



職員表彰式（コロナ対策病棟に志願して勤務した看護師が表彰されました）



独立行政法人 国立病院機構

# 村山医療センターニュース

## 理念

患者さんの視点に立ち、良質で高度な医療を提供します。

## 基本方針

- 患者さんの権利と意思を尊重します。
- 安全で優しいチーム医療を提供します。
- 倫理を重んじ高度で先進的な医療を提供します。
- 地域医療連携の促進を図ります。
- 骨・運動器疾患の臨床研究を推進します。
- 職員は研鑽に励み、健全な経営に努めます。

## 新任医師紹介



### 内科医長 池田 啓子

本年 4 月に内科に赴任いたしました池田啓子と申します。私は、自治医科大学を卒業後、東京都墨東病院で研修しました。自治医大は入学金や学費が一切かからないかわりに、出身県のへき地等の勤務が義務付けられている医学部です。私は東京都出身で、衣食住に困っている方を対象とした無料診療所「城北福祉センター（通称、山谷診療所）」で義務年限を過ごしました。その後自治医大、兵庫医科大学、国際医療福祉大学医学部で教鞭をとってきました（教え子医師数は約 2500 人、全国にいます）。今年、自分が医師を目指した原点—地域医療への貢献—に戻ることを決意し、伝統ある村山医療センターで働く機会をいただきました。日々、患者さん、同僚の先生、職員の方々に、実に多くのことを学ばせていただいております。着任直後に新型コロナウイルス感染症が世界的に広がり、診療のあり方が大きく変化しました。一方で、次世代シーケンサーによる希少疾患の原因遺伝子同定の加速、AI 参入による医療の変化の予兆、プロテオミクス解析を活用した創薬の興隆を肌で感じ、身がひきしまる思いです。着実に・誠実に、をモットーに、時代に即した地域医療を展開できるよう、精進いたします。どうぞよろしく願いいたします。

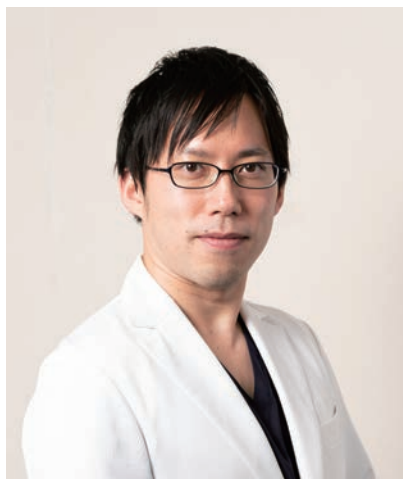


### 整形外科医師 丹下 仁志

2020 年 4 月 1 日より当院に赴任いたしました丹下仁志と申します。慶応義塾大学附属病院整形外科並びに、幾つかの関連病院整形外科にて勤務させていただいております。

関節痛や腰痛といった慢性疾患から、外傷のような急性疾患まで広く一般整形外科領域に従事させて頂いております。

少しでも地域の皆様のお力になれるように日々努力してまいります。どうぞよろしく願いいたします。



### リハビリテーション科医師 鈴木 俊幸

4 月からリハビリテーション科に赴任いたしました、鈴木俊幸と申します。

これまでは慶應義塾大学病院で脳卒中を中心とする急性期のリハビリテーション医療に従事して参りました。

患者様一人一人が、その人らしい豊かな生活を再び送るためのリハビリテーションを提供できるよう、全力を尽くして参ります。どうぞよろしく願いいたします。

## 新任医師紹介

### 歯科口腔外科医師 吉武 桃子

2020年4月より歯科口腔外科に赴任いたしました吉武桃子と申します。

私は東北大学を卒業後、慶應義塾大学病院歯科口腔外科学教室に入局し、関連病院にて研修を行ってまいりました。慶應義塾大学医学部大学院にて口腔がんの基礎研究にも従事しておりました。4月より歯科口腔外科外来を改装し、歯科衛生士の日高佐織さんと共に外来を開始しております。不慣れで皆様にご迷惑をかけることも多々あるかと思いますが、皆様のお口の健康に貢献できますよう精一杯努力してまいります。何かお口の中でお困りのことがございましたら、お気軽にご相談ください。どうぞよろしくお願い申し上げます。

## 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の役割とは

### 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 平賀 歩

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師とは、脳卒中患者の症状が重篤化しないように、生活をするうえで必要な身体の機能回復のリハビリを行ったり、病気とうまく付き合うためのアドバイスを行ったりと、患者を支援するのが役割です。



私は、現在回復期リハビリテーション病棟を中心に活動をしています。急性期から脱した患者さんの合併症の予防やリハビリテーションを実施しながら、日常生活の動作（食事・更衣・トイレ・入浴・移動など）を獲得できるようチームで支援しています。

脳卒中は、日本人の死亡原因の第3位であり、寝たきりの原因の1位でもあります。（※平成29年（2017）患者調査 厚生労働省ホームページより）

患者の病態を予測してその患者に適したケアを提供するために、様々な病態に合わせた病状知識とケア方法を知ることが重要であり、重篤化を予防し、寝たきりになるのを防ぐことが大切であると実感しています。

また、患者さんおよびご家族の方に、病状が理解できるような説明や障害から見えにくい今後の症状などをイメージできるよう、さらには今後必要となる社会資源などの説明をしています。退院後の生活の状況確認やご家族の介護不安など色々な場面で幅広い対応をしていきますのでお困りのことがありましたらご相談ください。





# 脊髄損傷医療を取り巻く臨床現場の現状と課題

独立行政法人国立病院機構村山医療センター 整形外科

このみ つねひこ  
医長 許斐 恒彦

## はじめに

脊髄再生治療研究の進歩はめざましく、様々な臨床応用の実現もそう遠くない未来となってきた。しかしながら、脊髄損傷（以下脊損）に対する臨床現場、とくに慢性期においては、損傷そのものや合併症に対する治療の難しさはもとより、患者やその家族に対する包括的サポートや退院調整の難しさ、そして病院経営面において様々な課題を抱えており、脊損医療を担うということは決して一筋縄で済むことではない。本稿では、臨床現場からみえてくる脊損医療の現状と課題に関して考察したい。

## 脊髄損傷医療の現状

脊髄損傷には、受傷直後の急性期において同じような麻痺に見えても、時間が経つとある程度回復してくる脊損（不全損傷）と、一方で回復がまったく見られない脊損（完全損傷）とがある。これは脊髄がどれほどダメージを受けたかによるところが大きく、特に胸髄の損傷では完全損傷が多く、これは高エネルギー外傷が多いからではないかと推測されている<sup>1,2</sup>。また受傷後8週経っても完全損傷なままであると、その後麻痺が改善する可能性はほとんどないと言われている<sup>3</sup>。完全損傷では脊髄の白質構造（脳や末梢からの信号を伝える神経の線維やその束）がひどく損傷されており、ときには切断してしまっている。一方で、不全損傷では脊髄の白質構造がある程度保たれており、そのためリハビリテーションをおこなうことで、残っている神経回路の再構築が起き、麻痺の改善につながっていく。我々が、手術を検討したりするのは、脊椎の安定性を得る目的と、神経の圧迫による二次的な脊髄のダメージを防ぐ二つの間接的な目的でおこなっており、神経そのものを治すわけではない。そのため、たとえ受傷後早期に手術をしたとしても、完全損傷のケースでは麻痺の改善はみられない。一方で、脊髄そのものに対する新しい治療薬や細胞移植の研究は現在盛んにおこなわれているが、大部分は急性期の不全損傷に対するものである。治療に対する反応性や回復余力が異なることから、脊損が完全損傷か不全損傷であるかは、神経の治療にあたっては区別して考えなければならない。

患者や家族にとって脊損とは、完全であろうが不全であろうが、唯一無二の一人称の「脊髄損傷」である。我々にとっては軽い損傷と判断しても、当事者にとっては麻痺や障害が少し残るだけでも大きな問題と感じる。そのため、患者家族の希望通りに障害がない元の状態に導くことは、我々の究極かつ最終的な目標と言えるが、現在の医療では脊髄損傷を完全に治すことは不可能である。実際の現場では、麻痺の状態やリハビリに対する反応性、MRIなどの他覚所見を参考に、患者の家族背景や社会背景を踏まえ、患者に最良と思えるゴール地点（ここでいうゴールは入院治療のゴールであり、それは脊損患者にとって新しいスタート地点とも言える）を提案し、脊損後の生活様式を理解・受容させ、必要な技能を修得させ、あらたなスタート地点に一丸となって向かっていくことが、医療者の現実的な役割である。そのためには、家族や地域のスタッフなど様々な人を巻き込むことになり、多大な労力と医療資源と多くの時間を要することになる。

回復期リハビリテーション病棟制度の導入に伴い、比較的軽度の頸髄損傷患者や胸髄損傷など、短期間で自立が可能となりうる患者にとっては、恵まれた医療環境が整ってきたと考えられる。しかし一方で、中等度から重度の頸髄損傷患者や、合併症のために転院までに数ヶ月単位の時間が経過してしまった重症脊損患者は、急性期治療後の行き場がなくなってしまったというのが現状である。2018年度に当院から退院した全脊損患者45例中41例（91.1%）は頸髄損傷者であり、また18例（40.0%）はFrankel分類AまたはBの完全運動麻痺を有する重度脊損患者であった。過去の脊損患者の分布と比べると、年々重度麻痺かつ頸髄損傷患者の比率が増えている状況である。ちなみに当院では、退院までの期限に縛られてしまうと、脊損患者に必要なかつ十分なサポートを提供できないとの観点から、障害者施設等一般病棟の枠組みの中で、重度頸髄損傷患者を積極的に受け入れている。その結果、2018年度の脊損患者の入院日数は平均254.3日間におよび、一方で在宅への復帰率は60.0%に達している。

## 医療経済と看護を取り巻く問題点

現状の医療制度では、四肢麻痺と対麻痺、麻痺の軽い脊損と重い脊損とは、全く同一の脊髄損傷でくくられている。しかし、看護の観点や社会復帰の観点から考察すると、これらは別ものとして考える必要性がある。なぜならば、たとえば対麻痺患者は手が使えるため自分で食事を食べることができるが、四肢麻痺患者の多くは、自分で食事を取ることができないため介助が必要である。さらには、体や上肢の向きやちょっとした姿勢、枕の位置の調整、顔が痒いこと、テレビのリモコン操作、ベッドのリクライニング操作など、上肢が普通に使える対麻痺患者と異なり、重篤な麻痺が残る四肢麻痺患者では、どのささいな所為一つをとっても人の助けが必要であり、そのたびに介助者を呼び、助けを求めることになる。さらには車椅子への移乗の際の介助一つをとっても、見守り軽介助でトランスが可能な麻痺の程度が軽い頸損患者と、

完全運動麻痺の頸損患者とでは、必要なマンパワーが大きく異なってくる。

受傷1ヶ月以上経過した脊損患者に対する看護必要度あたりの診療報酬は、「全く動けないFrankel分類A」患者が「歩行可能なFrankel分類D」患者の1/6であるという報告がある<sup>4</sup>。このことは、完全麻痺の脊損全介助患者に関わる看護師の人数および時間は、軽度麻痺の患者に比べて大きく増えることをあらわしている。現在の診療報酬制度では、脊髄損傷の看護重症度に応じた診療報酬体系を有していないため、このような状況は報酬に反映されることはなく、「重度脊髄損傷患者を受け入れること＝手間がかかるだけで見合った報酬が得られない」という構図を生じさせ、ますます重度脊損患者が敬遠されることにつながっている。当院の試算でも、同規模の一般整形外科病棟と比較した場合、1ヶ月あたりの脊髄損傷病棟（障害者施設等一般病棟）の診療報酬点数は約半分であり、一方で人件費は約1.4倍かかるという結果がでており、病院経営の観点から考えると使命感だけの脊損医療は、もはや成り立たなくなってしまう。

さらには、脊損患者では多岐に渡る合併症と精神面に対する支援が必要となる。退院調整には多大な労力と経験を要するため、専門性の高いスキルが求められる。脊損患者に対応できる一人前のスタッフを育てるためには、時間も手間もかかる。そんな状況で診療報酬も見合ったものでなければ、病院経営者にとって脊損医療はもはや採算事業以外の何ものでもない。より重篤な脊損患者を受け入れるための、採算性の取れる十分な診療報酬体系の整備（例：超重症者・準超重症者の判定項目に四肢麻痺の項目や麻痺のグレードに関する項目を加えることや、重度脊損受け入れ施設に対する補助金等の優遇措置など）は急務であり、早急な対応が切望される。

### 脊髄損傷とフレイル

超高齢社会に呼応して、年々脊髄損傷で入院する患者も高齢化している。当院の2018年度の調査でも60歳以上の高齢者が25例（55.6%）におよび、75歳以上が9例（20.0%）に及んでいた。また、近年ハイリスクな高齢者を抽出するためにフレイル（「虚弱」という意味）という概念が提唱されるようになってきた<sup>5</sup>。フレイルの概念は、「加齢に伴う予備能力の低下に伴い、ストレスへの適応（回復）能力が減衰した状態」を意味し、心身の潜在的な衰えにより、些細な出来事をきっかけに健康状態の悪化をきたす、身体的、社会的自立活動を失いやすい前障害状態と考えられている。高齢者の脊損患者の多くは、何らかのフレイルの状態であることが指摘されており<sup>6</sup>、当院の調査では受傷前にフレイルの状態にあった患者は、在宅復帰率が低く（16.7%）、リハビリテーションに対するADL改善率が、フレイルでない対照群と比べて極端に低いことがわかっている（フレイル群：10.6% vs 非フレイル群：38.5%）。今後、高齢者が脊損医療の大多数を占めていくことが予想され、一方で2025年問題にて指摘されているように労働生産年齢の人口が減少していくことから、医療資源を有効に活用する取り組みや、いかにして新規の高齢者の脊損者を作らないようにする取り組み等、社会全体で高齢化を支える対策がますます重要となってくる。

### 最後に

我々、脊損に携わる医療従事者は、脊損患者の抱える苦悩を忘れずに、真摯に脊損医療と向き合い続けなければならない。しかしながら、脊損医療を担うということは、現状では個々の専門医療機関に重い負担をしている状態であり、これは結果的に患者への不利益をもたらしかねない。今後、脊損医療の発展のためには、患者家族へのサービスや補償の拡充や、社会全体で障害者を受け入れるための仕組み作りの他に、脊損医療に取り組む医療機関側に対する報酬制度上の改革も必要と考える。

テクノロジーの進歩や、様々な自然災害や疫病への対応に伴い、日進月歩で我々の生活様式のパラダイムシフトは起きている。AI（Artificial Intelligence）を活用した診療・研究体制、病院や住環境のIoT（Internet of Things）化、自立動作支援ロボットの活用・普及等、脊損医療を発展させるために応用できるテクノロジーは、まだまだたくさん出現してくるであろう。そして、慢性期や完全脊髄損傷に対する脊髄再生医療の開発・臨床応用もさらに進んでいくことで、多くの患者に希望をもたせることができると切に願う。

### 文献

- 1 Burns, A. S., Marino, R. J., Flanders, A. E. & Flett, H. Clinical diagnosis and prognosis following spinal cord injury. *Handb Clin Neurol* 109, 47-62, doi:10.1016/B978-0-444-52137-8.00003-6 (2012).
- 2 Fawcett, J. W. *et al.* Guidelines for the conduct of clinical trials for spinal cord injury as developed by the ICCP panel: spontaneous recovery after spinal cord injury and statistical power needed for therapeutic clinical trials. *Spinal Cord* 45, 190-205, doi:10.1038/sj.sc.3102007 (2007).
- 3 Kawano, O. *et al.* How much time is necessary to confirm the diagnosis of permanent complete cervical spinal cord injury? *Spinal Cord* 58, 284-289, doi:10.1038/s41393-019-0366-1 (2020).
- 4 須田, 浩. *et al.* 脊損医療崩壊の危機(第2報) 脊損病棟におけるプロスペクティブスタディから. 北海道整形災害外科学会雑誌 52, 275 (2011).
- 5 Iqbal, J., Denvir, M. & Gunn, J. Frailty assessment in elderly people. *Lancet* 381, 1985-1986, doi:10.1016/S0140-6736(13)61203-9 (2013).
- 6 Banaszek, D. *et al.* Effect of Frailty on Outcome after Traumatic Spinal Cord Injury. *J Neurotrauma* 37, 839-845, doi:10.1089/neu.2019.6581 (2020).



# 新型コロナウイルス感染症に対する当院の対応について

感染管理認定看護師 佐々木 恭兵

## 【世の中の流れ】

新型コロナウイルス感染症が世界的大流行し、現在もなお加速しています。日本国内においても緊急事態宣言が出され、一度は感染者数の減少がみられました。しかし、店が開き人々の行動が活発になった途端に再び増加に転じています。改めてやっかいな感染症であることを痛感します。

当院は骨・運動器疾患診療に特化している病院です。そのため、呼吸器疾患である新型コロナウイルス感染症の患者受け入れはおこなってきませんでした。そのような意味では、このコロナ禍において社会的な役割を果たせていないのかもしれませんが、しかし、骨・運動器疾患で手術が必要な方、脊髄損傷等でリハビリが必要な方が安心して入院・治療を受けられる体制はなんとしても維持することを使命として現在まで奮闘してきました。

## 【感染予防対策としては】

現在、どこの医療機関でも新型コロナウイルス感染症予防対策を実施していると思います。しかし、理想とする対策をおこないたくてもそこには様々な障害があります。その一つが物資の不足です。マスクやガウンなどの个人防护具や消毒薬など、正しい感染対策をするためには確実に必要な物資が足りなくなりました。理想と現実のギャップを抱えながら、未知のウイルスと対峙することは恐怖でしかありません。現在は、様々な支援や供給体制も安定してきたことから以前ほどの状況ではありませんが、いつまで続くかわからないこの状況においては決して無駄使いはできません。当院でも、職員のマスクは一日一枚を現在も継続しています。

また、感染対策については、誰も100%の正解を持ち合わせていないのが現状です。そのため、病院として目指すべき方針は何か、どのような対応をすることが良いのか、それを常に考え議論を続け、手探りで実施してきた数か月です。正面玄関での体温測定については、すべての職種が輪番制で実施しています。面会制限に伴う荷物の受け渡しは看護師長等が中心となり実施しています。そして、職員の体温測定等の体調管理や手指衛生、マスク着用はもちろんのこと、食事の際も専用休憩室を設け食事摂取の環境が密にならないこと、マスクをしていない状態で至近距離で会話しないこと、会議や研修などの集合で集まる機会の自粛や、必要時人が集まる場合においても、間隔をあける、換気をする等の対策を実施してきました。また、仕事から離れた日常生活においても、医療従事者として自覚ある行動に努めてきたと思います。病院では人も物も環境も資源は限られています。その中で、様々な対応をしていくためには、病院が一丸となり全職員が協力するしか道はありません。そして、それらの対策を遂行していくためには患者さんやそのご家族のご協力なしではなし得ません。不安に感じることも、不便に思うことも多々あるかと思いますが、当院に関わるすべての方が一枚岩になることが、この新型コロナウイルス感染症と戦う唯一の方法かもしれません。

また、その他にも感染対策の一環として以下のような感染対策を実施してきました。その一つとして、全職員に対する抗体検査を実施し、その結果に基づき適切に対応をしました。そして、無症状者でも感染しているリスクがあり、かつ無症状期に強い感染力を持つとされているこの感染症の特徴から、症状の有無に関わらず入院患者を受け入れる専用病棟を期間限定ではありますが設けました。7月からは全身麻酔手術予定患者さんを中心に手術前のPCR検査を開始しました。また、全職員に対して、个人防护具の選択や着脱方法について、インターネットを利用し研修を実施しました。全職員が正しい知識や技術を身に付けること、当院の対応について共通理解をする場としました。細かいことを挙げればきりが無いほど、「コロナ以前」から様々なことが変わりました。

## 【これからの村山医療センターとしては】

「with コロナ」という言葉が浸透してきました。しかし、病院内においては1名でも感染者が出れば大騒ぎになるのが現実です。ましてや院内で感染が広がれば社会的にも大きな問題になります。共存と言いつつもまだまだ共存が許容される社会にはなっていません。院内で新型コロナウイルス感染者を発生させないために、感染発生状況等を鑑みながらきつと今後も日々悩み対策を実施していくこととなります。いつまで、いつから、ということがはっきりと言えない状況は苦しいです。しかしながら、私たちはこのコロナ禍において感染予防対策について様々なことを学びました。手指消毒や手洗い、マスク着用などは習慣として根付いてきました。そういった積み重ねがいつか本当の意味での共存につながっていくのではないかと思います。

元の日常に戻るのとはしばらく難しそうです。不自由さを感じることも多いです。繰り返しになりますが、この感染症には立ち向かうためみんなで協力しましょう。

# MURAYAMA HOSPITAL

一村山医療センターニュース

## NEWS

## 当院の感染症対策をご紹介します！

感染管理認定看護師の佐々木です。緊急事態宣言が解除され収束に向かうかと思いましたが、7月に入ってからの感染者の増加をみると、まだまだ収束には時間がかかりそうですね。当院では「なんとしてでもコロナを院内に入れない」という思いで、職員一同気を引き締めて感染対策に取り組んでおります。



正面玄関にて検温を実施しています。今後サーモカメラを導入予定です



面会制限、荷物受け渡しにご協力いただいております



入院2週間前からの検温にご協力いただいております



ソーシャルディスタンスのために椅子を減らしました

### 職員に対しては

- ・感染予防策の勉強会を全職員に実施
- ・毎日の体調管理・発熱・体調不良時は出勤しない
- ・手指消毒 マスク着用の徹底
- ・休憩・食事場所を増設し、対面ではしない
- ・家族を含めた職場外での行動自粛
- ・研修や会議はできる限りWEBで行う



などの対応を徹底しています



# 回復期リハビリテーション病棟での感染対策について

## 第1病棟 看護師長 平井 雅美

全世界が新型コロナウイルス感染症の猛威に襲われ、日本国内もパニックに陥りました。オリンピックは延期となり、政府は緊急事態宣言を出し、私たちは今までと違う様式の生活スタイルを求められました。当院も様々な面で今までとは違う体制となりました。

日本国内で新型コロナウイルス感染症が流行り始めた時点で、当院は入院患者さんの面会制限を始めました。これは、「入院中の患者さんを絶対に感染させない」という目的のもと行われました。患者さんへの面会は、病院から依頼されて来院した場合や、患者さんへの荷物の受け渡しのための短時間となり、長時間の面会はできなくなりました。さらに日本国内が深刻な状態になると、当院は入院患者さんの全面的な面会禁止としました。患者さんはご家族やご友人に会えなくなり、またご家族やご友人は患者さんに会うことができなくなり、とてもさみしい思いをしたと思います。この制限も、入院中の患者さんを感染させることなく、村山医療センターでしかできない治療やリハビリテーションを受けてもらい、安全で安楽な入院生活を過ごしてもらうためでした。面会禁止となったため、ご家族の方は、患者さんの着替えや必要物品を渡すことができなくなってしまいます。そこで、患者さんが入院生活に困らないように、月曜日と木曜日の15:30～18:00に病院玄関で荷物の受け渡しができるよう、看護部が一丸となって対応をしました。

回復期リハビリテーション病棟での対応も制限を余儀なくされました。一つには、患者さんが食堂で食事をするができなくなってしまったことです。本来であれば、広い食堂で患者さん同士が一緒に朝、昼、晩の食事をしています。しかし、この感染症のせいでそれができなくなってしまったのです。二つ目には、病棟レクリエーションです。このレクリエーションは、月に1回、広い食堂を利用したもので、リハビリテーションの要素も含んでおり、病棟看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が協力して行っているものです。患者さんはご家族やご友人の面会の機会を奪われ、レクリエーションという気分転換の時間も奪われました。そんな状況の中で、病棟内で患者さんやご家族に何かできないか、と考えました。病棟レクリエーション係を中心に、同意の得られた患者さんの写真を撮り、その写真をプリントアウトし、ご家族の方へメッセージを残しました。当病棟は、脳卒中後のリハビリテーションをしている患者さんが多いため、上手に字が書けない患者さんもいます。そのような患者さんは看護師と一緒にリハビリテーションの一環でメッセージを書きます。その写真付きメッセージを荷物受け渡しの際にご家族へお渡ししました。きっとご家族の方は喜んでいただけたと思います。

また、「院内で新型コロナウイルス感染患者を発生させない！」という強い信念のもと、リハ





ハビリテーション室でのリハビリを中止し、各病棟固定のリハビリテーションスタッフによる、病棟リハビリテーションを実施しました。患者さんのリハビリテーションについては、日ごろから多職種で情報共有を行っていますが、病棟でのリハビリテーション実施により、さらに情報共有をする機会が増えました。患者さんを交えて、密にならないように多職種で患者さんに関わっています。病棟で行うリハビリとリハビリテーション室で行うリハビリでは、環境が違います。リハビリテーション室の方がリハビリテーションに必要な物品があり環境は整っていますが、病棟でリハビリテーションを行うことにより、病棟看護師がいつもよりも近くで患者さんのリハビリテーションを看護の視点で看ることが出来ます。

このような状況がいつまで続くかわかりません。ウイルスがなくなることはないのでしょうか。withコロナという言葉も出てきました。私たちが新型コロナウイルス感染症と共存するためには、感染予防に努めることは当然ですが、少し頭を柔らかくして、この状況の中で私たちに何ができるのか、考えていく必要があるのだと思います。違う角度から物事を見るよい機会となりました。



## 医局秘書アルーナの報告 村山 “THE STAR”



医局秘書アルーナです。

世の中憂鬱で混沌とした日々が続きます。コロナ対策ご苦労さまです。

当院では全身麻酔手術の患者さんには PCR 検査に加え、緊急手術時などには抗原検査も駆使してなんとか院内へのコロナ侵入を防ごうと努力しています。また他院からの転院患者さんについては胸部 CT や PCR 検査でコロナ感染陰性の確認を可能な限り行ってもらうようにしています。自粛はまだまだ続きそうですがみなさん引き続き頑張ってください。

さて当院は最初のコロナ対策として 1 階に検疫のための病棟を作りました。これは 4 月の下旬にコロナ陽性患者さんが急増し、当院にも受け入れの依頼が東京都からあったためです。また検査体制の確立やコロナ対策の物資の調達のための時間を確保する目的もありました。現在はもとの病棟運営に戻し、万が一院内でコロナ陽性患者が発生した時は各病棟内対応にしています。世のなかの状況からはいつ院内で発生してもおかしくないですが、なんとかこれまでコロナの発生はなく入院患者さんにも問題はありません。

先のみえない中、積極的に仕事をしたり、充実した楽しい職場生活ができるようにいくつかの試みをしております(現在院内フォトコンテスト開催中です。別途報告いたします。)

さて今回の報告です。ピンバッジ：村山 “THE STAR” を作成しました。





これは村山医療センターに多大な貢献をしてくれた職員に授与されるものです。

村山医療センターのロゴ（赤は動脈、黄色は筋肉、青は静脈、緑は環境を表現）に星と月桂樹をあわせたものです。

第1回目に授与されたのはコロナ対策病棟で働いてくれた看護師さん達です。もっとも不安でまだコロナそのものがよくわからない状況であったにもかかわらず、その病棟で働くのをみずから志願してくれました。また突然に過酷な状況が発生したにもかかわらず奮闘してくれたICN (Infection control nurse) の佐々木恭兵君に感謝しこれが授与されました。



ICN (Infection control nurse)  
感染認定看護師  
佐々木恭兵君と“THE STAR”

今後は年度の終わりに各部門から個人を推薦していただき、院長、看護部長、事務部長の協議により3人/年ほど選出する予定です。

- ・医療安全 医療事故になりそうな案件を事前に察知し回避できた
- ・臨床 困難な症例に立ち向かい苦勞したが治療に成功した
- ・研究 学会発表で優秀賞を受賞した、優秀な論文を作成した
- ・教育 認定看護師の資格を取得した

など分野を問わず村山のために、患者さんのために、医療のために多大な貢献をした職員に授与される予定です。

年度末に表彰し報告させていただきます。



# 外 来 診 療 担 当 医 師

■ 一般外来 ※受付時間 (初診:8時30分~11時まで)  
再診:8時30分~12時まで 令和2年8月1日現在

診療科等	月	火	水	木	金	備考		
内科	池田 片寄	岡田	池田 片寄	岡田	池田 岡田			
外科	大石	飯野	大石	飯野	大石			
整形外科	再診	脊椎	◎竹光 寺本	◎谷戸 ◎藤吉 加藤(貴) ◎松林	◎山根 古川	◎◎許斐 ○矢内	◎脊髓損傷 ○側弯 脊椎・脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎)	
		関節	清水		澤近	吉原	笹崎	股・膝関節・下肢
		手	加藤(直)		加藤(直)			手指・上肢
		一般	丹下	徳永				
	初診	交替制						
リハビリテーション科	大嶋	植村	松田		交替制(※) (第4・5金は休診)	※第1金…松田 第2金…植村 第3金…大嶋		
歯科	吉武 (第2・4週)	吉武 (第1・3・5週)	吉武	吉武	吉武	予約制		

## ■ 専門外来 (全て予約のみ)

診療科等	月	火	水	木	金	備考
内科リウマチ				片寄 (13:00~)		予約制
装具外来 (リハビリ科)	植村/倉片/松田 (13:00~)					予約制
禁煙外来		岡田 (午前11:30~)		岡田 (午前11:30~)	岡田 (午前11:30~)	予約制
側弯	許斐 (第1週午後)			矢内(15:00) 許斐(16:00)	金子 (第2・4・5週)	予約制
骨粗鬆症・筋老化					竹光 (第1・2・3・5週 13:00-15:00)	予約制

※循環器科、泌尿器科、皮膚科、精神科については、一般外来を行っていません。

## 診療について

診療日 月曜日~金曜日(祝日及び年末年始は除く)  
診療受付時間 初診の方 午前8時30分~午前11時00分  
再診の方 午前8時30分~午前12時00分

※急患は(整形外科) 随時受付けております。

専門外来については医事窓口にてお問合せ下さい。

毎月初めに保険証の提示をお願いします。変更のあった場合はお知らせ下さい。

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター

〒208-0011 東京都武蔵村山市学園2-37-1

TEL 042-561-1221(代) FAX 042-564-2210

URL : <http://www.murayama-hosp.jp/>