

恒心会ジャーナル(平成30年度) Vol.5



恒心会ジャーナル

(平成30年度)

Vol.5



社会医療法人 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

社会医療法人 恒心会

ひと、未来、いのちをつなぐ。

社会医療法人 恒心会

社会医療法人 恒心会



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。

【技術向上と人財育成】

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財を育成します。

【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。

恒心会の歩み

昭和32年 1月	鹿屋市向江町にて、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	基準看護特一類認可
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、基準看護特二類、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	特三類看護(第12号)特三類看護52床、特二類看護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16年 4月	鹿児島県地域リハビリテーション広域支援センター指定
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から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
平成28年 1月	厚生労働省倫理審査委員会 報告システム登録
平成28年 3月	電子カルテ更新 東芝「HAPPY ACTICE」
平成28年 4月	社会医療法人に改組
平成28年12月	日本医療機能評価機構 機能種別評価項目 3rdG:Ver1.1 一般病院1 副機能:リハビリテーション病院 認定
平成29年 1月	がん診療指定病院認定
6月	へき地医療拠点病院指定
平成30年 5月	鹿児島JRAT事務局受諾

目次

社会医療法人 恒心会	
理念	
恒心会の歩み	
巻頭言	1
平成31年度 恒心会事業方針	3
恒心会 おぐら病院	
恒心会おぐら病院	9
トピックス	
人財育成に向けての取り組み	13
初期臨床研修病院の取り組み	17
平成30年7月豪雨災害でのJRAT活動を振り返って	19
九州・沖縄DMAT実動訓練に参加して	23
平成30年度 病院指標について	
平成30年度 病院指標について	29
各部門の活動	
医局総括	35
リハビリテーション科	36
整形外科	37
外科	39
脳神経内科	40
診療技術部	41
在籍医師紹介	42
看護部	45
3階西病棟	46
4階病棟	47
5階病棟	48
2階東病棟	49
3階東病棟	50
手術室・中央材料室	51
外科手術分類	52
外来	54
救急外来	55
化学療法室	56
内視鏡室	57
健診室	58
認定看護師 年間活動報告	59
リハビリテーション部	61
薬剤科	65

画像検査科	67
栄養管理科	69
社会医療福祉科	70
臨床工学技士室(ME室)	71
委員会活動	
医療安全管理委員会	75
感染対策委員会	77
NST(栄養サポートチーム)	79
災害対策委員会	80
地域医療活動	
地域医療活動	83
地域リハビリテーション広域支援センター活動	85
地域づくりの一活動～シルバーリハビリ体操指導士養成講座開設～	87
教育研修	
院外研修	93
教育研修	96
実習関連	98
新入職者オリエンテーション	99
さかもと歯科クリニック	
さかもと歯科クリニック	103
介護事業部	
法人介護事業部ならびに介護老人保健施設 ヴィラかのや	107
訪問看護ステーションことぶき	110
通所リハビリテーション	111
ヘルパーステーションヴィラかのや	111
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	112
グループホームイーストサイドおぐら	112
小規模多機能ホームサポートセンターおぐら24	113
鹿屋市地域包括支援センター寿8丁目サブセンターヴィラかのや	114
研究論文・学会発表	
医師業績	116
学会発表一覧	142
追悼	
中原啓一先生を悼んで	147
編集後記	149

巻頭言

理事長 小倉 雅



平成31年4月で平成が終わり、5月から令和元年と元号が変わります。平成という30年間はバブルに象徴される様な華やかな時代と、それに続く就職氷河期があり、昭和とは別の意味で激動の時代だったと思います。

振り返ってみますと、恒心会にとっても平成という時代は、大きく生まれ変わった時代でした。

平成2年に医療法人化、平成6年に介護事業に着手、平成19年に回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション病院を開設、平成25年には急性期とリハビリテーション病院が一体化し新病院となりました。この間、来るべきIT時代に備え、平成16年には電子カルテを導入しました。

ハード面でもソフト面でも、次から次へと目まぐるしく変化を遂げて来て、平成28年には社会医療法人となり、平成29年1月、がん診療指定病院に認定、同6月にはへき地医療拠点病院に指定されました。短期間で、ここまでやって来れたのも地域住民の方々や恒心会を支えて頂いた周りの方々のお陰様と心から感謝しています。

そして、平成最後の30年度は第4期中長期計画の一年目でした。今年自分達のミッションである急性期医療では、整形外科、消化器外科、脳神経内科の受け入れを積極的に行なって来ました。整形外科においては若者だけではなく、高齢社会の特徴とも言える変性疾患、変形性関節症に対する人工関節の手術症例数も著名に増加して来ました。地域柄、こちらの方にも注力して行く必要があると思います。

又、もう一つの大きな柱である回復期リハビリテーション病棟では、今回の診療報酬、介護報酬同時改定でアウトカムが求められる時代が到来して来ました。更に在宅に向けた取り組みを徹底し、近隣の医療機関、施設などと連携を図った結果、急性期7:1体制の堅持、回復期リハビリテーション1の堅持、超強化型老健としての存続が出来ました。

そしてキーワードとして「アライアンスの構築」を掲げ、情報発信にも努めて来ました。そのツールとして講演会や市民公開講座を開催、主なもので13回開催して地域住民の方に疾患の啓発活動を行ない、地域の先生方と顔の見える関係作りが出来て来たのではと思います。

新たな令和という時代はどのような時代になるのでしょうか?名前には「人々が美しく心を寄せ合う中で、文化が生まれ育つ」という意味が込められているようですが、現実には、あまり万葉集の様なのんびりとした時代ではなさそうです。

2025年問題は、既に始まっており、急激な人口減少社会が起こす様々な現象が表在化しています。社会保障制度の根幹から見直して、病院に課せられた使命は大きく変化して来ています。これから全国的に医療機関は大きなパラダイムシフトを起こして来ると思います。恒心会のある大隅半島も例外ではないと思います。

特に人口減少が深刻となり、働き手が少なくなっている中、又、医療ニーズの変化が起こって来る中、効率的な医療や介護の連携、いわゆる地域医療構想、地域包括ケアをどう構築して行くか?明確なビジョンと綿密な戦略が求められると思います。

令和という新しい時代に恒心会の果たすべき使

命とは、自院のポジショニングをしっかりと把握し、そして地域医療構想の中で周りの医療機関と連携して、効率的な医療提供体制を整える事だと思っています

マンパワーの増強を図りながら、組織の継続性を考えた人財育成、組織の屋台骨を強化する為の

職制を考えた体制作りをする事が、新しい時代を開く鍵になって来ると思います。

これからもこの地域で信頼され、必要とされる恒心会を作りたいと思います。よろしくお願ひします。

平成31年度 恒心会事業方針

理事長 小 倉 雅

【恒心会中長期計画について】

恒心会は平成21年から3ヶ年を1期とする中長期事業計画を策定し、その事業計画に沿って目標を掲げ、全職員がベクトルを合わせ活動して来ました。

恒心会 中長期計画の概要と変遷

計画期間	計画期間中のスローガン	達成事項
第1期 平成21年～ 平成23年	シームレスな連携と変化に対応できる組織づくり	介護事業の強化 ✓グループホーム2番館増床
第2期 平成24年～ 平成26年	法人事業の全体最適化	ハードの整備 ✓新病院オープン
第3期 平成27年～ 平成29年	恒心会版地域包括ケアの創造	地域医療に貢献できる体制の整備 ✓社会医療法人に改組 ✓がん診療指定病院・へき地医療拠点病院の認可
第4期 平成30年～ 平成32年	恒心会の強みにハブ機能を備えた法人作りとアライアンスの構築	

上図はこれまでの恒心会中長期計画の概要と達成事項について示してあります。

第3期までの成果として、医療と介護事業の複合型事業所の土台作りを行なって来ました。平成25年7月、新病院完成によってハード面での整備ができました。その結果、シームレスな連携が取れる環境が整ったと思います。

又、平成28年4月に社会医療法人に改組することによってソフト面でも地域医療に貢献出来る体制が整って来たと思います。

そして第4期、平成30年から32年までの中長期計画のスローガンは、“恒心会の強みにハブ機能を備えた法人作りとアライアンスの構築”としました。

【昨年度の振り返り】

まず、最初に本年、1月29日に中原啓一先生が逝去されました。中原先生は平成18年から約2年半、脳神経内科部長、そして病を得られてから10年

間、老人保健施設ヴィラかのやの施設長を務めて頂きました。

介護事業の中心的な役割を担って頂いていただけに大変、残念であります。今後は、先生の功績や意思を継いで私がヴィラかのやの施設長を兼務して、新体制下で取り組んで行きたいと思ひます。

昨年度の振り返りとして、それぞれの項目を大まかに総括します。

昨年度の振り返り

1 中核病院としての機能強化

- ①地域の医療機関との連携、後方病院としての活動
- ②当院の診療科のマンパワー増強
- ③情報発信…講演会や市民公開講座の開催
- ④研修協力病院としての教育活動

1 中核病院としての機能強化

- ①地域の医療機関との連携、後方病院としての活動、救急車受け入れを積極的に出来るように体制を作り、紹介患者さんを逆紹介する
- ②当院の診療科のマンパワー増強
へき地医療拠点病院を取得した事でマンパワーが獲得しやすくなり、脳神経内科やリハビリテーション科医師の増員につながりました。
- ③情報発信…講演会や市民公開講座の開催
講演会や市民公開講座の開催、整形外科関連の講演会やがん診療指定病院としての市民公開講座の開催して来ました。
又、学会発表や論文投稿を通しての情報発信を行ない、病院の専門分野での取り組みをアピールして来ました。
しかし、未だ未だ部分的で充分とは言えません

が、根気強く継続して行きたいと思います。

④研修協力病院としての教育活動

鹿児島大学卒後研修プログラム“桜島”の研修協力病院として6名の研修医を5ヵ月間受け入れました。また、派遣医師による学会発表や論文投稿など、教育面において成果を出すことができました。

昨年度の振り返り

2 医療と介護のシームレスな連携

①病院において急性期7対1体制の堅持

②回復期リハビリテーション1の堅持

③老健は老健本来の目的である在宅復帰の超強化型老健として存続できた

2 医療と介護のシームレスな連携

昨年2018年度、診療報酬・介護報酬の同時改定がありました。このダブル改訂での最も大きな特徴は、新たに介護医療院が誕生したことです。これは、国が急性期から在宅までの流れをよりスムーズにするためのものです。

また、重症度や在宅復帰率・FIMを用いたリハの改善指標のハードルが高くなり、医療と介護の両方で結果がより問われる様になっています。これは医療費削減に向けた大きな転換点であると思います。

しかし、そんな状況下でスタッフが真摯に取り組んでくれた結果が上記の体制維持に繋がり、医療と介護のシームレスな連携が取れる体制維持が出来たと感謝しています。

昨年度の振り返り

3 労務管理と人財育成

①職制の検討

②副師長制の導入

③「働き方改革」元年に向けての準備

- ・目的は労働生産性の向上
- ・これまでのワークライフバランスの取組みを生かす

3 労務管理と人財育成

看護部に限らず、各部門においてチーム医療を推進する為に管理者を補佐する中堅スタッフを育成するための仕組みを作りました。

また、恒心会はこれまでワークライフバランスのために福利厚生の実施に務めて来ました。そのことの延長として「働き方改革」に向けて労務管理セミナーの開催など、準備を始めました。

外部を取り巻く環境と今後の方向性

①社会保障システムの構造改革

- ・人口減少により「神輿型」から「肩車型」となり社会の担い手不足が深刻化
- ・医療費削減、医療機関の淘汰

②医学の進歩

- ・ロボットやICT、AIを使った医療
- ・遺伝子治療

③人口減少社会

- ・医療や介護の担い手(就労人口)の減少

【外部環境を取り巻く環境と今後の方向性】

今、社会保障制度の大きな転換期にあります。人口減少により“神輿型”から“肩車型”となり担い手不足に陥り、社会保障制度の根本的な見直しを迫られています。医療費はどんどん削減され、医療機関が淘汰される時代になっています。既に病院の倒産が報道され、周りでも介護事業者の廃業や病院の縮小や診療所の無床化が現実となって来ています。

医学の進歩は目を見張るべきものがあります。ロボットを使ったリハビリ(HALスーツ)などは実際に導入していますが、これから介護分野でも人材不足を補うためにICTやロボットを使った「作業の機械化」を広げて行く時代だと思っています。

遺伝子治療は既に承認薬が出て来ていて、近未来にAIを使った遺伝子治療が現実になって来ると思います。

恒心会は進取の気鋭に富む法人として発展して

来ました。患者さんのために少しでも良い治療を早く届けたいと思います。

急速に進む人口減少は医療ニーズの減少だけでなく、医療や介護の担い手(就労人口)の減少という深刻な問題を引き起こしています。既に都市部では起こって来ており、外に人材を求める動きが出ていますが、いろんな問題を内包しており、十分な準備が必要だと思っています。

【重点目標について】

重点目標として次の5つを具体的な目標としました。

第4期の重点目標

- (1) 中核病院としての機能強化
- (2) 医療と介護のシームレスな連携
- (3) 労務管理と人財育成
- (4) 健全財務
- (5) 法人体制の変更

【スローガン】

そして、目標を達成するために以下のスローガンを掲げます。

スローガン

恒心会の強みにハブ機能を備えた法人作りとアライアンスの構築

大隅における地域医療構想の中で、恒心会の強みを生かす

- ・医療分野…外科、整形外科、脳神経内科、リハビリテーション科を中心とした急性期医療、回復期リハビリテーション
- ・介護分野…超強化型老人保健施設やグループホームなどのいろんな選択肢を用意する
- ・具体的な活動内容の打ち出しと目標値を設定

①国が唱える地域医療構想は地域の人達が住み慣れた土地で暮らせる事を目指しています。2025年問題が叫ばれて久しくなりましたが、既に大隅半島、肝属圏域は人口減少社会に突入しており、これから加速度的に進んでいくと思われます。恒心会はその様な地域にあって、ゆとり世代から団塊世代まで、色んな世代が安心して生活できる地域作りを行きたいと思っています。「ハブ機能を備えた法人づくり」とは医療・介護分野で中核的な役割を果たす法人を目指すという意味です。

そのためには単なる規模拡大だけでなく、よりコンパクトで効率的な機能を持つ法人を目指して行きます。又、選択肢を増やす具体案として我々は新規事業の展開等も考えています。その事により恒心会事業の全体最適化が更に図られると思います。

②“恒心会の強みにハブ機能を備えた法人作り”とは、診療機能を強化しながら得意分野では更に磨きをかけ、介護事業と一体化して在宅へ向けた取り組みをするという事です。そして“アライアンスの構築”とは、その際に地域の医療機関とも十分な連携を取り、シームレスに在宅復帰を図るということです。

③第4期中長期計画の一年目の総括としては一言で言うと「組織の屋台骨がしっかりとて来た」と思います。今年も世代交代をスムーズに進めながら、職員全員が団結して働けるような職場環境を整えて行きたいと思っています。

これからも法人として社会状況や制度をよく観察して理解し、近未来を予想する、情勢判断をして行きたいと思っています。

恒心会 おぐら病院

恒心会おぐら病院

病院長 小倉 修



新しい元号が「令和」と決定され、いよいよ5月1日より元号の変更がなされます。本年度は消費税のアップや、2020年の診療報酬改定を控え、様々な意味で多忙な一年となりそうです。

さて、当院では昨年度の目標を「二次医療機関としての機能強化に努める」を合言葉に平成30年度は病院事業に取り組みました。

急性期、回復期の病棟基準はすべてクリアし、二次医療機関としての役割を果たすべく、病床基準維持のための管理指数チェックをこまめに行える体制を整えました。また、5疾患5事業への当院の取り組みとして①救急治療②がん治療③脳卒中④へき地診療への対応は継続しており、更に啓蒙活動として市民公開講座なども当院の得意とする分野を中心に複数回開催してまいりました。開催した公開講座などの実績は別ページに掲載致しておりますが、ある一定の成果は得られていると考えております。また、特に災害医療への取り組みについては、平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練に参加し、災害医療への取り組みのモチベーションも上がってきております。次年度以降も同様の取り組みを更に積極的に行ってまいります。

また、効率的な医療、病院体制の構築のためにクリティカルパスを利用したチーム医療の再編成(がんサポートチームや骨粗鬆症リエゾンチーム等)や、救急受け入れの効率化を図るための各科協働による混成病棟の導入などを行い、病床稼働率の上昇にも取り組んでまいりました。また、各科別

の昨年度の取り組みですが、

整形外科では

- ①救急外傷の専門病院としての役割を高める
- ②紹介率、逆紹介率をともに高めることで機能強化を図る

を掲げ、積極的に取り組んで来ました。具体的な成果が出るのはもう少し先の話と考えておりますが、次年度は更に整形的な慢性変性疾患に関する啓蒙活動を含めた病・病あるいは病・診連携を更に深めることを目標といたしました。

消化器・一般外科では

- ①腹症センターとしての対応、内視鏡治療法の強化
- ②温熱療法の広報などを含むがん診療への取り組み

を掲げ、市民公開講座などを含む、がん診療指定病院としての活動を行いました。また、外科系当番医の後方病院として地域医療へ貢献をしております。次年度は内視鏡診断におけるAIの導入などを検討致しております。

脳神経内科では

- ①神経難病患者への取り組み
- ②脳卒中患者の受け入れ継続と体制強化

を掲げ、脳神経内科関連疾患の専門的な入院加療を受け入れてまいりました。脳卒中患者の受け入れも徐々に増加しており、念願であったマンパワーの増員(2019年4月より3名体制に増員)もあり、今後も更に受け入れを強化していく予定です。

リハビリテーション科では

- ①嚥下・口腔リハビリへの取り組み
 - ②リハビリテーションセンターとしての機能向上
- を掲げ、様々な取り組みを行ってまいりました。ロボッ

トを利用したリハビリの研究や、リハビリテーションセンターとして市民公開講座など複数回、開催いたしました。特に当院の強みは脳神経内科、整形外科、歯科との連携が院内で行えることとあります。2019年4月よりリハビリテーション科も3名体制へと増員となり、脳卒中患者の回復期リハビリ受け入れの強化などを次年度目標に掲げ、取り組みを強めていく予定です。

他医療機関との連携強化については、地域連携科を窓口として強化いたしました。特に平成30年度は他医療・介護機関との連携を開始し、順調に進んでおります。

今後も他の医療・介護機関や、公的機関との積極的な連携も行い、密な体制を構築していく予定です。

すでに昨年度より開始されているがんサポートチームの他医療機関とのTV会議カンファレンスは

継続し、更に輪を広げて行ければと考えております。

まずは社会医療法人として公的な役割を果たすべく、恒心会の次年度のスローガンである「恒心会の強みにハブ機能を備えた法人づくりとアライアンスの構築」を受け、恒心会おぐら病院の次年度目標は「中核医療機関としての機能強化」を掲げました。

現在取り組んでいる事の完成度をより高めつつ、次世代への継承・教育・育成をテーマとして組織の再編成を継続して行い、更にその上で、地域の中核病院として更に高次機能病院を形作るために様々な取り組みを展開していきたいと考えております。

更に忘れてならないのが消費税のアップと2020年の診療報酬改定を念頭に置き、恒心会が提供できる「地域包括医療」を展開できるような組織づくり行ってまいります。

トピックス

人財育成に向けての取り組み

病院長 小倉 修

恒心会は平成21年度から3ヶ年を1期とする中長期事業計画を策定しています。その事業計画に沿って目標を掲げ、全職員がベクトルを合わせて活動してきました。

第3期までの成果として、医療と介護事業の複合型事業所の土台作りができ、平成25年7月に急性期機能を担う小倉記念病院と回復期リハビリテーション機能を担う、おぐらリハビリテーション病院を統合し、「恒心会おぐら病院」が完成することによりハード面の整備ができました。その結果、法人内の急性期から回復期へのシームレスな連携が取れる環境が整ったと思います。また、平成28年4月に社会医療法人に改組することによってソフト面でも地域医療に貢献できる体制が整ってきたと思います。

平成28年度の基本方針には「ハードからソフト面の強化にシフト」とし、変化に対応できる組織作りと人財育成を基本方針にしました。

組織作りのキーワードは「人」です。「成長し続ける人」「学び続ける人」を作ることが、人財育成にとって重要であると考えています。

研修でいうと、短期的に習得できる方法や技を教示するような講演が好まれるのかもしれませんが、それだけでは育成には繋がらないと思います。短期間のスキルアップは、すぐに古くなり息切れします。

刺激を与え続けること=学ぶ機会を与えることが、「学びたい」という気持ちを醸成し本来のスキルアップに繋がるものと考えています。

この考えのもと、教育研修を地道に重ね、平成30年度は年間13本の研修会を開催しました。

テーマは様々です。対象職種も様々です。

節操がないと言われればそうかもしれませんが、

テーマ・課題・情報を与え続けることが、法人の役割であり、その結果として法人にとって貴重な財産である「人財」の育成に繋がると思います。

今年度の研修の主なものを紹介しますと

7月2日に鹿児島大学医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学前教授で鹿児島市立病院院長の坪内博仁先生をお招きしました。

テーマは、「消化器内科教授から市立病院院長へ」～病院改革の道のり、DPCⅢ群666位から特定病院群49位へ～です。

坪内先生は、皆様もご存知のとおり、厚生労働省研究班「難治性の肝胆道疾患に関する調査研究」班長を務め、日本内科学会、日本消化器病学会、日本肝臓学会の理事も歴任された劇症肝炎診療の第一人者です。

その先生が2013年から鹿児島市立病院院長に就任され、鹿児島市立病院の経営に携われるようになりました。

当時、鹿児島市立病院は新病院建設に伴ういわゆる膨大な借金を返済していく必要がありました。返済を計画的に実行するためには収益増を目指



鹿児島市立病院病院長 坪内博仁先生

す必要がありました。その為には収益増を目指すための課題解決のために建てた3つの柱を立てられました。

- ①診療：優秀な人財の招聘、救急医療の充実
- ②経営：経営状況の共有化、経営計画の見直しと病院将来構想の作成と経営計画の策定
- ③組織・運営：管理制度の見直し、経営戦略会議の創設、医療専門職のモチベーション向上だったとのこと。

この柱の一つ一つの基礎作りをして、約5年間の地道な努力で平均在院日数3.3日減、新入院患者数46%増、病床利用率20.4%増の結果を導き出され、この数字が示す通り経営的にも大きな改善ができたという事でした。

そして2025年に向け、市民や医療機関から信頼され、職員が誇れ満足度が高く、時代のニーズに合わせ深化する病院作りを将来構想の核であると話されました。

講演の最後で話された、「病院の機能は多職種が一体化して初めて発揮される」はこの組織でも共通のことであろうと思います。

強力なリーダーシップと同じベクトルを持つスタッフの“ちから”の発揮がいかに大事であるかを感じることができました。

9月11日には、鹿児島大学リハビリテーション科講師の宮田隆司先生と摂食嚥下障害看護認定看護師の鈴木真由美さんに「嚥下障害とリハビリテーション」「摂食嚥下障害におけるリスク管理」をお話いただきました。

高齢社会を迎え肺炎は加齢に伴い増加の一途です。その原因の一つに誤嚥があります。脳血管障害によるものもありますが、それ以外にも多くの誤嚥を生じやすい疾患や状態もあります。

当院のように整形外科、外科、脳神経内科を標榜する医療機関ではその疾患の多様性をしっかり理

解し「食べる」ことの重要性を認識しつつ、ハイリスク患者への十分な治療と対応を行う責任もあります。当法人には歯科クリニックもあり、歯科と医科の連携も十分に視野に入れながら、機能を拡充していかなければならないことを再認識する時間となりました。

9月13日には、鹿児島大学脳神経外科診療准教授の大吉達樹先生に「脳卒中診療の今後の展開」と題して講演いただきました。

鹿児島県は脳血管疾患の死亡者数は平成27年で2,221人で全体の死亡原因の4位であり、粗死亡率は年々減少傾向にあるものの全国を上回っています。また、脳卒中は発症後生命が助かって後遺症が残る可能性があり、要介護の主な原因疾患等の一つにあげられています。

当院は救急対応病院として多くの救急患者の受け入れも行っており、脳神経内科においては一昨年から脳梗塞患者への脳神経内科治療を開始しました。

また、平成16年に肝属圏域地域リハビリテーション広域支援センターの指定を受け、脳卒中リハビリテーションの地域中核施設として活動している関係から、最近の脳卒中医療の現状と今後の展開を知ることは、回復期リハビリテーション治療は勿論のこと、地域リハビリテーション啓発活動の進展を図るためにも重要な講演でした。

また平成31年1月26日には大隅臨床整形外科医会と共催で熊本県の鶴上整形外科リウマチ科院長の鶴上浩先生をお招きし、「骨粗鬆症リエゾンサービスによる二次骨折予防と地域連携の重要性」について講演いただきました。

当院は大隅地域の整形外科中核施設として、多くの骨折や外傷患者の受け入れも担っています。高齢化の進む当地域において、骨粗鬆症による一次骨折予防、骨折後の二次骨折予防についても地域の核として他の医療機関とのネットワークも含めてリー



熊本セントラル病院泌尿器科部長 川畑幸嗣先生

ドしていく必要性を示される講演となりました。

平成31年2月6日には、鹿児島大学血液膠原病内科准教授の吉満誠先生に「がんゲノム ゲノム医療」について講演いただきました。

ゲノム?DNA?遺伝子?

講演は、遺伝子、染色体、核、DNAそしてゲノムについて解りやすい解説から始まり、がんゲノムそして最後に遺伝カウンセリングまでの講演でした。

また平成31年2月16日には公開講座として「がん温熱療法（ハイパーサーミア療法）」について、熊本セントラル病院泌尿器科部長 川畑幸嗣先生にご講演いただきました。

当院は手術療法、化学療法に加えハイパーサーミア療法を平成28年度より導入して、治療の



本願寺派善福寺住職 長倉伯博師

選択肢を広げてきました。

平成29年に鹿児島県よりがん診療指定病院の認定を受け、地域におけるがん診療の中核的役割を担っています。大隅半島でのがん治療の中核施設として、地理的なハンデを軽減できるように積極的に治療展開を考えていきたいと感じた講演でした。

紙面の都合で6講演のみを紹介しましたが、当院に求められる医療機能を最大限に生かすにはどうするかを考える機会になったかと思います。

今後は職員の知識を深める講演だけでなく、地域の多職種と連携を取り、知識を深め共有する形態がとれるようにスケールアップしていく努力を続けたいと思います。

平成30年度法人教育講演会等一覧

開催日	研修レベル	テーマ	講師
平成30年 4月16日	教育講演会	臨床研究の基礎	鹿児島大学医学部保健学科 准教授 大渡 昭彦先生
7月2日	教育講演会	消化器内科教授から市立病院長へ ～病院改革の道のり DPCⅢ群666位から特 定病院群49位へ～	鹿児島市立病院 病院長 坪内 博仁先生
7月6日	医療安全	多重チェックの落とし穴	電気通信大学大学院 情報システム研究科 教授 田中 健次先生
8月24日	感染対策	薬剤耐性菌と感染対策～日頃から標準予防 策をしっかり取り組もう～	鹿児島大学医学部微生物学 教授 西 順一郎先生
9月11日	教育講演会	嚥下障害とリハビリテーション 摂食嚥下障害におけるリスク管理	鹿児島大学医学部 リハビリテーション医学 講師 宮田 隆司先生 鹿児島大学病院 摂食嚥下障害認定看護師 鈴木 真由美氏
9月13日	教育講演会	脳卒中診療の今後の展開	鹿児島大学医学部脳神経外科 診療准教授 大吉 達樹先生
10月15日	OLS キックオフミーティング	骨粗しょう症リエゾンサービス データベース	恒心会おぐら病院整形外科 海江田 光祥医師
10月29日		法人学術研究発表会 12演題	
平成31年 1月26日	公開講座 地域連携セミナー (大隅臨床整形外科 医会と共催)	【報告】当院における骨粗鬆症治療の現状 【講演】骨粗鬆症リエゾンサービスによる二次 骨折予防と地域連携の重要性	恒心会おぐら病院整形外科 海江田 光祥医師 鶴上整形外科リウマチ科 院長 鶴上 浩先生
2月6日	教育講演会	がんゲノム医療の最前線	鹿児島大学医学部血液膠原病内科 准教授 吉満 誠先生
2月8日	地域リハ リハ専門職対象	「シルバーリハビリ養成事業に見る地域リー ダーの現状」	恒心会おぐら病院 リハビリテーション部主任 理学療法士 永瀆 智美氏
2月16日	公開講座	がん温熱療法（ハイパーサーミア治療）を知り ましょう	熊本セントラル病院泌尿器科 部長 川畑 幸嗣先生
3月6日	管理者研修	働き方改革関連法への実務対応	
3月15日	大隅地区緩和合同カ ンファレンス	終末期がん患者と家族をどう支えるか ～立場を超えた死生観の共有～	本願寺派善福寺 住職 長倉 伯博師
3月15日	地域リハ リハ専門職対象	臨床に活かす歩行のバイオメカニクス	鹿児島大学医学部保健学科 准教授 木山 良二先生

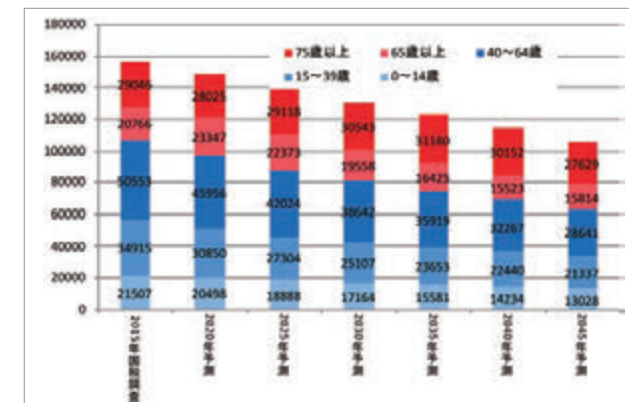
初期臨床研修病院の取組み

当院は鹿児島大学病院の初期臨床研修協力
病院です。大隅半島の地域医療を通して「地域で医
師を育てる」ことを研修理念に掲げ取り組んでいます。

面積	1,322.91km ²
国勢調査 人口	(2010年) 164,082人
	(2015年) 156,787人
人口増減率(2010～2015年)	-4.45% -0.75%全国平均
高齢化率(65歳以上・2015年)	31.80% 26.60%全国平均
人口密度(2015年)	118.50人/km ² 340.80人/km ² 全国平均



肝属医療圏



日本医師会地域医療情報システム参考引用将来推計人口
国立社会保障・人口問題研究所(2018年3月推計)

【変遷】

- 平成24年1月
 - 鹿児島大学病院卒後臨床研修プログラム「桜島」の協力施設に登録
- 平成25年9月
 - 臨床研修病院指定
- 平成26年4月
 - 鹿児島大学病院卒後臨床研修プログラム「桜島」の研修協力病院となる

平成29年4月
・鹿児島大学病院と北海道大学病院の研修連携
事業に参加

	研修医数	研修期間 延べ月数	当院の 指導医数
平成27年	1名	1ヶ月	3名
平成28年	1名	1ヶ月	5名
平成29年	8名	10ヶ月	8名
平成30年	6名	6ヶ月	9名

表1 研修医年間受入れ実績

診療科	研修医数
整形外科	10名
外科	4名
脳神経内科	1名
リハ科	1名

表2 診療科別の受入れ (H27年～H30年)

卒後2年目の地域医療研修を中心に、整形外科・外科・脳神経内科・リハビリテーション科の指導者のもとで研修ができるようになりました。

【研修内容】

研修希望診療科によって多少の違いはありますが、月曜日から金曜日までみっちりスケジュール

整形外科研修 実施項目

- ・外来診察・対診の経験
- ・救急外来
- ・基本的整形外科手技の習得
- ・関節内注入
- ・ギプス巻き込み シーネ固定
- ・創傷処理: 洗浄・縫合・腱縫合
- ・手術(骨折観血の手術・手の外科・人工関節等習熟度に応じて 数例執刀)

外科研修 実施項目

- ・外来診察・対診の経験
- ・救急外来
- ・NST活動(CVカテーテル挿入含む)
- ・FAST
- ・ドライボックスによるシュミレーション
- ・レントゲン読影
- ・内視鏡検査・手術(習熟度に応じて)

が組まれています。少ない時間を有効に活用しながら、救急外来・一般外来・手術・処置・診察・カンファレンスと盛りだくさんのスケジュールです。

術前・術後 カンファレンス



- ・頭部骨折 (Garden II, Prima Hip Screw) X2
- ・転子部骨折 (Gamma nail) X2
- ・転子部骨折 (Long Gamma nail)
- ・転子下骨折 (Long Gamma nail)
- ・骨内異物除去術 (脛骨)
- ・骨内異物除去術 (橈骨遠位端)
- ・骨内異物除去術 (脛骨近位部)



手術: 執刀9例



救急外来

診断名	術式	件数	執刀数
直腸脱	Gant-Miwa法 +Thiersch法	2例	1例
脱出性 内痔核	結紮切除術	1例	—
胆嚢 結石症	腹腔鏡下 胆嚢摘出術	3例	1例

研修内容① 手術
全6例(執刀:2例)



研修内容② 内視鏡検査

- 全25例
- ・上部消化管内視鏡検査 20例(経鼻 5例)
- ・下部消化管内視鏡検査 5例

【学べたこと】

診療科によって学べたこと、経験できたことは異なります。

手術の執刀、救急外傷、麻酔、へき地診療、敬愛園見学と地域に密着した医療を体感できたのではないのでしょうか。

【当院での研修修了】

研修最終週には、医局会で研修報告会を開催しています。

研修 報告会



【結び】

日常診療が多忙な中で研修医を担当する指導医はもちろんのこと、上級医の先輩医師達を含め教える側の背筋が伸びることは組織の活性化につながると感じています。この先、当院で学んだ研修医がいつの日か大隅半島の地域医療に1人でも多く関わってもらえる日を願い、魅力ある研修病院として選ばれるように努力して参ります。

平成30年7月豪雨災害でのJRAT活動を振り返って

リハビリテーション部 主任(言語聴覚士) 下甫木 猛

1 災害時におけるリハビリテーション

近年、全国的に多くの自然災害が発生しており、各地に甚大なる被害を及ぼしています。災害といっても自然災害や人為災害、特殊災害など多岐に渡り、その種類や特徴も異なります。災害の定義としては、「人と環境との生態学的な関係における広範な破壊の結果、被災社会がそれと対応するのに非常な努力を要し、非被災地域からの援助を必要とするほどの規模で生じた深刻かつ急激な出来事」とされ、医療的な立場からみれば医療需給バランスの急激な崩壊が生じることとなります。災害によって人々の日常生活や地域社会は劇的に変化し、さらに避難生活を余儀なくされることで、被災者の心身機能や生活の質(QOL)へ多大な影響を与えられます。

災害時におけるリハビリテーション活動においては、2011年の東日本大震災を機に、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(Japan Rehabilitation Assistance Team; 以下 JRAT)が発足・組織化されました。基本方針としては、「平時から参加団体相互が連携し、各地域において地域住民と共に災害に立ち向かえるように災害リハビリテーション支援チームを発足させ、大規模災害発生時には災害弱者、新たな障害者、あるいは被災高齢者などの生活不活発病への予防に対する適切な対応を可能とする事で国民が災害を乗り越え、自立生活を再建、復興を目指していけるように、安心且つ良質なリハビリテーションを受けられる制度や体制の確立を促進すること」を目的と掲げています。

鹿児島県においても2018年5月7日に、鹿児島県

災害リハビリテーション推進協議会(鹿児島 JRAT)が設立され、平時より災害時に備えた組織化推進や教育・啓発、災害リハ支援チームの育成などがなされています。

2 2018年を振り返って

2018年は多くの自然災害にみまわれ、代表的なものとして大阪府北部地震(6月)や平成30年7月豪雨(6月末~7月)、記録的な猛暑(7月)、激甚災害指定された台風被害(8月~9月)、北海道胆振東部地震(9月)等は記憶に新しく、また今年の漢字には「災」が選ばれ、改めて自然災害の多さや被害の深刻さを印象付ける年となりました。

今回、2018年6月28日より生じた西日本を中心とした持続する豪雨の影響で発災した平成30年7月豪雨災害(激甚災害指定)に対し、JRAT活動を行う機会を得ました。活動を行えた経緯として、公益財団法人国際医療技術財団(Japan International Medical TEchnology Foundation; 以下 JIMTEF)が主催する災害医療研修を受講修了していたこと、日本言語聴覚士協会の災害対策部員であること、また2016年に発生した熊本地震災害でのJRAT活動経験、また何よりも恒心会おぐら病院 小倉雅理事長、小倉修院長をはじめ、当院が災害リハ活動に対し理解があり、派遣への承認を得られたことによります。

※JIMTEFが主催する災害医療研修の内容としては、災害医療概論をはじめ、各災害フェーズに即した支援内容、過去の災害における活動報告、支援・受援に必要な組織作り、支援に関わる他職能団体との共通認識や交流などを通して、平時より災害時に備えた教育や人材育成などを

目的としています。

3 活動派遣までの流れ

活動派遣までの流れとして、6月28日から集中的かつ断続的に降り続いた豪雨の影響により、西日本(岡山県・広島県・愛媛県を中心に)に甚大な被害が発生しました。これを受け、岡山県より正式な支援協力の依頼が岡山JRATへあり、7月13日よりJRAT災害対策本部を立ち上げることとなりました。今後、被災地の方々のために活動を続ける現地本部の支援、派遣支援者調整が必要となったため、JRAT東京本部より日本語聴覚士協会を通じて7月13日に人員派遣要請の通知が届きました、活動内容としては、7月19日以降、岡山JRAT現地災害対策本部内でのロジスティックス業務などの要請でありました。支援要請を受け、上司や病院長に相談を行ったところ派遣許可が得られたことから、再びJRAT東京本部と派遣日程の調整を行いました。その間、西日本や派遣先である岡山県ならびに倉敷地区における被害状況や避難所の情報収集に努めました。併せて、必要物品や交通手段・宿泊場所の確保などの準備を行い、今回4日間のJRAT活動に向け、7月25日に岡山県へ向けて出発しました。

4 JRAT組織体系と活動場所について

JRATの本部体系として、東京に本部を置くJRAT東京本部を中心に、倉敷リハビリテーション内に設置されたJRAT活動本部、倉敷市保健所や備中県民局内に設置されたJRAT調整本部の3つで組織されていました。避難所を巡回する活動チームは、1日4~5チーム程編成されています(1チーム4名程)。

本部の活動内容としては、JRAT東京本部は4名程が業務にあたり、国レベルでの行政や災害医療関連団体、JRAT構成団体内で情報伝達と共有、災害リハ支援者やチームの募集と派遣マネジ

メントなどを担っています。JRAT調整本部は2名で業務にあたり、現地における他団体やJRAT活動本部との連絡調整(相談・要求への対応なども含め)、連絡会議での情報収集と各種報告などを担っています。私は、JRAT活動本部内でのロジスティックス業務に配属されました。

JRAT本部の体系(岡山県)



JRAT組織体系



倉敷リハビリテーション病院(JRAT活動本部)

5 JRAT活動本部内での業務内容

(ロジスティックス業務)

ロジスティックスとは、物流において企業が必要な原材料の調達から生産・在庫・販売まで、物流を効率的に行う管理システムを差し、また他には兵站(へいたん)を表す軍事用語として、戦闘部隊の後方において、人員・兵器・食糧などの前送・補給にあたり、また後方連絡線の確保にあたる活動機能のことをいいます。医療におけるロジスティックスとは、

災害地で医療活動を展開する人員の確保や医療資器材の手配、被災地における行政機関などとの調整全般をさします。

JRAT活動本部は4~5名で活動し、本部リーダーを設け、活動チームの支援や各種団体との連絡・対応を行います。朝は8時30分よりミーティングを行い、本日活動するチームのエントリーや連絡先の確認、オリエンテーションと必要物品の配布などを行いました。活動チームは全国より派遣されるため、チーム責任者や連絡先の随時確認を行う必要があります。オリエンテーション内では進行を務め、活動における注意事項や先日までの避難所情報を伝達共有し、必要な書類(活動報告書、生活不活発病予防への啓発や体操などのパンフレット、その他など)の配布を行いました。

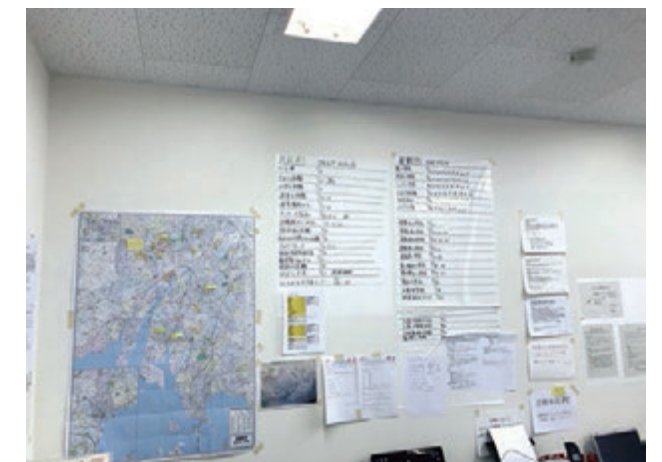
活動チームが出発してからは、先日までの活動報告や状況を受けて、本日や近日内に取り組むべき課題についてリスト(ToDoリスト)を作成し、業務の可視化を図りました。本部内スタッフも派遣により入れ替わりで活動するため、情報共有や経過報告、役割分担を決めました。業務内容としては主に、活動チームとの連絡相談への対応、電話やメール対応、記録(クロノロジー)記載、活動報告管理(データの収集・入力、会議書類の作成、各書式の修正など)、福祉用具や備品の管理(福祉用具の調達と配布状況の管理)など務めました。記録に関しては、活動チームの動きや連絡・対応、決定事項などを、時間や発・受信者、内容など簡潔にまとめ、記録していきます。

活動チームの帰着後は、各避難所や活動報告書の伝達を受け情報収集を行い、報告書と日報作成し、さらにその情報を基に明日活動する派遣予定表を作成しました。活動報告書や日報はJRAT共有のメールリストに送信し日々の活動が他本部

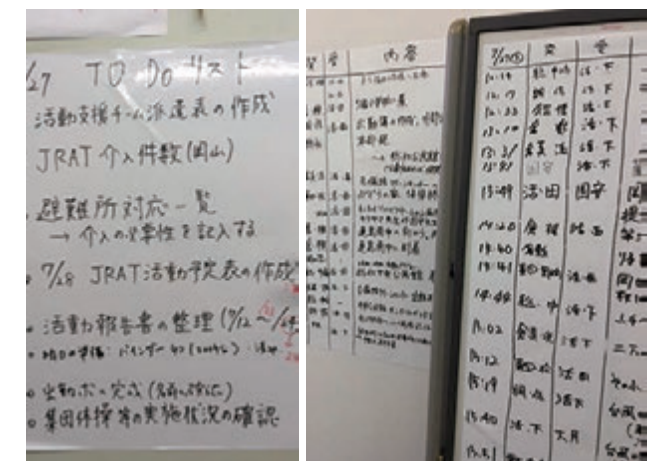
も確認できるように務めます。また、夕方には隣接する保健所にて、保健師を主とする避難所ミーティングに毎日参加し、各避難所の状況について情報を得ていました。



本部内の様子



本部内の様子



ToDoリスト

記録(クロノロジー)

6 支援活動を振り返って

今回、JRAT活動本部内でのロジスティクス業務を務め、受援側としての活動や情報収集・整理の難しさを実感しました。災害はいつ発生するか、またその時期や地域などもわからないため、被災地において刻一刻と変化する災害フェーズや避難所ニーズ、また活動チームからの総合的な情報を基に、JRATとして現在求められている支援や取り組み、また先を見通し今後必要となる事柄を検討することが求められると感じました。また、本部活動は多くのスタッフとの関わりも増えるため、報告・相談を含めたコミュニケーション技術も必須であると考えます。

この経験から、もし鹿児島での災害発生に備え、本部が機能できるよう平時より組織化の推進、JRAT活動の啓発に寄与できればと考えます。



保健師ミーティング

九州・沖縄DMAT実動訓練に参加して

事務局 災害担当 中川 秀生

QM室 災害担当 中村 さとみ

平成30年11月10日鹿児島県で九州沖縄ブロックDMAT実動訓練が開催され当院も大隅肝属地区の災害支援病院として参加しました。このDMAT実動訓練は、各県持ち回りで毎年実施され昨年は、佐賀県で開催されたとのことで、今年は、鹿児島での開催となりました。鹿児島県庁を始め9箇所の病院が参加 鹿屋市では鹿屋医療センターを拠点として当院を含む3病院が参加をし、各医療機関に配布された災害想定に沿って実施、DMAT隊においては北九州から沖縄から参集し、EMIS（広域災害救急医療情報システム）の入力状況に応じて人員や通信機材などの支援を各医療機関へ行う訓練となりました。

当院では、これまで鹿児島県や鹿屋市開催の防災訓練への参加と、昨年から、院内訓練の取り組みとして多数傷病者受け入れトリアージ訓練の実施、今年度は、震度6強の地震が鹿屋市で発生したことを想定して、災害対策本部を立ち上げ、各部門からの状況報告、ライフラインの確認を行い、模擬患者を投入して外来トリアージ訓練を実施しました。またSNSを用いて、各職員の緊急連絡網訓練も年1回実施し、災害時に全職員と連絡を取る方法も、構築してきました。

これまで災害対策マニュアルを整備し、訓練を通して確認と修正を繰り返してきましたが、これまで自院訓練のみで、院外の医療機関との連携は、今回が初めてとなり、どのように進むのか皆目見当もつかない状況のなか、鹿児島県の担当者との打ち合わせが始まりました。はじめは、DMAT主体の訓練に参加する位と想着ていましたが、打ち合わせを重ね資料を確

認していく中で、本格的な鹿児島県全体で行われる大規模な訓練であると感じました。実際の災害想定に対して、災害対策本部の立ち上げから、院内インフラの確認後、震災後の多数傷病者を受け入れるが、増え続ける患者に対して、自院で対応困難となりEMIS（広域災害救急医療情報システム）を入力してDMATの要請、院内での医療活動を支援してもらうという流れでした。

災害訓練想定は 11月10日 午前3時 鹿児島県の大隅地方に大雨洪水警報が発表 局地的に強雨（20mm～30mm）同日 9時 種子島東方沖を震源とするマグニチュード7.6の地震が発生 東串良町、志布志市で震度6強、鹿屋市、大崎町で震度6弱を観測、地震に連動して鹿児島県太平洋沿岸全域に大津波警報が発令 志布志湾岸に4メートルを超える大津波が到達 また桜島の噴火警戒レベルが4に引き上げ避難準備・高齢者等避難開始が発令、大隅地方においては甚大な被害が発生し人的・物的被害が拡大している模様であることからDMATの派遣要請を行う防災訓練で、起こり得ることをすべて入れ込んだ内容となりました。



災害対策本部設置訓練

朝9:00訓練開始 インフラ想定として 非常電源使用 電話不通 インターネット可能の状況下で訓練が開始されました。非常用電源を想定しては、本部立ち上げ区域を実際に電気を消して非常照明の元で実施しました。写真のように廊下は薄暗く非常灯から離れた場所では更に暗く、これが夜間になれば、作業に不自由を感じることを実感し改めて非常発電機の整備なども日常点検の大事さを痛感しました。



非常灯下での訓練の実施

次々と本部に集まる状況を事務職員がクロノロジーに記載します。今回は事前にDMATの医師2名が当院に入り本部設置から運営方法までアドバイスをいただきました。



クロノロジー記載訓練風景

実際に医療ガスが供給停止になったら、非常発電機が停止したらなど、患者が増え対応する人員が不足したら、自院で対応できない患者が来た場合にはどうするか、他院への協力要請など、実災害に応じ



コントローラー医師支援風景

て対応は変化していくので、時間ごとにブリーフィングを行い本部から各現場への指示伝達を行う必要があると実感しました。

EMISの入力状況はプロジェクターで共有し現在の他医療機関の状態も把握できます。

午後からは、一般公募による市民の方が模擬患者として参加され地域が協力しての傷病者受け入れ訓練となりました。



ブリーフィング訓練風景



DMATコントローラー医師より評価



1次トリアージエリア風景



緑色エリア風景



2次トリアージエリア風景



黄色エリア風景



赤エリア風景



EMIS情報共有風景

続いてDMAT隊が到着 当院へは2隊 大分から南海医療センター、福岡からは小波瀬病院が支援に入りました。他医療機関との協力も戸惑いながらでしたが、実際の災害医療の現場での対応を学ぶことができたと思います。



DMAT支援受け入れ風景

最終訓練はテレビ会議です 各訓練参加病院がマルチ画面で各病院の状況がリアルタイムに報告され把握されます。このような通信機器の整備も必要になることも実感しました。



各医療機関とマルチモニターで情報共有

訓練のための訓練ではなく、実働できる訓練を積み重ね、そのときにこの地域の中で、医療活動を継続するのかを各職員が考えることが重要で、作成したマニュアル、アクションカードを常に更新することが必要と再認識しました。

今回は、初めて日頃から災害医療活動をされている方々と訓練することができ、実際の状況に合わせてながら、その都度コメントを頂き大変参考になりました。自院のみの訓練では、気づかなかった点などが次の訓練課題として振替る事ができました。日々過ごす中で考えることが大事というアドバイスを再認識し今後の災害対策に活かしていきたいと思えます。

翌日、肝属川河川敷において橋梁崩落、土砂埋没、多重事故衝突事故、津波倒壊家屋、座屈倒壊高層建物、瓦礫下、土砂埋没家屋から救出された傷病者に対する救護活動の緊急消防援助隊合同訓練が実施され見学に行ってきました。

まず驚いたのは九州各県から集まった救急隊・消



九州管内から集合した消防・救急車両



被災家屋からの救助訓練

防隊の車両の数々、日頃見たことのない高規格車など、また会場内には、家屋、車両、高層建物等を実際に再現、そこから救出した傷病者を指定された医療機関に搬送する。またSCU(ステージング・ケア・ユニット)も設置してありました。

実際にドクターヘリも投入されていました。このように大規模な訓練だったとは、と自分の目で見て初めて災害対策訓練の大事さを痛感しました。



SCU(ステージング・ケア・ユニット)



ドクターヘリ移送訓練



ドクターカー要請訓練

平成30年度 病院指標について

平成30年度 病院指標について

①年齢階級別退院患者数

年齢区分	0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～	計
患者数	21	84	61	78	119	313	483	597	643	174	2573

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の実績を基に集計しています。

【解説】

当院は一般病棟(7対1看護:116床)と療養病棟(回復期リハビリテーション病床:100床)を併せ持ついわゆるケアミックス病院です。平成27年度の本診療指標の公開開始より、70歳以上が半数以上を占める状況が続いており当院診療圏地域の高齢化が進んでいることを表しています。

②診断群分類別患者数等(各科上位5疾患)

【整形外科】

DPCコード	DPC名称	患者数	当院平均 在院日数	全国平均 在院日数 (平成29年度値)	当院一般病 棟での平均 在院日数	当院療養病 棟での平均 在院日数	転院率	平均年齢
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	164	58.88	27.09	15.54	43.34	9.14%	85.53
160690xx99xx0x	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)手術なし 定義副傷病名なし	129	55.85	19.94	13.17	42.68	8.39%	79.41
160760xx97xxxx	前腕の骨折 手術あり	84	9.86	6.29	9.14	0.72	0.00%	64.23
070343xx99x00x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)腰部骨盤、不安定椎 手術なし 手術処置2なし 定義副傷病名なし	44	8.70	11.34	4.20	4.50	0.00%	71.70
070230xx01xxxx	膝関節症(変形性を含む。)人工関節再置換術等	40	46.47	25.09	15.70	30.77	0.00%	76.35

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の整形外科の実績を基に上位5位までを集計しています。

【解説】

当院と全国平均では、平均在院日数に開きがありますが、その理由は当院のように一般病棟と療養病棟を併せ持つ病院は、在院日数を両病棟通算で集計するルールとなっている為です。当院の一般病棟在院時のみでの在院日数を表内に示してありますが全国平均と比較しても遜色ありません。

【外科】

DPCコード	DPC名称	患者数	当院平均 在院日数	全国平均 在院日数 (平成29年度値)	当院一般病 棟での平均 在院日数	当院療養病 棟での平均 在院日数	転院率	平均年齢
060100xx01xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 定義副傷病名なし	206	2.19	2.68	2.19	0.00	0.00%	65.46
060040xx99x60x	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍 手術なし 手術処置2-6あり 定義副傷病名なし	35	4.45	4.38	4.45	0.00	0.00%	59.60
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上)ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等	35	8.20	5.15	8.20	0.00	0.00%	67.62
060102xx99xxxx	穿孔または膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術なし	32	17.06	7.87	11.78	5.28	3.10%	67.78
060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術処置1なし 手術処置2なし 定義副傷病名なし	27	10.29	8.98	10.29	0.00	3.70%	71.55

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の外科の実績を基に上位5位までを集計しています。

【解説】

当院の外科は消化器外科が主です。上位5疾患には入っていませんが地域医療の実情から肺炎等の総合診療的な役割も担っています。

【脳神経内科】

DPCコード	DPC名称	患者数	当院平均 在院日数	全国平均 在院日数 (平成29年度値)	当院一般病 棟での平均 在院日数	当院療養病 棟での平均 在院日数	転院率	平均年齢
010110xxxx40x	免疫介在性・炎症ニューロパチー 手術処置2-4あり 定義副傷病名なし	21	16.19	16.95	16.19	0.00	0.00%	54.76
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術処置2なし 定義副傷病名なし	19	33.84	20.83	26.94	6.90	21.05%	81.52
110310xx99xx0x	腎臓または尿路の感染症 手術なし 定義副傷病名なし	10	15.30	12.34	15.30	0.00	0.00%	75.60
070560xx99x00x	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患 手術なし 手術処置2なし 定義副傷病名なし	9	54.55	※1	38.11	16.44	0.00%	55.44
080010xxxx0xxx	膿皮症 手術処置1なし	9	14.11	※1	14.11	0.00	0.00%	74.11

※1 対象のDPCコードが平成29年度に存在しない為、未掲載

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の脳神経内科での疾患上位5位までを集計しています。

【解説】

当院脳神経内科は大隅半島地域でも数少ない脳神経内科の拠点病院として神経難病、脳卒中への対応を心がけています。

③初発の5大がんのUICC病期分類別並びに再発患者数

	初 発					再発	病期分類 基準	版数
	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明			
胃がん	31	7	1	17	2	5	1	8
大腸がん	4	9	10	50	1	12	1	8
乳がん	0	2	1	10	0	0	1	8
肺がん	5	0	11	2	1	0	1	8
肝がん	1	1	1	1	1	2	1	8

初発の5大がん以外のUICC病期分類別並びに再発患者数

	初 発					再発	病期分類 基準	版数
	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明			
食道	0	0	1	5	0	0	1	8
腭	6	13	8	12	0	6	1	8
胆嚢・胆管	2	7	0	0	1	0	1	8
リンパ腫	1	1	1	2	0	0	1	8
皮膚	1	0	0	0	2	0	1	8
肉腫	0	0	0	0	1	0	1	8
子宮	0	0	0	1	0	0	1	8
甲状腺	1	0	0	0	0	0	1	8

※1:UICC TNM分類, 2:がん取扱い規約

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の実績を基に5大がん及び5大がん以外のがんのステージ分類実績を集計したものです。

がんのステージ分類は

- (1)がんの「大きさ」と「周囲への広がり具合」(T)
- (2)「リンパ節への転移の有無」(N)
- (3)「他の臓器」や「リンパ節」への転移(M)

の3つの要素を組み合わせて0期～IV期の5つの病期(ステージ)に分類するものです。ステージ数が増える毎にがんの病

状が進行しているといえます。

【解説】

早期から末期のがんまで対応しています。

がん治療の充実を図るべく2016年7月より大隅半島初の『ハイパーサーミア(がん温熱療法)』を開始し、がん治療の向上に取り組んでいます。

がん疼痛スクリーニング研究事業に参加しております。これは患者毎の疼痛度を具体的に数値化した上でデータを蓄積し効果的な緩和ケアが行えるよう取り組むものです。

がん疼痛緩和ケアの研究事業に参加しております。TV会議を用いて当院以外の緩和ケア専門医や認定薬剤師も交えカンファレンスを行うことで得られる広範な意見、助言を基にさらに効果的な緩和ケアが行えるよう取り組むものです。

④成人市中肺炎の重症度別患者数

	患者数	平均 在院日数	平均年齢
軽 症	-	-	-
中等症	4	9.50	71.75
重 症	7	14.42	80.71
超重症	2	31.00	87.50
不 明	-	-	-

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の実績を基に成人市中肺炎による入院患者数を集計したものです。成人は20歳以上が対象であり市中肺炎とは日常生活の中で肺炎を発症する事です。

重症度はA-DROPスコアを用いて以下各項目への該当に基づき5点満点で分類しております。1項目該当毎に1点となります。

- (1)年齢(男性70歳以上 女性75歳以上)
- (2)脱水 BUN21mg/dl以上または脱水有り
- (3)酸素飽和度 SpO2<=90%(PaO2 60Torr以下)
- (4)意識障害 意識障害あり
- (5)収縮期血圧 収縮期血圧90mmHg以下

【解説】

当院では主に内科及び脳神経内科、外科を中心に治療に取り組んでいます。

⑤脳梗塞のICD別患者数

ICD10	傷病名	発症日から	患者数	平均在院 日数	当院一般病棟 での平均在院 日数	当院療養病棟 での平均在院 日数	平均年齢	転院率
I63\$	脳梗塞	3日以内	-	-	-	-	-	-
		その他	41	89.51	16.68	72.83	77.9	21.95%

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の実績を基に集計しております。

ICD10とは死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類です。

当院の一般病棟に入院のあった患者数を公表しています。近郊の脳外科系の医療機関より当院の療養病棟に直接転院してきた患者数は計上していません。

【解説】

【脳梗塞】の平均在院日数が89日と長期に及んでおりますが、一般病棟での平均在院日数は16日であり、他の医療機関と比較しても遜色のない実績ではと考えます。残りの70日あまりは療養病棟でのリハビリ治療が主となっており、脳神経内科とリハビリテーション科が協力しながら治療にあたっております。

⑥診療科別主要手術別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

【整形外科】

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	当院一般病棟での平均在院日数	当院療養病棟での平均在院日数	転院率	平均年齢
K0461	骨折観血の手術(大腿)	108	3.15	56.37	15.00	44.52	11.11%	86.95
K0811	人工骨頭挿入術(股)	47	5.40	50.27	16.95	38.72	6.38%	84.74
K0732	関節内骨折観血の手術(手)	46	1.87	11.91	12.46	1.32	0.00%	67.72
K0821	人工関節置換術(膝)	44	3.52	43.22	15.70	31.04	0.00%	76.31
K093	手根管開放手術	28	0.96	7.61	8.57	0.00	0.00%	64.39

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の整形外科での手術上位5位までを集計しています。

【解説】

地域の高齢化率が高く、転倒等に起因する大腿の骨折手術が最多となっています。

院内完結型の治療として術後はシームレスに療養病棟での回復期リハビリテーションへの移行体制を整備しています。

【外科】

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	当院一般病棟での平均在院日数	当院療養病棟での平均在院日数	転院率	平均年齢
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	208	0.16	2.09	2.25	0.00	0.00%	65.87
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	34	2.52	8.50	10.00	1.02	0.00%	61.50
K6335	鼠径ヘルニア手術	20	1.35	6.50	7.85	0.00	0.00%	70.60
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	15	1.33	7.33	8.66	0.00	0.00%	63.70
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)	13	30.61	71.07	36.15	65.53	7.69%	74.70

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の外科での手術上位5位までを集計しています。

【解説】

腹腔鏡を含む内視鏡補助下の手術割合が主流となっており、「人に優しい手術」をキーワードに取り組んでいます。

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する事であらゆる腹腔鏡手術への対応を行うと共に、術者がストレス無く、より安全に手術出来るよう取り組んでいます。

平成28年より西日本で初めて内視鏡外科手術支援ロボット「EMARO(エマロ)」を導入し、内視鏡手術の正確性や安全性の向上に取り組んでいます。

⑦その他(DIC、敗血症、その他の真菌症及び手術・術後の合併症の発生率)

DPC	傷病名	入院契機	症例数	発生率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一	-	-
		異なる	1	0.04%
180010	敗血症	同一	1	0.04%
		異なる	1	0.04%
180035	その他の真菌性感染症	同一	-	-
		異なる	-	-
180040	手術・処置等の合併症	同一	17	0.66%
		異なる	-	-

【定義】

平成30年4月～平成31年3月の実績を基に集計しています。

各部門の活動

医局総括

副院長 東郷 泰久



当院は平成28年4月より社会医療法人となり、より公益性の高いへき地診療、救急医療、災害医療などへの取り組みが期待されています。また、通院手段の問題から大隅地区内での専門的な治療を希望される患者さんも多数いらっしゃいます。この期待に応えるべく、当院では21名の常勤医と各専門分野の非常勤医が診療にあたっています。

常勤医の約半数と、非常勤医のほとんど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。今年度も各科で多数の勤務異動がありました。大隅地区の特性、地域性を理解し、地域診療のお手伝いをいただければと考えています。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、昨年は6名を受け入れ、今年は4名受け入れ予定です。救急医療とともにへき地診療の経験も積んでもらっています。

さる1月当法人の老人保健施設ヴィラかのやの施設長の中原啓一先生がお亡くなりになりました。先生は平成18年より神経内科部長、24年よりヴィラかのやの施設長として長きにわたり、恒心会、ならびに地域医療に貢献されてきました。これまでのご功労に敬意を表し、ご冥福をお祈りいたします。

令和時代も各診療科、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〉

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、倫理委員会、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。

〈へき地診療〉

第1・3水曜日午前中と毎週金曜日午後佐多診療所、第1水曜日午後と毎週金曜日午前中に肝属郡医師会立病院に赴き整形外科を中心に診療しています。

〈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。
- ・救急受け入れ体制の充実
- ・研修医の研修プログラムの見直し

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、急性期病棟(116床：3病棟)、回復期病棟(100床：2病棟(各50床))にて構成され、急性期病棟は、大隅半島の急性期治療の要として、7対1看護を堅持し、回復期病棟は施設基準1を堅持しております。

平成31年度からは、鹿児島大学リハビリテーション科より1名増員となり、計3名体制となりました。回復期病棟の各病棟の専従医として、約80名ほどの患者さんを担当しております。その中身としましては、整形外科疾患7割、脳血管疾患2割、廃用性疾患1割程度となります。各病棟ともに、在宅復帰率80%前後、平均在院日数40～50日程度と非常に入院も多い現状はありますが、FIM利得も高く、質の向上も保たれております。

整形外科術後、外科手術後の急性期治療後の患者さんのリハビリテーションのみではなく、内科的管理、社会的調整を含め加療行っております。リハビリテーション医療とは全人的医療であると、常々考えさせられます。また脳血管疾患に関しましては、当院での急性期治療後の患者さんのリハビリテーション治療だけではなく、大隅地区の各脳外科よりの紹介患者さんも多く受け入れております。

また、鹿屋医療センター脳神経外科より、定期的に関診をしていただき、治療に関する提案も受けており、患者さんの治療の質向上に寄与しているとともに、病診連携も図れております。

また、当院には、定期的に川平和美先生(鹿児島大学リハビリテーション科名誉教授)、松元秀次先生(日本医科大学リハビリテーション科主任教授)が来院され、セラピストへの脳卒中治療の指導と特別診察をお願いしています。患者さんへの治療の向上に寄与するのはもちろんのこと、当院各療法士の技術、治療能力の向上、またリハビリテーション科医師の能力向上、治療に関する提案も受けており、さらなるリハビリテーション医療の向上を進めております。また前年度と同様、ロボットによるリハビリテーションも積極的に導入しており(ロボットスーツHAL、CoCoroe AR II)患者さんの機能改善に寄与しております。また脳血管疾患のみではなく、整形外科疾患、廃用性疾患におきましても、嚥下障害のある患者さんが非常に増えており、嚥下障害への取り組みも積極的に行っていきたいと考えます。また、他施設での共同研究も控えており、その他研究も引き続き行っていく予定です。今後とも質の高いリハビリテーション医療を提供していきたいと考えております。

整形外科

整形外科部長 有 島 善 也



平成から元号が令和に変わりました。昨年同様に常勤医7名体制ではありますが、大学からのローテーションの先生が昨年4名、今年4月で一度に3人(1年間の在籍)も交代した為、コミュニケーションをとるまでの間、しばらく時間がかかりそうです。

非常勤医7名(関節外科・股関節、膝関節、足関節、スポーツ整形外科・肩、膝、足関節、脊椎)の先生方を大学病院からのサポートして頂きながらの診療体制となりました。

【外来診療】

月曜日、水曜日、金曜日は新患と再来日、火曜日、木曜日は午前中のみ新患日となっております。基本的に予約制ですが、新患の飛びこみや急患、救急車の患者さんの受け入れがあり、待ち時間がかかります。

さらにかかりつけの患者さんで、容体の変化のために予約外で来院される方もいらっしゃるため、対応に苦慮する事があります。診療の質を保ちつつ待ち時間短縮に向けて努力したいと思います。

大隅半島では他に専門的な整形外科医療の対応が出来る病院がない為、救急は原則断らず診る体制をとっておりますが、トリアージをして他の医療機関をお願いすることもあります。しかし、外傷、特に開放骨折などは24時間迅速に対応しています。また、日当直の他科の先生方にも協力をしてもらい、質の高い外傷初期治療を心がけています。

〈骨粗鬆症外来〉

4月より第1、3月曜日に骨粗鬆症専門外来を新

設しました。骨粗鬆症認定医が担当していますが、現在のところ、院内での活動を中心に骨粗鬆症の評価や治療薬の選択、治療薬導入、家族への啓蒙などを骨粗鬆症リエゾンサービスチーム(OLSチーム)と協力して行なっています。将来的には地域の中で他医療機関と連携して地域のリエゾンサービス体制が構築できればと思っています。

【病棟】

手術症例は4階病棟で、保存治療や他医の術後リハビリは5階・3階西病棟で治療しています。回復期病棟ではリハビリテーション科の先生方を中心に整形外科の弱みである全身管理を含めて診療いただいています。症例カンファレンス、術前、術後カンファレンスをとおして治療戦略や術後リハビリの問題点を共有するように心がけています。

【手術】

火曜日と木曜日が手術日ですが、他の日も手術しないといけない状況にあり、年間約1000例の手術を行なっています。脆弱性骨折(股関節、脊椎、手関節など)は超高齢化社会の生活スタイルの変化に伴い、複雑な骨折型や既存の合併症への対応も求められるようになってきました。麻酔科を中心に他診療科の協力をいただき、昨年度も大きなトラブルなく安堵しています。手術方法については、若い整形外科医の骨折に対する関心が高く、新しい器材を積極的に導入しています。慢性疾患についても人工関節、肩腱板、スポーツ、手足などサブスペシャリティー領域において、鹿児島市や県内外に遜色ない治療を行っていると自負しています。

しかし、4月より脊椎手術の対応が困難な状況にあり、当面は当院の医師や非常勤医師で対応しな

がら、早期の医師確保を期待しつつ、鹿児島大学病院を中心に他医療機関と連携して行きたいと思いをします。

〈周術期管理チーム〉

3月より麻酔科・手術室を中心に、安全かつ効率的な周術期管理をめざして稼働しています。

【学会活動・その他】

年1回の鹿児島スポーツ研究会や年2回の鹿児島整形外科集談会では、2題ずつ発表し、6月と11月の西日本整形外科学会では2題ずつ発表、論文

化しました。

又、今年には日本整形外科スポーツ医学会で1題、JOSKAS(日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会)で1題、日本手外科学会で1題など全国的な学会に多くの演題を出す事ができました。

又トピックとして第31回日本臨床整形外科学会学術集会(2018年7月；鹿児島市)が開催され、当院から5つの演題を発表する事が出来ました。引き続き、リサーチマインドを持って頑張りたいと思います。

外科

外科部長 松尾 洋一郎



恒心会おぐら病院を通して大隅地区の医療に関わって11年目となりました。あいかわらず新聞やTV・インターネットの情報に見られるように医療過疎・医師不足の日常診療で、大隅地区には消化器内科、特に内視鏡専門医の不足が患者への負担となっていることを痛切に感じています。最近は当院にも研修医が勉強にくるようになっており、彼らが地域医療に根ざしてくれたらと思うところでもあります。当院の外科は院長のほかにも3人の常勤医で外来・検査・手術を行っています。内視鏡に関しては診療技術部長である東本先生を中心に週に2日鹿児島大学からの応援もいただいて、胃・大腸・胆膵系の内視鏡やEMR・ESDを行っています。やはり高度な技術が必要になると鹿児島市内の専門医に依頼せざるをえず、自分たちで治療を完遂できずに悔しい思いをすることもあります。当院外科診療の中心はがん治療です。鹿児島県がん診療指定病院であり、腹部消化器、胃・大腸・肝・胆・膵臓のがんだけでなく乳がんや甲状腺がんの治療も行っています。今年度より鹿児島大学の協力を得て週1回の甲状腺専門外来も開設いたしました。手術は良性疾患はもとより消化器がんに対して開腹・腹腔鏡手術を行い、化学療法やサーモロンによる温熱療法・高気圧酸素療法を加えた集学的治療を行います。最近は市民講座やインターネットから温熱療法の情報を入手した患者が自ら希望して受診されることも増えてきており、少しずつながら大隅地区に浸透してきていることを実感するところです。あとは放射線治療ができるようになればいいのですが、大隅地区では唯一の放射線治療施設である鹿屋医療

センターの外科・放射線科と連携し、治療にあたっている状況です。がん終末期の緩和治療に関してもキャンサーボードに始まり他施設緩和ケア専門医とのビデオカンファレンスを通して日々レベルアップを目指し、緩和ケア病棟のない大隅地区で急性期病棟と在宅医療との連携でなんとかカバーできないかと頭を悩ませています。そこに活躍しているのが当院内で結成されたサポートチーム、各種認定スタッフや訪問看護・栄養・リハビリ・MSW・医療事務など多職種に渡るスタッフが医師の目には映らない範囲を見てくれており、毎週のカンファレンスを通して患者にとってベストな医療を提供できるように当院には無くてはならないチームとなってきています。

毎回のことであるが、私の当院における目標は、鹿屋で生まれ育った当院のような地方の民間病院に最先端治療は必ずしも必要ではなく、都会でうけられる標準的な治療を普通に提供できる病院であることが重要と考えており、鹿児島は鹿屋からは遠く、治療を受ける患者への負担や無念をなくすために、大隅におけるがん治療施設のフラッグシップとなれるように努力していくことです。

そのような状況の中で、以前から尊厳死・Living Willという言葉がよく言われていますが、がんや認知症の終末期にはほとんど浸透していない現状は苛立たしいもので、患者や家族はもちろんのこと法制化されないことから医療人でさえ犯罪として追求されることを恐れています。そのため専門家と素人の境界がはっきりしない状況で、誰も何も決定することができず、周囲の何かしないと、何かしてあげたいという気持ちがあるが患者のQuality of Lifeを損なう原因となっている現状をなんとか打破したいものです。

脳神経内科

脳神経内科部長 田邊 肇



今年4月に鹿児島大学より
当院脳神経内科部長として
着任した田邊肇と申します。
防衛医科大学校を2000年
に卒業し、同病院や各地の
自衛隊病院などで研修した

後、2007年に自衛隊を退職。その後は国立病院機構東埼玉病院、大分県立病院を経て2012年に鹿児島大学神経内科に入局し、鹿児島大学病院、鹿児島市立病院及び菊野病院などで経験を積みました。最近1年半は、大学院生という立場で実地臨床からは遠ざかっていたため、今は臨床の勘を取り戻すのに精いっぱいです。

当科は、今年度から常勤医が2人から3人に増員され、昨年4月に着任した重久彩乃先生と、今年度鹿児島大学から着任した矢野直志先生と小生とで診療を行っています。また、3名の非常勤の先生に専門外来や当直業務まで担当してもらっています。

また、大変残念であり、かつ悔やまれることに、平成31年1月29日にヴィラかのや施設長で在られた中原啓一先生がご逝去されました。ここに謹んで故人のご冥福をお祈り申し上げます。ヴィラかのやの診療や神経生理検査を行って頂いている中江めぐみ先生には引き続きご協力をいただいております。

脳神経内科の特徴の一つは、「患者の生活の質(QOL)あるいは活動性(ADL)の低下に直結する疾患が多い割に治りにくい病気(=難病)が多い」

点です。しかも患者は神経に異常があれば直ちに気づく。これは皮膚と同様に神経が外胚葉系の臓器であることの宿命だと思いますが、例えば難病中の難病である筋萎縮性側索硬化症(ALS)という疾患では、自分の筋肉が衰えていくのには早期から気づかざるをえないわけです。しかし治るとは言ってあげられない。そういう切実な状況で患者の不安や疑問に対して医療者が話を逸らしたり言いくるめたりすることは殆ど不可能で、そのような行動を取れば患者に不信感を与えるだけです。よく院長がおっしゃる「患者さんから逃げないこと」が標語としてぴったり当てはまる分野と言えます。とは言っても近年抗体医薬や血栓溶解療法を中心に治療薬や治療法が長足の進歩を遂げ、私が卒業した当時と比較すると患者さんの状態も大分良好に保てるようになってきています。このような分野の特性上、病院のスタッフだけで患者さんを支えるのは難しく、在宅医、訪問看護師、訪問リハビリのスタッフ、ケアマネージャー等々多くの職種と緊密に連携を取らなければなりません。まだ赴任して一ヶ月余りですが、当院は人間関係に関して非常に風通しの良い病院であり、スタッフの方々が腹藏なく自分の考えをぶつけて一人の患者を支えていこうという姿勢が随所にみられ、寛容と挑戦の精神が横溢しているのを感じます。私もその精神にあやかって、常にオープンマインドで部下や他の職種の方々と接し、極力柔軟に対応していこうと思います。今後とも恒心会おぐら病院脳神経内科をよろしく願い致します。

診療技術部

診療技術部長 東本昌之



今年もこの原稿を依頼される時期となりました。いろいろところでAI (artificial intelligence 人工知能) が盛んに取り入れられています。そもそもAIとは何なのでしょう

か?現段階ではAIの厳密な定義はまだ定まってないそうです。蓄積したデータや経験を基に学習を繰り返し、そのうえで自ら判断して論理的に考えるといった高度で知的な活動を行うことができる、というのが私のAIのイメージです。さらに、人間の脳では処理できない大量のデータを素早く処理できるわけで、その点では人間よりも優れているとも言えるでしょう。一般社団法人 人工知能学会によれば、「人工知能の研究にはふたつの立場があり、ひとつは人間の知能そのものをもつ機械を作ろうとする立場、もうひとつは人間が知能を使ってすることを機械にさせようとする立場。実際の研究のほとんどは後者の立場に立っている」としています。実際、現在実用化されている技術は、人間に代わって何かの作業をし

てくれるというものがほとんどだそうです。

今ある職業のうち、かなりの職業がAIに代わられるのではないと言われる程、AIは私たちの生活の中に浸透してきています。

医療の分野もまた然りです。AI搭載の下部消化管内視鏡検査における内視鏡画像診断支援ソフトウェアが、2019年3月8日に発売されました。学会等で何となく話を聞いていたのですが、もう実際に発売されたと聞いて、医療分野の進歩の速さを実感せずにはいられませんでした。まだ下部消化管内視鏡検査においてのみですが、専門医の職人芸的な内視鏡診断が、AIのおかげで専門医の少ない地域でもその恩恵を受けることができるようになることは素晴らしいことだと考えます。当院でも、その診断支援システムを見学に行き、導入を検討する予定です。アナログ人間なので、なんでもコンピューターに代わられるのは忸怩たる思いもあります。しかし、AIの良いところ取りをして、地域に貢献できればと考えております。

在籍 医師 紹介

(2019年5月現在)

整形外科



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



海江田光祥
日本整形外科学会専門医
日本整形外科学会運動器
リハビリテーション医認定医
日本整形外科学会リウマチ医認定医



嶋田 博文
整形外科部長
日本整形外科学会専門医
日本整形外科学会認定リウマチ医
日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医
(2018年4月～2019年3月)



瀬戸山 傑
日本整形外科学会専門医
(2018年4月～6月)



小倉 拓馬
日本整形外科学会会員
(2018年4月～2019年3月)



中村 優子
日本整形外科学会会員
(2018年4月～2019年3月)



有島 善也
整形外科部長
日本整形外科学会専門医
日本リウマチ学会専門医
日本手外科学会専門医
(2018年7月～)



音羽 学
整形外科部長
日本整形外科学会専門医
西日本整形災害外科学会会員
(2019年4月～)



加世田圭一郎
日本整形外科学会会員
日本リウマチ学会会員
(2019年4月～)



三重 岳
日本整形外科学会会員
(2019年4月～)



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

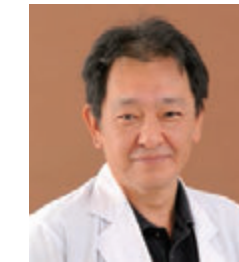
外科



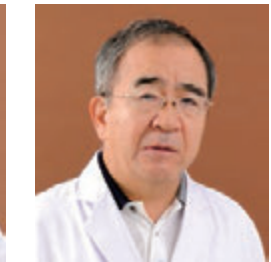
松尾洋一郎
部長
日本外科学会専門医
日本消化器外科学会会員



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

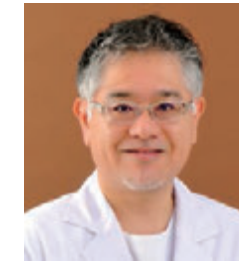


中村 和夫
日本外科学会会員
日本消化器外科学会会員
日本内視鏡外科学会会員
日本老年医学会会員

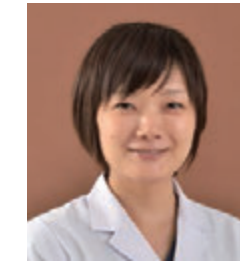


出先 亮介
日本外科学会専門医
(2017年7月～)

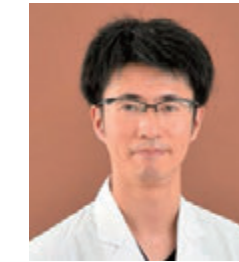
リハビリ テーション科



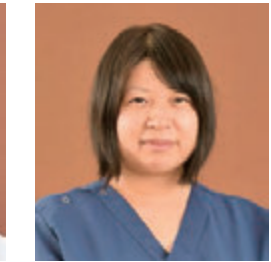
重信 恵三
恒心会おぐら病院 副院長
日本リハビリテーション医学会
専門医
日本リハビリテーション医学会
認定臨床医



天野 夢子
日本リハビリテーション医学会
専門医
(2016年4月～2019年3月)

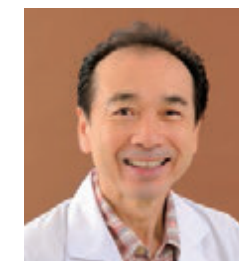


上野 真
日本リハビリテーション医学会
会員
(2019年4月～)



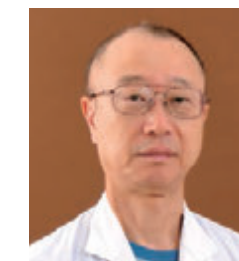
徳武 茜
日本リハビリテーション医学会
会員
日本内科学会会員
日本心臓リハビリテーション
学会会員
(2019年4月～)

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

脳神経内科



平松 有
脳神経内科部長
日本神経学会神経内科専門医
日本内科学会認定内科医
(2017年4月～2019年3月)



田邊 肇
脳神経内科部長
日本神経学会専門医・指導医
日本内科学会専門医・指導医
日本認知症学会会員
日本頭痛学会会員
(2019年4月～)



重久 彩乃
日本内科学会会員
日本神経内科学会会員
(2018年4月～)



矢野 直志
日本神経学会会員
日本内科学会会員
日本臨床神経生理学会会員
(2019年4月～)

歯科



坂元 潤也
さかもと歯科 院長

看護部

看護部長 上別府 昌子

今年度は診療報酬・介護報酬同時改定があり、急性期病棟入院基本料1と回復期病棟入院料1を固守することが最大の目標になりました。各病棟は、重症度医療看護必要度の数値を日々確認し、在院日数の調整は一般病棟と回復期病棟で連携を図りほぼ毎月維持できました。今後は更に、必要度ⅠとⅡの値が乖離する原因を探り現状分析を行い課題を明確にしていき、実施入力記録など評価基準に応じた記録内容の精度の強化を図っていく必要があります。新設の「入院時支援加算」は、入院が決定した時点で外来受診時患者サポート室が中心となり、看護・栄養・薬局・医事等それぞれの担当者が介入できる仕組みが構築されました。

4月より看護部の体制を変更しました。副看護部長が3名から2名となり業務担当と教育担当を継続しながら、病床マネジメントは看護部長室が担いコントロールします。毎朝の看護師長ミーティングで入退院数や患者情報を共有する。また、救急入院で病床確保が困難となったときのコントロールも行っています。

看護部の組織改革で、新たな職位として副看護師長を位置づけました。急性期病棟は、これまで1名の主任配置から副看護師長・主任の2名体制として病棟の管理を強化しました。同時に、中間管理者のマネジメント能力を向上させるため、コンピテンシーモデルを活用しながら、看護師長会や副看護師長・主任会で、管理的視点での事例検討会

を毎月行っています。看護部全体としては、看護基準・手順委員会を看護業務委員会へ名称変更し、看護業務全般を検討する事としました。教育委員会は、主任を構成委員にしていたが、次世代の人材育成を兼ねてスタッフを委員にしました。各委員会には担当師長と副師長・主任を1名ずつ置き、委員会を通しての人材育成と関連させて病棟での実践支援者として期待しています。また、看護研究は、8月から外部講師を招き、基礎から学び取り組んでいます。今後多くの専門学会や学術学会で発表する予定です。

従来当院の看護師教育は、病院の支援で院外研修受講と、院内では新人と3年目が対象になっていました。今回医療施設だけでなく、介護施設や訪問看護等において共有して活用できるJNAクリニカルラダーが提示されたのを機会に「恒心会クリニカルラダー」の作成と導入を行いました。師長会で「恒心会の理念・ビジョン」をもとに、提供したい医療や看護を整理し、「組織の規模や機能」「地域における組織の役割」から、自施設の特徴を整理、それを基に「目指す看護師像」を掲げました。8ヶ月の検討を重ねて、6月より導入しました。中でも中堅・ベテラン看護師を対象にした「訪問看護」講義やステーションでの実習は、在宅医療を体験し好評でした。医療の場で看護に活かし退院支援に役立てられると思います。

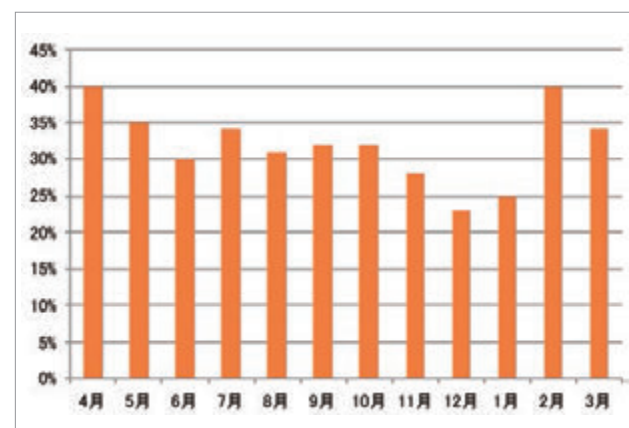
3階西病棟

看護師長 下村 元子

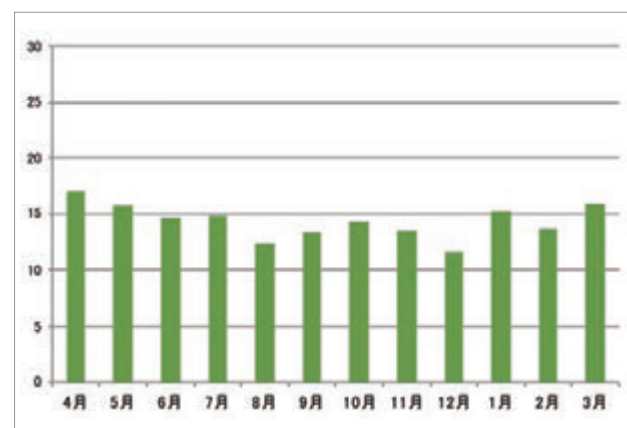
当病棟は消化器外科病棟で、周術期、化学療法、終末期への看護を実践しています。手術件数は年間202件の内、胆のう摘出術、鼠径ヘルニア、悪性新生物が多く、吐下血患者の受け入れも積極的に行っています。緩和ケア、皮膚・排泄ケア、がん化学療法看護の認定看護師がそれぞれの分野で役割を発揮し、スタッフ全体の知識・技術の向上に努めています。また、他職種とがんサポートカンファレンスの実施や、他施設とテレビ中継で症例検討会を開催するなど、院内外の緩和ケア専門医や専門薬剤師と意見交換を行うことで、自分たちの看護を振り返り、新たな知識や技術を学び、より深くがん看護について考える機会を得ています。

また、大隅地区の医療機関と共同し情報交換も行っており2019年3月、『大隅地区緩和ネットワーク多施設合同カンファレンス』を開催しました。当病棟での事例報告や、外部講師の長倉伯博先生に『終末期がん患者と家族をどう支えるか～立場を超えた死生観の共有～』のテーマで講話を頂き、大隅地区の医療機関の枠を超えた取り組みも行っております。

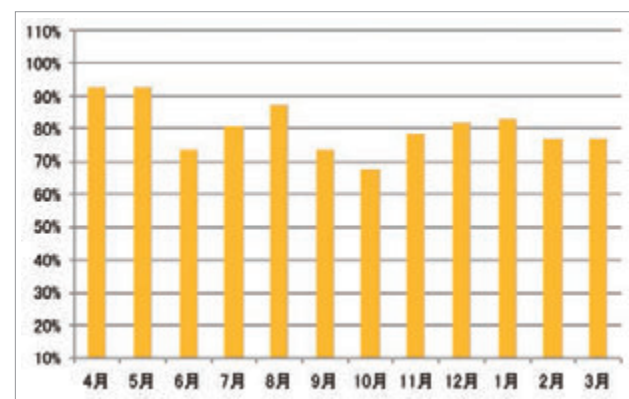
今後も、県がん指定病院として、また地域社会に貢献する病院として、消化器外科病棟としての役割を果たすために、恒に知識を深め技術を磨きより質の高い看護の提供に努めていきます。



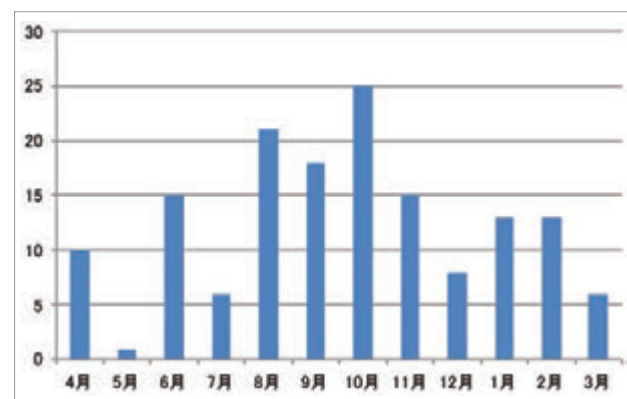
看護必要度



平均在院日数



病床稼働率



化学療法件数

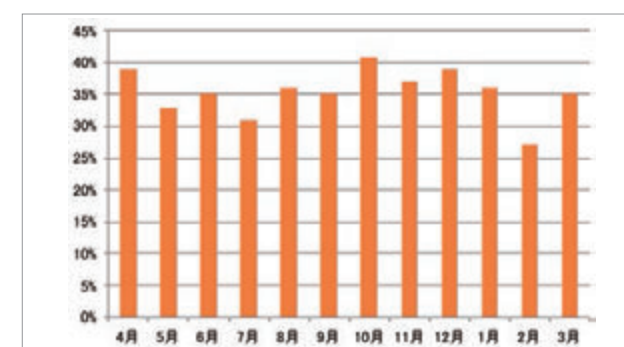
4階病棟

看護師長 小園 みちよ

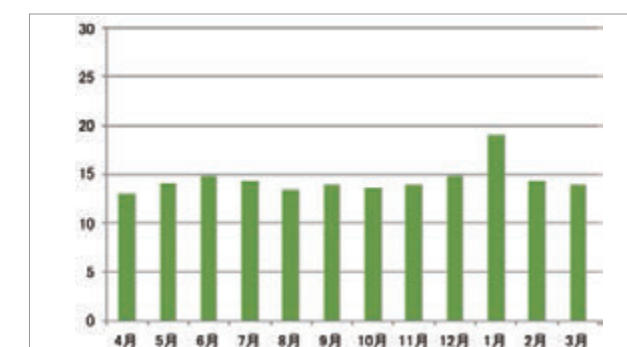
当病棟は、病棟目標のひとつに「術後合併症の予防」を掲げています。この目標を達成するために、深部静脈血栓症、尿路感染症、術後肺炎、勉強会企画等の6つのチームにわかれ活動を行っています。今年度は、新たに退院支援チームを結成しました。手術を終えたあと、回復期病棟への転棟や地域医療施設への転院、介護施設の利用など患者の転帰先は様々です。そのため、退院支援チームを中心に、入院早期より、ソーシャルワーカーやリハビリテーション担当者と連携し、患者の退院後の療養生活の方向性を他職種と共に考え、病棟看護師ができる退院支援の構築を目指しています。また、感染対策委員と尿路感染チームの連携により、尿道留置カテーテル留置期間を短縮することができました。術後の留置期間を意識し、早期抜去に向けたカンファレンスの効果です。

患者一人あたりの手指消毒回数が少ない状況が続いていましたが、感染対策委員が毎月の携帯用アルコール手指消毒剤使用量を調査しその結果をグラフ化、フィードバックしたことで、手指消毒使用量も増え、感染対策に対するスタッフ全員の動機づけと、意識の向上にも繋がりました。ICTの定める手指消毒の年間目標値を達成し、病院より表彰されました。このことは、私たちの手指消毒に対するモチベーションの維持に繋がっています。

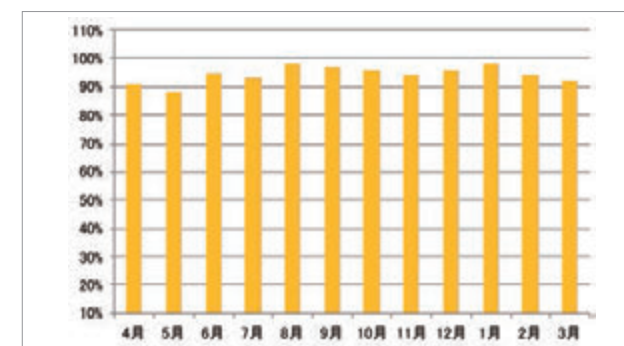
OLS (骨粗鬆症リエゾンサービス) に取り組み2年が経過しました。2名の病棟看護師が、骨粗鬆症マネージャーの資格を取得しています。骨粗鬆症マネージャーが看護師と他職種間の調整役となり、患者の二次骨折予防の継続治療に積極的に取り組んでいます。



看護必要度



平均在院日数



病床稼働率

5階病棟

看護師長 上之郷 千亜紀

脳神経内科を中心に整形外科の術後や保存、リハビリ目的の患者受け入れを行っています。平成30年度の平均在院日数は20.4日、看護必要度は32.4%でした。

平成30年度の部署目標のひとつにNIHSS（脳卒中重症度評価スケール）評価方法の理解と活用を挙げました。取り組みとして脳卒中エキスパートナース研修に参加したスタッフに講師を依頼し、部署の勉強会でNIHSS評価方法について学習する機会を設けました。実際、脳梗塞急性期でt-PA療法を選択した症例が1例あり、NIHSS評価方法の実践をすることができました。

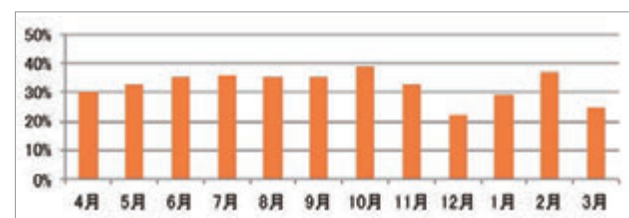
t-PA療法は発症後から治療開始が早ければ早いほど予後の日常生活自立度が高くなるとされており、治療開始に至るまでの時間短縮には多職種協力の体制が欠かせません。現在t-PA療法の症例数は少ないですが、実際の場面で戸惑うことがないように治療開始に至るまでの連携確認とNIHSS評価方法について学習の機会を設けていきます。

神経難病患者の患者や人工呼吸器、胃瘻など医療依存度の高い患者も受け入れており、平成30

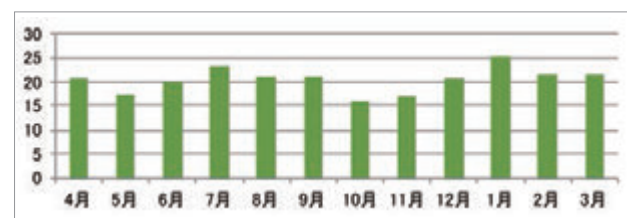
年度はALS患者の退院支援にかかわることが出来ました。

ご家族に人工呼吸器の取り扱いや吸引指導、胃瘻からの注入食の実施指導、日常生活上の介護指導を行いました。居宅訪問を実施し在宅部門を含む多職種との連携を図り、急性期病棟で退院の調整を行なうことができました。人工呼吸器患者の受け入れも多く行っているため、定期的に呼吸器についての勉強会も実施しています。また、急性期病棟での治療を終え、回復期病棟を経由してから退院することも多いため、急性期病棟入院中より、在宅を見据えた支援ができることを目的に、回復期病棟転棟後のカンファレンスやリハビリ回診への参加を行いました。コメディカルカンファレンスも定期的に実施し、急性期病棟から自宅退院に向けた取り組みも積極的に行っています。

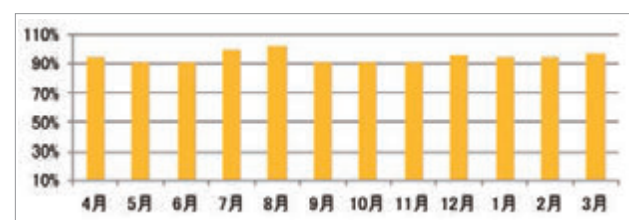
今年度は、退院支援チームを発足したため、在宅支援に向けた取り組みを強化し、スムーズな退院支援を実施することにより安定的な病棟運営を目指していきます。



看護必要度



平均在院日数



病床稼働率

2階東病棟

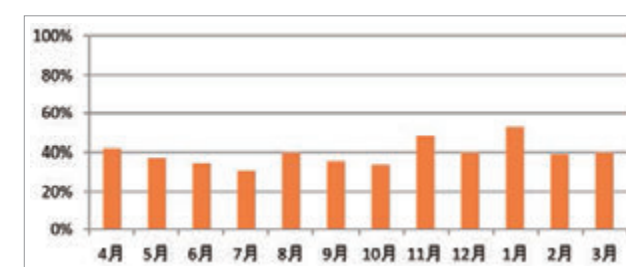
看護師長 松山 美鈴

30年度は「入退院支援の強化を図り、急性期からのスムーズな受け入れと、地域との連携を図り患者と家族が安心して暮らせる在宅支援を目指す」を病棟の目標として取り組みました。その中でも29年度からの取り組みとして、佐多地区において健康教室を年2回継続しています。当院の回復期病棟退院患者だけでなく、南大隅町役場やへき地診療所の協力を得て、佐多地区の住民の方々も対象に、看護師やセラピストによる転倒予防運動や認知症について学べる場を設けました。医療者だけの関わりでは在宅での生活を維持していくのは難しく、行政や近所隣り等の地域の方々の協力や助けが必要です。今後も定期的に佐多地区での健康教室を継続していきます。

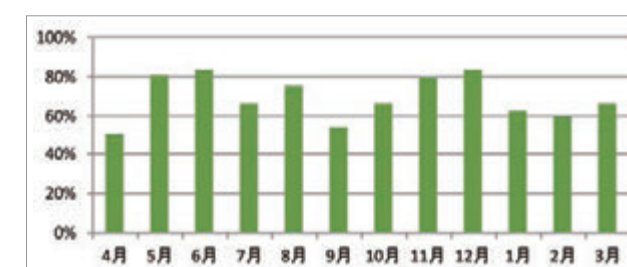
在宅や住み慣れた地域で生活するためには、入院中から安心かつ安全な生活・療養環境が必要です。そのため転倒・転落のインシデントが発生した場合には、その場で患者を交え多職種でカンファレンスを行い、繰り返さないように原因分析や環境

調整を行っています。今年度は、転倒カンファレンス以外に、医療安全に関するカンファレンスや倫理に関するカンファレンスを毎週設け、安心かつ安全な医療の提供に向けて取り組んでいます。

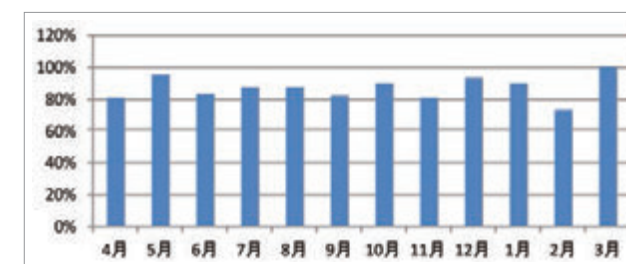
回復期病棟では、専従の歯科衛生士が、歯科検診・治療の補助に加え、患者の口腔ケア実施及び医療者や退院前の家族への口腔ケア指導を行っています。歯周病が全身に及ぼす影響として、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞に罹患するリスクが高くなると言われています。そのほかにも歯周病は糖尿病の合併症の一つとも言われており、口腔内環境が生活習慣病や退院後の生活に大きく関わってくるようになってきています。そのため、30年度より口腔内評価だけでなく口腔内の環境を表すEilers Oral Assessment Guide(OAG)というスケールを使用することにしました。このことで、口腔内を数値化した評価を行い、入院1週間以内に行われる多職種を交えたカンファレンスで情報共有し、口腔内環境の改善に取り組んでいます。



重症者割合



重症者改善割合



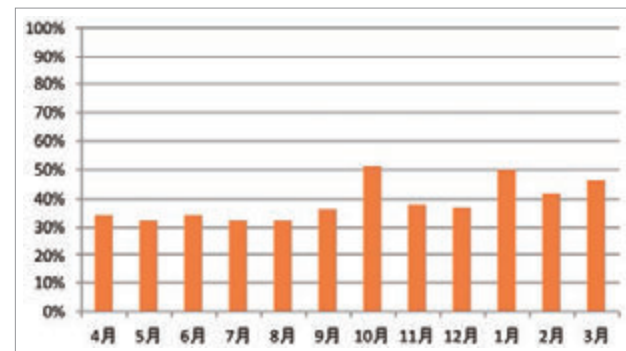
在宅復帰率

3階東病棟

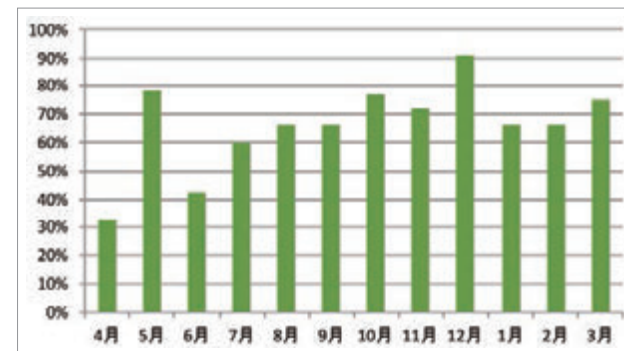
看護師長 横手直子

今年度は「認知・高齢者の転倒を未然に防ぎ、早期退院を支援する」事を部署目標に取り組みました。入院時より、患者の状態に合わせた転倒転落のアセスメントに沿った環境整備を行ない、今年度は転倒転落件数88件/年で、その中で認知症ケア対象患者は62名でした。転倒転落が発生した際は、発生後24時間以内に医師、看護師、担当セラピスト、医療安全管理者で転倒カンファレンスを行ない、対策を検討しています。

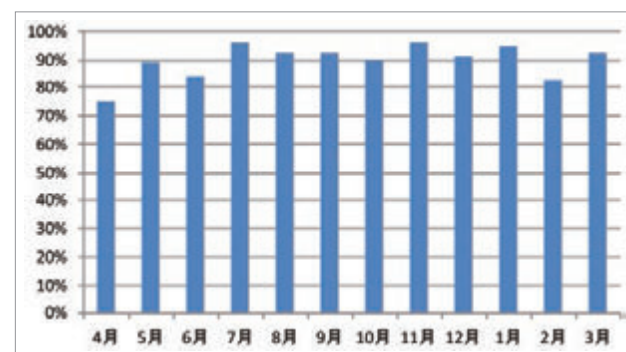
また、認知症患者へのケアを充実していく為に、看護師は認知症ケアをテーマにした院内ラダー別研修や看護協会で研修、介護福祉士は現任教育での認知症ケアについての勉強会に参加、また部署の認知症ケア委員による勉強会も行っており、ほぼ全員が研修、勉強会に参加できています。



重症者割合



重症者改善割合



在宅復帰率

2018年4月より医療安全カンファレンスを週1回行ない、インシデントレポートから部署での対応の検討と情報共有を行なっています。不在のスタッフも情報共有の為に、インシデントレポートと医療安全カンファレンス用紙を掲示し、医療安全への意識を高めています。2018年3月より回復期の療養病床10%の有効活用の為、胃ろう交換患者の入院受け入れを開始しました。受け入れの為に、急性期病棟へ交換の見学に行き、資料の整理と院内パスの周知を行ないました。また、入院前日までに患者情報シートを準備して、ベッドマットの選択や備品の準備を行なっています。病室での処置のため、交換がスムーズに行くように個室の調整を行なっています。現在まで41件の患者様を受け入れ、在院日数が前年より5日短縮しています。

手術室・中央材料室

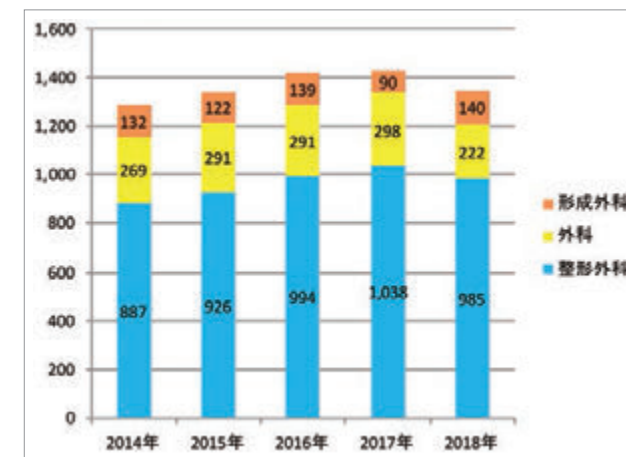
看護師長 上京千代美

今年度は、周術期看護の強化・専門性を高めるスキルアップ・コスト意識の向上、以上の3点を中心として活動してきました。特に周術期看護に関しては、認定看護師が中心となり準備をしました。

患者の高齢化や生活習慣病、未治療の患者の増加もあり、疾病構造は複雑化しています。また、入院期間の短縮化もあり、手術前日の入院が多く、入院後に術前評価や全身管理を行うことが困難になってきている現状がありました。麻酔科医師との連携も直前の評価では対応できないことも多く、手術の延期や中止となるケースがありました。

以上のことを踏まえ、手術決定の時点から、手術室看護師が手術を受ける患者の術前リスク評価を早期に行い、患者の身体的・精神的問題へ介入する必要があると考えました。

『周術期支援チーム』を編成し、①術前リスク評価、②麻酔科医師との連携、③術前オリエンテーション、④術後合併症予防に対する他職種との連携を



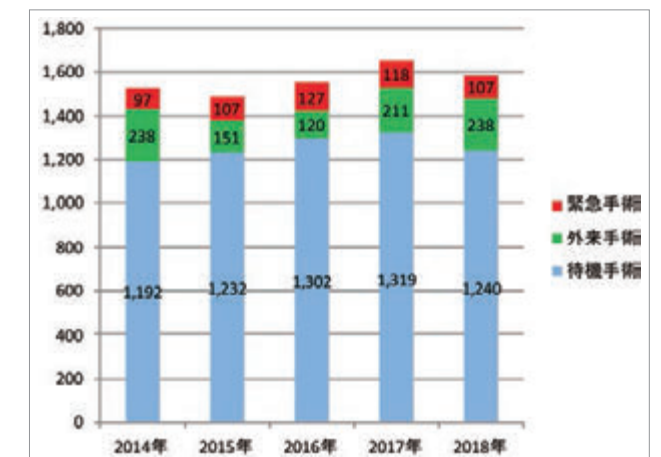
診療科手術別件数

中心とした活動を開始しています。

現在、定期的に関連部署と効果や問題点等を評価しています。今後も、患者が安心・安全に手術が受けられる環境整備を行っていきます。

また、手術室看護の評価として、術後カンファレンスの充実も行いました。看護師による術後カンファレンスをこれまで実施していなかったため、術後訪問しても患者の意見が共有されることが少なく、実施した看護の評価も個人になっていました。そこで、術後訪問の内容や患者の声を担当看護師がカンファレンスで発表し、看護を見直す機会にしています。患者の意見を共有でき、スタッフと意見交換することで、振り返り次へのステップになっていると思っています。

令和元年を迎え、新人の入職もありました。教育体制の強化も必要となり、更に専門的知識の向上を図るためにも勉強会の実施や資格取得への支援も引き続き行っていきたいと思っています。



緊急・待機別件数

外科手術分類

外科手術件数推移(2014年度～2018年度)

		2014	2015	2016	2017	2018	
頸部	甲状腺がん等	3	3	2	2		
胸部	食道がん						
	気胸			1	3	1	
	肺がん		原発・転移性				
	乳がん	2	2	1	5	2	
腹部	胃がん	24	19	17	9	5	
	(再掲 ESD)	9	6	5	0	0	
	大腸がん	29	11	19	29	11	
	(再掲 ESD)	3					
	肝・胆・膵がん	3	6	2	2	1	
	小腸がん						
	後腹膜悪性腫瘍		1	8			
	胆嚢・総胆管	61	74	61	70	41	
	腹部救急	イレウス・穿孔・汎発性腹膜炎・損傷等	42	55	51	22	30
	ヘルニア関連	鼠径・臍・腹壁	53	45	61	69	48
肛門関連	痔・痔ろう	12	13	14	14	10	
その他	気管切開・胃ろう造設・皮下埋め込みIVH	45	71	73	67	66	
計(延べ件数)		274	300	310	292	215	

形成外科手術件数推移(2014年度～2018年度)

年度	2014	2015	2016	2017	2018
外傷	18	10	6	6	11
先天異常	2	1		4	
腫瘍	105	84	127	57	71
瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド	4	4	1	1	2
難治性潰瘍	5	5	1	7	8
炎症・変性疾患	7	16	16	14	7
計	141	120	151	89	99

麻酔件数推移(2014年度～2018年度)

年度	2014	2015	2016	2017	2018
全身麻酔	543	507	704	774	697
脊椎麻酔	351	399	330	369	395
伝達麻酔	163	173	189	170	204
局麻・その他	232	331	324	304	228
合計	1289	1410	1429	1617	1524

整形外科手術分類

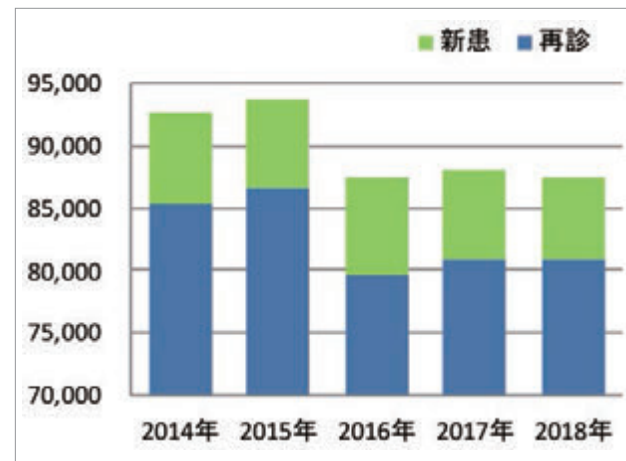
		2014	2015	2016	2017	2018	
骨関節骨折・脱臼・観血的手術	脊椎	頸椎	0	0	1	2	0
		胸腰椎(含む椎体形成術)	0	0	1	0	1
	上肢	鎖骨・肩鎖関節	23	22	13	15	7
		肩関節(上腕骨近位を含む)	10	17	27	7	11
		上腕(骨幹部)	5	3	7	14	8
		肘関節周囲	29	32	29	21	31
		前腕骨	9	21	32	22	8
		手関節(前腕骨遠位を含む)	48	58	32	49	76
	骨盤	手根骨・手指骨	41	40	54	41	50
		骨盤・寛骨臼	0	0	2	5	1
	下肢	大腿骨近位部(転子下を含む)	119	128	125	152	133
		大腿骨(骨幹部)	11	8	14	18	11
		大腿骨(遠位端・頸上)	9	8	17	15	12
		膝関節(脛骨近位・膝蓋骨)	16	17	34	21	30
		下腿骨(骨幹部)	16	5	12	10	14
		足関節(含む脛腓骨遠位)	25	27	33	25	30
		足根骨(踵骨・距骨)・足趾骨	17	18	15	8	19
	創外固定	3	7	6	4	4	
	偽関節手術	-	9	7	3	3	
	骨内異物除去術	144	133	148	139	125	
外傷・軟部組織手術	外傷	創傷処理・デブリードマン	26	35	43	29	24
		上肢腱縫合	11	14	9	12	11
		下肢の腱縫合術	11	14	10	22	9
	変性断裂皮下断裂	その他	5	2	5	2	8
		上肢腱移行術・移植術	0	3	3	1	4
		上肢筋剥離	-	2	0	0	0
		下肢の腱移行術・移植術	0	1	0	0	1
	末梢神経	肘部管症候群	7	10	15	12	10
		手根管症候群	40	29	29	39	45
		その他	0	2	2	1	1
腱鞘炎	ばね指	34	28	36	38	28	
	デケルバン 狭窄性腱鞘炎	3	4	3	3	4	
脊椎外科	頸椎	11	9	4	13	9	
	胸腰椎	8	21	23	72	51	
腫瘍外科		38	22	20	20	25	
関節外科	肩関節		20	21	6	13	18
		肘関節	1	6	4	0	1
		手・手関節	6	6	1	3	6
	股関節	THA	26	25	31	33	24
		人工骨頭	49	65	39	46	43
		その他	0	1	1	2	1
	膝関節	TKA	36	31	39	50	51
		骨切り術	0	2	6	1	1
		靭帯再建術	6	14	9	6	14
		靭帯断裂縫合術	2	1	4	2	1
		半月手術	13	23	25	19	13
		その他	3	8	2	3	7
	足・足趾関節		8	11	7	1	10
感染症	骨髓炎・化膿性関節炎・化膿性椎体・椎間板炎	10	14	15	9	12	
切断	上肢(断端形成含む)	4	7	8	6	1	
	下肢(断端形成含む)	10	6	6	4	1	
	神経腫切除術	-	2	1	0	0	
その他		-	20	17	22	17	
計(延べ数)		913	1012	1032	1055	1025	

外 来

看護師長 門 松 久美子

整形・外科・脳神経内科を中心に、21診療科があります。数年前より血液膠原病内科がリウマチ科と別れ2診療科になり、脳神経内科は本年より3名体制、甲状腺外来や骨粗鬆症外来など追加されました。診療科の増加と、日々進歩する医療により、特殊検査や処置・治療が次々に導入され、その都度勉強会を実施し、患者様へ安心・安全・スムーズな対応が提供できるように努めています。

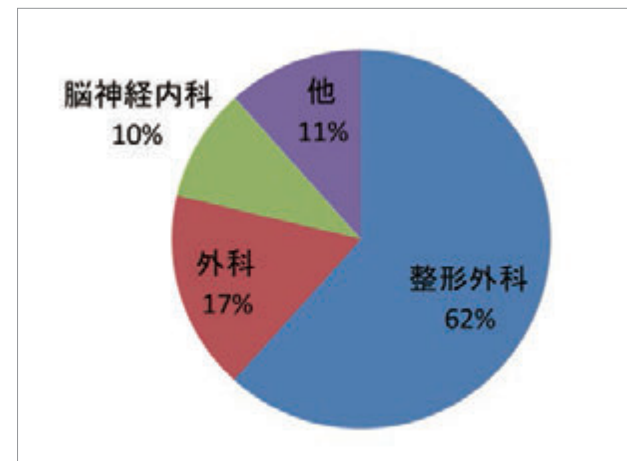
また、骨粗鬆症による在宅での注射や、リウマチ患者の生物学的製剤の自己注射の種類や患者数も増え、療養指導件数が増加しています。



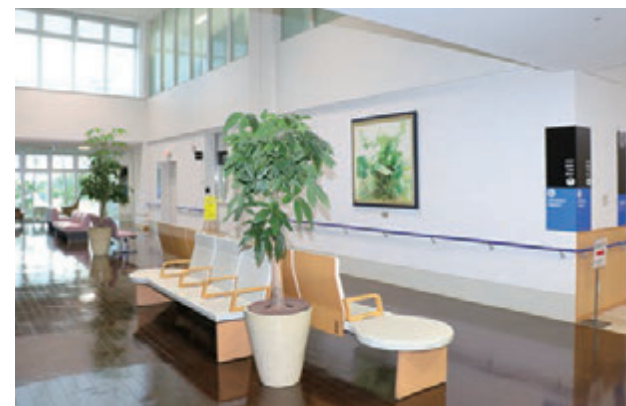
年間外来受診者総数

患者が確実な手技が行っていきけるよう、療養指導に力を入れのサポートにつとめています。

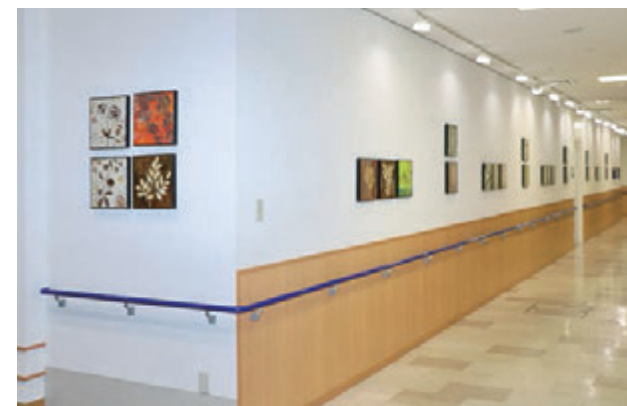
平成29年度より取り組みを開始したOLSも、平成31年1月より大腿・椎体・橈骨・上腕骨骨折に加え、骨盤・下腿骨・肋骨骨折まで対象を広げ、二次骨折予防に取り組んでいます。また、平成31年2月より骨粗鬆症の専門外来を開設し、4月には骨粗鬆症マネージャー資格を取得しました。今後、栄養・運動・薬剤についての指導も行い、継続的な治療・看護を提供し、一次予防にも取り組んでいきます。



外来受診紹介



癒しの空間



救急外来

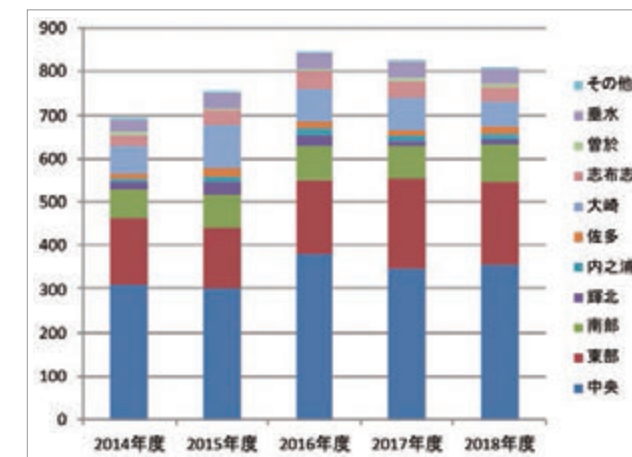
外来主任 西 牧 里 枝

平成30年度、救急件数は818件、整形外科・外科・脳神経内科を中心に搬送があります。

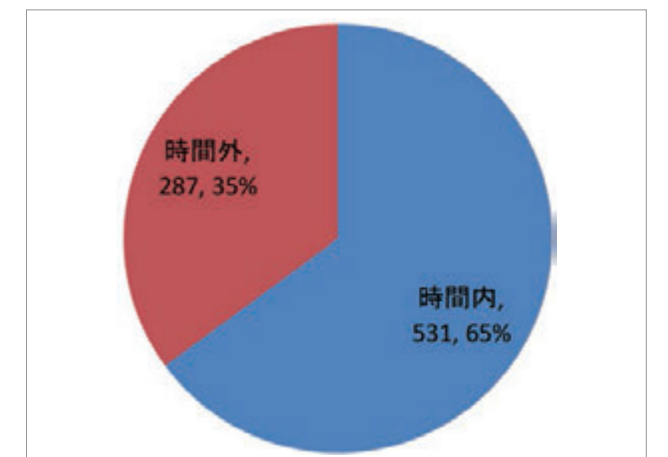
鹿屋市に、脳神経内科の常勤の医師が在住する病院が当院のみであり、脳神経内科への紹介件数も増え、それとともに重症患者の搬送も増えています。また、整形外科も近隣に手術対応する病院も少なく、整形疾患が救急搬送だけでなく、紹介件数も上位を占めています。大隅半島は農業や畜産が盛んであり、機械に巻き込まれて受傷するなどの外傷

も多く、迅速な対応が図れるよう手術室と連携をとっています。

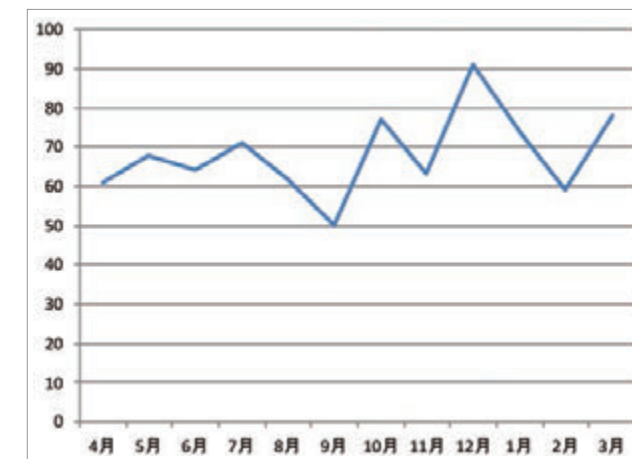
なお様々な症例に対応できるように、救急隊とのMC事例検討会を定期的の実施し、症例検討会や医師による講演会や講義を開催し学習しています。またMC事例検討会や、救急隊・自衛隊の実習生も受入れ、意見交換ができる場をつくり、今後のスムーズな連携がはかれるように取り組んでいます。



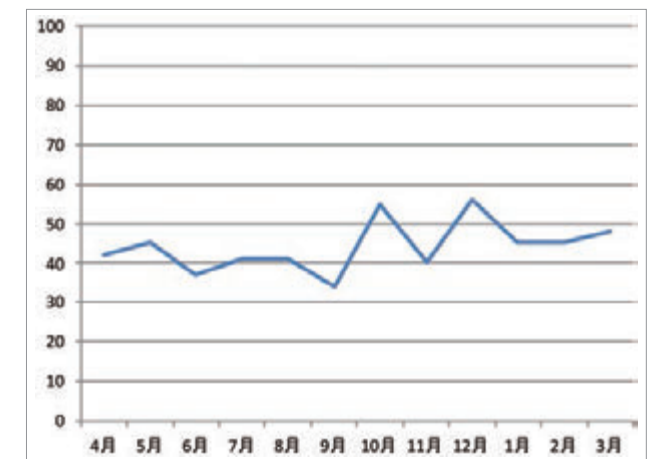
消防隊別受入件数 年度比較



2018年度救急車受入時間帯別



2018年度救急搬送数



2018年度救急搬送後入院数

化学療法室

化学療法担当 二見麗香

平成30年度、外来化学療法実施件数はのべ216件、実施件数は少ないながらも年々増加傾向にあります。加算Bに関しては皮下注製剤の剤型製剤に変更された経緯があり、年々実施件数は低下しているのが現状です。

平成30年度当院で実施されたがん薬物療法の臓器別分布は大腸がん、膵臓がんが半数以上を占めていました。

治療目的は、延命・症状緩和が全体の78% Adjuvantが12%、Neo Adjuvant Chemotherapyが10%の割合でした。

このうち、延命・症状緩和目的でがん薬物療法を行う患者のうち、温熱療法、高気圧酸素療法を併用する患者は28.4%、現在NACと温熱療法の併用希望もあり、根治切除に貢献できるような取り組みも行なっています。

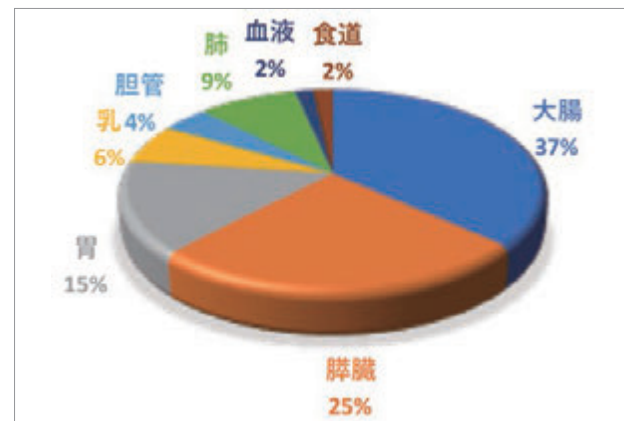
今後がん診療指定病院として、また大隅地区では初のハイパーサーミア併用のがん薬物療法を継続しながらがん医療の充実化を慮る必要があります。

その1つに入院・外来の全がん患者対象に実施している疼痛スクリーニングを継続し、がんに関連した疼痛やがん薬物療法の有害事象による生活障害の確認を行なっています。

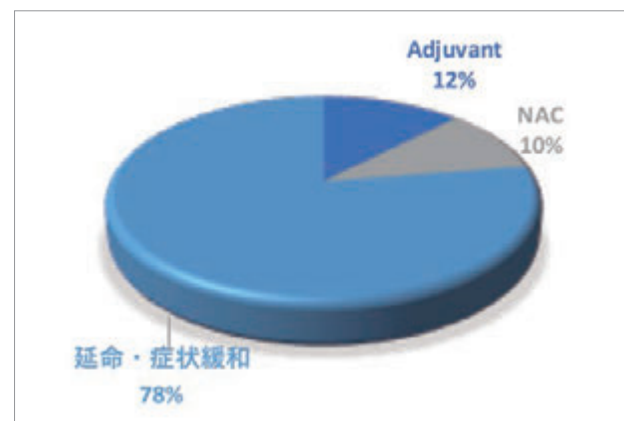
がん薬物療法の提供ばかりではなく全人的に捉える視点を研鑽し、がん医療チーム全体で患者の変わらぬ日常の提供、支援を行っていきたくと考えています。



外来化学療法加算



平成30年度疾患別割合



平成30年度治療目的別分布

内視鏡室

消化器内視鏡技師 田邊昭子

当院消化器内視鏡室では、年間約4,500件前後の内視鏡検査及び治療を行っています。

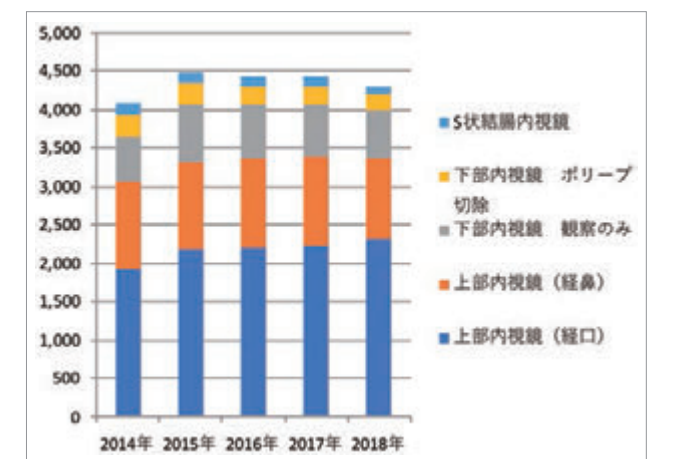
上部・下部内視鏡（内視鏡的粘膜切除も含む）、上部・下部超音波内視鏡、気管支内視鏡、消化管出血に対する緊急止血術、食道静脈瘤に対する結紮術、内視鏡的逆行性胆管膵管造影（胆管ドレナージや碎石も含む）、カプセル内視鏡などです。

当院では、2019年2月末より消化器官腔内を観察する時に空気の代わりに生体吸収性に優れている炭酸ガスを送気する装置、内視鏡用炭酸ガス送気装置GW-100を使用しています。上部・下部内視鏡検査中の患者の膨満感からくる苦痛を緩和し、よりスムーズで安全な内視鏡検査をサポートしています。実際炭酸ガスを使用した患者から検査後苦痛なくとも楽であったとの声もアンケート調査により聞かれています。

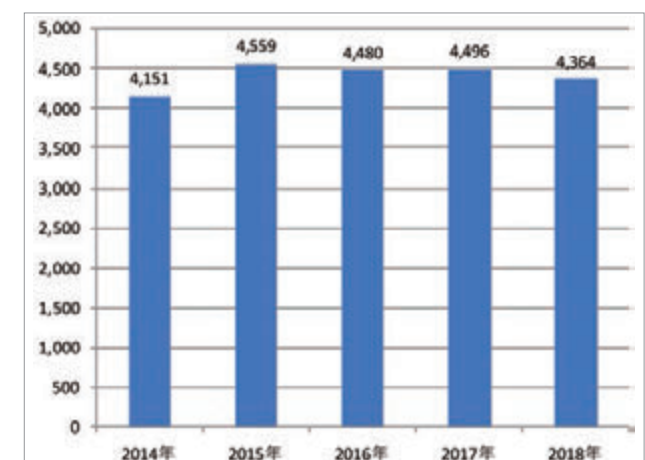
内視鏡の感染管理として、内視鏡自動洗浄機を

使用し、洗浄・消毒の精度を維持するため消毒履歴管理も行っています。内視鏡処置具もディスプレイ用品を使用し、それ以外は十分な洗浄後に高圧蒸気滅菌された物品を使用しています。

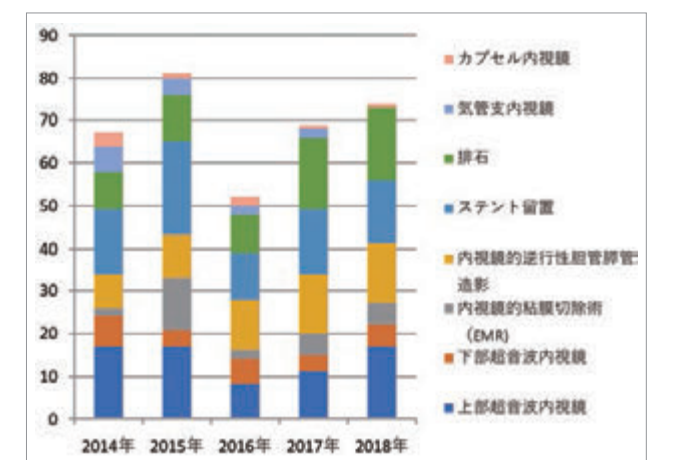
患者の苦痛を少なくする為に鎮痛剤を使用し安心・安全に検査が受けられるように質の高い内視鏡を目指し日々努力しています。



上部・下部内視鏡件数年度推移



内視鏡室検査件数年度推移



特殊内視鏡件数年度推移

健診室

健診担当 坂本好美

長寿国になった日本人に多い疾病は、がん・脳卒中・心臓病・および肝臓・腎臓・肺等全身臓器の病気で生活習慣病と呼ばれているものです。当病院健診室では年間約3000人を超える健診受診者を受け入れ、充実した健診をスピーディーに受診していただくことができます。

・落ち着いた空間での健診

受付から健診終了までの間、各検査室が隣接しているため、院内を移動することなく健診を少数数の落ち着いた空間の提供を行っています。

・当日結果説明

院内に臨床検査室を設置し、一般採血結果は迅速に結果を出し、希望者には当日担当医師が説明し、適切なアドバイス、指導を行っています。

・データの一元管理・保存

受診者の全データは電子データで保存していて、毎年受けていただくことで、データが蓄積されていき充実した判定に繋がります。

・安心のフォロー体制

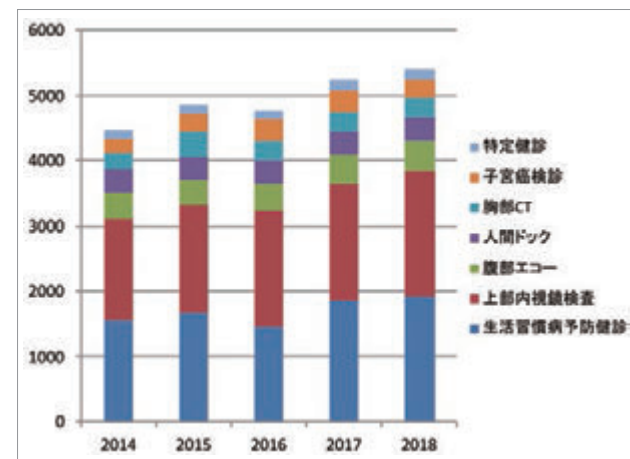
受診後の再検査・精密検査が必要になった場合健診のデータは当病院で共有でき外来診療との連携体制が整っています。

次年度の取り組み

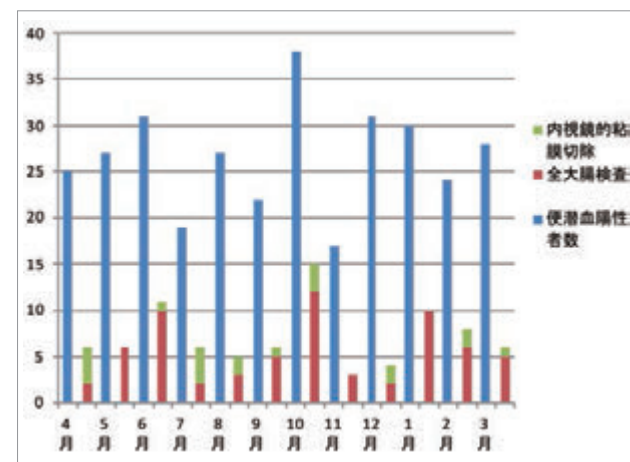
「便潜血陽性者への2次健診受診率の向上」

近年大腸がんは増加傾向にあり40代から増加し始め男性では胃がん・肺がんに次いで3番目、女性では乳がんに次いで2番目に多いがんとなっています。当院検診では便潜血検査を行い大腸がんやポリープによる出血が便に混じっていないか調

べています。便潜血検査にて要精査になった場合は、大腸内視鏡検査を実施し、がんの疑いがある病変から細胞を採取して良性か悪性かを鑑別したり、ポリープを認めた場合は内視鏡的に切除を行います。当院では、2018年度は便潜血陽性者319名に対し全大腸内視鏡検査受診者は88名（観察のみ66名・ポリペクトミー 22名）でした。（図2）積極的な2次健診の呼びかけを行い受診率の向上に努めて行きたいです。



年間受診者各項目推移



2018年度便潜血陽性者と大腸検査受診者数 (図2)

認定看護師 年間活動報告

分野	看護師	タイトル	活動内容	備考
感染管理	柿元良一	恒心会おぐら病院新人教育研修「院内感染対策体制」「標準予防策、職業感染対策、医療廃棄物」	院内講師	全2回
		看護助手感染対策研修会「標準予防策」	院内講師	全2回
		院内感染対策集合研修会 ポスター展示「冬季感染症、抗菌薬適正使用支援活動」	院内講師	
		老人保健施設 感染対策研修「インフルエンザ、ノロウイルス感染症対策」	院外講師	
		大隅地区看護協会 感染対策研修会「感染対策の基本」	院外講師	
		鹿屋看護専門学校 栄養学(院内見学)「食中毒発生状況と手指衛生」	院外講師	
感染管理	池田まゆみ	感染管理ベストプラクティスsaizen研究会 鹿児島ワーキンググループ	アドバイザー	全2回
		恒心会おぐら病院新人教育研修「看護技術」	院内講師	
		看護部ラダーⅣ研修「感染防止対策～アウトブレイクを防止するために～」	院内講師	
		国際医療福祉大学 九州地区生涯教育センター 認定看護師教育課程「感染管理」「職業感染管理 インフルエンザの予防と曝露後対応」	院外講師	
皮膚・排泄ケア	有馬澄子	国際医療福祉大学 九州地区生涯教育センター 認定看護師教育課程「感染管理」「感染管理学 感染管理認定看護師の活動の実際 兼任の場合」	院外講師	
		恒心会おぐら病院新人教育研修「褥瘡の基礎知識」演習	院内講師	
		褥瘡委員会勉強会「スキンケア、褥瘡診療計画書の観察項目について」	院内講師	
		介護職研修「スキンケア」	院内講師	
		長寿園 「DESIGN-R評価」	院外講師	
		鹿屋市立看護専門学校「ストーマを造設する患者の看護」	院外講師	
		鹿児島県看護協会訪問看護研修「ストーマケア、褥瘡ケア」	院外講師	
大隅地区IADセミナー 持田製薬主催	院外講師			
褥瘡評価と予防ケア、患者ラウンド 星塚敬愛園	院外講師			

分野	看護師	タイトル	活動内容	備考
皮膚・排泄ケア	有馬 澄子	学内学術研究発表	学術発表	
		第36回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 ポスター発表 「円背のある高齢患者の横行結腸ストーマに対し、便を水様に調整し管理ができた一症例」	学会発表	
緩和ケア	宇住庵 美和子	恒心会おぐら病院新人教育研修 「緩和ケア・エンゼルケア」	院内講師	
		鹿屋市立看護専門学校 「老年看護学 高齢者の終末期ケア」	院外講師	
		鹿屋市立看護専門学校 「成人看護学 緩和ケア」	院外講師	
がん化学療法看護	二見 麗香	化学療法勉強会	院内講師	月1回
		恒心会おぐら病院新人教育研修 「がん化学療法時の看護」	院内講師	
		鹿屋市立看護専門学校 成人看護学概論化学療法時の看護	院外講師	全3回
		肝付地区地域リハビリテーション広域支援センター 市民公開講座 がん治療看護の実際	院外講師	
手術看護	西鶴 理恵	恒心会おぐら病院新人教育研修 「術前患者の身体的準備」	院内講師	
		日本手術看護学会九州地区鹿児島分会研修会 「実践!手術体位～根拠に基づく体位固定～」	院外講師	全2回
		日本手術看護学会鹿児島分会 「高齢者の周術期看護について語ろう」	院外講師	
		鹿屋市立看護専門学校 成人看護学方法論 手術看護	院外講師	全6回
		日本臨床整形外科学会 「上腕骨折手術時における手術体位の工夫」 ～チームで取り組む体位固定～	学会発表	

リハビリテーション部

部長 福田 秀文

平成28年度より、外来リハから急性期病棟入院リハへのマンパワー（疾患別リハ単位）シフトを開始してから3年目となりました。リハビリテーション料単位（表1）の推移をみてみても経過が順調であることがわかります。加えて、急性期病棟の在院日数の短縮や、リハビリテーションの質の向上を目的に、平成29年10月から365日リハを開始しました。リハビリテーションの稼働日数は増えましたが、セラピスト数は変わらないため単位数に変化はみられませんが、リハビリテーション上のリスク管理や必要な人へ毎日介入できることから質の向上に貢献できているのではないかと思います。

一方、外来リハビリテーションでは、介護保険の要介護認定者の維持期リハビリテーションは、これまで何度も延期されてきましたが、ついに平成31年3月で終了となりました。当院では併設の通所リハビリテーションに短時間通所リハビリテーション（1～2時間）を3×4枠を設けて準備をしてきました。また、平成30年度の診療報酬同時改定で、これまで介入できなかった疾患別リハビリテーション料の専従スタッフが介入できるように緩和されたため、医療で担当していたセラピストが、そのまま短時間通所リハビリテーションでも担当をすることが可能となりました。そのため、医療のリハビリテーションからの短時間通所リハビリテーションへの移行が行いやすくなりました。ただ、医療と介護保険制度の複雑さから利用者に理解を頂けないこともあるため丁寧な説明の必要性を感じています。

回復期病棟における疾患別リハビリテーション料の単位は、概ね安定しています。結果だけを見ると、平成30年度の診療報酬改定の影響は少なかった

たように思います。ただし、今回の改訂は、病院の方向性を示す改訂であり、直接リハビリテーションに大きな変更があったわけではありませんので当然ですが、今後、地域医療計画が進み、連携の在り方によっては疾患構成に変化がないとも言いきれませんが注視していきたいと思っています。当法人の第4期中長期事業計画のスローガンは、「恒心会の強みにハブ機能を備えた法人づくりとアライアンスの構築」となっているように、リハビリテーション分野においても連携は重要な方針となります。

回復期リハビリテーション病棟入院料（1）のリハビリテーション実績指数は、今回の診療報酬改定で、実績指数が27から37へ繰り上げられました。当院も基準値をクリアすることができましたが、前期では40代前半のこともあり、常に40代後半になるようさらなる質の向上を目指していきたいと思っています。

当院は、地域リハビリテーション広域支援センターの指定を受けて活動しています。当院セラピストの関わりとしては、サロンや機能訓練事業、地域包括ケア会議、健康教室の開催などいわゆる地域包括ケアに関わる活動に微力ながら参加させて頂いています。今年度の新たな取り組みとしては、一般の方から体操指導者を養成する「シルバーリハビリ体操養成講座」を開催しました。詳細は後述をご覧ください。また、高齢者だけでなく、小学生を対象に障害者体験や小児の発達健診および学校連携などもお手伝いさせて頂いています。これからの担い手に対ししっかり関わるのが地域創りに大事なことだと思います。

その他、日本医科大学リハビリテーション科松元秀次先生を研究責任者とする多施設共同臨床研

究に約2年間参加させて頂きました。当院では2回目の参加となりましたが、明確な研究の目的や綿密な計画、あらゆる想定されるリスクの回避など、とても勉強になる経験をさせて頂きました。今後も臨床研究は計画されていますのでさらに学んでいきたいと思ひます。

【実績】

表1 急性期病棟入院・外来リハ(単位)

種別	平成28年	平成29年	平成30年
入院	70,923単位	84,889単位	98,422単位
外来	66,208単位	62,943単位	59,481単位

急性期疾患別リハビリテーション料 (単位)

疾患別	平成28年	平成29年	平成30年
脳血管疾患	23,609単位	30,032単位	26,017単位
運動器	102,587単位	104,971単位	111,647単位
廃用症候群	2,694単位	6,660単位	10,714単位
呼吸器	3,718単位	2,226単位	1,463単位

急性期がん患者リハビリテーション料 (単位)

その他	平成28年	平成29年	平成30年
がん患者リハビリテーション料	4,523単位	3,943単位	4,031単位

表2. 回復期病棟入院料(Ⅰ)平成30年度(37以上)

報告月	7月	10月	1月	4月
2階東	48.9	42.5	45.9	50.0
3階東	42.0	41.6	43.6	46.5

回復期病棟1日当りのリハビリテーション提供単位数

報告月	7月	10月	1月	4月
単位	6.47	6.83	6.95	6.85

回復期疾患別リハビリテーション料(単位)

疾患別	平成28年	平成29年	平成30年
脳血管疾患	79,773単位	80,322単位	77,629単位
運動器	137,250単位	140,438単位	151,492単位
廃用症候群	6,336単位	8,815単位	7,455単位
呼吸器	338単位	96単位	0単位

【リハビリテーション部主催研修会】

〈第4回鹿児島ロボットスーツHAL研究会〉

(開催日)平成30年11月24日(土)
(会場)社会医療法人恒心会 研修ホール
(内容および講師)

「HAL導入施設での運用に関する報告と最近の動向」

CYBERDYNE株式会社 営業部
医療教育グループ兼HAL FIT事業マネージャー
仲田 智先生

「これからのロボットリハビリテーション医療」

日本医科大学大学院医学研究リハビリテーション学分野主任教授 松元 秀次先生
(症例報告)

・「当院におけるHALを用いたリハビリテーションと症例紹介」

今林整形外科病院 PT 古賀 喜基先生
・「脳出血後遺症患者に対するロボットスーツHALの効果」

恒心会おぐら病院 PT 児玉 雄作先生
・「維持期使用4症例について」

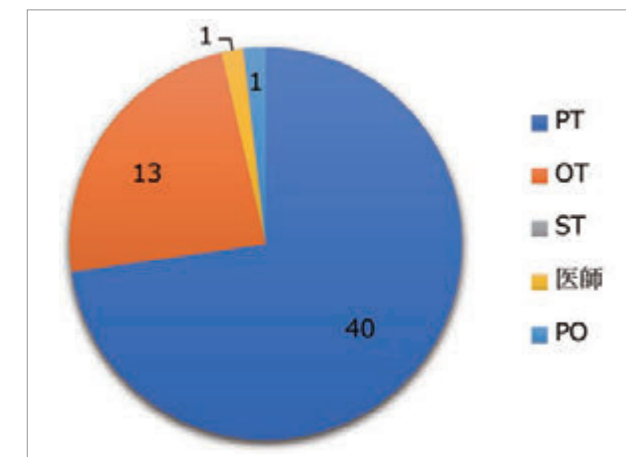
霧島記念病院 PT 林 あかり先生
(閉会の挨拶)

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
リハビリテーション医学 教授

鹿児島ロボットスーツHAL研究会顧問
下堂 蘭 恵先生

参加者数は89名。以下、アンケート結果
アンケート回収率61.8%

職種は、PT 40名・OT 13名・MD 1名・PO 1名・その他でした。経験年数では、第2回開催と同様5年未満が多く。また、5年以上よりも10年以上がやや多くなっていました。10年以上の方は、HALに新たな可能性を感じているのかもしれない。



アンケート結果

〈野球フォーラム2018〉

(開催日)平成30年12月22日(土)・23日(日)
(会場)NCサンプラザ鹿児島
イオン鹿児島中央店

(内容及び講師)

「投球するのに必要な体の条件は？」
鹿屋体育大学保健管理センター教授
藤井 康成先生

「予防のために本当に必要なことは何か？」
(有セラ・ラボ代表)
群馬パース大学客員教授 山口 光圀先生

〈第18回鹿児島手外科リハビリテーション研究会〉
(開催日)平成30年10月27日(土)
(会場)鹿児島第一医療リハビリ専門学校

(内容及び講師)
「肘関節のバイオメカニクス～肘関節障害のセラピー～」

社会医療法人仙養会 北摂総合病院
認定ハンドセラピスト 専門作業療法士

手外科 茶木 正樹先生
「手関節のバイオメカニクス～橈骨遠位端骨折の難渋症例～」

【リハビリテーション部内研修】

〈筒井廣明先生研修会〉
(開催日)第1回 6月5日(火)
第2回 10月2日(火)

(会場)恒心会おぐら病院
(内容及び講師)
「運動機能の診かた～グループ評価とディスカッション～」

昭和大学医学部整形外科学講座客員教授
筒井 廣明先生
筒井先生には、2ヶ月に1回の診療の他に、年2回の研修会をお願いしています。今回は、グルー



第1回研修



第2回研修

ワークで、グループ内から被験者を1人選びグループで身体機能を評価し、さらにアプローチして身体機能がどう変化したかを評価しました。また、評価とアプローチについては、その根拠を他のスタッフへ説明しながら行いました。若いスタッフには少し大変だったかもしれませんが、日常診療で根拠のある治療をして行く上で貴重な体験になったと思います。自由なディスカッションができて楽しい研修会となりました。

〈コードブルー訓練〉

訓練日：平成29年2月20日

場所：リハビリテーションセンター

内容：リハビリテーションセンターで発生した急変事例に対するコードブルー訓練



患者の搬送

多職種を含む大勢のスタッフが見守る中、リハスタッフを中心とした訓練者（患者役含む）がマニュアルに則り訓練を実施しました。連携に若干のタイムラグはありましたが概ね良くできたのではないかと思います。日頃のBLS研修がとても役に立っていると思いました。

〈恒心会リハビリテーション部研究大会〉

当院では、教育および情報共有を目的に年2回（9月・3月）リハビリテーション部研究大会を実施しています。

表は、第15回（平成23年）から30回（平成30年）までの回別の演題数を表しています。第24回と25回

の間にある赤線は、当院にて、第1回臨床研究倫理審査委員会（以下、倫理委員会）が開催された年になります。これまで1研究大会平均15演題程度で



回別演題数（縦軸は発表演題数）

したが、25回大会では8演題、26回大会では9演題、そして27回大会では、3演題まで減少しました。倫理委員会が開催されてからは、倫理審査書類の書き方がわからない。年2回（基本）しか開催されない。特に前向き研究では煩雑さが倍増するなどの理由から演題数が減少したのだと思われます。しかし、倫理委員会から1年半後の28回大会以降は、それらが克服されたためか、以降の大会では演題数が平均値に戻りました。倫理委員会は、一見敷居が高く見えますが、特に前向き研究では、その研究の必要性や方法の検討を筆者自身が十分考慮することにより、これまでのような、いい結果がでたから発表するなどの曖昧研究はなくなった印象です。



研究大会

薬 剤 科

科 長 立和田 ともね

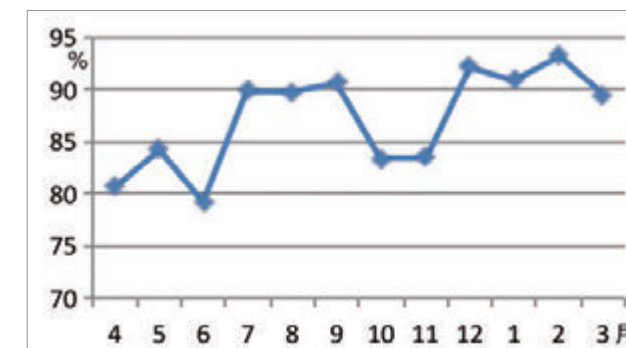
財務の視点からは「後発医薬品体制加算2」から「後発医薬品体制加算1」の取得を目標に取り組みました。

グラフに示すように下半期前半までは安定した後発品使用率85%以上を得ることが難しかったです。後発医薬品の選択基準の考え方を改め、使用量の多い先発医薬品の後発医薬品への変更、オーソライズドジェネリックへの変更、持参薬で後発医薬品を使用している割合が高く当院ではまだ先発医薬品を使用している場合に後発医薬品への変更を検討するなど、後発医薬品発売後早い段階で採用の検討を行いました。

下半期後半では安定した後発品使用率85%以上を確保することができ「後発医薬品体制加算1」の届け出を達成しました。

今後、後発品使用率を85%以上に保つには、使用している先発医薬品を次々に発売される後発医薬品へ変更していかなければなりません。患者の安全を守るためには後発医薬品採用後の副作用状況等を把握し対応していく必要があります。医師や看護師などの連携が重要になると考えます。

顧客の視点からは自己注射の薬剤師初回介入を目標に取り組みました。



後発品使用率推移

骨粗鬆症薬フォルテオ皮下注はOLS委員会を通し使用可否の判定及び患者や患者家族の同意を得た後に薬剤師が初回説明に介入することができ、患者や患者家族は使用する目的や薬について理解ができアドヒアランスの向上につながったと考えます。

自己注射だけではなく患者が使用する薬について薬剤師が初回介入することはアドヒアランスの向上や治療の成果に大きく関与します。今後も積極的な介入と経過を追う必要があります。

今年度は実行できなかったが、門前薬局と患者の服薬に関する情報を共有し、患者が安心して薬を服用できるように方法を考え連携を図りたいと考えています。

内部プロセスの視点からは病棟に常駐できる時間の確保を目標に取り組みました。

持参薬鑑別は日によって差はあるが多い時は1日17件、鑑別に要する時間は5分から180分と幅があり多くの時間が持参薬鑑別に取りられています。薬剤師人員補充が容易でない中、拡げた業務は質を保つために縮小することができないため、時間を作る方法の1つとして持参薬の持込みを2週間とし鑑別に要する時間の短縮を図りたかったが実行にいたりませんでした。

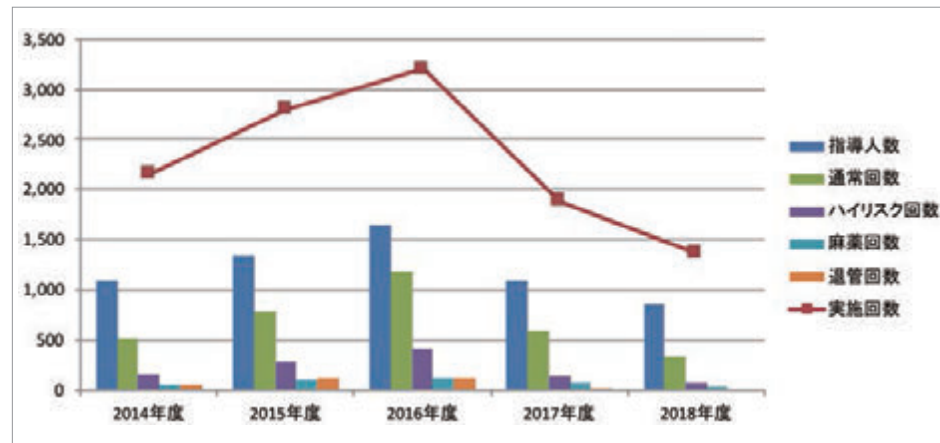
現状では持参薬を可能な限り使用していますので原則、持参薬の使用日数を短縮できれば鑑別に要する時間の短縮ばかりでなく、持参薬と当院処方薬の管理から当院処方薬の管理だけになりインシデントなども減少すると考えられ医療安全の面からも取り組むべきだと思います。

教育の視点からは院内学術大会での発表を目

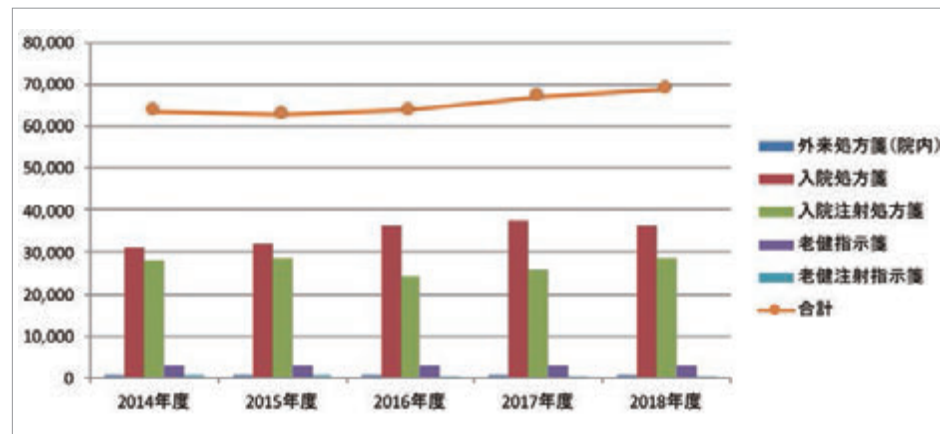
標に取り組みました。

薬の適正使用や医療安全に大きく貢献をしていますが取り組みを示すことができていません。2018年12月より処方せんの監査を通し医師への疑義照会を行い変更になった処方診療科・処方医・件

数・変更内容など月別集計を行ないました。集計のみならずプレアポイド報告を合わせて発表したいと考えています。その他、日々の業務の中で題材を見つけ発表につなげていきたいと思っています。



薬剤管理指導件数



処方せん・指示せん枚数



後発品医薬品採用品目数推移



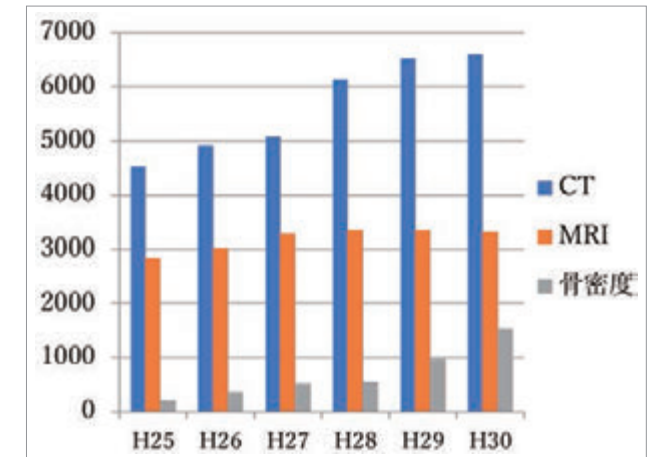
抗がん剤ミキシング件数

画像検査科

科長 福元 睦美

平成30年度、温熱療法においては放射線技師・臨床工学技士の2職種間で毎週温熱会議を開催し情報共有を図り患者様への統一された治療や接遇に努めてきました。また、多職種間で行われるがんサポート会議に参加することで、患者状況、治療体制などを把握し治療に向けての意思統一ができました。本年度は市民公開講座で熊本セントラル病院の川畑先生に(がん温熱療法)について講演してもらい市民への治療のひとつのツールとして紹介してもらい治療件数の増加につながっています。

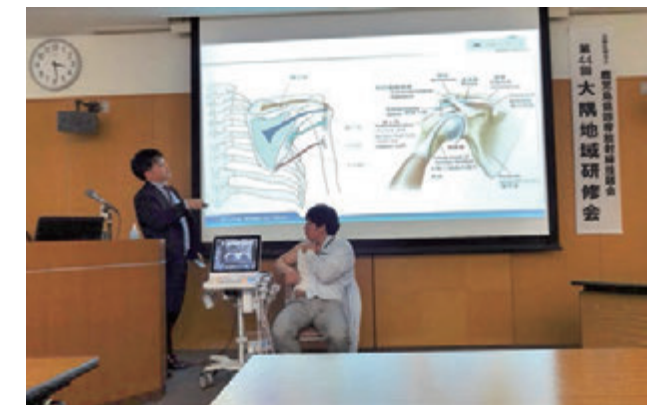
【放射線部門】



CT、MRIの検査件数は昨年とほぼ同様ですが、骨密度測定が昨年比1.8倍の検査数となりました。

学術研修

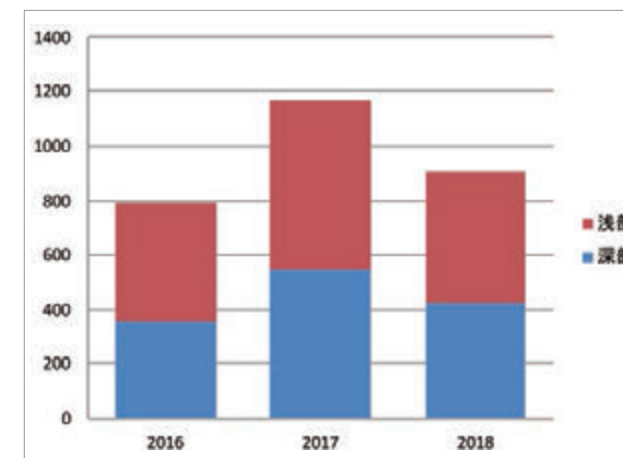
- ・九州、中四国地区温熱研究会
- ・乳がん検診従事者研修会
- ・肺がん検診均てん化研修会
- ・低線量CT肺がん検診研修会



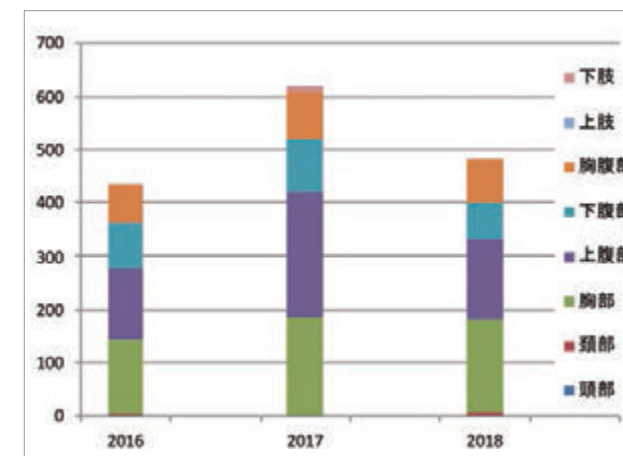
大隅地区放射線技師研修会

【臨床検査部門】

診療技術向上の一環として心臓血管エコーの他院での研修を実施しています。また、生理検査全体の業務をスタッフ間で連携し効率的に診療を支援していきたいと思っています。



ハイパーサーミア総件数(延件数)



ハイパーサーミア部位別年度件数比較



臨床検査技師会研修

研修では、感染対策の一員として感染制御ネットワーク学術講演会、地域連絡研修会へ参加し、抗菌薬適正使用支援など検査技師の立場から感染防止対策を考えてきました。

学術研修

- ・九州消化器内視鏡技師研究会
- ・JSS九州地方会学術集会



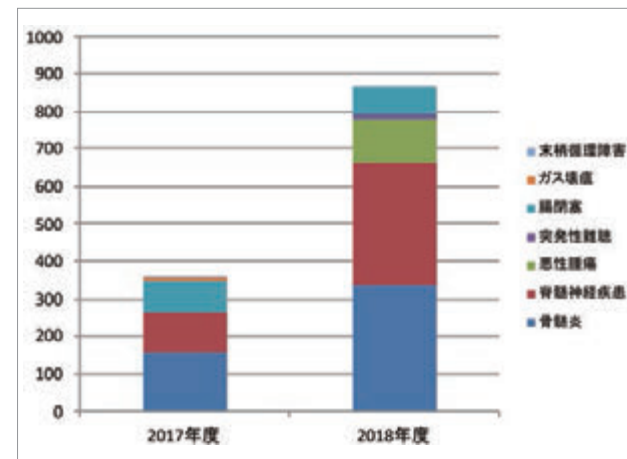
ハミルトンC1人工呼吸器勉強会



人工呼吸器勉強会(新人研修)

【臨床工学部門】

病棟、手術室などの院内ラウンドを行いME機器の保守・管理を行うとともに高気圧酸素(HBO)、温熱療法の治療に携わっています。また新規導入の機器に関しては、看護、介護のスタッフが安心・安全に機器の取扱いができるよう研修を実施し、最良の状態でお客様に使用できるように努めています。



高気圧酸素件数

栄養管理科

科長 福田 康子

平成30年度栄養管理科の目標の中に科内災害時マニュアルの作成を挙げていました。院内でCSCATTTに沿った災害対策マニュアル作成中であり、その中でも栄養管理科は主にA:安全、T:治療に該当する備蓄食の確保と提供を担っています。2018年度は委託給食会社スタッフと合同で厨房内機器の非常時電源等ライフラインの確認を行い、発災時の給食提供マニュアル改訂に反映できました。また、5年期限である備蓄兼用水の入れ替えも行いました。備蓄食に関しては、計画生産による料理のチルド保存が患者食3日分は確保できていますが更に備蓄食の充実を図っていきます。更に恒心会健康フェスティバルでは災害食の展示や試食会を実施しています。

また、院内全体で医師及び他職種のメディカルスタッフが相互に連携しながら実施する骨粗鬆症の予防と改善及び骨折防止の取り組みのOLS(骨粗鬆症リエゾンサービス)が始まりました。それに伴い2018年10月より栄養管理科(管理栄養士)もOLS委員の一員となりました。管理栄養士はOLS-7の栄養状態の評価を中心に活動を行い、整形外科病棟でカルシウム自己チェック表(骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン)で一定の点数に満たない、及び橈骨骨折・大腿骨骨折の患者に限定し、資料作成して栄養指導という形で介入しています。その中の今月のレシピは定期的に差し替えています。



栄養指導用パンフレット

今後は他病棟や外来での活動も行っていきます。

その他に、鹿屋市立看護専門学校の学生(1年生)に治療食を実際に見て更に試食までをしてもらいました。実践での意識付けができ治療食への理解を深めるいい機会だったと好評でした。



看護学生治療食説明

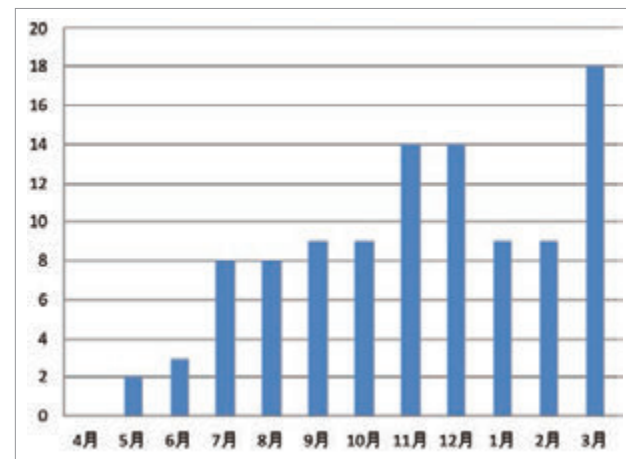
社会医療福祉科

科長 日高賢治

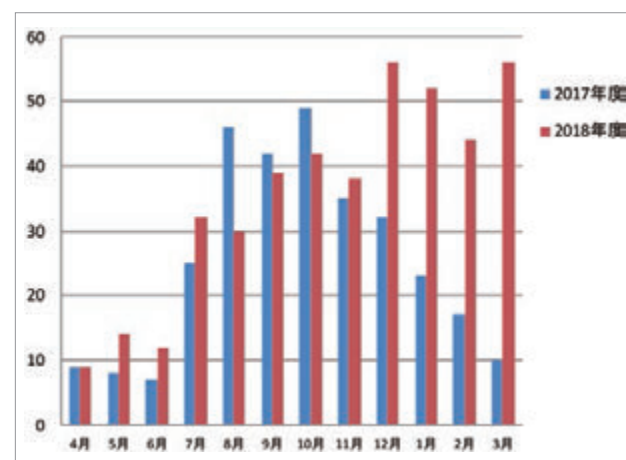
平成30年度社会医療福祉科は、下記の目標に関して取り組みを行いました。

- ①入退院支援の整備を行い入院前から、退院までの切れ目のない支援を行う。
- ②退院後介護サービスが必要な患者が安心して療養生活が送れるように介護事業部門との連携強化を行う。

施設基準を達成する取り組みに関しては、社会医療福祉科で担っている退院支援計画の整備を行い退院調整に必要な患者の支援を早期に行うこ



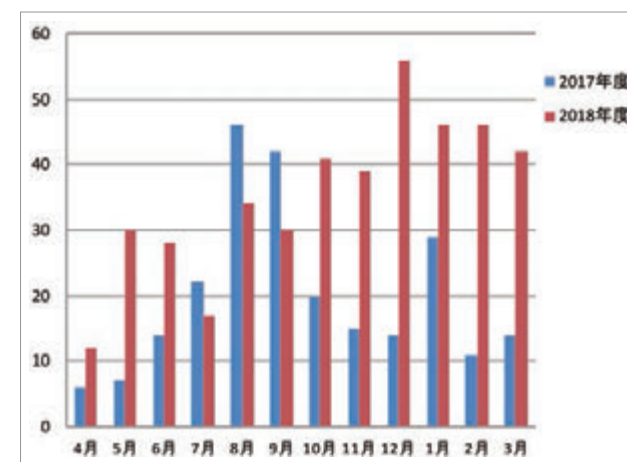
2018年度 入院支援加算算定件数



退院支援加算算定件数 年度比較

とに努めました。また、入院支援の取り組みも始まり、入院前段階から、退院に向けた支援を行う体制構築を進めてきました。入院支援を担う職員と共同しながら退院に向けた支援を早期の段階から行っていき支援が必要な患者が安心して療養できるまたは、退院できる支援体制を構築していきたいと考えます。

介護事業部門との連携強化に関しては、退院後の患者を支援していただく居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、施設の管理者などと連携し、外出訓練への参加や担当者会議などへの開催を依頼し、協働して患者の支援を行うことができました。県が実施している退院支援の取組も必然となり、連携強化を図っていくことが責務であると感じています。今年度も引き続き介護事業部門との連携強化を図っていきたいと考えます。



介護支援連携加算算定件数 年度比較

平成31年度は、来年度の診療報酬の改定に向け、他医療機関や他介護事業所との連携強化が必要になってきます。当科が少しでも地域との橋渡しができるよう努めてまいりたいと思います。

臨床工学技士室 (ME室)

臨床工学技士 原田 則昭

来年度より所属が事務局から画像検査科へ変更になりより一層患者様側に立った考え方が求められることになりそうです。今後は事務局で養った経営的観点と現場の医療機器に対するニーズの両方からアプローチできるようがんばっていきます。院内には、心電図モニターや人工呼吸器、除細動器や患者監視装置 (セントラルモニタ)、インフュージョンポンプ (シリンジ・輸液)、低圧持続吸引装置等、多岐にわたるME機器が存在しています。私たち臨床工学技士は、臨床現場で医師・看護師が安心して機器を使用できる環境を作り、常に最良の状態で患者様に使用できるよう、各病棟に設置してある医療機器の管理・保守点検・修理・操作を今後も行っていきます。また、腹水濾過濃再静注法 (CART) に対するDrからの依頼も安定してきており、いつでもCARTができる状況が浸透しつつあります。

MEによる機器の日常点検・メンテナンス業務の強化・拡大を図ってきましたがさらなる強化として今年度は電気メスの院内点検の構築に着手し業務拡大を図っていきます。また、メンテナンス・ラウンド業務のほかに人員的業務負担の軽減を図るために開始した、高気圧酸素治療の業務に新たな需要を提案することにより飛躍的に高気圧酸素業務の拡大、ハイパーサーミア業務では患者様に合わせた受け入れの時間枠の拡大を図ることが出来ました。

主治医、他のスタッフとともに呼吸器に対する考え方の共有を図り、病棟加えてリハ科でもME主催の人工呼吸器の勉強会を実施しました。

スタッフが徐々にではありますが呼吸器に慣れていき、一歩進んだ質問が増えてきていると感じます。また、今年度は院内で使用する人工呼吸器の買い替えがありました。いろいろな考えをMEの専門的な立場から集約し、当院に最良の機器選定が行えたのではないかと思います。



ハミルトンC1 人工呼吸器

医療安全には、医療機器の安全管理が不可欠であり、臨床工学技士はとても重要な役割を担っています。

患者様のことを一番に考えながら、安全で良質な医療を提供できるよう、これからもメンテナンス業務の拡充を図り、医療機器に対するルール作り、当院機器マニュアルの作成、現場教育に励んでいきます。

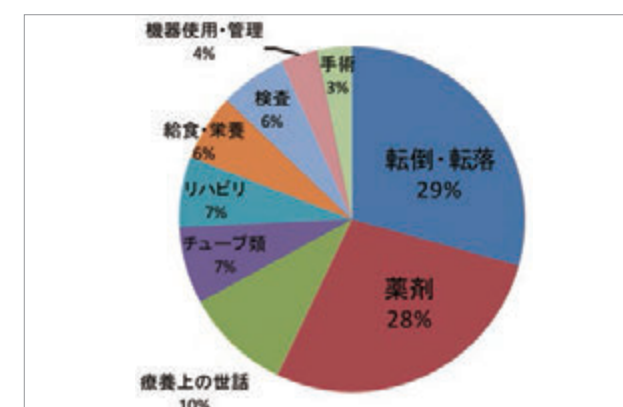
委員会活動

医療安全管理委員会

医療安全管理者 原田 智子

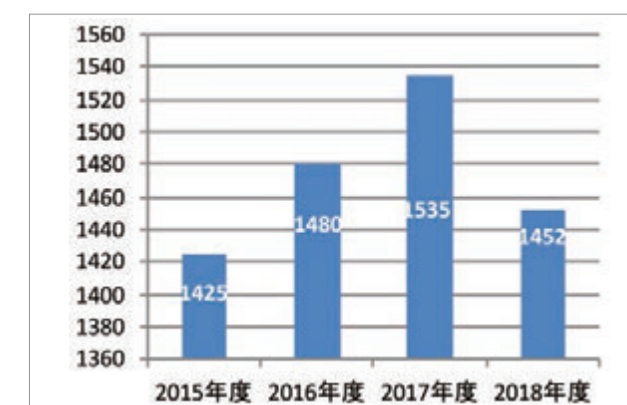
平成30年度医療安全報告書提出件数は1,452件で月平均120件報告がありました。転倒・転落が最も多く、患者影響レベル3bのアクシデント事例も転倒・転落に起因するものが最も多く報告されています。これを受け、5S委員会は「他職種での情報共有、転倒発生状況や原因の分析、患者のリスク評価、各研修を行う事で転倒・転落発生数の低減に繋げる」を目標に転倒・転落対策に取り組みました。

委員の活動は転倒・転落予防対策のシステム強化、部署職員に対する教育研修、予防対策の実施状況検証、事例報告や分析部署カンファレンスなどです。回復期では既に定着している多職種との転倒カンファレンスが急性期でもリハビリ部と看護師間で開催されるようになりました。1年間の介入の前後を比較した結果、転倒・転落によるインシデントは446件から374件に減少し、患者影響レベル3bは10件から7件に減少しました。職員の安全に対する意識が高まり、転倒・転落によるインシデント・アクシデント報告件数の減少につながる結果が得られたと考えられます。



インシデントレポート報告内容比率

医療安全報告書提出数が平成29年度より83件減少。転倒・転落、患者対応、接遇の項目が減少



医療安全報告書提出件数

しています。減少している項目については、対応、対策ができていない項目が挙げられ、報告を怠っているとは考えられません。

看護部においては、毎朝のミーティングでインシデント報告を行い、管理者勉強会、カンファレンス実施などにより中間管理者の意識向上がみられています。インシデント、アクシデントレポートの対応・対策に部署での医療安全カンファレンスの内容が記載されるようになり、提出も以前に比べて早くなりました。

医療安全研修

当院のインシデントレポート報告の中で確認不足によるインシデント、患者誤認報告が後を立たず、



電気通信大学大学院情報システム学研究所
教授 田中健次先生

ダブルチェックをしたにも関わらず間違いが発生しており、ダブルチェックをどのように行っているかが問題になりました。レポートの対応・対策にダブルチェックの徹底をあげている事が多くみられました。ダブルチェックの実際の場面を部署毎に確認しました。現場で実施されている確認方法は2人で行っている事は共通していましたが方法が各々で2人確認のシングルチェックでした。又、確認の相手を探し「目や耳をちょっと貸して」というやり方も行われており、確認に呼ばれた方が業務中断しインシデントになる事もありました。まずは、ダブルチェックの確認動作について学びが必要と思われました。この現状からこの道のスペシャリスト電気通信大学大学院情報システム学専攻教授田中健次先生をお招きして「安全対策の落とし穴～効果的なダブルチェックとは～」について医療安全の集合研修を開催しました。

医療現場の特徴、人間の特性、事故の原因追求、多重チェックでは多重度が増えるほどエラー検出率が上がる、確認作業の質について多重化より多様化、教えるのではなく育てる・教わるのではなく考えるを学ぶ事が出来ました。安全対策の思い込みに新たな視点をもらいました。

研修後はレポートの対応、対策が具体的に記載されるようになりました。患者誤認のインシデントレポートが平成29年度29件、平成30年度は17件と減少がみられ研修の効果があったと考えられます。職員への医療安全教育

職員の医療安全への意識向上、医療安全の実施状況の確認、周知徹底を目標に医療安全カンファレンスメンバーで定期的に部署ラウンドを行っています。

構成メンバーは医師、看護師、理学療法士、薬剤師、事務局、感染管理認定看護師です。



医療安全管理ラウンド

院内救急召集訓練(コード・ブルー訓練)

今年度は、2月20日8時15分にリハビリテーション室内で訓練を実施しました。医師・看護師等のメディカルスタッフが速やかに集合し対応出来ました。多職種間によるチーム連携を含めて訓練することが出来ました。



リハビリ室 コード・ブルー訓練

医療安全対策地域連携

平成30年診療報酬改定に伴い、地域の病院と医療安全の質向上を目的に連携を開催しました。I - I 連携で3病院、I - II 連携で1病院と連携しています。今年度より初めての取り組みです。施設ラウンド、書類確認を行い、活発な意見交換が出来ました。

感染対策委員会

【活動方針】

院内感染防止及び院内感染に関し、院内感染委員会の決定事項を実施し、院内感染に関する調査、分析、指導等を行い、また、上記の業務を組織横断的に活動することを目的とし感染対策室を設置しています。また、院内感染の防止・対策を強力かつ円滑に実行する感染対策チーム(ICT) と治療効果の向上、副作用防止、耐性菌出現のリスク軽減を目的として抗菌薬の適正使用を支援する抗菌薬適正使用支援チーム(AST) を設置して活動をしています。さらに、院内感染対策の実施にとどまらず、県下、地域の医療機関と連携し感染対策に取り組んでいます。

【ICT業務内容】

- 1 院内および地域内感染発生状況の把握およびその対応とサーベイランス
- 2 アウトブレイクや血液・体液曝露時の対応
- 3 感染に関する各種コンサルテーション
- 4 感染対策の遵守状況の評価(ICT環境ラウンド、感染症ラウンド、手指消毒使用量など)
- 5 院内および地域内感染防止の教育
- 6 職業感染防止
- 7 連携施設のカンファレンス・相互評価

【AST業務内容】

- 1 指定抗菌薬(抗MRSA抗菌薬、カルバペネム系抗菌薬)の初期抗菌薬の適切性、微生物検査(抗菌薬投与前の培養提出)の実施状況を感染症早期からモニタリング
- 2 ASTカンファレンス
- 3 サーベイランスとフィードバック
(AUD・血液培養2セット採取率、耐性菌発生率、

感染管理認定看護師 柿元良一

アンチバイオグラム作成など)

- 4 抗菌薬適正使用マニュアルの作成改訂
- 5 院内採用抗菌薬の定期的な見直しなど

【主な活動のトピックス】

- 1 感染管理ベストプラクティス導入

感染管理ベストプラクティスは、現場で行われている実際の手順を図式化し、危害リストを作成し、だれもが同じ手順で感染対策の遵守率を上げる手段である。リンクナースが主体となり日常業務における処置の一連の「流れ(手順)」の中で感染対策上重要な部分を整理して科学的根拠のある解決策を検討して、当院における問題解決のための実践例として感染予防活動の推進に繋げています。

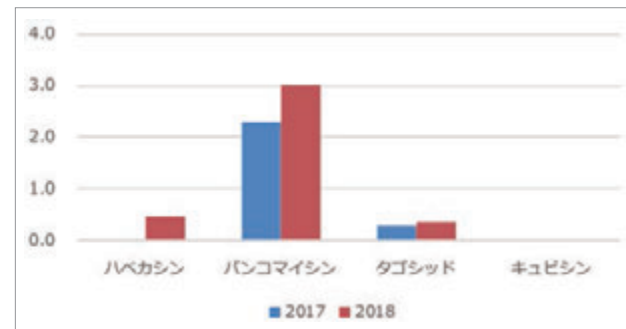


- 2 手指衛生の推進

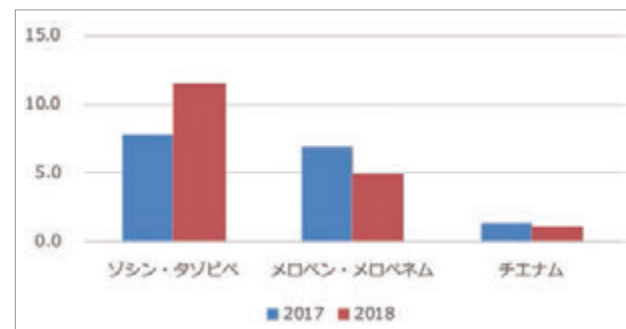
今年度から看護部とリハビリ部では、患者と頻回に接する機会があるため手指消毒剤の携帯を義務化しました。リンクスタッフと連携し手指消毒使用量調査などを行い、フィードバックして啓発活動に努めています。手指消毒の使用量は前年度と比較し大幅に増加しました。さらにキックオフとして「2018年度手指消毒キャンペーン」を実施、目標を達成した部署を表彰しました。

4 抗菌薬適正使用の推進

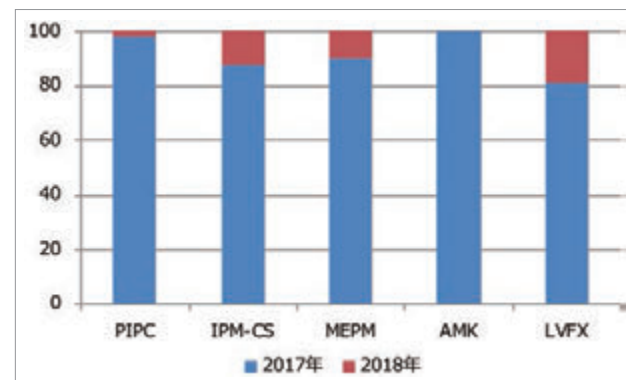
抗菌薬使用密度 (AUD) は一部の抗菌薬で AUDが高く、疾患毎の治療投与日数が影響しています。感染管理上問題となる多剤耐性菌 (CRE、MERP、MDRA等)の感染症や保菌者は認められていません。緑膿菌の感受性ではIPM/CS、MEPM、LVFX改善、AMK横ばい傾向となっています。院内で検出された細菌ごとの抗菌薬の感受性率を集積したデータをアンチバイオグラムとして年1回作成し情報提供しています。



抗MRSA薬 AUD



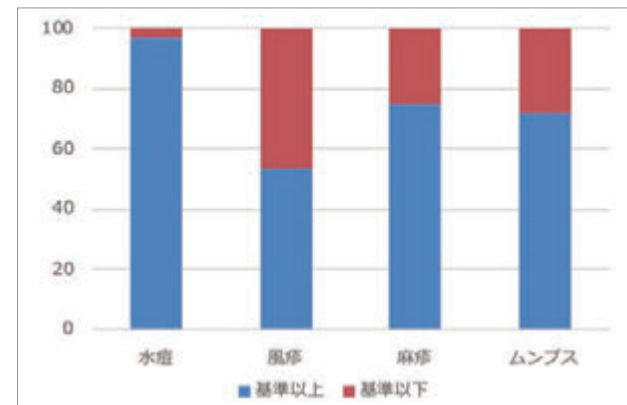
広域ペニシリン・カルバペネム系 AUD



緑膿菌感受性

5 職業感染防止

近年、麻疹風疹の発生で集団感染事例が散見されており職員が媒介とならない対策が重要となります。日本環境感染学会が提唱するガイドラインに基づき、今年度の採用職員の入職時抗体価検査で基準に満たさない職員にワクチン接種を勧奨し接種率100%達成しました。



平成30年度ウイルス抗体価状況

6.地域の感染対策連携

- ・感染防止対策加算にもとづく
合同カンファレンス・ラウンド (年4回)
- ・感染防止対策地域連携加算にもとづく
相互評価と環境ラウンド (年2回)



合同カンファレンス・ラウンド

NST (栄養サポートチーム)

NST専門療法士 上園美穂

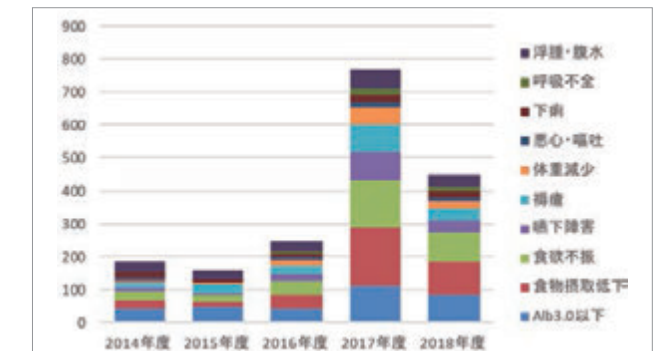
NST委員会は、今年度新たにリハビリテーション科の医師がメンバーに加わり、医師2名体制となりました。摂食・嚥下機能の低下した患者への助言や評価、リハビリ進捗状況から今後のアプローチ方法など、今まで以上に専門的な観点から2名の医師を中心にカンファレンス・回診をしていきました。

対象者の抽出をチームで再確認し、経口摂取へ移行する患者も対象者とし、栄養量の確認や今後の計画など評価・検討をすることもできました。また、臨床検査技師と連携し採血結果でALB値が3.0g/dl未満の患者を抽出し、チームへ報告することで、低栄養患者を見逃すことなく評価できました。また同様の情報提供を管理栄養士へ行い、NST介入せずとも病棟と管理栄養士でミニカンファレンスを行い、補助食品の付加を開始するケースもあります。委員会内で勉強会を開催し、補助食品等の知識を深め、実際試飲して患者の立場に立って美味しい、飲みにくいなど意見交換もしています。



また、今年度は日本静脈経腸栄養学会認定のNST稼働施設認定施設の更新年でした。施設長許可のもとで運営・活動することをはじめ、メンバーの提示、NST介入記録の有無、週1回以上の回診、週1回以上の症例検討会の開催、定期的な勉強会の実施など、NST稼働施設認定基準は11項目

あります。メンバー、事務局など院内の各部署に協力をもらいながら、不備がないように準備を進め申請をしました。2019年3月にNST稼働認定の更新を許可いただきました。4月から5年間認定施設として活動し、患者の栄養状態の改善や早期退院に繋げることが少しでもできたらと思います。



介入リスク項目 (年間比較)

日時	研修会	内容
2018年4月	鹿児島NST研究会	消化器外科領域で栄養はどれだけ役立っているのか
6月	院内勉強会 (ニュートリー) ブイ・クレスBIO	E.フェカリス(加熱殺菌体)を活用した感染症予防
12月	院内勉強会 (EAファーマ) エレンタール	胃がん術後の体重減少に対する成分栄養剤による経口サポートの効果
2019年2月	院内勉強会 (クリニコ) クリミール	シールド乳酸菌の免疫機能及び感染症に対する効果
2月	院内勉強会 (ツムラ) 人參養榮湯など	食欲不振に使う漢方フレイル・食欲不振と漢方薬による改善
3月	院内勉強会 (大塚製薬) ハイネイゲル	粘度可変型流動食の有用性

災害対策委員会

災害対策委員会は災害発生時に個々の安全確保、役割を理解し、行動できるよう院内での講習・災害訓練・緊急連絡網訓練・マニュアルの見直し等を検討しています。参加メンバーは各部署から委員1名が出席し、災害発生時院内での連携が行えるよう情報伝達方法や部署での行動等様々な状況を想定して、意見交換を行っています。

【災害全体訓練】

第2回全体災害訓練を10月20日土曜日に行いました。今年度は災害対策本部を設置し、災害発生時の病院における活動の原則である「CSCATTT」を基本に組織体制の確認を中心に行いました。はじめての本部設置訓練を行い「実際の災害時の組織体制がわかってきた」等の多くの意見が聞かれました。今後も繰り返し行うことで、実際の災害発生時に、地域住民の方へよりよい医療を提供できるよう繰り返し訓練を行っていきます。



【搬送訓練】

各病棟で搬送訓練を行いました。少人数での階段の昇降は大変なものだと思っていましたが実際行ってみると想像よりも大変なことを体感しました。2019年度より院内「一次救命処置訓練」に搬送訓練も導入していきます。全職員が正しい搬送法を学

災害対策担当者 中村 さとみ

ぶことで、多くの患者さんに苦痛を与えず安全に搬送できるよう訓練を行っていきます。



【災害レター】

委員会では訓練の状況等を「災害レター」として各部署に配布しています。自分たちの知らない訓練風景を見ることで、訓練の必要性を理解できるよう年4回配布しています。レターの内容には「ミニ情報」として自助に関する情報などを取り入れ各部署からは「わかりやすい」等の声が聞かれ、今後も訓練状況や減災に対しての情報を発信していきます。



地域医療活動

地域医療活動

恒心会は、地域に根差した中核医療機関として、救命救急活動から急性期・回復期医療活動そして生活期医療・介護分野発展の一助のために、地域に根差した社会貢献活動を微力ながら続けてまいりました。

- ①国立療養所星塚敬愛園でのボランティア診療
- ②大隅救急高度化協議会検討会

③大隅地域気管内挿管実習受け入れ（認定者推移）と挿管実習後喉頭鏡ビデオスコープ追加研修受入推移

④大隅臨床整形外科医会研修会

⑤地域リハビリテーション広域支援センター活動を報告いたします。

国立療養所 星塚敬愛園診療

敬愛園診療	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
出張診療	91	114	105	93	92	77	90	74	64	58	56	57	47	33
診療	外来		78	86	59	76	54	56	43	36	29	48	40	65
	入院		9	19	13	9	5	15	6	7	4	7	7	4

平成30年度 大隅臨床整形外科医会研修会

平成30年 5月17日(木)	〈特別講演〉 橈骨遠位端骨折の手術と骨粗鬆症治療	〈特別講演〉 産業医科大学整形外科 教授 酒井 昭典先生
7月27日(金)	〈特別講演〉 慢性関節リウマチとその現状	〈特別講演〉 鹿児島大学血液膠原病内科 診療講師 秋元 正樹先生
8月23日(木)	〈特別講演〉 老化と腱板断裂～後療法も含めて～	〈特別講演〉 鹿児島大学整形外科 教授 谷口 昇先生
平成31年 1月26日(土)	〈講演〉 当院における骨粗しょう症治療の現状 〈特別講演〉 骨粗鬆症リエゾンサービスによる二次骨折予防と地域連携の重要性	〈講演〉 恒心会おぐら病院整形外科 海江田光祥先生 〈特別講演〉 鶴上整形外科リウマチ科 院長 鶴上 浩先生

大隅MC事例検討会

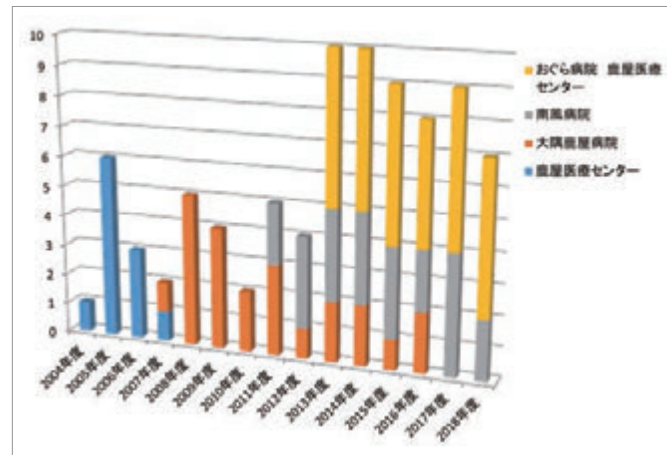
日時	内容	参加者
平成31年6月28日	事例報告3例 「意識障害症例について」グループワーク コメンテーター:鹿児島大学病院 原浦博行先生	医師:3名 看護師:24名 救急隊員:50名
平成31年11月15日	講演:蘇生の本質とは ～鹿児島から究極の心肺蘇生を発信する～ 講師:鹿児島市立病院救命救急センター 鹿野 亘先生	医師:2名 看護師:29名 救急隊員:50名
平成31年2月28日	救急隊事例報告3例 講演:低体温症 講師:鹿児島大学病院 原浦博行先生	医師:3名 看護師:21名 救命士員:49名

気管内挿管実習

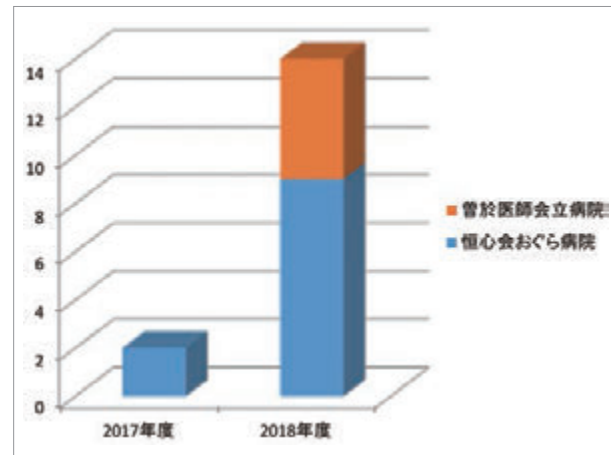
平成29年度から気管内挿管についての技術向上のために、喉頭鏡ビデオスコープ(2例)の研修が新たに加わり、当地域では曾於郡医師会立病院

と当院において研修を行っています。

過去気管内挿管実習を終了した方も、順次喉頭鏡ビデオスコープ実習(2例)を行います。



大隅地域気管挿管認定取得変遷



気管挿管認定後
喉頭鏡ビデオスコープ追加研修修了者変遷

地域リハビリテーション広域支援センター活動

センター長 小倉 雅

地域リハビリテーションとは、「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてをいう。」と定義されています。

リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援」を行いました。

私たち医療機関は、診療報酬や介護報酬という法定報酬の範疇の中で活動を行っていますが、リハビリテーションは「地域」がその原点であるということは、論を待たずまでもないことであると思います。

本年度の活動のキーワードは「地域づくり」でした。昨年「地域で暮らすことを支える力」をテーマに、小倉リハビリテーション病院名誉院長の浜村明徳先生からご教授いただいた地域づくりの考え方を礎に、日本理学療法士協会が推奨する「シルバーリハビリ体操指導士養成講座」を開始しました。

国は「地域包括ケアシステム」の構築を打ち出し、はや数年が過ぎました。



シルバーリハビリ体操指導士養成講座

2025年団塊の世代が後期高齢期を迎え、社会システムとして支える人と支えられる人のバランスが崩れるその時に、社会の崩壊を防ぐための施策です。

シルバーリハビリ体操は、茨城県立健康プラザ管理者の太田仁先生が考案された体操で、関節の運動範囲を維持拡大するとともに筋肉を伸ばすことを主眼とする体操であり、立つ、座る、歩くなど日常の生活を営むための動作の訓練にもなる「いきいきヘルス体操」や「いきいきヘルスいっぱい体操」で構成されています。寝た状態、座った状態、立った状態それぞれでの体操が組み込まれ、一般高齢者や虚弱高齢者も対象になります。

地域包括ケアシステムの概念をみると、目標を住み慣れた地域での生活が継続されることとされ、あり方として、生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日支える人材間で役割分担と協力が図られ、高齢者本人や住民ボランティアといった自助や互助を担う者など様々な人々が連携しつつ参画するものとされています。

当院は、平成16年から肝付圏域の地域リハビリテーション広域支援センターとして肝属地域2市4町約16万人の住民の方々が、住み慣れたところで、安全にその人らしく生き生きと生活ができるように、リハビリテーション前置の考え方をもって、地域リハビリテーション推進課題の大項目の一つである「リハ

「シルバーリハビリ体操指導士養成講座」はシルバーリハビリ体操を指導する人を養成し、そのノウハウを地域のサロン等で普及させていくキーマンを育成する事業です。

「地域づくり」を考えた場合、行政やリハビリテ



健康教室

シオン専門職の関与を主とするトップダウン的な運営でなく、その地域にあった「集まり(サロン)」を誕生させていくための一つの手法です。

第1期の講座受講生は8名でした。毎週火曜日10:00～11:30 90分を12日間約3か月間で学んでもらいました。

当初、3カ月もの講座は継続できないのではないかと心配しましたが、全員が修了することが出来ました。

次のステップとしては、この講座を終了した方が、



訪問介護事業所スタッフ研修

地域のサロン等で学んだことを伝達しながら地域づくりのキーマンとして活動していただくことです。当然、そのサポートについては万全を尽くしていきたいと思っています。

2025年の節目の年に向けてこれまでの活動を更に活発化させ、地域の方々が安心・安全・健康に住み慣れた地域で生活できるように、サポート力を蓄え地域の関係者と共に活動、貢献してまいりたいと思います。

平成30年度実施事業一覧

事業項目	対象	実施回数
公開講座 「がん温熱療法(ハイパーサーミア治療)を知りましょう」 講師:熊本セントラル病院 川畑幸嗣先生	一般住民・事業所職員・行政職員	1回
地域リハビリテーション活動支援事業 I	訪問介護事業所職員対象(南大隅町)	3回
地域リハビリテーション活動支援事業 II	サロン介護予防事業(鹿屋市)	56回
地域リハビリテーション活動支援事業 III (シルバーリハビリ体操指導士養成講座)	一般住民	12回
リハビリテーション技術支援講座	リハ専門職	2回
リハビリテーション介護支援研修	介護者の集い(南大隅町)	1回
リハビリテーション勉強会	患者・家族・一般住民	10回
サポーター研修(高齢・障がい体験)	小学生・中学生	1校
健康教室	地域住民	2回
技術支援(講師・委員派遣)	機能訓練事業 地域ケア会議 介護認定審査会 障害児施設指導 障害児等療育支援指導 医療・介護連携会議 等々	

地域づくりの一活動

～シルバーリハビリ体操指導士養成講座開設～

理学療法士・シルバーリハビリ体操指導養成講座講師

児玉 興仁・切通 陽介・永濱 智美

団塊の世代が後期高齢者となるいわゆる「2025年問題」や更には「2040年問題」を見据え、医療・介護を取り巻く環境は大きな変換期にあります。国も『地域包括ケアシステム』の構築に力を入れて取り組んでいる中、鹿屋市も『鹿屋市高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画』を進めています。地域包括ケアシステムとは、地域住民(いわゆる高齢者)が医療・介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域や家庭で安心して生活できることです。この実現には高齢者の社会参加(生きがい)、高齢者の見守りや支援(自助、互助、公助、共助)、健康な身体づくり(介護予防)が重要となります。

当院はその肝属地域での医療・介護の中核の担い手を育成・支援する様々な活動を行っていますが、その中で鹿屋市が実施している『介護予防活動支援教室事業』の一つとして「シルバーリハビリ体操養成講座」を開講しましたので紹介いたします。

シルバーリハビリ体操を紹介しますと、茨城県水戸市の太田仁史先生(茨城県立健康プラザ管理者)の考案した、関節の運動範囲を維持拡大するとともに筋肉を伸ばすことを主眼とする体操で、脳卒中による片麻痺の方のために考案された体操です。運動解剖学108項目と体操実技92種類を組み合わせた「寝て」「床」「椅子」「起立」などの姿勢でも行える体操で、「いきいきヘルス体操」、「いきいきヘルスいっぱい体操」など、筋力をつけたり体の柔軟性を高める体操で構成されています。また、この体操は、道具を使わず、いつでも、どこでも、ひとりでも行えるということも最大の魅力であり特徴でもありま

す。そのため、対象者の身体の状態に応じて92種類の体操からそれぞれに合ったプログラムを立案・提案することが出来ます。

「シルバーリハビリ体操指導士養成講座」は、地域の住民を対象にシルバーリハビリ体操を指導する人を養成し、そのノウハウを地域のサロン等で普及させていく地域のキーマンを育成し、地域づくりを進めようとする事業です。超高齢化社会を乗り切るには元気な身体作りが重要となり、介護予防を見据えた活動が急務です。健康に年を重ね(健康加齢)ながら、たとえ障害を負ってもその介護期間をできるだけ短くすることも重要です。その一端を担うため、地域住民の方々がお互いに助け合い(互助)、住民主体型の活動を援助する取り組みになります。

第1回目は、鹿屋市の回覧板等で市民に公募し、受講生8名が応募しスタートしました。8名の参加者はいずれも自主的に体操教室へ参加されたり、実際に体操の指導者として積極的に活動されている方々でした。平成30年9月から12月の毎週火曜日10時から11時30分までの90分で講義・実技を計12回シリーズで学んでもらいました。プログラムは、座学や実技などをまんべんなく組み合わせ、退屈しないよう工夫しました。12回の講座の中で、都合等で欠席される方もいらっしゃいましたが、次週までに必ず補講を行い、全シリーズ受講していただくカリキュラムを設定しました。講義内容は、専門職との共通言語で会話できるよう筋肉名や関節の動きなど、専門用語を理解していただくための講義や、体操については、動き、注意点、日常生活でどのように

役立つかなど、一つ一つ時間をかけて行いました。講義中は、筋肉の動きや体操中の呼吸の仕方、実際に体操を指導する上での細かな注意点などたくさんの質問をいただき、市民向けの教室であるため、私たちもたくさんのことを勉強させていただきました。開講当初、我々も8名の参加者も緊張の面持ちでしたが、講座を進めていく中でお互いの緊張も解けていき、健康に関する事やシルバーリハビリ体操の事など様々な意見交換もさせていただきました。講座終盤では、笑いとたくさんあり、受講生の方々から、「楽しかった」、「受講してよかった」など、ありがたいお言葉もたくさんいただきました。一般市民に向けた講座でしたが、受講生全員に解剖学や「シルバーリハビリ体操」に対して親近感をもっていただけたと思います。3か月間の長い期間でしたが、全員が全

カリキュラムを修了することができました。シルバーリハビリ事業第二弾として、地域の介護事業所スタッフ向けの体操指導講座を開催しました。受講生は18名で、平成31年2月から3月までの毎週水曜日18時30分から20時30分の120分全7回シリーズで学んでもらいました。プログラムは養成講座同様、座学と実技を織り交ぜ、集中が途切れないよう工夫して行いました。業務終了後の時間外での活動となることと、シルバーリハビリ事業自体が65歳以上の一般高齢者を対象に作られた内容である為、開始当初は受講生全員の卒業が可能であるか心配でしたが、17名の受講生が無事に修了式を迎えることができました(修了できなかった1名も、勤務の都合によるスケジュール調整困難で数回出席できず、修了資格を得られませんでした。最



1期生初めての講師



事業所職員対象研修



実技風景



修了式集合写真



模擬講師

終日まで参加していただきました。今回の受講を通じて、各施設での利用者様との触れ合いの幅が広がり、介護予防の一助になればと考えています。

地域づくりに向けた次なるステップとして「シル

バーリハビリ体操指導士養成講座」の一期生による地域のサロンやオレンジカフェなどでの活動も開始しています。自分が生活する地域内で、広報から場所の確保、プログラム調整を受講生自身で行って教室を開催しています。体操を教える立場から、教える立場に変わったことによる環境変化に戸惑いながら、自分なりに体操の種類や時間配分等を考え、会場に足を運んでくれた方々へ、体操指導を行っていました。まだ始まったばかりの事業です。指導士の負担にならないよう、当センターも全力でサポートしていきます。

一期生の今後の活躍を期待するとともに、新たな体操指導士育成とシルバーリハビリ体操教室の拡大を目指して、今後も活動を継続していきます。

鹿屋市介護予防活動支援教室事業
平成30年度 シルバーリハビリ体操指導士養成講座 3級 コース

時間	10:00	10:10	10:20	10:30	10:40	10:50	11:00	11:10	11:20
1回	開講式 鹿屋市の現状と介護予防についての講話 オリエンテーション				シルバーリハビリ体操 の概要		嚥下障害と体操 テキストP26～28、44～46 みちしるペP9		
2回	解剖運動学 体の部位と名称 テキストP7～9 みちしるペP6			解剖運動学 神経 テキストP22～24 みちしるペP8～9			椅子体操1 テキストP32～35、68		
3回	解剖運動学 関節の運動 テキストP10～15 みちしるペP7						椅子体操2 テキストP32～35、69		
4回	解剖運動学 筋肉 テキストP16～17・21 みちしるペP7						起立体操1・起立体操2 テキストP35、74～75		
5回	解剖運動学 骨 テキストP18～20 みちしるペP8						解剖運動学の復習		
6回	床1・床2 テキストP31、70～71						寝て体操1・寝て体操2 テキストP30、72～73		
7回	いっばつ体操 テキストP36～43、76～78								
8回	椅子1・椅子2・起立1・起立2								
9回	床1・床2・寝て1・寝て2								
10回	いっばつ								
11回	実指導の進め方・体操の復習								
12回	実指導の体操復習						閉講式		

教育研修

院外研修

平成30年度研修

【医局】

開催月	開催名	開催場所
平成30年 4月	第118回 日本外科学会定期学術集会	東京国際フォーラム
	第61回 日本手外科学会学術集会	京王プラザホテル
5月	第95回 日本消化器内視鏡学会総会	グランドプリンスホテル新高輪
	第26回 日本乳癌学会学術総会	国立京都国際会館
	第280回 ICD講習会	パシフィコ横浜
	第59回 日本神経学会学術大会	ロイトン札幌
	第91回 日本整形外科学会学術総会	神戸ポートピアホテル
6月	第135回 西日本整形・災害外科学会学術集会	アクロス福岡
	第10回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	福岡国際会議場
	平成30年度 医療安全管理者養成講習会	ベルサール神保町アネックス
	第55回 日本リハビリテーション医学会学術集会	福岡国際会議場
7月	第49回 日本整形外科学会・軟部腫瘍特別研修会	静岡県コンベンションアーツセンター
	第20回 嚥下機能評価研修会	東京慈恵会医科大学
8月	平成30年度 医療安全管理者養成講習会	AP東京八重洲通り
	平成30年度 回復期リハビリテーション病棟専従医師研修会	品川フロントビル会議室
9月	第44回 日本整形外科スポーツ医学会学術集会	アスティ&くしま
	第77回 日本癌学会学術総会	大阪国際会議場 リーガロイヤルホテル大阪
	TNT研修会	昭和大学
10月	第288回 ICD講習会	広島大学医学部広仁会館
	第45回 日本肩関節学会	大阪国際会議場
	第312回 大阪臨床整形外科医会研修会	ANAクラウンプラザホテル大阪
	第20回 日本骨粗鬆症学会	長崎ブリックホール 長崎新聞文化ホール
	第45回 日本股関節学会学術集会	名古屋国際会議場
11月	第48回 日本臨床神経生理学会学術大会	東京ファッションタウンビル
	第80回 日本臨床外科学会総会	グランドプリンスホテル新高輪
	第136回 西日本整形・災害外科学会学術集会	長崎大学医学部記念講堂
	平成30年度 医療安全管理者養成講習会	品川フロントビル会議室
12月	第31回 日本内視鏡外科学会総会	福岡国際会議場
	第31回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	福岡大学病院
平成31年 2月	第49回 日本人工関節学会	京王プラザホテル
	第33回 回復期リハビリテーション病棟協会研究大会	東京ディズニーシー ホテルミラコスタ
3月	第7回 日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会	ホテルハマツ

【看護介護部】

開催日	開催名	開催場所
平成30年5月12日	医療安全対策地域連携のための研修会 2018	東京大学伊藤国際学術研修センター
平成30年5月18日・7月13日・11月9日	日本感染管理ベストプラクティス“Saizen”研究会	サンプラザ天文館
平成30年6月2日	日本手術看護学会九州地区鹿児島分会研修会「実践!手術体位」	恒心会おぐら病院
平成30年6月15日～17日	第23回 日本緩和医療学会学術大会	神戸国際展示場
平成30年6月16日	第12回 鹿児島県ラパロシティーフォーラム	鹿児島市立病院
平成30年6月16日	手術室認定看護師によるテクニカルセミナー	熊本市男女共同参画センター
平成30年6月24日	2018重症度、医療・看護必要度評価者 院内指導者研修	鹿児島県看護協会研修会館
平成30年7月7日	日本手術看護学会九州地区鹿児島分会研修会「実践!手術体位」	鹿児島市医師会病院
平成30年7月16日	第31回 日本臨床整形外科学会	城山観光ホテル
平成30年7月28日	看護管理者研修 「看護の可視化とマネジメント」	株式会社 ホギメディカル
平成30年7月23日～27日	平成30年度 がん看護エキスパートナース研修	鹿児島医療センター
平成30年8月23日	第22回 日本看護管理学会学術集会	神戸ポートピアホテル国際会議場
平成30年10月18日～20日	第56回 日本癌治療学会学術集会	パシフィコ横浜
平成30年10月26日～28日	日本骨粗鬆学会	長崎ブリックホール
平成30年11月9日～10日	第47回 九州消化器内視鏡技師研究会	宝山ホール
平成30年11月23日～24日	日本手術看護学会	パシフィコ横浜
平成30年11月26日～30日	平成30年度 脳卒中看護エキスパートナース研修	鹿児島医療センター
平成30年12月7日～8日	第31回 日本内視鏡外科学会総会	福岡国際会議場
平成31年2月22日～23日	第34回 日本環境感染学会総会・学術集会	神戸国際展示場
平成31年2月22日～23日	第36回 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	大阪国際会議場

【看護協会研修】

開催日	開催名	受講者
平成30年6月2日	看護補助者の活用推進のための看護管理者研修	3名
平成30年7月5～7日	新人看護職員卒後研修教育担当者研修	1名
平成30年8月16日～10月24日	認定看護管理者教育課程ファーストレベル	1名
平成31年1月10日～12日	新人看護職員卒後研修実地指導者研修会	5名
平成31年2月7日～9日	新人看護職員卒後研修実地指導者研修会	3名

【リハビリテーション部】

開催日	開催名	開催場所
平成30年4月26日	第61回 日本手外科学会学術集会 第30回 日本ハンドセラピ学会学術集会	京王プラザホテル
平成30年6月13日	第118回 クリニカルパス大会	済生会熊本病院
平成30年6月30日	第55回 日本リハビリテーション医学会学術集会	福岡国際会議場
平成30年7月26日	平成30年7月豪雨による岡山JRAT本部活動への派遣	倉敷リハビリテーション病院
平成30年7月28日	全国ディケア協会 生活行為向上リハビリテーション研修会 in 福岡	南近代ビル貸会議室
平成30年9月7日	第52回 日本作業療法学会	名古屋国際会議場
平成30年9月15日	日本ハンドセラピ学会	麻生リハビリテーション大学校
平成30年10月13日	九州理学・作業療法士合同学会in 沖縄	沖縄コンベンションセンター
平成30年10月25日	第20回 日本骨粗鬆症学術集会 骨粗鬆症マネージャーレクチャーコース	長崎新聞文化ホール
平成30年11月2日	第2回 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	仙台国際センター
平成30年11月3日	平成30年度 日本ハンドセラピ学会 認定ハンドセラピスト養成カリキュラム基礎研修会	聖マリアンナ医科大学病院
平成30年11月17日	上肢リハビリ装置AR2研究会	ニューピア竹芝サウスタワー
平成30年11月23日	第1回 日本再生医療リハビリテーション医学会学術大会	広島大学霞キャンパス広仁会館
平成30年11月24日	骨粗鬆症リエゾンマネージャー認定試験受講	明治学院大学白金キャンパス
平成30年12月8日	第31回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	福岡大学病院メディカルホール
平成30年12月15日	第23回 日本基礎理学療法学会学術大会 第53回 日本理学療法士学会学術大会	京都テレサ
平成31年1月13日	第19回 スポーツフォーラム21 The Baseball	パシフィコ横浜
平成31年2月21日	回復期リハビリテーション病棟協会 第33回研究大会 in 舞浜・千葉	東京ディズニースター
平成31年3月8日	第7回 日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会	ホテルハマツ
平成31年3月24日	筋ジストロフィーの標準的医療普及のための調査研究班 筋ジストロフィー リハビリテーションセミナー ペーシックコース	TKPガーデンシティ博多新幹線口
平成31年3月31日	2019年削りセミナー(足と歩きの研究所)	松戸整形外科病院
平成31年4月25日	HMS 保健・医療・福祉サービス研究会	銀座同和ビル

鹿児島県内研修会 13件

【診療技術部】

開催日	開催名	開催場所
平成30年7月6日	平成30年度医薬品安全管理責任者等講習会	九州大学医学部 百年講堂
平成30年2月23日・24日	臨床ですぐに使える経腸栄養の実践のしかた	博多バスターミナルビル

薬剤科 鹿児島県内 50件 栄養管理科 鹿児島県内 14件
 画像検査科 鹿児島県内 15件

教育研修

恒心会 学術研究発表会

平成30年10月29日

演題名	部署	発表者
青壮年期から中年期を対象としたロコモ度テストの有用性及び身体機能との関連	リハビリテーション部	村中 将樹
神経筋電気刺激により嚥下機能が改善した橋梗塞後の1症例	リハビリテーション部	小山田由依
円背がある高齢患者の陥没した横行結腸ストーマに対し、便を水様に調整し漏れずに管理ができた一症例	3階西病棟	有馬 澄子
内視鏡外科手術時の画像記録装置のトラブルを経験して	手術室	榎園 誠
内視鏡手術支援ロボット(EMARO)を導入してから1年～EMARO導入から見えたより良い手術チームのあり方～	手術室	町屋 毅志
骨粗鬆症予防アンケートを用いた啓蒙活動が一次骨折予防へ与える影響・効果について	外来	野田ひとみ
当院でのOLSプログラム導入前後の骨粗鬆症治療に対する効果について	医局	海江田光祥
多職種で取り組む経口維持加算	栄養管理科	高 朋子
鹿屋市初の町内会主体の有償ボランティア開所までの流れ	ヴィラかのや サブセンター	豊園 千鶴
腹膜透析利用者様の在宅生活を支えて	ヘルパーステーション ヴィラかのや	満園 和枝
体重増加により自発的活動が低下した利用者への援助を通して	小規模多機能ホーム サポートセンターおぐら24	森 礼美
「帰りたい」気持ちの強い方との関わりを通して	ヴィラかのや 2階	川畑 裕二

法人内 新人看護職員集合研修

日時	内容
4月5日(木)	・感染対策 ・医療安全管理 ・救命救急処理(BLS)
4月6日(金)	・看護部の概況 ・看護倫理 ・看護職能活動 ・医療機器(血糖測定器・シリンジポンプ・輸液ポンプ・電子血圧計・離床センサー)
4月9日(月)	・手術室看護 ・薬剤について ・栄養管理 ・外来システム ・医療機器(モニター・除細動器・高気圧酸素治療器)
4月10日(火)	・緩和ケア看護 ・看護技術(採血法・吸引・膀胱留置カテーテルなど)
4月11日(水)	・認知症ケア・感染対策・看護記録・PDA認証方法・看護必要度 ・画像検査科検査介助時の注意点
4月12日(木)	・安全な移乗介助法 ・医療ガス ・褥瘡予防

平成30年度 大隅地区新人看護師研修(多施設合同研修事業)

	日時	内容
1	平成30年 5月19日(土) 13:00～16:30 池田病院	「看護記録の基本」(卒後1～3年目) 講師:介護老人保健施設やごろう苑管理者 赤崎えり子
2	7月14日(土) 13:00～16:30 池田病院	「アクティビティ」 「2年目の先輩看護師による体験発表」 「K法を用いて問題解決方法を習得する」 (卒後1年目) 講師:大隅地区新人看護職員研修チーム会
3	平成31年 1月12日(土) 13:00～16:30 池田病院	「在宅支援に向けての他職種の関わり」 (卒後2～3年目) 講師:大隅地域振興局 上園千鶴 介護老人保健施設老春園事務長 隈元宏和 池田病院ケアサポートセンター 緒方節子
4	12月8日(土) 13:00～16:30 池田病院	「リーダーシップ」(卒後3年目) 講師:川内市医師会立川内看護専門学校副学校長 前野かつ子
5	3月16日(土) 13:00～16:30 池田病院	「フィジカルアセスメント」(卒後1年目) 講師:大隅鹿屋病院集中ケア認定看護師 山下朋子 「ナラティブ ～看護を語ろう～」 講師:大隅地区新人看護職員研修チーム会

実習関連

平成30年度 実習受入状況

看護部

学校名	人数(延べ)
看護実習	
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(1~3年生)	129名(175日)
尚志館高等学校看護学科(2~3年生)	24名(45日)
鹿児島大学保健学科 チーム医療実習(4年生)	16名(6日)
鹿児島女子短期大学(2年生)	1名(5日)
体験実習	
鹿屋農業高等学校 2年生	2名(4日)
鹿屋女子高等学校 2年生	5名(5日)
南大隅高校 2年生	1名(4日)
鹿屋東中学校 3年生	5名(3日)
鹿屋中学校 3年生	4名(3日)
第一鹿屋中学校 2年生	4名(3日)
高隈中学校 3年生	2名(3日)

リハビリテーション部

学校名	受入数(理学療法士)	受入数(作業療法士)	受入数(言語聴覚士)
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:6名(1・3・10週)	OT:4名(1・3・8週)	ST:2名(3・6週)
鹿児島第一医療リハビリ専門学校	PT:2名(3・10週)	OT:3名(3・8週)	ST:1名(3・6週)
神村学園専修学校	PT:2名(1・4週)	OT:3名(3週・8週)	
鹿児島医療福祉専門学校(老健PT:1名(10週))	PT:5名(3・10週)		
宮崎リハビリテーション学院	PT:1名(10週)		
九州中央リハビリテーション学院	PT:1名(8週)	OT:1名(8週)	
宮崎医療福祉専門学校	PT:1名(10週)		
宮崎保健福祉専門学校		OT:2名(8週)	
熊本駅前看護リハビリテーション学院	PT:1名(8週)		
メディカル・カレッジ青照館	PT:1名(3週)		
九州看護福祉大学(老健PT:1名)	PT:2名(3・8週)		
東京メディカルスポーツ専門学校	PT:1名(8週)		
(受入合計)	12校(25名)	5校(13名)	2校(3名)

薬剤科

学校名	I期受入数	II期受入数
九州保健福祉大学	1名	
第一薬科大学		1名

栄養管理科

学校名	受入数
西九州大学	2名
中村学園大学	1名
南九州大学	1名
別府大学	1名
鹿児島県立短期大学	1名

社会医療福祉科

学校名	受入数
鹿児島国際大学(福祉社会学部)	1名
宮崎医療福祉カレッジ	1名
中村学園大学	1名

画像検査科

学校名	受入数
鹿児島医療技術専門学校	2名

新入職者オリエンテーション

事務局 中川 秀生

平成31年4月新たに看護部・リハ部・介護福祉士・保育士・医療事務、合計19名、の仲間を迎えました。毎年このように新職員を迎え入れるたびに心が引き締まる思いです。



入職式集合写真



辞令交付式

法人の事業方針として人材育成の充実を上げ、昨年よりオリエンテーションのカリキュラムを一部変更して、同期の仲間作りをテーマに取り入れています。これまでは、3日間、各所属長の講義形式で行っていましたが、今年度より、入職式とオリエンテーションに分け2日目からは、国立大隅青少年自然の家での宿泊研修を取り入れ、職業人、社会人として同期の団結力と協調性をチームで役割を持たせ、業務を遂行するという座学だけではなく、活動しながら積極的に主体的に取り組む研修へ変更しました。

初めは、緊張しながら取り組んでいましたが、センター担当者の協力もあり、仲間作りのレクリエーションでは、チームごとにテーマをクリアしていく中で、緊



コミュニケーション作り研修

張が解れ協調性も芽生えてきたようにみえました。また多職種が入り混じることでの連携なども早くに打ち解けるのが目に見えて感じました。

野外炊飯で、火起こしから、調理まで昨年同様、ローストチキンとピザをメニューに取り入れ、一つのことを協力しながら実行することは、仕事の面でも共通することだと感じました。



夕食調理風景

交流会では、スケジュールで追われる中、親睦を深めてもらうため、病院で1年を通して実施される親睦行事を映像で、仕事以外の活動と福利厚生



交流会風景

などを知ってもらう機会としました。また各職種の先輩にも参加してもらったことで業務に入ってから相談できる人がそばにいるという関係作りもできました。

翌日のスケジュールは、鹿屋市消費生活センターの方に、「金融トラブルに巻き込まれないために」というテーマで講義を実施、最近のSNS関係のトラブルに当職員が巻き込まれないように身近な情報をわかり易く講義していただきました。



講義風景

また今回は、そば打ち体験を取り入れました。地域の方に教わりながらそばを打つという体験は地域



地域交流研修「そば打ち体験」

に根ざした病院作りを目指している私達にとって、地域と関わりがもてる貴重な体験になりました。いろいろな話を聞くことができ、「教えてもらうことの楽しさがわかった」と職員から意見をもらえたことは、今回の研修の大きな成果だと受け止めています。

野外活動「グリーンアドベンチャー」では、今回の研修の目的すべてが詰まっており、リーダー役を初め各担当が役割を遂行して限られた時間の中で結果を出していくこのグリーンアドベンチャーは、



野外活動

特に意義のある研修となりました。アンケートの意見も、仲間と、報・連・相を意識し、話し合い、協力し他職種間のつながりのとの大事さを学んだと振り返っていました。新入職者が、当法人で長く務めていくことができるように、この研修の目的や意義を毎年再度確認し見直しを行っていくことで更に充実した内容のあるオリエンテーションを目指していきます。



研修終了後 全体写真

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



さかもと歯科クリニックでは法人全体の第4期中長期事業方針に沿って歯科部門としての中長期目標を「3年後のあるべき姿として院外活動を充実し、法人内の医科歯科連携だけでなく法人外部との連携が円滑に進むようにサポート役を果たす」という目標を掲げました。

3ヶ月のスタートとなる昨年度は、院外活動の時間の確保と医科歯科連携の拡充、常勤医確保のための活動及び環境整備、診療報酬改定への対応の3点を目標として掲げました。

末尾に医科歯科連携に関する指標の前年比をお示ししますが、病棟との連携については検診数、受診数は増えましたが、延べ件数はマイナスの結果となりました。老健については受診数も、延べ件数もマイナスという結果に終わりました。インフルエンザによる影響等により冬場に病棟との往来が一時中断したことも要因の一つとして挙げられますが、残念ながら連携の停滞感は否めません。大きな要因としては、院外の活動に割く時間を確保できず連携に関わる関連職種の方々と積極的に向き合って協議する機会を作ろうとしなかったことが挙げられます。今後はそのような時間をいかに作るかが課題となってきます。

そんななか昨年度、医科歯科連携に関するトピックがありました。恒心会おぐら病院が大隅鹿屋病院と共に鹿児島県歯科医師会と「周術期等口腔管理連携合意書」を締結しました。この合意の意味することは、がんやその他の患者さんに対して質

の高い医療を提供するために地域の歯科医院と連携しますと宣言をしたこととなります。また、従来、がん診療と心臓血管外科手術に限定されていましたが、昨年度の診療報酬改定で整形外科の人工関節置換術等にも対象が拡大してきております。この連携は病院側から開始しないと始まらないという条件や連携の方法が分かりにくいという側面があるため進んでいない地区はほとんど連携がないという現状があります。統計的にも鹿児島県も全国的に見て低い水準にあるようです。

しかし、周術期口腔機能管理を行うことにより、合併症の減少だけでなく、在院日数の減少、質の高い医療を提供し、患者のQOLを向上させることが期待されています。また、DPCを採用している病院にとっても収益性が上がることも示されています。第4期中期事業スローガンとして「恒心会の強みにハブ機能を備えた法人作りとアライアンスの構築」という目標を掲げている当法人にとっては事業目的に即した連携のひとつであると認識しております。

これらのことを踏まえて今年度の取り組みについてですが、より具体的な目標設定ということで「周術期口腔管理への取り組みを推進する」という目標を掲げました。具体的な行動計画としては、まず病院側が連携を開始しなければ連携がスタートしないため、中心となる患者さま・担当されるDrや関連職種の皆さんに口腔管理の必要性をご理解していただかないといけませんのでそのための協議をおこない資料類や説明文書等を整備します。また地区の歯科医師会とも実施に当たっての協議も必要になります。始めれば必ず何らかの問題や課題が生じてくる可能性もあるとは思いますが、踏み出さな

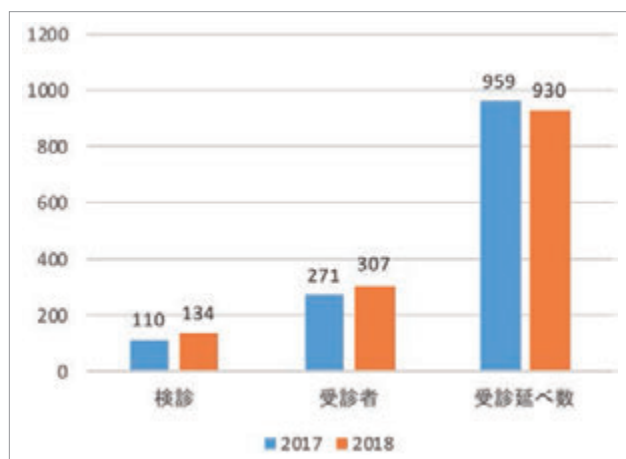
いかぎり、それすら分かりませんので、ひとまず、関連職種の皆さんのご意見を聞いてある程度の準備が整えば開始したいと考えております。達成事項としまして上半期は数例でも良いので、がん診療を中心に実績を挙げてみる。そして下半期はその反省をもとに修正を行い、症例数を増やして円滑に周術期口腔管理ができるよう体制を整えることを目標として取り組みます。

また昨年度下半期あたりから、骨粗鬆症のプラリア注（デノスマブ）の開始前に医科担当医からの歯科検診の紹介が増加しつつあり、医科の先生方

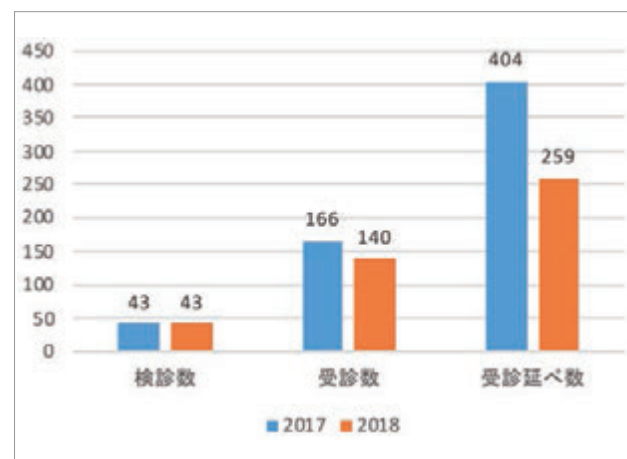
も口腔ケアの重要性に注目くださるようになり、連携の強化を進める必要性を痛感しております。今後は安心安全な医療を提供するために周術期連携に限らずこのような医科歯科連携にも積極的に取り組んでまいりたいと考えております。

法人の中で小さな歯科部門の取り組みではありますが、法人完結型や地域完結型包括ケアの一端を担えるように取り組んでまいりたいと思います。

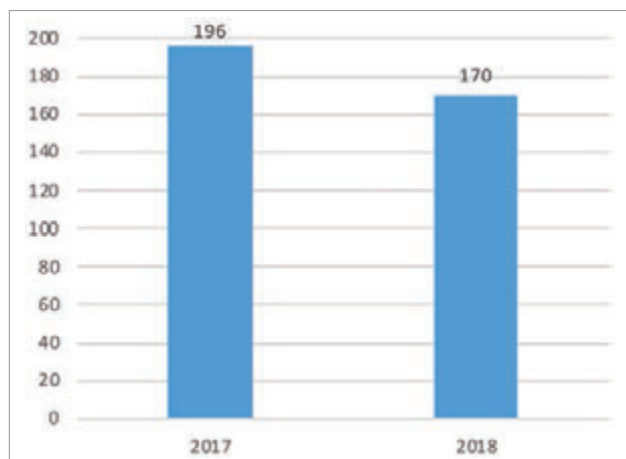
以下、平成30年度の法人内医科歯科連携に関する対前年比グラフです。



病院入院患者歯科検診・受診数



ヴィラかのや入所者歯科検診・受診数



術前歯科検診

介護事業部

法人介護事業部ならびに介護老人保健施設 ヴィラかのや

副施設長 福田 隆 一

1. 昨年は介護報酬改定年度でした。老健施設が在宅支援復帰機能に応じて新たに分類された5類型の中で、最上位基準の超強化型老健として臨んだ1年でした。老健施設の算定要件である在宅復帰率等の10指標の合計70点以上を達成し（図1）また昨年と比較可能な在宅復帰率、回転率、重症度については、すべて要件をクリアしたところです。（図2）また地域密着型サービスの小規模多機能施設の定員増が行われました。小規模多機能の登録件数は増床の結果前年を上回り、今後は利用稼働の減少を防ぐ待機待ちリストを作成、急な減少に備えていきたいと思ひます。



(図1) 老健10指標推移

管理指標	29年度(平均)	30年度(平均)
在宅復帰率(50%以上)	60.0%	67.3%
回転率(10%以上)	16.4%	14.1%
重症度(50%以上)	69.3%	68.8%

(図2) 3指標昨年比推移

2. 通所リハビリは昨年改定において、長時間リハは単価減となり、大幅な減算が予測されました。定員の再考とレベル別移行、通所の短時間化により、前

年対比両事業所合わせてほぼ前年並みに抑えられたところです。また医師の会議参加、リハ計画書を作成するなど通所リハマネジメント加算を算定し、本来の通所リハの機能回復を目的とした、充実したリハビリの提供を促しました。こうした内容の取組から通所リハは自立した生活へ戻すべきサービスと位置付けられ、通所介護にある世話の概念との差別化が図られたところで今後もこの傾向が続くものと思ひます。

3. 自立支援・多職種連携による質の高いサービスの提供（アウトカム重視）として排泄や食事等、各委員会の多職種での取り組みを開始。排泄支援、栄養スクリーニング等の新規加算の算定を開始しました。介護に関するエビデンスを図るべく、介護だけではなく看護介護・リハに関する科学的根拠をもったケアを求めており、今後もケアの科学的根拠をもとめ質向上につなげていかなければならないと思ひます。排泄委員会においては、看護、介護、リハ、ケアマネが排泄アセスメント、チェック表、計画表をもとに、特に排便ケアの充実を目標にあげ、自然排便の取り組みを実施しています。また当老健の研修の取組として『チームで取り組む根拠に基



排便ケア研修会

づく排便ケア』を大隅地域で開催しました。

また、宮崎県で開催されたコンチネンスセミナーにおいて基調講演『排便ケアによる業務改善に向けて』事例発表『薬剤に頼らない自然排便の取組』を行い当施設の取組をアピールできたと思います。



コンチネンスセミナー 事例発表



コンチネンスセミナー
発表風景

また、栄養スクリーニング、経口維持加算なども歯科医師を加えた多職種において、ビデオ、写真などミールラウンド(食事観察)を行い、KTチャート(口から食べるチャート)の点数化、どこの機能が劣っているかを分析、多職種でのカンファレンスを行

い、最後まで口から食べる機能の改善につとめております。また当施設において拘縮予防の姿勢カンファレンスを実施し、ポジショニングに関する研修も実施しました。

4. 人材確保に向けての取組 においては、昨年奨学生人材の募集をおこないました。また他職種に流れた潜在的な介護福祉士の掘り起こし、シニア人材の活用などを行い離職防止を行っている他の事業所も見られることもあり、今後検討していく余地があるとおもわれます。



転倒予防研修

また昨年は新たな免許取得者が2名、喀痰吸引業務事業者の登録数10名となり、働きながらの介護人材育成、スキルアップの支援をしていく予定です。

5. 介護機器(見守り機器) ICT会議導入については、身体拘束廃止や転倒予防を背景に、見守りや声掛けなど、これまで人がしていた作業を少しでも



低床ベッド導入 比較写真

ICTやロボット技術で代替し、働きやすい労働環境づくり(労働生産性向上)につなげていくための検証実験として、離床センサー付き低床ベッドを4台導入しました。

またヴィラ通所リハにおいて、運動と課題を同時に行うと軽度認知症予防に効果があるとされる、デュアルタスクトレーニングマシン、コグニバイクを導入し、認知症予防に活用しております。



コグニバイク導入

平成31年度介護事業所事業方針について

5つの目標を上げました。

1. 超強化型老健・介護事業所の運営

・在宅復帰在宅療養支援等指標70点以上(超強化型)の維持継続。

・地域密着型施設(サポートセンター・グループホーム)の高稼働運営。

2. 通所リハビリ事業の稼働安定とリハ内容再考

・短時間通所リハの稼働増(外来疾患別リハ期限切れ対象者の移行)

・医師連携によるリハビリテーションマネジメント加算の算定向上

3. 科学的効果に裏付けられた介護技術の向上

・摂食嚥下評価に基づく食事介助の提供。

・排泄アセスメント等客観的評価を重視したケアの確立

4. 人材確保、育成に向けての取組

・潜在看護、介護人材活用

・シニア人材の活用(介護助手)

・外国人介護職受け入れの検討

・介護福祉士合格者の養成

・喀痰吸引業務従事者の養成

・認知症実践者研修・管理者研修・計画作成者養成

・介護分野におけるリスクマネージャー養成

5. 高齢者住宅等の再検討

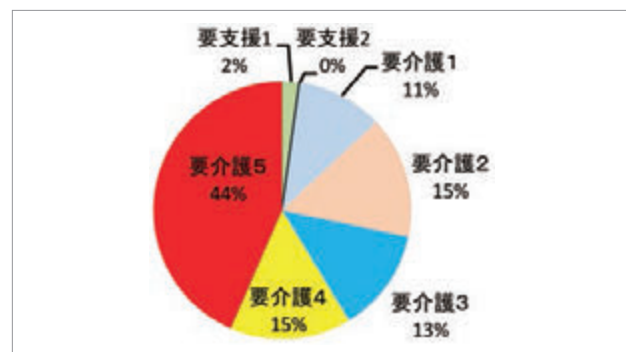
・急性期、回復期、老健に次ぐ居住系サービス環境整備の再検討。

訪問看護ステーションことぶき

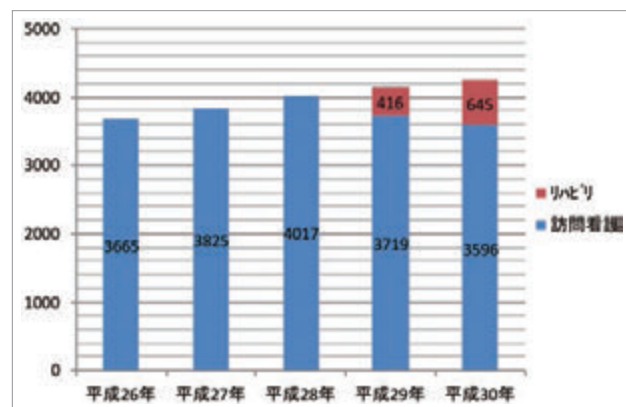
所長 稲 富 千代子

訪問看護はご自宅で療養生活をおくる要介護者の方や治療が必要あるいは医療機器を利用している方の暮らしを専門的な視点でサポートします。

入院すると病院内のルールで生活しますが、元々生活していた場ではその方ひとりひとりの生活の仕方があります。ご家族や社会資源スタッフの方とも協力して病院と同様のケアを実施し、医療機器や人員が揃った病院とは異なる生活の場でいかにアセスメントし、病状悪化を予防できるか、本人の意思を尊重できるか等、病院内の条件で行なわれる看護とは異なる視点が必要です。



介護度の高い利用者が多く(上記グラフ)、訪問看護のリハビリテーションは需要に応じてリハビリ枠も増やして対応できました。



訪問看護件数平均(月)

在宅ではその人とその家での起居動作や生活動作が転倒予防にも大切であり、多職種連携が重要なキーポイントとなります。

平成30年度研修実績

院内院外現任教育 計画通り受講	全員
恒心会看護部ラダー研修受講	全員
地域がん医療研修会 疼痛管理	3名
重症難病医療ネットワーク研修会	1名
難病支援検討会コミュニケーション機器と制度	1名
鹿屋在宅支援診療所勉強会	5回
鹿屋市立看護専門学校(講師)	1名

平成30年度訪問看護実習受け入れ

看護協会訪問看護管理者研修	1名
看護協会訪問看護養成講座研修	2名
鹿児島大学保健学科チーム医療実習	8名
鹿児島中央看護専門学校	2名
鹿屋市立看護専門学校	8名
鹿児島大学病院退院後研修	1名
恒心会看護部ラダーⅣ	15名

次年度は鹿児島県看護協会訪問看護師養成研修(eラーニング活用)受講1名、日本小児呼吸器学会1名発表予定

今後の展望

地域の包括や居宅支援事業所、法人内外の医療機関や在宅医と共に退院支援、日常の療養支援、急変時対応、看取りまで対応可能な訪問看護ステーションとして多職種と連携を図り、在宅へ繋ぐ担い手となり、その後もその人の支え手となる信頼される訪問看護ステーションを目指しています。

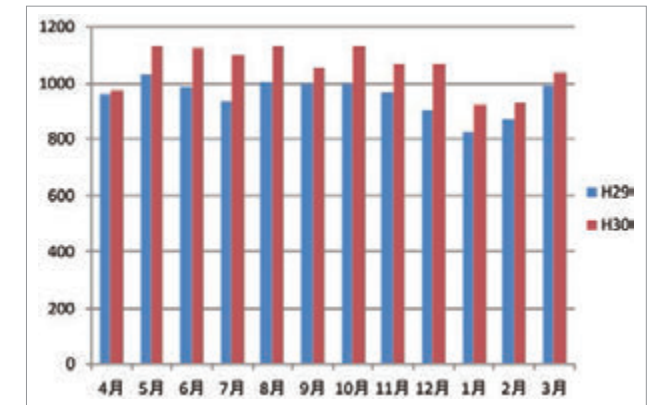
通所リハビリテーション

科長 了徳寺 孝文

通所リハビリテーションでは、従来の重度者に対するリハビリテーションのほか、要支援者に対する介護予防を重視したリハビリテーションプログラムを検討し実施しています。

私たちが取り組んだ一例として、コグニバイクの導入があります。

コグニバイクは、一見エアロバイクにみえますが、前方にあるモニターに簡単なクイズなどが表示されるようになっており、ペダルをこぎながらクイズに答えるという身体的負荷と頭脳的作業を同時にこなす、いわゆるダブルタスク作業への取り組みが介護予防や認知症予防に効果的であり、特にモニターで回答した結果などデータとして経過を評価



通所利用者数

できるのもメリットの一つと言えます。

鹿児島県内でも導入している事業所は少なく、この成果を踏まえさらに工夫を重ねながら特色ある事業所作りをしていきたいと思ひます。

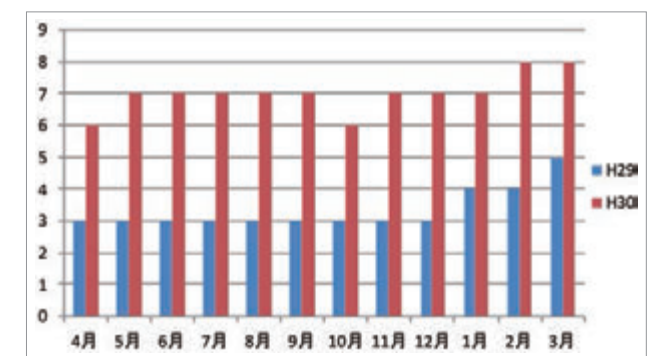
ヘルパーステーションヴィラかのや

主任 柳 田 光 代

訪問介護事業では、利用者層について従来の高齢者に加え、障害者からの要請が徐々に増えてきています。特に、身体障害だけでなく精神障害や知的障害の利用者を想定した受け入れ体制の充実も今後の課題と言えます。派遣される非常勤ヘルパーにとって、しっかりと利用者の疾患や障害内容を理解するとともにコミュニケーションの在り方に至るまで学習しておくことは重要なことだと考えます。

そこで平成30年5月に、肝属地区障がい者総合支援センター管理者の江之口博行さんを講師に迎え「精神障がい者の支援について」と題し研修会を開催しました。

研修会では、障害の内容についての説明のほか、



障害者登録件数推移

利用者への声掛けや特に自宅内におけるコミュニケーションや注意すべき態度、ご家族への対応などを学びました。

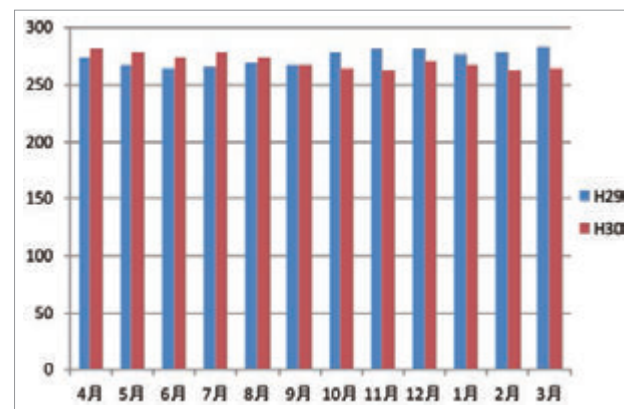
今後も増加傾向にある障害者支援を継続していくために研鑽を積んでいきたいと思ひます。

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 豊園裕一

平成30年4月の介護報酬改定において、居宅介護支援事業所における特定事業所加算算定要件の中に「同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取り組みを、自ら率先して実施していかなければならない」と新たに追加されました。

これまでも地域連携は求められていましたが、より具体的に示された形になりました。鹿屋市にある本事業所は、鹿屋市地域包括支援センターとともに、鹿屋市を東西南北の4地域に区分したうちの東部地区連絡会の一員として事例検討会などの企画に参画しています。主任介護支援専門員を6名配属していることから、地域の小規模な居宅介護支援事業所の



実績件数推移

介護支援専門員への助言などの役割も果たしています。

今後も制度改正や地域情勢の変化に対応すべく切磋琢磨して地域に貢献していきたいと考えています。

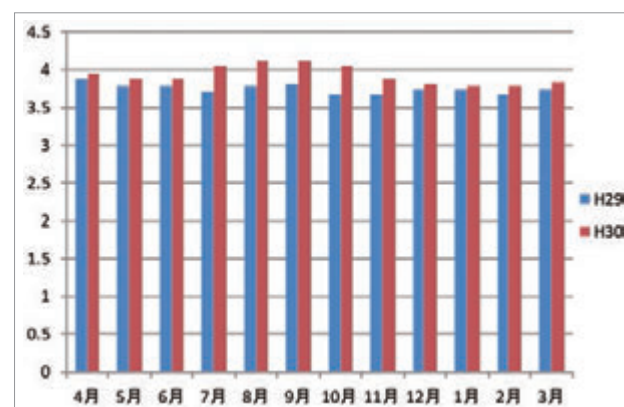
グループホームイーストサイドおぐら

主任 宮橋梨恵

グループホームでは、平成30年4月の介護報酬改定により口腔衛生管理体制加算を位置付けられました。特別養護老人ホームなどで認められていた加算が、グループホームにも設定されたことで、入居者の口腔管理を重視する流れにあると考え、私たちは法人内歯科診療所の協力のもと、定期的に利用者の検診をしていただいています。

認知症の利用者も歯科医師に対して信頼していると思われ、安心して口腔内の診察に協力されています。

また、同診療所の歯科衛生士によるスタッフに対する指導もあり、スタッフ自身の口腔ケアへの意識



要介護度推移

向上につながってきていると思います。

法人の強みを生かした運営で、利用者やご家族に安心を提供していきたいと考えます。

小規模多機能ホームサポートセンターおぐら24

主任 小牧寿

【地域に向けた取り組み】

小規模多機能ホームは地域密着型サービス事業として鹿屋市地域との連携がその使命の一つにあります。

私たちが出来ることとして、勤務している有資格者職員のスキルを活かし地域住民に貢献することが挙げられますが、その一例として地域で開催される認知症サポーター養成講座やキャラバンメイト養成講座へ派遣講師として協力することにいたしました。

平成30年10月13日、当事業所の位置する笠之原町の笠之原小学校において、認知症サポーター養成講座が開講され、およそ70名の小学生が受講されました。これは、こどもの頃から介護につい



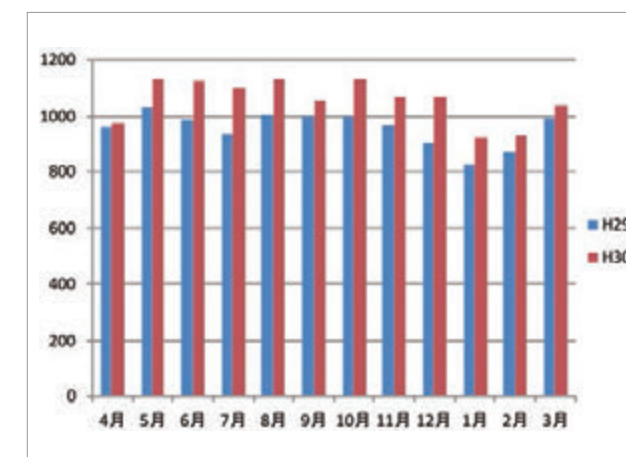
認知症サポーター養成講座開催風景

て関心をもってもらい、将来の介護人材としての期待を込めて鹿屋市地域包括支援センター主催で企画されたイベントです。この講座のサブ講師として参加し、認知症を理解するために海馬の仕組みを箱とボールを使った説明を行ったり、グループワークでの助言、寸劇などを行いました。

また、同地域の寿3丁目高齢者クラブ(きばいもんそ会)キャラバンメイト養成講座においては、23名の参加のもと、他の講師とともに認知症治療と予防や体操・症状への対応について説明を行い、

終了後には午前中に高齢者クラブの総会があり、オレンジリングの配布を行いました。

今後も地域密着型サービスとして、地域の活動に積極的に参加し貢献していきたいと思っています。



登録数推移

鹿屋市地域包括支援センター 寿8丁目サブセンターヴィラかのや

生活支援コーディネーター 豊園 千鶴

当事業所は鹿屋市の東部地区を担当する鹿屋市地域包括支援センターのサブセンターとして活動しており、特に地域活動への参画協力などが、生活支援コーディネーターの主な役割です。

平成30年度の取り組みとして最も大きなものが、担当地域内にある「有償ボランティア寿6丁目泉ヶ丘きばいもんそ会」の立ち上げでした。

同地域では公営住宅があり独居高齢者の比率も高まっていたところに、94歳の独居高齢者の孤独死があり、このことをきっかけに町内会において支えあい活動を始め、さらにただでお願いするのは悪い

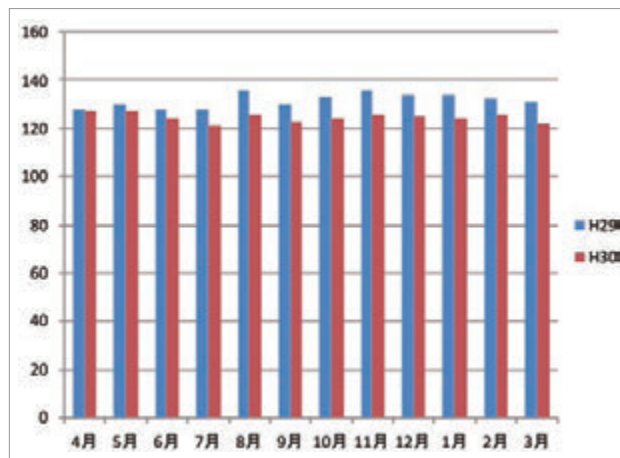


「泉ヶ丘きばいもんそ会」集合写真

からと御礼をするなど、お互いに気遣いをするようになったことから、むしろ安価な30分300円での助け合い券を活用する、この仕組みが出来上がりました。

生活支援コーディネーターとして、町内会との話し合いに何度も足を運び、5月20日に開所することが出来ました。

全国的に見てもまだ新しい取り組みなため、他県からの視察や全国大会での活動報告などその後も関わりを継続しています。この例をもとに、他の地域での取り組みにも協力していきたいと思えます。



実績件数推移

研究論文・学会発表

医師業績

【学会発表一覧】

演題名	発表者	学会名	年月
化膿性股関節炎の起因菌がアクネ菌であった一例	高橋 建吾	西日本整形外科災害外科学会	2018年6月
当院における変形性膝関節症患者のBone Marrow Lesionについての検討	高橋 建吾		
投擲側外傷性肩甲骨関節窩骨折を伴う肩前方不安定症に対し鏡視下修復術を施行し、完全復帰したエリート砲丸投げ選手の一症例	海江田光祥	JOSKAS(日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会)	2018年6月
当院における変形性膝関節症患者のBone Marrow Lesionについての検討	高橋 建吾	JCOA(日本臨床整形外科学会)	2018年7月
短外旋筋共同温存法(CPP法)を用いた後側方侵入人工骨頭挿入術の小経験	海江田光祥		
骨粗鬆症予防アンケートを用いた啓発活動が一次骨折予防へ与える影響・効果について	海江田光祥	日本骨粗鬆症学会	2018年10月
リスフラン関節脱臼骨折が第一中足骨単独で発症した1例	高橋 建吾	西日本整形外科災害外科学会	2018年11月
足関節内果疲労骨折の3例	小倉 拓馬		
遠位橈尺関節症による伸筋腱断裂の治療経験	中村 優子		
小指屈筋腱皮下断裂の治療経験	有島 善也	九州手外科研究会	2019年2月

論文

九・山スポ研究会誌 Vol.30: 69~72, 2018

スライダー投球時に外傷性肩前方不安定症を 発症したエリート野球投手の1症例

海江田 光 祥¹⁾ 中 畑 敏 秀¹⁾ 永 浜 良 太¹⁾ 東 郷 泰 久¹⁾
小 倉 雅¹⁾ 藤 井 康 成²⁾ 赤 嶺 卓 哉²⁾

【目的】今回スライダー投球時に外傷性肩前方不安定症を発症したエリート野球選手に対し、鏡視下バンカート修復術を施行し、完全復帰した症例を経験したので報告する。

【症例】22歳、男性、右投げ。平成24年8月にスライダーを投げた際に右肩が外れそうな感じを伴う痛みが出現した。受傷当日、寝返りの際、ポキッと音がして痛みが軽減し、挙上しやすくなったが、その後も痛みのため投球困難となり重荷を持つなど仕事上も支障が続くため当院を受診した。CT、MRIにて2時から4時にかけて骨性バンカート病変を認め、右肩関節前方不安定症の診断で平成24年12月に鏡視下バンカート修復術を施行。術後8ヵ月頃よりピッチングを開始し、術後1年でピッチャーとして完全復帰した。術後約5年経過した現在も、アマチュア野球のエースピッチャーとして活躍している。

Key words: Shoulder Dislocation (肩関節脱臼), Arthroscopic Bankert Repair (鏡視下バンカート修復術), Baseball (野球)

はじめに

野球選手、特にピッチャーの投球側における肩前方不安定症は、保存療法ではその治療に限界があり、鏡視下手術が普及した現在においても、ピッチャーへの完全復帰に関しては満足いく結果を得るのは難しいのが現状である。今回、スライダー投球時に外傷性肩前方不安定症を発症したエリート野球選手に対し、鏡視下バンカート修復術を施行し、完全復帰した症例を経験したので報告する。

症 例

22歳、男性、右投げのピッチャー。野球歴は小学4年よりピッチャー。平成22年春頃に腱板炎の診断にて保存療法を受け、完全復帰もするも以後、球速の低下、投球フォームの違和感があり、時々右肩の痛みを繰り返しながらピッチャーを続けていた。平成24年8月にスライダーを投げた際に右肩が外れそうな感じを伴う激痛及びその後の挙上困難が出現し、スローイングも中止した。受傷当日、寝返りの際、ポキッと音がして疼痛軽減、挙上困難も改善したが、その後も痛みのため投球困難となり、重荷を持つなど仕事時の支障も続くため平成24年10月当院初診となった。初診

時の身体所見では、疼痛を伴う軽度の可動域制限があり、WHIPPLE及びO'BRIENテストで疼痛あり、Clunkテストでは90°外転付近から肩後方の痛みと共に肩内転方向への上半身の移動と肩内転筋群の緊張亢進を認めた。LOAD & SHIFTテストでは前方から前上方への不安定性を認め、スローイングは痛みのため不能であった。単純X線では明らかな異常を認めなかったが(図1, 2)、関節造影のMRI(図3, 4)及び3DCT(図5, 6)では、2時から4時にかけてほぼ関節窩切痕部に一致して前方中央部に骨性バンカート病変を認め、右肩前方不安定症の診断にて平成24年12月鏡視下バンカート修復術施行した。

手 術

全身麻酔下ビーチチェア位で手術を施行した。2時から5時半まで関節唇が剥離し、バンカート病変を認め、3時の関節窩切痕付近を中心に骨性バンカート病変を形成していた(図7)。MGHLは起始部から全体的に内側下方に弛緩しており、腱板疎部の開大を認め(図8)、通常の骨性バンカート病変に比べ、明らかに骨性病変が前方に局限していた。関節窩白蓋縁に沿って骨性バンカート部をラスプで十分に剥離後さらに6時半くらいまで剥離し、関節包の引き上げを行い、ア

1) 恒心会おぐら病院整形外科
2) 鹿屋体育大学保健管理センター



図 1, 2 : 明らかな骨性バンカート病変なし.

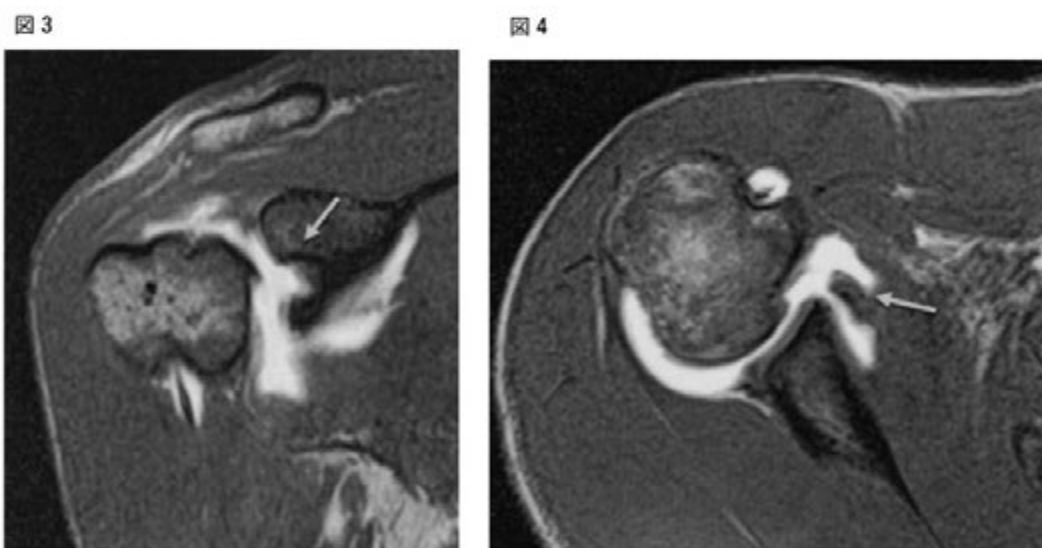


図 3, 4 : 前方中央部に (矢印) バンカート病変あり.

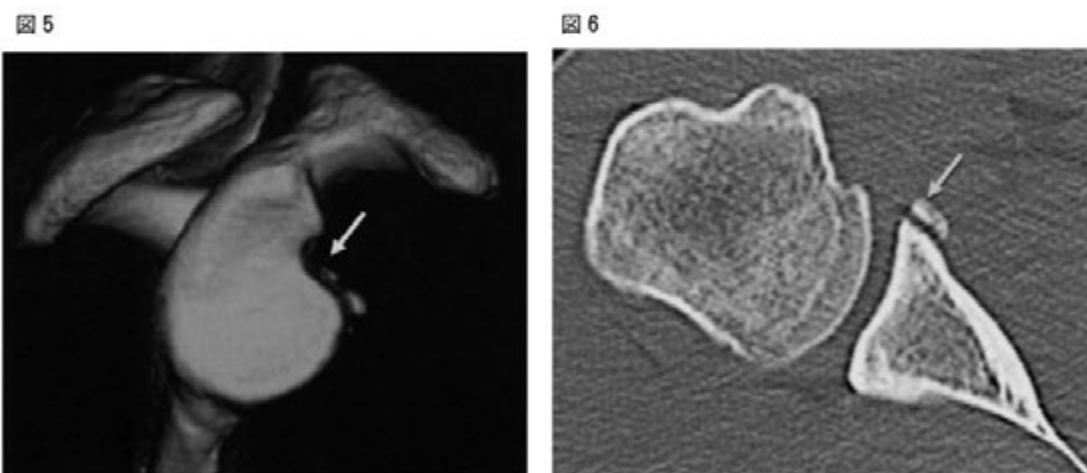


図 5, 6 : 前方中央部に (矢印) バンカート病変あり.



図 7 : クレフトを伴う骨性バンカート病変及び関節唇認めた.

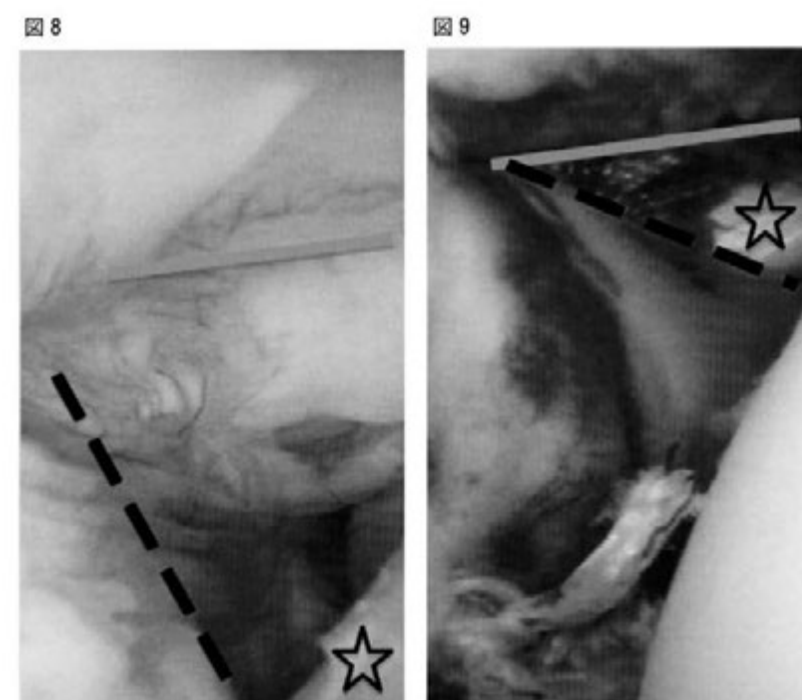


図 8 (修復前) : 実線 (上腕二頭筋長頭腱下縁) と点線 (MGHL 上縁) 間の開大, MGHL の弛緩, 肩甲下筋 (星印) も下方を走行していた.

図 9 (修復後) : 実線 (上腕二頭筋長頭腱下縁) と点線 (MGHL 上縁) 間の狭小化, MGHL の緊張改善, 肩甲下筋 (星印) も上方を走行している.

ンカーを 6 時半, 4 時半, 3 時半, 2 時半に打ち, AIGHL を骨片ごと持ち上げ修復した.最後に 1 時付近にアンカーを打ち, MGHL を十分引き上げて修復したところ腱板疎部の開大も改善した手術終了した (図 9).

術 後 経 過

術後 3 週間はウルTRASリング固定し, その後は通常のバンカート修復術に準じた後療法を行い, 術後 8

ヵ月頃よりピッチングを開始し, 術後 1 年でピッチャーとして完全復帰した. 術後約 5 年経過した現在も, アマチュア野球のエースピッチャーとして活躍している.

考 察

投球側の肩関節前方不安定症に関して, 菅谷は初回脱臼の場合は機能訓練にて復帰可能な場合もあるが¹⁾, 反復性脱臼の場合は根治を希望する全症例が手術適応であると述べている²⁾. 術式に関しては近年, 前方不

安定症に対する鏡視下手術によりほぼ満足いく成績が報告されるようになり³⁾, 鏡視下バンカート修復術が選択されるのは異論がないが, 山上らは投球側の本症を手術する際に問題となるのが, late cocking から acceleration phase 時に肩関節が外転外旋位を強制され, 脱臼誘発肢位に近くなることであると述べている⁴⁾. そのため, 他の反復性前方不安定症の治療に比べてスポーツ復帰は容易ではなく, 諸家の報告でも完全復帰率に関しては 54.8%~89% と報告により差がある⁵⁾⁶⁾. また, 投球スポーツ選手における肩関節前方脱臼の受傷機転に関しては, 通常はヘッドスライディングやスライディングキャッチ, Cocking phase の末期の過屈曲や過水平外転あるいは外転外旋強制での脱臼であり, その際は, 肩関節は前下方へ脱臼するため骨性バンカート病変部の中心は前下方部へ生じる. しかし, 本症例のようにスライダークロウの Ball release 時に指にかからずすっぽ抜けて脱臼した場合, 肩外旋位でボールに伝達すべきエネルギーが直接上肢に加わる形となり, 上肢の遠位が想定より早期に前下方へ移動し, 上肢近位の上腕骨頭に前上方へのモーメントが生じることになる. このモーメントが通常では前下方に生じる骨性バンカートの位置を前方あるいは前上方へ移動させたと考える. 投球スポーツにおける 1 球のエピソードによる肩関節前方脱臼の多くは前下方のバンカート病変であるが, 本症例のようにスライダークロウのすっぽ抜けによる肩外旋位での肩関節にかかる前上方へのストレスは, 通常とは異なる脱臼の特徴を有すると考えられた.

結 語

1. 1 球のスライダー投球にて生じた投球側肩前方不安定症に対し鏡視下バンカート手術を行い, 完全復帰したエリート野球ピッチャーの 1 症例を経験した.
2. 野球のピッチャーの投球側脱臼の場合, 受傷機転の違い (特にスライダークロウのすっぽ抜け) により通常のバンカート病変とは異なり, 前方あるいは前上方方向へ脱臼することによる前上方優位の病変が生じる可能性がある.

文 献

- 1) 菅谷啓之: 肩関節脱臼 (初回脱臼), 月刊トレーニングジャーナル 316(2): 80-81, 2006.
- 2) 菅谷啓之: 肩関節脱臼 (反復性脱臼), 月刊トレーニングジャーナル 317(3): 48-49, 2006.
- 3) Sugaya, H, et al: Arthroscopic Osseous Bankart repair for Chronic Recurrent Traumatic Anterior Glenohumeral Instability J. Bone. Joint Surg Am. 87A: 1752-1760, 2005.
- 4) 山上直樹, 菅谷啓之: 投球側における外傷性肩関節前方不安定症. 鏡視下手術とスポーツ復帰. 臨床スポーツ医学 25(7): 751-756, 2008.
- 5) 鈴木一秀, 上原大志: スローイングアスリートの外傷性肩関節前方不安定症に対する鏡視下 Bankart 法の治療成績. 臨床スポーツ医学 27(10): 1319-1323, 2010.
- 6) Ide, J, et al: Arthroscopic Bankart repair using suture anchor in athletes. Am. J. Sports Med. 32: 1899-1905, 2004.
林田賢治, 中川滋人: 鏡視下 Bankart 法と後療法. 臨床スポーツ医学 27(12): 1325-1330, 2010.

橈骨遠位端骨折に対する長母指伸筋腱断裂の検討

— 保存的治療症例について —

堀之内 駿* 海江田 光祥* 高橋 建吾*
松山 金寛* 田邊 史* 東郷 泰久*
小倉 雅* 佐々木 裕美** 小宮 節郎**

橈骨遠位端骨折後の長母指伸筋腱断裂の頻度はガイドラインでは 0.8~4.9% と報告されており, 受傷後数週間以内に生じることが多いとされ, 見逃されてはならない合併症の一つである. 今回われわれは 2012 年 4 月~2016 年 12 月までに橈骨遠位端骨折に対して保存的加療を施行した 115 例 (60 歳以上の男性 23 例, 女性 92 例, 平均 83.7 歳) のうち, 長母指伸筋腱断裂をきたした 4 例を検討した. 全例女性で, 平均年齢は 69.5 歳であった. 3 例は転位の少ない骨折で, 骨折受傷から断裂までの期間は平均 23.5 日であり, 従来の報告と同様の結果であった. 断裂の発生要因としては, 背側皮質の sharp edge 等による機械的要因が考えられた. 長母指伸筋腱断裂は比較的まれな合併症ではあるが, 早期社会復帰, ADL に影響を及ぼす合併症であると考えられ, 橈骨遠位端骨折を発生した場合は, 合併症についての十分なインフォームドコンセントが必要である.

Key words: distal radius fracture (橈骨遠位端骨折), extensor pollicis longus (長母指伸筋), extensor indicis proprius (固有示指伸筋)

はじめに

長母指伸筋 (Extensor pollicis longus; 以下 EPL) 腱断裂は橈骨遠位端骨折の合併症として, その発生頻度は 0.8~4.9% と報告されている. 転位の少ない骨折に多く, 受傷後数週間以内に発症すると報告されている. 発生機序としては, 機械的要因として, 背側皮質の sharp edge, Lister 結節の不整像, EPL groove の狭小化などさまざまな報告がある. これらに, 血流不全が起こりやすいという解剖学的な要因と複合して, EPL 腱断裂に至るとする報告もある. 今回われわれは, 橈骨遠位端骨折に対して保存的加療施行中に EPL 腱断裂をきたした 4 例を経験したため, 発生までの期間, 発生原因について, 諸家らの報告と比較検討した.

対象と方法

2012 年 4 月~2016 年 12 月までに, 橈骨遠位端骨折に対して保存的加療を施行した 60 歳以上の 115 例 (男性 23 例, 女性 92 例, 平均 83.7 歳) のうち, EPL 腱断裂をきたした 4 例 (表 1) を対象とした. 整復しても良好な整復位を保持できない不安定型骨折以外の

表 1 対象: 骨折の保存的加療中に EPL 腱断裂を発生した 4 例

	年齢	性別	骨折型 AO 分類	EPL 腱断裂に 対する治療
症例 1	72	女	A 2	EIP 腱移行
症例 2	73	女	A 2	EIP 腱移行
症例 3	65	女	A 3	EIP 腱移行
症例 4	68	女	C 1	EIP 腱移行
平均	69.5			

症例に対して保存的加療としてギブス固定やシーネ固定を施行した. 平均年齢は 69.5 歳 (65~73 歳) で, 全例女性であった. 骨折型は, AO 分類で A 2: 2 例, A 3: 1 例, C 1: 1 例であった. EPL 腱断裂に対しては, 全例に固有示指伸筋 (Extensor indicis proprius: 以下 EIP) 腱移行術を施行した (表 2). また, 症例 4 に関しては, 保存的加療中に骨折の転位進行を認め, EIP 腱移行術と同時に掌側ロッキングプレートによる内固定術を施行した.

この 4 例について, 骨折受傷から断裂までの期間, および X 線画像, CT 画像における背側皮質の sharp edge, EPL groove の不整 (Lister 結節の不整), 狭小化の有無を検討した.

* 社会医療法人恒心会おぐら病院整形外科

** 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科運動機能修復学講座整形外科

表2 結果：断裂までの期間とX線、CT画像所見

	受傷から断裂までの期間	背側皮質のsharp edge	EPL grooveの不整, 狭小化
症例1	9日	-	+
症例2	30日	+	+
症例3	34日	+	+
症例4	21日	+	+
平均	23.5日		

結 果

EPL 腱断裂の発生頻度は3.5%であった。骨折受傷から断裂までの期間は、平均23.5日(9~34日)であった。背側皮質のsharp edgeは3例(症例2~4)に認め、EPL grooveの不整、または狭小化を4例すべてに認めた(表2)。

症例を供覧する。

症例1(図1):72歳,女性。転倒受傷し、左橈骨遠位端骨折(AO分類:A2)の診断を受け、受傷後9日目に左母指の伸展障害を認め、EPL 腱断裂と診断した。受傷時のX線、断裂時のCT画像では、EPL grooveの不整(Lister 結節の不整)、狭小化を認めた。

症例4(図2):68歳,女性。転倒受傷し、右橈骨遠位端骨折(AO分類:C1)の診断を受け、受傷後21日目に右母指の伸展障害を認め、EPL 腱断裂と診断した。受傷時のX線、断裂時のCT画像では、背側皮質のsharp edgeと、EPL grooveの不整、狭小化を認めた。

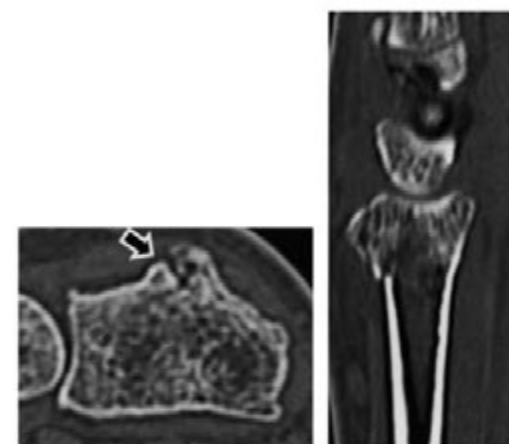
考 察

橈骨遠位端骨折の診療ガイドラインでは、橈骨遠位端骨折に合併するEPL 腱皮下断裂の発生率は0.8~4.9%と報告されている⁷⁾。今回われわれの経験した橈骨遠位端骨折の保存的加療中にEPL 腱断裂をきたした症例は全体の3.5%であった。また、EPL 腱断裂をきたした4例のうち3例は転位の少ない骨折であり、骨折受傷から断裂までの期間は平均23.5日であった。これは、EPL 腱断裂が転位の少ない骨折に多く発症し、数週間以内に発症することが多いという従来の報告と同様の結果であった。

EPL 腱断裂の発生機序としてさまざまな報告がある。Denmanは第3中手骨と橈骨遠位端の間で挟まれることによって断裂すると述べている⁸⁾。また、Eng-



a



b

図1 症例1 a. 受傷時XP b. 断裂時CT

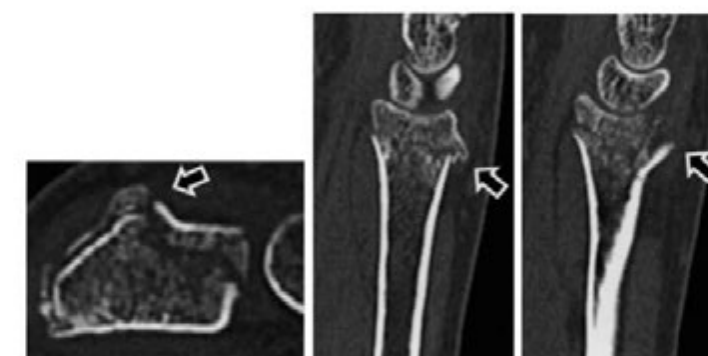
kvistらは、EPLにLister 結節の遠位部に血流の乏しい、阻血になりやすい部位が存在することを報告している²⁾。また、機械的摩擦や阻血性の要因、もしくはそれらが複合して断裂に至ると述べている報告が多数みられる^{3,6)}。

症例1では、受傷後9日でEPL 腱断裂をきたしている。受傷早期の断裂であり、受傷時のEPL 腱の挫滅があった可能性を示唆している。また、その他の3例では受傷後約3~5週でEPL 腱断裂をきたしている。受傷時の挫滅に加えて、背側皮質のsharp edgeや狭小化したEPL grooveなどの機械的摩擦によって断裂をきたした可能性がある。

代田らはEPL 腱断裂の危険兆候を示す所見として、①Lister 結節のわずかな骨不整像、②第II・III区画



a



b

図2 症例2 a. 受傷時XP b. 断裂時CT

遠位部の限局性腫脹、③Lister 結節付近の限局した圧痛、④母指運動時痛(手関節背側から前腕背側に放散)、⑤EPL 腱滑動時のcrepitation/snappingの視・触診の5項目をEPL at-risk signとして報告している⁹⁾。

われわれの症例において、断裂より以前にEPL at-risk signのような所見がみられたかを検証したところ、Lister 結節のわずかな骨不整像を全例に認めた。また、症例1で前腕部の疼痛と、Lister 結節付近の圧痛を認めた。しかし、骨折受傷早期であったため骨折自体の疼痛、圧痛もあることから、EPL 腱断裂の前駆症状とは言えない可能性もある。

近藤らは骨折の転位が少なく、外固定の期間が短い方が早期にEPL 腱断裂を発症したと報告している¹⁰⁾。骨折の転位が少ない場合、骨折による疼痛や手関節の可動時痛が少ないため、短い外固定期間で早期に手指または手関節の可動域訓練を始めることが可能になる。このことが原因となり、受傷時の腱損傷や機械的

摩擦、血流不全などの要因と合わさって、EPL 腱断裂をきたす可能性が考えられる。

EPL at-risk signのような所見を注意深く診察し危険兆候があれば、骨折の転位が少ない場合でも外固定期間延長や、thumb spica様のギプスの追加などで対応することで、EPL 腱断裂を予防につながる可能性があると考えられる。

結 語

EPL 腱断裂は比較的まれな合併症ではあるが、断裂した場合の手術、後療法の期間などを考慮すると、早期社会復帰、ADLに悪影響を及ぼす合併症である。EPL 腱断裂のリスクや前駆症状を患者に説明することで、早期発見および予防につながる可能性がある。

橈骨遠位端骨折の患者には、EPL 腱断裂のリスク、断裂をきたした際の外科的治療の必要性について、十分なインフォームドコンセントが必要であると考えられる。

参考文献

- 1) Denman, E. E.: Rupture of the extensor pollicis longus-A crush injury. Hand, 11:295-298, 1979.
- 2) Engkvist, O. et al.: Rupture of the extensor pollicis longus tendon after fracture of the lower end of radius-A clinical and microangiographic study. Hand, 11:76-86, 1979.
- 3) 香川憲一ら:長母指伸筋腱皮下断裂の検討. 日手会誌, 19(4):375-379, 2002.
- 4) 清重佳郎:橈骨遠位端骨折に合併した長母指伸筋腱皮

下断裂. 日手会誌, 15(1):15-17, 2001.

- 5) 近藤 真ら:橈骨遠位端粉碎骨折の長母指伸筋腱断裂例の検討. 日手会誌, 12(2):256-259, 1995.
- 6) 水沢慶一ら:橈骨遠位端骨折後の長母指伸筋腱断裂の検討. 日手会誌, 26(5):460-462, 2010.
- 7) 日本整形外科学会:橈骨遠位端骨折診療ガイドライン p.43-44. 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会, 東京, 南江堂, 2017.
- 8) 代田雅彦ら:橈骨遠位端骨折に続発する長母指伸筋腱断裂の予防. 日手会誌, 21(4):542-548, 2004.

下腿外捻症の治療経験

前田 昌隆* 前之園 健太* 富村 奈津子*
吉野 伸司* 川内 義久* 東郷 泰久**
小倉 雅** 佐々木 裕美*** 小宮 節郎***

下腿外捻症に対して内旋骨切りを施行し, 良好な治療成績が得られた1例を報告する. 症例は45歳女性で, 小学生の頃より歩容異常があり最近になり右股関節と足部・足関節の歩行時の痛みが出現した. 術前評価として歩容の機能評価, 患者立脚型評価として日本整形外科学会股関節疾患評価質問票(以下, JHEQ), Knee injury and Osteoarthritis Score(以下, KOOS), 自己記入式足部足関節評価質問票(以下, SAFE-Q)を用いた. CTにより回旋の程度と部位を確認して, 脛骨結節以下での下腿を骨切り・内旋矯正してプレートによる固定を行い, 良好な結果を得た.

Key words: external tibial torsion (下腿外捻), gait disturbance (歩容異常), deformity correction (変形矯正)

はじめに

外旋歩行の原因として, 1) 大腿骨頸部(股関節)の減捻 2) 下腿外捻 3) 外反足, もしくは外反扁平足などが考えられる. 今症例では下腿外捻症により歩容障害をきたし保存加療を行うも改善なく, 観血的に矯正骨切りして良好な結果を得たので, 若干の考察を加えて報告する.

症 例

症例: 45歳女性

主訴: 歩容障害, 右股関節痛や右足部・足関節の痛み

既往歴: 2007年 腰椎椎間板ヘルニア手術,

2014年6月 右足関節外側靭帯再建術

現病歴: 小学生の頃より歩容異常があり, 下腿外捻に伴って足関節内反捻挫も繰り返していたため43歳時, 右足関節外側靭帯再建術を施行. その後ハビリの経過の中で, 下腿外捻による歩容障害や右股関節前面や右足部・足関節周囲の痛みが継続した.

足部を揃えて立つと右膝蓋骨は内側を向いており, 普段はrest positionをとると下腿外旋位になる状態であった(図1). 歩行では下腿外旋位での初期接地で立脚中期~後期での股関節伸展・足関節背屈不足の

状態であった.

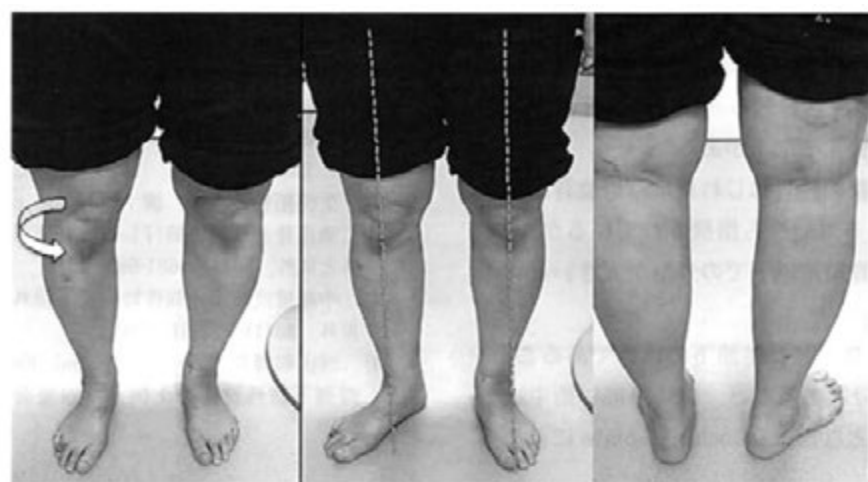
患者立脚型評価は股関節(JHEQ総点)35/84点, 膝関節(KOOS総点)80/100点, 足関節(SAFE-Q)では痛み・痛み関連58/100点, 身体機能・ADL73/100点, 社会生活機能96/100点, 全般的健康感55/100点, 靴関連44/100点と股関節全般, 足関節の疼痛と(靴関連を含む)全般的健康感が低下を認めた.

CTではPosterior condylar axis(以下, PCA)を基準にすると, 股関節で右は内旋20.5度, 左16.5度と外旋歩行になりうる右股関節での減捻は認めなかった. また, PCA基準で足関節では右は外旋51.4度, 左26.3度であった. 下腿のみでの外旋としては右50.6度, 左30.5度であった. The Tibial Tubercle-to-Trochlear Groove Distanceでみると左の方が2.4mm変位が強い状態であり, 右下肢は脛骨結節以下での外旋変位が強いと判断した. 手術は脛骨結節下方にて骨軸に対してVerticalに骨切りを行い, 目安の遠位Kワイヤーを20度内旋させてプレート固定した(図2). 術後8週で全荷重とし, 早期より低出力超音波パルス(low-intensity pulsed ultra sound: LIPUS)も開始した. 術後1年時点で足関節可動域制限による違和感が残存したものの, 術前に認めた症状はほぼ消失した.

* 公益社団法人鹿児島共済会南風病院整形外科

** 恒心会おぐら病院整形外科

*** 鹿児島大学大学院医歯薬総合研究科運動機能修復学講座整形外科



下腿内旋位

下腿外旋位 (rest position)

図1 足部を揃えて立つと右膝蓋骨は内側を向いており、普段は rest position をとると下腿外旋位をしている。



図2 脛骨結節下方にて骨軸に対して Vertical に骨切りを行い、目安の遠位 K ワイヤを 20 度内旋させてプレート固定した。

考 察

下肢回旋変形には子宮内での姿勢が最も関係しており、脛骨は出生時 2～4 度の外捻を認め、成長に伴い徐々に増加し成人では平均 25 度の外捻となると言われている⁹⁾。また、両下腿の外旋角度が 8 度以上の差があれば病的であるとの報告もあり⁹⁾。本症例では右が 50.6 度 左が 30.5 度と病的な外旋を認めた。

過度の外捻の原因として腸脛靭帯の拘縮による二時的変形の外に、先天性あるいは発育性のものがあることや、幼少期のとんび座りが原因となる⁹⁾ とも言われているが本症例では腸脛靭帯の拘縮は認めず、小児期からの歩容異常があったことから先天性あるいは発育性の可能性が考えられた。

治療としては夜間装具の報告もあるが無効であることが多く、8 歳以上で大腿足角が 30 度以上で手術適応という報告もある。また古くより一期的な矯正も言われているが、Taylor Spatial Frame を用いて緩徐な変形矯正が有用であったとの報告もあり定まってはいない⁹⁾。

固定法としても創外固定、髄内釘、プレートなどがある。創外固定の利点は術中・術後に矯正位を調整可能。仮骨延長法、欠点は装着期間が長い、ピン刺入部感染、ADL 障害がある。髄内釘は術後免荷期間が短い、髄腔狭部での矯正位には適しているが、髄腔拡大

部での獲得保持が困難なことがある。プレートの利点としては術中の矯正位の獲得が得やすい、locking plate は創外固定の概念もある一方、欠点としては術後免荷を一定期間要するなどがある⁹⁾。

変形性膝関節症群の脛骨ねじれ変形は近位骨端部の外捻化が原因である可能性も指摘されているが⁹⁾、本症例では CT 上脛骨結節以下での外捻が大きいと考えた。

これらのことより、脛骨結節下の外捻であること、Bone stock が十分にあること、骨切り部の術中矯正保持がしやすいことなどより locking plate による固定を選択した。

ま と め

下腿外捻症によつての股関節・足部周囲の痛みと歩容障害に対し、脛骨内旋骨切りによって良好な結果が得られた。

参 考 文 献

- 1) 畑 亮輔ら：変形性膝関節症の進行による脛骨のねじれ変形の 3 次元分析。臨床バイオメカニクス, 37: 153-157, 2016.
- 2) 生田拓也, 坂口 満：Locking plate を用いて一期的に矯正骨きり術を施行した脛骨変形治療骨折の 1 例。整外と災外, 59(4): 681-683, 2010.
- 3) 中根権武ら：片側性特発性下腿外捻症の 1 例。整外と災外, 36(1): 27-31, 1987.
- 4) 西山彰博ら：Taylor Spatial Frame により治療した両側下腿外捻症の 1 例。中四整会誌, 22(1): 147-151, 2010.

化膿性股関節炎の起原菌がアクネ菌であった一例

高橋 建吾* 小倉 雅* 堀之内 駿* 海江田 光祥*
 松山 金寛* 田邊 史* 東郷 泰久* 谷口 昇**

近年整形外科領域においてアクネ菌が人体に様々な影響を及ぼしていることが指摘されている。今回アクネ菌による化膿性股関節炎の症例を経験したため報告をする。【症例】大理石病を有する66歳女性。約20年前に左股関節インプラント手術後にMRSA感染を発症した既往があった。左股関節痛を主訴に当院を外来受診。MRIにて左股関節周囲に巨大膿瘍を疑う所見を認めた。またCRP 31.1 mg/dlと高値であったため排膿、洗浄処置を施行した。既往からMRSAによる感染が考えられたためバンコマイシン入りセメントペーストを局所に充填する処置を行った。しかしその後の培養結果ではアクネ菌のみが検出された。当初はcontaminationを疑うもMRSAは全く検出されなかったためアクネ菌による化膿性股関節炎の診断でセメントペーストの除去、抗生剤を変更して投与したところ感染は鎮静化するに至った。

Key words: propionibacterium acnes (アクネ菌), compromised host (易感染性宿主), osteopetrosis (大理石病)

はじめに

一般的にアクネ菌と聞いてまず想起されるはニキビである。しかし近年、アクネ菌がニキビ以外にも人体に様々な影響を及ぼしていることが指摘されており、他科領域では心内膜炎、サルコイドーシスの起原菌として知られている。アクネ菌はグラム陽性桿菌であり皮膚の他に口腔内、上気道、大腸、結膜、外耳道などの常在菌である¹⁾。従来アクネ菌は弱毒菌のためにあまり注目されていなかったが近年さまざまな領域で感染症の起原菌となることが報告されており整形外科領域でもアクネ菌感染に関する報告が相次ぐようになった。

症例呈示

症例：66歳女性

主訴：左股関節疼痛

既往歴：大理石病、糖尿病、1985年頃右大腿骨転子下骨折に対し手術を行ったが術後感染を発症してインプラントを抜去。1995年頃左大腿骨転子下骨折に対し手術を行ったが術後感染を発症してインプラントを抜去。MRSAが起原菌として同定されバンコマイシンを投与されて感染は沈静化。

ADL：車椅子を使用し自宅にて家族と生活

現病歴：特に誘因なく左股関節疼痛を自覚するようになり当院救急外来受診。内服を処方されるも改善なく5日後に当科外来受診する。

採血：CRP 31.1 mg/dl WBC 14800/ μ l RBC 254/ μ l Hb 7.0 g/dl 62.0/ μ l GU-0 161 mg/dl

Hb-A1c 6.1%

初診時X-p：両股関節ともインプラント抜去後。左股関節周囲の透過性が不良で何らかの貯留物の存在が疑われる(図1)。

MRI：左股関節から臀部にかけて広範囲に拡大したT1W low T2W highの膿瘍を疑う所見(図2)。

局所所見、穿刺：左臀部に著明な腫脹あり。穿刺にて血清混じりの膿を確認し培養検査に提出(図3)。

同日緊急手術にて局所の排膿、洗浄搔爬を施行し腐骨を摘出した。左股関節はMRSA感染の既往があったため、かつデッドスペースに充填する目的でバンコマイシン入りセメントペーストを局所に留置する処置を行った(図4)。

既往があったことから当初よりMRSA感染を疑いバンコマイシンの投与をしていたが炎症反応の十分な改善が見られず術後4日で創離解、排膿が生じた(図5)。培養検査にてMRSAや黄色ブドウ球菌は全く検出されずPropionibacterium acnes(アクネ菌)のみが検出された。臨床経過や培養結果より本症例は



図1 初診時X-p：インプラント抜去後、左股関節周囲の透過性が不良で何らかの貯留物の存在が疑われる。

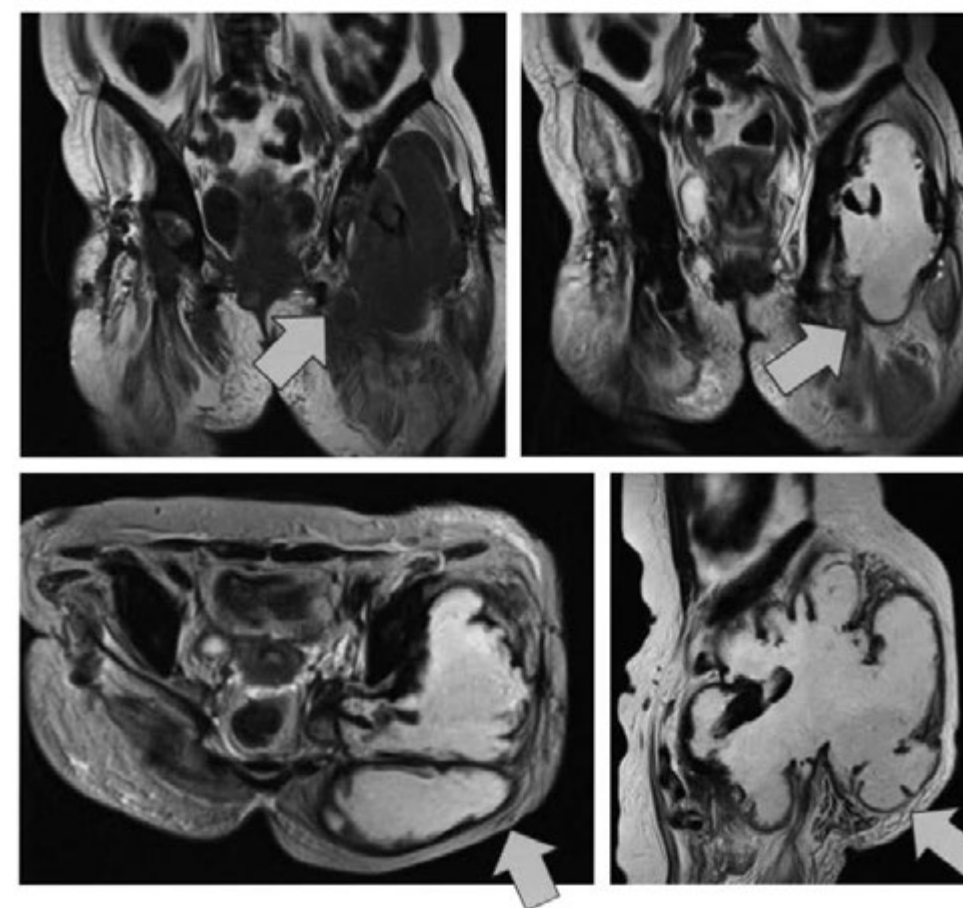


図2 MRI：左股関節から臀部にかけて広範囲に拡大したT1W low T2W highの膿瘍を疑う所見

* 恒心会おぐら病院整形外科

** 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科運動機能修復学整形外科

MRSA 感染ではなくアクネ菌感染であると考え抗生剤を変更して投与。排膿、創離解に対して再手術、バンコマイシン入りセメントピースを抜去したところ術後ほどなく炎症反応の改善、創部治癒が得られた(図6)。

本症例は既往歴として大理石病を有していた。大理石病は先天的に破骨細胞が機能不全となるため、びまん性の骨硬化や骨髓腔狭小化による貧血、病的骨折や骨髓炎を発症しやすいとされている。すなわち本症例は compromised host であったといえる。

考 察

股関節におけるアクネ菌感染症の報告例は極めて少ない。諸家の報告では人工肩関節の術後感染における約40%でアクネ菌が検出されたとの報告がある³⁾。また脊椎分野では椎間板におけるアクネ菌感染の報告は

比較的多くなされている²⁶⁾。肩関節や椎間板にアクネ菌感染に関する報告が多い背景としては、それらの組織がアクネ菌にとって比較的生存しやすい環境であるためだと考えられている。すなわち嫌気性菌であるアクネ菌は血流の乏しく、酸素分圧の低い環境を好む性質を持つために肩関節や椎間板に比較的感染しやすいと推測される。本症例で股関節にアクネ菌感染が発症したのは大理石病の既往があり compromised host であったからだと考えられる。またアクネ菌はインプラントの存在下でバイオフィルムを形成することでより生存がしやすくなると報告されている¹⁾。本症例の2回目の手術でセメントピースを抜去した理由は、バンコマイシンがアクネ菌に有効でなかったことに加えて異物が存在することでアクネ菌がバイオフィルムを形成しやすい環境を作ってしまうことが危惧されたからである。

アクネ菌感染症に関しては、培養結果が contamination の可能性もあり本当に感染症を発症するかどうかなどについては未だ議論はつきない¹⁾。しかし整形外科領域において肩関節領域、脊椎領域を中心に近年報告数が増加していることから今後看過できない感染症であると考えられる。

結 語

今回化膿性股関節炎の起原菌がアクネ菌であった症例を経験した。反省点としては過去の病歴や日常的な診療経験から起原菌を MRSA であろうと当初から判

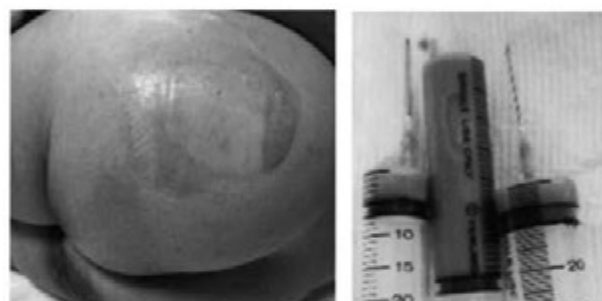


図3 左臀部に著明な腫脹あり。穿刺にて血清混じりの膿を確認。

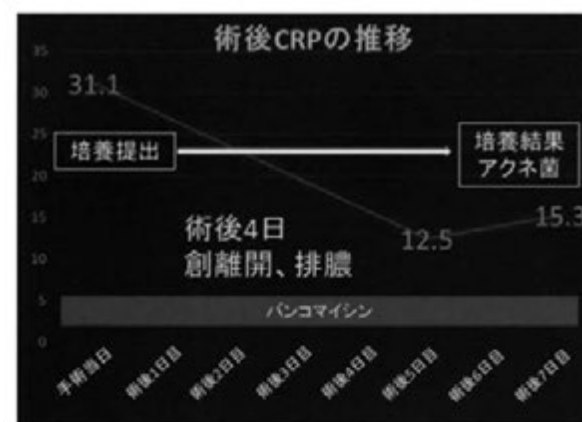


図5 バンコマイシン投与にて炎症反応の改善が得られず。

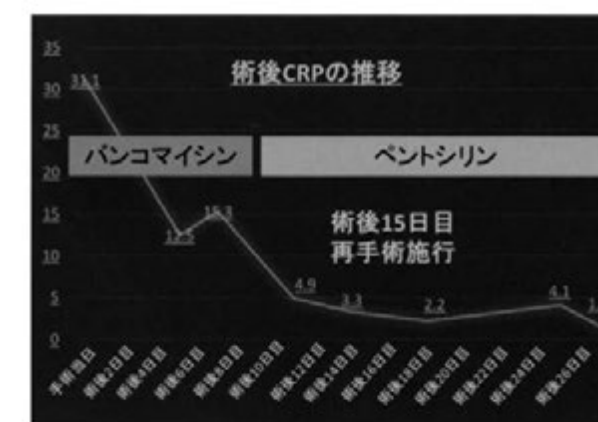


図6 バンコマイシンから抗生剤を変更し再手術施行したところ炎症反応の改善が得られた。

断して治療を開始してしまったことが挙げられる。整形外科領域においても、特に本症例のような compromised host ではアクネ菌感染についても留意して日常診療を行うべきであると考えられる。

参 考 文 献

- 1) Bayston, R. et al.: Biofilm formation by Propionibacterium acnes on biomaterials in vitro and in vivo. J. Biomed. Mater. Res. A, 81:705-709, 2007.
- 2) Coscia, M. F., Denys, G. A., Wack, M. F.: Propionibacterium acnes, Coagulase-Negative Staphylococcus, and the Biofilm-like intervertebral disc. Spine, 41:1860-1865, 2016.

- 3) Levy, O. et al.: Propionibacterium acnes: an underestimated etiology in the pathogenesis of osteoarthritis? J. Shoulder Elbow Surg. 22:505-511, 2013.
- 4) McLorinan, G. C. et al.: Propionibacterium acnes wound contamination at the time of spinal surgery. Clin. Orthop. Relat. Res. 67-73, 2005.
- 5) Portillo, M. E. et al.: Propionibacterium acnes: an underestimated pathogen in implant-associated infections. BioMed. Res. Int., 2013:804391, 2013. doi:10.1155/2013/804391.
- 6) Richards, B. R., Emara, K. M.: Delayed infections after posterior TSRH spinal instrumentation for idiopathic scoliosis. Spine, 26:1990-1996, 2001.

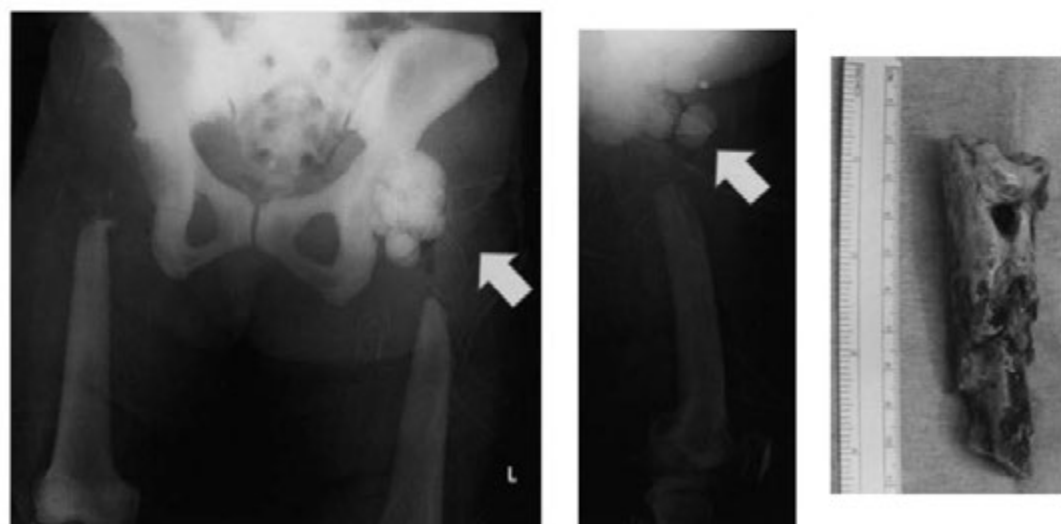


図4 緊急手術後 X-p 局所の排膿、バンコマイシン入りセメントピースを充填。

大学女子長距離走選手の下肢疲労骨折と Female Athlete Triad 重症度の検討

中畑敏秀¹⁾ 前田昌隆²⁾ 松村 勲³⁾ 金高宏文³⁾
福田秀文¹⁾ 藤田英二⁴⁾ 藤井康成⁴⁾ 小倉 雅⁵⁾

本研究は、大学女子長距離走選手が Stress Fracture (以下, SF) を発症した原因を Female Athlete Triad (以下, FAT) の重症度から検討した。調査内容は、現在までに発症した SF と“思春期”および“大学生での SF 発症時”の FAT 重症度とした。FAT 重症度評価は、American College of Sports Medicine の Cumulative Risk Assessment score を用いた。その結果、全 SF の発症平均年齢は約 19 歳で、思春期よりも大学生での発症が多かった。FAT 重症度は、大学生での SF 発症時が有意に軽度であった。特に Body Mass Index (以下, BMI) は大学生での SF 発症時が有意に高値で、骨密度測定の Z-score は約半数で減点がみられた。この結果、大学生の SF 発症には低い骨密度に対し、BMI の増加による下肢へのメカニカルストレスが一因となることが推察された。

Key words : Female Athlete Triad, Stress Fracture, 大学女子長距離走選手

はじめに

近年、女子長距離走種目は大学や実業団のチームが増え、高校卒業後も選手として活躍する選手が増えている。一方で、思春期から大学生への移行期は、体格や内分泌の変化、生活環境や練習環境の変化が生じ、選手に発症するスポーツ障害にも影響を与えるものと予測される。特に、女子長距離走選手に発症が多い障害の一つに Stress Fracture (以下, SF) がある¹⁾。このような、女性アスリートによる疲労骨折発症の背景には、内的因子及び外的因子²⁾があり、このうち、内的因子として低骨量および骨粗鬆症が挙げられる。この低骨量および骨粗鬆症は、American College of Sports Medicine³⁾ (以下, ACSM) が定義する「エネルギー不足」「視床下部性無月経」「骨粗鬆症」の女性アスリートの 3 徴候 (Female Athlete Triad : FAT) の一要因であり、女性アスリートにとっては重要な問題である。

女子長距離選手における疲労骨折の中でも、大学女子長距離走選手の疲労骨折回数は思春期の FAT がハイリスクであるほど多く、特に思春期に摂取エネルギー

量が低いこと、推定体重が低いこと、無月経が 1 年以上続くことが発症リスクを上げると報告されている⁴⁾。しかしながら、大学女子長距離走選手が SF を発症した時点での FAT 重症度を検討した研究はみられず、大学生での SF 発症時における FAT 重症度と、思春期の FAT 重症度との関連は不明であり、検討が必要であると思われる。

目 的

本研究は、女子長距離走選手が発症しやすい SF に着目し、今までに発症した SF の部位や発症年齢を検討した。また、“大学女子長距離走選手が SF を発症した時の FAT 重症度”ならびに“思春期の FAT 重症度”を調査し SF 発症のリスク因子を検討した。

対象および方法

1. 対象

対象は、大学入学後に SF の発症歴がある 19 歳以上の大学女子長距離走選手 13 名 (平均年齢 19.7±1.1 歳) とした。対象には、陸上競技者の基礎教育として FAT や疲労骨折、栄養についての説明を 1 回の講習

会およびメディカルチェック時に行っていた。

2. 方法

まず、大学生の SF 発症時と思春期の FAT 重症度ならびに現在までの SF 発症状況を調査する目的で図 1 に示すアンケート調査を行った。ここでの思春期の定義は、日本産婦人科学会の診療ガイドライン⁵⁾で思春期女子の診療対象年齢にあたる初経初来の平均年齢 (12 歳頃) から高校 3 年生 (18 歳以下) までの期間とした。SF は、競技開始から現在までに罹患したすべてを対象とし、調査内容は受傷部位および発症時期とした。

次に、アンケート内容を参考にし、FAT 重症度の評価を行った。この評価は、ACSM から発表された 2014 Female Athlete Triad Coalition consensus statement⁶⁾ の Cumulative Risk Assessment score (以下, CRAs) を用いた。CRAs は、エネルギー摂取不足, BMI or %Estimate weight (以下, %EW), 初経発来の遅延, 月経異常, Low Bone density (Low BMD), SF 回数の各項目を点数化し、その総合点数から判定するものである。そこで、本研究では CRAs を用い、思春期および、大学生での SF 発症時の比較を行った。CRAs の評価において、BMI or %EW は思春期で %EW, 大学生で BMI を用いた。

疲労骨折アセスメントシート(障害発生時)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____

Q1 最初の場所はどこですか? A1. _____

Q2 障害部位はお図の部分のどこですか? A2. 

Q3 障害の正式名称がわかれば教えてください A3. _____

Q4 発症日はいつですか? A4. 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳 () 年生の時

Q5 痛めたのはいつですか? A5. ①訓練 ②半練習 ③練習以外

Q6 その時の身長と体重を教えてください A6. 身長: _____ cm 体重: _____ kg

Q7 近4か月間で減量した期間がありますか? A7. ある () ヶ月 / ない

Q8 07でしていると答えた人はどのような方法で減量をしていますか? A8. ①食事制限 ②トレーニング量を増やす ③ ①と②の両方 ④その他 ()

Q9 障害発生時の月経状況を教えてください A9. ①毎月定期的にある ②3か月に1回程度 ③3か月以上月経が来ていない ④28日周期以内にあることが多い ⑤当てはまる量は ()

Q10 障害発生前1年間の月経周期の傾向を教えてください A10. ①毎月定期的にある ②3か月に1回程度 ③3か月以上月経が来ないことが多い ④28日周期以内にあることが多い ⑤当てはまる量は ()

Q11 010で疲労骨折を経験したことがあると答えた人は、発症時期、部位を教えてください A11. ①部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ②部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ③部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ④部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ⑤部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月

Q12 高校時代の平均的な月経周期を教えてください A12. () 日

Q13 今までの一番大きな大会はどのですか? A13. ①全国大会 ②地区大会 ③県大会

思春期疲労骨折調査

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____

Q1 身長が止まった時期を教えてください。 A1. () 歳 () 年生

Q2 高校時代の一般的な身長と体重を教えてください A2. () cm () kg

Q3 初経は何歳でしたか? A3. () 歳

Q4 高校時代の月経状況を教えてください A4. ①毎月定期的にある ②3か月に1回程度 ③3か月以上月経が来ないことが多かった ④28日周期以内にあることが多い ⑤当てはまる量は ()

Q5 3ヶ月以上月経がなかった人は何ヶ月(何年)無月経でしたか? A5. () 年 () 月 無月経-有月経期間-無月経だった場合は下の空欄に状況を記載してください。 []

Q6 高校時代に減量した経験はありますか? A6. ある / ない

A7. Q6であると答えた人は、高校3年間、どのくらい頻度で減量をしていましたか? (自由記載)

Q8. ①3年間はずっと ②試合期の限(約)ヶ月 ③冬期 ④練習期間 ⑤その他 ()

Q9. Q8で減量経験があると答えた人はどのような方法で減量をしていましたか? A9. ①食事制限 ②トレーニング量を増やす ③ ①と②の両方 ④その他 ()

Q10 競技を開始してから現在までに疲労骨折を経験したことがありますか? A10. ある / ない

Q11 010で疲労骨折を経験したことがあると答えた人は、発症時期、部位を教えてください A11. ①部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ②部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ③部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ④部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月 A11. ⑤部位: () 時期: () 歳・高校 () 年生 () 月

Q12 高校時代の平均的な月経周期を教えてください A12. () 日

Q13 今までの一番大きな大会はどのですか? A13. ①全国大会 ②地区大会 ③県大会

図1 アンケート調査内容

1) 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 リハビリテーション部
2) 公益社団法人鹿児島共済会 南風病院 整形外科
3) 国立鹿屋体育大学 スポーツ・武道実践科学系
4) 国立鹿屋体育大学 スポーツ生命科学系
5) 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 整形外科

医療法人恒心会倫理委員会における審議・承認を得て実施した（承認番号：2017A-7）。

統計解析は、R2.8.1 (CRAN.freeware) を用いた。思春期と大学生でのSF発症時のCRAsおよびBMIの比較はシャピロウィルク検定でデータの正規性を評価後、対応のないt検定を行った。また、CRAsにおける各項目の比較、思春期と大学生でのSF発症時のBMIおよびMedical Risk Stratificationの分析は分割表を用い、Fisher正確検定を行った。有意水準は危険率5%未満とした。

結 果

1. SFの発症部位と発症年齢（図2）

SFの発症件数は30件であった。このうち、思春期の発症は10件、大学生での発症は20件であった。部位別（図2.A）では、脛骨と中足骨が6名ずつ、次いで大腿骨骨幹部、大腿骨頸部の順であった。発症年齢（図2.B）は、19歳が8名と最も多く、平均年齢は18.9±1.61歳であった。

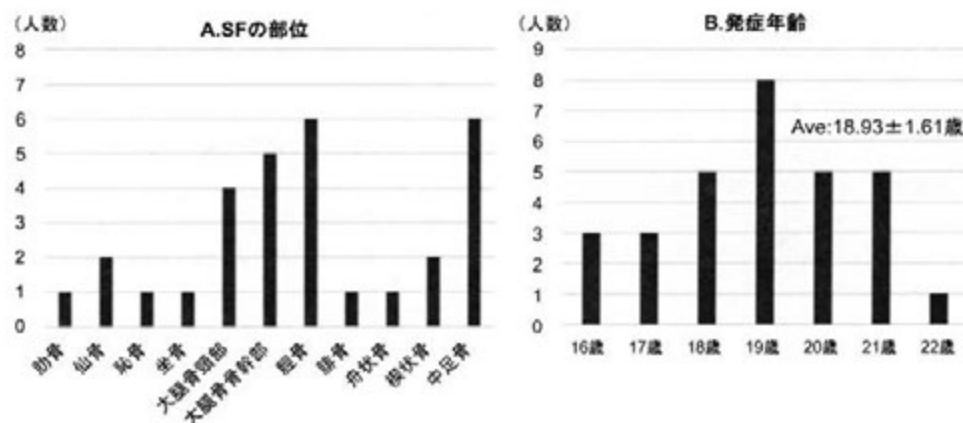


図2 SFの発症部位と年齢

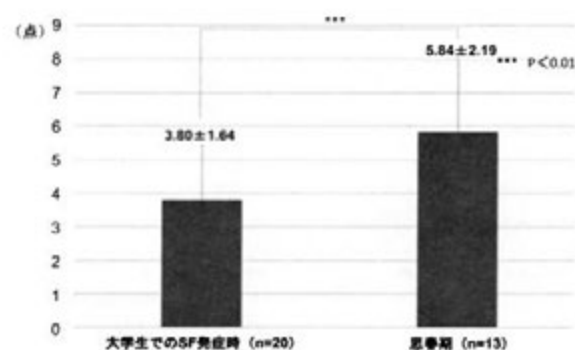


図3 CRAsの比較

2. FAT重症度について

CRAsの平均（図3）は、思春期（5.84±2.19点）に対し、大学生でのSF発症時（3.80±1.64点）が有意に低値であった（p<0.01）。CRAsの各項目の比較（表1）は、食事制限、大学生のBMIもしくは思春期の%EW、月経状況で思春期のリスク等級が有意に高く、SF罹患回数は大学生でのSF発症時が有意に高かった。また、CRAsの累計リスク点数による医学的なりリスク（表2）は、大学生でのSF発症時に対して、思春期に高リスクであった選手が有意に多い結果となった（p<0.05）。

3. BMIの比較

BMIは、大学生でのSF発症時が18.7±0.97、思春期が17.4±0.77で有意に思春期のBMIが低かった（p<0.01）。BMIを17.5以下、17.5以上18.5以下、18.5以上に分類し、それぞれの人数を比較した（図4）。すると、大学生でのSF発症時はBMIが18.5以上、思春期は17.5以下だった選手が有意に多かった（p<0.01）。

表1 CRAsにおける各項目の比較

		低リスク=0点	中リスク=1点	高リスク=2点	有意確率 ¹⁾
食事制限	大学生(n=20)	20	0	0	P=0.000**
	思春期(n=13)	4	9	0	
BMI %EW	大学生(n=20)	10	8	2	P=0.000**
	思春期(n=13)	0	1	12	
初経の遅れ		19	1	0	—
月経状況	大学生(n=20)	4	12	4	P=0.01**
	思春期(n=13)	2	2	9	
骨密度低下		10	9	1	—
疲労骨折回数	大学生(n=20)	0	7	13	P=0.000**
	思春期(n=13)	6	5	2	

1) 食事、BMI%EW、月経状況、疲労骨折回数はFisherの正確検定によるp値。危険率は* p<0.05、** p<0.01。

表2 大学生でのSF発症時と思春期のMedical Risk Stratificationの比較

		低リスク (0-1 point)	中リスク (2-5 points)	高リスク (6 ≥ points)	有意確率 ¹⁾
Medical Risk Stratification	大学生(n=20)	1	16	3	P=0.03**
	思春期(n=13)	1	5	7	

1) Medical Risk StratificationはFisherの正確検定によるp値。危険率は* p<0.05、** p<0.01。

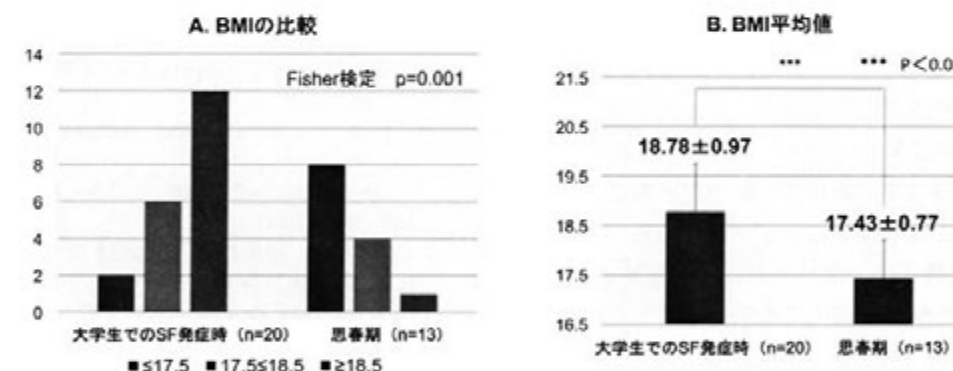


図4 大学生でのSF発症時と思春期のBMIの比較

考 察

1. SF発症部位

長距離走選手のSF発症部位は、脛骨、大腿骨、中足骨が多い¹⁰⁾と報告され、本研究も同様の結果（図1.A）であった。また、全30件で11か所の骨折部位があり、中には肋骨や仙骨などの体幹部にも発症していた。SFが多部位で発症する理由は、下肢のマアラメントや姿勢、過剰な腕振りなどランニングフォームの個人差や走トレーニング外の補強運動もその原因になると考えられる。女子長距離走選手は、骨密度が

低く、SFの発症率も高い¹¹⁾ことから、どの部位でも起こりやすい障害と捉えられる。このことから、選手が骨周辺の疼痛を訴えたときは疲労骨折を疑うことが重要であると考えられる。

2. 大学生のSF発症時と思春期のCRAsについて

CRAsは、大学生でのSF発症時が思春期より有意に低い得点であり（図3）、特に点数を下げた項目は食事制限、BMI、月経状況の3項目であった（表1）。この3項目が改善した原因を推察すると、本研究の被験者は大学入学後にFATやSF、栄養についての指導がなされ、食事や月経、骨密度に対する意識が向上

促通反復療法と電気刺激の併用療法により上肢機能が改善した分枝粥腫病 (BAD) の一例

豊栄 峻¹⁾, 福田 秀文¹⁾, 榎畑 純二¹⁾,
重信 恵三²⁾, 小倉 雅³⁾, 川平 和美⁴⁾

¹⁾ 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院リハビリテーション部

²⁾ 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院リハビリテーション科

³⁾ 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院整形外科

⁴⁾ 促通反復療法研究所

I. 緒言

分枝粥腫病 (Branch atheromatous disease: BAD) は、比較的大径の穿通枝が母動脈から分岐する近傍でアテローム性病変により狭窄・閉塞し、穿通枝全域の梗塞を示す病態である¹⁾。BADの臨床的に最も重要な問題点は、急性期に進行性増悪の経過をとり、治療抵抗性を示す場合が多いことで²⁾、特に外側線条体動脈領域 (lenticulostriate artery: LSA) と傍正中橋動脈 (paramedian pontine artery: PPA) の機能予後は不良であることが報告されている³⁾。千田らは回復期リハビリテーション病院での運動麻痺の治療成績をBrunstrom stage (BRS) を用いて報告した。その結果、LSA-BAD群において上肢・手指BRSの改善は限定的であることが示された²⁾。

一方、脳卒中片麻痺に対するリハビリテーションにおいて、神経科学に基づいて開発された新たな治療法の一つに促通反復療法 (repetitive facilitation exercise: RFE) がある⁴⁾。RFEは、これまで片麻痺上肢に対する治療として有効性が示されており、脳卒中ガイドライン2015においても推奨グレードBに位置付けられている⁵⁾。また近年では、持続的神経筋電気刺激下にRFEを実施する方法 (RFE under continuous low amplitude NMES:

RFE under cNMES)^{6,7)} や振動刺激痙縮抑制療法 (direct application of vibratory stimuli: DAVIS)^{8,9)} を用いて痙縮が軽減した状態でRFEを行う方法¹⁰⁾ によりRFEの改善効果が促進されることが示されている。

そこで我々は内包後脚から放線冠を含むLSA-BADにより、中等度の片麻痺上肢を呈した発症後経過が5週の患者に対して、痙縮筋へのDAVISの実施後にRFE under cNMESを行う方法 (複合RFE) を4週間実施した。その結果、症例の上肢機能改善は限定的であろうと予測されたが、上肢機能と物品操作の著明な改善を認めたので報告する。

II. 対象と方法

1. 症例

症例は50歳代右利きの男性である。X年に左上下肢の脱力が生じたため自己にて救急要請した。救急車で搬送中には片麻痺が一時軽快するなど症状の変動を認めたが、A病院に到着した際は、ほぼ完全麻痺の状態であった。Magnetic Resonance Imagingでアテローム血栓性脳梗塞BADを認めた (図1) ため、アルガトロバンとエダラボンによる加療を行った。その後、片麻痺軽快したものの、発症後10日に再度片麻痺が出現した。発症後36病

やSF発症前のトレーニング内容、アライメント評価などを検討する必要があると考えられる。

ま と め

本研究は、大学女子長距離走選手におけるSFの発症因子をFAT重症度から検討した。SFは、脛骨、中足骨、大腿骨の順で多く、SF発症は18.9歳であり、思春期時よりも大学生で多かった。FAT重症度は、大学生でのSF発症時のよりも思春期時のFAT重症度の方が高く、その特徴として大学生はBMIが有意に高く、骨密度が低い傾向にあった。つまり、大学生は思春期のFAT重症度によるSF発症リスクの影響を強く受けており、BMI増加による下肢へのメカニカルストレス増加に加え、練習内容やアライメントの改善に細心の注意を払うべきであることが示唆された。

文 献

- 1) 能瀬さやか, 土肥美智子, 難波 聡ほか: 女性トップアスリートにおける無月経と疲労骨折の検討, 日本臨床スポーツ医学会誌 22(1): 67-74, 2014.
- 2) McCormick F, Nwachukwu BU, Provencher MT.: Stress fractures in runners. Clin Sports Med. 31(2): 291-306, 2012.
- 3) Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, et al.: The Female Athlete Triad. American College of Sports Medicine position stand. Med Sci Sports Exerc. 39: 1867-1882, 2007.
- 4) 中畑敏秀, 前田昌隆, 東郷泰久ほか: 中学から高校時代に長期の無月経を呈した大学女子長距離走選手のFemale Athlete Triadおよび疲労骨折発症回数の検討 (投稿中), 日本臨床スポーツ医科学会誌.
- 5) 社団法人日本産科婦人科学会, 社団法人日本産婦人科医会: 産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2011, 社団法人日本産婦人科学会事務局: 143-146, 2011.
- 6) Mary Jane De Souza, Aurelia Nattiv, Elizabeth Joy, et al.: 2014 Female Athlete Triad Coalition consensus statement on treatment and return to play of the female athlete triad. Br J Sports Med. 24: 96-119, 2014.
- 7) 庄嶋伸浩, 原 一雄, 門脇孝: 標準法・体格指数法による判定, 日本臨牀 72(4): 397-399, 2014.
- 8) 大西純二: 陸上長距離選手の下肢疲労骨折, J-sports Injury 15: 38-40, 2010.
- 9) 大須賀穰, 能勢さやか: 若年女性のスポーツ障害の解析—アスリートの月経周期異常の現状と無月経に影響を与える因子の検討—, 日本産科婦人科学会雑誌 68(4) 付録: 4-15, 2016.
- 10) 平崎亜紀子, 大場俊二: 成長期の疲労骨折の疫学, 臨床スポーツ医学 27(1): 97-105, 2010.

し、まずは取り組みやすい食事から改善に取り組んだのではないかと考えられる。食事制限の改善に伴いBMIは0点の選手が増え、それに伴い、月経状況も思春期と比較して有意に改善したと考えられる。また、BMIを比較する (図4.A) と、思春期は17.5以下が半数以上を占めたのに対し、大学生でのSF発症時は18.5以上が半数以上を占めた。BMIと無月経の関係について、BMIが17.5以下で無月経の頻度が26.5%、17.5~18.5で20.3%、18.5~25.0で4.6%、25.0以上では3.9%と報告されている⁹⁾。本研究では大学生でのSF発症時のBMI平均値は18.7±0.97であり、先行研究と対比すると無月経の頻度は下がることが示唆される。このように、大学入学後の指導でエネルギー摂取量やBMIに改善が見られ、その結果、月経状況が改善したことが大学以降SF発症時のCRAsを改善させた要因だと思われる。

3. 疲労骨折の発症年齢について

SF発症の平均年齢は、思春期を過ぎた約19歳であった。これは、本邦のSF好発年齢といわれる16歳¹¹⁾ よりも高く、大学生での発症が増加傾向にあった。今回、大学生でのSF発症が増加した理由として、思春期にFATが高リスク傾向だったこと (表2) とBMIが高い傾向にある (図4) ことが推察される。まず、思春期にFATが高リスク傾向だったことで思春期の骨量増加が停滞したことが考えられる。今回、CRAsの骨密度低下は、中リスク以上が被験者20名中10名いたことから骨自体の脆弱性を有していたものが半数いた。FATにおいて、骨密度の回復は年単位の時間を要する⁹⁾。これは、思春期の高リスクなFATで骨量獲得が不十分になり、骨の脆弱性をもたらすことになる。これに加え、BMIの増加が下肢への力学的ストレスを増加させSF発症に影響したと考えられる。また、BMIと減量の改善は大学生のFAT重症度に対して正の影響を与えたが、SFに対して負の影響をもたらした印象がある。この結果から、大学生に対するFATの改善には、栄養摂取内容をより綿密に設定し、SFに影響を与えないBMIの目安を検討する必要があると考えられる。それに加え、SFの発症にはBMIの増加だけが影響しているのではなく、急激な練習の増加やマルチアライメントの存在が下肢へのメカニカルストレスを増強させていた可能性も否定できない。これらを踏まえると、今後、栄養摂取内容

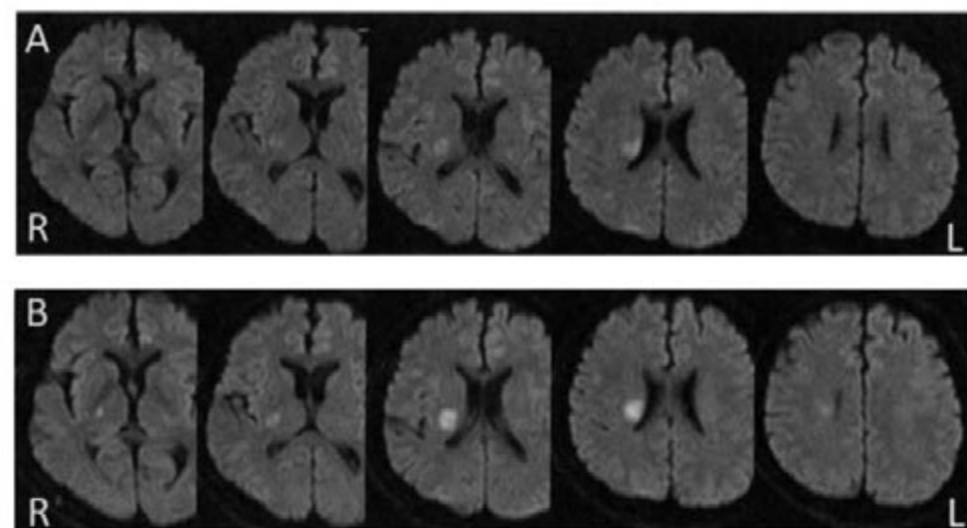


図1 本症例のMRI画像
A；発症日，B；発症後25日

日に、中等度麻痺へのリハビリ目的で当院入院となった。

入院時の上肢機能評価は、Stroke Impairment Assessment Setの膝口テストで4点、手指テストで2点であり、Fugl-Meyer Assessmentの上肢項目（以下、FMA上肢項目）は40点であった。物品操作能力は、Simple Test for Evaluating Hand Function（以下、STEF）は47点であった。痙縮の程度は、Modified Ashworth Scale（以下、MAS）で肘関節屈筋1+、手関節屈筋1+。感覚障害は、表在深部感覚ともに軽度鈍麻であった。日常生活動作は、Functional Independence Measureで96点であり、非麻痺側の右手において多くのADLが自立していた。減点項目は入浴（麻痺手で右上腕を洗えない）、移動（接触介助）などであった。

本研究は、恒心会おぐら病院の倫理委員会の承認を受け実施し（承認番号；2017-B 42号）、症例には介入方法や症例報告について十分説明し、文書による承諾を得て実施した。

2. 複合RFE

DAVISには、バイブレーター（ハンディーマッサージャー MD-01、大東電気工業株式会社製）を用いた。刺激部位は、痙縮筋の肘屈筋と手屈筋とし、それぞれ肘関節伸展位、手関節背屈位を作業療法士が徒手的に保持した状態で約5分程度の

刺激を行った。DAVISの直後にRFE under cNMESを実施した。RFEは川平ら⁴⁾が述べている方法に従い、肩や肘、手関節、手指のパターンから6パターン以上を選択し各100回ずつ行った。cNMESは、低周波治療器イトーESPURGE（伊藤超短波株式会社製）を用いた。電極は、RFE各パターンで目的とする筋のモーターポイントを挟むように貼付し、電気刺激は周波数50Hz、パルス幅は250 μ sとした。刺激強度は運動閾値程度とし、持続的に電気刺激を与えた。

通常作業療法20分-40分に加え、複合RFEは1日40分、毎日、4週間実施した。

3. 評価項目

評価項目は、運動機能評価としてFMA上肢項目を用い、物品操作能力として、STEFを使用した。痙縮評価は、MASの肘屈筋と手屈筋を用いた。評価は、入院時と4週後の計2回行った。

III. 結果

複合RFE介入前後で有害事象は観察されず安全に実施できた。

表1に本症例の経過を示す。FMAは入院時40点から4週時55点と15点の改善が得られた。STEF

は入院時47点から4週時79点と32点の改善が得られた。MAS肘屈筋は1+から1に改善が得られた。一方で手屈筋においては変化を認めなかった。

IV. 考察

LSA-BADにより中等度の片麻痺上肢を呈した発症後36日を経過した症例に対して、複合RFEを入院時から4週間実施した。その結果、上肢機能と物品操作能力、痙縮の改善がみられた。

本邦における回復期脳卒中の中等度片麻痺上肢例（FMA上肢項目；30-49点未満¹¹⁾）に対するRFE単独¹²⁾と修正Constraint induced movement therapy（修正CI療法）の過去の報告¹³⁾と本研究の上肢機能評価であるFMA上肢項目の変化量の比較を表2に示す。Shimodozonoら¹²⁾は、RFE単独を1日40分、週5回、4週間実施し、平均9.1点の改善が得られたことを報告している。一方、竹林ら¹³⁾は修正CI療法を1日2時間、週5日、4週間実施し、平均10.3点の改善が得られたことを報告している。本症例のFMA上肢項目は、複合RFEを1日40分と

表1 本症例の介入前と介入4週後におけるFMA上肢項目とSTEF、MASの結果

	介入前	4週
FMA上肢項目（点）	40	55
STEF（点）	47	79
MAS 肘屈筋	1+	1
手屈筋	1+	1+

FMA：Fugle-Meyer Assessment, STEF：Simple Test for Evaluating Hand function, MAS：Modified Ashworth Scale

表2 本邦における回復期脳卒中の中等度片麻痺上肢に対するRFE単独と修正CIの先行研究のFMA上肢項目の変化量の比較

	対象（人）	罹病期間（週）	介入量と期間（分/日×週）	FMA上肢項目（点）	介入方法	変化量（点）
本研究	1	5.1	40×4	40	複合RFE	15
Shimodozonoら ¹²⁾	26	6.4±2.1	40×4	39.2±20.1	RFE	9.07±1.58
竹林ら ¹³⁾	6	11.8±2.5	120×4	48.28±6.3	修正CI	10.17±4.54

RFE：repetitive facilitation exercise, FMA：Fugle-Meyer Assessment, CI：constraint induced movement therapy

通常作業療法20-40分、週7日、4週間実施して、これらの報告を上回る15点の改善を認めた。これは回復期におけるFMA上肢の臨床的に意義のある最小変化量（minimal clinical important difference：以下MCID）¹⁴⁾を上回る結果であった。FMA上肢の改善に伴い、物品操作能力を評価するSTEFにおいて大幅な改善が得られ、特に巧緻性を要する下位項目の一つである金円板は入院時43.3秒から4週時13.9秒と実施時間の大幅な短縮が得られ、症例自身からも「手が使いやすくなった。小さいものつまみ上げることができるようになった」と発言があった。

痙縮を評価するMASにおいては、肘屈筋は改善したものの、巧緻性に影響すると考えられる手屈筋に改善は得られなかった。しかし、DAVISによる痙縮抑制の即時効果は施行毎に得られていた。また今回のMASには反映されなかったが、物品操作の反復による手のこわばりなどは軽減されており、巧緻動作を要する項目において実施時間の短縮が得られたのではないかと考える。

今回用いた複合RFEでは、DAVISによる痙縮が抑制されている間に、cNMESにより、強化目標の神経路の興奮水準を高めて¹⁵⁾、RFE時の伸張反射と患者の運動努力と同期させることにより目標の運動実現と反復¹⁶⁾が得られ、より効果的に運動性下降路を強化することができたのではないかと考える。これまでのRFE under cNMESの報告においても、Shimodozonoら⁶⁾は、脳卒中回復期の重度上肢片麻痺患者（FMA上肢項目；20点以下）

を対象に、RFE under cNMESを1日40分、週5日、4週間実施し、FMA上肢項目の改善がRFE単独(平均9.7点)よりもRFE under cNMES(平均18.4点)において大きな改善が得られたことを報告している。また前迫ら⁷⁾は、脳卒中急性期の重度から中等度上肢片麻痺患者を対象に、cNMES下のRFEを1日30分、週7日、2週間実施し、FMA上肢項目の改善が通常作業療法群(平均6.1点)よりもRFE under cNMES(平均10.9点)において大きな改善が得られ、さらに浮腫、関節可動域の改善も有意に大きかったことを報告している。

本症例のLSA-BADによる梗塞領域は、Yamamotoら¹⁷⁾のposterior typeに分類される。この部位は、機能障害と関連する皮質脊髄路が通過していると推測されており¹⁸⁾、これまでの報告から大幅な上肢機能の改善が得られにくいことが予測された^{2,19)}。しかし、今回、複合RFEを実施することにより、大きな上肢機能と物品操作能力の改善が得られた。このことから複合RFEは、LSA-BAD例においても効果的に上肢機能と物品操作を改善させる有効な治療法である可能性が考えられる。

V. 文献

- 1) 山本康正, 他: 分枝アテローム血栓症の病態と治療. 診断と治療 103: 45-50, 2015
- 2) 千田譲, 他: 脳梗塞branch atheromatous disease (BAD) における回復期リハビリテーションでの治療成績. 脳卒中 35: 441-447, 2013
- 3) Yamamoto Y, et al.: Characteristics of intracranial branch atheromatous disease and its association with progressive motor deficits. J Neurol Sci 304: 78-82, 2011
- 4) 川平和美: 片麻痺回復のための運動療法-促通反復療法「川平法」の理論と実際. 第2版. 医学書院, 2010
- 5) 脳卒中治療ガイドライン2015
- 6) Shimodozono M, et al.: Repetitive facilitative exercise under continuous electrical stimulation for severe arm impairment after subacute stroke: a randomized controlled pilot study. Brain Inj 28: 203-210, 2014
- 7) 前迫篤, 他: 脳梗塞急性期における片麻痺上肢への促通反復療法と持続的低周波電気刺激法の同時併用療法による運動機能と浮腫の改善. Jpn J Rehabil Med 51: 219-227, 2014
- 8) Noma T, et al.: Anti-spastic effects of the direct application of vibratory stimuli to the spastic muscles of hemiplegic limbs in post-stroke patients. Brain Inj 23: 623-631, 2009
- 9) Noma T, et al.: Anti-spastic effects of the direct application of vibratory stimuli to the spastic muscles of hemiplegic limbs in post-stroke patients: a proof of principle study. J Rehabil Med 44: 325-330, 2012
- 10) 野間知一, 他: 脳卒中片麻痺上肢の痙縮筋への振動刺激痙縮抑制療法と促通反復療法との併用による麻痺と痙縮の改善効果. 総合リハ 37: 137-143, 2009
- 11) Daly JJ, et al.: Response to upper limb robotics and functional neuromuscular stimulation following stroke. J Rehabil Res Dev 42: 723-736, 2005
- 12) Shimodozono M, et al.: Benefits of a repetitive facilitative exercise program for the upper paretic extremity after subacute stroke: a randomized controlled trial. Neurorehabil Neural Repair 27: 296-305, 2012
- 13) 竹林崇, 他: 麻痺手に修正CI療法を実施した回復期脳卒中患者の上肢機能の短期および中期経過. OTジャーナル 51: 1235-1241, 2017
- 14) Arya KN, et al.: Estimating the minimal clinically important difference of an upper extremity recovery measure in subacute stroke patients. Top Stroke Rehabil 18: 599-610, 2011
- 15) Schuhfried O, et al.: Non-invasive neuromuscular electrical stimulation in patients with central nervous system lesions: an educational review. J Rehabil Med 44: 99-105, 2012
- 16) Khaslavskaja S, et al.: Motor cortex excitability following repetitive electrical stimulation of the common peroneal nerve depends on the voluntary drive. Exp Brain Res 162: 497-502, 2005
- 17) Yamamoto Y, et al.: The relationship between progressive motor deficits and lesion location in patients with single infarction in the lenticulostriate artery territory. J Neurol 267: 1381-1387, 2017
- 18) Zhu LL, et al.: Lesion load of the corticospinal tract predicts motor impairment in chronic stroke. Stroke 41: 910-915, 2010
- 19) Ohara T, et al.: The infarct location predicts progressive motor deficits in patients with acute lacunar infarction in the lenticulostriate artery territory. J Neurol Sci 293: 87-91, 2010

学会発表一覧

【看護介護部】

演題名	筆頭者	大会・学会・雑誌名	年月
上腕骨近位端骨折手術時における手術体位の工夫～チームで取り組む体位固定～	西鶴 理恵	第31回日本臨床整形外科学会学術集会 鹿児島	2018年 7月16日
内視鏡外科手術マニュアルの統一化に向けた取り組み～情報共有ツールを用いて～	榎園 誠	第31回日本内視鏡外科学会総会	2018年 12月8日
円背がある高齢患者の陥没した横行結腸ストーマに対し、便を水様に調整し漏れずに管理ができた一症例	有馬 澄子	第36回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 ポスター会場	2019年 2月23日

【リハビリテーション部】

演題名	筆頭者	大会・学会・雑誌名	年月
日常生活での麻痺手使用が著しく制限された脳卒中後軽度上肢麻痺者に対して促通反復療法を実施した経験	桐野菜津美	第33回 鹿児島リハビリテーション医学研究会	2019年3月
中学生陸上競技選手への栄養に関する啓発活動と発育調査～女子中長距離走選手の発育と競技力に着目して～	中畑 敏秀	第27回 鹿児島スポーツ医学研究会	2019年2月
当院における回復期退院支援計画書導入の有効性について	山之内美穂	第33回 回復期リハビリテーション病棟協会研究大会 in 舞浜・千葉	2019年2月
当院回復期病棟における退院支援計画書実施に関するスタッフへのアンケート調査	永田 千夏	第33回 回復期リハビリテーション病棟協会研究大会 in 舞浜・千葉	2019年2月
頸髄症を呈した成人脳性麻痺者に対する促通機能付き上肢リーチングロボット訓練が上肢機能に与える効果：シングルケーススタディ	豊栄 峻	第33回 回復期リハビリテーション病棟協会研究大会 in 舞浜・千葉	2019年2月
胸椎後湾姿勢が歩行動作停止直後のバランスに及ぼす影響—フラクタル解析を用いた姿勢制御特性—	新保 千尋	第6回 日本運動器理学療法学術大会 第53回 日本理学療法学術大会	2018年12月
インナーユニットと骨盤帯機能の関連について	小濱 泰斗	第31回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	2018年12月
中心前回 hand knob 領域に局限した脳梗塞による純粋手麻痺に対する持続的電気刺激併用下の促通反復療法の効果	豊栄 峻	第1回 日本再生医療とリハビリテーション医学会学術大会	2018年11月
神経筋電気刺激により嚥下機能が改善した橋梗塞後の1症例	小山田由依	第14回 鹿児島県食嚥下リハビリテーション研究会	2018年11月
重度知的障害を有した脳卒中片麻痺患者にロボットを使用した一症例	中藪 奈々	第2回 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	2018年11月
半側空間無視と重度運動麻痺を呈した症例に対する上肢訓練装置を用いた Limb Activation Treatment の試み	中藪 奈々	第2回 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	2018年11月
レッドコードによる脊椎の左右反復側屈運動が体幹深層筋群に与える影響～超音波診断装置による筋厚変化から～	富原 拓人	九州理学・作業療法士合同学会 in 沖縄	2018年10月
手根管症候群における電気生理学的重症度分類毎の Hand20とCTSIの検討	久原 義浩	第31回 日本臨床整形外科学会学術集会	2018年7月

演題名	筆頭者	大会・学会・雑誌名	年月
有痛性外脛骨による歩行時痛に対する入浴式足底板の効果について	山田 大輔	第31回 日本臨床整形外科学会学術集会	2018年7月
青壮年期から中年期を対象としたロコモ度テストの有用性及び身体機能との関連	村中 将樹	第31回 日本臨床整形外科学会学術集会	2018年7月
カップリング調整機能付き大腿義足を処方し歩行獲得できた高齢大腿切断の2症例	下浦木智代	第55回 日本リハビリテーション医学会学術集会	2018年6月
分枝粥腫病 (BAD) による中等度左上肢運動麻痺に対して促通反復療法と電気刺激の併用療法が有効だった一例	豊栄 峻	第55回 日本リハビリテーション医学会学術集会	2018年6月
軽症の片麻痺上肢麻痺への振動刺激と持続的神経電気刺激下での促通反復療法の同時併用療法の3例での効果	甲斐 惇平	第55回 日本リハビリテーション医学会学術集会	2018年6月
スプリント使用により上肢機能が改善した頸髄損傷の一症例	古川 愛理	第55回 日本リハビリテーション医学会学術集会	2018年6月
パーキンソン病患者に対する自主訓練指導を中心とした外来リハビリテーションの効果検証—自主訓練により身体機能の改善が得られた一症例—	久原 義浩	第29回 鹿児島県作業療法学会	2018年6月

追悼

中原啓一先生を悼んで



中原先生は長年、闘病生活をされていましたが、薬石の効なく、平成31年1月29日、午後0時32分、自宅にて家族に看取られながら静かに息をひきとられました。享年65歳でした。1月30日御通夜、31日、恒心会との合同葬でお見送りをさせていただきました。

中原 啓一先生が恒心会に入職されたのは平成18年7月で、今から13年近く前になります。先代の脳神経内科教授・納教授から“今度は本物の脳神経内科部長を送るから”といわれ、先生が赴任された日の事を、昨日の事の様に思い出します。赴任当時は脳神経内科部長として2年半、神経内科的疾患や難病治療は勿論のこと、一般内科医としても地域医療に取り組んで頂きました。

先生は正義感があり、何事にも真剣に取り組む性格でした。それ故に責任感が強く周りの誰からも信頼される先生でした。内科部長時代は第3内科の信条、分からない、治らない、でも諦めないの精神で、この大隅地域の神経内科的疾患や難病治療に貢献して頂きました。先生のお陰で救われた患者さんは沢山いらっちゃって、この大隅地域での救世主的な存在といっても過言ではありませんでした。

又、我々整形外科医にとっても、神経内科と同じ様な症状を呈する人が多い為、判断に迷った時にはよく相談していたのですが、いつも適切なアドバイ

スをして頂いていて助かっていました。本当に素晴らしい先生に来て頂いた、といつも感謝していたものです。

しかし10年前、目の前で目眩がすると倒れられた時には本当に驚きました。大した病気でなければと願っていましたが、残念ながら入院を余儀なくされる様な病で、その後は、それまでの様な働き方が出来ない事が分かりました。

病を得られてからは、その後、老人保健施設ヴィラかのやの施設長に就任して頂き、違ったフィールドで法人を支えて頂きました。

そして働きながら10年という長きに渡り、病と闘われました。何回も入退院を繰り返されていました。時には薬の副作用が出て食欲が無くなったり大変な時期もあったと聞いています。心が折れそうになったこともあると思います。

でも、いつも明るく振舞われ、お見舞いに行ったりすると逆に、こちらが励まされるという様な事がよくありました。又、大学の開講記念会に行くと杖を突きながら、軽く手を上げながら歩いていらっしゃる姿をよく見かけたものです。何事にも積極的な人だなあと感心させられたものです。

実は個人的な話ですが、先生とは高校一年生の時代からの付き合いで、40年以上の付き合いになります。同じクラスで出席番号がOとNの隣同士だったのですが、最初に会ったその日から人懐っこい笑顔で筑豊弁（福岡の言葉）で話しかけて来られました。今でもその笑顔は印象に残っています。その後、大学は別々でしたが、私が鹿児島に帰って来てからも、廊下ですれ違う度に笑顔で話しかけて来られ、心が和んだ事を覚えています。

啓一先生は僅か満63歳という若さでお亡くなりま

した。これからもっと色んな活躍をされていたのでは
と思うと非常に残念でたまりません。いや、それ以上
にご本人が心残りがあったのではと思います。

啓一先生、長きにわたって恒心会を助けて頂き、
本当に有難うございました。

先生が今まで法人に残して下さったご恩や功績
は決して忘れません。

先生の残して頂いた功績を後世まで語り継ぎ、こ
れから更に発展して行きたいと思います。

先生の記憶は職員一人一人の胸にしっかりと刻
まれていると思います。これまで本当にありがとう。心
から感謝の気持ちを捧げ、追悼の言葉とします。どう
ぞ安らかにお眠り下さい。

(文責 理事長 小倉 雅)

編集後記

元号が変わり、恒心会ジャーナル第5号は、平成最後の号となりました。
巻頭言では、平成30年度の振り返りと第4期中長期計画の1年目を総括し
ました。また、令和にむけてのビジョンを恒心会事業方針で示しました。
第4期中長期計画のスローガンは、「恒心会の強みにハブ機能を備えた
法人作りとアライアンスの構築」です。トピックスでは、人は財産という考えか
ら人財育成の取組みについての報告。近年多発する自然災害に備えた災
害訓練では、地域の大規模災害を想定した九州・沖縄DMAT実動訓練
に参加しました。また、西日本で発生した平成30年7月豪雨災害では実際
のJRAT活動について報告しました。

最後に、巻末ではこれまで約12年間、脳神経内科部長として、また老人
保健施設ヴィラかのやの施設長として、恒心会に多大なるご貢献を頂きま
した中原啓一先生がご逝去されました。中原啓一先生を偲ぶとともにこれま
でのご活躍をご報告させて頂きました。

令和元年9月吉日

編集委員長

福田 秀文

社会医療法人 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

社会医療法人 恒心会
事務局 管理課 課長