



恒心会ジャーナル

2024(令和6)年度

Vol.11



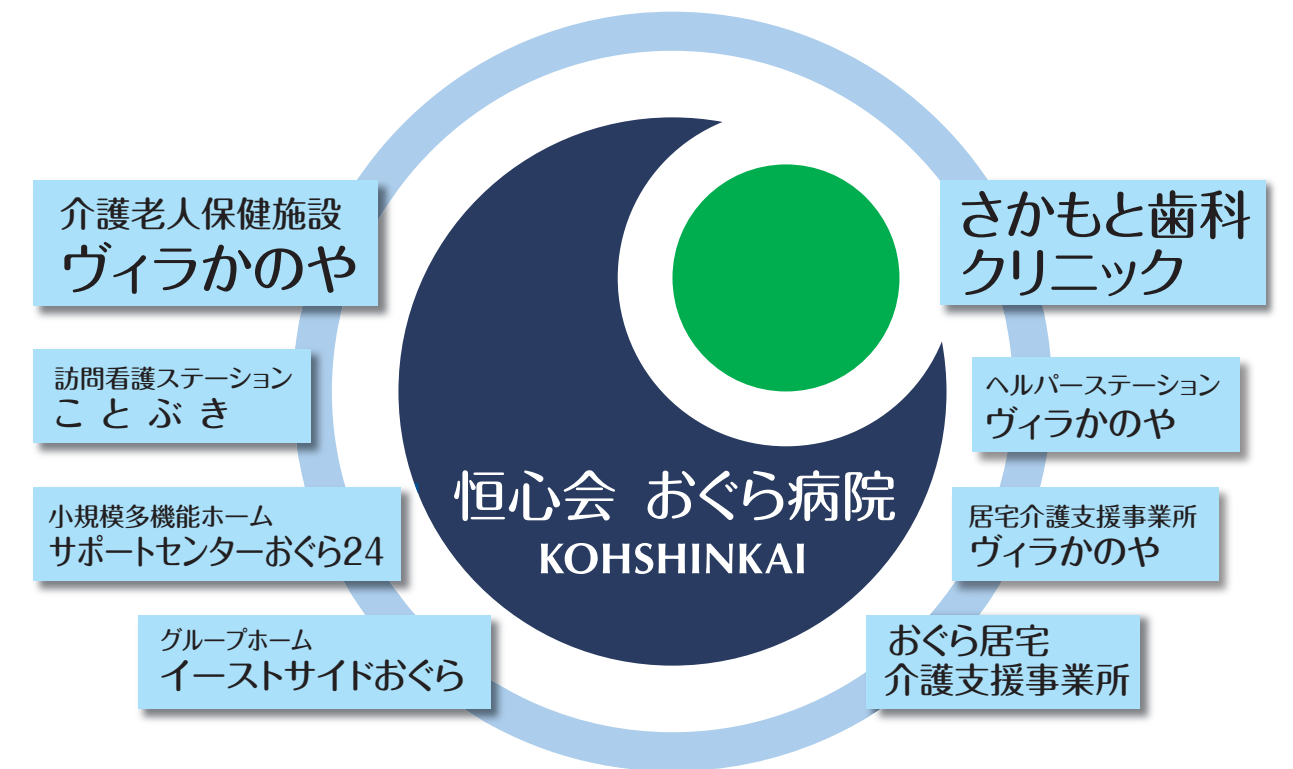
社会医療法人 恒心会

〒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



ひと、未来、いのちをつなぐ。

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	小倉医院 小倉慶一 開院(9床)(鹿屋市向江町)
昭和36年11月	小倉外科病院開院(22床)(鹿屋市共栄町移転)
昭和53年 4月	鹿屋市寿八丁目21番2号へ新設移転
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
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) 118床
平成6年 9月	さかもと歯科クリニック開院
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
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
平成11年11月	小倉リハビリテーション病院(療養型100床)開院
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)
平成13年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	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所
平成19年 7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100床
8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Ver5.0更新
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」開設
平成20年 1月	開業50周年
6月	小倉リハビリテーション病院→おぐらリハビリテーション病院へ名称変更
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	小倉記念病院 日本医療機能評価機構認定施設Ver5.0更新
平成24年 3月	おぐら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Ver6.0更新 病院機能評価付加機能認定(リハビリテーション機能(回復期Ver2.0))
平成25年 7月	恒心会おぐら病院(216床)開院(小倉記念病院・おぐらリハビリテーション病院統合)

平成26年 5月	南大隅町立佐多診療所及び南大隅町立へき地出張診療所にて診療開始
平成28年 4月	社会医療法人改組
平成28年12月	病院機能評価機構機能種別評価項目3rdG:Ver1.1 一般病院副機能：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」指定
6月	「へき地医療拠点病院」指定
令和4年 10月	病院機能評価機構機能種別評価項目3rdG:Ver2.0 一般病院副機能：リハビリテーション病院認定

目 次

社会医療法人恒心会	
理 念	
恒心会の歩み	
巻頭言	1
2025年度 事業方針	3
恒心会おぐら病院	
恒心会おぐら病院	9
リハビリテーション科	10
外 科	11
整形外科	12
脳神経内科	13
脳神経外科	14
診療技術部	15
在籍医師紹介	16
トピックス	
脳神経外科開設後1年のあゆみ	21
大隅地区野球検診の活動と結果報告	23
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定まで	25
地域とともに進める認知症ケアの新たな試み ～認知症マップ作成を通じたボランティア活動の報告～	27
2024年度病院指標について	
2023年度病院指標について	31
各部門の活動	
看護部	39
3階西病棟	40
4階病棟	41
5階病棟	42
2階東病棟	43
3階東病棟	44
手術室・中央材料室	45
手術分類	46
外 来	48
化学療法室	50
健診室	51
患者サポートセンター	52

2024年度 認定看護師、特定看護師活動報告 53

リハビリテーション部 56

薬剤部 59

画像検査部 60

栄養管理部 63

社会医療福祉科 64

委員会活動

医療安全管理委員会 67

感染対策委員会 69

NST(栄養サポートチーム)委員会 71

災害対策委員会 73

地域医療活動

地域医療活動 77

地域リハビリテーション活動報告 79

教育研修

院外研修 83

教育研修 86

鹿児島大学研修医 インタビュー 87

研修医受入・実習関連 90

さかもと歯科クリニック

さかもと歯科クリニック 95

介護事業部

法人介護事業部ならび介護老人保健施設 ヴィラかのや 99

訪問看護ステーション ことぶき 101

ヴィラかのや通所リハビリテーション／おぐら通所リハビリテーション 102

ヘルパーステーション ヴィラかのや 103

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 104

グループホーム イーストサイドおぐら 105

小規模多機能ホーム サポートセンターおぐら24 106

研究論文・学会発表

医師業績 108

論文 109

学会発表一覧 125

編集後記 127

巻 頭 言

理事長 小 倉 雅



今年の巻頭言でもふれましたが、“トンネルを抜ければ雪国だった”と川畑康成になった様な気分で、コロナ禍の長いトンネルを抜ければ、明るい未来が来る様な期待をしていた人は私一人では無かった筈です。ところがコロナ禍を戦い抜いた我々医療人に待っていた現実はいよいよ厳しいものだったと言っても過言ではないでしょう。

2025年2月号・週刊東洋経済誌ではタイトルが「病院大淘汰」とあり、“都市部でも病院が消える時代”とサブタイトルが付いたショッキングな記事が特集されていました。言わずもがな2024年度に行なわれたトリプル改訂の影響が厳しい現実のものとなって現れて来ていて、撤退戦を余儀なくされている医療機関が増えている状況が特集されていました。

我々の地域でも病院からクリニックや介護医療院へ、クリニックも有床から無床へと、どんどん転換されて行っています。この肝属圏域、曾於、垂水圏域でも随分、ベッドを返上されたクリニックが目立って来ました。これでどうやって病病連携、病診連携が取れるのでしょうか!? 地域医療が支えられるのでしょうか。

厚生労働省の描いている地域医療構想は根本から考えなおさないといけない様な気がします。日本病院協会の相澤孝夫先生が“焼け野原になる前に考え直して欲しい!”と言っていた意味が良く分かります。

悲惨な状況はデータでも如実に現れています。帝国データバンクの調査によると2024年の病院・クリ

ニック(診療所)・歯科医院などの医療機関の倒産は64件(前年比56%増)で過去20年で最多件数を更新したそうです。

コロナ禍前までに医療費削減の掛け声のもと既に厳しい状況になっていたのですが、コロナ禍が発生し、一旦、2000年には事業者支援などを背景に倒産件数は27件に減少したものの、翌2021年から再度増加に転じ、2022年、23年と2年連続で40件を超えました。

今や病院収益悪化の4重苦…診療報酬の抑制、医療人材不足による人件費上昇、材料・医療機器の値上げ、患者数の減少などが重荷となって、新たな医療機関の開設が厳しい状況となっており、病院全体の7割が赤字経営に転落していると言われています。

日本病院会の相澤会長の話によると、年々一般病院100床あたりの医療従事者数は増え続けており、病院の人件費増の原因となっています。医療安全に配慮して高度化した医療を提供する為には人材が必要であるにも関わらず、人員増は到底望めず、材料費高騰の中で公定価格である診療報酬が僅か0.88%増では話になりません。

日本の病院の特徴は民間主体であると言われていて、運営主体の約7割を民間の医療法人が占めています。今回の改訂と昨今の情勢で増収減益から減収減益に転じていると想定されています。又、これまでは病床稼働率が9割ならば黒字化できていましたが、9割を超えても利益が出なくなっていると、ある経営コンサルタントは指摘しています。

更に人口減少を背景に自治体病院の減少(病院数と病床数)が加速していて、2040年問題を前

にして、既に地方の地域医療は崩壊寸前です。
では、この様な状況下で活路を見出せるのか?生き残る手だては?病院再編は進むのか?
Key wordは2つある様な気がします。

1つめは内部経営管理を十分にして地域のニーズに沿った医療を行えば付加価値が高められるはずです。その為には、医師である院長が医療と経営的視点を同時に管理する事は難しい事が多く、病院の経営支援を行うユカリアの西村祥一取締役・医師の勤める「医経分離」を行なう事です。

そうする事によって社会情勢を客観的に分析して、状況に応じた適切な対応が出来るのではと思います。ビジネスの世界に例えるのは不謹慎かも知れませんが、“低価格化か高級路線か”“利益重視か社会貢献か”いずれを選び、いずれを断念するかは企業が意思決定していました。つまり「トレードオフ」は付き物でしたが、今は二者択一ではない、あえて二兎を追う運営、舵取りをしてトレードオフからの脱却を図っている病院が、最近、大きくなって生き残って来ている様に思います。

2つめは“連携”だと思います。例えば地域医療連携推進法人の設立です。昨年人口減少率が最も大きかった秋田県では、地域の病院を一体運営する地域医療連携推進法人が県内で初めて設立され、県内の4つの医療法人が参加し、25年度から薬剤費の抑制につながる薬の共同購入を始める計画のようです。この様な取り組みは一つのヒントになる

かも知れません。山形県酒田市の日本海総合病院の例などもこれからのモデルケースになるでしょう。

更に厚生労働省が準備した制度で、これからの20年は急性期病床が大幅に減り、これまで必要とされていた回復期も増えないというフェーズに入るだろうと思われます。そんな時の急性期病床の受け皿が地域包括医療病棟だと思われます。その様な病棟との連携もきちんとして行きたいと思います。

恒心会は昨年から脳神経外科が新しくメンバーに加わってもらいました。初年度としては手術件数30件と立派な数字ではありますが、整形外科や消化器外科、形成外科と一体化して外傷センターとして大隅半島の外傷を引き受けて行きたいと思います。血管内治療を行うためのIVR・カテ室、第5手術室、3.0テスラMRIなど重装備にはなりますが、覚悟を持って地域医療に取り組みたいと思います。

社会医療法人として、又、へき地医療拠点病院として、佐多診療所だけでなく、今年は郡診療所にも医師派遣を行なう予定です。

又、鹿児島JRATの事務局を担当していますが、DMATチーム編成をしたり災害活動も充実して行きたいと思います。

こんな状況下でも恒心会の目標は“強い民間病院”作りです。地域の先生方に“強固な連携”を取りやすいような環境作りを心がけて行きますので、よろしくお願いします。

2025年度 事業方針

中長期計画は、法人の3年後のあるべき姿（ビジョン）の実現に向け全職員が総力を結集してベクトルを合わせるための計画の事です。

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 ・へき地医療拠点病院認可
第4期	平成30年～令和2年	地域医療構想の中で自院の強みを活かした医療・介護の連携の構築	✓ソフトの整備 ・職制、副院長制導入 ・人事制度改正
第5期	令和3年～令和5年	時代の変化に対応出来る組織作りと次世代を担う人財育成	✓コロナ禍の教訓 ・危機管理体制とBCPの見直し ✓組織力の強化 ・新院長・医局長 ・看護介護総括部長制 ・脳神経外科の誘致
第6期	令和6年～令和8年	ポスト2025年を見据えた法人事業の強靱化～脳神経外科の地域定着と次の10年に向けた基盤強化～	

中長期計画の実施状況は上記に示します。

第1～5期の中長期計画の期間とスローガン、達成事項はスライドの通りです。さっくり言うと第1～2期はハードの整備を中心に進んで来ました。

第3期は法人格の変更により経営をより盤石な体制としました。

第4～5期はソフト面にシフトし、院内の体制作りに注力して来ました。

そして、現在の第6期は老健建設から30年、旧リハ病院建設から25年、そして新病院建築から10年が経過して、ハードのメンテナンスが必要となって来たタイミングでした。

そして、このタイミングで脳神経外科新設の計画が持ち上がり、ソフト面でも大きな見直しが必要となって来た為、ハード面とソフト面を同時に大きくバージョンアップを図る3年間にしたいと計画しています。

理事長 小 倉 雅

第6期中長期計画の重点項目

- ・脳神経外科の新設と地域定着
○ハード整備（外来棟の増改築工事）着工から使えるようになるまで1年6ヶ月が必要
○脳神経外科治療の体制整備と地域連携を図る
- ・診療報酬改定（2024.2026）と介護報酬改定の対応
○急性期7対1と回復期リハⅠ・超強化型老健の体制堅持 ○地域連携の深化（遠征システム導入）
○医介連携、医科歯科連携の強化
- ・労働生産性を高める為の働き方改革の推進
○健康経営の重点化 ○雇用の競争力強化 ○労働環境の改善（大規模改修工事）
○タスクシフト/シェア ○ICTの利活用
- ・健全財務
○拡大再生産が持続する財務体質の維持

第6期の重点項目は上に示す通りです。

令和6年度を総括したいと思います。

昨年は、医師の働き方改革や実質マイナス改定となる診療報酬と介護報酬の同時改定、加えて物価高騰等により、経営環境はこれまで以上に厳しくなっていて、この状況はこの先も続くと思います。

そんな中でも昨年の恒心会は、医療や介護の質と業績向上のために、事業の根幹を為す人への投資として、前年を上回る764人を雇用すると同時に賃上げも同時並行で両立する事を続けています。

次に設備投資では、第2期の改修工事が完了し、残る本館メンテナンス工事と連動して2月から手術室の拡張工事がスタートしました。また、これに先立って手術顕微鏡等（ICG機能）の先行投資や医療と介護の質の向上や業務効率化のための整備や器機の更新を行いました。

これらの経営資源を投下した令和6年度の成果について総括します。

まず、医療、介護事業ともにCOVID-19パンデミック以降の教訓を生かしながら、昨年はクラスター対応と通常業務が両立できるようになり、大幅な診療制限を加えることなく、ようやく定常化しました。

脳外科の初年度は、まずは順調なスタートと言えます(詳細は本誌トピックスをご参照ください)。

年間の救急車受入れ件数はコンスタントに年間1500件ペースまで上がっています。救急増加の内部要因は、脳外科や救急医の配置、断り件数の工夫等によるもので、現場の応需力がこれまで以上に上がって来ていると思います。

これらの「救急」と「手術」は、急性期らしさの2大評価軸であって、当院ではこの二つのキーワードが伸びることで、急性期7対1の重症度クリアやDPC係数のupに繋がります。

また、回復期病棟でも脳血管リハの患者構成が前年より5%上がるなど、患者構成に少しずつ良い変化が出てきています。

次に介護事業です。

老健は超強化型の構えを維持するために回転率が求められる時代になりました。これは、川の上流にあたる急性期や回復期の流れを受けてのことです。

一方で、高齢者の増加によって老健の看取り件数が増えるなど、いろんなニーズに応えています。

介護報酬改定の影響は、特に老健の通所リハビリは以前からセラピストの配置数やリハマネ加算の要件をクリアできていたので、今回の通所リハ改正に難なく適合して業績向上に寄与しました。

病院の通所リハビリでは、回復期病棟の専従加算廃止に伴う業務シフトとして、リハビリテーション科の先生に介入してもらう体制が整った事でコンプライアンスの遵守と減算回避に貢献しました。

また、訪問看護の利用者は脳神経内科の神経難病やがんの看取りといった医療型訪問看護が7割以上を占める等、病院併設の強みがより鮮明になりました。

これらのことを踏まえて、第6期の折り返しとなる令和7年度は「令和6年度の事業成果を継承しながら、

どういうことを目指すのか?」を以下にお示します。

令和7年度の恒心会の事業方針を4つ挙げました。

1点目は、病院と介護機能の拡充です。病院は、外科、整形外科、脳神経内科、リハビリテーション科に加え、5本目の柱として脳神経外科が加わり、この3年間で当院の脳神経外科が知名度、実力ともに地域で定着することを目指します。

そのための条件整備の2年目は、脳外科の手術体制を整えるために今年7月に第5手術室が稼働する予定です。それに加えてこれから始まる外来増設部分の血管造影室、カテーテル室が来年7月に完成したら血栓回収術が可能となって来ます。

また、4月から新たに常勤の麻酔専門医が確保できました。

これから先の2次後方待機病院での緊急手術等の体制強化に繋げて行きたいと思っています。

介護事業では団塊世代が75歳となる今年2025年から2040年に向けて、85歳以上の人口が増えることで多死社会が加速して人口が減少していきま

す。ただ、我々の地域は高齢化のスピードが全国より10年から15年先を進んでいて、すでに人口減少社会に突入しています。要は、少ないマンパワーでより多くの85歳以上の高齢者に対応しなければならない状況にあると言えます。

そのため、引き続き老人保健施設や在宅で、より質の高い看取り体制の強化を進めて行きたいと思っています。

2点目は、社会医療法人としての使命追求です。

恒心会は10年前から今も社会貢献として南大隅町の佐多診療所に週1回、医師の派遣を続けています。今般、これまでの取組みが評価され、地域からのさらなる要請を受け、佐多診療所とは別に郡

診療所に週2日、脳神経内科の医師を派遣します。また、去年の能登半島地震や石川県豪雨災害を鑑みると他人事ではなく、万が一の備えとして自分たちを守るためにも災害医療チーム、DMATの基盤づくりをはじめたいと思います。

3点目は、より働きやすい職場環境づくりのために、AIやデジタル技術を活用した取り組みをさらに進めて行きます。

また、職員の健康増進のために健診部門と連携してフィットネス事業の活性化を進めます。

4点目は、健全財務と人材確保の対策です。

恒心会でも、令和8年から介護部門にネパール国籍の外国人介護留学生を2名雇用します。

そのための具体的な受け入れ体制をしっかり作りたいと思います。

その他にも、リクルート効果に特化したホームページのリニューアルや男性の育児休業取得等、時代の変化や世代間の多様な価値観の変化に対応した組織運営に取り組んで、人と患者が集まり続ける法人づくりに努力したいと思います。

令和7年度の事業方針

①病院と介護機能の拡充

・脳神経外科プロジェクト推進

- ・救急と手術の応需体制の整備
→第5手術室(7月稼働)と常勤麻酔専門医増

・介護では訪問と看取りケアの基盤強化

- ・ポスト2025年(多死社会)と急性期からの医療ニーズ受入れ増加の備え



③より働きやすい職場環境の醸成

・医療・介護DXの推進

- ・電子処方箋導入の環境整備

・職員の健康増進(WLB)

- ・フィットネス事業の再構築



②社会医療法人に求められる

使命と地域貢献の追求

・へき地医療拠点病院

- ・佐多診療所に加え郡診療所に週2日派遣

・災害医療

- ・DMATづくりの準備(複数年計画)



④健全財務と

経営資源のさらなる整備

・雇用の競争力と人材確保

- ・外国人介護技能実習生2名受入れ準備
- ・ホームページリニューアル、男性職員の育児介護休暇の取得推進等



恒心会 おぐら病院

恒心会おぐら病院

院長 東 郷 泰 久

2024年度は地域中核病院として安心・安全な質の高い医療を提供できるように救急医療体制、ウィズ・ポストコロナへ対応できる体制の構築を行いました。また、医師の働き方改革も開始され、時間外労働の改善、過労を防ぎつつ通常診療ができるよう対応しました。

救急医療体制の構築

2024年4月より脳神経外科が新たに開設され、2名の常勤医の勤務により救急の受け入れの幅が広がりました。これまでは頭部外傷の疑いがあれば他施設にお願いしていましたが、頭部外傷を含めた多発外傷の受け入れも可能となりました。脳神経外科夜間担当病院も開始し、急性クモ膜下出血など24件の手術が行われました。現在手術室の増設工事中ですが、できあがれば更に手術の増加が期待できます。今後は病院を増築し血管造影室も新設予定ですが、脳梗塞の血管内治療なども対応可能となり地域医療へのさらなる貢献ができると思います。また、麻酔・救急専門医も1名増員され、救急の初期対応、全身管理を行ってらっており外傷センターとしての救急医療体制が構築できました。大隅夜間救急センターの後方病院として夜間の二次後方受け入れを行い、入院やより専門性の高い検査が必要と判断された症例の診療を行っています。

ウィズ・ポストコロナへの対応

コロナ感染症は5類となりましたが、流行は継続しておりなお予断を許さない状況です。昨年度に感染対策や医療安全対策を通じ新興感染症や災害時も診療が継続できるようマルチハザードBCPの作成を行いました。これによりコロナ感染者蔓延時にもICTを中心に管理を行い、救急の受け入れや手術の制限

を行うことなく診療が継続できました。今後新たな新興感染症に備え第一種、第二種感染症指定医療機関の申請を行い病床の確保、発熱外来を継続していきたいと思います。

働き方改革への対応

医師の働き方改革としては、労働基準局の指導のもとA水準の申請、宿日直許可を取得し、ICカードにより出退を管理、時間外勤務のチェックを行い医師の時間外労働の改善、過労を防ぎつつ、通常診療ができるよう改善を図っています。

院内では特定行為看護師に活躍してもらっていますが、今年度も1名特定行為看護師資格を取得し、タスクシェアと医療の質の向上に取り組んでいます。また、ナイトケアスタッフの導入から1年となりますが、夜勤看護師負担軽減のための補助業務を行ってもらっています。その他の部署でもDXの導入やタスクシェア、タスクシフトについて検討をおこない残業時間の軽減、過労防止に努めていきたいと思います。

全国的に医療、介護にたずさわる人材不足が大きな問題となっています。働き方改革には人材の確保、教育の強化も重要な課題で、看護学生、PT、OT、ST学生の実習受け入れを再開し学校訪問など直接的なリクルートを再開も若い人材の確保にも努めています。

2025年には団塊の世代が75歳以上となります。特に高齢化率の高い大隅地区ではこれを見据えた医療機能の強化、介護施設との連携が重要となります。当法人では病院と併設介護施設を統括して管理する統括部長職を設けその対策に取り組んでいます。また、大隅は広域であり高齢化で頻回の通院が困難な方もいらっしゃるため、送迎体制の構築も検討中です。

リハビリテーション科

【2024年度目標】

- 嚥下、口腔リハビリの早期及び積極的な介入
- 他科との連携強化
- 早期リハビリテーションの充実

【2024年度ふり返し】

在宅復帰率は80%を超え、平均在院日数は40 ～ 50日程度になっております。FIM利得も高く、質の向上も保たれております。

また、昨年度より当院に脳血管外科が開設され、脳卒中疾患も増えています。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

の評価、治療への取り組みも積極的に行っております。嚥下造影検査も施行する機会が増え、急性期病棟での評価件数も増えております。他科との連携強化を行い、早期でのリハビリテーションも積極的に行えております。今後とも嚥下、口腔リハビリの早期及び積極的な介入および他科との連携強化、早期リハビリテーションの充実につき行っていきます。

【2025年度目標】

- 嚥下、口腔リハビリの早期及び積極的な介入
- 他科との連携強化
- 早期リハビリテーションの充実

〈2024年度診療実績〉

項 目	件 数	項 目	件 数
回復期リハ病棟退棟患者数	699	区① 脳血管疾患等	89
実績指数	56.7	区② 骨折または手術後等	510
FIM利得	26.2	区③ 廃用症候群等	28
平均在院日数(日)	43.7	区④ 神経・筋又は靱帯損傷等	5
病床稼働率(%)	95.7	区⑤ 人工(股・膝)関節	67
在宅復帰率(%)	89	区⑥ 心大血管等	0
嚥下造影検査(VF)	95		
嚥下内視鏡検査(VE)	3		

外 科

【2024年度目標】

- ・断ることなく患者を受け入れ、手術件数を増やすこと

【2024年度ふり返し】

救急を断らない医療を実践してきたが、時としてマンパワーの問題で限界を感じる場面もあった。

合併症の多い患者・高齢な患者は、大学病院や鹿児島市内の病院に手術治療を依頼するなどの

連携はしっかりとれていたと思う。また、地域連携についても大隅鹿屋病院、鹿屋医療センターと密な連携がとれ、手術件数増加には繋がらなかったが地域医療に貢献できたと総括する。

【2025年度目標】

- ・緊急手術への対応を効率化すること
- ・外科医のパワーアップのため、外科医の増員と若返りを図ること

〈2024年度診療実績〉

項 目	件 数	項 目	件 数
乳がん	1	胆嚢・総胆管(良性)手術	35
胃がん	11	腹部救急(イレウス等)	20
大腸がん	22	ヘルニア関連	63
肝・胆・膵がん	2	その他	115

整形外科

【2024年度目標】

- 大隅地区における外傷センターとして役割を果たすため、以下の項目に重点を置く
- 1) 大腿骨近位部骨折の早期手術実施率の向上を目指す、多職種連携を図る
 - 2) 脆弱性骨折に潜在する骨粗鬆症への早期治療介入により、新規骨折の発症を予防する
 - 3) 肝属郡医師会立病院、南大隅町立佐多診療所での外来診療を通じて、精査が必要な患者のスクリーニングやアフターケアを提供する
 - 4) 鹿児島大学病院整形外科や鹿児島市内の医療機関との連携を強化し、患者にへき地の不利益が生じないように努める

【2024年度ふり返り】

大腿骨近位部骨折の受傷後48時間以内の手術実施率は前年度より改善していたが、50%を下回る月もあった。脆弱性骨折については、骨粗鬆症リ

エゾンサービスチームとの連携により多くの症例に介入がなされていたが、一部に漏れも生じていた。肝属郡医師会立病院、南大隅町立佐多診療所での要精査症例は当院にて適切に追加検査や処置がなされていた。重症例や特殊症例では、鹿児島大学病院整形外科、鹿児島市立病院、米盛病院、いまきいれ総合病院などの協力をいただき、迅速かつスムーズに治療の引き継ぎができていた。

【2025年度目標】

- 2024年度目標を踏襲し、更なる向上を目指す
- 1) 大腿骨近位部骨折の早期手術（緊急整復固定加算・緊急挿入加算）の実施率の改善
 - 2) 変形性膝関節症に対する再生医療（APS療法）の評価と啓蒙
 - 3) 救急患者を遅延なく診断治療できるように救急外来体制を再構築する

〈2024年度診療実績〉

手術実績

項 目		件 数	項 目		件 数
下 肢	人工股関節置換術（THA）	38	上 肢 ・ 脊 椎	上腕骨近位部骨折（肩関節）	21
	人工骨頭挿入術	103		肘関節周囲骨折	30
	人工膝関節置換術（TKA）	30		橈骨遠位部骨折	108
	大腿骨近位部骨折	154		手根骨・手指骨折	56
	大腿骨骨折	21		鎖骨骨折・肩鎖関節	23
	膝関節（脛骨近位・膝蓋骨）	32		その他上肢の手術	156
	その他下肢の手術	156		脊椎外科・骨折手術	21

脳神経内科

【2024年度目標】

- 神経救急疾患・変性疾患への取り組み強化
脳神経外科との連携強化

【2024年度ふり返り】

目標達成に向け、まず診療レベルの向上を目的とし、脳神経内科医のみによるカンファレンスを毎週実施しました。これにより症例検討や知識共有が促進され、個々の医師のスキルアップ及び診療の標準化に繋がったと考えます。また、国内外の学会への積極的な参加・発表を行い、最新の知見を日常診療へ反映させる努力を継続しました。
脳神経外科との連携強化においては、MRI画

像所見や治療方針に関する相談を日常的に密に行う体制を構築しました。特に、脳膿瘍や正常圧水頭症など、外科的介入が必要となる可能性のある疾患に対しては、早期からの情報共有と併診により、診断から治療への移行をスムーズに行い、患者にとってより質の高い医療を提供できたと評価しております。
これらの取り組みにより、掲げた目標に対して着実な進捗が見られ、診療体制の強化に貢献できた一年でした。

【2025年度目標】

- 神経救急疾患・変性疾患への取り組み強化
脳神経外科との連携強化

〈2024年度診療実績〉

項 目	件 数	項 目	件 数
入院患者数	244	外来患者数	7,663
変性疾患	50		
末梢神経疾患・筋疾患	31		
脳血管障害	7		
免疫性筋疾患	4		
その他	152		

脳神経外科

【2024年度目標】

- ・当院における脳神経外科診療の定着、全てのスタッフとの連携
- ・他科との診療連携の構築
- ・鹿屋肝属地域の医療における当院の脳神経外科診療の定着

【2024年度ふり返り】

大変お世話になっております。当院は2024年4月1日に鹿児島大学脳神経外科医局より2名の脳神経外科専門医が入職、常設科として立ち上げとなりました。まず行ったのは、一緒に働くスタッフへの脳神経外科診療のレクチャーと協力のお願ひからでした。また整形外科、外科、脳神経内科、リハビリテーション科、救急科といった院内他科のみならず、鹿屋肝属地域の主要な病院と連携を構築するべく、実際に足を運んでご理解いただき、協力をお願いいたしました。

〈2024年度診療実績〉

項 目	件 数	項 目	件 数
入院患者数	150	手術数	27
脳出血	14	頭蓋内微小血管減圧術	3
脳梗塞	45	水頭症手術(シャント手術)	3
外傷性くも膜下出血	11	開頭頭蓋内血腫除去術(硬膜下)	3
急性/慢性硬膜血腫	21	内視鏡下脳内血腫除去術	1
脳動脈瘤(未破裂)	1	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	11
脳腫瘍	4	脳動脈瘤クリッピング	1
一過性脳虚血	3	その他	5
脊髄関連	3		
その他	48		

手術器具や顕微鏡も導入し、少しずつではありますが、脳神経外科領域の手術も行うようになりました。今後は血管造影室も導入予定としております。

未だ結実というには遠いですが、数年先を見据えつつ、今後も目の前のことを着実に、一つ一つ丁寧に診療してまいります。

この1年間ご協力いただきました全ての方々に感謝申し上げますと共に、今後もさらなるご支援賜りますようお願い申し上げます。

【2025年度目標】

- ・当院での脳神経外科診療のさらなる充実、協力体制の拡張
- ・救急医療に注力、救急受入数、入院患者数、手術件数の増加
- ・院内他科との連携強化
- ・一次脳卒中センターの登録

診療技術部

【2024年度目標】

内視鏡件数を増やす

【2024年度ふり返り】

過去の本稿でも触れたと思うのですが、なぜ検査が増えないのか?その一つの答えが、マンパワー不足、特に内視鏡をする医師の不足が大きいと考えておりました。当たり前といえば当たり前なのですが…色々と伝手をあたっていただいております。次年度

は内視鏡を担当していただける医師を増員することができそうです。増員が叶えば、検査を増やすことができ、検査枠の制限を解除することができます。一人でも多く、当院で内視鏡検査を受けていただけるようにしてまいりたいと思います。

【2025年度目標】

内視鏡件数の増加と安定化

〈2024年度診療実績〉

項 目	件 数	項 目	件 数
上部消化管内視鏡検査	4,158	ハイパーサーミア	709
下部消化管内視鏡検査	808		

在籍 医師 紹介

(2025年5月現在)

整形外科



有島 善也
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



松山 金寛
日本整形外科学会専門医
日本人工関節学会会員
日本骨折治療学会会員
西日本整形災害外科学会会員
(2025年4月～)



町田 透
日本整形外科学会専門医
日本骨折治療学会会員
日本肩関節学会会員
西日本整形外科災害外科学会
(2024年4月～)



岩下 稜
日本整形外科学会会員
西日本整形災害外科学会会員
(2025年4月～)



大平 将敬
日本救急医学会専門医
日本整形外科学会会員
(2024年10月～)



中村 貴大
日本整形外科学会会員
(2024年4月～9月)



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
(2015年4月～2025年3月)



三重 岳
日本整形外科学会専門医
日本手外科学会会員
西日本整形外科災害外科学会
(2022年4月～2025年3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



下道 俊
日本リハビリテーション医学会
専門医
(2023年4月～)



松元 良宏
日本リハビリテーション医学会会員
(2025年4月～)



大村 元春
日本リハビリテーション医学会会員
(2024年4月～2025年3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



東郷 泰久
恒心会おぐら病院 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

外科



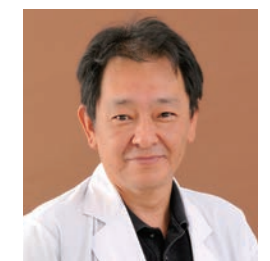
衣斐 勝彦
恒心会おぐら病院 副院長
日本外科学会専門医
日本消化管学会専門医
日本消化器外科学会会員
(2020年7月～)



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

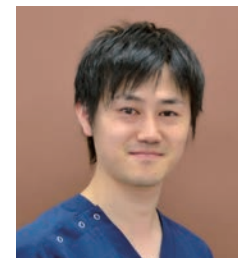


實 操 二
外科 部長
日本外科学会専門医・指導医
日本消化器外科学会専門医・指導医
日本内視鏡外科学会会員
日本臨床外科学会会員
(2024年4月～)



竹林 勇二
外科医

脳神経内科



武井 潤
脳神経内科 部長
日本神経学会専門医・指導医
日本内科学会総合内科専門医・
指導医
日本認知症学会専門医
(2024年4月～)



尾山 琴海
日本神経学会会員
日本内科学会専門医
(2024年4月～)



池之上博任
日本神経学会会員
日本内科学会会員
(2024年4月～)



橋元 彩
日本神経学会会員
日本内科学会会員
日本頭痛学会会員
(2023年4月～2025年3月)

脳神経外科



新納 忠明
脳神経外科 部長
日本脳神経外科学会専門医
日本脊髄外科学会専門医・指導医
(2025年4月～)



岡田 朋久
日本脳神経外科学会専門医・指導医
日本脳卒中学会会員
日本脊髄外科学会会員
日本脳神経外科コンgres会員
日本リハビリテーション医学会会員
日本脳ドック学会会員
日本神経内視鏡学会会員
(2024年4月～)



濱田 寛章
日本脳神経外科学会会員
日本脳神経血管内治療学会会員
日本脳卒中学会会員
(2025年4月～)



松田 大樹
日本脳神経外科学会専門医
脳血栓回収療法実施医
日本脳神経血管内治療学会会員
日本脳神経外科コンgres会員
日本脳卒中学会会員
(2024年4月～2025年3月)

麻酔科



白石 一光
麻酔科 部長
日本麻酔科学会専門医
日本救急医学会専門医
日本集中治療医学会会員
(2023年4月～)

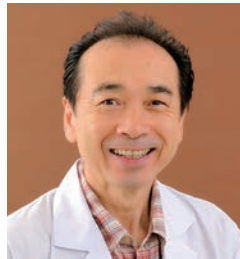


原浦 博行
日本救急医学会専門医
日本小児科学会会員
日本小児救急学会会員
麻酔科標榜医
(2024年5月～)



須田 陽子
日本専門医機構麻酔科専門医
日本麻酔科学会認定医
(2025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



亀甲 真弘
循環器内科部長
日本内科学会会員
日本心臓病学会会員
日本循環器学会会員

婦人科



新川 義容
日本産科婦人科学会会員
麻酔科標榜医

歯 科



坂元 潤也
さかもと歯科 院長



老人保健施設
ヴィラかのや



船 迫 進
老人保健施設ヴィラかのや
管理医師

トピックス

脳神経外科開設後1年のあゆみ

2024年4月1日より当院での脳神経外科が常設となりました。これまで当院では、隔週金曜日に鹿児島大学脳神経外科医局より山畑先生、花田先生が外来での非常勤としておりましたが、この度同医局より、松田医師と岡田医師二人の脳神経外科専門医の常勤派遣となりました。

脳神経外科は脳卒中のみならず、頭部外傷、脳腫瘍、脊椎脊髄疾患、水頭症、てんかん、パーキンソン病やジストニアなど、神経疾患の中でも幅広く手術治療を含めた診療を行う領域です。鹿屋地域では、すでに脳神経外科を有する有床病院が3つありますが、当院での脳神経外科の強みは、整形外科、外科、脳神経内科、リハビリテーション科と横のつながりが充実していることにあります。例えば頭部から体幹、四肢末端まで全ての部位における外傷は整形外科および外科と連携し、水頭症や慢性硬膜下血腫といった手術で治療可能な認知症は脳神経内科と連携、がん患者においては脳転移や凝固能異常からくる脳塞栓症なども外科と連携でき、まさに診療科の枠を超えた幅広い医療を提供することができるようになりました。さらに大隅随一の規模であるリハビリテーション施設があることで、急性期から回復期までの長期にわたり一人の患者さんの診療にあたることができ、様々な疾患に対する診療が一つの病院で可能になりました。この1年間で他科と連携した症例は、整形外科20例、外科4例、脳神経内科10例でした。またリハビリテーション科入院中の患者さんが脳卒中を発症し当科に転科となったものが10例でした。整形外科ではやはり多発外傷例が多かったですが、易転倒性の患者さんが実は水頭症だった例もありました。脳転移やがん患者の塞栓症もありますが、脳梗塞に関連しない例もあり、高齢患者の多さに帰結するところもあります。また脳神経内科と協力し

て、遺伝性脳小血管病の一つであるCADASILの症例にあたらせていただくこともありました。連携の重要性もさることながら、他科の診療について垣間見ることもあり、非常に実りのある経験でした。

脳神経外科は外傷性疾患、脳卒中、てんかんなど救急外来での診療の場面は多く、入職より直ちに着手したのは、病院内外ともに体制を整えるべく外来スタッフおよび病棟スタッフへのレクチャー、救急隊員への声掛け、他院との救急・脳卒中輪番体制へ参入などでした。また鹿児島大学の同門である志布志市のびろうの樹脳神経外科と連携しており、超急性期脳梗塞患者は当院で診断、血栓溶解療法を行った後すぐに搬送し、血栓回収術を依頼しております。このように、この1年間で少しずつではありますが、脳神経外科として地域医療に貢献することができるようになりました。またこれを受け、日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター（PSC:Primary Stroke Center）申請要件を満たすこととなり、来年度以降の認定に向け準備をすすめております。

手術治療を行う外科の一分野である以上、あらゆる疾患に対応できるよう穿頭術から開頭術まで脳神経外科用の手術器具も揃えております。脳神経外科手術の要でもある、手術用顕微鏡はLeica社製最新式の顕微鏡（ARveo8）を導入、術中の脳動脈を描出するICG（インドシアニンググリーン）フィルターと実際の画像をAR（拡張現実）で生成、より鮮明かつシームレスに視認することが可能となったことで、手術手技の向上に貢献するようになっております。従来の関節鏡や腹腔鏡に使用していたシステムを利用し、内視鏡下での低侵襲を目指した脳神経外科手術も可能になっております。今後はさらなる脳卒中への手術加療をするべく、血管撮影装置を導入予定（2025年）としており、精細な脳血管造影検査が可

能になるばかりではなく、超急性期の脳梗塞に対する血栓回収術やくも膜下出血の原因となる破裂脳動脈瘤に対するコイル塞栓術も可能になります。これにより当院での脳神経外科手術はそのほとんどを網羅することができるようになります。

現段階ではまだ発展の途上にあります。しかし数

脳神経外科手術実績(2024年度)

頭蓋内微小血管減圧術	3
水頭症手術(シャント手術)	3
開頭頭蓋内血腫除去術(硬膜下)	3
内視鏡下脳内血腫除去術	1
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	11
脳動脈瘤クリッピング	1
その他	5
計	27



Canon社製血管撮影装置：導入予定

年先を見据え、鹿屋地域のみならず大隅半島全体に質の高い脳神経外科医療を提供できるよう、これまでも、そしてこれからも目の前の患者一人一人に向き合い診療を続けてまいります。どうかご支援賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

脳神経外科 入院診療実績

脳梗塞(発症7日以内) (一過性脳虚血発作除く)	23
脳内出血(発症7日以内)	7
上記以外の急性期脳卒中(発症7日以内) (外傷性除く)	18
一過性脳虚血発作(発症7日以内)	2
未破裂脳動脈瘤	1
脳卒中関連リハビリテーション	36
脳卒中関連疾患計	87



Leica社製手術用顕微鏡：現在稼働中

大隅地区野球検診の活動と結果報告

国民的スポーツである野球は競技人口が多いが、少年期の障害のために野球を続けることができなくなった子供たちがいることも事実としてある。発生頻度こそ高くはないものの、最も予後が悪く、野球の継続に支障をきたす障害は肘の離断性骨軟骨炎です。これは、発生初期では痛みや動きの制限もないために、11歳前後の子供達は年1回の超音波検査などによる専門医師の診察が勧められています。また、成長期野球選手の障害の原因には、トレーニング方法や環境など様々な要因が考えられます。そのために、検診での早期発見・早期対応が重要となります。そこで、2024年1月14日に大隅地区のスポーツ発展とスポーツ障害予防を目的として、野球肘検診を実施しました。



図1 超音波測定

対象は大隅地区野球検診に参加した中学野球、硬式野球クラブチームの4チーム男性57名です。検診方法は医師による肘関節の超音波検査(図1)にて2次検診の必要性の有無を評価し、当院理学療法士による関節可動域検査、柔軟性検査と89問のアンケート調査(投球時の疼痛、試合前後のコンディションなど)を実施しました。2次検診の必要性とは、医師により肘関節の超音波にて異常像を認めた者で、病院受診が必要と判断された選手とし



図2 アンケート実施風景

ています。

結果としては、2次検診が必要と判断された選手は57名中8名で、8名のうち疼痛がある選手は2名(図3)のみでした。2次検診必要者が病院受診をした選手は5名です。

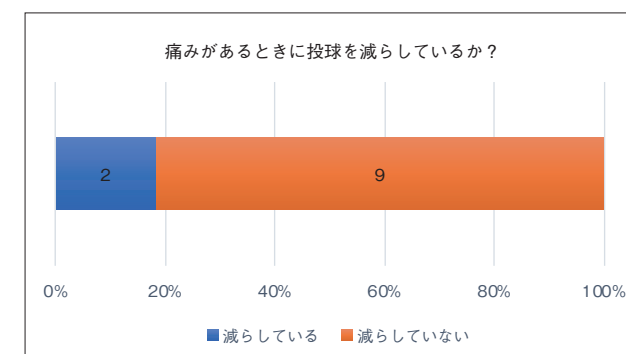


図3 アンケート調査結果(一部抜粋)

今回の検診結果では、全体の19%にあたる11名が疼痛を訴えており、その主な部位は肘関節および肩関節でした。しかし、2次検診が必要と判断されたのはこの疼痛あり群のうちわずか2名であり、先行研究と同様に、2次検診対象者と非対象者との間で、投球時の疼痛や疲労の訴え、アンケート結果における有意な差は認められませんでした。このことから、疼痛の有無のみで肘関節障害のリスクを正確に判別することは困難であると考えられます。実際に、疼痛あり群の多くは肘・肩関節に痛みを抱えていたもの

の、アンケート結果からは、疼痛を理由に練習を控える選手は少ない傾向にありました。したがって、痛みの訴えだけに依存した評価では見逃されるリスクがあり、超音波検査などの客観的な診断手法の併用や、選手・指導者に対する障害予防の啓発活動が重要となります。また、今回2次検診を受けた5名

に関して、幸い離断性骨軟骨炎の診断はなく、理学療法にて競技復帰をはたしています。

以上より、疼痛の有無だけでは肘関節障害のリスクを的確に判断することは難しく、医師と共同した定期的な検診の必要性が重要であると考えます。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定まで

2024年の診療報酬改定で新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」（以下、リハ栄養口腔加算）は6月から施行され、当院はそれから2ヶ月後の8月から算定を開始することができました。今回の加算は、多職種による人事配置要件が大きく、ベースとなる看護部門や栄養管理部門の体制の他に、特に医師とリハビリテーション（以下リハビリ）部門の体制においてハードルが高くなっています。リハビリ体制では、急性期病棟での365日リハの実施の他に入棟患者の8割以上にリハビリの実施と、医師の早期のリハビリ指示及び実施（3日以内）が要件となっています。よって、医師の対応ができて疾患別リハの対象病棟でなければ算定は難しいことになります。そのため当院では3病棟中2病棟からの算定開始となりました。これらのことを踏まえてリハ栄養口腔加算の算定までの経緯について紹介します。

当院のリハ栄養口腔加算に関わる取り組みを時系列で示します（図1）。

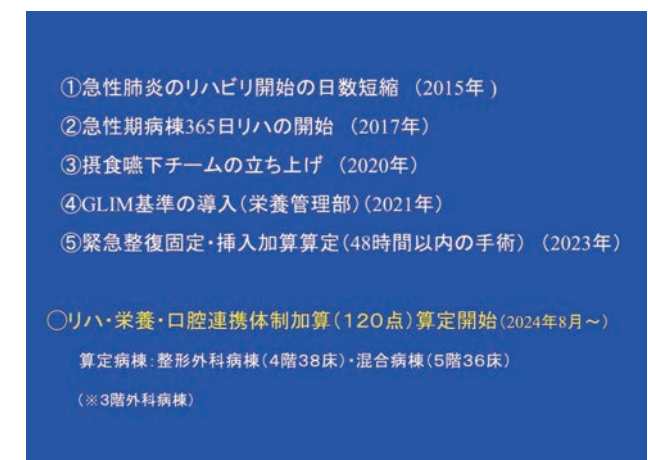


図1 リハ栄養口腔体制加算算定まで

①急性期肺炎のリハビリ開始の日数短縮(2015年)

当時（平成26年）も、リハビリへの早期介入の意識はありましたが、急性肺炎や一部疾患については安静治療後にリハビリオーダー（以下リハオーダー）

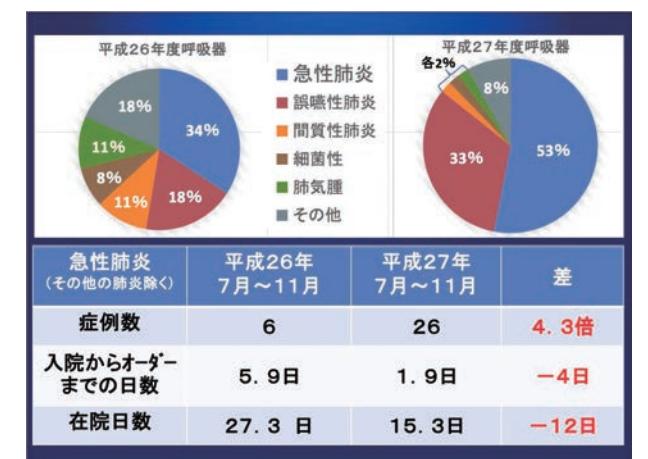


図2 リハビリオーダーシステム導入前後比較

が出される傾向にありました。そこで病院全体で検討し、急性肺炎に対して入院早期のオーダーをシステム化したところ、前年同月期間の比較で、入院からオーダーまでと在院日数がそれぞれ、4日と12日短縮されました。また早期にリハオーダーをすることにより症例数も増加する結果となりました。文献でも早期介入による在院日数とADL低下の予防については示されており、リハ栄養口腔加算の趣旨とも一致します。

②急性期病棟365日リハの開始(2017年)

当院は、365日リハ体制を回復期リハ病棟は休日リハ提供体制加算（2010年）のはじまる前の2007年の10月から、急性期病棟は2017年7月から開始しました。当時は、全国的にも急性期病棟のリハビリは日曜日の休みが一般的でした。しかし、当院では同じ病院でありながら回復期リハ病棟と体制（365日リハ）が違うことや早期リハビリテーションを謳っていても、土日に入院すると1日の空白ができてしまうことにジレンマを感じていました。また文献でも土日のリハを実施するとFIM効率が有意に高くなることもわかっていましたので、人的体制の整った2017年に365日リハを開始しました。結果的にリハ栄養口腔加算の基準である365日リハの体制をこのとき整えることができました。

③摂食嚥下チームの立ち上げ(2020年)

「大腿骨近位部骨折患者に対する嚥下機能評価の重要性」

○対象: 当院で手術・治療を施行した大腿骨近位部骨折215例

○調査期間: 2012年1月1日～12月31日

○平均年齢: 平均年齢81.0歳±16.8

○期間中嚥下障害を認めた患者: 9例(男性5名・女性4名)

○9例の平均年齢86.9歳±8.6

○周術期9例(術前2名・術後7名) →術後に嚥下障害が多い

○9例の平均ALb値2.44

(鹿児島リハビリテーション医学研究会誌 25巻1号(当院ST))

高齢者に多い大腿骨近位部骨折の患者は、様々な合併症を有するが、中でも低栄養患者は、周術期の安静と身体的回復の遅れから誤嚥性肺炎を生じやすいのではないかと考えられる。

図3 嚥下障害を伴う整形外科疾患患者の調査研究

図3は整形外科疾患で入院した患者の中に嚥下障害の患者が多いことに当院STが気づき、調査研究した結果です。データによると、周術期(嚥下障害患者9名中7名が術後に発生)に嚥下障害を生じていることがわかります。推論ではありますが患者の高齢化に伴い、不顕性の嚥下障害を伴う患者が周術期の安静から廃用になり顕在化したものと思われます。そこで当院では、これまでのNST(栄養サポートチーム)及び摂食嚥下加算の活動を整理し、摂食嚥下チームを立ち上げました。目的は嚥下障害患者の早期発見で、全入院患者に対し入院時嚥下スクリーニングを多職種共同で開始しました(図4)。

今回、この流れに歯科口腔評価を加えることでそのまより栄養口腔の評価にも対応することができました。

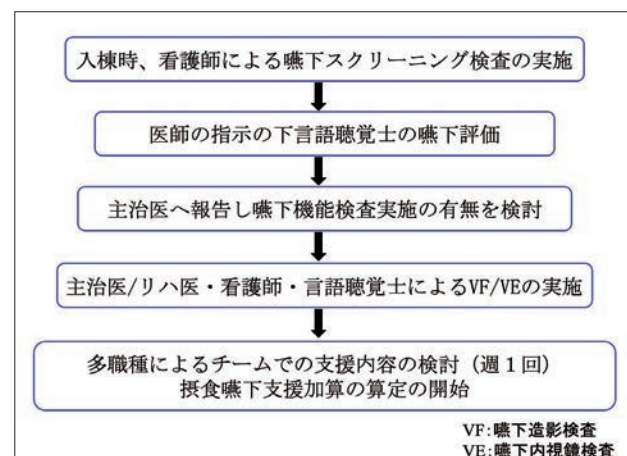


図4 当院の嚥下チーム活動の流れ

④GLIM基準の導入(栄養管理部)

栄養評価の種類は多く、各施設でも様々な評価が使用されていて施設間での比較は困難な状況でしたが、GLIM基準ができたことで世界的に一貫した栄養状態の評価が可能になり、当院でも2021年に導入しました。

⑤緊急整復固定・挿入加算算定開始(2024年7月)

緊急整復固定及び挿入加算は、75歳以上を対象に48時間以内に大腿骨近位部骨折に対し整復固定を行うものです。

当院の骨脆弱性骨折入院患者数

骨折/年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022
椎体	158	155	157	167	193	174
大腿骨近位部	211	213	210	210	213	233
上腕骨	22	18	24	31	26	24
橈骨遠位	73	93	86	86	93	95
合計	464	479	477	494	525	526

恒心会おぐら病院整形外科データ

非常に多くの骨粗鬆症性骨折患者が入院
大腿骨近位部骨折は40%=最多

※大腿骨近位部骨折の48時間以内の手術により、最短で発症から2日目には離床可能



図5 大腿骨近位部骨折入院患者数の推移

以前は手術日に合わせて手術が行われていましたが、文献では48時間以内の手術により死亡率や合併症が減少することがわかっているため、院長がその導入の必要性を強く感じ、スタッフに向けて説明を行い、関連する部門がそれぞれの課題をクリアすることによって算定に至りました。また、導入により対象者の一部を除いては前日まで歩行ができていたと考え、骨折後、最短で2日目には離床が可能になりましたので、従来の手術待機による廃用はなくなり早期ADL獲得に貢献できるようになったのではないかと思います。

これまで、各部署がその時代そのときどきの課題を検討し、病院全体で取組んできたことが功を奏し、栄養口腔加算の早期の算定に結びついたのでないかと考えます。

地域とともに進める認知症ケアの新たな試み ～認知症マフ作成を通じたボランティア活動の報告～

当院は地域の中小規模病院として、医療・介護サービスの提供、地域に開かれた病院づくりを目指しています。

2023年度より看護師長会活動の中で、認知症患者とそのご家族に対する理解と支援を地域全体で深めることが重要と考え、院内提示(ポスター)、恒心会ホームページや公共施設等へ広報を行い、地域住民による「認知症マフ(※)」の作成支援をボランティア活動として実施しました。

〈活動内容〉

- ・地域住民や学生の方々を対象に、第1・3・4土曜日10:00～12:00認知症マフ作成を栄養相談室や図書室で開催。
- ・参加者には、「ボランティア証明書」を発行。
- ・作成された認知症マフは当院および法人施設で実際に活用を開始。

(※)認知症マフ:認知症患者が安心感を得たり、手指の刺激を通じて落ち着きを取り戻したりするための手作りのアイテム。



認知症マフ完成作品



認知症マフボランティア参加証明書

〈活動成果〉

- ・地域住民の方の中には「マフを作成することが楽しく、誰かの役に立てるなら」と何度も参加してくださいました。
- ・学生ボランティアの方は、学業や就職活動の一助になると「ボランティア活動書」の発行により参加者が増えました。
- ・病院・施設では、認知症マフを使用し始める部署が増えましたが活用後の評価は実施できていません。

今回、認知症マフ作成を通じたボランティア活動を実施したことで、地域住民の方に認知症ケアに関心を持っていただき、私たちも地域住民の方との関係を築くことができました。

今後、認知症マフ使用による具体的な効果や患者・家族の反応について継続的に評価し、地域の学校や高齢者サロン等と連携し、活動の継続・認知症ケアへの理解促進と、地域全体の「認知症ケア」の向上を目指していきます。

2024年度 病院指標について

2024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	20	95	39	77	114	224	512	739	697	253	2,770

【定 義】
・ 2024年4月～ 2025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。2015年度の本診療指標の公開開始より、70歳以上が6割を占める状態であり当院診療圏の高齢化が進んでいることを示しています。

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 (2023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
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰椎損傷を含む。）手術なし	170	52.57	19.34	14.05	38.52	5.29%	81
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	157	53.31	25.50	13.73	39.57	8.92%	83
160760xx01xxxx	前腕の骨折 骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨等	73	10.16	-	9.64	0.52	0.00%	66
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	42	49.69	25.50	14.95	37.02	11.90%	84
07040xxx01xxxx	股関節骨頭壊死、股関節症（変形性を含む。）人工関節再置換術等	35	40.51	19.55	12.06	28.46	0.00%	72

【定 義】
・ 2024年4月～ 2025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、全国平均在院日数と比較し、在院日数に開きのある疾患がありますが、当院一般病棟在院日数と全国平均在院日数を比較した場合の遜色は無いと考えます。

■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 (2023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
060100xx01xxxx	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	220	2.16	2.61	2.16	0.00	0.00%	67
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア（15歳以上）ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等	55	6.78	4.55	6.78	0.00	0.00%	66
060190xx99x0xx	虚血性腸炎 手術なし 手術・処置等2なし	39	9.41	8.55	9.41	0.00	2.56%	68
060380xxxxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等2なし	39	6.15	5.64	6.15	0.00	0.00%	54
060102xx99xxxx	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術なし	35	10.83	7.58	10.83	0.00	0.00%	69

【定 義】
・ 2024年4月～ 2025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うほかCOVID-19による入院患者の受入対応も行いました。
- ・ AI内視鏡を導入し、病変の早期発見に努めています。

■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 (2023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
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）手術なし 手術・処置等2なし	18	22.28	-	19.17	3.11	11.11%	86
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	11	32.45	20.60	27.64	4.82	0.00%	75
010110xxxxx40x	免疫介在性・炎症性ニューロパチー手術・処置等2-4あり 副傷病なし	10	21.10	-	18.20	2.90	0.00%	55
010160xx99x00x	パーキンソン病 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	7	18.86	18.24	18.86	0.00	14.29%	72
010170xx99x00x	基底核等の変性疾患 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	7	23.29	14.68	14.00	9.29	0.00%	62

【定 義】

- ・ 2024年4月～ 2025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。
- ・ 地域医療の実情から肺炎や尿路感染症等、総合診療的な役割も担うほかCOVID-19による入院患者の受入対応も行いました。

■脳神経外科

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 (2023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
010060xx99x40x	脳梗塞 手術なし 手術・処置等2-4あり 副傷病なし	12	37.00	-	19.58	17.42	0.00%	79
160100xx99x00x	頭蓋・頭蓋内損傷 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	12	13.42	8.38	7.25	6.17	0.00%	80
160100xx97x00x	頭蓋・頭蓋内損傷 その他の手術あり 手術・処置等2なし 副傷病なし	11	9.64	9.88	9.64	0.00	0.00%	71
010060xx99x20x	脳梗塞 手術なし 手術・処置等2-2あり 副傷病なし	10	26.00	-	14.90	11.10	20.00%	79
010040x099000x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)（JCS10未満）手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	5	81.00	19.09	19.20	61.80	0.00%	73

【定 義】

- ・ 2024年4月～ 2025年3月の脳神経外科での疾患上位5位までを集計しています。

【解 説】

- ・ 2024年4月より新たに脳神経外科を開設しました。
- ・ 日常的な疾患対応から外傷等の救急まで対応しています。
- ・ 外傷による救急搬送時においては整形外科や外科と連携しワンストップでの救急医療体制を目指します。

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
	StageⅠ	StageⅡ	StageⅢ	StageⅣ	不 明			
胃がん	9	3	5	5	1	3	1	8
大腸がん	4	8	18	9	7	8	1	8
乳がん	0	0	0	0	0	2	1	8
肺がん	0	0	0	4	3	6	1	8
肝がん	1	0	0	2	0	6	1	8

※ 1：UICC TNM分類、2：がん取扱い規約

【定 義】

- ・ 2024年4月～ 2025年3月の実績を基に5大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おります。
- ・ WEB会議を用いた、がん疼痛緩和ケアの研究事業に参加しております。WEB会議を用いて他院の緩和ケア専門医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、助言を基に緩和ケアのさらなる効果向上に取り組むものです。

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	7	12.29	61
中等症	38	19.61	82
重症	3	9.33	88
超重症	3	32.67	81
不明	0	-	-

【定 義】

- ・ 2024年4月～ 2025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。成人市中肺炎とは20歳以上の方が日常生活の中で肺炎を発症する事を指します。
- ・ 重症度はA-DROPスコアを用いており以下の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	30	38.40	18.10	20.30	81	6.98%
		その他	13	54.69	22.23	32.46	82	9.30%

【定 義】

- ・2024年4月～ 2025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おりません。

【解 説】

- ・【脳梗塞】の平均在院日数が長期に及んでおりますが、一般病棟と療養病棟での通算在院日数となっております。脳神経内科やリハビリテーション科が協力しリハビリ治療等を行っております。

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	骨折観血的手術（大腿）（上腕）（肩甲骨）	163	1.97	48.36	16.26	35.06	6.13%	82
K0462	骨折観血的手術（前腕）（下腿）（手舟状骨）	101	2.07	14.43	16.61	0.88	0.99%	62
K0811	人工骨頭挿入術（股）（肩）	89	2.42	45.19	14.01	34.59	12.36%	81
K0821	人工関節置換術（股）（肩）（膝）	63	1.17	38.67	13.09	27.75	0.00%	73
K0463	骨折観血的手術（鎖骨）（指）（足）（膝蓋骨）（手（舟状骨を除く））	54	2.48	15.70	12.93	6.26	1.85%	57

【定 義】

- ・2024年4月～ 2025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】

- ・転倒等に起因する高齢者の大腿の骨折手術が最多となっているほか、人工骨頭や人工関節に関連する手術が上位を占めています。
- ・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）	202	0.08	1.03	2.11	0.00	0.00%	67
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	40	1.08	4.15	6.23	0.00	0.00%	63
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	37	1.22	5.43	7.65	0.00	2.70%	58
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	16	2.31	7.19	10.50	0.00	6.25%	83
K7212	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm以上）	16	0.00	1.38	2.38	0.00	0.00%	65

【定 義】

- ・2024年4月～ 2025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。
- ・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。

■脳神経外科

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
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術・慢性硬膜下血腫洗浄・除去術（穿頭）	11	8.82	24.64	12.82	21.64	9.09%	74
K1742	水頭症手術（シャント手術）	3	3.33	61.00	32.00	33.33	0.00%	82
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	3	1.67	13.00	15.67	0.00	0.00%	68
K1643	頭蓋内血腫除去術（開頭）（脳内）	2	0.00	90.50	14.50	77.00	0.00%	71
K1771	脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）	1	2.00	81.00	33.00	51.00	0.00%	83

【定 義】

- ・2024年4月～ 2025年3月の脳神経外科での手術上位5位までを集計しています。

【解 説】

- ・2024年4月より新たに脳神経外科を開設しました。
- ・血腫、水頭症、脳動脈瘤を始めとし頭部外傷にも対応しています。

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	1	0.05%
		異なる	1	0.05%
180010	敗血症	同一	1	0.05%
		異なる	4	0.19%
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	13	0.62%
		異なる	-	-

【定 義】

- ・2024年4月～ 2025年3月の実績を基に集計しています。

各部門の活動

看護部

【2024年度看護部重点目標】

- 1. 安定した経営の基盤づくり
- 2. 倫理的感性を培う
- 3. 心理的安全性のある職場環境
- 4. 在宅ケアを踏まえた継続看護

安定した経営は、急性期・回復期のベッドコントロール、診療報酬の理解とそれを患者に提供する日々の継続した取り組みで維持しています。

今年度特に力を入れたのは、「心理的安全性」です。個々人と組織の関係や生産性を高める環境に欠かせません。各部署や委員会で意識して取り組んでいましたが、声掛けだけですぐ出来るものではありません。継続して知識とスキルを磨き実践することで、働きやすい辞めない職場環境にしていきたいと思えます。

患者には入院・在宅・外来の継続看護が重要です。サポートセンター担当者が自宅訪問する時、入院病棟で受け持ちだった看護師が同行する。また、その情報を外来と共有する。この一連の取り組みが始まりました。まだ症例件数として少ないため今後活動を拡大していきます。

現在当院には特定看護師が4名在籍しています。今年度は新たに「創傷管理関連」の受講をしました。褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標として捉えられています。「皮膚・排泄ケア」認定看護師と共同して、予防から早期治癒に向けての取り組みに期待しています。また、「呼吸器関連」特定看護師の在宅訪問も始まりました。今後、「緩和ケア」認定看護師や「皮膚・排泄ケア」認定看護師による在宅患者訪問を予定しています。

【看護部教育の取り組み】

以下の三つの委員会を柱に教育活動に取り組んでいます。

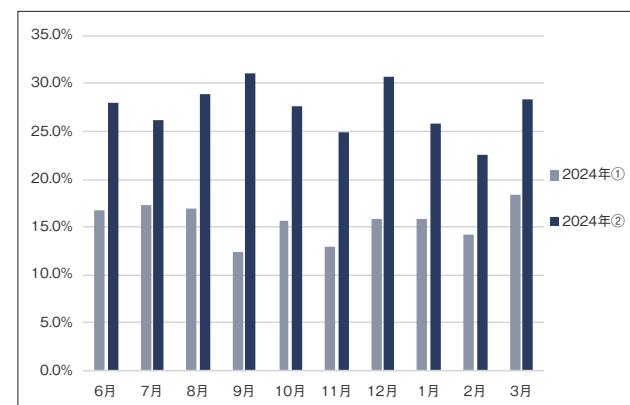
- 1) **看護教育委員会**では、委員がそれぞれの研修に役割を持ち参加し、経年別研修やプリセプター研修の情報を共有し、部署でのフォローに活かすようになりました。新たに、全ラダーレベルでの「て・あーて」研修、2年目看護師の定期的なフォロー、2部制のプリセプター研修に取り組み始めました。
- 2) **臨地実習指導者会**では、学生の成長につながる実習指導を目指し指導者が中心に活動してきました。しかし、新たな実習の受け入れや教員の指導体制の変更に伴い、部署全体の取り組みが必要となってきました。今後、指導技術向上のため看護師と学生双方の評価活動に取り組む予定です。教え合う風土は、部署全体にも波及すると期待できます。
- 3) **看護研究委員会**のメンバーは、約1年半かけて発表まで辿り着きます。任期は1年で、その後の半年は自分で調整しながらやり遂げています。どれも現場で抱えている課題解決のために取り組んだものです。昨年度から、図書室に発表媒体を掲示し、報告書ファイルを置くようにしました。多くの成果が埋もれることなく院内全体のものになることを願うてのことです。中には、他部署での取り組みに広がった例もあり、全国紙の看護雑誌の投稿にも繋がりました。

それぞれの活動が看護師一人一人の力量をあげ、恒心会おぐら病院の看護の質向上に寄与できると考えています。

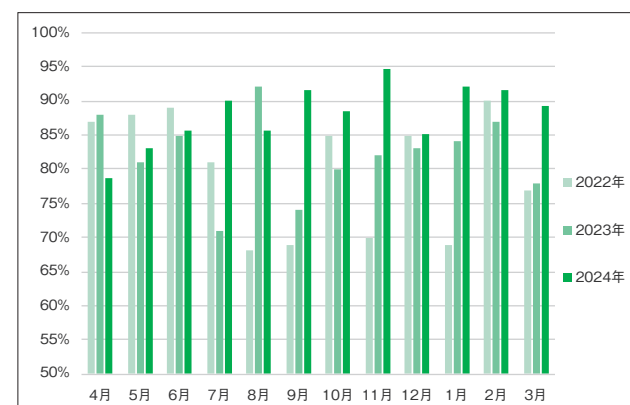
3階西病棟

2024年度の病棟スローガンを「話せる・チャレンジ出来る・協力できる病棟作り」と掲げ、ラダー別に活動し、業務改善・ケアの質向上に取り組みました。ラダーⅠ・Ⅱでは、環境整備やシーツ交換業務に着目し、ナイトケアスタッフへのタスクシフトを実現しました。ラダーⅢa・bは、患者の夜間の睡眠を妨げない3点認証について考え、ベッドネームの改良を提案し、病院全体での取り組みへと繋げることができました。ラダーⅣ・Ⅴは、緩和ケア認定看護師を中心としたACPカンファレンスやデスカンファレンスを通し、倫理的視点の育成や次のケアについての提案など実施しました。次年度は、ラダーⅢb・Ⅳが中心となり活動していく予定です。

ラダー別で取り組んだことで、アイデアの提案や協力が出来、看護の振り返りやケア質向上に繋がった



看護必要度(%) 年度月別比較

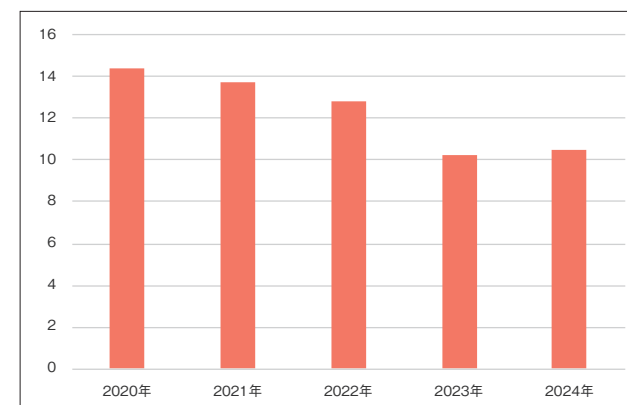


病床稼働率(%) 年度月別比較

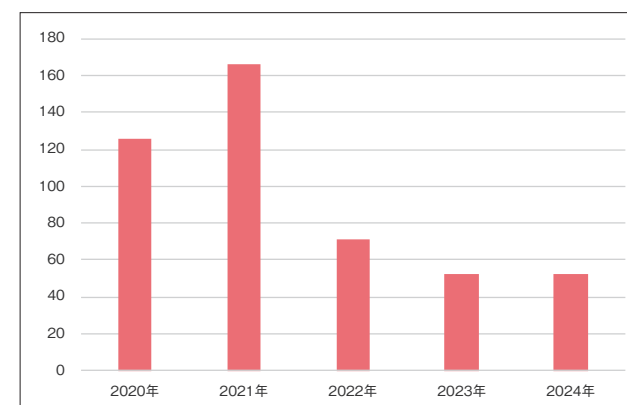
たとえます。

また、入院患者に対して、病棟スタッフ・医療相談員・セラピスト・管理栄養士・入院支援部門の患者サポートセンター・MEなどと協働した退院支援カンファレンスを実施し、稼働率90%以上を目標に取り組みました。感染拡大などから、目標を達成できない月もありましたが、カンファレンスに外来スタッフも参加してもらい、患者指導や退院後訪問など実施しました。その効果もあり、在宅復帰率も平均95%を維持することができました。

外来や患者サポートセンターとの連携をさらに密に行い、病棟配属の緩和ケア認定看護師や皮膚排泄ケア認定看護師・認知症認定看護師の協力を得た専門性を強みに、入院前から退院後までの患者・家族の支援を行なっていきたいと思います。



平均在院日数(日) 年度比較

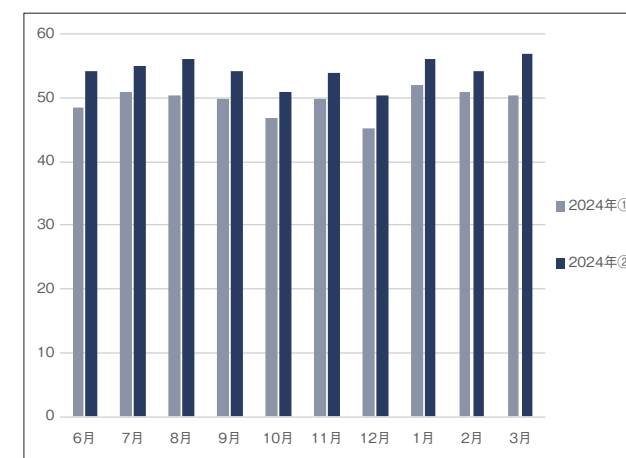


化学療法件数(件) 年度比較

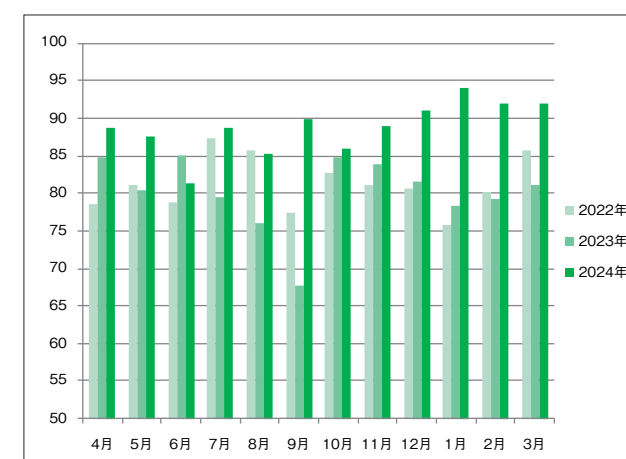
4階病棟

2024年度は、①整形外科病棟としての特殊性・専門性を高め、術後合併症予防に努める。②多職種と連携し、チームワーク力を高め、いきいきと働き続けられる職場環境の実現。③患者・家族の思いに寄り添い、安心安全で最良のケアの実践を目標に取り組みました。

2024年6月から病床数が38床から42床になり、受け持ち患者数が増える中で、働きやすい職場環境づくりが必要だと検討会を重ね、看護方式を2チームから3チームへ変更しました。業務内容の整理やタスクシェアできる業務の検討、3チーム体制のシミュレーションや業務マニュアル作成、物品・環境調整



看護必要度(%) 年度月別比較

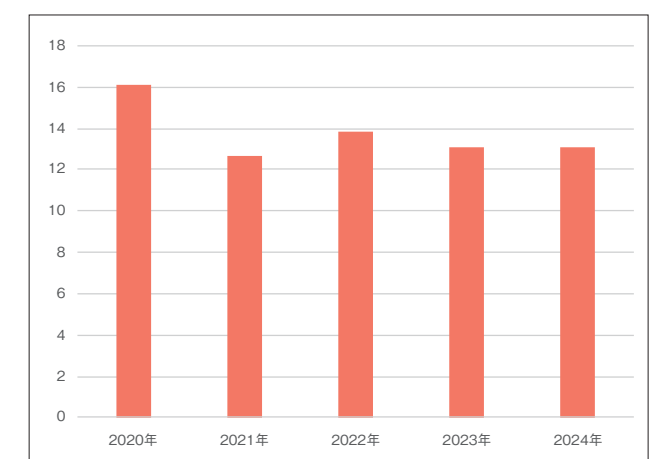


病床稼働率(%) 年度月別比較

を行い12月から始動しました。3チーム体制になったことで、夜勤帯の各受け持ち患者数が減り、業務負担量の軽減や情報収集時間の短縮が図れて、その分患者のケアができるようになったと良い意見が聞かれました。

今年度から、急性期医療における患者のADLの維持・向上等を目的に「リハビリテーション・栄養・口腔管理」について多職種と連携を図り取り組んでいます。入院早期からOHAT-J評価を行い、リハビリテーションや栄養・口腔管理の介入をすることで、術後合併症予防にもなり、患者の早期回復や在院日数の短縮にも繋がりました。

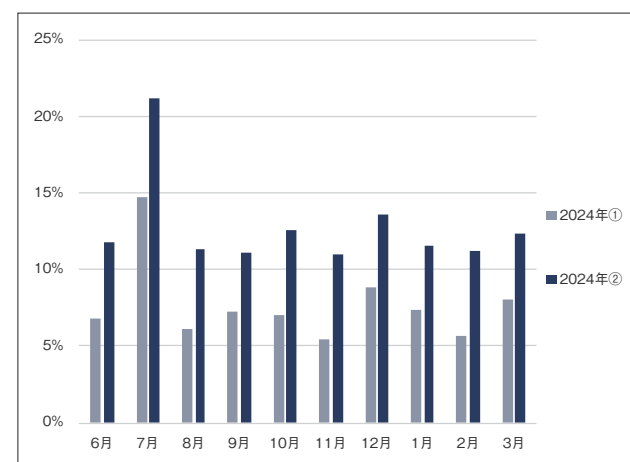
入院患者1189件のうち手術患者は1074件でした。手術後の疼痛の感じ方は人それぞれなので、スケールを基に個別性のある適切な疼痛コントロールを図り、回復過程のサポートを術後疼痛管理看護師と共に行っています。今後も患者が受傷前のADLに近づけるよう多職種と連携を図って行きたいと思っています。



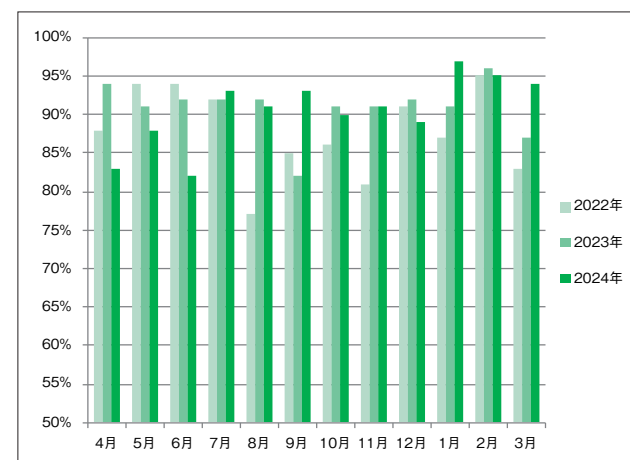
平均在院日数(日) 年度比較

5階病棟

2024年度は、脳神経外科が本格的に開設され、スタッフ一丸となって新体制の立ち上げを支えてきました。これまでの受け入れ体制の整備により、スムーズな対応が実現できたことは大きな成果の一つです。特に慢性硬膜下血腫に対する穿孔洗浄術は12症例に対応し、安全かつ迅速な看護提供を心がけました。このような環境の中で、脳卒中リハビリテーション認定看護師およびコアメンバーが中心となり、定期的な勉強会を通じて看護師の知識・技術の向上に努めています。スタッフが病態や治療法に対する理解を深め、質の高い看護を提供する体制づくりを継続的行って来ました。



看護必要度(%) 年度月別比較

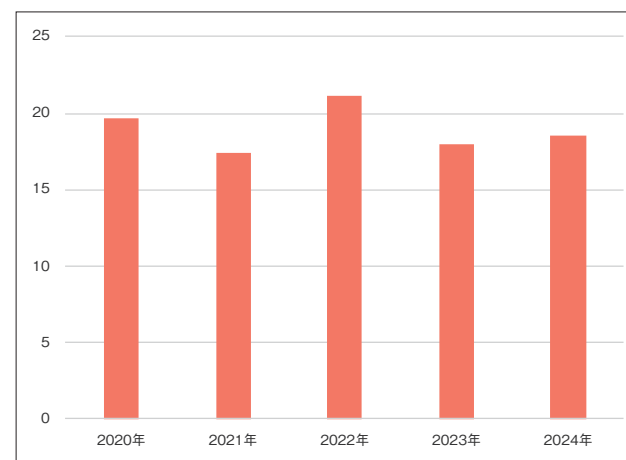


病床稼働率(%) 年度月別比較

2025年度は、脳神経外科手術室の完成が予定されており、それに伴い手術件数の増加が見込まれていて対応するため、手術室や外来スタッフとの連携を強化し、手術に関するマニュアルの整備を進めてまいります。特に安全性と効率性を確保するための標準化が求められており、職種を超えたチーム医療の推進が必要とされています。

今後アンギオの開始予定で、それに向けて、カテナースの育成やマニュアル整備が急務となっています。新たな技術や治療への対応には、事前準備と継続的な教育が欠かせません。部署間での情報共有と協力体制のもと、看護の質のさらなる向上を目指します。また、今後は脳神経内科の患者に対するACP（アドバンス・ケア・プランニング）の導入にも取り組む予定です。患者やご家族の思いを尊重し、人生の最終段階における医療とケアについて考える支援を行うことで、より丁寧で信頼される看護を提供していきたいと考えています。

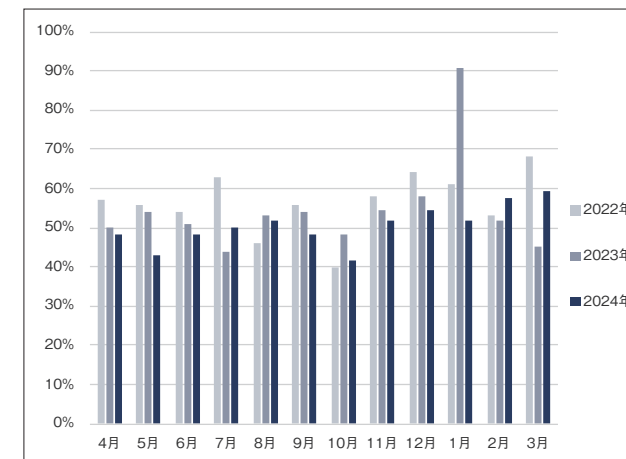
今後もスタッフ一人ひとりが主体性を持ち、学びを深め、変化に柔軟に対応できるチームであり続けたいと思います。



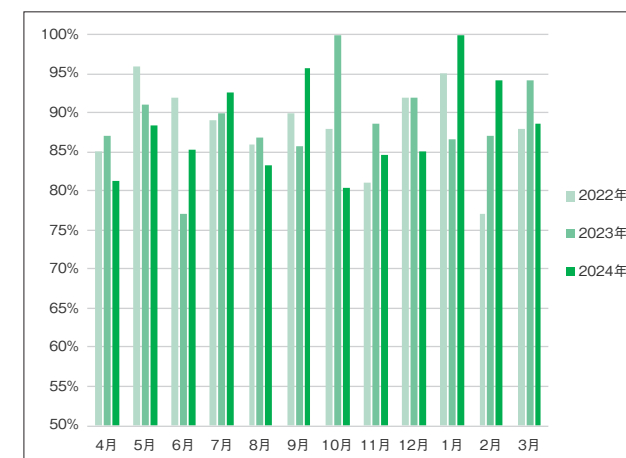
平均在院日数(日) 年度比較

2階東病棟

2024年度は病棟目標として「病棟機能を整備し、在宅ケアをふまえた継続看護を実施する」と掲げ、1.外出訓練、退院後訪問、家族参加型カンファレンスの充実2.夜勤チーム制の導入3.継続看護に活かせる看護サマリーのテンプレート化に取り組みました。回復期病棟機能として在宅復帰へ向けて多職種でのチーム活動による支援が重要ですが、昨今のコロナ感染症対策で外出訓練と家族面会の制限が約4年持続し、その間、家族不在のカンファレンスと病棟内での訓練のみで、外出訓練での確認等が出来ていませんでした。また、当病棟の勤務者でも外出訓練に参加したことがないスタッフが半数以上いました。外出訓練に参加し、家族参加のカンファレンスで家族の意見を聞き、患者を生活者としての視点で



重症者割合(%) 年度月別比較

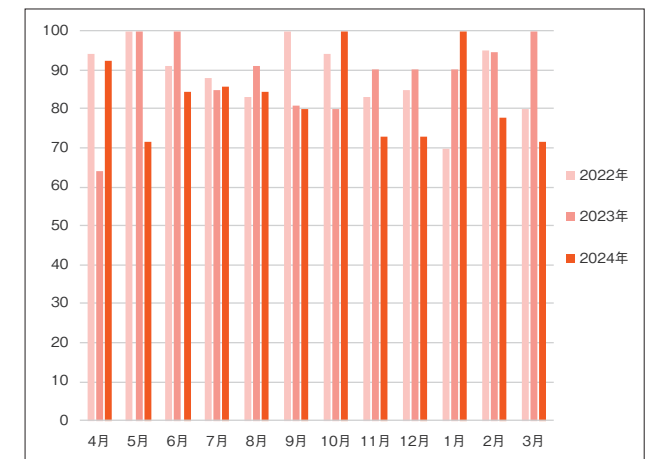


在宅復帰率(%) 年度月別比較

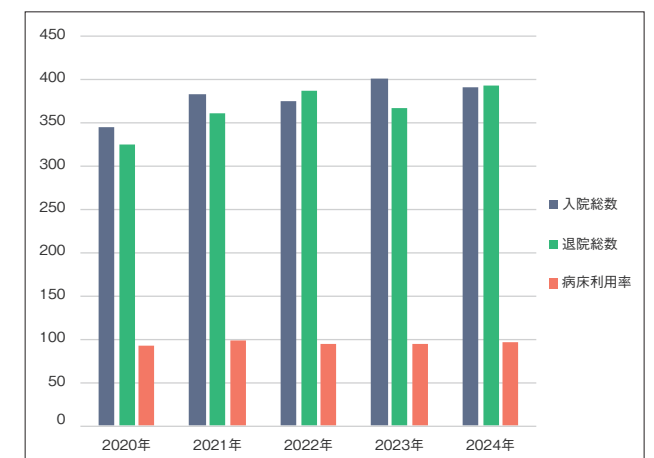
捉える。また、多職種で退院支援の充実に努めることで回復期看護の質を上げられます。参加した職員からは、やりがいを感じたとの意見もあり、今後さらに充実させていきたいと考えます。

夜勤でチーム制を導入したことで業務内容の見直しと明確化が図れ、申し送り時間の短縮が出来ました。短縮できたことでスムーズに患者ケアに入れています。

看護サマリーのテンプレートは訪問看護や外来から必要な情報の意見をもらい、項目を分けて作成したことで記載しやすく、見やすい形式にしました。今後も活用、見直しを行い、在宅ケアをふまえた継続看護に活かせるようにしていきたいと思います。



重症者改善割合(%) 年度月別比較

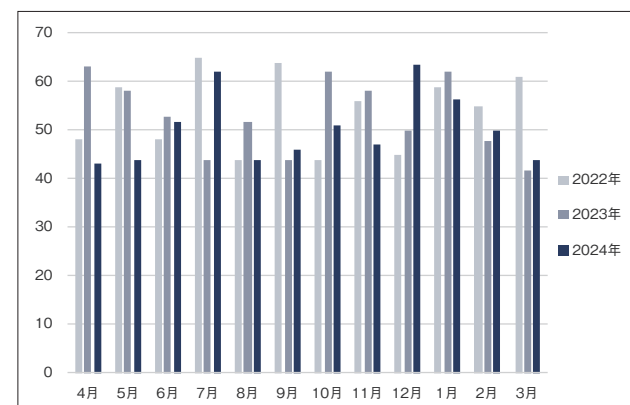


患者の動向 年度比較

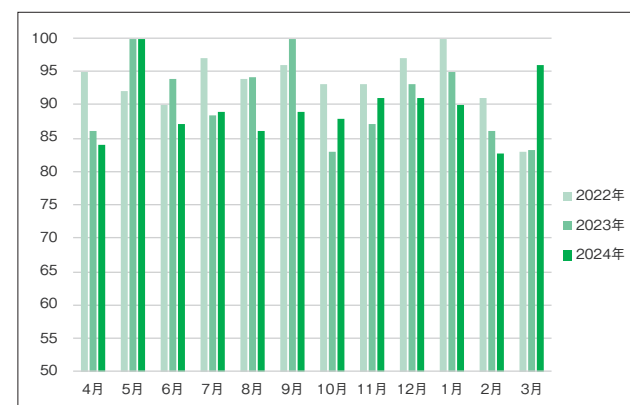
3階東病棟

2024年度は「倫理的感性を持ち患者・家族に寄り添った入院生活支援・退院支援を提供する」を目標に取り組んできました。スタッフ各々が、自分が大切にしていること・目指す看護・介護観を意識しケアに活かしてきました。毎日患者カンファレンスを開催し、早期から患者のニーズや問題点を明確に把握・共有し解決に向け取り組むことで患者の健康状態を改善し、生活の質を高めることができました。

退院後の生活が患者・家族にとって不安なく過ごせるよう在宅復帰へ向け外出訓練を積極的に行い、多職種と連携を図ることで退院支援につなげることができました。今後は患者・家族が在宅で抱える不安を軽減し、安心して在宅生活を遅れるように退院後訪問も計画しています。



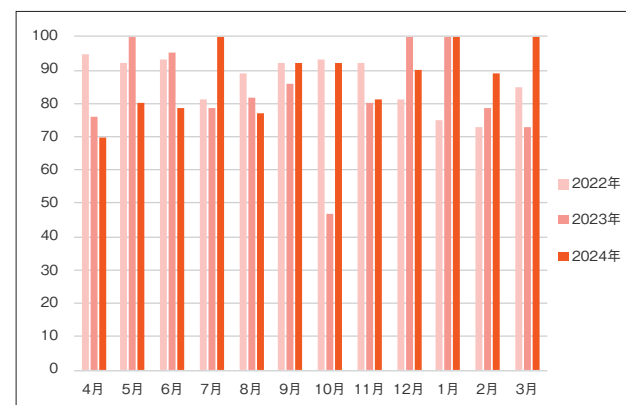
重症者割合(%) 年度月別比較



在宅復帰率(%) 年度月別比較

また、昨年脳神経外科開設に伴い受け入れ体制の構築を図ってきました。回復期での役割を認識し、新しいスキルを習得できるよう積極的に勉強会に参加することができました。しかし、実際の看護の場面では、疾患に関連した身体症状など具体的なアセスメント能力がまだ不十分であり、今後も自己研鑽を継続する必要があります。

超高齢化社会となり、医療・福祉の人材が不足するなど様々な問題や課題を抱えています。多職種と連携を図りながら高齢者の社会参加を促進できるサービスの提供や健康寿命を伸ばすための予防医療などの取り組みが必要となります。入院時より退院を見据え慣れた場所へ早期退院・社会復帰できるよう多職種と共働して支援していきたいと思っています。



重症者改善割合(%) 年度月別比較



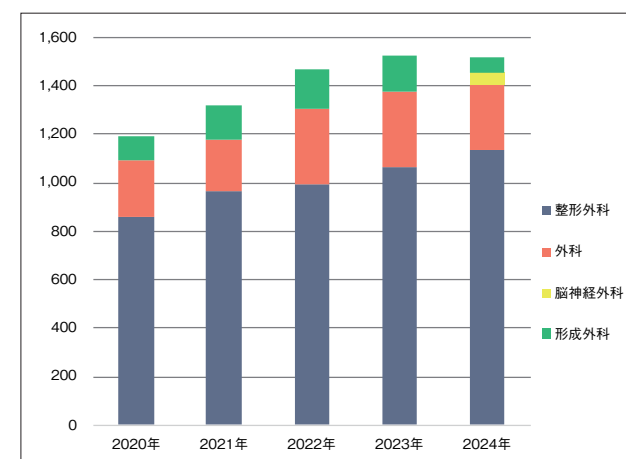
患者の動向 年度比較

手術室・中央材料室

2024年度は、「脳神経外科手術に対応できるシステムを構築し、安心・安全性の高い看護を提供する」を目標に取り組みました。

脳神経外科新設に向け、医師・脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を中心に、院内プロジェクトチームを発足し関連部署への教育を実施しました。手術室では、3名のメンバーを選出し脳神経外科手術に対応できるよう、手術に必要な器械・薬剤・プレミアムキット・インプラントの手配やマニュアル・手術手技・看護手順を作成しスタッフへの伝達講習や動画視聴による勉強会を計画実施しました。

開設後は、硬膜下血腫穿孔洗浄手術・水頭症シャント術・頭蓋内血腫除去術・脳動脈瘤クリッピング術・内視鏡下脳内血腫除去術・頭蓋内微小血管減圧術など24件の手術に対応できました。脳神経外科が開設され1年が経過した現在、近隣病院や地域に認識されつつあります。手術症例数の増加やこれまで経験していない多様な術式に対応しな



科別手術件数

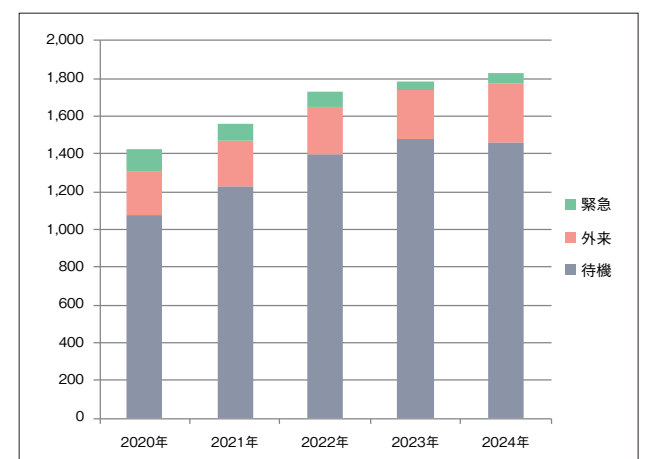
ればなりません。

引き続きスキルアップを目指し脳外科手術応需体制整備していきます。

業務改善チーム：SDGsに関するアンケート結果に基づきコピー用紙削減に取り組み低減できました。また、手術室各部屋の薬品名を分類したことで入力時間の短縮に繋げることができました。

マニュアルチーム：脳外手術に対応するため穿頭・開頭・L-Pシャント術のマニュアル作成を作成しました。マニュアルを参考に手術に対応しています。

手術看護チーム：看護の質向上を図るための術後カンファレンスは、実施率52%でした。手術件数が増え実施できない週がありました。カンファレンスの実施は、情報共有や発表者自身だけでなく参加者の振り返りの機会になります。そのため、予定日以外でも手術件数が少ない日は積極的に実施していきます。



手術件数 区分別

手術分類

外科手術件数推移(2020年度～ 2024年度)

年 度			2020	2021	2022	2023	2024
頸 部	甲状腺がん等		0	0	0	0	0
	食道がん		0	0	0	0	0
胸 部	気胸		0	0	0	0	0
	肺がん	原発・転移性	0	1	0	0	0
	乳がん		5	4	3	3	1
	胃がん		8	7	10	11	11
	(再掲 ESD)		0	0	2	3	1
腹 部	大腸がん	結腸・直腸	22	20	33	32	22
	(再掲 ESD)		1	0	0	0	0
	肝・胆・膵がん		1	3	0	1	2
	小腸がん		0	0	0	1	0
	後腹膜悪性腫瘍		0	0	0	0	0
	胆嚢・総胆管	良性	47	36	55	52	35
腹部救急		イレウス・穿孔・汎発性腹膜炎・損傷等	25	21	29	20	20
ヘルニア関連		鼠径・臍・腹壁	32	36	82	70	63
肛門関連	痔・痔ろう		7	9	21	31	25
小 計			147	137	233	221	179
その他		気管切開・胃ろう造設・皮下埋め込みIVH	89	72	74	90	90
総 計			236	209	307	311	269

脳神経外科手術分類(2024年度～)

年 度	2024
頭蓋内微小血管減圧術	3
水頭症手術(シャント手術)	3
開頭頭蓋内血腫除去術(硬膜下)	3
内視鏡下脳内血腫除去術	1
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	11
脳動脈瘤クリッピング	1
その他	5
計	27

形成外科手術件数推移(2020年度～ 2024年度)

年 度	2020	2021	2022	2023	2024
外傷	1	3	1	2	6
先天異常	0	0	0	0	0
腫瘍	84	130	154	140	59
瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド	1	1	2	0	0
難治性潰瘍	4	4	3	3	0
炎症・変性疾患	7	5	1	5	4
計	97	143	161	150	69

麻酔件数推移(2020年度～ 2024年度)

年 度	2020	2021	2022	2023	2024
全身麻酔	789	732	995	1,027	1,029
脊椎麻酔	270	307	372	411	423
伝達麻酔	270	300	403	453	497
局麻・その他	237	291	308	317	272
計	1,566	1,630	2,078	2,208	2,221

整形外科手術件数推移(2020年度～2024年度)

年 度			2020	2021	2022	2023	2024	
骨関節骨折・ 脱臼観血的 手術	脊椎	頸椎	1	0	1	0	0	
		胸腰仙椎(含む椎体形成術)	0	0	0	0	1	
	上肢	鎖骨・肩鎖関節	14	13	12	31	23	
		肩関節(上腕骨近位を含む)	16	19	19	20	21	
		上腕(骨幹部)	9	6	4	6	2	
		肘関節周囲	17	22	23	33	30	
		前腕骨	7	7	6	13	11	
		手関節(前腕骨遠位を含む)	75	75	100	90	108	
		手根骨・手指骨	41	49	54	45	56	
	骨盤	骨盤・寛骨臼	1	0	1	2	0	
	下肢	大腿骨近位部(転子下を含む)	125	135	147	153	154	
		大腿骨(骨幹部)	6	8	7	10	9	
		大腿骨(遠位端・顆上)	12	14	10	9	12	
		膝関節(脛骨近位・膝蓋骨)	16	15	13	28	32	
		下腿骨(骨幹部)	7	10	7	4	7	
足関節(含む脛腓骨遠位)		32	42	40	25	39		
足根骨(踵骨・距骨)・足趾骨		27	34	17	29	33		
創外固定		6	5	7	6	11		
偽関節手術		9	9	3	1	12		
骨内異物除去術		87	121	115	115	133		
外傷・軟部組 織手術	外傷	創傷処理・デブリードマン		34	20	27	36	60
		上肢腱縫合		21	11	13	10	17
		下肢の腱縫合術		8	10	18	13	21
		その他		6	2	13	14	6
	変性断裂 皮下断裂	上肢腱移行術・移植術		3	8	3	7	5
		上肢筋剥離		0	0	3	0	1
		下肢の腱移行術・移植術		1	1	0	0	0
	末梢神経	肘部管症候群		5	11	5	11	13
		手根管症候群		40	38	34	41	23
		その他		1	2	1	2	1
腱鞘炎	ばね指	腱鞘切開術	14	57	41	42	47	
	デケルバン狭窄性腱鞘炎		2	4	1	4	3	
脊椎外科	頸椎		2	4	0	3	0	
	胸腰椎		9	13	6	6	20	
腫瘍外科			12	14	14	16	21	
関節外科	肩関節		16	22	21	23	17	
	肘関節		0	3	2	5	4	
	手・手関節		10	12	18	17	18	
	股関節	THA	38	45	48	40	38	
		人工骨頭	61	71	78	96	103	
		その他	2	2	0	2	1	
	膝関節	TKA	31	36	44	42	30	
		骨切り術	2	4	1	3	1	
		靱帯再建術	4	5	11	7	11	
		靱帯断裂縫合術	1	0	0	0	2	
		半月手術	12	12	7	11	12	
		その他	4	6	2	5	7	
足・足趾関節		8	11	8	9	16		
感染症	骨髄炎・化膿性関節炎・化膿性椎体・椎間板炎		16	4	13	14	14	
切断	上肢(断端形成含む)		10	5	2	5	4	
	下肢(断端形成含む)		0	8	6	4	6	
	神経腫切除術		0	1	0	0	0	
その他			19	15	10	5	8	
計(延べ数)			900	1,041	1,033	1,112	1,212	

外 来

【脳神経外科開設への取り組み】

脳神経外科開設に伴い、脳外科チームを発足し必要物品の準備や受け入れ態勢のマニュアル作成を行いました。また医師や認定看護師の指導を受け、勉強会や救急外来受け入れからrt-Paまでの一連の流れ・NIHSS評価のシミュレーションを実施しました。rt-Pa加療は、一年間で4件、シミュレーションの効果もありスムーズに実施できました。今後はカテ室増設にむけ新たな体制を整え強化していきます。

【クラーク導入】

在院日数の減少により、高度な医療や患者の複雑化により外来看護師の役割は高度・多様化しています。看護師の役割はますます期待されている中、業務も煩雑しています。そこで、外来クラークを導入し診療の補助という役割を担ってもらい、診察室体制の見直しに取り組みました。その結果外来クラークやMAの協力があり、煩雑している処置室や化学療法室へ人員を増員する事が出来ました。患者の待ち時間削減はもとより、安心・安全な医療の提供が出来るよう、今後も関連部署と連携しそれぞれの役割を強化し、患者の療養支援を協力して行えるよう取り組んでいきたいと思っています。

【在宅生活支援のための学習】

社会資源・介護保険を学び、外来看護師が患者のニーズに気づき、在宅ケアに繋ぐ事が出来る事

を目的に学習会を実施しました。社会医療福祉科

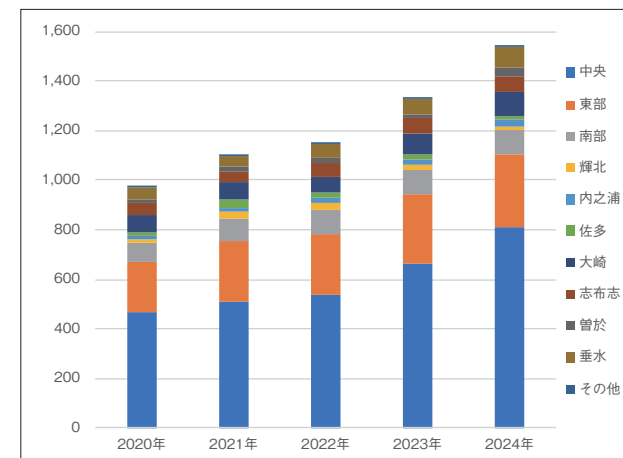
SWより介護保険、特定疾患、社会資源について学びました。また、看護協会で開かれた「外来における在宅療養支援能力向上のための研修」へ参加し、在宅支援チームを発足し「気付く・見つける・考える・つなげる・広げる」為の、勉強会を実施しました。また、管理者が病棟のカンファレンスに参加し、外来看護師へ繋ぎ情報共有を図り退院時カンファレンスや、家族指導の参加に繋がりました。今後も勉強会で学んだ事を、実践に活かせるよう取り組んでいきます。

【ゼロレベルレポート推進】

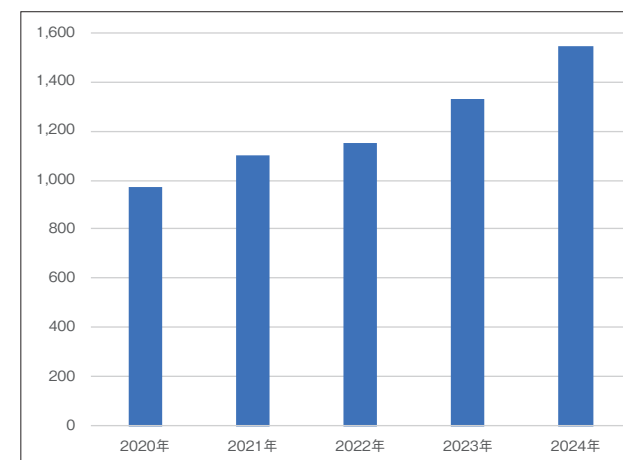
5Sチームを中心に、ゼロレベルレポートの推進を行いました。委員会メンバーが中心に声掛けや記入者の確認など全体へ働きかけゼロレベルレポートの提出は218件で前年度より50件増加する事ができました。部署全体で、インシデントレポートに対する意識付けができたと思います。今後は、確認作業によるインシデントに対する、指差し・声出し確認が定着するよう委員会メンバーを中心に活動しています。

【救急外来記録の見直し】

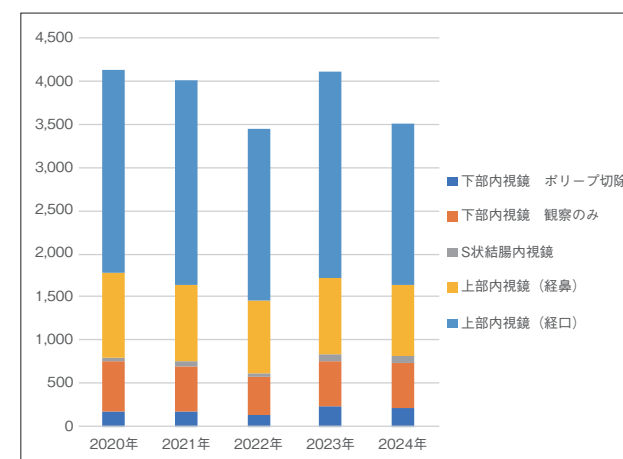
従来の救急外来記録用紙は、重複したカルテへの入力作業や転記作業があったため、一部分の簡素化を図り、救急記録用紙の改訂を行いました。今後も業務の無駄を見直し、記録の時短を目指して行きたいと思っています。



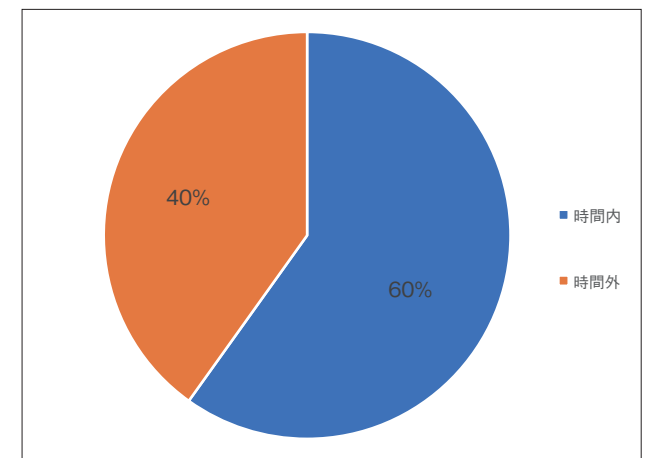
消防隊別受け入れ件数



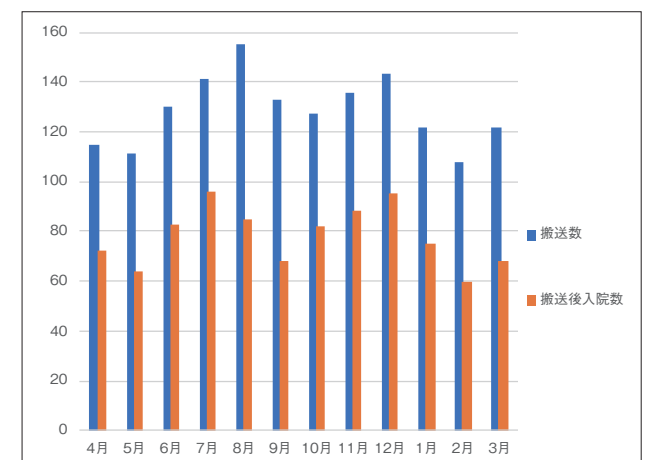
救急搬送件数



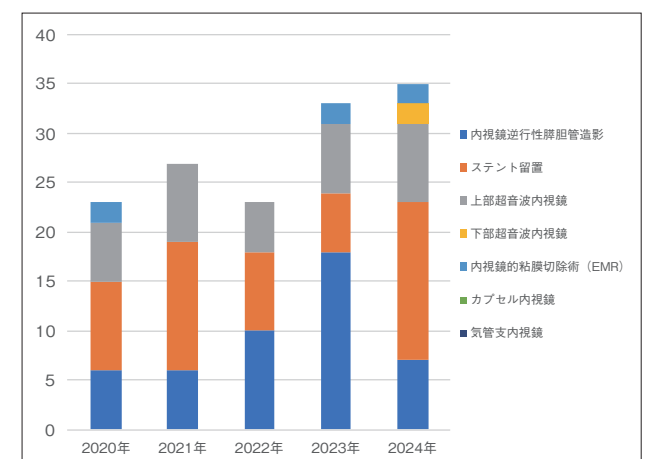
内視鏡検査件数①



救急受け入れ時間帯別



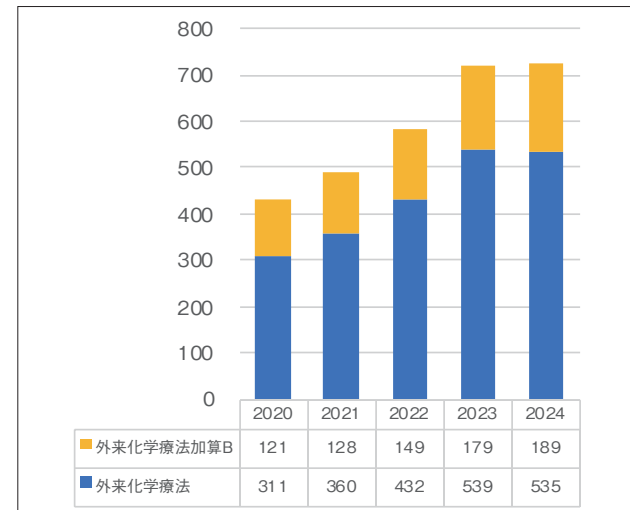
2024年度 救急搬送数内入院数



内視鏡件数②

外来化学療法室

2024年度、外来化学療法室におけるがん薬物療法実施件数535件、関節リウマチ等のリウマチ科診療、外科診療の潰瘍性大腸炎の治療実施件数は189件、総実施総数は724件でした。



外来化学療法室実施件数

外来化学療法室では、外科・呼吸器内科・呼吸器外科・リウマチ科・脳神経内科の各診療科の治療を継続しています。20代から80代の年齢の方々の治療に対応する中で、個々人の生活を重視した対応を心がけ、QOLを維持したがん薬物療法看護に注力しています。特に、がん薬物療法ではアピランスケアにも着目して、居住する地域の助成制度を紹介したり、院内の売店で取り扱っているケア商品の紹介をするなど情報提供や実際のセルフケア支援をすることで外観的变化に対する苦痛緩和を目的とした対応にも尽力しました。多様化する社会の中で、個々人に対応するために、今後もスタッフ同質の高いがん看護の提供を目的とし、スキルアップに取り組み、ボトムアップにつなげ、治療を継続しながら

らも、個々の希望や尊重に寄り添い、その方らしさを重視したより良い日常生活を送ることのサポートを継続したいと取り組んでいます。

また、2024年度は外来化学療法の実施件数の増加を踏まえ、ハード面の強化としてスタッフの職業性曝露対策に着目し、化学療法室のスタッフも安心・安全に抗がん剤を取り扱うことができるよう、抗がん剤投与完全一体型輸液セットの導入を行いました。



抗がん剤投与完全一体型輸液セット

スタッフの健康面に配慮した対応は、導入当初投与される薬剤が点滴スタンドに準備されている状況は患者にとっては異様なものでした。しかし、医療者の安全面について説明を重ねることで、治療に対応する看護師の健康面にも配慮した言葉をいただく機会もあります。がん薬物療法を受ける方も、がん薬物療法に携わる側も安心・安全・安楽にを目的として、今後も治療室スタッフ全員で尽力する所存です。

健診室

1. 年間受診者推移(図1)

現代の医療において「予防」はますます重要なキーワードとなっています。体の異常を見つけることができるのが健診の大きな特長です。健診を定期的に受けることは、自分の体と向き合い、「健康を自分で守る」意識を育てます。当院健診室は、ただ健康診断を受ける場所ではなく、「自分の健康を知る」「健康を守る」ための入口として誰もが安心して健診を受けられる環境を整え、地域に根ざして予防医療の拠点として今後も活動を続けていきます。

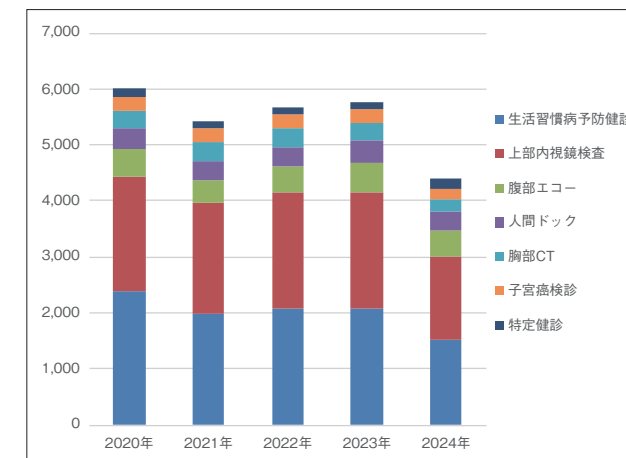


図1 年間受診者推移

2. レディースドックのご案内

2025年度より、女性の健康を総合的にサポートする「レディースドック」を新たに開設する予定です。乳がんは日本人女性の9人に1人が生涯に一度はかかると言われており、早期発見・早期治療が重要です。子宮頸がんは20代後半から増加し、ヒトパピローマウイルス（HPV）感染が主な原因とされていますが、

健診により予防が可能です。甲状腺疾患も女性に多くみられ、特に30～50代で発見されることが少なくありません。また、骨粗鬆症は特に閉経後の女性では、発症率が高まり、日本国内では50歳以上の女性の約2人に1人が骨粗鬆症またはその予備軍であるとされています。当院では、これらの検査は、全て当院で一度に受けていただけるように構成されており、忙しい女性の皆様にも負担が少なく、効果的に健康管理をしていただけます。女性に多い疾患は、自覚症状がないまま進行するケースも少なくありません。早期に発見し、適切な対応を行うことで、将来の健康リスクを大きく減らすことができます。この機会に、ぜひ当院の「レディースドック」をご利用下さい。

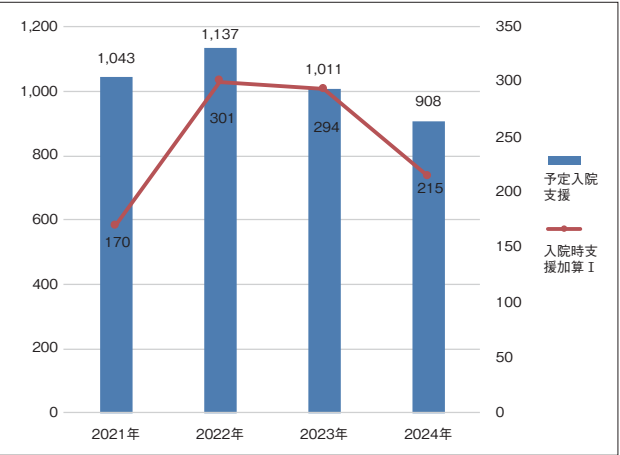
(レディースドック検査項目)

乳がん検診	マンモグラフィー 乳腺エコー
子宮頸がん検査	子宮頸がん細胞診 ※HPV（オプション）
甲状腺検査	甲状腺ホルモン (TSH・FT3・FT4) 甲状腺エコー
骨粗鬆症検査	骨密度検査DXA法
婦人科系腫瘍マーカー	CA125.CA15-3.BCA
身体計測	身長・体重・腹囲・視力・聴力
腎機能・尿路系検査	クレアチニン・BUN・尿酸 尿(蛋白・糖・潜血)
血液学的検査	肝機能・糖代謝・電解質
循環器系検査	血圧測定・心電図
胸部レントゲン検査	

患者サポートセンター

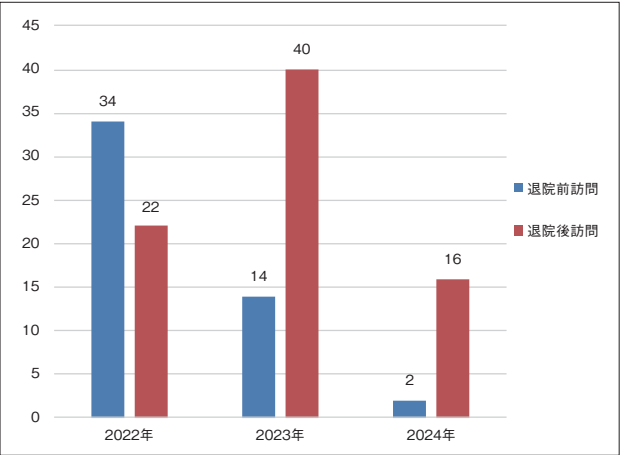
2020年開設当初は配置人員も少なかったため、入院支援の業務を中心に活動していました。年々人員も増え、周術期管理チームの資格を持つ看護師や退院支援看護師の配置もあり、支援業務の幅も拡大しています。2024年度は周術期管理チームの介入により、予定手術中止（未休薬・未禁煙）の件数が大幅に減少し、より安全な手術につなげることができています。

2024年度は、908件の入院支援を実施し、入院時支援加算につながった件数は215件でした。自宅等から入院する予定入院患者に対して介入し、入院前の準備や健康管理、入院中の生活や退院後の生活などについて細やかに説明を行っています。さらには患者が安心して入院に臨むことができるように、入院病棟や多職種と連携を密に行っています。



予定入院支援、入院時支援加算1

2024年度は、予定していた退院前後訪問が患者の体調悪化等で実施できず、件数が増えませんでした。2025年度は、退院支援看護師の補充もあり、入院中から患者と関わりを持ち事前の体調確認や多職種との調整を図り、積極的に退院前後訪問を実施し退院後の支援につなげていきたいと考えています。また、退院後に医療処置（ストーマケア・自己導尿・自己注射・在宅酸素など）を必要とする患者に対して、これまで介入できなかった在宅療養指導を実施し、自宅でも安心して療養生活を送ることができるようサポートしていきたいと考えています。在宅療養指導を行うにあたっては、他部署との連携も非常に重要となってきます。外来や在宅部門とも連携し、切れ目のない支援ができるようにしていきます。



退院前訪問と退院後訪問件数年度比較

2024年度 認定看護師、特定看護師活動報告

認定看護師A

分 野	看護師	教育(講師)	実践活動
皮膚・排泄ケア	有馬 澄子	新入職者研修「褥瘡予防」	講義、実技
		褥瘡委員会勉強会褥瘡発生率推移	褥瘡委員会、報告
			ストーマ外来
摂食・嚥下障害看護	石川 匡紘	院内ラダーⅢ研修「みんなで振り返る口腔ケア」	講義・実技
		新入職者研修「食事の援助」	講義・実技
		鹿屋東中学校：職業人に学ぶ「看護師の職業」	講義
		鹿屋東中学校：職業人に学ぶ「看護師の職業」	講義 摂食機能回復体制加算カンファレンス
脳卒中リハビリテーション看護	廣川 智子	院内ラダーⅢ研修「脳卒中看護」	脳卒中患者の再発予防のための生活指導
		脳神経外科診療開始に伴う学習会	
緩和ケア	宇住庵美和子	院内ラダーⅢ研修「緩和ケア」	院内講義
			がんカンファレンス及び外部専門医とのテレビ会議
			大隅緩和ケアネットワーク多施設合同カンファレンス
感染管理	柿元 良一	新人研修「感染対策の基本と職業感染対策」	院内活動
		中途採用者研修「手指衛生、個人防護具着脱、健康管理」	院外教育
		医療機関の感染予防支援	院外教育
		高齢者施設の感染予防支援	院外活動
		第19回医療の質・安全学会「リンクスタッフによる環境ラウンドと改善活動の効果」	学会発表
	池田まゆみ	院内新人教育研修「手指衛生と個人防護具」	教育活動
		院内新人研修「吐物処理方法について」	教育活動
		鹿児島県看護協会「高齢者権利擁護等推進事業における看護実務者研修会」	院外教育
		鹿屋市保健所・志布志保健所「感染症地域連絡研修会」	地域における感染対策啓発活動

認定看護師B

分 野	看護師	教育(講師)	実践活動
認知症看護 特定行為 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連・ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	松山 美鈴	地域リハビリテーション技術支援講座 「リハ専門職が知っておくべき認知症ケア」	講義
		新入職者研修「認知症ケアについて」	院内講義
		徳田脳神経外科病院院内研修 「身体拘束の最小化に関して」	院外講師
		ラダーⅡ研修 「せん妄のケア」	院内講義、演習
		鹿屋市立鹿屋看護専門学校 老年看護学方法論Ⅲ 「認知症の看護」	非常勤講師
		鹿児島県看護協会 令和6年度看護職員向け認知症対応 力向上研修	講義及び演習支援
がん薬物療法看護 特定行為 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	二見 麗香		精神・神経症状に係る薬剤投与 関連の相談と実施
		鹿屋市立鹿屋看護専門学校 成人看護学方法論Ⅲ 「がん薬物療法と看護」	非常勤講師
		鹿児島県立鹿屋工業高等学校 「がん教育講演会」	院外教育
		第89回 鹿児島県臨床外科学会医学会 第75回 日本臨床外科学会地方会 「消化器がんに対するハイパーサーミア 併用療法の有用性に対する検討」	学会発表(共著)
			外部緩和ケア専門医との遠隔コ ンサルテーションカンファレンス
			大隅緩和ケアネットワーク合同カ ンファレンス
			がんカンファレンス定期開催
			がん患者の身体所見確認と特定 行為の判断 (栄養・水分管理特定行為未実施)

特定看護師

分 野	看護師	教育(講師)	実践活動
呼吸器関連	町屋 毅志	新人研修呼吸器管理について	院内教育
術中麻酔管理領域		鹿児島大学病院看護師特定行為研修 OSCE実技試験評価者(呼吸器/動脈 関連)	院外教育
		院内ラダーⅡ・Ⅲ他部署研修 「麻酔看護:挿管介助」	院内教育
血糖コントロールに携わ る薬剤投与関連 栄養及び水分管理に かかる薬剤投与関連	松窪 誠人	院内新人教育研修 「糖尿病の疾患、治療・看護について」	
		院内ラダーⅢ教育研修 「糖尿病の疾患、治療・看護について」	
			血糖コントロール(インスリン調整: 特定行為)
			血糖コントロール(内服調整、医 師への変更依頼、患者へ指導)
			他部署から、退院前のインスリン ができない患者や、GLP1製剤に よる副作用の相談や対応
			脳神経内科、脳外科の脱水症 状患者の身体所見の確認
			脳神経内科・脳外科患者への IVC測定、医師へ報告

リハビリテーション部

【リハビリテーション部・医療部門実績】

2024年度診療報酬改定により、リハビリテーション栄養口腔連携体制加算が新設され、4階病棟、5階病棟の2病棟について体制づくりを行いました。病棟専従、専任配置、48時間以内の多職種による評価・計画作成、早期リハビリテーションの実施等の要件を踏まえた急性期リハビリテーションの充実を図ってまいりました。その結果急性期病棟では、総単位数で前年対比105.8%増加しました（表1）。急性期の疾患別リハビリテーションでは、がんリハの単位数は減少したものの、脳血管疾患、運動器の単位数が増加しました、脳神経外科の開設と共に脳血管疾患のリハビリテーションのニーズが高まっています。（表2、表3）

回復期リハビリテーション病棟については、運動器リハビリテーション6単位上限の影響により、運動器の単位数が前年対比で91.0%減少しました（表5）。運動器疾患のFIM利得の影響を危惧しましたが、2024年度の実績指数は40以上を維持することができました（表4）。

医療部門全体の総単位数も維持できており診療報酬改定の影響を最小限にできたと考えます（図1）。

またCOVID-19リハビリテーションマニュアルを一部変更し、早期リハ介入、介入単位を増やしました。院内クラスター発生時でもリハビリテーションの遅れを減らす事ができたと考えます。

種別	2022年	2023年	2024年
入院	99,411	109,638	125,360
外来	61,934	53,457	47,150
合計	161,345	163,095	172,510

表1. 急性期病棟入院・外来リハ(単位)

疾患別	2022年	2023年	2024年
脳血管疾患	20,387	23,028	25,647
運動器	119,341	115,344	119,972
廃用症候群	12,571	11,065	10,891
呼吸器	5,397	9,160	12,128
総単位数	157,696	158,597	168,638

表2. 急性期疾患別リハビリテーション料(単位)

その他	2022年	2023年	2024年
がん患者リハビリテーション料	3,649	4,498	3,872

表3. がん患者リハビリテーション料(単位)

報告月	2023年7月	2023年10月	2024年1月	2024年4月
実績指数	58.4	58.2	56.0	55.4

(実績指数>40)

表4. 回復期リハビリテーション病棟入院料I

疾患別	2022年	2023年	2024年
脳血管疾患	71,936	47,940	64,187
運動器	172,733	181,187	164,864
廃用症候群	12,109	10,997	13,264
呼吸器	1,104	2,692	2,124
総単位数	257,882	242,816	244,439

表5. 回復期リハ病棟疾患別リハビリテーション料

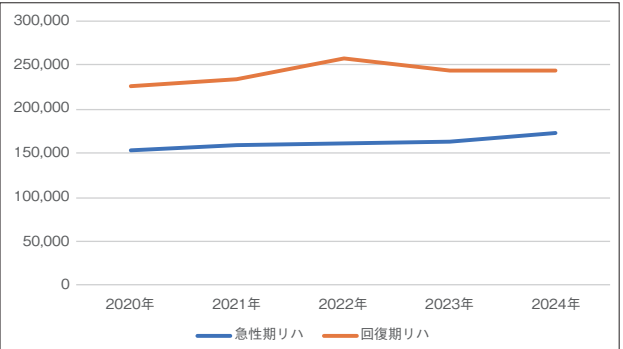


図1 急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション総単位

【訪問リハビリテーション実績】

退院後の患者さんやアクシデントなどによる能力の低下がある方々の「住み慣れた家で出来るだけ長く暮らしたい」と言う希望を少しでも叶えられるように、訪問リハビリを提供しています。超高齢化社会となり、在宅医療の推進や2025年問題に伴い、訪問リハビリテーションの件数は増加傾向にあります。今後も在宅生活が少しでも長く維持できるようにサービスや体制を整えていきたいと思ひます。（表6）

	2022年	2023年	2024年
訪問リハビリ	1,213	2,173	2,226
訪問看護リハビリ	567	844	1,031

表6. 訪問リハビリ・訪問看護リハビリ件数

【総合重心動揺解析システムの対象者拡大への取り組み】

前年度よりTKA（人工膝関節置換術）・THA（人工股関節置換術）術前術後に総合重心動揺解析システムを用い、下肢荷重検査を実施しました。本年度はAPS（再生医療）対象者や変形性膝関節症患者への足踏み試験も開始し、診療支援に役立てています。実施件数も増加となり増収となっています。

2023年度:252件

2024年度:424件

【職場の腰痛予防活動(第2期)】

昨年度よりノーリフトケアの考え方を取り入れ、スライディングシートの購入を行いました。また、ノーリフトケアコーディネーター（BASIC）による実技練習会等を実施し、腰痛による休職者0を2年連続達成できました。昨年度の取り組みについて、恒心会院内学術研究大会でも発表でき、奨励賞を受賞しています。次年度、さらに職員の身体への負担軽減について、介助用リフト、特殊車椅子、スタンディングリフト等についての検討を行っていく予定です。

【急性期年間評価データ集計の検討(第2期)】

急性期リハで実施している定期的な評価データについて、前年度との比較が始まり、治療効果比較が可能となりました。この結果より全国レベルと本院治療成績の比較や予後予測を実施した年間報告書の作成を行っていきます。また、内容を検討し業務改善の観点からも必要性の低い作業と思われるものは、削減を検討していきます。問題点として、データの欠損があり、思うように統計が取れていない現状がみられ、運用の見直しを行っていきます。

【フレイル調査】

回復期リハビリテーション病棟では、2024年度より加齢によって生じる機能低下を身体機能からだけでなく、社会的側面に着目し、入院前の生活状況を把握するための取り組みを実施しました。国民生活基礎調査によると本邦では、1986年から2022年にかけて65歳以上の高齢者がいる世帯数は26%から50.6%、独居高齢者は13.1%から31.8%に増加しています。これらの点から、5つの質問で評価される社会的フレイルを回復期入棟時に聴取し、質問項目の該当数からフレイル・プレフレイル・ノンフレイルに分類し、介護保険の有無や利用状況などから退棟時に必要なサービスなどを検討できるようにしていきたいと考えています。上半期では社会的フレイルに対する院内勉強会を実施し、10月より評価を開始しています。包含基準と満たした大腿骨近位部骨折受傷後の患者では、約7割の方々が社会的フレイル状態にあることがわかりました。今後、他の疾患などでもデータ解析を実施し、退棟時における適切なサービス利用の紹介などに繋がることができたらと考えています（表7）。

対象者	42名
ノンフレイル	6名(24%)
プレフレイル	4名(10%)
フレイル	28名(66%)

表7. 回復期リハビリテーション病棟患者のフレイル調査

- ・対象：受傷前居住地が在宅、回復期病棟を経て退院された方
- ・調査期間：2024年10月～2025年3月までの退院者
- ・平均年齢：83.73±7.57歳
- ・女性38名、男性7名

【回復期病棟FIM勉強会】

FIM（Functional Independence Measure）は患者さんの日常生活動作（ADL）自立度と介護量を点数で把握する評価です。回復期病棟では実績指数や定期評価でFIMが使用されています。

当院では年2回藤田ADL講習会によるFIM講習会に参加しており、FIMの技術向上に取り組んでいます。2024年度よりFIMに対する理解向上と技術向上を目的に回復期病棟職員（リハビリテーション部54名、看護部57名）対象でFIM講習会に参加したリハビリテーション部スタッフ5名が講師となりFIMの勉強会を開催しました。

【InBodyの導入】

リハビリテーション栄養口腔連携加算の新設にあたり、当院は2024年12月に、体成分分析装置

InBodyを2台（急性期病棟1台、回復期病棟1台）導入しました。入院患者の栄養状態、筋肉量の測定結果を踏まえ、リハビリテーションの運動強度、運動量に見合った食事摂取量、栄養状態であるのかを検討しながらリハビリテーションの効果を高め、サルコペニア、フレイルの改善・予防に今後努めていきたいと考えます。



図2 体成分分析装置InBody

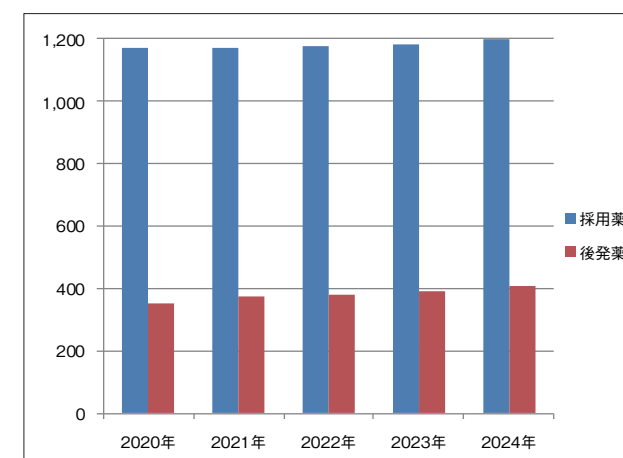
薬 剤 部

財務の視点からは、2024年度も引き続き「後発医薬品使用体制加算1」の維持を目標に掲げており、後発品使用率は平均96.1%でした。

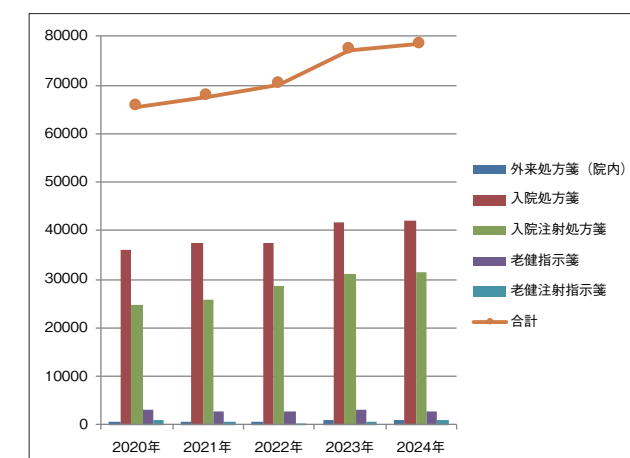
内部プロセスの視点からは、以前よりタスクシフト・タスクシェアの一環としてプロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）の実践を進めており、薬剤師が入力支援できる検査項目を増やしました。バンコマイシンの血中濃度測定が一番多いですが、他にも活性型ビタミンD3製剤服用中のCaやAlb、ジスチグミン服用中のCHEを追加しました。顧客の視点からは、若手薬剤師の成長と術後患者への介入

を積極的に行ったことにより、薬剤管理指導件数が885件/年と昨年度の1.3倍に増加しました。

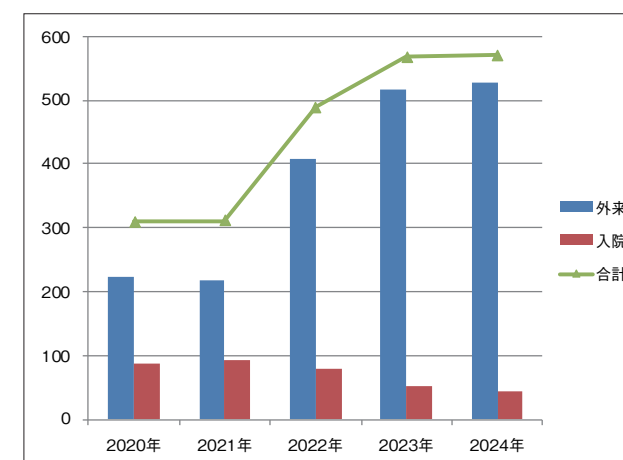
教育の視点からは、市民公開講座にて「骨粗鬆症と薬」と題して、骨粗鬆症薬の特徴と使用方法などを講話しました。また年に1回、近隣の調剤薬局薬剤師向けにがん化学療法（レジメン）に関する研修会も開催しています。外来がん化学療法の件数がここ2～3年で特に増えており、薬薬連携（病院薬剤師と薬局薬剤師の連携）が今後さらに重要になると考えます。



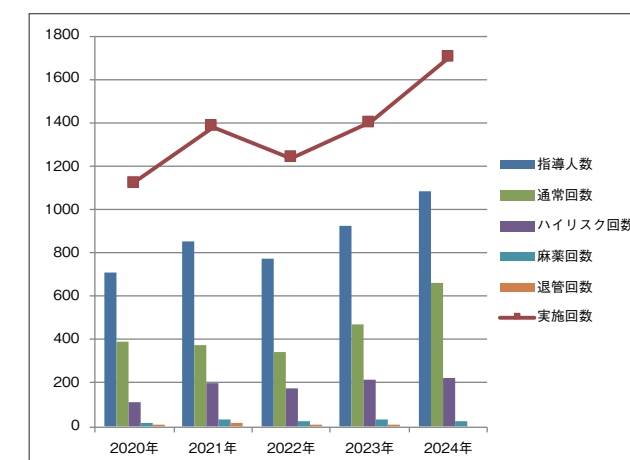
後発医薬品採用品目数（年度別）



処方せん・指示せん枚数（年度別）



抗がん剤ミキシング件数（年度別）



薬剤管理指導統計表（年度別）

画像検査部

部署目標に昨年度同様「診療技術・医療安全の向上」を掲げ、各部門の技師が連携を図り課題に取り組みました。

また昨期後半より恒心会中長期計画の重点課題に掲げる「脳神経外科の新設と地域密着」に対しては脳神経外科医主催とする勉強会に積極的に参加し、画像検査部を対象としたMRI・CTの撮影画像に対する勉強会も主催させて頂き脳神経外科医との連携も図れるよう努めました。

CT検査における頭部造影検査においては他施設への見学も実施し技師としての動きや撮影技術・画像構築に対しての向上に努めることができました。

今後の新たな計画として血管造影装置新規導入と3テスラMRI装置導入を予定しています。

血管造影装置新規導入に対しては分科会を発足し必要な備品確認や設備確認等を行い準備を進めており、今後は運用面に対して確認・準備を実施していく予定です。

3テスラMRI装置導入に対しても同様に今後分科会を発足し備品確認や、現在稼働している1.5テスラMRI装置との当院初となる併用稼働となるので運用面に対する取り決めなど確認・準備を実施していく予定です。



脳神経外科の勉強会



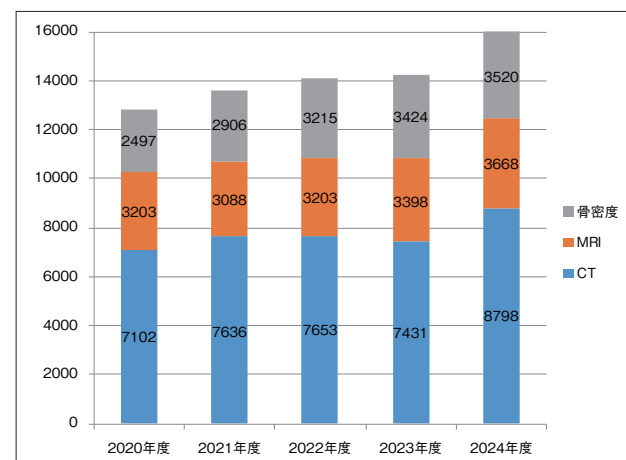
CT 頭部血管画像

【放射線部門】

CT検査については前年度と比較し1367件増となりました。要因としては、脳神経外科医の常勤勤務及び麻酔科医の常勤の増員と前年度と比較して救急搬送件数の増加によって撮影オーダーが増えたことが挙げられます。

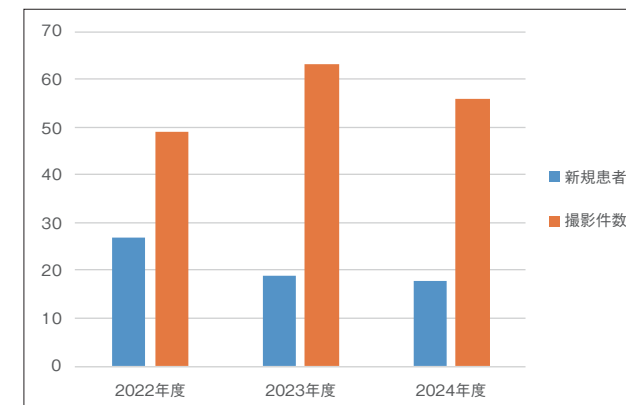
MRI検査については前年度と比較し270件増となりました。要因としては、CT同様脳神経外科医の増員によって依頼件数が増加したことが挙げられます。

骨密度検査については前年度と比較し96件増となりました。要因としては骨粗鬆外来の新患の増加と半年に1回の受診率の増加と治療継続サポート、骨粗鬆症患者の院内地域の啓発活動によるものと思われる。



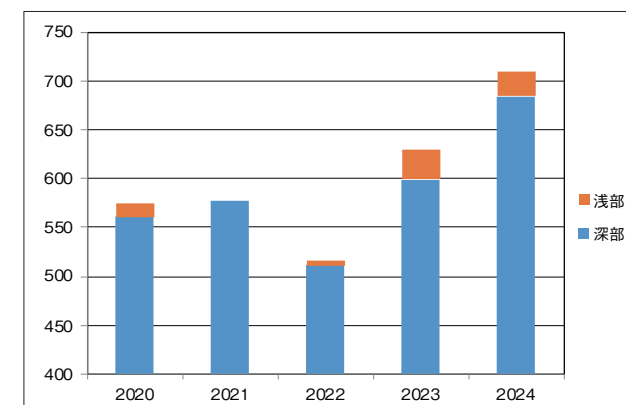
撮影件数年度比較表(CT、MRI、骨密度)

再生医療撮影件数(MRI)については前年度と比較し新規患者数18名、撮影件数56件で若干の減少となりました。



再生医療件数(新規患者・撮影件数)

ハイパーサーミアについては、前年度と比較し79件増となりました。要因として、他病院からの紹介の増加が考えられます。



ハイパーサーミア件数年度比較表(深部・浅部)

今年度は、画像検査科を含めた、増設工事が予定され、3テスラMRI、アンギオ装置の導入を予定しています。脳神経外科の岡田先生、松田先生から頭部MRIに必要な撮影シーケンスと高エネルギー外傷時のCT撮影方法について臨床画像を見ながら解説していただき、MRI、CTの撮影マニュアル作成を行いました。

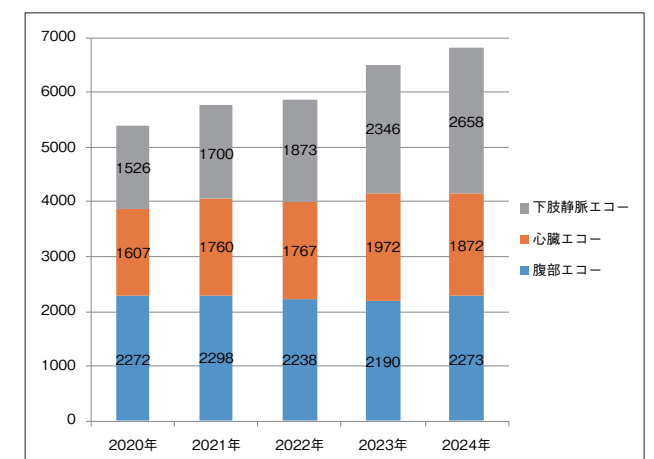
院外研修に関しては、前年度からWEB研修のみでしたがWEBと現地のハイブリッド研修を行っています。大隅地域研修会では、「APS(再生医療)療法に対する診療放射線技師の役割」について発表さ

せていただきました。

【臨床検査部門】

整形外科や外科の手術前後の深部静脈血栓症の検索のため、下肢静脈エコーの検査数が増加しています。見落としの無いように、スタッフ間で情報を共有して診療の支援を行っていきます。研修会に参加し技術向上に努めたいと思います。

感染対策チームおよび抗菌薬適正使用支援チームの一員として、院内感染拡大防止や抗菌薬



エコー検査件数(生理検査)

適正使用判定に努め、院内環境の見回りを行っています。

喘息検査の指標になる呼気一酸化窒素ガス測定装置と、長期間記録できるホルター心電計(7日間)を導入しました。

現在、公益社団法人日本超音波医学会認定超音波検査士取得者が1名おりますが、昨年度も1名が認定試験に合格しました。

【臨床工学部門】

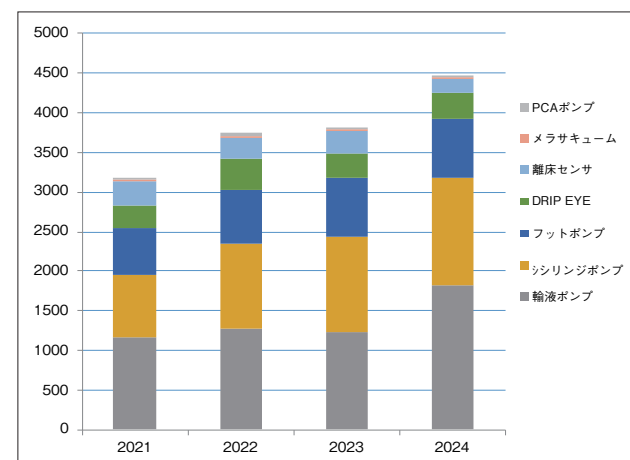
医療機器の管理と点検業務が年々増加しており、特にシリンジポンプと輸液ポンプの使用増加がその主な要因であると考えています。これにより、機器の適切な運用、定期的な点検、そして厳格な管理の重要性が増しています。また、診療科の増加に伴い、ABR(聴性脳幹反応)・AMR(異常筋反応)といった術中モニタリング業務が増加しています。



超音波検査士認定証
学術研修
日本超音波医学会九州地方会 (WEB)
心エコー検査スキルアップセミナー (WEB)
鹿児島県医学検査学会 (WEB)

今年度は、セントラルモニタ、シリンジポンプ、輸液ポンプ、離床センサ、全自動血圧計といった新たな医療機器を導入しました。これにより、より多くの患者さんへの対応が可能になると期待しています。

一昨年から定期点検に加えた血圧計は、ほぼ全てをエレマーノ2に更新し、各部署で異なっていた腕帯交換のタイミングを精度点検に合わせて行うようにしました。これにより、管理業務と精度点検の効



中央管理機器年別点検数比較

率化が期待できます。

運用中のACH-Σは業者による点検を組み込むことで安定した状態を維持しており、腹水濾過濃縮再静注法やブラッドアクセスを通したエンドトキシン吸着など質の高い医療提供に今後も役割を果たしたいと考えています。

また、昨年更新したバックバルブマスクはディスプレイ製品のため、安全に使用できるだけでなく、洗浄や滅菌の工程が不要になり、スムーズな運用に繋がっています。導入時のトラブルもなく1年が経過し定着したと考えています。また、AEDの更新と病院入口の全自動血圧計の機種統一も完了しました。

医療機器に関する勉強会を積極的に実施しており、今年度は21回の勉強会を開催しました。新人研修を皮切りに、スタッフの医療機器に対する苦手意識を払拭し、医療安全のために新規購入機器だけでなく、日常的に使用する機器の知識習得を目指しています。

今後は、ME機器の中央管理増加が業務量に与える具体的な影響についてさらに深く掘り下げて調査したいと考えています。また、医療機器管理のためのマニュアルやガイドラインさらにベストプラクティスについても情報を収集する予定です。



勉強会風景

栄養管理部

2024年度の栄養管理部の目標

1. 安心・安全な食事の提供
2. 早期からのリハビリ、栄養管理、口腔管理の多職種連携の強化
3. コスト管理を意識した職場運営

【財務の視点】

栄養指導の機会損失を防ぐため、入退院時の指導体制を強化した。特に、食事説明時に指導をする流れが確立され、1月から3月の指導件数は増加し、今年度はさらなる増加が見込まれます。

【顧客の視点】

病院食の満足度向上を目的とし、患者の理解向上に努めました。満足度調査では昨年度と同様に80%の満足度が維持されました。

【業務プロセスの視点】

診療報酬改定に伴い、管理栄養士によるGRIM（低栄養評価基準）での栄養評価が必須となりました。当院の栄養管理部では2021年より回復期病棟で導入済みであり、急性期病棟でもスムーズに実施されました。この取り組みは多職種連携の強化と病院収益の向上にも貢献できました。

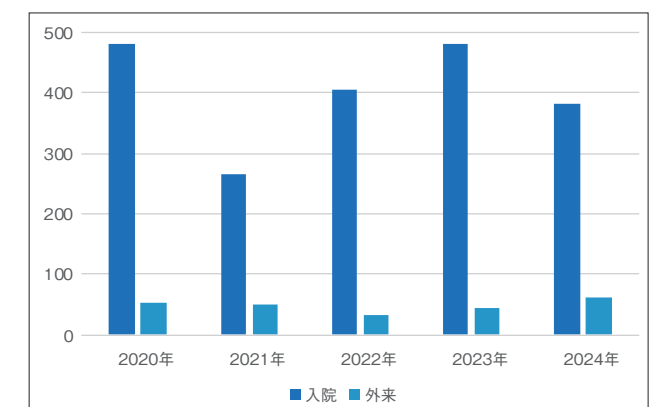
【成長と学習の視点】

地域リハビリテーション支援事業において「糖尿

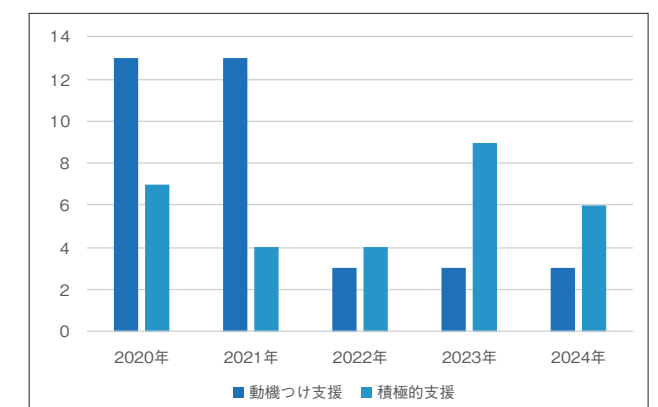


地域リハビリテーションでの講話

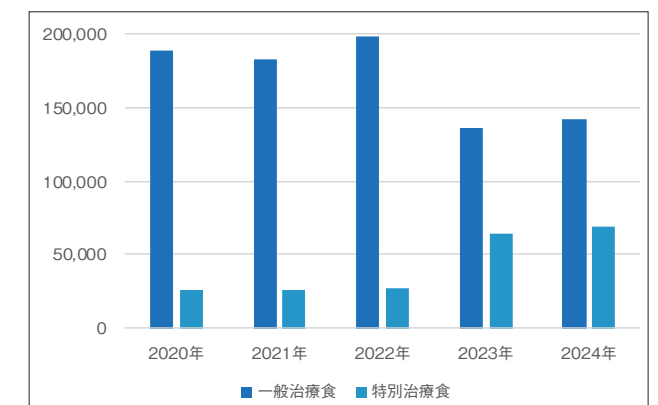
病予防の食事」について講話を行い、参加者に伝える貴重な機会となりました。院内学術研究発表会では「口腔身体機能改善委員会の取り組みにより食形態が改善した一例」をテーマに発表できました。今後、さらに他部署との連携の強化を図っていききたいと思います。



栄養指導件数



特定保健指導件数



年間提供食数

社会医療福祉科

2024年度社会医療福祉科は、下記の2点を重点目標として継続的に取り組みを行いました。

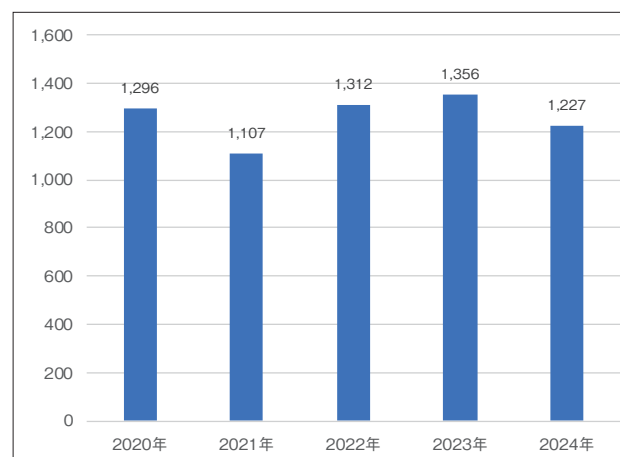
- ①急性期・回復期病棟の施設基準の維持に努め、退院支援計画の算定件数維持に努める。
- ②切れ目のない入退院支援を実施し、退院後の介護サービスなどが必要な患者が安心して生活が送れるように院内・院外との連携強化を行い介護支援連携指導料の算定件数維持に努める。

①

施設基準の維持に関しては各病棟に配置しているMSWの役割であるクリティカルパスの遵守や早期ケース介入を意識し、在院日数や重症度など施設基準の維持に貢献できていると思っています。加えて病床の状況に応じた退院支援にも取り組むことができました。入院時支援加算や退院支援計画加算の算定件数維持の取り組みに関しては、患者サポートセンターの入退院支援看護師との連携で入院から退院までの計画やサービスの検討をカンファレンスで協議し共同して計画書を立てることにより必要な患者に切れ目なく退院の支援の説明を行い算定件数維持が目標通り達成できました。また、入院前段階から、退院に向けた支援を行う体制構築が行えており訪問指導の調整など含め2025年度も継続して実施していきたいと思っています。

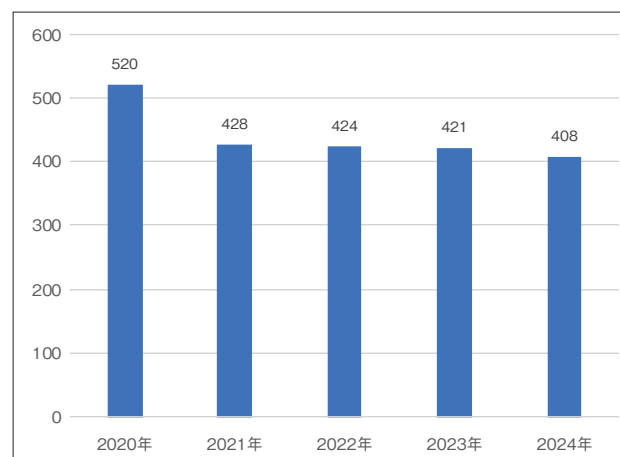
②

院内外との連携強化に関しては、患者を支援する居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、相談支援事業所、施設の管理者などと連携し、情報提供を行い支援が必要な患者に早期介入し、介



入退院支援加算 算定件数(年度比較)

護支援連携指導料算定の件数維持ができました。各部門と入院前から退院まで連携強化を図り、新たに始まった脳神経外科の患者支援など引き続き医療ニーズの必要な患者に介護指導など必要な調整を行い院内外の部門との連携強化を図っていきたいと思います。患者支援に関しては、在宅支援診療所など地域の医療機関とさらなる連携構築を図っていく必要があります。細やかな情報提供を心掛けていきたいと思っています。



介護支援連携加算 算定件数(年間比較)

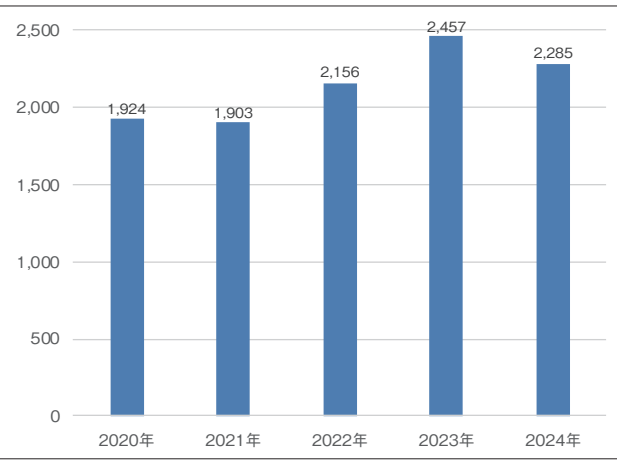
委員会活動

医療安全管理委員会

2024年度は、①0レベルレポートの提出件数の増加 ②確認不足によるインシデントの削減を目標に取り組みました。医療安全報告書によると、インシデントレポートは2263件、アクシデントレポートは22件、計2285件が報告され、そのうち616件がレベル0（ヒヤリ・ハット）に該当しました。内容別では、薬剤関連が493件と最多で、次いで転倒・転落が376件（転倒336件・転落40件）でした。しかし報告数が前年度比で10%減少したことが課題となっています。昨年度の0レベルレポート提出強化月間の影響は見られたものの、本年度も各部署に目標数を提示した結果、達成率は20%にとどまり、形だけのものになっていることがわかりました。通常業務の中で0レベル報告の意識が十分に定着しておらず、習慣化が今後の課題となります。

【医局へのアプローチ】

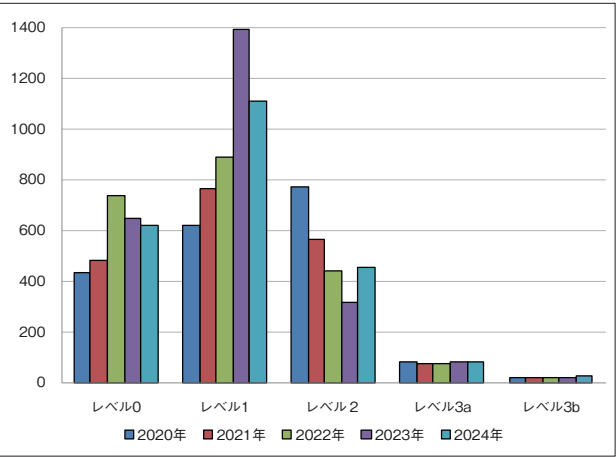
医師の報告件数の少なさが課題となり、発生事象の報告を促す取り組みを進めました。他職種からの報告事例のうち、医師が関わるものは所属長や医療安全管理者が報告を促した結果、件数は前年度の10件から3倍の31件に増加しました。



医療安全報告書提出件数

【インシデント報告と改善に向けた工夫】

「確認を怠った」が発生要因となっているインシ



レベル別提出件数

デントの報告が最も多い結果でした。

確認不足や思い込みが原因とされる報告が多く、指差し呼称や指なぞり確認を促してきましたが十分な効果が得られていませんでした。現場へのヒアリングを実施したところ「忙しさや焦りから指差し呼称を省略していた」「業務中断後の確認不足」「思い込み」「インシデントの報告は聞いているけれど自分は大丈夫の過信」などインシデント報告に記載されていない現場の声を聞きました。聞取りの結果から時間短縮を優先した確認、慣れ、根拠のない自信など隠れた問題が発見されました。確認不足が多い結果から現状把握のため、入院患者に病棟看護師の安全行動、確認行動について聞取りを1ヶ月行いました。聞取りの結果としては、70%が安全行動、確認行動が出来ていると回答が得られました。聞取り結果は、部署にフィードバックし対応、対策の実施を依頼しました。しかし、その後のフォローを十分に行っておらず、期待した成果を得ることができませんでした。この点を踏まえ、次年度の重要な課題として改善への取り組みが必要と考えています。確認不足で発生したインシデントについては、部署でカンファレンスの実施や院内の医療安全情報で広報し確認不足のインシデント

減少を目指しています。

【院内ラウンド】

当院では、類似したインシデントが続いている事例や繰り返し報告される事例、改善策の実施状況、提出された報告書の内容を踏まえ、多職種の視点が必要と判断される部署を対象に、毎月1回のラウンドを実施しています。現場からは、ラウンドによって環境改善につながっているとの声が聞かれています。さらに、2～3ヶ月後にはフォローアップラウンドを実施し、提案した改善策の進捗状況や新たな問題の発生の有無を確認しています。加えて、緊急連絡訓練のテスト放送も行い、ラウンド部署の非常放送設備から「〇〇〇よりテスト放送です」と発信し、他部署で内容が正確に聞こえたか、また部署職員が緊急一斉放送をスムーズに行えたかを医療安全ラウンドチェックリストを用いて評価しています。



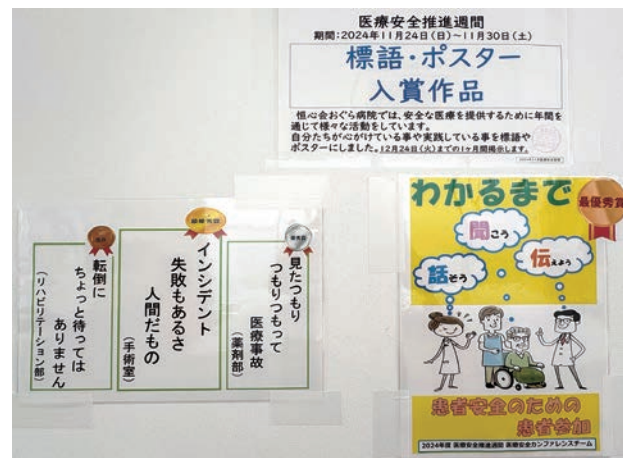
院内ラウンド

【医療安全推進週間】

職員の安全文化を育むため、各部門が標語やポスターを作成。医療安全管理部門の審査で優秀作品を表彰し、患者や家族の目に触れる場所に掲示し、医療安全の意識向上に努めています。

【医療安全対策地域連携相互ラウンド】

当院は、鹿屋医療センター・池田病院・曾於



標語・ポスター

医師会立病院と協定を結び、相互ラウンドを通じて医療安全と質の向上に取り組んでいます。今年度は、I-I連携の評価時にI-II連携施設も参加し、より広い視点での評価と連携強化を図りました。

【5S委員会のSHELL分析への取り組み】

5S委員会では、1年間SHELL分析を実施し、委員の理解と分析能力が高まりました。さらに、5S委員会主導のもと、院内医療安全全体研修でポスターセッションを実施し、全職員に対する教育を行いました。その結果、委員の分析力は向上したものの、アンケート調査では60%の部署で実践が不十分であることが判明しました。今後の課題は、確認不足によるインシデントのSHELL分析を現場レベルで定着させることです。



ポスターセッション

感染対策委員会

1. 感染防止と医療活動の両立

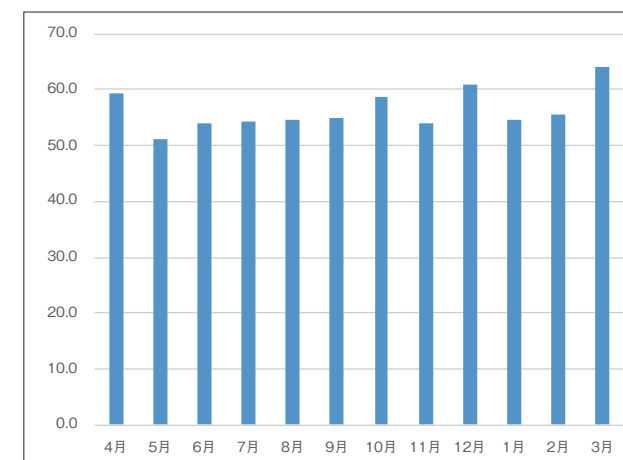
「感染防止と社会経済活動の両立」が求められる中、感染流行期においても通常医療の維持は重要です。当院では、コロナ集団発生の経験を踏まえ、発熱外来、手術、入院対応は年々円滑化しています。COVID-19対策と並行し、平時からの標準予防策(手指衛生、個人防護具の適切な使用、環境整備など)を強化することで、多くの感染症予防と持続可能な対策を進めています。

2. 抗菌薬適正使用の推進

感染症に対して、抗菌薬が適切に選択され、早期から適正に使用されるよう支援を行うチームで活動を通して抗菌薬の不適切な使用や長期化を防ぎ、薬剤耐性菌の出現を抑えることを目指しました。

1) 外来Access抗菌薬処方

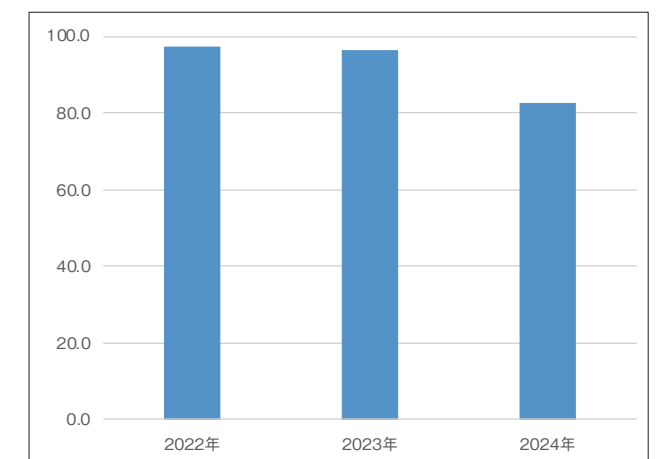
耐性化懸念の少ないAccess抗菌薬の使用比率60%以上を目標に、「内服抗菌薬AWaReの分類による適応症一覧」を作成し、医局と連携。その結果、3月には目標を達成しました。



Access抗菌薬使用の割合

2) 血液培養2セット実施率

広域抗菌薬の投与開始前に血液培養を行う際の偽陽性による過剰治療を避ける上で重要です。診療ガイドラインでは2セット以上の採取が推奨され

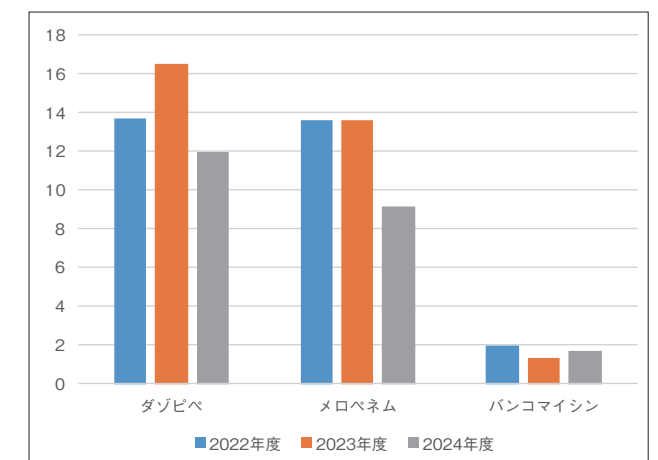


血液培養2セット実施率

ており、その実施率をモニタリングすることは、感染症治療プロセスが適切に実施されているかを示す指標となります。

3) 広域抗菌薬使用密度

抗菌薬使用密度(AUD)は、入院患者が一定期間にどれくらいの抗菌薬を使ったかを、DDD(標準化された1日量)を用いて数値化した指標です。使用状況を把握し、適正使用や薬剤耐性対策に役立てました。



抗菌薬使用密度

3. 感染防止対策連絡会(リンクスタッフ会)

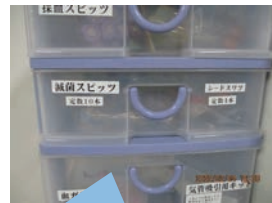
リンクスタッフ会議において、チーム活動の一環として環境ラウンドでフィードバックされた課題に基づき改善策を検討しました。また、喀感染管理のベス

手術室 薬剤等の物品管理

問題点 開封日未記入漏れや使用期限切れがある



予備物品「開封日記入」を表記記入漏れが減少した



使用頻度が少ない物品を定数化期限切れが少なくなった

4階 汚物処理室ソーニング

問題点 清潔不潔エリアの不備



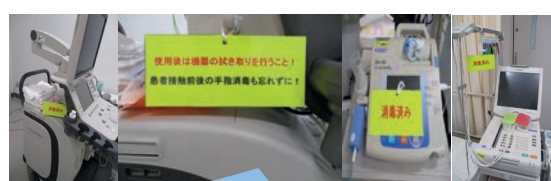
清潔不潔区域にもつき作業導線も考慮して物品配置を行った

清潔物品を汚物層周囲に置かないようにした

清潔な環境を維持できるようになった

画像検査部 検査機器の管理

問題点 ポータブル機器の清掃が出来ていないかわからない



機器が「消毒済」とすぐ分かるようになった使用ごと消毒を行う意識づけに繋がった



感染管理ベストプラクティス

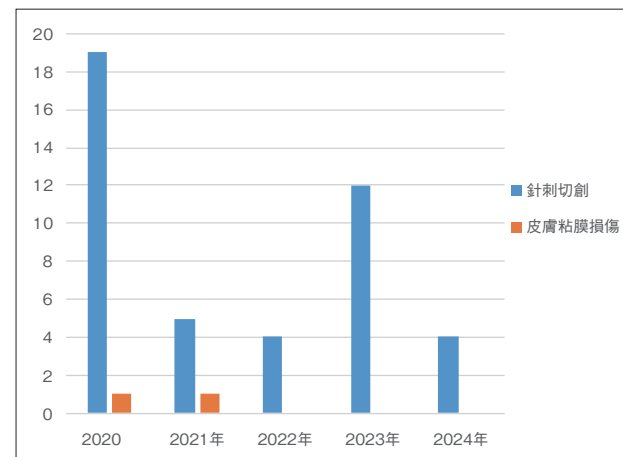


ポスター研修

トプラクティス手法を用いて、採血および喀痰吸引などの手順書を作成し、その評価と見直しを行い、活動の成果を研修会で報告しました。

4. 職業感染対策

針刺し事故防止のため、リキャップせずに専用容器へ廃棄し、安全器具を使用。入職時にはB型肝炎ウイルス抗体を確認し、必要に応じてワクチン接種を実施。今年度は採血手順の見直しにより、事故件数が大幅に減少しました。

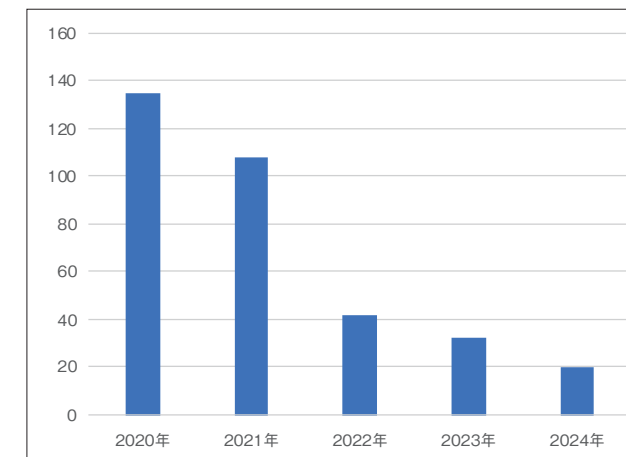


針刺し事故発生件数

NST（栄養サポートチーム）委員会

NST委員会は、入院患者個々の状態に応じた適切な栄養管理を多職種でアプローチを行うことで、合併症やADLの低下を可能な限り防止し、最良の治療が円滑に進むことを目的とし、週1回のカンファレンス・回診を実施しています。カンファレンスでは、各職種が患者の状態を把握し、専門領域で評価・情報共有を行い、今後の栄養管理の方向性を話し合い、栄養面からサポートしています。回診では、患者の状態確認、意向確認、立案した計画の説明などを行っています。

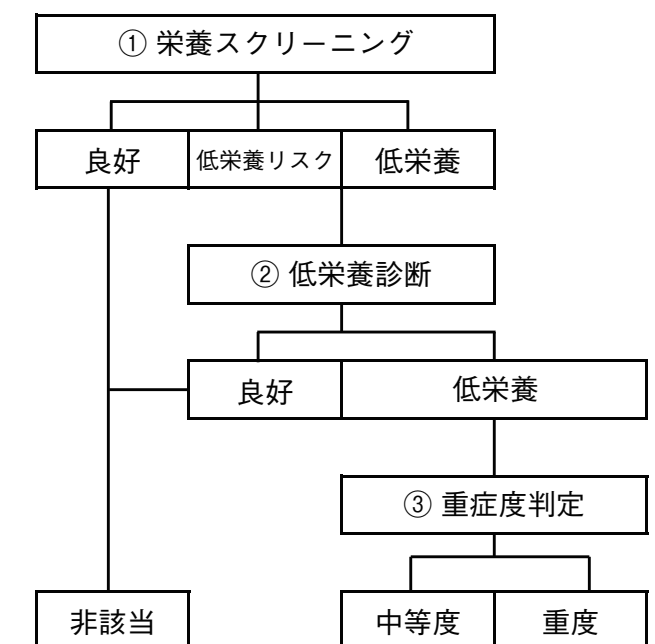
今年度のNST介入件数は、20件（前年対比63%）でした。年々介入件数が減少しています。今年度診療報酬改定があり、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」が新設されました。そのため、今まで以上に病棟担当管理栄養士が早期に評価・介入を行うことができたことが大きな要因のひとつであると考えます。



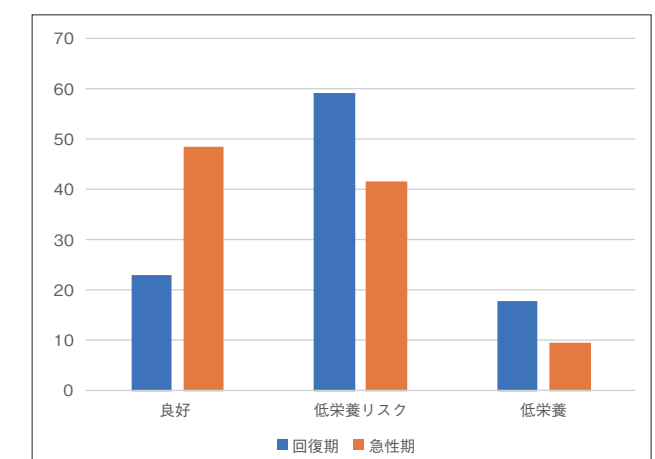
NST介入件数

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の目的は、患者さんのADLを維持・向上させること。早期からの離床を促すこと。経口摂取を促進することが挙げられます。そのため、管理栄養士は、GLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うことが必須となっています。

当院では、回復期病棟入棟時に、2021年度から実施していました。そのため、GLIM基準を用いた栄養状態の評価を急性期病棟において、スムーズに取り入れることができました。同様にNST活動においても、GLIM基準を用いた栄養状態の評価を行っています。次年度は、GLIM基準を用いた栄養状態の評価で、低栄養と評価された方をいかにスムーズにNSTチームで介入できるように、流れを作っていきたいと考えています。



GLIM基準を用いた栄養状態の評価方法



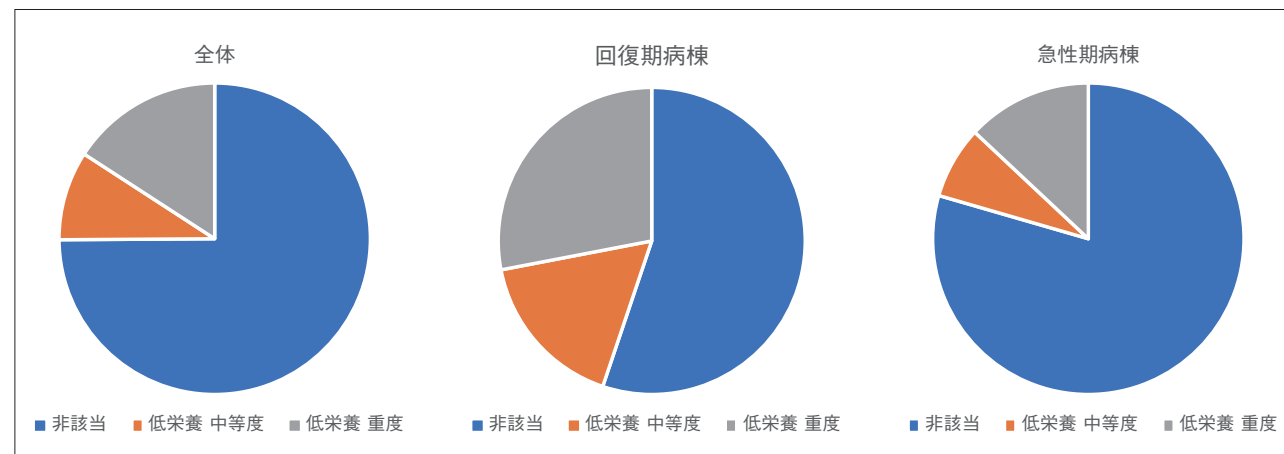
① 栄養スクリーニング評価(MNA-SF)

【② ③GLIM基準による低栄養診断評価】

	非該当	低栄養		低栄養 (中等度+重度)
		中等度	重度	
全体	74.9	9.3	15.8	25.1
回復期病棟	55.5	17.3	27.3	44.6
急性期病棟	79.5	7.4	13.1	20.5

【GLIM基準該当項目】

	表現型基準			病因基準		
	体重減少	低BMI	筋力低下	摂取量	消化吸収 症状等	炎症
回復期病棟	13.2	50.0	43.6	14.5	12.3	42.3
急性期病棟	3.5	30.6	12.1	6.0	7.1	20.8



災害対策委員会

2024年度は、各部署の災害委員を中心に①発災直後の安全行動の確保を目的とした部署災害訓練②新設エリアを設置し傷病者を受け入れる全体訓練③災害による被害を最小限に抑える減災ラウンドの3つを重点的に取り組みました。職員が、災害時に起こりうる様々な被害を想定し、実動的な訓練を繰り返すこと、日ごろから減災に目を向けることで、災害に強い病院づくりを目指しています。

1. 部署災害訓練

災害発生時の初動対応は極めて重要です。リスク認識の向上を目的に、事前に設定した災害条件下で、各部署の特殊性を鑑みて、部署で起こりうる災害場面について管理者と委員の語り合う機会を作りました。それにより、災害発生時のイメージを広げることができました。

訓練では、部署ごとの初動フローチャートやアクションカードに沿って、安全確保、安否確認、ライフラインの確認を行い、所属長は本部へ被災状況の報告をしました。訓練の翌月に、鹿屋市で震度5弱の地震があり、「訓練通りに実施できた」「訓練があつてよかった」という意見も聞かれました。各部署で行う訓練は災害発生直後の職員の共通行動を深める機会となりました。また、今回の訓練を通して、これま



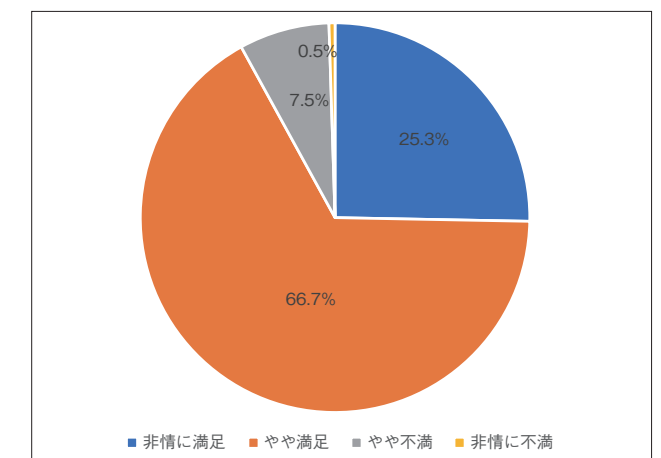
部署災害訓練

での被災状況報告書の見直しも行いました。管理者が、必要な情報を正確に記入し、災害対策本部に迅速に報告できる書式に変更することができました。

2. 全体訓練

全体訓練は、災害時に地域の傷病者を受け入れ、外来機能を果たすための重要な訓練です。委員が中心となり、訓練までの企画運営や、事前準備を行いました。訓練当日は、2階会議室に災害対策本部を設置し、1階に緑エリア、黄色エリアを設置後、傷病者を受け入れました。外来看護師が各エリアのリーダーとなり、指揮をとりました。同時に病棟では、停電によるシステム障害を想定し、紙カルテ運用訓練を行いました。さらに、全職員を対象に管理者が職員にLINEやSMSを活用した連絡網訓練も実施しました。近年では電子カルテが一般的となり、紙カルテを知らない職員が増えています。災害時に診療が継続できるよう、今後も定期的な訓練を行います。

訓練後の参加者アンケートでは、半数以上が「満足した」結果となりましたが、傷病者の受け入れに関しては、多くの課題が明らかになりました。訓練を行うことで、各自の災害時の役割を実際に体験し、確認することにより、災害時の多職種連携の重要性や、災



アンケート結果



傷病者受け入れの様子



紙カルテ運用訓練

害に対する専門的知識の習得、マニュアル等の改善点を見出すことができました。

3. 減災ラウンド

減災対策を考え実行することは、災害による被害を最小限にします。当院では、年に3回、委員を中心

に各部署の減災ラウンドを実施しています。委員会では、各部署共通した問題点について、想定される災害のリスク、具体的な改善策、日常の対策についてグループワークを行いました。その結果を基に、各部署の改善活動の取り組みを発表しました。各部署で抱える問題について、多職種で意見交換をすることは、新たな気づきやアイデアが生まれ、アドバイスを得る機会となりました。その結果、各委員が、環境の改善を目指した活動や、部署職員の減災に対する意識づけに取り組むことができました。減災ラウンドは、各部署の継続的な改善活動に繋がっています。

災害時は、多職種間の連携が必要不可欠です。委員会でグループワークを行うことで、委員同士のコミュニケーションを図り、多職種間の連携強化に努めています。



グループワーク

地域医療活動

地域医療活動

恒心会は、外科・整形外科・脳神経内科・脳神経外科・リハビリテーション科を中心に大隅地域に根ざ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、以下の地域に根ざ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

2005年から月1回の整形外科診療を続けております。入所者の高齢化や整形外科対象患者の減少のために2021年度から2ヶ月に1回の診療となっています。

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
出張診療	91	114	105	93	92	77	90	74	64	58
診療	外来		78	86	59	76	54	56	43	36
	入院		9	19	13	9	5	15	6	7
敬愛園診療	2015	2016	2017	2018	2019	2020	※2021	※2022	※2023	※2024
出張診療	56	57	47	33	34	23	16	18	20	13
診療	外来	29	48	40	65	38	25	44	52	49
	入院	4	7	7	4	7	7	3	4	7

※2021年度より1回/2月の診療へ移行

2 大隅救急高度化協議会事例検討会

救急隊と受け入れ医療機関スタッフとの顔の見える関係作りと事例を通しての勉強会を今年度は2回開催しました。

3 大隅地域気管内挿管実習受け入れ

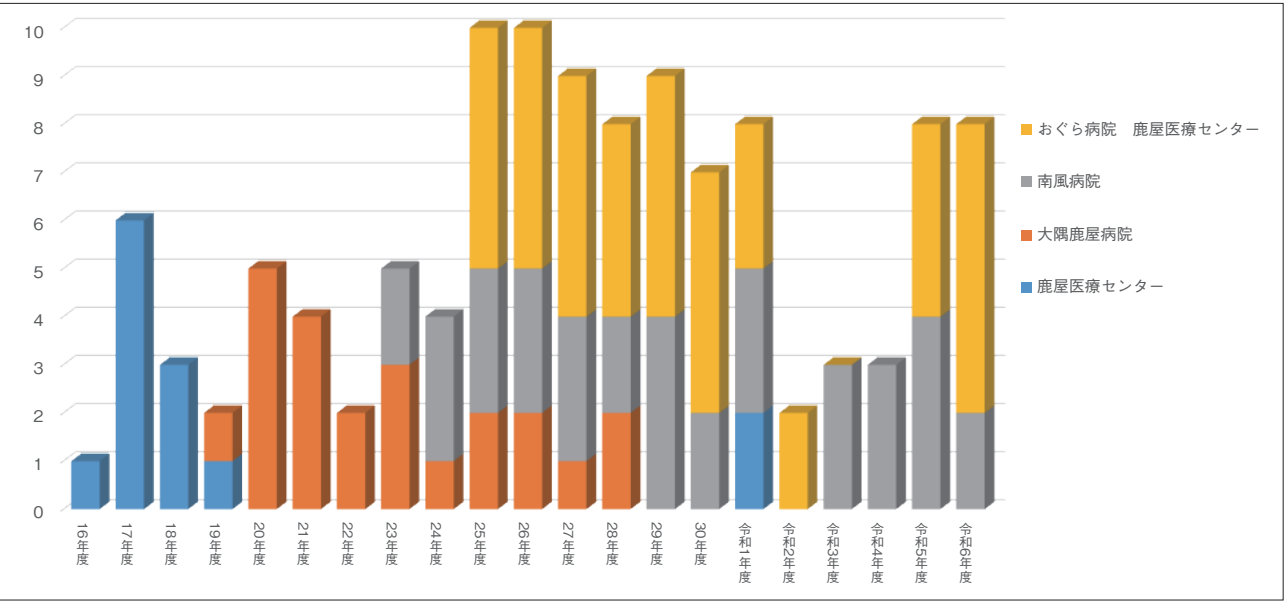
4 大隅臨床整形外科医会研修会

5 地域リハビリテーション広域支援センター

新型コロナウイルス感染症以降様々な制約がかけてきましたが、感染症対策実施の上で徐々に従来の活動が再開してきました。

2. 大隅MC事例検討会

開催日	演題名	発表者
2024年8月6日	講演：脳神経外科の救急診療 講師 恒心会おぐら病院 岡田朋久先生 事例報告3例 コメンテーター：恒心会おぐら病院 原浦博行先生	医師：5名 看護師：25名 救急隊員：48名
2025年3月10日	講演：切断指の診断と治療 講師 恒心会おぐら病院 有島善也先生 事例報告2例 コメンテーター：恒心会おぐら病院 有島善也先生	医師：2名 看護師：17名 救急隊員：33名



大隅地域気管挿管認定実習受け入れ

2024年度 大隅臨床整形外科医会講演会

開催日	演題名	発表者
2024年7月18日	〈特別講演〉 がんに対して整形外科医ができること —がんロコモ予防—	〈特別講演〉 鹿児島大学 整形外科 講師 佐々木 裕美 先生
2024年10月17日	〈特別講演〉 関節リウマチ治療におけるMTXの重要性 —メトレキサート皮下注への期待—	〈特別講演〉 聖路加国際病院 岡田 正人 先生
2025年3月14日	〈特別講演〉 腰部脊柱管狭窄症の運動療法と薬物療法	〈特別講演〉 九州大学病院別府病院 整形外科 講師 熊丸 浩仁 先生

地域リハビリテーション活動報告

団塊の世代の方々が後期高齢期に入るとされ超高齢化社会にどう対応するかを問われた2025年を次年度に控え、これまで「地域包括ケアシステム」の構築が急務とされ、様々なアプローチで「地域づくり」活動を展開してきました。

残念ながら新型コロナウイルスやインフルエンザ感染症は感染の拡大と縮小を繰り返す状態で、特に今冬はインフルエンザが猛威を振るっております。

感染予防を徹底した活動の工夫をしながら、地域リハビリテーション活動の基本である「人」と「人」の関わりを少しずつ再開した一年となりました。

2024年度の活動は従来どおり①地域リハ活動支援事業②市民公開講座③介護支援研修④技術支援研修⑤サポーター研修の5つの事業を、全て対面にて行うことができました。

①地域リハ活動支援事業

昨年度から開始した「地域リハビリテーション出張講座」では、当院の強みである「骨粗鬆症予防」や「転倒予防体操」、「口腔ケア」、「認知症予防」など、多岐にわたるテーマで理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士が講座を担当しています。また、筋トレ事業「元気なからだづくり教室」は大盛況で、申し込み開始から30分で定員が埋まってしまうという状況のなか、比較的元気な住民がマシンを使って、トレーニングに励んでいます。2024年度は3期に増やし、からだづくりをサポートしています。「シルバーリハビリ体操指導士養成講座」は、年2回開催し、2期目は定員をオーバーする申込みがありました。さらに、パーキンソン病友の会から依頼を受け、当院の作業療法士がパーキンソン病友の会のご家族を対象に講話し、リハビリテーションや自宅でできる体操指導を行いました。

② 市民公開講座

8月に「骨粗鬆症を正し理解・治療・予防しよう」

をテーマに、医師、看護師、理学療法士、薬剤師、管理栄養士など骨粗鬆症リエゾンサービス委員会のスタッフで多方面からの講演を行い、39名の参加者がありました。10月には、「知ろう!学ぼう!『あたま』のこと」をテーマに4月より開設した脳神経外科医師より講演していただきました。参加者からたくさんの質問をいただき、大盛況に終わりました。

③介護支援研修

南大隅町の特別養護老人ホーム職員を対象に「ノーフットケアの重要性」や、介護支援専門員を対象に、「コミュニケーション障害とその対応について」をテーマに研修会を開催しました。また、東串良町の介護事業所を対象に、「介護予防につながる身体活動」、「職員でできる範囲のフレイル予防等の運動指導」、「認知機能低下と難聴、弱視の方々も一緒に行えるレクリエーション」について、研修会を開催しました。

④技術支援研修

10月に「痙縮治療と療法士のかかわり」について、熊本託麻台リハビリテーション病院の理学療法士の先生に講演いただきました。2月に「在宅がんリハビリテーション診療研修会」について開催しました。

⑤サポーター研修

例年どおり、6月に小学校を訪問し、6年生を対象に、高齢者・障害者体験、車いす体験を、2クラス44名の児童に体験してもらい、障害と高齢化について学んでもらいました。

地域におけるリハビリテーションのニーズは、多方面で高まりつつあり、地域に根ざしたリハビリテーション支援の実践が求められています。住民がいきいきとした暮らしを続けることができる地域づくりを模索しながら活動を継続していきます。

教育 研 修

院外研修

2024年度

【医 局】

開催月	開催名	開催場所
2024年 4月	第124回 日本外科学会定期学術集会	WEB
4月	第68回 日本リウマチ学会総会・学術集会	神戸コンベンションセンター
4月	第67回 日本手外科学会学術集会	奈良県コンベンションセンタ
5月	第44回 日本脳神経外科コンgres総会	ポートメッセなごや
5月	第67回 日本手外科学会学術集会	WEB
5月	第38回 日本ニューロモデュレーション学会	ライトキューブ宇都宮
5月	第97回 日本整形外科学会学術総会	福岡国際会議場
5月	2024高血圧フォーラム	コンgresクエア日本橋
6月	第147回 西日本整形外科・災害外科学会	北九州国際会議場
7月	第37回 日本臨床整形外科学会学術集会	熊本城ホール
7月	第79回 日本消化器外科学会総会	WEB
7月	第49回 日本超音波検査学会学術集会	仙台国際センター
7月	第47回 日本骨・関節感染症学会	ビッグハート出雲
7月	第8回 日本集中治療医学会学術集会	ニューウエルシティ宮崎
9月	第41回 日本ハイパーサーミア学会	タワーホール船堀
9月	第56回 日本リハビリテーション医学会九州地方会	熊本市国際交流会
9月	第11回 日本ボツリヌス治療学会学術大会	砂防会館
9月	第245回 日本神経学会学術大会	くまもと県民交流館パレア
10月	リハビリテーション・ケア合同研究大会	甲府記念日ホテル
10月	第26回 日本骨粗鬆症学会	石川県立音楽堂
10月	第52回 日本救急医学会総会・学術集会	仙台国際センター
11月	第8回 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	岡山コンベンションセンター
11月	第43回 日本認知症学会学術集会	ビッグパレットふくしま
11月	第37回 日本冠疾患学会学術集会	東京コンベンションホール Hybridスタジオ
12月	第37回 日本内視鏡外科学会総会	福岡国際会議場
12月	第246回 日本神経学会九州地方会	長崎大学医学部良順会館
12月	第148回 西日本整形外科・災害外科学会	カクイックス交流センター
2025年 1月	第348回 日本内科学会九州支部主催九州地方会	九州大学医学部百年講堂
2月	第46回 九州手外科研究会	宮崎市民プラザ
2月	第89回 鹿児島県臨床外科学会医学会	鹿児島県医師会館

【看護介護部】

開催月	開催名	開催場所
2024年7月13日	外来における在宅療養支援力向上のための研修	鹿児島県看護協会
8月20日～10月10日	認定看護管理者教育課程:ファーストレベル	鹿児島県看護協会
6月17日	看護補助者の活用推進のための看護管理者研修	鹿児島県看護協会
6月28日～8月28日	'24「重症度、医療・看護必要度」評価者及び院内指導者研修	WEB
8月1・2・3日	新人看護職員卒後研修(教育担当者)	鹿児島県看護協会
8月2日	新人看護職員卒後研修(責任者)	鹿児島県看護協会
9月20・21日	災害支援ナース養成研修	鹿児島県看護協会
10月18日・25日 11月18日	看護職員認知症対応力向上研修I	鹿児島県看護協会
12月7日	医療安全養成管理者研修	鹿児島県看護協会
2025年 1月22・23・24日	看護職員認知症対応力向上研修II	鹿児島県看護協会
1月30・31日・2月1日・ 2月13・14・15日	新人看護職員卒後研修実施指導者研修	鹿児島県看護協会
大隅地区研修		
2024年7月13日	新人看護職員「卒後1年目アクティビティ」	池田病院
2025年1月25日	新人看護職員フォローアップ研修 「フィジカルアセスメント・ナラティブ」	池田病院

【リハビリテーション部】

開催月	開催名	開催場所
2024年 4月24日～26日	第67回 日本手外科学会学術集会	コンベンションセンター JWマリオット
4月24日～26日	第36回 日本ハンドセラピィ学会学術集会	ホテル奈良
6月7日～9日	第28回 日本ペインリハビリテーション学会学術集会	長崎大学医学部 坂本キャンパス
6月22日～23日	九州作業療法学会 2024	J:COMホルトホール大分
7月13日～14日	日本リハビリテーション病院・施設協議会地域リハ塾2024 第1回研修会	エッサム神田ホール2号館
7月20日	第8回 ADL評価講習会 FIM講習会	WEB
7月27日～28日	全国地域リハビリテーション合同研修大会 in 長崎 2024	長崎大学医学部 坂本キャンパス
9月6日～7日	第35回 日本末梢神経学会学術集会	鹿児島県医師会館
9月14日～15日	第12回 日本運動器理学療養学会 学術集会	パシフィコ横浜
10月3日～4日	リハビリテーション・ケア合同研究大会 山梨2024	甲府記念日ホテル
10月4日～5日	第24回 クリニカルパス学会学術集会	愛媛県県民文化会館
10月26日～27日	日本リハビリテーション病院・施設協議会地域リハ塾2024 第2回 研修会	小倉リハビリテーション病院
11月9日～10日	九州理学療法士学術大会 2024 in 佐賀	SAGAアリーナ
11月16日～17日	日本リハビリテーション病院・施設協議会 地域リハ塾2024 第3回 研修会	兵庫県立リハビリテーション 中央病院
11月24日	藤田ADL講習会—FIMを中心に—（ベーシックコース）	WEB

開催月	開催名	開催場所
12月14日	第36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ホール
2025年 1月18日～19日	日本リハビリテーション病院・施設協議会 地域リハ塾 2024 第4回研修会	長崎リハビリテーション 病院
1月25日	令和6年度 鹿児島JRAT 災害リハビリテーション研修会(基礎編)	カクイックス交流センター
1月26日	2024年度 日本ハンドセラピィ学会主催 SW-test講習会	WEB
1月26日	認定非営利活動法人全国ストップ・ザ・ロコモ協議会(SLOC) 第21回 ロコモコーディネーター資格取得研修会	WEB
2月 8日	日本ペインクリニック学会 第5回 九州支部学術集会	カクイックス交流センター
2月 9日	第38回 鹿児島県理学療法士学会	ライカ南国ホール
2月15日～16日	日本リハビリテーション病院・施設協議会 地域リハ塾2024 第5回 研修会	霞ヶ関南病院

【画像検査部】

開催月	開催名	開催場所
2024年 9月28日	鹿児島県診療放射線技師大隅地域研修会	鹿屋医療センター

【栄養管理部】

開催月	開催名	開催場所
2024年4月27日	「第3回 診療報酬・介護報酬同時改定対応研修」	WEB
6月19日	「GRIM基準による低栄養診断の実践」	WEB
8月17日	◎トリプル改定・厚労省のゴールは?	WEB
9月11日	第3回 生活習慣病セミナー本年度診療報酬で示された 「GRIM基準」	WEB
9月21日	◎栄養関連トピックスをどう見る!	WEB
10月26日	◎高齢者の栄養管理の目的	WEB
11月 9日	◎鹿児島の災害対策・管理栄養士に求められること	WEB
12月14日	◎医療・介護・障害者を繋ぐには…	WEB
2025年1月24日	大隅地域給食施設連絡協議会研修会「栄養報告書集計結果表等について/GRIM基準現場での活用・導入方法など」	県民健康プラザ
2月16日	リハ栄養口腔連携研修会	鹿児島県歯科医師会館
3月 2日	第44回 食事療法学会	WEB
3月12日	栄養管理・体液管理に役立つ実践フィジカルアセスメント	WEB
3月15日	第19回 鹿児島NST研究会	鹿児島県医師会館

教育研修

恒心会 学術研究発表会		2024年10月30日
演 題 名	部 署	発表者
第1セッション		
令和6年能登半島地震における鹿児島JRATの活動を通して	リハビリテーション部	小 野 里 菜
大腿骨近位部骨折術後患者における自宅退院の可否に関する因子の検討ーロジスティック回帰分析を用いた回復期リハビリテーション病棟入棟時での転帰予測ー	リハビリテーション部	遠 藤 翔
温熱療法とは?当院における高気圧酸素療法の実際について	画像検査部	辻 雅 也
周術期看護の一環として位置付けた術後訪問の取り組み	看護部	片 岡 昌 代
第1腰椎脱臼骨折による脊椎損傷に対し、プライムウォークを使用し歩行獲得し復学した1例	医局	重 信 恵 三
第2セッション		
90歳代認知症独居患者の在宅生活継続支援を通して	看護部	松 山 美 鈴
口腔身体機能改善委員会の取り組みにより食形態が改善した一例	ヴィラかのや栄養管理部	給 分 遥
若年入所者の在宅復帰支援～独居での新生活に向けて～	社会医療福祉科	豊 園 裕 一
当院急性期リハビリテーション職員への腰痛実態調査～ノーリフトケア導入後の比較～	リハビリテーション部	櫛 間 仁

法人内新人看護職員集合研修

日 時	内 容
4月2日	医療安全、感染対策、認知症対応力向上研修、BLS
4月3日	看護技術(採血、血管確保、PCR採取方法、吸引)
4月4日	看護部の概況、薬剤管理について、栄養管理部の役割と業務地域連携におけるMSWの活動、患者サポートセンターの役割看護補助者充実加算、画像検査科介助時の注意点
4月7日	ME機器の取り扱い(シリンジポンプ・輸液ポンプ・血圧計・血糖測定器・離床センサー・除細動器・ベッドサイドモニター・セントラルモニター)高圧酸素療法、医療ガス

鹿児島大学研修医 インタビュー



氏 名: 梶 原 元 氣

研修期間: 2024年6～7月

【当院の研修内容】

地域研修・外来研修として、外科で2ヶ月研修をさせていただきましたが、手術はもちろん、内視鏡での検査等についてもさせていただき非常に充実した研修を送ることができました。

【研修を受けての感想】

外科での研修ということで、当初は不安もあったのですが、先生方の丁寧な指導のおかげで研修を無事終えることができました。外来や病棟、手術室や内視鏡室でもスタッフの方々に助けていただきました。

【今後研修を受けられる方へ】

私は外科での研修でしたが、一番楽しかったのは内視鏡室で検査をたくさんさせていただいたことです。ほとんど未経験でしたが、指導していただきつつ検査を実際に行っていくという経験を積むことで少しは上達することができたと思います。消化器に興味のある方には特におすすめです。



氏 名: 貴 島 稔 博

研修期間: 2024年7～9月

【当院の研修内容】

外科では予想通り、虫垂炎、ラパ胆、ヘルニアといった手術に入ることができました。ヘルニアの前方アプローチでは執刀医を経験することができました。

【研修を受けての感想】

外科では内視鏡、特に下部内視鏡の経験を積めたのが嬉しかったです。整形外科では、包帯やシーネの巻き方から教えていただき感謝です。スタッフも優しく、研修も楽しく行うことができました。

【今後研修を受けられる方へ】

外科や整形外科で研修を行う方はせっかくなので手術にたくさん入ってみるのがいいと思います。外科であれば内視鏡室に積極的に行ってみてください。何が今後役に立つかわからないので。先生たちは皆優しいので、大丈夫です。怖がらずに挑戦してください。



氏 名: 岩 城 遼

研修期間: 2024年8～10月

【当院の研修内容】

リハビリテーション科では病棟を、外科では外来と手術をメインに研修させていただきました。大学病院ではあまり経験できないコモンな疾患を多く診ることができました。

【研修を受けての感想】

先生方に優しくご指導いただき、手技もたくさん経験でき、スタッフの方々も気さくな方ばかりで、とても楽しい研修でした。

【今後研修を受けられる方へ】

地域の中核病院であり幅広い症例を経験できますし、診療や手技についても先生方に丁寧に指導していただけるので、充実した研修になると思います。また、鹿屋はお店も多く、宿舎や食事のサポートもあり、生活しやすかったです。



氏 名：田 畑 佑 樹

研修期間：2024年10～11月

【当院の研修内容】

特に外来、手術において充実した時間を過ごすことができました。

当直にMAX4回入ることができたのも嬉しかったです。

【研修を受けての感想】

佐多診療所、敬愛園での経験は特に今後の人生の糧になりました。

【今後研修を受けられる方へ】

鹿屋市をはじめ、大隅半島はお店も綺麗な場所もたくさんあります。鹿児島市へのアクセスも悪くないですし、おぐら病院のスタッフの皆さんはかなり優しく、過ごしやすいと思います。鹿屋での研修生活をぜひ楽しんでください。



氏 名：木 原 正 貴

研修期間：2024年12月～
2025年1月

【当院の研修内容】

整形外科、外科で研修させて頂きました。様々な手術や上部・下部内視鏡検査、一般外来から救急外来まで幅広く学ばせて頂きました。大学病院では中々経験できない症例も多く、密度の濃い研修内容となりました。また、先生方や医療スタッフの方々も優しい方ばかりであり、温かなご指導の下、多くの症例を学ぶ事ができ、充実した研修でした。

【研修を受けての感想】

今までの研修は内科中心の内容であり、外科の

経験が殆どなかった事から、当初は整形外科、外科での3ヵ月間の研修に対して不安も感じていました。しかし、先生方や医療スタッフの方々のご指導のお陰で、日々充実した研修を送る事ができ、気づけばあっという間の3ヵ月間でした。

【今後研修を受けられる方へ】

おぐら病院では非常に幅広い疾患を学ぶ事ができます。外科志望の方は勿論、内科志望の方でも多くの事を学べるので、お勧めです。先生方も優しく、丁寧にご指導して下さいるので、間違いなく充実した研修になると思います。おぐら病院での研修を、存分に楽しんでください。



氏 名：児 玉 京志郎

研修期間：2024年12月～
2025年2月

【当院の研修内容】

外科、整形外科で研修させていただきました。多くの手術や内視鏡検査、救急外来に参加することができ、手技を多く経験することができた。また、外来では腹痛や検診異常などの頻度が高い主訴における診療を経験することができ、今後の診療に活かすことが出来ると考えました。

【研修を受けての感想】

先生方は質問に快く答えてくださるため、診療の中で自分が疑問に思ったことを解消でき、非常に学びの多い3ヶ月間であったと考えます。

【今後研修を受けられる方へ】

おぐら病院の外科や整形外科では、数多くの手技を経験でき、外来では今後の診療でみる頻度の高い主訴の鑑別や外傷の対応を経験することができます。また、日常診療における疑問を先生方が快く答えてくださるため、経験豊富な先生方の考え方を

学ぶことができます。初めは慣れない環境に戸惑うこともあるかもしれませんが、先生方をはじめスタッフの方々が親切であるためすぐに馴染むことができと思いますので、ぜひ研修先の1つとしておすすめします。



氏 名：瀬戸口 彩 花

研修期間：2025年3～5月

【当院の研修内容】

リハ科：整形疾患のリハビリを多く経験できた。

外科：外来診療、上部・下部内視鏡、手術におい

て様々な身体診察、手技を経験できた。

【研修を受けての感想】

内視鏡、手術、エコーといった手技を実践できる機会を、多く作っていただきました。経験の場を提供してくださり、とても有意義な研修期間になりました。また宿舎、食事といった生活面のサポートが手厚く、快適な研修生活を送ることができました。

【今後研修を受けられる方へ】

先生方、スタッフの皆さんがとても優しく研修しやすい環境です。また病院周辺には飲食店やドラッグストアなど多くあり、利便性が良く、不自由なく生活できます。ぜひおすすめしたいと思います。

研修医受入・実習関連

研修医受入

開始～終了	研修科	氏 名
6月～ 7月	外科	梶 原 元 気
	一般外来	
	外科	
7月～ 9月	一般外来	貴 島 稔 博
	整形外科	
	リハビリ	
8月～ 10月	一般外来	岩 城 遥
	一般外来	
	整形外科	
10月～ 11月	外科	田 畑 佑 樹
	整形外科	
11月～ 2025年1月	地域研修	木 原 正 貴
	一般外来	
	地域研修	
12月～ 2025年2月	一般外来	児 玉 京志郎
	整形外科	
	リハビリ	
2025年 3月～ 5月	外科	瀬戸口 彩 花
	外科	
	脳神経内科	

看護部

看護実習

学校名	延べ人数(日数)
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(1年)	32名(2日) 18名(6日)
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(2年)	16名(8日)
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(3年)	30名(8日)
尚志館高等学校(1年)	16名(2日)
尚志館高等学校(2年)	23名(7日)
尚志館高等学校(3年)	22名(12日)
職場体験(中学生)	11名(2日) 14名(3日)
職場体験(高校生)	1名(3日) 5名(5日) 2名(17日)

リハビリテーション部

学校名	理学療法士受入数	作業療法士受入数	言語聴覚士受入数
鹿児島医療技術専門学校	8名	1名	1名
鹿児島医療福祉専門学校	5名		
鹿児島第一医療リハビリ専門学校	4名	4名	
神村学園専修学校	3名	4名	
鹿児島大学医学部(保健学科)	2名		
宮崎リハビリテーション学院	1名		
宮崎医療福祉専門学校	1名		
宮崎保健福祉専門学校		2名	
九州中央リハビリテーション学院	1名	1名	
熊本駅前看護リハビリテーション学院	1名		
麻生リハビリテーション大学校	1名		
福岡天神医療リハビリ専門学校	1名		
(受入合計)	11校(28名)	5校(12名)	1校(1名)

画像検査部

学校名	受入数
鹿児島医療技術専門学校	1名

栄養管理部

学校名	受入数
中村学園大学	1名
南九州大学	1名
鹿児島女子短期大学	1名

介護事業部門

介護部

学校名	受入数
尚志館高等学校(2年)	4名(15日)
尚志館高等学校(3年)	4名(22日)
鹿屋女子高等学校(2年)	3名(5日)
(受入合計)	3校(11名)

リハビリテーション部

学校名	理学療法士受入数
鹿児島医療技術専門学校	1名
鹿児島医療福祉専門学校	1名
(受入合計)	2校(2名)

さかもと歯科クリニック

さかもと歯科クリニック

2024年度さかもと歯科では恒心会の新たな3年間の中長期計画のスタートの年ということで「脳神経外科の地域定着とポスト2025年を見据えた法人事業の強靱化」の重点課題のなかで「医介連携、医科歯科連携の強化」が掲げられていることに着目しました。重要なポイントは脳神経外科オープンに伴い、医科歯科連携のニーズも拡大してくるものと考えられ、何らかの形で歯科的サポートができるよう連携を進めていきたいと考えました。基本的には前年度の取り組みの継続になりますが、まず院内の診療と院外活動のバランスの取れた体制を作り、訪問歯科の実績を上げることを最優先課題とし、ついで今次診療報酬改定への対応と具体的な医科歯科連携、介護歯科連携の見直し、材料の相場に依存しない脱メタル治療の推進、医療DXの推進等を掲げました。

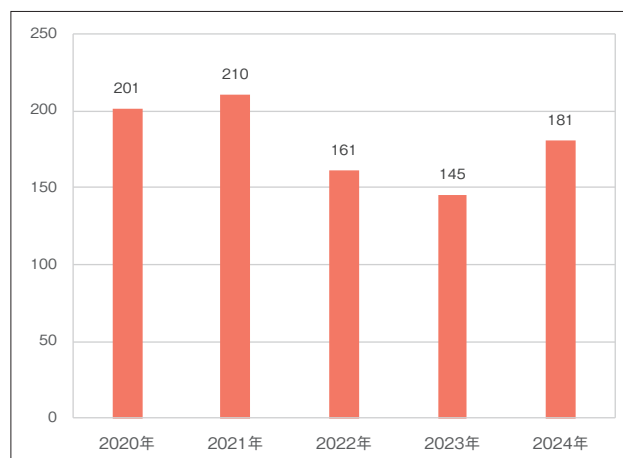
まず2024年度の振り返りということで経営に関する指標の前年比較ですが、2024年度は患者件数8%増、新規件数7%増、延べ件数2%増とともに前年比プラスの実績で終えております。医科歯科連携・介護歯科連携についてはグラフに示す通り術前歯科検診は前年比113%、骨粗しょう症関連歯科検診105%、恒心会おぐら病院関連受診件数99%、延べ件数105%、ヴィラかのや関連受診件数78%、延べ件数が90%と老健からの受診が若干減少傾向ですが、病院からの受診は概ね増加傾向にあります。

2024年度を総括すると訪問歯科に関しては訪問看護ステーションやグループホーム等からの要請を受けて実績を上げたものの症例数としては少ない状況です。今後はいかに訪問歯科対応歯科として周知を図り、地域の包括ケアシステムのなかに入ってい

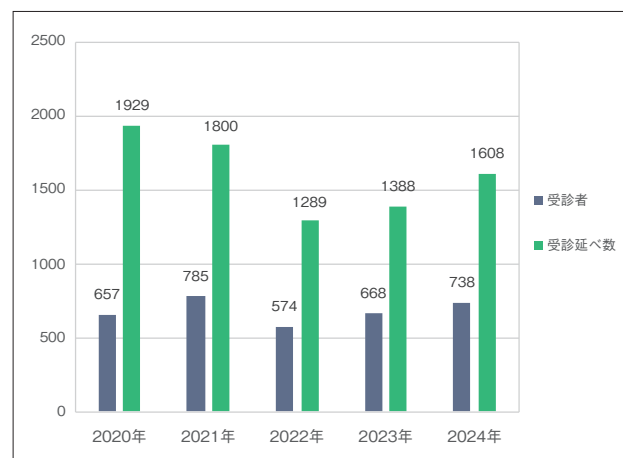
くかが課題となります。今後も訪問歯科の実績を上げられるように努めていきたいと思います。診療報酬改定への対応については、金属を使ういわゆる銀歯の治療から金属を使わない脱メタル治療へのシフト等により患者単価がアップし、患者件数も増えたので増収増益で終えることができました。医療DXへの対応についてはマイナ保険証の利用率は徐々に上がっていますが、まだ50%にも満たない状況です。

2025年度の目標を設定するにあたり、課題点をいくつか挙げました。まず近年の診療報酬改定でクローズアップされてきた口腔機能低下症（オーラルフレイル）への対応が求められておりますが、まだほとんど手付かずの状況です。来年度の次期診療報酬改定への対応も含め施設基準の取得のための条件にもなっております。また、この口腔機能低下症と関連がありますが、全国的に見ても取得率が低くハードルが高い口腔管理体制強化加算（口管強）の施設基準があり、毎回改定の度に条件が厳しくなっておりますが、歯科部門のグレードアップのためには必要と考えますので、条件を満たせるように取り組みたいと思います。

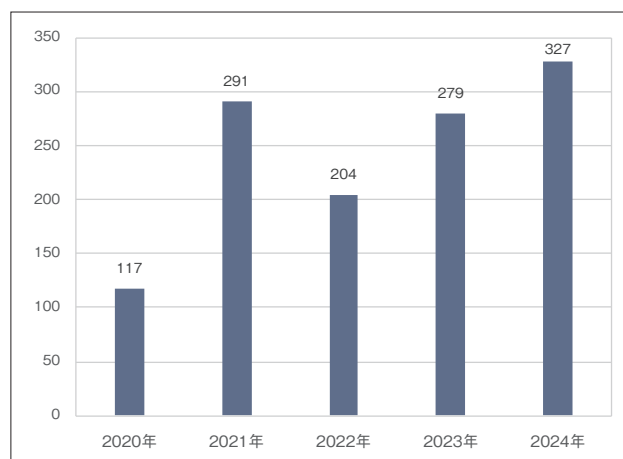
以上を踏まえて2025年度の目標ですが、まず、口腔機能低下症（オーラルフレイル）への取り組みを目標に掲げます。そして症例数を増やして口腔管理強化体制加算の施設基準の取得に臨みたいと思います。2点目として脳神経外科がグランドオープンすることも考慮し、法人内の口腔管理全般への関りを進めて、術前検診など医科歯科連携、介護歯科連携のさらなる見直しを図ります。3点目として職員検診のオプションとして希望される方を対象に受診者無料の歯科検診を開始する予定です。



①術前歯科検診



③病院合算推移



②骨粗鬆症歯科検診推移



④老健施設推移

介護事業部

法人介護事業部ならび介護老人保健施設 ヴィラかのや

2024年度の法人介護事業では、介護老人保健施設ヴィラかのや(以下、老健ヴィラかのや)の超強化型老健を維持すること、災害や感染の対応力向上、働きやすい職場環境作り及び人材確保などを主体に取り組んできました。

超強化型老健は10項目の運営指標で合計70点以上(満点90点)なければなりません、老健ヴィラかのやの2024年度平均は81.2点であり、介護報酬改定により要件が厳しくなったものの高得点を維持しています。特に重要となる項目は点数の高い在宅復帰率と回転率になりますが、どちらの項目も満点をキープしました。(表1)

No	項目	満点	ヴィラかのや 2023	ヴィラかのや 2024	全国
①	在宅復帰率	20	20	20	18.8
②	ベッド回転率	20	20	20	20
③	入所前後訪問指導割合	10	10	10	7.4
④	退所前後訪問指導割合	10	10	9.5	9.4
⑤	居宅サービスの実施数	5	5	5	4.4
⑥	リハ専門職の配置割合	5	2.5	2.5	4.1
⑦	支援相談員の配置割合	5	3	1.9	4.8
⑧	要介護4又は5の入所者割合	5	4.8	3	3.8
⑨	嚥病吸引の実施割合	5	5	4.3	2.4
⑩	経管栄養の実施割合	5	5	5	2.9
	合計	90	85.3	81.2	78

図1 運営指標

また、超強化型老健の役割の一つに地域貢献活動があります。そのため、コロナ禍で中止していた認知症カフェを昨年7月から再開しました。開催場所は鹿屋市寿8丁目公民館で、地域の相談窓口として活動しています。(写真1)

その他に、老健運営を行う中での最近の傾向として、看取りの増加があります。2021年と比較すると倍以上の看取り件数となっており、看取りに関する業務量が増えています。家族にも満足して頂ける終末期の支援を提供できるよう、看取りに関する対策や環境整備を更に充実させていかなければなりません。(図2)



写真1 認知症カフェ

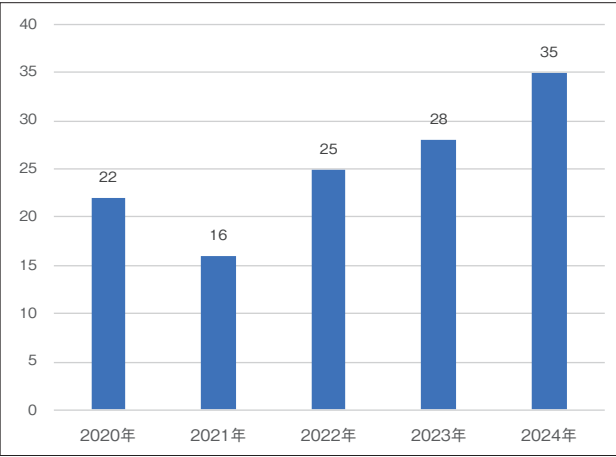


図2 老健での看取り件数推移

昨年の介護報酬改定で、施設におけるBCP作成は義務化されました。災害時においても利用者へのサービスが継続できるよう平時から準備しておくことが大切です。そのため、より災害時に近い状況での訓練を実施し実体験に基づく課題把握を行うため、2時間の停電を体験しながらの訓練を実施しました。(写真2)

そして、介護事業部門で最も重点を置いて取り組んでいるのが働きやすい職場環境作りになります。月1回の生産性向上委員会を立ち上げ、介護機器の導入・運用、ソフト面の業務改善についてなど、多職種で議論しながら進めています。(写真3)



写真2 BCP災害訓練



写真3 生産性向上委員会

昨年末には老健ヴィラかのやに眠りスキャン16台とインカムを導入しました。眠りスキャンは生体センサーで、睡眠や呼吸、脈拍、起き上がりや離床などの

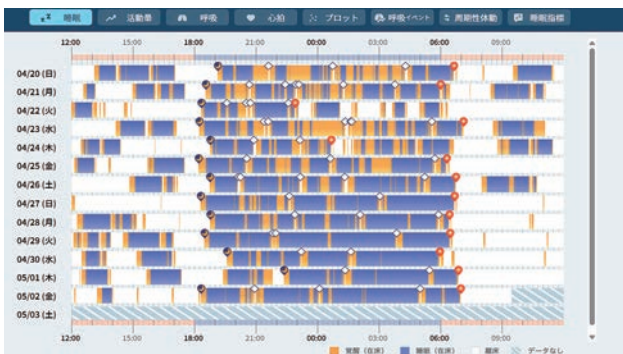


図4 睡眠日誌

状況をリアルタイムで確認でき、データとしても保存できるため、全身状態の管理に効果的です。(図4)

また、同時にカメラを設置することにより、訪室回数が削減できるため、職員が無駄なく業務を行うことができます。更にインカムの導入により、職員の応援が必要な場合などは、いちいち呼びに行く必要もなくなり、すぐに連携が図れるため、より円滑なケアが提供できるようになりました。(図5)



図5 リアルタイムモニター

最後に人材確保についてですが、リクルート活動等により2年連続5人の新卒介護職員を採用しました。全国的な介護人材不足の中、当法人は比較的順調に介護人材確保を行えています。今後、無資格の職員でもステップアップできるようしっかりとした教育体制を整えることが重要です。そして、来年度は外国人留学生（ネパール人）2名が介護福祉士養成学校を卒業して入職します。それに向けて受入チームをつくり準備を開始しているところです。

恒心会介護事業部は介護人材不足に負けないより質の高い組織づくりを目指します。その為、必要な環境整備はもちろん、育成についても更なる努力を行っていきます。今年度は介護職員実務者養成施設の指定を受ける予定です。

訪問看護ステーション ことぶき

超高齢化社会となる今、在宅医療が重視されています。訪問看護の利用者も医療処置が多くとも、家族と過ごす時間を希望されている方がいます。核家族・超高齢化社会となり、老老介護や独居生活の方へ服薬管理や状態観察目的の訪問も多くなっています。(図1)

年度別訪問件数

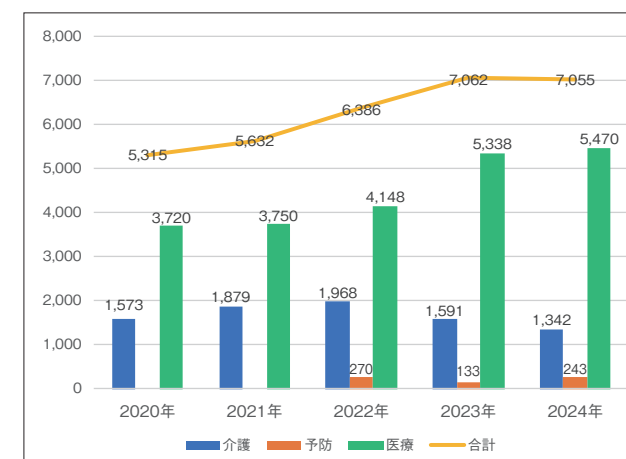


図1 年間訪問件数

看取り件数

看取り件数が多くなっている背景には、「最後は家族と一緒にゆっくり過ごしたい。」という思いがあります。医療処置が多くとも入院中と大きな変わらない処置を行いながら、安心して在宅療養できるように、多職種で連携をとりながら支援しています。(図2)

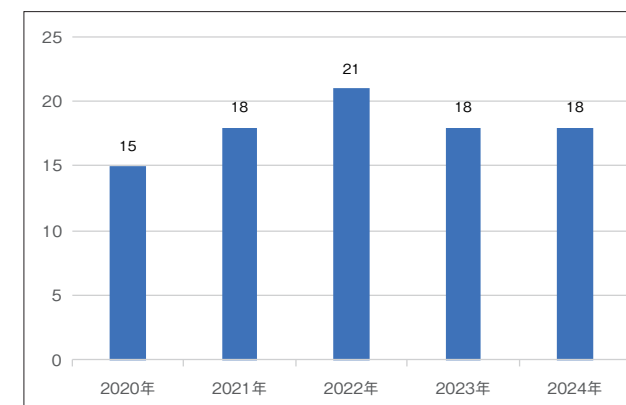


図2 年間看取り件数

訪問看護・リハビリの件数

訪問看護からのリハビリ依頼が増えています。依頼内容としては、在宅療養環境に応じたリハビリテーションを多職種共同で共有することで利用者が安心して暮らせるようアセスメントし在宅生活を支えています。(図3)

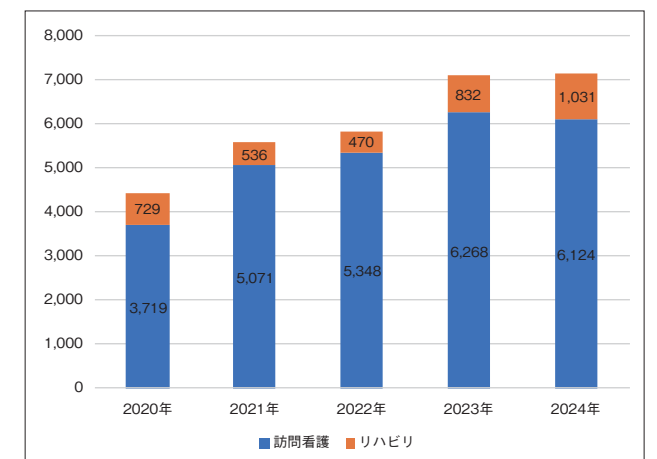


図3 訪問看護・訪問リハビリ件数

連携の重要性和信頼関係の構築

利用者、家族（介護者）と他事業所との信頼関係の構築をはかる為に、接遇や倫理的側面に注意し業務を行っています。

ウェブサイトへの記載を充実させ、当事業所の強みをアピールしていく必要があります。

今後の展望

鹿屋市の人口は減少し、高齢化率が上昇、在宅医療の需要は増えています。今までのやり方では存続できないので、変革の時期であると考えます。医療、看護、障がい、介護を支えられる質の高い訪問看護ステーションであり続ける為に、認定看護師取得を考えています。

訪問看護委託事業として、医ケア児の学校支援も行っています。

ヴィラかのや通所リハビリテーション おぐら通所リハビリテーション

2025年は団塊の世代が全て75歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える中、介護老人保健施設ヴィラかのや通所リハビリテーションでは、ここ数年要介護3～5の認定をうけた利用者の割合が40%を超えています。(図1)

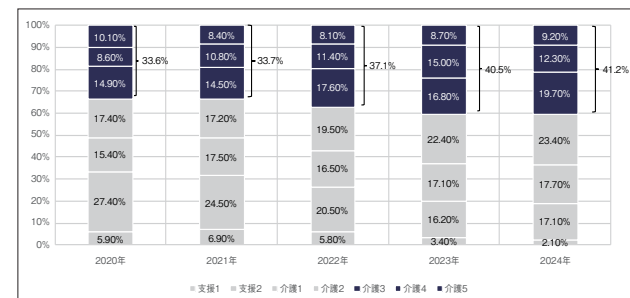


図1 実績

現在、6-7時間体制となっており、生活支援を中心に食事・排泄・入浴・リハビリの提供とレスパイトケアや認知症に対する支援なども行いながら日々取り組んでいます。



写真1 特殊浴槽PAO

2025年は更に介護現場においても労働力不足が懸念される中、介護度の高い利用者などに対しち早く“シャワー入浴装置PAO”を導入し、安心・安全な入浴支援と職員の業務負担軽減が図れています。(写真1)

今後も利用者と共に日常生活を考えながら、安心・安全な質の高い支援を目指していきます。

恒心会おぐら病院通所リハビリテーションでは1時間以上2時間未満、2時間以上3時間未満の短時間体制のなかで、要支援・要介護利用者の自分らしさや役割を再発見できるよう、個別性や主体性を大切にしたりハビリテーションを提供しています。



写真2 小集団の立ち上がり訓練風景

2時間以上3時間未満では小集団リハビリの特性を生かした体操やコグニ体操をテレビで流したり、立ち上がり訓練(写真2)などさまざまな取り組みを行い、認知機能課題の取り組み、活動・制作などを取り入れています。(写真3)



写真3 作成活動風景

専門職による個別リハビリテーションや器具やマシーンを使用したトレーニング、運動習慣が身につくよう、自宅でできる運動の自主トレーニングなどを指導し、ご自身で介護予防に積極的に取り組んでいたいただいています。今後も利用者の希望や目標を達成できるように取り組んで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

ヘルパーステーションヴィラかのやは、サービス提供責任者4名を含め総数18名で運営しています。在宅環境は様々で利用者に合わせた、家事支援や身体介護など在宅での生活を支えていくうえでヘルパーによるサービス提供は不可欠です。また、看取り期の利用者への対応など、サービス提供に関しても質の高いケアが求められています。

2024年度の介護報酬改定では特定事業所加算が見直され、算定要件に看取り期の利用者への対応実績、訪問看護ステーションの看護師との連携により24時間連絡出来る体制を確保しており、必要に応じて訪問介護を行うことが出来る体制整備、看取り期における対応方針策定や職員の教育など人材育成に関する内容が追加されました。

特定事業所加算(I)を算定している事業所は鹿屋市内34事業者の内に2事業所しかありません。当事業所も特定事業所加算(I)の算定を目標に、訪問看護ステーションことぶきとの連携や事業所の連絡体制、看取り期における対応方針や人材育成に関する見直しを行い、2024年10月より特定事業所加算(I)を算定しております。

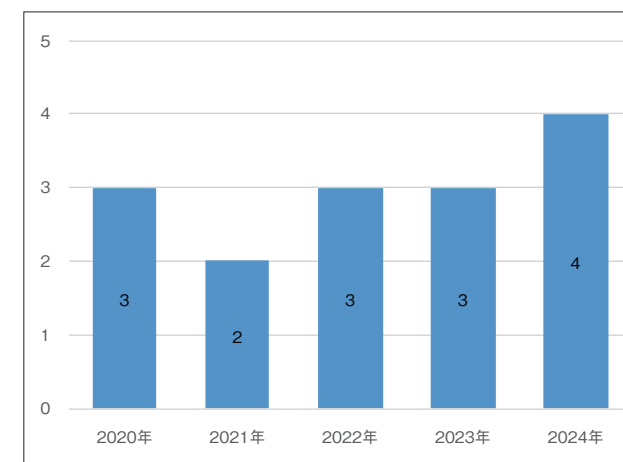


図1 看取り期の利用者への介入実績

看取り期の利用者への介入件数も、年度で見ると増加しており、現在も介入できている状況です。(図1)

訪問記録を携帯電話から作成できるメールオプション機能も定着し、ICTの活用など業務負担の軽減にもつながっています。(図2)

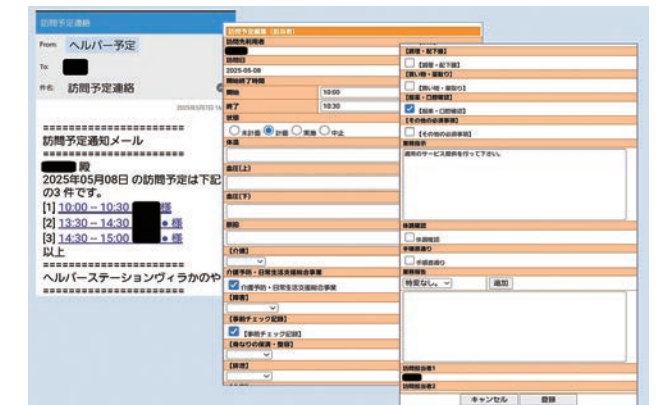


図2 メールオプション機能の記録画面

今後も特定事業所加算(I)の算定を維持していくために、訪問看護との連携や看取り期の利用者への対応など事業所の体制を維持し、個別の研修計画や月例研修会での研修など、職員のスキルアップを目指し、質の高いサービス提供ができるように努めていきたいと考えています。(写真1)



写真1 講習会風景

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

居宅介護支援事業所ヴィラかのやでは、看護師や介護福祉士などの資格を保有した、主任介護支援専門員5名を含む、計8名体制で運営しており、特定事業所加算Iを算定しています。

特定事業所加算Iを算定している事業所は鹿屋市内35事業所の内で2事業所しかなく、算定するには厳しい条件をクリアする必要があります。医療系に強く、また経験豊富なケアマネが在籍しているため、重度(介護3～5)の利用者(図1参照)やターミナルの方も積極的に受入れています。2025年度は医療介護連携加算の要件も満たし、1年間算定する体制ができました。

そのため、当法人の医療機関だけでなく、他医療機関との連携にも努めており、他医療機関から退院される利用者についても、毎年複数件ご紹介頂いています。

また、当事業所では特定事業所加算Iを算定していることから、要介護3以上の重度の利用者が多いため、主治医や訪問看護、薬剤師といった医療職・リハビリ専門職・介護職など多職種との連携を図り、長期在宅の利用者を支えています。介護度が重くなるほど、急なサービス変更や緊急のショートステイなどが必要になりますが、当居宅は複数名の介護支援専門員が在籍しておりますので、担当が対応できない場合で

も柔軟に対応できる体制を構築しております。

2025年4月から介護支援専門員8名体制となり、経験年数が1年目～20年目までが在籍する幅広い事業所になりました。教育の体制にも力を入れ、将来性のある事業所作りを目指していきます。

おぐら居宅介護支援事業所は、看護師や介護福祉士の資格を保有した、主任介護支援専門員2名を含む、計3名体制で運営しており、特定事業所加算Ⅲを算定しています。鹿屋市や近隣の町にお住まいの主に軽度の要介護認定を受けている方(図2参照)を担当しております。

利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者や家族に寄り添い、利用者や介護をされているご家族が安心して住み慣れた自宅や地域で生活が送れるよう、地域包括支援センターや各関係機関と連携し、要支援認定の方も含めた介護予防プランの作成をしています。

地域においては、両事業所とも鹿屋市内の介護支援専門員連絡会の一員として事例検討会、研修会などの企画・運営に携わり、主任介護支援専門員としての役割も担っております。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おります。

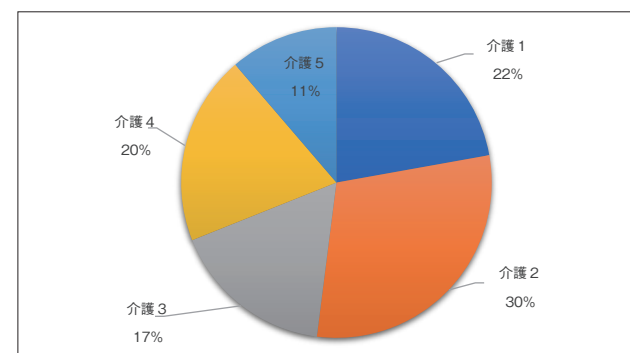


図1 ヴィラかのや居宅 介護度別割合

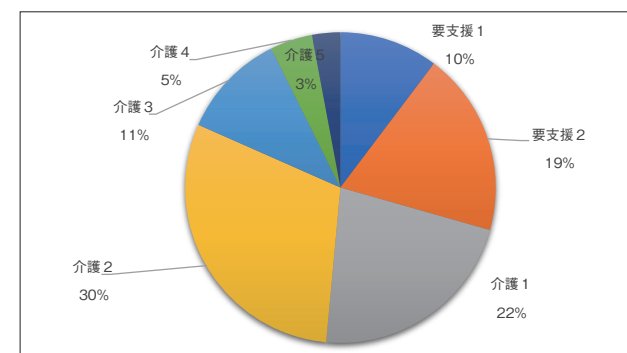


図2 おぐら居宅 介護度別割合

グループホーム イーストサイドおぐら

グループホームでは、認知症対応型共同生活介護計画(ケアプラン)作成に当たっては「利用者の多様な活動の確保に努めなければならない(運営基準第98条)」と示されており、その具体的な例として園芸、農作業などが位置付けられています。そこで今年度は敷地内のスペースを活用し2つの活動に取り組みました。

まず一つ目は、9月19日に開催した芋ほり大会です。これは予め敷地内の畑にさつまいもの種芋を植え、数か月前から入所者とともに水やりや草取りを行いながら育ててきたものを、当日、法人内保育所に通う幼児たち10名を招待し一緒に掘り起こし収穫するイベントです。

日頃は施設内で穏やかに過ごされている利用者も、土に触れ芋のつるを掴むと若い頃を思い出したのか、手際よく芋を掘り起こしていました。そしてその作業を子供たちに教えながら行う姿は、笑顔で大変楽しそうに見えました。

コロナ禍でご家族の面会も控えめとなっている状況において、孫やひ孫と同じくらいの子供たちとの触れ合いが刺激になったのかもしれません。(写真1)



写真1 利用者と幼児の芋ほり

また、この日は敬老会を兼ねて開催し、100歳を越えた利用者も含めた全員参加で表彰を行い、記

念品をお渡しし行事食を提供するなどして賑やかな一日となりました。

次に、今回初めて取り組んだイベントとして鹿屋市主催の「緑のカーテンコンテスト」があります。市のホームページを見ている中でこのイベントを知り参加申込みをしました。これは、申し込みのあった団体(小中学校、町内会や福祉施設など)を対象に、市がゴーヤや朝顔などの苗を配布、特に初めて参加する団体にはプランターやネットも無償配布され、それぞれが育て緑のカーテンにすることで、室内の温度上昇を抑制し電気代の節約などの効果を狙ったものです。

利用者とともに水やりや肥料を足したりすることで、ゴーヤの苗はすくすくと育ちました。暑い日はすぐに干上がり元気がなくなることもありましたが、利用者がこまめに水をやるなどした結果、立派な緑のカーテンになりました。(写真2)



写真2 利用者とゴーヤの水やり

その後鹿屋市に写真を添付して報告したところ、見事、総応募数52件中8件の入賞に入り金一封を頂くことが出来ました。これを励みに引き続き利用者とともに土に触れ育てる活動を行っていきたいと思います。

小規模多機能ホーム サポートセンターおぐら24

小規模多機型居宅介護事業にとって新規利用者の獲得は喫緊の課題です。最大29名の登録と上限が決められている中で、入院や入所をされるとすぐに減収になる割に新規利用者を獲得しにくい現実があります。

私たちはそのための対策を検討し、主な紹介元である鹿屋市内の居宅介護支援事業所等34ヶ所にアピールすべく「サポート通信」という空床状況を記載したチラシをメール送信することにしました。(図1)

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が支援しているケースで、要介護度の重度化や介護者の高齢化など老々介護の結果、ショートステイを多用することになったケースの場合、利用者自身にとっても複数の事業所を並行して利用することは、場所や人の認識の面からもリロケーションダメージのリスクがあり、同一の事業所で通い、泊り、訪問のサービスが受けられ、しかも馴染みの職員が対応する小規模多機能ホームが適切なサービス選択と言えます。

そこで、空床状況について情報共有するとともに、介護支援専門員にとって有意義な情報を併せ掲載することで関心を持ってもらうよう工夫をしました。



図1 サポート通信vol.8

例えば2025年2月号の場合、小規模多機能ホームの営業設定が基本的に中学校区に設定されており、利用者の居住地がその範囲にあるか否かで、「中山間地域等に居住する者へのサービスの提供加算（所定単位数の5%）」の算定が左右される情報を掲載しました。このことで居宅介護支援事業所からの問い合わせがあるなど少なからず反応が見られています。

こうして定期的に情報共有する関係性を構築し、その後の新規紹介の基盤を作っていきたいと考えています。

2024年度の実績は8月と9月がそれぞれ21件と最低件数を記録しました。サポート通信を開始した7月以降、特に10月から少しずつ紹介が増え始め、2025年3月には28件まで回復することが出来ました。(図2)

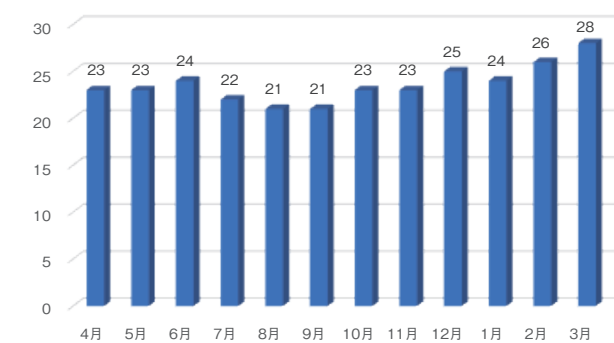


図2 登録数推移

法人外からの紹介もさることながら、この取組みと並行して法人内の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、恒心会おぐら病院、老人保健施設ヴィラかのやの各介護支援専門員やMSWとの情報共有も進み、以前よりも紹介が増え、また当事業所から老健への入所のケースもあり、お互いに連携を図り登録数のマネジメントが軌道に乗りつつあります。

今後安定稼働を目標として引き続き情報共有を進めていきたいと考えます。

研究論文・学会発表

医 師 業 績

【学会発表一覧】

学会名	期 間	発表者	演題名 テーマ
日本手外科	2024年 4月25日	三重 岳	手根管症候群におけるCTSI-JSSHの術後経過
日本整形外科学会	2024年 5月24日	海江田光祥	大腿骨近位部骨折における手術遅延リスク因子と早期手術の有用性 ケアミックス二次救急病院からの報告
日本神経学会九州地方会	2024年 9月28日	武井 潤	電気生理検査を契機に診断に至った梨状筋症候群の1例
日本骨粗鬆症学会	2024年10月11日	海江田光祥	大腿骨近位部骨折診療報酬改定により二次骨折予防効果は高まったか当院のBPF認証Gold獲得への道
日本認知症学会学術集会	2024年11月21日	武井 潤	当施設で経験した神経核内封入体病5例の臨床的特徴に関する検討
日本神経学会九州地方会	2024年12月14日	池之上博任	緑茶3L連日飲用により低カリウム血性ミオパチーを来した一例
日本内科学会九州地方会	2025年 1月25日	池之上博任	右MLF症候群と左への体側方突進（body lateropulsion）を呈した中脳梗塞の1例
九州手外科	2025年 2月 1日	有島 善也	成人の前腕骨急性塑性変形の1例
西日本整形外科災害外科学会	2024年12月21日	三重 岳	重度手根管症候群の術後予後予測因子の検討
	2024年12月 2日	海江田光祥	エリートピッチャーの広背筋損傷の1例

2024年度掲載論文

雑誌名	著者	タイトル	巻・号・年
日本手外科学会雑誌	三重 岳	当院における橈骨遠位端骨折術後女性患者の骨粗鬆症治療導入	40巻6号2024

論 文

日手会誌（J Jpn Soc Surg Hand）, 第40巻 第6号 638-641, 2024



当院における橈骨遠位端骨折術後女性患者の骨粗鬆症治療導入

三重 岳, 有島善也, 小倉 雅

Introduction of Osteoporosis Treatment in Female Patients with Distal Radius Fractures

Gaku Mishige, Yoshiya Arishima, Tadashi Ogura

本邦にて脆弱性骨折予防の取り組みが広がっている中、当院では骨粗鬆症リエゾンサービス（Osteoporosis Liaison Service：以下 OLS）、骨折リエゾンサービス（Fracture Liaison Service：以下 FLS）による 1 次骨折、2 次骨折予防の取り組みを行っている。FSL では脆弱性骨折が疑われる症例に骨密度検査を実施し治療介入率を上げる事で 2 次骨折を予防する事を目標としている。2019 年から 2021 年に橈骨遠位端骨折に対して手術加療を行った 50 歳以上の女性患者 146 例に対し、骨粗鬆症診断、治療についての調査を行った。骨密度検査実施率は 100%、そのうち 59.5%が骨粗鬆症と診断された。骨粗鬆症と診断された症例で術後の骨粗鬆症治療率は 88.5%であった。治療開始薬剤は活性型ビタミン D 製剤が最多（66%）であった。脆弱性骨折連鎖の初発とされている橈骨遠位端骨折患者に骨密度検査を実施し、治療介入率を上げていく事は重要である。当院では FLS 介入下に骨密度検査実施率、治療介入率ともに良好な結果を示した。

【緒 言】

橈骨遠位端骨折は脆弱性骨折の初発部位になるとされており、本骨折を契機に骨粗鬆症の治療に努めることは 2 次骨折を予防する観点から重要である。脆弱性骨折が疑われる様々な骨折患者の入院時検査において骨密度測定を行い、治療介入率を上げる事で 2 次骨折を予防することが可能であると考えられる。

初診時の診断を適正に行うことは重要であり、高エネルギー外傷の中にも骨粗鬆症治療を必要とする患者も存在する。橈骨遠位端術後患者に対し全例に骨密度検査を施行し、その治療率を報告したものはなく、著者らは橈骨遠位端骨折術後で骨粗鬆症治療が必要とされる患者に対しての治療率について調査を行った。

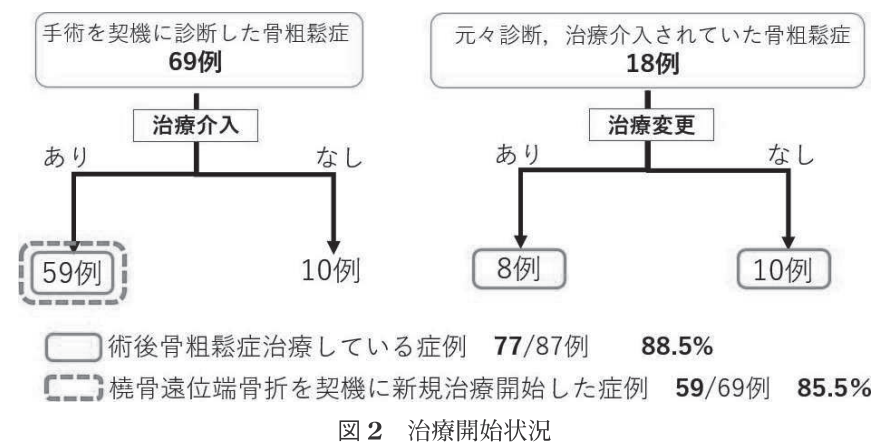
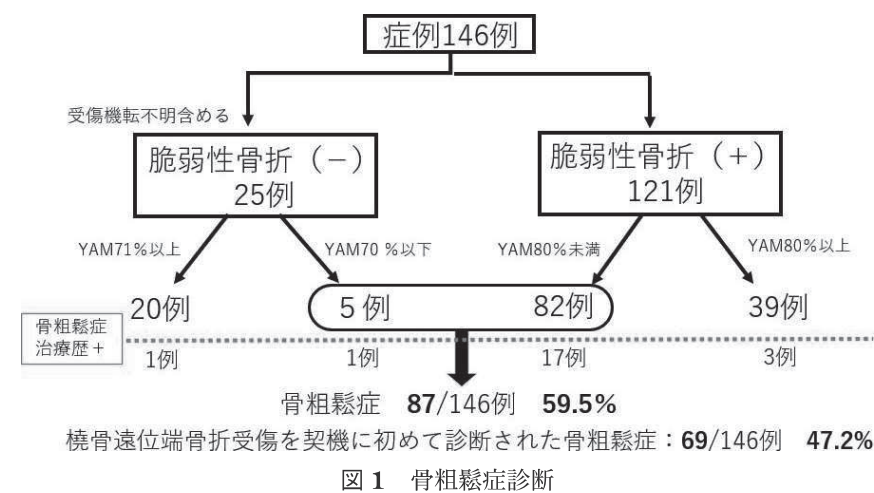
【対象と方法】

2019 年から 2021 年に橈骨遠位端骨折に対し、手術加療を行った 50 歳以上の女性患者 146 例、146 手

を対象として後ろ向き調査を行った。平均年齢は 75（52-96）歳であった。骨折型は AO-OTA 分類 typeA 35 手、B1 手、C110 手であった。骨密度は腰椎及び大腿で測定し、Dual Energy X-ray Absorptiometry 法（DEXA）を施行した。受傷機転、対若年成人比（% Young Adult Mean：%YAM）を元に骨粗鬆症診断の予防と治療ガイドライン 2015 年版¹⁾ に準じ診断した。

全 146 例について、(1) 脆弱性骨折か否か、(2) 骨粗鬆症か否かに分類した。(2) においては、以下の (3)～(7) に細分化して調査した。

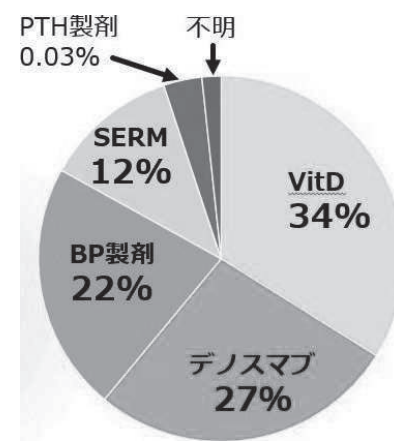
(3) 骨粗鬆症が新規で診断されたか、既知のものであったか、(4) 新規骨粗鬆症症例（3 の前者）において、治療を開始されたか否か、(5) 新規に治療を開始した症例（4 の前者）における治療薬、(6) 既知の骨粗鬆症に対して治療を変更したか否か、(7) 骨粗鬆症治療率（5 と 6 の合計）について調査した。



【結 果】

(1) 脆弱性骨折あり 121 例 (82.9%), 脆弱性骨折なし 25 例 (17.1%) であった。(2) 骨粗鬆症あり 87 例 (60%), 骨粗鬆症なし 59 例 (40%) であった。(3) 新規に骨粗鬆症と診断された症例は 69 例 (47.2%) であった (図 1)。(4) (3) のうち新規に治療開始された症例は 69 例中 59 例 (85.6%) であった (図 2)。(5) 活性化ビタミン D 製剤が最多 (59 例中, 併用例 46 例; 78%, 単剤 20 例; 33.9%) で, デノスマブ (16 例; 27.1%), ビスホスホネート (13 例; 22%), SERM (Selective Estrogen Receptor Modulator; 選択的エストロゲン受容体調整薬) (7 例; 11.9%), PTH (parathyroid hormone) 製剤 (2 例; 3%), 不明 (1 例; 2%) の順であった (図 3)。(3) に対して治療開始された薬剤はビタミン D 製剤が最多 (69 例中 46 例; 66%) であり, 全例が入院中に開始されていた。他剤は退院後に開始される傾向があった。(6) 既知の骨粗鬆症に対して治療を変更した症例は 18 例中 8 例 (44.4%) であった。(7) 最終的に骨粗

鬆症治療は全例 146 例中 77 例 (52.7%) に施行されていたが, 骨粗鬆症の治療が必要な 87 例中 77 例 (88.5%) に治療が行われていた (図 2)。薬剤治療を開始していない症例は 10 例 (11.5%), 平均年齢は 78.3 (65-91) 歳であった。



【考 察】

橈骨遠位端骨折は転倒時に防御的に手をつくことが可能な年齢で多発し, 80 歳以上で発生率が上昇する大腿骨骨折とは異なった動向を示すとされ, 身体機能が保たれている閉経後間もない骨粗鬆症患者が受傷することが多いため骨粗鬆症性骨折の初発骨折として最多である²⁾³⁾。そのため, 橈骨遠位端骨折が脆弱性骨折連鎖の初発症状となる場合に早期の治療介入を行うことで骨折連鎖を食い止められる可能性がある。60 歳以上の女性の橈骨遠位端骨折患者の 73.1% に骨粗鬆症・骨量減少を認めたという報告⁴⁾ もあり, 中高齢女性の橈骨遠位端骨折患者は特に骨粗鬆症診断と治療介入の必要性があると考えられる。当院症例においては初めて指摘された骨粗鬆症 69/146 例 (47.2%), 既治療 87/146 例 (59.5%) と以前の報告と比較するとやや低い傾向であった。当院症例は 50 歳以上を対象とし, 高エネルギー外傷も含めている事が一因かと考えられた。

以前報告されていた橈骨遠位端骨折後の治療介入率は低く, Iba の報告では 15.4% と十分なものではなかった⁵⁾ が, 現在は OLS, FLS を導入している施設も増えてきており, 橈骨遠位端骨折において 2 次骨折予防に有用であるという報告もある⁶⁾。また, 比較的良好な骨密度検査実施率, 治療率を報告している施設もある。堀内らは橈骨遠位端骨折術後の 60 歳以上女性を対象に骨密度検査実施率 74.3%, 治療率は 53.6% と報告した⁴⁾。納村らは橈骨遠位端骨折術後の 50 歳以上の男女を対象に骨密度検査実施率 96%, 治療率 71% と報告した⁷⁾。当院においても他職種からなるチームを編成しスクリーニングを行い, 脆弱性骨折が疑われる症例に対して骨密度検査を実施している。多職種チームでのカンファレンスにて入院患者の年齢, 受傷機転, 骨折部位から骨脆弱性骨折が疑われると判断された骨折患者に対し, メディカルスタッフから主治医へ骨密度測定の提案がされている。また, 骨密度検査の YAM 値, 受傷機転を元に治療の必要性があると判断された場合は主治医に報告し, 患者への骨粗鬆症治療開始の説明につなげている。患者, 家族からの同意が得られれば主治医の裁量によって治療薬を選択し開始する。50 歳以上の橈骨遠位端骨折術後の女性患者を対象として評価したところ当院での骨密度検査実施率は 100%, 新規で診断された骨粗鬆症の治療開始率 85.5%, 既治療患者も含めた治療率 88.5% と比較的良好

な結果が得られた。

新規治療開始した骨粗鬆症の中で最も多く使用されていたのは活性型ビタミン D 製剤で多剤との併用例も含めると治療開始薬剤の 78% を占めた。治療開始のタイミングとしては入院中に活性型ビタミン D 製剤内服が開始され, 他薬剤は退院後の外来にて開始される傾向にあった。活性型ビタミン D は骨粗鬆症治療の key drug であると言われており, 当院症例においても早期から開始される傾向にあった。2017 年のコホート研究で 50 代以上の一般女性を対象と 25 (OH) D 濃度を測定したところ 52% において 20ng/ml 未満と, 50 代以上の一般女性の約半数にビタミン D 欠乏があったと報告された⁸⁾。活性型ビタミン D の投与が転倒リスクを 22% 低下させたというメタアナリシスもあり, 転倒の防止には少なくとも 60 nmol/l (24ng/ml) の 25 (OH) D 血中濃度が必要であると述べられている⁹⁾。中高齢女性において骨粗鬆症治療に加え, 転倒の予防という観点からもビタミン D 製剤の使用・併用は有用であると考えられた。当院では活性型ビタミン D 投与開始前後の 25 (OH) D 濃度を測定していないため血中濃度の欠乏状況やの評価は行えていないが, 橈骨遠位端骨折を受傷した中高齢女性患者では一般女性と比較すると更に高い割合でのビタミン D 欠乏が予測され, 治療介入の必要性があると考えられた。今後の課題としては薬剤内服開始前に 25 (OH) D 濃度を測定することができれば更なる検討が可能であると考えられる。

当院の地域柄として開業の整形外科で骨密度測定が可能な施設が少ない傾向にあり, FLS の導入後は外来にて半年毎に骨密度検査を施行している。そのため, 術後に患者が地域の開業医での加療を希望され紹介先で骨粗鬆症治療が開始された場合も, 半年毎に骨密度測定を当院で施行する事を依頼し治療開始薬剤を確認している。元々の内服量の多さや, 高齢患者で内服に負担を感じるなどの問題で治療開始の同意が得られないケースもあり, 当院症例で骨粗鬆症と診断された中で 11.5% が治療開始できていない状況であった。治療開始できなかった症例の平均年齢は 78.3 (65-91) 歳であり, 60 代と比較的若い年代にも治療開始できていない場合があった。2 次骨折を防ぐため, 患者の理解を得て全年代での骨粗鬆症治療介入率を上げ, 継続していく必要があると考えられる。

【まとめ】

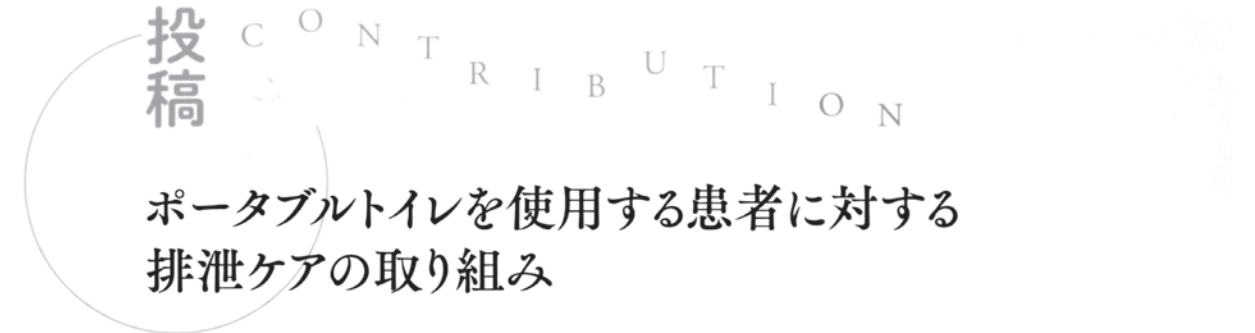
1. 50 歳以上の橈骨遠位端骨折術後の女性患者の骨密度検査実施率は 100%，新規治療開始率 85.5%，全体の治療率は 88.5%と比較的良好な結果が得られた。
2. 治療開始薬剤はビタミン D が最多で，骨粗鬆症治療とともに転倒予防の観点からも有用であると考えられた。
3. 骨粗鬆症と診断され，治療開始できなかった患者の年齢に傾向はなく，比較的若い年代にも治療開始できていない場合があった。

【利益相反の開示】

本研究発表に関連し，開示すべき COI 関係にある企業等はありません。

【文 献】

- 1) 茂 肇. 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会折茂. 骨粗鬆症診断の予防と治療ガイドライン. 2015 年度版. 骨粗鬆症の予防と治療. ガイドライン作成委員会. pp36-37, 2015.
- 2) 萩野 浩ほか. 骨粗鬆症リエゾンサービスの現状と展望 (特集 骨粗鬆症における骨折の連鎖とその予防). 整・災外 56: 375-383, 2013.
- 3) Sontag A, et al. First fractures among postmenopausal women with osteoporosis. J Bone Miner Metab 28: 484-488, 2010.
- 4) 堀内孝一ほか. 橈骨遠位端骨折患者に対する骨粗鬆症への治療介入. 日手会誌 36: 247-249, 2019.
- 5) Iba K, et al. Improvement in the rate of inadequate pharmaceutical treatment by orthopaedic surgeons for the prevention of a second fracture over the last 10 years. J Orthop Sci 23: 127-131, 2018.
- 6) 江城久子ほか. 骨遠位端骨折患者における骨粗鬆症リエゾンサービスによる二次骨折予防の有効性. 日手会誌 37: 307-310, 2021.
- 7) 納村直希ほか. 骨粗鬆症リエゾンサービス導入により橈骨遠位端骨折患者の骨粗鬆症治療率は向上するのか. 日手会誌 36: 224-226, 2019.
- 8) Tamaki J, et al. Total 25-hydroxyvitamin D levels predict fracture risk: results from the 15-year follow-up of the Japanese Population-based Osteoporosis (JPOS) Cohort Study. Osteoporosis Int 28: 1903-1913, 2017.
- 9) Bischoff-Ferrari HA, et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 339: 1-11, 2009.



ポータブルトイレを使用する患者に対する排泄ケアの取り組み

大山愛梨 OYAMA Airi [社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院]

はじめに

排泄は人間の生理的ニードの基本となるものであり，川島は「看護師の排泄援助が二次的に患者に苦痛を与えるようなことは，絶対に避けなければならない」¹⁾と述べている。

排泄ケアは，看護師にとって身近なものであり，1990年代からポータブルトイレ（以下，PWCとする）使用中のケアについて，蛭名²⁾や岩屋ら³⁾の報告があるようにさまざまな方法が試されている。

A病棟は神経内科を中心とした36床の混合病棟で，筋萎縮性側索硬化症や多発性硬化症・髄膜炎やパーキンソン病・圧迫骨折・認知症など，日常生活自立度B～Cランク患者が多くを占める。PWC使用者は，3～10名程度／日で，日中はなるべくトイレ誘導で対応し，夜間のみ使用している患者が多い。しかし，患者が安心して排泄できる環境が整えられているか疑問に思った。そこで今回，PWCを使用している患者への排泄ケアプランを策定し取り組んだ。

I. 研究目的

PWCを使用している患者への排泄ケアプランに取り組んだ看護師の看護実践に変化があったかを明らかにする。

II. 研究方法

1. 調査対象

A病院脳神経内科病棟看護師 29 名

2. 研究期間

2023 年 8 月～12 月

3. 研究方法・分析方法

1) 8 月～10 月：排泄ケアプランの取り組み

(1) 臭気対策：

PWC用防臭液を使用（効果は24時間）。排泄桶に水 500mL + 防臭液 10mL。防臭液は排泄物の性状確認ができるよう無色タイプを選択。

(2) 防音対策：

①排泄音：日中はラジオやCDプレイヤーの利用，夜間は個人で音吸収シートの使用。

②PWCのズレによる音：滑り止め付きの防水足元マット（ディスポ）の使用。

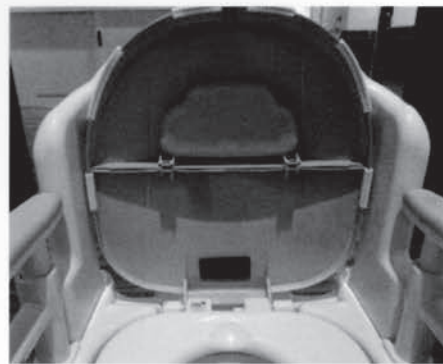
③PWC開閉の音：蓋に防音クッション（ゴム）を使用 [写真]。

(3) 衛生対策：

①失禁による床の汚染，認知症患者の裸足行動：滑り止め付きの防水足元マットの使用。

②排泄後の手指保清：おしぼりや除菌シートを準備し，患者への使用を促進。

③終日PWCの使用：食事前に一時回収。



〔写真〕防音クッション・ゴム装着後

(4) 心理的配慮：

①PWCの設置場所：カーテンの開閉側を避けて設置。

②PWC使用中のスタッフ間への周知：札を作成し、カーテンに設置。

③夜間の照明：枕元灯の使用。

④患者間：なるべくPWC使用者を同室へ。

2) 12月：アンケート調査

(1) 対象の属性（年齢層，看護師経験年数）

(2) 排泄に関わる臭気・音・衛生・心理的配慮の4項目について，ケアに変化があったかを4択の選択式，またはその理由については記述式とした。

(3) 今回の取り組みを通し排泄ケアについて感じたこと考えたことを記述式とした。

(4) 結果から，看護実践に変化があったかを検討した。

III. 倫理的配慮

研究者が所属する法人の倫理審査委員会の承認を得た。対象者には文面で研究主旨や参加の自由などを説明し，アンケートへ返送をもって研究への同意とみなした。得られた情報は個人が特定されないよう厳重に取り扱った。

IV. 結果

1. 対象の属性

29名全員から回答があった。看護師の年齢層は20歳代が最も多く38%で，次いで40歳代（25%），50歳代（20%），30歳代（17%）の順であった。経験年数は1～32年，平均15年であったが，10年未満が45%で最も多く，次いで20～29年（32%），30年以上（17%），10～19年（6%）であった。

2. 排泄ケアプランについて

1) 臭気対策〔図1〕

全員が，防臭液による効果があったと回答していた。その理由として，大部屋における臭気の改善があげられ，臭いがしなくなったという患者の声も聞かれた。そして，防臭液を継続して使用するべきとの意見が多かった。さらに，排泄桶への便付着が減ったという二次的効果もあった。

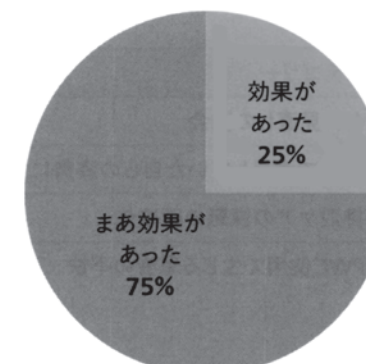
2) 防音対策〔図2〕

90%（26名）は効果があったと回答していた。防音クッションによりPWCの開閉音が減り，防水足元マットを敷いたことにより使用時に発生する音が減少し，転倒と勘違いし訪室する回数が減ったなどの意見が挙げられた。他に，防臭対策の水により排尿音が軽減したとの意見もあった。

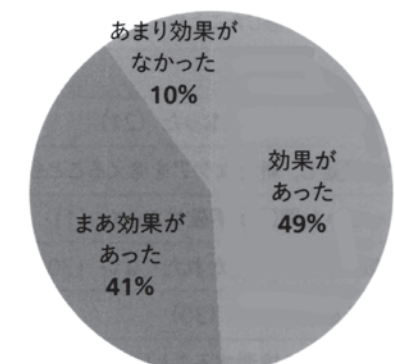
一方，10%（3名）は効果がなかったと回答しており，排泄音はあまり変わらなかったと言う理由であった。日中は流れる音楽や人の話し声，TVの音などにより排泄音はかき消されるが，夜間はそうではないと感じる看護師もあり，個々人の違いがあった。

3) 衛生対策〔図3〕

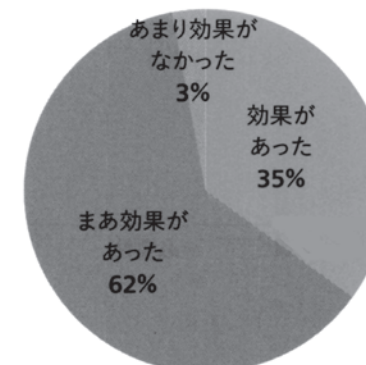
97%（28名）は効果があったと回答していた。排泄後の手指衛生に関しては，元々気にかけていた看護師が多く，除菌シートやおしぼりを準備



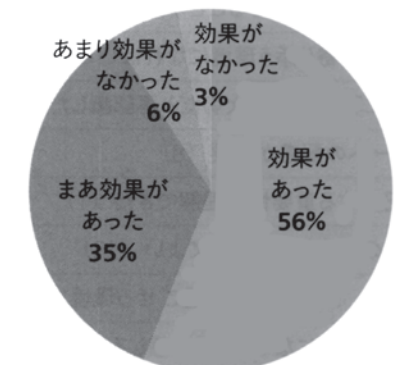
〔図1〕臭気対策



〔図2〕防音対策



〔図3〕衛生対策



〔図4〕心理的配慮

備することにより，ベッド柵や床頭台等の周辺の清潔を保持できるようになったとの意見があった。

また，滑り止め付き防水マット（ディスポ）に関しては，PWC周辺への尿汚染が予防できた，汚染した時の床掃除をしなくて済むようになったと作業効率が良くなったことや，靴を履かずに排泄できるようになり，尿失禁の予防にもつながり患者のメリットにもなった，さらに，排泄ケアにおける看護師の衛生への配慮は，広い意味での患者の衛生への意識づけになるのではないかという意見も挙げられていた。

一方，3%（1名）はあまり効果がなかったと回答していたが理由は不明であった。

4) 心理的配〔図4〕

91%（26名）は効果があったと回答していた。札（PWC使用中が分かる）があることにより，退

室時に意識的にカーテンを閉めるようになったからと言う理由であった。

一方，9%（3名）は効果がなかったと回答し，その理由は，PWC使用者を同室にするという調整が行えない状況もあったと言う理由であった。

3. 今回の取り組みを通し

排泄ケアについて感じたことや考えたこと

記述から，22のサブカテゴリー，9のカテゴリーが抽出された〔表〕。9のカテゴリーは，今回の取り組みについて3カテゴリー，看護師の変化6カテゴリーに整理された。

1) 今回の取り組みについて

今回の取り組みは，〈排泄ケアの課題の明確化〉〈ケア見直しの機会〉〈自らの姿勢に気づく機会〉となっていた。

〔表〕排泄ケアについて感じたことや考えたこと

サブカテゴリー（経験年数）	カテゴリー
PWCに関し考え直す機会になった（21）	ケア見直しの機会
現状のケアで満足し、新たなケアを考えることもなかった（5）	現状で満足していた自らの姿勢に気づく機会
今まで見送っていた問題が明確になった（1）	排泄ケアの課題の明確化
排泄時の臭気、音は人に聞かれたくない（30）	PWC使用で生じる患者の不快
臭いを気にする患者も多い（30）	
寝食を伴うスペースで排泄することに抵抗がある（20）	
通常とは異なる状況、環境下で排泄をしなければならない（9）	
排泄はデリケートな問題である（36）	排泄ケアに対する看護師の認識
排泄ケアは患者に合わせる必要がある（36）	
患者の気持ちに寄り添う環境になればいい（20）	
排泄ケア時に環境調整が大切だと再認識した（9）	
プライバシーへの配慮が必要（8）	
羞恥心に配慮する重要性が理解できた（1）	
臭気がないのは病棟環境としてよい（13）	快適な環境調整の必要性
今回の対策は、患者が快適に過ごせる環境になると感じた（5）	
過ごしやすい環境になっていると感じる（1）	
今回のプランを継続していきたい（30）	プランの継続（今後の決意）
今後も継続していきたい（5, 3）	
プランの効果があり、今後も続けた方がよい（1）	
更に意識してケアプランに取り組むようになったと思う（21）	看護師の前向きな姿勢への変化
排泄ケアプランをアップしていけたらよい（36）	よりよい排泄ケアの追求
スタッフがプライバシーの配慮が徹底できればよい（8）	

2) 看護師の変化

看護師は〈PWC使用で生じる患者の不快〉〈排泄ケアに対する看護師の認識〉を再認識し、ケアを実践することにより〈快適な環境調整の必要性〉〈プランの継続（今後の決意）〉〈看護師の前向きな姿勢の変化〉を感じ、今後の展望として〈よりよい排泄ケアの追求〉を挙げていた。

V. 考察

1. ケアプランについて

4項目への取り組みの中で、看護師・患者と

もに、特に反響が大きかったのは、臭気対策であった。排泄物に含まれるアンモニアは、悪臭防止法で不快な臭いの原因となる22物質の1つに挙げられている。病室は患者にとっては生活の場であり、看護師にとっては仕事の場となっており、不快な臭い、臭気の拡散は患者・看護師、共に防ぎたいものであった。今回の臭気対策の効果により、介助される側・する側双方に排泄援助への忌避感に繋がると考える。

また、防音効果や衛生対策は、主にディスポ商品を活用した工夫であったが、概ね効果的な結果が得られた。コスト面の課題が生じる可能

性も考えられるが、今の段階では許容範囲である。

2. 看護師の排泄ケアに対する認識の変化

日常的なケアの1つである排泄ケアは、経験に頼り、従来通りの方法を踏襲していた看護師も少なくない。今回の取り組みは、排泄ケアの課題が明確化され、ケアを見直す機会になるとともに、新たなケアを考えることもなかったと言う自らの姿勢に気づく機会に繋がっていた。

また、取り組みを進めていく中で、改めてPWC使用で生じる患者の不快や排泄ケアに対する看護師の認識について思いを寄せていったと推察される。そして、快適な環境調整の必要性、このケアプランの継続を決意するなど、前向きな姿勢へと変化していった。そして、よりよい排泄ケアの追求という今後の展望を語るまでになっていた。

私たち看護師が患者への看護・日常生活上の援助を行う上で、大切にしなければいけないケアそのものは、忙しさや慣れに伴い曖昧になってしまうものである。今回、病棟看護師の意見を聴取し、それにより問題が共有されケアプランの策定に繋がった。しかし、ケアプランが導入されるまでやや難航した。そのため休憩室へのポスター掲示や、朝礼での声掛けなどを繰り返し、3～4か月かけて習慣化することができた。今後この取り組みを続けるうえで、定期的な周知やケアプランの見直しが必要だと考える。

VI. 結論

1. 排泄ケアプランは臭気・音・衛生・心理的配慮等の課題を解決するプランであり、特に臭気対策に効果があった。

2. 今回の取り組みで、看護師の看護実践は、取り組み前より、排泄援助に対して前向きな姿勢へと変化した。

〔引用文献〕

1) 川島みどり：生活行動援助の技術 改訂第3版, p.108, 看護の科学社, 2014.
2) 海老名美幸：ポータブルトイレの排尿時の音について；音に対する意識調査の排尿音を減少させるための工夫, 臨牀看護, Vol.15, p.1970-1978, 1989.
3) 岩谷麻里子・鎌田恵美・蠟川内亜也美：ポータブルトイレ使用における排尿音の軽減, 平成28年度, 日本看護学会論文集急性期看護, p.145-148, 2017.

本研究は、日本医療マネジメント学会第21回九州・山口連合大会で報告したものを加筆修正したものである。

□実践報告

長母指伸筋腱再建術後に新型コロナウイルス感染症に罹患し遠隔リハビリテーションおよび看護師とのチームアプローチを実施した一症例

久原 義浩^{*1} 有島 善也^{*1} 窪 昌和^{*1} 福田 秀文^{*1} 小倉 雅^{*1}

要旨：長母指伸筋腱再建術後に新型コロナウイルス感染症に罹患したことで入院個別リハビリテーション（以下、リハ）を継続できなくなった症例に対して、代替手段として20日間の遠隔リハおよび看護師とのチームアプローチを実施した。結果、長母指伸筋腱再建術部の再断裂や癒着を防ぎ、母指機能（母指指節関節自動伸展角度24°）を維持できた。最終評価では母指指節関節自動伸展角度20°，Hand20で15項目の日常生活動作の改善が得られた。以上より、長母指伸筋腱再建術後に通常の入院個別リハの代替手段として実施した遠隔リハおよび看護師とのチームアプローチが、母指機能や主観的評価の改善に寄与した可能性が考えられた。

作業療法 43：662～668，2024

Key Words：手指伸筋腱損傷，COVID-19，チームアプローチ，遠隔リハビリテーション

はじめに

長母指伸筋（Extensor pollicis longus；以下、EPL）腱皮下断裂は関節リウマチ¹⁾や橈骨遠位端骨折などに合併してみられる。EPL皮下断裂に対しては腱移行術や腱移植術などが選択されるが、なかでも固有示指伸筋（Extensor indicis proprius；以下、EIP）腱移行術の有効性が報告されている²⁾。EPL再建術後のリハビリテーション（以下、リハ）には固定法や早期運動療法に関する報告があり、手術後早期からスプリントを用いた早期運動療法の有効性が示されている^{2,3)}。

近年、整形外科疾患に対して遠隔医療を推奨する十分なエビデンスが報告された⁴⁾。遠隔リハにおいては

肩関節置換術後に中等度のエビデンスが示されており⁵⁾，現在も遠隔リハの適応は拡大している。特に新型コロナウイルス感染症（Coronavirus disease 2019；以下，COVID-19）の流行以降，患者が自宅や介護施設など希望する場所から参加することで実際の対面リハよりも移動や時間などの負担を軽減でき，セラピストがデジタル技術を使用してビデオ通話やインターネットといったさまざまな方法で介入し，映像や音声などのフィードバックが得られる利点を持つ遠隔リハは，COVID-19患者に対するリハ介入方法の1つとして有効性が報告されている⁶⁾。現在のCOVID-19患者に対する作業療法士（Occupational therapist；以下，OT）のリハ適応は，重症度に応じた呼吸リハ，肩甲帯や上肢機能のリハなどがあげられており，感染対策を十分に取ったうえで実施している報告が多くある⁷⁾。一方で，流行初期には人工呼吸器や人工心肺装置などの治療を行う医療機関のうち44.1%で実施されておらず⁸⁾，当院でもCOVID-19患者に対する入院個別リハは実施していなかった。その状況下で，我々はEPL腱再建術後にCOVID-19に罹患し，EPL再建術後の入院個別リハを中止せざるをえなかった症例を経験した。その症

2023年5月2日受付，2024年1月5日受理

A case of coronavirus after surgery for tendon reconstruction of the extensor pollicis longus who underwent remote rehabilitation and a team approach with a nurse

^{*1} 恒心会おぐら病院

Yoshihiro Kuhara, OTR, Yoshiya Arishima, MD, Masakazu Kubo, OTR, Hidefumi Fukuda, RPT, Tadashi Ogura, MD: Kohshinkai Ogura Hospital

責任著者：久原義浩（e-mail：and1ypanotic@gmail.com）

表1 各評価項目の推移

評価項目／経過	術前	第1期	第2期～第4期	第5期	最終
母指 MP 関節自動伸展 ROM（°）	-28	-6	—	0	-10
IP 関節自動伸展 ROM（°）	6	24	—	24	20
指尖手掌距離（cm）	1	—	—	—	0
母指の%TAM（%）	91	91	—	98	107
握力（kg）	8.7	—	—	—	7
Pulp pinch（kg）	0.9	—	—	—	1.1
Buck-Gramcko 法	—	—	—	—	良

MP: Metacarpophalangeal joint, IP: Interphalangeal joint, ROM: Range of motion, %TAM: %Total Active Motion

表2 作業療法の計画と経過

リハ計画／経過	1 週	2 週	3 週	4 週	5 週	6 週	9 週	13 週	15 週
ダイナミックスプリント									
夜間シーネ固定									
他動伸展自動保持訓練									
手指屈曲運動 （手術で確認した角度を目標に実施）									
手指自動伸展運動									
つまみ動作開始（装具除去下）									
日常生活使用（軽作業）									
筋力訓練開始									
全ての制限解除									
リハ内容／経過	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期				
入院個別リハ									
隔離室担当 PT と ナースコールを活用したリハ									
遠隔リハおよび 看護師とのチームアプローチ									
外来リハ									

PT: Physical therapist

例に対して，入院個別リハの中止に伴うEPL再建術部の癒着や再断裂による母指機能低下を防止することを目的に遠隔リハを導入し，同時に看護師とのチームアプローチにも取り組んだ。その結果，入院個別リハ中止期間にEPL再建術部の癒着や再断裂による母指機能低下を防ぎ，通常の外来個別リハへ移行できたことで母指機能や主観的評価の改善を得た一例を経験した。以上より入院個別リハを中止した期間に代替手段として実施した遠隔リハや看護師とのチームアプローチの介入方法および治療経過を共有することに意義があると考え，以下に報告する。

症例紹介

症例は60歳代の女性，右利き，芋掘りをした後から左母指に腫脹がみられ母指の伸展ができなくなり，整形外科を受診した。診察では左EPL腱の触知は可能であったが母指伸展時の緊張はなく母指指節関節（Inter-

phalangeal joint；以下，IP関節）の伸展が困難であったことから，左EPL腱断裂の診断で腱移行術となった。既往に関節リウマチ，難聴，右EIP腱断裂，右中指総指伸筋腱断裂などがあった。手術前評価結果は表1に示す。手術はEPL腱断裂から108日後にEIP腱への腱移行術を施行した。縫合方法はEPL腱にEIP腱を2回編み込み縫合した。術後は手関節背屈位で母指を背側シーネ固定とした。OTは手術を見学し，手関節，母指の関節可動域（Range of motion；以下，ROM）評価から移行腱の遠位滑走を確認した。なお本報告は，症例に十分な説明を実施し書面による同意を得ている。加えて，社会医療法人恒心会恒心会おぐら病院 臨床倫理審査委員会の承認（承認番号：2021-B17）を得ている。

経過

以下，作業療法の経過を示す（表2）

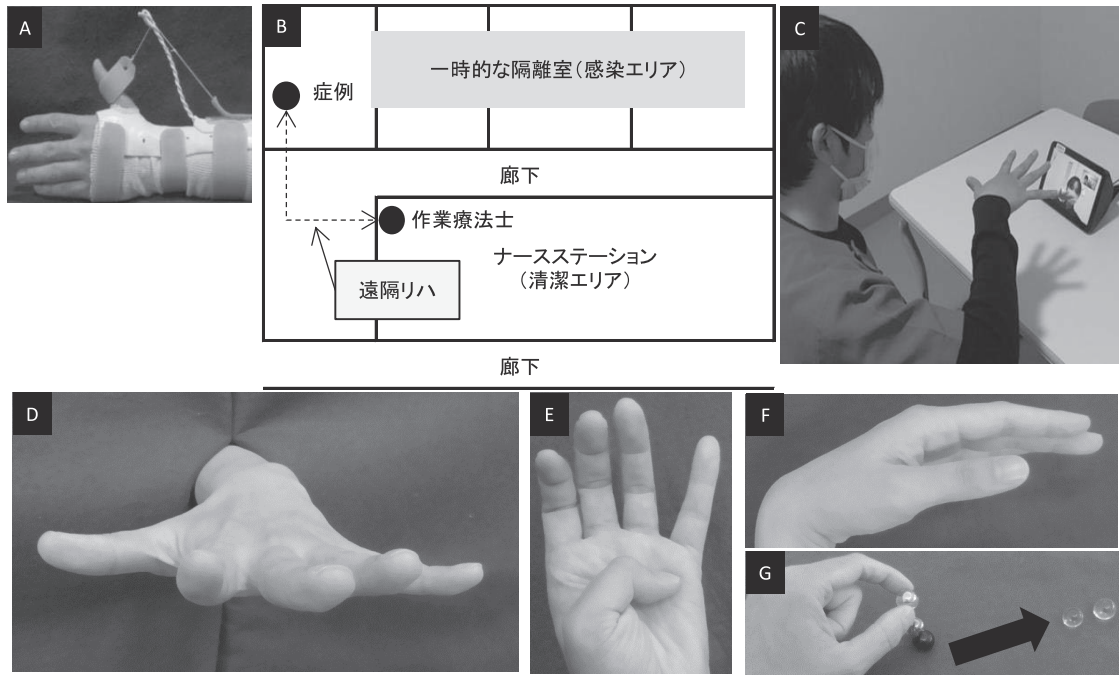


図1 遠隔リハビリテーションの実際

- A：ダイナミックスプリントによる腱滑走訓練：長母指伸筋腱の再断裂を防止した中で、腱縫合部の滑走を促すために実施した
- B：遠隔リハ時の病棟位置図：作業療法士はナースステーションから Echo Show 5 を使って症例に遠隔リハを実施した
- C：Echo Show 5 を使った遠隔リハの介入例
- D：母指の他動伸展自動保持訓練による長母指伸筋腱の近位滑走の確認：他動伸展位置を保持できるかを確認した
- E：母指指節関節と母指中手指節関節の同時自動屈曲による長母指伸筋腱の遠位滑走の確認：手術中の角度を参考にした
- F：手関節自動掌屈による長母指伸筋腱の遠位滑走の確認：手術中の角度を参考にした
- G：物品を使用した軽負荷の手指自主訓練

1. 第1期:入院個別リハで早期運動療法を実施した時期(術後1日目～術後5日目)

術後1日目より術後リハ計画に沿った早期運動療法を開始した。早期運動療法は手術中の遠位滑走を参考に、表2に示す訓練を行った。術後2日目にダイナミックスプリント(Dynamic splint; 以下, DS)を作製(図1A), DSを用いた1時間に10回～20回ほどの母指自動屈曲・他動伸展の自主訓練を指導した。夜間はシーネ固定とした。

2. 第2期:同室者のCOVID-19罹患によりリハ介入ができなかった時期(術後6日目～術後15日目)

術後6日目に同室者がCOVID-19に感染し、症例は隔離されリハは中止となった。OTは看護師や電子カルテから症例の情報収集を行い、看護師を通じてDSによる自主訓練を継続するように指導した。術後14日目に看護師から母指を牽引しているゴムが傷んでいるとの報告を受け、交換した。

3. 第3期:隔離室担当理学療法士と協力してリハを実施した時期(術後16日目～術後20日目)

術後16日目に理学療法士(Physical therapist; 以下, PT)による1日に1単位のリハが開始された。PTはEPL再建術後リハの経験がなかったため、リハ前にOTと早期運動療法の確認を行った。リハ中にOTはナースコールを使用してPTと連絡を取り合いながら、症例の状態確認や早期運動療法の補助に努めた。リハ後にOTとPTは症例の情報を共有した。術後20日目に症例がCOVID-19に罹患し個室隔離となった。

4. 第4期:ビデオ通話による遠隔リハおよび看護師とのチームアプローチに取り組んだ時期(術後21日目～術後40日目)

症例からEPL再建術後リハの継続希望あり、主治医より遠隔リハの指示が出された。遠隔リハは、清潔エリアである隔離室に近接したナースステーションと感染エリアである症例のベッドサイドに設置されたEcho Show 5(Amazon, 画面サイズは5.5インチタッ

表3 うつ性自己評価尺度

質問項目	解答	点数	質問項目	解答	点数
1. 気が沈んで憂うつだ	かなりのあいだ	3	11. 気持はいつもさっぱりしている	ないかたまに	4
2. 朝がたはいちばん気分がよい	ないかたまに	4	12. いつもとかわりなく仕事をやれる	かなりのあいだ	2
3. 泣いたり、泣きたくなる ^{※1}	—	—	13. 落ち着かず、じっとしていられない	ないかたまに	1
4. 夜よく眠れない	ときどき	2	14. 将来に希望がある ^{※1}	—	—
5. 食欲はふつうだ	ないかたまに	4	15. いつもよりいらいらする ^{※1}	—	—
6. まだ性欲がある(独身者の場合) 異性に対する関心がある	ないかたまに	4	16. たやすく決断できる	ほとんどいつも	1
7. やせてきたことに気がつく ^{※2}	—	—	17. 役に立つ、働ける人間だと思う ^{※1}	—	—
8. 便秘している	ないかたまに	1	18. 生活は かなり充実している	ときどき	3
9. ふだんよりも 動悸がする	ないかたまに	1	19. 自分が死んだほうが、ほかの者は 楽に暮らせると思う ^{※1}	ないかたまに	—
10. 何となく 疲れる	ないかたまに	1	20. 日頃していることに満足している	かなりのあいだ	2

※1：あえて答えられなかった、※2：「わからない」と返答あり、「—」の項目を1点とした合計点：39点

チスクリーン、画面解像度は960×480)を電波でデータの送受信を行う構内通信網(Wireless Local Area Network; 以下、無線LAN)を使用して実施した(図1B)。当時の無線LANは隔離室とナースステーションを繋ぐ範囲であった。OTは清潔エリアであるナースステーションから遠隔リハを実施した。当時は感染拡大に対する懸念が高まっていたことから、筆者が第3期までの症例の経過を踏まえたうえで訓練上最短15分の時間が必要と考え、遠隔リハを15分に限定して実施することを主治医へ確認した。遠隔リハはOTが症例のEcho Show 5にビデオ通話を行うことから開始した(図1C)。遠隔リハではビデオ通話の映像と音声を活用し、母指他動伸展自動保持訓練時の母指他動伸展と自動伸展保持の差からEPL腱の近位滑走を評価した(図1D)。母指IP関節と母指中手指節関節(Metacarpophalangeal joint; 以下, MP関節)の同時自動屈曲および手関節掌屈ROMからはEPL腱の遠位滑走を評価した(図1E, F)。遠位滑走は手術時と比較した。これら近位および遠位滑走は目視にて評価を行った。評価結果から運動療法の頻度や強度、手指を使った作業活動を指導し(図1G)、同時に下肢の自主訓練指導も行った。疼痛は前腕尺側から手関節尺側にかけて訴えがあったが、各種整形外科的テストは陰性、炎症症状も確認されなかったことから運動量低下による筋痛と判断し⁹⁾、前腕近位部へのモビライゼーションを指導すると共に、直接評価できなかったことを考慮してアイシングも実施し、疼痛は改善した。症例からは「良かった。こうやって顔を見ながらリハビリできるってありがたいですよ」との発言があり、EPL腱再建術後リハの再開に安心されている様子であった。一方で看

護師に対して「本当は1週間で退院する予定だったのに、なんでこんなことになったんだろうね。高齢の義母を看ていたから心配です。こんなことになって家族にも申し訳ないです」と表情が暗く涙目で話することがあり、長期の隔離状態によるストレス、夜間の酸素飽和度低下による肺炎悪化や不眠への不安、家族への申し訳ない気持ちおよび退院後の生活に関する不安など多くの精神的苦痛を抱えていたことから、臨床心理士(Clinical Psychologist; 以下, CP)の介入が開始された。CPはビデオ通話による面接やうつ性自己評価尺度(Self-rating Depression Scale; 以下, SDS)を行ったが、症例から「不快感はないが身構えてしまい、疲れた」などの発言があり、症例にCPの介入希望がなく心理的負担となったことから、CPの介入は中止された。CPから、SDSの得点が神経症圏という結果(表3)およびCOVID-19による隔離生活を鑑みると、急性ストレス状態にあるとあった。そのためOTは遠隔リハ時に症例の話を傾聴し、共感的態度を心掛けた。しかし15分ほどの遠隔リハでは、自主訓練の理解度や精神的側面の把握が十分ではないと考え、看護師とのチームアプローチに取り組んだ。OTは朝に担当看護師と看護業務や入浴などと重ならないように、遠隔リハの時間を調整した。担当看護師から症例に遠隔リハ開始時間を伝えてもらい、1日の見通しが立てられるように配慮した。遠隔リハ前には症例の夜間や昼間の呼吸状態、不安や悩みなどの精神的側面、痛みや自主訓練の実施状況などの情報を共有した。看護師が直接症例の状態を確認する際には、手関節部の炎症症状の有無を確認してもらい、アイシングを準備していた。装具あたりに対しては、ブルーラップ(日本シ

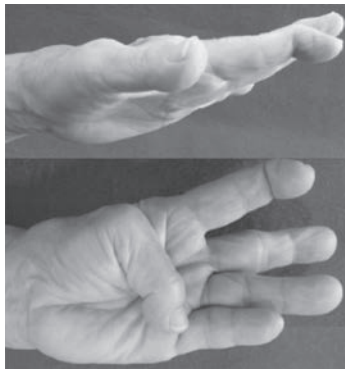


図2 術後成績，母指自動伸展および自動屈曲運動

グマックス株式会社）による調整を行ってもらった。なお、ビデオ通話による遠隔リハは無償で実施した。

5. 第5期：入院個別リハ再開から外来リハへ移行した時期（術後41日目～術後100日目）

術後41日目に個室隔離が解除され，入院個別リハ再開となった。術後48日目に自宅退院となり，1週間に1回の外来リハを3回実施，経過良好のため術後100日目にリハ終了となった。

結 果

母指MP関節自動伸展ROMは術前 -28° ，第1期 -6° ，第5期初期 0° ，最終評価 -10° ，IP関節自動伸展ROMは術前 6° ，第1期 24° ，第5期初期 24° ，最終評価 20° 。指尖手掌距離は術前1.0 cm，最終評価0 cm，母指の% Total Active Motion（以下，%TAM）は術前91%，第1期91%，第5期初期98%，最終評価107%，Buck-Gramcko法での成績は良であった。握力は術前8.7 kg，最終評価7.0 kg，Pulp pinchは術前0.9 kg，最終評価1.1 kg。Hand20は術前28点，最終評価16.5点であった（図2，表1）。Hand20を項目別に比較すると，手指巧緻性を必要とするボタンのかけはずし，コイン拾い，洗濯バサミ操作など15項目で改善が聴かれたが，握力を必要とする力仕事やタオルをかたく絞るなど4項目で悪化がみられた。最終評価時には，既往の関節リウマチによる疼痛が左手関節運動時や握力測定などの強い把持動作時にみられた。腫脹は左環指・小指MP関節部にあり，左手指にはこわばりがみられた。なお，術前評価は手術日前日，第1期評価は術後5日目，第5期初期評価は術後41日目，最終評価は術後100日目に実施した。

考 察

今回EPL腱再建術後にCOVID-19に罹患したことで入院個別リハを継続できず，OTが第2期と第3期の15日間にわたってEPL再建術部の状態を確認できない症例を経験した。入院個別リハの中止に伴うEPL再建術部の癒着や再断裂による母指機能低下を防止することを目的に，第4期に遠隔リハおよび看護師とのチームアプローチを実施した。第5期初期には%TAM 98%，母指IP関節自動伸展ROM 24° ，最終評価では%TAM 107%，母指IP関節自動伸展ROM 20° とEPL再建術部の癒着や再断裂なく母指機能改善が得られ，Hand20で15項目の日常生活上の動作改善が得られた。EPL断裂13例に対して術後早期運動療法を実施した報告³⁾（最終評価時の%TAM平均値は $92 \pm 13\%$ ，母指IP関節自動伸展ROMは $12 \pm 12^{\circ}$ ）と比較して，本症例には遜色ない結果が得られた。これらの結果から，本症例に対して入院個別リハを提供できなかった第4期に，代替手段として遠隔リハおよび看護師とのチームアプローチを併用した本介入は，EPL再建術後の母指機能改善に寄与した可能性が示唆された。

遠隔リハは呼吸器や心疾患などに導入され直接的なリハ介入と遜色ない効果が得られており¹⁰⁾，整形外科疾患に対しても遠隔医療を推奨する十分なエビデンスが報告された⁴⁾。遠隔リハのメリットとして，患者移動の必要性がない，時間調整の自由度が高い，ウイルス感染のリスクが低い，個別化医療の提供など^{6, 11)}に加え，視覚および聴覚情報を用いた意思疎通が可能と考えられる。これらのメリットは，COVID-19により隔離された高齢で難聴な本症例に対してOTの意図を伝達しやすくし，EPL腱の近位および遠位滑走やDSを用いた自主訓練の習熟度の確認，疼痛評価など，症例に個別化したEPL再建術後リハの提供を可能にしたと考える。一方でデメリットは，通信機器の有無や通信環境の要因など¹¹⁾に加え，触圧覚や固有感覚情報を用いた直接的な運動指導ができないことが考えられる。これらのデメリットに対しては，ビデオ通話による視覚・聴覚情報を用いた運動指導および看護師による炎症症状の確認，物理療法の準備，装具調整など看護師とのチームアプローチに取り組んだ。この取り組みにより，経時的に変化する症例の状態に応じた対応やリハを提供でき，遠隔リハのデメリットを解決できたと考える。しかしながら，腱近位滑走時の関節至適位置の指導や筋収縮の程度，遠位滑走時の腱の緊

張度合の評価などは看護師連携では対応できず，OTによる直接指導が望ましいと考える。以上より入院個別リハを20日間の長期間にわたって実施できなかった第4期に遠隔リハおよび看護師とのチームアプローチに取り組んだことで，EPLの再断裂や癒着による母指機能低下を防ぐことができたと考える。

COVID-19患者に対してリハを効果的に行うためには課題指向型訓練，心肺機能を高める運動などに加えて，心理社会的支援が必要とされている¹²⁾。そこで上述した内容に加えて，看護師とのチームアプローチを通した症例の精神的側面への把握にも努めた。症例は外傷による緊急入院ではなく，前々からEPL腱再建術と手術後の入院個別リハを予定した患者であった。しかしCOVID-19に罹患したことによる長期間の隔離生活や入院個別リハの中止により，多くの不安や悩みなどの精神的苦痛を抱えたことで急性ストレス状態にあった。高齢者の不安の特徴として女性，慢性疾患，身体機能の障害，COVID-19などがあり¹³⁾，COVID-19患者の38%に不安が合併するとされている¹⁴⁾。不安の原因は感染および心理・社会的要因があり，一般的な医療行為で改善することが示唆されている¹⁵⁾。我々は，症例の精神的側面の把握などを目的として看護師とのチームアプローチに取り組んだ。朝に看護師とリハ介入時間を決定し，症例へ事前に通達した。遠隔リハ前には，症例の夜間や昼間の呼吸状態，不安や悩みなどの精神的側面を看護師と情報共有した。遠隔リハでは訓練と共に情報共有した内容を基に傾聴や共感的態度を心掛けた。傾聴には日々の気分の停滞や落ち込みをその都度改善させる機能があると共に¹⁶⁾，話を聴くことを通して時間を共有することが患者にとって貴重な体験となるとされている¹⁷⁾。以上より看護師とのチームアプローチを通して症例の精神的側面や治療経過などの情報共有を行い，遠隔リハ時に傾聴や共感的態度を心掛けたことが症例と良好な関係を築き，同時に精神面の安定が図れたことでEPL再建術後の母指機能改善に寄与したと考える。

本報告の限界として一症例の報告であり，シングルケースデザインなどを用いていないことから，第4期の遠隔リハおよび看護師とのチームアプローチの介入効果が高かったとすることはあくまで可能性を指摘するにとどめる必要があり，第2期～第4期の複合的な介入効果であった可能性も考えられた。今後は症例数を増やすことに加え，縦断研究などを検討していく必要がある。

結 語

EPL腱再建術後にCOVID-19に罹患したことで通常の入院個別リハを継続できなくなった症例に対して，第4期に遠隔リハによる個別化したりハの実施と共に，看護師とのチームアプローチによるデメリットの解決および精神面の安定を保ったことが，EPL再建術部の再断裂や癒着を防ぎ，最終評価時の母指機能や主観的評価の改善に寄与した可能性を述べた。一方で，第4期の介入が第2期・第3期と比較して効果的であったとするにはシングルケースデザインなどを用いる必要性があったと考える。今後は症例数を増やすことに加え，縦断研究などを検討していく必要がある。

利 益 相 反

本研究において開示すべき利益相反関係はない。

文 献

- 1) 小田裕造，中山威知郎，福嶋寛子：腱断裂が初発症状であった関節リウマチの1例。整形外科60(1)：43-46，2009。
- 2) 森谷浩治，吉津孝衛，牧裕，坪川直人，成澤弘子：長母指伸筋腱皮下断裂に対し局所麻酔下に施行した固有示指伸筋腱移行から得た新知見。日手外科会誌26(4)：275-278，2010。
- 3) 池本和子，浅井聖子，阪口純，西出義明，中村誠也，他：長母指伸筋腱断裂に対する術後早期運動療法の実践。日ハンドセラピー会誌5(1)：77-81，2012。
- 4) Petersen W, Karpinski K, Backhaus L, Bierke S, Häner M: A systematic review about telemedicine in orthopedics. Arch Orthop Trauma Surg 141(10): 1731-1739, 2021。
- 5) Pastora-Bernal JM, Martín-Valero R, Barón-López FJ, Estebanez-Pérez MJ: Evidence of benefit of telerehabilitation after orthopedic surgery: A systematic review. J Med Internet Res 19(4): e142, 2017, doi: 10.2196/jmir.6836。
- 6) Seid AA, Aychiluhm SB, Mohammed AA: Effectiveness and feasibility of telerehabilitation in patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open 12(10): e063961, 2022, doi: 10.1136/bmjopen-2022-063961。
- 7) 藤谷順子：新型コロナウイルス感染症者への治療とリハビリテーション。OTジャーナル56(1)：12-18，2022。
- 8) 日本放送協会：コロナ重症者のリハビリ4割超の医療

機関で行われず 学会調査. <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210328/k10012940861000.html> (参照 2023-01-07).

9) 沖田実, 本田祐一郎, 田中なつみ, 坂本淳哉: 慢性疼痛の病態形成における不動の影響—筋萎縮, 筋性拘縮, 筋痛のメカニズムも踏まえて—. Jpn J Rehabil Med 58(11): 1221-1228, 2021.

10) Seron P, Oliveros MJ, Gutierrez-Arias R, Fuentes-Aspe R, Torres-Castro RC, et al: Effectiveness of telerehabilitation in physical therapy: A rapid overview. Phys Ther 101(6): 1-18, 2021.

11) 網谷英介: 遠隔心リハを普及するために必要な課題. Heart View 27(5): 485-488, 2023.

12) Wade DT: Rehabilitation after COVID-19: An evidence-based approach. Clin Med (Lond) 20(4): 359-364, 2020.

13) 蔵満彩結実: コロナ禍における不安・不安症を考える. 精神科 Resident 3(1): 86-89, 2022.

14) Liu C, Pan W, Li L, Li B, Ren Y, et al: Prevalence of depression, anxiety, and insomnia symptoms among patients with COVID-19: A meta-analysis of quality effects model. J Psychosom Res 147: 110516, 2021, doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110516.

15) 高橋晶: 新型コロナウイルス感染症と高齢期のうつと関連する病態. 老年精神医学雑誌 32(12): 1307-1317, 2021.

16) 小澤元美, 山中克夫: シニア傾聴活動による利用者の日々の気分およびQOLに与える影響に関する事例研究. リハビリテーション連携科学 8(2): 93-100, 2007.

17) 忽滑谷和孝: 高齢者の不安. 精神科 Resident 3(1): 53-55, 2022.

A case of coronavirus after surgery for tendon reconstruction of the extensor pollicis longus who underwent remote rehabilitation and a team approach with a nurse

Yoshihiro Kuhara,*¹ Yoshiya Arishima,*¹ Masakazu Kubo,*¹ Hidefumi Fukuda,*¹ Tadashi Ogura*¹

*¹ Kohshinkai Ogura Hospital

For patients who were unable to continue inpatient individual rehabilitation due to contracting a new coronavirus infection after extensor pollicis longus tendon reconstruction, we implemented 20 days of telerehabilitation and a team approach with nurses as an alternative method. As a result, we were able to prevent re-rupture and adhesion of the extensor pollicis longus tendon reconstruction site, and maintain the thumb function (automatic extension angle of the thumb phalangeal joint at 24°). At the final evaluation, the automatic extension angle of the thumb-phalangeal joint was 20°, and the hand improved 15 items of activities of daily living. Based on the above, we believe that telerehabilitation and a team approach with nurses, which were implemented as an alternative to the usual inpatient individual rehabilitation after extensor pollicis longus tendon reconstruction, contributed to the improvement of thumb function and subjective evaluation.

Key words: Extensor tendon injury, COVID-19, Team approach, Remote rehabilitation

学会発表一覧

【看護介護部】

演 題 名	発表者	大会・学会・雑誌名	年月日
術後疼痛管理に携わる看護師への働きかけ～適切な鎮痛剤使用を目指す取り組み～	西田 聡士	第26回 日本医療マネジメント学会学術総会	2024年 6月21日
周術期看護の一環として位置付けた術後訪問の取り組み	片岡 昌代	第41回 日本手術看護学会九州地区大会	2024年 7月19日
リンクスタッフによる環境ラウンドと改善活動の効果	柿元 良一	第19回医療の質・安全学会学術集会	2024年 11月29日
外来における呼び出しベルシステム導入を試みた成果と課題	八木 淳	日本医療マネジメント学会 第21回 九州・山口連合大会	2024年 12月6日
ポータブルトイレを使用する患者に対する排泄ケアの取り組み	大山 愛梨	日本医療マネジメント学会 第21回 九州・山口連合大会	2024年 12月5日
回復期リハビリテーション病棟から自宅退院した患者や家族への指導の再検討	渡瀬 達郎	日本医療マネジメント学会 第21回 九州・山口連合大会	2024年 12月5日

【リハビリテーション部】

演 題 名	発表者	大会・学会・雑誌名	年月日
手根管症候群 Padua 分類 severe 症例の術前ADL満足度に影響する因子の検討	久原 義浩	第67回日本手外科学会学術集会 第36回 日本ハンドセラピー学会学術集会	2024年 4月24日～ 26日
手指屈筋腱断裂修復術後における手指屈曲不全に対するBuddyテーピングの効果	宮崎 裕一	第67回 日本手外科学会学術集会 第36回 日本ハンドセラピー学会学術集会	2024年 4月24日～ 26日
能登半島地震JRAT活動報告	中道 和美 中畑 敏秀 小野 里菜	令和6年度 鹿児島JRAT	2024年 5月30日
中枢性感作症候群により活動性低下をきたした症例に対する訪問リハビリテーションの介入—転倒恐怖感、自己効力感に着目して—	甲斐 惇平	第28回 日本ペインリハビリテーション学会学術集会	2024年 6月7日～ 9日
肘関節不安定症を伴う肘関節脱臼骨折術後の術後後療法におけるタウメル継手装具の効果検討	窪 昌和	九州作業療学会2024	2024年 6月22日～ 23日
当施設における新規下肢装具作製の経験を通して	永田 千夏	第23回 九州ブロック介護老人保健施設大会 in 宮崎	2024年 7月11日～ 12日
失行症状により歯磨き動作が困難であった症例に対し、促通反復療法と戦略的訓練を行った一例	黒木 一気	第33回 鹿児島県作業療学会	2024年 9月7日～ 8日

演 題 名	発表者	大会・学会・雑誌名	年月日
重度上肢麻痺後に学習性不使用が疑われた症例に対し、症例の内観に着目して介入し行動変容に至った一例	福永 聖香	第33回 鹿児島県作業療法学会	2024年 9月7日～ 8日
腱性マレット指に対し二段階スプリントを使用した経験	徳満 由佳	第33回 鹿児島県作業療法学会	2024年 9月7日～ 8日
通所リハビリテーションにおけるTransfer Packageにより箸操作を獲得した脳卒中後右片麻痺の一例	瀬戸口大修	リハビリテーション・ケア合同研究大会 山梨2024	2024年 10月3日～ 4日
慢性疼痛により活動性低下を示した症例に対して、行動変容に着目した介入が日常生活動作の促進に繋がった訪問リハビリの経験	甲斐 惇平	リハビリテーション・ケア合同研究大会 山梨2024	2024年 10月3日～ 4日
中学女子長距離走選手の身長・体重・BMIを用いた運動性無月経の発症リスク数値指標の検討	中畑 敏秀	第36回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	2024年 12月14日
運動順序の異なる肩関節外旋トレーニングが棘下筋に与える影響	新地 大樹	第36回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	2024年 12月14日
野球肘検診における成長期野球選手の身体的特徴とアンケート調査の報告	壺崎 裕太	第38回 鹿児島県理学療法士学会	2025年 2月9日
当院回復期リハビリテーション病棟における脳卒中軽度麻痺患者の在宅復帰に関わる因子の検討	長倉 央登	第38回 鹿児島県理学療法士学会	2025年 2月9日
しびれ同調経皮的電気刺激によりしびれ感が軽減した脊椎椎体骨折後の一例	上村玲央奈	第38回 鹿児島県理学療法士学会	2025年 2月9日
リハ栄養口腔の一体的取組に係る各専門職の立場から他職種へ伝えるべき事項など連携に必要な情報共有について	福田 秀文	令和6年度 鹿児島県歯科医師会研修会	2025年 2月16日
当施設における新規下肢装具作製の経験を通して	金田みゆき	第29回 鹿児島県老人保健施設大会	2025年 2月18日～ 19日

【看護雑誌掲載】

雑誌名	投稿者	タイトル	巻・号・年
オン・ナーシング	大山 愛梨	ポータブルトイレを使用する患者に対する排泄ケアの取り組み	Vol.4 No.2 April 2025

編集後記

辛酸を嘗めたコロナ禍の騒動を経て、今は米騒動に物価高が世間を賑わせています。まるで、寄せては返す波のごとく社会が揺れ動いています。そして医療の世界でも同様の問題は起きています。このような時代だからこそ、私たちは医療の質を守りながら、地域医療の安定的な継続を図る必要があります。私たち自身が柔軟に対応し、変化の波を乗り越えることで、持続可能な医療の実現が可能になるのではないのでしょうか。

気づけば恒心会ジャーナルも11号目となり、病院の統合から11年が経過しました。節目となる10年目には、施設全体のメンテナンスを実施し、次の10年を見据えた取り組みとして、2024年4月に新設された脳神経外科を加えた新たな診療体制の最適化に向けて、手術室や診察室、MRI室等の増設を含めた病院全体の増改築に着手しました。こうした取り組みは、医療の質向上と持続可能な運営を目指す恒心会の姿勢を象徴しています。変革を恐れず、時代の流れに柔軟に適応しながら、恒心会は次の世代へと進化を続けています。これからも、その歩みを恒心会ジャーナルを通じて皆様にお届けできれば幸いです。

2025年9月

編集委員

福田 秀文 中川 秀生 上別府昌子 梅本 昭英

伊東 公秀 片村 良明 門倉 雅裕 榎畑 純二

下村 元子 福永 和人 児玉 興仁 壺崎 裕太

順不同