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

恒心会ジャーナル（平成２９年度）Vol.4

社会医療法人 恒心会

恒心会ジャーナル
（平成29年度）
Vol.4

ひと、未来、いのちをつなぐ。

社会医療法人 恒心会

社会医療法人 恒心会

理　念

恒に信頼される質の高い医療・介護を提供し、
地域社会に貢献します。

基　本　方　針

［患者さん中心のチーム医療］

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

［技術向上と人財育成］

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

［地　域　連　携］

医療・保健・福祉に貢献する、
地域に開かれた病院づくりを目指します。

恒心会の歩み

昭和32年 1月　鹿屋市向江町にて、初代院長小倉慶一が外科の医院（9床）として開院
昭和36年11月　鹿屋市共栄町へ移転、病床22床の病院開設
昭和53年 4月　鹿屋市寿八丁目21番2号へ新設移転（46床）
昭和53年12月　小倉慶一院長急逝により病院休止
昭和54年 4月　開設者小倉恵美子、管理者前田昭三郎（院長）にて開院
昭和59年12月　基準看護特一類認可
昭和62年 4月　小倉雅（整形外科）副院長就任、理学療法科開設
昭和63年10月　病院増改築工事竣工　病床100床へ増床,基準看護特二類,運動療法の施設基準認可
平成元年 9月　病床数118床へ増床
平成 2年 1月　医療法人化、医療法人恒心会小倉記念病院へ名称変更（理事長小倉雅）
　　労災アフターケア指定
平成5年　4月　特三類看護（第12号）特三類看護52床,特二類看護71床認可（123床）
平成6年　9月　さかもと歯科クリニック開設
平成6年 10月　老人保健施設ヴィラかのや開設
平成6年 11月　在宅介護支援センターヴィラかのや開所（鹿屋市委託事業）
平成6年 12月　訪問看護ステーションことぶき開所
平成7年　4月　ホームヘルプサービスチーム運営方式推進事業開始（鹿屋市委託事業）
平成11年11月　小倉リハビリテーション病院（療養型病床群病院）開設（100床）
平成13年11月　小倉リハビリテーション病院　回復期リハビリテーション病棟開設（50床）
　　12月　小倉リハビリテーション病院　日本医療機能評価機構認定施設（長期療養27号）
平成14年 9月　小倉記念病院　日本医療機能評価機構認定施設[一級B]
平成16年 2月　電子カルテシステム導入
平成16年 4月　鹿児島県地域リハビリテーション広域支援センター指定
平成18年 4月　おぐら居宅介護支援事業所開設
　　7月　小倉記念病院長に小倉修就任
　　10月　鹿屋市より東部地区地域包括支援センター委託開設
平成19年 7月　回復期リハビリテーション病棟100床へ増床（小倉リハビリテーション病院）
　　12月　小規模多機能施設「サポートセンターおぐら24」開設
　　グループホーム「イーストサイドおぐら壱番館」開設
平成20年 1月　開業50周年
　　6月　小倉リハビリテーション病院からおぐらリハビリテーション病院へ改称
　　7月　DPC算定開始（小倉記念病院）
　　11月　グループホーム「イーストサイドおぐら弐番館」開設
平成21年 5月　日本医療機能評価機構認定施設Ver5.0更新（小倉記念病院）
　　6月　小倉記念病院一般病棟入院基本料7対1取得
平成22年 9月　電子カルテ更新
平成24年 3月　病院機能評価付加機能認定
平成25年 7月　小倉記念病院（129床）とおぐらリハビリテーション病院（100床）を統合し
　　新たに恒心会おぐら病院（216床）として開院
平成26年 4月　南大隅町立佐多診療所及び南大隅町立郡へき地出張診療所にて診療開始
平成28年 3月　電子カルテ更新　東芝「HAPPY ACTICE」
平成28年 4月　社会医療法人に改組
平成28年12月　日本医療機能評価機構　機能種別評価項目　3rdG：Ver1.1　一般病院1
　　副機能：リハビリテーション病院　認定
平成29年 1月　がん診療指定病院認定
　　6月　へき地医療拠点病院指定
平成30年 5月　鹿児島JRAT事務局受諾

目　次

社会医療法人 恒心会
理　念
恒心会の歩み
巻頭言……1
恒心会　第4期中長期事業計画……2

恒心会 おぐら病院
恒心会おぐら病院……7

トピックス
がん診療指定認定を受けて、1年間の活動……11
へき地医療拠点病院の活動報告……12
「夢の鍵」の取材を受けて……13
健康経営とフィットネス……14
臨床研修医研修……16

平成29年度　病院指標について
平成29年度　病院指標について……21

各部門の活動
医局総括……27
リハビリテーション科……28
整形外科……29
外　科……30
神経内科……31
診療技術部……32
在籍医師紹介……33
看護部……36
3階西病棟……37
4階病棟……38
5階病棟……39
2階東病棟……40
3階東病棟……41
手術室・中央材料室……42
手術総括……43
外　来……46
救急外来……47
化学療法室……48
内視鏡室……49
健診室……50
認定看護師　年間活動報告……51

リハビリテーション部……53
薬剤科……57
画像検査科……59
栄養管理科……60
社会医療福祉科……61
臨床工学技士室（ME室）……63

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）……71
災害対策委員会……72

地域医療活動
地域医療活動……75
肝属圏域地域リハビリテーション広域支援センター活動報告……77

教育研修
院外研修……81
教育研修……84
実習関連……86
新入職者オリエンテーション……87

さかもと歯科クリニック
さかもと歯科クリニック……91

介護事業部
法人介護事業部ならびに介護老人保健施設 ヴィラかのや……95
訪問看護ステーションことぶき……97
通所リハビリテーション……98
ヘルパーステーションヴィラかのや……98
小規模多機能ホームサポートセンターおぐら24……99
鹿屋市地域包括支援センター寿8丁目サブセンターヴィラかのや……99
グループホームイーストサイドおぐら……100
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……100

研究論文・学会発表
医師業績……102
学会発表一覧……129

編集後記……130

巻 頭 言

理事長 小 倉 雅

ジャーナルを発刊するようになって4年が経ちました。毎年の振り返りをする事によって、成果を挙げている部分と足りない部分、これから取り組まなければならない分野が見えてくるようになりました。組織の永遠のテーマである“継続性”を考える上では、これからも引き続き絶やさぬ様に頑張っていきたいと思います。

さて、社会医療法人に改組して丸2年が経ちました。肝属圏域では既に、高齢社会、人口減少社会となり、2025年問題が現実となってきています。その様な状況の中で社会医療法人として恒心会の担うべき役割は何か?地域医療に貢献する事とは何か?と自問自答しています。

国の唱える地域包括ケアは、医療資源を効率的に利用して、なるべく地域完結型の医療を目指していくという事だと考えています。その為には自分達の立ち位置を認識して、地域に於けるアライアンス（共同体、連盟）の構築を図る、具体的には地域の病院、クリニック、介護事業体などが連携してアライアンスを組み、地域の住民の方の医療、介護、健康を支える為の努力をしていかなければならないと思っています。

先程の自問自答の答えとして恒心会は救急から在宅まで、しっかりと自分たちの担う役割を果たし、足りない部分は周りの医療機関や施設と連携を取っていく必要があると考えています。

話は変わりますが、平成29年度には2つのトピックスがありました。

一つ目は平成29年6月にへき地医療拠点病院の認可がおりたことです。これまでのへき地に於ける診療を評価して頂き指定を受けましたが、この事により地域枠の先生方がキャリアアップを積みながら働くという病院ができたのではと思います。

二つ目は一昨年、熊本大地震の際、鹿児島JRATの第一歩を踏み出す事ができたのですが、準備委員会を立ち上げ、平成30年5月の総会で正式に地域災害リハビリテーションチームとして鹿児島JRATが組織される事になりました。チームの代表は鹿児島大学リハビリテーション医学の下堂薗恵教授で、鹿児島県リハビリテーション施設協議会、各種団体（PT・OT・ST）で構成され、事務局は恒心会が担当する事になりました。これからも、いろんな医療機関にお手伝いをお願いする事になると思いますが、よろしくお願いします。

最後に、平成30年には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われました。地域医療構想の中で医療を取り巻く環境は益々、厳しくなってきています。急性期医療を守ることが困難になってきていて、このままでは地域医療の崩壊に繋がるのではと危惧しています。又、医師の偏在による問題も顕在化してきています。その様な状況下で我々に出来る事は、しっかりとしたビジョンを持ち、一つ一つ地道にコツコツと努力する事だと思います。これからも地域の医療機関、施設と連携を図りながら努力していきたいと思いますのでよろしくお願いします。

恒心会 第4期中長期事業計画

理事長 小 倉 雅

社会医療法人 恒心会
第４期中長期事業計画

理事長 小倉 雅
平成30年 3月

	計画期間	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番館オープン
第2期	平成24年～平成26年	法人事業の全体最適化	ハードの整備 ○新病院オープン
第3期	平成27年～平成29年	恒心会版地域包括ケアの創造	地域医療に貢献できる体制の整備 ○社会医療法人に改組 ○がん診療指定病院・へき地医療拠点病院の認可

恒心会は平成21年から3ヶ年を1期とする中長期事業計画を策定し、この事業計画に沿って目標を掲げ、全職員がベクトルを合わせ活動してきました。スライドは第1～3期の事業計画と達成事項です。

この9年間で医療と介護事業の複合型事業所の土台作りができ、新病院完成によってハード面での整備ができました。その結果、シームレスな連携が取れる環境が整ったと思います。又、社会医療法人に改組することによって地域医療に貢献出来る体制が整ってきたと思います。

計画策定の意義

●3年後のあるべき姿（ビジョン）の実現に向け、目標を各年度、各部署で設定。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

第4期中長期事業計画の期間

●平成30(2018年)年4月から平成33年(2021年)3月までの3ヶ年計画

↓

中長期的な視点から2025年問題(7年後）を見据えた取組みが必要

【医療を取りまく外部環境】

①社会保障システムの構造改革
②診療報酬と介護報酬の同時改定
③人口減少による医療ニーズの縮小
④医療や介護の担い手(就労人口)の減少
⑤医学の進歩・新たな制度への対応

少子高齢化と人口減少が進み、社会保障制度の前提となっていた仕組みが崩壊してきています。社会全体を支える働き手が少なくなり「財政問題」「財政破綻」が進む中、社会保障制度を根本的に考えなおす時期にきています。

厚生労働省は診療報酬や介護報酬の改定の度に、PDCAサイクルを回す事によって医療費を抑制し、年々、医療経営の環境は確実に厳しい状況になってきています。そして、今後もこの状況は変わらないと思います。

人口問題は都市と地方では大きく異なりますが、恒心会が位置する二次医療圏は、都市部に先駆けて既に人口減少社会に突入しています。

都市部との違いをしっかり認識し、自分達の地域で完結出来る様に努力する必要があると思います。

人口減少問題はニーズだけではなく、医療や介護の担い手（就労人口）の減少という大きな問題にも直結しています。

我々の医療業界は、資格者中心の労働集約型産業であり、持続的な成長を達成する為には、如何に安定的に優秀な人材確保をするか、そして、人財育成が鍵となっています。

また、患者さんの為に、ロボット手術や遺伝子治療等、医学の先進化・高度化・複雑化への対応が求められてきています。又、遠隔診療、遠隔医療などの新たな仕組みが出てきています。

【法人の内部環境】法人内部の現状と将来への展望

①職場環境の整備
②人財育成
③ワークライフバランスや福利厚生の充実

長年にわたり院内保育や「人への投資」を行ない、職場環境を整備してきました。又、一昨年より看護師の2交代制勤務など、それぞれの部署で働きやすい勤務体制をひいています。

様々な研修会、講演会を通して人財育成を図り、質の高い医療、介護のサービスが提供出来つつあると思います。

職員が健康で活力のある職場にする為、健康経営に配慮したフィットネスクラブを昨年、設置しました。

こうした地道な努力により経験豊富なスタッフが増加してきています。政府の進める働き方改革でこうしたスタッフの活躍する場を提供しつつ、世代交代も図っていきます。

今期は前期と同様にハードからソフト面の充実に努めていきたいと思います。

以上を踏まえて第4期の中長期事業計画のスローガンは、“恒心会の強みにハブ機能を備えた法人作りとアライアンスの構築”とします。

サブタイトルとして“法人完結型の包括ケア（急性期医療から介護まで）と、地域との連携を密にした地域完結型包括ケアを構築する～入り口と出口を意識した医療・介護に取り組む～としました。

入り口とは新しい患者さんの受け入れを意味しています。医療については、地域から求められている高度急性期医療に踏み込みこんだ救急車の受け入れをしっかり行ない急性期医療の中核的な役割りを担っていきたいと思います。

また出口とは在宅を意味し、国が進める政策に沿って地域包括ケアを構築する上で必要なハードや人材の確保を行なっていきたいと思います。

恒心会の強みとは整形外科、外科、神経内科の急性期医療と回復期リハビリテーションに於いて、この地域を代表する医療機関であり、中核的な存在であるという事です。

ハブとは車輪の中心部、スポークの中心部である軸受けで中心、中核といった意味になります。航空業界ではよく「ハブ空港」と表現されますが、例えば、ドイツのルフトハンザ航空は拠点空港をフランクフルト空港に置き、整備や要員配置など効率的な運用をしています。

また、アライアンスとは日本語に直訳すると「同盟」という意味で、複数の異業種・企業がお互いの利益の為に協力し合うこと、企業同士の提携を意味するビジネス用語です。

この第4期中長期事業計画の場合、アライアンスの意図している所は、地域の患者さんの為に、地域の病院、クリニック、介護事業などと連携して共同体を作り、恒心会が中核的な医療機関としての強みを活かし、地域を支えるwin-winの関係が構築出来ればと思っています。

2025年に向けて恒心会は、これから急速に進む人口減少の中、ゆとり世代から団塊世代まで、色んな世代が安心して生活できる地域作りをしていきます。そして、恒心会は世代交代をスムーズに進めながら、職員全員が団結して働けるような職場環境を

整えつつ、救急から在宅まで中継拠点基地となるた　めていきます。
めに、地域内での恒心会アライアンスの構築を進

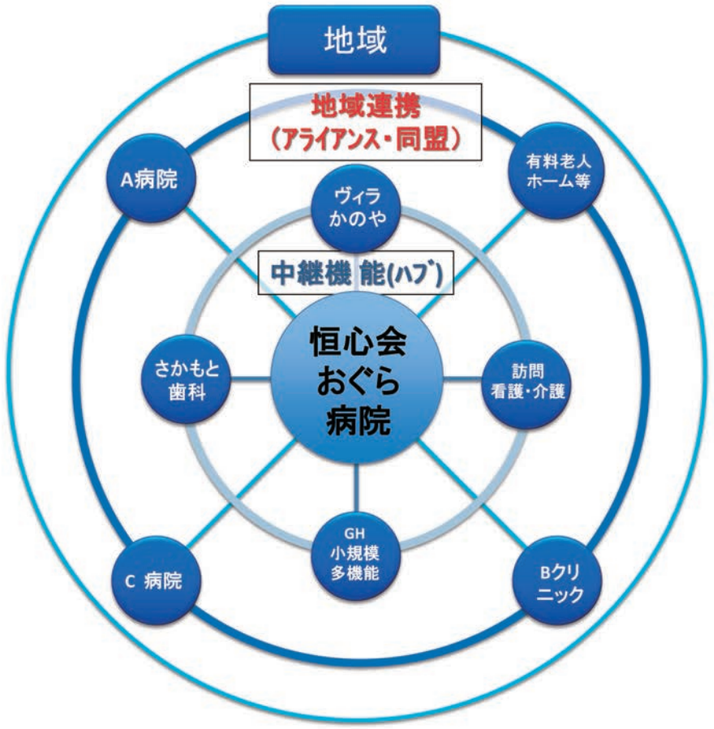
第4期中長期事業計画の方針

第４期スローガン

恒心会の強みにハブ機能を備えた
法人づくりとアライアンスの構築

法人完結型の包括ケア(急性期医療から介護まで)と、
地域との連携を密にした地域完結型ケアを構築する

～入口と出口を意識した医療・介護に取組む～



恒心会 おぐら病院

恒心会おぐら病院

病院長 小 倉 修

平成28年4月より社会医療法人へと組織移行し、早くも2年が経過致しました。この間、平成29年度には鹿児島県がん診療指定病院、鹿児島県へき地診療拠点病院としての認可を受けました。

昨年度の目標は、「質をより高める」をモットーとして、

1：地域医療のニーズに対応する医療体制の確保
2：財務体質の強化
3：医療安全管理体制の強化
4：人材確保と育成の充実

の4点を事業方針として組織熟成に務めてまいりました。結果は売上ベースの評価となりますが、年間2%弱の増という結果が得られました。診療内容や手術関係に関しては別途部門別に記載致しますが、鹿屋市を中心とした肝属地区内での外科系救急病院（二次医療）および広域リハビリセンターとしての役割を担えてきていると自負致しております。

さて、今年度は昨年度の各科別の目標を継続していくことに加え、「二次医療機関としての機能強化を図る」を合言葉に事業展開をしていく予定です。そのために新患・紹介患者予約窓口を地域連携課に一本化し、医師等スタッフのマンパワーの充実、均一な医療充実のためのクリティカルパスの再編そして他医療機関・公的機関との積極的な連携などをより強化し、新たな地域医療構想にも対処できるような組織づくりを行っていく予定です。

また、昨年度より開始いたしました、社会医療法人として公的な役割を果たすべく災害医療への取り組みについては、自院内での災害訓練の定期的な開催を始めております。そのための緊急連絡網作成（LINEのシステムを使用）を行い、実働を開始いたしました。合わせて、当院の得意とする分野であるリハビリテーション部門では、災害リハビリチームの体制づくりを進めております。

話は変わりますが、平成30年4月に診療報酬・介護報酬の同時改定（歯科診療も含めてトリプル改定）が行われました。Key wordは「支援・連携」と考えております。いわゆる多職種連携を前提とした「地域包括」に代表される、医療・介護・歯科・薬科等の医療界全体での連携を意識していると考えます。有機的かつシームレスな多職種との連携を展開できるような組織づくりを恒心会全体で行ってまいる所存です。

今年度は地域の皆様に信頼される二次医療機関としての病院づくりを目指して精進・努力してまいります。

トピックス

がん診療指定認定を受けて、1年間の活動

病院長 小 倉 修

2017年1月1日に当院は鹿児島県がん診療指定病院の認可を受け、早くも1年が過ぎました。当初の目的通り「専門的ながん医療・相談体制の充実を図り、各地域において県民に安心かつ適切な医療が提供されることを目的」とされた病院組織づくりに奔走した一年でした。

がん診療を行うにあたり、がん患者さん及びその回りのご家族を含めて、チームとして支えるサポート体制を当院では「がんサポートチーム」として2015年より立ち上げ、医事課、ソーシャルワーカー、看護師（緩和・化学療法認定看護師を含む）、リハビリスタッフ、放射線技師、臨床工学技師、薬剤師、管理栄養士、医師等すべての職種が週に一回（毎週火曜日）集まり、がんと診断を受けたその瞬間からがん治療に関するあらゆるサポートを開始するチーム活動をはじめました。現在、診断された瞬間から緩和への移行・終末期まで切れ目なく同じチームで情報共有しながら患者さん及びご家族をサポートしていけるような体制が整い、平成29年度は延べ200名以上のがん患者さんのサポートを行っております。他科医師の参加だけではなく、他医療機関（在宅診療医、他県の医療機関を含む）との合同TVカンファレンス（現在月に2回ほど）により治療に関するup to dateや、在宅医療への移行もスムーズに行えるようになり、10名を超えるがん患者さんの在宅移行を経験致しました。また、がん患者さんだけでなく、それを支えるご家族からも高い評価をいただくようになっておりますし、他医療機関との合同カンファレンスを行うことで治療の均一化が図れております。

この活動に合わせて、治療法の選択肢の拡大・充実も行い、内視鏡ホルダーロボット（手術の分野で）やハイパーサーミア治療（術前後の治療として）の導入が行われました。また、平成30年度の改定で高気圧酸素療法の組入も評価されており、こちらの施設充実も計画致しております。

がん診療に終わりは無く、日進月歩で新しい薬等の治療法が出てまいります。当院も遅れることのないように日々努力しがん診療を継続できていくようにまた、病院全体の目標でもある「二次医療機関としての機能を高める」を、がん診療においても達成できるよう精進・努力する所存です。

がんサポート会議

合同テレビ会議

へき地医療拠点病院の活動報告

病院長　小　倉　　修

当院が所在する二次医療圏（肝属医療圏）の地域特性は過疎型医療圏です。

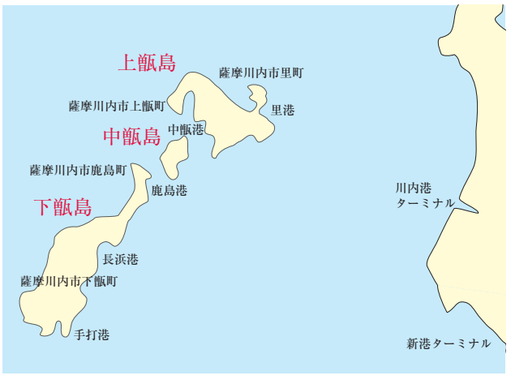
具体的には県内43市町村のうち、高齢化率が最も高い自治体が南大隅町（46.7%）であり、次いで錦江町（44.7%）です。さらに、高齢化率上位10市町村の中には、鹿屋市に隣接する垂水市と肝付町が入っており、この1市3町が当院の二次医療圏に集中しています。

このような地域医療の実情に僅かでも貢献するため、当院は平成26年4月から南大隅町と肝属郡医師会立病院のご指導の下、南大隅町へき地診療所に医師の派遣を行ってきました。

そして平成29年6月に鹿児島県より「へき地医療拠点病院」の指定を頂きました。

これより先は、鹿児島県へき地医療支援機構の下で急速な過疎化が進む大隅半島の地域医療に微力ながら汗をかきたいと思います。

さて、昨年は同機構からの要請に応じ、圏域をまたぐ形で下甑手打診療所に代診医の派遣を行いましたので紹介します。



薩摩川内市下甑手打診療所

（派遣期間）

平成29年12月16日（土）～12月17日（日）

（派遣医師）

恒心会おぐら病院　外科

東本　昌之　医師

（派遣日記）

鹿屋から車、フェリーと乗り継いで下甑島手打診療所に着くと、Dr. コトーのイラストが出迎えてくれました。漫画「Dr. コトー診療所」のモデルである瀬戸上健二郎先生が約40年間勤務された有床診療所です。今回の代診内容は、入院患者さんを含めた時間外の対応でした。診療所スタッフのサポートのおかげで、無事終えることができました。今回の派遣で感じたのは、乏しい医療資源を如何に効率よく使うか、ということでした。大隅半島にも共通する課題だと思います。その答えを見つけるためにも、へき地医療拠点病院としての活動に積極的に関わりたいと強く思いました。

「夢の鍵」の取材を受けて

病院長　小　倉　　修

以前、興味深くみていた「夢の扉」という番組がありました。確か、日曜日の夕方に放送されていた番組と記憶しています。様々なテーマで「made in Japan」の新しい技術や機械を開発している人達のドキュメンタリーが中心でした。この番組の中で、東京工業大学と東京医科歯科大学との共同開発による、空気圧駆動式の鏡視下手術支援ロボットを取り上げた放送回を拝見致しました。この時に、手術支援ロボットでありながら、圧感覚を感じることのできるシステムを作ろうとしているプロジェクトに対して、かなりな衝撃を受けたことを鮮明に記憶しております。

いつ、実用化されるのだろうかとアンテナを張っておりましたところ、2015年の夏頃でしたでしょうか、すでに鏡視下手術支援用の内視鏡ホルダーロボットが実用化されていることを知りました。常々、スコピストはロボット代用でマンパワーの縮小が可能になるのではないか?と、考えていたこともあり、早速2016年には導入を決定いたしました。現在はほぼ全例の鏡視下手術に対して、フル稼働でロボットを使用致しております。

内視鏡ホルダーロボットの取扱店に、後ほど伺ったところでは民間での導入ではほぼ日本初であったとかで、2017年にBS-TBSのTV番組より取材の申込みがありました。当初は、「何故当院のような田舎の一民間病院へ?」という気持ちが強かったのですが、同様に外科医のマンパワー不足を感じておられる、同規模の中小病院の参考になればと思い取材を引き受けました。2017年11月に実際の取材を受け、2017年12月23日に第62回ということで放送されております。

放送一部紹介

話は少し変わりますが、実際に取材を受けた際、撮影、録音、インタビュー等、お一人でこなしておられました。私はてっきり数名のスタッフで来られるのかと思っていたので、少々驚きを隠せませんでした。かの業界でもマンパワー不足があるのか?　と疑問に思いましたが、現在はコンピュータ上での編集が自在であり、また、録画・録音機能など、機器の進歩が格段なのだそうです。なんだか、妙なところで共感を覚えてしまった取材でしたが、実際の放映の画像を見ると、確かに編集の技術はすごいってことが実感できました。詳細は静止画をいくつか供覧いたします。この放送で取り上げられていた圧感覚を持つ操作ロボットに関して今後導入を検討しているところです。

病棟での取材風景

健康経営とフィットネス

【健康経営】

少子高齢化が進み、労働人口が減少することが予想される中、企業にとって一人一人の労働力はかけがえのない大切なものとなっています。しかし、一方で生活習慣病による疾病対策が社会問題になっており、三大生活習慣病の死亡割合は「悪性新生物・心疾患・血管疾患」で全死亡割合の5割以上を占めています（図1）。また、メンタルヘルスケアでは、職場環境や仕事のストレスなどから心身の不調を訴え休職する若者が増加傾向にあります。そのような背景から「健康経営」という考え方が注目されています。

図1 三大生活習慣病の死亡割合（2015年）

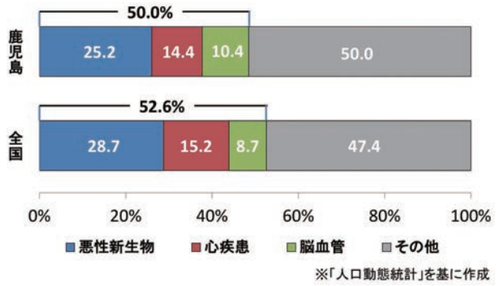
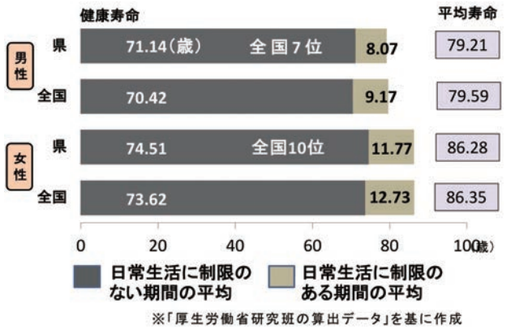


図2 全国と鹿児島県の健康寿命の比較（2010年）



〈「健康経営」とは〉

「健康経営」は、従業員の健康を重要な経営資源ととらえ、健康維持・増進に積極的に取り組む企業経営スタイル。企業が従業員の健康に配慮することで、活力が生まれて組織が活性かされ、結果として持続的な収益が期待できます。

〈背景〉

○少子高齢化による労働力人口の減少
○生活習慣病の増加等による医療費の増大
○メンタルヘルス不調者の増加
○外部環境の変化による経営合理化

〈メリット〉

○生産性の向上
　モチベーション・業務効率の向上、欠勤率の低下
○負担軽減
　疾病予防による傷病手当の減少
○イメージアップ
　企業ブランドの価値向上、社内的イメージ向上
○リスクマネジメント
　労災発生の予防、知識・技能の円滑な継承

（南日本新聞：平成29年8月26日掲載記事一部抜粋）

今後、労働者人口の減少による人手不足（医療・特に介護）を補うには現職の職員ができるだけ元気で永く働けるように法人側の努力も必要だと考えています。また、この法人で働いてよかったと思ってもらえることで退職後の人生も充実したものになれると思います。平均寿命が延伸されることも大事ですが、健康寿命（図2）の延伸はその職場でどのように過ごすかということが重要な鍵になると思っています。

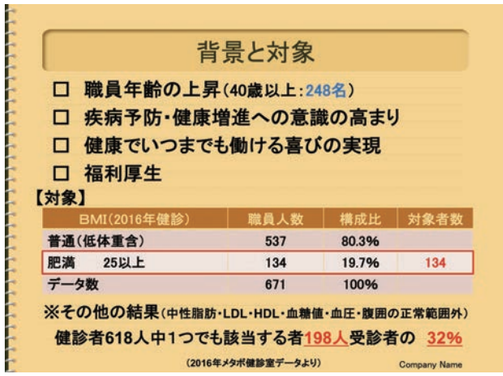
当法人ではその「健康経営」の一環として職員専用のフィットネス事業を開始しました。

【恒心会フィットネス事業】

平成29年4月よりプロジェクトチームを立ち上げ、準備を重ねて10月にプレオープン、11月に本オープンしました。場所は、老人保健施設ヴィラかのやのリハビリ室の一画に専用施設を設けました。

プロジェクトチームはリハビリテーション部を中心に事務部と構成されました。

主なフィットネスの対象とは下スライドを参照下さい。



当院では、毎年春と秋に健康診断が行われていますが、全受診者の約3割の職員が何かしらの基準値（新人間ドック学会基準の場合）を超えており、当然ですが特定健診者で多くなっています。そのため基準値を超えた（1項目以上）職員へは、フィットネスへの案内と申込用紙を配布して参加を促しました。その他の対象としてはロコモ予防、リフレッシュ、マッチョになりたい人等となっています。中にはマラソン大会を目標に利用している職員もいます。

マシーンは、有酸素系が11台（テレビ付）、ストレングス系が6台、ストレッチマシーンが1台、その他となっています。マシーンは自由に使うこともできますが、インボディ（体組成計）で評価し、それと連動したPCソフトを使って各個人に合ったプログラムを提示しています。また、いつ来て、何をどの程度使用したか記録できるようになっています。リスク管理としては、運動の開始前と後で血圧と体重を計測し、それらも記録管理されています。

現在は、運営管理としてリハビリスタッフが交代で行っています。ひとつデメリットとしては利用時間が月曜日から金曜日までで時間が17:30から20:00と使用時間が短いことがあげられます。それでも、現在1日平均10名以上の利用があり順調な滑り出しとなっています。今後は、専属スタッフの配置や腰痛教室などのイベントを企画検討しています。

有酸素系マシーン

ストレングス系マシーン（一部）

臨床研修医研修

平成29年度初期臨床研修ローテーション（恒心会おぐら病院）

H29.1.6

	2年目（平成28年度採用）											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
選択科目									・鮫島 一基（消化器外科）	・鮫島 一基（消化器外科）	・鮫島 一基（消化器外科）	
地域医療				・伊藤 和（北大） ・本瀬 泰良（地域医療）		・堀切 陽祐（地域医療） ・橋元 公士（地域医療）			・牛嶋 綜平（地域医療）	・小倉 葉月（地域医療）	・今村 儒宏（地域医療）	

平成24年1月から鹿児島大学の卒後研修プログラム「桜島」の地域医療の臨床研修協力施設として参加させていただきました。平成26年からは臨床研修協力病院となり、卒後2年目の地域医療枠の中で、整形外科・外科・神経内科・リハビリテーション科の指導医のもとで研修ができるようになりました。

平成27年28年の受け入れ研修医はそれぞれ1名でしたが、平成29年度は鹿児島大学病院と北海道大学病院研修連携事業として、北海道大学から1名の先生を含め、8名の先生方を受け入れました。

研修医へのギブス巻き込み指導

研修医8名のうち7名は、地域医療研修の中で整形外科（4名）、神経内科（1名）、外科（2名）を選択され、1名は3か月の外科研修でした。

研修医を受け入れるにあたり各科の研修プログラムを作成しました。

診療科ごとに、診療科紹介に始まり、初期研修プログラムの基本理念と特徴、研修内容、経験目標を定めたものです。そしてこのプログラムを実践するために、研修期間の研修カレンダーを作成し、少しでも多くの事を学んでいただく工夫をしました。

【スケジュール】

研修希望診療科によって多少の違いはありますが、月曜日から金曜日までみっちりとスケジュールが組まれています。

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

【学べたこと】

診療科によって学べたこと、経験できたことは異なります。

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

【研修を終わってのコメント】

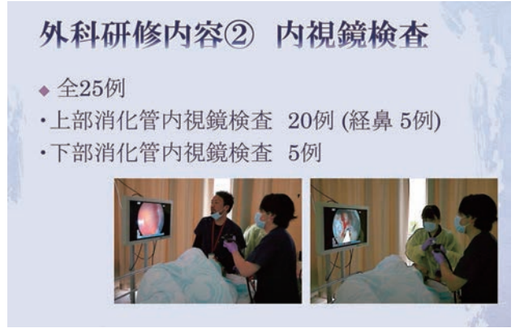
研修最終週には、医局会で研修報告会を開催しています。

経験した手術・救急外来内容、講義、へき地診療経験を報告してもらっています。

研修の感想をピックアップすると

- 初めての執刀☞手術の面白さ体験、奥深さ、美しさを実感
- 多彩な外傷症例
- ツツガムシ病との出会い
- どこまでも親切な事務の方々
- おいしい食べ物

診断名	術 式	件 数	執刀数
直腸脱	Gant-Miwa法 +Thiersch法	2例	1例
脱出性内痔核	結紮切除術	1例	ー
胆嚢結石症	腹腔鏡下胆嚢摘出術	3例	1例



- 初めての焼酎
- 少しはビビらずに外傷を診れるようになったかな
- 地域枠卒業生として将来の「一人診療所」に向け、大変有意義な研修
- 外科系志望の後輩だけでなく、内科系志望の後輩も良い経験ができる研修機関

【総括】

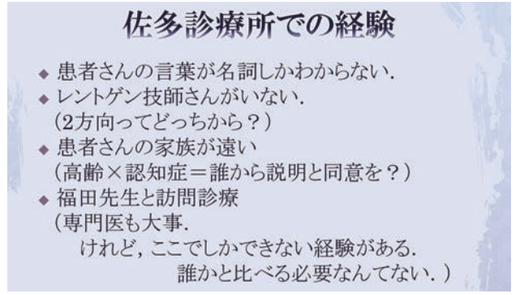
今年度はいっきに8名の研修医を受け入れることになりました。

研修医を受け入れるとなると、その責任を強く感じましたが、すべての研修医に多くの経験をしてもらい、有意義な時間を過ごしてくれたものと、指導医としての満足感を感じた1年でした。

研修医指導は、研修医を育てるという面と教えるための準備（振り返り作業）が必要になります。

指導医側にも良い意味で大きな影響のある制度であると感じています。

医師の偏在化は、当地域では切実な課題であります。今後とも行政と大学と一体となり、地域で活躍する医師の育成の一翼を担う努力を続けてまいります。



平成29年度 病院指標について

平成29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	28	88	60	93	139	306	508	606	643	195	2666

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の実績を基に集計しています。
【解　説】
当院は一般病棟（7対1看護：116床）と療養病棟（回復期リハビリテーション病床：100床）を併せ持ついわゆるケアミックス病院です。平成27年度の本診療指標の公開開始より、70歳以上が半数以上を占める状況が続いており当院診療圏地域の高齢化が進んでいることを表しています。

②診断群分類別患者数等（各科上位５疾患）

【整形外科】

DPCコード	DPC名称	当院平均在院日数	全国平均在院日数（平成28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	平均年齢
60800xx01xxxx	股関節大腿近位骨折	175	59.07	27.63	16.01	43.06	0.00%	84.79
160690xx99xx0x	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）手術なし　定義副傷病名なし	148	52.26	20.57	16.50	35.76	12.83%	81.95
160760xx97xx0x	膝関節症（変形性を含む。）人工関節再置換術等	48	6.29	5.49	6.00	0.29	0.00%	53.75
070160xx01xxxx	上肢末梢神経麻痺　手根管開放手術等	42	13.11	5.69	10.45	2.66	2.00%	69.42
070230xx01xxxx	膝関節症（変形性を含む。）人工関節再置換術等	42	43.66	26.26	12.83	30.83	0.00%	76.30

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の整形外科の実績を基に上位5位までを集計しています。
【解　説】
当院と全国平均では、平均在院日数に開きがありますが、その理由は当院のように一般病棟と療養病棟を併せ持つ病院は、在院日数を両病棟通算で集計するルールとなっている為です。当院の一般病棟在院時のみでの在院日数を表内に示してありますが全国平均と比較しても遜色ありません。

【外　科】

DPCコード	DPC名称	当院平均在院日数	全国平均在院日数（平成28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	平均年齢
060130xx99000x	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）手術なし　手術処置1なし　手術処置2なし　定義副傷病名なし	53	5.15	7.44	4.30	0.85	5.66%	76.62
060330xx02xxxx	胆嚢疾患（胆嚢結石など）　腹腔鏡下胆嚢摘出術等	39	8.64	6.82	8.64	0.00	0.00%	60.48
060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞　手術なし　手術処置1なし　手術処置2なし　定義副傷病名なし	25	9.92	9.08	9.92	0.00	0.00%	69.60
060040xx99x60x	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍　手術なし　手術処置2-6あり　定義副傷病名なし	23	4.26	4.41	4.26	0.00	0.00%	70.86
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍　手術なし　手術処置2－4あり　定義副傷病名なし	22	2.00	7.51	2.00	0.00	0.00%	69.50

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の外科の実績を基に上位5位までを集計しています。
【解　説】
当院の外科は消化器外科が主です。上位5疾患には入っていませんが地域医療の実情から肺炎等の総合診療的な役割も担っています。

【神経内科】

DPCコード	DPC名称	当院平均在院日数	全国平均在院日数（平成28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	平均年齢
010080xx99x00x	脳脊髄の感染を伴う炎症　手術なし　手術処置2なし　定義副傷病名なし	13	35.38	9.36	15.46	19.92	0.00%	45.92
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎　手術なし　手術処置2なし　定義副傷病名なし	12	19.91	21.25	18.16	1.75	8.00%	80.33
010110xxxxx40x	免疫介在性・炎症性ニューロパチー　手術処置2－4あり　定義副傷病名なし	10	16.90	18.04	16.90	0.00	20.00%	65.80
010160xx99x00x	パーキンソン病　手術なし　手術処置2なし　定義副傷病名なし	9	34.22	18.71	34.22	0.00	33.33%	77.11
010230xx99x00x	てんかん　手術なし　手術処置2なし　定義副傷病名なし	9	17.88	7.12	11.33	6.55	22.22%	58.55

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の神経内科での疾患上位5位までを集計しています。
【解　説】
当院神経内科は大隅半島地域でも数少ない神経内科の拠点病院として神経難病、脳卒中への対応を心がけています。

③初発の5大がんのUICC病期分類別並びに再発患者数

	初　発					再発	病期分類基準	版数
	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明			
胃 が ん	34	7	9	5	0	3	1	7、8
大腸がん	8	17	23	25	5	1	1	7、8
乳 が ん	2	0	1	3	0	0	1	7、8
肺 が ん	3	2	12	6	0	2	1	7、8
肝 が ん	1	3	0	9	0	2	1	7、8

※ 1：UICC TNM分類, 2：がん取扱い規約

【定　義】
平成29年4月～平成30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
⑴がんの「大きさ」と「周囲への広がり具合」(T)
⑵「リンパ節への転移の有無」(N)
⑶「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。ステージ数が上が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。
がん疼痛スクリーニング研究事業に参加しております。これは患者毎の疼痛度を具体的に数値化した上でデータを蓄積し効果的な緩和ケアが行えるよう取り組むものです。
がん疼痛緩和ケアの研究事業に参加しております。TV会議を用いて当院以外の緩和ケア専門医や認定薬剤師も交えカンファレンスを行うことで得られる広範な意見、助言を基にさらに効果的な緩和ケアが行えるよう取り組むものです。

④成人市中肺炎の重症度別患者数

	患者数	平均在院日数	平均年齢
軽　症	-	-	-
中等症	5	15.00	78.40
重　症	1	19.00	78.00
超重症	1	22.00	80.00
不　明	-	-	-

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の実績を基に成人市中肺炎による入院患者数を集計したものです。成人は20歳以上が対象であり市中肺炎とは日常生活の中で肺炎を発症する事です。
重症度はA－DROPスコアを用いて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。
⑴年齢（男性70歳以上　女性75歳以上）
⑵脱水　BUN21mg/dl以上または脱水有り
⑶酸素飽和度　SpO2<=90％（PaO2　60Torr以下）
⑷意識障害　意識障害あり
⑸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
G45$	一過性脳虚血発作及び関連症候群	3日以内	3	2.00	2	0.00	59.66	0.00
		その他	3	5.33	5.33	0.00	75.33	0.00
G46$	脳血管疾患における脳の血管（性）症候群	3日以内	-	-	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-	-	-
I63$	脳梗塞	3日以内	-	-	-	-	-	-
		その他	22	81.95	28.54	53.41	75.18	36.36
I65$	脳実質外動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	-	-	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-	-	-
I66$	脳動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	-	-	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-	-	-
I675	もやもや病〈ウイリス動脈輪閉塞症〉	3日以内	-	-	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-	-	-
I679	脳血管疾患、詳細不明	3日以内	-	-	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-	-	-

【定　義】
平成29年4月～平成30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80日以上と長期に及んでおりますが、一般病棟での平均在院日数は28.54日であり、他の医療機関と比較しても遜色のない実績ではと考えます。残りの50日あまりは療養病棟でのリハビリ治療が主となっており、神経内科とリハビリテーション科が協力しながら治療にあたっております。

⑥診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）

【整形外科】

Kコード	名　称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	当院一般病棟での平均在院日数	当院療養病棟での平均在院日数	転院率	平均年齢
K0461	骨折観血的手術（大腿）	133	4.12	55.93	16.26	43.79	11.27%	84.80
K0811	人工骨頭挿入術（股）	53	5.09	50.73	16.86	38.96	7.54%	85.30
K0821	人工関節置換術（膝）	48	2.10	40.37	12.62	29.85	0.00%	76.87
K0483	骨内異物（挿入物を含む）除去術（下腿）	32	1.03	3.31	4.34	0.00	0.00%	41.56
K0483	骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕）	30	1.00	2.43	3.43	0.00	0.00%	60.56

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の整形外科での手術上位5位までを集計しています。
【解　説】
地域の高齢化率が高く、転倒等に起因する大腿の骨折手術が最多となっています。
院内完結型の治療として術後はシームレスに療養病棟での回復期リハビリテーションへの移行体制を整備しています。

【外　科】

Kコード	名　称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	当院一般病棟での平均在院日数	当院療養病棟での平均在院日数	転院率	平均年齢
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm未満）	210	0.48	1.16	2.08	0.00	0.00%	64.10
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	63	2.74	7.53	9.96	0.31	0.00%	62.09
K6335	鼠径ヘルニア手術	28	1.53	6.67	8.20	0.00	4.34%	70.17
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	22	1.22	5.86	7.08	0.00	0.00%	58.22
K654	内視鏡的消化管止血術	19	0.84	15.73	13.94	2.63	15.78%	69.10

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の外科での手術上位5位までを集計しています。
【解　説】
腹腔鏡を含む内視鏡補助下の手術割合が主流となっており、「人に優しい手術」をキーワードに取り組んでいます。
腹腔鏡機器も従来の硬性鏡に加えフレキシブルタイプの軟性スコープを導入する事であらゆる腹腔鏡手術への対応を行うと共に、術者がストレス無く、より安全に手術出来るよう取り組んでいます。
平成28年より西日本で初めて内視鏡外科手術支援ロボット「EMARO（エマロ）」を導入し、内視鏡手術の正確性や安全性の向上に取り組んでいます。

⑦その他（DIC、敗血症、その他の真菌症及び手術・術後の合併症の発生率）

DPC	傷病名	入院契機	症例数	発生率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一	-	-
		異なる	-	-
180010	敗血症	同一	1	0.03%
		異なる	3	0.11%
180035	その他の真菌感染症	同一	-	-
		異なる	-	-
180040	手術・処置等の合併症	同一	12	0.45%
		異なる	-	-

【定　義】
平成29年4月～平成30年3月の実績を基に集計しています。

各部門の活動

医局総括

副院長 東 郷 泰 久

当院は平成28年4月より社会医療法人となり、より公益性の高いへき地診療、救急医療、災害医療などへの取り組みが期待されています。また、通院手段の問題から大隅地区内での専門的な治療を希望される患者さんも多数いらっしゃいます。この期待に応えるべく当法人では20名の常勤医と各専門分野の非常勤医が診療にあたっています。

常勤医の約半数と、非常勤医のほとんどは鹿児島大学の各医局から派遣していただいており、今年度も多数の勤務移動がありました。常勤医の約半数は鹿児島大学の各医局から派遣していただいており、研修を終えたばかりの若い先生方も多く、その意欲や新鮮な知識にこちらも刺激をもらっています。

当院は卒後研修制度の地域診療枠の指定病院となっており、昨年は8名の研修医の受け入れを行いました。（整形4名、外科3名、神経内科1名）また、今年度から鹿児島大学と北海道大学の研修医交流事業が始まり、このうち1名は北海道大学からはるばる研修に来ました。上級医の指導のもと僻地診療、救急医療を中心とした研修をしてもらいまいた。

今後も各診療科、各部門と連携しながらより良いチーム医療を目指したいと思います。

〈医局会〉

第2第4木曜日の診療前に開催され、診療状況、医事情報、薬事委員会などからの報告、症例検討会をおこなっています。

〈各委員会への参加〉

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

〈大隅MC協議会事例検討会〉

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

〈僻地診療〉

毎週水、金には肝属郡医師会立病院、佐多伊佐敷診療所に赴き整形外科を中心に診療しています。

〈今後の問題点〉

- 毎年の命題ですが、手術周期の厳しい全身管理を必要とする症例が多く麻酔科、内科の常勤医の確保が急務。
- 救急受け入れ態勢の充実
- 在院日数などDPC、早期回復期病棟の要件を満たすため、より緊密な診療情報の共有。

手術カンファレンスへの研修医の参加

大隅MC協議会事例検討会

リハビリテーション科

副院長　重　信　恵　三

恒心会おぐら病院は、急性期病棟（116床）、回復期病棟（100床：2病棟（各50床））となっております。回復期病棟は神経内科、外科、リハビリテーション科にて担当しておりますが、リハビリテーション科は2名体制（リハビリテーション医学専門医2名）にて回復期2病棟の各専従医として、80名前後の患者さんを担当しております。

リハビリテーション治療におきましては、促通反復療法（川平法）をベースに電気刺激、振動刺激を用いたリハビリテーションを各患者さんに提供するとともに、定期的に川平和美先生（鹿児島大学リハビリテーション科名誉教授）に患者さんを診ていただきながら、当院セラピストの教育も行っていただき、各セラピストの技術向上も行ってまいりました。また、本年4月より、松元秀次先生（日本医科大学院医学研究科リハビリテーション学分野主任教授）に定期的に患者さんを診ていただくこととなり、さらなるリハビリテーション医療の向上を進めております。

川平先生による促通反復療法の講義

また、治療向上を図る目的に、ロボット治療についても積極的に導入し、平成26年度よりロボットスーツHALを導入、平成30年度よりCoCoroe ARⅡ（上肢リハビリテーション装置）を導入しました。患者さんの機能改善に寄与しております。

CoCoroe ARⅡ（上肢リハビリテーション装置）

今年の取り組みとしては、促通反復療法をベースに全国トップレベルのリハビリテーション医療を患者さんに提供していくことは変わりありません。また鹿児島大学リハビリテーション科を中心に全国31施設での共同研究（RALLY研究：walkaid）に参加し、症例研究を行っておりますが、その他の研究も引き続き行っていく予定です。

患者さんに向き合い、患者さんご家族に寄り添い、一番だと思える医療を提供してまいります。

整 形 外 科

整形外科部長　嶋　田　博　文

平成30年4月より川内市医師会立市民病院より赴任して参りました、嶋田博文と申します。私は生まれも育ちも平成6年に鹿屋高校を卒業するまで生粋の鹿屋人であり、24年ぶりに帰って参りました。専門は脊椎脊髄外科と骨軟部腫瘍です。大隅の皆様のお役に立てるよう全力で邁進する所存です。どうぞよろしくお願いいたします。

さて恒心会おぐら病院整形外科は、小倉雅理事長、東郷泰久副院長を先頭に、肩を中心とした関節専門の海江田光祥先生が残留し、今年度から私と、外傷を中心に活躍される瀬戸山傑先生、整形外科専門医を目指す中村優子先生、小倉拓馬先生の4人が新たに加わり、計7名で日常診療・手術・教育にあたっています。診断・治療に難渋する症例は、鹿児島大学整形外科医局の脊椎・関節・腫瘍各グループとの太いパイプを使ってセカンドオピニオンを仰ぎながら対応しております。

整形外科は四肢、脊椎、骨格など頚部以下の運動器官、姿勢に関与する諸疾患を扱う科です。当院は大隅で数少ない手術可能な整形外科病院であり、特徴として手術する患者様の割合が外傷疾患、慢性疾患が半々位です。又、高齢社会の影響で、老年人口が多く、大腿骨近位部骨折、橈骨遠位端骨折、腰椎椎体骨折が多いのが特徴です。

地方の病院として集約化が進み、手術件数は年々、増加の一途をたどり、2010年度は年間666件から2017年度は1239件と7年で約2倍に増えております。麻酔科・循環器科・神経内科のご協力のもと、今年度も安全安心に手術を遂行できますよう、尽力してまいります。

保存的加療に抵抗するケースでは、状況にあわせ考えうる様々な治療法を提示し、最適な治療を選択するように心がけながら、各専門医師が責任をもって手術を施行いたします。外傷手術はもちろんのこと、手外科手術では、腱移行術・関節形成術に加え、手根管症候群に対しては神経内科の協力をいただき臨床研究も推進しております。脊椎外科手術では、本年度から術中脊髄モニタリングが手術室専用で使用可能となりました。麻酔科の協力のもと安全に手術ができるように努めます。関節外科手術では、人工関節置換術に加え、スポーツ整形外科医が関節鏡視下腱板縫合術・靭帯再建術・半月板縫合術・関節形成術などの手術を数多く施行しております。

さらに当科では、骨をメインに扱う科の責任としまして、骨折そのものを予防するために、海江田先生を中心に、今年から大隅半島初の取り組みである骨粗鬆症リエゾンサービスチームを結成いたしました。脆弱性骨折（大腿骨近位部骨折、上腕骨骨折、椎体骨折、橈骨遠位端骨折等）の予防を目指し、患者様の骨折リスク評価、場合によっては治療を開始したり、残念ながら最初の骨折が起こった場合、骨折の治療は勿論の事、新たな骨折の防止を目指して治療戦略を立てて行きます。

その戦略の一つとして、骨粗鬆症マネージャーを育成をし、多職種連携と近隣の医療機関との連携による骨折抑制を推進して行く予定です。

今後とも大隅の拠点病院として、全員で患者様及びご家族のご希望に沿いながら、精進して参ります。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

外　科

外科部長　松　尾　洋一郎

恒心会おぐら病院に再赴任して4年が経過しましたが、以前の勤務を含めると10年となり、医師としてのキャリアの約半分を大隅半島の外科診療に携わらせていただいています。

当院外科は、私を含め大学から赴任している出先先生と診療技術部長である東本先生を中心に外来および病棟診療・内視鏡検査、そして手術を担当しています。

内視鏡に関しては東本先生を中心に上下部内視鏡からERCP・ESTを、また胃のEMR・ESDまでを行います。

手術は開腹手術から腹腔鏡下手術までEMARO（Endoscope Manipulator Robot）も活用しながら、胃・大腸をはじめとして肝・胆・膵を含めた腹部全般のがん手術を行います。

EMAROでの腹腔鏡視下胆のう摘出術

昨年鹿児島県がん診療指定病院の認可を受け、診療は消化器外科全般、がん治療が中心であります。消化器がん以外にも鹿児島大学腫瘍外科（旧第一外科）で診療している乳がん・甲状腺がんは大学と連携しながら手術・化学療法を、肺がんに関しても大学病院だけでなく厚生連病院・鹿児島市立病院呼吸器外科との連携で化学療法を行っています。

緩和医療にも力を注いでいて、各種認定スタッフをはじめ多種職参加の定期的なキャンサーボード・緩和医療カンファレンスから始まり、化学療法カンファレンス、他施設緩和ケア専門医とのビデオカンファレンスを行っています。

がん治療の中心は手術・化学療法・放射線療法でありますが、当院は2年前にサーモトロンを導入し、がん治療に対する補助的な役割として温熱療法が順調に運用されています。

局所病変への単独での温熱治療だけでなく様々な化学療法との併用でも効果が認められるようになってきています。

今年の診療報酬改定より化学療法と高気圧酸素療法の併用が保険診療として認められることになったのは当院がん治療にとって最大のトピックでありました。当院のサーモトロンも高気圧酸素療法も一人仕様のため運用にはある程度の制限がかかってしまいますが、化学療法との併用治療による治療効果・副作用軽減は実証されており、当院における今後のがん治療成績を底上げする治療法として注力していく所存です。

鹿児島県において、化学・温熱・高気圧酸素療法の集学的治療が行える施設は大学病院以外では数が少なく、都会でもうけられる標準的な治療を普通に提供できる医療施設が必要と思っております。

鹿児島は鹿屋からは遠いため、治療を受ける患者への負担を軽減するためにも、大隅におけるがん治療施設のフラッグシップモデルとなれるように努力していきます。

神 経 内 科

神経内科部長　平　松　　有

平成29年4月より恒心会おぐら病院神経内科部長をしております、平松有です。あっという間の一年で、昨年度の文章を書いたのが、ついこの間のように感じられます。

平成30年度になり、当科の体制も変わっております。昨年度まで二年間おりました大山徹也先生がご実家の志布志にあります、豊泉会大山病院へ戻られるにあたり、今年度から新たに重久綾乃先生が鹿児島大学大学院神経病学講座より赴任されました。昨年度は鹿児島大学病院の病棟医をされておりまして、非常に周囲の医師やスタッフからの評価が高く、ここに来られてからも患者さんに丁寧に接しており、安心して仕事を任せられております。また、大山先生にも引き続き当科の水曜日外来、当直業務にあたって頂いております。昨年度までは小生の外来は月曜日、火曜日、水曜日、金曜日でしたが、大山先生が水曜日に外来をしてくださることになるにあたり、小生の水曜日外来は無くし、病棟の体制を充実させております。

ヴィラかのや施設長で在られる中原啓一先生、ヴィラかのやの診療や神経生理検査を行って頂いている中江めぐみ先生にも引き続きご協力頂いている他、木曜日には鹿児島大学病院より吉村道由先生、土曜日には鹿児島市立病院より渡邊修先生にも引き続き外来診療にあたって頂いております。吉村先生は鹿児島大学病院で神経生理検査を専門にされていることもあり、この一年間で整形外科からの手根管症候群、肘部管症候群、胸郭出口症候群などの相談が増えており、渡邊先生には外来診療だけでなく、患者さんの転院相談なども含め、ご協力頂いております。

当院には内科系の専門外来として循環器内科、呼吸器内科、血液膠原病内科、リウマチ科、リハビリテーション科、心療内科などがございますが、急性期の入院患者をみるのは当科しかありません。このため、昨年度一年間、大隅地域で数少ない神経内科の拠点病院としての役割の他、かかりつけ医、二次医療機関として内科系疾患の入院加療を行う機会が多々ありました。十分な治療が行えているか葛藤する場面もありましたが、今の大隅地区の医療資源を考えますと、非常勤の専門医の先生方や、地域の医療機関にもご協力頂きながら、引き続き役割を担っていく必要があると考えております。

また当院には多数の神経難病の方が通院されておりますが、肺炎や尿路感染などの感染症を起こして入院した後、ADLが低下してしまい、転帰先に迷うことも多々ありました。こちらについても回復期、療養型の病床を持っている地域の医療機関とより信頼関係を構築し、何かあったら再び当院での治療を行うという理解の上で、受け入れをお願いできればと考えております。また在宅でご家族が介護されているケースにつきましてもレスパイトや訪問看護、訪問リハビリを含め、他科の医師、薬剤師、看護師、リハビリテーションのセラピスト、ソーシャルワーカーやケアマネージャーなど多職種と協力をしながらサポートができればと思います。

医療を取り巻く環境が益々厳しくなっていく昨今ですが、原点である患者本位の医療に立ち返り、大隅地域の拠点病院として精進して少しでも貢献できればと思います。

診療技術部

診療技術部長　東　本　昌　之

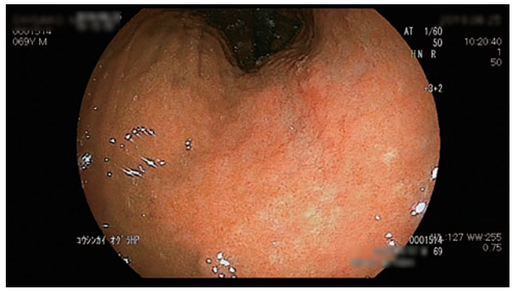
今年もこの原稿を依頼される時期となりました。

昨年はME2名の新規雇用に関して、まず書かせていただきました。その後の経過を簡単に報告したいと思います。医療機器のメンテナンスだけでなく、医療機器の取り扱いマニュアルの作成にも着手してくれています。また、温熱療法及び高圧酸素の操作も任されるようになっています。おかげで、温熱療法は治療枠を増やすことができております。2016年7月の導入から1年間はのべ361回、2017年7月から2018年4月まではのべ390回の温熱療法が施行されております。さらには、化学療法、温熱療法、高圧酸素療法の組み合わせ治療に関する提案もしてくれました。ME2名がそれぞれに職場になじんで取り組めている証左だと思っております。温熱療法を希望されて

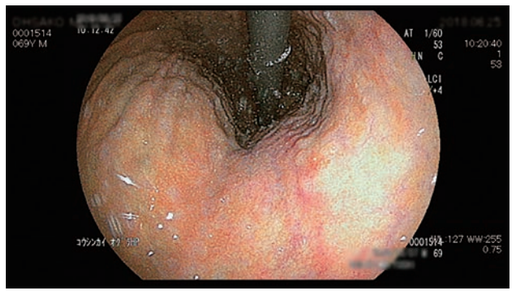
ハイパーサーミアRF-8

受診する患者さんも確実に増えています。法人事務方の広報の努力にも感謝感謝です。

今年も日本消化器内視鏡学会に出席させていただきました。当院でも使用しておりますが、富士フィルム社製内視鏡に搭載されている、LCIモードに関する発表が多数ありました。“LCIモードで何を見ているの?”等と今までは言われたりしました。しかし、腸上皮化生の評価や早期がんの拾い上げに有用であるというevidenceに基づいた発表が多数でした。特に早期がんの拾い上げにおいては、色調の変化で病変を捉えるとのこと。当院でも非常に有用であると考えられました。改めて、日々進歩する医療技術をupdateすることは重要であると痛感しました。



内視鏡画像　通常画像



LCIモード観察比較

最後に、当院での上部下部消化管内視鏡検査は、平成29年1月から12月の1年で約4400件と前年と比べると増加していました。量をこなしても、質がさがれば本末転倒です。良質な内視鏡検査を提供できるように、日々研鑽に努めたいと思います。

在籍医師紹介（2018年6月時点）

整形外科

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

外　科

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

整形外科

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

田邊　史
整形外科部長
日本整形外科学会専門医
日本整形外科学会脊椎脊髄病医
認定医・指導医
（平成29年4月1日～
平成30年3月31日）

松山　金寛
日本整形外科学会専門医
（平成28年7月1日～
平成30年3月31日）

高橋　建吾
日本整形外科学会専門医
（平成28年10月1日～
平成30年3月31日）

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

堀之内　駿
日本整形外科学会員
（平成29年4月1日～
平成30年3月31日）

嶋田　博文
整形外科部長
日本整形外科学会専門医
日本整形外科学会認定リウマチ医
日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医
（平成30年4月～）

瀬戸山　傑
日本整形外科学会専門医
（平成30年4月～）

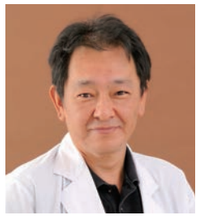
小倉　拓馬
日本整形外科学会会員
（平成30年4月～）

中村　優子
日本整形外科学会会員
（平成30年4月～）

外　科

松尾洋一郎
部 長
日本外科学会専門医
日本消化器外科学会会員

東本　昌之
診療技術部部長
日本外科学会専門医
日本消化器外科学会会員



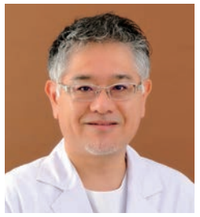
竹林　勇二
健診室室長

櫻井　俊秀
日本外科学会専門医
日本消化器外科学会会員
がん治療認定医
（平成26年7月1日～
平成29年6月30日）

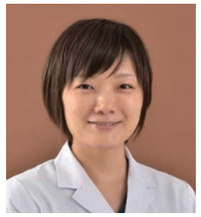
中村　和夫
日本外科学会会員
日本消化器外科学会会員
日本内視鏡外科学会会員
日本老年医学会会員

出先　亮介
日本外科学会専門医
（平成29年7月～）

リハビリテーション科

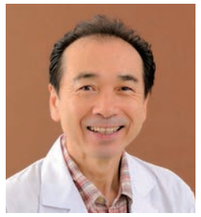


重信　恵三
恒心会おぐら病院　副院長
日本リハビリテーション医学会専門医
日本リハビリテーション医学会認定臨床医



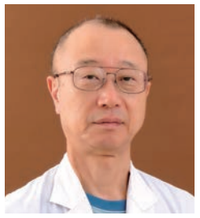
天野　夢子
日本リハビリテーション医学会専門医

内　科



高尾　一行
日本内科学会会員
日本糖尿病学会会員
麻酔科標榜医

婦人科



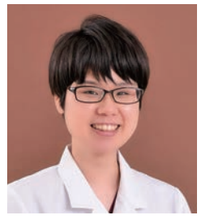
新川　義容
日本産科婦人科学会専門医
麻酔科標榜医
日本麻酔科学会認定医

神経内科

中原　啓一
ヴィラかのや 施設長
日本神経学会神経内科専門医

平松　有
神経内科部長
日本神経学会神経内科専門医
日本内科学会認定内科医

大山　徹也
日本内科学会認定内科医
日本精神内科学会会員
日本神経生理学会会員
（平成28年4月1日～
平成30年3月31日）



重久　彩乃
日本内科学会会員
日本神経内科学会会員
（平成30年4月～）

歯　科

坂元　潤也
さかもと歯科 院長

看 護 部

看護部長 上別府 昌 子

26年前に骨折でお世話になった小倉病院が、鹿屋の地で際立った外観の「恒心会おぐら病院」になり、車で通る度気になっていました。そして、平成29年4月縁があり働くこととなりました。これまで9回の転勤をしてきて、その都度「まずその施設を知り、人を知る」事を第一歩として来たように、今回もスタートしました。様々なことが新鮮で、馴染みやすい職員に嬉しく思いました。そして、10月新たな看護部編成に伴い、看護部長に就任しました。患者さんの、その時々の状況を見据えた看護・介護実践ができるように、一人ひとりが力を発揮できる看護部でありたいと思います。また、そのための様々な環境を整えるのが私の役割だと思っています。看護部の新体制は、副看護部長3名が「業務」「教育」「病床管理」の担当者となり、各委員会や各病棟の夫々担った部署に責任をもってかかわり、オープンな看護部室を目指しています。

29年度目標の評価

急性期病棟の7対1，回復期病棟入院料1の入院基本料は、ほぼ毎月維持できました。また、平成28年度改定で新設された「認知症ケア加算2」算定取得のため、必須研修を受講した看護師の複数配置や手順書作成、活動を促進するためのチーム、その後「認知症ケア委員会」として名称を変え活動した結果、6月より算定開始となりました。初年度は、算定漏れや運用上の問題に取り組むことが中心になりましたが、本来の目的である「認知症患者に対して、対応力とケアの質向上を図る。即ち見守りではなくかかわりを促す事」についた算定であることを認識する必要があり、次年度誕生予定の認知症看護認定看護師に大いに期待するところです。

「がん患者指導管理料」については、算定実績がなく、県がん診療指定病院として早急に取り組む必要がありました。認定看護師が中心となり、システム構築から運用まで行い、10月より算定開始となりました。患者さんからの希望も多いので、今後体制を整えつつ件数を増やしていきたいと思います。

従来当院の看護師教育は、病院の支援で院外研修受講と院内では新人と3年目が対象になっています。今回医療施設だけでなく、介護施設や訪問看護等において共有して活用できるJNAクリニカルラダーが提示されたのを機会に、看護実践能力を核とした教育をしていくため、「恒心会クリニカルラダー」の検討を行っています。特に、各部署で重要な枠割を担っている中堅看護師が、これまでの経験を活かし、これからの目標を持てるようにする。そのために、恒心会の介護事業を活用しての、「地域で学べる教育」を計画しています。このことが、ひいては恒心会の理念「医療・介護を提供して地域社会に貢献します」につながっていくと考えます。

3階西病棟

看護師長 永 野 知 代

当病棟は消化器外科病棟で、周術期の看護、化学療法を行う看護、終末期への看護などあらゆる病期の患者への専門的な看護が求められる病棟です。特にがん看護においては、診断されてから終末期までの期間を総合的にサポートできるように、医師をはじめ薬剤師、病棟・外来・訪問看護師、理学療法士、社会福祉士、放射線技師、管理栄養士、医療事務など多職種が参加し、毎週火曜日にがんサポートカンファレンスを行っています。

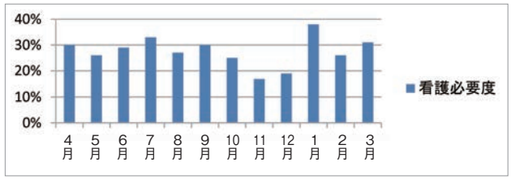
また、昨年度から月2回定期的に他施設とテレビ中継での症例検討会を開催し、外部の緩和ケア専門医や専門薬剤師と症例を通して意見交換やアドバイスで学びも深まり多職種協働で患者をサポートするチーム力が増したように思えます。また、認定看護師2名が心理的不安軽減で定期的に面接を行っています。

平成29年1月、鹿児島県がん診療指定病院に認定され1年が経過しました。今まで行ってきた取り組みを地域と連携するべく、外部講師を招き緩和ケアの研修会を開催しました。近隣の病院から医師、看護師、薬剤師など52名、院内を含め合計96名の参加者を得られ意見交換が活発に行われました。

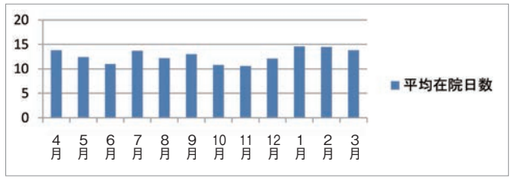
地域における指定病院という社会的な立場で、患者さんが標準的な治療を安心して受けることができ、苦痛が最小限に緩和されるよう今後も地域と連携し活動を行っていきます。

第3回大隅緩和ケアネットワーク多施設合同カンファレンス TV中継

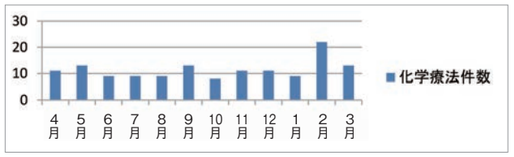
第3回大隅緩和ケアネットワーク多施設合同カンファレンス 研修風景



看護必要度



平均在院日数



化学療法件数

4階病棟

看護師長　小　園　みちよ

平成29年度、当病棟の病床稼働率は96.4％、平均在院日数14.6日、看護必要度34％でした。また救急搬送患者の4階病棟入院は年間246名であり、大隅地区の救急医療の役割を担っています。月平均の入院入棟患者83.5名、退院転棟患者81.6名と回転率が高いため、他職種とのカンファレンスを実施し、入院から手術、リハビリ、退院（転棟）への支援に繋げることで、患者が安心して入院生活が送れるよう努めています。

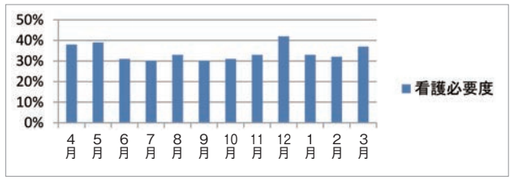
また、近年骨粗鬆症に伴う骨折は増加傾向にあります。地域の高齢化が進み、骨折等の入院を受け入れる当院では、骨粗鬆症の患者に対してより質の高い医療の提供を目指し、10月から骨粗鬆症に伴う脆弱性骨折、二次性骨折を予防することを目的としたOLS（骨粗鬆症リエゾンサービス）に取り組み始めました。脆弱性骨折や二次骨折は、転倒のリスクが高まるだけでなく、患者のADLやQOLを悪化させ、要介護に至る原因となります。

それにより、生命予後も引き下げ、一旦骨折すると再骨折するリスクが高まり、骨折の連鎖を生じてしまうことになりかねません。

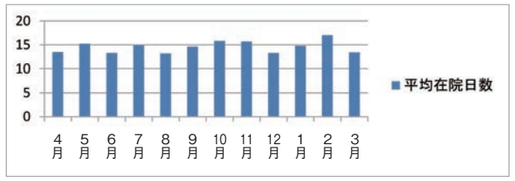
入院直後から脆弱性骨折罹患患者（大腿骨近位部骨折、橈骨遠位端骨折、脊椎圧迫骨折、上腕骨近位端骨折等）を抽出し、プログラムに沿って各種検査や、LIPUS（超音波骨折治療法）、骨粗鬆症治療薬の投与を実施しています。平成29年10月～3月間でLIPUS実施患者61名でした。今後病院全体としてOLS担当者会からOLS委員会活動として取り組み、よりよい骨粗鬆症の治療と、看護ケアの質向上を目指していきたいと考えます。

整形外科カンファレンス

橈骨遠位端骨折に対する超音波骨折治療法



看護必要度

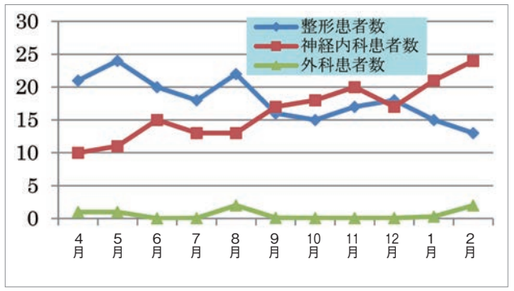


平均在院日数

5階病棟

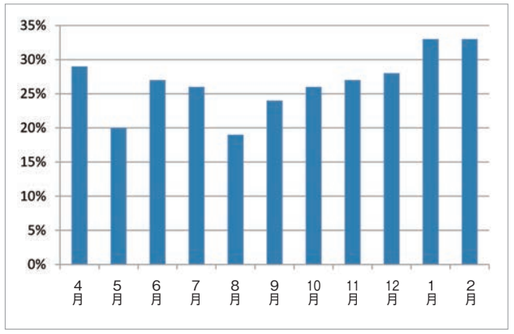
看護師長　吉　松　博　志

5階病棟は神経内科を中心に外科や整形外科の保存治療を目的に、急性期から亜急性期の受け入れを行っている。入院診療科内訳として平成29年度上半期は整形外科が65％を占めていたが、下半期になると神経内科患者が増加に転じ、平成30年2月までに神経内科が66％を占める割合へと変化していった。（図1）　増加の要因は明確ではないが、神経内科では難病疾患が多く、長期入院になるケースが少なくない。



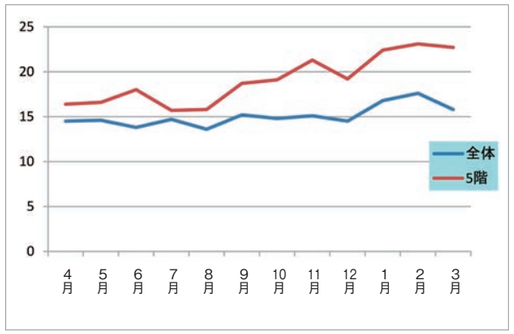
診療科別平均入院患者数　図1

神経内科患者が増加したことで重症度・医療看護必要度（以後必要度と称す）にも影響があった。病棟単体として必要度は上半期25％を上回った月は6ヶ月中に3ヶ月のみだったが、下半期はすべての月で25％以上を上回った。（図2）



重症度・医療看護（月平均）図2

この要因としてはステロイド薬による薬剤調整、点滴管理・酸素管理・呼吸器管理などの医療介入の頻度が伴ったことによる影響が大きい。（図3）



月別平均在院日数　図3

このことに比例して在院日数は延長することとなった。元々神経内科を有する病棟は在院日数が延長する傾向にあり、上半期16％前後から次第に在院日数が延長し、下半期になると20日以上となり平成30年2月は最も高い23.1日という結果になった。

平成30年度は医療・介護診療報酬改定が行われ、急性期病院を担うために様々な変化に対応できる取り組みが必要となる。今年度は混成病棟を担う一方、在宅支援に向けた取り組みを強化し、スムーズな退院支援を実施することにより安定的な病棟運営を目指して行きたい。

2階東病棟　へき地医療拠点病院における回復期病棟としての取り組み

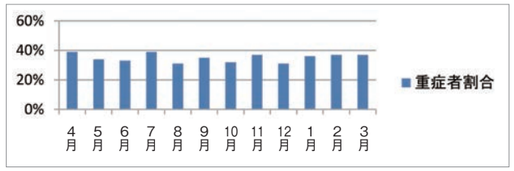
看護師長　下　村　元　子

これまで、在宅復帰に向けた回復期病棟の取り組みとして、入院時訪問・退院後訪問等を実施し、H29年度の在宅復帰率は82.25％となっています。へき地診療を行っている当院では、急速な過疎化に伴い、高齢者の独居、老老介護の患者が多く、大隅半島南部地域における入院時訪問・退院時訪問は、実施困難なケースも増えています。しかし、訪問困難な高齢者の独居・老老介護のケースこそ住み慣れた地域で生き生きと生活できているか、入院中のリハビリや生活指導、住宅改修やサービス等が活かされているのか、アセスメント・評価することが必要だと考え、H29年度より佐多地区において健康教室を開催しました。当院回復期病棟退院患者を対象に、医師による勉強会や、セラピストによる転倒予防運動管理、栄養士・医療相談員の相談窓口を設置し、個々の退院後の生活を知る機会を設けました。

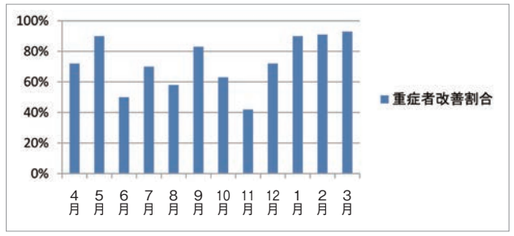
南大隅町役場の職員にも協力を得て、20名の方に参加して頂き、アンケートの結果も、また参加したい、今後の生活に役立つ等のご意見をいただきました。高齢者の独居、老老介護が多いへき地での在宅復帰の支援は困難で、家に帰っても転倒し再入院というケースも珍しくありません。患者と医療者だけの関わりだけでは在宅での生活を維持していくのは難しく、行政や近所隣り等の地域の方々の協力や助けが必要です。今後も定期的に佐多地区での健康教室を行い、退院後の支援、疾病・転倒予防に努め、へき地医療拠点病院における回復期病棟としての役割を果たしていきたいと考えています。

理学療法士による体操指導風景

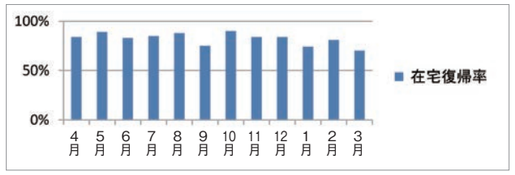
医師による健康講話風景



重症者割合



重症者改善割合



在宅復帰率

3階東病棟

看護師長　横　手　直　子

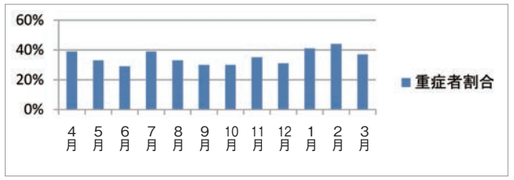
2017年度は「回復期看護・介護の質を向上し、自宅への早期退院を支援する」事を病棟目標に取り組みました。

退院支援に向けて、入院1週間以内に担当者でのカンファレンスをスタートし、患者の状態に合わせたゴール設定を行ない、計画的に支援しています。必要時は外出訓練を行ない、住宅改修を計画し退院後の生活が安全に安心して出来るように介入しています。退院支援の進捗状況は退院支援計画委員会で2週間おきに評価、修正しています。各職種が自分の立場で介入する事に責任を持ち、計画的に支援した結果、昨年度は在宅復帰率が83.3％で、本年度は86.3％と3％上回りました。

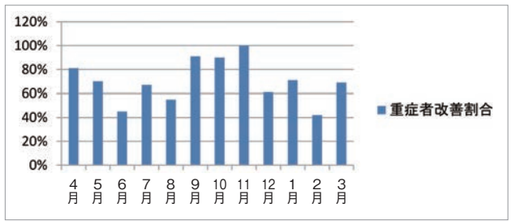
2017年度から認知症ケア加算がスタートしました。当病棟も高齢患者の増加に伴い、認知症状悪化による転倒やリハビリ遅延など認知症患者への対応はとても重要になります。認知症ケア委員が中心となって勉強会を継続して開催した結果、スタッフの認知症ケアに対しての意識が変わり、ケアの充実に繋がっています。また、日祝日も認知症患者へのケアが充実するように勤務体制の見直しを行ないました。

2018年3月より回復期の療養病床10％の有効活用の為、胃ろう交換患者の入院受け入れを開始しました。現在まで9件の患者様を受け入れました。

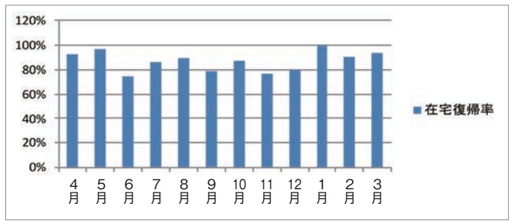
退院支援計画委員会



重症者割合



重症者改善割合



在宅復帰率

手術室・中央材料室

看護師長　上　京　千代美

大隅地域の超高齢化に伴い、近年の手術患者の年齢層が高齢化しています。また、ハイリスク患者の手術も多く、さらに手術件数も増加傾向にあります。

手術室として、ハイリスク患者への対応ができるチーム作りに努めてきました。まず、下記の内容のカンファレンスを行い、情報共有・リスク対応への早期段階での介入など手術患者が最適な状態で手術ができるように努めています。

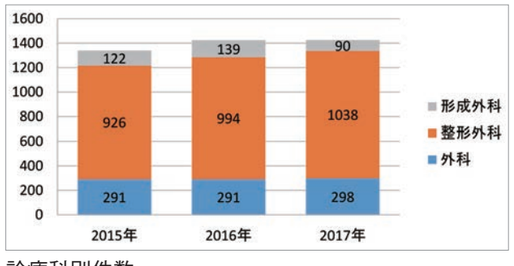
カンファ	参加者	内　容
術前カンファレンス	Dr・NS（手術・病棟・外来）ME他	手術予定の前週実施、術式・既往等
術直前カンファレンス	手術担当スタッフ	術前訪問を踏まえた情報共有
麻酔科カンファレンス	Dr（麻酔科・担当医師）手術室スタッフ	患者情報・問題点・麻酔に関する内容
術後カンファレンス	Dr・NS・リハビリ科・医事課	手術内容、術後の経過

また、29年度は術前訪問についてスタッフで検討を行いました。術前訪問の必要性だけでなく、訪問時間の選択や病棟看護師との共有、説明方法の選択などアンケート方式での意見をまとめ改善を行いました。患者個々にあった説明方法が選択できるように現在準備を行っています。術後訪問についても検討を行い、今後の周術期看護に活かしていきたいと思っています。

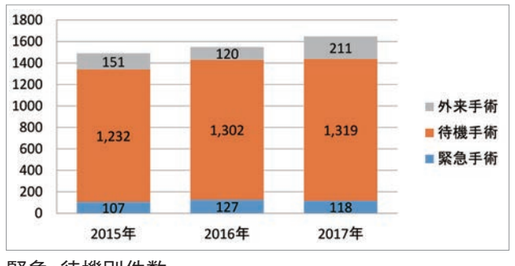
整形外科の手術患者では合併症を多く抱えたハイリスク患者が多いため、医師や認定看護師による勉強会を随時行い、どんな症例にも対応できるスタッフ育成を行っています。

消化器外科では、西日本初稼働となった内視鏡手術支援ロボット（EMARO）使用での手術症例も多くなり、患者の手術侵襲を最小限にできるように努めています。また、臨床工学技士（CE）と協働し機器の安全管理も行い、緊急時の対応も随時行っています。

手術室看護認定看護師による活動に一つとして術前外来を紹介します。従来は入院日もしくは手術当日に病棟に訪問し、術前訪問や麻酔科診察を行っていました。今年度より（外科手術の患者のみ）入院前に外来で術前合併症の評価、禁煙指導、身体の可動域評価などを行い、多職種と協働し手術による合併症予防に努めています。また、術前から術中、術後の状態について患者自身に知ってもらうことでイメージしてもらい、心の準備をしてもらえるように勧めています。



診療科別件数



緊急・待機別件数

手術総括

2013年以降の5カ年の整形外科と外科、形成外科の手術件数推移を示します。

整形外科においては、経年的に増加を示し、特に脊椎手術が増加しています。当地域の中核施設としてマンパワーの確保と同時に地域ニーズに応える体制づくりを進めてまいります。

外科においては、胃がんは減少傾向にありますが、大腸がんは増加傾向にあります。EMAROの導入とともに、標準化したがん治療を提供できるように更なる専門性の向上に努めてまいります。

外科手術分類

外科手術件数推移（2013年～2017年）

			2013	2014	2015	2016	2017
頚　部	甲状腺がん等		2	3	3	2	2
	食道がん						
胸　部	気胸					1	3
	肺がん	原発・転移性	4				
	乳がん		2	2	2	1	5
	胃がん		12	24	19	17	9
	（再掲 ESD）		3	9	6	5	0
腹　部	大腸がん	結腸・直腸	18	29	11	19	29
	（再掲 ESD）			3			
	肝・胆・膵がん		6	3	6	2	2
	小腸がん		1				
	後腹膜悪性腫瘍				1	8	
	胆嚢・総胆管	良性	65	61	74	61	70
腹部救急		イレウス・穿孔・汎発性腹膜炎・損傷等	50	42	55	51	22
ヘルニア関連		鼠径・臍・腹壁	53	53	45	61	69
肛門関連	痔・痔ろう		7	12	13	14	14
その他		気管切開・胃ろう造設・皮下埋め込みIVH	46	45	71	73	67
計（延べ件数）			266	274	300	310	292

整形外科手術分類

年度				2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
骨関節骨折・脱臼観血的手術	脊椎	頸椎		0	0	0	1	2
		胸腰仙椎(含む椎体形成術)		0	0	0	1	0
	上肢	鎖骨・肩鎖関節		24	23	22	13	15
		肩関節(上腕骨近位を含む)		10	10	17	27	7
		上腕(骨幹部)		7	5	3	7	14
		肘関節周囲		28	29	32	29	21
		前腕骨		15	9	21	32	22
		手関節(前腕骨遠位を含む)		57	48	58	32	49
		手根骨・手指骨		57	41	40	54	41
	骨盤	骨盤・寛骨臼		2	0	0	2	5
	下肢	大腿骨近位部(転子下を含む)		102	119	128	125	152
		大腿骨(骨幹部)		14	11	8	14	18
		大腿骨(遠位端・顆上)		10	9	8	17	15
		膝関節(脛骨近位・膝蓋骨)		27	16	17	34	21
		下腿骨(骨幹部)		26	16	5	12	10
		足関節(含む脛腓骨遠位)		35	25	27	33	25
		足根骨(踵骨・距骨)・足趾骨		22	17	18	15	8
	創外固定			1	3	7	6	4
	偽関節手術			–	–	9	7	3
	骨内異物除去術			147	144	133	148	139
外傷・軟部組織手術	外傷	創傷処理・デブリードマン		20	26	35	43	29
		上肢腱縫合		18	11	14	9	12
		下肢の腱縫合術		17	11	14	10	22
		その他		6	5	2	5	2
	変性断裂 皮下断裂	上肢腱移行術・移植術		8	0	3	3	1
		上肢筋剥離		–	–	2	0	0
		下肢の腱移行術・移植術		0	0	1	0	0
	末梢神経	肘部管症候群		7	7	10	15	12
		手根管症候群		16	40	29	29	39
		その他		1	0	2	2	1
	腱鞘炎	ばね指	腱鞘切開術	21	34	28	36	38
		デケルバン 狭窄性腱鞘炎	腱鞘切開術	4	3	4	3	3
脊椎外科	頸椎			10	11	9	4	13
	胸腰椎			11	8	21	23	72
腫瘍外科				15	38	22	20	20
関節外科	肩関節			16	20	21	6	13
	肘関節			1	1	6	4	0
	手・手関節			4	6	6	1	3
	股関節	THA		27	26	25	31	33
		人工骨頭		41	49	65	39	46
		その他		1	0	1	1	2
	膝関節	TKA		22	36	31	39	50
		骨切り術		0	0	2	6	1
		靭帯再建術		11	6	14	9	6
		靭帯断裂縫合術		2	2	1	4	2
		半月手術		20	13	23	25	19
		その他		4	3	8	2	3
	足・足趾関節			6	8	11	7	1
感染症	骨髄炎・化膿性関節炎・化膿性椎体・椎間板炎			12	10	14	15	9
切断	上肢(断端形成含む)			2	4	7	8	6
	下肢(断端形成含む)			6	10	6	6	4
	神経腫切除術			–	–	2	1	0
	その他			–	–	20	17	22
計(延べ数)				913	913	1003	1032	1055

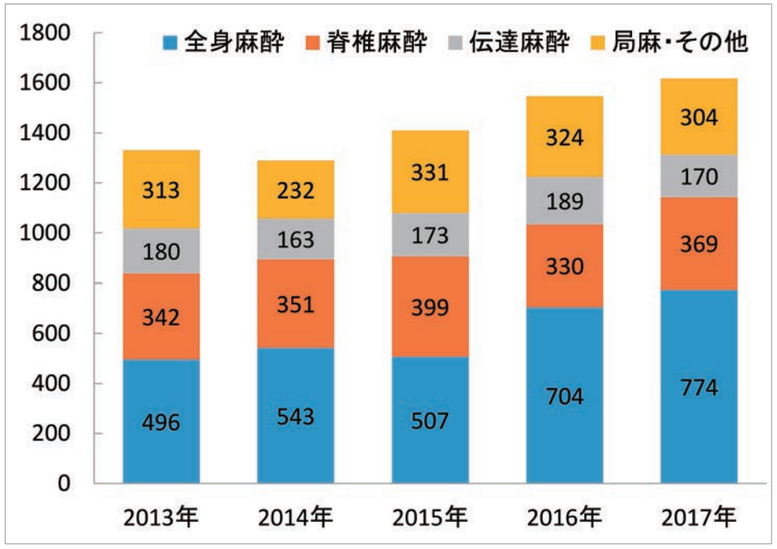
注） – 記載は本年より分類開始

形成外科手術件数推移(2013年度～2017年度)

年　度	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
外傷	17	18	10	6	6
先天異常	1	2	1		4
腫瘍	84	105	84	127	57
瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド	4	4	4	1	1
難治性潰瘍	11	5	5	1	7
炎症・変性疾患	13	7	16	16	14
計	130	141	120	151	89

麻酔件数推移(2013年度～2017年度)

年　度	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
全身麻酔	496	543	507	704	774
脊椎麻酔	342	351	399	330	369
伝達麻酔	180	163	173	189	170
局麻・その他	313	232	331	324	304
合　計	1,331	1,289	1,410	1,429	1,617

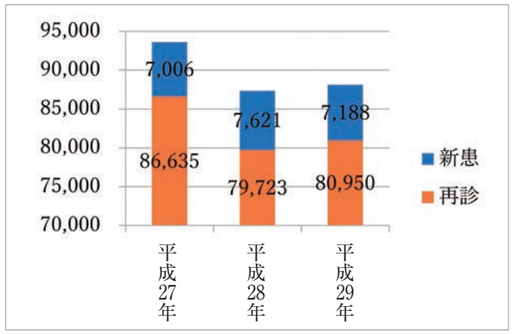


麻酔件数推移

外　来

看護師長　門　松　久美子

20の診療科における診断・検査・治療や1～2次救急搬送など各分野に関わっています。中でも大隅半島で整形外科の手術をする病院が減ってきて、手術目的等の紹介受診が増加傾向にあり昨年は1134件でした。平成29年度、外来受診者数は88,138名でした。今後は新患の比率を増やすための対策が必要となってきます。



年間外来受診者総数

平成29年11月より大腿・椎体・橈骨・上腕骨骨折患者における骨粗鬆症の診断・治療・二次骨折予防また、脆弱性骨折の予防に取り組むために院内OLSチームが立ち上がりました。今後骨粗鬆症マネージャー資格を取得し大隅初のリエゾンサービスの構築を考えています。そして地域・社会へ骨粗鬆症の啓発・予防診断・治療のために連携をとり、支援を行っていきたいと考えています。

昨年7月よりタブレットを用いた電子問診システムを導入しました。導入直後1年後の待ち時間を比較するため調査を予定しています。また、年2回の「外来患者満足度調査」には上半期300名、下半期350名の方に協力をいただきました。上半期78%、下半期81%が「満足している」との回答でした。しかし、中に接遇面や改善要望などの意見を頂いたので改善に努め、安心・安全な医療を提供できるように努力していきます。

電子問診

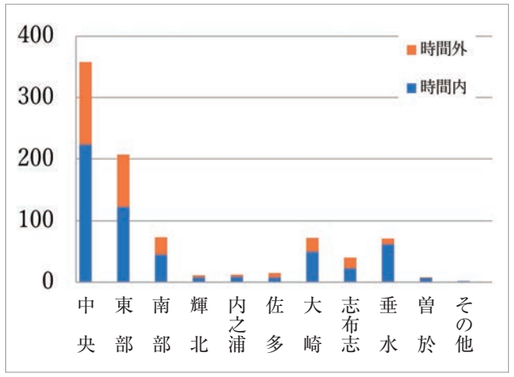
電子問診入力画面

救急外来

外来主任　西　牧　里　枝

当院は大隅地区の中核病院として、1次救急から2次救急の受け入れを担っています。整形疾患・外科疾患はもとより、神経内科に関しては、脳疾患や神経難病など紹介搬送が徐々に増加の傾向にあります。内科疾患の受け入れ増加にともない、呼吸状態の悪化、挿管困難症例に対し迅速に気管挿管の対応ができるように、エアウェイスコープの導入を実施し、内科疾患にかかわらず外傷患者に対する、的確な気管挿管に対応できるようになりました。

救急搬送以外では、地域の職業の特性でもあり機会に巻き込まれる等の外傷患者が多く、飛び込みで外来受診する患者も多い。手術室と連携しながら、外来手術や手術室対応など、状況判断しながら早急に実施しています。



平成29年度 消防別救急搬送件数

大隅MCによる事例検討会を定期的に継続しており、今年度は垂水地区からの救急搬送件数も昨年度に比べて2倍に増加しています。

今後も、高齢化の増加などを背景に救急需要の増大が予測され、日々高度化する医療に対し質の高い医療の提供ができるよう、専門知識の学習に努めたいと考えています。また、鹿児島県救急学会の役員として参加し、鹿児島県の救急現状の情報交換を図りながら、地域の情報共有と連携を図っています。

エアウェイスコープ

大隅MC　救急事例検討会

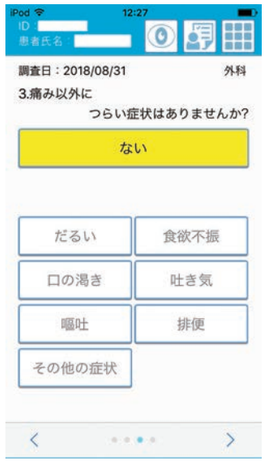
大隅MC　救急事例検討会

化学療法室

化学療法担当　重　松　和　子

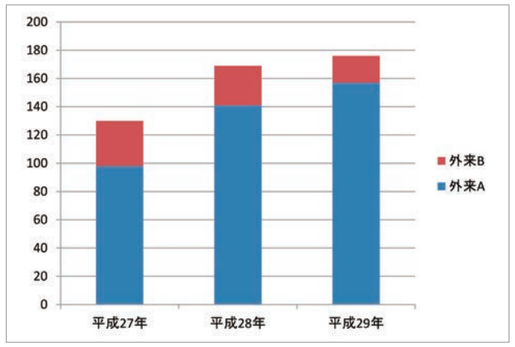
外来化学療法は年々増加傾向にあります。治療内容により、治療時間は異なりますが、1時間から4時間半を有する治療を行っています。

外来での治療後は自宅へ帰り日常生活を送れQOLを保つことが出来ます。現在、専任看護師が3名で担当し、がん化学療法看護認定看護師と連携を図り、安心、安全で質の高い治療支援に努めています。疼痛スケールを導入したことにより、現在の患者の身体的、精神的不安の把握や、疼痛の程度を理解でき医師への情報提供のひとつの手段となっています。的場式疼痛スクリーニングシステムをインストールしたiPod touchへ患者情報を入力することにより、一患者一患者でデーター化され医師、病棟、外来での統一した患者把握ができるようになりました。また、週に1回化学療法カンファレンスで患者情報の共有の場にも参加しています。



疼痛スクリーニング入力画面

月別化学療法数でも分かるように新規での化学療法は増加傾向であり、外来へ移行されてくる患者数も増えています。



月別外来化学療法数 A･B

今後の課題として、認定看護師の講習を受け、専任看護師として一人でも多く育成していく必要があると思います。

化学療法室

内視鏡室

消化器内視鏡技師　田　邊　昭　子

当院内視鏡室では、年間約4,500件前後の内視鏡検査及び治療を行っています。
上部･下部内視鏡（内視鏡的粘膜切除も含む）、
上部･下部超音波内視鏡、気管支内視鏡、
消化管出血に対する緊急止血術、食道静脈瘤に対する結紮術、内視鏡的逆行性胆管膵管造影（胆管ドレナージや砕石も含む）、カプセル内視鏡などです。

当院では被験者が自ら飲み込むだけで消化管の検査ができるカプセル型の小型内視鏡（小腸用）で、約8時間分のデータをビデオ画像で診断するカプセル内視鏡を2009年9月より導入し、上部及び下部消化管の検査を行っても原因が不明の消化管出血や他の検査で小腸疾患が疑われる場合が適応となり行っています。

内視鏡の感染管理として、内視鏡自動洗浄機を使用し、洗浄・消毒の精度を維持するため消毒履歴管理も行っています。内視鏡処置具もディスポーザブル品を使用し、それ以外は十分な洗浄後に高圧蒸気滅菌された物品を使用しています。

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

内視鏡検査別年間数

検査名	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
上部内視鏡（経口）	1,805	2,016	2,103	2,130	2,177
上部内視鏡（経鼻）	1,172	1,119	1,114	1,090	1,165
S状結腸内視鏡	139	130	130	112	116
下部内視鏡　検査のみ	524	596	596	674	635
下部内視鏡　ポリープ切除	239	276	276	228	239
カプセル内視鏡	1	5	5	1	1
気管支内視鏡	1	4	4	2	2
内視鏡的逆行性胆管膵管造影	27	34	34	18	17
超音波内視鏡	32	17	17	13	13
EMR(内視鏡的粘膜切除術）	2	6	6	0	2

健 診 室

健診室担当　坂　本　好　美

Ⅰ　健診受診者数年度別推移（図1）

平成29年度総受診者数は3,766人であった。平成28年度と比較して微増であった。

Ⅱ　健診内訳年度別推移（図2）

Ⅲ　努力目標に対する反省・今後の目標

①甲状腺疾患：超音波検査の推進

平成28年度・・・胸部CT受診者290人

平成29年度・・・胸部CT受診者303人

微増ではあったが、超音波検査受診者は増減なかった。今後も受診者への呼掛けを行い検査数の増加を目指したい。

②乳がん検診：マンモグラフィーと超音波検査の併用の推進

平成28年度・・・　受診者総数426人

乳腺エコー併用18人

平成29年度・・・　受診者総数531人

乳腺エコー併用29人

受診者数は前年比と比較し1.2倍、乳腺エコー併用者は前年比と比較し1.6倍で、今後も引き続き受診者に併用での検査を促していきたい。

③骨粗鬆症検査：検査数の増加の推進

平成28度・平成29年度ともに骨粗鬆症健診受診者は増減なかった。骨粗鬆症は年々増加傾向にあるため、健診での早期発見・早期治療に繋がるように今後は努めたい。

まとめ

今年度、健診日の見直しを行った。前年同様の人数を確保できるようにし、地域住民への健康増進に努めたい。

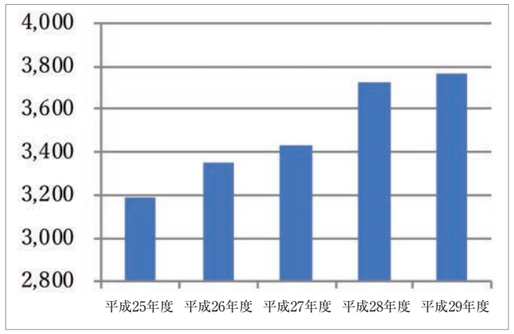


図1　健診受診者数年度別推移

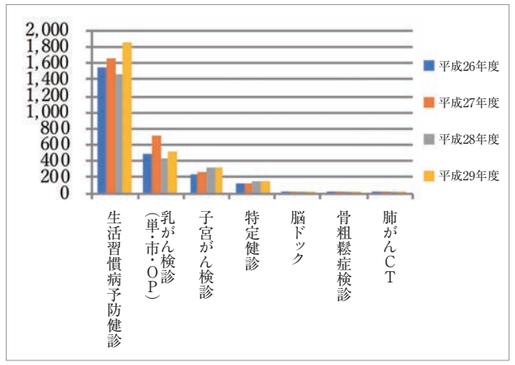


図2　健診内訳年度別推移

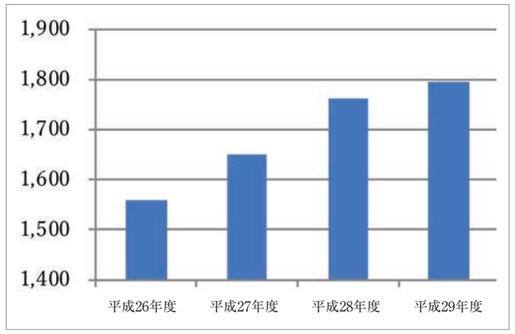


図3　上部内視鏡検査数推移

認定看護師 年間活動報告

分 野	看護師	タイトル	活動内容	備 考
手術看護	西鶴　理恵	恒心会おぐら病院新人研修	院内講師	
		術前患者の身体的評価	院内講師	
		深部静脈血栓症予防	院内講師	
		新人スキルアップセミナー in大隅「術前患者の身体的準備」	院外講師	
		鹿屋市立看護専門学校成人看護学方法論　手術看護	院外講師	全6回
感染管理	柿元　良一	恒心会おぐら病院新人研修	院内講師	全2回
		看護助手感染対策研修会	院内講師	全2回
		新人スキルアップセミナー in大隅	院外講師	
		介護福祉・保育事業所感染対策セミナー	院外講師	
		インフルエンザ、ノロウイルス感染症対策	院外講師	
		保育所　吐物処理方法	院内講師	
		医療・介護老人保険施設環境ラウンド	アドバイザー	全4回
感染管理	池田　まゆみ	新人研修教育「感染対策」	院内講師	
		「喀痰吸引手技変更の注意点」	院内講師	
		新人スキルアップセミナー in大隅 「手術部位感染」	院外講師	
		感染対策in大隅 2017高齢者施設保育事業所における感染症対策の実際と正しい知識 「嘔吐物の処理方法」	院外講師	
		委託清掃担当車研修会 院内清掃Q&A 「院内清掃における感染対策」	院外講師	
皮膚・排泄ケア	有馬　澄子	褥瘡の基礎知識	院内講師	
		スキン- テアについて	院内講師	
		鹿屋市立看護専門学校 ストーマを造設する患者の看護	院外講師	

分 野	看護師	タイトル	活動内容	備 考
皮膚・排泄ケア	有馬　澄子	新人スキルアップセミナー in大隅 基本的なストーマケア	院外講師	
		鹿児島県看護協会訪問看護研修 ストーマケア、褥瘡ケア	院外講師	
		大隅地区セミナー褥瘡の予防とケア	院外講師	
緩和ケア	宇住庵美和子	恒心会おぐら病院新人研修「緩和ケア・エンゼルケア」	院内講師	
		「エンゼルメイク」について	院内講師	
		鹿屋市立看護専門学校 「老年看護学 高齢者の終末期ケア」	院外講師	
		鹿屋市立看護専門学校 「成人看護学　緩和ケア」	院外講師	
		第22回日本緩和医療学会学術大会 「苦痛のスクリーニングシステムを活用した入院がん患者に対する二次的緩和ケアの実態と課題」	学会発表	
		ヴィラかのや　ヘルパー研修 「介護におけるターミナルケア」	院外講師	
		新人スキルアップセミナー in大隅 「初めてのがん疼痛緩和」	院外講師	
		肝付地区老人福祉施設協議会研修 「看取りケアに必要な視点とケアの実際」	院外講師	
		第3回大隅緩和ケアネットワーク他施設合同カンファレンス 「WEB会議における症状緩和とチーム連携の効果」	発表	
がん化学療法看護	二見　麗香	化学療法勉強会「明日からできる急変対応」	院内講師	
		恒心会おぐら病院新人教育研修がん化学療法時の看護	院内講師	
		CVポート管理勉強会	院内講師	
		鹿屋市立看護専門学校成人看護学概論化学療法時の看護	院外講師	全3回
		委託清掃担当者研修会化学療法室の清掃	院外講師	
		新人スキルアップセミナーin大隅がん化学療法と看護	院外講師	
		第22回日本緩和医療学会学術大会 「全がん患者の外来スクリーニングからみえた苦痛の現状と改善に向けた今後の課題～鹿児島県がん診療指定病院の取り組み～」	学会発表	

リハビリテーション部

部長 福　田　秀　文

【急性期病棟365日リハの導入】

平成29年10月より、回復期病棟入棟対象疾患患者を対象に急性期病棟リハにおいて日曜出勤体制（日曜以外の祭日リハは従来より実施）を整え365日リハを開始しました。当院での主な回復期病棟入棟対象疾患は、大腿骨近位部骨折・脊椎椎体骨折・人工関節・脊椎術後等です。日曜休日は手術日によって術後管理または早期介入にタイムラグを生じることや、国の施策とも相まって急性期の重症者の受入れや在院日数の短縮化傾向から1日のリハ介入が重要となったことが365日リハ開始の主な理由です。また、急性期病棟では昨年より軽症の脳卒中患者の受入れも開始しており急性期リハの重要性が増しています。今年度は回復期病棟入棟対象疾患だけを対象にしましたが次年度は増員を図り、リハ対象疾患全患者の365日リハを実施することを目標としています。急性期リハスタッフへは、これらの必要性を十分に説明した上で実施を行いました。また、当院では平成25年に急性期リハと回復期リハのスタッフルームがワンフロアとなり、回復期リハ科の365日リハ体制を身近に見ていたことが体制移行をスムースに行えた要因でした。しかし、回復期リハ科は入院のみを担当しているのに対し、急性期リハ科は、入院と外来患者を併用担当しているため外来患者と入院患者の予定実施が煩雑になることが予測され、今後さらなる業務改善が必要になると思われます。

【外来リハから入院リハへのリハ単位シフト】

昨年の恒心会ジャーナル（Vol.3）でも報告させて頂きましたが、平成28年8月より外来リハ患者の増加により、入院リハと外来リハの単位が拮抗したことを受け、外来リハ単位を入院リハ単位へシフトする対策を行いました。結果を下の図に示します。

図1

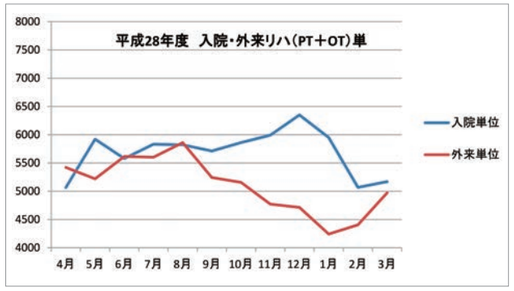


図2

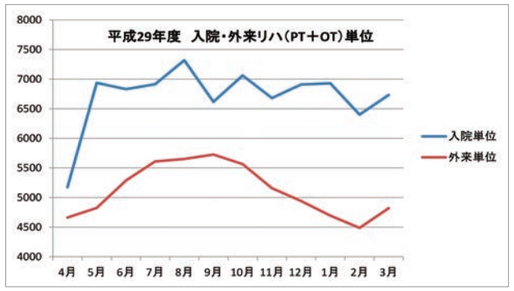


図1の8月以降、図2では明らかにリハ単位が外来から入院へシフトされたことがわかると思います。実施した対策は特別なことではなく、リハ期限の遵守とリハ期限超え月13単位リハの必要性のチェック、要介護被保険者の速やかな介護保険への移行でした。

【松元秀次　日本医科大学大学院医学研究科リハビリテーション学分野 主任教授 来院】

平成29年7月より、毎月1回当院リハ科にて診療をして頂いています。

松元秀次先生は、平成29年3月まで、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学講座講師を務められ、平成29年より、日本医科

松元教授による診察場面

大学大学院医学研究科リハビリテーション学分野主任教授に就任されました。

鹿児島大学リハビリテーション科に在籍中は、鹿児島県のリハの発展のためにご尽力され、鹿児島で行われる主たる学会や研究会で数多くの役員や委員を務められました。また、ご自分で「さつまの会」という研究会を立ち上げ、県内に在籍するPT・OT・STの若手育成にも尽力され、学問の指導は勿論ですが、共同研究や英語論文、海外での学会発表など数多くの援助と実績を残されました。「鹿児島のリハをどげんかせないかん」が口癖でした。現在は、日本の中心に移られ「日本のリハをどげんかせないかん」が口癖となっています。

当院では、診療後にセラピストとカンファレンスを行い、治療方針や目標の確認。また、嚥下障害患者に対し嚥下内視鏡（VE）の実施・分析、必要に応じて電気治療を、痙縮の強い患者にはボトックス注射など数多くの最新リハ医療を行って頂いています。

【上肢リハビリ装置CoCoroe ARⅡの導入】

当院では、5月に上肢リハビリ装置CoCoroe ARⅡを導入しました。本機器は当院で診療（1回／2月）されている川平先生（促通反復療法研究所:川平先端リハラボ所長・鹿児島大学名誉教授）と安川電機株式会社が共同で開発したもので、促通反復療法（川平法）の理論を用い目標の神経路を強化するため「試行錯誤」をしないで思い通りの運動を実現できるようにしたものです。通常、促通反復療法では担当セラピストが患者の上肢をコントロール及び操作しながら1操作に100回の促通反復訓練を実施していますが、特に上肢のリーチ動作では多関節を同時にコントロールするためセラピスト側の技術と体力が要求されました。ARⅡでは、コンピュータ制御による免荷（恒に一定の免荷が可能）と患者自身の意志で運動を実現できるようにできていますので、セラピストにとっても患者にとっても負担が軽減された上に訓練効率が格段に上がりました。

当院では、ARⅡが製品化される前の試作機を導入し、昨年、その治療効果についてsingle caseではありますが、The Journal of Physical Therapy Science　に掲載されました。今後もその他の症例で学会発表や研究を継続する予定です。

CoCoroe ARⅡ（上肢リハビリ装置）

【訪問看護からの訪問リハ開始】

平成29年6月より、訪問看護ステーションことぶきより訪問看護リハを開始しました。人員配置は0.5の非常勤ではありますが需要は高く高稼働となっています。当院では、従来より、みなし指定で訪問リハビリテーションを実施していますが、これにより2系統からの訪問リハが行えるようになりました。

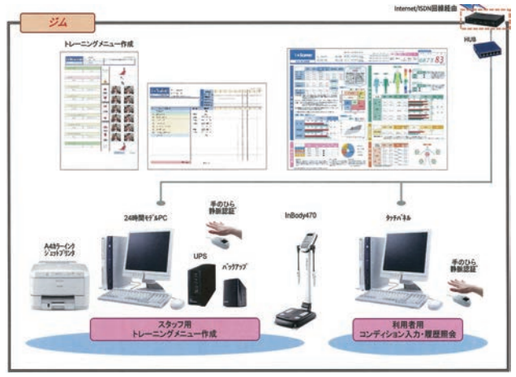
当院での訪問看護のリハは、訪問リハの対象者に比べて、医療依存度が高く、看護師の派遣が必要とされる方を対象としています。そこで看護師と連携を図りながら、リハビリ専門職視点でのポジショニングなどの家族指導、環境調整、アドバイス、自主トレーニング等の指導や助言等を行っています。また、介入時の指示について、かかりつけ医からの訪問看護指示書での介入が可能なため、訪問リハに比べると比較的介入しやすくなっています。

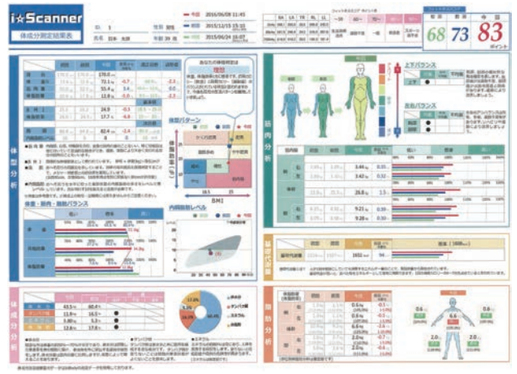
訪問看護からのリハ（理学療法士）

また、定期的にステーション会に参加し、連携を図りながら情報共有を行っています。

【フィットネス事業】

医療・介護の現場では労働時間の不規則や重労働から、日常生活が不規則になり生活習慣病に陥りやすいといわれその予防対策が課題です。また、職業病といわれている腰痛の発生等も同じく重要視されています。当法人では職員に対しフィットネス事業を通して、職員の生活習慣病や腰痛対策、ストレス改善の場と機会を提供し、職員の健康増進に寄与することを目的にフィットネス事業が企画実施されました。当院では、運動効果を体組成計（InBody）で評価し、それに連動した運動プログラムを作成することで、利用者の目標とモチベーションを維持するようにしています。また、セラピストによる姿勢や運動方法などの相談指導も受けることができます。

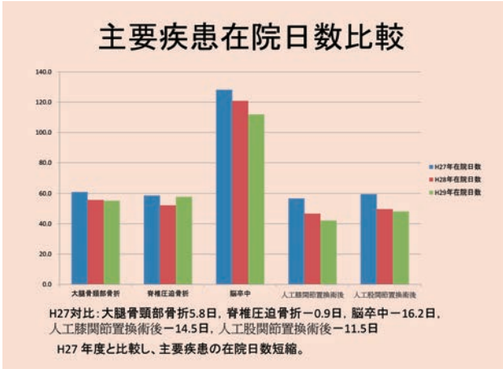


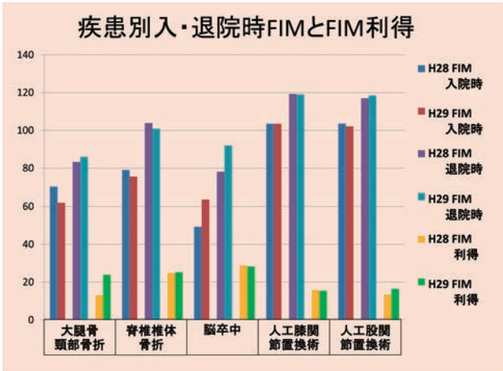


上図：運動処方システム
下図：体組成計結果（サンプル）

【回復期病棟主要疾患在院日数とFIM利得】

当院回復期病棟主要疾患は、大腿骨近位部骨折（頸部骨折）・脊椎椎体骨折（椎体骨折）・脳卒中・人工膝関節置換術（TKA）・人工股関節置換術（THA）である。平成29年度の当院での在院日数は、近位部骨折55.2日、椎体骨折で57.8日、脳卒中112日、TKAで42.2日、THAで48.1日でした。平成27年度の比較で主要疾患すべての在院日数は短縮されました。これは、パス使用の影響が大きく、特に人工関節はパスの改変ごとに短縮されています。また、在院日数が短縮されてもFIM利得は平成28年度に比べて維持または増加となっています。頸部骨折と椎体骨折では入院時FIMが低く



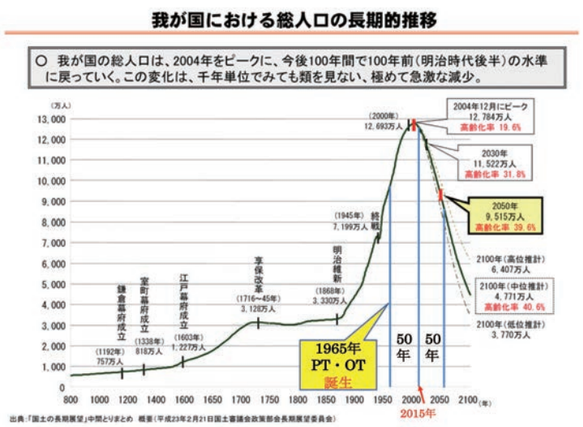


なっていますが、術後からの回復期入棟が短縮されているためか、あるいは合併症を持つ高齢者が増加しているためかは、今後精査していきたいと思います。

【平成30年度リハビリテーション部総会要旨】

厚労省は少子高齢化時代に備え、医療・介護費抑制対策として地域包括ケアシステムと地域医療構想を強く推進しています。医療介護需要統計予測では、地方ではすでに医療需要は減少しはじめ、介護需要が増加してきています。都市部（鹿屋市含）では時間差で確実にやってきます。また多死社会も同時に迎えることになり、現在の医療介護体制だけでは対応できないことが予測されています。このような時代背景のなかで、今後はリハビリテーションの概念と予防が最重要と位置付けられています。

日本にPT・OTが誕生し約半世紀が過ぎました。現在人口のピークを過ぎ、今後急激な人口減少に向かいます。皮肉にもこれからの約50年間でPT・OTが誕生した1960年代とほぼ同じ人口になります。これまでの50年間とこれからの50年では高齢化率・経済・家族構成・コミュニティのどれをとってもこれからの方が困難であることは明白です。チャンスがあるとすれば、我々セラピストは50年前からリハビリテーションを実践してきていますのでその強みを活かすことだと思います。しかし、リハビリの量は足りても質はまだ不十分ともいわれています。今後さらなるエビデンスの構築と患者生活の再構築の質が問われます。当院リハでもこれらのことを念頭に、院内のみならず地域へも質を伴った貢献をしていきたいと考えます。



図：日本の総人口の長期的推移

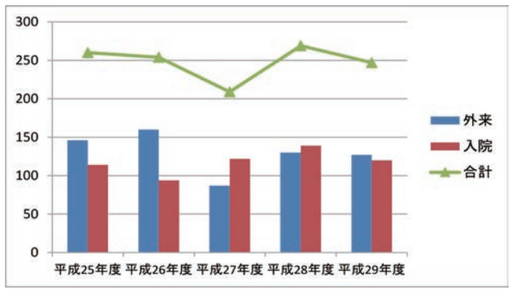
薬 剤 科

科 長　立和田　ともね

平成29年度は医薬品安全管理、医師及び看護師の業務軽減、病棟薬剤業務内容の記録を統一、平成30年度診療報酬改定に向けて後発医薬品採用品目数量増加に取り組みました。

医薬品安全管理の取り組みとして薬剤科以外の部署の使用期限や保管状況確認後の対応統一や情報共有ができるように改善しました。

また、老人保健施設へ医薬品を配置していましたが使用期限や品質の管理が充分に行えていませんでした。医療安全管理委員会の介入もあり病棟と同じように医薬品の数量を減らし定数配置したことで医薬品の使用量や管理状況が毎日把握できるようになりました。そして老人保健施設のスタッフは医薬品の管理が簡便になったと考えます。



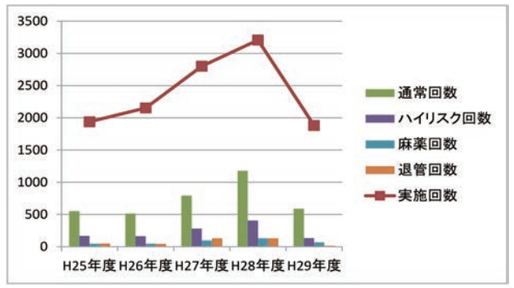
抗がん剤ミキシング件数

抗がん剤ミキシング

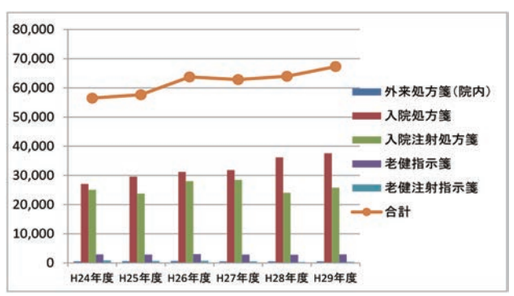
麻薬の返品数と麻薬変更オーダ内容の相違や麻薬注射の実施日変更等は医師や看護師への負担が大きかったが、処方医に確認後代行オーダ変更ができるように取り組んだ。麻薬オーダ変更に関するトラブルの解消や医師や看護師の業務軽減につながったと考えます。

病棟業務実施加算を実施して1年が経過したため各病棟担当薬剤師から取り組んでいる病棟業務内容を聞き取り情報の共有を行い、共通の記録項目を検討し電子カルテへ記録を残すことを徹底しました。

平成30年度診療報酬改定の一つにDPC対象病院の「機能評価係数Ⅱ」の項目から後発医薬品係数が外され後発医薬品使用体制加算へ移行します。後発医薬品使用体制加算Ⅰ（後発医薬



薬剤管理指導件数

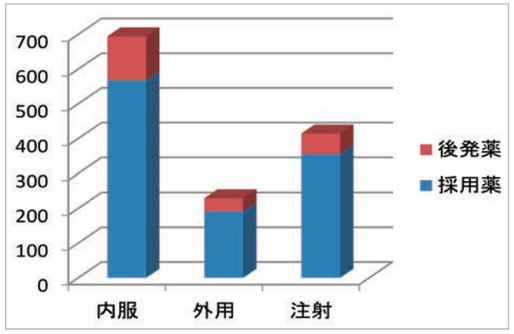


処方せん・指示せん枚数

品使用数量ベース85％以上）の取得に向けて後発医薬品の採用品目数の増加を図るために取り組みました。

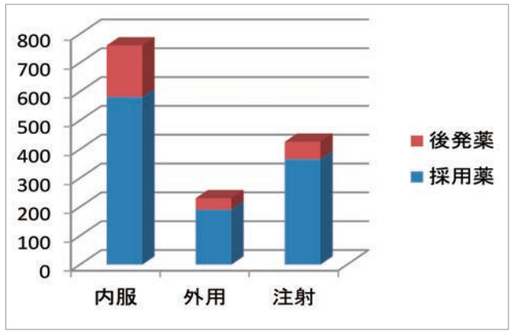
現在は82％を推移しています。今後は、後発医薬品使用体制加算Ⅰの取得に向けて、入院だけでなく外来も含むため外来使用医薬品について見直しをする必要があると考えています。

後発医薬品採用数



平成28年度

↓



平成29年度

見学風景

その他の取り組みとして、平成23年より夏休みの期間に県内各地の病院薬局の薬剤師が地元の高校生を対象に病院内での仕事や職場を紹介する見学会が始まり当院においても受け入れをしてきました。今までは平均2～3名程度でしたが平成29年8月1日（月）～8月4日（金）に12名もの希望者がありました。

薬剤師を目指す高校生に「見学会を通して薬剤師の仕事は幅が広く命を預かる大変な仕事であることを実感でき、自己研鑽や他部署との連携の重要性を感じることができ、ますます病院薬剤師になる気持ちが強くなった」とアンケートに書いてくれたものもありました。

今後も『高校生・受験生を対象とした病院薬局見学会』の受け入れ施設として協力していきたいと思います。

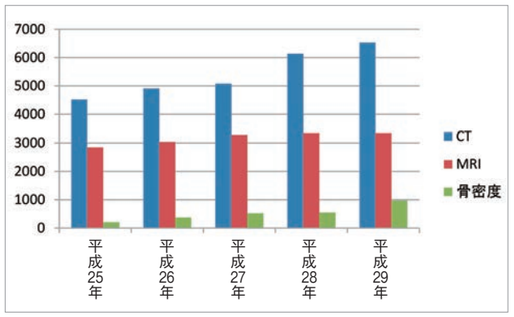
画像検査科

科長 福 元 睦 美

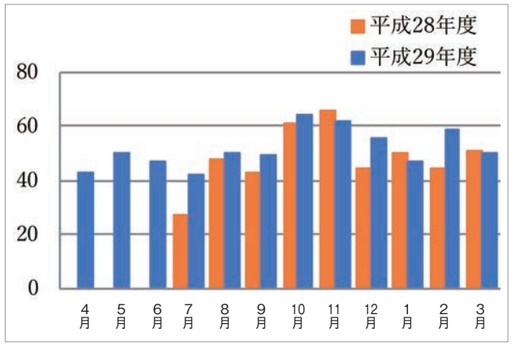
平成29年度の部署目標を診療技術・質の向上とし、月1回部署会を開催し業務効率の向上と患者接遇について取り組んできました。

【放射線部門】

CT,MRI,骨密度の検査件数の増加がみられ、症例別の撮影ルーチン化（一般・CT・骨密度）が行われるようになってきました。また、温熱療法は、臨床工学士の加入により、午前からの治療開始や土曜日の治療が始まり患者ニーズに応えるとともに化学療法、HBOと連携した治療がおこなえるようになってきました。今後は他診療機関と連携をはかり、がんサポートチームの一員として貢献していきたいと思います。



各撮影件数



温熱治療件数

大隅地区放射線技師研修会

H29年9月30日　大隅鹿屋病院　朝戸先生

講演：「増えてる肺がん。放射線技師への要望」

【臨床検査部門】

心臓・血管・乳腺エコーと検査技師全てが検査可能な状態となり、女性患者への対応がスムーズに行われるようになってきました。また、神経内科医師の協力のもと神経筋エコーや誘発電位・神経伝導検査・反復刺激検査の研修に参加することが出来ました。

検査技師会：鹿屋・大隅地区研修会

平成29年9月29日に県民健康プラザ鹿屋医療センターにてホルター心電計の新製品WR-100の紹介とAEDを使用した一次救命の流れについての講演と実際の機器を使用しての研修を実施しました。

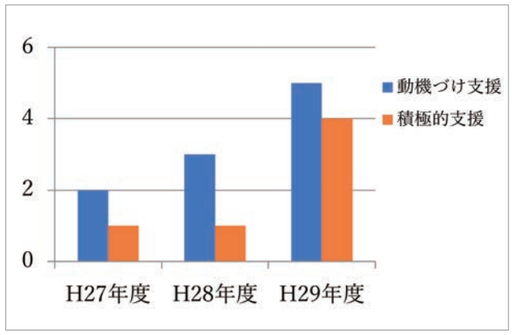
栄養管理科

科長 福田康子

平成29年度栄養管理科は、個々のスキルアップを図り、臨床業務の充実のため、研修会への参加を積極的に各個人が取り組みました。科内で栄養アプローチに活かせる方法をメインテーマとして、自主的に参加し、実際に学んだことを栄養評価の書式に組み入れ、通常の業務にも活かすことができ、内容の充実へ繋がりました。

栄養指導の治療食の内訳は、内科系では、生活習慣病である糖尿病食、高血圧症食が多く、外科系では、低残渣食となっていますが徐々に低栄養などのオーダーも増えてきています。特別治療食は患者全体の60％を占めていますが、指導件数に繋がっていません。今後、機会損失が生じないように、更に連携を図っていきます。

特定保健指導は義務ではなく、患者さんの同意を必要とするのですが、今年度は、当院ではなく他院で健診を受けられた方からの依頼が多く件数増に繋がりました。生活習慣病にならない為に、食生活改善・運動で消費エネルギーを上げる事を対象者が目標設定し、管理栄養士が支援しています。



特定保健指導件数年度比較

6ヶ月後の最終評価まで、脱落することなく、結果が出せるように支援すると共に、健診室との連携を取り、件数増も図っていきます。

現在6名の管理栄養士で、病院、介護老人保健施設を中心とした介護事業全般、併せて保育室【ミルキーランド】の栄養管理、給食管理（給食管理委託）を担当しています。運営は、介護老人保健施設厨房で行っています。平成28年度4月より地域型事業所内保育施設として鹿屋市の認可を受け、一般の地域の子ども達の受入と同時に、完全給食もスタートしました。管理栄養士監修の下、手作りを基本とし、だしは化学調味料を使用せず、食品の持ち味を活かし薄味に徹しています。食事内容も離乳食初期、中期、後期、完了期、普通食を区分分けし必要な場合は、発達に応じての個別対応も行っています。

今後も食を通じて子ども達の健康作り、健全な発達のお手伝いが出来るように、安心、安全な美味しい食事の提供を行っていきます。

幼児食の紹介 行事食「子供の日（鯉のぼり）」

社会医療福祉科

科長 日高賢治

平成29年度社会医療福祉科は、昨年度と引き続き下記の目標に関して取り組みを行いました。

①病院の施設基準を達成するための取り組み。

②介護事業部門との連携強化。

①施設基準を達成する取り組みに関しては、社会医療福祉科で担っている退院支援計画の整備を行い退院調整に必要な患者の支援を早期に行うことに努めました。今年度は、入院支援の取り組みも新たに始まり、入院前段階から、退院に向けた支援を行う体制が作られました。入院支援を担う職員と共同しながら退院に向けた支援を早期の段階から行っていき支援が必要な患者が安心して療養できる。または、退院できる支援体制を構築していきたいと考えます。

4月	5月	6月	7月	8月	9月
9	8	7	25	46	42
10月	11月	12月	1月	2月	3月
49	35	32	23	17	10

退院支援加算　算定件数

②介護事業部門との連携強化に関しては、退院後の患者を支援していただく居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、施設の管理者などと連携し、外出訓練への参加や担当者会議などへの開催を依頼し、協働して患者の支援を行うことができました。県が実施している退院支援の新たな取組も始まり、ますます連携強化を図っていくことが責務であると感じています。今年度も引き続き介護事業部門との連携強化を図っていきたいと考えます。

4月	5月	6月	7月	8月	9月
6	7	14	22	46	42
10月	11月	12月	1月	2月	3月
20	15	14	29	11	14

介護支援連携加算　算定件数

平成30年度は、診療報酬・介護報酬の改定もあり、他医療機関や他介護事業所との連携強化が必要になってきます。当科が少しでも地域との橋渡しができるよう努めてまいりたいと思います。

外出訓練の様子

【地域連携セミナーの開催】

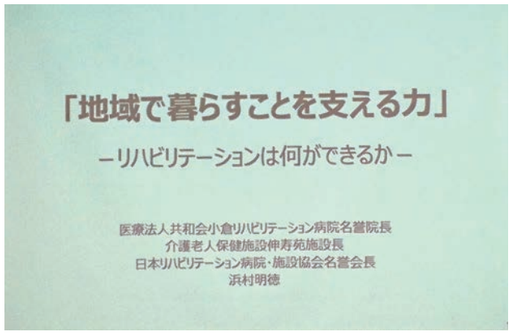
国は、平成37年（2025年）にいわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる超高齢社会を迎えるに当たり、国民一人一人が、医療・介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような環境整備を進めていこうとしています。

医療保険制度及び介護保険制度は着実に整備されていますが、高齢化の進展に伴う疾病構造の変化に対して、医療と介護の連携はこれまで以上にその必要性を増してきます。

医療及び介護の提供体制については、サービスを利用する国民の視点に立って、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ効率的に提供されることが必要という視点から、地域の医療介護連携に携わる方々を対象に、今年度から「地域連携セミナー」を創設しました。

第1回の記念セミナーは、日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長で医療法人共和会小倉リハビリテーション病院名誉院長の浜村明徳先生をお招きし、「地域で暮らすことを支える力」サブタイトルとして~リハビリテーションは何が出来るか~と題してご講演いただき、その後、グループワークでは、「住み慣れたところで生活が継続できる」ために、「現状はどうか」「足りているのは」「不足しているのは」「どうすればいいのか」と目標と課題、対策についてグループでディスカッションしていただきました。

今後は年複数回のセミナーを開催し、医療と介護の連携をより深化させ、顔の見える関係性作りと地域づくりとを目指していきます。



地域連携セミナー研修①

地域連携セミナー研修③
医療法人共和会小倉リハビリテーション病院
名誉院長　浜村明徳先生

地域連携セミナー研修②

地域連携セミナー研修④

臨床工学技士室（ME室）

臨床工学技士　原　田　則　昭

病院内には、心電図モニターや人工呼吸器、除細動器や患者監視装置（セントラルモニタ）、インフュージョンポンプ（シリンジ・輸液）、低圧持続吸引装置等、多岐にわたるME機器が存在しています。私たち臨床工学技士は、臨床現場で医師・看護師が安心して機器を使用できる環境を作り、常に最良の状態で患者様に使用できるよう、医療機器管理システムをもとにME室で医療機器の中央管理、各病棟に設置してある医療機器の管理・保守点検・修理・操作を行っています。また、腹水濾過濃再静注法（CART）などにも対応しています。

昨年度から臨床工学技士２名を採用することで心電図モニターや人工呼吸器・除細動器などの日常点検の強化や当院の医療機器のほとんどのメンテナンスを業者に依頼していたものを、メンテナンス機器を揃えることにより院内メンテナンス体制を構築し、メンテナンス業務の強化・拡大を図っております。

また、メンテナンス・ラウンド業務のほかに人員的業務負担の軽減を図るために、外来看護師で担っていた高気圧酸素治療、画像検査科で担っていたハイパーサーミアの業務にMEスタッフが参加することによって、業務の軽減、受け入れの時間枠の拡大を図ることが出来ました。主治医、他のスタッフとともに呼吸器のリハビリにも携わることができ、病棟にてME主催の人工呼吸器や心電図モニタの勉強会を実施しました。業者又はメーカーに頼りがちであった機器取扱いなどの勉強会を各部署・少人数といった単位で繰り返し開催することによって、機器取扱いの周知に繋がりやすくなりました。また、MEが事務局に所属することにより修理や医療機器の購買に関しても事務局と病棟との連携が効率よくなり、より早く、より正確にさまざまなニーズ及びコストのバランスと削減に答えることができました。

病棟での心電図モニター勉強会風景

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

患者様のことを1番に考えながら、安全で良質な医療を提供できるよう、これからもメンテナンス業務の拡充を図り、医療機器に対するルール作り、当院機器マニュアルの作成、現場教育に励んでいきます。

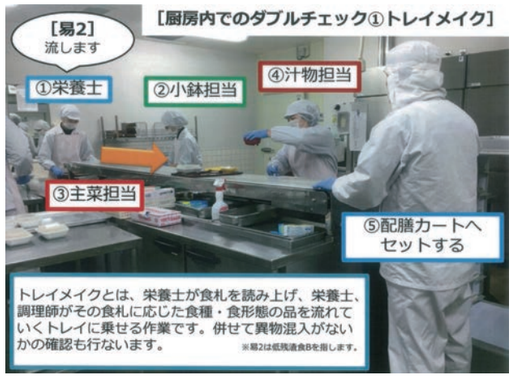
委員会活動

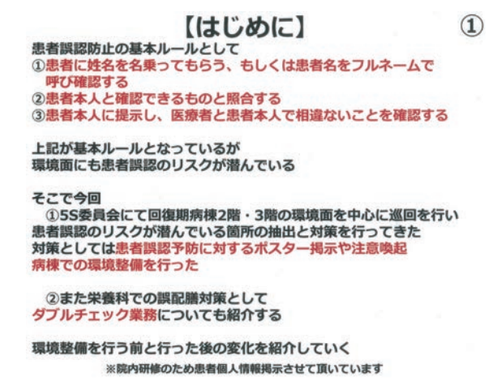
医療安全管理委員会

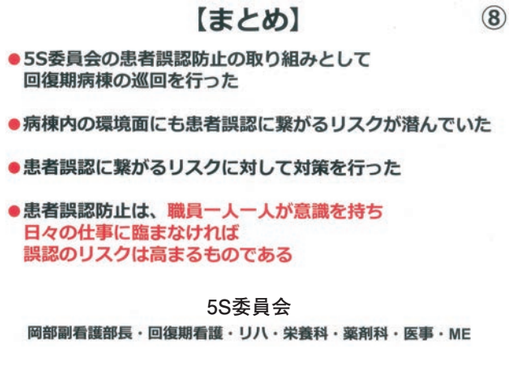
医療安全管理者　原　田　智　子

今年度は医療安全に関する下部組織として全部署の代表で「5S委員会」を立ち上げました。5S委員会は医療の安全と質を向上させる事を目的とし、躾（教育）を中心に活動しています。

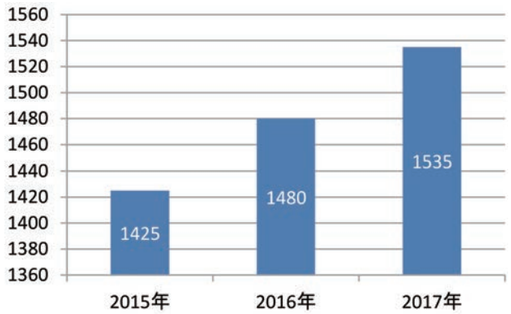
インシデントの報告件数は年々増加傾向にあります。その中で患者誤認インシデントが増加傾向にある。要因は、患者確認行動が定着していない。また、多くが患者に与える影響が低いため危機感が薄いと考えている。患者誤認インシデントを項目別にみると最も多いのが薬剤関連で、次が検査に対する項目でした。患者の影響度は低いですが大きな事故に繋がらない為にも「患者誤認防止」として確認行動の徹底とポスター掲示、部署への広報、環境整備・ラウンド、患者誤認のインシデント減少に5S委員と共に取り組みました。その取組と成果について2月にポスター研修を開催しました。







ポスター研修　一例



インシデント・アクシデントの報告件数

成果

委員の取り組みでリストバンド装着率は100%、注射薬認証システム使用も平均90%となりました。患者誤認のインシデント数は2016年度より20%増みられましたが未然回避のインシデントレポートが20%増加しました。この事は患者誤認に対する意識が向上したと評価出来ますが、インシデント減少迄には至っていません。

全職員の確認行動について状況把握は出来ていない為、継続した注意喚起が必要と考えます。

インシデント・アクシデント報告書の重要性を理解し、医療安全に対する意識が向上しているため、報告件数が毎年増加しています。

【医療安全研修】

今年度は年2回の必須研修に加え、「患者に向き合う姿勢」「日常診療での患者対応の質の向上」を目的として、全職種の中間管理職を対象に医療メディエーションの研修会を実施しました。九州医療センター 医療メディエーターの東 幸代先生による基礎編・応用編と2回シリーズで医師も含め61名の中間管理職が参加しました。

医療メディエーター研修

医療現場で起こるトラブルを未然防止する為、また、起きてしまった問題に協働的に対応して解決していく為のマインド、他職種でのロールプレイングなどを通じ実践スキルを体系的に学びました。

【大隅地区医療安全ネットワーク施設間ラウンド】

大隅地区の10病院と当院の医療安全管理担当から構成される大隅地区医療安全ネットワークによる施設間ラウンドを開催しました。

院内医療安全の取り組みをテーマに、他病院から様々な情報共有、意見交換が行われました。

施設間ラウンド

感染対策委員会

感染管理認定看護師 柿 元 良 一

感染対策は、患者さんならびに職員の安全を確保することを基本軸として、問題発生の防止や解決に向けての総合的、組織横断的な対応が求められます。院内感染が発生した場合の迅速な対応のみならず、院内感染拡大の兆候をいち早く察知するための監視、感染症診療や感染予防対策、耐性菌対策などの指導、院内感染防止のための職員教育など、継続的な活動に努めています。さらに、薬剤耐性菌への対策強化として耐性菌を拡げない対策を感染対策チーム（ICT）と抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の仕組みを取り入れています。院内感染対策の実施にとどまらず、地域の病院と連携を取りながら感染対策にも取り組んでいます。

【主な活動内容】

1. 環境ラウンドの実施

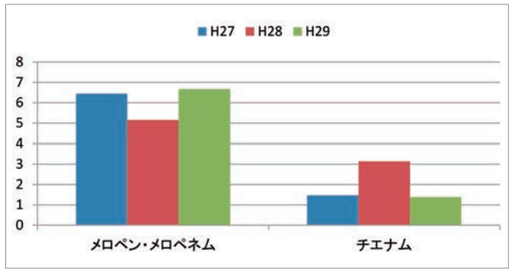
ICTは1週間に1回程度、院内を巡回し、院内感染事例の情報収集を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況を把握し、現場スタッフと情報交換しながら指導を行っています。

ICT環境ラウンド

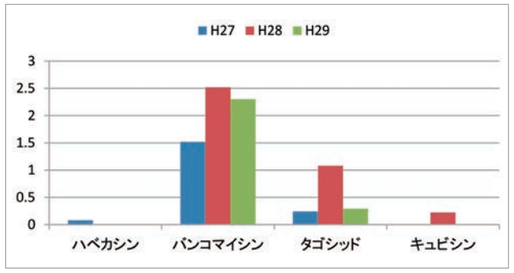
2. 抗菌薬適正使用の推進

AST は、抗MRSA薬をはじめとする特定抗菌薬の届け出患者など対象とし定期的にカンファレンスを行っています。使用症例の監視と介入およびフィードバック、治療効果の向上、副作用防止、耐性菌出現のリスク軽減を目的として抗菌薬の適正使用を支援しています。

抗菌薬適正使用支援カンファレンス



カルバペネム系AUD



抗MRSA薬AUD

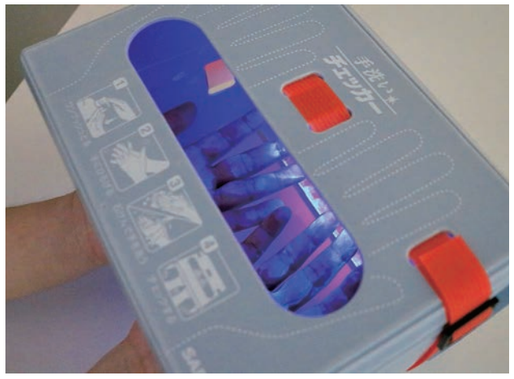
単位在院日数当たり抗菌薬使用密度（AUD）は一部の抗菌薬でAUDが高く、感染症疾患毎の

治療投与日数が影響しています。感染管理上問題となる多剤耐性菌（CRE、MERP等）の感染症罹患や保菌者は認められていません。

3. 手指衛生の推進

手指衛生は医療関連感染防止の最も重要な対策です。医療従事者の手を介して伝播する感染症を防止する有用な方法です。「いつでも、どこでも手指消毒!」スローガンに、設置式のみならず、平成30年3月から身近で必要な機会でアルコール手指消毒できるようにポシェット式携帯を導入しました。

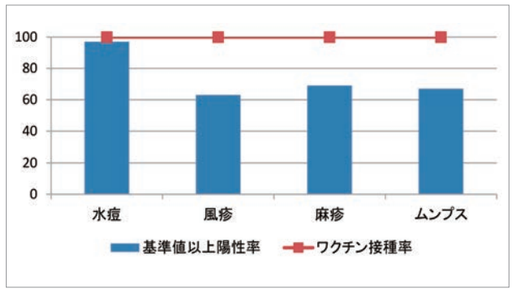
専用ローションと特殊ライトを使用して、洗い残しの部分を見ることができる「手洗いチェッカー」で評価を行っています。洗い残しを意識しながら手洗いをすることで適正な手洗いの習得に努めています。



手洗いチェッカー

4. 職業感染対策（予防接種）

ワクチン接種は医療従事者自身の職業感染防止、易感染状態の患者や他の職員への二次感染防止、罹患による欠勤防止を目的としています。健診部門と連携して、抗体の有無を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨しています。



平成28年抗体価検査

5. 院外との連携活動

感染防止対策加算1との相互評価、感染防止対策加算2の5医療機関と定期的にICT合同カンファレンスを行い感染防止対策の質の向上を図っています。

6. 感染対策集合研修会

1）第1回　平成29年10月

テーマ「手指衛生から始まる感染対策」

2）第2回　平成30年2月

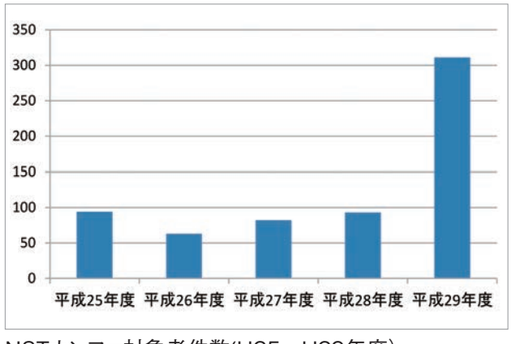
テーマ「冬季感染症と感染対策」

NST（栄養サポートチーム）

NST専門療法士　上　園　美　穂

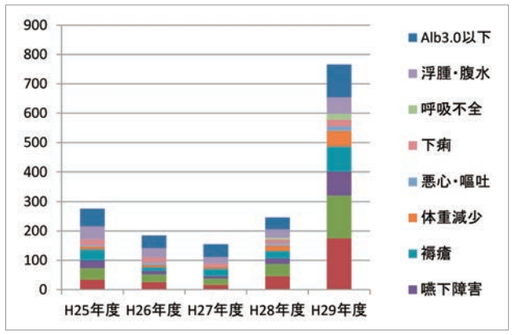
今年度、栄養サポートチーム加算を算定するため、看護師・薬剤師・管理栄養士の3職種がNST専門療法士認定教育施設にて40時間の研修を受講しました。研修では、多職種がそれぞれ専門の知識を活かし、状況を報告しディスカッションすることで、患者さんの栄養状態に関することを把握し、栄養状態の改善や早期退院に向けた治療方針を決定することができることなど多くのことを学びました。また、今年度管理栄養士が認定資格制度である栄養サポートチーム専門療法士の試験を合格し、栄養サポートチーム（NST）専門療法士の認定を受けました。

今年度は加算算定をするまでには至りませんでしたが、NST委員会の内容や治療計画書の見直しなどをすることが出来ました。また、対象者抽出を栄養アセスメントの評価点数を再度明確にし、各部署への周知徹底を行ったことでNST相談件数が増加しました。



NSTカンファ対象者件数(H25～H29年度)

また、相談件数の中で一番多いのは食事摂取量の低下や食欲不振のある方の相談です。食欲不振の改善は、なかなか難しくいつもみんなで悩みますが、ちょっとしたきっかけなどで改善することがあります。そのときに専任医師から、改善して良かった



NST介入者データ

で終わるのではなく、何が良かったのかということを考えることが大事であるということを言われます。いろんな症例を検討することで、知識や経験の幅が広がり似たような症例のときに様々な提案が出来ます。

日時	研修会内容	開催場所
H29.6月	NST専門療法士認定研修	宮崎江南病院
H29.6月	宮崎NST研究会	メディキット県民文化センター
H29.12月	大塚製薬Webセミナー「サルコペニア診療ガイドライン2017と最新のリハビリテーション栄養の実践」熊本リハビリテーション病院　吉村芳弘先生講演	恒心会 おぐら病院
H30.2月	第33回日本静脈経腸栄養学会	パシフィコ横浜

災害対策委員会

災害対策担当者　中　村　さとみ

平成28年の熊本地震などの大地震や、異常気象によって頻発する豪雨などの風水害などにより、災害医療体制はますます重要になっています。恒心会おぐら病院も、平成28年5月より災害対策委員会を発足し、災害に対する医療体制を構築しています。

【災害対策委員会　年間訓練】

図上シュミレーション研修	1回/年
消防訓練への参加	2回/年
緊急連絡網訓練	1回/年
急変対応訓練	2回/年
地域災害訓練への参加	1回/年
減災対策ラウンド	随時

災害において、「自助」・「共助」・「公助」が重要とされています。図上シュミレーション研修では「自助」についての説明を行い、平常時から災害・防災を自分のこととして考え、ハザードマップで自宅の危険性を知り、家具の固定や自宅の耐震化、水や食料などの備蓄について研修しました。基本的な応急処置や心臓マッサージなど各部署のキーマンが中心となり年2回BLS訓練を行い、急変時対応が誰でも行えるようにしています。

BLS訓練風景

【恒心会　全体災害訓練】

平成29年度は、近隣での多重事故を想定し、医師・看護師・薬剤師・理学療法士等多職種の職員103名が参加しました。新設エリアの設置、1次トリアージ、2次トリアージ、エリア別の訓練を行いました。訓練に参加したスタッフからは「1次トリアージが理解できた」、「繰り返し定期的に訓練をしてほしい」など災害医療に関する前向きな意見が多数ありました。

1次トリアージエリア風景

2次トリアージエリア風景

今後も研修・訓練を実施し、災害マニュアルの見直しや、救護体制の構築等を行い、災害発生時には早期医療体制を整えていきたいと思います。

地域医療活動

地域医療活動

恒心会は第3期スローガンとして「恒心会版地域包括ケアの創造」を掲げ、救命救急活動から急性期・回復期医療活動そして生活期医療・介護分野発展の一助のために、地域に根差した社会貢献活動を微力ながら続けてまいりました。

今ジャーナル報告ではへき地診療拠点病院の活動をトピックスとして報告させていただきましたので、へき地診療支援以外の活動の活動、①国立療養所星塚敬愛園でのボランティア診療②大隅救急高度化協議会検討会③大隅地域気管内挿管実習受け入れ（認定者推移）④大隅臨床整形外科医会研修会⑤地域リハビリテーション広域支援センター活動を報告いたします。

国立療養所 星塚敬愛園診療

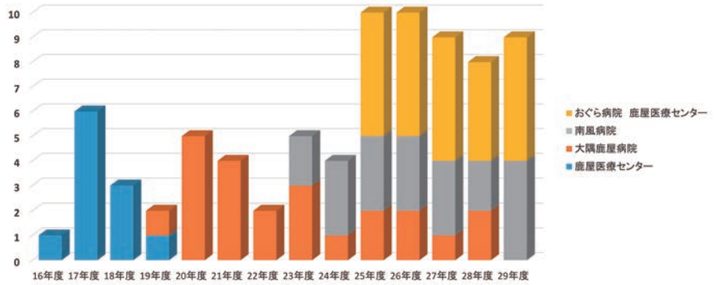
敬愛園診療		H.17	H.18	H.19	H.20	H.21	H.22	H.23	H.24	H.25	H.26	H.27	H.28	H.29
出張診療		91	114	105	93	92	77	90	74	64	58	56	57	47
診療	外来			78	86	59	76	54	56	43	36	29	48	40
	入院			9	19	13	9	5	15	6	7	4	7	7

大隅MC事例検討会

日　時	内　容	参加者
平成29年6月5日	・頸椎・頚髄損傷について ~救急隊、看護師に知ってほしいこと～ 恒心会おぐら病院　田邊　史医師 ・救急隊事例報告　3症例	医師：5名 看護師：81名 救急隊員：31名
平成29年10月4日	・アナフィラキシーショックについて 鹿児島大学救急救命センター　原浦博行医師 ・エピペン使用方法案内 ・救急隊事例報告　3症例	医師：3名 看護師：32名 救急隊員：41名
平成30年2月2日	・一酸化炭素中毒・減圧症について 鹿児島大学救急救命センター　原浦博行医師 ・高気圧酸素療法の原理について 恒心会おぐら病院　ME前原 ・救急隊事例報告　3症例	医師：3名 看護師：22名 救命士員：39名

大隅MC協議会事例検討会

大隅地域気管挿管認定取得変遷



平成29年度から気管内挿管についての技術向上のために、喉頭鏡ビデオスコープ（2例）の研修が新たに加わりました。
過去気管内挿管実習を修了した方も順次喉頭鏡ビデオスコープ2例の実習を行います。

エアウエイスコープ

グライドスコープ

平成29年度 大隅臨床整形外科医会研修会

8月4日（金）	〈特別講演〉 当院における骨粗鬆症の治療戦略	〈特別講演〉 出水郡医師会立広域医療センター整形外科科長　恒吉　康弘先生
10月11日（水）	〈特別講演〉 肩の痛みの診断とリハビリテーション	〈特別講演〉 昭和大学医学部整形外科教室　客員教授　筒井　廣明先生
1月12日（金）	〈特別講演〉 整形外科外傷のトピックス	〈特別講演〉 米盛病院整形外科　上野　宜功先生

大隅臨床整形外科医会研修風景

肝属圏域地域リハビリテーション広域支援センター活動報告

理事長　小　倉　　雅

2025年問題、団塊の世代が後期高齢期を迎え、社会システムとして支える人と支えられる人のバランスが崩れる。その為に考えられた「地域包括ケアシステム」構築のために行政を中心に様々な機関が、様々な取り組みを始めています。

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

この考え方は、そもそも地域リハビリテーションの考え方そのものであり、我々、地域リハビリテーション広域支援センターが行政と手を携えて、どの機関よりも積極的に取り組むべきことだろうと思います。

当院としては、肝属地域2市4町約16万人の住民の方々が、住み慣れたところで、安全にその人らしく生き生きと生活ができるように、リハビリテーション前置の考え方をもって、地域リハビリテーション推進課題の大項目の一つである「リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援」を行いました。本年度の活動を以下に報告します。

①市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動としては、地域包括ケアを推進していく関係者へ、日本リハビリテーション病院・施設協会の名誉会長で福岡県北九州にある小倉リハビリテーション病院名誉院長の浜村明徳先生をお招きして「地域で暮らすことを支える力」のテーマで講演いただきました。

地域リハビリテーションのあるべき姿、地域づくりの在り方について学び、講演後はFace to faceでグループワークすることができ、これからの地域づくりに、関係する様々な方々が、この地域で何をすればいいのか?何ができるのかを考える機会になったのではないかと考えます。

②介護予防にかかわる諸活動を通した支えあいづくりの強化として、鹿屋市のサロン活動への健康づくり支援に6サロン述べ13回と南大隅町の通所介護事業所職員への介護技術支援を年間を通して2事業所に毎月延べ24回実施しました。

③地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進として、一般市民公開講座を日本理学療法士協会の斉藤秀之副会長を講師に招いて「新たな地域づくりビジョン」のテーマで茨城県における介護予防活動の実際をお話しいただき、住民主体の地域づくりの在り方を学ぶことが出来ました。継続事業としては、健康教室を南大隅町佐多地域で実施し、転倒予防や健康づくりについての講話と健康相談させていただきました。

また、小学校での高齢者体験や車いす介助の仕方や福祉用具についての体験教室など実施し次世代担う人材育成の種まき活動も地道に継続しています。

次年度の大きな取り組みとしては、介護予防人材育成事業を本格化させていきたいと思います。これは、地域の介護予防を関係機関の専門職が担うのでなく、地域の皆さんがそれぞれの役割を持って、地域づくり、街づくりができるようにその為の地域リーダー（地域キーマン）育成のプログラムを提供させていただくものです。その為の人材育成の為の

講師育成を今年度開始しております。地域の方が気軽に参画できる事業へ育て上げたいと考えています。

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

平成29年度地域リハビリテーション広域支援センター事業実施一覧

事業項目	対　象	実施回数（予定含）
公開講座 「新たな地域づくりビジョン」 ～茨城県における シルバーリハビリ体操指導士育成事業～ 講師：日本理学療法士協会副会長 斎藤秀之先生	一般住民・事業所職員・行政職員	1回
地域連携セミナー 「地域で暮らすことを支える力」 ～リハビリテーションは何ができるか～ 講師：日本リハビリテーション病院・施設協会 名誉会長　浜村明徳先生	事業所職員・行政職員	1回
地域リハビリテーション活動支援事業　Ⅰ	2通所介護事業所（南大隅町）	24回
地域リハビリテーション活動支援事業　Ⅱ	サロン介護予防事業（鹿屋市）	
リハビリテーション技術支援講座	リハ専門職	2回
リハビリテーション介護支援研修	介護事業所職員	1回
リハビリテーション勉強会	患者・家族・一般住民	10回
サポータ研修（高齢・障がい体験）	小学生・中学生	1校
技術支援（講師・委員派遣）	機能訓練事業・地域ケア会議・介護認定審査会 障害児施設指導・障害児等療育支援指導 医療・介護連携会議　等々	

公開講座 グループワーク風景

サロン介護予防活動

教育研修

院 外 研 修

平成29年度研修

【医　局】

開催日	開催名	開催場所
平成29年4月12日	第46回 日本脊椎脊髄病学会学術集会	ロイトン札幌
平成29年4月26日	第60回 日本手外科学会学術集会	名古屋国際会議場
平成29年4月27日	第117回 日本外科学会定期学術集会	パシフィコ横浜
平成29年5月11日	第93回 日本消化器内視鏡学会総会	大阪国際会議場
平成29年6月8日	第54回 日本リハビリテーション医学会	岡山コンベンションセンター
平成29年6月9日	第54回 日本リハビリテーション医学会	岡山コンベンションセンター
平成29年6月17日	第133回 西日本整形外科・災害外科学会	久留米シティプラザ
平成29年7月15日	第30回 日本臨床整形外科学会学術集会	京王プラザホテル
平成29年7月20日	第72回 日本消化器外科学会総会	金沢市石川県立音楽堂
平成29年7月22日	第30回 九州・中四国地区ハイパーサーミア研究会	北九州市戸畑協立病院
平成29年9月1日	回復期リハ病棟専従医師研修会	アドバンスコース 品川フロントビル
平成29年9月7日	第43回 日本整形外科スポーツ医学会学術集会	シーガイアコンベンションセンター
平成29年9月16日	第58回 日本神経学会学術大会	国立京都国際会館
平成29年9月23日	第137回 鹿児島産科婦人科学会	鹿児島県医師会館
平成29年9月29日	第5回 日本難病医療ネットワーク学会	石川県地場産業振興センター
平成29年10月5日	第44回日本肩関節学会	東京都グランドプリンス新高輪
平成29年10月6日	第44回 日本臨床整形外科学会学術集会	青森市リンクステーションホール青森
平成29年10月13日	第24回 JDDW日本消化器関連学会	福岡国際センター
平成29年10月19日	第19回 日本骨粗鬆症学会	大阪国際会議場
平成29年11月10日	第134回 西日本整形外科・災害外科学会	米子コンベンションセンター
平成29年11月17日	第28回 日本臨床スポーツ医学会学術集会	国立オリンピック記念青少年総合
平成29年11月23日	第79回 日本臨床外科学会総会	東京国際フォーラム
平成29年12月7日	第30回 日本内視鏡外科学会総会	京都市国立京都国際会館
平成29年12月8日	第30回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	福岡大学病院メディカルホール
平成29年1月20日	第19回 嚥下機能評価研修会	東京慈恵会医科大学
平成29年2月3日	第138回 鹿児島産科婦人科学会	鹿児島県医師会館
平成29年2月22日	第48回 日本人工関節学会	東京国際フォーラム
平成29年2月24日	第275回 ICD講習会	グランドプリンスホテル新高輪

【看護介護部】

開催日	開催名	開催場所
平成29年5月18～20日	第6回 日本感染管理ネットワーク	函館アリーナ
平成29年6月22～25日	第22回 日本緩和医療学会学術大会	パシフィコ横浜
平成29年7月6～8日	第19回 日本医療マネジメント学会学術総会	仙台国際センター
平成29年8月26日	平成29年 度鹿児島県がん診療連携拠点病院機能強化事業 第1回 四部門合同研修会	鹿児島大学病院鶴陵会館
平成29年9月12日 ～12月12日	緩和ケア基本知識習得講義　緩和ケア病棟見学実習	国立病院機構南九州病院
平成29年9月28～30日	第5回 日本難病医療ネットワーク学会	石川県地場産業振興センター
平成29年9月29日	2018年同時改訂の方向性と病床再編の行方	東京都SSKセミナールーム
平成29年10月6～7日	第39回 日本手術医学会総会	東京都都市センターホテル
平成29年10月22～23日	第11回 骨粗鬆症マネージャーレクチャーコース	大阪国際会議場
平成29年11月3～4日	第31回 日本手術看護学会年次大会	グランフロント大阪
平成29年10月28日	第26回 救急セミナー	鹿児島県医師会館
平成29年11月27日 ～12月1日	平成29年度 脳卒中看護エキスパートナース研修	鹿児島医療センター
平成29年12月8～10日	第30回 日本内視鏡外科学会総会	京都国際会館
平成30年1月19日	平成29年度 鹿児島県保健看護研究学会	鹿児島県看護協会
平成30年2月21～24日	第33回 日本静脈経腸栄養学会学術集会	パシフィコ横浜
平成30年2月22～24日	第33回 日本環境感染学会総会・学術集会	グランドプリンスホテル新高輪
平成30年2月24日	平成29年度 鹿児島県がん診療連携拠点病院事業合同研修会	鹿児島大学病院鶴陵会館
平成30年3月3日	鹿児島救急医学会学術集会	鹿児島県医師会館
平成30年3月10日	2018年度 診療報酬改訂と看護管理者の役割	東京都SSKセミナールーム

【看護協会研修】

開催日	開催名	受講者
平成29年8月16日 ～10月26日	認定看護管理者教育課程ファーストレベル	2名
平成29年11月20日 ～平成30年2月2日	実習指導者講習会	2名
平成29年6月18日	重症度、医療・看護必要度評価者院内指導者研修	7名
平成29年7月6日 ～7月8日	新人看護職員卒後研修教育指導者研修	3名
平成29年12月14日 ～16日	看護職員認知症対応力向上研修	5名
平成30年 1月11日～1月13日 2月8日～2月10日	新人看護職員卒後研修実地指導者研修	7名

【診療技術部】

開催日	開催名	開催場所
平成29年4月29日	H30年度診療報酬介護点数改訂について	グランメッセ熊本
平成29年6月5日～9日	第15回 宮崎江南病院～NST専門療法士認定研修	宮崎江南病院
平成29年6月10日	第21回 宮崎NST研究会	メディキット県民文化センター
平成29年6月16日	第42回 日本超音波検査学会学術集会	福岡国際会議場
平成29年7月22日	第30回 九州・中四国ハイパーサーミア研究会	戸畑共立病院（福岡県北九州市）
平成29年8月26日～27日	ステップアップメディカル研修	博多バスターミナルビル
平成30年2月3日	経腸栄養　基礎の基礎	博多バスターミナルビル
平成30年2月1日	平成29年度 日本病院薬剤師会　医薬品安全管理責任者等講習会	九州大学医学部　百年講堂
平成30年2月23日～26日	第33回 日本静脈経腸栄養学会	パシフィコ横浜

画像検査科　県内参加研修会　10件　　薬剤科　県内参加研修会　29件
栄養管理科　県内参加研修会　15件

【リハビリテーション部】

開催日	開催名	開催場所
平成29年4月26日	第60回　日本手外科学会学術集会	名古屋国際会議場
平成29年4月26日	第29回　日本ハンドセラピィ学会学術集会	名古屋国際会議場
平成29年6月8日	第54回　日本リハビリテーション医学会学術集会	岡山コンベンションセンター
平成29年6月9日	RALLY全体会議	ホテルメルパルク岡山
平成29年7月16日	運転に関する作業療法士の指針説明会および都道府県士会協力者会議	麻生リハビリテーション大学校
平成29年9月22日	第51回　日本作業療法学会	東京国際フォーラム
平成29年10月8日	第33回　日本義肢装具学会学術大会	TFTビル・ホール
平成29年10月21日	第3回　スポーツフォーラム21研修会	九州医療スポーツ専門学校
平成29年10月21日	第2回　北九州スポーツセミナー	九州医療スポーツ専門学校
平成29年11月9日	第32回　日本足の外科学会・学術集会	ウインクあいち
平成29年11月11日	九州理学療法士・作業療法士合同学会 2016 in 宮崎	シーガイアコンベンションセンター
平成29年11月18日	日本ハンドセラピィ学会 認定ハンドセラピスト養成カリキュラム 平成29年度　基礎研修「手の評価セミナー」	聖マリアンナ医科大学病院
平成29年11月18日	日本臨床スポーツ医学会学術集会（第28回）	国立オリンピック記念青少年総合センター
平成29年12月2日	日本ハンドセラピィ学会 認定ハンドセラピスト養成カリキュラム 平成29年度　基礎研修「入門セミナー」in 京都	京都リサーチパーク 4号館
平成29年12月2日	DNS（動的神経筋安定化）エクササイズコース パート2	東京オペラシティ
平成29年12月9日	第30回　九州・山口スポーツ医・科学研究会	福岡大学病院
平成29年12月24日	高次脳機能を意識した理学・作業療法計画2 ～半側空間無視、プッシャー現象～	gene本社セミナールーム
平成30年1月14日	NPO法人　スポーツ・健康・医科学アカデミー Sports Forum 21 The Baseball by the Academy of Me SSH	パシフィコ横浜
平成30年1月20日	KTバランスチャートの活用と展開方法	宮日ホール
平成30年1月21日	日本理学療法士協会指定管理者中央研修会	TKP品川カンファレンスセンター
平成30年1月31日	第2回　シルバーリハビリ体操指導士養成講師認定講習会 ステップ1	茨城県立健康プラザ
平成30年2月26日	第2回　シルバーリハビリ体操指導士養成講師認定講習会 ステップ2	茨城県立健康プラザ
平成30年3月2日	平成29年度　地域JRAT九州ブロック会議	長崎リハビリテーション病院
平成30年3月10日	平成29年度　第2回リハビリテーション研修会診療報酬・介護報酬同時改定－今後のリハビリテーションの方向性は－	ベルサーレ半蔵門
平成30年4月26日	第61回　日本手外科学会学術集会	京王プラザホテル
平成30年4月26日	第30回　日本ハンドセラピィ学会学術集会	京王プラザホテル

他県内研修会18件

教育研修

副看護部長　押　切　典　子

今年度6月、全部門代表を構成メンバーとした「恒心会　教育委員会」が発足して、2ヶ月に一回定例会を開催しています。全職員を対象とする、「恒心会教育講演会」や「学術発表会」等の教育・研修の企画、立案、実施を行い医療従事者としての質を高めることで、よりよい医療につながっていくように教育・研修の周知徹底に努めています。

恒心会　学術研究発表会

平成29年10月30日

演　題　名	部　署	発表者
ハイパーサーミアの副作用症状に対する意識調査	看護部　3階西	大園真由美
ハイパーサーミア稼働1年の状況の分析と今後の課題	画像検査科	山神　昭彦
全がん患者の外来スクリーニングから見えた苦痛の現状と改善に向けた今後の課題 ～鹿児島県がん診療指定病院の取り組み～	看護部　3階西	二見　麗香
患者主体の術前訪問を目指して ～術前訪問の実態と課題～	看護部　手術室	村山　弥生
宗教観が支援に影響した大脳基底核変性症の一例	訪問看護ステーション	松野下郁美
脊髄損傷不全麻痺患者に対するロボットスーツHALを用いた治療効果の検証	リハビリテーション部	慶田元真希
スプリント使用により上肢機能が改善した中心性頸髄損傷患者の一例	リハビリテーション部	古川　愛理
人工骨頭置換術後のパスバリアンスの分析	看護部　5階	田中　有希
高齢で高次脳機能障害患者の単身在宅生活への退院支援	看護部　3階東	半渡　美子
橈骨遠位端骨折後の長母指伸筋腱断裂の検討 ～保存的治療症例について～	医局	堀之内　駿
個々に合った食事環境への取り組み ～テーブルの高さの調整を試みて～	ヴィラかのや　3階	齋藤　小春

法人内 多職種新人集合研修

日　時	内　　容
4月3日（月）	・新人看護職員研修制度及び教育体制　・目標管理　・認知症ケア ・MRI検査時の注意点、心電図検査
4月4日（火）	・薬剤について　・がん化学療法看護　・感染対策研修
4月5日（水）	・看護記録　・重症度、医療・看護必要度　・栄養管理　・安全な移乗援助法　・看護倫理
4月6日（木）	・急性期・回復期看護　・苦情処理　・医療連携　・消防設備
4月7日（金）	・看護技術（採血法・与薬・吸引・浣腸・導尿・留置カテーテルなど）
4月8日（土）	・手術室・サプライの役割　・手術室看護　・外来の役割
4月10日（月）	・災害対策　・救命救急処置（BLS）研修
4月11日（火）	・緩和ケア　・医療機器（輸液ポンプ・血糖測定器・電子血圧計・モニター・除細動器・高気圧酸素治療器・酸素ボンベ・離床センサー）研修
4月13日（木）	・褥瘡予防

平成29年度 大隅地区新人看護師研修（多施設合同研修事業）

	日　時	内　容	参加対象者
1	7月29日（土） 13:00～16:30 池田病院	「アクティビティ・悩みの解決法を知る」（卒後1年目） 講師：新人看護職員研修チーム会	1年目55名 委員13名 計68名
2	10月21日（土） 13:00～16:30 おぐら病院	「在宅支援について」（卒後2-3年目） 講師：下村直美　訪問看護認定看護師 今吉浩子　居宅介護支援相談員 東耕平　鹿屋長寿園在宅事業部管理者	2年目19名 3年目12名 委員11名 計42名
3	11月11日（土） 13:00～16:30 池田病院	「看護記録の基本」（卒後1-3年目） 講師：前野かつ子　川内市医師会立川内看護専門学校	1－3年目68名 一般7名 委員13名 計88名
4	1月20日（土） 13:00～16:30 池田病院	フォローアップ研修　リーダーシップ」（卒後3年目） 講師：前野かつ子　川内市医師会立川内看護専門学校	3年目23名 委員10名 計33名
5	3月3日（土） 13:00～16:30 池田病院	「フォローアップ研修　フィジカルアセスメント」（卒後1年目） 講師：湯之前朋子　集中ケア認定看護師	1年目55名 委員12名 計67名

実習関連

平成29年度 実習受入状況

看護部

学校名	人数(延べ)
看護実習	
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(1～3年生)	136名(181日間)
尚志館高等学校看護学科(2～3年生)	14名(29日間)
鹿児島大学保健学科　チーム医療実習(4年生)	16名(6日)
鹿児島女子短期大学(2年生)	1名(5日)
体験実習	
鹿屋農業高等学校　2年生	3名(4日)
鹿屋女子高等学校　2年生	7名(5日)
志布志高等学校　2年生	2名(2日)
鹿屋中学校　3年生	4名(3日)
第一鹿屋中学校　2年生	4名(3日)
高隈中学校　3年生	2名(3日)
鹿屋東中学校　3年生	6名(3日)
ふれあい体験	
志布志高等学校　2～3年生	4名(1日)

リハビリテーション部

学校名	受入数(理学療法士)	受入数(作業療法士)	受入数(言語聴覚士)
鹿児島大学医学部(保健学科)	PT:1名(8週)		
鹿児島医療技術専門学校	PT:6名(3・10週)	OT:3名(3週・8週)	ST:2名(3週・6週)
鹿児島第一医療リハビリ専門学校	PT:2名(3・10週)	OT:4名(3週・8週)	ST:2名(3週・6週)
神村学園専修学校	PT:3名(1・4・10週)	OT:3名(3週・8週)	
鹿児島医療福祉専門学校(老健PT:3名(3・10週))	PT:5名(3・10週)		
宮崎リハビリテーション学院	PT:2名(10週)		
九州中央リハビリテーション学院	PT:1名(3・8週)	OT:1名(8週)	
宮崎医療福祉専門学校	PT:1名(10週)		
宮崎保健福祉専門学校		OT:2名(8週)	
熊本駅前看護リハビリテーション学院	PT:2名(8週)		
メディカル・カレッジ青照館	PT:1名(3週)		
九州看護福祉大学(老健PT:1名)	PT:2名(8週)		
西九州大学(リハビリテーション学部)	PT:1名(7週)		
東京メディカルスポーツ専門学校	PT:1名(8週)		
文京学院大学(理学療法学科)	PT:2名(4・6週)		
京都橘大学	PT:1名(4週)		
(受入合計)	15校(31名)	5校(13名)	2校(4名)

社会医療福祉科

学校名	受入数
宮崎医療福祉カレッジ	1名(23日)

画像検査科

学校名	受入数
鹿児島医療技術専門学校	4名(4週)

栄養管理科

学校名	受入数
平岡栄養士専門学校	2名(2週)
鹿児島県立短期大学	1名(2週)
西九州大学	2名(2週)

新入職者オリエンテーション

事務局　中　川　秀　生

平成30年4月新たに29名、看護部・リハ部・介護福祉士・保育士・医療事務の仲間を迎え、私達も若い力をもらい地域医療サービス充実　向上に向けて邁進していきます。

全体朝礼での新入職代表あいさつ

全体朝礼での代表あいさつ風景入職初日から3日間のスケジュールで理事長挨拶から始まり各部門長の紹介と部門説明など研修ホールで実施していた内容を、今年から少し変更して計画しました。一番大きな変更点は、国立大隅青少年自然の家でのオリエンテーションを組み込んだことです。スケジュール2日目に　午前中　接遇研修を終えて、午後からは、法人では、初めての国立大隅青少年自然の家での宿泊研修を取り入れました。目的は、同期の仲間作りや職場の規範行動また新社会人としてのマナーなどを外部講師を招いて行いました。施設では早速仲間作りのレクレーションを実施、まだ入職して1日目隣の席の職員の名前すら覚えていない状態でしたが、事前にグループなど班分を分け、リーダーを決定しそれぞれ役割を決めた中で、レクレーション等カリキュラムをこなしていました。特に仲間作りのレクレーションをゲーム感覚で行う事で、より早くコミュニケーションが取れ打ち解けていたように思います。また引率そして各部門の教育担当者にも参加していただき、困ったときに相談できる関係作りもできたのではないかと思います。

班別野外炊飯活動

夕食の野外炊飯においてもローストチキンとパエリアを作りましたが、各班協力してできていました。翌日も午前中より講習を実施職場の規範行動について学び、午後からはグリーンアドベンチャーの野外活動を実施しました。今回のオリエンテーション通して、今後の共に助け合う仲間と一緒に病院運営を盛り上げてくれる力となってもらいたいと思います。

研修終了　集合写真

さかもと歯科クリニック

さかもと歯科クリニック

院長 坂 元 潤 也

当クリニックの平成29年度の事業方針として「歯科部門の強化～医科歯科連携を強化して特色を出す」をメインテーマに掲げ、取り組んでおります。

医科歯科連携に関しては、現在の取り組みとして急性期における術前歯科検診を実施し、必要に応じて可能な範囲で処置や口腔ケアを実施。回復期病棟では月に2回の歯科検診を実施し、希望者に歯科治療を行っております。老健施設ヴィラかのやにおいても同様の医科歯科連携を実施しております。平成29年度は急性期病棟との連携にも注力し、術前検診を含めたデータですが、受診件数で前年比45％増、延べ件数で34％増となりました。

しかし、在宅診療などまだ手つかずの目標もあり、今後もマンパワーの充実を図りながら進めて参りたいと思います。

今回は急性期から早期に歯科的介入を行い、多職種連携で回復に至った症例を紹介します。

〈患者〉 80歳代 女性

〈診断名〉 ヘルペス性髄膜脳炎

平成30年○月○日自宅で倒れているところを訪問したヘルパーにより発見され、かかりつけ医に緊急搬送。急性腎不全と意識障害の治療のために恒心会おぐら病院神経内科を紹介され同日入院。

〈経過〉

○月○日：恒心会おぐら病院入院

3～5日後：担当医より挿管管理になる可能性あり、動揺歯の抜歯依頼あり、動揺の著明な臼歯と前歯8歯の抜歯を実施

8日後：経管栄養を開始したが翌日胃液～胆汁様の排液とえづきあり中止

20日後：経管栄養再開

29日後：担当医より義歯の作製依頼あり、予後不良歯の2歯を抜歯

30日後：STリハ開始

32日後：間接嚥下訓練開始

35日後：昼食のみ経口摂取を開始（汁無し全粥・キザミトロミ食・水分は中トロミ）

39日後：三食経口摂取へ移行、食形態は変わらず

55日後：水分をトロミ無しへ変更

57日後：義歯作製開始

86日後：上顎総義歯・下顎部分義歯完成

89日後：軟飯・荒キザミ食へ変更

109日後：一口キザミ食へ変更

これまで義歯装着の経験がなく、まだ義歯が馴染んだとは言い難いですが、確実に咀嚼機能は改善しており、意識レベルの低い時期から医科的治療に並行して早期に言語療法士と病棟専従の歯科衛生士と歯科が介入したことにより、経管栄養から経口摂取、さらに食形態アップにつながったと考えられます。できるだけ早期に多職種で口腔機能に対する介入を実施することの重要性を感じた症例です。

平成30年度は法人の新たな中長期事業方針である「法人完結型の包括ケア（医療と介護）と地域との連携を密にした地域完結型ケアを構築する～入口と出口を意識した医療・介護に取り組む～」というスローガンのもと、当クリニックの第4期中期目標は3年後のビジョンとして「院外活動を充実し、法

人内の医科歯科連携だけでなく、法人外部との連携が円滑に進むようにサポート役を果たす」ということを掲げました。

具体的には法人内では、周術期を含め入院患者あるいは入所者の口腔管理、NSTや退院時指導その他の多職種連携への参加、柔軟に診療室外の活動が可能となる体制作り、法人外では連携により周術期や在宅までカバーできる体制作り、地域の歯科医院・歯科医師会との連携のパイプ役を掲げております。

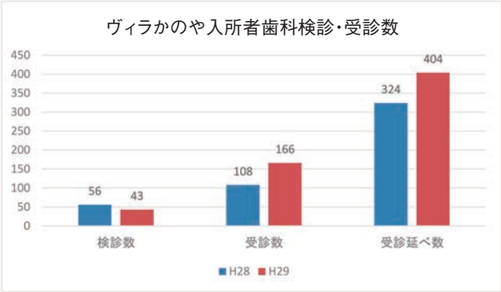
3ヶ年のスタートとなる今年度は

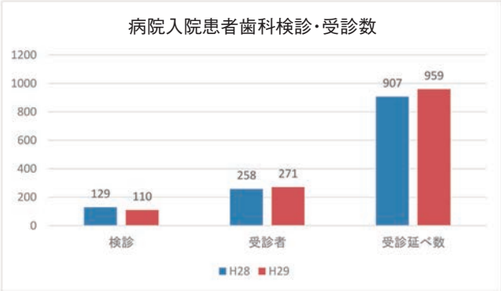
1. 院外活動の時間の確保と医科歯科連携の拡充
2. 常勤医確保のための活動及び環境整備
3. 診療報酬改定への対応と施設基準取得

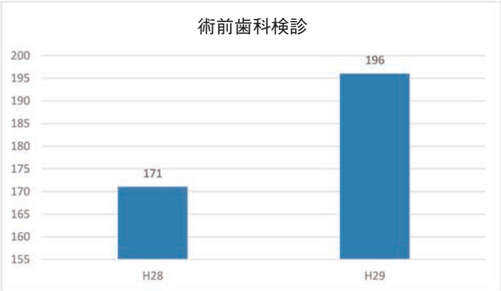
の3点を目標として掲げて取り組みます。

常勤医の獲得や医科歯科連携など院外の活動は単年度で越えられるほど容易ではない高いハードルではありますが、ハブ＆アライアンスの地域共同体構想のサポートの一翼を担えるように、また2025年問題にも向き合えるように、いろいろな視点から対応し、課題を克服してステップ・バイ・ステップで着実に歩みを進めるよう努めたいと思います。

以下、平成29年度の法人内医科歯科連携に関する対前年比グラフです。







介護事業部

法人介護事業部ならびに介護老人保健施設 ヴィラかのや

副施設長 福 田 隆 一

平成29年度　介護事業所事業方針について

1）介護事業所として自立支援・重度化防止の役割と機能
2）在宅強化型老健の目標指標、業務・運営体制の見直し、医療居宅連携
3）通所リハの機能再編と再構築　（リハマネ加算、大規模減算）
4）介護予防・日常生活支援総合事業の対応
5）人材不足・人材育成の対応
6）介護看護業務負担軽減（環境・業務）

平成29年度は法人の事業方針を受け、地域包括ケアの中で当法人の在宅・介護事業所がどういう役割を担い、自立支援・重度化防止にどう取り組むかが問われ、その先の同時改定も見据えて、ケアの質を充実させた年でした。

特に今後ケアの内容、質を問われてくる時代となることを考慮し、施設内外研修を充実させたところです。具体的にはポジショニング、排泄ケア、食事ケアに関する検討会を実施し、それぞれの内容の専門的な研修会を企画、また施設外研修に出向き、さらには講師の現場指導、テレビ会議なども開催しアセスメントの違い、ケア計画の見直し、多職種の役割など、あたりまえとしたことを再度見直すよい機会となりました。

講師による排泄カンファレンス

研修会開催（ポジショニング）

その中でも、利用者の水分量の確保すらまちまちで、アセスメントの乏しさもあり、経験と勘にたよる、いかに遅れたケア内容であるか、また効果ないリハビリを漫然と実施していたかがあらためて分かったところです。

老健の在宅強化型の運営においては、指標のコントロールを見直し回転率の低減を行い、稼働率を安定させることで、業務負担、事業運営を維持できたと思われます。

またケアの見直しと同時に、業務運営体制も見直し、委員会活動の管理者・多職種の積極参加を促

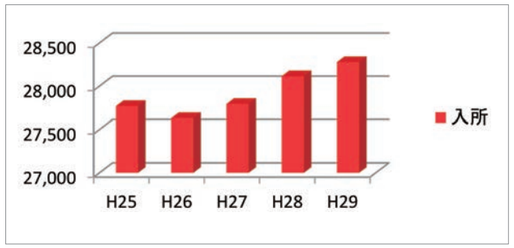


図1）① 5年間の入所のべ人数変化

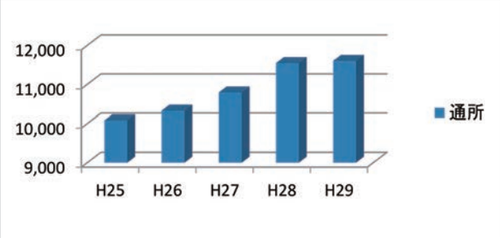


図1)② 5年間の通所のべ人数変化

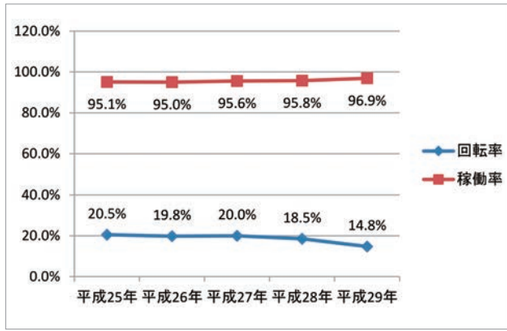


図2) 年次別回転率推移と稼働率比較

した1年でした。

平成30年度 介護事業所事業方針について

1) 介護報酬改定にともなう各事業所・部門運営の課題と対応(超強化型老健)
2) 通所リハビリ事業の転換(世話型⇒自立型)
3) 自立支援・多職種連携による質の高いサービスの提供(アウトカム重視)
4) 人材確保、人財育成、処遇改善
5) 介護機器(見守り機器)ICT会議導入

平成30年度は医療・介護同時改定にともない老健の超強化型老健の運営を軌道にのせ安定した運営の確保ができるよう努力していきたいと思います。また他事業所においては連携加算をとれる体制づくりが望まれます。

通所・訪問事業部においては疾患別リハの受け皿として短時間リハビリを充実させていきたいと思います。

自立支援・多職種連携による質の高いサービスの提供においては、まずなにより、多職種の教養の充実をはかりながら、個々のスキルアップにつなげることが肝要と思われます。高いレベルのゼネラリストの養成が必須と思われるところです。

介護人材の人手不足、離職防止に処遇改善は必要ですが、チーム力の向上がなにより大事であると思われます。部署・事業所のチーム力向上につながる管理体制を促していきます。

介護機器の見直しについてはリフト・見守りなどの介護ロボット、認知・転倒などの予防機器、ICTを利用した会議による、介護職・医師の負担軽減を図っていく予定です。

平成30年4月改定と超強化型算定

今年の重点項目としてこれまでの在宅強化型算定から超強化型算定へと舵を切りました。

これまで以上に指標の内容が厳しくなりましたが、特に注力してきた在宅復帰率や回転率、喀痰吸引や経管栄養を要する重度者の受け入れなど、当施設の強みを生かしていきたいと思います。

在宅復帰・在宅療養支援等指標(平成30年5月現在)

※超強化型算定要件70点以上

項　目	指標	点数
①在宅復帰率	62%	20
②ベッド回転率	13.8%	20
③入所前後訪問指導割合	10.7%	5
④退所前後訪問指導割合	51.5%	5
⑤居宅サービスの実施数	2	3
⑥リハ専門職の配置割合	4.25	3
⑦支援相談員の配置割合	1.3	0
⑧要介護4又は5の割合	70.3%	5
⑨喀痰吸引の実施割合	12.3%	5
⑩経管栄養の実施割合	14.9%	5
合計点数		76

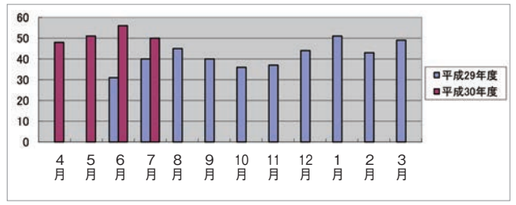
訪問看護ステーションことぶき

所長 稲　冨　千代子

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

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

平成29年6月からは訪問看護からの訪問リハビリも開始でき、在宅における生活の中でのリハビリも実施できるようになりました。



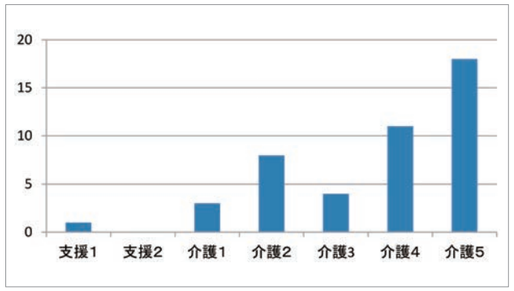
訪問介護からのリハビリ件数

平成29年度の研修実績

- 鹿児島県看護協会訪問看護師養成研修(半年)1名
- エンドオブライフケア研修会ファシリテーター 1名
- 恒心会学術研究発表 1名
- 鹿屋市立看護専門学校講師 1名
- 精神科訪問看護研修会受講終了 1名
- 鹿児島大学病院退院後研修受け入れ
- 看護協会訪問看護管理者研修より実習生受け入れ
- 実習生受け入れ3箇所(鹿屋市立看護専門学校、鹿児島中央看護専門学校、鹿児島大学保健学科)

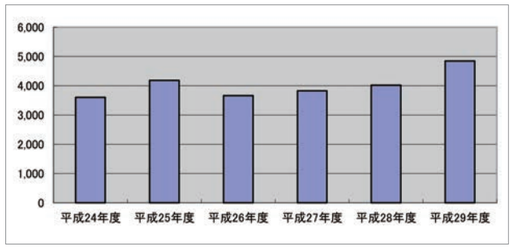
平成30年度は病院からの退院支援として看護部とタイアップしてキャリアラダーⅢ・Ⅳの看護師の訪問看護実習も開始予定で講義も開始しています。

また、平成30年より小児看護も開始して、今までどおり身障者の医療介護と幅広く対応可能となっています。



訪問介護 介護度

地域の包括や居宅支援事業所、法人内外の医療機関や在宅医とも連携を図りながら在宅へ繋ぐ担い手となり、その後もその人の支え手となる信頼される訪問看護ステーションを目指しています。



訪問介護件数

通所リハビリテーション

科 長　了徳寺　孝　文

自立支援に向けた通所リハビリテーション

介護保険において自立支援が大きく取り上げられてきています。

通所リハビリテーションにおいては、自宅から通ってくる利用者に対して、自立支援と社会参加支援が求められてきています。そのため、リハビリテーションマネージメント加算Ⅱによるリハビリ会議により、リハビリテーション計画を提供すると共に、各利用者が目標に向かって「してもらうリハビリから自ら進んで行うリハビリ」へと意識やシステムの見直しを行っています。

レッドコードを利用しての集団リハ指導

ヘルパーステーションヴィラかのや

主 任　柳　田　光　代

月例研修会

ヘルパーステーションでは毎月研修会を開催しております。サービス提供責任者による指導も行っていますが、行政や恒心会の専門職を講師に招き知識や技術を高めています。

研修会の一つとして認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り応援する『応援者』となる為に、包括支援センターの協力を頂き『認知症サポーター養成講座』開催しました。サポーターの証、オレンジリングをヘルパーステーションの職員全員受け取りました。

日頃から認知症を抱える利用者様ご家族へのサポートは仕事を通してさせていただいていますが、認知症になっても地域でいきいきと暮らし続ける事ができるように今後は地域住民の一人としても認知症の人やその家族を見守り応援できるように支援できたらと思っています。

認知症サポーター養成講座

小規模多機能ホームサポートセンターおぐら24

介護科長　福　永　和　人

当施設の対外的な活動の一つとして、平成29年8月22日、鹿屋市基幹型地域包括支援センター職員の要請に応じ、同センターにて「小規模多機能居宅介護の理解」と題し、サービスの内容などを当施設を例として現状や課題について報告させていただきました。

鹿屋市内でも絶対数の少ないサービスであるため、関係者ですら理解が進んでいないこともあり、当日は参加した職員から活発な質疑応答がありました。

今後は、さらに地域のイベントなどにも積極的に参加し、情報発信に努めていきたいと思います。

包括支援センター集合研修

鹿屋市地域包括支援センター 寿8丁目サブセンターヴィラかのや

介護支援専門員　板　山　直　子

サブセンター 3年目

平成29年4月より鹿屋市も介護予防・日常生活支援総合事業が始まり、介護予防の観点から、自立支援に向け、高齢者が「自分らしく生き生きと暮らすこと」を具体的に実現していくために、鹿屋市の取り組む総合事業でケアマネジメントを進めているところです。

また、生活支援コーディネーターの役割として、地域の担い手育成のため、有償ボランティアの立ち上げにも携わっており、今年度は鹿屋市初の事業開始を控えています。

サブセンターは日頃より地域の町内会や民生委員との連携を主に行っていますが、地域包括ケアの大きな流れのもと、いよいよその役割と責任の大きさを感じているところです。

健康教室開催風景

写真は鹿屋市内の町内会での健康教室の様子です。法人の理学療法士の協力を得て、積極的に地域へ出向き、センター活動の啓発も継続していくつもりです。

グループホームイーストサイドおぐら

主任 宮 橋 梨 恵

当施設では、平成29年より医師による診療体制をさらに充実させています。外出して病院受診できる利用者様もいますが、重度化（平成29年度平均介護度3.7）に伴い外出困難な方が増えており、当施設へ恒心会おぐら病院から医師が訪れ診療を行う頻度を増やしました。

特に法人の病院併設である立地を強みとして、週に一度医師が利用者の状態を診に来られることは、利用者だけでなく職員や家族の安心にもつながり、施設内における看取りも含め、今後も利用者の体調変化に少しでも早く対応ができる環境作りに努めていきたいと思います。

医師による診療

居宅介護支援事業所ヴィラかのや/おぐら居宅介護支援事業所

管理者 豊 園 裕 一

【居宅介護支援事業所ヴィラかのや】

主任介護支援専門員を配置し、特定事業所加算Ⅰを算定しており、特に地域の他の居宅介護支援事業所に対しての支援として、事例検討や実習生の指導などの役割を果たしています。

また、昨年度は鹿屋市の適正化事業の一環であるケアプランチェックに対し事例を提供するなど、アセスメントの振り返りや重度化予防、自立支援に向けたケアプラン作成を改めて見直す機会となりました。

【おぐら居宅介護支援事業所】

主任介護支援専門員としての経験と実績をもとに、介護予防の観点から、軽度者に対する支援を中心に活動しています。

また、要介護認定の方だけでなく、鹿屋市の基幹型地域包括支援センターと連携しながら、要支援認定の方も担当し介護予防プラン作成も実施しています。

サービス担当者会議

平成29年度は居宅介護支援事業所ヴィラかのやが2846件、おぐら居宅介護支援事業所が443件のケアプラン作成を行いました。また看護師の介護支援専門員を配置しており、法人内外のケアカンファレンスでも多職種連携の要として機能しています。

研究論文・学会発表

医師業績

【学会発表一覧】

演題名	発表者	学会名	年　月
橈骨遠位端骨折に対する掌側ロッキングプレート固定術後の長母指伸筋腱断裂の検討	松山　金寛	西日本整形外科災害外科学会	平成29年 6月17日（土） ～18（日）
石黒法施行後に観血的治療を要した mallet fingerの検討	高橋　建吾		
Churg Strauss症候群の3例	東郷　泰久	日本臨床整形外科学会	平成29年 7月16日（日） ～17日（月）
橈骨遠位端骨折に対する長母指伸筋腱断裂の検討～保存的治療症例について～	堀之内　駿	西日本整形外科災害外科学会	平成29年 11日11日（土） ～12日（日）
スライダー投球時に外傷性肩前方不安定症を発症したエリート野球投手の一例	海江田光祥	九州・山口スポーツ医・科学研究会	平成29年 12月9日

【研究論文一覧】

著　者	論文名	雑誌名	巻　数	発刊年
前田　昌隆	女子長距離選手の月経と骨代謝および骨密度の関係	日本臨床スポーツ医学会誌	Vol.25 No.3	2017
俵積田裕紀	ショパール関節脱臼骨折の1例	整形外科と災害外科	Vol.66 No.3	2017
前田　昌隆	発生機序の異なる大腿骨頸部疲労骨折の治療経験	整形外科と災害外科	Vol.66 No.3	2017
眞田　雅人	多発痛風結節に対して手術治療を要した一例	整形外科と災害外科	Vol.66 No.3	2017
高橋　建吾	石黒法施行後に観血的治療を要した骨性 mallet fingerの検討	整形外科と災害外科	Vol.67 No.1	2018
松山　金寛	橈骨遠位端骨折に対する掌側ロッキングプレート固定術後の長母指伸筋腱断裂の検討	整形外科と災害外科	Vol.67 No.1	2018
東本　昌之	DICを契機に診断された敗血症合併非穿孔性急性虫垂炎の1例	日臨外会誌	Vol.79 No.4	2018

論　文

日本臨床スポーツ医学会誌：Vol.25 NO.3,2017.

資　料

女子長距離走選手の月経と骨代謝および骨密度の関係

前田昌隆*1, 中畑敏秀*1, 東郷泰久*1
小倉　雅*1, 藤井康成*2, 小宮節郎*3

Relationship between Menstrual Status, Bone Metabolism and Bone Mineral Density in Female Long-Distance Runners

Maeda, M.*1, Nakahata, T.*1, Togo, Y.*1
Ogura, T.*1, Fujii, Y.*2, Komiya, S.*3

*1 Koshinkai Ogura Hospital
*2 National Institute of Fitness and Sports in Kanoya
*3 Department of Orthopedic Surgery, Kagoshima University

Key words: female long-distance runner, menstrual disorder, bone metabolism

キー・ワード：female long-distance runner，menstrual disorder，bone metabolism
女子長距離走選手，月経異常，骨代謝

〔要旨〕 本研究は，疲労骨折の罹患率が高い大学女子長距離走選手を対象に，月経状況や骨代謝や骨密度に関する測定を行い，発症因子の検討および疲労骨折予防のための基礎的データを得ることを目的とした．疲労骨折は，思春期以降に発症しているケースが多かった．初経初来時期は遅延しており，思春期には無月経や月経周期異常であった選手が多かった．骨代謝は，月経異常群で骨吸収マーカーが高く，高回転型骨代謝の傾向であった．

〔Abstract〕 The present study examined the menstrual status and levels of bone metabolism and bone mineral density in college-age, female long-distance runners, a specific population with a high incidence of stress fractures. The purpose of the study was to collect the basic data to serve as a lodestar when considering the critical cause and strategies for prevention of stress fractures. The results revealed that stress fractures started most commonly after puberty. Furthermore, delayed onset of menarche or total amenorrhea were also frequently observed during puberty. With regard to bone turnover, bone resorption markers were particularly elevated, signifying high bone metabolism turnover in individuals in the irregular menstrual cycle group.

はじめに

女子長距離走選手における疲労骨折発症の背景には，Female Athlete Triad（以下，FAT）が存在し，骨粗鬆症に至ることが発症因子の一つとなる．疲労骨折の発症は，思春期である16歳がピークといわれる[1]．しかし，女性の骨量は思春期に増加する[2]ことから，思春期に骨量の増加が不十分な選手における思春期後の疲労骨折発症状況がどうなのかは興味深いところである．そこで，本研究では大学生女子長距離走選手に着目し，初経初来や月経周期などの月経状況や，骨代謝や骨密度の測定を行い，疲労骨折発症因子の検討および予防のための基礎的データを得ることを目的とした．

対象および方法

対象は，大学陸上部に所属する女子長距離走選手11名（平均年齢20.1±0.8歳）であった．各選手の高校及び大学での個人競技レベルは全国大会で

*1　医療法人恒心会おぐら病院
*2　鹿屋体育大学
*3　鹿児島大学整形外科

表１　疲労骨折・月経・骨密度に関する基本情報

対象	疲労骨折の発症年齢（歳）	検査前１年間の月経周期	初経初来	思春期の月経状況	腰椎 BMD	腰椎 YAM
A	19	稀発月経	15 歳	続発性無月経（15 歳～ 17 歳）	1.229	110
B	18，20，20	稀発月経	18 歳	原発性無月経	1.094	98
C	15	稀発月経	20 歳	原発性無月経	1.146	102
D	20	稀発月経（ピル服用）	13 歳	稀発月経（ピル服用）	1.086	97
E	既往なし	稀発月経	13 歳	正常月経	1.344	120
F	16，17，19	続発性無月経	11 歳	続発性無月経（15 歳～ 18 歳）	1.004	90
G	20	正常月経	16 歳	遅発月経	1.186	106
H	既往なし	正常月経	10 歳	正常月経	1.162	104
I	16，18	正常月経	13 歳	続発性無月経（14 歳～ 18 歳）	0.93	83
J	19	正常月経	12 歳	続発性無月経（15 歳～ 17 歳）	1.026	92
K	18	正常月経	14 歳	正常月経	1.227	110

の入賞経験者３名，全国大会出場で入賞経験のないもの５名，地方大会レベル３名であった．また，各選手の平均月間走行距離は約 450km～500km 程度であり，日本臨床スポーツ医学会が提唱する「骨・関節のランニング障害に対する提言」[3] で提示されている走行距離は超えていなかった．

選手には事前に研究の目的と内容を十分に説明し，文書による研究参加への同意を得た．なお，本研究は医療法人恒心会倫理委員会における審議・承認を得て実施した（承認番号：2015A-1）．

方法は，年齢，疲労骨折の既往と発症年齢，初経初来年齢，月経周期状況はアンケート調査を行い，後方視的に検討を行った．

月経周期は，今回の検査日から１年間さかのぼった月経周期状況（以下，検査前１年間の月経周期）と思春期の月経周期状況を聴取した．思春期は日本産科婦人科学会の診療ガイドライン[4] で思春期女子の診療対象年齢にあたる初経初来の平均年齢（12 歳頃）から高校３年生（18 歳以下）までとした．また，25～38 日周期である場合を正常月経，39～89 日周期である場合を稀発月経，90 日以上月経が無いものを続発性無月経とした．初経初来の異常は 15 歳～17 歳で初経が初来したものを遅発月経，満 18 歳以上で初経が初来していないものを原発性無月経とした．本研究では，正常月経以外の月経周期異常と初経初来の異常を合わせて月経異常とした．

骨代謝マーカーは血液サンプルを使用し，採血は骨代謝マーカーの日内変動を極力避けるために被験者全員が同一日の午前 10 時頃行った．また，測定条件を整えるために採血 12 時間前の食事制限と 24 時間以内の運動制限を行った．骨代謝マーカーのうち，骨芽細胞に関与する骨形成マーカーは Intact P1NP（以下，P1NP），オステオカルシン（以下 OC）を用いた．また，破骨細胞に関与する骨吸収マーカーは日内・日差変動が極めて少なく，測定データが安定し，さらに腎機能・肝機能障害や食事の影響を受けないと言われる TRACP-5b[5] を測定した．P1NP，OC，TRACP-5b それぞれの相関を観察し，骨形成と骨吸収の関係性を分析した．

骨密度測定は，GE 社製 DXA（PRODIGY）を用い腰椎の Bone Mineral Density（以下，BMD）と Young Adult Mean（以下，YAM）を測定した．

統計処理

統計解析は，R2.8.1（CRAN.freeware）と JSTAT for windows を用い，データの正規性を確認後，2 群間の比較は Mann-Whitney の U 検定，相関は Spearman の順位相関係数を用いて統計処理を行った．なお，有意水準は危険率 5% 未満とした．

結　果

疲労骨折の受傷歴があるものは 11 名中 9 名で全体の 81.8% であった．受傷回数は 3 回が 2 名，2 回が 1 名，1 回が 6 名であった（**表 1**）．疲労骨折の受傷年齢は 20 歳が 4 件と最も多く，続いて 19 歳と 18 歳が 3 件と思春期以降に発症しているケースが多かった．

初経初来の平均年齢は 14.09 歳，初経初来年齢の分布は 10 歳～14 歳までが 7 名（63.6%），満 15 歳～17 歳までの遅発月経が 2 名（18.1%），満 18 歳以上の原発性無月経が 2 名（18.1%）で約 36% に初経初来の遅延が見られた．検査前１年間の月経周期は正常月経５名，続発性無月経１名，稀発月経５名であり，月経周期の異常は 54% にみられた．

資　料

表２　検査前１年間の月経異常群と正常月経群との骨代謝マーカーおよび腰椎骨密度の比較

検査項目	月経異常群 n＝5	正常月経群 n＝5	有意差
P1NP（μg/L）	96.8 ± 19.8	69.7 ± 23.9	n.s
OC（ng/mL）	7.7 ± 1.7	7.6 ± 2.7	n.s
TRACP-5b（U/dL）	592.2 ± 80.9	324.8 ± 77.8	$p<0.05$
腰椎骨密度（YAM）	104.0 ± 10.2	99.0 ± 10.0	n.s

骨代謝と骨密度の検討を行うために，検査前１年間の月経周期状況から，続発性無月経１名とピルを服用していた１名を除いた稀発月経４名の合計５名を月経異常群とし，正常月経群５名と２群間の比較を行った（**表 2**）．骨代謝マーカーは，TRACP-5b で月経異常群が有意に高値を示し，P1NP，OC は有意差が見られなかった．また，腰椎骨密度は有意差が見られなかった．次に，TRACP-5b，P1NP，OC における相関は，TRACP-5b と P1NP（$r=0.75$, $p<0.05$），P1NP と OC（$r=0.76$, $p<0.05$）において有意な正の相関を認めた．

考　察

本研究の疲労骨折受傷率は先行研究[2] による受傷率 73.9% より高く，また，受傷年齢の平均値は好発年齢といわれる 16 歳[1] より高かった．これは，対象群のうち，思春期に十分な骨量を獲得できていない選手が約半数いることから，大学での高いトレーニング量と質による力学的負荷を許容できず受傷しやすいことが考えられる．

初経初来年齢の平均は 14.09 歳で，これは長距離走選手の初経発来年齢が遅延傾向にあるという諸家の報告[2,6] を支持する結果となった．また，検査前１年間および思春期で半数以上の選手に月経異常が見られた．一般的に初経発来には 17% 以上の体脂肪が，周期的な月経発来には 15% 以上の体脂肪率が必要である[7] とされ，月経異常の発現と体脂肪率は逆相関する[8] といわれていることから今後，体脂肪率の測定を並行して行う必要がある．

骨代謝は，検査前１年間の月経異常群で TRACP-5b が有意に高値であり（**表 2**），TRACP-5b と P1NP で強い正の相関がみられたことから高回転型の骨代謝状態が示唆された．また，腰椎骨密度に有意差はなかったことから，最近の月経異常は骨代謝に影響を与えるが，腰椎骨密度に反映しないことが考えられる．骨密度は，思春期に続発性無月経だった選手が低い傾向（**表 1**）にあることから，骨密度を増加させる思春期の月経状態を聴取することが重要である．また，無月経や骨粗鬆症には摂取エネルギー不足が関連することから，今後 BMI や体脂肪率の測定を加える必要がある．本研究は，被験者数が少数であり，今後，思春期の月経状態と思春期後の骨密度および疲労骨折発症の関係について更に検討する必要があると考える．

結　語

思春期以降に競技を継続する選手において，思春期の月経周期状況や骨密度を知ることは，疲労骨折の発症リスクを知るうえで重要なことであることが示唆された．今後は，被験者数を増やし，思春期以降に疲労骨折リスクが高くなる因子を検討することで，疲労骨折の発生を減らす努力をする必要がある．

利益相反

本論文に関連し，開示すべき利益相反はなし

文　献

1) 太田美穂ほか．スポーツに伴う疲労骨折の実態と発生要因．日本臨床スポーツ医学会誌．1999; 7: 26-31.
2) 能瀬さやかほか．女性トップアスリートにおける無月経と疲労骨折の検討．日本臨床スポーツ医学会誌．2014; 22(1): 67-74.
3) 日本臨床スポーツ医学会学術委員会整形外科部会活動報告．ランニング障害に対しての提言(案)．日本臨床スポーツ医学会誌．2001; 1(9): 121.
4) 社団法人日本産科婦人科学会，社団法人日本産婦人科医会．産婦人科診療ガイドライン―婦人科外来編 2011. 日本産科婦人科学会事務局；143-146, 2011.
5) 若松健太ほか．大学女子スポーツ選手における疲労骨折と骨代謝マーカーとの関係―骨吸収マーカー“TRACP-5b”に着目して―．日本臨床スポーツ医学会誌．2013; 21(1): 119-124.
6) 鈴木なつ未ほか．女性アスリートの骨代謝動態に月経状態および種目特性が及ぼす影響．日本臨床スポーツ医学会誌．2008; 1(16): 72-78.
7) 目崎　登．女性スポーツ活動時のホルモン変動．ホルモンと臨床．1987; 35: 1091.
8) 落合和彦．女性とスポーツ．関節外科．2011; 30: 206-211.

（受付：2016 年 5 月 13 日，受理：2017 年 5 月 30 日）

整形外科と災害外科 66：(3)557～558, 2017.

ショパール関節脱臼骨折の１例

俵積田　裕　紀*　眞　田　雅　人*　佐久間　大　輔*　本木下　　亮*
高　橋　健　吾*　松　山　金　寛*　前　田　昌　隆*　東　郷　泰　久*
小　倉　　雅*　藤　井　康　成**　中　村　俊　介***　小　宮　節　郎***

症例は 75 歳女性．交差点での交通事故（軽乗用車運転中，10 トントラックと衝突，エアバック作動）にて受傷．レントゲンでショパール関節脱臼骨折と診断し，徒手整復を行った．整復後の CT では，距骨後方突起骨折と舟状骨内側骨折を認めた．また，距踵関節の亜脱臼が残存していたため，受傷 1 週間後に距舟関節，距踵関節，踵立方関節に対して，経皮的鋼線刺入固定術を施行した．術後 1 年経過しているが，歩行時痛もなく，経過は良好である．受傷機転として，右足の後足部が固定された状態で，前足部が内転し，捻転が強制され受傷したものと考えられる．ショパール関節は体重を支えるため強固な関節だが，一旦関節の破綻が起きると亜脱臼が残存し，関節症性変化を惹起して歩行時痛が起こる事があるため，レントゲンだけではなく CT まで評価し，手術を検討する必要がある．

Key words：Chopart joint（ショパール関節），dislocation（脱臼），trauma（外傷）

は　じ　め　に

近年，高エネルギー外傷による足関節脱臼の症例報告が散見されるようになった．しかし，ショパール関節脱臼は強固な靱帯，腱に支持されているため，ショパール関節脱臼の報告は非常に少ない．今回，我々は交通事故にて発生した症例を経験したので報告する．

図 1　左：受傷時 X 線像，右：脱臼整復後

症　　例

症例：75 歳　女性

現病歴：軽乗用車を運転中に，信号のない交差点で 10 t トラックと衝突事故を起こし受傷，当院に救急搬送された．エアーバッグは作動し，フロントは大破していた．

身体所見：右足部に疼痛，腫脹があり，外側には皮下出血，内側は骨突出を伴う前足部の内転変形を認めた．その他，明らかな外傷は認めなかった．

画像検査所見：単純 X 線像において，ショパール関節での脱臼があり，前足部の著明な内方転位を認めた（図 1）．

初期治療：同日，無麻酔下に徒手整復を施行した．前足部を牽引しながら外反，外転することで脱臼整復することが可能であった．整復後に CT を施行したところ，舟状骨内側骨折，また距骨後方突起骨折，それに伴い踵骨が距骨に対して内側に亜脱臼していた（図 2）．距踵関節の亜脱臼を認めたため，受傷 1 週間後に手術を施行した．

手術所見：腰椎麻酔下に，経皮的鋼線刺入固定術を施行した．踵骨を外反した状態で，踵骨より鋼線を刺入し距踵関節を固定，距舟関節，踵立方関節にそれぞれ鋼線を刺入し関節固定を施行した（図 3）．固定性は良好であった．

術後経過：術後 8 週後に鋼線を抜去し，CT を施行したところ，距骨後方突起は骨癒合し，距踵関節の亜脱臼も認めなかった（図 3）．インソールを作成し歩行訓練を行い，術後 1 年経過しているが，足部の疼痛なく，単純 X 線像では関節症性変化も認められず，経過良好である．

* 恒心会おぐら病院整形外科
** 鹿屋体育大学保健管理センター
*** 鹿児島大学大学院運動機能修復学講座整形外科

図 2 左上：距骨後方突起骨折，左下：舟状骨内側骨折，右：距踵関節の亜脱臼

考　　察

ショパール関節は，内側は前方凸，外側は後方凸になっており，極めて良好な安定性が保たれている．また，長足底靭帯，足底距舟靭帯，底側踵舟靭帯や長腓骨筋腱，後脛骨筋腱などによって強く支持されている．このため，強力な外力が加わらない限り，脱臼骨折は起こりにくい[2]．

ショパール関節が脱臼を起こす機序として浦野らは，1）後足部が固定された状態で，前足部の捻転を強制された場合，2）前足部が固定された状態で，後足部の捻転を強制された場合，3）前足部を内転あるいは外転した状態で，捻転が強制された場合，としている[3]．我々の症例では，患者が受傷時の状態を正確に把握していないため推測ではあるが，衝突したエネルギーにより，ペダルを踏んでいた右足の後足部が固定された状態で，前足部が内転し，捻転が強制され受傷したものと考えられる．

ショパール関節脱臼の治療は，受傷早期に徒手整復を行い，徒手整復が不可能な場合は観血的整復が必要である．徒手整復法としては，De Palma の整復法が知られ，前足部を牽引しながら外転させて，背側を圧迫すると同時に距骨頭を底側に圧迫し整復する[1]．固定期間は，6～8 週が一般的であり，本症例では術後

図 3 左：術前，中：鋼線刺入固定術後，右：抜釘後

8 週で鋼線を抜去した[4]．

合併症として，足部の変形，変形性関節症，感染，前足部の血行障害，舟状骨の無腐性壊死などが挙げられている[3]．今回の症例では，受傷時の CT にて踵骨の亜脱臼を認めたため，鋼線刺入固定術を行い，現在にいたるまで 1 年フォローしているが，これらの合併症は認められず経過している．受傷時に CT 撮影をおこない，合併損傷を正確に評価した上で初期治療を行うことが非常に重要である．

結　　語

ショパール関節は体重を支えるため強固な関節だが，一旦関節の破綻が起きると亜脱臼が残存し，関節症性変化を惹起して歩行時痛が起こる事があるため，レントゲンだけではなく CT まで評価し，手術を検討する必要がある．

参 考 文 献

1) DePalma, A., et al.：図説骨折・脱臼の管理（第 3 版），p.2045-2050，東京，廣川書店，1984.
2) 高倉義典：足の解剖．図説足の臨床（第 2 版），p.12-19．東京，メジカルビュー社，1998.
3) 浦野良明，原　晃：ショパール関節脱臼．整形外科，25：127-135，1974.
4) 山崎　茂ら：足部の脱臼．整形外科，35：1683-1691，1984.

整形外科と災害外科 66：(3)565～567, 2017.

発症機序の異なる大腿骨頸部疲労骨折の治療経験

前田昌隆* 東郷泰久* 松山金寛* 本木下亮*
俵積田裕紀* 眞田雅人* 小倉雅* 藤井康成**
瀬戸口啓夫*** 小宮節郎***

大腿骨頸部疲労骨折を発症した女性長距離走選手 2 例の治療経過と発生機序の推察を報告する．【症例 1】20 歳女性，18 歳から稀発月経で体脂肪率 8 % 台，腰椎骨密度 Young Adult Mean（以下，YAM 値）110%．受傷前から左鼠径部に違和感あり，左股関節痛が増悪．MRI で transverse type の疲労骨折と診断．左腸腰筋と外旋筋部にも T 2 で高輝度変化を認めた．【症例 2】19 歳女性，15 歳から続発性無月経で体脂肪率 13% 台，エストラジオール値（以下，E 2）17%・骨代謝は高回転型・腰椎骨密度 YAM 値 90%．受傷前から右鼠径部痛があり，痛みが続き，MRI で compression type の疲労骨折と診断．【考察】症例 1 は，左腸腰筋・外旋筋の筋損傷に伴う機能不全が荷重時の支持性低下を来し骨折に至り，症例 2 は，Female Athlete Triad（以下，FAT）が主要因と考えた．

Key words：femoral neck fatigue fracture（大腿骨頸部疲労骨折），transverse type（横骨折タイプ），compression type（圧迫骨折タイプ），Estradiol（エストラジオール），Female Athlete Triad（女性アスリートの三主徴）

は じ め に

大腿骨頸部疲労骨折は全疲労骨折の中の 1～2% と比較的稀な骨折であるが，今回，我々は大学女子長距離選手の大腿骨頸部疲労骨折 2 例を同時期に経験し，画像診断，骨代謝，骨密度，エストラジオール値からそれぞれの発症機序の特徴について推察することとした．

症　例　1

20 歳女性．受傷前から左鼠径部に違和感があり，その後左股関節痛が出現し近医受診．X 線上問題なく 3 日間休養後，疼痛が軽減し練習を再開したが，再開後に左股関節の痛みが増悪したため当院受診．Intact P 1 NP 89，TRACP-5 b 439 と骨吸収が亢進，E 2 は 45 とやや低値を認めるも腰椎骨密度は YAM 値で 110% 認めた．

受傷時 MRI では，T 1 で左大腿骨頸部上方から伸びる骨折線と T2 脂肪抑制で骨髄内浮腫像を認め，transverse type の大腿骨頸部疲労骨折と診断した（図 1-a）．また他のスライスでは，左腸腰筋と外旋筋部にも筋の走行に沿って T 2 high を認めた（図 1-b）．保存治療を行い，受傷 3 ヶ月目の MRI では受傷時に認めた骨折線や骨髄浮腫，筋損傷は消失して完治と判断した．

症　例　2

受傷前から右鼠径部痛を抱えていたが痛みがなかなかひかず当院受診．Intact P 1 NP 65.3，TRACP 5-b 581 と骨吸収亢進を認め，15 歳からの続発性無月経があり，E2 も 17 と低値で，腰椎骨密度も YAM 値で 90% と低下していた．いわゆる FAT の状態と考えられた．

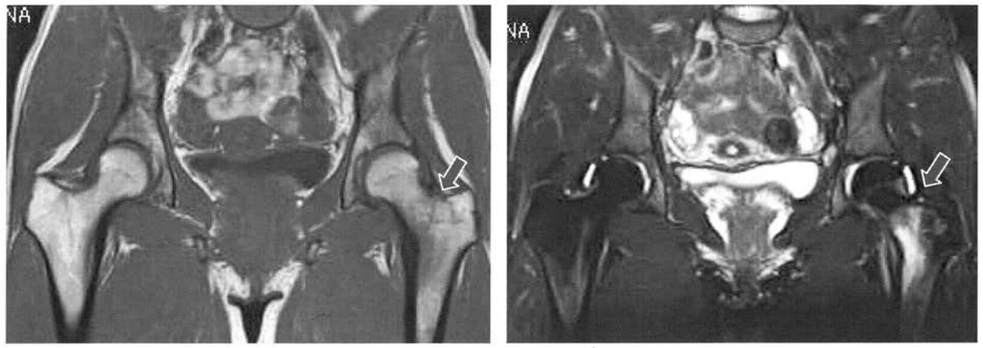
受傷時の MRI で，大腿骨頸部下方の骨皮質部に T 1　T 2 ともに low な硬化像を伴う骨折と T 2 脂肪抑制でその周囲が high な骨髄浮腫を認めたため compression type と診断した．股関節周囲筋の損傷は認めなかった（図 2）．

免荷はせず，痛みに応じて徐々にリハビリをすすめていった．受傷 3 ヶ月の MRI では大腿骨頸部下部の骨硬化はあるも骨髄浮腫は消失して完治と判断した．

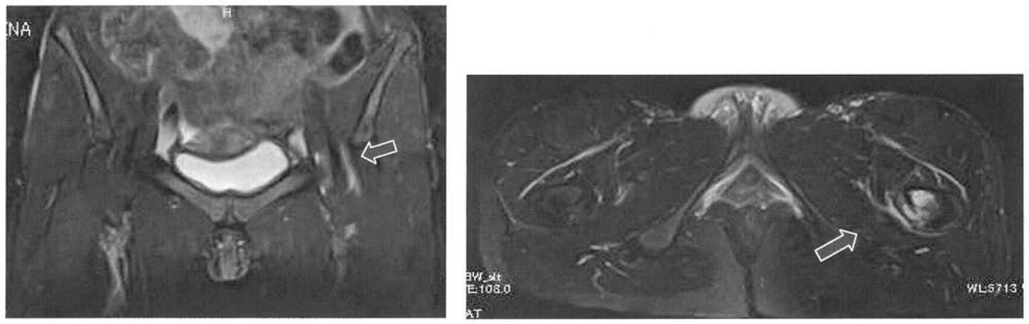
考　　察

Egol らによれば生体力学的に中殿筋の疲労により外転筋力が減少するとストレス分布が変化し，拮抗している大腿骨頸部の牽引力が増加する，またショック

* 恒心会おぐら病院整形外科
** 鹿屋体育大学保健管理センター
*** 鹿児島大学大学院医歯薬総合研究科運動機能修復学講座整形外科学



a



b

図1

a）症例1，受傷時MRIでT1で左大腿骨頸部上方から伸びる骨折線とT2脂肪抑制で骨髄内浮腫像を認め，transverse　typeの大腿骨頸部疲労骨折と診断した．

b）左腸腰筋と外旋筋部にも筋の走行に沿ってT2highを認めた．

図2

症例2，受傷時MRIで，大腿骨頸部下方の骨皮質部にT1・T2ともにlowな硬化像を伴う骨折とT2脂肪抑制でその周囲がhighな骨髄浮腫を認めたためcompression typeと診断した．

	症例1	症例2
年齢	20歳	19歳
骨折型	Transverse type	Compression type
体脂肪率	8％台	13％台
競技レベル	全国大会入賞レベル	全国大会入賞レベル
月経状況	稀発月経（18歳～）	続発性無月経（15歳～）
既往歴	中足骨疲労骨折	恥骨，肋骨疲労骨折
Intact P1NP	89μg/L	65.3μg/L
TRACP-5b	439 U/dL	581 U/dL
腰椎骨密度（% YAM）	110%	90%
エストラジオール値	45 pg/mg	17 pg/mg

アブソーバーとしての機能が低下し，大腿骨頸部へ直接衝撃が加わると述べている[1]．また小林らは，股関節内転及び外転筋の筋疲労による重心動揺パラメーターの経時的変化を観察し，筋疲労が片脚立位時の姿勢制御の低下を認めたことから，これらの筋群の疲労は骨格筋損傷を招く可能性があると述べている[2]．また女性マラソンランナーでレースの際に殿部痛出現し，その際のMRIにて小臀筋損傷を認め，その後痛さは軽快していくも，受傷5週のMRIで小臀筋の腸骨付着部での疲労骨折を認めた報告がある[4]．

症例1は，TRACP-5b 439とやや亢進はしているものの，骨密度YAM値110%，E2 45と骨代謝の大きな異常は認めないことからも，股関節周囲筋疲労により腸腰筋・外旋筋損傷が起こり，その後大腿骨頸部疲労骨折を来した可能性を考えた．

Mccormickは，女子長距離ランナーの疲労骨折を発生させる内的因子として女性であること，ホルモン・生理異常，骨粗鬆症などをあげており[3]，症例2はTRACP-5b 581，E2 17，骨密度YAM値90と生理異常，骨密度低下を認めていることよりこれに当てはまり，いわゆる　FAT（Low energy availability/無月経/骨粗鬆症）から疲労骨折を来した可能性を考えた．

結　　語

女子長距離選手の大腿骨頸部疲労骨折の2例を経験し，疲労骨折の誘引として，股関節周囲筋疲労とFATによる可能性がそれぞれ関与しながら起こった可能性が示唆された．

参 考 文 献

1）Egol, K. A., et al.: Stress fracture of the femoral neck. Clin. Orthop. Relat. Res., 348: 72–78, 1998.

2）小林　巧ら：股関節内転および外転筋の筋疲労が片脚立位時の重心動揺に与える影響．北海道理学療法士会誌，31：21–24，2014.

3）Mccormick, F., Nwachukwu, B. U., Provencher,M. T.: Stress fractures in runners. Clin. Sports Med., 31: 291–306, 2012.

4）山口雅人ら：女性マラソンランナーに生じた小殿筋損傷とその付着部腸骨の疲労骨折の1例．整スポ会誌，35(4)：492，2015.

整形外科と災害外科 66：(3)661～663, 2017.

多発痛風結節に対して手術治療を要した一例

眞田雅人* 俵積田裕紀* 佐久間大輔* 本木下亮*
高橋健吾* 松山金寛* 前田昌隆* 東郷泰久*
小倉雅* 藤井康成** 永野聡*** 小宮節郎***

今回我々は，巨大な痛風結節を生じ，手術加療を要した症例を経験したので報告する．症例は37歳男性．20歳の時に痛風と診断された．度々痛風発作があったが放置．今回全身の関節に腫脹疼痛があり，手指の把握困難，起立歩行困難のため入院となった．四肢関節，特に両肘，両膝，左母趾には巨大な皮下腫瘤を認めた．両膝の関節液より尿酸Na結晶が検出され痛風関節炎と診断した．約2週間保存的に加療し全身痛は改善したが，左肘・手指・膝・母趾の疼痛が持続するため，痛風結節の掻爬術を行った．術後症状の改善がみられた．痛風の治療は，薬物療法が確立されており，痛風結節を生じる症例は稀である．痛風結節に対しては薬物療法が基本であるが，抵抗性の場合は手術が必要となる．本症例は，薬物療法に抵抗し，疼痛・機能障害が改善しないため手術を行った．尿酸値は徐々に改善しており，手術が尿酸代謝の改善に好影響を与えたものと考える．

Key words：tophus（痛風結節），hyperuricemia（高尿酸血症），arthroscopy（関節鏡）

はじめに

現在痛風は薬物療法による治療法が確立しており，痛風結節を認める症例は稀である．今回我々は，巨大な痛風結節を生じて，内科的治療に抵抗し，手術を行った一例を経験したので報告する．

症例

症例：37歳男性
主訴：発熱・全身関節痛
現病歴：誘因なく左肘・両膝・両足関節を中心とした全身の関節痛が出現し，歩行困難となり当院救急搬送された．
既往歴：20歳の時に痛風と診断され，度々痛風発作を起こしていたが，放置していた．
生活歴：アルコール摂取歴は機会飲酒，偏食はなし
家族歴：父親が痛風，弟が高尿酸血症
初診時所見：38.6℃の発熱と全身の関節痛を認め，両膝には関節水腫を認めた．また四肢に多数の皮下結節を認め，特に両手指関節・両肘関節・両膝関節・左母趾に巨大結節を認めた（図1）．
臨床検査所見：WBC 19,100/μl，CRP 39.8 mg/dl，BUN 7.5 mg/dl，両膝関節の穿刺にて，白色混濁液が吸引され，検鏡にて尿酸ナトリウム結晶を認めた．
単純X線像：左膝・左母趾MP関節に腫瘤陰影と骨融解像（図2）．
以上の所見より全身性の痛風関節炎，痛風結節と診断し，入院となった．
治療経過：直ちにNSAID・コルヒチン・ステロイドを開始したが，入院5日目に下痢と肝機能障害が出現したため，コルヒチンを中止しステロイドの増量を行った．入院10日目には解熱し・全身の関節痛は軽減したが，左手・肘・膝・母趾の関節痛持続し，右膝の結節が自壊し，Straubの手術適応にも合致していたため手術を施行した．
術中所見：左膝の関節鏡で左膝関節内の滑膜増殖・関節全体に白色結晶の沈着を認めた．半月板上，ACL内にも白色沈着物を認め，これを可及的に切除した（図3-a）．左膝蓋前滑液包上を切開すると，白色泥状物が流出し，結節内には白いチョークの粉状の内容物が詰まった脆弱な組織を認め，これを掻爬・切除した（図3-b）．他関節も同様の所見であり，結節を可及的に切除した．
術後経過：術後2日目から39.6℃の高熱・CRP 31.5 mg/dlと上昇を認め，術後感染を疑い精査したが熱源・感染源は確定出来ず，尿酸代謝の急激な変化による全身性の炎症と推測した．術後2週間で解熱，CRPの改善を認め，関節炎症状が沈静化したため，フェブキソスタットを開始した．その後尿酸値低下が緩徐なため，徐々に増量し最大量まで増量し，さらにベンズブロマロンも追加して尿酸コントロールを行った．現在は尿酸値5.4 mg/dlと良好なコントロールとなり，関節痛・ADL障害もなく外来経過観察中である．

* 恒心会おぐら病院
** 鹿屋体育大学保健管理センター
*** 鹿児島大学整形外科

図1 上段左：両手，上段右：両肘，下段左：両膝，下段右：両足
四肢関節に多数の巨大な結節を認める

図2 左膝，左足X線像
腫瘤陰影と骨融解像を認める

考察

痛風結節は，高尿酸血症が続き，過飽和となった尿酸が結晶化し，関節内に沈着したものであり，尿酸値の高さ・罹病期間の長さで発生頻度が上昇する[1]．近年は薬物療法が確立されており，痛風結節の発生頻度は低い．本症例のように多発性の巨大痛風結節を生じることは稀であるが，罹病期間が17年と長期未治療であったことが原因と考えられる．痛風結節の手術適応に関して，Straubらは，機能障害があるもの・瘻孔や感染があるもの・疼痛があるもの・神経圧迫があるもの・整容上問題があるもの・尿酸プールの減少が全身的な尿酸代謝改善に影響を与えるものと述べてお

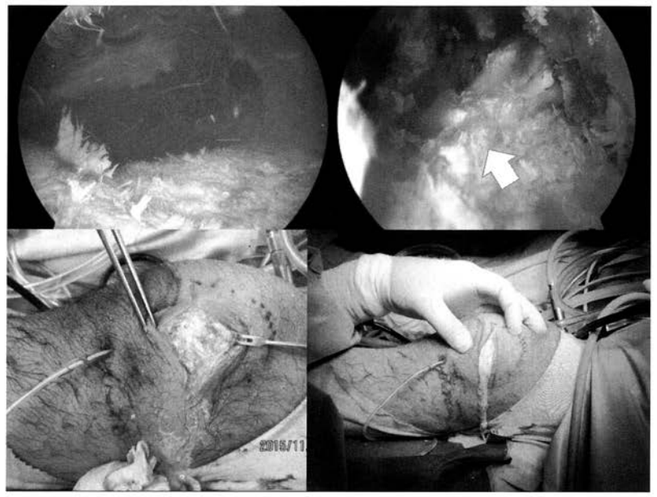


図 3 a：上段：関節鏡所見，b：下段：左膝術中所見
a：関節内には白色沈殿物を認め，ACL 内にも沈着していた
b：白色泥状物の流出があり，内容物を掻爬した

り[3]，Hankin らは，痛風結節が骨内や腱内に存在すると関節症や腱断裂の危険性が上昇すると報告しており[2]，この場合でも手術適応となると考えられる．本症例では，薬物療法に抵抗し，疼痛・機能障害・感染のリスクがあったため手術施行した．術後より尿酸値は徐々に改善を認め，手術が尿酸代謝の改善に好影響を与えたと考える．

結　　語

巨大な痛風結節を生じ，内科的治療に抵抗し，疼痛・機能障害が残存したため手術加療を要した症例を経験した．痛風結節の切除により尿酸値の改善を認めた．

参 考 文 献

1) Dalbeth, N., Stmp, L.: Hyperuricaemia and gout : time for a new staging system ?. Ann. Rheum. Dis., 73: 1598–1600, 2014.
2) Hankin, F. M., et al.: Gouty infiltration of a flexor tendon simulating rupture. Clin. Orthop. Relat. Res., 194: 172–175, 1985.
3) Straub, L. R., et al.: The surgery of gout in the upper extremity. J. Bone Joint Surg., 43: 731–752, 1961.

整形外科と災害外科 67：(1)86～89, 2018.

石黒法施行後に観血的治療を要した骨性 mallet finger の検討

高橋建吾* 眞田雅人* 俵積田裕紀*
松山金寛* 前田昌隆* 東郷泰久*
小倉　雅* 佐々木裕美** 小宮節郎**

骨性 mallet finger に対する石黒法は日常診療において広く行われており簡便で優れた治療法である．我々は当科にて施行された骨性 mallet finger の手術症例に対する検討を行い概ね良好な成績が得られていることが分かった．また石黒法を行った陳旧性骨性 mallet finger のうち，術後ピンが脱転する症例を経験した．この症例に対して pull-out wire を用いた再手術を施行した．pull-out wire 法は内固定材による骨片への侵襲がなく早期可動域訓練も可能であり陳旧例や石黒法失敗例に対して有効な手術であると考えられた．

Key words: bony mallet finger（骨性槌指），fracture chronic（陳旧性骨折），pull-out wire fixation（プルアウトワイヤー法）

は じ め に

骨性 mallet finger に対する石黒法は簡便で優れた治療法であり，当院においても実施している．今回当院で施行した石黒法の受傷から手術までの期間別による手術成績を報告し，併せて石黒法施行後ブロックピンの脱転した症例に対し pull-out wire 法による再手術を施行し，良好な結果を得たので文献的考察を含め報告する．

対　　象

2012 年 1 月～2016 年 12 月までの間，当院で骨性 mallet finger に石黒法を施行した 24 例 24 指．罹患指は示指 5 例，中指 8 例，環指 7 例，小指 4 例であり受傷機転はスポーツ 11 例，労災 5 例，壁などでの打撲 5 例，転倒転落 3 例であった．検討項目として年齢，受傷から手術までの期間，経過観察期間，最終的な可動域と蟹江の基準を用いた評価を行った．また受傷から手術までの期間が 4 週間未満の群と 4 週間以上経過した群に分けて最終 ROM を比較した．

結　　果

手術時年齢は 12 歳～70 歳で平均 37.1 歳，受傷から手術までの期間は 0 日（受傷当日）～60 日で平均 12.4 日であった．経過観察期間は 28 日～360 日で平均 93 日であった．最終 ROM は屈曲平均 41.7°（10°～60°）伸展平均－5.7°（－20°～0°）蟹江の評価基準では excellent 7 例，Good 6 例，Fair 3 例，Poor 5 例であった．受傷時から手術までの期間が 4 週間未満（新鮮例）の最終 ROM は屈曲平均 42.1°，伸展平均－6°，受傷時から手術までの期間が 4 週間以上（陳旧例）の最終 ROM は屈曲平均 24°，伸展平均－3° であった．

症例提示（石黒法失敗例に pull-out wire 手術を施行した症例）

症例：38 歳女性
主訴：左第 4 指 DIP 関節の疼痛
職業：看護師
現病歴：バレーボール中にボールがあたり受傷．受傷約 4 週間経過してから当院外来初診
既往歴：特記事項なし
初診時レントゲン：左第 4 指骨性 mallet finger をみとめた．受傷後 4 週間経過しているが，仮骨形成はみられなかった．（図 1）．
上記の症例に対して骨折部に小切開を加えて新鮮化を行った後に石黒法による手術を施行した（図 2）．しかし術後 4 週時の X 線にてブロックピンの脱転と骨片の転位を認めた（図 3）．脱転の要因としてブロックピンの角度や深さが不十分であった点，また受傷時から 4 週間が経過しており初回手術時に骨折部の瘢痕

* 恒心会おぐら病院整形外科
** 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科運動機能修復学整形外科学

図1 38歳　女性　左第4指骨性 mallet finger 受傷後4週間経過.

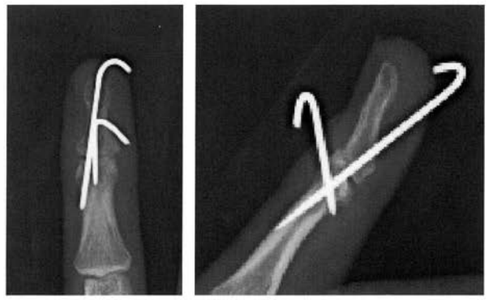
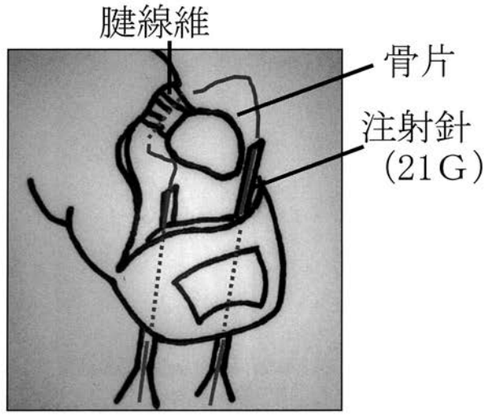


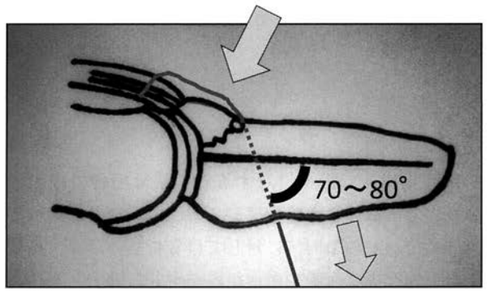
図2 骨折部に小切開を加え新鮮化を行い K-wire 2本にて手術施行.

図3 手術後4週ブロックピン脱転.

組織や血腫の新鮮化が不十分であった点などが考えられた．今回の症例に対して pull-out wire を用いた再



a
ワイヤーを腱線維下に通し，末節骨を穿通させた注射針を通じ掌側へ.



b
骨片を徒手的に押し込み整復し末節骨軸から 70°～80° の角度でワイヤーを均等に引いて掌側で締結.

図4

手術を施行することとした.

手術法（pull-out wire 法）：骨片の終止腱付着部掌側で，骨片に接して腱線維の下に水平にワイヤーを通す．腱の両側から骨片の背側にワイヤーをかけて末節骨を穿通させた注射針を通してワイヤーを末節骨の掌側に移動させる．この時末節骨長軸から 70°～80° の角度で両側のワイヤーを均等に引いて，かつ骨片を徒手的に押し込むことで整復位を維持させる．末節骨の掌側でワイヤーを締結させる（図4-a，b）.

術後レントゲン：骨片の整復位は良好であった．K-wire による仮固定は術後3週間継続とした（図5）.

図5 pull-out wire 法術後レントゲン　仮固定ピンは術後3週で抜去.

術後3か月 X 線，CT にて骨癒合は良好であった（図6）．術後3か月の時点での第4指 DIP 関節の ROM は屈曲 30°，伸展 −7° であり，現在もリハビリを継続している.

考　　察

骨性 mallet finger に対する石黒法は簡便で優れた治療法である．しかし受傷後3週間以上経過した骨性 mallet finger の陳旧例に対しては骨折部の展開，新鮮化を十分行って血腫や瘢痕組織を十分に除去した後に石黒法を行う事が推奨されている[4]．また受傷後6週間以上経過した陳旧例や関節面 1/3 以上の症例に対しては早期から観血的手術を検討するべきだという報告もある[3)6)]．今回経験したブロックピンの脱転は手術手技上の問題があったものと考える.

一方，pull-out wire を用いた観血的手術は陳旧例であっても有効な手術であり早期から可動域訓練も可能である[2]．固定性については骨性 mallet finger の固定方法を比較した力学的試験において K-wire よりも pull-out wire の方が有効であるとの報告がある[1]．また本法は腱にワイヤーを通すため骨そのものに侵襲を加えるわけではないので分割骨片や小骨折にも対応が可能である[5]．今回の症例についても，良好な結果を得ることができた.

結　　語

石黒法術後に K-wire が脱転した症例に対して pull-out wire による再手術を施行した．陳旧例や石黒法失敗例のリカバリーとして pull-out wire を用いた観血的手術は有用な方法である.

参 考 文 献

1) Damorn, T. A., et al. : Biomechanical analysis of mallet finger fracture fixtation techniques Clin. Orthop. Relat. Res., 300 : 133−140, 1994.
2) 前田利雄ら：陳旧性マレット骨折に対する tension band wiring 法の有用性. 日手会誌，27：183−186，2010.
3) 南野光彦ら：陳旧性骨性槌指に対する pull out wire 法

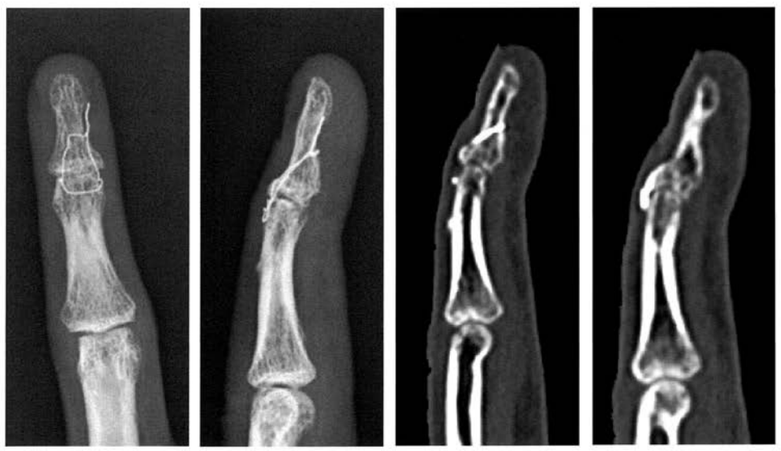


図6 術後3か月レントゲン，CT　骨癒合良好.

による治療経験．骨折，31：173-177，2009.
4) 千馬誠悦ら：石黒法を用いて治療した陳旧性骨折槌指の治療経験．日手会誌，17：119-121，2000.
5) 園田昭彦ら：陳旧性 mallet finger に対する鋼線締結法による治療経験．日手会誌，20：550-663，2003.
6) Stark, H. H., et al. : Operative treatment of intra-articular fractures of the dorsal aspect of the distal phalanx of digits. J Bone Surg. Am., 69 : 892-896, 1987.

整形外科と災害外科 67：(1)90～93, 2018.

橈骨遠位端骨折に対する掌側ロッキングプレート固定術後の長母指伸筋腱断裂の検討

松山金寛* 堀之内 駿* 海江田光祥*
高橋建吾* 田邊 史* 東郷泰久*
小倉 雅* 佐々木裕美** 小宮節郎**

近年，橈骨遠位端骨折における掌側ロッキングプレートを用いた術後合併症としての長母指伸筋腱断裂が散見され，その原因として，スクリューの背側突出，背側天蓋骨片や背側皮質の sharp edge 等による腱の摩耗が報告されている．我々は，2010 年 4 月から 2017 年 3 月までに橈骨遠位端骨折に対し掌側ロッキングプレートを用いて手術を行った 238 例中長母指伸筋腱断裂を発症した 4 例に対し，検討した．平均年齢は 64.8 歳で，男性 1 例，女性 3 例であった．骨折型は背側転位型 1 例，掌側転位型 3 例であった．全例スクリューの背側突出は認めず，背側天蓋骨片を 1 例，背側皮質の sharp edge を 3 例に認めた．橈骨遠位端骨折後の長母指伸筋腱断裂は，転位の少ない保存的加療における合併症の一つとしてもよく知られているが，手術を要するような骨折型でも頻度は低いが EPL 腱断裂は発症する．術前の画像評価，手術手技に注意を払うだけでなく，慎重な経過観察や術前の十分なインフォームドコンセントが必要である．

Key words : distal radius fracture（橈骨遠位端骨折），volar locking plate（掌側ロッキングプレート），extensor pollicis longus（長母指伸筋）

はじめに

橈骨遠位端骨折における掌側ロッキングプレート（volar locking plate：以下 VLP）固定の術後合併症としての腱断裂の報告は，長母指伸筋（Extensor pollicis longus：以下 EPL）腱断裂が最も多く，その他総指伸筋腱，固有示指伸筋腱断裂の報告も散見され，その発生頻度は 0～30% と報告されている[3]．また EPL 腱断裂は，術後約 2～16 週の間に見られ[4]，原因としてスクリューの背側突出や[2]，術中のドリリング[1]，背側天蓋骨片[4] や背側皮質の sharp edge[7] による摩耗などの報告がある．今回我々は，橈骨遠位端骨折に対し VLP 固定術後に EPL 腱断裂をきたした 4 例を経験し，発生までの期間や原因について諸家らの報告と比較し検討した．

対象と方法

2010 年 4 月から 2017 年 3 月までに橈骨遠位端骨折に対し VLP を用いて手術を行った 238 例中 EPL 断裂を発症した 4 例（表 1）を対象とした．平均年齢は 64.8 歳（51～76 歳）で，男性 1 例，女性 3 例であった．骨折型は背側転位型 1 例，掌側転位型 3 例であり，AO 分類では B3：1 例，C1：1 例，C2：1 例，C3：1 例であった．EPL 腱断裂に対しては，全例に対し固有示指伸筋腱（Extensor indicis proprius：以下 EIP）移行術を行った．

表 1 VPL 固定術後に EPL 腱断裂を発症した 4 例

	年齢	性別	骨折型 転位側・AO 分類	EPL 腱断裂に 対する治療
症例 1	75	女	掌側・C1	EIP 腱移行
症例 2	51	男	掌側・C3	EIP 腱移行
症例 3	76	女	掌側・B3	EIP 腱移行
症例 4	57	女	背側・C2	EIP 腱移行
平均	64.8			

この 4 症例について，VLP 固定術から EPL 腱断裂までの期間，及び術前術後の X 線・CT 画像にてスクリューの背側突出の有無，背側天蓋状骨片の有無，背側皮質の sharp edge の有無を検討した．

結果

発生頻度は 1.7% であった．手術から EPL 腱断裂までの期間は，症例 1：4 日，症例 2：1 年 62 日，症

* 社会医療法人恒心会おぐら病院整形外科
** 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科運動機能修復学講座整形外科

例3：22日，症例4：39日であった．スクリューの背側突出は，全例認めなかった．背側天蓋骨片の突出は1例（症例4）に認めた．背側皮質のsharp edgeは3例（症例1～3）認めた．

手術からEPL腱断裂までの期間が最も短かった症例1と最も長かった症例2について症例を供覧する．

症例1：75歳，女性．脚立より転落受傷し，橈骨遠位端骨折（掌側型転位，AO分類：C1）の診断にて，受傷後4日目にVLP固定術を行った．術後4日目で母指の伸展障害認め，CTにてEPL腱断裂と診断した．術前のCTでは背側皮質のsharp edge及びLister結節部の陥凹が認められた（図1）．

症例2：51歳，男性．転倒受傷し，橈骨遠位端骨折（掌側型転位，AO分類：C3）の診断にて，受傷後3日目にVLP固定術を行い，術後約1年で抜釘術を行った．抜釘術後50日目にゴム手袋をはめた時に腕に痛みが走り，その後母指の伸展障害を認め，CTにてEPL腱断裂と診断した．術前のCTでは背側皮質のsharp edgeが認められ，抜釘術後のCTでは背側皮質がわずかに突出し，Lister結節部のわずかな不正

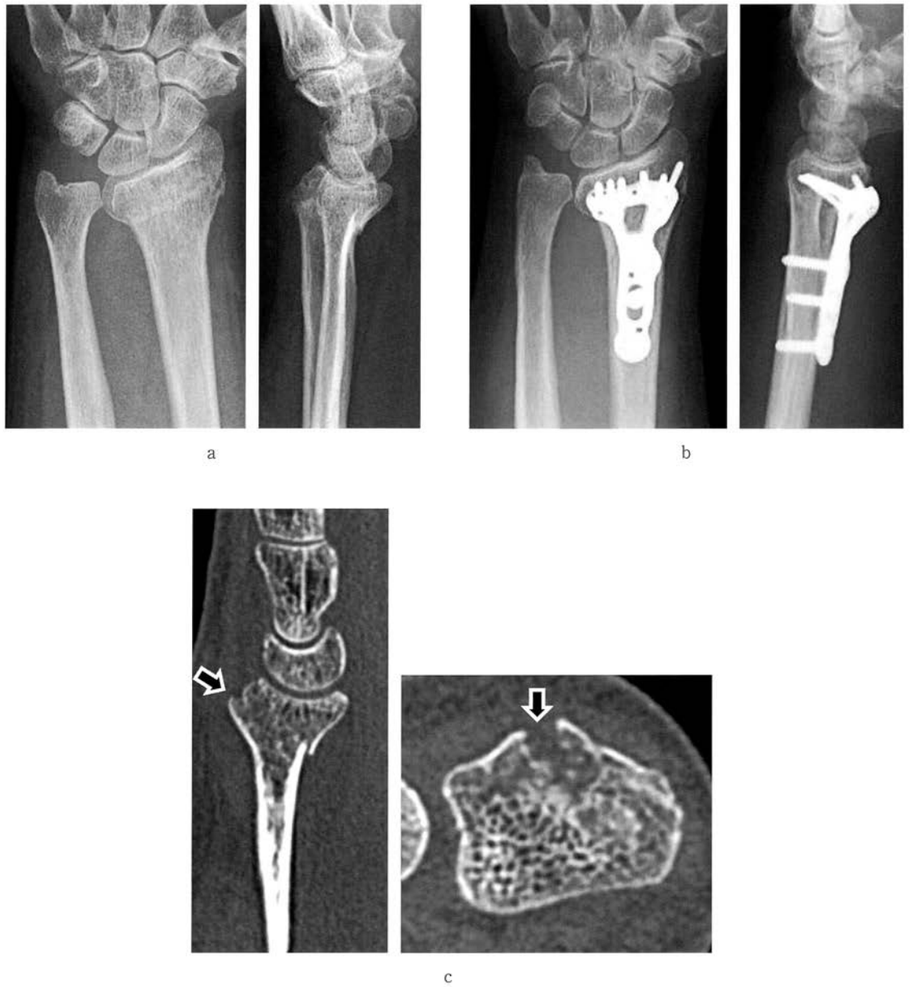


図1　症例1　a. 受傷時XP　b. 術後XP　c. 受傷時CT

像が認められた（図2）．

考　　察

橈骨遠位端骨折の合併症として，EPL腱皮下断裂の発症率は0.8～4.9%と報告されており[3]，転位の少ない骨折型で保存療法中に起きることはよく知られている．しかし，VLP固定術を必要とするような骨折型においても，術中操作等の手技的要因によるものも含まれるが術後経過中に，EPL腱断裂が生じることがある．今回，我々が経験した症例においても，全例スクリューの背側皮質への突出はみられておらず，骨折型も決して転位の少ない骨折型ではなかった．発症頻度は，諸家らの報告と同等であったが，断裂時期は，術後4日目に生じた早期のものが1例，術後1年以上経過し抜釘術後に生じたものが1例みられた．

症例1は術後早期に断裂しており，その原因として背側皮質のsharp edgeで受傷時にEPL腱が損傷を受け，さらにLister結節部の陥凹にEPL腱が挟まりこんだことによって母指運動時に更に損傷を受け，断裂に至った可能性が考えられた．また，症例2は骨癒合

図2　症例2　a. 受傷時XP　b. 術後XP　c. 受傷時CT　d. 抜釘術後CT

が得られ，抜釘術の約2ヶ月後に断裂をきたした．その原因としては受傷時に背側皮質のsharp edgeによるEPL腱が損傷を受けていた可能性はあるものの，長期間断裂するに至っていなかった．断裂に至った原因として，抜釘術後のCTでLister結節部にわずかに不正像がみられ，ゴム手袋をはめる動作でEPL腱に強い伸長力が加わり，その部位で損傷を受けたことにより断裂した可能性が考えられた．

VLP固定術後のEPL腱断裂を予防するためには，断裂の原因としてスクリューの背側突出が多いことを考慮すると，術前CTによるスクリュー長の決定などの慎重な術前計画や術中の慎重なドリリング操作などが重要であることはもちろんのこと，背側天蓋骨片やsharp edgeなど背側皮質の形状にも注意する必要性がある．また，今回我々の経験した症例では，4例中3例が掌側型転位であり，掌側型転位では背側皮質のsharp edgeをきたす可能性があることを考慮すると，EPL腱断裂の頻度は少ないながらも掌側転位型においては他の骨折型よりも注意が必要である可能性がある．背側天蓋状骨片を有する症例においては，術中第3区画を開放し背側天蓋状骨片を整復することで，遅発性断裂の発生低下につながる可能性があるとする報告や[7]，AO分類のC3 typeの場合，伸筋腱損傷を予防するためにスクリュー固定後に背側コンパートメントを部分開放し，スクリューの突出及び腱損傷を確認するという報告もある[6]．

代田らは，保存療法中の症例においてEPL腱断裂続発の危険性を示す所見として，①Lister結節部のわずかな骨不整像，②第II・III区画遠位部の限局性腫脹，③Lister結節付近の限局した圧痛，④母指運動時痛（手関節背側から前腕背側に放散），⑤EPL腱滑動時のcrepitation/snappingの視・触診の5項目をEPL at-risk signとして報告している[5]．我々の症例において断裂前にEPL at-risk signのような所見がみられたのかを検証すると，症例4では明らかな症状の訴えはなかったが，症例1は母指運動時痛の訴えがあり，症例3では前腕部痛の訴えがあることが分かった．症例2においては症状の訴えはなかったものの，抜釘後のCTでLister結節部のわずかな骨不整像が認められた．断裂前に症状が必ず出るとは限らないのかもしれないが，保存療法中だけでなくVLP固定術後もEPL at-risk signを意識して注意深く経過観察することが必要であると思われた．

結　　語

EPL腱断裂は橈骨遠位端骨折に対する保存療法中のみならずVLP固定術後においても発症する可能性があることを認識する必要がある．VLP固定術後におけるEPL腱断裂を予防するためには，術前評価や術中操作だけでなく，術後の慎重な経過観察も重要である．また，患者に対してEPL腱断裂のリスク及び断裂を来した際の外科的治療の必要性について，VLP固定術前の十分なインフォームドコンセントが必要である．

参 考 文 献

1) Al-Rashid, M., Theivendran, K., Craigen, M. A.: Delayed ruptures of the extensor tendon secondary to the use of volar locking compression plates for distal radial fractures. J. Bone Joint Surg. Br., 88(12): 1610-1612, 2006.
2) Benson, E. C., et al.: Two potential causes of EPL rupture after distal radius volar plate fixation. Clin. Orthop. Relat. Res., 451: 218-222, 2006.
3) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会：橈骨遠位端骨折診療ガイドライン，2017.
4) 白川哲也ら：掌側ロッキングプレート固定術後に発症した長母指伸筋腱断裂の検討．骨折，38(3)：533-536，2016.
5) 代田雅彦ら：橈骨遠位端骨折に続発する長母指伸筋腱断裂の予防．日手会誌，21(4)：542-548，2004.
6) 山本康弘ら：橈骨遠位端粉砕骨折に対するプレート固定時，伸筋腱第3コンパートメントを部分開放しEPLを直視下に確認した症例の検討．日手会誌，31(5)，608-610，2015.
7) 頭川峰志，長田龍介：橈骨遠位端骨折に対する掌側プレート固定後の長母指伸筋腱断裂の検討：スクリュー以外の要因について．日手会誌，30(5)：712-714，2014.

日臨外会誌 79 (4), 797～802, 2018

症　例

DICを契機に診断された敗血症合併非穿孔性急性虫垂炎の1例

恒心会おぐら病院外科

東本昌之　出先亮介　松尾洋一郎　小倉　修

症例は35歳，男性．2017年X月Y-2日より，心窩部痛にて他院受診．内服処方を受けるも，翌日より下腹部痛，下痢，悪寒，38℃台の熱発が出現し，同年X月Y日に別医受診．血液検査にてDIC疑の診断で，同日紹介医紹介受診．CTにて糞石を伴う虫垂の腫大を認めたが，穿孔を思わせる所見はなかった．急性虫垂炎を原因としたDIC（disseminated intravascular coagulation：以下，DIC）の診断で同日当院紹介受診し，緊急手術を施行した．術中所見および病理組織学的診断でも，壊疽性虫垂炎であったが虫垂には明らかな穿孔は確認できなかった．術後は集学的治療でDICを脱却できた．術後11日目に退院となった．当院での動脈血血液培養で*Eubacterium* speciesが検出された．DICを契機に診断された敗血症を合併した非穿孔性急性虫垂炎は稀であり報告する．

索引用語：DIC，敗血症，非穿孔性急性虫垂炎

はじめに

非穿孔性急性虫垂炎に敗血症やDICを合併した報告は少なく[1)~8)]，DIC（disseminated intravascular coagulation：以下，DIC）を契機に急性虫垂炎の診断に至る例は稀である．今回，われわれはDICを契機に診断された非穿孔性急性虫垂炎の1例を経験したので報告する．

症　例

患者：35歳，男性．

主訴：下腹部痛，下痢，熱発．

既往歴：特記事項なし．

家族歴：特記事項なし．

現病歴：2017年X月Y-2日より，心窩部痛にて他院受診．上部消化管内視鏡検査にて異常なく内服処方を受け帰宅．同年X月Y-1日より下腹部痛，下痢，38℃台の熱発が出現したため，同年X月Y日に別医受診．同医受診時，悪寒戦慄を伴う40℃の熱発を認め，血液検査ではDICが疑われた．原因疾患不明のDIC疑の診断で，同日紹介医紹介受診．精査にて急性虫垂炎を原因としたDICの診断で同日当院紹介受診となる．

来院時現症：意識清明．身長177cm．体重66kg．体温37.7℃．血圧91/54mmHg．脈拍88回/分．呼吸回数24回/分．酸素飽和度99%（room air）．腹部所見では下腹部を中心とした圧痛を認めるのみで，反跳痛や筋性防御は認めなかった．

血液生化学検査所見：腎機能障害，肝機能障害を認めた．炎症反応も著明に上昇していた．DICスコア4点（日本救急医学会急性期DIC診断基準）でDICと診断した（**Table 1**）．

腹部単純X線検査所見：異常ガス像は認めなかった．また，糞石と思われる陰影も認めなかった．

腹部単純CT検査所見：糞石を伴う虫垂の腫大を認めた．虫垂の最大径は20mm．周囲の浮腫を認めたが，穿孔を強く示唆する所見は認めなかった（**Fig. 1**）．

以上より，急性虫垂炎を原因としたDICと診断．保存的加療で状態の改善する保証はなく，時間経過とともに全身状態が悪化すれば手術が困難となると考え，DICの原因疾患としての急性虫垂炎に対する治療として，全身麻酔下に緊急で腹腔鏡下虫垂切除術を施行した．なお，当院受診時，抗生剤使用前に動脈血血液培養を，メロペネム0.5g投与後静脈血血液培養を施行した．

手術所見：虫垂は後腹膜に癒着し，小腸で覆われていたが，容易に剥離，遊離して切除しえた．虫垂とその周囲に白苔の付着は認めたが，明らかな穿孔はなかった．虫垂周囲には膿瘍形成も認めなかった．腹水は

2017年10月10日受付　2018年2月7日採用

〈所属施設住所〉

〒893-0023　鹿屋市笠之原町27－22

Table 1　来院時血液生化学検査所見

T-bil (mg/dl)	1.9	WBC (×10³/μl)	152
AST (IU/l)	38	RBC (×10⁴/μl)	452
ALT (IU/l)	97	Hb (g/dl)	13.7
γ-GTP (IU/l)	121	Ht (%)	39.7
CPK (IU/l)	111	Plt (×10⁴/μl)	6.8 (DICスコア3点)
LDH (IU/l)	196	Baso (%)	0.1
TP (g/dl)	5.7	Eosino (%)	0.0
S-AMY (IU/l)	49	Neutro (%)	97.5
BUN (mg/dl)	38.5	Lympho (%)	2.1
Cr (mg/dl)	1.39	Mono (%)	0.3
Na (mEq/l)	140		
Cl (mEq/l)	109	APTT (秒)	52.3
K (mEq/l)	3.3	PT (秒)	13.9
GU (mg/dl)	133	PT-INR	1.18
		D-dimmer (μg/ml)	12.98 →キューメイ研究所 ×1.8でFDP換算 FDP　23.36 (DICスコア1点)
CRP (mg/dl)	20.1		
血液ガス分析 (動脈room air)			
PH	7.458	HBs抗原	陰性
pO2 (mmHg)	91.6	HCV抗体	陰性
pCO2 (mmHg)	32.1	TPHA	陰性
HCO3⁻ (mM/l)	22.4	RPR	陰性
BE (mEq/l)	-0.6		

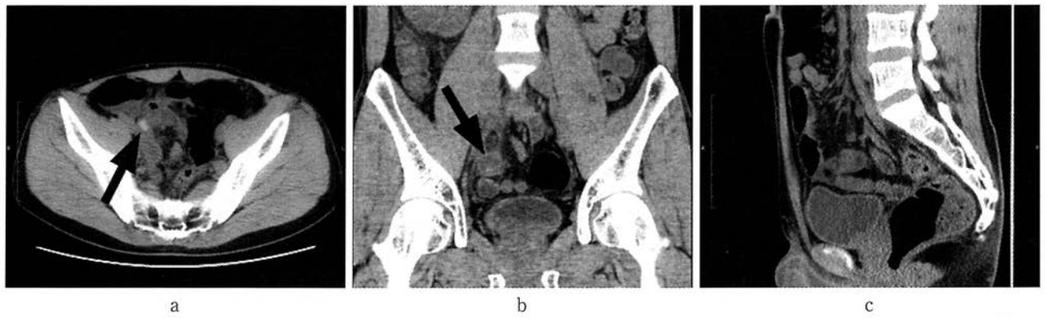


Fig. 1　腹部単純CT（a：横断面像，b：冠状断面像，c：矢状断面像）：糞石を伴う虫垂（矢印）の腫大（最大径は20mm）と周囲の浮腫を認めたが，遊離ガスや膿瘍などの穿孔を示唆する所見は認めない．CT上は腹水を認めない．

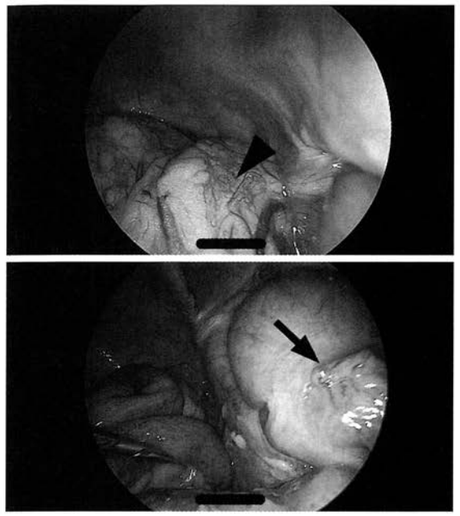


Fig. 2　術中所見（a：手術操作開始前，b：虫垂同定時）：a．Douglas窩には黄色でやや粘調な腹水を中等量認める．矢頭は大網に覆われた虫垂．b．虫垂を挙上すると，虫垂とその周囲に白苔の付着は認めるが，明らかな穿孔はない．虫垂周囲には明らかな膿瘍形成も認めない．矢印は剥離，挙上した虫垂根部．

a/b

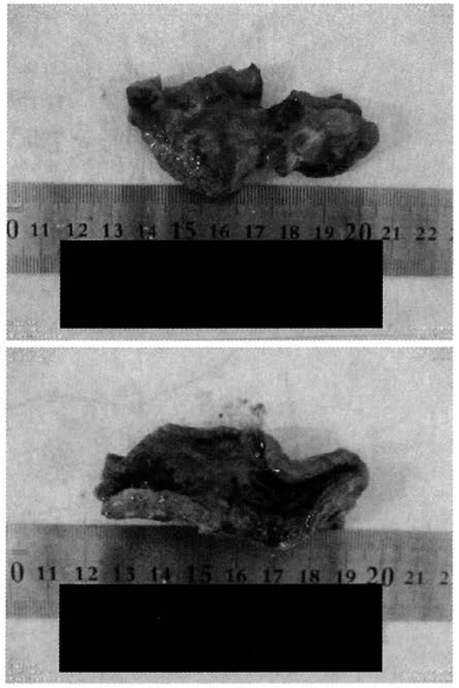


Fig. 3　虫垂切除標本（a：漿膜面，b：粘膜面）：虫垂は腫大しており肉眼的に漿膜面までの壊死を認める．明らかな穿孔は認めず，急性壊死性虫垂炎と診断している．

a/b

やや粘調も黄色で少量認めるのみであった（**Fig. 2**）．腹水は少量で肉眼的に清浄であったため，腹水培養は施行していない．虫垂は腫大しており肉眼的に漿膜面までの壊死を認めたが，明らかな穿孔は認めず，急性壊死性虫垂炎と診断した（**Fig. 3**）．

病理組織学的診断：高度の好中球浸潤が見られ，壁全層の壊死も観察された．しかし，明らかな穿孔は認めなかった．

術後経過：2017年X月Y-2日からの経過中ショック状態には至らず，カテコラミンは使用しなかった．抗生剤はメロペネム（1.0g/日）を使用していたが，血液検査にて炎症反応，DIC，そして身体所見としての熱発も改善したため，効果ありと判断して変更はしなかった（**Fig. 4**）．なお，退院後に判明したが，動脈血血液培養から*Eubacterium* speciesが検出された．メロペネムに感受性を認めた．他，ガベキサートメシル酸塩，免疫グロブリン等の集学的治療を施行し，DICから脱却することができた（**Fig. 4**）．肝機能障害が遷延したが改善傾向であったため，術後11日目に退院となった．肝機能障害に関しては，外来で正常化を確認している．

考　察

穿孔性急性虫垂炎に伴う汎発性腹膜炎もしくは限局性腹膜炎に合併する敗血症の頻度は，それぞれ約10%，約1%とされている[9]．しかし，自験例の様な敗血症を合併した非穿孔性急性虫垂炎の報告は少ない．医学中央雑誌において「非穿孔性虫垂炎」「敗血症」「播種性血管内凝固症候群」で検索したところ，1981年から2015年までの8例と自験例を含めて9例の報告を認めるのみであった[1)~8)]．

Lauらによると，虫垂炎における敗血症合併率について，虫垂炎の全手術例に術前血液培養を行い，acutely inflamedで103例中5例（4.8%），gangrenous 15例 中1例（6.6%），perforated 22例 中1例（4.5%）と報告している[10]．すなわち，非穿孔性虫垂炎の118例中6例(5.0%）に敗血症を合併していたことになる．また，Ruffらは非穿孔性虫垂炎48例中4例に血液培養

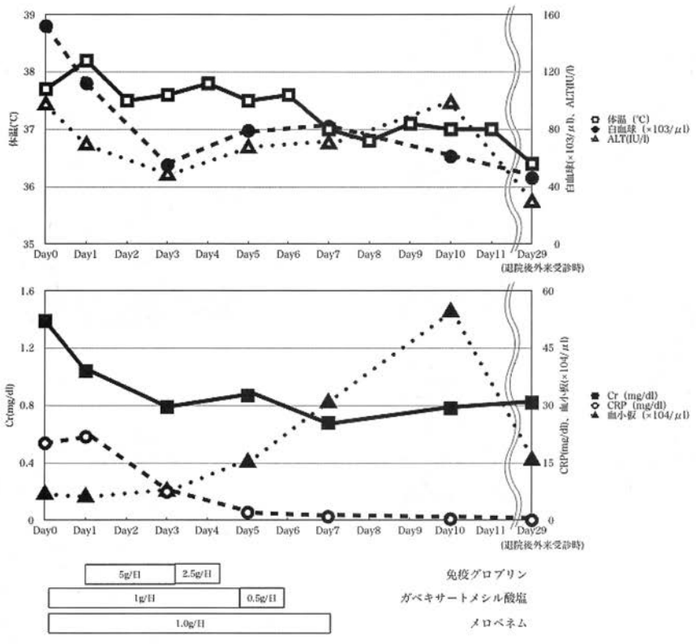


Fig. 4　術後経過

Table 2　本邦における敗血症（sepsis）を合併した非穿孔性急性虫垂炎９例の報告（1981～2015年）

症例	報告者	年齢・性別	血液培養	敗血症発症までの推定時間	ショック	DIC	手術	予後
1	柴田[1]	45・男性	不明	約24時間	なし	あり	なし	死亡
2	山崎[2]	69・男性	不明	約30時間	あり	あり	あり	生存
3	中村[3]	61・男性	E.coli	約24時間	なし	あり	あり	生存
4	伊藤[4]	57・男性	E.coli	不明	あり	あり	あり	生存
5	竹内[5]	31・男性	不明	約36時間	あり	なし	あり	生存
6	西尾[6]	61・男性	Streptococcus	約８時間	なし	あり	あり	生存
7	濱津[7]	34・男性	不明	約18時間	あり	あり	あり	生存
8	横山[8]	39・男性	Peptostreptococcus	約40時間	あり	あり	あり	生存
9	自験例	35・男性	Eubacuterium	約48時間	なし	あり	あり	生存

を行い，２例に陽性であったと報告している[11]．血液培養を施行した症例の選択基準に関する記載はないが，非穿孔性虫垂炎例での敗血症合併は以前から考えられていたよりも多いのではないかと結論している．しかし，敗血症の病態は血液中に微生物が存在しない状態でも生じることが1989年にBoneら[12]によって明らかにされてから，敗血症の定義も変遷しており，血液培養での細菌の証明では敗血症の病態を正しく把握できないと考える[13]．

血液培養に対して，急性虫垂炎の虫垂漿膜面での細菌培養陽性率を用いた検討がある．化膿性虫垂炎で18％，壊疽性虫垂炎で38％，穿孔性虫垂炎で82％と細菌培養率が報告されている[14]．つまり，非穿孔性虫垂炎でも腹腔内に細菌感染が波及する可能性があり，そこから敗血症の病態を生じる可能性はあると考えられる．

自験例では炎症や糞石による虫垂壁構造の破綻や虫垂内圧の上昇から，虫垂壁内より細菌が血管内に流入したり，腹腔内に染み出して，敗血症とDICを合併した可能性が考えられる．Lauらの血液培養で検出された細菌は，*E. coli*，*Klebsiella*，*Streptococcus*が多いが，*Bacteroides*の様な嫌気性菌なども認められている[10]．自験例では，動脈血血液培養から嫌気性菌である*Eubacterium* speciesが検出された．腹水は肉眼的に清浄，少量であったため培養を施行しなかったが，腹水や虫垂漿膜面もしくは内腔の便汁を検体とした培養で同菌が検出されれば，上記仮説の傍証になり得たものと考える．

自験例を含めた９例をまとめると，48歳（31～69歳）と比較的若年者に多く発症している（**Table 2**）．また，全員男性であるが，その理由は不明である．虫垂炎発症から敗血症やDICの発生まで24時間以上経過している例が多い．自験例は特に基礎疾患を認めない30歳台の男性であり，敗血症やDIC併発のリスクが高いとは考えにくかったが，虫垂炎発症から敗血症やDICの発生までは24時間以上を経過していた．若年者の非穿孔性急性虫垂炎でも，長時間経過している症例は敗血症やDIC発生リスクがあることを考慮すべきであると考えられた．これまでの報告例では，敗血症の症状としてショックやDIC，急性呼吸窮迫症候群を合併するものが見られ，予後としては虫垂切除を施行した８例は全例生存していたが，非切除１例は死亡していた．敗血症を呈した非穿孔性急性虫垂炎症例においては，全身状態の維持に努めながら，虫垂切除することが救命に重要であると考えられた．自験例では保存的加療で状態の改善する保証はなく，時間経過とともに全身状態が悪化し，ショックに陥れば手術が困難となると考え，DICの原因疾患としての急性虫垂炎に対する治療として，より低侵襲な腹腔鏡下での虫垂切除術を緊急で施行した．

結　語

DICを契機に診断された敗血症を合併した非穿孔性急性虫垂炎の１例を経験した．若年者の非穿孔性急性虫垂炎であっても発症から長時間経過している症例は，稀に重症化することがある．原因不明のDICにおいては，非穿孔性急性虫垂炎も原因となりうることも念頭に検査を進める必要がある．さらに，その原因が急性虫垂炎であれば，全身状態の改善，維持に努め，少しでもよい状態で外科的治療を施行できる様に留意することが肝要と考えられた．

利益相反：なし

文　献

1）柴田　醇，野村正博，藤原雅親他：DICに高度の黄疸を伴い急死した急性化膿性虫垂炎の１剖検例．広島医　1981；34：1048－1051
2）山崎洋二，竹口東一郎，佐川博文他：DICを合併した非穿孔性急性壊死性虫垂炎の１例．外科　1993；55：569－572
3）中村　学，石坂克彦：虫垂内腔にガスを含み敗血症（sepsis）を合併した非穿孔性虫垂炎の１例．日腹部救急医会誌　2004；24：105－108
4）伊藤頼子，小鹿雅博，佐藤信博他：敗血症性ショックとDICを呈した非穿孔性虫垂炎の１例．岩手医誌　2005；57：525－529
5）竹内裕也，米沢光平，金　史英他：敗血症性ショックによりARDSを併発した非穿孔性急性虫垂炎の１例．日消外会誌　2007；40：1845－1851
6）西尾公利，山本　悟，竹内　賢他：敗血症とdissemination intravascular coagulation syndrome（DIC）を呈した非穿孔性急性虫垂炎の１例．臨外　2009；64：101－105
7）濱津隆之，梶原勇一郎，市来嘉伸他：敗血症性ショックを伴った非穿孔性急性虫垂炎の１例．臨と研　2013；90：1109－1112
8）横山靖彦，山本佳生，佐藤　崇他：敗血症とDICを合併した非穿孔性急性虫垂炎の１例．日臨外会誌　2015；76：2466－2470
9）Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, et al : Appendicitis. A critical review of diagnosis and treatment in 1,000 cases. Arch Surg 1975 ; 110 : 677－684
10）Lau WY, Teoh-Chan CH, Fan ST, et al : The bacteriology and septic complication of patients with appendicitis. Ann Surg 1984 ; 200 : 576－581
11）Ruff ME, Friedland IR, Hickey SM : Escherichia coli septicemia in nonperforated appendicitis. Arch Pediatr Adolesc Med 1994 ; 148 : 853－855
12）Bone RC, Fisher CJ, Jr., Clemmer TP, et al : Sepsis syndrome : a valid clinical entity. Methylprednisolone Severe Sepsis Study Group. Crit Care Med 1989 ; 17 : 389－393
13）西田　修，小倉裕司，井上茂亮他：日本版敗血症診療ガイドライン2016．日救急医会誌　2017；28：S1－S232
14）Gilmore OJ, Browett JP, Griffin PH, et al : Appendicitis and mimicking conditions. A prospective study. Lancet 1975 ; 2 : 421－424

A CASE OF NON-PERFORATING ACUTE APPENDICITIS WITH SEPSIS PRESENTED WITH DIC

Masashi HIGASHIMOTO, Ryosuke DESAKI, Yoichiro MATSUO and Osamu OGURA
Department of Surgery, Kohshinkai Ogura Hospital

A 35-year-old man complaining of epigastric pain received conservative treatment at a hospital, but no symptomatic remission was achieved. He visited another hospital two days later because lower abdominal pain, diarrhea, chill and a high fever of 38℃ or higher developed. He was referred to our hospital with a suspected diagnosis of disseminated intravascular coagulation (DIC) from the blood analysis and biochemical findings. An abdominal CT scan performed at another hospital revealed swelling of the appendix with microcalcifications. However, there were no findings suggestive of perforation. DIC caused by acute appendicitis was diagnosed. We performed emergency operation. During the operation, we could not detect any findings of perforation of the appendix. The histopathological diagnosis was gangrenous appendicitis without demonstrable perforation. Postoperative intensive therapy provided improvement of general condition of the patient. He was discharged from our hospital on the postoperative day 11. Culture of the collected arterial blood yielded *Eubacterium* species. As non-perforative appendicitis with sepsis presented with DIC has rarely been reported, we present this case.

Key words：DIC, sepsis, non-perforating appendicitis

学会発表一覧

【看護介護部】

演　題　名	筆頭者	大会･学会･雑誌名	年　月
内視鏡手術支援ロボット（EMARO）を導入してから1年～EMARO導入から見えたより良い手術チームのあり方～	町屋　毅志	第30回 日本内視鏡外科学会	2017年 12月8～9日
内視鏡外科手術時における画像記録装置のトラブルを経験して	榎園　誠	第30回 日本内視鏡外科学会	2017年 12月8～9日
急性期病院に10年以上入院しているALS患者の転帰を進めた一例	吉松　博志	第5回 日本難病医療ネットワーク学会	2017年 9月28～30日
宗教観が支援に影響した大脳基底核変性症の一例	松野下郁美	第5回 日本難病医療ネットワーク学会	2017年 9月28～30日
高次脳機能障害がある高齢患者の単身在宅生活への退院支援	半渡　美子	第51回 鹿児島県保健看護研究学会	2018年 1月19日
ハイパーサーミアの副作用症状に対する調査	大園真由美	第51回 鹿児島県保健看護研究学会	2018年 1月19日
高齢者の人工骨頭置換術後のパスバリアンス分析 ～入院期間遅延の原因～	田中　有希	第51回 鹿児島県保健看護研究学会	2018年 1月19日
患者主体の術前訪問を目指して	村山　弥生	第51回 鹿児島県保健看護研究学会	2018年 1月19日

【リハビリテーション部】

演　題　名	筆頭者	大会･学会･雑誌名	年　月
思春期に長期間の無月経を呈した女子長距離走選手の内的および外的要因の検討	中畑　敏秀	日本臨床スポーツ医学会学術集会 （第28回）	2017年11月
振動刺激と持続的電気刺激下での促通反復療法が上肢運動麻痺に有効だった不全脊髄損傷の一例	黒木　一気	日本リハビリテーション医学会学術集会 （第54回）	2017年6月
HTLV-1関連脊髄症による歩行障害に対して持続的電気刺激下の促通反復療法が有効であった一症例	山田　大輔	日本リハビリテーション医学会学術集会 （第54回）	2017年6月
女子長距離選手における下肢疲労骨折発生に関する因子の検討　～Female Athlete Triad（FAT）累積リスク評価とトレーニング内容から検討する～	中畑　敏秀	九州･山口スポーツ医･科学研究会 （第30回）	2017年12月
大腿骨近位部骨折術後の在院日数と退院時QOLに影響を与える因子の検討	児玉　雄作	九州理学療法士・作業療法士合同学会 2017 in 宮崎	2017年11月
大腿仮義足にカップリング調整機能付き固定遊動膝継手を用い歩行練習を行った高齢大腿切断者の経験	下甫木智代	九州理学療法士・作業療法士合同学会 2017 in 宮崎	2017年11月
当院における脊椎圧迫骨折患者の在院日数および退院時TUGに影響する因子	壱崎　裕太	九州理学療法士・作業療法士合同学会 2017 in 宮崎	2017年11月
促通反復療法と電気刺激の併用により上肢機能が改善した分枝粥腫病（BAD）の一例	豊栄　　峻	鹿児島リハビリテーション医学研究会 （第32回）	2018年3月

編 集 後 記

恒心会ジャーナル第4号は、3ヶ年を1期とする中長期事業計画第3期の総括年となりました。「恒心会版地域包括ケアの創造」をスローガンに様々な取り組みを行ってきましたが、中でも社会医療法人への改組やがん診療指定病院認定、へき地医療拠点病院指定の認可は今後の地域医療を進めて行く上で重要な基礎となりました。第4号はその基礎の足固めとなる最初の1年でもありました。その1年間の取組みの報告に加え、トピックスや各部署の取組みも合わせてご清覧頂けたら幸いです。

平成30年9月吉日

編集委員長
福 田 秀 文
社会医療法人 恒心会
リハビリテーション部 部長

副編集委員長
中 川 秀 生
社会医療法人 恒心会
事務局 管理課 課長