

恒心会ジャーナル 2023(令和5)年度 Vol.10



# 恒心会ジャーナル

## 2023(令和5)年度

### Vol.10



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](http://www.koshinkai.or.jp)

社会医療法人 恒心会

ひと、未来、いのちをつなぐ。  
社会医療法人 恒心会



## 理 念

恒に信頼される質の高い医療・介護を提供し、  
地域社会に貢献します。

## 基 本 方 針

### 【患者さん中心のチーム医療】

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

### 【技術向上と人財育成】

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

### 【地 域 連 携】

医療・保健・福祉に貢献する、  
地域に開かれた病院づくりを目指します。

## 恒心会の歩み

- 昭和32年 1月 小倉医院 小倉慶一 開院(9床)(鹿屋市向江町)
- 昭和36年11月 小倉外科病院開院(22床)(鹿屋市共栄町移転)
- 昭和53年 4月 鹿屋市寿八丁目21番2号へ新設移転
- 昭和53年12月 小倉慶一院長急逝により病院休止
- 昭和54年 4月 開設者小倉恵美子、管理者前田昭三郎(院長)にて開院
- 平成2年 1月 医療法人化、医療法人恒心会小倉記念病院へ名称変更(理事長小倉雅) 118床
- 平成6年 9月 さかもと歯科クリニック開院
- 平成6年 10月 老人保健施設ヴィラかのや開設
- 平成6年 11月 在宅介護支援センターヴィラかのや開所
- 平成6年 12月 訪問看護ステーションことぶき開所
- 平成7年 4月 ホームヘルプサービスチーム運営方式推進事業開始
- 平成11年11月 小倉リハビリテーション病院(療養型100床)開院
- 平成13年11月 小倉リハビリテーション病院 回復期リハビリテーション病棟開設(50床)
- 平成13年12月 小倉リハビリテーション病院 日本医療機能評価機構認定施設(長期療養27号)
- 平成14年 9月 小倉記念病院 日本医療機能評価機構認定施設[一級B]
- 平成16年 2月 電子カルテシステム導入
- 平成16年 4月 地域リハビリテーション広域支援センター指定
- 平成18年 4月 おぐら居宅介護支援事業所開所
- 平成19年 7月 小倉リハビリテーション病院 回復期リハビリテーション病棟100床
- 8月 小倉リハビリテーション病院 日本医療機能評価機構認定施設Ver5.0更新
- 12月 小規模多機能施設「サポートセンターおぐら24」開設  
グループホーム「イーストサイドおぐら」開設
- 平成20年 1月 開業50周年
- 6月 小倉リハビリテーション病院→おぐらリハビリテーション病院へ名称変更
- 11月 グループホーム「イーストサイドおぐら式番館」開設
- 平成21年 5月 小倉記念病院 日本医療機能評価機構認定施設Ver5.0更新
- 平成24年 3月 おぐらリハビリテーション病院 日本医療機能評価機構認定施設Ver6.0更新  
病院機能評価付加機能認定(リハビリテーション機能(回復期Ver2.0))
- 平成25年 7月 恒心会おぐら病院(216床)開院(小倉記念病院・おぐらリハビリテーション病院統合)

平成26年 5月	南大隅町立佐多診療所及び南大隅町立へき地出張診療所にて診療開始
平成28年 4月	社会医療法人改組
平成28年12月	病院機能評価機構機能種別評価項目3rdG:Ver1.1 一般病院副機能：リハビリテーション病院認定
平成29年 1月	「がん診療指定病院」指定
6月	「へき地医療拠点病院」指定
令和4年 10月	病院機能評価機構機能種別評価項目3rdG:Ver2.0 一般病院副機能：リハビリテーション病院認定

## 目 次

社会医療法人恒心会	
理 念	
恒心会の歩み	
巻頭言	1
2024年度 事業方針	3
<b>恒心会おぐら病院</b>	
恒心会おぐら病院	9
リハビリテーション科	10
外 科	11
整形外科	12
脳神経内科	13
診療技術部	14
在籍医師紹介	15
<b>トピックス</b>	
国際骨粗鬆症財団 (IOF) 認定制度 Best Practice Framework (BPF) 『GOLD』認定	21
2024年 能登半島地震におけるJRAT活動報告	22
ユニフォーム2色制の導入	25
<b>2023年度病院指標について</b>	
2023年度病院指標について	29
<b>各部門の活動</b>	
看護部	35
3階西病棟	36
4階病棟	37
5階病棟	38
2階東病棟	39
3階東病棟	40
手術室・中央材料室	41
手術分類	42
外 来	44
化学療法室	46
健診室	47
患者サポートセンター	48
2023年度 認定看護師、特定看護師活動報告	49

リハビリテーション部	52
薬剤部	56
画像検査部	57
栄養管理部	60
社会医療福祉科	61
<b>委員会活動</b>	
医療安全管理委員会	65
感染対策委員会	67
NST(栄養サポートチーム)委員会	70
災害対策委員会	72
<b>地域医療活動</b>	
地域医療活動	75
地域リハビリテーション活動報告	77
<b>教育研修</b>	
院外研修	81
教育研修	85
鹿児島大学研修医 インタビュー	86
研修医受入・実習関連	89
<b>さかもと歯科クリニック</b>	
さかもと歯科クリニック	93
<b>介護事業部</b>	
法人介護事業部ならび介護老人保健施設 ヴィラかのや	97
訪問看護ステーション ことぶき	99
ヴィラかのや通所リハビリテーション／おぐら通所リハビリテーション	100
ヘルパーステーション ヴィラかのや	101
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	102
グループホーム イーストサイドおぐら	103
小規模多機能ホーム サポートセンターおぐら24	104
<b>研究論文・学会発表</b>	
医師業績	106
論文	107
学会発表一覧	116
編集後記	118

## 巻頭言

理事長 小倉 雅



2015年に創刊しました恒心会ジャーナルも第10号になりました。

この10年を振り返ってみると様々な変化がありましたが、昨年度当法人にとっても院長・副院長2人体制、医局長制、看護介護部統括

を含めての大規模組織変更を行い、法人の更なる成長への土台作りとしました。

併せて、働き方改革に向けたタスクシェア、タスクシフトの推進のための人財育成にも力を注ぎました。

社会に目を向けてみると、2020年4月7日に緊急事態宣言が発出されてからまる3年が経過して、これまで猛威を振るった「2類感染症」の新型コロナウイルス感染症の位置づけが、やっと2023（令和5）年5月8日から「5類感染症」に移行しました。その後、診療報酬上の各種対応が変更となっていました。一部継続していた特例的な措置は予定通り2024年3月末で終了し、4月より4年振りに通常通りの医療提供体制に移行しました。

本当に長いトンネルを抜け出て、やっと日常診療が戻って来たのですが、周りの環境は様変わりをしてしまったと感じています。

ニュースなどでは、何億円の負債を抱えて医療法人が破産開始の決定を受けたなどといったニュースは決して珍しくなくなって来ました。

「国境の長いトンネルを抜けると雪国であった」…川端康成の「雪国」の冒頭の名文ですが、私が今、感じているのは、この書き出しの様なロマンチックなものではなく、「コロナ禍を抜けると医療崩壊の始まりだった」と言うような気分です。あれだけ我々、医

療従事者は頑張ったのに、さらなる試練が重なるのかと空いた口が塞がらない気分です。

2024年度に行われたトリプル改訂では名目上は0.88%のプラス改訂とされていますが、職員の給料を上げるとお上自らが言う中、光熱費、材料費の高騰しています。同時に始まった医師の働き方改革では地方の病院に大きな影響を及ぼしています。

厚生労働省が進める医療の効率化を至上主義とする医療政策の中、年々医療を取り巻く環境が厳しくなっていると感じています。

しかし、愚痴を言っても始まらないので、チャールズダーウィンではありませんが、如何に“適応”して生き残って行くのかを考えないといけないと思っていました。そのきっかけの一つを思いがけないところから掴むことが出来ました。

昨年度の脳神経外科特殊外来（特に機能神経外科）の設置が持ち上がりました。

それと同時に、かねてより取り組みたいと考えていた“外傷センター”的な役割の実現に向けた脳神経外科の新設です。

そこで、2024年度から3ヵ年の第6期中長期計画では「脳神経外科の地域定着とポスト2025年を見据えた法人事業の強靱化」をスローガンとしました。

当院の強みである整形外科と消化器外科に脳神経外科が加わると、ワンストップで救急医療において外傷の受け入れができるようになると思います。大隅半島では拠点になる医療機関が少なかった為、地域住民にとって福音となるのではと思っています。

脳神経内科、リハビリテーション科との治療連携も向上し、麻酔科、救急科の専門医も赴任して来て病院力が上がって来ると思います。

先ずは脳神経外科の院内定着と地域定着を図りたいと思います。脳血管治療にはかなりの重装備が必要となって来ますが、社会医療法人としての責務を果たすべく、ハードも含めて増改築して行きます。消化器外科、整形外科、麻酔科、ICUと共に連携して“外傷センター”的な役割りを担えるように展開して行きたいと思ひます。又、脳神経内科やリハビリテーション科とも連携して“脳卒中センター”的な役割りを担える様に体制整備を図って行きます。

最後になりましたが、2024年1月1日に発生した能登半島地震では245名が亡くなられ、今もなお行方

不明の方がいらっしゃいます。

発災から3ヶ月の中で当院からも災害リハビリテーション(JRAT)を派遣しましたが、未だに自宅全壊も8000棟を超えて避難生活を余儀なくされている方も多くいると聞いています。

息の長い支援を続けなければならないと同時に、いつ発生するかわからない大規模災害に向けた準備を急ぐ必要性を強く感じています。お亡くなりになられた方の御冥福と被災生活を続けている皆さんにお見舞い申し上げます。

## 2024年度 事業方針

理事長 小倉 雅

2024年4月8日に恒心会全体会議を開催し理事長より恒心会の第6期中長期計画が発表されました。



全体会議風景



【スライド1】

全体会議における2024年度事業方針を発表します。

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

第1から5期中長期計画の期間とスローガン、達成事項はスライドの通りです。

さっくり言うと第1～2期はハードの整備を中心に進んで来ました。

第3期は法人格の変更により経営をより盤石な体

### 中長期計画の意義

- <策定趣旨>  
3年後のあるべき姿(ビジョン)の実現に向け全職員が総力を結集してベクトルを合わせるための計画
- <計画の位置づけ>  
▶ 中期的な(概ね5年以内)視点に立ち法人事業の目標及びそれらを集中的に実現するための方策を明らかにするもの  
▶ 全職員が業務を遂行する上での到達点や目標・指針にするもの
- <計画期間>  
▶ 令和6年(2024年)4月から  
令和9年(2027年)3月までの3ヶ年計画

【スライド2】

制としました。

第4から5期はソフト面にシフトし、院内の体制作り に注力して来ました。

第6期は新病院建築から10年が経過して、ハードのメンテナンスが必要となって来たタイミングで脳神経外科新設の計画が持ち上がり、ハード面とソフト面のバージョンアップを図る事になると思ひます。

### 第1期から第5期中長期計画の実施状況

計画期間	計画期間中のスローガン	達成事項
第1期 平成21年～平成23年	チームとしての連携と変化に対応できる組織づくり	介護事業の強化 インフラへの整備
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 情報化への対応
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 介護事業の強化 地域医療連携の強化
第4期 平成30年～令和2年	地域医療構想の中で自院の強みを活かした医療・介護の連携の構築	ソフトの整備 法人格の変更 地域医療連携の強化 介護事業の強化
第5期 令和3年～令和5年	時代の変化に対応出来る組織作りと次世代を担う人材育成 ～成長への土台作り～ ～平均的に取り組む3年～	組織力強化と新体制移行 介護事業の強化 地域医療連携の強化 介護事業の強化 地域医療連携の強化 介護事業の強化

【スライド3】

ポスト2025年の次の長期ゴールの時期は2040年と言われています。

2040年には団塊ジュニア世代(現40-49歳:いわゆる就職氷河期や非正規問題を体験した世代)が65歳に達し、国内の高齢化率がピーク(35%)

**経営を取り巻く外部環境**

<人口構造の変化>  
 ▶ 2025年問題：団塊世代800万人全員が75歳（後期高齢者）以上になることよ  
 て起こる社会問題  
 ▶ 2040年問題：国全体で高齢化率がピークを迎えることによって起こる社会問題

<少子高齢化の地域特性>  
 ・二次医療圏の高齢化は全国平均より15年早い（少子高齢化の先進地域）  
 ・ // の生産年齢人口は2010年～2040年で-35%（深刻な労働力不足）

<医学の進歩>  
 ・ ロボット手術  
 ・ AI（人工知能）の実用化等

【スライド4】

を迎えます。

それによって人口が減少し、働き手も減少する結果、社会・経済活動の活力が失われ、企業活動に大きな影響が出ると危惧されています。

例えば身近な例では銀行業界や保険業界では統合・合併が進んでいます。

key wordは“人口減少”と“効率化”で、医療・介護業界でもさかんに繰り返し使われています。

スライドは医療・介護に関する政策のスケジュールです。診療報酬改定だけでなく、色んな政策も同時進行しています。医療計画(2024年～2029年第8次医療計画)、地域医療構想、医師の働き方改革、医療DX推進、介護計画、外来医療・かかりつけ医機能(2024年～2029年第8次医療計画)などにも気を配って行きたいと思ひます。

恒心会第6期の初年度2024年は、診療報酬・介



【スライド5】

護報酬・障害福祉サービス報酬の同時改定に加え、医師の働き方改革の元年、また、医療計画は6年に一度見直しされますが、2024年は第8次医療計画スタートの年にあたるなど、2025年を目前に社会保障改革が目白押しにやって来ます。

そうした背景からして、第6期中長期計画の3年間はポスト2025年と次の長期ゴールの時期となる2040年に向けたスタートになる3年間だと思います

第6期の3年間はスライドの4点を重点課題として取り組んでいきます。

何と言っても最優先は、脳神経外科の診療をスタートさせてこの3年間で地域に定着させて行きたいと思ひます。

脳神経外科のハード整備（外来棟の増改築工事）は着工から使用できるようになるまで1年6ヶ月が必要となりますが、院内ではソフトランディング(新しい事を始める際は不安が付きまとうものですが、しっかりとした準備と受け入れの環境を整え、周りとの調和を取りながら徐々に実績を上げて行くこと)と院外に向けては脳神経外科治療における地域連携を進めます。

次に、診療報酬と介護報酬の改正に対応しながら、ポスト2025年、そして長期的には2040年問題を視野に入れた地域連携を構築していきたいと思ひます。そして、内部環境に目を向けると多様な世代の職員がともに働いています。何より大切なのは働く人

**第6期中長期計画の重点課題**

- ▶ **脳神経外科の新設と地域定着**
  - ハード整備（外来棟の増改築工事）着工から使えるようになるまで1年6ヶ月が必要
  - 脳神経外科治療の体制整備と地域連携を図る
- ▶ **診療報酬改定（2024, 2026）と介護報酬改定の対応**
  - 急性期対1・回復期リハ1・超強化型老健の体制堅持
  - 連携体制のさらなる強化（医介連携、医科歯科連携、地域連携、多職種連携）
- ▶ **労働生産性を高める為の働き方改革の推進**
  - 健康経営の重点化
  - 雇用の競争力強化
  - 労働環境の改善（大規模改修工事）
  - タスクシフト/シェア
  - ICTの利活用
- ▶ **健全財務**
  - 拡大再生産が持続する財務体質の維持

【スライド6】

の健康こそが大切な経営資源です。そのため職員の健康診断の充実等を重点化して安心して働きやすい職場の基盤強化につなげて行きます。

最後に第6期中長期計画のスローガンは「脳神経外科の地域定着とポスト2025年を見据えた法人事業の強靱化」です。

**第6期中長期計画のスローガン**

**脳神経外科の地域定着と  
 ポスト2025年を見据えた法人事業の強靱化**  
 -次の10年に向けた基盤強化-

【スライド7】

・脳神経外科の地域定着

消化器外科、整形外科、麻酔科、ICUと共に連携して“外傷センター”的な役割を担えるように展開して行きたいと思ひます。

又、脳神経内科と連携して脳血管内治療が出来るような体制を作り“脳卒中センター”を担える様に

体制整備を図って行きたいと思ひます。

・ポスト2025年を見据えた法人事業の強靱化

国内では2025年から2040年までの僅か15年間で働き手の中心である20歳から64歳までの現役人口が1,000万人減少するという問題に直面します。

医療や介護は労働集約型産業と呼ばれるように何と言っても「人」です。恒心会は、2025年以降も「人と患者が集まる職場」であるために、自らの医療と介護の質を高めることで採用の競争力をさらに強めたいと思ひます。

そして、法人事業の強靱化のための組織や人材づくりでは、看護師、看護助手、介護福祉士、リハ関係専門職、救急救命士などの人材確保を進めながら同時にタスクシフト、タスクシェアを更に進めたいと思ひます。

・脳神経外科の誘致は、地域住民の福音になると同時に自分たちの強みがひとつ増えることだと思います。恒心会が医療と介護の複合型経営として、自分たちの強みを活かしながら、地域から求められるニーズと担うべき役割をしっかりと踏まえて進んで行きたいと思ひます。

恒心会おぐら病院

## 恒心会おぐら病院

院長 東郷 泰久



2023年度は地域中核病院としての機能強化と働き方改革への対応を重要項目として取り組みました。感染対策や医療安全対策を通じ新興感染症や災害時も診療が継続できるようマルチハザードBCPの作成を行いました。

また、高齢化率の高い大隅地区では医療だけでなく介護事業の充実も必要で病院事業から介護事業へシームレスな対応ができるよう新たに病院と介護施設を統括して管理する統括部長職を新たに設けました。

### 地域中核病院としての機能強化

コロナ感染症は2類から5類に引き下げられましたが、かえって予防に対する意識が薄れ、まだ流行は継続しており予断を許さない状況です。発熱外来が100人を超えることもあり重症化症例は少ないですが、罹患すると後遺症が長引く方もおられます。これまでの4年間の経験をもとに感染対策を強化し継続して診療ができるように見直しを行い、発熱外来も継続、入院加療も行いました。今後新たな新興感染症に備え第1種、第2種感染症指定機関の申請を行う予定です。

恒心会おぐら病院として開院10年を迎えハード面の補修も必要となり補修工事を開始するとともに、病院機能の維持強化のため耐用年数を考慮し順次医療機器の更新をするともにAI内視鏡などの新規導入を行いました。また診療体制の強化としてICU教室から麻酔科常勤医を派遣していただき周術期の管理が強化され、より安全に手術が行えるようになりました。大隅夜間救急センターの後方病院として夜間の二次後方受け入れを行い、入院やより

専門性の高い検査が必要と判断された症例の診療を行っています。

人材の確保、教育も強化の重要な課題で、看護学生、PT,OT学生の実習受け入れを再開し学校訪問など直接的なリクルートを再開も若い人材の確保にも努めています。院内では数名の特定行為看護師に活躍してもらっていますが、さらなるタスクシェアも考え医療の質を向上させるため新たな看護師が研修に取り組んでいます。

### 働き方改革への対応、準備

2024年4月から医師の働き方改革も実施されることになり、この対策が喫緊の課題でした。ICカードによる出退の管理を行い時間外勤務のチェックを行うことから始めました。労働基準局の指導のもとA水準の申請、宿直許可を取得し、医師の時間外労働の改善、過労を防ぎつつ、通常診療ができるよう準備を行いました。

今後前述の特定行為看護師やMA（医師事務作業補助者）の増員や充実も必要と考えています。

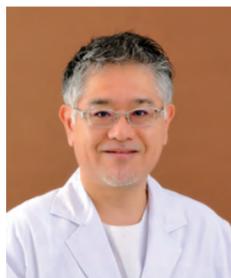
看護部では日勤と夜勤の就業時間帯を明確にして時間外勤務を減らすためユニフォームの色分けをする試みを始めており、その成果が期待される所です。またナイトケアスタッフを導入し、夜勤看護師負担軽減のための補助業務を行っていただいています。

その他の部署でもタスクシェア、タスクシフトについて検討をおこない残業時間の軽減、過労防止に努めていきたいと思っております。

▶2024年4月から常勤2名での脳神経外科の新設が決定しました。救急外傷受け入れの充実はもとより、脳梗塞の血管内治療なども行われる予定で地域医療へのさらなる貢献ができると思っています。

## リハビリテーション科

副院長 重 信 恵 三



恒心会おぐら病院は、急性期病棟（116床:3病棟）、回復期リハビリテーション病棟（100床:2病棟（各50床））を有するケアミックス病院であり、急性期病棟は整形外科、外科、脳神経内科及び今年度より脳神経外科が新設されました。7対1看護体制を堅持しております。回復期リハビリテーション病棟（施設基準1）はリハビリテーション科を主としており、医療提供しております。

リハビリテーション科は、現在3名体制となっており、回復期リハビリテーション病棟の各病棟の専任医、主治医として、回復期リハビリテーション病棟入院中のほぼ全患者さんを担当しております。運動器疾患、脳血管疾患、廃用性疾患等のリハビリテーション治療を行っており、在宅復帰率は80%を超え、平均在院日数は40～50日程度となっております。FIM利得

も高く、質の向上も保たれております。

リハビリテーション科としての診療は、当院での急性期治療後の患者さんのリハビリテーション治療もちろんですが、大隅地区の各病院よりの紹介患者さんも多く受け入れております。なお、紹介後の待機期間をなるべく短くするように調整すべく待たせない医療を行っております。脳卒中患者におきましては、促通反復療法を主に麻痺の改善をするよう加療を行っております。なお、脳血管疾患のみではなく、整形外科疾患、廃用性疾患におきましても、嚥下障害のある患者さんが非常に増えており、嚥下障害の評価、治療への取り組みも積極的に行っております。回復期リハビリテーション病棟の患者さんだけでなく、急性期治療を行っている患者さんにも積極的に介入し、リハビリテーション治療を行っております。コロナ禍を超え、新たにリハビリテーションを行って行きたいと考えております。今後とも質の高いリハビリテーション医療を提供していきたいと考えております。

## 外 科

外科部長 實 操 二



副院長の衣斐先生が、3年前の恒心会ジャーナルで、おぐら病院外科は“なんでもやる科”、2年前には、“すき間を埋める科”を宣言。そのため、一般外科（ヘルニア・乳がんetc）・消化器外科（胃がん・大腸がんetc）の患者だけでなく、消化管内視鏡検査（消化器内科）、肺炎・不明熱・発熱外来（内科）の患者も診ています。常勤医は、衣斐勝彦先生、東本昌之先生、實の3人（52～62才）で、何とか業務をこなしている状況です。これは、非常勤医師の小倉修先生（火～木の外来）、消化器内科医の斎藤幸先生（木～金の内視鏡検査）、古江慈識先生（火曜日の内視鏡検査）、高山胃腸科外科の南曲康多先生（水曜日の手術）、小倉佑太先生（火～木の内視鏡・手術）の協力のもとに成り立っています。この場をかりて感謝申し上げます。

当科の全身麻酔/脊髄麻酔手術症例は、2020年度：147例、2021年度：137例、2022年度：233例、2023年度：213例であり、2022年度より、約1.5倍、

手術症例が増加しています。これは、小林クリニックの小林泰之院長の手術症例患者の紹介だけでなく、外科の“なんでもやる科”、“すき間を埋める科”の宣言が功を奏しているかと思われます。手術症例は約1.5倍増加し、常勤外科医は6人から3人に減少しました。この状況で、医療事故が起こることもなく安全に医療がなされているのはコメディカル、特に看護師、MA（medical assistant）の協力のおかげだと思われま。病棟看護師は、患者一人一人の医師の検査項目・指示・処方漏れのピックアップを行い、毎朝、指示簿に記載して、医師に提示しています。そのおかげで、医師の仕事がもれなくスムーズに進んでいます。MAスタッフの外来業務のアシスト、入院カルテの追加記載も、我々の多大な手助けとなり、大変感謝しています。

私自身、当院に赴任して2ヵ月が経過し、地域医療の医師不足は、大隅地区でも大きな問題となっていることを実感します。今年、恒心会おぐら病院外科は、“地域医療にたよられる科”を提言し、高齢外科医3人は「体に鞭打って」頑張ります。よろしく願います。

## 整形外科

整形外科部長 有島善也



常勤医7名、非常勤医5名にて四肢・体幹の外傷、小児整形外科疾患、脊椎脊髄疾患、四肢関節の変性疾患、骨・軟部腫瘍、スポーツ外傷など幅広く診療を行っています。

手術療法は整形外科における主たる治療手段の一つですが、大腿骨近位部を含む四肢外傷・骨折に対する手術、変形性関節症や関節リウマチに対する手術(人工股関節置換術、人工膝関節置換術、膝や足関節症に対する骨切り術など)、スポーツ障害(アキレス腱断裂、足関節・膝関節靭帯損傷や、半月板に対する手術など)、肩腱板損傷に対する関節鏡視下手術、手外科(腱鞘炎、手根管症候群、関節リウマチ手に対する)手術、脊椎手術(頸椎症、腰椎椎間板ヘルニア、腰椎圧迫骨折、腰部脊柱管狭窄症など(鹿児島大学整形外科の協力のもと実施))など、年間約1000例の手術を行っています。2024年度から脳神経外科の新設により、頭部外傷を伴う四肢外傷の治療が可能となりましたので、大隅地区における外傷センターとしての役割を果たせ

るよう努力して参ります。特に大腿骨近位部骨折に対しては2022年度の診療報酬改訂を受けて、受傷後48時間以内に手術が実施できるように多職種連携を図っています。

保存療法にも積極的に取り組んでおり、2022年度に導入した変形性膝関節症に対する再生医療(APS療法)もそのひとつです。軽症から中等症の変形性膝関節症に対する新たな治療の選択肢となることが期待されており、施術後のMRI評価では軟骨再生も確認されており、実際に治療された患者様からも高い評価を頂いております。リハビリテーションセンターとも密接な連携を取りつつ診療を行っています。重症例・特殊例については、鹿児島大学病院整形外科をはじめとする、鹿児島市内の医療機関と連携をとり、患者様にへき地の不利益が生じないように努めております。肝属郡医師会立病院、南大隅町立佐多診療所での外来診療を行っており、精査が必要な患者様のスクリーニングや、当院へ通院が困難な方へのアフターケアなどを行っております。今後とも、患者様が安心して受診し、体と心の健康を守れるよう尽力したいと思います。

## 脳神経内科

脳神経内科部長 武井潤



今年4月に鹿児島大学より当院脳神経内科部長として着任しました武井潤と申します。鹿児島大学脳神経内科に入局し、鹿児島県内のみならず、宮崎県、大分県の関連病院などで経験を積みました。2019年から鹿児島大学病院に戻り、病棟や外来業務をしつつ大学院に入学し研究活動も開始し、今年3月に博士課程を修了したところになります。

当科は、鹿児島大学病院脳神経内科からの派遣の常勤医3名で、非常勤の渡邊修先生、吉村道由先生の外来支援をいただきながら日々の診療をおこなっております。もう1人、4月から尾山先生も脳神経内科医として外来、病棟、救急対応などしていただいておりますが、地域枠の実地研修として採用されており、今後は他の診療科でも経験を積まれる予定と聞いております。ヴィラかのやの診療に関しましては中江めぐみ先生にご協力をいただいております。

当院は大隅半島で数少ない脳神経内科医の常勤医が複数人いる病院として、脳神経内科の拠点病院の役割を担っております。神経難病をはじめ、免疫性神経疾患、神経救急疾患にも対応しております。ただ最初から神経疾患が疑われることは多くはなく「何か分からないが動きが悪くなっている、年のせ

いかな」という方の中に、神経疾患が隠れていることも多いです。最近では免疫チェックポイント阻害剤の普及の他、COVID-19による帯状疱疹や免疫性神経疾患の増加が報告されており、治療薬としても分子標的治療薬など免疫性神経疾患に対する新規薬剤も続々と出てきております。また、神経難病や遺伝性神経疾患など、昔から治療法のなかった疾患に対する遺伝子治療薬も続々と出てきており、脳神経内科領域の治療は革命期というべき時期に突入しております。そういう点でも、早期に診断しておくということが、患者様のメリットにつながる可能性もございますので、気軽にご紹介いただければと思います。一方で、まだまだわかっていない事も多く、治療法がない疾患も多数ございますので、福祉資源を利用するなどして、少しでも患者様の生活が楽になるような選択肢を提示していければと思っております。

まだ赴任して一ヶ月ですが、病院のスタッフ皆様が優しく、明るく、協力的で非常に働きやすい病院です。10年ほど前に一年間当院で働かせていただいた頃と何も変わらないこの風通しの良さと、10年前とは比べ物にならないほどレベルアップしている病院スタッフの皆様に感銘を受けました。そんな皆様と協力して、患者様に安全で、かつ適切で、最善の脳神経内科医療を提供できるよう精進いたしますので、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

# 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。

昨年度の本稿でも触れましたが、当院で導入した読影診断支援ソフトウェアについてお話ししたいと思います。このソフトウェアは、胸部レントゲン写真(正面)において、結節(腫瘍など)、浸潤影(肺炎など)、気胸の存在診断を支援してくれるソフトです。見落としがないように細心の注意を払って読影しても、やはり限界があります。“人間はミスをするものである”を前提にシステムを構築することは、医療安全の基本です。しかし、複数の医師で読影するのはマンパワー的に現実的ではありません。我々は日々理想と現実の間で悩みながら医療を行っています。そんな悩みの解決策の一つがAIであることを実感した1年でした。そして、現時点でAIはあくまで“支援”であることも、忘れてはならないと考えます。今後も気を引き締めて医療を

行ってまいります。

次に内視鏡検査枠数についてです。2024年度は、内視鏡検査に関わる医師が残念ながら減ってしまいます。それに伴い、特に当院で検診を希望されている方に多大な迷惑をかけております。心よりお詫び申し上げます。なるべく元の検査枠数に戻せるように手を尽くしておりますが、現時点でいつまでに戻せるかを明言できる状態にありません。今しばらくご迷惑をおかけしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

AIの登場など、日進月歩で技術は進歩しています。しかし、それを使用するのは人間です。当たり前のこと、でも簡単なことではありませんが、道具に使われるのではなく、道具を使いこなせるように我々も日進月歩で進化していきたいと思っております。そして、それを地域住民の皆様還元・提供できるよう、努力してまいります。

# 在籍 医師 紹介

(2024年5月現在)

## 整形外科



有島 善也  
部長  
日本整形外科学会専門医  
日本リウマチ学会専門医  
日本手外科学会専門医



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認定医



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



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



中村 貴大  
日本整形外科学会会員  
(2024年4月～)



米澤 嘉紘  
日本整形外科学会会員  
(2023年4月～9月)

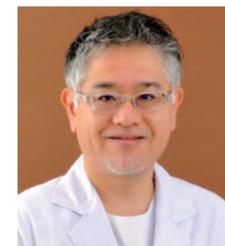


甲斐 勇樹  
日本整形外科学会会員  
西日本整形外科学会災害外科会員  
(2023年10月～2024年3月)



森元 亮  
日本整形外科学会会員  
(2023年10月～2024年3月)

## リハビリ テーション科



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



下道 俊  
日本リハビリテーション医学会  
会員  
(2023年4月～)



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



上山 綱介  
日本リハビリテーション医学会  
専門医  
(2021年4月～2024年3月)



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



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

外科



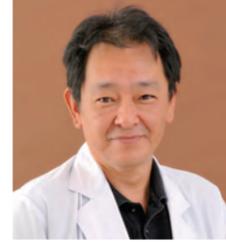
衣裴 勝彦  
恒心会おぐら病院 副院長  
日本外科学会専門医  
日本消化管学会専門医  
日本消化器外科学会会員  
(2020年7月~)



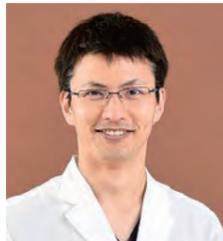
東本 昌之  
診療技術部 部長  
日本外科学会専門医  
日本消化器外科学会会員



實 操二  
外科 部長  
日本外科学会専門医・指導医  
日本消化器外科学会専門医・指導医  
日本内視鏡外科学会会員  
日本臨床外科学会会員  
(2024年4月~)



竹林 勇二  
外科医



南曲 康多  
日本外科学会専門医  
日本消化器外科学会会員  
日本内視鏡外科学会会員  
(2020年7月~ 2024年3月)

脳神経内科



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



池之上博任  
日本神経学会会員  
日本内科学会会員  
(2024年4月~)



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



尾山 琴海  
日本神経学会会員  
日本内科学会会員  
(2024年4月~)



野村 美和  
日本神経学会専門医・指導医  
日本内科学会認定医  
(2022年4月~ 2024年3月)



足立 拓馬  
日本神経学会会員  
日本内科学会会員  
(2023年4月~ 2024年3月)

脳神経外科



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



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

麻酔科

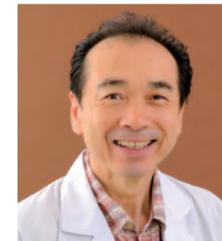


白石 一光  
麻酔科 部長  
麻酔科専門医  
日本麻酔科学会会員  
日本救急医学会会員  
日本集中治療医学会会員  
(2023年4月~)



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

内科



高尾 一行  
日本内科学会会員  
日本糖尿病学会会員  
麻酔科標榜医



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

婦人科



新川 義容  
日本産科婦人科学会会員  
麻酔科標榜医

歯科



坂元 潤也  
さかもと歯科 院長



老人保健施設  
ヴィラかのや



船迫 進  
老人保健施設ヴィラかのや  
管理医師

トピックス

# 国際骨粗鬆症財団 (IOF) 認定制度 Best Practice Framework (BPF) 『GOLD』 認定

整形外科 海江田 光 祥



2019年に厚生労働省が発表した介護が必要になった主な原因の構成割合を見ると「運動器疾患」が24%を占め、その中でも13%が骨折で11%が関節疾患であるとの報告があり、それは骨粗鬆症関連の原因が最も多く、脳卒中(16%)よりも多いとされています。

骨粗鬆症の問題点は①骨折すること(骨卒中)②骨折が連鎖すること(ドミノ骨折)③遺伝することがあげられています。まずは骨折することを防ぐために骨粗鬆症の治療が必要です。

骨粗鬆症リエゾンサービス委員会は健康寿命(元気で過ごせる期間)を長くするために、早目に自分の骨や体の健康状態を知り、骨折をする前に対処しておくことが大切な一次骨折予防と一度骨折をしてしまった方で、別の新しい骨折をしてしまう二次骨折の予防を目的に活動しています。

その活動の中で、骨粗鬆症による一度ならず二度までも「骨折」とならないために、骨折の治療と同時に骨折の原因である骨粗鬆症の治療を行う二次骨折予防を推進していくことが特に重要とされています。

当院においては、2018年4月より骨粗鬆症リエゾン委員会を発足させ、2名の骨粗鬆症専門医と8名の骨粗鬆症マネージャーを中心に骨粗鬆症の治療率と治療継続率の向上活動を実践して来ました。

このような取り組みに対して国際骨粗鬆症財団 (IOF) は認定制度 (Capture the Fracture Best Practice) を設け、世界的な骨粗鬆症治療及び予防活動を推進しています。

評価基準は13項目あり、骨粗鬆症のスクリーニング程度、治療導入率、地域連携など、それぞれに関して実数を報告しその結果を下にIOFが金賞・銀賞・銅賞の3段階評価をするものとなっています。

当院は2019年に日本で24番目の認定『BRONZE』を受け、約2年後の2022年再申請し、2022年3月31日に『SILVER』認定を受けました。

その後も骨粗鬆症リエゾンサービス活動を継続して、不十分だった骨粗鬆症治療導入率と治療継続率向上に努めてきました。SILVERで示された取り組むべき課題を整理しながら、2023年8月に再々申請を行い、2023年11月に念願の『GOLD』の認証を受けることができました。

国際的にはまだまだ不十分な活動であるかもしれませんが、『GOLD』認証の名に恥じないように、そして骨粗鬆症性骨折患者が一人でも減ることを使命として活動していきたいと思えます。



Best Practice Framework (BPF) 評価認定『GOLD』

## 2024年 能登半島地震におけるJRAT活動報告

リハビリテーション部 中畑 敏秀・小野 里菜・中道 和美

大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）は2011年3月の東日本大震災をうけて設立されました。そして鹿児島県においては2016年4月の熊本地震を受けて、鹿児島県リハビリテーション施設協議会、鹿児島大学リハビリテーション医学、鹿児島県理学療法士協会、鹿児島県作業療法士協会、鹿児島県言語聴覚士会を構成団体として2018年5月に鹿児島県災害リハビリテーション推進協議会（以下、鹿児島JRAT）として設立されました。

当法人は鹿児島JRAT発足から事務局として、①普及啓発活動②研修活動をはじめ鹿児島県における災害リハビリテーションネットワーク構築活動に貢献してまいりました。

そして、直接支援活動として2024年1月に発生した能登半島地震に、当院からも理学療法士3名を派遣しましたので、報告いたします。

今回、私たちは当院の理学療法士3名と鹿児島大学病院リハビリテーション科の医師1名の合計4名で2月5日から9日までの5日間、石川県羽咋郡志賀町および輪島市門前地域を中心にリハビリテーション



図1 今回の活動地域

の必要性がある被災者への支援活動を行いました。2月5日朝、新幹線で鹿児島中央駅を出発し、新大阪駅で乗り換え、お昼すぎに金沢駅に到着しました。JRAT活動は基本的に自活になります。そのため、大型のキャリーバックに衣服や生活用品、医療資材や寝袋などをすべて持ち運びました。金沢駅に到着すると、レンタカーで石川県リハビリテーションセンターへ向かいました。この時は、積雪が20cm程度ありましたが、道路から常に融雪用の噴水がなされていたため安全に運転ができ安心したことを覚えています。石川県リハビリテーションセンターは、石川JRATの本部であり、他県からの地域JRATチームが最初に説明を受け、最後に報告をする場所になります。ここで、今回の任務について説明を受け、必要な物品を借り、JRAT活動をスタートさせました。



写真1 今回のメンバー



写真2 石川JRAT本部

2月6日、JRAT活動初日は、羽咋郡志賀町での活動となりました。朝7時に金沢市内を出発しJRAT七尾本部となる能登中部保健福祉センターに向かいました。道中は、道路や建物の損壊が少しずつ目立ち始め震災の大きさを肌で感じながらの移動となりました。七尾本部で今回の活動内容について説明を受け、志賀町の活動拠点である志賀町役場に移動しました。医療チームの活動地域では、それぞれの市町村に活動拠点があり、まず、そこで情報収集を行って現地へ出向きます。その中でも、現地や災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）の保健師は、地域で医療ニーズが高い被災者や福祉施設などの情報を多く持っており、私たちは保健師と連携して活動を行いました。この時期は、住民が自主的に近隣の公民館などに避難する自主避難所から行政が管理する指定避難所への集約が急ピッチで進められていました。その中で、まず、自主避難所で身体機能やADLが低い被災者や脳梗塞で病院から退院予定の被災者家族から能力面や機能面について聞き取りを行い、その後、指定避難所での福祉用具の設置や居室までの動線などについて、地域の保健師や他県からの支援スタッフ（ダンボールベッドの設置や避難所管理担当）とともに最適と思われる環境設定を提案する業務に従事しました。

現地には、多くの医療支援団体と活動を行いま

す。1日の活動が終わると活動拠点で医療介護関係者の会議が開かれ、それぞれの活動や共有内容について報告を行いました。そして、18時30分からはJRATの活動報告と翌日の活動予定についてオンライン会議があり、毎日すべてが終了するのはおよそ20時でした。



写真4 医療介護関係者の会議

宿泊は、防衛省の要請で出動する民間所有の「ナッチャンWorld号」を利用しました。この船は、有事の際に自衛隊が運用し、被災者や各地からの自治体職員、被災者支援団体に対してシャワーや温かい食事、宿泊を無料で提供してくれる大変ありがたい施設です。指定時刻までに予約をするとチェックインは何時でも可能であり、使い勝手が非常に良い宿泊船でした。今回の宿泊地は、もともとこの地域の公立病院のリハビリ室に寝袋で寝泊まりす



写真3 指定避難所での環境設定風景



写真5 ナッチャンWorld号



写真6 提供される食事



写真7 宿泊風景

る予定でしたが、現地でこのような船の存在を知ること、活動中はここに2泊することができ、1日のJRAT活動の疲れを癒し、翌日の活動に備えることができました。

2月7日と8日は、輪島市門前地区で活動しました。この地域は、大隅半島で例えると佐多町や内之浦町のような立地で、高齢化率が高い点などが非常に似ていました。七尾市から門前地区までの道のりでは、通行止めや路面の損壊、法面の崩落、家屋の完全損壊などが目立ち、通行制限の為に孤立集落となっている地域もありました。この間の活動は、孤立集落となり現状が確認できていない避難所や老人保険施設でのリハビリ、また、個人宅での段ボールベッド設置などを行いました。このうち、特に印象深かったのは特別養護老人ホームでの活動で



写真8 避難所

した。この施設では、震災初期に停電や職員のマンパワー不足で入居者の寝たきりとなり褥瘡が多発したこと。デイサービスに通う被災者を避難所として受け入れたことで入所者数の定員を大きく超え、職員が業務過多になったこと。また、全ての業務を時間内に終わらせるために夕食を15時から開始し、生活時間を圧縮するような対応を取っていました。しかし、夕食を早く摂ることで入所者の臥床時間が延伸し、廃用や褥瘡リスクを上げてしまうという葛藤があることなどが問題に上がりました。さらに、追い打ちをかけるように隔離が必要となる新型コロナウイルスが次々と発生しており、入所者の生活不活発のみならず、職員の疲弊も危惧される状況でした。そこで、現状の詳細について調査し、地域の医療福祉スタッフやJRAT本部へ伝達し、継続的な人的資源の投入など、今後の対応へと繋げました。

このような経験を通し、私たちは日頃の災害への備えの必要性を考えました。特に、能登半島は大隅半島との共通点が多く、現在危惧される南海トラフ地震では高山町や内之浦町、佐多町などの津波被害が心配されています。今回の経験をもとに、この地域の住民の方や老人施設などを孤立させず、安心して生活できるような仕組みと準備に取り組む必要性を感じました。

## ユニフォーム2色制の導入

看護部長 岡部 なるみ

急速な少子高齢化に伴い医療を取り巻く環境は変化し、医療提供体制の改革の一つとして医師をはじめとする医療従事者の働き方改革が挙げられています。看護師が健康に働き続けられる為に、今年度の看護部目標の一つに「活き活きと働き続けられる職場環境」を掲げ、働き方改革の一環として、日勤と夜勤のユニフォーム2色制を11月に導入しました。期待される効果として、ユニフォームの色を識別する事により自分自身のタイムマネジメントや意識改革となり超過勤務が削減できることです。

看護師は、24時間365日看護を提供するために日勤・夜勤の交代勤務を行っています。交代時刻にユニフォームの色が可視化されることで、円滑なコミュニケーションが図れ、残務で残っている看護師も

一目瞭然となります。

ユニフォームカラーは、ネービーブルーから夜勤者と明らかに色別できる男女共有のグレーを選択しました。導入前は看護部及び医局へ目的を周知しました。(写真1)

導入直後からの反応は良く医師から「病棟で指示を出す17時以降であれば日勤者には声をかけないようにしている。」「わかりやすく良い。」また看護管理当直者から「退勤時間を超過していると残務を聞きやすい。」「シフトが明確なので声がかかりやすい。」等の意見がありました。看護師からも「終業時間を気にするようになった。」「夜勤だねと周囲から声をかけられるようになった。」等の意見があり2色制は本人や周囲に大きなメリットがありました。

超過勤務削減の効果は、夜勤者を対象に導入2か月前から退勤時間を比較した結果徐々に減少傾向となりました。患者の重症度や夜勤帯の緊急入院など状況により変動はありますが、意識改革による成果につながっています。

看護師の就業者は年々減少傾向にあり、一人ひとりが心身共に健康で、働き続けられる事が重要な課題となります。その為にも業務や職場環境の整備・改善を進めていきたいと思っています。



写真1 申し送り風景

# 2023年度 病院指標について

## 2023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	12	88	45	87	142	242	488	689	671	302	2,766

#### 【定義】

・2023年4月～2024年3月の実績を基に集計しています。

#### 【解説】

・当院は一般病棟（7対1看護:116床）と療養病棟（回復期リハビリテーション病床:100床）を併せ持ついわゆるケアミックス病院です。2015年度の本診療指標の公開開始より、70歳以上が6割を占める状態であり当院診療圏の高齢化が進んでいることを示しています。

### ②診断群分類別患者数等（各科上位5疾患）

#### ■整形外科

DPCコード	DPC名称	患者数	当院平均 在院日数	全国平均 在院日数 (2022年度値)	当院一般病 棟での平均 在院日数	当院療養病 棟での平均 在院日数	転院率	平均年齢
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	224	51.75	26.42	14.63	37.20	9.38%	85
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰椎損傷を含む。）手術なし	193	48.43	20.09	13.44	34.99	4.66%	79
160760xx97xx0x	前腕の骨折 手術あり 副傷病なし	65	10.32	4.86	9.45	0.88	4.62%	54
070160xx01xxxx	上肢末梢神経麻痺 手根管開放手術等	48	10.19	4.57	10.19	0.00	2.08%	72
160760xx97xx1x	前腕の骨折 手術あり 副傷病あり	42	14.69	7.60	10.57	4.12	7.14%	75

#### 【定義】

・2023年4月～2024年3月の整形外科の実績を基に上位5位までを集計しています。

#### 【解説】

・当院のように一般病棟と療養病棟を併せ持つ病院は、在院日数を両病棟通算で集計するルールとなっている為、全国平均在院日数と比較し、在院日数に日数差のある疾患がありますが、当院一般病棟在院日数と全国平均在院日数を比較した場合、遜色は無いと考えます。

#### ■外科

DPCコード	DPC名称	患者数	当院平均 在院日数	全国平均 在院日数 (2020年度値)	当院一般病 棟での平均 在院日数	当院療養病 棟での平均 在院日数	転院率	平均年齢
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	225	2.31	2.64	2.31	0.00	0.00%	68
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア（15歳以上）ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等	62	6.98	4.59	6.98	0.00	0.00%	66
060380xxxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等2なし	45	7.60	5.70	7.60	0.00	2.22%	55
060330xx02xxxx	胆嚢疾患（胆嚢結石など）腹腔鏡下胆嚢摘出術等	42	7.12	6.07	7.12	0.00	0.00%	62
060102xx99xxxx	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術なし	41	8.83	7.63	8.83	0.00	0.00%	64

#### 【定義】

・2023年4月～2024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】**

- ・当院外科は消化器外科が主です。上位5疾患には入っていませんが地域医療の実情から肺炎等の総合診療的な役割も担うほか、発熱外来の対応も行っています。
- ・AI内視鏡を導入し、病変の早期発見に努めています。

**■脳神経内科**

DPCコード	DPC名称	患者数	当院平均 在院日数	全国平均 在院日数 (2020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
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	34	37.74	21.11	21.62	16.12	8.82%	80
010110xxxxx4xx	免疫介在性・炎症性ニューロパチー 手術・処置等2-4あり	32	45.63	16.50	32.69	12.94	6.25%	65
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	18	19.50	13.61	19.50	0.00	22.22%	76
010080xx99x0x1	脳脊髄の感染を伴う炎症 手術なし 手術・処置等2なし 15歳以上	15	19.60	16.85	19.60	0.00	6.67%	54
010090xxxxx0xx	多発性硬化症 手術・処置等2なし	9	16.56	14.51	16.56	0.00	11.11%	46

**【定 義】**

- ・2023年4月～2024年3月の脳神経内科での疾患上位5位までを集計しています。

**【解 説】**

- ・当院脳神経内科は大隅半島地域でも数少ない脳神経内科の拠点病院として神経難病、脳卒中への対応を心がけています。
- ・地域医療の実情から肺炎や尿路感染症の受け入れ等、総合診療的な役割も担っています。

**③初発の5大がんのUICC病期分類並びに再発患者数**

	初 発					再 発	病期分類基準	版 数
	StageI	StageII	StageIII	StageIV	不 明			
胃がん	10	2	1	4	4	1	1	8
大腸がん	3	7	16	14	13	2	1	8
乳がん	0	1	1	4	0	2	1	8
肺がん	1	6	2	9	3	0	1	8
肝がん	0	1	0	4	3	6	1	8

※ 1:UICC TNM分類、2:がん取扱い規約

**【定 義】**

- ・2023年4月～2024年3月の実績を基に5大がんのステージ分類実績を集計したものです。
- ・がんのステージ分類は
  - (1) がんの「大きさ」と「周囲への広がり具合」(T)
  - (2) 「リンパ節への転移の有無」(N)
  - (3) 「他の臓器」や「リンパ節」への転移(M)
 の3つの要素を組み合わせ0期～Ⅳ期の5つの病期(ステージ)に分類するものです。ステージ数が増える毎にがんの病状が進行しているといえます。

**【解 説】**

- ・早期から末期のがんまで対応しています。
- ・がん治療の充実を図るべく2016年7月より大隅半島初の『ハイパーサーミア(がん温熱療法)』を開始し、がん治療の向上に取り組んでいます。
- ・web会議を用いた、がん疼痛緩和ケアの研究事業に参加しております。web会議を用いて他院の緩和ケア専門医も交えカンファレンスを行うことで得られる広範な意見、助言を基に緩和ケアのさらなる効果向上に取り組むものです。

**④成人市中肺炎の重症度別患者数**

	患者数	平均在院日数	平均年齢
軽症	7	17.14	59
中等症	14	20.21	76
重症	5	9.80	85
超重症	1	30.00	91
不明	0	-	-

**【定 義】**

- ・2023年4月～2024年3月の実績を基に成人市中肺炎による入院患者数を集計したものです。成人市中肺炎とは20歳以上の方が日常生活の中で肺炎を発症する事を指します。
- ・重症度はA-DROPスコアを用いて以下の各項目への該当に基づき5点満点で分類しております。1項目該当毎に1点となります。
  - (1) 年齢(男性70歳以上 女性75歳以上)
  - (2) 脱水 BUN21mg/dl以上または脱水有り
  - (3) 酸素飽和度 SpO2<=90% (PaO2 60Torr以下)
  - (4) 意識障害 意識障害あり
  - (5) 収縮期血圧 収縮期血圧90mmHg以下

**【解 説】**

- ・当院では主に内科及び脳神経内科、外科を中心に治療に取り組んでいます。

**⑤脳梗塞のICD別患者数**

ICD10	傷病名	発症日から	患者数	平均在院 日数	当院一般病棟での 平均在院日数	当院療養病棟での 平均在院日数	平均年齢	転院率
I63 \$	脳梗塞	3日以内	16	63.00	18.00	45.00	81	7.69%
		その他	10	84.00	16.00	68.00	80	3.85%

**【定 義】**

- ・2023年4月～2024年3月の実績を基に集計しております。
- ・ICD10とは死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類です。
- ・当院の一般病棟に入院のあった患者数を公表しています。近郊の脳外科系の医療機関より当院の療養病棟に直接転院してきた患者数は計上しておりません。

**【解 説】**

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

**⑥診療科別主要手術別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)**

**■整形外科**

Kコード	名 称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	当院一般病棟 での平均在院 日数	当院療養病棟 での平均在院 日数	転院率	平均年齢
K0461	骨折観血的手術(大腿)	124	1.92	52.10	15.32	39.78	6.45%	87
K0811	人工骨頭挿入術(股)	97	3.57	45.76	14.23	36.10	10.31%	83
K0732	関節内骨折観血的手術(手)	55	1.76	11.15	11.93	1.98	9.09%	72
K0821	人工関節置換術(膝)	41	1.15	31.90	11.76	22.29	2.44%	76
K0821	人工関節置換術(股)	36	1.22	36.17	11.44	26.94	2.78%	70

**【定 義】**

- ・2023年4月～2024年3月の整形外科での手術上位5位までを集計しています。

## 【解 説】

- ・転倒等に起因する高齢者の大腿の骨折手術が最多となっているほか、人工骨頭や人工関節に関連する手術が上位を占めています。
- ・院内完結型の治療として術後はシームレスに療養病棟での回復期リハビリテーションへの移行体制を整備しています。

## ■外 科

Kコード	名 称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	当院一般病棟での平均在院日数	当院療養病棟での平均在院日数	転院率	平均年齢
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	214	0.21	1.06	2.26	0.00	0.00%	68
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	54	1.24	5.33	7.57	0.00	0.00%	62
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	33	1.09	5.18	7.27	0.00	0.00%	62
K6335	鼠径ヘルニア手術	30	1.27	5.67	7.93	0.00	3.30%	70
K7391	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む)(経肛門)	24	0.33	1.79	3.13	0.00	0.00%	67

## 【定 義】

- ・2023年4月～2024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。
- ・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	2	0.10%
		異なる	2	0.10%
180010	敗血症	同一	1	0.05%
		異なる	3	0.15%
180035	その他の真菌性感染症	同一	1	0.05%
		異なる	-	-
180040	手術・処置等の合併症	同一	10	0.49%
		異なる	1	0.05%

## 【定 義】

- ・2023年4月～2024年3月の実績を基に集計しています。

## 各部門の活動

## 看護部

看護介護統括部長 上別府 昌子

### 【2023年度看護部重点目標】

1. 倫理的感性を高める
2. 一人ひとりの積極的な経営参画
3. 生き活きと働き続けられる職場環境
4. 多様化、複雑化する医療・介護に対応できる人材育成と支援

新型コロナが5類に移行し、これまでの日常生活に少しずつ戻ってきました。しかし、医療現場の厳しさは続き、クラスターを発生すると経営基盤となる「入院患者」への影響は大きく、職員ひとり一人の対応と予防意識が求め続けられています。2度のクラスター発生時は、前年度取り組んだBCPが役立ち、各病棟で粛々と対応することができました。

看護師が生き活きと働き続けるためには、「看護業務に専念できる環境」が必要とされます。入院患者の高齢化による「介護」や入院に関連する書類の対応など「看護の専門性を必要としない」業務が看護師の負担となる現状があります。そこで負担軽減のため夜間看護補助者の導入を検討し、2月から開始しました。業務内容は、看護補助者業務分類の周辺業務（患者に接しない業務）としました。まず、補助者の勤務時間（16:30～22:00）にシフトできる項目の洗い出しをしました。また、夜勤看護師の業務をタスク・シフト/シェアし、認知症やせん妄患者の見守り等を行っています。今後、時間外勤務の縮減、看護業務負担軽減、身体拘束の減少などケアの質の向上につながるような成果として評価していきたいと考えています。

### 脳神経外科開設準備

2024年4月開設予定の準備を1月から始めました。脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を中心に、関連部署（5階・外来・手術室）からコアメンバーを選出しました。同時に毎水曜日、専門的知識と看護についての学習会を開催し、コメディカルスタッフを含めた参加者で現在も継続中です。また、他病院への施設見学と専門学会への参加し着々と準備を進めています。

### 介護教育体制の構築

これまで介護部門は、人材育成に必要な系統立てた教育体制が不明確でした。そこで、看護師クニカルリーダーを参考にして、介護科長を中心に介護主任で『介護リーダー』が作成されました。また、部署ごとの新人教育を介護部全体で育成していくために『介護部教育プログラム』と『新入職者研修チェックリスト』もできました。これによりOJTとOff-JTが連動した新人教育と人材育成の体制構築が出来ました。次年度活用していきます。

今回、病院と介護事業部の看護介護の人事管理・労務管理・職員教育を担う看護介護統括部長として拜命を受けました。恒心会として、病院完結ではなく、地域に密着している介護部門との連携を更に強化していくための取り組みが必要となります。看護師長会では、法人内の情報交換や連携がタイムリーに行え、最良の医療・介護が提供できるように、介護主任と連携を図っていく取り組みを始めました。次年度への継続課題です。

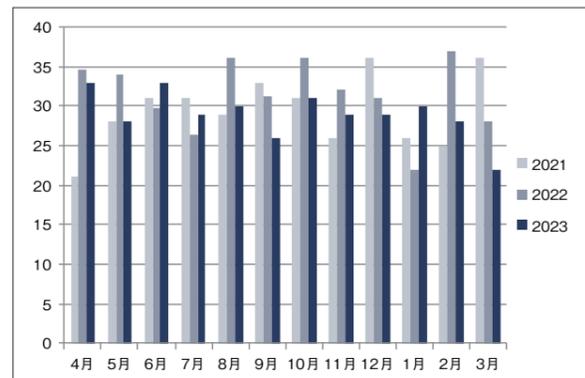
## 3階西病棟

病棟師長 上京 千代美

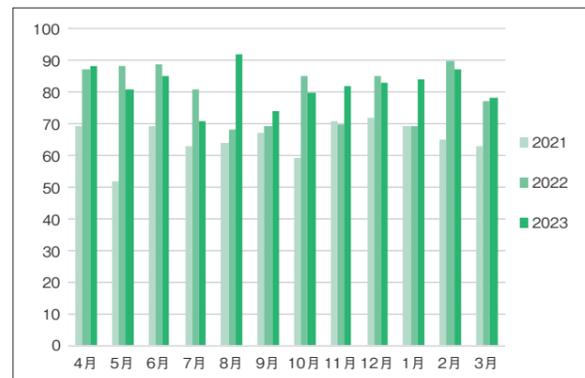
当病棟は、消化器外科疾患の手術患者や保存治療患者、がん疾患の化学療法や緩和ケア患者の受け入れを行っています。また、整形外科疾患の保存治療患者や呼吸器内科疾患患者など他科の入院受け入れ(入院の17.8%)も行い、混合病棟として運営しています。

今年度の病棟状況は、在院日数の短縮(前年度比2.5日)、稼働率が(前年度比1.8%)上昇しました。これらは、入院早期より退院時を考えた支援アプローチの実施、多職種連携によるカンファレンスの充実により情報の共有や支援の強化ができた結果であると考えます。今後も多職種連携の強化を図り、退院支援できるよう取り組んでいきます。

また、ラダーレベル別活動を通して業務改善に



看護必要度 (%)



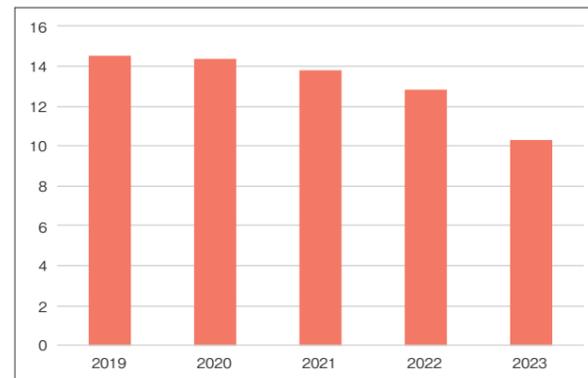
病床稼働率 (%)

取り組みました。ラダーレベルに応じた病棟内の課題に対し、改善対策を計画し実践を行いました。

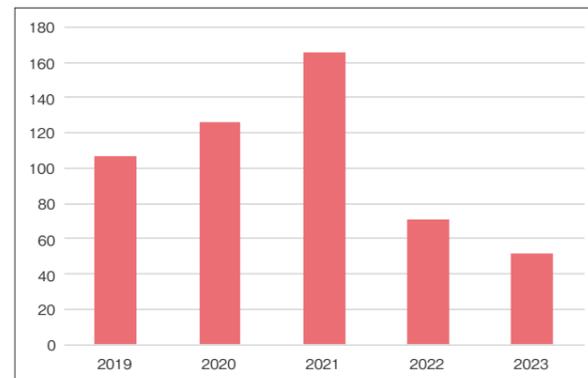
- ・ラダーI・II:おむつ交換、更衣について
- ・ラダーIII:3点認証の徹底強化について
- ・ラダーIV:申し送り廃止について

上記内容の取り組みを通し、各々が病棟での役割を認識する機会となりました。次年度もPDCAサイクルを繰り返し、継続していく予定です。

がん疾患患者のケアにおいて、緩和ケア看護認定看護師を中心に行っている「がんカンファレンス」で、ACP(人生会議)をふまえた情報を共有し、治療や療養場所も検討しています。患者や家族に寄り添ったケアの実践ができるように今後も取り組んでいきます。



平均在院日数(日)



化学療法件数(件)

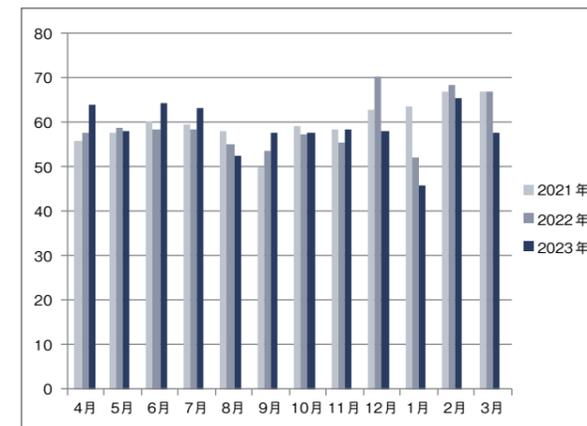
## 4階病棟

看護師長 田中 有希

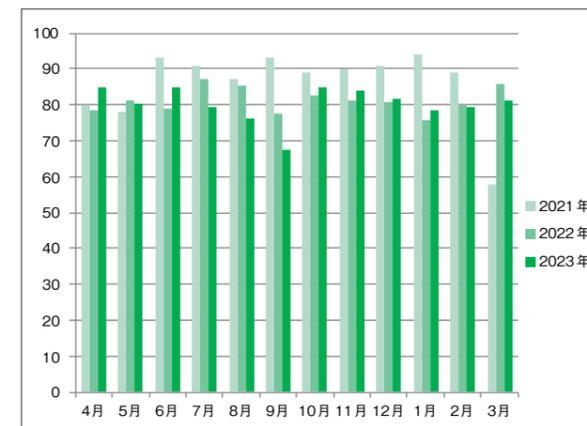
当病棟は整形外科病棟であり、交通事故やスポーツ等による外傷、加齢に伴う骨関節疾患及び転倒による骨折など、主に手術治療を対象とした患者を受け入れています。

大腿骨近位部骨折の、手術待機期間短縮(2日以内)に取り組み4年が経過しました。手術待機時間は、コロナ禍の影響を受けた前年度の平均4.8日から、今年は1.8日まで短縮しました。短縮できたことで、早期離床が図れ、廃用症候群予防や、術後合併症予防、在院日数短縮にも繋げることができました。

手術後の痛みに対しては、術後疼痛管理チーム



看護必要度 (%)

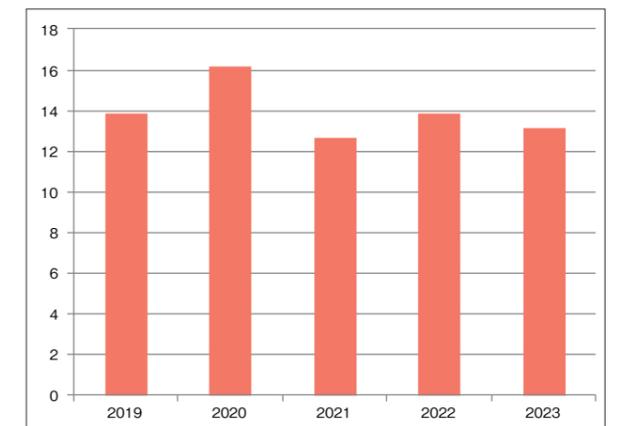


病床稼働率 (%)

が介入して、疼痛コントロールを行っています。術後疼痛フローチャートを活用して、スタッフ全員が知識を深め、意識して疼痛緩和を行い、患者からは、「前回した手術の時より痛みがなかった。」と、患者満足度の高い症例もありました。

今年度、周手術期の肺炎発症予防のためOHAT(Oral Health Assessment Tool)での評価をおこない、そのスコアに準じた口腔ケアプロトコルの運用を開始しました。OHATは、短時間で簡単に評価できるため、口腔環境改善や口腔衛生管理について意識するようになりました。大腿骨近位部骨折患者のみ対象に評価していましたが、口腔ケアは、感染予防や患者のQOLを維持するうえでも重要であるため、対象疾患の追加を今後検討しています。

整形外科の手術患者の多くが高齢で、少子高齢化をもたらす人口構成の変化は、医療にも大きな社会問題となっています。そして地域包括ケアシステムの推進が進められているため、手術後も住み慣れた地域で最後までその人らしい暮らし・日常生活が送れるよう、多職種との連携しながら患者とその家族を支えていきたいと思っています。



平均在院日数(日)

## 5階病棟

看護師長 上之郷 千亜紀

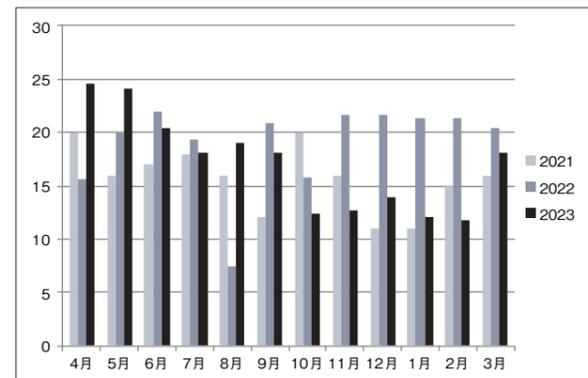
2023年度は、看護部の目標に挙げられていたパートナーシップの導入に取り組みました。

パートナーシップ・ナーシング・システム(以下パートナーシップ)とは「看護師が安全で質の高い看護を共に提供することを目的に、2人の看護師が良きパートナーとして対等な立場で互いの特性を活かし、相互に補完し協力し合って毎日の看護ケアを行い、その成果と責任を共有する看護方式」のことです。

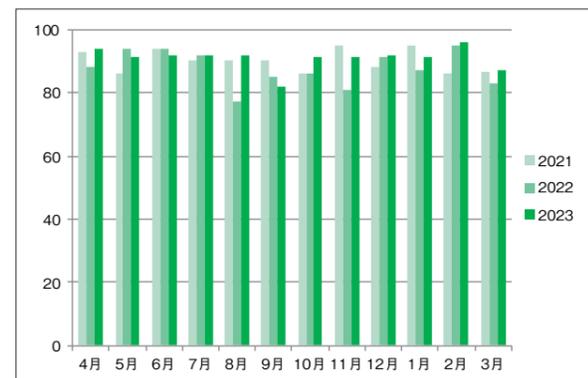
まず初めに、導入前アンケートの実施と勉強会を実施し、スタッフの理解と不安解消に努めました。その後、チームリーダーを中心に、業務内容の見直しと業務マニュアルの作成を行い、トライアル実施

を経て、10月から本格的に始動しました。取り組みを継続するために、導入3ヶ月と6ヶ月後のアンケートを実施し、スタッフの意見を取り入れてマニュアルの修正につなげています。また、成果としては、時間外勤務の減少につながっています。今後はスタッフのモチベーションを維持し取り組みを継続していくために、ケアの振り返りと成果を共有する場が必要と考えます。

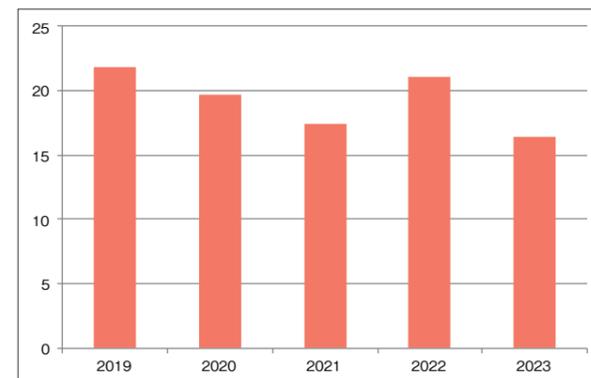
2024年度は、脳神経外科の開設を控え、2023年度下半期から準備に取り掛かりました。日本脳卒中学会の参加や出水広域医療センターの施設見学を行い、患者受け入れ体制、部署間の連携、使用している物品や薬剤など多くを学ぶことが出来ました。その学びをもとに脳卒中リハビリテーション認定看護師を中心に、毎週水曜日に学習会を実施し病態や治療内容の理解に努めています。また、外来・手術室と連携しスムーズな患者受け入れができるように、他部署も含めてコアメンバーの選出を行いました。今後はコアメンバーと協力し、疾患別マニュアルや基準手順書の作成を進めていきたいと思ひます。



看護必要度 (%)



病床稼働率 (%)



平均在院日数 (日)

## 2階東病棟

看護師長 横手 直子

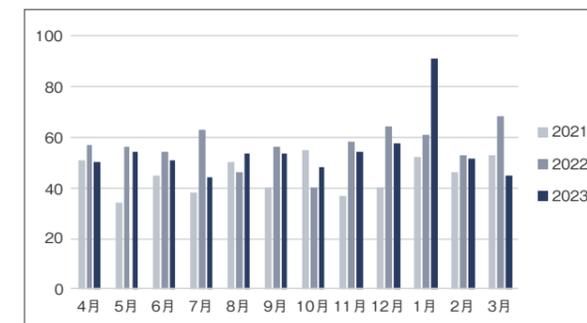
当病棟は、主に大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の骨折など整形外科疾患患者や脳血管疾患患者を対象とし、ADLの向上・在宅復帰を目的とした回復期リハビリテーション病棟です。昨年度は、「1人ひとりが医療安全への意識を高め、安心安全な療養環境を提供する」ことを目標に掲げ、看護・介護ケアに取り組んで来ました。

医療安全と業務改善のチーム活動を行い、医療安全チームでは離床センサーの確認作業をルール化し、早期の対応を行う事で転倒予防に努めています。また、転倒のインシデントが発生した翌日に看護師、理学療法士、医師、医療安全管理者で「転倒カンファレンス」を行い、早急に対策を立てています。

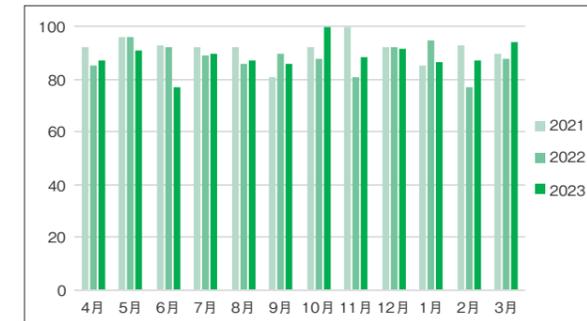
業務改善チームは朝の申し送り廃止を行い、患者ケアに時間を回すことが出来ました。また日勤から夜勤者への申し送り時間の短縮に取り組み、残業時間が減少しました。

コロナ禍ではありましたが5類に移行したことで、外出訓練、立ち上がり訓練を再開し、患者の回復への意欲に繋がりました。また家族会チームで家族向けのパンフレットを作成し、次年度から本格的に活用する予定です。

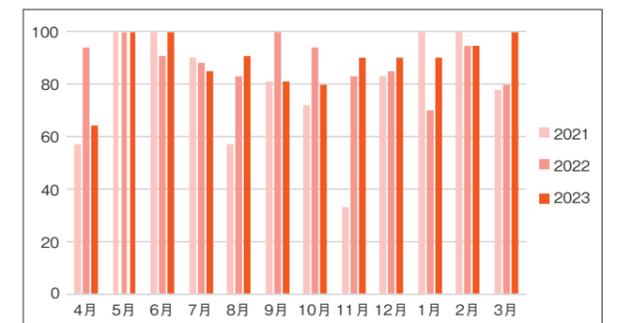
回復期リハビリテーション病棟多職種合同でワークショップを4年ぶりに開催しました。ワークショップの目的は、回復期リハビリテーション病棟での課題解決のきっかけとなる情報共有や情報提供を気軽に行える「顔の見える関係作り」「参加者が主体となる体験型講座」としてグループワークを行い、参加者が考えたことを発信する場としています。最初に各職種の10か条の共有を行い、事例を通して問題点の抽出と改善案を考えました。回復期の特色を活かした多職種でのワークは職員のモチベーションの向上に繋がっています。



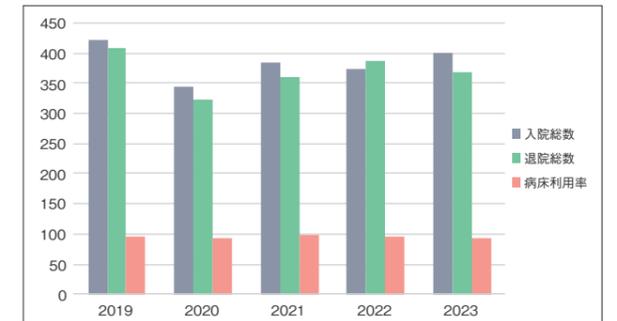
重症者割合 (%)



在宅復帰率 (%)



重症者改善割合 (%)



患者の動向

## 3階東病棟

看護師長 大園 真由美

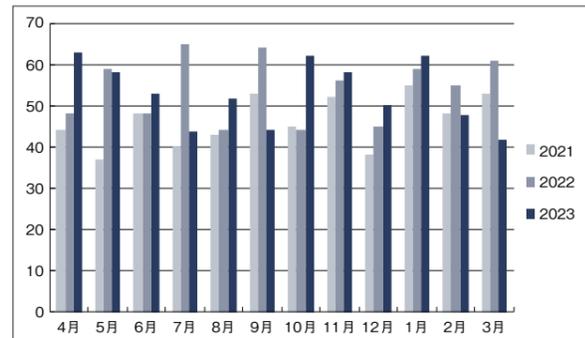
2023年度は「多職種と協働し早期離床に取り組む、褥瘡発生ゼロを目指す」を目標に取り組んできました。リハビリテーション部にポジショニング・早期離床、栄養管理部では栄養管理、薬剤部で使用薬剤の検討、看護師、医師で全身状態の管理を行い、褥瘡委員からのケアアドバイスを受け、チームで取り組んだ結果、2年間で大幅に減少し特に下半期は発生0になりました。予防ケアへの意識が向上した結果と考えます。

感染症対策で、面会制限が続くなか、外出訓練や病棟内での取り組みも自粛期間が長期に及んでいましたが、2023年度より徐々に再開してきました。外出訓練も可能な限り行い、今年度は19件実施することができました。また、下肢筋力低下予防・精神活動の活性化を目的に行う、立ち上がり訓練も再

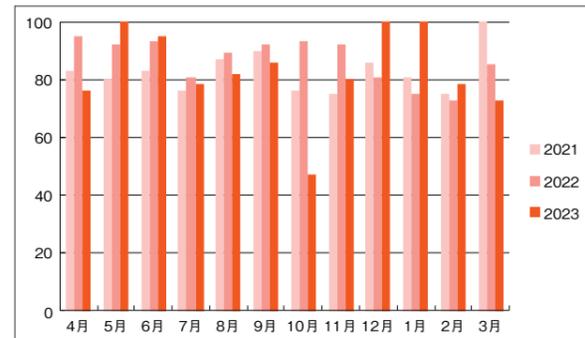
開しました。今後は認知症脳活性化訓練（ほのぼのの会）の再開も計画しております。感染状況を見ながら、回復期リハビリテーション病棟本来の取り組みが行える事を期待しています。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の「重症者割合4割以上」「在宅復帰率」「重症者改善率」「病床稼働率」のいずれも前年同様クリアしています。特に重症者改善率や、在宅復帰率の結果は、私たち職員にとっても喜ばしい結果です。

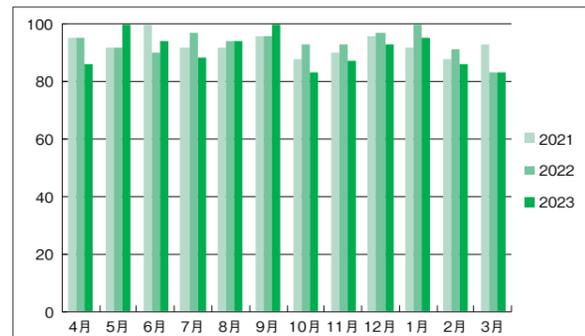
今後も患者・家族の気持ちに寄り添い、患者・家族が希望する退院後の生活を見据え、生活への不安や負担を最小限に、住み慣れた場所に早期退院・社会復帰できるよう多職種と協働し支援してきたいと思ひます。



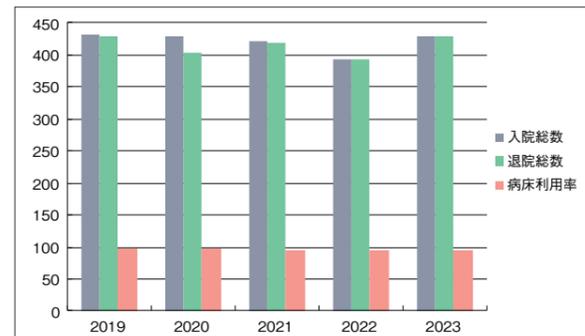
重症者割合 (%)



在宅復帰率 (%)



重症者改善割合 (%)



患者の動向

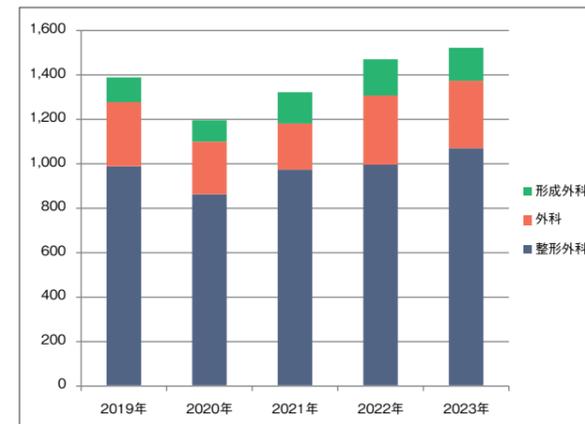
## 手術室・中央材料室

看護師長 隈元 美智子

2023年度は、①病院経営に参画し、手術室として危機管理体制の構築を行う。②周術期における患者の安全を守り、患者・家族が安心して手術が受けられる看護の提供を行う。③チーム力を高め、働きやすい職場環境を目指す。④自己啓発に努め、手術が円滑に遂行できるよう専門的知識と技術の向上を図る。を目標に取り組みました。

**手術看護チーム：**手術カンファレンスでは、看護で困っていることを話しあったり、周術期を通して学んだこと、感じたことの発表の場や伝達講習の場になったり、一人ひとりの発言が増えてきたと感じています。術後訪問の達成率は低かったが、術後訪問に対する意識や手術カンファレンスに対する参加意欲・発言意欲は向上しました。

**周術期支援チーム：**周術期支援介入カルテ診は、チームメンバー間で日々協力し82.4%(目標値:80%)と目標値を達成することができました。予定手術中止症例に関しては、喫煙者の禁煙不足や休薬不適切、DVT等の症例があり説明不足が考えられます。外来(入院支援)、病棟との連携を図り、対策を構築



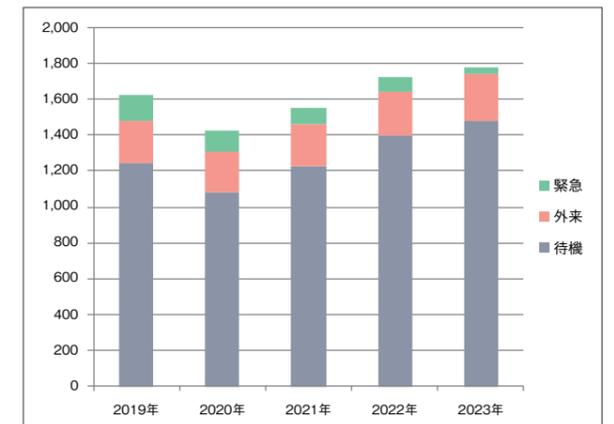
科別手術件数

していきたいです。

**業務改善チーム：**プレミアムキットをさらに無駄なく、使い勝手の良い内容に改良し、手術準備の効率化を図りました。麻酔記録の薬品名と容量を標準化し、記録内容のエラー削減や作業効率を図りました。SDGsへの取り組みとして、コスト削減と資源の無駄使い防止に努めました。

**マニュアルチーム：**手術手技動画を作成しスタッフ間で共有したことで、統一した器械出し看護を行うことができました。また、術後カンファレンスを活用し、マニュアルの変更や追加・修正を行うことで、タイムリーに情報共有を行うことができ業務内容の統一、効率化を図ることができました。

2024年脳神経外科開設に向けてプロジェクトチームを立ち上げ、施設見学・学会参加・マニュアル作成・スタッフ教育を行ってきました。脳神経外科手術の経験スタッフが少なく、開設への不安軽減、安心・安全に周術期看護が提供できるよう環境を整えていきたいと考えています。



手術件数 区分別

# 手術分類

外科手術件数推移(2019年度～2023年度)

年 度		2019	2020	2021	2022	2023
頸 部	甲状腺癌等	2	0	0	0	0
	食道癌	0	0	0	0	0
胸 部	気胸	0	0	0	0	0
	肺癌	0	0	1	0	0
	乳癌	3	5	4	3	3
	胃癌	14	8	7	10	11
	(再掲 ESD)	0	0	0	2	3
腹 部	大腸癌	23	22	20	33	32
	(再掲 ESD)	0	1	0	0	0
	肝・胆・膵癌	3	1	3	0	1
	小腸癌	0	0	0	0	1
	後腹膜悪性腫瘍	0	0	0	0	0
	胆嚢・総胆管	73	47	36	55	52
	腹部救急	23	25	21	29	20
ヘルニア関連	32	32	36	82	70	
肛門関連	5	7	9	21	31	
小 計		178	147	137	233	221
その他		118	89	72	74	90
総 計		296	236	209	307	311

形成外科手術件数推移(2019年度～2023年度)

年 度	2019	2020	2021	2022	2023
外傷	14	1	3	1	2
先天異常	0	0	0	0	0
腫瘍	68	84	130	154	140
瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド	7	1	1	2	0
難治性潰瘍	9	4	4	3	3
炎症・変性疾患	13	7	5	1	5
計	111	97	143	161	150

麻酔件数推移(2019年度～2023年度)

年 度	2019	2020	2021	2022	2023
全身麻酔	931	789	732	995	1,027
脊椎麻酔	304	270	307	372	411
伝達麻酔	338	270	300	403	453
局麻・その他	283	237	291	308	317
計	1,856	1,566	1,630	2,078	2,208

整形外科手術件数推移(2019年度～2023年度)

年 度		2019	2020	2021	2022	2023	
骨関節骨折・脱臼観血的手術	脊椎	頸椎	0	1	0	1	0
		胸腰仙椎(含む椎体形成術)	0	0	0	0	0
	上肢	鎖骨・肩鎖関節	17	14	13	12	31
		肩関節(上腕骨近位を含む)	24	16	19	19	20
		上腕(骨幹部)	7	9	6	4	6
		肘関節周囲	32	17	22	23	33
		前腕骨	8	7	7	6	13
		手関節(前腕骨遠位を含む)	78	75	75	100	90
		手根骨・手指骨	52	41	49	54	45
	骨盤	骨盤・寛骨臼	0	1	0	1	2
		大腿骨近位部(転子下を含む)	138	125	135	147	153
	下肢	大腿骨(骨幹部)	8	6	8	7	10
		大腿骨(遠位端・顆上)	13	12	14	10	9
		膝関節(脛骨近位・膝蓋骨)	23	16	15	13	28
		下腿骨(骨幹部)	11	7	10	7	4
		足関節(含む脛腓骨遠位)	23	32	42	40	25
		足根骨(踵骨・距骨)・足趾骨	19	27	34	17	29
		創外固定	6	6	5	7	6
	偽関節手術	8	9	9	3	1	
	骨内異物除去術	118	87	121	115	115	
外傷・軟部組織手術	外傷	創傷処理・デブリードマン	31	34	20	27	36
		上肢腱縫合	25	21	11	13	10
		下肢の腱縫合術	13	8	10	18	13
		その他	4	6	2	13	14
	変性断裂	上肢腱移行術・移植術	5	3	8	3	7
		上肢筋剥離	0	0	0	3	0
	皮下断裂	下肢の腱移行術・移植術	0	1	1	0	0
		肘部管症候群	9	5	11	5	11
	末梢神経	手根管症候群	32	40	38	34	41
		その他	4	1	2	1	2
腱鞘炎	ばね指	29	14	57	41	42	
	デケルバン狭窄性腱鞘炎	3	2	4	1	4	
腱鞘切開術	3	2	4	1	4		
脊椎外科	頸椎	0	2	4	0	3	
胸腰椎	2	9	13	6	6		
腫瘍外科		22	12	14	14	16	
関節外科	肩関節		25	16	22	21	23
		肘関節	0	0	3	2	5
		手・手関節	8	10	12	18	17
	股関節	THA	41	38	45	48	40
		人工骨頭	58	61	71	78	96
		その他	0	2	2	0	2
		TKA	52	31	36	44	42
	膝関節	骨切り術	0	2	4	1	3
		靭帯再建術	15	4	5	11	7
		靭帯断裂縫合術	1	1	0	0	0
		半月手術	16	12	12	7	11
		その他	2	4	6	2	5
		足・足趾関節	13	8	11	8	9
	感染症	骨髄炎・化膿性関節炎・化膿性椎体・椎間板炎	12	16	4	13	14
	切断	上肢(断端形成含む)	6	10	5	2	5
下肢(断端形成含む)		3	0	8	6	4	
神経腫切除術		0	0	1	0	0	
その他		18	19	15	10	5	
計(延べ数)		1,034	900	1,041	1,033	1,112	

# 外 来

看護師長 西 牧 里 枝

在院日数の短縮に伴い外来医療の多様化・高度化が進み、医療が病院完結型から外来完結型へ変わってきています。特殊な治療や薬剤も増加しており、外来看護師の役割も多岐にわたっています。また救急件数や、外来化学療法の件数も年々増加しています。なかでも外来化学療法は2022年度より78件増加し、がん化学療法看護認定看護師を中心に、担当看護師の育成を実施し安心・安全な加療が出来るように努めています。

## 【チーム活動】

到達度マニュアルチーム:異動看護師を対象にした、外来業務マニュアル作成とクラーク導入にむけたクラークマニュアルを作成する活動をしてきました。電子カルテの共有ファイルを使用し、どこからでも確認ができるようにしています。今後は、追加項目の作成と各診療科の到達度をチェックできる項目を作成していく予定です。

救急対応チーム:救急対応能力向上にむけてチームメンバーによる、2次救急救命のシミュレーションや気管挿管介助などの研修を実施しました。また鹿児島県救急学会のフィジカルアセスメント研修へ参加し、フィジカルアセスメントの大切さを学びました。今後は、外来全体へ2次救急救命のシミュレーションが開催できるように計画しています。

## 【大腿骨近位部骨折後の48時間以内の手術対応】

当院、救急搬送の約6割が整形外科疾患です。

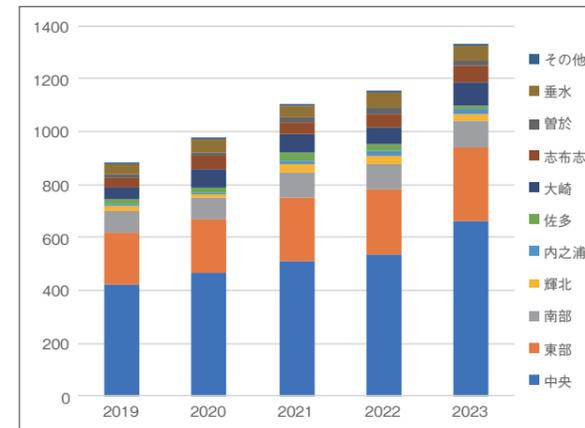
その中でも大腿骨近位部骨折の患者の割合も多く、緊急挿入加算・緊急整復固定加算のため、骨折後48時間以内の手術を取り組んでいます。48時間以内の手術を目指して、当日手術になる場合もあり、外来から手術室搬入になるケースもあります。スムーズな対応ができるために、手術室や病棟と連携しながら対応しています。

## 【再生医療APS療法】

2022年度より開始した、APS療法は2年目を迎える36症例になりました。患者の反応には個人差はありますが、「良かった」「グランドゴルフができる」「旅行に行った」等の喜びの声を聞き、大変嬉しく思います。今後も安心・安全にAPS療法が進められるよう、また担当看護師の育成も努めています。

## 【コールベルの活用】

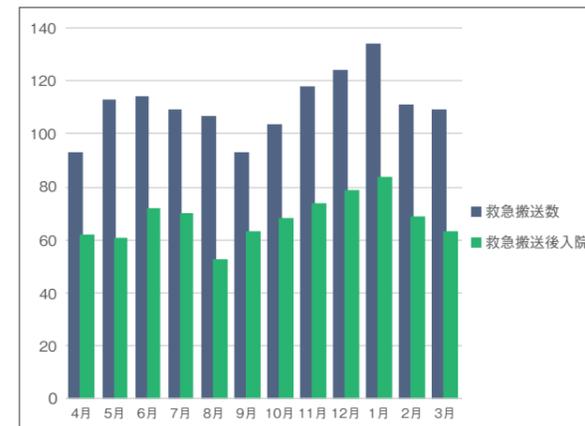
COVID-19流行時に、密を防ぐ目的としてコールベルを導入しました。COVID-19が落ち着いたこともあり、コールベルの活用が減っていました。コールベルは、売店を含む1階フロア、病院駐車場内をエリアとし、順番が近づいた時に、看護師がコール番号を押して知らせます。今回、待ち時間対策として再度コールベルの活用を推進、スタッフへの周知と、待合室モニターへコールベル案内を流しています。患者への認知度がまだ低く利用頻度は少ない現状ですが、患者が待ち時間を有効に活用できるよう、案内を続けていきたいと思えます。



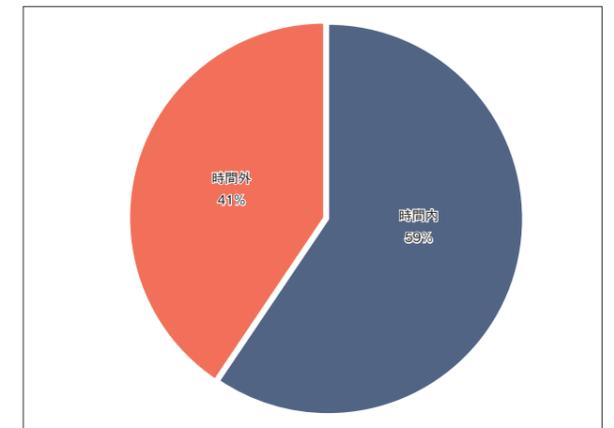
消防隊別受け入れ件数



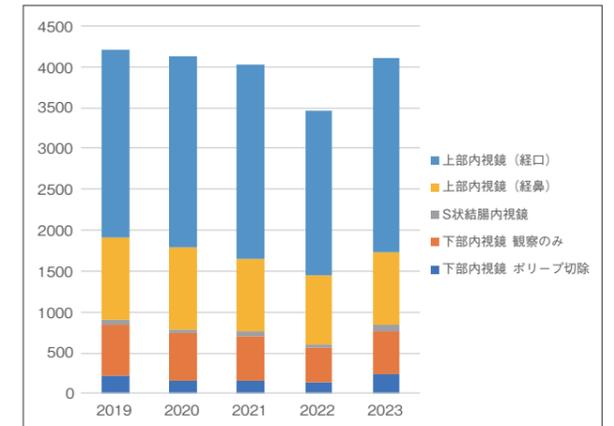
救急搬送件数



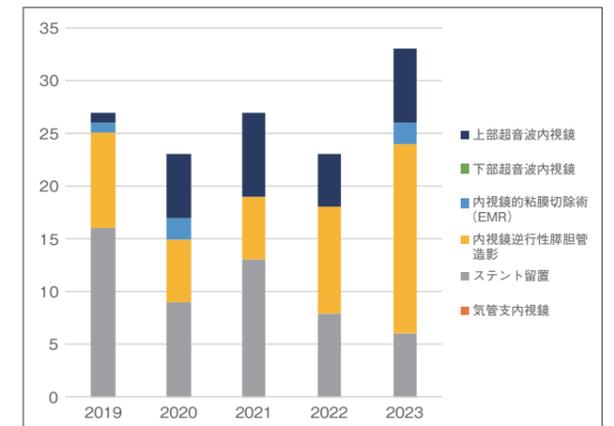
2023年度 救急搬送数内入院数



救急受け入れ時間帯別



内視鏡検査件数①



内視鏡件数②

# 化学療法室

がん化学療法看護認定看護師 二見麗香

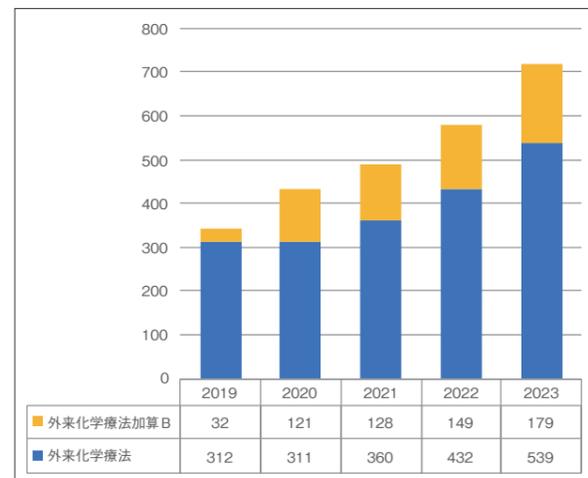
当院では、外科・呼吸器外科・呼吸器内科リウマチ科・脳神経内科の治療を外来化学療法室で実施しています。2023年度、がん薬物療法の実施件数は、539件、外来化学療法加算Bは179件でした。外来化学療法室の実施件数が年々増加している状況は、これまでの生活スタイルを維持したまま、がん治療も行う今の社会的要因が大きく関与していると推察されます。

2020年の新型コロナウイルス感染症の流行から3年の時間が経過した現在も、がん薬物療法の初回を外来で行うケースが多く、治療前の導入・治療開始後の初回モニタリング・有害事象へのケアなど、がん治療と仕事・日常生活を送るためにも、これまで以上に個別性を重視したケアの提供が必要とされています。また、がん薬物療法に関連した身体症状の緩和ばかりではなく、がん関連症状に対する緩和ケアに尽力することも在宅療養の支援には必要不可欠であり、がんカンファレンスを通して、医療チームで連携し早期の緩和ケアの提供を行い、その方らしく生きることを支え続けるよう努めていきたいと思ひます。

2023年度の診療報酬改訂では、外来腫瘍化学療法診療料も加わり、血液毒性による延期も含まれ

ますが、食欲不振・食事摂取量低下で年間240件の受診対応を行いました。中には補液を必要とするケースもありました。「水分・栄養管理に係る薬剤投与関連」の特定行為実践には至っておりませんが、外来化学療法の充実化を目的として、今後も脱水予防を意識した関わりを継続したいと思います。

外来化学療法室の実施件数増加に伴い、通院治療の限られた時間の中で質の高いがん医療・看護の提供ができるよう、スタッフ育成にも力を入れた1年間でした。今後もがん看護の充実化に向けた取り組みの継続と、Advance care planningを意識した支援に繋げていきたいと考えています。



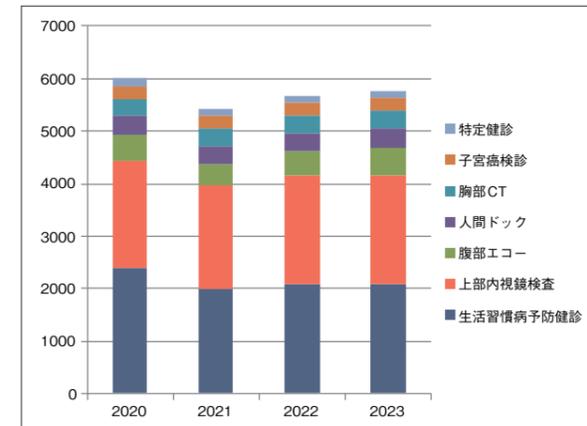
外来化学療法室実施件数

# 健診室

外来坂本好美

## 1. 年間受診者推移(図1)

「健康寿命」とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」です。世界保健機関（WHO）でも新たな指標として導入されています。健康寿命を延ばして、この「不健康な期間」をできるだけ短くし、健やかで心豊かな生活を継続して送るためには、生活習慣病の発症や重症化を予防し、いつまでも健康を維持することが大切です。当院では、企業健診・人間ドック・健康診断・子宮がん検診等様々な健康診断をおこなっています。健康診断受診者数も年々増加傾向にあり、胸部部CT・腹部エコー・骨密度測定・脳ドックなど、幅広いオプション検査も取り扱っています。



年間受診者推移(図1)

## 2. 脳ドックについて

仕事やライフスタイルにも大きな影響を及ぼす脳の病気は、高血圧症や糖尿病などの生活習慣病を要因として突如発症し、死に至ることもめずらしくありません。2022年度厚生労働省より公開された「令和3年(2021)人口動態統計」によれば、2021年度の脳疾患による死亡者数は、104,595人にのぼります。また、脳が損傷してしまうと、約3人に1人はさまざまなレベルの障害が体に残ってしまいます。このように高い確率で死亡や障害につながる脳疾患は、早期発見・早期治療が重要となります。脳血管疾患の予防には脳ドック受診がお勧めです。当院では、2024.4月より脳神経外科が新設予定で、脳ドック受診後の継続的にフォローアップすることが可能となります。

### 当院脳ドック検査項目

MRI	脳梗塞・脳腫瘍・脳疾患などの疾患の有無を判別できます
MRA	MRIを応用することにより脳血管の健康状況をチェックする検査です。脳動脈硬化の進行や血管内部が狭くなっているか調べます
頸動脈エコー	超音波により頸動脈の閉塞や狭窄を調べる検査です。総頸動脈・外頸動脈・内頸動脈の動脈硬化の有無がわかります

# 患者サポートセンター

看護師長 松山美鈴

2022年度に入院前から退院後の生活を支えるため、サポートセンターの運営体制について再構築を行い、2023年度は予定入院支援と退院支援の充実に向けて取り組んできました。年間の予定入院患者は1000人以上に及び、整形外科の小児から100歳の高齢者まで患者層は多岐にわたります。そのため、入院について理解をやすくするために、入院患者用のパンフレットをリニューアルして運用しています。



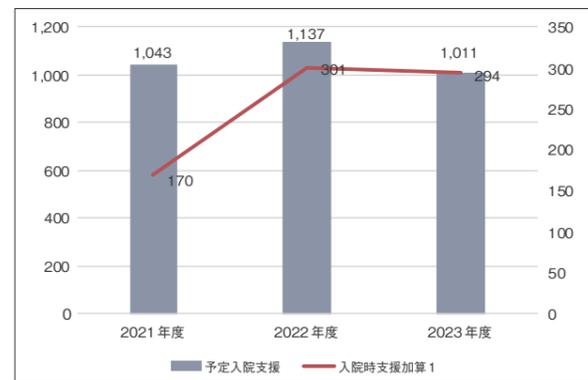
また、予定入院の約80%は手術を目的に入院する患者です。そこで、今年度より周術期管理チームの資格を持つ看護師が1名配置され、手術を受ける患者の支援や手術に

対する不安についての相談や手術前のデータなどを確認して、麻酔科医や主治医に相談を行い、事前の専門医の受診につなげるなど安心して手術を受けられ、予定どおり手術が行えるように配慮しています。手術を受けられる患者用に新規パンフレットも作成して活用しています。今後は、手術室の周術期管理チームとの連携について強化していきたいと考えています。

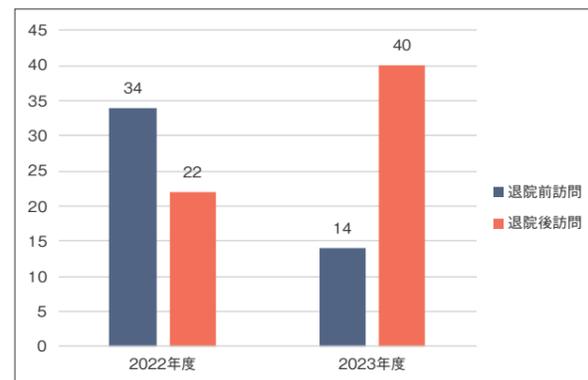
入院前より退院後の生活に支援が必要な患者の一次スクリーニングを行い、MSWや退院支援専従看護師に情報提供を行っています。入院後は毎週各病棟の退院支援カンファレンスの参加を行い、現状の把握や今後の方向性について話し合い、病室にラウンドも行い支援の必要な患者との面談や家族との顔合わせなど行っています。退院前や退院

時には家族指導や施設職員・訪問看護師と顔合わせを行い、顔の見える関係性を築くことができるように努めています。また、認知症高齢者の劣悪な環境で独居生活を送っていた患者の在宅調整や悪性腫瘍の患者、人工呼吸器の患者など認定看護師や特定行為看護師と協働して退院後訪問を実施しています。

大隅半島の高齢化は全国平均より15年早く、少子高齢化の先進地域です。今後も高齢世帯増加や生活習慣病による医療処置、がん患者の増加など見込まれる中、地域包括ケア実現に向けた取り組みの必要性があります。



予定入院支援と入院時支援加算I



退院前・退院後訪問件数

# 2023年度 認定看護師、特定看護師活動報告

## 認定看護師A

分野	看護師	教育(講師)	実践活動
皮膚・排泄ケア	有馬 澄子		ストーマ外来、ストーマ相談
			創傷褥瘡処置介入
			認知症 看護
摂食・嚥下障害看護	石川 匡紘	院内ラダーⅢ研修 「嚥下のメカニズムと足底設置」	摂食嚥下機能回復体制加算
		院内新人研修 「嚥下のメカニズムと足底設置」	4階病棟口腔アセスメントツール・口腔ケアプロトコル導入
脳卒中リハビリテーション看護	廣川 智子	院内ラダーⅡ・Ⅲ研修 「生活再構築のための看護」 脳神経外科新設に伴う学習会の開催	脳卒中患者の再発予防のための生活指導
感染管理	池田まゆみ	院内新人教育研修 「感染対策Step Up 手指衛生と個人防護具の技」	教育活動
		院内新人研修 「吐物処理方法について」	教育活動
		鹿児島県看護協会 「高齢者権利擁護等推進事業における看護実務者研修会」	院外教育
		鹿屋市保健所・志布志保健所 「感染症地域連絡研修会」	地域における感染対策啓発活動
	柿元 良一	第28回 鹿児島県老健保健施設大会 「新型コロナウイルスによる施設内クラスターを経験して～大規模クラスターをいかにして取戻させたか～」	学会発表
		医療機関の感染予防支援	院外活動
		高齢者施設の感染予防支援	院外活動
		院内新人教育研修 「感染対策の基本」	院内教育
		中途採用者研修 「手指衛生、個人防護具着脱、健康管理」	院内教育

## 認定看護師B

分野	看護師	教育(講師)	実践活動
認知症看護 特定行為 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連・ 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	松山 美鈴	新入職者研修会 「認知症ケアについて」	教育活動
		院内ラダーⅡ・Ⅲ研修 「認知症対応力向上研修」	
		鹿児島県看護協会 「鹿児島県看護職員認知症対応力 向上研修」	院外教育
		鹿屋市鹿屋看護専門学校 「老年看護学方法論Ⅲ（認知症の看護）」	非常勤講師
		肝属地域リハビリテーション広域支援 センター 「地域リハビリテーション技術支援講座 (リハ専門職が知っておくべき認知症 ケア)」	院外教育
がん薬物療法看護 特定行為 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	二見 麗香	病棟勉強会 「refeeding syndrome」	教育活動
		院内ラダーⅠ・Ⅲb研修 「Advance care planningについて」	教育活動
		鹿屋市鹿屋看護専門学校 成人看護学方法論Ⅲ 「がん薬物療法と看護」	非常勤講師
		鹿児島県立申良商業高等学校 「がん教育講演会」	院外教育
		大隅緩和ケアネットワーク合同カンファレンス 「末梢神経障害に対する薬物療法」	
		日本緩和医療学会 第5回九州支部学術大会 「がん難治症状への「電子会議」遠隔 コンサルテーション活動（第2報）：対 象症状の経年変化で見た県がん診療 指定病院へのOn-the-job training 効果」	学会発表
			外部緩和ケア専門医との遠隔コ ンサルテーションカンファレンス

## 特定看護師

分野	看護師	教育(講師)	実践活動
特定行為 術中麻酔管理領域 関連	町屋 毅志	(株)TERUMO講演会 術後疼痛管理チームの活動	特定行為：術中麻酔管理領域 術後疼痛管理関連
		鹿児島大学病院看護師特定行為研修 OSCE実技試験（呼吸器/動脈関連） 評価者	特定行為：術中麻酔管理領域 呼吸器関連 動脈血液ガス分析関連
		2023年度 院内学術 特定看護師介入による人工呼吸器か らの離脱症例の一例 ～多職種連携から見えたもの～	特定行為：術中麻酔管理領域 呼吸器関連 動脈血液ガス分析関連栄養及 び水分管理に係る薬剤投与関連 術後疼痛管理関連 循環動態に係る薬剤投与関連
特定行為 呼吸器関連		新人研修 呼吸器管理について	特定行為：呼吸器関連
血糖コントロールに携わ る薬剤投与関連 栄養及び水分管理に かかる薬剤投与関連	松窪 誠人	院内新人研修 「血糖コントロールについて」	教育活動

# リハビリテーション部

部長 福田 秀文  
副部長 榎 畑 純二

## 【リハビリテーション部・医療部門実績報告】

急性期リハ部門では、急性期入院リハを充実するため、外来リハ体制の見直しをおこないました。具体的には、遅出(9:30～18:00)、昼休憩2時間8:30～18:00の勤務体制を追加しました。外来診療時間に幅広く対応でき、また外来スタッフの残業回数の軽減につながったと思います。また疾患別リハの期限を超えて継続している患者様の適正化を行いました。日常生活や復職後も障害部位の憎悪がないことを確認し自主トレーニング指導後、医師とのカンファレンスを踏まえ終了する流れを強化をしました。その結果、外来リハ単位数は減少しましたが、その分を入院へ人員シフトを行い、急性期入院単位数の増加につながりました。(表1)

また疾患別リハでは、がんのリハビリテーション単位数が伸びており、がん患者の増加とともにリハビリテーションのニーズが高まっていることがうかがえます。(表2、表3)

回復期リハビリテーション病棟では、脳血管リハ単位数の減少(対前年66.6%)し、総単位数が減少(対前年94.2%)しました。連携病院の診療科閉診のため、脳卒中紹介患者が減少し、OT,STの介入機会が減少したことが要因と考えられます。(表4、表5)

医療部門全体の総単位数も、対前年96.8%減少しました。(図1) 上記で述べた以外でも、新型コロナウイルス感染症による度重なるクラスターも一要因であり、今後も感染対策を継続する必要があります。また2024年度は、脳神経外科が開設されるため、急性期リハビリテーション、脳卒中リハビリテーションの充実が期待できると考えます。

表1. 急性期病棟入院・外来リハ(単位)

種別	2021年	2022年	2023年
入院	100,932	99,411	109,638
外来	58,868	61,934	53,457
合計	159,800	161,345	163,095

表2. 急性期疾患別リハビリテーション料(単位)

疾患別	2021年	2022年	2023年
脳血管疾患	22,109	20,387	23,028
運動器	120,574	119,341	115,344
廃用症候群	8,091	12,571	11,065
呼吸器	5,235	5,397	9,160
総単位数	156,009	157,696	158,597

表3. がん患者リハビリテーション料(単位)

その他	2021年	2022年	2023年
がん患者リハビリテーション料	3769	3,649	4,498

表4. 回復期リハビリテーション病棟入院料I

報告月	2023年7月	2023年10月	2024年1月	2024年4月
実績指数	59.9	59.3	60.4	59.8

(実績指数>40)

表5. 回復期リハ病棟疾患別リハビリテーション料

疾患別	2021年	2022年	2023年
脳血管疾患	89,194	71,936	47,940
運動器	137,646	172,733	181,187
廃用症候群	6,326	12,109	10,997
呼吸器	733	1,104	2,692
総単位数	233,899	257,882	242,816

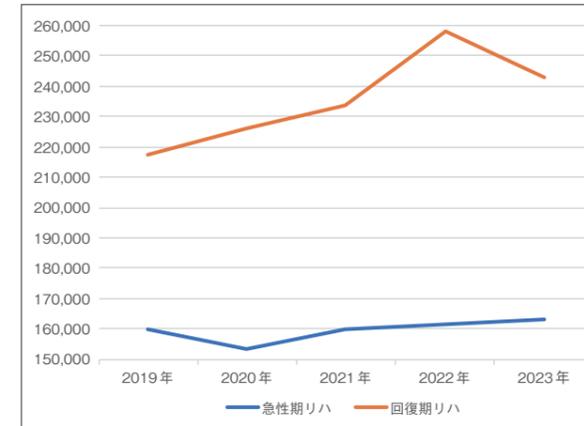


図1 急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション総単位数

## 【訪問リハビリテーション実績】

新型コロナウイルス感染症が5類に引き下げられ、地域ではコロナ前の生活を取り戻しつつあります。国の勧める在宅医療の推進や2025年問題に伴い、訪問リハビリテーションの件数は増加傾向にあります。退院後の患者さんに限らず、在宅で生活を送られている方でも、能力の低下やアクシデントなどにより、訪問リハビリを希望され、少しでも元の生活に近づけるよう、また在宅での生活が維持できるよう、リハビリに取り組まれています。これからの時代、訪問リハビリテーションのニーズは高くなっていくと思われます。体制を整え、在宅生活が維持できるよう取り組んでいきたいと思えます。(表6)

表6. 訪問リハビリ・訪問看護リハビリ件数

	2021年	2022年	2023年
訪問リハビリ	1,568件	1,213件	2,173件
訪問看護リハビリ	544件	567件	844件

## 【スタッフ腰痛予防への取り組み】

我が国における業務上疾病は、腰痛が全体の約6割を占めており、また、医療・介護職種を含む「保健衛生業」における業務上疾病においても、腰痛は81%に上り、予防的対策が急務となっています。急性期リハビリ部門でも以前より腰痛を理由に休職せざるを得ない職員もおり、移乗動作介助練習や個人で

の腰痛予防体操推進等行ってきました。

今回、厚生労働省の提唱している「介護作業者の腰痛予防対策チェックリスト」と「腰痛健康診断問診票」を用い、現状把握を実施したところ、実に6割程度(56%)が腰痛を抱えて業務を行っていました。これに対し今年度、ノーリフトケアの考えを取り入れ、スライディングシート15枚の購入とノーリフトケアコーディネーター養成講座BASICを1名受講させ実技練習会等を実施しました。

(\*ノーリフトケアとは: 被介護者の体を介護者の力だけで持ち上げないでおこなう介護方法のこと。スライディングシートなどを使用してベッド上での移動を楽にでき、トイレなどへ被介護者を移動させなければいけない場合には、移動をサポートするための専用の機械に移乗させることで、介護者の負担を軽減すること。)

結果、年度末での再調査で腰痛有症率が56%から35%へ軽減し、腰痛による休職者0名を達成することができました。しかし、13%(5名)は改善がみられないものもありました。腰痛増強動作トップ3は1. 重量物をあげる。2. 中腰支持を続ける。3. 長時間腰掛ける。であり、1・2の状況は移乗介助が当たると考えられます。職員により持病のあるものや女性、体力の低い方もおられ一様には予防できていないことがあり、重介護者への対応に対してはリフト等の機器使用も検討が必要と思われ、今後検討していきたいと思えます。



「ノーリフトケア」リハビリテーション部内研修



腰痛予防のための勉強会の様子

【評価データ集積からのエビデンス構築】

以前より多数の評価・計測を実施し、単発での学会発表等をおこなうことで経過報告を行っていましたが、全体としての集積作業は不十分でした。今年度より約16疾患について10チーム編成し、取りまとめの作業を開始しました。まず、各疾患に対してどのような評価・計測をルーチンに実施しているかを確認し、現状把握を行った結果、約68項目を術前・術後(3か月から1年後)に実施していました。今後、同活動を継続していき、次年度より項目の比較が可能とな

れば、治療効果の比較を行っていきたいと思います。そしてその結果より全国レベルと本院治療成績の比較や予後予測を行っていきたいと思います。また、内容を検討し業務改善の観点からも必要性の低い項目は、削減し適正化を促していきたいと思います。

【回復期コード・ブルー訓練の実施】

昨年度、1F訓練室での急変対応の見直しが行われ(図2)、1Fリハ室にストレッチャーを常設しました。緊急放送もリハ室から発信する事となり、繰り返し練習する必要があります。本年度は回復期側訓練



コード・ブルー訓練の様子

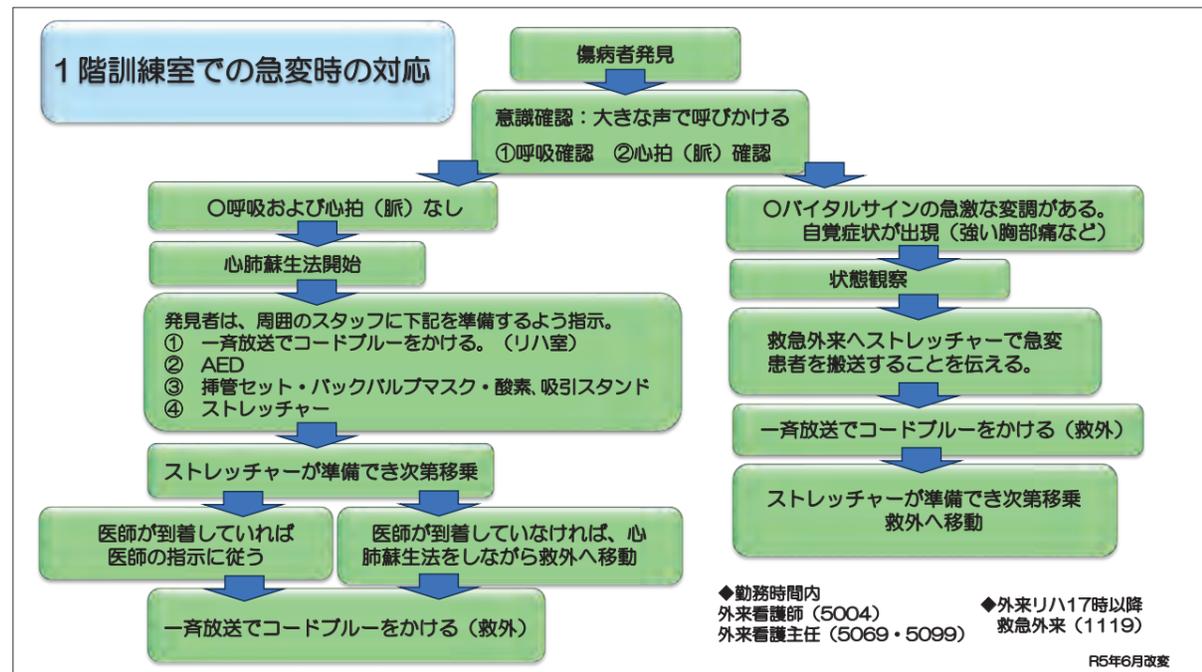


図2 1階訓練室での急変時の対応

室でのコード・ブルー訓練を2回(R6.2)実施いたしました。放送機器の確認、ストレッチャーの操作等の確認も行いました。毎年、各部門で実施していき行きたいと思います。

【ADOCの導入(iPadアプリ)】図3

ADOC (Aid for Decision-making in Occupation Choice; エイドック)は、作業療法で目標とする作業を決めるときに、患者さんと作業療法士とのコミュニケーションを支援するアプリです。日常生活動作ではなく、趣味活動や社会活動など多岐にわたる項目から、患者さんが重要と考えている活動を知ることができるツールです。ADOCを導入することで患者さんの意味のある活動、重要だと考えている活動を、リハビリテーションに組み入れる事ができ、主体的な活動を援助することができると思っています。孫に会いに旅行がしたいという要望を目標とすれば、移動の耐久性や方法の検討、トイレ動作の確認、日程や時間の確認方法など援助や提案ができると思います。



図3 ADOC (iPadアプリ)

今年度は対象を絞り導入しましたが、来年度は基準を決め、必要な患者さんに介入できる仕組みづくりをしていく予定です。

【リハビリテーション部研究大会】

コロナ禍により、第31回大会(2019年9月)を最後に研修ホールでのスタッフ集合による研究大会は、

その後分散やポスター掲示のみの大会となりました。そしてコロナ感染症が2023年5月に「5類」へ移行されて、2024年3月に9大会ぶりにスタッフ集合による研究大会を再開することができました。実に5年ぶりとなりましたがとても安堵しました。



第40回 リハビリテーション部研究大会(口述発表)

また、前回5大会分をまとめた研究大会抄録集「創刊号」(2021年発刊)に引き続き、第2刊(第36回~40回)を発刊することができました。これもコロナ禍にあっても何とか研究大会を継続できたことが発刊に結びついたと思います。研究大会を支えた研究大会委員をはじめ、発表者や協力頂いたスタッフ全員に感謝したいと思います。

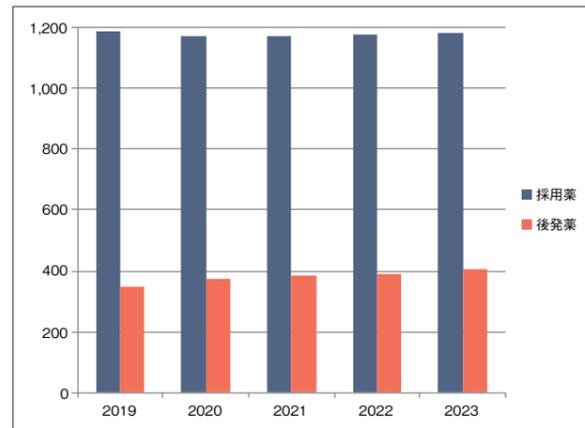


リハビリテーション部研究大会抄録集(第2刊)

# 薬剤部

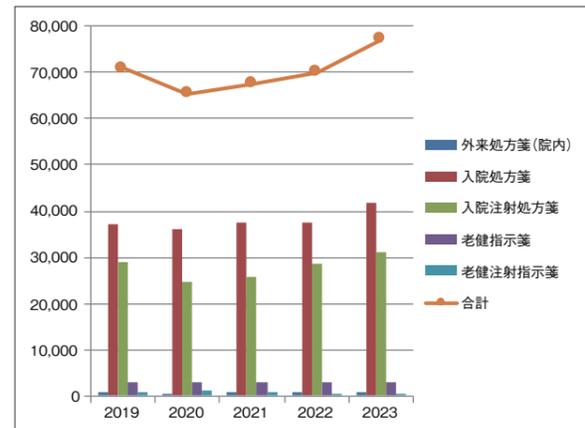
科長 加治屋 直子

財務の視点からは、今年度も引き続き「後発医薬品使用体制加算1」の維持を目標に掲げており、2023年度の後発品使用率は平均92.63%と2022年度(平均92%)と同率でした。内部プロセスの視点からは、タスクシフト、タスクシェアの積極的推進の一環としてプロトコルに基づく薬物治療管理(PBPM)の実践を進めており、薬剤師が入力支援できる検査項目を増やしました。これにより、医師の業務負担を軽減しつつ、患者様に薬が適正に使用されているかどうか評価することができ

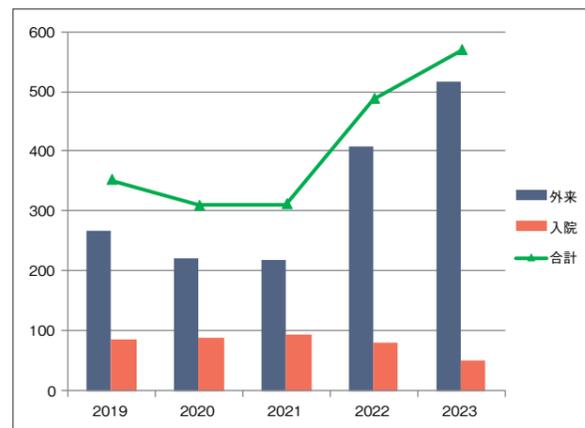


後発医薬品採用品目数(年度別)

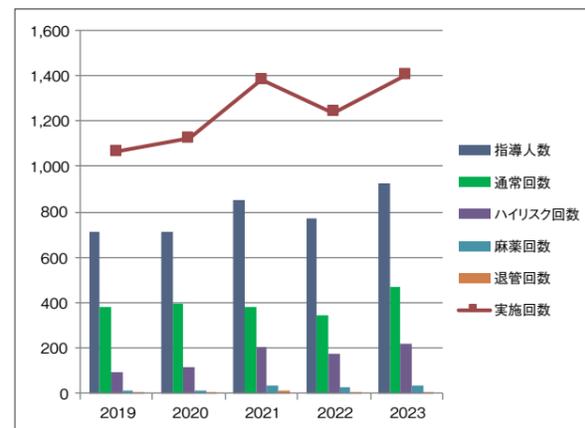
るようになりました。顧客の視点からは常勤薬剤師が1名増えたこともあり、薬剤管理指導件数が685件/年と昨年度の1.3倍に増加しました。ポリファーマシー委員会も月に1回のペースで開催しており、入院中の患者様の薬物治療の適正化に多職種で取り組んでいます。教育の視点からは、2023年10月に開催された院内学術研究発表会で「処方せんにおける疑義照会の解析」と題して、疑義照会の簡素化や疑義照会の内容等、薬剤師の取り組みを発表しました。



処方せん・指示せん枚数(年度別)



抗がん剤ミキシング件数(年度別)



薬剤管理指導統計表(年度別)

# 画像検査部

部長 福元 睦美

部署目標に(診療技術・医療安全の向上)を掲げ、各部門の技師が連携をとり課題に取り組んできました。技術面では装置メーカーとの勉強会、医師へのヒヤリングを行い画質の向上につとめました。医療安全では、医局の先生たちの協力をへて、医療安全会議の参加で被ばく管理がスムーズに行えてきました。

今期後半より恒心会中長期計画の重点課題「脳神経外科の新設と地域密着」に対して、画像検査部として、以下の活動を実施しました。

- ①各機器メーカーの血管造影(アンギオ)装置・3テスラMRI装置の比較と検討
- ②血管造影装置導入に際して済生会熊本病院への施設・装置見学

まず各機器メーカーの血管造影装置・3テスラMRI装置の比較と検討については、実際にメーカーの担当者に来院いただき、装置の特徴や操作方法などを、動画や資料を用いながら、プレゼンしていただきました。血管造影装置は各機器メーカーとも最新の技術が搭載されており、脳神経外科の先生方と相談をしながら、比較・検討しています。3テスラMRI装置についても同様にプレゼンをしていただき、従来の1.5テスラ装置よりも高速撮像ができたり、高解像度の画像が得られたりするなどの特徴を説明していただきました。3テスラMRI装置も先生方と技師とで慎重に比較、検討していきます。

次に血管造影装置導入に際して、2024年3月に理事長をはじめ、2024年度から当院の脳神経外科医として配属された岡田先生、松田先生、鹿児島大学から田中俊一助教授と画像検査部から2名、実際に済生会熊本病院へ施設と装置の見学を行



済生会熊本病院への施設・装置見学

いました。装置導入時に必要な備品や、装置を格納する治療室に必要な設備を聞くこともできました。また、実際に治療中の様子や、緊急の症例なども見学でき、医師や技師の動きを見学することもできました。

## 【放射線部門】

MRI検査については前年度と比較し195件増となりました。これは月約16件増を意味しています。要因の一つとして当日予約の受入れを強化したことが挙げられます。

また各診療科の先生方と撮影プロトコールについて話し合う時間を設けることができ撮影内容の見直し等ができました。必要に応じ同部位に対しても診療科で撮影内容を変えるなど工夫も致しました。

再生医療撮影件数(MRI)については前年度と比較し14件増となりました。それは月平均4件から5件への増を意味しています。要因の一つとして定期フォロー患者に19名の新規患者が追加されたことが挙げられます。

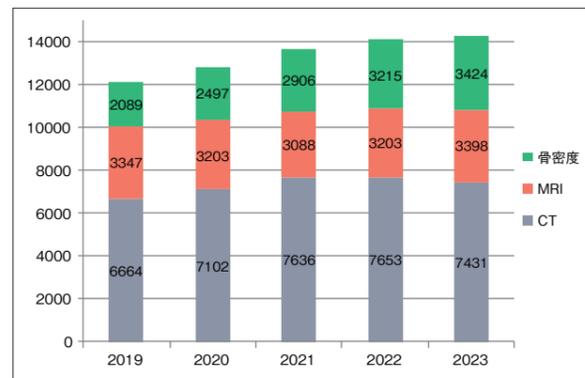
CT検査については前年度と比較し222件減となりました。これは月約18件減で2日に約1件の減を意味しています。

骨密度検査については前年度と比較し209件増と

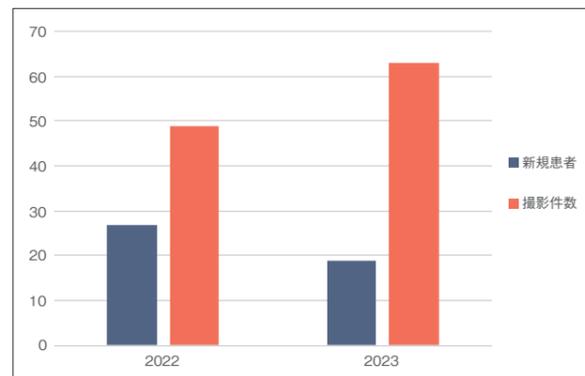
なりました。過去最多件数を記録しました。要因の一つとしてOLS委員会の一次骨折並びに再骨折予防のための治療開始の誘導と治療継続の活動が大きく関わっていることが挙げられます。

今後の課題としては前年度に引き続き専門性の高い安定した画像が提供できるよう撮影技術向上へ向けての取組みたいと考えています。また、ハイパーサーミアについては、前年度と比較し113件増となりました。過去最多件数を記録しました。要因の一つとして新規患者の増加(16人→25人)が挙げられます。他院からの紹介、積極的な治療導入やインターネット等を通じ自分で調べて来院されたという方もいました。

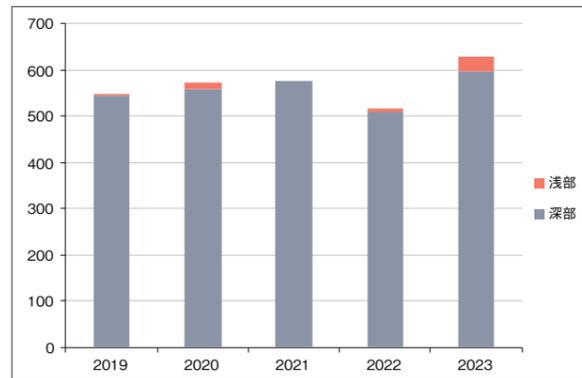
院外研修に関しては、ハイブリッド研修の開催が多くみられ参加しやすい環境となっています。前年度に引き続き院外研修を積極的に参加して、撮影技術を含めた多面的な取組みを行っていききたいと思います。



撮影件数年度比較表(CT, MRI, 骨密度)



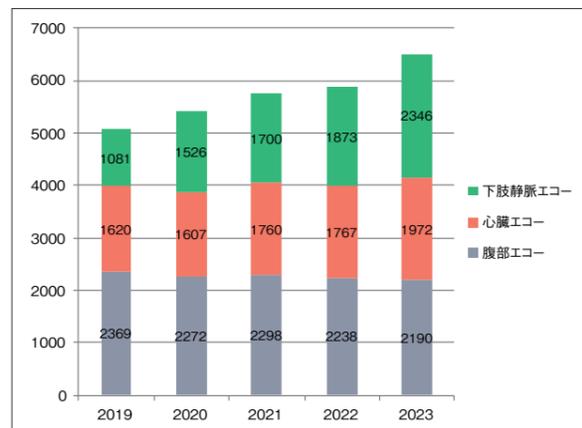
再生医療件数(新規患者・撮影件数)



ハイパーサーミア件数年度比較表(深部・浅部)

【臨床検査部門】

整形外科や外科の手術前後の深部静脈血栓症の検索のため、下肢静脈エコーの検査数が大幅に増加しています。見落としの無いように、スタッフ間で情報を共有して診療の支援を行っていきます。研修会の開催が再開されるようになった時には、参加して行こうと思います。



エコー検査件数(生理検査)

感染対策チームおよび抗菌薬適正使用支援チームの一員として、院内感染拡大防止や抗菌薬適正使用判定に努め、院内環境の見回りを行っています。

鹿屋医療センター循環器内科医師を招いて、心エコー検査の勉強会を開催しました。

現在、公益社団法人日本超音波医学会認定超音波検査士取得者が一名おりますが、本年度もう一名が認定試験を受験する予定です。

2)の精度点検を行いました。

昨年より運用中のACH-Σは主に腹水濾過濃再静注法(CART=Concentrated Ascites Reinfusion Therapy)で機器を使うことにより、安定したクオリティの高い腹水処理が施行されました。CART件数の増大、他部署との連携をうまく測れるようになってきています。また、1例ではあるものブラッドアクセスを介して血液のエンドトキシン吸着も施行されました。血液吸着に関しては、今後も体制の構築、業務確立に努めていきたいと考えています。

医療機器の追加更新の一環として院内のバックバルブマスクの一斉更新を行いました。マスクの組み立て・点検を止め、すべてディスクで統一しより安心・安全に患者に使用できるようにしました。今後はAEDの更新を初め、生体モニタ周辺機器の追加更新を行っていきます。医療ガス、定期点検機器新規追加、院内におけるME機器勉強会の実施にも力を入れ、知識、技術の向上へ向けての取組みを行っていきます。

ME機器勉強会実施に関しましては新年度すぐに行われました新人研修を皮切りに、スタッフの医療機器に関する苦手意識払拭と、医療安全のために新規購入機器から普段使い慣れている機器の熟知を行っていきます。

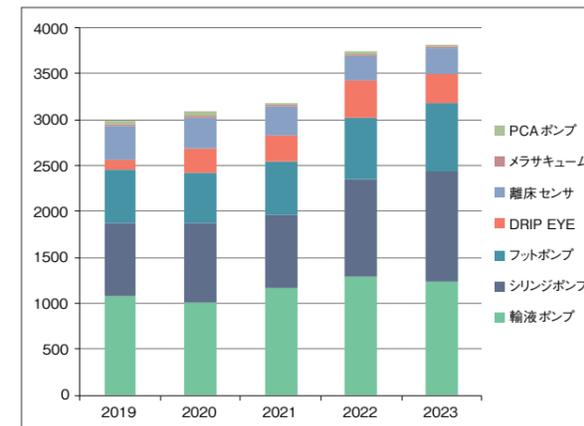


超音波検査士認定証(生理検査)

【臨床工学部門】

診療科の増加により医療機器管理、点検に関しては下表に示すように年々増加傾向となっています。シリンジポンプと輸液ポンプの使用が年々増加傾向にあり、管理の必要な患者さんが増えていると思われる。それに伴い、使用機器の運用、点検、管理が重要になってくること、機器購入の検討等も随時行っております。

定期点検の追加として、患者さんの基本情報の正確な取得のためすべての血圧計(エレマノ1と



中央管理機器年別点検数比較



ME 機器取扱い新人研修の風景

# 栄養管理部

部長 福田 康子

2023年度栄養管理部は下記の院外活動にも取り組みました。

○院外活動

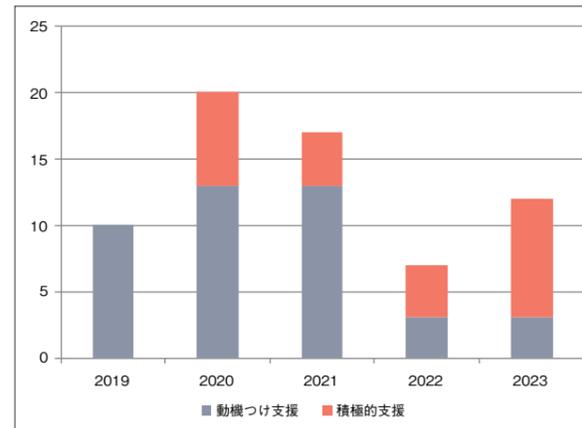
- ①鹿児島大学と垂水市が協働して、鹿児島県内の多職種が集まってそれぞれの専門性を活かして高齢者の健康増進目的のコホート研究が行われています。当栄養管理部も鹿児島県栄養士会より依頼を受け、カロリーや塩分、食物繊維、その他、日常でどのような栄養成分を摂取しているかを評価する垂水研究に参加し、聞き取りや相談を行いました。
- ②地域リハビリテーション活動支援事業で一般住民の方々に「糖尿病予防の食事について」の講話を行いました。



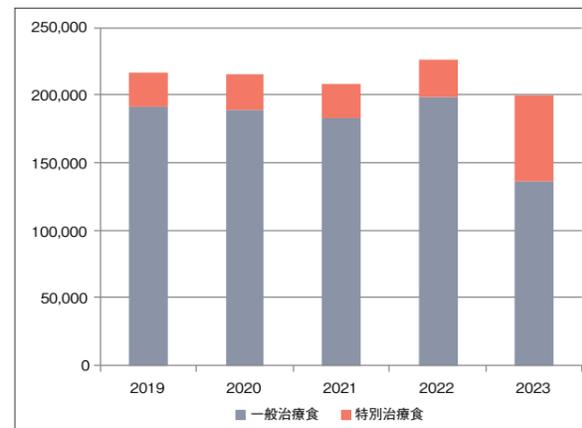
地域リハビリテーション講話

特定保健指導は国（厚生労働省）の政策の1つで生活習慣病の予防のために、対象者（40歳～74歳）の方にメタボリックシンドロームに着目した健診を行います。その中で生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が

多く期待できる方に対して、管理栄養士・保健師が生活習慣を見直すサポートを継続的にを行い生活習慣病への移行を防ぐためのものです。



特定保健指導件数



年間提供食数

一般治療食と特別治療食の割合

	2019	2020	2021	2022	2023
一般治療食	85%	86%	73%	73%	68%
特別治療食	15%	14%	27%	27%	32%

# 社会医療福祉科

科長 日高 賢治

2023年度社会医療福祉科は、下記の2点を重点目標として継続的に取り組みを行いました。

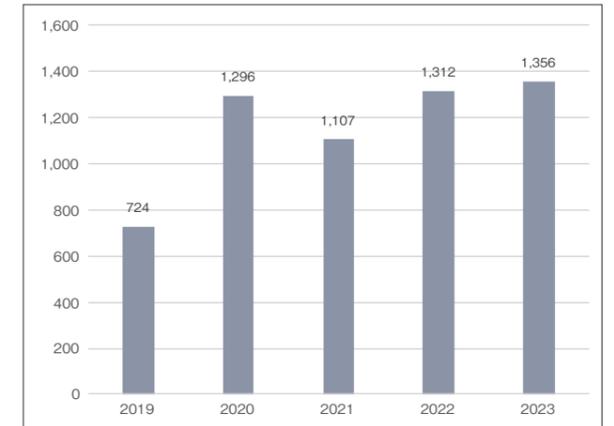
- ①急性期・回復期リハビリテーション病棟の施設基準の維持に努め、退院支援計画の算定件数維持に努める。
- ②切れ目のない入退院支援を実施し、退院後の介護サービスなどが必要な患者が安心して生活が送れるように院内・院外との連携強化を行い介護支援連携指導料の算定件数維持に努める。

①施設基準の維持に関して

各病棟に配置しているMSWの役割であるクリティカルパスの遵守やスクリーニングによる早期ケース介入、回復期リハビリテーション病棟の各病棟月30件の退院目標を概ね達成できており、施設基準の維持に貢献できていると考える。入院時支援加算や退院支援計画加算の算定件数維持の取り組みに関しては、患者サポートセンターの入退院支援看護師との連携で入院から退院までの計画やサービスの検討をカンファレンスで協議し共同して計画を立てることにより必要な患者に退院の支援の説明を行い算定件数維持が目標通り達成できた。また、入院前段階から、退院に向けた支援を行う体制構築が行えており今後も継続して実施していきたい。

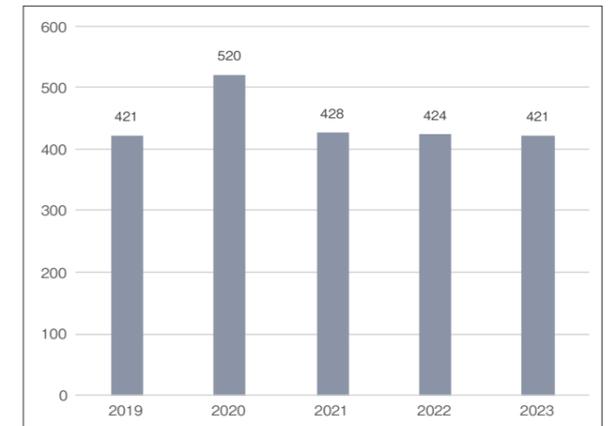
②院内外との連携強化に関して

患者を支援する居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、相談支援事業所、施設の管理者などと連携し、情報提供を行い支援が必要な患者に早期介入し、介護支援連携指導料算定の件数



入退院支援加算 算定件数(5年間の推移)

維持ができた。各部門と入院前から退院までの切れ目のない連携強化を図り、引き続き医療ニーズの必要な患者などに退院前後訪問指導などを行い院内外の部門との連携強化を図っていきたい。患者支援に関しては、障害分野や栄養分野などでの支援拡充が求められており、さらなる連携構築を図っていき



介護支援連携加算 算定件数(5年間の推移)



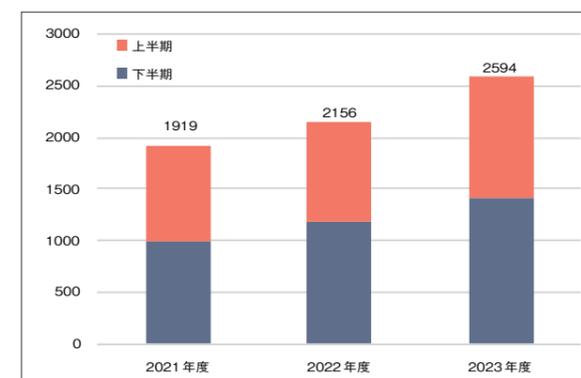
## 委員会活動

## 医療安全管理委員会

前 医療安全管理者 看護師長 隈 元 美智子

2023年度は、①リスク感性を向上させ、ゼロレポート報告が定着する。②組織力を発揮し、チーム医療の促進（多職種連携強化）について取り組みました。

医療安全報告書（インシデント・アクシデントレポート）の総提出件数は2594件で、前年度と比較し1.2倍の増加となりました。提出件数は年々増加しており、インシデントの発見・発生時の提出は定着できました。



医療安全報告書提出件数

### 【インシデントレポート提出増加に向けた医局へのアプローチと多職種チームでの取り組み】

インシデントレポート提出目標の目安は「病床数の約5倍（当院の提出目標目安:1080件）で、うち1割が医師からの報告が望ましいとされています。上半期、医局からの提出件数が1件だったことから、インシデントレポート（e-RisKn）の入力方法の勉強会と提出目標の説明を実施し、下半期は12件の提出増加となりました。

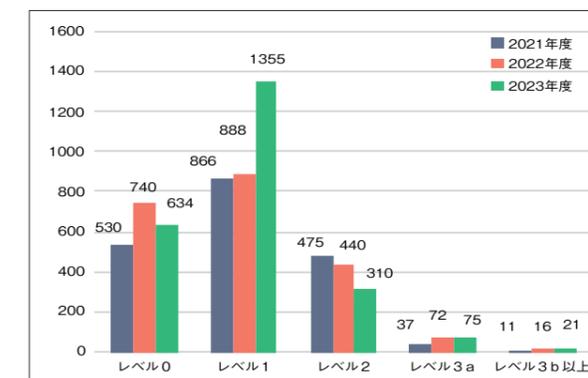
職員全体に向けた取り組みとして、5S委員会メンバーと協働し、部署提出目標件数を設けましたが、達成には至りませんでした。しかし、レベル2の提出件数は、2022年度は440件で2023年度が310件、

レベル1の提出件数は、2022年年度が888件で2023年が1355件でした。

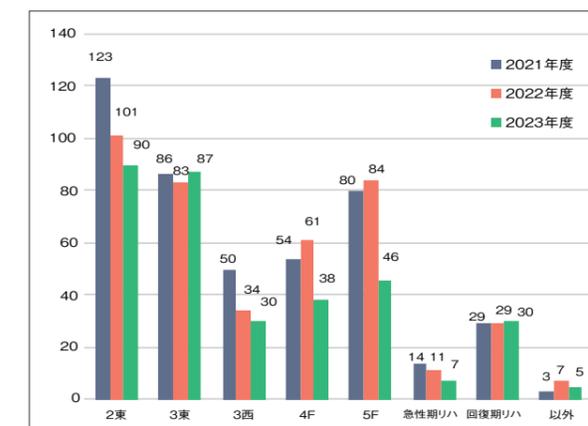
入院時の多職種カンファレンスや転倒カンファレンス、認知症カンファレンスの実施により対策を講じることで重症事象が低減し、レベル1が増加した結果となりました。

ゼロレベルの増加には繋がらなかったが、レベル2が減少し、レベル1が増加したことは取り組みの成果と考えます。

インシデントレポート報告件数は、医療安全に対する意識の高さとも言われています。引き続き提出定着に取り組んでいきます。



レベル別提出件数



転倒・転落件数

### 【医療安全メンバーによるラウンド】

医療安全カンファレンスで検討した事象に対し、現場での確認と指導が必要な場合やラウンド希望（管理者から現在の医療安全対策が正当なのか評価して欲しい）があった部署へのラウンドを実施しています。現場では、ラウンドメンバー（医師・看護師・理学療法士・薬剤師・放射線技師・感染認定看護師・事務局員・医療安全管理者）により、当該部署のスタッフ・管理者への聞き取りや、インシデント事象現場を視察し改善策の評価や助言を行います。ラウンド後は、医療安全ラウンドシートの作成を行い、インシデントに対しフィードバックを行い、現場の医療安全管理意識の向上と安全な医療が提供できているか評価・教育をします。

本年度も、院内の各部署を様々な視点から改善すべき点はないか、定められた安全対策が正しく実施されているか評価し、医療安全強化と改善に努めていきます。



医療安全ラウンド状況



ラウンドシート

### 【医療安全対策地域連携相互ラウンド】

I-I連携3病院、I-II連携2病院と相互評価を実施しました。2022年度は新型コロナ感染症により人数制限での訪問でした。2023年度は、制限が解除され、医療安全委員メンバーで訪問し多職種で評価することができました。多職種で評価することで、専門的視点で修正箇所を確認することができました。また、評価者として対象病院へ訪問し審査することで、当院での医療安全への取り組みについての振り返り確認することができました。



地域連携相互ラウンド

## 感染対策委員会

感染管理認定看護師 柿元良一

新型コロナウイルス感染症の拡大と収束が反復する中で、社会全体で「新型コロナウイルス感染症と共存を目指していくこと、医療機関においても院内感染対策の強化・促進していくこと」が求められています。

職員の健康管理、面会の対応などウイルスの持ち込み予防や感染者の早期探知する仕組みなどの院内感染対策を行ってきました。

全国的に院内感染が多発していて、万全の努力をしていたとしても、完全に予防することは困難な状況でした。

院内感染が発生したとしても、感染拡大を最小限にするためには、初発患者の迅速な探知と初動対応を迅速かつ適切に行うことが重要です。

そのような状況の中で、コロナ対策に併せて平時の感染対策の基本である標準予防策（手指衛生、

個人防護具、環境整備等）でCOVID-19を含む多くの感染症が予防になり持続可能な対策を強化しました。

### 1. 感染防止対策連絡会議の充実

リンクスタッフ自身が評価者となり、問題意識を持ち改善意欲を高めることで、清潔で安全な医療環境の維持につなげることを目標として取り組みました。

#### 1) 自部署環境ラウンド

- (1)自部署ラウンドシートによる評価
- (2)リンクスタッフ会チーム活動制導入  
(感染5Sチーム、感染教育チーム)  
部署の問題点や課題の改善策を提案
- (3)ICTラウンドによる改善内容の確認  
活動の成果として
- (1)マイナス査定を点数化(図1)することで、身近な問

#### 自部署環境チェックシート

評価方法 できている:0 できていない:-1 該当なし:NA

評価項目	評価内容	2東	3東	3西	4階	5階	外来	OPE
環境整備	1 病棟内、部署内は整理整頓され、埃や汚染がない	0	0	0	0	0	0	0
	2 物品が床に直置きをしていない	0	0	0	0	-1	0	-1
	3 手洗い場周囲の水跳ねするところに物が置かれていない	0	0	0	0	0	0	-1
手指衛生関連	4 手洗い場周囲が水跳ねで汚染されていない	0	0	0	0	0	0	0
	5 手指消毒薬は開封日が記載され、使用期限を超えていない	0	-1	0	0	0	0	0
	6 院内の規定に従って適切に分別されている	0	0	0	0	0	0	0
医療廃棄物関連	7 廃棄物の周囲が散らかってたり、廃棄物が容器から飛び出していない	0	0	0	0	0	0	0
	8 感染性廃棄物容器の内容物が8割を超えておらず、蓋が閉じている	0	0	0	0	0	0	0
	9 廃棄物容器の周囲環境が血液体液汚染されていない	0	0	0	0	0	0	0
洗浄消毒関連	10 流しの水跳ねするところに物を置いていない	0	0	0	0	0	NA	NA
	11 水きり用にペーパータオル、タオル類を使用していない	0	-1	0	0	0	NA	NA
	12 浸漬消毒は消毒液に物品が完全に接触させ落とし蓋をしている	-1	0	0	0	0	NA	NA
衛生材料関連	13 滅菌・使用期限を超えていない(除菌クロスを含む)	0	0	0	0	0	0	0
	14 鋼製小物、衛生材料のバッグ破損、輪ゴムで束ねていない	0	0	0	0	0	0	0
	15 「紙箱を再使用せず」医療材料の紙箱に継ぎ足していない	0	0	0	0	0	0	0
注射準備関連	16 注射準備台上は清潔に保たれ、ミキシングに必要物品以外は置いていない	0	0	0	0	0	0	0
	17 注射準備台のバーやフックに埃がない	0	0	0	0	0	0	0
薬品管理関連	18 薬品保冷庫内の温度が記録されている	0	0	0	0	0	0	0
	19 薬剤、消毒薬、軟膏に開封日が記載されており、使用期限を超えていない	0	0	0	0	0	-1	0
汚物処理関連	20 使用後の便器・尿器やオムツカートは適切に管理されている	0	0	0	0	0	0	NA
	21 汚物処理槽の中に汚物が残っていない、および周辺に物品を置いていない	0	0	0	0	0	0	0
病室	22 洗面シンク周囲の水跳ねするところに物が置かれていない	0	0	0	0	-1	NA	NA
合計		-1	-2	0	0	-2	-1	-2

図1



リンクスタッフ検討会

題点として捉えるようになった。

- (2)リンクスタッフは部署の身近な監視役、指導者として改善活動にやすくなった。
- (3)委員会出席は代理出席が減少して、改善意識が向上し継続的な取り組みができた。
- (4)チームメンバー間で問題点や改善策を検討することで、効果的な提案に繋がった。
- (5)他部署の情報をインプットして自部署にアウトプットする機会が得られた。

## 2. 感染管理ベストプラクティスの更新改訂

感染管理ベストプラクティスとは、「医療・看護現場の処置や作業の一連の流れ(手順)」の中で、感染対策上重要な部分のリスクとその重要度の分析を行い、そのリスクに対して科学的根拠のある解決策を検討した手順書の作成と、その手順の遵守率向上プログラムの実践に取り組みました。

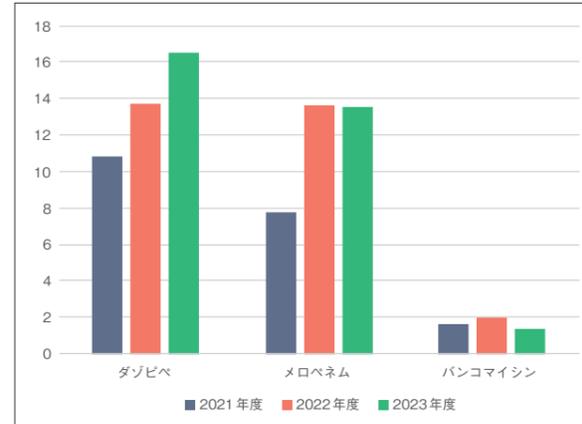
イラスト手順書 最重要ポイント



感染管理ベストプラクティス「採血」

## 3. 抗菌薬適正使用の推進

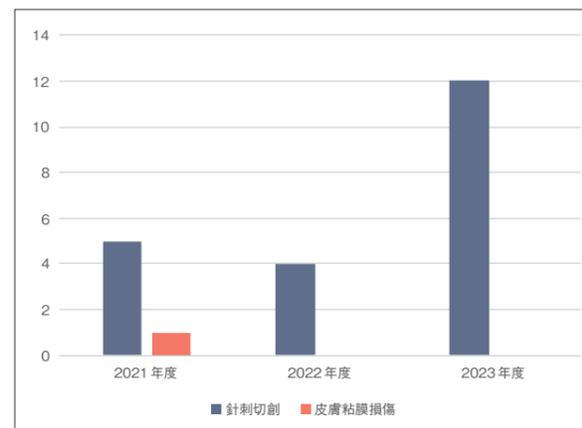
感染症治療の効果を上げ、耐性菌を減らすことを目的として活動しました。特定抗菌薬の使用量をもとに抗菌薬の使用密度を算出して監視を行い、多剤耐性菌の検出は認めていません。



抗菌薬使用密度

## 4. 針刺し事故対策

個人防護具の適正使用、安全装置付きの器材の導入、リキャップ禁止、針捨BOXなど講じ発生の低減に取り組みましたが、手術室で増加しており、更なる改善が課題となりました。

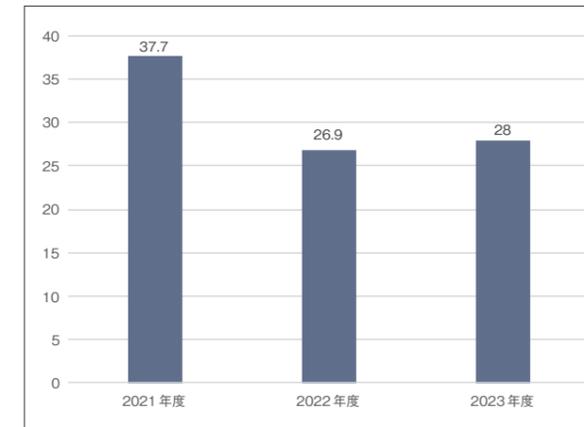


針刺し事故件数

## 5. 手指消毒モニタリング

感染対策の基本である手指消毒の遵守が重要となります。1日1患者当たり使用量20ml以上を目標として取り組みました。新型コロナウイルス感染症の流行時は高値であったが、減少傾向にあり平時の

感染予防が課題となりました。



1日1患者当たりの使用量

## 6. 感染対策地域連携支援及び1-1相互評価

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加

算の医療機関、高齢者施設等へ行き感染対策等に予防活動を行いました。



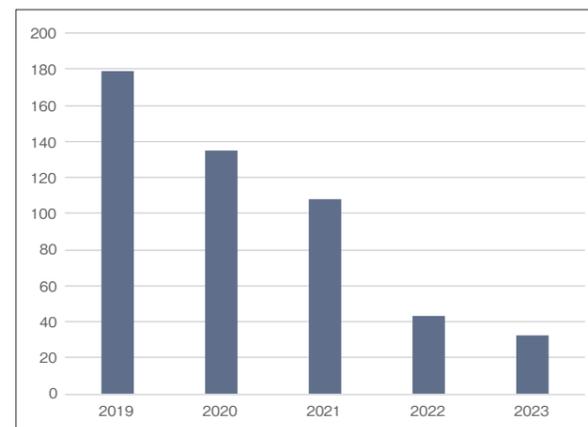
感染対策地域連携相互評価受審(1-1連携)

## NST(栄養サポートチーム)委員会

NST専門療法士 上 園 美 穂

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

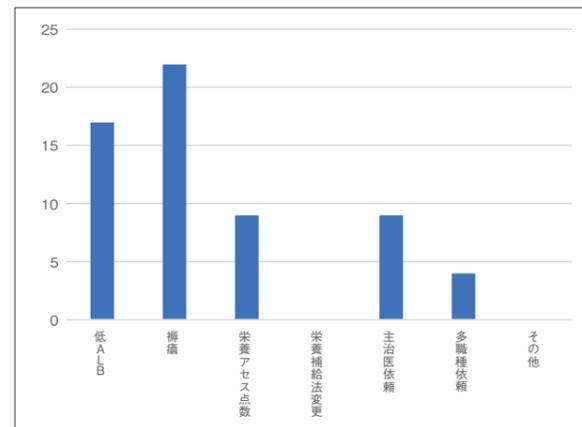
今年度のNST介入件数は、32件（前年対比74%）でした。年々介入件数が減少しています。今年度もコロナ禍で、カンファレンスや回診を行うことが難しくなったことが減少の要因のひとつであると考えます。



NST介入件数

介入依頼は、今年度も褥瘡保有患者への介入が一番多かったです。これは、NST介入基準が定着しているのだと思います。また、主治医からの介入依頼も増加しています。NSTの認知度が院内でも高まっていることの表れかと考えます。

当院NSTは、褥瘡チームや摂食嚥下チームと連携して活動しています。褥瘡に対して、創部のみを治



NST介入依頼目的・理由

療するのではなく、全身状態も評価し栄養面からのアプローチも行っています。摂食嚥下チームとは、合同カンファレンスを開催し、安全を第一に、少しでも口から食べられるように多職種で情報共有・検討を行い、栄養量が不足するようときは、補助食品や経腸栄養、静脈栄養の提案を行っています。

今年度は、ミキサートロミ粥に対してとろみ調整剤の検討を摂食嚥下チームと合同で行いました。今までのミキサートロミ粥は、デンプン特有のべたつきや唾液による離水が問題でした。でんぷん分解酵素が含まれるとろみ調整剤を使用することで、それらの



カンファレンス(とろみ調整剤の検討)

問題が改善できました。チーム内で試食会を複数回実施し、とろみ調整剤の使用量を変更し、多職種で検討していきました。今までよりもべたつきが少なくなり、患者にも好評で食べやすく、離水も少なく、より安全に摂取していただけるようになりました。

当院は、2009年からNST稼働施設として活動を継続しています。2024年2月日本臨床栄養代謝学会より2024年度から5年間の更新認定されました。

これからも多職種協同で活動を行っていきます。栄養状態の改善は、疾患や褥瘡の治療効果、合併症の予防に影響するだけでなく、QOLを高め、在院日数を短くして医療費の削減にもつながります。今後も院内各チームと連携し、患者の状態に応じた評価を行い、栄養療法の提案と実践、モニタリングを繰り返して、栄養状態の改善及び早期退院に繋げられるように取り組んでいきたいと思っています。

## 災害対策委員会

災害対策担当者 中川 秀生

今年度の災害対策委員会の活動について年間計画を立案するにあたり、実際に震災が起きた月に計画することになりました。ニュース報道などでメディア情報が日常的に耳にするなど災害に対する職員の意識が高まることを期待してのことです。

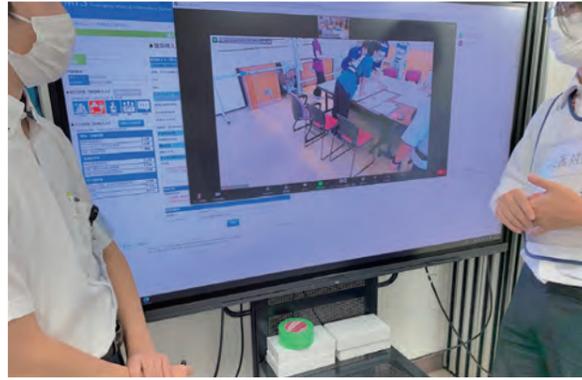
マニュアルの見直しについては、防災訓練を通して再度全職員へ周知し随時改定する確認を行いました。

防災連絡網訓練については、これまで毎年本部と部署をそれぞれ実施していましたが、今年度は、法人全体、全職員対象で一斉訓練を実施しました。災害対策本部から所属長LINEへそれから各部署のLINEへ一斉に送信して返信を取り、所要時間の集計などを行い総勢632名の参加になりました。職員からも年1回でなく繰り返し実施してほしいなどの意見もあり、今後の計画に工夫を行いたいと思います。

減災対策ラウンドについては、これまで家具転倒落下ラウンドを名称変更して実施、過去の対策の進捗状況を確認、未知の体験を如何に体感するかという点において本年1月の能登半島沖地震で、ニュース報道などで発信された医療機関の被害状況などを参考に委員会で情報共有など行いました。

2023年10月21日（土）災害対策訓練を本年は、法人全体で取り組みました。

2階会議室に本部を設置し、インターネットは使用できる設定で病院本部と老人保健施設ヴィラかのやをネットでつなぎ情報を共有することができました。今年度は指示命令系統に重点をおき、本部の立ち上げ被災状況の把握を受けて災害対策本部長指示のもと患者受け入れエリアの設置、副本部長から医師のエリア配置指示など、実際の流れに沿っ



ヴィラかのやとのネットでの情報共有

て進行しました。全体を通すとまだまだ足りない点を確認され今後の訓練計画に工夫する必要があると考えます。突然の地震災害に対応できるよう常に準備を行い地域の為に貢献できる体制を整える必要があると実感しています。



黄色エリアクロノロジー記載訓練



患者受け入れ訓練

## 地域医療活動

## 地域医療活動

恒心会は、外科・整形外科・脳神経内科・リハビリテーション科を中心に大隅地域に根ざした中核医療機関として、救命救急活動から急性期・回復期医療活動そして生活期医療・介護分野発展の一助のために、以下の地域に根ざした社会貢献活動を微力ながら続けてまいりました。

### 1 国立療養所星塚敬愛園でのボランティア診療

2005年から月1回の整形外科診療を続けております。

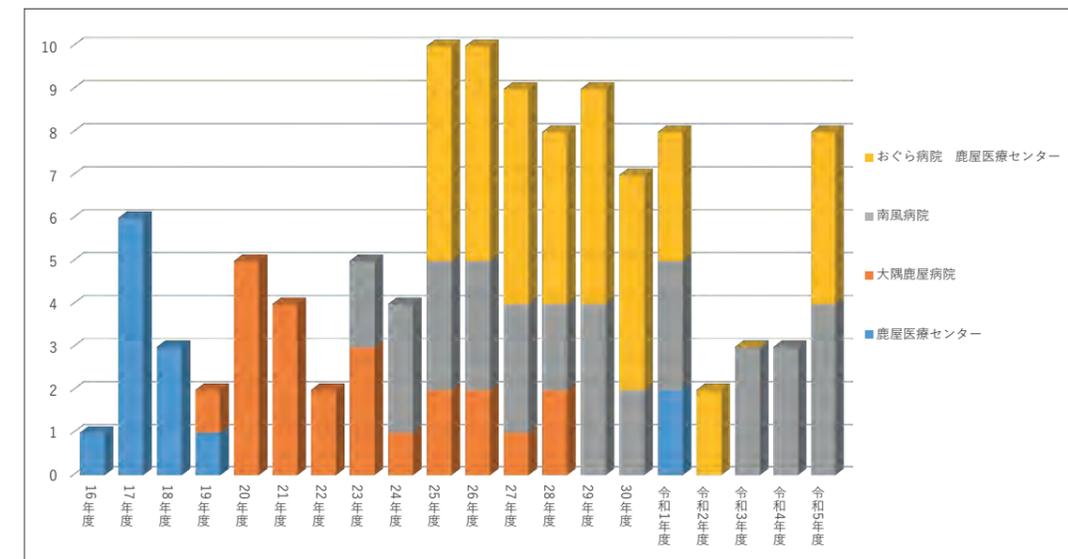
### 2 大隅救急高度化協議会検討会

(今年度実績なし)

### 国立療養所星塚敬愛園診療

敬愛園診療	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
出張診療	91	114	105	93	92	77	90	74	64	58
診療	外来		78	86	59	76	54	56	43	36
	入院		9	19	13	9	5	15	6	7
敬愛園診療	2015	2016	2017	2018	2019	2020	※2021	※2022	※2023	
出張診療	56	57	47	33	34	23	16	18	20	
診療	外来	29	48	40	65	38	25	44	52	49
	入院	4	7	7	4	7	7	3	4	7

※2021年度より1回/2月の診療へ移行



大隅地域気管挿管認定実習受け入れ

### 3 大隅地域気管内挿管実習受け入れ

昨年度は新型コロナウイルス感染症の関係で実習受け入れが出来ませんでした。2023年度より実習受け入れを再開しました。

### 4 大隅臨床整形外科医会研修会

### 5 地域リハビリテーション広域支援センター

新型コロナウイルス感染症が5類に引き下げられてからも、医療機関においては様々な制約がかけられてきましたが、これまでの経験を基に、感染症対策実施の上で実施した活動について報告します。

## 2023年度 大隅臨床整形外科医会講演会

開催日	演題名	発表者
2023年8月4日	〈特別講演〉 小児長管骨骨折の治療 ～ Elastic Stable Intramedullary Nailを中心に～	〈特別講演〉 鹿児島市立病院 整形外科 科長 松野下幸弘 先生
2024年2月9日	〈特別講演〉 小児整形外科疾患の治療経験	〈特別講演〉 鹿児島市立病院 整形外科 部長 中村 雅洋 先生
2024年3月14日	〈特別講演〉 神経障害性疼痛に対するアプローチ ～ミロガバリンへの期待～	〈特別講演〉 岡山大学病院 整形外科 講師 運動器疼痛センター 副センター長 鉄永 倫子 先生

## 地域リハビリテーション活動報告

広域リハビリテーション担当 永濱 智美

2023年5月より、新型コロナウイルス感染症は5類に引き下げられ、自粛を余儀なくされていた地域サロン活動も、少しずつ活動を再開してきました。

「地域リハビリテーションとは、障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて」と定義されています。また国においては「地域包括ケアシステム」の構築を目指して「自助・互助」活動を積極的に推進しています。

2023年度の活動予定は従来どおり①地域リハ活動支援事業②市民公開講座③介護支援研修④技術支援研修⑤サポーター研修の5つの事業を計画し、ほとんどの研修を対面で開催することができました。

①地域リハ活動支援事業：1) サロン活動を推進するための出前講座では、鹿屋市とともに作成した「介護予防ハンドブック」を活用した支援活動や体力測定を13回、2) フレイルの概念の解説とロコモティブシンドローム予防体操の指導を12

回、3) マシンを使った運動を中心に筋力づくりを行う「元気なからだづくり教室」を2期20回、4) 地域住民の介護予防と住民間の連携推進を目的に「シルバーリハビリ体操指導士養成講座」を2期開講し、16名が修了しました。

②市民公開講座:知りましょう!学びましょう!がん診療のこと「がんの治療・手術・温熱療法」をテーマに、当院の外科医師3名を講師に招き、51名の参加者がありました。

④介護支援研修:南大隅町シルバー人材センター主催の介護予防講演会にて、シルバーリハビリ体操について講演し、70名の参加者と一緒に介護予防について知識を深め、からだを動かすことができました。また、南大隅町ふれあいいいききサロンボランティア研修会にて、「家でできるリハビリテーション」と題して、ボランティアの方々に転倒予防体操、ロコモ・フレイルと予防体操の講演を行いました。100名を超える参加者がありました。

⑤リハビリテーション専門職への技術支援講座:3年ぶりに対面での開催となり、当院の認知症看護認定看護師を招き、「リハ専門職が知っておくべき



出張講座 2



市民公開講座 1

認知症ケア」の知識を深めてもらいました。

⑥サポーター研修（高齢者・障がい者体験と車いす介助体験）：例年同様、小学6年生に対して、脳卒中片麻痺体験や高齢者体験、車いす介助体験を2クラス48名の児童に体験してもらいました。また、2023年度は新たな取組として、小学校1校のPTA活動で高齢者体験、車いす体験してもらいました。たくさん児童や保護者の参加があり、充実した活動となりました。

今年度から従来の活動に加えて、当院独自の出張講座を開講しました。当院の強みである「骨粗鬆症予防」、「転倒予防」、「認知症予防」、「その他」のテーマでサロンからの依頼に応じて、年間17回の派遣を行いました

また、今年度より鹿児島市内の専門学校と連携し、高校生の病院体験の受け入れを行いました。大隅地区の3高校6名の高校生が見学を訪れ、熱心に話を聞き、見学をしていました。

講師派遣としては、行政に携わる歯科衛生士、栄

養士、保健師等を対象とした大隅地区歯科保健向上実践研修会で「医療機関における摂食嚥下機能の回復に向けた取組と『安全においしく食べる』ことへの支援」について、言語聴覚士を派遣しました。

それ以外の活動として、鹿屋市から鹿児島県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連絡協議会へ委託された派遣事業の窓口として、地域のリハ専門職の派遣調整も行いました。派遣のための必要教育の一つとして、鹿屋市と協力し、鹿屋市地域リハビリテーション従事者研修会も開催しました。

加えて、肝属圏域のリハビリテーション資源調査を実施し、その情報をもとに資源マップを作成しました。ホームページにもアップしています。ぜひ、ご活用ください。

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

## 2023年実施事業一覧(予定と結果)

事業項目	対象	実施回数
公開講座	一般住民	1回
地域リハ活動支援事業 I	介護予防事業所職員対象	2回
地域リハ活動支援事業 II	サロン等介護予防事業	25回
地域リハ活動支援事業 III	運動サロン育成事業	1回
地域リハ活動支援事業 IV (シルバーリハビリ体操指導士養成講座)	一般住民	12回講座×2期
地域リハ活動支援事業 V (筋トレ事業 元気なからだづくり教室)	一般住民	10回×2期
地域リハ活動支援事業 VI (地域ケア個別会議)	行政・専門職	1回
地域リハ活動支援事業 VII (出張講座)	一般住民	17回
リハビリテーション技術支援講座	リハ専門職	1回
サポーター研修(高齢・障がい体験)	小学生	2校
技術支援(講師・委員派遣)	高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会 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	

# 教育研修

## 院外研修

2023年度

【医 局】

開催月	開催名	開催場所
2023年 4月	第66回 日本手外科学会学術集会	京王プラザホテル
4月	第67回 日本リウマチ学会総会・学術集会	福岡国際議場
4月	第123回 日本外科学会定期学術集会	web
5月	第64回 日本神経学会学術大会	web
6月	第70回 日本麻酔科学会学術集会	神戸ポートピアホテル 神戸国際展示
6月	第145回 西日本整形外科・災害外科学会	アクロス福岡
6月	医療安全管理者養成講習会	web
6月	第46回 日本骨・関節感染症学会	三重県総合文化センター
6月	NSTセミナー	web
7月	第60回 日本リハビリテーション医学会	福岡国際会議場
7月	第20回 日仏整形外科学会	ホテルニューグランド
7月	第78回 日本消化器病学会総会	web
7月	第36回 日本臨床整形外科学会学術集会維新学会	幕張メッセ
7月	第60回 日本リハビリテーション医学会	web
9月	第54回 日本リハビリテーション医学会 九州地方会	福岡大学メディカルホール
9月	医療安全対策地域連携I-II評価施設訪問	曾於市医師会立病院
9月	第25回 日本骨粗鬆症学会	名古屋国際会議場
10月	2023年度 肺がん検診均てん化研修会	鹿児島県医師会館 4階ホール
10月	第50回 日本股関節学会学術集会	ヒルトン福岡シーホーク
11月	第7回 日本リハビリテーション医学会 秋季学術集会	宮崎シーガイア コンベンションセンター
11月	第13回 日本心臓弁膜症学会	札幌プリンスホテル
11月	第51回 日本救急医学会総会・学術集会	東京ドームシティ
12月	第36回 日本内視鏡外科学会	web
12月	第35回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	福岡大学メディカルホール
2024年 2月	第45回 九州手外科学会	ホテルマリンターレ創世佐賀
2月	第55回 日本リハビリテーション医学会	鹿児島大学病院鶴陵会館
3月	第11回 日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会	伊藤国際学術研究センター
3月	第51回 日本集中治療医学会学術集会	カナモトホール(北海道札幌)

## 【看護介護部】

開催月	開催名	開催場所
2023年 8月16日～10月5日	認定看護管理者教育課程:ファーストレベル	鹿児島県看護協会
6月24日・10月12日	看護補助者の活用推進のための看護管理者研修	鹿児島県看護協会
6月1日～8月31日	'23「重症度、医療・看護必要度」評価者及び院内指導者研修	web
8月26日・9月1日	専門職としての第一歩～看護師としての自覚と責任ある行動について考える～	鹿児島県看護協会
10月18日 11月10日・11月30日	看護職員認知症対応力向上研修I	鹿児島県看護協会
11月15日～11月17日	看護職員認知症対応力向上研修II	鹿児島県看護協会
2024年 2月14日～2月16日	看護職員認知症対応力向上研修III	鹿児島県看護協会
2023年11月20日～ 2024年1月19日	実習指導者講習会	鹿児島県看護協会
2024年 1月25・26・27日	新人看護職員卒後研修実地指導者研修 大隅地区研修	鹿児島県看護協会
2023年7月8日	新人看護職員「アクティビティ」	鹿屋市中央公民館
2024年1月27日	新人看護職員フォローアップ研修 「フィジカルアセスメント・ナラティブ」	鹿屋市中央公民館

## 【リハビリテーション部】

開催月	開催名	開催場所
2023年4月20日	第66回日本手外科学会学術集会 第35回日本ハンドセラピ学会学術集会	京王プラザホテル 御茶ノ水ソラシティカンファレンスセンター
6月10日	鹿児島リハ施設協議会 第1回研修会	鹿児島県医師会館
7月1日	日本リハビリテーション病院・施設協会主催リハ職のための認知症ケア講座	web
7月8日	九州作業療法学会 2023 in 鹿児島	かごしま県民交流センター
9月2日	第2回日本老年療法学会学術集会	奄美市市民交流センター
9月10日	第54回日本リハビリテーション医学会九州地方会	福岡大学メディカルホール
10月26日	リハビリテーション・ケア合同研究会大会 広島2023	広島国際会議場
10月28日	2023年度鹿児島JRAT 災害リハビリテーション研修会(基礎編)	かごしま県民交流センター
11月3日	第7回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	シーガイアコンベンションセンター
11月9日	第23回日本クリニカルパス学会学術集会	THE MARK GRAND HOTEL さいたま新都心
11月10日	老人保健健康増進等事業 地域包括ケア推進に向けた地域のリハビリテーション実践研修会 熊本	熊本県医師会館
11月19日	藤田ADL講習会 ベーシックコース(FIM採点方法の基本)	web
11月26日	停止車両評価インストラクター講座 '23 in miyazaki	宮崎保健福祉専門学校

開催月	開催名	開催場所
12月9日	九州・山口スポーツ医・科学研究会	福岡大学メディカルホール
12月12日	2023年度「高次脳機能障害」理解の為に講演会	ハートピアかごしま
2024年1月10日	一般社団法人日本ノーリフト協会 ノーリフトケア®コーディネーター養成講座 ベーシック	web
1月28日	2023年度(第2期)第3回 SW-test講習会	web
2月4日	日本口腔ケア学会 第2回鹿児島口腔ケアフォーラム	鹿児島医療センター
2月9日	第16回九州ハンドセラピ学術集会 第45回九州手外科学研究会	マリターレ創世 佐賀
2月11日	CRASEED 西日本公式 ADL評価法 FIM講習会	web
2月17日	鹿児島救急医学会学術集会緊急企画 「能登半島地震災害における医療支援活動」	鹿児島県医師会館
2月17日	第55回日本リハビリテーション医学会九州地方会	鹿児島大学鶴陵会館
2月25日	鹿児島県リハビリテーション施設協議会20周年事業 リハビリテーションフェスティバルかごしま	SHIROYAMA HOTEL Kagoshima
3月2日	第34回日本老年医学会九州地方会	鹿児島大学稲盛会館
3月8日	第43回回復期リハビリテーション研究大会 in 熊本	熊本城ホール
3月9日	第30回鹿児島スポーツ医学研究会	鹿児島県医師会館
3月11日	日本理学療法士連盟 2024年度診療報酬説明会	web
3月28日	回復期リハビリテーション病棟協会 2024年度診療報酬説明会	web

## 【薬剤部】

開催月	開催名	開催場所
2023年5月27日・28日	第16回日本緩和医療薬学会年会	神戸国際会議場
9月23日・24日	第82回九州山口薬学大会	出島メッセ長崎
9月28日～10月1日	第25回日本骨粗鬆症学会	名古屋国際会議場
11月10日	2023年度日本病院薬剤師会医薬品安全管理責任者等講習会	web
11月18日～11月19日	鹿児島県薬剤師フェスタ	かごしま県民交流センター
2024年1月27日	第7回鹿児島県病院薬剤師会学術大会	web

## 【画像検査部】

開催月	開催名	開催場所
2023年5月12日	第82回 筑後有明CT・MRIセミナー	web
5月16日	ラジサポ「F」web講演会	web
5月17日	第55回鹿児島CT研究会	web
7月8日	第3回九州キャノンMRIユーザーズミーティング	web
9月7日	第50回大隅地域研修会	web
9月9日	第22回消化管先進画像診断研究会(GAIA)	web
10月13日	2023年度肺がん均てん化研修会	鹿児島県医師会館
12月11日	骨粗鬆症治療 2023 in 鹿児島	web

## 【栄養管理部】

開催月	開催名	開催場所
2023年 5月23日	「外来化学療法チーム」における薬剤師、管理栄養士の役割(埼玉医科大学国際医学センター)	web
7月13日	極める!「優しい栄養療法」(若草第一病院長)	web
7月22日	鹿児島県栄養士リレー研修会 第1回「健康日本21第3次の取り組み」	web
7月13日	日本栄養士会 2023年度全国栄養士会「同僚や多職種とのチームワーク力向上のために～コーチングからのヒント」	web
8月19日	鹿児島県栄養士リレー研修会 第2回「これからの栄養管理・レジリエンス」	web
9月 2日	日本栄養士会 健康・栄養施策の動向～健康日本21 (第三次)策定について	web
9月 3日	日本栄養士会 私のがん体験記～難治がん・希少がんの研究促進とPPI	web
9月 3日	日本栄養士会 伝える、伝わる、話し方 (フリーアナウンサー 平川けい)	web
9月 3日	日本栄養士会 人生100年時代に向けた、たんぱく質の上手な摂り方	web
9月 4日	慢性腎臓病に対する栄養管理 up to data ～2023年版～	web
9月16日	鹿児島県栄養士リレー研修会 第3回「生活習慣病対策(健康日本21)」	web
10月 7日	鹿児島県栄養士リレー研修 第4回「燃ゆる感動かごしま国体・スポーツ栄養・国体レシピ」	web
10月28日	鹿児島県栄養士リレー研修 第5回「栄養学:基本の基」	web
11月11日	鹿児島県栄養士リレー研修 第6回「歯科医師からみた糖尿病」	web
12月 1日	「頭頸部癌の周術期管理を考える～術後回復促進プログラム」	web
12月 9日	鹿児島県栄養士リレー研修 第7回「医療的ケア児とは・安心・安全な食の取り組み」	web
12月 9日	第1回 糖尿病重症化予防連携化研修会(中央研修) 鹿児島県医師会地域保健課	web
2024年 1月15日	日本栄養士会 第37回 臨床栄養学術セミナー	web
1月15日	日本栄養士会 第43回 食事療法学会	web
1月20日	鹿児島県栄養士リレー研修 第8回「女性特有疾患の基本的な知識・乳がんを主体とした食事の提供について」	web
2月 1日	鹿児島県栄養士リレー研修 第9回「未来を支える栄養の力」	かごしま県民交流センター
3月 9日	鹿児島県栄養士リレー研修会 第10回「人を癒し人を育む栄養科経営」	web

## 教育研修

## 恒心会 学術研究発表会

2023年10月30日

演題名	部署	発表者
第1セッション		
処方せんにおける疑義紹介の解析	薬剤部	池田 和 孝
当院回復期病棟における入棟時の退院時FIM予測点数と実際の退院時FIM点数についての調査報告	リハビリテーション部	児玉 雄 作
Lambert-Eaton 筋無力症候群の1症例を経験して	画像検査科	橋野 桂
特定看護師介入による人工呼吸器からの離脱調整の一例～多職種連携から見えたもの～	看護部	町屋 毅 志
当院における大腿骨近位部骨折診療報酬改定前後での早期手術と骨粗鬆症治療介入の変化と課題	医局	海江田 光 祥
第2セッション		
全身麻酔で手術を受ける患者の心情と看護実践～手術当日から翌朝までに焦点をあてて～	看護部	有村 麻 衣
マイナ保険証について	医事課	愛甲 みな美
個別ケアの大切さ～私たちの目指す寄り添うケア～	ヴァラカのや	岩屋 瑞 貴
当院回復期リハ病棟における認知機能低下患者に対する作業療法アプローチと効果について	リハビリテーション部	中 蘭 奈 々
排便習慣に合わせた全大腸内視鏡検査前処置法の検討	看護部	坂本 好 美

## 法人内新人看護職員集合研修

日時	内 容
4月4日	医療安全管理、感染対策
4月5日	認知症対応力向上研修、看護技術、画像検査科介助時の注意点について
4月6日	看護部の概要、薬剤について、栄養について、救命救急処置
4月7日	医療機器 (輸液ポンプ・シリンジポンプ・血糖測定器・血圧計・ベッドサイドモニター・除細動器・高気圧酸素療法・医療ガス・離床センサー)

## 鹿児島大学研修医 インタビュー



氏名：重田 真未子  
研修期間：2023年4～6月  
3ヶ月  
医師歴：2年目

### 【当院の研修内容について】

外科・一般外来・脳神経内科で研修させていただきました。一般外来・外科では様々な主訴を経験することができ、内視鏡検査もさせていただくことができました。胃瘻造設やPICCなど手技を多くさせていただきました。当直では腸閉塞や骨折、脳梗塞などを経験することができました。脳神経内科では、髄膜炎や変性疾患など多くの疾患について学ぶことができました。

### 【研修を受けての感想】

先生方がとても優しく、疑問に思ったことをすぐに質問しやすいような環境で、非常にたくさんのことを学ぶことができました。看護師さんやスタッフの方々もとても優しく、働きやすかったです。

### 【今後研修を受けられる方へ】

手術中や病棟での手技など、なかなかさせてもらえないような経験もさせていただくことができる病院です。先生方・スタッフの方々も優しく、楽しく働くことができるのも魅力だと思います。



氏名：新門 明里  
研修期間：2023年4月～6月  
3ヶ月  
医師歴：2年目

### 【当院の研修内容について】

へき地診療や外来研修など、大学病院やその他

の病院でもなかなか経験できないことができ、優しい先生方のもとで経験できたのが良かったです。どちらかと言えば手技や外科系に興味があるので、神経内科でも手技があれば呼んでいただいたり、整形や消化器外科でもなるべく多くの手術を経験させていただいたのが良かったです。

### 【研修を受けての感想】

どの科の先生方も優しく熱心にご指導してくださって、また昼食やマンションまでお世話になり、3ヶ月充実した研修をさせていただきました。おぐら病院を選んで本当に良かったです。

### 【今後研修を受けられる方へ】

おぐら病院では手術に多く入れたり積極的に手技をさせていただけるので、手を動かすのが好きな人には特におすすめしたいです。一般外来では大学病院などでは経験できないcommon diseaseを想定する練習にもなるのでよかったです。



氏名：下園 航  
研修期間：2023年7月～9月  
3ヶ月  
医師歴：2年目

### 【当院の研修内容について】

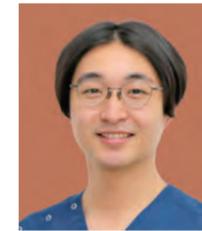
手術から外来、内視鏡に至るまで幅広い知識や技術を学ぶことができました。

### 【研修を受けての感想】

とても楽しみながら、多くを学ぶことができた3か月間でした。

### 【今後研修を受けられる方へ】

外科、内科問わず消化器に興味のある方は是非おぐら病院での研修をお考え下さい！



氏名：中尾 凜併  
研修期間：2023年9月～10月  
2ヶ月  
医師歴：2年目

### 【当院の研修内容について】

一般外来、地域研修、手術、内視鏡検査、その他の手技など様々な経験をすることができました。

### 【研修を受けての感想】

手術では、積極的に手技をさせていただくことができました。最初、慣れていない時も先生方が丁寧に指導してくださり非常に勉強になりました。外来では、診察のポイントやカルテ記載なども教えていただき良い経験になりました。

### 【今後研修を受けられる方へ】

おぐら病院では様々な症例や手技が経験できます。

研修以外でも、宿舎や食事等のサポートをしていただけるので充実した研修を送ることができると思います。



氏名：池田 和磨  
研修期間：2023年10月～12月  
3ヶ月  
医師歴：2年目

### 【当院の研修内容について】

外来では様々な主訴の患者さんに対して初診をさせていただいたほか、先生ごとの外来患者との接し方、漢方薬の知識など再診の方の診察からも学べることが多く大変勉強になりました。また、多くの手術に入れたほか、内視鏡や腹腔穿刺などの手技も数多く経験することができ、非常に充実した研修になりました。

### 【研修を受けての感想】

先生方はもちろんコメディカルの方や事務の方など皆さんとても優しく、また宿舎や食事なども充実していて不自由なく研修をすることができました。

### 【今後研修を受けられる方へ】

おぐら病院は地域の中核病院であり、Commonな疾患から難しい症例など幅広く学ぶことができます。また、鹿屋は結構栄えていて生活するにあたって困ることもないので、地域研修だけではなく何ヶ月か研修することを勧めたいです。



氏名：畑中 将志  
研修期間：2023年11月～  
2024年1月 3ヶ月  
医師歴：2年目

### 【当院の研修内容について】

脳神経内科、外科で研修させていただきました。腰椎穿刺、腹腔穿刺などの手技も経験でき、手術では実際に術野で助手を務めることもあり、非常に密度の濃い研修ができました。また、外来では1から患者の情報を得て、検査、治療を組み立てていくことの難しさを実感しました。

### 【研修を受けての感想】

元々内科志望でこれまで内科中心に研修してきたこともあり、先輩方の勧めとはいえ外科での研修は不安だったのですが、先生方に丁寧にご指導いただき、手術にも積極的に参加させていただくことができたため、外科の楽しさを実感できました。

### 【今後研修を受けられる方へ】

これまでやってこなかった手技を経験できますし、地域の拠点病院である点から、Commonな疾患を多く経験できます。先生方やスタッフの皆さんも気さくで優しい方ばかりなので、すぐに病院に馴染めると思います。また、宿舎はじめ、生活環境もしっかり整っており、

不自由のない研修生活ができると思いますので、大学外の病院を迷っている研修医には非常におすすめです。



氏名：田原 明人

研修期間：2024年2月～4月  
3ヶ月

医師歴：2年目

#### 【当院の研修内容について】

実践的な手技の経験を多く積めて非常に充実していました。縫合や上部消化管内視鏡についてはかなり苦手意識を払拭できました。

また、非常に私の希望を組んでいただき、外来診察メインの研修をさせていただけたことも非常にありがたかったです。

#### 【研修を受けての感想】

各科の外来研修では、診療後に指導医の先生方から詳細なフィードバックをいただき、非常に勉強になりました。

#### 【今後研修を受けられる方へ】

おぐら病院での研修は熱心な先生方や優しいスタッフの方々に囲まれ、非常に充実した研修になること間違いありません。鹿屋の街も非常に住みやすいので、公私ともに良い時間を過ごされてください。

## 研修医受入・実習関連

### 研修医受入

開始～終了	月	研修科	氏名
4月～6月	4	脳神経内科	新門 明里
	5	整形外科	
	6	一般外来	
4月～6月	4	一般外来	重田 真未子
	5	外科	
	6	脳神経内科	
7月～9月	7	一般外来	下園 航
	8	外科	
	9	外科	
9月～10月	9	一般外来	中尾 凜 併
	10	地域	
10月～12月	10	外科	池田 和磨
	11	一般外来	
	12	外科	
11月～ 2024年1月	11	脳神経内科	畑 中将 志
	12	一般外来	
	1	外科	
2月～4月	2	消化器外科	田原 明人
	3	一般外来	
	4	脳神経内科	

### 看護部

#### 看護実習

学校名	延べ人数(日数)
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(1年)	30名(2日)
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(2年)	15名(8日)
鹿屋市立鹿屋看護専門学校(3年)	24名(8日)・24名(12日)
尚志館高等学校(1年)	33名(3日)
尚志館高等学校(2年)	15名(7日)
尚志館高等学校(3年)	15名(11日)
職場体験(中学生)	15名(3日)
職場体験(高校生)	8名(3日)

## リハビリテーション部

学校名	理学療法士受入数	作業療法士受入数	言語聴覚士受入数
鹿児島医療技術専門学校	7名	3名	2名
鹿児島医療福祉専門学校	6名		
鹿児島第一医療リハビリ専門学校	2名	4名	1名
神村学園専修学校	2名	4名	
鹿児島大学医学部(保健学科)	1名		
都城リハビリテーション学院	1名		
宮崎リハビリテーション学院	1名		
宮崎医療福祉専門学校	2名		
宮崎保健福祉専門学校		2名	
九州中央リハビリテーション学院	1名		
西九州大学	1名		
(受入合計)	10校(24名)	4校(13名)	2校(3名)

## 画像検査部

学校名	受入数
鹿児島医療技術専門学校	2名

## 栄養管理部

学校名	受入数
中村学園大学	1名
西九州大学	1名
鹿児島県立短期大学	1名
鹿児島女子短期大学	1名

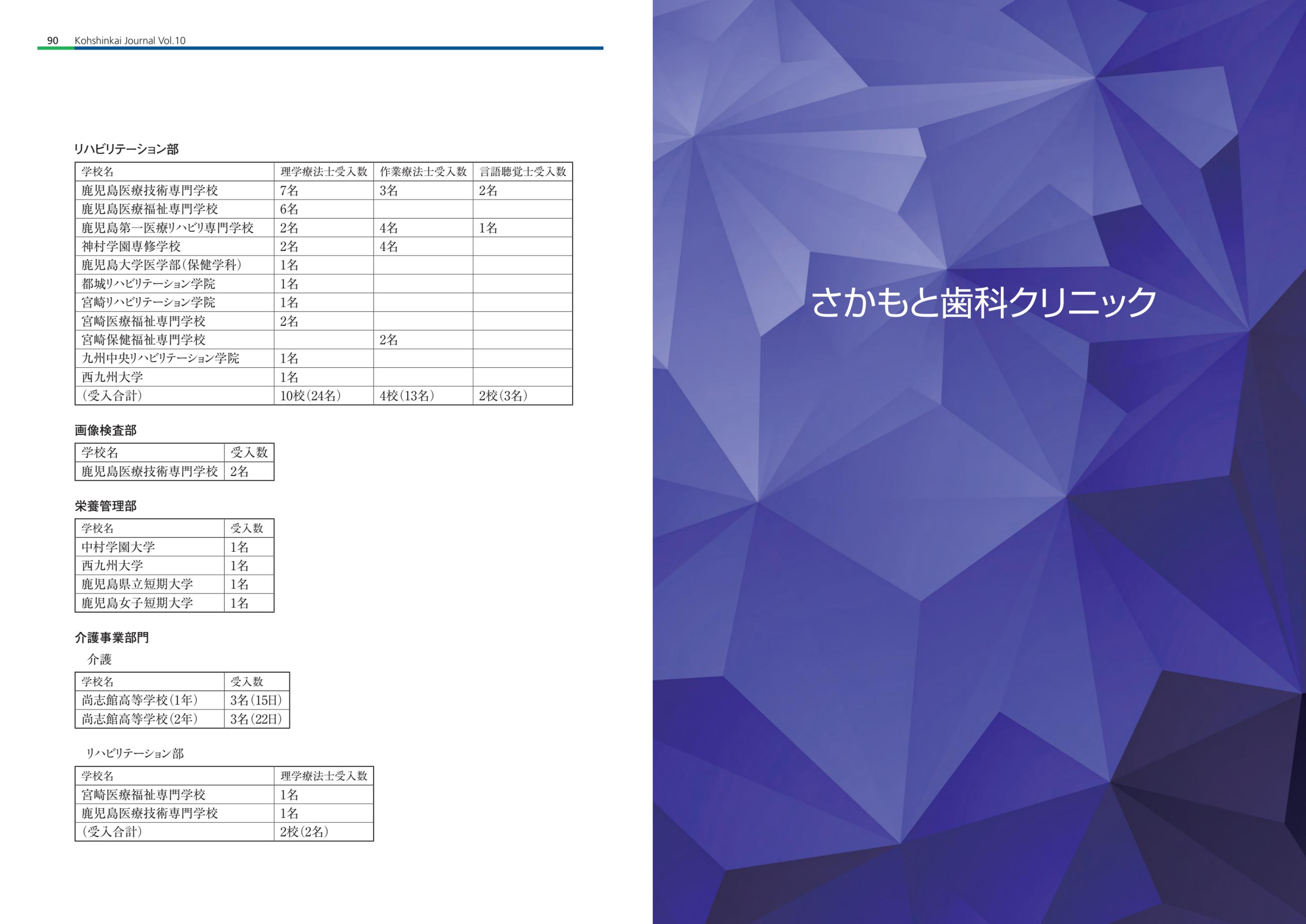
## 介護事業部門

## 介護

学校名	受入数
尚志館高等学校(1年)	3名(15日)
尚志館高等学校(2年)	3名(22日)

## リハビリテーション部

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


 さかもと歯科クリニック

## さかもと歯科クリニック

院長 坂元潤也



さかもと歯科では2023年度は訪問歯科診療のスタートを目標として掲げましたが、器材の導入と法人内のグループホームへの数件の診療に留まり、在宅等への訪問は実施できておりません。対外的な告知、広報活動が展開されておらず、ニーズの掘り起こしができなかったことや訪問に対応できる診療体制を作れていないことが要因です。関連職種への広報や連携、医療請求、介護請求含め細部について十分な準備を行い、実績作りを進める必要性を痛感しました。また、2023年度はスタッフ減少に伴うマンパワー不足の1年でした。この人材確保の問題は当院に限らず、医療界全体の課題ですが、非常勤職員の活用を含め長く勤めてもらえる働き方改革や体制作りにも努めなければならぬと感じております。

ついで2023年度の法人内の医科歯科連携に関する振り返りですが、グラフ①から④に示すとおり全身麻酔下の患者を対象にした術前歯科検診、本院の骨粗鬆症外来に関係した骨吸収抑制剤開始前検診、本院病棟と老健施設との連携に関するすべての指標において法人内の連携に関する前年比較ですが、新型コロナが5類へ移行したことにより、術前の歯科検診を除いては前年比プラスの実績でした。

2024年度の目標を決めるにあたり、恒心会は新たな3年間の中長期計画のスタートの年ということで「脳神経外科の地域定着とポスト2025年を見据えた法人事業の強靱化」の第6期中長期計画の重点課題のなかで「医介連携、医科歯科連携の強化」が掲げられていることを重視しております。今回の

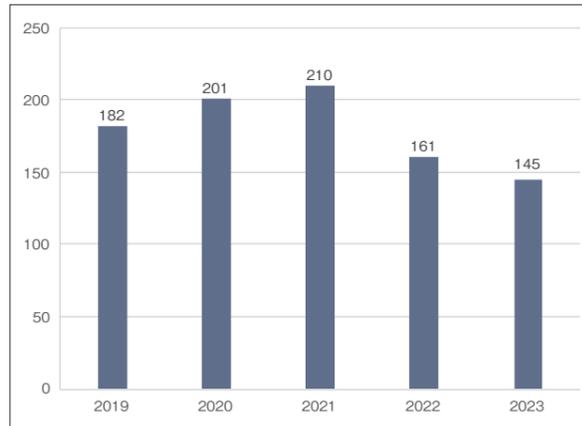
医療介護同時改定の概要を見ると医療費抑制、重症度の軽減、入院期間の短縮化、要介護度を改善・維持などを旨として「医科歯科連携」「介護歯科連携」の評価を上げて厚労省も明らかにさらなる連携を推進しております。病院部門との連携については今改定で周術期口腔機能管理加えて回復期口腔機能管理が新設されました。恒心会においては脳神経外科が開設されるため、今後脳血管疾患系の患者群が増加していくのは必然と思われれます。重要なポイントは脳神経外科オープンに伴い、医科歯科連携のニーズも拡大してくるものと考えられ、何らかの形で歯科的サポートができるよう連携を進めていきたいと思っております。

介護歯科連携については2024年度から「口腔連携強化加算」新設され、「口腔ケアの基本サービス化」が2021年度から努力目標だったものが、2024年度から義務化になりました。「介護福祉施設、介護老人施設、介護療養型医療施設、介護医療院では基本サービスとして口腔衛生の管理体制を整備し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行う」と明示されています。これを受けて施設においては歯科医師または歯科医師から指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することが求められます。施設入所者の口腔アセスメント、施設職員に口腔ケアのアドバイス、また施設職員が口腔内のスクリーニングができるようOHATO等取り組みが必要とされております。

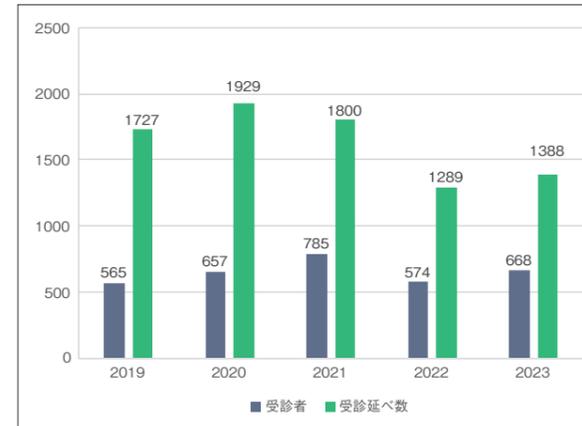
以上を踏まえて2024年度は基本的には前年度の取り組みの継続になりますが、まず院内の診療と院外活動のバランスの取れた体制を作り、訪問歯

科の実績を上げることが最優先課題とし、ついで今  
次診療報酬改定への対応と具体的な医科歯科連

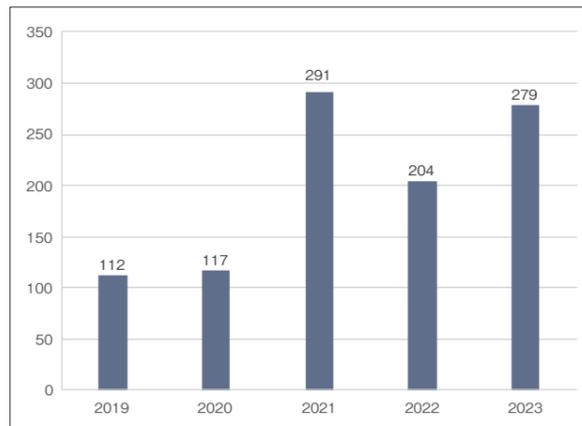
携、介護歯科連携の見直しを行いたいと思います。



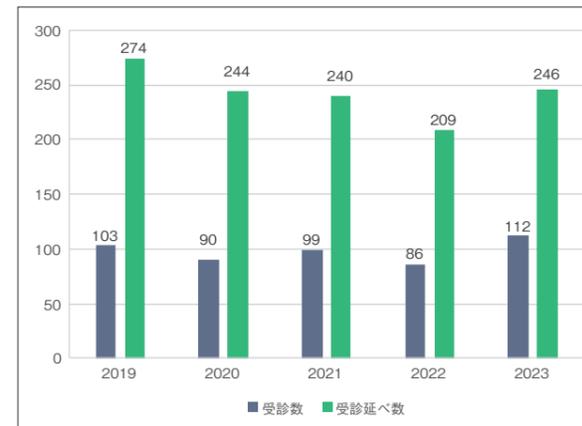
①術前歯科検診



③病院合算推移



②骨粗鬆症歯科検診推移



④老健施設推移

# 介護事業部

# 法人介護事業部ならび介護老人保健施設 ヴィラかのや

副施設長 福田 隆 一

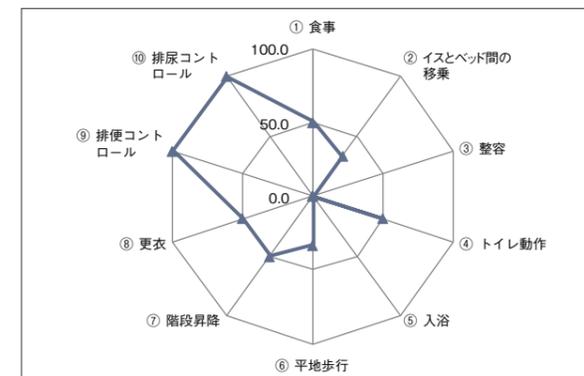
法人介護事業部においては、感染症や災害の業務継続計画(BCP)策定の義務化への対応とし、医療介護安全への体制強化を昨年度の方針として上げたところです。介護施設・事業所におけるBCP作成はリスクマネジメント委員会のリスクマネジャーを中心に作成、実際災害対策シュミレーションも行ったところです。(写真1)



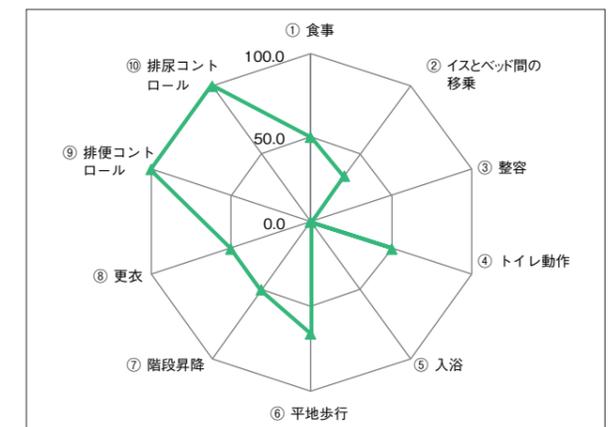
写真1 災害対策シュミレーションの様子

また、その他高齢者虐待、身体拘束委員会、リスクマネジメント委員会の指針、マニュアル等の整備を行ったところです。

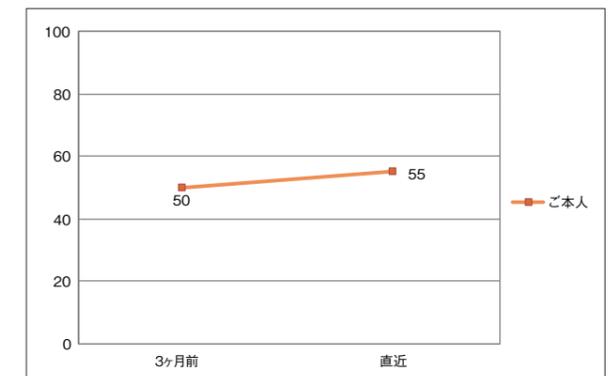
介護事業所においては一昨年から科学的情報システム(LIFE)のデータを収集、加算取得につな



ADL (項目別) (3ヶ月前)



ADL(項目別) (直近)



個別LIFEフィードバック  
図1 フィードバックレーダーチャート

げているところですが、今年から個人へのフィードバックもみられつつあります。(図1)

まだまだフィードバック内容やフィードバックにかかる時間が不十分で物足りなさはあるところですが個別ケアの質向上に役立てていきたいと思ひます。

排泄の取組においては、現在おむつマイスターが11名、おむつの標準化を実施、いままで、ばらばらだったおむつの使用やあて方を適正化し、コスト削減、業務改善に取り組みました。

在宅復帰に取り組むにはリハビリや環境調整だけでは不十分であり、排泄の自立支援が必須であるこ

とを老人保健施設ヴィラかのや（以下老健ヴィラかのや）排泄委員会から発信できればと思います。昨年は、沖縄の特養との排泄コラボ委員会を開催、排泄加算のランクアップ、手順について、事例検討などを行いました。また当老健から「排便ケアの取り組みと質向上に向けて」と題し、北九州高齢者排泄総合支援事業にて発表しました。

今後も、排泄チャートから排泄パターンを読み取り、薬剤の調整、オムツの適正使用により、皮膚トラブルを予防し、施設・在宅でも介護負担軽減につなげていければと思っています。

通所リハビリテーション（以下通所リハ）は老健ヴィラかのやを長時間リハ（6-7時間）病院おぐら通所リハを短時間リハなどに変更したことで、分かりやすい通所リハの体制としたところです

特にヴィラかのやでは、長時間リハをリハビリ、レスパイト目的に加え、売店を開設し、買い物などのできる時間を設け、認知症予防も考慮したショッピングリハなどを一つの手段とすることで、生活活動を向上させ、自立支援する通所リハとしたところです。（写真2）



写真2 ショッピングリハ

またこうした両通所リハの目的別リハビリの通所リハのすみ分けを行った結果、移行経過での利用者キャンセルも見られたものの、1年を通して無事機能分担を終え、両事業所を通じて

のトータルの件数の維持ができました。（図2）

老健ヴィラかのやにおいては、超強化型在宅復帰支援の実績と評価として、本年度も高い運営目標

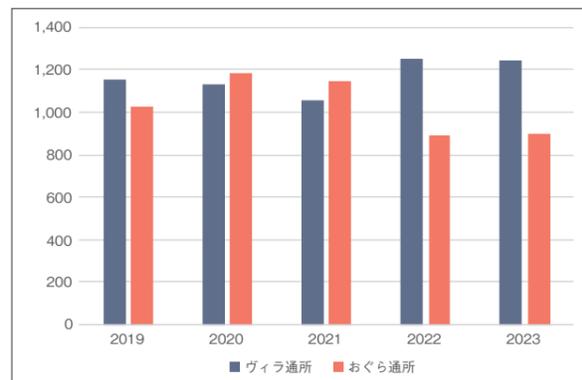


図2 両通所リハ事業所ののべ件数推移

を設け80点以上としたところです。結果としては83.8点と高い指標の点数を3年継続維持できております。（表1）

No	項目	満点	ヴィラかのや R4	ヴィラかのや R5	全国
①	在宅復帰率	20	20	20	18.8
②	ベッド回転率	20	20	20	20
③	入所前後訪問指導割合	10	10	10	7.4
④	退所前後訪問指導割合	10	10	10	9.4
⑤	居宅サービスの実施数	5	5	5	4.4
⑥	リハ専門職の配置割合	5	3	2.5	4.1
⑦	支援相談員の配置割合	5	3	3	4.8
⑧	要介護4又は5の入所者割合	5	3.8	4.8	3.8
⑨	喀痰吸引の実施割合	5	5	5	2.4
⑩	経管栄養の実施割合	5	5	5	2.9
	合計	90	84.8	85.3	78

表1 運営指標

10項目の中の、③、④退所前後指導、⑦支援相談員の割合などが今年度改定で変わるところです。今後も継続できるよう運営していきたいと思っています。また今期老健ヴィラかのやでの学会発表ないし、研修会講師派遣を行うことで幅広く施設の取り組みを発信することができたと思っています。（表2）

老健大会ならび研修会講師派遣

○「新型コロナウイルスによる施設内クラスターを経験して」第28回 鹿児島県老人保健施設大会

演者 池田まゆみ

○「高齢者施設の省エネルギー革命」2023年度 九州経済産業局 九州省エネセミナー 講師 福田 隆一

○「排便ケアの取り組みと質向上に向けて」北九州高齢者排泄総合相談支援事業 第2回高齢者排泄研修会 講師 福田 隆一

表2 老健ヴィラの発表まとめ

## 訪問看護ステーション ことぶき

所長 池畑 和子

超高齢化社会となる今、在宅医療が重視されているなか、訪問看護の利用者も終末期に住み慣れた自宅での療養を望まれ、医療処置が多くとも、家族と過ごす時間を希望されている方がいます。核家族・超高齢化社会となり、老老介護や独居生活の利用者へ服薬管理や状態観察目的の訪問も多くなっています。（図1）

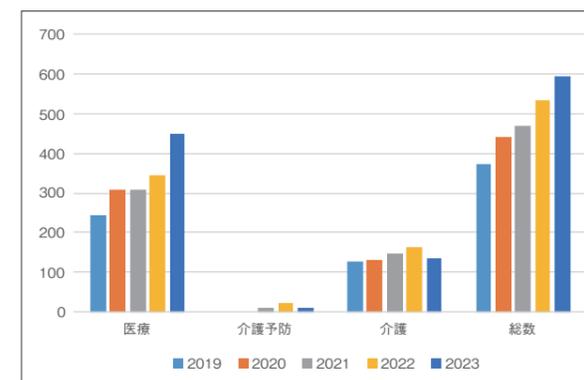


図1 年間訪問件数

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

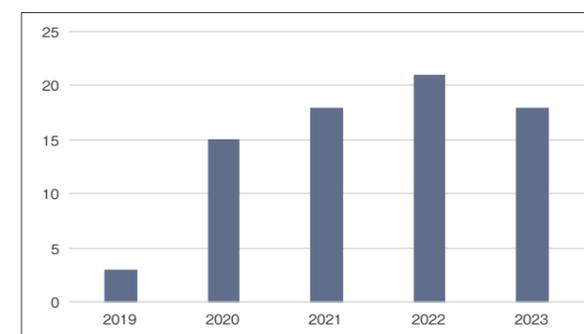


図2 年間看取り件数

訪問看護から提供する訪問リハビリは、家の環境

に応じた個別性のある在宅療養環境に当たりハビリを行っています。（図3）

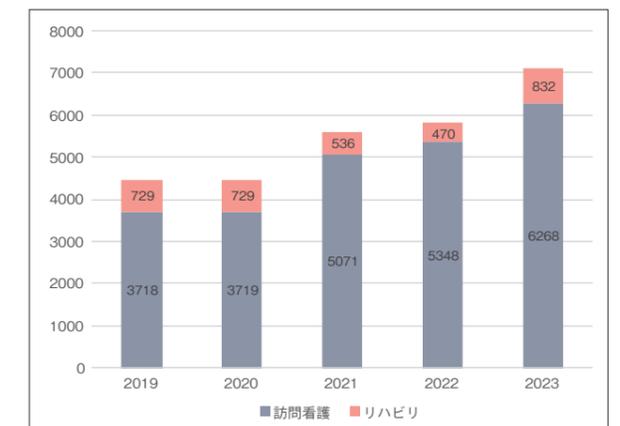


図3 訪問看護・リハビリの件数

### 連携の重要性と信頼関係の構築

利用者が安心して暮らすには、他事業所との連携が重要になってきます。

利用者、家族（介護者）と他事業所との信頼関係の構築をはかる為に、接遇や倫理的側面に注意し業務を行っています。ウェブサイトへの掲載を開始し、信頼性をより高めたいと思います。

### 2024年度は

医療保険では機能強化型訪問看護ⅢからⅡの所得。介護保険では看護体制強化加算Ⅱの取得。医ケア児の学校同行開始（内之浦小学校）を実施していきます。

### 今後の展望

鹿屋市の人口は減少し、高齢化率が上昇し、在宅医療の需要は増えており、多職種連携を密に行いながら、多種多様な在宅生活に対応できるステーションであるために、学びと実践を繰り返し、在宅医療を支える一員でありたいと考えます。

# ヴィラかのや通所リハビリテーション おぐら通所リハビリテーション

科長 了徳寺 孝 文  
主任 朝 倉 香 子

老人保健施設ヴィラかのやの通所リハビリは6-7の長時間体制へ変更し、生活支援を中心とした、栄養・排泄・入浴・リハビリの提供と、レスパイトケア、認知症ケアの実施をし、利用者数も徐々に回復してきました。(図1)

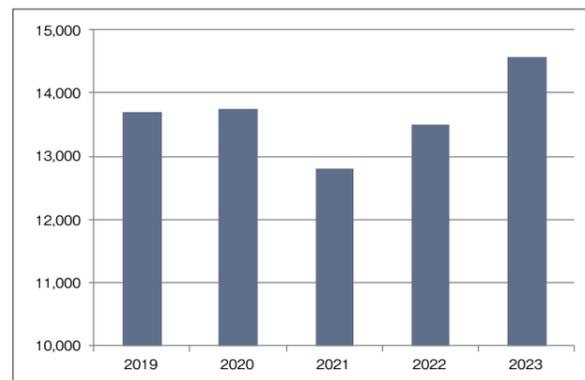


図1 通所リハ利用者数 年度別推移

特に、通所フロアの一角に売店を開設し、セルフレジでの買い物などのできる時間を設け、IADL(手段的日常動作)を考慮したショッピングリハなどにより、日常生活活動を向上させ、自立支援する通所リハを目指しています。



写真1 売店のセルフレジ

今後もより多くの地域の方々へ貢献できるように、様々な取り組みを行っていききたいと思います。

恒心会おぐら病院通所リハビリテーションでは1時

間以上2時間未満、2時間以上3時間未満の短時間通所リハビリテーションにおいて、要介護・要支援の利用者の自分らしさや役割を再発見できるよう、個別性や主体性を大切にしたリハビリテーションを提供しています。また、個別リハビリテーションだけでなく、器具やマシンを使用したトレーニング、小集団リハビリの集団の特性を生かした体操や認知機能課題の取り組み、活動・制作などを取り入れており、利用者様にも好評です。(写真1)



写真2 マシンを使用したトレーニング

そして、運動習慣が身につくよう、自宅で出来る運動(自主トレ)を指導し、ご自身で介護予防に積極的に取り組んで頂いています。今後も利用者の希望や目標を達成できるように取り組んでいきたいと思ひます。



写真3 自主トレ指導

# ヘルパーステーション ヴィラかのや

管理者 小 牧 寿

ヘルパーステーションヴィラかのやはサービス提供責任者3名を含め総数17名で運営しています。平均年齢は60.5歳となっており、全国的にヘルパーの高年齢化が叫ばれる中、当事業所も同じようにヘルパーの高齢化等による介護職員不足が進んでいます。しかも、全国のホームヘルパー求人倍率は15倍となっており、新規採用も容易ではありません。そこで、当事業所としては少しでも業務効率化を図るためにメールオプション機能の導入を行いました。導入前はホームヘルパーが各自で実績報告書をペーパーで作成し、毎月数回に分けて事業所に届ける作業をしており、その枚数は1ヶ月で合計700枚にも及びました。メールオプション機能は、介護事業部が導入しているケアコネク外ジャパンの介護ソフト「ケアカルテ」のオプション機能になります。利用者宅に訪問した実績をメールで簡単に送ることができますので、実績報告書を作成し事業所に持参する必要がありません。このメールオプション機能を導入したことにより、業務効率化はもちろんのことペーパーレス化によるコスト削減も図ることが出来ました。コピー機のリース代はメールオプション機能を導入した2023年3月の翌月4月は7,090円でしたが、1年後の2024年3月は3,884円となり、半分以下の費用となりました。(図1)

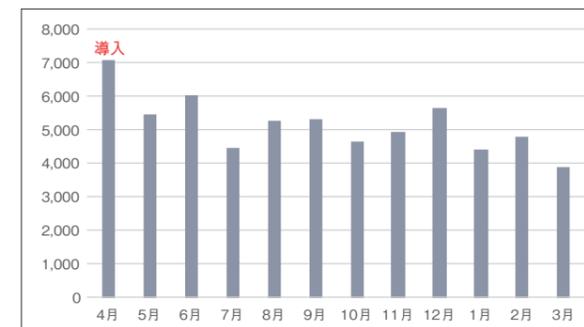


図1 コピー機リース費用

また、コピー用紙の発注金額は2022年度13,862円、2023年度9,436円で、4,426円の経費削減が行えました。メールオプション機能については、時々メールがうまく送れなかったりすることもあります。月例会でメール機能の講習会を行うなどしながら、ICT活用による生産性向上を目指しています。(写真1)



写真1 講習会風景

そして、もう一つ目標としていることがあります。それは、特定事業所加算Iを算定する事です。現在は特定事業所加算IIを算定していますが、2024年度の介護報酬改定により看取りの実績と訪問看護ステーションとの連携体制が図れていれば特定事業所加算I(IIより高い算定率)を算定することができるようになりました。当事業所は介護福祉士12名が在籍しており、重度障害の利用者様にも対応していますので、看取りの実績もあります。また、そのような方々が望む在宅生活を送るには、ヘルパーによるサービス提供が必要不可欠です。定期的に研修会を行い、在宅において質の高いケアを提供できるよう努力しているところです。

私達は、ICT等を用いた新時代に対応できる事業所になることと、在宅支援になくはならない質の高いケアを継続して提供できる事業所を目指したいと考えています。

# 居宅介護支援事業所 ヴィラかのや おぐら居宅介護支援事業所

管理者 鳥越 宏明  
管理者 川畑 慎一郎

居宅介護支援事業所ヴィラかのやでは、看護師や介護福祉士などの資格を所持した、主任介護支援専門員5名を含む、計7名体制で運営しており、特定事業所加算Iを算定しています。特定事業所加算Iを算定している事業所は鹿屋市内35事業所の内で2事業所しかなく、算定するには厳しい条件をクリアする必要があります。医療系に強く、また経験豊富なケアマネが在籍しているため、重度の利用者や癌末期の利用者も積極的に受入れています。(図1)

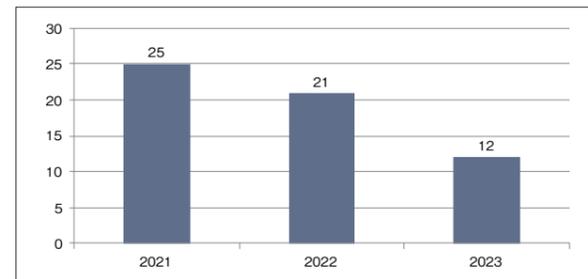


図1 ターミナル受入件数

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

また、当事業所では特定事業所加算Iを算定していることから、要介護3以上の重度の利用者が多く、主治医や訪問看護、薬剤師といった医療職・リハビリ専門職・介護職など多職種との連携を図り、長期在宅の利用者を支えています。介護度が重くなるほど、急なサービス変更や緊急のショートステイなどが必要になりますが、当居宅は複数名の介護支援専門員が在籍しておりますので、担当が対応できない場合でも柔軟に対応できる体制を構築しております。(図2)

おぐら居宅介護支援事業所は介護支援専門員

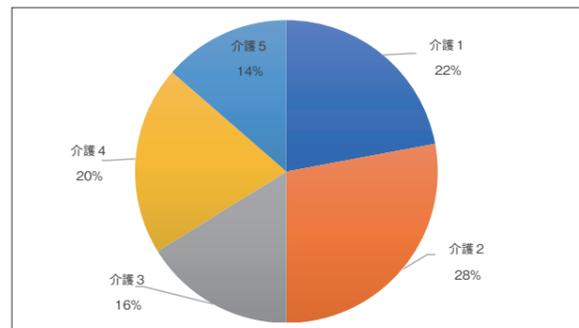


図2 ヴィラかのや居宅 介護度別割合

3名体制で活動しており、鹿屋市や近隣の町にお住まいの主に軽度の要介護認定を受けている方を担当しております。(図3)

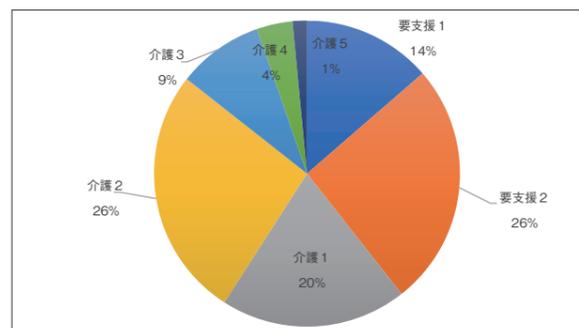


図3 おぐら居宅 介護度別割合

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

地域においては、両事業所とも鹿屋市内の介護支援専門員連絡会の一員として事例検討会、研修会などの企画・運営に携わり、主任介護支援専門員としての役割も担っております。今後も制度改正や地域情勢の変化に対応すべく切磋琢磨して地域に貢献していきたいと考えております。

# グループホーム イーストサイドおぐら

主任 満園 和枝

当施設の特徴は、恒心会グループのスケールメリット等がありますがそれらを紹介するとともに、2024年介護報酬改定でも重視されている認知症への取り組みについてお伝えしたいと思います。

①恒心会おぐら病院、介護老人保健施設ヴィラかのやの併設施設である

利用者の急変や怪我などの際、恒心会おぐら病院への入院対応を行います。入院治療後にグループホームのベッドが埋まっており退院再入所できなくても、介護老人保健施設ヴィラかのやへ入所し、リハビリを受けながらグループホームの空きを待つことができます。利用者のご家族にとって、改めて施設を探すのはなかなか大変な作業ですので、当法人のスケールメリットを活かした調整方法をご説明し安心して頂いています。

②専門職による支援体制

施設内には法定基準以上の介護福祉士を配置し、社会福祉士が介護支援専門員として勤務しています。利用者の主治医と法人内の訪問看護ステーションことぶきの看護師が健康管理を行い、食事は併設老健にて管理栄養士が作成した献立を調理師が調理、必要に応じて定期的に併設老健の理学療法士が評価に訪れ、口腔ケアについては歯科衛生士の資格をもつ介護職員が法人内さかも歯科クリニックと連携を図っています。他施設以上に国家資格者による充実した支援体制はご家族の安心材料となっているようです。

③魅力的な立地

寿台地の笠之原町という立地は、新たな飲食店やドラッグストアの出店など賑やかで、郊外に建設されがちなグループホームのイメージを覆します。認知症であっても職員と共に外食に出かけるなど、これまでの生活レベルを維持できるようにしています。また大隅縦貫道笠之原ICから車で5分というアクセスの良さは県外からの御家族の来訪にも役立っています。

④認知症ケアへの取り組み

当施設18名の利用者について認知症高齢者の日常生活自立度（主治医意見書）を見ると、17名（94.4%）がⅢa以上となっています（図1）。認知症ケアに関する加算のうち「認知症専門ケア加算」は、Ⅲ以上の利用者50%以上が要件でありクリアしています。かつ、認知症介護実践リーダー研修を修了した職員を配置し、従業者に対する留意事項の伝達又は会議の定期的開催も要件となっており、これもクリアしています。特に中核症状やBPSD（認知症の行動・心理症状）に関する理解と私たちのとるべき態度や技

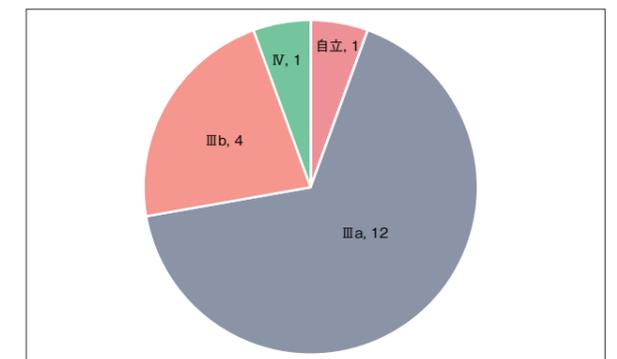


図1 当施設の認知症高齢者の日常生活自立度  
術について毎月研修を行っていることは有意義だと感じています。

また今回の介護報酬改定で新たに位置付けられた「認知症チームケア推進加算」についても実践者リーダー研修修了者がさらに認知症チームケア推進研修を受講することが要件となっており、こちらもクリアしています。

今後、BPSDのみられる利用者に対して所定のツールを有効に活用し、丁寧に職員全員でケアにあたりたいと思います。

最後に、今年度は職員全員が認知症サポーター養成講座を修了し、一定のレベル以上の質を確保していることをアピールしていきたいと考えています。

## 小規模多機能ホーム サポートセンターおぐら24

主任 留野 隆彦

サポートセンターおぐら24の運営を遂行していくうえで他事業所の取組みを把握することは重要と考えます。そこで2023年11月22日、リナシティかのやにおいて鹿屋市内の小規模多機能型居宅介護事業所6ヶ所による意見交換会を企画開催しました。コロナ禍を背景に横の連携が図れていなかったこともあり、各事業所への理解を求め準備を進めました。

事前にアンケートを配布集計の上、情報を共有、当日は各事業所の取組みについてプレゼンテーションを行ってもらい、その後具体的なテーマに沿って意見交換を行いました。

当日は6事業所のほか鹿屋市地域包括支援センターの職員も参加し連携のあり方についてディスカッションを行いました。

特にこの交流会を開催したテーマの中で特筆すべきは、それぞれの事業所が算定している加算項目を共有したことが挙げられます。6事業所中1事業所だけが算定していた「中山間地域の小規模事業所加算」について、なぜそれが算定可能かを確認するきっかけとなりました。この加算項目は、国の定める特定の地域において事業を行う小規模事業所が対象となりますが、解釈が難しくこれまで算定を控えていました。今回保険者である鹿屋市にも慎重に相談確認するなどして根拠を明らかにすることで、基本単位の10%を加算することが可能となりました。これは当事業所の実績を踏まえると約6%/月の増収となります。早速届出を行うとともに、介護報酬改定のタイミングと併せ利用者家族の同意を得て、2024年4月より算定を開始しました。

また介護報酬改定に備え、2024年2月5日、リナシティかのやにおいて各事業所の管理者が集まり、情報共有や運営指導に対する対策などについて話し合う場を持ちました。届出上の注意点や必要となる研修の受講など、今後のスケジュールについて確認を行いました。各管理者は事業所に持ち帰り4月以降の算定試算に役立てたそうです。

今回の介護報酬改定における小規模多機能型居宅介護の算定項目のうち「総合マネジメント体制強化加算(1,000単位/月)」が見直され、上位加算(1,200単位/月)を算定するためには他事業所と共同で事例検討会や研修会を開催することが位置付けられました。そこで、この交流会を発展させた形で2024年5月25日にリナシティかのやにおいて事例検討会を開催しました。小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員にとって、同業者と事例検討を行う機会に恵まれていなかったため、ケアプラン作成上の疑問や、提供するサービスの質など、日頃感じている課題について共有するとともに、解決のためのヒントを得られた事例検討会となりました。

今後は、看護師や介護職員を対象とする職能別の研修会を企画したり、報酬改定の目玉である生産性向上のそれぞれの取組みについて施設見学等を通し共有するなどして、ICTや介護ロボットの導入について検討していきたいと思えます。

最後に、昨年からの意見交換会等の一連の取組みによって、コロナ禍で停滞していた事業所運営の客観的な評価を行い、当事業所が主体的に且つリーダーシップを発揮して開催したことはとても有意義であったと思えます。引き続きアイデアを出しながら質の向上に向けて取り組んでいきたいと思えます。



事例検討会の様子

研究論文・学会発表

## 医師業績

### 【学会発表一覧】

学会名	期間	発表者	演題名 テーマ
西日本整形外科災害外科学会	2023年6月3日	米澤 嘉紘	当院の大腿骨近位部骨折における手術待機48時間超過の原因について
日本手外科学会学術集会	2023年4月20日	三重 岳	当院における橈骨遠位端骨折術後女性患者の骨粗鬆症治療導入
日本骨粗鬆症学会	2023年10月1日	海江田光祥	当院における大腿骨近位部骨折診療報酬改定前後での早期手術と骨粗鬆症治療介入の変化と課題
日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会	2024年3月1日	海江田光祥	当院における大腿骨近位部骨折診療報酬改定前後での早期手術と骨粗鬆症治療介入の変化と課題
九州手外科研究会	2024年2月10日	有島 善也	尺骨鉤状突起低形成を伴う外傷性肘関節脱臼の1例
日本リハビリテーション医学会九州地方会	2024年2月18日	上山 綱介	脳卒中後の嚥下障害に対し高電圧パルス電流療法を施行し良好な経過を得た1症例

### 2023年度掲載論文

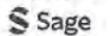
雑誌名	著者	タイトル	巻・号・年
SAGE Open Medicine	海江田光祥	Impact of preoperative echocardiographic delay on timing of hip fracture surgery in elderly patients 高齢患者の股関節骨折手術のタイミングに対する術前心エコー検査の遅れの影響	Vol.12.2024

## 論文

SAGE Open Medicine Volume 12: 1-6

### Impact of preoperative echocardiographic delay on timing of hip fracture surgery in elderly patients

SAGE Open Medicine  
Volume 12: 1-6  
© The Author(s) 2024  
Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10.1177/20503121231222345  
journals.sagepub.com/home/smo



Mitsuyoshi Kaieda<sup>1,2\*</sup>, Yusuke Fujimoto<sup>2\*</sup>, Yoshiya Arishima<sup>1,2</sup>, Yasuhisa Togo<sup>1</sup>, Tadashi Ogura<sup>1</sup> and Noboru Taniguchi<sup>2</sup>

#### Abstract

**Objectives:** Early surgery is recommended for hip fractures in elderly patients. This study was performed to evaluate factors contributing to delayed surgery and associated outcomes in a secondary hospital in Japan with a rehabilitation centre.

**Methods:** We retrospectively reviewed the records of 895 patients aged >50 years [median age, 86 (81–91) years] treated for hip fractures at our institution from 2016 to 2020. We defined surgical delay as surgery performed >48 h after admission. We evaluated several risk factors for surgical delay and associated outcomes: mortality, length of hospital stay and walking status.

**Results:** Binomial logistic regression analysis showed that several factors, including preoperative echocardiographic delay (odds ratio, 9.38; 95% confidence interval, 5.95–15.28), were risk factors for surgical delay. In the multiple regression analyses, surgical delay was a significant risk factor for a longer hospital stay (partial regression coefficient, 6.99; 95% confidence interval, 3.67–10.31).

**Conclusions:** Our findings indicated that preoperative echocardiographic delay was one of the risk factors for surgical delay of hip fractures in elderly patients. Surgical delay was a risk factor for a longer hospital stay, including rehabilitation.

#### Keywords

Hip fractures, echocardiography, preoperative period, length of stay, mortality

Date received: 17 August 2023; accepted: 7 December 2023

#### Introduction

Hip fracture is a common injury in patients of advanced age and results in high morbidity and mortality rates.<sup>1</sup> The total number of hip fractures worldwide is increasing and is estimated to reach 4.5 million by 2050.<sup>2</sup> Surgery is still the primary treatment option for hip fractures. The timing of surgery is regarded as a major modifiable predictor of mortality, complications and healthcare costs.<sup>3</sup> Therefore, it is recommended across orthopaedic departments worldwide that surgery be performed within 24–48 h of fracture.<sup>4</sup> However, surgical delay in patients with hip fractures has been reported globally.<sup>5</sup> Elderly patients with hip fractures often require adequate preoperative evaluation, and surgery is often delayed.

Japan has one of the most rapidly aging populations worldwide,<sup>6</sup> and our institution is located in a region of Japan with a high aging population. In Japan, surgeries are performed not only in large general hospitals including trauma

centres but also in smaller hospitals. Our institution is a 200-bed secondary hospital that also performs surgeries and includes a 100-bed rehabilitation centre. To the best of our knowledge, most reports of hip fractures have been from large general hospitals or national registries.<sup>7,8</sup> To the best of our knowledge, there are no reports of hip fractures in institutions such as ours, which offer all care from surgery to rehabilitation. In addition, the benefit of surgery within 48 h has been reported<sup>4</sup> but the risk factors for surgical delay and

<sup>1</sup>Department of Orthopaedic Surgery, Kohshinkai Ogura Hospital, Kagoshima, Japan

<sup>2</sup>Department of Orthopaedic Surgery, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kagoshima University, Kagoshima, Japan

\*These two authors contributed equally to the article.

#### Corresponding author:

Yusuke Fujimoto, Department of Orthopaedic Surgery, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kagoshima University, 8-35-1 Sakuragaoka, Kagoshima 890-8520, Japan.  
Email: fujimo@m3.kufm.kagoshima-u.ac.jp



Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage).

the long-term benefits of avoiding surgical delay have not been clearly identified.

We hypothesised that risk factors specific to our institution as a secondary hospital (e.g. lack of cardiologists, anaesthesiologists and availability of care on holidays) exist for a >48-h surgical delay in patients with hip fracture. The primary aim of this study was to identify the risk factors for a >48-h wait time for hip fracture surgery in our institution. The secondary aim was to evaluate the impact of surgical delay on the following outcomes: in-hospital mortality, 1-year mortality, length of acute care and total hospital stay, and walking status at discharge.

## Materials and methods

### Participants

We retrospectively reviewed the records of 968 patients aged >50 years who were treated for hip fractures at our institution from 2016 to 2020. In Japan, the incidence of hip fracture has been reported to increase from the age of >40 years.<sup>9</sup> However, we included patients aged >50 years in our study because the mechanism of injury in patients in their 40s was high-energy trauma, not falls. The exclusion criteria were transferred to a different hospital ( $n=29$ ) and conservative treatment with no request for surgery or transfer ( $n=44$ ). After applying the exclusion criteria, the final number of included patients was 895.

### Data extraction and variables

We assessed several clinical characteristics that previous research has suggested affect the outcomes of interest.<sup>10–12</sup> Data on these characteristics were collected from the patient's medical records. These clinical characteristics were sex, age, admission day and time, general health status according to the American Society of Anaesthesiologists (ASA) classification, time to preoperative echocardiography, time to surgery, fracture site (femoral neck/trochanter), surgery type (arthroplasty/osteosynthesis) and walking status before injury. We assessed the walking status before injury by interviewing the patients and their families. The anticoagulation status has been reported to be a risk factor for surgical delay.<sup>13,14</sup> In this study, however, we did not include the anticoagulation status as a variable. In accordance with previous studies, we make surgical decisions regardless of the anticoagulant status.

The admission was defined as weekend admission if it took place between 00:00 on Saturday and 23:59 on Sunday. We defined out-of-hours admission as admission outside the hours of 09:00–17:00. The time of surgery was calculated from the time of admission to the time of surgery. The most widely accepted guideline for the timing of surgery is within 48 h of injury. However, the time of injury was uncertain in this study because it was based on interviews with the

patients and their family members. We defined surgical delay as surgery performed >48 h after admission. We evaluated preoperative echocardiography in all patients in our institution. All 895 patients involved in the study underwent preoperative echocardiography. The time to preoperative echocardiography was calculated from the time of hospital arrival to the end of the examination. Delayed examination was defined as >24 h. Preoperative echocardiography results were assessed by a cardiologist. The functional outcome was assessed in terms of the walking status, which was assessed before the fracture and at discharge using the following categories (from best to worst): able to walk without help, able to walk with a walking cane, able to walk with a walking frame and unable to walk.

### Primary and secondary outcomes

The primary outcome in this study was a >48-h surgical wait time for hip fracture surgery at our institution. The secondary outcomes were in-hospital mortality, 1-year mortality, length of hospital stay and walking status at discharge from the rehabilitation centre.

### Statistical analysis

Data are presented as the mean and standard deviation for normally distributed values and as the median and interquartile range for non-normally distributed values. Continuous data were analysed using Student's *t*-test or the Wilcoxon rank sum test according to their distribution, while categorical data were analysed with the chi-squared test or Fisher's exact test. A multivariate analysis was performed to adjust for potential confounders. The results are summarised as odds ratios, 95% confidence intervals, partial regression coefficients, and *p* values. A *p*-value of <0.05 was considered statistically significant. All statistical analyses were carried out using JMP pro 16.0 (SAS Institute, Cary, NC, USA). The sample size was calculated using JMP with a power value of 0.8 and a significance level of 0.05. In our evaluation of the major outcome (length of hospital stay), we considered 5 days to be a clinically meaningful difference with a standard deviation of 25 based on previous reports,<sup>5,15</sup> resulting in a minimum sample size of 790 patients.

## Results

A total of 324 (36.2%) patients underwent surgery within 48 h of admission (Table 1). The proportion of patients who underwent surgery within 48 h was 16.4% in 2016, 24.0% in 2017, 34.9% in 2018, 40.9% in 2019 and 62.9% in 2020; that is, the number of patients whose surgery was delayed decreased each year. Of the independent variables examined, weekend admission, preoperative echocardiographic delay, fracture type and surgery type showed a significant difference between patients who underwent surgery within 48 h

**Table 1.** Comparison of clinical characteristics between patients who underwent surgery within 48 h and patients with surgical delay.

Variables	Surgery within 48 h	Surgical delay	<i>p</i> -Value
Patients ( $n=895$ )	324 (36.2)	571 (63.8)	
Time to surgery, hours	26.8 (21.5–42.4)	93.9 (69.5–133.5)	
Female sex	263 (81.2)	456 (79.9)	0.64
Age, years	87 (82–91)	86 (80–90)	0.16
Weekend admission	50 (15.4)	192 (33.6)	<0.001
Out-of-hours admission	106 (32.7)	169 (29.6)	0.33
ASA score of III or IV	7 (2.2)	21 (3.7)	0.21
Preoperative echocardiographic delay*	34 (10.5)	274 (48.0)	<0.001
Time to preoperative echocardiography, hours**	4.4 (0.0–19.4)	23.5 (0.73–47.0)	<0.001
Fracture site			
Femoral neck	108 (33.3)	245 (42.9)	0.005
Trochanter	216 (66.7)	326 (57.1)	
Surgery			
Arthroplasty	78 (24.1)	208 (36.4)	0.001
Osteosynthesis	246 (75.9)	363 (63.6)	
Walking status before injury			
Able to walk without help	152 (46.9)	291 (50.9)	0.52
Walking cane	75 (23.2)	130 (22.8)	
Walking frame	63 (19.4)	104 (18.2)	
Unable to walk	34 (10.5)	46 (8.1)	

ASA: American Society of Anaesthesiologists.

Data are presented as *n* (%) or median (interquartile range).

\*Preoperative echocardiography was performed in all patients.

\*\*Delayed examination was defined as >24 h.

and patients with surgical delay (Table 1). The binomial logistic regression analysis showed that preoperative echocardiographic delay and arthroplasty surgery were risk factors for a >48-h wait time for hip fracture surgery (Table 2). We excluded femoral neck fracture from the regression model because of collinearity with arthroplasty surgery.

Among the patients who underwent surgery, three (0.3%) died during hospitalisation, and the difference in mortality according to surgical delay was not statistically significant. In addition, 1-year mortality and deterioration of the walking status at discharge were not significantly different between patients with and without a >48-h wait time for hip fracture surgery. The length of acute care ward stay and total hospital stay were significantly different between the two groups (Table 3).

In the multiple regression analyses adjusted for sex, age, surgery type, weekend admission and walking status at discharge, surgical delay remained a significant risk factor for a longer hospital stay (Table 4).

## Discussion

Several reports have shown that the risk of surgical delay for hip fracture is increased by various factors, including weekend admission,<sup>16,17</sup> fracture type,<sup>5</sup> surgical type, a high ASA score,<sup>11,15</sup> securing an operating room<sup>5</sup> and anticoagulant use.<sup>11</sup> Among the independent variables examined in

**Table 2.** Binomial logistic regression analysis of risk factors for surgical delay.

Variables	OR (95% CI)	<i>p</i> -Value
Female sex	0.88 (0.60–1.29)	0.51
Age	1.00 (0.98–1.02)	0.99
Preoperative echocardiographic delay	9.38 (5.95–15.28)	<0.001
Arthroplasty surgery	2.13 (1.53–2.98)	<0.001
Weekend admission	1.16 (0.74–1.82)	0.53

OR: odds ratio; CI: confidence interval.  
Coefficient of determination ( $R^2$ ) = 0.24.

the present study, weekend admission was a risk factor for surgical delay. Weekend admission was associated with difficulty securing anaesthesiologists and operating room staff because surgeries were performed on holidays. The multivariate analysis showed that the risk factors for surgical delay of >48 h were arthroplasty surgery and preoperative echocardiographic delay. Arthroplasty surgery was associated with surgical delay because preparing implants and securing surgeons and assistants were more difficult than for osteosynthesis. Our findings suggest that preoperative echocardiography may have an influence on surgical delay in patients with hip fractures.

The effect of preoperative echocardiography on the outcome of patients who undergo surgical treatment of hip

**Table 3.** Comparison of outcomes between patients who underwent surgery within 48h and patients with surgical delay.

Variables	Surgery within 48h (n=324)	Surgical delay (n=571)	p-Value
In-hospital mortality	1 (0.31)	2 (0.35)	0.99
1-year mortality	34 (11.3)	55 (10.7)	0.79
Length of acute care ward stay, days	12 (10.0–15.8)	14 (12.0–19.0)	<0.001
Length of total hospital stay, days	50 (37.0–63.0)	56 (46.8–69.0)	<0.001
Walking status at discharge			
Improved/no change	182 (56.2)	309 (54.1)	0.55
Deteriorated	142 (43.8)	262 (45.9)	

Data are presented as n (%) or median (interquartile range).

**Table 4.** Multiple regression analysis of risk factors for increased length of total hospital stay.

Variables	$\beta$ (95% CI)	p-Value
Female sex	0.20 (-3.76 to 4.16)	0.92
Age	0.17 (-0.02 to 0.36)	0.07
Surgical delay	6.99 (3.67 to 10.31)	<0.001
Arthroplasty surgery	-1.01 (-2.36 to 4.39)	0.56
Weekend admission	-0.34 (-3.90 to 3.22)	0.85
Deteriorated walking status at discharge	2.50 (-0.64 to 5.64)	0.12

$\beta$ : partial regression coefficient; CI: confidence interval. Coefficient of determination ( $R^2$ )=0.11

fracture remains controversial.<sup>18–21</sup> Most patients with hip fractures are older and have multiple comorbidities, especially cardiac disease. Therefore, preoperative echocardiography is required to identify cardiovascular risks that may increase postoperative mortality.<sup>22</sup> Canty et al.<sup>23</sup> reported that among patients who underwent echocardiography, mortality was lower both during the first 30 days postoperatively and within 12 months postoperatively. Chang et al.<sup>20</sup> reported that preoperative echocardiography was associated with postoperative mortality and also resulted in surgical delay. Preoperative identification of cardiac abnormalities may improve perioperative management and reduce postoperative complications and mortality.<sup>21</sup> In this study, the in-hospital mortality rate was significantly lower than that in other studies. The reason for this might be that patients with severe cardiac morbidity detected by preoperative echocardiography were transferred to hospitals with more advanced medical treatment.

By contrast, Yonekura et al.<sup>18</sup> reported that preoperative echocardiography was not associated with mortality or postoperative complications in a propensity score-matched cohort including more than 50,000 patients from a nationwide inpatient database in Japan. According to the American College of Cardiology/American Heart Association practice guidelines,<sup>19</sup> unnecessary echocardiographic examinations should be reduced, and we should also avoid routine examinations. In any case, preoperative echocardiography should be considered an urgent test to prevent surgical delay. However, secondary hospitals such as ours do not have a full

complement of cardiologists, which leads to delays in echocardiography and ultimately surgery. This suggests that the optimisation of medical care might be difficult to achieve.

Surgical delay of hip fracture reportedly increases the risk of preoperative and postoperative complications,<sup>24</sup> mortality,<sup>25,26</sup> a poor functional status<sup>25,27</sup> and a longer hospital stay.<sup>24,28</sup> In the present study, surgical delay of >48h was associated with a longer total hospital stay, including both in the acute care ward and the rehabilitation unit. Longer hospital stays lead to rising costs<sup>29</sup>; thus, surgical delay may be detrimental from a financial standpoint as well. In addition, prolonged hospitalisation is associated with an increased risk of debility in elderly patients.<sup>30</sup> It is necessary to prevent surgical delay for patients with hip fractures to the greatest extent possible.

Our study has several limitations. First, it was a retrospective analysis rather than a randomised controlled trial. Many factors that influence the risk of surgical delay in hip fracture have been reported.<sup>5,11,15–17</sup> In our study, there were no significant differences in sex, age, out-of-hours admission, preoperative ASA score or walking status before the injury. However, factors that could not be assessed, including anti-coagulant status, may have distorted our results because of the lack of randomisation. Second, we lacked data on postoperative complications. The patients had multiple and varied postoperative complications, making it difficult to accurately assess these complications. Therefore, we were unable to ascertain whether surgical delay affected complications or extended the hospital stay. Third, the data were

drawn from a single institution, namely a secondary hospital that provides total rehabilitation. Generalisation of the conclusions may be limited. Fourth, the sample size was slightly larger than initially calculated, which might have influenced the observed differences. However, we believe the results remain significant and meaningful, suggesting the involvement of factors beyond just the sample size.

One of the strengths of our study is that although previous studies have evaluated hip fracture and surgical delay, most were from trauma centres and acute care hospitals; few have been reported from secondary hospitals such as ours, which provides total rehabilitation. The length of the total hospital stay, including rehabilitation, may be accurate. Surgical delay depends on both patient and hospital factors,<sup>31</sup> and our findings are useful for other populations and settings where surgery is performed in a secondary hospital. Another strength of our study, although controversial, is that all patients underwent preoperative echocardiography. To the best of our knowledge, there are no previous reports describing the performance of echocardiography in all patients undergoing hip fracture surgery along with the survival rate and length of hospital stay. In addition, although there have been studies of surgical delay in which the presence or absence of preoperative echocardiography was assessed as a risk factor, few studies have assessed the timing of echocardiography (e.g. a delay of >24h, as in the present study) as a risk factor for surgical delay. Addressing these issues will benefit both patients and physicians involved in the increasing number of hip fractures in recent years. Our findings apply to secondary hospitals that provide total rehabilitation because hip fracture affects all older populations worldwide.

## Conclusion

Our findings indicated that preoperative echocardiographic delay was one of the risk factors for surgical delay of hip fracture in elderly patients. Surgical delay was a risk factor for a longer hospital stay, including rehabilitation.

## Acknowledgements

We thank Angela Morben, DVM, ELS, from Edanz (<https://jp.edanz.com/ac>), for editing a draft of this manuscript. We also thank Takasuke Miyazaki for performing the data analysis.

## Authors' contributions

MK and YF designed the study and wrote the manuscript. MK, YA and YT collected the clinical data. MK and YF analysed the clinical data. TO and NT critically revised the manuscript for important intellectual content. All authors have read and approved the final manuscript.

## Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

## Ethics approval and consent to participate

The study protocol was approved by the Clinical Ethics Committee of Kohshinkai Ogura Hospital (no. 2022-B14) and was performed in accordance with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards. All patients provided written informed consent for the publication of their medical data.

## Informed consent

Written informed consent was obtained from all patients before the study. We did not obtain written informed consent from the legally authorised representatives of the deceased patients prior to study initiation because this requirement was waived by the Institutional Review Board/Ethics Committee.

## Trial registration

Not applicable.

## ORCID iD

Yusuke Fujimoto  <https://orcid.org/0000-0002-5940-5542>

## References

- Florschütz AV, Langford JR, Haidukewych GJ, et al. Femoral neck fractures: current management. *J Orthop Trauma* 2015; 29: 121–129.
- Gullberg B, Johnell O and Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. *Osteoporos Int* 1997; 7: 407–413.
- Pincus D, Ravi B, Wasserstein D, et al. Association between wait time and 30-day mortality in adults undergoing hip fracture surgery. *JAMA* 2017; 318: 1994–2003.
- Switzer JA and O'Connor MI. AAOS management of hip fractures in older adults evidence-based clinical practice guideline. *J Am Acad Orthop Surg* 2022; 30: e1297–e1301.
- Hagino H, Endo N, Harada A, et al. Survey of hip fractures in Japan: recent trends in prevalence and treatment. *J Orthop Sci* 2017; 22: 909–914.
- Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; 378: 1094–1105.
- Springer BD, Odum SM, De A, et al. The influence of femoral fixation on mortality and revision after hip arthroplasty in femoral neck fractures in patients older than 65 years. A matched cohort analysis from the American joint replacement registry. *J Am Acad Orthop Surg* 2022; 30: e1591–e1598.
- Longo UG, Viganò M, de Girolamo L, et al. Epidemiology and management of proximal femoral fractures in Italy between 2001 and 2016 in older adults: analysis of the national discharge registry. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 16985.
- Orimo H, Yaegashi Y, Hosoi T, et al. Hip fracture incidence in Japan: estimates of new patients in 2012 and 25-year trends. *Osteoporos Int* 2016; 27: 1777–1784.
- Mencia MM, Skeete R, Pablo Hernandez Cruz P, et al. Preoperative echocardiography for patients with hip fractures

- undergoing surgery in a low-resource setting: asset or obstacle? *J Perioper Pract* 2022; 33(9): 276–281.
11. Denis A, Montreuil J, Reindl R, et al. Time-to-incision for hip fractures in a Canadian level-1 trauma centre: are we respecting the guidelines? *Can Geriatr J* 2022; 25: 57–65.
  12. Rezaie W, Roukema G and Van de Meulebroucke B. Weekend admission of intracapsular femoral neck fractures not associated with a greater rate of mortality or morbidity. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2018; 9: 2151459318781222.
  13. Soo CGKM, Della Torre PK, Yolland TJ, et al. Clopidogrel and hip fractures, is it safe? A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2016; 17: 136.
  14. Ginsel BL, Taher A, Whitehouse SL, et al. Effects of anticoagulants on outcome of femoral neck fracture surgery. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2015; 23: 29–32.
  15. Declarador N, Ramason R, Tay L, et al. Beyond comanaged inpatient care to community integration: factors leading to surgical delay in hip fractures and their associated outcomes. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2018; 26: 2309499018783909.
  16. Foss NB and Kehlet H. Short-term mortality in hip fracture patients admitted during weekends and holidays. *Br J Anaesth* 2006; 96: 450–454.
  17. Taylor M, Hopman W and Yach J. Length of stay, wait time to surgery and 30-day mortality for patients with hip fractures after the opening of a dedicated orthopedic weekend trauma room. *Can J Surg* 2016; 59: 337–341.
  18. Yonekura H, Ide K, Onishi Y, et al. Preoperative echocardiography for patients with hip fractures undergoing surgery: a retrospective cohort study using a nationwide database. *Anesth Analg* 2019; 128: 213–220.
  19. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64: e77–137.
  20. Chang JS, Ravi B, Jenkinson RJ, et al. Impact of preoperative echocardiography on surgical delays and outcomes among adults with hip fracture. *Bone Joint J* 2021; 103-B: 271–278.
  21. Heyburn G and McBrien ME. Pre-operative echocardiography for hip fractures: time to make it a standard of care. *Anaesthesia* 2012; 67: 1189–1193.
  22. Bhandari M and Swiontkowski M. Management of acute hip fracture. *N Engl J Med* 2017; 377: 2053–2062.
  23. Canty DJ, Royse CF, Kilpatrick D, et al. The impact on cardiac diagnosis and mortality of focused transthoracic echocardiography in hip fracture surgery patients with increased risk of cardiac disease: a retrospective cohort study. *Anaesthesia* 2012; 67: 1202–1209.
  24. Fu MC, Boddapati V, Gausden EB, et al. Surgery for a fracture of the hip within 24 hours of admission is independently associated with reduced short-term post-operative complications. *Bone Joint J* 2017; 99-B: 1216–1222.
  25. Yonezawa T, Yamazaki K, Atsumi T, et al. Influence of the timing of surgery on mortality and activity of hip fracture in elderly patients. *J Orthop Sci* 2009; 14: 566–573.
  26. Bretherton CP and Parker MJ. Early surgery for patients with a fracture of the hip decreases 30-day mortality. *Bone Joint J* 2015; 97-B: 104–108.
  27. Ogawa T, Aoki T and Shirasawa S. Effect of hip fracture surgery within 24 hours on short-term mobility. *J Orthop Sci* 2019; 24: 469–473.
  28. Lefavre KA, Macadam SA, Davidson DJ, et al. Length of stay, mortality, morbidity and delay to surgery in hip fractures. *J Bone Joint Surg Br* 2009; 91-B: 922–927.
  29. Veronese N and Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury* 2018; 49: 1458–1460.
  30. Yan B, Sun W, Wang W, et al. Prognostic significance of frailty in older patients with hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *Int Orthop* 2022; 46: 2939–2952.
  31. Kjaervik C, Gjertsen J-E, Engeseter LB, et al. Waiting time for hip fracture surgery: hospital variation, causes, and effects on postoperative mortality. *Bone Jt Open* 2021; 2: 710–720.

## 第1肋骨後方回旋誘導による 肩関節自動屈曲可動域に対する即時効果の検討

壺崎 裕太<sup>1)</sup> 新保 千尋<sup>1)</sup> 瀧田 将平<sup>1)</sup> 永瀧 良太<sup>1)</sup>  
小倉 雅<sup>2)</sup> 藤井 康成<sup>3)</sup>

【目的】肩関節は複合関節であり、胸郭の重要性が注目されている。岡棟らは、下位胸郭に運動制限を加えると、肩関節屈曲角度（Shoulder flexion angle 以下、SFA）は減少すると報告している。第1肋骨は胸鎖関節や多くの頸部を中心とした筋肉が付着しており、特に上部胸郭の運動に大きく関与している可能性が高いと予想される。今回、徒手的に第1肋骨の回旋を誘導し、SFAへの即時効果を検討した。【対象と方法】健康男性10名で平均年齢25±2.9歳。方法は、第1肋骨を徒手的に後方回旋誘導し、誘導前後でSFAを計測した。統計処理は、誘導前後のSFAの比較を対応のあるt検定にて実施した。【結果：誘導前/誘導後】SFAは154±9°/159±7.5°で誘導後に有意に高値を示した（p<0.05）。【結論】第1肋骨の後方回旋の誘導により、肩関節屈曲可動域の拡大が得られた。

Key words：第1肋骨後方回旋誘導、肩関節屈曲可動域、胸郭機能

### はじめに

肩関節は肩甲骨、上腕骨、鎖骨、胸郭より構成される複合体であり、それらが連動することで円滑な関節運動を可能とする。その中でも肩甲胸郭関節を構成する胸郭は胸椎・胸骨・肋骨からなり、呼吸運動を伴う呼吸器に分類される。柿崎ら<sup>1)</sup>は、胸郭を運動器の一つとして捉え、体幹・四肢の動きを円滑にする為の重要な機能を果たすとしており、また、胸郭には136個の関節が存在し、個々の関節がわずかな可動域制限を生じることで身体に影響を与えると述べている。第1肋骨は、鎖骨下筋や肋間筋、前・中斜角筋、前鋸筋など呼吸補助筋が付着しており<sup>2)</sup>、五嶋ら<sup>3)</sup>はこの様な解剖学的特徴が、第1肋骨疲労骨折や胸部出口症候群などの疾患に関与すると述べている。肩関節と胸郭の関連性として、肩甲骨下角直下と第12胸椎棘突起レベルに胸郭運動制限を加えると肩関節屈曲角度は有意に減少する<sup>4)</sup>と報告されている。胸郭に対する運動の制限や誘導は、肩関節の可動域に少なからず影響を及ぼすことが予想される。藤井ら<sup>5)</sup>は、上部胸郭と胸鎖関節、肩鎖関節の上部胸郭複合体に機能不全が生じると、鎖骨のレバーアーム機能が障害され、肩関節の可動性や求心位維持機能が低下すると述べており、胸

郭運動が肩甲骨を介して肩関節に多大な影響を及ぼす可能性が示唆される。本研究では、我々の考案した徒手的第1肋骨後方回旋誘導を行うことにより、介入前後で肩関節屈曲角度（Shoulder flexion angle: SFA）への即時効果を検討することを目的とした。

### 対象および方法

#### 1. 対象

対象者は、本研究に対して同意の得られた肩関節や脊椎に既往のない健康者10名とした。全例右利きで、計測は利き手側にて評価した。年齢、身長、体重の平均は、年齢25.0±2.9歳、身長169.0±4.0cm、体重68.6±13.5kgであった。本研究は恒心会おぐら病院倫理委員会の承認のもとに行った（承認番号：2022-A7）。

#### 2. 方法

##### ① SFA

測定肢位は、股関節屈曲90°・膝関節屈曲90°、足底が接地する椅子座位とした。SFAの測定は、日本整形外科学会・日本リハビリテーション医学会の測定基準に基づき、肩峰を通る床への垂直線と上腕骨軸との屈曲角度を、東大式ゴニオメーターを用いて測定した（図1）。測定は同一検者がすべて実施した。

1) 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 リハビリテーション部

2) 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 整形外科

3) 鹿屋体育大学 保健管理センター



図1 SFAの測定方法



図3 第1肋骨の後方回旋誘導方法  
第1肋骨の前後方を同時に触診し、肩関節自動屈曲を伴いながら前方部は上後方へ、後方部は下後方へ移動させ、第1肋骨に後方回旋が生じるように誘導する。矢印は前方部の後上方への誘導方向を示す。

- a ①鎖骨後方から第1肋骨関節の前方部を触診する(赤矢印)。
- ②鎖骨と第2肋骨間から第1肋骨の前方部を触診する(白矢印)、触診法の詳細をb, cに示す。
- b 第1肋骨を前方から触診するために、肩を水平内転、内旋する。
- c 上肢を前方へ引き出し、鎖骨をprotractさせて、鎖骨と第2肋骨間を広げることで触診しやすくする。

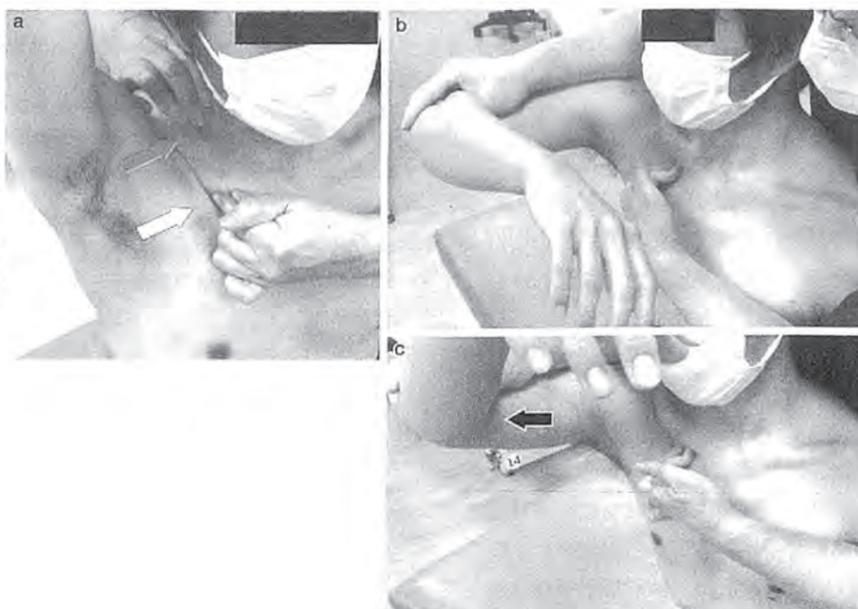


図2 第1肋骨の触診法 参考文献5)より引用

②第1肋骨の後方回旋誘導方法

第1肋骨の触診は、藤井らの触診方法にて、椅子座位で肩関節を90°屈曲し、内旋、水平内転に保持し、肩甲骨を外転、内旋させることで鎖骨を前方へ引き出し、protractさせて行った<sup>9)</sup>。本法により鎖骨と第2肋骨間の間隙を広げることで、第1肋骨の前面の触診が可能となる。さらに後方から第1肋骨関節部の後方肋骨の前面を触診するとともに、肩関節自動屈曲運動

を行いながら第1肋骨の前方部を上方へ、後方部を下方へ他動にて移動させることで、10-20回程度第1肋骨を後方回旋方向へ誘導した(図2, 図3)。

③統計学的処理

第1肋骨後方回旋誘導前後のSFAを、対応のあるt検定を用いて統計学的に比較検討した。統計解析はIBM SPSS Statistics22(日本IBM社)を用い、有意水準は5%とした。

結 果

SFAは誘導前154±9°, 誘導後SFAは159±7.5°となり、誘導後に有意に拡大した。(p<0.05)。

表1

	第1肋骨誘導前	第1肋骨誘導後
SFA	154±9度*	159±7.5度*

\*誘導前 vs. 誘導後: p<0.05

考 察

本研究の結果より、第1肋骨への後方回旋誘導を実施するとSFAの即時的な向上がみられた。

肩関節屈曲運動には肩甲上腕リズムなどに伴う肩甲骨と上腕骨の協調した運動が重要となる。肩甲骨の運動は、胸郭と肩甲胸郭関節を構成することから、ベースとなる胸郭の運動性から大きな影響を受けることが、近年報告されている<sup>10)</sup>。肩関節屈曲運動に伴う肩甲胸郭の運動として、肩関節挙上角度が増大するに従い、胸椎と胸郭の伸展と連動した肩甲骨後傾運動が生じる<sup>11)</sup>。また片側の肩関節屈曲運動では胸郭の回旋運動が生じ、同側肋骨の後方回旋と伸展により上部胸郭の回旋が生じる<sup>12)</sup>とされている。今回、実施した徒手第1肋骨後方回旋誘導は、第1肋骨の他動的後方回旋運動により、挙上側上部胸郭の回旋運動を生じやすくなり、結果として肩甲骨後傾が改善したことがSFAの増大に繋がったと考える。本研究の結果から、肋骨、特に第1肋骨を中心とした上部肋骨への運動療法は、肩関節の可動域を改善させるアプローチとして重要なポイントとなる可能性が示唆された。

肩甲骨位置は、胸郭形状や柔軟性と高い関連性があるとされ、藤井は<sup>10)</sup>、胸郭の柔軟性の向上は、肩甲骨の可動性を上げ、肩関節自体の負担を減らすために重要な働きを担うとし、scapular dyskinesisの一因として胸郭の柔軟性の低下による機能障害と挙げている。本研究の結果からも、胸郭の柔軟性の向上に、第1肋骨の運動性が大きく関与していると考えられる。

本研究の限界としては、1) 症例数が少ない、2) 徒

手的第1肋骨後方回旋誘導時の第1肋骨前方部の触診における技術的な難易度の問題が挙げられ、検者内、検者間での手技の再現性の検討が必要である、3) 誘導前後で生じる鎖骨、肩甲帯、肋骨の可動性変化の定量的評価の開発などが必要である、4) 今回検証していない、徒手第1肋骨後方回旋誘導時の肩関節外転動作や回旋動作の変化が今後の課題として挙げられる。以上を踏まえ、本アプローチの有用性を検証して行きたい。

結 論

第1肋骨を介して胸郭機能を高めることで、肩関節可動域の拡大が認められる可能性が示唆された。

本研究において、開示すべきCOIはありません。

参 考 文 献

- 1) 柿崎藤泰: 体幹機能障害における胸郭のかかわり, 理学療法学, 第43巻 Suppl.No1 61~65 2016
- 2) 坂井建雄, 松村譲児: プロメテウス, 解剖学アトラス, 解剖学総論/運動器系第3版, 160-161300-301, 医学書院, 2016
- 3) 五嶋謙一, 澤口毅, 小林尚史ほか: 第1肋骨疲労骨折の臨床的特徴, 日本臨床スポーツ医学会誌: Vol.24 No.1, 2016
- 4) 岡棟亮二, 宮下浩二, 小山太郎ほか: 胸郭運動制限下における上肢前方挙上運動時の三次元動作分析, 理学療法科学, 35(2): 217-222, 2020
- 5) 藤井康成, 廣津匡隆, 海江田光祥ほか: 胸郭機能不全と上肢の関係, 臨床スポーツ医学: Vol.39, No.10, 2022
- 6) 吉田一也, 江尻廣樹, 磯谷隆介ほか: 自然立位の脊柱アライメントと肩甲骨位置および肩甲上腕関節外転可動域の関係, 理学療法学29(2): 277-282, 2014
- 7) 上田泰之, 浦辺幸夫, 大林弘宗ほか: 若年者と高齢者における上肢挙上時の体幹アライメントの違い, 体力科学57, 485-490, 2008
- 8) 塚本芳久: 上肢前方挙上時における脊柱の動きに関する動態学的研究, リハビリテーション医学: Vol.27, No.6, 1990
- 9) Lee DG: Biomechanics of the Thorax — research evidence and clinical expertise J Man Manip Ther. 2015(3): 128-138
- 10) 藤井康成, 海江田光祥, 永濱良太: 野球肩 機能的診断, 関節外科 40: 996-1004, 2021

## 学会発表一覧

### 【看護介護部】

演題名	発表者	大会・学会・雑誌名	年月日
大腿骨近位部骨折術後の深部静脈血栓症予防の取り組み～予防チャートを活用した足関節底背屈運動の効果～	上籠未夢生	第23回 日本運動器看護学会学術集会	2023年 6月11日
看護師の擦式手指消毒法に対する意識向上	小島さやか	第25回 日本医療マネジメント学会学術総会	2023年 6月24日
手術室と病棟看護師の交換見学実施プログラムの精錬にむけて	森 早彩	第37回 日本手術看護学会年次大会	2023年 10月27日
がん難治症状への「電子会議室」遠隔コンサルテーション活動（第2報）対象症状の経年変化でみた県がん診療指定病院へのn-The-Job Training効果	二見 麗香 宇住庵美和子	日本緩和医療学会 第5回九州支部学術大会	2023年 11月3日
排便習慣に合わせた全大腸内視鏡検査前処置の検討	坂本 好美	第84回 九州消化器内視鏡技師学会	2023年 11月25日

### 【リハビリテーション部】

演題名	発表者	大会・学会・雑誌名	年月日
頸部角度の変化が肩関節可動域に及ぼす影響について	新地 大樹	第30回 鹿児島スポーツ医学研究会	2024年 3月9日
当院回復期リハビリテーション病棟における認知機能低下障害を有する患者に対する作業療法アプローチと効果について	中藪 奈々	第43回 回復期リハビリテーション研究大会 in 熊本	2024年 3月8日
大腿骨近位部骨折術後の歩行能力と在院日数に関わる要因	新保 千尋	第34回 日本老年医学会九州地方会	2024年 3月2日
頸部角度の変化が肩関節可動域に及ぼす影響について	新地 大樹	第35回 九州・山口スポーツ医・科学研究会	2023年 12月9日
重度上肢麻痺に対して、促通反復療法と上肢リハビリテーション装置CocoroeAR2で機能改善を図り、Transfer Packageを実施し実用手まで改善が得られた一例	鳥越 彩	第7回 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	2023年 11月3日
脳損傷者に対する自動車運転再開のアンケート調査	黒木 一気	第7回 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	2023年 11月3日
頸椎症性脊髄症術後患者に対して、促通反復療法を実施し、上肢機能と物品操作、日常生活動作が改善した一例	甲斐 惇平	第7回 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	2023年 11月3日

演題名	発表者	大会・学会・雑誌名	年月日
地域住民によるサロン活動運営に対する意識調査と継続支援について	永瀆 智美	リハビリテーション・ケア合同研究会大会 広島2023	2023年 10月26日
変形性股関節症患者のサルコペニアリスクがQOL・痛み・身体機能面に与える影響	新保 千尋	第2回 日本老年療法学会学術集	2023年 9月2日
重度上肢麻痺患者に対し 機能の改善に合わせた段階的な介入を行った結果 生活での麻痺手の使用が可能になった例	鳥越 彩	九州作業療法学会 2023 in 鹿児島	2023年 7月8日

## 編集後記

2024年は年頭から能登半島地震と津波、羽田航空機衝突など大変な出来事から始まりました。お亡くなりになられた方の御冥福をお祈りするとともに、被災された方々に心からお見舞い申し上げます。

一方、新型コロナウイルス感染症は、感染症法上「2類」から「5類」に移行はしましたが、感染対策が必要なことに変わりなく、「Withコロナ」として用心しつつの社会活動へ変化してきているようです。

時代の変化といえば、恒心会ジャーナルも創刊号から数えて10号となりました。2つの病院が合築されて10年の節目に当たります。この10年は「ハードからソフトへ」を合言葉に取り組んできました。診療科においても脳神経外科が開設され、救急専門医も加わり救急部門も大きく変化をしてきています。

社会は、大きくそして予想を超える変化が時として襲います。恒心会ではこれからの10年を「変化に最もよく適応」する適応力を高め、常に「前へ!」を合言葉に取り組んでいくことになると思います。これからさらに変化する恒心会の姿を恒心会ジャーナルからお届けできればと思います。

2024年9月

編集委員

福 田 秀 文

中 川 秀 生

上別府 昌 子

梅 本 昭 英

伊 東 公 秀

片 村 良 明

福 田 隆 一

門 倉 雅 裕

順不同