

恒心会ジャーナル2015(平成26年度)



# 恒心会ジャーナル



## 医療法人 恒心会

〒893-0023鹿児島県鹿屋市笠之原町27番22号  
TEL 0994-44-7171 / FAX 0994-40-2300  
[www.koshinkai.or.jp](http://www.koshinkai.or.jp)

## 2015・創刊号

平成26年度(平成26年4月1日～平成27年3月31日)

ひと、未来、いのちをつなぐ。

## 医療法人 恒心会

医療法人 恒心会

# 医療法人 恒心会 グループ



# 恒心会の歩み

- 昭和32年 1月 向江町に於いて、初代院長小倉慶一が外科の医院(9床)として開院
- 昭和36年11月 鹿屋市共栄町へ移転、病床22床の病院開設
- 昭和53年 4月 鹿屋市寿八丁目21番2号へ新設移転(46床)
- 昭和53年12月 小倉慶一院長急逝により病院休止
- 昭和54年 4月 開設者小倉恵美子、管理者前田昭三郎(院長)にて開院
- 昭和59年12月 基準看護特一类認可
- 昭和62年 4月 小倉雅(整形外科)副院長就任、理学療法科開設
- 昭和63年10月 病院増改築工事竣工 病床100床へ増床,基準看護特二类,運動療法の施設基準認可
- 平成元年 9月 病床数118床へ増床
- 平成 2年 1月 医療法人化,医療法人恒心会小倉記念病院へ名称変更(理事長小倉雅)  
労災アフターケア指定
- 平成5年 4月 特三类看護(第12号)特三类看護52床,特二类看護71床認可(123床)
- 平成6年 9月 さかもと歯科クリニック開設
- 平成6年 10月 老人保健施設ヴィラかのや開設
- 平成6年 11月 在宅介護支援センターヴィラかのや開所(鹿屋市委託事業)
- 平成6年 12月 訪問看護ステーションことぶき開所
- 平成7年 4月 ホームヘルプサービスチーム運営方式推進事業開始(鹿屋市委託事業)
- 平成11年11月 小倉リハビリテーション病院(療養型病床群病院)開設(100床)
- 平成13年11月 小倉リハビリテーション病院 回復期リハビリテーション病棟開設(50床)
- 12月 小倉リハビリテーション病院 日本医療機能評価機構認定施設(長期療養27号)
- 平成14年 9月 小倉記念病院 日本医療機能評価機構認定施設[一級B]
- 平成16年 2月 電子カルテシステム導入
- 平成18年 4月 おぐら居宅介護支援事業所開設
- 7月 小倉記念病院長に小倉修就任
- 10月 鹿屋市より東部地区地域包括支援センター委託開設
- 平成19年 7月 回復期リハビリテーション病棟100床へ増床(小倉リハビリテーション病院)
- 12月 小規模多機能施設「サポートセンターおぐら24」開設  
グループホーム「イーストサイドおぐら壱番館」開設
- 平成20年 1月 開業50周年
- 6月 小倉リハビリテーション病院→おぐらリハビリテーション病院へ改称
- 7月 DPC算定開始(小倉記念病院)
- 11月 グループホーム「イーストサイドおぐら式番館」開設
- 平成21年 5月 日本医療機能評価機構認定施設Ver5.0更新(小倉記念病院)
- 6月 小倉記念病院一般病棟入院基本料7対1取得
- 平成22年 9月 電子カルテ更新
- 平成24年 3月 病院機能評価付加機能認定
- 平成25年 7月 小倉記念病院(129床)とおぐらリハビリテーション病院(100床)を統合し  
新たに恒心会おぐら病院(216床)として開院
- 平成26年 4月 南大隅町立佐多診療所及び南大隅町立郡へき地出張診療所にて診療開始



## 目 次

## 医療法人 恒心会 グループ

## 恒心会の歩み

巻頭言	1
第三期中期事業計画 平成27年4月～平成30年3月 基本方針	2

## 病院事業部

恒心会おぐら病院	7
----------	---

## 病院概要

恒心会 おぐら病院 理念・基本方針	11
恒心会 おぐら病院 組織図	12
恒心会おぐら病院施設基準	13

## 各部門の活動

診療部総括	17
リハビリテーション科	18
整形外科	19
外科	20
神経内科	21
診療技術部	22
在籍医師の紹介	23
看護部	25
3階西病棟	26
4階病棟	27
5階病棟	28
回復期リハビリテーション病棟(2階東・3階東病棟)	30
手術室・中央材料室	32
整形外科手術総括	35
外科手術総括	37
外来	38
化学療法室	40
内視鏡室	42
健診室	43
認定看護師	44
認定看護師活動	45
通所リハビリテーション	46

リハビリテーション部	47
促通反復療法(川平法)	49
ロボットスーツHAL導入	51
脳血管障害者の自動車運転再開への取り組み	52
リハビリテーション部専門部会	53
院外活動	56
薬剤科	57
栄養管理科	60
ニュークックチルシステムの導入	62
恒心会おぐら病院ニュークックチルシステム	64
画像検査科	65
社会医療福祉科	69
事務局	71
SPD室	72
ME室	73
総務課情報システム係	74

## 委員会活動

医療安全管理委員会	77
感染対策委員会	79
栄養サポートチーム(NST)	81
クリティカルパス委員会	82

## 社会活動

社会活動	87
鹿屋市総合防災訓練への参加	90
へき地医療活動	91
大隅地区MC協議会の取り組み	94

## 地域リハビリテーション

肝属圏域地域リハビリテーション広域支援センター	101
鹿児島県リハビリテーション施設協議会活動	103

## 教育研修

卒後臨床研修プログラム「桜島」	107
院外研修	108

法人院内研修	111
院内の急変対応研修	113
実習関連	114
<b>さかもと歯科クリニック</b>	
さかもと歯科クリニック	117
<b>介護事業部</b>	
老人保健施設 ヴィラかのや	121
概要	123
<b>各介護保険事業所の活動</b>	
老人保健施設ヴィラかのや 看護部	127
リハビリテーション科	128
通所リハビリテーション	128
訪問看護ステーションことぶき	129
ヘルパーステーションヴィラかのや	129
居宅介護支援事業所ヴィラかのや/おぐら居宅介護支援事業所	130
鹿屋市東部地区地域包括支援センター	130
小規模多機能ホームサポートセンターおぐら24	131
グループホームイーストサイドおぐら	131
<b>福利厚生</b>	
福利厚生施設	135
健康フェスティバル	137
<b>研究論文・学会発表</b>	
業績医師	140
研究論文・学会発表	141
研究論文・学会発表一覧	157
編集後記	159

## 巻頭言

理事長 小倉 雅



平成25年7月1日付けにて小倉記念病院とおぐらリハビリテーション病院が統合し、恒心会おぐら病院と名称を変更しました。

長年の念願だった新病院の完成・一体化により、整形外科、消化器外科の一般急性期医療から大隅半島に必要とされる神経内科、リハビリテーション科まで、より専門的な医療が提供出来る体制が整いました。

又、回復期から維持期、生活期までの脳血管リハ、運動器リハがシームレスに提供でき、在宅に向けた介護保険分野とも連携してサービスを充実する事が出来る様になりました。

この間、それぞれの病院で発行していた年報を3年間休止しておりましたが、理念と共にシンボルマークのリニューアルを行ない、シンボルマークに込めた思いと、新生“恒心会おぐら病院”と恒心会グループの活動内容を自己紹介する為に恒心会ジャーナル第1号を発刊する運びとなりました。

この中には近隣の医療機関や福祉関係機関から紹介して頂き、治療をさせて頂いた方々のアウトカムの年次報告も行なっていく、より連携を深めたいと思っています。ホームページのリニューアルもしておりますので、一度開いて見て頂ければ幸いです。

今、国は高齢者社会、少子化・人口減少問題で効率的な医療や介護を実現する為に地域包括ケアを提唱しています。これから地域医療ビジョンに基づいた病院機能分化もどんどん進んでいくと思われます。それに備えた地域連携も必要とされて来ると思います。

恒心会は、これからも地域医療への貢献として救急医療、大隅MC（救急業務高度化委員会）、鹿児島県MC、鹿児島県ドクターヘリMCに於ける活動、鹿児島県リハビリテーション施設協議会に於ける活動を中心に取り組んでいきます。又、地域で必要とされる救急救命士気管内挿管実習、国立療養所星塚敬愛園に於けるボランティア的な整形外科診療も継続して行きます。

そして地域連携パスや各種講演会や研修会活動を通じて顔の見える関係作りを構築して地域医療に積極的に参加して行きます。

昨年は鹿児島大学臨床研修プログラム“桜島”の協力型病院となり、整形外科、消化器外科、神経内科、リハビリテーション科の地域医療枠で研修医1名の受け入れが出来ました。今後も地域医療に携わる人材育成に努めて行きます。

最後にこのジャーナルを通して、大隅半島の関係機関と連携して、より良い医療、介護サービスが住民の方々に提供出来る様、精進して参ります。

## 第三期中期事業計画 平成27年4月～平成30年3月 基本方針

理事長 小倉 雅

### 【中期事業計画の目的】

恒心会は平成21年から3年間で1期とする中期事業計画を策定して来ました。この中期事業計画は向こう3年間の目標を掲げ、目指す方向性を具体化し、全職員がベクトルを合わせる為のものです。

### 【はじめに】

過去2期・6年間は法人事業の全体最適化を大目標に掲げ、急性期から回復期、維持期、介護事業のシームレスな連携を実行して来ました。素晴らしいハードが出来上がり、現段階で理想とする医療・介護が出来る環境が整ったと思います。引き続き法人事業の全体最適化に取り組んで行きますが、この第3期はソフト面の強化、特にいつの時代でも求められる、変化に対応できる組織づくりと若手育成を進めていきます。

### 【時代の流れと医療・介護にもとめられるもの】

団塊世代が75歳を迎え、後期高齢者の仲間入りする2025年問題は全国的な問題ですが、既に大隅地域は過疎化・人口減少が進んでおり、都市圏より10年以上も速く高齢化が始まっています。現在の人口25万人が30年後には16万人となります。

2025年問題の解決策として国は地域包括ケアシステムを提唱していますが、行政特有の言い方で、その中身は抽象的で分かりにくい物となっています。大きく分けると5つのタイプに分けられるとの事ですが、地方都市型?中山間部型?農村型?どれにあてはまるか判然としません。それは全国47都道府県、市町村が約1700ありますが、それぞれに合った、それぞれの地域包括ケアがあるからです。



恒心会中期事業計画発表

### 【取り巻く環境- 外部環境の変化】

肝属圏域の患者さんの約15%、曾於地区では半数以上の患者さんが住み慣れた地域を離れて鹿児島市など遠方の病院に入院している状況です。その背景には

- ・患者さんによっては高機能病院における治療を必要としている
- ・大隅半島の医療体制が不十分であること(慢性的な医師不足)等が挙げられます。

また、時代の流れとして

- ・ドクターヘリの就航
- ・大隅縦貫道の開通によって鹿児島市内への道路アクセスが向上している等、いろんな要因が加わり、受療行動の変化が起きて来ています。また、患者さんの家族が鹿児島市に在住しているなどの側面もあると思いますが、本来は住み慣れた土地で安心出来る医療・介護を受けられるのが理想的で、それに対する支援と対策も必要です。

### 【恒心会の果たす役割】

この過疎化が進み外部環境の変化が起こって来ている地域で恒心会の果たす役割は何か?そし

て、どの様にしたら恒心会は将来にわたり地域に必要とされ続ける法人となるのか?

恒心会は整形外科と消化器外科で2次救急を担える特徴を持っています。それを生かして信頼される質の高い医療・介護を提供し続ければ、支持を得られると思います。一人でも多くの地域の方が住み慣れた地域で安心して暮らせる“地域包括ケア”、しかも受け身の地域包括ケアでは無く、積極的な恒心会版の地域包括ケアと言えるものを構築して行く事が恒心会の果たす使命だと思います。

### 【恒心会の取り組み】

その為には恒心会が得意とする急性期医療に加え、大隅半島には無い神経内科、リハビリテーション機能の精度を上げる事が必要です。

恒心会は医師不足が叫ばれる中、鹿児島大学からの多大な応援で質の高い医療を提供出来ていると思います。引き続き鹿児島大学とのパイプを太くする努力をして、世代交代をいらいら若手育成と組織の活性化をして行きたいと思っています。

又、回復期リハビリテーションから維持期リハビリテーション、生活期リハビリテーションと介護事業まで複合型施設の強みを生かした体制に磨きをかけ、地域の方が住み慣れた地域で安心して暮らせる「恒心会版地域包括ケアシステム」を構築する事が第3期の3年間の大きな目標です。

### 【取り組みの重点項目として】

#### ①公益性の高い医療法人の取得

公益性の高い法人格、具体的には社会医療法人を目指します。より公益的な法人となれば、拠点医療機関として信頼される様になり地域医療にも貢献できると思います。

実現する為の具体的な手段として、

- ・5事業のうちこれまで取り組んで来た「救急医療」

にも尽力して行きます。又、公的医療機関の「災害医療」におけるD-MATへの参加を側面から支援して行きます。

- ・昨年南大隅町での「へき地医療」分野に取り組んで来ました。この取り組みは3年間でさらに強化し、南大隅町まで含めた恒心会版地域包括ケアも実現して行きます。

- ・これまで取り組んで来た公益的活動の継続

大隅救急業務高度化協議会(MC協議会)・地域リハビリテーション広域支援センター・地域包括支援センターの活動について中心的な役割を果たして行きます。また、星塚敬愛園に於ける整形外科のボランティア的な医療活動等も継続して行きます。

#### ②健全な財務体質の維持

医療の質を担保する為には健全な財務体質が必要です。現在、社会保障と税の一体改革の名の下、医療費削減が行われて来ています。また、それに加えて大きな問題として消費税増税に対する備えも必要です。

平成27年に介護報酬改定が行われ、社会保障費の削減に向けた厳しい現実が投影されて来ました。2018年(平成30年)には診療報酬と介護報酬のダブル改定があります。さらに同時に医療法改正も行われます。

現在行われている病床機能報告制度は、地域医療ビジョン策定に於ける病院機能分化に使われるものです。そしてその時に行われる医療法改正ではかなりの病院が選別されるものと思われます。具体的に言えば、病院が病院としてでは無く施設に転換する医療機関も出て来ると考えられます。

#### ③情報発信機能の整備

- ・国はその病院がどのような病院で、どんな役割を果たしているのか?効率的な医療を進める為、病院の機能分化を求めて来ています。これからの病診連携には情報発信が必要です。

そのためには、自分達の持っている診療機能を分析し得意分野は何か?どんな医療に取り組んでいて、どの様なアウトカムを出しているのか?自分たちの姿を「見える化」する必要があります。

クリニカル・インディケーター(臨床指標)を用いて分析する事は国の求める病床機能報告制度でも問われてきています。

また、これまでの取り組みを振り返り、理念に沿った活動を行って来たか?振り返りの上に立ち次にどの様な取り組みをして行くのか?理念に基づいたP-PDCAサイクルをまわす必要があります。具体的には恒心会ジャーナルの発刊をする事によってそれが可能となると思います。

第三期のスローガン:

『恒心会版地域包括ケアの創造』  
地域の方が住み慣れた地域で安心して暮らせ

## 重点項目について

### 1 公益性の高い医療法人の取得

- 医療法「5疾病5事業」のうち、救急医療・災害医療・へき地医療
- 公益的活動の継続・・・MC協議会・地域リハ広域支援センター・  
星塚敬愛園の医療活動等

### 2 健全な財務体質の維持

- 医療の質の担保 ●社会保障と税の一体改革
- 平成30年：ダブル改定+医療法改正

### 3 情報発信機能の整備

- 理念に沿った活動 P-PDCAサイクル
- 自分たちの姿を「見える化」して病診連携を目的に情報発信
- クリニカル・インディケーター(臨床指標)と病床機能報告

## 今後の恒心会の取組み

整形外科・消化器外科の全身麻酔下手術ができる急性期医療  
大隅半島にない神経内科  
回復期リハビリテーション医療  
維持期まで支援できるリハビリテーション体制  
介護事業・在宅支援の強化

自らの診療機能の精度を高めること  
で過疎地域の地域包括ケアシステムの構築に貢献

る様にすることが地域包括ケアです。

恒心会は他の地域にある様な受け身の地域包括ケアでは無く、自分たちの強みを活かした急性期医療もできる、積極的な攻めの地域包括ケア、独自の『恒心会版地域包括ケアを創造』して行きます。

27年度重点目標は本年年頭で掲げました。

- ・介護報酬改定の対応  
リハビリに特化した通所リハビリテーション
- ・法人格改組の準備  
持分なしの、具体的には社会医療法人への移行
- ・電子カルテのベンダー変更、準備  
5月末には機種選定、準備が始まります。
- ・恒心会ジャーナルの創刊号発刊  
何故必要なのか?は先ほど触れましたが、他の医療機関との連携や自らの診療機能を評価する意味でも情報発信が必要です。

以上、第3期中期事業計画の基本方針と27年度重点目標とします。

職員の皆さんの理解と協力をお願いします。

(平成27年5月16日 法人基本方針発表より)

## 第三期のスローガン



恒心会中期事業計画資料(抜粋)

# 病院事業部

## 恒心会おぐら病院

病院長 小倉 修



医療法人恒心会の第二期中期計画は、法人事業の全体最適化を Key word として諸事業を展開してきました。

その一つの形として平成25年度新病院完成、そして移転という、2つの病院の一体化という最適化が成されました。

大きな環境変化の中で入院、外来、手術ともに慌ただしい日常業務をこなしながら重大なアクシデントもなく無事引っ越しを完了することができました。これらは電子カルテシステムをはじめ、常日頃よりリスクマネジメントや感染対策委員会などを含む医療の標準化や、より安全な医療が実践できるような組織的な対応力が備わってきた成果だと思えます。

そして外科系の一般急性期から回復期までをシームレスに連携できる内部体制が整い、外部からの受け入れに対してもより緊密な連携がよりスムーズに出来るようになりました。

介護事業では情報システムの設備更新を行いました。これにより急性期・回復期の受け皿として維持期リハビリテーションや在宅支援機能・終末期ケア・認知症ケアなど、多様なニーズに幅広くかつ迅速に対応できる環境が整い、続けて老健改修・保育施設の整備・拡張を進めながら快適で生産性の高い、ワークライフバランスに配慮した職場環境を整えてきました。

次に平成26年4月の診療報酬改定に向けた取り組みです。

平成26年4月の診療報酬改定を一言で表現すれば、まさに「7：1病床の狙い撃ち改定」でした。看

護重症度、平均在院日数等の数値目標を定め、いち早く取り組み、柔軟に対応できました。この苦しい状況の中、良好な成績を残せたのは当法人の職員全員の協力があったからこそだと感謝いたしております。ただ、この流れは今後より厳しくなると思われます。この地で一般急性期を担い続けるためにも院内ばかりではなく、院外への連携強化をますます進めていきます。

### 横断的な組織づくり

最適化を見据えた組織改編…会議・委員会の整理と機能強化

二つの病院が一つになり組織が統合され、より機能的に運用がし易くなり、今後、厳しくなっていくと思われる医療行政に対して、コンパクトにそしてチームワーク良く対処できる体制が取れました。

「人財」育成…中堅スタッフ育成プロジェクトの発足と成果

組織の活性化を目的とした中堅スタッフによる委員会・カンファレンス見直しプロジェクトを進め問題意識を共有できる体制整備を進めました。個々のスキルアップを具現化していきます。

今後は社会保障と税の一体改革と称し財政健全化の為に医療費削減が声高に叫ばれていますが、今後さらに進むと思われる診療圏の広域化、機能分化、集約化に備えなければならないと思います。そのためにも病診連携は必須の事項であります。

長期的には、垂水地区・肝属地区に限らず曾於・志布志地区でも高齢化、過疎化が進み生活基盤が脆弱になってきます。恒心会は医療と介護の複合型施設として利点を生かし、少しでも地域で快



適に生活できるようになることに寄与していきたいと思  
います。

恒心会がこの地で担うべき領域や分野（立ち位  
置）をより明確にして組織内部を整備していきます。

年が明け、電子カルテ・リプレイスの選定作業  
が本格化し、2月には待望の臨床研修医の受け入  
れが始まりました。また、4月の介護報酬改定に向  
けた対応や、今取り組んでいる法人格改組の準備な  
どがあります。

中長期計画だけでなく、2025年を見据えた向こう  
10年間の病院づくりをしていきます。

来年はその元年ともいえる1年になります。

- ① 継続可能な一般急性期を担うために内部体制  
の再構築とネットワーク作りと院内外の連携強化  
を進めていきます。これにはITの取入れやそれに  
伴う作業の効率化も含まれます。
- ② 地域医療（へき地医療・臨床研修病院）への貢  
献としてへき地医療にも取り組み、医療過疎が進  
んだ地域で、少しでも恒心会が貢献できればと  
思います。

また、平成24年度より鹿児島大学臨床研修施  
設として参加、平成26年度より研修プログラム  
“桜島”の協力型病院として指定され、人財育成

にも取り組んでいきます。

- ③ 新しい取り組みとして、学術的活動も外に向かっ  
て発信していきたいと思います。恒心会ジャーナ  
ルを発刊して、地域医療への貢献や自分たちの  
活動内容を紹介し、恒心会を知ってもらいたいと  
思います。

また、地域リハビリテーション広域支援セン  
ターとして、患者さんや家族が安定した日常生  
活が送れるよう、地域リハビリテーションの普及、  
啓発、教育に努めています。一般急性期を担い  
続けるための対応、健全な財務体制への取り組  
み、ワークライフバランスの推進は勿論ですが、  
平成27年度には

- ・ 介護報酬改定に備える準備
- ・ 地域医療への貢献 その先にある公益性の  
高い新たな法人格の取得
- ・ 外に向かった情報の発信 恒心会ジャーナ  
ル発刊
- ・ 電子カルテのベンダー変更です。

以上、4つの具体的な重点目標を掲げ、医療  
技術・体制を「磨き」、それを地域の中で生かして  
頑張っまいます。

## 病院概要

### 健全な財務体質に向けて

- ▶ 次期診療報酬改定を見据えた対応の準備  
→ 病床機能の明確化、役割分担等さらに進むと予測さ  
れる。情報収集及び診療体制等の検討を行う。
- ▶ 新しい検査技術の推進  
→ 診療機器で行える機能を活用し、検査の患者負担の  
軽減及び増加につなげる。（大腸CT検査等）
- ▶ 新規施設基準の取得  
→ 感染防止対策加算1、がんリハ、病棟薬剤業務等
- ▶ 在宅支援（維持期）サービスの充実  
→ 短時間通所リハビリを拡充し、外来患者の介護保険  
サービスへの移行を推進する。

全体会議発表資料



全体会議 研修ホール開催

## 理 念

恒に信頼される質の高い医療・介護を提供し、  
地域社会に貢献します。

## 基 本 方 針

### 【患者さん中心のチーム医療】

一人ひとりがチーム医療の担い手として、  
患者さんと真摯に向き合う全人的医療を実践します。

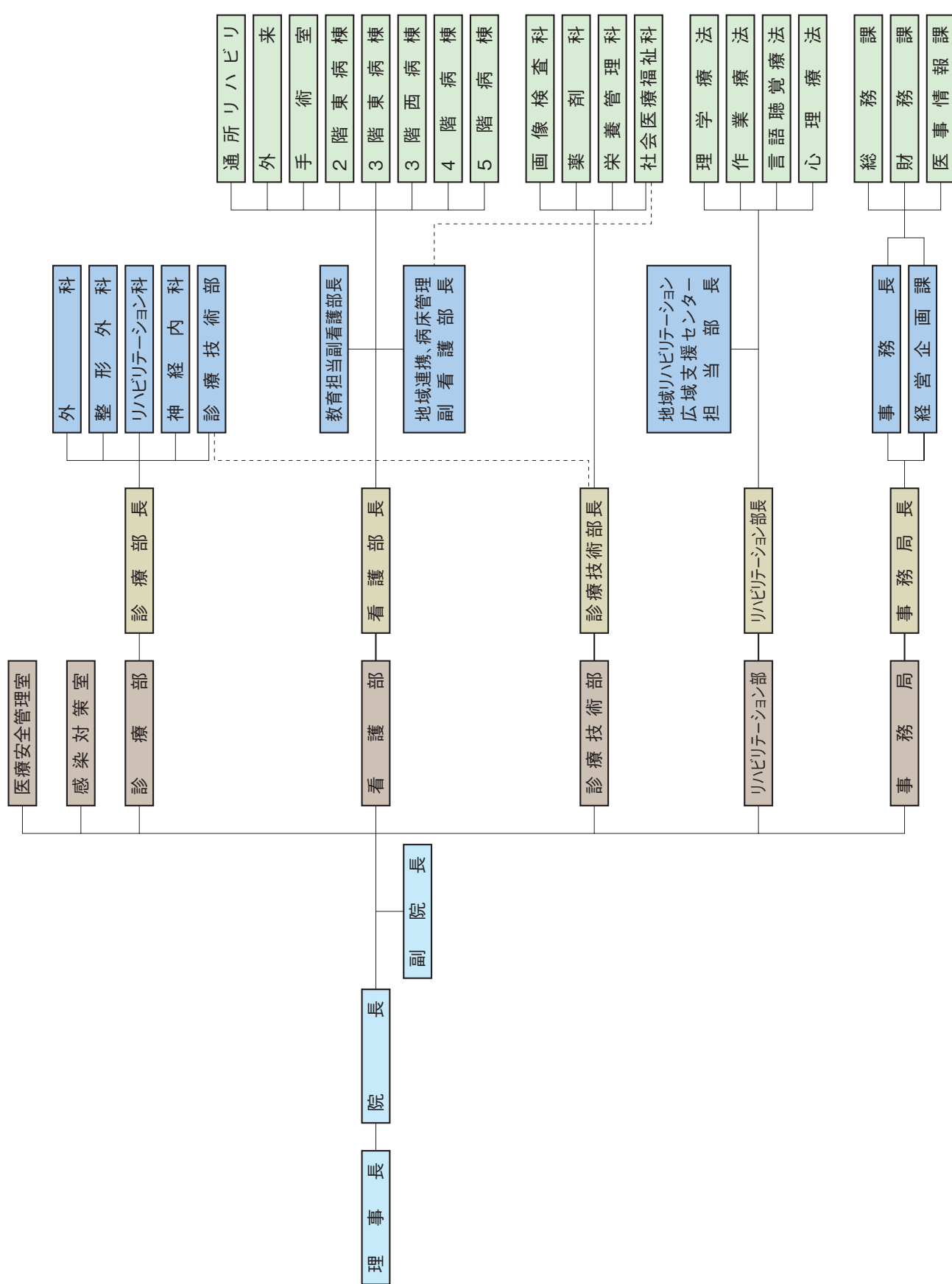
### 【技術向上と人材育成】

日々研鑽し、医療・介護に関する最新の知識、  
技術の向上に努める人材を育成します。

### 【地 域 連 携】

医療・保健・福祉に貢献する、  
地域に開かれた病院づくりを目指します。

# 恒心会 おぐら病院 組織図



# 恒心会 おぐら病院 施設基準

平成26年10月1日現在

- 一般病棟入院基本料(7対1)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1(体制強化加算)
- 救急医療管理加算
- 診療録管理体制加算1
- 医師事務作業補助体制加算1(25対1)
- 急性期看護補助体制加算(25対1)(5割以上)
- 重症者等療養環境特別加算
- 医療安全対策加算1
- 感染防止対策加算2
- 患者サポート体制充実加算
- 退院調整加算
- 救急搬送患者地域連携紹介・受入加算
- データ提出加算2
- がん患者カウンセリング料
- 院内トリアージ実施料
- 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- 麻酔管理料(I)
- 入院時食事療養(I)/入院時生活療養(I)
- 大腸CT撮影加算
- がん性疼痛緩和指導管理料
- 処置の休日加算1・処置の時間外加算1・処置の深夜加算1
- 手術の休日加算1・手術の時間外加算1・手術の深夜加算1
- 胃瘻造設術
- 胃瘻造設時嚥下機能評価加算
- 夜間休日救急搬送医学管理料
- 地域連携診療計画退院時指導料(I)
- がん治療連携指導料1,2,3
- 薬剤管理指導料
- 在宅時医学総合管理料
- HPV核酸検出
- 検体検査管理加算(I)
- 神経学的検査
- CT撮影及びMRI撮影
- 外来化学療法加算1
- 無菌製剤処理料
- 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)
- 運動器リハビリテーション料(I)
- 呼吸器リハビリテーション料(I)
- 集団コミュニケーション療法料

## 各部門の活動

## 診療部総括

副院長 東郷 泰久



当医療法人は恒心会おぐら病院、老健ヴィラかのやに20名の常勤医が勤務し診療を行っています。

また、より専門的な治療を必要とする患者さんも多く、各専門分野の非常勤医に診療を補ってもらっています。

常勤医の約半数は鹿児島大学の各医局から派遣していただいております、研修を終えたばかりの若い先生方も多く、その意欲や新鮮な知識にこちらも刺激をもらっています。また、当院は卒後研修制度の地域診療枠の指定病院となっており、はじめて研修医の受け入れを行いました。

医局内の風通しはよく、電子カルテの前に各科の医師が集まり、臨時のカンファレンスが行われているところをよく見かけます。

### 【医局会】

第2第4木曜日の診療前に開催され、診療状況、医事情報、薬事委員会などからの報告、症例検討



ホスピタルストリート

会をおこなっています。

### 【各委員会への参加】

医療安全の強化やより良い医療提供のために安全対策委員会、ICT、NSTなどに参加し、部門を越えて問題点の共有、対策を行っています。

### 【大隅MC協議会事例検討会】

大隅各地区の救急隊員、救急救命士、救急外来看護師と事例検討を行い連携を深めています。

### 【今後の問題点】

- ・高齢化に伴い、手術周期の厳しい全身管理を必要とする症例が多く麻酔科、内科の常勤医の確保が急務。
- ・在院日数などDPC、早期回復期病棟の要件を満たすためより緊密な診療情報の共有。
- ・研修医の研修プログラムがまだ不十分であり見直し、改善を行う。
- ・電子カルテのベンダー変更に伴う選定  
今後も各診療科、各部門と連携しながらより良いチーム医療を目指したいと思います。



医局会

## リハビリテーション科

副院長 重 信 恵 三



恒心会おぐら病院は一般病棟(整形外科、外科、神経内科を主に)が116床、回復期病棟100床と、大隅半島でも屈指の病床数を誇ります。医局は整形外科や外科、神経内科、非常勤の医師(循環器科、形成外科、麻酔科、心療内科、脳神経外科、呼吸器内科、呼吸器外科、血液膠原病内科、救急集中治療部(ICU)等と一緒に相談もしやすく、診療上の不安もかなり軽減されています。

リハビリテーション科は2名(専門医、大学派遣医師)で、担当は、回復期病棟(2病棟、施設基準1)のそれぞれ病棟専従医となっており、100床のうちそれぞれ35名~40名(計80名弱)を病棟主治医として担当させて頂いており、残りの患者さんを外科医、神経内科医で受け持っています。対象疾患として、整形外科疾患が6~7割程度、脳血管疾患が3~4割程度です。整形外科疾患については、整形外科が併科として担当し、1回/週(急変時はその都度)診察して頂いており、負担軽減が図れています。脳血管疾患については、他病院よりの紹介患者が多く、鹿屋医療センター脳外科よりの紹介患者においては、2回/月程度、当院回復期病棟にて回診して頂いており、色々と相談しやすく、非常に助かっています。なお、当院急性期病棟が7:1看護体制で、当院回復期病棟が回復期1を標榜している影響もありますが、平均在院日数が60日弱で短く、毎日目まぐるしく入退院が行われています。

さて、平成26年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準の一つとして、病

棟専従医は、全く外来診療ができなくなりました。現在鹿児島大学リハビリ科のご好意で、外来診療医を派遣して頂き、平成27年4月より外来診療は二人体制で鹿児島大学リハビリ科より派遣して頂く事となり助かっています。また平成26年7月より介護保険での短時間通所リハビリテーション(1~2時間)も開始となりました。

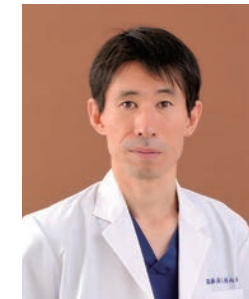
また、今年から鹿児島大学リハビリテーション科名誉教授の川平和美先生に、平成26年5月より当リハ部門の名誉センター長として赴任して頂き、月1回(2日間)脳血管疾患の入院患者を中心に回診して頂いております。患者さん一人ひとりに熱心に診察して頂き(1名1時間程度)また、担当セラピスト(PT/OT)の指導も行って頂いております。先生は神経促進反復療法(川平法)の提唱者であられ、またリハ全般の造詣も深く、当院セラピストや、もちろん我々リハ医への指導も頂きいつも勉強させて頂いております。

平成26年度よりリハ医療の向上の一助として、HAL(Hybrid Assistive Limb: CYBERDYNE株式会社)を導入いたしました。また、麻痺上肢機能改善目的で、能動免荷リーチングロボットの臨床効果検討につき導入研究予定となりました。

今後の目標ですが、全国トップレベルのリハビリテーション治療を提供するため、当院スタッフ共々日々研鑽を重ねていき、患者さん皆さんに当院に入院して本当によかったと思えるリハビリテーション治療を提供するため、スタッフのさらなる研鑽および教育研修施設として優秀なリハ医を育てていきたいと考えております。

## 整形外科

整形外科部長 前 田 昌 隆



当院の整形外科の特徴として常勤医が6名居り、大隅半島において整形外科的な手術の出来る病院として、急性期から慢性期まで幅広く対応ができるという点が挙げ

られると思います。地域の特性として高齢者が多く、内科的な合併症を抱えていらっしゃる手術適応に苦慮する事も多々ありますが、大学病院からの内科、麻酔科の適切なアドバイスを頂いて日々、診療に当たっています。

外来は月~土曜日の午前中を中心に、月・水・金午後も診療を行っております。日々、近隣の病院からの患者紹介を頂き、難しい症例もありますが、期待にそえるように皆で検討、治療を行っております。

最近の話題としては、当院で消極的であった部分の骨粗鬆症の検診や治療体系の見直しによる高齢患者様の骨を守る取り組みを2015年4月より開始するようになりました。これにより、脊椎圧迫骨折や大腿骨頸部骨折などが今後減少させていければとの期待があります。

手術に関しては、年々症例数も増加傾向であり、新病院移転した2013年7月以降はさらにその傾向

が明らかになっており1年間に1000件を超える勢いです。整形外科手術の内容としては骨折観血的手術、外傷による腱損傷や挫滅に対する処置、人工関節置換術(股関節・膝関節)、関節鏡(肩・膝を中心に)、脊椎手術、神経剥離術・移行術など多岐にわたっております。

また、地域性もあるかと思いますが高齢者の外傷や慢性疾患が多いのも特徴であり、中には内科的合併症をもった方も多く、外科や神経内科、循環器内科・呼吸器内科(非常勤)の先生方に協力をいただいで日々の診療が行えています。また当院で対応できないような患者は、近くでは鹿屋医療センターや大隅鹿屋病院、遠方では鹿児島市内の鹿児島大学病院、鹿児島市立病院、今給黎総合病院、その他様々な病院にも紹介・協力をいただいでおります。紙面を通じてではありますが大変感謝しております。

高齢化率の高いこの大隅地域の拠点病院として、当病院整形外科の果たす役割は大きく、今後も新しい知見も取り入れながら患者様に還元していくこと、さらには鹿児島大学病院やその関連病院、他とも連携して日常診療をおこなっていただければと考えています。

## 外科

外科部長 松尾 洋一郎



昨年より外科手術症例の減少がみられ病院収益への影響が心配されており、今後の外科診療に関して考えてみます。外科の手術症例は大きく2つの方法で確保

されます。まずは他院からの紹介症例です。他院で診断されて当院へ紹介されるケースです。この場合鹿屋では当院のほか鹿屋医療センターや大隅鹿屋病院に分散してしまうため、いかにして当院への紹介比率を上げるかが問題となります。紹介医への情報提供のやりとりは当然ながら、患者を紹介元に返せるかどうかは次の紹介につながります。当院のいつでも紹介を受けるという状況は紹介する側にとっては有り難いことではありますが、安易なコンビニ感覚での紹介がなくありません。紹介医での診察が不十分な状況で当院への紹介や、公立病院では受けてもらえずに困っている症例などです。結局手術することなく、内科疾患の治療に手間と時間をとられ、退院させることもできずに、長期入院となってしまいます。大隅地区の中核を担う地元の病院であるため仕方のないことではありますが、改善したいところです。結局紹介から手術症例を得るには紹介医との密接なコミュニケーションと術後・退院

後に紹介医にもメリットが与えられるかどうかだと考えます。良性疾患術後の経過followは紹介医に任せます。悪性疾患術後の場合は当院での診察・投薬は減少するかもしれませんが、検査のみ当院へ紹介受診していただくなど医療連携の徹底しかないのではないのでしょうか。

二つ目の方法は当院自体で症例を確保することです。当院で診察・検査を行い症例を確保する。具体的には内視鏡検査の症例数を増やすこと。新規患者だけでなく、検診件数を増やすことです。またそのためには内視鏡の検査診断技術の向上も当然ながら必要となります。

これらのことを踏まえて今後以下の点に重点を置いて診療をして行くこととします。

### 【外科診療の今後の取り組み】

- ① 紹介医との医療連携の徹底
- ② 内視鏡技術の向上、学会・研究会への参加

### 【当院の診療体制に期待すること】

- ① 検診数の確保
- ② 常勤内科医の充実

## 神経内科

神経内科部長 崎山 佑介

当科は、鹿児島大学病院神経内科から派遣の常勤医2名と、非常勤医として渡邊修先生、さらに老健施設ヴィラかのやに勤務されている中原啓一先生にアドバイスを頂きながら日々の診療を行っています。2014年4月～翌15年3月まで常勤医として活躍された武井藍先生（後期研修医）は、この春から鹿児島医療センターに移動となり脳卒中の分野でますますの活躍が期待されています。2015年4月に後任の武井潤先生（後期研修医）は武井藍先生の実弟になります。姉弟にわたり大隅半島の医療に貢献して頂けることは嬉しい限りです。2013年4月～2015年3月まで非常勤医として活躍された石原聡先生は4月から沖縄病院に転勤となりました。2年間ありがとうございました。この原稿を執筆している小生自身も2015年7月に鹿児島大学に帰局することになり、本ジャーナルが刊行される10月頃は後任の野妻智嗣先生が活躍されていると思います。小倉雅理事長、小倉修院長をはじめ、他科先生がた、スタッフの皆様には大変お世話になりました。心より感謝申し上げます。

神経内科は月～金曜日まで午前外来、午後から入院患者や他科コンサルテーションの対応を行っています。急性期病棟15床、回復期病棟10床

で、脳血管障害、パーキンソン病関連疾患、認知症関連疾患、多発性硬化症、重症筋無力症、多発性筋炎、脳炎脳症、ギランバレー症候群などの免疫介在性ニューロパチー、ミトコンドリア病、サルコイドーシスなど多岐にわたる疾患を対象に精査加療を行っています。CT/MRI検査、神経伝導検査、針筋電図、髄液検査、脳波、筋生検、神経生検も積極的に行いながら診断向上のために日々研鑽中です。新規治療も積極的にとりいれ、年間に数回は講演会発表や学会活動も行っています。高速道路が開通しましたが大隅半島から鹿児島市内までの動線はまだまだ長く、さらに大隅半島における神経内科専門の常勤医が減少している現状からも、当院は大隅半島における神経疾患拠点病院としても重要な位置づけにあります。これからも鹿児島大学病院をはじめ、地域関連病院と連携を図りながら、地域医療連携体制の確立を目指したいと思います。

最後に、当院は日本神経学会准教育施設に認定され、鹿児島大学病院と連携しながら神経内科専門医を目指す医師育成の場も担っています。今後も継続して鹿児島大学病院から後期研修医を派遣していただけるように魅力ある診療科を目指します。

## 診療技術部

診療技術部長・外科 東本 昌之



平成25年7月に新病院移転、開院にあわせて診療技術部長を拝命しました。生まれつきやらんぼらんなので、診療技術部がどうい

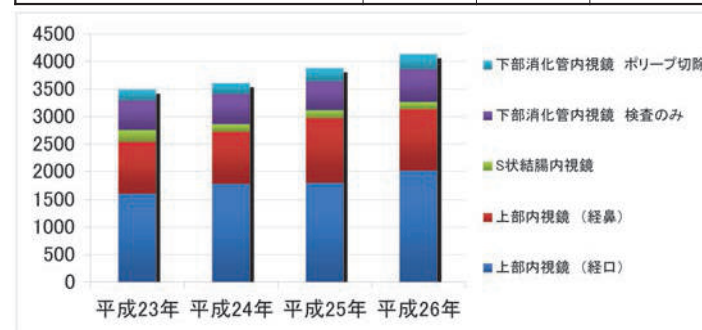
部署かもわからないままに、内視鏡の整理から始めることとしました。

最近の内視鏡機器の進歩は日進月歩で、Fice、BLI、NBI、CLI、拡大と、色々な技術が出てきています。最新技術を用いた検査を提供できるように勉強することはもちろんですが、必要な機器に刷新していくことは喫緊の課題と考えました。高額なものなので一気に揃えることは困難ですが、開院して約1年半経過した現在、着実にhard面は充実しつつあります。

大隅半島には内視鏡医が多くありませんので、

### 内視鏡検査・内視鏡処置

検査名	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
上部内視鏡(経口)	1,611	1,786	1,805	2,016
上部内視鏡(経鼻)	936	943	1,172	1,119
S状結腸内視鏡	209	134	139	130
下部消化管内視鏡 検査のみ	535	549	524	596
下部消化管内視鏡 ポリープ切除	197	194	239	276
カプセル内視鏡	5	1	1	5
気管支内視鏡	0	0	1	4
内視鏡的逆行性胆管膵管造影	37	37	27	34
超音波内視鏡	29	15	32	17
EMR	3	1	2	6



超音波内視鏡、内視鏡的逆行性胆管膵管造影といったやや特殊な検査も提供できるように努力しております。特に、緊急避難的な処置が必要となる胆道感染、胆管結石に対しては、緊急で内視鏡的逆行性胆管膵管造影を施行できる態勢を整えています。

最後に、当院での主な内視鏡検査の件数を示します(表)。上部下部消化管内視鏡検査は、年間約3500件に達しております。この件数が多いのか少ないかは判りません。しかし、件数の多寡に関わらず、また当院で検査を受けたいと思っていただけるように、そして何より安全に検査を提供できるよう、病院全体で知恵を出し合って、当法人の名称のように、恒に心を砕いていこうにしていきたいと思っております。

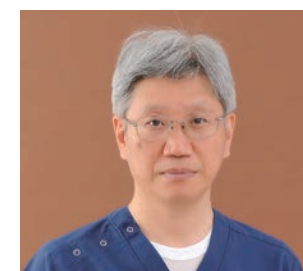
## 在籍医師の紹介



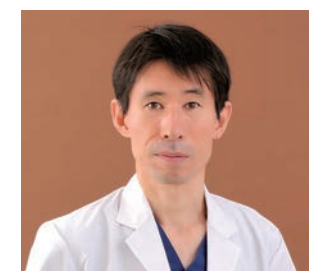
**小倉 雅**  
 恒心会 理事長  
 日本整形外科学会専門医  
 日本整形外科学会認定スポーツ医  
 日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医  
 日本整形外科学会リウマチ医  
 日本医師会健康スポーツ医  
 日本医師会認定産業医



**小倉 修**  
 恒心会おぐら病院 院長  
 日本外科学会指導医  
 日本大腸肛門病学会指導医  
 日本消化器内視鏡学会専門医  
 日本消化器外科学会認定医  
 日本乳癌学会認定医



**東郷 泰久**  
 恒心会おぐら病院 副院長  
 日本整形外科学会専門医  
 日本整形外科学会認定スポーツ医  
 日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医



**前田 昌隆**  
 部長  
 日本整形外科学会専門医  
 日本整形外科学会認定スポーツ医



**高野 純**  
 日本整形外科学会専門医



**伊集院 俊郎**  
 日本整形外科学会会員



**佐久間大輔**  
 日本整形外科学会会員



**松尾洋一郎**  
 部長  
 日本外科学会専門医  
 日本消化器外科学会会員



**東本 昌之**  
 診療技術部部長  
 日本外科学会専門医  
 日本消化器外科学会会員



**竹林 勇二**  
 健診室室長



**櫻井 俊秀**  
 日本外科学会専門医  
 日本消化器外科学会会員  
 がん治療認定医



**町頭 成郎**  
 日本外科学会会員  
 日本小児外科学会会員





## リハビリテーション科

中村 和夫

日本外科学会会員  
日本消化器外科学会会員  
日本内視鏡外科学会会員  
日本老年医学会会員



重信 恵三

恒心会おぐら病院 副院長  
日本リハビリテーション医学会専門医  
日本リハビリテーション医学会認定臨床医

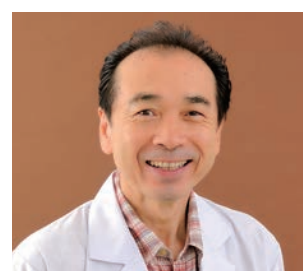


横山 勝也

日本リハビリテーション医学会専門医



## 内科



高尾 一行

日本内科学会会員  
日本糖尿病学会会員  
麻酔科標榜医



## 婦人科



新川 義容

日本産科婦人科学会専門医  
麻酔科標榜医  
日本麻酔科学会認定医



## 神経内科



中原 啓一

ヴィラかのや 施設長  
日本神経学会神経内科専門医



野妻 智嗣

日本神経学会神経内科専門医  
日本内科学会認定内科医



武井 潤

日本内科学会認定内科医  
日本神経内科学会会員  
日本神経心理学会会員



## 歯科



坂元 潤也

さかもと歯科 院長

## 看護部

## 【看護部理念】

個を尊重した質の高い看護の提供

## 【基本方針】

1. 患者さんの尊厳を守り誠実に対応をします。
2. 信頼と安心感のある看護ケアを実践します。
3. 専門的知識・技術・態度の向上を目指します。
4. 地域との連携をはかった継続看護を実践します。

理念は、看護部が目指すべき看護の姿を示したものです。私たちは、その理念を達成・実現するため基本方針4点について運営上の目標を掲げ、患者さんの人権と意思を尊重し、安全で思いやりのある看護を提供していきたいと考えています。

人は存在を認められ尊厳を守られることで大切にされていると感じることができます。この世のたった一人のかけがえのないひとに関わらせていただくことの重みを自覚し、患者さんの生き方・思い・考えを大事にする一番の理解者でありたいと願っています。そのために、職種間のコミュニケーションを良好に保ち、職種の垣根を超えてチームとして効率的で良い医療が提供できるよう心がけています。また、専門職業人として学び続けることが必須です。急性期から回復期医療を担う当院においては、その役割を担える知識や技術の絶え間ない研鑽が重要と考えます。既に専門性を極めた認定看護師が活躍していますが、キャリア開発ラダープログラムに沿って、すべての職員が更なるレベルアップを目指しています。

看護は、様々なステージに立ち会う仕事だからこ

## 副院長 兼 看護部長 下仮屋 道子

そ、看護師一人ひとりのライフスタイルも大切にしたい。そうした思いから、生活と仕事の両立(ワーク・ライフ・バランス)にも力を注いでいます。24時間対応の保育園など、将来家族を持ち、子育てをしながらも安心して仕事を続けられる環境も整えています。また、残業時間の短縮取り組みのため、他部署の工夫など情報交換も定期的に行い、働き続けられる環境づくりに尽力しています。

昨年、4月診療報酬改定では、重症度、医療・看護必要度、在院日数、在宅復帰率等の要件が厳格化されました。今後、在院日数など、その要件はますます厳しくなると思われ、在宅医療等の充実が求められます。在宅医療では、キユーアだけではなく、ケアの部分も必要で、看護スタッフの出番もたくさんあります。

今後も、診療報酬改定など医療経済の動向を注視しながらも、患者一人ひとりにきちんと向き合い、その患者にとってのQuality of Lifeの向上を目指し、患者・家族と医療者双方が最も良いと思われる看護を実践していきたいと考えます。



部長、師長等による毎朝のミーティング

## 3階西病棟

看護師長 押切典子

病棟の特徴としては、消化器外科病棟で、回復室3床、重症個室1床を有する病床数42床の病棟です。主な疾患は消化器系の悪性腫瘍や良性腫瘍であり、呼吸器疾患や脳血管疾患を合併する患者も多いです。また入院患者のうち予約外の入院患者の比率が高いため、予約外の緊急入院に対応するため、看護師・メディカルソーシャルワーカー・リハビリテーション部が情報共有することで早期退院が実施できるように毎週1回のカンファレンスを開催しています。

看護の特徴としては、消化器外科の周手術期の看護や、化学療法を行う患者への看護、癌ターミナル期の患者への看護と、あらゆる病期の患者が入院することから、各期において専門性の高い看護実践が求められます。特に癌ターミナル期においては、緩和ケア認定看護師が中心となり、緩和ケアに関する医療知識・技術の向上を図り、癌患者とその家族の苦痛緩和を図ることを目的に、緩和ケアチームを立ち上げ、疼痛の緩和が図れた患者に対しては、積極的に自宅退院を促しています。

平成26年度の病棟看護目標は、「専門的知識に基づいた看護実践を行う」としました。目標達成の実践行動としては、まず専門的知識の向上を図

るため定期的に学習会を開催しました。内容は化学療法について、緩和ケア認定看護師によるエンゼルケア、皮膚排泄ケア認定看護師によるストーマ管理などについてです。また緩和ケアカンファレンスを定期的に開催し、コメディカルも参加して、症例の検討を行いました。看護スタッフも緩和ケアカンファレンスに参加することで、緩和ケア看護についての学習を深めることにつながったと考えます。

スタッフ各自は目標管理に取り組み、個人目標の明確化を図りました。個人の目標達成に向けて、院外研修参加や、チームごとの看護研究へ取り組みました。また5S活動でスタッフルームの環境整備や、消化器疾患手術別クリティカルパスの導入に向けた検討など、委員会活動の実践も積極的に行いました。



外科カンファレンス

## 4階病棟

看護師長 上京千代美

当院の整形外科は、大隅半島の中核を担っており、交通事故や転倒による骨折や外傷等で手術が必要な患者の受け入れをしています。また、スポーツ等での靭帯損傷や筋肉損傷等の治療や四肢関節の変形疾患、脊椎脊髄疾患の治療・手術も行っています。あらゆる運動器疾患に対応できる病棟作りに取り組んでいます。

また、主に手術を要する患者の受け入れを行っていますが、小児から高齢者まで幅広い年齢層に対応しています。急性期病棟のため、入院期間は長期ではありませんが、早期段階からリハビリを開始し、スムーズに退院できるように他部署や地域の病院、介護保険施設等との連携を図っています。連携に関しては、病棟担当の医療相談員を中心に患者本人や家族の意向により、連携先を調整し継続的な治療ができる環境を整えています。近年では高齢者の骨折が多くなり、介護保険との連携も必要になってきています。

急性期病棟（整形外科）として確立ができ、働きやすい環境を整えます

- ①病棟稼働率90%以上、在院日数18日以下
- ②環境整備の徹底
- ③業務改善(チーム別での取り組み)

・夜勤業務、退院支援、環境整備、合併症予防、コスト意識向上、勉強会企画

- ④目標管理の徹底

- ①患者、家族を含めた面談の充実(入院時、退院前)
- ②カンファレンスの充実、参加
- ③中堅看護師の育成及び活動範囲の拡大

### 【カンファレンスについて】

当病棟では曜日毎に各種のカンファレンスを行っています。手術前カンファ、術後カンファ、新患カンファ、他職種チームカンファ、チームカンファなど医師を中心としたカンファレンスや各職種が集まったカンファ、看護師のカンファと多様なカンファレンスを通して、情報の共有を行い、統一した医療の提供が出来るように心がけています。また、医師を中心としたカンファレンスに今後、チームスタッフ(看護師、リハビリなど)も参加できるように検討していきたいと思っています。



症例検討

## 5階病棟

看護師長 原田 智子

神経内科・(亜急性)整形外科・内視鏡検査後の外科の混合病棟36床です。

他職種とのカンファレンスを行い社会資源を利用した在宅に向けての支援に取り組んでいます。

人工呼吸器や胃瘻の医療処置が必要な神経難病患者の自宅退院を実践し、患者、家族の意向を大切にしながら、退院後の生活の場を選択できるよう援助しています。

平成25年度より糖尿病認定看護師が誕生し糖尿病の教育入院の受け入れも行っています。

(看護業務にコスト意識を持ち経営に参画すると共に看護の質の向上を図ります)

### ①在院日数の短縮を意識した病床管理

在院日数のチェック、関連部署(他病棟・地域連携室)への適時の情報提供。

入院期間が延長する、又はしそうな場合、主治医に確認し医療相談員と共に家族、本人と面談を行い退院、転院調整実施。リハビリテーション科と連携しリハビリ状況、目標設定の確認を行い在院日数の短縮に繋がりました。

### ②チーム医療の充実(効果効率向上による早期回復実現)

合同カンファレンス促進、既成のクリニカルパスの見直しを行いパス使用100%とします。

クリニカルパスを患者・家族との面談時にも使用。リハビリカンファレンスの際、リハビリ科・医療相談員・病棟スタッフとクリニカルパス確認や評価を行っています。

### 【難病ネットワークへの参加】

MSW・ケアマネージャー・外来看護師・5階病棟看護師にて研修参加。他病院、施設との事例発表の聴講や意見交換会を行い、それをもとに院内・院外と連携を行っています。

### 【人工呼吸器装着の筋萎縮性側索硬化症

#### (ALS)自宅退院への取り組み】

入院時に医療相談員(MSW)、病棟病長で面談を行い患者・家族の思いや介護力、経済的基盤の確認を行います。面談は数回に分けて行い、できるだけ多くの選択肢を与え情報を提供します。患者、在宅療養のマンパワーを確認し高齢者世帯以外は自宅退院へ移行します。自宅退院を経験している家族と話をする場の設定やレスパイトの施設がある事、訪問看護、ヘルパーの利用などを伝え家族が負担にならないよう説明しています。病棟内でプライマリーナースを中心にチームで在宅移行への準備や家族に指導を行います。

在宅人工呼吸器、吸引指導のマニュアルやDVDを作成し必要な手技や知識を指導しています。

退院決定後に自宅訪問し必要な介護用具の選定や在宅を見据えた内容をリハビリ、退院指導に取り入れ実践、筋力維持と筋萎縮予防のリハビリテーションを行う理学療法士、ナースコールのセッティングや意思伝達装置の指導を行う作業療法士・言語聴覚士、在宅で利用出来る福祉制度や福祉用具の手続きを行うMSW、その他食事・栄養指導、経管栄養で関わる管理栄養士、服薬指導を行う薬剤師など院内多職種が各々の役割を統合しチーム医療の実践、在宅支援を行っています。

### 【人工呼吸器管理下の筋萎縮性側索硬化症患者の民間航空機を利用した離島への搬送】

72歳女性。2009年から構音障害、嚥下障害出現。2011年からムセながら食事をする状況。2012年4月から寝たきり、明らかな痩せが強くなりました。嚥下障害が強くなり胃瘻造設、11月CO<sub>2</sub>の貯留と低O<sub>2</sub>で、NIPPVを実施するも改善なく挿管呼吸器装着となり、当院紹介入院。

自発呼吸、換気量が小さい状況で抜管離脱は困難と判断し11/16気管切開実施。人工呼吸器使用し安定。

経過と所見からは、非典型的であるが舌萎縮、球麻痺から進行する筋萎縮性側索硬化症と診断。介助があれば短距離は歩行可能、椅子座位可能。全身状態が安定し、実家が種子島で本人の強い希望あり2013年2月転院。

転院決定から退院日まで民間航空機での人工

呼吸器装着患者の搬送という事で航空会社と10回程の打ち合わせをFAX、電話にて実施。

人工呼吸器、吸引器の持ち込みを行う事、患者状況、搭乗方法、座席の調整、航空会社指定の診断書提出、機内に持ち込めない器材の確認。種子島空港到着後の救急車との連携など念入りな打ち合わせとなりました。

人工呼吸器管理のまま民間航空機にて神経内科医師1名、看護師1名で移送、転院しました。

福祉タクシーに医師、看護師が同乗し所要時間2時間で鹿児島空港へ移動。

プロペラ機で、座席2名分をフラットにして使用。その周囲に使用しやすいように呼吸器、吸引器を設置。

種子島空港到着後、飛行機のすぐそばに救急車が待機しており病院へ無事転院となりました。

在宅療養にもっていけるように入院中は家族へ指導を実施。家族も習得出来ました。



## 回復期リハビリテーション病棟(2階東・3階東病棟)

2階東病棟師長 古園光代・3階東病棟師長 横手直子

目標「ケアミックスとしての回復期病棟体制の充実と急性期病棟からのスムーズな患者受け入れ」

当回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患3割、大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折、脊髄損傷、人工関節術後等の整形外科疾患7割です。当院の整形外科病棟の後方支援として、また大隅地域の脳外科病院、大学病院等からの転院を積極的に受け入れており稼働率が95%以上です。日常生活動作の向上による寝たきり防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーション計画を、医師・看護師・介護職・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・心理士・栄養士・医療相談員・歯科衛生士等がチームとなって立案しています。入院中は初期・中間カンファレンス、リハ回診、外出、外泊訓練で患者の情報を交換・共有しながら個々の患者さんのゴールを設定し、これに基づきリハビリテーションを集中的に行なって、在宅復帰率70%以上をクリアしています。また、在院日数の短縮と退院計画の標準化を図るために、クリティカルパスの運用を行なって良質なリハビリテーションと看護・介護の提供に取り組んでいます。



立ち上がり訓練

### 【在宅支援計画】

在宅での生活指導の必要な患者については中

間カンファレンス時に担当者間で必要な項目をリストアップし計画を立てて退院時までには指導を実施しています。

### 【外出訓練】

退院後在宅に戻られる予定の患者さんが円滑に在宅生活を送っていただけるよう自宅に訪問させていただき、家屋内外の段差・配置などの状況把握、住宅改修の提案、自宅での動作確認や指導、生活指導などを行う目的で外出訓練を行なっています。

### 【退院後訪問】

入院中に獲得したADLや退院時のケア指導等が退院後も継続されているか、また外出訓練を実施し必要時は住宅改修を行い退院した患者さんに対して、同意を得られた患者さんの退院後訪問を実施しています。退院後訪問は、PT/OTのいずれか1名、病棟NS、MSWが訪問し、動画・写真として残し、リハ部・病棟・社会医療福祉科合同で報告会を実施しています。



退院後訪問実施

### 【家族勉強会】

家族勉強会の委員で構成し、年間計画をたて、医局・リハ部・病棟・薬剤科・栄養管理科・社会医療福祉科で毎月実施しています。



家族勉強会風景

### 【カンファレンス風景】



軒下カンファレンス



3階東カンファレンス

日程	テーマ	講師
5月17日	介護保険サービスについて	社会福祉士
6月21日	介護方法のワンポイントアドバイス	看護師 介護福祉士
7月19日	家族のための家リハ	理学療法士 作業療法士
8月23日	脳卒中について	医師
9月20日	嚥下・口腔ケアについて	言語聴覚士 歯科衛生士
10月18日	介護保険での住宅改修	社会福祉士
11月22日	脳卒中の薬のお話	薬剤師
2月28日	脳卒中の症状と予防	医師
3月28日	介護方法のワンポイントアドバイス(夜間頻尿の対策)	看護師 介護福祉士



2階東カンファレンス

# 手術室・中央材料室

看護師長 小園 みちよ

## 【手術室目標】

安心安全な周術期看護の実践と個々のキャリアアップ

①手術稼働の安定：手術件数は平成26年約1300件(外科、整形外科、形成外科)でした。

毎月手術室運営会議を開催し(メンバー：外科医・整形外科医・麻酔科医・手術室スタッフ等)手術麻酔稼働状況の報告や、運営上の問題や課題を討議し、地域医療の要として、予定手術や緊急手術に迅速に対応できるようチームワークを高めています。又各科のカンファレンスを毎週開催し、手術器械調整や術前準備を行っています。

②術中術後訪問の実施：術前訪問は全件実施し、術中看護展開に活かしています。更に現在は長時間の手術は術中訪問を行い家族の不安軽減に努めています。又術後訪問を開始し、患者

の意見を参考に保温や騒音対策、皮膚トラブル対応、固定具の工夫等の改善を実施しています。

③ワークライフバランスの推進：手術進行時間を考慮し長時間勤務にならないよう遅出勤務を不定期に組入れ、超過勤務の削減や健康面への配慮を行っています。子育て中のスタッフが半分を占めていますが、恒心会のワークライフバランス推進に伴い子供の急な病気や行事等の休みの希望もスタッフのお互いの協力のもと調整できており、安心して仕事に取り組むことができます。

④専門職としてのスキルアップ

手術看護認定看護師がいることで様々な場面で助言指導をし、手術室看護師としてのスキルアップに繋がっています。また毎月開催の勉強会や手術学会、滅菌業務研究会等へ参加を通し、質の高い周術期看護を学んでいます。



スタッフステーションにマルチモニター設置



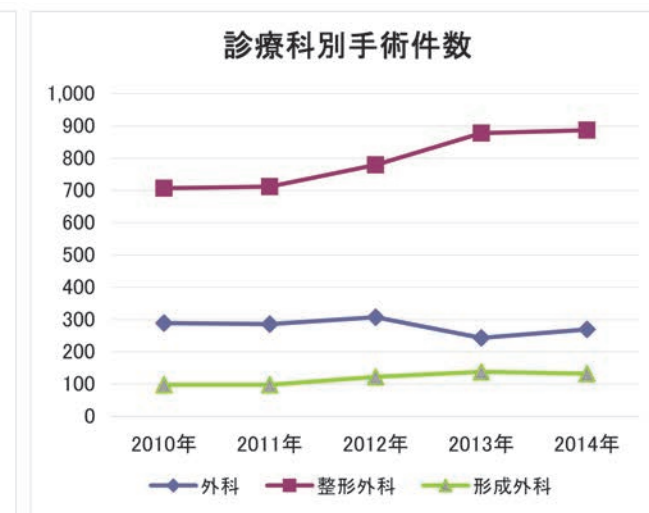
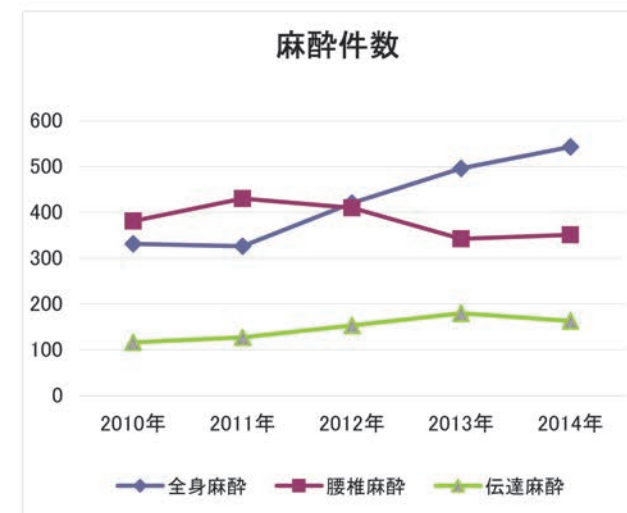
第1手術室 全室シーリングペンダント設置

## 2010年度～2014年度 麻酔件数推移

	全身麻酔	腰椎麻酔	伝達麻酔	局麻・その他	年間麻酔合計
2010年	331	381	116	360	1188
2011年	326	430	127	315	1198
2012年	420	410	153	326	1309
2013年	496	342	180	313	1331
2014年	543	351	163	232	1289

## 2010年度～2014年度 診療科別手術件数

年度	診療科別件数(緊急手術・待機手術)						手術件数			
	外科	整形外科	形成外科	小児外科	口腔外科	計	緊急手術	待機手術	外来手術	総数
2010年	289	707	98	0	0	1,094	74	1,020	319	1,413
2011年	286	712	98	2	0	1,098	77	1,021	299	1,397
2012年	307	779	122	0	0	1,208	87	1,121	330	1,538
2013年	243	878	138	0	0	1,259	89	1,170	266	1,525
2014年	269	887	132	0	1	1,289	97	1,192	238	1,527



整形外科手術分類と年次推移

年度		2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	
年間総手術件数							
骨関節骨折・脱臼 観血的手術	脊椎	頸椎	0	2	1	0	0
		胸腰仙椎(含む椎体形成術)	0	0	0	0	0
		鎖骨・肩鎖関節	20	18	27	24	23
	上肢	肩関節(上腕骨近位を含む)	7	9	15	10	10
		上腕(骨幹部)	5	3	2	7	5
		肘関節(上腕骨遠位・肘頭・橈骨頭を含む)	26	18	19	28	29
		前腕骨	6	16	10	15	9
		手関節(前腕骨遠位を含む)	14	41	43	57	48
		手根骨・手指骨	41	40	45	57	41
	骨盤	骨盤・寛骨臼	1	1	3	2	0
		大腿骨近位部(転子下を含む)	114	112	112	102	119
		大腿骨(骨幹部)	6	13	12	14	11
		大腿骨(遠位端・頸上)	6	15	9	10	9
		膝関節(脛骨近位・膝蓋骨)	14	12	17	27	16
		下腿骨(骨幹部)	6	14	11	26	16
足関節(含む脛腓骨遠位)		24	12	25	35	25	
足根骨(踵骨・距骨)・足趾骨	15	14	10	22	17		
創外固定	6	6	2	1	3		
骨内異物除去術	85	86	114	147	144		
外傷・軟部組織手術	外傷	創傷処理・デブリードマン(筋骨に達する)	14	16	18	20	26
		上肢の縫合術	4	3	4	3	2
		下肢の縫合術	3	8	7	15	9
		血管縫合・移植術	0	1	0	2	0
		神経縫合・移植術	0	3	2	4	2
		TFCC(関節鏡視下靱帯断裂縫合術)	0	1	0	0	3
	変性断裂 皮下断裂	上肢の腱移行術・移植術	2	1	2	2	0
		下肢の腱移行術・移植術	3	4	5	6	0
		肘部管症候群	0	4	1	6	3
	末梢神経	手根管症候群	8	4	4	1	4
		ギオン管症候群	14	16	23	16	37
		足根管症候群	0	2	3	0	3
	腱鞘炎	ばね指	23	21	25	21	34
		デケルバン 狭窄性腱鞘炎	0	5	2	4	3
	脊椎外科	頸椎	前方固定術	2	0	0	5
後方固定術			0	0	0	0	1
脊柱管拡大術(椎弓形成術含む)			1	1	1	5	9
胸腰椎		椎間板ヘルニア摘出術	3	3	4	1	5
		拡大開窓術(椎弓形成術含む)	6	7	4	10	2
		前方固定術	0	0	1	0	1
後方固定術	0	0	0	0	0		
PLF PLIF	0	0	0	0	0		
腫瘍外科	骨腫瘍	3	2	4	5	10	
	軟部腫瘍	16	10	20	9	23	
	その他(生検等)	5	4	1	1	5	
関節外科	肩関節	人工骨頭	1	2	0	0	0
		腱板修復術	8	10	13	13	18
		関節形成術(関節鏡下肩関節唇形成術等)	5	3	2	3	2
	肘関節	モサイクプラスチック	1	1	0	1	0
		その他(滑膜切除等)	2	0	0	0	1
	手・手関節	関節形成術(カバンジー等)	2	2	2	2	2
		固定術	1	3	2	2	4
	股関節	THA	20	32	27	27	26
		人工骨頭	37	44	70	41	49
		骨切り術	0	0	0	0	0
		その他(関節唇損傷・FAI等)	0	0	1	1	0
		TKA	15	22	18	22	36
	膝関節	骨切り術	1	1	0	0	0
		靱帯再建術	4	7	5	11	6
		靱帯断裂縫合術	0	4	1	2	2
半月手術		13	21	8	8	6	
その他(遊離体摘出術・滑膜切除術など)		5	2	5	12	7	
切除 縫合		10	5	5	4	3	
足・足趾関節	靱帯断裂縫合術	2	0	1	4	0	
	靱帯再建術	0	1	0	0	0	
	人工関節	0	0	0	0	0	
	関節固定術	3	2	0	1	3	
	外反母趾手術	5	0	2	0	3	
骨切り術	0	0	3	1	2		
小児整形外科		0	0	0	0	0	
感染症	骨髄炎・化膿性関節炎・化膿性椎体・椎間板炎	6	5	5	12	10	
切断	上肢(断端形成含む)	7	2	3	2	4	
	下肢(断端形成含む)	8	8	11	6	10	
計		666	740	804	913	913	

整形外科手術総括

2010年度~2014年度までの5年間の件数と麻酔件数の動向を表にまとめました。

手術件数は2010年度1413件(手術+外来手術)から2014年度1527件と増加、緊急手術と待機手術は増加傾向です。

[特徴]

- ・外傷は減少傾向にあるが要因の一つに重篤な多発外傷はドクターヘリの就航が考えられます。
- ・ロッキングプレートの出現により橈骨遠位端骨折に対し早期リハビリ目的で手術が行われるケースが14件→48件と増加しました。合併症として長母指屈筋腱皮下断裂があり、6ヶ月以内の抜釘が望ましい為、骨内異物除去術が85件→144件に増加しました。
- ・高齢者に多い大腿骨近位部骨折に対する骨折観血的手術は年間110~120件、人工骨頭挿入術は40~70件とあまり変動はありません。
- ・慢性疾患は増加傾向で、TKAは15件→36件に増加、THAは20件~27件で著変はないが、高齢者社会を迎え今後、増加すると思われます。
- ・脊椎外科専門医が常勤医として赴任中は増加していたが、非常勤になって減少しています。
- ・手根管症候群に対する手根管開放術や母指対立再建術(手根管開放術+腱移行術)は約3倍に増加しているが、要因として手根管症候群は中高年者に多く、農業などの肉体労働者が多い地域特性があると思われます。又、神経内科専門医の筋電図による評価、手術適応がクリアになった事が増加の要因の一つと考えられます。

【麻酔件数のまとめ】

2010年度から2014年度までの5年間の麻酔件

数を表にまとめました。

手術件数は延数であり複数箇所の手術はそれぞれにカウントしました。この重複がある為、麻酔件数とは一致しません。麻酔件数は手術中、変更があった場合、最終の保険請求した麻酔でカウントしました。

1188件→1289件とさほど件数の増加はないが、全身麻酔は331件→543件と著明に増加しました。

他の医療機関では全身麻酔でおこなっている症例も、当院では腰椎麻酔や上肢伝達神経ブロックで行っていて、マンパワーが確保できれば全身麻酔の件数のさらなる増加が見込まれます。

【今後の対策】

- ・救急医療における中核施設としての役割が求められており。当院としてもマンパワーを確保して地域ニーズに応えて行きたいと思えます。
- ・一般救急から2・3次救急までより高度な救急応需体制を構築して行きたいと思えます。
- ・脊椎外科は高齢者社会で、慢性疾患や骨粗鬆による脊椎破裂骨折に対する手術適応がある患者さんが増加して来ておりニーズが高く、この点についてもマンパワーの確保に努力したいと思います。



人工膝関節置換術手術

外科手術分類と年次推移(2010年～2014年)

		2010	2011	2012	2013	2014
頸部	甲状腺癌等	2	1		2	3
	食道癌	3	2			
胸部	気胸	2	2	2		
	肺癌	4	1	3	4	
	乳癌	3		2	2	2
	胃癌	15	18	15	12	24
	(再掲 ESD)	5	3	4	3	9
腹部	大腸癌	32	24	26	18	29
	(再掲 ESD)	2	2	1		3
	肝・胆・膵癌	2	4	1	6	3
	小腸癌				1	
	後腹膜悪性腫瘍	1				
	胆嚢・総胆管	60	73	72	65	61
腹部救急	イレウス・穿孔・汎発性腹膜炎・損傷等	49	56	58	50	42
ヘルニア関連	鼠径・臍・腹壁	50	66	63	53	53
肛門関連	痔・痔ろう	14	16	16	7	12
	その他	気管切開・胃ろう造設・皮下埋め込みIVH	83	65	72	46
計		327	333	335	269	286



外科手術風景



## 外科手術総括

2010年度からの統計の傾向として、例年300件前後の手術件数であるが、病院の新築・移転の2013年度に落ち込みが見られました。

件数の落ち込みの要因のひとつとして、胃瘻造設・皮下埋込み式IVHポート設置等が挙げられますが、その他明らかな傾向は認めていません。

全身麻酔比率を見ると年々上昇の傾向にあり、対して腰椎麻酔比率は減少傾向にあります。その一つの要因は虫垂炎やヘルニアに対する腹腔鏡下手術の比率の増大によると思われます。また、胃癌・大腸癌などに対するESD・内視鏡治療の開始も2013年度からです。このように腹腔鏡を含む内視鏡補助下の手術比率が増加傾向にあり、現在は60%程度ですが、今後もこの傾向が続くと思われます。

まだ経過途中ではありますが、2015年度は回復基調であり、さらなる向上のために腹腔鏡機器も従来の硬性鏡に加えフレキシブルタイプの軟性スコープを導入し、あらゆる腹腔鏡手術への対応ができ、術者がストレスを感じることなく、より安全に手術が行えるように高画質の観察性能と取扱性能を最大限に発揮できる最新機種を整えました。また、内視鏡検査部門へも、レーザー光源内視鏡、拡大内視鏡の整備導入、超音波内視鏡の更新等、早期発見、診断治療につなげる為に、機器の更新も行いました。

以上のことを踏まえ、鏡視下手術を中心に「人に優しい手術」をキーワードとして更に積極的に取り組んでいきたいと思っております。

### 【今後の方向性】

手術方針にもあるように、癌治療への取り組みを全面に押し出して行きます。

抗癌剤加療に関してはすでに抗癌剤加療チーム研修(Ns, Dr.薬剤師)も受けており、体制はできているので、当院から紹介した鹿児島市内への患者群の化学療法をきちんと当院へ誘導して行きます。

癌リハチームも現在1チーム形成されています。次年度(平成27年度)までにあと2チーム結成し、癌リハに積極的に取り組んで行きます。

現在の立ち位置から考えるに外来、診断を含む癌治療及びその後の補充療法(抗癌剤など)や緩和治療(癌リハを含む)が大きな役割を担う可能性が高いと思っております。

緩和治療の立ち上げ、癌治療の徹底化の方針として、外来から病棟までを一貫して受け持つ体制。主治医制と言うよりチーム制を主体にします。

これにあたっては緩和医療チームを正式に立ち上げる予定で、3階西病棟での担当チーム(緩和に携わる機会が多い)をその所属とし、現在院内で行われているがんサーボード、緩和医療検討チームは今までどおり部署を横断するメンバーで構成します。

もう一つの柱として救急の積極的な受け入れを行います。

消化器症状の訴えがある患者群や普段癌治療でフォローしている患者群の受け入れ要請に関しては原則断らずに受け入れて行きます。これらに関しては待機医師がいるのできちんと対処する方針です。

# 外 来

看護師長 稲 富 千代子

整形外科・外科・神経内科を中心に、週1〜2回の形成外科・肝臓内科・循環器内科・血液膠原病内科・リハビリテーション科・呼吸器内科・心療内科の外来と月1〜2回の脳神経外科・呼吸器外科の外来を有しています。1〜2次救急搬送にも可能な限り対応し、その約半数以上は入院となっています。スムーズな医療連携システムが構築できる事を目標に、接遇マナーや救急・内視鏡に対応できるスキルを学び、患者さん一人一人と向き合っ、安心・安全・確実をモットーに検査・処置・治療とそのサポートをしています。また、良質なサービスを提供しながら、少しでも患者待ち時間を縮小させ、患者の



外来待合室

## 【救急外来】

大隅地域は4市5町の人口約248,000人からなり、そのエリアを肝属・曾於・垂水消防組合の3消防組合で地域の救急搬送を担っています。

当院は、地域の医療機関(診療所・病院など)と連携・役割分担を図りながら、緊急入院や手術などを必要とする1次救急から2次救急の受け入れを365日24時間行っています。

年間の救急受け入れ件数は3消防組合を合わ

ニーズに合わせて「待ってでも受診したい病院」と言われるよう努力しています。

患者満足度調査は毎年実施できており、患者さんの意見が反映し、安全で安心な看護・医療の提供を第一にインシデントレポート等から事例を共有し、毎月リーダー会や外来会で検討・改善をしています。

外来看護師は幅広い知識と技術・コミュニケーション能力が必要で、専門性を保ちつつ、ジェネラリストが求められ、現在いるがん化学療法認定看護師・消化器内視鏡技師.BLS・ACLS研修者・高気圧酸素治療操作技師などの継続支援とスキルアップを維持できる環境を整えつつ、「暮らしと医療をつなぐチーム医療のキーパーソン」として全体最適と部分最適の見極めと調整ができる看護人材が必要です。私達が専門職としてやらなければならないことは何なのかを明らかにしていきながら、外来看護師・医療クラークが自分の5年後10年後を想像しながら専門職としてのプライドを持って働け、風通しのよい、魅力ある職場環境をめざせば自ずと病院理念に繋がると思っています。

せて年間800件の受け入れをしています。特に管轄である肝属消防組合からの搬入については全体の8割を占めています。外科系受け入れは肝属消防組合の年間搬送件数の4割近くが当院への搬入となっています。また救急車搬入だけでなく時間外のウォークインでの患者さんの受け入れも年間約550名受診されています。大隅地域は夜間当番制を採っていますが、当番病院からの紹介による、緊急内視鏡検査、整形・外科の緊急手術、緊急入

院など当直医師と常勤医師がオンコール体制をとり、院内には臨床検査技師が常勤し24時間体制で検査を行うことができます。平成23年12月に運航開始となったドクターヘリによる「Jターン」受け入れについては、運航当初は年間1例ほどでしたが、平成26年度は10例の受け入れを行っております。

救急受け入れ体制の充実には地域医療を支える大きな要であり、今後も地域の救急医療の核になり



救急搬入口

える医療機関として体制の充実に努めていきたいと考えます。

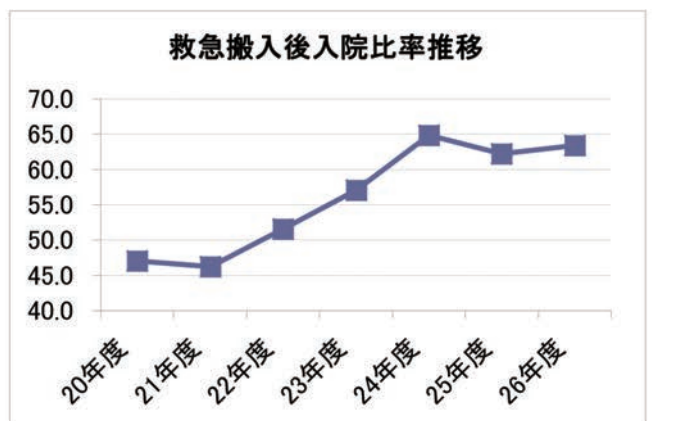
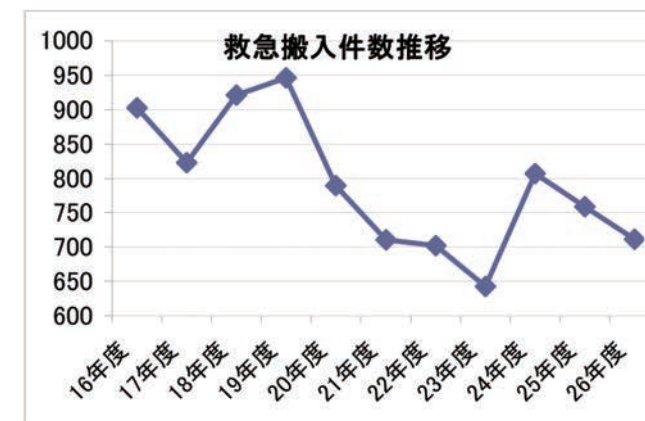
大隅MC協議会が発足した平成18年度以降、救急搬送件数は減少傾向にあり、平成24年度から開始した地域独自のメディカルコントロールで、トリアージ機能が向上し、結果として救急搬送後の入院比率が向上しています。



救急室 3ベッド

## 救急搬送件数年次推移

	件数	時間外	入院数	入院比率	ドクターヘリ	備考
16年度	903	376				
17年度	823	363				
18年度	921	471				大隅MC発足
19年度	946	377				
20年度	789	369	371	47.0		
21年度	710	359	328	46.2		
22年度	702	282	362	51.6		
23年度	643	248	367	57.1		
24年度	807	324	523	64.8	Jターン 1	ドクターヘリ運航開始
25年度	759	479	472	62.2	Jターン 7	
26年度	711	338	451	63.4	Jターン 10	





# 化学療法室

がん化学療法看護認定看護師 二見麗香

平成25年7月、恒心会おぐら病院が開院し翌月8月に化学療法室が稼動しました。当院で実施する化学療法の特徴は、化学療法室で入院・外来全ての治療を専任看護師が実施していることです。これは、患者が安全、安心、確実に治療を受けることができ、質の高いがん医療の提供を行うことを目的としています。

化学療法室では、外科医師と共同し大腸癌、胃癌などの消化器癌を主に非常勤医師や他病院と連携し呼吸器疾患の抗癌剤治療や、血液内科医師の指示の下で生物学的製剤の投与も行っています。抗癌剤治療を受ける時間は個人の内容により異なり30分で終了する治療や4時間半の時間を有する治療があります。この治療時間は副作用症状に対するセルフケアのアドバイスや、癌治療、生物

学的製剤の治療を受ける患者が主体的に治療へ臨むことができるよう全人的支援を行っています。

## 【カンサーボード】

主に化学療法の治療を行っている患者の状態、治療方針の決定、今後の方針など外科医、看護師、薬剤師、医事情報課、社会福祉士から構成される医療チーム全体で話し合い病期やエビデンス、患者の状態、生活背景、想いをそれぞれの職種が共有し、専門的な意見交換を行いながら検討しています。

今後も癌と診断され治療を行いながらも患者、患者家族のニーズに沿った生活を送ることに重きを置いたサポートを医療チーム全体で継続していきたいです。



化学療法室



カンサーボードカンファレンス

## 平成26年度 化学療法実施件数一覧

疾患	レジメン	入院	外来	実施件数
大腸癌	FOLFOX	10		10
	FOLFOX+BV	7		7
	FOLFIRI	0		0
	FOLFIRI+BV	13		13
	FOLFRI+P-mab	26		26
	XELOX		28	28
	XELOX+BV		17	17
	Ca p e+BV		4	4
	IRIS		3	3
	IRIS+BV		14	14
	CelRIS		2	2
	SOX		3	3
	SOX+BV		0	0
C-mab単剤		3	3	
大腸癌実施件数		56	74	130
胃癌	S-1+CDDP	1		1
	PTX		12	12
	CPT-11		6	6
	ティーエスワン単剤療法		4	4
胃癌実施件数		1	22	23
消化管間質腫瘍	グリベック		1	1
消化管腫瘍実施件数			1	1
胆管癌	Biweekly GEM		9	9
	GEM		1	1
	GEM+CDDP	4		4
	ティーエスワン単剤療法		1	1
胆管癌実施件数		4	11	15
膵癌	GEM+S-1		22	22
	GEM		4	4
膵臓癌実施件数			26	26
肺癌	PEM+CBDCA		6	6
	CBDCA+PTX		6	6
	GEM+VNR		4	4
	CBDCA+GEM		2	2
	イレッサ		2	2
	タルセバ		2	2
	肺癌実施件数			22
乳癌	EC		4	4
	PTX+BV		34	34
	Her単剤		13	13
	CMF		1	1
乳癌実施件数			52	52
食道癌	PTX		7	7
	mDCF		5	5
	DTX		2	2
	low dose FP	5		5
食道癌実施件数		5	14	19
関節リウマチ	レミケード		11	11
	オレンシア		34	34
関節リウマチ実施件数			45	45
混合性結合組織病	エンドキサンパルス		4	4
混合性結合組織病実施件数			4	4
成人T細胞白血病リンパ腫	VP-16単剤		2	2
成人T細胞白血病実施件数			2	2
総数		66	273	339

## 内視鏡室

看護主任 中村 さとみ

### 【内視鏡室特徴】

当院では内視鏡室2部屋・透視室1部屋を有し、年間約3000件の上部内視鏡検査・約1000件の下部内視鏡検査が行われています。

その他にも、超音波内視鏡検査・カプセル内視鏡検査・ERCP(逆行性膵・胆管造影検査)内視鏡的食道拡張術・気管支鏡検査・吐血・下血に対応する緊急内視鏡検査なども行っています。

### 【内視鏡室備品・設備】

上部内視鏡検査では、経鼻内視鏡を取り入れ、患者さんの嘔吐反射が少なく、経口内視鏡検査より抵抗感・恐怖感なく受けることが出来ます。また、今年度は、内視鏡システムの更新も行いました。新たな機能としてレーザー光源搭載の新世代内視鏡システム「LASEREO(レザリオ)」を採用し、粘膜表面の微細血管などを強調した画像観察を可能とし、がんなどの病変部の視認性を高めています。2つめは、長年使用してきた超音波内視鏡の更新を行いました。従来品よりも高精細な画像で、腫瘍や血流など、鮮明な画像抽出から、信頼できる治療方針の決定に貢献する機種を導入しました。

下部内視鏡検査は、NBI・BLIシステムを導入し、



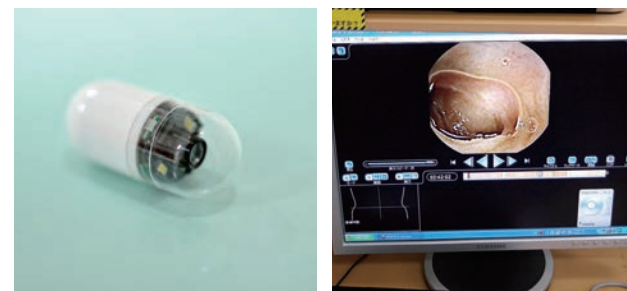
内視鏡専用透視室(EST・ERCP・EUS・ESD等診断治療に特化した設備を整えました。)

通常の内視鏡スコープでは発見しにくい病変を確認することが出来、早期加療につながっています。

内視鏡洗浄は、高水準消毒液剤として実績のある過酢酸を使用し、内視鏡自動洗浄・消毒履歴管理ソフトを取り入れ、いつ・誰が・どのスコープを使用したか感染管理を十分に行っています。又、消化器内視鏡技師が3人おり、内視鏡検査から備品管理・検査が安全に行われるべく医師と共同で検査に取り組んでいます。

### 【カプセル内視鏡検査】

小型カメラを搭載内蔵したカプセル型の内視鏡は、口から飲み込んだあと、消化管内部(特に小腸)の撮影を自動で行い肛門より排出されます。小腸は、



旧来の内視鏡では到達不可能な場所にあり、また6m前後と長いため「暗黒の臓器」とよばれ病気の発見が難しいとされていましたが、カプセル内視鏡を使用することにより小腸内部の検査を比較的簡単・安全に行えます。従来、他の小腸検査では見逃されてきた病変の検出が可能で特に原因不明の消化管出血例のうち小腸腫瘍が発見された症例は、約9%にのぼり、そのうち約半数が悪性腫瘍であったとの報告があります。

一個のカプセルを飲むことで小腸内視鏡検査ができ、原因不明の消化管出血の原因が明らかになり、さらには早期診断、早期治療の可能性となる検査です。

## 健診室

看護師長 門松 久美子

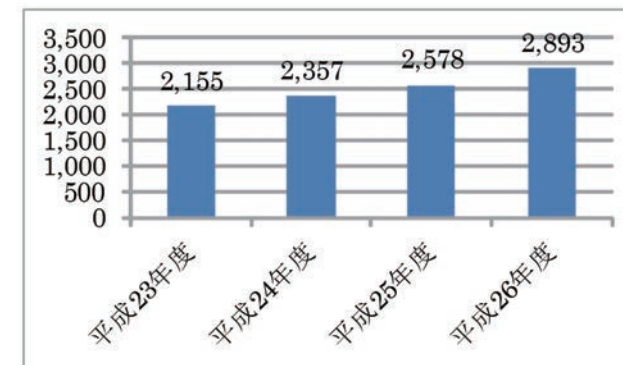
食生活も豊かになりましたが、その反面、仕事のストレスや運動不足・偏った食生活、不規則な生活、住環境の悪化等が増大して、多くの方々が生活習慣病の危険にさらされています。

そこで健康な生活を送っていくためには、自らの健康状態をチェックし、自らが自分の健康を管理していくことが必要になってきます。当院健診では、腎臓・尿路系検査、肝機能検査、脂質・糖代謝検査、循環器系、消化器系等の日帰り人間ドックや生活習慣予防健診、一般健康診断を実施しています。また、婦人科検診もしており、女性特有の疾患

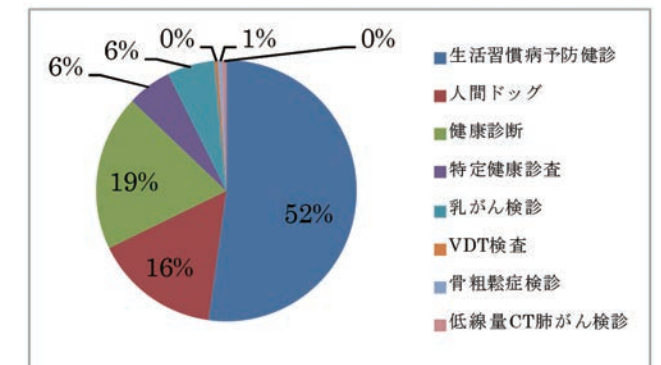
にも対応しています。大隅地域の多くの企業、団体などから年間3,200人ほどの方々に受診していただいております。

当院では、すべての健康診断の結果が当日中に出るため(婦人科検診の場合を除く)、検査終了後医師からの説明をさせていただいております。

健康診断の結果でさらなる精密検査や治療が必要と判断された場合、ご希望に応じて当院の専門医(外科、内科等)への相談などにも対応しています。



年間健診件数推移



健診内訳 平成26年度 2893件



健診者待合室



採血室

## 認定看護師



手術を受ける患者が安全に手術を受けられるよう麻酔科医と連携し、術前のスクリーニングや二次的合併症を予防するためにケアや安全管理を日々行っています。また、周手術期を通して各分野と連携し、継続看護の実践を行うことで患者が安心して手術を受けられるようマネジメントしています。

手術看護認定看護師  
西 鶴 理 恵



皮膚・排泄ケア認定看護師の役割は、創傷やストーマケア(人工肛門・人工膀胱)、失禁に伴い生じる問題をアセスメントしその方に適したケアの実践や、本人・家族・医療者への指導・相談を行うことです。一人一人が可能なかぎり快適な生活が送れることを目標に日々努めています。

皮膚・排泄ケア認定看護師  
有 馬 澄 子



がん医療における緩和ケアは、がんに伴う体と心の痛みを和らげ、生活やその人らしさを大切に考える考え方です。医療スタッフ、介護・在宅部門と協働し緩和ケアチームを立ち上げ、全人的苦痛への円滑なケアを目指し定期的にカンファレンスをおこなっています。

緩和ケア認定看護師  
宇住庵 美和子



抗癌剤による有害事象を専門的にマネジメントし、患者様の生活スタイルを考慮しながら、セルフケアを一緒に考え対応しています。

化学療法開始前から終了後も患者様、ご家族のさまざまな想いを傾聴し、カンサーボードにおいて医療チーム全体で共有しています。

がん化学療法看護認定看護師  
二 見 麗 香



平成27年3月、感染管理認定看護師教育課程6ヶ月間の研修を修了し、日本看護協会の認定看護師審査に合格しました。

感染管理認定看護師の役割は、在宅から急性期病棟まで、全ての医療関連施設を利用する患者・家族・訪問者はもちろん、現場で働く全ての人を感染源から守ることです。その役割を担うために必要となる幅広い感染管理に関する知識と医療施設内で多職種の方々と協働し感染管理に努めていきたいと考えております。

感染管理認定看護師  
柿 元 良 一

## 認定看護師活動

### 手術看護認定看護師 西 鶴 理 恵

タイトル	活動内容	年月日
認定看護師の役割と活動内容	曾於郡医師会立病院看護研修会	平成24年6月
高齢者に多い骨折	生命倫理研究会	平成24年7月
医療機器による事故防止・安全対策への取り組み	手術看護研修会 in 鹿児島	平成24年8月
理由がわかる器械だし看護	日本手術看護学会九州地区研修会	平成26年2月
手術看護レクチャー ポイントをおさえるモニター装着方法	オペナーシング(4月号)	平成26年4月
自施設での医療機器による事故防止・安全対策への取り組み	手術看護研修会 in 宮崎	平成26年6月
教育セミナー: チームで考える周術期体温管理	日本手術看護学会	平成26年10月
根拠に基づいた手術体位固定	手術看護研修会 in 宮崎	平成26年11月
院内における認定看護師の役割と活動内容	恒心会おぐら病院認定看護師主催がん看護セミナー	平成26年12月
周手術期の体温管理について 体温管理の実践	手術看護研修会 in 大隅	平成27年2月

### 皮膚・排泄ケア認定看護師 有 馬 澄 子

タイトル	活動内容	年月日
褥創の基礎知識	新人研修(講師)	平成24年4月
足壊疽患者に対し外来でマゴット療法(Maggot therapy)を実施した一症例	第12回フットケア学会	平成26年3月
ストーマ造設術を受ける患者の看護	鹿屋市看護専門学校	平成26年6月
褥創の予防とケア・カテーテル管理について(胃・腎・膀胱瘻)	日本看護協会訪問看護研修講義	平成26年9月
褥創ケアの基礎(褥瘡治療)	大隅地区 褥瘡研修	平成26年10月
皮膚表出がんの創傷ケア	大隅で学ぼう!明日に役立つがん看護セミナー	平成26年12月

### 緩和ケア認定看護師 宇住庵 美和子

タイトル	活動内容	年月日
老年看護	鹿屋市看護専門学校	平成26年4月
安心な医療の提供「エンドオブライフケア」	医療安全研修会	平成26年9月
がん性疼痛と看護	大隅で学ぼう!明日に役立つがん看護セミナー	平成26年9月
成人看護学	鹿屋市看護専門学校	平成27年2月

### がん化学療法看護認定看護師 二 見 麗 香

タイトル	活動内容	年月日
がん化学療法時の看護	新人研修	平成26年4月
がん化学療法時の看護	鹿屋市看護専門学校	平成26年12月 平成27年2月
がん化学療法の副作用とセルフケア支援	大隅で学ぼう!明日に役立つがん看護セミナー	平成26年12月
レミケード投与方法の変更	VIO製剤院内勉強会	平成27年2月

### 感染管理認定看護師 柿 元 良 一

タイトル	活動内容	年月日
感染管理 標準、経路別予防策	新人研修	平成26年4月
「食中毒」鹿屋保健所衛生環境課 弓場香純先生	第1回院内集合研修	平成26年6月
「危機管理としての感染対策」熊本大学病院 川口辰哉准教授	第2回院内集合研修	平成26年8月

## 通所リハビリテーション

介護主任 辻 良子

在宅事業の中核を担う役割としての通所リハの特色は、専門リハビリストが身体、精神的機能に合わせたリハビリを計画し、疾患やケガなどにより動けなくなった身体を動かすだけでなく日常生活動作、運動機能向上を図ってもらい、自宅生活が継続出来るようにリハビリを行っています。歩く、車椅子を動かす、トイレで排泄が出来る、入浴が出来る、食事が食べられる、レクリエーションに参加し脳活性をしてもらい1日他者との交流を図り笑って楽しかったと帰って頂くなどすべてがリハに繋がっています。目標を持って頂き達成感を味わってもらえるようサポートさせて頂いています。



立ち上がり訓練の様子

おぐら通所リハビリテーションは介護保険の認定を受けられた（介護、支援）の方々が、自宅での生活を継続されるためにご利用頂き、理学療法士、作業療法士、看護、介護スタッフによりリハビリを行い、



リハビリトレーニング機器による訓練

心身の機能の維持回復を図るため提供しています。長時間（6～8時間）に通われている方々は、入浴、食事、送迎、排泄、健康チェックなどのサービスをさせていただきます。



体幹・腰部トレーニング

昨年の4月より税と社会保障の一体改革のもとで医療制度が大きく変わることから、外来リハビリの一部（後遺症等の長い維持期リハ等）は平成28年3月で保険外となるために今年の7月より、1日8名で短時間通所リハ（1～2時間未満）の運用を開始しました。短時間ご利用で集中的にリハビリをされ食事、入浴サービスはありません。リハビリも専門職（理学療法士、作業療法士）が個別プログラムを作成し、2単位（40分）の個別リハビリを提供、利用者様にとって在宅生活に不安がもう少し訓練して継続出来るようにリハビリテーションをさせて頂いています。



理学療法士による個別リハ

## リハビリテーション部

部長 福田 秀文

平成26年度の目標は、恒心会事業方針である「法人事業の全体最適化」をkey wordに、一般急性期および回復期病棟の在院日数を維持することを念頭に「リハビリテーション部における在院日数短縮への貢献」を部署目標としました。

### ①リハビリテーション部診療報酬の把握

（在院日数短縮を含め、恒心会全体の動向からリハビリテーション部の診療報酬へどのような影響があるかを把握する。）

### ②外来リハ患者の短時間通所リハ（1～2時間）への移行

（要介護認定者でリハビリ算定日数を超えた外来リハ患者さんを短時間通所リハへスムーズに誘導する。）

### ③大腿骨近位部骨折・脊椎椎体骨折のパス（院内）患者の在院日数の短縮

（当院主要疾患である2疾患を、パスを使って在院日数の短縮へ連動させる。）

### ④川平法の導入・ロボットスーツHALの導入

（ニューロリハビリテーションに対する治療効果を向上させ在院日数の短縮を試みる。）

当院主要疾患に対する直接的アプローチ（③）と間接的アプローチとして早期退院後の受け皿である外来リハ及び短時間通所リハのシステムを構築する（②）。また、回復期病棟では脳血管疾患に対するリハビリ治療の質を向上させ入院期間の短縮を目指す（④）。また、これらの影響については診療報酬並びに在院日数等のデータで把握（①）する。

①については、リハビリテーション部部門会（リハ部長・科長・主任及び代表）を通じて分析に必要なデータは何かを検討しました。

②については、短時間通所リハ運営会議を通じてリハビリテーション部の役割、1) 患者さんへの説明。2) 相談室との連携。3) 急性期病棟・外来リハ担当と短時間通所リハ業務のシフトと内容の構築を実行しました。

③パス委員会を通じて、当院合併後の2疾患に対するパスを見直し（一つの病院として再編）、術後または入院後8週の計画に変更しました。また、関連部署への啓蒙を運営委員会、部署ミーティングで行いました。

④川平先生当院来院（1.5日）に対する診療体制の準備（スケジュール・対象患者と先生への情報提供・診療中のMA協力）と診療後のミニ勉強会の開催（全6回）を実施しました。

第1回（8月7日）：「片麻痺患者の歩行の考え方（装具含む）とトレーニング法」

第2回（9月2日）：「川平法と低周波併用療法」

第3回（10月9日）：「川平法と振動刺激併用療法（感覚入力について）」

第4回（11月13日）：「川平法（促通反復療法）技術習得～手指偏～」

第5回（12月11日）：「川平法（促通反復療法）技術習得～上肢偏～」

第6回（1月15日）：「川平法（促通反復療法）技術習得～下肢偏～」

当院主要疾患の一つである大腿骨近位部骨折のパスデータ3カ月分の分析から、在院日数を引き上げている要因に、①83歳以上の高齢者。②キーパーソンが子または嫁である。③認知症を合併している。などの傾向がわかりました。入院時にこの3条件に当てはまる患者さんについては入院時から社会的介入が必要です。また、移動と排泄が自立すると早期に退院する傾向もわかり、術後、早い時期に移動と排泄を自立させられるプログラムが必要と考えます。意外であったのは、82歳以下の中でも比較的若い患者さんでは、受傷前ADLが高いと、退院時の目標も高く在院日数が長くなる傾向にありました。今後、担当セラピストの退院時目標と患者さんのニーズを十分合致させる必要があります。またそのためには、退院後のフォロー（在宅リハ指導・外来リハ・介護保険の利用等）が重要になると考えられます。

回復期病棟の整形外科疾患以外の主要疾患として脳血管疾患のリハがあります。今年度はニューロリハビリテーションの最先端医療として注目されている促通反復療法の「川平法」と「ロボットスーツHAL」を導入しました。川平法については、生みの



川平先生による診療の1場面

親である川平先生が5月より月に2日来院診療をされることになり、受け入れ準備と川平法の技術講習会を計画し年間を通して実施できました。ロボットスーツHALについては、「HAL」チームの編成と会議・研修・勉強会を経て導入に至りました。実際の臨床では装着・調整にまだ苦慮していますが軌道には乗せられました。次年度はデータを元に治療のプロトコルを作成し、評価項目を決めて治療効果の検証を実施していきたいと思ひます。

短時間通所リハは、会議を通じてリハ部の役割を明確にすることで他部署と連携を図りながら導入（対象者の外来から短時間通所リハへの移行）できました。次回介護保険改定を念頭に質の改善を試みます。

最初に示した在院日数の短縮については、パス使用の患者に限っては、使用前10週、使用后9週と約1週間の短縮に貢献できました。しかし全体の在院日数への影響は他の疾患・他の要因があり数字として確認はできませんでした。引き続き診療報酬・在院日数を分析し、さらなる貢献を模索していきたいと思ひます。



ロボットスーツHAL使用の1場面

## 促通反復療法(川平法)

### 【川平法について】

従来の考え方では脳卒中片麻痺になると、破壊された脳神経細胞は再生しないため、麻痺を治療しても回復しないという考え方が常識でした。しかし、最近の脳科学の研究では、脳の一部が破壊されても、損傷を免れた他の部位がその損傷部位の役割を代行する能力(可塑性)があることを明らかにしています。その麻痺を回復させる治療法の一つに「川平法」があります。

その方法は、意図したとおりの運動を実現するために必要な神経路の再建・強化をすることです(誤りなき学習)、再建・強化したい神経路のみの興奮を繰り返し伝えることが重要です。その目標の神経



指伸展の促進反復療法



低周波治療器(伊藤超短波)



川平先生による指導

路の興奮水準を調整するために、姿勢反射や伸張反射、皮膚筋反射を用います。同一のパターンの促通を反復して、目標の神経路を効率的に強化します(1つのパターンに100回)。(片麻痺回復のための運動療法、2007年、医学書院より引用)

### 指伸展の促通反復療法:

患者さん自身が意図した運動を実現するために運動開始には伸張反射を利用し、伸展運動の間は筋の緊張が緩まないように軽い抵抗を持続させます(左図)。

意図した運動を実現するために目的の筋に低



低周波(TENS)併用療法

周波（TENS）を行い筋の興奮性を高め運動を発生しやすくします。川平法と併用することでさらに治療効果を高めます。

### 【川平法技術習得】

当院回復期病棟に入院された脳卒中患者様に



市販のハンドマッサージ機で痙直（筋の緊張が高い状態）のある筋に振動刺激を加えると痙直を減弱させることができる。また、感覚刺激を入力することで求心性の神経路の強化が期待できる



下肢の伸展・屈曲の促通反復療法

### 【研修実績】

	セラピスト数	研修参加人数	習得率
PT(理学療法士)	69	31	45%
OT(作業療法士)	22	16	73%
総数	91	47	52%

※平成26年度現在（セラピスト数は急性期・回復期・訪問リハ・通所リハ・老健を含む）



しっかり健側重心で立つことが基本。スムーズに歩ける範囲で患側への重心移動を行う。

対し、麻痺の回復に向けた質の高い治療を提供できるように、川平先生より直接指導して頂く研修会に平成17年より参加して今年で10年目となります。研修は霧島リハビリテーションセンターで行われ、1～3週間の研修に年間2～3名参加しています。研修内容は、脳卒中患者に対しての促通反復療法（川平法）の実技指導、脳卒中患者の治療に必要な知識、その他の技術に関する講義が行われます。加えて今年度からは、川平先生ご自身が月1回（2日間）当院へ来院され、患者様を診療した上でセラピストへ具体的な治療法や考え方、技術などの直接指導を行って頂いております。

さらに、業務終了後は1時間程度の症例検討会、または勉強会を川平先生にもご参加頂いて実施しています。

今後も治療の質を維持向上するために努力していきたいと考えています。

## ロボットスーツHAL導入

リハビリテーション部主任 児玉 興 仁

近年、リハビリテーション分野におけるロボット産業の役割は様々な臨床治験を経て確立されてきています。当院では平成26年6月よりロボットスーツHAL福祉用（以下、HAL）を導入し臨床へ活かすべく専属のチームを立ち上げ活動をしています。

平成26年2月よりHALチームを発足（急性期5名・回復期6名・老健2名）し、HAL使用ライセンス取得や南九州エリアHAL研修会への参加などを得て6月より導入しました。これまで、頸髄不全損傷患者や脳血管疾患患者等へ運用しています。

### 1) 評価項目

歩行評価：10m歩行時間（定常・速歩）、ケイデンス、Time Up and Go Test (TUG) の項目をHAL使用前・訓練各週後で動画撮影。

立ち上がり動作評価：麻痺側矢状面、前額面から動画撮影。

### 2) 訓練内容

訓練課題の設定には、対象患者の動作能力を



歩行モードによる歩行訓練

長崎北病院作成のフローチャートを参考に戦略的課題指標を決定しています。尚、長崎北病院のフローチャート使用に関しては使用許可を頂いています。

### 3) 訓練計画

倫理的配慮、使用に関する説明と同意を得られた者を対象に、週3回の訓練回数を1phaseとし、訓練時間は20～40分程度実施。患者疲労度に合わせて時間は変更しています。具体的な訓練期間の設定に関しては現時点では設けていません。

当院でのHAL活用は稼動して間もないため、具体的な治療戦略の立案ができるように当面は先行研究を参考に症例数を増やしHALについての知識、経験値を上げる取り組みが必要です。その中で、HALの効果を長期的変化と即時的变化の両側面から検討できるように活動し、最終的には、当院独自のプロトコルや研究報告が行える事を目指していきます。



立ち上がりモードによる立ち上がり訓練

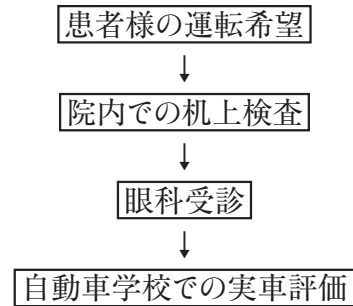
## 脳血管障害者の自動車運転再開への取り組み

作業療法士 松山 浩 仁

脳血管障害後の患者様において退院後の移動手段として自動車運転再開を希望される方は多く、地域的に公共交通機関が乏しいことや復職の条件や日常生活での移動手段として欠かせないなど理由は様々です。近年では免許更新時に過去の病気についての質問票の提出が義務付けられ、虚偽の記載をした場合には罰則が科されるなど、制度上でも厳しくなっていますが、リスクのある患者様でも自己判断で運転を継続するケースがあるのも現実です。脳血管障害の後遺症として運動麻痺や感覚障害など表面化されやすい障害の他に、視野障害や高次脳機能障害など表面化しにくい後遺症があります。自動車運転になると後者の方が見過ごされ、問題となることが多いです。当院においては、運転再開を希望される患者様に対して、院内での机上検査に加えて、任意で眼科での視野検査や近隣の自動車学校での実車評価を行い、総合的に判断し、診断書の作成や助言を行うようにしています。このような取り組みは、医療機関側の評価のためだけでなく、患者様自身が運転を通じて、病気後の身体・認知状況を改めて認識することも目的としています。

退院後の運転再開の希望があった患者様に対して、主治医・担当者間で検討を行い、下記の流

れで取り組みを進めています。



- ①机上検査で一定の基準以下であった場合は、再評価の検討や運転を許可しないとします。
  - ②眼科受診で視野検査の結果、視野障害を認められた場合は、運転を許可しないとします。
  - ③自動車学校での実車評価の結果、一定の基準以下であった場合は、再評価の検討や運転を許可しないとします。
- 最終的な運転再開の可否の判断は、警察や免許センターが担っており、医療機関としては医学的見地からの情報を診断書として提出することを求められ、一連の結果を参考に診断書の作成を主治医が行います。

これまで(平成21年6月より)、机上での検査は87名、さらに自動車学校での実車評価まで実施したのは37名になり、29名が運転を再開されています。



作業療法士同行による評価

## リハビリテーション部専門部会

科長 永濱 良 太

セラピスト個々の知識や技術能力・研究能力を高めるために専門部会活動を行っています。活動のメリットは効率性・客観性・自主性です。

当院では、現在8部会あり、各部会5~13名で構成され所属は任意です。各部会は1年間の活動目標を立て、月2回以上活動することを条件にしています。また、各部の勉強会等は所属者以外でもオープン参加ができます。遊び心でユニークなネーミングをしている部会もあります。また、他施設からの参加者も数名受け入れています。

### 【エコーで学ぶ会】

(活動目的)

平成25年4月発足。

超音波診断装置(エコー)(HITACHI noblus)の理解をはじめ、それに際する解剖学を中心に学習しています。独自のマニュアル作成・参考書を作成し、日々の臨床に活かしています。

(活動内容)

H25年度：エコーマニュアル作成・解剖参考書作り(足関節)

H26年度：大腿骨顆上骨折患者への取り組みとして研究係と症例係とわかれ、エコー評価を作成し、治療プロトコルの設定に役立てています。

その他：医師依頼での評価。新人教育とし烏口腕筋・腹横筋・大腿四頭筋を中心にエコーでの解剖学の重要性を指導。

### 【内部障害2015】

(活動目的)

平成23年4月発足。リスク管理を行え、積極的

に患者介入ができるようになることや内部障害である呼吸・がんを基本に勉強し臨床に活かしていけるようにします。

(活動内容)

上半期は主に離床基準・血液データの診方・フィジカルアセスメント・体内インアウトバランスについてなどのリスク管理について学び、下半期を呼吸療法やがんリハ・腎、肝機能についての知識を得る・症例検討を行いながらディスカッションを行っていくスタイルで勉強会を開催しています。呼吸評価表の作成・呼吸自主トレーニングのパンフレット等を作成。

### 【肩関節機能研究会】

(活動目的)

発足10年。肩関節に関する基礎および臨床研究の発表、実技等の勉強会を開催し、肩疾患患者に対応できる人材を育成していくことを目標としています。

(活動内容)

肩腱板術後・バンカート術後リハ計画の作成と再検討。肩腱板・バンカート術前・術後の定期



骨標本を使った動きの確認

評価データの蓄積。肩疾患運動療法の研究。院外活動として鹿児島高野連メディカルチェック(春・夏)への参加。

### 【下肢機能研究会】

(活動目的)

日々の臨床で治療を提供する理学療法士が知識を増やすことや最新の知見を勉強することはとても大切なことです。下肢機能研究会は、下肢機能障害にフォーカスを絞って、研究会内で情報共有をしながらお互いを高めることを目的としています。

(活動内容)

月2回程度、輪番制で担当を決めて最新の知見についてのプレゼンテーションやディスカッション、症例検討などを実施。

### 【子供を知ってる会】

(活動目的)

当院では、小児の発達障害患者を2名の非常勤医師がそれぞれ月1回の診察をしています。そのお子さんの発達や療育内容について、多職種で検討し、お子さんの療育に活かしていけるように、セラピストの技術向上を目的に活動しています。現在、38名のお子さんの療育を行っています。

(活動内容)

療育を行っているお子さんや評価後の評価の解釈や他部門とのディスカッションを実施。研修の伝達講習や文献抄読会も行っています。

### 【ハンドセラピー研究会】

(活動目的)

平成20年4月発足。手の外科を中心に上肢帯の解剖、触察または外傷や障害について基礎から学び知識を深め患者へのアプローチへとつ

なげる。

(活動内容)

各骨折(肩関節～手指)の病態、後療法についての勉強会やレクチャー。症例検討会。触察(肘から手指)。研究(治療成績やアプローチ方法)。平成26年より近隣病院からOT1名が同専門部会へ参加しています。平成27年度は院外からの参加が2名になる予定。



指の評価

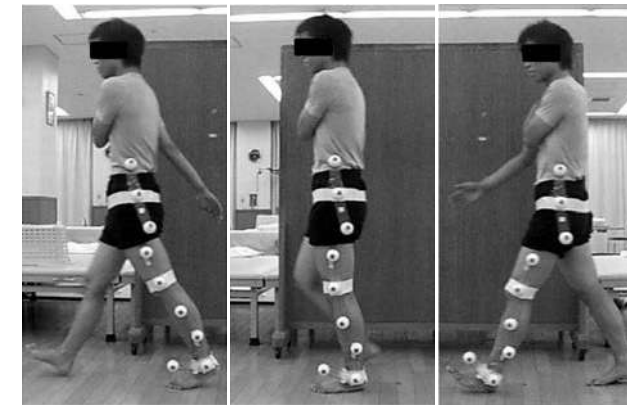
### 【歩行分析研究会】

(活動目的)

本研究会では歩行障害の評価の検討と改善のための理学療法について勉強会を行っています。また、歩行障害と関連する機能障害の理解、歩行分析のための基礎知識を目的に活動を行っています。

(活動内容)

- 1) THA・TKAの歩行障害に関連した先行研究のまとめと評価・理学療法に関する提言。
- 2) ロボットスーツHALや免荷式トレッドミルなど最新の理学療法に関する理論の理解と活動報告、症例検討。
- 3) 足底板コース修了者による伝達講習、評価・実技の実施と意見交換。
- 4) 上記を踏まえた理学療法士学会への学会発表支援。



ビデオによる歩行分析

### 【脳卒中リハビリテーション勉強会】

(活動目的)

平成21年4月発足。中枢神経障害患者のリハビリテーションに必要とされる脳機能解剖学・生理学・病態学・治療学の学習の場とする。

(活動内容)

中枢神経疾患の病態学・脳機能解剖学のレクチャー。症例検討。技術の伝達



研究計画の検討

### 【アスレティックリハ】

〈専門部以外の個人の活動〉

(活動目的)

傷害の発生しやすいスポーツ現場などに赴き、アスリートやスポーツ選手を対象に傷害のケアや予防に対して運動指導などを行う。現場でのアクシデントにも対応できるように研鑽しています。

(活動内容)

傷害予防プログラムの提示。メディカルチェック。ストレッチ指導。トレーニング指導。



膝のテーピング

テーピング。試合への帯同。

### 《恒心会リハビリテーション部研究大会》

リハビリテーション部では、各専門部会の成果や研究、その他のチームでの取り組み、個人研究や症例検討の発表の場として年2回(10月・3月)各2日間の研究大会(年平均30演題)を実施しています。以前からも取り組んではいましたが正式な研究大会としては今年度で第22回を迎えました。本研究大会は院外発表の登壇の役割もあり、より質の高い発表ができるように努めています。



研究大会



ディスカッション



## 院外活動

### 【野球フォーラム】

事務局：永瀨 良太

#### (概要)

活動開始より約10年経過。鹿屋体育大学保健管理センターの藤井康成教授を代表に事務局を当院リハビリテーション部に設置しています。

主に鹿児島市内で、代表と外部講師（山口光圀先生）を招聴し、年1回（11～12月）講演と実技指導を2日間開催しています。専門職だけでなく、学生にも理解できるように講義内容を工夫しています。参加者は100～200名程度。日本整形外科学会教育研修会の認定を受けています。

#### (目的)

野球選手に対して、怪我からの復帰やコンディショニング等について学生選手・指導者・医

療従事者等が一同に会して知識を共有していくことを目的とする。

(平成26年)

1日目：「セルフチェック  
～自分を知ることの大切さ～」

2日目：「長所は短所にも、短所は長所にもなる。  
まずは自分を知らう！」実践編



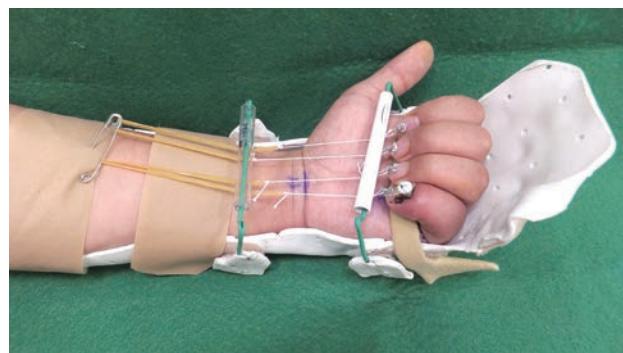
身体の使い方を指導

### 【鹿児島手の外科リハビリテーション研究会】

代表：窪 昌和

#### (概要)

年一回の研修会を実施、今年度で設立15年目となります。講義は全国の認定ハンドセラピストの先生方を中心に講義に加え、スプリント作成、



クライナート法(スプリント作成)

触診等の実技を行っています。

受け身の講義だけでなく、技術習得もできるように工夫しています。

鹿児島で手の外科リハビリテーションに関わる作業療法士とともに、最新知見の情報共有・技術のレベルアップを目指し、少しでも協力とお手伝いできればと思います。

(平成26年)

「複合損傷の後療法」  
愛野記念病院 田崎和幸(作業療法士)

「変形性関節症と炎症性疾患」  
中部大学 岡野昭夫(作業療法士)

「上肢筋の収縮特性」  
新潟医療福祉大学 大山峰生(作業療法士)

## 薬剤科

科長 立和田 ともね

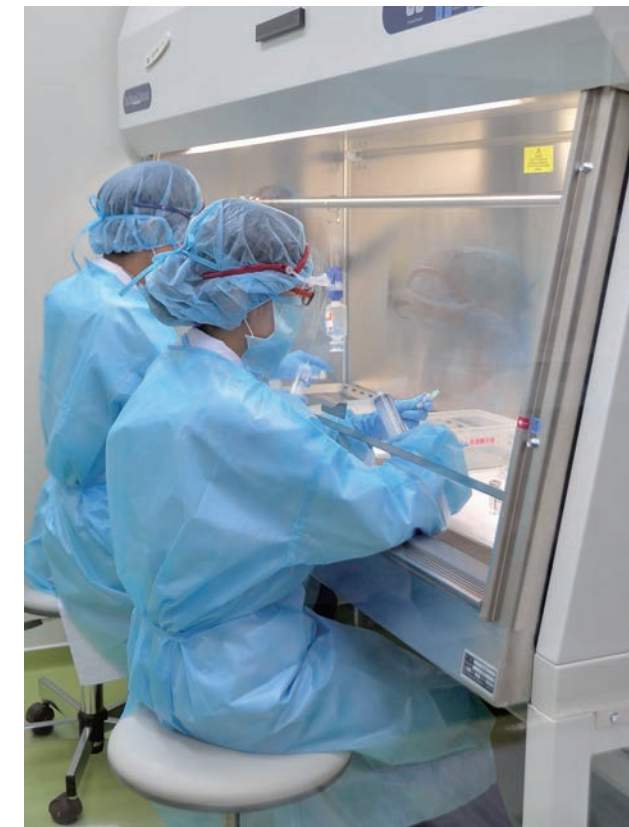
薬剤科は、おもに急性期及び回復期に入院中の患者、そして老人保健施設の入所者を対象に薬を提供しています。

### 【設備】

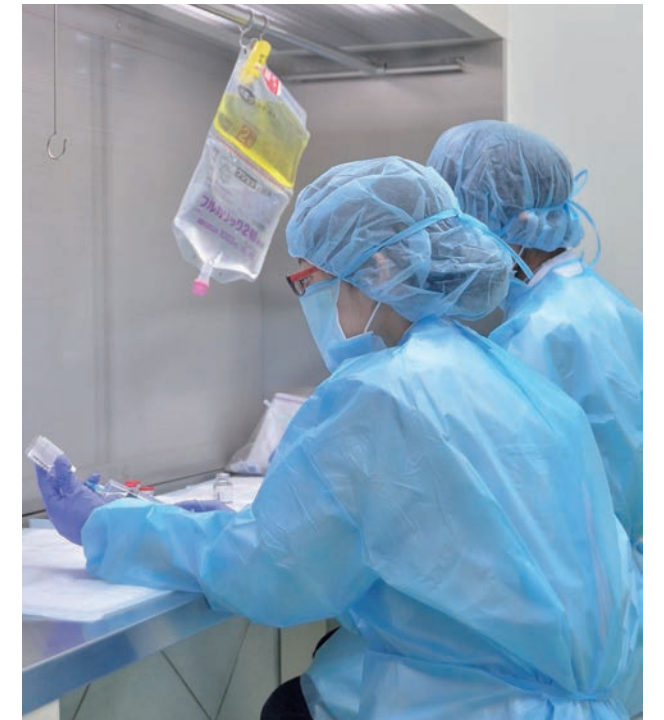
設備が整ったことにより業務範囲拡大、患者へ安心・安全な医療の提供、時間の有効活用ができるようになりました。

安全キャビネット(クラスIIタイプB2)

抗がん剤を調製するハザード室、高カロリー輸液などを無菌的に調製する無菌調剤室を設置しています。平成25年7月よりがん薬物療法認定薬剤師とがん看護認定看護師が中心に連携を取り、全ての薬剤師がローテーションで抗がん剤調製を



ハザード室(クラス10000)



無菌調製室(クラス10000)

行っています。(ミキシング件数：H25年度260件、H26年度264件)

病棟や検査室と薬剤科間の薬や物品を運搬するためダムウェーター(小荷物専用昇降機)やエアシューターを活用しています。安全・便利で、運搬に要していた時間を有効に活かすことができます。



ダムウェーター(小荷物専用昇降機)

**【今までの取り組みと今後の目標】**

平成14年度より継続的に取り組んでいる後発医薬品の採用率は平成26年度には16%台となりました。今後も現場での混乱を最小限度に抑えられるよう1ヶ月1~2品目を目標に後発医薬品の採用を検討していきます。

薬剤管理指導業務は平成11年より開始し、現在の指導実施回数は1ヶ月200件前後で推移しています。平成26年改正薬剤師法の成立により入院患者に対してより一層きめ細かい薬学的な指導を実施することが求められています。今後は入院中の患者、退院する患者へ確実に指導を実施できるように段階的に進めていきます。

病棟薬剤業務実施加算を目指して取り組み、算定要件の1つである病棟での業務時間、週20時間以上に近づくことができました。今後は薬剤師3名の増員ができたため、施設基準に係る届出の準備や

記録内容など詳細事項について進めていき、病棟薬剤業務実施加算を取得します。

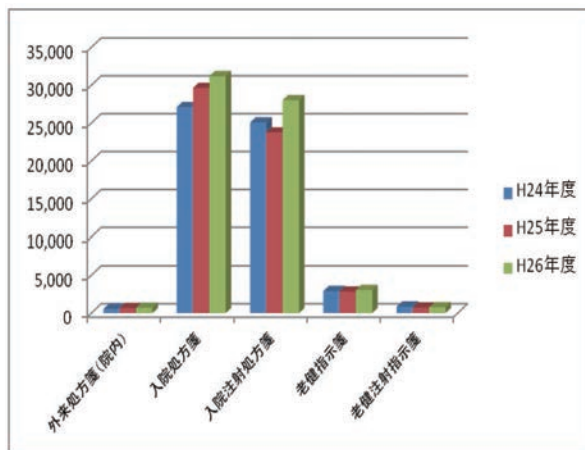
近年多くの新薬が発売され、高度な知識が必要とされています。これまでも数多くの学会や研修会などに参加して薬に係る知識の向上に取り組んできました。鹿児島県は平成27年4月より日病薬病院薬学認定薬剤師制度をスタートさせました。3年間に50単位取得、その後試験を受け認定薬剤師となります。この制度に参加し知識の底上げを図っていきます。

また、平成22年度より始まった薬学生の長期実務実習(11週間)の受け入れ施設となっており、認定実務実習指導薬剤師2名を中心に指導を行っています。

毎年100人前後の薬学生が鹿児島で実習を受けます(ふるさと実習)。指導する立場にある薬剤師としても色々な知識を身に付ける必要があります。

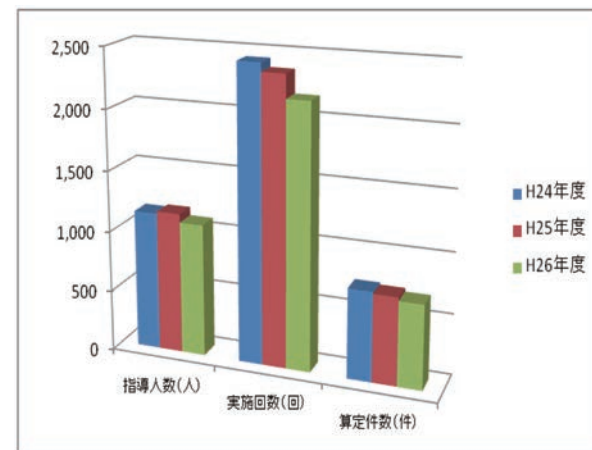
年度別集計表  
処方箋・指示箋枚数

	H24年度	H25年度	H26年度
外来処方箋(院内)	561	670	709
入院処方箋	27,111	29,634	31,181
入院注射処方箋	25,069	23,762	28,017
老健指示箋	2,908	2,845	3,047
老健注射指示箋	851	728	770



薬剤管理指導統計表

	指導人数	実施回数	算定件数
H24年度	1,144	2,429	736
H25年度	1,161	2,357	719
H26年度	1,092	2,165	690



**【薬事委員会】**

薬事委員会は、別に定める「薬事委員会規程」「薬事委員会細則」に基づき毎月第3木曜日に開催します。

医師等からの薬品採用依頼について審議、後発医薬品への移行、採用薬の見直し、添付文書改訂や適正使用などの情報提供及び期限切迫薬品一覧を作成し優先使用のお願いや削除対象薬品の検討を行います。

今後の課題としては、別に定めた「薬事委員会規程」「薬事委員会細則」が現状に合わず実行できていない部分もあるため改訂の必要があると考えています。

また、薬品の使用期限切れや破損等による金額の3ヶ月、6カ月、1年と定期的な報告、また前年度との比較を行い業務改善や手順の見直しにつなげ



薬事委員会・輸血療法委員会風景

たいと考えています。

**【輸血療法委員会】**

輸血療法委員会は、平成19年9月に発足し別に定める「輸血療法委員会」に基づき1年に4回薬事委員会と併せて情報提供や血液製剤に必要な事項について話し合います。

輸血用血液製剤の使用・廃棄した量・金額の報告を行います。廃棄率に関しては恒心会目標値(現在は2%)を定め、目標値を超えた場合は具体的に症例や理由を報告し適正使用について検討します。

年度末には血液製剤や自己血の使用量・廃棄量を示し輸血管理料の計算に基づき適正使用の判定を行っています。



全採用薬内の後発品数件数表 平成26年6月時点

採用医薬品	全採用品目数	後発品数	後発品比率
内服	525	91	17%
外用	186	35	19%
注射	339	47	14%
合計	1,050	173	16%

# 栄養管理科

科長 福田 康子

栄養管理科は、食事提供は業務委託にて、ニュークックチルシステム方式を用いています。恒心会管理栄養士4名で栄養アセスメントに基づいた栄養管理を行い、委託側は管理栄養士、栄養士、調理師、調理員でチーム医療での役割を果たせるよう全スタッフで取り組んでいます。

栄養指導は、入院・外来患者の個別指導をオーダーにより随時行い、生活習慣病の栄養指導や計画書作成、平成20年度からは鹿屋市の委託を受けて特定健診保健指導(動機付け支援・積極的支援)も管理栄養士で実施しています。また、ホームヘルパーの勉強会での衛生指導、介護職員初任者研修の講義も実施しています。

選択メニューは朝食のみ(米飯・パン・麺など)実施し、行事食・メッセージカード(年16回)のほか、15時のおやつを手作りで週1回実施しています。

平成26年度は、「コスト意識を持ち、より良い食事サービスと患者個々の栄養管理に取り組む」を全体目標に掲げ、栄養指導件数の増加、ニュークックチルシステムにおけるフードサービス

の見直し・確立、クリニカルサービスの確立を目標に取り組みました。

ニュークックチルシステムにおけるフードサービスの見直し・確立は、サイクルメニュー14日からのスタートでしたが1年間で23日サイクルまでは増やせましたが目標数値には若干達しませんでした。行事食は1回/月実施できました。

クリニカルサービスの確立は、栄養管理計画作成での改善計画は行なえました。また、栄養補助食品提供者への介入もできました。

その他の取り組みとして、当院では嚥下障害のある患者さんに対し、必要に応じてVF(嚥下造影)検査を行っています。栄養管理科が検査食をつくり、リハ科医・STが評価して嚥下段階食(I~IV)と食事形態を決定し提供しています。

また、通常の食事とは別に、治療上食欲のない患者さんは勿論のことですが、入退院を繰り返すことの多い、がん治療目的の食欲不振患者さんについても、好まれるあっさりメニューを9セット用意し組み合わせ個人対応をしています。

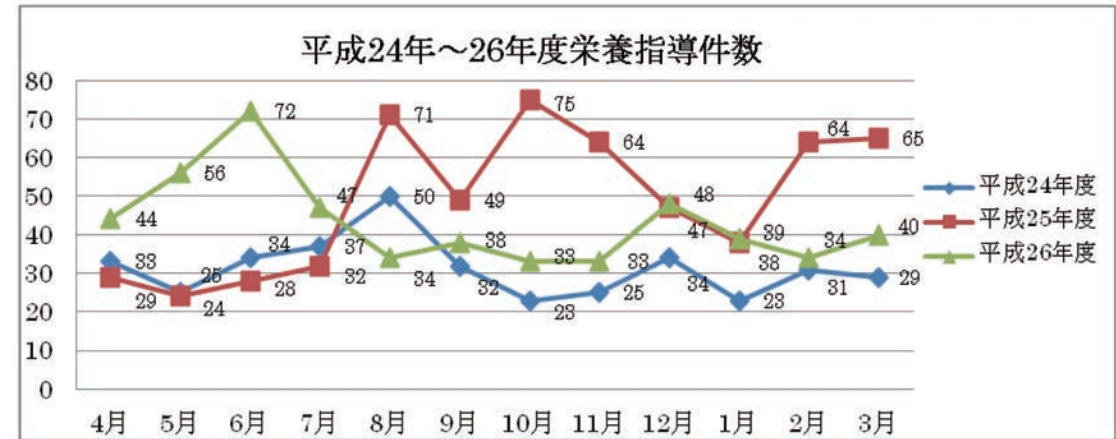


食欲不振メニュー(そばセットと果物)

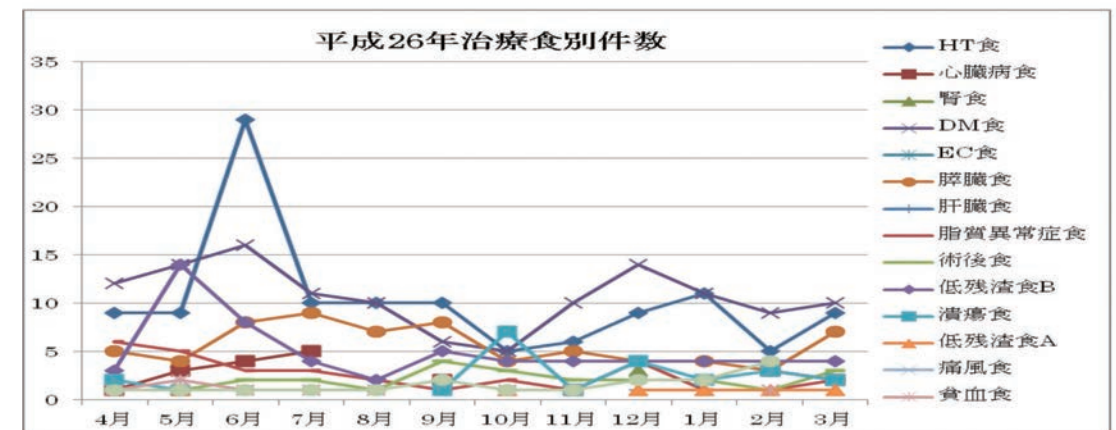


アイスクリームセットと果物

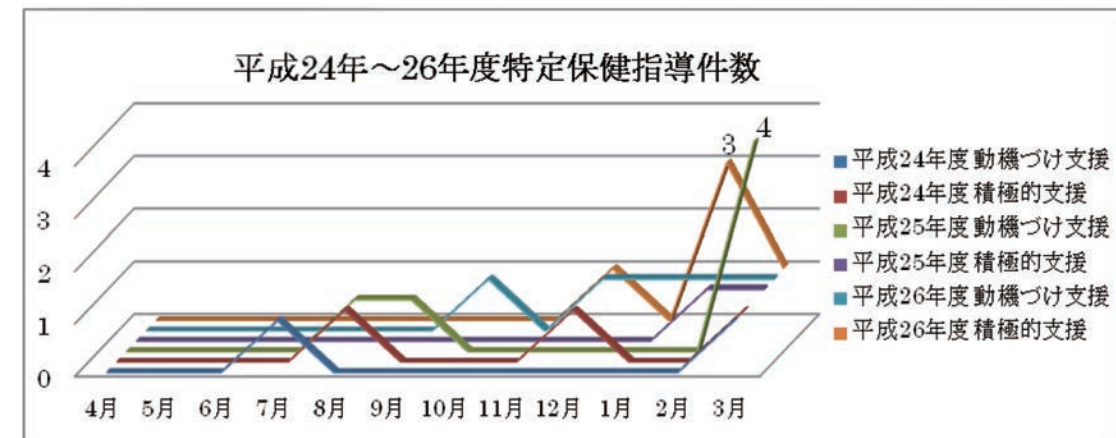
## 【実績報告】



平成24・25年と指導件数は増加傾向にありましたが、平成26年度は管理栄養士1名減により増加とはなりません。また、指導件数に繋がる特別治療食は患者全体の60%を占めています。病棟との連携が指導件数に反映されるため機会損失を生じないように連携強化を図っていきます。



内科系では、生活習慣病であるDM(糖尿病)食、HT(高血圧)食が最も多く、外科系では低残渣食となっています。当院では42床の外科病棟があり術後の患者さんにオーダーされるケースが多く、今後はがん患者さんの受け入れも積極的に行われますので件数は増加してくるものと思われます。



特定保健指導は義務ではなく患者さんの同意を必要とします。そのため指導件数が少ない傾向にあります。生活習慣病の改善、予防は国の施策でもあり、患者さんにどのように理解して頂き指導に繋げるかが今後の課題です。

## ニュークックチルシステムの導入

H25年7月の新病院建築にあたり、20年30年後を見据えた調理室作り、栄養管理科の目標のひとつでもある「安全でおいしい料理の提供」を第一に考え、鹿児島県初となるニュークックチルシステムを導入しました。

食器を介して食材を再加熱する方式で、1つのトレイで最大2つまで再加熱が可能です。従来の温冷配膳車では、カート内温度が一定のためメニューに応じた温度調整が出来ず適時・適温が難しく、無駄な電気ロスも大きかったです。ニュークックチルシステムで使用するカートにはいくつか種類がありますが、コスト面、機内食サイズでコンパクト、機能性・操作性が良い、献立の自由度も汁物の後付などにより可能になるということで、EH再加熱カートを採用しました。

### ニュークックチルシステムのメリット

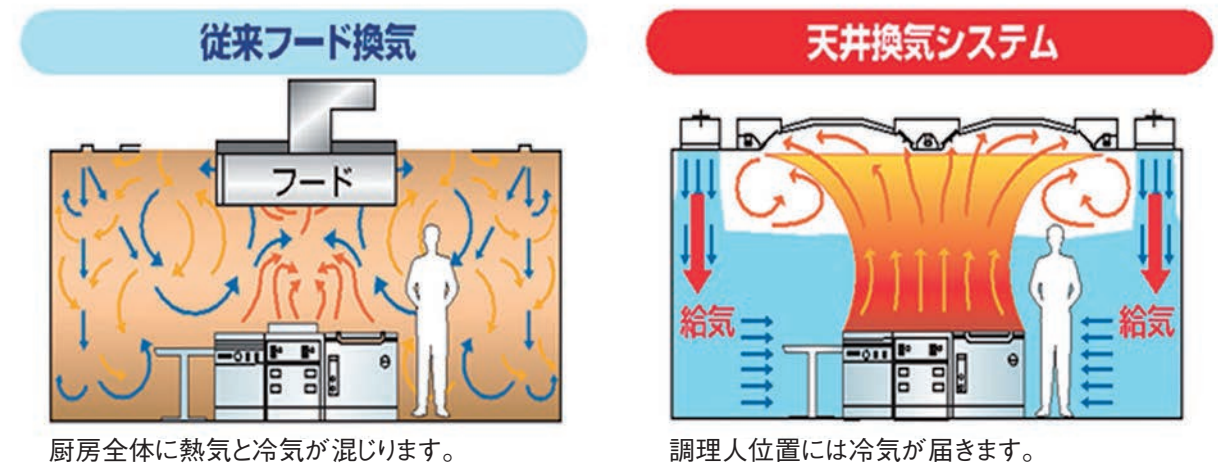
1. 衛生面の向上があげられる。調理後急速に冷やすことで食中毒の危険性を抑え、温度時間などマニュアル化することにより、各工程の中で細菌が繁殖しやすい温度帯を短くし細菌の繁殖を防ぐことができます。
2. カート内でメニューに合わせた温度調整ができ適温の充実、火傷のようなトラブルが無く安全性が確保できます。
3. 省エネカートといわれるように、ピンポイントで加熱するため消費電力が少なく、ランニングコスト削減につながります。

### 【システム導入の効果】

1. 適時・適温に関して、冷菜は3℃くらい、温菜は汁物で75℃以上が確保できています。
2. 調理室の環境では、夏は非常に暑く冬は寒いといった状況でありましたが、一定の温度管理ができるようになり、更にハルトン社のヴァインボックス換気天井システムの設置により温度管理が充実しています。
3. ゾーニングが汚染区域・非汚染区域できちんとできるようになったので、衛生面で格段の差があります。
4. 調理スタッフの勤務体制に関して、朝食は前日の夕方に準備ができるので、早朝勤務の時間が以前に比べて1時間以上遅くできるようになりました。
5. 計画生産による料理のチルド保存が3日分確保でき、さらに災害時の復旧の早さを活かした電化厨房なので、今後、災害時（非常時）においても適切な治療食の提供ができると考えます。⇒災害拠点病院の役割も果たせる様に努めていきたいと思えます。

### 【ハルトン社のヴァインボックス換気天井システム】

従来のフード換気は、調理機器から出る油煙や水蒸気があふれ、スポットクーラーなどの冷気とまじり、調理する人の位置は冷えにくいです。天井換気システムは、天井全体で漏れなく吸い込むため、熱気は室内に残らず給気口からゆるやかに吹きだす冷気が、熱気と混じることを最小限に抑え、調理する人の位置を涼しくします。



「ヴァインボックス換気天井システム」を調理区域に設置  
スチームコンベクションオープンからの水蒸気を吸いこんでいる様子



患者食(ゴーヤチャンプル)



行事食(十五夜)

# 恒心会おぐら病院ニュークックチルシステム

平成25年7月稼動

食事が  
提供されるまで



01 仕入れ・検収



02 下処理



スチーム  
コンベクション

03 加熱調理 | 芯温75°C



プラスチック

急速冷却することで劣化することなくチルド状態で当院では3日間保管可能としています。

04 急速冷却 | 90分以内に3°C以下



05 冷蔵保管 | 0~3°C



06 盛り付け



07 トレイメイク



カート内で再加熱することにより、温菜・冷菜ともに適温で提供することが可能です。

08 再加熱 | 芯温75°C



09 ご飯後付



10 配膳



11 カート清掃・下膳・洗浄

# 画像検査科

科長 福元 睦美

## 【画像検査科概要】

平成25年7月恒心会おぐら病院開院と同時に、診療放射線技師と臨床検査技師が一体となり画像検査科が設立されました。画像診断機器として64列MDCT（ワークステーション画像処理含）・1.5TMRI装置などすべての装置を更新し、PACS運用にて画像診断を実施しています。医療設備の充実と同時に、それを扱うスタッフの教育にも力をい

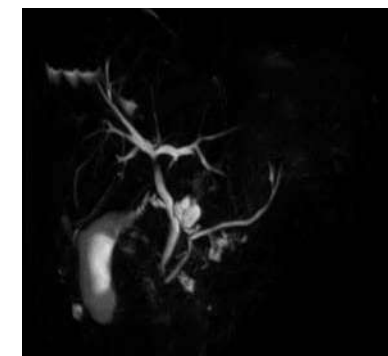
れています。ハード面とソフト面の両軸が足並みを揃えることができ初めて病気の早期発見、早期治療、より適切な治療法の提案ができると考えています。また、通常業務に加え救急業務、へき地診療への画像提供にも取り組んでおり、患者接遇、被曝低減、医療安全など気をつけながら業務に取り組んでいきたいと思っています。

## 【各装置特徴】

### ①MRI

1.5T超伝導MRI装置にて、整形領域を主に各

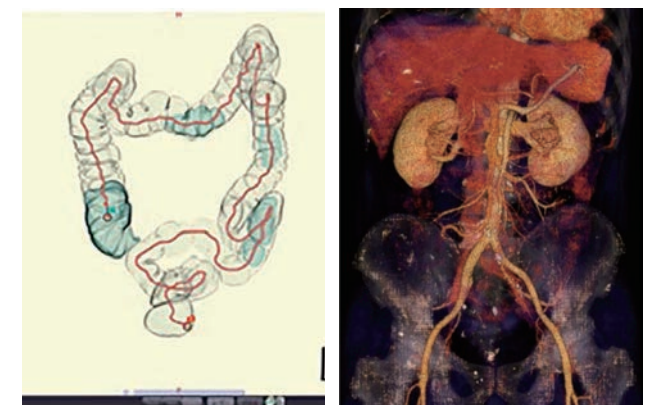
診療科のオーダーに対応。最近では肝臓EOB撮影やMRCP検査も増加。



### ②CT

64列MDCT装置。ワークステーションを導入しており、MPR,3D作成が短時間で可能。

大腸CTC撮影もH26年度より開始。また健診部門で低線量被曝CTを開始し、放射線科医、外科医のダブルチェックを実施。

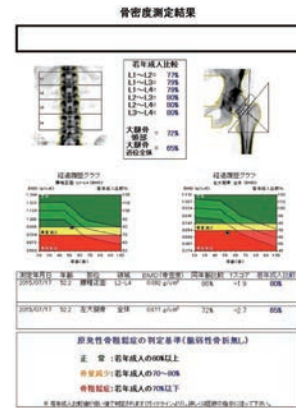


③骨密度

腰椎、股関節の2部位による骨密度の評価DXA



装置を導入。



④マンモグラフィ

FPDデジタル画像を専用5Mのモニターにて読



影。マンモグラフィ認定女性技師が撮影。

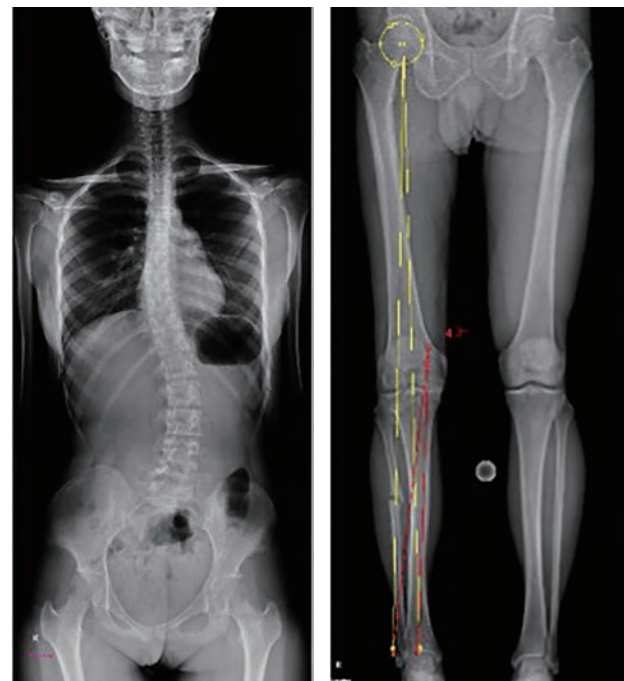


⑤撮影室

透視室からCT室、一般撮影室と3部屋を撮影室内で移動可能な導線。一般撮影室では、全脊椎、下肢連続撮影が立位・臥位で撮影可能。また胸部撮影でDE法が可能で、3種類の画像を1回の曝射で提供できます。



デュアルエネルギーサブトラクション



オートイメージベスト

⑥透視室

整形、内科、外科領域はもちろん血管造影、リハ科での嚥下造影へも対応できる17×17FPDを



搭載したマルチTV装置。

主な検査：(ミエログラフィ・神経根ブロック・徒手整復・ERCP・PTCD・注腸・嚥下造影)

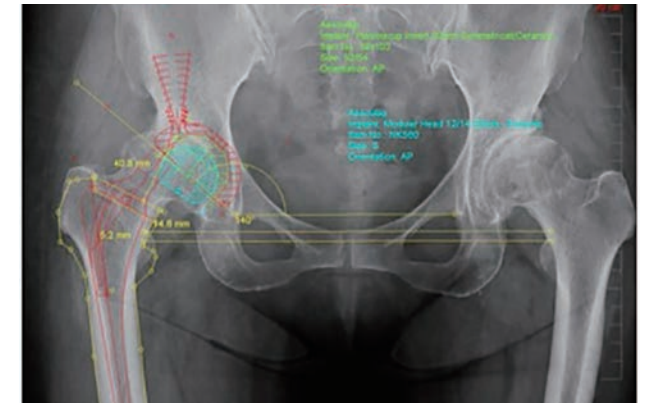


⑦手術室

2台の外科用イメージを配置し、天吊りモニターにて透視画像を確認。また、手術前室にて撮影



画像の処理が行え迅速に術後画像の確認が大型モニターで行える。



Ortho Plannerデジタルプランニングツール

⑧FPD使用ポータブル

病棟、救急室での撮影にフラットパネルを使用。曝射直後に画像を確認でき、画像調整可能。1枚のパネルで数名の撮影が可能



⑨遠隔画像参照システム

へき地(佐多)診療における遠隔画像参照(I-PAD)使用。H26年度より使用開始 ※今後救急、病診連携にも使用を計画



【画像診断】

- 1. 遠隔画像診断(24時間対応)：通常読影と緊急読影あり
- 2. 週1回(水)読影医勤務

【外科カンファ(読影)】

毎週火曜日8:00～ 参加者：外科医師全員、放射線技師、検査技師

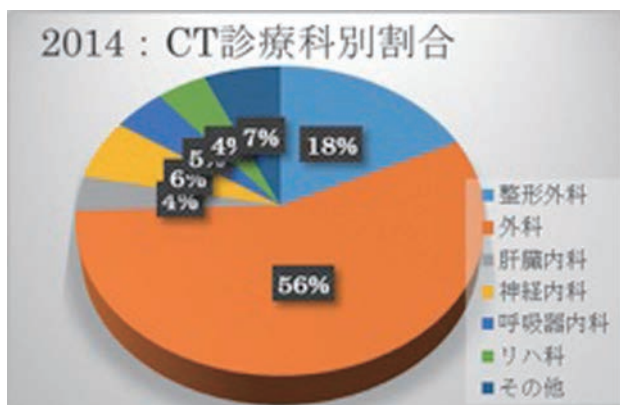
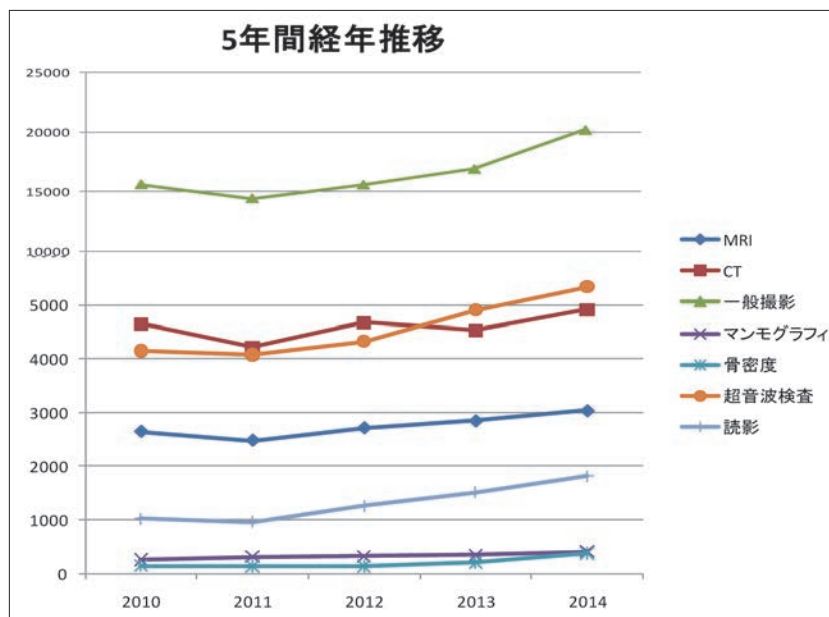
1週間ごとのCT,MRI検査画像を外科医全員で再確認及び今後の治療方針を検討

- 2012年:916件
- 2013年:868件
- 2014年:922件



【実績報告】

○年度別検査件数(2010～2014)



社会医療福祉科

科長 日高賢治

当法人の相談業務部門である社会医療福祉科は、医療分野のソーシャルワーカー部門・介護事業分野の居宅介護支援事業所部門、地域包括支援センター部門の3部門が一つになって形成されています。

医療ソーシャルワーカー部門の業務指針としては、入院・外来患者の支援を行い地域の関係機関と連携し、地域での生活が安心して送れる相談援助を目標に掲げています。

当部門は、平成21年1月より外来に相談室を設置し、退院支援計画策定による退院支援の援助を初め、平成22年度より介護支援連携指導料の算定による介護支援専門員などの連携強化に努め、



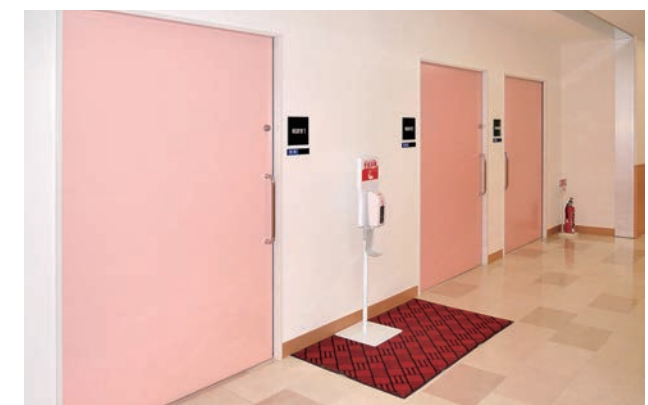
相談窓口 社会医療福祉科室内

早期の支援を念頭に各関係機関への連携を図ってきました。平成25年7月の新病院設立に伴い、MSW4名体制になり、新たに看護副部長が加わり地域連携業務における転院窓口として他院からの転院相談に対応し、調整を担わせていただいています。

肝属・曾於の医療機関や行政とで行っている連携会議「たんぼぼ会」に平成21年より参加、会の規定としては、医療が必要となっても、安心して住み慣れた地域で生活できるように、医療、保健、福祉の地域連携を強化することを目的とし、専門的な支援及び助言、社会資源の開発に関することを挙げています。平成26年度は「たんぼぼ会」が実施できていない現状ですが、当部門は、地域で生活されていた患者が安心して生活できるように医療と介護の橋渡しをする役割があり、そのニーズの把握や地域の情報収集を行い関係機関と連携することが当部門における地域連携の役割だと考えています。今後、他の医療機関などと共に地域連携活動強化に向けた取り組みを行ってまいります。

今年度当部門が「法人事業の全体最適化」をキーワードに取り組んだ主な業務としては、①診療報酬改定による数値目標を達成する為の取り組み②患者サポート体制強化と医療安全との連携強化の取り組み③介護事業部門との連携への取り組みが挙げられます。

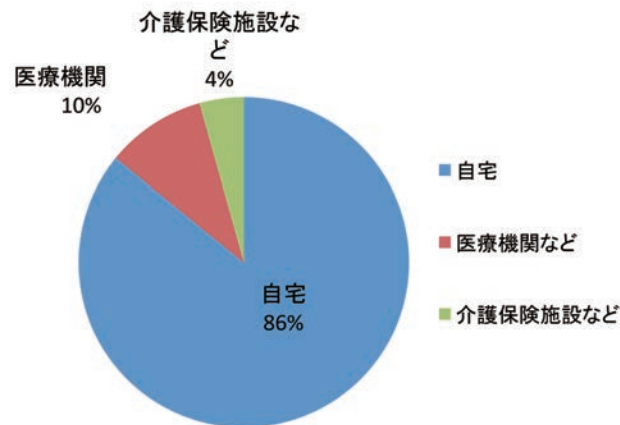
①平成26年4月の診療報酬改定で、在院日数の計算式から短期滞在入院(ポリプ切除など)が除外され在院日数維持に厳しい見直しが行われました。平成26年度の実績では3ヶ月平均



相談室 3室

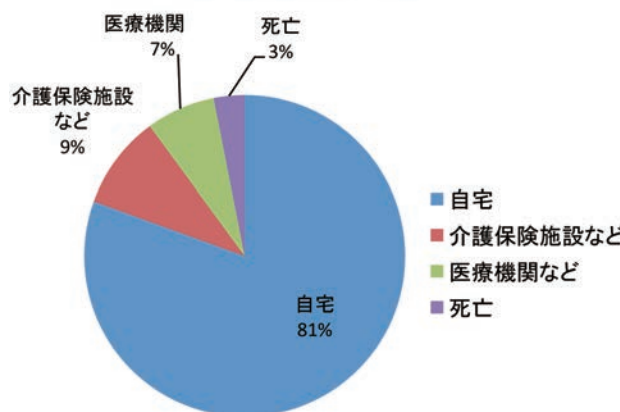
の在院日数は16日台で平均在院日数18日はクリアしています。取り組んだ内容としては、クリティカルパスの見直しに参加し、圧迫骨折、大腿骨近位部骨折の患者の早期退院支援や在宅の介護事業部門との連携強化に努めました。

## 入院患者内訳



自宅	2434
医療機関など	277
介護保険施設など	123

## 退院患者内訳



自宅	2287
医療機関など	267
介護保険施設など	198
死亡	88

②患者サポート体制の充実ですが、平成25年4月の診療報酬改定により経験のある社会福祉士

が患者の様々な相談や苦情の窓口となり、チームで対応することにより加算がつくことになりました。

今までも患者・家族の相談を聴き問題解決に向けて取り組むことが役割でしたが、案内やマニュアルなどを構築することにより充実を図ってきました。医療安全との連携を強化し、管理者と共同して苦情対応などの問題解決、カンファレンスへの参加の充実が今年度の目標です。



③介護事業部門との連携ですが、退院患者の法人内外のサービス利用状況の確認を行い、退院後の在宅での能力維持や向上を目標に様々な事業所と連携を図り、関係構築を図りました。平成28年4月からは、外来リハビリを利用している患者の一部が介護保険でのリハビリサービスに移行になるため、サービスの把握や提案などが今年度の課題です。

また長期目標の一つであるがん患者対策に関しては、研修参加やがん拠点病院との情報交換を実施し、鹿児島県で行っている「私の手帳」の利用促進やがん相談におけるMSWの体制構築に向けた取り組みを行っています。平成27年4月には介護報酬、28年には診療報酬改定があり、当部門としては変化にいち早く対応し、地域の実情を踏まえ先を見据えた取り組みを今後も継続していきたいと考えます。

## 事務局

事務長 片村 良明

### 【診療報酬改定への対応】

平成26年度の診療報酬改定は、2025年を見据えた医療提供体制の再構築を行うため、急性期病床の機能の明確化、受け皿となる地域包括ケア病棟の創設や在宅医療の充実等を進める改定となりました。改定率としては、前回に続きプラス改定にはなっていないが、消費税増税補てん分を考慮すると実質マイナス1.26%となり、全体的には厳しい改定となりました。

今次改定の重点課題のひとつである7対1病床の削減を進め、急性期にふさわしい病床機能の明確化と役割分担を行うため、施設基準である重症度・医療看護必要度の重症者の定義を厳しくし、平均在院日数の計算対象の適正化、在宅復帰率の要件導入等が行われました。

当院でも、7対1病床を116床3病棟で運営しており、その対応を医局、看護部その他関連部門と情報収集を行い、検討を重ね、整形領域の診療プロセスの一部見直し等を実施し、全病棟7対1入院基本料の届出を行いました。



事務局

100床を2病棟で運営している回復期リハビリテーション病棟についても、入院料1の要件が厳格化されましたが、一般病棟を含めたケアプラン等の見直しを行うことにより継続して算定ができています。

特に今回の改定で新設された、医師・社会福祉士の専従配置を評価した体制強化加算については、従前より、各病棟にリハビリテーション医師の専従配置と社会福祉士の専従配置を行っていたため、今回の改定においては、担当医師の研修への参加を実施しただけで加算申請を行うことができました。

その他主な届出として、急性期看護助手加算を50対1から25対1へ、処置、手術の時間・深夜・休日加算等の届出を行い、収入の確保もですが医師や看護師の負担軽減も並行して行えました。

平成26年度の診療報酬請求額は、改定での単価アップ、施設基準の新規加算や上位基準の申請、病床の稼働率アップ等が寄与し、前年対比104.6%となりました。

今次改定では、7対1入院基本料を算定している病床数が、国が計画していた病床数まで減少していません。2016年次期改定で、さらに基準の厳格化を進め、7対1病床の削減を推進するのは必然と考えられます。

当院でも、地域の環境等を考慮し、急性期医療の体制、回復期、そして在宅支援の充実を念頭に包括的なケアシステム作りを推進していきたいと考えます。



# SPD室

係長 中川 秀生

物品管理システムで診療材料、事務用品・日用品、印刷物などを管理し、SPD職員にて発注、供給、現場への搬送、在庫の管理を行い、現場の材料にかかわる負担を削減し、得られた材料データを分析し、コスト削減につなげる業務を遂行します。

平成25年9月よりこれまで施設外事務所から物品の搬送を行っていたが、新病院建築に伴い、病院内へ配置、これに伴い物品供給搬送にかかる時間が大幅に削減。また院内新病院の3病棟に同じ収納庫を導入し、収納箇所も共有使用材料については、同じ場所にすることで職員が移動しても困らな

い、事務職員の教育労力も削減でき業務の効率化につながっています。

SPD室としての業務は、特に下記の項目について努力しています。

- ・物品の安全供給
- ・仕入れコストの削減
- ・物品管理（在庫・定数管理・デッドストック削減）の強化
- ・在庫回転率の改善
- ・局内教育（診療報酬改定 消費税増）



SPDピッキング作業



物理管理システム



日事務用品棚



医療材料棚



印刷物棚

# ME室

係長 中川 秀生

医療機器の安全管理体制を構築するため、新病院開設に合わせてME室を設置し、医療機器管理システムを導入して機器管理の一元化を行っています。

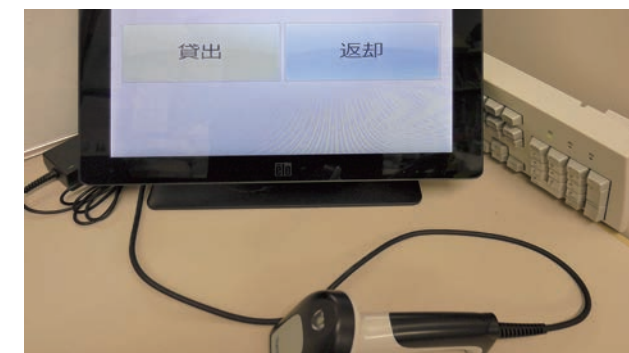
当院では、事務局所属の看護師免許を持つ職員が、医療安全管理責任者として医療機器の管理を行っています。ME室に貸出・返却することで、病棟での貸し借りの作業がなくなり、始業点検、清掃を行い整備した状況で使用できる環境になりました。病院開院時に、現場から機器購入追加申請もありましたが、現状維持のまま稼働し適正に機器の使用ができています。ただし、状況に応じては不足することもあります。機器の稼働率を参考に、購入数も判断できる状況になってきました。医療機器の購入に関しても、事務局との連携も取れ、購入から廃棄まで、効率の良い機器管理が遂行でき

る状況になったと考えます。

今年度認定看護師と共同し、血糖測定器の更新、化学療法室へのドリップアイ導入など行い、院内使用機器の標準化と導入コストの削減を視野に入れて取り組むことができました。



貸出し機器



ME管理システム タッチパネルで貸出し返却実施

内容	件数
修理件数 ME室登録分	113件
始業点検件数 ME室登録分	2601件
期間 2014.4.1~2015.3.31 機器貸出し返却件数	件数
シリンジポンプ TE-331SIN	918
輸液ポンプ TE-161S	430
テルフュージョン輸液ポンプTE-261	339
SCD700シリーズコントローラー 700	332
SCDエクスプレス 95257	297
輸液ポンプ TE-161SAP	105
離床キャッチ II NU-100	84
離床キャッチ II NU-200	76
ベッドコールケーブルタイプ(背)中継 BC-1	57
ウィズエア DVT 38014-001	42
離床センサー足元コール HC-R	32
メラサキューム MS-008	19
離床センサーベッドコール BC-RN	14
コールマット徘徊コールⅢ(足)中継 HC-3	13
計	2,758

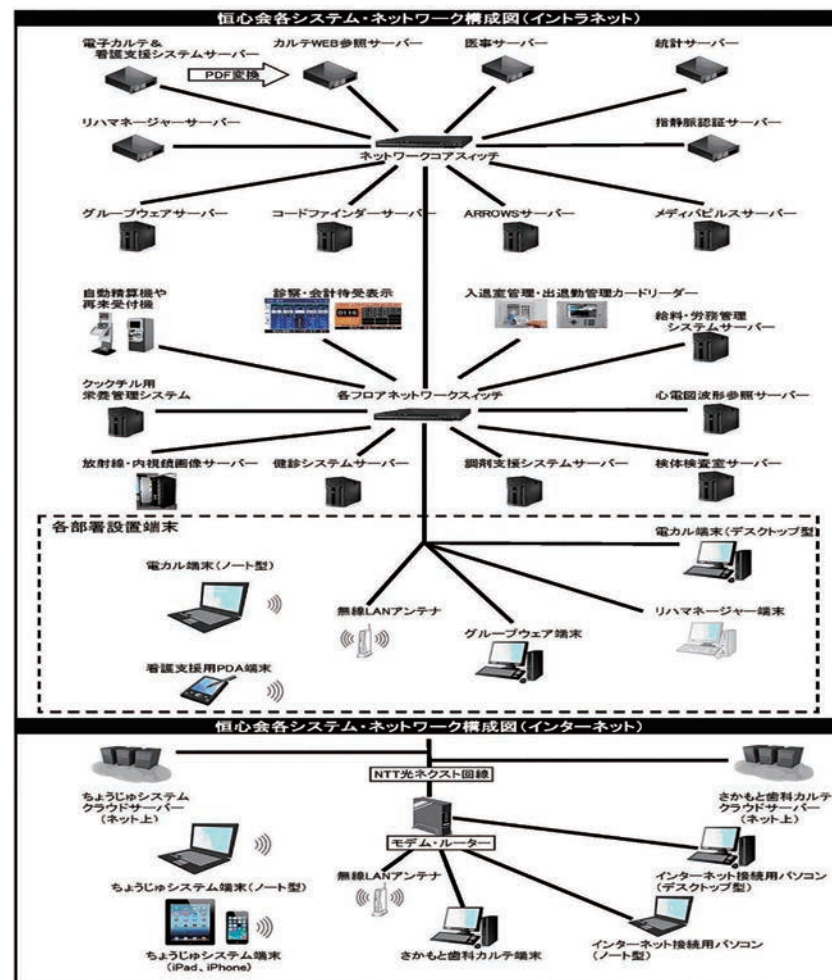
院外 研修名	主催	開催日
第14回 医療機器安全対策研究会 医療機器の安全使用と関連感染防止	日本医療機器学会	平成27年 2月 7日
医療機器安全管理セミナー 東京ビッグサイト	東京都臨床工芸士会	平成26年11月12日
認定ホスピタルエンジニア講習会	日本医療福祉設備協会	平成26年11月13日
院内 研修名	主催	開催日
VS-3000TE 十二誘導心電図血圧脈波装置導入取扱い研修	フクダ電子	平成26年 8月19日
輸液ポンプ TE-261アンチフリーフロー導入取扱い研修	テルモ株式会社	平成26年 9月17日
シリンジポンプ TE-361PCA 導入取扱い研修	テルモ株式会社	平成26年10月 1日
除細動器取扱い研修(新人研修含む)	日本光電	平成26年 9月19日
人工呼吸器取扱い研修(新人研修含む)	メディック呼吸器センター	平成26年10月10日
深部静脈血栓症予防について SCD700 導入取扱い研修	コヴィディエンジャパン	平成26年10月17日
血糖測定器メディセーフフィットスマイル 導入取扱い研修	テルモ株式会社	平成26年11月26日

# 総務課情報システム係

係長 安松 信

恒心会では平成16年、当時、全国的に見ても導入の少なかった電子カルテをいち早く導入したのを皮切りに様々な病院業務のIT化に取り組んできました。

現在に至ってもその歩みは止まること無く、平成28年初頭には10年以上使用した日立製作所から東芝の電子カルテへのリプレースを予定しています。



## 【セキュリティ】

指静脈認証によるログインシステムを導入。



## 【リスクマネジメント】

患者の腕に巻いたリストバンドや薬袋のバーコードをPDA端末で照合し注射の誤投与を防ぎます。



委員会活動

# 医療安全管理委員会

医療安全管理室副看護部長 岡部 なるみ

安全な医療を提供するためには医療の質向上を目指し、安全管理に関する体制作りが重要です。

恒心会おぐら病院は一般病棟と回復期病棟の統合によりハード・ソフト両面において安全管理に関して検討を重ね開院を迎え職員個人と組織が一体となり日々の安全な医療の提供を心がけています。

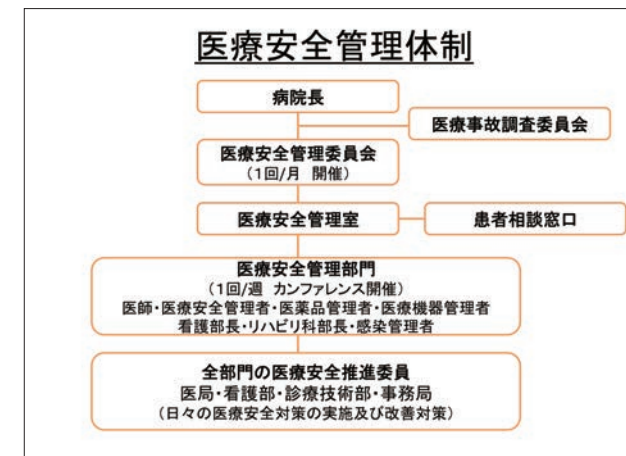
## 【部門紹介】

医療安全管理室は院長直轄として院内のあらゆる部門と連携し安全な医療の推進を目指しながら活動しております。部門の構成は院長のリーダーシップにより専従の医療安全管理者、看護部長リハビリ部長、医薬品管理者、医療機器管理者、感染管理者で構成し各分野からの専門的な意見により改善を試みています。

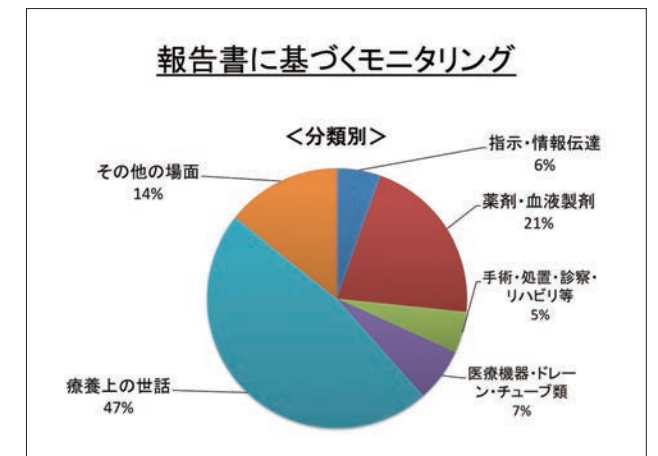
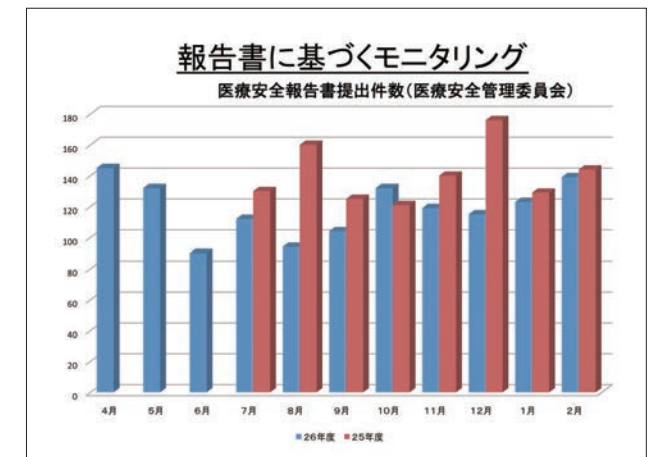
## 【医療安全管理室の主な業務】

- 1) 医療安全管理委員会の資料及び議事録の作成と保管(毎月)
- 2) 医療安全報告書(インシデントレポート)の一元管理

情報収集と分析の院内の報告体制として各部



署に医療安全推進委員(所属長)を配置し、微細なヒヤリハットも含めタイムリーな報告があります。比重的には、他施設と同様に転倒・転落に関する報告が多く、高齢の患者が多く環境の変化に伴う精神面影響や身体能力の変化など患者要因の要素等入院時のアセスメントによる危険度に応じた対応策を講じ対応しております。危険度によっては低床ベッドや離床センサー(PHSナースコール連動)、衝撃吸収マット等の環境を整えております。どの施設においても共通する課題ですが、当院は転倒による骨折の受け入れは、この地域において最も多く、QOLを視野に早期に手術し早期離床とリハビリ、在宅支援が要となり身体能力が向上し



ている段階での転倒が多い状況にあり、回復期病棟においては転倒発生から24時間内に医師・看護師・セラピストによるカンファレンスを行い対策の修正を行っています。今年が開院から2年を迎え、転倒・転落のプロジェクトチームを作り活動を計画しています。

3) 医療安全対策のための各部門への依頼、調整、助言、企画立案

人間は間違いを起こしやすい特性を持つというヒューマンエラーの観点からシステムを活用しております。報告内容で関連部門との調整が必要な場合は部門でのカンファレンス等で手順やルールの見直しを行っています。

医療の入り口は患者誤認防止であり、患者参加による確認と点滴においてはPDAの3点認証でエラーを未然に防いでおります。病院全体に共通する事項については中途入職者へのオリエンテーションを今期は都度行い情報の共有を図ってきました。

今回の開院に伴って医療機器管理にME室を設置し一元管理することで効率性・安全性を確保し新たな医療機器導入時は設置前の院内研修を必須とし高度な医療機器研修については毎年研修を開催しております。

医薬品管理においてはクリーンベンチを設置し薬剤師によるミキシングと病棟の配薬カートへ

のセッティング作業、医薬品情報の発信と管理、搬送においてもダム・ウェイター等により負担軽減が可能になりました。其々の職種の持つ専門性を発揮しながら効率性を図っております。厚生労働省による医療安全推進週間においては標語を各部署より投稿してもらい、日々の教訓として院内に掲示しています。

4) 定期的な院内巡回

報告に基づく改善事項からの定期的な巡回、5S委員会による巡回を毎月行いながら快適な療養環境の維持を確認しております。

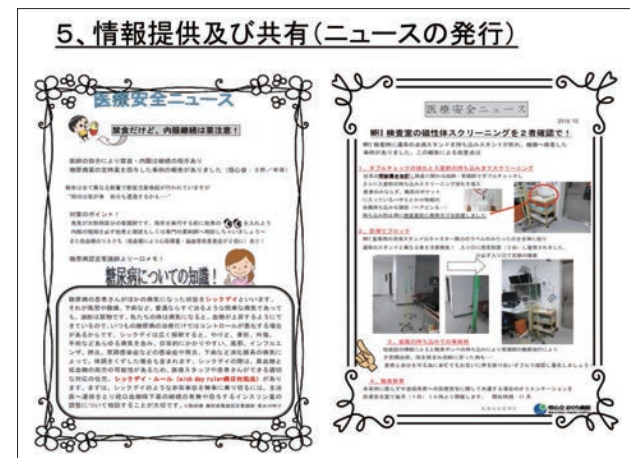
5) 医療安全情報の発信と職員研修の企画と実施

様々の医療安全情報に関しては当院の現状と比較しながら委員会を通じ定期的に発信しつつ報告書の内容によって院内ニュースの発行も行なってきました。

職員研修の企画と実施は医療安全カンファレンスでテーマを検討の上決定し教育委員会の協力により集合研修を開催しております。

さらにトピックスで必要と思われる研修は関連部門との連携により開催しています。

また院外の活動として各施設の医療安全管理者で構成している大隅地域医療安全ネットワーク会議への参加により医療安全情報の共有と地区での研修企画と運営に関わりながら地域の他職種による医療安全を推進しています。



# 感染対策委員会

感染管理認定看護師 柿元良一

地域を担う中核病院として高度で安全な医療を提供するために、院内感染対策推進への取り組みは不可欠です。職員一人ひとりが院内感染対策に取り組み、病院全体として包括的に行うことで、患者本位で質の高い医療を提供できるよう取り組むことが重要です。

感染管理とは、患者さん、職員、院内すべての人を対象に、病院における感染症を予防し、また、感染が発生した際に拡大を最小限に抑えるための施策を実行していくことです。感染管理担当者を中心に少人数の実働性の高い専門家チームとして、感染対策チームを構成しています。また、感染管理活動を推進するために、迅速、的確な情報伝達と決断力を持ち、感染の早期発見と感染経路遮断などの活動を組織横断的に展開しています。

### 【組織体制】

感染対策室は医療安全管理室内に専従の感染管理看護師1名を配属しています。医師、感染管理看護師、薬剤師、臨床検査技師を中心とする感染対策チーム (ICT)、感染に関連したことを検討する感染対策委員会、各部署の感染対策を実施する感染対策担当者委員会 (リンクスタッフ) があり、日々感染対策活動を行っています。

### 【主な活動内容】

#### 1) ICTラウンド

ICTメンバーで1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、感染症患者の発生状況の把握、院内各部署の環境ラウンドを実施しています。医療廃棄物の廃棄方法、滅菌物の管理、消毒薬

等の管理、手指衛生を含む標準予防策などの遵守状況を確認しています。ラウンドを通して各部署と連携し医療関連感染の対策、推進のために問題解決の支援を行っています。また、継続してラウンドを実施することで、病院全体の感染対策が充実することを目指しています。



#### 2) 地域連携感染対策ネットワーク

当院は平成27年度より感染対策加算1を申請、加算2施設と連携を組み、自施設や地域全体の感染対策の充実と向上に努めています。感染防止対策地域連携では、外部からのラウンドを受け第三者から感染の視点で指摘や評価を受けています、現状を客観的に把握でき自施設の感染対策を強化するために活かしています。

#### 3) 抗菌薬の適正使用活動



抗菌薬の適正使用とは①最大の効果②最小の副作用③抗菌薬耐性の最小を目的として活動を行っています。抗MRSA治療薬、カルバペネム系抗生物質の使用届出制とし、毎週1回検討会およびラウンドを行い、抗菌薬使用の妥当性を検討しています。

#### 4) 入職時オリエンテーション

新入職者の全職種を対象に、感染防止対策の一定水準の知識と技術を習得し、安心安全な医療を提供するため、感染対策の基礎知識（標準予防策、手指衛生、個人防護具の着脱法、嘔吐物処理の方法など）について研修会を開催しています。



個人防護具着脱法



嘔吐物処理方法研修

#### 5) 手洗い・手指消毒の実施推進

免疫機能が低下している患者さんなどに、感染の原因となる細菌やウイルスを運ばないように、



手洗い評価

「一行為一手洗い（手指消毒を含む）」の実施推進や定期的に手洗い評価キットによる啓発活動を実践しています。

#### 6) 感染対策全体研修

平成26年8月29日「危機管理としての感染対策」



熊本大学医学部附属病院感染免疫診療部  
川口辰哉 准教授



研修ホールにて感染対策研修風景

## 栄養サポートチーム(NST)

### 【日本静脈経腸栄養学会認定

### NST(栄養サポートチーム)稼働施設について】

NSTとは、入院患者様に最良の栄養療法を提供する為に、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、言語聴覚士など職種を越えて構成された医療チームの事です。

NSTは入院患者様の栄養状態を評価し、適切な栄養療法を提言・選択・実施します。

また、患者様の栄養状態の改善・治療効果の向上・合併症の予防・QOL(生活の質)の向上・在院日数の短縮・医療費の削減などを活動目的としています。

小倉記念病院で2009年に「日本静脈経腸栄養学会認定NST稼働施設」認定を受け、5年後の昨年2014年に恒心会おぐら病院で認定更新を行っています。

また、2012年に管理栄養士1名がNST専門療法士を取得し、活動しています。



NSTカンファレンス風景

### 【総括】

年間の栄養評価実施件数は約3500件、そのうち「栄養不良」に該当しNST回診・検討会の対象と

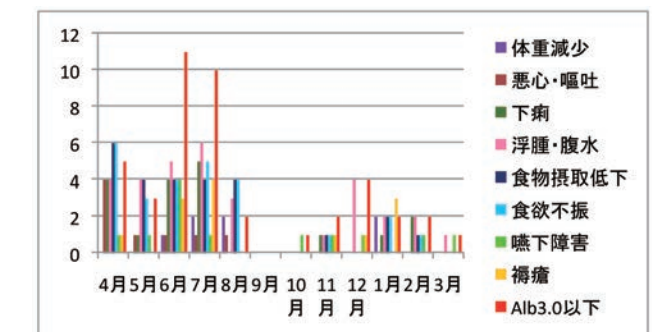
### 栄養管理科科長 福田 康子

なった年間延べ患者数は約140件、活動年間実施回数は約48回です。

主に低アルブミン、食欲不振、褥瘡、下痢で介入となるケースが多いです。年齢的には高齢者に多く、高齢になればなるほどその傾向は高いです。特に認知症の合併や独居老人では普段の生活から栄養摂取量が不足しており入院時にはすでに低栄養の方も多く見受けられます。

疾患も内科、外科的な疾患だけでなく、近年増加傾向にある大腿骨近位部骨折や脊椎の圧迫骨折の中にも低栄養の方がみられ、当院では言語聴覚士(ST)と連携して入院時に不顕性の嚥下障害がないかのスクリーニングを実施しています。

### 平成26年度NST介入件数



NST稼働施設認定証

# クリティカルパス委員会

看護師長 上京千代美

恒心会おぐら病院のパス委員会は下記内容の目的を持ち、活動を行っています。

## 【目的】

- ①統一した医療の提供が出来る。
- ②患者や家族が理解できる医療の提供が出来る。
- ③入院から退院までの経過がわかりやすく、患者や家族を含め医療スタッフも活用できる。

構成員は、各科の医師、各病棟の看護師、リハビリスタッフ、医療相談員など様々な職種が集まり、毎月1回の委員会を通して活動を行っています。

## 【パス運用リスト】

### [整形外科]

- ①大腿骨近位部骨折
- ②脊椎手術(頸椎・腰椎)
- ③人工関節(THA・TKA)
- ④脊椎圧迫骨折
- ⑤膝手術(半月板・前十字靭帯)
- ⑥アキレス腱

### [外科]

- ①ポリープ切除術
- ②胃瘻造設
- ③胃瘻交換

以上の疾患について運用をしています。

整形外科病棟においては、入院患者の半数以上にパスを使用して説明等を行っています。また、大腿骨近位部骨折・脊椎圧迫骨折に関しては、90%

以上の患者がパス使用を行っている状況です。今後は、外科疾患のパス運用が出来るように見直しを行っていく予定です。

## 【パス運用での効果】

急性期病棟において、在院日数短縮は病院として大きな問題ですが、大腿骨近位部骨折の入院に関してはパス運用後、在院日数短縮を行うことが出来た疾患の1つです。全国の大腿骨近位部骨折の在院日数平均は20~25日ですが、当院においては10~15日と約10日間の短縮が来ています。また、在院日数短縮するために、パス委員会では毎月、バリエーションの集計を行い、早期段階での対応が出来る体制作りを整えています。認知症や後期高齢者、介護者問題など、入院期間を長期化する問題点に対し、早期介入を行い、スムーズな退院への援助を行えるようにしています。その事により、術後8週間での退院支援が行える体制作りが整ってきました。

## 【今後の課題】

- ①バリエーション集計の継続を行い、引き続きスムーズな退院支援の環境整備を行う。
- ②外科疾患、内科疾患でのパス運用に向けて準備を進め、患者や家族にわかりやすい医療の提供が出来るように努めます。
- ③パスの見直しを定期的に行い、患者や家族、医療スタッフが活用できるパスを作成していただきます。

患者名: 様		手術日: 平成 年 月 日		部位: □右 □左 □人工骨頭 □その他( )	
説明日: 平成 年 月 日		医師名: 療法士名:		看護師名: 相談員名:	
通必基準: 大腿骨近位部骨折(頸部、転子部、転子下骨折)で、手術を行い連携パスを共有する病棟と連携し治療を継続する場合					
転院基準: 車椅子に移乗できる					
転院時期の目安: 手術後8日以内					
項目	手術前 ( / )	手術後・翌日 ( / )	術後2日 ( / )	術後1週 ( / )	転院前日 ( / )
イベント	<input type="checkbox"/> 循環動態が安定している <input type="checkbox"/> 呼吸状態が安定している <input type="checkbox"/> 創傷がコントロールできる <input type="checkbox"/> 感染徴候がない	<input type="checkbox"/> 循環動態が安定している <input type="checkbox"/> 呼吸状態が安定している <input type="checkbox"/> 創傷がコントロールできる	<input type="checkbox"/> 循環動態が安定している <input type="checkbox"/> 呼吸状態が安定している <input type="checkbox"/> 創傷がコントロールできる <input type="checkbox"/> 感染徴候がない	<input type="checkbox"/> 循環動態が安定している <input type="checkbox"/> 創傷がコントロールできる <input type="checkbox"/> 感染徴候がない	<input type="checkbox"/> 創傷が自前内 <input type="checkbox"/> 抜糸が終了し <input type="checkbox"/> 創に問題がない <input type="checkbox"/> 感染徴候がない
生活動作	□床上安静	□床上安静	□軽介助で端座位可能 □経介助で車椅子移乗可能	□軽介助で端座位可能 □経介助で車椅子移乗可能	□看視~接触介助で車椅子・トイレ移乗可能 □介助下でリハビリ歩行可能(□平行棒 □歩行器 □杖)
知識理解	□手術必要性の理解(本人、家族)	□患部安静の理解	□早期離床の必要性の理解	□早期離床の必要性の理解(本人、家族)	□転院必要性の理解(本人、家族)
合併症	□肺骨神経麻痺がない □褥瘡がない	□肺骨神経麻痺がない □褥瘡がない	□深部静脈血栓症・肺塞栓症がない □術後創感がない	□深部静脈血栓症・肺塞栓症がない □術後創感がない	□弾性ストッキング着用
治療処置	□直達牽引 □介連牽引 □弾性ストッキング装着	□フットポンプ装着 □出血の程度確認 □翌朝まで持続点滴	□皮膚保護剤貼付へ	□創処置(抜糸) □弾性ストッキング着用	□弾性ストッキング着用
検査	□採血 □レントゲン(股関節、胸写) □心電図・心エコー、 □循環器内科受診	□採血 (術直後に末血・CRP) □レントゲン(股関節) □手術室撮影		□採血(末血・CRP) □レントゲン(股関節、毎週)	
薬剤	□中止薬の確認 □抗凝固薬内服時 へハリン代用の有無 □鎮痛剤	□中止薬開始の確認( / より開始) □抗凝固薬点滴(術後2日まで) □鎮痛剤使用		□常用薬内服 □鎮痛薬内服	
生活動作リハビリ	□足関節・足指の自動運動 □牽引に伴う神経症状の確認 □患部外リハ	□術後神経症状の確認 □患部外リハ	□患部のリハビリ開始 □端座位訓練開始( / ) □車椅子移乗開始( / ) *訓練開始時期を記載する。	術後3日目より全荷重での起立・歩行訓練開始( / ) □平行棒( / ) □歩行器( / ) □一本杖( / ) *訓練開始時期を記載する。	
清潔	□ストレッチャータ浴または清拭				
排泄	□ベッド上で排泄 □必要に応じて尿管カテーテル留置	□排便は床上	□尿管抜去後、トイレ誘導開始 □ハイレーン抜去2日~1週( / )		□トイレでの排泄(車椅子にて看視)
食事	□ベッド上	□禁食	□食事開始(朝より) □合併症あれば治療食	□食事摂取(病状やリハビリに見合った)	
説明指導	□術前説明(医師) □術前オリエンテーション □肺骨神経麻痺について □介護医療申請確認 【入院前動作能力】 移動: □自立、□看視、□一部介助、□車椅子 (□独歩、□杖、□歩行器、□車椅子) 排泄: □自立、□看視、□一部介助、□全介助 入浴: □自立、□看視、□一部介助、□全介助 食事: □自立、□看視、□一部介助、□全介助 *入院前生活環境: □自宅 □その他( )	□術後説明(医師より、転院時期についても) □家族面談	□食事摂取(病状やリハビリに見合った)	□転院調整及び説明 □転院調整(無・有) □介護保険後・無・有 ( ) □器具・ベッド・布団 □トイレ・和式・洋式	□転院調整(無・有) □介護保険後・無・有 ( ) □器具・ベッド・布団 □トイレ・和式・洋式 □車椅子

回復期病棟転院(パス継続)

## 社会活動

医療法人恒心会においては、鹿児島県、鹿屋市における保健・医療・福祉の推進のために微力ながら各種委員会の委員等を務めさせていただいています。

以下に平成26年度の理事長小倉雅と院長小倉修の社会貢献活動を記します。

副院長以下多数の職員においても、それぞれの専門分野において、各種委員会委員等を務めています。

小倉 雅  
 鹿児島県リハビリテーション施設協議会幹事  
 鹿児島県救急業務高度化協議会委員  
 鹿児島県ドクターヘリ運航調整委員会・医療部会委員  
 大隅地域救急業務高度化協議会議長

大隅臨床整形外科医会会長  
 鹿屋市立鹿屋看護学校非常勤講師  
 鹿児島県整形外科医会副会長  
 学校医 鹿屋農業高校学校  
 鹿屋東中学校  
 小倉 修  
 鹿屋市医師会副会長  
 地域医療ビジョン対策委員会委員  
 大隅地域救急業務高度化協議会委員  
 鹿児島県在宅医療提供体制推進事業運営委員会委員  
 肝属地域医療連携検討チーム委員  
 学校医 浜田小学校

**【救急業務高度化協議会】**

	鹿児島県救急業務高度化協議会	大隅地域救急業務高度化協議会	鹿児島県ドクターヘリ消防・医療部会
平成18年度	・ 事後検証体制の確立・改定について	・ 薬剤投与実施に伴う体制・整備について ・ 薬剤投与のプロトコルについて	
平成19年度	・ 気管挿管再教育方法等について ・ 薬剤投与について	2回開催 ・ 心肺蘇生プロトコルの作成について承認	
平成20年度	・ 救急救命士の資格を有する再教育について	・ 気管挿管の再教育カリキュラムについて	
平成21年度	3回開催 ・ 傷病者の搬送及び受入れの実施基準について	3回開催 ・ 救急救命士の再教育に伴うポイント制の内容検討について承認	
平成22年度	・ 気管挿管の病院実習について (各地域MCから鹿児島市内病院実習の受入れについて承認)	2回開催 ・ エビペンプロトコルの作成・承認 ・ 外傷プロトコルの作成・承認 ・ 気管挿管の実習病院について (鹿児島市内病院への実習要請)	
平成23年度	・ 気管挿管の病院実習について (挿管実習病院受入れの緩和について非常勤麻酔科医による実習は継続審議)	・ 心肺蘇生プロトコルの見直しについて ・ 気管挿管の病院実習について (挿管実習病院受入れの緩和について)	
平成24年度	・ 傷病者の搬送及び受入れの実施基準の見直しについて ・ 気管挿管の病院実習について 非常勤麻酔科による挿管実習が承認	・ 気管挿管の病院実習について (県MCへ実習カリキュラム変更の要望書提出) ・ iモードを使用した画像伝送について	3回開催 ・ ドクターヘリ出動事例の検証方法について ・ 平成24年度ドクターヘリ出動事例の検証について
平成25年度	・ 医療機関の受入れ状況について ・ 事後検証のあり方について	2回開催 ・ 医療機関の受入れ状況について ・ 事後検証のあり方について	2回開催 ・ ドクターヘリ要請基準（キーワード）の追加等について ・ 平成25年度ドクターヘリ出動実績報告書について
平成26年度	・ 救急救命士の処置範囲の拡大に係る追加講習関係について ・ 指導救命士の要件について	2回開催 ・ 救命士処置拡大(心肺停止前の静脈路確保・ブドウ糖投与)に伴うプロトコルの作成について	2回開催 ・ 鹿児島県ドクターヘリ運航要領の一部改正について(補完ヘリの運用について) ・ 平成24年度ドクターヘリ出動事例の検証について



**【医療機関との診療連携】**

地域における整形外科の中核施設として、他医療機関との連携、サポートも行ってきています。平成21年2月からの約6年間に鹿屋医療センター、曾於郡医師会立病院、大隅鹿屋病院等へ25件の往診・手術を行っています。また平成26年10月からは肝属郡医師会立病院へ週1回の頻度で出張診療を行っています。今後も地域の必要性に対応する活動を継続したいと考えています。

	鹿屋医療センター	その他の医療機関
平成21年	1	0
平成22年	5	0
平成23年	4	3
平成24年	3	1
平成25年	1	0
平成26年	3	1
平成27年	2	0
計	19	6(不明1)

**【警察検視医活動】**

警察の検視活動への協力もしています。鹿屋・肝付・志布志・錦江の4警察署管内における過去5年間の検視取扱数は、累計で68件となっています。

今後とも連携を図りながら業務協力していく予定です。

検視医活動	鹿屋	肝付	志布志	錦江
平成22年度	11	0	0	1
平成23年度	14	2	1	0
平成24年度	11	1	0	0
平成25年度	14	1	0	0
平成26年度	12	0	0	0
計	62	4	1	1
累計	68			

敬愛園診療	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
出張診察	91	114	105	93	92	77	90	74	64	58
診療	外来		78	86	59	76	54	56	43	36
	入院		9	19	13	9	5	15	6	7

**【DMAT活動支援】**

災害時緊急初期医療活動を行うDMAT活動において、大隅地域ではその役割を鹿屋医療センターが担っていますが、当院は側面からその活動を支援しています。

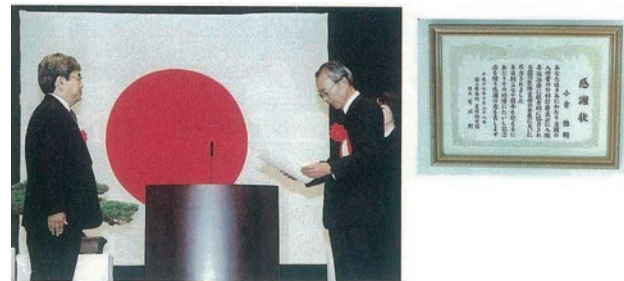
支援の一環として2012年から「救急災害時における整形外科初期治療」について東郷副院長が担当しています。

**【国立療養所星塚敬愛園診療】**

鹿屋市に昭和10年に開設されたハンセン病療養所の一つである国立療養所星塚敬愛園へは、理事長小倉雅が整形外科出張診療を平成4年からボランティア活動として行ってきました。平成17年には創立70周年記念式典において、整形外科領域の診断や手術、毎月の診療援助等敬愛園の医療の向上に貢献したと感謝状の贈呈を受けました。

下表のように平成18年には最多の114名の診療を行ってきました。現在、入園者が減少してきてはいるものの58名の診療となっています。また受託受診者についても平成20年の86名をピークに平成26年度は36名と減少してきています。しかし高齢化の進展に伴い診療の必要性は依然として高く、今後も継続し続けたいと考えています。

小倉 雅 殿 小倉記念病院院長兼理事長



**【整形外科医研修活動】**

地域の整形外科医の資質向上を目的とした学術活動として、大隅臨床整形外科医会を主宰し年数回の講演会や症例発表等の活動を行っています。過去の研修会を下記に記します。

以上社会貢献活動について報告しましたが、今後も大隅地域における公益的な医療活動の実践を法人の責務として積極的に担っていきたく考えています。

年度	日付	講演内容	講師名
平成20年度	11月20日	『腰痛の病態と治療』	社団法人鹿児島共済会 南風病院 整形外科副院長 川内 義久先生
平成21年度	7月9日	『骨粗鬆症の治療の実際』	久留米大学 医学部 リハビリテーション科 教授 志波 直人先生
平成22年度	7月8日	『骨粗鬆症診療に関する最新の知見』	近畿大学医学部奈良病院 整形外科・リウマチ科教授 宗圓 聰先生
	11月16日	『関節リウマチ-手指変形の病態と治療-』	東京手の外科・スポーツ医学研究所 南川 義隆先生
平成23年度	11月30日	『体幹の安定性に必要な体の機能-足部と骨盤機能の重要性-』	国立大学法人 鹿屋体育大学保健管理センター教授(兼)保健管理センター所長 藤井 康成先生
平成24年度	7月18日	外反母趾の治療～最近の内固定法～	医療法人創世会 中川整形外科 院長 中川 悟先生
	10月24日	最近の整形外科外傷学	久留米大学医学部 整形外科准教授 白濱 正博先生
	1月18日	BLSとACLSの重要性	船橋市立医療センター 救命救急センター長 境田 康二先生
	3月12日	多発性骨髄腫での骨病変	医療法人青仁会池田病院 副院長 大納 伸人先生
	3月29日	下肢人工関節・股関節手術におけるVTEマネジメント	出水郡医師会立阿久根市民病院 整形外科科長 恒吉 康弘先生
平成25年度	8月22日	整形外科診療における医療トラブルと対処法	九州中央病院 整形外科部長 有菌 剛先生
	9月18日	慢性疼痛に対する薬物療法の新展開～各薬剤の長所を生かしたマネジメント～	元山口大学医学部附属病院 麻酔科蘇生科講師 川井 康嗣先生
	1月29日	整形外科 超音波エコーの基礎<レクチャー & ハンズオンセミナー> 肩関節、肘関節、上腕神経のスクリーニングのコツ	森園病院 整形外科部長 福元 銀竜先生
	2月13日	前立腺癌の最近の治療～ホルモン療法と骨関連事象を中心に～	鹿児島大学大学院 泌尿器科教授 中川 昌之先生
平成26年度	4月24日	中川整形外科における下肢手術成績-人工股関節、人工膝関節、リウマチ性趾変形、外反母趾-	医療法人創世会中川整形外科 院長 中川 悟先生
	9月18日	Bio製剤によるリウマチの最新治療-病診連携とリスクマネジメント-	かいクリニックリウマチ科・整形外科院長 甲斐 睦章先生
平成27年度	4月22日	『切断指再接着術』	鹿児島市立病院 形成外科 部長 森岡 康祐先生

## 鹿屋市総合防災訓練への参加

看護主任 中村 さとみ

大隅半島は温暖で降水量が多く、台風が日本列島に近づく玄関口になっているため上陸数も多い地域です。また、水を含むと崩れやすいシラスなど特殊土壌が多くみられ、浸水や崩壊を受けやすいことから特に土砂災害への注意が必要です。

鹿児島県には全国110の活火山のうち1割に当たる11活火山があり、噴火警戒レベル3（入山規制）とされている桜島は現在も活発な噴火活動を継続しています。

平成26年10月4日、鹿屋市では医療機関、自衛隊、消防、警察、地域住民など23機関4団体、約570名が参加し南海トラフ巨大地震や集中豪雨などの同時多発災害を想定し、陸・海の自衛隊や消防・医師会・DMAT等の参加による多発傷病者救

出・救護訓練や神奈川県綾瀬市（応援協定締結市）への応援要請等の実践的な訓練を実施しました。

恒心会からも医師1名看護師2名が参加しトリアージ、救急処置、医療機関への転送の訓練を行いました。

鹿屋市は年1回様々な災害を想定し大規模な防災訓練を行っています。恒心会は医師会代表で、平成26年で5回参加し、災害の怖さを知るとともに恒心会がどのように地域に協力していかなければならないかを実感しました。

参加後は多発災害時の受け入れ体制の見直し、エリア区分など行い災害に向けての取り組みを行っています。



総合防災訓練の様子

## へき地医療活動

事務局 経営企画課 課長 伊東 公秀

恒心会おぐら病院（以下当院と略）は地域貢献を目的として平成26年4月から南大隅町へき地診療所に医師の派遣を行っています。この1年の振り返りを紹介します。

医師派遣状況について（H26年4月～H27年3月）

郡 診療所		佐多診療所		合計	
診療日数	患者数	診療日数	患者数	診療日数	患者数
25	227	44	404	69	631

### 【地域の概要と医師派遣の背景】※1

当院が所在する二次医療圏（肝属医療圏；以下医療圏と略）は2市4町（鹿屋市・垂水市・東串良町・錦江町・南大隅町・肝付町）で構成されており総人口約16万人の医療圏です。この医療圏の概観的特徴を表すキーワードは過疎型医療圏と医師不足です。

まず過疎型医療圏については、県内にある43市町村のうち、高齢化率が最も高い自治体が南大隅町（45.1%）であり次いで錦江町（40.6%）・肝付町（38.2%）の順となっています。この上位3町が肝属医療圏に集中しており、県内でも過疎化が最も進行した地域を含んだ医療圏です。一方で人口10万人あたりの医師数は県平均（230人）を下回っており、特に南大隅町と肝付町は人口10万人あたりの医師数が100人未満と低く、とりわけ小児科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、麻酔科の医師は鹿屋市に集中しており医療体制の地域格差がみられます。以上の二点が医療圏全体の概観的特徴として挙げられます。

次に当院への通院患者の地域分布を見ると鹿

屋市外の住民が4割を占めます。その中で過疎地域（南大隅町・錦江町・肝付町）の住民は通院患者の2割弱（17%）を占める等、当院の診療圏は広範囲におよびます。過疎化が進行した自治体では交通弱者として例えられるように、自家用車送迎はもちろんのこと公共交通機関のインフラ撤退・縮小により医療機関への受療アクセスが悪く片道2時間以上かけて来院する患者も多いです。そのため帰りのバスの都合等で検査や治療を必要な時に受けることができず、診療の中断が病状の悪化を招くなど患者の不利益となることも少なくありません。

このように遠方の過疎地から来院する患者の不利益を僅かでも低減させQOLを高めるには、広域的に尚且つ「顔の見える医療連携」を深め地元の医師と診療機能の役割分担を進めることが当院の抱える課題のひとつでありました。この課題解決の糸口を模索していた折、幸いにも南大隅町から医師派遣の支援要請の話を頂きました。当院ではこれまで地域貢献として20年以上に渡り近郊にある国立ハンセン病施設（星塚敬愛園）への医師派遣を継続してきた経緯があり、自ら地域に向くことで見えるものもありました。前述した当院の課題を少



郡へき地出張診療所

しでも埋めることや医療過疎の現場で頑張っている地域の医師を僅かでもサポートすることが地域貢献につながると判断し、平成26年1月の診療部会で南大隅町へき地診療所への医師派遣を決定しました。

### 【南大隅町佐多地区の医療態勢】

南大隅町は本土最南端にあり根占地区と佐多地区に分けられます。佐多地区（人口2,559人・高齢化率54%）の医療機関は4箇所の町立診療所と歯科診療所があり、このうち郡診療所・大泊診療所は自治医科大からの常勤派遣医師による診療を、辺塚・佐多診療所は永年、地元の基幹病院として地域医療を支えている肝属郡医師会立病院からの非常勤医師の派遣を受けながら医療の確保を図っています。佐多地区のほとんどの診療所は半日のみ且つ内科的な診療となっており、行政側からは「外科的な診療科を含めた総合的な医療体制の確立が急務である」との切実な話を伺い、それに呼応する形で整形外科を平成26年4月から週1回派遣しました。



佐多診療所

### 【診療活動について】

住民の受療アクセスを考慮して地区内2箇所の診療所（郡診療所・佐多診療所）に整形外科を派遣することからスタートしました。郡診療所は第1、3、

5の水曜日、佐多診療所は第2、4の水曜日としました。その後、診療所の医師が担当する在宅往診患者に対する訪問リハビリテーションのニーズを受けたことがきっかけとなり同年9月から理学療法士の派遣を並行して行いました。また10月からは従来の派遣体制に加え、広域医療連携の一助として毎週金曜日の午前中に肝属郡医師会立病院での整形外科診療を担当しました。同日午後からはその足で佐多診療所に出向き整形外科診療枠を追加する運びとなりました。さらに、多様な症状を呈する高齢患者のニーズに対応するため外科医（総合診療）の派遣を月2回（第2・4水曜日）開始しました。現在、当院の外科医（3名）と整形外科医（2名）がローテーションを組んで週2回のへき地診療を担当しています。

平成26年4月から平成27年3月までの年間派遣日数は69日。延べ655人（住民の4人に1人）の診療を行いました。外科・整形外科ともに一次医療としてのプライマリ・ケアや退院後の外来followが中心です。診療所で行えない検査や治療は肝属郡医師会立病院に紹介する流れになっています。また、整形外科的な入院治療が必要なケースは当院がサポートする体制をとっています。これらの医療連携は地元で頑張っている医師や診療所スタッフ・



平成26年6月22日 南日本新聞 掲載

行政関係者等、へき地医療に関わるすべての方々と顔の見える関係を通して形づくられてきました。来年度（平成27年）は、佐多診療所に内科の常勤医師が赴任されることが決まり心強く思います。また同診療所の移転拡張工事が予定されており当院の活動が僅かでもへき地医療の充実に役立てば幸いです。

へき地診療支援は端緒についたばかりですが、持続可能な支援体制の堅持を念頭におき、遠方の過疎地に居住する住民の受療アクセスの向上とQOLを高めるために広域的な顔の見える医療連携に取り組むことで地域貢献に寄与したいと思えます。

※1出典:鹿児島県肝属地域医療計画を一部引用

### 【平成26年度南大隅町健康教室】

平成26年5月より南大隅町佐多・郡診療所においてへき地診療を開始させていただき、当該地域における健康保持増進の重要性を再認識した次第です。

当該住民の介護予防を含めた教室を開催し、健康維持・介護予防に貢献することを目的に平成27年2月13日に第1回健康教室を開催しました。

テーマは「脆くなる骨・軋む関節～若返る秘訣は～」と題して、理事長小倉雅が講演し、併せてリビ

ジョン部長の福田秀文が「ポールウォーキングと下肢体操」の実技を指導させていただきました。約20名の方の参加を頂き、アンケートでは今後も継続して欲しいとの希望が聞かれ、特に脳梗塞、高血圧、転倒予防、腰痛、体力作りなどに興味を持たれている結果でした。今後とも年数回の健康教室を継続開催していきたいと考えています。



理事長による講演



理学療法士によるポールウォーキング実技指導

# 大隅地区MC協議会の取り組み

大隅地域救急業務高度化協議会 小倉 雅

大隅地域救急業務高度化協議会(以下 大隅MCと略す)における活動は、救急救命士の養成、大隅3地区事例検討会の発足、現場と病院の情報共有とメディカルコントロールの3つの柱で活動してきました。

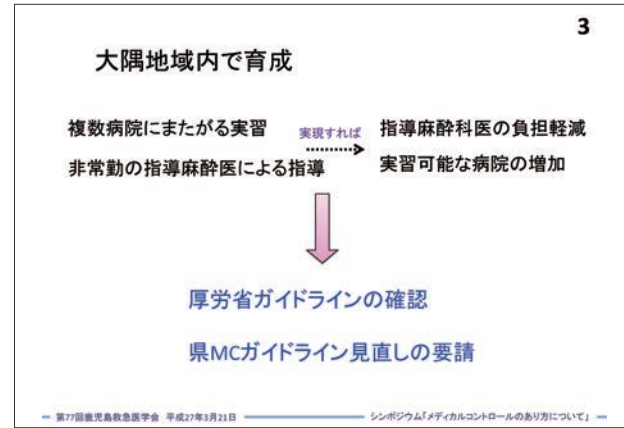
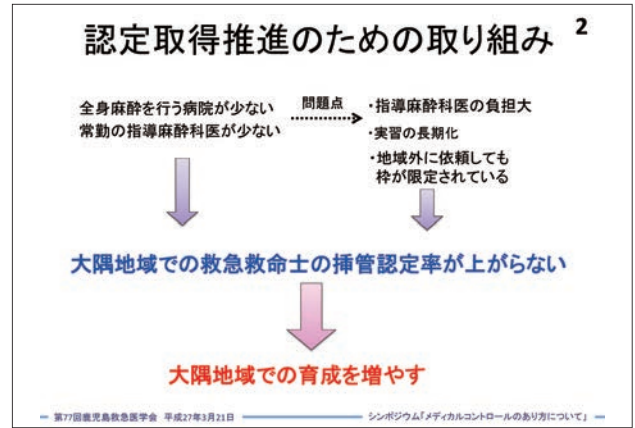
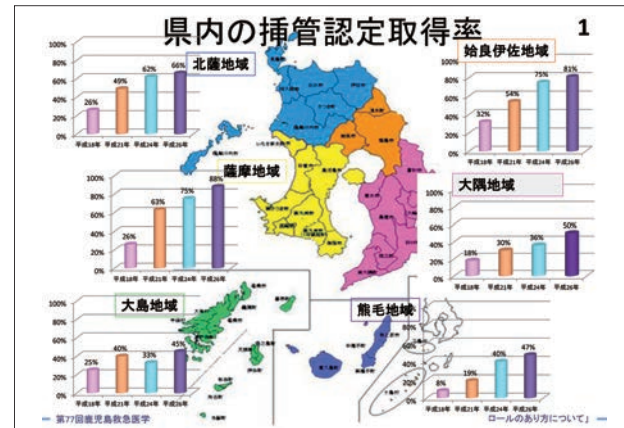
活動要旨は以下のとおりです。

救急救命士の育成

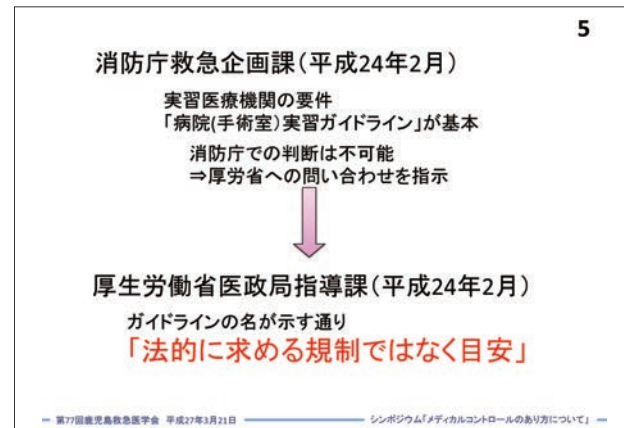
- ・ 特定行為(気管挿管)資格取得の推進
  - ・ 非常勤医師と複数病院連携による全国初の試み
  - ・ 研修時の安全確保
  - ・ 大隅MC3地区事例検討会の発足
  - ・ 全消防組合、地域医療機関が合同参加
  - ・ 救急救命士の発表機会の提供と指導
  - ・ 知識スキルの向上、顔の見える関係の構築
- 現場と病院の情報共有とメディカルコントロール

- ・ SNSによる画像情報共有(一部病院)
- ・ 病院選定、初期対応の助言
- ・ 地域独自のメディカルコントロール

以上の活動を、平成27年3月21日第77回鹿児島救急医学会シンポジウムにおいて、大隅地区MCにおける取組みとして報告した内容と併せて掲載します。



- 救急救命士による気管挿管ガイドライン
- ・ 受け入れ病院基準
  - ・ 地域MCが選定した病院
  - ・ あらかじめ当該病院長、ならびに麻酔科の長が実習受け入れを了承している
  - ・ **日本麻酔科学会認定専門医が麻酔科の長として勤務している**



6 条件整備後見直し再要請(平成24年11月)

条件整備

- ・ 同一非常勤医師派遣
- ・ 協力申し入れ医療機関手術件数
- ・ 麻酔科医の勤務状況
- ・ 実習方法

7 平成25年1月鹿児島県MCで承認

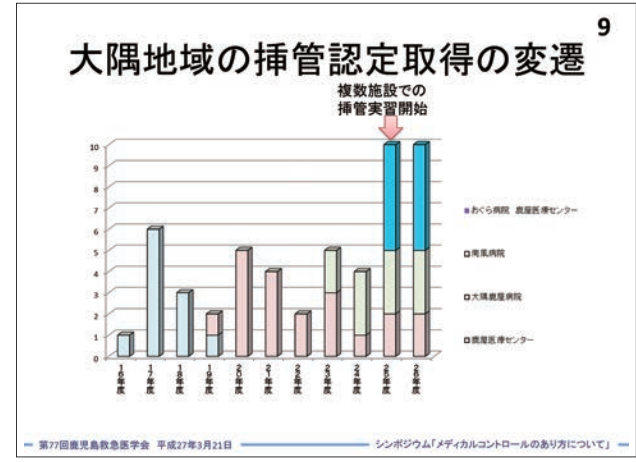
非常勤医師の場合、認定専門医の配置状況や実習方法等を勘案し、地域MC協議会において検討した上で、県MC協議会の承認

8 大隅地域での挿管実習

平成25年2月～

- 鹿屋医療センター〔常勤指導医1名〕 火・金曜日
- おぐら病院〔非常勤指導医3名〕 水・木曜日

認定取得機会の増加



11 まとめ

救急救命士の育成

- ・ 非常勤の指導麻酔医と複数病院連携による全国初の試み
- ・ 研修時の安全性・確実性を担保する為ビデオスコープ・グライドスコープの導入

特定行為(気管挿管)資格取得の推進

【救急救命士の育成  
特定行為(気管挿管)資格取得の推進】  
「以上の結果、平成25・26年度の2年間で10名

の救急救命士が特定行為(気管挿管)資格を取得しました。」

**【現場と病院の情報共有と  
メディカルコントロール】**

的確な病院選定・早期現場離脱を目的に

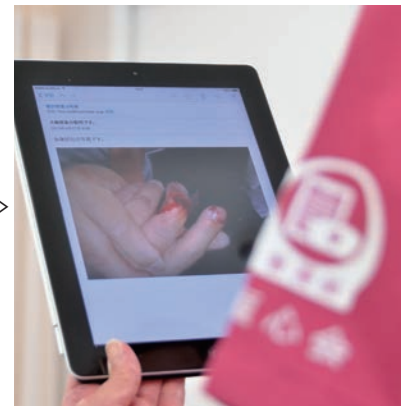
- ①SNSによる画像情報共有(一部病院)
  - ②病院選定、初期対応の助言など
  - ③地域独自のメディカルコントロール
- MC事例検討会で検討。

2012年11月より肝属消防組合のみ画像転送開始。

画像転送の有用性を評価し現在では肝属消防組合をはじめ、曾於地区消防組合・垂水消防組合からの画像転送システムを行っています。画像転送後は指切断など地域での加療が可能か医師か



救急車携帯



病院iPad



実際の画像

ら指示を仰ぎドクターヘリ要請を行わず地域で治療を行っています。

現場から画像を転送することにより受け入れ後の関連部署への連絡、受け入れ準備がスムーズに行えるようになりました。転送開始までは口頭での説明で状況把握が不十分であったが、転送画像を利用する事で医師への相談もスムーズに行えます。また、外傷など現場の状況を知ることによって初期処置や選定病院への医師からの助言を行えるようになり早期現場離脱も出来るようになりました。

また、施設内での急変によるCPAなども大隅事例検討会を通し地域での受け入れを行えるよう検討しています。

**【大隅MC 3地区事例検討会の発足】**

事後検証は、CPA症例に対して行われてきましたが、それだけでは医師、看護師、救急救命士間の意思疎通は不十分なままでした。

CPA症例以外の外傷症例についての事例検討の必要性を感じ、平成24年から医師、看護師、肝属・曾於・垂水消防組合救急救命士が参加しての大隅MC事例検討会を発足しました。救急救命医師をコメンテーターとして、医師、看護師、救急救命士がそれぞれの立場から情報伝達がス



スムーズに行くよう協議を重ねています。



Primary Survey (初期診療)

**大隅MC症例検討会**

	第1回	第2回	第3回	第4回
平成25年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>①トラクターから転落した症例(肝属消防)</li> <li>②幼児の頭部外傷事案(肝属消防)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①CPAによるドクターヘリ事案(曾於消防)</li> <li>②大動脈解離におけるドクターヘリ事案(肝属消防)</li> <li>③ショベルカーの下敷きにおけるドクターヘリ事案(肝属消防)</li> <li>④搬送の優先順位・病院の受入れに苦慮した交通事故症例(垂水消防)</li> <li>⑤草刈り機で負傷した症例(肝属消防・おぐら病院)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①バイクと車の衝突事故(肝属消防)</li> <li>②病院問い合わせに7回を要した症例(肝属消防)</li> <li>③脳梗塞に伴う病院手配で苦慮した症例(曾於消防)</li> <li>④交通事故でドクターヘリを要請し、医師看護師を現場搬送した事例(垂水消防)</li> </ul>	<p>講義:開放骨折について 講師:東郷医師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①エンボで50メートル転落し、開放骨折した症例(肝属消防)</li> <li>②グループ討議 低体温症の症例について</li> </ul>
平成26年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>①外傷についてシミュレーション訓練</li> <li>②グループ討議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①右多発開放骨折による画像送信した症例(曾於消防)</li> <li>②グループ討議 ・農機具に右上腕部を巻き込まれた症例 ・自宅階段から転落した症例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①JPETC・JNETCについて講習会を行う。</li> </ul>	

# 地域リハビリテーション

# 肝属圏域地域リハビリテーション広域支援センター

リハビリテーション部 科長 榎 畑 純 二

平成26年度は、平成16年の広域支援センター指定から10年の節目を超え、新たな歩みを始めた年となりました。

センターに課せられた役割には

- (1) 地域リハビリテーション実施機関への支援として住民を含めた相談業務と啓発活動
- (2) 地域リハビリテーション実施機関等の従事者に対する援助・研修としてリハ関連職種への研修会開催による資質向上
- (3) 地域における関係団体、患者会、家族会等からなる連絡協議会の設置運営

がありますが、圏域2市4町の地理的に広い活動は、なかなか難渋しているのが現状ですが、従来の活動にいくつかの新たな取り組みを始めました。一年間の活動を以下に報告いたします。

リハ関連職種への研修支援として、「認知症の理解と対応」と「施設や在宅で役立つ福祉用具の活用について」の講演会を開催し、それぞれ126名、63名の参加者があり、明日からの現場活動に繋げることができたのではないかと考えております。

地域住民への啓発活動としては、法人主催の健

康フェスティバルのなかで健康支援コーナーとして「リハビリ体験コーナー」を担当し約60名に参加いただき、腰痛などの慢性疾患に対する治療体操を体験し、運動の重要性を再確認していただきました。

また、行政との連携として、B型機能訓練事業、地域ケア会議、介護認定審査会等への委員派遣も行っております。

その他、教育支援としてリハビリテーション専門職養成実習生の受け入れを47名、職場体験として中学生30名、高校生6名、一般企業からの業務体験2名等、受け入れております。

新たな取り組みとして、南大隅町佐多地区で南大隅町と共同で健康教室を開催し、第1回のテーマは「脆くなる骨、軋む関節」と題して、講演と体操指導を実施し20名の地域の方々に参加しました。

距離的課題のある地域でも、当センターに課せられた役割を公平に提供して参りたいと思います。

平成27年度からは地域包括ケアシステム構築のための様々な動きがあります。行政と地域リハ広域支援センターとで今まで以上の密接な関係性を持ち活動してまいります。

## 地域リハビリテーション研修会(平成24年度から平成26年度)

開催月日	研修内容	講師
H24.7.6	世界に羽ばたく促通反復療法 -米国メイヨークリニックにおける新たな挑戦-	霧島リハセンター准教授 下堂 蘭 恵先生
H25.1.26	車椅子シーティングについて- 移乗、移動、姿勢の観点から	カクイックスウィング 湯脇 稔先生
H25.9.21	食べる機能の発達と支援- 歯科医師の立場から-	鹿児島大学医歯学総合研究科 佐藤 秀夫先生
H25.11.16	高次脳機能障害の基礎と対応	神村学園専修学校 渡 裕一先生
H26.2.1	車椅子シーティング 実技編	カクイックスウィング 湯脇 稔先生
H26.5.31	認知症の理解と対応	神村学園専修学校 黒木 辰朗先生
H26.7.12	福祉用具の活用について	カクイックスウィング 湯脇 稔先生
H27.2.13	地域住民健康教室 脆くなる骨・軋む関節	恒心会 小倉 雅先生
H27.2.13	運動指導	恒心会 福田 秀文先生



講演(実技指導):車椅子シーティングについて



機能訓練一場面(吾平保健センター)

### ぴんぴん元気教室

鹿屋市では、おおむね65歳以上の方を対象に市内の公民館などで介護予防教室を開催しています。

当院では、平成18年度より吾平保健センターと串良ふれあいセンターの2つの地区へ、それぞれ月1回、理学療法士各1名(計2名/月)を講師派遣しています。

実施内容は、運動器の機能向上に関する転倒予防、筋力向上等の集団指導、自宅でのトレーニングについての助言・指導等を行っています。

4月と10月に評価(握力・片足立・長座位前屈、TUG・FRテスト)を行い結果は利用者に戻しています。対象者は一般高齢者で人数は15~20名程度です。

教室全体の流れ(9:30~11:30)

①健康チェック

- ②介護予防運動(全身のストレッチや筋力トレーニング)
  - ③骨刺激運動
  - ④転倒予防運動
  - ⑤レクリエーションまたはワンポイントアドバイス
- ※理学療法士は②③④を担当



吾平保健センター

### 地域における小児活動

当院では、高齢者だけでなく小児部門においても講師派遣等を行っています。

- ・鹿屋市障害児就学指導医・心理学教育相談(臨床心理士1名)
- 鹿屋市の小学校・中学校に入学する児童および保護者の就学相談(年6回)
- ・児童発達支援事業所おひさまキッズ(臨床心理士1名・作業療法士1名・言語聴覚士1名)
- 対象児の検査、集団の評価等(年7回)
- ・指定児童発達支援事業所にじいろ(理学療法士1名・作業療法士1名)
- ディサービス利用者0歳から6歳児の各専門職の評価および療育相談(年12回)
- ・南大隅町・錦江町合同乳児健診(臨床心理士・言語聴覚士)
- 1歳6カ月および3歳児健診の発達相談等(年12回)吾平

## 鹿児島県リハビリテーション施設協議会活動

鹿児島県リハビリテーション施設協議会  
幹事 小倉 雅  
(医療法人恒心会 理事長)

平成16年3月に発足した鹿児島県リハビリテーション施設協議会の幹事として、鹿児島県におけるリハビリテーション医療の推進に微力ながら活動してまいりました。

そして平成25年10月に鹿児島県リハビリテーション施設協議会10周年記念事業を実行委員長として開催しました。

過去10年間の活動を振り返り、地域リハビリテーションの成果と現状、そしてこれから取り組むべき課題について考えるを目的にテーマを「リハビリテーションの未来を一連携と推進を目指して」と題して、

- ①鹿児島県のリハビリテーションに関わる病院・施設と多職種のスタッフが一同に会し、急性期～回復期～維持期(生活期)リハビリテーションの体制の整備と施設間・職種間の連携を図る。
- ②鹿児島県は国立大学に日本で最初にリハビリテーション医学講座を有するリハビリテーション

医学の先進県である。鹿児島大学リハビリテーション科を中心にしたリハビリテーション治療の研究と治療の最前線を紹介する。

- ③高齢化先進県である鹿児島で今後、より必要とされる地域リハビリテーションについて議論を深める。今、国が推進しようとしている地域包括ケアの構想について、先進的な取り組みを紹介、講演していただく。
  - ④人の尊厳を重視した「食」の大切さを考える。
  - ⑤障がい児のリハビリテーションについて 地域で、みんなではぐむという取組について紹介
  - ⑥地域リハビリテーション支援体制作りの核となる広域支援センターの活動報告と行政と一体となった今後の形を模索する。
- の6項目を柱に企画、開催しました。
- 各団体・多職種の一致団結により、1400余名の参加を頂き、充実した1日を過ごすことができました。

### リハビリの現状と課題考える 鹿児島施設協10周年



鹿児島県リハビリテーション施設協議会が発足10周年を迎え、鹿児島市で記念イベントを開催した。理学療法士や言語聴覚士ら約1400人が参加。講演や公開討論を通じて、リハビリの現状と、質向上へ向けての今後の課題を考えた。

日本リハビリテーション病院・施設協議会の栗原正紀会長が「地域包括ケアと地域リハマインド」と題して基調講演。栗原氏は「高齢者の生活再建への視点から、今後、リハビリがますます重要になってくる」と語った。

記念イベントは5日あり、会場では福祉用具の展示や相談会、ロボットスーツの装着体験、写真などもあった。小倉雅実行委員長(58)は「今後、多くの人にリハビリの意義を知ってもらい、施設間の連携を強化したい」と話した。(西元貴子)

2013.10.22(水) 南日本新聞掲載



今回の記念事業をとおして今後の鹿児島県リハビリテーション施設協議会の取り組むべき課題を共有することができました。

これからますます必要となるであろう医療分野の病院と介護保険分野の施設間の、また、施設間の垣根を超えた地域包括ケアの土台作りになったと確信しました。

10年の節目を超えた平成26年度は地域包括ケアシステム準備の年となりました。

前年度の10周年記念事業・リハフェスタが大成功に終わり、終了時に感じた連携の大切さを肝に規模よりも継続が大事と考え、縮小はしたものの昨年と同様な企画を実行しました。

昨年からはまった地域リハビリテーション広域支援センターの活動報告とテーマに沿った発表では、他の各圏域以外の取り組みを知る事ができ大変参考になりました。今年も「人材育成」「普及活動」「地域ネットワーク」の3つの視点からの発表でしたが、地域のリハ資源、リハマップを把握され、その地域の特性に合わせた活動を模索されている姿に敬服致しました。この様な取り組みをもっと広く県民の方々に知って頂ける様、リハビリテーション施設協議会としても工夫をしていかなければと思いました。

講演では、鹿児島県介護福祉課参事の八田冷子さんから、今回の介護保険法改正の動きと地域包括ケアシステムの推進について、「地域包括ケアシステム～介護予防の新たな展開～」と題して講演して頂きました。昨年8月に社会保障制度改革国民会議の報告を受けて平成27年度より地域包括ケアシステムがスタートしますが、その制度を見据えて、制度の中身とモデルケースの具体例を示して頂きながら解説していただきました。地域包括ケアにおけるリハビリテーション活動の必要性を強

く意識した次第です。また、県内の取組状況が報告され、今後、それぞれの地域の実情に応じた取組をどうすすめていけば良いか考える機会になったと思います。

特別講演では、今年3月鹿児島大学大学院歯学総合研究科リハビリテーション医学教授に就任された下堂蘭恵教授からは「脳卒中片麻痺に対する新しいリハビリテーション」と題して介護認定原因の一つである脳機能障害について、脳の機能や神経回路は固定されたものではなく、活動により改変されること、さらに脳卒中などの脳損傷後にも訓練によって使用頻度依存的に変化すること、そして幹細胞移植などの再生医療がはじまりつつある今日、麻痺肢の機能回復に有効なリハアプローチを確立することは、代償法によって早期にADLを獲得する事と共に、重要なテーマとなっているとして、促通反復療法の理論と効果検証、更に電気刺激やロボットスーツハルなど他の治療法との併用による更なる効果について解説いただきました。

ともすると経験的な治療に流されがちな日常診療に、しっかりとしたEBMに基づいた研究と臨床を実践されている姿に感銘を受けました。益々のご活躍を祈念しています。

今後とも鹿児島県リハビリテーション施設協議会は、医師会活動の一環として県内におけるリハビリテーション活動を広く皆さんに知ってもらい、県民に役立つリハビリテーション活動を今後とも続けて行きたいと思います。

10周年を機に協議会幹事として、医療分野と介護保険分野の施設、そして医療・介護関連の多職種が「連携」という言葉をキーワードに、縦と横の糸を紡ぐように地域でのケアを展開し、より住みやすい鹿児島を育む努力を続けたいと思います。

## 教育研修

## 卒後臨床研修プログラム「桜島」

病院長 小倉 修

当院はこの地に誕生し平成21年に開院50年を迎えました。この節目の年に地域医療への貢献のひとつとして鹿児島大学病院を基幹病院とする卒後臨床研修プログラム「桜島」への参加を決め、微力ながら地域で医師を育てることに取り組んでいます。

### 【経緯概要】

当院では平成21年から臨床研修指導医の養成を進め(平成26年末で6名)、平成24年10月に標記プログラムの地域医療を学ぶための臨床研修協力施設として参加しました。

地域医療研修は、基本的に卒後2年目の研修医が大学所属(在籍出向)で1ヶ月間、へき地や離島の病院で研修します。

当院での研修内容は基幹プログラム「桜島」に則って、へき地診療所(総合診療・整形外科)やへき地医療拠点病院での診療はもちろんのこと、地域医療研修の実際として①地方での救急医療から

在宅診療まで幅広く学べること②研修医の志向する診療科(外科・整形外科・神経内科・リハビリテーション科)に特化した日常診療を積めることを特徴としています。

平成26年9月にはこれまでの地域医療研修に加え選択3ヶ月コースとして外科(消化器外科・整形外科)・内科(神経内科・リハビリテーション科)が研修できる臨床研修協力病院(医師法に基づく厚生労働大臣の指定)となりました。

平成27年2月、大隅半島の民間病院としては第一号となる研修医を受け入れ、ようやくその端緒につくことができました。

全国的に医師の偏在が深刻化するなか、離島やへき地を多く抱える鹿児島県では県、医師会、大学病院、医療機関が一体となり、地域に軸足を置く医師確保に向け取り組んでいます。当院もその一助になれるよう研修内容の充実に努め精進していきたいです。



恒心会おぐら病院は平成24年度より鹿児島大学臨床研修プログラム“桜島”の協力施設に参加させて頂いています。更に平成26年度から協力病院となり、卒後2年目の地域医療枠の中で、整形外科、外科、神経内科、リハビリテーション科の指導医のもと研修が出来るように成りました。

本年度は記念すべき第一号の研修医を迎えて外科、内科の研修とへき地診療を研修して貰いました。

《研修終了後インタビュー》

Q 大学病院や大病院と違い、地域医療を担う市中病院で働いて感じた事は？



研修医：小倉拓馬医師

A 大学病院や大病院は来院された時点である程度方向性は決まっていますが、市中病院の救急は整形外科や外科、内科など様々なので、primaryでしっかり考えて診る必要性

がありかなり緊張しました。忙しくてプレッシャーもありましたが、職員の方のフットワークが軽く機敏に動いてくれ連携が取れ働きやすい環境でした。

Q 主治医として患者さんを担当して思った事とか感想は？

A 前の市中病院でも主治医として患者さんを担当させてもらいましたが、今回は担当患者さんの術前プレゼンテーションで具体的にデバイスを入れる理想的な角度を指導して貰い勉強になりました。手術に18件参加させて頂きましたが、施設間でアプローチの仕方が違って、例え

ば人工骨頭やTHAにおいて前方からのアプローチなど貴重な経験ができました。

Q 医局の雰囲気はどうでしたか？

A カンファレンスが充実していて質問し易い雰囲気で、先生方からとても親切に御指導をいただきました。

Q 研修施設環境はどうでしたか？

A 10年前からフルオーダーで電子カルテを導入しており、画像などの患者情報がしっかり把握できたのですが、1ヶ月という短期間で慣れることは少し難しかったように思います。

図書室や専門書、専門誌が充実してドライボックスを含めた教育、研修環境が整っていました。また、新しい病院で様々な職場環境が整っていました。

Q 南大隅町佐多へき地診療所での診療は如何でしたか？

A 鹿屋市より車で一時間半の遠方にあり、整形外科、外科医が不在で医師不足を実感しました。薩摩半島と大隅半島が平等になれる様、また、大隅半島での医療完結ができるようになればと思いました。



南大隅町郡へき地出張診療所

院外研修

平成26年度研修

【医局】

開催日	開催名	開催場所
4月9日	第51回 日本形成外科学会総会学術集会	長崎ブリックホール
4月17日	第66回 日本産科婦人科学会学術講演会	東京国際フォーラム
4月24日	第100回 日本消化器病学会総会	東京国際フォーラム
5月23日	第55回 日本神経学会学術大会	福岡国際会議場
6月6日	第51回 日本リハビリテーション医学会	名古屋国際会議場
6月13日	第39回 日本超音波検査学会学術集会	名古屋国際会議場
6月27日	第40回 日本骨折治療学会	ホテル日航熊本
7月10日	第22回 日本乳癌学会学術総会	大阪国際会議場
7月23日	第6回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	広島国際会議場
8月29日	第2回 回復期リハ病棟入院料1体制強化加算該当研修	東京都ベルサール飯田橋ファースト
9月3日	第55回 日本人間ドック学会学術大会	福岡国際会議場
10月30日	第41回 日本股関節学会学術集会	京王プラザホテル
11月7日	第24回 日本乳癌検診学会学術総会	群馬県 ベイシア文化ホール
2月20日	平成26年度 病院部会全体会議およびJCOA（日本臨床整形外科学会病院部長）研修会	品川プリンスホテル
2月21日	基幹病院の医療安全に求められていること	東京国際フォーラム
3月4日	第51回 日本腹部救急医学会総会	国立京都国際会館
3月7日	日本リハビリテーション医学会	鹿児島県医師会館

鹿児島県内所属研修会 6件

【看護・介護部】

開催日	開催名	開催場所
4月19日	平成26年度 第1回 日本手術医学会教育セミナー	アクロス福岡
6月7日	第15回九州高気圧環境医学会	鹿児島大学医学部鶴稜会館
6月18日	日本緩和医療学会学術大会	神戸国際展示場、神戸ポートピアホテル
9月27日	第18回 内視鏡外科手術チームビルディングセミナー	神奈川県 東京サイエンスセンター
10月2日	第27回 日本内視鏡外科学会総会	岩手県マリオス盛岡地域交流センター
10月10日	第28回 日本手術看護学会年次大会	福岡市 福岡国際会議場
10月10日	第4回 アジア周術期看護学会会議	福岡市 福岡国際会議場
10月10日	第6回 アジア周術期看護リーダーシップフォーラム	福岡市 福岡国際会議場
11月5日	平成26年度 九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ	福岡国際会議場
11月15日	平成26年度 日本手術看護学会九州地区宮崎県分会研修	南九州大学
1月10日	アスレティックトレーナー更新義務研修会	TKPガーデンシティ品川
1月11日	小規模多機能の介護保険前の認知症支援	熊本県民交流館パレアホール
1月23日	介護報酬改定と地域包括ケアシンポジウム	東京都 ベルサール半蔵門
1月30日	介護報酬改定への対応と経営戦略セミナー	福岡交通センター
2月21日	認知症ケア学会特別重点課題講座	グランメッセ熊本コンベンションホール
2月26日	第25回 回復期リハビリテーション病棟協会研究大会	愛媛県民文化ホール

鹿児島県内所属研修会 95件

【リハ部】

開催日	開催名	開催場所
5月29日	第49回 日本理学療法学会	神奈川県パシフィコ横浜
6月20日	第16回 世界作業療法士連盟・日本作業療法士学会	神奈川県パシフィコ横浜
7月23日	第6回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	広島国際会議場
8月7日	発達障害・知的障害のある子への保育・療育	東京ファッションタウン
8月8日	歩行フェスタ	兵庫県神戸市 兵庫県民会館
9月22日	第7回 日本手関節外科ワークショップ	大阪府豊中市千里ライフサイエンスセンター
10月4日	2015年 介護報酬改定と通所リハビリ技術改革セミナー	東京都銀座同和ビル
10月8日	第59回 日本音声言語医学会総会学術講演会	福岡市アクロス福岡
10月23日	第11回 肩の運動機能研究会	佐賀市文化会館
10月30日	第41回 日本股関節学会学術集会	東京都京王プラザホテル
11月6日	リハビリテーション・ケア合同研究大会	長崎市長崎ブリックホール
11月13日	第39回日本足の外科学会・学術集会	宮崎市シーガイアコンベンションセンター
11月18日	第44回 日本臨床神経生理学会	福岡市福岡国際会議場
11月21日	九州理学療法士・作業療法士合同学会	佐賀県佐賀市文化会館
11月27日	第38回 日本高次脳機能障害学会	宮城県仙台国際センター
11月29日	市町村事業への派遣協力体制の整備研修	新大阪丸ビル別館
12月20日	第1回 日本呼吸・心血管・糖尿病病理学療法学会合同集会	東京都千代田区JA共済ビル
12月27日	第3回 日本脳神経HAL研究会	福岡市福岡大学病院
1月23日	第8回 東京ハンドセラピー研究会T-HANDsセミナー	神奈川県立保健福祉大学
2月12日	第27回 日本肘関節学会学術集会	沖縄コンベンションセンター
3月13日	第2回 日本リハビリテーション病院・施設協会リハビリテーション研修会	ベルサール半蔵門
3月13日	第3回 Hand Masters Course in Hamamatsu	静岡県浜松市
3月21日	短時間通所リハビリテーション事業化セミナー	東京都銀座同和ビル

鹿児島県内所属研修会 32件

【診療技術部】

開催日	開催名	開催場所
5月25日	日総研セミナーショートステイにおけるリスクマネジメント対応	福岡朝日ビル
7月5日	第65回 九州消化器内視鏡技師研究会 取り扱い講習	福岡市民会館ホール
8月1日	がん相談支援センター相談員基礎研修	東京都国立がんセンター
10月4日	第123回 医用超音波講義講習会中級者対象講義講習会	福岡市福岡国際会議場
10月23日	日本病院薬剤師会医薬品安全管理責任者講習	九州大学医学部百年講堂
11月13日	安定した病院経営を目指して すべての医療機関に共通する「ベッドコントロール術」	SSKセミナールーム
11月15日	日本臨床栄養学会特別セミナー	福岡市エルガーラホール
3月21日	短時間通所リハビリテーション事業化セミナー	東京都銀座同和ビル

鹿児島県内所属研修会 71件

【介護事業部】

開催日	開催名	開催場所
5月25日	日総研セミナーショートステイにおけるリスクマネジメント対応	福岡朝日ビル
10月4日	介護報酬改定と通所リハビリ技術改革セミナー	東京都銀座同和ビル
3月13日	第2回 日本リハビリテーション病院・施設協会リハビリテーション研修会	ベルサール半蔵門
3月14日	日本医業経営コンサルタント協会介護報酬改定セミナー	福岡市 天神ビル
3月21日	短時間通所リハビリテーション事業化セミナー	東京都銀座同和ビル
11月13日	安定した病院経営を目指して すべての医療機関に共通する「ベッドコントロール術」	SSKセミナールーム
11月15日	日本臨床栄養学会特別セミナー	福岡市エルガーラホール

鹿児島県内所属研修会 24件

法人院内研修

副看護部長 廣田末子

【院内研修】

1) 法人内集合研修(研修ホール)

	H26年度	テーマ	講師	参加数
1	5/27(火) 17:30~18:30	第1回 感染対策研修 「食中毒について」	鹿屋保健所 弓場香純 先生	312名
2	7/18(金) 17:15~18:30	法人内学術研究発表会 (第9回)	各部門 発表者6名	293名
3	8/29(金) 17:30~18:30	第2回 感染対策研修 「危機管理としての感染対策」	熊本大学医学部附属病院感染免疫 診療部 准教授 川口辰哉 先生	282名
4	9/26(金) 17:30~18:30	第1回 医療安全研修 「安全な医療の提供」	恒心会おぐら病院緩和ケア認定看護師 宇住庵美和子さん	255名
5	12/8(月) 17:20~17:35	第2回 医療安全研修 「法人の医療安全取り組み」	恒心会おぐら病院医療安全管理者 岡部なるみ副看護部長 画像検査科 松元清高 主任	324名
6	3/13(金) 17:15~18:00	倫理研修 「事前指定書」	元にしくまもと病院 河野 修 先生	239名



学術研究発表会



医療安全研修 安全な医療の提供

当法人の集合研修で最大の特徴は、各専門職による研究発表会です。平成18年度から開催、平成26年度で第9回を迎えました。毎年15演題ほどの応募がある中から選定した6~8演題の発表会を実施。毎年の開催で更に次年度へと職員の研究心が向上し業務改善に繋がっています。



感染対策研修「危機管理としての感染対策」



平成27年3月13日 倫理研修 河野修先生



倫理研修会「事前指定書」

2) 法人内 多職種新人集合研修

平成22年度からの「新人看護職員研修制度」努力義務化に基づき、毎年4月入職の看護師介護福祉士・他職種合同で、医療安全研修の一環とした新人集合研修を実施しています。講師は10名の看護主任を中心に、看護部長、副

看護部長、認定看護師、他コメディカル部門の所属長が担当しています。研修後アンケートでは、「多職種の連帯感が生まれる」「他部門の特色を最初の時点で学べる」、「基本を振り返れる」など、今後も新人のために多職種合同集合研修を継続して欲しい、という意見を得ています。

4/ 6(月)	・新人看護職員研修制度について ・苦情対応について ・BLS研修
4/ 7(火)	・感染対策研修 ・喀痰吸引法
4/ 8(水)	・薬剤について ・看護師の倫理観 ・安全な移乗法 ・栄養の援助 ・がん化学療法看護
4/ 9(木)	・急性期の看護 ・回復期の看護 ・終末期の看護 ・褥瘡予防研修
4/10(金)	・看護記録、看護必要度 ・DPCについて ・医療連携 ・MRI検査の注意点
4/11(土)	・手術室の概要 ・周術期看護
4/13(月)	・看護技術研修(採血法、注射法、導尿、膀胱留置カテーテル法、浣腸)
4/14(火)	・医療機器研修(輸液ポンプ、シリンジポンプ、血糖測定器、電子血圧計 (モニター、除細動、高気圧酸素治療、酸素ボンベ取り扱い、離床センサー)



吸引研修



褥瘡予防研修

## 院内の急変対応研修

看護主任 中村 さとみ

当院は地域の二次医療を担う急性期病院でもあり、外来・入院ともに様々な方が来院されます。また、老人保健施設、小規模多機能施設も併設しており、院内急変対応の標準化を目的として平成25年3月にコードブルー委員会を立ち上げました。

今までも、老人保健施設やリハビリ中の急変、来院時のCPAなど数件あり院内で急変した場合に適切な処置を行うことができるような院内の体制を確立することは、防ぐことができた可能性が高い死をなくすためには重要な課題です。

その対策の一つとして恒心会職員全員が「心肺蘇生法の徹底」に取り組み、全職員が正しく実施で

きることを目標に定期的な「院内BLS研修」の開催と指導者育成を行いました。

指導者は、肝属消防組合救急救命士指導の、4時間の救命講習へ参加。講習を修了した指導者が各部署でレクチャーを行い全職員へ伝達。スキルチェックを利用しスキルの確認を行いました。指導者は1年間任期を与え、翌年には新しい指導者が4時間の救命講習を受け数年後には全職員が救急救命士指導の講習を受講する計画です。

平成26年には、通所リハビリの患者さんから「心臓マッサージを覚えたい」という声があり、スタッフが指導等を行っています。



救急救命講習の様子(研修ホール)



通所リハビリ室での利用者研修



## 実習関連

恒心会おぐら病院 実習受入状況

### 看護部

認定看護管理者サードレベル実習受け入れ	1名(1日)
鹿屋市立看護専門学校	延べ139名(H26年4月～H27年3月)
尚志館高等学校	14名(H26年10月～12月)
鹿児島女子短期大学	1名(5日)
鹿屋女子高	6名(5日)
鹿屋工業高校(地域貢献体験実習)	1名(3日)
鹿屋東中学校	6名(4日)
鹿屋中学校	2名(3日)
吾平中学校	3名(2日)
細山田中学校	3名(3日)
第一鹿屋中学校	6名(3日)

### リハビリテーション部

鹿児島大学医学部(保健学科)	PT:1名(8週)		
鹿児島医療技術専門学校	PT:3名(3週・10週)	OT:3名(3週・10週)	ST2名(3週・6週)
鹿児島第一医療リハビリ専門学校	PT:1名(3週)	OT:2名(3週・8週)	ST:1名(3週)
神村学園専修学校	PT:2名(4週・10週)	OT:3名(3週・8週)	
鹿児島医療福祉専門学校	PT:3名(3週・10週)	OT:1名(10週)	
宮崎リハビリテーション学院	PT:1名(10週)	OT:1名(3週)	
九州中央リハビリテーション学院	PT:2名(3週・8週)		
熊本駅前看護リハビリテーション学院	PT:1名(8週:老健)	OT:1名(9週)	
宮崎医療福祉専門学校	PT:1名(10週)		
東京メディカルスポーツ専門学校	PT:1名(8週)		
文京学院大学(理学療法学科)	PT:1名(6週)		
大阪リハビリテーション専門学校	PT:1名(8週)		
医療福祉専門学校緑生館	PT:2名(3週・10週)		
メディカル・カレッジ青照館	PT:1名(3週)		
西九州大学(リハビリテーション学部)	PT:1名(8週)		
九州看護福祉大学(リハビリテーション学科)	PT:1名(3週:老健)		
宮崎保健福祉専門学校		OT:2名(8週)	
九州保健福祉大学(保健科学部)		OT:1名(9週)	

### 薬剤科

第一薬科大学	1名(11週)
長崎国際大学	1名(11週)

### 社会医療福祉科

鹿児島国際大学(福祉社会学部)	1名(4週)
-----------------	--------

### 画像検査科

鹿児島医療技術専門学校	2名(4週)
-------------	--------

### 栄養管理科

今村学園ライセンスアカデミー	1名(2週)
平岡栄養士専門学校	1名(2週)
鹿児島県立短期大学	1名(2週)
鹿児島女子短期大学	1名(2週)
鹿児島純心女子大学	1名(2週)
南九州大学	1名(3週)
西九州大学	1名(2週)
西南女学院大学	1名(2週)

さかもと歯科クリニック

## さかもと歯科クリニック

院長 坂元潤也



当クリニックは平成6年9月に恒心会の歯科部門として開設し、昨年20年の節目の年を迎えることができました。現在、常勤歯科医1名、非常勤歯科医1名、歯科衛生士4

名の6名体制で診療しております。病院併設の歯科診療所であるため開設当初から基礎疾患のある患者や要介護者の来院頻度が高く、そのような利用者に円滑に対応すべく設備面の充実を進めてきました。車椅子専用のユニットを完備し、電動車椅子等一部を除くほとんどの車椅子に対応可能となり、



車椅子専用ユニット

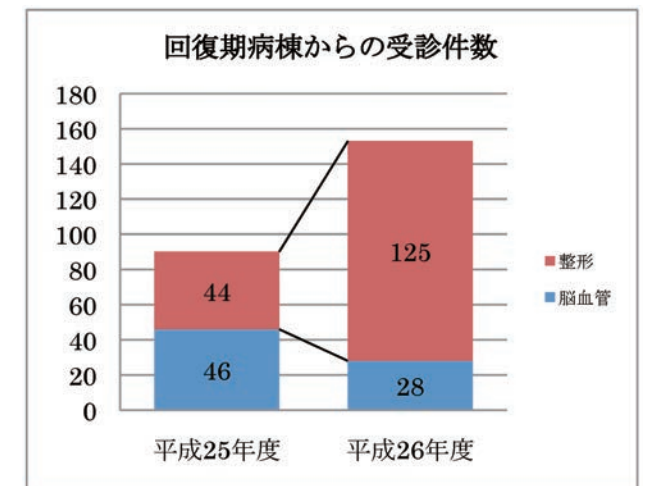
ストレッチャーの方も導入可能となりました。車椅子から自力で移乗できない患者様も車椅子に掛けたまま治療が可能、患者のみならず介護者ならびにスタッフもストレスの大幅な軽減が図られております。また感染予防、医療安全対策も重視して機器類を完備しております。節目となった昨年度は杉原一正鹿児島大学旧第一口腔外科前教授に週1日（月曜日あるいは木曜日）に勤務していただくことになり、診療のさらなる充実が図られつつあり、微力ながら恒心会の病院部門、介護部門と一体になって



食の支援、QOLの向上に貢献できるよう努めております。

平成26年度の取り組みと反省については、法人全体の目標に沿って「法人内で

杉原一正歯科医師の医科歯科（口腔外科）連携の推進」をテーマに掲げて取り組みを行っております。平成21年度から23年度の中期事業計画の「シームレスな連携強化の推進」に沿って歯科部門でも旧おぐらリハビリテーション病院（現在の回復期病棟）や老人保健施設ヴィラかのやの歯科検診の取り組み、ヴィラかのやの口腔身体機能改善委員会へ参加、恒心会おぐら病院における全身麻酔手術の安全性を歯科的に担うために術前歯科検診等いくつかの連携作りに取り組んできました。



グラフは、平成25年度と平成26年度の比較からみると（平成25年度は、新病院開院7月以降～翌年3月）月平均3名の増加となっており、今後、引き続き、病棟歯科衛生士を中心とした病棟スタッフと協働より咀嚼機能の向上や口腔ケアの充実による、

誤嚥性肺炎予防に努めたいと思います。

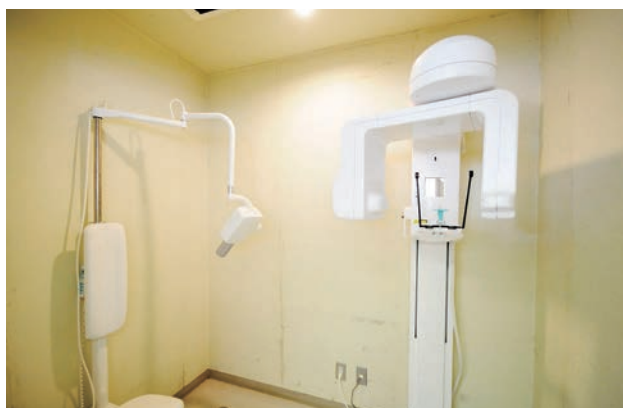
先述しましたように平成26年5月より非常勤医として口腔外科専門医の杉原一正先生の診察を開始しており、本年度はさらなる医科歯科連携の推進に取り組んでおります。従来、他の医療機関の口腔外科に依頼していた症例の一部を自院対応が可能となり、回復期病棟入院中の舌がん患者の手術を転院することなく恒心会おぐら病院で完了することもできました。



舌ガン手術

また、より精度の高い診断のためにレントゲン機器をすべて更新し、検査のスピードアップ・精度向上が図られております。

症例によっては、恒心会おぐら病院のCTやMRI、



歯科X線診断装置とパノラマX線診断装置



さかもと歯科外観

超音波検査等の画像診断機器も活用し、病理組織検査のオーダー体制を整え、診断に役立てております。モニタリング機材も導入し、緊急事態に備えるべく有病者への対応もより安全確実にできる体制を整えました。

しかし、目標のひとつに掲げた摂食嚥下リハビリテーションの協働は関連職種からの情報収集のみで進捗しておらず、多職種連携のハードルの高さを痛感しているところです。さらに口腔外科を含め診療の拡充を図り、がん治療等の周術期歯科検診やビスホスホネート製剤開始前の歯科検診、摂食嚥下リハビリの協働等新たな連携作りを進めたいと思います。



歯科診療室

## 介護事業部



## 老人保健施設 ヴィラかのや

施設長 中原 啓一



「ヴィラかのや」は「恒心会小倉記念病院」に隣接する形で、平成6年10月にオープンしました。病院との連携をはかりながら運営される介護老人保健施設(老健)とし

ては、このように大規模なものは「大隅医療圏」でも最も早いものの一つに入ります。「ヴィラかのや」がオープンして以後20年が過ぎましたが、高齢人口の増加をはじめとする日本社会の構造変化にともない、医療・福祉介護はその度に制度改変がなされ、設立当初の姿・役割からは大きく異なるものとなっています。まず地域社会における病院の環境が大きく変わりました。福祉介護サービスの分野でも、医療が変化するに連れて福祉介護サービスの種類や形態あるいは施設の数などが様変わりし、その役割がますます増えてきています。近年の老健「ヴィラかのや」の変化については下記のように整理ができると思います。

### 【医療機関の後方支援を行なう介護施設の側面】

1. 昨今「病院」の制度が激変し、急性期型病院への転換促進、ベッド数の削減が急激に進みました。電子カルテ化とそれに関連して“DPCの導入”が進み、「7:1」看護の導入など合わせて「在院日数の短縮化」が非常に厳しくなりました。これを補うべく、老健の急性期病院に対する後方支援施設としての役割はますます強くなっているように感じます。
2. 老健「ヴィラかのや」も平成24年より“強化型”の

要件を取得して、これに貢献をしていると自負しています。“強化型老健”とは在宅復帰率=50%以上、重症者割合=35%以上、回転率=10%以上の3つの要件をみたすことが求められます。急性期型病院との連携が必要ですし、後に述べる在宅を中心とした地域医療とも密接に関わる必要があります。

### 【医療機関を補完する準医療機関の側面】

1. 過去、病院に隣接する老健のメリットは、何かあれば患者さんをすぐに病院に転院させられるということ、利用者の安心が得られ易く老健スタッフにとっても安心という売りがありました。しかし、先に述べました「在院日数短縮化」や「DPC導入」で、そう簡単には行かなくなったのです。病院への転院が増えれば“強化型”を達成できなくなる可能性があり、患者さんの症状の見極めが難しくなりました。
2. 更に、最近では明らかに在院日数短縮化のため、老健で“お看取り”をする数が増加しています(別項目に資料記載)。これも時代の要請で、必要な役割だと認識しています。
3. 最近、パーキンソン病などの神経変性疾患や認知症の治療(ケアだけではなくて)が増えつつあります。本来は、このような疾患では薬の調整はゆっくり行なわないとなかなか上手く行かず、時間を十分に掛けるのが一般的です。在院日数短縮化だけではなく自宅での介護力低下で(独居、老々介護、地方での就労機会の減少)、老健が医療の一端を担う必要性が増えているのです。

## 【在宅を中心とする地域医療の要としての役割】

1. 厚労省の意向としては、今後も安易な病院ベッド利用や公的介護施設入所に抑制をかけ、なるべく在宅復帰かまたは有料老人ホームなどの民間施設へ移行させたいようです。一般病院や回復期病棟の入院日数制限が厳しくなった今、老健はこれらをしっかりこなして行く必要があります。強化型”を推進していくと言うことは、すなわち掛かり付け医の先生方や訪問看護、各種介護サービスそして有料老人ホームなどの民間介護サービスとの連携を深めることにほかならないのです。
2. 上記の説明で、老健の地域医療に果たす役割が大きくなっていると御理解いただけたかと思います。認知症の患者さんが増え、社会が高齢化し、家庭での介護力が低下した現代では老健は介護施設としての役割がますます増え、しかもそれのみならず「ミニ病院」的な色彩を備えた施設



ヴィラかのや外観

### 在宅強化型算定要件(平成26年)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
回転率(%)	23	21	18	21	25	25	25	21	21	25	18	21
在宅復帰率(%)	66	68	72	73	68	60	57	58	60	59	65	67
重症者割合(%)	69	65	67	64	65	66	66	66	65	63	61	62

であることが求められているのです。自覚して使い勝手の良い施設に変化するしかないようです。

## 【恒心会おぐら病院新病棟の設立、

### 「ヴィラかのや」への電子カルテ導入】

1. 平成25年7月に「ヴィラかのや」に隣接して立っていた「小倉記念病院」が、新しい建物に移転しました。当初は、患者さんが急変した時に大丈夫だろうか、検査はすぐに出来るだろうかと心配しましたが、案ずるより産むが易しで、今までにそのようなケースは滅多にありませんでした。
2. 平成25年2月より老健での電子カルテ「ちょうじゅ」が導入されました。介護施設は作成しないといけない書類の山ですから、年間利用されている方で変化がほとんどない方、大きな出来事がなく平穏無事だった方でも、年度末にはスタッフが膨大なカルテの山を綴じ込んで倉庫にしまうというのが風物詩でした。そして、倉庫にしまわれたデータは、ほとんどもう二度と陽の目を見ることはないのです。導入当初はスタッフ達もデータ入力に汲々としていました。多くの施設がそうなのでしょうが、電子カルテを入れれば省力化が急速に進むと錯覚しますが、実際は入力方法を十分にカスタマイズしないと有用性は低くなります。ここ2年くらいコツコツと電子カルテに関わってきて、人様にもお見せできる程度には育って来たかなと自負しています。

## 概要

副施設長 福田 隆 一



エントランスホール

### 【介護事業部の概要】

当法人介護事業部は介護老人保健施設ヴィラかのや(入所80床、通所50床)を中心に、1施設10事業所で運営されています。介護老人保健施設ヴィラかのやは平成24年来、老健の運営基準において在宅強化型施設を取得、病院後方支援施設として法人内連携さらには地域の介護保険分野の中核施設として地域社会に貢献しています。

また、在宅部門においては訪問系事業所(訪問看護・訪問介護・訪問リハ)地域密着型サービス事業所(小規模多機能居宅介護・グループホーム)居宅介護事業所(病院・老健)東部包括支援センターといった在宅部門を構成し、法人を取り巻く在宅部門としての機能を有しており今後の地域包括ケアシステムの在宅支援事業所として期待される所です。

### 【平成26年度介護事業部の事業方針と反省】

#### ①介護老人保健施設の在宅強化型の運営の円滑化

在宅強化型の運営において、利用者の在宅復帰率と稼働率維持を確保していかなければならず、空床割合が大きくなるのが運営リスクとなっています。(平成26年度在宅強化型管理指標平均値:回転率21.9%、在宅復帰率65.1%、

重症者割合63.6% 平均稼働率95%)

②病院・施設・在宅の途切れのないサービス連携  
病院統合の中、入院当初から退院退所、在宅ケアに至るまでの一連のプランニングが重要です。現在、看取りにおいてはとくに老健・訪問看護に役割を担っていただき連携を強化しています。(老健看取り利用者の年間のべ数、平成25年度17人、平成26年度26人)

③個別ケア・リハビリテーション内容の再考と自立支援

「個別ケアと多職種協働」といったテーマを掲げ各介護事業所・部門ごとに個別ケアの重点化に取り組みました。リハビリについては外来リハビリ期限切れ患者移行にともなう短時間通所リハビリを開始しています。

④介護保険改定を見据えた介護事業所の組織力強化と統合

介護保険改定を見据え、今の運営状況と改定情報を分析し各事業所単位だけではなく、今後も介護事業所を一括りとした包括ケアの視点で考える組織力とネットワークを整備していきます。

### 【今後の展望】

今期後半、介護報酬改定率が決定しました。改定率2.27%引き下げ(実質4.48%)という非常に厳しい改定でした。通所リハの個別リハ削除、アウトカム評価によるリハビリ内容の見直し、さらに居宅事業所の特定事業所集中減算の対応など、今後法人内外連携の構築を図っていかなければならないと思います。なかでも在宅支援診療所との連携は法人介護事業所の運営や地域包括ケアを推進していくには不可欠と思われます。

## 各介護保険事業所の活動

## 老人保健施設ヴィラかのや 看護部

副看護部長 吉谷春美

### 【看護・介護部の概要】

当老健は恒心会おぐら病院の後方支援施設としての役割と地域で生活をされている要介護者の生活を支える施設です。

看護介護部門は、施設理念を基盤とし、利用者の人権や個性を尊重し質の高い看護・介護を目指し、安心・安全、快適な環境を整え、自己の最大能力を引き出せるケアを提供することを方針としています。また他職種協業しながら個別ケアに特化し、在宅復帰を目指した施設を目指しています。さらに看取りを希望される重度な利用者・家族にこたえられるよう研修や技術向上に努めております。

### 【平成26年度目標と反省】

#### 1. 個別ケアの向上

昨年は、水分に着目し認知症の周辺症状が多い利用者へ他職種共同で1日トータル水分量を確保する計画を立て数名の利用者でBPSDの改善が見られました。フロアや通所をご利用の利用者へご家族も協働した取り組み事例もありました。さらに排泄ケアに着目し、オリゴ糖を使用した自然排便を可能とする事例を経験しました。その後の排泄機能向上に役立てさせています。

#### 2. 感染予防について

年間計画を立て毎月感染目標を実行に移し、職員に対する感染教育の徹底強化を図りました。スタッフや利用者、ご家族の面会に対する健康管理チェックの強化を行ったことやスタッフの手

洗い訓練を増やし標準予防策の徹底を行い感染症の初期対応が出来ました。

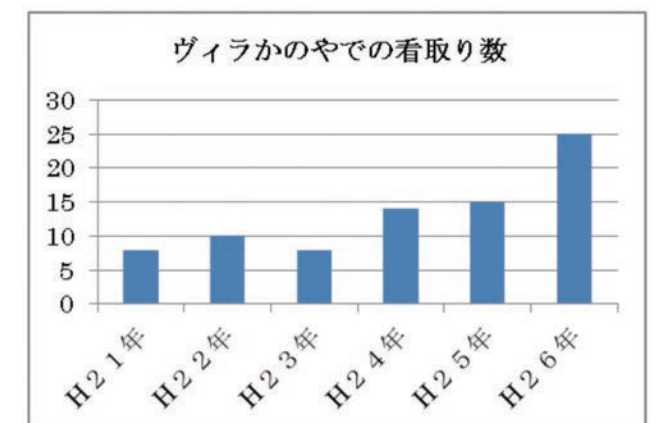
また、恒心会ICTとの連携や保育室との連携情報共有を行うことで速やかに情報を伝達しやすくなり感染の拡大を予防することが出来ました。その結果、稼働率低下を回避する事ができました。

#### 3. 看取り患者の積極的受入れについて

平成26年は看取り利用者26名中、15名を恒心会おぐら病院から受け入れました。また看取りの外出事例を3例経験することが出来ました。

#### 4. これからの介護施設に必要な人材育成について

少子高齢化によって人材不足が予測され、介護の担い手が減少する中で、当事業所は求められる人材の育成を計画し、教育プログラムとして実践しました。この教育プログラムは鹿児島県の介護福祉課のホームページ「平成27年度介護職員処遇改善紹介サイト」や「平成27年度鹿児島県高齢者保健福祉計画(コラム)介護人材の教育・確保の取組事例」で掲載されました。

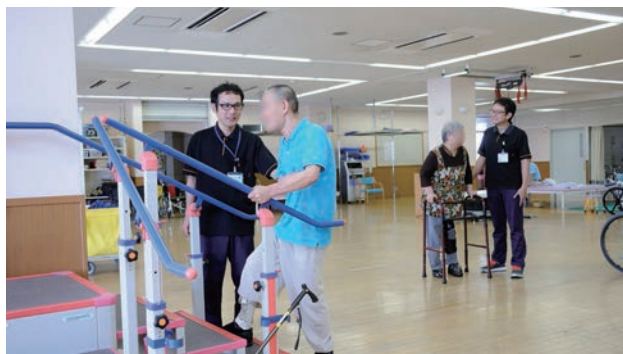


## リハビリテーション科

科長 了徳寺 孝 文

老人保健施設ヴィラかのやのリハビリテーション科は理学療法士5名、作業療法士3名にて入所の利用者、ショートステイ及び通所リハビリテーション利用者の個別リハビリを行い、高齢者の生活期のリハビリテーションを実施しています。

介護保険では多職種協働・連携が必要不可欠



になってきています。老健施設内のさまざまな職種が連携して行うケアを目指し、情報共有を含め、他職種と協力をしながら取り組んでいます。

また、平成26年度は、①介護報酬改定に伴う体制の確立、②個別ケアの充実、③リハビリテーションの質の向上を目標に挙げました。通所リハビリでの小集団によるリハビリ訓練を開始し、利用者の主体性・活動性向上を目指しています。

平成27年度は介護報酬の改定があり、リハビリテーションについては一つの転換期になると考えられます。自立支援の考えを基に介護予防・地域包括ケアシステム構築など、2025年を見据えた、システム作りや体制の確立を行っています。

## 通所リハビリテーション

介護主任 留 野 隆 彦

老人保健施設ヴィラかのやに併設する通所リハビリテーションでは、要介護中重度者の受入れを中心に1日あたり35名程度の方々に6時間以上8時間未満のサービスを提供する事で、施設退所後あるいは退院後の在宅生活の継続を支援しています。



また母体施設は在宅強化型施設としての機能をもつことから、退所後のサービス利用時には入所中に支援したリハビリスタッフが継続フォローするなど、切れ目のないシームレスなサービスを実践しております。ただ、利用者の中には長時間にわたる通所リハビリテーションが負担になる場合もあり、より適切なサービス体制を構築していく観点から、今後短時間のサービスを提供する予定です。

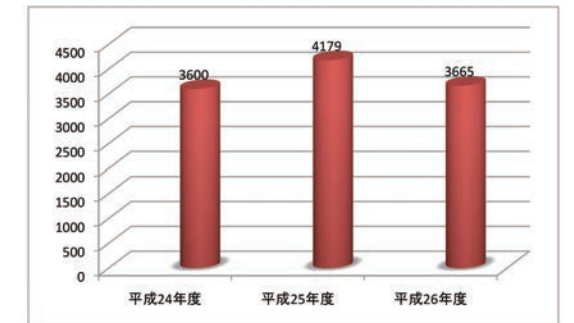
さらに今年度は、①平均利用者数は、40名以上/日を目指し、新規利用者獲得に努めます。②職員の接遇向上に努め、質の高いケアを提供します。③利用者の顧客満足度向上に努めます。の3点について特に取り組んでいきます。

■施設基準 ●大規模事業所(Ⅰ)・時間延長サービス体制・入浴介助体制・認知症短期集中リハビリテーション加算  
若年性認知症利用者受入加算・口腔機能向上体制・栄養改善体制・サービス提供体制加算Ⅰ  
介護職員処遇改善加算Ⅰ

## 訪問看護ステーションことぶき

管理者 吐 合 直 美

恒心会は平成元年から訪問看護に取り組んできました。平成6年、老健施設「ヴィラかのや」の開設に合わせ地域に開かれた在宅看護を目指しステーション化しました。神経難病の在宅人工呼吸療法やがん患者の終末期など、事業運営の6割が医療保険対象者です。



平成24年度～平成26年度延べ訪問回数

平成26年度 訪問看護ステーションことぶき 医療保険実績  
平成26年度 医療保険対象者の疾患別内訳

	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
医療保険対象者	16	22	19	15	19	20	20	16	19	19	21	19	225
内訳													
がん(末期)	5	4	5	4	5	7	4	4	5	3	5	4	55
神経難病(ALS・パーキンソン病等)	3	6	4	2	3	2	3	2	4	4	3	4	40
頸髄損傷	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	50
褥創	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
潰瘍性大腸炎	1	3	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	23
その他(重症糖尿病・心不全等)	3	4	3	3	5	4	4	2	3	5	6	4	46

■施設基準 ●緊急時訪問看護加算・特別管理加算・ターミナルケア加算・サービス提供体制加算Ⅰ・退院時共同指導加算

## ヘルパーステーションヴィラかのや

管理者 柳 田 光 代

資格を持ったホームヘルパーがご自宅を訪問し、ご利用者の希望に添えるよう最善のサービスを追及し、生活の様々なシーンで身体介護や生活援助のサービスを提供いたします。医療と福祉の両輪で地域住民の生活を守っていきます。

特定事業所Ⅱ(平成21年7月に取得し基本単位数の10%加算)を算定しており、体制要件として、すべての訪問介護員に対して個別の研修計画を作成し、計画に従い確実な研修を行っています。人材要件として、訪問介護員等の総数のうち介護福祉士30%以上に対し、現在サービス提供責任者を含め、総数24名の内、介護福祉士が12名在籍しており、50%の割合になっております。またサービス

提供責任者が在籍し、全員(4名)が介護支援専門員の資格を取得しており、訪問介護員の質の向上に努め、他部署との意見交換や連携を積極的に行っています。



ヘルパー月例研修会の様子

■施設基準 ●特定事業所加算Ⅱ・緊急時訪問介護加算・生活機能向上連携加算・介護職員処遇改善加算Ⅰ

## 居宅介護支援事業所ヴィラかのや/おぐら居宅介護支援事業所

管理者 今吉 浩子

### 【居宅介護支援事業所ヴィラかのや】

- ①居宅介護支援事業所ヴィラかのやは、大隅半島で2件しかない特定事業所（Ⅰ）を算定している事業所です。中重度者の受け入れや看護師を3名配置するなど医療依存度の高い利用者に対応できる体制をとっています。
- ②主任介護支援専門員3名を配置し、事業所内をはじめ他事業所の介護支援専門員への指導や助言も行っています。  
平成26年度は2,817件の請求実績があり、減算なく推移しています。

■施設基準 ●入院時情報連携加算・退院退所加算・小規模多機能居宅介護事業所連携加算・複合型サービス事業所連携加算  
緊急時等居宅カンファレンス加算

### 【おぐら居宅介護支援事業所】

- ①介護支援専門員を1名配置し、主に軽度者を対象として介護予防を視野にケアプランを立案、そのため地域包括支援センターとの連携に力を入れています。
- ②恒心会おぐら病院内に事業所があることから、外来や入院患者、その家族からの相談にも適宜応じています。  
平成26年度は431件の請求実績があり、また予防請求は18件の実績を残しています。

## 鹿屋市東部地区地域包括支援センター

管理者 門倉 雅裕

鹿屋市東部地区地域包括支援センターは、平成18年11月から鹿屋市の委託を受け業務を行っています。鹿屋市を東西南北の4つのブロックに分け、その内の東部地区を管轄しています。東部地区は鹿屋東中学校区と申良地区に分別され、申良地区には他法人の協力のもとサブセンターを設置しています。担当地区内に居住する高齢者の総合的な相談機関としての役割を担っています。

包括支援センターの4つの業務として、①介護

予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務があります。

4つの委託法人の中で唯一の医療法人ですが、急性期から回復期、在宅介護までの流れを包括的・継続的に支援することが可能であり、今後は法人の特色を生かした地域包括ケアシステムの構築を目指します。

## 小規模多機能ホームサポートセンターおぐら24

管理者 福永 和人

平成19年に鹿屋市第1号の小規模多機能ホームとして誕生しました。母体病院の隣接地に地域密着型サービスの拠点（モール）としてグループホーム18床（2ユニット）を併設しています。

登録者数	23/25人
介護度	1.9
通所サービス	12人/日
訪問サービス	2人/日
宿泊サービス	3人/日

退院後の在宅の受け皿としてホームのスタッフ

■施設基準 ●認知症加算・看護職員配置加算（Ⅰ）・サービス提供体制加算Ⅰ・介護職員処遇改善加算Ⅰ

が「通い」「訪問」「宿泊」を一体的且つシームレスに担うことで24時間365日の在宅支援を行っています。



## グループホームイーストサイドおぐら

介護主任 有馬 正子

恒心会おぐら病院内に隣接しています。系列の訪問看護ステーションや母体病院と医療連携体制を結んでおり認知症と基礎疾患の病状管理等、医療的なバックアップを柱として安心な暮らしをお届け

させていただいています。特に終末期の看取りは、これまで12人の最期に寄り添うことができました。



訪問看護による病状管理 訪問診療



恒心会おぐら病院内に隣接

■施設基準 ●若年性認知症利用者受入加算・ターミナルケア体制・医療連携体制加算・サービス提供体制加算Ⅰ  
介護職員処遇改善加算Ⅰ

福利厚生

## 福利厚生施設

恒心会で働く職員とその家族の生活向上を支援し、働きがいを持ちながら継続して勤務してもらうために、職場環境を整えています。

ワークライフバランスの推進のひとつとして、法的育児支援のほか、夜勤・日祝日等の勤務を免除する準常勤制度を創設し、子育て支援を行っています。

### (1)保育室(対象年齢生後3ヶ月～3歳未満)

子どもを持つ職員が、退職することなく安心して仕事と育児の両立が出来るように設置しました。

昭和63年8月に有子看護師を対象に開設。

平成3年4月より24時間保育開始(但し年末年始を除く)



保育室室内



保育室園庭

平成6年10月に老人保健施設ヴィラかのや1階に新築移転平成25年4月から365日24時間保育開始。

平成25年12月に改修工事を行い、床材にはクッション材を取り入れ、子どもが転倒しても怪我をしにくいように配慮しています。また園庭を拡大し、大型遊具も導入して、子どもたちが外で思い切り遊べる環境も提供しています。

### (2)パウダールーム

仕事に入る前の、接遇として身だしなみを整えるためと、アフターファイブへのお出かけ前の身だしなみチェックに活躍する場所です。女性スタッフへのちょっとした心遣いです。



2階女性パウダールーム



医局女性パウダールーム



## (3)女性医師専用当直室(医局)

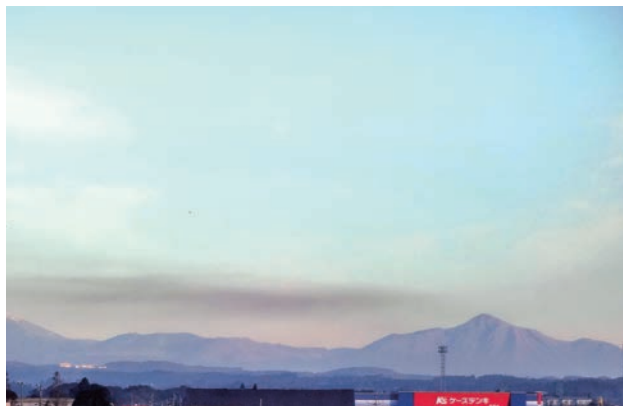
医療の現場で活躍される女性医師に安心して当直業務ができるように専用の当直室を準備しました。



医局内女性当直室

## (4)職員食堂・テラス(6階)

職員が午前中の勤務の疲れを癒し、午後からも元気に勤務してもらえるように、栄養バランスのとれた昼食を提供しています。食事をとりながら



霧島連山



6階食堂から望む高隈連山

の高隈山麓の景色は雄大で、晴れた日は霧島連山も望めます。

## (5)職員寮

遠方から就職される職員が安心して一人暮らしを始められるように、病院近隣に単身者用の職員寮「プチタウン寿」と、世帯者向けの「タウンパーク寿」があります。



プチタウン寿

タウンパーク寿



6階テラスからのパノラマ展望 開聞岳まで確認できます

## 健康フェスティバル

平成26年9月6日(土)、第6回恒心会健康フェスティバルが開催されました。

恒心会職員から実行委員を選出し、企画の立案から本番当日まで、日々の業務の合間に、はたまた業務終了後に集まり、看板作製や綿密な打ち合わせを行い、無事開催することができました。本番当日は多くの地域の方々にお越し頂き、最後まで大盛況だったように思います。



健康フェスティバル会場

催し物においては、それぞれの職種で健康部門(リハビリ体験、お薬相談、歯科検診、骨密度検査)ゲーム部門・飲食部門に分かれ、「地域と共に」の恒心会理念のもと、地域の方々と触れ合える貴重な時間を過ごせたと思います。

今後ますます、地域に根差した病院運営を目指して取り組んでいきます。



薬剤科によるお薬相談



画像検査科での骨密度検査



リハビリテーション体験



無料歯科検診



献血協力

研究論文・学会発表

## 業績医師

### 【論文】

- 1) 東郷泰久、前田昌隆、泉俊彦、中條正英、小倉雅、藤井康成：人工股関節術後ステム周囲骨折に対する治療経験  
日本股関節学会誌 38:688-691,2012
- 2) 鈴東昌也、東本昌之、東泰志、竹林勇二、小倉修：気動式骨手術機械で摘出し得た直腸内異物の1例  
日本腹部救急医学会雑誌 33(1):95-98,2013
- 3) 山下達也、鈴東昌也、東本昌之、小倉修：原発性腹膜腺扁平上皮癌の1例  
日本臨床外科学会雑誌 73(9):240-2414, 2012

### 【学会発表】

- 1) 崎山佑介、延原康幸、渡邊修、樋口逸郎、高嶋博：高CK血症を契機に診断し得たカベオリン3欠損症の1例  
第303回日本内科学会九州地方会 2013.11
- 2) 崎山佑介、武井藍、中原啓一、金子浩之、安藤匡宏、田代雄一、荒田仁、神田大輔、川島吉博、高嶋博：多発性単神経障害を契機に診断に至ったBuerger病の1例 第209回日本神経学会九州地方会 2015.3

## 人工股関節術後ステム周囲骨折に対する治療経験

小倉記念病院整形外科

東郷泰久・前田昌隆・泉俊彦  
中條正英・小倉雅

鹿屋体育大学保健管理センター

藤井康成

### はじめに

人工股関節術後に生じるステム周囲骨折は、ステムの弛みや骨の脆弱性を伴うことが多くしばしば治療法の選択に難渋する。今回、本骨折に対し当院で行っている治療法とその問題点について検討を行ったので報告する。

### 対象および方法

2006年11月から2011年3月までに当院で経験した男性5例、女性6例の計11例を対象とした。原疾患は大腿骨頸部骨折6例、変形性股関節症4例、大腿骨頭壊死症1例であった。受傷前の人工関節は人工股関

Treatment of periprosthetic femoral fracture after total hip arthroplasty

Department of Orthopedic Surgery, Ogura Memorial Hospital.  
Yasuhisa Togo, et al.

Key words: ステム周囲骨折(periprosthetic femoral fracture)  
人工股関節全置換術(total hip arthroplasty)  
バンクーバー分類(Vancouver classification)

節(以下THA)5例、人工骨頭(以下BHA)6例であり、骨折時の年齢は41歳から93歳、平均年齢は75.7歳であった。今回の骨折までの期間は術後2週間から17年、平均5年9ヵ月であった。受傷起点は自転車による転倒が2例、立位からの転倒が7例、捻転によるものが2例であった。骨折型はVancouver分類<sup>1)</sup>(図1)に従って分類し、これを元に治療法、治療成績を検討した。

### 結果

骨折型はVancouver分類Type A 2例、Type B1 5例、Type B2 2例、Type B3 1例、Type C 1例であった。

治療方法は保存療法を1例に、手術療法を10例に行った。手術方法は骨接合術8例、再置換術2例であり、骨接合術の固定材料はZimmer社GTR cable(以下cable grip)3例、Synthes社LCP plate、Cable system(以下LCP+cable system)5例であった。再置換術はセメントステム、ナカシマメディカル社cannulock stemをそれぞれ1例に行った。

Type別に治療法と骨癒合の有無を検討すると、Type Aは1例に保存療法を行い骨癒合が得られた。もう1例にcable gripを使用し骨接合を行った。小転子でのcable cut outを認め偽関節となったが杖歩行に支障なく経過観察中である。Type B1では骨折線が比較的近位の5例中2例にはcable gripを使用し、残りの3例にはLCP+cable systemを用い骨接合術を行い全例に骨癒合が得られた。Type B2では1例

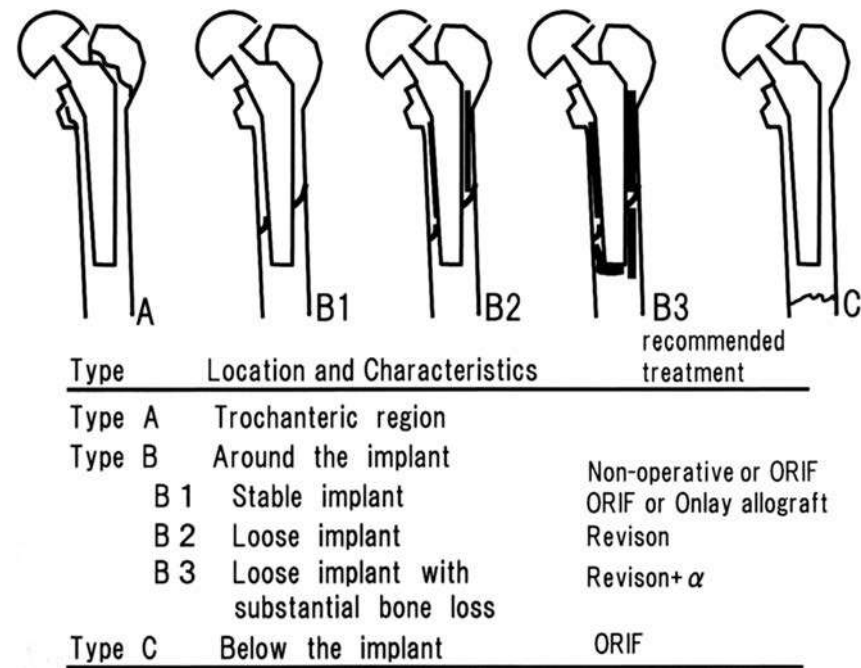


図1 Vancouver分類

はセメントステムによる再置換を行った。1例は年齢、全身状態、術前のADLを考慮しLCP+cable systemを使用し骨接合術を行ったが、術後5ヵ月現在骨癒合が得られていない。Type B3の1例は自家骨移植を併用しcannulock stemによる再置換術を行った。術後4年10ヵ月の現在弛みなく経過良好である。またType Cの1例はLCP+cable systemによ

る骨接合を行い癒合が得られている。

歩行能力は、9例はほぼ受傷前の歩行レベルに回復していたが、Type B1の1例は認知症悪化のため杖歩行から介助歩行へ、Type B2の1例は骨癒合が得られず杖歩行から車いすレベルへと低下していた。(表1)

表1 治療方法と治療成績

Case	Gender	Age	Type	treatment	outcome	walking ability
1	M	72	A	Non-operative	union	cane⇒cane
2	F	68	A	ORIF cable grip	cable cut out	cane⇒cane
3	M	78	B1	ORIF cable grip	union	Indep.g⇒Indep.g
4	M	84	B1	ORIF cable grip	union	cane⇒cane
5	F	71	B1	ORIF LCP+cable	union	cane⇒cane
6	F	93	B1	ORIF LCP+cable	union	W/C⇒W/C
7	M	77	B1	ORIF LCP+cable	union	cane⇒support
8	M	82	B2	ORIF LCP+cable	non-union	cane⇒W/C
9	F	88	B2	Revision C.stem	union	cane⇒cane
10	M	41	B3	Revision cannulock	union	Indep.g⇒Indep.g
11	F	79	C	ORIF LCP+cable	union	cane⇒crutch

indep.g=Independent gait  
W/C=Wheelchair

症例 供 覧

症例1。88歳女性、大腿骨頸部骨折に対するBHA後8ヶ月で転倒受傷。

この症例は受傷前2ヵ月のX線との比較により正面像でのsinking、軸位像での骨頭後捻が明らかとなり、今回の転倒、骨折により弛んだものと推測できた。Type B2と診断し、セメントステムによる再置換術を行った。術後6ヵ月現在弛みはなく歩行可能である。(図2)

症例2。82歳男性、変形性股関節に対するTHA後施

行12年で転倒受傷。

X線上弛みがありType B2と診断。術中に物理的弛みがないことを確認できたため、年齢、術前のADLを考慮しLCP+cable systemを使用し骨接合術を行ったが、術後現在まで骨癒合は得られておらずfunctional braceを使用し車いす移乗を行っている。(図3)

考 察

近年、高齢化に伴いTHA、BHA症例が増加してきている。これに伴いステム周囲骨折も増加傾向にあ

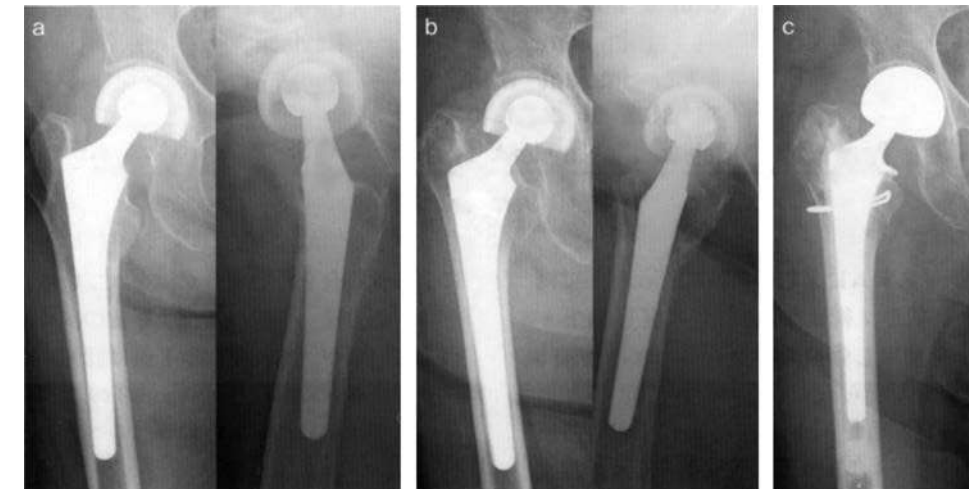


図2 症例1：88歳 女性 Type B2  
a.受傷2ヵ月前 b.受傷時 c.術後

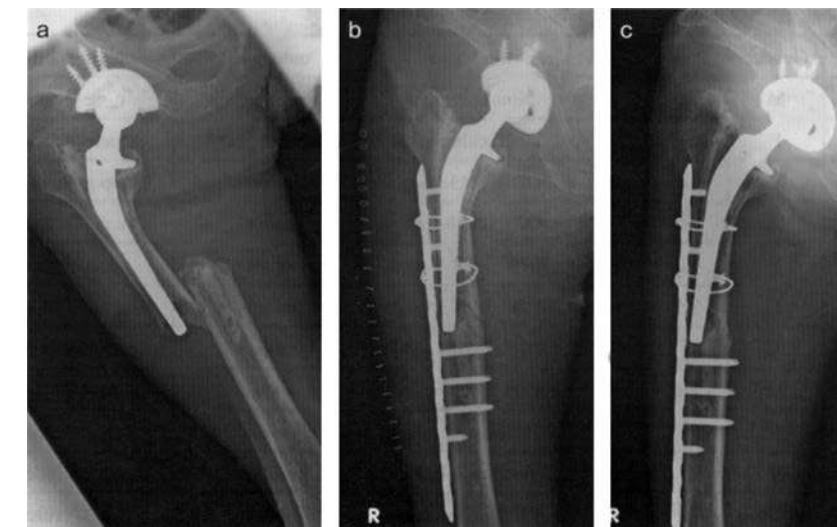


図3 症例2：82歳 男性 Type B2  
a.受傷時 b.術後 c.術後5ヵ月

と思われる。1997年と2005年の骨折治療学会において主題にとりあげられているが、報告例の平均年齢は63.7歳から71.2歳へと上昇している。また症例は少ないが今回の自験例では75.7歳と確実に高齢化が進んでいる。弛みの合併率をみると2000年以前の報告ではBetheraら<sup>2)</sup>75%, 奥村ら<sup>3)</sup>53%と比較的高率であるが, Parkら<sup>4)</sup>, 松田ら<sup>5)</sup>によれば近年セメントレスステムの使用例の増加に伴い30%前後であると報告されており, 自験例も27.3%であった。今後高齢化が一層進めば転倒のリスクも高くなり, 受傷前に画像上の弛みはなくとも, 転倒により弛みをおこし, その診断が困難な症例が増加することが懸念される。

Vancouver分類は骨折の部位に加え, ステムの弛みや骨皮質の強度を考慮してあり, 治療方針を決定する上で非常に有用な分類である。一般的には弛みがない場合は骨接合, 弛みのある場合は再置換術が推奨されているが, いくつかの問題点が指摘されている。そのひとつとして, 術前に弛みがあるか判定のしづらい症例があることである。Lindahlら<sup>6)</sup>はType B1に治療失敗例が多く, その原因として術前にステムの弛みが認識されずType B2をB1と誤認した症例が多いと報告している。また, Cortenら<sup>7)</sup>はVancouver分類をもとに独自に作成したアルゴリズムのなかで, Type B1症例には術中にstability testを行い, 弛みの有無を確認し治療方針を決定することを推奨している。

次に, 弛みを伴うType B2, B3に対しては再置換術が推奨されているが, 骨折を伴う再置換術は手術侵襲が大きく, 待機的に行う再置換術より緊急性を要するため移植骨や自己血の準備が困難である。また, 高齢者は内科的疾患や認知症の合併が問題となることが少なくなく, このため年齢や全身状態, 術前のADLによっては骨接合術を選択する必要性も出てくる。骨接合術ではステムが髓内を占拠していることや, 骨脆弱性を伴うこともあり困難な症例が多いが, 近年比較的低侵襲で固定が得られる固定材料の開発, 改良が進み手術の選択肢が広がっている。

ステム周囲骨折の治療にあたっては, 個々の症例に応じた十分な術前計画と万全な準備が必要である。

## 結 語

1. THA, BHAの術後に生じたステム周囲骨折に対し, 当院で行った治療法とその問題点について検討した。
2. ステム周囲骨折は, 弛みの有無, 骨折型を十分に評価し適切な治療法を選択する必要がある。
3. 骨折を伴う再置換術は手術侵襲が大きく, 全身状態や術前のADLによっては骨接合術を選択する必要性もある。

## 文 献

- 1) Duncan CP, et al: Fractures of the femur after hip replacement. AAOS Int Cour Lec 44: 293-304.1995.
- 2) Bethera JS, et al: Proximal femoral fractures following total hip arthroplasty. Clin Orthop 170: 95-106.1982.
- 3) 奥村秀雄: 人工股関節・人工骨頭置換術後の大腿骨折の手術方法. 関節外科18: 1009-1013.1999.
- 4) Park MS, et al: Management of periprosthetic femoral fractures. J Arthroplasty 18: 903-906.2003.
- 5) 松田秀策, 他: 人工関節置換術後に生じた大腿骨骨幹部骨折の治療. 骨折 28: 124-127.2006.
- 6) Lindahl H, et al: Risk factors for failure after treatment of a periprosthetic fracture of the femur. J Bone Joint Surg(Br)88-B: 26-30.2006.
- 7) Corten K, et al: An algorithm for the surgical treatment of periprosthetic fractures of the femur around a well-fixed femoral component. J Bone Joint Surg(Br)91-B: 1424-1430.2009.

## 症例報告

### 気動式骨手術器械で摘出し得た直腸内異物の1例

恒心会小倉記念病院外科  
鈴東昌也, 東本昌之, 東 泰志, 竹林勇二, 小倉 修

要旨: 瓶類は本邦で最も頻度の高い経肛門的直腸内異物である。今回われわれは, 気動式骨手術器械(サージエアトムⅡ)を用いて, 経肛門的に安全に摘出し得た直腸内異物を経験したので報告する。症例は51歳男性。自慰行為中, ヨーグルトのガラス瓶を肛門に挿入した。自力で摘出できず, 当院救急外来受診した。直腸診で肛門縁より5cmに瓶底を触知した。腰椎麻酔で肛門括約筋を弛緩させ, 用手および筋鉤でガラス瓶摘出を試みたが, 摘出困難であった。気動式骨手術器械で瓶底に直径5mm大の穴を作製し, 直角鉗子を掛けて摘出した。瓶の最大直径は8cm, 長さ9cmであった。術後合併症は認めなかった。今回用いた方法は, 経肛門的直腸異物摘出法の一つとして有効であり, 今後同様の症例に対して, 有用な方法であると考えられた。

【索引用語】経肛門的直腸内異物, 異物除去, 気動式骨手術器械, サージエアトムⅡ

## はじめに

本邦における経肛門的直腸異物の報告は比較的まれである。その摘出法については諸家により種々の工夫が報告されている<sup>1)~5)</sup>が, 気動式骨手術器械を用い, 穴を作製し, 異物を摘出した報告はない。今回われわれは, 気動式骨手術器械を用いて安全に摘出した直腸内異物の症例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

## I. 症 例

患者: 51歳, 男性。

主訴: 肛門部痛。

既往歴: 特記事項なし。

家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 2011年8月中旬未明, 自慰行為中にヨーグルト瓶を肛門に挿入し, 抜去困難となり当院外科を受診した。

入院時現症: 身長169cm, 体重73.0kg。血圧166/89mmHg, 脈拍90/min, 整。腹部に圧痛および腹膜刺激症状は認めず。肛門・直腸診では肛門括約筋の緊張は脆弱であった。肛門縁から5cmの部位にガラス製の異物を触知したが, 可動性は乏しかった。入院時血液検査所見: 白血球数の増多(18,000/mm<sup>3</sup>)を認める以外に異常値は認めなかった。

腹部単純X線検査: 骨盤腔内に口部を先端部として挿入されたガラス瓶を認めた(図1)。腹腔内遊離ガラス像, および鏡面像は認めなかった。

腹部CT所見: 上部直腸より下部直腸にかけて直径8cm, 長さ9cmのガラス瓶を認めた(図2a)。3次元再構築CT画像でガラス瓶に破損がないことを確認し

た(図2b~e)。腹水は認めなかった。

以上より, ガラス瓶の破損を伴わない直腸内異物と考え, 鎮静下に用手および筋鉤で摘出を試みたが摘出困難であった。同日, 腰椎麻酔下で異物摘出術を施行した。

手術所見: 腰椎麻酔で肛門括約筋を十分に弛緩後, ジャックナイフ体位で再度用手, 鉗子を用いて摘出を試みたが, 摘出できなかった。次に気動式骨手術器械(サージエアトムⅡ, 図3a)を経肛門的に挿入し, 研削部にシリンジにて生理食塩水を掛けながら, 破片が直腸内に散布しないように, 気動式骨手術器械で瓶底に穴を開けた。次に, 作製した穴に直角鉗



図1 腹部X線写真: 骨盤腔内にガラス瓶を認める。

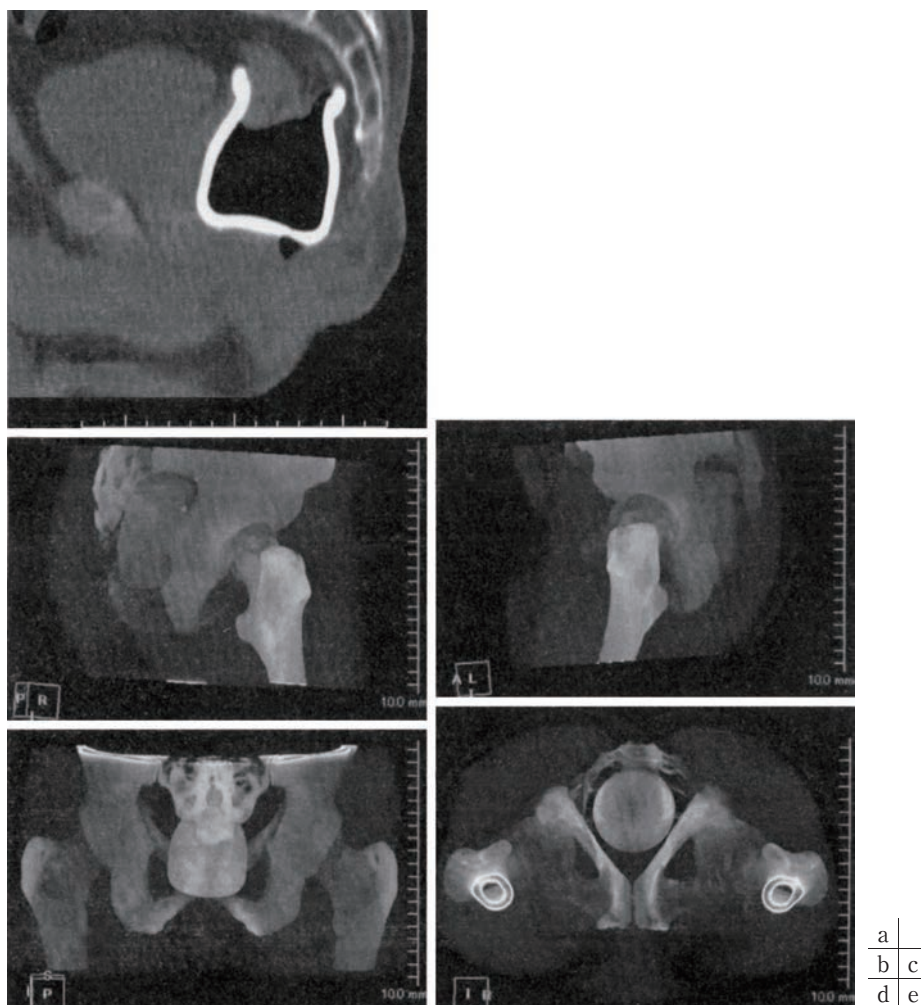


図2 a. 腹部CT写真: 上部直腸～下部直腸にガラス瓶を認める。  
b, c, d, e. 腹部3D-CT写真: 3D-CTでガラス瓶の破損がないことを確認した。

子を掛けて瓶を摘出した(図3b)。摘出後、直腸に損傷がないことを確認し手術を終了した。瓶は最大直径8cm、長さ9cmのヨーグルトの瓶であった(図4)。直腸粘膜において、浮腫、歯状線の消失、粘膜の癒痕化を認めた。術後経過は良好であり、第3病日に合併症なく退院となった。

## II. 考察

直腸異物は医療行為に伴う症例を除けば、そのほとんどが性的嗜好によるものであり、近年、価値観や性観念の多様化により増加傾向にある<sup>9)</sup>。

本症例も自慰行為中に直腸内にヨーグルト瓶を挿入したものである。本症例において、過去に抜去困難となった既往はなかったが、問診において常習的に肛門への異物挿入を行っていたことが確認された。さらに、浮腫、歯状線の消失、粘膜の癒痕化の直腸粘膜の所見は、問診で判明した常習性と合致す

る。高垣ら<sup>7)</sup>の報告によれば、本邦140例の経肛門的直腸異物を集計し、男女比は男性133例、女性7例であり、異物の種類としては瓶類が最多(23例)で、続いて性的玩具(21例)、プラスチック容器(12例)であった。瓶類には形状が他の異物に比較して抜去することが難しく、結果として受診につながっているものとの推測も成立する。

経肛門的直腸異物の抜去が困難な理由として、①極度に直系の大きな異物を無理に挿入すると局所に浮腫が生じ強く締め付けられ、括約筋の痙攣をおこす。②挿入された異物が長く、直腸の走行から仙腸前面と肛門管で固定される。③異物の牽引により肛門内圧が陰圧になる。④異物の形状・材質のため、血液、粘液により滑りやすく把持牽引が困難、などがあげられている<sup>8)9)</sup>。自験例では、ガラス瓶の形状、陥入の状態から上記①～④をすべて満たしており、抜去困難症例と考えられた。



図3 手術所見  
a. サージエアトーム。  
b. 瓶底に開けた穴に直角鉗子を掛け、瓶を経肛門的に摘出した。

摘出時の体位については、茶谷ら<sup>1)</sup>は高碎石位とし、腹部を愛護的に圧迫すると異物が摘出しやすいと報告している。一方、腹部圧迫については腸管損傷の危険が高く、消化管異物の最も重篤な合併症である穿孔を医原的に発生させる可能性があるとの報告<sup>10)</sup>もある。自験例においては、ジャックナイフ体位で摘出術を行うことにより、体重により腹圧がかかり、腹部圧迫を行わず、比較的容易に経肛門的に異物除去を行うことができた。

摘出時の使用器具については、異物把持・牽引に八爪鉤骨鉗子<sup>1)</sup>や分娩鉗子<sup>2)</sup>、2本のスプーン<sup>3)</sup>、児頭吸引器<sup>4)</sup>を用いた報告などがある。その他、直腸内でガラスのコップを破砕し摘出しやすくした報告<sup>5)</sup>がある。このように摘出に際してはさまざまな工夫がなされているが、小島ら<sup>4)</sup>の報告によると、76例の経肛門的直腸異物の集計で、摘出方法として開腹例は40%に上り、統計的に最多の瓶に対して、摘出方法の工夫が必要であると考えられる。

自験例では、瓶の破損により直腸の損傷を伴わないように、整形外科領域で手術時に骨を削るときに使用される気動式骨手術器械を用いて異物を摘出

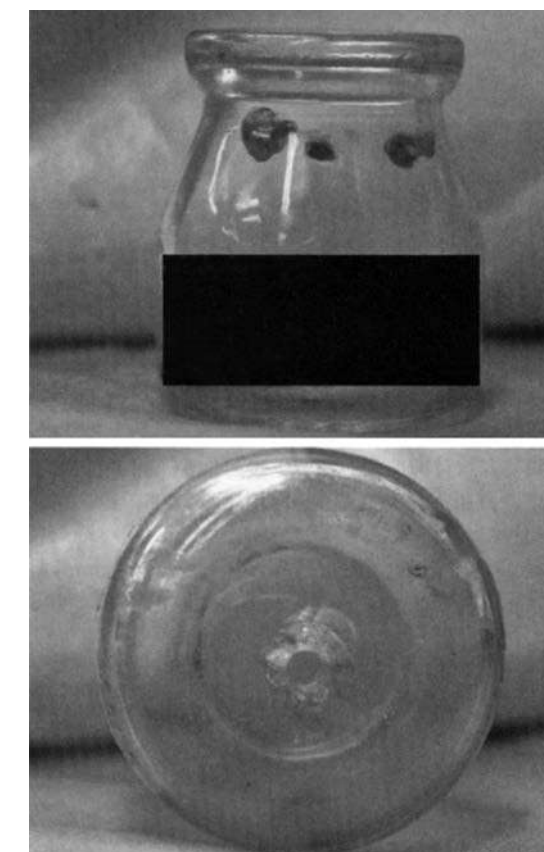


図4 摘出標本  
a. 最大直径8cm、長さ9cmのヨーグルトの瓶であった。  
b. 5mm大の小穴が開いており、瓶の破損はみられなかった。

した。今回われわれが使用したのは、Zimmer社製のサージエアトームIIである。サージエアトームIIはスピード: 90,000rpm、トルク: 1.75インチ・オンスで、アタッチメントとバーを接続して、用いる。アングルアタッチメント20度、ダイヤモンドバー(ダイヤモンドφ3.0mm)を装着し使用することにより、研削の際に瓶を損傷することなく、瓶底に径約5mmの穴を作製することができた。また、削った際のガラス片が細かい粒子となり、口側の瓶内に貯留し、腸管の損傷は回避できた。さらに、瓶底に穴を作製することにより、肛門内の陰圧を解除でき、作製された瓶の穴の中に直角鉗子を挿入することにより、瓶の把持牽引が容易となり、直腸損傷を伴わず、異物を摘出できた。

直腸内異物の合併症としては、腸管粘膜損傷、肛門括約筋断裂、腸管破裂、腹膜炎、骨盤結合織炎、直腸膀胱癒着などが報告されており<sup>11)</sup>、腹膜翻転部より口側の穿孔では24～48時間で腹膜炎を発症する危険性が高いとされている。また、挿入後の経過時間

が長いものや、大きな異物により腸管が過度に進展され、循環障害や浮腫のために穿孔のリスクが高くなるとされている<sup>12)</sup>。穿孔を伴っていない症例でも、直腸異物の摘出に際し、腸管損傷のリスクは十分にあるため、安全な摘出法の確立が求められている。本症例は、異物挿入直後に来院した。異物のサイズが大きく、時間経過とともに腸管穿孔の可能性が高まることが予想されたため、緊急で経肛門的異物除去術を施行した。

#### おわりに

抜去困難な瓶類の直腸内異物に対して、サーージェアトムIIは有用なデバイスであると考えられた。

#### 参考文献

- 1) 茶谷 成, 森藤雅彦, 佐々木秀, ほか: 体位と鉗子の工夫により経肛門的に摘出した直腸異物の1例. 日臨外会誌2004; 65: 2149-2152.
- 2) 円岡 寿, 月岡佳久, 須賀 幾, ほか: 鉗子にて摘出した直腸異物の2症例. 臨消内科1995; 10: 1587-1590.
- 3) Lowicki EM: Accidental introduction of giant foreign body into the rectum. Ann Surg 1996; 163: 395-398.

#### Removal of a Rectal Foreign Body Using a Pneumatic Powered Drill

Masaya Suzuhigashi, Masashi Higashimoto, Hiroshi Higashi, Yuji Takebayashi, Osamu Ogura  
Department of Surgery, Koshinkai Ogura Memorial Hospital

Bottles are most frequent rectal foreign bodies in Japan. We report a case of transanal intrarectal foreign body extraction using a pneumatic powered drill, Surgairtome II<sup>®</sup>. A 51-year-old man was admitted to our hospital with a yoghurt bottle that had been inserted via the anus for erotic purposes. He had tried to extract the object through the anus himself, but all efforts had failed. An anorectal examination revealed that the foreign body was stuck 5cm from anal verge. Under spinal anesthesia, manual extraction was attempted, but the extraction efforts were unsuccessful. We made a 5mm hole in the bottom of the bottle with the pneumatic drill, and could remove it smoothly using a pair of right angle forceps. The foreign body was 8cm in width and 9cm in length. The postoperative course was uneventful. Our method is a feasible technique for removing a bottle from the rectum.

- 4) 小島 豊, 鎌野俊紀, 坂本一博, ほか: 児頭吸引器で摘出した直腸内異物の1例. 日外科系連会誌2005; 30: 648-651.
- 5) 坂口大介, 石田秀行, 大澤智徳, ほか: E式開肛器が摘出に有効であった直腸異物の1例. 日腹部救急医会誌2002; 22: 1107-1110.
- 6) 佐々木秀文, 春日井貴雄, 小林 学, ほか: 経肛門的直腸内異物の1例. 医療1995; 49: 861-863.
- 7) 高垣敬一, 村橋邦安, 岸本圭永子, ほか: 経肛門的直腸異物の5例本邦報告140例の検討を加えて. 日外科系連会誌2010; 35: 199-204.
- 8) 茂木正寿, 山本修三, 安藤暢敏, ほか: 下部消化管異物. 救急医1978; 2: 627-634.
- 9) Couch CJ, Tan EG, Watt AG: Rectal foreign bodies. Med J Aust 1986; 144: 512-515.
- 10) 小島信博, 岡 寿士, 宮山信三, ほか: 経肛門的直腸異物の2例. 昭和医会誌1987; 47: 601-604.
- 11) 熊澤博久, 伊藤伸一: 消化管異物-直腸肛門異物-. 小児外科1984; 16: 711.
- 12) 末田聖倫, 池水雅一, 安井昌義, ほか: HIV感染者の直腸異物と直腸穿孔の2例. 日外科系連会誌2010; 35: 205-209.

論文受付 平成24年5月28日  
同 受理 平成24年8月1日

## 症 例

### 原発性腹膜腺扁平上皮癌の1例

恒心会小倉記念病院外科

山下 達也 鈴木 昌也 東本 昌之 小倉 修

原発性腹膜腺扁平上皮癌の症例を経験したので報告する。本症例において、手術前精査により、原発巣を指摘し得なかった。腹水細胞診で、腺癌診断の後、試験開腹術の結果、腹膜に多発性腫瘍結節を認めた。病理組織学所見で、未分化な異型性の強い核を有する腫瘍細胞を認めた。免疫組織化学的検討の結果、腫瘍細胞で上皮性マーカーであるKeratin, epithelial membrane antigen, CA19-9, calretinin, CAM5.2が陽性であった。さらに、扁平上皮への分化を示す34βE12, CK5/6も陽性であった。以上より、原発性腹膜腺扁平上皮癌と診断された。手術後、paclitaxel, carboplatinによる癌化学療法を施行も、術後275日に死亡する。原発性腹膜腺扁平上皮癌は、極めて稀な疾患であり、本症例の画像診断、病理組織学的所見、治療経過に関して文献的考察を加えて報告する。

索引用語: 原発性腹膜癌, 腺扁平上皮癌, 化学療法

#### 緒 言

腺扁平上皮癌は、低頻度の組織型である。さらに、原発性腹膜腺扁平上皮癌は、未だ報告例がなく、極めて稀な疾患と考えられる。今回、われわれは、腹腔鏡下腫瘍減量術に伴う病理組織学的検索により、診断された、原発性腹膜腺扁平上皮癌の1例を経験したので、画像診断、病理学組織学的所見、臨床経過を、文献的考察とともに報告する。

#### 症 例

患者: 55歳, 女性。  
主訴: 食欲不振, 腹部膨満。  
既往歴: 49歳時, 右乳癌手術 (Stage II A, 治癒切除), 53歳時, 耳下腺腫瘍摘出術。  
家族歴: 特記事項なし。  
現病歴: 2010年8月, 食欲不振と腹部膨満を主訴に、当院受診。  
入院時血液検査: RBC $364 \times 10^4 \mu\text{l}$ , Hb9.5g/dl, Ht34.6%と貧血を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9が4,380U/mlと上昇を示した。血性CEA値は1.1ng/mlと正常であった。

2012年5月28日受付 2012年7月3日採用  
(所属施設住所)  
〒893-0014 鹿屋市寿8-21-2

腹水腫瘍マーカー: 腹水中のCEAは24.2ng/ml, CA19-9は50,000U/ml以上と高値を示した。

胸部造影CT検査: 肺野に異常陰影を認めなかった。腹腔内に多量の腹水を認めた。大網部分に高輝度領域の多発性の小結節像を認めた。また、胆嚢内結石を認めた。胃, 肝, 脾臓, 胆管, 卵巣および子宮には、異常所見を認めなかった (Fig.1)。

腹部MRI検査: 腹腔内には、多量の腹水を認めた (Fig.2a)。骨盤底左側腹膜に5mm大の結節性病変を認めた (Fig.2b)。子宮・卵巣に異常所見は認めなかった。

全身 Positron Emission Tomography (PET): 上腹部正中, 胃から大網に相当する部位にfluorodeoxy



Fig.1: Abdominal CT showing the enhanced tumor at the greater omentum, with ascites on the surface of the liver and cholelithiasis.

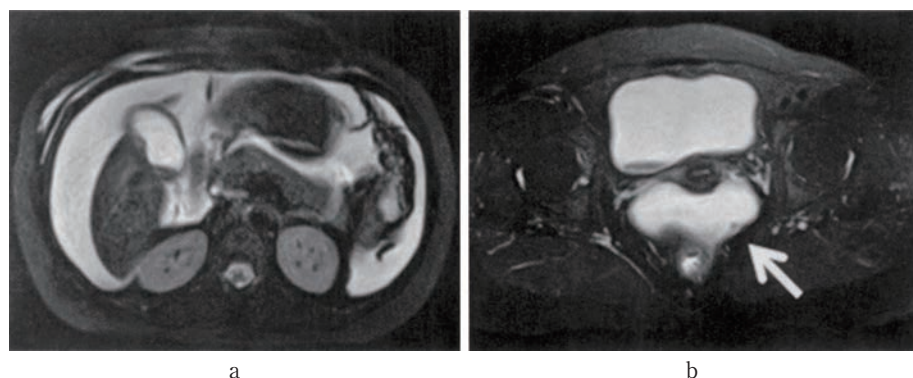


Fig.2: Cytological specimen of peritoneal fluid shows a cluster of cells with large nuclei.  
a: MRI T2 weighted imaging showing ascites on the surface of the liver.  
b: MRI T2 weighted imaging showing a mass at the bottom of left pelvic cavity.

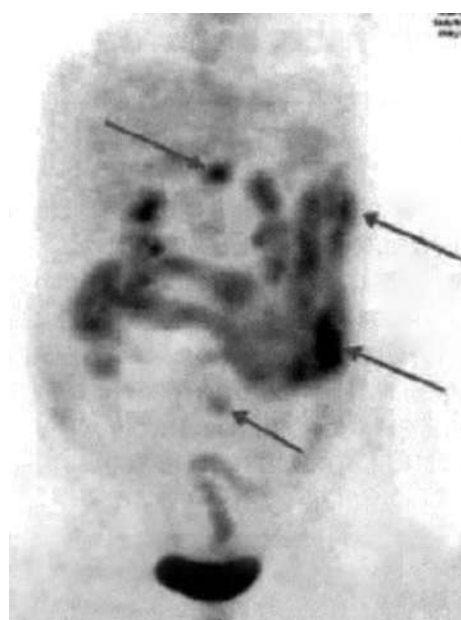


Fig.3: Fluorodeoxyglucose-positron emission tomography (PET) indicating high signal on the median region of the upper abdomen, and some signals on the left region of the lower abdomen.

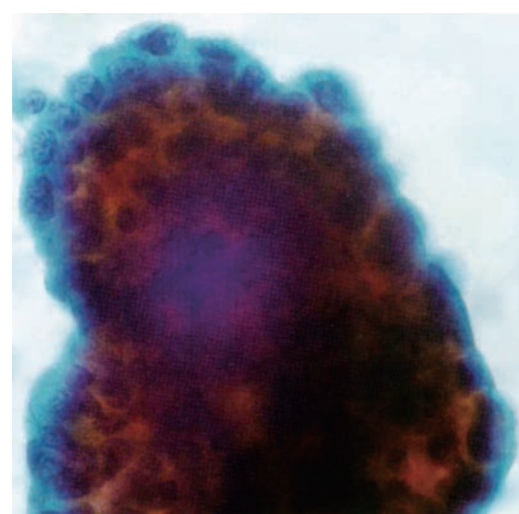


Fig.4: Cytological specimen of peritoneal fluid showing a cluster of carcinoma cells.

る単核, ないしは双核細胞を認め, 腺癌の診断が, なされた (Fig.4).

以上より腹水を伴う腹腔内腫瘍に対して, 確定診断の目的で手術を施行した.

手術所見: 手術は腹腔鏡下に施行された. 腹腔内には多量の血性腹水を認め, 腹膜および大網に出血を伴う多発性の粟粒様結節が集簇した腫瘍を認めた. また, 小腸および大網の腹壁との癒着も認められた (Fig.5a). 腫瘍結節を含んだ大網を切除し (Fig.5b), 腹膜腫瘍状結節を可及的に焼灼し, 腹腔内にcisplatin (CDDP) 50mgを投与した. 胆嚢摘出術を施行し, 手術操作を終了した. 卵巣, 胆嚢などの他

glucose (FDG) の集積を認めた. さらに中腹部正中や左中腹部にもFDG集積亢進を認めた (Fig.3). 他部位に明らかなFDG異常集積は認められなかった.

上部・下部内視鏡検査, 注腸造影X線検査: 異常所見は認めなかった.

腹水細胞診: 血性腹水中に, N/C比の高い接着す

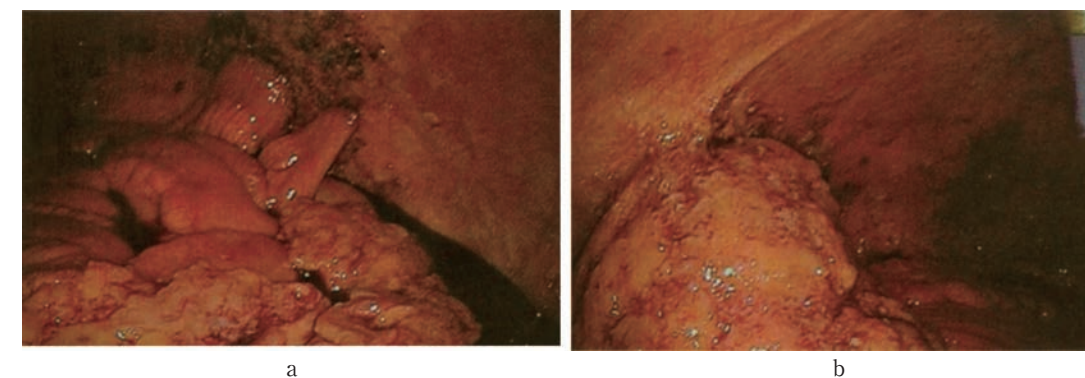


Fig.5a: Intra-operative findings revealing bloody ascites and adhesion of the small intestine to the peritoneum, and tumor nodules in the abdominal cavity.  
b: Intra-operative findings showing milliary-sized nodules at the greater omentum.

臓器には, 悪性疾患を疑わせる所見は認めなかった.

病理組織学的検査所見: 切除された腹膜, 大網および腹膜の腫瘍結節においては, 腫瘍細胞の索状および充実性増殖が認められた. 腫瘍細胞は, 小型類円形核から大型で異型性の強い核まで種々の程度の異型性を示す核を有していた. また, 散在性にクロマチンが濃染された多核巨細胞も観察された (Fig.6a, b). 腫瘍細胞はperiodic acid-SCHIFF (PAS) 反応陽性であり, ジアスターゼにより消化される部分と消化されない部分が混在した. 腫瘍細胞の一部はグリコーゲンと粘液を有しており, アルシアンブルー染色により腫瘍細胞の一部は陽性を示したが, ヒアルロニダーゼによる消化は, 認められなかった. 免疫組織化学的検討の結果, 上皮成分のマーカーであるKeratin, epithelial membrane antigen (EMA), CA19-9 (Fig.6c), Calretinin, CAM5.2 (Fig.6d) が腫瘍細胞において陽性を示した. 扁平上皮への分化を示す4βE12 (Fig.6e), CK5/6 (Fig.6f) が, いくつかの腫瘍細胞において陽性であった. gross cystic disease fluid protein-15 (GCDPF15), estrogen receptor (ER), progesteron receptor (PgR), Surfactant protein-A (SPA), thyroglobulin, CEA, Leukocyte common antigen (LCA), S-100は陰性であった (Table 1). 以上の免疫組織化学的検討の結果, 扁平上皮系への分化した腫瘍細胞が認められることより, 腺扁平上皮癌と診断された. 既往の乳癌手術切除検体の病理組織像は浸潤性管内腺癌であり, 今回の病変の組織像と比較検討したが異なる組織像であった. 摘出胆嚢は, 慢性胆嚢炎, 胆嚢腺筋症の診断であった.

術後経過: 術後合併症なく経過した. 術後7日目血液検査でCA125: 213U/mlと高値を認めた. 術後21

日目にCT検査にて胸水および腹水の貯留を認めた. 術後29日目にpaclitaxel (PTX) 100mg/body (80/m<sup>2</sup>週1回) およびCarboplatin (CBDCA) 腹腔内投与400mg/body (月1回)の併用療法を開始した. PTX・CBDCA療法1クール終了した術後56日目血液検査にてCA125: 398U/ml, CA19-9: 9,160U/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた. PTX・CBDCA療法5クール施行後の血液検査にてCA125: 572U/ml, CA19-9: 7,670U/mlと依然高値であった. その後, 胸水および腹水の貯留は, 改善せず, 術後, 275日目に死亡した.

#### 考 察

原発性腹膜癌について, 1993年にGynecologic Oncology Groupは診断基準として①両側卵巣の大きさは, 正常大もしくは良性変化による腫大でなければならない, ②卵巣外の病巣が, 卵巣表層の病巣より多くなければならない, ③顕微鏡的に卵巣の病変は, 以下の一つを満たさなければならない, (a)卵巣に病変がない, (b)病変は卵巣上皮に局限し, 間質への浸潤がない, (c)卵巣表層上皮および間質に病変があるが, 病変は5mm径を超えない, (d)卵巣表層の病変の有無にかかわらず, 卵巣実質内の病変が5mm径以内である, ④腫瘍の組織学的および細胞学的特徴は, 卵巣漿液性腺癌と類似もしくは同一でなければならない<sup>1)</sup>, と提唱している. 自験例では診断基準の①・②・③を満たしている. ④に関しては組織像で腺扁平上皮癌を呈していた点で異なっていた. 原発性腹膜癌は原始体腔上皮から発生した腹膜が, secondary müllerian ductとしてその発生母地となると考えられており, 大網, 横隔膜, 腸間膜を含む腹膜中皮, さらに連続性のある卵巣表層上皮から多中心性に腫瘍を形成する<sup>2)~4)</sup>. また組織発生



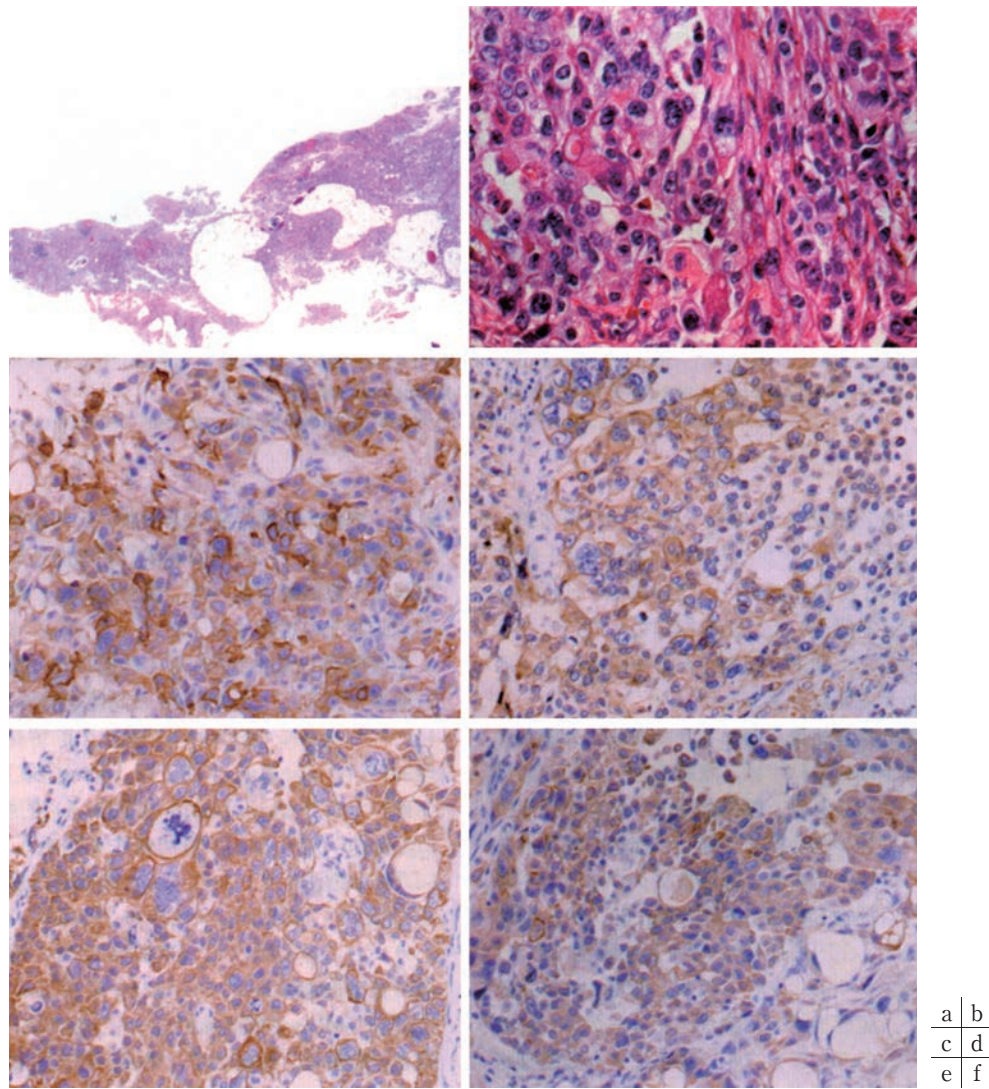


Fig.6  
 a: Histopathological findings of the tumor (Haematoxylin and eosin (H&E) staining,  $\times 3.125$ ).  
 b: Histological findings of tumor (H&E staining,  $\times 400$ ).  
 c: CA19-9- immunostaining ( $\times 400$ ).  
 d: CAM5.2- immunostaining ( $\times 100$ ).  
 e: 34  $\beta$  E12- immunostaining ( $\times 100$ ).  
 f: CK5/6- immunostaining ( $\times 100$ ).

については卵管采遠位端の早期病変である卵管上皮内癌が起源であるという説もある<sup>5)</sup>。本邦においては、これまで腹膜癌の報告は症例報告がほとんどである<sup>6)</sup>。組織型の報告は漿液性乳頭腺癌、粘液性腺癌、類内膜腺癌、明細胞癌、扁平上皮癌、杯細胞腫瘍などがあるがいずれも極めて稀である。われわれが検索した結果では原発性腹膜腺扁平上皮癌症例の報告は認めなかった。腺扁平上皮癌の病理組織学定義については腺癌成分と扁平上皮癌成分が一つの病巣内に共存しており、各臓器によって異なるが

扁平上皮成分が腫瘍全体の20~30%以上を占めるものと定義されている。腺扁平上皮癌の発生機序としては①円柱上皮と扁平上皮への分化能をもつ細胞より生じるとする説<sup>7)</sup>、②異所性扁平上皮あるいは正常上皮化生の癌化説<sup>8)9)</sup>、③腺癌の直接扁平上皮癌化説があるが<sup>3)10)11)</sup>、③を支持する意見が多い。

自験例の鑑別疾患としては転移性腹膜腫瘍や悪性中皮腫などが挙げられる。悪性中皮腫との鑑別には免疫染色が重要であるとされ、悪性中皮腫では中皮マーカーであるHBME-1, CK5/6, Calretinin, D2-

40などが陽性となることが多い<sup>12)~14)</sup>。腺扁平上皮癌の鑑別には免疫組織学的に扁平上皮に発現するとされているinvolucrin<sup>15)</sup>、34  $\beta$  E12<sup>16)17)</sup>と腺上皮に発現するCA19-9<sup>15)</sup>、CAM5.2<sup>18)</sup>の陽性所見により各腫瘍成分の分布が識別されている。自験例の血液検査所見ではCA19-9、CA125の上昇を認め、組織学的に小型類円形核から大型で異型性の強い核まで種々の程度の異型性を示す核を有する未分化な腫瘍細胞を認め、ヒアルロン産生能の欠如があった。免疫組織化学的検討ではKeratin, EMA, CA19-9, Calretinin, CAM5.2などの上皮性マーカーが陽性を示し、さらに34  $\beta$  E12, CK5/6の扁平上皮へ分化を示唆する免疫染色にて陽性を示す腫瘍細胞を認めた。診断は画像所見、組織学的検査によってなされるがFDG-PETは原発巣不明癌の診断、治療効果判定にも有用な検査である<sup>19)</sup>。本症例は術前および術後の画像診断また手術所見で腹膜以外の臓器に異常を認めず、病理組織学的検査、免疫組織化学的検討より原発性腹膜腺扁平上皮癌と診断した。

現状の腹膜癌の治療については、進行上皮性卵巣癌に準じて、腫瘍の可及的摘出による腫瘍総量の減量と、タキサン製剤とプラチナ製剤による化学療法を組み合わせた集学的治療である<sup>20)21)</sup>。本症例にも試験開腹術および腫瘍減量術後、CDDP, PTXをベースとする化学療法を行った。術後275日後、胸水および腹水のコントロール困難となり死亡した。

#### 結 語

原発性腹膜腺扁平上皮癌と思われる極めて稀な症例を経験したので文献の考察を加えて報告した。

#### 文 献

- 1) Bloss JD, Liao SY, Buller RE, et al: Extraovarian peritoneal serous papillary carcinoma. *Gynecol Oncol* 1993;50:347-351

Table 1 Immunohistochemical profile of the tumor

Keratin	Vimentin	LCAa	EMA	CA19-9	Calretinin	D2-40
+	-	-	++	++	+	-
CDX2	TTF-1	GCDFP15	ER	PgR	SPA	thyroglobulin
-	-	-	-	-	-	-
CEA	34 $\beta$ E12	CK5/6	CAM5.2	CK7	CK20	S-100
-	++	++	+	++	-	-

<sup>a</sup>LCA; leukocyte common antigen, EMA; epithelial membrane antigen, CDX; Caudal-type homeobox, TTF-1; thyroid transcription factor-1, GCDFP15; gross cystic disease fluid protein-15, ER; estrogen receptor, PgR; progesteron receptor, SPA; surfactant protein-A, CEA; carcinoembryonic antigen.

<sup>b</sup>++; almost always diffuse, strong positive, +; mostly positive with variable staining, -; almost always negative.

- 2) 高橋 裕, 山口哲哉, 武田亮二他: 腹膜漿液性乳頭腺癌の1例 - 疾患概念に関する考察も含めて - 日消外会誌 2006;39:602-607
- 3) Foyle A, Al-Jabi M, McCaughey WT: Papillary peritoneal tumors in women. *Am J Surg Pathol* 1981;5:241-249
- 4) 須浪 毅, 金村沫行, 大平雅一他: 腹膜原発漿液性乳頭状腺癌の1例. 日消外会誌 2003;36:1321-1326
- 5) Lauchlan SC: The secondary mullerian system. *Obstet Gynecol Surv* 1972;27:133-146
- 6) 平下禎二郎, 野口 剛, 田中栄一他: 腹膜原発漿液性乳頭腺癌の1例. 日臨外会誌 2009;70:228-232
- 7) Wood DA: Adenocanthoma of the pyloric end of the stomach, a consideration of its histogenesis and a report of two cases. *Arch Pathol Lab Med* 1943;36:177-189
- 8) Boswell JT, Helwig EB: Squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the stomach. *Cancer* 1965;18:181-192
- 9) Cook CB, Klickstein GD: Adenocarcinoma of the colon. *Arch Pathol Lab Med* 1958;65:681-687
- 10) Barr RJ, Hancock DE: Adenosquamous carcinoma of the liver. *Gastroenterology* 1975;69:1326-1330
- 11) Straus R, Haschel S, Fortmann DJ: Primary Adenosquamous carcinoma of the stomach. A case report and review. *Cancer* 1969;24:985-995
- 12) Minami T, Nakatani K, Kondo S, et al: Peritoneal serous papillary

- Adenocarcinoma: report of four cases. Intern Med 2005;44:944-948
- 13) Truong LD, Maccato ML, Awalt H, et al: Serous surface carcinoma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 22 cases. Hum Pathol 1990;21:99-110
- 14) Nelson G: The diagnostic utility of immunohistochemistry and electron microscopy in distinguishing between peritoneal mesotheliomas and serous carcinomas: a comparative study. Mod Pathol 2006;19:34-48
- 15) Isa T, Kusano T, Furukawa M, et al: Clinicopathologic features of resected primary adenosquamous carcinomas of the liver. J Clin Gastroenterol 1997;25:623-627
- 16) Murphy GF, Flynn TC, Rice RH, et al: Involucrin expression in normal and neoplastic human skin: a marker for keratinocyte differentiation. J Invest Dermatol 1984;82:453-457
- 17) Gown AM, Vogel AM, Monoclonal antibodies to intermediate Filament proteins of human cells: unique and cross-reacting antibodies. J Cell Biol 1982;95:414
- 18) Wakin C, Bobrow L, Bodmer W: Monoclonal antibody to cytokeratin for use in routine histopathology. J Clin Pathol 1984;37:975
- 19) Kolesnikov-Gauthier H, Levy E, Merlet P, et al: FDG PET in patients with cancer of an unknown primary. Nucl Med Commun 2005;26:1059-1066
- 20) Ruiz-Tovar J, Perez de Oteyza J, Rojo R, et al: Papillary serous carcinoma of peritoneum: presentation of 2 cases. Clin Transl Oncol 2006;8:758m-760
- 21) 豊永敬之, 松尾憲一, 山口 浩他: Reduction surgeryとadjuvant chemotherapyが著効した広範囲な腹膜転移を伴う後腹膜漿原発液性乳頭状腺癌の1例. 消外 2000;23:1325-1330

#### A CASE OF PRIMARY PERITONEAL ADENOSQUAMOUS CELL CARCINOMA

Tatsuya YAMASHITA, Masaya SUZUHIGASHI, Masashi HIGASHIMOTO and Osamu OGURA  
Department of Surgery, Koshinkai Ogura Memorial Hospital

A 55-year-old woman was admitted to our hospital with abdominal fullness. She presented with mild anemia and anorexia. Computed tomography(CT), magnetic resonance imaging(MRI) and positron emission tomography(PET) indicated tumors with ascites in abdominal cavity. To make a pathological diagnosis, laparoscopic surgery was performed. Intra-operative findings revealed a disseminated mass at the peritoneum, omentum and pelvic cavity, with bloody ascites. In immunohistochemical analysis of the resected specimens, tumor cells were stained with epithelial markers such as Keratin, epithelial membrane antigen, CA19-9, Calretinin, and CAM5.2. Furthermore, carcinoma cells stained with 34βE12 and CK5/6 were also observed. Histopathological findings by immunohistochemical analysis resulted in a diagnosis of primary peritoneal adenosquamous cell carcinoma. After the reductive surgery, the patient was treated with PTX and CBDCA, however, she died of uncontrolled pleural effusion and ascites at 273 days postoperative. Here, we described a rare case of primary peritoneal adenosquamous cell carcinoma.

**Key words** : primary peritoneal carcinoma, adenosquamous cell carcinoma, chemotherapy

神経内科 学会報告

第303回 日本内科学会九州地方会(2013年11月17日沖縄)発表

#### 高CK血症を契機に診断し得たカベオリン3欠損症の1例

1) 恒心会おぐら病院神経内科 2) 鹿児島大学神経内科  
○崎山佑介<sup>1)</sup>、延原康幸<sup>1)</sup>、渡邊修<sup>2)</sup>、樋口逸郎<sup>2)</sup>、高嶋博<sup>2)</sup>

**【症例】** 30歳女性

**【主訴】** 倦怠感、高CK血症

**【現病歴】** 29歳時、第2子出産の半年後に産婦人科診察で高CK血症を指摘。その後、家事をつづけると夕方に倦怠感、脱力感を自覚するため近医内科を受診。甲状腺機能や抗核抗体に異常を認めず、高CK血症の原因精査目的に当院へ紹介となった。頸部前後屈と股関節屈曲に筋力低下を認め、腹筋ができなかった。それ以外の神経学的異常は認めず、心機能も異常なかった。血清CK値は758IU/L。四肢筋MRIでは、両側大腿部屈筋群の脂肪置換が疑われた。家族歴では、両親に問題はなく、4人兄弟のうち三女も本例と同症状が存在していた。右上腕二頭筋を生検した結果、HE染色で筋繊維の大小不同を認め、免疫染色で

カベオリン3の部分欠損を呈していたことから、カベオリン3欠損症による高CK血症、筋障害と診断した。白血球より抽出したDNAよりカベオリン3遺伝子(CAV3)を解析して、p.R27Q(c.80G>A)ミセンス変異を同定した。

**【考察】** CAV3のp.R27Q変異には5つの既報告があり、その表現型には高CK血症、ripping muscle disease、遠位型ミオパチー、肢体型筋ジストロフィー(LGMD1C)と様々である。本例は躯幹筋に筋力低下を認める点からLGMDに近い。確定診断することから、高CK血症の原因を追究することは重要と考える。

神経内科 学会報告

第209回 日本神経学会九州地方会(2015年3月14日福岡)発表

多発性単神経障害を契機に診断に至ったBuerger病の1例

崎山佑介<sup>1)</sup>、武井藍<sup>1)</sup>、中原啓一<sup>1)</sup>、金子浩之<sup>1)</sup>、安藤匡宏<sup>1)</sup>、田代雄一<sup>1)</sup>、  
荒田仁<sup>1)</sup>、神田大輔<sup>1)</sup>、川島吉博<sup>1)</sup>、高嶋博<sup>1)</sup>

(1: 恒心会おぐら病院神経内科、2: 鹿児島大学神経内科、3: 鹿児島大学循環器内科)

症例は34歳男性。喫煙歴あり。受診1ヶ月前、仕事  
中に突然の腰痛、左下肢痛が出現。受診1週間前  
には左下垂足に進展、右足にも異常感覚と脱力を伴  
った。初診時、両下肢限局の腱反射減弱、筋力低下と感  
覚鈍麻、両下腿潰瘍(壊疽性膿皮症)を認めたが足背  
動脈は触知できた。神経伝導検査では多発性単神経  
障害を認めた。血沈は27mm/H、ANCAを含めて各  
種自己抗体は陰性。ABI正常範囲。右腓腹神経生検  
は神経周膜下の浮腫、軸索障害と節性脱髄の混在を  
示した。神経・皮膚生検で血管炎は認めなかったが、  
多発性単神経障害と壊疽性膿皮症の存在から血管

炎症候群を想定した。mPSLパルスは無効で、IVIg  
施行後から下垂足は改善を示した。PSL+AZP内服  
で症状維持していたが、下腿潰瘍は悪化を示し、治  
療4ヶ月後に左下肢血流障害を伴い全身血管精査と  
左下肢切断後の血管病理にてBuerger病の診断に  
至った。本例は、Buerger病に多発性単神経障害を  
合併した初報告でありIVIg療法が奏功した。病態  
に免疫学的機序が考えられた。多発性単神経障害の  
鑑別に、若年男性、喫煙歴、皮膚潰瘍を伴う症例は  
Buerger病を考慮することが望ましい。

研究論文・学会発表一覧

【全国区所属学会】

部 門	演 題 名	筆 頭 者	大会・学会・雑誌名	年 月
医局	人工股関節術後ステム周囲骨折に対する治療経験	東郷 泰久	Hip Joint Vol.38 2012(日本股関節学会)	2012年9月
医局	Bickerstaff型脳幹脳炎に対するリハビリテーションの1例	重信 恵三	日本リハビリテーション医学会学術集会(第49回)	2012年6月
医局	多発性単神経障害を契機に診断に至ったBuerger病の1例	崎山 佑介	日本神経学会九州地方会(第209回)	2015年3月
医局	高CK血症を契機に診断したカベオリン3欠損症の1例	崎山 佑介	日本内科学会九州地方会(第303回)	2013年11月
医局	糸鋸と肋骨剪刃により子宮脱用リングベッサリーを摘出した1例	山下 達也	日本腹部救急医学会(第51回)	2015年3月
医局	原発性腹膜腺扁平上皮癌の1例	山下 達也	日本臨床外科学会学雑誌(第73巻9号)	2012年9月
医局	気道式骨手術器械で摘出し得た直腸内異物の1例	鈴木 昌也	日本腹部救急医学会雑誌 Vol.33(1) 2013	2013年9月
看護部	教育セミナー:チームで考える周術期体温管理	西鶴 理恵	日本手術看護学会	2014年10月
看護部	内視鏡外科における安全管理に向けた取り組み	町屋 毅志	日本内視鏡外科学会総会(27回)(岩手)	2014年10月
看護部	内視鏡外科手術における安全管理の基本 ~より良い手術チームを作るには~	町屋 毅志	みんなで進める安全で円滑な内視鏡外科手術 第18回 内視鏡外科手術チームビルディングセミナー	2014年9月
看護部	手術体位の基本と内視鏡外科における体位固定の工夫 ~載石位編~	町屋 毅志	関西地区内視鏡外科手術チーム勉強会 SOWセミナー	2013年4月
看護部	内視鏡外科手術における体位固定の工夫	町屋 毅志	日本内視鏡外科学会総会(第25回)(東京)	2012年12月
看護部	消炎鎮痛薬減量への取り組み	鈴木 保代	全国回復期リハビリテーション病棟協会研究大会(第23回)	2014年2月
看護部	腹腔鏡下胆嚢摘出術における器械だし看護師の立ち位置の検討	榎園・町屋	日本内視鏡外科学会総会(第26回)(福岡)	2013年11月
看護部	下剤服用の軽減を目指して排泄サポート用紙の活用	下村 元子	全国回復期リハビリテーション病棟協会研究大会(第21回)	2013年3月
看護部	周辺症状(BPSD)の軽減を目指して	東久保 勇人	リハビリナース 7(1):85-87 2014	2014年1月
看護部	介護職のリハビリ回診参加に関する有用性	小牧 寿	全国回復期リハビリテーション病棟協会研究大会(第21回)	2013年3月
看護部	回復期病棟で介護職が介護計画を立案する意義 ~書式変更の取り組みを通して~	西山 正子	全国回復期リハビリテーション病棟協会研究大会(第19回)	2013年2月
看護部	回復期病棟で介護職が介護計画を立案する意義 ~書式変更の取り組みを通して~	西山 正子	リハビリ協議会	2012年5月
リハビリ部	手掌接地時における上腕筋の活動特性	豊栄 峻	日本肘関節学会学術集会	2015年2月
リハビリ部	上腕筋の機能特性-筋電図学的検討-	豊栄 峻	日本肘関節学会誌(2014; 21: 339-42.)	2014年12月
リハビリ部	肘関節制動課題における上腕筋の先行性姿勢調節	豊栄 峻	日本臨床神経生理学会学術集会(第44回)	2014年11月
リハビリ部	感覚障害と半側空間無視により左手の物品操作能力が著しく 傷害された一例に対するリハビリテーションの経験	豊栄 峻	日本高次脳機能障害学会学術集会(第38回)	2014年11月
リハビリ部	左内包後脚の梗塞により異常知覚を呈した症例に対する Mirror Therapyの試み	豊栄 峻	脳機能とリハビリテーション研究会(第44回)	2012年4月
リハビリ部	JHEQを用いた変形性股関節症患者における股関節の状態 とその要因に関する検討	新保 千尋	日本股関節学会学術集会(第41回)	2014年10月
リハビリ部	解離性障害と橋本脳症に伴い失調性dysarthriaを呈した症 例の音声言語病理と治療経過	中野 江美	日本音声言語医学会(第59回)	2014年10月
リハビリ部	人工膝関節全置換術前後における日本版膝関節機能評価 尺度(JKOM)と非手術側機能との関連性	松田 友秋	JOSKAS(第6回)	2014年7月
リハビリ部	大腿骨近位部骨折患者における歩行立脚期の下肢関節運 動と転倒不安感との関連性	松田 友秋	日本理学療法学会学術大会(第49回)	2014年5月
リハビリ部	デジタル画像を用いた肩甲骨位置測定の妥当性	松田 友秋	肩の運動機能研究会(第10回)	2013年9月
リハビリ部	隠れた肩関節外転拘縮についての検討 第3報	永濱 良太	肩の運動機能研究会(第11回)	2014年3月

部 門	演 題 名	筆 頭 者	大会・学会・雑誌名	年 月
リハビリ部	隠れた肩関節外転拘縮について（肩関節周囲炎患者からの検討）	永濱 良太	肩の運動機能研究会（第10回）	2013年9月
リハビリ部	リハビリテーションがブレイクスルーに	中畑 敏秀	トレーニングジャーナル 412(2)17-22	2014年2月
リハビリ部	大学女子中距離ランナーにおける姿勢アライメント改善に向けての取り組み	中畑 敏秀	スポーツパフォーマンス研究(5.146-162)	2013年6月
リハビリ部	足関節複合体の底屈ならびに背屈可動域における距腿関節および後足部可動域の割合とその関係について	中畑 敏秀	日本理学療法学会大会（第47回）	2012年5月
リハビリ部	外傷性PIP関節症に対し二段階再建術を行った一症例に対する術後セラピの経験	窪 昌和	日本ハンドセラピ学会誌 (Vol.6.2013 31-35)	2013年11月
リハビリ部	手関節外傷後の簡易型手関節運動機器の考案	窪 昌和	作業療法ジャーナル（第47巻6号）	2013年6月
リハビリ部	手関節・前腕関節可動域測定における検者内・検者間信頼性の検討	隈元 美紀	日本作業療法学会（第47回）	2013年6月
社会医療福祉科	DPC病院における終末期がん患者の在宅復帰に関わる生活保護支援の課題	橋口 美貴	日本社会福祉士会全国大会岡山大会（第20回）	2012年6月
老健ヴィラ	老人保健施設における情報伝達と業務の省略化について	松山 美鈴	全国介護老人保健施設大会 岩手（第25回）	2014年10月
老健ヴィラ	その人が自分らしく生活していく為の役割の重要性について～日誌に組み込み生活変化が見られた一症例～	岩元 啓祐	全国介護老人保健施設大会 岩手（第25回）	2014年10月
老健ヴィラ	施設入所者の認知症の行動・心理症状に対する現状と問題点～認知症の理解とBPSDへの対応についての検討～	藤園 健一	全国介護老人保健施設大会 石川（第24回）	2013年7月
老健ヴィラ	片側噛みしめが静止立位における荷重比率に与える影響	寺崎 豊	全国介護老人保健施設大会 沖縄（第23回）	2012年10月
老健ヴィラ	終末期の利用者及び家族への支援と課題	原田 知世	全国介護老人保健施設大会 沖縄（第23回）	2012年10月
老健ヴィラ	スタッフレターとニュースレター社内報の試み～職員の間双方向通信を始めて～	石峯 あかり	全国介護老人保健施設大会 沖縄（第23回）	2012年10月

#### 【九州地区所属学会】

部 門	演 題 名	筆 頭 者	大会・学会・雑誌名	年 月
リハビリ部	肩関節90°外旋位からの外旋等尺性運動が肩峰骨頭間距離に及ぼす影響～棘下筋下部線維の静的状況下における作用の検討～	安達 亮介	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第36回：佐賀）	2014年11月
リハビリ部	手指外傷における関節可動域とHand20の関連性	隈元 美紀	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第36回：佐賀）	2014年11月
リハビリ部	斜面上立位保持訓練がその後の平地上立位挙上角度に与える影響	富原 拓人	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第36回：佐賀）	2014年11月
リハビリ部	斜面上着座動作訓練がその後の平地上着座動作に与える影響～下肢筋活動に着目して～	富原 拓人	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第35回：熊本）	2013年11月
リハビリ部	後足部アライメントが距腿関節軸および踵骨外側圧に及ぼす影響	遠矢 拓己	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第35回：熊本）	2013年11月
リハビリ部	ImageJを用いた矢上面歩行解析における角度計測誤差の検討	松田 友秋	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第35回：熊本）	2013年11月
リハビリ部	立位での側方重心移動動作における両側股関節運動と両下肢荷重率の経時的解析～足底接地条件が異なる2動作での検討～	松田 友秋	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第34回：長崎）	2012年11月
リハビリ部	変形性股関節症患者のADL阻害要因～股関節機能判定基準の評価からの見解と課題～	新保 千尋	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第35回：熊本）	2013年11月
リハビリ部	前方ステップ動作における後方下肢腓腹筋の活動様式について～前方下肢接地条件の変化による影響～	新保 千尋	九州理学療法士・作業療法士合同学会（第34回：長崎）	2012年11月
リハビリ部	長母指屈筋腱修復術後の後療法	宮崎 裕一	九州ハンドセラピー研究会学術集会（第4回：佐賀）	2013年2月
リハビリ部	左橈骨遠位端骨折術後に、手根不安定様症状と肥厚性瘢痕を停止、背屈可動域制限を生じた症例	黒木 一気	九州ハンドセラピー研究会学術集会（第4回：佐賀）	2013年2月
リハビリ部	右視床出血により失調性ディサシアを呈した症例～PTBBS課題を用いて～	福元 恵美	日本言語聴覚士協会九州地区学術集会熊本大会（第2回）	2012年12月
社会医療福祉科	当院における医療連携に関しての一考察	日高 賢治	九州医療ソーシャルワーカー大会（第49回）	2012年11月
老健ヴィラ	自然排便をめざして～下剤を使用しない排便サポート～	山口 耕幸	九州ブロック老人保健施設大会	2014年7月

#### 【鹿児島県所属学会】

看護部：3件・リハ部：29件・診療技術部：3件・介護事業部：4件

## 編集後記

新築移転等で3年間休止しておりました年報を、理念と共にシンボルマークのリニューアルを行ない、シンボルマークに込めた思いと、新生“恒心会おぐら病院”と恒心会グループの活動内容を自己紹介する為に恒心会ジャーナル創刊号として発刊する運びとなりました。長年の念願だった新病院の完成・一体化により、一般急性期医療から大隅半島に必要とされる、より専門的な医療が提供出来る体制が整いました。

近隣の医療機関や福祉関係機関から紹介して頂き、治療をさせて頂いた方々のアウトカムの年次報告、地域医療への貢献として救急医療、大隅MC(救急業務高度化委員会)、鹿児島県MC、鹿児島県ドクターヘリMCに於ける活動、ボランティア活動などの社会活動、診療活動の傍らで積み重ねてきた研究活動とともに各部門における諸活動も併せて掲載させて頂きました。

ジャーナルを通して、医療法人恒心会の活動と方向性を知っていただき、今後さらに大隅半島の関係機関と連携して、より良い医療、介護サービスが住民の方々に提供出来る様、精進して参ります。

平成27年9月吉日

編集委員長  
**福田 秀文**  
 医療法人 恒心会  
 リハビリテーション部 部長

副編集委員長  
**中川 秀生**  
 医療法人 恒心会  
 事務局 財務課 係長



## 医療法人 恒心会

〒893-0023鹿児島県鹿屋市笠之原町27番22号  
TEL 0994-44-7171 / FAX 0994-40-2300  
[www.koshinkai.or.jp](http://www.koshinkai.or.jp)