

病院 40 年の歩み

「継続と変革の診療史」

はじめに

村田病院は、1985 年(昭和 60 年)に生野区と隣接地域における「脳神経外科専門病院」として開院し、時の流れの中で変革を繰り返しながら 40 年間一貫した「医療理念」で診療を継続してきた。いわば、「病院 40 年の歩み」は、新旧病院スタッフと患者さんにより築き上げられた継続と改革の診療史であった。

ここでは、病院の沿革と診療史を振り返り、「病院 40 年の歩み」を総括する。

🍀 I 医療法人設立 (1985-1995)

病院建設

開院の前年 5 月、病院建設工事が始まった。

建設場所は、旧村田医院と村田の家族が住み慣れた生野区田島の地と決めていた。私たちが感傷に浸る間もなく、庭木は伐採され我が家はその日の夕暮れにはすっかり取り壊された。もはや後戻りはできない。私の覚悟を促すかのように、地が固められ鉄筋が打たれコンクリートが注入されていった。



開院時の病院(1985 年 4 月)

開院

1985 年 2 月に竣工した病院は、同年 4 月 1 日開院した。

開院の日は、私たちの気持ちを象徴するような晴天であった。

二人の先輩医師がこの地で築いた医療が無ければ、病院は誕生しなかったであろう。子供の頃に見た二つの背中には、地域医療への矜持があった。

父定(さだむ)と母繁子の導きに感謝。

何も言わずに背中を押してくれた、妻と二人の息子たちの優しさに感謝。

開院にあたり力を貸してくれた友谷二三生先生、私の意思を理解し支え続けてくれた弟秀穂副院長、初代小池利夫、二代目神谷賢治事務長に感謝。

脳神経外科病院として

開院時のスタッフは、医師 3 名、正准看護婦 12 名、薬剤師 2 名、診療放射線技師と助手各 1 名、看護助手 6 名、事務 7 名、栄養士 1 名のわずか 33 名での船出であった。

多くのスタッフは、慣れない脳神経外科病院での勤務にもかかわらず前を向き頑張ってくれた。開院時の合言葉は、「自分の家族や大切な人を診てもらいたいと思える病院」であった。開院 6 ヶ月目に救急指定病院となったものの、救急搬送症例は小児の頭部外傷、酩酊者てんかんなどの患者さんが占めたため、スタッフの消耗感は大きかった。

外科系医療者の仕事は 3K(きつい・汚い・危険)と言われ嫌われるが、私たちは脳神経外科診療の 3K を「感動・歓喜・感謝の素敵な K の集合」と考え、しんどい中にも喜びの時間を共有した。そして、私たちの脳神経外科病院への熱意が揺らぐことはなかった。

開院 2 年目にはスタッフは 70 名に増え、この頃ようやく 70 の病床は脳神経外科と脳卒中の患者さんにより埋まるようになっていた。

医療法人設立

開院後 3 年目、谷先生が開業のため退職された後、大阪公立大学(当時大阪市立大学)脳神経外科の先生方と一緒に診療する日が続いたが、1989 年(平成元年)、下竹克美部長が入職され脳神経外科病院として組織化された。

この頃には、MRI・全身 CT 導入、血管撮影装置のデジタル化とともに脳神経外科手術件数も増えた。また、スタッフ数の増加により医療者間交流と部署間の連携のため 1991 年、「スタッフ相互の親睦と切削琢磨」のテーマで、第 1 回院内研究発表会を発足した。

1993 年「日本救急学会認定救急専門医」の資格をいただき、病院は脳神経外科に特化した救急診療施設となった。

私たちは、夜間や休日の手術にも「やり甲斐」を感じていたが、救急医療を継続できたことは医療スタッフの不断の努力にあったことは言うまでもない。

そして、1995 年 10 周年を迎えた病院は、翌年 1 月医療法人穂翔会(すいしょうかい)村田病院となった。

🍀 II 回復期リハビリテーション病棟開設 (1986-2005)

脳卒中診療

脳神経外科診療のメインテーマは、くも膜下出血の早期手術であり、私たちは「破裂脳動脈瘤に対する発症 72 時間以内の Clipping」を実践していた。

1996 年に開院来 10 年間に経験した 180 症例につき後見的分析を行い、治療成績と問題点を考察した。

結果、くも膜下出血重症度軽症～中等症群(Hunt Grade1-2)では、早期手術により症候性脳血管攣縮の発生率は低く予後良好であった。

破裂脳動脈瘤の早期手術：Clipping 術 180 例の分析

村田高穂、下竹克美、宮川秀樹

Early operation for ruptured aneurysm:

An analysis of 180 clipping cases

by

Takaho Murata, Katsumi Shimotake, and Hideki Miyagawa

from

Murata Hospital, Department of Neurosurgery

Of 180 clipping cases of ruptured aneurysm, 148 cases (79.4%) underwent operation within 72 hours of onset. The results of early operation are discussed by comparing operative results with the preoperative neurological status (Hunt Grade), patient age and operative timing.

It is recommended that those diagnosed with Grade 1 to 3 undergo early operation within 24 hours after onset. However, in patients over 70 years of age in Grade 3 to 4, operation must be carefully considered on an individual basis because of the relatively poor operative results (good in less than one third of the cases) as compared with that in patients under 70 years of age.

(Received May 31, 1996)

Key Words: clipping, early operation, ruptured aneurysm

回復期リハビリテーション病棟開設

2005年、病院は開院20年を迎えた。

脳卒中の外科治療においては、急性期治療により救命しえた後に四肢麻痺や高次脳機能障害などの後遺症状に苦しむ患者さんを生み出す。

私たちは、「急性期診療により治療し得た患者さんが、その後の人生をどう生きたかを見届けること」の大切さを実感し、回復期リハビリテーション（以下リハ）を始めることにした。

北館開院(2005年7月)



回復期リハ病棟(病院北館)の建設は、母が50年間診療してきた産婦人科医院の跡地とその隣接地となった。同年7月新病棟が完成。旧病棟(南館)と新病棟は連絡橋で繋がり、橋は急性期と回復期のリハ連携のシンボルとなった。

病院完結型脳卒中診療

病院完結型診療のテーマは、「断らない救急診療、面倒見のいいリハ診療」とした。

回復期リハ診療が急性期と診療連携した一連のものでなければいけないという考えのもとに、「病院完結型脳卒中リハ診療」を実施した。

「病院完結型脳卒中リハ診療」は、脳卒中の救急と急性期診療と同一施設での急性期から回復期への継ぎ目のないリハ連携であった。

2010年に論文「病院完結型脳卒中治療による急性脳梗塞の転帰」を脳卒中学会機関紙に掲載し、その利点と有効性につき報告し評価された。

The outcome of acute cerebral infarction with stroke treatment in an intra-hospital referral model

Takaho Murata, MD.¹, Yuzo Terakawa, MD.¹, Yumiko Okada, MD.¹, Naoki Yamamoto¹, MD, Katsumi Shimotake, MD.², Takanori Tominaga, P.T.³ and Takashi Tsuruno, MD.³

¹Department of Neurosurgery, Saisyukai Murata Hospital

²Department of Rehabilitation, Saisyukai Murata Hospital

³Department of Neurosurgery, Yao Tokushukai General Hospital

The aim of this study was to examine the efficacy of stroke treatments in an intra-hospital referral model by investigating the outcome of acute cerebral infarction. During a recent 3-year period, 456 consecutive acute cerebral infarctions, including 170 lacunar, 151 atherothrombotic, 116 cardioembolic and 19 other ischemic strokes were treated in acute stroke therapies. The outcome was evaluated using both the modified Rankin Scale (mRS) and home-recovery rate.

By an analysis of mRS 0-2 rates as a good outcome, mortality, home-recovery rate, and determining the stroke type on admission is useful to assess the outcome of acute cerebral infarction. NIH stroke scale (NIHSS) on admission as a clinical assessment of gravity is useful for the prospective evaluation of outcome on discharge. Cases with Functional Independence Measure (FIM) score over 90 at the end of acute therapy and those with an FIM score under 89 with a significant gain of FIM points during convalescent rehabilitation could recover to home. FIM score and FIM gain points are useful for judging the necessity of convalescent rehabilitation and estimating the possibility of home recovery. By an analysis of mRS 3 and 4 cases, convalescent rehabilitation has been more beneficial, resulting in a 77% home-recovery rate.

It is useful to evaluate stroke treatment for acute cerebral infarctions in an intra-hospital referral model, because of the seamless coordination from acute stroke therapy to convalescent rehabilitation, by clarifying a prospective evaluation on admission and necessity of successive rehabilitation.

脳梗塞急性期治療戦略

これまで、脳梗塞急性期治療における脳神経外科診療は無力であった。

2005年10月に tissue-plasminogen activator 静脈注射療法(t-PA療法)が認可されたことで、虚血性脳卒中治療戦略は大きく変わった。

私たちは、独自の t-PA 療法の治療戦略を作成し、

- 1)原則 MRI 診断を行い、
- 2)同治療適応を主幹動脈閉塞または狭窄例に限定し、
- 3)同療法後の血管撮影で再開通が得られない例に対し経皮的血管形成(PTA)を実施するというプロトコルを作成・実施した。

その結果分析から

- 1) 脳梗塞病型の多くが心原性脳塞栓症であったこと、
- 2) 内頸動脈または中大脳動脈(M1部)病変では経皮的血管形成(PTA)による再開通が得られたこと、
- 3) 同治療戦略にともなう症候性出血合併症は無かったことが判明した。

私たちの治療戦略は、同療法導入期であったことで学会発表に際し強いご批判を頂くことになったが、1年後に論文「急性脳梗塞に対する tissue plasminogen activator 静脈注射療法の現状と問題点」が第12回日本脳神経外科救急学会学術奨励賞として評価された。

急性脳梗塞に対する tissue-plasminogen activator 静脈注射療法の現状と問題点

村田高穂¹⁾、藤野卓史¹⁾、川上太一郎¹⁾、岡田由美子¹⁾、中西愛彦¹⁾、三木幸雄²⁾

Neurosurgical treatment for acute cerebral infarctions using intravenous tissue-plasminogen activator therapy

by
Takaho Murata¹⁾, Takashi Tsuruno¹⁾, Taichirou Kawakami¹⁾,
Naruhiko Nakanishi¹⁾, Yumiko Okada¹⁾, and Yukio Miki²⁾

from
Department of Neurosurgery, Suisboskai Murata Hospital and Department of Diagnostic Radiology, Graduate School of Medicine, Kyoto University³⁾

The aim of this paper is to discuss the current situation and problems in the neurosurgical treatment of acute cerebral infarction after the introduction of intravenous tissue-plasminogen activator (t-PA) therapy.

The diagnostic criterion for acute cerebral infarction was a distinct high-intensity areas on diffusion-weighted MR images, which corresponded to neurological deficits. Radiological diagnosis by 24-hour-available MR high-resolution imaging is necessary for a clinical diagnosis using the NINDS classification. A 1.5-Tesla Toshiba MRI scanner was used in this series.

During a recent 12-month period, our hospital treated 160 consecutive cases of acute cerebral infarction, including 35 cardio-embolic, 65 athero-thrombotic, 56 lacunar strokes, and 4 unclassified cases. For the cases with main arterial disease, particularly middle cerebral artery trunk occlusion, MR perfusion-weighted imaging (PWI) was essential for deciding whether or not intravenous t-PA therapy was indicated. Digital subtraction angiography (DSA) was useful for the evaluation of recanalization and for indication of percutaneous transluminal angioplasty (PTA) following t-PA.

Eight patients (23% of cases with cardio-embolic stroke) were treated with intravenous t-PA therapy, and 4 cases among them underwent PTA. In this series, there were neither hemorrhagic episodes nor re-occlusion. Moreover, all patients showed improvement in an evaluation using the modified Rankin Scale at discharge. It is noteworthy that our planning of t-PA with or without PTA therapies is effective for the treatment of cardio-embolic stroke.

(Received April 16, 2007)

Key words: acute cerebral infarction, diffusion-weighted image, tissue-plasminogen activator

III 開院三十年目の変革 (2006-2015)

診療変革

開院21年目の2006年に脳卒中学会より「研修教育施設」を認可された。

脳卒中診療を実践する中で、若い先生方の教育と地域における脳卒中予防の啓蒙活動を担う施設として、決意を新たにしました。

同5月、第16回院内研究発表会の開催を機に、発表会の抄録に加え、病院での臨床活動と学術活動、医療安全活動を一括掲載した「病院年報」を発刊することにした。

2010年4月、中村一仁部長が入職され、脳神経外科診療に変革がもたらされた。先生は、脳神経外科と脳卒中の手術は元より、脊髄外科、末梢神経外科、ボトックス治療といった広域な脳神経外科診療を展開された。

2013年、4月、経頭蓋磁気刺激(TMS)療法による脳卒中後の痙縮や疼痛治療の臨床応用を開始し、その有効性につき脳卒中学会とリハ関連学会において発表した。

同年6月、電子カルテを導入した。外来診療は予約制となり診察待ち時間が短縮され、入院診療は患者情報と画像情報の電子化により診療環境が大幅に向上、医療情報管理業務の能率化が得られた。同年11月、入院基本料10対1看護基準となった。

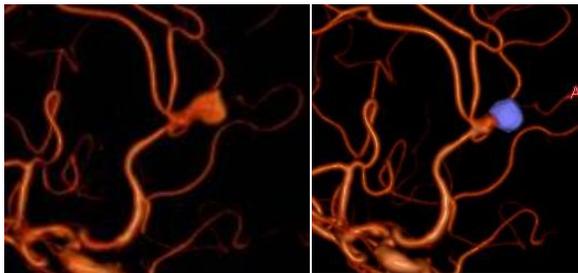
外科治療の変革

1998年脳卒中予防を主眼とした脳ドックを開始し、併せてくも膜下出血の予防的見地から「未破裂脳動脈瘤の手術」に取り組んできた。しかし、この頃の予防的手術は、手術適応の明確なevidenceはなく、脳神経外科医者は経験に頼りながら試行錯誤するしかなく、機能予後の問題を残した。

同じ頃、脳血管内治療が普及したことでこれまでの外科治療戦略は徐々に変革した。

未破裂脳動脈瘤の治療は、開頭クリッピングの治療オプションとしての瘤内コイル塞栓が導入され、これまで治療困難であった患者さんに対する治療が可能になった。

また、同治療は、頸動脈狭窄に対する頸動脈内膜剥離(CEA)に頸動脈ステント(CAS)が加わり手術適応は広がった。



未破裂前大脳動脈瘤/瘤内コイル塞栓(3D-CTA:術前後)・内頸動脈狭窄/CAS(DSA:術前後)

未破裂脳動脈瘤の治療戦略*

村田 高穂¹ 梶野 卓史² 下竹 克美²
寺川 雄三¹ 西尾 明正² 西嶋 義彦²
香野 一郎²

Management Strategies for Unruptured Cerebral Aneurysms

Takashi MURATA¹, Takashi TSUBOTA, Kazuo SUZUKI,
Yasuaki TERAKAWA, Akimasa NISHI,
Yoshihiko NISHIMURA², Ichiro AOKI²

¹ Department of Neurosurgery, Saitoh kai Maruta Hospital
² Department of Neurosurgery, Osaka City University Medical School

We discuss management strategies for unruptured aneurysms by an analysis of 62 treated and 48 untreated cases.

The treated cases were divided into the following two groups: Group A consisted of 38 patients with 46 aneurysms treated during our initial 13 years (7 males, 31 females, 54.2% years old), and Group B of 24 patients with 32 aneurysms (8 males, females 24, 52.7% years old, during the last 3 years.

In Group A, 36 patients were treated with neck clipping, except for two patients, who had giant aneurysms treated with internal carotid ligation and bypass surgery. All the patients in Group B were treated with either clipping or endovascular coil embolization.

Our indications for coil embolization include patients with aneurysms located in paracalcine arterial, carotid or basilar arteries, or with multiple aneurysms requiring more than one operation, or with a systemic risky disease for general anesthesia.

In group A, 12% of cases resulted in death during operation and 10.7% of cases resulted in morbidity, while in group B, there was neither mortality nor morbidity caused by a procedure of coil embolization.

The 32 aneurysms of 48 untreated patients have been observed without any endovascular treatment during periods of 6 months to 10 years with a mean of 2 years 7 months. Eventually, four aneurysms resulted in SAH, which cases were treated with emergency clipping or coil embolization.

The high rupture rate (12.5% per year) in the natural history may suggest that some aneurysms are more likely to rupture than generally considered.

We also reviewed operative findings of all cases: clipping cases, more than 80 percent of aneurysms, including those measuring less than 3 mm in diameter, had red colored, thin wall disease with or without lob.

Our conclusion is that surgical indications are for a complementary use of clipping and coil embolization.

(Received: March 12, 2003)

Key words: coil embolization, natural history, unruptured aneurysm
No Shinkei (Geka 29 (10) : 942-949, 2001)



病院組織変革

2015年4月、病院組織変革に着手した。病院部署の再編成と部長職の設置、会議体の再編成、医療安全管理委員会の充実を図るための改革である。

病院部署の組織化を図り、薬剤、画像・生理検査、栄養の各課を診療支援部、医療情報・総務・地域連携・保育の各課を事務部、既存の診療部・看護部・リハ部の5部に再編成し、部署間の人数調整を図ることで業務の円滑化を目指した。

会議体は、病院運営と医療現場の問題点を一括して話し合ってきた旧運営会議を、現場の問題点を自由に提起し話し合える「課長・主任らによる運営会議」と経営企画と方針を中長期の視点で計画・議論する「理事・部長による経営会議」に分離した。

医療安全管理は、「医療事故、院内感染、医薬品管理、医療機器管理、栄養給食に医療情報管理」の各委員会を設置し、チーム医療による横断的活動とした。また、各委員会における協議結果は医療安全連絡会議(全体会議)においてスタッフへの啓蒙を図る体制とした。

チーム医療への誓い

私たちは、「患者さんと医療者の協力によるチーム医療」を目指すため、スタッフ間での意志共有のため、2016年より「医療者のクレド」と「チーム医療のクレド」を作成した。

医療者のクレド(3H)

“Hospitality” 「あなたの喜びが私の喜びです」

“Humanity” 「あなたの人格を尊重します」

“Honesty” 「あなたと誠実に向き合います」

チーム医療を医療者が患者さんおよびその家族と同じ目的に向かい協力して行う医療」
チーム医療のクレド（3C）

“Communication” 「病院スタッフ間の信頼と理解のために交流すること」

“Collaboration” 「専門性の高い多職種スタッフ間で協調と情報共有を図ること」

“Cooperation” 「共通の診療目標に向けて医療者と患者・家族が協力すること」

🍀 IV 医療継承に向けて (2016-2025)

病院改修計画

病院は、病院新築プロジェクトを 2035 と想定した病院改修工事を実施した。

病院改修工事の骨子は、

- 1) 診療業務と管理業務機能分離、
- 2) 診療環境の整備、
- 3) 職場環境の改善、
- 4) デイケア施設の開設とした。



東館と病院全景(2023年4月)

急性期脳卒中診療の充実

2016年5月、3床のStroke Care Unit(SCU)を開設した。

SCUは、多職種連携による脳卒中急性期診療の場であり、脳卒中急性期の標準化と合併症予防および早期の急性期リハ実施を計画するユニットである。

2021年9月、病院改築計画に際しSCU病床数を3床から6床に増やし、脳卒中診療への重点化を図った。

そして2018年4月、急性期一般入院料1、回復期リハ入院料1を認可された機会に、急性期診療はDPC(Diagnosis-Procedure Combination)診療に移行した。

DPC診療の目的は、「病院改革2025」における診療機能分化と病床数適正化への急性期診療体制の改革である。DPC診療では、急性期診療における病床稼働率と平均在院日数の調整が必要になるため、

- 1) 救急診療の継続と迅速で正確な診断、
- 2) 外科治療を柱とした脳神経外科急性期診療、
- 3) 急性期後の速やかな回復期リハ治療連携

が求められる。

2019年(令和元年)9月、病院は一次脳卒中センター(Primary Stroke Center=PSC)を認定された。PSCは、

- 1) 一年を通して脳卒中診療を実践できる施設であるとともに脳卒中救急の365日24時間受け入れ体制を有する、

2) 標準的脳卒中急性期治療と脳梗塞超急性期治療としての t - PA 静脈注射療法実施が可能である、

3) 血栓回収療法の体制を有する

など、一定の要件を満たす施設とされ、さらなる医療者の脳卒中診療への責任と情報共有の自覚が求められる。

見えない敵との戦い

2019年4月、村田大樹部長が就任したが、診療部の長としての初仕事はCOVID-19との戦いとまった。

2020年春、見えない敵（COVID-19）による世界的感染蔓延（パンデミック）となり、我が国においても同年4月以後緊急事態宣言が繰り返し発令され医療崩壊の危機に直面した。

その後、COVID-19は3年間に変異を繰り返し続け、感染対策に難渋したことから医療のみならず社会経済は大打撃を受けることになった。

病院では、感染対策委員会を中心に院内クラスター発生防止に努めながら地域の脳神経外科と脳卒中救急診療という私たちの Mission を継続したが、医療の現場は混乱し病院経営にも多大な影響を残した。

包括的脳卒中ケアシステム

2021年3月、開院来36年間変わらず内科診療を支えてくれた秀穂副院長が退職され、同時に、自身院長を辞任し4月より伊藤昌広新院長に病院を託すことになった。世代交代である。

同年11月、穂翔クリニックにおいて脳卒中生活期リハを柱とした生活期ケアのためのデイケア施設アペリオを開設した。

生活期リハは、卒中後の生活を再構築することを目指し、専門職と生活期を支える関連職種や地域行政を巻き込んだ総合的・包括的地域リハ、個々の障害程度に適した訓練プログラムを立案する個別リハ、専門職による定期的評価と訓練内容の更新による継続リハを必要とする。

「脳卒中急性期・回復期・生活期ケア連携による包括的脳卒中ケアシステム」である。

開院40年目の決意

2024年、チーム医療の Mission を総括した。

1) 「親切な医療」: 「親切な医療」とは、読んで字の如く「思いやり深く丁寧な医療」

2) 「安心・安全な医療」: 「安心な医療」とは、「患者さんが安心して受けることのできる医療」

「安全な医療」は、チームで横断的に行う「医療安全活動」

3) 「良質な医療」: 「良質な医療」は、チームを構成するスタッフ個々の自己研鑽と情報共有」医療継承は「点ではなく、新旧世代のスタッフが協力して創造する時間の帯」である。

私たちが次の10年間に「何を継続し、何を変革すべきか？」を考え続けることであり、その問い掛けの先に50周年への道が見つかるだろうと思う。

2025年4月