

# 新潟脳外科病院誌

Journal of Niigata Neurosurgical Hospital

Vol. 18 No. 1 2024



医療法人 泰庸会 新潟脳外科病院

# 新潟脳外科病院誌

Journal of Niigata Neurosurgical Hospital

Vol. 18 No. 1 2024

医療法人 泰庸会 新潟脳外科病院

## 巻頭言



### 大谷翔平選手とドジャースの夢への戦いから

理事長 山崎 一徳

診療体制が変わり9年目がすぎ10年目に入りました。2024年4月から始まる医師の働き方改革に伴う見直し、更に脳神経疾患救急体制の構築問題や2040年問題を見据えた戦略など課題も山積みです。昨年度及び今年度半期での医療業績も苦戦を強いられています。

ところで今年のワールドシリーズは大谷翔平選手のいるドジャースがヤンキースとの第5戦5点差からの逆転で勝利し、4勝1敗で栄冠を手に入れました。

2024年11月2日づけ日本経済新聞に山下大輔氏が特別寄稿を寄せています。「どんな劣勢でも、常に一つ先の塁を狙い、まず1点を返すところから相手を崩すのが「ドジャー・ウエー」だ。もう一つはデータと感性をどうミックスさせていくかを考えさせることの教育を連綿と施してきた。

第5戦の5回、一挙5点の始まりはヤ軍の中堅、アーロン・ジャッジの落球だった。ジャッジは一塁走者、エンリケ・ヘルナンデスに一瞬、目をやった。野手の気をそらす不穏な空気を、ヘルナンデスが漂わせていたのに違いない。

こうしたドジャー・ウエーにドンピシャリとはまったのが大谷だった。レギュラーシーズンで重ねた59盗塁は「一つでも先の塁へ」という精神の旗印となった。

盗塁の際に左肩を痛めシリーズで本来の打棒は発揮できなかった。このハプニング自体が、レギュラーシーズン中、リスクを負いつつ、いかに勇気を持ってスタートを切っていたかを示す。今季成し遂げたことのすごさに改めて感じ入る。」と寄稿しています。

TV観戦した中では、ベンチの中でもグラウンド内でも大谷翔平選手の笑顔と同僚だけでなく相手選手にもコミュニケーションを取っている姿が印象的でした。リードされていても常に同僚を鼓舞する姿が印象に残っています。

厳しい医療環境でこそ、冷静さと知恵と、そして一歩前に進む勇気を持って、助けあいながら進みましょう。その証としての病院誌です。その意味を味わい、更に一歩前に進みましょう。

2024年11月3日

## メリハリをつける



### 病院長 恩田 清

当院では2023年8月「医師の働き方改革」に沿った勤務体制に移行し、1年が経過しました。医師の過重労働を緩和するための制度であり、医師個人としては歓迎すべきことです。当直医は23時まで勤務時間として従事し、23時から8時半までは当直時間として9時間半の勤務時間インターバルを設けました。そして早番の医師は7時から16時まで勤務し、早朝の救急に対応しています。一方、病院自体は「地域医療構想」に沿った変革が求められています。両者は車の両輪であり、両方を上手く機能させながら進んでいくこととなります。

地域医療における当院の役割を考えた時、脳神経外科疾患の救急医療は従来通り最も重要な柱です。救急隊からの搬送依頼件数は以前よりも増加しています。脳卒中より単純頭部外傷や頭皮挫創等の軽傷外傷が増え、手間がかかるが入院に繋がらないという悩みがありますが、これも当院の立ち位置を示す一つでしょう。応需率は残念ながら少し低下しました。

「医師の働き方改革とは？」と自問すると、

決して楽に仕事をするということではない、今まで以上に生活にメリハリをつけて、勤務時間内はよりエネルギーを集中して働き、オフはシッカリ休養する、それが求められている。救急の応需率と相反するものではなく、他の病院と同様に応需率を高めていく必要があると思います。

元脳神経外科教授田中隆一先生が手術する際の心得の一つとして「メリハリをつけなさい」と話されました。脳腫瘍の摘出では、内減圧するときには思い切って除去を行い、止血するときは止血、剥離するときは剥離に専念して切除を進める、そういうことでしょう。広く通用する教えだと今になって悟っています。

地域医療に貢献することは世の中のためになることであり、自身の存在意義を示すことでもあります。それに携われる幸せに感謝しつつ仕事をしていきたいと思う今日この頃です。

2024年11月2日

# 目 次

---

## 巻頭言

大谷翔平選手とドジャースの夢への戦いから

理事長 山崎一徳

メリハリをつける

病院長 恩田 清

2023 年 新潟脳外科病院業績 .....	1
2023 年 4 月～2024 年 3 月 院内研修会 記録 .....	15
第 32 回 新潟脳外科病院院内研究会 記録 .....	16
2023 年 4 月～2024 年 3 月 学会・研修会参加 記録 .....	18
2023 年 4 月～2024 年 3 月 実習生受け入れ状況 .....	21

## ◎ 医事統計

---

### 外来

新患・再来患者数 .....	23
紹介率 .....	24
地域別患者数 .....	24
年齢別患者数 .....	25

### 入院

在院患者数及び病床利用率 .....	26
平均在院日数 .....	26
地域別患者数 .....	27
年齢別患者数 .....	27

## ◎ 診療録管理部統計

---

退院患者集計表 .....	28
疾病別性別死亡患者統計表 .....	29
疾病別性別統計表 .....	30
疾病別統計表 .....	31
年齢別性別統計表 .....	32
疾病別退院患者統計表 .....	33
手術症例の実態 .....	34
医療機関別紹介元件数 .....	35
医療機関地区別紹介元件数 .....	35
救急車搬入患者数の推移 .....	36
サイバーナイフ症例数統計表 .....	37

## ◎ 医師事務統計

---

月毎の書類別作成件数 .....	38
書類別作成件数 .....	39
年毎の書類別作成件数 (2014 年~2023 年) .....	39
書類作成件数の推移 (2014 年~2023 年) .....	40
書類別作成件数の推移 (2014 年~2023 年) .....	40
2023 年 4 月~2024 年 3 月 新潟脳外科病院院内報 刊行記録 .....	41
新潟脳外科病院 2023 年の歩み .....	42
編集後記 .....	44

# 2023 年 新潟脳外科病院業績

## 論 文

### 原著

1. 大島 良子, 久保田 恭平, 桑名 智子, 竹内 茂和, 山崎 一徳, 恩田 清 : 10 秒テストの標準値と経年変化. - 一般健常者 517 例における検討 -. 新潟医誌 137: 357-363, 2023

**要旨 【目的】** 頰椎症性脊髄症の初発症状には、手指のシビレや巧緻運動障害、歩行障害などがあり、中でも手の運動障害には素早い握り開きが困難になるという特徴がある。この評価法として提唱されているのが10秒テストで、そのカットオフ値の20回未満はmyelopathy handを疑う標準値とされている。これ まで10秒テストの疫学調査についてはいくつかの報告があるが、いずれも報告以来10年以上を過ぎており、平均寿命や健康寿命の延伸のみられる今日では、とくに高齢者(65 歳以上)において、その標準値を新たに検討する必要があると思われた。今回、各年代の健常者に10秒テストを実施し、過去の報告との比較検討を試みた。

**【対象】** 2019年8月~2020年12月に当院を受診した外来患者で、神経学のおよび脳・頰椎のMRI画像検査で「10秒テストに際し問題なし(nothing particular)」とされた517名 (男性 244名, 女性 273名, 10~89 歳)を対象とした。**【方法】** 10 歳代~80 歳代の各年代の平均値を求め、年代間、性差、利き手と非利き手でそれぞれの10秒テストの値を比較した。**【結果】** 10秒テストの平均回数は全ての年代において20回を超えた。10歳代~60歳代までは平均回数に有意な差は無かったが、70歳代と80歳代は10歳代~60歳代と比べ有意に低値であり、70 歳代以降で20回を下回る人数が増えた。また 60歳代~80歳代の平均値は過去の報告と比べ明らかに向上していた。各年代の平均回数は女性よりも男性で多かったが、有意差を示さない年代もみられた。利き手と非利き手の比較では有意な差は認められなかった。**【結語】** 10秒テストの平均値は、60 歳代までに比し70歳代以降で有意に低下していた。過去の報告に比し60歳代~80歳代で平均値は増加しており、高齢者においては今後も増加していく可能性が考えられた。一方、男女差については縮小している可能性が示唆された。

# 1 脳出血

## 定義・概念

脳内出血は、脳実質内の血管が破れて脳実質内に起こる出血を指す。その典型は高血圧による脳出血である。頻度は少ないが、血液の凝固異常による脳出血もある。また、これまで皮質下出血として扱われてきた脳アミロイドアンギオパチー（CAA）に伴う脳出血は、最初、脳溝内に出血が起こり、それが二次性に脳実質内に進展して皮質下血腫を形成することが、近年指摘されている。

## 臨床的事項

高血圧に伴う脳出血では、出血部位や傷害される構造により、随意運動麻痺や感覚障害、眼球運動障害、痙攣発作、激しい回転性めまい、平衡障害、急激な意識障害と昏睡、など様々な症状を示す。

## 高血圧性脳出血

発生部位別に6つに分けられる。内包の外側に起る被殻出血（外側型出血）、内包の内側に起る視床出血（内側型出血）、両者が混合したようにみえる混合型出血、大脳皮質下白質に起る皮質下出血、脳橋を中心に起る脳幹出血（橋出血）、小脳白質に起る小脳出血である。

**被殻出血**：内包の外側に位置する被殻の腹側外縁に起こり、外側型出血ともいう。中大脳動脈より分岐する外側線条体動脈の破裂によって起るとされる。血腫は被殻外縁と島皮質の間に位置する（図1 a）。血腫は背側へはほぼ脳梁の高さまで、復側では側頭葉白質に進展している（図1 a）。**synaptophysin (Sp)** に対する免疫染色と **EA50** による重染色(**Sp+EA50** 染色)でみると、血腫が被殻や前障を破壊している様子や、尾状核外縁から側脳室に破れている様子を明瞭に識別できる（図1 b）。血腫が直接内側に進展し

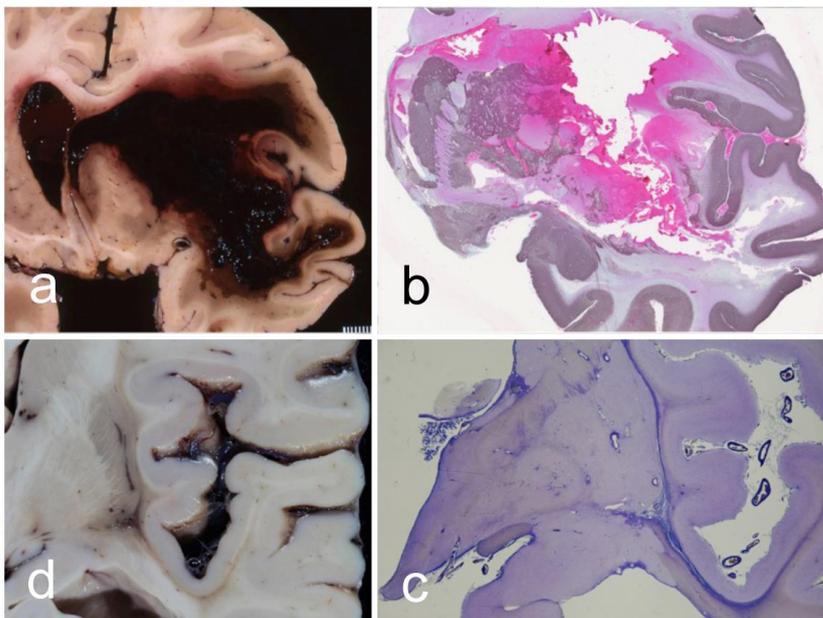


図1. 被殻出血 a：血腫は被殻外縁と島回の間に位置し、尾状核外縁を通過して側脳室に破れている。b：aのSp+EA50染色。血腫（赤）と脳構造の関係が極めて明瞭に識別できる。c：4年前に起こった被殻出血例。血腫周囲の脳組織にはヘモジデリンが沈着し、褐色の病変として認められる。d：cのHolzer染色。青染するグリア瘢痕となった被殻出血の痕跡。

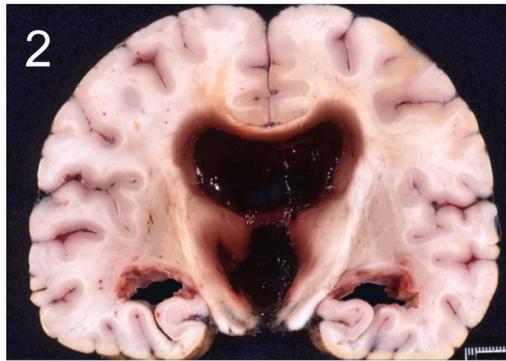


図2. 視床出血 血腫は内側に進展して第Ⅲ脳室に破れ、モンロー孔を逆流して両側の側脳室体部に充満している。

て被殻や淡蒼球や内包を破壊することや、下方に進展して中脳に達することはない。脳室に破れるルートは、被殻外縁を背側に進展して内包を横切り、尾状核外側を通過して側脳室外側角から側脳室に破れるルート（図1b）と、被殻前方のレベルに起った出血が、被殻の腹側に沿って進展して側脳室に破れるルートがある。時

間と共に血腫はマクロファージにより処理され、周囲脳組織はヘモジデリンが沈着したスリット状の病変となり、グリア瘢痕病変となる（図1c, d）。血腫が嚢胞状の空隙を形成することもある。

**視床出血：**内包の内側にある視床に起こるため内側型出血とも呼ばれる。視床に分布する穿通動脈の破裂によって起るとされる。血腫は内側に進展して容易に第Ⅲ脳室に破れる（図2）。外側に進展した場合は内包を障害することはあるが、内包を横断して淡蒼球や被殻を障害することはない。しばしば下方に進展して中脳や上部脳橋の被蓋部を障害する。

**混合型出血：**被殻出血と視床出血が混合したような像を示し、大きな血腫を作ることが多い。血腫は左右へは視床の内側を残して島回皮質直下まで、背腹方向へは側脳室の側角の高さから側脳室の側頭角直下まで広がり、脳組織の構造は識別が困難である（図3a）。Spに対する免

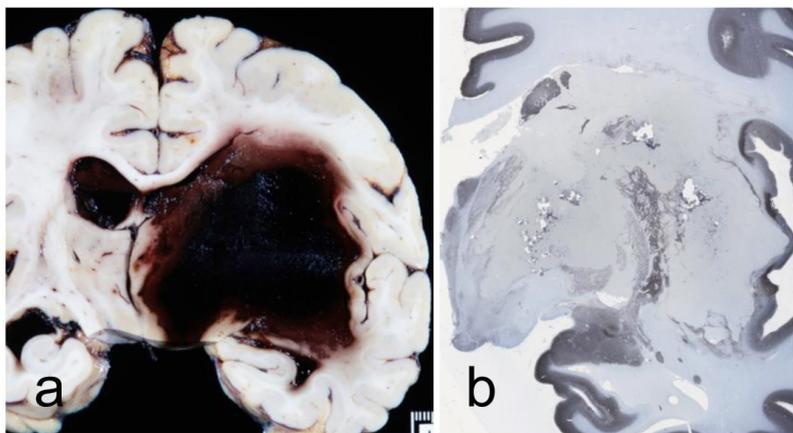


図3. 混合型出血 a：視床から島回まで広がる巨大な血腫を認め、視床の大部分と基底核や内包は不明瞭。b：Spに対する免疫染色では、視床前核や背内側核は保たれ、外側核、淡蒼球、被殻、外障は破壊され、血腫中にSp陽性構造として認める。血腫は視床と尾状核の間から側脳室に破れている。



図4. 皮質下出血 3年4ヶ月前に発症した頭頂葉皮質下出血例。a：血腫は、ほぼ全てマクロファージにより処理され、脳組織は、ヘモジデリンの沈着により、褐色に変色している。脳血管には軽いアミロイドアンギオパチーを認めたが、血管腫などはなかった。b：Spに対する免疫染色では、Sp陽性の皮質が皮質下白質を取り巻いている。この例では、血腫とくも膜下腔が連続している場所は認められなかった。

疫染色（図 3 b）では、血腫が視床前核や背内側核を残し、視床外側核，大脳基底核，内包を破壊し、視床と尾状核の間から側脳室に破れていることがわかる。血腫は下方に進展して中脳被蓋部や上部脳橋被蓋部に達することがある。破裂動脈は明らかにされていない。一般に予後不良である。

**皮質下出血：**高血圧によるものは、皮質下出血全体の 3～5 割で、予後は比較的良いとされる。出血は大脳皮質直下の白質に起こり、剖検時には、ヘモジデリン沈着を伴った病変として認められる事が多い。血腫は皮質下白質にほぼ限局し、くも膜下出血も限定的である（図 4a, b）。皮質が破壊されていないのにくも膜にヘモジデリン沈着を認めるのは、出血した血液が血管周囲の Vircho-Robin 腔を経

由してくも膜下腔に達することが考えられる。血腫を覆う皮質が壊死すると、脳挫傷との鑑別を要することがある。

**脳幹出血：**脳底動脈より分岐する穿通枝が破れることによって起こる。橋底部から橋被蓋部を占める血腫を作る（図 5a）ため、橋出血ともいう。中脳や延髄に原発性に出血を起こすことは稀である。血腫は、上は中脳被蓋部から、下は橋・延髄境界まで及ぶことがある。直接的な脳幹障害により生命予後は悪いが、橋被蓋部が完全に障害されながらも長期生存する例も見られる（図 5b）。

付）頭蓋内圧亢進による二次性の脳幹出血は、中脳や橋の、被蓋部の正中や外側に「小」の字をなぞるように小さな出血が多発するのを基本とし、脳圧亢進の程度により、被蓋部と底部の境界や橋底

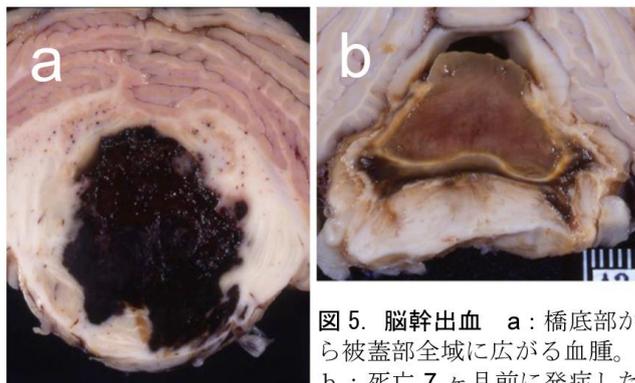


図 5. 脳幹出血 a：橋底部から被蓋部全域に広がる血腫。b：死亡 7 ヶ月前に発症した脳幹出血例。橋被蓋部全域を占拠する血腫は褐色に変色し、強い器質化を伴っていた。橋底部は不明瞭で硬度を増し、強いグリオシスを認めた。

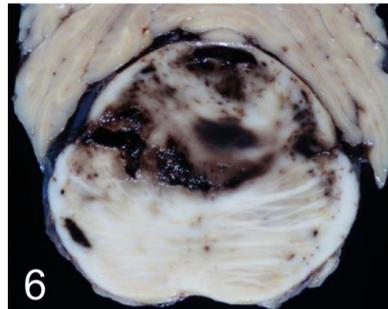


図 6. 頭蓋内圧亢進による二次性脳幹出血

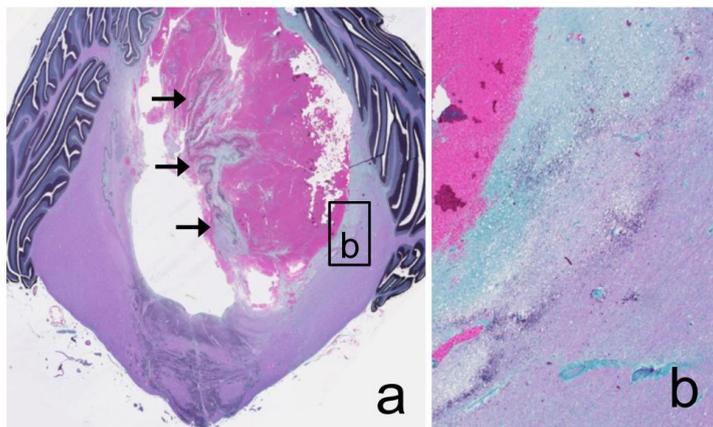


図 7. 小脳出血 a：赤く染まる血腫は右小脳白質から第IV脳室に破れている。血腫の中に黒く染まる Sp 陽性のひも状構造として、右歯状核（→）を認める。b：右小脳白質と血腫の境界部。Sp 陽性の歯状核構造がルーズな断片組織として認められる。Sp+EA50 染色。

部の外周にも起る（図 6）。図 5a のような大きな血腫は作らない。

**小脳出血：**歯状核とその近傍領域を栄養する上小脳動脈の破綻によるとされる。血腫は容易に第IV脳室に破れる。

血腫と歯状核の関係は、図 7 a, b に示すように、Sp+EA50 染色標本で明瞭に観察できる。Sp 陽性の右歯状核は壊死のため粗になり、小脳白質内に断片状に残る（図 7 b）。血腫は歯状核の内側に認められる。右歯状核の大部分は、壊死の程度が軽い Sp 陽性のひも状構造（→）として、第IV脳室に穿破した血腫の中に認められる（図 7 a）。本例では、出血は歯状核内側（門）に起こり、歯状核を破壊して第IV脳室に破れたことが推測される。

**高血圧性脳出血の原因となる血管変化：**脳出血例では通常の検索で破裂血管を認めることは稀である。図 8 は脳幹出血例の血腫内に見られた破裂動脈である。破裂部から多量のフィブリンが析出している。中膜平滑筋細胞は減少しているが、内弾性板と共に破裂部まで認められる。フィブリノイド変性は明らかではない。

高血圧に伴う脳出血では、脳実質内の小動脈に発生した微小動脈瘤(Charcot-Bouchard 動脈瘤) の関与が指摘されてきた<sup>1,2)</sup>。一方、高血圧に伴う動脈壁の壊死を重視し、動脈瘤の関与は疑問とする考えもある<sup>3-5)</sup>。高血圧性脳出血の手術時

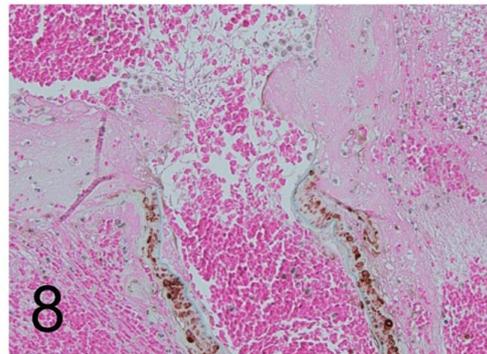


図 8. 脳幹出血に見られた破裂動脈  $\alpha$ -smooth muscle actin ( $\alpha$  SMA) 陽性の中膜平滑筋細胞は減少しているが、青く染まる内弾性板と共に破裂部まで認められる。破裂部からは、出血の跡をなぞるように、多量のフィブリン形成が見られる。抗  $\alpha$  SMA 抗体に対する免疫染色+Victoria blue+ EA50 の重染色

に採取された線条体動脈を検索した報告<sup>3,6,7)</sup>でも、見解は一致していない。現在のところ、高血圧から脳出血に至る一連の血管変化はまだ明らかにされていないといえる。出血を起こした破裂動脈は、血腫の中にあるが、その血腫を逃がさず、破裂動脈を観察できる標本の作成が困難であることが、その最大の理由の一つと思われる。

## 血液凝固異常による出血

高血圧の有無に関係なく、白血病や癌

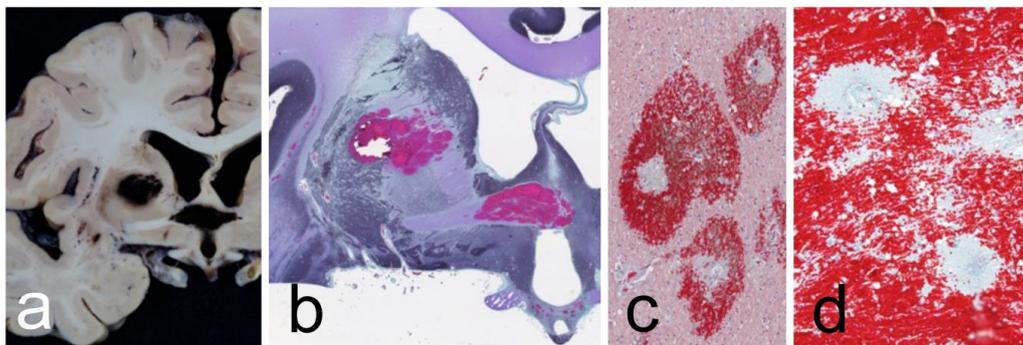


図 9. 血液凝固異常による出血 a：内包，前交連，最外包，第III脳室底部に出血を認める。b：a の Sp+EA50 染色。c：最外包の点状出血。中央の微小血管から少し離れて出血がみられる。d：前交連の血腫。c の基本パターンを持った出血が癒合して大きな血腫を形成している。c, d：Elastica-Goldner 染色

などの悪性腫瘍，血液疾患，重度の感染症，肝機能不全などで，血液凝固機能に異常をきたし，毛細血管や小静脈から血液が漏出して起る出血である。基本的に小さな点状出血として白質に起る。高血圧性脳出血で見るとような破裂動脈は報告されていない。点状出血が多発性にみられる場合や，癒合して大きな血腫を形成する場合がある。図9は重症肺炎に伴うDICによって起こった点状出血が，融合して多発性に血腫を形成した例である。内包，被殻，淡蒼球にまたがる領域と，前交連に，融合性の血腫がみられる。被殻と淡蒼球の血腫は，これらの構造に入り込んでいる繊維束に起った点状出血が融合して形成されている。最外包や第III脳室底部にも点状出血がみられる（図9a, b）。融合性の血腫をみると，漏出性出血に伴うフィブリン析出が微小血管周囲に認められ，これらが多数集まって種々の大きさの血腫を作っていることが分かる（図9c）。本例では，橋被蓋部，内側毛帯，橋横繊維にも癒合性の血腫がみられた。点状出血は Wernicke 脳症や Acute disseminated encephalomyelitis でも認めることが知られている。

## CAAに伴う出血

脳血管にβアミロイド蛋白が沈着し，血管平滑筋が変性消失し，血管壁が脆弱になっておこる出血である（図10a）。高齢化社会に伴い増加している。CAAについては別項目で扱われるので，ここではそれに伴う脳出血について述べる。

CAAに伴う出血は，βアミロイドが沈着した大脳皮質の血管が破れて，皮質下白質に血腫を作ると考えられてきた。しかし，私達が新鮮な出血の6剖検例について，抗Sp抗体を使用した免疫染色で，血腫と大脳皮質の関係を調べ，また，血腫の中の破裂血管の分布を検討した結果，以下の点を明らかにした<sup>8,9)</sup>。

①血腫はくも膜下腔である脳溝と皮質下白質の両方にみられ，周囲脳の弓隆面にもくも膜下出血を伴っている（図10a, b, c）。②脳溝内血腫周囲皮質は，出血性，あるいは，貧血性壊死となっている（図10b, c）。③皮質下血腫と脳溝内血腫は，この壊死となった，脳溝深部皮質や脳溝壁を構成する皮質が，破壊されて連続している（図10b, c）。④この連続性は，脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血が，脳溝深部皮質を破壊して脳実質内に進展し，

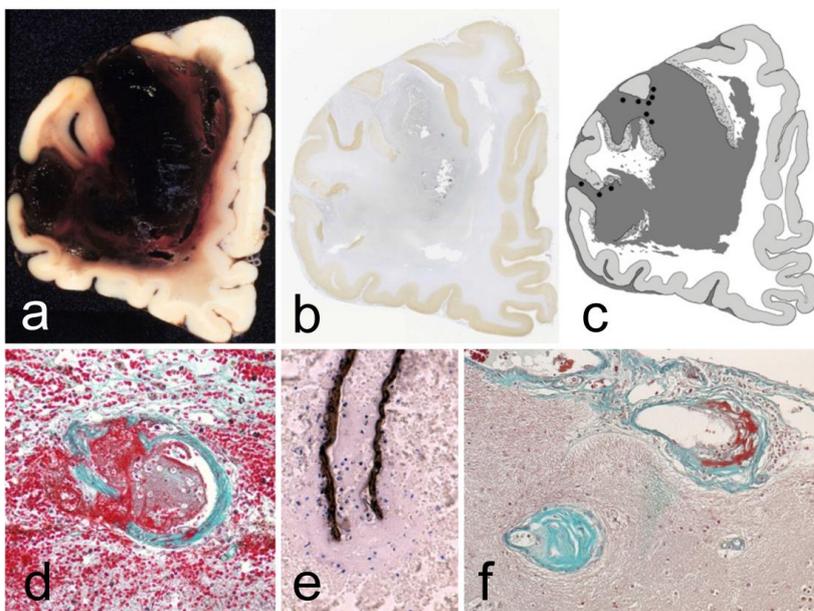


図10. CAAによる脳出血  
a: 前頭葉白質の血腫が脳表を覆うくも膜下出血を伴っているように見える。b: 抗Sp抗体に対する免疫染色。c: bのシェーマ。脳溝深部皮質が破壊されて脳溝内血腫と皮質下白質の血腫が連続している。破裂血管(●)は脳溝内血腫にみられる。d: 破裂血管。壁構造は不明瞭。e: βアミロイド陽性の破裂血管。f: フィブリンノイド変性と動脈瘤様変化。d, f: Elastica-Goldner 染色

二次性の脳内血腫を形成するのと同じである。⑤1例には脳溝内に限局した血腫がみられる。⑥脳溝内血腫にはβアミロイドが沈着して壁構造が不明瞭となった破裂血管認められた（図 10 c, d, e）。⑦一つの血腫を連続切片で検索すると、破裂血管の大部分は、脳溝内血腫中に認められ、皮質や白質の破裂血管よりも直径が大きく、破裂部には種々の程度にフィブリン析出などの組織反応を伴っている（図 10 d, e）。

これらの所見から、CAAによる出血は、これまで考えられてきたように、皮質血管が破れるのではなく、最初、くも膜下腔、特に脳溝内に起こり、形成された脳溝内血腫が、周囲の大脳皮質に圧迫や循環不全などによる壊死をおこし、この皮質を破壊して脳実質に進展し、二次性の皮質下血腫を形成する、と私達は考えている。CAAによる出血例では「しばしばくも膜下出血が認められる」と記載されてきたが、私達の観察結果からは、当然の所見と言える。また、アミロイド沈着による血管変化として、髄膜血管や皮質血管には、フィブリン変性や動脈瘤様変化（図 10 f）、などが認められ、このような血管変化が破裂に関与することが指摘されてきたが、私達の検索では、このような血管が破れている像はみられず<sup>10)</sup>、βアミロイドの沈着から破裂に至る血管の一連の組織変化については、これからも所見の積み重ねが必要と思われる。脳溝内に血腫が限局するのは稀であるが<sup>8)</sup>、私達の報告以降、CAAによる出血が、くも膜下腔に限局した例の、画像と脳生検や、剖検所見を記載した報告がなされている。また、脳底部以外の脳弓隆面におけるくも膜下出血の原因として、アミ

ロイドアンギオパチーを鑑別すべきであるとされている。

#### 文献

- 1) 大根田玄寿: 脳出血の病理—血管病変を中心として—。日病会誌 59: 27-56, 1970
- 2) Fisher CM: Cerebral miliary aneurysms in hypertension. Am J Pathol 66: 313-30, 1972
- 3) Takebayashi S, Kaneko M: Electron microscopic studies of ruptured arteries in hypertensive intracerebral hemorrhage. Stroke 14: 28-36, 1983
- 4) Challa VR, Moody DM, Bell MA: The Charcot-Bouchard aneurysm controversy: Impact of a new histologic technique. J Neuropathol Exp Neurol 51: 264-271, 1992
- 5) Spangler KM, Challa VR, Moody DM et al: Arteriolar tortuosity of the white matter in aging and hypertension: a microradiographic study. J Neuropathol Exp Neurol 53: 22-26, 1994
- 6) Wakai S, Nagai M: Histological verification of microaneurysms as a cause of cerebral haemorrhage in surgical specimens. J Neurol Neurosurg Psychiatry 52: 595-599, 1988
- 7) Mizutani T, Kojima H, Miki Y: Arterial dissections of penetrating cerebral arteries causing hypertension-induced cerebral hemorrhage. J Neurosurg 93: 859-862, 2000
- 8) Takeda S, Yamazaki K, Miyakawa T, et al: Subcortical hematoma caused by cerebral amyloid angiopathy: Does the first evidence of hemorrhage occur in the subarachnoid space? Neuropathology 23: 254-261, 2003
- 9) Takeda S, Hinokuma K, Yamazaki K, et al: The hemorrhage caused by sporadic-type cerebral amyloid angiopathy occurs primarily in the cerebral sulci. Neuropathology 32: 38-43, 2012
- 10) Takeda S, Onda K, Yoshida Y: Immunohistochemical analysis of intrasulcal hematoma due to cerebral amyloid angiopathy in a brain-dead patient. Neuropathology 38: 443-447, 2018

武田茂樹

## その他

1. 平田誠市. 「ワンポイントアドバイス クリューバレラ染色のコツ」. 検査と技術, 医学書院 51(8): 872-074, 2003
2. 平田誠市. インタビュアー 藤田朋子氏（俳優）. 季刊誌ピペット（日本臨床検査技師会）Vol. 39. 4月号, 2-6, 2023

**1. 小飯塚理子, 岡本浩一: 寝返り動作で上肢を忘れてしまう脳卒中左片麻痺症例. —上肢の空間情報の構築に向けて—. 第 23 回認知神経リハビリテーション学会学術集会. 2023 年 10 月 7 日-8 日 東京大学 伊藤国際学術研究センター 東京**

**【はじめに】**今回, 寝返り動作時に麻痺側上肢管理が不十分で肩の痛みを訴えた脳卒中左片麻痺症例に対して, 特に有効だった視覚情報と体性感覚情報(手掌面の触覚情報)を用いた肩関節の空間情報の構築介入に関して報告する.

**【症例紹介】**症例は心原性脳塞栓症により左片麻痺を呈し 1 ヶ月経過した 60 歳代女性である. 自宅退院を目的に回復期病棟へ転棟した.

**【評価】**上肢機能は Fugel-Meyner Assessment の運動項目は 2/66 点, 屈筋反射のみで随意運動は見られず, 弛緩性麻痺を認めた. 感覚項目は 6/12 点で特に関節位置覚の低下を認めた. **personal neglect test** ではスコア 1 で, 軽度の半側無視を認めた. 触覚は上腕 7/10, 前腕 7/10, 手掌面 8/10 で, 末梢部は比較的知覚しやすかった. 上肢(肩関節)の評価では, 運動の距離・空間性の低下を認めたが, 視覚を用いることで正答率が向上した. 注意機能は TMT-J(A)は 54 秒, (B)は 117 秒で年齢平均と比較し時間を要した. 非麻痺側への寝返りでは, 動作開始前に右上肢で左上肢を腹部まで運ぶが, 体幹回旋時に左肩甲帯の追従を認めず, 左上肢は後方に位置した. 肩の痛みは **visual analogue scale** (以下 VAS) で 10/10 と最大値を訴えた.

**【病態仮説】**本症例の麻痺側上肢管理が不十分である要因は, 評価結果から肩関節の空間情報と注意機能の低下を認め, これらが身体

に対する無視症状を生じさせていると推察された. 介入では麻痺側上肢管理が行えることを目標に, 視覚情報と体性感覚情報を用いて介入計画を行った.

**【介入と結果】**介入として肩関節を他動的に屈伸させながら手掌面へ接触課題を行った. 手掌面に視線と注意を促すことによって肩関節の運動方向・距離・連続性の回答が可能となり, 麻痺側手部の位置の認識が向上した. 5 日間の介入で, 寝返り動作での体幹回旋時に左肩甲帯の追従を認め, 動作開始から終了まで麻痺側上肢管理が可能となった. **personal neglect test** ではスコアが 0 と改善, 肩の痛みは VAS で 4/10 へ軽減した.

**【考察】**本症例の残存する視覚情報と手掌面の触覚情報を活用することで, 肩関節の空間情報の構築が促進され, 自己身体の手部の認識が向上したことで麻痺側上肢管理が可能となったと考えられる.

**【倫理的配慮】**症例とその家族に対して本発表の目的を説明し, 書面にて同意を得た.

**2. 恩田富士子, 高木俊雄, 堀富士子, 恩田清: 地方の脳神経外科救急病院に勤務する職員の職務満足度と職務継続意志. —アンケート調査に基づく影響因子の解析—. 第 26 回日本臨床脳神経外科学会. 2023 年 7 月 15 日-16 日 宇都宮市**

**【目的】**本研究は地方の脳神経外科救急病院に勤務する職員を対象に職務満足度と職務継続意志に関するアンケート調査を行い, その回答を分析することでこれら 2 つの事項に対する影響因子を解析することである.

**【方法 1】**調査対象は, A 病院に勤務している全職員 250 名, 調査は 23 項目と健康状態である. 分析方法は回答者の属性を求め, 7

つの構成概念の信頼性分析を行い各因子の記述統計、クロス集計、構成概念の相関、仮説に基づき重回帰分析、パス解析を実施した。

**【方法2】**A病院に勤務している5年目までの職員102名を対象とし、入職前からの関わり、入職の動機と調査59項目について回答してもらった。分析方法は回答者の属性を求め、記述統計を行い、リアリティショック（以下RS）の軽減に影響しているか重回帰分析を行った。また、調査項目は因子分析により因子を抽出し、信頼性分析を行った後、調査1と同様の分析を実施した。

**【結果】**調査1では重回帰分析の結果、組織運営、上司との関係、仕事のやりがい、労働環境がそれぞれ職務満足度に有意であり、部門による相違、勤続年数による相違も示された。調査2では入職前の関わりや入職の動機の多さがRSに影響しているかについては、有意な結果は示されなかった。また、勤務1～2年目の看護職員は教育・職場環境がRSを軽減させ、それが仕事へのやりがいへとつながり、職務満足度を介し、職務継続意志へ影響していることが1%水準で有意な正の効果として確認することができた。

**【考察】**組織運営が職務満足度と職務継続意志に密接に関わっていることが示された。脳神経外科の質の向上とそれを支える質の高い職員教育、その教育を担うリーダー教育が重要であり、個々人の置かれている状況、欲求を把握する管理機能が必要であると思われる。

**【まとめ】**職員の職務満足度と職務継続意志について、影響因子を明らかにすることができたが、離職の理由について今後も調査を行っていく必要がある。

### 3. 久保田恭平, 外川 佑, 佐藤 凌: 急性期における HONDA セーフティナビ「注意配分複数作業検査」と神経心理学検査との関

## 連性. 日本臨床作業療法学会学術大会 2024 年3月9日-10日 東京都(池袋)

**【背景・目的】**ドライビングシミュレータ(DS)の注意配分複数作業検査の成績に関連する神経心理学的検査は明らかにされていない。本研究ではDSの注意配分複数作業検査成績と神経心理学検査の関連性を探索することで、注意機能や処理速度などの介入時に着目すべき要素の特定に繋げることを目的とした。

**【方法】**対象は当院急性期病棟で運転評価を行った283名(脳出血:30名,脳梗塞;253名,年齢:65±12歳,発症から評価までの日数は11.3±5.8日)であった。

注意配分複数作業検査の結果をそれぞれ被説明変数とし、年齢(65歳未満/65歳以上)、入院時のJapan Coma Scale(JCS)、発症から評価までの日数、神経心理学検査Trail Making Test 日本版(TMT-J) Part A, Part B, レイの複雑図形検査(ROCF)の模写,再生,かな拾いテスト,コース立方体組み合わせテスト(Kohs)を説明変数とする重回帰分析を実施した。

**【結果】**矢印反応時間平均には、年齢の65歳以上カテゴリ(beta=53 [95%CI: 26, 81], p < 0.001), かな拾いテスト(beta = -1.6 [95%CI: -2.6, -0.70], p < 0.001), 矢印反応時間SDには、年齢の65歳以上カテゴリ(beta = 18 [95%CI: 4.6, 31], p = 0.009), 矢印誤反応回数はROCF模写(beta = -0.17 [95%CI: -0.29, -0.05], p = 0.007)の関連を認めた。赤ランプ平均反応時間は年齢の65歳以上カテゴリ(beta = 57 [95%CI: 12, 102], p = 0.014, 発症から評価までの日数(beta = 3.3 [95%CI: 0.15, 6.5], p = 0.040, かな拾いテスト(beta = -1.8 [95%CI: -3.3, -0.26], p = 0.022), 赤ランプ反応時間SDにはKohs(beta = -0.62 [95%CI: -1.2, -0.08], p = 0.024)の関連を認めた。黄ランプ平均反応時間はTMT-A

(beta = 1.2 [95%CI: 0.23, -2.2], p = 0.016) の関連を認めた。黄ランプ反応時間の SD には有意な関連を認めた項目はなかった。ランプ誤反応数は ROCF 模写 (beta = -0.20 [95% CI: -0.34, -0.06], p = 0.005) の関連を認めた。

**【考察・まとめ】** 注意配分複数作業検査の測定項目に対して複数の検査の関連を認めた。これらの検査に求められる要素を高める介入は注意配分複数作業検査の成績向上に繋がる可能性がある。

#### 4. 佐藤 凌, 外川 佑, 久保田恭平: 急性期における HONDA セーフティナビ「選択反応検査」と神経心理学検査との関連性. 日本臨床作業療法学会学術大会 2024 年 3 月 9 日-10 日 東京都 (池袋)

**【背景・目的】** ドライビングシミュレータの選択反応検査の成績に関連する神経心理学的検査は明らかにされていない。本研究では DS の選択反応検査成績と神経心理学検査の関連性を探索することで、注意機能や処理速度などの介入時に着目すべき要素の特定に繋げることを目的とした。

**【方法】** 対象は当院急性期病棟で運転評価を行った 283 名 (脳出血: 30 名, 脳梗塞: 253 名, 年齢: 65±12 歳, 発症から評価までの日数は 11.3±5.8 日) であった。

選択反応検査の結果をそれぞれ被説明変数とし、年齢 (65 歳未満/65 歳以上)、入院時の Japan Coma Scale、発症から評価までの日数、神経心理学検査 Trail Making Test 日本版 (TMT - J) Part A, Part B, レイの複雑図形検査 (ROCF) の模写、再生、かな拾いテスト、コース立方体組み合わせテスト (Kohs) を説明変数とする重回帰分析を実施した。研究の実行において、当院の倫理調査委員会の承認を得た。

**【結果】** 赤ランプ反応時間平均値には、発症から評価までの日数 (beta = 4.1 [95%CI:

0.86, 7.3], p = 0.013)、SD には、TMT-J partB (beta = 0.22 [95%CI: 0.06, 0.39], p = 0.008) と Kohs (beta = -0.50 [95%CI: -0.85, -0.14], p = 0.007) の関連を認めた。黄ランプ反応時間平均値には、TMT-J partB (beta = 0.41 [95%CI: 0.07, 0.75], p = 0.017)、ROCF 再生 (beta = -1.4 [95%CI: -2.7, -0.12], p = 0.032)、かな拾いテスト (beta = -1.6 [95%CI: -2.6, -0.68], p < 0.001)、SD には年齢の 65 歳以上カテゴリ (beta = 33 [95%CI: 17, 48], p < 0.001)、ROCF 模写 (beta = -4.7 [95%CI: -7.4, -2.1], p < 0.001)、Kohs (beta = -0.70 [95%CI: -1.1, -0.30], p < 0.001) の関連を認めた。誤反応回数には、年齢の 65 歳以上カテゴリ (beta = 0.97 [95%CI: 0.04, 1.9], p < 0.041)、発症から評価までの日数 (beta = 0.09 [95%CI: 0.02, 0.15], p = 0.009)、ROCF 模写 (beta = -0.18 [95%CI: -0.34, -0.02], p = 0.031) の関連を認めた。

**【考察・まとめ】** 選択反応検査に対して複数の検査の関連を認めた。これらの検査に求められる要素を高める介入は選択反応検査の成績向上に繋がる可能性がある。

#### 5. 中村沙愛, 滝澤健司, 宇都宮悟, 中野永, 棚邊哲史, 川村拡矢, 亀井智也, 丸山克也, 笹本龍太, 恩田清: Evaluation of treatment planning parameters affecting the gamma analysis based on machine learning for CyberKnife brain stereotactic radiotherapy. 第 125 回日本医学物理学会学術集会. 2023 年 4 月 13 日-16 日 横浜市

**【目的】** CyberKnife による円形照射野を用いた頭蓋内定位照射のガンマ解析に影響を与える治療計画パラメータを、機械学習の手法を用いて明らかにすること。

**【方法】** 円形照射野を用いた CyberKnife 頭蓋内定位照射を行った 46 例を対象とした。治療装置は Accuray 社の CyberKnife M6、治

療計画装置は Precision を使用し、線量測定には、Sun Nuclear 社の StereoPHAN と SRS MapCHECK を用いた。判定基準 1%/2mm (閾値 50%) におけるガンマ解析のパス率を目的変数、コリメータサイズ加重平均、GTV 体積、GTV 球形度、一回線量、分割回数、ビーム数、MU 値、照射方向の偏り、isodose 曲線、GTV D98%、Paddick Conformity Index (CI)、Gradient Index (GI)、GTV と直列臓器間距離、GTV 重心とビーム中心軸間距離の 14 種類の治療計画パラメータ (多重共線性なし) を説明変数として、重回帰モデル、Lasso 回帰モデル、及び random forest 回帰モデルを用いて説明変数として有用であるパラメータを抽出した。

**【結果】**各機械学習モデルにより抽出された上位 2 種類のパラメータは、重回帰モデルでは MU 値と球形度であり、それぞれの標準化偏回帰係数は 0.865 と -0.528 を示した。Lasso 回帰モデルでは GTV D98% と MU 値であり、それぞれの回帰係数は 2.033 と -1.584 を示した。random forest モデルでは GI と MU 値であり、それぞれの重要度は 0.291 と 0.195 を示した。各手法で共通して抽出されたパラメータは MU 値であったことから、治療計画における MU 値の制御に関係する因子を検討するために単回帰分析を行った。その結果、最も影響を与える因子はコリメータ径と GTV 径の比であり、相関係数は -0.84 を示した。

**【結論】**円形照射野を用いた CyberKnife 頭蓋内定位照射において、ガンマ解析に影響を与えるパラメータは MU 値であった。GTV に対して小さなコリメータを使用すると MU 値が上昇し、ガンマ解析の結果が低下する可能性が示唆された。

**6. 滝澤健司, 木藤哲史, 棚邊哲史, 須田雄飛, 長畑智政: 局所前立腺 IMRT の位置照合撮影**

**に関するアンケート調査結果報告「第一報: 撮影回数」. 日本放射線腫瘍学会第 36 回学術大会. 2023 年 11 月 30 日-12 月 2 日 横浜市**

**【目的】**局所前立腺 IMRT に対する X 線を用いた位置照合法毎の撮影回数を調査し、位置照合プロトコルの最適化に向けた指標を提示する。

**【方法】**2022 年 9 月から 11 月にかけて、全国の施設に Excel 形式のアンケート回答を依頼した。局所前立腺 IMRT (40-80 kg 程度の成人患者) の線量分割、位置照合法毎の総撮影回数の代表値の回答を得た。対象とした位置照合法は、(1) 2 次元 kV-X 線平面撮影 (kV-2D)、(2) kV-X 線 CT 撮影または cone-beam CT 撮影 (kV-CT/CBCT)、(3) MV-X 線 CT 撮影または cone-beam CT 撮影 (MV-CT/CBCT) とした。線量分割について、1 回線量の回答をもとに 3 群 (通常分割、中程度寡分割、超寡分割) に分類した。総撮影回数から 1 治療回あたりの撮影回数を算出し、これらの中央値を算出した。

**【結果】**最も使用される位置照合法は kV-CT/CBCT であり (有効回答数 n:183)、通常分割、中程度寡分割、超寡分割群における総撮影回数 (1 治療回の撮影回数) の中央値は 38 (1)、20 (1)、10 (2) 回であった。同様に、kV-2D (CyberKnife 以外、n:64) では、78 (2)、54 (2) 回、該当なし、kV-2D (CyberKnife、n:11) では該当なし、該当なし、489 (98) 回、MV-CT/CBCT (n:23) では、39 (1)、21 (1) 回、該当なしであった。

**【結語】**局所前立腺 IMRT の位置照合に関して、分割法毎に撮影回数の中央値を求め、撮影回数を最適化するための指標を提示した。

**7. 滝澤健司, 木藤哲史, 棚邊哲史, 須田雄飛, 長畑智政: 局所前立腺 IMRT の位置照合撮影に関するアンケート調査結果報告「第二報:**

撮影線量」. 日本放射線腫瘍学会第 36 回学術大会. 2023 年 11 月 30 日-12 月 2 日 横浜市

**【目的】**局所前立腺 IMRT に対する位置照合撮影に kV-X 線 CT 撮影または cone-beam CT 撮影 (kV-CT/CBCT 撮影) を用いた際の撮影条件や撮影線量を調査し、位置照合プロトコルの最適化に向けた指標を提示する。

**【方法】**2022 年 9 月から 11 月にかけて、全国の放射線治療施設に Excel 形式のアンケート回答を依頼した。局所前立腺 IMRT (40-80 kg 程度の成人患者) の位置照合に kV-CT/CBCT を用いた場合の撮影条件として管電圧、管電流量、体軸方向の撮影長、撮影角度、および撮影線量として CTDI<sub>vol</sub>、DLP の代表値に関する回答を得た。撮影角度を除く回答について、75 (50)パーセンタイル値 (%tile)を算出し、撮影線量については撮影角度毎 (1 回転、部分的な回転) の値も算出した。

**【結果】**管電圧 (有効回答数 n:181)、管電流量 (n:175)、体軸方向の撮影長 (n:178)、CTDI<sub>vol</sub>(n:127)、DLP (n:67)の 75 (50)%tile はそれぞれ、125 (125) kV、739 (528) mAs、20 (18) cm、16.0 (11.1) mGy、263 (176) mGy・cm であった。撮影角度 (n:169)の使用割合について、1 回転の使用が 37%、部分的な回転の使用が 63%であった。撮影線量について、撮影角度を 1 回転、部分的な回転に分けた場合の 75 (50)%tile は、CTDI<sub>vol</sub>が 17.8 (16)、12.3 (9.0) mGy、DLP が 342 (262)、263 (164) mGy・cm であった。

**【結語】**局所前立腺 IMR の kV-CT/CBCT 撮影を用いた位置照合方法に関して、撮影条件と撮影線量の 75 (50)%tile を求め、位置照合プロトコルを最適化するための指標を提示した。

8. 源甲斐信行, 長谷川仁, 小林 勉, 竹内茂和, 宮川照夫, 山崎一徳, 恩田 清: 当院における SAH 術後管理の状況. 第 3 回 新潟 SAH Expert Meeting. 2023 年 6 月 16 日 新潟市 (ANA クラウンプラザホテル)

9. 源甲斐信行, 長谷川仁, 小林 勉, 竹内茂和, 宮川照夫, 山崎一徳, 相場豊隆, 恩田 清: クラゾセンタンの使用経験と術後管理のパラダイムシフト. 中越・魚沼・上越 SAH セミナー. 2023 年 6 月 30 日 長岡市 (ホテルニューオータニ長岡)

10. 源甲斐信行, 長谷川仁, 小林 勉, 竹内茂和, 宮川照夫, 山崎一徳, 相場豊隆, 恩田 清: 当院におけるくも膜下出血の治療成績～連続 15 症例のクラゾセンタン使用経験～. 神奈川・甲信越 SAH Expert Meeting ～脳卒中治療ガイドラインを考える～. 2023 年 10 月 7 日 東京都 (ステーションカンファレンス東京)

11. 源甲斐信行, 長谷川仁, 小林 勉, 相場豊隆, 竹内茂和, 宮川照夫, 山崎一徳, 恩田 清: 破裂急性期前交通動脈瘤に対してステント併用コイル塞栓術を行った 1 例. 第 77 回新潟脳神経外科懇話会. 2023 年 12 月 9 日 新潟市 (新潟大学統合脳機能センター)

12. 源甲斐信行, 長谷川 仁, 小林 勉, 相場豊隆, 竹内茂和, 恩田 清: 当院においてクラゾセンタン単剤使用した連続 15 症例のくも膜下出血治療成績 (ポスター発表). 第 49 回 SAH スパズム・シンポジウム. 2024 年 3 月 7-9 日 横浜市

1. 源甲斐信行：急性期脳卒中の診断と治療. 持田製薬社員教育研修会. 2023年4月18日 新潟市（持田製薬株式会社新潟事業所）
2. 源甲斐信行：脳卒中診療の実際 ～安全な脳血管内治療を目指して～. Stroke Hot Topics @Web Seminar in West. 2023年4月20日 新潟市（第一三共株式会社 新潟営業所）
3. 源甲斐信行：脳卒中の血圧管理とエンレスト錠<sup>®</sup>の使用経験. 大塚製薬 社員研修. 2023年5月29日 新潟市（大塚製薬 新潟営業所）
4. 源甲斐信行：脳卒中の診断と治療 ～ARNIの使用経験を含めて～. 第8回にいがた臨床研究会. 2023年9月12日 新潟テルサ
5. 源甲斐信行, 長谷川 仁：Large IC-PCOM.ANに対するSAC or FDの1例. AN 徹底討論会 ～先駆け AN 治療塾！SAC or FD?～. 2023年12月14日 新潟市（NINNO3）
6. 源甲斐信行：新たな時代におけるくも膜下出血の周術期管理 ～クラゾセンタン（ピヴラツツ<sup>®</sup>）の使用経験～. 新潟脳外科病院 診療会議. 2024年2月28日 新潟市（新潟脳外科病院 大講堂）
7. 滝澤健司：日常疑問から始める研究ストーリー ～一般病院に勤務する私の取り組み～. 第13回東北放射線医療技術学術大会. 2023年11月3日-4日 山形
8. 滝澤健司：IMRT 導入のはじめの一步アンケート結果報告. 日本放射線技術学会 第31回東北支部セミナー. 2023年12月16日 オンライン
9. 滝澤健司：新潟脳外科病院放射線治療科における医学物理業務の紹介. 日本放射線腫瘍学会ニュースレター（JASTRO Newsletter）150号
10. 平田誠市. 新潟医療福祉大学 臨床技術科 病理検査実習 2023年4月12日-8月3日4日
11. 平田誠市. 新潟リハビリテーション大学 リハビリテーション科 病理学概論（オンデマンド方式）
12. Takahashi H: Memoirs of a neuropathologist who was unfit to be a clinician. Free Neuropathology 4: 7, 2023 (Published 2023-04-19) DOI: <https://doi.org/10.17879/freeneuropathology-2023-4741>

## 2023 年 4～2024 年 3 月 院内研修会 記録

期 日		主 催	研 修 会 名	内 容
月	日			
R5 4	17-28	院内感染対策委員会	院内感染対策勉強会	「通常医療に戻していくための感染対策」 職員感染予防を中心に
7	3-14	医療機器安全管理委員会 (臨床工学技士)	医療機器ビデオ講習会	人工呼吸器、除細動器&ベンチバックの使用
7	18-28	労働衛生委員会	メンタルヘルス研修会	ストレスから自分を護るセルフケア
7	10-31	医事課	二次性骨折予防継続管 理料算定要件研修	ガイドラインに基づいた骨粗鬆症の診断と治療
10	10-27	医療安全管理室	医療安全研修会	BLS・AED 研修
10	27- 11/24	褥瘡委員会	院内褥瘡研修会	褥瘡ケアの基本的知識を学び、ケにつなげることが できる
11	6-17	院内感染対策委員会	院内感染対策勉強会	インフルエンザ診療の基本的考え方
11	27- 12/8	医療安全管理室 診療放射線科	MRI 安全研修会	MRI 事故を防ぐために(医療従事者のための安全 講習)
R6 1	17	輸血療法委員会	輸血療法委員会研修会	・輸血製剤の取扱いについて ・輸血過誤防止について 他
2	13-22	医療サービス向上委員会	接遇研修会	医療機関のための接遇マナー研修
3	4-15	放射線安全管理委員会	医療放射線安全研修	・医療被ばくの基本的考え方 ・放射線診療の正当化と最適化 ・医療被ばくの線量管理と最適化 ・放射線障害が生じた場合の対応 ・放射線診療を受ける者との情報共有
3	4-15	医療ガス安全管理委員会	医療ガス安全講習	医療ガスを安全に運用するための研修

# 第 32 回 新潟脳外科病院院内研究会 記録

令和 5 年 10 月 21 日 (土) 新潟脳外科病院大講堂 8:30~12:40

開会の挨拶

病院長 恩田 清

事務部門

座長 学術部長 高橋 均

## 1. 当院に勤務する職員の職務満足度と職務継続意志 –アンケート調査に基づく影響因子の解析–

事務部<sup>1)</sup> 昭和女子大学大学院 生活機構研究科<sup>2)</sup> 看護部<sup>3)</sup> 脳神経外科<sup>4)</sup>  
恩田 富士子<sup>1)</sup> 高木 俊雄<sup>2)</sup> 堀 富士子<sup>3)</sup> 恩田 清<sup>4)</sup>

診療部門

座長 回復期リハビリテーション病棟部長 山崎 一徳

## 2. スリングシート車椅子を長時間椅子として使用することは身体に不調をきたす

～職員の車椅子乗車体験アンケートを基に～

リハビリテーション科理学療法室<sup>1)</sup> 作業療法室<sup>2)</sup> 言語聴覚室<sup>3)</sup> 脳神経外科<sup>4)</sup>  
大島 良子<sup>1)</sup> 高橋 侑紀<sup>2)</sup> 増沢 真希子<sup>1)</sup> 枝並 静香<sup>1)</sup> 田中 智美<sup>1)</sup>  
小飯塚 理子<sup>1)</sup> 貝瀬 由紀子<sup>3)</sup> 山崎 一徳<sup>4)</sup>

## 3. シーティングによる座位姿勢の改善が活動の拡大に繋がった 2 症例

リハビリテーション科作業療法室<sup>1)</sup> 理学療法室<sup>2)</sup> 言語聴覚室<sup>3)</sup> 脳神経外科<sup>4)</sup>  
高橋 侑紀<sup>1)</sup> 大島 良子<sup>2)</sup> 増沢 真希子<sup>2)</sup> 枝並 静香<sup>2)</sup> 田中 智美<sup>2)</sup>  
小飯塚 理子<sup>2)</sup> 貝瀬 由紀子<sup>3)</sup> 山崎 一徳<sup>4)</sup>

## 4. 当院脳卒中片麻痺患者における Mini-Balance Evaluation Systems Test

(Mini-BESTest) と Berg Balance Scale (BBS) との比較

新潟脳外科病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup> 新潟脳外科病院脳神経外科<sup>2)</sup>  
新潟医療福祉大学リハビリテーション学部理学療法学科<sup>3)</sup>  
中野 拓朗<sup>1)</sup> 長岡 輝之<sup>1)</sup> 内山 真紀<sup>1)</sup> 片貝 匠<sup>1)</sup> 渡邊 大揮<sup>1)</sup> 岩本 風花<sup>1)</sup> 本間 康浩<sup>1)</sup>  
佐久間 麻由美<sup>1)</sup> 山崎 一徳<sup>2)</sup> 齊藤 慧<sup>3)</sup> 五十嵐 眸実<sup>3)</sup>

技術部門

座長 病理部長 武田茂樹

## 5. 当院脳ドックにおける頸動脈超音波検査成績の検討

臨床検査科<sup>1)</sup> 新潟大学脳研究所 脳神経内科<sup>2)</sup>  
三浦 千佳<sup>1)</sup> 星野 美里<sup>2)</sup> 近藤 美佳<sup>1)</sup> 小林 直之<sup>1)</sup> 渡辺 都<sup>1)</sup>  
上村 昌寛<sup>2)</sup> 高橋 均<sup>1)</sup>

## 6. 脳出血剖検礼における抗 Synaptophysin 抗体を用いた免疫染色と EA50 の重染色の有用性

病理部<sup>1)</sup> 臨床検査科<sup>2)</sup>  
平田 誠市<sup>1)</sup> 武田 茂樹<sup>1)</sup> 高橋 均<sup>2)</sup>

学会報告

第 26 回日本臨床脳神経外科学会参加報告

学術部長 高橋 均

特別講演

座長 病院長 恩田 清

新潟の脳神経外科の過去から未来へ

新潟大学脳研究所 臨床神経科学部門 脳神経外科学分野 教授 大石 誠

CPC (臨床病理検討会)

座長 副院長 宮川 照夫

臨床病理報告  
各部署からのコメント

脳神経外科 山崎 一徳  
看護部 鈴木 千種  
臨床検査科 大橋 由美子  
診療放射線科 岩田 実樹  
病理部 武田 茂樹

病理所見報告

閉会の挨拶

病院長 恩田 清





今だからこそ - チーム医療  
 第 11 回新潟トリオモダリティミーティング WEB 放射線科  
 看護職のための医療安全  
 医療安全管理者認定継続更新講習 WEB 看護部  
 第 9 回新潟県理学療法士会中越ブロック研修会  
 WEB リハビリ  
 運転と作業療法研究会 応用研修会 WEB リハビリ  
 第 145 回 Tokyo CT Technology Seminar WEB 放射線科  
 2023 年度新潟県看護協会新潟西支部集会並びに講演会  
 新潟市 看護部  
 キャリアアップ支援講習(採血点滴管理) 新潟市 看護部  
 キャリアアップ支援講習(注射・輸液ポンプ) 新潟市 看護部  
 JQ 医療安全管理者養成研修 WEB 看護部  
 中越・魚沼・上越 SAH セミナー 長岡市 医師

7月

2023 年度認定看護管理者教育課程ファーストレベル受講  
 新潟市 看護部  
 重症度、医療・看護必要度評価者及び院内指導者研修  
 WEB 看護部  
 新潟市病院給食研究会食品衛生講習会 WEB 栄養室  
 「ホスピタリティ研修(クレーム対応力アップ講座)」  
 新潟市 リハビリ, MSW  
 第 20 回東北 MR 技術研究会 WEB 放射線科  
 感染から護ろう看護の力で WEB 看護部  
 新潟県看護連盟新入会者研修 新潟市 看護部  
 第 19 回新潟 CT テクノロジー研究会 新潟市 放射線科  
 新人看護・介護研修 新潟市 看護部  
 第 34 回機器と感染カンファレンス 新潟市 麻酔科  
 第 48 回新潟県中材業務研究会 新潟市 麻酔科  
 新潟県作業療法士会第 1 回スキルアップ研修会  
 新潟市・WEB リハビリ  
 看護補助者の活用促進のための看護管理者研修  
 新潟市 看護部  
 基礎看護技術研修(褥瘡ケア) 新潟市 看護部  
 「ホスピタリティ研修(聴く力・伝える力アップ講座)」  
 新潟市 看護部  
 感染対策担当者のためのセミナー【第 1 クール】  
 WEB 看護部  
 第 35 回新潟 MR 技術研究会 WEB 放射線科  
 令和 5 年度第 2 回東北医学物理スキルアップ研修会  
 WEB 放射線治療科  
 看護現場で活かせるフィジカルアセスメント-高齢者編  
 新潟市 看護部  
 第 146 回 Tokyo CT Technology Seminar WEB 放射線科

8月

令和 5 年度新潟県看護職員臨地実習指導者養成講習会  
 新潟市 看護部  
 告示研修(基礎研修) WEB 放射線科

医療安全セミナー 新潟市 薬剤部  
 2023 日本医学物理士会 医学物理士セミナー①  
 WEB 放射線治療科  
 中間監督者研修 新潟市 MSW, 放射線科  
 家族をまるごと看護する 新潟市 看護部  
 第 15 回東京 CT テクノロジーセミナー-学術集会  
 WEB 放射線科  
 運転と作業療法研究会 応用研修会 WEB リハビリ

9月

医療機器安全基礎講習会 WEB 麻酔科  
 医学物理サマーセミナー WEB 放射線治療科  
 NSG グループ新人看護研修 新潟市 看護部  
 新潟県看護連盟支部別リーダーセミナー I 新潟市 看護部  
 看護現場で活かせるフィジカルアセスメント-急性期編  
 新潟市 看護部  
 嚥下食講習会 新潟市 栄養室  
 Cancan ミーティング 2023 新潟市 看護部  
 2023 日本医学物理士会 医学物理士セミナー②  
 WEB 放射線治療科  
 医療現場の安全力を高めよう 新潟市 看護部  
 メンタルヘルスケア(中堅編) 新潟市 看護部  
 行動変容を引き出すコミュニケーション 新潟市 看護部  
 新潟市給食施設指導会 WEB 栄養室  
 キャリアアップ支援講習(採血点滴管理) 新潟市 看護部  
 キャリアアップ支援講習(注射・輸液ポンプ) 新潟市 看護部  
 看護記録と法的責任 新潟市 看護部  
 第 8 回回復期リハビリテーション病棟 管理栄養士スキルアップ  
 セミナー WEB 栄養室

10月

意外と教わらない!脳外科臨床のなぜ?を学ぶ  
 WEB 看護部  
 脳の中で起こっていることが見えてくる脳卒中看護講座  
 WEB 看護部  
 居住支援研修 新潟市 MSW  
 2023 日本医学物理士会 医学物理士セミナー③  
 WEB 放射線治療科  
 病院機能評価の受審に向けた傾向と対策  
 東京都千代田区 看護部  
 新潟県看護連盟西支部研修会 新潟市 看護部  
 第 21 回障害と自動車運転に関する研究会  
 北蒲原郡聖籠町 リハビリ  
 共に考えよう看護倫理 新潟市 看護部  
 医療現場で実践できるコミュニケーション 新潟市 看護部  
 定着 PNS 新看護方式 運営トラブル解消&定着の極意  
 東京都千代田区 看護部

11月

院内感染対策講習会	WEB 医師, 看護部
医療安全管理者養成講習会 (アドバンス)	大阪市 看護部
医療現場で実践できるコミュニケーション	新潟市 看護部
中部支部CT研究会東海ブロックCTビギナーズセミナー	WEB 放射線科
クレームのないよりよい組織づくりを目指して	新潟市 看護部
新潟県看護協会研修会	新潟市 看護部
経験型実習教育における授業展開	WEB 看護部
「医療事故調査制度」における組織としての再発防止への取り組み	WEB 薬剤部
新潟市居住介護支援事業者連絡協議会西ブロック研修会	新潟市 MSW
第29回日本脳神経看護研究学会新潟地方部会	WEB 看護部
学生の臨床判断能力育成に向けた実習指導方法を検討する	新潟市 看護部
感染対策担当者のためのセミナー【第2クール】	WEB 看護部
基礎看護技術研修 (褥瘡ケア)	新潟市 看護部

12月

身体抑制をしない看護	新潟市 看護部
臨床実習指導者講習会	WEB リハビリ
初めての看護研究 (基礎編)	新潟市 看護部
AN治療徹底討論会	新潟市 医師
地域包括ケアシステムにおける在宅療養に向けた看護管理者の実践的研修	新潟市 看護部
2023年度第2回にいがた摂食嚥下障害サポート研究会講演会	新潟市 リハビリ
2023 日本医学物理士会 医学物理士セミナー⑤	WEB 放射線治療科
令和5年度新潟市病院看護管理者研修会	新潟市 看護部

1月

感染対策担当者のためのセミナー【第3クール】	WEB 看護部
黒埼地域医療・ケアマネ合同研修会	新潟市 MSW

2月

「選ばれる臨床検査室」	WEB 検査科
化学物質管理者講習	新潟市 検査科
新潟市病院給食研究会 業務検討会	WEB 栄養室
臨床経験3~4年目ナースのキャリアデザイン	新潟市 看護部

3月

つながる・ひろがる・たかめる	新潟市 看護部
令和5年度生物検査技術職員研修会・臨床検査精度管理調査検討会合同研修会	新潟市 検査科

第11回PNS研究会

福井市 看護部

プリセプター研修

新潟市 看護部

2024年度診療報酬介護報酬同時改訂のポイント

WEB リハビリ

サイバーナイフ研究会第17回学術研究会

東京都千代田区 放射線治療科

2023年4月～2024年3月 実習生受け入れ状況

担当部署	学校名	学科など	人数	受け入れ		実習期間
				月	日	
看護部	国際メディカル専門学校	看護学科	8	12	7	6日
			6	2	6	12日
	国際こども・福祉カレッジ	こども未来教育学科	1	11	30	5日
	三条看護医療歯科衛生専門学校	看護学科	5	5	9	11日
			4	11	27	4日
	新潟医療福祉大学	看護学科	9	8	14	3日
			9	9	4	3日
			8	10	16	11日
			8	11	6	11日
			7	1	8	11日
			3	3	5	6日
	国際医療看護福祉大学校	看護学科	7	7	6	2日
			7	7	13	2日
			8	9	21	2日
			8	9	28	2日
			6	2	27	2日
薬剤部	新潟薬科大学	薬学部	1	8	21	52日
			2	8	14	25日
診療放射線科	新潟医療福祉大学	診療放射線学科	2	6	5	39日
			2	8	14	25日
医事課	新潟医療福祉大学	医療情報管理学科	2	9	11	5日
			1	9	25	5日
	新潟ビジネス専門学校	医療秘書・事務学科・IT医療情報学科	2	8	21	5日
			2	3	11	5日
栄養室	新潟医療福祉大学	健康栄養学科	2	8	28	15日
			2	2	14	2日
	新潟県立大学	健康栄養学科	2	11	6	10日
リハビリテーション科	新潟医療福祉大学	理学療法学科	1	5	15	50日
			1	6	19	50日
			1	9	25	15日
			1	10	16	15日
			1	11	7	2日
			5	11	14	2日
			5	11	21	2日
			2	2	26	7日
			5	3	4	5日
			5	3	11	5日
	作業療法学科	作業療法学科	1	4	3	34日
			1	6	12	35日
			1	6	12	37日
	作業療法学科	作業療法学科	2	10	2	14日
			5	3	4	5日

担当部署	学校名	学科など	人数	受け入れ		実習期間
				月	日	
リハビリテーション科	新潟医療福祉大学	言語聴覚学科	1	5	8	40日
			1	9	25	15日
	晴陵リハビリテーション学院	理学療法学科	1	6	5	46日
			1	8	21	44日
		作業療法学科	1	2	5	15日
	新潟リハビリテーション大学	作業療法学科	1	8	28	8日

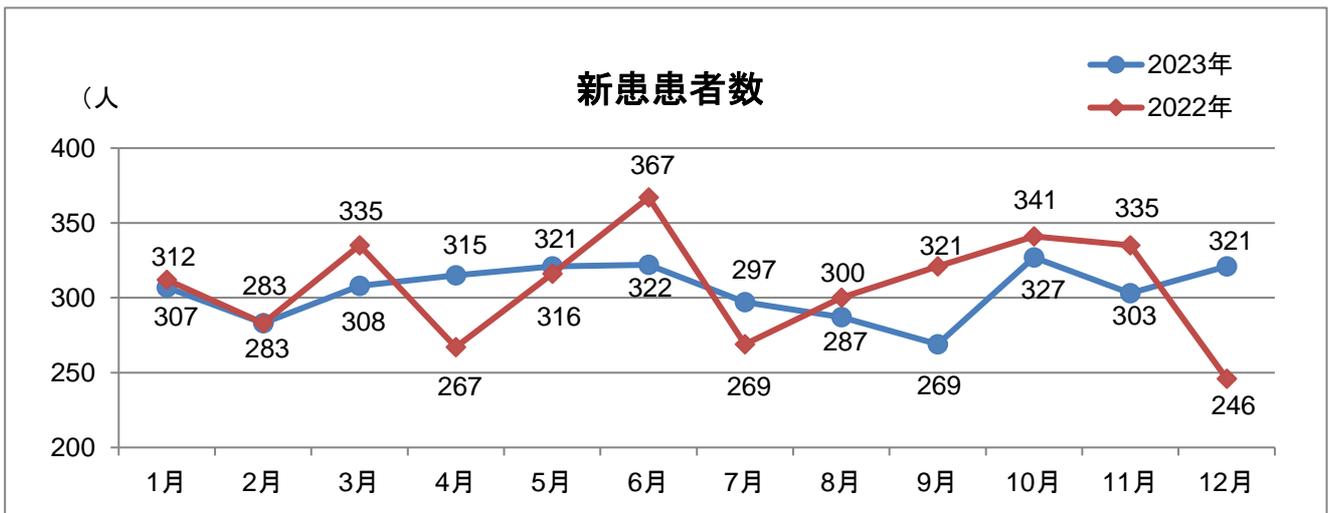
# 医 事 統 計

(2023年1月1日~12月31日)

## 1. 外 来

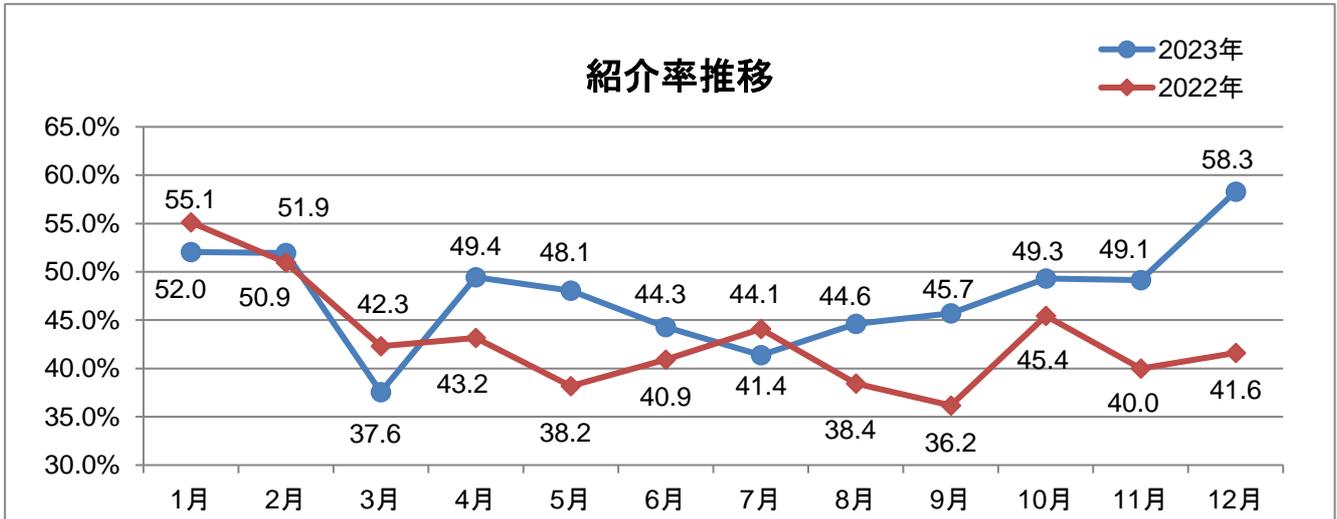
### (1) 新患・再来患者数

区分	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計	1日平均
新患	307	283	308	315	321	322	297	287	269	327	303	321	3,660	14.1
再来	2,383	2,369	2,820	2,558	2,555	2,763	2,597	2,716	2,439	2,701	2,581	2,710	31,192	120.0
計	2,690	2,652	3,128	2,873	2,876	3,085	2,894	3,003	2,708	3,028	2,884	3,031	34,852	134.0
1日平均	128.1	132.6	130.3	136.8	137.0	134.1	137.8	136.5	129.0	131.7	137.3	137.8	134.0	-
診療日数	21	20	24	21	21	23	21	22	21	23	21	22	260	-



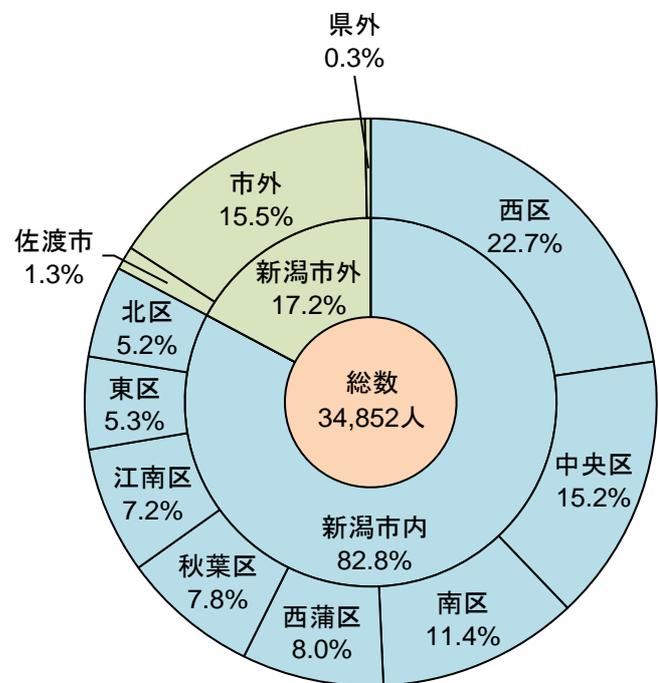
(2) 紹介率

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
紹介患者数	89	91	86	100	113	104	84	74	82	101	103	104	1,131
救急車搬入数	205	191	166	203	196	183	175	195	179	224	205	233	2,355
初診患者数	565	543	671	613	643	648	626	603	571	659	627	578	7,347
紹介率	52.0%	51.9%	37.6%	49.4%	48.1%	44.3%	41.4%	44.6%	45.7%	49.3%	49.1%	58.3%	-



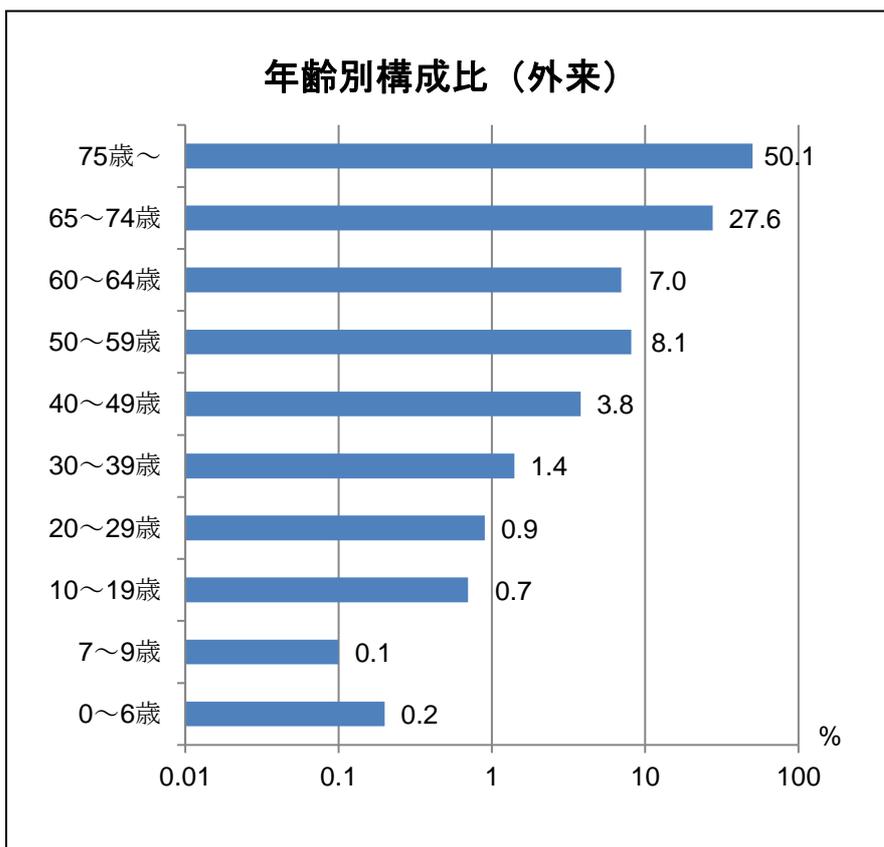
(3) 地域別患者数

新潟市内 計 28,867	西区	7,915
	中央区	5,300
	南区	3,963
	西蒲区	2,796
	秋葉区	2,710
	江南区	2,522
	東区	1,836
	北区	1,825
新潟市外 計 5,985	佐渡市	466
	市外	5,408
	県外	111
総数	34,852	



(4) 年齢別患者数

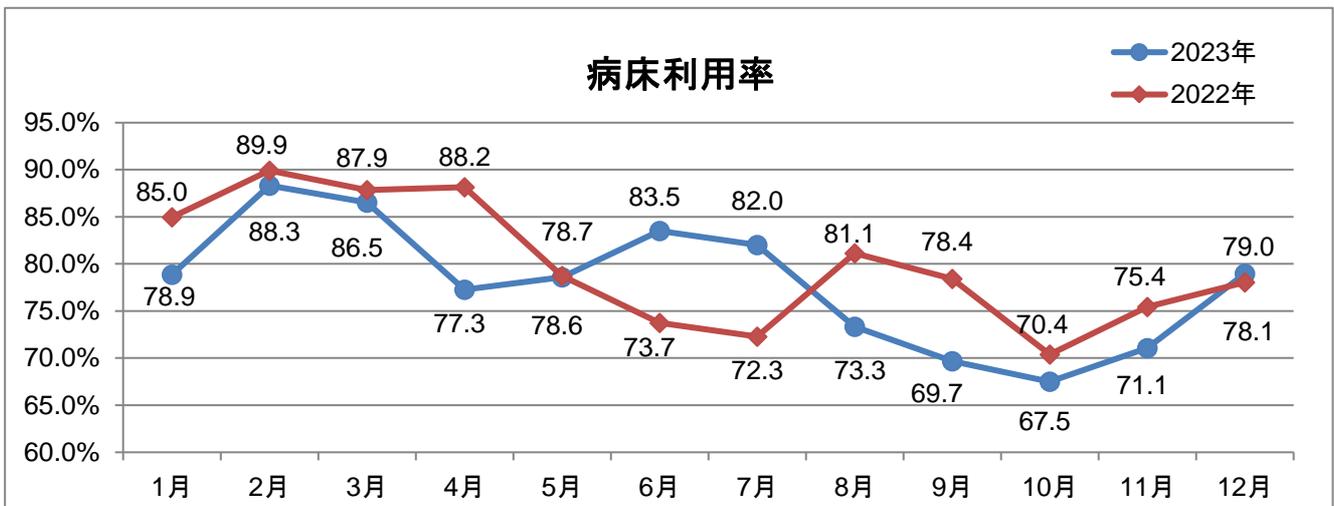
年齢	外来
75歳～	17,451
65～74歳	9,633
60～64歳	2,445
50～59歳	2,822
40～49歳	1,325
30～39歳	474
20～29歳	329
10～19歳	257
7～9歳	46
0～6歳	70
合計	34,852



## 2. 入院

### (1) 在院患者数及び病床利用率

区分	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計	1日平均
一般	2,217	2,115	2,312	1,952	2,055	2,200	2,171	2,014	1,921	2,059	2,129	2,315	25,460	69.8
亜急性期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
回復期	1,230	1,372	1,470	1,317	1,380	1,332	1,414	1,191	1,110	975	962	1,234	14,987	41.1
介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計	3,447	3,487	3,782	3,269	3,435	3,532	3,585	3,205	3,031	3,034	3,091	3,549	40,447	110.8
利用率	78.9%	88.3%	86.5%	77.3%	78.6%	83.5%	82.0%	73.3%	69.7%	67.5%	71.1%	79.0%	-	-

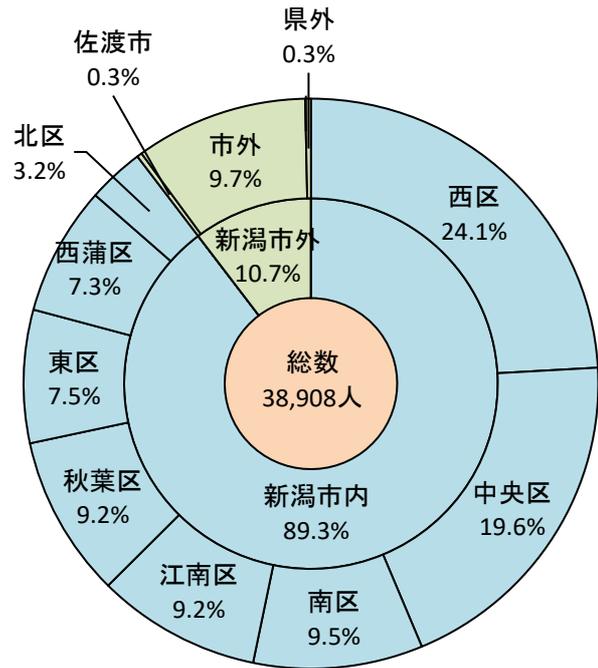


### (2) 平均在院日数

区分	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均
一般病棟	17.6	15.8	16.4	15.3	14.0	15.7	16.8	16.5	15.5	14.4	14.8	14.9	15.6
回復期病棟	60.8	67.7	69.2	75.3	124.7	69.5	123.6	97.1	76.3	52.6	68.7	60.8	78.9
全体	28.8	27.6	27.9	26.5	24.6	25.7	28.4	25.8	25.4	21.3	22.7	25.0	25.8

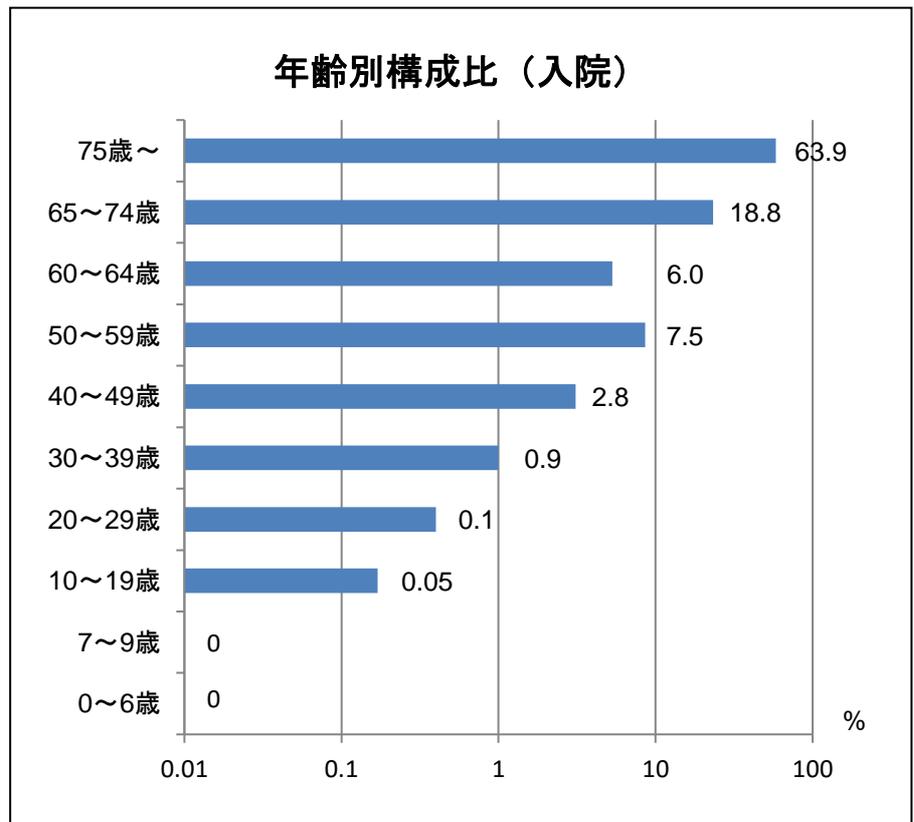
(3) 地域別患者数

新潟市内	西区	9,379
計 34,894	中央区	7,622
	南区	3,710
	江南区	3,595
	秋葉区	3,568
	東区	2,935
	西蒲区	2,845
	北区	1,240
	新潟市外	佐渡市
計 4,195	市外	3,780
	県外	123
総数		38,908



(4) 年齢別患者数

年齢	入院
75歳～	24,858
65～74歳	7,300
60～64歳	2,346
50～59歳	2,922
40～49歳	1,087
30～39歳	346
20～29歳	31
10～19歳	18
7～9歳	0
0～6歳	0
合計	38,908



# 診療録管理室統計

(2023年1月1日～12月31日)

## 退院患者集計表

	延退院患者数			延在院日数			死亡患者数			剖検患者数			平均 在院 日数	死亡 率(%)	剖検 率(%)
	男性	女性	総数	男性	女性	総数	男性	女性	総数	男性	女性	総数			
一般病棟 合計／平均	787	781	1,568	13,359	12,389	25,748	26	34	60	1	2	3	16	3.83	5.00
回復期病棟 合計／平均	108	87	195	7,594	7,022	14,616	0	2	2	0	0	0	75	1.03	0.00
総合計							26	36	62	1	2	3			

※一般病棟から回復期病棟に転棟も退院とする

## 疾病別性別死亡患者統計表

疾病名	性別	一般病棟	回復期病棟	合計
I. 感染症および寄生虫症 (A00－B99)	男	0	0	0
	女	1	0	1
II. 新生物 (C00－D48)	男	0	0	0
	女	1	0	1
III. 血液および造血器の疾患ならびに 免疫機構の障害 (D50－D89)	男	0	0	0
	女	1	0	1
IV. 内分泌、栄養および代謝疾患 (E00－E90)	男	0	0	0
	女	0	0	0
V. 精神および行動の障害 (F00－F99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
VI. 神経系の疾患 (G00－G99)	男	0	0	0
	女	3	0	3
VII. 眼および付属器の疾患 (H00－H59)	男	0	0	0
	女	0	0	0
VIII. 耳および乳様突起の疾患 (H60－H95)	男	0	0	0
	女	0	0	0
IX. 循環器系の疾患 (I00－I99)	男	16	0	16
	女	24	1	25
X. 呼吸器系の疾患 (J00－J99)	男	3	0	3
	女	1	1	2
X I. 消化器系の疾患 (K00－K93)	男	1	0	1
	女	1	0	1
X II. 皮膚および皮下組織の疾患 (L00－L99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X III. 筋骨格系および結合組織の疾患 (M00－M99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X IV. 尿路性器系の疾患 (N00－N99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X V. 妊娠、分娩および産じょく<褥> (O00－O99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X VI. 周産期に発生した病態 (P00－P96)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X VII. 先天奇形、変形および染色体異常 (Q00－Q99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X VIII. 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査 所見で他に分類されないもの (R00－R99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X IX. 損傷、中毒およびその他の外因の影響 (S00－T98)	男	6	0	6
	女	2	0	2
X X. 傷病および死亡の外因 (V01－Y98)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X X I. 健康状態に影響をおよぼす要因および 保健サービスの利用 (Z00－Z99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X X II. 特殊目的用コード (U00－U99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
総合計	男	26	0	26
	女	34	2	36
	合計	60	2	62

## 疾病別性別統計表

疾病名	性別	一般病棟	回復期病棟	合計
I. 感染症および寄生虫症 (A00－B99)	男	2	0	2
	女	3	0	3
II. 新生物 (C00－D48)	男	28	0	28
	女	39	0	39
III. 血液および造血器の疾患ならびに 免疫機構の障害 (D50－D89)	男	1	0	1
	女	1	0	1
IV. 内分泌、栄養および代謝疾患 (E00－E90)	男	7	0	7
	女	18	0	18
V. 精神および行動の障害 (F00－F99)	男	6	0	6
	女	9	0	9
VI. 神経系の疾患 (G00－G99)	男	58	1	59
	女	70	2	72
VII. 眼および付属器の疾患 (H00－H59)	男	1	0	1
	女	0	0	0
VIII. 耳および乳様突起の疾患 (H60－H95)	男	54	0	54
	女	133	0	133
IX. 循環器系の疾患 (I00－I99)	男	460	103	563
	女	384	78	462
X. 呼吸器系の疾患 (J00－J99)	男	3	1	4
	女	4	0	4
X I. 消化器系の疾患 (K00－K93)	男	1	0	1
	女	1	0	1
X II. 皮膚および皮下組織の疾患 (L00－L99)	男	1	0	1
	女	0	0	0
X III. 筋骨格系および結合組織の疾患 (M00－M99)	男	11	0	11
	女	6	0	6
X IV. 尿路性器系の疾患 (N00－N99)	男	4	0	4
	女	3	0	3
X V. 妊娠、分娩および産じょく<褥> (000－099)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X VI. 周産期に発生した病態 (P00－P96)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X VII. 先天奇形、変形および染色体異常 (Q00－Q99)	男	5	0	5
	女	1	0	1
X VIII. 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で 他に分類されないもの (R00－R99)	男	9	0	9
	女	15	0	15
X IX. 損傷、中毒およびその他の外因の影響 (S00－T98)	男	118	3	121
	女	88	7	95
X X. 傷病および死亡の外因 (V01－Y98)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X X I. 健康状態に影響をおよぼす要因 および保健サービスの利用 (Z00－Z99)	男	0	0	0
	女	0	0	0
X X II. 特殊目的用コード (U00－U99)	男	18	0	18
	女	6	0	6
総合計	男	787	108	895
	女	781	87	868
	合計	1,568	195	1,763

## 疾病別統計表

疾病名	一般病棟 (%)	回復期病棟 (%)	一般・回復期 病棟計	構成比 (%)
総合計	1,568 (88.94)	195 (11.06)	1,763	100
I. 感染症および寄生虫症 (A00-B99)	5	0	5	0.28
II. 新生物 (C00-D48)	67	0	67	3.80
III. 血液および造血器の疾患ならびに 免疫機構の障害 (D50-D89)	2	0	2	0.11
IV. 内分泌、栄養および代謝疾患 (E00-E90)	25	0	25	1.42
V. 精神および行動の障害 (F00-F99)	15	0	15	0.85
VI. 神経系の疾患 (G00-G99)	128	3	131	7.43
VII. 眼および付属器の疾患 (H00-H59)	1	0	1	0.06
VIII. 耳および乳様突起の疾患 (H60-H95)	187	0	187	10.61
IX. 循環器系の疾患 (I00-I99)	844	181	1,025	58.14
X. 呼吸器系の疾患 (J00-J99)	7	1	8	0.45
X I. 消化器系の疾患 (K00-K93)	2	0	2	0.11
X II. 皮膚および皮下組織の疾患 (L00-L99)	1	0	1	0.06
X III. 筋骨格系および結合組織の疾患 (M00-M99)	17	0	17	0.96
X IV. 尿路性器系の疾患 (N00-N99)	7	0	7	0.40
X V. 妊娠、分娩および産じょく<褥> (O00-O99)	0	0	0	0.00
X VI. 周産期に発生した病態 (P00-P96)	0	0	0	0.00
X VII. 先天奇形、変形および染色体異常 (Q00-Q99)	6	0	6	0.34
X VIII. 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で 他に分類されないもの (R00-R99)	24	0	24	1.36
X IX. 損傷、中毒およびその他の外因の影響 (S00-T98)	206	10	216	12.25
X X. 傷病および死亡の外因 (V01-Y98)	0	0	0	0.00
X X I. 健康状態に影響をおよぼす要因 および保健サービスの利用 (Z00-Z99)	0	0	0	0.00
X X II. 特殊目的用コード (U00-U99)	24	0	24	1.36

## 年齢別性別統計表

年齢	性別	一般病棟 (%)	回復期病棟 (%)	一般・回復期 病棟計	構成比 (%)
年齢別合計	男	787 ( 87.93 )	108 ( 12.07 )	895	100
	女	781 ( 89.98 )	87 ( 10.02 )	868	100
100歳以上	男	0	0	0	0.00
	女	3	0	3	0.35
90歳～99歳	男	50	6	56	6.26
	女	136	14	150	17.28
80歳～89歳	男	216	39	255	28.49
	女	255	42	297	34.22
70歳～79歳	男	250	32	282	31.51
	女	183	15	198	22.81
60歳～69歳	男	136	14	150	16.76
	女	92	11	103	11.87
50歳～59歳	男	83	14	97	10.84
	女	71	2	73	8.41
40歳～49歳	男	30	2	32	3.58
	女	19	3	22	2.53
30歳～39歳	男	12	1	13	1.45
	女	12	0	12	1.38
20歳～29歳	男	7	0	7	0.78
	女	6	0	6	0.69
10歳～19歳	男	3	0	3	0.34
	女	4	0	4	0.46
0歳～9歳	男	0	0	0	0.00
	女	0	0	0	0.00

# 疾患別退院患者統計表

	2020年	2021年	2022年	2023年
1. 脳腫瘍	60	79	70	61
原発性脳腫瘍	13	10	14	15
転移性脳腫瘍	27	46	33	21
髄膜腫	9	14	10	17
下垂体腫瘍	3	1	1	1
聴神経腫瘍	3	3	5	4
海綿状血管腫	0	2	2	1
その他	5	3	5	2
2. 脳血管障害	884	849	862	868
脳出血	160	156	132	135
くも膜下出血（破裂脳動脈瘤含む）	43	47	41	42
未破裂脳動脈瘤	29	34	46	47
脳動静脈奇形	7	5	6	6
脳梗塞	579	550	592	584
一過性脳虚血発作	21	25	22	22
椎骨脳底動脈循環不全	8	4	3	0
脳主幹動脈狭窄・閉塞	4	3	0	1
頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈狭窄・閉塞	22	12	6	6
もやもや病	3	1	2	1
その他	8	12	12	24
3. 頭部外傷（脳挫傷、外傷性くも膜下出血含む）	137	108	104	118
4. 慢性硬膜下血腫・水腫	94	89	89	73
5. 水頭症	14	12	14	6
6. 機能的疾患	46	53	52	59
てんかん	46	53	52	59
三叉神経痛	0	0	0	0
顔面痙攣	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
7. 末梢神経障害	11	8	7	4
末梢性顔面神経麻痺	4	2	2	3
動眼神経麻痺、滑車神経麻痺、外転神経麻痺	2	3	2	1
その他	5	3	3	0
8. 感染性疾患	4	1	9	6
脳膿瘍	0	0	2	2
髄膜炎	2	1	6	3
その他	2	0	1	1
9. 脊椎・脊髄疾患	29	16	26	14
脊柱管狭窄症	7	5	8	1
椎間板ヘルニア	3	4	4	2
頸椎症性脊髄症	7	4	5	6
頸椎後縦靱帯骨化症	1	1	1	3
腫瘍	2	0	1	0
血管障害	0	0	0	0
その他	9	2	7	2
10. 頭蓋・頭皮疾患	0	2	3	1
11. その他	318	267	258	284
12. 内科疾患	60	49	48	74
呼吸器疾患	15	6	14	34
消化器疾患	1	3	1	1
循環器疾患	15	10	6	4
肝胆嚢疾患	2	0	1	1
腎・泌尿器疾患	6	3	6	7
その他	21	27	20	27
計(1~12)	1,657	1,533	1,542	1,568

## 手術症例の実態

	2020年	2021年	2022年	2023年
1. 脳腫瘍	1	2	1	0
摘出術	0	2	1	0
経蝶形洞手術	0	0	0	0
減圧開頭術	0	0	0	0
ドレナージ術	0	0	0	0
その他	1	0	0	0
2. 脳血管障害	23	18	12	24
脳動脈瘤クリッピング術	9	1	0	0
破裂脳動脈瘤	8	0	0	0
未破裂脳動脈瘤	1	1	0	0
脳動静脈奇形摘出術	0	1	0	0
脳内血腫除去術（開頭）	2	4	1	4
定位的脳内血腫除去術	0	0	0	1
頭蓋内外血管吻合術	2	1	0	0
減圧開頭術	1	1	0	0
ドレナージ術	9	4	5	2
その他	0	6	6	17
3. 頭部外傷	87	84	86	71
急性硬膜下血腫	0	0	1	1
急性硬膜外血腫	0	0	1	1
慢性硬膜下血腫	86	84	83	68
減圧開頭術	0	0	0	0
その他	1	0	1	1
4. 頭蓋内感染症	0	0	0	2
脳膿瘍	0	0	0	2
その他	0	0	0	0
5. 正常圧水頭症	12	16	13	3
シャント術	12	13	10	3
ドレナージ術	0	3	3	0
その他	0	0	0	0
6. 脊椎・脊髄疾患	21	16	18	11
脊髄腫瘍摘出術（髄外）	0	0	0	0
脊椎固定術	6	6	5	1
椎弓形成術	10	7	10	8
椎弓切除術	4	2	2	1
椎間板摘出術	1	1	1	1
その他	0	0	0	0
7. 頭蓋・頭皮疾患	2	0	2	1
頭部皮下腫瘍	1	0	2	0
その他	1	0	0	1
8. 頭蓋形成術	2	2	0	2
9. その他	4	6	2	4
合計(1~9)	152	144	134	118
10. 血管内治療	62	71	63	58
脳動脈瘤塞栓術	33	45	41	39
破裂脳動脈瘤	21	29	22	21
未破裂脳動脈瘤	12	16	19	18
頸動脈ステント留置術	18	16	13	9
鎖骨下動脈ステント留置術	1	0	0	0
腫瘍塞栓術	0	1	0	0
脳動静脈奇形塞栓術	0	1	0	0
硬膜動静脈瘻塞栓術	1	1	2	1
経皮的脳血栓回収術	9	7	7	9
総合計(1~10)	214	215	197	176

## 医療機関別紹介元件数

医療機関区分	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
地域医療支援病院	13	14	14	16	9	17	9	7	15	14	17	23	168
特定機能病院	3	3	10	5	7	4	9	5	5	1	4	3	59
上記以外の病院	21	20	8	19	22	19	19	17	10	19	18	22	214
診療所	46	52	49	57	69	56	44	40	43	63	58	48	625
介護老人保健施設	4	0	2	2	1	2	2	4	5	2	5	4	33
その他県内	1	0	3	0	2	5	1	1	3	2	1	3	22
県外	1	2	0	1	2	1	0	0	1	0	0	1	9
海外	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
合計	89	91	86	100	113	104	84	74	82	101	103	104	1,131

## 医療機関地区別紹介元件数

### 新潟市

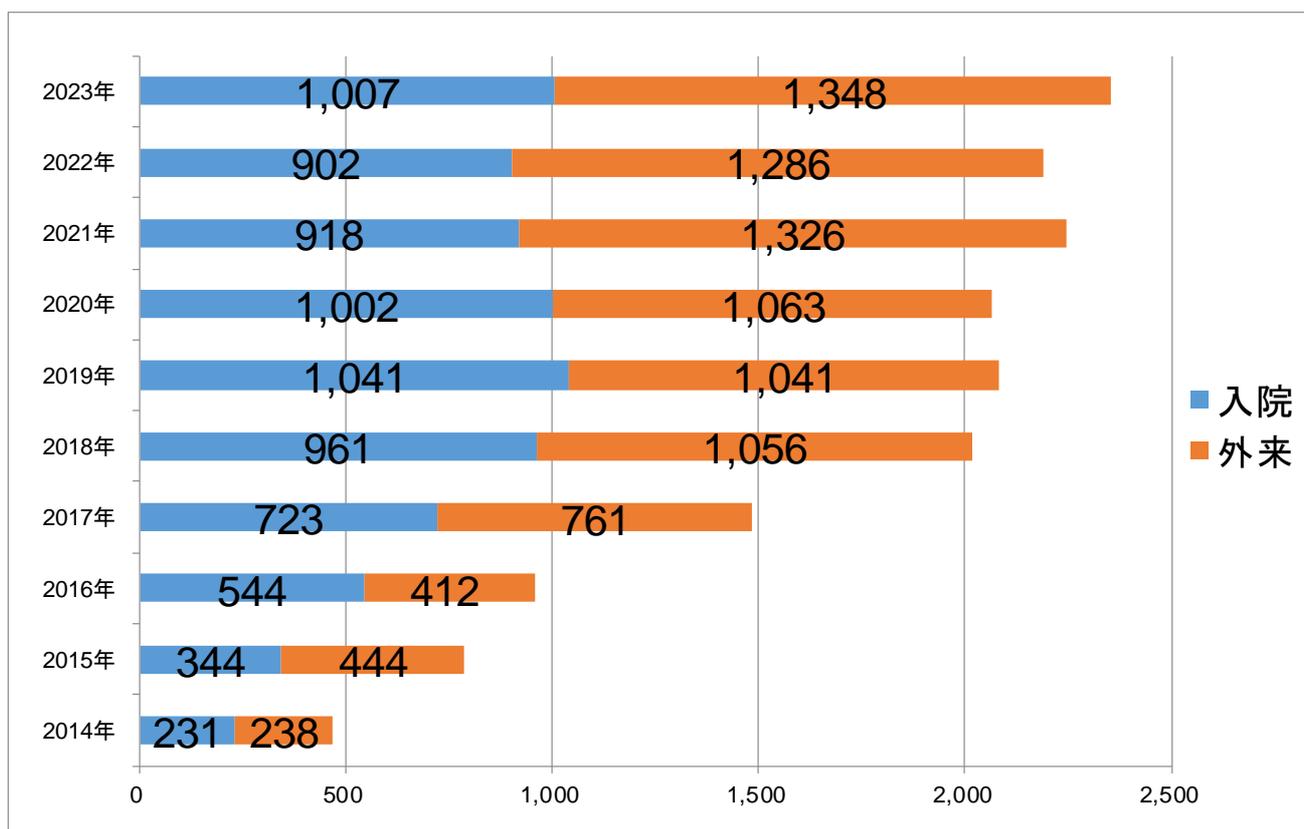
地域	医療機関数	患者数
中央区	64	380
西区	49	264
南区	16	96
江南区	13	80
秋葉区	18	59
北区	12	46
西蒲区	16	33
東区	10	31
新潟市 計	198	989

### 新潟市外

地域	医療機関数	患者数
長岡市	4	29
新発田市	3	23
燕市	5	16
阿賀野市	3	13
田上町	1	11
五泉市	4	9
三条市	5	9
加茂市	3	5
佐渡市	2	4
上越市	2	3
村上市	1	3
南魚沼市	1	2
阿賀町	1	1
小千谷市	1	1
胎内市	1	1
県外・海外	12	12
市外・県外・海外 計	49	142

## 救急車搬入患者数の推移

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
入院	231	344	544	723	961	1,041	1,002	918	902	1,007
外来	238	444	412	761	1,056	1,041	1,063	1,326	1,286	1,348
合計	469	788	956	1,484	2,017	2,082	2,065	2,244	2,188	2,355



## サイバーナイフ症例数統計表

	疾患名	2019年末累計	2020年末累計	2021年末累計	2022年末累計	2023年末累計
(頭頸部)	転移性脳腫瘍	9	28	72	112	140
	髄膜腫	15	24	35	44	63
	脳動静脈奇形	12	23	30	38	51
	聴神経腫瘍	3	6	9	14	19
	下垂体腺腫	2	4	5	8	9
	血管周皮腫	1	3	5	10	12
	頸部LN転移	0	0	4	5	6
	血管芽腫	0	1	2	2	3
	頭蓋骨転移	0	0	2	3	3
	脊索腫	0	1	2	3	4
	頸部転移	0	1	2	3	3
	顔面神経鞘腫	0	1	1	2	2
	中枢神経細胞腫	0	1	1	1	1
	glioma				3	4
	上衣腫				1	1
(体幹部)	オリゴ転移	0	1	5	7	10
	原発性肺癌	0	0	4	6	10
	脊椎転移	0	0	2	4	5
	縦隔LN転移				4	5
	転移性肺腫瘍				2	3
	胸膜播種	0	0	1	1	1
	軟部肉腫	0	0	1	1	1
	肋骨転移					1
合 計		42	94	183	274	357

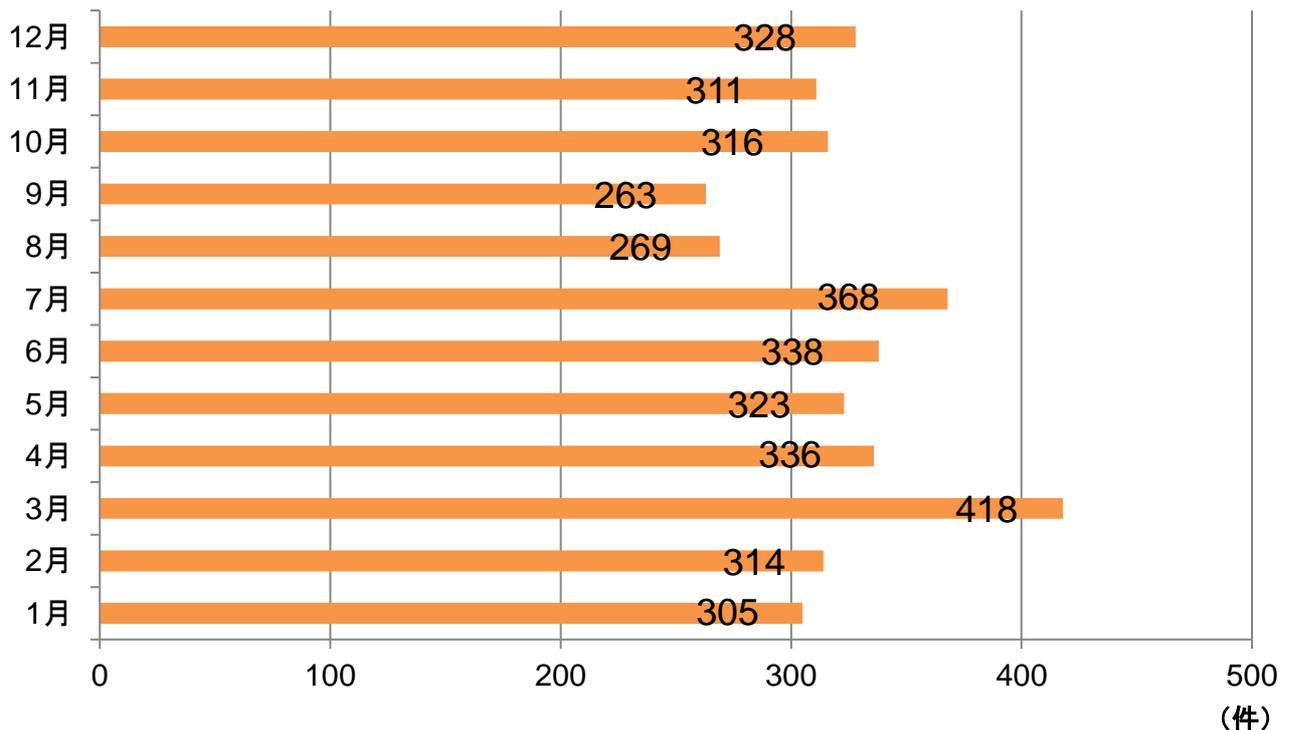
# 医師事務統計

(2023年1月1日～12月31日)

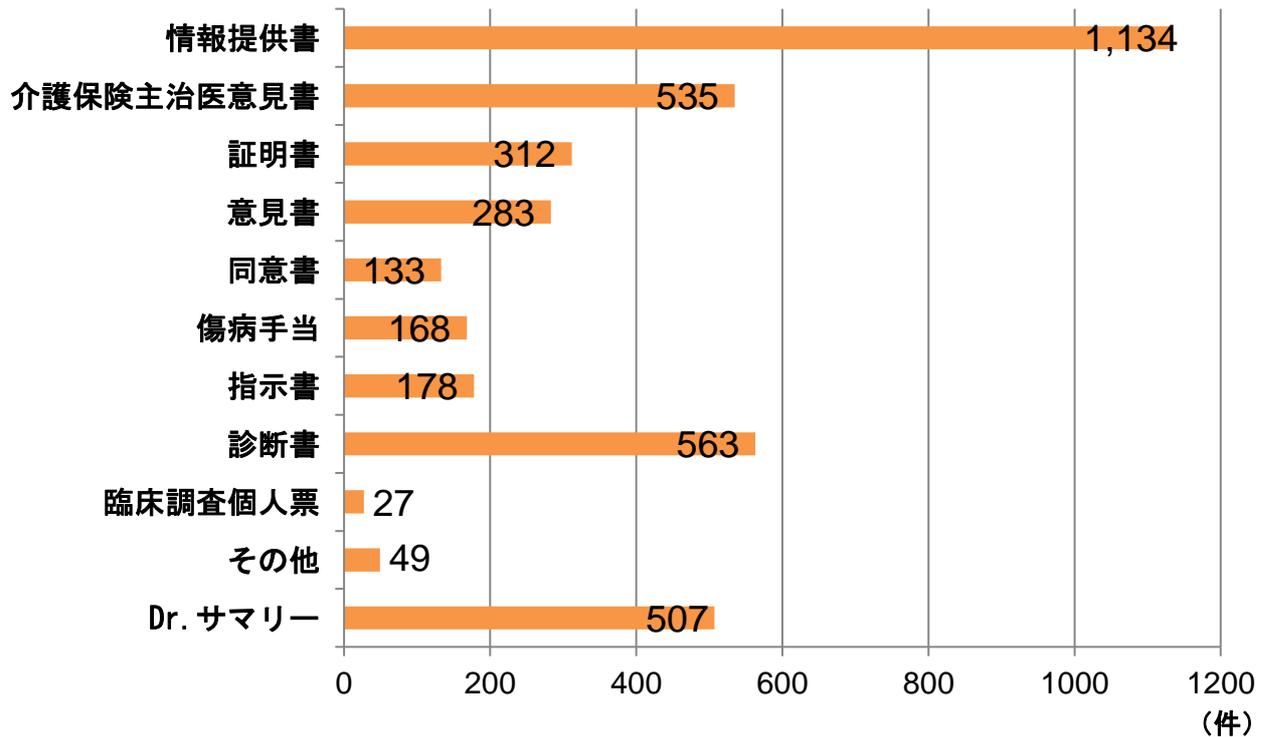
## 月毎の書類別作成件数

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計	月平均
情報提供書 (診療, 難病, 施設宛情報等)	87	93	151	114	92	85	93	74	89	76	98	82	1,134	94
介護保険主治医意見書	56	47	66	52	45	39	47	38	23	46	32	44	535	45
証明書 (入院, 通院, おむつ等)	26	28	39	23	26	34	25	26	17	26	19	23	312	26
意見書 (医療要否, 給付要否, 補装具等)	26	27	23	22	22	33	23	20	23	18	21	25	283	24
同意書 (鍼, 灸, マッサージ, 補装具等)	11	9	12	12	14	14	11	8	8	8	10	16	133	11
傷病手当	19	11	14	14	15	18	13	13	11	14	13	13	168	14
指示書 (訪問看護, 訪問リハ等)	15	13	13	16	11	22	15	13	10	12	20	18	178	15
診断書 (年金, 精神, 自賠, 健康診断等)	40	50	51	45	33	52	64	35	43	59	37	54	563	47
臨床調査個人票	0	0	0	0	0	3	18	5	0	1	0	0	27	2
その他 (回答書, 照会, 治験等)	0	2	4	6	9	5	6	4	1	3	5	4	49	4
Dr. サマリー	25	34	45	32	56	33	53	33	38	53	56	49	507	42
合計	305	314	418	336	323	338	368	269	263	316	311	328	3,889	324

## 月毎の書類作成件数



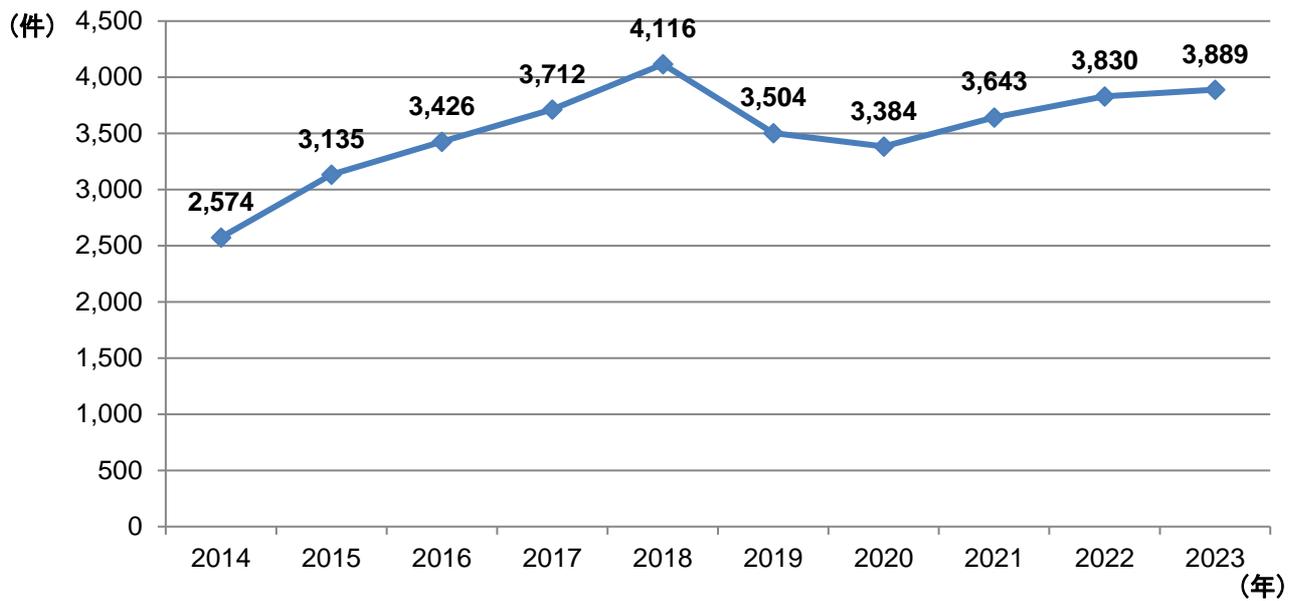
## 書類別作成件数



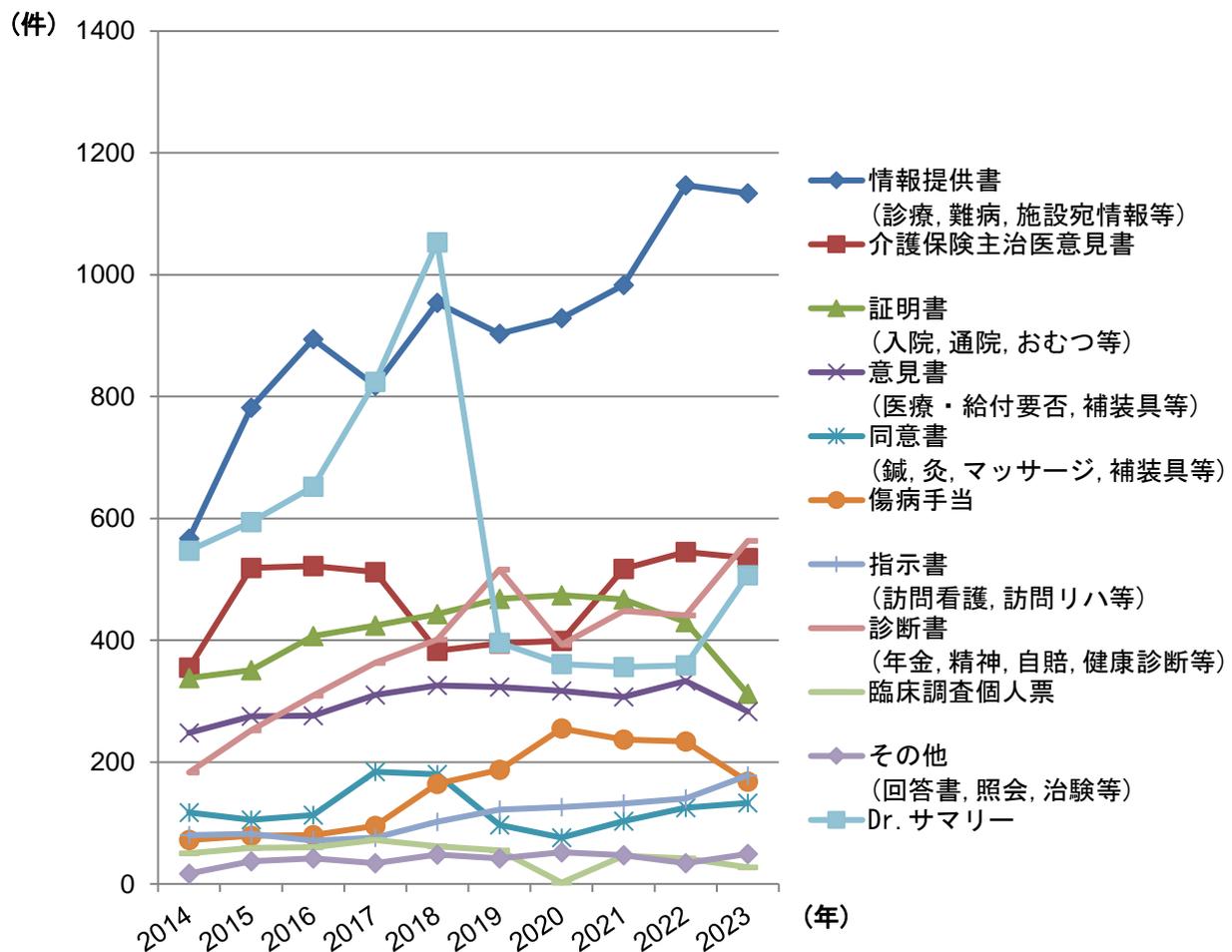
## 年毎の書類別作成件数（2014年～2023年）

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
情報提供書 (診療, 難病, 施設宛情報等)	567	782	894	818	954	903	929	983	1,147	1,134
介護保険主治医意見書	355	519	522	512	383	395	399	517	545	535
証明書 (入院, 通院, おむつ等)	338	351	407	424	443	468	474	467	430	312
意見書 (医療要否, 給付要否, 補装具等)	248	275	276	310	326	323	317	307	333	283
同意書 (鍼, 灸, マッサージ, 補装具等)	117	105	113	184	180	97	76	103	125	133
傷病手当	72	79	80	95	164	187	255	237	234	168
指示書 (訪問看護, 訪問リハ等)	80	82	71	76	102	122	126	132	140	178
診断書 (年金, 精神, 自賠, 健康診断等)	183	252	309	363	401	516	393	448	441	563
臨床調査個人票	50	59	60	72	62	55	2	46	42	27
その他 (回答書, 照会, 治験等)	17	37	42	34	48	42	52	47	34	49
Dr. サマリー	547	594	652	824	1053	396	361	356	359	507
合計	2,574	3,135	3,426	3,712	4,116	3,504	3,384	3,643	3,830	3,889

## 書類作成件数の推移 (2014年～2023年)



## 書類別作成件数の推移 (2014年～2023年)



No.57 2023年4月発行

新潟脳外科病院 院内報  
院内NEWS 2023 4月 No.57

目次

- ◎辞令交付式  
理事長挨拶 山崎一徳  
院長挨拶 松田 湧  
新任のご挨拶 副院長 杉本聖浩  
新入職員代表挨拶 看護部長 益津由吏
- ◎NEW FACE～よろしくお会いします！～  
新入職員オリエンテーションの様子  
◎コラム 5-Minute Halftime  
私のニューヨーク物語(2) 学術部長 高橋 均
- ◎院内研修会が開催されました  
「新型コロナウイルス感染症の現状と診療について」  
副院長主任 松田湧  
日本放射線技術学会 研究奨励賞・技術新人賞を受賞しました 放射線治療科チーム 滝澤健司
- ◎労働衛生委員会だより「気持ちのモヤモヤ」  
労働衛生委員会 松田陽介  
◎Recommend～わたしのおすすめ紹介～  
#37.「生ハム&ペーパー・Lisa (Cotte)」 栄養部主任 小林久美子  
#38.アトリエショップ&カフェ「△×□」 学術室 吉岡明日美
- ◎職員情報  
◎9月レストラン「輪廻劇場」にリノベーション  
リハビリテーション科主任 大熊良子  
血管造影装置 診療放射線科 三浦志美  
臨床後記 脳神経外科 船谷千穂  
院内情報編集委員

www.nigata-hogeka.or.jp / 〒950-1101 新潟市西區山辺3057番地 tel.025-231-6111 fax.231-5130 企画・編集 院内情報編集委員

No.58 2023年7月発行

新潟脳外科病院 院内報  
院内NEWS 2023 7月 No.58

目次

- ◎第26回日本臨床脳神経外科学会参加報告  
学術部長 高橋 均
- ◎新旧事務長よりご挨拶 事務部長 平山裕貴  
前事務部長 山下直行
- ◎新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)  
5階移行に伴っての対応 ICT 石田真崇
- ◎Recommend～わたしのおすすめ紹介～  
#39.フードトラック「餅いもや」 監修 診療科主任 近藤美佳  
#40.名物は唐揚げラーメン 薬剤部 仲村聖人
- ◎コラム 5-Minute Halftime  
私のニューヨーク物語(3) 学術部長 高橋 均
- ◎労働衛生委員会だより「さよなら、運動分室」  
労働衛生委員会 松田陽介
- ◎院内情報のスクリーンが新しくなりました！  
健康管理センター 石田千賀子  
職員情報 臨床後記  
院内情報編集委員 若林孝子

www.nigata-hogeka.or.jp / 〒950-1101 新潟市西區山辺3057番地 tel.025-231-6111 fax.231-5130 企画・編集 院内情報編集委員

No.59 2023年10月発行

新潟脳外科病院 院内報  
院内NEWS 2023 10月 No.59

目次

- ◎華典子のご紹介  
リハビリテーション科 PT主任 長岡陽之  
OT 枝並静香
- ◎第20回国際神経病理学学会inヘルシンキ  
共同部長 武田茂樹
- ◎高校生一日看護体験を受け入れて  
教育担当看護課長 坪川麻樹子
- ◎コラム5-Minute Halftime  
私のニューヨーク物語(4)  
◎労働衛生委員会だより「血圧とお得に楽しく付き合う」  
労働衛生委員会 松田陽介
- ◎Recommend ～私のおすすめ紹介～  
#41.ダンスユニット「CHIBI UNITY」 医療秘書室 山田優子  
#42.プランターで野菜作り 医療相談室 古山千英
- ◎職員情報  
◎2F採血室をリニューアルしました！  
臨床後記 脳神経外科 小林直之  
外来患者さん用「多言語」初導入！ 医療サービス向上委員会 外来 萩原敦子  
院内情報編集委員

www.nigata-hogeka.or.jp / 〒950-1101 新潟市西區山辺3057番地 tel.025-231-6111 fax.231-5130 企画・編集 院内情報編集委員

No.60 2024年1月発行

新潟脳外科病院 院内報  
院内NEWS 2024 1月 No.60

目次

- ◎年頭の辞 理事長 山崎一徳  
院長 松田 湧
- ◎新年仕事始めの式  
2023ウォーキングチャレンジ表彰式  
労働衛生委員会 田村徳和  
◎第32回院内研究会：コロナ禍における挑戦  
院内研究企画委員長 高橋 均
- ◎コラム5-Minute Halftime  
ブロードマン脳回路に思う 学術部長 高橋 均
- ◎Recommend ～私のおすすめ紹介～  
#43.「半田ぞうめん」 2病棟 佐藤小夏  
#44.ラーメンたち「生薑醤油ラーメン」  
リハビリテーション科 OT 石川裕太
- ◎職員情報  
◎令和6年総務半島地蔵  
臨床後記 編集委員 若木崇夫  
院内情報編集委員

www.nigata-hogeka.or.jp / 〒950-1101 新潟市西區山辺3057番地 tel.025-231-6111 fax.231-5130 企画・編集 院内情報編集委員

## 新潟脳外科病院の歩み (2023年4月～2024年3月)

4月

### ・辞令交付式

医師1名、看護師5名、理学療法士2名作業療法士2名、言語聴覚士1名の新採用者を迎えました。



5月

### ・入院患者さん家族の面会を再開

新型コロナウイルス感染症5類移行に伴い、予約制での面会を再開しました。

### ・新型コロナウイルス感染症が5類へ移行

### ・G7広島サミット開幕



6月

7月

### ・第26回日本臨床脳神経外科学会参加

栃木県宇都宮市で開催された当学会には発表者1名を含む5名が参加しました。

8月

9月

- ・認知症外来(完全予約制)を開設
- ・コロナワクチン令和5年秋接種を開始
- ・第20回国際神経病理学会参加

ベルリンで開催された当学会に医師2名が参加しました

### ・アルツハイマー病治療薬「レカネマブ」が正式に承認



10月

### ・第32回新潟脳外科病院院内研究会



### ・消費税インボイス制度開始

11月

12月

2024  
年1月

・1月1日 R6年能登半島地震により当院でも被害多数  
新潟市西区にある当院は震度5強の強い揺れを観測。  
10Fの病理研究室では棚が傾き、瓶容器やガラス標本な  
どが落下し破損。駐車場と周辺道路は液状化現象で、亀  
裂や陥没・隆起しました。



・新年仕事始めの式

理事長、病院長より年頭の挨拶があり、永年勤続表彰及  
びウォーキングチャレンジ表彰も併せて行われました。



2月  
3月

R6年能登半島地震が発生



※各種新聞切り抜き等を引用

**委員長**

高橋 均 (学術部長)

**委員**

平山 裕資 (事務長)

恩田 富士子 (事務次長)

中川 雅人 (医事課長)

佐藤 美沙 (診療録管理室)

佐藤 真栄子 (医師事務)

**編集後記**

新潟脳外科病院誌 18 巻 1 号をお届けします。

昨年は、世界を脅威に陥れた CORVID-19 が「いわゆる 2 類相当」から「5 類感染症」に格下げになったことについて触れました。現在でも、新潟県での 1 医療機関当たりの平均患者数は 2~3 (定点把握) とのことで、このウイルス感染症が決して消滅したわけではありません。とは言え、私には、世間あるいは世界が本症を未だに問題視、重要視しているとはとても思えません。改めて、職員一人ひとり、健康管理に留意しつつ日々の仕事を全うし、今年も叶わなかった忘年会ですが、来年こそ 6 年ぶりの開催に漕ぎ着けましょう。

さて、今年、2024 年は能登半島地震で始まったと言っても過言ではありません。9 月には豪雨災害も加わり、現地の人々のご苦勞、ご心勞は今なおいかにばかりか、申すまでもありません。そろそろ地震発生から丸 1 年となりますが、今後の国の支援の在り方について、現在も国会での与野党の論戦が続いています。いつ起こってもおかしくない南海トラフ地震 (30 年以内に 70~80% の確率で発生するとの予想) を想起するにつけても何とも悠長な議論に思えてなりません。美しい山河、海域に恵まれた日本、地震大国に加え、地球温暖化による豪雨・干ばつ、開発による自然破壊、深刻な少子化が進むなか、将来を背負う若者世代に思いを致すばかりです。

なお、能登半島地震については、当院は多大な被害を受け、現在も対応中であること、また、新潟市西区に居を構える当院職員も少なからず被災されたことをここに記しておきたいと思えます。

世界に目を転じてみれば、ウクライナ・ロシア戦争は丸 3 年を過ぎようとしています。イスラエル・パレスチナ紛争は既に丸 1 年が経過しました。国連安保理はアメリカ、ロシアの拒否権の行使でその権威は失墜の一途をたどっています。原発事故を伴った東日本大震災の教訓の筆頭に「我々は備え以上のことはできない」とありました。平和への備えとは何なのでしょうか。

(高橋 均)

---

**新潟脳外科病院誌**

**Journal of Niigata Neurosurgical Hospital**

**第 18 巻 1 号 2024 年**

令和 6 年 12 月 1 日 (毎年 1 回発行)

編 集 新潟脳外科病院誌 編集委員会  
発 行 医療法人 泰庸会 新潟脳外科病院  
理事長 山崎一徳  
院 長 恩田 清  
〒950-1101  
新潟市西区山田 3057 番地

---