

健生病院医報

The Medical Journal of Kensei Hospital

VOL.44

2021年3月

巻頭言

2020年を振り返って 総看護長 越田 潤子 1

臨床研究

当院における肝細胞癌に対するソラフェニブ治療の検討 内科 岡野奈穂子 3

健生病院精神科の活動報告

——メトロノーム60 bpm の tempo で—— 精神科 小鹿 瞳子 7

当院における過去8年間の大腿骨近位部骨折症例の検討 整形外科 那須 智彦 13

新型コロナウイルス感染症後廃用症候群の当院回復期リハビリテーション病棟

受入基準 リハビリテーション科 森永 伊昭 17

大腿骨近位部骨折術後患者の院内死亡関連因子

—回復期リハビリテーション病棟での調査— リハビリテーション科 森永 伊昭 23

看護研究

緩和ケア病棟における退院支援の実際と今後の課題 5階西病棟 貝原 智春 30

栄養管理を拒む回復期患者意志決定と退院支援の関わり 5階東病棟 福田 花奈 33

「心不全悪化を繰り返す」一人暮らしの認知症高齢者への関わり

～定期訪問が行動変容をもたらした～ 健生クリニック 精神科 藤沢 佳代 36

その他

コロナ禍における通所リハビリテーションでの

訪問サービス対応 健生クリニック 通所リハビリテーション科 工藤 大樹 40

健生病院医報

The Medical Journal of Kensei Hospital

津輕保健生活協同組合
TSUGARU HOKEN MEDICAL CO-OP

目 次

巻頭言

2020年を振り返って	総看護長 越田 潤子	1
-------------	------------	---

臨床研究

当院における肝細胞癌に対するソラフェニブ治療の検討	内科 岡野奈穂子	3
健生病院精神科の活動報告 ——メトロノーム60 bpm の tempo で——	精神科 小鹿 瞳子	7
当院における過去8年間の大腿骨近位部骨折症例の検討	整形外科 那須 智彦	13
新型コロナウイルス感染症後廃用症候群の当院回復期リハビリテーション病棟受入基準	リハビリテーション科 森永 伊昭	17
大腿骨近位部骨折術後患者の院内死亡関連因子 —回復期リハビリテーション病棟での調査—	リハビリテーション科 森永 伊昭	23

看護研究

緩和ケア病棟における退院支援の実際と今後の課題	5階西病棟 貝原 智春	30
栄養管理を拒む回復期患者意志決定と退院支援の関わり	5階東病棟 福田 花奈	33
「心不全悪化を繰り返す」一人暮らしの認知症高齢者への関わり ～定期訪問が行動変容をもたらした～	健生クリニック 精神科 藤沢 佳代	36

その他

コロナ禍における通所リハビリテーションでの訪問サービス対応	健生クリニック 通所リハビリテーション科 工藤 大樹	40
-------------------------------	----------------------------	----

2020年学会・研究会演題一覧		43
2020年医局学会発表抄録		45
2020年救急搬入患者統計・診療統計		49
投稿・執筆規程		60
編集後記		61

巻頭言

2020年を振り返って

総看護長 越田 潤子

2020年は1月にあった国内初のCOVID-19感染者確認から始まり、クルーズ船での集団感染、緊急事態宣言の発令、世界的な流行に伴う東京オリンピックの延期等、COVID-19なくしては語れない年となりました。

青森県津軽地域では4月に初めてCOVID-19の感染者が確認されました。これは看護部に19名の新入職員を迎えた矢先の出来事でした。例年であれば新入職員は2週間ほどの集合研修を行った後に配属部署での勤務が開始となりますが、集団感染防止策として密閉空間、密集場所、密接場面を避ける「三密回避」が呼びかけられ、COVID-19そのものも十分解明されていない中では研修は中止せざるをえませんでした。当初の予定と異なる数日の研修を終えただけの状態で新入職員が各部署へ配属されたことで受け入れ先では混乱が生じ、外部研修の中止・延期も相次いだ事でこのままでは必要十分な教育が行き渡らなくなるのではないかと不安もありました。しかし、当人たちはもとより各部署の看護長、主任、エルダー、教育研修委員といった教育に携わった皆の頑張りにより、例年と変わらずに新入職員が技術を習得していくことができました。

10月には弘前市内の飲食店と病院でクラスターの発生がありました。当院では4月14日から元々小児病床であった6床をコロナ病床として稼働、10月26日からは緩和ケア病棟をコロナ病棟として15床で運用、11月9日に人手確保のため総合診療病棟25床を休床、12月17日からは休床していた総合診療病棟をコロナ病棟とすることで病床数を確保してきました。学校が休校となったことや学童保育の受け入れ制限により勤務日程の調整が必要となった職員もおり、この短期間で大きな病棟再編・看護体制の変更が必要となりました。通常と異なる日常を送ることとなった職員へのメンタルヘルス対策として、アンケートやストレスチェックの実施、サポートチームの立ち上げといった対応も行ってきました。COVID-19による影響が長期化するなかで、感染リスクに対して気を抜けない状況やこれまでとは異なる慣れない職場環境でのストレスを抱えながらも、地域の皆さんからのあたたかい励ましの言葉をたくさんいただきながら職員皆奮闘しています。今回の出来事を災害としてとらえ一致団結し、ワクチンの普及やCOVID-19終息の日を待ち望みながら、日々変化する状況に臨機応変に対応し立ち向かう所存です。

地域活動においては班会等の組織活動やボランティア・組合員活動の中止等、人と人とのつながりを保つことが難しくなりました。全国的に感染対策を講じながら新しい形を模索して再開されはじめてはいますが、年末に発生した第3波の流行もありスムーズにはいかない状況となっています。また、一般診療を縮小しながら対応せざるを得ない状況の中で、他の医療機関と連携して二次救急にどう応えていくのか、通常の診療を維持するためにはどうしたらいいのかといった協議を重ねています。

生活面においては買い物、食事、冠婚葬祭等の場面で感染対策のための新しい生活様式が提唱されました。世の中では研修や会議といった仕事のオンライン化が進み、テレワーク・時差出勤といった働き方が取り入れられていく中、当院でも電話診療、オンライン面会といった取り組みを行っています。現在も入院患者さんの面会制限が続いており大変心苦しい状況ではありますが、患者さんと職員を守る為にも当面の間院内の感染リスクを減らす為の取り組みへの御理解と

御協力をお願いしています。

介護に関する出来事として、特養あずみの里裁判からおよそ7年の月日が経ち、2020年7月28日に准看護師の無罪が確定しました。判決次第では介護現場が萎縮し、利用者の食の楽しみが奪われ、その人らしく生きられるための介護ができなくなる事態につながる事が考えられました。介護の現場がこれからも誇りと自信を持って働くことができる判決となったことで、介護現場で働く職員、利用者、その家族の未来が開かれたものになりました。この判決は関係機関が一体となり働きかけた結果だといえます。また、2000年にスタートした介護保険では、利用料がどんどん引き上げられ1割負担から所得によって2～3割の負担となり利用控えが起きています。それに加え、介護事業所への介護報酬自体が下がったことで経営に打撃を与えています。介護事業所に限らず、全国の病院でCOVID-19に対応すればするほど経営悪化に追い込まれる事態が起きています。制度・報酬の改悪を許さず抜本改善、処遇改善を目指す取り組みも、地域のなかで安心して住み続けられるまちづくりのためにさらに必要です。

政治においては9月に菅総裁が誕生し菅内閣が発足しました。しかし、菅内閣が安部内閣の取り組みの継承を表明している以上、格差と貧困が拡大することで受療権がこれ以上奪われないように引き続き積極的に私たち民医連の活動を行う必要があると考えています。全日本民医連第44回定期総会では「民医連綱領改定から10年のあゆみを確信に今後の医療・介護活動の2つの柱をいっそう深化させる必要がある」とされています。地域での声と困りごとから始まり、具体的な健康問題を「共同のいとなみ」として解決していくこと、貧困と格差が広がる社会に働きかけていかなければなりません。医療職種の専門分化がすすみ、高齢化が加速された世の中では、地域包括ケアの推進に加えて医療・介護施設の連携と多職種協働はかかせないものとなります。

様々な変化があり激動の年となりましたが、医療・介護現場が一体となり無差別・平等の医療と介護の実践を今後さらに発展・深化させていかなければと思います。そのためにも地域のニーズに応えた医療活動が必要であり、当院で行ったPCRドライブスルーをはじめとしたCOVID-19への対応は、まさに地域住民のいのちと健康を守るための活動といえます。健生病院、健生クリニックは困難な局面にも結集し立ち向かって乗り越えていける強い組織です。引き続きお力添えをいただければ幸いです。終息したその先には皆が健康で笑顔ある2021年度になっていくことを想像し結びとしたいと思います。

臨床研究

当院における肝細胞癌に対するソラフェニブ治療の検討

津軽保健生活協同組合 健生病院 内科

岡野奈穂子, 千葉 大輔, 松崎 豊, 有明 千鶴
三上 裕嗣, 相樂 繁樹, 石田 晋吾, 長谷良志男

【要旨】

当院でのソラフェニブによる肝細胞癌治療において、Child-Pugh A群とB/C群で治療効果や安全性に差があるのか、ソラフェニブ有効群と無効群にわけて効果予測因子になりえる項目があるのかを検討した。Child-Pugh B/C群では投与開始量が少なかったが治療期間やOSに有意な差はなかった。有害事象は86%の症例で認められたものの死亡例はなかった。ソラフェニブ PR・SD を有効群、PD を無効群としてOSを比較したが有意な差はなかった。年齢、性別、前治療の有無、Child-Pugh スコア、投与開始量、手足症候群の有無の6項目についてソラフェニブ効果の予測因子になるか検討したところ性別のみが該当し女性は全員無効群であった。症例にあわせて投与開始量や休薬期間を調整することや有害事象をコントロールすることで内服を継続でき、それによって良好なOSがえられたと考えられる。

Key Words : ソラフェニブ

【背景】

肝細胞癌で薬物療法の適応となるのは「切除不能進行肝細胞癌」で「PS良好かつ肝予備能が良好なChild-Pugh分類A症例」である。

肝癌診療ガイドライン¹⁾では一次治療として分子標的治療薬であるソラフェニブによる治療が推奨されている。

わけてOSを比較し、効果の予測因子になりえる項目があるか検討した。

【対象と治療内容】

2013年4月～2019年8月に当院でソラフェニブを投与した肝細胞癌患者14症例を対象とした。年齢・性別・前治療の有無を表1に示

表1 患者背景

症例数		14
年齢		76.5
性別 (男性:女性)		6:8
背景肝	HCV	10
	HBV	1
	アルコール	1
	不明	2
Child-Pugh 分類	A	10
	B	3
	C	1
前治療あり		8

【目的】

今回我々は当院でのソラフェニブによる肝細胞癌治療成績を検討した。実臨床の間では厳密には適応外となるChild-Pugh分類B/Cの症例にもソラフェニブ治療をおこなっており、Child-Pugh分類Aの症例とB/Cの症例でOSや安全性に差があるかを検討した。さらに、症例をソラフェニブ有効群と無効群に

表 2 治療内容

投与開始量 (mg)	200 : C-P A 0 例 C-P B/C 2 例
	400 : C-P A 6 例 C-P B/C 2 例
	600 : C-P A 2 例 C-P B/C 0 例
	800 : C-P A 2 例 C-P B/C 0 例
	Child-PughA 520 ± 168 : Child-PughB/C 300 ± 115 p=0.03
内服期間 (日)	299.7 ± 321.3
	Child-PughA 376 ± 345 : Child-PughB/C 108 ± 146 p=N.S.

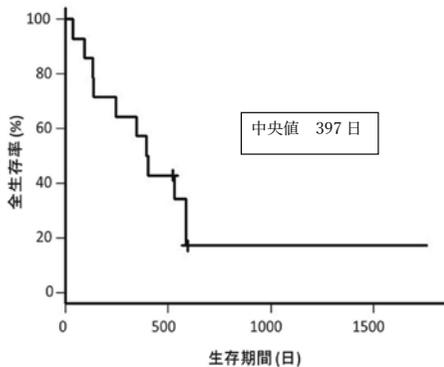


図 1 全体の生存期間

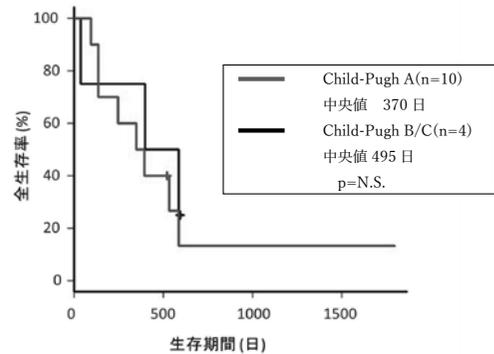


図 2 Child-Pugh A 群と B/C 群の全生存率

す。背景肝は HCV が多く、Child-Pugh A 群が 10 例、B/C 群が 4 例であった。

治療内容を表 2 に示す。一般的にソラフェニブ投与開始量は 800 mg/day であるが、年齢や全身状態に応じて開始量を調整した。投与開始量は 200 ~ 800 mg で、Child-Pugh A 症例では平均 520 mg、Child-Pugh B/C 症例では 300 mg と B/C 群では少ない量で開始していた。平均内服期間は 300 日程度で、両群に差はなかった。

【結果:治療成績と Child-Pugh 分類別の検討】

全体の生存期間中央値は 397 日 (図 1) で、一般の報告と遜色ないものであった。

次に Child-Pugh A 群と B/C 群の全生存を比較した (図 2)。A 群では中央値 370 日、B/C 群では 495 日であったが有意な差を認めなかった。

表 3 有害事象内訳 (重複あり)

手足症候群	4
下痢	3
肝機能障害	3
血圧上昇	2
倦怠感	1
体重減少	1
脱毛	1

奏効率は CR 達成はなく、PR 21%、SD 21%、PD 58% で奏効率は 21.4% であった。

有害事象は全体の 86% に認めた。有害事象の内訳を表 3 に示す。報告の多い手足症候群を当院でも 4 例に認めた。有害事象による死亡例はなかった。

14 症例中 13 症例で投与を中止した。中止理由の内訳を図 3 にしめす。病状進行や腫瘍増大が主な理由であり、中止基準に該当したのは肝機能障害の 2 症例だった。観察期間終了時の転帰を図 4 にしめす。

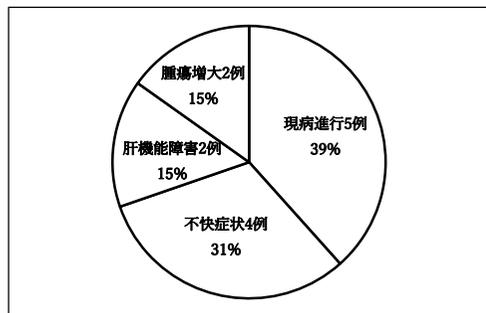


図3 ソラフェニブの中止理由



図4 転帰

表4 ソラフェニブ効果の予測因子

	有効群 (n=6)	無効群 (n=8)	p 値
年齢	74.8 ± 5.8	78.3 ± 3.9	N.S.
性別(M/F)	6/0	2/6	0.009
前治療あり	3(50%)	5(62%)	N.S.
Child-Pugh スコア	6.8 ± 2.6	5.8 ± 1.1	N.S.
開始量	433.3 ± 233.8	475.0 ± 148.8	N.S.
手足症候群あり	1(16%)	3(37%)	N.S.

【結果：効果予測因子について】

ソラフェニブ PR・SD を有効群，PD を無効群として OS を比較した。有効群の中央値は1071日，無効群の中央値は397日と有効群で長い傾向があったが有意な差ではなかった。

年齢，性別，前治療の有無，Child-Pugh スコア，投与開始量，手足症候群の有無の6項目についてソラフェニブ効果の予測因子になるか検討したところ性別のみが該当した(表4)。女性は全員無効群であった。

【考 察】

Child-Pugh A 群だけではなく，B/C 群の症例にもソラフェニブを使用した。2 群で OS の有意な差をみとめなかった。治療内容では投与開始量に差があり (Child-Pugh A 520 ± 168 mg/day : Child-Pugh B/C 300 ± 115 p=0.03)，内服期間には差を認めなかった。半量開始と通常用量開始での有効性，安全性

を比較した後方視的な研究では半量開始では有害事象発現率が低下し，生存期間や無増悪期間に差はみられないと報告されている²⁾。また，ソラフェニブには病勢進行をおさえることで結果的に OS を延長させる効果があると考えられるため有害事象をコントロールしながら Long Stable Disease (Long SD) を目標に治療を行うことが推奨されている³⁾。

当院での治療でも症例にあわせて投与開始量や休薬期間を調整することや有害事象をコントロールすることで内服を継続できていたと考えられる。有害事象による死亡例はなく Child-Pugh B/C 群でも投与開始量を減量することや，頻回の診察・検査で慎重にモニターすることによって安全に投与できる可能性がある。

肝細胞癌に対する薬物療法は，ほかの癌種と同様に変化してきている。冒頭にのべたように肝癌診療ガイドライン (2017年版) では一次治療として分子標的治療薬であるソラフェニブによる治療が推奨されているが，版

の改定をまたず2020年12月には免疫チェックポイント阻害薬であるアテゾリズマブ+ペバシズマブによる治療が第一選択に、ソラフェニブによる治療は第二選択に変更された⁴⁾。将来的にアテゾリズマブ+ペバシズマブで治療する症例がふえてくると思われるが、2nd line以降の治療や、全身状態や安全性を考慮してソラフェニブを選択することも十分考えられる。引き続き効果・安全性の検討をおこなっていききたい。

【引用文献】

- 1) 日本肝癌研究会：肝癌診療ガイドライン2017年版. 金原出版, 184-187, 2017.
- 2) 海堀昌樹ほか：ソラフェニブによる肝細胞癌治療の実績と今後の展望. 日本消化器病学会雑誌 116：18-27, 2019.
- 3) 有住忠晃ほか：進行肝細胞癌に対するソラフェニブ投与例におけるSD持続期間と生存期間の検討. 肝臓 53：348-350, 2012.
- 4) 日本肝臓学会：肝癌診療ガイドライン2017年版（補訂版）. CQ43改訂, 2020.

臨床研究

健生病院精神科の活動報告

——メトロノーム60bpmのtempoで——

津軽保健生活協同組合 健生病院 精神神経科

小鹿 瞳子

【要旨】

総合病院においては、精神的な諸問題を抱える人々への支援に関する幅広いニーズが存在するものの、心という目に見えないものを対象とする精神科の医療活動は捉えがたいものという印象を持たれることが多い。ここでは、健生病院における精神科の活動の中から特に、「他科病棟頼診への対応」「精神科一般外来」についての紹介を中心に、他領域で働く人達へも精神科が担う仕事についてイメージを持って貰えることを意識しつつ、新患者数の動向に関する客観的数値と、報告者が、いち精神科医として日々感じている主観を織り交ぜながら述べる。

Key Words : 無床総合病院精神科, 異文化交流,
志とニーズの狭間で

1. はじめに

「精神科のテンポは、メトロノームでいうところの60くらいのゆっくりした感じですよね」。見学に訪れた医学生との懇親の場で、ある担当事務の方から言われた言葉である。ちなみにその人が引き合いに出した産婦人科は、120bpm くらいの印象とのことである。

せわしない総合病院の中で、精神科が日々なにをやっているのかを他領域で働いているひとたちに伝えるのはとても難しい。こころという目に見えないものについて語ろうとすると回りくどい抽象的な表現をせざるを得ず、言いたいことを終いまで伝えようとしても飽き飽きされてしまうかもしれない。こんなにも、そこら中に「こころ」が溢れているというのに。

2017年に単科精神科病院である藤代健生病院から総合病院である健生病院へ異動してきてその思いがより一層顕著になった。精神科

の活動を周りに伝えることの難しさを感じると同時に、説明できないということとはつまり、圧倒的に自分自身が精神科のことをよく分かっていないのだということに改めて気付かされた。海外留学をした日本人が、他国のひとへ自国について語ることの難しさを経験し、それを機に日本のことをより深く考えるようになりました、という類いの話をよく聞くが、それに似たところがあるように思う。

更に言うと実は、同じ法人の精神科医同士であっても、健生病院と藤代健生病院、互いの医療活動をよく理解し合っているかと言えばそういう実感も十分にはない。自分が実際に経験できる範囲を超えたものを想像するのは、とても難しいことである。

異なる文化の中で活動している者同士のイメージを繋ぐものとして、「数字」はひとつのツールではあると思う。活動内容を種別・件数等のデータとともに紹介することは可能である。しかし、それでは表現できないこと

の方が精神科ではずっと多い。誰かを好ましいと思ったり鬱陶しく感じる気持ち、死にたくなるほどの絶望を数値化できるだろうか。愛憎渦巻く関係性を指数で表現できるだろうか。例えできたとしても、その薄っぺらな数字の比較にはどのくらい意味があるのだろうか。個々人が歩んできたストーリーに想いを馳せ、自分のこころを駆使しながら相手のこころが、人生が、より豊かな方に向かうことをオーダーメイドで支援する。こればかりは、実際に様々な関係性に巻き込まれ、こころをあちこちに突き動かされる羽目に遭って貰わないと数字や簡単な言葉では伝えきれないものがある。

とは言え、医療のなかで考えなくても、身近な人との関係の中で日々誰もが感じている様々なこころの機微を基盤として、精神科に携わる者でなくともこころの臨床を想像して貰うことはある程度は可能なのではとも思う。精神科の世界は難解である一方で、誰もが、感性の差異はあるとしても、自分が持つ物の延長線上にそこで行われている営為を想像するだけの基礎をこころに有しているのもまた事実と思う。ここでは皆さんにもう少しだけ精神科のことを知ってもらうための端緒となるような文章を書けたらいいなと思う。

2. データを参照しながらの、主観的活動報告

健生病院・健生クリニック精神科が担う活動は大まかに、精神科一般外来、精神科デイケア、精神科訪問看護、心理検査及び面接、他科病棟頼診への対応、職員のメンタルヘルスを支える役割…などがある。報告者が担当している部分は主に他科病棟頼診への対応と精神科一般外来であり、ここではその2つを中心に紹介したい。(その他の活動に関しては、個性豊かな然るべき担当者達がぜひ他の機会に報告してもらえたらと思う)。

1) 他科病棟頼診について

表1にみられるように、当院における他科

表1 年度別新患件数

年度	外来新患件数	病棟頼診新患件数	合計
2014	256	103	359
2015	236	144	380
2016	216	160	376
2017	277	180	457
2018	259	240	499
2019	242	272	514

病棟頼診の新患数は年々増加している。高齢化による認知症・せん妄関連の依頼が増え続けていることや(表2)、2017年からの精神科常勤医師増員の関与、新築移転後の在院日数短縮の流れを受け精神科的諸問題へ早期介入し早期退院を目指したいという病院運営の事情も背景にある印象を受けている。

他科からの依頼に応えるこの分野は総合病院精神科ならではのものであり、コンサルテーション・リエゾン精神医学(CL精神医学)、または単にリエゾン精神医学、とも称される。かつての健生病院で尽力されたりエゾンの鬼こと武田修医師からは、藤代から健生への異動の際に饒別の言葉として消防活動になぞらえ「コンサルテーションは火消し」「リエゾンは防火」と叩き込まれ、その区別を明確に自覚して対応せよと言われたが、区別はあっても連続したものであると認識している。(消防活動の例えは、米国で1960年代に始まったCL精神医学が発展していくのを肌で感じながらメイヨー・クリニックで仕事をしていた日本人精神科医による紹介とのことであった。本邦においてCL精神医学が重視されるようになったのは1980年頃のこと、プライマリケアの重要性が盛んに意識されるようになった時期と重なり、臨床各科において心理・社会的な側面に注目することが切実に要求されるようになった流れと繋がっているようだ¹⁾。)

先に述べたように頼診件数が増え続けているせん妄を例にしてみれば、基本的知識や発症を未然に防ぐ環境づくりなど他科スタッフへの啓蒙活動がリエゾンに、実際にせん妄が起こってからの対応(実質的には当院精神科

表 2 新患者と内訳

	2017年度			2018年度			2019年度		
	総数	病棟	外来	総数	病棟	外来	総数	病棟	外来
器質性精神障害 (認知症・せん妄等)	172	114	58	193	148	45	238	188	50
気分障害	92	23	69	101	30	71	85	21	64
神経症性障害	69	4	65	65	9	57	70	13	57
発達障害圏	51	5	46	49	6	43	43	3	40
統合失調症圏	29	12	17	38	21	17	35	19	16
アルコール依存症	20	12	8	15	8	7	14	14	0
その他	24	10	14	38	18	20	29	14	15
合計	457	180	277	499	240	259	514	272	242

では薬物的介入を主に担っている)がコンサルテーション活動に含まれる。多職種チームで予防に励み、有事には大火事になる前に各科で早期介入できるようになることが望ましい。せん妄は身体予後悪化の独立した危険因子の1つであり、一旦発症すると持続して身体予後や医療経済的予後、さらには認知機能に悪影響を及ぼすことが明らかになっているからである²⁾。せん妄への対処能力は各科によってかなり幅があるように感じている。当院には認知症・せん妄ケア委員会が存在し、2016年度からの認知症ケア加算、2020年度からのせん妄ハイリスク患者ケア加算など診療報酬上の利点を拠り所として微細なアップグレードがされて来ているものの、形式的な運営を超えて活動する更なる質の向上が望まれる。(近年当院の常勤精神科医が2人体制となったことで頼診の敷居が低くなり概ねボヤのうちに鎮火できているため、せん妄で酷く困るケースの割合が少ないという背景も、チームで本腰を上げて問題解決に取り組む雰囲気になり難い理由としてあるのかもしれない。精神科医がバケツを持って院内を消火活動に回って済ませている現状から脱する具体的な取組みができれば、病院全体のせん妄対応力の向上に繋がるのだろうとは思っている。各病棟ではより一層、担当委員を巻き込んでせん妄や認知症患者への関わり方を考えていく流れを作りたいし、精神科側も委員会の一員として問題提起を発信する意識を持つようにしたい)。

認知症・せん妄を理由とした依頼は他科病棟頼診の過半数を占めており介入の質の課題は残るものの、それらはある程度パターン化した対応が可能であるため数的に多い反面、実際のところは精神科医が担う心的負荷はさほど大きくない。手間暇を取られるのは残りに含まれるバラエティに富んだ人達である。思いついたものをかいつまんで紹介したい。

***自殺企図**

身体的に重症でない場合、精神科一般のテンポからすればかなりのスピード感を持った対応が求められる。短時間のうちに、企図に至った個人のストーリーや心情、パーソナリティ、サポート資源または葛藤の対象としての家族等まつわる情報、経済状況、その他諸々についての複雑な事情を統合して検討し、精神科病院への転院や外来フォローなどの方針を決定する。更には、精神科診察における対話は情報収集のためのみならず、患者に出会った瞬間から治療的な意味合いを帯びる。転院などのためその場限りの交流となるにしても、幸いにして助かった命を繋いでいくための一助となるような関わりができるよう心掛けている。思考と心を相当に騒がしく駆使させられる、短期集中の真剣勝負である。

***鬱状態**

他科から依頼される鬱の人達の多くは、身体的に過酷な状況に置かれている。病气や怪我そのものの辛さも去ることながら、健康で自立した強い身体の喪失(多くは自身の老化を伴う)により、プライドを手放し人に頼る

新たな生き方を求められることの苦悩はかなりの患者さんから窺える。末期癌や脊髄損傷など重篤な状況に置かれた人に対し週1, 2回の決まった枠組みでの個人面接を設定する場合もあるが、緩和ケア病棟やリハビリ病棟など多職種のスタッフが長く身近でその人の想いに寄り添い支えることが可能な環境であれば、状況の見立てとチームに対する助言など間接的な介入を意識した関わりが主となる場合も多い。リハビリや日常のケアなど身体を介した遣り取りが患者さんを支える力は、病棟スタッフが感じているよりずっと大きい。そこには言葉を越えた関係がある。鬱も色々ではあるが、入院初期に鬱状態でリハビリが困難と判断された人が介入後の経過で元気になる退院していく姿を見送るのは、日々の仕事の中で珍しく晴れ晴れとした気持ちを味わえる嬉しい瞬間である。

*治療同意判断能力の評価依頼

人権や命の尊厳に関わる重要な依頼である。治療方針の選択において倫理的に悩ましい問題にチームが突き当たった時、患者さん本人はどうしたいのか、その意思表示は方針決定にどれほど反映されるのか、精神科医の見解を求められる。その評価はあくまで参考所見であるため、最終決定は実際治療に当たっているチームや、判断が困難な事例では倫理委員会に委ねられるのではあるが、経験が浅いが故に、時に逃げたくなるくらいのプレッシャーを感じることもある。とても苦しい想いをしたケースの体験が、いつまでも暗くこころの底に澱のように残り、考えることを放棄してはだめだよと囁き続ける。

*摂食障害

身体管理が必須であることから他科との連携が重要な総合病院精神科ならではの病気である。摂食障害の人と対峙したときの圧倒的な負のオーラは独特で、もはや怨念と呼んでよいレベルと感じており、件数がとても少ない割にある意味極めて心的負担の大きい依頼である。「軽症の摂食障害は存在しない」³⁾と言われるのも分かる気がする。今まで出会った

彼女たちは非常に静かな人たちであったが、内面に抱える絶望の閉塞感を想うとこちらまで苦しく、いっそのこと暴れて泣き叫んでくれた方が関わりの糸口が掴みやすく楽なのに…と藤代で関わった人達を懐かしく思ったりもする。

*その他

個人の特性や人間関係などにおける不可解な事象について意見を求められるのは世の精神科医の常というところもあるし、困っている人を放って置けないと考える病院全体の気風もあって、本当に様々な依頼があちこちからやってくる。

例えば、身体表現性障害（最重症のヒステリー患者は四肢麻痺に加え経口摂取不能で腸瘻造設、人工呼吸管理…と俄には信じがたい凄まじい身体化症状を呈していた）。基礎に統合失調症など慢性の精神疾患を持つ人の他科入院中支援。離脱せん妄などを主な頼診理由としたアルコール依存症者（藤代の依存症治療に馴染まなかった人も多く、非常に大きな問題のひとつとして意識している）。産婦人科や小児科から来る母や子のメンタルヘルスに関する依頼。その他、こちらの常識の概念を粉碎するような何とも奇妙な人達（傷口に蛆が湧いたまま平然と生活していた人。電波被害を執拗に訴え周囲を困らせる人。他院で警察沙汰を起し強制退院になった、地雷を踏まなければ気の良い裸でいるのを好むおじさん。ゴミ屋敷の住人たち。8050問題などひきこもりに関する事…）。簡単に解決できるケースはあまりなく、皆で一緒に頭を抱え悩みながら人助けの方法を模索するよりない。健生病院でなければ助けられなかった人だろうなあ、と感じることが頻繁にある。基本的には、懐の深い病院なのだと思う。

2) 精神科一般外来について

自分自身は他科病棟頼診に比重をおいた働き方をしている精神科医であるが、それは多分贅沢なことで、恐らく多くの無床総合病院精神科医は連日朝から夕までの外来を必死で

こなし、時間外に病棟頼診対応をするというスタイルで業務に当たり疲弊している（日本総合病院精神医学会には慰労の場として「ひとり医長の会」なる哀愁漂う名称のコミュニティが存在する）。現状では診療報酬上どんなに真摯に頑張っても病棟頼診では全く稼げない。様々な葛藤の中で全国の民医連総合病院精神科の先輩方も、外来を閉鎖しリエゾンチームの運営に情熱を注ぐ在り方を選択したり、心理士と協力しながら病棟頼診に対応するも外来との両立困難で外来新患受け入れを停止せざるを得なかったりと、個々の志向性に合った様々な工夫をしながら生存戦略に苦心しているようだ。

さて当院でも、表1のように病棟頼診新患数はニーズに応じ増加の一途を辿り、2019年度には、予約枠を決め受け入れを一程度制限している外来の新患数を上回ったが、それでも自身の想いとして、外来をやめて病棟頼診に特化するという選択には抵抗が強い。理由はいくつかあるが、何より自分にとって外来での個人精神療法は、精神科医としての全ての仕事の質に通じる基礎修練の場であるということが第一である。外来診療は「外」の世界との接点であり、時代の求める事柄に柔軟に対応せざるを得ない場に身を置きながら学ぶ物の価値は非常に大きいと思っている。

日、週単位で次々入れ替わる病棟頼診の人たちとの、極めて慌ただしく流動的で疎な関わりのみで生きてゆくと、わたしの精神科医としてのところは死んでいくだろう。診察室の決まった枠組みで——それこそ60bpmのテンポで、長く人と関わっていく時間と場が少しでもあることが、ところを豊かにする。辛抱強く関わり続けた人からある日、数年前なら絶対に言えなかったような大切なことが、その人なりに紡いだ言葉で語られるのを聞いたときの感動は何物にも代え難い。治療者のところの豊かさは、間違いなく精神科臨床の質に影響する。

健生クリニック精神科外来には表2のように多様な疾患を持つ人が訪れるが、藤代外来

と比較した特徴としては、児童思春期の子らがとても多いということがあげられる。今回データを出すことはできなかったが、実感としては年々新患の大半が子どもたちで埋まり、低年齢化も進んでいる。子どもだからといってその心の悩みに応じることはたやすいことではなく、小中学生を受け入れる精神科医療機関の受け皿は極めて乏しい。思春期の子どもらは他のどの年代層の患者よりも治療者のことを物凄く観察しているし、試されているのだという感覚をこちらは味わうことになる。挑発するような態度の中にも、すぎるような期待の入り混じった眼差しがあり、不慣れなうちはその視線にたじろぐ。子どもは大人の本気を求めているのだと感じる。こういう子どもたちと付き合うことは遣り甲斐のある仕事である一方で、こうも件数が多いと、例えば果たして主訴「不登校」は、病院が担うテーマであろうかという疑念も浮かぶ。家庭や教育現場、地域から、子どものこころの声に耳を傾けるゆとりが急激に失われているのかもしれない。危機的状況と思う。

そして発達障害に関連する問題もまた、子どもから大人まで日常的にとても多く出会う事柄である。表2の新患数だけを見ると総数は多くないように感じるのだが、初診からしばらくして心理検査を経て診断がつくケースも多々あるため、初診病名は「うつ状態」などの気分障害、「適応障害」など神経症性障害として数えられている人達の中に発達障害の人が紛れ込んでいるのではないかと思う。家族ぐるみで発達障害圏の人達というケースも珍しくなく、先日は親と子どもそれぞれが発達障害傾向をもち暴力も介在する世帯の大規模地域カンファも開かれた。小児科と精神科、児童相談所や保育園、学校関係者などの参加であったが、今後もこのように手が掛かるケースに遭遇する状況は続くと思われる。

3. 小 括

当院は無床総合病院精神科でありながら曲

者が集い、大変な人達を後方ベッド藤代が遠すぎる外来で診療するというのは結構辛く、四方八方から飛んでくる病棟頼診への対応も併せると時々瀕死状態になりながらなんとか持ち堪えている状況にある。(今日はゆとりがあるなあ、とのんびりしていると措置入院鑑定依頼で警察署に呼び出されたりもする。みなし公務員としての精神保健指定医業務であるため余程余裕がない限り断らない)。

そんな大変な毎日ではあるのだが、幸いにも孤立無援で頑張っているという感覚があまりないことには救われている。それは、戦う熱血ソーシャルワーカーの尽力、病院を飛び出し自宅訪問に赴いてくれる看護師の機動力、ともに心理療法や病態のアセスメントに関わり支えてくれる心理士、人々の輪が繋がる空間としての役割を担ってくれるデイケア、更には、膨大な仕事を抱えながらエレガンスを維持する特殊能力を持ち、行き詰まったときに大局的な視点から知恵を貸してくれる高先生…など精神科スタッフ一同がそれぞれに働きながら、困ったときには誰かが助けてくれる関係性があるからこそと思う。

4. おわりに

健生病院・健生クリニック精神科が担っている活動の一部について、他科病棟頼診と精神科一般外来を中心に述べた。冒頭でこのころの臨床について説明することの難しさについて述べたが、何かしら有意義なものを伝えることができただろうか。異文化交流で大切なのは、互いに敬意を持ち相手への想像力を働かせながら共同して何かを成し得ようとする姿勢とと思っているが、総合病院の中で、ともすれば粗末に扱われてしまいがちな精神科を大切にもらっている感覚を持って仕事ができていることに、感謝の念を抱きながら働いている。そのような想いは、精神科医であった津川武一先生に始まり、諸先輩方が数十年

に渡り津軽保健の精神科医として誠実に働き周囲との信頼関係を育ててきた歴史に根差しているものと想像する。

随分と津川先生からは遠くなった私たちの世代で、藤代と共に法人精神科としてどのような未来をつくっていくのか。自分たちの志すものを絶えず問いかけながら目の前に訪れる時代のニーズに伝えていくことが、翻っては歴史を大事にするということなのかもしれない。それぞれの立場からみえるニーズを持ち寄り、未来地図を描いている途中で私たちは突如コロナに襲われた。その悲劇を想うと暗澹たる気持ちになったりもするが、こころの臨床への要求はなくなる。先の見えない曖昧な状況や苦難を持ち堪えながらも希望を持ち続けたい。そういう姿勢は、精神科臨床においても最も大切とされることのひとつだと思う。

最後に、このたび原稿執筆の機会を下さった医報委員長の方の千葉大輔先生に御礼を申し上げます。初期研修医時代、とても拙い初めての癌告知面談を行ったあと、さり気なく患者さんの元を訪れその人の傷ついたところに寄り添いフォローして頂いたことを鮮明に覚えています。文字数は無制限と言ったので長文になりましたが、これで今回の報告を終わりたいと思います。

——雪深い夜、藤代で防護服を身につけ荒ぶるひとの激情にふれ、精神科病院におけるコロナ問題の深刻さを肌身に感じながら。

【参考文献】

- 1) シンポジウム「リエゾン精神医学と精神分析」. 精神分析研究 Vol.25, No4
- 2) 日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班：せん妄の臨床指針. 星和書店
- 3) 松木邦裕：摂食障害というところ 創られた悲劇/築かれた閉塞. 新曜社

臨床研究

当院における過去8年間の大腿骨近位部骨折症例の検討

津軽保健生活協同組合健生病院 整形外科

那須 智彦, 金子 直樹, 木村宗一郎, 相馬 裕, 森永 伊昭

【要旨】

過去8年間の大腿骨近位部骨折症例を分析・検討した。対象は2012年1月から2019年12月までに当科病棟で入院治療を行った大腿骨近位部骨折症例とし、他院手術後に当院で加療を行った症例は除外した。8年間の症例総数は1065例で、男性209例、女性856例であった。症例数は年間100～150例程度で推移し、2019年は167例と最多であった。年齢分布は37歳から106歳で、9割は70～99歳に分布していた。骨折部位は転子部骨折（頸部基部骨折、転子下骨折含む）が643例、頸部骨折が422例であった。手術治療は962例に、保存治療は103例に行われていた。入院から手術までの待機期間は減少傾向にあり、2019年は平均2.33日（転子部骨折平均1.51日、頸部骨折平均3.44日）であった。偽関節・骨癒合不全（カットアウト含む）、late segmental collapse（以下LSC）、深部感染、脱臼など手術関連合併症は38例に生じ、31例に再手術が行われていた。今後は二次骨折予防に向けた取り組みの本格化を目標としたい。

Key Words : 大腿骨近位部骨折

【はじめに】

大腿骨近位部骨折は、我が国では年間約20万例発生しているもっとも一般的な骨折で、今後もさらに増加すると推測されている¹⁾。今回我々は、当院における過去8年間の大腿骨近位部骨折症例の分析・検討を行った。

【対象と方法】

対象は2012年1月から2019年12月までの8年間に当科病棟で入院治療を行った大腿骨近位部骨折症例で、他院手術後に当院に転入院して加療を行った症例は除外した。診療記録から、各年における症例数、性別、年齢、骨折部位、入院から手術までの待機期間、治療方法、手術関連合併症について調査した。

【結 果】

8年間の症例総数は1065例であり、男性209例、女性856例であった。表1に示すように各年の症例数は、2012年からの4年間は100例程度で推移し、2016年からの4年間は150例程度で推移し、2019年は167例と最多であった。

年齢分布は37歳から106歳で、表2に示すように9割は70～99歳に分布し、全体の半数は80歳代での受傷であった。骨折部位は転子部骨折（頸部基部骨折、転子下骨折含む）が643例、頸部骨折が422例であった。

治療方法は手術治療が962例に行われ、保存治療が103例に行われていた（表3）。骨折部位別では、転子部骨折手術593例中、骨接合術が591例に行われ、人工骨頭置換術（Bipolar hip arthroplasty : 以下BHA）が2例に行われていた。頸部骨折369例中、骨接合術が96

表 1 各年毎の症例数および骨折部位別の症例数の推移

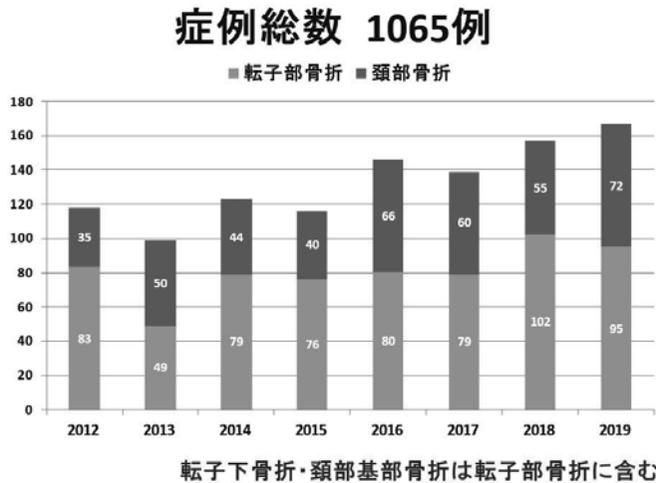


表 2 大腿骨近位部骨折患者の年齢層・骨折部位別の内訳

内訳

年齢層	転子部骨折(例)	頸部骨折(例)	合計(例)	割合(%)
～59	19	25	44	4.1%
60～69	28	43	71	6.7%
70～79	81	98	179	16.8%
80～89	336	185	521	48.9%
90～99	174	68	242	22.7%
100～	5	3	8	0.8%
合計	643	422	1065	100%

表 3 治療方法の内訳

治療方法

	転子部骨折(例)	頸部骨折(例)	合計(例)
保存治療	50	53	103
手術治療	593	369	962
骨接合術	591	96	687
BHA	2	260	262
THA	0	13	13

例に行われ、BHA が260例に行われ、人工股関節全置換術（Total hip arthroplasty：以下THA）が13例に行われていた。

入院から手術までの待機期間は減少傾向にあり、2019年は大腿骨近位部骨折全体で平均2.33日（転子部骨折平均1.51日、頸部骨折平均3.44日）であった（表4）。

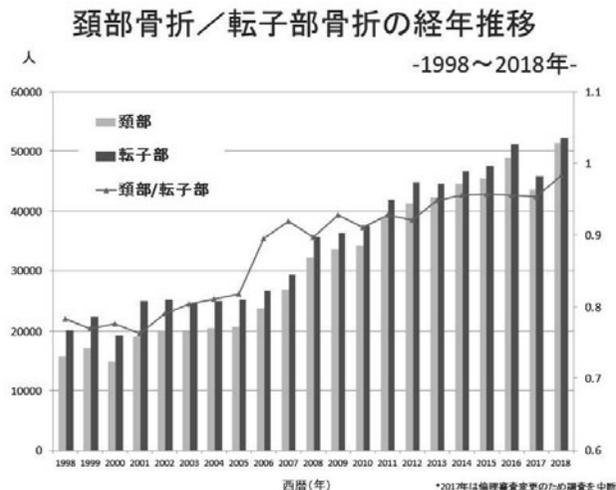
手術関連合併症は38例に生じ、うち31例に再手術が行われていた。骨折部位別にみると、転子部骨折593例中、18例に生じていた。内訳は、偽関節・骨癒合不全（カットアウト含む）が12例、インプラントの皮下突出が2例、深部感染症・LSC・インプラント周囲骨折・ロングネイル折損が各1例で、うち15例に再手

表 4 入院から手術までの待機期間（入院当日の手術を0日とカウントして算出）



術が行われていた。頸部骨折では、369例中20例に手術関連合併症が生じていた。術式別にみると、骨接合術96例中14例に手術関連合

表5 大腿骨近位部骨折の経年推移（日本整形外科学会骨粗鬆症委員会の大腿骨近位部骨折全国調査結果より引用）



併症が生じており、内訳はLSCが8例、偽関節・骨癒合不全が5例、インプラント周囲骨折が1例であった。BHAまたはTHA 273例中6例に手術関連併症が生じており、内訳は深部感染症が3例、脱臼・症候性肺血栓塞栓症・脂肪塞栓症候群が各1例であった。頸部骨折全体では20例中16例に再手術が行われていた。

【考 察】

日本整形外科学会骨粗鬆症委員会の大腿骨近位部骨折全国調査が示すように、大腿骨近位部骨折の患者数は増加傾向にある(表5)。急性期病院である当院でも、患者数が年々増加してきている。日本整形外科学会の大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドラインでは、適切な手術時期として、内科的合併症で手術が遅れる場合を除いて、できる限り早期の手術を推奨している²⁾。早期手術の利点として、合併症が少ないこと、生存率が高いこと、入院期間が短いことが挙げられている。

早期手術実現のためには、整形外科の医師体制のみならず、他科やコメディカルの体制、手術室の稼働状況、患者自身の全身状態・併



図1 早期手術実現に影響する因子

存症など多くの因子が影響する(図1)。また、働き方改革に伴い、業務を効率よくこなすことも求められている。

当科では、近年平日の日勤帯・土曜午前中の入室を目指して治療に当たっている。手術待機期間は2017年以降著しく短縮された(表4)。日本整形外科学会骨粗鬆症委員会の大腿骨近位部骨折全国調査の手術待機期間平均4.05日より早期に手術が行えていることがわかる。要因として、整形外科医師体制が改善したこと、病院の新築移転による手術室の増加に伴い、手術を組みやすくなったこと、入院患者・手術件数が増加し、病床

を効率的に運用する点からも早期手術が望まれるようになったことが考えられる。

再手術は31例（全体の約3%）に行われていた。個々の症例を振り返ると、手術手技次第では再手術を防ぐことができた症例もなかったわけではない。転子部骨折に対する骨接合術では、カットアウトを防ぐために、前内側皮質の術中整復・正確なインプラント設置を心がけるようにしている。

また、75歳未満で活動性が高く、麻酔リスクが低い転位型大腿骨頸部骨折症例に対しては、THAも考慮するようにしている。THAはBHAより疼痛が少なく、可動性がよく、機能スコアはより良好であるが、脱臼率・手術侵襲が高い³⁾。近年、より強い脱臼抵抗性の獲得を目指して各種のminimally invasive surgeryが発展してきた。Anterolateral-supine approachやDirect Anterior Approachなどの前方系アプローチは、筋腱非切離の低侵襲アプローチで、従来の後方アプローチにくらべ脱臼抵抗性も高い⁴⁾。当科でも2017年頃から前方系アプローチを導入しはじめ、術式選択の幅が広がった。

今後約20年間は人口が減少する一方で高齢

者人口は増え続けるため⁵⁾、大腿骨近位部骨折患者数も増加することが予想される。早期手術の実現・治療成績の向上だけでなく、二次骨折予防に向けた取り組みを多職種連携で本格化させ、より安心・安全な一連の治療を提供したいと考えている。

【文 献】

- 1) 日本整形外科学会, 他: 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン (改訂第2版). 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会. 南江堂, 2011, pp20-26.
- 2) 日本整形外科学会, 他: 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン (改訂第2版). 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会. 南江堂, 2011, pp75-77, pp125-127.
- 3) 日本整形外科学会, 他: 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン (改訂第2版). 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会. 南江堂, 2011, pp94-95.
- 4) 赤石孝一: 筋腱温存型のアプローチ—Anterolateral supine (ALS) approach—. 整形・災害外科 63(8):1019-1028, 2020.
- 5) 河合雅司: 未来の地図帳 人口減少日本で各地に起きること. 講談社, 2019, pp3-7.

臨床研究

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）後廃用症候群の当院 回復期リハビリテーション病棟受け入れ基準

津軽保健生活協同組合健生病院，リハビリテーション科¹⁾・同，院内感染対策委員会²⁾・
同，COVID-19感染対策本部³⁾・同，院長⁴⁾・インфекションコントロールドクター⁵⁾・感染管理認定看護師⁶⁾

森永 伊昭^{1), 5)}，田代 実^{2), 3), 5)}，伊藤 真弘^{3), 4)}，佐藤 衆一³⁾

北山 優子^{2), 3), 6)}，安田 肇¹⁾，白戸香奈子¹⁾，宮本 誠一¹⁾

【要旨】

入院患者・医療従事者の感染リスクの最小化と Covid-19 後廃用症候群患者のリハビリテーション受療権を守ることを両立させつつ Covid-19 後廃用症候群の回復期リハビリテーション病棟受け入れを行い，地域のリハビリテーション医療に資することを目的として「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）後廃用症候群の回復期リハビリテーション病棟受け入れ基準」を作成し地域の医療機関に公表し，さらに2020年11月19日に当院ホームページで公開した。受け入れ患者は Covid-19 感染防止策実施期間を終了し退院基準・隔離解除基準を満たす，感染性が消失したと判断される患者である。作成は新型コロナウイルス感染症診療の手引き第3版，CDC および黒田の資料に基づいた。本邦の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）後廃用症候群に対する適切なリハビリテーションが広く行われることを期待する。

Key Words : 新型コロナウイルス感染症, Covid-19,
回復期リハビリテーション

【背景】

世界的な大流行を生じている新型コロナウイルス（severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, SARS-CoV-2）による新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019, Covid-19）の患者数は増加の一途をたどっている。軽症例で ADL 障害を残さずに軽快する患者は多いが，重症例・基礎疾患を有する者・フレイル高齢者は，廃用症候群に陥る可能性がある。当院では流行当初から Covid-19 の急性期治療受け入れや廃用症候群を回復期リハビリテーション（リハ）病棟で受け入れる時期が来ることを想定し

ていた。日本リハビリテーション医学会のアンケート調査¹⁾では2020年6月時点で回答病院の18%が Covid-19 患者のリハビリテーション治療を行っており，回復期リハビリテーション病棟協会の緊急調査²⁾では，2020年7月時点で回答会員病院の10.3%が既に Covid-19 回復患者を受け入れていた。青森県では2020年10月11日までの感染者数は37人で全国最小クラスだったが，10月12日に人口17万人の小都市である弘前市で大規模クラスターが発生した後，11月11日までの1か月間で一気に238人の患者が発生し，地域の急性期病棟への入院患者が急増し，回復期リハ病棟での患者受け入れニーズが急速に高まった。

当院回復期リハ病棟では一日2時間以上の集中的リハを実施しており、患者とスタッフには長時間接触が生じる。嚥下訓練や呼吸訓練などの飛沫暴露を受ける可能性の高い医療行為も行われる。入院患者には高齢者、基礎疾患を有する者、易感染性宿主が多い。本邦における Covid-19 の死亡率は2.5%だが80代以上の高齢者では23.0%と報告されており³⁾、ひとたび回復期リハ病棟で Covid-19 院内感染が発生すれば感染伝播やリハビリテーションの制限によって患者に重大な被害が生じると推測される。

急性期病棟や回復期リハ病棟での Covid-19 に対するリハ報告^{4), 5)} は散見されるが、2020年9月の時点で、本邦のリハ関連学会・関連団体からの Covid-19 後廃用症候群の明確な受け入れ指針は示されていない。2020年9月以降、厚生労働省³⁾ や Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁶⁾ から最新版の Covid-19 の退院基準、隔離解除基準が提示され、黒田が回復期リハ病院の職員向けに行った講義の加筆修正スライドが公開された⁷⁾。

【目 的】

入院患者・医療従事者の感染リスクの最小化と Covid-19 後廃用症候群患者のリハ受療権を守ることを両立させつつ Covid-19 後廃用症候群の回復期リハ病棟受け入れを行い、地域のリハ医療に資することを目的として「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 後廃用症候群の回復期リハビリテーション病棟受け入れ基準」を作成した。

【方 法】

資料^{3), 6), 7)} を参照し、最新の知見に基づく受け入れ基準を作成した。受け入れ患者は Covid-19 感染防止策実施期間を終了し退院基準・隔離解除基準を満たす、感染性が消失したと判断される患者である。新型コロナウ

イルス感染症診療の手引き 第3版³⁾ では不明確な10日以上感染性を維持している可能性がある患者（重度免疫不全患者など）への対応については CDC の推奨⁶⁾ と黒田の資料⁷⁾ を参照してより明確化した。

【受け入れ基準】

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 後廃用症候群の回復期リハビリテーション病棟受け入れ基準

2020/11/18版

健生病院・健生病院回復期
リハビリテーション病棟

受け入れの前提条件

診療報酬制度に規定された「回復期リハビリテーションを要する状態」に該当する患者であること（集中的リハビリテーションが必要な患者であること）。感染症として退院基準を満たしても病態が急性期の場合、回復期リハビリテーションへの直接受け入れは困難で、急性期病棟への入院治療後の受け入れを検討する必要がある。

受け入れ基準

1. 無症状病原体保有者の場合
 - ①検体採取日から10日間経過した場合
 - ②検体採取日から6日間経過後、PCR検査または抗原定量検査で24時間以上間隔をあげ、2回陰性
2. 有症状者の場合
 - ①発症日*から10日間経過し、かつ、症状軽快**後72時間経過している場合
 - ②症状軽快後24時間経過した後、PCR検査または抗原定量検査で24時間以上間隔をあげ、2回陰性

*：症状が出始めた日、発症日不詳の場合には陽性確定に係る検体採取日

**：解熱剤を使用せずに解熱しており呼吸器症状が改善傾向である場合

3. 重症者・重篤者の場合（10日以上感染性を維持している可能性がある）

①発症日から20日間以上経過し、かつ、症状軽快後72時間以上経過している場合

#重症・重篤には肺炎以外に、併存疾患・併発疾患、免疫不全が重症・重篤な者も含む。

②重度免疫不全では上記に加えPCR検査または抗原定量検査2回陰性を確認することも考慮する。

#重度免疫不全をどのように規定するかが課題となるが、紹介元に判定して頂く。

#PCR検査または抗原定量検査2回陰性は必須ではない。

【回復期リハ病棟における院内感染予防策】

1. 回復期リハ病棟・リハ室での感染予防策は標準予防策+ユニバーサルマスクである。空気予防策や個室隔離は不要である。飛沫暴露の可能性の高い状況では適切な个人防护具を使用する：マスクを着用できない患者のリハ時の医療従事者のアイシールド装着、嚙下訓練時のアイシールド・ガウン・手袋装着など（参考1）。

2. 病院内に新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）が侵入する感染経路の遮断策（健生病院COVID-19感染対策本部・新型コロナウイルス関連通達）と、津軽保健生活協同組合の「新型コロナウイルス感染拡大にともなう役職員の行動」を遵守することが回復期リハ病棟における院内感染予防策の前提となる。

【おわりに】

この基準は今後の新たな知見に基づいて再改定される。この基準に基づき5症例を受け入れた時点での当院回復期リハ病棟のCOVID-19院内感染は生じていない。本邦の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）後

廃用症候群に対する適切なリハビリテーションが広く行われることを期待する。文末に个人防护具の適切な使用方法、CDCの推奨²⁾の抜粋翻訳を添付した（参考1, 2）。

【資料・文献】

- 1) 日本リハビリテーション医学会：COVID-19感染症によるリハビリテーション診療部門における診療報酬上の影響についてのアンケート調査（令和2年6月18日）。
<https://member-new.jarm.or.jp/mypage/download.php>
- 2) 回復期リハビリテーション病棟協会：COVID-19の回復期リハビリテーション病棟への影響に関する緊急調査(2020年8月)。
<http://www.rehabili.jp/news/Emergency/Investigation%20result.pdf>
- 3) 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究。診療の手引き検討委員会：新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第3版。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000668291.pdf>
- 4) 回復期リハビリテーション病棟協会：新型コロナウイルス感染対応事例
http://www.rehabili.jp/news/Emergency/Cases%20of%20infection%20response_1.pdf,2.pdf
- 5) 新型コロナウイルス感染症現場レポート。総合リハ 48：856-875, 2020.
- 6) CDC：Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19 (Updated Oct. 19, 2020).
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- 7) 黒田浩一：回復期病棟におけるCOVID-19感染対策（2020年9月版）。
<https://slide.antaaj.jp/article/view/d45e23dae5434127>

【参考1】

個人防護具の適切な使用方法

標準予防策：標準予防策は全ての患者に実施すべき感染予防策です。

血液，体液，分泌物（汗は除く），排泄物，あるいは傷のある皮膚や粘膜に触れる（飛散する）恐れのある場合状況に応じて適宜防護具を使用する。

*ユニバーサルマスクングとして就業時は常時マスクをしていることを前提としています。

ユニバーサルマスクングとは…他人と近距離で会話する時はマスクを付ける。

防護具の使用例

処置	手袋	マスク	エプロン *袖無し	ゴーグル アイシールド
吸引・口腔ケア	○	○	○	○
オムツ交換	○	○	○	
嘔吐・下痢のある患者のおむつ 交換・嘔吐物の処理 (介助度が高いトイレ介助含む)	○	○	○ 長袖ガウン	
排液の処理(尿,各種ドレナージ)	○	○	○	○
気管内挿管	○	○	○	○
創処置	○	○		
洗浄を伴う創処置	○	○	○	○
器具の洗浄	○	○	○	○
採血	○	○		
食事介助・嚥下機能評価や訓練 *食事時の見守りは除く	○	○	○	○*1
リハビリテーション時		○		○*2

*1 食事時の咽せ等が考えられるため

*2 お互いマスクをしていれば必ずしも必要ないが，身体の密着度により咳などの飛沫を近距離で浴びる可能性があるため

- 上記の使用例以外の場面でも，血液・体液の飛散が予測される時は予想される状況に応じて手袋・マスク・エプロン・ゴーグルを使用すること
- 防護具は患者ごとに交換すること。また使用中でも汚染されればその都度交換すること
- 防護具は患者のベットサイドで外すこと。使用した防護具を着けたままパソコン等公共のものに触れないこと
- 防護具を外した後は必ず手指消毒すること

【参考2】

CDC : Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19 (Updated Oct. 19, 2020) 抜粋翻訳

Recommendations 推奨事項

Duration of isolation and precautions

- For most persons with COVID-19 illness, isolation and precautions can generally be discontinued 10 days *after symptom onset*¹ and resolution of fever for at least 24 hours,

without the use of fever-reducing medications, and with improvement of other symptoms.

- A limited number of persons with severe illness may produce replication-competent virus beyond 10 days that may warrant extending duration of isolation and precautions for up to 20 days after symptom onset; consider consultation with infection control experts.
- For persons who never develop symptoms, isolation and other precautions can be discontinued 10 days after the date of their first positive RT-PCR test for SARS-CoV-2 RNA.

隔離予防措置期間（訳）

- COVID-19 病のほとんどの人にとって、隔離予防措置は一般に、症状の発症の10日後かつ解熱薬を使用せずに少なくとも24時間の解熱、他の症状の改善とともに中止できる。
 - 重度の病気を持つ限られた数の人は、10日を超えて複製能力のあるウイルスを産生する可能性があり、症状の発症後最大20日間の隔離予防措置期間を延長する必要がある。感染管理の専門家との協議を検討してください。
- 症状が出たことがない人は、SARS-CoV-2 RNAのRT-PCR 検査が最初に陽性になった日から10日後に隔離やその他の予防措置を中止することができる。

Role of viral diagnostic testing (PCR or antigen)² to discontinue isolation or precautions

- For persons who are severely immunocompromised, a test-based strategy could be considered in consultation with infectious diseases experts.
- For all others, a test-based strategy is no longer recommended except to discontinue isolation or precautions earlier than would occur under the strategy outlined in Part 1, above.

隔離または予防措置を中止するためのウイルス診断検査（PCR または抗原）の役割（訳）

- 重度の免疫不全の人には、感染症の専門家と相談して検査に基づく戦略を検討することができる。
- 他のすべての人には、上記のパート1で概説した戦略よりも早く隔離予防措置を中止することを除き、検査に基づく戦略は推奨されなくなった。

Role of viral diagnostic testing (PCR or antigen)² after discontinuation of isolation or precautions

- For persons previously diagnosed with symptomatic COVID-19 who remain asymptomatic after recovery, retesting is not recommended within 3 months after the date of symptom onset for the initial COVID-19 infection.
- For persons who develop new symptoms consistent with COVID-19 during the 3 months after the date of initial symptom onset, if an alternative etiology cannot be identified by a provider, then the person may warrant retesting. Consultation with infectious disease or infection control experts is recommended, especially in the event symptoms develop within 14 days after close contact with an infected person. Persons being evaluated for reinfection with SARS-CoV-2 should be isolated under recommended precautions while undergoing evaluation. If reinfection is confirmed or remains suspected they should remain under the recommended SARS-CoV-2 isolation until they meet the criteria for

discontinuation of precautions – for most persons, this would be 10 days after symptom onset and resolution of fever for at least 24 hours, without the use of fever-reducing medications, and with improvement of other symptoms.

- For persons who never developed symptoms, the date of first positive viral diagnostic test (PCR or antigen) for SARS-CoV-2 RNA should be used in place of the date of symptom onset.

隔離または予防措置の中止後のウイルス診断検査（PCR または抗原）の役割（訳）

- 以前に症候性 COVID-19 と診断され、回復後無症候性のままである人には、最初の COVID-19 感染の症状発症日から 3 か月以内に再検査することは推奨されない。
- 最初の症状の発症日から 3 か月の間に COVID-19 と一致する新しい症状を発症した人の場合、医療提供者が別の病因を特定できない場合は、再検査が必要になることがある。特に感染者との密接な接触から 14 日以内に症状が現れた場合は、感染症または感染管理の専門家に相談することを推奨する。SARS-CoV-2 による再感染の評価を受けている人は、評価中は推奨される予防措置の下で隔離されるべきである。再感染が確認された場合または疑われる場合は、予防措置の中止の基準を満たすまで、推奨される SARS-CoV-2 隔離下にとどまる必要がある。ほとんどの人にとって、これは症状発症から 10 日後かつ解熱剤を使用せずに解熱し他の症状が改善してから少なくとも 24 時間後である。
- 無症状の人は、症状の発症日の代わりに、SARS-CoV-2 RNA の最初の陽性ウイルス診断検査（PCR または抗原）日を用いる必要がある。

Role of serologic testing

- Serologic testing should not be used to establish the presence or absence of SARS-CoV-2 infection or reinfection.

血清学的検査の役割（訳）

- SARS-CoV-2 感染または再感染の有無を確認するために血清学的検査を使用しないでください。

臨床研究

大腿骨近位部骨折術後患者の院内死亡関連因子 —回復期リハビリテーション病棟での調査—

津軽保健生活協同組合健生病院 リハビリテーション科

森永 伊昭, 白戸香奈子, 安田 肇, 宮本 誠一

【要旨】

回復期リハ病棟の大腿骨近位部骨折術後1247例の院内死亡について調査した。死亡10例の死因は誤嚥性肺炎5例, 心不全2例, 心筋梗塞, 虚血性腸炎後回腸穿孔・腹膜炎, 食物誤嚥後呼吸不全各1例だった。死亡例は生存1237例と比べ有意に高齢, 入院～手術, 手術～リハ病棟転入までの日数が長く, 受傷前歩行FIM, リハ病棟転入時運動・認知FIMが低く, Charlson 併存疾患指数が高値で心不全, 中・重度腎疾患, リンパ腫・骨髄腫, 転移性固形癌併存が多く, 転入時の摂食量, GNRI, Alb, Hb が低値, 栄養管理のために静脈栄養・経管栄養実施を要した例が多く, 転入前併発症・合併症および転入前肺炎が多く, 握力や下腿周囲長が低く, Neck 骨密度が低値だった。肺炎は転入前に74例, リハ病棟入院中に49例に生じ, 最多の死因だった。運動器リハにも言語聴覚療法による嚥下訓練が行えるように診療報酬制度を改定することが望まれる。

Key Words : 大腿骨近位部骨折 (hip fracture),
院内死亡関連因子 (in hospital death-
related factors),
誤嚥性肺炎 (aspiration pneumonia)

【目 的】

大腿骨近位部骨折 (以下, 骨折) は骨粗鬆症の脆弱高齢者に多発し, 併存疾患や周術期・回復期合併症や急性転化も多い。今後の骨折治療・リハビリテーション (以下, リハ) に資するために, 回復期リハ病棟に転入した骨折術後1247例を対象として, 院内死亡の死因と院内死亡関連因子を調査した。

【対象と方法】

2012年5月23日から2020年3月31日までの間に骨折術後リハを目的として当院回復期リハ病棟に転入し退院または急性期病棟に転出

した受傷前歩行可能患者を対象とした。除外基準は回復期リハ病棟転入時の栄養関連データ欠損 (6例) で, 1247例が包含された。以下カテゴリ変数は症例数や比率%で, 連続変数と順序変数は中央値 (4分位範囲) で示す。対象者の年齢は84.3 (79.0-88.8) 歳, 骨折部位は大腿骨頸部39.6%, その他60.4% (転子部57.0%, 転子下1.8%, 頸部から転子下の複数領域にわたる骨折1.5%), 回復期リハ病棟での訓練時間は6.0 (5.6-6.3) 単位/日 (1単位=連続20分) である。

診療録から表1-1, 1-2, 2に示す患者データを抽出した。以下の変数を解析の独立変数として用いた。性, 年齢, 受傷前歩行 Functional Independence Measure (FIM), 入院前の居

住が自宅か否か, Charlson 併存疾患指数および併存疾患内訳, 骨折部位が大腿骨頸部か否か, 骨折と同時併発した急性外傷・急性疾患および入院から回復期リハ病棟転入までの間に生じた合併症(転入前併発症・合併症)とその内訳の転入前肺炎, 骨折受傷から整形外科入院・入院から手術・手術から回復期リハ病棟転入までの各日数, 転入時の運動FIMと認知FIM, 摂食量, 簡易栄養状態評価表(Mini Nutritional Assessment- Short Form, MNA[®]-SF), Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI), 血清 Alb 値, Hb 値, Body mass index (BMI), L2-4・Neck・Total骨密度, 既存および新規椎体骨折合計数, 握力(左右平均), 上腕周囲長, 上腕三頭筋皮下脂肪厚, 下腿周囲長, 急性期・回復期の栄養管理のために静脈栄養・経管栄養実施を要したか否か。

Charlson 併存疾患指数は心不全, 悪性腫瘍などの併存疾患に割り当てた指数の合計スコアによる死亡リスク評価に用いられ, スコアが高いとリスクは高い。併存疾患の中の中・重度腎疾患は血清クレアチニン値 3.0 mg/dL 以上を基準として判定した。転入時摂食量には回復期リハ病棟転入前または転入後3日間の1日当たり摂食量を用いた。基礎代謝量の推定式, Harris-Benedict 式に BMI 22 となる体重を代入した基礎消費エネルギー量(Basal Energy Expenditure, BEE) kcal を求め, 摂食量を BEE 比で示した。MNA[®]-SF は問診と BMI による低栄養評価法で, 過去3か月間の食事量減少(0~2点)・体重減少(0~3点)・精神的ストレスや急性疾患(0~2点), 歩行 ADL (0~2点), 認知症やうつ状態の有無(0~2点), BMI (0~3点)の6評価項目の合計が7点以下なら低栄養と判定する。GNRI は血清 Alb 値, 現体重, Lorentz の式から計算した性別理想体重から求めた指数による高齢者の栄養障害関連リスク評価法で, リスク重度(<82), 中等度(≥82~<92), 軽度(≥92~≤98), リスクなし(>98)と判定する。この研究では MNA[®]-SF

は点数で, GNRI は指数で評価した。

院内死亡例の特徴と死因を記述統計によって調査した。対象を生存・死亡の2群に分け, 院内死亡をアウトカム変数, 従属変数と定めた。院内死亡と独立変数との関連を単変量ロジスティック回帰分析と, 死亡群の症例数が0の独立変数には Mann-Whitney 検定を用いて解析した。次いで, 院内死亡と独立変数との関連を決定木分析により解析した。解析には SPSS Ver22 を用い, 有意水準は p=0.05 とした。

【結 果】

合併症治療のために81例6.5%が急性期病棟に転科し, そのうち10例0.8%は死亡退院した。死亡例の転科理由は重度摂食・嚥下障害に対する胃瘻造設術またはその検討3例(いずれも肺炎で死亡), 肺炎2例, 食物誤嚥, NPUAP/EPUAP ステージ4の腫部感染性褥瘡手術1例(心不全で死亡), 心不全, 心筋梗塞, 虚血性腸炎各1例で, 最終死因は肺炎5例で5例とも誤嚥性肺炎, 食物誤嚥後呼吸不全1例, 心不全2例, 心筋梗塞1例, 虚血性腸炎後の回腸穿孔・腹膜炎1例だった。死亡10例全例が81歳以上, 受傷前歩行 FIM 6 以下, リハ病棟転入時運動 FIM 31 以下で, 中・重度腎疾患(3例), 心不全(3例), 悪性疾患(3例)の併存が多かった(表 1-1, 1-2)。

死亡例は生存退院1237例と比べ有意に高齢, 入院~手術, 手術~リハ病棟転入の各日数が長く, 受傷前歩行 FIM, リハ病棟転入時運動 FIM・認知 FIM が低く, Charlson 併存疾患指数が高値で併存疾患のうち心不全, 中・重度腎疾患, リンパ腫・骨髄腫, 転移性固形癌が多く, 転入時の栄養関連指標である摂食量, GNRI, Alb, Hb が低値, 栄養管理のために回復期リハ病棟退院・転出までに静脈栄養・経管栄養実施を要した例が多く, 転入前併発症・合併症と転入前肺炎が多く, 筋力・筋量指標である握力や下腿周囲長が低く,

表 1-1 院内死亡例の特徴と死因

症例	年齢	性別	骨折部位	術式	受傷前歩行FIM	転入時運動FIM	転入時認知FIM	骨折入院	手術入院	手術転入	転入～手術転入	転入～転科	転科～死亡	入院日数	健側Neck骨密度	転入時摂食量BEE比	MNA®-SF	GNRI	Alb	Hb	BMI	握力	下腿周囲長
1	85	男	転子部	骨接合術	1	28	9	0	1	14	46	24	85	3	0.390	0.88	3	86.4	3.4	10.7	19.2	12.5	26.0
2	100	男	頸部	人工骨頭	1	16	15	0	14	8	7	155	184	5	0.340	0.08	5	69.7	2.0	9.1	21.4	5.6	27.7
3	83	男	頸部	人工骨頭	6	31	15	0	20	28	39	89	176	4	0.425	1.08	4	71.3	2.6	7.4	17.6	9.2	24.9
4	92	女	転子部	骨接合術	1	25	15	0	6	16	25	100	147	2	0.411	1.28	2	73.9	2.6	7.5	18.9	4.3	23.9
5	94	女	頸部	人工骨頭	1	21	13	0	0	50	48	2	100	3	人工骨頭	1.07	3	56.5	2.3	8.2	11.8	1.5	19.4
6	88	女	転子部	骨接合術	1	20	22	1	0	12	50	2	64	5	0.499	1.38	5	78.5	2.5	8.4	22.2	4.5	27.6
7	85	女	転子部	骨接合術	5	29	30	0	2	15	62	146	225	7	0.418	1.16	7	92.3	3.3	8.6	22.9	10.4	30.3
8	106	女	頸部	人工骨頭	1	13	5	1	13	16	20	11	60	2	0.192	0.05	2	78.9	2.9	10.8	19.2	5.4	
9	81	女	転子部	骨接合術	1	28	33	0	11	20	34	2	67	4	0.427	1.10	4	73.9	2.7	8.2	17.8	11.2	23.5
10	88	女	転子部	骨接合術	5	16	21	5	4	8	3	45	60	5	0.328	1.38	5	78.9	2.2	7.6	24.9	5.0	31.3

表 1-2 院内死亡例の特徴と死因

症例	静脈・経管栄養実施	Charlson併存疾患指数合計	主な併存疾患	併発外傷・疾患、転入前合併症 (転科理由以外)	転科理由	死因
1	実施	1	認知症		胆石胆嚢炎	脳出血・肺炎
2	実施	1	認知症		胃瘻造設術	肺炎
3	実施	4	中・重度腎疾患、心不全、認知症	右第5指PIP脱臼、術前肺炎	胃瘻造設術	肺炎
4	-	6	悪性リンパ腫、乳房外Paget病、骨髄異型性症候群、認知症	術後肺炎	肺炎・敗血症	肺炎・敗血症
5	実施	2	認知症、胃潰瘍	術後肺炎・人工呼吸器管理	腎盂腎炎・敗血症	肺炎・敗血症
6	-	8	肺癌、骨転移、糖尿病、脳血管疾患	上腕骨頸部病的骨折	食物誤嚥	誤嚥後呼吸不全
7	-	3	糖尿病(網膜症あり)、認知症	腫骨部感染性褥瘡(骨に至る)	褥瘡手術	心不全
8	実施	2	心不全、認知症	入院時肺炎併発	肺炎、腎盂腎炎	心不全
9	-	8	中・重度腎疾患、乳癌、糖尿症、心筋梗塞、閉塞性動脈硬化症、認知症		心筋梗塞	心筋梗塞
10	実施	3	中・重度腎疾患、心不全		虚血性腸炎	回腸穿孔・腹膜炎

表 2 死亡関連因子の解析

独立変数	死亡 (10例)	生存 (1237例)	p	オッズ比 (95% 信頼区間)
年齢, 歳 ^s	88.2 (84.1-95.2)	84.3 (79.0-88.8)	0.007	1.15 (1.04-1.28)
性: 男 [†]	3 30.0%	233 18.8%	0.377	1.85 (0.47-7.20)
入院前居住: 自宅 [†]	9 90.0%	874 70.7%	0.212	3.74 (0.48-29.61)
Charlson 併存疾患指数, 点 ^s	3 (1.8-6.5)	2 (1-3)	<0.001	1.61 (1.25-2.07)
併存疾患内訳 [†]				
心筋梗塞	1 10.0%	34 2.7%	0.200	3.93 (0.48-31.91)
うっ血性心不全	3 30.0%	104 8.4%	0.027	4.67 (1.19-18.33)
末梢血管疾患	1 10.0%	23 1.9%	0.100	5.86 (0.71-48.22)
脳血管疾患 (麻痺なし)	1 10.0%	208 16.8%	0.571	0.55 (0.07-4.36)
片麻痺・対麻痺	0 0.0%	124 10.0%	0.292 [#]	
認知症	8 80.0%	643 52.0%	0.099	3.70 (0.78-17.47)
慢性肺疾患	0 0.0%	76 6.1%	0.419 [#]	
膠原病	1 10.0%	65 5.3%	0.513	2.00 (0.25-16.05)
消化性潰瘍	1 10.0%	75 6.1%	0.609	1.72 (0.22-13.77)
軽度肝疾患	0 0.0%	27 2.2%	0.637 [#]	
合併症のない糖尿病	2 20.0%	235 19.0%	0.936	1.07 (0.23-5.05)
慢性合併症のある糖尿病	1 10.0%	22 1.8%	0.092	6.14 (0.75-50.54)
中・重度腎疾患	3 30.0%	11 0.9%	<0.001	47.77 (10.91-209.21)
固形癌	2 20.0%	208 16.8%	0.789	1.24 (0.26-5.87)
白血病	0 0.0%	0 0.0%		
リンパ腫・骨髄腫	1 10.0%	10 0.8%	0.018	13.63 (1.58-117.94)
中・重度肝疾患	0 0.0%	17 1.4%	0.709 [#]	
転移性固形癌	1 10.0%	9 0.7%	0.014	15.16 (1.74-132.45)
AIDS/HIV	0 0.0%	0 0.0%		
受傷前歩行 FIM, 点 ^s	1 (1-5)	5 (1-7)	0.0499	0.76 (0.58-0.9998)
骨折部位: 大腿骨頸部 [†]	4 40.0%	490 39.6%	0.980	1.02 (0.29-3.62)
骨折受傷から入院, 日 ^s	0 (0-1)	0 (0-1)	0.683	0.93 (0.67-1.30)
入院から手筈, 日 ^s	5 (0.8-13.3)	3 (2-5)	0.027	1.07 (1.01-1.14)

単変量ロジスティック回帰分析,
#: Mann-Whitney 検定

手術から転入, 日 [§]	15.5 (11-22)	13 (10-17)	0.021	1.08 (1.01-1.15)
転入前併発症・合併症あり [¶]	6 60.0%	278 22.5%	0.011	5.17 (1.45-18.47)
併発症・合併症内訳 [¶]				
併発外傷	1 10.0%	47 3.8%	0.331	2.81 (0.35-22.67)
併発疾患 (うち肺炎29例)	1 10.0%	38 3.1%	0.240	3.51 (0.43-28.38)
転入前合併症 (うち肺炎45例)	4 40.0%	212 17.1%	0.072	3.22 (0.90-11.52)
併発肺炎+転入前肺炎	4 40.0%	70 5.7%	<0.001	11.11 (3.07-40.29)
転入時運動FIM, 点 [§]	23 (16-28.3)	38 (26-50)	0.003	0.89 (0.83-0.96)
転入時認知FIM, 点 [§]	15 (12-24)	25 (18-31)	0.025	0.92 (0.85-0.99)
摂食量, BEE比 [§]	1.09 (0.68-1.31)	1.28 (1.03-1.49)	0.016	0.17 (0.04-0.73)
MNA [®] -SF, 点 [§]	4 (2.8-5)	5 (4-7)	0.074	0.78 (0.60-1.02)
GNRI [§]	76.2 (70.9-80.8)	82.9 (76.6-90.5)	0.021	0.92 (0.86-0.99)
Alb, g/dL [§]	2.6 (2.3-3.0)	3 (2.7-3.4)	0.015	0.17 (0.04-0.71)
Hb, g/dL [§]	8.3 (7.6-9.5)	10 (9.2-10.9)	<0.001	0.43 (0.27-0.69)
BMI, kg/m ² [§]	19.2 (17.8-22.4)	20.2 (18.2-22.8)	0.366	0.92 (0.73-1.11)
静脈栄養・経管栄養実施 [¶]	6 60.0%	241 19.5%	0.005	6.20 (1.74-22.14)
L2-4 骨密度, g/cm ² [§]	死亡 (10例)	生存 (1217例)	0.499	0.31 (0.01-9.51)
	0.73 (0.64-0.82)	0.75 (0.64-0.89)		
Neck 骨密度, g/cm ² [§]	死亡 (9例)	生存 (1124例)	0.046	0.003 (0.00-0.90)
	0.41 (0.33-0.43)	0.46 (0.38-0.54)		
Total 骨密度, g/cm ² [§]	0.49 (0.37-0.56)	0.54 (0.45-0.64)	0.179	0.04 (0.00-4.21)
椎体骨折数 [§]	死亡 (10例)	生存 (1236例)	0.100	1.14 (0.98-1.33)
	4.5 (0.7-3)	1 (0-4)		
握力, kg [§]	死亡 (10例)	生存 (1231例)	0.042	0.89 (0.79-0.996)
	5.5 (4.5-10.6)	10.8 (6.7-15.6)		
上腕周囲長, cm [§]	死亡 (10例)	生存 (1225例)	0.101	0.87 (0.73-1.03)
	21.9 (19.5-23.6)	23.3 (20.9-25.8)		
上腕三頭筋皮下脂肪厚, mm [§]	6.5 (3.8-9.0)	10.0 (6.0-14.0)	0.061	0.22 (0.05-1.07)
下腿周囲長, cm [§]	死亡 (9例)	生存 (1220例)	0.040	0.89 (0.79-0.99)
	26.0 (23.7-29.0)	28.2 (26.0-31.0)		

§ : 中央値 (4 分位範囲) ¶ : 症例数 %

Neck 骨密度が低値だった (表 2)。

80歳以下の415例, 受傷前歩行 FIM 7 の375例, リハ病棟転入時運動 FIM 32以上の777例には死亡例はなく, 81歳以上かつ受傷前歩行 FIM 6 以下かつ転入時運動 FIM 31以下の319例のうち3.0%が死亡した。この319例の決定木分析では, Charlson 併存疾患指数 6 以上の6例中3例, 指数 5 以下かつ中・重度腎疾患併存ありの6例中2例と中・重度腎疾患併存なしかつ転入前肺炎ありの34例中2例, 合わせて46例中7例 (15.2%) が死亡した。1247例全例を対象とする決定木分析では, 中・重度腎疾患を併存する14例のうち転入時 Hb 8.6以下の貧血例で4例中3例 (75%), 中・重度腎疾患のない例では, 転入前肺炎合併のある71例中3例, 合わせて75例中6例 (8%) が死亡した。

【考 察】

日本整形外科学会の大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン¹⁾では骨折の生命予後悪化に影響する因子として, 男性, 高齢, 受傷前の歩行能力が低い, 認知症などを挙げており, 肺炎, 心疾患, 腎機能障害, 悪性腫瘍, 貧血, 手術待期間, 術後歩行能力などの報告も記載されている。本調査はガイドラインと矛盾しない結果を得たが, 年齢, 受傷前歩行 FIM, リハ病棟転入時運動 FIM, Charlson 併存疾患指数と中・重度腎疾患併存, 肺炎などは院内死亡と密接な関係があった。

海外の報告と比べ本邦での骨折死亡率は低い。本邦の骨折短期死亡率 (周術期・入院後または術後30日・院内死亡) は1.2～3.0%^{2)~6)}で, 短期死亡は男性^{2), 4)}, 高齢²⁾, 保存的治療²⁾, 4日以上の手術待機日数⁴⁾と関連があり, 死因は肺炎が33～57%^{2), 3), 5), 6)}で最も多いと報告されている。本調査の死因も先行研究結果と同様に肺炎が最多だった。本調査の院内死亡率は0.8%とかなり低いが, 回復期リハ病棟を経由しないで死亡した例が含まれて

いないことが影響していると思われる。欧米では骨折入院中に15.2%が肺炎の治療を受けた⁷⁾, 骨折術後30日以内に4.1%に肺炎を発症した⁸⁾, との報告があり, 両報告とも肺炎群の死亡率は高かった。本調査では肺炎は骨折との同時併発29例, 入院から回復期リハ病棟転入までに45例, 回復期リハ病棟入院中に49例に生じ, 転科後の死因の5割を占めた。肺炎発症例の多くが誤嚥のリスク因子を有し, 嚥下障害例も少なくないため, 本調査の肺炎の多くは誤嚥性肺炎と考えられた。

死亡率低下を目指すには周術期・術後合併症防止, 特に合併頻度と死亡率の高い肺炎対策は重要と考えられる。当院の誤嚥性肺炎調査⁹⁾では入院後早期のエネルギー摂取量は生存退院と有意な関連があり, 早期からの栄養管理は誤嚥性肺炎の生命予後改善に寄与する可能性がある。また, 当院調査では誤嚥性肺炎に対する入院早期からの言語聴覚士による嚥下訓練が経口摂取確立退院と有意な関係があり¹⁰⁾, 言語聴覚士による早期嚥下リハは肺炎によるさらなる嚥下機能低下, それによる誤嚥性肺炎再発リスク増悪, 生活の質低下への対策として有用な可能性がある。現行制度では脳血管疾患等リハ, 廃用症候群リハ, がんりハなどのリハ区分では言語聴覚療法による頻回の嚥下訓練が実施できるが, 残念なことに運時器リハでは1日1回の摂食機能療法しか実施できない。運動器リハにも言語聴覚療法による嚥下訓練が行えるように診療報酬制度を改定することが望まれる。死亡関連因子の中で介入可能因子には対策を講じることができると, 早期手術, 低侵襲手術や周術期管理による貧血悪化の防止, 早期リハ開始や早期リハ病棟転入による歩行能力低下・日常生活動作自立度低下・筋力低下の防止, 早期栄養管理・栄養療法による栄養状態悪化の防止に取り組むことは予後改善に寄与する可能性がある。

【文 献】

- 1) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会, 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン策定委員会 (編) : 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン, 第2版, 南江堂, 2011.
- 2) 榎本大介, 江畑功, 安原義昌, 他 : 大腿骨近位部骨折患者の在院死亡率についての検討. *Hip Joint* **46** : 532-535, 2020.
- 3) 福田文雄, 飯山俊成, 田丸満智子, 他 : 大腿骨近位部骨折の周術期死亡. *骨折* **40** : 469-472, 2018.
- 4) 竹市陽介, 小口武, 倉橋俊和, 他 : 当院における大腿骨近位部骨折患者の入院死亡例の検討. *中部整災誌* **60** : 949-950, 2017.
- 5) 鈴木望人, 佐藤良 : 大腿骨近位部骨折周術期の死亡例についての検討. *中部整災誌* **56** : 1011-1012, 2013.
- 6) 田島康介, 浦部忠久, 吉川寿一, 他 : 当院における大腿骨近位部骨折手術患者の短期予後. *整形外科・麻酔科・手術室の連携による早期手術の体制*. *整・災外* **51** : 839-846, 2008.
- 7) Salarbaks AM, Lindeboom R, Nijmeijer W: Pneumonia in hospitalized elderly hip fracture patients : the effects on length of hospital-stay, in-hospital and thirty-day mortality and a search for potential predictors. *Injury* **51** : 1846-1850, 2020.
- 8) Bohl DD, Sershon RA, Saltzman BM et al : Incidence, Risk Factors, and Clinical Implications of Pneumonia After Surgery for Geriatric Hip Fracture. *J Arthroplasty* **33** : 1552-1556, 2018.
- 9) 森永伊昭, 白戸香奈子, 大高由美 : 誤嚥性肺炎患者の入院後早期のエネルギー摂取量と生存退院との関係. *JSPEN* **2** : 214-219, 2020.
- 10) 小山内奈津美, 森永伊昭, 白戸香奈子, 他 : 誤嚥性肺炎患者に対する早期嚥下評価・嚥下訓練の影響. *言語聴覚研究* **17** : 171-176, 2020.

看護研究

緩和ケア病棟における退院支援の実際と今後の課題

健生病院 5階西病棟

貝原 智春, 村元 美幸

【要旨】

2018年診療報酬改定により、緩和ケア病棟における待機日数と在宅復帰率について施設基準が組み込まれた。当院の2018年度の在宅復帰率は24.5%であった。緩和ケア病棟においても退院調整は必須となったが、実際には終の棲家として入院する患者、自宅退院の希望がある患者と不安をもつ家族との間で調整がうまく進まないことが多い。そのため、緩和ケア病棟の看護師は退院調整に関してジレンマや困難感を感じやすい状況にある。今回緩和ケア病棟看護師に対し、退院支援に関するアンケート調査を実施した。アンケート結果から緩和ケア独自の退院調整について整理できたため、ここに報告する。

Key Words : 終末期患者, 退院支援, 緩和ケア病棟

I はじめに

2018年診療報酬改定により、緩和ケア病棟における待機日数と在宅復帰率について施設基準が組み込まれた。当院は開設当時から緩和ケア病棟入院料Iを算定している。緩和ケア病棟入院料Iは1年間の入院日数の平均が30日未満で、入院までの待機日数の平均が14日未満であること、もしくは直近1年間の在宅復帰率が15%以上であることで算定される。これにより退院支援も進めていかなければならない状況にある。

当病棟でも退院支援を行っており、2018年4月から2019年3月の1年間で入院患者数はのべ215名であり、退院数は216名（自宅53名、転院5名、転棟8名、死亡150名）。在宅復帰率は24.5%と高値だが、終の棲家として入院してくる患者や、自宅へ帰りたい希望がある患者と不安をもつ家族との間で退院調整が進まず、調整できても退院目前で急激に状態悪化し退院できないことも多い。また退院可能な患者には自宅退院、施設入所を勧めて

おり、患者、家族も不安を抱えながらの退院となる事から、本当に退院でいいのかと感じている看護師も多く不燃感へ繋がっている。終末期の患者は先の状態が読めず、小康状態だと思っけていても症状の進行も急激であり、スムーズに退院調整が進んでいない現状もある。その為、退院支援についてジレンマを抱えている看護師も多いと感じられた。若狭¹⁾はジレンマとは「一方を選ぶべき2つの事柄について選択を決定しかねている状態(中略)看護師は患者や家族に対するケアをめぐるジレンマに陥る機会も多くなってきている」と述べている。実際に退院調整に関しては、早期から介入している看護師もいれば、あまり介入できていない看護師もあり、なぜ退院支援が進まないのかと悩んでいる看護師もいる。まずは病棟看護師の思いを知る必要があると考えアンケート調査を実施した。

II 目的

緩和ケア病棟の看護師が退院支援について

感じる困難感や課題を明確にし、今後の実践に生かす。

Ⅲ 研究方法

アンケート実施

- ・緩和ケア病棟で退院支援を行うことについてどう考えているか。
- ・積極的に退院調整に介入しているか。
- ・退院を始める時期について、いつ頃がいいと考えるか。
- ・今までに退院支援に関わった時期についてどうか。
- ・退院調整をスムーズに行う上で必要なことは何だと考えるか。
- ・退院支援について今後の課題と感ずることは何か。

対象者：5階西病棟スタッフ 14名

研究期間：20XX年Y月～Z月 3ヶ月間

研究実施場所：5階西病棟

データ収集方法：病棟スタッフにアンケートを実施

データ分析方法：単純集計

Ⅳ 倫理的配慮

個人が特定されない事、得られた情報は研究目的以外には使用されない事、終了後には速やかに裁断機で破棄する事、質問事項に回答されなくても何ら不利益が生じない事を口頭で説明し同意を得た。

Ⅴ 結果

今回アンケートを14名に実施し、85%の回収率であった。アンケート結果から積極的に退院調整できていると答えた看護師は33%、できていないと答えた看護師は67%で意見の多くは、タイミングを逃してしまった・患者家族と看護師との認識のズレがあることで積極的に介入できないという結果であった。また退院時期については、入院時から始めるべ

きと答えた看護師は41.6%、安定期に入ったと答えた看護師は16.6%、退院希望が聞かれたらと答えた看護師は16.6%であった。その他タイミングが合えばいつでもよいと答えた看護師は8.3%、入院時～退院希望が聞かれた時と答えた看護師は8.3%、安定期がベストだが入院時から介入が必要と答えた看護師は8.3%であり、介入のタイミングについても個々に差があることがわかった。

今後の課題として感じていることの多くは終の棲家と考えている患者家族にどう働きかけていくか・患者家族の希望を早めにキャッチし、タイミングを逃さないことであった。

Ⅵ 考察

本研究の結果から癌患者の退院支援に関する病棟看護師の認識がアンケートにて明らかになった。退院調整の段階で病状悪化により退院出来なくなる事は珍しくなく受け入れる家族側と看護師の認識のズレがありタイミングを逃してしまう。長戸²⁾は「家族の個性の尊重と中立的な立場での援助という基本的な姿勢を有しながら家族にあった意志決定の方向性を探ること、意志決定にむかう家族の力を高め合うことが必要」と述べている。看護師は患者との関係性を確立するなかで患者のニーズを明らかにし個別の調整を行い、先の見えない道を進む患者や家族を導いていく役割がある。

「認知機能やADL低下があったとしても住み慣れた環境での療養は癌患者にとって重要な要件であり日頃から本人の意向を確認しておくこと、(中略)どこでどのように過ごしたいのか話題にしておくことが大切になる」と宇野³⁾が述べているように、残りの時間をどう過ごしたいのか入院時から情報収集し、介入していくことが必要である。しかし緩和ケア病棟は終の棲家というイメージがあり退院を考えていない患者・家族の不安が退院支援に積極的に介入できない要因の一つだと考えられる。

荒尾ら⁴⁾は「療養場所の意志決定のプロセスにおける家族の負担感で心理的な重圧を感じている」と述べており、実際にアンケート結果でも最後の場所と考えている患者・家族が多く、退院を勧めていく事で追い出されるという感覚、本人の病状や家族に不安がある場合退院調整を進めてよいのかという疑問があると回答している。

緩和ケア病棟は患者が残された時間を穏やかにその人らしく生きることを支える役割があり、退院することなく最期を迎える方も多い。緩和ケア病棟において自宅退院を選択する事は家族の精神的・身体的負担が大きく、穏やかな時間が揺るがされる可能性があり看護師は退院支援の難しさを感じている。

しかし人生の最期を患者が選んだ場所で過ごす事は患者の重要な希望のひとつであり最期は自宅で、一度でいいから自宅に帰りたいという患者もいることから早期に自宅退院という選択肢を具体的に提示していく必要があるのではないかと。退院後利用できるサービス、いつでも入院できるという安心感を伝える事で患者・家族の不安軽減につながる。おむつ交換、体位変換など家族と一緒にしながらコミュニケーションを図り、不安なことを一つ一つ解消していくことで退院支援への介入がスムーズにいくのではないかと考える。

Ⅶ 結 論

1. 患者の希望に添えるよう、緩和ケア病棟でも退院の可能性があることや退院できなくても外泊や外出など勧めていることなど一般病棟とは違う退院支援を行っていることを入院時から訴えていく。

2. 不安が強い家族には再入院を決めて退院してもらうことや、訪問看護などのサービス調整・具合が悪い時はいつでも入院できるなど情報を伝え、家族の不安の軽減や負担を重

くしないような関わりが必要である。

Ⅷ 終わりに

今後の課題としては終の棲家というイメージの改善、外泊など多くし、退院に対するハードルを下げることが緩和ケアの退院調整に繋がることを再確認した。

緩和ケア病棟での退院支援は、思い通りに進まないことが多い。住み慣れた自宅で過ごしたいという患者も多く、限られた時間の中で個々の思いをどう実現させるのか医療者が一方的に進めていくのではなく、患者や家族と共に退院後何が必要であるのか、どんな生活を送りたいのか話し合い、QOLに合わせたサポートをしていきたい。

引 用 文 献

- 1) 若狭好子：家族看護創刊号 P38, May 2003. Vol.01. No.01
- 2) 長戸和子：家族看護創刊号 P65, May 2003. Vol.01. No.01
- 3) 宇野さつき：がん看護1+2, P21:35, Vol.21, No1. 2016.
- 4) 荒尾晴恵：終末期がん患者の療養場所の意志決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究、遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3, (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, P96～101

参 考 文 献

1. がん看護第20巻第7号
2. 宮崎和加子：実践から学ぶ死が近づく人へのケア 家族支援のポイント, 2004年5月臨時増刊号
3. 長江弘子：本人の意思を尊重する意志決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング

看護研究

栄養管理を拒む回復期患者の意志決定と退院支援の関わり

健生病院 5階東病棟

福田 花奈

【要旨】

回復期リハビリテーション病棟のあり方指針によると「自宅・地域・学校や職場での生活などへの復帰を目標とし、その目標達成のために、入院前の暮らしや価値観を尊重しながら、他職種で患者主体の具体的な調整・支援をしなければならない¹⁾」と述べられている。しかし、現状として認知症があり自己判断が出来ないことや、医療依存度が高く在宅復帰が難しい場合も多く、介護する側の意見を重視し退院調整されることがある。本事例を通して、リハビリテーション病棟における退院支援について学ぶことができたので報告する。

Key Words : 退院支援, 自己決定, 在宅復帰

I はじめに

今日、高齢化が進んだ事により、認知症のために自己判断出来ない場合や医療依存度が高く在宅での生活が困難である事例が多く、意志決定のほとんどが介護する側の意見を重要視した退院調整となることが多い。一般病棟では本人の意志決定能力について評価する様々なツールがあるが、患者の状況・境遇はさまざまである。「本人の意思を確認したのち家族の意思を固めるための介入をしていく」「各職場でガイドラインを用いて意志決定をサポートしていく」等、現場毎に工夫して対応している。

今回取り上げる事例は患者は補液や経管栄養法での治療を望まず在宅へ帰ることを望むが、医療者としては在宅復帰しても衰弱していく事が考えられた。医療者と患者の意向が乖離した事例であったが、患者の思いに寄り添うことで在宅への退院へとつなげた。今回の事例を振り返り、リハビリテーション病棟における退院支援において、患者本人・家族が満足のいく支援に繋がったか評価し今後

の退院支援に活かす。

II 目的

在宅療養へ至るまでの意志決定のあり方と病棟看護師としての支援方法を明らかにする。

III 用語の定義

HDSR : 長谷川式認知症スケール。認知症患者のスクリーニング。30点満点で20点以上が軽度, 11 ~ 19点で中等度, 10点以下で高度認知症と判定される。

調整会議 : 退院前に医療者や在宅で利用するサービスの担当者間でカンファレンスを行い、情報交換や必要なサービスの確認を行う。

IV 研究方法

研究デザイン : 事例研究

対象者 : 70歳代女性, HDSR 20/30点で認知機能の著しい低下は無い。腸閉塞にて小腸部分切除し空腸ストーマ造設。入院後に介護保

険申請し、要介護5となる。もともとは在宅生活自立されていた方。

研究期間：20XX年X月X日～3ヶ月間

研究実施場所：A病棟

データ収集方法：診療録の看護記録と診察記事、実際の関わりの中での患者の言動から情報収集する。

V 倫理的配慮

以下の内容を患者・家族に口頭にて説明し同意を得る。研究目的、内容、研究発表があること。個人が特定されないようプライバシーの配慮を行うこと。研究参加や撤回は自由意志であり、治療や入院生活に不利益とならないこと。研究で得た情報は本研究でのみ使用し、また研究発表終了後にデータを削除すること。

VI 看護の実際

患者は、栄養管理のため腸瘻からの経管栄養法と中心静脈栄養を併用したところ、全身状態が安定したためリハビリテーション療法を開始した。その後、経管栄養中の嘔気が出現したため経管栄養法を中止し、中心静脈栄養による肝機能障害が出現し中心静脈栄養を中止した。本人の食事の嗜好の問題や空腸ストーマであるため摂取後すぐに排泄されてしまうことにより栄養管理が困難であった。また、経管栄養中の安静の制限や嘔気が苦痛となっていた。

当病棟では、入院時と1ヶ月毎にカンファレンスを実施し復帰先を他職種（医師、看護師、介護福祉士、セラピスト、ソーシャル・ワーカー）で話し合い、本人・家族へもカンファレンスの結果を踏まえ確認し、必要であれば面談を重ねている。

患者は治療しないことで衰弱することが考えられたが、入院期間が1ヶ月以上の長期となり、静脈留置針の刺し変えや経管栄養中の嘔気により苦痛を伴う治療に拒否的であっ

た。治療を望まず自宅退院を希望した。家族からは、当初治療に取り組み入院前のような生活を送ってほしいという希望があったが看護面談を4～5回と重ねていき、本人の意思を尊重したいという思いへと変わっていった。

腸閉塞の再発のリスクやストーマでの排泄コントロールのため低残渣食での指導をしていたが、本人の嗜好に合わず経口摂取はすすまなかった。静脈栄養や経管栄養は拒否されていたため、患者の希望する方針のまま帰宅となると衰弱を待つという経過を辿ることになる。そのため看護師・介護福祉士・医師・セラピスト・ソーシャル・ワーカー・栄養士参加の4分割カンファレンスを実施した。本人の意志決定能力が主題となった。結果、退院後に考えられるリスクや経過を予測し、十分なサポート体制を整えたうえで本人の意思を尊重しての自宅退院を目指すこととなり、本人と家族へ経口摂取のみで退院することによるリスクや考えられる経過を十分に説明したところ合意された。退院前にセラピストやメディカルソーシャルワーカー、看護師で自宅訪問し自宅内環境を確認し段差スロープや手すりの設置位置の提案を行った。また、ケアマネージャーや福祉事業所の担当者来院してもらい、本人と家族も同席のうえで調整会議を行い介護保険を使用して、サポート体制を整え自宅へ退院された。

退院してから1週間程度で脱水症状等みられ再入院となるだろうという予測を立て、退院後の受診を一週間とした。来院時に患者状況を確認すると、生き生きと生活されていたことがわかった。その後は、入院し治療を受け入れ空腸ストーマ閉鎖し再度在宅復帰された。退院時に顔をみせてくれた時に、「一度退院してみて元気にならなければと思った。」と話してくれた。

VII 考 察

回復期リハビリテーション病棟協会のあり

方指針によると、回復期リハビリテーション病棟とは、「自宅・地域・学校や職場での生活などへの復帰を目標とし、その目標達成のために、入院前の暮らしや価値観を尊重しながら、他職種で患者主体の具体的な調整・支援をしなければならない」¹⁾と述べられている。

日本老年医学会の「高齢者ケアの意志決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」によると、「医療・介護・福祉事業者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定をめざす」²⁾と記されている。今回は、4分割カンファレンス他、総合カンファレンスや調整会議を通してそれぞれの持っている情報を関係者が共有し本人の思い・家族の思い・医療者の思いや考えを照らし合わせ、状況を分かった上での意向を社会的視点もふまえて形成できるよう支援した。また先行研究では、患者・家族間と医療者との認識のずれがあり、このずれとは病状や経過に関しての認識や退院後の生活についての認識についてのずれであり、家族にとっては「ケアへの参加＝退院」とは必ずしも結びつかないことが指摘されていた。そのため退院後の具体的な生活をイメージできるよう面談を重ね、患者・家族の認識の程度を確認していった。また多職種による自宅訪問をすることで医療者側も自宅退院へのイメージがしやすくなる。自宅訪問することで具体的な介入が明確になり家族への安心にも繋がる。退院後は栄養が十分に摂取できない状態であり、衰弱して行く姿を想像していくしかないと考えていた。しかし、予測とは逆に患者は生き生きとした生活を送っていることがわかった。高齢者ケアの意志決定プロセスに関するガイドラインでは「本人の予後を見通して全体として延命が生活の質の保持と両立しない場合には、医学的介入は延命ではなく生活の質を優先する」²⁾と述べられている。入院中の患者

は生活の質が保たれていなかったことが推察された。自分が強く望んだ自宅への退院が実現したことで、入院中には感じることでできなかった生活の質が向上したと考える。拒否的態度から患者が“生きたい”という意欲の表出がされたと言える。患者が延命を望まず自然にまかせるという選択をとったとしても、患者自身が決定することをサポートし、快適で満足感をもたらせるような介入を行っていかなければならない。

Ⅷ 結 論

1. 本人の意志決定とサポートする家族の意思確認をし、他職種で情報共有し、より良い選択であるかを話し合っていく機会が必要である。
2. 医療者と患者・家族との認識のずれを埋めるために繰り返し面談や指導を重ね、倫理的問題解決をする。

引 用 文 献

- 1) 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会：回復期リハビリテーション病棟のあり方指針 第一版、2018
- 2) 社団法人 日本老年医学会 「高齢者ケアの意志決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」、2012

参 考 文 献

- 3) 本道子ら：退院調整の過程の構造に関する研究—家族の意志決定への支援—、日看管会誌 Vol.3, No.2, 1999.
- 4) 成木迅：医療現場で直面している意志決定の課題について、日老医誌 2013；50：635-637.
- 5) 影山葉子、浅野みどり：家族の退院支援に関する国内文献レビュー（第一報）—退院における家族への意志決定支援に焦点を当てて—、家族看護学研究 第20巻 第2号 2015年

看護研究

「心不全悪化を繰り返す」一人暮らしの認知症高齢者への関わり ～定期訪問が行動変容をもたらした～

健生クリニック 精神科

藤沢 佳代, 船水祐美子

【要旨】

太田¹⁾は「①平均寿命の延伸の中で単身高齢者②認知症高齢者の増加③孤独死への不安を抱える高齢者が増えること経済的問題の不安や頼れる人がいないなど、高齢者が孤立する状況にある。」と述べている。

今回、心不全で入院を繰り返し、「薬は鮫肝油を飲んでいるから必要がない。サービスもいらぬ」という認知症で難聴の独居高齢者にチームで自宅訪問した。自宅はゴミ屋敷で石油臭が強く、火事等が懸念された。掃除などのヘルパー介入に拒否のであった患者が、自ら院内通所リハビリのお風呂に入りに来るようになった。患者が施設入所に至るまで、チームで関わった。認知症ケアと患者の現象について学んだことを報告する。

Key Words : 独居認知症患者, 精神科訪問看護, 他職種連携

I. 研究目的

孤立し、サービスを拒む患者が行動変容を起こした。行動変容とチームでの関わりを振り返る。

II. 用語の定義

ユマニチュード: イヴ・ジネストとロゼット・マレスコッティによって作り出された、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいたケアの技法。「人とは何か」「ケアをする人とは何か」を問う哲学とそれにもとづく150を超える看護技術。

PSW: 精神社会福祉士

III. 研究方法

1. 研究期間: 20XX年Y月Z日～+3ヶ月

2. 研究対象: T氏86歳男性: 心不全, 難聴で短距離歩行。左第3指損傷・認知症HDS-R 8点・生活保護受給。

娘は県外在住で年に数回, 掃除しに来ていた。

父親のアルコール依存症による暴言的な過去あり。

3. 研究デザイン
事例研究

IV. 倫理的配慮

研究の目的, 発表すること, 個人が特定されないように表記し, 個人情報には本研究以外では使用しないこと, 研究終了後資料は廃棄すること, 研究への協力は自由であることを, 拒否しても不利益を被ることはないことを書面で説明し, 同意を得た。

V. 結 果

看護の展開

1. 患者の経過

- 1) 5年前まで近医クリニックで慢性心不全を治療していたが「もう診察終了」と言われ中断。

心房細動、心不全悪化でA病院入院。せん妄状態となり、精神科リエゾンで1回介入。介護サービス不要といわれ、包括見守りとなり、数日で退院。2週間程して、Bクリニックに「薬がない。虫が見える」などの訴えで1人で来院した。連携室が精神科診察に繋げようとしたが包括担当者は自宅へ連れて行った。半月程して同症状でC病院入院。2週間して、C病院から、治療継続依頼あり。1週間後地域連携室担当者が自宅訪問した。

- 2) 内服薬が3日分しかない。キーパーソン不在等の理由で主治医が決まらず暫定主治医で予約
- 3) 自宅訪問後、包括担当者と情報共有。担当者は患者の「持ち家で暮らしたい、サービスもいらない」との思いと、人が入ることを嫌がり、施設に入所したとしても逃げだす可能性があるため、何も解決できずに経過していた。

2. 診察と患者自宅訪問から見えた問題点

- 1) 薬は「いない」と言い病識がない（誰が服用管理するか）
- 2) 難聴で受診連絡や説明指導がうまく伝わらない
- 3) 足の踏み場もないゴミ屋敷
- 4) 介護保険サービス（通院介助・生活支援）必須と判断したが開始までの介入方法の検討を要する
- 5) 灯油を絨毯周辺にこぼし、火事の危険性大

3. 看護目標

内服管理支援で心不全悪化を防ぎ孤独死を避ける

4. 具体策

- 1) 循環器医につなげて定期検査・診療

2) 精神科医診療

- 3) 精神科訪問看護と連携室も加え薬の確認や生活援助を行う（週1回）

- 4) PSW は社会保障制度を早々に繋げる連携を図る

①包括、家族との関わり介入②火事対策検討

5. 看護の実際

1) 内科診療

暫定循環器医師と、精神科受診併用で隔週受診に繋がった。手指の血色も悪く、血圧が80～90台。下肢のむくみもあった。予約日に迎えにいくとタクシーで先に受診していた。受診忘れはなかった。通所リハビリを2回見学すると「来てもいいよ」という発言が聴かれた。毎日のように連携室で電話を掛けるが、難聴のため、会話にならず。「風呂に入りたい」と利用日でない日に2回タクシーで来院した。

2) 精神科診療

医師から物忘れがある事を伝えられ、「内科の薬をしっかり飲んでもらいたいこと」を説明する。精神科の内服薬はなく医師が患者との会話で診察。灯油をこぼしているようなので、火元の心配がある。病院や役所などで生活支援していく必要性を伝えるとニコニコしていた。

3) 精神科訪問看護

看護の訪問に「来てもいいよ」と、拒む様子は見られず開始。質問すると何でも答え、薬の説明と確認。バイタルチェック。連携室3回・精神訪問看護8回実施。

内服薬管理：内科の薬を1×日中とし、A4 1枚ずつに日時、曜日を記入し、壁に横並びで貼ってきた。（3か月間：飲み忘れ1～2回有）。

4) 症状

下肢のむくみは1か月後、改善してきた。

5) 生活・食事

近くの店から買い物し、自炊。塩辛やたくあん・ラーメン・時々煮込み料理を冷凍。入浴

盥にお湯を張り、体を洗っているとのこと。

金銭管理

タクシーで銀行へ行っていた。

6) PSW の介入

包括担当は「患者が望む通りにしてもいいのか」という思いがあり介護保険人申請せず、何度も話し合いをした。長女は「父は昔から気難しく、物心着いた頃から飲酒し暴れ、母に暴力していたので怖かった。母が家を出たのが20年位前。その後1人暮らしで病気を患い、酒はやめた。施設入所には同意するが適応できないのではないか」と話していたが介護サービスの必要性を伝え、同意を得た。

7) 火事対策

左指は若いころ、仕事で挫傷。ストーブに灯油を入れる際、こぼすが患者は大丈夫だという。石油臭はむらがあったが時に訪問看護師の頭痛も伴うほどだった。PSW が消防署に相談し、同伴で防災センター、生活保護担当者が自宅を視察。民生委員の見守りなどに繋がった。

8) サービス開始

2か月後、週2回清掃・通院介助ヘルパーサービス・薬剤師訪問開始

月曜（薬剤師訪問）：火曜（フリー）：水曜診察（隔週）精神科外来訪問看護：木曜（生活援助ヘルパー）：金曜（フリー）：土曜（通所リハビリ半日）

9) 施設入所も拒否されることなく3か月後、入所予定となった。しかし、水道管に亀裂が生じ、急きょ予定より10日前に有料老人ホーム入所となった。今後の継続治療は嘱託医に委託され診察終了。

VI. 考 察

本田²⁾は「人間の赤ちゃんは自分のことができるまで周囲からまなざしを受け、声をかけられ、優しく触られ適切な世話を受ける。つまり、他者に依存して生きる存在です。依存することこそが生きることに繋がっているのです。依存されることによって互いの間に

愛情と尊厳と信頼を築いていきます。自分と社会とのつながりを感じ取り、他者の中で成長していきます。脆弱な状態にある高齢者や疾患を持つ人も、他者との関係に着目すると赤ちゃんの同じ状況にあると言えます。ケアの中心にあるのはケアを受けるとケアをする人との「絆」です。この絆によって、両者の間に前向きな感情と言葉が取り戻せることができるのです。」と述べている。

今回のケースは心不全悪化を防止するために自宅を訪問し、薬の管理をすることに徹底した。しかし、介護サービスが整うまでの内服管理の継続に精神科訪問看護の役割は大きく、とても重要だった。

「薬もいらない、掃除もいらない」と言っていた患者は3回目あたりの自宅訪問からは受け入れてくれるようになった。精神科訪問看護も内服管理目的でのゴミ屋敷への訪問に懸念があった。しかし、訪問するごとに「可愛い」と思えるようになり、まさにケアする人、される人の絆が生まれていたと考える。

地域の見守りまで繋げ、院内リハビリを開始してから、予定外に「風呂いいが」と2回も来院した。患者はケアをする人を頼り、人間的存在であることを認識し、行動変容に繋がったといえる。

特定のユマニチュード技法を使っただけではなく、ユマニチュードの原点を他職種チームで貫き実践した成果であると確信することができた。

VII. 結 論

1. 連携室、訪問看護で内服管理支援をしたことで患者の心不全悪化を防止でき、有効であった。
2. 拒まれても独居高齢者には介護サービスや何らかの人との関わりが必要である。
3. 定期的な訪問から、患者との間に絆が生まれ、両者の行動変容に繋がった。
4. ユマニチュードの原点を理解し、他職種でそれぞれの役割を發揮し、継続するこ

とが脆弱な高齢者には有効である。

VIII. 終わりに

Bクリニックでは精神科，精神科デイケア，内科，在宅療養科，通所リハビリ，内科リハビリを展開している。今回の活動をもとに他職種でチーム取組を行い，患者との絆をもち患者支援を継続していきたい。連携室とPSWの配置が必須であることを強く感じ，民医連の目指す医療と医療者のあきらめない医療の展開を今後も続けていきたい。

IX. 引用・参考文献

- 1) 太田眞智子：認知症実践ハンドブック第1刷 P30 2018年3月30日
- 2) 本田美和子：ユマニチュード技法・中心にあるもの 絆P33

その他

コロナ禍における通所リハビリテーションでの 訪問サービス対応

健生クリニック 通所リハビリテーション

工藤 大樹, 飯田 寿徳, 對馬 健洋, 成田美穂子, 野呂 知美

【要旨】

新型コロナウイルス感染予防措置として、施設入居者の外出制限や自宅生活者の外出自粛が多くみられるようになった。それに伴い、通所リハビリテーションの休所者が急増した。通所リハビリテーションを休所することで廃用変化が懸念された。利用者からも「リハビリをしたくても出来ない、体力が落ちる」などの不安の声が聞かれていた。また、厚生労働省からの通達で、通所リハビリテーション職員が、居宅サービス計画の内容を踏まえ訪問しサービス提供することが可能と示されていたこともあり、通所リハビリテーション事業所セラピストが施設や自宅に訪問しリハビリテーションを実施する取り組みを行った。取り組みの結果、訪問サービスを実施した利用者の多くが身体機能・ADL維持へとつながり、セラピストの介入は有効だったと考えられる。今回の取り組みと取り組みによりみえてきた課題について報告する。

Key Words : 新型コロナ, 通所リハビリテーション,
訪問サービス

【はじめに】

今般の新型コロナウイルスの影響により、通所リハビリテーションの利用者が感染予防措置として休所することが急増した。17名、延30件/週。施設入居者では施設側より施設内感染防止の為の外出制限、自宅生活者では「感染したくない」と自主的な外出自粛が理由として挙げられた。施設入居中の方は通所リハビリテーションに通いたくても利用できず、「リハビリをしたくても出来ない、体力が落ちる」などの不安の声が聞かれていた。また、活動制限により廃用変化も懸念された。そのような利用者の声と廃用変化対策を目的に、通所リハビリテーションセラピストが訪問しリハビリテーションを実施する取り組みを行った。その取り組みの一連の流れと結果、

課題について報告する。

【対象者】

2020年4月時点での施設休所者9名、自宅休所者8名の計17名。その内、訪問でのリハビリテーション希望(図1)があり、かつ施設・自宅への入室が許可された9名に訪問でのリハビリテーションを実施(図2)。

【取り組み内容】

- 1) 通所リハビリテーション休所中の17名に対し本人、家族、介護支援専門員(以下、ケアマネージャー)へ廃用リスクの説明、訪問でのリハビリテーション希望等を電話で聴取。
- 2) 訪問でのリハビリテーション希望者の担

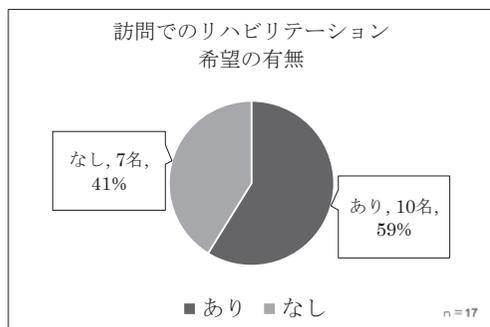


図 1

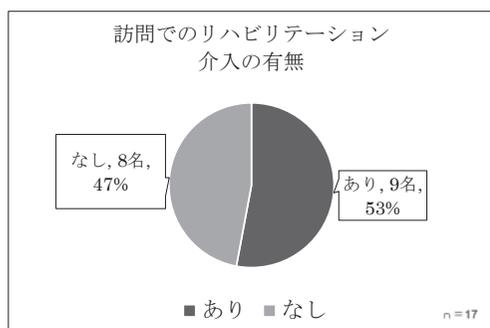


図 2

当ケアマネージャーへ居宅支援経過記録への記載を依頼。

3) 2020年5月8日より2ヶ月間、9名に対し週1～2回の訪問でのリハビリテーションを実施。リハビリテーションの内容は居宅サービス計画書、通所リハビリテーション計画書へ記載されている身体機能訓練等の廃用変化対策やADL訓練を実施。

【結 果】

訪問でのリハビリテーション希望は17名中10名、59%の希望があった。自宅生活者で、ある程度自立された生活をしている方の希望は少なく、施設入居者の方の希望が多くみられた。希望者の内、施設入室禁止1名あり、9名に対し訪問でのリハビリテーションを実施した。

訪問でのリハビリテーション実施後、2ヶ月で多くの休所者の利用が再開となった。訪

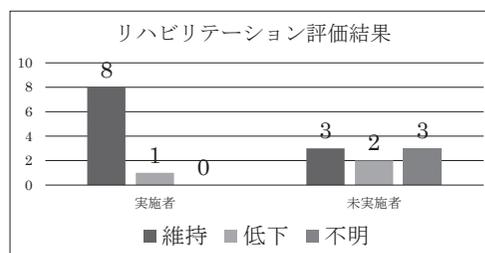


図 3

問でのリハビリテーション実施者からは「リハビリに来てくれて助かった。」「やっぱりリハビリは必要。」、未実施者からは「筋肉が落ちた。」「トイレで転んだ。」などの声が聞かれた。

再開後リハビリテーション評価を実施し、訪問でのリハビリテーション実施者9名中、8名に関しては身体機能・ADL維持、1名に関しては進行性の病気が悪化し低下へとつながった。訪問でのリハビリテーション未実施者8名中、3名に関しては身体機能・ADL維持、2名に関しては身体機能・ADL低下が認められた(図3)。低下の内容としては、両者とも全身の筋力・筋持久力の低下がみられ、1名は移乗動作の介助量増加や排泄動作時のバランス低下、活動時の疲労度合いが強くなった。もう1名は前傾姿勢が強くなり、突進歩行、歩行時のふらつき増加や方向転換時の安定性不良、また記憶力や判断力などの認知機能面低下もみられた。残り3名に関しては再開することなく終了となった。(内訳は外出自粛継続1名、寝たきりで通所利用不可1名、通所する気が無くなった1名。)

【ま と め】

施設入居者の外出制限や自宅生活者の自主制限に対し、廃用変化対策等を目的に、セラピストが関わることはある程度有効であったと考えられる。施設入居者の外出制限は活動量を著しく制限する可能性も高く、身体機能、認知機能、ADLの低下に直結するリスクが高い。リハビリテーション希望があっても、

施設によっては長期的に入室制限を行っているところもあり、利用者の不利益につながっている可能性があるため、ケアマネージャーへの働きかけが必要と実感した。

今後も地域の新型コロナウイルス感染状況においては通所リハビリテーション利用者の外出制限が増えることも予想される。しかしながら、通所リハビリテーション事業所のセラピストが訪問に出ることで事業所内での業務が逼迫してしまうため、今回の取り組みを基に体制などを整えておく必要がある。

今回は急な取り組みで初めての試みという事もあり、余裕がなく対応していたため、客観的に数値化できるものがなかったことが反省される。次回、対応時は客観的なデータ収集も行っていきたいと思う。

【参 考】

- 1) 新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第2報）
- 別紙1 2. 居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した場合
算定方法（通所系サービスの場合）
サービス提供時間が短時間（通所リハであれば1時間未満）の場合は、サービスの最短時間の報酬区分（通所リハであれば1時間以上2時間未満の報酬区分）で算定する。
- 2) 新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第4報）
問1 感染拡大防止の観点から、利用者の希望に応じて、①通所サービスの事業所におけるサービス提供と、②当該通所サービスの事業所の職員による利用者の居宅への訪問によるサービス提供の両方を行うこととし、これら①②のサービスを適宜組み合わせる場合も、同様の扱いが可能か。
(答) 可能である。

日時	演題名	学会名	発表者
9月	女性に急増する性感染症・梅毒	第163回指導者のための選妊と性感染症予防セミナー(仙台) 9/19	齋藤 美貴 (医師)
10月	前立腺全摘術後の再発鼠径ヘルニアに対して腹腔鏡下ヘルニア修復術を行った1例	第82回日本臨床外科学会総会 (Web) 10/29～10/31	糸川 凜 (医師)
11月	視床出血により自覚的視聴的垂直判断 (SW) の偏倚を呈した症例 高齢者への意思伝達装置導入における課題 病棟全体で食べるをサポート 地方都市での感染爆発中 4分割カンファレンスを活用した栄養管理を拒む回復期患者の意志決定と退院支援の関わり 看護師、介護福祉士協働によるDPNS導入に伴うスタッフの意識調査と今後の課題	第55期青森県医師連りハビリ技術者委員会身障部会 (Web) 11/14 第55期青森県医師連りハビリ技術者委員会身障部会 (Web) 11/14 第55期青森県医師連りハビリ技術者委員会身障部会 (Web) 11/14 第16回「赤ちゃんにやさしい病院・BFH」施設連絡会議 (Web) 11/15 第49回青森県医師連看護介護活動研究交流集会 (抄録集配布) 第49回青森県医師連看護介護活動研究交流集会 (抄録集配布)	熊野 洋平 (理学療法士) 倉内 佳奈 (作業療法士) 工藤 佳奈 (言語聴覚士) 齋藤 美貴 (医師) 福田 花奈 (看護師) 赤石 恵 (看護師)
投稿論文	当院における過去5年間の10代出産の検討 大腿骨近位部骨折術後患者に対する訓練時間の増加と退院時転帰との関係 特定不能の摂食障害に合併した大腿骨頸部骨折の1例 誤嚥性肺炎患者の入院後早期のエンネルギー摂取量と生存退院との関係	青森県臨床産婦人科医会誌 34巻2号 整形・災害外科 63巻8号 整形・災害外科 63巻12号 学会誌 JSPEN 2巻3号	齋藤 美貴 (医師) 森永 伊昭 (医師) 森永 伊昭 (医師) 森永 伊昭 (医師)
ポスターセッション	L-OHPを含む化学療法に対するパロノセトロンとホスアプレビタント併用効果の検討	第58回日本癌治療学会学術集会	松丸 重紀 (看護師)

学会発表抄録

第11回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会
2020年8月29日～30日（Web）

誤嚥性肺炎で入院した嚥下内視鏡検査で兵頭
スコア9点以上の患者の経口摂取の可能性と
その要因についての検討

総合診療科
松井 聡介

【背景】摂食嚥下機能の評価として嚥下内視鏡検査（VE：videoendoscopic evaluation of swallowing）での兵頭スコアを用いる事が一般的である。兵頭スコアが9点以上の場合、重度障害とされ、経口不可あるいは非常に困難と判断される傾向にある。

【目的】当院の誤嚥性肺炎での入院したVEで兵頭スコア9点以上の摂食嚥下障害を持つ患者が、退院時にどれだけ経口摂取が出来たかを明らかにすること。また、退院時に経口摂取が出来た患者と出来なかった患者の間で有意差を持つ要因を明らかにすること。

【研究デザイン】記述研究とケースコントロール研究

【対象、セッティング】2018年4月6日から2019年4月26日に健生病院に誤嚥性肺炎の病名で入院し、VEでの兵頭スコアが9点以上で生存退院し、本研究に同意が得られた23名の患者を対象とした。

【主たる要因】年齢、性別、チャールソンスコア、総蛋白値、アルブミン値、Body mass index、Barthel index、肺炎重症度A-DROPの点数、改訂水飲みテスト、反復唾液嚥下テスト、藤島グレード、喉頭挙上、入院前食事形態、VE実施時のJCS、VE実施病日、兵頭スコアの各項目得点、兵頭スコア、認知期の障害の有無、食塊形成不全の有無、唾液量変化、摂食嚥下訓練開始病日など

【主たるアウトカム指標】退院時に一口でも経口摂取出来ること

【統計解析方法】Mann-WhitneyのU検定

【結果】対象23名のうち、退院時に経口摂取出来たのは12名、経口摂取出来なかったのは7名、死亡退院が4名であった。経口摂取群の食形態については、普通食（軟菜以上）が6名、嚥下食が4名、お楽しみ程度が2名であった。摂取カロリーについては、1200kcal以上が5名、600-1199kcalが4名、599kcal以下が3名であった。各要因について経口摂取出来た群と出来なかった群で統計解析を行った結果、経口摂取群の方がVE時のJCSが低く、誤嚥時にむせ込みやすく、認知期の異常を認めにくかった。

【結論】本研究ではVEで兵頭スコア9点以上でも半数以上の事例で経口摂取が可能であり、食形態、摂取カロリーの面からも一定以上の意義のある摂取が可能であった。重度の嚥下障害でも諦めずに摂食嚥下訓練を行い、経口摂取を目指す意義は大きいと考えられる。VE施行時の覚醒状態、声門周囲の知覚低下の程度、認知期の異常の有無については、経口摂取を予測する手掛かりとなる可能性がある。本研究の限界として、対象数が少ないこと、単一施設による結果であること、基礎疾患による影響があることなどが挙げられる。

第163回指導者のための避妊と性感染症予防
セミナー

2020年9月19日（仙台）

女性に急増する性感染症・梅毒

産婦人科
齋藤 美貴

性感染症とは、性行為によって感染する全ての感染症のことです。しかし実は、オーラルセックスでの感染、口腔咽頭のクラミジア、梅毒、ヘルペス感染症も問題となっています。

つい最近、こんなことがありました。19歳で就職して、職場の上司と不倫の関係となってしまった方が腹痛で近医内科を受診し、婦人科に紹介になりました。右上腹部痛も訴えており、Fitz-Hugh-Curtis 症候群疑いで加療を開始し、子宮頸管クラミジア抗原検査陽性でした。その後陰性化したことも、不倫の関係を清算できたことも確認して終了となりました。26歳で結婚し、半年で妊娠しないので検査したいと来院され、子宮卵管造影を行いました。通過性は確認できましたが、卵管に残存像が見られ、周囲癒着は疑われ、妊娠しにくいことや妊娠しても異所性妊娠である卵管妊娠に注意が必要であるとお話しました。彼女は27歳でしたが、女性の平均初婚年齢は29歳、初産年齢は30歳です。1990年には妊婦の60%は20代、35歳以上は10%だったのに、2018年には妊婦の20代は35%、35歳以上が30%となりました。プレコンセプション・ヘルス・ケアの大切さが問われている時代です。私は中高校で性教育講演を行っています。中学校の教科書には「性感染症の予防」の単元があり、学校での勉強として習っているはずなのですが、中学校3年生思春期教室事前アンケート結果をみると、エイズでも4割は知らないと答えており、クラミジアは男子65%・女子90%、ヘルペスは男子70%・女子85%、淋菌は男子70%・女子90%、梅毒は男子70%・女子85%が名前さえも知らないという結果でした。性感染症からの解放はリプロダクティブ・ヘルス・ライツの大切な課題です。そのためには知ること、知識を持つことは重要です。

本日は女性に急増する性感染症、特に梅毒について皆さんと一緒に学びたいと思います。梅毒は、飛び込み分娩で未治療のものが見つかった経験はありますが、実際に発疹などをみたことはありませんでした。しかし、具合が悪いと内科を受診して、上部消化管内視鏡検査の事前採血で梅毒判明、婦人科に加療依頼となった症例や、経産婦さんで前回妊娠時は陰性だったのに夫から感染し第2子

妊娠中梅毒加療などという症例を経験しています。日本では1948年に性病予防法により、全数報告を求める梅毒患者届出が開始され、1999年4月からは、梅毒は感染症法により全数把握対象疾患の5類感染症に定められ、診断した医師は7日以内に管轄の保健所に届け出ることが義務付けられています。1948年以降、梅毒患者報告数は大きく減少し、その後も全体として減少傾向でしたが、2010年以降増加に転じ、2015～2018年の患者報告数は計20,098例（男性は13,641（68%）、女性は6,457例（32%））で（2019年10月2日集計暫定値）、うち早期顕症梅毒が14,017例、晩期顕症梅毒が459例、無症候が5,568例、先天梅毒が54例との結果でした。大半を占める早期顕症梅毒患者の報告状況をみると、女性は20代、男性は20～40代にかけてピークがあり、特筆すべきは、20歳未満の報告数は、2015～2018年まで計555例（男性188例、女性367例）と、明らかに若年女性の疾患になっているということです。2019年1月1日より、感染症発生动向調査の項目に、妊娠、HIV感染症合併、梅毒感染の既往、性風俗産業従事歴・利用歴、口腔咽頭病変の有無が加えられています。暫定的な結果からは、妊娠ありの梅毒症例が年間200例ペースで届出されている状況なのです。

第82回日本臨床外科学会総会
2020年10月29日～31日（Web）
前立腺全摘術後の再発鼠径ヘルニアに対して
腹腔鏡下ヘルニア修復術を行った1例
外科
糸川 凜

前立腺全摘術後の合併症として鼠径ヘルニアの発生が知られている。前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアはほとんどが間接鼠径ヘルニアであり、その修復は mesh plug 法や Lichtenstein 法で十分である事が多い。しかし、少ないながらも直接鼠径ヘルニアは存在

し、誤診は再発のリスクとなる。高齢化社会を迎え前立腺全摘後の患者は増加しているが、前立腺全摘術後の鼠径ヘルニア、特に再発症例に対する知見は十分ではない。

今回我々は、前立腺全摘術後に右鼠径ヘルニアを発症し、mesh plug法で修復されたが再発した症例に対して、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術を行った。症例は84歳男性。76歳でロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術を受けた。79歳で右鼠径ヘルニアを発症し修復術（mesh plug法；TiLENE）を受けたが、5年後に再発した。術前CTでは右直接鼠径ヘルニアが疑われた。再発症例であり、腹腔鏡で診断をした上で修復する方針とした。腹腔鏡下で、術前診断の通り右直接鼠径ヘルニアを認めた。さらに、術前は指摘し得なかった左直接鼠径ヘルニアも認めた。右はintraperitoneal onlay mesh (IPOM)法、左はTransabdominal preperitoneal approach (TAPP)法でそれぞれ修復した。Hesselbach三角および下腹壁動静脈周囲の癒着も認めたが、修復は十分可能であった。現在外来フォロー中だが、再発は認めていない。

前立腺全摘術後では両側発症が増えるという報告もあり、ヘルニアの発症形式の診断が容易であり、両側発症にも対応できる腹腔鏡下ヘルニア修復術は有用な術式であると考えられた。

第16回「赤ちゃんにやさしい病院・BFH」

施設連絡会議

2020年11月15日（Web）

「新型コロナウイルス感染症と母乳育児の実践」事例報告

地方都市での感染爆発中

産婦人科

齋藤 美貴

【はじめに】人口わずか17万の弘前市で200人規模の感染が、たった2-3週間で生じました。

状況と対策を共有したいと思います。

【状況】10/12（月）弘前保健所管轄で初の感染者医師2名の発表（青森県の38番目、39番目）。38番目医師が症状あり10/10抗原検査し陽性で保健所に届出し確認。クラスターの発生源は、接待を伴ういわゆる高級クラブ、昭和のバブル感が残る老舗、鍛冶町という弘前の繁華街。医師は10/3利用。従業員は10/1～症状あり。10/10には休業したので、9/29～10/10の利用客180名（後に160名と修正）が追跡されたが全例は把握されていない。従業員25人中21人陽性。10月末日で利用客陽性者は46人+県外確認5人。同居者や知人などでクラスター関連は177人に達している。

【対策】もともと当院の対策の主な目標は、①病院を感染拡大の場にしない、②通常の診療機能をできるだけ維持する、③新型コロナ感染者・疑い症例に対する診療環境や体制の整備です。そのために、全ての場面での手指消毒やマスクの徹底、発熱者の待合を分ける、感染疑いの受診者は別の場所での診察、病棟面会制限、感染流行地域から来られた方の入館禁止、職員の移動自粛要請（経由すれば2週間自宅待機）、職員の休憩場所や時間の分散・対面や3密の回避、等行って来ました。

産婦人科では面会・立会禁止、手術患者家族も車などでの待機、外来付添自粛・椅子の配置や空きスペース、里帰りは妊健直後に帰省し2週間の実家待機（紹介状は受取、カルテ作成、待機期間中の受診対応作成）、指導のビデオ化・個別化・場所の変更→何でも中止ではなく、どうしたらやれるかという立場で考える。立会は6月～同居家族1名のみですが再開とし、産後健診も再開しました。弘前は感染者ゼロのままで9月末～講演会なども開催されており、今回の感染爆発です。外来受診抑制、玄関前にテントを立てトリアージ、入院延期や手術中止、健診中止、すべての入院患者に対する胸部CT実施→陣発・破水時の対応作成、PPE装着訓練、予約患者への電話かけ。

病院としては必要とされていることを迅速に！ということで、10/15～発熱外来開設（ここでPCR陽性者の重症度判定）、PCRセンター（ドライブスルー）を開始し検査待機者を解消、陽性者早期入院対応のための病床確保をしています。今は気が張っていますが、精神的なfollowも必要と思っています。地域を守るため連携が強化されています。

【おわりに】 経験を共有することで参考にしたいと思っています。本部機能、情報収集と状況判断、事前の連絡や周知、日頃からのコミュニケーション、訓練、など災害時と同様に必要な事が試されていて、現在地域としては連携が深まっていて、ピンチがチャンスになっていると思います。

2020年1月～12月分 救急車搬入患者に関する諸統計 病歴管理課

1. 搬入時間帯分類

搬入時間	件数
0:01～1:00	50
～2:00	54
～3:00	36
～4:00	31
～5:00	21
～6:00	37
～7:00	58
～8:00	71
～8:30	49
8:31～9:00	64
～10:00	134
～11:00	131
～12:00	135
～13:00	148
～14:00	121
～15:00	113
～16:00	121
～16:40	73
16:41～17:00	34
～18:00	83
～19:00	118
～20:00	103
～21:00	91
～22:00	79
～23:00	77
～24:00	59
合計	2,091

2. 地域別分類

地 域	件数
弘 前 市	1,447
黒 石 市	74
五所川原市	10
平 川 市	237
つがる市	5
藤 崎 町	64
大 鰐 町	84
西目屋村	15
田舎館村	22
北津軽郡	70
西津軽郡	5
(旧浪岡)	26
県 内	12
県 外	20
合 計	2,091

3. 病棟別

病 棟	件数
3階東病棟	227
3階西病棟	115
3階南病棟	215
4階東病棟	169
4階西病棟	159
5階東病棟	0
5階西病棟	17
5階南病棟	136
合 計	1,038

4. 性別及び年齢分類

	男	女	計
0～9	33	24	57
10～19	31	31	62
20～29	34	54	88
30～39	42	30	72
40～49	58	65	123
50～59	68	65	133
60～69	137	98	235
70～79	262	186	448
80以上	326	547	873
合 計	991	1,100	2,091

5. 診療科別

内 科	1,582
外 科	50
整形外科	382
神 経 科	6
小 児 科	60
産 婦 人 科	11
そ の 他	0
合 計	2,091

6. 休日・時間外

		件数
平日	時間内	811
	時間外	859
休 日		421
合 計		2,091

一次医療機関よりの搬入	526
三次医療機関へ移送	82

7. 入院・外来別

入院・外来	件数
入 院	1,038
外 来	1,053
合 計	2,091

8. 新患・再来別

新患・再来	件数
新 患	612
再 来	1,479
合 計	2,091

9. 搬入件数（入院・外来）の推移

年 度	入 院	外 来	合 計	前年比
1989	343	346	689	117.4
1990	379	440	819	118.9
1991	387	432	819	100.0
1992	374	462	836	102.1
1993	401	418	819	98.0
1994	433	435	868	106.0
1995	470	448	918	105.8
1996	463	463	926	100.9
1997	422	477	899	97.1
1998	471	454	925	102.9
1999	579	486	1,065	115.1
2000	611	525	1,136	106.7
2001	593	578	1,171	103.1
2002	629	676	1,305	111.4
2003	767	691	1,458	111.7
2004	883	868	1,751	120.1
2005	834	951	1,785	101.9
2006	810	951	1,633	91.5
2007	735	951	1,615	98.9
2008	713	924	1,637	101.4
2009	788	933	1,721	105.1
2010	733	1,049	1,782	103.5
2011	696	1,126	1,822	102.2
2012	802	1,084	1,886	103.5
2013	725	990	1,715	90.9
2014	832	958	1,790	104.4
2015	840	1,087	1,927	107.7
2016	885	1,102	1,987	103.1
2017	907	1,050	1,957	98.5
2018	973	1,282	2,255	115.2
2019	1,030	1,373	2,403	106.6
2020	1,038	1,053	2,091	87.0

疾病分類

分 類 項 目		合 計	入 院	外 来	死 亡 数
1	感染症及び寄生虫症(A00-B99)	51	24	27	2
2	新生物(C00-D48)	66	54	12	7
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害(D50-D89)	5	2	3	0
4	内分泌、栄養及び代謝疾患(E00-E90)	73	51	22	1
5	精神及び行動の障害(F00-F99)	64	4	60	0
6	神経系の疾患(G00-G99)	49	18	31	1
7	眼及び付属器の疾患(H00-H59)	0	0	0	0
8	耳及び乳様突起の疾患(H60-H95)	20	1	19	0
9	循環器系の疾患(I00-I99)	266	169	97	31
10	呼吸器系の疾患(J00-J99)	251	194	57	17
11	消化器系の疾患(K00-K93)	174	143	31	0
12	皮膚及び皮下組織の疾患(L00-L99)	4	2	2	0
13	筋骨格系及び結合組織の疾患(M00-M99)	75	17	58	0
14	尿路性器系の疾患(N00-N99)	90	56	34	1
15	妊娠、分娩及び産褥(O00-O99)	3	3	0	0
16	周産期に発生した病態(P00-P96)	0	0	0	0
17	先天奇形、変形及び染色体異常(Q00-Q99)	0	0	0	0
18	症状、徴候及び異常臨床所見(他に分類されないもの含む)(R00-R99)	430	94	336	10
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響(S00-T98)	466	205	261	4
20	傷病及び死因の外因(V01-Y98)	1	0	1	1
21	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用(Z00-Z99)	1	0	1	0
22	特殊目的用コード(U00-U89)	2	1	1	0
合 計		2,091	1,038	1,053	75

* 初期診断名で分類

月別外来患者数調べ(2020年)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
外科	新患者数 1,974	1,896	1,988	742	595	651	712	647	718	689	614	726	234
	一日平均患者数 103.8	99.7	99.4	35.3	35.0	29.5	33.9	35.9	35.9	31.3	32.3	34.5	50.0
	診療実日数 19	19	20	21	17	22	21	18	20	22	19	21	239
E R	新患者数 618	588	752	1,014	1,106	1,042	1,148	1,376	1,254	1,156	824	912	11,790
	一日平均患者数 32.5	30.9	37.6	40.5	50.2	40.0	45.9	62.5	52.2	42.8	35.8	36.4	42.5
	診療実日数 19	19	20	25	22	26	25	22	24	27	23	25	277
産科	新患者数 2,068	1,588	1,370	555	506	554	557	545	544	511	447	464	9,709
	一日平均患者数 89.9	69.0	54.8	26.4	29.7	25.1	26.5	30.2	27.2	23.2	23.5	22.0	38.5
	診療実日数 23	23	25	21	17	22	21	18	20	22	19	21	252
婦人科	新患者数 1,433	1,339	1,439	769	627	876	918	849	879	745	679	924	11,477
	一日平均患者数 62.3	58.2	57.5	36.6	36.8	39.8	43.7	47.1	43.9	33.8	35.7	44.0	45.5
	診療実日数 23	23	25	21	17	22	21	18	20	22	19	21	252
整形外科	新患者数 530	460	491	1,548	1,330	1,668	1,894	1,569	1,719	1,459	1,090	1,436	15,194
	一日平均患者数 27.8	24.2	24.5	73.7	78.2	75.8	90.1	87.1	85.9	66.3	57.3	68.3	63.5
	診療実日数 19	19	20	21	17	22	21	18	20	22	19	21	239
小児科	新患者数 739	752	905	1,176	861	1,064	1,123	1,082	1,211	1,313	1,171	1,233	12,630
	一日平均患者数 38.8	39.5	45.2	47.0	39.1	40.9	44.9	49.1	50.4	48.6	50.9	49.3	45.5
	診療実日数 19	19	20	25	22	26	25	22	24	27	23	25	277
リハビリ科	新患者数 9	8	10	13	9	5	10	13	3	0	0	0	80
	一日平均患者数 0.4	0.4	0.5	0.6	0.5	0.2	0.4	0.7	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3
	診療実日数 19	19	20	21	17	22	21	18	20	22	19	21	239
合計	新患者数 7,371	6,631	6,955	5,817	5,034	5,860	6,362	6,081	6,328	5,873	4,825	5,695	72,832
	一日平均患者数 320.4	288.3	278.2	232.6	228.8	225.3	254.4	276.4	263.6	217.5	209.7	227.8	251.1
	診療実日数 23	23	25	25	22	26	25	22	24	27	23	25	290

月別入院患者数調べ(2020年新病院)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
3階東内科	新入院患者数 1,206	48	43	48	50	55	47	49	39	53	53	85	623
	延入院患者数 38.9	1,073	1,179	909	819	996	979	795	818	837	1,070	1,203	11,884
	新入院患者数 24	38.3	38.0	30.3	26.4	33.2	31.5	25.6	27.2	27.0	35.6	38.8	32.5
3階東小児	新入院患者数 2.9	28	20	14	13	9	20	12	10	17	10	10	187
	延入院患者数 90	119	71	58	56	57	92	54	42	93	55	69	856
	新入院患者数 30	4.2	2.2	1.9	1.8	1.9	2.9	1.7	1.4	3.0	1.8	2.2	0.1
3階西内科	新入院患者数 210	314	271	256	283	194	213	223	323	305	290	267	3,149
	延入院患者数 6.7	11.2	8.7	8.5	9.1	6.4	6.8	7.1	10.7	9.8	9.6	8.6	8.6
	新入院患者数 77	58	76	82	66	91	94	78	86	74	68	76	926
3階西外科	新入院患者数 939	715	852	876	833	900	911	774	770	735	814	813	9,932
	延入院患者数 30.2	25.5	27.4	29.2	26.8	30.0	29.3	24.9	25.6	23.7	27.1	26.2	27.2
	新入院患者数 20	22	24	34	27	23	31	25	35	24	29	32	326
3階南	新入院患者数 229	209	228	216	226	224	221	206	237	218	218	227	2,659
	延入院患者数 7.3	7.4	7.3	7.2	7.2	7.4	7.1	6.6	7.9	7.0	7.2	7.3	7.2
	新入院患者数 107	108	119	110	101	127	118	116	104	113	108	124	1,355
4階東	新入院患者数 1,692	1,533	1,624	1,649	1,617	1,593	1,721	1,545	1,604	1,598	1,438	1,616	19,230
	延入院患者数 54.5	54.7	52.3	54.9	52.1	53.1	55.5	49.8	53.4	51.5	47.9	52.1	52.6
	新入院患者数 46	34	49	41	42	48	56	52	45	35	32	50	530
4階西整形	新入院患者数 734	625	702	633	636	595	683	637	644	678	582	650	7,799
	延入院患者数 23.6	22.3	22.6	21.1	20.5	19.8	22.0	20.5	21.4	21.8	19.4	20.9	21.3
	新入院患者数 43	46	40	47	46	40	44	51	44	38	43	37	519
4階西産科	新入院患者数 254	254	225	258	298	218	261	329	323	229	219	215	3,083
	延入院患者数 8.1	9.0	7.2	8.6	9.6	7.2	8.4	10.6	10.7	7.3	7.3	6.9	8.4
	新入院患者数 18	10	10	16	14	23	16	18	12	17	14	17	185
4階西婦人科	新入院患者数 126	96	75	113	89	152	132	140	99	107	73	99	1,301
	延入院患者数 4.0	3.4	2.4	3.7	2.8	5.0	4.2	4.5	3.3	3.4	2.4	3.1	3.5
	新入院患者数 13	19	13	13	21	15	19	23	22	25	12	19	214
4階西小児科	新入院患者数 50	72	66	52	83	46	66	105	94	88	47	72	841
	延入院患者数 1.6	2.5	2.1	1.7	2.6	1.5	2.1	3.3	3.1	2.8	1.5	2.3	2.3
	新入院患者数 16	7	7	17	9	11	8	14	8	18	14	17	160
5階東	新入院患者数 1,892	1,709	1,905	1,820	1,762	1,577	1,792	1,886	1,688	1,832	1,750	1,696	21,309
	延入院患者数 61.0	61.0	61.4	60.6	56.8	52.5	57.8	60.8	56.2	59.0	58.3	54.7	58.3
	新入院患者数 12	10	7	13	13	12	13	17	12	22	8	8	147
5階西	新入院患者数 417	390	430	366	358	428	419	442	387	318	157	107	4,219
	延入院患者数 13.4	13.9	14.2	13.8	14.2	14.2	13.5	14.2	12.9	10.2	5.2	3.4	11.5
	新入院患者数 30	32	39	49	48	49	55	45	47	51	6	6	457
5階南	新入院患者数 874	781	831	822	796	796	864	839	848	831	156	30	8,519
	延入院患者数 28.1	27.8	26.8	27.4	27.3	26.5	27.8	27.0	28.2	26.8	5.2	0.9	23.3
	新入院患者数 436	401	439	516	477	524	550	527	500	516	415	501	5,802
合計	新入院患者数 7,507	6,817	7,280	8,028	7,907	7,776	8,354	7,975	7,877	7,869	6,869	7,064	91,323
	延入院患者数 281.0	281.7	272.8	267.6	255.0	259.2	269.4	257.2	262.5	253.8	228.9	227.8	2,502
	新入院患者数 31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	365

健生クリニック 月別外来患者数調べ (2020年)

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
内科	新患者数	194	170	203	100	113	145	148	161	161	136	90	109	1,730
	延患者数	5,888	5,393	6,046	4,943	4,072	5,368	5,543	5,071	5,463	4,908	4,544	5,323	62,562
	一日平均患者数	309.8	283.8	302.3	235.3	239.5	244.0	263.9	281.7	273.1	223.0	239.1	253.4	261.7
	診療実日数	19	19	20	21	17	22	21	18	20	22	19	21	239
精神科	新患者数	13	8	21	8	9	13	14	9	13	11	13	16	148
	延患者数	1,901	1,799	1,951	2,111	1,790	2,035	2,205	1,864	2,082	2,179	1,840	2,007	23,764
	一日平均患者数	100.0	94.6	97.5	100.5	105.2	92.5	105.0	103.5	104.1	99.0	96.8	95.5	99.4
	診療実日数	19	19	20	21	17	22	21	18	20	22	19	21	239
在宅療養科	新患者数	2	1	1	11	3	6	5	5	8	4	5	12	63
	延患者数	542	454	402	472	433	460	423	415	430	471	472	474	5,448
	一日平均患者数	28.5	23.8	20.1	22.4	25.4	20.9	20.1	23.0	21.5	21.4	24.8	22.5	22.7
	診療実日数	19	19	20	21	17	22	21	18	20	22	19	21	239
泌尿器科	新患者数	4	4	3	3	2	2	4	2	1	1	5	4	35
	延患者数	94	78	82	139	98	109	148	94	99	107	85	109	1,242
	一日平均患者数	23.5	19.5	27.3	27.8	24.5	27.2	37.0	31.3	24.7	21.4	21.2	27.2	25.8
	診療実日数	4	4	3	5	4	4	4	3	4	5	4	4	48
合計	新患者数	213	183	228	122	127	166	171	177	183	152	113	141	1,976
	延患者数	8,425	7,724	8,481	7,665	6,393	7,972	8,319	7,444	8,074	7,665	6,941	7,913	93,016
	一日平均患者数	443.4	406.5	424.0	365.0	376.0	362.3	396.1	413.5	403.7	348.4	365.3	376.8	389.1
	診療実日数	19	19	20	21	17	22	21	18	20	22	19	21	239

リハビリテーション科年間のまとめ 2020年

理学療法

単位/件数

入院		外来	
脳血管 I	18,424/8,410	脳血管 I	481/229
廃用症候群 I	50,304/32,480	廃用症候群 I	0/0
運動器 I	50,748/21,201	運動器 I	2,742/1,760
呼吸器 I	0/0	呼吸器 I	0/0
がん	3,140/3,720		
早期加算	65,800/38,268		
初期加算	29,026/19,936		
その他			
【労災】脳血管 I	508/164		
【労災】運動器 I	505/198		
【労災】廃用症候群 I	19/15		
【要介護】脳血管 I	3/3		
【要介護】廃用症候群 I	3/3		

作業療法

入院		外来	
脳血管 I	17,459/8,047	脳血管 I	70/46
廃用症候群 I	47,611/31,304	廃用症候群 I	0/0
運動器 I	42,491/18,016	運動器 I	1,699/931
呼吸器 I	0/0	呼吸器 I	0/0
がん	4,063/3,322		
早期加算	60,437/36,058		
初期加算	27,633/19,157		
その他			
【労災】脳血管 I	554/174		
【労災】運動器 I	291/117		
【労災】廃用症候群 I	6/8		
【要介護】脳血管 I	11/11		
【要介護】運動器 I	18/18		
【労災】廃用症候群 I	5/5		

言語療法

入院		外来	
脳血管 I	9,861/4,758	脳血管 I	2,246/738
廃用症候群 I	28,082/17,966	廃用症候群 I	0/0
がん	795/569		
早期加算	22,045/14,622		
初期加算	131,791/8,998		
その他		その他	
摂食機能療法	93	摂食機能療法	0/0
【労災】脳血管 I	202/93		
【要介護】脳血管 I	20/13		
【要介護】廃用症候群 I	0/0		

全体

入院		外来	
リハ総合計画評価 1	4,402	リハ総合計画評価 1	570
リハ総合計画評価 2	284		
退院前訪問指導	5		
退院時リハ指導	1,557		

訪問リハ 2020年1月～9月まで

単位/件数

	医療保険	0/0
	介護保険	5,199/2,046
	リハマネ加算*短期集中加算	352/374
	介護保険請求単位数	1,726,630

クリニックリハビリテーション年間まとめ 2020年

理学療法

単位/件数

外来	
脳血管Ⅱ	2113/1297
脳血管Ⅱ（廃用症候群）	52/26
運動器Ⅰ	319/178
脳血管Ⅱ（介護）	0/0
運動器Ⅰ（介護）	0/0
脳血管（廃用・介護）	0/0
（未目標）脳血管Ⅱ	0/0
（未目標）脳血管Ⅱ（介護）	0/0
（未目標）運動器Ⅰ	0/0
（未目標）運動器Ⅰ（介護）	0/0
労災運動器Ⅰ	0/0

作業療法

外来	
脳血管Ⅱ	63/36
脳血管Ⅱ（廃用症候群）	4/2
運動器Ⅰ	0/0
脳血管Ⅱ（介護）	0/0
運動器Ⅰ（介護）	0/0
（未目標）脳血管Ⅱ	0/0
（未目標）脳血管Ⅱ（介護）	0/0
（未目標）運動器Ⅰ	0/0
（未目標）運動器Ⅰ（介護）	0/0
労災運動器Ⅰ	0/0

言語療法

外来	
脳血管Ⅱ	628/336
脳血管Ⅱ（廃用症候群）	0/0
脳血管Ⅱ（介護）	0/0
脳血管（廃用・介護）	0/0
（未目標）脳血管Ⅱ	0/0
（未目標）脳血管Ⅱ（介護）	0/0

※在宅訪問リハ指導（医療） 641/226

※リハ総合計画評価1 128

※リハ総合計画評価2 0

目標設定等支援・管理料（初回） 0

目標設定等支援・管理料（2回目以降） 0

2020年 放射線科 統計年報

		外来	入院	クリニック	委託	合計	健診	
一般撮影	単純撮影	10,327	4,893	2,759		17,979	7,168	
	病棟撮影	1,410	7,246			8,656		
	マルチウス・グースマン	64	34			98		
	マンモ	100	5			105	2,048	
	骨密度	999	330	37	2	1,368		
	造影検査	17	96	1		114		
C T	CT 総件数	7,619	2,312	1,537	89	11,557	1	
	(内造影件数)	1,332	493	404	31	2,260		
M R I	MRI 総件数	970	705	630	48	2,353	187	
	(内造影件数)	106	32	25		163		
透視	胃透視・食道透視	2	5	8		15	2,676	
	大腸透視		1			1	1	
	嚥下造影	5	45			50		
	イレウス管挿入	21	36			57		
	BF		3			3		
	胸腔ドレナージ	29	64			93		
	消化管拡張術		9			9		
	ED チューブ挿入	5	25			30		
	CVC 挿入	8	118			126		
	Vポート留置	12	26			38		
	カメラ系	73	515			588		
	穿刺	28	136	1		165		
	整形外科系	68	29			97		
	婦人科・小児科系	9	3			12		
	ペースメーカー移植術		16			16		
	ペースメーカー電池交換術		10			10		
	一時ペーシング	4	16			20		
	その他	173	385	9		567		
		透視 計	437	1,442	18		1,897	2,677
	血管造影	心カテ	6	66			72	
経皮的冠動脈形成術 (PTCA)		2	3			5		
経皮的冠動脈ステント留置術		4	5			9		
経皮的血管形成術 (PTA)			4			4		
その他		1	14			15		
血管造影 計		13	92			105		
合計		21,956	17,155	4,982	139	44,232	12,081	

2020年 内視鏡検査

検査項目	合計
G I F	2,894
上部E U S	14
上部E S D	37
P E G	81
P E G入れ替え	332
P T C S	0
E V L	29
食道拡張	4
上部総合計	3,391
S C F	37
T C F	1,570
下部E R	356
下部E U S	7
下部総合計	1,970
上部緊急時間内 (再掲)	54
上部緊急時間外 (再掲)	69
上部緊急合計 (再掲)	123
下部緊急時間内 (再掲)	45
下部緊急時間外 (再掲)	61
下部緊急合計 (再掲)	106
緊急総合計	458
上部病理 (再掲)	414
下部病理 (再掲)	628
病理総合計	1,042
嚥下内視鏡検査	190

投稿・執筆規程

1. 健生病院職員及び関係者からの投稿を歓迎します。
2. 原稿の採否、掲載順は医報委員会で決定します。校閲の結果、編集方針に従って、加筆、削除及び一部書き直しをお願いすることがあります。また、医報委員会の責任において、多少字句の訂正をすることがありますのであらかじめご了承下さい。
3. 他誌に発表、または投稿中の原稿は掲載できません。
4. 論文の最初に400字以内の要旨をつけて下さい。
5. また論文の表紙には、タイトル、キーワード（3語以内）、所属、氏名を記して下さい。キーワードは日本語英語問わず Index Medicus に従い、名詞形とします。
6. 図、表、写真は必要最小限にとどめ、1点毎に別紙に書き、番号、タイトルを付記して下さい。表には、必要がない限り縦線を使用しないで下さい。
7. 本文の右欄外に表、図、写真の挿入位置を必ず明記して下さい。
8. 単位は原則としてMKS (CGS) 単位を用いて下さい。例えば、長さ：mm, cm, 質量：Kg, g, 時間：s, 温度：℃, 周波数：Hz など。
9. 原稿は原則として返却致しません。
10. 引用文献は必要最小限にとどめ、引用順に並べて下さい。雑誌の場合は、著者氏名、論文題名、雑誌名、巻、号、頁（最初最終）、西暦年号の順に書き、単行本の場合は著者氏名、書名、編集者名、発行所名、発行地（国内の場合は必要ない）、年次、頁を記載して下さい。文献は公の省略法（Index Medicus など）に従って下さい。

[例]

- 1) 辻本功弘, 他: 自殺企図症例の臨床的検討. 健生病院医報 21: 36-37, 1995.
- 2) Jhonson MK, et al.: The moter age test. *J Bone Joint Surg.* 33-A : 698-707, 1951.
- 3) 千野直一: 臨床筋電図・電気診断学入門. 医学書院, 東京, 1977, pp 102-104.
- 4) Desmedt JE, et al.: Progress in Clinical Neurophysiology. (ed. by Desmedt JE) Vol. 8, Karger, Basel, 1980, pp 215-242.

編 集 後 記

皆様のご協力のもと、健生病院医報をお届けすることが出来ました。
 今年は新型コロナウイルス感染の流行により多くの学会や研究会が中止や延期となり、大変な状況の中で執筆して頂いた職員の方々には心より感謝申し上げます。
 来年度の医報も、さらに充実した内容でお届け出来るように、皆様の投稿を是非お願いします。

(C.D記)

健生病院医報委員会

委員長 千葉 大輔 (医師)
 工藤 俊逸 (事務局)
 小田桐 恵 (診療事務課)
 有坂 祐紀 (診療事務課)
 八木橋 香 (診療事務課)
 對馬 るみ (臨床検査技師)
 秋元 雅美 (看護師)
 藤沢 佳代 (看護師)

健 生 病 院 医 報

Vol. 44

2021年3月発行

編集発行：〒036-8511 弘前市扇町2丁目2-2
 Tel 0172-55-7717(代)
 健生病院医報委員会

印刷所：〒036-8061 弘前市神田4丁目4-5
 Tel 0172-34-4111(代)
 やまと印刷株式会社
