



病院使命

-Hospital Mission-

脳神経外科手術による急性期診療
急性期から回復期リハビリテーションにいたる診療連携
脳卒中二次予防と危険因子治療としての地域診療

Credo

医療人のクレド(3H)

～わたしたちは、あなた(患者さん)に3つの約束をします～

- | | |
|---------------|---------------|
| 1.Hospitality | あなたの喜びが私の喜びです |
| 2.Humanity | あなたの人格を尊重します |
| 3.Honesty | あなたと誠実に向き合います |

チーム医療のクレド(3C)

～チーム医療とは、患者さんとその家族と医療スタッフが協力して行う医療である～

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1.Communication | スタッフ交流により、働きやすい職場をつくります |
| 2.Collaboration | 多職種連携により、安全で良質な医療を提供します |
| 3.Cooperation | チーム協力により、医療目的を共有します |

自己啓発のクレド(PRESS)

～自分を高めるために～

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1.Proposal | 自由な発想で積極的に提言します |
| 2.Respect | 多様な意見や考えを尊重します |
| 3.Evidence | 根拠に基づいた話し合いを心掛けます |
| 4.Self-care | 心身の健康管理に努めます |
| 5.Self-goal | 自己目標の達成に向けて励みます |

黄花晩節

『恩返しの医療』

今年 2025 年（令和 7 年）は、「昭和百年」に当たる。

昭和 24 年生まれの私は今年 76 歳となり喜寿を迎えた。昭和に生まれ、これまでの半分以上を昭和に生きた私にとって、この「昭和百年」という言葉は何とも心地良い響きがある。

私の「医者マラソン」は昭和 48 年に始まり、昭和、平成、令和と続く 50 年間で「あるがままに」駆け抜けてきた。そして、喜寿を迎えた今、以前のように走れなくなった私は「生きる歓び」を噛み締めながら「医者マラソン」を歩いている。



「あるがままに 医道往きて 喜寿の春」

「生きることは？」

「生きること」が運命とか宿命という言葉により説かれる。

Web 情報で、運命とは「人の意思に係らず身に巡って来る吉凶禍福」、宿命とは「前世から定められている運命」とされる。すなわち、運命も宿命も「人が生きる上で避けられない定め」と考えられ、「現在生きている人が将来をどう生きるか？」という問答と解釈される。だとすれば、「生きること」とは「志をして自らの運命や宿命に抗う」ことかも知れない。

～竜馬の生きた幕末、人の一生たかだか五十年と言われた。

「一旦志を抱けば、これに向い事が進捗する手段のみをとり、いやしくも弱気を発してはいけない。

例えその目的が成就できなくとも、その道中で死ぬべきだ。生死は自然現象だから、これを計算に入れてはいけない。志を持って天下に働きかけようとするほどの者は、自分の死骸が溝の淵に捨てられ自分の首が道端に転がっている情景をいつも覚悟せよ」（司馬遼太郎「竜馬がゆく」より）～

竜馬は、幕末にあり日本の将来を憂いし、強固な志によって自身の運命に抗い、濃厚な人生を全うした。幕末には、多くの志士が竜馬と同様の熱い思考を持ち、彼らの屍を礎として維新という歴史が築かれたのである。

そして、竜馬は、新しいニッポンを見ることなく、33 歳で逝った。

私の「医者マラソン」は、患者さんとの「一期一会」であった。

急性期の治療を終え回復された患者さんの喜びの顔や感謝の言葉が私たち医療者のエールとなった。

一方で、力及ばず「看取り」させていただいた患者さんたちが、運命や宿命により突然断たれた命、生きたいという願いも叶わず終えた命、医療が救えず悔しさと虚しさを残した命、長寿を全うし満願で逝った命との一会があった。

そして、どの命にも軽重は無く、ときに運命に抗いときに宿命を悟り、最期を迎えた命であり、全てが「生きることは？」の答えであったように思う。

「長寿をどう生きる？」

～維新から 150 年後、私たちの生きる現代。高齢化社会となった日本の平均寿命は 80 歳を超えている。高度化した医療は、治療から予防へと目的を移した。予防医療とは、毎日の食事や運動を工夫し健康な生活を維持し、高度医療により病根を早期に発見し治療することである。予防医学により日本は世界の長寿国になった（「日経新聞社説 1997 年」より）～

今や多くの日本人が「長寿を当然のこと」と考えるようになり、健康で長生きすることが「生き甲斐」と考えるようになった。

そこには、「長寿をどう生きる？」と言う問いかけに対する答えを見出すことは難しい。

幸いにも健康で喜寿という運命をいただいた私に「これからひとりの医者として何がきるだろう？」と自問する。

「黄花晩節」とは、「黄花」は長寿の意味、「晩節」は気高い信念を持ち続けること、また黄花は菊の花の別名であり、菊が寒い日の霜にも負けず花を咲かせることから、年老いても健康なこと」に例えられる。

私には、竜馬が抱いたような強固な志があったわけではない。ただ「あるがままに」走り抜けた半世紀の脳神経外科医者マラソンと、その真ん中に村田病院での歓びと苦難の 40 年の時間があった。

「そんな私が今できることは？」

「これまで同様ひとりの医者としてマラソンを続け、ゴールを迎えるまで歩み続けること」と悟った。

そして「これまでにいただいたたくさんの一期一会への『恩返しの医療』が晩節の使命と心得る。

「恩返しの医療とは？」

恩返しの医療とは、自身の医者マラソンの中で一会をいただいた患者さんが、脳卒中の急性期と回復期リハビリテーション診療の後「これからの第二の人生をどう生きるか？」という問いかけに対し一緒に考える医療である。

恩返しの医療のモットーは、「苦痛を和らげ、安楽を共有すること」。

そして、「恩返しの医療のクレド」は、

- 1) 診察時間の制約を設けず患者さんが納得するまで話を聞く
- 2) 現状の診断と治療方針を共有し、患者さんの理解と納得を得る
- 3) 医療と介護の両面から今後の生活支援と Advance Care Planning (ACP) を考えるとした。



「黄花霜に咲き 一会の恩返し」

2025 年 1 月
村田 高穂



目次

I. ご挨拶	5
II. 病院概要	6
III. 医師紹介	8
IV. 臨床活動	12
V. 学術活動	
研究発表.....	23
院外学術報告	50
VI. 委員会活動.....	55
VII. 職員紹介 等.....	67
・ 病院 40 年の歩み	74
・ 編集後記	82

目次

I. ご挨拶	5
II. 病院概要	6
III. 医師紹介	8
IV. 臨床活動	12
V. 学術活動	
研究発表.....	23
院外学術報告	50
VI. 委員会活動.....	55
・ 病院 40 年の歩み	67
・ 編集後記	75

I. ご挨拶

日頃より、穂翔会村田病院の運営にご協力、ご支援いただきまして誠にありがとうございます。この度、令和6年度の年報ができあがりましたのでお届けいたします。ご高覧いただければ幸いです。

令和6年は怒涛のコロナ感染期が過ぎ去り、活発な社会生活が回復し、訪日外国人の急増と物価上昇に加えて、保険診療報酬改定等、急速な社会情勢の変化で多くの困難な状況を職員一丸となって乗り越えた一年でした。

当院は引き続き「患者中心の医療」を目指し、脳卒中急性期治療、回復期リハビリテーション治療、生活期治療を通して地域に寄り添う病院であり続けたいと願っております。

現在、救急室（ER室）、ストローク・ケア・ユニット（SCU）6床、急性期病棟、回復期病棟、2021年4月に開設した穂翔クリニックでのデイケアも軌道に乗り、脳卒中発症から生活期までの一貫した脳卒中治療が可能となりました。また、認知症外来を開始しました。抗アミロイドβ抗体薬治療も行なって参ります。

脳梗塞急性期治療としては脳血栓回収治療や脳動脈瘤コイル塞栓術はもとより脳動脈瘤クリッピング術、頸動脈ステント留置術、硬膜動静脈瘻の血管内治療を行っております。また慢性期虚血病変には内頸動脈内膜剥離術、脳血管バイパス術、脳動脈瘤クリッピング術など外科的治療も積極的に行っております。今後はより一層の医療の質を高めるべく取り組んで参ります。

また、脳神経疾患治療病院として頭部外傷、脊髄疾患、認知症、てんかん等や内科的疾患全般にわたる診療にも積極的に取り組んで参ります。

働く仲間を大切に尊敬し合い、進歩し続ける医療の中で、患者さんとその御家族の立場に寄り添える心の通った医療を心がけます。

今年は当院開設40周年を迎えます。「困っている人を助ける」という村田イズムは変わらず、脳疾患で苦しんでいる多くの患者さん、またそのご家族に最良の治療が提供できるよう今後も地域の人たちから選ばれる病院を目指し、職員一同頑張っていきたいと思っております。

最後に、これまでのご支援に心より感謝申し上げますとともに、皆様のご健康とご多幸をお祈り申し上げます。

2025年4月

村田病院 院長 伊藤 昌広

Ⅱ. 病院概要 等



1. 施設基準届出一覧

急性期一般入院料 2	排尿自立支援加算
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	診療録管理体制加算 3
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	医師事務作業補助体制加算 1 (20 対 1)
25 対 1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5 割以上)	医療安全対策加算 2 医療安全対策地域連携加算 2
夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算	病棟薬剤業務実施加算 1
脳血管疾患等リハビリテーション料 I	データ提出加算 2 口
運動器リハビリテーション料 I	せん妄ハイリスク患者ケア加算
薬剤管理指導料	感染対策向上加算 2
外来排尿自立指導料	療養環境加算



2. 指定基準

救急指定病院	昭和 60 年 10 月 21 日指定
一次脳卒中センター	令和 6 年 4 月 1 日更新
日本脳神経外科学会 専門研修プログラム 連携施設	令和 5 年 4 月 1 日更新
日本脳卒中学会 研修教育施設	令和 6 年 4 月 1 日更新
日本脳ドック学会 認定施設	令和 2 年 4 月 1 日更新



3. 指導医

日本脳神経外科学会 脳神経外科指導医	村田 高穂 伊藤 昌広 鳴海 治 村田 大樹
日本脳卒中学会 脳卒中指導医	村田 高穂 伊藤 昌広 鳴海 治 村田 大樹
日本脳卒中の外科学会 脳卒中技術指導医	鳴海 治



4. 専門医

日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医	村田 高穂 伊藤 昌広 鳴海 治 村田 大樹
日本脳卒中学会 脳卒中専門医	村田 高穂 伊藤 昌広 鳴海 治 村田 大樹
日本脳神経血管内治療学会 脳血管内専門医	鳴海 治

日本内科学会 認定内科専門医	木村 麻子
日本内科学会 総合内科専門医	木村 麻子
日本循環器学会 循環器専門医	木村 麻子
日本脳ドック学会 脳ドック専門医	村田 高穂 伊藤 昌広
日本救急医学会 救急科専門医	伊藤 昌広



5. 医師その他

日本医師会認定産業医	伊藤 昌広 丸山 敦司 木村 麻子 村田 祐樹
回復期リハビリテーション病棟専従医	若山 由紀子 村田 祐樹
日本救急医学会救急専門医認定資格	伊藤 昌広



6. 看護師認定資格

日本看護協会認定看護管理者	李 道江 中村 恵理子
脳卒中看護認定看護師	尹 誠太
回復期リハビリテーション病棟 協会認定看護師	李 道江
国際臨床医学会認定日本国際看護師	李 道江 夫 春子
3 学会合同呼吸療法認定士	夫 春子 城田 真美
急性期ケア専門士	佐藤 みのり



7. コメディカル認定資格

日病薬病院薬学認定薬剤師	上野山 周雄 高橋 和寛 大嶋 あかね
第1種放射線取扱主任者	吐田 憲司
日本X線CT認定技師	飯田 泰隆
認知運動療法士	下村 幸恵
認知神経リハビリテーション士	石橋 凜太郎 寺田 萌 藤原 瑤平
3 学会合同呼吸療法認定士	松川 拓
日本摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士	羽尻 高司
脳卒中認定理学療法士	山下 弘晃

Ⅲ. 医師紹介

医局一丸で地域医療に貢献して参ります！



【理事長】

村田 高穂 Takaho Murata

診療科	脳神経外科
学位	医学博士(京都大学)
認定医	日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医 日本脳神経外科学会 脳神経外科指導医 日本脳卒中学会 脳卒中専門医 日本脳卒中学会 脳卒中指導医
専門分野	脳神経外科総合管理、脳卒中予防診療(脳ドック)

Message

脳卒中の診断と急性期治療、回復期リハビリテーションの適応判定および二次予防のコーディネートを実践しています。



【院長】

伊藤 昌広 Akihiro Ito

- 診療科** 脳神経外科
- 学位** 医学博士(京都大学)
- 認定医** 日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医
日本脳神経外科学会 脳神経外科指導医
日本脳卒中学会 脳卒中専門医
日本脳卒中学会 脳卒中指導医
日本救急医学会 救急専門医
日本医師会 日本医師会認定産業医
- 専門分野** 脳血管障害、脊椎疾患
- 評議員** 日本脳神経外科学会評議員、日本脳神経外科コンgres評議員
日本脳卒中学会評議員、日本脊髄学会評議員
- その他** 麻酔科標榜医、日本てんかん学会会員、脳神経外科認知症学会
会員、日本リハビリテーション医学会会員

Message

患者さんが安心安全に医療を受けて頂けるよう取り組んで参ります。



【診療部 部長】

村田 大樹 Daiki Murata

- 診療科** 脳神経外科
- 学位** 医学博士(京都大学)
- 認定医** 日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医
日本脳神経外科学会 脳神経外科指導医
日本脳卒中学会 脳卒中専門医
日本脳卒中学会 脳卒中指導医
- 専門分野** 脳神経外科一般

Message

脳卒中後の急性期治療を主に担当しています。患者さんやご家族と目線を合わせた診療を心がけていきます。



鳴海 治 Osamu Narumi

診療科 脳神経外科
学位 医学博士(京都大学)
認定医 日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医
日本脳神経外科学会 脳神経外科指導医
日本脳卒中学会 脳卒中専門医
日本脳卒中学会 脳卒中指導医
日本脳神経血管内治療学会 脳血管内治療専門医
脳卒中の外科学会 脳卒中技術指導医
厚生労働省臨床指導医
専門分野 脳神経外科一般

Message 安全、丁寧な医療を提供することによって患者さんの健康的な生活を支援できるよう努めます。



羽生 敬 Takashi Hanyu

診療科 脳神経外科
専門分野 脳神経外科一般

Message 患者さんに寄り添った地域医療が出来るよう、努めて参ります。



村田 祐樹 Yuki Murata

診療科 リハビリテーション科
学位 医学博士(京都大学)
専門分野 リハビリテーション
内科
アレルギー

Message 患者さんの御努力の一助になれますようにつとめて参ります。



木村 麻子 Asako Kimura

診療科 内科
認定医 日本内科学会 認定内科専門医
日本内科学会 総合内科専門医
日本循環器学会 循環器専門医
日本医師会 日本医師会認定産業医
専門分野 内科一般

Message 患者さんのお気持ちに寄り添った診療をこころがけます。



丸山 敦司 Atsushi Maruyama

診療科 内科
学位 医学博士(大阪大学)
専門分野 内科一般

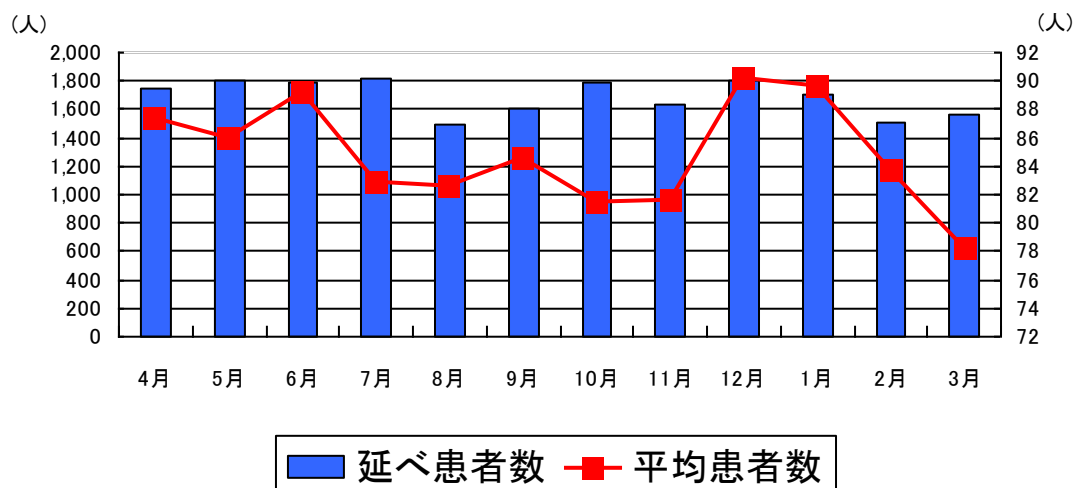
Message 患者さん、職員、地域関係者の期待と信頼に応えられるよう努めて参ります。



IV. 臨床活動

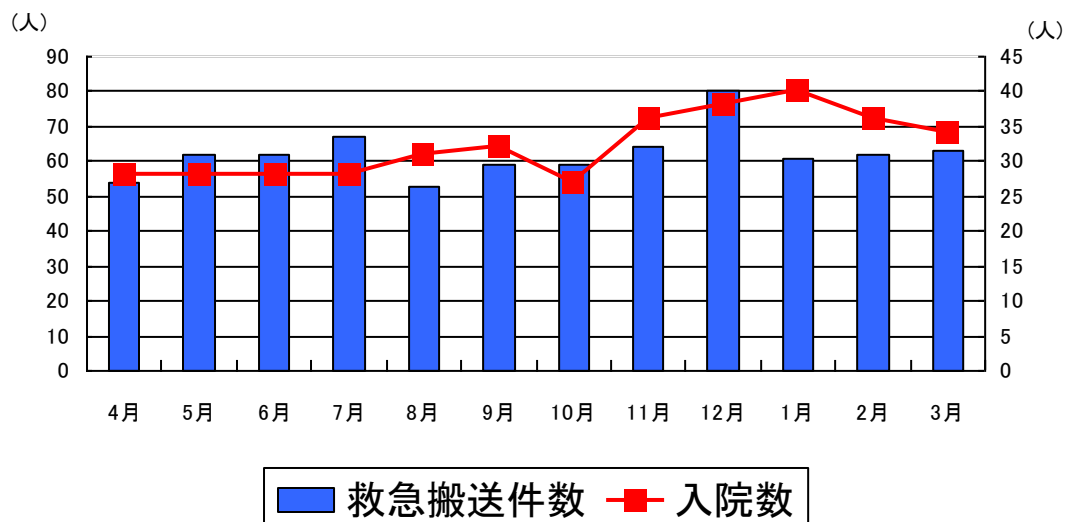
診療・救急医療

1. 外来患者数推移



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
延べ患者数	1747	1807	1783	1823	1487	1606	1791	1632	1802	1703	1506	1563
平均患者数	87.4	86.0	89.2	82.9	82.6	84.5	81.4	81.6	90.1	89.6	83.7	78.2

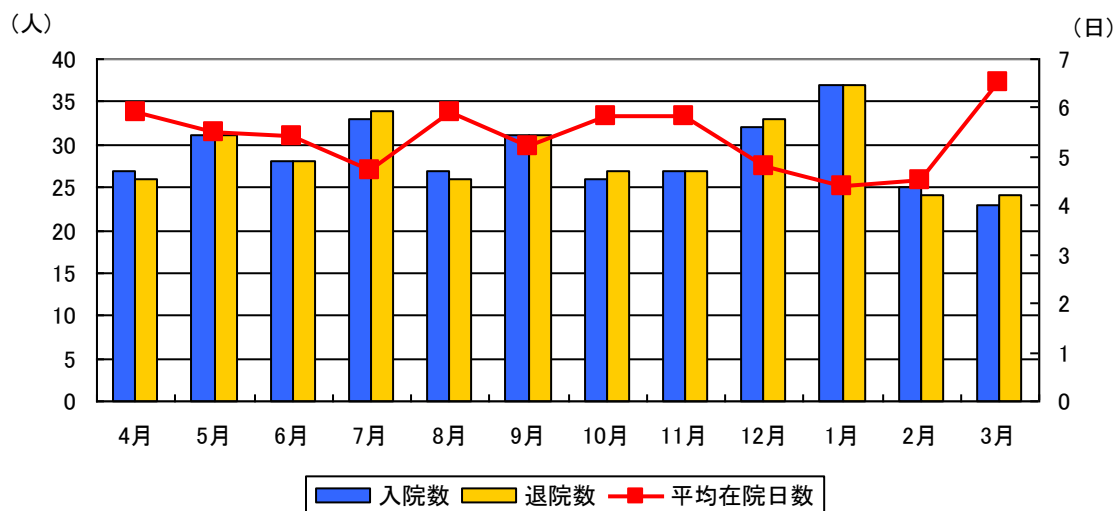
2. 救急診療(救急搬送患者推移)



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
搬送件数(件)	54	62	62	67	53	59	59	64	80	61	62	63
入院数(人)	28	28	28	28	31	32	27	36	38	40	36	34
入院割合(%)	51.9	45.2	45.2	41.8	58.5	54.2	45.8	56.3	47.5	65.6	58.1	54.0

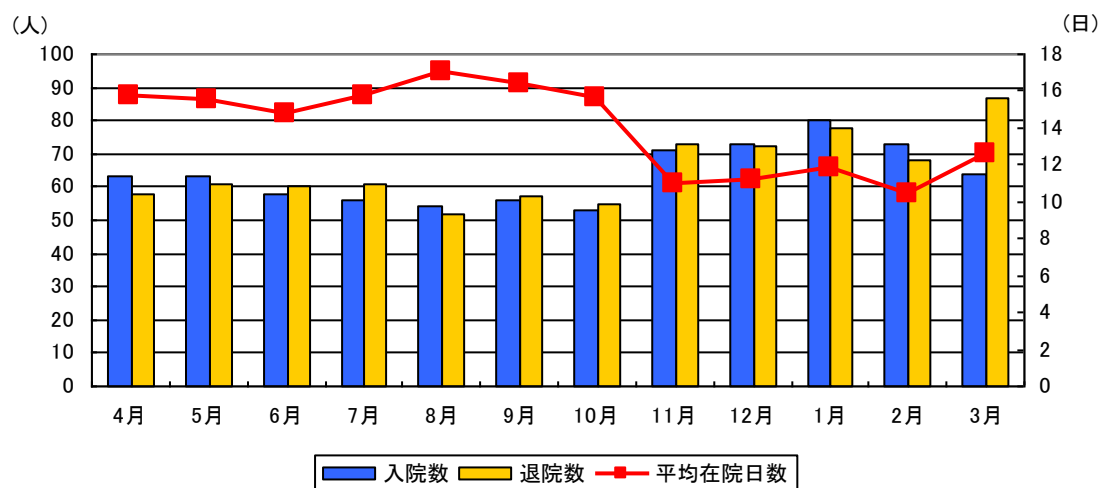
3.急性期診療(入退院数・平均在院日数)

1)脳卒中ケアユニット(SCU)



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
入院数	27	31	28	33	27	31	26	27	32	37	25	23
退院(転出)数	26	31	28	34	26	31	27	27	33	37	24	24
平均在院日数	5.9	5.5	5.4	4.7	5.9	5.2	5.8	5.8	4.8	4.4	4.5	6.5

2)急性期一般病棟



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
入院数	63	63	58	56	54	56	53	71	73	80	73	64
退院(転出)数	58	61	60	61	52	57	55	73	72	78	68	87
平均在院日数	15.7	15.5	14.8	15.7	17.0	16.4	15.6	10.9	11.2	11.8	10.4	12.6

脳神経外科手術件数【161 件】

★ 脳血管障害 75 件	
クリッピング（破裂）	3
クリッピング（未破裂）	4
ラッピング（未破裂）	1
CEA	8
CAS	9
血栓回収・PTA	21
開頭脳内血種除去	11
脳血管吻合	1
脳血管内治療	14
AVM・AVF	2
外減圧	1
★ 腫瘍 7 件	
脳腫瘍摘出術	4
腫瘍摘出（その他）	3
★ 脊髄・末梢神経 16 件	
脊椎・脊髄	16
末梢神経	0
★ 機能外科 0 件	
ITB・SCC	0
MVD	0
★ 外傷 46 件	
穿頭硬膜下血腫除去	41
開頭硬膜下・外血種除去	4
頭蓋骨成術	1
★ シャント手術 6 件	
V-P シャント術	6
L-P シャント術	0
★ 脳室ドレナージ・他 11 件	
脳室ドレナージ術	3
その他	8

リハビリテーション診療

1. 回復期リハビリテーション病棟（人）

入院(転入)総数	退院総数
105	101

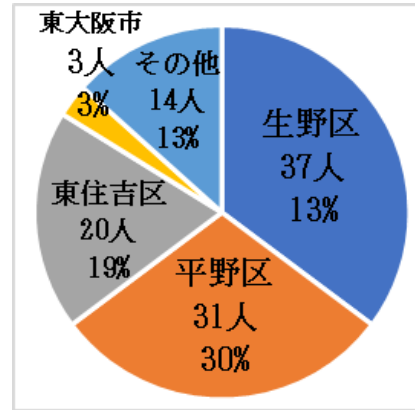
2. 転科入院および紹介入院（人）

当院急性期からの転科入院	他院からの紹介入院
78	25

*rTMS 入院の2名を除く

3. 住所別入院患者数（人）

生野区	平野区	東住吉区	東大阪市	その他
37	31	20	3	14



4. リハビリテーション分類（人）

脳血管疾患	廃用症候群	運動器疾患
93	8	4

脳血管疾患 内訳	脳梗塞	脳出血	SAH	脳・脊髄腫瘍	頭部外傷	その他
	49	33	5	3	2	1

5. 転帰（人）

在宅	施設
79	22

6. 入院患者の重症患者（FIM 55 未満）の割合：47%

7. 当院急性期から回復期リハビリテーション転科までの平均日数：28 日

8. 脳血管疾患における回復期リハビリテーション科での平均在院日数：106 日

9. 入院時の平均 FIM 70 退院時の平均 FIM 100

10. FIM 利得：利得率：0.28（運動 FIM 利得率：0.24）



村田高穂先生の理念の基、下竹克美先生、富永正子看護師方々が築き上げてこられた回復期病棟を継承していくことに強い責任を感じます。

現在 30 床の病床を計画的に運営し、急性期病棟からの転科を中心に、ご紹介を賜る症例に対しても幅広く対応させて頂き、病気を乗り越えていこうとされている、なるべく多くの患者さんに回復期病棟をご利用して頂きたいと思っています。

患者さんの生活の質向上に、スタッフ一同で取り組んで参る所存ですので、今後ともどうかよろしくお願い申し上げます。

村田 祐樹

リハビリテーション部

1. リハビリテーション提供単位数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	平均
急性期	3992	3421	3258	3238	3759	3465	3869	3466	3278	3915	3716	3676	43053	3822
回復期	4777	5160	5228	5591	5645	5809	5754	5319	5145	5282	5175	5747	64632	5563
入院	9416	9903	8938	9210	10170	10246	10234	9672	9115	9158	8121	8448	112631	9385
外来	260	257	264	224	212	247	329	313	288	224	243	295	3156	281
訪問	156	162	163	149	161	151	175	188	150	160	183	183	1981	160

2. リハビリテーション平均提供単位数(単位/人/日)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年間
回復期	6.4	6.2	6.2	6.0	6.4	6.6	6.6	6.8	6.4	6.1	6.2	5.6	6.3

3. 回復期実績指数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年間
指数	80.6	55.2	47.3	40.3	52.8	44.2	52.8	49.0	53.6	49.2	40.6	42.5	48.9

4. アペリオ（通所リハビリテーション）実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
登録人数（人）	55	55	58	58	60	61	63	62	61	61	62	62
実績利用者数 〔要介護〕（人）	301	299	321	332	364	339	368	339	328	287	284	314
実績利用者数 〔要支援〕（人）	39	38	43	40	38	38	44	51	55	61	63	65
利用率 〔要介護〕（%）	84.7	89.5	84.4	83.4	85.4	87.8	88.2	91.6	88.8	86.4	87.3	86.5



2024年度の臨床実績としては、急性期病棟、回復期病棟、外来で総提供単位数は2023年度よりも増加しました。今後も、リハビリテーションを必要とする患者さんに、質・量ともに十分なリハビリテーションが提供できるよう努めます。

研究の実績としては、英論文1編が発行され、8学会(国際学会含む)で14演題の院外発表がありました。また、3学会合同呼吸療法認定士、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、脳卒中認定理学療法士を各1名が取得し、それぞれ自己研鑽に努めています。

2025年度も、さらなる底上げを図り、充実したリハビリテーションが提供できるよう、「臨床」「研究」「教育」に励んでいきたいと考えています。

リハビリテーション部 部長 市村 幸盛

看護部

1. 入院後に発症した肺炎・尿路感染・褥瘡発生率（％）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
肺炎	4	2.5	1.6	2.4	5.3	0.8	1.7	4.5	3.1	3.6	4.7	4.6
尿路感染症	1.3	5.9	6.7	1.6	4.5	3.5	3.5	3.0	2.3	7.2	7.8	3.8
褥瘡	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1. 看護部活動

I 看護師による医療・介護連携「脳卒中研修会」を開催

日時	開催場所	対象	参加人数
2024年10月23日	東住吉地域包括支援センター	ケアマネージャー、介護職員	15名
2024年12月11日	異地域包括支援センター	ケアマネージャー、介護職員	14名

II 院内研修

2024年	研修名	講師
4月24日、30日	動脈ラインについて	尹 誠太
5月	重症度・医療看護必要度を理解する	李 道江副院長
5月29日	急変時の対応（シミュレーション）	尹 誠太
8月20日	12誘導心電図講習	臨床検査技師 林 知子
8月23日	食物繊維の生理作用、経管栄養で起こる下痢。便秘の対策について	ネスレ日本（株） 田上 理佐
9月18日、19日	急変時対応について	尹 誠太
10月1日～3日	看護師と看護補助者との協働について	夫 春子看護部長
11月19日	腰痛を防ぐおむつ交換について	ユニ・チャーム（株） 楠原 竜馬
11月5日～26日	看護補助者研修	夫 春子看護部長
12月8日	脳卒中の看護	尹 誠太



看護部は、昨年度から地域で働く介護職を対象に地域研修会を開催しています。研修会の目的は

- ① 脳の病気と症状について ② 早期に治療介入することの意義について
- ③ 脳卒中発症の原因と再発予防について ④ 脳卒中専門病院としての当院の役割などを知ってもらうことです。

研修に参加した看護師は、ケアマネージャーや介護スタッフと交流することによって、在宅での困りごとに耳を傾けることができ、退院調整において遵守しておくべきことに気づく機会となりました。参加者からは、脳卒中に対する理解が得られたとの声が聴かれました。研修の開催は、急性期、回復期から在宅生活への患者サポートにおいて有意義であったと考えます。

看護部は、院内研修にも取り組み脳卒中リハビリテーション認定看護師が中心となり勉強会を開催しました。勉強会では、知識を深めることで病気だけではなく、その人が置かれている状況を把握し、ケアを実践することの大切さを学ぶ機会となりました。今後も、学びあえる機会を増やし、看護の質を高め、患者さん・ご家族に寄り添う看護を目指していきたいと考えます。

看護部 部長 夫 春子

診療支援部

○画像検査課

1. 一般撮影、CT、MRI、IVR、DXA 検査数 (件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
一般撮影	53	65	59	58	42	80	71	67	59	81	72	77
CT	403	434	381	407	350	340	374	416	452	415	380	382
MRI	421	376	441	384	343	362	411	438	409	406	366	368
IVR	9	3	2	1	6	6	3	4	6	4	3	3
DXA	19	18	20	11	13	12	16	23	21	24	18	9

2. 遠隔読影レポート数 (件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
CT	161	163	141	157	147	129	126	158	166	184	159	170
MRI	92	81	73	75	59	59	79	73	62	54	39	41

3. 脳ドック件数 (件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
32	21	12	10	17	6	14	12	12	17	13	12



2024年度の画像検査課実績数は、CT 4,734 件（前年 5,199 件）、MRI 4,725 件（4,711）、血管内治療（IVR）50 件（52）、骨密度測定（DXA）201 件（173）の検査を実施いたしました。

今年度は医師の入職により MRI、IVR とも前年度並みに検査数を維持出来ましたが、感染症（新型コロナ等）の終息や MRI ファーストを実施した結果、CT 検査数は減少となりました。

脳ドックの件数はやや減少となりましたが、新たに検査枠を設け、検査オプションを追加するなど件数増加に努めていきます。堅調に増加したのは DXA と他院からのご紹介検査であり、近年の平均検査数を超える事が出来ました。

今後も脳卒中の急性期病院として、超急性期から血管内治療への速やかな対応に課員一丸となって取り組んでいきます。

画像検査課 課長 新庄 康貴

○臨床検査課

1. 院内救急検体検査数（件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
64	70	57	57	46	54	48	52	84	78	68	70

2. 尿検査(件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
98	101	80	74	110	107	85	93	78	88	86	90

3. 生理機能検査

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
心電図	98	117	100	92	94	111	115	122	133	136	118	114
ホルター心電図	0	7	3	5	2	3	10	2	8	4	5	2
肺機能	2	5	5	3	4	4	7	4	5	3	5	7
血圧脈波	5	9	5	8	5	6	4	4	10	7	8	6
頸部エコー *甲状腺含む	11	16	11	2	12	15	12	11	14	7	11	10
腹部エコー	4	5	1	1	2	8	2	7	1	4	2	2
心エコー	30	40	24	33	25	20	35	20	39	34	29	29
下肢エコー	9	7	3	8	7	4	13	6	11	11	7	5
脳波	5	10	8	9	4	6	10	4	7	13	13	10
聴力	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	0	0



正確な結果を報告するため日々の精度管理・各種機器管理、データ管理を行っております。また患者背景を考慮し病気の診断・治療に役立てるように努めています。

2024年度の院内救急検体検査は748件と増加傾向にあり、生理機能検査では、心電図検査1350件、心臓エコー検査358件、頸部エコー検査132件、実施しました。

その他、患者さん及び職員を感染から守るため、抗菌薬耐性菌の分離状況を把握しアウトブレイクを防ぐように努めております。職員の健康診断では、データ管理、感染の確認を行い安全で健康に仕事に従事できるように検査値から情報提供を行っております。これからも、皆さまに貢献できるように知識・技術の習得に励みます。

臨床検査課 主任 林 知子

○薬剤課

1. 算定件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
薬剤管理指導	98	63	81	93	67	77	56	91	81	67	69	66
退院時薬剤情報 管理指導	28	29	26	26	24	25	26	34	26	32	27	25

服薬指導率 70.3%

2. 後発品使用実績：使用率（%）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
53.2	53.3	52.1	52.1	52.1	52.3	62.1	61.9	61.0	62.5	60.3	59.6

3. 抗菌剤の使用状況

抗菌剤 AUD (DDDs/1000bed)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
TAZ/PIPC	25.3	14.5	8.5	11.2	15.4	4.8	15.6	16.7	29.7	23.7	12.6	19.5
第4世代セフェム	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
カルバペネム	1.0	2.3	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	1.6	1.9	2.4	3.0
抗MRSA薬	0.0	3.2	0.0	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4	0.6	4.0



2024年度の服薬指導率は70.3%であり昨年度の69.4%と横ばいでしたが服薬指導件数は909件と昨年度の946件と比べ減少しました。これは8月より常勤薬剤師の減員が影響したものと考えます。後発品使用実績は10月からの選定療養費制度の導入に伴い、約10%上昇しました。抗菌薬の使用状況についてはTAZ/PIPCの使用量が増加しており、適正な抗菌薬使用に関して感染対策委員会と連携しながら注視しているところです。

来年度は常勤薬剤師の確保を行い、より安全で患者さんが安心して薬物治療を受けていただけるよう、また“顔の見える薬剤師”を目指して努めていきたいと思います。

診療支援部 部長 兼 薬剤課 課長 上野山 周雄

○栄養管理課

1. 栄養指導件数（件）

		減塩食	糖尿食	心脂食	肝臓食	腎臓食	低栄養	食形態	非加算	総指導数
4月	初回	3	2	14	-	-	-	1	-	20
	2回	2	1	1	-	-	-	-	-	4
5月	初回	6	6	8	-	-	-	-	-	20
	2回	3	2	3	-	-	-	-	-	8
6月	初回	4	8	9	-	1	-	-	-	22
	2回	3	2	3	-	-	-	-	-	8
7月	初回	2	6	13	-	-	-	1	2	24
	2回	2	5	1	-	1	-	-	-	9
8月	初回	3	3	14	-	-	-	-	1	21
	2回	1	2	1	-	-	-	-	-	4
9月	初回	2	8	9	-	-	-	1	1	21
	2回	2	4	4	-	-	-	-	-	10
10月	初回	3	7	13	-	-	-	1	-	24
	2回	3	1	4	-	-	-	-	-	8
11月	初回	4	9	13	-	-	-	1	-	27
	2回	1	-	3	-	-	-	-	-	4
12月	初回	5	9	10	-	-	-	1	-	25
	2回	2	2	2	-	-	-	-	-	6
1月	初回	5	4	10	1	-	-	-	-	20
	2回	4	3	-	-	-	-	-	-	7
2月	初回	6	4	11	-	-	-	-	-	21
	2回	-	-	2	-	-	-	-	-	2
3月	初回	5	9	6	-	-	1	-	-	21
	2回	-	1	2	-	-	-	-	-	3
合計		71	98	156	1	2	1	6	4	339

2. NST 活動介入件数 214 件/年

(件数)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
23	23	18	17	10	12	22	19	14	15	16	14



2024年度は、診療報酬改定に伴い国際的な栄養不良の診断基準である GLIM 基準に対応するため、栄養スクリーニングツールの一新や関連資料の整備を他部署の皆さんにご協力いただきながら進めてまいりました。

また、7月より SCU 病棟で早期栄養介入管理加算の算定を開始し、患者さんの栄養管理の質向上に向けた取り組みを進めてまいりました。

来年度は新たな体制となりますが、これまで培ってきた経験を活かし、引き続き患者さん一人ひとりに寄り添った丁寧な対応を心がけてまいります。

栄養管理課 主任 前原 崇良

事務部

○医療情報課



2024年度は、医療・介護・障害福祉の診療報酬が同時に改定される6年に1度のトリプル改定の年度でした。事務部として事前に情報収集を行い、計画的に準備を進めてきましたが、大規模な改定になることが推測できていたにも関わらず、あわただしい年度始まりになりました。異例の診療報酬の改定であったため、施設基準の届け出直しの準備と締め切り日の確認、同時に近年の物価高騰による行政からの様々な補助金制度の内容、準備、締め切り日の確認など、どれも取りこぼさないようにしなければならないため、気の休まることがない1年でした。

特に、診療報酬改定による記録内容の変更は、全職種スタッフが迅速に対応し進めてくれたことでスムーズに開始でき、本当にスタッフに助けられた1年であり、深く感謝申し上げます。

近年の物価高騰は続いており、病院経営は非常に厳しくもありますが、今後も、事務部として、スタッフが安心して働ける環境を作り、良質な医療が提供できるよう、縁の下の力もちとして、最良の方法で病院運営をスムーズに行なえるよう提案し、支援をしていきたいと思えます。

事務部 部長 山崎 香織

○地域連携課



地域連携課は、現在、社会福祉士1名、看護師1名で構成しています。患者さんがスムーズに、安心して医療を受けることができるよう、医療機関・介護事業所をはじめ、行政や福祉にかかわる多くの施設をつなぐ役割を担っています。

患者さん・ご家族が抱える不安を少しでも軽減し、ニーズに沿った支援ができるようサポートするために、院内スタッフとの連携はもちろんのこと、院外の支援者においても、顔を合わせて情報交換を行い、引き続き次年度も、顔の見える・相談しあえる連携づくりを行います。また、変化する制度や地域の情報にアンテナを張り、現状に満足せず常にスキル向上を図ることを心がけていきます。

地域連携課 主任 中谷 衣里

V. 学術活動

第 34 回

穂 翔 会 研 究 発 表 会

テーマ

「村田病院の未来に向けて～学びを芽吹かせ、知の花を咲かそう～」

ー プ ロ グ ラ ム ー

令和 6 年 6 月 15 日(土)

13 : 30 ～

大阪国際交流センター



医療法人穂翔会

令和6年度 第34回 穂翔会研究発表会

テーマ 「村田病院の未来に向けて～学びを芽吹かせ、知の花を咲かそう～」

令和6年 6月15日（土） 大阪国際交流センター

少子高齢化が急速に進む我が国において、医療・介護・福祉・保険・教育を取り巻く環境は激変を遂げております。2025年問題への対応が喫緊の課題となる中、更なる10年後を見据えた2035年問題への取り組みも必要不可欠となっています。このような状況下で、医療従事者は専門性を高め、地域共生社会における多様なニーズに応えられることが求められています。

これらの課題に対応するためには、個々人の研鑽に加えて、チームとしての成長が必要です。

村田病院は、地域に根差した医療機関として、長きに渡り地域医療を支えてまいりました。今後も、地域住民の皆様の健康と福祉に貢献できるよう、更なる研鑽と努力を重ねていきたいと思います。

本大会が、研究発表や活発な議論を通して、専門性の向上、多職種理解の促進、学びの芽を育み、成長の場としての役割を果たし、地域医療の発展に繋がることを心より願っております。

第34回 研究発表会 大会長

竹田 克之

【プログラム】

◇＜教育講演＞

座長 下村 亮太

1) 「脳卒中の予防と治療」

○鳴海 治

◇＜第一セッション＞

座長 興津 一子

2) 脳梗塞患者の再発要因調査とその振り返り

ー継続した患者指導を目指してー

○南宮早苗, 小松みずき, 尹誠太, 油納由佳, 坂上美咲, 興津一子

3) どっちがいいの？PCRと抗原検査

○林知子

4) 退院支援の現状とこれから

ー2023年度回復期退院患者からの検討ー

○中谷衣里, 中村恵里子

◇＜第二セッション＞

座長 古井 美穂

- 5) 心因性非てんかん発作と鑑別を要した、てんかん性失語重積発作に失行を伴った一症例
○村田祐樹, 羽尻高司, 竹田克之, 下竹克美
- 6) 前庭障害を呈した症例への歩行再獲得の試み
ー前庭リハビリテーションと反復練習の介入効果ー
○大上千尋, 山岡竜也, 市村幸盛

◇15:40～15:50

< 休 憩 >

◇＜ポスターセッション＞

2階会議室 A

座長 新庄 康貴

- 7) 2023 年度 栄養給食委員会の新たな取り組みについて
○栄養給食委員会
- 8) 地域勉強会への取り組み
知ってほしい！！脳の病気 ー脳卒中の予防と発症時の対応ー
○坂上美咲, 稲田友美, 油納由佳, 松浦彩子

2階会議室 B

座長 富永 正子

- 9) 予防しようスキン-ケア ～スキン-ケアって何～
○褥瘡委員会
- 10) コンチネンスケアチームの活動報告
○石橋凜太郎, 渡邊百代, 富永正子, 西田美代子, 尹誠太, 上野山周雄, 若山由紀子

◇＜第三セッション＞

座長 前原 崇良

- 11) 回復期病棟でのフレイル予防への取り組み
ー患者・看護師の意識の変化ー
○松川未来, 松浦彩子, 富永正子
- 12) 当院の入院患者における身体活動量について
○近藤遥奈, 山岡竜也, 市村幸盛
- 13) チームで行う早期栄養管理の必要性
ー経管栄養プロトコル作成の経緯と実践後の評価ー
○西谷かおり, 前原崇良, 村田あゆみ, 尹誠太, 山本文香, 木村麻子, 上野山周雄,
李道江

17:20～17:30 院長総括

脳卒中の予防と治療

診療部

○鳴海 治

【はじめに】

日本人の死因に置いて脳血管疾患（脳卒中）が占める割合は近年徐々に減少し第4位となっているが，同じ血管疾患である心疾患を併せると第2位となっており，動脈硬化は日本人にとって依然大きな問題である．さらに寝たきりとなる原因においては認知症とともに1位を分け合っており医療経済的にも大きな社会問題となっている．

今回は中枢神経の構造を理解するとともに脳卒中疾患の病態と予防について解説する．

【中枢神経の構造】

大脳から脊髄へと続く中枢神経系の構造は一見複雑に見えるが，双頭の中空構造が変形したものと捉えると理解しやすい（図1）．これ全体を一層のクモ膜で包むと中空部分が脳室，脳脊髄表面とクモ膜の間が脳槽ということになる（図2）．また様々な頭部病変を学ぶ上で層構造の理解が非常に重要で，外側から皮膚・筋肉・頭蓋骨・硬膜・クモ膜・脳という順に並んでいる（図3）．脳自体にも層構造があり表面に細胞体が並ぶ灰白質，深部に軸索から構成される白質が存在している．クモ膜と脳の間，つまりクモ膜下腔に脳動静脈は走行していることも頭に入れておきたい．余裕があれば脳室の生理、頭蓋内動脈の太まかな走行や脳の機能局在も学んで欲しい．

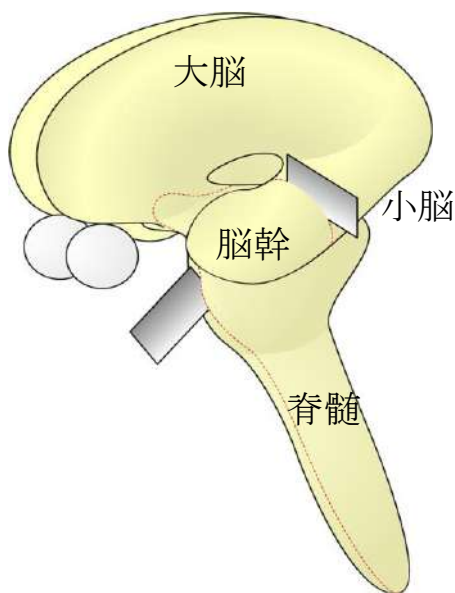


図1 中枢神経の構造

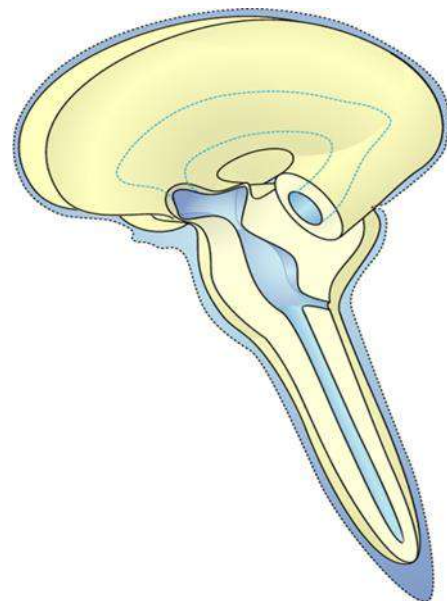


図2 脳室と脳槽

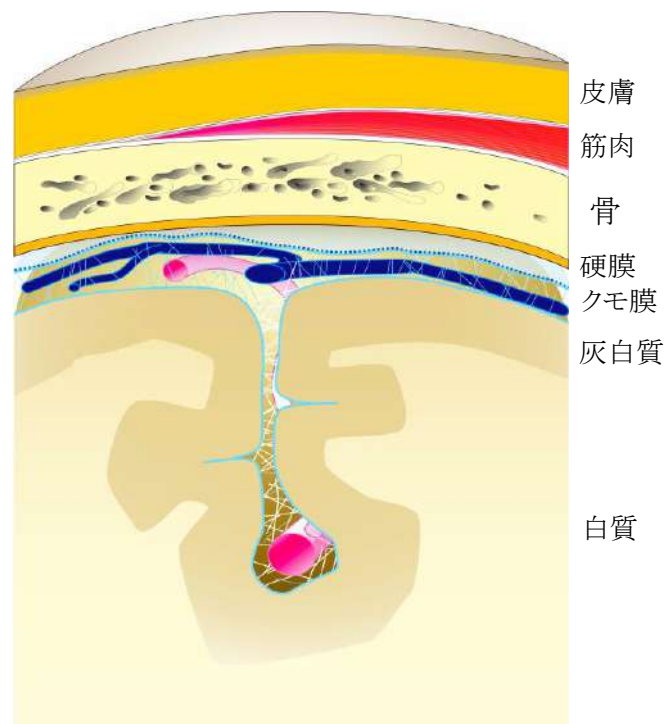


図3 頭部の層構造

【脳卒中の病態と予防】

脳卒中は血管が詰まってしまう脳梗塞と血管が破れる脳出血に分けられる。さらに脳出血は主に脳動脈瘤が破裂することによって生じるクモ膜下出血と、主に高血圧が原因で穿通枝が破綻して生じる脳内出血に分けられる。脳卒中の7割が脳梗塞であり2番目に多い脳内出血を併せると約9割を占めており、これら2つは動脈硬化を基盤として生じると考えられている。血管閉塞に対しては血栓回収療法やバイパス術、血管狭窄に対してはステント留置術や頸動脈内膜剥離術、脳動脈瘤に対してはクリッピング術やコイル塞栓術などの外科的治療法が存在しているが、一旦発症すると多くの場合障害を後遺することが多いため発症させないように日頃からの予防が重要である。具体的には高血圧，喫煙，糖尿病，脂質異常症，肥満などの動脈硬化危険因子や心房細動に対して食事，運動，適切な薬物療法によって管理していくことである。

【結語】

脳疾患を理解する上で頭部の層構造の理解が重要である。脳卒中に対しては様々な外科的治療法が存在するが、まずは発症させないように動脈硬化危険因子などの管理がより重要である。

脳梗塞患者の再発要因調査とその振り返り —継続した患者指導を目指して—

SCU 病棟

○南宮 早苗, 小松 みずき, 尹 誠太, 油納 由佳, 坂上 美咲, 興津 一子

【はじめに】

脳梗塞は再発リスクが高く, 再発率は発症後 1 年で 10%, 5 年で 35%, 10 年で 50%にのぼり, 予防行動として生活習慣の改善が重要とされる. 実臨床においても脳梗塞を再発する患者は多く, その要因は何かと疑問に感じていた. 脳梗塞を再発した患者の生活状況を聴取し要因を明らかにすることで, 今後の再発予防指導 (以下, 指導) に繋がりたいと考えた.

【方法】

・期間・・・2023 年 11 月 1 日～2024 年 1 月 31 日

TIA を除く脳梗塞再発の入院患者を対象に, カルテからデータを渉猟して再発要因を集計し, 振り返りを行った.

【結果】

調査期間における入院患者数は 82 名, そのうち脳梗塞の再発患者は 14 名であった. 再発の要因では, 血圧管理不足が最多で対象患者の 78.6%, 喫煙が 42.9%, 飲酒が 35.7%と続いた. 血圧管理不足の 88.9%は, 喫煙と飲酒いずれかの要因を併せ持っていた (図 1).

最も多い要因は**血圧管理不足**

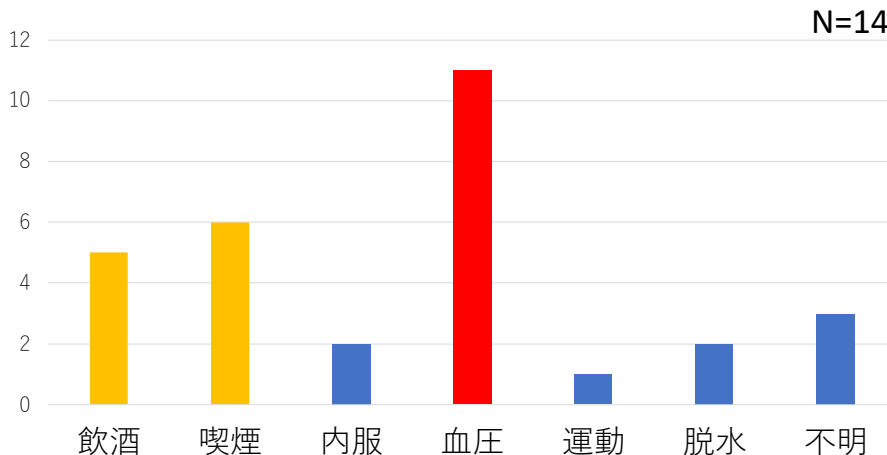


図 1 脳梗塞再発の入院患者の再発要因

【考察】

2023 年度脳卒中治療ガイドラインでは高血圧予防管理として①禁煙②減塩③減量（運動・食事・節酒等）が挙がる．今回の結果からも，これらの管理が不十分であった症例は，高血圧が再発に関与した可能性があると言える．

SCU 患者は脳卒中の超急性期～急性期にあり，フィンクの危機モデル段階の「衝撃」の段階にあたる（図 2）．この段階においては指導を受容しきれない可能性があり，SCU で完結させることは望ましくない．指導の際には血圧手帳をお渡しし，薬剤師の介入時や転科後，退院後も患者が記帳を続けられているかなどを評価し，継続的な支援体制のもと，患者の自己健康管理を促すことが重要ではないかと考える．

そのためには評価表やプロトコルを策定し，脳卒中パスに組み込むなど，再発予防を病院全体の取り組みとして捉え協議していく必要がある．

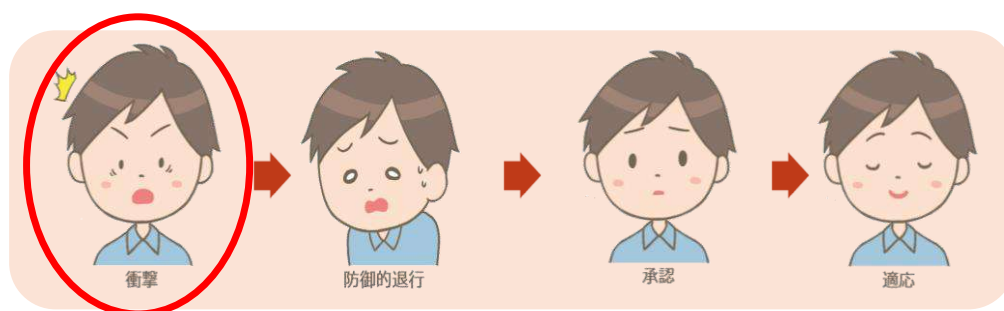


図 2 フィンクの危機モデル

【まとめ】

脳梗塞の再発予防には血圧管理が重要だが，予防指導に際しては患者の精神状態に配慮を行う．また多職種協働のもと急性期以降も予防指導を継続することで，患者の健康意識が高まり予防行動の強化に繋がり得る．

継続的な予防支援は患者の自己健康管理を促進する可能性があり，そのツールとして血圧手帳は活用の余地がある．

【参考文献】

- ・厚生労働省による人口動態統計：[gaikyouR4.pdf \(mhlw.go.jp\)](#)
- ・2023 年度脳卒中治療ガイドライン

どっちがいいの？PCR と抗原検査

診療支援部 臨床検査課

○林 知子

【目的】

当院では 2021 年 4 月に核酸増幅法（PCR）検査機器が導入され、有熱者に対する COVID-19 感染の鑑別に活用している。現在ウイルスの変異や治療方法の確立により当初より重症化率及び死亡率は大きく下がり、感染症法の分類は 2 類から 5 類となった。

今日の感染対策・診断にとって、COVID-19 の抗原検査の有用性を評価し、迅速な判定とコスト削減に繋げることが出来るか検討した。

【対象と方法】

- ・期間・・・2024 年 2 月 1 日～2024 年 4 月 30 日
- ・対象・・・①入院前検査で体温が 37.0℃以上 ②発熱のため検査希望
- ・使用検査機器・キット・・・a) 核酸増幅法（PCR）検査機器 cobas Liat
b) 抗原キット ニチレイ
- ・方法・・・
 - ・同一患者の鼻腔咽頭ぬぐい液で PCR 検査と抗原検査を実施
 - ・PCR・抗原検査結果は、陽性・陰性で表記。PCR 検査陽性の場合には Ct 値を表記する
 - ・厚生労働省の Ct 値とウイルスの大きさの関連について検討した成績より、Ct 値が 30 以下の場合にはほとんどの検体でウイルスが検出される、一方 Ct 値が 30 をこえるような場合はウイルスが検出されていない。これを参考に、感染性の指標を Ct 値 30 とした（図 1）。

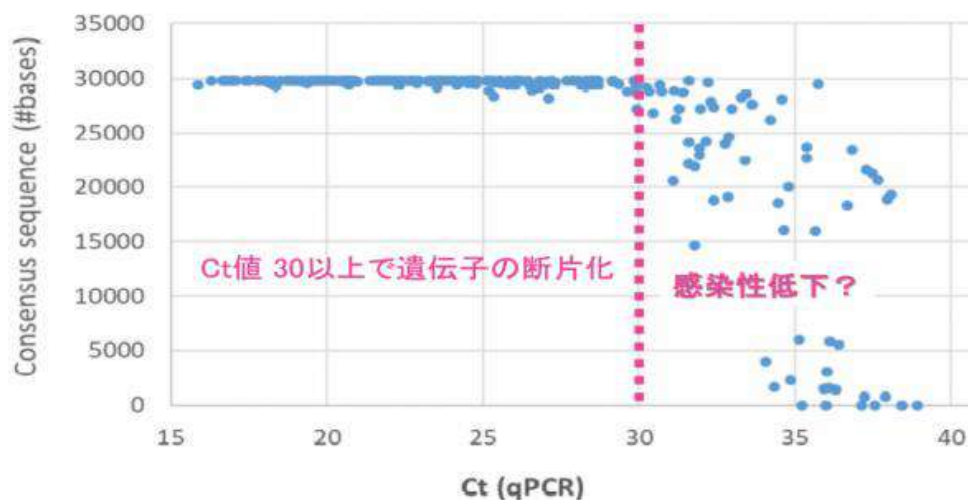


図 1 Ct 値と検出されるウイルスの大きさの関係

【結果】

抗原検査が陽性であった 7 件は, PCR 検査全て陽性であり, Ct 値は全て 30 以下であった.
抗原検査陰性であった 6 件のうち, PCR 検査陰性が 3 件, PCR 検査陽性が 3 件であり、陽性を示す検体の Ct 値はいずれも 30 以上であった (図 2) .

	抗原	Ct値	PCR
1	陽性	16	陽性
2	陽性	18	陽性
3	陽性	10	陽性
4	陽性	10	陽性
5	陽性	13	陽性
6	陽性	15	陽性
7	陽性	19.8	陽性
8	陰性	※	陰性
9	陰性	※	陰性
10	陰性	※	陰性
11	陰性	35	陽性
12	陰性	31	陽性
13	陰性	34	陽性

図 2 同一患者で抗原検査と PCR 検査を実施した 13 件の結果

【考察】

Ct 値が 30 以下の感染性が高いと考えられる検体は, 抗原検査で陽性となった. 又 Ct 値が 30 以上の感染性の低いと考えられる検体は, 抗原検査ですべて陰性となった. 今回件数は少ないが, 抗原検査は COVID-19 の鑑別に有用性があり, PCR 検査より迅速に結果報告及び診断ができ, かつ安価なためコスト削減が出来ると考える.

【結語】

COVID-19 検査は, 患者背景を考慮した上で第一選択に抗原検査を用いる事が出来る.
抗原検査は, PCR 検査より迅速に結果及び診断が出来, かつ安価のためコスト削減が出来る.

【参考文献】

- ・新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き 第 9.0 版 (厚生労働省)
 - ・新型コロナウイルスについて (厚生労働省)
 - ・感染症法の対象となる感染症の分類と考えかた (厚生労働省)
 - ・遺伝子検査における Ct 値活用の方向性について (厚生労働省)
- ～ウイルス量および感染性との関連を中心に～

退院支援の現状とこれから —2023 年度回復期病棟退院患者からの検討—

地域連携課

○中谷 衣里, 中村 恵里子

【はじめに】

2025 年, いよいよ団塊の世代が後期高齢者となり, 約 5 人に 1 人が 75 才以上という超高齢化社会を迎える. それを見据え, 2024 年は医療・介護・福祉の提供体制の改正と報酬の改定が行われた.

近年の入院患者は多岐にわたる生活問題が複雑に絡みあい, 疾患による後遺症が軽微でも元の生活に戻れない患者が増えている. ソーシャルワーカー (以下, MSW) としても, 年々難渋する退院支援が増加している印象にある.

本報告では, 2023 年度回復期病棟を退院された患者を分析し, 今後の退院支援の在り方を検討した.

【対象】

2023 年 4 月 1 日～2024 年 3 月 31 日に回復期病棟から退院された患者 100 名

【方法】

MSW が直面する退院阻害因子を, ICF (国際機能分類) を用いて分類. 退院支援・退院後の生活において, 心身機能・構造, 活動, 参加にどのような影響があるのか調査した.

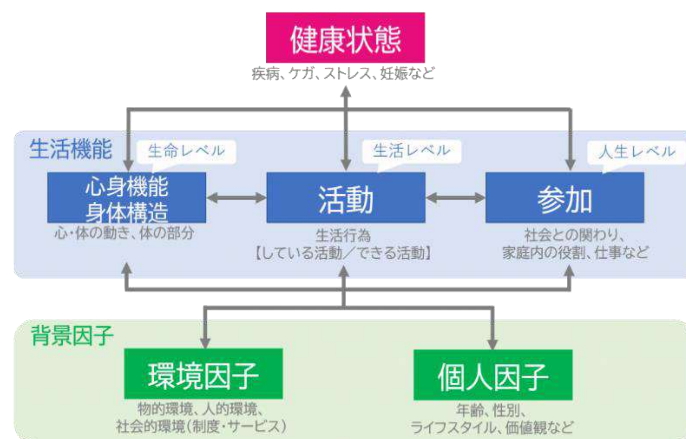


図 1 ICF (国際機能分類)

ICF は, 「生活機能」の分類と, それに影響する「背景因子」(環境因子, 個人因子) の分類で構成される.

【結果】

疾病による身体機能低下以外の退院阻害因子を持っている患者 68 名、持っていない患者 32 名であった。退院調整が難渋する阻害因子は、家族のサポート困難 50 名（表 1：人的要因①②合算）、住環境問題 24 名、経済的困窮 20 名が大きな要因であった。

阻害因子が 2 つ以上の患者は 42 名で、経済的困窮 20 名はすべて阻害因子を 2 個以上有していた。疾患による後遺症が軽微な患者（退院時 FIM100 点以上）35 名中 9 名が入院前とは別の生活場所への退院であった。

表 1 MSW が直面する退院阻害因子

環境 因子	人的	身寄りがない・家族と疎遠・不仲で協力が得られない ①	11 名
		家族が仕事・病気・障害・高齢・遠方で協力が得られない ②	39 名
		疾病に対する家族の理解が得られない	13 名
		家族の介護疲れが著しい	3 名
	物的	自宅内段差、物が多い、エレベーターがないなどの住環境問題	24 名
		住所不定、立ち退きなどで退院後の住所が確保できない	2 名
	制度的	保険未加入、未払いなどによる制限がある	0 名
		生活保護を受給していることによる制限がある	14 名
個人 因子	無職、負債を抱えている等で経済的に困窮している		20 名
	精神疾患を抱えており、日常生活に制限がある		3 名
	アルコール、ギャンブルなどの依存傾向がある		2 名

（複数回答）

【考察】

退院支援は、運動麻痺、高次脳機能障害、ADL 能力等の生活機能問題の解決だけでなく、家族、キーパーソン、支援者等の人的なサポート問題、金銭問題に起因する諸問題の解決にも着目する必要がある。

しかし、入院期間内に限られた制度を駆使しても、患者・家族の要望や退院阻害因子をすべて解決することは不可能である。退院後の生活を支援するためには、いままでの医療・介護・障害福祉や地域にかかわる職種の院外連携だけでなく、さらに生活困窮者支援、弁護士・行政書士など、多岐にわたる職種との連携がなければ、退院しても生活困難な患者が増大すると予測される。

今後は院内外の職種の役割を相互に理解し、尊重しあえる関係性の構築が重要であると考える。

てんかん性失語重積発作を反復し心因性非てんかん発作と鑑別を要した症例

診療部、リハビリテーション部

○村田 祐樹, 羽尻 高司, 竹田 克之, 下竹 克美

【はじめに】

私達は、角回皮質下出血後、てんかん性失語重積発作(aphasic status epilepticus:ASE)と心因性非てんかん発作(psychogenic non-epileptic seizure:PNES)を反復し失語症状が増悪した症例を経験した。

【臨床経過】

60 歳台女性. 0 病日, 角回皮質下出血を発症し軽度の感覚性失語を呈した. 14 病日, 重度の感覚性失語に陥り初回の ASE を発症. 4 か月間のリハビリテーションで失語タイプは健忘失語に改善した. 退院決定日夜より失語症状が増悪し脳波はてんかん発作波を認めず PNES を疑った. 精神的サポートに重点を置き発症 6 か月後退院. しかし, 退院翌日夜に再度失語症状が増悪し当院救急搬送. PNES を疑うが脳波は左頭頂側頭部に 1~2Hz の周期性放電及び burst-suppression (図 1) を, ASL(arterial spine labeling)では同部位に血流亢進を認め(図 2), ASE 再発と診断した. 抗てんかん発作薬強化後も PNES による失語症状の増悪を繰り返した.

また, 初回の ASE 後と比較し 2 度目の ASE 後, 脳波は左頭頂側頭部を中心として左大脳半球に持続性の徐波の増強を認め(図 3), ASL では同部位の血流低下を認めた(図 4). 発症より 1 年後の標準失語症検査(Standard language test of aphasia:SLTA)では, 文の復唱は改善が見られてきているが, 聴覚性理解の回復が緩徐で失語タイプは超皮質性感覚性失語を呈した(図 5).

【考察】

本症例は角回皮質下出血後, 失語を主症状とした非痙攣性てんかん重積 (non-convulsive status epilepticus : NCSE) (=ASE)を反復した. 2 度の ASE により角回を中心とした構造的異常を示唆する言語機能低下を認めており, てんかん発作の早期発見と制御が必須であったが PNES との鑑別に苦慮した. PNES は 2 度の ASE による強いトラウマと不安を根底に, 患者自身の素因, 身体的要因, 環境因子などが複合して発症すると考えられた.

PNES とてんかん発作を臨床的に鑑別することは困難であった. 鑑別には脳波・ASL が有効であったが, てんかん発作を否定するには 6 時間以上の脳波モニタリングが必要とも言われている. 患者の不安を乗り越えようとする努力と, 自ら認知行動療法的な意識づけをすることにより, その後 PNES 頻度は減りつつあるが, 私達は常に患者の不安を和らげるサポートが必要であり, リハビリテーションが患者に大きな力となっている.

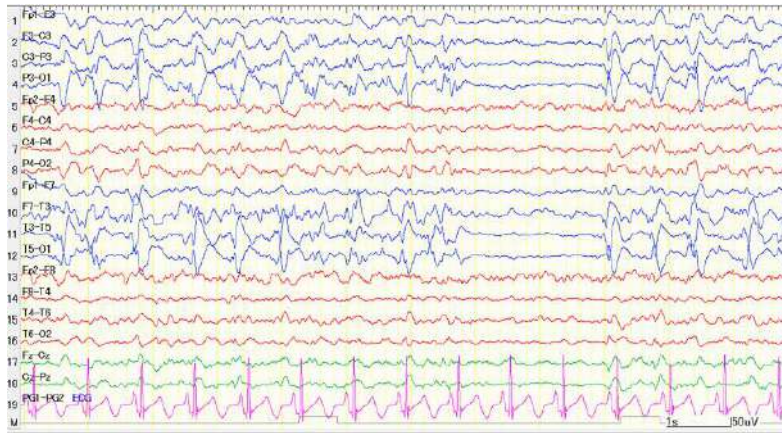


図 1 発作時脳波

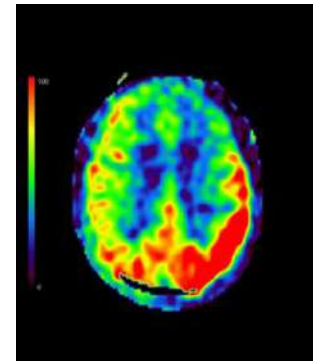


図 2 発作時 ASL

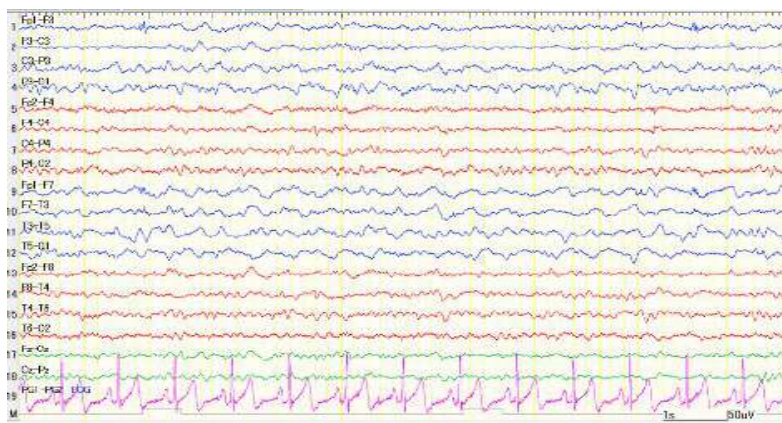


図 3 発作間欠時脳波

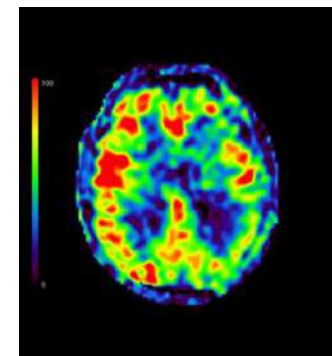


図 4 発作間欠時 ASL

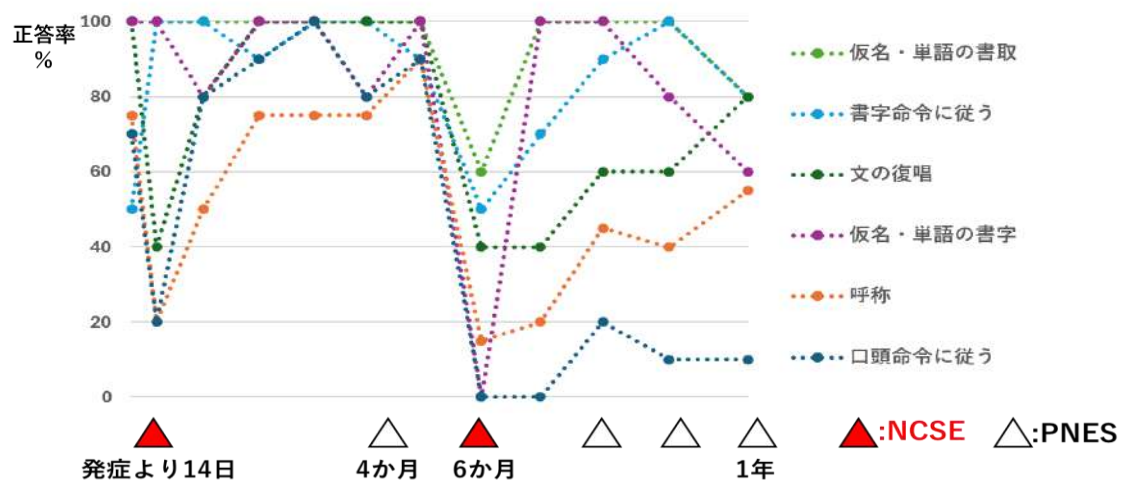


図 5 SLTA 経過

前庭障害を呈した症例への歩行再獲得の試み —前庭リハビリテーションと反復練習の介入効果—

リハビリテーション部

○大上 千尋，山岡 竜也，市村 幸盛

【はじめに】

バランス機能は歩行能力に影響する因子（猪飼 2006）で，前庭系はバランス機能や平衡感覚に関与（野村 2010）している．前庭動眼反射は，歩行時など頭部の揺れを補正して対象物を認識できるように作用（浅井 2013）し，前庭反射が破綻することでめまいやふらつきが生じる（堀井 2018）．今回，前庭障害や身体状況の認識困難を呈した症例に前庭リハビリテーションや反復練習を行った結果，歩行の改善が認められたので報告する．

【症例】

50 代男性．第四脳室血管芽腫・閉塞性水頭症と診断．第 84 病日までに脳室ドレナージ及び嚢胞開窓，血管塞栓，開頭腫瘍摘出，左 VPS を施行（図 1）．左半身の運動失調と眼球運動障害を認めた．第 252 病日，SARA は 11.5/40，体幹・下肢 MMT は 5，BBS は 35/56，10m 歩行（歩行器）は 13.05 秒 19 歩，左立ち直り反応は減弱であった．

歩行器歩行は，骨盤が左右に動揺し，特に視線を移動すると増強するため，直線歩行が困難であり介助が必要であった．骨盤の動揺を指摘すると「なってます？まっすぐ歩いてるつもりやねんけどね」と身体状況の認識困難と解釈できる発言が得られた．

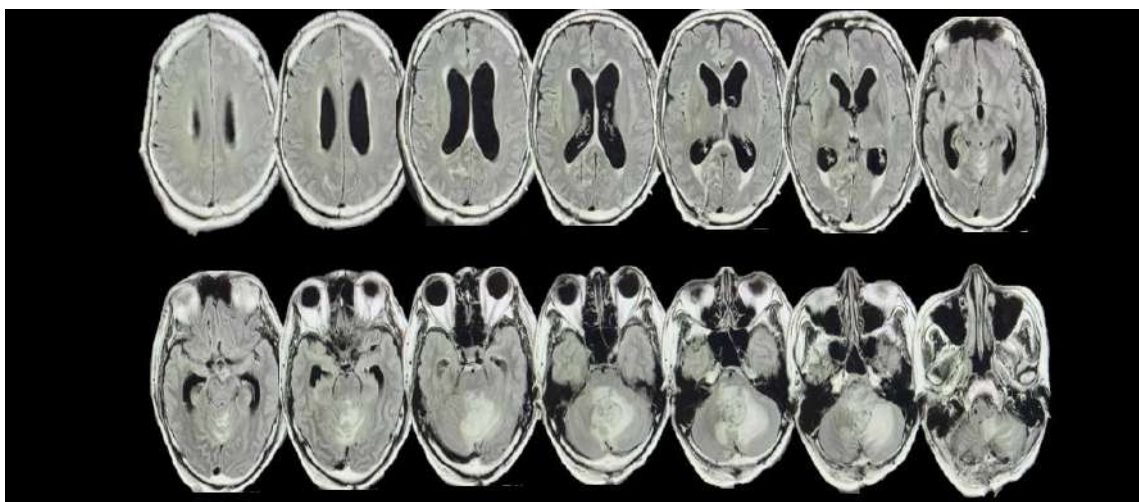


図 1 脳の MR 画像

【方法】

前庭障害による外乱時の立ち直り反応低下に対しては、不安定なバランスマット上での起立、視線移動や体幹回旋運動(Herdman 2016)、眼球運動障害に対しては目印を固視しての頭頸部と眼球運動の分離課題(Whitney 2016)、さらに、二つの要素を併せたカードを見ながらの歩行課題を実施した。

身体状況の認識困難に対しては転倒に繋がる動作をフィードバックし、認識させる反復学習を促した。第 261 病日から 2 週間実施した (図 2)。

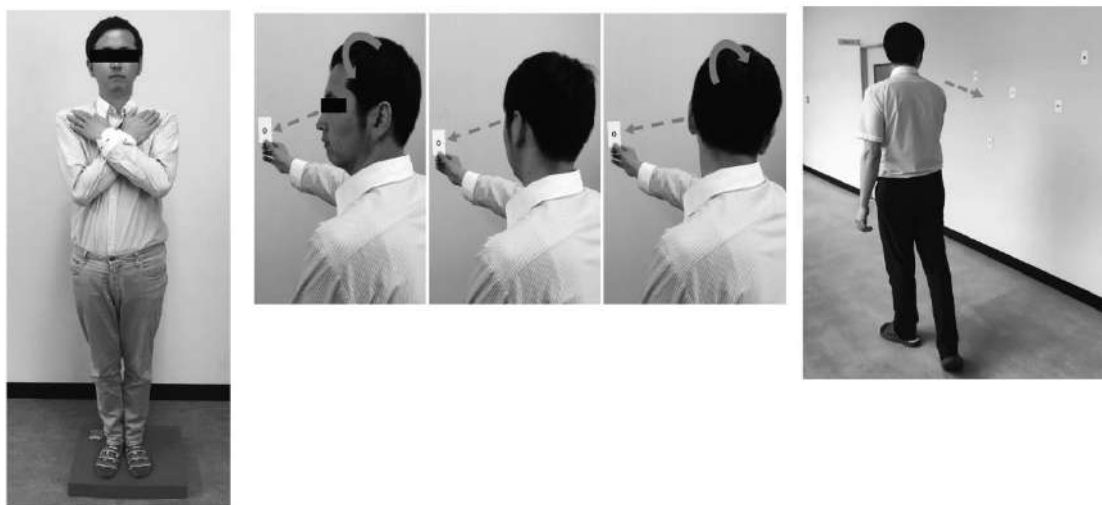


図 2 課題内容 (視線移動や体幹回旋運動, 頭頸部・眼球運動の分離課題, 歩行課題)

【結果】

BBS は 37/56 とバランス機能の向上を認め、10m 歩行(歩行器)は 12.68 秒 20 歩で歩行速度が向上した。歩行中の左右へのふらつきは軽減し、視線を移動しても直線歩行ができる様になり介助も不要となった。歩行中の認識は「腰が歩行器の内側に当たったらふらつくね」と身体状況に対する理解が得られた。

【考察】

前庭リハビリテーションを実施したことで、バランス機能及び歩行能力が改善したと考えた。動作を繰り返すことで動きを理解しつつ円滑化させることは、外乱と隣り合わせにある日常生活活動をより円滑に実施することにつながる(後藤 2014)とされており、反復練習をすることで歩行獲得に至ったと考えた。

2023 年度 栄養給食委員会の新たな取り組みについて

栄養給食委員会

【はじめに】

栄養給食委員会は、栄養給食部門の運営（栄養管理、給食管理、安全衛生管理）を適正化し、患者サービス向上を目的として活動している。具体的にはみんなのお弁当箱の発刊、レクリエーションの実施、食事提供内容の充実化、栄養部門のインシデント共有などを実施している。加えて 2023 年度は委員会メンバー各々のやりたいことや目標を挙げ、内容から「経腸栄養プロトコル」「嚥下食の充実」「リハビリテーションと栄養」「患者サービスの向上」の 4 チームに分類し、各チームで 1 年間の行動目標を設定し、以下の活動を展開した。

【活動内容】

① 経腸栄養プロトコル

- ・早期栄養管理加算取得に向けて入院後 48 時間以内の栄養開始基準の作成
- ・経腸栄養プロトコルを作成し、院内で共有・実践
- ・経腸栄養プロトコル作成の経緯や成果、反省点をネスレセミナーで発表

② 嚥下食の充実

- ・ペースト食の導入による嚥下食の見直し
- ・日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コードの導入
- ・院外との食事形態共有方法の整備
- ・食事介助方法などスタッフへの教育

③ リハビリテーションと栄養

- ・入院患者に対して、「リハビリ」と「栄養」の二つの視点から改善を図り、身体機能や ADL 向上を目指すため、先行研究の調査、プロテインパウダーを付加した食事の検討

④ 患者サービスの向上

- ・レクリエーション内容の充実のため、夏祭りを大規模に開催
- ・病院食への満足度向上を図るため、患者満足度アンケートを実施
(夏祭りレクリエーション、お正月の食事について)

【結論】

2023 年度の栄養給食委員会活動は、チーム活動を中心とした実践的な取り組みを通して、一定の成果を認めた。次年度以降も、更なる栄養給食部門の充実に向けた取り組みを継続していく。

地域研修会への取り組み 知ってほしい！！脳の病気 ―脳卒中の予防と発症時の対応―

看護部

○坂上 美咲, 稲田 友美, 油納 由佳, 松浦 彩子

【はじめに】

脳卒中は発症後早期に診断, 治療を開始することが重要であるが, 当院に搬送されてくる患者の中には, 症状が出現しても経過をみていたと報告されるケースが散見される.

そこで, 地域で介護を担う職員が脳卒中に対する知識を深めることで早期治療に繋がるのではないかと考え, 脳卒中を知ってもらうための地域研修会開催に取り組んだ.

【研修会の目的と方法】

- ① 脳の病気と症状について知ってもらうこと
- ② 早期に治療介入することの意義について知ってもらうこと
- ③ 脳卒中発症の原因と再発予防について知ってもらうこと
- ④ 脳卒中専門病院としての当院の役割について互いに学びあえる機会となること

近隣の地域包括支援センターと連携し, 研修会の日時と場所を決定, そして研修会終了後に質疑応答と記述式アンケートで理解度の確認を行った.

【研修会開催】

日時	開催場所	対象	参加人数
23/9/29	巽地域包括支援センター	ケアマネージャー	17 名
24/2/29	村田病院東館会議室	ケアマネージャー, 介護福祉士 介護ヘルパー	10 名
24/3/15	加美地域包括支援センター	ケアマネージャー	14 名

【結果】

地域研修会に取り組んだ看護師は, 地域で働く介護職から直接, 在宅で困っていることを聞く機会となった. アンケート結果から「脳卒中の原因, 症状について理解できた」「脳卒中発症時の対応について理解できた」との回答が得られた. また「今後も薬のことやリハビリテーションについての研修も行ってほしい」との要望があった.

【結語】

地域での研修会開催は, 病院と地域の連携強化となり, 在宅介護に携わる人たちが脳卒中について知ることは脳卒中の早期治療介入に繋がる.

予防しようスキン-テア ～スキン-テアって何～

褥瘡対策委員会

【はじめに】

スキン-テアとは、摩擦・ずれによって皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷（部分層損傷）と定義されている。褥瘡対策委員会ではスキン-テアが褥瘡に関する危険因子の評価項目に含まれているため、毎月スキン-テア発生件数を集計している。

【目的】

昨年よりスキン-テア発生時はスキン-テア報告書を作成し、発生原因や予防策について考察・検討しているが、同じ患者での再発や、同じ状況での発生が連続している。そこで、スキン-テアについての理解や予防に対する知識が不十分ではないかと考え、今回スキン-テアについてまとめることとした。

【結果】

スキン-テアはあらゆる年代で起こるが、皮膚が脆弱となりバリア機能が低下している高齢者に多く発生すると言われている。なお、スキン-テアには褥瘡や医療関連機器圧迫創傷、失禁関連皮膚炎は含まれないことに注意が必要である。

スキン-テアの評価については組織欠損の程度および皮膚または皮弁の色によって分類される STAR スキン-テア分類システムを用いる。

スキン-テアの発生要因には個体要因と外力発生要因があり、個体要因としては加齢や抗凝固薬使用、乾燥、紫斑、浮腫などが挙げられている。外力発生要因としてはベッド柵や車椅子にぶつける、不穏行動、体位変換や移動の介助、医療用テープの貼付などがある。

スキン-テアが発生したら、まず止血し、創の洗浄を行う。可能であれば皮弁を元の位置に戻した後、創傷被覆材で保護し、皮弁の生着を促進させるために数日間そのまま経過観察する。創治癒後も皮膚の保護・保湿・観察は継続し、再発を防ぐ必要がある。

【結語】

スキン-テア予防の基本は皮膚の状態を整えて摩擦やズレの発生を予防することである。皮膚の保湿を行い、状況に応じてアームカバーや靴下・レッグカバーを用い、皮膚の保護に努める必要がある。またベッド柵にカバーをつけるなど周囲の環境を整備することも重要である。

コンチネンスケアチームの活動報告

コンチネンスケアチーム

○石橋 凜太郎, 渡邊 百代, 富永 正子, 西田 美代子, 尹 誠太,
上野山 周雄, 若山 由紀子

【背景】

2016 年, 診療報酬に「排尿自立指導料」(2020 年 排尿自立支援加算に改称) が新設され, 当院では 2019 年より排尿ケアチームを立ち上げ, 週一回の定期回診を行ってきた. 一方, 2022 年 2 名の患者が相次いでイレウスを発症し, その後も排便コントロール不良事例が散見されたため, 2022 年 8 月 1 日より看護師, 薬剤師, 管理栄養士, 言語聴覚士からなる「お通じチーム」を発足させ, 排便習慣や蠕動運動, 便性状に応じた介入方法についてフローチャートを作成し導入した. 活動を継続するにあたり, 排尿ケアチームではコンサルト件数が激減し, 関連した薬剤量だけが增加する事態となった. またお通じチームは必要に応じてコンサルトする形式をとっていたため, コンサルトされる職種が限定され, 多職種で議論する場がなかった.

【介入】

これらの課題を解決すべく 2023 年 4 月 1 日から両チームの活動を統合し, 排泄に関する取り組みを行うコンチネンスケアチームをスタートさせた. 両チームの活動を一本化させることにより, 排便に関しても定期的回診を可能とした. また情報共有を電子カルテの端末で行えるようにし, 介入記録も容易に閲覧できるようにした. 介入した症例については, 翌週に再評価を行い, 介入の妥当性について検証を行ってきた.

【結果】

減少に転じていた排尿自立支援加算は 168 件と増加した (前年度 47 件). 排尿に関わる介入が増加するに伴い, 使用薬剤は大幅に増加したが, 再評価による減量, 中止がなされ, 退院処方にそれらの薬剤が含まれる症例は前年度比 11 症例の増加にとどまっていた. 排便に関する 2023 年度の介入件数は 137 件であり, 使用薬剤は塩類下剤を除いてすべて減少する結果となった.

【考察】

多職種がカンファレンスを行うことで, 薬物治療以外の介入についても議論し, 対応が可能となった結果であると考えられた. 引き続き, 使用薬剤の適正化に向けて介入していく.

回復期病棟でのフレイル予防への取り組み ー患者・看護師の意識変化ー

回復期リハビリテーション病棟

○松川 未来, 松浦 彩子, 富永 正子

【はじめに】

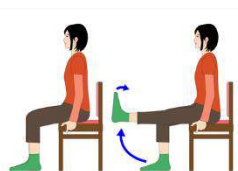
フレイルとは「①身体的②精神的③社会的に虚弱している状態」を示す。①身体的とは骨、関節、筋肉など身体的衰弱、②精神的とは加齢に伴う認知機能の低下や抑うつ気分になりやすい状態、③社会的とは社会的孤立、独居による引きこもりや孤食のことを示す。筋肉量の減少に伴う筋力低下によって、基礎代謝が低下し1日のエネルギー消費量が減る。また、食欲減退や食事摂取量の低下により低栄養となり、易疲労性・活力の低下を引き起こし、さらなる身体的・精神的・社会的機能の低下に繋がり悪循環を生じるといわれている。

今回、大阪府看護協会が主催する「フレイル予防について」の研修を受講したことで、入院中のリハビリテーション時間以外での運動や、退院後も気軽に習慣的な運動として、取り組んでいただけるような環境づくりの必要性を感じた。(図1)

この度、当院の回復期病棟でフレイル予防を実践することにより、今後の課題を見出すことができたので報告する。

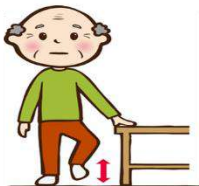
・膝伸ばし

5回
×
2セット



・腿上げ(立位)

10回
×
2セット



・足・臀部上げ

5回
×
2セット



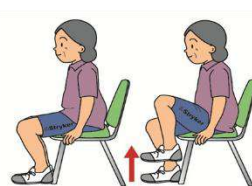
・ハーフスクワット

5回
×
2セット



・腿上げ(座位)

10回
×
2セット



・腹筋

5回
×
2セット

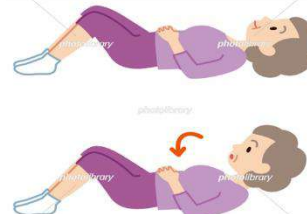


図1 フレイル予防体操

【評価期間】

2023年11月1日～12月31日までの2か月間

【患者紹介】

	年齢/性	病名	MMT	FIM	m-R S
A氏	74 歳/女	胸部大動脈瘤術後	廃用性筋力低下	114 (85/29)	3
B氏	50 歳/男	左視床出血	右下肢 1/5	110 (79/31)	3
C氏	57 歳/男	左放線冠ラクナ梗塞	右下肢 3/5	80 (64/16)	4
D氏	76 歳/男	左橋出血	右下肢 2/5	106 (74/32)	3

【結論】

筋肉量向上の成果が明らかであり、リハビリ室での限られた訓練に加え、更なる身体機能向上に繋がることが分かった(図 2, 図 3)．個別でのメニュー内容を考案し、患者の負担にならないよう取り組みを検討していきたい．また、退院後の環境では毎日、デイサービスなどでのリハビリが継続できることは少なく、自宅内で気軽に取り組める運動としても習得していただけるように関わっていききたい．

	開始時 11/1	中間 11/31	終了時 12/31
筋肉量 (kg) 右上肢 / 左上肢			
A氏	10.9 / 12.6	13.0 / 14.3	↑ 12.1 / 13.1 ↑
B氏	5.0 / 38.7	5.8 / 38.8	↑ 6.4 / 37.3 ↓
C氏	5.0 / 27.8	5.0 / 29.4	= 5.0 / 26.5 ↓
D氏	5.0 / 24.6	5.0 / 26.0	= 5.0 / 26.8 ↑
筋肉量 (kg) 右下肢 / 左下肢			
A氏	5.8 / 6.4	7.3 / 9.2	↑ 8.1 / 9.2 ↑
B氏	3.3 / 6.7	4.7 / 15.3	↑ 8.5 / 16.9 ↑
C氏	2.7 / 8.8	4.6 / 9.2	↑ 4.6 / 12.7 ↑
D氏	1.5 / 7.1	5.8 / 8.3	↑ 8.3 / 13.8 ↑

図 2 筋肉量の数値

	開始時 11/1	中間 11/31	終了時 12/31
体重 (kg)			
A氏	47.1	48.1	48.8 ↑
B氏	63.5	63.3	64.0 ↑
C氏	71.6	69.7	69.2 ↓
D氏	44.5	46.1	47.1 ↑
アルブミン値 (g/dl)			
A氏	2.5	2.7	2.7 ↑
B氏	4.4	3.6 (COVID-19罹患後)	3.7 ↓
C氏	4.3	4.4	4.3 =
D氏	3.5	3.9	3.9 ↑

図 3 栄養状態の数値

当院の入院患者における身体活動量について

リハビリテーション部

○近藤遥奈, 山岡竜也, 市村幸盛

【はじめに】

Metabolic Equivalents(以下, METs)とは, 身体活動の強さを, 安静時の何倍に相当するかで表す単位であり, 3METs 以上の活動の中～高強度活動という. 高齢者は 3METs 以上の活動を週に 15METs・時以上行うことにより総死亡および心血管疾患死亡のリスクが約 30%低下すると Fukushima ら(2023)は報告している. また Kono ら(2015)は, 軽症脳梗塞患者の再発予防の目安を 6000 歩/日と報告した. 今回, 当院の入院患者がこれらの目安に十分な活動量を確保できているか活動量計を用いて検討した.

【方法】

対象は当院の急性期病棟に入院した一過性脳虚血発作患者(症例①)と回復期病棟に入院した軽症脳梗塞患者(症例②). 入浴中を除く 72 時間, 腰部に活動量計を装着し, 1 時間毎の歩数と 1 分毎の METs を計測した. 計測したデータから 1 日の平均の歩数と 3METs 以上の活動量を算出した.

【結果】

症例①は早期退院となり, 24 時間のみの計測となった. 歩数は 2929 歩, 3METs 以上の活動量は 1.14METs・時であった. 最多歩数 1465 歩/時を記録したのは理学療法の時間帯であり, それ以外は 212 歩/時以下であった. また 3METs 以上の活動量は理学療法の時間帯で主に計測された(図 1).

症例②の 3 日間の平均歩数は 5071 歩/日, 3METs 以上の活動量は 0.29METs・時/日であった. 最多歩数 2176 歩/時を記録したのは理学療法の時間帯であり, それ以外の平均は 141 歩/時であった(図 2).

【考察】

症例①②とも歩数や 3METs 以上の活動量が目安より少なかった. 症例②では, 歩数が症例①よりも多かったが 3METs 以上の活動量は少なかった. このことから, 歩数を増やすだけでは 3METs 以上の活動量は増えず, 3METs 以上の活動を意識したリハビリや自主トレの指導を行うことが必要と考えられる.

早期退院のため、第2～3病日の24時間のみ計測

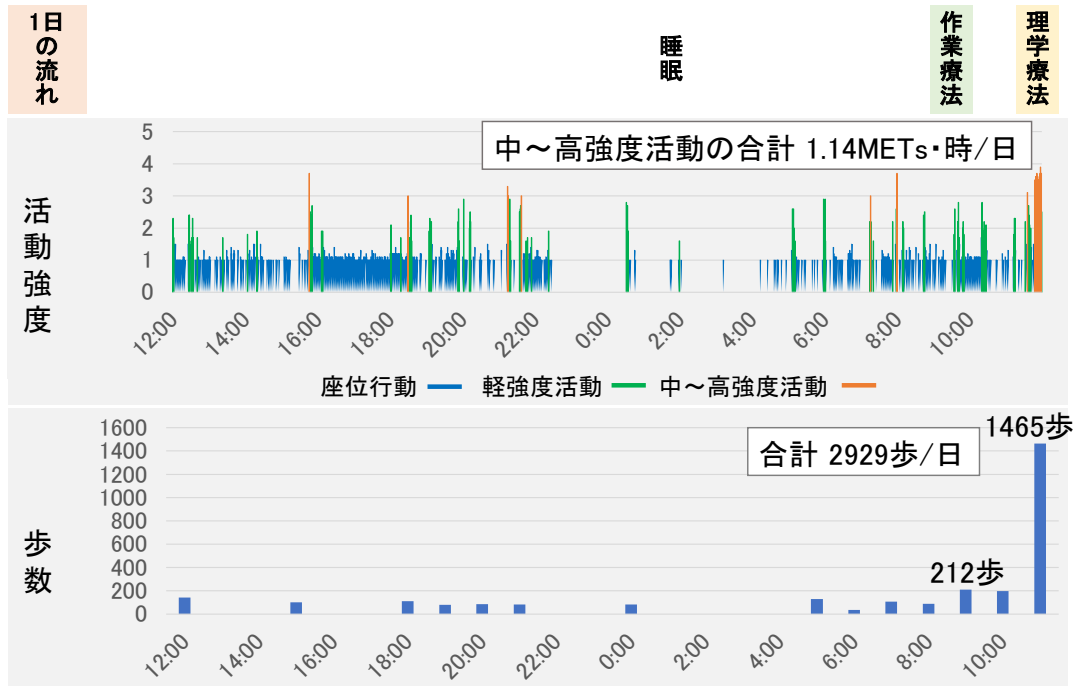


図1 症例①(30歳代後半 男性)の結果

第40～44病日の72時間計測

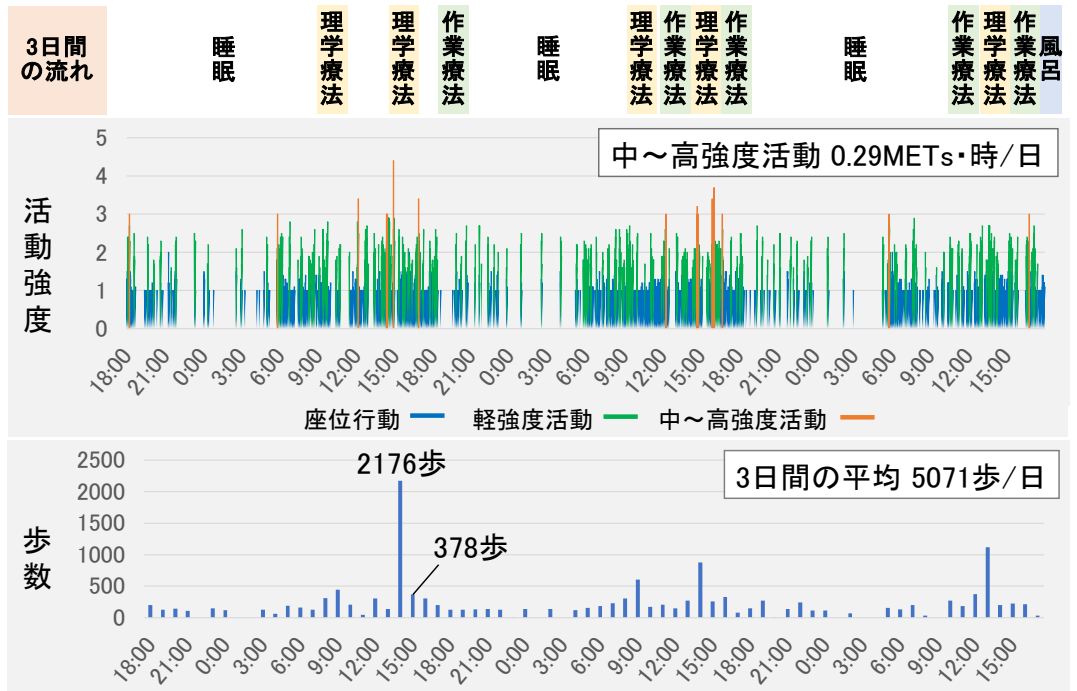


図2 症例②(70歳代前半 男性)の結果

チームで行う早期栄養管理の重要性 ー経管栄養プロトコル作成の経緯と実践後の評価ー

○西谷 かおり, 前原 崇良, 村田 あゆみ, 尹 誠太, 山本 文香, 木村 麻子,
上野山 周雄, 李 道江

【はじめに】

「重症患者の栄養療法ガイドライン」では, 集中治療室管理を必要とする重症患者は全身の炎症反応から腸管の透過性 (バリア機能の低下) が亢進すると考えられ, 感染症の重症度と比例しており, 早期に経腸栄養を開始することで感染症などの合併症を減少することや消化管機能を保つことが示唆されている. そのため可及的に 24 時間以内, 遅くとも 48 時間以内に経腸栄養を開始することを推奨するとある. 脳卒中の発症直後は, 意識障害や運動麻痺, 嚥下機能の低下により摂食機能障害を呈していることに加え, 頭蓋内圧亢進による嘔吐や頭痛などが生じやすいことから絶食や摂取不足など栄養がとりにくい状態になっている. これらのことから栄養給食委員会では, 早期に栄養が開始できると安全に経管栄養が管理できるよう, 消化態栄養剤を導入し, 経管栄養の開始基準の設定と, NST 介入を必須条件としたチーム介入を推奨し, 経管栄養プロトコル (図 1) を作成し使用することになった. プロトコルを使用し早期に栄養を開始した 4 症例の経過を検証したため報告する.

【結果】

	病名	栄養開始	問題と対策	目標達成
51 歳 男性	右前頭葉皮質下出血 (目標 1800kcal/日)	発症 2 日目 プラン A	頭痛, 便秘 P: コンチネンス介入	6 日目
74 歳 女性	左前頭葉出血, 肺炎 (目標 1200kcal/日)	発症 1 日目 プラン A	下痢, 発熱, 水分過多 (介入遅れ) P: プラン再検討	9 日目
78 歳 女性	痙攣重責 (目標 1500kcal/日)	発症 2 日目 プラン B	高血糖 P: 目標栄養量変更	5 日目
92 歳 女性	左大脳梗塞 (目標 1000-1200kcal/日)	発症 1 日目 プラン A	嘔吐 (介入遅れ) P: 手技の統一	8 日目

【考察】

急性期における栄養介入は合併症の予防や消化機能を維持するうえで重要なことである. 48 時間以内の栄養開始と 1 週間で目標栄養量が達成できた要因としては, 早期栄養介入の必要性を啓蒙し, チームでの介入を積極的に行ったこと, またプロトコルを作成したことで, 栄養剤の選択が容易になり, 目標栄養量到達までの計画が明確になったと考える.

しかしアウトカムやバリエーションに対して, 個々の病態, 病期, 症状に応じた評価ができて

いないにも関わらず、次の段階に移行していたこともあり、介入方法を見直すことも必要であると感じた。栄養療法は生命維持の基本的部分でもあり、患者にとって大切な「食」を意識して、急性期からのより安全な栄養管理を行うことが後の療養生活での QOL に大きく関与する。基準を作成することと専門職により構成されたチームが一丸となり関わること、状態に応じた栄養剤の的確な選定が消化器官に与える影響を理解し、作成したプロトコル使用による早期栄養介入を今後も継続していく。

経管栄養プロトコル 確認事項

- ☐ 医師より食事開始の指示を確認
 - ☐ 禁忌事項確認、イレウス、消化管出血、虚血、嘔吐等がない
 - ☐ 収縮期血圧 90 以上が維持できている
 - ☐ 経鼻胃管チューブ挿入の説明が済み、同意が得られている
- ・目標 栄養量 _____ kcal 水分 _____ ml

NST 介入 → 回診録作成 要

一つでも
当てはまれば

白湯 100ml より開始

- ☐ 脳卒中発症 3 日以内
- ☐ 絶食期間が 3 日以上
- ☐ 腸蠕動運動が低下している
- ☐ 便が 3 日間以上確認できていない

はい

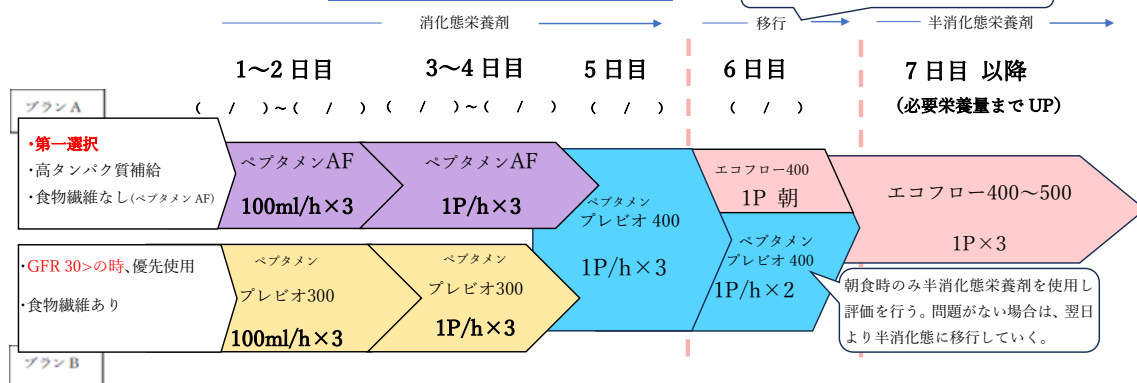
いいえ

①消化態栄養剤使用

②半消化態栄養剤使用

①経管栄養プロトコル（消化態栄養剤使用ルート）

排便コントロール必須！！



②経管栄養プロトコル（半消化態栄養剤使用ルート）

排便コントロール必須！！

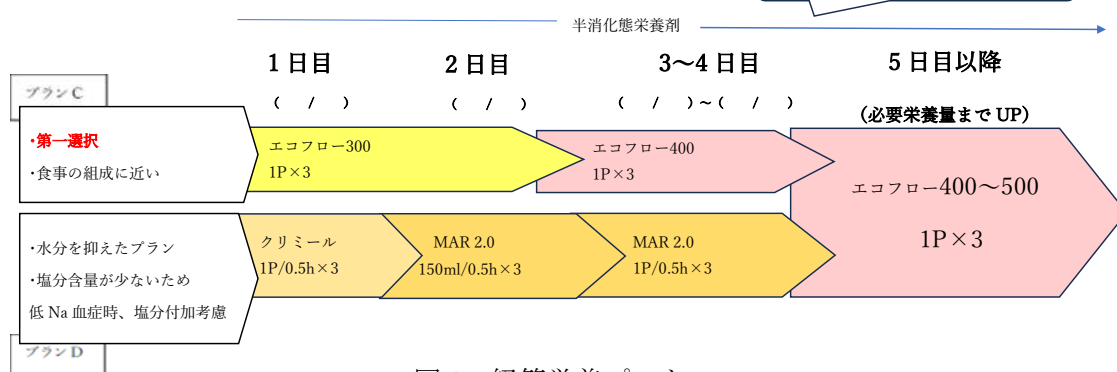


図1 経管栄養プロトコル

第 34 回穂翔会研究発表会総括・2023 年度診療報告

院長

伊藤 昌広

2023 年度の入院診療報告（2023 年 4 月～2024 年 3 月）

入院症例は 762 例（前年度 763 例）でした。（以後の（ ）内の数字は前年度とする）。脳血管障害は 344 例(378)で内訳は、出血：63 例（52）、虚血：251 例(299)です。脳梗塞の内訳は、ラクナ梗塞：78 例(86)、アテローム血栓性梗塞：80 例(100)、心原性梗塞：32 例(39)でした。入院症例は前年度と比べて変わりありません。脳血管障害が約 9%減少し、特にアテローム血栓性が 20%、ラクナ梗塞が 9%減少しました。患者減少は 7 月以降の猛暑と医師の退職が大きく影響したと思われます。入院患者数では脊椎脊髄・末梢神経：5 例(61)は 82%減少し、脳腫瘍：13 例(16)は 8%減少し、頭部外傷は 125 例(104)で 20%増加となりました。手術は 174 例(229)で 25%減少し、内訳は、脳血管障害：81 例(87)で 9%減少でした。脳動脈瘤クリッピング術：9 例(6)で 50%増加、頸動脈内膜剥離術：11 例(9)で 20%増加、脳血管吻合：2 例(4)で半減、血管内手術：44 例(60)で 50%減少等でした。脊椎脊髄・末梢神経：22 例(61)で 64%減少、脳腫瘍：7 例(11)で 37%減少、外傷・感染症：53 例(61)で 15%減少。脊椎手術の減少が大きく影響したと思われます。入院診療状況の分析としては救急搬送入院率が 36.2%(39.5)で 3.3 ポイント減少しました。急性期病床の平均在院日数は 12.8 日(12.1)で、年平均稼働率：83.6%(73.6)でした。SCU の平均在院日数は 5.4 日(4.4)、稼働率は 84.7%(78.6)と増加しました。

2019 年中国武漢から世界中に広まった COVID-19 ウイルス感染の影響を受け、2020 年度は病院診療数が前年度と比べて 15%低下となりましたが、2021 年度は 12%増加し、2022 年度はコロナ感染症クラスターの影響で 18%減少しました。昨年 2023 年度は猛暑と医師の退職が大きく響きました。2024 年度は回復の年となるよう職員一同で努力してまいりましょう。

第 34 回研究発表会総括

研究発表会が COVID-19 感染症も終息し、今年も昨年に続き現地開催できました。竹田克之会長をはじめとした担当スタッフの努力により行うことができ衷心より感謝申し上げます。研究発表会を契機に仕事の多様性と他部署での取り組みの素晴らしさを認識するとともに、職員お互いへの尊敬と仕事への士気を高めて診療に取り組んでいることを願っております。

当院の大目標である地域医療は、社会との良好な関わりがあって成り立っています。生野区民の安心安全を目標に、地域社会に信頼される・選ばれる医療機関を目指したいと思えます。



院外学術報告

1) 論文・著書

【リハビリテーション部】

1. Hiroaki Yamashita , Tatsuya Yamaoka , Ryota Shimomura , Sachimori Ichimura , Yuuki Murata , Akihiro Itoh , Tatsuya Mima , Satoko Koganemaru.
『Therapeutic Intervention for Trunk Control Impairments in Central Nervous System Disorders: A Comprehensive Review of Methods and Efficacy』
Progress in Rehabilitation Medicine.2025; Vol. 10, 20250002.

2) 学会発表

【診療部】

1. 村田祐樹, 下竹克美, 伊藤昌広, 村田高穂
『心因性と鑑別を要したてんかん性失語重積状態を反復した一症例』
第 61 回日本リハビリテーション医学会学術集会 2024. 6. 13
2. 村田大樹, 鳴海治, 杉山純平, 伊藤昌広
『脳脊髄液減少症の存在が背景に疑われた慢性硬膜下血腫の 2 例』
第 36 回大阪南西部脳神経外科懇話会 2024. 7. 13
3. 杉山純平, 筒井竣亮, 村田大樹, 鳴海治, 伊藤昌広, 伊藤義彰, 村田高穂
『急性期脳幹梗塞と誤診された高齢 Bickerstaff 型脳幹脳炎の 1 例』
第 50 回日本脳卒中学会学術集会 2025. 3. 7
4. 村田大樹, 鳴海治, 羽生敬, 伊藤昌広
『急性期治療開始後に出血による重症化をきたした脳幹梗塞の一例』
第 50 回日本脳卒中学会学術集会 2025. 3. 7

【リハビリテーション部】

1. 羽尻高司
『呼称の誤り方に応じた訓練を行うことで、改善が見られた失名辞失語の一症例』
第 25 回日本言語聴覚学会 2024. 6. 21-22
2. 近藤遥奈
『当院の入院患者における身体活動量について』
第 36 回大阪南西部脳神経外科懇話会 2024. 7. 13
3. 城間千奈
『ウェアラブル脳波計を用いた半側空間無視発症者の前頭部脳波活動の経過：1 症例による検討』
第 18 回日本作業療法研究学会 2024. 8. 31-9. 1

4. 石橋凜太郎
『体性感覚が重度に障害された右視床出血例の重量弁別能力』
第 48 回日本神経心理学会学術集会 2024. 9. 5-6
5. 中西良太
『発症から 5 ヶ月後も道順の誤りを認めたくも膜下出血症例の作業療法経過』
第 48 回日本神経心理学会学術集会 2024. 9. 5-6
6. 石橋凜太郎
『脳卒中患者に対する新たな体性感覚検査法 (Rivermead Assessment of Somatosensory Performance) 日本語版の信頼性と妥当性の検討』
第 58 回日本作業療法学会 2024. 11. 9-10
7. 平見彩貴
『運動麻痺と失行症を呈した症例に対するスプーン操作の各過程に着目した介入報告』
第 58 回日本作業療法学会 2024. 11. 9-10
8. 中谷有里
『麻痺手の使用意欲低下により機能と使用頻度に乖離を認めた一例』
第 58 回日本作業療法学会 2024. 11. 9-10
9. 伊藤綾音
『模擬的就労訓練を通して生じた問題点に対する介入-行動計画と左空間への注意に着目して-』
第 58 回日本作業療法学会 2024. 11. 9-10
10. 下村亮太
『Can Enhancing Balance through Backward gait Alleviate Fear of Falling and Facilitate Resumption of Hobby Activities? A Case Study』
第 8 回アジア太平洋作業療法学会 2024. 11. 5-9
11. 城間千奈
『Neurophysiological biomarkers of focused attention during Tetris tasks measured by wearable EEG device』
第 8 回アジア太平洋作業療法学会 2024. 11. 5-9
12. 寺田萌
『馴染みのある行為を通した痺れに対する介入の試み -病前の身体状況に着目することで行為イメージが喚起された一症例-』
第 24 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2024. 11. 30-12. 1
13. 藤原瑤平
『左空間の探索時に特徴的な所見を認めた症例に対する介入』
第 24 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2024. 11. 30-12. 1

【看護部】

1. 松川未来

『回復期病棟でのフレイル予防への取り組み』

第 51 回日本脳神経看護学会学術集会 2024. 9. 23

2. 坂上美咲

『地域研修会への取り組み・知ってほしい！！脳の病気―脳卒中予防と発症時の対応―』

第 12 回大阪府看護学会 2024. 12. 7

3) 研修会等の講師

【診療部】

1. 伊藤昌広

『てんかん症状について』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 4. 10

2. 伊藤昌広

『脳卒中について』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 5. 8

3. 伊藤昌広

『熱中症について』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 6. 19

4. 伊藤昌広

『アルコールと病気』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 7. 10

5. 伊藤昌広

『不整脈』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 8. 28

6. 伊藤昌広

『横紋筋融解症』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 9. 18

7. 伊藤昌広

『めまい』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 10. 9

8. 伊藤昌広

『うつ』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 11. 13

9. 木村麻子

『当院における心原性塞栓症に対する治療の1例』

不整脈ミーティング～天王寺区・東成区・生野区・東大阪市～ 2024. 11. 21

(阿倍野ハルカス 25 階会議室 D)

10. 伊藤昌広

『低体温症』

生野区消防署職場安全講習セミナー (生野消防署講堂) 2024. 12. 18

11. 伊藤昌広

『めまいについて』

生野区民健康セミナー (生野区老人福祉センター) 2025. 1. 22

12. 伊藤昌広

『認知症早期診断と治療の重要性』

興和株式会社認知症講演会 (興和株式会社大阪支店) 2025. 1. 23

13. 伊藤昌広

『認知症診療と院内の取り組み』

認知症診療カンファレンス (興和株式会社大阪支店) 2025. 3. 13

【リハビリテーション部】

1. 石橋凜太郎

『講義②認知神経理論に基づく回復と学習の原理：講義⑥訓練の組み立て方』

認知神経リハビリテーション・ベーシックコース大阪 2024. 9. 7

2. 寺田萌

『講義④病態分析と病態解釈：講義⑤観察と訓練のための上肢・下肢・体幹の機能システム』

認知神経リハビリテーション・ベーシックコース大阪 2024. 9. 7

3. 石橋凜太郎

『道具使用とアフォーダンス』

第 24 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2024. 11. 30-12. 1

(【行為のシミュレーションを深化する】Series Discussion⑤)

【診療支援部】

1. 上野山周雄

『中小病院の薬剤部門を取り巻く環境』

第 46 回日本病院薬剤師会近畿学術大会 (シンポジウム 5) 2025. 1. 25

(中小病院の活躍をサイエンスの視点で考える)

4) 研修会や学会への参加活動

【リハビリテーション部】

1. 石橋怜奈
第 25 回日本言語聴覚学会 2024. 6. 21-22
2. 寺田萌
日本認知科学会第 41 回大会 2024. 10. 12-14
3. 石橋凜太郎, 近藤遥奈, 中谷有里, 木下愛佳, 大上千尋, 広田紗英, 平田奈々子
第 7 回日本神経理学療法学会 SIGs 参加型フォーラム 2025 2025. 2. 8

【診療支援部】

1. 大嶋あかね
第 26 回日本褥瘡学会学術集会 2024. 9. 6-9. 7
2. 林世志雄
MRI 造影検査 WEB セミナー 2024. 12. 9
3. 福井崇乃
心エコー判読指南 第参巻 2024. 5. 14
春のエコー ビデオライブセミナー 2024. 5. 23
第 101 回 THE Echo WEB 2024. 6. 12
Global Standard CT Symposium 2024 2024. 8. 3
第 105 回 THE Echo WEB 2024. 8. 14
第 112 回 THE Echo WEB 2024. 11. 27
第 113 回 THE Echo WEB 2024. 12. 11
4. 飯田泰隆
第 22 回関西キャノン CT ユーザー会 2024. 6. 15
第 37 回 GE ヘルスケア CT 友の会 2024. 6. 26
日本 CT 健診学会 夏期セミナー2024 2024. 8. 3
3rd CMW&CDC 共催サイバー大会 2024. 8. 22
中部キャノン CT ユーザー会 2024. 9. 7
第 14 回中四国キャノン CT 2024. 10. 5
Cyber DECT 8th Conference 2024. 10. 26
第 17 回 3D PACS 研究会 2025. 1. 26
CT 塾オンラインセミナー 2025. 1. 29
首都圏キャノン CT ユーザー会 2025 2025. 2. 22

VI. 委員会活動



医療安全に関する会議・委員会一覧

会議名	開催日時
医療安全管理会議・感染安全管理会議	
責任者：伊藤 昌広（医師） 委員長：李 道江（医療安全管理者） 副委員長：上野山 周雄（薬剤師）	第 4 木曜 15：30
医療安全連絡会議（全体会議）	
責任者：村田 高穂（医師） 委員長：堺 幸徳（事務長）	第 4 火曜 17：00
院内感染対策委員会	
委員長：高橋 和寛（薬剤師） 副委員長：伊藤 昌広（医師） 松浦 彩子（看護師）	第 2 木曜 15：30
褥瘡対策委員会	
委員長：油納 由佳（看護師） 副委員長：村田 祐樹（医師） 古井 美穂（言語聴覚士）	第 1 水曜 15：30
医療事故対策委員会	
委員長：市村 幸盛（理学療法士） 副委員長：村田 大樹（医師） 坂上 美咲（看護師）	第 1 木曜 15：30
医薬品安全管理委員会	
委員長：上野山 周雄（薬剤師） 副委員長：木村 麻子（医師） 西田 美代子（看護師）	第 4 金曜 15：30 （偶数月）
医療機器安全管理委員会	
委員長：新庄 康貴（診療放射線技師） 副院長：鳴海 治（医師） 興津 一子（看護師）	第 3 水曜 15：30 （奇数月）
医療ガス安全管理委員会	
委員長：鳴海 治（医師） 副委員長：新庄 康貴（診療放射線技師） 興津 一子（看護師）	第 3 水曜 16：00 （奇数月）
医療放射線管理委員会	
委員長：鳴海 治（医師） 副委員長：新庄 康貴（診療放射線技師） 興津 一子（看護師）	第 3 水曜 16：00 （奇数月）
栄養給食委員会	
委員長：西谷 かおり（看護師） 副委員長：木村 麻子（医師） 前原 崇良（管理栄養士）	第 2 水曜 15：30
診療情報管理委員会	
委員長：山崎 香織（事務員） 副委員長：村田 祐樹（医師） 渡邊 百代（事務員）	第 3 金曜 15：30

医療安全管理会議・感染管理会議

【開催日】 第4木曜日 2024年4月～2025年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
2024年 4月25日	・今年度医療安全管理会議方針の制定 →インシデント報告件数目標を350件に設定(昨年度は250件の報告有り) ・タスクシフト/シェア→診療放射線技師業務の拡大及び特定行為看護師業務の開始 それぞれの業務内容・範囲を明確化
5月23日	・身体拘束最小化に向けた取り組み準備を開始(勉強会開催) ・経年劣化による機器修理が増えている。修理実績一覧を評価(購入・代替え検討)
7月25日	・院内給食に異物混入が散見→委託業者への指導、業務工程の確認 ・次月より身体拘束最小化チームを発足し、活動を開始する ・カスタマー(ペイシエント)ハラスメント対応について院内掲示等について素案
8月26日	・院内で水漏れ事故発生、対応についての振り返り →これに伴い災害対応マニュアルの見直し、災害時の行動訓練内容を具体化 ・カスタマーハラスメント対応マニュアル(簡易版)作成
9月26日	・離床センサー導入稟議→使用基準・管理方法等について検討 →全職員が安全に、有効的に使用できるよう(抑制につながらないように)勉強会実施 ・病院出入り口の開閉時間を再確認、院内決定
10月31日	・離床センサーの使用基準作成、使用開始 ・医薬品安全管理委員会よりポリファーマシーに関する意識調査実施の意向あり
11月28日	・赤外線センサー4台納品、医療安全連絡会議にてセンサー使用基準の説明を行う ・身体拘束最小化に向け多職種でのカンファレンスを行い、解除に向け病院で取り組む ・身体への侵襲が大きい検査に関する同意書のフォーマットを確認し内容を見直す
12月26日	・COVID-19罹患患者が増加傾向、感染防止策の徹底を全職員に啓蒙 ・tPA実施時に体重の誤認あり、アクシデントとして報告→確認作業の見直し ・医薬品安全管理委員会よりポリファーマシーに関する意識調査結果報告
2025年 1月25日	*保健所立ち入り調査のため中止
2月27日	・医療ガス3か月点検実施→異常なし
3月27日	・年間医療安全管理に関する総括

【総括】

医療安全管理会議は、患者さんに良質で安全なケアを提供し、職員に対し快適な労働環境を提供するために必要な会議としての役割があります。起こりうるかも知れない事故を予測し、早期に問題となりうる事象を全職員が統一した視点で察知し、理解することが安全対策においては最も必要です。そのためにも医療安全に関する教育・啓蒙は必須であり、検討した予防策を実践していくワーキンググループである委員会の役割は重要となります。医療安全管理会議はコア会議として委員会の意見を吸い上げ提示された問題を検討・解決することで大切な患者さん、職員の安全を担保することができます。今後も患者さんが安心して治療が受けられるように、また職員が心身ともに健康で職務に従事できるような安全管理環境を整えてまいります。

副院長 李 道江

医療安全連絡会議（全体会議）

【開催日】 第4火曜日 2024年4月～2025年3月（全10回）

日付	担当及び参加人数	テーマ
2024年 4月23日	・医療安全管理会議 89名	医療安全管理
6月25日	・身体拘束最小化委員会 82名	身体拘束を最小化する取り組み
7月23日	・医療事故対策委員会 85名	離床センサー～当院での事例を中心に～
8月26日	・医療安全連絡会議 81名	医療倫理
9月24日	・院内感染対策委員会 80名	院内感染のための環境調整
10月22日	・医療ガス・放射線管理委員会 78名	医療ガスの取扱い・放射線の人体への影響
11月26日	・医薬品安全管理委員会 70名	ポリファーマシー
2025年 1月28日	・医療事故対策委員会 78名	当院の転倒対策の実施状況
2月25日	・医療機器安全管理委員会 83名	令和6年度の活動報告
3月26日	・院内感染対策委員会 69名	適切な手指衛生について

【総括】

昨年度同様の開催頻度において、各法令・施設基準において必要とされる内容を中心に職員研修を実施した。各委員会からは、当院の現状分析に基づき、研修企画立案がなされ、非常に有意義な研修となった。

事務長 堺 幸徳

院内感染対策委員会

【開催日】 第2木曜日 2024年4月～2025年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
2024年 4月11日	・SSI:0件 ・培養:MRSA0件 緑膿菌0件 ESBL1件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量:6.7mL/患者/日
5月9日	・SSI:0件 ・培養:MRSA3件 緑膿菌2件 ESBL4件 ・COVID-19:2件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量:6.3mL/患者/日
6月13日	・SSI:0件 ・培養:MRSA0件 緑膿菌1件 ESBL0件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:1件 ・手指消毒製剤使用量:6.2mL/患者/日 ・6/5 感染防止対策地域連携カンファレンスに参加
7月11日	・SSI:0件 ・培養:MRSA1件 緑膿菌1件 ESBL0件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:1件 ・手指消毒使用量:7.2mL/患者/日
8月8日	・SSI:0件 ・培養:MRSA2件 緑膿菌2件 ESBL2件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量:7.4mL/患者/日
9月12日	・SSI:0件 ・培養:MRSA0件 緑膿菌0件 ESBL0件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:1件 ・手指消毒使用量 7.6mL/患者/日 ・9/4 感染防止対策地域連携カンファレンスに参加 ・9月24日、感染対策講習会「環境整備について」実施
10月10日	・SSI:0件 ・培養:MRSA0件 緑膿菌0件 ESBL0件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量:6.4mL/患者/日
11月14日	・SSI:0件 ・培養:MRSA0件 緑膿菌1件 ESBL2件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量:6.5mL/患者/日
12月12日	・SSI:0件 ・培養:MRSA0件 緑膿菌3件 ESBL3件 ・COVID-19:0件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量:8.3mL/患者/日 ・12/4 感染防止対策地域連携カンファレンスに参加
2025年 1月16日	・SSI:0件 ・培養:MRSA0件 緑膿菌2件 ESBL2件 ・COVID-19:11件 ・針刺事故:1件 ・インフルエンザ:2件 ・手指消毒使用量:7.9mL/患者/日
2月13日	・SSI:0件 ・培養:MRSA4件 緑膿菌3件 ESBL0件 ・COVID-19:2件 ・インフルエンザ:3件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量:5.7mL/患者/日 ・2/17～2/19 院内手指衛生研修
3月13日	・SSI:0件 ・培養:MRSA1件 緑膿菌1件 ESBL2件 ・COVID-19:5件 ・針刺事故:0件 ・手指消毒使用量 6.1mL/患者/日 ・3/25 感染対策講習会「適切な手指衛生について」 ・3月5日、感染防止対策地域連携カンファレンスに参加

【総括】

昨年度から引き続き、標準予防策の徹底や手指消毒アルコール製剤使用量の把握、抗生剤適正使用の推進、感染対策マニュアルの整備などを通じて院内感染の予防・拡大防止に取り組んでまいりました。それに加えて今年度はブラックライトを用いた手指消毒手技確認研修を行い、感染対策意識向上を図っております。また、院内での活動だけでなく、地域の他病院とカンファレンスを定期的に行い、情報を共有し連携をとりながら感染対策を行ってきました。今後も患者さんの安全を確保できるよう職員一丸となって活動していきます。

薬剤課 主任 高橋 和寛

褥瘡対策委員会

【開催日】 第1水曜日 2024年4月～2025年3月(全12回) 毎週木曜日 褥瘡回診

日付	活動内容および結果等
2024年 4月3日	・褥瘡発生1名 褥瘡持込3名 スキン-テア発生0名、褥瘡リスク回診2名 ・活動目標：褥瘡発生ゼロに向けて、褥瘡リスク回診を開始する
5月1日	・褥瘡発生1名 褥瘡持込0名 スキン-テア発生2名、褥瘡リスク回診1名
6月5日	・褥瘡発生1名 褥瘡持込1名 スキン-テア発生0名、褥瘡リスク回診1名 ・院内研究発表会ポスター発表「予防しようスキン-テア ～スキン-テアって何～」
7月3日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込0名 スキン-テア発生0名 ・耳あきクッション購入
8月7日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込0名 スキン-テア発生1名 ・ネスレ勉強会（栄養委員会合同）
9月4日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込1名 スキン-テア発生1名
10月2日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込1名 スキン-テア発生1名 ・スネイク枕使用したポジショニング説明、各病棟写真配布
11月6日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込0名 スキン-テア発生1名
12月4日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込1名 スキン-テア発生0名、褥瘡リスク回診1名 ・スキン-テア勉強会（パラマウント動画）
2025年 1月8日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込0名 スキン-テア発生0名
2月5日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込1名 スキン-テア発生2名（1名MDRPU医療関連機器褥瘡） 褥瘡リスク回診1名
3月5日	・褥瘡発生0名 褥瘡持込1名 スキン-テア発生2名 ・スキン-テア報告書を皮膚損傷報告書に変更し、MDRPU（医療関連機器褥瘡）追加

【総括】

2024年度は褥瘡リスク回診を開始し昨年度の褥瘡発生4名に対し、今年度は褥瘡発生3名と減少しました。今後も褥瘡発生ゼロに向けて発生リスク部位や皮膚状態、ポジショニングの方法などをスタッフに周知し、患者さんの安全と安楽を守り、褥瘡予防を意識出来る介入を実践していきたいと思っています。またスキン-テア発生や、MDRPU（医療関連機器褥瘡）についても報告するようにしました。入院した患者さんには皮膚損傷リスクがあるため、スキン-テアやMDRPUの発生ゼロを目指し、皮膚保護の重要性を意識できるような介入をしていきたいです。

看護部 主任 油納 由佳

医療事故対策委員会

【開催日】 第1木曜日 2024年4月～2025年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
2024年 4月4日	・インシデントレポート：22件 ・アクシデント発生：0件 ・委員会の活動内容について説明、内服薬の確薬について徹底
5月2日	・インシデントレポート：18件 ・アクシデント発生：0件 ・7月の全職員向けの啓蒙活動のテーマを「離床センサーの成功事例、失敗事例の紹介(仮)」に決定
6月6日	・インシデントレポート：19件 ・アクシデント発生：0件 ・7月の全職員向けの啓蒙活動の役割分担を決定
7月4日	・インシデントレポート：16件 ・アクシデント発生：0件 ・車椅子からの転倒事例について、対策を検討
8月1日	・インシデントレポート：20件 ・アクシデント発生：0件 ・誤配膳事例について、全スタッフで防止するよう確認
9月5日	・インシデントレポート：13件 ・アクシデント発生：0件 ・離床センサーの追加購入を申請することを決定
10月3日	・インシデントレポート：21件 ・アクシデント発生：2件 ・離床センサーの、使用基準、マニュアルについて検討
11月7日	・インシデントレポート：29件 ・アクシデント発生：0件 ・1月の全職員向けの啓蒙活動のテーマを「全スタッフで転倒を防止する(仮)」に決定
12月5日	・インシデントレポート：22件 ・アクシデント発生：0件 ・1月の全職員向けの啓蒙活動の役割分担を決定
2025年 1月9日	・インシデントレポート：17件 ・アクシデント発生：0件 ・時間外等、検査技師不在時のPCR検査について、マニュアルを作成、共有
2月6日	・インシデントレポート：17件 ・アクシデント発生：0件 ・点滴薬は「1患者1バット」の原則を再確認
3月6日	・インシデントレポート：24件 ・アクシデント発生：0件 ・抗凝固薬変更時のINRは、薬剤師も確認するよう依頼

【総括】

2024年度も、①事故の未然防止、②事例分析、③啓蒙活動を3本柱に活動しました。結果、リスクレベル3b以上のアクシデントの発生件数は昨年度の5件から2件へと減少しました。また、インシデントレポートの総数も272件から238件へと減少しました。これはリスクレベルが0、1のポジティブインシデントの報告が63件から30件に減少したことが影響しています。2025年度は、起こってしまった事例だけではなく、対策が奏功し未然に防ぐことができた事例も報告することで、職員の医療安全への意識を高めることを目標とします。

リハビリテーション部 部長 市村 幸盛

医薬品安全管理委員会

【開催日】 隔月 第4金曜日 2024年4月～2025年3月(全5回)

日付	活動内容および結果等
2024年 4月26日	・2024年度の活動計画 →医療安全連絡会議のテーマを「ポリファーマシー」に決定 →半期ごとの医薬品にかかわるインシデント分析を行う →新規採用医薬品の製品説明会の開催 →院内発生の副作用情報の収集 ・医薬品安全管理のための業務手順書の取引卸の項目に追記することを了承
6月28日	・5月開催予定だった医療安全連絡会議を12月に延期することを報告 ・ポリファーマシー対策の手順書が提案され了承された ・ポリファーマシーに関する職員の意識調査を行うことを決定した
10月25日	・上半期医薬品関連のインシデントレポート分析 →全体の22.3%が医薬品関連 →外来での点滴時は患者氏名、医薬品名等が記載されたラベルを発行貼付しておらず、入院時に一見して何番目の指示の点滴かが判別しづらいとの意見があり、ラベル発行について検討することとなった
12月20日	・ポリファーマシーに関する職員の意識調査結果を共有した →結果についてはDIニュースにて共有し、2025年度の研究発表会でも報告することとなった
2025年 2月28日	・下半期医薬品関連のインシデントレポート分析 →全体の23.4%が医薬品関連 →同姓患者の投薬に関するインシデントが複数あった →内服自己管理を行っている患者の服用間違いが散見された ・フォシーガ錠5mgについて12月12日に製品説明会実施14名参加

【総括】

例年同様、半期ごとのインシデント分析を行い、同様のインシデント発生が報告されている事例に関しては院内の研修会を通じて周知した。2024年度はポリファーマシーに関する意識調査を実施したが、全回答者の69%がポリファーマシーという言葉を知らず、12月の研修会で詳細を解説したところである。今回の意識調査結果および当院の処方現状を調査し、併せて研究発表会で報告する予定としている。また2024年度は製品説明会を多くは企画できなかったため2025年度の課題としたい。今後も医薬品を安全に使用するために努めていきたい。

診療支援部 部長 上野山 周雄

医療機器安全管理委員会

【開催日】 奇数月 第3水曜日 2024年4月～2025年3月(全6回)

日付	活動内容および結果等
2024年 5月15日	・「MRIの吸着事故について」の講習会を5/22新入職員に実施（参加人数6名） ・3月12日、DSA定期点検：異常なし ・4月11日、手術室麻酔器点検 ・4月25日、手術室麻酔器電源ケーブル交換 ・4月20日、CT定期点検：異常なし
7月17日	・ケーブルの断線多いため職員に啓蒙実施 ・5月16日、DSA点検：異常なし ・5月25日、MRI点検：異常なし ・6月12日、DR装置点検：異常なし
9月18日	・「12誘導心電図の操作方法」8月20日、講習会実施（参加人数8名） ・8月12日：水漏れ浸水に伴い医療機器の緊急点検実施 →CT、MRI、DR、DXAの各装置：異常なし →8月15日、DSA装置故障→8月27日：修理復旧完了
11月20日	・ACT測定器の購入にあたり新規講習会を11月初めに2回実施（参加人数12名） ・DSA室の輸液ポンプを新規購入済み ・10月5日、CT定期点検：異常なし ・10月24日、DSA定期点検：異常なし ・11月16日、MRI定期点検：異常なし ・11月22日、OP、DSA用生体モニター更新
2025年 1月15日	・「モニター心電図の操作方法」12月13日、講習会実施（参加人数6名） ・12月26日、DSA定期点検：異常なし
3月19日	・2月20日、日本光電定期点検（検査室、救外、OP室）：異常なし ・2月21日、日本光電定期点検（SCU、南3・4階病棟）：異常なし ・2月25日、医療安全連絡会議「令和6年度の活動報告」を実施（参加人数95名） ・2月27日、DSA定期点検：異常なし（FPD回転ボタン調整）

【総括】

2024年度は、新人教育として講習会「MRIの吸着事故について」、「12誘導心電図の操作方法」、「モニター心電図の操作方法」を開催しました。また、法規に定められている新規購入時の講習会や人工呼吸器、除細動器の点検講習を計画的に実施しました。

今後も事故が起こらない様に、日々の点検と講習会を継続して職員が安全に安心して使用できる環境を整えて参ります。

画像検査課 課長 新庄 康貴

医療ガス安全管理委員会

【開催日】 奇数月 第3水曜日 2024年4月～2025年3月(全6回)

日付	活動内容および結果等
2024年 5月15日	・馬場酸素による定期点検(3ヵ月)を5月13、14日実施異常なし
7月17日	・馬場酸素による定期点検(3ヵ月)を8月予定
9月18日	・馬場酸素による定期点検(3ヵ月)を8月5、6日実施異常なし
11月20日	・馬場酸素による定期点検(3ヵ月)を11月18、19日実施異常なし ・10月22日の医療安全連絡会議「医療ガスの取り扱いについて」の講習を実施 (参加人数78名)
2025年 1月15日	・DSA室のボンベ交換(特殊窒素ガス)実施
3月19日	・馬場酸素による定期点検(3ヵ月)を2月17、18日実施 →医療ガス配管(マニホールド)に微細なガス漏洩あり修理予定

【総括】

2024年度は2月の定期点検にて微細なガス漏洩が見つかりましたが、1年を通して大きな故障もなく無事に委員会活動を行う事が出来ました。吸引・ガス装置の基本をもう一度、全職員に啓蒙するために年1回「流量計の取り扱いについて」を定例の講習会テーマとして再度実施しました。講習内容は、災害時を想定し吸引装置は配管の損傷・水道の損傷が無ければ電気がなくても使用可能(水圧を利用)である事、ガス装置は配管の損傷・ガスボンベの損傷が無ければ電気がなくても使用可能(ボンベ圧を利用)である事を説明しました。

今後も安全な医療ガス管理に努めて参ります。

画像検査課 技師長 新庄 康貴

医療放射線管理委員会

【開催日】 奇数月 第3水曜日 2024年4月～2025年3月(全6回)

日付	活動内容および結果等
2024年 5月15日	・前年度放射線総計 5270件：545.243372Gy ・フィルムバッチ：医師入職に伴い1名追加 計21名30個
7月17日	・フィルムバッチ：看護師の名義1名変更
9月18日	・フィルムバッチ：変更なし ・医療安全連絡会議にて「放射線の身体的影響について」を講習予定
11月20日	・フィルムバッチ：医師入職に伴い1名追加 計22名31個 ・10月22日の会議にて「放射線の身体的影響について」講習を実施（参加人数78名）
2025年 1月19日	・フィルムバッチ：1個紛失に伴い線量会社に報告
3月16日	・フィルムバッチ：2個紛失に伴い線量会社に報告 ・次年度よりフィルムバッチの整理検討

【総括】

CT装置やDSA装置の高線量発生装置について線量管理を行うことで、他院との被曝線量の比較が出来るようになりました。当院は脳神経外科であり頭部CT検査、頭部DSA検査が多く被曝線量も高い事が分かりました。診断可能な画像を維持しつつ適切な線量を心掛けます。

今後も医療従事者、患者さんの被曝低減に努力して参ります。

画像検査課 技師長 新庄 康貴

栄養給食委員会

【開催日】 第2水曜日 2024年4月～2025年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
2024年 4月10日	・年間活動計画としてレクリエーション(5回/年)、みんなのお弁当箱を四季毎に発刊 ・NST回診は委員会の看護師が病棟との連携を行っていく ・3月21日(金)「花見・アイス with ホットドリンク祭り」実施報告(50名参加) ・インシデント報告 0件 ・NST介入延べ13名
5月8日	・委員会メンバーの目標から3チームに分類し活動開始。 ・インシデント報告 1件 ・NST介入延べ24名
6月12日	・各チームの活動目標、行動計画を提示 ・病院食アンケート結果報告 ・5月24日(金)「春のお茶会、団子祭り」実施報告(48名参加) ・インシデント報告 2件 ・NST介入 延べ23名
7月10日	・栄養補助飲料の2種廃盤に伴い新たな商品を導入 ・必要栄養量の確保が困難な事例に対応できる高カロリータイプの粥を導入 ・みんなのお弁当箱「夏号」発刊 ・インシデント報告 2件・NST介入 延べ18名
8月21日	・8月11日(日・祝)「夏祭り」実施報告(50名参加) ・9月1日から急性期病棟の「入院時栄養アセスメントスクリーニング」が変更になるため勉強会を予定 ・インシデント報告 4件 ・NST介入 延べ17名
9月11日	・インシデント報告 3件 ・NST介入 延べ10名
10月9日	・入院食(ペースト・ムース食を除く)アンケート実施報告(44名) ・みんなのお弁当箱「秋号」発刊 ・インシデント報告 1件 ・NST介入 延べ12名
11月13日	・10月18日(金)「秋のお茶会」実施報告(52名参加) ・医療安全連絡会議発表内容確認「入院時栄養アセスメントシート変更の経緯と入力方法」 ・インシデント報告 0件 ・NST介入 延べ22名
12月11日	・インシデント報告 4件 ・NST介入 延べ19名
2025年 1月7日	・クリスマスイベント報告 12/1～/28 夜間イルミネーション点灯期間 12月20日(金)サンタクロース巡回プレゼント配布(57名) ・みんなのお弁当箱「冬号」発刊 ・インシデント報告 0件 ・NST介入 延べ14名
2月12日	・インシデントレポート 1件 NST介入 延べ15名
3月12日	・みんなのお弁当箱「春号」発刊 ・インシデント報告 0件 ・NST介入 延べ15名

【総括】

委員会メンバーのやりたいことから3チームに分類して活動を行いました。

- ① 「早期栄養介入の取り組み」は学会基準に基づいた入院時栄養アセスメントシートに変更、研修の実施、早期栄養介入管理加算の算定も開始することができました。
- ② 「患者サービスの向上」は季節毎にレクリエーションを行い、「夏祭り」では初めてカラオケ大会を行いたくさんの笑顔に触れることができました。クリスマスにはツリーに加え、初めて院内でイルミネーションを点灯させ、サンタなどに仮装しプレゼント配布など素敵な時間を過ごせました。
- ③ 「リハビリテーションと栄養」は回復期患者の栄養状態を経時的に評価し、今後リハ栄養の導入について検討していきたいと思います。

看護部 課長 西谷 かおり

診療録管理委員会

【開催日】 第3金曜日 2024年4月～2025年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
2024年 4月19日	・令和6年4月1日より血液製剤発注方法が電話よりインターネット発注に変更
5月17日	・診療報酬改定に伴う電子カルテ変更作業実施
6月21日	・診療報酬改定に伴う入力内容・様式を変更 →リハビリ総合実施計画書→南館・北館別に使用していたが、統一した書式使用に変更 →栄養アセスメント用紙→GLIM用紙に変更 →DPC対応様式1入力内容（栄養関係）追加あり →看護必要度入力内容（創傷処置・呼吸ケアはEFファイルより出力）変更あり
7月19日	・電子カルテバージョンUPの予定あり →各部署所属長とともに内容を確認し、必要・不必要な機能の選別を行う
8月16日	・8月12日南館2階・1階水漏れあり、水漏れ対策としてPC類の地置きを禁止する ・外来患者様1名カルテ開示依頼あり
9月20日	・水漏れ後電子カルテ故障あり →故障した電子カルテは、今後入れ替えを行っていく予定
10月18日	・電子カルテ故障報告 →ノートパソコンの液晶画面開閉部（ヒンジ）故障のため、3台修理依頼あり 物を挟んでの開閉禁止、丁寧な使用をするよう注意喚起を行う
11月15日	・看護必要度画面変更あり →（急）一般評価表 → 一般評価表に変更
12月13日	・管理端末ハード故障あり →復旧に時間がかかったため、今後はハードコピーを行い、復旧時間の短縮を図る
2025年 1月17日	・プリンターについて →更新から3年経過しており、定着期交換のエラー表示が確認できた場合交換を行う
2月21日	・保健所立入調査結果 →サイバーセキュリティについての項目追加あり、現状の運用報告を行い問題なし
3月21日	・次年度電子カルテバージョンUPの予定あり →各部署所属長とともに内容を確認し、必要・不必要な機能の選別を行う

【総括】

2024年度は診療報酬改定年度であったため、電子カルテ内の記録用紙・入力内容の変更を中心に活動を行ってきた。大幅な改定であったことから、注意深く情報収集を行い、変更をかける必要があったが、不備なくスムーズに遂行できた。また、電子カルテ更新から3年が経過しているため経年劣化によるプリンターの修理・ノートパソコンの使用が乱雑なための修理件数が増加していたため、丁寧な使用を心がけるよう職員に注意喚起を行った。2025年度は電子カルテにおけるソフト・ハード面の管理の継続と診療報酬改定で対応した記録内容の確認等を踏まえ、電子カルテ監査業務に重点を置き活動をおこなっていく。

事務部 部長 山崎 香織

「感謝」

今年度をもって村田病院での18年間に終止符を打つことになりました。たくさんの思い出の中で病院を去ることにはなりますが、寂しさより満足感に満たされており、このような気持ちで去ることができるのは、ひとえに理事長をはじめとする全職員皆様のおかげと心から感謝しております。看護部長、統括部長、副院長と役職を頂き臨床だけでなく病院経営にも参画することで人や物に対する細やかな配慮の重要性を学び、自己の成長にたくさんの支援を頂きました。結果、認定看護管理者、回復期認定看護師、日本国際看護師の資格を取得、大阪府看護協会支部理事としての活動にも理解と協力を頂き、日本看護協会会長賞まで受賞することができました。

村田病院で私は、対象としているのは「人」であることを理解し、緊迫した状況であっても優しさと丁寧さを忘れずに持っている専門性を駆使して治療とケアに携わるべきであるということを学びました。これを実践できるのが村田病院の職員であり、これからも最新の治療を提供しつつ最後まで面倒見の良い病院であり続けて欲しいと切に願っております。たくさんの学びと温情によりパワーアップした私を支えてくださった皆様に心から感謝申し上げます。18年間、本当にありがとうございました。

李道江



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、面倒見の良いリハ診療」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.², Naoki Yamamoto³, MD, Katsumi Shimotake, MD.², Takanori Tominaga, P.T.² 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⁾, 森野卓史²⁾, 川上太一郎³⁾, 岡田由美子⁴⁾, 中西愛彦⁵⁾, 三木幸雄⁶⁾

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

by
Takaho Murata¹⁾, Takashi Tsuruno²⁾, Taichirou Kawakami³⁾,
Naruhiko Nakanishi⁴⁾, Yumiko Okada⁵⁾, and Yukio Miki⁶⁾

from
Department of Neurosurgery, Suishoukai 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。

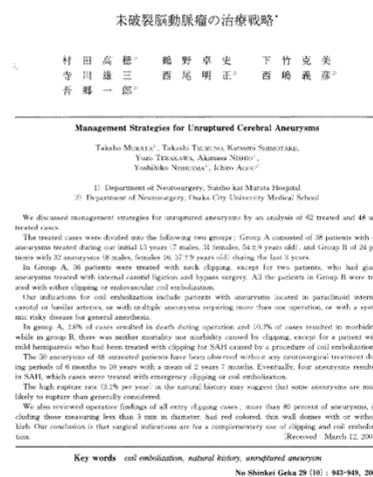
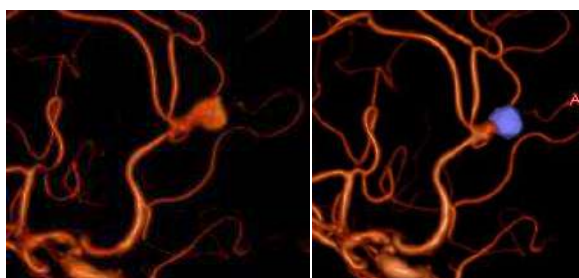
外科治療の変革

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)

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の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)「親切的医療」:「親切的医療」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。

編集後記

今回、年報作成に携わることで、チームワークの大切さを学ばせていただきました。
各委員会や他部署の資料を集めて作られる為、決して一人では出来る事ではなかったように
思います。ご協力頂いた皆様、ありがとうございました。

今年度は40周年ということもあり、村田病院のこれまでの歩みも載せさせていただきました。
村田病院の歴史も含めて、是非ご一読いただけましたら幸いです。

2024 年度 年報作成チーム



～病院HP

