

地域とともに



2025年度 病院年報

村田病院 + 村田病院

診療科目
内科 外科 小児科
村田病院

医療法人 穂翔会 村田病院



06-6757-0011



<https://muratahospital.jp>

〒544-0011

大阪市生野区田島4丁目2-1

地域医療の Innovation

『自由自在』



令和 8 年 4 月、病院は 42 年目の歩みを始めました。
はじめに「病院年報」は 2011 年来冊子として皆様にお届けさせていただいておりましたが 2025 年度版よりデジタル化しホームページ（HP）でのご報告とさせていただきます。何卒御理解のほどよろしくお願い申し上げます。

昨年の厚労省 HP で「2040 年地域医療構想」が示され、地域医療を「治す医療」だけでなく「治し・支える医療」と位置付け、地域包括医療の在り方が提唱されました。

地域包括医療を担う施設の基準は、2014 年地域包括ケア病床の設置に続き 2024 年度の診療報酬改訂において「地域包括医療病棟入院料」が新設され、2026 年 2 月時点で地域包括医療病棟は全国 232 病院 11,900 床が認可されています。

この度、当病院は「地域包括医療病棟への病床再編」を行いました。病床再編成の骨子は急性期病床 40 床について一般病床と SCU 廃止・地域包括医療病棟への再編により南館 2 フロアを地域包括医療病棟に移行し、病院全体としては地域包括医療病棟 40 床と回復期リハ病棟 30 床による 2 病棟ケアミックス診療体制となります。

私たちの地域医療は、これまで実践してきた脳神経外科と脳卒中の救急と急性期診療、その後の回復期リハビリテーション診療を継続することであり、加えて 4 年前から取り組んでいる生活期ケアをさらに組織化することです。

私たちの医療のかたちが変わるわけでは無いのですが、地域包括医療が「病気を治すとともに人を支える」という考え方を受容するためには、今少し時間を要するかもしれません。

「地域住人の健康と生活を支える」というテーマは、組織の Innovation だけでなく私たち医療者の思考の Innovation が求められるでしょう。

『自由自在』と言う仏教用語があります。

「自由」とは「何事にも捉われず自分の意思や考えを貫くこと」

「自在」とは「様々な変化に柔軟に対応すること」とされます。

私たちは この度の地域医療の Innovation を「自由自在の力」で受容し、対応し地域医療を継続する決意をご報告申し上げます。

2026 年 4 月
医療法人穂翔会 理事長
村田 高穂



目次

I . ご挨拶	3
II . 病院概要	4
III . 臨床活動	6
IV . 学術活動	
研究発表.....	13
院外学術報告	34

I. ご挨拶

謹啓

朝夕のひんやりとした風の中、桜が咲き山吹の花の眩しい季節となりましたが、皆様にはご清祥の御事と存じます。

昨年は関西万国博覧会で大阪は大いに賑わいましたが、訪日外国人の急増と物価上昇、米不足、保険診療報酬停滞等と厳しい社会の変化がありました。医療状況困難な中を職員一同で乗り越えた一年でした。

当院も変革の時を迎え、今年度から急性期病棟を「地域包括医療病棟」に変更いたしました。引き続き、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「患者中心の医療」を目指す地域に寄り添う病院であることに変わりはありません。この変革でより一層、地域の方の脳卒中急性期から退院、在宅での生活まで広範囲に手厚い治療ができるよう取り組んでまいります。

また、予防医療の脳ドック、そして脳卒中はもとより、脊椎疾患、認知症、頭部外傷、てんかん、内科疾患等の幅広い診療を通じて、地域の方々の安心安全に尽力して参ります。

併設の穂翔クリニックとデイケア施設アペリオでは、退院された方が自宅での自立した生活が送れるよう、引き続き生活機能向上のためのリハビリテーションを提供しサポートしてまいります。

今年も、私たちの1年間（2025年4月～2026年3月）の記録を「2025年度病院年報」として取り纏めましたのでお届けさせていただきます。

ご一読いただき、皆様よりのご指導、ご鞭撻をいただければ幸いです。

末筆ながら、皆様の益々のご健勝を祈念申し上げます。

謹白

2026年4月吉日
医療法人 穂翔会 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
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 7 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 7 年 4 月 1 日更新
日本脳卒中学会 研修教育施設	令和 7 年 4 月 1 日更新
日本脳ドック学会 認定施設	令和 7 年 4 月 1 日更新
臨床栄養師研修施設	令和 5 年 11 月 28 日認定

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
認知症サポート医	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	中村 恵里子
3学会合同呼吸療法認定士	城田 真美
急性期ケア専門士	佐藤 みのり

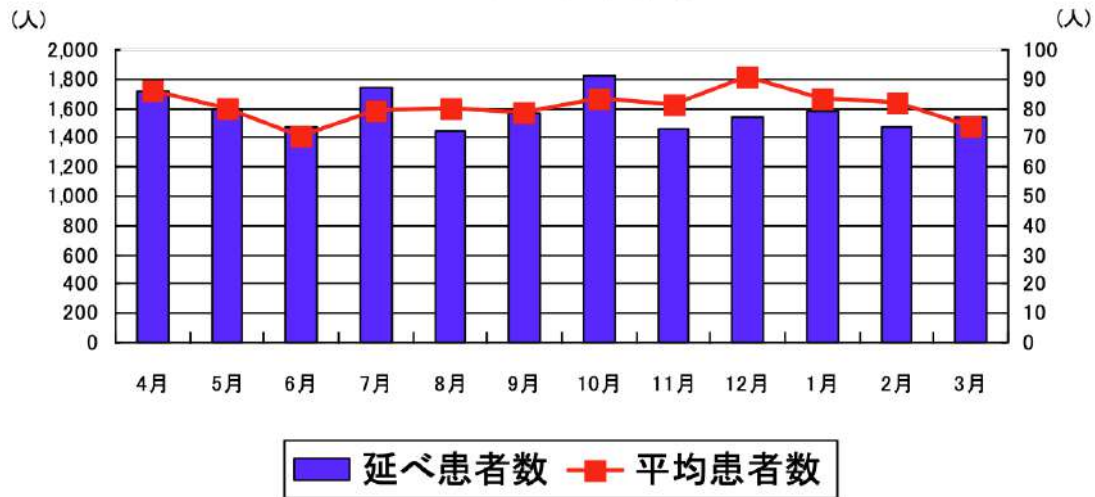
7. コメディカル認定資格

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
静脈経腸栄養(TNT-D)管理栄養士	前原 崇良
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. 臨床活動

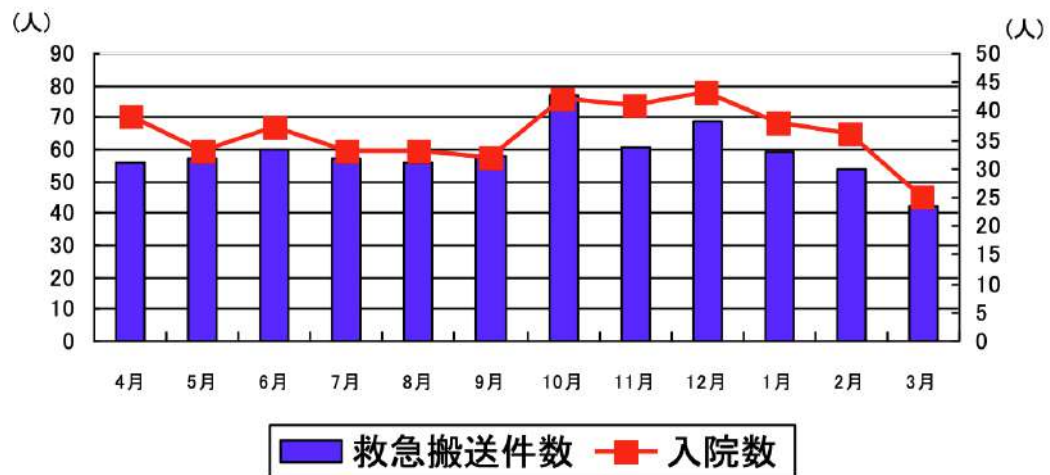
診療・救急医療

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	1714	1594	1471	1741	1440	1564	1830	1454	1543	1580	1468	1543
平均患者数	85.7	79.7	70.0	79.1	80.0	78.2	83.2	80.8	90.8	83.2	81.6	73.5

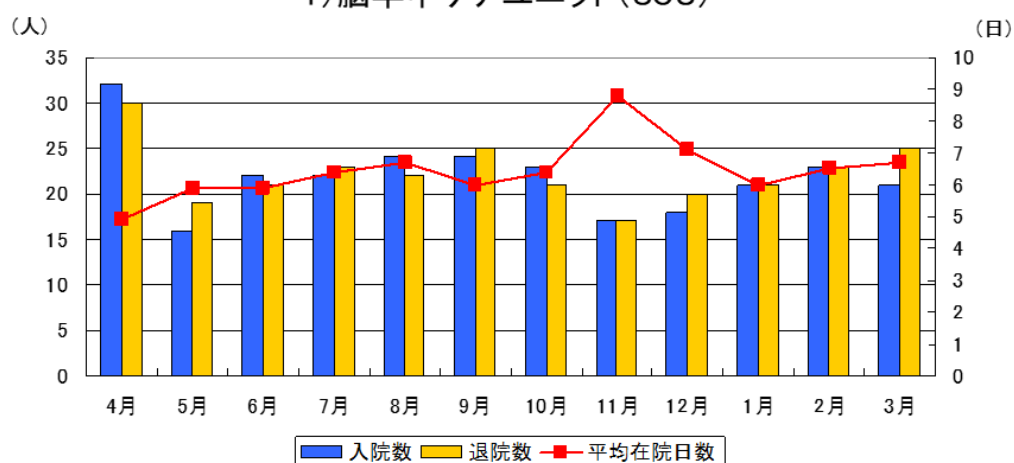
2. 救急診療(救急搬送患者推移)



	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)	56	57	60	57	56	58	77	61	69	59	54	42
入院数(人)	39	33	37	33	33	32	42	41	43	38	36	25
入院割合(%)	69.6	57.9	61.7	57.9	58.9	55.2	54.5	67.2	62.3	64.4	66.7	59.5

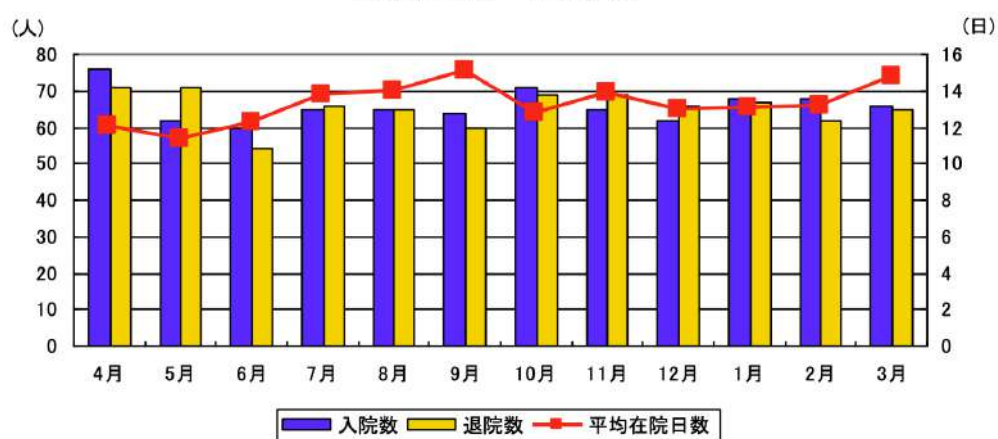
3.急性期診療(入退院数・平均在院日数)

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	32	16	22	22	24	24	23	17	18	21	23	21
退院(転出)数	30	19	21	23	22	25	21	17	20	21	23	25
平均在院日数	4.9	5.9	5.9	6.4	6.7	6.0	6.4	8.8	7.1	6.0	6.5	6.7

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	76	62	60	65	65	64	71	65	62	68	68	66
退院(転出)数	71	71	54	66	65	60	69	69	66	67	62	65
平均在院日数	12.1	11.3	12.3	13.8	14.0	15.1	12.8	13.9	13.0	13.1	13.2	14.8

脳神経外科手術件数【111 件】

★ 脳血管障害 45 件	
クリッピング（破裂）	3
クリッピング（未破裂）	1
ラッピング（未破裂）	0
CEA	2
CAS	11
血栓回収・PTA	13
開頭脳内血腫除去	7
脳血管吻合	0
脳血管内治療	8
AVM・AVF	0
外減圧	0
★ 腫瘍 2 件	
脳腫瘍摘出術	1
腫瘍摘出（その他）	1
★ 脊髄・末梢神経 4 件	
脊椎・脊髄	4
末梢神経	0
★ 機能外科 0 件	
ITB・SCC	0
MVD	0
★ 外傷 48 件	
穿頭硬膜下血腫除去	46
開頭硬膜下・外血種除去	1
頭蓋骨成術	1
★ シャント手術 2 件	
V-P シャント術	2
L-P シャント術	0
★ 脳室ドレナージ・他 10 件	
脳室ドレナージ術	2
その他	8

リハビリテーション診療

1、2025 年度 回復期リハビリテーション病棟総入院・退院数（人）

入院数	退院数
100	103

2、入院の内訳

・入院経路（人）

当院急性期病棟からの入院数	68
他院からの紹介入院数	26
外来からのリハビリテーション目的入院	6

・入院患者の居住区（人）

生野区	平野区	東住吉区	その他大阪市内	東大阪市	その他大阪市内外
39	25	14	8	8	6

・リハビリテーション内訳（人）

脳血管疾患	運動器疾患	廃用症候群
86	7	7

・脳血管疾患内訳（人）

脳梗塞	脳出血	頭部外傷	くも膜下出血	その他
43	25	5	4	9

3 退院の内訳

・退院先（人）

自宅	施設	転院・急性期転科
78	17	8

在宅復帰率：77%

- ・入院患者の重症患者（FIM55 未満）の割合：44%
- ・重症患者（FIM16 点以上）の回復率：82%
- ・脳血管疾患における発症（あるいは手術）から回復期病棟入院までの平均日数：29 日

・リハビリテーション Outcome

	脳血管疾患	運動器疾患	廃用症候群
平均入院日数	108	68	52
入院時平均 FIM（運動 FIM）	65（43）	82（52）	58（37）
退院時平均 FIM（運動 FIM）	97（70）	106（75）	70（48）
FIM 利得率（運動 FIM 利得率）	0.30（0.25）	0.35（0.34）	0.23（0.21）

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	合計	平均
急性期	3134	3359	3043	3282	3304	3574	3309	3312	3357	3610	3714	3758	40756	3396.3
回復期	4685	5487	5381	5439	5376	5032	5313	5126	5187	4994	4543	4468	61031	5085.9
入院	7819	8846	8424	8721	8680	8606	8622	8438	8544	8604	8257	8226	101787	8482.3
外来	225	253	271	273	260	291	316	267	296	263	295	280	3290	274.2
訪問	164	157	154	153	126	119	156	129	142	144	130	180	1754	146.2

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	5.4	6.3	6.2	6.1	6.0	5.7	6.1	5.9	6.4	6.1	6.2	5.6	5.8

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	63.9	58.5	48.2	48.9	40.2	46.1	41.2	55.0	40.5	42.1	51.9	66.7	49.7

看護部

1. 入院後に発症した肺炎・尿路感染症・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	2.3	1.6	2.6	3.1	3.2	5.5	2.1	5.6	3.2	4.1	3.1	3.1
尿路感染症	4.6	6.6	9.6	6.3	6.5	3.1	5.6	3.2	7.2	4.1	4.7	3.1
褥瘡	0	0	0	0	0	0	0	0	0.8	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
2025年9月30日	南異地域包括支援センター	ケアマネージャー、介護職員	11名

II 院内研修

2025年	研修名	講師
6月17日	日本版重症患者の栄養ガイドライン2024解説	ネスレ日本(株) 田上理佐
7月29日	褥瘡とスキンケア	油納由佳看護主任
8月7日	リハビリパンツの正しい着用方法とオムツの選択	ユニ・チャーム(株) 楠原 竜馬
8月27日・28日	看護職と看護補助者との協働	松浦彩子看護課長
10月8日	輸血療法マニュアル改定について	上野山周雄診療支援部長
12月24日	重症度・医療・看護必要度	坂上美咲看護課長 興津一子看護課長
2月25日	看護補助体制加算算定のための研修 -看護補助体制の充実をめざして-	市村幸盛 医療安全管理者 西谷かおり看護部長

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	57	48	46	39	62	82	30	34	27	30	36	23
CT	403	373	358	356	379	436	437	337	393	354	325	304
MRI	450	391	397	372	340	410	429	368	372	361	341	364
IVR	6	4	0	2	1	4	3	5	0	1	5	3
DXA	10	13	15	29	28	42	39	27	19	19	19	22

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	160	141	145	167	190	200	189	126	145	157	148	150
MRI	54	32	50	41	31	48	51	39	56	48	41	42

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
26	11	19	11	8	7	12	10	23	14	13	16

○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
71	83	105	89	99	104	91	66	85	57	68	45

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	79

3. 生理機能検査 (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
心電図	133	106	127	128	149	175	146	88	96	110	118	89
ホルター心電図	8	2	2	4	6	4	3	6	1	3	5	2
肺機能	3	2	2	2	2	2	2	0	1	1	5	3
血圧脈波	4	10	7	12	14	14	10	5	7	5	8	8
頸部エコー *甲状腺含む	15	12	8	12	7	11	14	8	12	8	11	8
腹部エコー	0	3	1	3	0	2	7	5	1	4	2	2
心エコー	28	20	23	24	34	34	35	23	13	30	29	20
下肢エコー	6	5	10	14	5	8	12	7	9	8	7	9
脳波	4	3	8	6	3	2	4	4	4	4	13	3
聴力	0	0	0	0	1	35	0	0	0	0	0	0

○薬剤課

1. 算定件数（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
薬剤管理指導	59	79	71	61	58	67	66	70	60	50	66	66
退院時薬剤情報 管理指導	33	28	24	29	24	28	32	33	30	26	19	44

2. 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	6.2	4.6	5.8	9.6	26.6	18.7	6.9	10.7	3.6	10.0	0.0	6.6
第4世代セフェム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
カルバペネム	0.3	1.2	0.0	2.2	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0
抗MRSA薬	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	3.0	1.0	0.0	1.0

○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	4	8	8	1	－	－	－	－	21
	2回	3	1	1	1	－	－	－	－	6
5月	初回	7	8	9	1	－	－	－	－	25
	2回	2	1	3	－	－	－	－	－	6
6月	初回	4	4	7	－	－	1	－	－	16
	2回	－	1	1	－	－	－	－	－	2
7月	初回	4	4	7	－	－	－	－	－	15
	2回	2	3	2	－	－	－	－	－	7
8月	初回	6	7	4	－	－	－	－	2	19
	2回	1	－	2	－	－	－	－	－	3
9月	初回	7	2	11	1	－	－	－	－	21
	2回	－	7	－	－	－	－	－	－	7
10月	初回	12	5	5	－	－	－	－	－	22
	2回	3	1	1	－	－	－	－	－	5
11月	初回	5	7	8	－	－	－	－	－	20
	2回	1	－	1	－	－	－	－	－	2
12月	初回	3	5	9	－	－	－	1	－	18
	2回	4	1	1	－	－	－	－	－	6
1月	初回	5	10	8	－	－	－	－	－	23
	2回	－	1	2	－	－	－	－	－	3
2月	初回	7	7	8	1	－	－	－	－	23
	2回	－	4	3	－	－	－	－	－	7
3月	初回	9	9	10	1	－	－	1	－	30
	2回	3	3	3	－	－	－	－	－	9
合計		92	99	114	6	0	1	2	2	316

2. NST 活動介入件数 174 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
10	7	12	18	22	24	15	12	21	10	13	10

第 35 回

穂翔会 研究発表会

テーマ「 Challenge ～チームを紡ぐ～」

－プログラム－

令和7年6月28日(土)

13:30 ～

大阪国際交流センター



医療法人穂翔会

【プログラム】

(口 演： 発表 10 分 質疑応答 8 分)

- ◇13：30 集合
- ◇13：35～13：40 オリエンテーション・・・・・・・・・・藤岡 浩二
- ◇13：40～13：45 開会の辞・・・・・・・・・・渡邊 百代
- ◇13：45～14：40 <第一セッション>・・・・・・・・座長 稲田 友美
- 1) ポリファーマシーに関する当院の現状
○上野山 周雄, 高橋 和寛, 大嶋 あかね, 田中 維の, 山内 美友規, 浦 礼子
医薬品安全管理委員会
- 2) 長期臥床による重度の褥瘡に対しチーム医療で在宅でも褥瘡治療を継続できた症例
○高木 優汰, 石橋 凜太郎, 真田 結衣, 村田祐樹
- 3) 高齢者の脳梗塞再発予防への取り組み
ー指導用パンフレットの改良を試みてー
○吉田 薫, 佐藤 みのり, 西田 美代子
- ◇14：40～15：35 <第二セッション>・・・・・・・・座長 林 知子
- 4) 入院時における胸腹部 CT 検査の有用性
○新庄 康貴, 吐田 憲司, 福井 崇乃, 大城 勲, 飯田 泰隆, 林 世志雄, 工藤 博彰
- 5) 急性期医療機関から地域につなぐ 退院支援の実践報告
ー2024 年度の活動報告および急性期の退院支援の詳細報告ー
○中村 恵里子, 中谷 衣里
- 6) 入院患者におけるコンチネンスケア介入の実態と影響因子の検討
○石橋 凜太郎, 上野山 周雄, 渡邊 百代, 西田 美代子, 尹 誠太, 若山 由紀子
- ◇15：35～15：50 < 休 憩 >

◇15：50～16：45 <第三セッション>・・・・・・・・・・ 座長 山下 弘晃

7) 半側空間無視の回復に伴う脳活動の変化

ーポータブル脳波計による 2 症例での検討ー

○城間 千奈, 石橋 凜太郎, 藤原 瑤平, 市村 幸盛

8) 血栓回収療法における時間短縮への現状と今後の取り組み

ー看護の視点からの分析と課題の抽出ー

○興津 一子, 木村 洋子, 来代 美織, 古川 憂紀

9) 当院における内頸動脈狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術(CEA)と頸動脈ステント留置術(CAS)の治療成績

○村田 大樹, 鳴海 治, 羽生 敬, 伊藤 昌広

◇16：45～17：25 <特別講演>・・・・・・・・・・ 座長 渡邊 百代

病院 40 年の歩み「継続と変革の医療史」

○村田 高穂

17：25～17：35 院長総括

17：35～17：40 次年度研究発表会 会長選出 閉会の辞

17：40～17：50 写真撮影

18：30～20：30 懇親会(天山閣) 研究発表会表彰・勤続者表彰式など

ポリファーマシーに関する当院の現状

診療支援部 薬剤課, 医薬品安全管理委員会

○上野山 周雄, 高橋 和寛, 大嶋 あかね, 田中 維の, 山内 美友規, 浦 礼子

【目的】

ポリファーマシーが社会的問題となる中, 当院としての取り組みを行う上でどのような現状にあるのかを調査し, 課題を明確化しその対策につなげる.

【方法】

職員の意識調査を実施, また外来での処方剤数調査, 処方変更事例の検討. さらには入退院時の処方剤数および処方内容を調査し検討した.

【結果】

職員の意識調査は 2024 年 11 月の 1 か月間に Google フォームを用いて Web にてアンケート実施し, 86 名から回答を得た. ポリファーマシーという言葉の認知度は 31%であり, 患者の処方薬剤数が多いと感じる剤数は 5 剤が 32 件と最も多かった. 多いと感じた時にアクションを起こすと回答したのは全体の 35%であり, 薬を減らすために期待する職種には医師が 49%, 薬剤師が 45%と拮抗した(図 1).

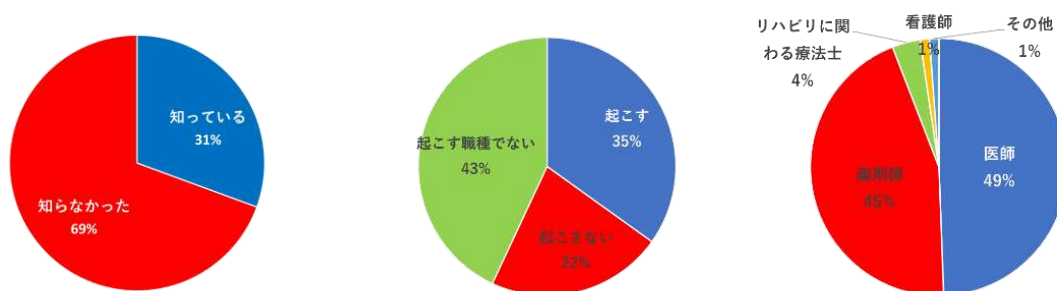


図 1 職員に対するポリファーマシーに対する意識調査

2025 年 1 月から 3 か月間に退院処方を受けた入院患者 162 名について, 入院前処方剤数の平均は 4.9 剤 (中央値 5, 最大値 18) であり, 退院時処方剤数は 5.7 (中央値 6, 最大値 13) であった(図 2). また退院時に減薬が確認できた症例は 24 例であった. 減薬された患者は増減なしの患者や処方薬剤数が増加した患者に比べて, 入院前処方剤数の平均値が高かった. 2025 年 1 月の外来において処方剤数の平均値は 3.71 剤 (中央値 3, 最大値 14) であり, 7 剤を超える処方箋は 13.9%であった. また年代別処方平均剤数は 70 代が 3.8 剤, 80 代が 4.1 剤, 90 代 4.2 剤であった. また外来診療において 1 月から 3 ヶ月間で薬剤数の減薬

がカルテから読み取れた症例は 25 例であった。

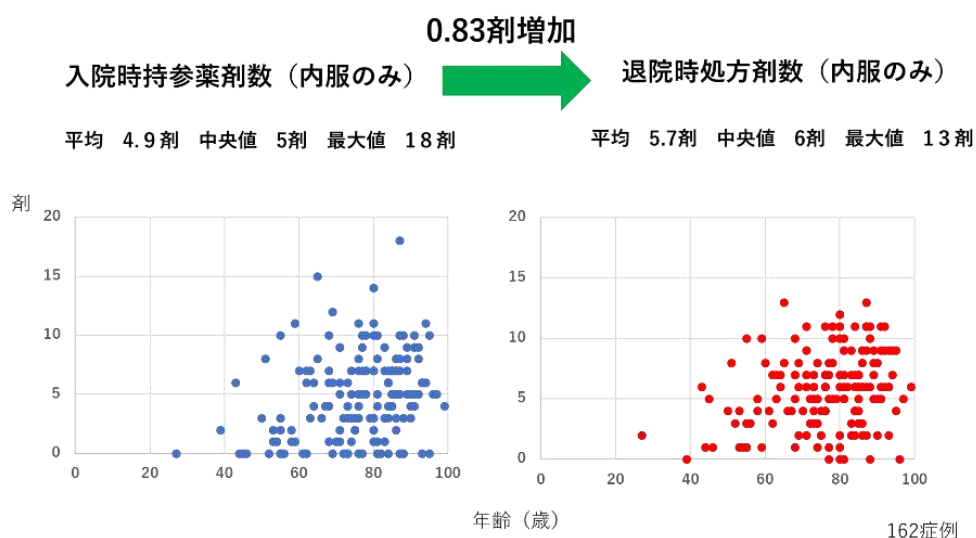


図 2 入院時持参薬剤数と退院時処方薬剤数の比較

【考察】

ポリファーマシーについての認知度は低かった。しかし、回答者の多くは処方薬剤が多いと感じる場面があり、そのためのアクションを起こすと回答していることから、ポリファーマシーという言葉の認知度と薬が多いことが患者に不利益をもたらすのではないかというリスク認知度には差があると考える。入院中には平均 0.83 剤の追加処方がなされているが、全体の 14.8%で減薬が行われていることから入院中に一定の見直しが行われていることが推察される。外来処方においては年齢に応じて高値を示す傾向にあったが、当院の処方剤数が問題になるほどの剤数ではなかった。また外来診療の現場では見直しが行われている事例は少なく、外来診療での処方の見直しが課題であると考える。

長期臥床による重度の褥瘡に対しチーム医療で在宅でも褥瘡治療を継続できた症例

リハビリテーション部

○高木 優汰, 石橋 凜太郎, 真田 結衣, 村田 祐樹

【はじめに】

褥瘡の治療には外科的な処置だけでなく、日々の体位交換や栄養管理、リハビリテーションが重要とされている。そのため、多種多様なスタッフが互いに目的と情報を共有し、状況に応じた的確なチーム医療を提供する必要がある。

今回、右視床出血と多くの合併症から長期間の臥床に至り、重度の褥瘡を認めた症例を担当した。入院中だけでなく、退院後の在宅医療も含めたチーム医療により、褥瘡治療に取り組めたため報告する。

【症例紹介】

症例は50代男性。右視床出血後、心不全、肺水腫、腎機能障害を呈し、約2ヵ月間の臥床の後、当院に転院した。転院時は意識障害、全身の筋力低下と多くの高次脳機能障害、低栄養状態を認めた。仙骨部に開口部4×5cm、ポケット7×6cm、表層部には壊死組織を含んだ褥瘡を認めた。

【チームとしての関わり】

院内では褥瘡の治療を医師、看護師が中心に行いつつ、体位交換やポジショニングは看護師、リハビリスタッフが褥瘡の状態などの情報共有をしながら実施した(図1)。また、管理栄養士とも協力し栄養状態の改善に取り組んだ(図2)。

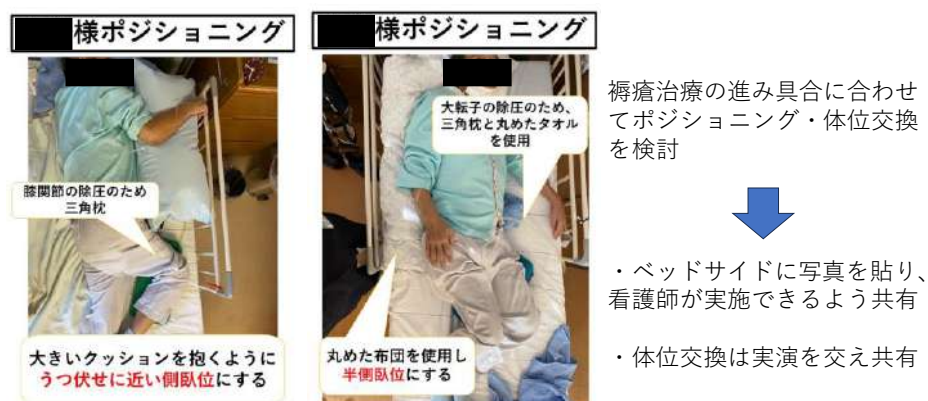


図1 体位変換やポジショニングのスタッフ間の情報共有

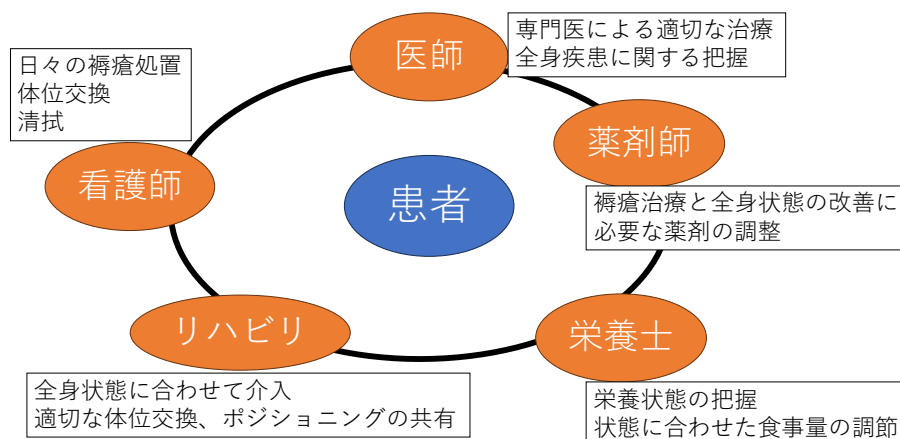


図2 褥瘡患者に対するチームとしての関わり

治療状態、栄養状態に配慮しつつ、覚醒向上、介助量軽減に対する介入も同時に実施した。発症9か月後の退院時には意識レベル改善、介助量軽減、褥瘡の縮小(開口部2×2cm、ポケット消失)、栄養状態の改善を認めたものの、褥瘡の完治には至らなかった。

入院中の取り組みを在宅につなげるため、家族への介護指導(図3)、サービス担当者会議(図4)を実施し詳細な情報共有を行った。

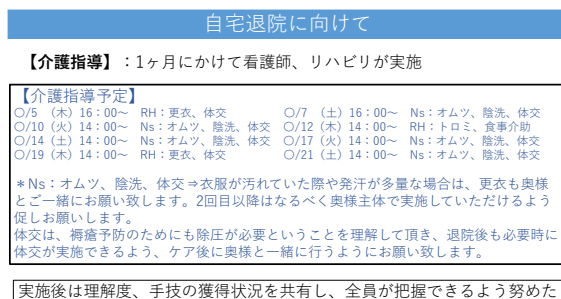


図3 家族への介護指導スケジュール

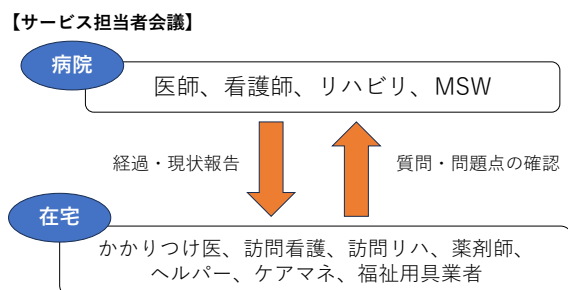


図4 サービス担当者会議の内容

【結果】

在宅での全身状態、栄養状態の維持と、褥瘡の治療継続により、発症1年5か月時点で褥瘡は完治間近となった。

【考察】

今回、院内で褥瘡に関する問題点の共有を行い、褥瘡治療に対するチームとしての関わりが円滑に行えたことにより、褥瘡の改善が得られた。また、入院中の取り組みを在宅側へ共有できたことが、在宅での褥瘡の改善につながったと考えられる。

高齢者の脳梗塞再発予防への取り組み —指導用パンフレットの改良を試みて—

看護部 南4階病棟

○吉田 薫, 佐藤 みのり, 西田 美代子

【はじめに】

当院での 2024 年度の脳卒中の入院患者数は 353 名であった。そのうち脳梗塞の患者が 236 名、再発患者が 71 名と脳梗塞の再発を繰り返す患者は多い。再発予防のためパンフレットを活用して指導を行っているが、石松らは「高齢者は文字に対して情報処理が難しくなりやすい」と述べている。現在のパンフレットは文字数が多く、指導内容を十分に理解できているのかと疑問になり、パンフレットの改良を試みた。パンフレット改良後での理解度を調査したので報告する。

【研究方法と対象】

- 改良前と改良後のパンフレット2冊(図1)を患者に配布し、わかりやすい方を選出してもらう。
- 改良後のパンフレットを使用し2回指導を行い、指導内容に沿って理解度についてテスト・アンケートを実施する。
- 期間は2025年4月1日～5月31日(2か月間)で、対象は脳梗塞で入院中の65歳以上かつ長谷川式簡易知能評価スケールが21点以上の患者(11名)とした。



図1 改良前と改良後のパンフレット

【結果】

半数以上の患者が病態やリスクファクターについて理解ができているという結果になった(図 2).改良前のパンフレットの方が良いという患者もいたが、多くの患者は改良後のパンフレットの方が良いという結果が得られた.

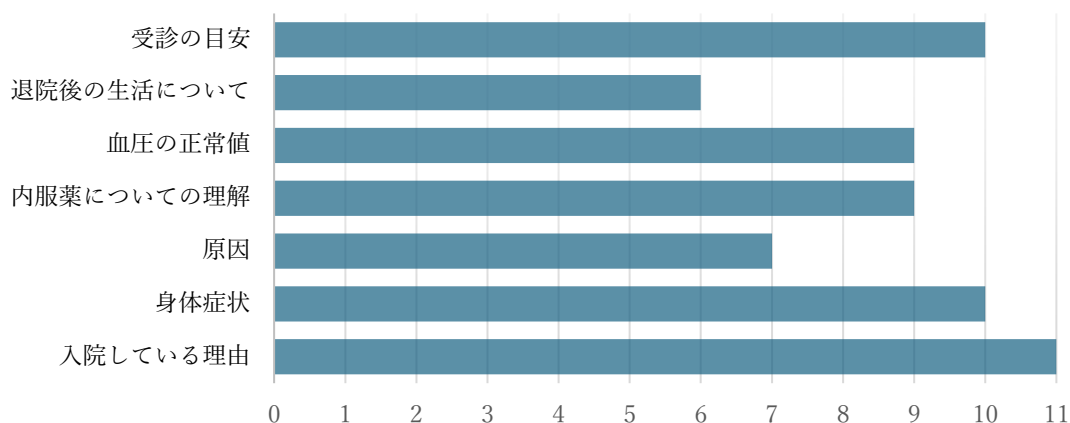


図 2 改良後のパンフレットでの指導の結果, 理解できたと回答した患者の人数

【考察】

今回, パンフレットの文字数を減らし, 図や絵を多くし, また当てはまるリスクファクターのページのみを配布したことで, 情報処理の負担が軽減し, 再発予防に対する理解度が高まったと考える. しかし, 中にはカラフル過ぎて見にくいという意見もあり, どこが大事なのか明確にするためにマーカーを引くことや, ポイントを書き込むなど, 患者の個別性に合わせた工夫が必要であると考え.

「指導内容が理解できた」で終わるのではなく, 普段の生活をもとに患者と退院後の対策を具体的に練ることが, 再発の軽減に繋がっていくと考える. 外来受診の際に指導内容の復習や実際に行動変容ができたか確認を行うことが, より再発予防に効果的であると考えられるため, 今後の課題として検討していく.

入院時における胸腹部 CT 検査の有用性

診療支援部 画像検査課

○新庄 康貴, 吐田 憲司, 福井 崇乃, 大城 勲, 飯田 泰隆, 林 世志雄, 工藤 博彰

【はじめに】

従来, 入院時には結核などの院内感染予防を目的に胸部レントゲン検査を行ってきた. 2020 年の COVID-19 流行により, COVID-19 の特徴的肺炎像の判別を行うために胸腹部 CT 検査に切り替えた. 後に PCR 検査機器の導入により, 容易に COVID-19 感染症診断が行われるようになった際に, 胸部レントゲン検査への切り替えを検討したが, 他の疾患が発見されることがあるなど胸腹部 CT 検査の有用性を理由に見送られた. しかしその根拠は示されていない. 今回, 入院時に撮影している検査所見を振り返り, その有用性を検討した.

【対象と方法】

対象: 2024 年 4 月 1 日~9 月 30 日の入院患者延べ 350 名

当院入院時における胸腹部 CT 検査の読影所見(診断と結論)

方法: 入院時の胸腹部 CT 検査の読影所見における疾患名と疾患数の調査検討

【結果】

入院患者 350 名のうち, 有所見者数は 219 名(62.6%)であり, 所見疾患名(総疾患数 280 件)のうち, 肺炎が 54 件(19%)と最も多く, 次に胆のう結石 36 件(13%), 腎結石 27 件(10%), 肺結節 25 件(9%), 心拡大 20 件(7%)であった (図 1).

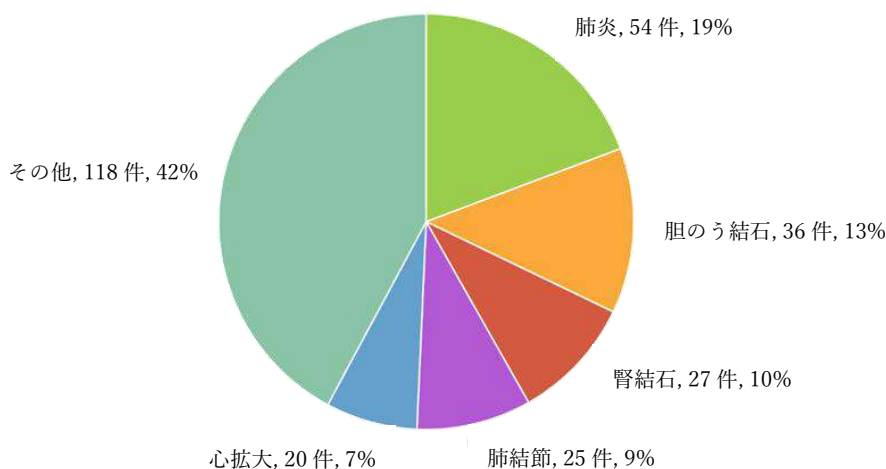


図 1 所見があった疾患名

その他 118 件の中でがんを疑う所見は 26 件であり、内訳は甲状腺腫疑い 10 件、食道がん疑い 1 件、乳がん疑い 2 件、肺がん疑い 8 件、肝細胞がん疑い 1 件、胆のうがん疑い 1 件、腎細胞がん疑い 1 件、大腸がん疑い 1 件、精巣がん疑い 1 件であった。(図 2)。

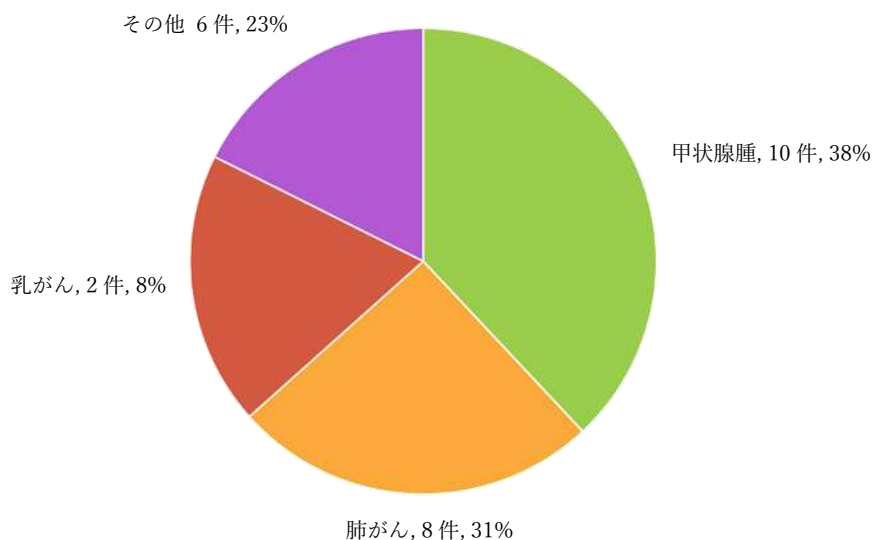


図 2 がんを疑う所見

また IVR(血管内治療)での血管形状(胸腹部大動脈瘤や石灰化の有無など)の把握にも有用であった。さらにコンチネンスケアでは便の貯留状況や前立腺肥大の診断において、腹部 CT 検査の画像が利用されていた。

【考察】

生涯でがんに罹患する確率は男性 62.1%、女性 48.9%と、がんで死亡する確率は男性 24.7%(4 人に 1 人)、女性 17.2%(6 人に 1 人)とされている¹⁾。死亡原因第 1 位とはいえ、医療技術の進歩によりがんでの死亡率は減少傾向であるため、治療を受ければ治る可能性が高くなっている。当院の入院時における胸腹部 CT 検査で 26 件のがん疑いが発見されており、早期治療につながっていると考えている。

また、入院中に行われる治療、ケアにおいても CT 検査が活用されており、改めて有用性を確認した。今後、被曝線量の増加や読影費用の負担などについて検討していきたい。

【参考文献】

- 1) がんの部位別統計 2025 年 2 月：日本対がん協会

急性期医療機関から地域につなぐ 退院支援の実践報告 －2024 年度の活動報告および急性期の退院支援の詳細報告－

事務部 地域連携課

○中村 恵里子, 中谷 衣里

【はじめに】

退院支援とは患者が安心して退院後に自宅や施設で療養生活を送れるよう、入院前から、医療、介護、福祉など様々な専門職が連携して行う支援のことである。

当院は急性期の脳神経外科専門病院として主たる活動を行っているため、支援の必要性のある患者を対象に、入院早期から退院支援に関連した活動を地域連携課が行っている。

【本題】

2024 年 4 月～2025 年 3 月の 1 年間でみると、総入院数は 741 名で、退院数は 648 名（※急性期病棟からの退院のみ）であった。そのうち、月によって変動はあるものの 6 割以上に地域連携相談員が何らかの形で関わっていた。

地域連携課の相談員としては患者の思い、希望に寄り添いながら、適切な時期、適切な場所へ退院していただけるよう心がけて対応している。今回は急性期病棟に着眼して具体的な退院支援の内容を報告する。

【結果】

急性期病棟の平均在院日数は 17.7 日となっている(表 1)。

表 1 2024 年度の急性期病棟における入退院数と平均在院日数

2024年								2025年							累計	平均
	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	62	61	57	59	50	58	51	71	70	78	68	56	741	62.3		
退院数	49	50	53	54	41	52	45	67	60	64	58	55	648	53.9		
平均在院日数	19.9	20.4	18.6	19	23.3	19.7	20.8	13.6	14.9	15.5	13.4	19.9		17.7		
平均患者数	36.9	36.5	34.2	34.6	34.2	36.2	32.2	31.4	31.3	35.4	30.2	35.6		33.9		
稼働率	96.3%	91.1%	85.4%	86.6%	85.4%	90.4%	80.5%	78.4%	78.3%	88.5%	75.5%	89.1%		84.8%		

退院先の割合は 70%以上が在宅となっており(表 2)、ケースによっては 100 日を超えて自宅復帰された方もいるが、その間に地域関係者であるケアマネとの連携、在宅サービス調整、関係者との打ち合わせを兼ねたサービス担当者会議の開催等を行うとともに、本人の希望の確認、家族の不安な気持ちへの支え、それについての詳細の説明などに時間をかけて対応を行ってきた。

表2 退院先の割合

2024年								2025年						合計	退院先割合
退院先	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
自宅	33	34	41	43	25	38	37	49	48	49	40	37	474	73.1%	
特養	2	2	1	2	1	1	0	2	0	2	3	2	18	2.8%	
老健	1	3	2	2	3	1	3	2	3	3	3	5	31	4.8%	
施設	3	6	2	5	6	5	2	5	1	6	4	3	48	7.4%	
死亡	5	1	1	0	2	1	1	1	1	1	2	0	16	2.5%	
転院	5	4	6	2	4	6	2	8	7	3	6	8	61	9.4%	

患者の状況によっては介護申請をはじめから行うケースもあり、今後の退院までの予定に相当の時間を要する場合もある。それでも一人一人のケースの状況を見ながら必要な時期に必要な支援を行ってきた結果となっている。相談員による介入内容と、急性期病棟入院患者に対する介入率を表3に示す。

表3 相談員による介入内容と、急性期病棟入院患者に対する介入率

2024年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
患者・家族の意向の把握	100%	100%	100%	91%	90%	92%	98%	97%	93%	92%	98%	91%	95%
退院後の生活環境の調整	89%	96%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	93%	92%	95%	98%	97%
関係機関との連携	59%	80%	98%	98%	95%	90%	98%	100%	88%	77%	88%	78%	87%
制度利用の支援	20%	60%	62%	39%	54%	50%	62%	70%	55%	36%	55%	62%	52%
医療処置療養指導	2%	12%	8%	22%	22%	23%	22%	33%	13%	8%	17%	22%	17%
退院前後のモニタリング	24%	44%	60%	48%	63%	65%	64%	67%	50%	44%	50%	65%	54%

【まとめ】

退院支援は、地域連携課職員のみが対応しているわけではなく、日々の治療、リハビリテーション、ケアなどにより患者の状態に変化を伴う。その状況も把握しながら求められる退院支援に関係する職員とともに、今後も継続して対応していくためにも、よりよいコミュニケーションを行っていききたい。

入院患者におけるコンチネンスケア介入の実態と影響因子の検討

コンチネンスケアチーム

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

【はじめに】

2016年に診療報酬に「排尿自立指導料」が新設され、当院では2019年よりコンチネンスケアチームを立ち上げ、週1回の定期回診を実施している。しかし、活動の実態および介入に影響する因子についての検討は十分でなかった。今回、入院患者へのコンチネンスケア介入の実態と影響因子について検討したので報告する。

【対象と方法】

2024年1月～12月に当院へ入院した患者806名のうち、コンチネンスケアチームに相談があった87名（男性47名、女性40名、年齢 77 ± 10.4 歳）を対象に、電子カルテを用いて後ろ向きに調査した。

【結果】

急性期 52名(59.8%), 回復期 35名(40.2%)。疾患は脳梗塞 47名(54%), 脳出血 23名(26.4%), 脊椎疾患5名(5.7%), 外傷4名(4.6%), その他8名(9.2%)。高血圧78名(89.7%), 脂質異常症 28名(32.2%), 糖尿病 21名(24.1%)などの基礎疾患を有していた(図1)。カテーテル留置期間は1週間以内 28名(32.2%), 2週間以内 14名(16.1%), 30日以内 13名(14.9%), 60日以内 7名(8%), 60日以上 8名(9.2%)で平均23.8日。相談内容は尿閉 50件(58%), 頻尿 19件(22%), 抜去相談 12件(14%), 感染 2件(2%), その他 4件(4%)であった(図2)。カテーテル挿入歴は尿閉患者では44名(88%), 頻尿患者では8名(42%)。尿閉の相談患者の中でウブレチド投与患者は37名(74%)で退院までに離脱できたのは17名(34%)であった(図3)。また、その中の9名は回復期入院患者であった。運動FIM20点以下の重症者は30名(34.5%), 認知FIM24点以下の重症者は60名(69%)であった(図4)。



図1 病棟, 主な疾患名, 基礎疾患の内訳



図2 相談内容, 尿道カテーテル留置期間

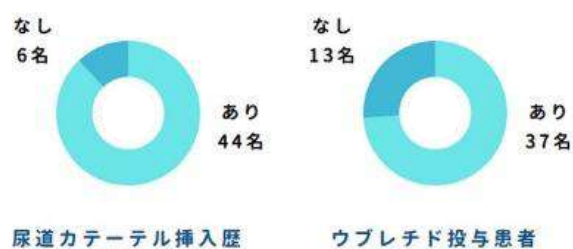


図3 尿閉患者の内訳



図4 FIMの内訳

【考察】

カテーテル関連尿路感染予防のための CDC ガイドライン 2009 では, 尿道カテーテル留置により 1 日あたり約 5%の感染リスクが増大し, 7 日以上で 25%に尿路感染があるとされ, 早期抜去が推奨されている(矢野, 2009). 当院では尿閉患者の 9 割でバルン留置を認めていたが, 7 割は投薬調整含めた治療介入で排尿障害の改善を認め, その中の 3 割は退院までに投薬からの離脱まで至っていた. 以上より, バルン留置を放置せず投薬調整できたことが排尿機能の改善とバルン早期離脱に寄与している可能性が考えられた. 一方, 認知 FIM の低さが排尿に関する訴えや自覚の困難さに関与している可能性が示唆されており, 今後も個別の病態に応じた介入の必要性があると考えられる.

半側空間無視の回復に伴う脳活動の変化 —ポータブル脳波計による 2 症例での検討—

リハビリテーション部

○城間 千奈, 石橋 凜太郎, 藤原 瑤平, 市村 幸盛

【はじめに】

半側空間無視（以下 USN）患者のリハビリテーションには、神経可塑性に働きかける介入法と、頸部や眼球による代償的アプローチが存在する。USN 患者では、病識の獲得によって無視空間への意図的な視線移動による代償が可能となり、それに伴って前頭部の活性化が認められることが報告されている。本研究では、右半球脳卒中患者 2 例を対象に、前頭部の脳波活動と USN 症状の関連について経過を追って検討した。

【方法】

対象は、左 USN を呈する右半球脳卒中患者 2 例とした。入院期間 2 時点において USN の高次脳機能検査を行い、前頭部の脳活動を測定した。脳活動測定は、額にポータブル脳波計（図 1）を装着した状態で暗算課題を行った。脳波データから、集中力の指標（高いほど集中できている）である「シータ/アルファ比」を算出した。本研究は、村田病院の倫理審査委員会の承認を得た上で、被験者への口頭および書面による十分な説明と同意を得て実施した。



図 1 シート型脳波計 HARU2

【結果】

USN の机上評価である BIT (146 点満点) では, 症例 1 で 123 点から 126 点, 症例 2 で 122 点から 128 点と, いずれも大きな変化は認められなかった. 一方, 日常生活における USN の程度を評価する CBS では, 症例 1 が主観/客観:1/18 点から 3/15 点, 症例 2 が 2/10 点から 1/5 点となった. シータ/アルファ比は, 症例 1 で 1.46 から 0.57 へと減少し, 症例 2 では 1.03 から 1.81 へと増加した.

【考察】

症例 1 では, CBS の結果から患者の主観と客観に乖離があり生活上の USN 症状改善はあまり見られなかった. また, シータ/アルファ比は減少しており課題への集中が不十分であった. 症例 2 では CBS で主観・客観共に改善していることから日常生活での USN 症状が改善された可能性があり, シータ/アルファ比の増加から, 課題に集中できるようになっている. したがって, 課題への集中力の増加から, USN の代償行動に至り, 改善に至った可能性がある. この結果より, 脳波のデータが USN 改善の予測指標になる可能性が考えられる.

血栓回収療法における時間短縮への現状と今後の取り組み

－ 看護の視点からの分析と課題の抽出 －

看護部 外来

○興津 一子, 木村 洋子, 来代 美織, 古川 憂紀

【目的】

急性期脳梗塞に対する血栓回収療法では、治療までの時間短縮が予後に直結するとされ、特に病院到着から動脈穿刺までの時間（door-to-puncture time：D2P）を 60 分以内とすることがガイドラインにより推奨されている。本研究では当院における血栓回収療法の時間的現状を把握し、看護師の関与による時間短縮への影響と今後の取り組みについて検討した。

【方法】

2024 年 1 月～12 月に当院で血栓回収療法を受けた急性期脳梗塞患者 24 例を対象に、電子カルテおよび脳梗塞急性期チェックリストを用いて、来院時間, MRI 検査開始時間, 動脈穿刺開始時間を調査した。勤務時間帯（日勤帯/休日夜間帯）別に所要時間を比較したほか、詳細な時間経過チェックリストを用いて 4 例を分析した。

【結果】

急性期脳梗塞患者 24 例の各処置までの所要時間を以下の表に示す。

表 1 各処置までの所要時間

患者	時間帯	発症～穿刺まで	来院～穿刺まで	来院～MRI検査まで	MRI検査～穿刺まで	来院～tPAまで
1		28h52min	1h36min	49min	1h36m	
2		11h19min	1h37min	5min	1h32min	
3		18h56min	12h18min	入院中	1h12min	
4	日	2h2min	1h27min	50min	37min (CT)	
5	勤	48h	1h54min	1h3min	51min	
6	帯	1h55min	1h17min	38min	39min	1h3min
7		2h16min	1h11min	25min	46min	
8		22h	1h25min	1h5min	30min	
9		3h30min	1h46min	36min	1h10min	1h25min
10		24h7min	1h47min	26min	1h21m	
11		5h44min	2h24min	23min	2h1m	
12		2h57min	1h51min	51min	1h	
13		2h	1h25min	15min	1h10min	55min
14		5h11min	1h31min	15min	1h16min	1h40min
15		48h	2h8min	45min	1h23min	
16	夜	6h33min	1h13min	17min	56min	
17	勤	9h47min	1h37min	30min	1h7min	1h23min
18	帯	1h52min	1h22min	25min	57min	1h
19		3h25min	2h	25min	1h35min	
20		2h36min	1h40min	16min	1h24min	
21		2h26min	1h37min	20min	1h17min	
22		5h36min	1h27min	29min	58min	
23		18h40min	3h	43min	2h17min	
24		5h14min	1h22min	19min	1h13min	1h4min

24 例の D2P 平均時間は 1 時間 41 分であり、ガイドラインの推奨を大きく超えていた。日勤帯では平均 1 時間 32 分、休日夜間帯では 1 時間 46 分で、時間帯による差が認められた。MRI 検査までの時間は、外来検査の重複により日勤帯で長くなる傾向であった。詳細分析を行った 4 例では、チェックリスト導入により平均 D2P が 1 時間 8 分に短縮され、看護師の対応する速度や多職種との連携の有無が時間短縮に寄与していることが示された。

【考察】

チェックリストの活用による準備の可視化と順序の明確化が、スタッフの時間意識を高め、実際の時間短縮に効果をもたらした。夜間は病棟から看護師を応援依頼し 2 名体制とするなど、看護配置の工夫も有効であった。また、MRI/CT 検査後に直接アンギオ室へ移送した症例では、D2P が 60 分前後に大幅に短縮されていた。加えて、アンギオ室での準備が可能な看護師が限られており、人材育成と役割明確化も課題といえる。

【結論】

血栓回収療法の時間短縮には、看護師の初期対応や検査準備、移送などが大きく関与していた。今後はチェックリストやプロトコルの標準化、多職種連携の強化、教育体制の整備などを通じて、D2P 60 分以内の達成を目指し取り組んでいく（図 1）。

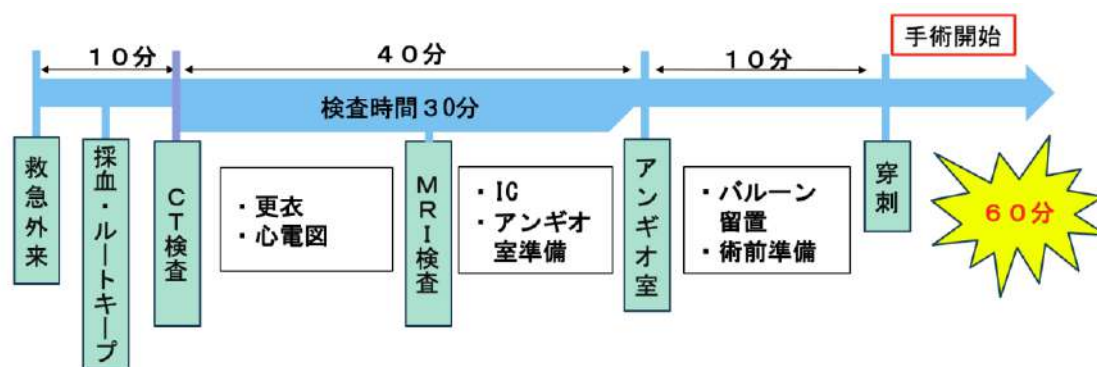


図 1 来院から動脈穿刺までの目標時間

当院における内頸動脈狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術（CEA）と 頸動脈ステント留置術（CAS）の治療成績

診療部 脳神経外科

○村田 大樹, 鳴海 治, 羽生 敬, 伊藤 昌広

【はじめに】

内頸動脈狭窄症(ICA/S)は脳梗塞の原因となる血管病変の一つで、当院でも頻度の高い疾患である。外科治療には頸動脈内膜剥離術(CEA)、頸動脈ステント留置術(CAS)があり、近年、CAS の頻度が高くなっている。

本研究では、当院の CEA, CAS の治療成績をレビューし、内頸動脈狭窄症の治療における一般的知識と文献的考察を交えて報告する。

【症例】

2018 年 1 月から 2025 年 5 月まで当院で外科治療を行った ICA/S 症例(CEA91 例, CAS61 例)について評価を行った。CEA は無症候性 44 例, 症候性 47 例, CAS は無症候性 30 例, 症候性 31 例で実施された。

合併症は手術を契機として退院までに生じたもの全てを評価し、CEA は 18/91 例(19.7%), CAS は 10/61 例(16.3%)で合併症を生じた。このうち、脳梗塞により症状が残存した症例は CEA で 5/91 例(5.4%), CAS で 6/61 例(9.8%)であった(図 1)。

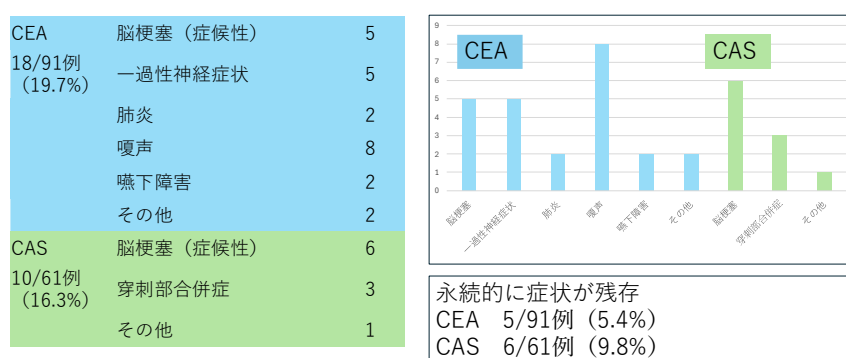


図 1 周術期合併症の件数

手術時間(平均)は CEA : 240.4 分(98~428 分), CAS : 62.5 分(21~208 分)であった。

【考察】

ICA/S の治療において、CEA と CAS のいずれを選択するかについては各施設に委ねられているのが現状である。当院はいずれの治療も大きな偏りなく実施されており、基本的には CEA 高リスク群において CAS が選択されている傾向にあった。周術期合併症(CEA:19.7%, CAS:16.3%) は CEA の方が高かった(表 1)が、症候性脳梗塞(CEA:5.4%, CAS:9.8%)は CAS の方が高かった(表 2)。局所麻酔下で短時間で終了することが CAS の大きなメリットの一つであるが、本研究では CEA の方が手術に伴う脳梗塞発症率は低いという結果であった。ICA/S は頻度の高い疾患であり、本研究が今後の診療に役立つことを期待したい。

表 1 合併症発症例 review

合併症		CEA (n=91)		P値	CAS (n=61)		P値
		あり (n=18)	なし (n=73)		あり (n=10)	なし (n=51)	
年齢 (平均)		72.4	72.2		78.8	75.7	
性別	男性	36	34		24	27	
	女性	8	13		7	3	
石灰化	あり (全周性)	16(6)	56(11)		10(2)	32(0)	<0.01
	なし	2	17		0	19	
狭窄率		73.4	69.8	<0.01	79.9	65.8	<0.01
プラークイメージ 1.5< (%)		33.3	62.3	<0.01	40	57.4	<0.01
手術時間 (平均、分)		273.3	242.7	<0.15	78.5	59.2	<0.01

表 2 脳梗塞発症例 review

脳梗塞		CEA (n=91)		P値	CAS (n=61)		P値
		あり (n=5)	なし (n=86)		あり (n=6)	なし (n=55)	
年齢 (平均)		74	72.2		77	77.3	
石灰化	あり (全周性)	4(3)	68(14)	<0.01	5(1)	37(1)	<0.01
	なし	1	18		1	18	
狭窄率		76.8	68.1	<0.01	81.8	67.7	<0.01
プラークイメージ 1.5< (%)		50	50		33	58.4	<0.01
手術時間 (平均、分)		227.8	241.2	<0.01	82.6	60.3	<0.01

院外学術報告

1) 論文・著書

【診療部】

1. Hanyu T, Narumi O, Murata D

『Isolated Trochlear Nerve Palsy Caused by a Cavernous Sinus Dural Arteriovenous Fistula : A Case Report』

Cureus17(11):e96641.doi:10.7759/cureus.96641

【リハビリテーション部】

1. 石橋凜太郎

「道具とそれに適した対象物との対比関係を誤る症例」

花田恵介（編）『ひもとく・理解する・支援する失行のリハビリテーション』医学書院, 2025

2. 山本春輝

学術論文『障害者を取り巻く性の課題について』

山本春輝, 山本清治 大阪保健医療大学紀要 第八号 2026. 3. 31

3. 山本春輝

特集：海外で働く『海外で働く・学ぶ・生活する作業療法士の選択肢』

山本清治, 寺村晃, 山本春輝, 渡部雄太 大阪府作業療法ジャーナル 第 39 巻 第二号 2026. 1

2) 学会発表

【診療部】

1. 村田大樹

『当院での脳卒中急性期治療 一次脳卒中センターとしての役割』

生野区の地域医療を考える会（難波御堂筋ホール）2026.3.28

【リハビリテーション部】

1. 城間千奈

『半側空間無視における前頭部脳波活動と症状の縦断的検討』

第 27 回日本薬物脳波学会 2025. 7. 11-12

2. 平見 彩貴

『運動麻痺を呈した症例に対する PC のタイピング速度の向上を目指した介入報告』

第 59 回日本作業療学会 2025. 11. 7-9

3. 中谷 有里

『体性感覚の識別課題から筋緊張の制御を図ったことで包丁操作時の食材を押さえる動作が改善した一例』

第 59 回日本作業療学会 2025. 11. 7-9

4. 伊藤 綾音

『箸操作時の正しい把握が困難であった症例-注意の対象に着目して-』

第 59 回日本作業療学会 2025. 11. 7-9

5. 藤原 瑤平

『「いつ」の記憶が分からず不安が生じた症例～時間的情報を含む記憶を観る～』

第 25 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2025. 11. 29-30

6. 近藤 遥奈

『眼球運動障害による代償的頸部運動が歩行に与えた影響と介入効果』

第 25 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2025. 11. 29-30

7. 松川 拓

『触覚情報にて圧覚情報を代償させる介入により push off 改善を認めた一症例～“靴の中”での知覚経験を経て～』『退院後に抑うつと活動範囲狭小化がみられた脳卒中後症例に対する訪問リハビリ～主観と客観評価の乖離要因に着目した後方視的な検討～』

第 25 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2025. 11. 29-30

8. 平見 彩貴

『左同名半盲患者における代償戦略の適正化と不安感の関連性-右周辺視の活用に着目した一事例報告-』

第 25 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2025. 11. 29-30

9. 中谷 有里

『心的時間測定と実動作に乖離を認めた症例に対する介入報告-PC のキーボードを提示するのみで筋緊張が亢進した一例-』

第 25 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2025. 11. 29-30

10. 山本春輝

『障害者を取り巻く性の課題について』

第 39 回大阪府作業療法士学会 2025. 12. 7

【診療支援部】

1. 上野山周雄

『回復期リハビリテーション病棟で積極的な診療支援を実践する』（オーガナイザー・座長）

第 47 回 日本病院薬剤師会 近畿学術大会 2026. 2. 14

3) 研修会等の講師

【診療部】

1. 伊藤昌広

『結核』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）2025.4.19

2. 伊藤昌広

『高血圧』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） 2025.5.14
3. 伊藤昌広
『自律神経失調症』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） 2025.6.18
4. 伊藤昌広
『虫さされ』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） 2025.7.9
5. 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） 2025.8.13
6. 伊藤昌広
『髄膜炎』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） 2025.9.17
7. 伊藤昌広
『認知症』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） 2025.11.12
8. 伊藤昌広
『带状疱疹』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） 2025.12.17
9. 伊藤昌広
『家族性高コレステロール血症』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） 2026.1.21
10. 伊藤昌広
『脳出血』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） 2026.2.25
11. 伊藤昌広
『くも膜下出血』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） 2026.3.18
12. 伊藤昌広
『認知症を知ろう！～最新の治療法と今日からできる予防習慣～』
村田病院市民講座（穂翔クリニック 2 階） 2025.6.28
13. 伊藤昌広
『認知症を知ろう！』
生野区認知症講演会（生野区社会福祉協議会 2 階） 2025.11.6
14. 伊藤昌広
『もし家族が認知症になったら』
生野区認知症・在宅医療シンポジウム(生野区民センター) 2026.3.14

【リハビリテーション部】

1. 石橋 凜太郎
『認知神経リハビリテーション・ベーシックコース』対面開催 2025. 9. 6
2. 石橋 凜太郎
『「脳の中の身体」のリハビリテーション』におけるパネリスト
第 25 回認知神経リハビリテーション学会学術集会 2025. 11. 7-9
3. 山本春輝
大阪保健医療大学 Teaching Assistant (TA)
4. 山本春輝
大阪保健医療大学 オスキー指導員

村田病院年報
2025 年度

編集：年報制作チーム
高橋和寛 岡田朱美子
稲田友美 村田あゆみ
藤原瑤平 猶原このみ