

# ほ ほ え み

## 桐生厚生総合病院

(編集 院外広報編集委員会)

〒376-0024 群馬県桐生市織姫町6番3号  
TEL 0277-44-7171(代) FAX 0277-44-7170  
URL <http://www.kosei-hospital.kiryu.gunma.jp/>

### 褥瘡対策チーム

褥瘡対策委員会・委員長 岡田 克之  
褥瘡対策管理者 大谷内 千恵

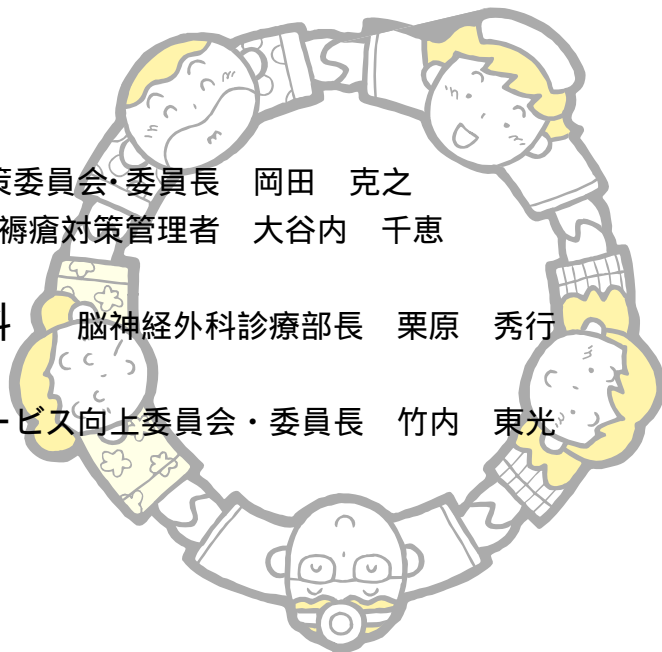
### 診療科紹介(3) 脳神経外科

脳神経外科診療部長 栗原 秀行

### 患者さんアンケート

患者サービス向上委員会・委員長 竹内 東光

### 外来診療担当医表



#### 基本理念

向学心と優しさに満ちた医療

#### 基本方針

1. 私たちは、患者さんの人権を守り、患者さん中心の安全で優しさに満ちた医療を行うよう努めます。
2. 私たちは、日々研鑽し、患者さんに良質で高度の医療技術と医療サービスを提供するよう努めます。
3. 私たちは、地域中核病院として、他の医療機関との連携を推進し、地域医療の二一ズに応えるよう努めます。
4. 私たちは、地域に密着した医療を提供し、地域住民の厚い信頼を得るよう努めます。



## じょくそう 褥瘡対策チーム



### 褥瘡対策委員会・委員長（皮膚科診療部長）おか だ かつ ゆき 岡田 克之

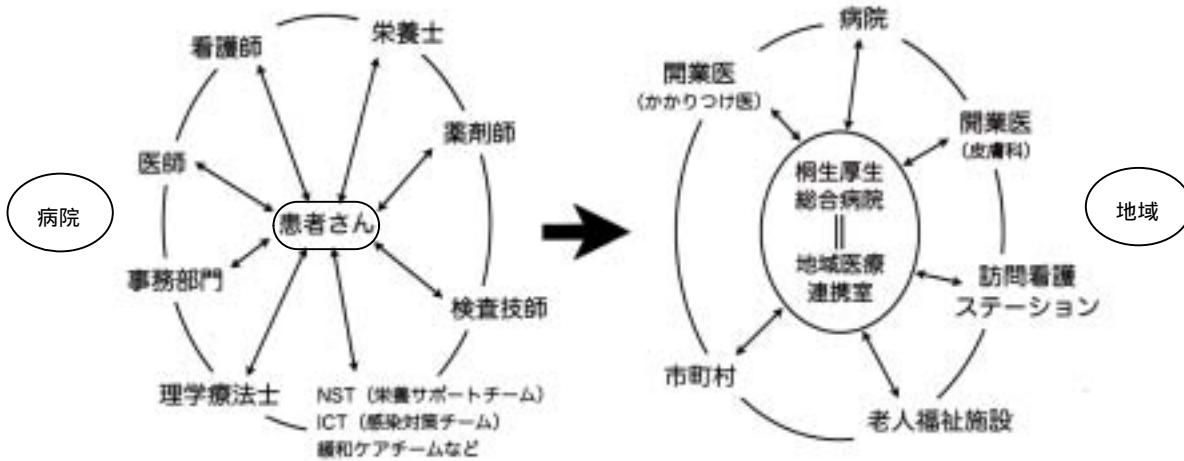
褥瘡は英語で「pressure ulcer」、圧力（pressure）による皮膚の潰瘍（ulcer）を意味します。皮膚に加わる圧力により、皮膚組織の血行が悪くなって傷が出来ることがあるのです。普段は寝返りを打ったり、腰を浮かしたりして、集中する圧力は自然に解除されますが、動けずに一定の体位しか取れないと、褥瘡発生の危険性が高まります。他に褥瘡の危険因子として、骨の突出、関節の拘縮（こうしゆく 固まってしまった関節）、むくみ、皮膚の湿潤（しつじゆん）、栄養不良などがあり、入院時にこのような危険因子をお持ちの方も少なくありません。

当院では褥瘡対策を推進すべく、2002年に褥瘡対策委員会を設置し、毎月の定例会は50回を超えました。委員は医師3名（皮膚科、神経内科、脳神経外科）、看護師15名、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士の計22名です。看護師の1名はWOC認定看護師（WOCN）、すなわち指定された研修や実習を受け、創傷・オストミー・失禁（Wound-Ostomy-Continence）看護に関する専門的な知識と技術を習得した看護師（Nurse）であり、まだ群馬県内でも数名しかおりません。さらに2006年5月、WOCNを専従

職員とする褥瘡対策室を設置しました。

基本的な褥瘡の予防対策は、入院時に必ず患者さんの自立度を把握し、褥瘡危険因子の有無を評価する、そして病状に合わせた褥瘡看護基本計画を立案し実行することです。病院の各部門が協力しなければ褥瘡対策は実践できず、褥瘡対策はまさにチーム医療と言えます。ベッドサイドでの活動として褥瘡回診に加え、委員数名で編成した褥瘡ケアチーム（PUT：Pressure Ulcer care Team）では、週1回のカンファレンスで懸案事項を討議し、ベッドサイドでのケアを検討しています。

今後の課題に、他のチーム医療、栄養サポートチーム（NST）、緩和ケアチーム、感染対策チーム（ICT）などとの協働、地域医療連携室と協力し、他の医療機関や福祉施設、訪問看護と連携した褥瘡ネットワークの構築、体圧分散寝具の管理や整備の充実、計画的な購入などがあります。褥瘡ゼロは理想ですが、様々な病態下ではなかなか予防しきれません。より良い予防策を練った上で、たとえ発生しても軽度の褥瘡で済むよう、褥瘡対策委員会としては努力したいと考えています。



〔 褥瘡対策委員会を介した病院内でのコラボレーション（協働）から、地域医療の中での褥瘡ネットワーク構想へ発展を！ 〕

## 【褥瘡対策室より】

## 褥瘡対策管理者（WOC認定看護師）

おおやうち ちえ  
大谷内 千恵

2006年5月、褥瘡対策室が新設され、主に褥瘡の予防と治療を行っています。褥瘡とは、一般的に言われている「床ずれ」です。褥瘡を作らないための予防を日々心がけ、褥瘡対策委員とともに褥瘡対策に取り組んでいます。特に褥瘡の発生リスクの高い方へは十分な予防策が必要ですので、個別に計画を立て、ケアに当たっています。

2006年10月からは、高機能体圧分散寝具（高機能マットレス）の中央管理を始めました。これは高機能マットレスが必要とされる方にタイムリーに配置できるよう配慮したもので、十分な台数も備えております。褥瘡は器具を使用すれば

絶対出来ないというものではありませんが、除圧効果のかなり期待できるものを使用しています。ケアの充実を図れるよう直接指導を行ったり、勉強会などで知識の共有も行っております。

私たちが出来ることは、患者さんが安心できる安全な入院生活を送っていただき、より早く普段通りの生活に戻ることができるよう援助させていただくことにあると思いますので、今後もこの思いを胸に、努力していきたいと思っています。また、褥瘡に関してお困りのことやご相談などございましたら、お気軽にご連絡ください。

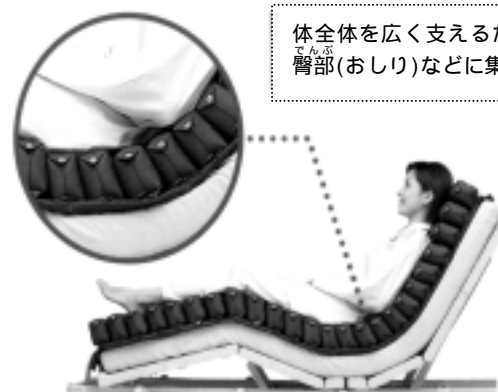
《連絡先：桐生厚生総合病院 褥瘡対策室》

電話：0277-44-7171（内線765） 褥瘡対策管理者 大谷内 千恵

時間：9:00～17:00（土、日、祝日、年末年始は除く）



高機能マットレス



体全体を広く支えるため、体圧が臀部(おしり)などに集中しない。





脳神経外科は、頭部外傷や脳血管障害など、脳・神経系に障害を及ぼす様々な疾患を治療しています。主な対象疾患についてお話しします。

**頭部外傷：** 特に高齢の方が注意すべき疾患に慢性硬膜下血腫があります。これは、軽い頭部打撲（例えば雪で滑って転び、ちょっと頭をぶつけた・・・）の後、1～3ヶ月ほどで徐々に頭蓋内に血液がたまり、脳を圧迫する病気です。自然に治癒することもあります。意識障害、麻痺などが出現した場合は、後遺症が残らぬよう、早期に手術を行う必要があります。前に軽く頭を打ち、最近「頭が痛い」「転びやすい」等の症状のある方は、すぐに受診されることをお勧めします。

**脳腫瘍：** 脳腫瘍は、徐々に進行する麻痺などで発症しますが、治療は適切な手術切除と、術後補助療法が大切です。手術に関しては以下に述べる様々なモニタリング（監視装置）を駆使し、安全な手術を心がけています。補助療法としては、一般的な放射線療法、化学療法に加え、ガンマナイフなども積極的に紹介し、患者さん個々の病状に合わせた適切な治療を行っています。

以上のような様々な疾患に対し手術を行っていますが、手術の後、合併症として手足の麻痺が生じると、患者さんの生活に大きな支障を来します。これを予防するため、当科では術中筋電図モニタリングを積極的に取り入れています。これは、全身麻酔手術中に手足を動かす神経を刺激してその反応を筋電図として調べ、運動神経が正常に機能していることを確認しながら手術を行う、というものです。また、肉眼で判定困難な脳腫瘍を蛍光色素を使って術中に目に見えるようにしながら正確に摘出する化学的モニタリングなども使い、より安全な手術を行っています。

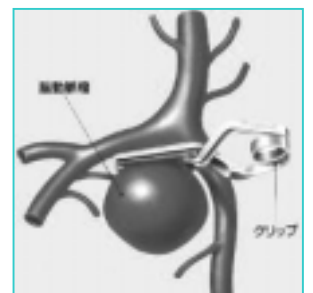
脳・神経障害はある限度を超えると回復せず、後遺症が残ったり、生命を脅かすため、緊急の治療を要する患者さんがいつでも治療を受けられるよう、夜間・休日にも脳神経外科医師がオンコール体制で診療しています。また、患者さん一人一人に十分納得していただきながら適切な治療を行っていくために、病状説明やセカンドオピニオンにも積極的に対応しておりますので、遠慮なくご相談ください。

**脳血管障害：** クモ膜下出血、脳内出血、脳梗塞など、いわゆる脳卒中で、突然の頭痛、意識障害、麻痺などで発症します。

この中でも最も危険なのがクモ膜下出血で、突然の激しい頭痛、嘔吐が特徴的です。脳の太い血管に脳動脈瘤という瘤ができ、破裂して起こることが多く、早期に治療しないと再出血を来し、高い頻度で致命的となります。治療は、クリッピングと呼ばれる開頭手術を行います。これは、クリップという器具で脳動脈瘤の頸部（根元）を挟んで瘤を閉塞させ、危険な再出血を予防するものです。脳動脈瘤の部位、状態によってはクリッピング手術が困難な場合もあります。この場合は、関連施設と連携をとり、脳血管内手術も積極的に取り入れています。これは血管の中に挿入した細いカテーテルから、動脈瘤内にコイルとよばれる細く柔軟なパネを挿入し、動脈瘤内の血液を固めて再出血を予防するものです。

脳内出血・脳梗塞は、突然の麻痺、失語症等の症状が特徴的です。脳内出血では、意識障害を伴うような大きなものは、緊急手術を要します。脳梗塞も最近では3時間以内の超急性期であれば、前回の本紙でご紹介したtPA（血栓溶解剤：ほほえみ18号参照）を用いたり、血管内手術（血栓溶解術）を行ったりもします。

脳血管障害の治療で最も重要な点は、発症後なるべく早く治療を開始することです。「明日まで良くならなければ病院に行こう」とせず、直ちに受診してください。



〔クリッピング〕

# 平成18年度外来患者さんアンケート結果について

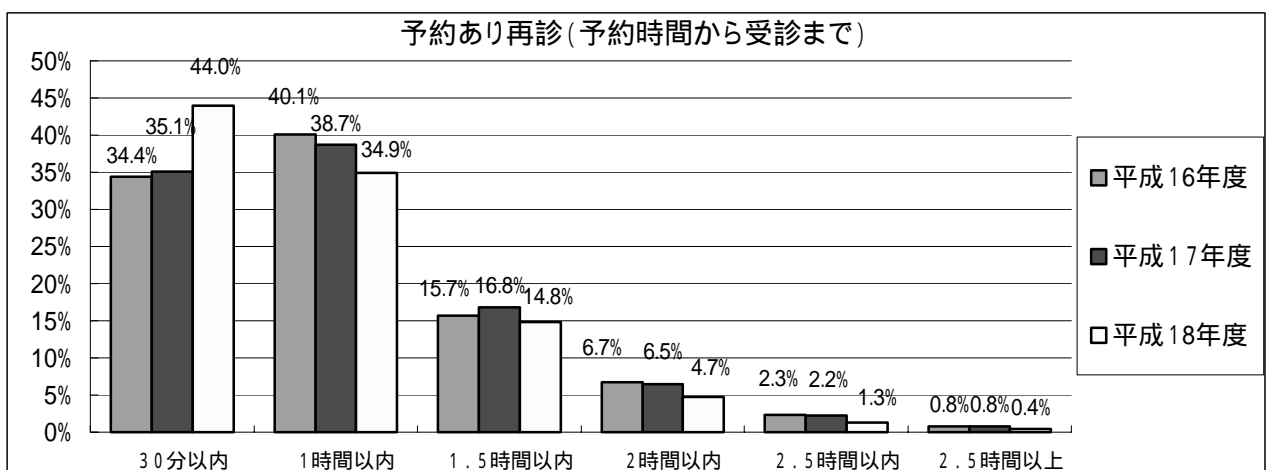
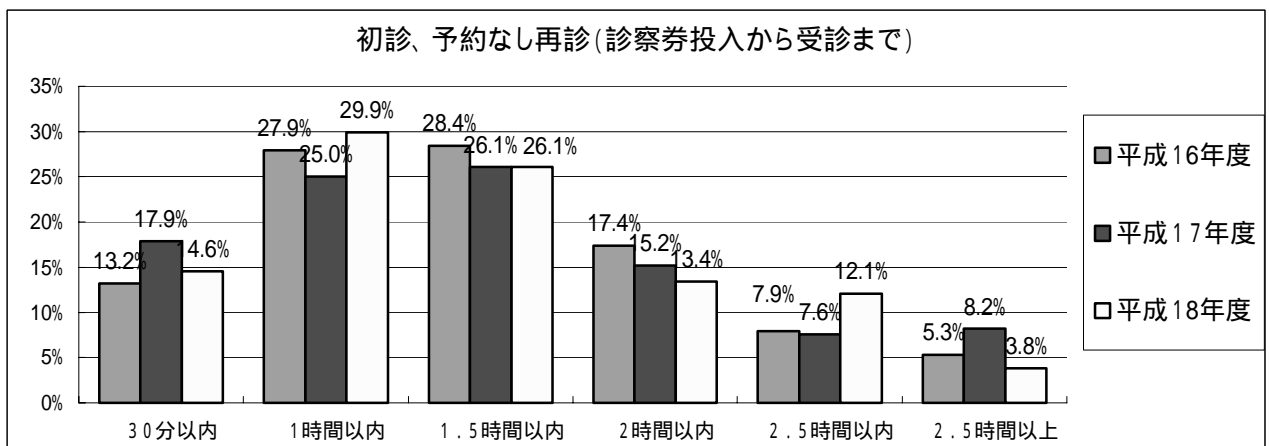
患者サービス向上委員会・委員長 **竹内 東光** たけ うち はる みつ

患者サービス向上委員会では、毎年、外来患者さんから外来診療に関するアンケート調査を行っております。18年度も9月に実施し、配布数1,330枚に対し、回収が722枚で回収率は54.3%でした。

診察待ち時間《下図》については、2.5時間までの患者さんを比較すると「初診、予約無し」が65.6分（17年度65.1分）でした。紹介状がある初診患者さんの中で、開業医の先生により予約していただくことで、予約のない患者さんに比べ、平均19分短縮されました。次に「再診、予約有り」では40.2分（17年度45.4分）で昨年に比べ5.2分短縮しており、予約をお勧めいたします。会計待ち時間が今年度は11.4分（17年度9.2分）で約2.2分増えましたが、担当部署において改善の努力をしております。

また、自由意見欄には179名の方から参考となるご意見や感謝のお言葉をいただき、ありがとうございました。

このようなアンケート結果から当委員会では、「1. 予約時間枠の人数検討」「2. 複数科受診患者さんへの配慮」「3. 重症患者さんへの配慮」「4. 初診患者さんの診察方法の工夫」「5. 紹介状のある患者さんへの配慮」「6. 会計待ち時間の短縮」を掲げ、一層の患者さんへのサービスの向上に努めたいと思っております。



上記以外の主な項目（待ち時間） 20分以内比率

項目	16年度	17年度	18年度
会計	90.8%	91.8%	82.8%
薬局	87.2%	93.7%	91.9%
検査	85.9%	83.0%	83.4%
放射線	91.5%	91.5%	90.5%

職員の接遇（平成17年度から実施）

	17年度(644人)	18年度(646人)
5・大変満足	38.5%	42.3%
4・やや満足	41.8%	38.9%
3・どちらでもない	15.1%	13.5%
2・やや不満	2.6%	3.7%
1・大変不満	2.0%	1.4%
5段階評価	4.1	4.2

（ 外来診療担当医表はホームページ内で公開していますので省略いたしました。 ）