0	0	61
7月	16	3	0	11	16	4	9	2	19	1	0	4	29	0	4	0	0	0	118
8月	9	3	0	4	10	1	6	1	11	0	0	4	15	0	3	0	0	0	67
9月	16	2	1	9	18	3	4	0	14	4	0	2	27	0	3	0	1	0	104
10月	8	1	1	5	15	1	4	0	12	4	0	1	12	0	2	0	0	0	66
11月	21	2	0	10	24	9	8	0	22	0	0	3	20	0	3	0	0	0	122
12月	13	1	0	5	18	4	6	0	11	0	0	2	11	0	1	0	0	0	72
計	255	44	6	112	182	58	92	11	202	23	2	51	253	0	37	0	1	0	1329
平均	139	27	3	48	130	25	63	7	110	14	2	33	123	0	20	0	0	0	744
平均	21.3	3.7	0.5	9.3	15.2	4.8	7.7	0.9	16.8	1.9	0.2	4.3	21.1	0.0	3.1	0.0	0.1	0.0	110.8
総件数に占める割合(%)	11.6	2.3	0.3	4.0	10.8	2.1	5.3	0.6	9.2	1.2	0.2	2.8	10.3	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	62.0
総件数に占める割合(%)	19.2%	3.3%	0.5%	8.4%	13.7%	4.4%	6.9%	0.8%	15.2%	1.7%	0.2%	3.8%	19.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.1%	0.0%	100.0%
総件数に占める割合(%)	18.7%	3.6%	0.4%	6.5%	17.5%	3.4%	8.5%	0.9%	14.8%	1.9%	0.3%	4.4%	16.5%	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

\* 上段の数：時間外入院者数

\* 下段の数：時間外入院者数のうち休日（土曜、日曜、祝祭日）の入院者数

表4 平成16年 月別及び科別搬入患者数

	内科	精神神経科	神経内科	循環器科	小児科	外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	計
1月	38	5		16	1	3	31	6	32	2		6	3		6			149
2月	39	7		21	1		33	4	27	1		8			8		1	150
3月	46	14	1	20	4	3	25	16	32	5		6	1		5		4	182
4月	43	7	1	11	2	3	24	7	30	7	1	5	1	1	5		1	149
5月	35	5		18	3	3	22	11	24	2	1	9			9			142
6月	43	5	1	16	2	2	32	5	38	2		7	1		4		1	159
7月	51	9		14	3	1	33	7	35	1	2	5	1		2		3	167
8月	47	11		14	5	5	41	12	23	1	4	7	4		5		2	181
9月	33	7		22	1	7	32	15	20	4	2	1	3		3		3	153
10月	40	3		21	2	2	24	11	37	4		1	2	1	9		3	160
11月	32	5	2	15		3	38	7	30	7		1	2		7		3	152
12月	52	6		22	4	8	37	5	31		1	4	3		9		3	185
平均	41.6	7.0	0.4	17.5	2.3	3.3	31.0	8.8	29.9	3.0	0.9	5.0	1.8	0.2	6.0	0.0	2.0	160.8
計	499	84	5	210	28	40	372	106	359	36	11	60	21	2	72	0	24	1929

表5 平成16年 搬出先別搬出件数

搬出先	科別	件数	備考
北海道立小児総合保健センター	小児科	2	
	小児科	2	
札幌医科大学付属病院	耳鼻咽喉科	1	
	小児科	1	
旭川厚生病院	産婦人科	5	
	産婦人科	1	
市立札幌病院	産婦人科	1	
北光記念病院	循環器科	2	
札幌鉄道病院	内科	1	
美唄労災病院	整形外科	1	
	脳神経外科	2	
その他	精神神経科	3	
	心臓血管外科	1	
合計		22	

## 統計

## 平成15年度及び過去5カ年の病院事業収支状況

Report of economic status the Sunagawa city medical center for last 5 years

阿部 雅和 森田 一巳  
Masakazu Abe Kazumi Morita

## 要 旨

当院における平成15年度の事業収支状況と過去5カ年分の収支状況について報告する。

Key words : statistics, economic status

## 1. 病院経営状況

## (1) 収益的収支(3条)

(単位：円)

		11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
収 入	病院事業収益	8,590,500,636	8,562,157,729	8,836,190,800	9,015,901,718	9,166,301,365
	医業収益	7,900,446,832	7,850,303,647	8,156,864,609	8,305,128,668	8,525,761,482
	医業外収益	583,342,678	604,284,206	579,971,162	604,849,309	534,512,319
	看護専門学校収益	106,138,066	107,439,439	97,830,042	100,640,669	105,562,822
	特別利益	573,060	130,437	1,524,987	5,283,072	464,742
支 出	病院事業費用	8,459,062,281	8,490,050,328	8,643,071,586	8,856,977,301	8,951,661,800
	医業費用	8,152,328,797	8,192,148,306	8,369,491,591	8,620,361,401	8,718,173,588
	医業外費用	159,191,018	153,636,142	148,493,174	136,767,549	123,649,504
	看護専門学校費用	113,853,447	110,777,117	98,934,413	98,151,041	100,312,433
	特別損失	33,689,019	33,488,763	26,152,408	1,697,310	9,526,275
純利益		131,438,355	72,107,401	193,119,214	158,924,417	214,639,565
経常利益		164,554,314	105,465,727	217,746,635	155,338,655	223,701,098

## (2) 資本的収支(4条)

(単位:円)

		11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
収 入	資本的収入	534,942,200	753,119,000	289,245,600	269,243,000	358,072,000
	企業債	372,000,000	531,600,000	105,900,000	140,000,000	195,000,000
	投資償還金	8,307,200	12,143,000	13,296,600	10,893,000	7,767,000
	出資金	154,465,000	153,426,000	121,499,000	114,200,000	147,304,000
	寄附金	170,000	2,600,000	3,550,000	4,150,000	1,140,000
	補助金	0	53,350,000	45,000,000	0	6,861,000
支 出	資本的支出	732,064,770	995,882,317	683,376,950	997,006,729	958,813,412
	建設改良費	412,818,627	609,812,731	349,893,926	512,459,203	487,919,115
	企業債償還金	306,757,143	374,822,586	325,617,024	478,613,526	462,752,297
	投資	12,489,000	11,247,000	7,866,000	5,934,000	8,142,000
収支差		△ 197,122,570	△ 242,763,317	△ 394,131,350	△ 727,763,729	△ 600,741,412
補 填 財 源	当年度調整額	332,097	531,110	289,037	126,758	394,549
	過年度留保資金	196,542,473	235,632,207	390,142,313	717,636,971	592,346,863
	繰越利益剰余金処分類	248,000	6,600,000	3,700,000	10,000,000	8,000,000

## (3) 収益的収支比率

(単位:%)

	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
総収支比率	101.6	100.8	102.2	101.8	102.4
経常収支比率	102.0	101.2	102.5	101.8	102.5
医業収支比率	96.9	95.8	97.5	96.3	97.8

## (4) 人件費比率(医業収益対職員給与費)

(単位:%/円)

	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
人件費比率	55.3	55.4	54.1	53.1	51.5
給与費	4,372,718,345	4,350,977,810	4,414,592,571	4,408,467,948	4,394,265,266

## (5) 企業債の状況

(単位:円)

	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
前年度末残高	3,250,649,856	3,315,892,713	3,472,670,127	3,252,953,103	2,914,339,577
当年度借入額	372,000,000	531,600,000	105,900,000	140,000,000	195,000,000
当年度償還額	306,757,143	374,822,586	325,617,024	478,613,526	462,752,297
当年度残高	3,315,892,713	3,472,670,127	3,252,953,103	2,914,339,577	2,646,587,280

2. 業務量

(1) 患者数

(単位:人)

		1 1 年度		1 2 年度		1 3 年度		1 4 年度		1 5 年度	
		患者数	一日平均	患者数	一日平均	患者数	一日平均	患者数	一日平均	患者数	一日平均
入	内 科	42,916	117.3	41,739	114.4	38,998	106.8	43,006	117.8	44,512	121.6
	精神神経科	37,946	103.7	37,076	101.6	35,668	97.7	36,217	99.2	34,853	95.2
	神経内科									372	1.0
	循環器科	7,866	21.5	6,379	17.5	6,571	18.0	6,798	18.6	7,032	19.2
	小児科	4,070	11.1	4,260	11.7	4,415	12.1	3,602	9.9	3,902	10.7
	外科	13,976	38.2	13,646	37.4	12,585	34.5	12,496	34.2	12,695	34.7
	整形外科	16,047	43.8	16,234	44.5	16,170	44.3	16,195	44.4	14,929	40.8
	形成外科	2,247	6.1	1,554	4.3	2,222	6.1	2,095	5.7	2,704	7.4
	脳神経外科	10,924	29.8	9,635	26.4	11,579	31.7	11,543	31.6	11,519	31.5
	心臓血管外科	4,283	11.7	5,287	14.5	4,747	13.0	5,365	14.7	5,750	15.7
	皮膚科	713	1.9	612	1.7	429	1.2	516	1.4	452	1.2
	泌尿器科	7,395	20.2	6,070	16.6	7,872	21.6	7,556	20.7	8,519	23.3
	産婦人科	6,985	19.1	6,050	16.6	6,095	16.7	6,574	18.0	6,392	17.5
	眼 科	3,761	10.3	3,312	9.1	2,615	7.2	1,898	5.2	566	1.5
	耳鼻咽喉科	3,258	8.9	2,863	7.8	3,344	9.2	4,543	12.4	4,790	13.1
	放射線科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	麻酔科	39	0.1	47	0.1	16	0.0	65	0.2	10	0.0
	合 計	162,426	443.8	154,764	424.0	153,326	420.1	158,469	434.2	158,997	434.4
	診療実日数		366		365		365		365		366
外	内 科	70,215	286.6	71,995	293.9	72,502	295.9	64,359	261.6	57,948	233.7
	精神神経科	22,756	92.9	24,055	98.2	24,640	100.6	24,486	99.5	23,681	95.5
	神経内科									1,414	5.7
	循環器科	26,864	109.6	28,945	118.1	30,356	123.9	26,566	108.0	22,348	90.1
	小児科	19,211	78.4	18,549	75.7	20,078	82.0	17,769	72.2	17,723	71.5
	外科	9,122	37.2	8,118	33.1	7,228	29.5	7,032	28.6	7,256	29.3
	整形外科	34,768	141.9	36,093	147.3	36,604	149.4	37,209	151.3	36,509	147.2
	形成外科	6,897	28.2	6,633	27.1	7,094	29.0	7,533	30.6	8,582	34.6
	脳神経外科	17,244	70.4	17,569	71.7	17,076	69.7	15,245	62.0	11,978	48.3
	心臓血管外科	5,021	20.5	5,311	21.7	5,233	21.4	4,900	19.9	4,730	19.1
	皮膚科	15,662	63.9	15,097	61.6	15,019	61.3	14,370	58.4	13,877	56.0
	泌尿器科	19,949	81.4	21,032	85.8	21,749	88.8	22,952	93.3	24,047	97.0
	産婦人科	8,521	34.8	8,149	33.3	9,747	39.8	9,900	40.2	9,930	40.0
	眼 科	21,688	88.5	22,362	91.2	20,646	84.3	17,584	71.5	15,750	63.5
	耳鼻咽喉科	19,779	80.7	19,719	80.5	18,984	77.5	20,834	84.7	19,208	77.5
	放射線科	454	1.9	408	1.7	705	2.9	940	3.8	911	3.7
	麻酔科	631	2.6	666	2.7	755	3.1	931	3.8	671	2.7
	合 計	298,792	1,219.6	304,691	1,243.6	308,417	1,258.8	292,610	1,189.5	276,563	1,115.2
	診療実日数		245		245		245		246		248



(2) 入院・外来患者数と1日平均単価

(単位：人/円)

		11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
入院	患者延数	162,426	154,764	153,326	158,469	158,997
	診療実日数	366	365	365	365	366
	一日平均患者数	444	424	420	434	434
	一日平均単価	33,534	34,841	36,381	36,252	36,544
外来	患者延数	298,792	304,691	308,417	292,610	276,563
	診療実日数	245	245	245	246	248
	一日平均患者数	1,220	1,244	1,259	1,189	1,115
	一日平均単価	7,884	7,727	8,028	8,415	9,460
入院収益		5,446,727,680	5,392,113,709	5,578,169,774	5,744,848,661	5,810,462,640
外来収益		2,355,596,836	2,354,235,108	2,475,862,533	2,462,399,155	2,616,349,639

(3) 病床利用状況

(単位：%)

		11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
一般	病床数	408	408	408	408	408
	病床利用率	81.2	76.8	78.0	81.0	82.3
	年延入院患者数	121,319	114,312	116,163	120,590	122,884
	年延病床数	149,328	148,920	148,920	148,920	149,328
精神	病床数	104	104	104	104	103
	病床利用率	99.7	97.7	94.0	95.3	92.4
	年延入院患者数	37,946	37,076	35,668	36,179	34,841
	年延病床数	38,064	37,960	37,960	37,960	37,698
結核	病床数	20	20	20	20	20
	病床利用率	43.2	46.2	20.5	23.3	17.4
	年延入院患者数	3,161	3,376	1,495	1,700	1,272
	年延病床数	7,320	7,300	7,300	7,300	7,320
感染	病床数	4	4	4	4	4
	病床利用率	0	0	0	0	0
	年延入院患者数	0	0	0	0	0
	年延病床数	1,464	1,460	1,460	1,460	1,464
合計	病床数	536	536	536	536	535
	病床利用率	82.8	79.1	78.4	81.0	81.2
	年延入院患者数	162,426	154,764	153,326	158,469	158,997
	年延病床数	196,176	195,640	195,640	195,640	195,810

## 3. 職員の状況

## (1) 部門別職員数

(単位：人)

		11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
医 師	職 員	43	41	43	42	47
	その他	5	5	4	8	7
看 護 師	職 員	313	307	299	304	285
	その他	14	16	18	21	48
医療技術員	職 員	53	52	51	53	55
	その他	1	1	2	2	2
事 務 員	職 員	34	33	33	33	31
	その他	1	1	1	5	6
労 務 員	職 員	61	57	57	57	54
	その他	17	21	21	22	29
計	職 員	504	490	483	489	472
	その他	38	44	46	58	92
看護専門学校	職 員	11	10	10	10	10
	その他	1	1	1	1	1
合 計	職 員	515	500	493	499	482
	その他	39	45	47	59	93
総 合 計		554	545	540	558	575

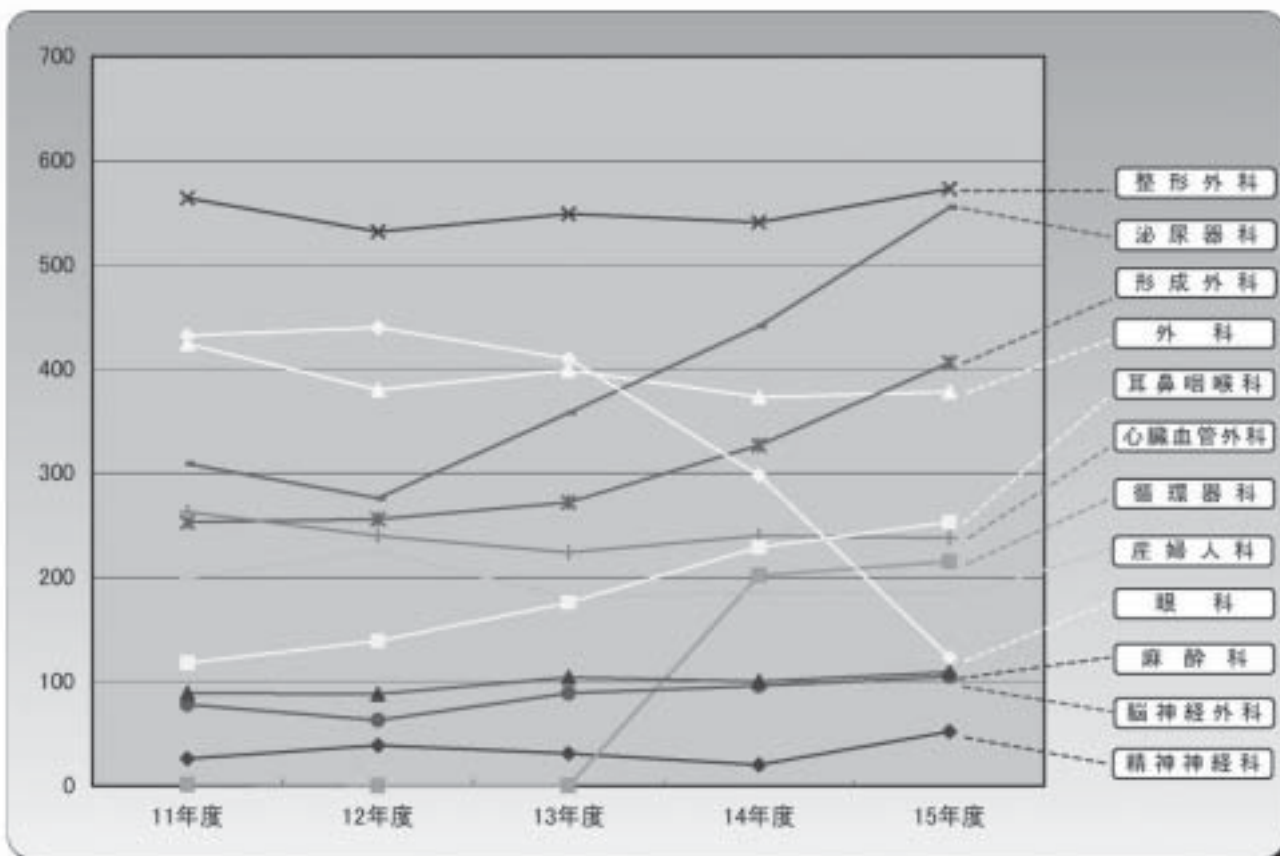
4. 手術の状況

(1) 科別手術件数の推移

(単位：件)

(単位：件)

	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
内科	1	0	1	0	2
精神神経科	26	39	31	20	52
循環器科	1	0	0	202	215
小児科	1	1	0	1	1
外科	424	380	399	373	378
整形外科	564	532	549	541	573
形成外科	253	256	272	327	406
脳神経外科	78	63	89	96	105
心臓血管外科	263	240	224	240	238
皮膚科	0	1	0	0	0
泌尿器科	309	276	358	441	555
産婦人科	200	225	181	186	185
眼科	432	440	410	298	123
耳鼻咽喉科	118	139	176	229	253
放射線科	0	0	0	0	0
麻酔科	89	88	104	100	109
合計	2,759	2,680	2,794	3,054	3,195



統計

# 病院サービスに対する入院・外来患者の意識調査とまとめ

Study of staff service for outpatients and hospitalized patients and its summary

伊藤 民子<sup>1)</sup> 佐々木博美<sup>1)</sup>  
 Tamiko Ito Hiromi Sasaki  
 佐々木裕二<sup>2)</sup> 小俣 憲治<sup>2)</sup> 奥山 昭<sup>2)</sup>  
 Sasaki Yuuji Kenji Komata Akira okuyama

## 要 旨

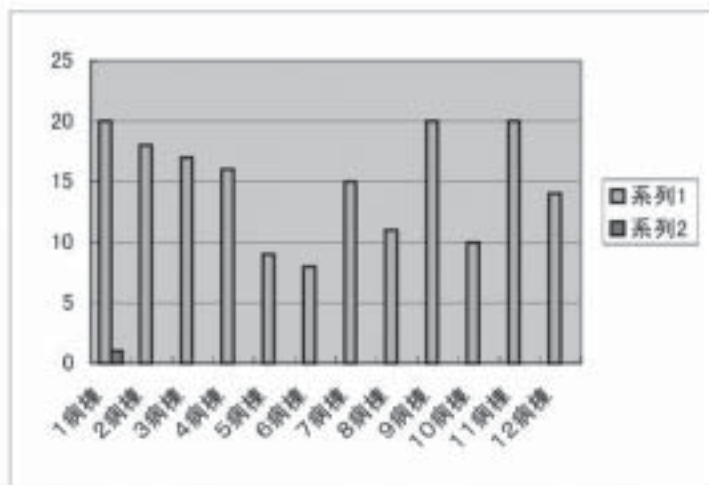
平成16年8月、院内業務サービス改善を目的として、入院・外来患者の院内スタッフの業務サービスに対する意識調査をアンケート方式により行った。その概要をまとめたので報告する。

## 患者アンケート調査

配布数 210部  
 回収 178部(回収率85%)

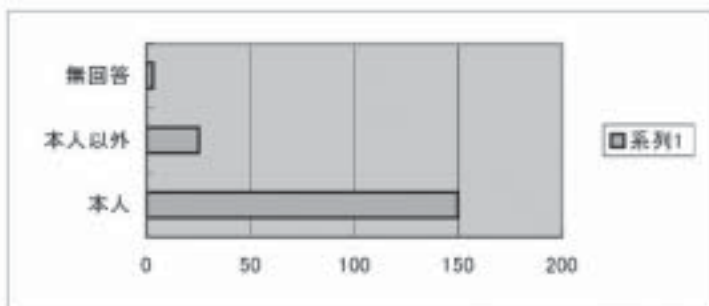
### 回答者数

1病棟	20
2病棟	18
3病棟	17
4病棟	16
5病棟	9
6病棟	8
7病棟	15
8病棟	11
9病棟	20
10病棟	10
11病棟	20
12病棟	14
合計	178



### 1. ご記入いただく方

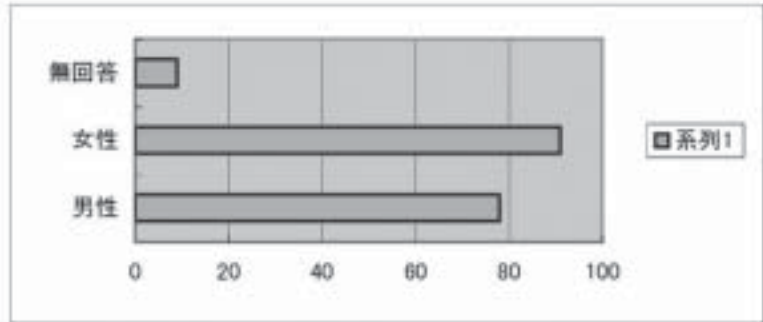
本人	150
本人以外	25
無回答	3
合計	178



1) 砂川市立病院看護部  
 Division of Administration, Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center  
 2) 砂川市立病院事務局管理課  
 Division of Hospital Administration, Department of Administration, Sunagawa City Medical Center

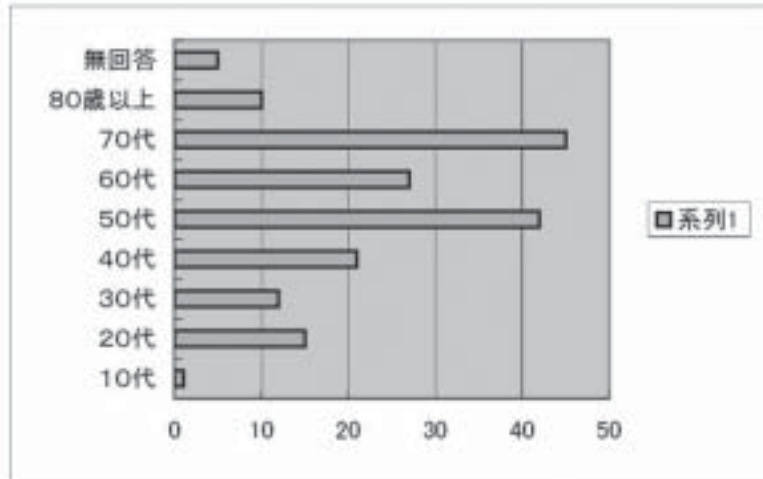
### 2. 性別

男性	78
女性	91
無回答	9
合計	178



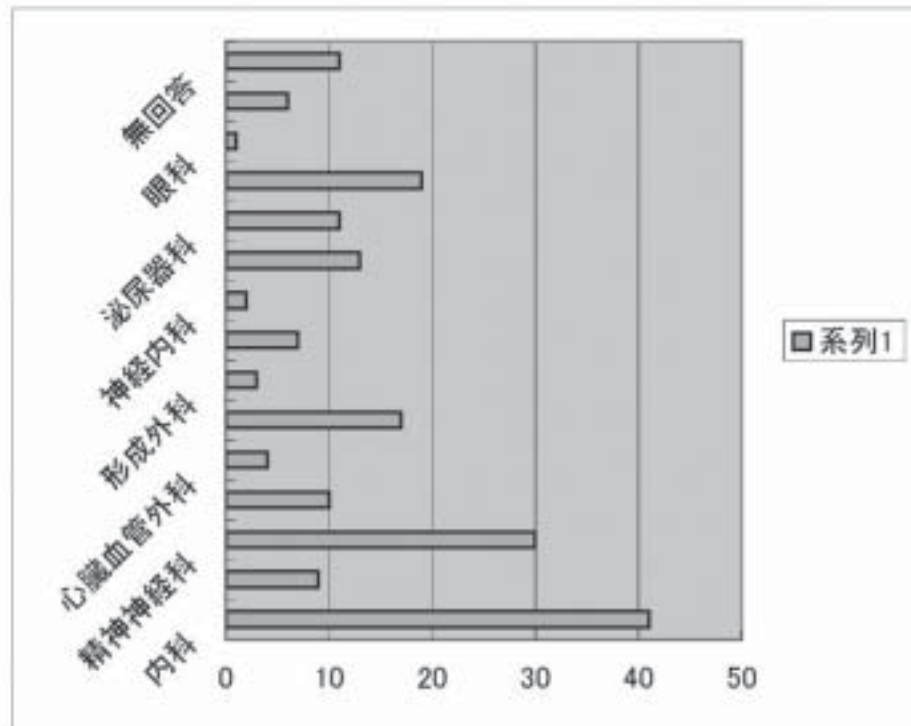
### 3. 年齢

10代	1
20代	15
30代	12
40代	21
50代	42
60代	27
70代	45
80歳以上	10
無回答	5
合計	178



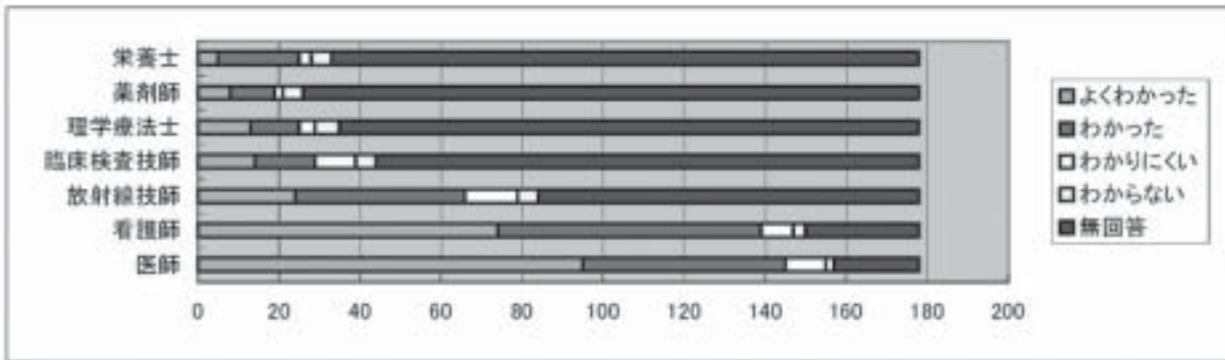
### 4. 入院している診療科

内科	41
循環器内科	9
精神神経科	30
小児科	10
心臓血管外科	4
整形外科	17
形成外科	3
脳神経外科	7
神経内科	2
外科	13
泌尿器科	11
産婦人科	19
眼科	1
耳鼻科	6
無回答	11
合計	178



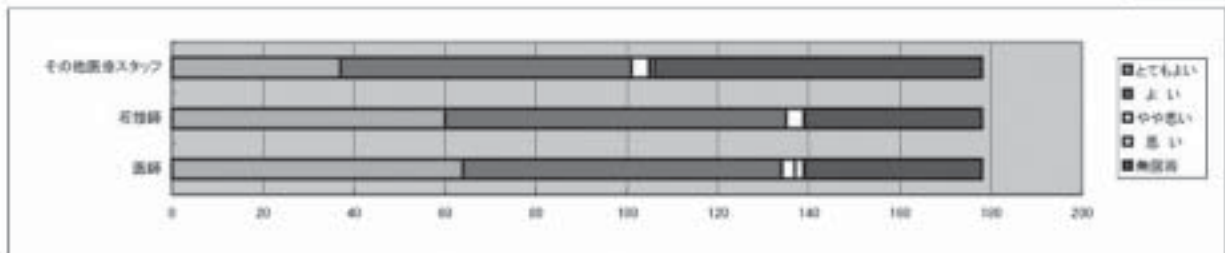
5. 医療者の説明の仕方は、いかがですか

	よくわかった	わかった	わかりにくい	わからない	無回答	合計
医師	95	50	10	2	21	178
看護師	74	65	8	3	28	178
放射線技師	24	42	13	5	94	178
臨床検査技師	14	15	10	5	134	178
理学療法士	13	12	4	6	143	178
薬剤師	8	11	2	5	152	178
栄養士	5	20	3	5	145	178



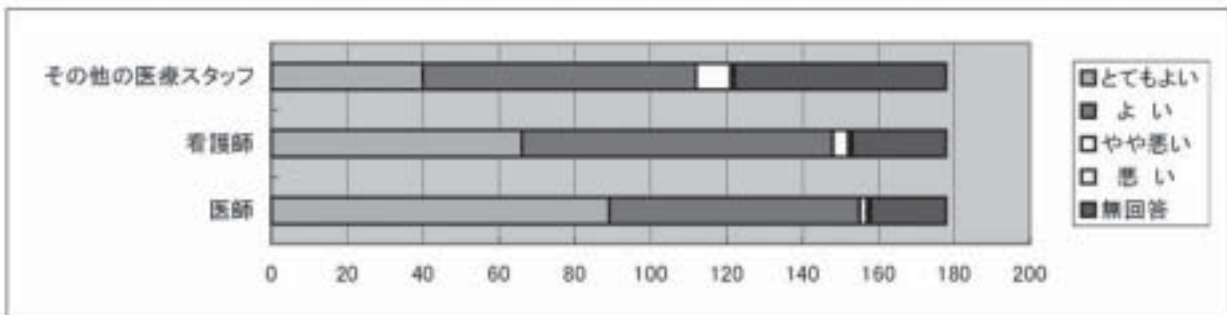
6. 症状が変化したときの医療者の対応は、適切でしたか

	とてもよい	よい	やや悪い	悪い	無回答	合計
医師	64	70	3	2	39	178
看護師	60	75	4	0	39	178
その他医療スタッフ	37	64	4	1	72	178



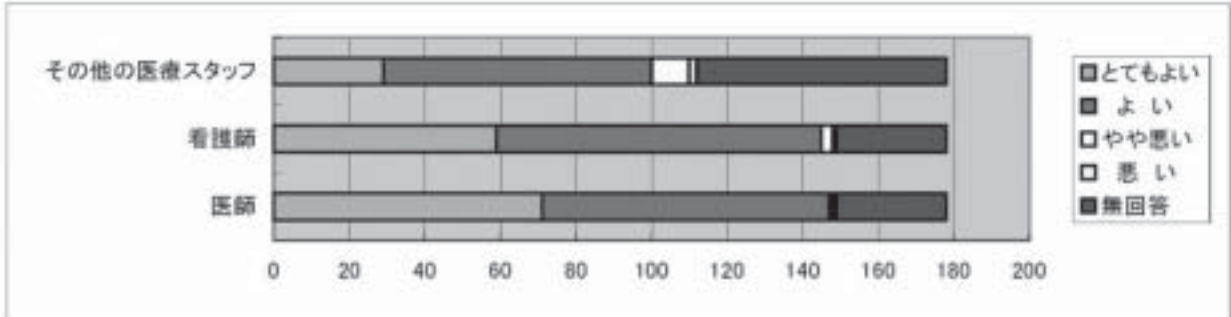
7. 患者様への対応の公平さは、いかがですか

	とてもよい	よい	やや悪い	悪い	無回答	合計
医師	89	66	2	1	20	178
看護師	66	82	4	1	25	178
その他の医療スタッフ	40	72	9	1	56	178



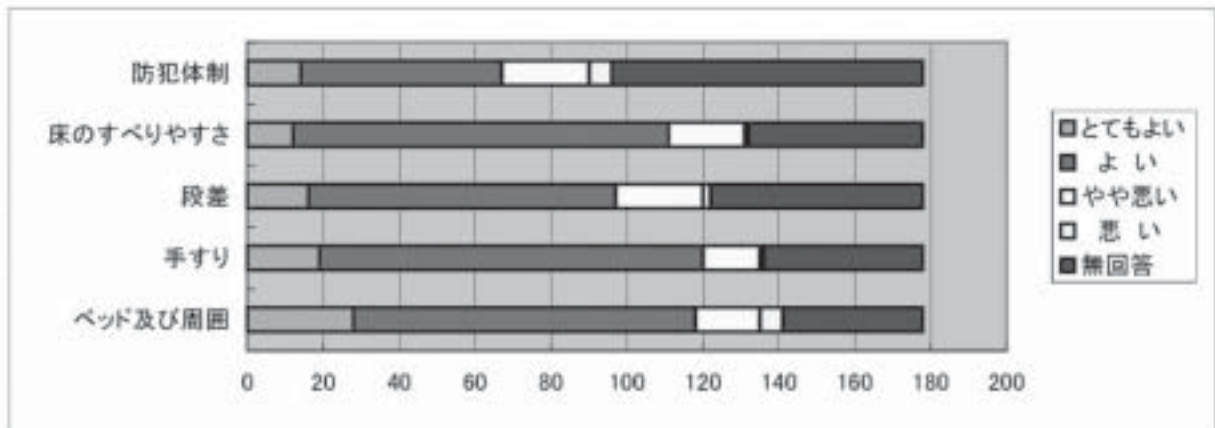
8. 患者様へのプライバシーの配慮は、いかがですか

	とてもよい	よい	やや悪い	悪い	無回答	合計
医師	71	76	1	1	29	178
看護師	59	86	3	1	29	178
その他の医療スタッフ	29	71	10	2	66	178



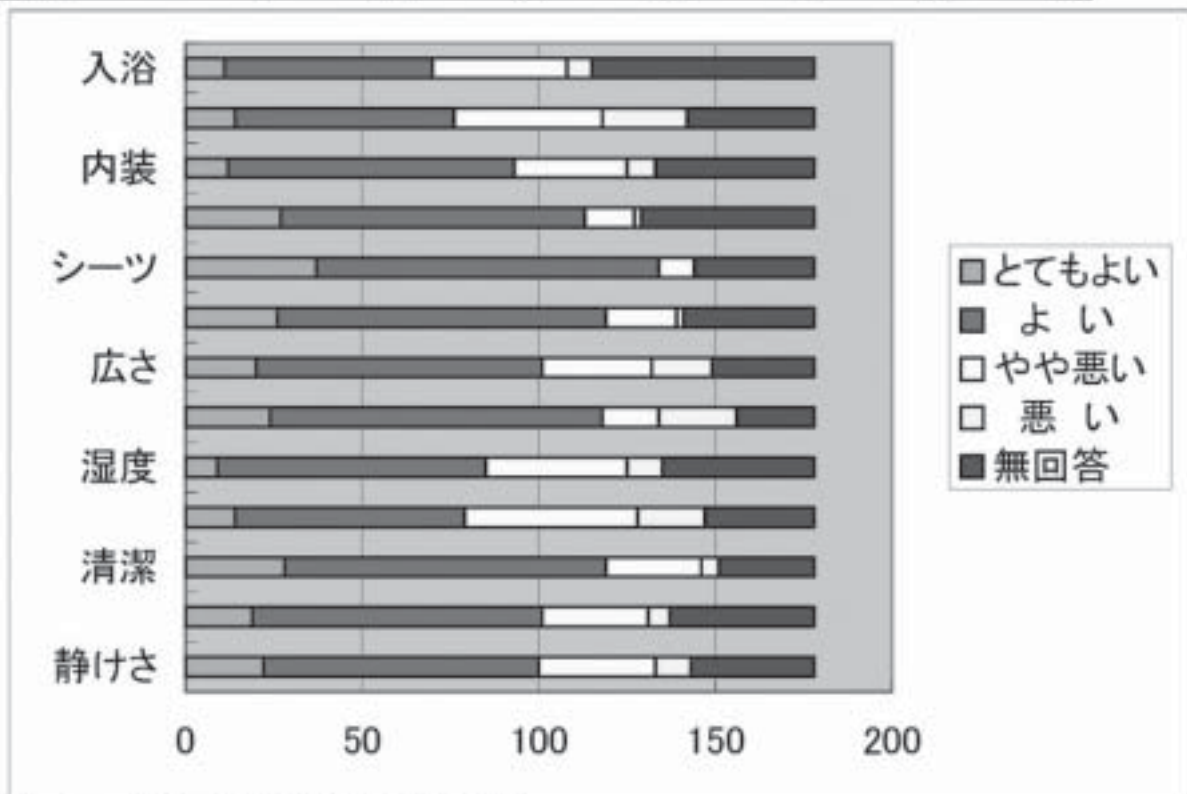
9. 病院内での安全性については、(総合的に)いかがですか

	とてもよい	よい	やや悪い	悪い	無回答	合計
ベッド及び周囲	28	90	17	6	37	178
手すり	19	101	15	1	42	178
段差	16	81	23	2	56	178
床のすべりやすさ	12	99	20	1	46	178
防犯体制	14	53	23	6	82	178



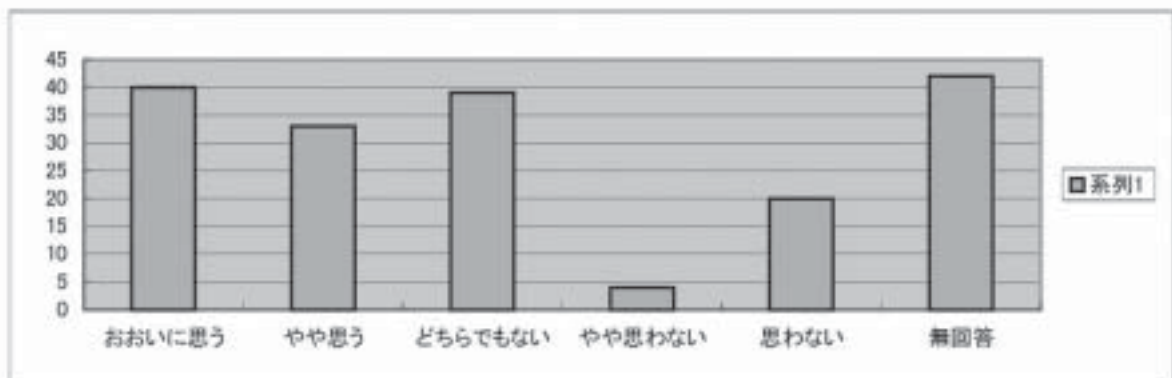
10. 院内の快適さは、いかがですか

	とてもよい	よい	やや悪い	悪い	無回答	合計
静けさ	22	78	33	10	35	178
におい	19	82	30	6	41	178
清潔	28	91	27	5	27	178
温度	14	65	49	19	31	178
湿度	9	76	40	10	43	178
明るさ	24	94	16	22	22	178
広さ	20	81	31	17	29	178
ベッド	26	93	20	2	37	178
シーツ	37	97	10	0	34	178
病衣	27	86	14	2	49	178
内装	12	81	32	8	45	178
食事	14	62	42	24	36	178
入浴	11	59	38	7	63	178



11. ナースキャップは、必要と思いますか

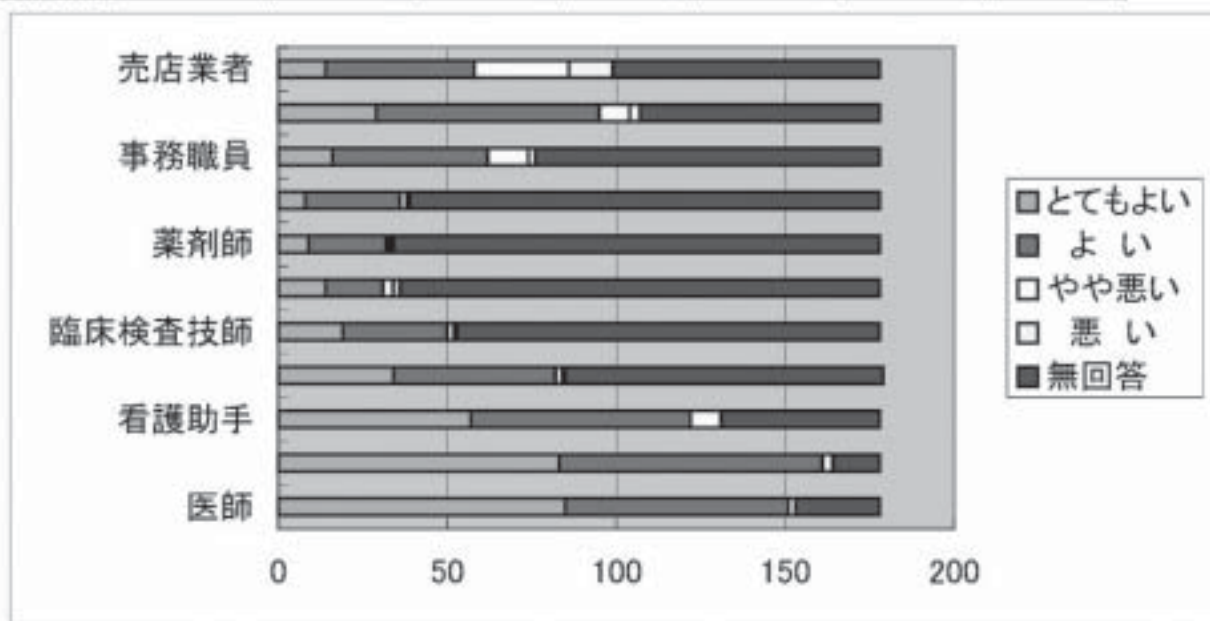
おおいに思う	やや思う	どちらでもない	やや思わない	思わない	無回答	合計
40	33	39	4	20	42	178





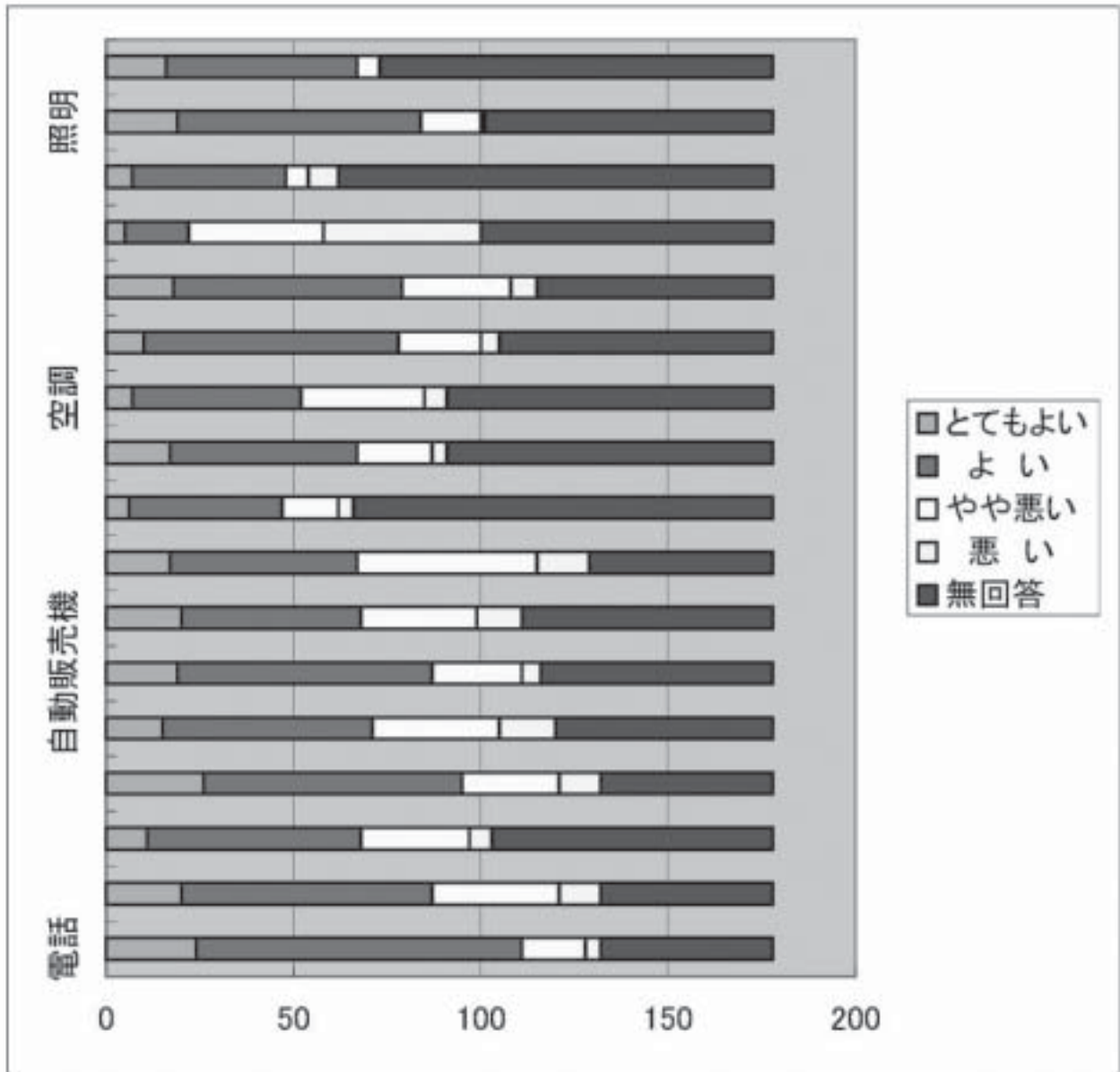
### 12. 各職員の礼儀・言葉遣いは、いかがですか

	とてもよい	よい	やや悪い	悪い	無回答	合計
医師	85	66	2	0	25	178
看護師	83	78	3	0	14	178
看護助手	57	65	9	0	47	178
放射線技師	34	48	2	1	94	178
臨床検査技師	19	31	2	1	125	178
理学療法士	14	17	3	2	142	178
薬剤師	9	23	1	1	144	178
栄養士	8	28	2	1	139	178
事務職員	16	46	12	2	102	178
清掃業	29	66	9	3	71	178
売店業者	14	44	28	13	79	178



### 13. 病院内の設備については、いかがですか

	とてもよい	よい	やや悪い	悪い	無回答	合計
電話	24	87	17	4	46	178
冷蔵庫	20	67	34	11	46	178
洗濯機	11	57	29	6	75	178
テレビ	26	69	26	11	46	178
売店	15	56	34	15	58	178
自動販売機	19	68	24	5	62	178
浴室	20	48	31	12	67	178
トイレ	17	50	48	14	49	178
清拭室	6	41	15	4	112	178
両替機	17	50	20	4	87	178
空調	7	45	33	6	87	178
食事談話室	10	68	22	5	73	178
案内表示	18	61	29	7	63	178
駐車場	5	17	36	42	78	178
BGM	7	41	6	8	116	178
照明	19	65	16	1	77	178
キャッシュコーナー	16	51	6	0	105	178



#### 14. 自由記載

##### ※ 看護職員に関すること

- ・看護師さんらは全身つかって患者を観ています ありがとうございます
- ・病棟内の医師、看護師、その他のスタッフの皆様、あまり気を使わずに良いと思います
- ・少し気の毒に思った(短期入院患者)
- ・暖かく、やさしい話しかけをされると心が和む
- ・看護師さんにも個人差があって、よく気に付く人とそうでない人がある
- ・動けない患者のベットは、気をつけて手をかけ、きれいに手伝ってくれるよう指導願いたい
- ・外科の看護師、上のひとたちとても明るく、病人、気の弱い私たちの強い励まし、本当に感謝します
- ・見舞いに来て、ちょうどお昼のこと、新人さんにきたところ、わからないので、エレベーターに乗ってください といわれましたが、その人は、これでは分からず伝えてくださいとのこと(原文のまま)

##### ※ 医師に関すること

- ・先生が少ないんじゃないですか
- ・病状説明時、今の状態と治療方針などを、より具体的に知りたい 患者自身も少しは対策をたてて努力できると思うが

##### ※ その他の職種に関すること

- ・リハビリテーションの先生たちは、見ない顔をして全身を目にしてみています ありがとうございます
- ・リハビリ室の〇〇先生はいつも怖い顔をしていて、〇〇先生はいつもニタニタ(女性には特に)ブラブラしているように見える
- ・〇〇という先生は、言葉遣いが悪く挨拶もろくにしない 自分の患者以外は無視し態度が悪い
- ・若い先生たちは(リハビリ)とても元気があって雰囲気をよくしているので気持ちが良い 患者の対応もとてもよく明るくなる
- ・受付の女の人あんまり態度良くない(リハビリ)
- ・現在の小児科の先生及びスタッフ全員は、親切で子供たちにも優しくしていただいて、ありがたく思っています がその反面、売店の古くから働いている従業員の態度は、いかがなものでしょうか？ 以前子供を先に売店へ行かせた時、古くからいる方が子供に対し「親と一緒に買物できないでしょ！何でもさわるんじゃない！」と言ってました まだ小さな子供だったので、当然親である私も後から付いていったのですが「まさか？」と自分の耳を疑ってしまいました 他にも高価なおもちゃを子供に見せて「お母さんに買ってもらいなさいよ！」などと親のいる前でも平気な顔をして話しをするなんてひどすぎませんか？ 事務所横に売店への苦情がよくかかれています、本当に注意されているのでしょうか？いまだに直ってはいないと思います また、価格が高すぎ1割引いてもいいのでは？

##### ※ 設備に関すること

- ・エアコン設備が必要だと思う 患者が具合が悪くなる
- ・雑音が多い(トイレの水、食事談話室、喫煙室)
- ・トイレが少ないように思います(2件)
- ・トイレのことで、手洗いのとき下に簡易便所があるので不自由な身をよこむきしなければ洗えず不自由な思いをしています
- ・ウォッシュレットトイレはとても良いので増やしてほしい(2件)
- ・洗面所をもう少し遣いやすくと思う
- ・談話室ですが、タバコのおいが流れてきて嫌です
- ・駐車場が少ない
- ・洗濯機は後から柔軟剤を入れなくてはならず、入れるタイミングをはかるため何度も見に行かなくてはならないので不便でした
- ・洗面所にも手洗い洗剤を置いてほしい トイレにも便座クリーナーのようなものを置いてほしい
- ・リハビリ室は、いつ掃除しているんでしょう？ もっときれいにした方がいいと思う
- ・今夏は、非常に高温で空調設備が必要と思われた
- ・散歩コースがあると楽しいかと思えます
- ・テレビが大きすぎて、場所をとって、小さいので良いと思う
- ・お風呂に時計があれば、あせらずに安心して入っておれる感がつよくなりました
- ・電話室が、かけるたび廊下に響くため、一台だけの部屋があればいいかな(2件)

- ・病人が夜になるとトイレに行き、水を流す音が遠くまで聞こえるので気になります
- ・窓のクモの巣が、気がかり、部屋のひとたちが言ってます
- ・個室があつて手術や重篤時、病気への受容時期などへの配慮を希望します
- ・小児科に幼少の子供が入院したとき、親はずっと付き添いをして食事の不便さを感じます 弁当だとお金がかかるし、子供のそばを離れることも多くなるし、希望をとって親の一般食も給食でだしてもらふことはできないのでしょうか
- ・子供の入院は幼ければ幼いほど付きっきりになるため、それだけ配慮が必要になります(付き添いの件、入院時の駐車～子供の荷物が多くなるため)
- ・病室に虫が入ってきて虫に刺されました(ここは病院なのに)
- ・各階に喫煙所がほしいですね 夜に2階や4階に行くのがこわく気持ち悪いから
- ・自動販売機や氷の販売機があるともっと良くなるのでは？
- ・月に一度ぐらいは患者の病状に分けた「バイキング」があると喜ばれると思います

※ その他

- ・食事時間前に談話室を出されるのは困るときがある(面会者がいる場合)
- ・毎日が安心してすごせます(涙もろい私)
- ・毎日、楽しく暮らせていい思い出でした 心の1ページになり、帰ってからの宣伝にします
- ・質問表で知らない、分からないところは空白にしました 不満な点は、全体のほんの一部なのですが、一部の悪い物や人によって、全体の評価は凄く下がります 残念です その人本人や物に気づいていただければよいのですが

※ 精神神経科病棟に関すること

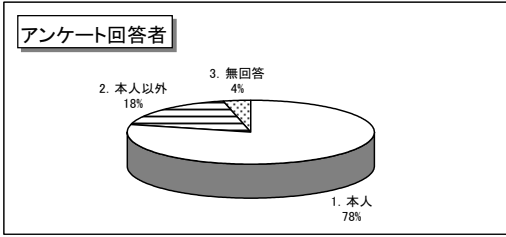
- ・食事(おかず)の種類がもう少し変化のあるほうがよい
- ・朝食にパンの希望があれば、パン食をだしてほしい
- ・洗面所の鏡を左へ移してほしい
- ・トイレがたまに汚れていることがある(便座、トイレの蓋)患者が使用するトイレもたまにチェックしてほしい
- ・月に何度か、夜間オアシスパークでの暴走行為で、ブレーキ音がうるさくて困る 警察と一緒にこのような行為をなくしてほしい

病院サービスに対する入院・外来患者の意識調査とまとめ

患者アンケート(外来)

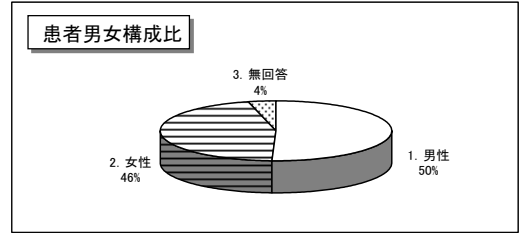
1. ご記入いただく方は？

1. 本人	2. 本人以外	無回答	合計
267	60	12	339



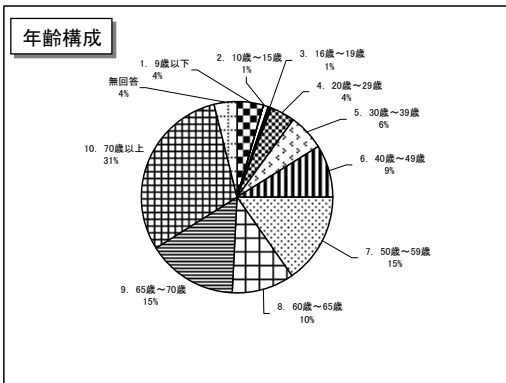
2. 患者様の性別

1. 男性	2. 女性	無回答	合計
171	155	13	339



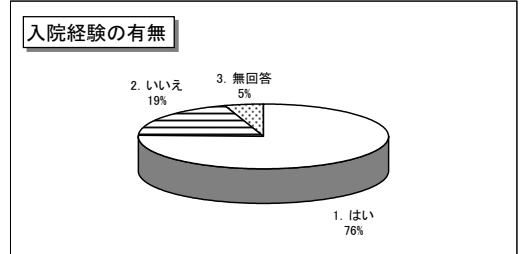
3. 年齢

1. 9歳以下	2. 10歳～15歳	3. 16歳～19歳	4. 20歳～29歳	5. 30歳～39歳	6. 40歳～49歳
15	3	2	14	21	30
7. 50歳～59歳	8. 60歳～65歳	9. 65歳～70歳	10. 70歳以上	無回答	合計
52	35	52	102	13	339



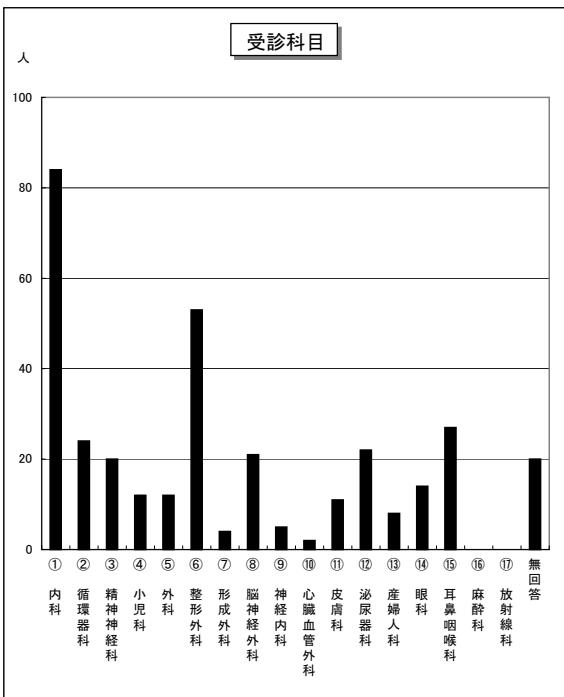
4. 入院された経験はありますか。

1. はい	2. いいえ	3. 無回答	合計
256	66	17	339



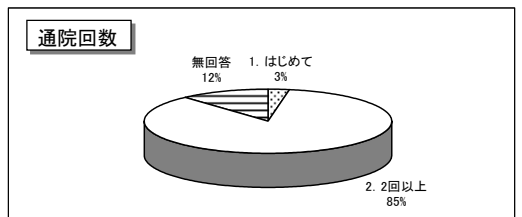
5. 診療科(本日受診された診療科をすべて選んでください。主たる診療科1つには◎をつけてください。)

① 内科	② 循環器科	③ 精神神経科	④ 小児科	⑤ 外科	⑥ 整形外科	⑦ 形成外科	⑧ 脳神経外科	⑨ 神経内科	⑩ 心臓血管外科
84	24	20	12	12	53	4	21	5	2
⑪ 皮膚科	⑫ 泌尿器科	⑬ 産婦人科	⑭ 眼科	⑮ 耳鼻咽喉科	⑯ 麻酔科	⑰ 放射線科	無回答	合計	
11	22	8	14	27	0	0	20	339	



6. 当院の通院回数

1) 来院されるのは	1. はじめて	2. 2回以上	無回答	合計
	9	290	40	339



2) 定期的に通院している方は、お答えください。

1. 1～2週に1回	2. 1ヶ月に1回	3. 2～3ヶ月に1回	4. 半年に1回	5. 1年に1回
66	91	45	7	3
6. その他	無回答	合計		
36	91	339		

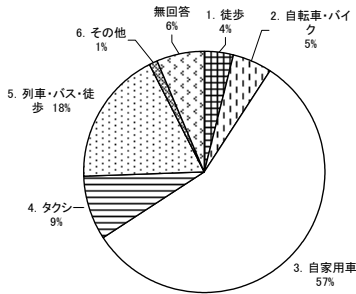
7. 本日の受診は

1. 予約	2. 予約外	3. 無回答	合計
178	122	39	339

8. 当院までの交通の手段は

1. 徒歩	2. 自転車・バイク	3. 自家用車	4. タクシー	5. 列車・バス・徒歩	6. その他	無回答	合計
13	18	192	29	62	3	22	339

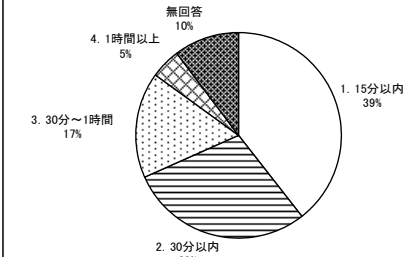
交通手段



9. 当院までの所要時間は

1. 15分以内	2. 30分以内	3. 30分~1時間	4. 1時間以上	無回答	合計
134	98	56	16	35	339

通院時間



10. 当院を選んだ理由 (該当する箇所に○をしてください。主たる)

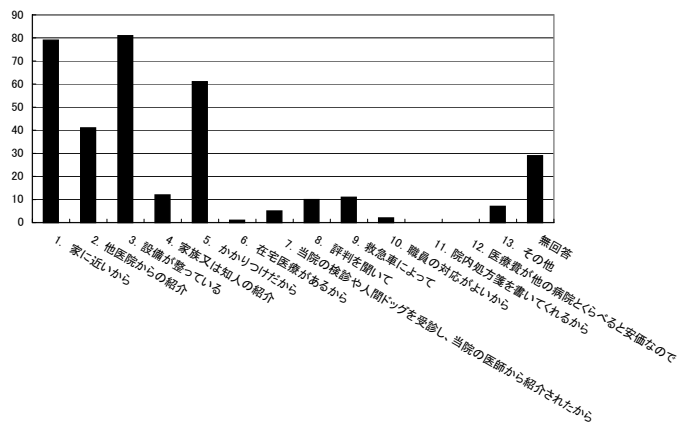
1. 家に近いから	2. 他医院からの紹介	3. 設備が整っている	4. 家族又は知人の紹介	5. かかりつけだから	6. 在宅医療があるから	7. 当院の検診や人間ドッグを受診し、当院の医師から紹介されたから	8. 評判を聞いて
79	41	81	12	61	1	5	10
9. 救急車によって	10. 職員の対応がよいから	11. 院内処方箋を書いてくれるから	12. 医療費が他の病院と比べると安価なので	13. その他	無回答	合計	
11	2	0	0	7	29	339	



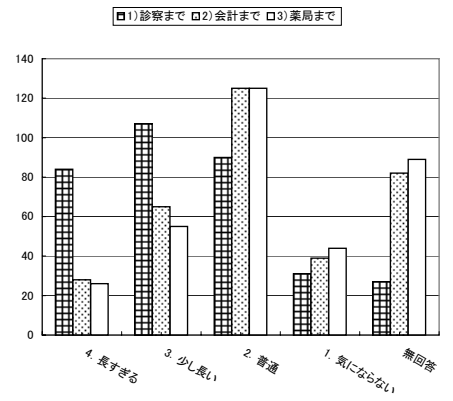
11. 待ち時間について

	4. 長すぎる	3. 少し長い	2. 普通	1. 気にならない	無回答	合計
1) 診察まで	84	107	90	31	27	339
2) 会計まで	28	65	125	39	82	339
3) 薬局まで	26	55	125	44	89	339

当院を選んだ理由

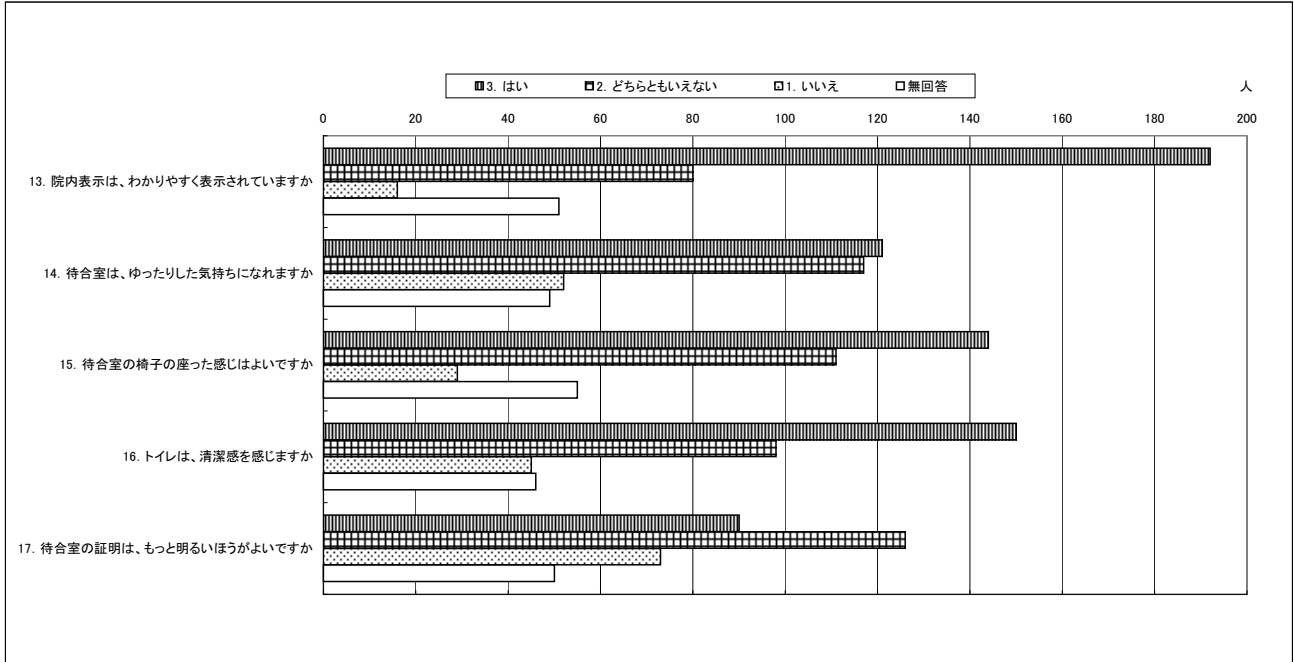


待ち時間



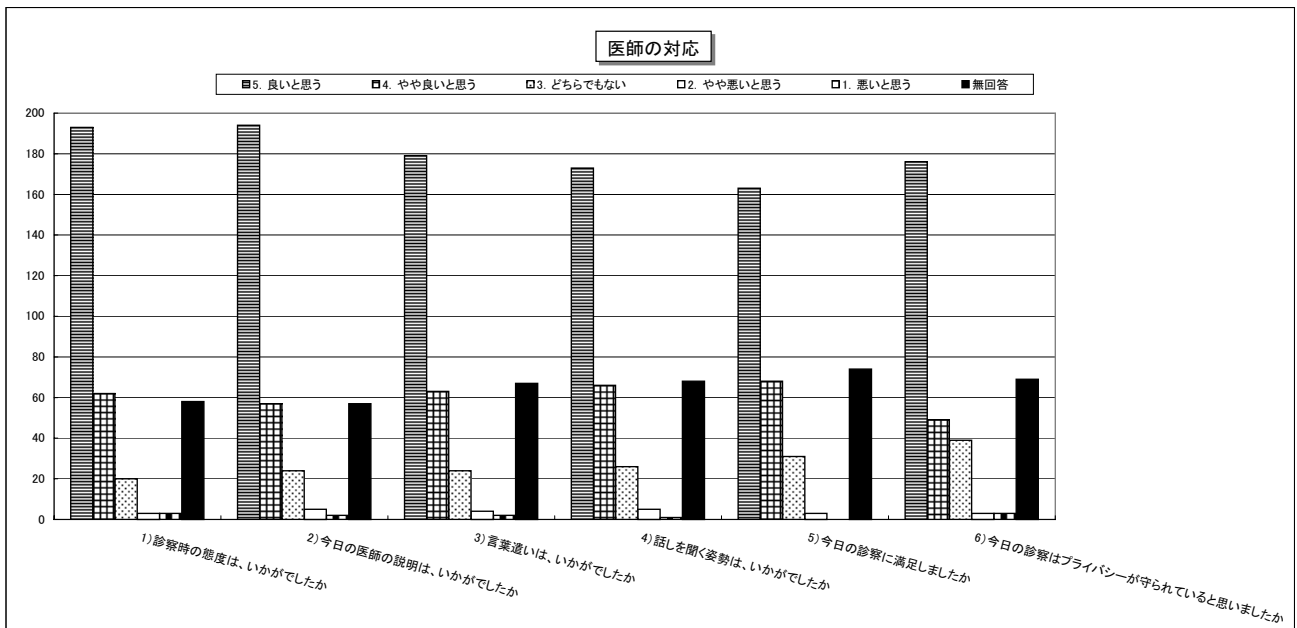
12. 本日の待ち時間は受付から最初の診察までおおよそどの位の時間がかかりましたか？	平均：1時間03分
--	-----------

	3. はい	2. どちらともいえない	1. いいえ	無回答	合計
13. 院内表示は、わかりやすく表示されていますか	192	80	16	51	339
14. 待合室は、ゆったりした気持ちになれますか	121	117	52	49	339
15. 待合室の椅子の座った感じはよいですか	144	111	29	55	339
16. トイレは、清潔感を感じますか	150	98	45	46	339
17. 待合室の証明は、もっと明るいほうがよいですか	90	126	73	50	339



18. 職員の対応についてお伺いいたします。(本日対応した職員でかまいません)

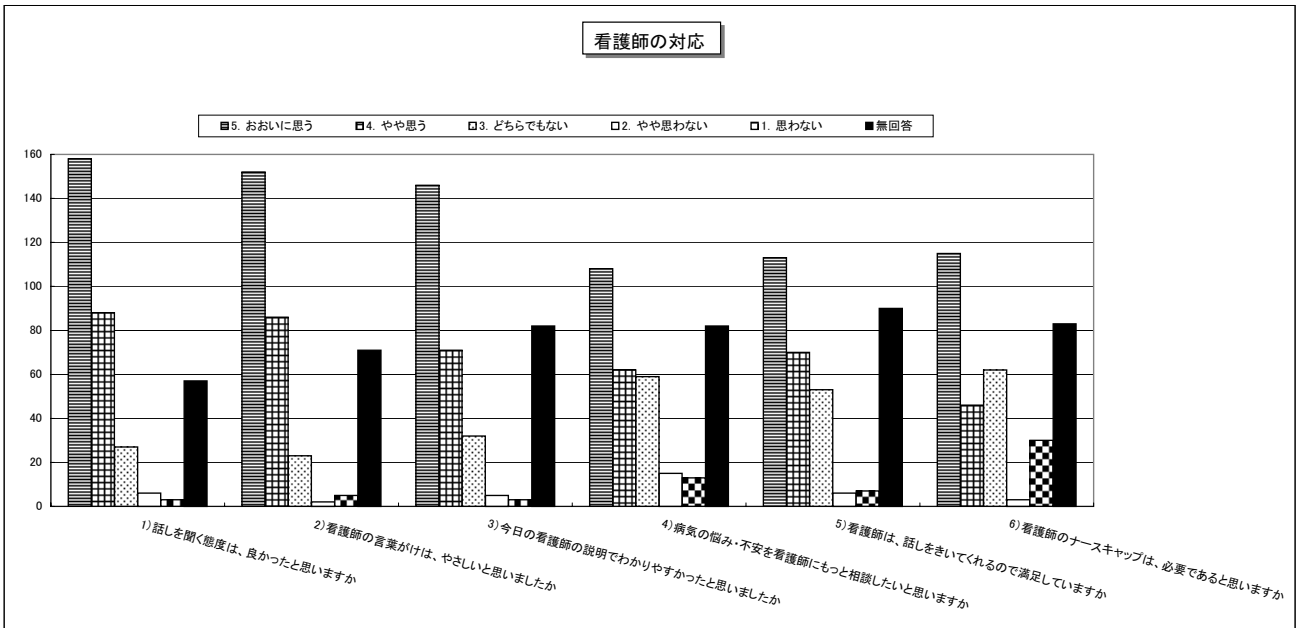
(1)今日の医師は	5. 良いと思う	4. やや良いと思う	3. どちらでもない	2. やや悪いと思う	1. 悪いと思う	無回答	合計
1) 診察時の態度は、いかがでしたか	193	62	20	3	3	58	339
2) 今日の医師の説明は、いかがでしたか	194	57	24	5	2	57	339
3) 言葉遣いは、いかがでしたか	179	63	24	4	2	67	339
4) 話しを聞く姿勢は、いかがでしたか	173	66	26	5	1	68	339
5) 今日の診察に満足しましたか	163	68	31	3	0	74	339
6) 今日の診察はプライバシーが守られていると思えましたか	176	49	39	3	3	69	339



18. 職員の対応についてお伺いいたします。(本日対応した職員でかまいません)

(2) 今日の看護師は	5. おおいに思う	4. やや思う	3. どちらでもない	2. やや思わない	1. 思わない	無回答	合計
1) 話しを聞く態度は、良かったと思いますか	158	88	27	6	3	57	339
2) 看護師の言葉がけは、やさしいと思いましたか	152	86	23	2	5	71	339
3) 今日の看護師の説明でわかりやすかったと思いましたか	146	71	32	5	3	82	339
4) 病気の悩み・不安を看護師にもっと相談したいと思いますか	108	62	59	15	13	82	339
5) 看護師は、話しをきいてくれるので満足していますか	113	70	53	6	7	90	339
6) 看護師のナースキャップは、必要であると思いますか	115	46	62	3	30	83	339

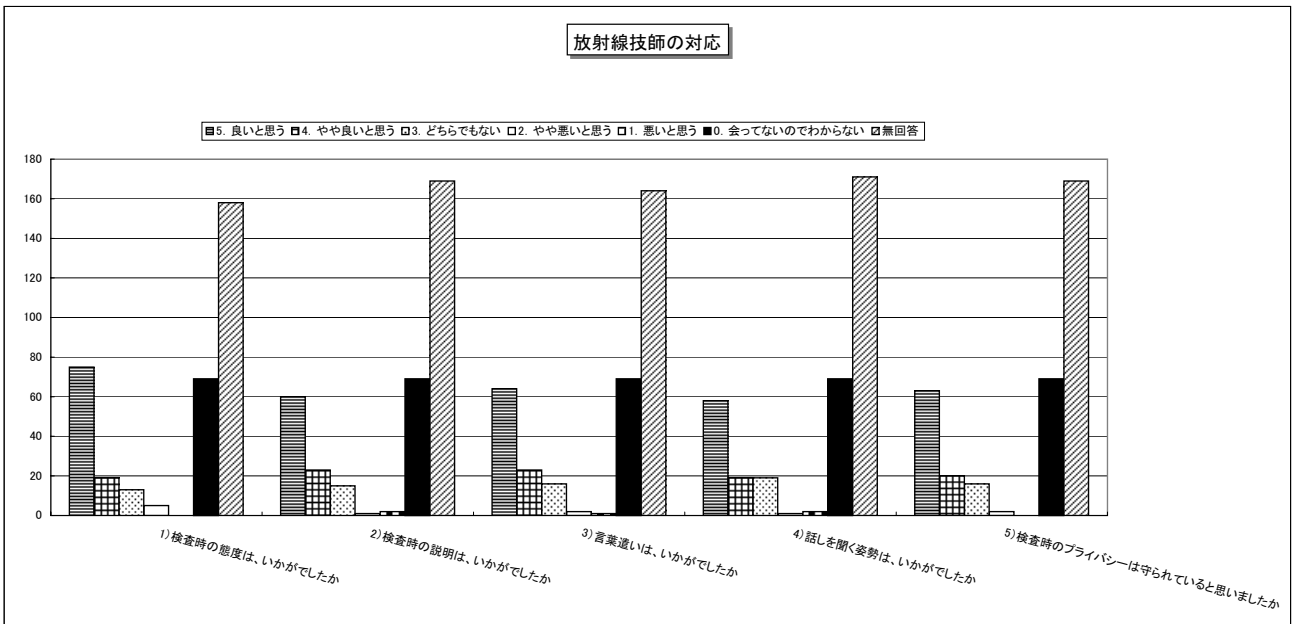
看護師の対応



18. 職員の対応についてお伺いいたします。(本日対応した職員でかまいません)

(3) 今日の放射線技師(レントゲン・CT)は	5. 良いと思う	4. やや良いと思う	3. どちらでもない	2. やや悪いと思う	1. 悪いと思う	0. 会ってないのでわからない	無回答	合計
1) 検査時の態度は、いかがでしたか	75	19	13	5	0	69	158	339
2) 検査時の説明は、いかがでしたか	60	23	15	1	2	69	169	339
3) 言葉遣いは、いかがでしたか	64	23	16	2	1	69	164	339
4) 話しを聞く姿勢は、いかがでしたか	58	19	19	1	2	69	171	339
5) 検査時のプライバシーは守られていると思いましたか	63	20	16	2	0	69	169	339

放射線技師の対応



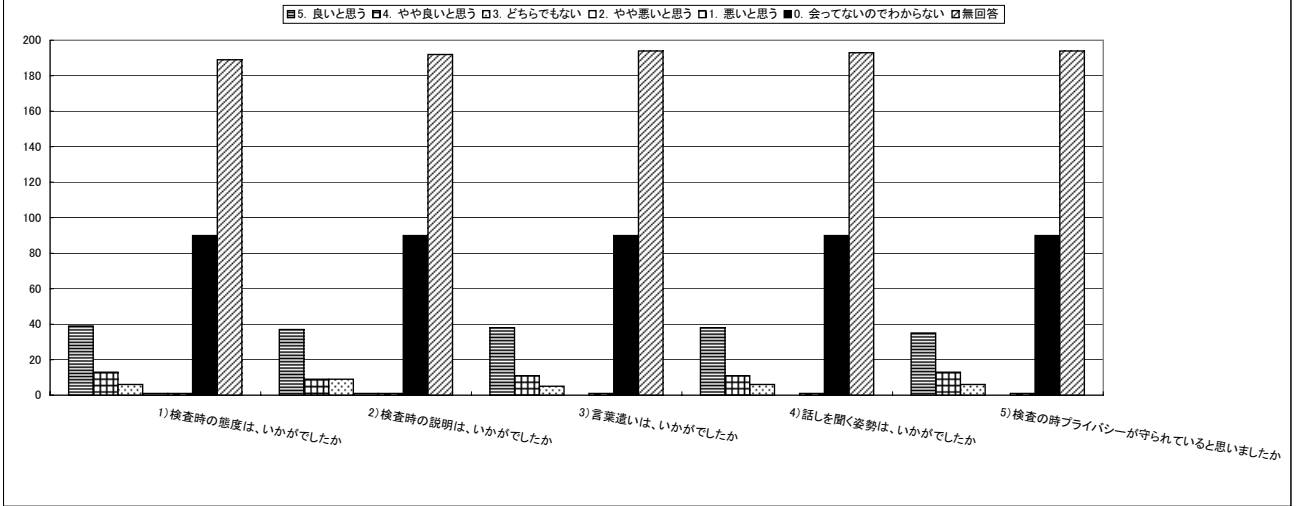


病院サービスに対する入院・外来患者の意識調査とまとめ

18. 職員の対応についてお伺いいたします。(本日対応した職員でかまいません)

(4) 今日の臨床検査技師(心電図・エコー)は	5. 良いと思う	4. やや良いと思う	3. どちらでもない	2. やや悪いと思う	1. 悪いと思う	0. 会ってないのでわからない	無回答	合計
1) 検査時の態度は、いかがでしたか	39	13	6	1	1	90	189	339
2) 検査時の説明は、いかがでしたか	37	9	9	1	1	90	192	339
3) 言葉遣いは、いかがでしたか	38	11	5	0	1	90	194	339
4) 話を聞く姿勢は、いかがでしたか	38	11	6	0	1	90	193	339
5) 検査の時プライバシーが守られていると思いましたか	35	13	6	0	1	90	194	339

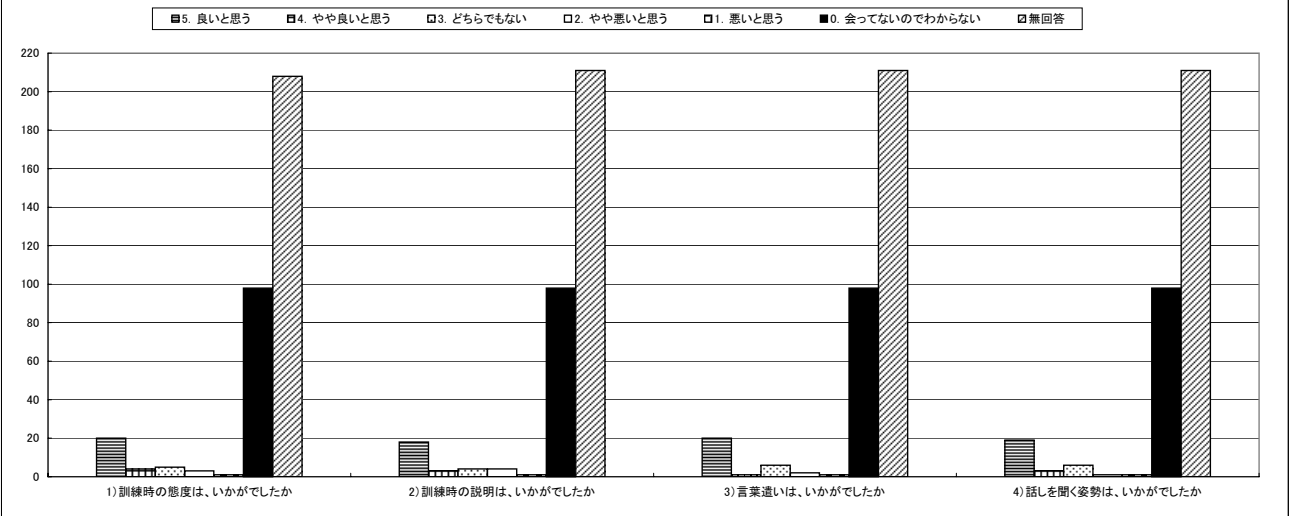
臨床検査技師の対応



18. 職員の対応についてお伺いいたします。(本日対応した職員でかまいません)

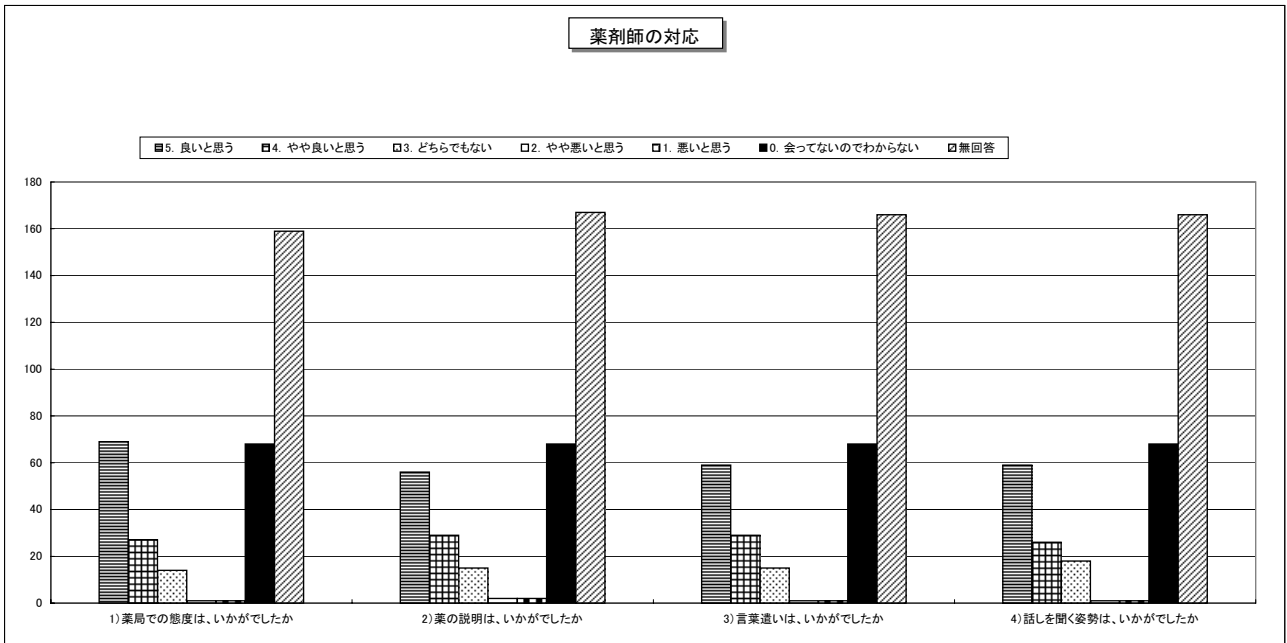
(5) 今日のリハビリテーションの職員は	5. 良いと思う	4. やや良いと思う	3. どちらでもない	2. やや悪いと思う	1. 悪いと思う	0. 会ってないのでわからない	無回答	合計
1) 訓練時の態度は、いかがでしたか	20	4	5	3	1	98	208	339
2) 訓練時の説明は、いかがでしたか	18	3	4	4	1	98	211	339
3) 言葉遣いは、いかがでしたか	20	1	6	2	1	98	211	339
4) 話を聞く姿勢は、いかがでしたか	19	3	6	1	1	98	211	339

リハビリ職員の対応



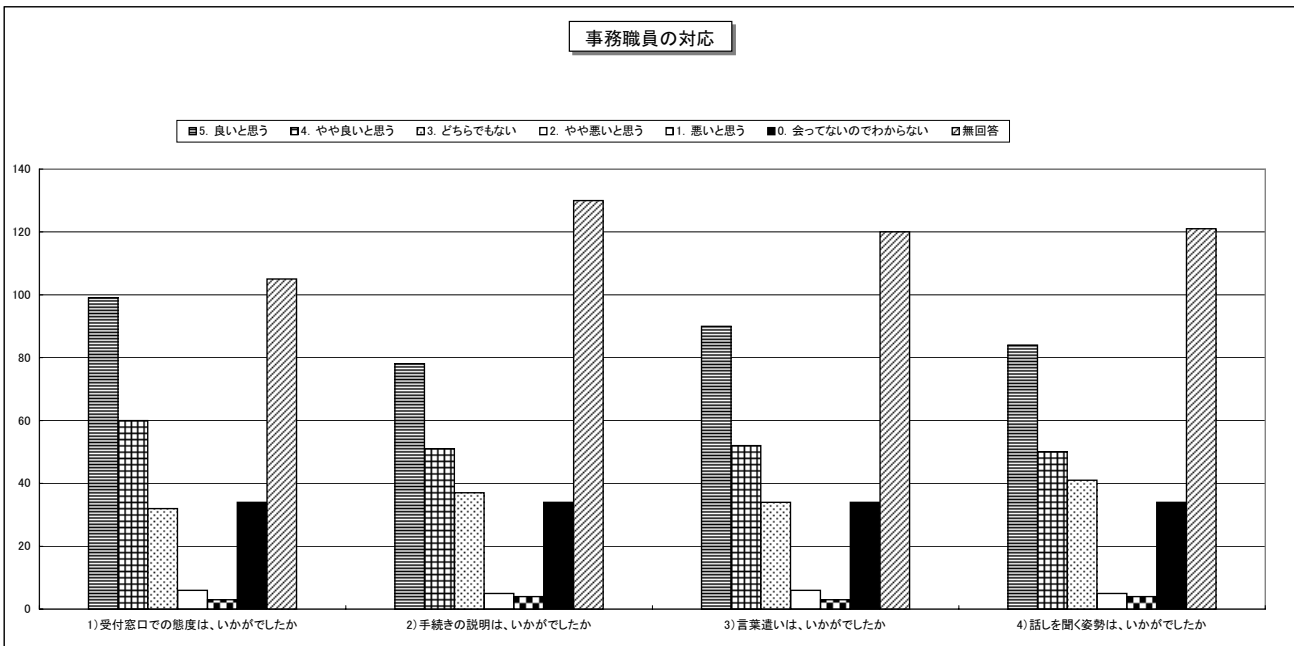
18. 職員の対応についてお伺いいたします。(本日対応した職員でかまいません)

(6) 今日の薬剤師の対応は	5. 良いと思う	4. やや良いと思う	3. どちらでもない	2. やや悪いと思う	1. 悪いと思う	0. 会ってないのでわからない	無回答	合計
1) 薬局での態度は、いかがでしたか	69	27	14	1	1	68	159	339
2) 薬の説明は、いかがでしたか	56	29	15	2	2	68	167	339
3) 言葉遣いは、いかがでしたか	59	29	15	1	1	68	166	339
4) 話しを聞く姿勢は、いかがでしたか	59	26	18	1	1	68	166	339



18. 職員の対応についてお伺いいたします。(本日対応した職員でかまいません)

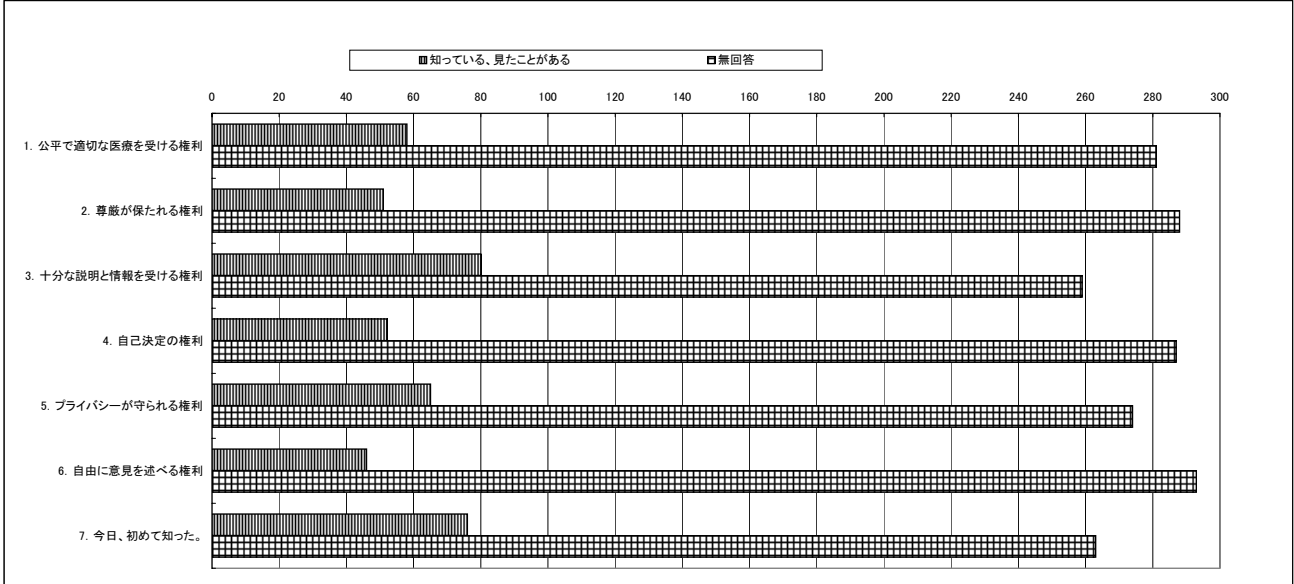
(7) 今日の事務職員は	5. 良いと思う	4. やや良いと思う	3. どちらでもない	2. やや悪いと思う	1. 悪いと思う	0. 会ってないのでわからない	無回答	合計
1) 受付窓口での態度は、いかがでしたか	99	60	32	6	3	34	105	339
2) 手続きの説明は、いかがでしたか	78	51	37	5	4	34	130	339
3) 言葉遣いは、いかがでしたか	90	52	34	6	3	34	120	339
4) 話しを聞く姿勢は、いかがでしたか	84	50	41	5	4	34	121	339



病院サービスに対する入院・外来患者の意識調査とまとめ

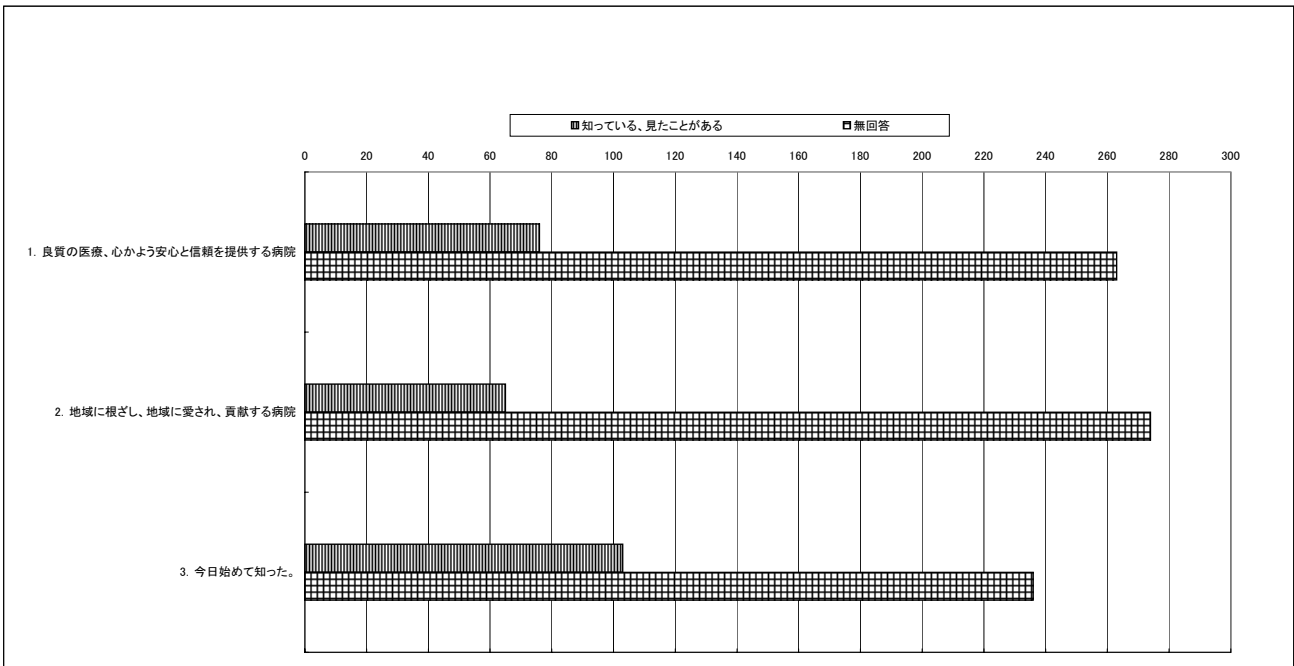
19. 当院では、患者さまと病院が信頼関係に基づいた医療を築き上げるために「患者の権利に関する宣言」(6項目)を定めました。知っている、見たことがある項目に○を付けて下さい。

	知っている、見たことがある	無回答	合計
1. 公平で適切な医療を受ける権利	58	281	339
2. 尊厳が保たれる権利	51	288	339
3. 十分な説明と情報を受ける権利	80	259	339
4. 自己決定の権利	52	287	339
5. プライバシーが守られる権利	65	274	339
6. 自由に意見を述べる権利	46	293	339
7. 今日、初めて知った。	76	263	339



20. 当院では、病院運営の信条として「病院理念」(2項目)を定めています。知っている、見たことがある項目に○をつけて下さい。

	知っている、見たことがある	無回答	合計
1. 良質の医療、心かよう安心と信頼を提供する病院	76	263	339
2. 地域に根ざし、地域に愛され、貢献する病院	65	274	339
3. 今日始めて知った。	103	236	339



## カラーページ

コレステロール結晶塞栓症 [高塚紀子ほか:本文41～42頁参照]



図1

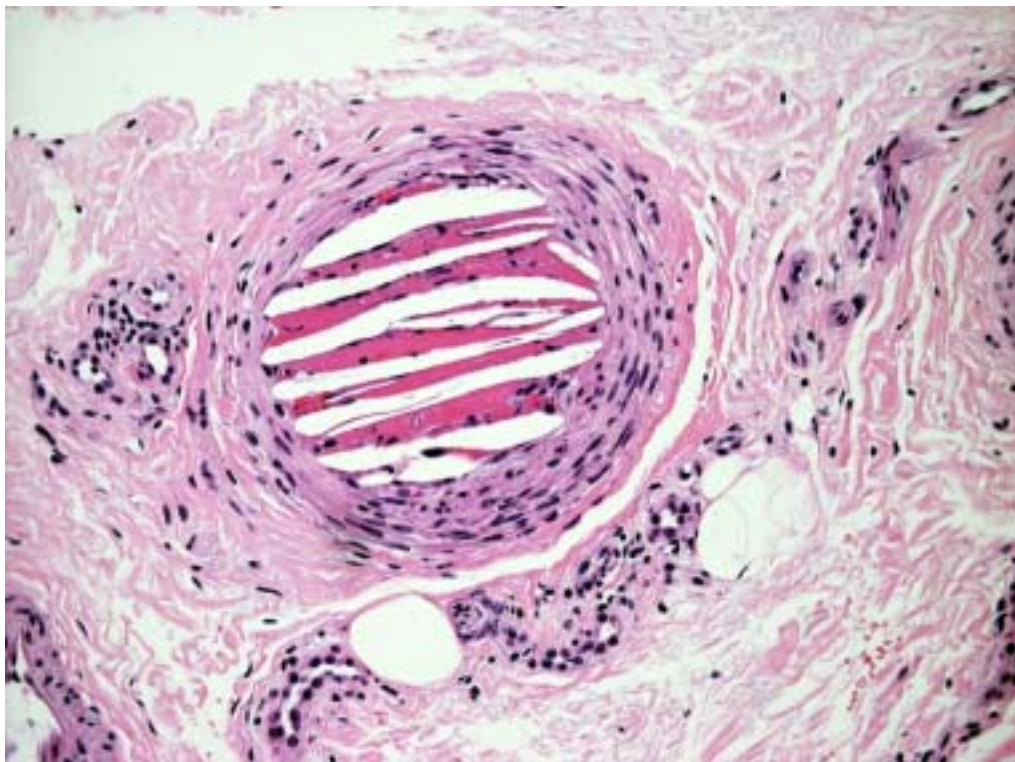


図2

Cronkhite-Canada症候群に上行結腸癌を合併した1例 [中野史人ほか:本文12~15頁参照]



図1



図3



図6

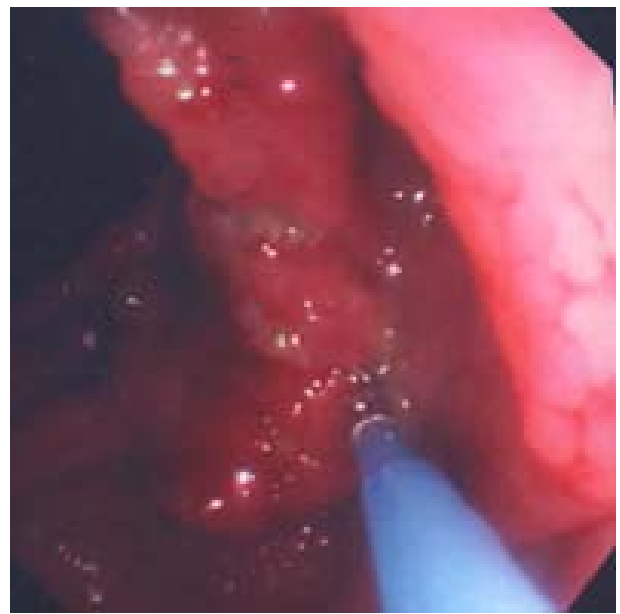


図8

IDA、Ara-Cにて寛解に至らずCAGが奏功したCD56陽性t(8;21)(q22,q22)陽性 AML-M2の1例  
[太田薫子ほか:本文16~18頁参照]

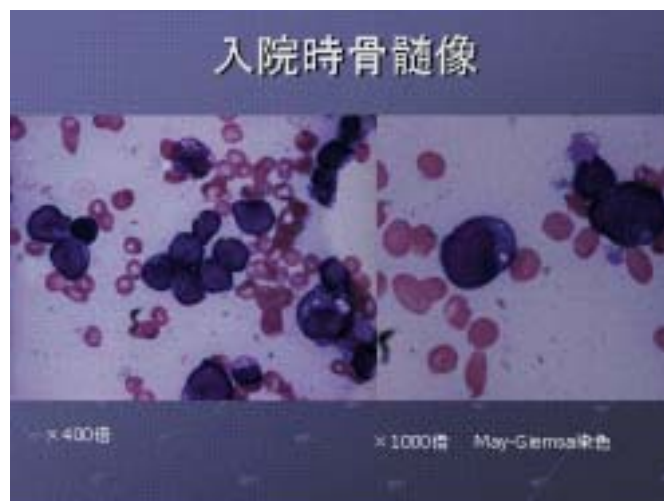


図1

後腹膜由来の巨大脂肪肉腫の一例 [柳田雄一郎ほか:本文19～21頁参照]

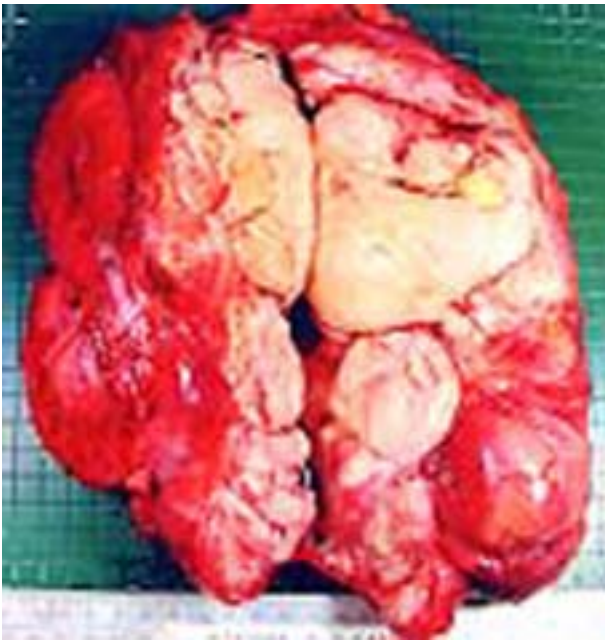


図4

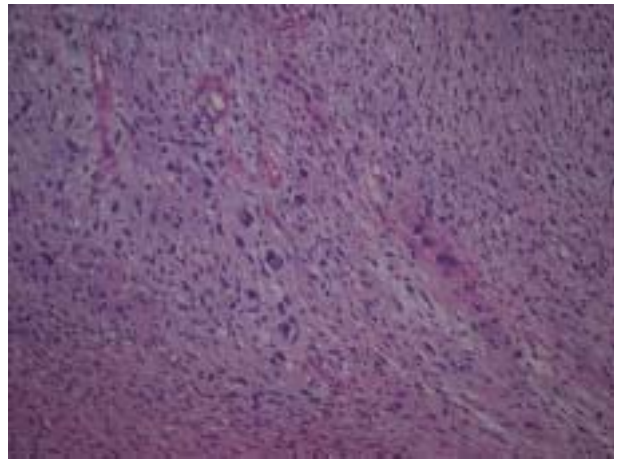


図5

異時性両側乳腺悪性リンパ腫の1症例 [林 俊治ほか:本文29～31頁参照]

手術:胸筋温存乳房切除術(Bt+Ax)

術後診断:右乳腺腫瘍(悪性リンパ腫)

病理診断: Malignant lymphoma of the breast

40×30mm, CD20 (+), diffuse large, B cell type,  
LN involvement (-)

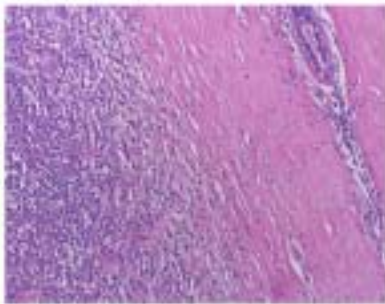


図8 再発時手術及び病理所見

膵体尾部癌術後2度の局所再発に対して外科的に切除した1例 [林 俊治ほか: 本文32~34頁参照]

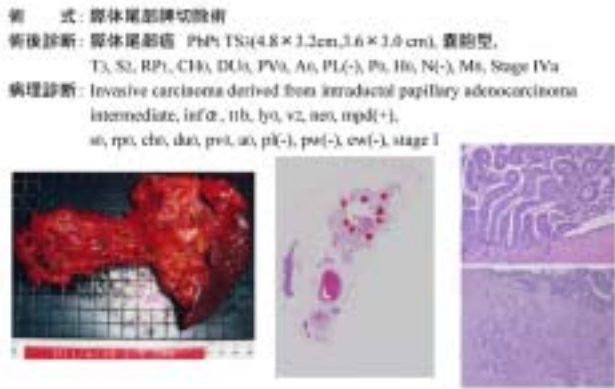


図3

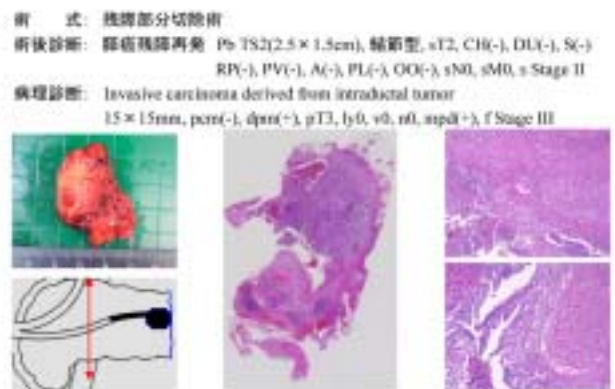


図5

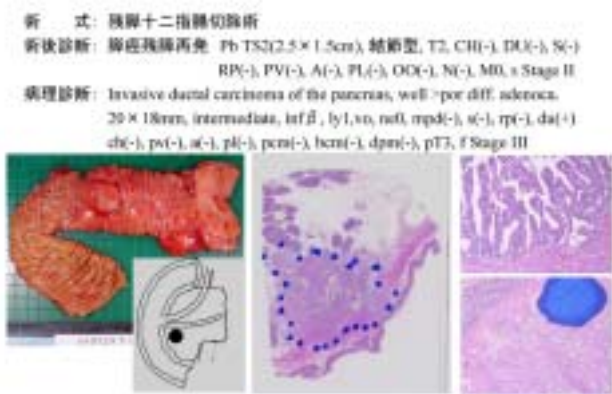


図7

側臥位手術の褥瘡予防—ずれに着目して— [井戸向 望: 本文88~91頁参照]



図1

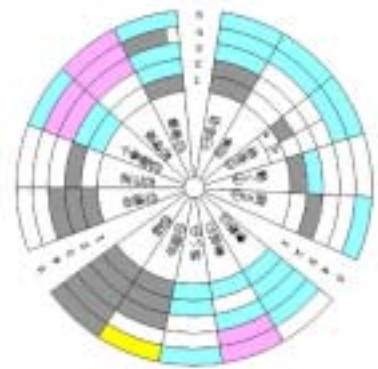
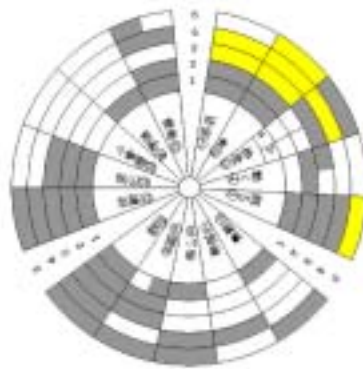
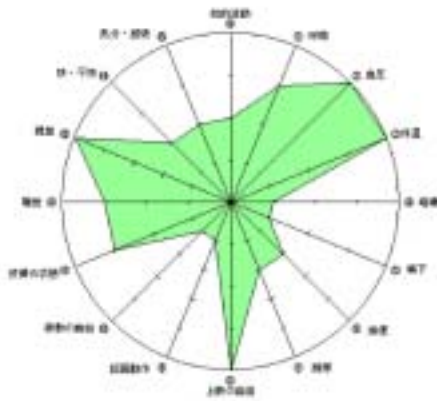
その人らしさを大切にした看護について [浦崎美樹ほか:本文97～99頁参照]

チャート履歴

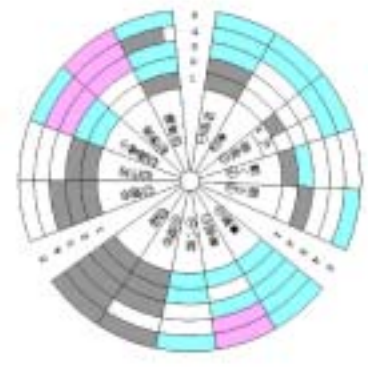
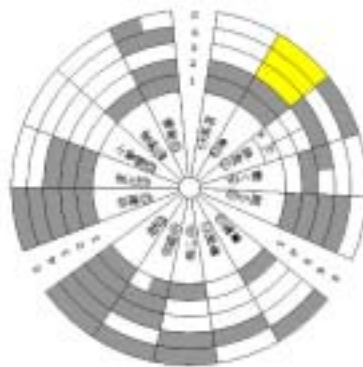
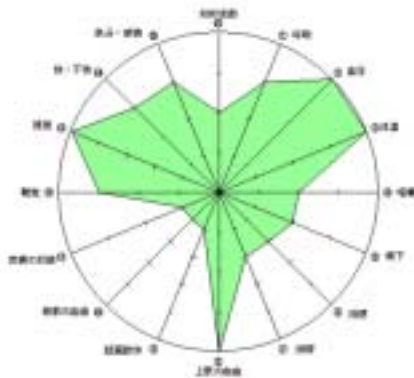
サマリーチャート作成日：2004年11月26日

(認識面)

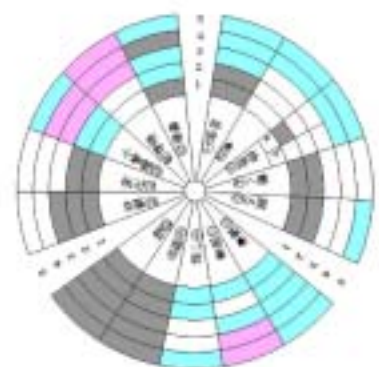
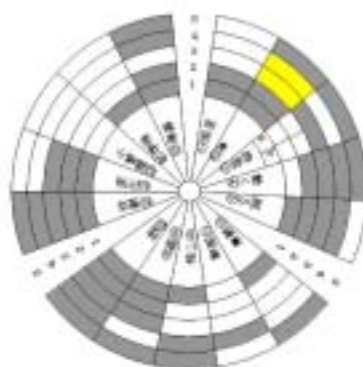
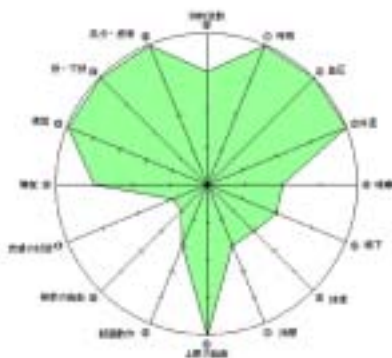
(行動面)



サマリーチャート作成日：2004年12月14日



サマリーチャート作成日：2004年12月29日





## 2004年 学術・学会活動記録

### 【内科】

#### ◆掲載論文

1. 輸血療法の適応と手法(輸血療法委員会より)  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 1~8,2004.)

渡部 直己

2. 胸腹部に多発する巨大neurofibromaの1例  
(砂川市立病院医学雑誌21巻第1号 15~17,2004.)

天野 虎次 北濱 秀一 渡邊安寿香  
新崎 人士 廣海 弘光 吉田 行範  
渡部 直己 日下 大隆 小熊 豊  
岩木 宏之

3. 画像診断により線毛性前腸性肝嚢胞と診断しえた2症例  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 18~21,2004.)

山田 史郎 吉田 行範 天野 虎次  
新崎 人士 廣海 弘光 北濱 秀一  
渡部 直己 日下 大隆 小熊 豊  
吉田 美佳 山田 有則

#### ◆学会発表

1. IDA, Ara-Cにて寛解に至らずCAGが奏功したCD56陽性t(8;21)  
(q22, q22)陽性 AML-M2の1例  
(第231回 日本内科学会北海道内科地方会 札幌市 6月)

太田 薫子 新崎 人士 中野 史人  
鈴木 誉也 廣海 弘光 吉田 行範  
渡部 直己 日下 大隆 小熊 豊

2. Cronkhite—Canada症候群に上行結腸癌を合併した1例  
(第232回 日本内科学会北海道内科地方会 札幌市 9月)

中野 史人 廣海 弘光 渡部 直己  
日下 大隆 小熊 豊 岩木 宏之

3. 当院で経験した血液疾患の症例  
(北空知内科集談会 滝川市 11月)

新崎 人士

4. Cronkhite—Canada症候群に上行結腸癌を合併した1例  
(空知医師会集談会 砂川市 11月)

中野 史人 廣海 弘光 河村 秀仁  
上田 敬子 西村 洋昭 太田 薫子  
鈴木 誉也 新崎 人士 吉田 行範  
渡部 直己 日下 大隆 小熊 豊  
岩木 宏之

### 【精神神経科】

#### ◆掲載論文

1. 大脳皮質基底核変性症の1例  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 22~24,2004.)

今井 智之 野守夏波子 内海久美子  
寺岡 政敏

#### ◆学会発表

1. もの忘れ専門外来を開設して  
(第1回中空知・市民フォーラム 砂川市 6月)
2. 痴呆の早期診断と地域連携を目指して  
(第4回北海道アルツハイマー型痴呆研究会 札幌市 7月)
3. 痴呆高齢者の症状とその対応  
(薬知会研修会 奈井江町 10月)

内海久美子

内海久美子

内海久美子

4. 痴呆の早期発見と診断のポイント  
～もの忘れ専門外来と地域ネットワークを通して～  
(芦別三師会学術講演会 芦別市 11月) 内海久美子
5. 痴呆の早期発見と診断のポイント  
～もの忘れ専門外来と地域ネットワークを通して～  
(南空知臨床研修会 特別講演 岩見沢市 11月) 内海久美子
6. 認知症ケアに果たす地域ネットワークの役割と今後の課題  
～北海道空知地区における経験から～  
(埼玉痴呆性疾患懇話会 埼玉 3月) 内海久美子

## 【循環器科】

## ◆掲載論文

1. 左冠動脈主幹部に生じた冠動脈瘤の1例  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 32～35,2004.) 山本 桂子 伊藤 文博 佐々木 基  
平林 高之

## ◆学会発表

1. どのような高血圧患者を専門医に紹介すべきか  
(第1回奈井江町臨床高血圧研究会 奈井江町 11月) 平林 高之
2. 日常臨床で遭遇する不整脈と最近の話題  
(第1回深川心臓研究会 深川市 11月) 平林 高之
3. 心血管疾患へのMDCTの応用  
(第22回北空知内科集談会 滝川市 11月) 平林 高之
4. 閉塞性動脈硬化におけるABIの有用性  
(第33回空知心臓臨床検討会 砂川市 11月) 清水 紀宏
5. 閉塞性動脈硬化におけるABIの有用性  
(空知医師会集談会 砂川市 11月) 清水 紀宏
6. 日常臨床で遭遇する不整脈と最近の話題  
(第53回砂川心臓研究会 砂川市 11月) 平林 高之

## 【小児科】

## ◆学会発表

1. 高インスリン血症による新生児難治性低血糖に対するジアゾキサイドを用いた治療経験  
(平成16年空知医師会集談会 砂川市 11月) 竹内 亮 藤田 正樹 野上亜津彩
2. アセトアミノフェンにより水疱形成をみた紅皮症型薬疹の1例  
(日本小児科学会北海道地方会第262回例会 札幌市 2月) 竹内 亮 藤田 正樹 野上亜津彩

## 【外科】

## ◆掲載論文

1. 食道癌肉腫の1例  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 36～38,2004.) 安念 和哉 菊地 弘展 田口 宏一  
湊 正意 岩木 宏之

2. 胆管癌手術例の治療成績  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 39～41,2004.)

安念 和哉 林 俊治 田口 宏一  
湊 正意

3. 術前放射線化学療法によって病理学的に著効と判定された  
進行食道癌の1切除例  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 42～44,2004.)

安念 和哉 林 俊治 田口 宏一  
湊 正意 岩木 宏之

4. 下部胆管癌と悪性リンパ腫を合併した1症例  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 45～47,2004.)

林 俊治 安念 和哉 田口 宏一  
湊 正意 岩木 宏之

◆学会発表

1. 術前放射線化学療法によって病理学的に著効と判定された  
進行食道癌の1切除例  
(第80回 北海道外科学会 札幌市 2月)

安念 和哉 林 俊治 田口 宏一  
湊 正意

2. 消化管手術における術後管理の比較(主にドレーンの有効性の検討)  
(第7回 北大第1外科集談会 札幌市 7月)

田口 宏一 安念 和哉 林 俊治  
湊 正意

3. 異時性両側乳腺悪性リンパ腫の1例  
(第85回 日本臨床外科学会北海道支部総会 釧路市 7月)

林 俊治 安念 和哉 田口 宏一  
湊 正意 岩木 宏之

4. 総胆管十二指腸側々吻合術79例の検討  
(第81回北海道外科学会 札幌市 9月)

安念 和哉 林 俊治 田口 宏一  
湊 正意

5. 総胆管十二指腸側々吻合術79例の検討  
(平成16年 空知医師会集談会 砂川市 11月)

安念 和哉 林 俊治 田口 宏一  
湊 正意

6. 腓体尾部癌術後の2度の局所再発に対してそれぞれ外科的に切除しえた1例  
(第86回 日本臨床外科学会北海道支部総会 札幌市 12月)

林 俊治 安念 和哉 田口 宏一  
湊 正意

【整形外科】

◆掲載論文

1. 当科における大腿骨転子部骨折患者に対するクリカルパスの実態とバリアランスの要因  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 48～50,2004.)

藤田 裕樹 宮野 須一 小幡 浩之  
渡邊 吾一

◆学会発表

1. 交通外傷による距骨頭部骨折の1例  
(第106回北海道整形災害外科学会 札幌市 1月)

谷代 恵太 小幡 浩之 江口 紀之  
宮野 須一

2. NexGen LPS-Flexの治療経験  
(第106回北海道整形災害外科学会 札幌市 1月)

小幡 浩之 江口 紀之 谷代 恵太  
宮野 須一

3. 青壮年の男性に発症した両側大腿骨頸部疲労骨折の1例  
(第106回北海道整形災害外科学会 札幌市 1月)

小幡 浩之 江口 紀之 谷代 恵太  
宮野 須一

- |   |                |       |       |
|---|----------------|-------|-------|
| 4. 腰部脊柱管狭窄症に対するリマプロストアルファデクスの治療成績<br>(中空知整形外科医会 砂川市 7月)                 | 館田 健児<br>宮野 須一 | 小幡 浩之 | 田中 芳幸 |
| 5. 大腿骨頸部骨折に合併したガス壊疽の1例<br>(第107回北海道整形災害外科学会 札幌市 8月)                     | 小幡 浩之<br>宮野 須一 | 館田 健児 | 田中 芳幸 |
| 6. 上腕骨近位端骨折に対するLocking Humerus Spoon Plateの使用経験<br>(東日本臨床整形外科学会 山形市 9月) | 館田 健児<br>宮野 須一 | 小幡 浩之 | 田中 芳幸 |
| 7. 大腿骨頸部骨折に合併したガス壊疽の1例<br>(第31回日本股関節外科学会 長崎市 10月)                       | 小幡 浩之<br>宮野 須一 | 館田 健児 | 田中 芳幸 |

【脳神経センター】

◆掲載論文

- |  |                                  |                                  |                         |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 1. 脳神経センターにおける肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防への取り組み(第1報)<br>(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 25~27,2004.)  | 齊藤 正樹<br>橋本 恵<br>後藤 香<br>片倉 寿貴   | 米増 保之<br>伊井 繭美<br>櫛引 晴子<br>前谷千賀子 | 高橋 明<br>小林久美子<br>森井 泰子  |
| 2. 脳神経センターにおける肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防への取り組み(第2報)<br>肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)の理解についての調査結果報告<br>(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 28~31,2004.) | 齊藤 正樹<br>狩野真澄美<br>森井 泰子<br>佐々木美子 | 高橋 明<br>魚住 千穂<br>阿部 和子           | 米増 保之<br>吉田 悦子<br>秋月てるみ |
| 3. 手術支援としての頸部内頸動脈血栓内膜剥離術術中エコーと術中電気生理学的モニター<br>(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 51~53,2004.)  | 高橋 明                             | 米増 保之                            | 齊藤 正樹                   |
| 4. 外傷性両側中硬膜動静脈瘻の1例<br>(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 54~56,2004.)  | 米増 保之                            | 高橋 明                             | 齊藤 正樹                   |
| 5. 病気の話『脳卒中』<br>(砂川市立病院広報誌ひまわり 8巻第冬号 4,2005.)  | 高橋 明                             |                                  |                         |
| ◆学会発表  |                                  |                                  |                         |
| 1. 3D-CTによる脳腫瘍手術支援<br>(第9回三次元CT,MR研究会 大阪市 1月)  | 高橋 明<br>茅野 伸吾                    | 齊藤 正樹                            | 米増 保之                   |
| 2. 未破裂脳動脈瘤手術、低侵襲手術を目指して<br>(第33回日本脳卒中の外科学会 名古屋市 3月)  | 高橋 明                             | 齊藤 正樹                            | 米増 保之                   |
| 3. 3D-CTAによる穿通枝描出能の検討<br>(第27回日本脳神経CI学会総会 愛知 4月)   | 高橋 明<br>茅野 伸吾                    | 齊藤 正樹                            | 米増 保之                   |

4. 血栓溶解術後の出血症例  
(第2回札幌血管内手術手技研究会 札幌市 5月) 高橋 明 齊藤 正樹 米増 保之
5. 低侵襲な未破裂脳動脈瘤手術の検討  
(第13回 日本脳ドック学会総会 東京 6月) 米増 保之 齊藤 正樹 高橋 明
6. 未破裂脳動脈瘤手術、より低侵襲な手術を  
(第7回日本病院脳神経外科学会 東京 7月) 高橋 明 齊藤 正樹 米増 保之
7. 超高齢者破裂脳動脈瘤の問題点と治療成績  
(第23回Mt. Fuji Workshop on CVD 東京 8月) 高橋 明 齊藤 正樹 米増 保之
8. 3D-CTAでどこまで細い血管が見えるか  
(第63回日本脳神経外科学会総会 名古屋市 10月) 高橋 明 齊藤 正樹 米増 保之  
茅野 伸吾
9. 未破裂脳動脈瘤手術の侵襲軽減についての検討  
(第63回 日本脳神経外科学会総会 名古屋市 10月) 米増 保之 齊藤 正樹 高橋 明
10. 脳卒中診療の地域連携を目指して  
(第10回中空知病診連携講演会 奈井江町 10月) 高橋 明 齊藤 正樹 米増 保之
11. 退院後の脳梗塞管理  
(第11回中空知病診連携講演会 奈井江町 11月) 齊藤 正樹 米増 保之 高橋 明
12. 脳神経センターにおける肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(肺静脈血栓症)予防への取り組み(第3報)  
皮膚潰瘍を中心に  
(平成16年度 空知医師会集談会 砂川市 11月) 齊藤 正樹 米増 保之 高橋 明  
伊井 繭美 後藤 香 小林久美子  
森井 泰子
13. 椎骨脳底動脈閉塞症に対する急性期血行再建術の検討  
(第20回 日本脳神経血管内治療学会 札幌市 11月) 米増 保之 齊藤 正樹 高橋 明
14. パーキンソン病—外来診療のポイントについて—  
(第12回中空知病診連携講演会 奈井江町 12月) 齊藤 正樹 米増 保之 高橋 明

#### 【皮膚科】

##### ◆掲載論文

1. カラーアトラスPasteurella皮膚感染症  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 63~64,2004.)

高塚 紀子

#### 【泌尿器科】

##### ◆掲載論文

1. Clinical course in patients with percutaneous nephrostomy for hydronephrosis associated with advanced cancer.  
(Acta Urol. Jpn. 50: 457-462, 2004.)

Toshiaki Tanaka, Masahiro Yanase and  
Keiji Takatsuka

2. 維持透析患者に合併した前立腺癌に対する根治的前立腺摘除術:2症例の経験  
(透析会誌37(9):1818-1818, 2004.)

田中 俊明 高塚 慶次 柳瀬 雅裕  
木村 慎

3. 読めば「なるほど！」ギモン解決Q&A  
(Expert Nurse Vol.20 No. 15 2004)
- 柳瀬 雅裕
4. 回腸導管造設術における晩期合併症の検討  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 57~59,2004.)
- 武居 史泰 柳瀬 雅裕 砂押 研一  
井上 隆太 高塚 慶次 宮本 慎一  
田宮 高宏
5. 重症間質性膀胱炎の1例  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 60~62,2004.)
- 砂押 研一 柳瀬 雅裕 武居 史泰  
井上 隆太 高塚 慶次
- ◆学会発表
1. 膀胱炎の最近の話題-間質性膀胱炎  
(旭川泌尿器疾患談話会 特別講演 旭川市 1月)
- 砂押 研一
2. 当院における間質性膀胱炎11例の臨床的検討  
(第361回日本泌尿器科学会北海道地方会 札幌市 1月)
- 砂押 研一 柳瀬 雅裕 武居 史泰  
井上 隆太 高塚 慶次
3. 触知不能前立腺癌における腫瘍体積の予測は可能か  
(第361回日本泌尿器科学会北海道地方会 札幌市 1月)
- 井上 隆太 柳瀬 雅裕 砂押 研一  
武居 史泰 高塚 慶次
4. 80歳を超える高齢者へのCAPD  
(第92回日本泌尿器科学会総会 大阪市 4月)
- 高塚 慶次 井上 隆太 武居 史泰  
砂押 研一 柳瀬 雅裕 田中 俊明  
五十嵐 学(札幌医大泌尿器科)  
小西 裕彦(奈井江町立病院内科)
5. 砂川市における前立腺癌検診  
(第92回日本泌尿器科学会総会 大阪市 4月)
- 柳瀬 雅裕 井上 隆太 砂押 研一  
武居 史泰 高塚 慶次 五十嵐 学  
田中 吉則
6. 砂川市における前立腺癌検診(平成14年度と15年度の結果報告)  
(空知医師会講演会 砂川市 4月)
- 柳瀬 雅裕
7. 腎移植とは?  
(第1回腎移植研究会 札幌市 5月)
- 柳瀬 雅裕
8. 腎移植の最近の話題  
(第2回腎移植研究会 札幌市 6月)
- 柳瀬 雅裕
9. 透析患者に発症した右副腎コレステロール塞栓症  
(第362回日本泌尿器科学会北海道地方会 旭川市 6月)
- 笹尾 拓己 柳瀬 雅裕 砂押 研一  
市原 浩司 高塚 慶次 五十嵐 学  
田中 吉則
10. 超高齢者のCAPD(生活活動強度、灌流流量、S-cr値など)  
(第6回道北透析談話会 旭川市 7月)
- 高塚 慶次 市原 浩司 砂押 研一  
笹尾 拓己 柳瀬 雅裕
11. 保存的に治癒しえた横紋筋融解症の2例  
(第363回日本泌尿器科学会北海道地方会 札幌市 9月)
- 市原 浩司 砂押 研一 笹尾 拓己  
柳瀬 雅裕 高塚 慶次

12. カルシニューリン阻害剤によると思われる腎移植前後に出現した脳症の1例  
(第21回腎移植談話会 札幌市 11月)

柳瀬 雅裕 市原 浩司 砂押 研一  
 笹尾 拓己 高塚 慶次  
 北村 寛 田中 俊明 塚本 泰司  
 (札幌医大泌尿器科)  
 斉藤 和英 高橋 公太  
 (新潟大泌尿器科)

13. ループス腎炎に対する生体腎移植の経験  
(平成16年度空知医師会集談会 砂川市 11月)

柳瀬 雅裕 市原 浩司 砂押 研一  
 福多 史昌 笹尾 拓己 高塚 慶次

14. 砂川市における前立腺癌検診  
(第20回前立腺シンポジウム 東京 12月)

柳瀬 雅裕 市原 浩司 砂押 研一  
 笹尾 拓己 高塚 慶次

## 【産婦人科】

### ◆学会発表

1. 「更年期」その背景と治療  
(平成16年度空知医師会集談会 砂川市 11月)

菊地 研 鈴木 俊也 山下陽一郎  
 武田 直毅

2. 子宮留膿腫の扱い方についての検討  
(北海道大学産婦人科研修会 札幌市 1月)

鈴木 俊也 菊池 研 山下陽一郎  
 武田 直毅

## 【眼科】

### ◆掲載論文

1. New genome type of adenovirus serotype 4 caused nosocomial infections associated with epidemic conjunctivitis in Japan.  
(J. clin. microbio. Vol.42, (8) 3644—3648 , 2004.)

Ariga T, Shimada Y, Ohgami K, Tagawa Y, Ishiko H, Aoki K, Ohno S.

2. Five new genome types of adenovirus type 37 caused epidemic keratoconjunctivitis in Sapporo, Japan, for more than 10 years.  
(J. clin. microbio. Vol.43, (2) 726—732 , 2005.)

Ariga T, Shimada Y, Ohgami K, Tagawa Y, Ishiko H, Aoki K, Ohno S.

3. 淋菌性結膜炎—耐性菌の増加に注意を—  
(日本の眼科 75巻8号別刷 23, 2004.)

有賀 俊英

4. 新しいアデノウイルス結膜炎迅速診断キットの検討  
(臨床眼科 第58巻第8号別刷 1579～1583, 2004.)

有賀 俊英 大口 剛司 大神 一浩  
 白取 謙治 大橋 勉 藤原理太郎  
 大口 正樹 高橋 俊明 日隈陸太郎  
 安里 良盛 青木 功喜 田川 義継  
 大野 重昭

### ◆学会発表

1. アデノチェック改良版の検討  
(日本眼科学会総会 東京 4月)

有賀 俊英 田川 義継 青木 功喜  
 石古 博昭 大橋 勉 中川 尚  
 岡本 茂樹 日隈陸太郎 安里 良盛  
 大野 重昭

2. 日本眼感染症学会主催シンポジウム「眼感染症病因診断－基本から最先端のシンフォニー－」  
PCR法による病因診断  
(日本臨床眼科学会 東京 11月) 有賀 俊英
3. ミニシンポジウム「アデノウイルス診断法の最前線」 眼科領域からみた迅速診断キットの評価  
(日本アデノウイルス研究会 横浜市 11月) 有賀 俊英

## 【看護部】

### ◆掲載論文

1. 事例から見るキネステティック的介助の有効性  
(日総研出版 季刊 高齢者ケア 8巻第3号 71～76, 2004) 吉田 康紀
2. 当院におけるプリセプターシッププログラムの再考  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 9～14,2004.) 伊藤ひろみ
3. 患者教育における「看護実践モデル」としての  
「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 65～71,2004.) 伊藤ひろみ
4. 看護実践報告: 集合研修と部署研修から中堅看護師の意識の向上を図る  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 72～76,2004.) 那須 静江
5. 個別性・継続性のある看護への取り組み  
－看護方式変更とカンファレンス改善を実施して－  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 77～85,2004.) 佐藤美恵子
6. 健康相談室の役割と課題－看護の継続性を目指して－  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 86～90,2004.) 熊谷ちづ子
7. 内科外来看護師の胃内視鏡止血術介助技術のレベルアップを目指して  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 91～96,2004.) 相原 陽子
8. 心地よいと感じてもらえる看護援助を通して持てる力を広げる  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 97～100,2004.) 寺崎 望都
9. 患者様の苦痛を最小限にし、ADL拡大に向けた関わりについて  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 101～106,2004.) 熊谷 綾香
10. 形成外科植皮術クリニカルパスの導入  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 107～110,2004.) 根本まり子
11. 環境整備を見直してその重要性を再認識した  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 111～112,2004.) 根本まり子
12. 早出業務廃止と深夜勤務3人体制の実施  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 113～115,2004.) 横浜 太一
13. 申し送りの時間短縮の試み～情報伝達がスムーズに行え、申し送りの質的向上をはかる～  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 116～117,2004.) 深田 恵



14. 当院における転倒・転落アセスメントスコアシート活用の実態  
～平成13年から平成15年の3年間の経過～  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 118～120,2004.)
- 尾西 孝一 広田 恵子 長岡 優子  
森井 泰子 伊藤ひろみ
15. KOMIチャートシステムを使った無為自閉的な患者へのアプローチ  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 121～122,2004.)
- 今井 美香 小坂 幸子
16. 強迫症状の行動療法に対する看護を振り返って  
～患者の意思を支える関わりで強迫症状が改善した事例から～  
(砂川市立病院医学雑誌 20巻第1号 123～125,2004.)
- 上野 浩司 福士まゆみ 藤井 恵子  
戸田 悦子 岡崎 泰樹
17. キネステティック概念をもちいた食事介助の一考察  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 126～128,2004.)
- 吉田 康紀
18. 摂食・嚥下障害に対する看護  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 129～130,2004.)
- 渡辺由香里 本間 美香
19. 看護者の関わりが患者様に及ぼす影響について  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 131～135,2004.)
- 中田 有紀
20. 心臓カテーテル検査のクリティカルパス～外来との連携を考慮して～  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 136～144,2004.)
- 成田 双葉
21. 2003年褥瘡患者集計表報告  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 149～150,2004.)
- 井戸向 望 佐藤美恵子
22. 中央手術室の年間集計報告(平成15年)  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 155～158,2004.)
- 島崎 綾
23. 病院サービスに対する入院・外来患者の意識調査とまとめ  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 169～182,2004.)
- 伊藤 民子 伊藤ひろみ 那須 静江  
長谷川育子 東 幸信 小俣 憲治  
奥山 昭

◆学会・研究会発表

1. 学校の方針とカリキュラムの実際  
(第1回砂川市立病院臨床指導研究会 砂川市 4月)
- 和田 裕子
2. 実習指導者の役割と実習指導の実際  
(第1回砂川市立病院臨床指導研究会 砂川市 4月)
- 上野起久子
3. 精神科看護について  
(第3回第9病棟研究会 砂川市 4月)
- 岡崎 泰樹
4. ECTクリニカルパス勉強会  
(第5回第9病棟研究会 砂川市 4月)
- 白川 孝治
5. KOMI理論のシステム説明と事例検討  
(第6回第9病棟研究会 砂川市 4月)
- 藤井 恵子
6. 行政解釈が変更された看護師による静脈注射について  
(第一回第一病棟看護研究会 砂川市 4月)
- 数間 宏美

7. 接遇について  
(第一回第三病棟看護研究会 砂川市 4月) 船越 久子
8. 緩和ケア  
(第一回第四病棟看護研究会 砂川市 4月) 江種 佳織
9. 明日から使える褥瘡対策  
(第一回第五病棟看護研究会 砂川市 4月) 吉田 康記
10. 結核の看護について  
(第一回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 4月) 武知真喜子
11. 看護部3年間のインシデント・アクシデントレポートのまとめ  
(第7回医療安全管理研究会 砂川市 5月) 森井 泰子
12. 意識障害について  
(第二回第五病棟看護研究会 砂川市 5月) 押野 郁治
13. 終末期ケアについて  
(第二回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 5月) 貝沼のり子
14. 第4病棟の医療安全に対する取り組み  
(第7回医療安全管理研究会 砂川市 5月) 根本まり子
15. KOMI理論とKOMIチャートシステムについて  
(第1回看護部記録システム研究会 砂川市 5月) 森 佳子
16. 第4病棟医療安全に対する取り組み  
(第二回第四病棟看護研究会 砂川市 6月) 根本まり子
17. 静脈注射について  
(第三回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 6月) 大嶋 守
18. 無剃毛による未破裂動脈瘤クリッピング術のクリニカルパス  
(第7回日本病院脳神経外科学会 東京 7月) 押野 郁治
19. つめ刺激からつぼ刺激へ  
(第7回日本病院脳神経外科学会 東京 7月) 北山さやか
20. Accessによる患者情報システム  
(第7回日本病院脳神経外科学会 東京 7月) 押野 郁治
21. リーダーシップとは  
(第1回砂川市立病院看護部業務検討研究会 砂川市 7月) 伊藤ひろみ
22. 問題解決とその進め方  
(第1回砂川市立病院看護部業務検討研究会 砂川市 7月) 小坂 幸子
23. 呼吸リハビリテーションにおける看護師の役割  
(第1回呼吸理学療法研究会 砂川市 7月) 細海加代子
24. ストマの基本知識  
(第三回第四病棟看護研究会 砂川市 7月) 斉藤 拓也
25. 口腔ケアについて  
(第四回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 7月) 佐々木沙織
26. KOMI理論・生活過程について  
(第三回第三病棟看護研究会 砂川市 7月) 井上 真弓
27. 看護倫理  
(第2回砂川市立病院看護部業務検討研究会 砂川市 8月) 長谷川育子
28. 標準予防策と感染経路別予防策  
(第1回感染管理研究会 砂川市 8月) 岡本 邦子 大宮 洋子
29. 救急時における看護記録の検討  
(第1回救急看護研究会 砂川市 8月) 石田 明美
30. 口腔ケアの基本について  
(第1回意識障害看護研究会 砂川市 8月) 加藤 幸代
31. 脳梗塞パスについて  
(第五回第五病棟看護研究会 砂川市 8月) 押野 郁治

32. 危険な薬物について(カリウム、キシロカイン製剤)  
(第四回第三病棟看護研究会 砂川市 8月) 井上 真弓
33. ナースのメンタルヘルス支援について  
(第五回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 8月) 佐々木泰子
34. ロヒプノールの作用と副作用、取り扱いについての学習～事例検討・グループワーク  
(第10回第9病棟研究学会 砂川市 8月) 戸田 悦子
35. 危険な薬物について(マーカイン)  
(第六回第三病棟看護研究会 砂川市 9月) 船越 久子
36. 痛みのある患者の看護  
(第四回第四病棟看護研究会 砂川市 9月) 江種 香織
37. KOMIチャートでの看護展開  
(第二回第四病棟看護研究会 砂川市 9月) 寺崎 望都
38. 成長するKOMI理論  
(第2回看護記録システム研究会 砂川市 9月) 金井 一薫
39. ターミナル期の患者の心理と看護  
(第1回がん看護ケア研究会 砂川市 9月) 江種 香織
40. 口腔ケアについて  
(第六回第五病棟看護研究会 砂川市 9月) 伊藤 郁子
41. 褥倉ケアについて  
(第六回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 9月) 赤坂早知子
42. 脳神経障害のケアと観察  
(第2回意識障害看護研究会 砂川市 10月) 櫛引 晴子
43. 実習指導計画・指導案の意義と作成方法  
(第2回砂川市立病院臨床指導研究会 砂川市 10月) 狩野真澄美
44. 抑制について～抑制帯の使用方法  
(第12回第9病棟研究学会 砂川市 10月) 岡崎 泰樹
45. KOMI学習会  
(第五回第四病棟看護研究会 砂川市 10月) 高橋 里佳
46. 透析者のうつ傾向とQOL指標の関係  
(北海道看護協会北空知支部看護研究会 滝川市 11月) 久保 祥子
47. 硬膜外チューブについて  
(第8回医療安全管理研究会 砂川市 11月) 山崎 君江 走出亜里沙
48. 採血時の指示の見直し  
(第8回医療安全管理研究会 砂川市 11月) 田口 恵子
49. 第2病棟の安全管理対策への取り組み～リスクカンファレンスを導入して～  
(第8回医療安全管理研究会 砂川市 11月) 古江 貴子
50. 平成16年度転倒・転落の実態・評価と分析  
(第8回医療安全管理研究会 砂川市 11月) 尾西 孝一
51. 手術室における手術部位誤認対策について  
(第8回医療安全管理研究会 砂川市 11月) 執賀 愛子
52. 成長するKOMI理論  
(第3回看護部記録システム研究会 砂川市 11月) 金井 一薫
53. 患者教育  
(第2回患者教育研究会 砂川市 11月) 能見真紀子
54. 深部静脈血栓症の予防と対策  
(第八回第三病棟看護研究会 砂川市 11月) 上野起久子
55. 高齢者の術後患者に呼吸理学療法を活用して  
(第1回呼吸理学療法看護研究会 砂川市 12月) 横浜 太一
56. 肺炎を繰り返す患者に呼吸理学療法を活用して  
(第1回呼吸理学療法看護研究会 砂川市 12月) 山口 雅子

57. スクイーミングによる異物除去に至った1事例について  
(呼吸理学法を活用した事例発表会 砂川市 12月) 小坂 幸子
58. 呼吸理学療法を始めてみて  
(第1回呼吸理学法を活用した事例発表会 砂川市12月) 千葉 充子
59. 急性期呼吸理学療法への取り組み  
(第1回呼吸理学法を活用した事例発表会 砂川市12月) 澤田 往恵
60. 慢性呼吸不全患者の呼吸リハビリテーションを行ったことによる患者の変化について  
(第1回呼吸理学法を活用した事例発表会 砂川市 12月) 平山 景子
61. 呼吸理学療法の実践を通して  
(第1回呼吸理学法を活用した事例発表会 砂川市 12月) 浅野佐代里
62. 呼吸理学療法の学習会を行ってみて  
(第1回呼吸理学法を活用した事例発表会 砂川市 12月) 田島 絵梨
63. 健康教育と安全な看護の実践力について  
(第3回砂川市立病院臨床指導研究会 砂川市 12月) 三浦美恵子
64. スクイーミングについて  
(第八回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 12月) 浅野佐代里
65. 倫理について(看護者の倫理綱領)  
(第九回第三病棟看護研究会 砂川市 12月) 伊藤 民子
66. KOMI理論について  
(第十回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 1月) 高橋 純子
67. 看護師の栄養指導  
(第1回スキンケア・栄養管理研究会 砂川市 1月) 越智みどり
68. 体位変換の基本と実際  
(第3回意識障害看護研究会 砂川市 1月) 吉田 康記
69. リスクマネジメント～薬品管理について  
(第13回第9病棟研究学会 砂川市 1月) 上野 浩司
70. Medical SAFEを用いた事例分析  
(第14回第9病棟研究学会 砂川市 1月) 岡崎 泰樹
71. 新脳梗塞パスについて  
(第九回第五病棟看護研究会 砂川市 2月) 押野 郁治
72. 手術をうける患者様の不安を緩和する看護について  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 中條 郁江
73. 患者様の特性に合わせた指導・関わりの結果学んだこと  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 中塚由香里
74. KOMIチャートを使ったADL拡大の援助について  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 佐藤 真司
75. 患者と家族間の信頼から得られた、病気回復に向けての意欲について  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 岸 育美
76. 患者の以前の生活に目を向けたケアの提供  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 北山さやか
77. 痴呆患者に快の刺激となる援助を通じて学んだこと  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 川村加奈子
78. KOMI記録システムを用いて患者のわずかなADL変化を客観的にとらえようとする試みについて  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 岩谷 優紀
79. 日々の援助に患者に興味を取り入れたかかわりについて  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 高橋 千尋
80. 術前・術後訪問を生かした患者とのかかわりについて  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 後藤 千鶴
81. 末期癌患者への快の刺激を与えた看護から学んだこと  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 沢田真季子

82. 生活過程を健康的に整えることでの意欲向上につながったケア  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 古屋 聡美
83. その人らしさを大切にした看護について  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 浦崎 美樹
84. 隔離によるストレスの軽減と意欲の維持を図るかわりについて  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 田島 絵梨
85. 患者の身体維持、精神面の充実に向けた看護について  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 本間 美保
86. ADL維持、自己決定を支える関わりについて  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 広瀬 友香
87. 疼痛緩和を図り、QOL向上へ向けた関わりについて  
(第1回KOMI理論事例発表会 砂川市 3月) 古井 清香
88. シヤント管理について  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 窪田 直美
89. 安全確認のため退室時チェックリストを導入して  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 三浦 暢子
90. 外来記録としてのKOMI場面シート活用  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 三土智恵子
91. 効果的な情報収集を行うための問診表を作成して  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 千葉 充子
92. 第2病棟の安全対策への取り組み～リスクカンファレンスを実施して～  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 古江 貴子
93. 深部静脈血栓症予防の実態調査を行って  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 上野起久子
94. マニュアルの見直しと活用について  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 鈴木 幸子
95. 看護業務の見直しをこころみて  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 山本 郁子
96. プリセプターの不安緩和について  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 八巻 忍
97. 肺結核のクリニカルパスを作成して  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 貝沼のり子
98. 褥瘡カンファレンスを導入して  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 久保田康子
99. 小児病棟開設のための看護手順を作成して  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 酒井 麻未
100. クリーンルーム使用時の清掃の手順を作成して  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 小山美裕紀
101. ICUリーダー業務の見直し  
(第1回業務改善発表会 砂川市 3月) 梶浦さおり
102. 看護と静脈注射  
(第1回砂川市立病院看護技術研究会 砂川市 3月) 長谷川育子
103. 看護師による静脈についての法的関係  
(第1回砂川市立病院看護技術研究会 砂川市 3月) 戸田 悦子
104. 静脈注射を提供するための解剖生理  
(第1回砂川市立病院看護技術研究会 砂川市 3月) 山崎 君江
105. 静脈注射における感染管理  
(第1回砂川市立病院看護技術研究会 砂川市 3月) 細海 克守
106. 静脈注射を必要物品  
(第1回砂川市立病院看護技術研究会 砂川市 3月) 山崎 君江 中島 孝治

107. 静脈注射・点滴静脈注射実施におけるリスクマネジメント  
(第1回砂川市立病院看護技術研究会 砂川市 3月) 森井 泰子
108. 感染の基本と対策について  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 井向ひとみ 吉田 悦子 竹野 法子  
谷口 祥子 古里 徳子
109. 感染廃棄物の料金の削減について  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 片山 啓子 渡辺 啓子 西村 玲子  
武市 歩 西村 玲子 佐々木美津枝
110. 環境整備、接遇、SPDについてサービスの視点から検討する  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 瓜田 英理 村上 和子 島田 玲子  
石塚 沙織
111. ベッド清掃の仕方と工夫について  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 魚住 千穂 寺井 啓子 寿松木玲子  
三木美恵子 元茂 順子
112. 苦情、移送、SPDについて安全の視点から検討する  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 林 せつ子 佐藤 祥子 稲垣 恵  
相沢 明美 高木 由紀
113. 身近な業務の疑問から  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 福井 明美 佐々木サキ子 河原 裕子  
小松久美子 清水 美香
114. 環境整備についての検討  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 加賀 恵 成田 ルミ 伊藤美和子  
金子 雅恵 吉本登美枝
115. 新任者のオリエンテーションマニュアル作成を試みて  
(第1回看護助手業務検討研究会 砂川市 3月) 橘 重美 出村 幸子 有田 吟子  
横山 美香 岡本みどり
116. ADL拡大に向けた看護  
(第十二回第六・七病棟合同看護研究会 砂川市 3月) 松崎 真弓

## 【放射線科】

## ◆掲載論文

1. 頭部3D-CTAによる穿通枝描出能の検討～2DAS type MDCTと16DAS type MDCTとの比較～  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 145～148,2004.)

茅野 伸吾 白鳥 祥子 宮本 利経  
米増 保之 斉藤 正樹 高橋 明

## ◆学会発表

1. 3D-CTAによる脳動脈瘤体積計測の基礎的検討～三次元画像の閾値と体積との関係～

(第9回 三次元CT・MR研究会 大阪 1月)

茅野 伸吾 岡 雅大 白鳥 祥子  
斉藤 正樹 米増 保之 高橋 明

2. 3D-CTAによる脳動脈瘤体積計測の基礎的検討

(第27回 日本脳神経CI学会 名古屋市 4月)

茅野 伸吾 岡 雅大 白鳥 祥子  
斉藤 正樹 米増 保之 高橋 明

3. 腹部CTAの撮像法とチェックポイント

(日本放射線技術学会北海道部会春期学術大会 札幌市 4月)

茅野 伸吾

4. 頭部3D-CTAによる穿通枝描出能の検討～2DAS MDCTと16DAS MDCTとの比較～

(第19回 北海道ヘリカルCT研究会 札幌市 7月)

茅野 伸吾 白鳥 祥子 宮本 利経  
斉藤 正樹 米増 保之 高橋 明

5. 頭部3D-CTAによる穿通枝描出能の検討～2DAS MDCTと16DAS MDCTとの比較～

(第32回 日本放射線技術学会秋期学術大会 大阪 10月)

茅野 伸吾 白鳥 祥子 宮本 利経  
斉藤 正樹 米増 保之 高橋 明

6. The Fundamental Examination of the Accurate Volume Measurement of Cerebral Aneurysm by 3D-CT Angiography (3D-CTA) : The Relation between the Threshold and the Volume of the Three-Dimensional Image (90th Scientific Assembly and Annual Meeting RSNA2004 Chicago, USA November)

Shingo Kayano, R.T. Akira Takahashi, M.D.

7. 当院におけるIVR検査について  
(空知放射線技師会 夕張市 11月)

藤井 一輝 村井 晴彦

## 【臨床検査科】

### ◆掲載論文

1. 2002年病理科業務報告  
(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 151~154, 2004.)

堀江 孝子 宮沢 聖博 岩木 宏之

### ◆学会発表

1. 病理の現状と将来について  
(北臨技 道央地区会 特別講演 奈井江町 4月) 岩木 宏之
2. 当院における血液疾患生存率の検討 ~カプラン・マイヤー法を用いて~  
(北臨技 道央地区会 奈井江町 4月) 納口 聡子
3. びまん性甲状腺腫の診断のための諸検査 ~超音波を中心に~  
(北臨技 道央地区会 奈井江町 4月) 山崎 直子
4. 乳腺のFNAで診断が困難であった乳腺原発悪性リンパ腫の1例  
(第43回日本臨床細胞学会秋期大会 東京 11月) 宮澤 聖博
5. LE因子検出キットの比較検討について  
(2004 第1回臨床検査科研究会 砂川市 2月) 谷越 悠耶
6. 点数から見た検査科運営状況  
(2004 第2回臨床検査科研究会 砂川市 3月) 高橋 康弘
7. PSAのグレイゾーンと組織診断  
(2004 第3回臨床検査科研究会 砂川市 4月) 宮澤 聖博
8. 乳腺悪性リンパ腫の1例  
(2004 第4回臨床検査科研究会 砂川市 5月) 堀江 孝子
9. 「初心者のための尿沈渣のコツとポイント」 今井宣子先生の講演を聞いて  
(2004 第5回臨床検査科研究会 砂川市 6月) 横内チサ子
10. 知識と防護具で感染サイクルを断ち切る  
(2004 第6回臨床検査科研究会 砂川市 9月) 横内 好之
11. タクロリムスII・タイナパックによるタクロリムス測定について  
(2004 第7回臨床検査科研究会 砂川市 10月) 国田 彰
12. 心エコーによる先天性心疾患の評価  
(2004 第8回臨床検査科研究会 砂川市 11月) 渋谷 雅之

## 【リハビリテーション科】

### ◆学会発表

1. 右視床出血・水頭症、左片麻痺患者のリハビリテーション手技の選択  
(第1回 リハビリテーション科研究会 砂川市 6月) 三枝 幹生
2. 右視床出血・水頭症、トランスファー自立に向け(前回のFollow Up)  
(第2回 リハビリテーション科研究会 砂川市 7月) 三枝 幹生
3. 急性横断性脊髄炎、症例紹介  
(第3回 リハビリテーション科研究会 砂川市 7月) 禎島 利奈
4. 脳梗塞、起居動作の自立に向け  
(第4回 リハビリテーション科研究会 砂川市 7月) 新関 友博
5. 脳梗塞、手技の選択  
(第5回 リハビリテーション科研究会 砂川市 9月) 水上 知也
6. 左肩関節脱臼、訓練の進め方について(退院指導方法の選択)  
(第6回 リハビリテーション科研究会 砂川市 2月) 禎島 利奈

## 【臨床工学科】

## ◆学会発表

- |  |       |       |      |
|--|-------|-------|------|
| 1. 血液透析の治療方法と患者の予後についての調査<br>(第1回 臨床工学科研究会 砂川市 4月) | 三浦 良一 |       |      |
| 2. J-DOPPS研究会年次報告会<br>(第2回 臨床工学科研究会 砂川市 5月)        | 三浦 良一 |       |      |
| 3. 49回日本透析医学会報告会<br>(第3回 臨床工学科研究会 砂川市 7月)          | 三浦 良一 |       |      |
| 4. 第6回アクセスセミナー報告会<br>(第4回 臨床工学科研究会 砂川市 7月)         | 中鉢 純  |       |      |
| 5. 透析液の清浄化について<br>(第1回 透析室合同研究会 砂川市 10月)           | 佐々木勇人 | 足達 勇  | 中鉢 純 |
|  | 三浦 良一 | 中島 孝治 |      |
| 6. 血液回路・透析器内凝血について<br>(第9回 透析室研究会 砂川市 12月)         | 三浦 良一 |       |      |

## 【栄養科】

## ◆学会発表

- |  |       |
|--|-------|
| 1. 減塩を要する糖尿病指導について<br>(第1回 院内栄養指導会 砂川市 4月) | 関澤 貞子 |
| 2. 高血圧減塩指導について<br>(第2回 院内栄養指導会 砂川市 6月)     | 野田 順  |
| 3. 高血圧減塩指導について<br>(第3回 院内栄養指導会 砂川市 6月)     | 野田 順  |
| 4. 高血圧減塩指導について<br>(第4回 院内栄養指導会 砂川市 7月)     | 野田 順  |
| 5. 高血圧減塩指導について<br>(第5回 院内栄養指導会 砂川市 8月)     | 野田 順  |
| 6. 高血圧減塩指導について<br>(第6回 院内栄養指導会 砂川市 10月)    | 野田 順  |
| 7. 高血圧減塩指導について<br>(第7回 院内栄養指導会 砂川市 1月)     | 野田 順  |
| 8. 高血圧減塩指導について<br>(第8回 院内栄養指導会 砂川市 2月)     | 野田 順  |
| 9. 高血圧減塩指導について<br>(第9回 院内栄養指導会 砂川市 3月)     | 野田 順  |
| 10. 高血圧減塩指導について<br>(第10回 院内栄養指導会 砂川市 3月)   | 野田 順  |

## 【事務局】

## ◆掲載論文

- |  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
| 1. 平成15年当院における時間外受診者状況及び救急車搬入搬出状況<br>(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 159~162,2004.) | 倉島 久徳 | 山川 和弘 | 梶浦 孝  |
| 1. 平成14年度及び過去5カ年の病院事業収支状況<br>(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 163~168,2004.)         | 阿部 雅和 | 細川 仁  |       |
| 3. 病院サービスに対する入院・外来患者の意識調査とまとめ<br>(砂川市立病院医学雑誌 21巻第1号 169~182,2004.)     | 伊藤 民子 | 伊藤ひろみ | 那須 静江 |
|  | 長谷川育子 | 東 幸信  | 小俣 憲治 |
|  | 奥山 昭  |       |       |



# 砂川市立病院医学雑誌投稿規定

(Journal of Sunagawa City Medical Center)

## I. 医学関係論文

1. 本誌に掲載する論文は、砂川市立病院職員及び本誌に掲載を希望する関係者の投稿するものとする。
2. 投稿論文は原著、症例報告、総説、診療研究、その他の研究活動からなり、他誌に未掲載のものとする。
3. 掲載論文の採否及び掲載順位は編集委員会で決定する。

## 4. 論文形式

- a) 原稿の記述の順序は以下の通りとし、それぞれの番号のところで改頁する。

- ①和文表紙:和文の表題、所属、著者名の順に記載する。
- ②和文要旨:400字以内の要旨を記載する。
- ③5語以内のKey Words (英語)を記載する。
- ④英文でタイトル、所属、著者名を記載する。
- ⑤本文 {はじめに 材料と方法 結果 考案 }の順に記載
- ⑥文献
- ⑦図、表及び図・表説明
- ⑧投稿総字数を表紙下部に手書きで明記

## 5. 論文の書き方

- a) 原稿は和文の場合、原著、総説8,000字以内とする。又フロッピー(3.5インチ)/MO/CDでの提出の際には以下の点に注意して下さい。
- ①パソコン(Macintosh、Windowsどちらも可)の場合は、ワープロソフト(MS word)を使用することを希望します。それ以外のアプリケーションを使用するときはTEXT形式で本文を保存すること。
  - ②手書き・ワープロ原稿は受け付けません。
  - ③文字と改行だけで単純に棒打ちして下さい。
- b) 英文では必ずパソコンを使用し、ワープロソフト(MS word)を使用するか、それ以外のアプリケーションを使用するときはTEXT形式で本文を保存すること。1行おき28行以内で枚数は和文と同様とする。人名、地名などの固有名詞はなるべく源字を用い、最初の1字のみ大文字とする。また普通名詞は全部小文字とする。必ずnative speakerの校正を受けてください。
- c) 数字は算用数字を用い、度量衡は国際単位系(SI)で記載する。
- d) 論文にて繰り返される語は略語を用いても差し支えないが、初出の時は完全な用語を用いることを明記する。
- e) 図(写真を含む)、表は別紙とし、図1、図2、あるいは表1、表2のように番号を付け、挿入箇所を明記する。写真は原則として白黒とし、手札サイズで印画紙に焼き付けたものとする。又必ずデジタルデータで提出してください。カラー図・表を希望する方はカラーにて印刷し(最低1440dpiの出力を有するプリンターを使用)、同時にデジタルデータ化してください。同時にカラー図掲載の希望を委員会までお知らせください。画像の目安としては 原寸で約300dpiの解像度相当で取り込み、JPEG/BMP形式で保存して下さい。
- f) 論文本体、図(写真を含む)及び表は1セットプリントし、提出して下さい。
- g) 引用文献

- ①文献は本文中において引用のつど番号(1)、2)、3)のように算用数字で)をうち、末尾に引用順に一括する。
- ②雑誌の場合～著者名. 論文名. 雑誌名 巻(号):頁, 発行年(西暦).

### 【著者1名】

- 1) 谷藤順士:皮膚疾患の臨床. 臨床皮膚 12(4):745-752, 1990.
- 2) Hawkey C.J.:COX-2 inhibitors. Lancet. 353(9149):307-314,1999.

### 【著者2名以上】

- 1) 小林広幸 他:慢性関節リウマチ患者にみられた腸の潰瘍性病変. 胃と腸 26(9):1247-1256, 1991.
- 2) Stillman M.J. et al:Desmoplastic malignant melanoma. Int J Pathol. 24(5):28-35, 1989.

外国誌は、Index Medicusの略誌名

邦文誌は、「醫學中央雑誌収載誌目録」(医学中央雑誌刊行会)による略名を使用する。

- ③単行本の場合～著者名. 書名, 版. 頁, 発行所, 発行地, 発行年.

### 【単行本】

- 1) 小野江為則. 電顕腫瘍病理学, 第2版. 153-173, 南山堂, 東京, 1986.
- 2) Murphy GP :Advances in cancer research, 2nd ed. John Wiley and Sons, New York,1990.

### 【単行本の1章】

- 1) 川端 真 血管縫合の実際, 浜野哲男他(編):脈管外科. 医学書院, 東京, 1990.
- 2) Heyes RB. et al: Histologic markers in primary and metastatic tumors of the liver.:Andreoli M, Monaco Feds. The tumor of the liver,140-150,Elsevier Science Publishers, New York,1989.

6. 別冊は20部無料で用意します。それ以上必要な方は投稿時に委員会まで、ご連絡ください。

## II. 業績について

学会活動録(地方会、総会、その他研修会=院外での集会での発表)は筆頭演者。演題、学術集会名、日時、場所。掲載論文は、著者全員。論文名、掲載雑誌名。巻:頁一頁、発表年 の順に記載し、編集委員会に提出すること。

## III. 投稿、編集などに関する問い合わせは下記とする。

〒073-0196

北海道砂川市西4条北2丁目1番1号  
砂川市立病院 一医学雑誌編集委員会—  
TEL(0125)54-2131(513)

## 編集後記

2005年砂川市立病院医学雑誌第22巻をようやく発刊することができました。2004年度第21巻が病院機能評価のため発刊が遅れ、このため2003年度内の予算を消化できなくなり、この予算が不執行となり2004年度分を2004年予算で発刊したため、今年度(2004年3月)の発刊が不可能となりました。お役所仕事に精通(なぜ、予算がなくなるの。? どうしてもっと弾力的に運用できないの。?だから実際困ってしまって、いろいろ細工されるのではないの。?)していなかったために、投稿時期がずれ、発刊時期がずれてしまいました。ここにお詫びいたします。年度内に発刊しなくてもよいと思うため、投稿する方も、編集も 士気が上がらず発刊の遅れに拍車がかかる悪循環でした。しかし、最終的に過去最高を記録した2004年度分に迫る41の投稿を得、雑誌としての厚みは確保できました。後は内容の充実でしょうか??

雑誌の体裁自体は道内にある500床以上の大病院の医学雑誌に比肩できるものとなったような気がします。この雑誌は、国会図書館をはじめとして、各関連団体・道内の主たる病院、各科の出身医局に配布され、掲載内容は醫學中央雑誌でも引用されています。このため、内容の充実を求める声も編集委員会内にはありますが、マンパワー(能力)の不足から満足のものには至っていません。

例年通りの今年度の研究・症例・院内統計などを集めたオムニバス形式の砂川市立病院醫學雑誌2005年を皆様にお届けします。忌憚のないご意見をお聞かせください。

砂川市立病院医学雑誌編集委員会 編集委員長 岩木 宏之

## 編集委員会

委員長	岩木 宏之	
委員	田口 宏一	柳瀬 雅裕
	伊藤 ひろみ	河原林 良子
	執賀 愛子	上野 英文
	宮本 利経	堀江 孝子
	新関 友博	中島 孝治
	佐々木 千春	森田 康晴
	和田 忠成	小俣 憲治
	佐々木 裕二	

砂川市立病院医学雑誌 第22巻 第1号

平成17年7月1日 印刷・発行

発行人 小熊 豊  
発行所 砂川市立病院  
北海道砂川市西4条北2丁目1番1号

印刷所 クリエイト・M  
北海道滝川市緑町5丁目3番5号