

一期一会

(いちごいちえ)

美幌町立国民健康保険病院 広報誌 令和7年度第2号

目次

2 町民医学講座 その253

AEDを使えますか？

循環器内科医師

松井 寛輔

4 町民医学講座 その254

長引く咳～小児編～

小児科医師

前田 亮

7 町民医学講座 その255

骨密度測定

放射線技師

生駒 健覧

9 町民医学講座 その256

当院看護部の取り組み、セル看護方式について

3階病棟看護師

内田 美和子

10 新人自己紹介

11 編集後記

12 外来の診療案内

発行：美幌町立国民健康保険病院

〒092-0004 北海道網走郡美幌町字仲町2丁目38-1

TEL 0152-73-4111/FAX 0152-72-3595

mail address: byouin@town.bihoro.hokkaido.jp

URL <https://www.town.bihoro.hokkaido.jp/site/hospital/1381.html>

編集：美幌町立国民健康保険病院広報委員会

2025年9月 発行(通算 第139号)



突然、近くにいた人が倒れ心臓が止まっていたら、あなたは救命処置を行うことができますか。日本では年間7～8万人の方が心臓突然死で亡くなられています。このような人を救命するためには、その場に居合わせた人による迅速な蘇生術がとても重要です。以前は心臓マッサージと人工呼吸の2つの方法を行っていましたが、今ではそれに加えてAED (Automated External Defibrillator: 自動体外式除細動器) という強力な救命装置を使用することが求められています。日本では病院外で心停止した場合、約54%で一般市民が蘇生術を行っていますが、AEDの使用率はわずか4%に留まっています。そこで、この使用率の向上への期待も込めて、今回はAEDの使い方について説明したいと思います。

心臓突然死の原因として多いのは、急性心筋梗塞に合併した「心室細動」という重症不整脈によるものです。「心室細動」になると心臓の筋肉は痙攣を起こし、心臓のポンプとしての働きが停止するため、これを放置すると死に至ります。この「心室細動」を直ぐに元の正常な状態に戻すには電気ショックが唯一の治療法です。病院内で患者が「心室細動」になった場合、医師はモニターの心電図を見て瞬時に判断し、除細動器 (Defibrillator) という機器を使って電気ショックをかけます。しかし、一般市民の方は心電図が読めません。そこで、医師の代わりに心電図を自動解析し電気ショックの必要性を判断するコンピューターを除細動器に組み込みました。それがAEDなのです。



図1 心停止後、急速に救命率が下がります。
心停止直後は市民による蘇生術実施が必要です。

昔は電気ショックを行うことを許されていたのは医師のみだったため、患者は医師のいる病院に運ばれてからでないと電気ショックを受けることが出来ませんでした。しかし、心停止後は蘇生術の開始が1分遅れるごとに、患者の死亡率が7～10%ずつ上昇することが示され (図1)、傷病者の倒れた現場で早期に電気ショックを実施することが重要とされました。

AEDは1978年にアメリカで誕生し、2001年にはアメリカ連邦航空局がすべての飛行機にAEDを搭載する方針を出しました。同年、日本航空も国際線にAEDを搭載することになります。さらに、2003年日本では救急救命士が

医師から直接指示をもらわずとも電気ショックを行うことが許されるようになりました。翌2004年には、厚生労働省は一般市民にもAEDの使用を許可しました。

美幌町にも多くの場所にAEDが有ることをご存じでしょうか。美幌国保病院では外来の中央の壁に掛けてあります (図2)、町内の公的機関や学校にも設置されています。また、利用客の多い民間の施設では置いてある所が増えてきています。ただ、私は以前からこのAEDについて疑問に感じていたことがあります。それは、AEDが国内製品だけでなく海外製品を含めて会社ごとにデザインが異なるという点です (図3)。利用者の立場からすると、すべての製品が同じデザインで同じ使用法であるほうが安心です。めったに使わない装置ですし、使う時は一秒を争うのですから、使い方に手間取りたくありません。しかし、国はAEDのデザインまでは規制しておらず、利用する人にとって一抹の不安が残ります。



図2 美幌国保病院
外来のAED



図3 AEDのデザインは
製品により異なります。

しかし、ご安心ください。すべての製品には音声案内機能が搭載されています。日本製品はもちろんのこと、海外製品でも電源を入れれば自動的に日本語で丁寧な説明が聞こえてきます（英語への切り替えも可能）。ですから、初めて使用する人でも指示に従って操作を進めれば正しくAEDを使用することができます。さらに、あらかじめその手順の大まかな流れを知っておくとより安心です。以下にAEDの使い方をご紹介します。

<AEDを使用する前に行う3つのこと>

- ① 現場の状況確認: 周囲が危険な環境でないか。倒れている人に反応があるか。
- ② 助けを求める: 119番に通報する。周囲の人にAEDを持ってきてもらう。
- ③ 心臓マッサージ開始: AEDが届くまで直ちに心臓マッサージを開始する。
心臓マッサージの方法にはいくつかの注意点がありますのでYouTubeで確認してください。（“心臓マッサージ”で検索できます）

<AEDが届いたら行う手順>

- ① AEDの装置を開ける。AEDを開けると自動的に電源の入る機種と、スイッチを押さないと電源の入らないものがあります。
- ② 自動で日本語の音声案内が始まります。加えて液晶パネルで分かりやすく表示してくれる機種もあります。最初の設定は「成人モード」（傷病者が小学生から大人までの場合）になっていますが、小学生未満の人を対象とする場合は「未就学児モード」に切り替えるボタンを押します。
- ③ 音声案内や液晶パネルの指示に従って、装置内に入っている電極パッド2枚（図4）を傷病者の右の胸上部と左側胸部に貼ります。未就学児で体が小さく2枚のパッドを胸に貼れないときは前胸部と背部に貼ります。機種によっては心臓マッサージの効果を監視するための加速度センサーパッドが付いています。これは心臓マッサージで圧迫する部位に貼ります。
- ④ 電極を貼るとAEDは直ちに心電図を自動解析します。AEDが心電図を読み込む時は、音声指示に従って一時心臓マッサージを中止します。
- ⑤ AEDが心室細動を検知した場合、ショックボタンを押すよう音声で指示されます。通常、ショックボタンは分かりやすいようにオレンジ色に点滅します。最近のAEDでは自動で電気ショックが作動する機種もあります。この場合、AED本体に「オートショック」と記載されており、ショックボタンはありません。自動で作動する場合、「3、2、1」と作動する前にカウントダウンして知らせてくれます。この時、高圧の電流が流れますので心臓マッサージを行っている人を含め、全員が傷病者の体に触れないようにしてください。AEDも傷病者から離れるように音声で指示します。
- ⑥ 電気ショックが作動した後は、傷病者の体に触っても大丈夫です。直ぐに心臓マッサージを再開して下さい。
- ⑦ 電気ショックを実施しても一度で心臓の収縮が復活するとは限りません。AEDは2分毎に心電図を読み込み判断します。指示に従って蘇生術を続けてください。電気ショックを繰り返すよう指示されることもあります。
- ⑧ やがて救急隊が到着するでしょうから、あとは救急隊員に任せれば大丈夫です。救急隊員が来るまでは電極パッドをはがさないでください。



図4 AEDには電極パッドが入っています。

この流れを一度でも理解しておくと、緊急の場でもパニックにならないで済むでしょう。大切なことは、現場にあなたしか助ける人がいないとき、AEDを使ったことがなくても使う勇気を持つこと

です。AEDの使い方が悪いと倒れた人に害を与えることはほとんどありません。むしろ、AEDがあるのに使わないことのほうが大きな問題です。私たちはいつどこでAEDを必要とする場面に遭遇するかわかりません。そんな時には是非勇気をもって行動してほしいと思います。

最近、女性に対しAEDを使用する場合、胸を露出させることが問題になっていましたが、何より命を助けることが優先されますので躊躇して蘇生を中止してはなりません。電極パッド2枚を貼るだけですから、実際には下着は着たままでも少しずらせばパッドは装着可能です。注意が必要なのはブレスレットなど金属アクセサリが電極パッドに触れないようにすることです。AEDの講習を受けたことがない人には消防隊の講習を受けることを勧めますが、YouTubeでも手順を確認することができます。AEDはすべての国民が最低限の心得として習得しておきたい手技です。あなたの勇気ある行動で人の命が助かれば、あなた自身も幸せになれるでしょう。そして、将来あなた自身が見知らぬ人に助けられることだってあるかもしれません。

日々の生活でAEDが設置されているのを見つけたら、その場所を覚えておくように心がけましょう。いざという時に人を助ける大きな力になります。

町民医学講座 その254

長引く咳～小児編～

小児科医師

前田 亮

前回、大人の止まらない咳についての記事がありましたので、今回は小児編ということでお届けしたいと思います。皆さんも予想がつくと思いますが、大人と子どもで違うところは、子どもは感染症の割合が多いということです。最近のニュースで百日咳が増えているという話題があったり、また当地域ではマイコプラズマ感染症が多かったりと、咳が長引く感染症も時々流行します。それらを踏まえて、今回は子どもの長引く咳について話していきたいと思います。

咳とは？

咳は咽頭(のど)から気管支、肺の中にある異物を取り除こうとする生体の防御反応です。例えば感冒(かぜ)にかかった時に咳がでるのは、体の中に入ったウイルスや、それらと戦うために出てきた分泌物を外に出すためです。従って、症状が軽いときには、無理してこの防御反応を止める必要はありません。しかし、咳き込みがひどく体力が消耗してしまったり、睡眠が妨げられたり、食事が困難になったり、場合によっては筋肉や骨を痛めたり、このようなときは咳を抑えていく必要があるでしょう。



咳の種類

咳には、その病態によって特徴的な音や時間帯があります。乾いた咳(コンコン)＝乾性咳嗽、痰や鼻水の絡んだ湿った咳(ゲホゲホ)＝湿性咳嗽、動物の鳴き声の様な咳(ケンケン)＝犬吠様咳嗽、喘鳴(ゼーゼー・ヒューヒュー)を伴う咳などがありますが、音を聞けば原因のウイルスや細菌が分かるほど特徴的なものもあります。最近はスマホで簡単に動画を撮れるので、咳をしている場面を撮影し見せていただく機会も増えましたが、とても診断に役立ちます。

時間帯でいえば、感染症の咳はたいてい1日まんべんなく出ることが多いです。喘息による咳は夜～朝方に息苦しくなって咳が増えることが多いです。のちにも述べますが、百日咳の典型的な咳は発作性に、そして夜に多く出るので、「昨夜は咳き込んで目が覚めることが3回ありました」などと回数が数えられるようなかたちで出現します。

それでは、子どもの長引く咳にはどのような病気、病態があるのか、すべてを挙げることはできませんが順番にみていきましょう。

1. 風邪が長引く(感冒後咳嗽)

風邪の多くはウイルス感染(RS、ライノ、アデノ、ヒトメタニューモ、コロナ、インフルエンザなど)

を契機として発症します。ウイルス感染により咽頭から気管支などに炎症が起こると、気道粘膜が障害され、ウイルスと免疫を担当する細胞が戦った産物(鼻汁や痰などの分泌物)が産生されます。気道粘膜の修復や、分泌物の産生は2週間以内におさまってくることが多いのですが、これが長引くというのが、実は頻度としては多いものとなります。

2. 繰り返し風邪をひく

乳幼児の場合、保育園や幼稚園に通園されていることが多いと思います。家にいてあまり感染症に暴露されていなかったのが、通園するようになって種々の感染症に暴露され、次々と風邪をひきます。長引いているように見えていますが、治る前に次の風邪ひいてしまう、という状態です。保護者の方も大変ですが、集団生活を始めて半年ほどは月に1～2回の風邪は覚悟しましょう。2人目以降のお子さんでは、上の子が幼稚園などでもらってきた風邪に赤ちゃんのうちからかかってしまうことが多いのですが、それは仕方ないです。

3. 鼻水がのどに落ちて咳がでる



後鼻漏(鼻の奥からのどに落ちる鼻水のこと)によって刺激され咳が出るものです。感冒後の鼻分泌物の増加や副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎が原因となることがあります。一日中、断続的に咳が出ますが、特に寝る前や寝起きに出ることが多いです。こまめに鼻汁を吸ったり(可能なら電動吸引機で)、できる年齢であれば鼻をかんだりすることが重要です。60%が自然軽快すると言われていますが、状況により去痰剤や抗アレルギー剤、抗生剤などの内服、点鼻薬などで治療します。

4. 気管支炎

気道は上気道と下気道に区別され、上気道は鼻・喉まで、下気道は気管から気管支・肺までを指します。上の1～3では上気道の症状ですが、気管支炎・肺炎は下気道の炎症となります。

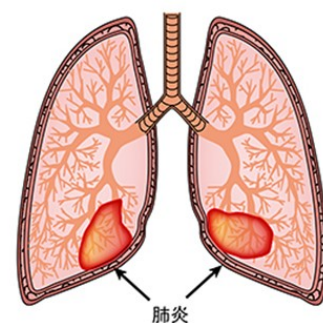
気管支炎はほとんどがウイルス感染によるもので、鼻汁、咽頭痛、咳、発熱などが主な症状となります。咳は痰の絡まない乾いた咳から始まり、のちに痰が絡む湿った咳になっていくのが特徴です。小児の感染症で特徴的なものにRSウイルスやヒトメタニューモウイルスというものがあります。これらの感染症が進行すると、枝分かれしていく気管支のなかでも最後の細気管支というところで炎症を起こし、特有の喘鳴(ゼーゼー)が出現し、呼吸困難や哺乳・経口摂取が難しくなることもあるやっかいな病気です。ウイルスの場合は自分で免疫を作り病原体を排除するのを待つことになるため、基本的に対症療法となります。呼吸が苦しくなれば酸素を用いたり、経口摂取が難しくなれば点滴をしたりする必要もでてきます。

5. 肺炎

肺炎の原因はウイルスや細菌、マイコプラズマ、まれに真菌などさまざまです。たいてい熱が持続し、痰の絡んだ湿った咳がひどくなります。ウイルス性肺炎は、気管支炎と同じように対症療法になります。細菌性の肺炎は風邪を引いたあとに起こることが多いです。風邪をひくと一時的に抵抗力が落ちてバイ菌(細菌)が体の中で増殖しやすい状況になり発症します。これを二次性の細菌性肺炎と言います。原因菌としては、インフルエンザ菌(毎年冬に流行するインフルエンザウイルスとは別の物です)、肺炎球菌、モラクセラ・カタリスが3大起炎菌と言われています。細菌に対しては抗生剤が有効ですが、近年では耐性菌が問題となっているため、細菌感染が明らかな場合に使用することになります。

マイコプラズマは学童期でもっとも頻度が高い肺炎の原因で、細菌とウイルスの中

マイコプラズマ肺炎



間に位置する病原体です。細菌の細胞には細胞壁がありますが、マイコプラズマにはないため、細胞壁を壊すタイプの抗生剤は効かず、細胞の中に入って作用する抗生剤を使用します。マイコプラズマ肺炎の特徴は、学童期～若い人に多いこと、弛張熱(熱が1日のうちで上がったり下がったりすること)、レントゲンの影(肺炎像)のわりに症状が重くないこと、などがあげられます。基本的には内服薬の抗生剤で治療しますが、これも耐性菌が問題となってきました。

6. 百日咳

最近のニュースで話題になっている百日咳ですが、ワクチン(4種または5種混合ワクチン)を接種した乳幼児はかかりづらく、ワクチンの免疫が弱まってきた年長児～大人がかかりやすくなっています。ワクチンを接種する前の乳児早期にかかってしまうと、無呼吸発作やチアノーゼ、肺炎の合併など重篤で命に関わることもあるため、甘く見てはいけな感染症です。

第1期(カタル期):最初の1～2週間カタルは風邪の症状と変わらず区別が難しいです。この時期に治療を行えば感染力の低下や罹病期間の短縮が期待できます。

第2期(痙咳期):徐々に典型的な咳となっていきます。息ができないほど連続する「コンコンコン」という咳き込み(スタッカート)と、そのあとの「ヒューー」という吸気音(レブリーゼ)です。ただしワクチンの効果が薄れた年長児～大人がかかった場合そこまで典型的な咳とはならず、ただ咳が長引くだけと上に挙げたような病態や喘息などと間違えられてしまうこともあります。乾いた咳が長引き、一度で出すと止まらない、それが1日もしくは一晩に何回、と数えられるような回数で起きる、というのが特徴的です。

第3期(回復期):徐々に典型的な咳の頻度が減っていき全部で数週間から3か月ほどたって治っていきます。

この病気で重要なのはワクチンで予防ができるということです。乳児は生後2か月になればすぐに初回接種を、また年長児や接種期間が開いている場合は追加接種を行うことをお勧めします。

7. 気管支喘息

気管支喘息も長引く咳を引き起こす病気の1つです。子どもの場合は、アレルギーの関与があることが大半で、とくにダニやハウスダスト、ペットなどに感作されていることが多いです。風邪をひいたときやアレルギーの原因に触れたときに「ゼーゼー」(喘鳴)を繰り返すことと、それまでのその子自身のアレルギー体質(食事で発疹がでた、アトピー性皮膚炎があるなど)や家族歴(ご両親やご兄弟で同様のアレルギーがある)などによって診断します。夜間や寝起き、または体を動かしたときなどに痰がらみの咳が出るのが特徴です。

抗アレルギー剤の内服や大人と同じようにステロイドの吸入薬などを中心に予防的な治療を行い、発作が起きた時には気管支拡張剤の吸入や内服、場合によってはステロイドの内服や注射を行います。



8. 心因性咳嗽

日中にのみ出て睡眠時に出ないのが特徴です。緊張やストレスが気道の刺激となり咳を引き起こしていると考えられています。痰は絡まない乾いた咳で、季節にも左右されない傾向があります。心因性がどうかをはっきりさせる検査は存在しないため、これまで述べてきたような病態や疾患を否定した上で診断していきます。

長引く咳には他にもいろいろとありますが、頻度の高いものを挙げて説明をしました。これらの病態というのは、すぐその場で判断できないことも多く、詳しく話を聞いたり、症状の変化をみたり、ときには薬の効果をみながら診断を進めていくこともあります。お子さんを連れてこられる保護者の方には、咳がいつからどのように出ているか詳しくお話ししていただけると助かります。そして一度ですぐに良くならなくても根気強く受診を続けてもらえるとよいと思います。

みなさん、骨密度を計ったことはありますか？
 当院ではX線TVシステムSONIALVISION G4
 に搭載された骨密度測定アプリケーション
 [SmartBMD]によるDEXA法を用いた骨密度装
 置を導入しております。DEXA法とはDual Ener-
 gy X-ray Absorptiometry 法の略で、エネ
 ルギーの低い2種類のX線を使って測定しま
 す。寝台の上に寝ていただき10秒程度の息止
 めを行って腰椎や脚の付け根の骨密度を測
 定します。



当院の骨密度測定装置

骨粗鬆症の概念

2000年のNIH(National Institutes of Health)コンセンサス会議で提唱された骨粗鬆症の定義は、骨粗鬆症の概念を端的に表現したものであり、その内容は以下の3点で構成されます。

- ① 骨強度の低下を特徴とし、骨折のリスクが増大する骨格疾患である。
- ② 骨強度は骨密度と骨質の二つの要因からなり、骨強度のほぼ70%は骨密度により、残りの30%は骨質により説明される。
- ③ 骨質は、骨構造、骨代謝回転、微細損傷の集積及び骨組織の石灰化等により規定される。

一方で、この定義に当てはまる病態の原因は多彩であり、それらを考慮に入れた診察が必要となります。骨強度の低下は加齢とともに進行し、その起点は女性では閉経期ですが、男性では個人差が大きいです。

骨粗鬆による骨折(脆弱性骨折)

骨に働く外力が骨強度を上回ると骨折を生じますが、大きな外力なしに立位からの転倒か、それ以下の外力で骨折する場合を脆弱性骨折と呼び、このような骨折を生じる背景に骨強度の低下、すなわち骨粗鬆症が存在します。

高齢者の骨折は、骨折後の身体活動性の低下や慢性疼痛のみならず精神的な健康状態の悪化を招くことが多いため、骨折予防のために早期の治療介入が望まれます。



原発性骨粗鬆症の診断基準

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患、または持続性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断します

1. 脆弱性骨折あり
 - ・椎体または大腿骨近位部の脆弱性骨折がある。
 - ・その他の脆弱性骨折があり、骨密度が*YAMの80%未満。
2. 脆弱性骨折なし
 - ・腰椎または大腿骨近位部の骨密度が*YAMの70%以下または-2.5SD以下。
 - ※YAM: 若年成人平均値(腰椎では20～44歳、大腿骨近位部では20～29歳)



骨密度は原則として腰椎または大腿骨近位部骨密度とします。また複数部位で測定した場合には、より低い%値またはSD値を採用します。ただし、高齢者において脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が困難な場合には大腿骨近位部骨密度とします。

骨密度測定結果

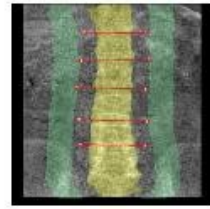
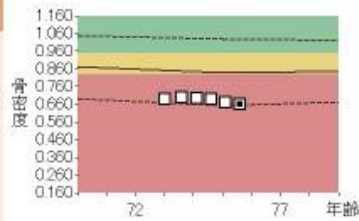
ID :

検査日 : 2025/06/04

氏名	様	年齢
性別	女性	生年月日

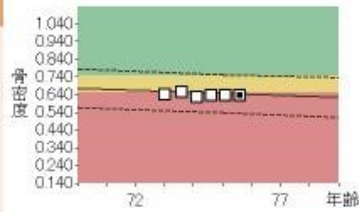
結果

あなたの腰椎の骨密度は**0.664[g/cm²]**です。
 前回と比較すると **-0.90 %** です。
 同年齢の平均と比較すると**79.05 %**です。
若年成人の平均と比較すると55.71 %です。



結果

あなたの大腿骨の骨密度は**0.639[g/cm²]**です。
 前回と比較すると **+0.47 %** です。
 同年齢の平均と比較すると**99.07 %**です。
若年成人の平均と比較すると68.07 %です。



<判定基準>

正常	若年成人平均値の80%以上
骨量減少	若年成人平均値の70%超～80%未満
骨粗鬆症	若年成人平均値の70%以下

測定年月日	年齢	部位	骨密度(BMD)	前回比較	同年齢比較	若年比較	Z-Score	T-Score
2025/06/04	75.6	L2-L4	0.664[g/cm ²]	-0.90 %	79.05 %	55.71 %	-0.93	-3.63
2024/12/03	75.1	L2-L4	0.670[g/cm ²]	-3.04 %	79.76 %	56.21 %	-0.90	-3.59
2024/06/04	74.6	L2-L4	0.691[g/cm ²]	-0.58 %	79.43 %	57.97 %	-1.01	-3.44
2023/12/05	74.1	L2-L4	0.695[g/cm ²]	-0.57 %	79.89 %	58.31 %	-0.99	-3.42
2023/06/06	73.6	L2-L4	0.699[g/cm ²]	+1.30 %	80.34 %	58.64 %	-0.97	-3.39
2025/06/04	75.6	頸部(右)	0.639[g/cm ²]	+0.47 %	99.07 %	68.07 %	-0.06	-2.70
2024/12/03	75.1	頸部(右)	0.636[g/cm ²]	-0.47 %	98.60 %	67.75 %	-0.08	-2.72
2024/06/04	74.6	頸部(右)	0.639[g/cm ²]	+1.91 %	94.39 %	68.07 %	-0.35	-2.70
2023/12/05	74.1	頸部(右)	0.627[g/cm ²]	-4.71 %	92.61 %	66.79 %	-0.46	-2.80
2023/06/06	73.6	頸部(右)	0.658[g/cm ²]	+2.49 %	97.19 %	70.09 %	-0.17	-2.52

【コメント】

美幌町立国民健康保険病院
 北海道網走郡美幌町仲町2丁目38号
 TEL : 0152-73-4111

診断用イメージではありません。(Side Station i3 Rev.01.26.02)

T-Score、Z-Score、若年平均比較、同年齢比較の数値は、日本骨代謝学会、日本骨粗鬆症学会合同

原発性骨粗鬆症診断基準改定検討委員会「原発性骨粗鬆症の診断基準(2012年度改訂版)」を基に算出しています。

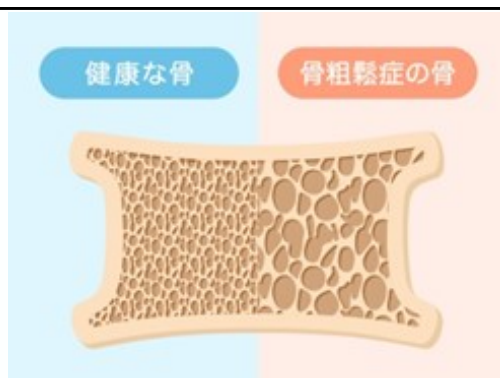
当院での骨密度測定の結果用紙

骨粗鬆症の鑑別診断

骨粗鬆症の大半を占める原発性骨粗鬆症とは、加齢そのものと加齢に伴う閉経等の性腺機能不全以外に骨代謝を障害する格段の原因のない病態です。しかしながら、骨粗鬆症は単一疾患ではなくひとつの病態であり、骨代謝に影響するなんらかの疾患が併存することも稀ではな

いため、続発性骨粗鬆症の原因疾患あるいは低骨密度を来す多発性骨髄腫やビタミンD欠乏症等の多彩な疾患を適切に鑑別することが重要です。

続発性骨粗鬆症の原因には、薬剤や栄養障害、生活習慣等によるものも含まれます。特に男性や閉経前年齢の女性では続発性骨粗鬆症の可能性が高いため、これらの原因がないか吟味します。また、閉経後の女性や高齢者でも、原発性と続発性が併存している可能性に注意を払う必要があります。



生活習慣病による骨折リスクの上昇

生活習慣病の代表である2型糖尿病は骨の脆弱性をもたらし、ひいては骨折の原因となっていることが明らかにされてきました。2型糖尿病以外では、慢性腎臓病(chronic kidney disease : CKD)と慢性閉塞性肺疾患(chronic obstructive pulmonary disease : COPD)が骨折リスク上昇と強く関連します。これらの疾患では、酸化ストレス増大やビタミンD不足が共通の骨代謝障害因子として認められ、さらにCKDでは続発性副甲状腺機能亢進症が、COPDでは喫煙や慢性の低酸素血症が骨折リスク上昇に影響することが想定されています。

このような背景から、とりわけ高齢者においては依存疾患を十分に考慮した上で骨脆弱性あるいは骨折リスクの評価を検討することが重要です。

まとめ

今回は簡単ではありますが骨密度について紹介させていただきました。ご自身の骨密度が気になる方は、この機会に当院で骨密度を測定してみたいはいかがでしょうか。なにかご不明な点がありましたら、医師またはスタッフにお気軽にお尋ねください。

引用・参考文献

J-Stage 骨粗鬆症の診断とガイドラインの変遷

<https://www.jstage.jst.go.jp>

町民医学講座 その256

当院看護部の取り組み、セル看護方式について

3階病棟看護師 内田 美和子

現在、当院病棟看護部では、セル看護方式についての取り組みを行っております。

セル看護とは、「患者のそばで仕事ができる＝関心を寄せる」という看護師の動線に着目した、無駄を省き質の向上を図る看護サービス提供システムです。具体的には、看護師が患者さんの近くでケアや記録を行い、ナースステーションに戻る回数を減らすことで、患者さんとの関わりが増え迅速な対応を可能とすることを目的としています。

<セル看護の特徴>

大部屋を複数の看護師が受け持つ…看護の質向上を図り、複眼によるミス防止等。

動線の効率化…看護師が患者さんのそばで業務を行うため、ナースステーションと病室を往復する無駄な時間を削減します。

タイムスケジュールの標準化…細やかな業務マニュアルを用いることで、新人もベテランナースも平均化した看護、タイムリーな看護を提供できるようになります。

患者さんとの関わり向上…患者さんのそばで過ごす時間が増えることで、患者さんの小さな



変化に気づきやすくなり、より個別化されたケアを提供できます。

情報共有の効率化・・・チーム内で患者さんの情報を共有しやすくなり、迅速な対応が可能になります。

エリアカンファレンス・・・担当エリアの看護師が集まり、患者さんの情報や業務の進捗状況を共有し、患者さんへのよりよい看護を提供できるよう検討しています。



<セル看護のメリット>

セル看護は、患者さんと看護師双方にとって、より良い環境を創出する看護提供方式といえます。

実際にセル看護を導入してから、重症患者さんや見守りが必要な患者さんのそばで作業をすることで、直接情報収集がしやすくなったり、異常を早期に発見できたり、転倒転落を未然に防ぐことができたりしています。日常生活の支援が必要な患者さんが、ナースコールを押すことを遠慮していることもあります。ベッドの下に物を落として困っていたり、体の位置が悪くてつらかったり、痛みなどを我慢している人もいます。このようにナースコールを押す前に対処でき、看護師がそばにいるメリットは多いです。

ノートパソコンを乗せたカート台に、消毒液や血圧計、聴診器、点滴用品、医療廃棄ボックスなど必要物品を積むことでナースステーションに戻らずに済み、無駄な動線が減少しました。セル看護導入前は歩数計で一回の日勤帯での歩数が6000歩～10000歩でしたが、セル看護導入からは5000歩～8000歩ほどに減少しました。無駄に歩かずに患者さんのケアに集中できると感じます。

患者さんが入院した際は、看護師はプライバシーへの配慮をしながら病室のそばで記録の入力など行っています。おじゃまにならない距離感で業務を行っていきたいと思いますので、休まらないなど気になる事があればお伝えください。



新人自己紹介

事務局 医師事務作業補助者

齊藤 あゆみ

令和6年6月から医師事務作業補助者として勤務させていただいております、齊藤あゆみと申します。前職では医療事務として勤務していましたが、業務内容は全く異なるため、様々な研修を重ね、医師や職員の皆様の優しく丁寧なご指導のもと実務を学ばせていただいております。入職してから早1年が過ぎましたが、未だ出来ない事が沢山あり、改めて業務の難しさと奥深さを知ると共に、やりがいのある仕事だと感じております。これからも様々な知識を身につけるべく日々学び経験を積み、皆様から信頼されるような業務を重ねていきたいと思っています。今後ともよろしくお願いいたします。

事務局 医師事務作業補助者

吉田 多美

令和7年6月より医師事務作業補助者として勤務させていただいております、吉田多美と申します。勤務してまだ1ヶ月ほどですが、様々な研修を重ね、医師やスタッフの皆様のあたたかいご指導をいただきながら、現在は主にカルテの代行入力の実務を学んでいるところです。病院勤務は初めてですので、ご迷惑をおかけすることもあると思いますが、医師事務作業補助者として信頼されるような業務を重ねていきたいと思っています。今後ともよろしくお願いいたします。

リハビリテーション科 作業療法士

山口 紘司

令和7年6月1日付けで採用となりました、作業療法士の山口紘司と申します。現在まで主に身体障がい、発達障がいの領域を経験し、病院、クリニック、放課後等児童デイサービス、介護老人保健施設にて勤務してきました。また、入院・外来・訪問・入所・通所も経験しております。まだ

不慣れな点もありますが、全力をもって職務を遂行、全うしてまいります。また、こちらで臨床業務を行い、改めて作業療法士は自分にとって天職だと日々感じております。よろしくお願いいたします。

看護部 3階病棟看護師

高橋 美里

令和7年8月より入職しました、看護師の高橋美里です。札幌の病院で主に救急外来、血管造影室(心臓カテーテル、脳血管内治療など)の業務を行っておりました。看護師としては4年目になります。看護師になる前は歯科技工士という入れ歯などを作成する仕事をしていました。看護経験が浅く、病棟経験ありませんが、患者様やそのご家族に寄り添った看護を提供していけるように頑張りたいと思います。よろしくお願いいたします。

編集後記

小児科医師

前田 亮

現在、当院では電子カルテの更新に向けて、準備を進めています。電子カルテと言われてもピンとこないかもしれませんが、患者さんが医師と向かい合っているときに、画面に向かってカチカチとキーボードで打っているものが電子カルテになります。患者さんの個人情報から、これまでの受診したときの記録、血液検査や画像検査の結果、処方された薬や点滴、また入院した際には看護師の記録やリハビリの記録、食事のことなど、病院で行われるほとんどすべてのことが記録されるものです。

2016年に電子カルテを導入してから約10年が経過しており、ソフトだけではなくパソコン本体の性能も落ちています。動きが遅くなれば、それだけ診療がスムーズにいかなくなり、患者さんをお待たせする時間が長くなってしまいます。操作の時間を短くすること、各部署の連携をよくすること、なるべくペーパーレスにしていくことで、患者さんのことを診察したり看護したりする時間を十分にとれるようになり、よりよい診療につながると考えます。

新聞やテレビの報道などで病院の赤字問題が多く取り上げられるようになりましたが、当院も全国的な問題と同じで、支出(物価高による医薬品や物品の高騰、賃金の増加など)と収入(定められた診療報酬のため、増やすことは困難)とのバランスは負に傾く一方で、大変厳しい状況にあります。それでも、物はいつか古くなり新しいものに変えていく必要があり、電子カルテやそれにとまなうパソコン類も買い替えなければなりません。

今回私たちは、長期的に低コストとなる電子カルテを選定しました。今まで使っていたものから変更となるため、新しい操作へ慣れるまで準備をして練習を重ねていく予定です。それでも更新した当初は不慣れなために、一時的にこれまでより作業に時間がかかることも予想されます。患者さんを極力お待たせしないよう工夫し、十分準備して対応していきたいと思っております。更新は今年度の終わりごろの予定で、一時期は少しお待たせしてしまうことがあるかもしれませんが、ご了承ください。

また今回の電子カルテ更新と同時に、外来の待ち受け掲示板や自動会計システムも導入します。新しくなる国保病院を楽しみにお待ちしております。

外来診療案内

※受診の際は、下記の診療体制をご確認の上ご来院願います。

受付時間	受付窓口	再来受付機（再来の方のみ）
午 前	8：45～11：00	8：00～11：00
午 後	12：30～16：00	12：30～16：00

※土日・祝日は休診です。 ※眼科の午後診療は、15時までの受付です。

診療科	時間	月	火	水	木	金
内科 （消化器 呼吸器 循環器）	午前	西村光太郎 池川 敦子 （非常勤）	西村光太郎 松井 寛輔 池川 敦子 （非常勤）	西村光太郎 伊熊 素子 （非常勤）	松井 寛輔 伊熊 素子 （非常勤） 池川 敦子 （非常勤）	西村光太郎 渡部 浩二
	午後	松井 寛輔 渡部 浩二	渡部 浩二 佐々木隆志 （非常勤） 池川 敦子 （非常勤）	松井 寛輔 渡部 浩二	西村光太郎 山崎 康 （非常勤） 池川 敦子 （非常勤）	西村光太郎 （予約のみ） 伊熊 素子 （非常勤） 山崎 康 （非常勤）

脳神経外科	午前	土田 哲	休 診	土田 哲	休 診	土田 哲
	午後	休 診	土田 哲	休 診	土田 哲	※物忘れ外来 土田 哲

整形外科	午前	又吉 章政	又吉 章政	又吉 章政	又吉 章政	又吉 章政
	午後	午後は手術等のため休診となります。 （急患の方の診療はお問い合わせ願います）				

泌尿器科	午前	休 診	野崎 哲夫	野崎 哲夫	野崎 哲夫	休 診
	午後		手術のため休診			

小児科	午前	前田 亮	前田 亮	前田 亮	前田 亮	倉野 真紀 （非常勤）※
	午後					

眼科	午前	旭川医大出張医	休 診（※）	旭川医大出張医	旭川医大出張医	休 診（※）
	午後	15時までの受付		手術のため休診	15時までの受付	

※発熱外来につきましては、お電話にてお問合せください。

※小児科の予防接種は予約制となります。（接種希望日の3日前（土・日・祝日除く）までにご予約ください。）

※小児科の金曜日は通常、非常勤の倉野医師が外来を担当しておりますが、乳幼児健診がある金曜日の午後は、前田医師の診療となります。

※眼科の休診（※）時には、事前の医師指示により視能訓練士が予約検査を行っています。

※物忘れ外来は電話予約（0152-73-4111）をお願いします。混み合う場合がありますので、余裕をもって予約願います。