

平成24年度

病 院 年 報



珠洲市総合病院

病 院 理 念

“市民の心の支えとなる地域の中核病院に”

1. 疾病の予防から在宅医療までの一環した体制の確立を目指します。
1. 安心と信頼の地域医療を目指します。
1. いたわりの心で皆様の健康と命を守ります。

基 本 方 針

私たちは、市民に信頼され、期待される病院であり続けるために、次のことに努めます。

1. 地域の人々に適切な医療を提供し、併せて健康の増進に努めます。
1. 医師をはじめ医療技術者等の研鑽を重ね、加えて研修・実習を担当し、技術の向上、医療水準の向上発展に努めます。
1. 地域の医療機関等との連携を図り、地域に不足している分野の強化推進と、地域における役割分担を認識した、医療提供に努めます。
1. 患者さん中心の医療を堅持し、患者サービスの向上を図り、地域の人々に、信頼され、地域への貢献に努めます。
1. 患者さんの権利の尊重とプライバシー保護を遵守し、看護の継続性の充実に努めます。
1. 患者さんが快適な環境で治療に専念でき、また職員が希望をもって働ける明るい病院とし、併せて経営の健全化に努めます。
1. 病院全体に静かで明るい雰囲気、文化の香り豊かな病院づくりに努めます。

目 次

第1章 病院の沿革及び現況

1. 病院の沿革	1
2. 病院の概要	5
3. 職員の現況	7
4. 病院組織機構図	8

第2章 決算の概要

1. 収益費用明細書	9
2. 資本的収入及び支出	12
3. 貸借対照表	13

第3章 業務の概要

1. 患者の状況	14
(1) 入院・外来別患者数	14
(2) 外来初診患者数	15
(3) 平均在院日数	16
(4) 病床利用率	16
(5) 休日及び時間外救急取り扱い患者数	17
(6) 救急隊別患者搬入取り扱い件数	19
(7) 科別救急車搬入取り扱い件数	20
2. 紹介患者の状況	21
(1) 地域別紹介件数	21
(2) 自院からの紹介科室別内訳	21
(3) 他院からの紹介科室別内訳	22
3. 手術の状況	23
4. 在宅医療及び介護認定の状況	24
(1) 訪問診察・往診件数	24
(2) 科別利用者及び経管栄養・経口者件数	24
(3) 訪問看護件数	24
(4) 主治医意見書作成件数	24
(5) 訪問リハビリ件数	24
(6) 認定調査件数	24

5. リハビリテーションの状況	25
6. 放射線の状況	27
(1) 撮影件数	27
7. 分娩の状況	29
(1) 分娩の状況	29
(2) 分娩集計	30
8. 給食及び栄養指導の状況	33
(1) 患者給食数	33
(2) 栄養指導数	33
(3) 平均残食率	33
9. 医療相談の状況	34
(1) 医療相談の状況	34
(2) 医療相談状況内容	34
10. 臨床検査の状況	36
11. 内視鏡検査の状況	38
12. 健診及び人間ドックの状況	39
13. 人工透析の状況	40
14. 薬剤部の状況	41

第1章 病院の沿革及び現況

1. 病院の沿革

昭和 25 年	10 月 6 日	珠洲郡飯田町外 10 ヶ町村厚生医療組合立珠洲郡中央病院として開院 病院の名称／珠洲郡中央病院 病床数／一般 30、伝染病 15
昭和 27 年	3 月	伝染病棟新築 病床数／一般 60、伝染病 20、結核 15
昭和 29 年	7 月	結核病棟新築 病床数／一般 60、伝染病 20、結核 40
昭和 30 年	7 月	構成町村の統廃合により、珠洲市外一町厚生医療組合立珠洲郡中央病院となる
昭和 35 年	4 月	珠洲郡中央病院は珠洲市に帰属し名称を「珠洲市国民健康保険中央病院」と改称し、珠洲市営病院として発足
昭和 35・36 年度		病院改築第 1 期事業として病棟改築 病床数／一般 92、結核 40
昭和 37 年	5 月	「基準看護」承認 基準給食承認
	8 月	基準寝具承認
昭和 38・39 年度		病院改築第 2 期事業として診療及び管理棟新築
昭和 39 年	6 月	救急告示病院指定
昭和 42 年	9 月	総合病院の指定承認・病院の名称を「国民健康保険珠洲市総合病院」と改める 病床数／一般 100、結核 40 診療科目／内科、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科
	10 月	整形外科開設
	12 月	基準看護「一類看護」承認
昭和 45 年	4 月	小児科開設
昭和 49・50 年度		結核病棟を改築し、一般病床の増床とリハビリテーション部門開設 病床数／一般 125、結核 15
昭和 50 年	6 月	基準看護「特一類看護」承認
昭和 51 年	3 月	病院改修工事施工 窓枠取替 冷房設備新設
昭和 53 年	4 月	労災指定病院指定
昭和 54 年	3 月	へき地中核病院指定 診療棟増築 へき地巡回診療開始／馬渡、大谷、折戸
昭和 56 年	1 月	脳神経外科及び皮膚科・泌尿器科を開設
	7 月	腎人工透析開始
昭和 58・59 年度		病棟増築・病院改修工事（内部改装）及び透析部門増築
昭和 59 年	5 月	増床許可 病床数／一般 175、結核 15 診療科目／内科、外科、小児科、眼科、産婦人科、整形外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科
	9 月	全身用 CT スキャナー設置
昭和 62 年	4 月	眼科医師常勤開設
	7 月	へき地巡回診療地域の変更（馬渡→上黒丸）
	9 月	病院運営協議会発足
昭和 63 年	2 月	作業療法施設基準承認
	4 月	耳鼻咽喉科常勤開設
	9 月	へき地巡回診療地域の変更（上黒丸中止）
	10 月	脳神経外科常勤開設
平成元年	9 月	脳神経外科専用病棟完成（改造工事） 看護単位の変更（3 単位→4 単位）
	12 月	大谷診療所移転新築（旧大谷診療所廃止）
平成 2 年	6 月	三崎診療所廃止（昭和 48 年 5 月以降休診）
	7 月	新大谷診療所開設

平成3年	4月	基準看護「特二類看護」承認
平成4年	4月	皮膚科開設
	8月	磁気共鳴断層撮影装置（MR I）設置
平成6年	4月	訪問看護室設置
	7月	基準病衣承認
平成7年	5月	新看護体系承認 一般病棟／新看護（A）2.5：1 結核病棟／新看護（A）4：1
平成8年	6月	医療相談室設置
平成9年	2月	災害拠点病院指定
	3月	新病院建設工事完成
	5月	新病院竣工式 結核医療機関の指定
	6月	名称を「珠洲市総合病院」として珠洲市野々江町ユ部1番地1で開院 病床数／199床（一般160、療養型32、結核7） 診療科目 10科→14科（神経内科、リハビリテーション科、精神科、放射線科を追加標榜） 院内にオーダーリングシステムの導入 処方・検査・給食・放射線オーダー等の導入 県内公立病院で初めて療養型病床群を新設 寝食分離による患者食堂（ダイルーム）設置（3箇所） R I（核医学診断装置）、泌尿器科用X線装置、血管造影装置等の導入
	11月	泌尿器科常勤開設
平成10年	9月	金沢医科大学附属病院より麻酔医派遣（毎週月曜日派遣）
平成11年	6月	外来診療に予約制を一部導入
	9月	財務会計・固定資産・物品管理電算システムを構築 駐車場新設工事施工（駐車台数92台可能）
	11月	介護保険施設指定（許可）申請（介護療養型医療施設 定員8人）
平成12年	1月	指定居宅介護支援事業者指定（許可）申請 （指定居宅サービスはみなし指定）
	3月	生活保護法指定介護機関指定申請
	4月	介護サービスの提供開始（医療保険と介護保険制度が確立）
平成13年	4月	リハビリテーション科に言語聴覚士採用
	8月	病床種別の届出（一般160、療養32、結核7）
	9月	術中病理画像伝送装置（テレパソロジー）設置 金沢大学医学部病理学教室へ診断依頼 周産期母子医療支援システムの導入
	11月	健診科開設・健診システムの導入
平成14年	4月	週休二日制の試行開始（完全土曜日閉院） 皮膚科常勤開設
	7月	神経内科の休止
平成15年	1月	能登北部の病院における診療を支援するための相互応援体制に関する覚書締結
	4月	へき地医療拠点病院に指定 泌尿器科の診療が毎週2回（火曜・金曜日）に変更
	5月	医療相談窓口コーナーの設置（ソーシャルワーカーの常駐）
平成16年	1月	院内完全禁煙実施（喫煙コーナーの設置・分煙機の撤去）
	3月	金沢大学附属病院臨床研修病院指定（協力型臨床研修施設）
	4月	泌尿器科の診療が隔週火曜日のみに変更
	12月	新医療情報システムを構築して運用開始 個人情報保護推進委員会を組織する

平成 17 年	4 月	個人情報保護法が施行される
	5 月	市民ボランティア活動開始（正面玄関前交通整理等）
	10 月	金沢大学寄附講座「地域医療学講座」の開設 呼吸器外科の診療開始
平成 18 年	4 月	地域医療連携室を開設、 外来窓口業務を全面委託化 泌尿器科の診療が週 1 回（月曜日）に変更 入院基本料届出 一般・結核病棟 13 対 1 看護補助加算届出 一般病棟 10 対 1
	6 月	診療録管理委員会の組織を設置
	7 月	船員法施行規則第 57 条第 4 号の規定に基づく医師として指定 石川県地域医療支援医師修学資金貸与事業の経費負担の協力締結 入院基本料届出 一般・結核病棟 10 対 1 施設基準届出 療養病棟 8 割未満
	9 月	金沢医科大学病院臨床研修病院指定（協力型臨床研修施設） 遠隔放射線画像支援システムが稼働 金沢大学放射線科との送受信開始
	11 月	遠隔画像診断の施設基準届出
平成 19 年	1 月	診療録管理規定・記録開示指針等の制定 障害者自立支援法第 54 条第 2 項の規定による指定自立支援 医療機関の指定（更正医療・育成医療）
	2 月	船員保険生活習慣病予防健診委託契約締結 公立宇出津総合病院と「医療連携・病院経営合同懇談会」 （第 1 回）の開催
平成 20 年	4 月	皮膚科の診療が週 3 回（月・水・木曜日）に変更（非常勤） 「糖尿病予防教室」と名称変更し開設（一般住民にも開放） 石川県看護師等修学資金貸与事業に要する経費負担の協定締結
	5 月	院内に自動体外式除細動器（AED）配置
	7 月	精神科の診療が毎週金曜日に変更 病院派遣型再就職支援事業の申出書提出
	12 月	金沢大学寄附講座「地域医療学講座」研究結果報告
	4 月	能登北部地域医療協議会の発足
平成 21 年	7 月	マルチスライス CT 装置を更新 能登脳卒中地域連携クリティカルパスに参加
	10 月	石川県地域医療支援センターと石川県地域医療人材バンクの連携によ り、内科医が 1 名着任 日本眼科学会専門医制度研修施設の認定
	1 月	会計システム（POS レジ）を導入
平成 22 年	2 月	「珠洲市総合病院改革プラン」策定
	4 月	眼科の診療が週 2 回（水・金曜日）の午後に変更（非常勤） 精神科の診療が週 2 回（水・金曜日）に変更
	2 月	磁気共鳴画像診断装置（MR I）を更新
平成 23 年	5 月	医師住宅 A 棟・B 棟を新築（野々江町地内）
	9 月	検査室に自動分析装置を更新
平成 24 年	3 月	医師住宅 C 棟を新築（野々江町地内）
平成 24 年	2 月	血管撮影（造影）装置を導入
	3 月	医師住宅（野々江住宅 1、2 号棟）を改築 JA すずしより JA 共済「地域の安全・安心プロジェクト」 高規格救急車寄附收受
	8 月	WHO・ユニセフより「赤ちゃんにやさしい病院（BFH）」に認定

平成 24 年	10 月	病院フェスタ開催
	11 月	院内ナースコール更新 院内空調設備更新
平成 25 年	1 月	電子カルテシステムに移行
	3 月	医師住宅（野々江マンション）を改築

2.病院の概要

名 称	珠洲市総合病院
所 在 地	珠洲市野々江町ユ部1番地1 T E L 0768-82-1181 (代表) F A X 0768-82-1191 E-mail byouin@city.suzu.ishikawa.jp
開 設 者	珠洲市長 泉谷 満寿裕
病 院 長	追分 久憲
敷地面積	46,366.55 m ²
建物延面積	12,249.30 m ²
診療科目 (13科)	内科、外科、小児科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、 脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、精神科、放射線科、 リハビリテーション科
許可病床数	199床 (一般160床、療養型32床、結核7床)
保険診療	10:1 入院基本
診療指定	保険医療機関、救急指定病院、へき地医療拠点病院、災害拠点病院 労災保険指定医療機関、結核医療機関、生活保護法指定医療機関 母体保護法指定病院、特定疾患治療研究医療機関、養育医療機関 被爆者一般疾病医療機関、小児慢性特定疾患治療医療研究機関 身体障害福祉法腎臓更正医療担当医療機関 身体障害福祉法耳鼻咽喉科更正医療担当医療機関 労災特別加入健診指定医療機関
施設基準	【基本診療料】 一般病棟入院基本料(10対1) 療養病棟入院基本料 結核病棟入院基本料 妊産婦緊急搬送入院基本料 重症者等療養環境特別加算 退院調整加算 重症皮膚潰瘍管理加算 ハイリスク妊娠管理加算 診療録管理体制加算 救急医療管理加算・看護必要度加算 救急搬送患者地域連携紹介加算 急性期看護補助体制加算 医師事務作業補助体制加算 データ提出加算 亜急性期入院医療管理料1 医療安全対策加算 感染防止対策加算 患者サポート充実加算 救急搬送患者地域連携受入加算 【特掲診療料】 高度難聴指導管理料 地域連携診療計画管理料 医療機器安全管理料1 地域連携診療計画退院時指導料 薬剤管理指導料 検体検査管理加算

施設基準

コンタクトレンズ検査料 1 遠隔画像診断 CT 撮影及びMRI 撮影
外来化学療法加算 2 無菌製剤処理料 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)・
初期加算 運動器リハビリテーション料(I)・初期加算 呼吸器リハビリテーション料(I)・
初期加算 外来リハビリテーション診療料 ペースメーカー移植術・交換術
透析液水質確保加算 在宅療養支援病院 HPV 核酸同定検査
がん性疼痛緩和指導管理料 在宅患者訪問看護・指導料 3 輸血管理料 II
輸血適正使用加算 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
時間内歩行試験 がん治療連携指導料
医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則 5 及び 6 (歯科点数表第 2 章第 9 部の
通則 4 を含む。) に掲げる手術

【その他】

入院時食事療養(I)特別管理
明細書発行について「正当な理由」に該当する旨

3. 職員の現況

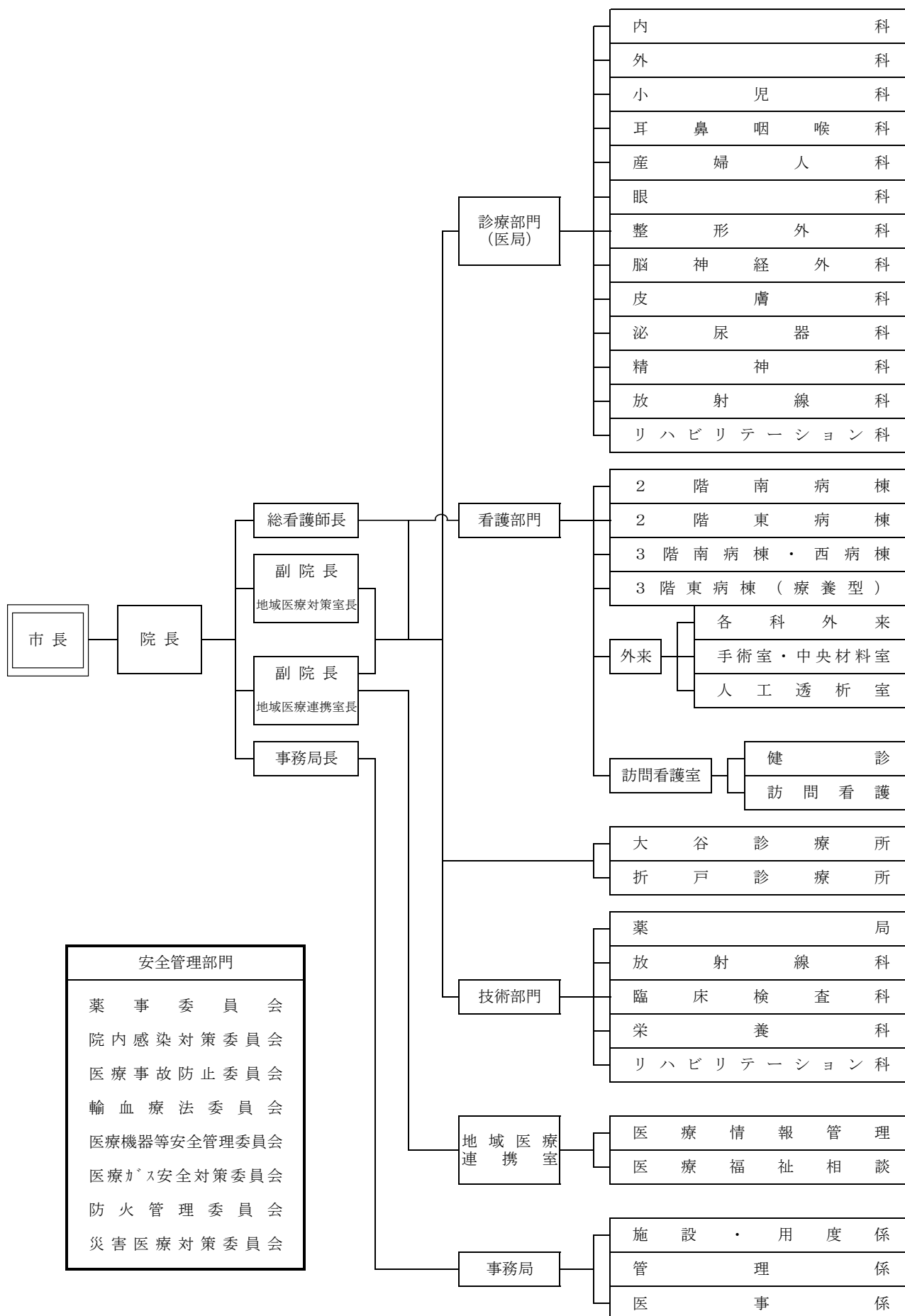
職員数の推移（各年度3月31日現在）

（単位：人）

年 度 職 種		平成22年度		平成23年度		平成24年度	
		正職員	臨職員	正職員	臨職員	正職員	臨職員
医 師		14	2	14	3	14	2
看 護 部 門		126	17	125	24	123	25
内 訳	看 護 師	90	7	89	13	88	14
	助 産 師	5		5		6	
	保 健 師			1		1	
	准 看 護 師	18	2	17	2	15	
	看 護 助 手	13	8	13	9	13	11
医 療 技 術 部 門		33	6	33	5	36	7
内 訳	薬 剤 師	7		7		7	1
	診 療 放 射 線 技 師	6		7		7	
	臨 床 検 査 技 師	6	1	7		7	1
	作 業 療 法 士	4		4		4	
	理 学 療 法 士	6		4		7	
	言 語 聴 覚 士	2		2		2	
	管 理 栄 養 士	2		2		2	
	栄 養 士		1		1		1
	そ の 他		4		4		4
事 務 職 員		18	1	17	3	18	7
そ の 他 の 職 員		3	13	3	13	2	15
内 訳	調 理 師	1	12	1	12		14
	技 術 員	2	1	2	1	2	1
総 計		194	39	192	48	193	56

珠洲市総合病院組織機構図

平成24年4月1日現在



第2章 決算の概要

1. 収益費用明細書

(単位: 円、%)

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	金額	前年比	金額	前年比	金額	前年比
病院事業収益	4,034,871,444	106.0	4,115,626,203	102.0	4,074,169,610	99.0
医業収益	3,669,612,233	104.3	3,829,847,558	104.4	3,806,898,872	99.4
入院収益	1,574,138,138	109.4	1,628,351,991	103.4	1,644,992,871	101.0
外来収益	1,878,385,187	100.2	1,974,307,783	105.1	1,931,672,999	97.8
その他医業収益	135,682,707	107.4	144,391,013	106.4	150,415,452	104.2
室料差額収益	30,034,843	108.8	29,506,582	98.2	31,290,222	106.0
一般会計負担金	46,316,000	101.9	45,562,000	98.4	45,136,000	99.1
へき地巡回収益	2,932,390	154.3	3,417,050	116.5	2,509,490	73.4
公衆衛生活動収益	33,232,348	114.8	42,044,294	126.5	42,678,047	101.5
受託検査施設利用収益	10,919,053	102.0	11,111,592	101.8	11,171,471	100.5
その他医業収益	12,248,073	104.4	12,749,495	104.1	17,630,222	138.3
介護保険収益	81,406,201	103.7	82,796,771	101.7	79,817,550	96.4
居宅サービス収益	32,716,598	116.9	26,500,540	81.0	27,310,407	103.1
施設サービス収益	44,863,896	95.1	52,699,991	117.5	49,123,347	93.2
その他雑収益	3,825,707	114.8	3,596,240	94.0	3,383,796	94.1
医業外収益	359,637,258	125.7	284,852,927	79.2	262,929,894	92.3
受取利息及び配当金	1,429,992	55.9	956,187	66.9	238,868	25.0
預金利息	1,429,992	55.9	956,187	66.9	238,868	25.0
他会計補助金	145,487,000	187.8	74,647,000	51.3	76,909,800	103.0
一般会計補助金	139,990,000	194.3	68,939,000	49.2	69,264,800	100.5
国保会計補助金	5,497,000	101.6	5,708,000	103.8	7,645,000	133.9
県支出金	16,392,000	102.4	14,736,082	89.9	13,529,000	91.8
県補助金	16,392,000	102.4	14,736,082	89.9	13,529,000	91.8
負担金交付金	135,822,000	101.5	129,893,000	95.6	107,481,000	82.7
一般会計負担金	135,822,000	101.5	129,893,000	95.6	107,481,000	82.7
患者外給食収益	2,282,623	120.6	2,221,862	97.3	1,763,956	79.4
その他医業外収益	58,223,643	106.8	62,398,796	107.2	63,007,270	101.0
不用品売却収益	830	25.0	0	皆減	1,690	皆増
その他雑収益	58,022,813	106.6	62,398,796	107.5	62,805,580	100.7
寄附金	200,000	200.0	0	皆減	200,000	皆増
特別利益	5,621,953	1,257.0	925,718	16.5	4,340,844	468.9
固定資産売却収益	0		835,143	皆増	0	皆減
過年度損益修正益	5,621,953	1,257.0	90,575	1.6	4,340,844	4,792.5
診療所事業収益	7,690,981	91.4	6,094,471	79.2	7,153,762	117.4
大谷診療所医業収益	4,611,741	95.9	5,725,471	124.1	7,091,762	123.9
外来収益	4,611,741	95.9	5,725,471	124.1	7,091,762	123.9
その他医業収益	0		0		0	
公衆衛生活動収益	0		0		0	
医療相談収益	0		0		0	
その他医業収益	0		0		0	
大谷診療所医業外収益	3,079,240	85.4	369,000	12.0	62,000	16.8
受取利息及び配当金	0		0		0	
預金利息	0		0		0	
他会計補助金	1,544,000	44.1	298,000	19.3	8,000	2.7
一般会計補助金	0	皆減	0		0	
国保会計補助金	1,544,000	103.1	298,000	19.3	8,000	2.7
負担金交付金	1,535,240	1,476.2	71,000	4.6	54,000	76.1
一般会計負担金	1,535,240	1,476.2	71,000	4.6	54,000	76.1
その他医業外収益	0		0		0	
その他雑収益	0		0		0	
特別利益	0		0		0	
過年度損益修正益	0		0		0	
収益合計	4,042,562,425	106.0	4,121,720,674	102.0	4,081,323,372	99.0

(単位：円、%)

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	金額	前年比	金額	前年比	金額	前年比
病院事業費用	4,061,343,628	100.9	4,045,526,536	99.6	3,959,711,800	97.9
医業費用	3,802,997,134	101.2	3,793,082,463	99.7	3,724,605,812	98.2
給与費	1,777,920,489	103.0	1,727,788,264	97.2	1,777,846,903	102.9
給料	703,039,985	99.6	691,212,369	98.3	681,461,522	98.6
手当	442,305,033	100.0	461,981,990	104.4	466,437,070	101.0
賃金	208,580,141	106.5	227,300,877	109.0	250,152,733	110.1
報酬	0		0		0	
法定福利費	248,144,420	106.9	256,088,042	103.2	255,804,328	99.9
退職給与金	175,850,910	117.2	91,204,986	51.9	123,991,250	135.9
材料費	1,296,043,060	97.7	1,326,029,357	102.3	1,302,252,536	98.2
薬品費	1,101,754,581	97.6	1,113,285,861	101.0	1,063,567,445	95.5
診療材料費	158,947,577	96.5	178,522,539	112.3	202,456,132	113.4
給食材料費	32,307,001	105.8	30,453,491	94.3	32,696,029	107.4
医療消耗備品費	3,033,901	127.5	3,767,466	124.2	3,532,930	93.8
経費	391,449,079	106.4	405,812,357	103.7	429,102,226	105.7
旅費交通費	8,321,276	84.8	9,947,477	119.5	10,238,506	102.9
職員被服費	1,811,260	473.7	325,165	18.0	2,814,370	865.5
消耗品費	18,515,738	102.0	18,369,294	99.2	19,859,326	108.1
消耗備品費	1,021,476	106.5	1,774,688	173.7	1,393,245	78.5
光熱水費	53,489,337	102.1	53,893,373	100.8	54,450,964	101.0
燃料費	28,740,539	121.2	33,933,720	118.1	36,179,860	106.6
食糧費	7,977	20.7	34,505	432.6	53,783	155.9
印刷製本費	4,730,691	128.5	2,902,035	61.3	1,205,676	41.5
修繕費	24,494,353	116.4	24,746,329	101.0	39,520,026	159.7
保険料	11,056,154	97.1	11,914,249	107.8	11,400,004	95.7
賃借料	40,757,213	110.1	34,178,493	83.9	37,322,062	109.2
通信運搬費	3,128,085	101.4	2,922,840	93.4	3,183,048	108.9
委託料	183,564,864	103.6	199,536,193	108.7	200,751,656	100.6
交際費	346,727	103.8	301,641	87.0	422,961	140.2
諸会費	1,498,240	111.3	1,345,506	89.8	1,510,265	112.2
公課費	117,600	161.1	60,400	51.4	138,800	229.8
役務費	2,223,818	98.6	2,212,746	99.5	2,152,383	97.3
雑費	7,623,731	151.3	7,413,703	97.2	6,505,291	87.7
減価償却費	299,058,411	101.5	285,288,827	95.4	169,961,452	59.6
建物減価償却費	55,026,293	99.2	61,455,888	111.7	62,549,173	101.8
建物附属設備減価償却費	152,816,420	100.0	152,970,860	100.1	24,047,376	15.7
構築物減価償却費	5,591,521	82.6	5,591,521	100.0	5,591,521	100.0
器械器具減価償却費	77,972,340	109.1	57,685,074	74.0	68,112,503	118.1
車両減価償却費	665,752	51.0	650,038	97.6	4,162,862	640.4
備品減価償却費	6,986,085	101.6	6,935,446	99.3	5,498,017	79.3
資産減耗費	5,632,800	38.1	15,675,276	278.3	6,706,314	42.8
たな卸資産減耗費	0		0		0	
固定資産除却費	5,632,800	38.1	15,675,276	278.3	6,706,314	42.8
研究研修費	6,888,134	116.6	7,333,348	106.5	7,474,976	101.9
研究材料費	0		0		0	
謝金	0	皆減	189,048	皆増	112,000	59.2
図書費	2,890,939	94.8	2,816,185	97.4	1,849,853	65.7
旅費	3,069,486	152.4	2,789,983	90.9	3,983,112	142.8
研究雑費	927,709	112.1	1,538,132	165.8	1,530,011	99.5
へき地巡回医療費	4,527,652	128.2	3,767,602	83.2	3,178,645	84.4
給料	1,919,336	129.6	1,943,886	101.3	1,905,596	98.0
手当	1,478,955	113.7	582,416	39.4	494,647	84.9
賃金	0		0		0	
法定福利費	259,463	94.4	230,145	88.7	200,930	87.3
へき地巡回経費	869,898	182.9	1,011,155	116.2	577,472	57.1
へき地医療診療支援費	21,477,509	105.4	21,387,432	99.6	23,988,708	112.2
消耗品費	49,600	52.3	0	皆減	147,000	皆増
通信運搬費	177,662	100.6	177,070	99.7	156,948	88.6
賃借料	10,059,600	100.0	9,864,860	98.1	9,725,760	98.6
委託料	11,190,647	111.8	11,345,502	101.4	13,959,000	123.0

(単位：円、%)

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	金額	前年比	金額	前年比	金額	前年比
消耗備品費	0	皆減	0		0	
医業外費用	245,761,916	96.7	237,731,878	96.7	232,576,275	97.8
支払利息及び企業債取扱諸費	153,224,547	95.6	145,815,142	95.2	138,508,941	95.0
企業債利息	153,224,547	95.6	145,815,142	95.2	138,508,941	95.0
一時借入金利息	0		0		0	
繰延勘定償却	4,638,892	90.2	5,529,648	119.2	5,529,648	100.0
控除対象外消費税額償却	4,638,892	90.2	5,529,648	119.2	5,529,648	100.0
患者外給食材料費	3,523,576	97.2	3,595,511	102.0	3,038,047	84.5
給食材料費	3,523,576	97.2	3,595,511	102.0	3,038,047	84.5
消費税及び地方消費税	0		0		0	
雑支出	84,374,901	99.3	82,791,577	98.1	85,499,639	103.3
その他雑支出	84,374,901	99.3	82,791,577	98.1	85,499,639	103.3
特別損失	12,584,578	105.6	14,712,195	116.9	2,529,713	17.2
過年度損益修正損	12,584,578	105.6	14,712,195	116.9	2,529,713	17.2
診療所事業費用	7,690,981	91.4	5,889,639	76.6	6,991,115	118.7
大谷診療所医業費用	7,666,513	91.4	5,859,484	76.4	6,974,854	119.0
給与費	3,577,716	84.0	3,605,430	100.8	5,088,534	141.1
給料	832,264	42.8	583,392	70.1	234,283	40.2
手当	754,290	52.6	545,581	72.3	828,813	151.9
賃金	1,646,818	329.7	2,062,753	125.3	3,540,641	171.6
法定福利費	344,344	90.2	413,704	120.1	484,797	117.2
材料費	3,808,623	108.7	1,839,164	48.3	1,585,563	86.2
薬品費	3,808,623	108.7	1,839,164	48.3	1,585,563	86.2
診療材料費	0		0		0	
医療消耗備品費	0		0		0	
経費	254,299	112.7	334,011	131.3	219,878	65.8
旅費交通費	0		0		0	
職員被服費	0		0		0	
消耗品費	3,762	27.2	8,300	220.6	7,860	94.7
消耗備品費	30,000	皆増	0	皆減	0	
光熱水費	0		0		0	
燃料費	54,196	97.2	64,654	119.3	62,814	97.2
印刷製本費	0		0		0	
修繕費	0		103,000	皆増	0	皆減
保険料	116,849	100.0	115,238	98.6	115,072	99.9
賃借料	18,100	172.4	14,510	80.2	6,174	42.5
通信運搬費	28,333	98.7	28,309	99.9	27,958	98.8
委託料	0		0		0	
役務費	0		0		0	
雑費	3,059	皆増	0	皆減	0	
減価償却費	25,875	6.5	80,879	312.6	80,879	100.0
建物減価償却費		皆減	0		0	
備品減価償却費	25,875	100.0	80,879	312.6	80,879	100.0
研究研修費	0		0		0	
図書費	0		0		0	
旅費	0		0		0	
研究雑費	0		0		0	
大谷診療所医業外費用	24,351	91.2	25,034	102.8	15,736	62.9
支払利息及び企業債取扱諸費	17,644	82.9	14,110	80.0	10,504	74.4
企業債利息	17,644	82.9	14,110	80.0	10,504	74.4
雑支出	6,707	123.7	10,924	162.9	5,232	47.9
その他雑支出	6,707	123.7	10,924	162.9	5,232	47.9
特別損失	117	2.3	5,121	4,376.9	525	10.3
過年度損益修正損	117	2.3	5,121	4,376.9	525	10.3
費用合計	4,069,034,609	100.9	4,051,416,175	99.6	3,966,702,915	97.9
当年度純損益	26,472,184	12.0	70,304,499	265.6	114,620,457	163.0

2. 資本的收入及び支出

収 入

(単位:円、%)

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	金額	前年比	金額	前年比	金額	前年比
病院事業資本的收入	292,439,000	60.6	431,922,000	147.7	610,671,000	141.4
企業債	51,500,000	54.9	148,400,000	288.2	155,000,000	104.4
県支出金	39,830,000	75.9	44,100,000	110.7	146,367,000	331.9
県補助金	39,830,000	75.9	44,100,000	110.7	146,367,000	331.9
他会計負担金	201,109,000	96.8	207,534,000	103.2	264,304,000	127.4
一般会計負担金	201,109,000	96.8	207,534,000	103.2	264,304,000	127.4
他会計補助金		皆減	6,888,000	皆増	40,000,000	580.7
国保会計補助金		皆減	6,888,000	皆増	40,000,000	580.7
寄付金			25,000,000	皆増	5,000,000	20.0
診療所事業資本的收入	263,000	106.5	279,000	106.1	297,000	106.5
他会計負担金	263,000	106.5	279,000	106.1	297,000	106.5
一般会計負担金	263,000	106.5	279,000	106.1	297,000	106.5

支 出

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	金額	前年比	金額	前年比	金額	前年比
病院事業資本の支出	528,617,864	106.4	570,766,210	108.0	794,252,743	139.2
建設改良費	212,451,202	128.3	242,597,830	114.2	467,522,540	192.7
営業設備費	45,103,502	29.4	173,092,930	383.8	355,692,290	205.5
備品購入費	3,816,137	69.6	6,288,895	164.8	5,774,480	91.8
医療器械購入費	41,287,365	27.9	141,710,625	343.2	339,910,200	239.9
自動車購入費			25,093,410	皆増	10,007,610	39.9
医師住宅整備事業費	164,617,700	1,693.3	55,216,500	33.5	7,962,150	14.4
(住)委託料	3,738,000	349.0	3,160,500	84.6	498,750	15.8
(住)工事請負費	160,314,000	皆増	51,996,000	32.4	7,463,400	14.4
(住)負担金	524,700	皆増		皆減		
(住)雑費	41,000	50.0	60,000	146.3		皆減
地上テシ 外対応設備整備事業費	2,730,000	122.3		皆減		
工事請負費	2,730,000	963.0		皆減		
院内改修事業			14,288,400	皆増		皆減
院内空調更新事業費					78,813,000	皆増
(院内空調)委託料					483,000	皆増
(院内空調)工事請負費					78,330,000	皆増
院内設備更新事業費					25,055,100	皆増
(院内設備)工事請負費					25,055,100	皆増
企業債償還金	313,766,662	95.8	324,168,380	103.3	321,830,203	99.3
企業債償還元金	313,766,662	95.8	324,168,380	103.3	321,830,203	99.3
投資	2,400,000	66.7	4,000,000	166.7	4,900,000	122.5
長期貸付金	2,400,000	66.7	4,000,000	166.7	4,900,000	122.5
看護師等修学資金貸付金	2,400,000	66.7	4,000,000	166.7	4,900,000	122.5
診療所事業資本の支出	806,579	192.0	420,000	52.1	420,000	100.0
建設改良費	386,579	皆増		皆減		
営業設備費	386,579	皆増		皆減		
備品購入費	386,579	皆増		皆減		
企業債償還金	420,000	100.0	420,000	100.0	420,000	100.0
企業債償還元金	420,000	100.0	420,000	100.0	420,000	100.0

3.貸借対照表

(単位:円、%)

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	金額	前年比	金額	前年比	金額	前年比
固定資産	4,958,878,586	98.0	4,890,811,832	98.6	5,164,236,852	105.6
有形固定資産	4,948,918,586	98.0	4,876,851,832	98.5	5,145,376,852	105.5
土地	1,056,779,264	100.0	1,056,779,264	100.0	1,056,779,264	100.0
建物	3,512,384,258	104.7	3,539,923,402	100.8	3,541,667,247	100.0
減価償却累計額(△)	814,945,701	107.2	853,771,989	104.8	911,050,465	106.7
建物附属設備	2,575,267,000	100.1	2,579,627,000	100.2	2,678,549,000	103.8
減価償却累計額(△)	2,139,429,880	107.7	2,292,400,740	107.2	2,316,448,116	101.0
構築物	604,417,995	100.0	604,417,995	100.0	604,417,995	100.0
減価償却累計額(△)	429,492,440	101.3	435,083,961	101.3	440,675,482	101.3
器械及び装置	2,023,269,228	99.2	2,033,708,728	100.5	2,302,886,428	113.2
減価償却累計額(△)	1,494,060,078	101.9	1,434,278,628	96.0	1,453,299,461	101.3
車両運搬具	21,538,619	100.0	45,439,779	211.0	51,181,320	112.6
減価償却累計額(△)	18,367,923	103.8	19,017,961	103.5	19,757,565	103.9
備品	257,325,398	101.5	263,352,822	102.3	265,823,677	100.9
減価償却累計額(△)	205,767,154	103.5	211,843,879	103.0	214,696,990	101.3
建設仮勘定	0	皆減	0		0	
投資	9,960,000	131.7	13,960,000	140.2	18,860,000	135.1
長期貸付金	9,960,000	131.7	13,960,000	140.2	18,860,000	135.1
流動資産	1,992,657,683	103.2	2,156,522,628	108.2	2,198,204,295	101.9
現金預金	1,286,307,938	108.8	1,456,309,277	113.2	1,390,065,458	95.5
未収金	631,074,802	96.7	680,860,874	107.9	794,991,734	116.8
貯蔵品	75,030,762	126.5	19,146,163	25.5	13,011,069	68.0
前払費用	195,500	78.0	122,000	62.4	122,000	100.0
前払金	48,681	0.1	84,314	173.2	14,034	16.6
繰延勘定	21,747,155	131.2	27,401,631	126.0	43,388,455	158.3
控除対象外消費税額	21,747,155	131.2	27,401,631	126.0	43,388,455	158.3
資産合計	6,973,283,424	99.5	7,074,736,091	101.5	7,405,829,602	104.7
固定負債	0		0		0	
引当金	0		0		0	
退職給与引当金	0		0		0	
修繕引当金	0		0		0	
流動負債	473,733,242	103.5	398,882,790	84.2	326,638,047	81.9
一時借入金	0		0		0	
未払金	473,733,242	103.5	398,882,790	84.2	326,638,047	81.9
医業未払金	472,128,642	103.7	397,088,690	84.1	325,026,247	81.9
未払消費税及び地方消費税	1,604,600	79.7	1,794,100	111.8	1,611,800	89.8
その他流動負債	0		0		0	
資本金	6,343,684,690	96.0	6,715,986,412	105.9	6,548,736,209	97.5
自己資本金	1,054,730,704	100.0	1,603,220,806	152.0	1,603,220,806	100.0
借入資本金	5,288,953,986	95.3	5,112,765,606	96.7	4,945,515,403	96.7
企業債	5,288,953,986	95.3	5,112,765,616	96.7	4,945,515,403	96.7
他会計借入金	0		0		0	
剰余金	155,865,492	△ 264.8	40,133,111	25.7	530,455,346	1,321.7
資本剰余金	2,390,999,557	111.2	898,362,557	37.6	1,354,330,557	150.8
国県補助金	495,937,000	108.7	545,311,000	110.0	731,678,000	134.2
その他資本剰余金	1,895,062,557	111.9	353,051,557	18.6	622,652,557	176.4
利益剰余金	△ 2,235,134,065	101.2	△ 1,008,800,167	45.1	△ 938,495,668	93.0
減債積立金	140,060,000	100.0	140,060,000	100.0	140,060,000	100.0
利益積立金	0		0		0	
建設改良積立金	0		0		0	
当年度未処理欠損金(△)	2,375,194,065	101.1	1,078,555,668	45.4	963,935,211	89.4
負債資本合計	6,973,283,424	99.5	7,074,736,091	101.5	7,405,829,602	104.7

第3章 業務の概要

1. 患者の状況

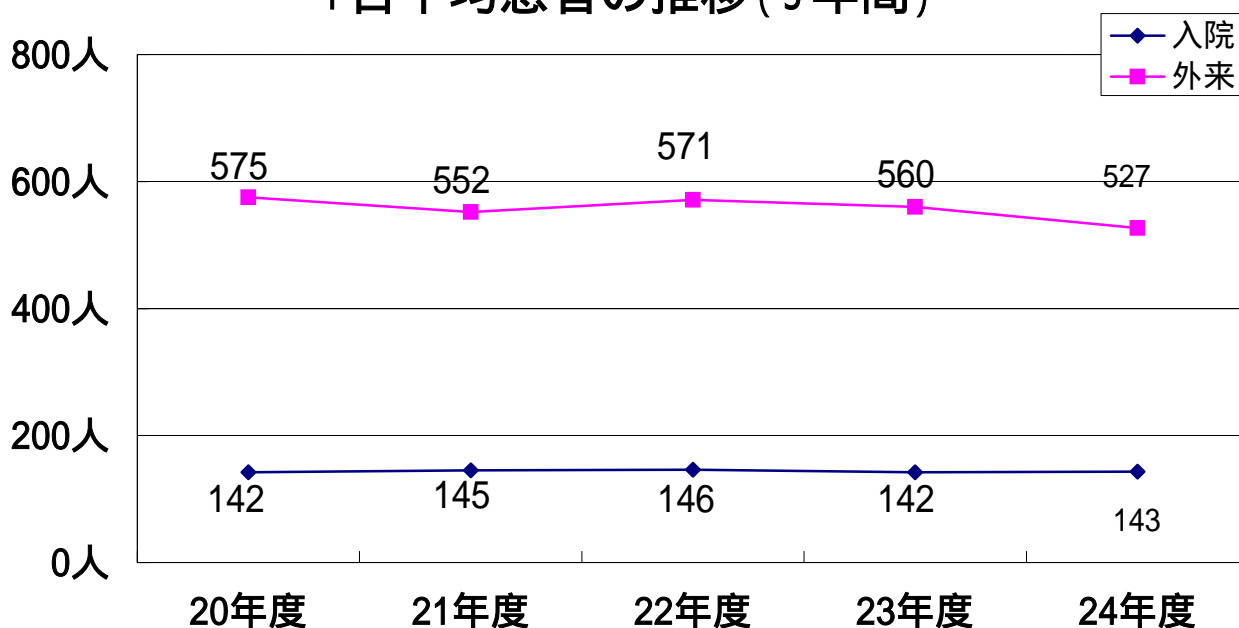
(1)入院・外来別患者数

(単位：人、%)

区分	入院				外来			
	22年度	23年度	24年度	前年比	22年度	23年度	24年度	前年比
内科	18,420	17,745	17,298	97.5	43,684	43,006	42,173	98.1
外科	6,275	5,770	6,957	120.6	6,750	7,014	6,247	89.1
小児科	298	666	393	59.0	8,639	8,594	6,919	80.5
眼科					4,202	4,343	4,025	92.7
耳鼻咽喉科	751	840	594	70.7	12,543	11,323	10,616	93.8
産婦人科	1,724	1,931	1,897	98.2	4,649	4,461	4,283	96.0
整形外科	13,172	11,808	13,100	110.9	28,850	28,709	26,399	92.0
脳神経外科	9,319	9,575	8,123	84.8	9,664	10,055	9,664	96.1
泌尿器科					(51)2,803	(53)2,735	(51)2,694	98.5
皮膚科	51	140	74	52.9	6,120	6,002	5,783	96.4
精神科					(98)3,290	(99)4,051	(102)4,326	106.8
短期入所	900	1,140	1,727	151.5				
介護保険	2,246	2,418	1,841	76.1	7,661	6,170	6,044	98.0
合計	53,156	52,033	52,004	99.9	138,855	136,469	129,173	94.7
1ヵ月平均	4,429.7	4,336.1	4,333.7	99.9	11,571.3	11,372.4	10,764.4	94.7
1日平均	145.6	142.2	142.5	100.2	571.4	559.3	527.2	94.3

注：()内数字は稼働日数を示したものの

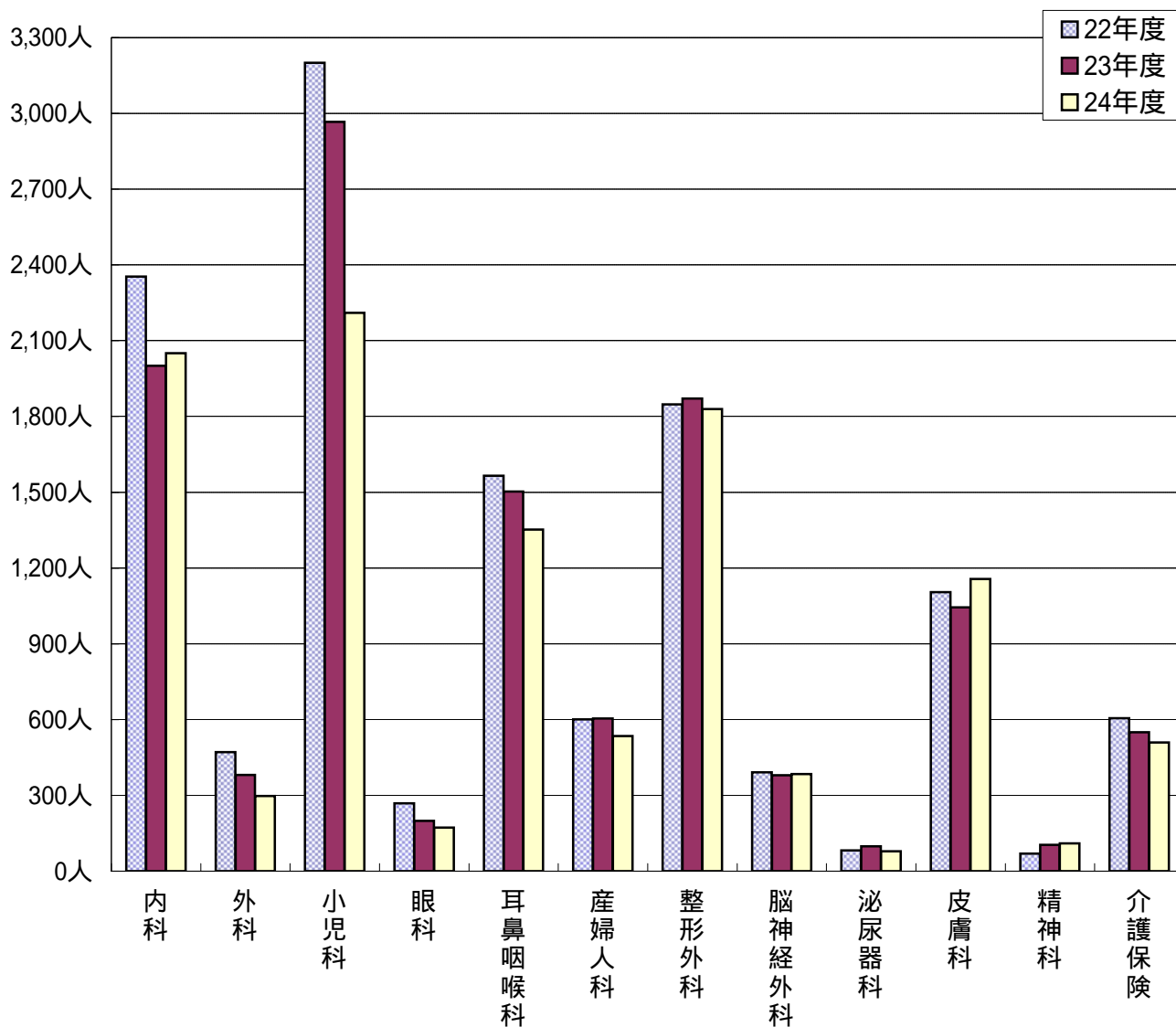
1日平均患者の推移(5年間)



(2) 外来初診患者数

(単位：人、%)

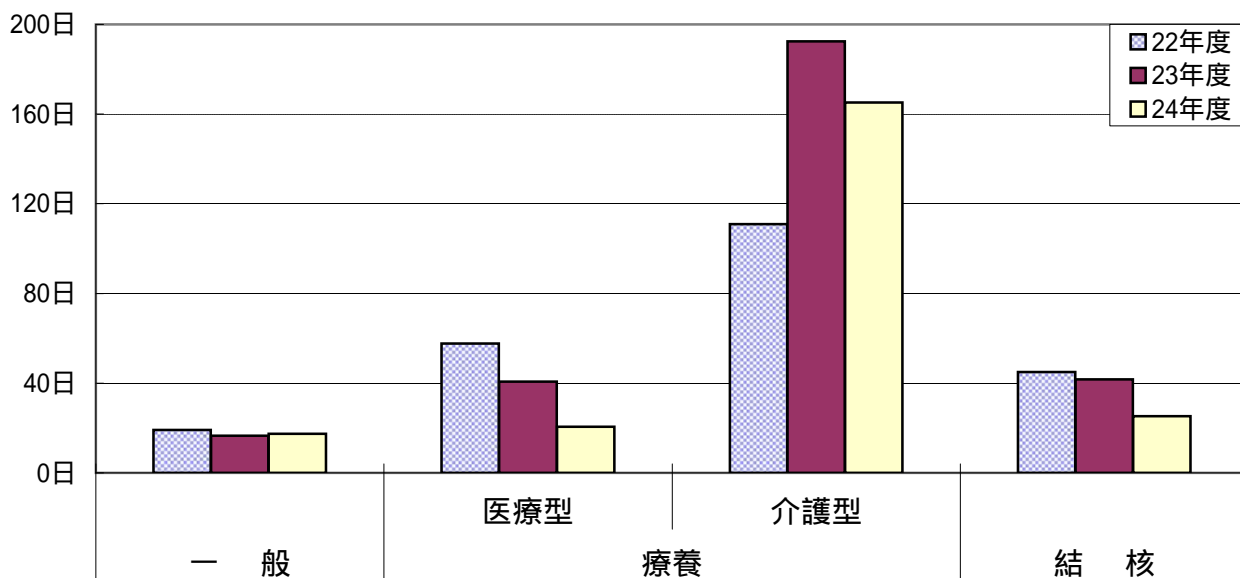
区分	22年度	23年度	24年度	前年比
内科	2,354	2,001	2,051	102.5
外科	471	381	298	78.2
小児科	3,201	2,967	2,211	74.5
眼科	269	199	172	86.4
耳鼻咽喉科	1,565	1,503	1,352	90.0
産婦人科	601	604	535	88.6
整形外科	1,848	1,871	1,830	97.8
脳神経外科	391	380	385	101.3
泌尿器科	82	98	79	80.6
皮膚科	1,105	1,045	1,157	110.7
精神科	69	104	110	105.8
介護保険	606	550	510	92.7
合計	12,562	11,703	10,690	91.3



(3) 平均在院日数

(単位 : 日)

		22年度	23年度	24年度
一	般	19.1	16.5	17.4
療 養	医療型	57.7	40.7	20.6
	介護型	110.9	192.4	165.1
結	核	45.0	41.7	25.2

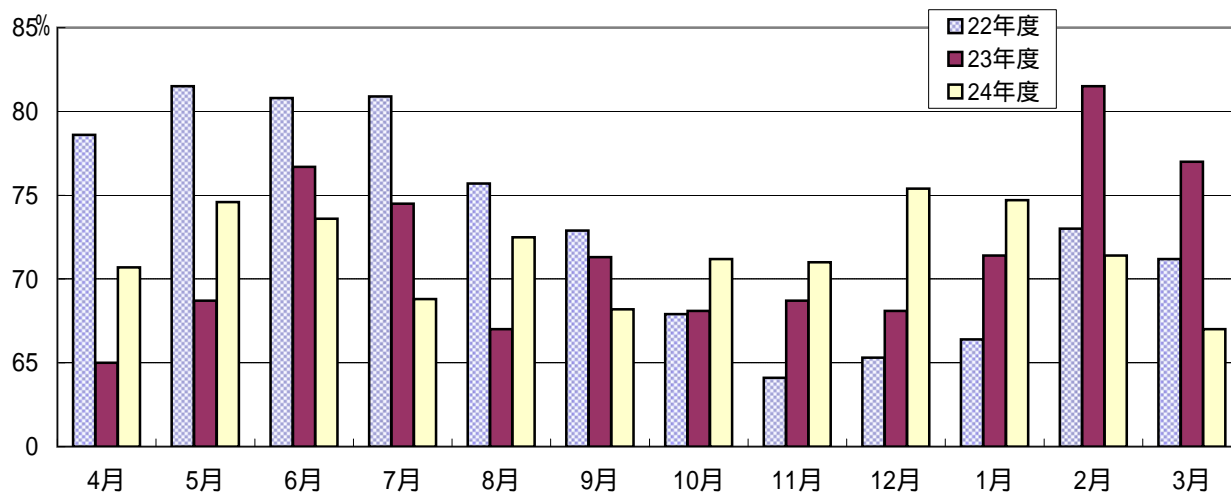


$$* \text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者数}}{(\text{年間入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \div 2}$$

(4) 病床利用率

(単位 : %)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計(平均)
22年度	78.6	81.5	80.8	80.9	75.7	72.9	67.9	64.1	65.3	66.4	73.0	71.2	73.2
23年度	65.0	68.7	76.7	74.5	67.0	71.3	68.1	68.7	68.1	71.4	81.5	77.0	71.5
24年度	70.7	74.6	73.6	68.8	72.5	68.2	71.2	71.0	75.4	74.7	71.4	67.0	71.6



(5) 休日及び時間外救急取り扱い患者数

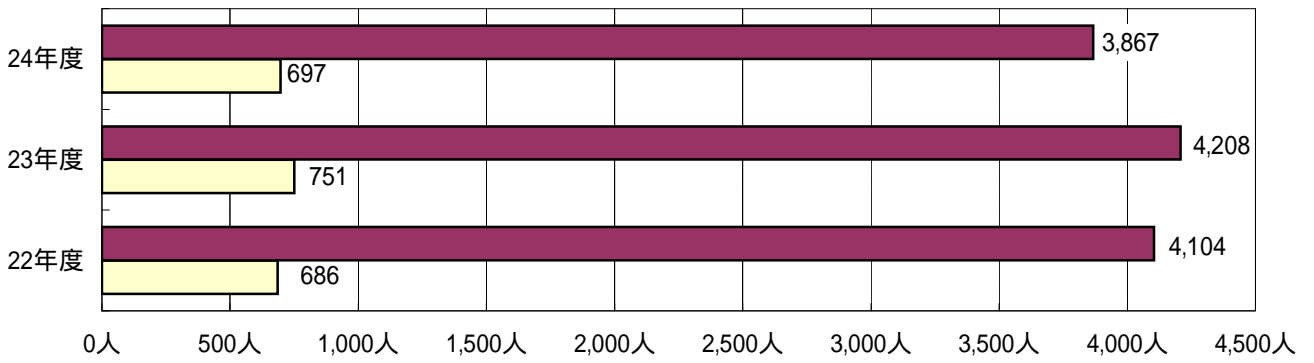
(単位：人)

区 分	22年度	23年度	24年度
総 数	4,790	4,959	4,564
入 院	686	751	697
外 来	4,104	4,208	3,867

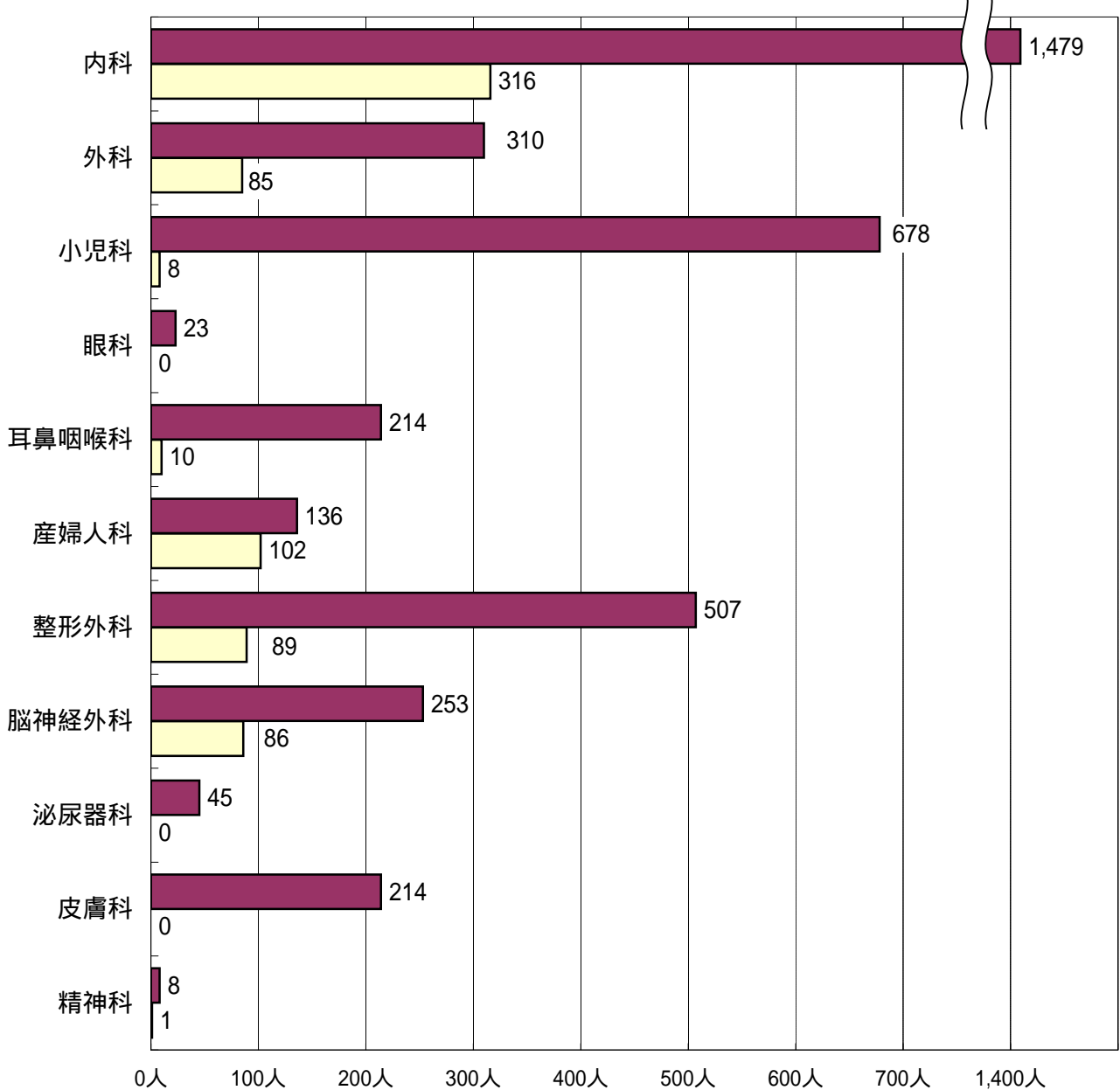
(単位：人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	
内科	入院	22	27	28	27	25	42	29	21	26	29	24	16	316
	外来	126	140	83	131	133	131	86	102	134	175	134	104	1,479
	小計	148	167	111	158	158	173	115	123	160	204	158	120	1,795
外科	入院	9	5	8	6	8	8	9	4	5	13	8	2	85
	外来	24	25	25	31	26	27	34	23	31	16	23	25	310
	小計	33	30	33	37	34	35	43	27	36	29	31	27	395
小児科	入院	1	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	1	8
	外来	98	70	39	48	66	29	35	34	77	81	62	39	678
	小計	99	71	40	49	66	29	38	34	77	81	62	40	686
眼科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	3	3	5	1	0	1	1	2	0	2	3	2	23
	小計	3	3	5	1	0	1	1	2	0	2	3	2	23
耳鼻咽喉科	入院	2	0	0	1	1	1	1	0	2	1	0	1	10
	外来	7	21	23	18	16	11	19	8	31	21	13	26	214
	小計	9	21	23	19	17	12	20	8	33	22	13	27	224
産婦人科	入院	8	12	4	8	12	10	7	7	8	6	9	11	102
	外来	15	13	5	13	8	8	6	9	16	13	15	15	136
	小計	23	25	9	21	20	18	13	16	24	19	24	26	238
整形外科	入院	13	8	6	7	10	5	7	7	9	5	2	10	89
	外来	32	47	44	54	66	47	37	32	46	36	26	40	507
	小計	45	55	50	61	76	52	44	39	55	41	28	50	596
脳神経外科	入院	10	10	6	9	4	5	6	11	9	10	2	4	86
	外来	15	26	17	24	25	28	14	23	19	24	17	21	253
	小計	25	36	23	33	29	33	20	34	28	34	19	25	339
泌尿器科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	1	4	5	6	4	7	4	3	3	4	3	1	45
	小計	1	4	5	6	4	7	4	3	3	4	3	1	45
皮膚科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	11	19	20	19	48	32	23	7	7	9	10	9	214
	小計	11	19	20	19	48	32	23	7	7	9	10	9	214
精神科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	外来	0	1	1	0	0	2	1	1	0	1	0	1	8
	小計	0	1	1	0	0	2	1	1	0	2	0	1	9
小計	入院	65	63	53	59	60	71	62	50	59	65	45	45	697
	外来	332	369	267	345	392	323	260	244	364	382	306	283	3,867
総合計	397	432	320	404	452	394	322	294	423	447	351	328	4,564	

年度別取り扱い患者数(3年間) □入院 ■外来



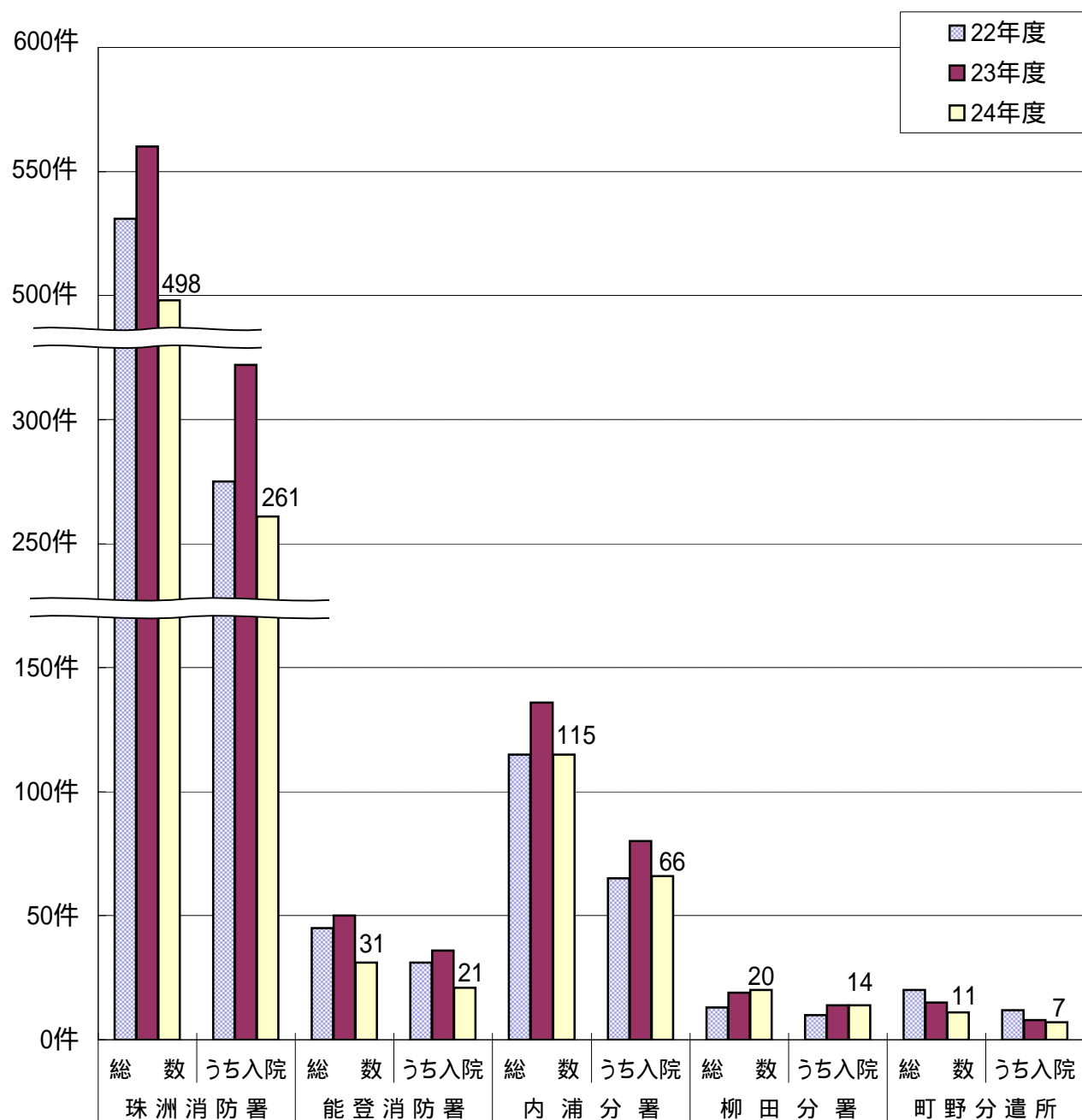
外来別取り扱い患者数 □入院 ■外来



(6) 救急隊別患者搬入取り扱い件数

(単位：件)

区 分		22年度	23年度	24年度
珠 洲 消 防 署	総 数	531	560	498
	うち入院	275	322	261
能 登 消 防 署	総 数	45	50	31
	うち入院	31	36	21
内 浦 分 署	総 数	115	136	115
	うち入院	65	80	66
柳 田 分 署	総 数	13	19	20
	うち入院	10	14	14
町 野 分 遣 所	総 数	20	15	11
	うち入院	12	8	7
総 数 合 計		724	780	675
入 院 合 計		393	460	369



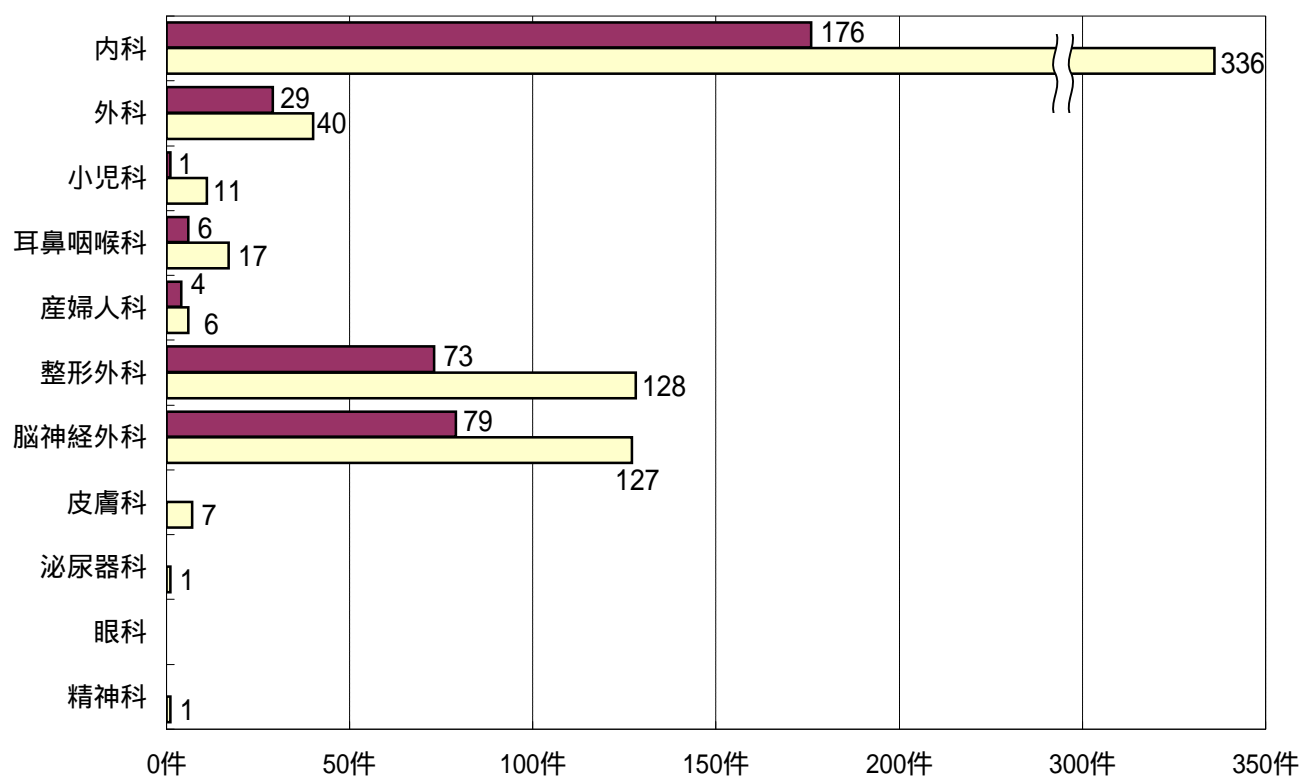
(7)科別救急車搬入取り扱い件数

(単位：件)

区 分		22年度	23年度	24年度
内 科	総 数	373	386	336
	うち入院	210	226	176
外 科	総 数	39	38	40
	うち入院	22	23	29
小 児 科	総 数	22	14	11
	うち入院	1	3	1
耳 鼻 咽 喉 科	総 数	13	18	17
	うち入院	6	7	6
産 婦 人 科	総 数	2	3	6
	うち入院	2	2	4
整 形 外 科	総 数	123	124	128
	うち入院	69	71	73
脳 神 経 外 科	総 数	147	192	127
	うち入院	82	128	79
皮 膚 科	総 数	4	3	7
	うち入院	1	0	0
泌 尿 器 科	総 数	1	1	1
	うち入院	0	0	0
眼 科	総 数	0	0	0
	うち入院	0	0	0
精 神 科	総 数	0	1	1
	うち入院	0	0	0
総 数 合 計		724	780	674
入 院 合 計		393	460	368

平成24年度 科別救急車搬入取り扱い件数

□ 総 数 ■ うち入院



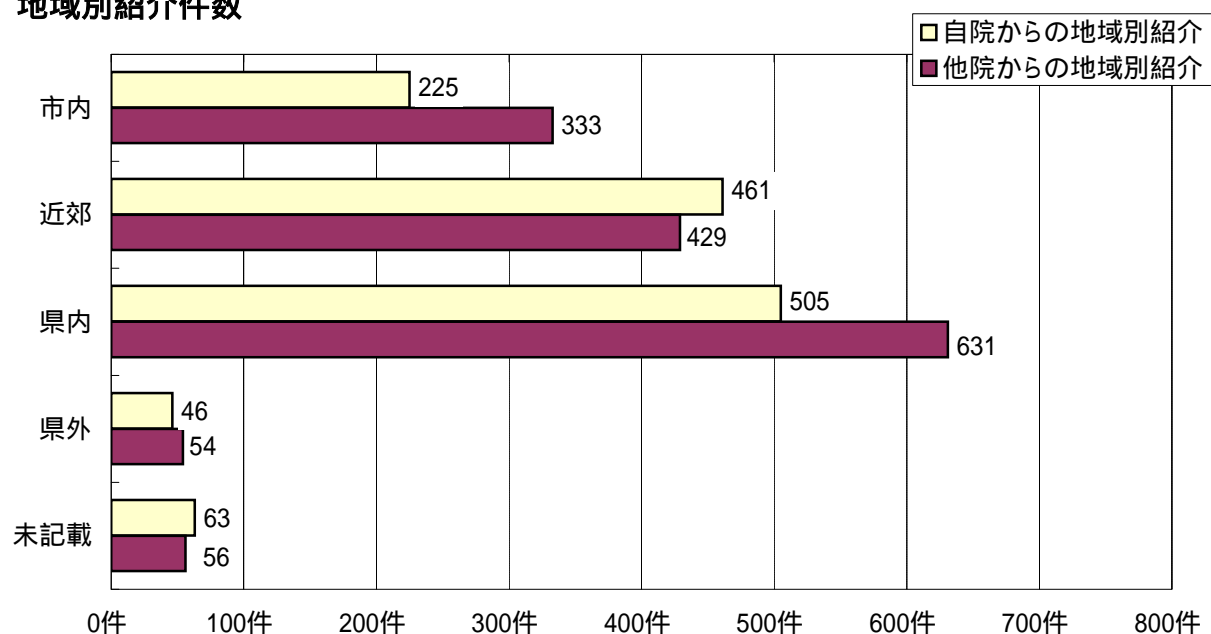
2. 紹介患者数の状況

(1) 地域別紹介件数

平成24年度
(単位：件)

区 分	自院からの地域別紹介	他院からの地域別紹介
市 内	225	333
近 郊	461	429
県 内	505	631
県 外	46	54
未 記 載	63	56
合 計	1,300	1,503

地域別紹介件数



(2) 自院からの紹介科室別内訳

平成24年度
(単位：人)

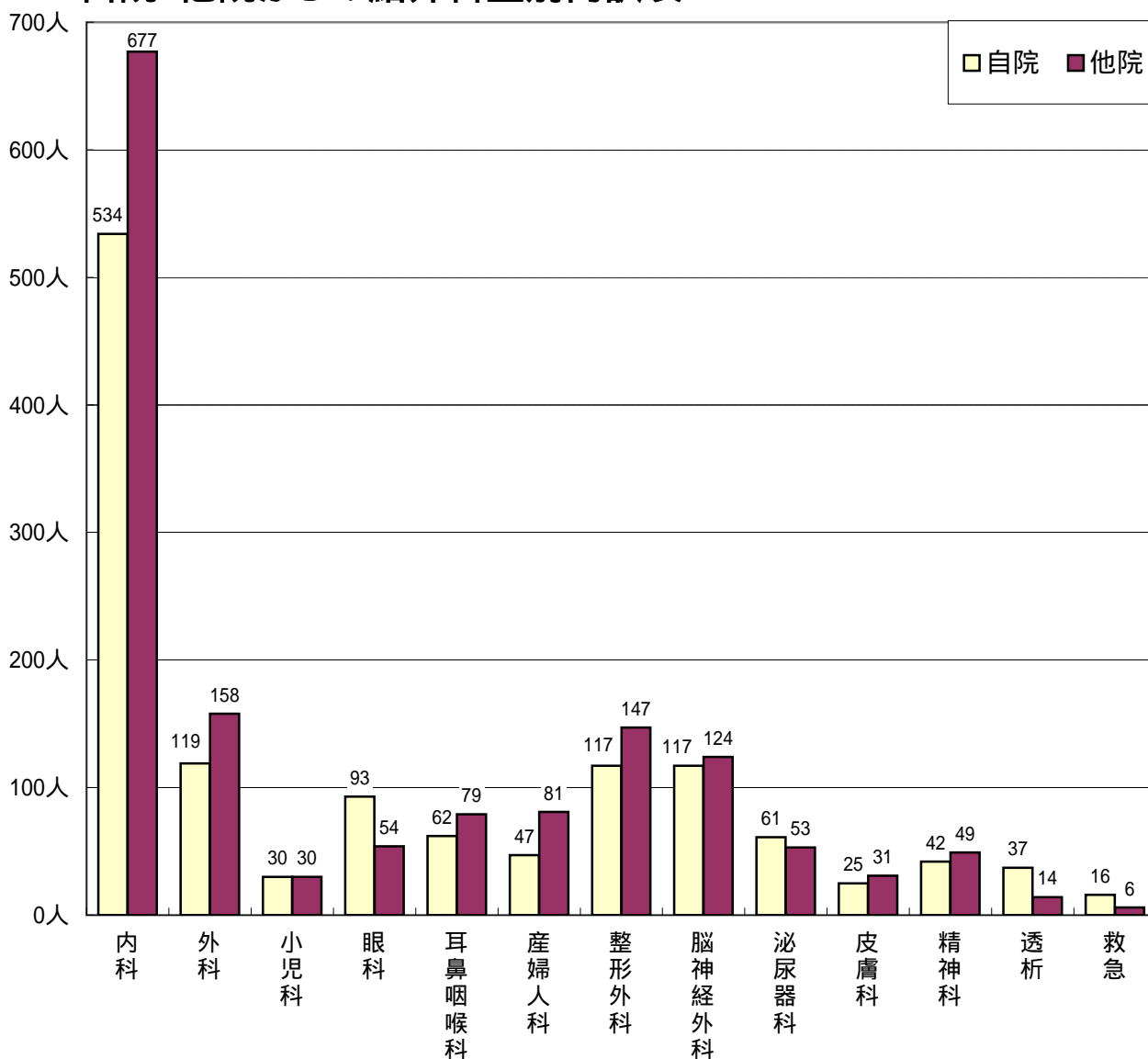
区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
内 科	51	42	46	33	57	36	45	41	38	48	49	48	534
外 科	9	9	7	9	10	10	8	14	10	11	11	11	119
小 児 科	2	3	4	2	4	2	1	3	3	1	3	2	30
眼 科	17	11	8	6	6	10	5	10	8	2	4	6	93
耳鼻咽喉科	4	4	4	3	7	9	8	3	5	3	3	9	62
産婦人科	4	4	1	2	2	4	3	2	6	7	6	6	47
整形外科	4	7	7	6	18	14	8	9	10	11	16	7	117
脳神経外科	14	10	12	6	11	6	12	6	7	15	7	11	117
泌尿器科	6	3	8	5	6	6	9	5	2	4	4	3	61
皮膚科		3	2	4		2	5		2	3	3	1	25
精神科	3	4	8	5	4	1	3	2	8	2	2		42
透析	5	3	2	5	4	5	3	3	5		1	1	37
救 急		1	1	1	4	3	2	3			1		16
総 数	119	104	110	87	133	108	112	101	104	107	110	105	1,300
初診患者数	971	1,074	998	1,026	1,301	880	968	983	983	945	866	1,008	12,003
紹介率	12.3%	9.7%	11.0%	8.5%	10.2%	12.3%	11.6%	10.3%	10.6%	11.3%	12.7%	10.4%	10.8%

(3) 他院からの紹介科室別内訳

平成24年度
(単位：人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
内科	50	52	41	45	48	99	85	59	79	42	36	41	677
外科	7	5	12	6	6	15	14	16	24	10	15	28	158
小児科	2	2	2	1	5	1	2	3	1	2	4	5	30
眼科	5	6	4	4	1		4	4	4	9	6	7	54
耳鼻咽喉科	4	6	16	8	9	9	9	5	8	2	2	1	79
産婦人科	8	4	6	12	10	10	3	11	9	3	3	2	81
整形外科	10	17	7	14	16	14	14	15	9	13	8	10	147
脳神経外科	13	13	6	10	8	14	8	9	13	11	11	8	124
泌尿器科	1	7	2	11	6	1	3	2	1	5	6	8	53
皮膚科		3	3	2	5	4	2	2	2	2	3	3	31
精神科	3	4	3	5		8	7	4	5	1	5	4	49
透析	1	1	1	1		1				1	4	4	14
救急		1	1			1	1			2			6
総数	104	121	104	119	114	177	152	130	155	103	103	121	1,503
初診患者数	971	1,074	998	1,026	1,301	880	968	983	983	945	866	1,008	12,003
紹介率	10.7%	11.3%	10.4%	11.6%	8.8%	20.1%	15.7%	13.2%	15.8%	10.9%	11.9%	12.0%	12.5%

自院・他院からの紹介科室別内訳表

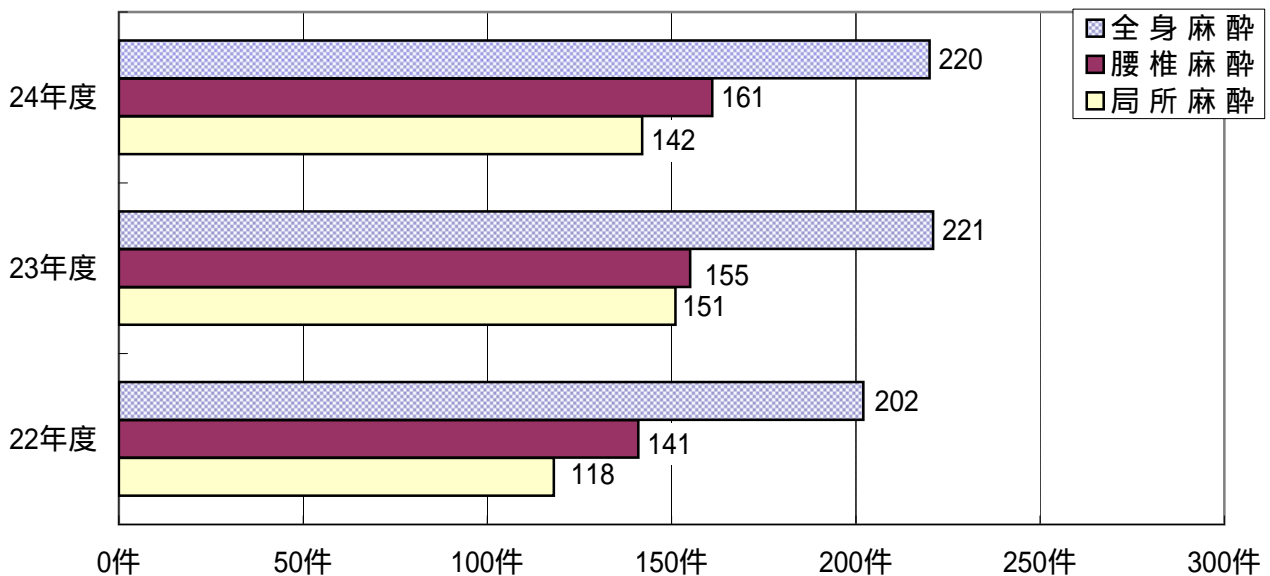


3. 手術の状況

(単位：件)

区 分	22年度	23年度	24年度	
外科	全身麻酔	101	105	113
	腰椎麻酔	31	29	34
	局所麻酔	20	30	26
	小 計	152	164	173
整形外科	全身麻酔	34	61	74
	腰椎麻酔	89	94	89
	局所麻酔	81	95	91
	小 計	204	250	254
脳神経外科	全身麻酔	14	17	12
	腰椎麻酔	0	0	3
	局所麻酔	9	21	18
	小 計	23	38	33
耳鼻咽喉科	全身麻酔	16	12	10
	腰椎麻酔	0	0	0
	局所麻酔	7	4	6
	小 計	23	16	16
産婦人科	全身麻酔	37	26	11
	腰椎麻酔	21	32	35
	局所麻酔	0	1	0
	小 計	58	59	46
内科	局所麻酔	1	0	1
小 計	全身麻酔	202	221	220
	腰椎麻酔	141	155	161
	局所麻酔	118	151	142
合 計	461	527	523	

麻酔別件数



4. 在宅医療及び介護認定の状況

(1) 訪問診察・往診件数 (単位：件)

区 分		22年度	23年度	24年度
利用者数	男 性	317	249	282
	女 性	269	276	234
	合 計	586	525	516
延べ訪問件数		617	553	516
請求内容	介護保険	533	485	443
	医療保険	84	68	73

(2) 科別利用者及び経管栄養・経口者件数

平成24年度	人数	経鼻	胃瘻	経口
総利用者数	516	95	233	188
脳外科患者数	153	46	107	0
内科患者数	356	49	126	181
外科患者数	7	0	0	7

(単位：人・件)

(3) 訪問看護件数 (単位：件)

区 分		22年度	23年度	24年度
利用者数	男 性	323	247	270
	女 性	288	280	234
	合 計	611	527	504
新 規	男 性	10	7	16
	女 性	5	15	16
	合 計	15	22	32
終 了	死亡(自宅)	8	9	20
	死亡(病院)	9	12	11
	その他	6	1	1
	合 計	23	22	32
述べ訪問件数		4,530	3,672	3,508
請求内容	介護保険	4,161	3,357	2,789
	医療保険	369	315	719

(4) 主治医意見書作成件数 (単位：件)

区 分	22年度	23年度	24年度
内 科	410	377	346
外 科	36	32	51
整 形 外 科	149	146	137
脳 神 経 外 科	261	227	198
精 神 科	58	75	94
眼 科	1	1	1
泌 尿 器 科	3	0	0
皮 膚 科	4	2	1
耳 鼻 咽 喉 科	2	3	1
産 婦 人 科	0	0	0
合 計	924	863	829

(5) 訪問リハビリ件数 (単位：件)

区 分		22年度	23年度	24年度
利用者数	男 性	56	48	55
	女 性	0	2	7
	合 計	56	50	62
延べ訪問件数		246	196	204
請求内容	介護保険	193	145	162
	医療保険	53	51	42

(6) 認定調査件数 (単位：件)

区 分	22年度	23年度	24年度
在 宅	0	0	0
施 設	37	59	17
合 計	37	59	17

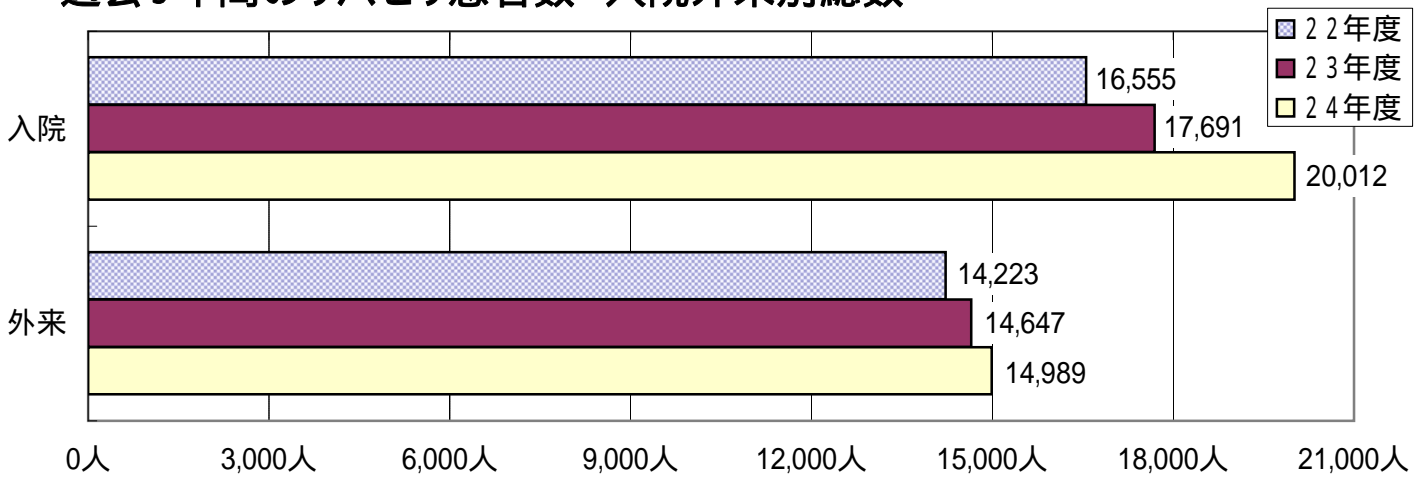
5 . リハビリテーションの状況

平成24年度

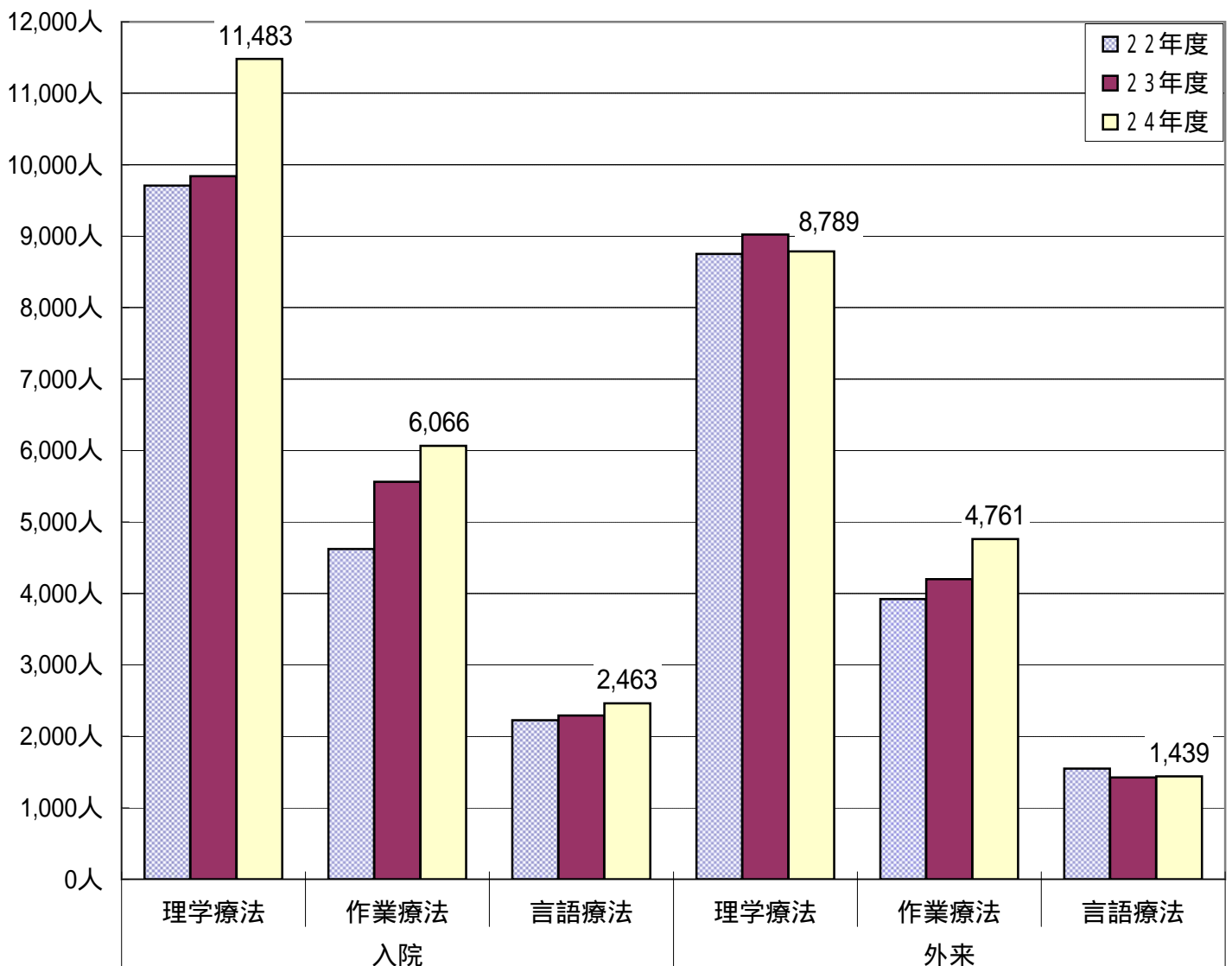
(単位：人)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計			
入	理学療法	脳血管	250	262	314	297	185	155	226	154	225	221	186	243	2,718	
		脳・廃用	105	167	109	142	165	200	310	291	246	167	180	268	2,350	
		脳・摂食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		運動器	488	553	497	388	604	508	476	575	513	520	341	324	5,787	
		運動器	5	10	7	0	14	19	44	17	17	10	7	7	157	
		呼吸器	11	18	17	58	57	58	45	34	56	59	30	28	471	
		がん	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		総合計	859	1,010	944	885	1,025	940	1,101	1,071	1,057	977	744	870	11,483	
	作業療法	脳血管	349	331	341	261	208	176	233	175	260	291	209	218	3,052	
		脳・廃用	97	113	71	104	110	121	121	158	132	83	165	154	1,429	
		脳・摂食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		運動器	161	157	104	104	108	99	113	133	116	94	63	71	1,323	
		運動器	2	18	0	3	21	33	25	17	14	21	10	8	172	
		呼吸器	0	3	2	0	3	15	14	5	3	24	21	0	90	
がん		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
総合計		609	622	518	472	450	444	506	488	525	513	468	451	6,066		
院	言語療法	脳血管	172	151	153	144	99	91	76	67	116	126	85	100	1,380	
		脳・廃用	87	106	30	29	65	62	111	109	86	93	124	179	1,081	
		脳・摂食	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
		運動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		運動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		呼吸器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		がん	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		総合計	259	257	183	175	164	153	187	176	202	219	209	279	2,463	
外	理学療法	脳血管	250	248	273	288	304	299	339	303	248	212	188	190	3,142	
		脳・廃用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		運動器	425	499	499	480	455	429	485	476	422	431	412	479	5,492	
		通所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	27	46	92	
		呼吸器	8	7	8	6	5	4	4	4	3	3	5	6	63	
		総合計	683	754	780	774	764	732	828	783	673	665	632	721	8,789	
	作業療法	脳血管	232	240	248	274	317	256	295	279	232	202	184	176	2,935	
		脳・廃用	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
		運動器	114	111	142	150	167	136	125	130	136	160	195	166	1,732	
		通所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	26	48	92	
		呼吸器	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
		総合計	346	351	390	424	484	392	420	410	369	380	405	390	4,761	
	来	言語療法	脳血管	129	127	117	122	133	123	139	134	118	102	92	78	1,414
			脳・廃用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			運動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			通所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	16	25
			呼吸器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			総合計	129	127	117	122	133	123	139	134	118	102	101	94	1,439

過去3年間のリハビリ患者数 入院外来別総数



過去3年間のリハビリ患者数 入院外来別部門別数

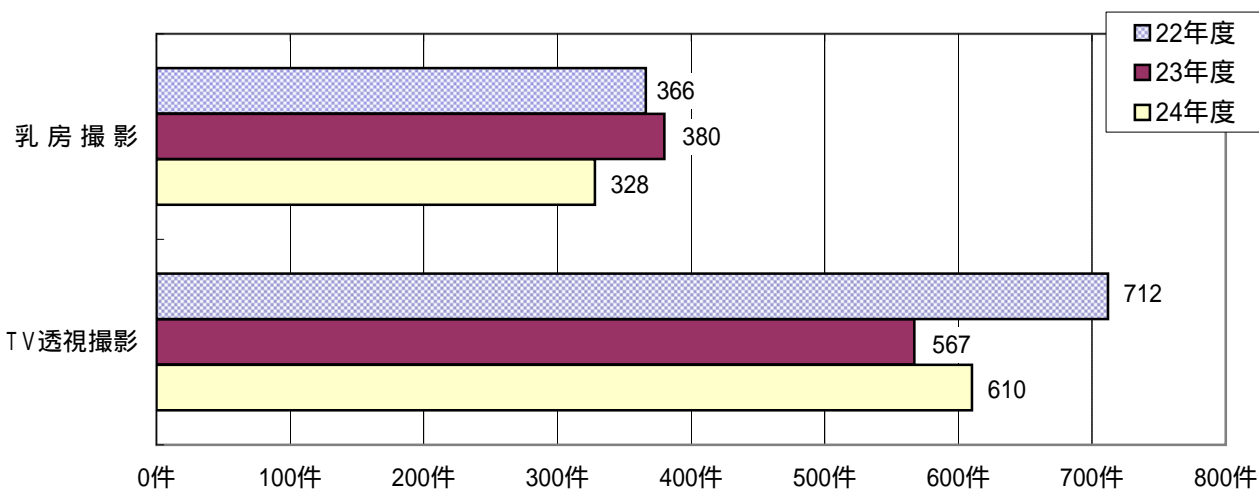
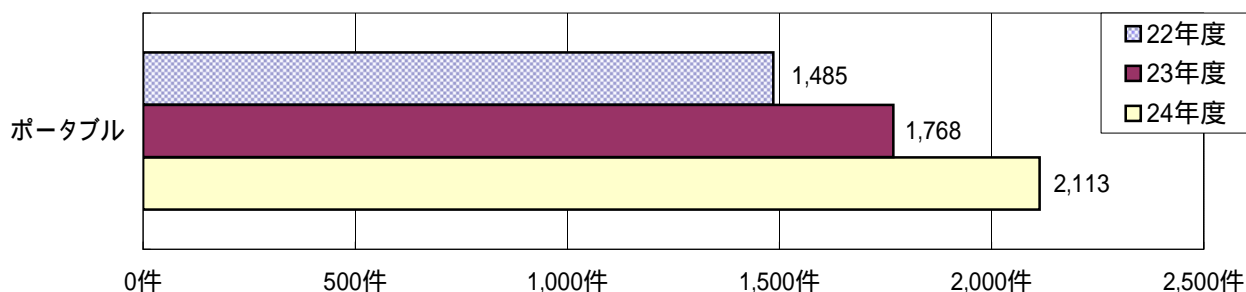
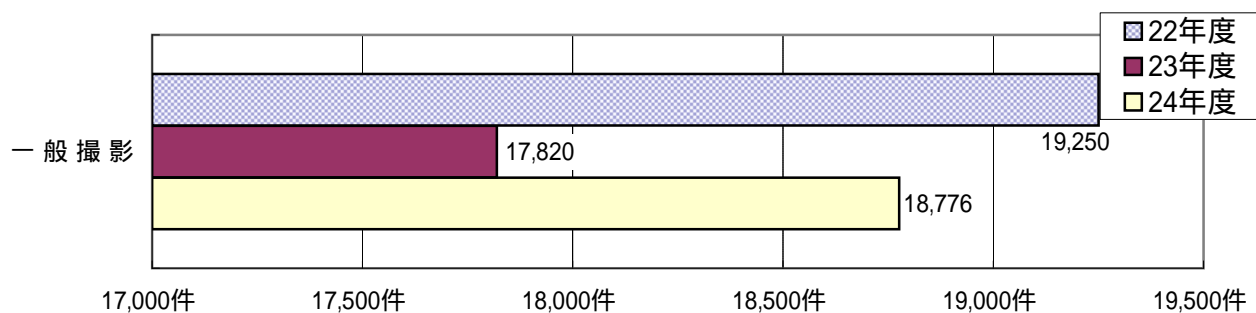


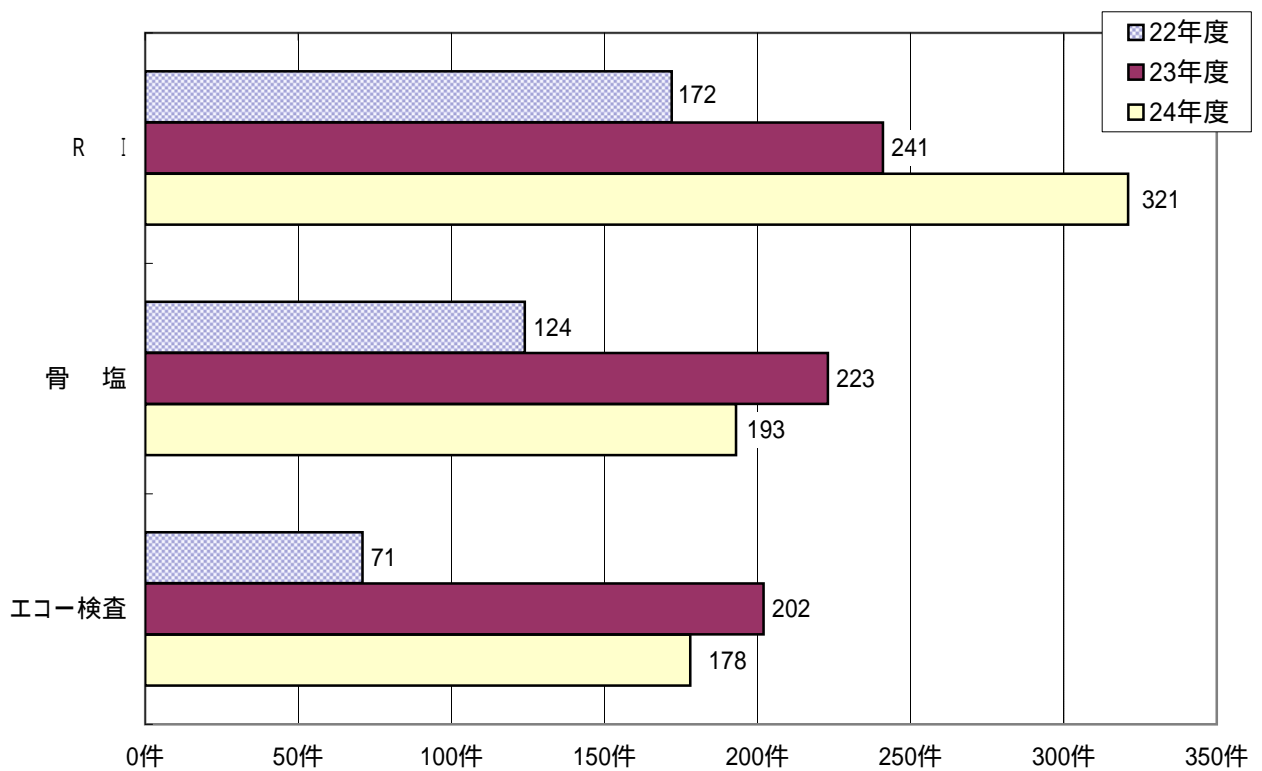
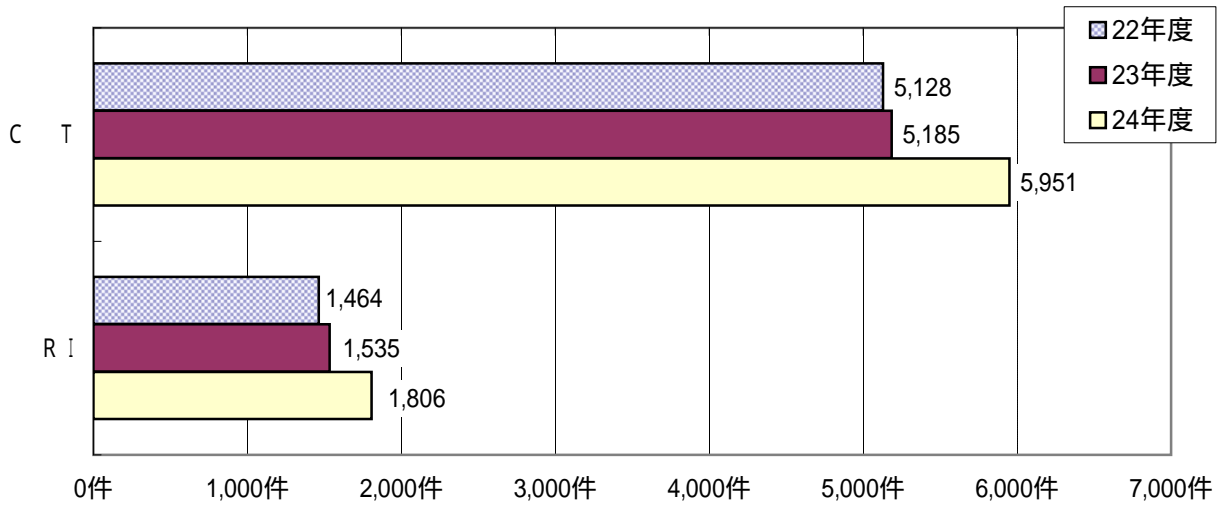
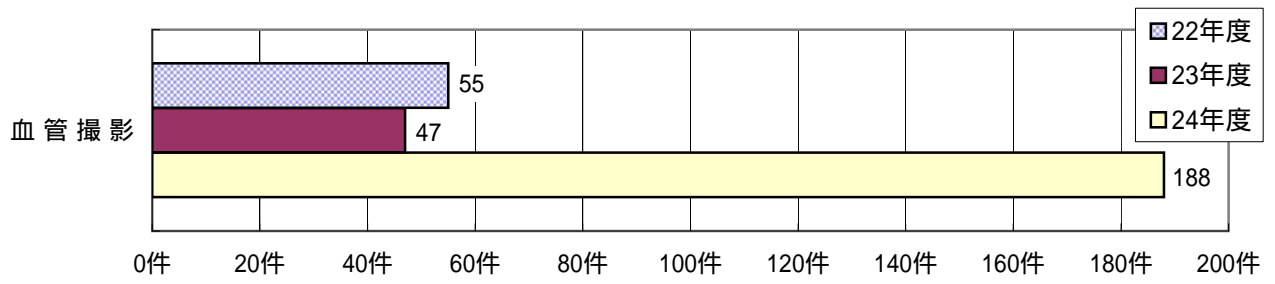
6. 放射線の状況

(1) 撮影件数

(単位：件)

区分	22年度	23年度	24年度
一般撮影	19,250	17,820	18,776
ポータブル	1,485	1,768	2,113
乳房撮影	366	380	328
TV透視撮影	712	567	610
血管撮影	55	47	188
CT	5,128	5,185	5,951
RI	1,464	1,535	1,806
RI	172	241	321
骨塩	124	223	193
エコー検査	71	202	178
合計	28,827	27,968	30,464





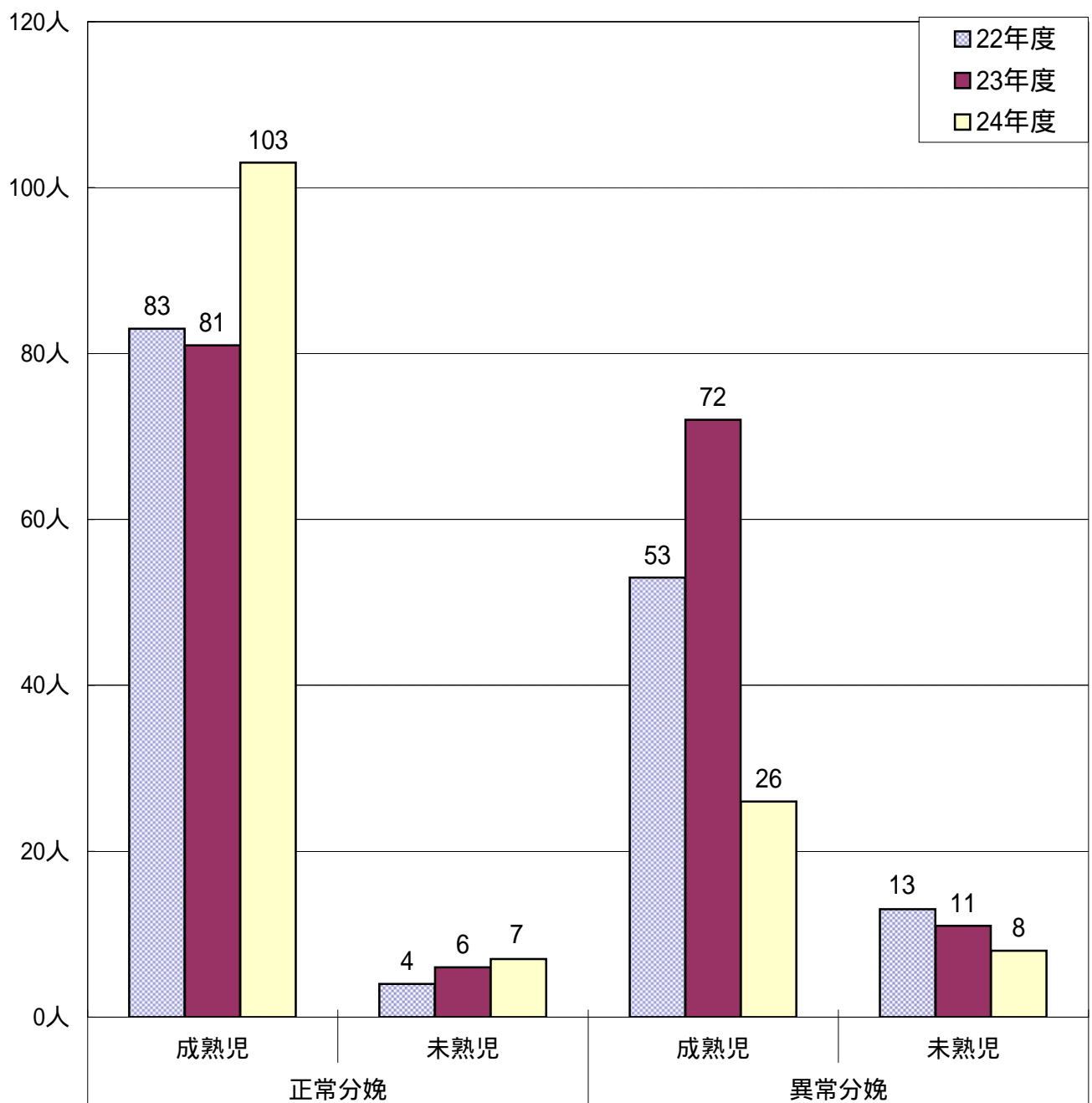
7. 分娩の状況

(1) 分娩の状況

(単位：人)

区分		22年度	23年度	24年度
正常分娩	成熟児	83	81	103
	未熟児	4	6	7
異常分娩	成熟児	53	72	26
	未熟児	13	11	8
合計		153	170	144

分娩状況表



(2)分娩集計

平成24年集計

分娩について(死産は含まない)

項目	件数
1) 母体搬送を受けた症例	0 例
2) 母体平均年齢	30.0 才
3) 若年齢出産数(20歳未満)	1 人
4) 高年齢出産数(35歳以上)	23 人
(40歳以上)	3 人

項目	件数	比率
(1)全分娩数		
分娩総数	142	100.0%
単胎	140	98.6%
多胎(双胎以上)	2	1.4%
(2)分娩様式		
経膈分娩数	104	73.2%
全帝王切開数	38	26.8%
うち緊急帝王切開数	13	9.2%
(3)医療行為を行った数		
1)吸引分娩	16	11.3%
2)鉗子分娩	0	0.0%
3)会陰切開	2	1.9%
4)会陰裂傷(3,4度)	0	0.0%
5)陣痛誘発促進剤	13	12.5%
6)全硬膜外麻酔	0	0.0%
医学的適応	0	
7)希望による無痛分娩	0	

分娩後の入院期間(小数点1桁)

項目	平均入院日数	
経膈分娩	初産	6.0日
	経産	6.0日
帝王切開	6.0日	

出産当日を1日目とする

新生児の状況

項目	人数	比率
新生児 総数	142	
在胎週数		
42週以上	1	0.7%
37～41週	138	97.2%
36～28週	3	2.1%
28週未満	0	0.0%
不明	0	0.0%
出生体重		
4,000g以上	0	0.0%
2,500g～3,999g	123	86.6%
1,500g～2,499g	19	13.4%
1,499g以下	0	0.0%
不明	0	0.0%

項目	人数
新生児搬送した症例	2 人
新生児高ビリルビン血症	
母子同室での治療	21 人
母子分離での治療	4 人

項目	人数	比率
母子同室 総数	140	98.6%
健常新生児	115	81.0%
健常新生児以外	25	17.6%
母子異室 NICU入院など	0	0

健常新生児以外の母子同室症例及び症例数

症例	症例数
低出生体重児	18
巨大児	0
低血糖	3
母体薬剤投与	0
その他	6

母子同室児(健常新生児)の栄養法について

(在胎37週以上42週未満、出生体重2,500g以上4,000g未満)

1)入院中の栄養法

項目	人数	比率
対象新生児数	115	
母乳のみ	90	78.3%
糖水のみ補足	0	0.0%
人工乳のみ補足	25	21.7%
糖水+人工乳補足	0	0.0%
人工乳のみ	0	0.0%

2)退院時の栄養法

項目	人数	比率
対象新生児数	115	
母乳のみ	111	96.5%
糖水のみ補足	0	0.0%
人工乳のみ補足	4	3.5%
糖水+人工乳補足	0	0.0%
人工乳のみ	0	0.0%

3)入院中の体重

	経膈分娩	帝王切開
新生児数	92	23
最低体重日令	2.7	2.5
最低体重(%)	-8.0	-7.5
退院時体重(%)	-2.6	-1.8

4)対象(健常新生児)例の退院後の栄養法

	2週間健診		1カ月健診	
	人数	比率	人数	比率
受診数	114	99.1%	115	100.0%
平均日令	14		30	
母乳のみ	109	95.6%	104	90.4%
混合総数	5	4.4%	11	9.6%
混合(母乳>人工乳)	3	2.6%	9	7.8%
混合(母乳<人工乳)	2	1.8%	2	1.7%
人工乳のみ	0	0.0%	0	0.0%

母子同室(健常新生児以外)の新生児の栄養法について

(2,500g未満などで母子同室を行った例)

1)入院中の栄養法

	人数	比率
対象新生児数	25	
母乳のみ	9	36.0%
糖水のみ補足	0	0.0%
人工乳のみ補足	15	60.0%
糖水+人工乳補足	0	0.0%
人工乳のみ	1	4.0%

2)退院時の栄養法

	人数	比率
対象新生児数	25	
母乳のみ	12	48.0%
糖水のみ補足	0	0.0%
人工乳のみ補足	12	48.0%
糖水+人工乳補足	0	0.0%
人工乳のみ	1	4.0%

3)対象例の入院中の体重減少率

	経膈分娩	帝王切開
新生児数	14	11
最低体重日令	2.9	4.2
最低体重(%)	-7.0	-7.2
退院時体重(%)	-3.0	-3.1

4)対象(母子同室)例の退院後の栄養法

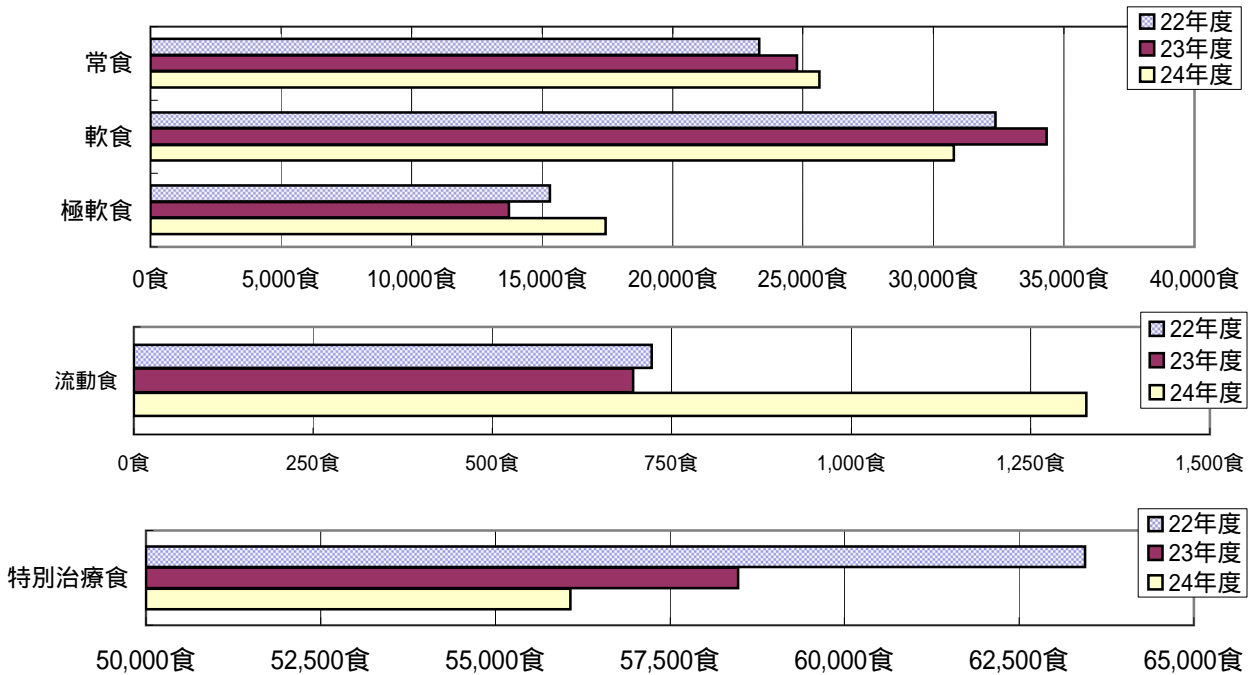
	2週間健診		1カ月健診	
	人数	比率	人数	比率
受診数	25	100.0%	27	108.0%
平均日令	0		0	
母乳のみ	19	76.0%	18	66.7%
混合総数	4	16.0%	7	25.9%
混合(母乳>人工乳)	1	4.0%	3	11.1%
混合(母乳<人工乳)	3	12.0%	4	14.8%
人工乳のみ	2	8.0%	2	7.4%

8. 給食及び栄養指導の状況

(1) 患者給食数

(単位：食)

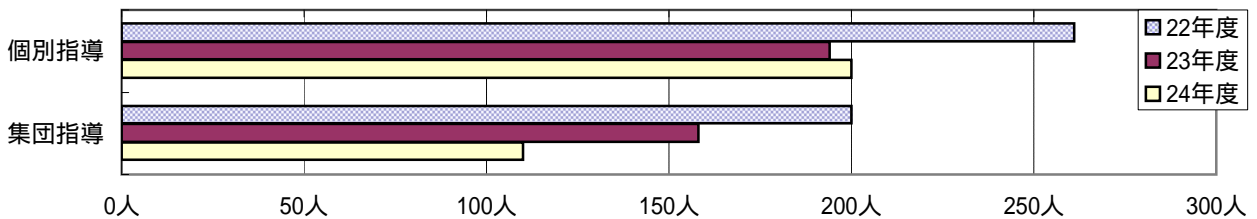
区分	22年度	23年度	24年度
常食	23,328	24,766	25,624
軟食	32,368	34,345	30,790
極軟食	15,300	13,728	17,435
流動食	722	696	1,328
特別治療食	63,442	58,472	56,075
合計	135,160	132,007	131,252



(2) 栄養指導数

(単位：人)

区分	22年度	23年度	24年度
個別指導	261	194	200
集団指導	200	158	110
合計	461	352	310



(3) 平均残食率

(単位：kg)

区分	22年度	23年度	24年度
朝食	6.5	6.1	6.5
昼食	7.3	7.2	7.8
夕食	6.7	6.1	6.2

9. 医療相談の状況

(1) 医療相談の状況

(単位:件)

区分	22年度	23年度	24年度
面接	2,000	1,909	1,939
電話	3,273	2,445	3,427
訪問	83	54	77
文書	854	571	784
協議	1,090	703	871
合計	7,300	5,682	7,098

(2) 医療相談状況内容

平成24年度
科別相談件数

(単位:件)

内科	外科	小児科	眼科	耳鼻咽喉科	整形外科
1,102	383	10	3	40	990
産婦人科	脳神経外科	泌尿器科	皮膚科	精神科	透析
2	740	5	5	112	5

相談内容集計

(単位:件)

No.	内容	件数	No.	内容	件数
1	医療費	128	10	院内関係	62
2	生活費等	49	11	院外関係	626
3	身体障害者手帳等	186	12	心理社会	70
4	障害年金相談等	76	13	理解促進	279
5	介護保険制度等	917	14	情報交換	1,372
6	受診・入院相談	207	15	退院後方針	1,264
7	療養中	1,202	16	住居相談	193
8	在宅ケア	909	17	その他	150
9	家族関係	354			

退院支援

(単位:件)

介護	障害	利用無し	死亡	合計
266	3	47	44	360

退院支援連携カンファレンス

年間 89 件

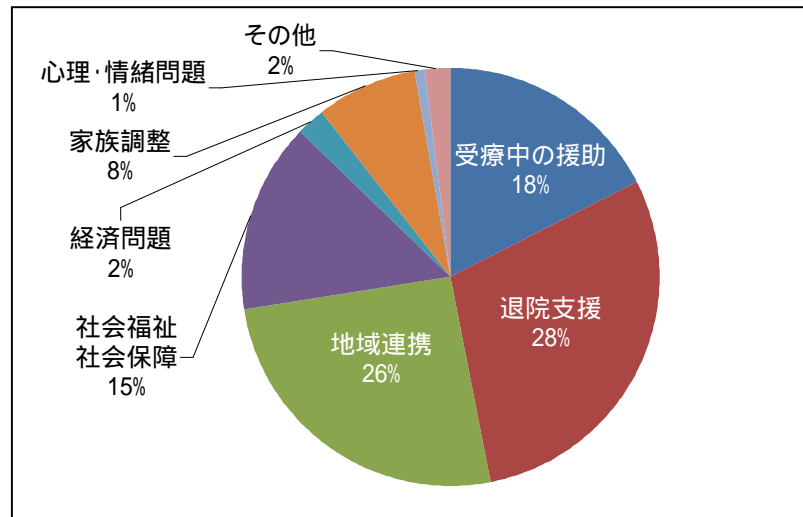
退院先

(単位:件)

在宅	療養	老保	老福	GH	障害	養護	医療保	その他	合計
221	23	37	22	11	1	0	18	20	353

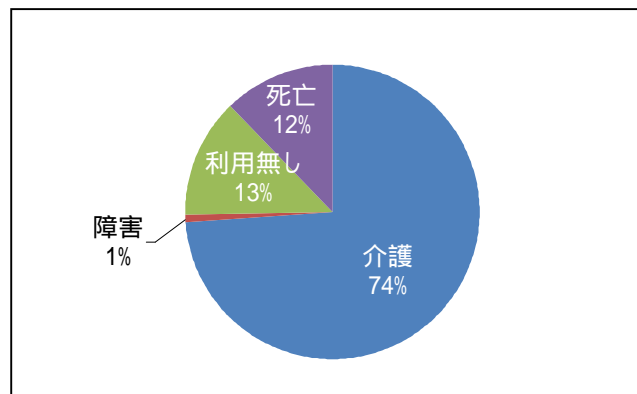
相談内容集計表

相談内容集計	件数
受療中の援助	1,409
退院支援	2,366
地域連携	2,060
社会福祉社会保障	1,179
経済問題	177
家族調整	633
心理・情緒問題	70
その他	150
合計	8044



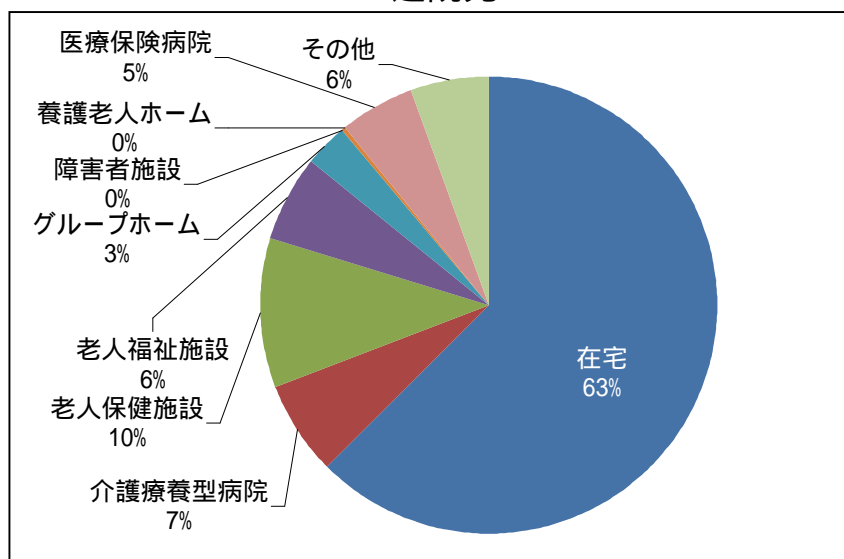
退院支援

退院支援	件数
介護	266
障害	3
利用無し	47
死亡	44
合計	360



退院先

退院先	件数
在宅	221
介護療養型病院	23
老人保健施設	37
老人福祉施設	22
グループホーム	11
障害者施設	1
養護老人ホーム	0
医療保険病院	18
その他	20
合計	353

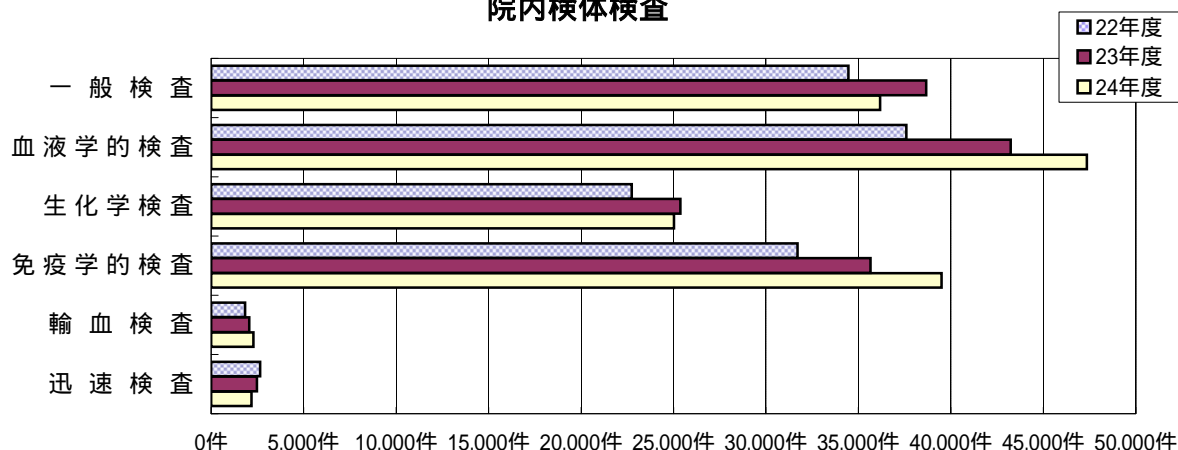


10 . 臨床検査の状況

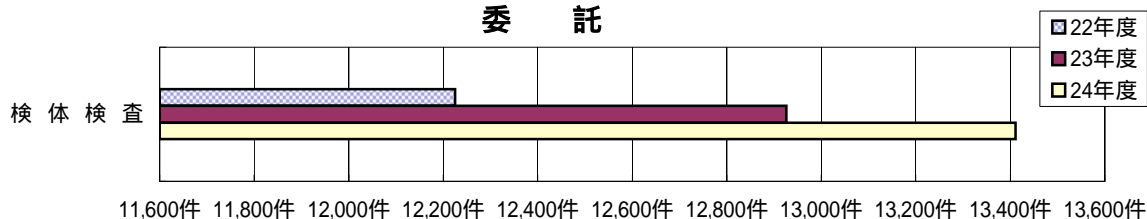
(単位：件)

区 分		22年度	23年度	24年度
院内 検体 検査	一 般 検 査	34,463	38,665	36,177
	血 液 学 的 検 査	37,588	43,234	47,345
	生 化 学 検 査	22,737	25,374	25,024
	免 疫 学 的 検 査	31,714	35,659	39,497
	輸 血 検 査	1,827	2,067	2,277
	迅 速 検 査	2,651	2,477	2,176
	総 数	130,980	147,476	152,496
委 託	検 体 検 査	12,225	12,926	13,411
生理学的 検査	心電図(負荷含む)	4,556	4,917	5,154
	ホルター心電図	109	155	209
	呼吸機能検査	366	385	416
	N C V、A B R等	38	35	41
	脳 波	42	49	41
	A B I / P W V	308	355	1,081
	ガ ス 分 析	682	655	704
	頸動脈 エ コ -	/	/	74
	心 エ コ -			698
	下 肢 エ コ -			70
	シャント エ コ -			24
	総 数	6,101	6,551	8,512
微生物学的 検査	一般菌塗沫鏡検	1,350	1,346	1,442
	一般菌培養検査	2,678	3,043	2,887
	結核菌塗沫鏡検	458	317	483
	結核菌培養検査	446	311	467
	薬剤感受性試験	1,692	1,675	1,976
	細胞診(標本作成)	538	408	399
	総 数	7,162	7,100	7,654
合 計	156,468	174,053	182,073	

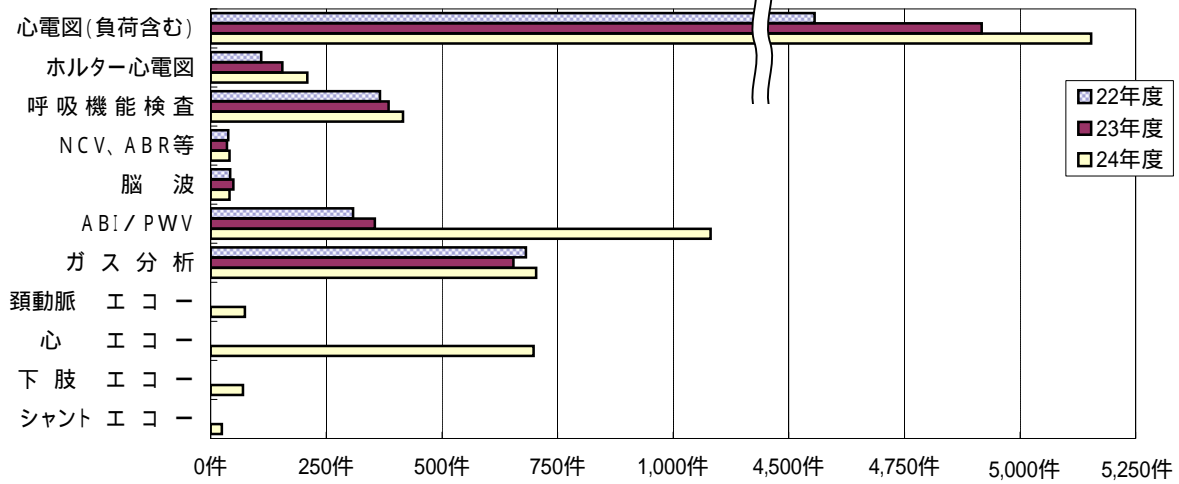
院内検体検査



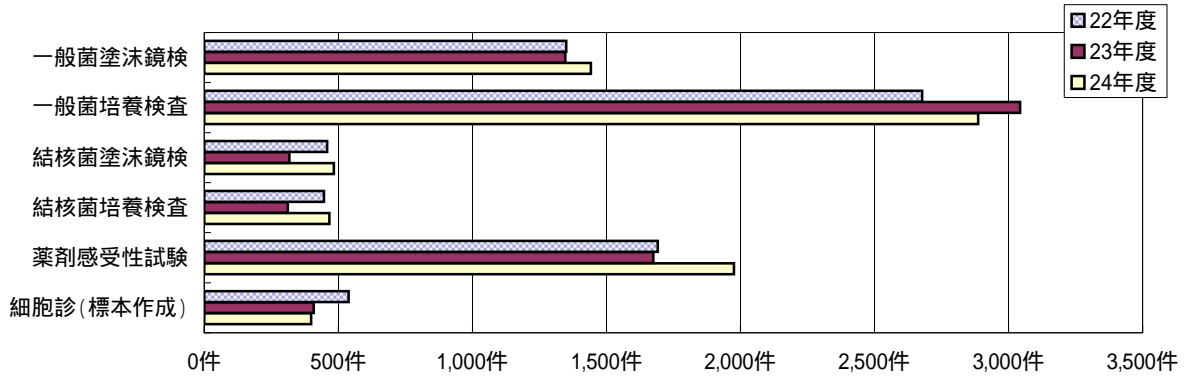
委 託



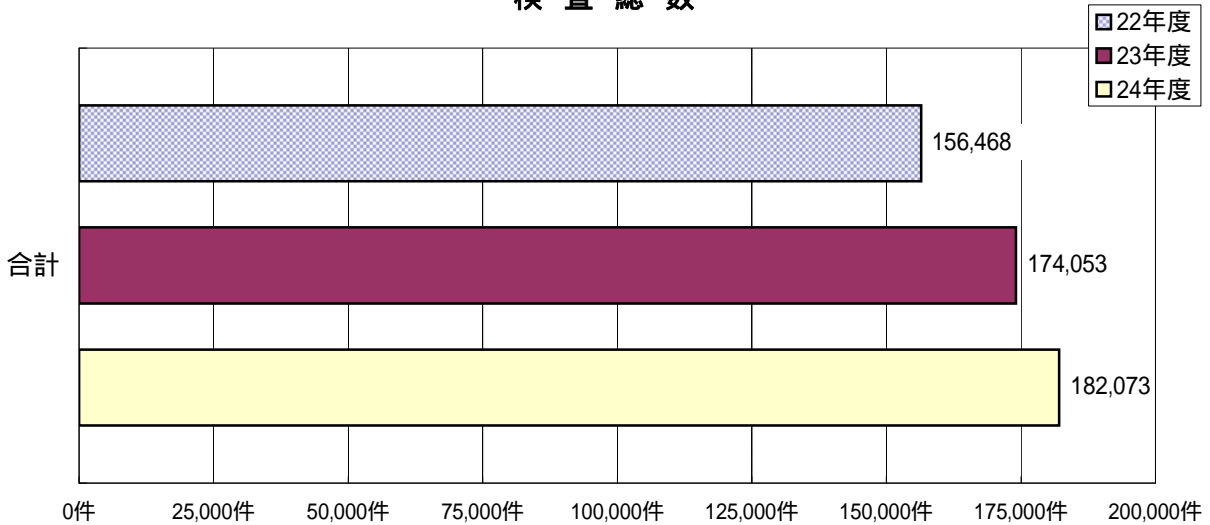
生理学的検査



微生物学的検査



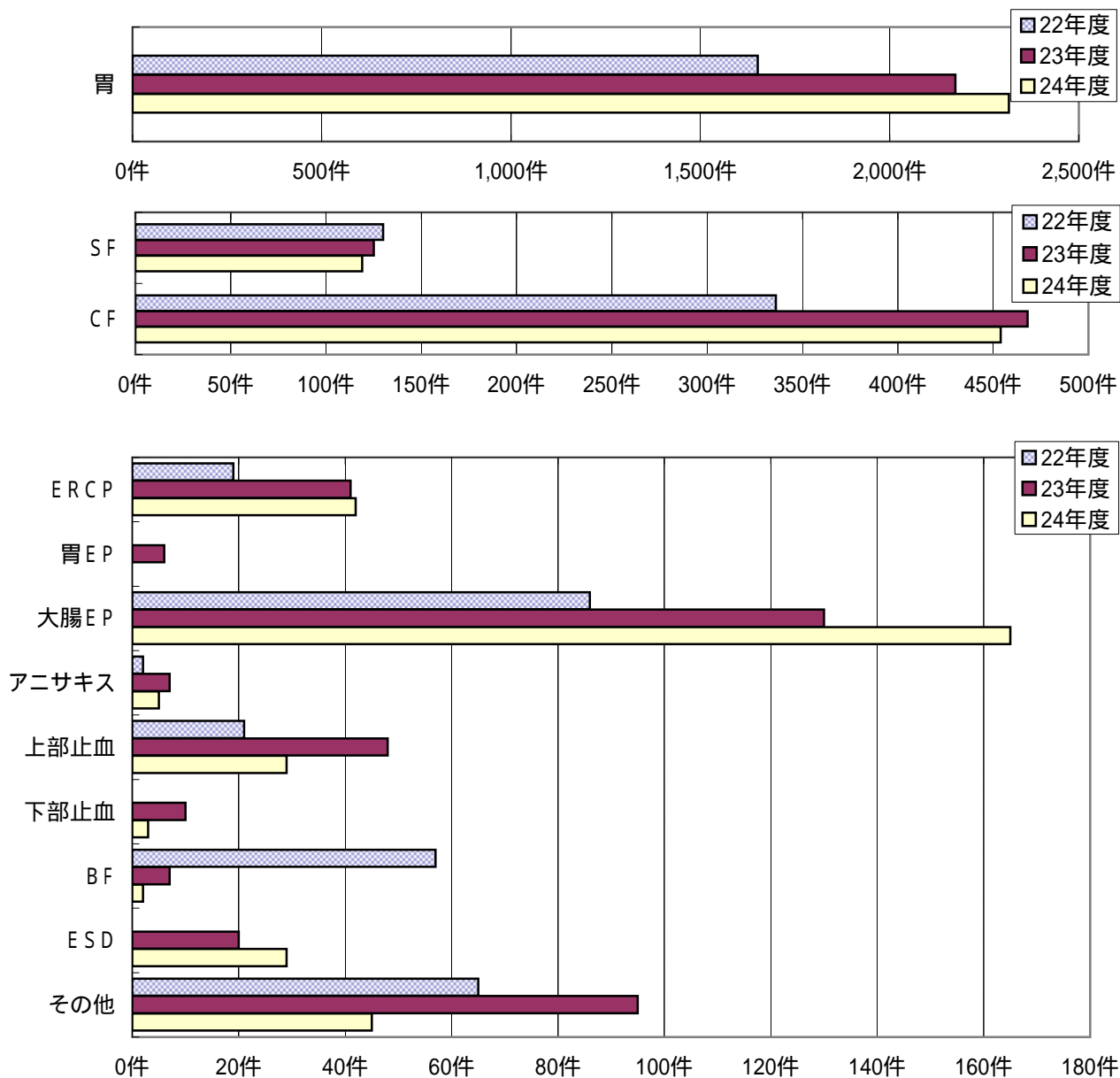
検査総数



1 1 . 内視鏡検査の状況

(単位：件)

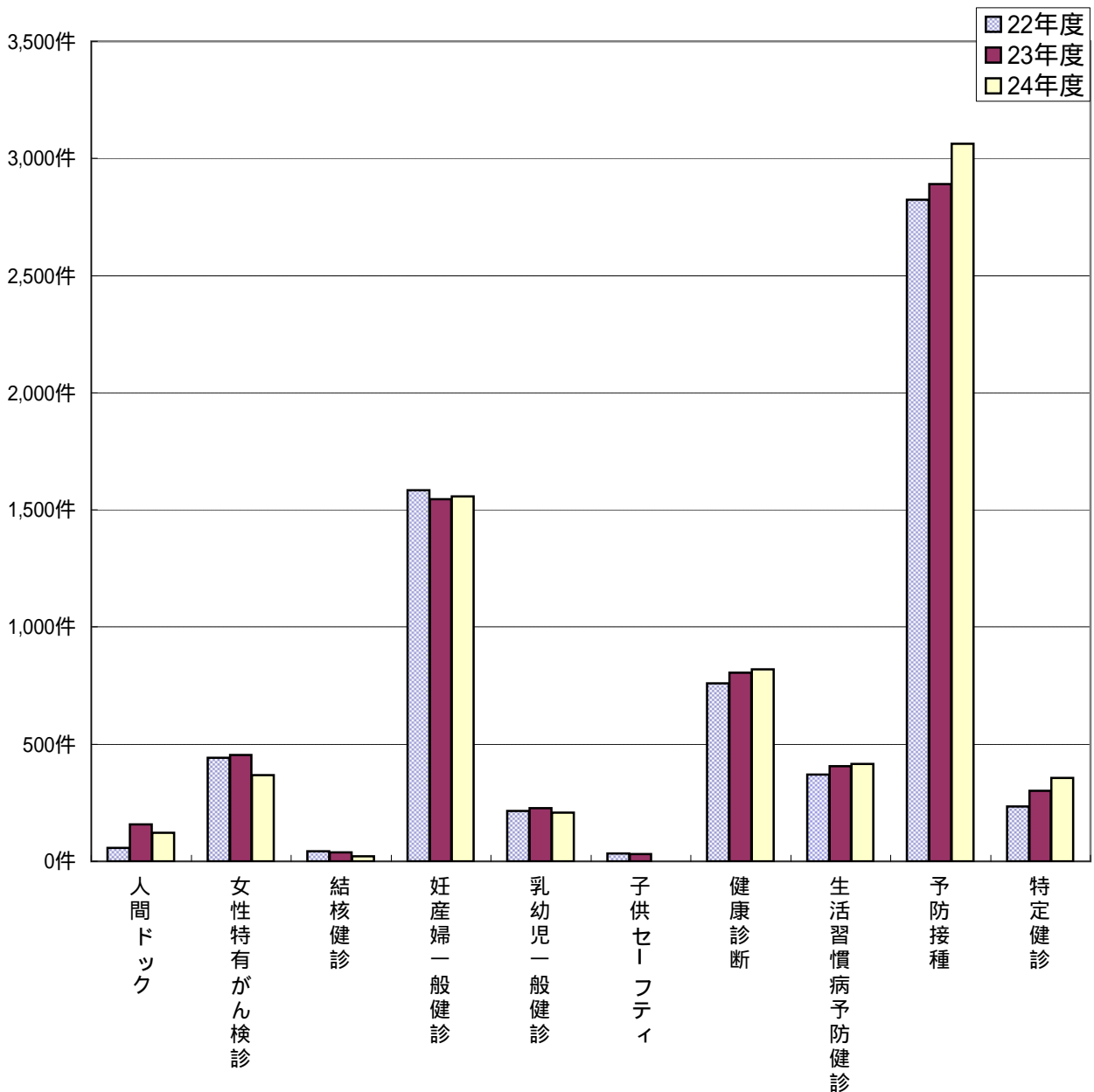
区 分	22年度	23年度	24年度
胃	1,652	2,174	2,315
S F	130	125	119
C F	336	468	454
E R C P	19	41	42
胃 E P	0	6	0
大腸 E P	86	130	165
ア ニ サ キ ス	2	7	5
上 部 止 血	21	48	29
下 部 止 血	0	10	3
B F	57	7	2
E S D	0	20	29
そ の 他	65	95	45
合 計	2,368	3,131	3,208



12. 健診及び人間ドックの状況

(単位：件)

区 分	22年度	23年度	24年度
人 間 ド ッ ク	57	157	122
女性特有がん検診	442	453	367
結 核 健 診	44	38	21
妊 産 婦 一 般 健 診	1,583	1,546	1,557
乳 幼 児 一 般 健 診	215	227	208
子 供 セ ー フ テ ィ	34	30	0
健 康 診 断	760	804	819
生活習慣病予防健診	370	405	415
予 防 接 種	2,825	2,891	3,062
特 定 健 診	233	300	356



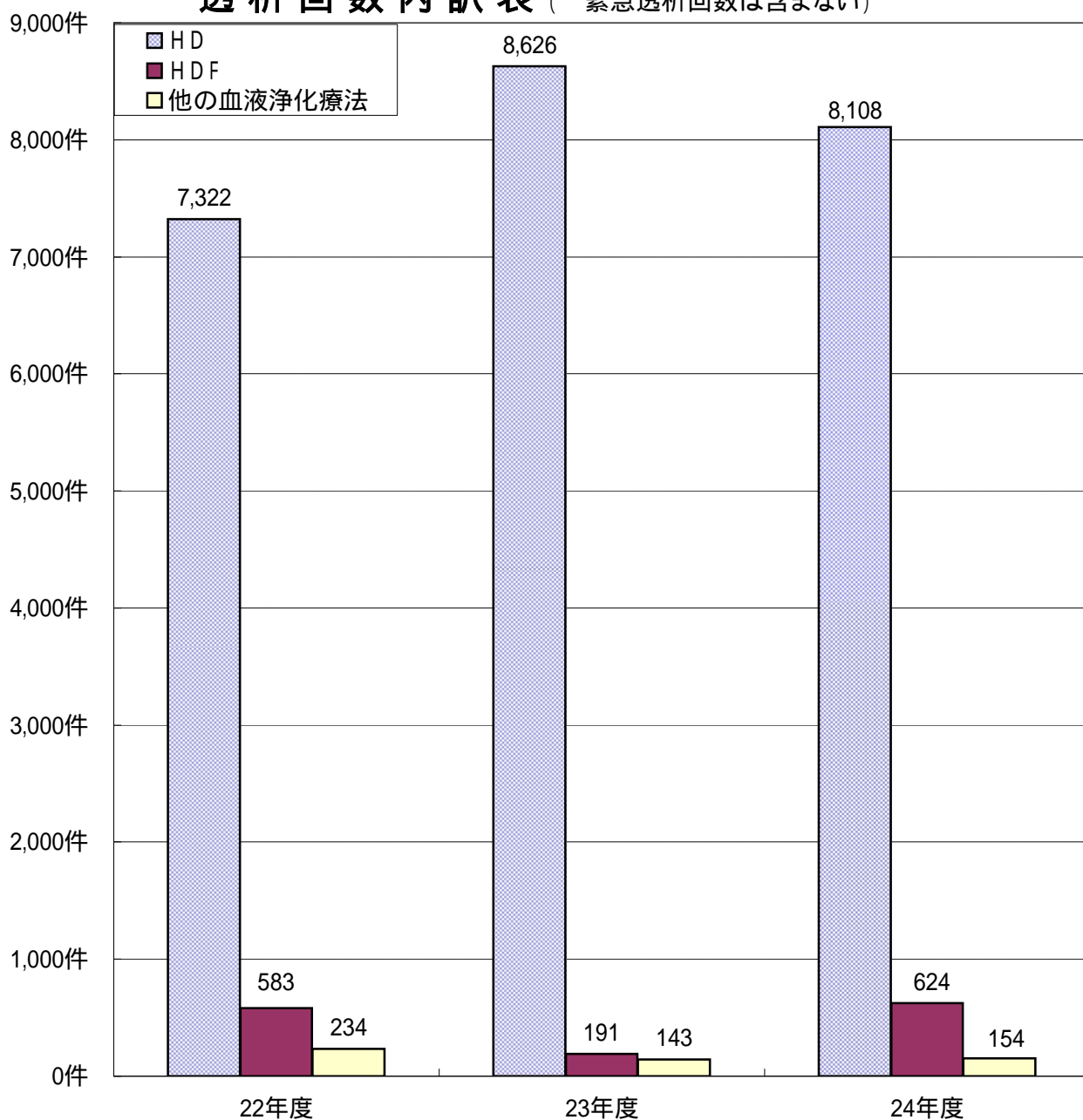
13. 人工透析の状況

(単位：件)

区分	22年度	23年度	24年度
透析患者数	673	715	707
院外透析患者数	12	6	10
透析導入患者数	10	7	3
死亡患者数(離脱・転院)	4(1)	3(2)	5
透析回数	8,143	8,964	8,900
H D	7,322	8,626	8,108
H D F	583	191	624
他の血液浄化療法	234	143	154
緊急透析回数	4	4	14

注：()内数字は外数を示したものの

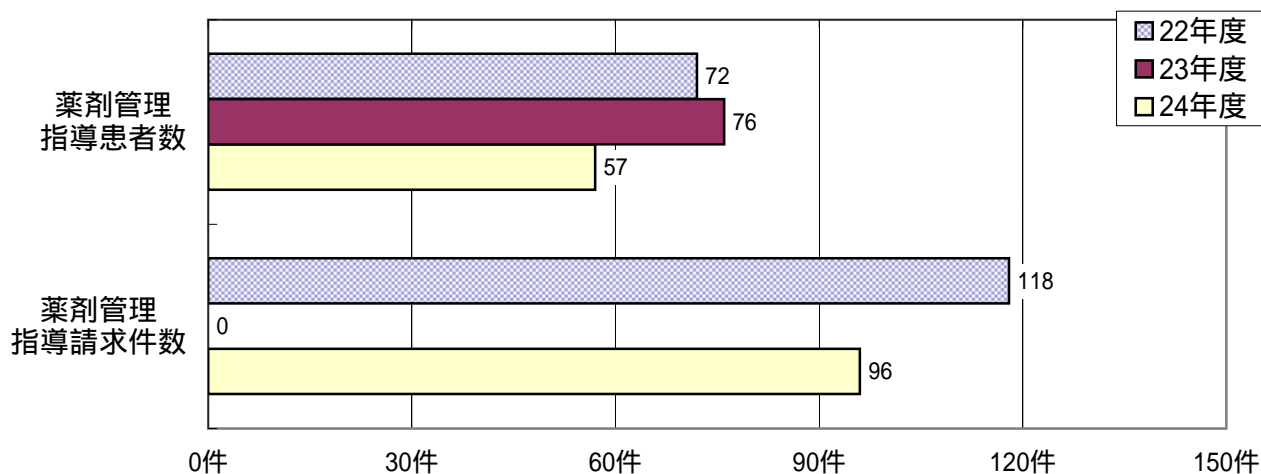
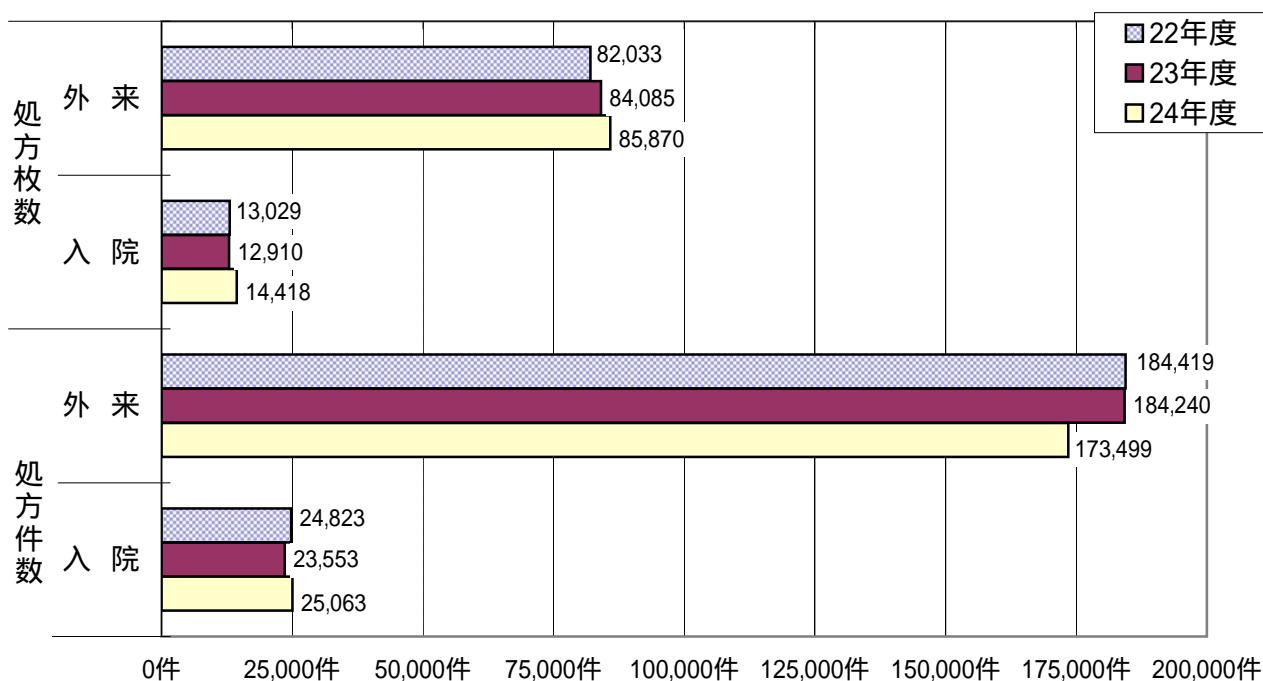
透析回数内訳表 (緊急透析回数は含まない)

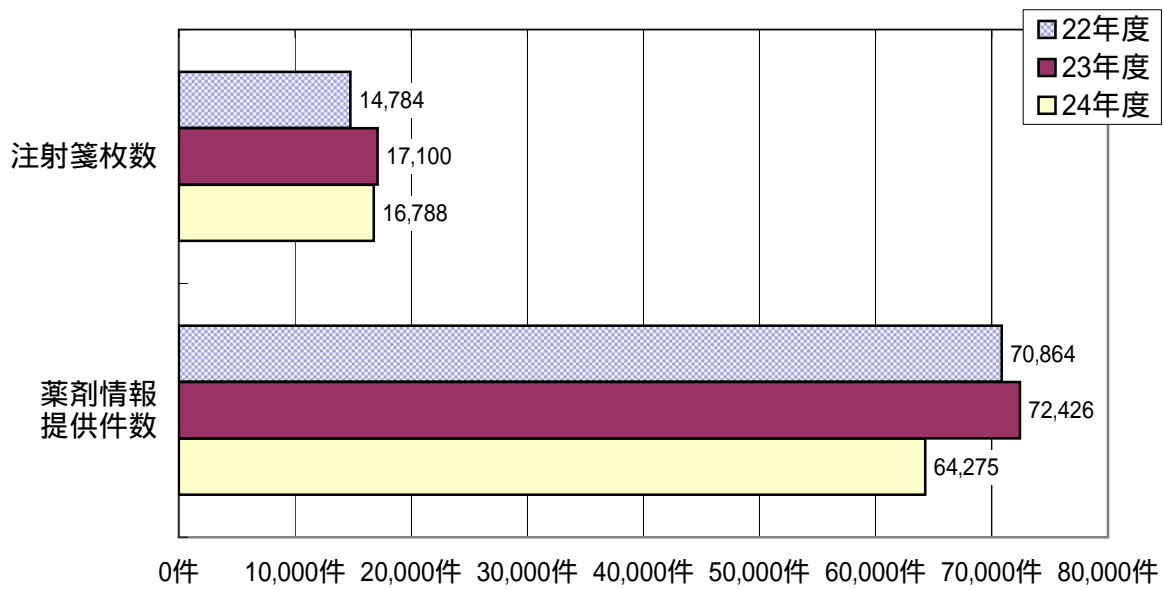


14. 薬剤部の状況

(単位：件)

区 分		22年度	23年度	24年度
処方枚数	外来	82,033	84,085	85,870
	入院	13,029	12,910	14,418
処方件数	外来	184,419	184,240	173,499
	入院	24,823	23,553	25,063
薬剤管理指導患者数		72	76	57
薬剤管理指導請求件数		118	0	96
注射箋枚数		14,784	17,100	16,788
薬剤情報提供件数		70,864	72,426	64,275



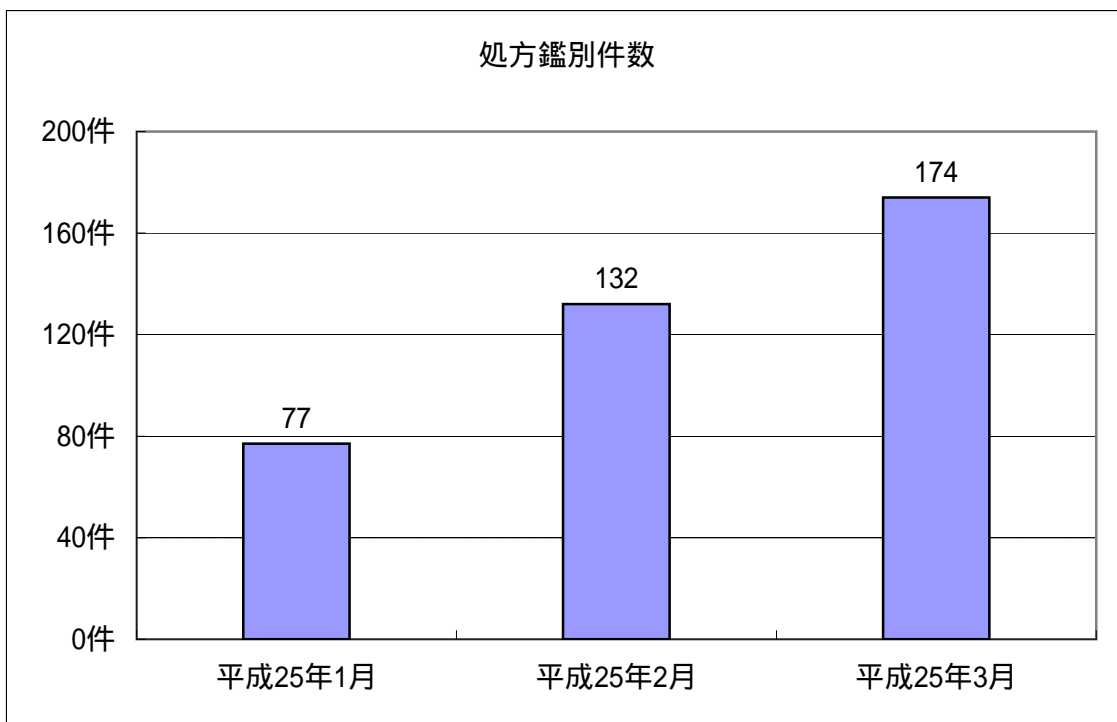


処方鑑別件数

(単位：件)

区分	平成25年1月	平成25年2月	平成25年3月
処方鑑別件数	77	132	174

上記の表は、平成25年1月より電子カルテ導入に伴い件数を計上



平成24年度

研究発表

珠洲市総合病院

○日本老年看護学会 第17回学術集会

『嚥下障害を有する患者の介護者が胃瘻造設を決心するまでのプロセス』

発表者:仁尾悦子

発表日:平成24年7月14・15日

場 所:金沢歌劇座・金沢 21 世紀美術館

○第20回石川県看護学会

『介護度の高い患者家族が在宅療養を決断し継続できた要因
ー入院から在宅療養6ヶ月までに焦点をあててー』

発表者:本谷美和子

発表日:平成24年10月27日

場 所:石川県地場産業振興センター

○第7回中能登看護研究会

『救急外来看護師の電話トリアージにおける現状と課題』

発表者:瀧山久美子

『転倒ハイリスク患者家族による転倒予防のための対処行動』

発表者:瀧下美紀子

『在宅療養困難であった NIPPY 装着患者の退院支援を経験して』

発表者:川上直美

発表日:平成25年3月2日

場 所:七尾美術館 アートホール

○第22回石川県理学療法学術大会

『足関節持続灌流後に足関節背屈制限を生じた一症例
～独歩獲得を目指した試み～』

発表者:谷幸治

『脛骨高原骨折を受傷した症例に対し早期から CKC エクササイズを実施したが、
荷重開始後のアライメント不良を呈した 1 症例』

発表者:三上琢也

発表日:平成25年3月17日

場 所:専門学校 金沢リハビリテーションアカデミー

嚥下障害を有する患者の介護者が胃瘻造設を決心するまでのプロセス

○仁尾悦子 濱下美智子 岸田富子 尾山都美
中野純子 大宮ひとみ 焼山ひとみ 村井嘉子

キーワード：嚥下障害 食事援助 胃瘻 老老介護 中山間地域

I. 研究の目的

嚥下障害を有する患者の介護者が、経口的食事援助に専心しながらも胃瘻造設を決心するまでのプロセスを明らかにする。

II. 研究の方法

・研究デザイン

質的記述的研究

・対象者

訪問看護を受けている胃瘻造設後の患者に経口的食事援助の経験のある主介護者6名。

・研究期間

2010年10月～2011年1月

・データ収集方法

半構成的面接を実施した。

研究に同意の得られた対象者に対して、食事援助の実際、胃瘻造設について情報を入手した時の状況や思いを語ってもらった。1回の面接時間は、40分程度で2回ずつ実施した。

・分析方法

面接内容を記述化しその全体の意味が理解できるまで精読した。

対象者の状況や思いについて語られている部分を抽出しコード化し、各コードの相違点・共通点ごとにまとめカテゴリとした。

全対象者の実際を関連づけながらカテゴリ間の関連性について検討した。

・倫理的配慮

研究計画書の段階で施設の倫理委員会の承認を受け、対象者には研究の趣旨を口頭と文書で説明した。

研究協力は、自由参加であり、途中、中断があっても訪問看護を受ける上で不利益を被る事はないことを説明し、参加の署名を得た。

III. 結果

6つのカテゴリ(以下、《 》で示す)が抽出された。

介護者は、患者の食事摂取量が減少し、食事摂取に時間がかかるようになると《少しでも食べさせたい》と思い、献立・調理を工夫し時間をかけて根気よく食事援助するが《食事援助に負担を感じる》ことがあった。食事摂取量が低下し栄養状態や体力の低下により誤嚥性肺炎を繰り返すことで《生命の危機を予感》する。他者から胃瘻の利点について情報を得ると、少しでも長生きして欲しい思いから《胃瘻への期待が高まる》介護者がいた。

また、経口摂取も継続させたいと《胃瘻にすることを迷う》葛藤を経て胃瘻造設を決心する介護者がいた。更に、介護者はこのような状況において《自分が食べることに気兼ねする》思いがあった。介護者は、患者が「食べられる、熱がでない、床ずれがない、吐かない」状態を維持できるよう努め苦悩していた。

IV. 考察

A県内における中山間部の高齢化率40%を超える地域の在宅における老老介護の栄養管理・維持の実態を明らかにした。古くからの家父長制の意識が根強くあり、家族にとって患者(家長)の安寧が保たれることは一番の願いであり、少しでも患者の役に立ちたいと思っている。また、家族として他者に

頼らず一人で介護役割を遂行しなければならないと考えている。これらのことが介護負担をより重くしている要因と考えられる。また、老老介護における介護者の健康問題が生じる危険性も示唆された。

訪問看護において、介護力を判断しながら調理方法、嚥下しやすい食物形態、摂取時の姿勢等を指導する必要がある。食生活を支えた苦労をねぎらい、胃瘻造設については介護者の不安や迷いを受容し、胃瘻を選択する、しないにかかわらず決定を支援していく必要がある。

介護度の高い患者家族が在宅療養を決断し継続できた要因

—入院から在宅療養6ヶ月までに焦点をあてて—

○本谷美和子 丹保陽子 横井朋子
中野美恵子 坂谷朋子

キーワード: 主介護者 要介護の患者 在宅療養

はじめに

病気の発症や悪化をきっかけに、日常生活動作が低下し医療処置が必要になってくると、介護度は高くなり、入院前と同じ生活ができなくなる。介護負担が増加すると施設を希望する家族も多く、在宅療養を希望する家族は少ない。先行研究では要介護者の在宅療養への退院支援の研究は多いが患者家族に焦点を当てた研究は少ない。今回、家族が在宅療養を決断し継続して介護できている要因を知ることで、介護負担が増加しても、在宅療養へ繋げることが出来ないかと考えた。

平成23年A病院の内科病棟において、入院前は在宅に生活しADL介助なしから軽介助であったが、入院後ADLが全介助必要となり、大きくADLが低下した患者は11名である。そのうち在宅療養を決断し退院した患者で6か月在宅療養を継続できている患者は2名である。本研究の同意を得られた1事例について報告する。

I. 研究の目的

日常生活において、全介助と医療処置が不可欠となった介護度の高い患者の主介護者が在宅療養することを決断しそれを継続できた要因を明らかにする。

II. 研究方法

・研究デザイン

インタビュー調査による事例検討

・インタビュー方法

対象者に、半構成的な面接を実施し、十分に語られなかった部分は再度面接した。

・研究期間

2011年11月～2012年1月

・分析方法

面接した内容を逐語録に作成し、精読することで、在宅療養を決断し継続できた要因を示す内容を抽出した。また、分析過程において看護学研究者にスーパーバイズを受けた。

・倫理的配慮

本研究は論理委員会の承認を受け実施。対象者には、研究の趣旨を口頭と文書で説明しインタビュー時は録音すること、参加は自由であり、不利益を受けることはないこと、プライバシーは保護することを約束し、参加の署名、同意を得た。

・事例紹介

患者の属性 B氏 80歳代前半 男性

・入院前介護度

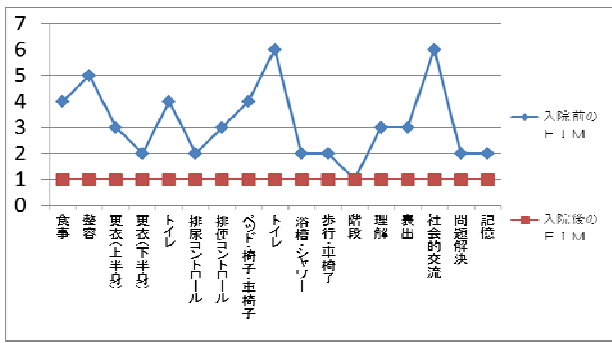
要介護2、介護サービスの利用ありパーキンソン症候群・認知症あり

・入院期間

2010年12月～2011年5月

・入院の経過

肺炎で入院。治療行い、検査データ改善してから訓練食開始した。しかし、嚥下困難やむせあり、経口摂取困難と判断され、胃瘻造設する。しかし胃瘻トラブルあり、経管栄養を中断。経管栄養再開後も発熱繰り返した。栄養状態改善後、退院調整する。要介護4となり自宅退院となる。



主介護者の属性 妻 70 歳代後半 健康状態良好で入院前より夫の介護をしていた。

III. 結果

[入院中]在宅療養を決断した要因

- ・子供から介護することを期待され、自分自身も介護する意欲があった。
- ・夫を介護してきた経験と、入院中に医療処置などの経験が退院後の生活イメージにつながった。
- ・早期からの医療処置やケアへの参加は、経験を積むことで不安や心配は解消された。
- ・ケアマネジャーとの信頼関係が出来ていたことから、退院後も支援が継続されることを期待していた。

[退院後1か月]在宅療養を継続できた要因

- ・78歳と高齢な介護者にとって、体力的に限界を感じていたが、訪問看護師、ヘルパーやケアマネジャー等の支援を受け、安心して在宅介護が出来た。
- ・夜間や休日の緊急時の対応について理解していた。

[退院後6ヶ月]在宅療養を継続できた要因

- ・毎日継続してきたおむつ交換や清拭に自信が付き余裕が出てきた。
- ・日々の介護の中で、満足感や充実感が生まれ、介護負担感が少なくなった。
- ・夫のことを優先的に考えながらも、介護が生活の一部となった。
- ・仕事仲間との交流が、気分転換となった。
- ・夫の介護を通して、自身の老いを実感しながらも、介護を自分の生きがいと受け止め健康でいられ

ると感謝していた。

- ・息子は介護が大きな苦勞であることに理解を示し、自分(介護者)にいたりや感謝の気持ちを示してくれることが精神的な支えになった。

IV. 考察

主介護者である妻は、子供達から在宅介護することを期待されていた。そして、介護する意欲はあったが、介護度が高くなった夫を、在宅介護することへの不安や難しさを感じていた。そこで、入院早期より退院後に必要な医療処置を経験した。そのため、入院前の介護経験とつながり、退院後の生活をイメージすることが出来たことで、今後の介護を維持する意欲に繋がったと考える。そして、ケアマネジャーとの信頼関係が出来ていたことで、専門のサポートが退院後の生活を支えてくれると感じていて、退院に向けての不安軽減に繋がったと考える。

退院後 1 ヶ月は、老々介護を行うことは、体力的な限界を感じていたが、主介護者へのサポート体制として社会資源が効果的に利用されていたことである。また、主介護者が、夜間や休日の医療相談方法を理解していたことで、安心して介護が行えたのだと考える。

退院後 6 か月が過ぎると、毎日継続してきた日常的ケアに余裕が出てきて、夫のことを優先的に考えながらも介護が生活の一部となっている。介護する中でいろいろな経験を積むことが、問題発生しても状況判断出来るようになり、自ら対処できるようになり、介護を継続できていると考える。

田中らは「介護負担が多ければ多いほど抑うつになる傾向を示した。」「主介護者のQOLを向上させるには、介護負担を軽減させることが重要」「介護負担を増加させる要因として介護者の自由な時間の減少」¹⁾と述べている。主介護者はシルバーの仕事をする中で会話して、笑うことが、精神的に気分転換ができていて、介護サービスを受けている時間や自由な時間をもつことが介護から解放され、精神的、身体的に安定し、介護を日常の一部ととらえることが出来ていて、介護者のQOLの維持が介護を継続できていると考える。

主介護者が高齢になればなるほど、介護負担が高く健康の不安が問題となる。しかし、介護を頑張ること

が健康でいられると感じており、満足感や充実感が生まれ、夫を生きがいとしている。高齢者夫婦は長年かけて築き上げた関係であり、夫への敬愛が介護を継続できていると考える。

子供は介護が苦勞であることに理解を示し、自分(主介護者)にいたりや感謝の気持ちを示している。夫だけでなく、子供たちの役に立っている、自分が頑張らなくて介護していくことを認めてくれる存在がいること、つまり家族の支えや理解者がいることが介護を継続できていると考える。

退院に向けての看護援助として、介護に対する不安の軽減を図り、自宅での介護を可能にするため、早期より医療処置や、日常的ケアの介護方法を指導していくことで、介護意欲を持たせる。そして、退院前は社会資源を十分に整えることで、安心して退院後の介護を行えるのである。退院後も必要時社会資源を調整することで、主介護者が長く介護経験を積めるように環境を整えていき、介護への自信を持てることで生きがいを導き出せるのである。そして、家族の支援があることで、自分自信の役割を実感できる。そのため主介護者だけでなく、その家族への働きかけも重要である。

V. 結論

在宅療養を決断し継続できた要因として以下のものがあげられる

- ・介護への意欲
- ・家族の理解と支え
- ・早期からの医療処置や日常的ケアへの参加をしたことで退院後の生活イメージが出来た
- ・社会資源の調整により効果的に利用された
- ・介護者自身の自由な時間・気分転換
- ・介護の経験を積むことで、状況判断ができた

おわりに

本研究は1事例のみの対象を分析していることから、研究の限界があり今後も対象者を増やし継続的な研究が必要である。

引用文献

- 1) 田中清美:在宅要介護高齢者を介護する家族介護者の QOL に影響を及ぼす要因,神戸大学医学部保健学科紀要, VOL23, No13-22,2008

参考文献

- 1) 永井桜子:在宅療養を継続している夫婦のみの高齢者世帯における要介護者の思い,高知女子大学看護学誌, VOL33, No1, No122-128,2008
- 2) 戸村ひかり:一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析,日本看護学会誌, VOL12, No50-58,2009
- 3) 岡村和士:在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感とその関連要因に関する検討,厚生学の指標, VOL55, No21-25,2008

救急外来看護師の電話トリアージにおける現状と課題

○瀧山久美子 東元恵利子 小川勝枝
宮下景子 菊谷祐介

キーワード：電話トリアージ 救急外来

はじめに

当院救急外来は、多種多様な患者を受け入れるが救急室専任の常駐医師をおかず、各科の医師、各科外来看護師や手術室、ICU看護師が日替わりで救急室を担当する二次救急である。当直体制は、医師1名(全科当直)、看護師2名(各科外来・手術室)で、当直帯の電話対応(以後電話トリアージとする)は全て看護師が行っている。

当院救急外来には統一した電話トリアージのマニュアルはなく、電話の内容だけから必要な情報を収集し、さらに話し方なども加味して、緊急性や重症度を判断するのは難しく、又、その後の対応には個人差も出てくる。電話トリアージ後には、必要な情報が収集できたのか、適切な説明や指導ができたのか、この対応でよかったのか、不安になることが多い。

そこで、当院の電話トリアージの現状はどうなのかを実態調査し、その記述の内容を分析したことで、電話トリアージにおける実態と今後の課題が明らかになったので報告する。

I. 研究目的

救急外来看護師の電話トリアージの内容について調査し、現在の電話トリアージにおける課題を明らかにする。

II. 研究方法

・対象者

救急外来当直を担う看護師18名が実施した電話トリアージシートの記述 56件

・データ収集期間

2011年10月15日～12月3日

・データ収集方法

- 1) 研究者らが作成した「電話トリアージシート」を使用して、電話トリアージの状況を記載する。
- 2) 収集するデータの内容
 - (1) 主訴
 - (2) 看護師の対応
 - (3) 看護師が対応した根拠
 - (4) その後の患者の状況
 - (5) 上記をふまえた評価

・分析方法

電話トリアージシートの記述を熟読し、

- (1) 症状と病態の関連性
- (2) エビデンスに基づいた情報収集
- (3) エビデンスに基づいた重症度・緊急性の判断
- (4) 受診するにあたっての指導(適切な処置、応急手当や来院時期)

の共通の4項目が抽出された。

この4項目をさらに熟読し、分析した結果、7項目のカテゴリに分けられた。

・倫理的配慮の方法

当院の倫理委員会の承認を受けて実施した。対象者には研究の主旨を口頭と文章で説明した。参加は自由であり不参加でも不利益を受けないこと、途中で中断してもよいこと、データは研究以外では使用しないこと、収集したデータは発表終了後破棄すること、プライバシーは保障することを約束し、参加の同意を署名で得た。

III. 結果

有効回答は56件(回答率97%)であった。

・患者の属性

年齢別でみると、65歳以上が21名(37%)と最も多く、次いで20～59歳が13名(23%)、1歳7カ月～6歳が12名(21%)であった。疾患別では、外傷や咬傷・刺傷などのその他が22名(39%)と最も多く、次いで消化器系と呼吸器系が1名ずつ(18%)であった。

重症度別では軽症が38名(68%)で最も多かった。

・対応した看護師の属性

救急外来経験年数は、1年未満が2名、1～2年が6名、3～5年が4名、6年以上が6名であった。

・電話トリアージシートの記述の分類

カテゴリとして、[A. 症状と考えアセスメントした内容にエビデンスがない、又は曖昧][B. 病態に関連した症状が聞けていない又は不足][C. AとBの混合型][D. 相談者主体の情報収集になっている][E. 詳細を聞かずに来院を指示している][F. 適切な対処方法(処置の指導や受診が必要な症状の説明)を一般人に理解できるように伝えていない]と[G. エビデンスに基づいてアセスメントし対応している]の7つのカテゴリが抽出された。

その中で、Cが24件(54%)と最も多く、次いでGが18件(32%)であった。D、E、FはどれもCを伴っており、エビデンスや関連性がなかった。

・電話のあった時間と対応時間

17時～21時59分までが42名(75%)と最も多く、次いで22時から2時59分までが10名(18%)であった。また、電話対応時間は、3分が18名(32%)と最も多く、次いで2分が12名(21%)であった。

IV. 考察

患者の属性について、先行研究では、時間外の救急外来の受診は小児が多いが、当院では65歳以上が最も多かった。これは当市の高齢化率が39.6%で石川県内1位と高く、逆に小児(15歳未満)は8.6%と少ないためと考える。

疾患別では、その他(外傷や咬傷・刺傷など)が最も多く、次いで呼吸器疾患と消化器疾患、4番目に循環

器疾患で、全科の疾患が対象となることがわかった。救急看護では、広範囲にわたる疾患の理解、重症度・緊急性の評価、看護技術の習得が必要になる。

重症度別にみると、軽症例が大半だった。しかし中等症ではあるが、3例の入院に至るケースがあり、今後も緊急に至るケースがあることを念頭に置いて、アンダートリアージにならないように対応していく必要がある。

電話のあった時間帯では、17時から21時59分が75%と最も多かった。この時間帯に救急外来に電話をかけるのは、これから夜中に向けて、相談する人がいないまま過ごすことへの不安、夜間の診療を行っているのが珠洲市では当院だけという地域的な理由が考えられる。

電話対応時間では、3分が最も多かった。災害現場におけるトリアージでは、30秒以内に重症度を判別するよう指導されている。しかし、電話では顔が見えないため、正確な情報を得るには、心情を考慮しながら、問診をわかりやすい言葉で順序立てて聞くことが必要になる。電話の内容から、患者の状態をイメージ化し病態を予測して、重症度・緊急性を判断していく必要がある。適切な時間はどれだけとは言いきれない。

電話トリアージシートの記述の分析の結果、カテゴリCが最も多かった。

カテゴリCの具体例では、頭部外傷の症例に対して、腫脹、出血、吐気、意識レベルの確認はしているが、受傷時間、受傷時の状況が聞かれていない。また、エビデンスからのアセスメントではなく、教師の口調の印象から重症度・緊急性を判断しており、危険である。電話による相談は、相手が何を必要としているか、相手のニーズを察知することが大事である。直ちに来院する必要があるか、来院の方法や患者が必要としているケアや、重症度・緊急性を判断し、対応しなければならない。

A～Fでは患者の既往歴や発症経過などの情報を統合しての判断が出来ておらず、これは、フィジカルアセスメント能力に欠けるためではないかと考える。救急看護の中ではフィジカルアセスメント能力は必須であり、看護の基本でもある。当院の外来の体制は、午

前は各科外来、午後は外来又は手術、17 時から 2 名の看護師が当直をしている。その中で専門的な教育は各自で行うのみであり、ファーストエイドや BLS などの資格を持っている看護師は少ない。

平尾は「電話トリアージに必要な看護能力として、1. 病態・症状に対する知識 2. 情報を引き出すコミュニケーション能力 3. 電話での患者本人・家族に対する応急手当などの指導力、電話トリアージに影響を与える因子として、4. 医療スタッフの能力」¹⁾ をあげている。

当院でも、救急看護師の自覚と責任を持ち、電話内容の記録を残して評価していくこと、救急外来の特殊性と救急医療・看護について研修会を開くなどの教育や、初期対応のガイドラインの作成をしていく必要がある。そうすることで、看護実践力のアップにつながり、救急外来の看護師がやりがいを持って働くことができ、地域住民から信頼される電話トリアージにつながる。

V. 結論

- 当院の夜間の救急外来受診患者は、年齢別では 65 歳以上の高齢者が最も多く、疾患別では全科の疾患が対象で、電話のあった時間帯は、17 時～21 時 59 分が全体の約 4 分の 3 を占めた。
- 当院救急外来当直看護師の電話トリアージでは、68% がエビデンスや関連性を持たずに対応しており、32% がエビデンスや関連性を持って対応していた。
- 当院でも、看護師のやりがいやスキルアップのために、救急看護の教育が必要。

引用文献・参考文献

- 1) 平尾明美: 電話対応時のトリアージ Nursing Today, 40, 2011.2
- 2) 黒田啓子: 日本の救急医療における電話トリアージのあり方 EMERGENCYCARE, Vol.18(6), 34, 2005
- 3) 白川洋一: 電話でトリアージー救急看護のエッセンス, 第1版第1刷, 2010
- 4) 五戸千賀子: 小児救急における電話トリアージの看護師の困難感, 第 38 回日本看護学会論文集(小児看護), 2007

転倒ハイリスク患者家族による転倒予防のための対処行動

○瀧下美紀子 上野有子 山田直美

キーワード：転倒ハイリスク患者 転倒予防 対処行動 在宅療養

はじめに

自宅退院した高齢者は自分自身で転倒予防行動を意識的にとっていかねばならない¹⁾。しかし、在宅療養においては認知機能の低下により、なんらかの家族による援助や介護社会サービスが必要になることが多い。このような場合、家族を含めた周囲の支援が重要となる。それぞれの家族の生活像を予測し、退院後の患者やその主介護者の生活状況の実態に関心を持ち、知ることが今後の援助のために必要である。自分で転倒に対する対処行動がとれる患者を対象とした研究^{2) 3)}や、退院後の療養生活全般に対する家族の思いを対象とした研究^{4) 5)}はある。

しかし、転倒に対して対処行動がとれない患者をもつ家族が、患者の在宅療養における転倒予防を目的とした対処行動に関する研究は見当たらなかった。

I. 研究の目的

転倒ハイリスク患者の主介護者が、在宅療養において転倒を予防するためにどのような対処行動をとっているか明らかにすることである。

また、今後の転倒予防のための家族指導についての示唆を得る。

II. 研究方法

・対象者

A病院を退院し、1～3ヶ月経過した75才以上の高齢者で四肢の骨折や脳血管疾患の後遺症により、四肢の機能障害があり、転倒転落アセスメントスコアシートの危険度3で、認知機能がNMスケール42点以下の、自分で対処行動がとれずに退院直前まで転倒予防

対策をとっていた患者（以後、転倒ハイリスク患者という）の主介護者で、本研究の趣旨に同意し、同意書に署名を得た6名。

・研究デザイン

質的記述的研究

・データ収集期間

2010年8月～2011年9月

・データ収集方法

対象者に半構成的な面接を行い、40～50分程度で、日常生活場面において転倒を予防するための行動や手段について思いを交え語ってもらった。面接内容は同意を得たうえで録音し逐語録に記述した。また、面接時の非言語的な反応にも細心の注意を払いメモに記録した。

・分析方法

面接した逐語録を熟読し、記述されたデータにコード名を付けた。コード名同士を見比べ、共通点、相違点ごとに分類しサブカテゴリとし、さらに抽象度をあげ、サブカテゴリからカテゴリを生成した。

・倫理的配慮

研究計画書の段階で、研究者が所属する施設の倫理委員会の承認を受け実施した。対象者には研究の趣旨を口頭と書面で説明した。インタビューは録音すること、参加は自由であり不参加でも不利益を受けないこと、途中で中断してもよいこと、データは研究以外では使用しないこと、面接した内容は発表終了後破棄すること、プライバシーは保障することを約束し、参加の同意を署名で得た。

Ⅲ. 結果

四肢の骨折や脳血管疾患の後遺症により、ADL レベルや認知機能が低下した転倒ハイリスク患者の主介護者が実施する、転倒予防の対処行動は、【行動範囲を限定する】【一人にしない】【注意を喚起する】【安定した行動がとれるように配慮を巡らす】【転んだら仕方がない】の5つのカテゴリが抽出された。主介護者には、転倒させたくない、転倒させてはいけない、という思いが根底にある。そのため患者の【行動範囲を限定する】【注意を喚起する】また、患者を【一人にしない】患者が【安定した行動がとれるように配慮を巡らす】の4つの対処行動があり、それぞれ有機的なつながりをもって作用していた。

この4つの対処行動は、場面に応じて単独で、あるいは重複して用いられていた。主介護者は患者との日常生活のあらゆる場面において、患者に注意を払い、また気配りや配慮を巡らしていた。主介護者にとって気疲れが絶えない状況であった。しかしながら、これだけやっても転倒のリスクが高いこと、患者の諸機能の危うさを認めざるを得ず、【転んだら仕方がない】と対処の限界も感じていた。

表1. 主介護者の対処行動

カテゴリ	サブカテゴリ
1.行動範囲を限定する	日常生活行動の実態を把握する 行動範囲を制限しておく 夜は寝てもらう
2.一人にしない	なるべく一緒にいる 他者にも見守りの協力を得る 近くで眠る
3.注意を喚起する	行動時は見守りと声掛けする おかしいなと思ったらすぐに見に行く 不在時の様子を守る 転ばないように言い聞かせる
4.安定した行動がとれるように配慮を巡らす	そばで手を貸す 予防具を設置する つまずき・滑りの要因を排除する
5.転んだら仕方がない	転んだら仕方がない

Ⅳ. 考察

1. 転倒ハイリスク患者への対処行動について

転倒ハイリスク患者の主介護者は患者に代わって転倒に対し、注意を払いサポートしていた。主介護者は、患者に対し、痛い思いをさせたくない、再転倒はさらなる機能低下を引き起こし、寝たきりになると考えていた。主介護者は責任とプライドを持って介護しており、再転倒は、患者と患者を取り巻

く家族への罪悪感や、後悔をおそれていると推測される。また、転倒させた場合に主介護者自身への介護の負担が増すことから、転倒させたくない、転倒させてはいけないという思いが根底にあると考えられる。主介護者の精神的、肉体的負担は大きく、介護にも限界を感じざるを得ず、【転んだら仕方がない】と考えることで、ある程度自分を納得させ、介護が続けられていると思われる。

今回の対象者が住むこの地域では高齢化が進み、高齢化率は40%を超えている。また地域柄、家族の世話をするのは女性の役割であるという傾向が強くなる。高齢である妻が主介護者である場合は、主介護者自身にも転倒のリスクが予測され、炊事、洗濯など主婦としての家庭内での役割を果たしながらも、老々介護を続けている。嫁や娘の立場であっても、仕事を続けながら、自分の時間を割き、社会資源を利用したり、家族の協力を得たりしながら、なんとか在宅介護をしている。主介護者自身の体力的、精神的負担は計り知れない。私たち看護師は、単に家族構成を見るのではなく、主介護者から思いを引き出し、それぞれの家族の価値観や、人間関係、対処能力など、十分把握しておく必要がある。その人の介護負担を考慮しながら支援する必要がある。

2. 看護実践への示唆

主介護者は、試験外泊や、家屋評価による住宅改修を行い、サービス調整をして在宅介護を始めている。しかし、実際に生活してみるとどうしたらいいのかかわからず、迷いながら介護していた。試験外泊の際には単に自宅に寝泊まりしていただくだけではなく、家族全体のライフスタイルを踏まえた上で、患者が望む生活を取り込めるかを実践してみることが家族の方に十分説明した上で、試験外泊に臨む必要がある⁶⁾。家族は退院間際になっても、患者の活動状況や認知度を十分に理解していないことがある。そのため、私たちから見る患者像と、家族から見る患者像が食い違っていることがあり、退院後、必要な対処行動がとれないことがある。私たちは、入院中から家族にも患者の活動レベルを知ってもらうために面会の機会を増やすように働きかけ、患者の移動方法を一緒に見てもらい、安全な移動の方

法や、転倒予防の工夫の仕方についても詳しく説明し、技術を伝えていく必要がある。そして、主介護者の不安を取り除き、これなら介護が出来ると納得するまで繰り返し説明していかなければならない。

看護師は、長期間にわたって介護していかなければならない家族の思いをくみ取り、介護が過重な負担にならないように、あるいは負担を分かち合う関わりが重要不可欠である。もし万が一転倒しても否定的な思いを抱く事のないように伝え、主介護者の日々の努力を称賛し、次の対処行動を共に考えていかなければならない。私たちは主介護者と信頼関係を築き、いつでも相談できる存在であり続けなければならぬ。

V. 結論

本研究は、在宅療養における転倒ハイリスク患者の主介護者の転倒予防の対処行動を明らかにするものであった。質的に分析した結果、転倒ハイリスク患者の主介護者の対処行動として、【行動範囲を限定する】【一人にしない】【注意を喚起する】【安定した行動がとれるように配慮を巡らす】【転んだら仕方がない】の5つのカテゴリが見出された。患者の【行動範囲を限定する】【注意を喚起する】また、患者を【一人にしない】患者が【安定した行動がとれるように配慮を巡らす】の4つの対処行動があり、単独に実施される場合もあれば、同時に複数あるいは全てが絡み合いながら有機的なつながりをもって作用していた。主介護者は出来る限りの転倒予防対策をしているという自負と、それでも完璧に転倒を予防することは困難であると認識しており、【転んだら仕方がない】という対処の限界を感じていた。

引用文献

- 1) 佐田律子, 泉キヨ子, 平松知子
大腿骨頸部骨折高齢者の再転倒に対する対処行動, 日本看護科学会誌, 27 巻, 4 号, 55, 2007.
- 2) 前掲1) 54 - 62
- 3) 石田佐智子, 宇野親子, 正源寺美穂, 泉キヨ子
片麻痺患者への転倒予防指導のあり方～退院後転倒し大腿骨頸部骨折に至った2事例から～, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 21 回, 190 - 192, 2009.
- 4) 庄田弘美, 安宅三奈子, 作田百合子, 小林育子
自宅退院した大腿骨骨折高齢者を持つ主介護者の思い—退院2週間後の面接調査より—, 日本看護学会論文集, 老年看護, 第36回, 157 - 159, 2005
- 5) 入場佳美, 池端弘美, 小西出恭代, 小林育子
大腿骨骨折後期高齢者の入院から退院までの主介護者の思い—臥床期, 離床期, 機能回復訓練期, 退院前の4期を振り返って—, 日本看護学会論文集, 老年看護, 第40回, 159 - 161, 2009
- 6) 前掲4) 159

在宅療養困難であった NIPPV 装着患者の退院支援を経験して

○川上直美 水上貴子 垣内真由美
鷺洋子 澤村めぐみ

キーワード: 非侵襲的陽圧換気療法、筋緊張性ジストロフィ、ADL、退院支援

はじめに

今日の医療技術の進歩や介護保険導入により、医療依存度の高い患者の在宅療養が可能となっている。しかし、本人及び家族の精神的負担は非常に大きく不安と葛藤を抱きながら在宅療養を送っていることが多い。

今回 S 病院において非侵襲的陽圧換気療法(以下、NIPPV と記す)を導入している患者が、退院後短期間で3度の入退院を繰り返し、主治医より「在宅療養は難しい」と療養型病棟に転棟してきた患者が、在宅復帰できた事例を経験した。先行研究では在宅療養困難事例の退院支援に関する研究はされているが、NIPPV 装着患者の退院支援に関する研究は見当たらなかった。

I. 研究目的

事例を振り返り、患者と共に段階的に目標設定することで主体的に取り組み、退院できた要因を明らかにしたいと考えた。

II. 用語の定義

NIPPV とは、非侵襲的陽圧換気療法を言う。

入院期間とは、療養型病棟に入院していた期間を言う。

III. 研究方法

・研究デザイン

事例研究

・研究期間

2011年5月11日～7月22日

・分析方法

カルテより在宅療養ができたプロセスを抽出した

IV. 倫理的配慮

本研究は、研究計画書を作成しS病院の倫理委員会の承認を受け実施した。対象者には、研究の趣旨を口頭と文章で説明し参加は自由であること、不参加でも不利益を受けることはないこと、プライバシーは保護することを約束し参加の署名・同意を得た。

V. 事例紹介

氏名:A氏 56歳 男性

病名:筋緊張性ジストロフィ

家族構成:妻、娘夫婦、孫2人の6人家族

職業:自営業

1回目・2回目の入院経過のあらすじ

1回目の入院は肺炎のため加療目的で入院となるが、呼吸状態は安定せず NIPPV を終日装着となった。嚥下状態は喉の力が全体的に低下しているため、経口摂取は難しく経腸栄養導入となり、経鼻胃管カテーテル管理となる。肺炎の症状も安定しリハビリ目的で療養型病棟へ転棟した。転棟後、NIPPV の離脱時間の延長・歩行器での歩行訓練をメインに行い、NIPPV の離脱時間は1時間程度、歩行器歩行は、8mほど歩行でき目標達成のため退院となる。

しかしその2週間後、下痢症・発熱のために再入院となる。再入院時の状態としては呼吸状態の悪化により NIPPV は終日装着に戻り、起居動作には軽介助が必要で、歩行器歩行は出来ない状態だった。経腸栄養剤の変更により症状は軽快し、主治医は退院をすすめたが、本人が NIPPV の離脱時間の延長・歩行器

での歩行訓練を希望し、再び療養型病棟へ転棟した。NIPPV は少しずつ離脱する時間をもて 1 時間外せたが、歩行器歩行は冷汗などの症状がみられたことで、消極的となり歩行訓練を拒否することが多く、ADL の拡大を図れないまま退院となる。

VI. 看護の実際

3 回目の入院を第 1 期(安定した療養生活を送ることを目的とする時期)と第 2 期(在宅療養に自信が持てることを目的とする時期)に分けて述べる。

第 1 期の看護上の問題:呼吸困難を繰り返すため、在宅療養が困難である。看護目標:1)栄養状態を改善し、呼吸が安定する。2)NIPPV を外し入浴ができる。と設定し看護介入した。

栄養状態をアセスメントした結果、栄養改善を図った。経腸栄養剤の増量により、徐々に体重増加や BMI の改善が見られたが、それだけでは分量量とは言えず、経口摂取を試みた。その結果、経腸栄養剤のみの時より体重増加は顕著であった。栄養状態の改善が嚥下状態の改善に繋がったと言える。これをきっかけに、NIPPV を外すことに対して積極性が見られ、時間も延長し、入浴することができた。その後、A氏から「寝たきりになりたくない」「店の電話番くらいしたい」という思いを聞き、在宅療養に向けての看護介入(第 2 期)をすることにした。

目標は 4 つあり、1 つ目は、呼吸状態の安定と体力の増強を図るため、経口摂取が継続でき、目標体重が 50 kg になる。2 つ目は、妻が配達中に(NIPPV の)マスクを外れたらどうしようという不安解消のため、NIPPV の着脱が自分で出来る。3 つ目は、1 か月に 1 回の経鼻胃管カテーテルの交換時の苦痛と汚れが気になるため、経鼻胃管カテーテルの自己管理が出来る。4 つ目は、自宅の浴室は、居室から 15m ほどあるので、それくらいは歩けるようになりたいということから、歩行器歩行で浴室までの往復が出来る、とした。転棟後 56 日目には、全ての目標が達成でき「22 日に退院するわ」と退院を前向きに受け入れられるようになった。

VII. 考察

段階的に患者と共に目標設定するということは、A

氏にとって達成可能な目標となり、達成することで A 氏の自信に繋がり、次へのステップアップの原動力となったと考える。本来壮年期の特徴として、体力的には下り坂であるが、社会的役割は充実していて、第 2 の生活設計を立て直す時期とされている¹⁾。A 氏は病気により筋力は著しく低下し、歩くことはできず、呼吸も NIPPV の力を借りなければ、生活できない状態にまで低下していた。そして、社会的役割の変更は余儀ないことだった。しかし、目標達成することで、自信を取り戻し、第 2 の生活設計を立て直すよう目標設定できたことは、自分自身の問題に気づき、解決したいという気持ちになったため、本来の発達段階に応じた能力が発揮できたとと言える。そして、看護師の方は A 氏の気持ちを理解し、一緒に問題解決に取り組むことが看護実践に繋がったと言える。

また、在宅療養を考えたとき、次のようなことも言える。退院調整とは、「患者・家族が主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供し、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラム」と定義されている。²⁾ また、高砂³⁾ は、「病院内外におけるシステムを構築するためには、退院カンファレンスなど、顔が見える連携の重要性を退院後も病院内外での関係機関が利用者の情報を共有できる環境づくり(後方支援)が必要になると考える」と述べている。現在、療養型病棟内に短期入所者の受け入れる体制がある。このことは、医療依存度の高い利用者及び家族にとって、精神的・身体的不安の軽減になると考える。そして、繰り返す入退院にもかかわらず、家族も在宅復帰に前向きに考え、受け入れることができた要因ではないかと考える。

VIII. 結論

- ・病状の安定は、患者自身の療養生活をより良いものにしたいという気持ちの変化に繋がる。
- ・段階的に患者と共に目標設定するということは、より身近な目標として捉えることができ、達成するということは自信に繋がる。
- ・目標達成の積み重ねは、自ら新たな目標設定をうみだそうとする行動変容に繋がる。

・成功体験が、不安を解消し在宅復帰を前向きに
かわせた。

IX. おわりに

入退院を繰り返すことで、在宅療養に不安を抱えて
いる患者・家族は多くいる。今回の事例では、患者と
共に段階的に目標設定し達成できたことが、自信に繋
がり在宅復帰できた要因と言える。

今後、患者自身に問題解決能力があるならば、その
問題を患者自身に気づかせ、一緒に問題解決に取り
組めるように関わっていきたい。また、在宅療養を困
難にしている要因は、ケースごとに違いがあり、退院
調整のあり方もその患者・家族に合うように考え検討し
ていきたい。

謝辞

この研究をまとめるにあたり、ご指導頂きました先生
及び関係者の方々に対し、深くお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 薄井担子著:看護のための疾病論 ナースが視る病
気、講談社出版、1994
- 2) 篠田道子編:ナースのための退院調整、中央法規
出版、p.12, 2007
- 3) 高砂裕子:地域医師と看護との連携、臨床看護、34
(2)、p197-198、2008

参考文献

船坂智美:在宅人工呼吸器装着患者のその人らしさを
尊重した退院支援、第 39 回日本看護学会
論文集(地域看護)p.212-214 2008

足関節持続灌流後に足関節背屈制限を生じた一症例 ～ 独歩獲得を目指した試み～

○谷 幸治 奥佐千恵 角井貴文 平 昇市

キーワード： 持続灌流 距骨下関節 RockerFunction

【はじめに】

今回、右足関節開放骨折術後に化膿性関節炎と診断され、長期間の持続灌流を余儀なくされた症例を担当した。本症例は関節可動域(以下、ROM)制限、歩行能力低下を来し、それらを改善することに難渋した。しかし、距骨下関節 Rocker Function に留意した運動療法をすすめたことで独歩獲得に至った。今回、その経過に若干の考察を加え報告する。

尚、本報告を行なう趣旨を症例に口頭にて十分に説明し同意を得た。

【症例紹介】

70歳代男性、診断名は右足関節開放骨折である。

X日受傷、同日当院にて創外固定施行。X+6日目、骨接合術施行。その後、術後の検査結果により化膿性関節炎と診断され、X+11日目、創部処置を実施。翌日より理学療法開始となった。

主治医からは免荷と、bedside での ROM-ex(前足部のみ)の指示があった。

【理学療法と経過】

X+14日目、抗生剤の点滴を実施。しかし、感染の鎮静化が得られず、下腿切断の可能性が生じた。

X+21日目、デブリードマンを施行し、創部開放状態での持続灌流が開始された。

X+43日目、持続灌流終了。足部に著明な腫脹、熱感、発赤がみられた。ROMは背屈 - 10°、底屈 20°、回内・外 0°、下肢筋力低下が認められた。

X+56日目、創部閉鎖施行。主治医から足関節

の ROM-ex 許可と、安静時のシーネ固定が指示された。本症例は、著明な足関節 ROM 制限を生じていたため、自主トレーニングで下肢 ROM-ex を指導した。

X+67日目、出療可能の指示が出された。ROMは背屈 0°に改善が認められた。

X+84日目、1/3 荷重開始。主治医からは、単に荷重を増大させること、筋を素早く動かす動作は化膿性関節炎を悪化させ、また距腿関節の変形を助長させるリスクがあると言われた。そこで、部分荷重は特に足関節アライメントの評価に重点をおいてすすめた。運動療法は、DYJOC 訓練を積極的に取り入れて実施した。物理療法は、超音波療法を用いて実施した。

X+97日目、1/2 荷重開始。

X+106日目、2/3 荷重開始。これらの期間で足関節背屈 5°、回内・外 0°で、ほとんど改善がみられなかった。アーチ高率は 5.6%であった。

X+116日目、全荷重開始。足関節 ROM とアーチ高率に改善はなく、10m 歩行(T 字杖自立レベル)25.58 秒、ステップ長 42.0cm。また、足関節背屈の ROM 制限により、立脚中期から後期にかけての前方への重心移動の困難さを認め、膝・股関節・体幹の代償動作が出現し、腰部に愁訴があった。

そこで、足関節背屈を更に改善するために、距骨下関節に留意した徒手・運動療法を実施した。

結果、X+130日目に、足関節 ROM 背屈 10°、回内・外 5°、アーチ高率 9.6%と改善がみられ、10m 歩行(独歩自立レベル)11.09 秒、ステップ長 53.0cm となり、立脚中期から後期にかけての代償動作と腰部の愁訴の軽減が認められた。

【考察】

本症例は、化膿性関節炎による著明な腫脹、足関節の変形、長期の創部開放状態での持続灌流など、多くの影響を受けたことにより、治癒に難渋する足関節背屈制限を有し、独歩困難であると考えられていた。けれども、X+130日目に独歩獲得に至った。

沖田によると「足部の ROM 制限を有する症例に対しては、距腿関節の底背屈の可動域をできる限り得るとともに早期から足根骨や中足骨の動きを得ることが不可欠である」と述べている。本症例は、早期から前足部の ROM-ex が許可され前足部の ROM 制限はなかった。しかし、歩行の際、前方への重心移動が困難であり、膝・股関節、体幹に代償動作が認められ歩行困難であった。

これらの原因は、足関節と後足部の ROM 制限を有したため、歩行時の RockerFunction が機能低下し、結果、AnkleRocker における足関節を中心とした円軌道が行なえず、前足部である中足趾関節 (MP 関節) へ回転軸の移動がスムーズに行なえていないことだと考えられた。

そこで足関節の背屈改善を図るために、変形した距腿関節ではなく、主に距骨下関節の動きを改善することを目的にアプローチを行った。

吉野によると「距骨下関節の可動性低下による補償機能の不全も距腿関節の荷重集中に深く関与している」と述べている。

このことから分かるように、本症例の独歩獲得は、距骨下関節の ROM 拡大と併に得られた足関節の背屈改善。

AnkleRocker から ForefootRocker の回転軸の移動がスムーズになり、距腿関節の荷重ストレスが減少。これらによって得られたと考える。

脛骨高原骨折を受傷した症例に対し早期から CKC エクササイズを実施したが、荷重開始後のアライメント不良を呈した 1 症例

○三上琢也 奥佐千恵 川口久美子 宮守祐輝

キーワード : CKC エクササイズ メカノレセプター 運動戦略

【はじめに】

本症例は、重度の脛骨高原骨折を受傷し、骨折周囲の組織や関節腔内の出血による多大な侵襲を来した。そのため、一次的要因に加え、二次的要因によっても、機能低下が引き起こされることが予想された。中でも、メカノレセプターの障害に重点を置いたアプローチを初期から積極的に行った結果、非荷重時の関節制御は改善された。

しかし、荷重開始後の関節制御を獲得することが困難であった。それに対し、アプローチ方法を再考した結果、関節制御が改善し腫脹が軽減、独歩を獲得するに至った。今回、この症例の経過に若干の知見を加えて報告する。

尚、今回の発表に関して、本症例に説明をして同意を得た。

【症例紹介と経過】

60歳代女性、脚立からの転落で左脛骨高原骨折を受傷し当院受診、手術目的で入院となる。本症例における脛骨高原骨折は AO 分類 C 3 で、内側側副靭帯損傷も合併していたため、構造的な関節不安定性を呈していた。

また、下腿から足部にかけて腫脹を来したため、手術適応となるまで6日間の安静を要した。その結果、軟部組織の機能低下などの二次的な障害が助長され、機能的な関節不安定性を呈した。

12病日より理学療法(以下 PT)開始。PT 開始時は、下腿最大周径が健側比+7.5cm で、安静時疼痛(NRS5)があり、触診や下肢下垂位で疼痛が増強(NRS10)するため、PT 遂行が困難であった。また、自動運動時に“足をどう動かしていいかわか

らない”との訴えがあり、関節可動域(以下 ROM)は、膝関節屈曲 active50°であった。

そこで、疼痛軽減、および二次的な障害の改善を目的としたリンパドレナージ、そして最も重要だと考えたメカノレセプターの賦活による動的安定性の再獲得を目的とした動的関節制御(以下 CKCex)を早期から積極的に行った。

19病日には、下腿最大周径が健側比+5.0cmとなり、侵害刺激が軽減し、疼痛が改善(NRS0~3)した。そのため、メカノレセプターからの感覚フィードバックが増加し、CKCex が効果的に行えるようになり、その結果、“どう動かしていいかわからない”という訴えがなくなった。40病日には、膝関節屈曲ROMがactive110°に改善し、徐々に膝関節の動的安定性を獲得できた。68病日より部分荷重開始となる。

このように本症例においては、荷重開始前に膝関節の動的安定性が獲得できたので、その安定性を維持したまま荷重訓練が進められると考えていた。しかし、いざ荷重開始となると、荷重位では股関節・膝関節屈曲、膝外反位となり、関節不安定性と共に、“足を踏ん張っている感じが無い”という訴えが出現した。さらに、荷重訓練後には下腿腫脹が増悪し、これらが原因で荷重訓練を円滑に進めることが出来なかった。

そこで、『歩行』に目を向けてアプローチ方法を再考したところ、アライメントが改善し、荷重訓練後の腫脹増悪も軽減し、最終的には独歩獲得、99病日に退院となった。

【考察】

PT開始早期から CKCex を行ったことで、非荷重位での膝関節安定性が獲得でき、円滑な立位、歩行訓練への移行が期待された。しかし、荷重開始となると、下肢のアライメント不良が生じ、下腿の腫脹は増悪し、荷重位での訓練は難渋した。そこで着眼点を、膝関節中心の動きから、歩行の中での下肢全体の協調した働きに変更してアプローチを再考した。

本症例は股関節伸展位での関節制御が困難であり、特に立脚初期から中期にかけての不安定性が顕著であったため、歩行訓練の中で場面設定や運動課題を考慮しながら行った。その結果、不安定性は改善され、独歩獲得となった。

石井は、『運動は、個体、環境、運動課題の相互作用によって発生する』『靭帯や関節包などの関節周囲組織の緊張バランスの変化は、個体の内部状況を劇的に変化させてしまうため、運動課題と環境に相互作用するための新たな探査を行い、より適切な運動戦略を組織化することが大切である』と述べている。

本症例において、初期では膝関節の関節制御を意識したアプローチを行ったことで、靭帯や関節包、筋などの損傷により緊張バランスが変化した膝関節での神経 - 筋再教育をすることが出来た。しかし、運動戦略の組織化という部分への考慮が足りなかったため、荷重開始と同時に問題が露呈した。そこで、『歩行』という運動に目を向けたアプローチに変更したことで、新たに運動戦略を組織化することができ、歩行獲得に至ったと考える。

【まとめ】

荷重前の CKCex では一定の効果が得られたが、『歩行』という運動課題を考慮できていなかったため荷重開始後に問題が露呈した。

今後は、歩行を意識した運動課題を荷重前から行い、運動戦略の組織化に向けた準備を図っていくことが大切であると学んだ。

病院年報 平成24年度版
発行／珠洲市総合病院
〒927-1213 石川県珠洲市野々江町二部1番地1
TEL 0768-82-1181(代表) FAX 0768-82-1191
E-mail byouin@city.suzu.ishikawa.jp
発行日／平成25年7月
制作担当／事務局