



大西脳神経外科病院だより 第29号

ぶれいん

発行日：平成26年6月吉日

発行人：学術図書委員会

発行責任者：大西 英之

編集責任者：吉野 孝広

大西脳神経外科病院の理念

生命を尊厳し、科学の心と芸術的技術と人間愛をもって病める人々に奉仕する。

大西脳神経外科病院の基本方針

生命と人権を尊重した医療を実践する。

神経疾患の専門的・高度医療を実践する。

常に新しい医学の修得に励む。

救急医療は医療の原点と考え、24時間対応する。

地域の医療機関との連携を密にし、地域協力型の医療を志向する

「ゲマインシャフトとゲゼルシャフト」

理事長・院長 大西 英之



ドイツ語でゲマインシャフト、ゲゼルシャフト、という言葉があります。社会学では有名な言葉で社会学者のテニースが提唱した概念です。ゲマインシャフトとは共同体組織を意味しています。最小単位でとらえれば血縁組織があり、少し広げれば町内会、自治会、学校のクラブ活動あるいはスポーツや文化のサークル、同好会なんかもそうです。こうした組織は非営利的で構成員の満足感を高めることが重要なテーマとなります。

一方ゲゼルシャフトは機能体組織と訳されています。組織自体に目的がありその目的を実現させるために人材やその他の資源を集め役割分担や指揮命令系統の整備を行っていきます。ほとんどの社会組織はこのゲゼルシャフトです。同じ目的をもった人間が集まり利益を得る様な団体、工場での製品生産、デパートで商品販売、その目的は様々ですが同じ目的を達成するための

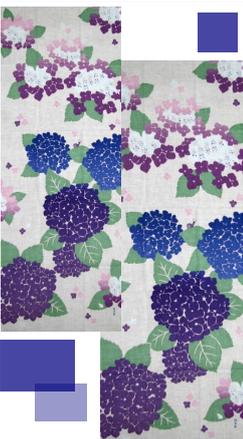
組織です。

病院組織もゲゼルシャフトです。治療をするという目的のために集まり、器機を整備し医療行為を行う事により利益を得るという組織です。ゲマインシャフト（共同体組織）と違うのは目的遂行のためには構成員（職員）の犠牲が生じる点や、自分たちが働いて得た利益から給与が発生する点です。勿論目的が果たせなければ利益が得られないので必然的に組織としては消滅します。

1987年の国鉄（日本国有鉄道）の分割民営化も多額の負債を抱え機能体組織、ゲゼルシャフトとしての役割を果たせなくなり民営化と言う形をとりました。一般の企業であれば事実上の倒産ですね。病院も国立から民間に代わるころが沢山あります。

何がしたいのかと言うと、その機能を果たさないと存在価値がなくなるという事です。

もっと深く掘り下げるとなぜその存在価





値がなくなったかという事を考える必要があるわけです。我々の業務に目を向けて考えてみましょう。目的は「良い医療を提供する事」です。自分たちの目線で仕事をしていたのでは、良い医療は提供できません、自分たちの都合で動いていれば病院は機能しなくなります。

例えば休暇取る場合、忙しいことが判っている週に多くの職員が休めば組織体として機能しなくなります。もちろん休みは労働者としての権利です、しかし個人が勝手気ままに動いては組織体として機能しなくなり良い医療の提供は出来ません。つまり自分自身の目線でものを考えるのではなく、目線を患者

さんへ移す、あるいは組織全体の中にいる自分を客観的に見て行動する事が重要です。

我々は良い医療を提供するために集まっています。しかし数多く集まっても個人が勝手に動いていたのでは何もなりません。各個人が高い意識を持ち、チームとなって動かなければ目的は達成できません。そういった点を踏まえて日々の業務に取り組んでいただきたいと思います。



「心意気；全力で楽しく目標を目指して」 看護部長 久下 久美子



優しい笑顔と厳しい眼差し

このたび、定年退職を機に、若き頼もしい新入職の仲間とともに大西脳神経外科病院に就職させていただきました。

33年前、年齢制限の厳しかった公立病院に再就職し、この3月末までに転勤という形で5つの病院を経験してきました。振り返ると、昭和50年代のドクターカー出動の三次救急をはじめとして、こども専門医療、精神科救急医療、新築移転や医療機能評価受審、医療安全管理など、様々な事業に参加させてもらい、多くのことを学ばせてもらいました。

これからは、これまでの経験を生かし、大西脳神経外科病院という新しいフィールドで貢献していけることを楽しみにしています。

今私は、オリエンテーションを受け、病棟運営を支援し、看護師長の面接や会議に参加し、当院のことが少し分かってきたところです。昨年6月の新築オープンに伴い、整備された医療設備・療養環境、手入れの行き届いた花壇、多くのすばらしい絵画に囲まれ、患者さんのみならず、職員にとっても素晴らしい職場環境を作ってもらっていると



感じます。それにも増して、「生命を尊厳し、科学の心と芸術的技術と人間愛をもって病める人に奉仕する」という当院の理念には、院長の深く強い思いを感じ、私も奮い立たされます。

某新聞に、公園の父本田静六博士のことが書いてありました。東京都心のオアシスとして親しまれる日比谷公園は、1903年に博士が整備したことで知られています。博士は、苦学を重ねてドイツに渡り、日本人初の林学博士となった方だそうです。25歳から毎日1ページの執筆を自身に課し、生涯に70冊以上の著作を編んだそうです。書くほどに次第に面白くなった自身の体験などから、博士は「職業の道楽化」を訴え、仕事に全力で打ち込み、日々の勤めが愉快で、面白くてたまらないところまでくればよいと言われたそうです。私たちが専門職としてこの「仕事哲学」を実践していけたら、よい結果がおのずとついてくるのではないかと考えています。

看護は、病院という組織の中で最も大きな集団です。課題はたくさんあります。医師・看護師、多職種が力を合わせることで、看護師が看護の力を高めていくことが、当院の掲げる理念へ近づいていくための大きな推進力になると思います。お互いに知恵を出し合い、協力して目標に向かっていきましょう。

日々の務めが愉快で、面白くてたまらないそんな仕事哲学を持ちたいものです

「頼れる関係作り」

脳卒中リハビリテーション看護 認定看護師
南3階・SCU 副看護師長 米田 芳子



今年も桜の季節を迎え、当院も14回目の春を迎える事となりました。昨年は新棟の開院で、病院全体が環境の変化に戸惑いながらも新鮮な気持ちで門出となる日々を駆け足？!

全力疾走で過ごしていたように思います。

私は現在、南館3階・SCU病棟で勤務しています。当病棟は脳卒中の患者様を中心に緊急入院や緊急手術など超急性期から急性期の看護をスタッフと共に看護活動を実践しています。今回は、改めて病棟の特徴とそれに対する今年の自己の課題と病棟の方向性について考えてみました。

SCUと言えば、脳卒中の重篤な患者様が多いイメージがあると思います。しかし患者様の状態は様々で、リスクが高い方でも見た目は元気そうに見える方もいます。だからこそ、超急性期におけるモニタリングは重篤化の回避に対し必要なケア介入となります。それは患者様の予後を左右する大事な関わりであり、SCU本来の最大の目的である（超急性期の段階から）患者様の予後を見据えた介入の始まりとなります。

同時に患者様や御家族の精神的な心の変化に対しても寄り添いながらケアを行います。そして、その人らしい日常生活の再獲得の為のそれぞれの過ごしてきた生活背景の情報収集、アセスメント、看護計画立案を平均

4日の在室日数の中で行います。容易なことではありませんが、熟練した個々のマンパワーもあればこそ成せる看護力だと確信しています。その結果を基に他部署と連携し、患者様にとって必要な医療が提供できるようにチーム医療を展開しています。



病棟でのカンファレンス

次にSCUから南館3階病棟に転入してきた患者様は、入院から2度目の環境の変化を迎えます。SCUからの情報を基に病棟看護師チームや他職種（医者・PT・OT・ST・栄養士など）とのカンファレンスを行いながら方針を確認し合います。その上でプライマリー（担当）看護師がより患者様や御家族との関わりを密に行い、日常生活動作の確立に向け看護実践しています。以上のように、言葉にすると簡単に聞こえがちですが、濃厚な看護ケアをどんなに忙しい状況でも笑顔で絶やさず、スタッフ全員が取り組んでくれています。

脳卒中の患者様は軽症の場合でも生活に支障をきたす機能障害を残すことが多くあり、患者様のみならずご家族の生活さえ多かれ少なかれ変化が訪れます。その重みを実感することで、私達は無力感を覚える事も多くあります。しかし急性期の病院としての役割、脳卒中の患者様の生涯を考え、生活の再構築を考えた介入を理解出来れば今の私達のすべき看護



スタッフの看護力を信じ、頼れる関係づくりを目標に

や医療の提供の方向は見えてくると思
います。

日々時間に追われる毎日ですが、脳
卒中の看護は限りない患者様の可能性
に出会うことも出来き、自分の看護の
可能性も広がる喜びとつながります。
それほどに看護の力とやりがいのある
分野（病棟）であると思います。それ
が病棟全体で実感できるように、私は
脳卒中リハビリテーション看護認定看
護師としてモデルナースとなり得るよ
う今年一年スタッフとともに前進した
と考えています。

最後になりましたが病棟副師長の抱
負としては、「スタッフの看護力を信じ、
頼れる関係づくり」を築いていき
たいと考えています。患者様同様に看
護師も一人のひととして個々の個性を
持ち合わせています。その個性を活か
し、お互いがすべき責任を果たす事
の出来る関係づくりを行っていき
たいと考えます。そしてその看護の力
が、病院という組織においての参画
にもつながると信じ、質の高い看護
（医療）の提供を実践していきたい
と考えます。



患者様に寄り添う看護を目指して

南館4階病棟 副看護師長 宮脇 満花

当院は、脳神経疾患の専門的・高度医療に特
化し開院してから今年で14年目の春を迎え
ました。昨年6月に新病棟を開設し、私は南
館4階病棟での勤務が始まりました。病棟は
37床（ICU6床）を有し、脳腫瘍・頭蓋底セン
ターとして脳腫瘍の患者様を中心に看護サー
ビスの提供をしています。ICUでは様々な疾
患の看護及び術後管理を行い、一般病室では
化学療法も行っています。忙しい病棟ではあ
りませんが、個々が培ってきた経験や知識・技
術を生かした看護が提供でき、また脳神経外
科の術後管理を学べるやりがいのある病棟だ
と思います。私自身も組織の変化に葛藤しな
がら業務におわれているのが現状ですが、
本来行うべき看護サービスが提供できる
のかを考えてみました。

近年サービスは量から質への転換、効率
化、競争が課題とされ、
質の高い看護サービス
を提供するには、人
材・業務の効率化・勤
務環境が必要とされま
す。

立ち止まり、踏
みとどまり、話し
合いながら個別性
を見極めて、根拠
のある看護を提供
できるように共に
努力し続けたい。



申し送り中にすみません

人材確保は、職員の心と体のバランスを均等に保
つ為と看護の質向上には不可欠と考えます。厳し
い現状の中でも実現可能な事のひとつは、看護の
過程の段階では私達が考え工夫する事で提供でき
るサービスがあることです。サービスは形が見え
ないだけに、同じことを患者様に提供しても、そ
れぞれの感じ方やとらえ方があります。たとえ、
苦情があったとしてもその根底にあるものを見極
める力を持ち、感性を磨かなければならないと思
います。私自身も含め急性期だからこそ倫理的感
受性を高められるようなチームの構築が求められる
のではないかと思います。その為には、業務優
先の思考ではなく患者様や御家族の立場になっ
て考え、倫理的に本当に良いのか、意思尊重はな
されているのかなどを日々話し合う場を設け、共通
認識する事が必要とされます。チーム医療を行う
うえで、それぞれの立場を理解しつつ患者様の立
場を第一に考え、立ち止まり、踏みとどまり、話
し合いながら個別性を見極めて、根拠のある看護

「私の考えるチームづくり」

北2階病棟 副看護師長（師長代行）前田 ゆうこ

2013年6月に増改築に伴う病棟移動がありました。2つの病棟から3つの病棟となり、病床数も計40床増えました。私の勤務している病棟は、脊椎・脊髄センターで病床数43床です。脊髄疾患を中心に、脳疾患の回復期にある患者や動脈瘤の手術後、検査入院もあり、入退院が多いことも特徴です。また脳疾患による後遺症を抱えた患者の今後の方向性を踏まえた看護の有りようを考える時、多職種との情報共有と統一した関与を行うことが大切であると痛感する毎日です。

私は4月1日に辞令をいただき、病棟師長業務を担うことになりました。押しつぶされそうな程大きな責任を感じ、緊張の日々を過ごしています。不安ばかりですが、臨床現場は大好きで、患者や家族との関わりを通し、学ぶことがたくさんあります。出勤し何はさておいてもまず患者のもとへ訪室し、挨拶し患者の表情をみることから一日が始まります。現在、看護師不足で日々忙しい中でも、新入職者を迎え、みんなで協力し合っています。スタッフみんなが私を支えようとしてくれる思いが、職場のいい雰囲気につながっていると実感し、その支えがとても大きく、私自身も力を奮い立たされています。最近は「和」という言



北二階病棟にて

葉のもつ意味を考えるようになりまし
た。病棟づくり

において、まず大切なのは職場環境です。私は、スタッフみんなが個々の力を発揮でき、互いにそれを認め合い、専門性をもって知識や技術の向上に努力する、そんな病棟を目指していこうと思っています。そして、患者、家族のためによりよい看護を一人一人が考え、それをチームでしっかりと支え合い、病棟の看護を今以上にしっかりとしたものにしていきたいと思っています。まだまだ未熟者ですが、ひとつひとつ自分の中に取り入れ、自分自身も向上できるように頑張ろうと思います。師長の役割を遂行する中で、師長同士、他部署とのかかわり、経営など視野が今まで以上に広がったと感じています。課せられた大きな責任に押しつぶされそうな時もありますが、少しでも応えられるよう努力していきます。まずは、良い病棟づくり、それが良い病院へとつながるよう頑張りたいと思います。これからも皆様方からの協力と支援をいただきながら、歩んでいきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。



同世代の3人、各病棟の核として病院になくなくてはならない存在

2014年度診療報酬改定のポイント

医事課副主任 三宅 直樹

2014年度の診療報酬改定では、入院料に関して実績評価が入り、これまでのストラクチャー（構造）評価から、アウトカム（結果）評価へと変わってきました。一般病棟7対1入院基本料については、「自宅等退院患者割合」いわゆる「在宅復帰率」を75%以上という数値を定めました。これまでのような人員配置、器材の確保への評価（ストラクチャー）ではなく、プロセス（過程）やアウトカム（結果）を評価したものです。



「重症度・看護必要度」は「重症度、医療・看護必要度」に名称が変更され、その測定に使う一般病棟用の評価票のうち、モニタリングや処置等の状況

を評価するA得点の(表1)項目の一部を、急性期患者の特定に合わせる「時間尿測定」と「血圧測定」を削除し、「呼吸ケア」の測定対象から、喀痰吸引のみの場合を除外されました。一連の見直しで、A得点(表1)の項目は現在の9項目から7項目に、総得点は10点から8点となりました。重症者の定義は、A得点(表1)「2点以上」、患者さまの状況などを評価するB得

点(表2)「3点以上」の両方を満たすこととされています。厚生労働省が実施した影響度のシミュレーションでは、新しい項目でこの基準をクリアできるのは、一般病棟7対1入院基本料算定病院の56.5%にとどまるとされています。当院も「重症度、医療・看護必要度」は決して楽に確保できているわけではありません。今後、当院が急性期病院であるためには、ある一定の重症度を維持する事が重要であり、急性期病院として生き残っていくために、最適な形を追求することが求められていると思います。自院の強み（未破裂脳動脈瘤に対する手術件数：地域シェア率70%以上）は、地域においても求められるものであると思われます。強みである機能は地域へ提供し、自院の弱みである部分



当院が急性期病院であるためには、ある一定の重症度を維持する事が重要であり、最適な形を追求されていると思います。

（脳外科疾患以外）は地域連携で補うと言った体制を継続、拡大する事が重要であり、退院先（回復期リハビリテーション病院・療養病院・介護福祉施設等）との連携が今後、より強く求められるのだと思われます。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引及の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③麻薬注射薬の使用(注射剤のみ) ④麻薬の内服・貼付 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレナージの管理	なし		あり 一つ以上 実施した場合
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9 起き上がり	できる	できない	
10 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
11 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
12 口腔清潔	できる	できない	
13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
		B得点	

「仕組みを作る」

副看護部長 妹尾 つゆ子

大西脳神経外科病院に勤務し6か月が過ぎようとしています。まず全施設での経験を簡単に紹介させていただきます。1990年から神戸大学病院に勤務し診療科は皮膚科、歯科・口腔外科、心臓血管外科、呼吸器外科、整形外科、HCU、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、放射線科・放射線腫瘍外科、外来でした。特に思い出深いのは、新病棟移転やHCU開設にあたり、管理下の方々と一緒に仕事をする中で、病院職員としての絆を感じ得たことでした。

HCUでは、単科しか経験のない看護師がほとんどでしたので、多様な診療科に対応できるようスタッフ丸となって、日々学習し経験を深め奮闘した時期が今では懐かしく思います。後半6年間を看護部長として勤務し、管理者としてのビジョンは、生き生きと働き続けられる職場作りと人材育成でした。何よりも医療の現場は多様な事に対応しなければなりませんのでスタッフ個々の力とチーム力は要でした。

看護部の委員会活動では、栄養管理・褥瘡対策委員長としての運営をメンバーと共に取組、専門分野に精通した認定看護



退院調整に駆け回る日々です

師2名を含め、各部署からリンクナース、そしてNESTとの連携で、マニュアル作成から実践拡大まで達成することが出来ました。そして退職前の2年間は外来管理で、病棟とは異なる育休明のスタッフが多く時間的外来業務量と人の活用、ワーク・ライフバランスに取り組んできました。

今後もこれらの経験を生かしながら次の2点を強化したいと考えています。

- ①入退院調整担当者として「仕組み」を作る。
- ②2025年に向け医療提供の在り方が病院・施設から地域・在宅へと転換していきます。そのため、退院調整担当者および地域連携室担当者が、どのように地域貢献できるか考え構築していく事が求められると思っています。



平成26年 新入職員歓迎会

新入職員の皆様と共に!!

これから
よろしくお願ひします!

4月22日、恒例の平成26年度新入職員歓迎会が西明石キャッスルプラザホテルで盛大に開催され総勢132名の参加となりました。また久下久美子看護部長をはじめ23名の新入職員が出席し、これから共に働く同士として親睦を深めることが出来ました。

毎年恒例の新人歓迎会も13回目、有志が集まり行っていた歓迎会でしたが2003年からは病院行事となり、病院と共に成長し、毎年の歓迎会にも歴史があります。とは言え様子は変わっても新しい仲間を温かく迎え入れ、共に協力し良い病院を作り上げていくための懇親会となることが重要である事に変わりありません。

新入職員の皆様と来年の歓迎会でこの日の事を共に思い起こし、新たな新入職員を温かく迎えらるよう切磋琢磨し頑張っていきましょう。

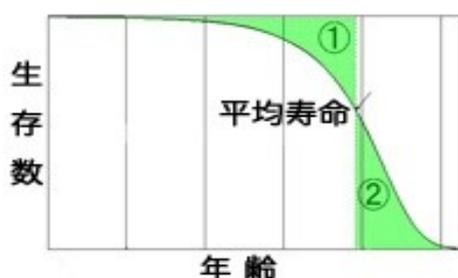


「関心」 平均寿命

あるテレビ番組で平均寿命について解説しているのを聞いて、平均寿命をきちんと理解していない事を知りました。何人かにその事を聞いてみたのですが意外と知らない事に驚きました。という事で今回は“平均寿命”です。

2014年日本人の平均寿命は、女性86歳、男性80歳、男女平均83歳でなんと世界第一位となりました。戦後間もないころの平均寿命が52歳であった日本がこの短い期間に長寿国になった背景には医療の進歩とその医療を支える世界に冠たる「国民皆保険制度」がありますが、わずか60年でここまで平均寿命が延びるとはだれも予測できなかったでしょう。

さてその平均寿命「平均寿命が長い」=「長生きできる国」という感じは間違っていないが、「平均寿命」-「自分の年齢」=「後どのくらい生きれる」という式は成り立ちません。私も毎年厚生労働省が発表する「平均寿命」=その年に亡くなられた方の年齢の総和÷人数だと思っていました。これが大きな間違い、意外と複雑な積分式で求められています。



①と②の面積が同じところが平均寿命

人口統計の一つに「生命表 (life table)」という年齢による生存数を示した表があります。平均寿命とはこの生命表にある指数です…なんだか難しい話になってきますが…

表を見てください、各年齢での生存者数が右下がりの線ですね。高齢になれば生存者は少なくなりますから当然です。ある年齢で垂線を引くと、垂線の左上側と右下側に図形ができます(図の緑色)平均寿命というのは、この2つの図形①②の面積が等しくなる年齢に相当します。

平均寿命の定義 厚生労働省情報部より



厚生労働省によれば「生命表における平均寿命」とは、「現在における死亡状況が今後変化しないと仮定したときに、今後出生する人が何年生きられるかという期待値である」とあります。

また同じような言葉に平均余命があります。平均余命とはある年齢の人がその後何年生きることが出来るかという期待値の事で。毎年出される平均寿命は言い換えればその年産まれた0歳児の「平均余命」なのです。

分かったような、分からないような感じですがまずは平均寿命が単なる平均値ではなく意外と複雑な積分式より算出されているという事が分かって頂けたらいいと思います。詳しくは…

自分で知らべてみましょう…という事で。

(吉野)

編集後記

お正月を迎えたと思いきや、なんと既に半年が過ぎようとしているではないか…いや時が経つのはなんて早いのかと、さも日々多忙を極めているかのような発言ではあるが、実のところ効率が悪くだけできちんとやってればそんなに忙しくもない…様な。皆さんはどうですか?同じようにもう6月と感じている方、まだ6月かと思われる方、人によって様々ですが如何で

しょう。

新棟が開設されて早1年が経ち、各部門とも間取りにも慣れ、業務の流れが安定してきた感じます。「ぶれいん」と言うとなかなか発行が出来ておらず、職員の皆さんも忘れていたほどの遅れ様、もしかしたら「ぶれいん」を知らないなんて職員もいるようで…ぜひ! ホームページでバックナンバーをご覧ください。(吉野)

