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

開院 40 年目にあたり

チーム医療の mission

2024 年 4 月、医療法人穂翔会村田病院は開院 40 年目を迎えました。

1985 年に開院した病院は、39 年間地域における脳神経外科診療を継続してきましたが、一方でこの間の医療環境や社会情勢の変化に対応して変革を繰り返してきました。

いわば、「病院 39 年の歩み」は、多くの新旧病院スタッフにより築かれた「チーム医療の継続と変革の歴史」でありました。

チーム医療は、「医療者と患者さんが同じ目的に向け協力して行う医療」と定義します。私たちは、その概念を「3 つの C のクレド」として、スタッフ間で共有しています。

“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間で協調と情報共有を図ること」

“Cooperation” 「同じ目的に向けて医療者と患者・家族が協力すること」

この 39 年間試行錯誤を繰り返しながらチーム医療の確立を努めてきたスタッフの皆さんに対し、感謝と敬意を表します。

ここでは、私たちが培ってきた「チーム医療の mission」を総括します。

Mission 1 「親切な医療」

私たちのチーム医療の基本は「親切な医療」でした。

「親切な医療」とは、読んで字の如く「思いやり深く、丁寧な医療」です。

開院時の私たちの合言葉は、「自分の家族や大切な人を診てもらいたいと思える病院」でした。

脳神経外科の医療が「きつい・汚い・危険」の 3K の仕事と嫌われてきた中で、スタッフは「病める人のために自分の幸せをシェアする」という「思いやりの医療」を継続しました。

2005 年回復期リハビリテーション病棟が開設されたときは、救急診療において「断らない病院」、回復期リハビリテーション後の患者さんに対して「面倒見の良い病院」をモットーとしました。

2015 年、開院三十周年にあたり「親切な医療」のクレド（医療者のクレド）を作成しました。

「あなたの歓びが私の喜びです、あなたの人格を尊重します、あなたと誠実に向き合います」

そして 40 年目を迎える今日、スタッフの皆さんが「親切な医療」を患者さんに提供している様子を拝見させていただく度に「医療者の矜持」を感じます。

Mission 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」です。

1 世紀前既に、脳外科の父 Harvey W Cushing 博士は、「医療は病気や臓器を診るだけでなく、患者の心身と生活環境を考えて行うべきである」という教えを残されています。

患者さんは、いつも肉体的のみならず精神的な不安や、生活や仕事の心配を抱えながら医療を受けていることを悟るべきであり、私たち医療者はそのような患者さんの不安や心配と向き合い一緒に考え支えてあげる心構えが求められます。

「安全な医療」は、チーム横断的に行う「医療安全活動」の継続です。

医療に際し事故が無くなることはありませんし、この 4 年間学んだように医療における感染対策は必須です。私たち医療者は、チームとして科学的真実に基づく情報を共有し、安全対策を更新・実行することでリスク管理を充実させることが求められます。

Mission 3　「良質な医療」

「良質な医療」とは、チーム医療の評価であり、チームを構成するスタッフ個々の自己研鑽と情報共有から築かれます。しかしながら、組織化されたチームにおいては、チームを構成するスタッフが組織に埋没するという現象を生じることがあります。

故 Jhon F Kennedy アメリカ大統領の演説に、“Ask not what your country can do for you.　Ask what you can do for your country！“　「国があなたに何をしてくれるのかを問うのではなく、あなたが国のために何をできるかを問うて欲しい」という一節があります。

皆さんは、「自分が考え・行動しなくとも、チームが何とかしてくれる」「チームが決めることだから自分の意見や行動は必要ない」と考えてはいませんか?

「あなたが、チームのために何ができるか?」を問うてください。

良質なチーム医療は、「スタッフ一人ひとりが自己研鑽し医療者としてレベルアップすること」「スタッフ間で正しい情報を共有すること」により創造されます。

“Ask not what your team can do for you. Ask what you can do for your team！“

私たちの目指すチーム医療は、「親切な医療、安心・安全な医療、良質な医療」です。

これからも、チームで交流・連携・協力してチーム医療の歩みを継続できるよう願っています。

2024 年 5 月

医療法人 穂翔会　理事長　　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 13

Ⅴ．学術活動

研究発表 29

院外学術報告 60

Ⅵ．委員会活動 66

Ⅶ．市民医療講座 78

Ⅷ．編集後記 79

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 5 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 年を迎え、いきなり 1 月 1 日に能登半島地震が発生し、激動の年の始まりでしたが、2019 年からの COVID-19 感染症も漸く収束に向かい、活発な社会生活が回復してまいりました。

昨年度は気候温暖化の影響で脳卒中患者の減少があり、脳卒中専門病院の当院も大きな影響を受けましたが、病院職員の協力と団結と努力により乗り切ることができました。

施設としては、救急室（ER 室）・ストローク・ケア・ユニット（SCU）・急性期病棟・回復機病棟・穂翔クリニックでのデイケアが整い、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。

脳梗塞急性期治療では脳動脈瘤コイル塞栓術や脳血栓回収治療、頸動脈ステント留置術、硬膜動静脈瘻の血管内治療はもちろんですが、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の外科的治療も積極的に行っております。今後はより一層、医療の質を高めていきたいと願っております。

また、脳神経外科病院として脊髄疾患、認知症、てんかん等の脳神経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。

急激な物価高やインフレによる社会情勢・医師働き方改革の実施により日常診療は厳しいですが、医療従事者としての取り組みに変わりはありません。

働く仲間を大切にして、進歩し続ける医療の中で、患者様とそのご家族の立場に寄り添える心の通った医療を心がけます。

「困っている人を助ける」という村田イズムで、脳疾患で苦しんでいる多くの患者様・またそのご家族に最良の治療ができるよう、今後も生野区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います。

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。

2024 年 4 月

村田病院　院長　　伊藤 昌広

Ⅱ．病院概要

1．施設基準届出一覧

急性期一般入院料　1	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　2
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	病棟薬剤師業務実施加算　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
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	超急性期脳卒中加算
外来排尿指導料	感染対策向上加算　2
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
脳卒中学会認定研修教育病院	令和 5 年 4 月 1 日更新
脳ドック学会認定脳ドック施設	令和 2 年 4 月 1 日更新
一次脳卒中センター	令和 5 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
日本脳卒中学会　脳卒中指導医	村田 高穂　　伊藤 昌広　　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　　村田 大樹 下竹 克美　　鳴海 治
日本脳卒中学会　脳卒中専門医	村田 高穂　　伊藤 昌広　　村田 大樹 鳴海 治
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

5. 医師その他

日本内科学会認定内科医	木村 麻子
日本医師会認定産業医	伊藤 昌広　　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	下竹 克美　　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
脳卒中リハビリテーション認定看護師 （特定行為研修終了）	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

7. コメディカル学位

健康科学修士(畿央大学)	寺田 萌　　山岡 竜也

8. 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
福祉住環境コーディネーター2 級	空野 楓
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 瑶平

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）

コメント
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グレス評議員
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

コメント

患者様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

日本脳卒中学会　脳卒中専門医

専門分野

脳神経外科一般

【診療部　部長】

村田　大樹

Daiki Murata

コメント

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



診療科

リハビリテーション科

認定医

日本脳神経外科学会　脳神経外科専門医

専門分野

てんかん外科
小児脳神経外科
機能的脳神経外科

【リハビリテーション病床長】

下竹　克美

Katsumi Shimotake

コメント

リハビリスタッフ・看護師・MSW さんたちとのチームプレーで、身体の障害や高次脳機能に障害を負われた方々の在宅復帰へのお手伝いをしております。



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

コメント

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。



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

コメント

患者様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　総合内科専門医
日本内科学会　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

コメント

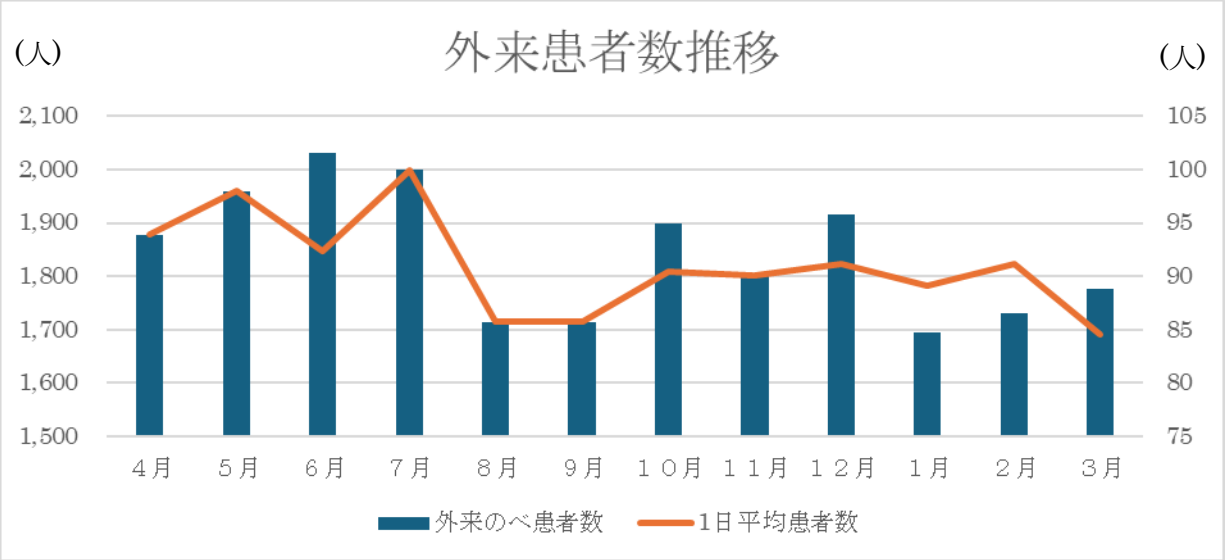
患者さんのお気持ちに寄り添った診療をこころがけます。



Ⅳ. 臨床活動

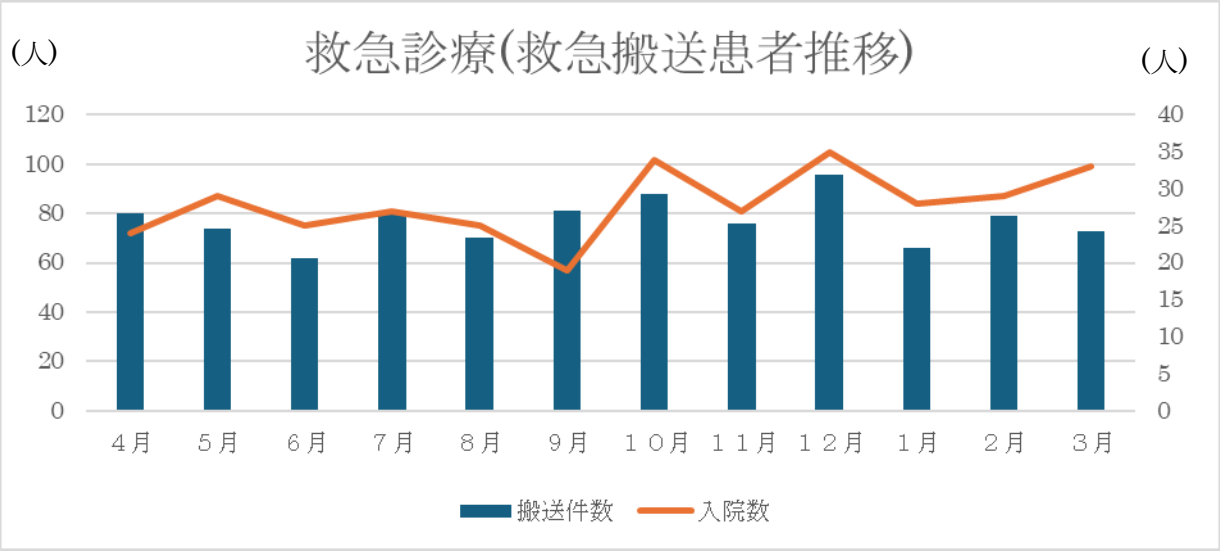
診療・救急医療

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	1,878	1,960	2,032	2,000	1,714	1,714	1,899	1,801	1,915	1,694	1,731	1,776
平均患者数	93.9	98.0	92.4	100.0	85.7	85.7	90.4	90.1	91.2	89.2	91.1	84.6

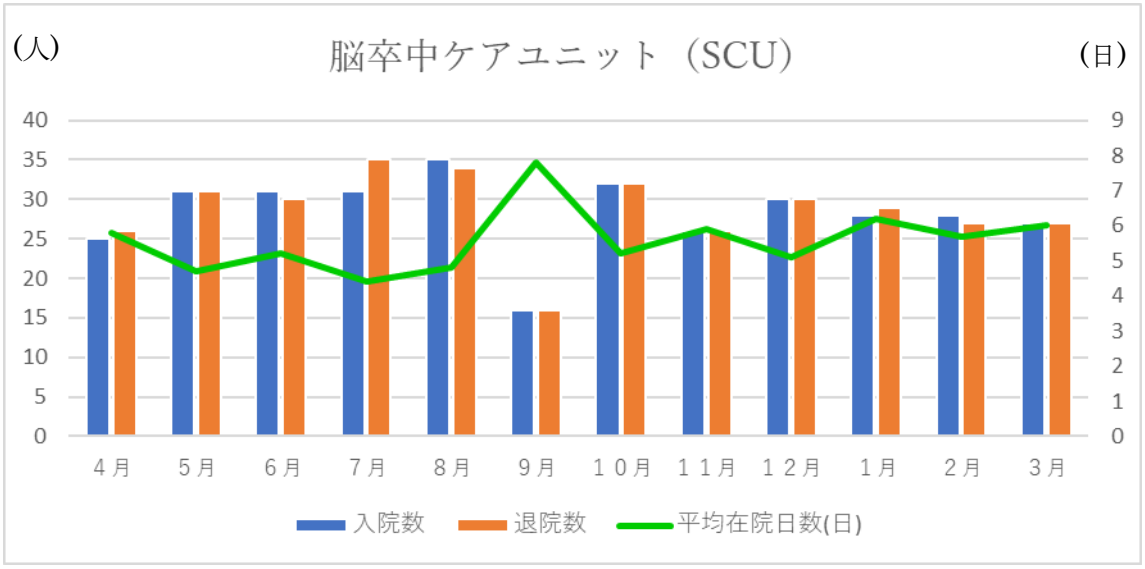
2. 救急診療（救急搬送患者推移）



	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)	80	74	62	81	70	81	88	76	96	66	79	73
入院数(人)	24	29	25	27	25	19	34	27	35	28	29	33
入院割合(%)	30.0	39.2	40.3	33.3	35.7	23.5	38.6	35.5	36.5	42.4	36.7	45.2

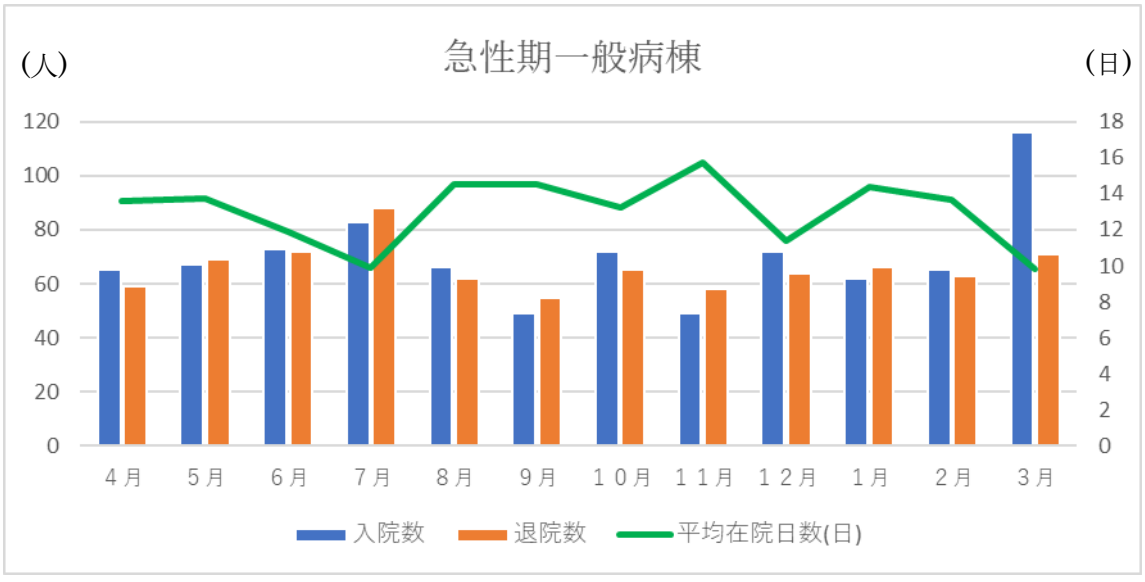
3. 急性期診療（入退院数・平均在院日数）

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	25	31	31	31	35	16	32	26	30	28	28	27
退院(転出)数	26	31	30	35	34	16	32	26	30	29	27	27
平均在院日数	5.8	4.7	5.2	4.4	4.8	7.8	5.2	5.9	5.1	6.2	5.7	6.0

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	71	76	70	29	55	57	75	65	82	62	58	58
退院(転出)数	75	71	70	29	57	56	73	66	77	62	60	59
平均在院日数	10.9	11.6	11.7	18.8	12.9	13.5	9.3	12.3	10.2	13.5	11.4	14.0

脳神経外科手術件数【174 件】

★ 脳血管障害　81	
クリッピング（破裂）	4
クリッピング（未破裂）	5
CEA	11
脳血管吻合	2
脳内血腫除去（含定位）	13
脳血管内治療	44
その他血管手術（AVM 等）	2
★ 腫瘍　7	
脳腫瘍摘出術	2
その他腫瘍摘出	5
★ 脊髄・末梢神経　22	
脊椎・脊髄	19
末梢神経	3
その他脊髄手術	0
★ 機能外科　2	
ＩＴＢ・ＳＣＣ等	2
MVD	0
★ 外傷・感染症　53	
慢性硬膜下血腫穿頭ドレナージ術	48
急性硬膜下・外血腫	2
頭蓋形成術	1
感染症手術等	1
外傷他	1
★ シャント手術　2	
V-P シャント術	2
L-P シャント術	0
その他	0
★ 脳室ドレナージ・他　7	
脳室ドレナージ術	3
その他	4

リハビリテーション診療

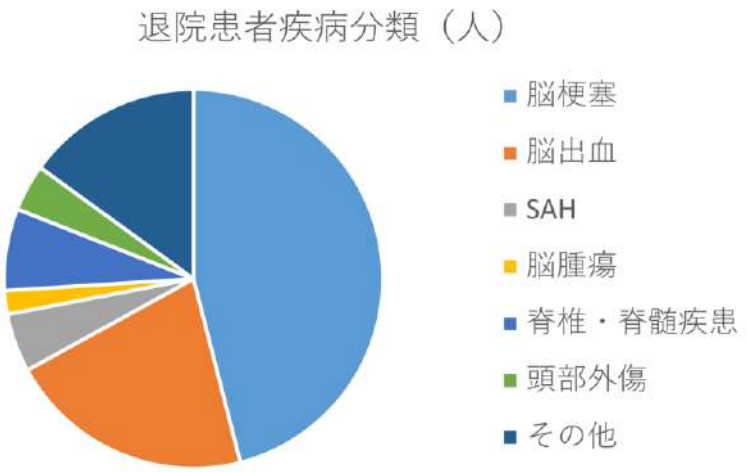
1.回復期リハビリテーション病棟（人）

入院(転入)総数	退院総数
100	100

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
79	21

3. 退院患者疾病分類（人）



脳梗塞	脳出血	SAH	脳腫瘍	脊椎・ 脊髄疾患	頭部外傷	その他 （大腿骨骨折術後や廃用など）
46	21	5	2	7	4	15

4. 転帰（人）

在宅	急性期への転科	施設
87	5	8

当該年度在宅復帰率　91.6%

5. 発症から回復期リハビリテーション転科までの平均日数：25.5 日
6. 回復期リハビリテーション科での平均在院日数：94.6 日
7. 入院時の平均 FIM 68.9　退院時の平均 FIM 93.5
8. FIM 利得　0.26/日　　（2022 年度の FIM 利得　0.29/日）



2023 年度末（2024 年 3 月 31 日）をもちまして　村田病院を退職致しました。1973 年（昭和 48 年）4 月からの医師生活 51 年。
うち、1989 年（平成元年）4 月 1 日から 35 年間を当院で勤めさせていただきました。

想い出は山ほどあります。なかでも、1995 年（平成 7 年）1 月 17 日　午前 5 時 46 分、病院 2 階の当直室で感じた突然の大きな揺れ。大異変を感じてすぐに 3 階と 4 階の病棟へ駆け上がり患者様に異常がないかを確認。その後安堵感に包まれた事が一番大きな出来事でした。

村田高穂先生がつぎつぎと練り上げる「地域と一体化する脳神経外科病院」の構想のもと、急性期から回復期リハ、その後の生活期リハも含めた「充実した病院」の実現に少しでもお役に立つことができたでしょうか…。

スタッフの皆様方には、仕事の事・自身の健康上での事などで本当にお世話になりました。有難うございました。

今後も「患者を想う村田病院」の発展に御協力下さいませ。

2024 年 4 月 1 日からは村田祐樹先生が回復期リハビリテーション病棟を牽引されます。ますますの充実をお祈り申し上げます。

回復期リハビリテーション病床長　　下竹 克美



リハビリテーション部

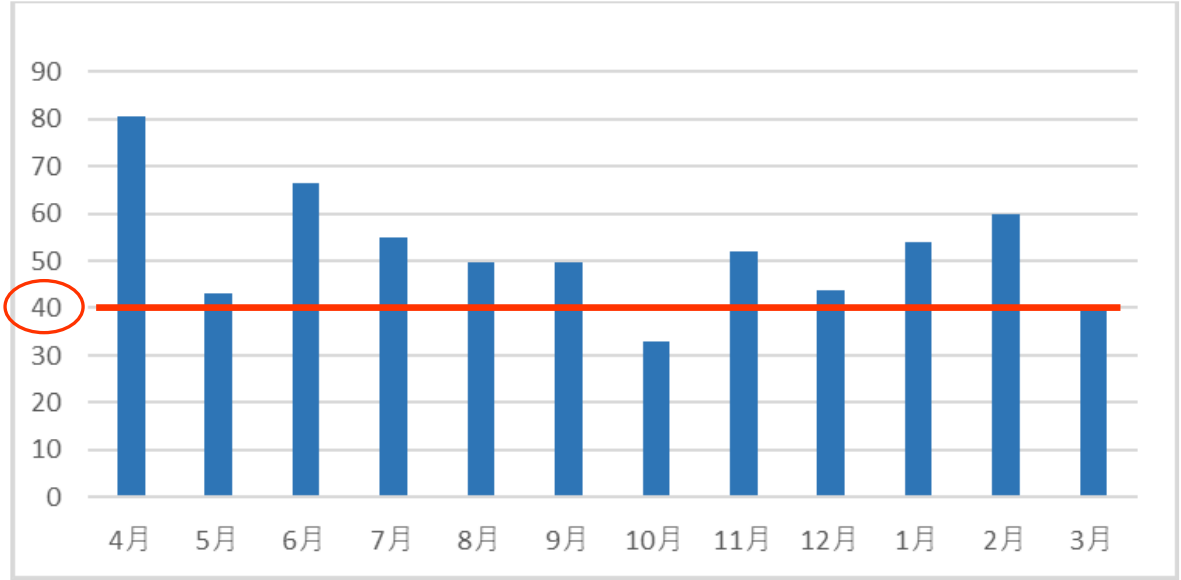
1．リハビリテーション提供単位数

	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
急性期	3992	3421	3258	3238	3759	3465	3869	3466	3278	3915	3716	3676	43053
回復期	4777	5160	5228	5591	5645	5809	5754	5319	5145	5282	5175	5747	64632
外来	260	257	264	224	212	247	329	313	288	224	243	295	3156
訪問	156	162	163	149	161	151	175	188	150	160	183	183	1981

2. 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	平均
急性期	4.4	3.6	3.6	4.0	3.8	4.2	4.0	4.4	4.0	4.1	4.2	3.9	4.0
回復期	6.2	6.0	6.2	6.6	6.3	6.8	6.5	6.5	6.1	6.1	6.1	6.4	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	43.1	66.3	54.8	49.8	49.6	33.0	52.1	43.9	54.1	59.7	40.0	49.8

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）	36	34	37	42	46	49	52	53	58	54	53	53
実績利用者数〔要介護〕（人）	215	220	245	281	308	297	300	281	299	272	313	319
実績利用者数〔要支援〕（人）	36	35	16	23	20	20	21	15	16	13	20	19
利用率〔要介護〕（%）	94.3	90.9	92.5	92.1	86.5	87.9	80.6	81.7	84.2	79.5	84.8	88.4









2023 年度の臨床実績としては、急性期病棟、回復期病棟、外来、訪問、通所リハビリテーションとも総提供単位数は 2022 年度よりも増加しましたが、入院患者 1 人 1 日あたりの提供単位数は減少しました。これは、リハビリテーションを必要とする患者数の増加に伴うものであり、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、論文 4 編(英文 3 編、共著含む)が発行され、5 学会で 14 演題の院外発表がありました。

2024 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

診療支援部

○画像検査課

1. 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
CT	482	479	453	439	408	385	466	400	431	457	411	388
MRI	415	417	424	392	327	345	405	395	422	363	403	403
IVR	2	5	9	8	5	1	0	4	5	7	4	2
DXA	17	22	22	13	13	9	8	18	22	17	10	12

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	175	150	177	126	169	136	193	150	171	180	150	145
MRI	87	71	64	68	58	69	70	81	77	79	83	89

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
30	13	13	12	12	15	14	18	17	13	21	23



2023 年度の画像検査課実績数は、CT 5,199 件（前年 5,800 件）、MRI 4,711 件（4,999）、血管内治療（IVR）52 件（60 件）、骨密度測定（DXA）173 件（160 件）の検査を実施いたしました。

今年度は、常勤医の退職に伴い前年度の最高検査数には届きませんでしたが、他院からの紹介検査の増加があり、近年の平均検査数を超える事が出来ました。

紹介検査の増加理由としては、当日予約・検査にも対応した結果と考えており、継続して地域の患者様に必要な画像提供をさせて頂けたらと思います。

今後も脳卒中の急性期病院として、発症から MRI 検査までの時間短縮に努め、さらには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行きます。また、近隣施設との繋がりを大事にして、近隣住民の健康を守る、チーム医療・地域医療に貢献できるように邁進して参ります。

画像検査課　課長　　新庄 康貴

○臨床検査課

臨床検査課の主な業務として、検体検査と生理機能検査があります。

1）検体検査

・患者様の検体検査を正確に、迅速に報告する事を心がけております。
・院内検査は緊急時に対応しており、その他は外注委託をしております。(表 1)
・2023 年度より院内検査項目に HbA1c を追加しました。
・血液ガス検査機器では、SIEMENS の RAPIDpoint500e を新規購入致しました。
・早期診断・予後予測・治療の選択・治療効果の判定・経過観察に役立てる事に努めております。
・新型コロナウイルス感染症の 5 類感染症に移行に伴い対応を変更しつつも、発熱患者様に対しては、スタッフと連携をとり感染拡大防止に努めながらＰＣＲ検査を行っております。
・その他、検査に関する問い合わせや臨床のニーズに対応した検査情報を提供しています。
・日々の精度管理・各種機器管理を行い、検査精度の維持・向上・データ管理に努めております。

院内救急検体検査数（件）　　表 1

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
41	57	58	82	58	38	54	59	86	50	52	65	700

2）生理機能検査

・ホルター心電図機器　Digital Walk　FM-1400 を新規購入しました。

各生理機能検査件数（件）

心電図	ホルター心電図	肺機能検査	脳波検査	血圧脈波検査
1265	24	81	71	119

超音波検査	心臓	頸動脈・甲状腺	下肢血管	腹部・下腹部
	377	150	82	73

3）その他の業務



・委員会では院内感染対策委員会に参画し、迅速に検出した微生物情報をチーム医療の現場へ提供してアウトブレイクを防いでいます。さらに、ラウンドを積極的に行い感染防止に努めております。その他、抗菌薬耐性菌の監視・感染サーベランスの実施を行っています。
・情報委員会、運営委員会、医療安全管理会議に参画し、患者様の安全を第一に考え必要な医療の提供に心掛けております。
・職員の健康診断に携わり、安全で健康に仕事に従事出来るように検査技師から情報を提供して、生活習慣病改善の重要性を伝えていきたいです。
・これからも、信頼できる検査結果を提供するために、専門的技能や知識の習得に励みます。

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	65	77	75	71	61	72	89	68	64	71	115	118
退院時薬剤情報管理指導	24	31	31	38	27	28	31	28	22	31	32	37
退院時薬剤情報連携加算							9	4	3	2	2	0

服薬指導率　69.4%

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
50.0	48.7	47.7	47.0	50.3	50.0	52.1	53.2	51.2	53.0	53.9	51.8

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	10.4	23.7	7.4	6.8	10.4	7.8	8.5	5.5	21.8	16.4	19.5	8.4
第4世代セフェム	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	0.0	0.8	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0
カルバペネム	0.0	0.9	0.0	4.5	0.9	0.9	2.6	0.0	0.0	5.7	0.0	1.1
抗MRSA薬	3.9	13.5	0.7	4.6	0.0	0.0	0.0	0.9	5.8	2.9	2.1	3.1



本年度の服薬指導件数は946件と昨年度の797件と比べ増加しました。1月までは4名の薬剤師が日替わりで病棟を担当しておりましたが、2月に外来と病棟担当を分け、さらには各病棟にそれぞれ責任者を配置する業務分担に切り替えました。そのことで1人の薬剤師が担当する患者数を減少させ、担当の患者様の病態把握やサポートがより充実して行えるようなり、それに応じて指導件数が増加する結果となりました。

また10月からは退院時に保険薬局への情報提供を始め、退院時薬剤情報連携加算を算定することができるようになりました。当院は外来患者に関する投薬は院内調剤を行っているので件数は少ないですが、今後は転院先など病院間での情報提供も充実させていきたいと考えています。来年度はこれまであまり取り組めていなかった高齢者のポリファーマシー対策を進めていこうと考えています。

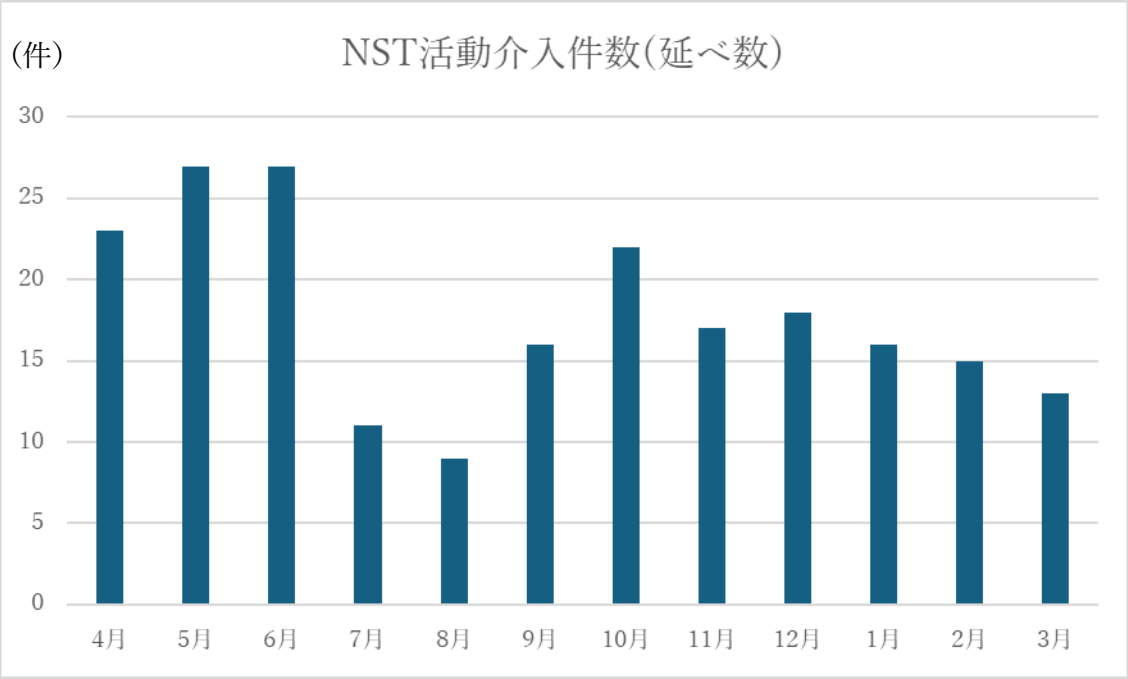
診療支援部　部長　兼　薬剤課　課長
上野山 周雄

○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	9	6	4	-	-	0	1	-	20
	2回	1	1	1	-	-	0	-	-	3
5月	初回	6	8	5	-	-	0	-	5	24
	2回	1	2	3	-	-	0	-	-	6
6月	初回	14	12	5	-	1	0	1	4	37
	2回	2	1	2	-	-	0	-	-	5
7月	初回	5	11	10	-	-	1	-	-	27
	2回	1	1	3	1	-	0	-	-	6
8月	初回	4	4	10	-	1	0	1	5	25
	2回	1	-	1	-	-	0	-	-	2
9月	初回	8	2	8	-	-	0	1	3	22
	2回	1	-	1	-	-	0	-	-	2
10月	初回	6	4	8	-	1	0	-	8	27
	2回	1	1	6	-	-	0	1	-	9
11月	初回	9	7	11	-	1	1	-	2	31
	2回	2	1	4	-	-	0	-	-	7
12月	初回	8	5	16	-	1	1	-	-	31
	2回	1	-	4	-	-	0	-	-	5
1月	初回	7	4	10	-	-	0	-	-	21
	2回	3	2	3	-	1	0	-	-	9
2月	初回	6	6	9	-	1	0	1	1	24
	2回	2	1	2	-	-	0	-	-	5
3月	初回	11	5	11	-	1	0	-	2	30
	2回	1	3	3	-	-	0	-	-	7
合計		110	87	140	1	8	3	6	30	385

2. NST 活動介入件数　214 件/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
23	27	27	11	9	16	22	17	18	16	15	13



2023 年度の入院時食事栄養指導件数は 385 件（昨年 286 件）、NST 介入延べ数は 214 件（昨年 189 件）でした。件数が増加した背景として新型コロナウイルス感染症の位置付けが 2 類より 5 類に引き下げられたことから患者様と接する機会が増え、また 4 月より栄養士 1 名を増員し、管理栄養士 2 名の臨床業務に携わる時間が、以前よりも確保できたことが、今回の結果に繋がったと考えています。

12 月には「日本健康・栄養システム学会」より臨床栄養師研修施設の認定を受け、栄養サポートチーム研修の実習を自施設で行えるようになりました。2 月から 3 月にかけて多職種の方にご協力いただき円滑に実習を進めることができました。

来年度も引き続き、食事や栄養を通して患者様の健康管理に貢献できるように努めて参ります。

栄養管理課　主任　　前原 崇良

事務部

○医療情報課



令和５年５月８日、新型コロナウイルス感染症の位置づけは「５類感染症」になりました。それにより個々の自主的な取組をベースとした感染予防対応に変わり、マスク着用は少しずつではありますが離脱傾向にありました。しかし病院内の対応は、マスク着用・面会規制が続き、患者様・ご家族には我慢を強いた年度であったことは間違いありません。病院内でもその時々の状況に合わせた対応を行っていたため、度々変わる通達にスタッフも困惑していたことと思いますが、柔軟な対応に努め、病院運営を進めてくれたスタッフに深く感謝申し上げます。

このような中、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準備を事務部は計画的に進めてきました。審議会の内容を確認しても、診療報酬改定時期を２ヵ月後ろ倒しした、今までにないスケジュールとなっており、大規模な改定になることは推測できました。病院事務として、今後の行政の変化には敏感にならざるを得ず、医療専門職が提供する診療に取りこぼしがないよう、早期の情報収集をおこなっていきたいと思います。近年の物価高騰により、病院運営も厳しさを増していますが、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、事務部は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い、支援をしていきたいと思います。

事務部　部長　　山﨑 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。患者様がスムーズに、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。

患者様・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う機会が増えてきていることから、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。

診療報酬・介護報酬同時改定を見据えて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。

2023 年度は、4 回地域住民・介護関係者の方への学習会を企画・実施してきました。今後も引き続き、地域密着型の脳神経外科専門病院として、地域の関係者、住民の方々にも働きかける活動を継続的に企画・実施していきます。

地域連携課　主任　　中谷 衣里

○総務課

1. 離職率　　8.6%

＜職種別＞

医師	看護師	准看護師	看護補助者	臨床工学技士	薬剤師	管理栄養士	放射線技師
37.5	8.0	0	18.8	0	0	0	12.5

検査技師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ助手	事務職	相談員	保育士
0	0	0	0	0	5.3	0	50.0

2. 検診受診率　　94.8%
3. 有休休暇取得率　　92.0%
4. 時間外労働時間　　一人当たり月平均時間外労働時間　5時間33分



離職率は、昨年度14.9%（全体）から今年度は8.6%（全体）に改善されました。要因としまして、有給休暇取得率が90%を超えきてきたこと、時間外労働時間も少なくなってきたことが考えられます。

徐々にライフワークバランスが整ってきた職場になってきていると考えており、引き続き働きやすい職場環境作りに尽力していきたいと思います。

総務課　課長　　藤岡 浩二

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	1.6	3.7	1.5	1.4	2.4	1.7	3.1	0	0.8	1.6	2.5	0.8
尿路感染症	6.7	5.3	3.8	1.4	1.6	3.5	3.8	7.0	3.1	0.8	5.8	2.3
褥瘡	0	0	0	0	0	0.8	0.7	0	0	0.8	0.8	0

2. 看護部活動

Ⅰ　認定資格

特定行為研修修了者　　尹 誠太

Ⅱ　2023年度看護部院内研究発表（2024.3.23）

① 西村 政弘（南3階急性期病棟）
『急性期病棟からの退院調整－患者の思いに寄り添い実現できた事例からの学び－』

② 景山 あかり（南4階亜急性期病棟）
『看護師の関り方で認知症患者の精神状態が好転した事例からの学び』

③ 松川 未来（回復期リハビリテーション病棟）
『回復期病棟でのフレイル予防の取り組み』

④ 中田 智実（回復期リハビリテーション病棟）
『青年期患者のリハビリテーション看護－医療従事者に不信感を抱く家族との関わりを振り返る－』

⑤ 小松 みずき，南宮 早苗（SCU）
『脳梗塞患者の再発要因調査とその振り返り』

⑥ 柿谷 公美（SCU）
『循環器病総合コースを受講しての学び』

⑦ 平野 淑美（南3階急性期病棟）
『卒後1年間の振り返り』

⑧ 尹 誠太（SCU）
『特定行為研修を修了して－今後の活動における方略と展望－』

Ⅲ　看護師による医療・介護連携「脳卒中研修会」

日時	開催場所	対象	参加人数
2023/9/29	巽地域包括支援センター	ケアマネージャー	17名
2024/2/29	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
2024/3/15	加美地域包括支援センター	ケアマネージャー	14名

Ⅳ　院内研修

ラダー別 e-ラーニングによる集合研修

日時	研修名	講師
2023/5/8，5/10	①医療制度の概要および病院の機能と理解 ②感染予防	e－ラーニング
2023/5/15，5/16	医療安全	e－ラーニング
2023/5/23，5/31	守秘義務、個人情報	e－ラーニング
2023/6/21	嚥下スクリーニング	羽尻 高司（言語聴覚士）
2023/7/20.21	心不全について	柿谷 公美（看護師）
2023/9/22	閉鎖式吸引法について	エコキャス（株）
2023/10/24，10/25	重症度、医療・看護必要度研修	e－ラーニング
2023/11/28－11/30	看護補助者との協働	e－ラーニング
2023/12/8	看護主任の業務と役割	李 道江（副院長）
2024/2/20	オムツの正しい使用法について	ユニチャーム（株）
2024/2/29	食事介助の基本について	竹田 克之 （リハビリテーション課長）



2023 年度は、新型コロナウイルス感染症が 5 類に移行され、感染状況が落ち着きはじめ、本来の病院機能を果たすことができるようになりました。看護部は新しい活動として、地域包括支援センターに出向き脳卒中研修会を開催しました。研修会の目的は①脳の病気と症状、②早期に治療介入することの意義、③脳卒中発症の原因と再発予防、④脳卒中専門病院としての当院の役割について互いが学びあえる機会になればと考えました。今後の医療・介護の連携を深めていくためにも継続していくことが必要だと考えています。

今年度は、看護師 1 名が特定行為研修を修了しました。院内での活動環境を整え実践することで、決められた指示書に基づき、医療的行為を早急に患者様に提供することで必要な治療に繋げることができます。これは看護部全体の知識向上に繋がり、患者様により良い看護が提供できると考えています。看護師は、知識・技術を身につけることだけではなく、看護の基本である観察力を活かしアセスメントし、科学的根拠に基づいて看護ケアを実践します。今後も充実したベッドサイドケア実践を目指し取り組んでいきたいと考えます。

看護部　部長　　夫 春子

Ⅴ．学術活動

令和５年度　　第 33 回　穂翔会研究発表会

テーマ　「築こう村田イズム、繋げよう村田イズム」

令和５年　７月 15 日（土）　大阪国際交流センター

国内に新型コロナウイルス感染が発見されてから今年で丸３年が経ちました．
第５類に分類変更され社会生活も回復しつつある中，前回に引き続き、大阪国際交流センターでの開催が実現できたことは本当に嬉しく思っています．

昨年，新型コロナによるクラスター発生で，当院もかつてない経験をしましたが，急性期病棟・救急室の改修、SCU６床の運用・血管内治療の充実，骨密度検査の導入，脊髄ドックの追加，物忘れ外来・脳卒中相談窓口の開設と，大変な状況の中でも職員の努力と団結が実を結び，多くの事が達成出来たのではないかと感じています．

今年のテーマは「築こう村田イズム、繋げよう村田イズム」です．村田病院開院から 39 年，研究発表会を開催してから 33 回を迎えました．「生野の困ってる患者様を助ける」という村田イズムを，今回の研究発表会を通して職員一人一人がより進化させ，村田イズムの思いを築いて頂けたらと思っています．

また，明日からの業務と，これからの穂翔会の未来へと村田イズムを繋げていける学びとなることを期待いたします．

第 33 回 研究発表会　大会長
新庄　康貴

【　プログラム　】

◇第１セッション　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　座長　興津　一子

1) その人らしさを支える，真のチーム医療とは？
　－看護の視点から重症患者の褥瘡が治癒した事例を通じて考える－
　〇稲田友美，李道江

2) デイケア利用者の便秘症に対する介入
　〇下村亮太，北川ユカリ，神谷麻友美，柳原知奈，東田麻紀，東村初美，市村幸盛

3) 急性期病院からの看取りも含めた在宅支援，対応事例報告
　－在宅調整ってこんなことやっているんです‼－
　〇中村恵理子

◇ 第 2 セッション　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　座長　油納 由佳

4) 術後回復強化を意識した周術期看護

〇堂園沙織，西谷かおり，夫春子

5) 顔面神経脳槽部での血管圧迫による片側顔面痙攣の検討

〇吉﨑航

6）回復期における後方視的な骨密度と ADL 改善の関係と骨折予防に関して

〇村田祐樹，市村幸盛，下竹克美

◇ ポスターセッション・試食披露会

（A）（ポスターセッション・試食・試供品）・・・・・・・・・・・・・　座長　竹田 克之

7) 当院 NST 介入者の振り返りと今後の課題

〇前原崇良，竹田克之，西谷かおり，田中維の，木村麻子，若山由紀子

8) 補助食品を試してみよう！

〇栄養管理委員会

（B）（ポスターセッション）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　座長　渡辺 百代

9) コンチネンスケアチームの活動報告

〇石橋凜太郎，西田美代子，富永正子，渡邊百代，上野山周雄

10) 車イスの座圧測定－新しい車イス（Wheeliy）を導入して－

〇山下弘晃，古井美穂，油納由佳

◇ ロールプレイング （教育）

11)「あ～聞いてませんけど…」って皆さん言ってませんか？

〇夫春子，村上鮎美，松浦彩子，油納由佳，林世志雄，空野楓，神谷麻友美, 中村恵理子

◇ 第 3 セッション　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　座長　髙橋 和寛

12) 頭部 MRI 時の閉所恐怖症に対する取り組み

〇林世志雄，吐田憲司，工藤博彰，福井崇乃，大城勲，野田啓弘，新庄康貴

13) 自動車運転再開に向けた介入報告

〇中西亮太，下村亮太，石橋凜太郎，寺田萌，藤原瑶平，空野楓，平見彩貴，市村幸盛

14) 当院の急性期血行再建治療の現状と課題

〇村田大樹，三木貴徳，中村一仁，伊藤昌広

その人らしさを支える、真のチーム医療とは？

―看護の視点から重症患者の褥瘡が治癒した事例を通じて考える―

看護部

○稲田　友美，李　道江

チーム医療を提供するにあたり,チーム内で医療・ケアの提供方法や考え方にずれが生じると目標が曖昧になり,自分野の専門性だけを主張することは,結果として患者に不利益を生じる可能性が高くなる.一人の人間の尊厳を守り,生きてきた軌跡を理解し支援することはチーム医療の本質ではないかと考える.

【はじめに】

脳梗塞後に誤嚥性肺炎を併発した重症患者の難治性褥瘡に対し,チーム連携により治癒した事例を通じ,個別性の高い患者目標を設定して,その人らしさを支える医療の必要性とチーム医療を成功させるための条件を看護の視点から考察をした.

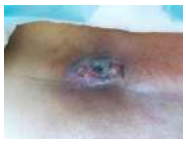
【チームメンバーとの関り】

医師との連携：看護師のフィジカルアセスメントを重視した,病態の管理,悪化予防に対する適切な治療を実施.少しの変化にも細やかに対応.セラピストとの連携：適正なポジショニングに対する情報を共有,共に実施.薬剤師との連携：褥瘡部の観察を共に行い,状況に応じた適切な処置・薬剤を選定.栄養士との連携：NST　回診時の栄養状態チェック,アルブミン値や水分出納の情報を提供することで栄養価の高い注入食や注入量の調整を提案.各専門職との連携と情報発信は,職種間で必要な関連性を加味して看護師が中心となって行った.



【結果】

ポジショニング・局所治療・栄養管理及び全身状態が安定し,褥瘡発生から約 2 か月で,仙骨部の褥瘡は上皮化した(図 1).褥瘡治癒後,車いすに移乗し,家族と面会をすることができた.

6月16日～22日	6月23日～6月29日	6月30日～7月6日	7月7日～7月13日	7月14日～7月20日
			隔離により褥瘡回診なし	
d2-e3s6i0g0n0p0 9点	d2-e1s6i0g0n0p0 7点	d2-e0s3i0g0n0p0 3点	隔離により褥瘡回診なし	d2-e3s6i1G5nop0 15点
レプリケアET 6/18～浸出液多くメピレックスへ	1日2回 洗浄+ユーパスタ+ガーゼへ変更	メピレックスを菱形に貼付 7/1 出血認め、再び洗浄+ユーパスタ+ガーゼへ	同処置継続	1日2回 洗浄+ユーパスタ+ガーゼ

7月21日～7月27日	7月28日～8月3日	8月4日～8月10日	8月11日～8月17日	8月18日～8月22日
				
d2-E6s6i1g3n0p0 16点	d2-E6s8i1g5n3p0 23点	d2-e3s6i0g1n0 10点	d2-e3s3i0g1n0 7点	d2-e1s3i0g0n0 4点
1日2回 洗浄+ユーパスタ+ガーゼ	1日2回 洗浄+ユーパスタ+ガーゼ 7/27～左側はゲーベン 他ユーパスタ 処置は1日1回へ 7/31～左側下部ゲーベン 左上部上皮化にてアズノール 右側ユーパスタへ 8/3～左側ユーパスタ、右側アズノールへ	1日1回洗浄 左側ユーパスタ+ガーゼ 右側アズノール＋ガーゼ	1日1回洗浄 アクトシン＋ガーゼへ	左側上皮化 右側目メピレックスへ

図1 仙骨部の褥瘡(発生から上皮化まで)

【考察】

今回の患者は,発症前は寺の住職であった.患者や家族にとって発症前と重症化した状態とでは想像を絶する変化となった.このことから,患者や家族にとって何が一番大事であるかを考える必要があった.褥瘡発生,ベッド上での安静,胃管挿入や持続点滴などによる行動制限など,本来の姿からはかけ離れた状況であったことから,チームで実行可能な目標を設定し,実践することで臥床状態ではなく,苦痛を伴わず「座る」という本来の人間の姿を家族は見ることができた.これを通じ全人的ケアの概念として,チーム医療がその人らしさや生活の質の向上につながることを強く感じた.

デイケア利用者の便秘症に対する介入

穂翔クリニック　通所リハビリテーション　APERIO
○下村 亮太, 北川 ユカリ, 神谷 麻友美, 柳原 千奈, 東田 麻紀, 東村 初美, 市村 幸盛

【背景】

便秘症には栄養, 運動, ストレス, 薬の副作用などが関係しており, 脳卒中患者の便秘症発生率は 48%であるとも報告されている(Li, 2017).便秘症が直接生死に関わることは稀だが, 便秘症状の有無は健康関連 QOL に影響を与える(Glia, 1997).今回, デイケア利用者の便秘症状に着目し, 複合的介入が与える影響を検討した.

【対象】

本介入に同意を得た 10 名(男性 7 名), 年齢 79.4±5.9 歳を対象とした.MMSE は 26.8±2.2 点で全ての対象者の認知機能は保たれていた.

【方法】

便秘症状の程度と QOL に与える影響の評価として, The Patient Assessment Constipation of symptom(PAC-SYM), The Patient Assessment of Constipation Quality of Life(PAC-QOL)を使用した.便秘症の介入方法として, 運動療法・腹部マッサージ・排便姿勢の指導, 便秘症に有効とされる食事の提案, 飲水の促しを週2回の頻度で行った.また, 提供する飲水物には食物繊維サプリメント(アイソカルファイバー, ネスレ日本)を付加した.研究デザインは前向き自己比較試験とし, 介入前期間, 介入期間はそれぞれ4週間とした.統計学的処理として, 一元配置分散分析と Bonferoni 法による多重比較検定を行った.

【結果】

PAC-QOL の下位項目「便秘の状態と程度について, あなたがどのように感じたか」のみ初期評価時と比較し, 介入後で有意な改善を示した.

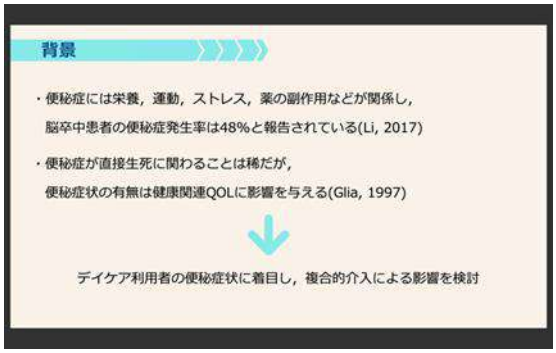
【考察】

便秘症状に対する複合的な介入方法により, 主観的な不快感や負担が軽減されたことが示唆された.脳卒中患者を対象とした先行研究では, 食物繊維サプリメントを毎食付加しており(Sumiya, 2020), 本研究では介入頻度が不足したため, 便秘症状の改善が限定的であったと思われる.

【参考文献】

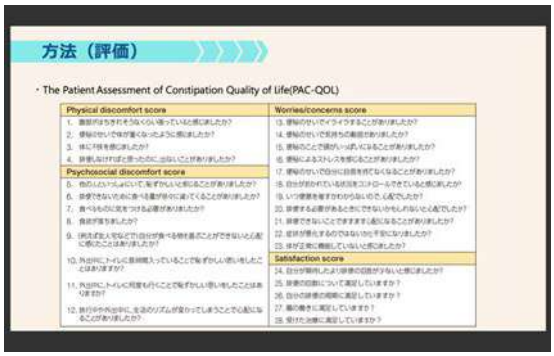
1) Glia A, Lindberg G. Quality of life in patients with different types of functional constipation. Scand J Gastroenterol. 1997;32(11):1083-1089.

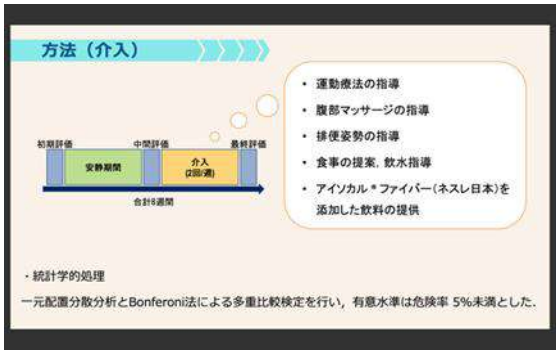
2) Hiroyuki SUMIYA. Effects of guar gum decomposed substance on defecation control in elderly stroke patients. Bulletin of Tokyo Healthcare University 15(1): 30-35, 2020.

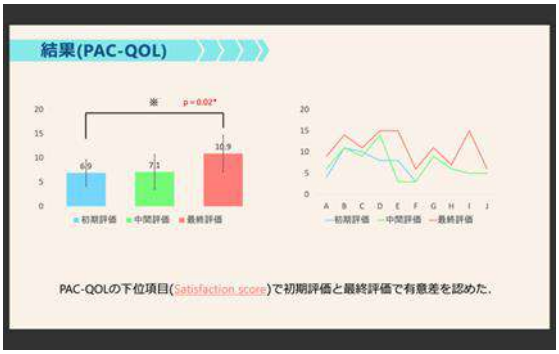




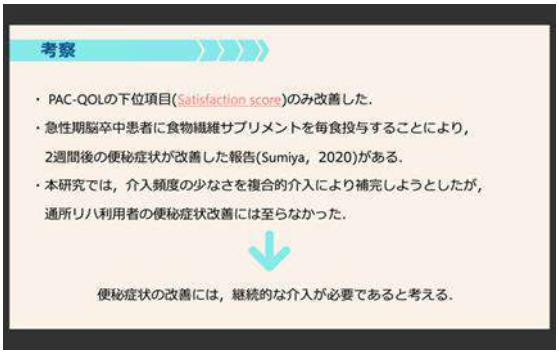












急性期病院から看取りを含めた在宅支援、対応事例報告

～在宅調整ってこんなことやっているんです‼～

地域連携課

○中村 恵里子

【はじめに】

急な病気で入院された患者は、急性期の治療終了後、在宅、介護施設、療養型医療機関等さまざまな場所で今後の療養を行うこととなる。一般に治療終了すれば自宅に戻りたい方が多いが、治療の継続や身体状況により、その希望をかなえられないケースが多い。今回、95 歳女性が脳梗塞発症後、家族の想いも含め在宅復帰がかなった事例について、関係する職員との取り組みと支援体制をどのように整えていったか、そのプロセスを報告し、今後の在宅支援をどのように進めていくべきかを共有したい。

【症例】

○95 歳女性

背景:要介護 5(入院後も変化なし)独居生活をしていた。近隣に住む孫がキーパーソンとなり、以前から在宅支援を継続していた。

疾患名:左放線冠梗塞(左ラクナ梗塞)、2 型糖尿病、重症高血圧、脂質異常症、逆流性食道炎

経過:

右麻痺を認め、救急搬送にて村田病院に入院となった。入院時は会話可能であったが翌日に麻痺の進行があり、嚥下機能の低下も著明で今後の回復が期待できない状態であった。医師から胃瘻造設などの提案があったが、孫の考えとしては、高齢を理由に胃瘻造設は拒否され、鼻腔栄養で経過していた。急性期医療が終了した時点で再度医師から説明を受けた孫は今後の療養先をどうするかとの問いに対して、「家に連れて帰る」と決断され、それに向けての準備を整えることとなった。以前から担当しているケアマネジャーや介護サービス提供事業所に加えて、訪問診療医選定、訪問看護ステーションとの調整、福祉用具対応等さまざまな調整を行い、発症後 1 か月半を目標に在宅復帰準備を行った。

孫と訪問診療医との面談で、胃瘻造設を改めて行う事で了解をされることとなった。訪問診療医との連携により大阪市外の医療機関で胃瘻造設をすることとなり、第 43 病日退院。同日に胃瘻造設が行われた。状況をみて第 50 病日に村田病院に再入院となる。在宅準備をさらに拡大して、介護指導の徹底を行い、自宅環境の整備などを行い、第 55 病日自宅復帰となった。

【まとめ】

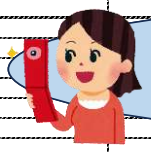
在宅復帰は昔なら当然の行為の一つであったが、現代の世の中では自宅に帰ることは相当なハードルとなっている。ましてや、独居生活、嚥下ができないために胃瘻造設、およびその管理を支えている原動力は、何よりも想いのある孫の力によるものであると思われる。医療機関として今後も自宅復帰していく際に、原動力となる人、モノ、などを考え支援体制を整えていきたい。

現在も自宅生活は継続中で,本人の体調もほぼ安定している状態で生活ができている.(図 1)

A氏　現在の自宅介護状況

週間経過表

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00	訪問看護　1Ｈ	訪問看護　1Ｈ	訪問看護　1Ｈ	訪問看護　1Ｈ	訪問看護　1Ｈ	訪問看護　1Ｈ	訪問看護　1Ｈ
11:00							
12:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
18:00							
19:00							
20:00	家族対応	家族対応	家族対応	家族対応	家族対応	家族対応	家族対応
21:00							
22:00							
23:00							
0:00							



夜間は、見守りカメラで孫の監視下にある。
転倒など異常があった場合は、自宅に訪問するという対応
携帯で確認できるため夜間だけでなく、昼間も観察ができる状態









※孫がどうして支援ができないときは、自費の家政婦などの利用も行っている。

週単位以外のサービス

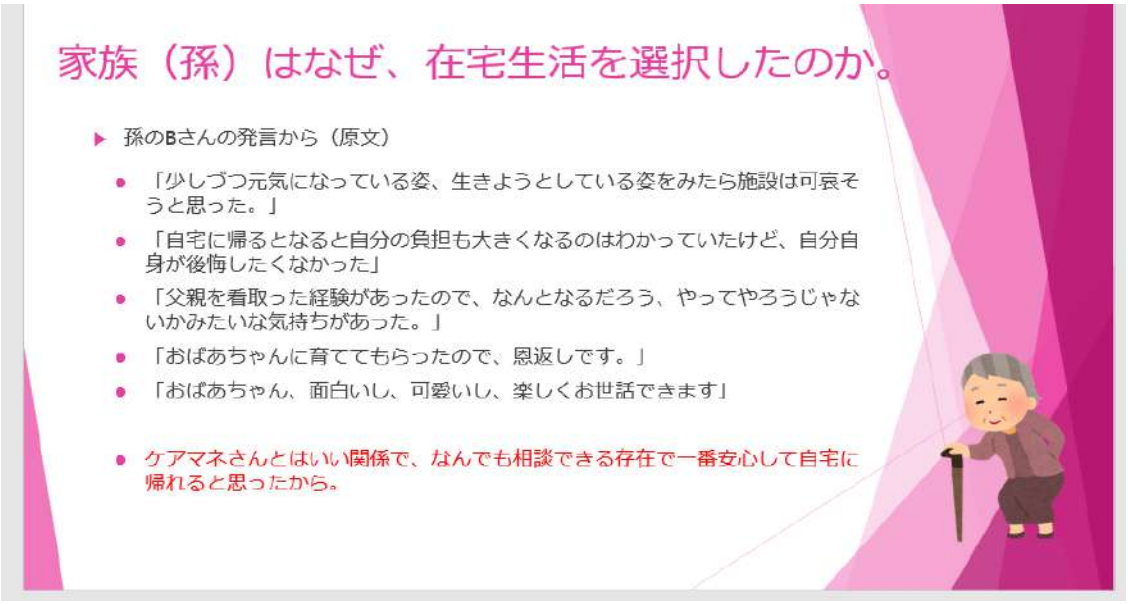
訪問診療（月２回）

福祉用具貸与（車いす、特殊ベッド、付属品、体位変換機、スロープ）

図１　A 氏の自宅介護状況週間経過表

【まとめ】

在宅復帰は昔なら当然の行為の一つであったが,現代の世の中では自宅に帰ることは相当ハードルとなっている.ましてや,独居生活,嚥下ができないために胃瘻造設,およびその管理を支えている原動力は,何よりも思いのある孫の力によるものであると思われる.医療機関として今後も自宅復帰していく際に,原動力となる人,モノ,などを考え支援体制を整えていくように支えていきたい.



術後回復強化を意識した周術期看護

看護部
○堂園 沙織, 西谷 かおり, 夫 春子

【はじめに】

ERAS(enhanced recovery after surgery:術後回復強化)という包括的プロトコルが臨床に普及している.構成要素の一つに,周術期における絶飲食期間の短縮が挙げられている.当院では手術当日から翌日まで絶飲食の時間が長く,術後の患者が口喝を訴え苦痛を感じている場面を目にすることが多い.この苦痛を緩和する為,ERAS の概念を元に,絶飲食期間の短縮を目指したいと考え取り組んだ.

【取り組み】

術後の患者に対し,ERAS の概念と術前絶飲食のガイドライン(表 1)を元に変更した内容(表2,図1)を以下に示す.

表1 2012 年日本麻酔学会より公表された術前絶飲食のガイドライン

摂取物	絶飲食時間(h)
清澄水(クリアリキッド)	2
母乳	4
人工乳・牛乳	6

表2 ERAS の概念を元に変更した内容

変更した事	前	後
術前の水分制限	0 時以降飲水禁止	術前 2 時間前まで飲水可能
術後の飲水	翌日の評価まで飲水禁止	麻酔から完全に覚醒し,嘔気・嘔吐,腸蠕動音の確認後,問題なければ開始
嚥下評価	ST による評価	看護師による評価
術後の口腔ケアについての指導	なし	術前オリエンテーションで臥床したままでの口腔ケアの指導と練習を開始

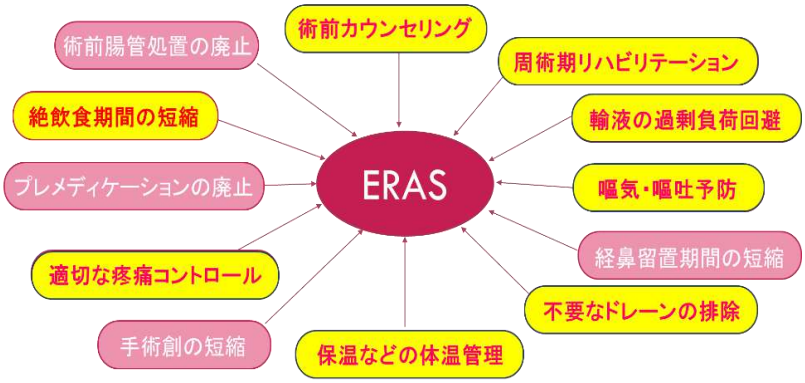


図1　当院における ERAS に関わる内容

【結果】

・絶飲食時間の短縮が可能となり,患者の苦痛の軽減につながった.

・研修を実施する事で,嚥下スクリーニング方法の再確認ができた.

・術前オリエンテーションに臥床での含嗽練習を取り入れる事で,術後のイメージトレーニングができ,術後,スムーズに実践できた.

【考察とまとめ】

絶飲食期間を短縮するということは患者の口喝を和らげ,苦痛の軽減に繋がると考える.また ERAS の概念から早期栄養療法に繋げる前段階でもあり,術後回復過程において重要である.今回,術前オリエンテーションを見直した時に,現在使用しているオリエンテーション用紙では患者が周術期をイメージしにくいことに気づいた.今後,患者が,周術期をイメージしやすいクリニカルパスを作成していく.

引用・参考文献

・ナース専科　術後回復強化 「ERAS」ってなに？　連載　ナースのための消化器ケアに役立つ基礎知識　2017 年 1 月 22 日公開　監修　犬飼道雄　執筆　児島亨

・術前の絶飲食時間の変化　日本医事新報社　No.4717　P.58　2014 年 9 月 20 日発行　稲田英一

・公益社団法人日本麻酔学会　術前絶飲食ガイドライン

・新しいデータから術前絶飲食ガイドラインを検証する　金　徹　日臨麻会誌 Vol.37　No.3、331～336　/May2017

・周手術期の代謝栄養管理-ERAS プロトコルを巡って-術前補水と炭水化物負荷　岩坂日出男　M－Review　栄養-評価と治療　Vol.29　No.2、23-26、2012

・臨床外科　ERAS 時代の周手術期管理マニュアル　Ⅳ　術中・術後合併症とその管理　4.精神・神経系　嚥下障害　唐帆　健浩、甲能　直幸　P.297-299　2014 年 10 月 22 日発行　医学書院

・NursePlus　術後　早期経口摂取は大切！・・・でも本当に摂取できる？2022 年 5 月 13 日

出典　エキスパートナース 2015 年 12 月号 P68～「術後のつらさを改善する【10 項目】ナースができる！ERAS®（イーラス）術後回復能力強化プロトコル」

顔面神経脳槽部での血管圧迫による片側顔面痙攣の検討

Study of Hemifacial Spasm by vascular compression in the Cisternal portion of the Facial Nerve

診療部

○吉崎 航

【背景】

片側顔面痙攣(HFS：Hemifacial spasm)では顔面神経根の REZ（root entry zone）より内耳道に近い脳槽部での血管圧迫例が含まれる.北野病院での脳槽部での圧迫例を検討し報告する.

【方法】

2014年10月から2021年4月までに北野病院で施行した微小血管減圧術（MVD：Microvascular decompression）を受けた HFS 342 例のうち脳槽部圧迫のみの症例を対象に解剖学的特徴と術後結果を検討した.

【結果】

該当は 330 症例中（342 件）24 例(8%)で平均年齢は 59 歳,女性優位(79%),右側優位(71%)であった.術前 MRI 検査で脳槽部単独圧迫が原因と診断し得た例は 13 例(54%)、術中所見で判断された症例が 11 例(46%)であった.責任血管は AICA19 例（67%）,PICA1 例（4%）,VA1 例(4%),AICA-PICA1 例(4%),TCA1 例（4%）,複数の血管 4 例（17%）であった.

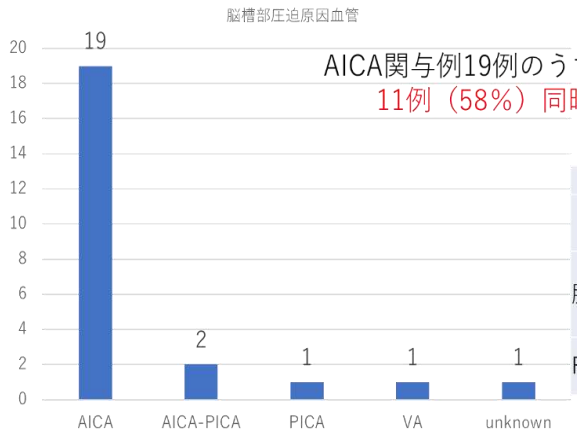
初回手術では脳槽部の血管圧迫と判断されず再手術で脳槽部の血管圧迫と診断に至ったのは 8 例(33%)であった.AICA 症例では顔面神経聴神経間通過を 11 例（58%）に認めた（図 1、図 2）.血管の移動と prosthesis 挿入を行った症例は 15 例（63%）であった.治癒が 19 例(79%,同時期の REZ 圧迫例では 82%:P＝0.78),未治癒あるいは術後再発が 5 例(21%)であった.聴力障害発生例は 0%,顔面麻痺例は 5 例(21%)であった.（図 3）

【考察】

脳槽部の責任血管診断は必ずしも術前 MRI で診断されていないが,画像精度と読影時の認識が影響していると考えられる.また REZ の圧迫が顕著でない例では少なくとも術中に脳槽部を確認する必要がある.ただし血管移動が制限され,神経根への直接操作の危険性があり,安全な手技が求められる.

【結語】

脳槽部での顔面神経血管圧迫による片側顔面痙攣はまれではなく,術前からの予測と術中の対応が必要である.



AICA関与例19例のうち顔面神経・聴神経間を走行
11例（58%）同時期のREZ圧迫例では9%（p<0.05）

	CNVII-VIII間走行		
	あり	なし	計
脳槽部	11（58%）	8	19
REZ	20（9%）	198	218

図 1　AICA 領域の術中圧迫血管

	穿通枝の数/症例（平均）
AICA（CNVII/VIII間　走行＋）	33本/11症例（3本）
AICA（CNVII/VIII間　走行－）	11本/8症例（1.4本）
PICA	0本/１症例
AICA-PICA	3本/２症例
VA	0本/１症例
unknown	1本/１症例

図 2　脳槽部圧迫血管の穿通枝

術野で責任血管から脳幹への穿通枝は 48 本/24 症例(平均2本).
CNⅦ/Ⅷ間を走行する AICA は他の責任血管よりも穿通枝が多い傾向にある.
AICA の 11 症例のうち,6 症例は穿通枝や Internal auditory artery により移動が制限.
（interposition 追加）

	脳槽部(n=24)	REZ(n=318)	P値
痙攣消失・改善	19（79%）	261（82%）	0.78
顔面神経麻痺	0（一過性に5例(17%)）	4（1%）	-
聴力障害	0（一過性に4例(17%)）	10（3%）	-
・伝音難聴	0（一過性に4例(17%)）	2（１%）	-
・感音難聴	0	8(3%)	-
嗄声・嚥下障害	0	4（1%）	-

図 3　術後症状

回復期における後方視的な骨密度とADL改善の関係と骨折予防に関して

診療部・リハビリテーション部
○村田　祐樹，市村　幸盛，下竹　克美

【はじめに】

当院では2022年9月よりDEXA(:Dual-energy X-ray absorptiometry)による骨密度検査が可能になった(図1).DEXAによる骨密度検査は,整形外科疾患のみならず,脳卒中後の患者様に対しても有効利用が期待され,私どもは,回復期病棟を御退院された患者様に骨密度検査を受けて頂く事を勧めてきた.今回の検討内容は,骨密度測定の意義として,骨密度とADLの関係,脳卒中後の骨折予防の2点に注目した.

図1　当院のDEXA新機器



図2　サンプルの内訳

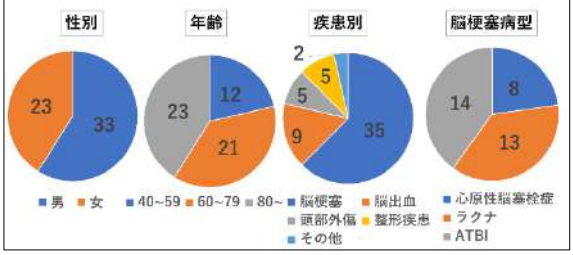
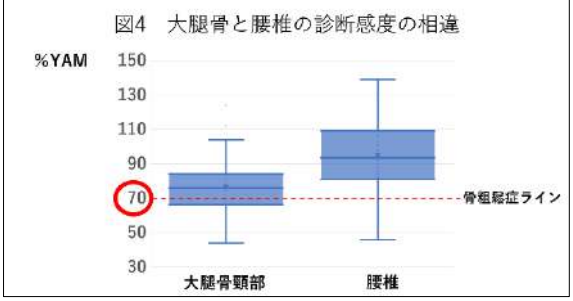


図3　退院時のmRSと退院先



図4　大腿骨と腰椎の診断感度の相違



【方法】

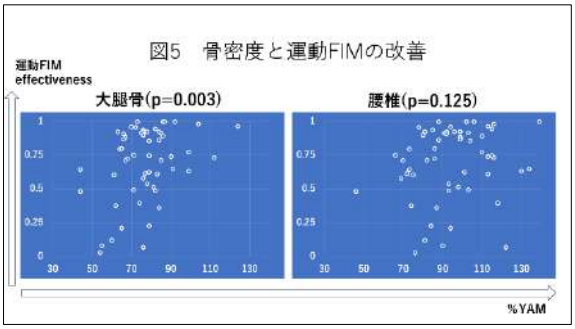
回復期を退院された患者様について,後方視的に骨密度と運動FIM改善の関係を調べた.次に,脳卒中後,転倒・骨折をされた患者様の骨密度について検討をおこなった.

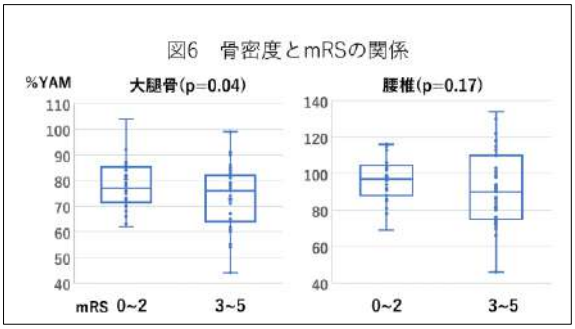
サンプルは,2022年9月～2023年6月に回復期を退院された患者様56名.骨密度測定は,腰椎 L1~4 の平均値、左大腿骨頸部の測定を行った.骨粗鬆症の診断は,骨密度がYAM:Young adult mean(若年成人平均値)の70%以下とし,腰椎及び大腿骨の測定値の低い方を採用した.

ADLの評価はFIMを用い,運動13項目からなる運動FIM:13~91点を用いた.運動FIM改善の指標として,運動FIM effectiveness＝運動FIM利得/(91一入院時運動FIM)を用いた.

【結果と考察】

図2でサンプルの内訳を解析した.性別はやや男性が多く,80歳以上の高齢の方が41%を占めた.疾患別では当然ながら脳卒中が大半を占め,脳梗塞 80%,脳出血 20%,今回くも膜下出血の症例は含まれなかった.脳梗塞病型は,分類不能例をATBIに含めたため,その割合がやや高くなった.





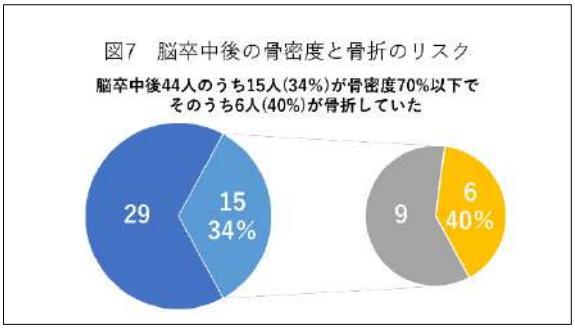




図 3 が示すように,病前は自立されておられた患者様が 88%であったが,退院後には 41%と半減.さらなる転倒骨折による ADL の低下は患者様の QOL に大きな影響を及ぼすと考えられ,その予防の重要性を感じた.

骨粗鬆症の診断では,図 4 で示すように,大腿骨頚部の骨密度は,腰椎と比較して骨密度の低下をより鋭敏に反映し,骨粗鬆症の診断感度を上昇させる事が分かった.次に,骨密度と ADL の関係について,後方視的な検討にはなるが,図 5 が示すように,大腿骨の骨密度が高い方が,運動 FIM の改善が良い事が分かった.さらに図 6 が示すように,大腿骨の骨密度は,ADL の自立にも寄与する事が分かった.一方で,腰椎はいずれも相関関係を認めなかった.大腿骨骨密度は ADL 改善の予後予測因子として活用出来る可能性が考えられた.

次に,脳卒中後の骨折と骨密度の関係を調べた.脳卒中後の患者様 44 人のうち 15 人(34%)が骨密度 70%以下で,うち 6 人(40%)が転倒・骨折されていた(図 7).脳卒中後、骨密度が 70%以下と低い場合は,非常に骨折のリスクが高い事が分かった.骨折の詳細を見てみると,いずれも麻痺側の大腿骨頚部骨折が多く,その骨密度はいずれも 40～60%と著明な低値を示していた.骨折のリスク評価には,麻痺側大腿骨頚部の骨密度測定が望まれた.

最後に,骨折リスクに応じた骨粗鬆症治療と多職種が連携した取り組みとして,食事療法,栄養指導,日光浴,ビタミン D 製剤の投与,そして,リハビリテーション,転倒対策が挙げられた(図 8).骨粗鬆症の薬物療法として,今回骨折をされた患者様は,いずれも骨吸収抑制薬(ビスフォスフォネート)による治療開始後であったため,骨折リスクがきわめて高い症例には,骨形成促進薬(テリパラチド)による治療強化が望まれた.

今後の展望として,回復期介入開始時から生活期にかけた骨密度の追跡によって,リハビリテーションと骨密度の関係を調べていきたいと思っている.

昨年度 NST の介入結果と今後の課題について

栄養サポートチーム
○前原 崇良, 竹田 克之, 西谷 かおり, 田中 唯の, 木村 麻子, 若山 由紀子

【はじめに】

当院の栄養サポートチーム（以下、NST）は,医師・管理栄養士・看護師・薬剤師・言語聴覚士から構成され,栄養状態の把握,栄養評価,プランニングを週に一度行っている.
対象者は, 入院時に低 Alb 血症をはじめとする低栄養状態の患者を栄養アセスメントシート（栄養スクリーニング）で抽出する. また, 嚥下機能や食思の低下などにより摂取量が必要量に満たない入院患者を医療スタッフや NST メンバーにて取り上げ介入している. 今回、2022 年度に NST が介入した患者の傾向をまとめ, それぞれの介入経過と今後の課題について報告する.

【方法】

2022 年 4 月から 2023 年 3 月の NST による介入患者について主な介入理由ごとに分類し,集計した.

【結果】

介入対象者は 79 名であり、延べ数は 189 件であった. 主な介入理由として「低栄養（低 Alb 血症など）」が 42 件,「摂取必要量以下」101 件,「くも膜下出血（SAH）」10 件,「褥瘡」20 件,「るいそう」16 件であった.

NST 対象患者のうち途中退院（転院）を除いた「摂取必要量以下」への介入は 36 名であった. 介入方法としては,一時的な補助食品の使用や胃腸のはたらきを助ける内服薬の提案のほか,食事形態や嗜好を考慮した食事提供や摂食時の姿勢管理など,総合的なアプローチを実施した. 25 名の患者に食事摂取量の改善を認め,状態不変や悪化は 11 名であった. 状態不変・悪化例に対しては,経口摂取量や栄養状態の改善が見られず経管栄養法に切り替え,NST を終了する例もあった.

【考察】

介入結果を振り返ると,補助食品の使用や食形態の調整による喫食量の改善例が多かった. これまでの経管栄養法の介入では補給量の調整が主であり,病態別の対応ができていなかった 2022 年 9 月より腸瘻患者に適したものや高たんぱく質の補給が可能な消化態栄養剤を導入したことから病態別に対応できるようになった. 今後は,患者の状態に応じて注入速度や温度についても検討し,その結果を踏まえて当院独自のプロトコルを作成することにより効果的な栄養管理ができるように NST 活動を展開していきたい.

昨年NSTの振り返りと今後の課題

【はじめに】

当院のNST構成メンバー
医師　管理栄養士 看護師
薬剤師　言語聴覚士

週に１度
栄養状態の把握、栄養評価
プランニングを実施

対象者

入院時･･･低Albをはじめとする低栄養状態の患者

☞ 栄養アセスメントシート(栄養スクリーニング)で抽出

入院中･･･嚥下機能や食思の低下などにより摂取量が必要量に満たない患者

☞ 医療スタッフやNSTメンバーにて取り上げ、介入する

昨年度NST介入患者をまとめた活動経過と今後の課題について報告する。

【方法】

昨年度（令和4年４月から令和５年3月）のNSTによる介入者を主な介入理由ごとにまとめ、内容を集計した。



集計には、Excelを使用し、介入時のプランニングや評価を記録している。

【結果】

① 介入数の比較（病棟別、延べ数）

主な介入理由	SCU	南3F	南4F	北館	合計
低栄養	1	9	19	13	42
摂取量不足 ※ 経口移行含む	9	40	36	16	101
SAH	7	0	1	2	10
褥瘡	1	10	6	3	20
るいそう	0	7	4	5	16
合計	18	66	66	39	189

② 介入終了時の評価（介入人数）

主な介入理由	改善	不変	悪化	退院	合計
低栄養	9	5	2	1	17
摂取量不足	25	8	3	10	46
SAH	2	0	0	2	4
褥瘡	3	0	0	4	7
るいそう	2	0	1	2	5
合計	41	13	6	19	79

改善

低栄養･･･(低Alb値の場合)Alb値またはpreAlb値の改善がみられた。

食事摂取不足･･･8～9割以上の食事摂取量(補助食品の継続使用含む)を確認した。

SAH･･･栄養状態や摂取量が良好で、脳血管攣縮期に再発がなかった。

褥瘡･･･栄養状態や摂取量が良好で、創部の状態が改善された。

るいそう･･･栄養状態や摂取量、体重増量を認めた。

不変・悪化

経口摂取量や栄養状態の改善が見られず経管栄養法に切り替えた

【考察・まとめ】

介入結果を振り返ると、補助食品の使用や食形態の調整による喫食量の改善例が多かった。これまでの経管栄養法の介入では補給量の調整が主であり、病態別の対応ができていなかったが、昨年９月より腸瘻患者に適したものや高たんぱく質の補給が可能な消化態栄養剤を導入したことから病態別に対応できるようになった。

☞ 今後は、患者の状態に応じて注入速度や温度についても検討し、その結果を踏まえて当院独自のプロトコルを作成することにより効果的な栄養管理ができるようにNST活動を展開していきたい。

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, 西田 美代子, 富永 正子, 渡邊 百代, 上野山 周雄

2016 年に診療報酬として「排尿自立指導料」が新設され,当院では 2019 年より医師,看護師,作業療法士,薬剤師,医療情報課職員からなる排尿ケアチームを立ち上げ,活動を開始した。2020 年の診療報酬改定に伴い「排尿自立支援加算」と名称が変化したが,排尿ケアチームとして週一回の定期回診を行うなど4年間活動を継続してきた。これらの活動により,看護職員が排尿に関する問題点を見出す視点を持つようになり,またチームが早期に介入することにより,患者の排尿に関する問題について解決につなげられている。しかし,メンバー入れ替わりなどの影響からか算定指導件数は年々減少傾向にある。また,早期介入はできているが,そのほとんどが薬物治療に依存し,使用薬剤量は増加している現状にある。

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。また排便コントロールについては看護師が医師に処方を提案し,代行処方する形が慣例化され,その結果,詰所独自の慣例処方が行われていた。これを受けて 2022 年 8 月より看護師,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。それ以後,看護研究でも取り上げられるなど,院内での排便に対する意識が強化され,現在までイレウス症例は認めていない。しかし定期的な回診などは行えず,対処困難事例のみコンサルティングを行う形となっていた。薬剤については蠕動運動促進剤,刺激性下剤,塩類下剤ともに若干の減少傾向にあり,適正化が進んできているものと推察する。

本年 4 月からはコンチネンスケアチームとして両チームの機能を統合した排泄に関する取り組みを行うチームとしてスタートさせた。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。さらには介入した症例については,数日後に中間評価を行い,介入の妥当性について検証を行っている。

今後は排尿自立支援加算の適切な算定と、薬物治療だけに依存しない介入について模索していきたい。また,これらに取り組みついて啓蒙し,患者の快適な排泄を進めていきたいと考えている。

はじめに

排尿ケアチーム

チーム発足前後で関連薬品の使用数は減少せず

お通じコントロールチーム

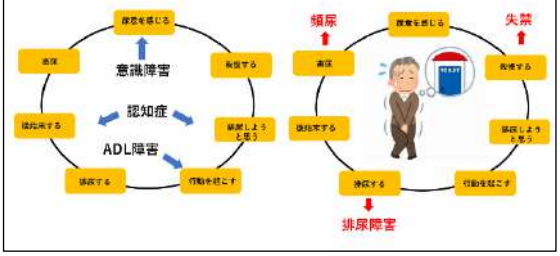
発足前後で便秘薬の使用数は減少

活動内容、評価指標、現状の課題や展望について報告する

排尿サイクル



排尿サイクル上で起こる様々な障害



排尿ケアチーム

- 2016年　排尿自立指導料の診療報酬　新設
- 2018年　コンチネンスケアについて院内講習会開催
- 2019年　排尿ケアチーム　発足
  （医師　看護師　作業療法士　薬剤師　医療情報課職員）
- 2020年　排尿自立支援加算に見直し

排泄行動は、人間にとって最後まで保ちたい尊厳

在宅支援を目標にするなら、排泄の自立は何よりも大事な課題



排尿自立指導料の見直し

入院における排尿自立指導の見直し

- 入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア（排尿自立指導料）について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

（新）　排尿自立支援加算　　200点（週1回）



令和２年度診療報酬改定 Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －(3)

排尿自立指導料の見直し

外来における排尿自立指導の評価

- 退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。



令和２年度診療報酬改定 Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －(3)

尿道留置カテーテル挿入患者に対する評価

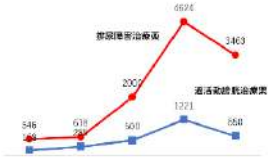


排尿自立支援算定件数



算定件数は減少傾向で、使用薬剤は増加した。

排尿関連医薬品の使用数



お通じコントロールチーム

- 2022年　2例続けてイレウスを発症
  ・便通コントロールが不十分であった。

  調査すると各病棟でそれぞれ独自の緩下剤の使用が慣例化
- 2022年５月　医療安全連絡会議で「下剤」テーマに講習会
- 2022年９月　「お通じコントロールチーム」を発足
  お通じコントロールのアルゴリズムを作成
  非便マイナス3日で介入
  便性状・蠕動運動を考える薬物治療

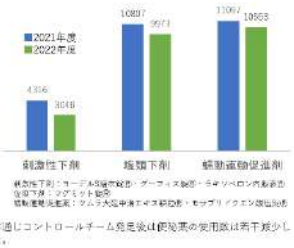
  困難事例のみチームで介入



アルゴリズム



チーム発足前後の便秘薬の使用数比較



お通じコントロールチーム発足後は便秘薬の使用数は若干減少した。

排尿ケアチーム

- ケアチームを介さず、医師にコンサルトすることが多くなり指導件数が激減した。
- 処方薬が増え、見直しの機会もなくなった。
- 薬以外での介入がなされなくなった。

お通じコントロールチーム

- 早期介入により重度のイレウス患者の発生はなくなった。
- 薬剤の使用量は若干減少した。
- 困難事例のみのコンサルトで適正に介入できているのか不明。

コンチネンスケアチーム

- 電子カルテ端末内のシートで排尿（尿道留置カテーテルにこだわらない）、排便でのトラブルを把握
- 水曜日に回診（医師、看護師、作業療法士、薬剤師、医療情報課員）
- 介入１週間後、２週間後に再評価を行い、介入（薬物療法など）が適切かを評価する。

今後の課題と展望

- 継続可能で、何よりも患者の満足度が得られる介入を模索する。
- 薬物治療のみに依存しない介入を検討する。
- 信頼度の高い活動を目指す。

みなさんへのおねがい

排泄はデリケートな問題です。早期に介入し、問題解決に努め、さらには退院後を見据えたキュア・ケアが大切です。
トラブルを発見したときは速やかに電子カルテ端末の介入依頼シートへの記入をお願いします。また、チームの介入が適切であったかなどを評価し、フィードバックをお願いします。

～新しい車椅子（Wheeliy）を導入して～

褥瘡チーム
○山下 弘晃，古井 美穂，油納 由佳

【はじめに】

離床は意識障害の改善,褥瘡予防,拘縮予防,嚥下障害の予防等の効果があり,本人の主体性やQOL の向上にも繋がるとされる．しかし,車椅子座位のポジショニングが適切でない場合,長時間の圧迫やズレ,衣類との摩擦により褥瘡が生じてしまう恐れがある．褥瘡ガイドブックでは通常の車椅子用クッションでは褥瘡予防の効果を認めないとされ,褥瘡予防用クッションが推奨されている．褥瘡予防・管理ガイドラインでも座位時の褥瘡発生予防には,体圧分散性に優れたクッションを使用することが推奨されている．

今回,新たに体圧分散性に優れたクッション付きの多機能車椅子(Wheeliy(ウィーリィ))を導入したので,普通型車椅子との座圧の違いを測定した結果を報告する．

【方法】

健常成人,男女 2 人を対象に,普通型車椅子またはWheeliy 上での座位で,携帯型接触圧力測定機器(パーム Q)を用いて尾骨にかかる座圧を測定した．測定条件は背もたれに寄りかかった座位で,フットレストに足を乗せた条件と乗せない条件で測定した．

【結果】

フットレストに足を乗せた条件の座圧は,普通型車椅子が男性 78.9mmHg,女性 70mmHg であったのに比べ,Wheeliy では男性 52mmHg,女性 42.3mmHg と座圧が低かった．フットレストに足を乗せない条件の座圧も,普通型車椅子が男性 86.2mmHg,女性 56.5mmHg であったのに比べ,Wheeliyでは男性 56.9mmHg,女性 39mmHg と座圧が低かった．

Wheeliy の特徴として,背もたれのたわみとフットレストの高さが調節可能であること,フットレストが開閉または着脱が可能であることが挙げられる．

【結論】

Wheeliy に付属しているクッションは，体圧分散性に優れており，褥瘡発生予防に有効である可能性が認められた．また，Wheeliy は背もたれやフットレストの調節が可能であるため，普通型車椅子に比べ，適切なシーティングに調節することが可能であり，効果的な離床に繋がると考える．

車椅子離床の利点

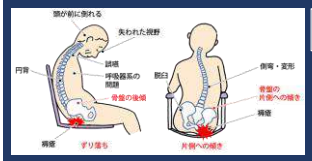
適切な離床による効果として

- 意識障害の改善
- 循環動体の改善
- 褥瘡の予防
- 拘縮の予防
- 嚥下障害の予防・改善

活動と参加に向けた離床目標を立案し、日常的に離床を実施することで、『**本人の主体性**』が促され、『**QOLの向上**』とともに**身体機能**や**精神機能**にも良い影響を与えることが期待される。

長時間の車椅子離床の問題点

長い時間座ることで様々な**二次障害**が生じる可能性がある。



脊柱の変形
可動域制限

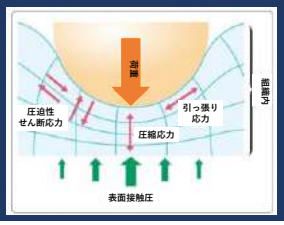
浮腫

疲労感に伴う意欲低下

圧迫・摩擦による**褥瘡**

褥瘡発生

長時間の**圧迫**や**ズレ**、衣類との**摩擦**により、褥瘡の発生リスクが高くなる。



褥瘡予防用クッションの重要性

- 褥瘡発生予防に車椅子用のクッションを推奨する。（1B）
- 褥瘡の治癒促進に車椅子用クッションを提案する。（2C）

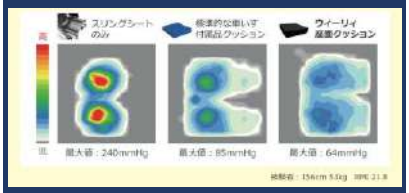
褥瘡ガイドブック 第3版

通常の車椅子用クッションでは褥瘡予防の効果を認めない。
⇨褥瘡予防用クッションでは褥瘡発生を予防する効果がある。

体圧分散性に優れたクッションを使用することが有効である。
⇨クッションの厚さが重要。厚さが10cmあれば減圧性能を持ち、褥瘡発生のリスクがある人に使用できる。

Wheeliy molten

座面クッションに十分な厚み（10cm）を持たせられ、座位時のお尻の痛みを軽減する。



当院での座圧測定

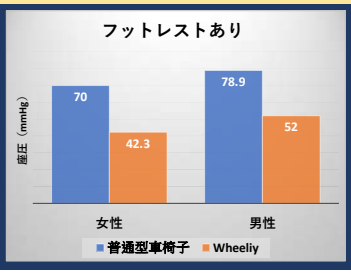
男女2人を対象にパームQを用いて
尾骨にかかる座圧を測定



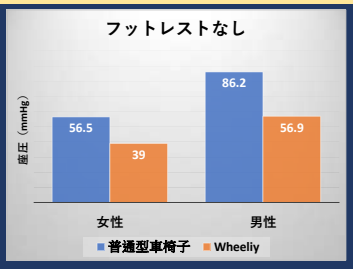
① 普通型車椅子 VS Wheeliy

② フットレストあり VS フットレストなし

結果①



結果②



まとめ

- 普通型車椅子に比べてWheeliyの方が、座圧が低い。
  ⇨有効的な**体圧分散がなされている**と考えられる。
- どちらの身長・体重でもWheeliyの方が、座圧が低い。
  ⇨**様々な症例に対して適応がある。**
  しかし、症例毎にシーティングの検討は必要。
- フットレストに足を乗せた条件、乗せない条件ともにWheeliyの方が、座圧が低い。
  ⇨椅子にクッションを置くだけでも**体圧分散性**が認められると考えられる。

まとめ

Wheeliyの利点

- ・付属品のクッションの体圧分散性
- ・背もたれのたわみの調節が可能
- ・フットレストの高さが調節可能（簡単）

＊注意点

- ✔ 前輪が浮きやすい（後方への易転倒性）
- ✔ 身長が大きい人は座面の広さが合わない

例）・後方への突っ張りが少なく、体動が少ない症例
・身長が低い症例

＊シーティングや座圧が気になる人、褥瘡リスクがある人は褥瘡対策委員（油納さん）にお問い合わせ下さい。

まとめ

本人・家族と多職種からなる
『チーム協働での取り組み』が必須

- ♦ 医師：医学的なリスク管理（全身状態や褥瘡の管理）投薬内容の確認
- ♦ 看護師：褥瘡・皮膚状態の観察、リスクの把握
- ♦ 栄養士：栄養状態の管理
- ♦ リハビリ：身体機能の評価、目的に応じた車椅子・用具の設定
- ♦ MSW：行政や医療機関・他事業所等との連携
  福祉用具の相談、本人や家族の希望の聴取
- ♦ 介護職員：日常生活で何に困っているかを見つけ出す「課題の第一発見者」

スライディング グローブ

使用する目的

ベッド背上げ時のズレ解消
体とマットレスの接地面を添わせるように通すことでズレが軽減される。

ベッド上の移動介助
体の下に差し込み易くなるため、移動させやすい。

ポジショニング
グローブを使用し体の下に滑り込ませることで負荷がかかっている場所が探しやすい。

スライディング グローブ

当院で実際に使用した際の感想



看護師

- ・体位交換がしやすい。
- ・1人でも負担量が少なく、患者の体位交換ができる。
- ・2人で体位交換していた人が、1人で介助できた。
- ・術後疼痛が強い患者でも、除圧することで疼痛緩和につながった。



患者

- ・空気が入ってきて気持ちよかった。

MRI 検査時の閉所恐怖症に対する取り組み

診療支援部　画像検査課
○林　世志雄, 吐田　憲司, 工藤　博彰, 福井　崇乃, 大城　勲, 野田　啓弘, 新庄　康貴

【はじめに】

MRI 検査は非侵襲的な画像診断技術の一つである.MRI 検査では強力な磁場を発生させる磁石と,周波数を送受信するコイルで構成されており,検査する際にコイルを体の一部に密着させ,装置の狭い空間に入る必要がある.

一方,閉所恐怖症は狭い空間や閉じ込められた状況に対して強い恐怖や不安を感じる状態を指す.そのため閉所恐怖症患者にとって MRI 検査は苦痛を伴うものであり,検査前の問診でも確認を行っている.

今回は,MRI 検査時の閉所恐怖症患者に対する新たな取り組みについて発表する.

【方法】

通常撮影時はヘッド/ネックコイルに NV アダプターを取り付ける（図1）が,今回閉所恐怖症患者 4 名に対して,撮影時にヘッド/ネックコイルにベースアダプターを取り付けて撮像した.（図 2）



図1　ヘッド/ネック＋NV アダプター



図 2　ヘッド/ネック＋ベースアダプター

【結果】

閉所恐怖症患者 4 名中 3 名において,NV アダプターをベースアダプターに変更するだけで検査を最後まで行うことができた.1 名はアダプターを変更した上に,医薬品（セルシン）を使用して検査を行った.

ベースアダプターのみで撮像したものは前頭部の信号が低下していたが,診断材料として必要な情報は十分に得られるものであった.(図 3)

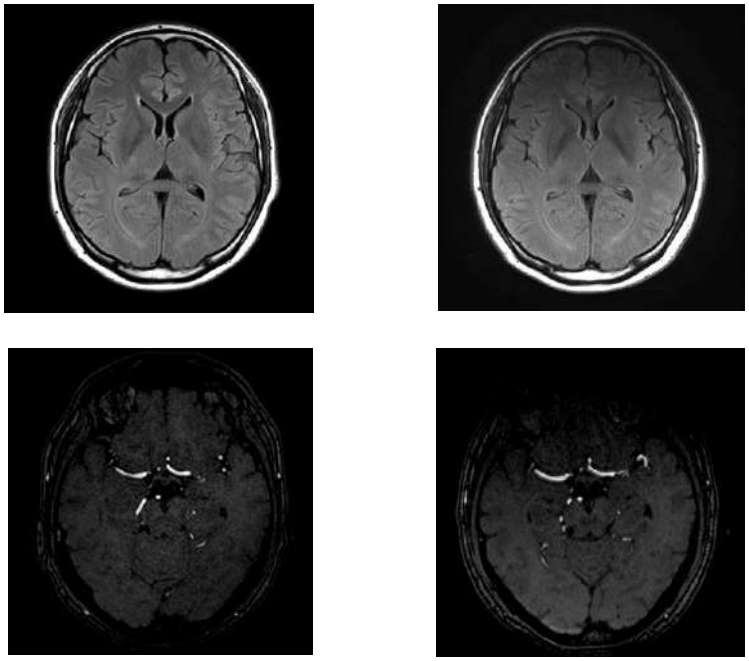


図 3　左上・左下は NV アダプター,右上・右下はベースアダプターをそれぞれ使用

【考察】

頭部 MRI 検査時はヘッド/ネックコイルに NV アダプターを使用し頭部全体を覆っているため,頭部全体から信号を受信し詳細な断面画像が生成される.今回使用したベースアダプターにはコイルの機能がないため,撮像するとヘッド/ネックコイルが密着していない部分,特に前頭部の信号が低下した画像になった.

これまで閉所恐怖症患者では,MRI 検査時に医薬品（セルシン）等を使用して施行するか,別の機器での検査で代用していたが,アダプターを変更するだけで撮像できることがわかった.

今後撮像パラメータをベースアダプター用に調整することで,さらに精密な画像を提供できる可能性がある.

【使用機器】

Canon 超伝導磁石式全身用 MR 装置 Vantage Galan 3T

MR 装置用高周波コイル Atlas SPEEDER ヘッド/ネック MJAH-172A

【参考文献】

『MR の実践』金森勇雄　他,医療科学社

『誰でもわかる MRI』荒木力　他,秀潤社

自動車運転再開に向けた介入報告

～家族との情報共有を元に介入し自動車運転再開に至った左視床出血の一例～

リハビリテーション部

○中西 亮太, 下村 亮太, 石橋 凜太郎, 寺田 萌, 藤原 瑶平, 空野 楓, 平見 彩貴, 市村 幸盛

【はじめに】

道路交通法第 103 条では免許の取消し・停止を要する病気が定められており,高次脳機能障害は「自動車等の安全な運転に必要な認知,予測,判断又は操作のいずれかの能力を欠くこととなるおそれがある症状」に該当する. 我々は,これらに対し「脳卒中,脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断」(蜂須賀ら,2020)を元に自動車運転再開(運転再開)の可否を検討していることを昨年の本会にて報告した。今回,検査上では基準値をクリアしたものの,生活場面での動作障害を認めた症例に対し,家族との情報共有を元に介入したことで運転再開に至ったため報告する.

【症例紹介】

本報告に同意を得た左視床出血の 60 歳代男性.職業はトラック運転手.入院時は認知機能低下や注意障害を呈していたが,第 14 病日には改善を認め,机上検査においては運転再開のための基準値をクリアした.しかし,生活場面では療法士と会話しながらの歩行時に椅子へ接触するなどの,言語処理を伴う二重課題において動作障害を認めた.退院時(第 27 病日)でも動作障害が残存したため,運転不可と判断し, 運転再開を目標として週 2 回の外来リハビリテーション(リハ)を 2 ヶ月間実施した.

【介入】

言語処理を伴う注意課題や屋外での二重課題を実施した.また, 家族に交換ノートを用いて「会話をしていると車に気づかず轢かれかけた」など生活場面の問題について記載してもらい, 対応方法の指導,課題設定の変更をした.

【結果】

リハ場面, 生活場面での動作障害は改善したため,第 91 病日に運転再開は可能であると判断した.

【考察】

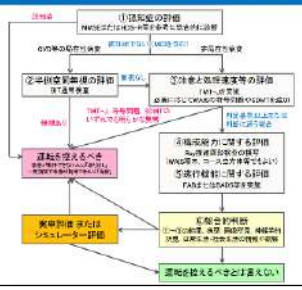
家族との交換ノートは,本人の申告に依存してしまう生活場面の情報を, 客観的な視点から収集でき,リハ場面での改善が生活場面に汎化しているかを評価する上で有用であり,スムーズな運転再開支援を可能にすると考えられた.

運転再開の手続き

発症・受傷 → 運転再開希望 → （医療機関に相談・診断） → 医療機関にて診断書記載 → 運転免許センター（診断書送付） → 運転免許センター（臨時）適性検査 → 運転再開　停止・取り消し

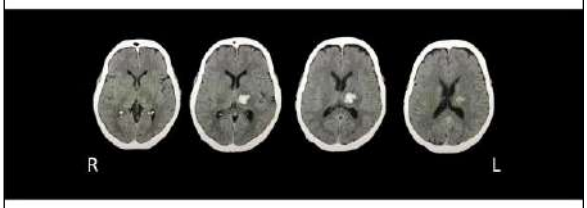
医療機関で関わる部分

自動車運転評価のフローチャート



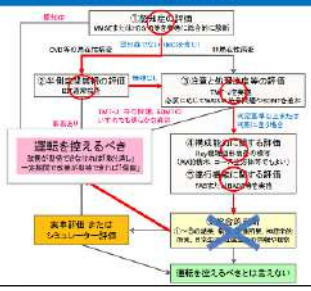
（鈴鹿ら,2020）

脳画像（発症時のCT所見）



左視床に損傷を認めた

本例の評価結果



（鈴鹿ら,2020）

生活場面での動作障害



会話をしながらの歩行時に
椅子や障害物に接触

言語負荷がない
場面では問題なし



しりとりをしながらエルゴメーターを
漕いでいると足が止まる

上記より、本例の病態は言語性ワーキングメモリーの低下による、
複雑な言語処理を伴う場面での動作障害。
退院時(第27病日)にも動作障害が残存したため自動車運転の再開は困難であると考えた

介入（外来リハ）

外来リハ
週2回/2ヶ月

■標識やお店を確認・言語化する

周辺への危険予測などを求めながら実施



①歩行時



②自転車走行時



③自動車運転風景の
映像を見て
（指定されたもの）

介入（交換ノート）

外来初期

家族：昨日、話しながら歩いていたら車に轢かれそうになった。



最初は、あまり喋らず散歩するように声掛けをしましょう。

外来中期

家族：歩きながらの危険行動はなくなったが
自転車に乗った時に左右の確認が不十分だった。

人通りの多い場所では会話を控えるなど、自分で調整してもらえる
ように声掛けをしてみてください。

動作障害が改善しているか交換ノートで確認

結果と考察

■リハ場面，生活場面での動作障害は改善し，第91病日に運転再開は可能と判断した

リハ場面 ⇔ 家族との情報共有 ⇔ 生活場面

交換ノートによって，客観的な視点から情報収集可能

↓

スムーズな運転再開支援

多角的な評価のために多職種が連携し
行動場面のエラーを見落とさないことが重要

当院の急性期血行再建治療の現状と課題

診療部

○村田 大樹, 三木 貴徳, 中村 一仁, 伊藤 昌広

【はじめに】

2020 年の院内研究発表会で血栓回収術症例のレビューを行い,当院の結果は,過去の報告に比べて転帰良好例(当院 25% vs 47.9%),再開通率(当院 76.8 vs 80.3%)の点でやや劣るものの,頭蓋内出血率(当院 11.0% vs 16.9%)および死亡率(当院 11.0% vs 19.8%)は低い傾向にあることを報告した.本発表ではその後の症例のレビューを行い,その結果につき報告する.

【方法】

症例は 2020 年 8 月～2023 年 5 月までに血行再建術を行った 50 例である(図 1).

閉塞血管,Modified Rankin Scale (mRS),再開通率(Thrombolysis in Cerebral Infarction; TICI),病型,出血率,死亡率,Door to Needle(D2N),Door to Puncture(D2P),Puncture to Recanalization(P2R)につき評価した.

【結果】

閉塞血管は M1 閉塞 16 例(32%),ICA 閉塞 8 例(16%),VA-BA 閉塞 6 例(12%),その他血管 20 例(40%)であった(図2).mRS2 以上の転帰良好例は 19 例(38%),TICI2B 以上 40 例(80%),出血 2 例(4%),死亡 9 例(18%),D2N(10～112 分 平均 69.9 分),D2P(15～173 分 平均 89.0 分),P2R(10～98 分 平均 42.3 分)であった.

【考察】

今回のレビューでは前回と比して,転帰良好例(25→38%),再開通率(76.8→80%),出血率(11.0→4%),D2N(81.9→69.9 分),死亡率(11.0→18%)であり,死亡率以外は良好な結果が示された(図3).死亡例は血栓回収の有効性のエビデンスが未確立な低 ASPECTS 症例,M2 以遠,後方循環系の閉塞例が 7/9 例(78%)あり,死亡率の増悪に影響した可能性がある(図4).その他結果の改善は,施行医やデバイスがほぼ統一され手技による影響が少なくなったこと,スタッフの経験値が上がったこと,適応症例の選別がより洗練されたことなどが考えられた.D2N については前回よりも短縮はできているものの平均で 60 分を超えており,搬送から治療開始までの院内対応を見直す必要があると考えられた.

【結語】

当院の急性期血行再建治療の現状と課題を報告した.

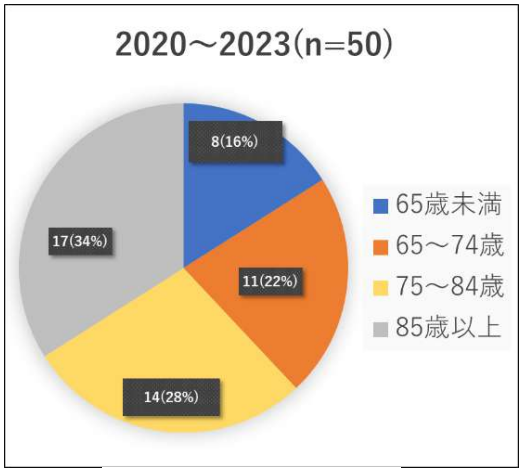


図 1　年齢

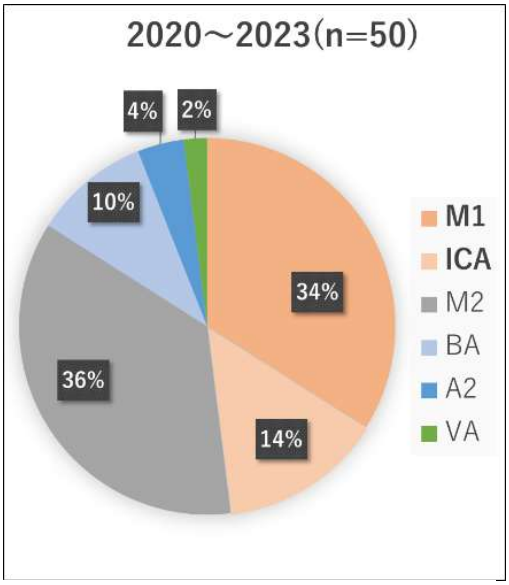


図 2　閉塞血管の分布

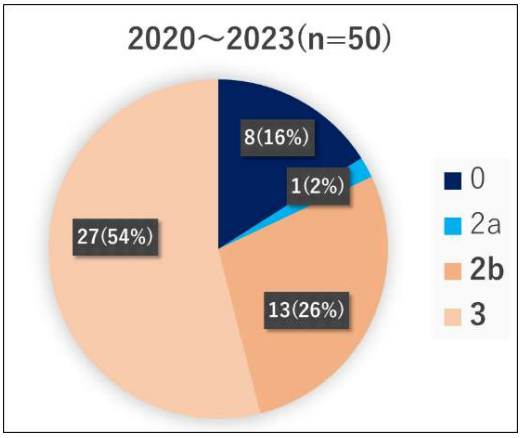


図 3　再開通率

Age	Gender	閉塞部位	NIHSS	DWI ASPECTS	O2D	D2N	D2P	P2R	再開通	発症前 mRS	病型
69	M	BA	12		53	no tPA	153	27	TICI3	0	ATBI
69	M	BA	32		NA	no tPA	140	33	TICI3	0	ATBI
89	F	BA	18		27	92	128		TICI0	0	ATBI
86	F	IC	19	6	120	no tPA	35	85	TICI3	3	心原性 af
85	M	IC	11	2	470	no tPA	119	29	TICI3	0	ESUS
91	F	IC	25	3	50	no tPA	75		TICI0	0	心原性 af
94	F	M1	10	11	425	no tPA	120		TICI0	2	心原性 af
92	F	M2	20		58	72	105		TICI2b	2	心原性 af
73	M	VA	26		319	no tPA		40	TICI2b	5	ATBI

図 4　mRS 例

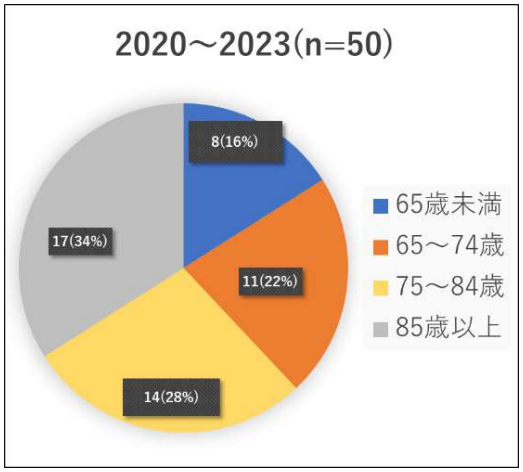


図 1　年齢

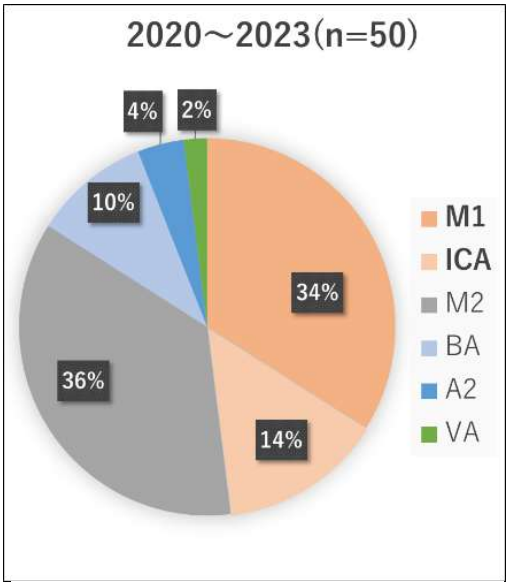


図 2　閉塞血管の分布

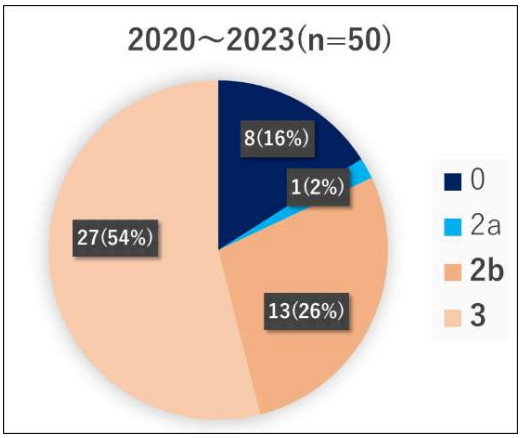


図 3　再開通率

Age	Gender	閉塞部位	NIHSS	DWI ASPECTS	O2D	D2N	D2P	P2R	再開通	発症前 mRS	病型
69	M	BA	12		53	no tPA	153	27	TICI3	0	ATBI
69	M	BA	32		NA	no tPA	140	33	TICI3	0	ATBI
89	F	BA	18		27	92	128		TICI0	0	ATBI
86	F	IC	19	6	120	no tPA	35	85	TICI3	3	心原性 af
85	M	IC	11	2	470	no tPA	119	29	TICI3	0	ESUS
91	F	IC	25	3	50	no tPA	75		TICI0	0	心原性 af
94	F	M1	10	11	425	no tPA	120		TICI0	2	心原性 af
92	F	M2	20		58	72	105		TICI2b	2	心原性 af
73	M	VA	26		319	no tPA		40	TICI2b	5	ATBI

図 4　mRS 例










































































医療法人 穂翔会 第33回 研究発表会

院外学術報告

1）論文・著書

【リハビリテーション部】

1. Shimomura R, Shibata S, Koganemaru S, Minakuchi M, Ichimura S, Itoh A, Shimotake K, Mima T. Transcranial static magnetic field stimulation (tSMS) can induce functional recovery in patients with subacute stroke. Brain Stimul. 2023 May-Jun;16(3):933-935.
2. Yamaoka T, Takagi Y, Shimomura R, Murata Y, Shimotake K, Itoh A, Mima T, Koganemaru S. N-of-1 Trial of Electrical Sensory Stimulation Therapy on the Tibial Innervated Area during Gait in a Case of Post-stroke Sensory Disturbance. Prog Rehabil Med. 2023 Jun 22;8:20230018.
3. 城間 千奈
   『シート型脳波計による α 波の測定と解析』
   日本作業療法研究学会 26(1): 1-6, 2023.
4. Hayashida K, Nishi Y, Matsukawa T, Nagase Y, Morioka S.I am not the cause of this pain: An experimental study of the cognitive processes underlying causal attribution in the unpredictable situation whether negative outcomes. Conscious Cogn, Volume 117, January 2024, 103622

2）学会発表

【診療部】

1．村田 大樹、中村 一仁、三木 貴徳、伊藤 昌広、村田 高穂
『コイル塞栓術で治療を行った「真」の後交通動脈瘤の一例』
第 35 回　大阪南西部脳神経外科懇話会　2023.7.1

2．伊藤 昌広、村田 大樹、下竹 克美、村田 祐樹、吉崎 航、村田 高穂
『当院の脳卒中回復期リハビリテーション病棟での薬剤治療の実際』
第 82 回　日本脳神経外科学会総会　2023.10.25-27

3．村田 大樹、中村 一仁、三木 貴徳、吉崎 航、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 82 回　日本脳神経外科学会総会　2023.10.25-27

4．吉崎 航、村田 大樹、中村 一仁、三木 貴徳、伊藤 昌広、村田 高穂
『短期間での発生から増大までを観察し得た悪性髄膜腫の一例』
第 82 回　日本脳神経外科学会総会　2023.10.25-27

5．伊藤 昌広
『認知症とてんかんの診断に難渋した一例』
第 42 回日本認知症学会学術集会　2023.11.25

【リハビリテーション部】

1. 石橋 怜奈
   『右塞栓性脳梗塞の重度嚥下障害に対する介入－口腔内の物体識別に着目して－』
   第 35 回　大阪南西部脳神経外科懇話会　2023.7.1
2. 山岡 竜也
   『部分免荷型トレッドミルと平地での環境変化にて歩行能力に乖離があった脳卒中後膝関節以遠の感覚脱失症例』
   第 21 回日本神経理学療法学会学術大会　2023.9.9-10
3. 松川 拓
   『転倒恐怖感により歩行自立困難であった一症例』
   第 21 回日本神経理学療法学会学術大会　2023.9.9-10
4. 三田村 郁海
   『橋梗塞と腰椎圧迫骨折により体幹機能が低下した症例への腹部 TENS 併用歩行練習の効果』
   第 21 回日本神経理学療法学会学術大会　2023.9.9-10
5. 中本 健一
   『VirtualReality(VR)を用いた股関節屈曲運動が歩行及び脳波に及ぼす影響』
   第 21 回日本神経理学療法学会学術大会　2023.9.9-10
6. 大上 千尋
   『足関節自動背屈運動が困難であった脳卒中片麻痺患者への介入』
   第 21 回日本神経理学療法学会学術大会　2023.9.9-10
7. 寺田 萌
   『行為空間の再学習は可能か』
   第 23 回認知神経リハビリテーション学会学術集会　2023.10.7-8
8. 石橋 凜太郎
   クリニカルディスカッション④《高次脳機能障害と学習》『高次脳機能障害を併発した皮質盲患者がどのように世界と適応するかを探る』
   第 23 回認知神経リハビリテーション学会学術集会　2023.10.7-8
9. 藤原 瑶平
   『言語機能に着目した介入により論理的記憶の改善を認めた一例』
   第 23 回認知神経リハビリテーション学会学術集会　2023.10.7-8
10. 中西 亮太
    『伸張反射の制御に伴い出現した接触時の痺れを「これまでに感じたことのない不快な感覚」と記述した慢性期脳卒中症例』
    第 23 回認知神経リハビリテーション学会学術集会　2023.10.7-8

11. 中谷 有里
『着衣動作の獲得に向け自己の行為に対する気づきを促した一例 － 三人称視点での動画 FB を用いて －』
第 23 回認知神経リハビリテーション学会学術集会　2023.10.7-8
12. 城間 千奈
『ウェアラブル脳波計によるテトリス課題時における Frontal midline theta rhythm の測定と性格傾向・不安感との関連』
第 17 回日本作業療法研究学会学術大会　2023. 10.21-22
13. 中西 亮太
『precentral knob 近傍の小梗塞により上肢運動麻痺を呈した症例の作業療法介入と経過』
第 57 回日本作業療法学会　2023.11.10-12
14. 平見 彩貴
『両側前頭葉損傷後に自発性低下を認めた症例－自発的な行動生起を目的とした将棋による介入を通して－』
第 57 回日本作業療法学会　2023.11.10-12
15. 城間 千奈
『シート型脳波計によるテトリス課題時における Frontal midline theta rhythm の測定との解析』
臨床神経生理学会
日本臨床神経生理学会第 53 回学術大会　2023.11.30-12.2

【看護部】

1. 稲田 友美
『その人らしさを支える真の医療チームとは？－看護の視点から重症患者の褥瘡が治癒した事例を通じて考える－』
第 22 回大阪病院学会　　2023.10.8
2. 李 道江
『全人的医療とは？－在日外国人 3 症例の経験からの考察－』(icm-NiNA 認定看護師シンポジウムパネラー)
グローバルヘルス合同大会 2023　　2023.11.25
3. 夫 春子
『人道的医療に立ちはだかる課題』
グローバルヘルス合同大会 2023　　2023.11.26

3）研修会等の講師

【診療部】

1．村田 大樹

『心原性脳塞栓症の治療と地域連携』

脳卒中 Web Seminar　2023.6.22

2．伊藤 昌広

『脳卒中のお話～血圧管理の大切さ～』

医療法人穂翔会村田病院 市民講座　2023.11.18

3．村田 大樹

『脳卒中治療 -急性期管理から再発予防まで-』

脳卒中 Total Care Web セミナー　2024.1.25

4. 鳴海 治

『脳卒中予防と脳ドッグ』

医療法人穂翔会村田病院 市民講座　2024.3.9

【リハビリテーション部】

1. 古井 美穂

『他者と相互作用するためのコミュニケーション行為の回復　－超皮質性感覚失語に対する認知神経リハビリテーションを通してー』

認知神経リハビリテーション言語研究会　オンラインセミナー　失語症の認知神経リハビリテーション・臨床編Ⅱ　2023.7.19

2. 寺田 萌

『認知神経リハビリテーションにおける道具と訓練(上肢)』

オンライン開催　2023.7.27

3. 石橋 凜太郎

『認知神経リハビリテーションにおける道具と訓練(上肢)』

オンライン開催　2023.7.27

4. 寺田 萌

『イントロダクションセミナー2023(関西勉強会)』

大阪認知神経リハビリテーション研究会　大阪市　2023.9.23

5. 寺田 萌

『大阪保健医療大学入学者との交流会』

オンライン開催　2023.3-2024.2

【診療支援部】

1. 上野山 周雄
   『どうするん？人の確保と新人教育』
   新潟県病院薬剤師会　第 12 回薬剤業務セミナー　　2023.10.14

【看護部】

1. 西谷 かおり
   『チームで行う早期栄養管理の重要性―経管栄養プロトコール作成の経緯と実践後の評価―』
   第 2 回　消化態栄養・活用セミナーin 関西　2024.3.18-4.1（web 配信）

4）研修会や学会への参加活動

【リハビリテーション部】

1. 近藤 遥奈
   第 25 回日本運動疫学会学術総会　2023.6.24-25
2. 神谷 麻友美
   第 46 回全国デイ・ケア研究大会 2023　2023.7.21-22
3. 柳原 知奈
   第 46 回全国デイ・ケア研究大会 2023　2023.7.21-22
4. 城間 千奈
   第 25 回日本薬物脳波学会学術大会　2023.8.4-5
5. 寺田 萌
   日本認知科学会第 40 回大会　2023.9.7-9
6. 下村 亮太
   日本臨床神経生理学会第 53 回学術大会　2023.11.30-12.2
7. 松川 拓
   2023 年度理学療法士講習会　呼吸理学療法の実際－慢性呼吸不全の病態把握と実践的アプローチ－　2023.12.9-10

【診療支援部】

1. 福井 崇乃
   第 3 回 心エコーお花見フェス～心電図と心エコー図のマリアージュ～　2023.4.8
2. 福井 崇乃
   第 75 回　The Echo WEB Biweekly Conference　2023.5.10
3. 福井 崇乃
   第 76 回　The Echo WEB Biweekly Conference　2023.5.24
4. 林 世志雄
   第 32 回関西キヤノン MRI ユーザーズミーティング　2023.7.1

5. 福井 崇乃
   第 79 回　The Echo WEB Biweekly Conference　　2023.7.12
6. 林 世志雄
   第 135 回 関西 IVR 撮影技術研究会　　2023.7.24
7. 林 世志雄
   富士フィルム　超音波基礎 WEB セミナー　　2023.9.9
8. 福井 崇乃
   GE HealthCare 2023 ハンズオンエコーセミナー　　2023.11.25
9. 林 世志雄
   第 3 回富山脳神経画像研究会　　2024.1.26
10. 福井 崇乃
    第 3 回富山脳神経画像研究会　　2024.1.26
11. 林 世志雄
    第 136 回 関西 IVR 撮影技術研究会　　2024.1.29
12. 福井 崇乃
    心エコー図検査スキルアップセミナー　　2024.2.29
13. 福井 崇乃
    心アミロイドーシス診断「エコー技師スキルアップ」Web セミナー　　2024.3.15
14. 福井 崇乃
    第 8 回関西 Aplio CLUB 「心エコー」　　2024.3.23

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 （奇数月）
院内感染対策委員会	
委員長：髙橋　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：若山　由紀子（医師）　富永　正子（看護師）	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：三木　貴徳（医師）　佐々木　雄也（臨床工学技士）	第 3 水曜　15：30 （奇数月）
医療ガス・放射線管理委員会	
委員長：村田　祐樹（医師） 副委員長：新庄　康貴（診療放射線技師）　佐々木　雄也（臨床工学技士）	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）　村田　あゆみ（管理栄養士）	第 2 水曜　15：30
診療情報管理委員会	
委員長：山﨑　香織（事務員） 副委員長：中村　一仁（医師）　渡邊　百代（事務員）	第 3 金曜　15：30

医療安全管理会議

【開催日】　第 4 木曜日開催　（全 13 回）

R5.4.27	・インシデントレポート書式変更開始（アクシデントレベルの修正） ・ポジティブインシデント報告数増加に向けて ・COVID-19、２類感染症から５類感染症移行に伴い院内感染対策の変更点確認
R5.5.25	・次月医療安全連絡会議テーマ「個人情報の適切な取り扱い」内容確認 ・感染委員会と今後の COVID-19 罹患に関する院内規定を再確認
R5.6.1 （臨時会議）	・転倒転落により発生したアクシデント 3 事案について傾向と対策を検討 ⇒倫理上の問題も含め危険防止対策の内容を吟味し、研修事例として全職員に周知
R5.6.29	・アクシデント報告 3 件（6/1 臨時会議にて対応検討済⇒予防策の再確認） ・災害時の血液センター発注に関する通達を共有
R5.7.20	・褥瘡予防対策として購入したスライディンググローブの活用と成果 ・医療ガス安全管理点検を 8 月に実施予定
R5.8.31	・上半期インシデントレポート分析⇒25%が医薬品関連であった 患者誤認による投薬ミスが散見、投薬手順の見直しと職員への周知 ・MRI 室でシーネ吸着事故あり→入室前のチェックとして金属探知機の使用を義務化
R5.9.21	・転倒リスク回避に使用デモを行った赤外線センサーについて検証 ⇒転倒予防に関して機器や道具に頼るだけでなく職員全体での取り組み方を検討
R5.10.26	・院内褥瘡発生（１件）原因はフットポンプ使用による血流障害 ⇒フットポンプ使用時の適応精査や観察徹底、ベッド上 ROM の早期導入を対策 ・MRI 禁忌患者の指示オーダーシステムを改変（チェックを入れないとオーダー不可）
R5.11.30	・離床センサー導入に向けたメーカーデモ（全職員対象）を実施する ・DSA 用生体モニターのバッテリー交換
R5.12.28	・外来トイレの自動ドアで転倒事故あり→センサーの調整を行った ・バンコマイシン投与マニュアルの改定⇒承認
R6.1.25	・MRI 用ストレッチャーを救急搬入患者に使用⇒酸素ボンベを乗せていた ⇒ストレッチャー台数を増やし、MRI 用は使用しないことを原則とする ・医療ガス定期点検２月に実施予定
R6.2.29	・下半期インシデントとレポート分析⇒23.4%が医薬品関連 ・服薬介助は看護師以外の職種は行わないことを徹底（依頼があっても不可とする）
R6.3.28	・各委員会総括

【総括】　医療安全管理会議を定例開催し部門責任者が職域を越えて横断的に情報を共有することで、起こりえる重大事故の発生を阻止することができます。各委員会が責任をもって各々の役割を発揮し、検討事項の結果を踏まえ管理委員会で提言することにより今年度も重大事故の発生はありませんでした。患者様の安全を守ることだけでなく職員の安全も担保することで質の高い医療が提供できると強く感じています。医療の進歩に伴い、背中合わせに存在するリスクを回避すべく手段として、日ごろの安全管理姿勢と職員啓蒙に精進していく職場風土を大切にしていきたいと思います。

医療安全管理者（副院長）　李　道江

医療安全連絡会議

【開催日】隔月　第４火曜日開催　（全 10 回開催）

日付	担当及び参加人数	テーマ
R5.4.25	医療安全管理会議 66 名	医療安全管理と防災
R5.5.23	医薬品安全管理委員会 67 名	薬疹
R5.7.25	医療事故対策委員会 85 名	ポジティブインシデント
R5.8.22	医療機器管理委員会 95 名	MRI 事故を防ぐために
R5.9.26	院内感染対策委員会 87 名	針刺し事故について
R5.10.24	医療ガス・放射線管理委員会 88 名	医療ガス・放射線管理について
R5.11.28	栄養給食委員会 88 名	嚥下調整食について
R6.1.23	医療事故対策委員会 82 名	赤外線センサーを活用しよう
R6.2.27	e-ラーニング 83 名	医療機関において求められる倫理的な行動
R6.3.26	院内感染対策委員会 86 名	標準予防策と経路別予防策

【総括】

原則として隔月開催としていたスケジュールを見直し、毎月開催とし職員教育の充実を図った。不参加となった職員に対しては、これまで資料配布のみとしていたものを資料配布とともに課題の提出を義務付けて、研修内容の周知徹底を図った。出席者数については過去年度との比較において、大幅に増加することができた。（昨年度 64.7 人/回→今年度 82.7 人/回）

事務長　　堺　幸徳

院内感染対策委員会

【開催日】　毎月　第2木曜日　令和5年4月～令和6年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
R5.4.13	・SSI:0 ・培養:ESBL2件・COVID-19:1件・針刺事故:0 ・手指消毒使用量:8.1mL/患者/日 ・感染症法上の分類が5類に変更となるため感染対策を確認
R5.5.11	・SSI:0 ・培養:MRSA 2件　ESBL 1件 ・COVID-19:1件 ・インフルエンザ1件・針刺事故:0 ・手指消毒使用量:8.2mL/患者/日
R5.6.8	・SSI:0 ・培養:MRSA 1件　緑膿菌2件　ESBL 1件 ・COVID-19:1件 ・インフルエンザ1件・針刺事故:2件 ・手指消毒製剤使用量:7.2mL/患者/日
R5.7.13	・SSI:0 ・培養:MRSA 2件 緑膿菌1件 ESBL 2件 ・COVID-19:2件 ・インフルエンザ2件 ・針刺事故:0・手指消毒使用量:7.6mL/患者/日・COVID-19濃厚接触者の自宅待機規定廃止
R5.8.10	・SSI:0 ・培養:MRSA 4件 ESBL 1件 ・COVID-19:8件 ・針刺事故:1件 ・手指消毒使用量:7.7mL/患者/日 ・感染防止対策地域連携カンファレンスへ参加
R5.9.14	・SSI:0 ・培養:MRSA 2件 緑膿菌3件 ESBL 2件 ・COVID-19:0 ・針刺事故:2件 ・手指消毒使用量 6.8mL/患者/日・感染対策講習会「針刺し事故について」を実施
R5.10.12	・SSI:0 ・培養:ESBL 1件 緑膿菌2件 ・COVID-19:0件・針刺事故:0 ・手指消毒使用量:7.2mL/患者/日 ・感染防止対策地域連携カンファレンスへ参加
R5.11.9	・SSI:0 ・培養:ESBL 3件・COVID-19:2件 ・インフルエンザ1件・針刺事故:0件・手指消毒使用量:6.5mL/患者/日 ・新規入院患者のPCR検査を必要時のみ・家族面会規則を緩和
R5.12.14	・SSI:0 ・培養:MRSA 3件 ESBL 1件 ・COVID-19:16件 ・インフルエンザ1件・針刺事故:0 ・手指消毒使用量:6.9mL/患者/日 ・感染防止対策地域連携カンファレンスへ参加
R6.1.11	・SSI:0・培養:MRSA 3件 ESBL 4件・COVID-19:2件・インフルエンザ1件・針刺事故:0・手指消毒使用量:6.9mL/患者/日・COVID-19陽性職員の療養期間を短縮・PPE着用基準を緩和
R6.2.8	・SSI:0・培養:MRSA 2件 ESBL 2件 ・COVID-19:13件 ・インフルエンザ:3件・針刺事故:0 ・手指消毒使用量:6.2mL/患者/日・感染防止対策地域連携カンファレンスへ参加・COVID-19陽性患者の隔離期間を短縮
R6.3.14	・SSI:0 ・培養:MRSA 1件 緑膿菌1件 ESBL 2件・COVID-19:5件 ・針刺事故:0 ・手指消毒使用量 6.1mL/患者/日 ・感染対策講習会「標準予防策と経路別感染対策」を実施 ・COVID-19陽性患者に対するゾーニング方法等を整理

【総括】

2023年度の院内感染対策委員会は標準予防策の徹底、手指消毒の啓蒙、抗生剤適正使用の推進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。一方で、COVID-19の流行以後厳格化していた感染対策の一部を緩和する方向に舵をきりました。患者とその家族の心情に寄り添った医療を行えるよう面会規制を緩和し、またPPE着用基準やゾーニング規定の調整などにも取り組みました。

今後も院内感染予防に引き続き取り組み、職員一丸となって患者様の安全を確保できるよう活動していきます。

診療支援部薬剤課　主任　　髙橋　和寛

褥瘡対策委員会

【開催日】　毎月　第1水曜日　(全12回)、毎週木曜日　褥瘡回診

日付	活動内容および結果等
R5.4.5	褥瘡発生0　褥瘡持込2名　スキンテア発生0 活動目標：褥瘡発生ゼロにむけて褥瘡予防ラウンド開始する
R5.5.10	褥瘡発生0　褥瘡持込1名　スキンテア発生0 車椅子用ジェルクッション購入
R5.6.7	褥瘡発生0　褥瘡持込2名　スキンテア発生0 研究発表会ポスター発表予定「車椅子座圧測定～新しい車椅子を導入して～」
R5.7.5	褥瘡発生0　褥瘡持込1名　スキンテア発生0 褥瘡初期治療薬選択のフローチャート作成
R5.8.2	褥瘡発生0　褥瘡持込1名　スキンテア発生0
R5.9.6	褥瘡発生0名　褥瘡持込1名　スキンテア発生0
R5.10.4	褥瘡発生1名　褥瘡持込0　スキンテア発生1名 フットポンプ使用時の手順確認
R5.11.1	褥瘡発生1名　褥瘡持込0　スキンテア発生1名 長時間車椅子座位による褥瘡発生に対する要因検討と対策
R5.12.6	褥瘡発生0　褥瘡持込2名　スキンテア発生0
R6.1.10	褥瘡発生0　褥瘡持込0　スキンテア発生0 スキン‐テア報告書作成（STAR分類で評価）
R6.2.10	褥瘡発生1名　褥瘡持込0　　スキンテア発生0
R6.3.1	褥瘡発生1名　褥瘡持込2名　スキンテア発生0 褥瘡発生高リスク患者に対する回診を開始する

【総括】

昨年度より褥瘡予防ラウンドを開始した結果2022年度褥瘡発生7名が本年度は褥瘡発生4名と減少した。次年度より褥瘡予防ラウンドから褥瘡リスク回診へ変更し、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発信し、患者様の安全と安楽を守り褥瘡予防の重要性を意識出来る介入を実践していきたい。またスキンテア発生に対して評価と報告書作成を開始し、入院した患者様にはリスクがあることから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。

看護部　主任　　油納 由佳

医療事故対策委員会

【開催日】 毎月　第 1 木曜日開催　（全 12 回開催）

日付	活動内容および結果等
R5.4.6	インシデントレポート件数：20、アクシデント発生件数：0 ｲﾝｼﾃﾞﾝﾄﾚﾎﾟｰﾄを改訂、委員会の活動内容について説明
R5.5.9	インシデントレポート件数：28、アクシデント発生件数：3 7 月の全職員向けの啓蒙活動のﾃｰﾏを「ﾎﾟｼﾞﾃｨﾌﾞ ｲﾝｼﾃﾞﾝﾄの事例共有」に決定
R5.6.1	インシデントレポート件数：28、アクシデント発生件数：0 5 月の転倒ｱｸｼﾃﾞﾝﾄ 3 件について再検討、7 月に全職員に啓蒙することを決定
R5.7.6	インシデントレポート件数：27、アクシデント発生件数：0 転倒ﾘｽｸｱｾｽﾒﾝﾄとその対策について、各病棟での対応を確認
R5.8.3	インシデントレポート件数：32、アクシデント発生件数：0 MRI 吸着事例について、再発防止策を確認
R5.9.7	インシデントレポート件数：27、アクシデント発生件数：0 内服薬を取り扱う職種について再確認
R5.10.5	インシデントレポート件数：33、アクシデント発生件数：1 1 月の全職員向けの啓蒙活動のﾃｰﾏを「離床ｾﾝｻｰ」に決定
R5.11.2	インシデントレポート件数：13、アクシデント発生件数：0 ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ植え込み患者の MRI 撮影事例について再発防止策を確認
R5.12.7	インシデントレポート件数：20、アクシデント発生件数：0 病院食への異物混入について対策を検討
R6.1.4	インシデントレポート件数：20、アクシデント発生件数：0 麻薬の取り扱いについて再徹底
R6.2.1	インシデントレポート件数：16、アクシデント発生件数：0 介助の位置や方法について再確認
R6.3.7	インシデントレポート件数：8、アクシデント発生件数：1 離床ｾﾝｻｰ導入、ｾﾝｻｰ以外の転倒対策について検討開始

【総括】

2023 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件数は、2022 年度と同数の 5 件でした。また、インシデントレポートの総数は 248 件から 272 件に増加しました。インシデントレポート件数の増加は、職員の医療安全への意識の高まりとされることから、2024 年度もさらなる増加とアクシデント件数の減少に取り組んでいきます。

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金曜日開催　（全５回開催）

日付	活動内容および結果等
R5.4.28	本年度の活動計画 ・医療安全連絡会議のテーマを「薬疹」と決定 ・半期ごとの医薬品にかかわるインシデント分析を行う ・医薬品製品説明会の開催 ・院内発生の副作用調査
R5.6.23	医療安全連絡会議テーマ「薬疹」の振り返り 医薬品説明会　ラゲブリオ　5月12日　参加者30名 医薬品説明会　パキロビットパック　5月19日　参加者22名 医薬品説明会　ゾコーバ　5月26日　参加者23名 医薬品説明会　ベクルリー　6月16日　参加者34名 オンデキサ溶解時の針についてマニュアルを変更
R5.8.25	上半期医薬品関連のインシデントレポート分析 全体の２５％が医薬品関連 患者誤認による投薬間違いが散見。全体朝礼で注意喚起することとした。 調剤補助者の業務手順書の改定 院外処方せん発行時の確認は薬剤師のみで行う。 一包化予製の手順を明記
R5.12.22	バンコマイシン投与マニュアルの変更 ヘパリンロック製剤の使用制限の申し合わせ
R6.2.16	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 5月の医療安全連絡会議のテーマについて認知症治療薬「レケンビ」の製品情報と提供およびポリファーマシーに関連した情報提供を行うこととした。

【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た事象に関しては職員が参集する朝礼で注意喚起を行った。また調剤補助者の業務手順書の改定を行い、より実務に即した手順書に整理した。医薬品の情報提供においてはCOVID-19感染症治療薬について製品説明会を開催した。年度末には健康食品の有害事象が報道され、来年度は健康食品についても医薬品と同様に情報収集していく必要があると感じている。

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 水曜日開催　（全 6 回）

日付	活動内容および結果等
R5.5.17	・「MRI の安全性について」の講習会を 2 日間開催　参加人数 4/11:14 名、4/13:15 名 ・4/15.CT 定期点検:異常なし
R5.7.19	・蛍光灯・電球交換等についても修理・交換伝票を作成し提出することを決定 ・5/18.DSA 点検:異常なし・5/27.MRI 点検:異常なし・6/20.HAMILTON:修理
R5.9.20	・「院内血液検査」8/5 講習会実施　参加人数 2 名 ・医療安全連絡会議「MRI 検査（事故を防ぐために）」8/22 講習会を実施　参加人数 95 名 ・7/22. MRI 緊急点検：対策処理実施・8/24.DSA 定期点検:異常なし
R5.11.15	・「院内血液検査」画像検査課対象に講習会を実施　参加人数 3 名 ・DSA 用生体モニターのバッテリー交換実施（動作確認済み） ・10/7.CT 定期点検:異常なし・11/9.DSA 定期点検:異常なし
R6.1.17	・11/25.MRI 定期点検:異常なし（コールボタン交換）
R6.3.27	・「CT 用インジェクターの操作方法」1/31 講習会を実施　参加人数：3 名 ・「人工呼吸器・除細動器の操作方法」の講習会を 2 日間開催 参加人数 2/22:24 名　2/26:29 名　計 53 名 ・2/1.DSA 定期点検：異常なし・2/18.MRI 緊急点検（ピン交換作業）実施 ・2/19.日本光電定期点検（検査室、救外、OP 室）：異常なし ・2/22.日本光電定期点検（SCU、南 3・4 階病棟）：異常なし ・2/28.CT 用インジェクターのベース交換作業実施

【総括】

今年度は、COVID-19 が感染症第 5 類に分類された事で、感染予防を講じながら定期的に講習会を開催することが出来ました。特に MRI 装置の吸着事故予防の徹底や人工呼吸器や除細動器など生命に直結する医療機器を中心に安全管理とリスクマネジメントに対する職員啓蒙を計画的に実施できたことの意義は大きいと考えます。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いき、従事者が医療機器を安全に安心して使用できるよう委員会として積極的に取り組くんで参ります。

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 水曜日開催 （全 6 回）

日付	活動内容および結果等
R5.5.17	・馬場酸素による定期点検（3 ヵ月）を 5 月 1・2 日実施異常なし
R5.7.19	・馬場酸素による定期点検（3 ヵ月）を 8 月 7・8 日実施予定
R5.9.20	・馬場酸素による定期点検（3 ヵ月）を 8 月 7・8 日実施異常なし ・「医療ガスに係る安全管理のための職員研修指針」と「酸素ボンベの取り扱い」の講習会を実施 7 月 20 日開催　参加人数 6 名
R5.11.15	・馬場酸素による定期点検（3 ヵ月）を 11 月 6・7 日実施異常なし ・医療安全連絡会議「医療ガス講習会」の講習会を実施 10 月 24 日開催　参加人数 88 名
R6.1.17	・DSA 室のボンベ（特殊窒素ガス）を 1 本交換
R6.3.27	・馬場酸素による定期点検（3 ヵ月）を 2 月 19・20 日実施異常なし

【総括】

身近な医療器具として当たり前のように配置されている吸引・ガス装置の基本を全職員に啓蒙するために「医療ガスに係る安全管理のための職員研修指針」と「酸素ボンベの取り扱い」を 7 月に行いました。また 10 月の全体会議では「医療ガス講習会」を行い、年 2 回の講習会を実施することが出来ました。

今後も安全な医療ガスの運用と管理に努めて参ります。

画像検査課　課長　　新庄　康貴

医療放射線管理理委員会

【開催日】　奇数月　第 3 水曜日開催　（全 6 回）

日付	活動内容および結果等
R5.5.17	・前年度放射線総計　6354 件：681.448327Gy ・フイルムバッチ 　→DSA 従事者 1 名 3 点防護に変更（2 個追加）と入職に伴い 1 個追加予定　計:35 個予定
R5.7.19	・フイルムバッチ 　→医師の 7 月退職に伴いバッチ返却へ（3 個）
R3.9.20	・監査について 　→外科用イメージの日常点検表と「使用中」掲示板の不備を指摘 　　翌日より点検表と掲示板を準備し運用を開始 　→管理区域登録にて X 線室（CT）を CT 室との事で訂正を行った
R5.11.15	・フイルムバッチについて 　→技師の 11 月入職に伴いバッチ開始（1 個） ・被曝線量について 　→8 月分の外部被曝線量測定にて、技師 1 名の線量結果が 22.7mSv と高値 　　・フイルムバッチをＣＴ室に置き忘れたままウォーミングアップをしたとの事 　　・10 月健診で異常なし・身体的トラブルなしで通常業務従事中、労基に報告予定
R6.1.17	・フイルムバッチについて 　→医師の 12 月退職に伴いバッチ返却（1 個） ・医療安全連絡会議「放射線に関する質問」10 月 24 日に講習会を実施　参加人数 88 名
R6.3.27	・フイルムバッチについて 　→医師の勤務地変更に伴い 4 月より赴任医師へバッチの名義変更と開始へ（3 個） 　→常勤医師が非常勤務に変更のためバッチ返却（管理区域への立入りがないため） 　　合計 22 名 30 個

【総括】

今年度は、患者様個人の被曝線量を照射録に記載することで DSA 等での高線量被曝を把握する事ができました。特に血管内治療における 3Gy 以上の線量の場合は、被曝によるリスクについて医師及び看護師へ適時啓蒙する事が出来ました。

今後も医療従事者、患者様の被曝低減に精進して参ります。

画像検査課　課長　　新庄　康貴

栄養給食委員会

【開催日】　毎月　第2水曜日　　令和5年4月～令和6年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
R5.4.12	・年間活動計画としてレクリエーション(6回/年)、みんなのお弁当箱を四季毎に発刊 インシデント共有・喫食調査を行っていく ・インシデント報告　4件　・3/10(金)「春のケーキ祭り」実施報告
R5.5.12	・NST介入　延べ23名　・インシデント報告　3件 ・栄養給食に関する問題点や委員会の活動目標を各メンバーから提示
R5.6.14	・5/26(金)レクリエーション「フルーチェ祭り」実施報告 ・みんなのお弁当箱「夏号」発刊　(今年度から病院HPに掲載開始) ・各メンバーの提示内容から4チームに分類し活動を開始　・NST介入　延べ27名
R5.7.12	・NST介入　延べ27名 ・研究発表会　ポスター内容、役割について　　・各チームの活動目標と活動進捗状況報告
R5.8.9	・NST介入　延べ11名　・8/25(金)消化態栄養剤「ペプタメンプレビオ」勉強会 ・水分にとろみが必要な患者様にも多様な味を楽しんで頂けるよう、高カロリードリンク「クリミール・乳ベース」を追加
R5.9.13	・8/11(金)夏祭り実施報告　・インシデント報告　2件　・NST介入　延べ9名
R5.10.11	・みんなのお弁当箱「秋号」発刊　・NST介入　延べ16名　・インシデント報告　8件 ・「学会、嚥下調整食分類　2021」における「コード　2-1」に相当する食事形態「ペースト食」を導入　10/26～開始
R5.11.8	・NST介入　延べ22名　　・経管栄養プロトコル作成　使用開始
R5.12.13	・NST介入　延べ15名　・インシデント報告　8件 ・11/10(金)レクリエーション「抹茶だんご祭り」実施報告 ・11/15(水)「摂食嚥下及びとろみのつけ方ポイント(学会分類)」研修会
R6.1.9	・NST介入　延べ18名　・みんなのお弁当箱「冬号」発刊 ・エンジョイプロティンを付加した食事試食の実施報告
R6.2.14	・NST介入　延べ16名　・インシデント報告　1件 ・正月メニューの喫食アンケート実施報告　・早期栄養管理加算に向けて研修開始
R6.3.13	・NST介入　延べ15名　・みんなのお弁当箱「春号」発刊 ・3/1(金)ネスレ日本株式会社　消化態栄養・活用セミナーで発表 「チームで行う早期栄養管理の重要性-経管栄養プロトコル作成の経緯と実践後の評価」

【総括】・レクリエーション（4回開催）・みんなのお弁当箱（四季毎発刊）

今年度は委員会メンバーのやりたい事や栄養に関する問題を提示し、その内容から①「栄養食の充実」②「経腸栄養プロトコル作成」③「リハビリテーションと栄養」④「患者サービスの向上」の4チームによる積極的な活動を行いました。また早期栄養管理加算取得に向けての研修が始まり、栄養管理の更なる充実を図る基盤を作りました。レクリエーションでは、規模を拡大して「夏祭り」を開催し飲食店やゲーム、エステを実施したり、抹茶祭りでは、お茶を点てたりと風情あるものが提供でき、患者様の笑顔に触れることができました。嚥下調整食や補助食品の追加導入を行うこともでき充実した1年となりました。

次年度も医療の一環である栄養管理と患者様に満足して頂けるような食行動のサポートをしてまいります。

看護部　課長　　西谷 かおり

診療録管理委員会

【開催日】　毎月　第3金曜日　令和5年4月～令和6年3月(全12回)

日付	活動内容および結果等
R5.4.21	・カルテ監査業務の強化を中心に活動 ・治療装具制作指示装着証明書の変更。文書システムにて作成し5月1日より使用開始 ・サイバーセキュリティー対策として、バックアップ用ＮＡＳ（3台）を購入し、保存方法の変更をおこなう
R5.5.19	・6月医療安全連絡会議「医療従事者が知っておくべき個人情報の適切な取り扱い方」
R5.6.16	・電子カルテ1台修理あり 1日1回の電子カルテ再起動・使用していない端末の電源OFFの徹底を依頼
R5.7.21	・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
R5.8.18	・電子カルテバージョンＵＰ内容の選別終了 日程9月18日（月）12時～16時に電子カルテの変更を行う予定
R5.9.15	・保健所立入調査結果 サイバーセキュリティー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 ・マニュアル更新を行う 個人情報ガイドライン・医療情報システムガイドライン・児童虐待対応マニュアル・情報運用管理規定を各部署に配置
R5.10.20	・電子カルテバージョンＵＰ後の不具合あり 各部署の不具合報告をまとめ、システム会社に修正依頼を行う
R5.11.17	・電子カルテ故障・修理報告（ＰＣ・プリンター・ラベルプリンター・マウス等) 4月～9月上半期における修理代金171,790円あり、丁寧に使用するよう注意喚起を行う
R5.12.15	・外来患者様1名カルテ開示依頼あり
R6.1.19	・電子カルテ再起動報告 再起動されていないＰＣが6台あり、1日1回の再起動の徹底を依頼
R6.2.21	・令和6年度診療報酬改定に伴い、電子カルテ（看護必要度等）の変更予定あり
R6.3.15	・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 手順書配布し、説明会を実施

【総括】

今年度は委員会メンバーが主軸となり電子カルテ監査業務を行った。内服・処置等は実施の入力忘れを防止するため、各部署にてメンバーがチェックを行い、その都度注意を促すことで減少がみられた。また、前年度より調査を開始していたサイバー攻撃対策におけるセキュリティー強化を図るため、電子カルテ情報の保存方法の見直しを行ない NAS 購入費用等を含め現状最良の方法をとることができた。次年度は、診療報酬医療・介護・障害福祉トリプル改定であり、情報の把握と電子カルテの改定対応が必要となるため不備なくスムーズな準備を行い委員会メンバーによるに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　　山﨑 香織

Ⅶ. 市民医療講座

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により中止となっていた市民医療講座が 3 年ぶりに開催されました。

1 回目は 2023 年 11 月 18 日で当日は寒く雨が降っていましたが、53 名の方にご参加いただけました。「脳卒中のお話」で、当院の伊藤院長が講演しました。脳卒中は急性の病気であり、正しい知識と早期の対応が重要です。脳卒中の基本的な知識から、脳卒中の種類や原因、症状などについての分かりやすい解説は、参加者の皆さんから好評でした。その後、脳卒中の危険因子や予防方法についても詳しい解説があり、こちらも分かりやすく好評でした。

2 回目は 2024 年 3 月 9 日に開催され、47 名の方にご参加いただけました。当院脳神経外科医の鳴海治先生が「脳卒中予防と脳ドック」のテーマで講演しました。講演では、脳卒中のリスク要因と予防方法について解説されました。高血圧や糖尿病などの生活習慣病の管理、禁煙、適度な運動などが重要であると指摘されました。また、自覚症状がない段階で脳の異常を発見できる脳ドックの重要性も強調されました。

どちらとも講演後の質疑応答では、参加者から多くの質問が寄せられ、会場は活発な意見交換の場となりました。参加者の方から今後も継続して参加したいことや今後、開催してほしいテーマなど多くのご意見もいただきました。

医療市民講座は、地域社会において重要な情報を提供し、健康促進に寄与する機会となっています。今後も様々な健康に関するテーマで講座を企画し、地域の皆さんと共に学び合い、健康な生活をサポートしていければと思っています。

文責：下村 亮太









Ⅷ. 編集後記

年報作成のメンバーになり、一番実感した事は多職種連携の重要性である。院内スタッフ同士のやり取りであっても、他職種の分からない事、知らない事があり、例えば研究発表会の抄録を集めたり、各委員会や各部署の実績を集めたりするだけでも、苦難の道のりであった。多職種とのコミュニケーションは我々にとって最重要のテーマである。職種が違えども、各々が異なる部署に対する知識や理解を深めていけば、“見えない部分”を感じ取ることが出来るのではないだろうか・・・。

年報作成メンバーになれば自ずと“見えない部分”が見えてくる！（注：個人差有り）
ぜひともチームへのご参加お待ちしております。

今年度も病院年報の作成にあたり、各委員会や各部署の皆さまにご協力いただき、ありがとうございました。来年度もよろしくお願いいたします。

2023 年度 年報作成チーム

