社会医療法人 共愛会

平成30年度

業績集

目　次

●理事長挨拶…… 1
●共愛会の患者憲章…… 2
●病院沿革…… 3
●法人施設別職員数…… 6
●戸畑共立病院…… 9
● MISSION（理念・使命） VISION（方針・目標） …… 11
● ご挨拶…… 12
● 概要…… 15
● 各部門の活動状況…… 21
● 委員会活動状況…… 61
● 統計資料…… 73
● 学術業績（学会発表） …… 95
● チャンピオン画像集 …… 143
● 学会等・出張先一覧 …… 161
● 戸畑セミナー …… 176
● H30年度実習生受入先一覧…… 178
●戸畑リハビリテーション病院…… 179
● 理念・方針 …… 181
● ご挨拶…… 182
● 概要…… 183
● 各部門の活動状況…… 187
● 統計資料…… 203
● 学術業績（学会発表） …… 217
● 学会等・出張先一覧 …… 224
● 活動報告…… 227
● H30年度実習生受入先一覧…… 229
●あやめの里 …… 231
● 理念・方針 …… 233
● ご挨拶…… 234
● 概要…… 238
● 学術業績（学会発表） …… 241
● 学会等・出張先一覧 …… 244
● H30年度実習生受入先一覧…… 244
●健診センター …… 245
● ご挨拶…… 247
● 学会等・出張先一覧 …… 248
●明治町クリニック …… 249
● ご挨拶…… 251
● 統計資料…… 253
● 学会等・出張先一覧 …… 261
●あやめ在宅ケアセンター …… 263
● ご挨拶…… 265
● 学会等・出張先一覧 …… 267
● H30年度実習生受入先一覧…… 267
●ケアハウスあやめ …… 269
● ご挨拶…… 271
● 学会等・出張先一覧 …… 272
●サンセリテ明治町 …… 273
● ご挨拶…… 275
● H30年度実習生受入先一覧…… 276
●明治町デイサービスセンター …… 277
● ご挨拶…… 279
●メディカルフィットネス戸畑 …… 281
● ご挨拶…… 283
●あやめレンタルサービス …… 287
● ご挨拶…… 289

平成３０年度社会医療法人共愛会 業績集の発刊にあたって

社会医療法人共愛会　理事長　下河邉　智久

当法人は平成２２年に福岡県より社会医療法人としての認定をいただき、北九州市内に２病院をはじめとした１１の施設で急性期から在宅、介護・健康づくりに至るまでの様々なサービスを提供しています。

また、「働き方改革」が進められる中、地域における保健・医療・福祉の充実に寄与していくためには、先ず、スタッフ自身が心身ともに健康でなければならないという考えの下に、スタッフの健康管理にも積極的に取り組んでおり、昨年はこうした取り組みが評価され、経済産業省が積極的に健康経営を実践している企業や団体を認定・公表する「健康経営優良法人２０１８ホワイト５００」にも認定されました。

これを機に、スタッフ一同が引き続き、万全の体制をもって、患者さまへの安定したサービスの提供に努めて参る所存でおります。

さて、今年は平成というひとつの時代が終わり、誰もが迎える新たな時代に希望を抱いていることと思います。

平成の３０年間における社会保障を取り巻く問題を振り返りますと、本格的な少子高齢社会の到来に向けた必要な財源を確保するために、我が国初の大型間接税として、消費税が導入され、また家族介護による負担の軽減をはかるべく、介護の社会化を目的として、公的な介護保険制度がはじまりました。

５年半にわたった小泉政権下では、構造改革の名のもとに、診療報酬のマイナス改定や高齢化・医療技術の進歩により増加するいわゆる社会保障費の自然増部分が一律に削減される等の厳しい措置が施され、「医療崩壊」という言葉が頻繁に使われて社会問題化するなど、危機的な状況を迎えました。

そして平成２４年に、適正な給付と負担の議論の後に、「社会保障と税の一体改革」が打ち出され、消費増税による社会保障の充実が決められ、途中、政治的な駆け引きによる先送りはありましたが、今年、ようやく総理が全世代型社会保障制度の実施を掲げて、実現することになりました。

日本は今、未曾有の少子高齢社会を迎えて、国のあり方そのものが大きな転換期を迎えています。

今日の日本を支えて来た様々なシステムやインフラは、すべて右肩上がりの高度経済成長期につくられたものであり、人口減少社会に入り、低成長経済が常態化した現代社会にふさわしいものへと再構築を急がなければなりません。

医療もまた、人生１００年時代を迎え、患者さまの求める医療へと柔軟に変化していきながら、予防により注力するとともに、医療から介護が患者様を中心として、切れ目なく、生活支援をも交えながら、包括的に提供していかなければなりません。

共愛会グループでは、職員一人ひとりが自己研鑽に努めるとともに、当法人の理念であります「まごころの医療の実践」を胸に、日々の業務に邁進して参りますので、ご支援ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

共愛会の患者憲章

患者さんは、人間としての尊厳を有しながら医療を受ける権利を持っています。また、医療は、患者さんと医療提供者とが互いの信頼関係に基づき、協同してつくり上げていくものであり、患者さんに主体的に参加していただくことが必要です。

共愛会は、このような考え方に基づき、ここに「患者憲章」を制定します。

1	**だれでも、その人格、価値観などを尊重され、医療提供者との相互の協力関係のもとで良質な医療を公平に受ける権利があります。**
	患者さんは、だれでも社会的な地位、疾病の種類、国籍などにより差別されることなく、適切な医学水準に基づいた安全かつ効果的な医療を受ける権利を持っています。患者さんは、治療や検査などに当たり、各々の人格、価値観などを持ちながら社会生活を営む個人として尊重されます。
2	**病気、検査、治療、見通しなどについて、理解しやすい言葉や方法で、納得できるまで十分な説明と情報を受ける権利があります。**
	医療に関する説明や情報の提供は、一方的なものであってはなりません。医療提供者は、患者さんから自覚症状や既往歴などの情報提供を受けたり、患者さんの質問に理解しやすい言葉や方法で適切に答えるなど、患者中心の立場で両者の密接なコミュニケーションを通して行い、患者さんの理解と納得を得ることが必要です。
3	**十分な説明と情報提供を受けたうえで、治療方法などを自らの意思で選択する権利があります。**
	患者さんが治療方法などを自らの意思で選択する権利を保障するためには、単に医療情報を提供するだけではなく、適切な医学水準の知識や経験を持つ医療提供者が、常に患者さんの利益を考えながら支援していくことが必要です。したがって、その際には、別の医師の意見（セカンド・オピニオン）をお聞きになりたいという御希望も尊重します。
4	**自分の診療記録の開示を求める権利があります。**
	診療記録の開示を求める権利には、診療記録の閲覧、複写はもとより、内容の要約や説明を受ける権利も含まれます。
5	**診療の過程で得られた個人情報の秘密が守られる権利があります。**
	病気にかかわる患者さんの私的な情報が取り扱われ、特別な環境のもとで私的な生活が営まれる病院という場所であるからこそ、患者さんのプライバシーは十分に配慮されなければなりません。
6	**良質な医療を実現するためには医師等の医療提供者に対し、患者さん自身の健康に関する情報を正確に提供する責務があります。**
	医療提供者が患者さんの状態や治療等について的確な判断を行っていくために、家族歴、既往歴、アレルギーの有無など、患者さん自身の健康に関する情報をできるだけ正確に医療提供者にお伝えください。
7	**納得できる医療を受けるために、医療に関する説明を受けてもよく理解できなかったことについて、質問する責務があります。**
	患者さんが、治療等に関する十分な説明や情報提供により納得のいく医療を受けていただくために、そして治療法等を自分の意思で選択していただくためにも、分からないことがあれば医療提供者にご質問ください。
8	**すべての患者さんが適切な医療を受けられるようにするため、患者さんには、他の患者さんの治療や病院職員による医療提供に支障を与えないよう配慮する責務があります。**
	病院では、職員が数多くの患者さんに様々な医療を提供しています。そのため、患者さんは通常の社会生活にはない制約を受けざるを得ないこともあります。このことを十分御理解いただき、適切な医療の提供に御協力ください。

病院沿革

明治45年	「戸畑共立病院」開設（病床数18床）
	初代院長　下河邉直熊就任
昭和26年	「下河邉共立診療所」へ名称変更
昭和30年	「下河邉共立病院」へ名称変更（病床数25床）
昭和32年	「医療法人共愛会」 設立　下河邉直熊　初代理事長就任
昭和35年	「下河邉共立病院」 第一期増改築工事（病床数30床）
昭和36年	「下河邉共立病院」 第二期増改築工事（病床数128床）
昭和39年	「共立病院」へ名称変更
昭和40年	「医療法人共愛会」 厚生年金還元融資住宅完成
昭和42年	「医療法人共愛会」 看護婦宿舎「貴和寮」完成
昭和45年	「共立病院」 二代目院長に下河邉舜一就任
昭和47年	「医療法人共愛会」 二代目理事長に下河邉舜一 就任　「共立病院」 院長と兼任
昭和51年	「医療法人共愛会」 下河邉舜一 理事長に専任
	「共立病院」 三代目院長に宗典郎就任
	「共立病院」 第三期増改築工事
昭和57年	「医療法人共愛会」 三代目理事長に宗典郎 就任
	「共立病院」 院長と兼任
昭和61年	「共立病院」 基準看護Ⅰ類 承認
昭和62年	「共立病院」 第四期増改築工事 （病床数193床）
昭和63年	「医療法人共愛会」 宗典郎 理事長に専任
	「共立病院」 四代目院長に下河邉智久就任
	「共立病院」 基準看護特Ⅰ類 承認
平成元年	「共立病院」 基準看護特Ⅱ類 承認
平成5年	「共立病院」 第五期増改築工事
平成6年	「共立病院」 第六期増改築工事
	「共立病院」 基準看護特Ⅲ類 承認
平成8年	「医療法人共愛会介護老人保健施設あやめの里」開設（病床数100床）
	初代施設長　下河邉勝世 就任
	「医療法人共愛会あやめ訪問看護ステーション」 開設
	「共立病院」 新看護2.5対1Ａ　看補10対1 承認
平成10年	「医療法人共愛会」四代目理事長に下河邉智久 就任　「共立病院」 院長と兼任
	「医療法人共愛会」 会長に宗典郎就任
	「共立病院」（財）日本医療機能評価 認定（一般病院 種別Ａ）
	「医療法人共愛会」 下河邉智久 理事長に専任
平成11年	「共立病院」 五代目院長に下河邉正行就任
	「医療法人共愛会あやめヘルパーステーション」 開設
	「共立病院」 新看護2対1 承認
	「共立病院」 開放型病院 承認
平成12年	「共立病院」 急性期病院加算 承認
	「共立病院」 診療録管理体制加算 承認
	「共立病院」 地域連携室設置
	「医療法人共愛会あやめケアプランサービスステーション」開設

平成14年　「共立病院」が「戸畑共立病院」へ名称変更
市立戸畑病院を移譲「医療法人共愛会戸畑病院」開設（病床数100床）　下河邉智久 院長兼任
平成15年　「医療法人共愛会戸畑リハビリテーション病院」開設（病床数133床）　下河邉智久 院長兼任
「医療法人共愛会ケアハウスあやめ」 開設（18室）
「医療法人共愛会戸畑リハビリテーション病院デイサービスセンター」 開設
「医療法人共愛会メディカルフィットネス戸畑」 開設
「戸畑共立病院」 病床数変更（病床数160床）
「戸畑病院」が「戸畑診療所」へ変更
「戸畑共立病院」 集中治療室 開設（病床数8床）
「戸畑共立病院」 救急告示病院 承認
「戸畑共立病院」（財）日本医療機能評価 更新（種別 一般病院ver.4.0）
「介護老人保健施設あやめの里」 ＩＳＯ9001 ： 2000 認証
平成16年　「戸畑共立病院」 ハイケアユニット 設置（病床数4床）
「戸畑共立病院」 亜急性期病室 設置（病床数7床）
「戸畑診療所」 有床診療所へ変更（病床数19床）
「戸畑リハビリテーション病院」（財）日本医療機能評価 認定（種別 療養病院）
平成17年　「戸畑共立病院」 地域医療支援病院 承認
「戸畑共立病院」 管理型臨床研修病院 認定
「戸畑共立病院」 更正医療指定医療機関 認定
平成18年　「戸畑共立病院」透析室 設置
「戸畑共立病院」新看護基準1.4対1（看護体制7対1）承認
「医療法人共愛会古賀病院」 開設（病床数79床）
「医療法人共愛会院内託児所キッズハウスあやめ」開設
新・戸畑共立病院 地鎮祭
「戸畑診療所」が沢見から小芝に移転
平成19年　「戸畑リハビリテーション病院」院長に佐々木英 就任
「戸畑共立病院」 内視鏡10万症例達成
「戸畑共立病院」 緩和ケアチーム結成
平成20年　「戸畑共立病院」 （財）日本医療機能評価 更新（種別 一般病院ver.5.0）
「戸畑共立病院」 ＤＰＣ施行病院 認定
「戸畑共立病院」 戸畑区沢見に新築移転
「戸畑共立病院」 病床数変更（病床数169床）
「戸畑共立病院」 放射線治療装置リニアック導入
「戸畑共立病院」 放射線治療装置サイバーナイフⅡ組込み
「戸畑診療所」が「とばたクリニック」へ名称変更
「古賀病院」が「明治町共立病院」へ名称変更
平成21年　「戸畑共立病院」 病床数変更（病床数199床）
「戸畑リハビリテーション病院」（財）日本医療機能評価 更新（種別　療養病院）
「明治町共立病院」が「明治町クリニック」へ名称変更、病床数変更（病床数19床）
平成22年　「医療法人 共愛会」 社会医療法人へ認定
認定に伴い「医療法人 共愛会」から「社会医療法人共愛会」へ変更
「戸畑共立病院」 福岡県がん診療拠点病院 認定
「戸畑共立病院」 病床数変更（病床数208床）
「戸畑リハビリテーション病院」 一般病棟看護基準13対1 承認

「明治町クリニック」 病床数変更（病床数10床）
「戸畑共立病院」 ハイケアユニット設置追加（病床数4床）
「戸畑共立病院」 病床数変更（病床数210床）
「明治町クリニック」 病床数変更（病床数8床）

平成23年
「戸畑共立病院」 へき地医療拠点病院 指定
「戸畑リハビリテーション病院」 院長に剣持邦彦就任
「戸畑共立病院」病床数変更（病床数216床）救急病棟増加（病床数6床）
「明治町クリニック」 病床数変更（病床数2床）

平成24年
「戸畑共立病院」 病床数変更（病床数218床）
「明治町クリニック」 無床診療所へ
「戸畑共立病院」 （財）日本医療機能評価 更新（種別 一般病院ver.6.0）
「戸畑共立病院」 創立100周年
「メディカルフィットネス戸畑」が「とばたクリニック」内へ移転
「戸畑リハビリテーション病院デイサービスセンター」が「明治町クリニック」内へ移転
移転に伴い「明治町デイサービスセンター」へ名称変更
「あやめ訪問看護ステーション」が「明治町クリニック」内へ移転
「あやめヘルパーステーション」が「明治町クリニック」内へ移転
「あやめケアプランサービスステーション」が「明治町クリニック」内へ移転
「とばたクリニック」 院長に佐々木英就任
「明治町クリニック」 院長に天野修造就任
「戸畑リハビリテーション病院」 5階に緩和ケア病棟 開設（病床数17床）

平成25年
「社会医療法人共愛会あやめレンタルサービス」 開設
「社会医療法人共愛会住宅型有料老人ホームサンセリテ明治町」 開設（41室）
「社会医療法人共愛会」 電子カルテ導入

平成26年
「戸畑共立病院」 5階にハイケアユニット 設置（病床数30床）
「戸畑リハビリテーション病院」 4階に地域包括ケア病床 設置（病床数37床）
「とばたクリニック」 女性検診レディック 開始
「戸畑リハビリテーション病院」 （財）日本医療機能評価 更新（種別 回復期病院）

平成27年
「戸畑共立病院」 ＰＥＴ-ＣＴ導入

平成28年
「戸畑共立病院」 放射線治療装置トモセラピー導入
「あやめ巡回ステーション」開設

平成29年
「とばたクリニック」院長に江口俊郎就任
「明治町クリニック」院長に佐々木英就任
「社会医療法人共愛会」副理事長に下河辺正行就任
「戸畑共立病院」院長に今村鉄男就任
「戸畑共立病院」災害拠点病院 指定
「戸畑共立病院」病床数変更（一般病床202床　ハイケアユニット16床）

平成30年
「戸畑共立病院」サイバーナイフM6導入
「とばたクリニック」が「戸畑共立病院健診センター」へ名称変更
「戸畑共立病院」病床数変更（病床数237床）
「戸畑共立病院」産婦人科・小児科・小児外科　開設
「戸畑共立病院」外国人患者受入れ拠点病院　指定

法人施設別職員数

平成30年4月　現在

戸畑共立病院

医師	59名	歯科医師	4名
看護師	300名	救急救命士	5名
薬剤師	19名	薬局助手	2名
診療放射線技師	30名	放射線助手	6名
臨床検査技師	18名	検査助手	2名
管理栄養士	8名	臨床工学技士	21名
理学療法士	20名	作業療法士	5名
言語聴覚士	4名	視能訓練士	3名
内視鏡技師	1名	歯科衛生士	7名
歯科助手	2名	ソーシャルワーカー	5名
心理療法士	4名	診療情報管理士	1名
事務	32名	ドクターズクラーク	29名
ケアワーカー	33名		

戸畑リハビリテーション病院

医師	14名	看護師	97名
薬剤師	5名	薬局助手	1名
診療放射線技師	1名	臨床検査技師	1名
管理栄養士	5名	臨床工学技士	1名
理学療法士	40名	作業療法士	21名
言語聴覚士	9名	リハビリ助手	2名
歯科衛生士	1名	ソーシャルワーカー	6名
事務	9名	ドクターズクラーク	4名
介護福祉士	18名	ケアワーカー	10名

とばたクリニック

医師	2名	看護師	1名
保健師	3名	事務	4名

明治町クリニック

医師	2名	看護師	6名
薬剤師	1名	リハビリ助手	2名
事務	4名		

あやめの里

医師	1名	看護師	16名
理学療法士	5名	作業療法士	6名
管理栄養士	3名	介護福祉士	38名
介護員	18名	ソーシャルワーカー	3名
事務	5名	調理師	4名
給食員	7名		

あやめ在宅ケアセンター

看護師	8名	理学療法士	4名
作業療法士	1名	ケアマネージャー	16名
介護福祉士	16名	介護員	9名

ケアハウスあやめ

介護福祉士	2名	介護員	1名
ソーシャルワーカー	2名		

明治町デイサービスセンター

看護師	3名	介護福祉士	5名
介護員	7名		

メディカルフィットネス戸畑

インストラクター	3名

サンセリテ明治町

介護福祉士	2名	介護員	2名
ケアマネージャー	2名	事務	1名

あやめレンタルサービス

事務	2名

共愛会　法人本部

医師（産業医）	1名	看護師	1名
診療放射線技師	1名	事務	30名

共愛会　健康保険組合

事務	3名

戸畑共立病院

戸畑共立病院

MISSION（理念・使命）

われわれの使命は地域医療とその向上に貢献することです。

VISION（方針・目標）

まごころの医療
（患者さんの意思を尊重し、患者さんや家族から信頼される病院を目指します）

地域医療支援病院としてより信頼と連携のとれる病院
（急性期医療・高度医療機器の共同利用・専門的医療を通じ地域の医療機関や介護福祉施設との密な連携を行います）

チーム・ワークのいい病院
（働きやすくコミュニケーションの取れた職場を目指し、職員一丸となって最善の医療を行います）

教育と研究・研修の病院
（誇りと向上心をもって最新の医療を行えるよう自己研鑽を目指します）

経営の安定した病院
（よい医療を継続するために、安心して医療に励める病院を目指します）

平成30年度を振り返って

戸畑共立病院　院長　今村　鉄男

平成30年度は医療、介護報酬同時改定が4月より施行された。地域医療構想の策定、医療費の適正化計画、介護報酬も同様の重要政策が見直されました。

診療報酬の重要課題としては、急性期病棟が7：1、10：1に再編統合されており、7：1要件のさらなる厳格化、重症度、医療、看護必要度の見直しが実施されています。

又、もう一つの重要課題は退院支援が入退院支援加算に変更され、多くの重症患者を受け入れるために、入院前から退院調整を考えなければならぬ様になりました。当院も急性期病院でDPC病院であるため、大きな変化をもたらす改定となっております。DPC調整係数の置き換えが完了し基本的には基礎係数と機能評価係数Ⅰ、Ⅱによる評価となりました。

共立病院は前院長時代の10年前よりチーム医療の充実を図ってきました。これが浸透し、職員の協力もあって今回の改定は係数として上がり、少しは納得できる改定となりました。この改定を受けて当院としても患者にとって最も良い医療を提供して、多くの患者に受診して頂き、これが経営の向上につながると思っております。

続いての大きな変化は、6月に小児科開設と同時にとばたクリニックを共立病院に吸収した事です。
これにより12月には、総合入院体制加算が認められました。これは、民間病院、特に病床218床規模ではなかなか困難な事なのです。小さいながら総合病院として認められた事になります。

又これと同時期には看護師特定行為の研修病院となり2名の研修生を受け入れ、メインテーマを栄養に係る中心静脈カテーテル管理としたトレーニングを開始しました。初めての試みで何かと皆様にはご迷惑をおかけしましたが、無事研修を終了しました。

7月には岡山県で降雨災害が発生し、当院からJMATを派遣しております。災害拠点病院でありDMAT隊員を確保すべく研修へ送り出し、日本DMAT隊員2名、県DMAT隊員を2名増員する事ができました。スタッフには資格取得推進を行い、モチベーションの向上につとめています。他には9月に2名の外国人看護師の採用を行い、現在3名のインドネシア人の看護師が働いています。これと同時に外国人患者の受け入れ態勢を確立するためのプロジェクトを立ち上げ、外国人患者受入れ拠点病院に認定されました。

最後になりますが、年度末より入退院支援センターの確立（患者サポートセンター）に力を注いでおります。これは、病床機能分化が進む中、入院前、入院時から退院調整を考慮した対応が必要となるため、入退院を行うスタッフを配置し効率よく患者情報を管理する部門であります。2019年4月には働き方改革の法令が施行開始されます。色々な難題がありますが皆様と共に乗り切ってまいりたいと思います。

医師の働き方改革の必要性と進め方

戸畑共立病院　統括副院長　宗　宏伸

2019年4月より働き方改革法案が施行された。しかし医師の時間外労働上限規則の適応は2024年4月からとなったが、時間外労働の上限は年960時間(特例として条件により1860時間以内)と設定されている。時間外労働が何時間に設定されても、適正な勤怠管理とその工夫が必要である。

当院では医師の出退勤データはタイムレコーダーにて管理を行っているが、出勤簿的なもので内容の把握ができていない状況である。医師の院内滞在時間のどの部分を時間外業務としてみなすかが重要となる。

処置、手術などについて多職種でカンファランスを行う、夜間・週末に術後患者の経過をチェックする、急患に対しての手術・検査を行う、また受け持ち患者の急変対応を行うなどは時間外業務とみなすべきであろう。しかし食事、睡眠、任意参加の勉強会、業務命令に基づかない学会発表や公演の準備、論文執筆等は時間外業務とはみなせないのではと考える。これらは現場の医師と充分話し合う必要がある。

他にも医師の病院滞在時間を極力減らす努力を行っていかなければならない。

患者・家族のへの啓蒙も必要となってくる。病院として診療の質・安全性の確保は最大限の努力は重ねるが、サービス面では従来と異なる対応も必要となりうる。例えば急変時以外の時間外での病状説明等は極力避けるように、院内掲示等を用い協力を依頼する等の必要があるのではと考える。

最大の問題は休日・夜間の救急センター外来である。従来は'宿直'であったものが当院の救急外来は'勤務'との扱いとせざるを得ない状況である。その為の対策としては以下のような事を検討している。

1.救急部とした独立した科とし、2交代などの交代勤務体制。
2.所定労働時間に準じてあらかじめシフト制を組み、1日の労働時間を変更できる変形勤務体制の構築。
3.各診療科より救急センターにローテーション勤務を行い、当直体制から夜勤体制への変更。等である。

これらは人員の確保も関係するため早急に変更するのは難しい点も多く含まれるが、働き方改革法案が施行されたことを機会に現場の医師と充分な話し合いを行い、当院としての方向性を示し、診療の質・安全性の確保をしつつ働きやすい病院作りを進めていきたい。

概　　要

病 院 概 要

◎名　称
戸畑共立病院

◎所在地
〒804-0093
福岡県北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号
TEL 093-871-5421　FAX 093-871-5499

◎開　設
明治45年4月

◎診療科
内科　消化器内科　呼吸器内科　循環器内科
内分泌・代謝内科　血液内科　外科
消化器外科　肝臓・胆のう・膵臓外科
呼吸器外科　乳腺外科　血管外科　整形外科
形成外科　脳神経外科　泌尿器科
放射線診断科　放射線治療科　眼科　皮膚科
麻酔科　病理診断科　救急科　精神科
リハビリテーション科　歯科　歯科口腔外科
産婦人科　小児科　小児外科
臨床検査科（34科目）

◎専門外来
がん治療センター（放射線治療、化学療法、温熱療法、高気圧酸素療法）、サイバーナイフセンター、消化器病センター（消化管、肝臓、胆道、膵臓）、救急センター、画像診断センター、透析センター、内分泌代謝内科（糖尿病教室）、乳腺外科、血管外科、脊椎・脊髄外科、手外科、インプラントセンター

◎許可病床数　237床

◎主な設備
【画像診断設備】
・血管造影撮影装置
・320列エリアディテクタ CT　他CT2台
・1.5 テスラ　MRI
・3テスラ MRI
・核医学診断装置（PET撮影可）
・乳房 x 線撮影装置
【治療機器】
・トモセラピー
・サイバーナイフM6
・リニアック
・ハイパーサーミア　2台
・密封小線源
・第一種高気圧酸素治療装置　4台
【救急設備】
・救急センター
・集中治療室
【その他の設備】
・手術室
・外来化学療法室
・透析センター

◎学会等認定施設
（公的指定等）
管理型臨床研修病院
地域医療支援病院
開放型病院届出施設
救急告示病院
日本医療評価機構認定病院
日本がん治療認定医機構認定研修施設
地域がん診療連携拠点病院
へき地医療拠点病院
災害拠点病院
特定行為研修指定研修機関（1区分）

（学会等）
日本内科学会認定医教育関連病院
日本消化器内視鏡学会認定指導施設
日本消化器病学会専門医制度認定施設
日本内分泌学会内分泌代謝科認定教育施設
日本甲状腺学会認定専門医施設
日本肝臓学会認定施設
日本外科学会認定指導施設
日本外科学会外科専門医制度修練施設
日本消化器外科学会専門医修練施設
日本整形外科学会認定施設
日本泌尿器科学会専門医教育施設
日本放射線腫瘍学会認定施設
日本ハイパーサーミア学会認定施設
日本栄養療法推進協議会認定nst稼動施設
日本インターベンショナルラジオロジー学会（日本IVR学会）
日本医学放射線学会 放射線科専門医修練機関認定（総合修練機関名：産業医科大学）
日本高気圧環境・潜水医学会認定病院
日本救急医学会認定救急科専門医指定施設
日本麻酔科学会認定病院
日本呼吸器学会関連施設
日本感染症学会連携研修施設
日本形成外科学会教育関連施設
日本脳神経外科学会専門医研修プログラム連携施設（基幹施設：佐賀大学）

（大学関係）
久留米大学内科教育関連認定施設
久留米大学外科教育関連認定施設
久留米大学心臓・血管外科教育関連認定施設
久留米大学眼科教育関連認定施設
久留米大学泌尿器科教育関連認定施設
久留米大学救急診療科教育関連認定施設
久留米大学整形外科教育関連認定施設
久留米大学形成外科教育関連認定施設
久留米大学循環器科教育関連認定施設
久留米大学麻酔科教育関連認定施設

◎交通案内　JR九州工大前駅より徒歩7分
西鉄バス小芝停留所より徒歩2分

施設基準

【基本診療料】

・歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準
・地域歯科診療支援病院歯科初診料
・歯科外来診療環境体制加算２
・一般病棟入院基本料　急性期一般入院料１
・総合入院体制加算２　・超急性期脳卒中加算
・診療録管理体制加算１
・医師事務作業補助体制加算１　15対１
・急性期看護補助体制加算25対１（看護補助者５割以上）
夜間急性期看護補助体制加算50対１
・看護職員夜間配置加算12対１
・療養環境加算　・重症者等療養環境特別加算
・緩和ケア診療加算
・栄養サポートチーム加算
・医療安全対策加算１（医療安全対策地域連携加算1）
・感染防止対策加算１
（感染防止対策地域連携加算）（抗菌薬適正使用加算）
・患者サポート体制充実加算
・褥瘡ハイリスク患者ケア加算
・総合評価加算　・呼吸ケアチーム加算
・後発医薬品使用体制加算１
・病棟薬剤業務実施加算１　・データ提出加算２
・入退院支援加算１
（地域連携診療計画加算）（入院時支援加算）
・認知症ケア加算１
・精神疾患診療体制加算
・ハイケアユニット入院医療管理料１
・入院時食事療養費１　・酸素購入価格の届け出

【特掲診療料】

・歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
・がん性疼痛緩和指導管理料
・がん患者指導管理料イ・ロ・ハ
・糖尿病透析予防指導管理料
・地域連携夜間・休日診療料
・院内トリアージ実施料
・救急搬送看護体制加算
・外来放射線照射診療料
・療養・就労両立支援指導料の注２に規定する相談体制充実加算
・開放型病院共同指導料
・がん治療連携計画策定料
・肝炎インターフェロン治療計画料
・薬剤管理指導料
・検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
・医療機器安全管理料１・医療機器安全管理料２
・医療機器安全管理料（歯科）
・在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料
・在宅療養後方支援病院
・検体検査管理加算（Ⅰ）・検体検査管理加算（Ⅳ）
・国際標準検査管理加算
・時間内歩行試験
・ヘッドアップティルト試験
・コンタクトレンズ検査料１
・画像診断管理加算２
・ポジトロン断層撮影
・ポジトロン断層撮影・コンピューター断層複合撮影
・CT撮影及びMRI撮影
・冠動脈CT撮影加算
・心臓MRI撮影加算
・抗悪性腫瘍剤処方管理加算
・外来化学療法加算１
・無菌製剤処理料
・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
・運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
・がん患者リハビリテーション料
・歯科口腔リハビリテーション料２
・エタノールの局所注入（甲状腺）
・エタノールの局所注入（副甲状腺）
・人工腎臓（慢性維持透析を行った場合１）
・導入期加算１
・透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
・CAD／CAM冠
・骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）
・乳がんセンチネルリンパ節加算２及びセンチネルリンパ節生検（単独）
・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
・食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
・体外衝撃波胆石破砕術
・腹腔鏡下肝切除術
・腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
・腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
・早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
・体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
・膀胱水圧拡張術
・胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
・輸血管理料Ⅰ　・輸血適正使用加算
・貯血式自己血輸血管理体制加算
・人工肛門・人口膀胱造設術前処置加算
・胃瘻造設時嚥下機能評価加算
・麻酔管理料（Ⅰ）
・放射線治療専任加算　・外来放射線治療加算
・遠隔放射線治療計画加算
・高エネルギー放射線治療
・１回線量増加加算
・強度変調放射線治療（IMRT）
・画像誘導放射線治療加算（IGRT）
・体外照射呼吸性移動対策加算
・直線加速器による定位放射線治療
・定位放射線治療呼吸性移動対策加算
・病理診断管理加算１
・悪性腫瘍病理組織標本加算
・クラウン・ブリッジ維持管理料

【食事】

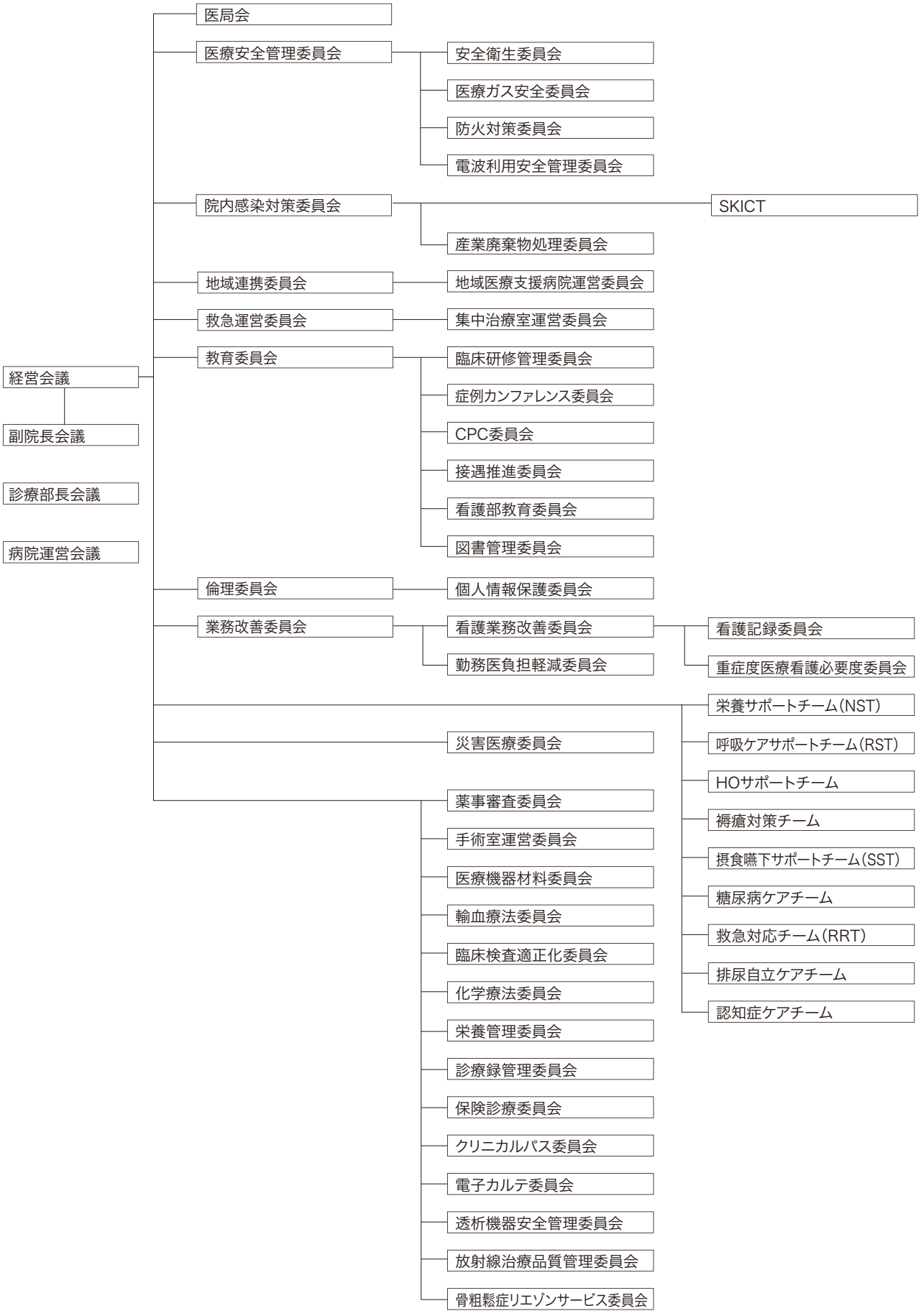
・当院は、入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行っており、管理栄養士または栄養士によって管理された食事を適時（夕食については午後6時以降）、適温で提供しています。

戸畑共立病院　組織図

平成30年6月1日改訂
作成元：経営会議

- 理事長（開設者）
  - 院長（管理者）
    - 医療安全管理部 ― 医療安全管理室
    - 感染制御部 ― 感染制御室
    - 災害医療部 ― DMATチーム
    - 統括副院長、副院長
    - 〈サポートチーム〉
      HO（緩和）サポートチーム、NSTサポートチーム、呼吸ケアサポートチーム、褥瘡対策チーム
      摂食嚥下サポートチーム、糖尿病ケアチーム、ICT、排尿自立ケアチーム、認知症ケアチーム
    - 診療部
      - 総合内科、内科、呼吸器内科 / 循環器内科、代謝内分泌内科 / 腎内科、消化器内科、肝臓内科
        - 消化器病センター
        - 透析センター
      - 皮膚科
      - 精神科
      - 外科、乳腺外科 / 形成外科、呼吸器外科
      - 整形外科 / 脊椎脊髄外科 / 手外科
      - 脳神経外科
      - 泌尿器科
      - 小児科・小児外科
      - 眼科
      - 婦人科
      - 歯科・歯科口腔外科
        - インプラントセンター
      - がん治療部
        - がん治療センター
        - サイバーナイフセンター
      - 画像診断部
        - 画像診断センター
      - 救急総合診療部
        - 救急センター
        - 集中治療室
      - 手術部
        - 麻酔科
        - 手術室
      - 病理部
        - 病理診断科
    - 研修教育部
    - 健診センター
    - 診療支援部
      - 地域医療支援部
        - 地域医療連携室
        - 相談支援センター
        - 入退院支援室
      - がん治療センター（放射線治療部）
      - 画像診断センター（放射線診断部）
      - 薬剤部
      - 臨床検査科
        - 検体検査
        - 生理検査
        - 輸血
        - 病理
      - リハビリテーション科
      - 栄養科
      - 臨床工学科
      - 臨床心理室
    - 看護部
      - がん治療センター
      - 外来
        - 内視鏡室
      - 救急センター
      - 透析センター
      - 3階東病棟
      - 3階西病棟
      - 4階東病棟
      - 4階西病棟
      - 5階病棟
      - 集中治療室
      - 手術室
        - 中央材料室
      - 緩和ケア室
    - 事務部
      - 医事課
        - 診療情報管理
      - 企画情報課
        - ドクターズクラーク
      - 資材施設課
      - 経理課
      - 総務課

戸畑共立病院委員会構成図



各部門の活動状況

内科

副院長・内科系主任部長　宗　祐人

消化器病センターでは、必要であれば朝食未摂取の患者様には、当日に腹部超音波検査、上部消化管内視鏡検査、CT検査などを施行し、早期診断、早期治療を行っています。消化器内視鏡検査数は年々増加傾向で、H30年度は5,617例となり、6,000例を突破できる様に頑張ります。スクリーニングの検査を習得できれば若手の先生達にも治療内視鏡を積極的にして頂きます。今後も低侵襲治療である内視鏡治療に力を入れていきたいと思います。

炎症性腸疾患の症例も年々増加傾向で、H30年度比は年間に潰瘍性大腸炎の患者さんを約170人、およびクローン病患者さんを約120人診療しました。平成28年5月より非常勤医師として福岡大学筑紫病院外科の二見喜太郎先生による、炎症性腸疾患の肛門病変に対する専門外来を開始した影響もあり、IBD症例は年々増加しています。

胆膵領域では、消化管と比べ直接観察することは難しく、主に腹部エコー・造影CT・MRCPなどの画像検査にて診断していきます。胆膵内視鏡ではERCPは186件、EUSは90件と件数も増えており、地域医療でのニーズも高まっております。救急疾患では、急性胆管炎も少なくなく、緊急内視鏡の中でも特殊性を伴いますが、経皮的治療のお世話にならないように、可能な限り内視鏡治療が遅延することなく、かつ安全に施行できるよう心がけております。近年IPMNや膵癌などの膵疾患も増加傾向で、地域の先生方よりご紹介いただくことも増えており、期待に添えるよう画像検査やEUSを積極的に行っております。手術可能な胆膵疾患の早期診断から早期治療を行えるよう、当院で検査して良かったと言われるように、さらなる努力をしてまいります。

肝臓内科では、B 型肝炎や C 型肝炎の内服治療や、肝硬変への進展や発がんが問題となっている非アルコール性脂肪性肝炎や原因不明の肝障害の診断のための肝生検を積極的に行っています。また、腹部超音波検査、CTやMRIによるスクリーニングを定期的に行い肝細胞癌の早期発見に努めています。

肝細胞癌治療に関しては、比較的早期のもの対してはラジオ波熱焼灼術やエタノール注入療法、進行した肝癌に対しては肝動脈塞栓術・肝動注化学療法・分子標的治療薬による治療などを行っています。

肝がん患者は高齢化しており、より侵襲の少ない治療が要求されています。当院では肝動脈塞栓術は、他の施設では大腿動脈（右鼠蹊部）から行なうのが一般的ですが、左上腕動脈（左肘関節）アプローチで行ない、術後の安静など患者様の負担軽減を行なっております。また、門脈浸潤した進行肝癌や肝動脈塞栓術でコントロール不能となった進行肝癌に対しては動注リザーバーを留置し、肝動注化学療法を積極的に行なっております。副作用や合併症も少なく高齢者でも問題なく治療が可能です。副作用の多い分子標的治療薬を行う場合は、がん治療専門看護師などと協力し副作用をコントロールし治療を行っています。

また、当院のがんセンターと協力し癌転移巣に対する放射線治療も積極的に行っております。加えて2018年7月より当院に導入されているサイバーナイフによる放射線治療が保険適応になりました。肝機能がよく5cm 以下単発が条件ですが、重粒子線や陽子線など保険適応外で300万円かかる治療に遜色なく、侵襲や副作用なく治療効果を得ています。

当院では肝疾患サポートチームを立ち上げ、看護師・薬剤師・臨床検査技師・放射線技師・管理栄養士・リハビリ技師・医療クラークと協力しカンファランスを行いながら、肝癌患者の全身状態の維持や改善にむけて努めています。

循環器科は、高血圧・動脈硬化・狭心症といった血管病変から、心筋症・弁膜症・心不全といった心臓疾患、また動悸や脈不整感などの不整脈疾患等、心臓・血管疾患一般の診察を行なっています。また、高次医療機関での精査・治療が必要な症例では、御本人や御家族に十分な説明を行い、遅滞なく高次医療機関へ搬送す

る様に心掛けています。

月曜日～土曜日の内、週5日間専門外来を行っています。また、ペースメーカー外来を定期的に行っています。

内分泌代謝内科は、専門医2名体制で診療を行っております。外来での診療はやはり糖尿病の症例が多くを占めており、内分泌疾患では甲状腺疾患（バセドウ病、無痛性甲状腺炎、慢性甲状腺炎）が多く、また罹病率が低いやや特殊な疾患である性腺疾患、下垂体疾患も増え、成人成長ホルモン分泌不全症の症例も増えてきています。

糖尿病に代表されるcommon diseaseと専門医以外治療することがまずない特殊な少数例の内分泌疾患とこの2種の対照的な疾患をアセスメントしていく必要がある領域です。

糖尿病のチームケアの活動として、毎年11月の世界糖尿病Dayに合わせて、栄養科が中心となり市民公開講座を行っていますが、こちらも恒例となり今年で9回目を迎え、年々参加者も増えており、今後も内容を充実させていこうと考えています。糖尿病栄養指導師の資格を得たスタッフも毎年増えています。

腎内科、透析センターは、共愛会での立ち上げから15年目に入りました。腎内科外来では、腎炎•ネフローゼ症候群の治療や保存期院腎不全患者のフォローをしています。飛び込み患者や他科加療中に発生した急性腎不全に対する各種体外循環療法やIBD患者に対するGCAP療法などにも対応しています。また、近年は他科入院中の維持透析患者のバックアップ透析依頼も増加しています。

吸器科は加藤達治医師（呼吸器学会指導医）を中心に常勤医2名、非常勤医師1名で外来診療を行っています。外来は、CODPを原因とする慢性呼吸不全、気管支喘息、肺癌などが多く、また、種々の原因による間質性肺炎あるいは非結核性抗酸菌症の症例などが増加傾向です。入院は、超高齢肺炎やCOPDの急性増悪症例が多く、嚥下機能評価、呼吸リハビリを行い、包括的呼吸ケアを合わせて行っています。

救急総合診療部

副院長・救急総合診療部長　佐藤　英博

当院でも2018年度より、院内急変対応システムRRS（Rapid Response System）の運用が開始され、RRT（Rapid Response Team）が活動を始めています。

RRS: “早期 に介入・治療を行うことで、致死性の高い急変に至ることを防ぐ” を目的に作られた体制。本邦では2010年頃から大学病院などの大病院中心に設立されている。

当院でもRRSの必要性を感じ、医療安全管理室内のBLS（Basic Life support）教育担当チーム中心に5年ほど前から設立の動きが始まりました。しかし、当院は大学病院等と病院の規模が異なり、活動のメンバーや様式を模倣することも出来ず、RRSの構築に至りませんでした。ところが近年、より小規模な病院のRRS立ち上げや、活動報告の発表が相次ぎ 当院でも設立の気運が高まり、2018年4月よりRRTのメンバー選出や具体的行動についての細則を決め、同年8月の試験運用を経て、2019年1月より本活動開始となっています。

さて実際には、誰かが “ハリーコールをするまではないが何かおかしい”と感じ専用番号をコールした時点でシステムは作動開始します。誰でもコールして良いことになっていますが、逆にこの事がコールしにくい現状を作っている可能性もあります。医療安全管理室が3月に行ったアンケート調査にも同様の意見があり、運用に対してまだまだ不十分な要素は数多いようです。試験運用の間は2-3回/月であった要請が1月から4月の間で合計2回しかありませんでした。（5月6月では3回ずつに増加しています。）しかしまだまだ入院患者の予期せぬHCUへの緊急入室件数は多く、RRS活動の周知が不十分であると考えます。これは数々の大病院でのRRS立ち上げ報告でも指摘されており、システムを作れればすぐに活動できるというものではなく、病院内でRRSが根付くのは時間がかかるようです。

何年も前から、“入院患者に急変などほとんどない、だんだん悪くなっていっているのを見落としているだけである”と言っていましたが、HCUへの予定外入室は減るどころかかえって増加しているような気もします。これは個人の能力の問題もあるでしょうが“徴候を見落としているだけだ”と声を上げているだけで、徴候を見つけたときにどのようにすれば良いかの具体案を提供せずにいたことも問題でしょう。“何か変だな”と感じたときに何かアクションを起こすことによって、個人の能力も上がっていくのかもしれません。RRSも作られたばかりです、病院それぞれ違いがあり、その病院に合ったシステムを作っていくことが必要と考えています。

呼吸器内科

副院長・呼吸器内科部長　加藤　達治

呼吸器内科は常勤2名と非常勤2名の4名で、戸畑共立病院で水曜日を除き、専門外来（ただし、月・土は総合外来を兼ねる）を週5日行っています。また主にCOPDを対象に戸畑リハビリテーション病院で呼吸器リハビリ外来を毎週水曜日午後行っています。

【18年度報告と19年度の抱負】

始めに当科の診療の中心となります高齢者肺炎の診療・研究の現況をご報告します。

1. 高齢者肺炎と嚥下機能

当科で開発しました簡易的な摂食嚥下機能評価法〈Assessment of Swallowing Ability for Pneumonia（ASAP）〉に関しましては、「A Simple Assessment of the Eating and Swallowing Functions in Elderly Patients with Pneumonia」としてまとめ、産業医科大学雑誌に投稿し掲載されました。今後はASAPを用いて、すべての高齢者肺炎症例に嚥下機能評価を行い、嚥下機能と咳嗽の強さ、栄養状態などの関連の解明を行っていきたいと考えております。

2. 高齢者肺炎治療と抗生物質の適正使用

抗生物質の適正使用は今後高齢者肺炎の分野でも大きな課題です。現在、超高齢者肺炎においては、耐性菌リスクによって抗生物質の選択を行っても予後と関連しないという報告が増えています。私たちが進めてきた当院の治療の解析ででも、同じような結果がでつつあります。その結果、今後は８５歳を超える超高齢者肺炎では、どのような症例に広域抗生物質を投与するのかが課題となってくると思われます。現在、私たちのデータをまとめつつあり、その結果に基づいて当地域での高齢者肺炎の診療の参考にしていただけるデータをお示しできればと考えております。

3、肺炎治療とリハビリテーション・栄養補給

高齢者は、肺炎を契機にADLが低下し自宅復帰がむつかしくなる、より介護度が増すなどの症例がかなりの割合で生じます。すなわち、治療開始時からADLの低下に意を用いた治療が必要です。一方で、いわゆる老化現象の一過程という側面が超高齢者ではあり得ます。超高齢者肺炎のゴールを、日々揺れ動く病状から予め設定することは困難ですが、少なくとも栄養摂取の評価と最低基準としての拘縮予防のリハビリは、高齢者肺炎の治療には必須と考えております。すなわち抗生物質の適正使用のみでは、高齢者肺炎の治療では極めて不十分です。抗生物質、栄養補給、リハビリを適切に提供できる文字通り、医師・看護師・薬剤師・栄養士のみならずST・OTなどのリハビリスタッフとのチーム医療をより一層充実させたいと考えています。

その他・・特に呼吸器疾患のターミナルケア

呼吸器疾患も近年大きくその様相を変えつつあります。感染症の分野では非結核性抗酸菌症の新規発生が結核のそれを上回り、年々患者数が増加しえいるとの報告もあります。肺がんの分野での分子標的治療剤は、大きく肺がん治療を変え予後の改善に貢献しています。さらに、高齢化の一層の進展に伴って、人生最終段階での肺炎、末期呼吸不全などターミナルケアが避けて通れません。

急性期からターミナルまで地域の呼吸器疾患治療の下支えとして、呼吸器診療の最前線を常に意識しながら取り組んで行きたいと考えています。より一層のご指導ご鞭撻をお願い申し上げます。

がん治療センター

副院長・がん治療センター長　今田　肇

がん治療センターは、放射線治療（ライナック・サイバーナイフ・トモセラピー・小線源治療）、外来化学療法（16床）、温熱療法、高気圧酸素治療、核医学検査からなっていて、集学的治療を標準的に行っているセンターである。

各種専門医を中心に専門性（がん薬物療法認定薬剤師、がん放射線療法看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、医学物理士、放射線治療専門放射線技師、放射線治療品質管理士、核医学専門技師、放射線取扱主任者、ハイパーサーミア指導教育者、高気圧酸素治療専門技師）に特化したスタッフを多数配置し、チーム医療を心がけ、患者様に安心してがん治療を提供できる体制を整えている。

平成30年度の業務実績は以下の通りである。放射線治療は、過去最高の927名の治療を行い県内でもTOP5の治療件数である。CyberKnifeの治療件数が大幅に増加。前立腺癌に対するSpaceOARを用いた定位放射線治療も8月から開始し44件治療を行った。若干ではあるが化学療法・高気圧酸素治療も増加した。

5月18日（土）に北九州国際会議場にて211名を集め、市民公開講座「なぜ放射線治療を受ける患者様が増えているのか?」を行った。また個別相談会も好評であった。

がん治療センター、泌尿器科、脳外科、歯科口腔外科、診療放射線技師との合同カンファレンス、抄読会も行い、最新の放射線治療や化学療法などを共有し、更なるスキルアップを目指している。

【人員構成】

医師	： 2名	臨床工学技士	： 8名
薬剤師	： 2名	事務	： 5名
看護師	： 9名	ケアワーカー	： 2名
放射線技師	： 13名	放射線科助手	： 2名

【実績】

平成30年度　実績　がんセンター

	放射線治療	化学療法	温熱療法	高気圧酸素療法
延べ治療件数（件）	13,145	3,343	2,379	5,965
1日平均（人）	51.3	13.9	9.9	23.3
昨年度との比較	+2.0%	+4.5%	-0.04%	+0.5%

放射線治療

	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
総治療患者数	756	850	740	793	927
IMRT	121	118	217	193	165
定位(肺・肝臓)	28	39	35	30	71
定位(頭・頸部)	150	197	178	179	250
小線源治療	54	77	82	63	48

高気圧酸素療法

	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
総治療件数	4,638	4,646	5,596	5,628	5,965
温熱化学療法併用	1,200	1,126	1,154	976	770
放射線併用	778	612	1,186	1,065	1,365
化学療法併用	53	44	59	36	112

温熱療法

	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
総治療患者数	2,477	2,590	2,480	2,617	2,379
浅在性	348	380	457	471	460
深在性	2,129	2,210	2,023	2,146	1,919

平成29年度　セカンドオピニオン・入院延患者数

	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
セカンドオピニオン	25	18	31	26	19
入院延患者数	12,701	11,656	10,178	11,948	10,770

【今年度の目標】

今年度は、放射線治療装置（リニアック）の更新が控えていて、2020年1月開始を目指してスッタフ一同努力を行う。

最後に、高精度放射線治療と、最新の化学療法に対応できる体制、集学的治療としての温熱療法、高気圧酸素治療を同一センターで提供できるがん診療拠点病院として、今後とも患者様に安心して治療を受けられ、満足度の高いがん治療を提供することを目標とする。

5月18日（土）に北九州国際会議場にて211名を集め、市民公開講座「なぜ放射線治療を受ける患者様が増えているのか?」を開催。

外科

主任外科部長　谷脇　智

【外科スタッフ】(2019年4月より)

常　勤／今村鉄男、明石英俊、谷脇　智、佐藤英博、
宗　宏伸、和田義人、林　亨治、吉本裕紀、
竹谷園生、松村　勝、西村太郎、下河辺久陽、
田代恵太、児玉真亜子

非常勤／肝　臓：奥田康司
消化管：浜田　茂、室屋大輔、石橋慶章、
救　急：平湯恒久
呼吸器：大渕俊朗、蒔本好史
乳　腺：山下眞一、田中益美

若いスタッフの増員により、活気ある外科となりました。とくに救急医の参加により救急医療はもとより、術後管理にも新風をもたらしています。ベテランも毎日刺激を受けています。

【臨床】

毎朝8時からのモーニングカンファランス、術前カンファランス、抄読会など、週間スケジュールおよび外科内でのシステムに変更はありません。しかしカンファランスでの活発な意見、チーム医療からのサポートは多くの併存疾患、リスクを有している患者さんの診療には欠かせず、多方面からのアプローチを試みています。日々悩んでいるのが現状です。

2018年度手術症例の詳細を下記に示します。症例数は若干増加しました。特に胃癌、胆石症、結腸直腸癌、血管外科で症例数が増加しています。専門医が常勤となったことより血管外科、ヘルニアの手術がコンスタントに行われるようになりました。

胸腹部手術におけるアプローチとして定着した胸腔鏡、腹腔鏡手術症例は285例と大きく伸びました。胃癌では62％、結腸直腸癌では74％の患者さんに行われております。今年度は、新たに鏡視下手術セットを倍増し、さらなる増加にも対応できるようにしております。

【学術】

学会報告27件、論文3件でした。スタッフの増員とともに飛躍的に増加しました。継続したいものです。

【安全管理】

術前リスク評価、入院セットも定着し、周術期合併症の低下に努めております。一般的合併症は確かに低下した感がありますが、今なお救急患者への対応には難渋しております。医師以外とのコミュニケーションツールでもあるクリニカルクリニカルパスの運用も推進して行きたいと思います。今年度は、3名の術後在院死亡を経験しました。残念です。

３疾患についての周術期合併症を示します。

	表層SSI	深部SSI	血栓症	イレウス	肺炎	腸炎
胃　癌	1	4	1	1	1	0
結腸直腸癌	2	4	0	2	0	2
膵頭十二指腸切除	0	0	0	0	0	0

【今年度の目標】

癌治療と救急医療を推進していく上で、その多くを占める高齢者への医療に日々悩みながら診療を続けております。常に発展途上を目標にしておりますが、成果も必要です。

外科スタッフの指針を設け、よりシステミックな活動が行えることを、今年度の目標としたいと思います。

地域の外科診療を担って、信頼される診療科に一歩一歩、成長して行きたいと思います。

2018年度手術症例　　※()は鏡視下手術

肺	悪性　23例	(10例)	良性　10例	(9例)
乳腺・甲状腺	悪性　20例		良性　4例	
食道	悪性　2例	(2例)	良性　1例	(1例)
胃	悪性　37例	(23例)	良性　3例	
十二指腸・小腸	悪性　6例	(5例)	良性　4例	
結腸直腸	悪性　66例	(49例)	良性　14例	(7例)
腸瘻・ストーマ	19例	(2例)		
肛門	17例			
虫垂炎	24例	(23例)		
イレウス	10例	(3例)		
ヘルニア	55例	(49例)		
肝腫瘍	切除術 9例	(3例)	焼灼術 4例	
胆道	悪性　2例		良性　94例	(94例)
膵臓	PD　1例			
	DP　5例	(2例)		
	全摘　1例			
血管	Yグラフト　4例			
	バイパス　9例			
	血管内治療　9例			
	静脈瘤　11例			
	シャント他　9例			
CVポート	81例			
その他	31例	(3例)		
計585例(鏡視下手術285)				

整形外科

副院長・主任整形外科部長　田原　尚直

【人員構成】

平成30年度は、田原尚直、清水建詞、大茂壽久、大友一、濱田賢治、の常勤医5人に加え、4月より古子剛が常勤となり常勤医6名、久留米大学から蒲池康人、山下昭浩、福岡大学から藤田潤、杉野裕記 産業医科大学から宮里和明の計5名が各大学医局から派遣され、計11人体制で診療を行いました。常勤医は 主に各専門分野の診療に従事し、修練医は脊椎外科 班（清水、大友）手外科班（大茂）、膝、外傷班（田原、濱田）新たにスポーツ、肩班（古子）それぞれを3ヶ月ごとにローテイトし、各班の指導医の下で診療に当たりました。

【実績】

平成30年度の新患外来患者数は1572件、新入院患者数は984人、紹介患者総数は288人で紹介率は18%、平均在院日数は、12日でした。手術症例数は986 例で29年度と比較し総数は13例減少していましたが、古子の加入に伴い高位脛骨骨切り術と膝関節鏡視下手術症例数は増加傾向を示していました。脊椎外科、手外科は前年同様の手術症例数を維持していました。

【今後の目標】

高齢化が急速に進行している我が国では、厚労省からの提言にもあるように、高齢者がより長く元気に生活を過ごす事が出来る健康寿命の延伸が喫緊の課題となってきました。現在要介護の原因の中で、骨折や関節疾患に伴う運動機能の低下が3割を占めている点を考慮すると、運動器疾患の治療に携わっている我々整形外科医の役割は決して小さくないと考えています。高齢化率が全国平均を上回っている北九州市の中でも戸畑地区周辺は、高齢化や核家族化が進み、独居や老々介護の世帯が増加している事を日々の診療の中で痛感しています。高齢の方々が地域の中で健康で不自由を感じることなく日々を過ごすことができ、手術等により入院された高齢の方が退院後再び地域のコミュニティーに復帰できる事を目標に掲げ、運動器変性疾患、高齢者の骨折に対する効果的な治療戦略の構築、脆弱性骨折予防として骨粗鬆症に対するリエゾンサービスを通じた骨粗鬆症治療の継続を柱として診療に携わり、今後も地域に愛され、信頼される共愛会を目指して日々研鑽していく所存です。

平成30年度手術内訳

上肢骨折	鎖骨	13
	上腕骨	20
	肘	12
	前腕（橈骨遠位端を含む）	109
	手指	71
下肢骨折	大腿骨（人工骨頭を含む）	157
	膝蓋骨	9
	下腿	34
	足部	22
脊椎	頚椎、胸椎	21
	腰椎（MEDを含む）	63
手外科	手根管	33
	肘部管	4
	腱鞘切開	73
	腱縫合、移行	14
	神経血管縫合	7
	関節形成	7
	靭帯縫合	9
人工関節骨切り術	TKA	36
	THA、TEA、TSA	8
	HTO	16
関節鏡視下手術	下肢（膝、足関節）	56
	上肢（肩、肘）	24
その他	腫瘍	11
	化膿性疾患	14
	アキレス腱縫合	10
	抜釘	107
	創外固定	18
	その他	8
合　計		986

形成外科

形成外科部長　髙橋　長弘

2014年度１月より形成外科を開設し、５年間が経過しました。

2018年度は、「第10回日本創傷外科学会」でのランチョンセミナー講演、「第48回日本創傷治癒学会」でのパネルディスカッション演者、「第108回、九州・沖縄形成外科学会」座長など当院を全国にアピールする機会に恵まれました。そのおかげか、最近、近隣の開業医の先生方からのご紹介も増えました。今後は整形外科をはじめとした外科系の先生方が開催しているセミナーの中で講演をさせていただくことで、「形成外科」を知っていただき身近なものと思って頂ける様にしたいと思います。

「形成外科」は、日本専門医機構が位置付けた基本診療科19領域の１つです。
しかし、特定の臓器、疾患を対象とした診療科ではないため、患者さんや一般市民の方にいまいち理解を得られていないことが多く、また先生方の中にも、どのような時に紹介したり、診察を勧めたりしたら良いかわからないというケースも少なくありません。私達形成外科医がもっと身近に気軽に「形成外科」にかかっていただけるようにアピールする必要性があります。また付け加えますと「美容外科」は「形成外科」の重要な一つの確立した分野ではありますが、あくまで「形成外科」の基礎の元に成り立つものであり、決して営利目的のみで行うものではありません。

当院で主に扱う疾患
１.外傷（ケガ）　　熱傷（やけど）
２.顔面骨骨折
３.皮膚、皮下腫瘍、皮膚悪性腫瘍、軟部腫瘍（できもの）
４.眼瞼下垂症（まぶたが下がる、見えづらい）
５.再建手術（乳房再建が主）
６.下腿難治性潰瘍・褥瘡（床ずれ）
７.瘢痕・ケロイド（キズ跡）
８.陥入爪・巻き爪・フットケア・刺青除去（自費診療）　など

このように、キズ、きずあと（ケロイド・瘢痕）、けが（熱傷含め）、できもの（皮膚、皮下、軟部の良性、悪性腫瘍）、まぶた（眼瞼下垂症など）をメインにキズをきれいに早く治す、手術を行うことでQOLを高めるということを柱に治療を行なっております。

昨年度診療（手術）実績　（2018年1月～12月）

全身麻酔	61例
腰椎・伝達麻酔	38例
局所麻酔	275例
合　　計	374例 うち入院手術（179例）

皮下・軟部腫瘍（悪性腫瘍含む）	144例
難治性潰瘍・褥瘡	88例
外傷	93例
眼瞼下垂症	15例
熱傷	12例
顔面骨骨折	11例
乳房再建	4例
その他	7例
合計	374例

「入院、全身麻酔手術1例を係数1.0」「外来での手術１例を係数0.5」とした場合の合計係数は276.5です。日本形成外科学会の認定施設は200以上、教育関連施設は130以上ですので、来年度は認定施設の登録を目指しています。

【診療体制】

常勤医師一人（高橋）と非常勤医師一人（前川絵美）が診療に当たっております。外来は月曜午前・木曜終日・土曜午前です。ご紹介・急患依頼に関しては外来日以外にも可能な限り対応しております。全身麻酔手術は月・火・金曜日に可能です。それ以外の日も急患に関しては、手術室、麻酔科のフレキシブルな対応により迅

速に対応可能です。また長時間手術などに関しては、久留米大学形成外科・顎顔面外科より清川兼輔教授が応援に駆けつける体制となっております。

【当院の特色】

年々増加する下腿難治性皮膚潰瘍症例などは、看護師、薬剤師、リハビリスタッフ、管理栄養士、高気圧酸素療法を行う臨床工学技師など職種の垣根を超えた「チーム医療」で集学的治療を行っております。特に高気圧酸素療法に関しては、難治性潰瘍以外にも、外傷、熱傷、感染創などあらゆる「キズ」の早期治癒に多大な好影響を及ぼしています。また創傷治癒を促進する治療法として「陰圧閉鎖療法」が形成外科領域では広く浸透し一般的になっておりますが、当院ではその治療以外にも「創内持続陰圧洗浄療法」「間欠的陰圧洗浄療法」といった他院では行わない治療法も行うことが可能です。また創傷治癒には血流、血行の再建が非常に重要です。血管外科の明石先生が勤務されているため、これらの難治性潰瘍もまずは血流の評価を行い可能な限り血行再建術を行った上で治療行うことが可能です。血行再建が可能となった事で更に治療の選択幅が広がり嬉しいかぎりです。そのため他院にて治癒成し得なかった創傷が当院で治癒するという好結果につながっています。

これからも今後とも宜しくお願い致します。

泌尿器科

泌尿器科部長　山田　陽司

平成30年度における当科のトピックスは、①5月のサイバーナイフ治療に関する市民公開講座の開催、②サイバーナイフによる前立腺癌治療（SBRT）の開始、③前立腺癌放射線治療時の直腸保護水溶性ジェル、Space OARの導入・実施、である。これらのことによって当院では、これまでにない新しい放射線治療法を実施できるようになった。

これまで当院で実施してきた前立腺癌放射線治療は、外照射療法（IMRT:8週間）、密封小線源治療（Brachy： 4日間）、およびこの両者の併用療法（Trimodality: 4日間と5週間）であったが、新たに導入できたSBRTは、前立腺癌の低、中リスク群を対象に5日間連続照射で終了する新しい短期間治療である。これまでの米国の治療成績はIMRTと同等以上で、有害事象はIMRT、Brachyよりも少ないとされ、日本泌尿器科学会ガイドラインでも外照射療法として推奨されている。特筆すべきことは、短期治療でありながら粒子線と同等以上の線量処方が可能であることと、あらかじめ体内に留置した金マーカーの3次元座標と回転移動をリアルタイムにモニターし、呼吸や尿、便の移動による臓器移動に対して、動体追尾照射が可能であることである。このような正確な照射を可能にしていることで、今後さらなる治療成績向上と、有害事象軽減が期待されている治療法で、現在まで低、中リスク群に対して24例に実施している。

Space OARとは、3－6か月間、前立腺と直腸の間に注入する水溶性ジェルで、平成30年6月に薬価収載となった新しい放射線治療用薬剤で、前立腺癌放射線治療の有害事象である直腸炎を低減させるものである。当院では、薬価収載とともに施設見学（昭和大学江東豊洲病院）と業者による実施指導（Augmenix社、現在はBoston Scientific)によるライセンス獲得とともに、SBRT、IMRT、Brachyすべての前立腺癌放射線治療に導入・実施した。本薬剤導入後に薬剤による有害事象の経験はなく、直腸炎による下血症例は皆無であり、今後当院の放射線治療がさらに安全で合併症がすくなく実施できると考えている。

Brachyは、すでに550例を超える症例数となった。単独治療、併用療法合わせて、治療後の生化学的再発（PSA再発）は、3.0％未満である。これまでの当院Brachy治療成績は極めて良好であるが、Brachy単独治療とSBRTの治療適応が重なるため、現在では患者様の前立腺重量、家族構成（乳幼児や妊婦さんとの同居）、治療前の排尿症状などから、治療法の選択を提示するようにしている。外照射との併用療法（Trimodality)は、前立腺内の局所再発を極めて少なくする最強放射線治療で、中リスク群、高リスク群や、局所浸潤癌に適応してきた。現在まで北九州市周辺で実施される施設が少なく、広く福岡県内、大分県、山口県などより、患者様の希望から治療実施する症例が増えている。

当院の前立腺癌放射線治療は、SBRTを加え、Brachy、IMRT、Trimodalityと4つの方法があり、粒子線以外のすべての放射線治療法をラインナップしており、今後は学会・論文発表、市民公開講座などで、臨床医と患者様への情報提供を続け、質の高い治療を継続・発展させていくこうと考えている。この領域では九州を代表する治療施設となることを目指している。

すでに昨年度より泌尿器科学会専門医修練施設に登録され、常勤医は2名で下表にある手術を積極的に行っている。例年同様、結石治療、内視鏡での膀胱癌治療は一定の症例数は実施できている。前立腺がん検診については、PSA二次検診からMRI画像・針生検診断、そして根治放射線治療まで、当院で一環とした診療体制が実施できていると考えている。しかし排尿障害や女性泌尿器科など、まだ十分行えていない診療領域があり、今後も各学会ガイドラインに準じたさまざまな新しい診療内容導入と、質の高い診療を続けることで、北九州市戸畑区の泌尿器科リーダーとしての役割を担いたい。

主な手術症例	
前立腺癌密封小線源治療	53例
尿管ステント留置術	50例
膀胱悪性腫瘍手術（TUR）	34例
前立腺針生検	36例
Space OAR 留置	24例
経尿道的前立腺切除術	18例
経尿道的電気凝固術	13例
尿管結石内視鏡手術（TUL）	16例
膀胱結石経尿道的手術	5例
経皮的腎瘻増設術	4例
尿管狭窄拡張術（レーザー）	2例
ESWL	65例（延実施数）

脳神経外科

脳神経外科部長　辻　武寿

脳神経外科専門医　辻　武寿
越智　章
鵜殿弘貴

①2018年1月より12月にかけての入院患者は440人。うち緊急入院265人、救急車搬入130件。前年に比べ入院104人、救急車搬入34件増えた。定位放射線治療は141件（前年に比べ44件増）、県外では山口県からの紹介が増えていた。悪性神経膠腫に対する術後放射線化学療法としてテモゾロミドが10名に、ベバシズマブが2名に投与された。脳血管障害では閉塞性脳血管障害が約8割を占めた。rt-PAアルテプラーゼ静注療法が3名に行われた（2016年11件、2017年4件）。

＜疾患の内訳＞

脳腫瘍	173人（39.3%）
脳血管障害	136人（30.9%）
頭部外傷	82人（18.6%）
てんかん発作	28人（6.3%）
水頭症	8人（1.8%）
その他	131人（2.5%）

② 手術、サイバーナイフ

＜手術件数＞　51 件

脳腫瘍（開頭1 リザーバー設置1 生検 1）	3 件
破裂脳動脈瘤（clipping 1）	1
脳内血腫除去（開頭 1　CT定位 3）	4
外傷性頭蓋内血腫除去（開頭 1　穿頭2）	3
慢性硬膜下血腫	29
シャント手術：特発性正常圧水頭症7、続発性1（V-P 3　L-P 5）	8
脳室ドレナージ	1
その他	2

＜定位放射線治療＞　253 件　：

Cyber knife　236　トモセラピー 17

脳病変（原発性63　転移性187　AVM3） 253

③2018年度外来患者数3862人。内紹介585人（病院全体11102人の5.3%）。

④2018年1月中旬よりサイバーナイフ治療装置が最新のM6へ移行し、体幹部まで適応範囲拡大している。4月、越智 章医師の入職により3人体制となり、入院患者数が増加している。救急対応からの入院が6割となっている。法人連携パスやクリニカルパスを導入し、DPCⅡ以内での退院率の改善を図ること、またチーム医療や地域包括ケア体制を推進し、脳卒中や認知症対策、歩行困難による転倒予防等にも取り組みたい。

小児科・小児外科

小児科・小児外科　部長　有馬　透

小児科・小児外科は2018年6月に開設し、同月18日より共立病院健診センターの建物の１階で外来診療を開始しました。近隣の小児科施設との若干の違いを出したほうが地域に受け入れられやすいかと考え、標榜科名を「小児科・小児外科」としています。外来は（月）～（金）の午前午後で、スタッフは（月）（水）（金）が常勤医師1名、非常勤医師1名、看護師2名で、（火）（木）は常勤医師1名、看護師1名で診療しています。非常勤医師については、（月）（水）（金）の午前は子育て中の女性医師2名、午後は産業医科大学小児科の医師3名に交替で来ていただいています。

【受診患者数など】

外来患者数はまだまだ少なく、多くの患者さんに来ていただくことが当面の最大の課題ですが、大っぴらな宣伝はしにくいため、患者集めは専ら受診された児の親御さんやお祖父ちゃんお祖母ちゃんの口コミに頼らざるを得ません。そのためにも「待ち時間ゼロ」を合言葉に子どもさんやご家族に喜ばれる診療を心懸けています。

毎月の延べ患者数は凸凹がありながらも徐々に増えて2019年6月には120名と過去最高を記録しましたが、流行っている小児科診療所の1日分に過ぎません。一般の方と共愛会職員の内訳では職員のお子さんが半分強といったところです。一般的な内科的疾患に加えて、打った、切った、擦りむいた、等の小外傷もあります。少数ではありますが、近隣の小児科や外科から外傷や鼠径ヘルニア、臍ヘルニア、停留精巣、肛門周囲膿瘍などの日常的小児外科疾患の紹介をいただくこともあります。逆にこれまで重症患児を市立八幡病院や産業医科大学に7名紹介して診ていただきました。

【病児・病後児保育】

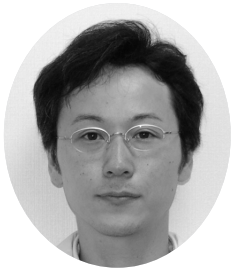
同じ建物にある法人の職域保育所・キッズハウスあやめのご協力を得て、2018年11月1日より生後3か月から小学2年生までの職員のお子さんについて病児・病後児保育を始めました。2019年6月までに延べ57名の利用がありました。お預かりできる子どもさんの数が最大４名と限られ、しかも疾患によっては複数の子どもさんを同一保育室にお預かりできない場合もあるため、要望に応じられない状況もあり得ますが、これまでのところ何とかお断りせずに運営できています。スペースやスタッフの関係で、定員を増やすことはなかなか困難ですが、今後とも働く親御さんの手助けができればと思っています。

【在宅児の訪問診療】

2019年3月より在宅で療養中の子どもさんに対する訪問診療を始めました。（火）（木）は医師1人看護師1人で外来を離れられないため実際の訪問は（月）（水）（金）に限られますが、親御さんのご理解や訪問看護ステーションおよび基幹病院のご協力のもとに、現在2名の患者さんについて在宅医療のお手伝いをしています。今後、在宅児の日中一時お預かりでの支援が可能になるよう法人内各方面と計画中です。

開設後１年が経ちましたが、まだまだ院内・法人内での認知度も不充分と感じています。ジワジワと地域に浸透し地域医療に貢献できるようになるためには、日々の診療内容の充実あるのみと覚悟しています。院内・法人内各位のご理解とご支援を切にお願い申し上げる次第です。

画像診断センター



画像診断センター長　内山　大治

平成30年度の放射線診断科・画像診断センターは、常勤医師2名、非常勤医師 6名の体制で、放射線診断科・画像診断センターのスタッフとともに画像検査の精度管理、画像診断、血管造影及びIVRを行っています。興梠征典教授をはじめとする産業医科大学放射線科教室のご厚意により、平成26年度から非常勤医師を派遣していただき、院内での読影体制を継続し、適切なモダリティやプロトコールの選択、画像診断を行うように心がけています。また、放射線事務部、技師部や看護部と連携して画像検査に対する質向上や安全対策を行うことも当科の大きな仕事であり、常に緊張感をもって検査、画像診断を行い、安全性や信頼性の確保に努めています。

放射線診断機器の進歩は早く、学会や近隣の医療施設もみると、当院のモダリティでは施行困難な検査もあり、老朽化している状態です。MRIでは特に当院で必要な検査・質の伴った検査ができる機器の更新が望まれます。CTにおいても、被ばく低減を用いた撮影はルーチンとなっており、検査の種類によってはガイドラインで定められた検査を行えるのは当院では320列CT一台のみとなりますので、限られた診断機器を能率よく使用し、増加する検査件数にも被ばく低減に努めて行く必要があります。また、放射線科医師以外の職種、患者さんにおいて、放射線被ばくの人体に対する影響に関して不安を訴える方は多く、不明な点があれば、紹介時に放射線科専門医である我々に相談していただければ、患者さんへ放射線科専門医が説明するようにしています。

地域の先生方より御依頼があれば、可能な限り希望の日時、時間に合わせ、放射線科専門医による報告書をすぐに作成する体制を構築しています。また、急性期病変など救急処置の必要な所見があれば、直ちに報告するようにしております。放射線科専門医による報告書と主治医の読影によるダブルチェックは誤診や見落としを予防する上で重要な役割を果たしており、今後も地域医療連携の質の向上に貢献していきたいと思います。

臨床診断という医療行為を補助するものとして画像診断という医療行為は重要性をさらに増してきており、その整合性を臨床医と画像診断医が議論し正確な診断を導き、その適切な診断結果によって臨床医と患者さんは病気について話し合い理解し、信頼関係を構築した上で治療に関する重大な判断を行うことで、一つのチーム医療が形成されていくのだと思います。一部の臨床現場では、臨床診断が軽視される傾向もありますが、画像診断の限界もありますので、時代が変化しても基本を大事にして診療を行っていきたいと考えています。

我々は、地域から信頼される高いクオリティの放射線診断科を目指して頑張っていきたいと思っています。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いします。

手術部

主任麻酔科部長兼手術部部長　君付　博

平成30年度は全手術症例数2,431例（平成29年度2,555例以下同様）で前年とほぼ変わらない状況であった。麻酔科関連は全身麻酔1,098例（1,118例）、脊髄くも膜下麻酔（硬膜外麻酔単独症例を含む）が558例（592例）である。

緊急手術は総数301例（391例）と昨年度より減少した。麻酔管理が必要な緊急手術症例は156例（199例）、うち時間外（深夜、休日）の呼び出し対応が21例で常勤麻酔科医の対応が出来なかった症例は16例であった。

麻酔科スタッフは常勤医師君付博、増田直樹と非常勤医師山川伸子、宮川貴圭、宿利美保、寺田忠徳、渡邉政之および週１回の産業医大麻酔科からの派遣医で、平日の時間内業務に関しては満足できる麻酔科の体制である。

一方、手術室スタッフ（看護師、臨床工学技士、ケアワーカー等）は二交代制の導入が無く、業務開始時間の調整によって手術への対応を行っているもののマンパワー不足は否めない。次年度より始まる働き方改革に向け中央材料室を含めた増員が望まれる。

電子カルテ上での手術申込み、スケジュール管理の整備は残念ながら現時点での進捗は見られない。次年度へ引き継ぐ課題である。

病理診断科

病理診断科部長　森光　洋介

平成30年度の病理組織診は2,292件で約1ヶ月分減、細胞診は1,029件で微増を続け過去最多、病理解剖は2件であった。今回はこの病理解剖の現状に私見を加えてみたい。

例えば病理専門医を目指している若手の大学勤務医が病理解剖を依頼されたとすると、まず解剖自体に数時間かかる。私は普通の症例は1時間半ぐらいで終了するが、大変なのはそのあとだ。ホルマリン固定後に各臓器から切り出しをする→出来上がった少なくとも数十枚の標本の組織所見を読み、わからないことを調べる→肉眼と組織所見を併せて主病変と副病変を列挙する→臨床経過を踏まえて考察し、CPCの準備をする→CPC本番で病理解説し、討論をふまえてレポートを完成させる、という具合にざっくり考えても丸2日分の仕事量はある（私は大学の医者ではないのでそこまで時間をかけない）。そういう仕事が、忙しい時期であろうと突然かかってきた「お願いします」の電話で始まるわけである。感染の危険にもさらされ、そして後述するように診療報酬はゼロである。これを単純に喜ぶヒトはよっぽどの変わり者だ。以前知り合いに解剖が大好きだという医師がいた。立派な仕事をされているが、かなりの変人と言われていた。

日本では病理解剖に診療報酬は適応されておらず、費用は全額病院負担である。病理解剖を大事にしている欧州の国のなかには全額国が補償しているところもあるらしい。以前より日本病理学会が国に診療報酬捻出を求めているが、今の医療事情からこの要望が受け入れられる可能性は極めて低いと考えざるを得ない。国が病理解剖を本気で大事だとは思っていないことは明白である。日本病理学会はドイツ学派の流れが色濃く残っている学会で、病理は基礎医学という考えが強かった。私のような30代半ばで大学をやめて病院病理（臨床病理・診断病理ともいう）をやっている者にとっては違和感もある。米国では臨床病理と解剖病理は別の分野であり、臨床病理医に解剖ノルマは課せられない。つまり日本はカネは一切出さんが病理解剖をやれという国である。さらに病理学会ではない内科や外科の学会からも何故か解剖をしろと言われる。正気の沙汰ではない。言っておくが、私は病理解剖を断ったことがない。大学をやめてからの症例数は多くはないが、20年近くひとり病理医を続けながら仕事の合間にタイミングよくこなしてこれたことに感謝している。しかし今は経費削減も真剣に考えなければならない時代である。全国的に剖検数が減っているって、当たり前じゃないですか。解剖をすればするほど病院が赤字に傾くのですよ。積極的に解剖をやりましょうなんて言えますか？ 必要最小限を目指すべきでしょう。

それでも解剖を大事に考える理由は医学的に勉強になるからで、私自身も大半は勉強になるいい症例に遭遇してきた。しかし臨床病理を生業としている人間からみた場合、解剖はたとえ間違った診断をしたとしても、主治医は首をかしげるかもしれないが、ご遺体の運命を変えるようなことは何も起こりようがない。それに対して私が日常診断している生検で、もし良性と悪性を間違ったら患者さんの人生を変えてしまう。日々そのように思いながら診断している人間からみたら、どちらが大事だと思いますか？新専門医制度が始まり、私は既に新制度で病理専門医の資格更新している。当初新制度では診療実績を評価すると聞いたので、いい傾向と思った。蓋を開けてみたら、病理専門医の診療実績の3項目の一番下が日常病理診断、二番目が術中迅速、一番上が病理解剖であった。診療報酬の適応外の行為を診療実績の筆頭に選んでしまうのが日本病理学会である。今後も依頼があれば可能な限り老体に鞭打って応えたいと思っている。それを評価されたいとも思っていないが、ただ現状を知っておいてもらいたいので書いた。そしてこういうことを黙っていられなくなったのは間違いなく私が歳をとったせいだ。

眼科

眼科医長　青木　剛

当科は現在、常勤医1人、看護師1人、視能訓練士3人の計5人のスタッフで一日平均30名前後の患者が来院され、主に前眼部疾患、白内障、糖尿病網膜症、緑内障、黄斑疾患などの診療を行っております。平成30年度の新患紹介患者は234名、再来患者は5453名でした。一般的な眼科診療における施設や設備は整っておりますが、より高度な検査や治療が必要な際は近隣の総合病院や久留米大学病院と連携して治療を行っています。

月、水、金曜日の午後は、処置や検査行っています。糖尿病網膜症や網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫、加齢黄斑変性に対しての抗VEGF療法やステロイド局所注射、眼瞼痙攣に対するボトックス注射、網膜光凝固術、視野検査、網膜電図、蛍光眼底造影検査などを行っております。また、去年より第２、第４の月曜日の午後は久留米大学病院へ出向し、黄斑疾患の最新の検査、治療を勉強しに行っておりますので、先生方にはご迷惑をおかけしますがご了承ください。

火、木曜日の午後は、白内障や網膜硝子体疾患の手術を3～5症例ほど行っております。平成30年度は主な手術で水晶体再建術175例、硝子体手術15例でした。去年より硝子体手術装置であるコンステレーションを導入し、従来の機械より小切開のポートで硝子体処理スピードが速くなり、安全で手術時間が短縮し、患者の負担がより少なく治療ができるようになっております。今後は網膜剥離などの急患や硝子体手術が必要な症例にも積極的に取り組んでいきたいと思います。より高度な手術が必要な際は久留米大学より医師を派遣していただき、専門的な手術にも対応できるようになっております。

医師1人体制で力不足な点もあり、ご紹介頂いている先生方にご迷惑をおかけすることも多々あるかと思いますが、今後もさらなるスキルアップを目指していきます。また、患者の声や不満、インシデント、アクシデントなどに積極的に対応し、より安全で、患者個人個人に合わせた満足のいく医療を提供できるよう、スタッフ一同、いっそう努力していきたいと思います。

手術および処置件数（平成 30 年度）

術　式	件　数
手　術	
・白内障	
眼内レンズ挿入	169
眼内レンズを挿入しない場合	1
縫着レンズ挿入	5
・網膜硝子体疾患	
硝子体手術	15
・翼状片	
翼状片切除＋弁移植	6
その他	4
合　計	200
処　置	
硝子体注射	
結膜テノン嚢注射	
網膜光凝固術	21
虹彩光凝固術	3
後発白内障手術	36
その他	4
合　計	64

精神科

精神科部長　辻　泰子

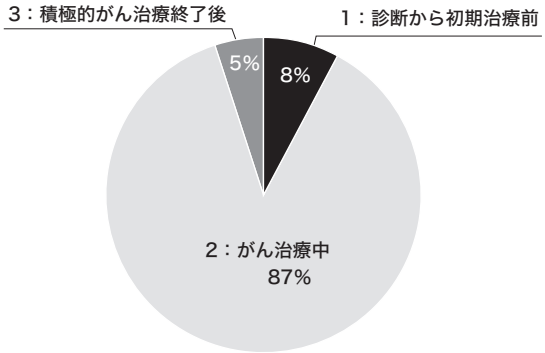
常勤医師1名。平成30年度より緩和ケアチームの専従医師から専任医師になりチームの委員長として入院がん患者の精神的苦痛緩和を主に担当している。6月2日、緩和ケア研修会ではファシリテーターを務めた。

平成30年８月１日より認知症ケアチームの専従医師を兼任して認知症ケア加算１を算定している。並行して入院患者のリエゾン・コンサルテーションと緩和ケア・精神科外来診療を担当している。

（1）緩和ケアチーム：平成30年度依頼件数は506件（平成29年度609件）。依頼が最も多いがん治療センター医師の減員もあり、依頼件数は前年より減少した。依頼の時期と依頼時の患者のPS値、依頼科の割合について以下に示す。

1. 依頼の時期はがん治療中の患者が最多。

図1　依頼の時期

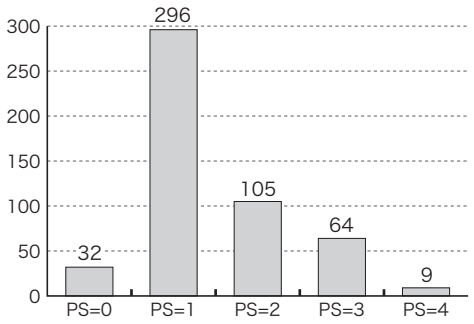


2. 依頼時のPS値はPS=1の患者が最多で、比較的身体症状が保たれている患者に積極的な治療がなされている。

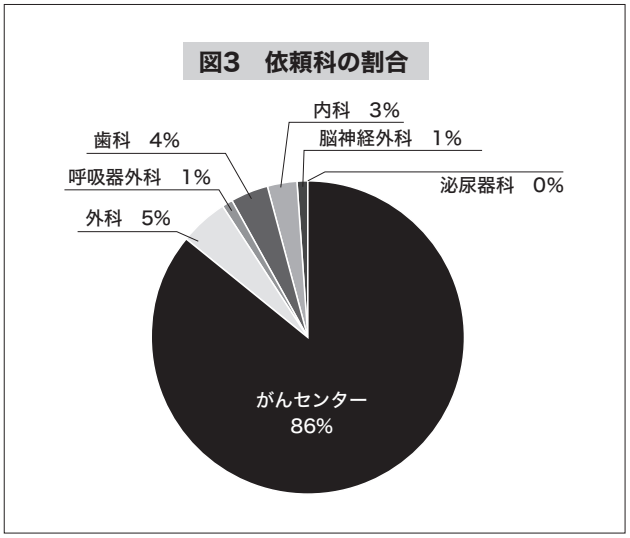
表1 Performance Status（PS）

PS	内　容
0	なんら制限を受けることなく，発病前と同等に社会生活が行える
1	軽度の症状があり，肉体労働は制限を受けるが，歩行，軽労働や座業はできる．たとえば軽い家事，事務など
2	歩行や身の回りのことはできるが，時に少し介助がいることもある．軽労働はできないが，日中の 50%以上は起居している
3	身の回りのある程度のことはできるが，しばしば介助がいり，日中の 50%以上は就床している
4	身の回りのこともできず，つねに介助がいり，終日就床を必要としている

図2　依頼時の PS値



3. 依頼科の割合はがん治療センターの患者が最多である。



(2) 認知症ケアチーム：多職種で週 1 回程度のカンファレンスと回診を行う。月 1 回、委員会を開催して各病棟のリンクナースと患者情報の共有と運用や対応の検討を行っている。

回診では、時間をかけて患者を診察する事で、思いがけない患者の潜在的な力を知る事が多い。

(3) 入院患者のリエゾン・コンサルテーション：
疾病の内訳（ICD-10精神および行動の障害）では、紹介のほぼ 7 割を占めるF0（症状性を含む器質性精神障害）の中でせん妄が最多である。せん妄は在院日数延長,死亡率や合併症の増加,退院後の認知機能低下や再入院に関連すると報告されている。せん妄の予防・初期対応を多職種が共同で行う事で、発症を減少する事が示されている。当院では認知症ケアチームが主体となり院内せん妄対策をすすめている。

また、当科では積極的に脳波検査を行なっている。せん妄患者の脳波では意識障害により脳機能低下がみられる事が多く、うつ状態や認知症との鑑別には大変参考になる。高齢者てんかん症例が増加しているが、脳波検査により症状に見合う突発性異常があれば、抗てんかん薬治療により患者の認知機能や精神症状が改善してQOL向上につながるケースがある。身体疾患や薬剤による急性症候生発作の鑑別や非痙攣性てんかん重積状態における精神症状の鑑別にも脳波検査が有用である。

(4) 緩和ケア・精神科外来：毎週月、火曜日14から16時まで予約制で担当している。

歯科・歯科口腔外科

歯科・歯科口腔外科部長　古田　功彦

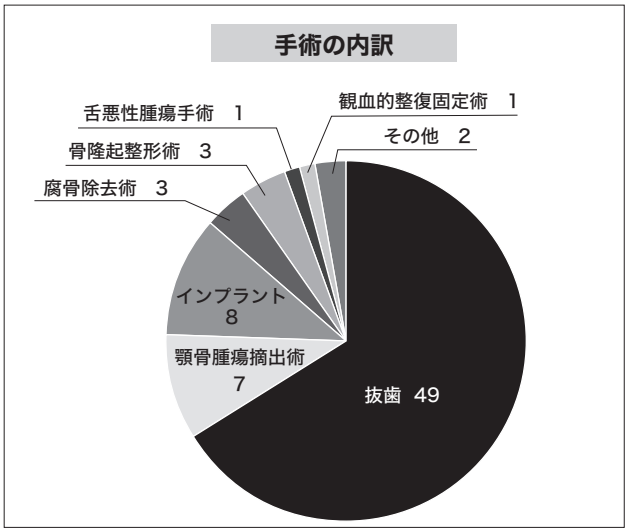
【H30年度概要】

〈スタッフ〉

診療部長：古田功彦
歯科医師：杉山絵美、斎藤謙太郎、長尾くみこ
歯科衛生士：８名

〈臨床活動状況〉

本年度の新患数は1,522名で、紹介率は約44%であった。紹介率は約4%増加した。入院件数は95件、手術件数は73件で昨年度から15件増加した。地域からの紹介率が増加し、地域歯科診療支援病院の要件は引き続き満たすとともに、口腔がん、難治性骨髄炎、骨粗鬆症や癌の骨転移へのビスフォスフォネート関連顎骨壊死などの専門性の高い疾患が増加しており、病院歯科口腔外科としての役割が明確になってきたと感じる。また、本年度は高齢者の歯性感染症からの敗血症症例を経験し、文字通り歯が悪くなると命に関わることを実感した。今後高齢化がさらに進み、歯性感染症（う歯や歯周病）が直接の死因になってしまう日が来ることも考えられ、普段からの口腔ケアの重要性をさらに啓発すべきであると感じた。そんな折にタイミングよく歯科衛生士を6名から8名へ増員していただき、法人のすべての施設へ歯科医師・歯科衛生士が訪問できるようになった。今後はさらに周術期口腔ケアも充実させ、NST・摂食嚥下サポートチームの一員として、口腔から患者様を支えていきたいと考えている。



〈院内連携活動〉

○摂食嚥下サポートチーム：昨年度と同様に毎週水曜日に回診を行った。院内講習として摂食嚥下・口腔ケアのスキルの底上げを目的に、言語聴覚士と協同し摂食嚥下講習会を開催した。
○戸畑リハビリテーション病院往診（杉山）：週2回 義歯 作製・口腔ケアなど
○糖尿病教室（歯科衛生士）：月に数回開催　糖尿病教育入院患者の口腔衛生指導
○あやめの里　口腔ケア勉強会（全員）：月1回開催 介護施設職員への口腔ケア指導

〈院外活動〉

○在宅診療（斎藤）：週2回のうち1回はサンセリテ明治町で往診を行っている。
○九州歯科大学 口腔内科学分野 非常勤講師（古田）
○九州歯科大学 臨床研修管理委員（古田）
○北九州市歯科医師会 歯科助手講習会 講師（古田）

〈学術活動〉

○「病院歯科口腔外科でヒヤッとした経験」講演（H30年度 北九州市歯科医師会 スキルアップセミナー 2018年11月　古田）
○下顎歯肉への転移を契機に発見された肺原発多形癌の1例（第37回 日本口腔腫瘍学会 2019年1月 古田）

看護部

看護部長　早川　洋子

Ⅰ. 体制

平成30年度は、18名の新入看護師と看護師経験者21名を採用し、看護師298名、看護助手54名、救急救命士5名、計357名の看護職員数でスタートしました。今年度の当院のスローガンは「力の結集」であり、スタッフ全員がそれぞれの立場で活躍する事を目標に自部署の目標設定を行いました。

今回、診療報酬同時改定に伴い、看護が介入する事で、加算が付く項目が増えてきました。新設として、入院時支援加算・療養・就労両立支援指導料・救急搬送看護体制加算などが、今まで患者様に良いと思い行って来たことに加算が付くことはうれしく思うと同時に看護の介入が、これからもっと増えることが予想され、今後も質向上に努めていく必要があります。

6月より小児科・小児外科が開設され、小児と言う事で患児と家族への関わり方も成人とは違うため、小児看護の経験を持つ看護師を配置するなど対応しています。2015年10月から看護師の特定行為研修制度が開始されました。厚生労働省は2025年までにあらかじめ指示された手順書に則って特定行為を実施できる看護師の10万人養成を目指しています。

当院も6月より第1回看護師特定行為研修を開講しました。特定行為区分は栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連、特定行為名は中心静脈カテーテル抜去です。2名の看護師が受験し、特定行為研修を医師の指導のもと一年間仕事と教育実習をおこなっています。

Ⅱ. 活動報告

平成29年に災害拠点病院となり、チームで災害研修・災害派遣を行ってきました。

6月 9日	第1回九州沖縄ブロックDMAT技能維持訓練
7月19日	豪雨災害に関するJMAT派遣　岡山県倉敷市
8月 4日	大規模災害地震時医療活動訓練
8月 8日	豪災害に関する災害支援ナース派遣 広島市
10月23日	北九州空港航空機事故対処総合訓練
11月 4日	北九州市総合防災訓練
11月10日	九州沖縄ブロックDMAT実働訓練
2月11日	日本DMAT隊員養成研修
3月 3日	福岡県DMAT技能維持訓練

がん患者サロンのご案内1回／2ヶ月　14:00～15:00

がん相談員とコメディカルスタッフががん治療の方・家族を対象に1時間程度お茶とお菓子を囲みながら話す機会を設けています。

第1回	5月11日	看護部認定看護師	放射線治療ってな～に？
第2回	7月13日	歯科口腔外科	口腔ケアの大切さ
第3回	9月14日	臨床工学科	温熱療法について
第4回	11月 9日	感染制御室	インフルエンザ対策
第5回	1月11日	栄養科	風邪撃退！食事で抵抗力をつけよう
第6回	3月 8日	リハビリ科	自宅でできるリハビリテーション

認定看護師による看護セミナー4回／年
18:30～20:00

8月22日	放射線看護認定看護師	今さら聞けない放射線治療！
9月26日	集中ケア認定看護師 救急看護認定看護師	急変徴候の捉え方～バイタルサインの変化をどう考える？～
10月24日	集中ケア認定看護師 救急看護認定看護師	急変対応について～変化したバイタルサインにどう対応する？～
11月22日	認知症看護認定看護師	認知症ケアについて

Ⅲ. 学会発表

6月29日	藤江　理恵	第69回日本透析学会学術集会 演題「透析看護師の患者指導に関する現状調査」
6月29日	原田　有里	第69回日本透析学会学術集会 演題「透析患者の食生活の実践に関する訪問調査」
10月19日	藤岡　恵梨	第20回日本救急看護学会学術集会 演題「ＣＰＡに関する基礎知識の向上 ～昨年の課題を踏まえたシュミレーションの実施～」
10月19日	佐々木梨沙	第20回日本救急看護学会学術集会 演題「病院内救急救命士の現状と課題について」
10月26日	柳田　久枝	第20回骨粗鬆症学会 演題「急性期病院における他職種連携での二次骨折予防への取り組み」
11月10日	毛利　香	がん相談シンポジウム　がん相談に行こう!シンポジウム 「確かな情報をつかもう～がんと向き合うために～」
12月 8日	岩田　絵莉	第18回福岡県看護学会 演題「肺癌の骨転移に対する疼痛コントロールに向けて ～私の痛み日記を使って」
12月16日	木原　洋美	第3回フォローアップ研修会　感染管理認定看護師実践報告 演題「ＩＣＴからＡＳＴへ～血液培養陽性患者からみえてきたこと」
3月 1日	池田　優子 大西　翠 共同演者	第46回日本集中治療医学会学術集会 演題「高カリウム血症による心肺停止蘇生後当日から理学療法を開始した 一症例」
3月 7日	柳田　久枝	第32回日本自己血輸血学会学術集会 演題「自己血輸血と福岡県輸血療法委員会の取り組み ～自己血輸血の講義と実技研修を取り入れて～」

Ⅳ.講師依頼・看護師派遣

4月12日	穴井　恵美	若松医師会　研修会「在宅におけるスキンケアと薬剤師の役割」
6月16日	大西　翠	九州クリティカルケア研究会「酸素療法中のピットホール」
7月21日	穴井　恵美	ネスレ日本株式会社 「門司メディカルセンター皮膚・泄ケアセミナー・臨床セミナー」
8月10日	大西　翠	九州クリティカルケア研究会 「呼吸のフィジカルアセスメントと徒手的介助手技」
8月21日	木原　洋美	看護職際チャレンジ講習会「基礎コース：採血・注射の基礎」
8月31日	穴井　恵美	遠賀・中間医師会研修会　「在宅におけるスキンケアと薬剤師の役割」
9月 1日	渡壁　忍	第37回福岡救急医学会　座長 「看護師部会企画講演会／講習会「急変予測・急変対応」
9月 2日	柳田　久枝	中外製薬株式会社「骨粗鬆症治療の実践とファシリテーション」
9月21日	穴井　恵美	持田製薬株式会社　帆柱フルフルスキンケア勉強会 「在宅におけるスキンケア・スキンテア」
9月17日	渡壁　忍	第1回九州・沖縄ブロック統括ＤＭＡＴ技能維持　ロジスティック研修講師
10月13日	早川　洋子	認定看護管理者教育課程ファーストレベルの演習支援者 「自部署の研修プログラムの確認と実際の運営への活用」

10月27日	穴井　恵美	新田原聖母病院「褥創管理について」
11月 3日	坂本　浩樹	第14回八幡東区ウルトラマラソン25時間駅伝大会看護師派遣 「長時間タスキをつなぐことにより相互交流を図り、 八幡東区の活性化を推進することを目的とする」
11月15日	穴井　恵美	持田製薬株式会社　門司在宅スキンケア勉強会 「在宅におけるスキンケア・スキンテア」
11月23日	山村　正恵	認定看護管理者教育課程ファーストレベルの演習支援者 「看護チームのリーダーはどうあるべきか」に関する討議発表
12月 1日	早川　洋子	折尾愛真高等学校　看護科教育講演　「看護師の仕事はすばらしい」
12月 9日	大西　翠	九州クリティカルケア研究会　「苦手な循環管理もこれで克服！専門家に聞こう！循環管理の基本」～循環不全の見つけ方からその対処法まで～
12月16日	木原　洋美	3回認定看護師フォローアップ研修会 「感染管理」「薬剤耐性（ＡＭＲ）対策～感染管理認定看護師の役割と活動を考える～
1月26日	大西　翠	九州クリティカルケア研究会　「呼吸困難」
2月 9日	毛利　香	がん対策推進総合研究事業「生活・療養環境による要望特性に応じたがん情報胎教・相談支援体制の在り方：地域ニーズの検証と活性化人材の育成と普及について」インタビュー調査
2月17日	岩武　恵子 木原いずみ	北九州マラソン2019の開催に係る看護師派遣（救護所の対応）

Ⅴ.認定取得

認知症看護認定看護師	1名
フットケア指導士	1名
認知症ケア指導管理士	2名

Ⅵ. 今後の目標

平成30年6月より、看護師の特定行為研修の指定研修機関として開講し平成31年5月末には1期生の研修が修了予定です。修了したのちには、医師の負担軽減対策を踏まえ、特定行為修了看護師で行える処置に貢献させたいと考えています。そして、災害拠点病院として、チームでの活躍の場や講師依頼・看護師派遣など地域活動も多くなっています。今後ますます、看護師の活躍の場が増えていくと思うので、看護師一人一人の質向上に向けて教育体制を今以上に深めて行きたいと思います。

薬剤部

薬剤部長　森　康弘

＜取り組み＞

各病棟に専任薬剤師を配置し、全ての患者さんに対して薬剤管理指導を行うことを目標としています。そして、より早期から患者さんに関わり、薬物療法の安全性の向上に貢献できればと考えて活動しています。

平成30年度は、薬剤管理指導件数においては、14,770件／年、指導率99.8％と前年度と同等の高い数値を維持することができました。また、認知症ケアチームや肝疾患サポートチームにも参加し、チーム医療に貢献できたと考えます。ポリファーマシー対策においては、お薬手帳を活用し、中止薬剤の中止理由を記載することで、地域の調剤薬局と情報を共有し、連携を強化することができました。

2019年度は、「薬剤管理指導件数維持」「チーム医療への貢献」「働き方改革」を目標としています。また、地域の調剤薬局と更に連携を強化し、地域包括ケアシステムの構築に貢献できるような活動をしていきたいと考えています。

＜体制＞

薬剤師19名　　助手2名

＜認定取得＞

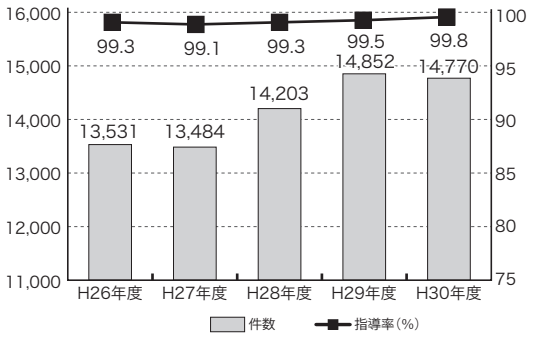
がん薬物療法認定薬剤師	1名
栄養サポートチーム専門療法士	2名
北九州糖尿病療養指導士	1名
骨粗鬆症マネージャー	2名
漢方薬・生薬認定薬剤師	1名
認定実務実習指導薬剤師	1名
実務実習指導薬剤師	7名
日本薬剤師研修センター認定薬剤師	2名
日病薬病院薬学認定薬剤師	2名

＜平成30年度実績＞

調剤数

入院処方箋	59,262枚／年
外来処方箋	3,847枚／年
注射処方箋	53,056枚／年
無菌製剤処理料１（外来）	1,870件／年
無菌製剤処理料１（入院）	889件／年
無菌製剤処理料２	398件／年
薬剤総合評価調整加算	13件／年
薬剤管理指導料算定件数	
薬剤管理指導料（325点）	5,988件／年
薬剤管理指導料（380点）	8,782件／年
退院時薬剤情報管理指導料	4,647件／年
麻薬管理指導加算	732件／年
指導率	99.8％

薬剤管理指導件数と指導率



＜学会報告＞

・第12回日本緩和医療薬学会年会
「進行癌化学療法中にｔｒｏｕｓｓｅａｕ症候群を呈した4例」
・第20回日本骨粗鬆症学会
「テリパラチド製剤使用患者における投与開始前の血中ＰＴＨ濃度測定の現状」
「入院を契機に骨粗鬆症治療薬が中止された割合とその理由について」
・第88回日本感染症学会西日本地方会学術集会
「当院における医療・介護関連肺炎の抗菌薬使用状況の検討」

＜学生実習受入＞

・第一薬科大学　　1名

放射線科

放射線科　科長　山本　晃義

1）体制

平成最後の年となった平成30年度の放射線科では各モダリティの人員を充実させることができ、安全を意識した業務を遂行できた。放射線科の人員はそれぞれ、画像診断センターでは診療放射線技師17名、助手5名（内パート2名）、がん治療センターでは診療放射線技師13名、助手2名が在籍し、→放射線科全体の人員としては、診療放射線技師30名、助手7名が在籍しており、その内訳は画像診断センターで診療放射線技師17名、助手5名（内パート2名）、がん治療センターで診療放射線技師13名、助手2名となっている。

現在、放射線科はがん診療拠点病院、地域医療支援病院として放射線科全体が一丸となって業務にあたっている。当院の規模で320列CT装置や3ＴMRI装置といった高価な診断装置、トモセラピー、サイバーナイフ、リニアックといった高度な放射線治療装置を複数有していることは稀有なため、有効に利用するのはもちろんのこと、この情報を地域、さらにはホームページなどを使って世界へ発信している。

がん治療センターでは、先進のがん治療や高度な放射線治療並びに当院の患者ケアに関する情報を地域の方々に周知していただけるように、がん治療セミナーを開催した。画像診断センターでは、健診部門の強化を図り、戸畑クリニック健診センターでの胃透視検査、胸部Ｘ線検査、マンモグラフィ検査に関わる人材の育成に力を入れ、新設された小児科のＸ線検査業務にも尽力した。また、戸畑リハビリテーション病院放射線科業務のフォローアップや明治町クリニックのＸ線検査も滞りなく遂行できるよう人材配置を考慮した。一方で、様々な高度医療機器への理解を深め、より有効に活用できるように努力する、そのような人材育成にも力を入れており、研究会や学会発表への積極的な取り組みや装置メーカーとの共同研究に多くの時間を割き研鑽した1年であった。

2）装置概要

装置名	台数	装置名	台数
MRI装置３T	1	サイバーナイフ	1
MRI装置1.5T	1	リニアック	1
CT装置 320列	1	トモセラピー	1
CT 装 置 64 列	1	密封小線源治療装置	1
血管造影装置	1	SPECT装置	1
X線TV装置	1	PET-CT装置	1
一般撮影装置	2	結石破砕装置	1
骨密度測定機	2	CT 装 置 16 列	1
乳房撮影装置	1	パノラマ撮影装置	1
回診型X線装置	2	デンタル撮影装置	1
移動型ＤＳＡ装置	1	〃（往診用）	2
外科用イメージ	2		

3）業績

6月　ISMRM（国際磁気共鳴学会）2018
in Paris　演題発表1名
第4回福岡県診療放射線技師会学術大会
座長1名
第6回北九州放射線治療技術研究会
座長　1名　　演題発表　1 名
7月　第15回新潟CTテクノロジー研究会
講演　1名
8月　第107回 MR研究会　　講演1名
9月　FUJIFILM MEDICAL SEMINAR 2018
In九州　　座長2名
第34回日本放射線技師会学術大会
座長2名　演題発表3名
北九州市立戸畑看護学校非常勤講師1名
第192回北九州インビボ勉強会
演題発表　1名
第7回サイバーナイフＱＡセミナー
ファシリテーター　1名　演題発表2名

10月　北九州市立戸畑看護学校非常勤講師1名
第46回日本放射線技術学会秋季大会
演題発表　1名
第7回北九州放射線治療技術研究会
演題発表　1名
11月　第19回CTコア研究会　講演1名
第13回九州放射線医療技術学術大会
演題発表 3名
北水会（第81回北九州ＭＲ勉強会合）
講演1名
第108回MR研究会　講演1名
放射線機器管理士資格取得　1名
医療画像情報精度管理士資格取得　1名
12月　第31回北九州撮影研究会　座長1名
第65回放射線治療研究会　演題発表1名
1月　第109回MR研究会　演題発表2名
2月　第8回北九州放射線治療技術研究会
演題発表1名
3月　北九州MR勉強会主催ゼミ　講演1名
Kyushu Multi Slice CT Users
Meeting in OITA　演題発表1名
北水会　演題発表1名

4）資格認定

放射線治療専門放射線技師	3名
放射線治療品質管理士	3名
第１種放射線取扱主任者	9名
第2種放射線取扱主任者	6名
医学物理士	1名
X線CT認定技師	2名
マンモグラフィ撮影認定技師	2名
放射線機器管理士	3名
放射線管理士	5名
医療画像情報精度管理士	1名
Ai認定技師	1名
核医学専門技師	1名
臨床実習指導教員	2名
救急撮影認定技師	3名
胃がん検診専門技師	1名
工学博士	2名

5）実習受け入れ実績
6月　鹿児島医療技術専門学校4年生2名
7月　鹿児島医療技術専門学校4年生2名
10月　鹿児島医療技術専門学校3年生1名

6）統計

リニアック	7332回	MRI	6,737件
（内 IMRT）	（5,061回）	一般撮影	26,239件
サイバーナイフ	291件	（内 ポータブル）	（6,547件）
小線源治療	48件	TAE	64件
PET―CT	468件	ドレナージ関連	26件
RI	227件	ERCP等	155件
トモセラピー	3,626件	骨塩定量	1,863件
CT	12,184件	術中イメージ	785件
（内 CTC）	（53件）	マンモグラフィ	265件
（内 冠動脈CT）	（88件）		

7）今後の目標

医療業界は今現在も業務の多様化、医療機器の高度化が進んでいる。そのような中だからこそ今後の医療情勢の大きな変革に備えて、将来を見据えた業務の在り方、人の在り方が今問われているのだと思う。そして、その答えの一つだと考えているシステムがAI(Artificial Intelligence)である。国もこれから国策の一環としてAIの利活用に関する指針を整備しようとしているが、それに先駆けて、放射線科ではAIを扱う環境を整え、業務の効率化と業務内容の見直しを図り、より高度な医療へ対応すべく放射線科全体でAI利活用の検討を進める。同時に、患者さんに安心して当院を利用していただけるような病院作りにも貢献したいと考えている。

リハビリテーション科

リハビリテーション科　科長　大森　政美

リハビリテーション科では、「住み慣れた地域でその人らしい生活を最期まで続ける」ための支援を継続的に行っています。平成30年度は、部署目標として以下のことを掲げて活動しました。

①個々の退院後の生活に合わせた目標志向型リハビリテーションの実践

②チーム医療を活かした多職種間連携の強化

当院では、365日体制・高度急性期病床をはじめとする病棟ごとのユニット体制で運用することで、入院後超早期からのリハビリが実施できています。平成30年度の入院後リハビリ開始までの日数は、平均1.8日で、入院後3日以内にリハビリを開始した患者の割合は89.0%という結果となりました（図1）。これは、医師・看護師・MSW等の多職種における院内連携が高い水準で維持できている結果であると考えます。また、入院から早期に関わるだけでなく、多くの患者に充分なリハビリが提供できるように体制や環境を再構築しました。その結果リハビリテーション実施延人数は昨年度と比べて約2000名の増加がみられました（図2）。

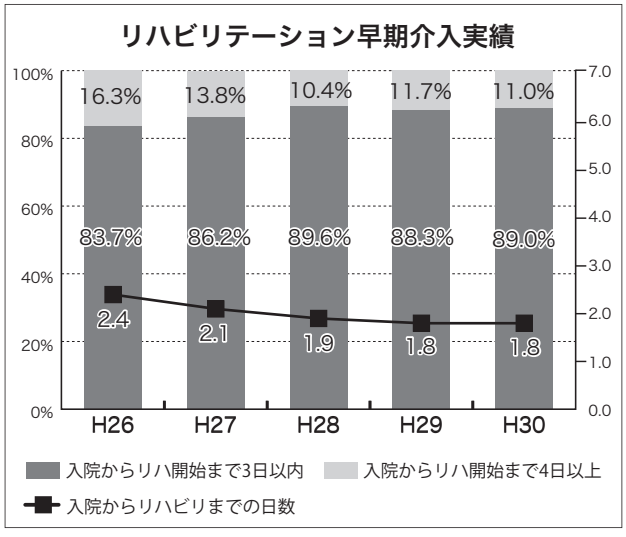


図1. リハビリテーション早期介入実績

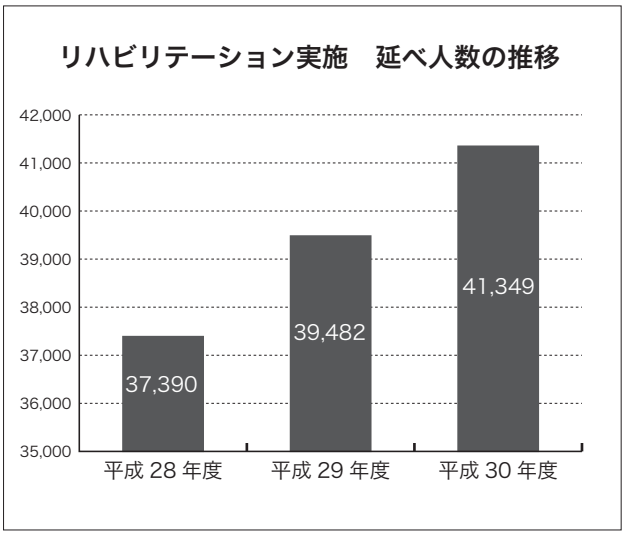


図2. リハビリテーション実施　延べ人数の推移

リハビリ科は年齢の若いセラピストが多く在籍していますが、OJT（On-the-Job Training）を実践し、実際の職務現場で業務を通した指導・教育を徹底しています。「その人らしい生活を最期まで続ける」ことを支援するためには、セラピストが患者の個々に応じた（退院後の）生活を想像できなければなりません。そのため、平成30年度からはOJTの教育担当は訪問リハビリの実務経験者を配置しました。退院後の生活を支援してきたセラピストが指導・教育を行うことで、入院中だけでなく退院後の生活まで働きかけられる支援を目指しています。

チーム医療では、平成30年度より認知症ケアチームに作業療法士が参画しています。高齢者では認知症を合併していることも多くみられます。また、入院中にせん妄を発症することもあります。多職種と連携し、認知症の症状悪化やせん妄にならないように生活リズムを整えるためのアドバイスや作業を通したリハビリを行っています。認知症ケアチームの一員として、まずは認知症評価の見直しを行い、平成31年1月に改訂されたMMSE‐J（Mini Mental State Examination-Japanese）の導入を進めています。認知症サポーター

養成研修開催の支援など、入院患者だけでなく地域で認知症者を支えるための取り組みも並行して行っていきます。

多職種連携としては患者の心身の評価のみならず、入院前のADL、運動歴、コミュニケーション状況などの知り得た情報をカンファレンス等で共有しています。特に看護師と密に連携を図り、二次的合併症予防・早期機能回復・社会復帰を目指した取り組みを実施しています。入院中のADL低下者割合は3.1%で前年比と同数でしたが（図3）、平成30年度の入院時バーセルインデックス（B.I）は40.3±34.9点、前年が45.9±34.3点であり、症状が重症化していることがわかりました。年々患者の病態の重症化に伴い合併症のリスクも高くなっているため、より連携を強化しADL低下者0%を目指して活動して参ります。

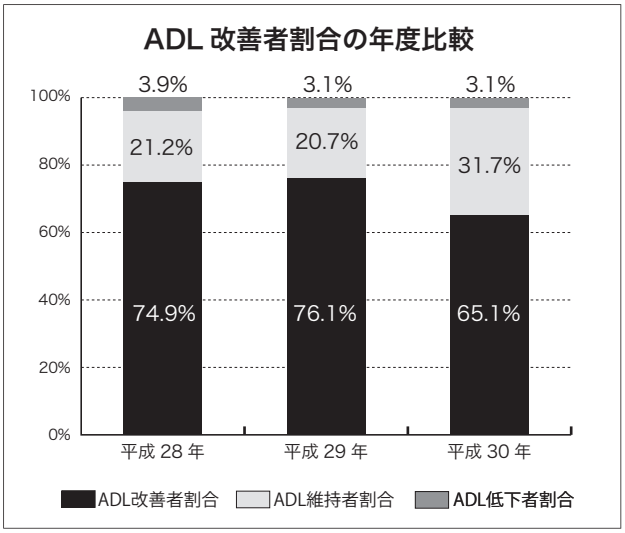


図3. ADL改善者割合の年度比較

学術活動も積極的に行い、高い水準でリハビリテーションを提供できるよう自己研鑽に励んでいます。平成30年度は10題の学会発表・講演活動を行うことができました。中でも、第23回北九州呼吸器ケア研究会において、言語聴覚士の中川英紀が「高齢者肺炎患者における摂食嚥下機能評価法MASAの有用性の検討」の演題で優秀賞を受賞することができました。

令和元年度は、超高齢化社会に向け、より多くの入院患者に関わる体制整備をすでに進めております。病棟に常時専従理学療法士を配置し、医師からのリハビリ指示の有無に関わらずできるだけ多くの患者に関わり、リハビリの視点から行えるケアを実践しています。急性期医療機関におけるリハビリテーション科の役割を随時検討し、質の高いチーム医療、リハビリテーションサービスが提供できるよう、より一層の努力を重ねていきます。

臨床検査科

臨床検査科　科長　佐藤　房枝

臨床検査科は、医師2名、臨床検査技師20名、検査助手2名のスタッフで、検体検査〔生化学・血液・輸血・免疫・検尿・細菌等〕、生理検査〔心電図・超音波検査・肺機能・脳波等〕、病理検査〔組織・細胞診・剖検等〕ならびに外来採血の業務を行っています。

平成30年12月に臨床検査室の国際標準規格であるISO15189認定審査を検体検査部門で受審し、平成31年3月1日付にて認定取得いたしました。

生化学・免疫、血液、一般（尿・便検査ほか）・輸血・細菌など検体検査における検体採取から結果報告までの過程を文書化し、個人差の少ない検査が実施できる環境を整え、高いレベルでの精度管理を行うことによって、さらに信頼性の高い検査結果を提供できるようになりました。また、記録管理を充実させたことによりトレーサビリティ（追跡性）が向上し、PDCAサイクルを回しながら業務改善を継続しやすい体制づくりを行いました。

ISO15189認定は4年毎の更新制となりますが、その間も臨床検査科の運用システムや精度管理について中間審査が継続されます。

次年度は、この新しく組み立てた体制を上手に運用しながら、臨床検査のさらなる質の向上を図り中間審査に臨むとともに、4年後は生理部門の業務改善を目的とした拡大審査の受審とがんゲノム医療の推進を見据えた病理部門でのISO15189認定取得を目指すことを考えています。

今後は、品質管理の一環として臨床への情報提供を強化し、他職種とも連携しながら医療の向上に寄与したいと思います。

【平成30年度活動実績】

4月
- 生化学自動分析装置 TBA-FX8を導入
- 血液凝固分析装置 HISCL-800を導入
- ヘモグロビンA1c分析装置　HA-8182を導入

5月
- 免疫測定自動分析装置ARCHITECT i1000SRを導入
- 美萩野臨床医学専門学校から実習生1名の受入開始（実習期間5～7月）
- 第33回ISOプロジェクト会議の開催（5/8）

6月
- 日本臨床衛生検査技師会の精度管理事業に参加
- KRICT合同カンファレンス（産業医科大学病院）に参加（6/5）
- 第34回ISOプロジェクト会議の開催（6/12）
- 第35回ISOプロジェクト会議の開催（6/18）
- 地域連携研修会「血液検体の採取方法のコツ」を開催（6/22）

7月
- 「臨床検査だより創刊号」発行
- 第36回ISOプロジェクト会議の開催（7/9）

8月
- 第37回ISOプロジェクト会議の開催（8/7）
- KRICT地域連携個別カンファレンス（戸畑共立病院）に参加（8/7）
- KRICT地域連携相互ラウンド（戸畑共立病院）に参加（8/10）
- ISO15189内部監査員養成セミナーの開催(8/19)
- KRICT地域連携相互ラウンド（市立八幡病院）に参加（8/24）

9月
- ISO15189認定審査申請書類の提出
- 九州臨床検査精度管理研究会の精度管理事業に参加
- 福岡県医師会の臨床検査精度管理事業に参加
- 日本医師会の精度管理事業に参加
- 第38回ISOプロジェクト会議の開催（9/4）
- 看護師を対象とした「心電図研修会」を開催（9/5）
- NST専門療法士教育認定実地修練へ講師を派遣（9/25）

10月
- ISO15189予備訪問審査を受審（10/9）
- 第39回ISOプロジェクト会議の開催（10/9）
- 第40回ISOプロジェクト会議の開催（10/30）
- KRICT地域連携個別カンファレンス

（戸畑共立病院）に参加（10/30）

11月・純真学園大学から実習生1名の受入開始
（実習期間11～12月）
・第41回臨床検査ゼミナール『検査と健康展』に執務者を派遣（11/3）
・2018年度精度保証研修会に参加（11/3）
・糖尿病試食会「糖尿病を学ぼう」へ講師を派遣（11/16）
・第41回ISOプロジェクト会議の開催（11/19）

12月・院内研修会「心電図研修会」を開催（12/10）
・第42回ISOプロジェクト会議の開催（12/13）
・第43回ISOプロジェクト会議の開催（12/27）
・ISO15189現地審査を受審（12/25-27）

1月 ・戸畑看護専門学校へ講師を派遣（3回）
・超音波診断装置 Aplio400を導入
・第44回ISOプロジェクト会議の開催（1/15）
・KRICT地域連携個別カンファレンス
（戸畑共立病院）に参加（1/15）
・福岡県輸血合同委員会に参加（1/24）

2月 ・戸畑看護専門学校へ講師を派遣（1回）
・第45回ISOプロジェクト会議の開催（2/12）

3月 ・「臨床検査だより2号」発行
・ISO15189（検体検査部門）認定取得（3/1）
・日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査報告会に参加（3/2）
・九州臨床検査精度管理研究会精度管理調査報告会に参加（3/3）
・福岡県医師会臨床検査精度管理研究会精度管理報告会に参加（3/3）
・KRICT合同カンファレンス(市立八幡病院)に参加（3/4）
・日本医師会臨床検査精度管理調査報告会に参加（3/8）
・第46回ISOプロジェクト会議の開催（3/12）

【平成30年度　外部精度管理参加】

	評価
日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査	98.6（割合）
九州臨床検査精度管理研究会精度管理調査	100（割合）
福岡県医師会臨床検査精度管理調査	A判定
日本医師会臨床検査精度管理調査	98.6点

【臨床検査統計】

検体検査	件 / 年
一般〔尿・便・体液〕検査	20,301
生化学検査	57,693
血液検査	57,534
凝固検査	11,657
腫瘍マーカー検査	7,894
内分泌検査	2,536
薬物検査	98
感染症検査	3,701

生理検査	件 / 年
心電図検査	6,900
運動負荷心電図検査	10
ホルター心電図検査	72
心エコー検査	1,950
頸動脈エコー検査	209
下肢静脈エコー検査	205
腹部エコー検査	3,090
表在エコー検査	860
ABI 検査	434
肺機能検査	1,164
脳波検査	189
神経伝導速度（神経単位）	448
重心動揺検査	16
体液量測定検査	148

輸血検査	使用単位・件 / 年
血液型検査	3,540
交差適合試験	1,067
不規則抗体検査	1,357
赤血球製剤（単位）	2,016
血小板製剤（単位）	850
新鮮凍結血漿（単位）	116
アルブミン製剤（単位）	3,350

病理検査	件 / 年
病理組織検査	2,292
細胞診検査	1,029
術中迅速検査	30
病理解剖	2

栄養科

栄養科　科長　原澤　あゆみ

1.　この1年の歩み

2018年度は、『力の結集』をスローガンに、栄養サポートを通して、チーム医療や法人内連携強化を行い、ご利用者のQOLや満足度の向上に繋がる業務改善を実践した１年であった。

フードサービスにおいては、年間193,259食提供し、給食率は86.2％であった。そのうち特別治療食は、118,208食の61.2％(図①)であった。提供した食種内容については、(図④)に示した。

患者満足度の高い食事提供のため、2018年度は、料理長お勧めの献立を2回→4回へ増やし、喫食率がよければ、残食が多いサイクル献立と入れかえ、調理工程においても常に調理師と常に美味しさを追及し年間100件以上の小さな改善を行った。それにより嗜好調査の結果、前年度比較で、美味しいと答えた方が10％増加し、この結果を一口メモで4回シリーズとして病棟掲示した。

また、『食事提供サービスの見える化』のため、行事食やイベント食及び食事改善事例の紹介などをタイムリーにホームページやFacebookへ投稿し、迅速な情報公開に努めた。

当院では、出来る限り患者さんを絶食にしないために病棟担当管理栄養士が活動しているが、その数値目標のひとつとして今年度より絶食率を設定した。内訳としては、全国200床以上、DPC対象施設で、7対1病棟、145施設での絶食率を過去3年間調査頂いた結果、2016年度は、14.8％で145病院中31位、2017年度は、14.5％で26位、2018年度は、14.3％で15位と年々ランクアップしていた。(図③)現在の医師及びスタッフと管理栄養士による地道な病棟での栄養管理が少しずつ定着しつつあると考える。次年度も不要な絶食を無くして、0.1％でも改善できるようにチームで取り組んでいきたい。

チーム医療の推進においては、5月に開催された市民公開講座“なぜ放射線治療を受ける患者さまが増えているのか?”で栄養相談ブースを担当し、がんを予防する食べ物についてや味覚異常や食欲不振などの治療中の副作用へ対応について等、様々な相談に対してのアドバイスをさせて頂いた。

また、8月には、日本栄養士会とコラボして「第1回食生活講座」を開催。この講座を通して、食の大切さや“栄養の楽しみ方”を学び、“カラダがよろこぶ”食事スタイルを身につけ、適切な運動により、健全で豊かな食生活が実践できるよう、食事と運動を啓蒙する良い機会となった。以上も含めて、2018年度は、健康教室や市民講座等の14の地域貢献活動を行い、生活習慣病及び介護予防のための啓蒙活動に努めた。(図⑥)

さらに、2018年度は、地域の医療・福祉施設及び在宅の栄養士の『顔の見える関係』を築くために、11月に『第1回栄養士交流会』を法人栄養士が協働して開催した。その趣旨としては、この会を通して地域の栄養士が交流を深め、連携がとりやすい関係作りを構築し、地域住民のシームレスで適切な栄養管理に結びつけるためである。今後、地域住民が住み慣れたところでその人らしい生活を送るために、食生活及び栄養障害の改善、疾病の再発予防ができ、また、要介護高齢者は病院から施設、在宅に移り変わってもシームレスな支援が受けられるための一助になることを期待している。参加者アンケートより好評であったため、2019年度も第2回目の開催を予定している。

2019年度は、栄養療法を通して、入院日数の短縮や患者満足度の向上に繋がる栄養サポートの提供に努めたい。また、地域住民が住み慣れた場所で自分らしい生活をおくれることを目指し、地域包括ケアシステム構築のためのさらなる栄養連携を共愛会ヘルスケアグループが力を再結集して支援したいと考える。

2.　1年間の業務内容報告

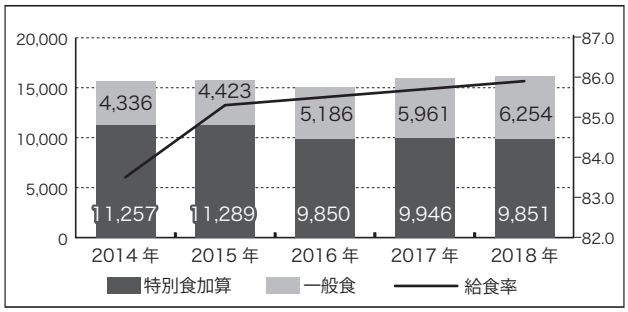
【フードサービス】

一般食提供数	5,051食(38.8％)
治療食提供数	18,208食(61.2％)
個別対応率	63.8％

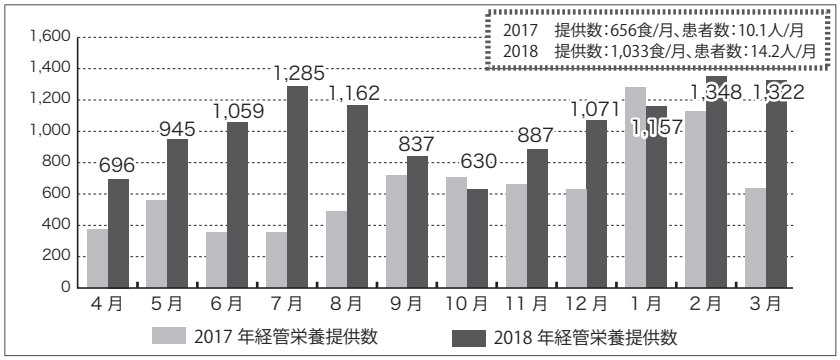
【クリニカルサービス】

入院栄養相談件数	973件
外来栄養相談件数	353件
糖尿病透析予防指導件数	52件
糖尿病教室参加件数	134件
栄養サポートチーム回診件数	1,679件

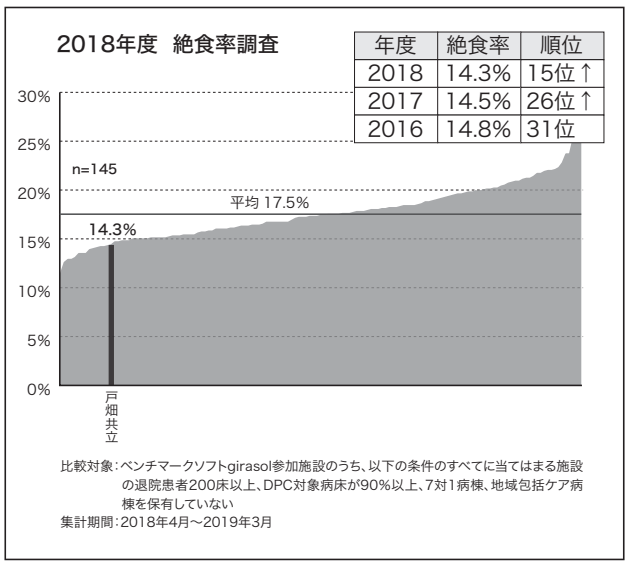
【5年間の食事提供数推移】 図①



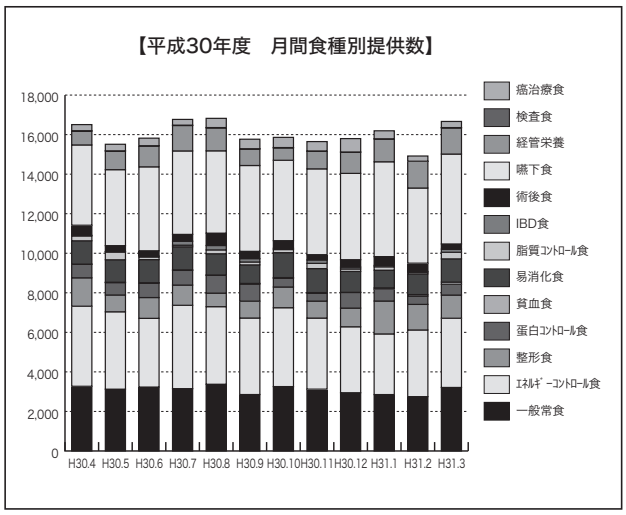
【2017-2018経管栄養提供数推移】 図②



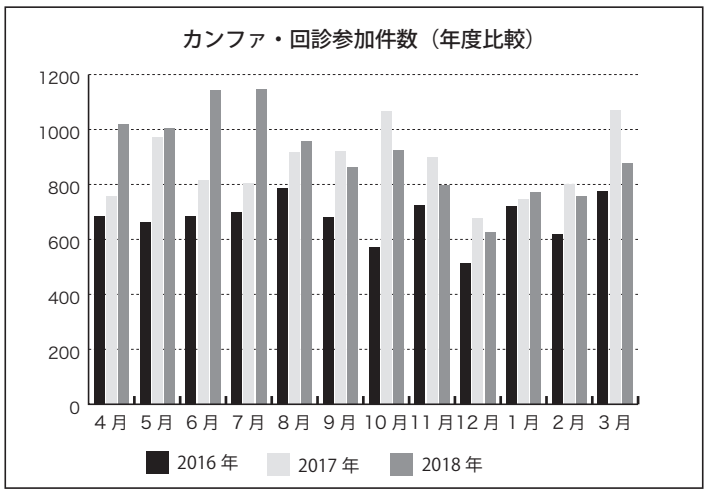
【3年間の絶食率の推移】 図③



【2018年度 食種別提供数】 図④



【2018年度 チーム医療回診・カンファレンス参加件数推移】 図⑤



≪管理栄養士が参加する回診・カンファレンス≫
栄養サポートチーム回診・カンファレンス、緩和ケアサポートチーム回診、がんセンター回診、外科チーム総合回診、整形外科チーム総合回診、糖尿病ケアチームカンファレンス、褥瘡回診、摂食嚥下サポートチーム回診、IBDチームカンファレンス、アンギオカンファレンス、退院支援チームカンファレンス、リエゾンチームカンファレンス、肝疾患チームカンファレンス、認知症ケアカンファレンス

【学会・講演会・広報誌記事掲載等の地域貢献活動報告】2018年度　合計　55件

2018年度　栄養科　講演会・学会発表及び市民講座　　図⑥

演題・発表・講座・講演会名	講演・発表者名	学会・講演会名	年月日
なぜ放射線治療を受ける患者さまが増えているのか?	原澤あゆみ 石井乃里江	無料相談会 がん治療と食事“副作用に対する食生活の工夫”	H30. 5.19
平成 30 年度　九州歯科大学 5 年次生 高齢者歯科学実習Ⅱ	原澤あゆみ	急性期病院における 栄養サポート重症性	H30. 6.11
第 2 回減塩教室	川田　伸子	始めてみませんか、減塩 ～健康への第一歩!～	H30. 6.25
第 6 回ＩＢＤ教室	藤原　未奈	豆乳プリン ～手軽にできる簡単デザート～	H30. 7.14
門司メディカルセンター皮膚・ 排泄ケアセンター	佐保　洸太	実践に役立つ血液検査から 読み解く褥瘡栄養管理のコツ	H30. 7.21
第 1 回食生活講座	三瓶　彰子	カラダがよろこぶ食事 ～ココ・カラ若返り～	H30. 8. 2
平成 30 年度佐賀県看護協会研修会	佐保　洸太	チームで取り組む栄養管理	H30.10.18
第 1 回栄養士交流会 In 北九州	原澤あゆみ 堀　美織	地域包括ケアシステムにおける 栄養士の役割	H30.11.17
第 13 回若松健康セミナー	原澤あゆみ 藤原　未奈	栄養相談コーナー担当	H30.11.23
第 32 回健和会栄養部門・料理コンクール	原澤あゆみ	特別審査員	H30.11.28
九州栄養福祉大学 管理栄養士演習Ⅰ卒業生講演	佐保　洸太	国家試験から未来へつなげる	H30.12. 8
第 7 回ＩＢＤ教室	三瓶　彰子	ざくざくリンゴケーキ ティラミス風デザート	H30.12.15
九州栄養福祉大学 病院実習前講演	原澤あゆみ	急性期病院における栄養科の役割	H31. 1.21
H 30 年度戸畑区リハビリテーションフェア	原澤あゆみ 川田　伸子	管理栄養士ブース	H31. 2.10
第 8 回健康フェア＋介護	原澤あゆみ 三瓶　彰子	栄養相談コーナー	H31. 3.21

【2018年度　栄養科研修・実習実績報告】

【栄養サポートチーム担当者研修会受入れ】
・日本栄養士会　　3施設　　4名
（職種：管理栄養士）

【栄養士臨床実習受入れ】
3施設　12名
・九州栄養福祉大学　　6名
・中村学園大学　　3名
・西南女学院大学　　3名

臨床工学科

臨床工学科　科長　灘吉　進也

2018年度、臨床工学科は21名の技士でスタートした。今年度の関心事としては、やはり4月の高気圧酸素治療（以下HBO）診療報酬改定が挙げられる。これは単に診療報酬が上がったということではなく、本邦のHBOが国際的に標準化され、相応の治療法として認められた形を意味する。この改訂に伴い、HBOに注目が集まり、質の向上や他の診療科との連携強化が求められ、その結果、画像診断センターとの連携、クリティカルパス（脳梗塞）にHBOの導入、透析患者のスクリーニング、がん治療センター回診への参加などの取り組みを開始することとなった。

組織的活動としては、PDSマネジメントサイクルの徹底に努めた。2019年4月から開始される働き方改革への対応として業務フローの見直しおよび業務の平準化をはかった。2019年10月からの増税対策として、支出の削減、医療材料の価格交渉を行った。その他、接遇強化も重点課題とされ、同時に外国人対応などのマニュアル化に着手した。また、教育体制については、短期ローテーションの導入を検討し、従来のOJTにシミュレーショントレーニングを導入することを模索した。

臨床工学の分野においては、ITの分野が進んでおり、IoT・ウェアラブル・ビッグデータ・AI・AR/VR/MRなど、常に情報技術は進化している。我々は情報収集に努め自己研鑽を怠ってはならない。また、5年後の「2024年医師の働き方改革」について、臨床工学業界でもタスクシェア、タスクシフトが議論されている。医療機器に関係する説明行為や手術室、内視鏡室での業務変化が予想され、チーム医療の関わりがより重要視されるといわれている。

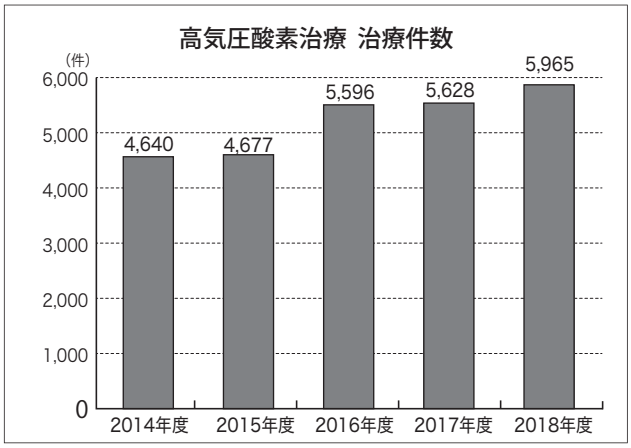
過去の7:1入院基本料や第5次改正医療法などで我々の業務は大きく変わってきたことから、2024年改正によって、さらなる変化が進むことが予測される。それに向けて、私たち臨床工学技士は、情報収集に努め、チーム医療のなかでリーダーシップが発揮できる臨床工学科の構築に努めなければならない。

2018年度　業務実績

高気圧酸素治療　疾患別内訳

（件）

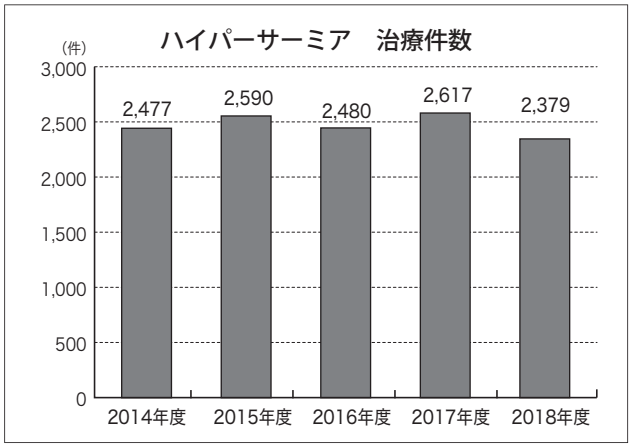
	2018年度
放射線又は抗癌剤と併用される悪性腫瘍	2,250
放射線障害	559
腸閉塞	582
コンパートメント症候群/圧挫症候群	264
ガス壊疽/壊死性筋膜炎	311
脳梗塞	910
難治性潰瘍を伴う末梢循環障害	597
骨髄炎	165
末梢神経疾患	179
皮膚移植	84
急性一酸化炭素中毒	9
空気塞栓	0
その他	55
合　　計	5,965



ハイパーサーミア　部位別内訳

（件）

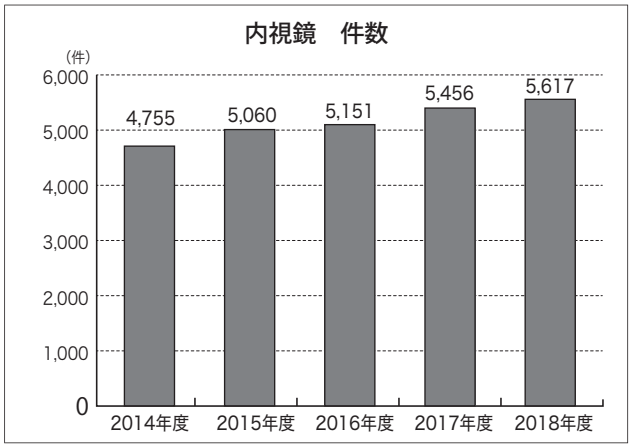
		2018年度
浅在部		460
深在部	胸部領域	660
	腹部領域	1,048
	骨盤領域	210
	その他	1
合　計		2,379



消化器内視鏡　手技別内訳

（件）

		2018年度
検査	上部消化管内視鏡	3,047
	下部消化器内視鏡	1,156
治療	内視鏡的狭窄部拡張術	66
	内視鏡的胃・食道静脈瘤治療（EVL・EIS）	7
	粘膜下層剥離術（ESD）	152
	内視鏡的消化管止血術	116
	胃ろう造設術	35
	粘膜切除術（EMR・ポリペクトミー）	593
	胆管・膵管系内視鏡（ERCP・EST・ERBD等）	187
	小腸内視鏡	54
	カプセル内視鏡	42
	内視鏡的消化管ステント留置術	14
	内視鏡的消化管異物除去	33
	その他	115
合　計		5,617



血液浄化療法　手技別内訳

（件）

	2018年度
人工腎臓	6,402
胸水・腹水濾過濃縮再静注法	46
持続緩除式血液濾過	41
吸着式血液浄化法	0
血球成分除去療法	85

医療機器定期点検台数

（台）

	2018年度
人工呼吸器	28
除細動器	12
輸液ポンプ	133
シリンジポンプ	107
生体情報モニタ	120
深部静脈血栓予防ポンプ	70
低圧持続吸引器	9
超音波ネブライザー	67
経腸栄養用輸液ポンプ	32
合　計	578

医療機器修理件数

（件）

	2018年度
人工呼吸器	11
除細動器	6
輸液ポンプ	49
シリンジポンプ	15
生体情報モニタ	74
生体情報モニタ用送信機	21
深部静脈血栓予防ポンプ	11
超音波ネブライザー	13
低圧持続吸引器	9
経腸栄養用輸液ポンプ	6
透析装置	7
その他	143
合　計	365

医療機器安全研修会　受講者数

（名）

イーラーニング	医療ガスについて	604
	生体情報モニタについて	312
	輸液ポンプ・シリンジポンプについて	279
	AEDについて	565
	透析について	278
	呼吸療法について	270
	除細動器について	270
	電波利用について	736
集合型講習	一次救命処置研修会	159
	新規採用機器研修会	348
	新規入職者対象 医療機器者研修会	26
	中途入職者対象 医療機器者研修会	12
	部署対象研修会	101
合　計		3,960

地域医療連携室

地域医療連携室　室長　江藤　美幸

地域医療連携室は医師1名、看護師8名、MSW 4 名、事務 7 名のスタッフで前方・側方・後方支援業務を行っています。地域医療支援病院として、地地域医療機関や施設・各事業所からの様々な要望に柔軟に対応し、担当部門へ繋ぎスムーズな連携を行うようにしております。また地域がん拠点病院として、がん相談認定看護師を中心にがん相談・他院からのがん治療入退院調整を行っています。また、平成30年度より「がん就労支援」を開始し、昨年度より地域連携室で「入院支援」を開始しました。予約入院の患者様に入院支援看護師が外来からの事前の情報収集を行うことで入院前の問題点抽出を行い、必要に応じて他職種の介入を行い、患者が安心して入院し、病棟へ繋げ退院調整部門が院内・法人内・地域と連携をとり安全な早期退院調整を目指して活動しております。

地域医療支援病院として、地域医療従事者・地域住民を対象に「戸畑セミナー」を開催しております。地域在宅介護事業所向けの「在宅介護連携会議」では疾患や症状の情報提供を始め、地域連携のための情報共有を行い、交流の場になり好評をいただいています。

地域からの様々なニーズに応えるよう柔軟に対応していきます。

年　月	演　題	対象職種	出席者数
平成30年6月6日	在宅介護連携会議 「嚥下障害について」	看護師 MSW ケアマネージャー	院外　14名 院内　10名
平成30年10月4日	在宅介護連携会議 「大腸がんについて」	看護師 MSW ケアマネージャー	院外　10名 院内　9名

事務部

事務長　城戸　光晴

2018年度は、診療報酬改定が実施されました。DPCの係数アップや高気圧酸素療法の評価等により、収入増加となりました。また、とばたクリニックと統合することで場所の確保が出来たことにより、小児科・小児外科の開設、そして病児保育が開始されました。このことは、職員の福利厚生に大きく寄与されました。7月には、災害拠点病院における災害支援チームが初めて、豪雨被災地である岡山県真備町へ支援に行きました。更に消防局の救急車が当院から出動する派遣型ワークステーションの実施も継続的され、地域医療への貢献も行うことができました。

そこで2019年度は、行動計画として以下の３つの項目を掲げました。

①収益を維持し、急性期医療を継続
②進められる病床機能分化への対応
③働き方改革への取組みと職場環境の改善

ひとつ目の「収益を維持し、急性期医療を継続」です。戸畑共立病院は、今年の５月で移転して11年が経過します。当院では、CT、MRI装置を各々２台、PET-CTやアンギオ装置等の診断装置があり、放射線治療器はリニアック、サイバーナイフ、トモセラピーと３台の治療器を保有しています。今年度は、リニアックを更新する予定にしており、今後も順次計画的に更新していかなければなりません。また、平成30年度の診療報酬改定で入院基本料の変更がありました。重症度医療看護必要度の要件を厳格化することで7：1入院基本料の絞り込みが行われましたがこのことは更に厳しくなることが予想されます。このような状況の元、当院は、7：1入院基本料の急性期医療を継続します。そのために収益を維持する必要があり、病床利用率と入院１日単価の維持向上に努めます。また、10月には消費税の増税が実施されますので経費削減も継続して行っていきます。そして今後は更に在院日数の短縮が予想されることから新たな患者さんの確保に努めなければなりません。このことから広報活動を強化し、情報の発信を広げます。更には地域の病院、診療所との連携を更に強化します。

次に「進められる病床機能分化への対応」です。ご存知の通り、病床機能は高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった4つに分類されています。平成26年度より行われている病床機能報告制度における北九州医療圏の結果は、急性期が過剰で回復期が不足しています。この調整を行うために各区域で地域医療調整会議が実施されています。このように各々の機能に沿った病床への入院が求められます。その対応を行うために方策のひとつとして患者サポートセンターの確立を行い、入院前から患者の情報を収集するとともに入院後もスムーズに退院できるように多職種で支援を行う体制を確立します。また、戸畑リハビリテーション病院に地域包括ケア病床を増築する計画があり、その病床を利用する体制も強化します。そのために法人内連携が必要であり、院外連携も必要となります。

３つ目は、「働き方改革への取組みと職場環境の改善」です。働き方改革の法案成立で時間外労働の上限規制、年次有給休暇の取得、同一労働同一賃金が制定されました。このため年休の取得、そして時間外勤務の削減にも取り組まなければなりません。そのためには、現在行っている業務を分析し、タスクシフティング・タスクシェアリングを検討し、全体最適化を図る必要あります。また、教育体制を確立することでスキルアップの土壌を築くこと、そして部署における業務の平均化も図っていきます。

最後に計画を遂行するためには、職員一人一人の力が必要です。今年度のスローガンである「力の再結集」を胸に刻み、計画遂行に向けて努力してまいります。

委員会活動状況

医療安全管理室

医療安全管理室　室長　水落　久子

医療の質向上と安全の確保は、医療機関が最優先して取り組む課題の一つです。当院では、全職員がそれぞれの立場から医療安全に取り組み、患者安全を確保しつつ必要な医療を提供していくために、医療安全活動に努めています。

1. 平成30年度報告と今後

平成30年度診療報酬改定に伴い、「医療安全対策地域連携加算」が新設されました。これは、医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携して、医療安全に関する評価を行うことを目的としています。当院を含む医療安全対策加算Ⅰ：2施設、医療安全対策加算Ⅱ：2施設で連携し、医療安全対策に関する情報共有、評価を開始しました。医療安全対策に対する地域連携を深めていくことで、当院の医療安全対策推進に繋げていきたいと考えています。

当院では、「人は過ちを犯す」という前提に立ち、過ちを誘発しない環境や過ちが患者の障害に繋がらないシステムを構築していくことを主眼として医療安全活動に取り組んでいます。ヒューマンエラーの再発防止策として、最も広く行われているのが「注意」や「確認」です。そこで、平成30年度は「確認」に着目して、「Wチェックを見直す～現場に即した確認方法～」に取り組みました。安全対策の多重チェックが逆効果となる場面もあります。安全対策の仕組みに潜む落とし穴を抽出して、確認不足を減少させるシステムづくりを目指します。

今後も、「風化させず、習慣化し、継続させる」を目標に、医療安全活動を進めていきます。

2. 平成30年度医療安全管理委員会構成

医療安全管理委員会構成：計51名

医師	9	診療放射線技師	2	管理栄養士	2
看護師	22	臨床検査技師	1	医療ソーシャルワーカー	1
看護補助者	1	言語聴覚士	1	事務	4
薬剤師	3	臨床工学技士	4	ドクターズクラーク	1

医療安全管理委員会組織体制

患者相談WG	事例分析WG	MACT（モニターアラームコントロールチーム）
広報WG	安全ラウンドWG	RST（呼吸サポートチーム）
教育WG	医療機器管理WG	RRT（救急対応チーム）
転倒転落WG		

3. 平成30年度実績

	平成29年度	平成30年度
院内全体講習会開催数（件）	2	2
院内全体講習会参加率（%）	96.1	99.4
院内対象者別講習会開催数（件）	38	40
インシデントレポート提出数（件）	1,246	914
転倒転落発生数（件）	153	165

院内感染対策委員会

感染制御室　室長　南　博子

2018年の感染対策を振り返る時、大きな動きとして二つのことが思い出されます。一つ目は診療報酬改定で抗菌薬適正使用加算がついたこと、二つ目は沖縄を中心とした麻疹の流行です。抗菌薬適正使用は、国内全体で取り組むべき重要な課題であり、施設の中にとどまらず、地域におけるネットワーク構築が必要とされている状況です。すでに、北九州地域には全国的にも早い段階から地域のinfection control team（ICT）が設立されており、広域抗菌薬の使用状況など情報共有が行われています。ICT活動では抗菌薬適正化に対する関与に限界があるため、当院では2018年4月より抗菌薬適正使用支援チームAntimicrobial Stewardship Team（AST）が始動しました。これまでのICT活動では、耐性菌を有する患者から感染を広げないための拡大防止策が主軸でしたが、耐性菌を作らないための予防活動でもある抗菌薬適正使用、耐性菌治療の支援も、AST活動の重要な課題として位置付けられたように感じます。患者の予後を変えるためには、出来る限り早期に介入することが望ましいのですが、週2回のカンファレンスによる介入で限界だったため、2019年度はさらにラウンドによる介入を計画、実践しています。この数年、徐々に広域抗菌薬の使用も減少傾向にあります。さらに継続したAST活動を行い、抗菌薬適正使用を進めていきたいと考えます。

2018年のもう一つの印象的な出来事として、麻疹の流行が挙げられます。麻疹ワクチンの定期接種の2回化は2006年から始まり、国内の麻疹発症は減少しました。また、2015年に世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局は、日本が麻疹の排除状態にあると認定しました。しかし、沖縄で流行した麻疹は終息宣言までに99名の患者が報告されています。流行の原因として、ワクチンの未接種、1回のみのワクチン接種者が多くいることがあげられます。沖縄の事例をみると、海外から麻疹が持ち込まれた場合、どの地域でも麻疹流行が起こりえる可能性があり、北九州地域においても、今年に入り麻疹の報告が相次いだことは、このことを示していると思います。訪日外国人旅行者は年々増加しており、2020年東京オリンピックを控え、医療機関として輸入感染症に対する体制を整えることが急務であると感じています。そのためには、平常時から職員だけではなく地域全体としてワクチン接種の啓発を促し、正しい知識の習得に努めること、また体制を整えるだけではなく、我々は、実践できる能力を養うことが求められていると考えます。

1　構成

○ 院内感染対策委員会　構成　合計24名

医師	9	診療放射線技師	2	理学療法士	1
看護師	5	臨床検査技師	1	管理栄養士	1
薬剤師	1	臨床工学技士	1	事務	3

○戸畑共立病院ICTメンバー　構成　合計31名

医師（歯科医師）	5	理学療法士	2	視能訓練士	1
看護師	3	管理栄養士	1	ケアワーカー	1
薬剤師	2	診療放射線技師	3	ソーシャルワーカー	1
臨床検査技師	2	歯科衛生士	1	ドクターズクラーク	1
臨床工学技士	2	内視鏡技師	1	事務	5

○感染リンクナース部会　　合計12名

2　活動実績等

○院内活動

ラウンド

4職種によるICTラウンド（1回/週）
　環境ラウンド　耐性菌ラウンド
4職種によるASTラウンド（適宜）
ICTによる自部署ラウンド（各部署1回/月）
感染制御室によるラウンド
　法人内施設ラウンド　清掃ラウンド
　自部署同行ラウンド（各部署1回/月）

教育

院内感染対策講習会（2回/年）
新入職者教育
中途入職者研修会（6回/年）
抗菌薬適正使用講習会（4回/年）
部署（対象者）別講習会
　血管内留置カテーテル関連血流感染予防策
　手指衛生ミニレクチャー
　疾患別ミニレクチャー（疥癬）
　冬季感染症について
　感染対策の必要性について
外部委託業者講習会（2回/年）
学生実習受入れ時講習会
　看護部（8回/年）
　歯科口腔外科（1回/年）
　薬剤師部（1回/年）
　栄養科（1回/年）
　がん治療センター治療計画部（1回/年）
　臨床工学科（1回/年）
　医事課（5回/年）
　地域連携室（1回/年）
　臨床検査科（2回/年）
　リハビリテーション科（2回/年）
　画像診断センター（1回/年）
　企画情報課（1回/年）

カンファレンス

抗菌薬適正使用カンファレンス（2回/週）
血液培養陽性者カンファレンス（1回/週）
JANISカンファレンス（1回/週）
地域連携個別カンファレンス（3回/年）
地域連携合同カンファレンス（2回/年）

サーベイランス

1）包括的サーベイランス
　全入院患者サーベイランス
　微生物検査サーベイランス
2）ターゲットサーベイランス
　中心ライン関連血流感染サーベイランス
　手術部位感染サーベイランス
　薬剤耐性菌サーベイランス
3）プロセスサーベイランス
　手指衛生サーベイランス
　中心ライン留置時マキシマルバリアプリコーション遵守率サーベイランス
4）症候群サーベイランス
　インフルエンザ様症状サーベイランス
　消化器症候群サーベイランス

○社会医療法人共愛会内活動

手指衛生キャンペーン
（平成31年1月7日~平成31年2月28日）

○院外活動

1）座長
・平成30年度「第15回メディカルスタッフのための感染対策セミナー」

2）院外講義
・法人内施設感染対策講習会
・療養介護事業所感染対策講習会
・高齢者施設感染対策講習会

○学会・研究会

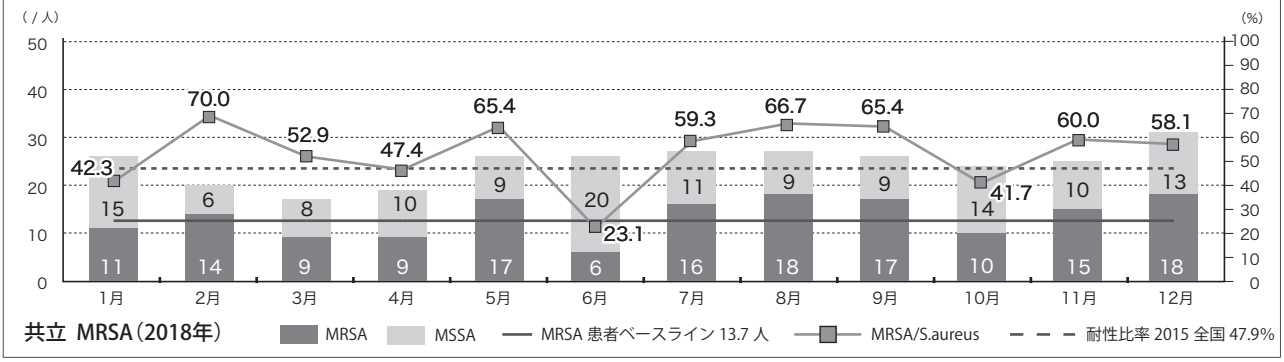
1）平成30年度「第15回メディカルスタッフのための感染対策セミナー」（平成30年9月4日）
講演「手洗いキャンペーンの各施設取り組み」
　発表者　感染制御実践看護師　南　博子

2）第66回日本化学療法学会西日本支部日本感染症学会西日本地方、中日本地方会三学会合同学会（平成30年11月15日～18日）「薬剤耐性に挑む～他職種との共働微生物との共生～」
ポスター発表「当院における医療・介護関連肺炎の抗菌薬使用状況の検討」
　発表者　薬剤部副主任　下崎　香

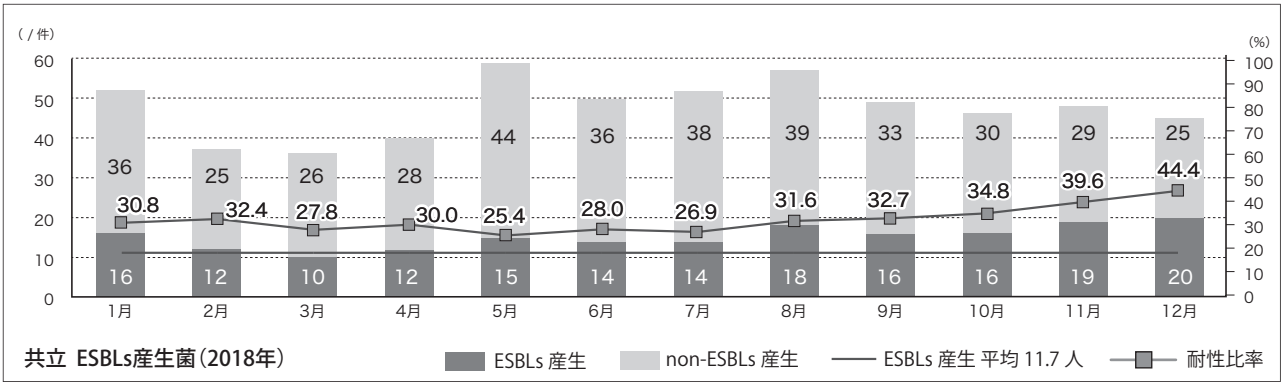
3）第34回日本環境学会学術総会・学術集会（平成30年2月22日～23日）
「皆でAMR時代に臨む」
ポスター・ミニ口演「インフルエンザアウトブレイクに対する包括的対策の効果」
　発表者　感染管理認定看護師　木原　洋美

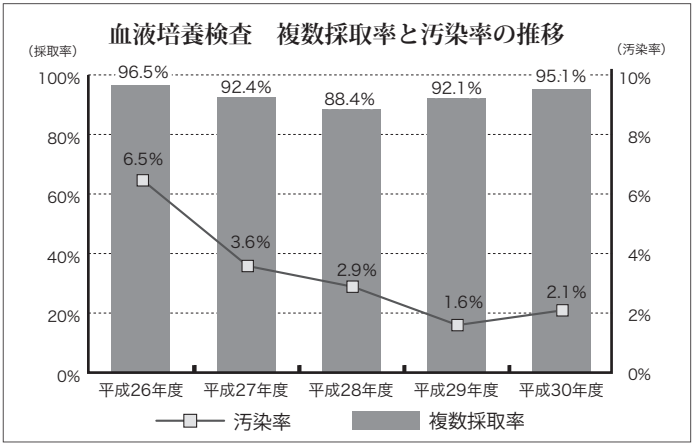
		平成30年度	平成29年度	前年度比
院内研修	第1回全体講習参加者数（再講習含む）	589名 （97.8%）	565名 （96.7%）	+24名 （+1.1%）
	第2回全体講習参加者数（再講習なし）	576名 （97.6%）	584名 （99.7%）	-8名 （-2.1%）
中途採用者研修	全3回開催	85名	75名	+10名
ワクチン予防接種率	ムンプス	96.9%	92.9%	+4%
	風疹	100%	85.7%	-14.3%
	麻疹	100%	100%	±0%
	水痘	100%	100%	±0%
	インフルエンザ	96.5%	96.4%	+0.1%
	HBワクチン	78.4%	94.8%	-16.4%
コンサルテーション数	治療（抗菌薬など）に関する事	34件	28件	+6件
	医療関連感染サーベイランス関連	4件	10件	-6件
	職業感染（針刺し等の暴露等）	19件	5件	+14件
	感染管理指導（勉強会、ケア見直し等）	38件	58件	-20件
	感染対策 （隔離の方法、個人防護具の使用等）	91件	78件	+13件
	洗浄・消毒・滅菌	37件	17件	+20件
	職員の健康管理	28件	29件	-1件
	ファシリティーマネジメント	22件	-	-
	その他	61件	122件	-61件
針刺し・汚染事故件数		10件	19件	-9件

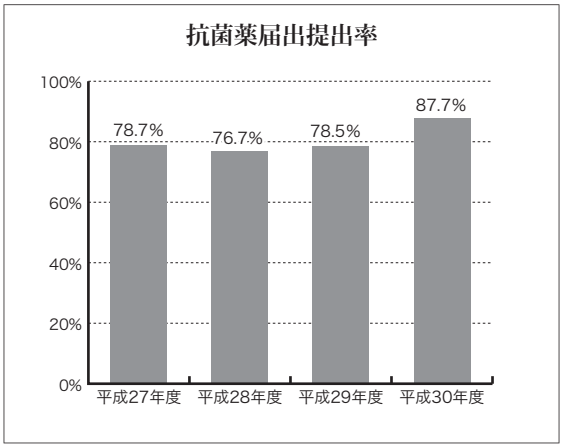
MRSA 耐性比率



ESBLs 産生菌耐性比率







栄養サポートチーム（NST）

委員長　竹谷　園生（外科医師）

戸畑共立病院栄養サポートチーム（以下NST）は、2004年に活動を開始した。2005年に日本静脈経腸栄養学会より稼動施設として承認され、さらに2011年からはＮＳＴ加算算定を開始している。構成員は文末の通りであり、各々のスタッフが専門的な意見を出し合い、栄養改善に取り組んでいる。また、その成果を学会発表や論文投稿などで報告しており、その業績は文末を参考にされたい。

2018年度は、NST勉強会で、手術後の回復を高めるプロトコルのひとつである術前補水食の勉強会を開催した。術前補水食は、絶食の見直し、水分・炭水化物負荷や周術期の経口栄養、輸液による塩分過剰を防ぐことから多施設での取り組みが始まっている。そこで、当院でも、手術運営会議を通じて各診療科で検討頂き、各科の協力のもと、術前補水食を開始できた。これにより、患者の脱水や飢餓の予防、口渇感や空腹感、不安の軽減や代謝性ストレスへの対応においても有用で、周術期合併症の低下が期待できる。

2018年度のNST介入症例は、367症例で、その診療科の内訳は内科139件（38％）、外科44件（12％）、脳神経外科54件（14％）、整形外科62件（17％）、がんセンター28件（8％）、である。これらに対する回診を毎週行っている。

NSTの活動は、対象の栄養改善によって最大多人数の患者の健康で、幸福な時間を可能な限り延長することを目標としている。これまでにも良好な栄養によって生命の延長がえられること、手術症例の合併症率が改善すること等、複数の好影響が示されている。しかし、逆に医療の介入としての栄養改善が有用であるとの報告はほとんどない。我々NSTの目指すところはまさにこの困難である。

この困難の解決には如何なる手が採られるべきか。これに対して我々は活動の開始当初に複数の提案をなした。その一つがNSTの活動をいかに効率よく治療に反映するかということであった。すなわち、症例ごとの問題点を抽出し、対応策を樹立、feedbackする、この繰り返しをいかに潤滑に行うかということである。症例ごとの問題点の抽出に必要なのは患者の病態の理解である。また、対応策の樹立に必要なのは、知識とスキルであり、これらを最も担うのは、患者の身近にいる看護師である。そのために教育も含めた、様々な方策を行ってきたが、今回はそのうちの一つである、「症例の報告」における改善点を報告したい。

当委員会では月に１回の会議の際に、各部署より症例の報告会を行ってきた。ただし、マンネリ化して、何が問題であったかの理解やfeed backが不足していると感じることがあった。そこで我々は、症例発表のフォーマットを新たに作成した。そのフォーマットに従うと、現病歴、問題点を抽出し、限られた文字数でまとめることができ、発表者-看護師が病態を理解し、自分の言葉でre-writeする必要が生じた。そして、発表の後に、列挙された問題点に対して、それぞれの対策を議論する時間を設けることとした。

2018年度より取り組み始めたばかりで、NSTメンバーが、患者の病態を理解し、症例ごとの問題点にいち早く気づくとは言えないかも知れない。ただし、根気強く続けていくことで、最適な対策を提案する知識とスキルが得られると信じている。そしてひいてはNST活動の円滑化、更には患者予後の改善へつながるものと考えている。

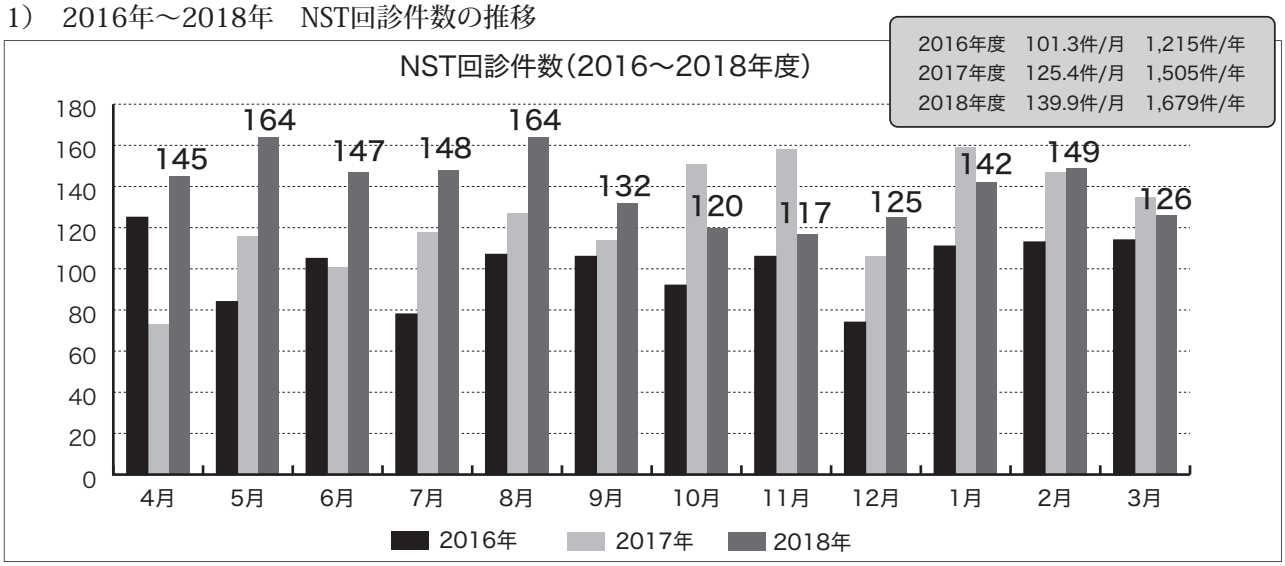
次年度もNSTによる栄養管理の充実と普及に努め、医療の質の向上ならびにそれを通じた患者及び家族等のQOLの向上のために最善を尽くせるよう、チーム一丸となって取り組んでいきたい。

1. 構成員

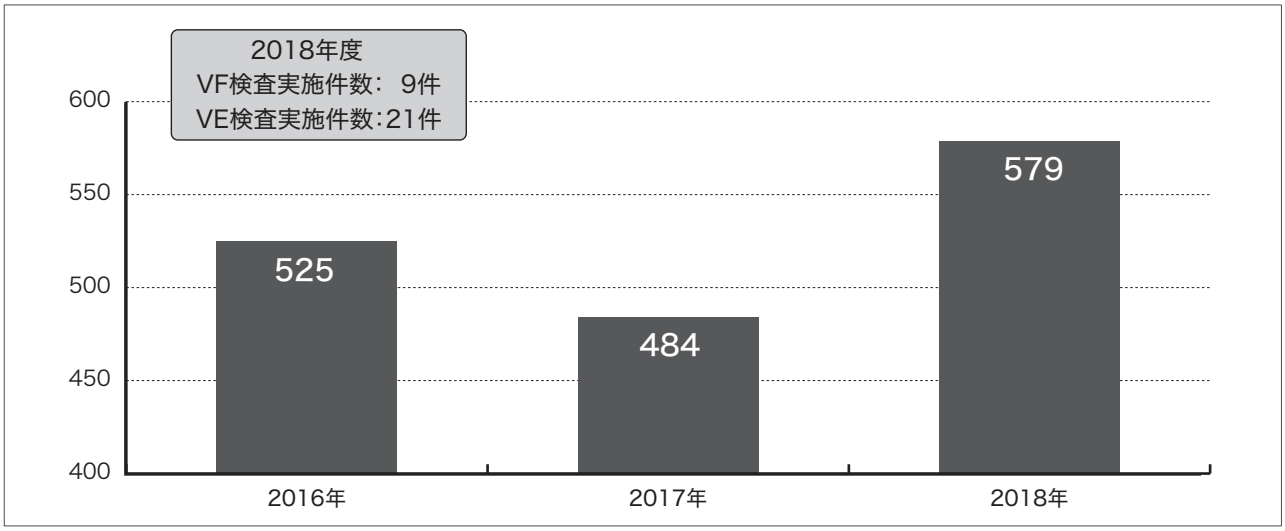
医師	3名	歯科医師	1名	薬剤師	2名	看護師	21名
管理栄養士	7名	言語聴覚士	2名	理学療法士	1名	臨床検査技師	3名
歯科衛生士	2名	医療クラーク	1名	医事課	1名		

2. 3年間の実績報告

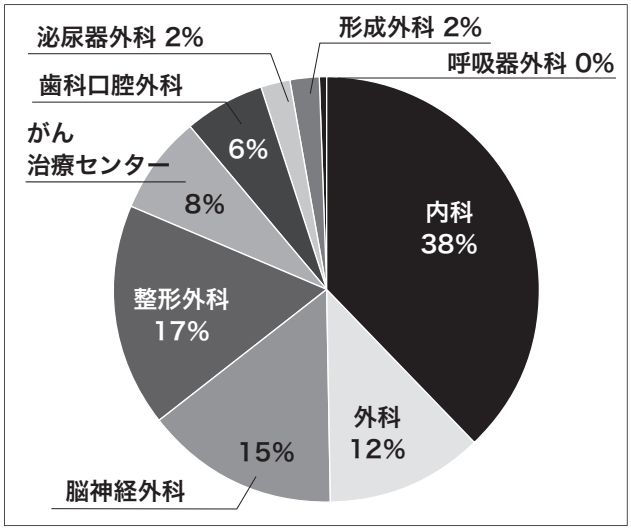
1） 2016年～2018年　NST回診件数の推移



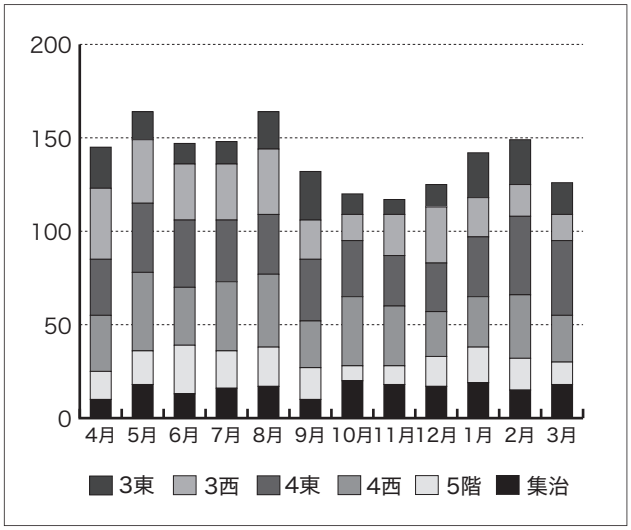
2） 2016～2018年　SST回診延人数の推移



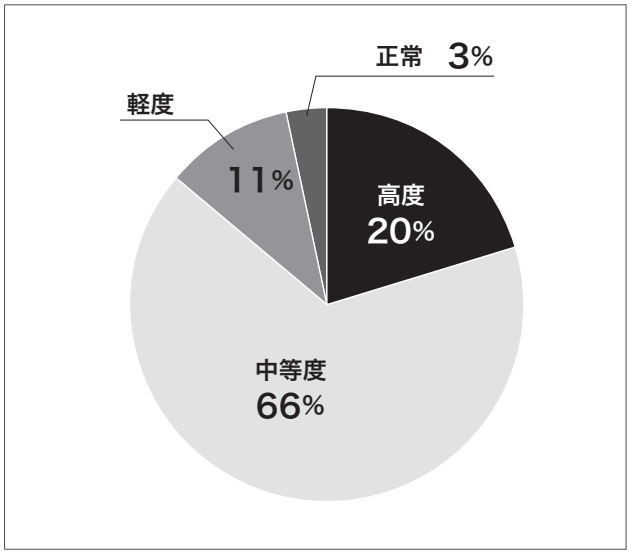
3） 2018年　NST回診介入患者　診療別割合



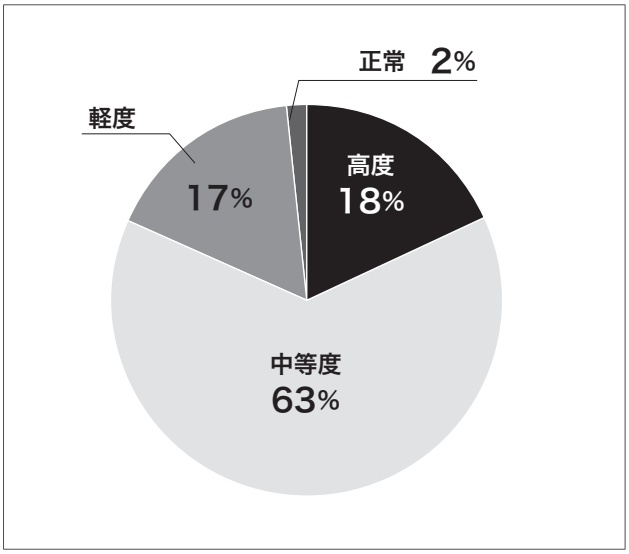
4） 2018年　NST回診病棟別実施件数



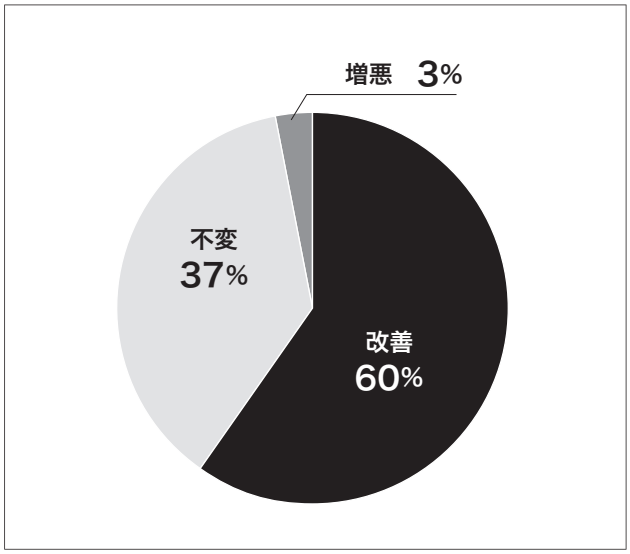
5） 2018年　NST介入時栄養評価



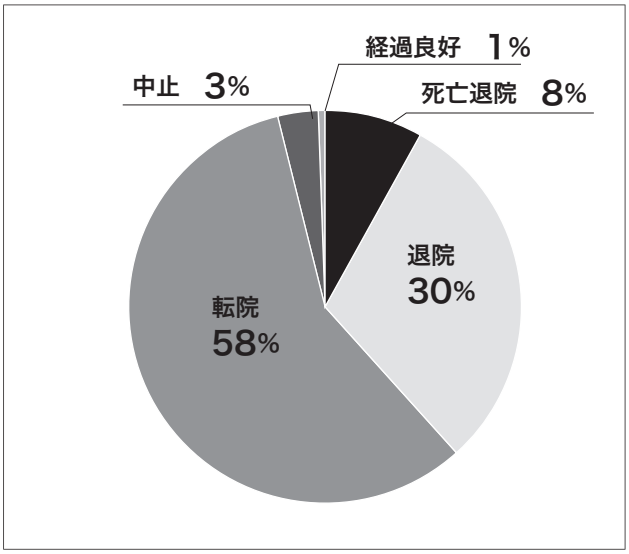
6） 2018年　NST終了時栄養評価



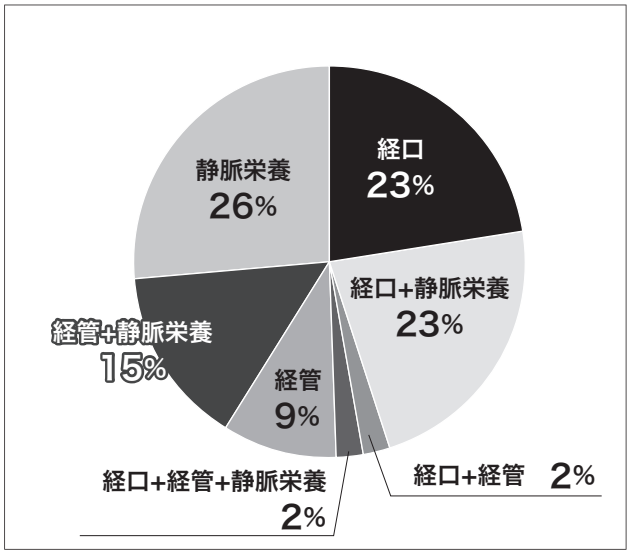
7） 2018年　NST介入結果



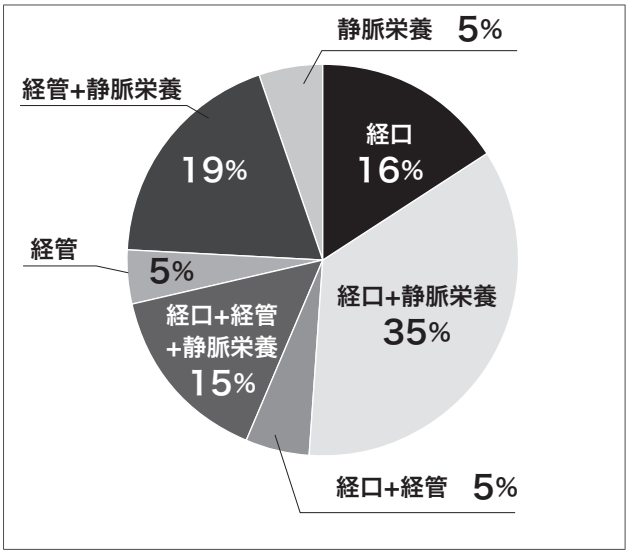
8） 2018年　NST介入終了理由

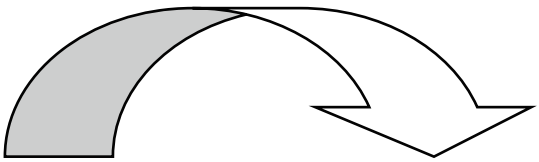


9） 2018年　NST介入時　栄養ルート



10） 2018年　NST介入終了時　栄養ルート





【介入時】

静脈栄養なし	経口	83	126
	経口+経管	8	
	経管	35	
静脈栄養あり	経口+静脈栄養	83	145
	経口+経管+静脈栄養	8	
	経管+静脈栄養	54	
	静脈栄養	96	96

【終了時】

静脈栄養なし	経口	59	94
	経口+経管	19	
	経管	16	
静脈栄養あり	経口+静脈栄養	129	254
	経口+経管+静脈栄養	56	
	経管+静脈栄養	69	
	静脈栄養	19	19

栄養ルートが静脈栄養のみの患者さん
介入時　96名　⇒終了時　19名に!!!

3.　学会・研究会発表報告

演題・発表名	講演・発表者名	学会・講演会名	年月日
潰瘍性大腸炎術後に水分管理が難渋したHigh output症候群の1例	管理栄養士 佐保　洸太	第8回北九州 炎症性腸疾患懇話会	H30. 4.12
がん治療症例報告	薬剤師 川原　早苗 言語聴覚士 大森　政美 管理栄養士 原澤　あゆみ 石井　乃里江	第1回ネスレプレミアムセミナー IN　福岡	H30. 6.30
栄養レクチャー 「社会人の栄養指導」	管理栄養士 佐保　洸太	IBDメディカルスタッフ教育 セミナーin 福岡	H30. 7. 8
グループワーク ファシリテーター	管理栄養士 原澤　あゆみ	IBDメディカルスタッフ教育 セミナーin 福岡	H30. 7. 8
がん患者への「かかりつけ栄養士」の導入検討と課題	管理栄養士 堀　美織	第22回日本病態栄養学会 学術集会	H31. 1.12

統計資料

臨床指標

入　院

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
稼動病床数	199	210	218	218	218	218	218	218	218	218
新入院患者数	4,563	5,070	5,155	5,098	5,604	5,627	5,830	5,798	5,917	5,804
退院患者数	4,516	5,069	5,166	5,096	5,586	5,622	5,838	5,795	5,920	5,810
延入院患者数	67,874	73,925	74,436	73,525	73,724	74,375	73,707	70,042	73,901	74,767
1日平均入院患者数	186.0	202.5	203.9	201.4	202.0	203.8	201.4	191.9	202.5	204.8
病床利用率	93.5%	96.4%	93.6%	92.4%	92.7%	93.5%	92.4%	88.0%	92.9%	94.0%
平均在院日数	15.0	14.6	14.4	14.4	13.2	13.2	12.6	12.1	12.5	12.9
外来入院比率	1.49	1.36	1.39	1.41	1.43	1.37	1.27	1.34	1.45	1.40
退院サマリー完成率	93.1%	97.2%	98.1%	99.4%	99.7%	100.0%	99.8%	99.4%	99.5%	98.5%
年齢階層別退院患者数	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙
主要疾患別患者数										
疾病分類別患者数										

外来・地域医療

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
初診外来患者数	13,326	13,703	12,846	12,376	9,054	12,828	14,398	14,514	14,623	14,426
延外来患者数	100,947	100,640	103,407	105,635	105,378	102,218	104,463	106,442	107,170	104,661
1日平均外来患者数	344.5	342.3	349.7	359.7	359.7	347.7	351.7	359.6	365.8	357.2
地域支援病院紹介率	77.16%	83.12%	81.11%	87.78%	96.89%	86.40%	85.30%	90.05%	87.00%	89.20%
逆紹介率	79.82%	85.21%	87.42%	70.30%	75.04%	99.40%	121.90%	118.20%	115.88%	122.50%
救急者搬送患者数	1,713	2,219	2,577	2,540	2,653	2,677	2,720	2,767	2,577	2,293

死亡患者

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
死亡退院数	261	262	265	218	244	231	197	187	197	187
死亡率	5.8%	5.2%	5.1%	4.3%	4.3%	4.1%	3.4%	3.2%	3.3%	3.2%
死亡率(48時間以内を除く)	4.7%	4.4%	4.4%	3.6%	3.7%	3.5%	2.8%	2.6%	2.8%	2.8%

手　術

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
施設基準に掲げる手術件数	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙
総手術件数	1,524	1,607	1,606	1,877	2,302	2,337	2,492	2,393	2,609	2,497
（全身麻酔下での手術件数）	397	452	493	567	719	769	846	801	818	854
（全身麻酔と硬膜外麻酔併用下での手術件数）	201	246	255	234	280	280	330	298	296	244
（硬膜外麻酔下での手術件数）	3	14	6	5	8	8	11	6	9	5
（脊椎麻酔下での手術件数）	323	314	329	372	417	484	602	555	573	550
（局所麻酔下での手術件数）	600	581	474	514	659	580	482	566	706	638
（伝達麻酔）	-	-	-	108	117	122	142	134	142	142
（麻酔なしでの手術件数）	-	-	49	77	102	94	79	33	65	64

内視鏡

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
内視鏡的胃・食道静脈瘤治療（EVL・EIS）	28	40	40	24	13	21	9	12	24	7
内視鏡的狭窄拡張術	88	84	74	54	50	45	63	63	33	26
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）	119	116	130	123	111	131	137	156	164	143
内視鏡的止血術	164	157	153	149	146	167	160	144	142	116
内視鏡的粘膜切除術（EMR・ポリペクトミー）	262	264	262	342	392	434	552	631	577	593
胆管・膵管系内視鏡（ERCP、EST、ERBD）	101	101	67	155	134	148	163	159	188	255
胃ろう増設術	72	53	52	32	46	37	26	21	37	35
上部内視鏡検査	2,412	2,540	2,452	2,461	2,411	2,606	2,811	3,035	2,888	3,087
下部内視鏡検査	1,152	1,191	1,126	1,142	1,250	1,223	1,348	1,143	1,176	1,156
小腸内視鏡検査	42	55	39	55	62	38	91	70	63	73
カプセル内視鏡検査	-	3	19	15	23	17	29	16	32	42
その他		22	51	80	81	131	82	69	96	115

放射線

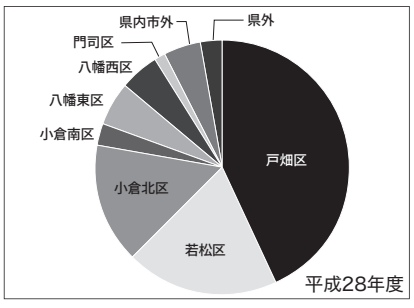
	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
リニアック照射回数	15,383	13,109	13,327	13,475	13,155	12,075	13,674	8,588	7,282	7,332
トモセラピー照射回数								4,257	4,252	3,626
合計照射回数	15,383	13,109	13,327	13,475	13,155	12,075	13,674	12,845	11,534	10,958
サイバーナイフ治療件数	162	170	169	173	157	173	200	182	142	291
密封小腺源	39	39	48	45	57	55	93	82	65	48
CT撮影件数	7,017	10,636	10,261	11,107	12,044	11,371	12,758	12,402	11,999	12,172
MRI撮影件数	4,869	5,969	6,134	5,866	6,310	6,650	6,746	6,488	6,483	6,736
核医学診断件数（各種シンチ・SPECT・PET）	451	523	490	416	442	501	790	746	790	695

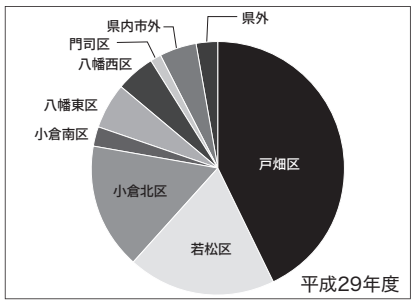
教育・その他

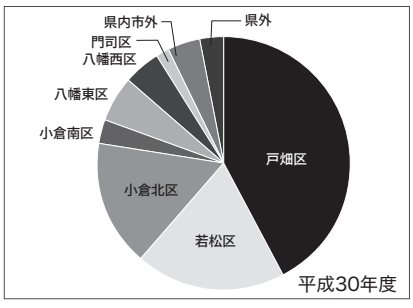
	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
研修医受け入れ人数	5	5	8	4	3	4	3	5	5	5
医療相談件数	7,713	7,962	6,801	7,003	7,109	6,584	7,141	8,999	7,888	6,389
セカンドオピニオン件数	21	31	43	48	39	32	20	31	26	26
患者対看護職員数	7対1	7対1	7対1	7対1	7対1	7対1	7対1	7対1	7対1	7対1
認定看護師数	3	2	2	4	3	4	5	10	11	11
院外処方箋率	94.2%	94.4%	93.4%	93.0%	92.9%	91.6%	92.7%	91.4%	89.9%	90.4%
診療情報の開示件数	12	14	32	25	39	28	41	35	47	39
クリニカルパス種類数	95	95	103	91	79	55	77	60	57	110
職員のインフルエンザワクチン接種率	98.2%	94.4%	96.7%	94.6%	95.3%	94.5%	95.4%	96.3%	96.4%	96.5%

1−1. 地域別外来実患者数

	平成28年度		平成29年度		平成30年度	
地　　区	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	9,076	43.31%	9,037	42.88%	8,943	42.31%
西戸畑	670	3.20%	698	3.31%	664	3.14%
戸畑駅前	683	3.26%	695	3.30%	709	3.35%
沖台	407	1.94%	404	1.92%	401	1.90%
浅生	1,033	4.93%	1,023	4.85%	1,012	4.79%
三六・天神	534	2.55%	543	2.58%	526	2.49%
小芝・沢見	609	2.91%	683	3.24%	690	3.26%
天籟寺	434	2.07%	413	1.96%	399	1.89%
中原	1,334	6.37%	1,306	6.20%	1,308	6.19%
一枝	804	3.84%	786	3.73%	794	3.76%
牧山	716	3.42%	701	3.33%	690	3.26%
菅原	485	2.31%	468	2.22%	458	2.17%
鞘ヶ谷	888	4.24%	760	3.61%	771	3.65%
その他	479	2.29%	557	2.64%	521	2.47%
若松区	4,078	19.46%	3,984	18.91%	4,043	19.13%
小倉北区	3,195	15.25%	3,372	16.00%	3,432	16.24%
小倉南区	538	2.57%	581	2.76%	608	2.88%
八幡東区	1,197	5.71%	1,188	5.64%	1,246	5.90%
八幡西区	1,063	5.07%	1,063	5.04%	999	4.73%
門司区	291	1.39%	326	1.55%	341	1.61%
遠賀郡	165	0.79%	159	0.75%	152	0.72%
中間市	88	0.42%	101	0.48%	108	0.51%
直方市	57	0.27%	62	0.29%	60	0.28%
福岡市	91	0.43%	103	0.49%	98	0.46%
京都郡	63	0.30%	75	0.36%	69	0.33%
久留米市	21	0.10%	28	0.13%	16	0.08%
その他県内	451	2.15%	449	2.13%	405	1.92%
山口県	113	0.54%	124	0.59%	198	0.94%
佐賀県	31	0.15%	19	0.09%	28	0.13%
長崎県	27	0.13%	20	0.09%	18	0.09%
大分県	66	0.31%	55	0.26%	46	0.22%
熊本県	47	0.22%	36	0.17%	29	0.14%
宮崎県	11	0.05%	9	0.04%	12	0.06%
鹿児島県	12	0.06%	12	0.06%	12	0.06%
沖縄県	4	0.02%	2	0.01%	4	0.02%
その他	269	1.28%	268	1.27%	268	1.27%
合計	20,954	100.00%	21,073	100.00%	21,135	100.00%

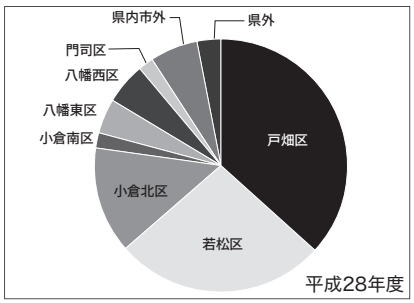


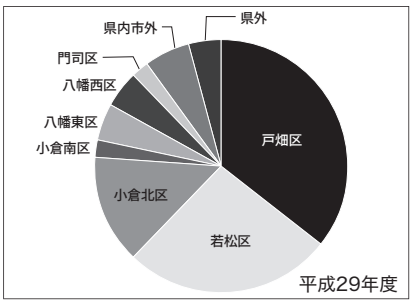


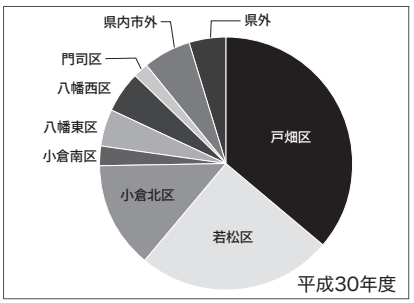


1−2. 地域別入院実患者数

	平成28年度		平成29年度		平成30年度	
地　　区	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	1,663	36.72%	1,684	35.81%	1,657	36.19%
西戸畑	135	2.98%	142	3.02%	136	2.97%
戸畑駅前	121	2.67%	110	2.34%	122	2.66%
沖台	83	1.83%	88	1.87%	71	1.55%
浅生	202	4.46%	161	3.42%	195	4.26%
三六・天神	104	2.30%	115	2.45%	99	2.16%
小芝・沢見	100	2.21%	110	2.34%	108	2.36%
天籟寺	76	1.68%	77	1.64%	70	1.53%
中原	263	5.81%	276	5.87%	230	5.02%
一枝	135	2.98%	168	3.57%	153	3.34%
牧山	130	2.87%	125	2.66%	126	2.75%
菅原	95	2.10%	99	2.11%	117	2.56%
鞘ヶ谷	162	3.58%	137	2.91%	157	3.43%
その他	57	1.26%	76	1.62%	73	1.59%
若松区	1,228	27.11%	1,246	26.49%	1,146	25.03%
小倉北区	611	13.49%	655	13.93%	629	13.74%
小倉南区	91	2.01%	109	2.32%	104	2.27%
八幡東区	196	4.33%	215	4.57%	220	4.81%
八幡西区	238	5.26%	225	4.78%	242	5.29%
門司区	89	1.97%	107	2.28%	94	2.05%
遠賀郡	44	0.97%	38	0.81%	38	0.83%
中間市	24	0.53%	32	0.68%	29	0.63%
直方市	23	0.51%	26	0.55%	37	0.81%
福岡市	13	0.29%	17	0.36%	23	0.50%
京都郡	20	0.44%	27	0.57%	16	0.35%
久留米市	6	0.13%	8	0.17%	5	0.11%
その他県内	147	3.25%	131	2.79%	132	2.88%
山口県	41	0.91%	60	1.28%	98	2.14%
佐賀県	12	0.26%	12	0.26%	11	0.24%
長崎県	5	0.11%	7	0.15%	7	0.15%
大分県	20	0.44%	15	0.32%	14	0.31%
熊本県	19	0.42%	17	0.36%	14	0.31%
宮崎県	8	0.18%	6	0.13%	3	0.07%
鹿児島県	2	0.04%	3	0.06%	2	0.04%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	29	0.64%	63	1.34%	57	1.25%
合計	4,529	100.00%	4,703	100.00%	4,578	100.00%

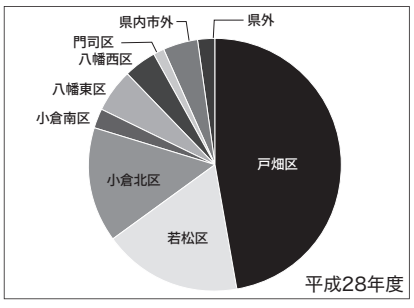


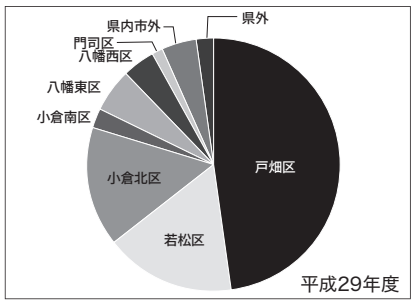


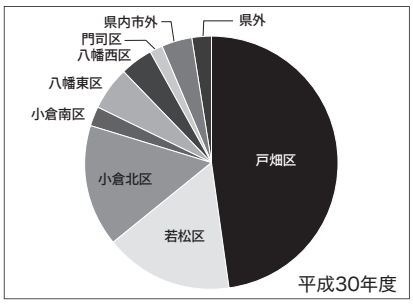


2−1. 地域別外来延患者数

	平成28年度		平成29年度		平成30年度	
地　　区	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	45,861	47.48%	46,159	47.96%	45,547	47.94%
西戸畑	4,052	4.20%	3,875	4.03%	3,922	4.13%
戸畑駅前	3,101	3.21%	3,157	3.28%	3,252	3.42%
沖台	2,198	2.28%	2,212	2.30%	2,016	2.12%
浅生	4,722	4.89%	4,530	4.71%	4,798	5.05%
三六・天神	3,143	3.25%	3,033	3.15%	2,958	3.11%
小芝・沢見	3,682	3.81%	4,012	4.17%	3,596	3.78%
天籟寺	2,333	2.42%	2,447	2.54%	2,085	2.19%
中原	6,880	7.12%	6,588	6.85%	6,500	6.84%
一枝	3,415	3.54%	3,670	3.81%	3,632	3.82%
牧山	3,873	4.01%	3,767	3.91%	3,514	3.70%
菅原	2,836	2.94%	3,003	3.12%	3,037	3.20%
鞘ヶ谷	4,005	4.15%	4,147	4.31%	4,187	4.41%
その他	1,621	1.68%	1,718	1.79%	2,050	2.16%
若松区	17,109	17.71%	15,885	16.51%	15,487	16.30%
小倉北区	14,224	14.73%	14,846	15.43%	14,792	15.57%
小倉南区	2,380	2.46%	2,487	2.58%	2,303	2.42%
八幡東区	5,367	5.56%	5,237	5.44%	5,390	5.67%
八幡西区	4,117	4.26%	4,106	4.27%	4,071	4.28%
門司区	1,329	1.38%	1,325	1.38%	1,470	1.55%
遠賀郡	705	0.73%	617	0.64%	558	0.59%
中間市	434	0.45%	603	0.63%	648	0.68%
直方市	212	0.22%	343	0.36%	275	0.29%
福岡市	273	0.28%	309	0.32%	279	0.29%
京都郡	346	0.36%	360	0.37%	285	0.30%
久留米市	133	0.14%	111	0.12%	62	0.07%
その他県内	2,045	2.12%	1,905	1.98%	1,638	1.72%
山口県	594	0.62%	633	0.66%	811	0.85%
佐賀県	105	0.11%	73	0.08%	76	0.08%
長崎県	62	0.06%	55	0.06%	53	0.06%
大分県	292	0.30%	150	0.16%	168	0.18%
熊本県	145	0.15%	141	0.15%	139	0.15%
宮崎県	27	0.03%	43	0.04%	39	0.04%
鹿児島県	25	0.03%	26	0.03%	20	0.02%
沖縄県	15	0.02%	7	0.01%	4	0.00%
その他	782	0.81%	814	0.85%	900	0.95%
合計	96,582	100.00%	96,235	100.00%	95,015	100.00%

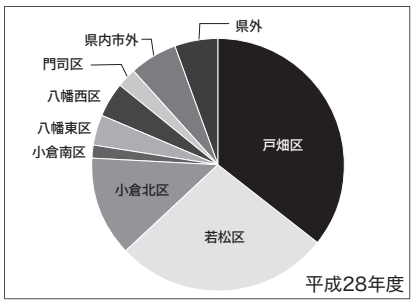


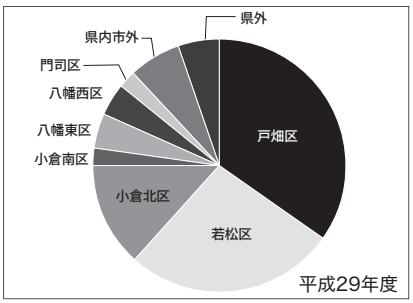


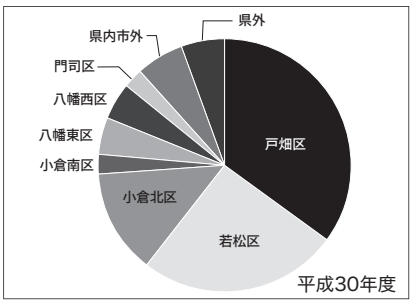


2−2. 地域別入院延患者数

	平成28年度		平成29年度		平成30年度	
地　　区	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	27,139	35.79%	27,762	34.79%	28,221	35.03%
西戸畑	2,307	3.04%	2,307	2.89%	2,308	2.86%
戸畑駅前	1,612	2.13%	2,049	2.57%	1,924	2.39%
沖台	1,242	1.64%	1,371	1.72%	1,113	1.38%
浅生	2,768	3.65%	2,334	2.92%	3,265	4.05%
三六・天神	2,078	2.74%	2,048	2.57%	1,725	2.14%
小芝・沢見	1,649	2.17%	1,616	2.03%	1,778	2.21%
天籟寺	1,496	1.97%	1,133	1.42%	1,260	1.56%
中原	4,167	5.50%	5,179	6.49%	3,951	4.90%
一枝	2,417	3.19%	2,639	3.31%	2,654	3.29%
牧山	2,150	2.84%	2,123	2.66%	2,035	2.53%
菅原	1,635	2.16%	1,712	2.15%	2,259	2.80%
鞘ヶ谷	3,018	3.98%	2,135	2.68%	2,740	3.40%
その他	600	0.79%	1,116	1.40%	1,209	1.50%
若松区	20,678	27.27%	21,659	27.14%	20,571	25.53%
小倉北区	9,846	12.98%	10,520	13.18%	10,916	13.55%
小倉南区	1,207	1.59%	1,845	2.31%	2,043	2.54%
八幡東区	2,926	3.86%	3,407	4.27%	3,742	4.64%
八幡西区	3,429	4.52%	3,329	4.17%	3,851	4.78%
門司区	1,905	2.51%	1,943	2.43%	1,926	2.39%
遠賀郡	591	0.78%	791	0.99%	575	0.71%
中間市	357	0.47%	463	0.58%	483	0.60%
直方市	282	0.37%	483	0.61%	611	0.76%
福岡市	269	0.35%	332	0.42%	447	0.55%
京都郡	289	0.38%	489	0.61%	324	0.40%
久留米市	92	0.12%	125	0.16%	93	0.12%
その他県内	2,726	3.60%	2,439	3.06%	2,323	2.88%
山口県	1,095	1.44%	1,395	1.75%	1,600	1.99%
佐賀県	314	0.41%	411	0.52%	292	0.36%
長崎県	175	0.23%	186	0.23%	200	0.25%
大分県	466	0.61%	496	0.62%	346	0.43%
熊本県	681	0.90%	395	0.49%	490	0.61%
宮崎県	138	0.18%	117	0.15%	166	0.21%
鹿児島県	38	0.05%	77	0.10%	29	0.04%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	1,184	1.56%	1,134	1.42%	1,318	1.64%
合計	75,827	100.00%	79,798	100.00%	80,567	100.00%







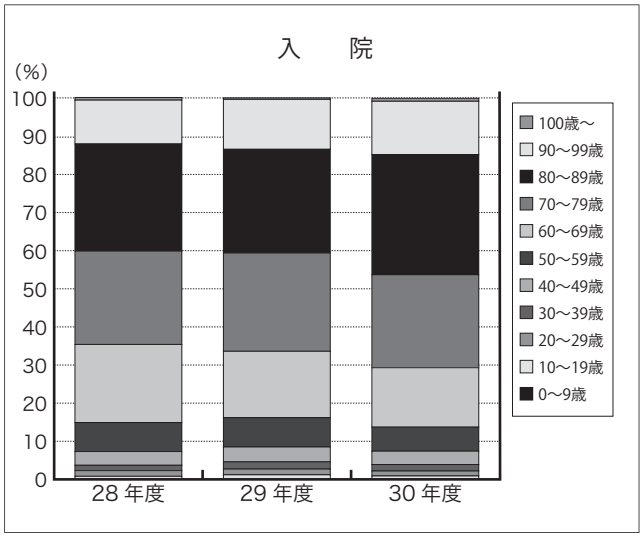
3. 診療科別入院・外来患者数

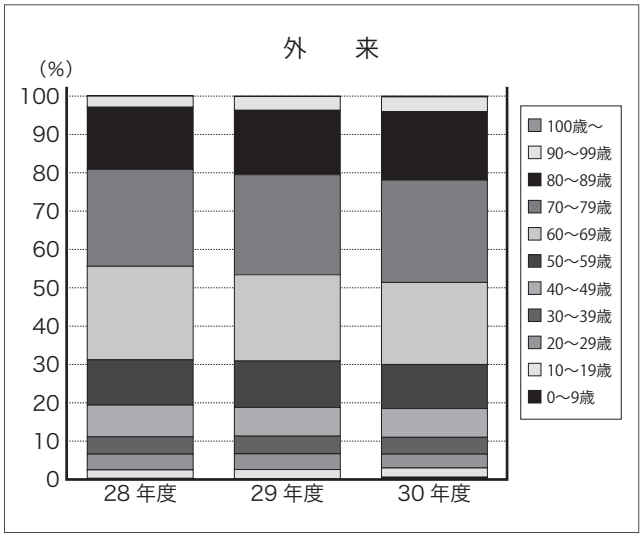
	入院				外来		
	入院数	退院数	入院患者延数	平均在院日数	初診患者	外来患者延数	1日当
内科	2,101	2,024	29,602	13.4	2,147	32,078	109.5
外科	708	762	8,566	10.6	342	9,333	31.9
形成外科	107	113	1,767	15.0	191	2,911	9.9
泌尿器科	413	417	3,601	7.7	436	5,114	17.5
整形外科	1,104	1,099	15,518	13.1	1,444	12,873	43.9
脳神経外科	435	435	8,518	18.6	444	3,838	13.1
眼科	96	95	286	2.0	234	5,687	19.4
皮膚科					51	1,118	3.8
精神科					2	779	2.7
放射線科					2,471	2,809	9.6
がんセンター	726	743	11,526	14.7	354	7,379	25.2
歯科	115	124	1,183	8.9	1,628	12,880	44.0
小児科					168	430	1.5
婦人科					15	17	0.1
救急外来					4,499	7,415	25.3
合計	5,805	5,812	80,567	12.9	14,426	104,661	357.2

年齢別入院・外来患者数

	入　院			外　来		
	28年度	29年度	30年度	28年度	29年度	30年度
0～ 9歳	15	30	12	245	220	570
10～19歳	596	926	759	2,142	2,289	2,315
20～29歳	1,105	1,217	1,033	4,006	3,944	3,436
30～39歳	1,077	1,499	1,358	4,343	4,406	4,195
40～49歳	2,722	3,120	2,811	7,989	7,177	7,150
50～59歳	5,725	6,122	5,047	11,364	11,664	10,930
60～69歳	15,507	13,898	12,597	23,550	21,647	20,314
70～79歳	18,579	20,558	19,630	24,391	25,084	25,351
80～89歳	21,293	21,666	25,418	15,686	16,163	16,877
90～99歳	8,711	10,460	11,291	2,800	3,505	3,714
100歳～	497	302	611	66	136	163
合計	75,827	79,798	80,567	96,582	96,235	95,015

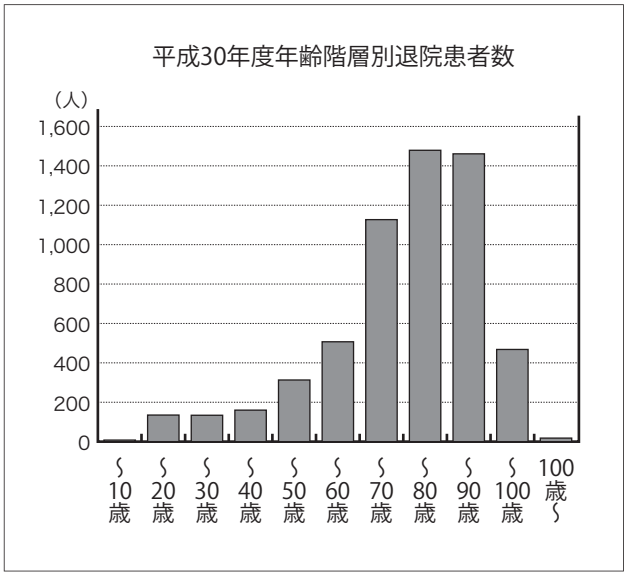
	入　院			外　来		
	28年度	29年度	30年度	28年度	29年度	30年度
0～ 9歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.6%
10～19歳	0.8%	1.2%	0.9%	2.2%	2.4%	2.4%
20～29歳	1.5%	1.5%	1.3%	4.1%	4.1%	3.6%
30～39歳	1.4%	1.9%	1.7%	4.5%	4.6%	4.4%
40～49歳	3.6%	3.9%	3.5%	8.3%	7.5%	7.5%
50～59歳	7.6%	7.7%	6.3%	11.8%	12.1%	11.5%
60～69歳	20.5%	17.4%	15.6%	24.4%	22.5%	21.4%
70～79歳	24.5%	25.8%	24.4%	25.3%	26.1%	26.7%
80～89歳	28.1%	27.2%	31.5%	16.2%	16.8%	17.8%
90～99歳	11.5%	13.1%	14.0%	2.9%	3.6%	3.9%
100歳～	0.7%	0.4%	0.8%	0.1%	0.1%	0.2%

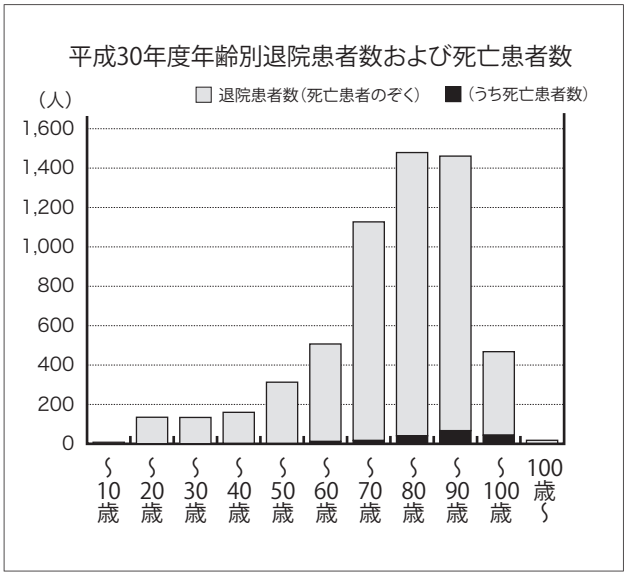


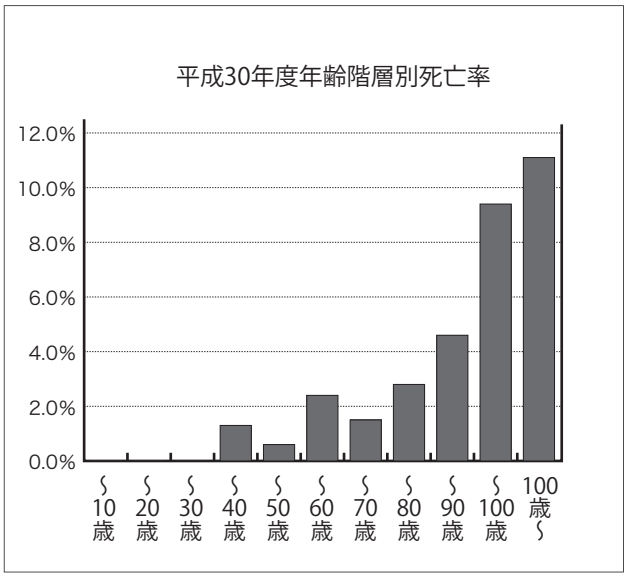


年齢階層別退院患者数

年齢階層	退院患者数	（うち死亡患者数）	退院患者数（死亡患者のぞく）	死亡率
～10歳	8	0	8	0.0%
～20歳	135	0	135	0.0%
～30歳	134	0	134	0.0%
～40歳	160	2	158	1.3%
～50歳	313	2	311	0.6%
～60歳	507	12	495	2.4%
～70歳	1,127	17	1,110	1.5%
～80歳	1,479	41	1,438	2.8%
～90歳	1,461	67	1,394	4.6%
～100歳	468	44	424	9.4%
100歳～	18	2	16	11.1%
全体	5,810	187	5,623	3.2%







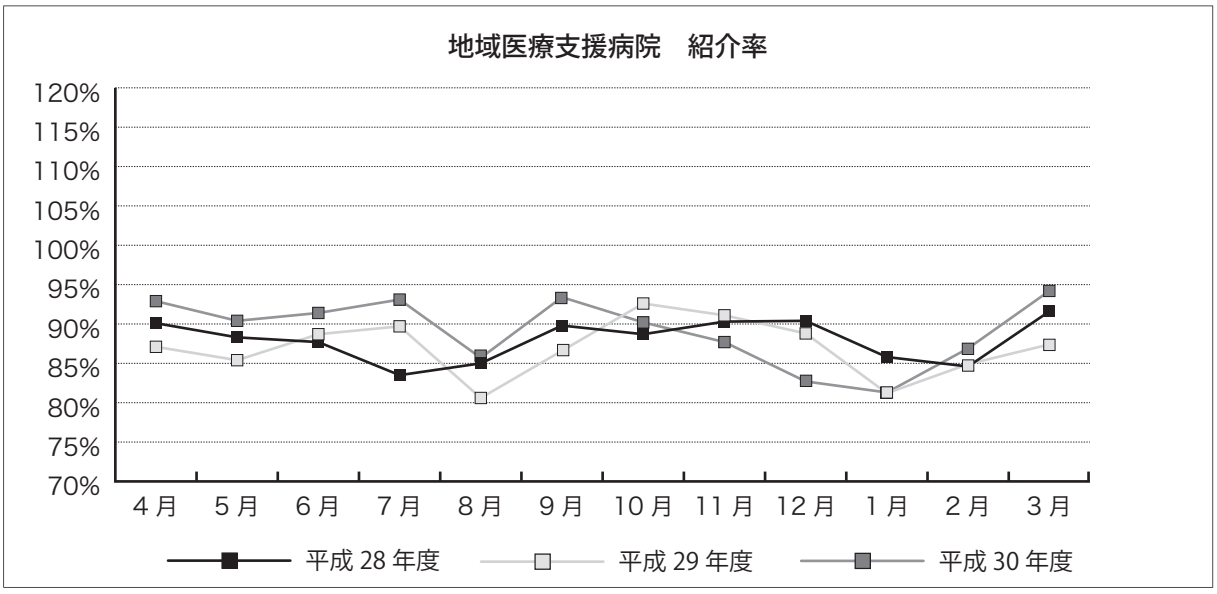
紹介率・逆紹介率

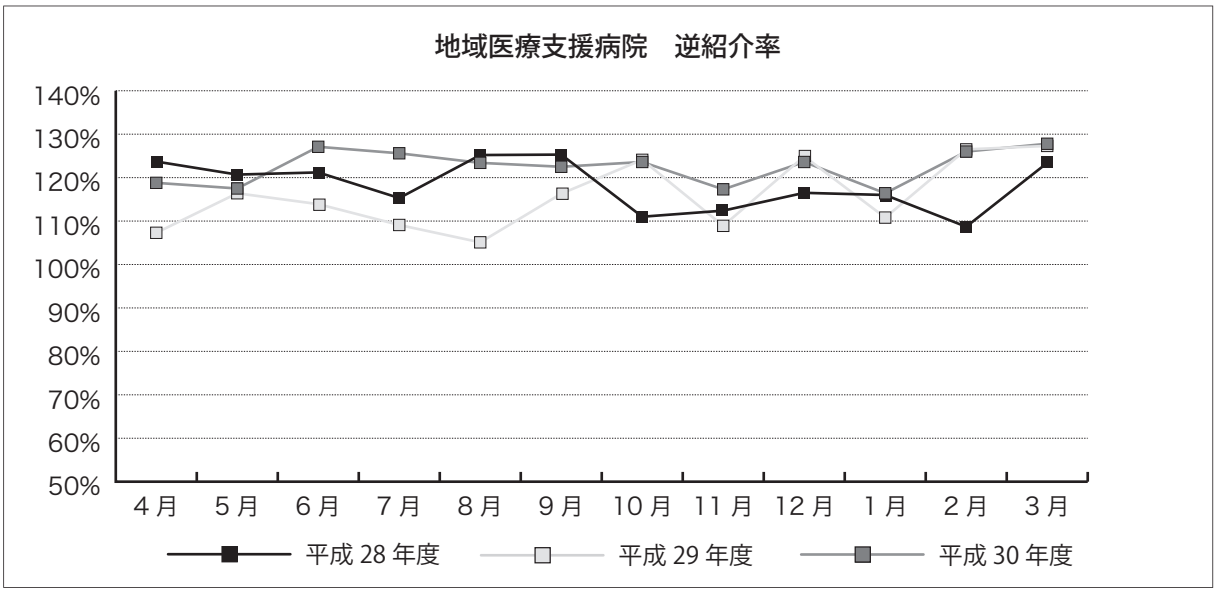
地域医療支援病院　紹介率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
平成28年度	90.1%	88.3%	87.7%	83.5%	85.0%	89.8%	88.7%	90.3%	90.4%	85.8%	84.6%	91.6%	85.3%
平成29年度	87.1%	85.4%	88.7%	89.7%	80.6%	86.6%	92.6%	91.1%	88.8%	81.2%	84.9%	87.4%	88.0%
平成30年度	92.9%	90.4%	91.4%	93.1%	85.7%	93.4%	90.2%	87.7%	82.7%	81.3%	86.9%	94.2%	89.2%

逆紹介率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
平成28年度	123.7%	120.7%	121.2%	115.3%	125.2%	125.3%	111.0%	112.4%	116.5%	116.0%	108.7%	123.4%	112.9%
平成29年度	107.3%	116.4%	113.9%	109.1%	105.1%	116.3%	124.1%	108.9%	124.9%	110.8%	126.5%	127.3%	118.3%
平成30年度	118.8%	117.5%	127.1%	125.6%	123.4%	122.5%	123.6%	117.3%	123.6%	116.4%	126.0%	127.8%	122.5%

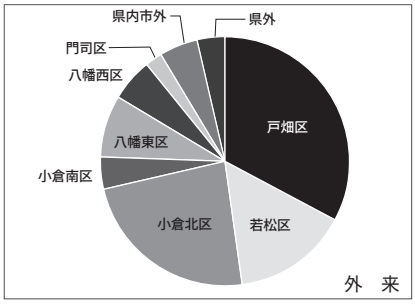


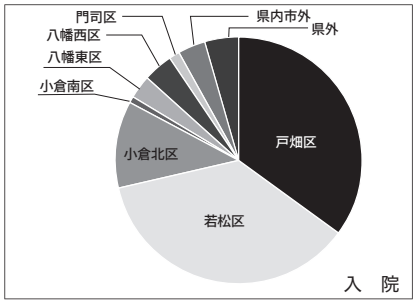


5.地域別紹介患者数

	外　来		入　院	
地　　区	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	2,489	33.01%	349	35.22%
西戸畑	148	1.96%	22	2.22%
戸畑駅前	193	2.56%	19	1.92%
沖台	153	2.03%	12	1.21%
浅生	297	3.94%	43	4.34%
三六・天神	90	1.19%	17	1.72%
小芝・沢見	151	2.00%	31	3.13%
天籟寺	130	1.72%	16	1.61%
中原	323	4.28%	52	5.25%
一枝	260	3.45%	31	3.13%
牧山	201	2.67%	27	2.72%
菅原	146	1.94%	25	2.52%
鞘ヶ谷	250	3.32%	43	4.34%
その他	147	1.95%	11	1.11%
若松区	1,131	15.00%	360	36.33%
小倉北区	1,771	23.48%	113	11.40%
小倉南区	316	4.19%	9	0.91%
八幡東区	601	7.97%	30	3.03%
八幡西区	432	5.73%	39	3.94%
門司区	153	2.03%	12	1.21%
遠賀郡	56	0.74%	6	0.61%
中間市	42	0.56%	2	0.20%
直方市	39	0.52%	7	0.71%
福岡市	35	0.46%	4	0.40%
京都郡	38	0.50%	0	0.00%
久留米市	3	0.04%	0	0.00%
その他県内	175	2.32%	18	1.82%
山口県	131	1.74%	13	1.31%
佐賀県	9	0.12%	4	0.40%
長崎県	5	0.07%	1	0.10%
大分県	18	0.24%	2	0.20%
熊本県	5	0.07%	8	0.81%
宮崎県	2	0.03%	0	0.00%
鹿児島県	3	0.04%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%
その他	87	1.15%	14	1.41%
合計	7,541	100.00%	991	100.00%

地域医療支援病院紹介率	89.2%
逆紹介率	122.5%





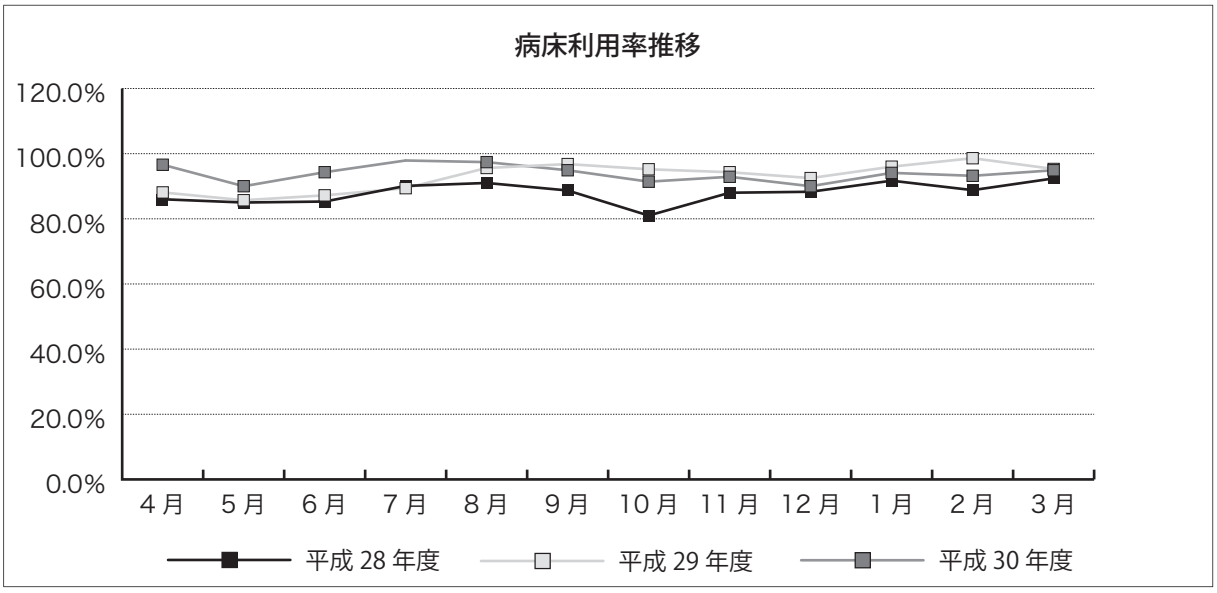
病床利用率・平均在院日数

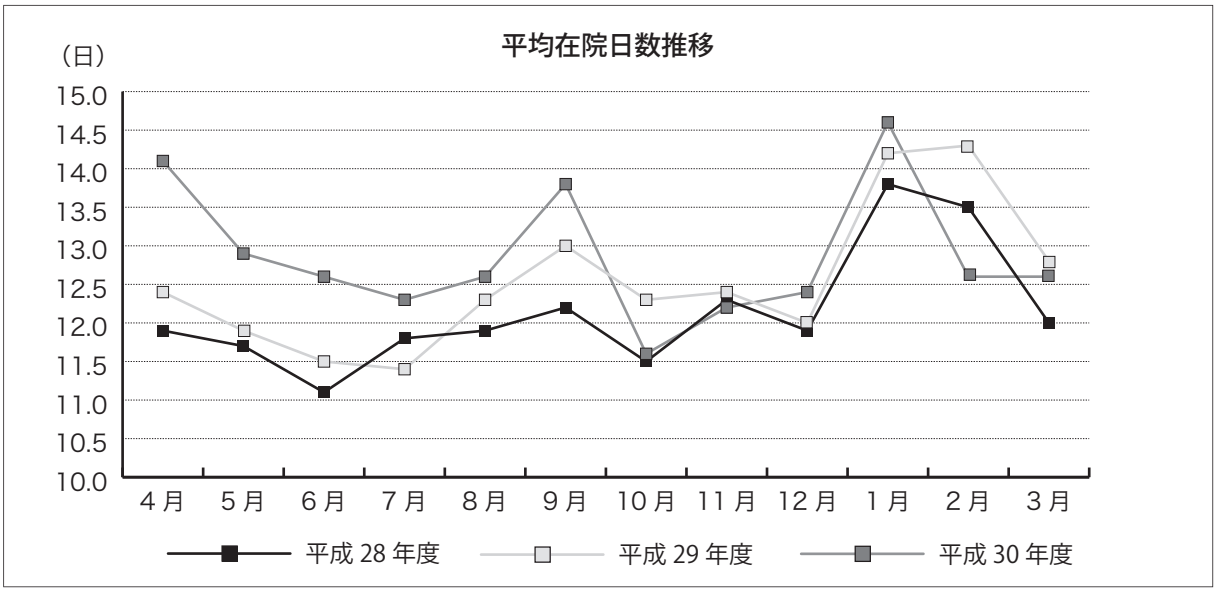
病床利用率

	28年度	29年度	30年度
4月	86.0%	88.1%	96.6%
5月	85.0%	85.7%	90.0%
6月	85.3%	87.2%	94.3%
7月	90.1%	89.4%	97.9%
8月	91.0%	95.6%	97.4%
9月	88.7%	96.8%	94.9%
10月	81.0%	95.2%	91.4%
11月	88.0%	94.3%	92.9%
12月	88.3%	92.5%	90.0%
1月	91.7%	96.0%	94.1%
2月	88.8%	98.6%	93.2%
3月	92.4%	95.3%	94.9%

平均在院日数

	28年度	29年度	30年度
4月	11.9	12.4	14.1
5月	11.7	11.9	12.9
6月	11.1	11.5	12.6
7月	11.8	11.4	12.3
8月	11.9	12.3	12.6
9月	12.2	13.0	13.8
10月	11.5	12.3	11.6
11月	12.3	12.4	12.2
12月	11.9	12.0	12.4
1月	13.8	14.2	14.6
2月	13.5	14.3	12.6
3月	12.0	12.8	12.6

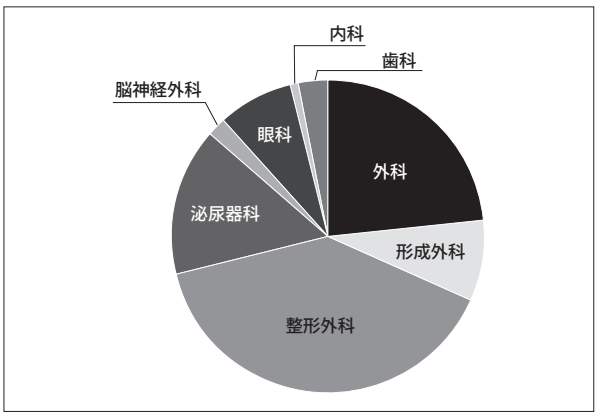




6. 診療科別手術件数

科	手術名		件数
外科	肺	良性	15
		悪性	16
	食道	良性	1
		悪性	2
	甲状腺	良性	1
		悪性	0
	乳	良性	5
		悪性	18
	胃	良性	5
		悪性	32
	十二指腸　小腸	良性	14
		悪性	6
	大腸	良性	22
		悪性	58
	虫垂炎(腹膜炎含む)		24
	肛門	良性	13
		悪性	4
	イレウス		13
	肝臓	肝切	9
		間焼灼	4
		PEIT	0
		その他	1
	胆道	良性	85
		悪性	2
	膵臓	PD	1
		DP	5
		その他	1
	脾臓	脾摘	0
		合併	0
	ヘルニア		52
	血管	Yグラフト	2
		バリックス	9
		バイパス	11
		その他	9
	ペースメーカー		0
	CVポート		103
	試験開腹		2
	その他		40
	小　計		**585**
形成外科	皮膚皮下・軟部腫瘍摘出術		112
	顔面骨骨折		10
	熱傷・潰瘍		4
	再建(乳房など)		3
	眼瞼手術		6
	その他(自費含む)		74
	小　計		**209**

科	手術名		件数
整形外科	大腿骨頚部内側骨折		5
	人工骨頭置換術		45
	大腿骨転子部骨折		67
	大腿骨頚基部骨折		27
	大腿骨転子下骨折		7
	大腿部骨転子間骨折		2
	上肢骨折		209
	下枝骨折		78
	抜釘術		100
	関節鏡		80(142)
	その他		272
	鎖骨骨折		13
	脊椎	頚椎	9
		胸椎	8
		腰椎	64
		その他の腰椎	1
	小　計		**987**
泌尿器科	小線源		45
	TUR-P		14
	TUR-BT		27
	破砕		70
	その他		222
	小　計		**378**
脳神経外科	脳出血		2
	硬膜下血腫		30
	脳動脈瘤		1
	その他		16
	小　計		**49**
眼科	白内障手術		169
	緑内症手術		0
	硝子体手術		10
	眼瞼手術		0
	その他		13
	小　計		**192**
内科	内シャント		11
	ESD		10
	その他		2
	小　計		**23**
歯科			74
	小　計		**74**
合　計			**2,497**

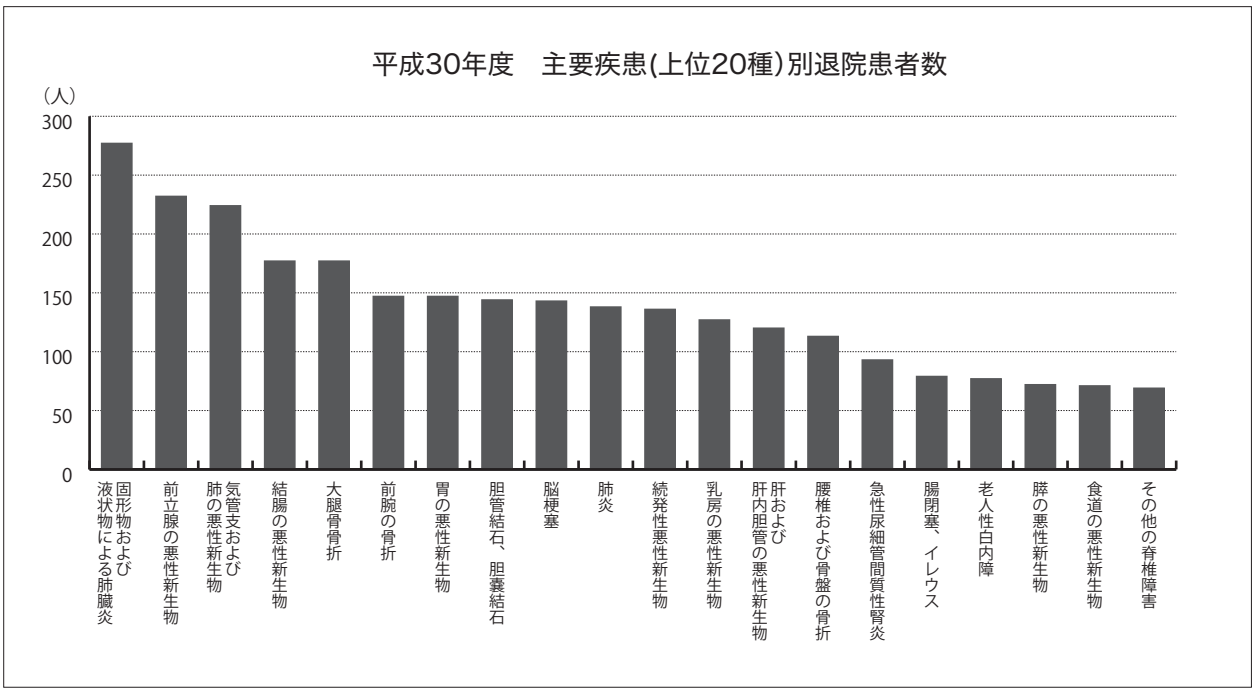


消化器内視鏡　手技別内訳

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
上部消化管内視鏡　総計		2,936	2,606	2,811	3,035	2,888	3,047
下部消化管内視鏡　総計		1,698	1,223	1,348	1,143	1,176	1,156
小腸内視鏡　総計		85	68	91	70	63	73
合計		4,719	3,897	4,250	5,148	4,127	4,276
内訳	内視鏡的狭窄部拡張術	58	45	63	63	33	66
	内視鏡的胃・食道静脈瘤治療(EVL・EIS)	13	21	9	12	24	7
	粘膜下層剥離術(ESD)	111	131	137	156	164	152
	内視鏡的消化管止血術	146	167	160	144	142	116
	胃ろう造設術	46	37	26	21	37	35
	粘膜切除術(EMR・ポリペクトミー)	392	434	552	631	577	593
	胆管・膵管系内視鏡(ERCP・EST・ERBD等)	134	148	163	159	188	187
	小腸ダブルバルーン内視鏡	62	38	50	54	31	54
	カプセル内視鏡	23	17	29	16	32	42
	内視鏡的消化管ステント留置術	1	15	15	19	27	14
	内視鏡的消化管異物除去	17	12	18	3	17	33
	その他	55	84	82	72	96	115

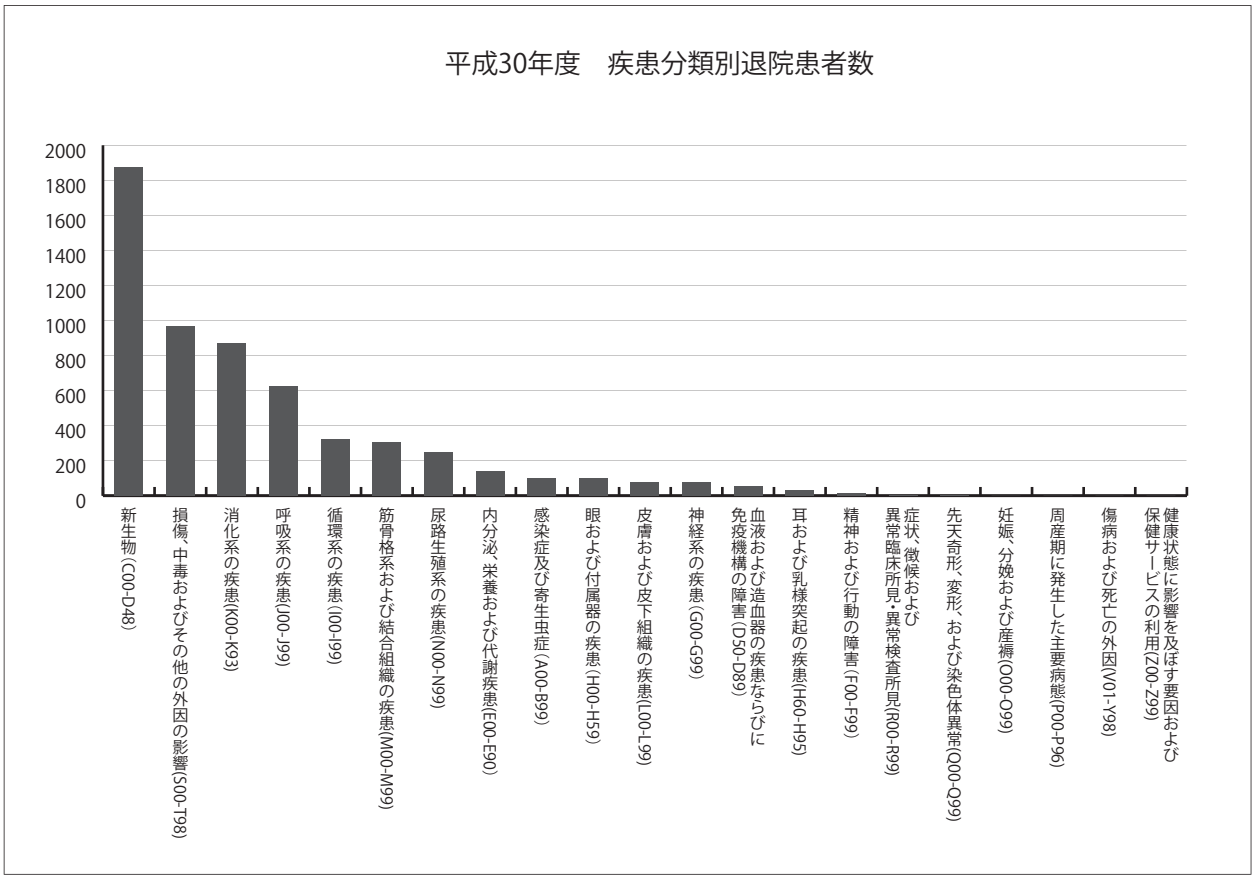
主要疾患別退院患者数

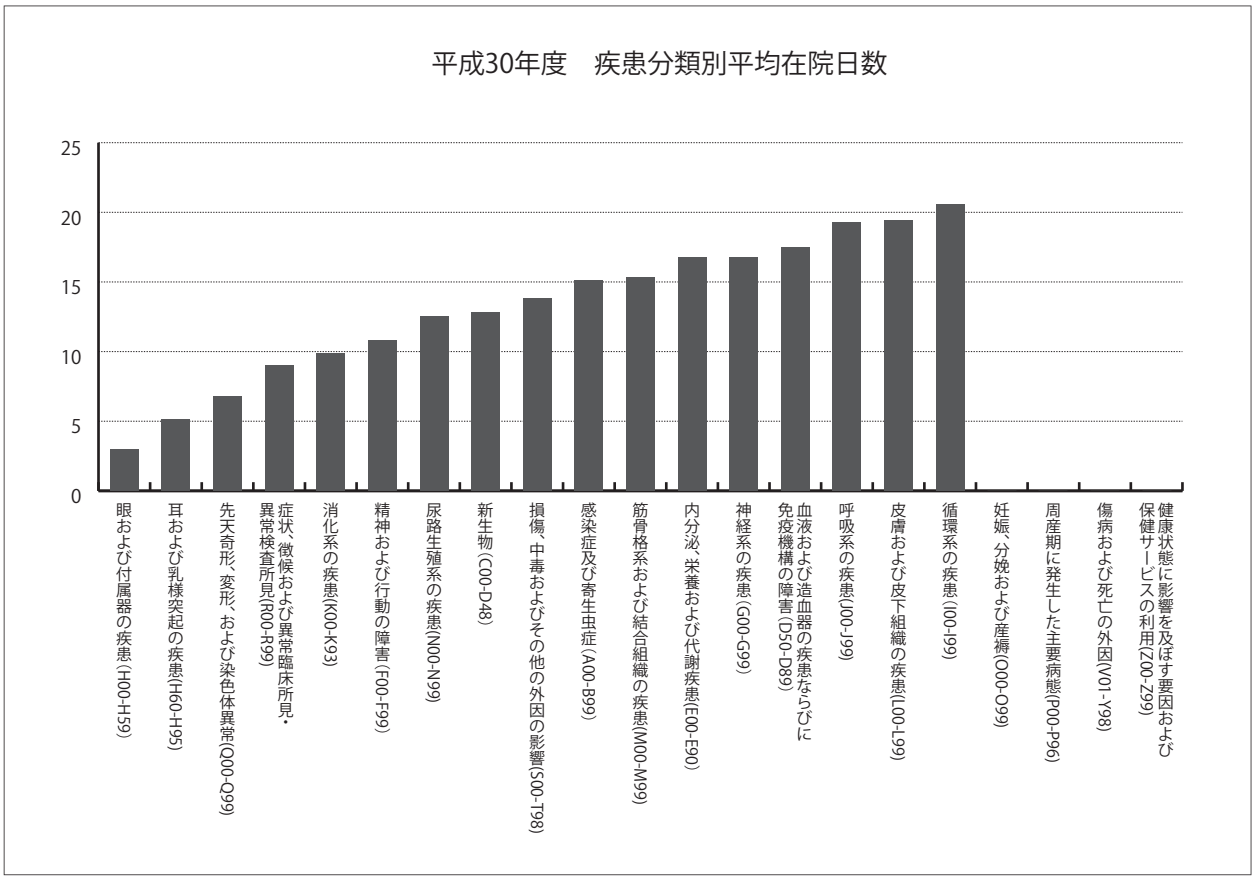
3桁分類	病　　名	退院患者数
J69	固形物および液状物による肺臓炎	277
C61	前立腺の悪性新生物	232
C34	気管支および肺の悪性新生物	224
C18	結腸の悪性新生物	177
S72	大腿骨骨折	177
S52	前腕の骨折	147
C16	胃の悪性新生物	147
K80	胆管結石、胆嚢結石	144
I63	脳梗塞	143
J18	肺炎	138
C79	続発性悪性新生物	136
C50	乳房の悪性新生物	127
C22	肝および肝内胆管の悪性新生物	120
S32	腰椎および骨盤の骨折	113
N10	急性尿細管間質性腎炎	93
K56	腸閉塞、イレウス	79
H25	老人性白内障	77
C25	膵の悪性新生物	72
C15	食道の悪性新生物	71
M48	その他の脊椎障害	69



疾患分類別退院患者数・平均在院日数

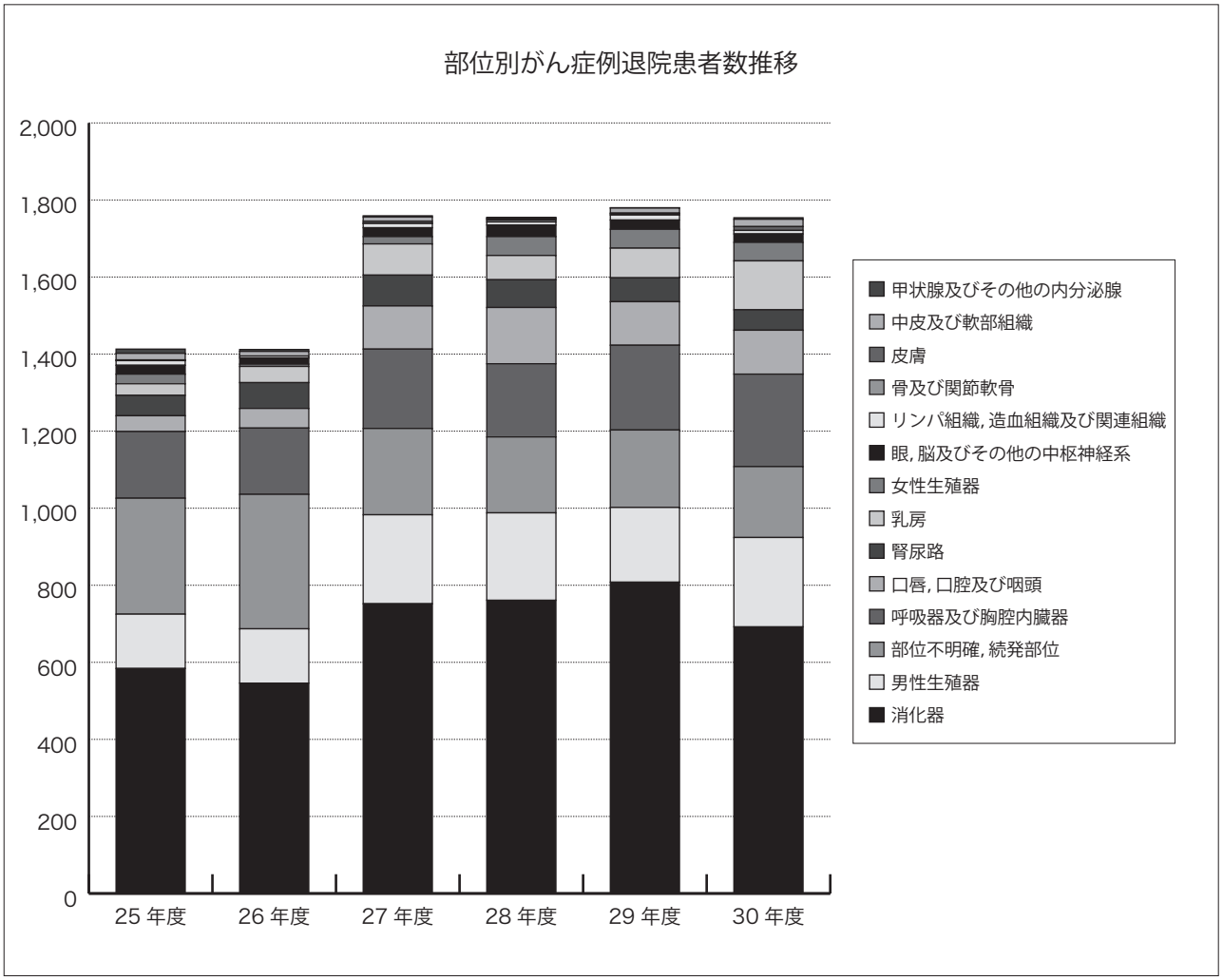
分類	名　　称	退院患者数	平均在院日数
Ⅰ	感染症及び寄生虫症（A00-B99）	101	15.1
Ⅱ	新生物（C00-D48）	1,876	12.8
Ⅲ	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害（Ｄ50－Ｄ89）	52	17.5
Ⅳ	内分泌、栄養および代謝疾患（E00-E90）	141	16.8
Ⅴ	精神および行動の障害（F00-F99）	12	10.8
Ⅵ	神経系の疾患（G00-G99）	75	16.8
Ⅶ	眼および付属器の疾患（H00-H59）	98	3.0
Ⅷ	耳および乳様突起の疾患（H60-H95）	31	5.1
Ⅸ	循環系の疾患（I00-I99）	321	20.6
Ⅹ	呼吸系の疾患（J00-J99）	624	19.3
ⅩⅠ	消化系の疾患（K00-K93）	873	9.9
ⅩⅡ	皮膚および皮下組織の疾患（L00-L99）	76	19.4
ⅩⅢ	筋骨格系および結合組織の疾患（M00-M99）	306	15.3
ⅩⅣ	尿路生殖系の疾患（N00-N99）	250	12.5
ⅩⅤ	妊娠、分娩および産褥（O00-O99）	-	-
ⅩⅥ	周産期に発生した主要病態（P00-P96）	-	-
ⅩⅦ	先天奇形、変形、および染色体異常（Q00-Q99）	4	6.8
ⅩⅧ	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見（R00-R99）	5	9.0
ⅩⅨ	損傷、中毒およびその他の外因の影響（S00-T98）	965	13.8
ⅩⅩ	傷病および死亡の外因（V01-Y98）	-	-
ⅩⅩⅠ	健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用（Z00-Z99）	-	-


平成30年度　疾患分類別退院患者数
2000
1800
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
新生物(C00-D48)
損傷、中毒およびその他の外因の影響(S00-T98)
消化系の疾患(K00-K93)
呼吸系の疾患(J00-J99)
循環系の疾患(I00-I99)
筋骨格系および結合組織の疾患(M00-M99)
尿路生殖系の疾患(N00-N99)
内分泌、栄養および代謝疾患(E00-E90)
感染症及び寄生虫症(A00-B99)
眼および付属器の疾患(H00-H59)
皮膚および皮下組織の疾患(L00-L99)
神経系の疾患(G00-G99)
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害(D50-D89)
耳および乳様突起の疾患(H60-H95)
精神および行動の障害(F00-F99)
症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見(R00-R99)
先天奇形、変形、および染色体異常(Q00-Q99)
妊娠、分娩および産褥(O00-O99)
周産期に発生した主要病態(P00-P96)
傷病および死亡の外因(V01-Y98)
健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用(Z00-Z99)


平成30年度　疾患分類別平均在院日数
25
20
15
10
5
0
眼および付属器の疾患(H00-H59)
耳および乳様突起の疾患(H60-H95)
先天奇形、変形、および染色体異常(Q00-Q99)
症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見(R00-R99)
消化系の疾患(K00-K93)
精神および行動の障害(F00-F99)
尿路生殖系の疾患(N00-N99)
新生物(C00-D48)
損傷、中毒およびその他の外因の影響(S00-T98)
感染症及び寄生虫症(A00-B99)
筋骨格系および結合組織の疾患(M00-M99)
内分泌、栄養および代謝疾患(E00-E90)
神経系の疾患(G00-G99)
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害(D50-D89)
呼吸系の疾患(J00-J99)
皮膚および皮下組織の疾患(L00-L99)
循環系の疾患(I00-I99)
妊娠、分娩および産褥(O00-O99)
周産期に発生した主要病態(P00-P96)
傷病および死亡の外因(V01-Y98)
健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用(Z00-Z99)

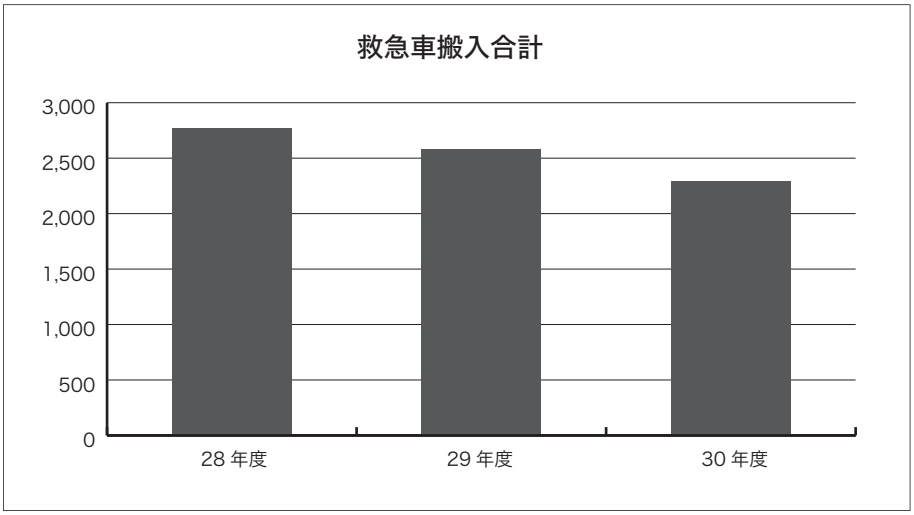
がん症例退院患者数

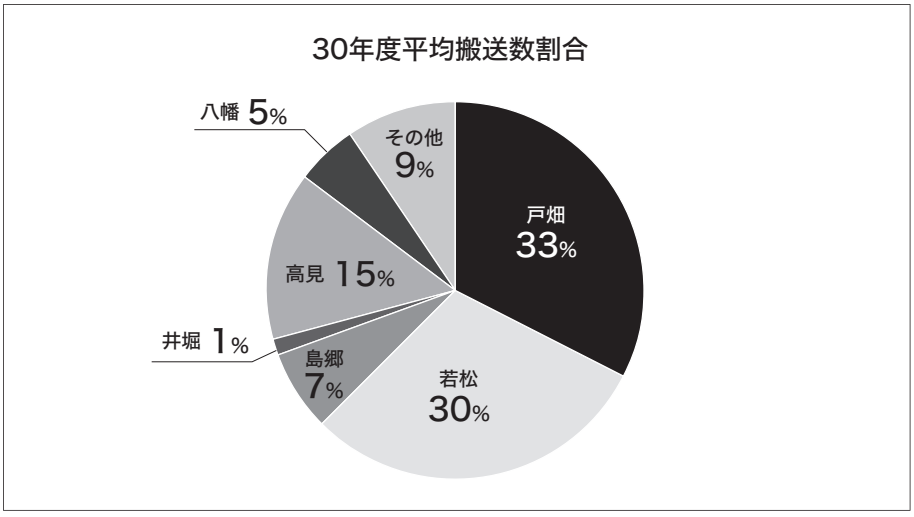
原発部位	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
消化器	584	546	752	761	808	692
男性生殖器	141	141	231	227	194	232
部位不明確, 続発部位	301	349	224	197	201	184
呼吸器及び胸腔内臓器	173	172	206	190	220	240
口唇, 口腔及び咽頭	41	51	112	146	113	114
腎尿路	53	67	80	72	62	53
乳房	30	42	81	63	77	127
女性生殖器	25	6	19	49	49	48
眼, 脳及びその他の中枢神経系	23	16	23	30	24	22
リンパ組織, 造血組織及び関連組織	12	5	11	8	13	9
骨及び関節軟骨	1		1	5	3	
皮膚	1		5	3	2	10
中皮及び軟部組織	17	12	11	2	13	19
甲状腺及びその他の内分泌腺	11	5	3	2	1	4
合計	1,413	1,412	1,759	1,755	1,780	1,754



救急隊別救急車搬入実績

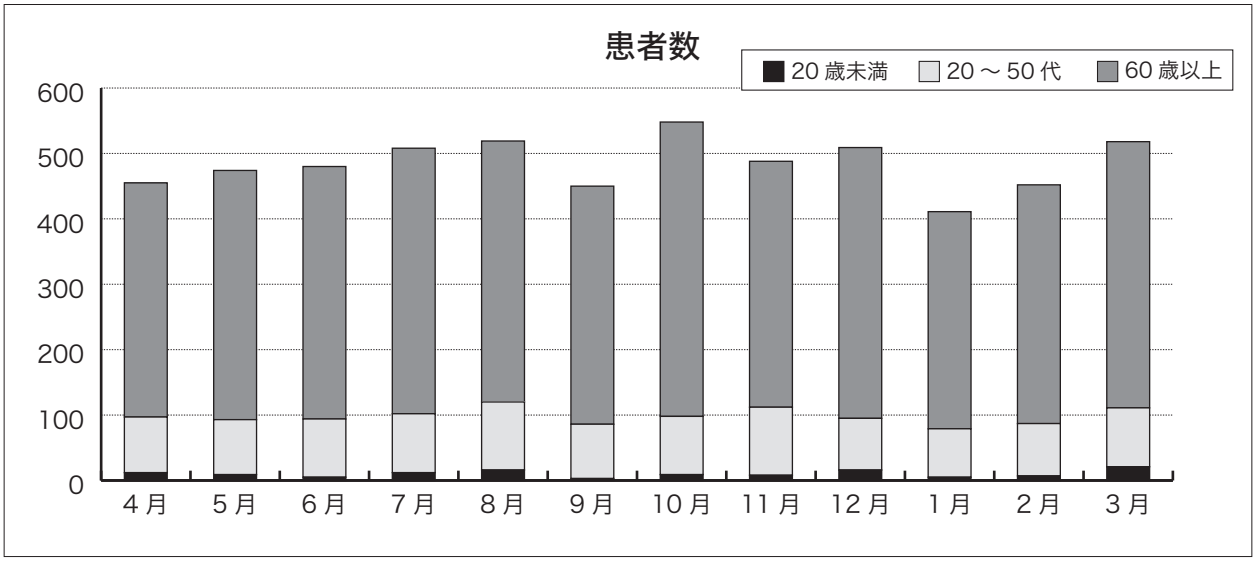
	戸畑		若松		島郷		井堀		高見		八幡		その他		計	
	時間内	休日 時間外	時間内	休日 時間外	時間内	休日 時間外	時間内	休日 時間外	時間内	休日 時間外	時間内	休日 時間外	時間内	休日 時間外	時間内	時間外
28年度	365	532	313	470	65	87	190	321	69	82	4	1	126	144	1,132	1,637
	897		783		152		511		151		5		270		2,769	
29年度	344	509	289	415	56	98	204	253	68	83	1	1	140	117	1,102	1,476
	853		704		154		457		151		2		257		2,578	
30年度	304	447	288	403	61	92	17	16	150	184	46	75	105	108	971	1,325
	751		691		153		33		334		121		213		2,296	
30年度 月平均	25.3	37.3	24.0	33.6	5.1	7.7	1.4	1.3	12.5	15.3	3.8	6.3	8.8	9.0	80.9	110.4
	62.6		**57.6**		**12.8**		**2.8**		**27.8**		**10.1**		**17.8**		**191.3**	

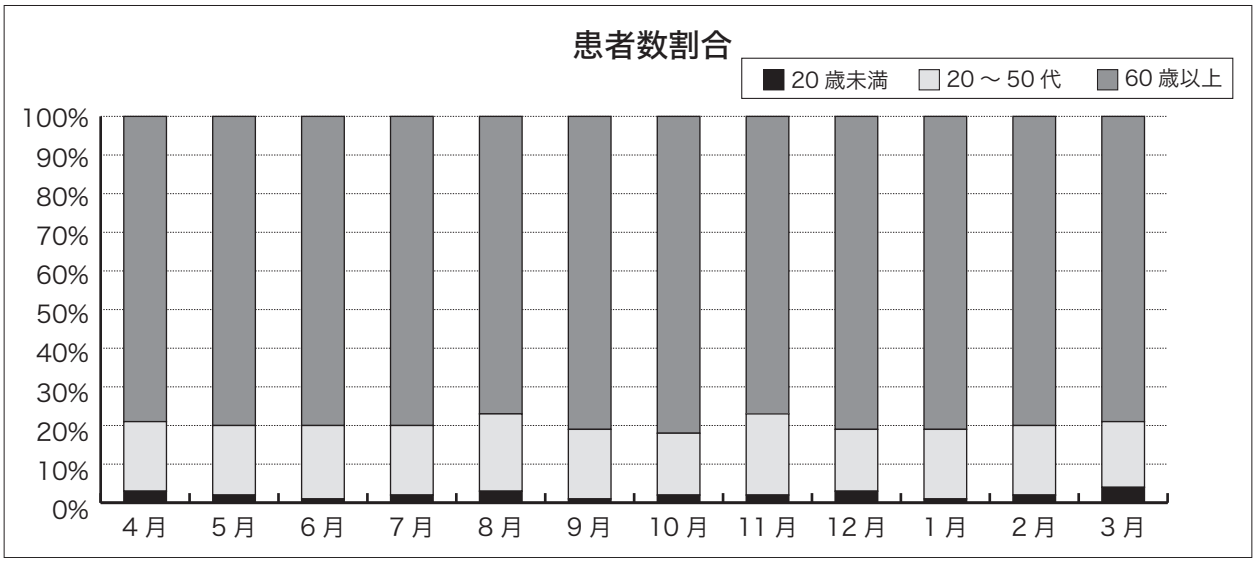




年代別退院患者数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
10歳未満	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	5
10代	12	9	4	11	14	3	9	8	15	5	7	21	118
20代	9	10	15	12	15	15	8	16	6	8	17	14	145
30代	16	9	8	9	15	17	12	15	12	11	10	19	153
40代	23	21	21	27	31	19	16	28	25	24	21	25	281
50代	37	44	45	42	43	32	53	45	36	31	32	32	472
60代	88	81	101	83	84	71	96	94	102	62	82	89	1,033
70代	115	132	126	143	119	118	151	95	122	115	107	149	1,492
80代	111	119	110	134	135	125	149	137	137	111	115	126	1,509
90代	43	49	46	41	56	47	52	48	51	43	58	38	572
100代	1	0	3	5	5	3	2	2	2	1	3	5	32
計	455	474	480	508	519	450	548	488	509	411	452	518	5,812





学術業績（学会発表）

第61回日本手外科学会学術集会【2018年4月26～27日】

演　　題:女性手根管症候群における屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無と脂質代謝

Clinical features and lipid metabolism of the idiopathic carpal tunnel syndrome with transthyretin amyloid deposition in women.

idiopathic carpal tunnel syndrome　特発性手根管症候群

Lipid metabolism　脂質代謝

TTR amyloid　トランスサイレチンアミロイド

演　　者:大茂壽久／戸畑共立病院 整形外科

共同演者:酒井昭典

産業医科大学　整形外科

【目的】

女性手根管症候群患者の屈筋腱滑膜のトランスサイレチン(TTR)アミロイド沈着の有無を検討し、陽性群と陰性群間での臨床的特徴と脂質代謝の違いを明らかにすることである。

【対象と方法】

特発性手根管症候群と診断し、手根管開放術が行われた女性89名101手、平均年齢70.3±12.2歳を対象とした。TTRアミロイド沈着の有無を確認し、陽性群と陰性群間での比較を行った。検討項目は年齢、性別、電気生理学的検査, 肥満度指数(BMI)、脂質代謝検査とした。

【結果】

TTRアミロイド陽性率は101手中32手(31.6%)であった。平均年齢はアミロイド陽性群(78.6±8.0歳)が陰性群(66.5±12.0歳)より有意に高かった(p＜0.01)。MDLは陽性群(7.4±2.4ms)が陰性群(5.9±2.1ms)より有意に遅延していた。BMIは陽性群24.5±3.8kg/m2、陰性群24.7±4.1kg/m2であり、両群間に差を認めなかったが、コントロール群と比較し有意に大きかった(p＜0.05)。総コレステロール(TC)(陽性群178.1±30.8mg/dl、陰性群212.3±27.2mg/dl、コントロール群187.4±31.3mg/dl)、LDL-コレステロール(LDL-C)(陽性群102.7±24.0mg/dl、陰性群128.2±27.7mg/dl、コントロール群110.7±25.7mg/dl)、Non-HDL-コレステロール(Non-HDL-C)(陽性群115.4±30.0mg/dl、陰性群141.7±30.5mg/dl、コントロール群126.5±34.1mg/dl)は陰性群が陽性群、コントロール群と比較して有意に高かった(TC、LDL-C p＜0.01Non-HDL-C p＜0.05)。脂質異常症の診断基準を陽性群25.8%、陰性群46.6%が満たし、陰性群に有意に多かった。

【考察】

女性の特発性手根管症候群において31.6%に屈筋腱滑膜へのTTRアミロイド沈着を認め高齢者の重症例に多かった。TC、LDL-C、Non-HDL-Cは陰性群が陽性群より有意に高く発症原因が異なることを示唆した。

要約)

特発性手根管症候群と診断し、手根管開放術が行われた女性89名101手、平均年齢70.3±12.2歳を対象とし、屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無を確認し、陽性群と陰性群間での比較を行った。31.6%に屈筋腱滑膜へのTTRアミロイド沈着を認め、高齢者、重症例に多かった。陽性群ではTC、LDL-C、Non-HDL-Cが陰性群より有意に低く発症原因が異なることを示唆した。

第46回日本血管外科学会学術総会【2018年5月10日】

演　　題:慢性期上腸間膜動脈解離の手術症例

演　　者:石橋慶章／戸畑共立病院 外科

共同演者:宗宏伸[1)]　谷脇智[1)]　和田義人[1)]　蒔本好史[1)]　竹谷園生[1)]　米良利之[1)]　今村鉄男[1)]　下河邉智久[3)]　金本亮[2)]　明石英俊[1)]

1)戸畑共立病院 外科、2)久留米大学 外科学、3)戸畑リハビリテーション病院

上腸間膜動脈(SMA)解離は中年男性の腹痛を主訴に発症する疾患として、CTscanの普及に伴い、散見される疾患となった。しかし、多くは保存的治療で軽快することが多く、外科的治療を行うことは希である。今回、発症時期は不明であるが、慢性期に解離腔が瘤化したと思われる症例に対して、開腹手術による上腸間膜動脈瘤切除、人工血管置換術を行い、良好な経過を得たので、報告する。(症例)66歳男性、これまでに右鼠径ヘルニア、胆石症、くも膜下出血、左鼠径ヘルニアの手術既往のある患者である。著明な腹痛の既往は明らかでない。今回、近医にて腹部エコーを施行した際に上腸間膜動脈瘤が疑われ、当院紹介となった。造影CT施行し、上腸間膜動脈解離の解離腔拡大と思われる最大横径26㎜の動脈瘤を認め、血管内治療では治療困難と判断し、全身麻酔下に開腹による外科手術を行った。上腹部正中切開で

開腹し前回手術の癒着剥離を行い、小腸腸間膜の全面に到達した。動脈瘤は上腸間膜動脈の中結腸動脈分岐直後より6㎝に及ぶ動脈瘤を認め、最大横径約3㎝であった。一部、静脈分枝を切離し、分枝を含め動脈瘤全体を剥離した。瘤より左右に4本の分枝を認めた。分枝を全て遮断し、中枢遮断は中結腸動脈の末梢で単純遮断し、瘤を切開し、6㎜人工血管で置換した。腸管の虚血時間は20分であった。瘤からの分枝4本中、2本を一塊として、6㎜人工血管で追加再建した。全ての分枝の拍動が良好であることを確認し、瘤壁で被い、手術を終了した。術後経過良好で経口摂取も開始していたが、手術後10日目より、嘔吐が出現、原因はSMA根部周囲の浮腫による十二指腸圧迫での通過障害であった。その後約10日で通過障害も改善し、経過良好で退院した。慢性期の上腸間膜動脈解離の瘤化に対する人工血管置換術(分枝再建)の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて、報告する。

第55回九州外科学会【2018年5月11～12日】

演　　題:早期胃小細胞癌に対して噴門側胃切除を行った一例

演　　者:市岡正敏／戸畑共立病院 臨床研修医

共同演者:米良利之 石橋慶章 竹谷園生 蒔本好史 和田義人 谷脇智

戸畑共立病院　外科

【はじめに】

胃小細胞癌は比較的まれな疾患であり、脈管侵襲、リンパ節転移、および遠隔転移が高率で予後不良の症例が多いとされている。今回、我々はさらに報告の少ない早期胃小細胞癌を経験したので報告する。症例は８７歳, 男性。吐血を主訴に、当院に救急搬送された。同日施行した上部消化管内視鏡検査で胃食道接合部に易出血性の腫瘍を認め、生検で神経内分泌腫瘍と診断された。画像検査では明らかなリンパ節転移や遠隔転移を認めず、噴門側胃切除術を行った。病理組織学的検査で深達度はSMであり、早期胃小細胞癌と診断した。今症例は現時点で、術後４ヶ月間明らかな再発や転移を認めておらず経過良好であるが、胃小細胞癌は早期であっても術後早期にリンパ節転移や遠隔転移をきたすことがあり、厳重な経過観察が必要である。今回われわれは早期胃小細胞癌の一例を経験したので若干の文献学的考察を加え報告する。

第55回九州外科学会【2018年5月11～12日】

演　　題:早期胃小細胞癌に対して噴門側胃切除を行った一例

演　　者:平島達朗／戸畑共立病院 臨床研修医

腹膜原発の悪性腹膜中皮腫を経験したので報告する。

症例は71歳、男性、アスベスト暴露歴あり。主訴は下腹部痛、腹部膨満感であり、腹部単純X線写真で二ボー像を認め、腸閉塞を疑われ当科紹介となった。腹部CTで腸閉塞は否定されたが、大網および腹膜の肥厚を認めた。確定診断目的に小開腹下で、大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術を施行した。病理結果はMalignant mesotheliomaであった。PET-CTで腹膜播種およびリンパ節転移を疑う所見を認めるものの、原発巣となる病変は認めず、腹膜原発の悪性腹膜中皮腫の診断となった。胸部には悪性胸膜中皮腫を疑うような病変は認めていない。現在温熱化学療法を行い加療中である。

悪性腹膜中皮腫は腹膜中皮細胞に発生する悪性腫瘍で、比較的稀な疾患である。現在本疾患に対する明確な治療方針が確立しておらず、予後は極めて不良である。今回経験した腹膜原発の悪性中皮腫１例に若干の文献学的考察を加え報告する。

第12回緩和医療薬学会年会【2018年5月25～27日】

演　　題:進行癌化学療法中にtrousseau症候群を呈した4例

演　　者:重見貴子／戸畑共立病院 薬剤部

共同演者:中園武宣[1)]　阿部雅雄[1)]　上田健[1)]　森康弘[1)]　鵜殿弘貴[2)]

1)戸畑共立病院 薬剤部、2)同 脳神経外科

【はじめに】

Trousseau症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固能亢進により血栓塞栓症を生じる病態である。当院がんセンターにおいて進行癌の治療過程で多発脳梗塞を発症しTrousseau症候群と考えられた4症例を経験したので報告する。

【症例１】

60代男性、膵尾部腺癌4b期。副作用歴にプレガバリンによる心房細動あり、休薬下で再燃なく(心電図評価)2017年9月～nab　PTX－GEM2コース施行。一過性意識消失出現し転倒、MRI精査にて多発脳梗塞発症(Dダイマー3.8、TC176、好酸球290)。ヘパリン→リバロキサバンと切り替え継続。右足動作不良と右手先感覚鈍麻残るものの再燃なく現在に至る。

【症例2】

60代女性、血糖コントロール不良にて入院し膵尾部腺がん4b期の診断。2017年10月～FOFIRINOX2コース施行した。翌11月食思低下、ふらつき出現し翌日従命不良を認めMRIにて多発脳梗塞の診断となる(Dダイマー35.3、TC167.1、好酸球510)エダラボン・ヘパリン→リバロキサバンに切り替えを行ったが脳梗塞発症から6病日、腫瘍の増大とPS低下から積極的治療の適応なく系列ホスピスへ転院、発症から17病日目ご逝去される。

【症例3】

80代女性　肺腺癌4b期、前医でペムブロリズマブ投薬後痙攣意識レベル低下から多発の脳転移に対するRTX目的で2018年1月入院。入院時MRIにて多発脳梗塞と播種を認め(Dダイマー8.4、TC149、好酸球240)、ヘパリン・レベチラセタムによる治療後アピキサバンへと切り替えたが11病日に下血あり中止。30Gy/10Frの全脳照射を完遂し紹介元へ転院。

【症例4】

60代男性　胃腺癌3ｃ期。術後再発に対するweekly PTXによる2ndline治療中アテローム性脳梗塞を発症しシロスタゾールとクロピドグレルを服用していた。2016年2月、口角下垂を生じMRIにて多発梗塞(Dダイマー16.9、TC220、好酸球50)、CTにて静脈血栓を認めエダラボン・エドキサバンを開始したが、脳梗塞発症から6病日でご逝去された。

【結語】

末期がん患者に発症するTrousseau症候群は患者のPSと予後を大きく左右する。症例背景を振り返り早期診断の糸口を探る。

第28回 日本臨床工学会【2018年5月26～27日】

演　　題:高気圧酸素治療における医薬品(貼付剤・軟膏)の持ち込みについて

演　　者:大田健志／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【背景】

高気圧酸素治療(以下HBOT)は、過去の事例からも火災事故の危険性に留意しておかなければならない。日本臨床工学技士会発行高気圧酸素治療業務指針では、可燃性あるいは油脂を含有するものは禁止されている。また、日本高気圧環境・潜水医学会発行　安全基準第36条には、油脂類、消毒用アルコール、ベンジンその他の引火性物品等の持ち込みを禁止とする記載がある。

【目的】

HBOTの適応には、術後および創傷治癒目的の治療があり、油脂類や引火性の恐れがある医薬品を使用し、治療を実施しなければならないケースがある。今回、HBOTにおける医薬品の持ち込みについて検討したので報告する。

【方法】

対象は、当院で採用されている貼付剤・軟膏とした。調査項目は、添付文書を参照し、貼付剤・軟膏の成分・添加物とし、消防法第2条第7項　消防法別表に従い区分した。予備調査として、製薬メーカーに対する電話調査を実施した。

【結果】

貼付剤には18種類中10種、軟膏には28種類中13種に危険物が含まれていた。消防法別表より第2類4種、第4類35種、第5類1種が危険物に区分された。電話調査の結果、いずれの製薬メーカーからも明確な回答は得られなかった。

【考察】

貼付剤ではイソソルビドテープやヨードホルムガーゼ、軟膏ではプロスタンディン軟膏やイソジンゲンタマイシン硫酸塩軟膏などが装置内に持ち込む可能性が高いことが示唆された。また、貼付剤・軟膏は、薬効成分よりも多くの添加物によって組成されており、添加物を含め危険物を正確に把握すべきと考えられた。一方で、区分外に該当する医薬品もある

ことから、装置内への持ち込みの可能性が示唆された。医薬品に対する詳細な取り決めがないことから、業務指針に、製薬メーカーに注意事項等を確認するという記載があるが、それだけでは不十分であると考えられた。業務指針および安全基準に明記されることで、より安全な治療が行われることが期待されるが、いずれにしても、各施設の責任の下、調査し持ち込みを判断することが必要と考えられた。

【結語】

今回、HBOTにおける医薬品(貼付剤・軟膏)の持ち込みについて検討した。当院で採用している貼付剤には18種類中10種、軟膏には28種類中13種に危険物が含まれていることがわかった。治療オペレーターとして医薬品の成分および添加物を把握し、安全な治療提供に努めなければならない。

第28回 日本臨床工学会【2018年5月26～27日】

演　　題:インシデント事例からみた当院の取組み　～加温不備防止に向けて～

演　　者:大田真／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

ハイパーサーミア(以下HT)は電磁波が照射される特殊な環境下にあり、安全性が重視されるが、その歴史も浅いことから、十分な体制が確立されているとはいえない現状にある。

当院では、年間約2,500件の治療を行っており、2009年7月から2017年11月で、Safe Master(事例報告システム)より集計した全85件中、20件(23.5%)と最も多くあげられた事例が加温不備であった。加温不備は治療効果に直結し、患者との信頼関係を構築する上でも重大なインシデントであることから今回、当院での加温不備防止に向けた取組みについて報告する。

1)各臓器別と頭頸部領域の電極圧着調整を含めたポジショニングに対し、人体模擬トレーナーを用いたシミュレーショントレーニングを実施することとした。これにより、経験年数に伴う技術格差が是正され、治療技術の標準化に繋がった。HTは養成校での教育体制が設けられておらず、現場教育(OJT)が中心となることから、シミュレーショントレーニングは、より臨床に即した教育として有用であると考えられた。

2)治療前のタイムアウトを導入した。確認項目は、「患者氏名」、「加温部位」、「患者状態」とし、担当CE、看護師、患者での相互確認が可能となった。特に指差し呼称の実践は、確認作業において意識向上に繋がる有効な取り組みであると考えられた。

3)多職種協同(9職種)の病棟回診を開始とした。HTの加温部位、出力、治療時の懸案事項を始め、各種治療の効果と副作用、栄養状態、リハビリによる身体機能、今後の治療方針について協議をし、情報共有の強化を図った。日々変化する患者状態に対し、チームで介入することは、集学的治療を提供する上で有用な取り組みであると考えられた。

4)指示書を導入し、病名、加温部位、治療目的、体位、電極径、目標加温出力といった情報を基に治療を実施することとした。加温部位では中心部のCTスライス番号を基準としたことで、精度の高い部位調整が可能となった。また、指示書の導入は口頭指示廃止の点からも効果的な取り組みであると考えられた。

今回、加温不備防止に向けた当院の取り組みについて報告した。今後も本ワークショップを通じ、施設間との情報共有と連携強化を図ることで、HTの発展に努めていきたい。

第28回 日本臨床工学会【2018年5月26～27日】

演　　題:急性末梢血管障害に対するHBOTの経験

演　　者:灘吉進也／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:甲斐雄多郎　今林和馬

戸畑共立病院 臨床工学科

高気圧酸素治療(以下HBOT)における急性末梢血管障害は、重症熱傷・凍傷、広汎挫傷・中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害、コンパートメント症候群・圧挫症候群として所定の診療報酬点数を算定できる。しかし、ひとえに急性末梢血管障害といってもその適応の幅は広く、挫滅が軟部組織から骨・関節までおよぶ場合は、感染や骨接合不全に陥り、筋区画内の浮腫や出血により内圧上昇から循環障害に陥る場合は、筋肉壊死や神経麻痺を起こすなど、治癒までに難渋するケースも多い。

外傷に伴う組織の低酸素状態を改善させるには、酸素は必要不可欠なものであり、創傷治癒過程に必要な血管新生、線維芽細胞の増殖、上皮化などを活性化させる。さらに感染創での白血球の殺菌作用を促進し、嫌気性菌や好気性菌にも効果が期待できることから、抗生物質とは作用機序が異

なる耐性菌にも有効と考えられている。形成外科診療および日本皮膚科学会のガイドラインにおいてHBOTの高いエビデンスレベルが報告されている。また、切断を含めた再手術の抑制が顕著であることから、米国ではHBOTの費用対効果は高いとされている。

当院ではHBOTを創傷治癒目的として外科的処置や局所陰圧閉鎖療法などと併用する。創傷部位に対する処置を行った後より開始し2~2.5ATA、60分を連日施行する。2015年から2016年度の急性末梢血管障害の治療実績は205例、内訳は急性末梢血管障害116例、重症熱傷・凍傷6例、広汎挫傷・中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害7例、コンパートメント症候群・圧挫症候群76例。平均治療回数12回、平均在院日数23日。

HBOTは、創部に対する治癒率の向上、下肢切断率の抑制、切断後の死亡率の低下など良好な治療効果が報告されている。本症例の一般的な入院期間が50日前後に対し、当院の平均在院日数から、明らかな効果を認めている。HBOTは、薬剤投与や外科的治療などと併用される補助的手段と位置付けられる。このことから運用は、チーム医療の一員として多職種との連携が要点となり、主治医の方針を理解したうえで治療を進めていくことが必須と考えられた。課題は、補助的手段としてのエビデンスは確立されつつあるも、施設に限りがあることや早期の効果判定およびDPC制度(DPC/PDPS)による運営的側面が課題とされるが、いずれにしても診療報酬点数の改訂が期待された。

第135回西日本整形・災害外科学会学術集会【2018年6月2〜3日】

演　　題:腰部脊柱管狭窄症に対する棘突起縦割式椎弓切除術および棘突起を温存した除圧術の比較

演　　者:清水建詞／戸畑共立病院 整形外科

腰部脊柱管狭窄症に対する棘突起縦割式椎弓切除術は従来の椎弓切除術と比較し術後創部痛の軽減、傍脊柱筋の温存などが利点として報告されている。今回棘突起縦割式椎弓切除術と最小侵襲手術として開発された片側開窓両側除圧術を比較したので報告する。対象は平成25年以降当科で棘突起縦割式椎弓切除術を施行した22例である(男12例、女10例)、年齢は平均74歳(57-87歳)である。除圧椎間は平均2.2椎間(1-6椎間)、術後観察期間は平均23ヶ月(12-48ヶ月)であった。同期間に行った棘突起を温存した片側開窓両側除圧術21例をコントロールとし、臨床成績および画像評価について比較した。臨床成績および椎間不安定性については両群で有意差を認めなかったが、棘突起縦割群では片側開窓両側除圧群に比べ傍脊柱筋の萎縮が少なかった。

第30回日本肝胆膵外科学会学術集会【2018年6月7日】

演　　題:全内臓逆位症を合併した胆管原発腺扁平上皮癌に対して膵頭十二指腸切除術

演　　者:和田義人／戸畑共立病院 外科

共同演者:谷脇智　竹谷園生　宗宏伸　佐藤英博　今村鉄男

戸畑共立病院 外科

【背景】

全内臓逆位症は内臓の全部が左右逆転し、正常位に対して鏡面的位置関係にあるものをいう。それ自体に病的意義はないが、近年悪性腫瘍との併存が注目されている。

【症例】

79歳の女性で、閉塞性黄疸を主訴に来院された。画像および内視鏡検査で下部胆管に閉塞を認め生検の結果腺癌を認めため胆管癌と診断し膵頭十二指腸切除術を施行した。組織学的には腺扁平上皮癌であった。10か月後に肝転移、腹膜播種を認め放射線科化学療法を施行した。

【結語】

全内臓逆位症に合併した胆管原発腺扁平上皮癌は稀である。全内臓逆位症症例は術前に画像診断を用いた詳細な解剖学的な検討を行うことにより手術の非適応となることなく安全に施行できるものと考えられた。

Pancreaticoduodenectomy for bile duct adenosquamous carcinoma with situs inversus totalis

Yoshito Wada, Satoshi Taniwaki , Sonoo Taketani , Hironobu So ,Tetsuo Imamura

Abstract

Background: Situs inversus totalis represents an unusual anomaly characterized by a mirror-image transposition of the abdominal and thoracic viscera. It often occurs concomitantly with other disorders that make difficult diagnosis and management of abdominal pathology. The relationship between situs inversus totalis and cancer

remains unclear.

We describe a 79-year old Japanese female with situs inversus totalis who presented with obstructive jaundice. Imaging and endoscopic modalities demonstrated a mass of distal common bile duct which biopsy identified an adenocarcinoma. The patient was successfully treated by cephalic pancreaticoduodenectomy and its histological diagnosis was adenosquamous carcinoma. In 10 months after surgery, she has done chemo-radiation therapy because of metastatic liver carcinoma and dissemination. Conclusion: The occurrence of bile duct adenosquamous carcinoma in patient with situs inversus totalis accounts as a rare coincidence. In this setting, when the tumor is resectable, surgical management should be considered without contraindication and must be preceded by a careful preoperative staging.

第111回日本消化器病学会九州支部例会・第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2018年6月8～9日】

演　　題：服薬アンケート調査を用いた潰瘍性大腸炎に対する新規DDS-MMX mesalasineの使用実態

演　　者：酒見亮介／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者：酒見亮介　宗祐人　大津健聖　今村健太郎　辛島嘉彦　池園友　　寺部寛哉　榊原重成

戸畑共立病院 消化器病センター

【背景・目的】

本邦において2016年12月より使用可能となったDrug-Derivary System(DDS)-Multi Matrix system(MMX)を有するメサラジン製剤によって、1日1回の服薬により高容量のメサラジンを大腸全域に送達させることが可能となった。服薬回数が1日1回であることから、服薬adherenceの向上が期待される一方、既存の時間依存性5-ASA製剤、pH依存性5-ASA製剤よりも薬剤径が大きく、服薬が困難となり服薬に対する受け入れが低下する可能性も指摘されている。今回、我々はDDS-MMXメサラジン製剤を使用している患者において服薬アンケートを実施し、同薬剤の受け入れ状況を把握することとした。

【方法】

2016年12月から2018年1月の間に、DDS-MMXメサラジン製剤を一度でも服用した24例を対象に、定期受診時に5つの選択形式質問を用いたアンケートを実施した。

【結果】

患者背景は，男性10例、投与時平均年齢48歳（18～84歳）、投与時平均罹病期間6年、平均CAI8.1、全大腸炎型7例・左側大腸炎型16例、他の5-ASA製剤からの切り替えは21例であった。2週後の平均CAIは4.9と有意に低下していた（P<0.01）。アンケート回答率は100%であった。79%の患者が薬剤径の大きさについて気になると回答したが、全例が飲み忘れなしと回答した。薬剤径の大きさに対する質問について性別および年齢別に層別化を行ったが、いずれも大きさへの関与を認めなかった。他の5-ASA製剤からの切り替えのうち38%が飲みにくいと回答したが、14%は飲み忘れが減ったと回答し、切り替え前の薬剤に戻して欲しいと回答した症例は認めなかった。

【結語】

DDS-MMXメサラジン製剤は剤型の大きさに問題点を認める一方で、服薬adherenceの低下には寄与しない可能性が示唆され、年齢および性別による大きさへの問題は認めなかった。また他の薬剤からの切り替えにおいては14%の患者で服薬adherenceが向上しており、DDS-MMXメサラジン製剤への切り替えは服薬adherenceの向上が期待される治療選択の一つと考えられた。

第111回日本消化器病学会九州支部例会・第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2018年6月8～9日】

演　　題：Ｃ型肝炎に対するＤＡＡ製剤治療後に発症し治療に難渋した進行肝細胞癌の１例

演　　者：松垣諭／戸畑共立病院 肝臓内科・消化器病センター

共同演者：福嶋博文　久保保彦　池園友

戸畑共立病院 肝臓内科・消化器病センター

【症例】76歳　男性

【主訴】なし

【現病歴】

２００９年７月Ｃ型肝炎にて経過観察中肝細胞癌（以下HCC）を指摘、S6 22mm HCCに対して肝後区域切除施行。その後TACE RFA繰り返す。2014年5月 S4 HCC に対してTACE施行後再発なく経過し、2015年3月より8月までC型肝炎に対してダグラタスビル＋アスナプレビル投与しSVRとなる。その後2015年11月より徐々にPIVKA-II上昇。2016年2月腹部造影CT行うもHCC認めず、5月の腹部造影MRIにて肝右葉に門脈腫瘍栓を伴うびまん性の腫瘍を認め、HCCの再発と診断。加療目的にて5月20日入院となる。

【経過】

入院時の肝機能はChild Pugh grade A AFP 11.3ng /ml（ L3 分画7.3% ）PIVKA-II 10169mAU/mlと上昇。慢性肝炎であるが後区域切除後であるものの右葉切除にて切除率50％程度となり、加えて短期間に腫瘍栓を形成する悪性度の高いHCCが想定されたため、neoadjuvant chemotherapyとして肝動注化学療法を行うこととした。しかしながらリザーバー留置後の発熱が持続（後日ヘパリンアレルギーの診断）したため、抜去後ミリプラチンを用いバルーンカテーテルによるB-TACEを行った。後日ダルテパリンナトリウム使用の上ヘパリンコーティングのないカテーテルを留置しCDDP+5-FUの動注施行。PIVKA-Ⅱはその後正常化し効果を認めたものの、著明な肝内A-Pシャントを形成。この影響で食道静脈瘤も出現した。門脈腫瘍栓とA-Pシャントの影響で右葉が委縮、代償性に左葉が肥大したため切除可能となり、2017年4月10日に右葉切除（前区域切除）を久留米大学外科にて施行した。切除標本では肝細胞癌はほとんど残存しておらず腫瘍染含めて壊死組織がほとんどであった。その後は再発なく経過している。

【考察】

DAA製剤はその後のHCC再発を抑制することが証明されているものの、HCVに対する免疫監視機構の低下や血清VEGFの増加などにより再発・急速増大するHCCが発生する報告も散見されている。DAA治療前後ではEOB-MRIを行い、厳重に経過観察する必要があると考えられた。

第111回日本消化器病学会九州支部例会・第105回日本内視鏡学会九州支部例会【2018年6月8～9日】

演　　題：当院における十二指腸乳頭部腺腫に対する内視鏡的乳頭切除術の検討

演　　者：寺部寛哉／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者：岡部義信[2)]　佐々木優[3)]　今村健太郎[1)]　辛島嘉彦[1)]　大津健聖[1)]
池園友[1)]　酒見亮介[1)]　宗祐人[1)]　森光洋介[4)]

1）戸畑共立病院 消化器病センター、2）久留米大学医学部 内科学講座消化器内科部門、3）社会保険田川病院 消化器内科、
4）戸畑共立病院 病理診断科

【背景と目的】

十二指腸乳頭部腫瘍の治療は、従来外科的切除が行われてきたが、特に腺腫症例に対して近年は内視鏡的乳頭切除術（Endoscopic papillectomy:EP）が行われるようになってきた。

当院の十二指腸乳頭部腺腫に対するEPについてretrospectiveに検討し報告する。

【対象と方法】

2014年1月～2018年2月の期間、当院で施行したEP 5例を対象とした。当院のEPの適応は、術前生検で腺腫と診断され、各画像診断で胆管膵管進展をみない露出腫瘤型の症例を対象としている。使用内視鏡はJF260V（オリンパス社）、必要に応じて乳頭部肛門側に局注をおこない、口側隆起を切除範囲に含めスネアを用いて一括切除を目指す。高周波装置はICC200（ERBE社）を用い、設定はEndocut mode 120Wで施行した。また、切除後膵炎予防に5Fr
膵管ステントを留置した。

【結果】

男性2例、女性３例、平均年齢69歳（57～80歳）。発見契機は、4例で無症状のスクリーニングで発見され、1例は心窩部違和感を契機に発見された。平均処置時間は38.4分（25～50分）。一括切除率は80%（4/5）で、1例は分割切除であった。切除後病理診断では、全例が腺腫で、免疫組織学的検討では、全例で粘液形質は腸型であった。全例経過観察中（観察期間: 1ヶ月～4年）で、分割切除した1例で腺腫の遺残を認めたが、APCによる内視鏡的焼灼術で腫瘍は消失し、約4年の経過観察でも再発は認めていない。偶発症は、5例中3例（後出血１例、軽症膵炎１例、胆管炎１例）であり、後出血例では内視鏡的止血術を施行したが、いずれも保存的に経過良好であった。なお、平均入院日数は12.4日（8~14日）であった。

【結語】

十二指腸乳頭部腺腫に対するEPは十分な偶発症対策を行えば治療成績も良好であり、一般病院でも施行可能な低侵襲治療であると考えられた。

第111回日本消化器病学会九州支部例会・第105回日本内視鏡学会九州支部例会【2018年6月8～9日】

演　　題:当院における下咽頭癌ESDの治療成績と工夫

演　　者:宗祐人／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:大津健聖[1)]　今村健太郎[1)]　森光洋介[2)]　佐藤英博[3)]

1)戸畑共立病院 消化器病センター、2)同 病理、3)同 外科

【背景】

当院での下咽頭癌ESDの適応病変は、臨床的に転移のない上皮下層までの表在癌で、術後変形による嚥下障害が併発しないと思われる病変としている。また、全身麻酔下ESDは、全例内視鏡室で施行している。

【目的】

当院にて施行された下咽頭癌ESD症例の治療成績を明らかにし、その有用性を検討する。

【対象と方法】

2010年11月から2018年2月までの期間にESDを施行した下咽頭癌14例18病変を対象とした。検討項目:肉眼形態、病変部位、他臓器癌合併率、平均腫瘍径、平均切除時間、一括切除率、一括完全切除率、合併症について検討した。

【手技の工夫】

局注液は生理食塩水を使用し、全例にアタッチメントまたはSTフードを装着。気管内挿管全身麻酔下に佐藤式弯曲型喉頭鏡で喉頭展開して視野を確保した。デバイスは主にFlushナイフ2.0を使用し、症例によってはHookナイフや糸付きクリップを併用した。また、被裂喉頭蓋ヒダの声帯寄りの病変で、気管内挿管チューブの影響で視野確保の悪い症例は、気管切開下にESDを施行した。

【成績】

肉眼形態:IIb 9病変、IIa(またはI) 7病変、IIc 2病変。病変部位:梨状陥凹8病変、後壁6病変、被裂喉頭蓋ヒダ4病変。他臓器癌合併率:100%(14/14)で食道癌10例、胃癌3例、腎癌1例、軟口蓋癌・口底癌1例、肺癌1例(重複あり)であった。平均腫瘍径:21.6±9.2mm(7-45)、平均切除時間:89±39分(32-150)、一括切除率は100%(18/18)、一括完全切除率は94%(17/18)であった。合併症:術中合併症は認めなかったが、術後瘢痕変形に伴う声帯麻痺による嗄声を1例に認めた。

【考察】

弯曲型喉頭鏡の導入により視野確保が良好となり、正確な一括切除が可能であった。また、被裂喉頭蓋ヒダの声帯に近い部位は気管切開下でのESDが有効であった。

【結論】

下咽頭表在癌に対するESDは有用な治療法である。また、手技や工夫の実際を動画で供覧する。

第10回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会【2018年6月14～16日】

演　　題:中高年者のアキレス腱断裂と脂質異常症の関連

演　　者:古子剛／戸畑共立病院 整形外科

共同演者:大茂壽久　江副賢生　長島加代子　濱田賢治　田原尚直

戸畑共立病院 整形外科

【目的】

家族性高コレステロール血症患者では、腱の変性を来すことが知られている。脂質異常症が中高齢者のアキレス腱断裂の内的要因として関与するかを検討した。

【対象と方法】

2014年1月から2017年9月までに当科で手術を行った40歳以上のアキレス腱断裂24名(R群)を対象とした。コントロール群は年齢調整を行った脂質異常症の治療歴のない24名(C群)とした。検討項目はBody Mass Index(BMI)、総コレステロール(TC)、トリグリセリド(TG)、HDL-C、Non-HDL-C、LDL-Cとした。

【結果】

TC(R群207.0mg/dl、C群181.7)、LDL-(R群131.1mg/dl、C群111.0)ではR群がC群と比較し有意に高かった。

【結論】

脂質異常症(高LDL-C血症)がアキレス腱の脆弱性を招き、腱断裂に関与している可能性が示唆された。

第15回 日本臨床高気圧酸素・潜水医学会【2018年6月16日】

演　　題:高気圧酸素療法記録システムH.E.R.O.™の活用方法の検討

演　　者:今林和馬／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:今林 和馬　甲斐 雄多郎　灘吉 進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

SECHRIST社製高気圧酸素治療記録システム「H.E.R.O™」(以下HERO)は、高気圧酸素治療(以下HBO)装置内の酸素濃度、換気量、酸素分圧等が可視化でき、患者毎に経時記録可能なシステムである。ハードウェアはWindows搭載パネルPCで、外部端末に接続可能な各種インターフェースを備え、経皮酸素分圧モニター入力、経時記録出力も可能である。今回、HEROの活用方法を検討したので報告する。

【方法】

HBO装置は2800Jと3300HJを使用し、それぞれにHEROを搭載した。RATESETは1と3を用い、換気量(L/min)は、①140　②160　③180　④200　⑤220　⑥240に設定した。HBOの治療条件(酸素濃度100%、酸素分圧1500㎜Hg、気圧14PSI)の到達時間を計測した。

【結果】

2800J RATESET1、①12′06″②11′54″③12′00″④12′06″⑤11′48″⑥12′18″.　2800J RATESET3、①9′46″②9′17″③6′15″④4′49″⑤5′52″⑥6′03″.3300HJ　RATE　SET1、①20′25″②19′08″③15′02″④15′20″⑤14′56″⑥14′27″.3300HJ RATE SET3、①21′12″②21′24″③16′40″④15′54″⑤15′04″⑥15′32″.

【考察】

2800Jは140L/min、3300HJは220　L/minで治療テーブルに相関すると考えられた。RATESETを上げると、設定圧への到達は早いが治療条件に到達せず、圧力ゲージが14PSIを示しても治療開始と認識してはいけないことがわかった。従来のSECHRIST社製装置では、目視するものがなく直感的な操作に留まった。HERO誕生により視覚的に治療条件を確認できた。HBOの質保証および安全管理に非常に有用なツールであると考えられた。

第15回 日本臨床高気圧酸素・潜水医学会【2018年6月16日】

演　　題:高気圧酸素療法記録システムH.E.R.O.™の活用方法の検討

演　　者:灘吉進也／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:甲斐 雄多郎　今林 和馬　後藤 陽次朗　大田 健志

戸畑共立病院 臨床工学科

【背景】

高気圧酸素治療(以下HBOT)の適応は、術後や創傷治癒目的と幅広く、油脂類や引火性の恐れがある医療用医薬品を使用し、治療を実施しなければならないケースがある。しかし、HBOT関連の指針や基準において、油脂類やその他の引火性物品等の持ち込みは禁止されており、その危険性も留意しておかなければならない。

【目的】

今回、HBOTにおける医薬品の持ち込みについて検討したので報告する。

【方法】

独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページより、添付文書等検索から軟膏と貼付剤(テープ)にて名称検索を行った。次に、医薬品の有効成分および添加物をSDS(安全データシート)の15項適用法令より、消防法第2条第7項消防法別表に従い区分した。

【結果】

PMDAから医薬品405種、添付文書から添加物3,369種が確認された。内訳は、軟膏285種、添加物2,470種。テープ120種類、添加物896種。消防法別表より、第1類(酸化性固体)1種、第2類(可燃性固体)344種、第4類(引火性液体)1,030種、第5類(自己反応性物質)14種、非該当1,744種。

【考察】

本邦では、SDSにより化学物質又はそれを含有する製品情報を事前に提供することが義務付けられている。また、総務省消防庁は、火災の際、消火の困難性が高い性状などを有す物品を危険物として指定し、安全確保に努めている。軟膏・貼付剤は、有効成分のみならず多くの添加物によって組成されており、添加物を含め適切な手順にて危険物を把握すべきと考えられた。アズノール軟膏やペンレステープなど僅かではあるが、消防法に該当しない医薬品を認めたことから、装置内への持ち込み可能な医薬品が確認された。業務指針に、製薬メーカーに注意事項等を確認するという記載があるが、それだけでは不十分であると考えられ、各施設の責任のもと、持ち込みを判断することが必要と考えられた。

第19回日本言語聴覚学会【2018年6月22~23日】

演　　題:音声認識ソフトを用いた簡易的な客観的発話明瞭度評価の検討
—健常者群とタイプ別のディサースリア例の結果を基に—

演　　者:芦原康寛／戸畑共立病院 リハビリテーション科
共同演者:神代美里　橋木里実　大森政美
戸畑共立病院 リハビリテーション科

【緒言】
当院では発話明瞭度評価として、伊藤による聴覚的評価（9段階評価尺度）を用いている。しかし、臨床において9段階評価尺度は主観的であり、検査者間での評価にバラツキがある。そのため、今回、音声認識ソフトを用いた客観的発話明瞭度評価の有用性を検討した。
【対象】
健常者群20例（平均年齢28.8±4.7歳、男性11名、女性9名）、タイプ別のディサースリア3例（痙性、失調性、UUMNの70歳代、9段階評価尺度3.5、3、1.5）。
【方法】
構音検査（改訂版）で用いられる50単語、SLTA—STで用いられる6つの短文の計56の文字カードの音読を行い、音声認識ソフト（iOS11）で正答数を検出する。【結果】健常者群では、平均値53.1±1.7（最大値56、最小値50）であり、単語の誤りには一貫性はなく、短文では誤りを認めなかった。タイプ別のディサースリア例は、痙性タイプでは14/56正答、失調性タイプでは25/56正答、UUMNタイプでは46/56正答と各タイプ別で差がみられ、それぞれ短文では顕著に誤りを認めた。
【考察】
発話明瞭度を評価する方法には、聴覚的評価または音響分析、エレクトロパラトグラフィのような機器を用いた評価方法がある。聴覚的評価は主観的な評価となりやすく結果に差が生じる可能性があると報告されている。また、機器を用いた発話明瞭度評価は多様にあるが、使用には知識・技術が必要であることが多い。今回、身近にある音声認識ソフトを用いた発話明瞭度評価では、健常者群で大きな差はなく、タイプ別のディサースリア例ではSTによる9段階評価との相関が考えられた。今後は、ディサースリア症例数を増やして検討していく必要がある。
【結語】
簡易的な客観的発話明瞭度評価として、音声認識ソフト使用の有用性が示唆された。

第54回日本肝癌研究会【2018年6月28～29日】

演　　題:上行結腸に血行性転移した肝細胞癌の1例

演　　者:松垣諭／戸畑共立病院 肝臓内科・消化器病センター
共同演者:福嶋博文[1)]　久保保彦[1)]　池園友[1)]　森光洋介[2)]　和田義人[3)]　谷脇智[3)]　奥田康司[4)]
1)戸畑共立病院 肝臓内科・消化器病センター、2)同 病理学、3)同 外科、4)久留米大学 外科

【症例】62歳　男性
【主訴】なし
【現病歴】
2000年頃にC型肝炎を指摘されインターフェロン治療を受けるも効果なく、近医にて経過観察受けていたが通院は不規則であった。2015年3月近医に肺炎で入院中肝腫瘍を指摘され当院紹介受診となる。門脈本幹まで腫瘍栓を有する多発肝細胞癌と診断。肝動注リザーバーを留置しNewFP療法・low dose FP療法による肝動注化学療法・C-TACE DEB-TACEなど行い効果を認め、2016年4月1日TACEを加えてリザーバーを抜去した。CRを継続していたが、S6に肝外に突出するようにHCCが再発、右門脈への腫瘍栓も疑われたため10月5日S6+S5部分切除を施行した。（病理所見：poorly differentiated adenocarcinoma VP2）その後残肝に多発再発認め12月6日・2017年3月にTACE施行。6月にRFA施行。その後のCTにて肝内の再発ははっきりしなかったものの上行結腸に腫瘍性病変認めた。
【経過】
肝機能はChild Pugh grade A AFP 10.4 ng/ml PIVKA-II 23 mAU/mlと正常。PET検査では上行結腸の腫瘍に一致し異常集積を認めたが、加えて左門脈内にも異常集積を認めた。造影超音波検査では同部位に早期濃染も認めたことから腫瘍栓の再発と診断した。下部消化管内視鏡検査では上行結腸に不整形の陥凹を伴う粘膜下腫瘍を認め、潰瘍面からの生検では上皮性悪性腫瘍が認められ肝細胞癌の転移が疑われた。肝病変が予後を規定するものの消化管出血・通過障害のリスクもあり、7月11日に門脈腫瘍栓に対しCDDPによるchemolipiodolization を行った後、7月28日右半結腸切除術を施行した。腫瘍は結腸静脈内での進展が見られる肝細胞癌で、以前の肝切除病変と同等の組織所見であった。その後再度肝動脈リザーバーを留置し肝動注を行ったが効果なく腫瘍栓増大、11月9日他界された。
【考察】
当症例は門脈腫瘍栓を伴った肝細胞癌と上行結腸に転移した肝細胞癌との組織が一致しており、門脈から上腸間膜静脈へ逆行性に血行性転移をきたしたものと推測される。肝細胞癌の結腸への血行性転移は13例の報告しかなく非常にまれであり文献的考察含めて報告する。

第54回日本肝癌研究会【2018年6月29日】

演　　題:肝門部胆管癌との鑑別に苦慮した直腸癌術後転移性肝癌の1例

演　　者:和田義人／戸畑共立病院 外科

共同演者:石橋慶章[1)]　米良利之[1)]　竹谷園生[1)]　宗宏伸[1)]　佐藤英博[1)]　谷脇智[1)]　今村鉄男[1)]
森光洋介[2)]　小嶋聡生[3)]　奥田康司[3)]

1)戸畑共立病院 外科、2)同 病理、3)久留米大学 外科

【症例】51歳、女性。2014年7月2日直腸癌にて腹腔鏡下低位前方切除術を施行した(P0H0N0SSM0 stageII)。

【術後】

TS-1を16クール内服後は定期的に外来通院中であった。2017年8月中旬に心窩部痛、その後背部痛を認めたが自然消失していた。9月の採血でCEAの軽度上昇もあり、腹部造影CTを施行したところ、肝S8に造影領域不良部位と末梢胆管の拡張を認めた。転移性肝癌あるいは肝内胆管癌を疑い、造影MRIを施行したところ肝S8に径38㎜の乏血性腫瘤とその近傍に区域性の高信号域、さらに胆管拡張や末梢に結節性病変を認めた。肝内胆管の進展度を確認する目的でMRCPを施行したところ肝門部で左右の肝外胆管から総胆管が途絶していた。転移性肝癌より原発性肝癌を疑い、ERCPを施行したところ右肝外胆管から肝門部におよぶ壁不整を認め、同時に採取した組織検査は腺癌の診断であった。PET-CTでは肝右葉の前区域から中枢側にFDGの異常集積を認めた。右肝門部胆管癌の診断で2017年10月20日尾状葉合併拡大右肝切除および胆管切除再建術を施行した。術後難治性胸水を合併したが術後48日目に退院となった。なお病理結果でサイトケラチン7(-)・20(-)、直腸癌に類似する腺癌の組織所見で、胆管内に進展する転移性肝癌と診断した。種々の画像検査を駆使しても転移性肝癌と肝門部胆管癌との鑑別が困難な症例であり報告した。

第44回日本骨折治療学会【2018年7月6～7日】

演　　題:大腿骨頚部骨折に対するDual SC Screw Systemの治療成績偽関節発生要因についての検討
Treatment result of the osteosynthesis for the femoral neck fracturewith Dual SC Screw system

演　　者:田原尚直／戸畑共立病院 整形外科

【目的】

Dual SC Screw System(DSCS)を用いて骨接合を行った。大腿骨頚部骨折の治療成績および偽関節症例の要因を明らかにすること。

【対象および方法】

2012年4月から2016年3月の期間にDSCSを用いて手術を行い術後3ヶ月以上経過観察し得た64例を対象とした。男性12例、女性53例、平均年齢77.2歳で骨折型は非転位型57例、転位型8例、平均経過観察期間11.7ヶ月であった。

調査項目は、偽関節、遅発性骨頭圧潰、転子下骨折、術後感染の発生数および受傷時CT　MPR像で大腿骨頚部と平行な前額断を用いて、大腿骨軸に垂直な線と骨折線のなす角度(骨折角度)を測定し偽関節との関連について検討した。

【結果】

64例中4例(6%)に遷延治癒もしくは偽関節を認め、3例(5%)に遅発性骨頭陥没を認めた。感染、大腿骨転子下骨折は認めなかった。

全症例の骨折角度は平均47.3°で、偽関節を認めた症例の骨折角度は67.0°、非偽関節群の平均骨折角度46.0°であり、偽関節群は非偽関節群と比較し有意差をもって角度が大きく(p=0.003)、カットオフ値は58°であった。

【結語】

骨折角度58°以上の症例にDSCSを用いて骨接合を行うと偽関節の発生が危惧されるので、より角度安定性を有するインプラントの使用が望ましいことが示唆された。

中国南方血管大会(国際血管シンポジウム)【2018年7月12～14日】
演　　題:大動脈消化管瘻　　―大動脈食道瘻と大動脈十二指腸瘻―
演　　者:明石英俊／戸畑共立病院 血管外科
The Fistula Between the Aorta (or Proethesis) and Digestive Tract
― Aortoesophageal fistula and Aortoduodenal fistula ―

Tobata Kyoritsu Hospital, Kitakyushu, Fukuoka, Japan
Hidetoshi Akashi*, Satoru Taniwaki, Hironobu So, Yasunori Yoshimoto
***Advisor to Department of Surgery and**
Director of Vascular Surgery

The fistula between the aorta and the digestive tract is a rare and highly fatal condition. Aortoesophageal fistulas (AEF) usually arise in patients with thoracic aortic diseases, such as aneurysms,or after previous thoracic aortic surgery.Surgical management also carries a high risk of morbidity and mortality.Aortoduodenal fistula (ADF) often developes after operation for abdominal aortic aneurysm. In any case, the treatment for the fistula between the aorta and digestive tract is very difficult.

1. AEF

The patients evaluated in this study were described in AEF cases presented at a special symposium on AEF at the 65th Annual Scientific Meeting of the Japanese Association for Thoracic Surgery in 2014. We conducted a cross-sectional survey among Japanese universities and hospital centers that participated in the special symposium. A total of 47 AEF patients (male: 33, mean age: 67.4±11.4 years, range: 38~87) were included in this study. Twenty-two (46%) and thirty-three (70.3%) of the 47 patients died within 6 and 18 months, respectively. To summarize the results, the most important therapeutic factors improving the mid-term results at six and 18 months were the appropriate use of esophagectomy and replacement of the infected aorta. In addition, omentum wrapping contributed to improving the prognosis of AEF. Intervention with TEVAR for AEF did not significantly improve the mid-term results of AEF in this study.

2. ADF

In our hospital, we have experienced 5 patients with ADF formation who had all undergone open repair by bifurcated graft before. Anatomical reconstruction by prosthetic graft of the aorta was performed in 4 patients including 2 emergent operations.Extra-anatomical bypass was performed in another. As for the intestinal reconstruction, partial resection of the duodenum wall followed by primary suturing and omental wrapping were performed in all 5 patients. In hospital mortality was excellent and all patients survived for a longer duration.

We will present therapeutic strategy for the fistula between the aorta or the prosthesis and digestive tract.

7th Reduced Port Surgery Forum
第12回単孔式内視鏡手術研究会・第19回 NeedleScopicSurgeryMeeeing【2018年3～4日】
演　　題:腹腔鏡下ヘルニア修復術(TAPP)での腹膜縫合閉鎖後腹膜前吸引の検討
演　　者:松村勝／戸畑共立病院 外科
共同演者:西村太郎　石橋慶章　竹谷園生　吉本裕紀　和田義人　谷脇智　宗宏伸　今村鉄男
戸畑共立病院 外科

鼠径ヘルニアに対して、TAPPやTEPなど腹腔鏡下手術を行う施設が増加し、鼠径ヘルニア全体に占める腹腔鏡下手術の割合が増加している。しかし、合併症として、腹腔鏡下手術後の術後早期再発症例や、穿刺を要した漿液腫の報告例が散見される。術後早期の再発症例の原因としては不十分な剥離や、不確実なメッシュ展開が考えられる。また、漿液腫は腹膜前腔の剥離部分からヘルニア腔内へCO^2ガスが充満した状態で腹膜が閉鎖されることも原因の一つと考える。

【目的】

TAPP術後の術後早期再発と漿液腫予防。

【方法】

腹膜縫合閉鎖後に、経腹腔的にヘルニア腔内と腹膜剥離部分のCO^2を、膨潤局所麻酔液を注入する際に使用するペチニードル®を、経腹腔的に腹膜縫合閉鎖部外側の腹膜に穿刺し吸引器を用いて吸引する。

【結果】
2017年2月から本手術手技を施行し、58例に行った。手術時間は平均71.4分、手技自体は平均2.6分(1～5分)であり手術時間を延長するには至らなかった。術後の超音波検査では、本手技未施行例では251例中9例(0.036%)で経皮的な穿刺が必要であったが、本手技施行後では穿刺を要する漿液腫は認めなかった。また、本手技前後で再発症例は認めていないが、術後再発に関与すると考えられる鼠径床外側背側でのmeshのdislocationを評価でき、術後早期再発の予防につながると思われる。

日本ハイパーサーミア学会 第35回大会【2018年8月31日～9月1日】

演　　題:サーモトロンRF-8はサーモシミュレーターを活用する指標になり得るか
Can it be an index to utilize Thermotron RF-8 thermo simulator

演　　者:溝口勢悟／戸畑共立病院 臨床工学科
共同演者:大田真[1)]　嶋田愛[1)]　三浦幸恵[1)]　灘吉進也[1)]　鞆田義士[2)]　今田肇[2)]
1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)同 がん治療センター

【背景】
サーモトロンRF-8のサーモシミュレーター(以下TS)機能のシステム内容は，患者のフィルム画像上の密度、電気伝導率、熱伝導率、比熱、血流量、体温、各組織に吸収される電磁波電力等を用いてコンソール内の画像取込装置で計算され、生体内部の温度推移が連続的に表示される。診療報酬表より、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずると定められている。当院では、2014年からTSを用いて温度分布を確認し活用しているが、下処理が煩雑で全国的にあまり使用されていない現状である。
【目的】
今回、当院でのTSの活用方法について考察をふまえて報告する。
【活用方法】
当院は、TSを新規治療患者および加温部位変更時に実施している。操作手順は、CT画像(加温部位の中心となる病巣部)を電子カルテからコンソールへCD-ROMにて移動させる。コンソールにて読み込んだデータをTSに同期させた後、輪郭調整を行い、皮下脂肪、病巣部、他臓器の範囲設定をする。次に、電極径、ボーラス厚さ、循環水温度、体温を入力し、病巣部にセンサー挿入を仮定したマーキングを行う。ここまでの行程に約30分要す。最後に、治療出力・治療時間の設定によりテスト加温およびリアルタイムの温度計測が可能となる。
【結語】
治療計画としてTSを用いることで、病巣部の温度分布の予測、患者に適した電極径の選択、加温部位の情報共有などの利点がある。治療前に最適な温度分布を探索することで、安全かつ効率的な治療提供に繋がる。治療中では、患者が自身の温度分布を認識でき、治療意欲の向上に繋がる。深部領域での加温評価は侵襲を伴うことから実施困難であるが、TSは非侵襲的に温度分布を予測することが可能となる。TSは実測温度と±1℃の誤差はあるが、温熱治療を行う上で重要な評価指標になり得ると考えられた。

日本ハイパーサーミア学会 第35回大会【2018年8月31日～9月1日】

演　　題:サーモトロンRF-8　加温方法についての検討
Study of heating method for Thermotoron RF-8

演　　者:大田真／戸畑共立病院 臨床工学科
共同演者:溝口勢悟[1)]　嶋田愛[1)]　三浦幸恵[1)]　灘吉進也[1)]　鞆田義士[2)]　今田肇[2)]
1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)同 がん治療センター

【背景】
サーモトロンRF-8の加温法は連続発振(以下、連続式)と間欠発振(以下、間欠式)に区分される。2014年の本学会において、寒天ファントムを用いた比較試験で、間欠式で－20%の熱損失が認められるという報告がされた。
【目的】
当院で連続式、間欠式の双方で治療を行った症例において後方視的に、それぞれの加温出力を調査したので報告する。
【方法】
対象は電極径30㎝で治療をした81例。評価項目は治療体位、加温領域別、BMIとした。BMIは日本肥満学会が基準とする25未満の標準群と25以上の肥満群に分類した。統計学的解析はstudent T-testを用い、$p<0.05$をもって有意差ありとした。
【結果】
連続式686.1±237。4W、間欠式817.2±286.6W。治療体位は背臥位の連続式604.5±297.9W、間欠式

763.6±345.8W。腹臥位の連続式704.±221.5W、間欠式829±274.6W。加温領域別では胸部の連続式602.2±195.1W、間欠式726.1±205.5W。腹部の連続式765.2±252.9W、間欠式910.6±321.6W。BMIは標準群の連続式711.1±235.5W、間欠式843.5±287.2W。肥満群の連続式492.9±156.6W、間欠式614.3±197.3W。全ての項目において間欠式において有意に高い出力が認められた(p<0.05)。

【考察】

間欠式は4秒間の休止状態で、表層部に帯電している電磁波が軽減され、熱感が抑制されることで出力増加に繋がると考えられた。全81例の間欠式出力の−20%を有効出力とし比較した際、連続式686.1±237.4W、間欠式653.8±229.3Wと優劣の差は認めなかった。このことから、電極径30㎝を用いた深部治療では連続式、間欠式において加温効率に大きな差はないと考えられた。間欠式はラジオ波休止時で、チューニング操作が行えないことから、操作性において連続式が容易であると考えられた。

【結語】

今回、連続式と間欠式の出力を比較した。装置を取り扱う使用者の習熟度にもよるが、機能性、操作性を考慮した際、臨床使用において連続発振の使用が望ましいとされた。使用者は双方の特性を十分に理解した上で、最適な加温法を患者に提供することが重要である。

第29回日本末梢神経学会学術集会【2018年9月7〜8日】

演　　題:サーモトロンRF-8　加温方法についての検討

Study of heating method for Thermotoron RF-8

演　　者:大茂壽久／戸畑共立病院 整形外科

共同演者:森光洋介[1)]　酒井昭典[2)]

1)戸畑共立病院 病理診断科、2)同 整形外科

【目的】

女性手根管症候群患者の屈筋腱滑膜のトランスサイレチン(TTR)アミロイド沈着の有無を調査し、陽性群と陰性群間での臨床的特徴と脂質検査、術後成績について比較検討することである。

【対象と方法】

特発性手根管症候群と診断し、手根管開放術が行われた女性94名105手、平均年齢70.6±12.1歳を対象とした。屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無を確認し、陽性群と陰性群間での年齢、電気生理学的検査(NCS)、脂質検査を比較した。また、術後1年時のしびれ症状(消失、改善、不変、増悪)について調査した。

【結果】

TTRアミロイド陽性率は105手中34手(31.6%)であった。平均年齢はアミロイド陽性群(78.4±8.0歳)が陰性群(66.8±11.8歳)より有意に高かった(p<0.01)。NCSではSCV(陽性群37.7±14.5m/s、陰性群44.4±4.9m/s)、MDL(陽性群7.4±2.4ms、陰性群5.8±2.1ms)ともに陽性群が有意に遅延、延長していた。脂質検査では総コレステロール(TC)(陽性群177.8±30.8mg/dl、陰性群212.9±27.2mg/dl)、LDL-C(陽性群101.9±24.0mg/dl、陰性群130.3±27.7mg/dl)、Non-HDL-C(陽性群116.6±30.0mg/dl、陰性群142.3±30.5mg/dl)は陰性群が有意に高かった(p<0.05)。TGとHDL-Cは両群間に有意差を認めなかった。術後1年時のしびれ症状については、陽性群は消失:4.0%、改善:56.0%、不変:32.0%、増悪:8.0%、陰性群は消失:36.4%、改善:52.7%、不変:10.9%であり、陽性群では有意にしびれの改善が悪かった。

【考察】

女性手根管症候群ではTTRアミロイド沈着を31.6　%に認め高齢者、重症例が多かったが、脂質検査は正常例が多かった。また、術後のしびれの改善はアミロイド陽性群が陰性群と比較して悪かった。陽性群と陰性群では発症原因が異なることが示唆された。

第28回九州内視鏡下外科手術研究会【2018年9月8日】

演　　題:当科で行っている鼠径ヘルニアに対する膨潤局所麻酔法を併用した腹腔鏡下ヘルニア修復術(t-TAPP)について

演　　者:松村勝／戸畑共立病院 外科

共同演者:西村太郎 石橋慶章 竹谷園生 吉本裕紀 和田義人 谷脇智宗宏伸 赤石英俊 今村鉄男

戸畑共立病院 外科

【抄録】

鼠径部ヘルニアに対する腹腔鏡下手術は腹腔内到達法のTAPPと、腹膜外到達法のTEPに大別される。

当科では鼠径部ヘルニアに対して、TAPPを行なっているが、その方法として、膨潤局所麻酔法を併用した腹腔鏡下ヘルニア修復術(t-TAPP)を標準術式としている。本術式は、これまで鼠径部切開法に使用されていた膨潤局所麻酔法を、2010年に徳村らがTAPPに応用した方法である。膨潤局所麻酔液の組成は生食180ml＋1% カルボカイン20ml＋エピネフリン0.1mlである。膨潤局所麻酔法の利点は、腹膜の膨化により腹膜の剥離が容易になる・エピネフリンの効果により微細な出血を抑制できる・エネルギーデバイスが不要・局所麻酔薬により術後の疼痛を抑制できる、などである。この膨潤局所麻酔液を経腹腔的に、Hesselbach三角と内鼠径輪外側背側と腹側の腹膜直下に約40ml注入し、十分に腹膜を膨化させた後に腹膜を切開する。腹膜の切開方法は外鼠径ヘルニアにおいて、通常型は環状切開を、Denovo型はサックの完全抜去を基本としている。

2012年に診療報酬が改定されてから、腹腔強化鼠径ヘルニア修復術を行う施設が急増し、それに伴い再発や様々な合併症の報告も増えている。当科で定型化したt-TAPPを供覧する。

九州麻酔科学会第56回大会【2018年9月8日】

演　　題:硬膜外カテーテル(自己・事故)抜去に関するインシデントレポート分析

演　　者:増田直樹／戸畑共立病院 麻酔科

【目的】

硬膜外カテーテル抜去(自己・事故)に関するインシデントレポートを検討し、発生を減らす方法を検討した。

【方法】

2017年４月～2018年5月の報告書から硬膜外に関する報告を抽出し、原因と対策を検討。硬膜外管理はBB社18G8㎝ペリカン硬膜外針＋ペリフィックスカテーテル＋ニプロ社シュアフューザーポンプが基本である。

【結果】

同期間の手術症例2907例、局所麻酔以外1,763例、硬膜外留置366例、硬膜外抜去(事故・自己)例22例。抜去原因の月毎の分布を表に示す。

【考察】

硬膜外固定テープの剥がれが続いたが、固定の改善で発生なし。固定テープの剥がれのない抜去は硬膜外カテーテル挿入が浅いなどが考えられるが、明確な原因は不明、手技など改善の余地がある可能性はある。ポンプ落下や自己抜去は時々起こっている。カテーテルとフィルター・ポンプとを接続するアリゲータコネクトの外れが短期間に6例続いた。BB社に報告、会社からは外れ防止クリップを更にテープ補強すると、外れるリスクが減ると返事をされた。テープはセット内に含まれてなく固定は看護師に依頼している。連休前の実施率は100％であったが、連休後次第に未実施が増えた。医師の麻酔手技内で固定が出来るようテープのセット内物品化を会社に依頼している。

第13回九州臨床工学会【2018年9月8～9日】

演　　題:清潔補助業務と中央材料室業務における臨床工学技士の役割

演　　者:山﨑裕太／戸畑共立病院 臨床工学科

近年、臨床工学技士(以下、CE)による清潔補助や中央材料室(以下、中材)関連業務をテーマにした発表が、散見されるようになった。第24回日本臨床工学技士会総会における、チーム医療をテーマにしたワークショップを皮切りに、毎年、シンポジウムやパネルディスカッションが開催され、各施設の手術室・中材でのCEの活動について報告されている。

今回、当院の清潔補助と中材におけるCEの役割について報告する。

当院は、2009年より2名が手術室専任臨床工学技士(Operating Room – Clinical Engineer:OR-CE)として、看護師指導の下、清潔補助業務および中材業務に介入した。清潔補助は、診療科全てに対応しており、年間　1人200件以上行

っている。中材は、洗浄・滅菌装置の効率的運用、トレーサビリティの確保、スタッフ教育、バッグバルブマスクや内視鏡関連器具の管理を行っている。

内視鏡関連器具の高度化から安全確保を目的に2014年度より、ラパロ鉗子、スコープ類の術前・術中・術後点検を協働で開始し、技術担当としてCEが看護師の清潔補助教育や器具の取扱い指導を行った。2015年から2017年度の術中トラブル対応件数は30件、術前・術後に対応したトラブルは57件であり、共に部品破損などの機器的要因が多かった。2015年には第1種滅菌技師の取得に伴い、中材業務の報告の一括化、教育の専任化を図った。また、法人内の滅菌の質向上を目的に、滅菌技士会を立ち上げた。院内外のコンサルタントを行い、2015年度から2017年度までで院内43件、院外2件のコンサルテーションを受けた。

手術は、医療機器・器具が使用されるその瞬間の安全確保が肝要である。器具トラブルの早期発見対応をリアルタイムで確認できることにCEが清潔補助に介入する意義あると考えられた。中材業務を行う上でCEは、器具や装置の構造原理の理解だけでなく、洗浄・滅菌や感染に対する知識や技術が必要不可欠である。術後までCEが関与することでシームレスな保守管理が実現できると考えられた。清潔補助業務や中材業務は、未だ看護領域の業務認識が根強くあるため従事者のモチベーション低下が懸念される。滅菌技師の取得は、質や専門性の向上だけでなく、信頼獲得や、業務拡大へと繋がる可能性があると考えられた。他職種の聖域を侵すのではなく、専門分化し、チーム医療を実践することでCEのニーズが高まりモチベーションも維持できるのではないかと示唆された。今後の課題は、CE視点での患者アセスメントの実施と記録の充実である。

第48回日本消化器がん検診学会九州地方会【2018年9月15日】

演　　題:北九州市における対策型胃がん検診の現状

演　　者:今村健太郎／北九州市医師会胃がん検診精度管理委員会、戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:宗祐人[1) 2)]　那須俊史[1) 3)]　望月祐一[1) 4)]　山縣元[1) 5)]　中村滋郎[1) 6)]　久米井伸介[1) 7)]

1)北九州市医師会胃がん検診精度管理委員会、2)戸畑共立病院 消化器病センター、3)なす内科クリニック、4)望月胃腸クリニック
5)小倉医療センター、6)製鉄記念八幡病院、7)産業医科大学病院

【背景】

2016年10月より北九州市において対策型胃がん検診として内視鏡検診を導入した。内視鏡検診の対象者は50歳以上の北九州市民、受診回数は2年度に1回。一次検診施設で撮影された30-50枚の画像を二次読影者が全例読影し、異常所見を検出した際は、専門施設において精密検査を受けるように指導している。

【対象と方法】

2016年10月から2018年3月の18ヶ月間、胃内視鏡検診を受診された市民の検診結果を遡及的に解析し、内視鏡検診開始後の短期成績を検討した。さらに、内視鏡検診施設や二次読影施設の状況、精度管理、データ管理などに関する現状を把握し、今後の課題を検討した。

【結果】

対象期間内に内視鏡検診の受診者数は6094例。全症例の中で、胃がんと診断された症例は0.36%(22/6094)であった。二次読影にて要精密と判定された症例は2.97%(181/6094)、一次施設で異常なしと診断され精密検査にて胃がんと拾い上げが可能であった症例は2.0%(1/50)であった。精度管理に関しては、年２回の講習会に出席が必要とし、撮影法においては必須撮影部位を設定した。二次読影有資格者は年１回の読影員講習会を必須とした。

【結語】

対策型検診の目的は対象集団の死亡率減少効果、アウトカム評価といわれ、検診後少なくとも5年以上経過しないとその評価は難しいといわれている。北九州市の内視鏡検診は開始したばかりであり、今後の精度管理を模索していく必要があると思われる。

第34回日本診療放射線技師学術大会【2018年9月21～23日】

演　　題:電位計ガイドラインに準拠した電位計の性能評価

演　　者:江﨑祐太／戸畑共立病院 がん治療センター放射線治療部

共同演者:岩崎哲　濱田英志　後藤祐介　小野田敏博

戸畑共立病院　がん治療センター放射線治療部

【目的】

電離箱と電位計の分離校正に向けて電位計ガイドラインが公開され、その中で「ユーザーによる電位計の点検」について手順が示された。これに準拠して電位計の性能評価を行い、ガイドラインに適合しているか確認した。

【方法】

RAMTEC1000plus(2台)、RAMTEC Smart、RAMTEC Duo(2台)、SuperMax、TomoElectrometerについて、ガイドライ

ンに従って性能評価を行った。評価項目はゼロ点シフト、ゼロ点ドリフト、電荷漏れの3項目とした。一部の測定は日を変えて再測定を行い、測定値の再現性を確認した。

【結果】

ゼロ点シフトはRAMTEC1000plusはMレンジのみ0.1％を超えていて個体差も大きかった。

ゼロ点ドリフトはRAMTECシリーズは再現性が低かった。

電荷漏れはRAMTECシリーズのみ評価対象で0.06％以下となった。

【結論】

今回評価した電位計はRAMTEC1000plusのMレンジ以外はガイドラインに適合していた。評価項目によって測定値の再現性が低く、注意が必要である。

第34回日本診療放射線技師学術大会【2018年9月21~23日】

演　　題：RI専用スリッパ廃止後の核医学検査室の汚染状況の再確認

演　　者：前田智信／戸畑共立病院 がん治療センター放射線治療部

共同演者：小野田敏博　松永裕幹　小野雄太

戸畑共立病院 がん治療センター放射線治療部

【背景】

当院の核医学検査室では、過去の患者転倒例を分析し、RI専用スリッパ履き替え時の転倒によるインシデントが多かったため、平成30年3月より患者さんのRI専用スリッパの使用を廃止し、医療従事者のみRI専用スリッパを使用している。

【目的】

業務改善後、核医学検査室の汚染状況について再確認を行う。

【方法】

平成30年4月より毎週週末、シンチレーションカウンタを用いて医療従事者の使用したRI専用スリッパ及びトイレ床面の測定を行い、汚染状況の確認を行った。

【結果】

RI専用スリッパ及びトイレ床面の汚染は現在まで確認されなかった。

【考察】

当院では、男性では核医学検査室のトイレを使用する際は、座って排尿するように説明を行っている。今回、医療従事者のRI専用スリッパ及びトイレ床面に汚染が確認されなかったのは、患者さんに対し事前説明が十分であったと考えられる。

【結語】

継続して核医学検査室の汚染状況を確認していく必要がある。

第7回栄養管理指導者協議会学術集会【2018年9月23～24日】

演　　題：誤嚥性肺炎から敗血症となり、DICで死亡した1例　～一般病棟でできる治療・栄養管理とは何なのか～

演　　者：佐保洸太／戸畑共立病院 栄養科

共同演者：原澤 あゆみ[1)]　竹谷 園生[2)]　武田 和大[3)]

1）戸畑共立病院 栄養科、2）同 消化器外科、3）同 消化器病センター

【症例】

８１歳男性。ＡＤＬはベッド上寝たきり全介助で失語症がある。既往歴に水頭症術後、陳旧性心筋梗塞などがあり、胃瘻造設状態で胆嚢炎に対してＰＴＧＢＤ留置中。在宅療養中であったが、３９度台の発熱があり誤嚥性肺炎と診断され、加療目的に入院となった。

【経過】

誤嚥性肺炎に対して抗菌薬での治療開始。また脱水、電解質異常があり輸液管理となった。入院翌日には胃瘻から半消化態栄養剤で経管栄養を開始した。しかしその後、腎機能悪化と尿量減少を伴い、経管栄養を少量の内容へ変更した。数日で全身状態はさらに悪化し、敗血症・ＤＩＣとなり９病日目で死亡退院となった。

【考察・結語】

敗血症が重症化した際には集中的な治療が必要である。しかし、一般病棟での治療は限られている。倫理的配慮を踏まえ、今後このような症例に、どのような治療・栄養管理が求められるのか検討していきたい。

第54回日本胆道学会学術集会【2018年9月27～28日】

演　　題:術後再建腸管に併発した胆管結石に対するショートダブルバルーン内視鏡下除石術の検討

演　　者:寺部寛哉／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:岡部義信[1)]　佐々木優[2)]　和田義人[3)]

1)久留米大学医学部 内科学講座消化器内科部門、2)社会保険田川病院 消化器内科、3)戸畑共立病院 外科

【背景・目的】

近年、スコープ有効長や鉗子口径が改良されたショートダブルバルーン内視鏡(sDBE: EI-580BT)が市販され、術後再建腸管例に対するsDBEを用いたERCP関連手技(sDBE-ERCP)の普及が期待される。今回我々は、sDBE-ERCPの有用性および問題点について後方視的に検討した。

【対象・方法】

2016年3月～2018年3月までに当院で施行した術後再建腸管を有する胆管結石に対してsDBE-ERCPを施行した連続21例36件(平均78.3歳(60-88歳)、男/女:14/7)を対象とした。再建術式はRoux-en Y(RY)13例23件、Billroth-II法(B2)7例10件、胆管空腸吻合(CJ)1例3件。対象例における1)盲端到達率、2)胆管挿管率、3)内視鏡治療成功率、4)完全除石率、5)処置時間、6)偶発症について検討した。

【結果】

全例では、1)94.4%(34/36件)、2)79.4%(27/34件)、3)88.9%(24/27件)、4)47.6%(10/21例)、5)90.5(32-152)分であった。再建法別(RY/B2/CJ)では各々1)93.8/100/66.7%、2)77.3/80.0/100%、3)82.4/100/100%、4)46.2/57.1/0%、5)93.7/84.7/85.7分であった。胆管挿管成功26件中2件でPTBD下Rendezvous法を先行して行っていた。また、胆管挿管困難例(6件)は全例未処置乳頭で、その内訳は乳頭正面視不能5件、憩室内乳頭1件、乳頭発見不能1件が原因であった。内視鏡処置(24件)の内訳は、乳頭吻合部処置がEPBD/EPLBD/EST/EST+EPLBD/吻合部拡張 2/12/1/2/1件、胆管処置がEBS/ENBD/EML/ 11/2/20(重複含む)であった。6)偶発症は3件(8.6%)で認め、全例ERCP後膵炎(軽症～中等症)であり保存的加療で改善した。

【結論】

術後再建腸管例を有する胆管結石に対するsDBE-ERCPは有用であった。一方、胆管挿管の更なる技術向上や標準化、専用処置具の開発が望まれる。

リハビリテーション・ケア合同研究大会米子2018【2018年10月3～4日】

演　　題:当院がん治療患者に対するリハビリテーションの有用性について

演　　者:熊谷雄輝／戸畑共立病院 リハビリテーション科

【はじめに】

化学療法や放射線治療中にはその副作用により活動性は低下し、更には廃用性の筋力低下やADL低下を来しやすい。当院では入院後早期よりリハビリテーション(以下リハビリ)が介入し、身体機能面やADLの維持・向上、治療を円滑に完遂するための体調管理に努めている。今回、がん治療患者に対するリハビリの有用性について調査した。

【期間・対象】

H29.4月～H30.3月の間に1週間以上入院したADL自立レベルの患者67名を対象に調査を行った。

【方法】

体重、握力・膝伸展筋力・片脚立位保持時間・6分間歩行距離・ADL評価(Barthel Index:以下BI)の各項目を初期・最終で比較・検討した。また対応のあるt検定を用いて統計処理し、優位水準は5%未満とした。

【結果】

今回の結果(初期、最終)、体重(55.6±11.0、54.5±10.6)・左握力(27.3±8.5、26.4±8.1、)の2項目が優位に低下(P＜0.05)し、BI(96.3±8.2、98.6±5.3、)は優位に向上、その他項目に優位な変化は認めなかった。

【考察】

「がん患者の身体機能低下は、治療法選択・活動能力・QOLに関わる重要な課題である。放射線や化学療法中の運動療法を定期的に行うことで、心肺系・筋骨格系機能の改善、倦怠感改善、精神心理面への効果がある」と報告されている。今回の結果2項目の低下は認めたが、病棟やチームのスタッフと協力して体調管理を行いつつ、入院後早期より身体機能面や動作面へアプローチしたことがその他項目の維持・向上につながったと示唆された。

参考文献)

がんリハビリテーション最前線　辻哲也　理学療法学　第42巻4号352～359頁

第46回日本放射線技術学会秋季学術大会【2018年10月4〜6日】

演　　題:3次元半導体検出器の空間・時間分解能を利用したガントリー回転速度実測の可能性の検討
A Study on Measuring Method of Gantry Rotation Speed Based on Spatial Resolution and Time Resolution of 3-Dimensional Semiconductor Detector

演　　者:岩崎哲／戸畑共立病院 がん治療センター 放射線治療部

【目的】

VMATや原体照射ではガントリーの回転速度が線量分布に大きな影響を与える。一方、ガントリー回転速度の実測は困難で、現状ではログファイルによる精度確認が行われているが、できれば実測が望ましい。そこで、線量検証用の3次元半導体検出器Delta4が持つ空間・時間分解能を利用してガントリー回転速度の実測が可能であるかを検討した。

【方法】

3次元半導体検出器Delta4は、直交する2面のdetector plane上に1069個の微小半導体検出器を配置したもので、各検出器についてビームパルス毎の応答を時系列表示するdetector signalと呼ばれる機能を持つ。

Delta4に対して極小照射野で回転照射し、detector plane上をスキャンする。この時、detector signalに現れるピークの位置から、各検出器をビームが通過した時間が決定できる。一方、ビーム通過時のガントリー角度は、各検出器とアイソセンタの位置関係から幾何学的に算出可能である。各検出器のビーム通過時間とガントリー角度からガントリー回転速度を算出し、ログファイルから算出した回転速度と比較した。

測定プランは原体照射およびVMATとし、水平plane上の1列25個の検出器を使用して24区間の速度を比較した。

【結果】

3次元半導体検出器によるガントリー回転速度の実測値とログファイルからの算出値の差は、24区間の平均±標準偏差が原体照射で-0.056±0.174(度／秒)、VMATで-0.030±0.248(度／秒)であった。

誤差の原因としては、検出器へのビーム斜入の影響やdetector signal上でのピーク位置決定精度の影響が大きく、Delta4の設置精度やdetector planeの組付け精度も影響した。

【結論】

3次元半導体検出器Delta4の空間・時間分解能を利用したガントリー回転速度の実測は可能であると考える。

【新規性】

3次元半導体検出器Delta4の時間分解能は、開発モードであるdetector signalとして提供されているが活用例は少ない。Delta4の3次元空間分解能とdetector signalの時間分解能を組み合わせればガントリー回転速度の4D解析が可能と考え、検討を行った。

Delta4によるガントリー速度の実測自体は困難ではないが、エラー検出に必要な精度の確保が課題である。本研究では、検出器へのビーム斜入を低減できるDelta4設置位置の検討、detector signal上のピーク位置決定精度向上を目的とした照射プランの検討、Delta4設置精度の向上などを図り、測定精度を改善した。

第44回福岡県栄養改善学会【2018年10月7日】

演　　題:当院における骨粗鬆症リエゾンサービス(OLS)への取り組み　〜管理栄養士としての関わり〜

演　　者:三瓶彰子／戸畑共立病院 栄養科

共同演者:藤原未奈　原澤あゆみ

戸畑共立病院 栄養科

【目的】

高齢化が進む中、健康寿命を延ばし、要支援・要介護状態の原因となる「骨折」を減少させることが重要である。しかし、加齢に伴う骨粗鬆症の進行や運動機能の低下を背景として、大腿骨骨折や椎体骨折は増加傾向にある。そこで、骨粗鬆症患者に対してより質の高い医療を提供するため、急性期である当院において骨粗鬆症リエゾンサービス(Osteoporosis Liaison Service:OLS)委員会を立ち上げ、平成30年4月より多職種連携による取り組みを開始した。その中での管理栄養士としての関わりを報告する。

【方法】

整形外科病棟入院中の患者で大腿骨近位部骨折又は脊椎椎体骨折で同意の得られた患者21名(男性2名・女性19名)に対し管理栄養士として食事摂取量の把握及び食事療法を実施。初回介入では、家庭での食事調査から問題点の把握を行い、入院中の食事摂取率を評価、摂取低下のみられる患者に対し食事調整を実施。退院時介入では、骨粗鬆症予防として本人・家族への食事指導を実施した。

【結果】

初回介入は手術後の急な退院と経管栄養管理の方を除いた21名中19名に対し実施。入院中の食事摂取率は平均89±1.1%、食事摂取50%以下及び形態不適合患者への食事調整を行った。退院時介入では21名中13名に実施することができた。

【結語】

OLS委員会立ち上げから、稼働開始２か月が経過、①手術の侵襲による栄養の低下、術後のせん妄や疼痛増強等による介入の遅延。②併存疾患を加味した栄養指導では、腎機能障害の患者に対するたんぱく質コントロールとカルシウムの摂取について等様々な問題点はあるが、管理栄養士が栄養介入することにより骨折の二次予防に繋がることを期待する。今後の継続するにあたり、認知症患者の増加や独居患者への指導に難渋する症例も予想され、後方支援病院(施設)及び自宅での実践へ、いかに繋げていけるかが今後の課題である。

【共同研究者】

清水 建詞、大友 一(社会医療法人 共愛会 戸畑共立病院 脊椎脊髄外科)

九州理学療法士・作業療法士合同学会【2018年10月13～14日】

演　　題:急性期病院の病棟における専従療法士の活動

演　　者:松崎秀平／戸畑共立病院 リハビリテーション科

【はじめに】

当院は病床数218床の急性期病院であり、2015年から病棟担当の療法士を配置しチーム医療に取り組んでいる。2017年10月よりその中の外科病棟(45床)にて病棟専従療法士を配置、ADL維持向上等体制加算の算定を開始した。当該病棟では疾患別リハビリテーションの対象以外の患者も多くみられ、入院中のADL低下を予防し、スムーズな退院支援を行うためには病棟看護師含む多職種との連携が必要であった。病棟専従療法士の配置によりいち早く患者の情報共有が行えるようになり、入院中の病棟ADLのサポートが可能となった。これまでの流れを踏まえて、今後の課題を明らかにするとともに、今回の取り組みを報告する。

【取組み】

2017年10月１日から2018年3月末までの6か月間にわたり病棟専従療法士と主治医・病棟看護師・MSW・退院調整看護師が入院患者のADL維持向上を目的として①入院中のADLの評価と情報収集②転倒リスクの把握、自室環境の調整③ADL低下のハイリスク患者の抽出、及び主治医へ報告④手術前後のADLの評価と指導⑤褥瘡発生のハイリスク患者の抽出、ポジショニング⑥病棟回診への参加⑦退院調整カンファレンス⑧退院前訪問⑨退院時指導の取り組みを行った。

【結果】

2017年10月から2018年3の6ヶ月間の入棟者総数は797名であり、その中でも疾患別リハビリテーション介入を行った人数は432名である。①③⑥⑦は当該病棟入棟者全員に対して実施。②④⑤⑧⑨は当該病棟の疾患別リハビリテーションの対象以外の患者365名の内、185名(50％)の介入を実施した。多職種による外科回診へ計26回参加した(１週間に１回)。多職種による退院調整カンファレンスを計50回実施した(１週間に２回)。退院調整看護師と必要な患者に対して退院前訪問を計２回実施した。

【考察】

先行報告によると病棟専従療法士を配置することで、予防的な働きかけが可能であり入院患者の安全管理や早期介入、入院生活の自立に繋がったとの報告がある。当院においても病棟との連携を通してADL低下が予想される患者の把握とADL維持を目的とした病棟での指導を行い、当該病棟における全患者に対してADL面の援助が可能と考えた。

【まとめ】

上記の取組みを通して、病棟内の多職種から病棟専従療法士の配置により情報の共有がし易くなった等の意見が聞かれた。疾患別リハビリテーションの対象以外の患者からは、手術後の不安感の軽減を実感した等が聞かれた。このことは今まで把握できていなかった患者への関わりは病棟スタッフ含む多職種との連携が必要であると考えた。今後の当院における病棟専従療法士の課題としては指導対象者のスクリーニングに必要な明確な評価の選定、及び妥当性の検討が必要である。

九州理学療法士・作業療法士合同学会【2018年10月13～14日】

演　　題:大腿骨近位部骨折患者に対する術前リハビリテーションのDVT予防効果について

演　　者:田島脩史／戸畑共立病院 リハビリテーション科

Keyword:大腿骨近位部骨折、深部静脈血栓症、術前リハビリテーション

【はじめに】

当院が位置する福岡県北九州市の高齢化率は平成29年度の統計において29.6％であり、政令指定都市の中で最も高く、日本一の高齢化都市となっている。高齢化の進行に伴い、大腿骨近位部骨折の発生件数も増加の一途をたどっており、2020年には約25万人に発生すると推計されている。大腿骨近位部骨折は寝たきりや日常生活動作能力低下の要因となるため、早期からリハビリテーション(以下、リハ)介入が

必須だが、受傷後から手術までの待機期間は安静を強いられる。受傷後の安静は深部静脈血栓症(以下、DVT)発生の要因となり、肺血栓塞栓症(以下、PTE)を併発すれば致死的な合併症となり得る。当院では大腿骨近位部骨折患者に対し、DVT発症予防を目的とした積極的な術前リハの介入に取り組んでいる。今回、当院における大腿骨近位部骨折術後のDVT発症率を調査し、術前リハの介入によるDVT発症率の差を検証した。

【対象】

2017年1月1日から12月31日に、当院にて大腿骨近位部骨折(大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折)と診断され、観血的手術を施行された138症例を対象とした。なお既往にDVT発症歴がある者は除外した。

【方法】

診療録を用いた後方視調査を実施し①骨折部位、②性別、③年齢を抽出した。さらに術前リハ介入群をA群、術後からリハ介入群をB群として④各群の症例数、⑤入院から手術までの待機期間、⑥DVT発症率の算出を行った。DVTの診断は造影CTと下肢静脈エコーの所見にて実施した。

【結果】

①骨折部位の内訳は、大腿骨頸部骨折65例、大腿骨転子部骨折73例であり、②男性25例、女性113例、③年齢は83.4±9.3歳であった。④症例数はA群:79例、B群:59例であり、⑤入院から手術までの待機期間はA群:3.5±2.1日、B群:0.9±0.6日であった。⑥DVT発症数(発症率)はA群:13例(16.4%)、B群:5例(8.4%)であり、2群間における有意差は認められなかった(P<0.17)。

【考察】

わが国における股関節骨折の無症候性DVT発生頻度は42.0～54.0%と報告されており、術後のDVT発症因子として後天性凝固亢進と、術後管理による長期臥床が挙げられる。当院でもDVT発症の予防策として、ガイドラインに基づいた弾性ストッキングの使用、間欠的空気圧迫法(IPC)に加え、術前リハ介入時より下腿部の徒手圧迫や足関節自動運動による下肢静脈の血流促進を図っている。術後は可及的早期からの歩行および積極的な運動を全症例に対して実施している。今回の報告では両群間のDVT発症率に有意差は得られなかった。先行報告では、受傷後48時間以内の手術例での無症候性DVTの発生率6.9%に対し、48時間以降の手術例では48.6%とある。このことからA群は手術待機期間の延長からDVT発症リスクが経時的に高まっていく恐れがあるため、術前からのリハ介入は継続していく必要があると考える。

【まとめ】

術前リハ介入の有無に関わらず、当院でも先行報告と同等レベルのDVT発症率であった。我々理学療法士は手術前から患者と密に接する機会が多く、特に周術期はDVTの予防を図りながらも、致死性のPTEを発症するリスクに繋がる臨床所見を見落とさないよう関わることが重要である。そのためにも現状の治療プログラムに加え、下肢周径の定期的な評価等で早期発見・治療に携わっていく事が重要であると再認識することが出来た。

【倫理的配慮、説明と同意】

本報告はヘルシンキ宣言を遵守し、個人情報の取扱いに配慮した。なお、利益相反に関する開示はない。

(1)日本整形外科学会　監修『症候性静脈血栓塞栓症予防ガイドライン』

大腿骨頸部骨折に対し人工骨頭置換術を施行予定の患者には、術前リハビリテーション介入時に疼痛に応じて車椅子座位または端座位保持訓練まで実施している。

本報告におけるDVT発症の概念は、症候性PTEの多くを占める急性広範性PTEの血栓検出率が高いとされているヒラメ筋静脈、腓骨静脈、後脛骨静脈に血栓が認められた例とする。

当院では内科的合併症等により手術までに時間を要した症例(最長10日間)も含め、VTE発症を予防するため、受傷後即日手術した症例24例を除外した114例中82例(71.9%)に対して術前リハビリテーションを実施した。その結果、術後DVT発生件数は17例(12.3%)であり、PTEは3例(2.1%)でいずれも無症候性のものであった。

日本骨粗鬆症学会【2018年10月26日】

演　　題:テリパラチド製剤使用患者における投与開始前の血中PTH濃度測定の現状

演　　者:平野辰弥／戸畑共立病院 薬剤部

共同演者:森康弘[1)]　明田由紀[1)]　上田健[1)]　柳田久枝[2)]　大友一[3)]

1)戸畑共立病院 薬剤部、2)同 看護部、3)同 整形外科

【背景・目的】

慢性腎臓病(CKD)患者においては、その進行とともに骨・ミネラル代謝異常(CKD-MBD)を来す。CKD-MBDの最も頻度が高い病態は二次性副甲状腺機能亢進症であり、副甲状腺ホルモン(PTH)の分泌が過剰に刺激され高代謝回転骨となり骨吸収が促進される。骨粗鬆症治療対象となる高齢者の中にはCKD患者が高率に含まれており、骨粗鬆症治療薬投与の際には注意が必要である。今回、腰椎圧迫骨折を生じた透析患者に当院整形外科からテリパラチド製剤が投与開始されたが、開始前の血中PTH濃度測定がされておらず、透析

医の判断でテリパラチド製剤が中止され、骨粗鬆症治療が中断となった1例を経験した。そこで、当院でのテリパラチド製剤使用患者における、投与開始前の血中PTH濃度測定の現状について調査し、薬剤師としての介入について検討する。

【対象・方法】

2017年1月1日から2017年12月31日までの1年間に、当院外来、または入院中にテリパラチド製剤が投与開始された患者を対象とした。テリパラチド製剤投与開始前の血中PTH濃度測定の有無や、血液検査データをレトロスペクティブに調査した。

【結果】

調査期間中にテリパラチド製剤が投与開始されたのは56名であった。対象患者をCKDの重症度分類(eGFR mL/分/1.73m^2)で分けると、G1(≧90):8名、G2(60~89):28名、G3a(45~59):14名、G3b(30~44):4名、G4(15~29):0名、G5(＜15):2名であった。テリパラチド製剤投与開始前に血中PTH濃度測定が行われていたのは、各ステージ毎に、G1:3名(37.5%)、G2:5名(17.9%)、G3a:2名(14.3%)、G3b:0名(0%)、G5:1名(50%)であった。

【考察】

当院では、テリパラチド製剤は軽度~中等度腎機能障害患者には投与されているものの、重度腎機能障害患者にはあまり投与されていない現状が把握できた。腎機能障害のない患者でも、投与開始前に血中PTH濃度測定が行われている一方で、ステージG3以降の腎障害患者での血中PTH濃度測定率は低かった。CKD-MBDはステージG3aにはすでに始まっていると報告されており、CKD診療ガイド2012(日本腎臓学会編)でも、ステージG3aから血清P、Ca、PTH、ALPの定期的評価が推奨されている。薬剤師としても、患者の腎機能障害度を踏まえた上で、テリパラチド製剤投与開始前の血中PTH濃度測定の必要性について医師へ確認すべきである。薬剤投与による副作用を防止し、安心して骨粗鬆症治療が継続できるよう介入していきたいと考える。

第20回日本骨粗鬆症学会【2018年10月26～28日】

演　　題:脆弱性椎体骨折が契機と思われる甲状腺クリーゼで救急搬送となった未治療甲状腺機能亢進症の1例

演　　者:大友一／戸畑共立病院 整形外科

共同演者:小牧ゆか[2)]　浦野久[3)]　蒲地康人[1)]　古子剛[1)]　濱田賢治[1)]　大茂壽久[1)]　清水建詞[1)]　田原尚直[1)]

1)戸畑共立病院 整形外科、2)戸畑リハビリテーション病院 整形外科、3)戸畑共立病院 内科

【はじめに】

甲状腺機能亢進症では骨吸収優位の高代謝回転骨となり、原疾患の治療がされなければ甲状腺中毒症が持続し著しい骨量減少とともに骨折リスクが高まる。一方、未治療、コントロール不良の甲状腺中毒症患者では、何らかの強いストレスが契機となり甲状腺クリーゼを発症し緊急治療を要することとなる。今回我々は、続発性骨粗鬆症による脆弱性椎体骨折が契機と思われる甲状腺クリーゼの1例を経験したので報告する。

【症例】

48歳男性. 倒れたバイクを持ち上げた際、腰部に激痛出現。体動時の腰痛強く骨折の存在も疑われていた。受傷後4日目シャワー中に一過性の意識消失発作あり。受傷後5日目杖をついて外出していたところ、意識朦朧となり転倒、救急車で当院搬送となる。搬入時、意識レベルはGCS E3V5M6で、頻拍型心房細動160回/分、38.1℃の発熱を認めた。体動時の腰痛強く、画像検査にて第1腰椎椎体、仙骨に新鮮骨折を、第7頚椎椎体、第3・11胸椎椎体に陳旧性骨折を認めた。頭部CT、MRIでは異常なかった。血液検査では遊離トリヨードサイロニン(FT3)30pg/ml以上、遊離サイロキシン(FT4)3.99ng/dlと高値で、甲状腺刺激ホルモン(TSH)は0.01 μIU/ml以下と抑制されていた。甲状腺クリーゼの診断で抗甲状腺薬、β遮断薬、抗凝固薬が開始され、発熱や頻脈は改善し、治療開始2日後には意識清明となったが、体動時の腰痛が持続するためNSAID'sを適宜使用し、硬性コルセット装着下での保存的治療が行われた。骨密度は腰椎YAM67%、大腿骨YAM87%で、骨代謝マーカーはTRACP-5b 553mU/dl、total P1NP 216ng/ml、ucOC 47.2ng/mlであった。血液検査ではCa 10.3mg/dl, IP 4.4mg/dl, ALP 616U/l, intact PTH 16pg/ml, 25OHビタミンD 18.4ng/mlであった。骨癒合促進作用も期待しテリパラチド連日製剤、及びビタミンD、ビタミンK製剤を併用し加療中である。

【考察】

未治療の甲状腺機能亢進症により続発性骨粗鬆症を来し、繰り返し椎体骨折を生じていると思われた。更に、新たに生じた椎体骨折の激しい体動時痛が契機となり甲状腺クリーゼが発症したと考えた。若年者の脆弱性椎体骨折では甲状腺機能亢進症を含めた続発性骨粗鬆症の存在を念頭に精査する必要がある。そして、骨折による痛みストレスを契機に甲状腺クリーゼが生じることを踏まえ、原疾患に対する早期治療介入が重要である。

第20回日本骨粗鬆症学会【2018年10月26～28日】

演　　題:入院を契機に骨粗鬆症治療薬が中止された割合とその理由について

演　　者:明田由紀／戸畑共立病院 薬剤部

共同演者:森康弘[1)]　平野辰弥[1)]　川原早苗[1)]　柳田久枝[2)]　大友一[3)]

1)戸畑共立病院 薬剤部、2)同 看護部、3)同 整形外科

【目的】

近年ではポリファーマシーの観点から、入院患者の定期処方薬を減らす取り組みが多くなされている。その中で中止となる薬剤として、骨粗鬆症治療薬が選択されることもあり、骨粗鬆症治療が中断となる大きな原因の一つである。そこで、入院を契機に骨粗鬆症治療薬が中止された割合とその理由について調査し、当院における骨粗鬆症治療の現状を把握する。

【方法】

2017月4月から2018年3月の12ヵ月間における当院入院患者で、入院時に骨粗鬆症治療薬(BP製剤、SERM、ビタミンD製剤、メナテトレノン)が定期内服薬として含まれていたにも関わらず、退院時もしくは3月31日時点で服用継続されていない患者を対象とした。電子カルテと薬剤管理指導記録をもとに、中止理由をA:嚥下困難、B:副作用による・または副作用が懸念されるため、C:理由明記なしの減薬対象、D:入院中のみ中止とし退院後再開もしくはかかりつけ医で再開検討、E:他剤変更に振分けて調査した。さらに薬剤師の介入により継続率の改善が期待できるCが理由で、骨粗鬆症治療薬を中止された患者が入院していた診療科の割合についても調査を行った。

【結果】

BP製剤は入院時312名が服用しており、うち44名(14%)が中止。中止理由としてはA:5名、B:1名、C:11名、D:21名、E:6名であった。SERMは入院時70名が服用しており、うち15名(21%)が中止。中止理由としてはA:2名、B:2名、C:4名、D:6名、E:1名であった。ビタミンD製剤は入院時616名が服用しており、うち66名(11%)が中止。中止理由としてはA:21名、B:6名、C:23名、D:16名、E:0名であった。メナテトレノンは入院時36名が服用しており、うち5名(14%)が中止。中止理由としてはA:1名、B:0名、C:4名、D:0名、E:0名であった。Cを理由に中止している診療科の割合は、内科:57%、整形外科:19%、脳神経外科:17%、外科:7%であった。

【考察】

特に薬剤が追加されやすい内科入院では、ポリファーマシーを考慮した定期薬剤の削減が多く行われており、その中で骨粗鬆症治療薬も削除対象になっていることが分かった。超高齢患者や寝たきり患者に対する骨粗鬆症治療継続の必要性について、疑問を抱いている医師も多いのではないかと感じている。入院した際に骨粗鬆症治療が一旦中断されたとしても、治療継続の必要性について主治医と相談し退院時に再開を促すことは、薬剤師として治療継続率向上に貢献できることのひとつであると考える。

第3回久留米大学サージカルフォーラム【2018年10月27日】

演　　題:悪性腫瘍切除後の結節性病変についての検討

演　　者:西村太郎／戸畑共立病院 外科

共同演者:石橋慶章　和田義人　谷脇智　宗宏伸　明石英俊　今村鉄男

戸畑共立病院 外科

2016～2018年に当院で切除術を行った、悪性腫瘍術後の結節性病変について検討した。

症例は6例で、いずれも術後フォローCTにて結節性病変を確認し、術後再発を強く疑った。精査(PET-CT)施行後に、切除術を施行した。

【結果】

切除を行った６例中、１例のみが転移再発性結節で、５例は良性結節であった。

症例を提示する。

症例１:70歳　男性　胃癌T3N3　stageⅢｂに対し幽門側胃切除術施行後に、補助化学療法を行った。術後4年にCEAの上昇を伴う結節性病変を認め、PET-CTでも陽性であった。腫瘍切除術を施行し、病理診断はAdenocarcinoma metastaticであった。

症例２:81歳　男性　S状結腸癌に対しS状結腸切除術を施行。術後10年に経時的な増大傾向を有する結節性病変を認めた。PET-CT陽性でもあり、腫瘍切除術を施行した。病理診断はAbscessであった。

【考察】

悪性腫瘍術後の画像で結節性病変の出現を認めた場合、転移再発を疑わざるを得ず、PET-CTなどの精査を行っている。しかし、PET-CTでも陽性であった場合、切除術を行わざるを得ないものと考える。しかし6例中5例で良性結節の診断であったことより、さらなる検討が必要と考え、今回症例を呈示した。

第28回日本血管外科学会　教育セミナー【2018年10月27日】
演　　題:腹部大動脈腸管瘻・人工血管腸管瘻の治療
演　　者:明石英俊／戸畑共立病院 血管外科

【はじめに】

腹部大動脈腸管瘻(aorto-enteric fistula:AEF)は横隔膜より末梢の大動脈と腸管との間に瘻孔が形成されたまれな疾患であり、腹部大動脈瘤などが直接、十二指腸や空腸などに破裂した状態やそのほか、異物や腫瘍浸潤などで瘻孔を形成する症例もある。これらを一次性大動脈腸管瘻(primary aorto-enteric fistula: PAEF)と定義している。腹部大動脈の人工血管置換術後に腸管との癒着瘻孔を形成するもの等が二次性大動脈腸管瘻(secondary aorto-enteric fistula:SAEF)とされている。この二次性大動脈腸管瘻で比較的散見されるのが人工血管腸管瘻である。頻度としては一次性大動脈腸管瘻は非常に希であり、二次性が頻度が高い。最近では新たに、ステントグラフト内挿術後に発症するSAEFが散見される。いずれにしても、大動脈と消化管の瘻孔形成は重篤な病態であり、外科治療後の院内死亡率は30.7%[1]と報告されており、適切な時期に適切な治療が必要とされる。

Ⅰ.疫学・病態

(1)一次性腹部大動脈腸管瘻(primary aorto-enteric fistula: PAEF)

PAEFはきわめてまれな疾患である。1817年の初めての報告から2003年までに332例の報告がある[2]。本邦では2015年までに17例の報告に止まっている。

PAEFの原因は腹部大動脈瘤の存在が関係していることが大半であるが、それ以外にも、細菌感染、放射線治療、嚢胞状中膜壊死、側頭動脈炎(巨細胞性動脈炎)などの血管炎の関与を指摘する報告などが存在する。また、これらの原因が重複することも見受けられる。何らかの大動脈瘤が存在する可能性は80%以上で、平均の大動脈瘤径は6.2㎝である。

瘻孔を形成する消化管の部位としては、十二指腸の水平部が最も多く54%、食道が28%(この文献では胸部も含まれているため)、小腸が15%、胃が2%となっている。その他、腸骨動脈瘤と結腸の瘻孔も報告されている[2]。PAEFの予後はきわめて不良で、生存率は20%～50%と報告されている[3,4]。

(2)二次性腹部大動脈腸管瘻(secondary aorto-enteric fistula:SAEF)

SAEFもまれな疾患ではあるが、PAEFよりもやや多く、腹部大動脈置換術後の0.3～1.6%[5,6]に生じる遠隔期の合併症である。SAEFをきたす原因としては、人工血管と腸管の直接の接触による圧壊死や人工血管感染から進展するものが多いと言われているが、その他にも放射線治療、異物、腫瘍浸潤、外傷などが引き金になる。SAEFは人工血管吻合部に仮性動脈瘤などを形成して発症するタイプと人工血管と接する腸管に穿孔を形成し、人工血管に沿って感染が波及し、吻合部に離開が生じて発症するタイプに分けられている。瘻孔を形成する部位は十二指腸が62%、その他の小腸が12.4%、大腸が5.3%との報告がある[1]。最近ではステントグラフトの普及に伴い、SAEFに対しても行われるようになり、低侵襲であり、一時的な出血のコントロールには有用で、急性期の良好な成績(病院死亡が7.1%)[1]されているが、根治的な治療ではなく、遠隔成績を見て、判断する必要がある。

Ⅱ.症状・所見・診断

(1)PAEF

症状としては、消化管出血、腹痛、拍動性腹部腫瘤が3徴とされているが、実際にはこれらが揃う確率は低く、頻度としては消化管出血(吐血)が最も多く(90%)、繰り返す原因不明の消化管出血で強く疑われることが多い。

診断のためには上部消化管内視鏡検査、腹部超音波検査、腹部造影CTなどの画像評価が必要であるが、現在では腹部造影CTの診断率が最も高いと言われている。十二指腸水平部を圧迫する腹部大動脈瘤の存在、十二指腸壁や動脈瘤壁の連続性の消失、後腹膜腔の空気像の存在などが、強く疑う所見である。内視鏡検査では、まず、十二指腸の水平部まで観察することが重要で、多くの消化管出血の患者に対しては水平部までの検査が行われないことが多い。AEFを少しでも疑う時は水平部まで観察することである。水平部の凝血塊、管外性の拍動の確認、粘膜びらんや壊死、動脈性の出血などが有意な所見となる。このような所見を認めた場合は観察までで、検査を終了すべきで、再破裂の危険性を回避すべきである。腹部超音波検査では間接的な所見を組み合わせることで、診断の手助けになるが、確定診断は難しい。

AEFの消化管出血では大量出血前におこるHerald bleedingが見られることが多い。すなわち、繰り返す少量の消化管出血の後に大量出血に至るということである。繰り返す原因不明の上部消化管出血はAEFを疑う所見で、不明熱などを認めればさらに強く疑うことになる。

(2)SAEF

SAEFの症状はPAEFと類似しているが、大きな仮性瘤を形成している症例以外では拍動性腫瘤の触知は認めず、そのような症例はまれであるため、多くは消化管出血、腹痛、発熱が主な症状である。瘻孔の発症部位はPAEFと同様に十二指腸が大半であり、次にその他の小腸、大腸の順となる。腹部大動脈の治療の既往があり、比較的長期間の原因不明の発熱やHerald bleedingという消化管出血がある場合はSAEFの存在を念頭に検査を進める必要がある。診断のためにはPAEFと同様に上部消化管内視鏡検査、腹部超音波検査、腹部造影CTなどの画像評価が必要であるが、現在では腹部造影CTの診断率が最も高い。内視鏡検査では十二指腸水平部

まで観察することが必要で、明らかな出血や人工血管の露出などが無くとも、上記の既往やCTの所見が一致する際は、十二指腸水平部にびらんや潰瘍を認めた場合は確診に近いSAEFの診断と考えてよい。いずれにしても、この病態の予後の悪さは、診断の遅れから生じるものであり、早急な治療開始が必要である。

Ⅲ.治療

AEFの基本的な治療は外科的治療である。最近ではstent-graftでの治療も行われているが、感染コントロールの問題があり、開腹手術へのbridge治療と考えるのが妥当である[7,8,9,10]。AEFの診断で外科治療が行われなかった場合の死亡率はほぼ100%であり、外科手術での成績は施設により様々で、また、一次性と二次性で差があり(一次性が成績不良)、死亡率は18〜93%とされているが、近年では向上している[11]。外科的治療としては非解剖学的再建と解剖学的再建に大別される。解剖学的再建では人工血管よる再建、自科静脈を用いた再建、ホモグラフトを用いた再建などがある。近年まで、大動脈遮断後、感染組織の除去後、大動脈の断端を閉鎖し、腋窩大腿動脈バイパスなどの非解剖学的バイパスが一般的とされてきたが、近年では解剖学的バイパスの良好な成績が報告されるようになり[12]、現在では解剖学的再建が主流となっている。私たちはmodified in situ reconstruction[13]を行ってきたが、完全な解剖学的再建の機会が多くなった。

(1)外科手術手技

①一次性大動脈十二指腸瘻の手術

PAEFの症例では大動脈瘤が大きく、高位まで大動脈瘤が存在する症例が多い。また、炎症などで十二指腸と高度の癒着を認める症例も見受けられる。そのため、手術に際しては非解剖学的再建もあり得ることを念頭に、腋窩大腿動脈バイパスも可能なように、術野の消毒と人工血管の準備も行っておく。

腹部正中切開で開腹を行い、呼吸循環状態が落ち着いているならば、腹部大動脈瘤末梢部から腸骨動脈部の剥離を行い、末梢遮断のコントロールができる準備を行う。次に大動脈中枢側のコントロールであるが、腸管瘻の部位は癒着が高度であるので、大動脈の右側は剥離が困難であり、また大動脈の右側を剥離しようとすると、十二指腸を牽引することになり、再破裂の危険性が高くなる。そのため、剥離は大動脈の左側のみを剥離しつつ、中枢側の遮断部位まで到達するか、あるいは左側の剥離に危険性を伴う場合は危険な剥離は行わず、直接腎動脈近傍の大動脈の剥離を行うことを勧める。術野は狭くなるが、一般に、大動脈瘤の存在しない部位の大動脈には、多くの場合炎症は少なく、癒着は無い。この時、大動脈をコントロールする部位は腎動脈下が理想ではあるが、腎動脈上でも差し支えない。とにかく、大動脈瘤と腸管瘻の部位より中枢で遮断・吻合が可能な部位を作ることが重要である。全身ヘパリン化を行い、大動脈中枢側の遮断をストレートの遮断鉗子で前面から背側に向かって行う。両側腸骨動脈、下腸間膜動脈(IMA)を遮断し、拍動が無いことを確認して、大動脈瘤の切開を中枢側は左側から、IMAを損傷しないように、末梢側は右側になるようにS字型に切開する。瘤内の腰動脈の止血を行い、中枢吻合部を形成する。可能な限り、両側腎動脈末梢での吻合口となるように心がける。次に腸管との瘻孔を確認する。腎動脈上の遮断などで、時間的余裕が無い場合は仮閉じでもかまわない。時間的に可能な場合は瘻孔部を確認して、瘻孔部の中枢側と末梢側の辺縁を1㎝ずつ程切除して、debridementを行い、狭窄を生じないように短軸方向での2層の直接縫合での腸管の修復を終了する。次に術野と瘤内の洗浄を十分に行い、人工血管との中枢吻合を行う。人工物の補強材料は用いず、プロリーン糸のみで行うか、脆弱で補強材料を用いる時は腹直筋膜や汚染されていない大動脈瘤壁などの自家組織を用いる。人工血管はリファンピシンに浸したものを用いる。中枢吻合が終了したら、通常のように末梢の吻合を行い、再建を終了する。次に大網を胃辺縁から大網動脈温存して剥離し、結腸腸間膜に穴を開けて、retrocolicaに術野に引き出し、人工血管全体を全周性に被い、さらに一部の大網は十二指腸修復部を被うように固定する。大動脈壁は可能な範囲で切除して良いが、大網で十分に被うことができた場合は、可及的に可能な程度で良いと考える。瘤壁の内膜と中膜の一部を剥離して取り除くこともあるが、この層での瘤壁の剥離は出血につながるので、あまり推奨できない。

②二次性大動脈(人工血管)十二指腸瘻の手術

非解剖学的再建の準備は①と同様である。癒着剥離後、動脈の剥離は両側腸骨動脈の癒着が高度でない時は両側腸骨動脈を剥離・テーピングする。または両側の前回の人工血管の左右の脚を剥離する。人工血管との腸管瘻では周辺の癒着は高度であり、吻合部仮性瘤が存在することもあり、直接的に、前回あまり剥離していない腎動脈近傍の大動脈の剥離を行うほうが容易で安全である。①と同様、腎動脈上でもかまわない。全身ヘパリン化し、大動脈遮断をストレートの遮断鉗子で挿入できる方向から行う。両側人工血管脚または腸骨動脈を遮断し、瘻孔を形成した十二指腸を剥離する。剥離した十二指腸の瘻孔の腸管辺縁壁を1㎝ずつ程切除してdebridementを行い、①と同様瘻孔部を閉鎖する。次に前回の人工血管を中枢まで剥離し、吻合部まで切除する。前回の中枢部の人工物は残さない。しかし、中枢吻合部の人工血管や補強材料の切除は容易ではなく、根気よく完全に切除する。人工血管切除後は術野を十分に洗浄する。また新たな中枢吻合部の形成も、術野が狭く癒着が高度な状態で、全てを剥離して、円形の端々吻合の形を作ることは困難なことが多く、大動脈の内膜が観察できたならば、その部に針を出すようなinclusion法での吻合のような技術も必要である。この際、人工物の補強材料は用いず、必要ならば自家組織を用いる。吻合は3-0または4-0のプロリーンの連続吻合である。人工血管はリファンピシンに浸したものを用いる。中枢吻合後は末梢までの前回の人工血管を切除し、新たな人工

血管の脚を腸骨動脈に可能ならば端々で、困難なときは腸骨動脈の末梢に端側で吻合し、中枢の腸骨動脈断端を縫合閉鎖する。血行再建が終了したならば、①と同様に大網でのwrappingを行う。

③他の術式の適応

(非解剖学的再建)

私は原則として解剖学的再建を試みるが、不可能と判断して、非解剖学的再建に切り替える適応は、確実な中枢吻合が不可能と判断した場合、新たな人工血管を被う大網が十分に存在しない場合としている。

(自家静脈再建)

大網が十分に存在する場合は自家静脈での再建は必要ないと判断している。術前から以前の開腹手術などで大網が存在しないことが明らかな場合は自家静脈での再建を考慮する。

(ステントグラフト)

AEFに対するステントグラフトでの治療はin hospital mortalityを改善することは可能であるが(病院死亡率0%[8]、7.1%[1])、2年前後の遠隔期に著明に生存率が低下する(生存率15%[8]、51%[1])。そのため、適応は消化管出血らによる全身状態の悪化症例、超高齢者、複数回の開腹手術既往の患者などが考えられる。しかし、このような症例でも消化管の手術は行う必要があり、瘻孔はそのままで治療を終了することは考え難く、ステントグラフトで止血が達成されたならば、全身状態の改善後、可能ならば根治手術を考慮すべきと考える。

【おわりに】

AEFの治療は早期確定診断が重要で、早期に適切に外科治療を行えば、根治可能な病態である。開腹手術に際しては無駄な剥離を行わず、出血量を減らし、手術時間を短縮し、侵襲を軽減することで予後を改善できると考えている。

参考文献

1) Kakkos SK, Bicknell CD, Tsolakis IA, et al: Editor's choice – Management of secondary aorto-enteric and other abdominal arterio-enteric fistulas: A review and pooled data analysis. Eur J Vasc Endvasc Surg 2016; 52:770-786.
2) Saers SJ, Sheltinga MR: Primary aortoenteric fistula. Br J Surg 2005; 92; 143-152.
3) Lee JT, Saroyan RM, Belzberg G: Primary aortoenteric fistula:Computed tomographic diagnosis of an stypical presentation. Ann Vasc Surg 2001; 15: 251-254.
4) Lawlor DK, DeRose G, Harris KA, et al: Primary aorto/iliac-enteric fistula: Report of 6 new cases. Vasc Endvasc Surg 2004; 38: 281-286.
5) Hallett JW Jr, Marshall DM, Petterson TM, et al: Graft-related complications after abdominal aortic aneurysm repair: Reassurance from a 36-year population-based experience. J Vasc Surg 1997; 25: 277-284.
6) O'Hara PJ, Hertzer NR, Beven EG, et al: Surgical management of infected abdominal aortic grafts: review of a 25-year experience. J Vasc Surg 1986; 3: 725-731.
7) Burks JA, Faties PL, Gravereaux EC, et al: Endvascular repair of bleeding aortoenteric fistula: A 5-year experience. J Vasc Surg 2001; 44: 1055-1059.
8) Kakkos SK, Antoniadis PN, Klonaris CN, et al: Open orendovascular repair of aortoenteric fistulas ?: A multicenter comparative study. Eur J Vasc Surg 2011; 41: 625-634.
9) Baril DT, Carroccino A, Ellozy SH, et al: Evolving strategies for the treatment of aortoenteric fistulas. J Vasc Surg 2006; 44: 250-257.
10) Antoniou GA, Koutsias S, Antoniou SA, et al: Outcome after endovascular stent graft repair of aortoenteric fistula: A systematic review. J Vasc Surg 2009; 49:782-789.
11) Lemos DW, Raffetto JD, Moore TC, et al: Primary aortoduodenal fistula: A case report and review of the literature. J Vasc Surg 2003; 37: 686-689
12) 寒川顕治、青木淳、大脇祐治。動脈腸管瘻の3例。脈管学、2009; 49:423-429.
13) Akashi H, Tayama K, Tanaka A, et al: Surgical management of a graftenteric fistula: A modified method of in situ reconstruction. Surg Today 2001; 31:280-283.

第108回九州・沖縄形成外科学会学術集会【2018年10月27日】
演　　題:判断に迷い治療に難渋した下腿３度熱傷の１例
演　　者:髙橋長弘／戸畑共立病院 形成外科

症例は42歳男性。工場での作業中、熱されたゴムの塊（350kg）が左下腿へ落下。安全靴を装着していたがゴム塊の除去に15分を要した。３度熱傷の診断にてwound bed preparationを行い分層植皮術施行するも、術後13日目に植皮の全脱落を認めた。その後再入院しIW-CONPIT、NPWTを経て再手術にて治癒した。特殊なケースの熱傷であったため、デブリドマンの進達度を予測出来ず、結果デブリドマンが不足していた事が一番の敗因であった。反省をふまえて報告する。

第43回日本足の外科学会学術集会【2018年11月1～2日】
演　　題:観血的整復を要した第2趾DIP関節脱臼の1例
演　　者:蒲地康人／戸畑共立病院 整形外科
共同演者:田原尚直[1)]　濱田賢治[1)]　野口幸志[2)]
1)戸畑共立病院 整形外科、2)久留米医療センター 整形外科

【はじめに】
手指と比較し、足趾の趾節間関節の外傷性脱臼は稀である。母趾の趾節間関節脱臼は比較的よく見られるが、第2~5趾の遠位趾節間関節脱臼(以下DIP関節)は非常に稀である。徒手整復困難な第2趾DIP関節脱臼に対して観血的整復を必要とした症例を経験したので報告する。
【症例】
60歳男性、物を踏みつけ右第2趾の底側に挫創を認めたため近医受診。右第2趾DIP関節開放性脱臼の診断にて、徒手整復を行ったが整復不能のため当院紹介受診となる。単純レントゲンで末節骨の背側脱臼とDIP関節の開大を認め、CT検査で骨折を伴わず、末節骨は背内側に転位していた。再度、イメージ下に徒手整復を試みるも整復不能であり、同日緊急で観血的整復術を行った。もともとある足底の創を用い展開し、関節内の整復阻害因子を引き出すと整復は容易に可能であった。脱臼整復後DIP関節の不安定性を認めたため、k-wireを用い関節固定した。術後4週間でk-wireを抜釘し、現在も再脱臼なく経過は良好であった。
【考察】
足趾の関節脱臼は徒手整復が可能な症例が多く、まずは適切な徒手整復が試みられるべきであるが、稀に徒手整復困難な症例も報告されている。レントゲン上、関節開大が２㎜以上の場合は手術が推奨されており、本症例も手術を行い術後経過は良好である。また、画像所見が関節内に陥入する整復阻害因子を推定する指標になり得るのではないかと考える。

日本臨床麻酔学会第38回大会【2018年11月1～3日】
演　　題:Saber-sheath tracheaで間質性肺炎合併患者の食道癌手術の麻酔経験
演　　者:増田直樹／戸畑共立病院 麻酔科

Saber-sheath trachea（横径が狭い刀の鞘状の気管）の間質性肺炎合併食道癌手術を経験した。手術は分離肺換気・肺保護換気・低侵襲手術を要す。麻酔呼吸管理を報告する。
（症例）76才男性。下部食道癌。CT、PETCT、KL6より間質性肺炎合併で、気管横径最狭9.4㎜、同部前後径28㎜であった。胸部硬膜外挿入、全身麻酔導入ファイバー補助下にID6.5㎜（OD8.8㎜）Standard Tubeを挿入、クーデックブロッカーOD3㎜で分離肺換気を行った。麻酔はセボフルラン＋レミフェンタニル＋ロクロニウムで維持した。低一回換気量＋軽度PEEP＋酸素35％でSpO2を95%維持ができた。胸腹鏡補助下に食道部分切除＋胃管再建を行った。麻酔は9時間であった。硬膜外＋プレセッデクスで良好な鎮痛が取れICU入室直後に抜管した。翌日より腸瘻栄養投与、術後12日自宅退院。麻酔科医の術前評価からの気道管理、呼吸管理、鎮痛管理で低侵襲手術や早期抜管ができ、間質性肺炎増悪なく早期自宅退院した。

第26回日本消化器関連学会週間(JDDW2018)【2018年11月1～4日】

演　　題:術後再建腸管例に対するショートダブルバルーン内視鏡を用いたERCP関連手技の検討

演　　者:寺部寛哉／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:岡部義信[2)]　佐々木優[3)]　今村健太郎[1)]　辛島嘉彦[1)]　大津健聖[1)]　池園友[1)]　酒見亮介[1)]　宗祐人[1)]

1)戸畑共立病院 消化器病センター、2)久留米大学医学部 内科学講座消化器内科部門、3)社会保険田川病院 消化器内科

【背景・目的】

近年、スコープ有効長や鉗子口径が改善されたショートダブルバルーン内視鏡(sDBE:EI-580BT)が市販され、術後再建腸管例に対するsDBEを用いたERCP関連手技(sDBE-ERCP)の普及が期待される。今回我々は、sDBE-ERCPの有用性および問題点について後方視的に検討した。

【対象・方法】

2016年3月～2018年3月までに当院で施行したsDBE-ERCP連続25例43件(平均78.3歳、男/女　15/10)を対象とした。再建術式はRoux-en Y再建(RY)14例26件、Billroth-II法再建(B2)9例13件、胆管空腸吻合(CJ)2例4件。対象例における1)盲端到達率、2)胆膵管挿管率、3)内視鏡治療成功率、4)処置時間、5)偶発症について検討した。

【結果】

1)95.3%(41/43)、2)78.0%(32/41)、3)90.6%(29/32)、4)86(23-152)分(全件)であり、再建法別(RY/B2/CJ)では各々1)96.2/100/75%、2)72/84.6/100%、3)88.9/100/75%、4)91.1/78.2/78分であった。胆管挿管成功32件中3件でPTBD下Rendezvous法を先行して行っていた。また、胆管挿管困難例(9件)は全例未処置乳頭で、乳頭正面視不能6件、憩室内乳頭2件、乳頭発見不能1件が原因であった。内視鏡処置(29件)の内訳は、乳頭吻合部処置がEPBD/EPLBD/EST/EST+EPLBD/吻合部拡張2/14/1/2/1件、胆膵管処置がEBS/ENBD/EML/膵管生検13/3/18/1(重複含む)であった。5)偶発症は4件(9.3%)で認め、全例ERCP後膵炎(軽症～中等症)であり保存的加療で改善した。

【結論】

術後再建腸管例に対するsDBE-ERCPは盲端到達率が高く、胆膵管挿管に成功すれば内視鏡的処置は遂行可能である。一方、胆膵管挿管の更なる技術向上や標準化、専用処置具の開発が望まれる。

第26回日本消化器関連学会週間(JDDW2018)【2018年11月1～4日】

演　　題:活動期潰瘍性大腸炎におけるブデソニド注腸フォーム製剤の有効性の検討

演　　者:酒見亮介／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:宗祐人　辛島嘉彦　今村健太郎　大津健聖　寺部寛哉　池園友

戸畑共立病院 消化器病センター

【背景と目的】

活動期潰瘍性大腸炎に対して2017年12月より使用可能となったブデソニド注腸フォーム製剤は国内臨床試験において高い粘膜治癒率と寛解率が報告されており、活動期潰瘍性大腸炎に対して有効な治療選択肢の一つと考えられるが、実臨床における報告は未だなされていない。今回我々は当施設において使用したブデソニド注腸フォーム製剤の有効性について検討した。

【方法】

対象は2017年12月1日より2018年2月1日までに活動期潰瘍性大腸炎に対してブデソニド注腸フォーム製剤を使用した11例のうち寛解導入目的に使用した10例である。Partial Mayo score(p-Mayo score)を用いてp-Mayo score≦2かつ各サブスコアが1以下を臨床的寛解と定義し、2週後、4週後、6週後の臨床的寛解率および血便消失率を検討した。

【結果】

患者背景は女性6例、平均年齢41.7歳、罹病期間6.9年、平均p-Mayo score 5.6、軽症3例、中等症5例、重症2例、全大腸炎型2例、左側結腸炎型7例、直腸炎型1例であった。投与前に施行された8例の下部消化管内視鏡検査ではMayo endoscopic score(MES)2が6例、3が2例、併用薬はpH依存型メサラジン製剤3例、MMXメサラジン製剤6例、プレドニゾロン2例、免疫調節薬3例、抗TNF-α抗体製剤1例であった。2週後の平均p-Mayo scoreは3.7と投与前より有意に低下し(P=0.03)、2週後、4週後、6週後の寛解率は40%、40%、60%、血便消失率(血便症例n=8)は50%、37.5%、62.5%であった。重症例およびMES3の症例、抗TNF-α抗体製剤の2次無効例、不定期に使用していた症例が寛解に至らなかった。投与6週後の採血にて血中コルチゾール0.61μg/dl、ACTH6pg/mlと低値の症例を認めたが、それ以外に重篤な有害事象は認めなかった。

【結語】

ブデソニド注腸フォーム製剤は軽症から中等症の活動期潰瘍性大腸炎、およびMES2以下の症例に対して有効な治療選択肢であり、その有効性を投与2週後から認め、6週後までにさらに有効性が期待されると考えられた。

第112回　日本消化器病学会　九州支部例会【2018年11月9〜10日】
第106回　日本消化器内視鏡学会　九州支部例会【2018年11月9〜10日】
演　　題：狭窄型虚血性大腸炎の一例
演　　者：平塚裕也／戸畑共立病院 消化器内科
共同演者：宗佑人[1)]　武田和大[1)]　榊原重成[1)]　今村健太郎[1)]　寺部寛哉[1)]　酒見亮介[1)]　森光洋介[2)]　吉本裕紀[3)]　石橋慶章[3)]　蒔本好史[3)]　西村太郎[3)]
1)戸畑共立病院 消化器内科、2)同 病理診断科、3)同 外科

【症例】
７０歳代、女性。20１X年4月末に宿便性イレウスで当院外科に入院し、保存的加療で改善し退院した。退院後も便秘が持続するため当科紹介受診となった。当科で施行した下部消化管内視鏡検査で横行結腸に著明な狭窄を認め、口側へスコープは通過できず、精査加療目的に当科入院となった。
【既往歴】
帝王切開、高血圧、2型糖尿病、脂質代謝異常症、甲状腺機能低下症。
【経過】
下部消化管内視鏡では狭窄面は縦走傾向の潰瘍及び発赤調の顆粒状の隆起で覆われており再生上皮をきたしていることからも明らかな上皮性腫瘍性変化は指摘できなかった。また、狭窄部の生検はGroup1であった。注腸造影検査では横行結腸の広範囲に著明な狭窄がみられ、狭窄部は顆粒状の変化、嚢形成を伴い、明らかな上皮性腫瘍を示唆する所見は指摘できなかった。虚血性腸炎の好発部位ではなかったが、画像診断は狭窄型虚血性大腸炎を強く疑う所見であった。著名な狭窄を認めるが、腹痛や嘔吐といった腸閉塞症状はみられず、入院後は易消化食、経腸栄養剤にて栄養管理を開始した。その後も腹部症状は出現しなかったが、入院1週間後の注腸造影検査では造影剤が横行結腸から口側へは通過しなかった。今後の腸閉塞発症の可能性が高く、また、当科で行った精査では明らかな上皮性腫瘍を示唆する所見は認めなかったが、びまん浸潤型大腸癌の可能性も完全には否定できず、外科切除の方針とした。当院外科で横行結腸切除術が施行された。切除標本のマクロ画像では２条の縦走潰瘍、壁肥厚所見を認めた。組織所見では、Ul-Ⅱの潰瘍、開放性潰瘍は血管に富む肉芽組織で裏打ちされ、粘膜固有層と粘膜下層に担鉄細胞がみられた。虚血性腸炎に矛盾しない所見であった。
【考察】
宿便性イレウス改善後に発症し、腸管切除を行った狭窄型虚血性大腸炎1例。宿便による腸管内圧上昇と腸壁の血流低下が発症の一因と考えた。文献的考察を加え報告する。

第73回日本大腸肛門病学会学術集会【2018年11月9〜10日】
演　　題：腹腔鏡下大腸切除術における術後吻合部出血性合併症症例の検討
演　　者：吉本裕紀／戸畑共立病院 外科

【はじめに】
高齢化社会にともない、心疾患、脳血管障害の治療/予防目的に抗血小板剤を内服している患者も多くなり、そのような併存疾患を有する患者に対する大腸癌手術も増加傾向にある。今回、腹腔鏡下大腸切除術後の吻合部出血性合併症症例の検討をおこなったので報告する。
【方法】
2005年から2015年まで大腸癌の診断のもと待機手術を施行した腹腔鏡補助下大腸切除術578例を対象とした。
【結果】
術後吻合部出血性合併症は7/578例（1.2%）で、出血部位としてCircular staplerを用いた前方切除術後吻合部が5例で、Linear staplerを用いた右側結腸切除後の機能的端々吻合部が2例であった。出血時期は術直後〜当日が5例、術後第3病日が1例、術後第7病日が1例であった。2例は経過観察で軽快し、1例は超低位前方切除術直後であり経肛門的に縫合止血を行った。他の4例はCS下にクリッピングおよびトロンビン散布を行った。術後第7病日出血の症例は術後第3病日から抗血小板剤を2剤内服していた患者であった。全例術後経過は良好で、出血性合併症による入院期間の延長は認められなかった。抗血小板剤を内服していた患者の出血性合併症率は2/168（1.19%）例で、抗血小板剤を内服していない患者の出血性合併症率は5/410例（1.21%）であった。術後吻合部出血性合併症発症に影響を与えた因子を多変量解析で検討したところ、直腸切除術、抗血小板剤とも独立した危険因子にはならなかった。
【考察】
大腸癌術後の吻合部出血性合併症は稀に遭遇する合併症の一つである。直腸切除後のCircular staplerを用いた吻合後に多い傾向がみられたため、吻合直後に出血性合併症を念頭に置き、出血が疑われる場合は積極的に早期のCS検査を行う必要があると思われた。特に機能的端々吻合では直視下に観察可能であり、出血が懸念される場合は縫合止血を積極的に行うべきであると考えられた。
【結語】
腹腔鏡下大腸切除術における術後吻合部出血性合併症症例の検討を行い報告した。

第112回日本消化器病学会九州支部例会【2018年11月9〜10日】

演　　題:High output 症候群に対してTPN併用の栄養管理が奏功したと考えられる1例

演　　者:佐保洸太／戸畑共立病院 栄養科

共同演者:原澤 あゆみ[1)]　酒見 亮介[2)]

1)戸畑共立病院 栄養科、2)同 消化器病センター

【はじめに】

High output症候群(stoma)は、ストーマへ2000ml/day以上の排液が3日間以上継続している。またはそれ以下であっても、水分・電解質バランスが崩れている状態と定義され、その多くが回腸瘻などの術後平均1週間程度で発症するとされている。今回、我々は潰瘍性大腸炎術後から1ヵ月以上の経過後にHigh output症候群を来しTPN併用の栄養管理が奏功したと考えられる症例を経験したため報告する。

【症例】

症例は40歳代女性。約1年半前に潰瘍性大腸炎・全大腸炎型と診断され、種々の内科治療を施行したが治療抵抗性を示し、全身状態が悪化したことから3期分割による回腸嚢肛門管吻合術(以下, IACA)の方針にて、結腸亜全摘、回腸ストーマ造設術を施行した。その後、直腸切除、IACAを施行したが、IACA直後よりストーマからの排液量が増加し一時的に改善を示すも、約1ヶ月後から徐々にストーマの排液量が増加した。その後もストーマ排液量が1500〜2000ml/日と継続し、脱水に伴う腎前性腎不全を来したことからHigh output症候群と診断され、加療目的に入院となる。

【経過】

脱水、腎前性腎不全に対して絶食の上、輸液治療を開始し、小腸病変がないことを確認した後に経口より経腸栄養剤を開始した。その後1日1食から低脂肪・低残渣食へ変更したところ、ストーマ排液量は1800ml/日と増加し、尿量200ml/日と減少したためTPN管理とした。TPN開始後より倦怠感は改善し、止痢剤等の薬剤および食事調整を行い、ストーマ排液量は徐々に減少し、TPNより離脱となる。また経過中に水やお茶などの低浸透圧性飲料の摂取はストーマ排液量を増加させたことより、TPN離脱後は経口補水療法の導入を行った。ストーマ排液量は増加なく経過し栄養指導を行った後、第43病日目に自宅退院となる。

【考察】

潰瘍性大腸炎術後の後期High output症候群に対してTPN併用が全身状態の改善につながり、その後の加療に奏功したと考えられた。また回腸瘻などの術後にHigh output症候群を来した症例に対しては経口補水療法の導入や栄養指導が脱水などの合併症予防に重要であると考えられた。

第112回日本消化器病学会九州支部例会・第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2018年11月9〜10日】

演　　題:SpyGlassTM DSが診断に有用であった肝内胆管結石症の 1 例

演　　者:榊原重成／戸畑共立病院 内科消化器病センター

共同演者:石田祐介[4)]　岡部義信[4)]　平塚裕也[1)]　武田和大[1)]　今村健太郎[1)]　寺部寛哉[1)]　酒見亮介[1)]　宗祐人[1)]　森光洋介[3)]　和田義人[2)]　佐々木優[5)]　鳥村拓司[1)]

1)戸畑共立病院 内科消化器病センター、2)同 外科、3)同 病理診断科、4)久留米大学医学部 内科学講座消化器内科部門、5)社会保険田川病院 内科

【症例】60代、男性。

【現病歴】

上腹部痛と発熱を主訴に当院救急外来を受診し、腹部CTで胆石胆嚢炎、左肝内胆管拡張、肝左葉萎縮を認め、精査加療を目的に当科入院となった。

【経過】

入院後、胆嚢炎に対して絶食・輸液管理および抗生剤投与、および経乳頭的胆嚢ドレナージを行い保存的に軽快した。その後、左肝内胆管拡張、肝左葉萎縮の原因精査を進めた。MRCPでは肝外側区域に軽度の胆管狭窄と末梢胆管の拡張、さらに拡張胆管内には無信号域があり肝内胆管結石が示唆された。US/EUSでは左肝内胆管内に小結石を疑う高エコー領域を散在性認めたが胆管狭窄部の描出は困難であった。ERCでは、明らかな狭窄部は指摘出来ず、B2/3分岐部付近より末梢に多数のdefectが存在し、肝内結石と考えられた。PET-CTでは、胆管拡張部に一致して散在性にSUV値max:6.87のFDG集積亢進の広がりをみたが、炎症性変化と悪性腫瘍の鑑別診断は困難であった。以上の画像所見では、胆管狭窄の良悪性の鑑別診断に難渋したため、経口胆道鏡を目的に久留米大学病院に転院となった。SpyGlassTM DS(Boston Scientific社)観察では、SpyGlassTM DSが通過しないような胆管狭窄は認めなかった。また、B2/3分岐部より末梢胆管内に多数の結石がみられたため、basket catheterで結石除去を行った。しかし、末梢胆管まで小結石が充満しているため内視鏡的除石は困難と判断した。なお経過中行った頻回の狭窄部の細胞診では、ClassⅡであった。肝内結石は発癌のリスクもあり十分なInformed consentを得たうえ、当院外科で肝左葉切除術、胆嚢摘出術を施行した。摘出病理で肝内胆管狭窄部は炎症性変化と診断された。

【まとめ】

当症例は肝内結石の存在診断および胆管狭窄の診断および治療方針に、SpyGlassTM DSが有用であった。若干の文献的考察を加え報告する。

第112回日本消化器病学会九州支部例会・第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2018年11月9〜10日】
演　　題:潰瘍性大腸における便中カルプロテクチンの有用性に関する検討
演　　者:酒見亮介／戸畑共立病院 内科消化器病センター

【緒言】
2017年6月より測定が可能となった便中カルプロテクチン(Fcal:Fecal calprotectin)は潰瘍性大腸の病態把握において有用なバイオマーカーとされているが、実臨床における最適な使用法は明らかとなっていない。今回我々は潰瘍性大腸炎患者を対象に便中カルプロテクチンを測定し、その有用性について検討した。
【対象・方法】
2017年10月より2018年7月までの間にカルプロテクチンモチダを用いてFcalが測定された潰瘍性大腸炎患者74症例を対象に寛解群、活動期群に分け、Fcalによる寛解期と活動期のcut-off値をROC解析によって算出し、活動期群における疾患活動度とFcalの相関関係についてスピアマンの順位相関係数を用いて解析した。また、寛解群における再燃、非再燃のcut-off値についてもROC解析によって検討した。疾患活動性はpartial Mayo score(p-Mayo)を用い、p-Mayo2以下かつ血便スコアが0および各スコアが1以下を寛解とし、寛解後のp-Mayo2以上を再燃と定義した。
【結果】
寛解群は27例、活動期群は47例であった。寛解群、活動期群の平均Fcalは258μg/g、2381μg/gであり、活動期群のFcalは寛解群よりも有意に高値であった(P＜0.01)。ROC解析による寛解期と活動期のcut-off値は121μg/g(感度92.6%、特異度59.6%、AUC 0.814)であった。疾患活動度とFcalの相関関係は相関係数がγ=0.53(P＜0.01)と正の相関関係を認めた。また、寛解群において観察期間内に再燃を来した症例は21%であり、ROC解析によって再燃と非再燃のcut-offは222μg/g(感度85.7%、特異度80.8%、AUC 0.88)であった。寛解群においてFcal 222μg/g以上群、未満群に分け、測定後からの累積寛解維持率についてlog-rank検定を用いて比較検討すると200日後の累積寛解維持率は40% vs 95.5%と222μg/g未満群において有意に累積寛解維持率が良好であった(p＜0.01)。
【結語】
Fcalは潰瘍性大腸炎の寛解、活動期の鑑別に有用な検査であり、さらに短期予測因子としても有用な検査と考えられることから、定期的な測定を行いFcalが高値を示した際は再燃を考慮した診療を行うべきである。

第112回日本消化器病学会九州支部例会・第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2018年11月9〜10日】
演　　題:潰瘍性大腸における便中カルプロテクチンの有用性に関する検討
演　　者:赤須優希／戸畑共立病院 臨床研修医

【緒言】
中等症以上の潰瘍性大腸炎に対するステロイド療法は寛解導入療法に有用な治療薬剤であるが、治療抵抗性を示した際にはサイトメガロウイルス腸炎や偽膜性腸炎などの感染症を念頭に加療を行うべきである。今回我々は潰瘍性大腸炎に対して寛解導入療法としてステロイドを使用し、その後に偽膜性腸炎を発症した症例を経験したので報告する。
【症例】
症例は20歳代女性。約5年前に他院にて大腸型クローン病と診断とされ、メサラジン製剤、抗TNF-α抗体製剤を用いて寛解導入療法が施行された。以降は寛解維持されていたが、約2週間前から1日10行以上の下痢症状、下血、腹痛、発熱を認めるようになり、精査加療目的に当院に入院となる。入院時に大腸内視鏡検査を施行すると直腸から連続する発赤粗造粘膜を背景に不整形の潰瘍病変を全結腸に認めた。内視鏡所見および数か所の生検結果からは潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であり、重症潰瘍性大腸炎と診断しprednisolone(PSL) 50mg(1mg/kg)によるステロイド治療を開始した。加療開始後より速やかに寛解導入されたことから7病日目よりPSL40mgに減量しazathioprineを導入したが、第11病日に腹痛、5回以上の下痢症状が出現した。ステロイドに対する治療抵抗を疑ったが、第14病日に施行したc.difficileトキシン、抗原は共に陽性を示したことから大腸内視鏡検査を施行したところ潰瘍性大腸炎による炎症所見は改善を示していたが、S状結腸を中心に偽膜を多発して認め、偽膜性腸炎に矛盾しない所見であった。その後にメトロニダゾールを投与したところ腹部症状は消失し、第21病日に退院の運びとなり以後は寛解維持されている。
【結語】
自験例における偽膜性腸炎発症の要因として、加療中にLVFXおよびPPIを使用したことが考えられた。潰瘍性大腸炎の治療中に治療抵抗性を示した際は潰瘍性大腸炎に対する治療強化を行う前に偽膜性腸炎を含めた他の腸炎の併発も考慮しながら加療を行うべきである。

第112回日本消化器病学会九州支部例会・第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2018年11月9～10日】

演　　題:大腸憩室出血における出血同定に対する腹部造影CTの有用性に関する検討

演　　者:市岡正敏／戸畑共立病院 臨床研修医

【はじめに】

近年、大腸憩室出血の診断においては下部消化管内視鏡検査(以下CS:colon　scopy)が積極的に行われるようになり、緊急手術の回避や出血予防として有用であると報告されているが、多発憩室の症例が多いことから、出血部位の同定が困難となり内視鏡による出血同定率は20～30％と報告されている。今回我々は、CSによる出血部位同定に寄与するとされる造影CTの有用性についての検討を行った。

【対象と方法】

2013年1月から2018年1月の5年間に当院を受診し、大腸憩室出血と診断された170症例に対して造影CT施行群(造影CT群)、非施行群に分けCSによる出血同定率および出血同定に寄与する背景因子の検討を後方視的に行った。

【結果】

患者背景は男性93例、平均年齢75.3歳、既往症は高血圧症109例、脳血管障害30例、併用薬として抗凝固薬12例、抗血小板薬50例であり、初発例は121例であった。CSによる全体の出血同定率は32例(18.8％)であり、同定部位の40%が上行結腸であった。造影CT施行群は69例、非施行群は101例、造影CT群、非施行群のCS出血同定率は15.9%、18.8%でありCSによる出血同定率に有意差は認めなかった。造影CT群における造影剤の腸管内漏出率は26％(18例)であり、腸管内漏出群におけるCS出血同定率は50%(9例)であった。非造影CT群、造影CT施行後の腸管内漏出群では腸管内漏出群において有意にCS出血同定率が高かった(P=0.02)。造影CT群における腸管内漏出群と非漏出群では受診から造影CT施行までの時間が79分、113分と腸管内漏出群で短い傾向であった(P=0.68)。

【結語】

大腸憩室出血に対してCSによる出血部位を効率的に同定する上で腹部造影CTは有用なmodalityであり、受診後早期の腹部造影CTの施行は、その後のCSによる出血同定率向上に寄与する可能性が示唆された。

第74回　九州消化器内視鏡技師研究会【2018年11月10日】

演　　題:対極板における皮膚熱傷の危険性についての検討

演　　者:町井基子／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:灘吉進也[1)]　大田健志[1)]　久野慎太郎[1)]　田中龍哉[1)]　宗 祐人[2)]

1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)同 消化器病センター

【背景】

当院内視鏡センターにおいて、高周波手術装置でモノポーラ電極を使用する際、ERBE社製ネッシーオメガ対極板®を使用している. 高周波手術装置の安全機能として、対極板が剥がれや空気が混入により、対極板の接触面積が小さくなると抵抗値の上昇を感知し皮膚熱傷の危険性が及ばないために通電されない工夫がなされている。止血術やESD等の治療時においてその手技の特殊性から通電時間が長くなることがあり、対極板の皮膚熱傷について特に留意しておかなくてはならない。

【目的】

対極板における皮膚熱傷の危険性についての検討を行った。

【方法】

1)対極板を皮膚に貼り、高周波手術装置の安全機能が働く限界の接触面積を求めた。高周波手術装置にはVIO300D®を使用し、119Ωの抵抗になった時に点灯する緑のランプを安全機能が働いた目安とした。被験者を変え、5回実施し、最小面積を求めた。2)安全機能が働く限界の接触面積と内視鏡治療時に使用する一般的なモードで、一番電流量(0.7A)の多いSOFT COAG Effect 5 の100W使用時において45℃に到達するまでの通電時間を算出した。算出方法は相対的エネルギー密度ファクタJ2t=[$A^2/cm^4 \cdot s^{-1}$]が0.2以下の場合皮膚の温度上昇は45℃以下であり、皮膚障害は起きないというPearceの電気メスの熱傷実験を参照した。

【結果】

1)高周波手術装置の安全機能が働く限界の接触面積は対極板の総面積85㎠に対し、41㎠(48%)であった。2)対極板の接触面積41㎠に対しSOFT COAG Effect 5の100W設定したとき、45℃に到達するのは686秒通電した場合であった。

【考察】

高周波手術装置の対極板に対する安全機能は対極板全体の48%接触していれば作動せず、通電出来ることが分かった。そのため11分を超えない短時間の治療であれば皮膚熱傷の可能性は低い。しかしながら、止血術やESD等の内視鏡治療にかかる時間が11分を超えることは少なくないため、十分に皮膚熱傷の可能性が考えられた。現在の高周波手術装置の安全機能だけでは皮膚熱傷に対する危険防止は十分ではない。そのため対極板の装着時や体位変換時に対極板が剥がれていないかの目視確認が非常に重要であることが考えられた。

【結語】

対極板の皮膚接触面積が十分でなくても安全機能が作動せず、通電出来ることが分かった。
安全機能を過信せず目視での確認が非常に重要である。

《利益相反:無》

第66回日本化学療法学会西日本支部【2018年11月16～18日】

演　　題:当院における医療・介護関連肺炎の抗菌薬使用状況の検討

演　　者:下崎香／戸畑共立病院 薬剤部

共同演者:長神康雄

戸畑共立病院 呼吸器内科

【目的】

2017年4月、日本呼吸器学会から成人肺炎診療ガイドライン2017が発行された。そこで、当院における医療・介護関連肺炎(NHCAP)患者の抗菌薬使用状況について調査、検討を行った。

【方法】

2016年4月から2016年10月に肺炎で入院した患者200例のうち、NHCAP 179例を対象とし、後方視的に調査した。

【結果】

NHCAP症例179例の患者背景は、平均年齢85.5±9.0、男性85例・女性94例、施設入所あり70例(39.1%)、90日以内退院歴あり57例(31.8%)、PS 3以上168例(93.8%)、ADROP 3以上55例(30.7%)であった。初期抗菌薬は多い順にSBT/ABPC　140例(78.2%)、CTRX　22例(12.3%)であり、広域抗菌薬から開始した例は14例(7.8%)であった。初期抗菌薬の有効例は128例(71.5%)であった。成人肺炎診療ガイドライン2017では、敗血症、ADROP、耐性菌リスクにより初期治療の推奨が分類されている。本研究ではADROP 3以上(重症度が高い)は55症例あり、ガイドライン通りDe-escalation治療で治療を開始した症例は5例(9.1%)であった。De-escalation治療が推奨されているにもかかわらずEscalation治療で治療を開始した症例は50例(90.9%)であり、そのうち初期抗菌薬の有効例は30例(60%)であった。179例のうち入院死亡は18例であり、平均年齢、初期抗菌薬の変更例、PS4以上、ADROP3以上は生存群と比べ有意に高かった(χ^2検定)。

【考察】

成人肺炎診療ガイドライン2017に、米国の医療ケア関連肺炎(HCAP)の超過死亡の原因が耐性菌の頻度が高いことによるものではないことが示唆されつつあるとの記載がある。当院は高齢かつ重症度が高い患者が多数を占める。そのため、ガイドライン上はDe-escalation治療に該当する症例が多数あるが、実際にはEscalation治療で軽快した症例が多くみられた。従って、NHCAP患者において、広域抗菌薬の初期使用が必ずしも入院死亡の減少に結びつくわけではない可能性が示唆された。

日本蘇生学会　第37回大会【2018年11月16～17日】

演　　題:繰り返しの低カリウム性四肢麻痺を呈したアルコール依存患者の心停止の原因として Refeeding Syndromeが考えられた1例

演　　者:増田直樹／戸畑共立病院 麻酔科

【症例】

68才男性。既往に胃切後、アルコール依存(肝炎)、高血圧。重度の低カリウム血症を伴う四肢麻痺を入院補正しK正常化で改善する事を4回繰り返していた。退院後アルコール主体で食事摂取が減り、下痢が続いていた。手首が動かず、歩行も出来なくなり来院、頭部MRIは正常、SIRS項目は0の状態であった。データはpH7.62、HCO3・48.3㎜ol/L、K1.6㎜ol/L、IP0.8㎎/dlがパニック値であった。輸液によるK補正と通常食投与がされ、第2病日VFとなり心臓マッサージで回復した。8時間後に意識レベル低下・血圧低下を認め、挿管・輸液・ノルアドレナリン投与を行ったが、再度VFとなりCPR・除細動に反応しなかった。

【考察】

Refeeding症候群の機序の主体は低栄養状態での糖代謝亢進による低リン血症とされ、不整脈や心収縮力低下を起こす。以前の入院でもK補正と通常食を行った。入院時データ前回/今回比較した。K1.5/1.5、pH7.6/7.62、IP2.0/0.8であった。繰り返しの入院でKの補正は行うがIP低値は進行し重篤でリンの補正は行われずRefeeding症候群を起こし心停止にいたったと考える。高度のアルカローシスも不整脈の誘因である。

JMDS2018in松戸【2018年11月17～18日】

演　　題:当院のIBDチームにおける管理栄養士の栄養サポート

演　　者:佐保洸太／戸畑共立病院 栄養科

共同演者:原澤 あゆみ[1)]　酒見 亮介[2)]

1)戸畑共立病院 栄養科、2)同 消化器病センター

【はじめに】

当院はIBD専門の診療科があり、クローン病、潰瘍性大腸炎の患者に多く携わる。IBDの治療には多職種協働の高度な専門性も必要となることから、当院では医師、看護師、薬剤師、管理栄養士によって構成されるIBDチームを設立し、質の高いチーム医療の提供に努めている。今回、栄養管理に難渋した症例を通して、IBDチームにおける管理栄養士の役割を報告する。

【方法】

管理栄養士は、IBD患者に対して入院中の栄養管理、栄養指導、食事調整等を行う。また退院後の継続した栄養指導や外来初診患者にも介入する。当院では年2回のIBD教室を開催し、食事や栄養管理についての講演とIBD用のデザート提供も行い、患者教育に取り組んでいる。

【症例】

40歳代女性。潰瘍性大腸炎・全大腸炎型に対して3期分割による回腸嚢肛門管吻合術(以下, IACA)を施行。2期目のIACA施行後、自宅退院となるが、約1ヶ月後から徐々にストーマ排液量が増加しHigh output症候群と診断され、加療目的に再入院となる。

【経過】

脱水、腎前性腎不全に対して絶食、輸液治療を開始。小腸病変がないことを確認後、経口より経腸栄養剤を開始した。その後1日1食から低脂肪・低残渣食へ変更したところ、ストーマ排液量は1800ml/日と増加、尿量200ml/日と減少したためTPN管理とした。TPN開始後より倦怠感は改善。止痢剤等の薬剤および食事調整を行い、ストーマ排液量は徐々に減少し、TPN離脱となった。また経過中に水やお茶などの低浸透圧性飲料の摂取はストーマ排液量を増加させたことより、TPN離脱後は経口補水療法の導入を行った。ストーマ排液量は増加なく経過し栄養指導実施後、第43病日目に自宅退院となる。

【結語】

IBD患者は栄養サポートの必要性が高く、IBDチームに管理栄養士が介入することは重要であると考える。

日本内科学会第323回九州地方会【2018年11月18日】

演　　題:治療に難渋する家族性地中海熱の一例

演　　者:倉光正憲／戸畑共立病院 臨床研修センター

共同演者:今村健太郎[1)]　宗祐人[1)]　酒見亮介[1)]　寺部寛哉[1)]　榊原重成[1)]
武田和大[1)]　平塚裕也[1)]　福嶋博文[1)]　高崎能久[2)]

1)戸畑共立病院 消化器病センター、2)今村総合病院消化器内科

【はじめに】

家族性地中海熱は、周期的な発熱発作と漿膜炎に伴う腹痛や胸痛を特徴的な症状とする自己炎症性疾患である。

【症例】26歳、女性。

【主訴】腹痛、発熱。

【現病歴】

当科受診の1年前から数回、腹痛と発熱がみられ近医受診していたが、確定診断に至らなかった。腹痛と発熱を主訴に当科受診した。血液検査で好中球優位の白血球増多、CRPの著明な上昇、腹部造影CT検査で空腸腸管壁の肥厚と周囲のリンパ節腫大を認めた。感染性腸炎・小腸炎と診断し抗生剤投与で加療を開始し改善に乏しかったが、入院第6病日から解熱し腹部症状も改善したため退院となった。退院2ヶ月後と3ヶ月後も同様の症状みられ入院加療を行った。診断に苦慮したが、発熱・腹部症状出現時に血清アミロイドAの著明な上昇を認め、発作間歇期には低下していた。上記の所見を含め、家族性地中海熱の診断基準に合致し、家族性地中海熱典型例と診断した。コルヒチン投与で治療を開始、投与開始後から発作までの期間が延長し、発作時の腹部症状も軽減したが、発作は散発的にみられる状態であった。コルヒチンを最大容量まで増量し外来で経過観察中である。

【考察】

治療の第一選択薬はコルヒチンであり、約90%の症例で奏功する。コルヒチン無効例では高IL-1療法やTNFα阻害薬などが有効であると報告され、治療方針変更を検討中である。文献的考察を加え報告する。

第46回日本救急医学会総会・学術集会【2018年11月19～21日】

演　　題:市販鎮痛薬の大量服薬によるカフェイン関連痙攣の一症例
過換気・無呼吸発作を呈した横隔膜ミオクローヌスと症候性痙攣

演　　者:辻泰子／戸畑共立病院 精神科
共同演者:今村健太郎
戸畑共立病院 消化器内科

【はじめに】
カフェインは、痙攣を誘発しうる薬剤として知られるテオフィリンと同じキサンチン誘導体に属す。今回、自殺目的で服薬し、カフェイン中毒による痙攣発作の治療に難渋した症例を経験したので報告する。
【症例】
16歳、男性。中毒量2。4gのカフェインを含む薬剤を服用。14時間後に頻回嘔吐、意識障害にて救急搬送された。消化器・中枢神経症状、低K血症、心電図異常等を呈した。服薬28時間後、突然の意識消失と過換気を生じ、無呼吸に陥る発作を繰り返し、補助呼吸を要した。脳波では左前頭葉に突発性異常波を認め、抗癲癇薬を投与した。服薬12日目、発作時右手から始まる全身痙攣重積を併発。ミタゾラム持続点滴した。転院後発作が消失し、抗癲癇薬を中止されて再転入院となった。服薬31日目、以前と同様の発作を再発した。間欠期の99mTc-ECD検査では、左前頭葉に焦点が疑われた。抗癲癇薬を再開し、ピリドキサール投与後痙攣は消失した。
【考察】
過換気時、横隔膜が他の呼吸筋と同期して律動的に収縮し、毎分50-100回の呼吸数が記録された。呼吸障害を生じており、横隔膜ミオクローヌスと診断した。左前頭葉焦点とする痙攣と伴に、カフェイン中毒による痙攣と判断した。
【結語】
市販薬大量服薬後に過換気・無呼吸による呼吸障害を呈した際には、カフェイン含有量に留意する必要がある。

第136西日本整形・災害外科学会学術集会【2018年11月23～24日】

演　　題:特発性手根管症候群とメタボリック症候群の関連

演　　者:杉野裕記／戸畑共立病院 整形外科
共同演者:大茂壽久
戸畑共立病院 整形外科

【目的】
本研究の目的は特発性手根管症候群におけるメタボリック症候群の有無(有:MS群、無:NMS群)を確認し、両群の臨床的特徴と手術成績を明らかにすることである。
【対象と方法】
特発性手根管症候群と診断し、手根管解放術が行われた56名67手(男性16名20手、女性40名47手)、平均年齢69.1±11.7歳を対象とした。メタボリック症候群の有無を確認し、臨床的特徴、電気生理学検査(NCS)、脂質検査を比較した。また、術後1年時の痺れ症状、CHSI-JSSHについて調査した。
【結果】
メタボリック症候群を18名20手(35.7%)に認めた。平均年齢、NCS、術前JSSH-SS,FSは両群に差を認めなかった。術後1年時の痺れ症状、JSSH-SS,FSは両群とも術前と比較して有意に改善していたが、MS群はNMS群と比較して改善が悪かった。
【考察】
手根管症候群において、メタボリック症候群を35.7%に認めた。メタボリック症候群を認める群は、認めない群と比較して有意に機能改善が悪かった。

第136回西日本整形・災害外科学会学術集会【2018年11月23～24日】

演　　題:陳旧性Monteggia骨折　尺骨骨幹部偽関節の1例

演　　者:山下明浩／戸畑共立病院 整形外科
共同演者:大茂壽久[1)]　蒲地康人[1)]　杉野裕記[1)]　宮里和明[1)]　藤田潤[1)]　古子剛[1)]　濱田賢治[1)]　大友一[1)]
清水建詞[1)]　田原尚直[1)]　西田茂喜[2)]
1)戸畑共立病院 整形外科、2)新小倉病院

【はじめに】
受傷から40年以上経過した陳旧性Monteggia骨折　尺骨骨幹部偽関節の1例を経験したので報告する。
【症例】
60歳女性。17歳の時に体操で平均台から転落し右Monteggia骨折を受傷し近医で加療を行った。不便さはあっ

たがADLはなんとか自立していた。近年、右手を使用する必要性が高まり支持性のある右上肢を希望され当院紹介受診となる。単純X線検査およびCT検査にて、尺骨骨幹部偽関節と橈骨頭の前方脱臼(Bado分類 type 1)を認めた。手術は、尺骨偽関節手術を行い、切除した橈骨頭を用いた腕尺関節形成術(reverse Sauve-Kapandji法)を行った。術後1年6か月経過し、尺骨偽関節部の骨癒合を得て肘関節可動域制限なくADLも自立し経過に満足している。

【考察】

受傷から40年以上経過した陳旧性Monteggia骨折に対し、尺骨偽関節手術と腕尺関節形成術を行い良好な結果を得た。

第136西日本整形・災害外科学会学術集会【2018年11月23～24日】

演　　題:大腿骨頚部骨折術後遷延癒合発生要因についての検討

演　　者:田原尚直／戸畑共立病院 整形外科

【目的】

骨接合を行った大腿骨頚部骨折の遷延癒合症例の要因を明らかにすること。

【対象および方法】

大腿骨頚部骨折に対して骨接合術を行い術後3ヶ月以上経過観察し得た75例を対象とした。男性16例、女性59例、平均年齢75.8歳で平均経過観察期間8.4ヶ月であった。調査項目を受傷時CT冠状断で測定した骨折傾斜角、後捻角度、骨折型、術前待機期間として、術後遷延癒合の発生要因について検討を行った。

【結果】

遷延癒合を75例中4例(5%)に認めた。単変量解析の結果、骨折傾斜角度と受傷時骨折型が遷延癒合と関連性を認め、多変量解析の結果、骨折傾斜角度が遷延治癒の発生に関連する要因であった。さらに骨折傾斜角度のカットオフ値は55°であった。

【結語】

骨折傾斜角度55°以上の症例に骨接合を行う際は、遷延癒合の発生が危惧されるので角度安定性を有するインプラントの使用が望ましいことが示唆された。

第136西日本整形・災害外科学会学術集会【2018年11月23～24日】

演　　題:若年者に発症した梨状筋膿瘍の一例

演　　者:藤田潤／戸畑共立病院 整形外科

【背景】

梨状筋膿瘍は、通常易感染性を持つ高齢者やCrohn病の既往を持つ患者に生じる事が多い。既往の無い若年者に生じる事もあるが、非常に稀である。

【目的】

若年者に梨状筋膿瘍が生じた症例を経験したので報告する。

【症例】

15歳男性。空手の練習中に右臀部に膝が当たったエピソードあり。疼痛なく経過していたが、2日後に右臀部痛と40度台の発熱あり。右臀部に著名な疼痛を認め、歩行も困難であった。SLR testは陽性であったが、その他は明らかな神経学的所見の異常は認めなかった。MRI検査の上、梨状筋膿瘍の診断となった。エコーガイド下にドレナージも検討したが膿瘍が確認できず、抗生剤にて加療を開始した。

【結果】

抗生剤開始後は症状改善し、第32病日に退院となった。梨状筋膿瘍の原因としては、筋肉への外傷が契機になっているとする説があるが、今症例においても同様のエピソードを認めた。

第48回日本創傷治癒学会【2018年11月29～30日】

演　　題:NPWT(陰圧閉鎖療法)の至適使用～創内持続陰圧洗浄療法との組み合わせ治療の有用性～

演　　者:髙橋長弘／戸畑共立病院 形成外科

共同演者:清川兼輔

久留米大学形成外科・顎顔面外科

【はじめに】

NPWT(局所陰圧閉鎖療法)が2011年4月より保険適応となり7年半が経過した。その間に様々な創傷治療において効果をあげ、創傷治癒を促進する有用な方法であると認知されるようになった。またNPWTの装置に関しても、外来で使用可能な小型装置の登場や、間欠的洗浄を行う事が可能な

装置などが登場し、NPWTを用いた治療は確実にその適応範囲を拡大している。しかし依然としてNPWTには、感染創に使用できないという問題点があり、この問題点をクリアせず使用した場合には、しばしば創の悪化を認め治療の中断を余儀なくされる。我々はこの問題点に対して、創内持続陰圧洗浄療法とNPWTとを組み合わせて使用することで解決してきた。今回これまでに経験した疾患を振り返り、もう一度NPWTの至適使用に関して考えてみたい。

【対象】

2015年1月から、2018年6月までの42ヶ月間に、当院でNPWTを使用し治療を行った83例について検討した。検討項目は、年齢、症例の内訳、創内持続陰圧洗浄療法を併用した場合はその使用日数、NPWTの使用日数、間歇的洗浄付きNPWT(VAC-Ulta)の使用期間、創閉鎖までの期間等である。

【結果】

83例中、3例の死亡例があったが、それを除く80例で創治癒を得た。創内持続陰圧洗浄療法を行った期間は5～28日、NPWTを行った期間は7～28日、間歇的洗浄付きNPWT(VAC-Ulta)をおこなった期間は3～14日、創閉鎖までの期間は22～102日(平均44.1日)であった。

【考察】

NPWTは適切な使用を行えば早期創傷治癒の強力な武器になるが、使い方を間違えると、単に感染を助長するだけの場を提供するだけになってしまう。必要ならばまず適切な外科的デブリドマン、創内持続陰圧洗浄療法を行い感染のコントロールを行った上でNPWTを開始する必要がある。また治療の継続か中断かの判断に迷った際にも常に原点に立ち返り、感染傾向を認めた場合には躊躇なく中断し創内持続陰圧洗浄療法、外科的デブリドマンの追加を行うべきである。今後、さらに簡便に在宅で使用可能なNPWT、特殊な洗浄液を用いた間欠的洗浄器などが登場する可能性がある。原則に基づいた治療を行えば、様々なNPWTを組み合わせることで更なる早期創傷治癒、在院日数の低下、ひいては医療費の削減が可能となり得ると考えられる。

第53回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会【2018年11月30～12月1日】

演　　題:高気圧酸素治療における医薬品の持ち込みの検討

演　　者:甲斐雄多郎／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:灘吉進也　今林和馬　後藤陽次朗　大田健志

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

高気圧酸素治療(以下HBO)における医薬品(軟膏および貼付剤)の持ち込みについて検討した。

【方法】

医薬品医療機器総合機構(PMDA)ホームページより、添付文書等検索から軟膏・クリームと貼付剤・テープにて名称検索を行った。医薬品の有効成分と添加物をSDS(安全データシート)15項適用法令を参照し、消防法別表にて区分した。

【結果】

医薬品743種類がHitし、有効成分と添加物あわせて6,906種、内訳は、軟膏2,607、クリーム2,558、貼付剤742、テープ999であった。消防法別表より第1類(酸化性固体)1、第2類(可燃性固体)654、第4類(引火性液体)1,897、第5類(自己反応性物質)22、該当なし4,332であった。最も多い含有成分は、流動パラフィン396、白色ワセリン323であった。

【考察】

医薬品は、有効成分と添加物にて組成され、殆どが消防法による危険物に該当した。持ち込み不可医薬品715種、持ち込み可医薬品28種であった。今回は、全ての医薬品を網羅していないため、各施設の責任のもと持ち込みを判断しなければならない。その際は、適切な手順にて危険物を把握することが必要である。

第10回神奈川ヘルニア研究会【2018年12月1日】

演　　題:All 5 TAPPにProGrip meshはどう使う?

演　　者:松村勝／戸畑共立病院 外科

共同演者:西村太郎　石橋慶章　竹谷園生　林亨治　吉本裕紀　和田義人　谷脇智宗宏伸　明石英俊　今村鉄男

戸畑共立病院 外科

鼠径ヘルニアに対する治療法として、TAPPとTEPといった腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術が他施設で行われるようになっている。その手術法は、アプローチは異なるが腹膜前腔にメッシュを展開しヘルニア門を広く覆うことは一致している。その際のメッシュは形状や材質で固定の要否や挿入方法が異なる。我々は、鼠径ヘルニアに対してTAPPを標準術式としている。メッシュは、固定不要なProGrip meshを使用している。ProGrip meshは、添付文書には12㎜ポート経由で腹腔内へ挿入するように記載があるため、通常は12㎜のカメラポートが必要になる。しかし、12㎜ポートでは5㎜ポートと比

較し皮膚切開と腹壁破壊が大きくなり、患者への侵襲が大きくなる。そのため、ProGrip meshを、ペンローズドレーンを使用することで5㎜ポート経由で腹腔内へ挿入している。これまでにこの方法を自院他院含め61例に行なった。現在行ない安定している5㎜ポートからのProGrip mesh挿入方法と展開方法に関して、動画を供覧する。

第31回日本内視鏡外科学会総会【2018年12月6～8日】

演　　題:慢性便秘による虚血性腸炎に伴う横行結腸狭窄症の1例

演　　者:吉本裕紀／戸畑共立病院 外科

共同演者:今村鉄男[1)]　宗宏伸[1)]　谷脇智[1)]　和田義人[1)]　竹谷園生[1)]　松村勝[1)]
石橋慶章[1)]　西村太郎[1)]　下河邉智久[2)]

1)戸畑共立病院 外科、2)戸畑リハビリテーション病院

【はじめに】

虚血性腸炎の成因として血管側因子と腸管側因子があげられ、腸管側因子としては便秘・下痢など腸管内圧上昇が原因として考えられている。今回高度な慢性便秘による横行結腸狭窄症を併発し手術を行った症例を経験したので若干の文献を加え報告する。

【症例】

70歳、女性。2018年4月21日にイレウスにて緊急入院となった。元来高度の慢性便秘で緩下剤を使用しており、精査の結果糞便イレウスの診断で保存的加療後退院となった。退院後1か月でCSを行ったところ、横行結腸に縦走潰瘍を伴う狭窄を認めた。注腸検査では横行結腸中央部に約15㎝にわたり狭窄を認め、イレウス症状が増悪し1週間後に再度注腸検査を行ったところほぼ完全閉塞となっていた。保存的加療困難と判断し、準緊急で腹腔鏡下横行結腸切除術を施行した。術後経過は良好であったが、慢性便秘に対してルビプロストンを開始し退院となった。

【考察・結語】

Marstonらにより虚血性腸炎は、①壊死型②狭窄型③一過性型に分類される。狭窄型は約25％で、約65％は左側結腸に発症すると言われており、横行結腸にのみ発症した狭窄型は報告がほとんどなかった。今回我々は高度の慢性便秘に伴う非常に稀な横行結腸の狭窄型虚血性腸炎に対して手術を行ったので報告した。

日本医療マネジメント学会第17回九州・山口連合大会【2018年12月7～8日】

演　　題:移乗介助における表皮剥離のリスクマネージメント

演　　者:熊谷雄輝／戸畑共立病院 リハビリテーション科

【はじめに】

当院における急性期リハビリテーション(以下リハ)では、早期回復・二次的合併症予防を目的として多介助患者の車椅子移乗を行う場面が多い。しかし、移乗動作におけるアクシデントとして事象レベル3aの下肢表皮剥離が多く発生しているのが現状であった。そこで、原因分析とその防止対策を実行し、その後の発生状況に変化がみられたためここに報告する。

【対象】

平成23年4月～平成29年3月の期間で、リハスタッフ移乗介助時に下肢表皮剥離を起こした15件とした。

【調査方法】

提出されたアクシデントレポートから、性別、年齢、疾患分類、セラピスト職種、経験年数について調査した。また、対策施行後に発生した表皮剥離の件数及び発生要因についても調査した。

【結果】

調査対象者は男性6名、女性9名で平均年齢86.2歳。疾患分類は整形疾患6名、脳血管疾患4名、内科疾患3名、その他2名であった。セラピスト職種はPT12名、OT2名、ST1名。経験年数では1～3年目11件、4～6年目1件、10年以上3件であった。平成26年1月の対策施行後は発生件数が5件と半数に減少した。

【考察】

調査対象者はリハ対象となる疾患群や発症・受傷年齢が反映された結果となった。また、臨床経験の浅い入職3年未満のセラピストが多いことから、移乗介助の技術的能力、危険予測並びに危険回避能力が不足していることも要因として考えられた。真田は「スキンテアは高齢者特有の脆弱な皮膚に起こりやすく、その予防ケアは外力からの保護と脆弱な皮膚への対応が必要」と述べている。今回、表皮剥離予防対策として介助方法に関する部署内トレーニング、ウレタン製素材でクッション性のあるフットレストカバーの作成で技術面を補う事とした。対策施行後も表皮剥離は発生しているが、いずれもフットレストカバーを使用していなかった。そのことからも対策を確実に履行することで予防に繋がり、技術補填にも有効であることが示唆された。

第37回長崎脳神経外科研究会【2018年12月15日】

演　　題:テモゾロミド維持療法7年目に胃悪性リンパ腫を発症した膠芽腫の一例
Gastric lymphoma in a patient with glioblastoma treated with temozolomide

演　　者:越智章／戸畑共立病院 脳神経外科
共同演者:岩永 充人[1)]　上原 智仁[2)]　田口 尚[3)]　坂田 則行[1)]
1)佐世保市総合医療センター 脳神経外科、2)北九州市立八幡病院 外科、3)北九州市立八幡病院病理

【はじめに】
テモゾロミドは、容量依存性に発がんのリスクが高くなると言われており、長期投与で問題となる事がある。今回、テモゾロミド維持療法66クール目で胃悪性リンパ腫を発症した膠芽腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】
70代男。2010年5月ふらつきと体調不良を自覚。その後左半身脱力が出現したため、急患センターを受診し、北九州市立八幡病院へ紹介となった。来院時、JCS-1、左半身の軽度の運動麻痺と、視野狭窄が見られ、画像上右頭頂葉に径3.5㎝の内部に出血を伴うring enhanceを認めた。右頭頂開頭術を施行し、エコー下に腫瘍を摘出した。組織学的には、pseudopalisadingを認め、S-100とGFAP陽性で、Glioblastomaと診断した。MIB-1 indexは10-20%であった。術後14日目から、放射線治療(60Gy)＋テモゾロミド併用化学療法施行し、その後外来で維持化学療法を継続した。2017年５月MRI画像では、増強効果や結節を指摘出来ず、再発は認めなかった。4週5日に引き続き8週5日で維持時療法を継続していたところ、2017年12月に上腹部違和感と嘔気を訴え、腹部CTで胃噴門部～穹隆部主座の巨大腫瘤を認めた。sIL2Rは2470U/mlと上昇しており、上部消化管内視鏡では、小弯から前壁穹隆部に腫瘍が存在し正常粘膜に覆われた部分と潰瘍、壊死粘膜が付着した部分があり、生検でDiffuselarge B-cell lymphomaに相当する所見を認めた。その後血液内科に転院し、化学療法を施行された。

【考察】
テモゾロミドは、抗腫瘍効果に比し重度副作用の頻度が低いため、長期投与は妥当性があると考えられるが、治療に関連した骨髄異形成や白血病、悪性リンパ腫の症例報告も散見される。積算容量が高くなる症例では、sIL2Rの定期的測定による早期発見が望ましい。

第22回日本病態栄養学会学術集会【2019年1月12日】

演　　題:がん患者への「かかりつけ栄養士」の導入検討と課題

演　　者:堀美織／戸畑共立病院 栄養科

【目的】
当院の管理栄養士は病棟担当制を敷いており、外来での栄養指導は個別に受け持っているが、担当患者が入院となった場合は入院病棟の管理栄養士が担当となる。今回、入院・外来治療を繰り返すがん患者に対し、入院時から一貫した担当者を据えて関わった経過とその効果について、またいわゆる「かかりつけ栄養士」の導入について考察する。

【方法】
がん患者2症例に関して、手術、外来化学療法を行ったそれぞれ14ヶ月間、7ヶ月間、担当管理栄養士を固定し栄養指導介入を行った。指導介入は入院中、退院後初回の外来受診時、化学療法導入・レジメンの変更・食欲不振時といった病状の変化時など各症例に合わせたタイミングで行った。

【結果】
一貫して担当することにより、治療や病状の変わり目といった流動的な介入や、診察との順序など適切なタイミングを見定めることもでき、より患者の心情に寄り添った介入が出来ると感じた。主治医に言えないことを話してくれることも多くあり、信頼関係の構築も出来たのではないかと思われる。

【結論】
がんの治療過程では入院治療と外来治療を繰り返し、担当する管理栄養士も移り変わり患者、管理栄養士ともに関係の構築に労することも多い。患者個々の担当制とすることは効果が大きいと感じたが、病棟や診療科をまたいで活動することの煩雑さやスケジュール繰りの難しさもあるため、現状は病棟担当者との情報共有を密に行う必要があると感じた。担当制導入へはまだ課題が多いが、前向きに検討して行きたいと思う。

第37回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会【2019年1月24～25日】

演　　題:下顎歯肉への転移を契機に発見された肺原発多形癌の1例

A case of pulmonary pleomorphic carcinoma metastasizing to the mandibular gingiva

演　　者:古田功彦／戸畑共立病院 歯科口腔外科

【緒言】

顎口腔領域に転移した悪性腫瘍は口腔悪性腫瘍の約1.6％と少なく、とくに軟組織への転移はまれである。今回、左下顎歯肉の腫瘤をきっかけに、肺原発の多形癌が発見された1例を経験したのでその概要を報告する。

【症例】

患者:74歳　男性、主訴:左側下顎臼歯部の歯肉出血。既往歴:特記事項なし。現病歴:2018年1月ごろより左下顎歯肉の腫脹と出血を自覚し増大してきたため近歯科を受診し、2/27当科へ紹介受診となった。現症:口腔内所見;左側下顎7、8間の頬側歯肉に半球形で弾性軟、易出血性の腫瘤を認めた。画像所見;X線写真で左側下顎7、8間には垂直性の骨吸収を認めた。臨床診断:左下7、8間エプーリスまたは左側下顎歯肉腫瘍の疑い。処置および経過:まずエプーリスなどの辺縁性歯周炎由来の疾患と考え、補綴物を除去し抗菌薬を投与したが、病変の縮小は得られなかった。出血が持続するため切除生検を行ったところ、病理組織学的検査では多形癌(転移性)の疑いと診断された。その後のPET-CT検査にて左肺尖部に3㎝大の不整形腫瘤が認められ原発巣と診断された。肺多形癌は予後不良で急速な進行が予想されるため、3/19より放射線・化学療法を開始した。左肺病変に対しては６０Gy 、口腔内病変に対してはサイバーナイフ40Gyの照射と化学療法を行った。腫瘍は縮小し、現在も化学療法継続中である。

第188回日本医学放射線学会九州地方会・第54回日本核医学会九州地方会【2019年2月9～10日】

演　　題:外傷の関与が疑われた梨状筋膿瘍による梨状筋症候群の1例

演　　者:穴井健太／戸畑共立病院 放射線科/画像診断センター

共同演者:内山大治　吉田成吾

戸畑共立病院 放射線科/画像診断センター

梨状筋症候群は坐骨神経痛や臀部痛の原因として時に遭遇する疾患である。その原因として様々な報告があるが、梨状筋膿瘍を原因とするものは稀である。急速に敗血症へ進展する可能性もあり、速やかに診断することは治療方針決定に肝要であり画像診断の担う役割は大きい。今回我々は、外傷を起因とした梨状筋膿瘍による梨状筋症候群の1例を経験したので報告する。症例:10代、男性。現病歴:空手で右臀部を損傷。翌日より右臀部痛出現・発熱を認め、入院となる。血液検査: WBC 18540、CRP 8.3mg/dl。画像所見: CTでは右梨状筋の腫大を認めたが、その他に特記事項なし。MRIでは右梨状筋内にT2強調画像で高信号、T1　強調画像で淡い高信号、拡散制限を認めた。以上より外傷性右梨状筋膿瘍による梨状筋症候群と診断した。その後、血液培養で黄色ブドウ球菌が検出され、敗血症性肺塞栓症を併発したが、抗生剤治療 (MEPM、LZD、CLDM、PIPC)により改善を認めた。

感染原因として外傷が誘因となる場合もあり、感染徴候を認めた場合はCT/MRIを追加し、早期診断・治療を行うことが重要である。

第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会【2019年2月14～15日】

演　　題:軽度嚥下障害患者に対する舌圧トレーニングⅠsometric Lingual Resistanceの効果がみられた一症例

演　　者:中川英紀／戸畑共立病院 リハビリテーション科

【目的】

高齢者の嚥下障害による肺炎発症のリスクは高く、早期より予防を行うことが必要である。その中でラクナ梗塞患者では、自覚症状が乏しく嚥下障害を認めても軽度でありリハビリ介入は行われないことも多いようだが、誤嚥性肺炎を発症する事は多々経験する。今回ラクナ梗塞を発症し嚥下障害を来した男性高齢者に対して、舌圧トレーニングを実施し視覚性フィードバックを行うことにより嚥下機能の改善がみられたので、誤嚥性肺炎発症予防に有用と思われ報告する。

【方法】

症例は82歳男性。初発皮質下梗塞患者。ＭＭＳＥは20点で指示理解可能。嚥下器官の可動域訓練や発声訓練と共にＩsometric Lingual Resistanceに基づき舌圧トレーニングを実施。リハビリテーション提供時間及び期間は40～60分/日、4週間。介入開始時と終了時に舌圧測定及び摂食嚥下評価法ＭＡＳＡ、摂食状況ＬＩＬＳ(Ｇｒ)を評価した。

【結果】

最大舌圧は29.5ｋＰａから38.3ｋＰａへ上昇。ＭＡＳＡ

の得点は173点から185点、ＦＩＬＳはＧｒ8からＧｒ10へ改善した。

【考察】

脳卒中後の誤嚥性肺炎は主な合併症の一つである。特に高齢男性のリスクが高く早期より予防を行うことが必要であるが、その中でラクナ梗塞患者では自覚症状が乏しく、嚥下障害を認めても軽度であり、リハビリの介入が行われていないことも多い。本症例は自覚障害がなく嚥下障害も軽度であったが、長期的な誤嚥性肺炎の予防を目的に発症直後から介入を行った。舌圧トレーニングを中心としたリハビリを行うことで、終了時には全評価において正常値に改善し肺炎発症も認めなかった。舌圧測定器を使用した定量的な等尺性収縮による舌筋のリハビリテーションは、軽度嚥下障害において有用であることが示唆された。今後は検討症例数を増やす事、退院後の肺炎発症状況の調査などが必要であると考える。

第49回日本人工関節学会【2019年2月15～16日】

演　　題：TKAにおけるimage-free navigationとportable navigation の比較
Comparison of image-free navigation and portable navigation in TKA

演　　者：濱田賢治／戸畑共立病院 整形外科

【目的】

portable navigationのcomponent設置精度は良好な成績が報告されているがimage-free navigationとの比較の報告は少ない。我々は2017年10月よりStryker社製image-free navigationを使用しTKAを行っている。本研究の目的はportable navigation(Knee Align 2)との比較を行うことである。

【方法】

2017年4月からportable navigation(P群)の手術を行い、2017年10月からimage-free navigation(I群)の手術を行った。P群8膝(男性3膝、女性5膝、平均76.9歳)、I群14膝(男性4膝、女性10膝、平均74.7歳)。検討項目は、術後下肢全長立位X線にてHKAとcomponent設置角(α, β, γ, θ)を計測。脛骨component回旋設置角は術前CTにてAkagi's lineを設定、術後CTに重ね、component設置方向との角度差を外旋+として計測。手術時間、推定出血量についても比較検討した。手術はmodified gap techniqueで行い機種はPS typeを使用した。

【結果】

HKAはP群2.3±2.9°内反、I群0.4±2.9°外反で差はなかった(P=0.09)。component設置角(α, β, γ, θ)に差はなく、脛骨component回旋設置角もP群1.1±7.3°外旋、I群1.7±4.9°外旋で差を認めなかった (P=0.21)。手術時間は、P群130.4±22.3分、I群159.5±22.8分でP群の方が有意に短かった(P<0.05)。推定出血量はP群875.4±346.7ml、I群1025.7±380.2mlで差はなかった(P=0.39)。

【結語】

component設置は両群間に差はなかった。手術時間はP群の方が短かった。

第13回九州ヘルニア研究会学術集会【2019年2月16日】

演　　題：術前診断し得たde Garengeot hernia

演　　者：松村勝／戸畑共立病院 外科
共同演者：西村太郎[1)]　石橋慶章[1)]　竹谷園生[1)]　林亨治[1)]　吉本裕紀[1)]　和田義人[1)]　宗宏伸[1)]
谷脇智[1)]　明石英俊[1)]　平田敬治[2)]
1)戸畑共立病院 外科、2)産業医科大学 外科

【要旨】

症例は78歳女性。1週前から右下腹部に膨隆を自覚していたが痛みがないため放置していた。その後、膨隆の増大と右下腹部痛が出現し、当院救急外来を受診した。右鼠径靭帯近くに胡桃大の硬な、圧痛を伴う腫瘤を認めた。エコーでは腫瘤内には液体成分が貯留し、その内部に策状物を認めた。また、腹部CTでは大腿ヘルニアがあり、ヘルニア内に陥入する虫垂と内腔には液体を確認できた。以上より、大腿ヘルニア虫垂嵌頓と診断し、緊急手術を行うこととした。アプローチ法は全身麻酔が可能な全身状態であることから、腹腔鏡下手術を選択した。大腿輪の虫垂陥入を視認し、牽引するが抜去不可であったため裂孔靭帯を切開し虫垂を抜去した。虫垂は炎症を認めないため切除はしないこととした。その後は膨潤局所麻酔法をみちのくニードルで行い腹膜の剥離を行なった。Cooper靭帯背側まで剥離したところ、閉鎖孔に腹膜前脂肪が陥入していた。今後閉鎖神経症状の出現が危惧されたため、脂肪織を抜去し閉鎖孔周囲まで十分に剥離した。メッシュは15×10㎝のフラットタイプを使用し、CAPSUREで固定した。術後は有意な合併症なく、翌日退院となった。

今回、術前診断し腹腔鏡下に修復し得たde Garengeot herniaの1例を経験した。若干の文献的考察を含めて報告する。

第6回沖縄ヘルニア研究会【2019年2月23日】

演　　題:腹腔鏡下ヘルニア修復術を前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアに可能!?

演　　者:松村勝／戸畑共立病院 ヘルニア外科

【抄録】

前立腺全摘術後は、約20%に鼠径ヘルニアを発症するといわれているが、前方切開法か腹腔鏡か、術式に関して定型化したものはない。演者は、鼠径ヘルニアに対して膨潤局所麻酔併用TAPP(以下t-TAPP)を標準術式としている。前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアに対してt-TAPPを行う基準は、膨潤局所麻酔法で腹膜の膨化を確認できた症例と限定している。2015年4月から4例5病変の前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアに対してt-TAPPを行ない全例で腹膜の膨化を確認でき、TAPPを完遂できた。観察期間内で術後合併症、再発は認めていない。前立腺全摘術後の鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡下手術では腹膜が縫合できずIPOMとなる症例が散見される。t-TAPPでは膨潤局所麻酔液が比較的粗な間隙に浸透することで剥離とメッシュの展開が可能になっていると考える。本術式の動画を供覧する。

第20回日本正常圧水頭症学会【2019年2月23〜24日】

演　　題:地域医療支援病院における特発性正常圧水頭症(iNPH)治療

演　　者:辻武寿／戸畑共立病院 脳神経外科

共同演者:鵜殿弘貴　越智章

戸畑共立病院 脳神経外科

【目的】

当院は主に2次救急を担う地域医療支援病院である。2014年4月から2018年11月までの期間に髄液短絡術を行った特発性正常圧水頭症(iNPH)連続26例の転帰について検討した。

【方法】

男性15例(年齢73〜92歳、平均80.5歳、中央値83歳)、女性11人(73〜94歳、平均81.6歳、中央値82iNPH歳)。シャント手術は、L-P 19件(再建 1件)、V-P 5件、V-A 3件である。急性期病院からの転出・転帰に影響する因子として、性別、年齢、術前・後のmRS(modified Rankin Scale)を統計的に検討した。

【結果】

26人のうち自宅退院は13人、転院は13人であった。自宅退院と転院における性別、術前mRS4以上(mRS4、5)、術後mRS4以上は、それぞれ、女性61.5%と23.0%($P<0.05$ χ 2検定)、15.4%と100%($P<0.001$ χ 2検定)、7.7%と46.2%($P<0.05$ χ 2検定)と有意であった。一方年齢は、79.2±3.8と82.7±6.7(Mann−Whitney検定)で有意差はなかった。術前の自宅退院困難の予測因子として男性、術前mRS4以上が考えられた。退院・転院後の経過にてmRS 1以上の改善が得られなかった症例は、術前mRS 5と変性認知症合併2例の計3例であった。

【考察】

北九州市は高齢化が進んでいる地域である。iNPH症例の来院までの経過や、既往症と併存疾患は様々である。画像検査診断後に入院、認知・運動機能評価後、髄液排除試験、髄液短絡術を行っている。入院時よりMSW、臨床心理部門や認知症ケアチーム介入し、適宜、精神神経科診療やNST活動依頼を進め、自宅退院困難予想例の転出・転院調整を図っている。

【結論】

iNPHに対しチーム医療を進め、mRS改善がみられない背景を解析し、医療介護、地域包括ケアへと繋げていくことが必要である。

第46回日本集中治療医学会学術集会【2019年3月1~3日】

演　　題:集中治療室退室時に精神障害を呈し理学療法に難渋した一症例

演　　者:仲本昂平／戸畑共立病院 リハビリテーション科

共同演者:野中沙恵[1)]　高崎裕介[1)]　佐藤英博[2)]　増田直樹[3)]　大西翠[4)]

1)戸畑共立病院 リハビリテーション科、2)同 外科、3)同 麻酔科、4)同 集中治療室看護部

【背景】

敗血症は集中治療後症候群(以下PICS)の重要な危険因子として知られている。現段階ではPICSの原因はよくわかっておらず、PICSのリスクを取り除くことや、身体機能を維持するために早期から運動を行う事が予防的治療法とされている。今回、周術期に誤嚥性肺炎による敗血症性ショックを来たし、集中治療を要した患者に対し、術翌日より理学療法を開始。早期離床も開始できたが低活動型せん妄を併発。精神科医を含めたチームでの介入により、ADL改善に繋がった症例を報告する。

【臨床経過】

84歳女性。入院前ADL全自立。腹痛を認め、癒着性イレウスの診断にて内科へ入院。保存的加療を続けるも経過不良であり、入院4日目にイレウス解除術(小腸切除)施行となるが麻酔導入時に吐物誤嚥。手術室で抜管し集中治療室へ入室したが、酸素化不良であるため再挿管し人工呼吸器管理を開始。術後敗血症性ショックにより、カテコラミン投与開始。POD1には急性腎不全によりCHDF開始となったが、同日より術後理学療法を開始。POD2にはカテコラミンが漸減され、CHDF回路交換中に離床を開始。POD5にCHDFが終了となり、POD6に抜管。その後はNPPV管理となり、POD8に車椅子座位を開始。POD11にNPPV離脱し、歩行訓練を開始したがPOD12に著しい活気低下を認めた。POD14に一般病棟へ転棟後、悲観的な発言や歩行、食事拒否が続き、POD16より精神科医師が介入。うつ状態と低活動型せん妄の併発と診断され、薬物療法を主に治療を開始。活動性低下は遷延したが、ADL場面での訓練や運動療法を継続。POD20から症状が改善傾向を示し離床機会も増加。POD34にBarthel Index:80点まで改善し、同法人内リハビリテーション病院に転院となった。

【結論】

本症例は集中治療室退室直前にうつ状態と低活動型せん妄がみられ、「きつい」「早く楽になりたい」等、悲観的な発言が多く不眠や食欲・集中力低下により理学療法の継続に難渋した。一時的にADLは低下したが、多職種と協働しADL場面での離床、趣味活動(折り紙)、家族面会時に理学療法を行い、現状を理解して頂く機会を増やした。さらに、精神科医師を含めたチームでの介入により、症状が改善傾向を示しADL改善に繋がったと考える。これらの事から、PICSの予防には早期に精神機能低下に気付き多職種で対応する事が重要であり、家族に対しても同時期から関わる事が必要であると再認識した。

第46回日本集中治療医学会学術集会【2019年3月1~3日】

演　　題:高カリウム血症による心肺停止蘇生後当日から理学療法を開始した一症例

演　　者:高﨑裕介／戸畑共立病院 リハビリテーション科

共同演者:増田直樹[2)]　野中沙恵[1)]　仲本昂平[1)]　佐藤英博[3)]　大西翠[4)]

1)戸畑共立病院 リハビリテーション科、2)同 麻酔科、3)同 外科、4)同 集中治療室看護部

【背景】

近年、集中治療後症候群(PICS)をはじめ、ICU-AWの予防として集中治療中からの早期リハビリテーションが有用と言われている。今回、高カリウム血症が原因と思われる心肺停止症例に対し蘇生後当日より理学療法を開始した。胸骨圧迫により肋骨・胸骨骨折を呈しフレイルチェストとなり呼吸管理・疼痛管理に難渋しながら理学療法を行ない良好な結果が得られたので報告する。

【臨床経過】

84歳男性、腹痛を主訴に救急要請。救急隊接触後に突然CPAとなった。ECGはVF波形、除細動1度施行したが改善なくCPA状態で当院搬入。搬入後14分で自己心拍再開。腎不全による高カリウム血症・致死性不整脈による心停止が疑われた。挿管しICUに入室し2時間後PEAとなりCPR再開。VT波形に対しDC施行。自己心拍再開しGI療法・CHDF開始となり、意識レベルも徐々に改善がみられ従命行為も可能。当日よりベッドサイドより理学療法を開始した。4病日には気管切開術を行いベッド上での積極的な運動も可能となった。8病日に本人よりトイレでの排泄希望あり翌日に離床を開始。前胸部の疼痛が強くリハビリテーション前に鎮痛剤の投与を行い積極的に離床をはかる。13病日には原因不明の下垂手を認めた。14病日にICU退室となり17病日HCUにて人工呼吸管理下での歩行訓練(約30m)を開始した。24病日フレイルチェストに対し、胸骨・肋骨観血的手術を施行した。27病日に人工呼吸器離脱、32病日から病室にリカンベント式エルゴメーターを持ち込み運動時間の拡大をはかる。34病日には一般病棟へ転棟となり担当スタッフも交代し、ADL訓練を主体にプログラム実施する。歩行補助具を使用した歩行

も100m以上の可能となり、61病日目にリハビリ継続の為にリハビリ専門病院へ転院となる。当院退院時の認知機能はMMSE:22/28点(書字不可)、ADL評価(Barthel Index)は70点まで改善が得られた。

【結論】

PICSやICU-AWを予防する為には様々なリスク因子を多職種で理解し、我々、理学療法士は病状に応じて集中治療中から可及的早期にリハビリテーションを開始する事が重要である。更に、集中治療室在室中から長期的な患者のADLやQOLを考慮し関わっていく必要がある。一般病棟退室後も担当スタッフと情報共有を行ない、シームレスな関わりを行うことが良い結果を生む事につながると考える。

第55回日本腹部救急医学会総会【2019年3月7~8日】

演　　題:急性胆嚢炎に対する経皮経肝胆嚢ドレナージ(PTGBD)長期留置例の臨床的検討

演　　者:和田義人／戸畑共立病院 外科

共同演者:西村太郎　石橋慶章　松村勝　竹谷園生　吉本裕紀　林亨治
宗宏伸　谷脇智　明石英俊　今村鉄男

戸畑共立病院 外科

【はじめに】

急性胆嚢炎の治療の基本方針は早期胆嚢摘出術であるが、高齢者や合併症を有する患者では、PTGBDは手術に代わりうる安全な治療法である。一方で、PTGBD施行例では炎症が改善したにも関わらず、ドレーン抜去が困難な症例を時に経験する。そこで、今回急性胆嚢炎に対して長期PTGBD留置例について検討した。

【対象・方法】

2008年4月より急性胆嚢炎に対してPTGBDを施行した227例のうち、半年以上ドレーンを留置していた13例を対象に、ドレーン抜去困難の原因、ドレーン留置期間、予後について検討した。

【結果】

平均年齢84.3歳、性別:男5:女8、平均ドレーン留置期間18.4か月、ドレーン抜去困難の原因は、長期臥床状態8例、耐術困難と判断3例、手術の同意が得られなかった2例であった。予後は、平均生存期間31.3か月、生存例3例/死亡例10例(肺炎5、脳梗塞1、心不全1、動脈瘤破裂1、悪性疾患2)であった。

【考察】

急性胆嚢炎PTGBD後のドレーン抜去困難例には長期生存例もあり、手術適応については適宜再検討する必要があると考えた。

第55回日本腹部救急医学会総会【2019年3月7~8日】

演　　題:女性Nuck管水腫を腹腔鏡で

演　　者:松村勝／戸畑共立病院 外科

【はじめに】

- Nuck管・・・女性における、腹膜鞘状突起が出生時あるいは生後1年前後で閉鎖せずに開存したまま残り、憩室化した状態。
- Nuck管水腫・Nuck管に液体が貯留した状態。
- 症状:腫瘤・腫脹・膨隆　→　73%
  疼痛・圧痛　→　27%

※女性の鼠径部腫瘤中17%、特に40歳台以下50%以上がNuck管水腫

- Nuck管水腫で注意する点
  → 異所性子宮内膜症の存在

Nuck管水腫＋異所性子宮内膜症の報告
6.3%(10/160例)、10.5%(2/19例)

そのため、月経に一致した腫瘤や疼痛の増悪・寛解は問診で重要なpointになる。

- 検査・・・画像検査で子宮円索と一致する嚢胞性腫瘤
  超音波検査:薄い壁の単房/多房
  無血流の無～低エコー
  MRI　:T1強調　低信号
  T2強調　高信号
- 治療・・・外科的に切除摘出が原則術式のいかんにかかわらず子宮円靱帯・水腫の切除が必要
  報告では推奨は前方法＞腹腔鏡
  ・水腫の見落とし
  ・剥離操作が煩雑で破裂の危険性
- 腹腔鏡(TAPP)が難しい/懸念される 理由

1. 鉗子操作の制限
2. 嚢胞を損傷した場合に内容液が腹腔内を汚染する
3. 腹壁破壊の面積が前方法と比較し大きい
4. 手術時間・全身麻酔時間が長くなる

症例提示
1. 48歳　女性
2. 51歳　女性
症例①
- 主訴　約2ヶ月まえからの左足付け根の膨隆
- 腹部　立位で母指頭大の膨隆。軟。可動性不良。
- 月経周期と腫瘤の状態に関連なし

症例②
- 主訴　約4ヶ月まえからの右足付け根の膨隆
- 腹部　立位で母指頭大の膨隆。軟。可動性不良。
- 月経周期と腫瘤体積の増減に関連がある気がすると。

結語
- Nuck管水腫に対する腹腔鏡下手術は、腹腔内から鼠径管を検索する手技が煩雑であるが、内鼠径輪の開大を正確に評価する点では有効である。
- 今回提示した方法は鼠径管後壁に侵襲が及び、腹腔側で鼠径管が開放される。身体的侵襲を考慮すると、可能な限り正常な構造は破壊しない術式をすべきと思われる。

チャンピオン画像集

チャンピオン画像

診療支援部　画像診断センター　山本　晃義

スマートフォンに代表されるように通信分野の業界では全てがデジタル化され、高速かつ大量にデータをやり取りする技術が加速している。無限大ともいえるインターネット上の情報はモノとモノをつなぎ、さらにIoT(Internet of Things)によってその双方を制御することも可能になった。そして、2020年の東京オリンピックに向けた第5世代モバイル通信システム(5G)の普及によって、これまで不可能とされてきた高速かつ大量データの情報処理が実現可能なものになると考えられている。このようなデジタル化や高速通信の技術革新の波は、医療界に対しても大きな影響を与えるであろうことが容易に想像できる。

画像診断センターでは、2019年7月に最新の単純X線撮影システムである富士フィルム社製FPD(Flat Panel Detector)システムを導入した。このFPDシステムには、最新の画像処理技術と通信システムが備わっており、人体にX線を照射した瞬間に画像化され、わずか1秒後にはモニタ上には高画質な画像を表示することができる。しかも、X線に対する感度が高いため、被ばく線量は従来法の2/3に低減できる。まさに、革新的なデジタル技術と通信技術の一端を実感できるシステムといえる。

このシステム上の特徴の一つに、「ダイナミック処理」と呼ばれる新しい画像処理技術がある。この「ダイナミック処理」は、X線が照射され、FPDシステムで解析を行う際に画像を鮮明化する処理で、例えば骨を精査したい場合には、画像上の筋肉や骨そして背景となる人体以外の濃度分布を瞬時に解析し、骨だけにターゲットをしぼって画像を鮮明化することができる。この技術によって、これまでに観察が不可能であった領域を簡単に描出できるようになり、診断の幅も広がることが期待される。

今年7月のシステム導入に合わせて、新しい装置を導入した。それが北九州では3台しか導入されていない「長尺FPD」と呼ばれるシステムである。脊椎全体や下肢全体像を一回の照射で瞬時に画像化できる機能が搭載されている。従来の方法では20分ほどの時間を要していた検査が、数分で撮影を終えて退室できるようになったことは、患者さんにとっても大変喜ばしいことである。

今回のチャンピオン画像は、新たに導入した単純X線撮影システムであるFPDシステムで撮影された画像を供覧する。

X線検査はフィルムから完全デジタル化へ

スクリーン＆フィルム

Computed Radiography

Flat Panel Detector

フルデジタル X 線システム

今年7月にこれまで使用していたComputed Radiography（CR）から、富士フィルムメディカル社製のFlat Panel Detector（FPD）へと装置を一新した。

FPDはCRと比較して3つ大きな利点がある。

①感度向上による被ばく線量低減

②画像形成機序の違いによる検査効率向上

③新たな画像処理技術による画質向上

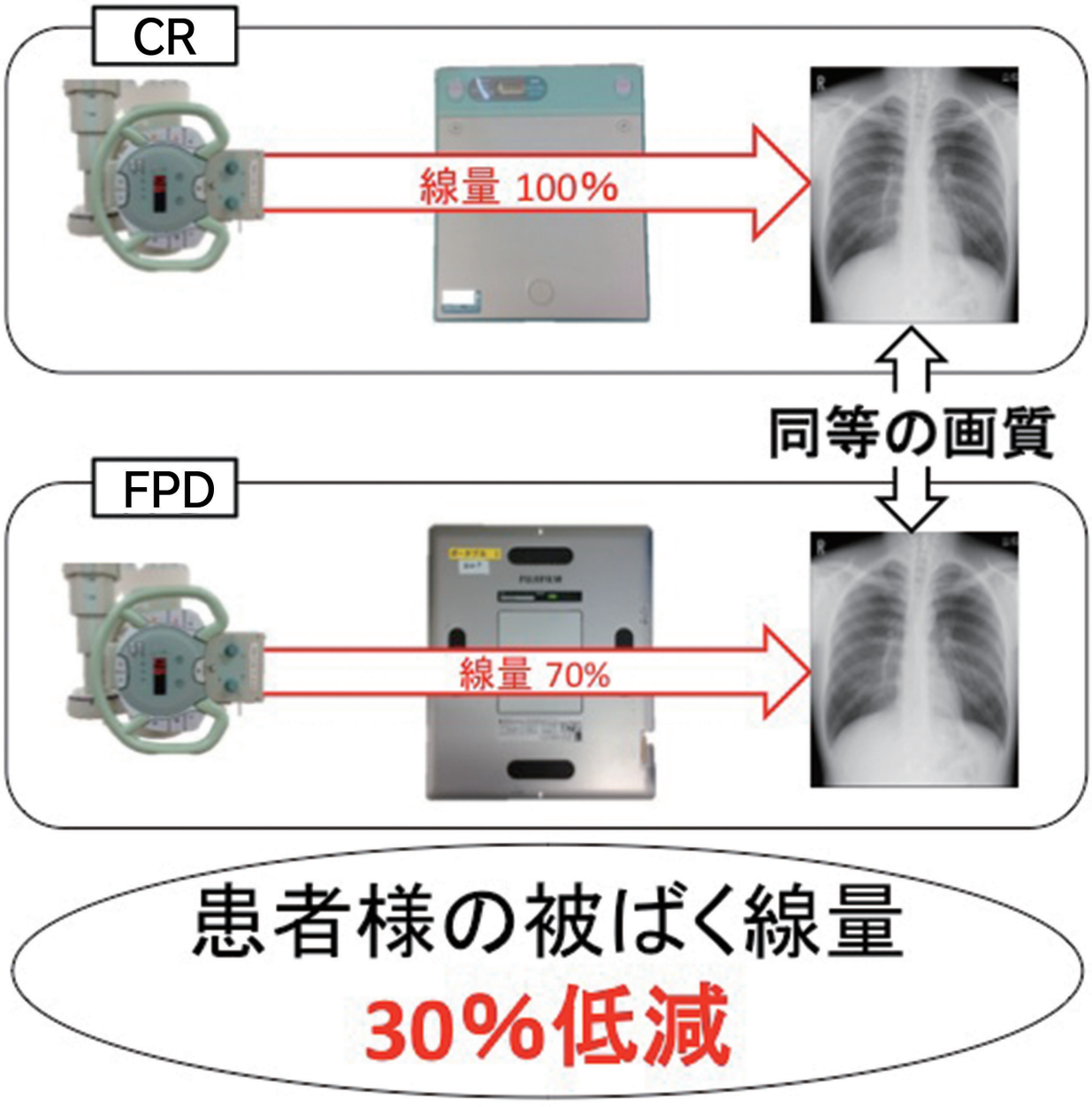
14×17インチFPD、10×12インチFPD

立位撮影台

臥位撮影台

①　被ばく線量低減

FPDは照射されたX線信号をシンチレータと呼ばれる素子で光に変換後、光を電気信号へとさらに変換することによりデジタル画像を取得する。X線の検出部の構成はISS方式という富士フィルム独自の技術を用いることで効率的なX線の検出を可能にし、そこに高度な画像処理を組み合わせることで、従来の7割程度のX線量でも高い画質を得ることができる。



②　検査の時間効率向上

FPDを使用した実感を例えるならばデジタルカメラだ。ボタンを押した瞬間に高画質な画像が瞬時に表示され、さらに次の撮影もすぐに行うことができる。

これまで使用していたCRは、イメージングプレート(IP)カセッテへX線を照射後、専用の読み取り装置でIPにレーザーを照射し画像を読み取り、その後さらに光を当てて画像を消去するため、照射から画像表示まで約1分、再度同じカセッテを使用するためには2分程度時間が必要だった。

FPDの場合、画像は無線通信でコンソールへ送られるため、照射から画像表示までの速さは約1秒である。さらに記憶された画像は数秒間で消去されるためカセッテ交換が不要となり、検査の時間効率がこれまでよりも格段に向上する。

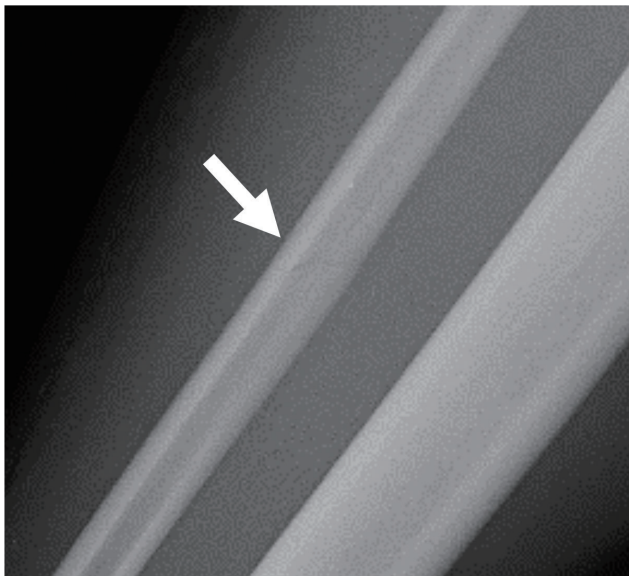
＋

患者様の検査待ち時間短縮

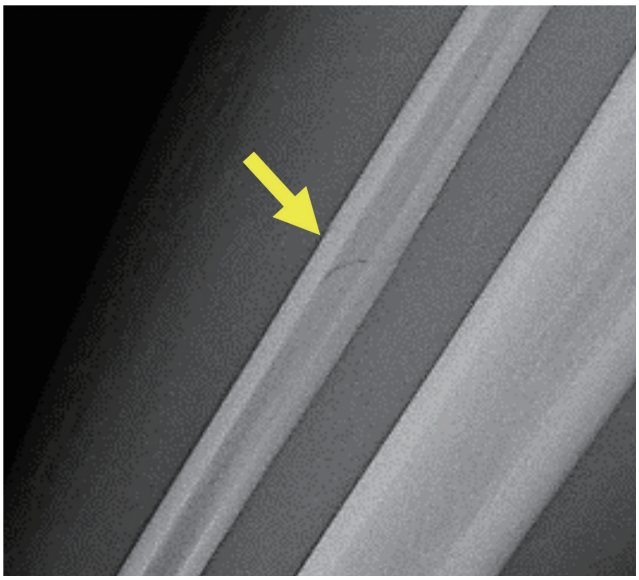
③　ダイナミック処理による画質向上

ダイナミック処理（Dynamic VisualizationII）という画像処理技術が導入された。これはFPDで変換された3次元情報から人体の厚みの異なる部位や構造物を認識し、コントラストと濃度を調整する技術である。さらにノイズ低減回路により撮影画像のノイズを低減し、低濃度領域の粒状性が改善される。

右腓骨正面像



CR　拡大像（黄四角範囲）



FPD　拡大像（黄四角範囲）

右腓骨骨幹部骨折
ＣＲの画像ではわかりづらい微小な骨折（白矢印）が、FPDの画像では明瞭に描出されている（黄矢印）。

骨梁構造の明瞭化による微小骨折の検知

右第4指正面像

右第4指側面像

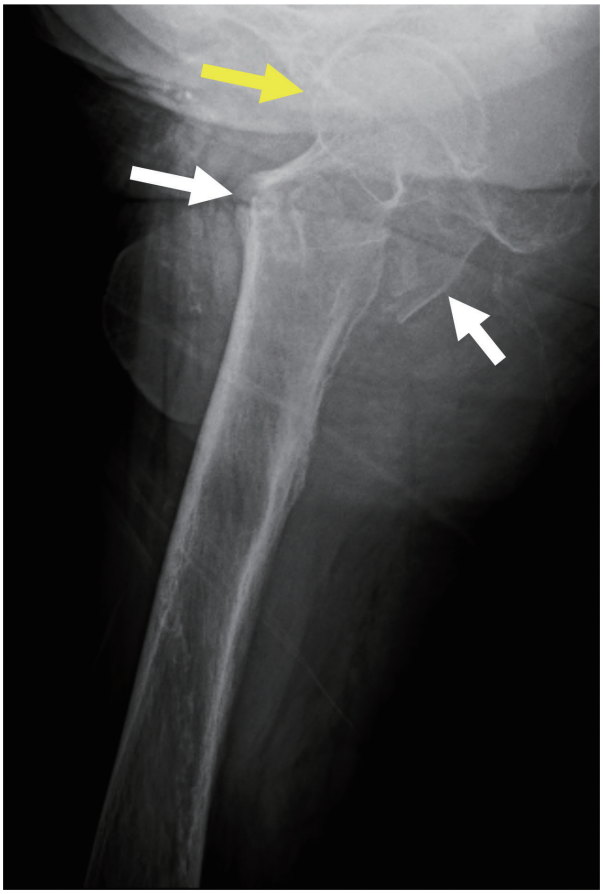
右第4指中節骨正面像

右第4指中節骨側面像

右第4指中節骨骨折
ダイナミック処理により骨梁構造が精細に描出されているため、骨折線が明瞭に描出されている。

股関節軸位像の画質改善

ダイナミック処理なし



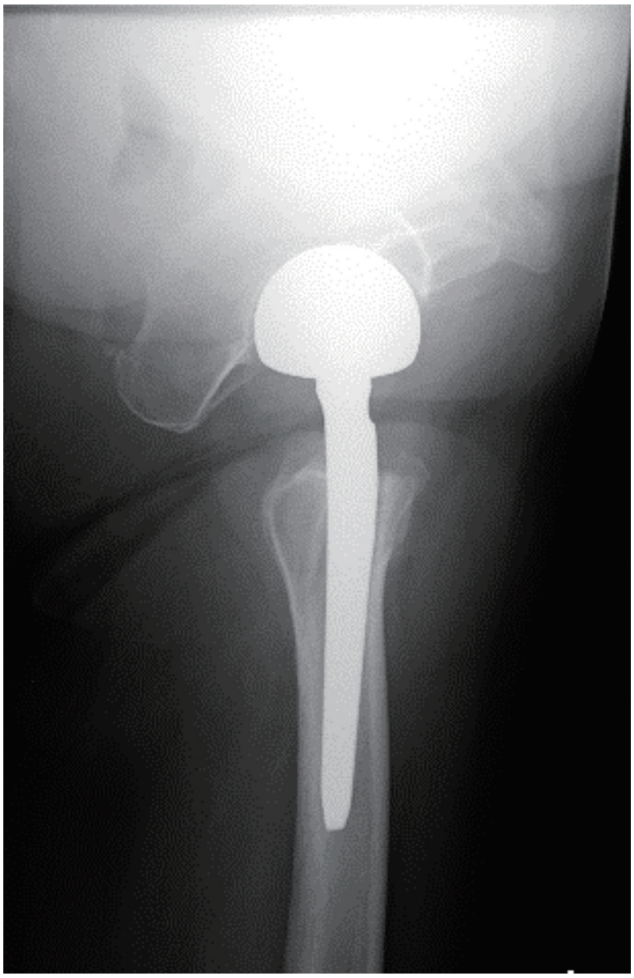
ダイナミック処理あり

右股関節軸位像

右大腿骨転子部骨折

転倒で救急搬送され股関節の撮影を行った症例。疼痛が強く非検側の足を十分に挙上できたかったため、画像処理を行わなかった場合、大腿骨骨頭が不明瞭である（黒矢印）。ダイナミック処理を加えることで、大腿骨骨頭が明瞭に描出され（黄矢印）、大腿骨転子部骨折や骨片もコントラスト高く観察することができる（白矢印）。

人工骨頭症例の画質向上



CR

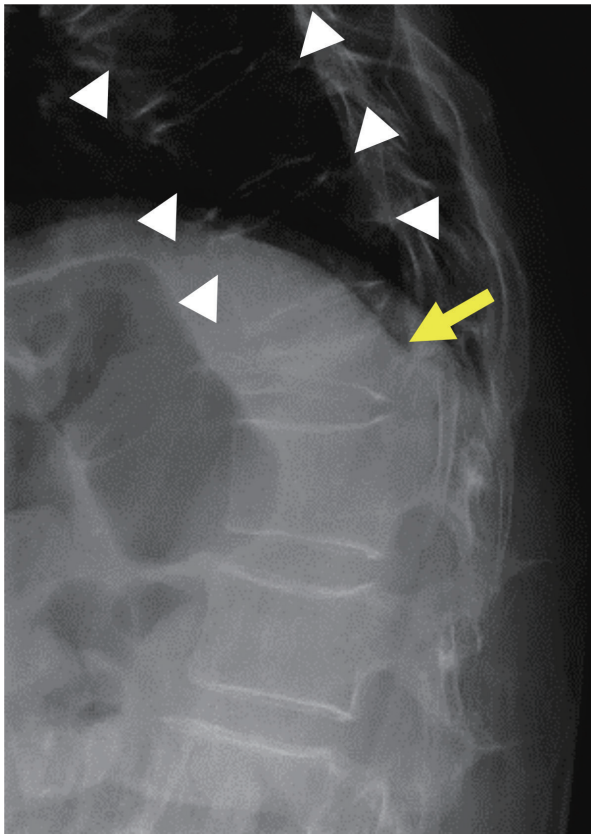
FPD

同一患者の股関節軸位像

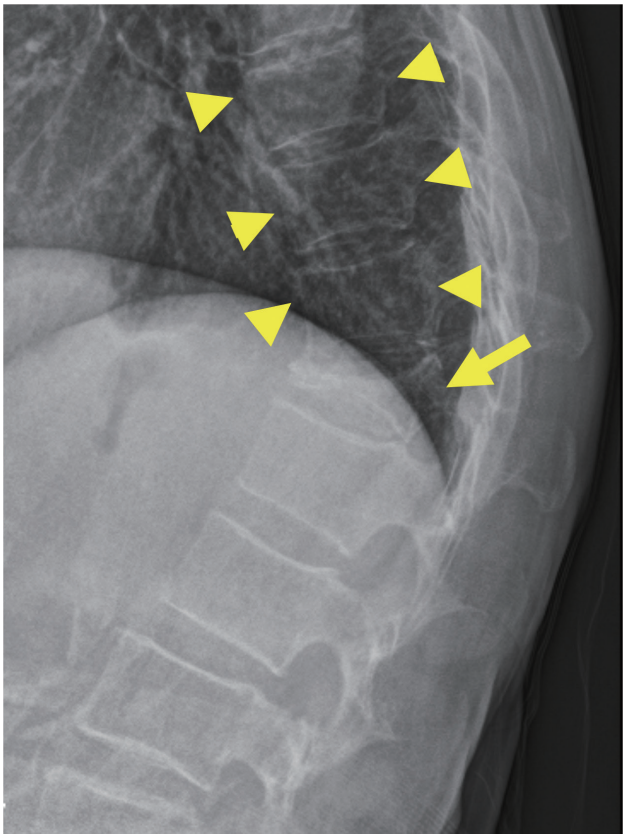
人工骨頭置換術後で、CRでは骨頭と臼蓋の周囲の透過性が悪いが、FPDでは高画質で骨梁構造も観察が容易である。また高吸収な人工骨頭がある場合でも、被ばく線量を低減することができる。

透過性の異なる部位の描出能向上

腰椎撮影にて高齢者や骨粗鬆症の患者様は骨の透過性が高いため、コントラストを高く設定して骨構造を明瞭化させる必要がある。しかし、それによりもともと透過性が高い肺野内の椎体のコントラストが失われ、下位胸椎の観察が困難な場合がある。



CR



FPD

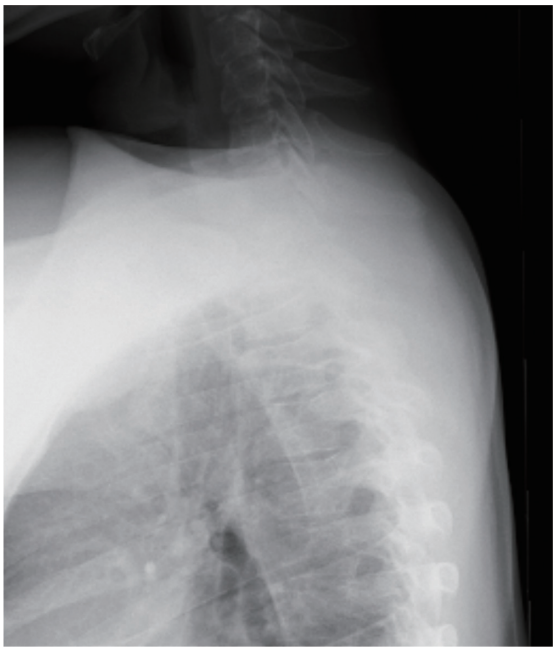
同一患者の腰椎側面座位像

第12胸椎圧迫骨折

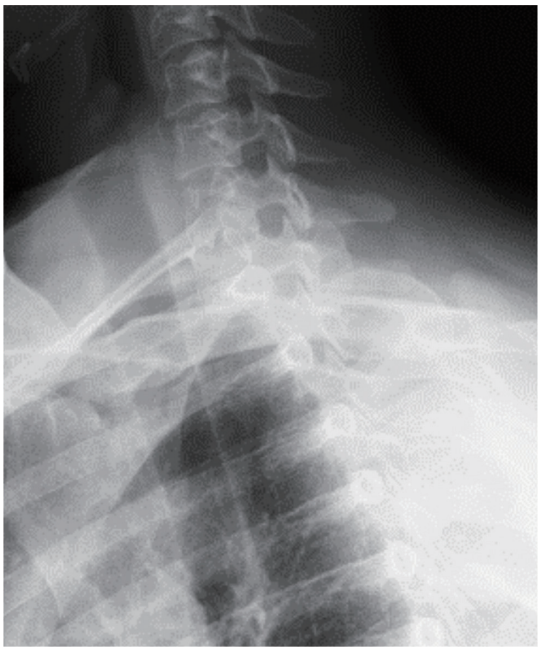
CRの画像では第12胸椎の圧迫骨折が指摘できる（黄矢印）が、第9から11胸椎まで黒く不明瞭である（白矢頭）。FPDの画像では同部位が描出されており、下位胸椎に圧迫骨折がないことを示すことができた（黄矢頭）。

描出困難な上位胸椎に対する描出能改善の検討

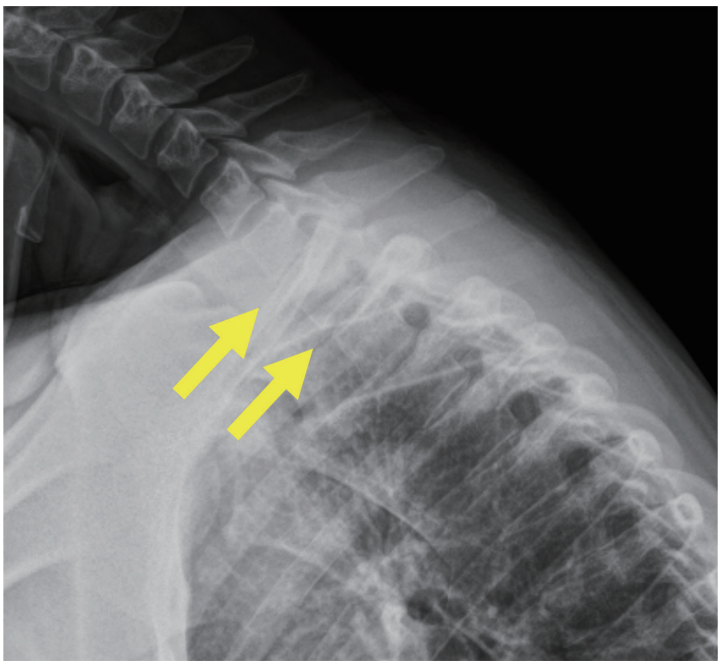
上位胸椎は肩甲骨や上腕骨頭、三角筋など多くの構造物が重なるため一般撮影では描出が困難とされてきた。スイマー法と呼ばれる特殊撮影法で上位胸椎の観察が可能だが、側面性が悪く臨床で用いられる機会は少なかった。FPDの画像処理技術とポジショニングを工夫することにより、上位胸椎の描出能を向上できる可能性がある。



CR　胸椎側面



CR　スイマー法

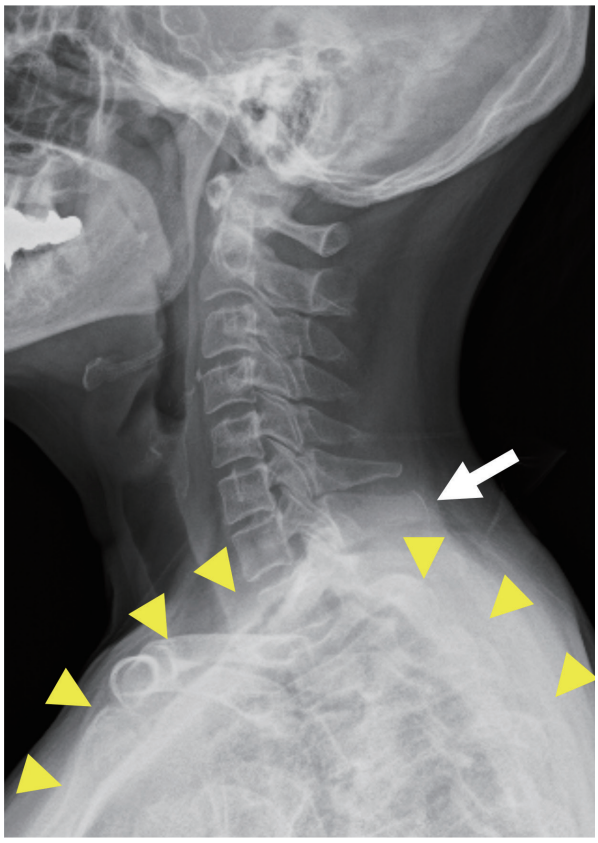


FPD　胸椎側面（変法）

CRでは第1、2胸椎の描出が困難だが、FPDの変法の画像では各椎体が側面性良く描出され、第1、2胸椎も観察可能である。

頚椎撮影における観察可能領域の拡大

ダイナミック処理なし



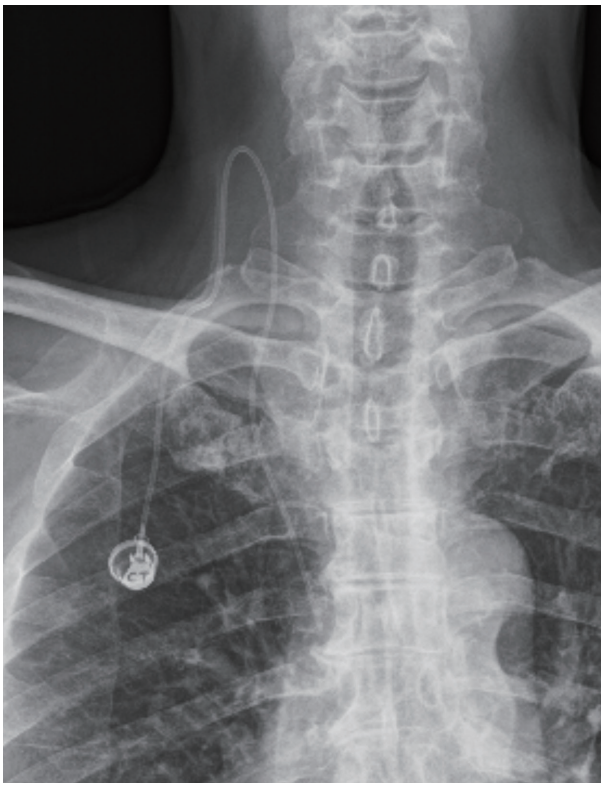
ダイナミック処理あり

頚椎側面像

ダイナミック処理を行うことで、第7頚椎の棘突起（白矢印）や上位胸椎、胸骨、鎖骨も一部(黄矢頭)観察することが可能である。

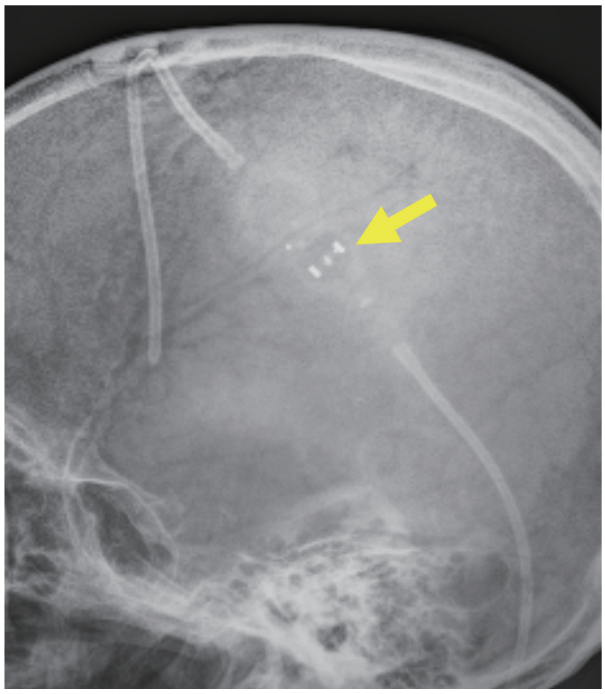
人工物の明瞭化

抗癌剤や高カロリー輸液の投与に用いられるCVポートや水頭症の患者様に対して行われる髄液シャント術に用いられるシャントなど、人体以外の構造物も以前よりも明瞭である。



CVポート

長期間挿入されることの多いCVポートは、時に流れが悪くなることがあり、その原因の一つにカテーテルの屈曲がある。肺野や鎖骨などX線透過度の大きく異なる部分もあるがカテーテル全体が描出されている。



シャント

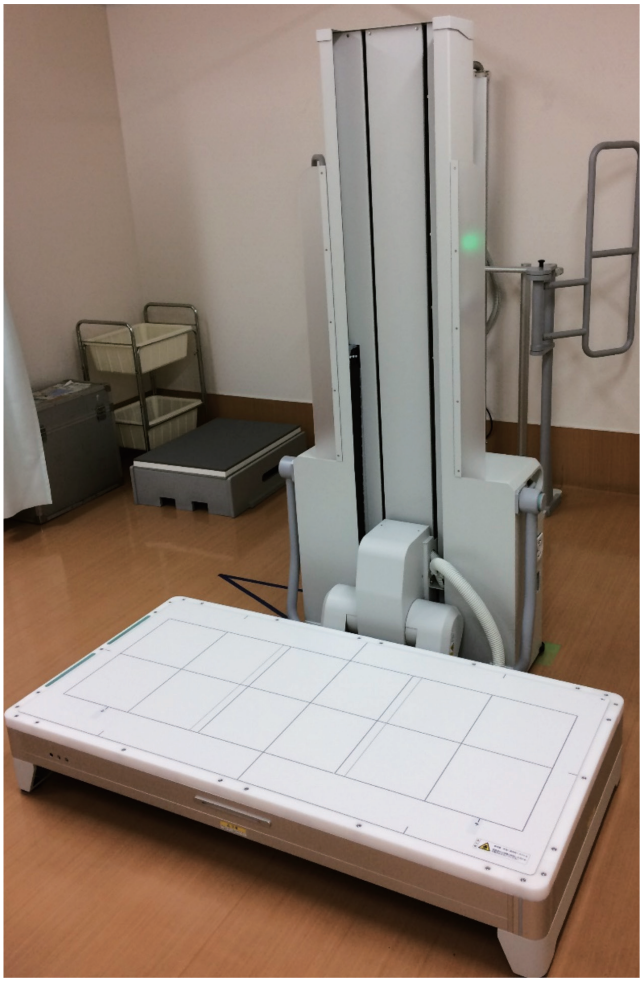
シャント挿入後はバルブ圧を適切に調整する必要がある。バルブ圧の調整は磁気により行われるため、MRI検査を行われた患者様はシャント圧の確認が必要となる。その際、単純X線撮影にてシャント圧の確認を行う場合があるが、ダイナミック処理によりシャントの構造物が精細に投影されているため確認が容易である（黄矢印）。

長尺 FPD の導入

近年、全脊椎や全下肢の撮影依頼が増加しており長尺のCRで対応してきたが、撮影をしてから読み取りを終えるまで最低でも3分程度かかり、他部位の撮影も含めると20分から30分程かかることもあり、患者様の拘束時間や他の患者様の待ち時間への影響が問題となっていた。

そこで当院は北九州で3台目となる長尺サイズのFPDを導入した。画像が瞬時に表示され、さらに前述したように被ばく線量も低減できるため、患者様の負担が大きく軽減される。

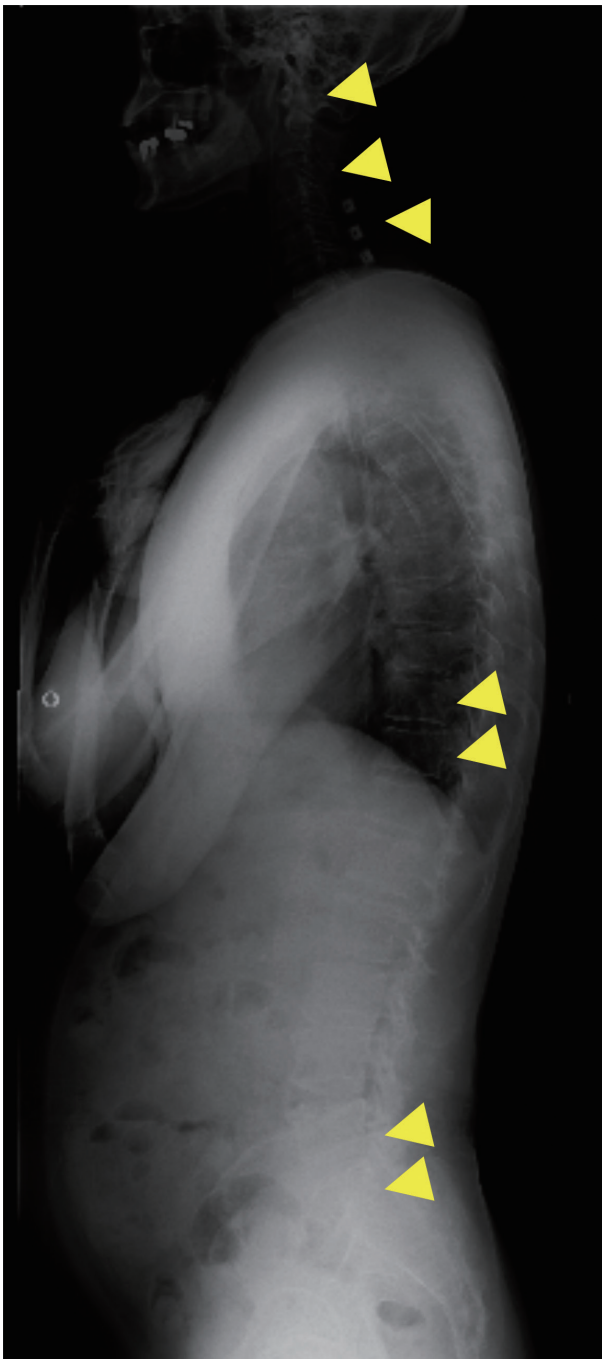
長尺FPD　立位撮影時



長尺FPD　臥位撮影時

全脊椎撮影は部位による体厚の違いや肺野と腹部領域のように構造物の違いにより、頚椎や腰椎など描出困難な場合が)あった。

FPDでは放射線の感度が上がったことと画像処理技術により、一回の照射で全脊椎が明瞭に描出され、容易にアライメントを観察できる。



長尺CR

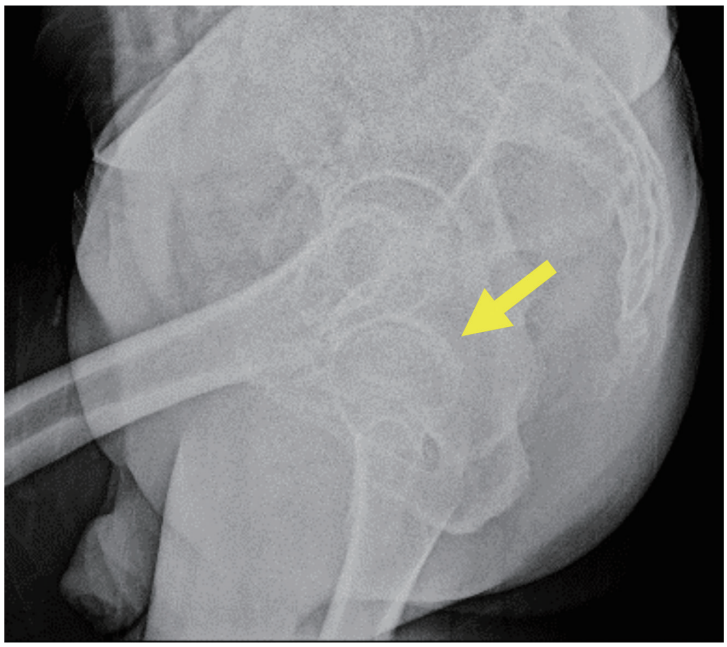
長尺FPD

同一患者の全脊椎側面像
CRでは頚椎や下位胸椎の一部、腰仙骨部(黄矢頭)の観察が困難だが、
FPDでは同部位が明瞭に描出されている。

透過性の低い骨盤領域の描出

横を向いた状態の骨盤は両側の臼蓋や大腿骨が重なるため、X線が透過しづらい。膝関節や下腿、足関節は片側のみであり、骨盤と比較すると非常に透過しやすいため、CRでは骨盤領域の描出が困難であった。FPDでは、一回の照射で骨盤も含めた全下肢のアライメントが観察可能である。

右全下肢側面像



骨盤側面拡大像

下肢全体を高いコントラストを保ったまま描出することができており、大腿骨の骨頭まで観察することができる（黄矢印）。

学会等・出張先一覧

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
【4月】	4月 4日	4月 6日	明石　英俊	医局	第118回日本外科学会定期学術集会		東京都
	4月 4日	4月 5日	松村　勝	医局	第118回日本外科学会定期学術集会		東京都
	4月 5日	4月 7日	今村　鉄男	医局	第118回日本外科学会定期学術集会		東京都
	4月 7日		宗　祐人	医局	第20回九州地区消化器内視鏡懇談会		福岡市
	4月11日		宗　祐人	医局	北九州胃腸懇話会4月度例会		北九州市
	4月11日	4月13日	髙橋　長弘	医局	第61回日本形成外科学会総会・学術集会	座長	福岡市
	4月11日	4月14日	清水　建詞	医局	第47回日本脊椎脊髄病学会学術集会		兵庫県
	4月11日	4月14日	大友　一	医局	第47回日本脊椎脊髄病学会学術集会		兵庫県
	4月12日		宗　祐人	医局	第18回北九州炎症性腸疾患懇話会		北九州市
	4月12日	4月15日	松永　裕幹	放射線科	第74回日本放射線技術学会総会学術大会		神奈川県
	4月13日	4月15日	宗　祐人	医局	第115回日本内科学会総会・講演会		京都府
	4月13日	4月15日	福嶋　博文	医局	第115回日本内科学会総会・講演会		京都府
	4月13日	4月15日	内山　大治	医局	第77回日本医学放射線学会総会		神奈川県
	4月13日	4月14日	酒見　亮介	医局	第115回日本内科学会総会・講演会		京都府
	4月13日	4月15日	下河邉正行	医局	第115回日本内科学会総会・講演会		京都府
	4月14日	4月15日	久保　晋吾	医局	第115回日本内科学会総会・講演会		京都府
	4月14日	4月15日	久永　沙知	医局	第77回日本医学放射線学会総会		神奈川県
	4月18日	4月21日	綾塚　仁志	医局	平成30年度第1回DMAT隊員養成研修		兵庫県
	4月19日	4月21日	宗　祐人	医局	第104回日本消化器病学会総会		東京都
	4月19日	4月20日	福嶋　博文	医局	第104回日本消化器病学会総会		東京都
	4月25日	4月27日	大茂　壽久	医局	第61回日本手外科学会	演者	東京都
	4月25日	4月26日	宗　祐人	医局	早期胃癌研究会4月度例会		東京都
	4月26日	4月28日	三宅　育代	医局	第91回日本内分泌学会学術総会		宮崎県
	4月26日		宗　祐人	医局	第57回芦屋北九州消化器フォーラム		北九州市
	4月27日	4月28日	加藤　達治	医局	第58回日本呼吸器学会学術講演会		大阪府
	4月27日		酒見　亮介	医局	平成30年度第1回北九州指定難病審査会		北九州市
	4月27日	4月28日	片山　直美	医局	第91回日本内分泌学会学術総会		宮崎県
【5月】	5月 6日		市岡　正敏	医局	MECマッチングフェア2018		福岡市
	5月 6日		福嶋　博文	医局	MECマッチングフェア2018		福岡市
	5月 8日	5月12日	明石　英俊	医局	第46回日本血管外科学会総会		山形県
	5月 8日		今村　鉄男	医局	平成30年度第1回北九州区域病床機能分化連携推進部会		北九州市
	5月 8日		宗　宏伸	医局	平成30年度第1回北九州区域病床機能分化連携推進部会		北九州市
	5月 9日	5月12日	宗　祐人	医局	第95回日本消化器内視鏡学会総会		東京都
	5月 9日	5月11日	石橋　慶章	医局	第46回日本血管外科学会総会	演者	山形県
	5月 9日	5月10日	今村　健太郎	医局	第95回日本消化器内視鏡学会総会		東京都
	5月10日	5月12日	綾塚　仁志	医局	平成30年度第2回DMAT隊員養成研修		兵庫県
	5月11日	5月13日	内山　大治	医局	第18回日本核医学会春季大会		東京都
	5月11日	5月12日	毛利　香	看護部	両立支援コーディネーター基礎研修		東京都
	5月11日		今村　鉄男	医局	平成30年度第1回福岡県へき地医療支援会議		福岡市
	5月11日	5月12日	谷脇　智	医局	第55回九州外科学会		福岡市
	5月11日	5月13日	鞆田　義士	医局	第18回日本核医学会春季大会		東京都
	5月11日		平嶋　達朗	医局	第55回九州外科学会	演者	福岡市
	5月11日		市岡　正敏	医局	第55回九州外科学会	演者	福岡市
	5月13日		川原　早苗	薬剤部	平成30年第2回NST専門療法士更新必須セミナー		京都府
	5月15日	5月18日	宗　宏伸	医局	第26回日本乳癌学会学術総会		京都府
	5月17日	5月18日	佐藤　英博	医局	日本麻酔科学会第65回学術集会		神奈川県

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	5月17日	5月18日	蒔本　好史	医局	第35回日本呼吸器外科学会総会		千葉県
	5月17日	5月19日	増田　直樹	医局	日本麻酔科学会第65回学術集会		神奈川県
	5月17日	5月18日	越智　　章	医局	第38回日本脳神経外科コングレス総会		大阪府
	5月17日	5月18日	永田　一岐	臨床検査科	ARCHITECTi1000SRトレーニングコース		千葉県
	5月18日	5月19日	水落　久子	医療安全	医療安全管理者養成講習会アドバンストコース		東京都
	5月18日	5月20日	辻　　武寿	医局	第38回日本脳神経外科コングレス総会		大阪府
	5月19日		濱田　英志	放射線科	第4回肝CK治療セミナー		大阪府
	5月19日		毛利　　香	看護部	第8回福岡県がん診療拠点病院　がん専門相談員研修(A研修)		福岡市
	5月19日		松垣　　諭	医局	第4回肝CK治療セミナー		大阪府
	5月19日	5月20日	下河邉正行	医局	2018年第1回人間ドック健診専門医研修会		東京都
	5月19日		武田　和大	医局	日本内科学会第321回九州地方会		福岡県
	5月20日	5月22日	綾塚　仁志	医局	平成30年度統括DMAT研修		東京都
	5月21日		宗　　宏伸	医局	平成30年度(第20回)北九州内視鏡外科セミナー		北九州市
	5月22日		宗　　祐人	医局	第1回胃がん・大腸がん検診部会		北九州市
	5月23日	5月25日	中村　俊夫	臨床検査科	TBA-FX8(自動分析装置)研修		東京都
	5月24日	5月26日	南　　博子	感染制御室	第7回日本感染管理ネットワーク学会学術集会		宮城県
	5月24日	5月26日	木原　洋美	看護部	第7回日本感染管理ネットワーク学会学術集会		宮城県
	5月24日	5月26日	明田　由紀	薬剤部	第61回日本糖尿病学会年次学術集会		東京都
	5月24日		今村　鉄男	医局	二次救急医療体制に関する意見交換会		北九州市
	5月24日		佐藤　英博	医局	二次救急医療体制に関する意見交換会		北九州市
	5月24日		酒見　亮介	医局	平成30年度第2回北九州市指定難病審査会		北九州市
	5月25日	5月27日	灘吉　進也	臨床工学科	第28回臨床工学会	演者	神奈川県
	5月25日	5月27日	大田　　真	臨床工学科	第28回臨床工学会	演者	神奈川県
	5月25日	5月27日	大田　健志	臨床工学科	第28回臨床工学会	演者	神奈川県
	5月25日		宗　　祐人	医局	第4回ESDセミナー		北九州市
	5月25日	5月27日	古子　　剛	医局	第91回日本整形外科学会学術総会		兵庫県
	5月25日	5月27日	重見　貴子	薬剤部	第12回緩和医療薬学会年会	演者	東京都
	5月25日	5月27日	中園　武宣	薬剤部	第12回緩和医療薬学会年会		東京都
	5月26日		毛利　　香	看護部	第9回九州がんセンター病病・病疹連携の会		福岡市
	5月27日		後藤　春奈	臨床心理室	医療保健領域で働く若手のための研修会		福岡市
	5月31日	6月 2日	下崎　　香	薬剤部	第92回日本感染症学会学術講演会・第66回日本化学療法学会総会		岡山県
【6月】	6月 1日		大友　　一	医局	第89回西日本脊椎研究会		福岡市
	6月 1日	6月 2日	内山　大治	医局	第47回日本IVR学会総会		東京都
	6月 1日	6月 2日	久永　沙知	医局	第47回日本IVR学会総会		東京都
	6月 1日		長神　康雄	医局	第92回日本感染症学会学術講演会		岡山県
	6月 1日		清水　建詞	医局	第89回西日本脊椎研究会		福岡市
	6月 2日	6月 3日	田原　尚直	医局	第135回西日本整形・災害外科学会学術集会		福岡市
	6月 2日		清水　建詞	医局	第135回西日本整形・災害外科学会学術集会	演者	福岡市
	6月 2日	6月 3日	濱田　賢治	医局	第135回西日本整形・災害外科学会学術集会		福岡市
	6月 2日	6月 3日	蒲地　康人	医局	第135回西日本整形・災害外科学会学術集会	演者	福岡市
	6月 5日		加藤　達治	医局	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
	6月 5日		南　　博子	感染制御室	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
	6月 5日		木原　洋美	看護部	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
	6月 5日		下崎　　香	薬剤部	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
	6月 5日		杉原　徹哉	薬剤部	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
	6月 5日		佐藤　房枝	臨床検査科	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
	6月 5日		永田　一岐	臨床検査科	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
	6月 5日		深川のぞみ	感染制御室	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
6月 6日		明石　英俊	医局	第7回筑後・佐賀医療連携フォーラム	演者	福岡県
6月 6日		毛利　香	看護部	がん患者就労相談支援事業における意見交換会		福岡市
6月 6日		細川　沙織	地域連携室	がん患者就労相談支援事業における意見交換会		福岡市
6月 7日	6月 9日	谷脇　智	医局	第30回日本肝胆膵外科学会学術集会		神奈川県
6月 7日	6月 9日	和田　義人	医局	第30回日本肝胆膵外科学会学術集会	演者	神奈川県
6月 7日	6月 9日	宗　祐人	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	北九州市
6月 8日	6月 9日	福嶋　博文	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会		北九州市
6月 8日	6月 9日	酒見　亮介	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	北九州市
6月 8日		知井　蘭	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会		北九州市
6月 8日		倉光　正憲	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会		北九州市
6月 8日		赤須　優希	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会		北九州市
6月 8日	6月9日	松垣　諭	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	北九州市
6月 8日		今村健太郎	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	北九州市
6月 8日		市岡　正敏	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会		北九州市
6月 8日	6月 9日	下河邉正行	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会		北九州市
6月 8日	6月10日	君付　博	医局	日本超音波学会第91回学術集会		兵庫県
6月 8日	6月10日	渡壁　忍	看護部	平成30年度災害拠点病院実務者会議・ 平成30年度第1回九州・沖縄ブロックDMAT技能維持研修		大分県
6月 9日		寺部　寛哉	医局	第111回日本消化器病学会九州支部例会・ 第105回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	北九州市
6月 9日		綾塚　仁志	医局	平成30年度第1回九州・沖縄ブロックDMAT技能維持研修（タスク参加）		大分県
6月 9日	6月10日	新川　僚真	看護部	平成30年度第1回九州・沖縄ブロックDMAT技能維持研修		大分県
6月 9日	6月10日	明石　英俊	医局	第25回大動脈シンポジウム	座長	愛知県
6月 9日		宮里　和明	医局	第18回熊本会議(症例検討会)		熊本県
6月 9日		清水　建詞	医局	第18回熊本会議(症例検討会)	演者	熊本県
6月13日	6月16日	綾塚　仁志	医局	第1回DMAT隊員養成研修		大阪府
6月13日		宗　祐人	医局	北九州胃腸懇話会6月度例会		北九州市
6月13日	6月15日	永田　一岐	臨床検査科	自動分析装置TBA-FX8研修		東京都
6月14日	6月16日	古子　剛	医局	第10回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	演者	福岡市
6月14日	6月15日	久保　保彦	医局	第54回日本肝臓学会総会		大阪府
6月14日	6月15日	福嶋　博文	医局	第54回日本肝臓学会総会		大阪府
6月14日	6月15日	濱田　賢治	医局	第10回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会		福岡市
6月15日	6月16日	灘吉　進也	臨床工学科	第15回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会	演者	東京都
6月15日	6月16日	今林　和馬	臨床工学科	第15回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会	演者	東京都
6月15日		宗　祐人	医局	Acid Related Disease Symposium 参加のため		北九州市
6月15日	6月17日	宗　宏伸	医局	第23回日本緩和医療学会学術大会		兵庫県
6月15日	6月17日	中園　武宣	薬剤部	第23回日本緩和医療学会学術集会		兵庫県
6月15日	6月17日	下河邉正行	医局	第9回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会		三重県

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	6月16日	6月17日	桝田　瑛子	薬剤部	平成30年第3回NST専門療法士受験必須セミナー		福岡市
	6月17日	6月22日	山本　晃義	放射線科	第26回ISMRM(国際磁気共鳴医学学会大会)	演者	フランス
	6月20日	6月23日	辻　泰子	医局	第114回日本精神神経学会学術総会		兵庫県
	6月21日	6月23日	山田　陽司	医局	昭和大学江東豊洲病院見学/日本放射線腫瘍学会小線源治療部会第20回学術大会		東京都
	6月21日	6月23日	小野田敏博	放射線科	SpaceOARハイドロゲルの研修・日本放射線腫瘍部会第20回学術大会・TomoTherapyセミナー2018		東京都
	6月21日	6月23日	宗　宏伸	医局	平成30年度医療安全管理者養成講習会(第1クール)		東京都
	6月21日	6月23日	酒見　亮介	医局	AOCC2018(The 6th Meeting of Asian Organization for Chrones&Colitis)	演者	中国
	6月22日	6月23日	芦原　康寛	リハビリ科	第19回日本言語聴覚学会	演者	富山県
	6月22日		友枝　亮	企画情報課	1日で学ぶ集患戦略徹底開発講座		福岡市
	6月23日		溝口　翔太	放射線科	第7回TomoTherapyセミナー2018		東京都
	6月23日		江﨑　祐太	放射線科	第7回TomoTherapyセミナー2018		東京都
	6月23日	6月24日	内山　大治	医局	第187回日本医学放射線学会九州地方会		熊本県
	6月23日	6月24日	久永　沙知	医局	第187回日本医学放射線学会九州地方会	演者	熊本県
	6月23日	6月24日	吉田　成吾	医局	第187回日本医学放射線学会九州地方会	演者	熊本県
	6月27日	6月30日	綾塚　仁志	医局	第4回DMAT隊員養成研修タスク参加		兵庫県
	6月28日	6月29日	谷脇　智	医局	第54回日本肝癌研究会		福岡県
	6月28日	6月29日	福嶋　博文	医局	第54回日本肝癌研究会		福岡県
	6月28日	6月29日	松垣　諭	医局	第54回日本肝癌研究会	演者	福岡市
	6月28日	6月29日	久保　保彦	医局	第54回日本肝癌研究会		福岡県
	6月28日	6月29日	和田　義人	医局	第54回日本肝癌研究会	演者	福岡県
	6月28日	6月30日	松村　勝	医局	第12回日本腹腔鏡下ヘルニア手術手技研究集会・第16回日本ヘルニア学会学術集会	座長	北海道
	6月28日	7月1日	松山　卓矢	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月28日	7月1日	佐々木庸介	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月29日	7月 1日	藤江　理恵	看護部	第63回日本透析医学会学術集会・総会	演者	兵庫県
	6月29日	7月 1日	原田　有里	看護部	第63回日本透析医学会学術集会・総会	演者	兵庫県
	6月29日	7月 1日	下河邉正行	医局	第19回九州高気圧環境医学会		沖縄県
	6月30日	7月 1日	宗　祐人	医局	ヒュミラ　10周年記念講演会		東京都
	6月30日		秋吉　夕子	看護部	愛知医科大学大学院看護学研究科セミナー「急性期医療と在宅医療をつなぐ特定行為研修終了者の役割」		愛知県
	6月30日	7月 1日	古田　功彦	医局	①第86回日本口腔外科学会九州支部学術集会 ②九州・沖縄地区病院歯科・歯科口腔外科集談会		福岡市
【7月】	7月 4日	7月 6日	髙橋　長弘	医局	第10回日本創傷外科学会総会・学術集会	演者	埼玉県
	7月 6日		森　康弘	薬剤部	平成30年度日本病院薬剤師会医薬品安全管理責任者等講習会		福岡市
	7月 8日		松元　祐子	臨床心理室	第14回医療保健領域研修会「認知行動療法を困難事例に使いこなす」		福岡市
	7月 8日		後藤　春奈	臨床心理室	第14回医療保健領域研修会「認知行動療法を困難事例に使いこなす」		福岡市
	7月10日		宗　祐人	医局	第13回北九州消化管研究会		北九州市
	7月10日		細川　沙織	地域連携室	苦情・クレーム・悪質クレーム対応研修会		福岡市
	7月11日	7月13日	宗　宏伸	医局	第73回消化器外科学会総会		鹿児島県
	7月11日	7月13日	谷脇　智	医局	第73回消化器外科学会総会		鹿児島県
	7月11日	7月13日	井上　花菜	臨床検査科	HISCL-800　イントロダクショントレーニング		兵庫県
	7月12日	7月15日	明石　英俊	医局	第12回中国南方血管大会	演者	中国
	7月12日	7月14日	古子　剛	医局	Sapporo Shoulder Course in 2018		北海道
	7月13日	7月14日	寺部　寛哉	医局	仙台内視鏡治療ライブセミナー2018		宮城県
	7月13日	7月14日	久野慎太郎	臨床工学科	仙台内視鏡治療ライブセミナー2018		宮城県

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	7月13日	7月14日	福嶋　博文	医局	第18回日本肝がん分子標的治療研究会		東京都
	7月14日	7月15日	宗　祐人	医局	全日本病院協会　総合医育成プログラム		東京都
	7月16日		後藤　春奈	臨床心理室	第88回臨床心理士研修会		鹿児島県
	7月19日	7月21日	阿部　雅雄	薬剤部	第16回日本臨床腫瘍学会学術集会		兵庫県
	7月19日	7月21日	吉本　裕紀	医局	第16回日本臨床腫瘍学会学術集会	演者	兵庫県
	7月19日		酒見　亮介	医局	平成30年度第4回北九州市指定難病審査会		北九州市
	7月19日		佐藤　英博	医局	平成30年度第2回北九州市事後検証委員会		北九州市
	7月19日	7月20日	和田　義人	医局	豪雨災害に関するJMAT派遣		岡山県
	7月19日	7月22日	綾塚　仁志	医局	豪雨災害に関するJMAT派遣		岡山県
	7月19日	7月22日	久野慎太郎	臨床工学科	豪雨災害に関するJMAT派遣		岡山県
	7月19日	7月22日	新川　僚真	看護部	豪雨災害に関するJMAT派遣		岡山県
	7月19日	7月22日	谷内加奈恵	看護部	豪雨災害に関するJMAT派遣		岡山県
	7月20日		宗　祐人	医局	IBD医療連携講演会	座長	北九州市
	7月21日		綾塚　仁志	医局	平成30年度第14回健和会大手町病院災害訓練		北九州市
	7月21日		木原いずみ	看護部	平成30年度第14回健和会大手町病院災害訓練		北九州市
	7月21日		新川　僚真	看護部	平成30年度第14回健和会大手町病院災害訓練		北九州市
	7月21日		高﨑　裕介	リハビリ科	平成30年度第14回健和会大手町病院災害訓練		北九州市
	7月21日		久野慎太郎	臨床工学科	平成30年度第14回健和会大手町病院災害訓練		北九州市
	7月21日		山村　正恵	看護部	PFMセミナー高度急性期の院内運用の最適化に向けて ～入院サポートセンター・手術室運用・入退院支援の事例から～		東京都
	7月21日		宗　祐人	医局	IBD　Club Jr.　Kyushu 第16回研究会		福岡市
	7月23日		有馬　透	医局	障がい児者の支援のための短期入所サービスの拡充に係る説明会		福岡市
	7月24日		宗　祐人	医局	北九州胃腸懇話会特別講演会		北九州市
	7月25日	7月27日	中村　俊夫	臨床検査科	免疫検査機器「ARCHTECTi2000SR」トレーニング		千葉県
	7月27日	7月29日	高松久美子	看護部	「排尿自立指導料」診療報酬対象研修 第9回下部尿路症状の排尿ケア講習会		東京都
	7月27日	7月29日	内川　奈々	看護部	「排尿自立指導料」診療報酬対象研修 第9回下部尿路症状の排尿ケア講習会		東京都
	7月27日	7月28日	蒲地　康人	医局	第7回日本Knee Osteotmyフォーラム		北海道
	7月27日	7月28日	藤田　潤	医局	第7回日本Knee Osteotmyフォーラム		北海道
	7月27日	7月28日	濱田　賢治	医局	第7回日本Knee Osteotmyフォーラム		北海道
	7月27日	7月28日	宗　祐人	医局	第19回臨床消化器病研究会		東京都
	7月27日	7月28日	平塚　裕也	医局	第19回臨床消化器病研究会		東京都
	7月27日	7月28日	武田　和大	医局	第19回臨床消化器病研究会		東京都
	7月27日	7月28日	榊原　重成	医局	第19回臨床消化器病研究会		東京都
	7月28日		谷脇　智	医局	第2回筑後転移性肝がんフォーラム		福岡県
	7月28日		石橋　慶章	医局	第2回筑後転移性肝がんフォーラム	演者	福岡県
	7月28日	7月29日	落合佳代子	地域連携室	平成30年度病院医療ソーシャルワーカー研修会		東京都
	7月28日		山田　陽司	医局	日本泌尿器科学会福岡地方会第302回例会		福岡市
	7月31日		宗　祐人	医局	平成30年度第1回北九州ブロック胃集検読影従事者講習会		北九州市
【8月】	8月 2日	8月 4日	松村　勝	医局	7th Reduced Port Surgery Forum　第12回単孔式内視鏡手術研究会/第19回Needlescopic Surgery Meeting	演者	北海道
	8月 2日	8月 4日	吉本　裕紀	医局	7th Reduced Port Surgery Forum　第12回単孔式内視鏡手術研究会/第19回Needlescopic Surgery Meeting		北海道
	8月 2日		佐藤　英博	医局	病院救命士、民間救命士活動におけるMC体制及び救急救命処置範囲等に関するWG会議		北九州市
	8月 2日		辻　泰子	医局	平成30年度第1回福岡県緩和ケア専門部会		福岡市
	8月 2日		野口　妙子	看護部	平成30年度第1回福岡県緩和ケア専門部会会議		福岡市

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	8月 4日		綾塚　仁志	医局	平成30年度大規模地震時医療活動訓練におけるDMAT訓練		大分県
	8月 4日		渡壁　忍	看護部	平成30年度大規模地震時医療活動訓練におけるDMAT訓練		大分県
	8月 4日		東　美里	看護部	平成30年度大規模地震時医療活動訓練におけるDMAT訓練		大分県
	8月 7日		宗　祐人	医局	福岡県集団検診協議会胃がん・大腸がん検診部会委員会委員の就任並びに平成30年度第1回委員会		福岡市
	8月18日	8月19日	宗　祐人	医局	エンタイビオ全国研究会		東京都
	8月18日		下河邉正行	医局	病院経営の質向上委員会　第13回研究会「DPCと戦略経営」		福岡市
	8月21日		内山　大治	医局	平成30年度臨床研修指定病院実務者会議		北九州市
	8月21日		毛利　香	地域連携室	平成30年度第１回福岡県がん診療連携協議会地域連携・情報専門部会		福岡市
	8月22日	8月24日	綾塚　仁志	医局	第5回ＤＭＡＴ隊員養成研修(タスク参加)		兵庫県
	8月22日	8月24日	明石　英俊	医局	第51回日本胸部外科学会九州地方会総会		鹿児島県
	8月23日		酒見　亮介	医局	平成30年度第5回北九州市指定難病審査会		北九州市
	8月24日		加藤　達治	医局	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日		南　博子	感染制御室	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日		木原　洋美	看護部	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日		下崎　香	薬剤部	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日		杉原　徹哉	薬剤部	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日		佐藤　房枝	臨床検査科	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日		永田　一岐	臨床検査科	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日		深川のぞみ	感染制御室	感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
	8月24日	8月26日	宗　祐人	医局	全日本病院協会　総合医育成プログラム		東京都
	8月25日		竹谷　園生	医局	九州乳腺疾患画像診断研究会（福岡県集団検診協議会認定乳がん検診講習会）		北九州市
	8月25日		明石　英俊	医局	第18回北九州実践フットケア研究会・実技研修会	演者	北九州市
	8月25日		三宅　育代	医局	第18回日本内分泌学会学術集会	座長	福岡市
	8月25日		片山　直美	医局	第18回日本内分泌学会学術集会		福岡市
	8月26日		前田　智信	放射線科	第24回臨床実習指導教員認定試験		大阪府
	8月26日		江﨑　祐太	放射線科	第24回臨床実習指導教員認定試験		大阪府
	8月29日	8月31日	下河邉正行	医局	第59回人間ドック学会学術大会		新潟県
	8月30日	9月 1日	宗　宏伸	医局	平成30年度医療安全管理者養成講習会(第2クール)		東京都
	8月30日	9月 1日	大田　真	臨床工学科	日本ハイパーサーミア学会第35回大会	演者	福井県
	8月30日	9月 1日	溝口　勢悟	臨床工学科	日本ハイパーサーミア学会第35回大会	演者	福井県
	8月30日	9月 1日	今田　肇	医局	日本ハイパーサーミア学会第35回大会		福井県
	8月31日		今村　鉄男	医局	外科専門研修プログラム調整委員会		福岡市
【9月】	9月 1日	9月 2日	明石　英俊	医局	第18回血管外科アカデミー	演者	和歌山県
	9月 1日		谷脇　智	医局	第37回福岡救急医学会		福岡市
	9月 3日	9月 5日	綾塚　仁志	医局	第2回DMAT隊員養成研修タスク参加		大阪府
	9月 7日	9月 8日	増田　直樹	医局	九州麻酔科学会第56回大会	演者	沖縄県
	9月 7日	9月 8日	大茂　壽久	医局	第29回日本末梢神経学会学術集会	演者	山口県
	9月 7日	9月 8日	内山　大治	医局	第46回日本磁気共鳴医学会大会		石川県
	9月 7日	9月 8日	久永　沙知	医局	第46回日本磁気共鳴医学会大会		石川県
	9月 8日	9月 9日	中村　将志	企画情報課	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 8日	9月 9日	田中　結衣	企画情報課	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 8日	9月 9日	木下　洋子	企画情報課	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 8日		宗　宏伸	医局	第28回九州内視鏡下外科手術研究会		福岡市
	9月 8日	9月 9日	山﨑　裕太	臨床工学科	第13回九州臨床工学会	演者	長崎県
	9月 8日		谷脇　智	医局	第28回九州内視鏡下外科手術研究会		福岡市

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	9月 8日		松村　勝	医局	第28回九州内視鏡下外科手術研究会	演者	福岡市
	9月11日		山村　正恵	看護部	看護師の特定行為研修プログラム		東京都
	9月13日	9月15日	明石　英俊	医局	第10回日本Acute Care Surgery学会		宮城県
	9月13日		谷脇　智	医局	平成30年度第1回福岡県がん診療連携協議会		北九州市
	9月14日	9月17日	岩﨑　哲	放射線科	第116回日本医学物理学会学術大会/ 第7回JMBP放射線治療品質管理・医学物理講習会		岩手県
	9月15日		田原　琢朗	放射線科	FUJIFILM MEDICAL SEMINAR2018in九州	座長	福岡市
	9月15日		山本　晃義	放射線科	FUJIFILM MEDICAL SEMINAR2018in九州	座長	福岡市
	9月15日		今村健太郎	医局	第48回日本消化器がん検診学会九州地方会	演者	福岡市
	9月16日		森　康弘	薬剤部	平成30年度第3回看護師特定行為研修指導者講習会		熊本県
	9月16日		寺部　寛哉	医局	平成30年度看護師の特定行為に係る指導者育成講習会		熊本県
	9月17日		長神　康雄	医局	日本歯科衛生学会第13回学術大会		福岡市
	9月17日	9月18日	綾塚　仁志	医局	平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT技能維持研修タスク参加		佐賀県
	9月18日		宗　宏伸	医局	医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算相互チェック		北九州市
	9月18日		有馬　透	医局	医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算相互チェック		北九州市
	9月18日		城戸　光晴	事務	医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算相互チェック		北九州市
	9月18日		森　康弘	薬剤部	医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算相互チェック		北九州市
	9月18日		灘吉　進也	臨床工学科	医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算相互チェック		北九州市
	9月18日		水落　久子	医療安全	医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算相互チェック		北九州市
	9月20日	9月22日	松元　祐子	臨床心理室	第31回サイコオンコロジー学会総会		石川県
	9月20日	9月22日	綾塚　仁志	医局	第6回DMAT隊員研修タスク参加		兵庫県
	9月20日		酒見　亮介	医局	平成30年度第6回北九州市指定難病審査会		北九州市
	9月20日		佐藤　英博	医局	平成30年度第3回北九州市事後検証委員会		北九州市
	9月20日		三宅　育代	医局	平成30年度第3回北九州市事後検証委員会	演者	北九州市
	9月21日	9月23日	田中　順平	放射線科	第34回日本診療放射線技師学術大会	座長	山口県
	9月21日	9月23日	田原　琢朗	放射線科	第34回日本診療放射線技師学術大会	演者	山口県
	9月21日	9月23日	江﨑　祐太	放射線科	第34回日本診療放射線技師学術大会	演者	山口県
	9月21日	9月23日	前田　智信	放射線科	第34回日本診療放射線技師学術大会	演者	山口県
	9月21日		髙橋　長弘	医局	第6回日本乳房オンコプラスティックサージャリー学会総会		大阪府
	9月22日	9月23日	山本　晃義	放射線科	第34回日本診療放射線技師学術大会	座長	山口県
	9月22日	9月23日	山田　和毅	放射線科	第34回日本診療放射線技師学術大会		山口県
	9月22日		松村　勝	医局	第13回九州ヘルニア研究会学術集会定例世話人会		福岡市
	9月22日	9月23日	和田　義人	医局	日本救急医学会救急科専門医筆記試験		東京都
	9月23日		木原いずみ	看護部	第17回千里メディカルラリー		大阪府
	9月23日	9月24日	佐保　洸太	栄養科	第7回栄養管理指導者協議会学術集会	演者	兵庫県
	9月26日	9月28日	寺部　寛哉	医局	第54回日本胆道学会学術集会	演者	千葉県
	9月28日	9月30日	宗　祐人	医局	全日本病院協会　総合医育成プログラム		東京都
	9月29日		越智　章	医局	第28回日本脳神経血管内治療学会九州地方会		福岡市
【10月】	10月 1日	10月 4日	山下　明浩	医局	第73回国民体育大会(ドクター・トレーナー)		福井県
	10月 3日	10月 6日	岩﨑　哲	放射線科	第46回日本放射線技術学会秋季学術大会	演者	宮城県
	10月 3日	10月 6日	小野　雄太	放射線科	第46回日本放射線技術学会秋季学術大会		宮城県
	10月 3日	10月 4日	熊谷　雄輝	リハビリ科	リハビリテーション・ケア合同研究大会米子2018	演者	鳥取県
	10月 3日	10月 5日	明石　英俊	医局	第71回日本胸部外科学会定期学術集会	座長	東京都
	10月 3日		佐藤　英博	医局	消防庁研究消防機関以外の救急救命士活動におけるMC体制及び救急救命処置に関する検討WGと北九州地域MC協議会WGとの合同会議		北九州市
	10月 3日	10月 6日	古子　剛	医局	2018Depuy Synthes Shoulder Arthroplasty Sdvanced Course in Bangkok		タイ
	10月 6日		宗　祐人	医局	第43回日本大腸肛門病学会九州地方会		福岡市

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
10月 6日	10月 7日	内山　大治	医局	第54回日本医学放射線学会秋季臨床大会		福岡市
10月 6日	10月 7日	吉田　成吾	医局	第54回日本医学放射線学会秋季臨床大会		福岡市
10月 6日	10月 7日	今田　肇	医局	第54回日本医学放射線学会秋季臨床大会		福岡市
10月 6日	10月 7日	穴井　健太	医局	第54回日本医学放射線学会秋季臨床大会		福岡市
10月 7日		三瓶　彰子	栄養科	第44回福岡県栄養科改善学会	演者	福岡市
10月 9日		今村　鉄男	医局	第1回消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用に係る検討会議		北九州市
10月 9日		佐藤　英博	医局	第1回消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用に係る検討会議		北九州市
10月 9日	10月10日	鵜殿　弘貴	医局	日本脳神経学会第77回学術総会		宮城県
10月10日	10月13日	小野田敏博	放射線科	日本放射線腫瘍学会第31回学術大会		京都府
10月10日	10月13日	平野綜一朗	放射線科	日本放射線腫瘍学会第31回学術大会		京都府
10月10日	10月13日	山田　陽司	医局	日本放射線腫瘍学会第31回学術大会		京都府
10月10日	10月12日	辻　武寿	医局	日本脳神経学会第77回学術総会		宮城県
10月10日		佐藤　英博	医局	平成30年度第1回北九州地域救急業務メディカルコントロール協議会		北九州市
10月11日	10月13日	浦野　久	医局	第22回日本心不全学会学術集会		東京都
10月11日	10月14日	辻　泰子	医局	第37回日本認知症学会学術集会		北海道
10月11日		三宅　育代	医局	第72回日本臨床眼科学会	演者	東京都
10月12日	10月14日	松﨑　秀平	リハビリ科	九州理学療法士・作業療法士合同学会2018in沖縄	演者	沖縄県
10月12日	10月14日	田島　脩史	リハビリ科	九州理学療法士・作業療法士合同学会2018in沖縄	演者	沖縄県
10月12日	10月14日	宗　祐人	医局	全日本病院協会　総合医育成プログラム		東京都
10月12日	10月13日	今田　肇	医局	日本放射線腫瘍学会第31回学術大会		京都府
10月13日		吉本　裕紀	医局	第14回次世代の内視鏡下消化管手術セミナー		鹿児島県
10月13日		西村　太郎	医局	第14回次世代の内視鏡下消化管手術セミナー		鹿児島県
10月13日		綾塚　仁志	医局	災害医療基本研修・訓練		福岡市
10月17日		佐藤　英博	医局	北九州市制55周年記念事業　平成30年口頭指導技術発表会		北九州市
10月19日	10月20日	藤岡　恵梨	看護部	第20回日本救急看護学会学術集会	演者	和歌山県
10月19日	10月20日	久鍋健太朗	看護部	第20回日本救急看護学会学術集会		和歌山県
10月19日	10月20日	佐々木梨沙	看護部	第20回日本救急看護学会学術集会	演者	和歌山県
10月19日	10月20日	岳藤　純菜	看護部	第20回日本救急看護学会学術集会		和歌山県
10月19日	10月20日	古子　剛	医局	第45回日本肩関節学会		大阪府
10月19日	10月20日	松村　勝	医局	第4回ヘルニアエキスパートミーティング	演者	愛知県
10月19日	10月21日	今村　鉄男	医局	第14回チッパーフォーラム		群馬県
10月19日	10月20日	平野　辰弥	薬剤部	第14回チッパーフォーラム		群馬県
10月19日	10月20日	梅木　裕	看護部	第14回チッパーフォーラム		群馬県
10月23日		綾塚　仁志	医局	平成30年度北九州市空港航空機事故対処総合訓練		北九州市
10月23日		高﨑　裕介	リハビリ科	平成30年度北九州市空港航空機事故対処総合訓練		北九州市
10月23日		東　美里	看護部	平成30年度北九州市空港航空機事故対処総合訓練		北九州市
10月23日		渡壁　忍	看護部	平成30年度北九州市空港航空機事故対処総合訓練		北九州市
10月24日	10月27日	明石　英俊	医局	第59回日本脈管学会総会	座長	広島県
10月25日	10月28日	大友　一	医局	第20回日本骨粗鬆症学会	演者	長崎県
10月25日		酒見　亮介	医局	平成30年度第7回北九州市指定難病審査会		北九州市
10月25日		下河邉正行	医局	福岡県私設病院協会「10月研修会」		福岡市
10月26日	10月28日	明田　由紀	薬剤部	第20回日本骨粗鬆症学会	演者	長崎県
10月26日	10月28日	平野　辰弥	薬剤部	第20回日本骨粗鬆症学会	演者	長崎県
10月26日	10月28日	藤原　未奈	栄養科	第20回日本骨粗鬆症学会		長崎県
10月26日	10月28日	青木　萌	リハビリ科	第20回日本骨粗鬆症学会		長崎県
10月26日	10月28日	柳田　久枝	看護部	第20回日本骨粗鬆症学会	演者	長崎県

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
10月27日	10月28日	瀬戸　優望	リハビリ科	第26回日本物理療法学会学術大会in宮崎		宮崎県
10月27日	10月28日	村田　雅崇	リハビリ科	第26回日本物理療法学会学術大会in宮崎		宮崎県
10月27日		髙橋　長弘	医局	第108回九州・沖縄形成外科学会学術集会	演者	北九州市
10月27日		谷脇　　智	医局	第3回久留米大学サージカルフォーラム		福岡県
10月27日		西村　太郎	医局	第3回久留米大学サージカルフォーラム		福岡県
10月29日	10月31日	綾塚　仁志	医局	第3回DMAT隊員養成研修		大阪府
10月30日		宗　　祐人	医局	平成30年度胃がん検診(内視鏡検査)精度管理研修会		北九州市
10月30日		今村　鉄男	医局	第16回小倉記念病院医療連携会		北九州市
10月30日		毛利　　香	看護部	長期療養者就職支援担当者会議		福岡市
10月30日		山田　陽司	医局	平成30年度第1回前立腺がん検診講習会		福岡市
10月31日	11月 2日	蒲地　康人	医局	第43回日本足の外科学会学術集会	演者	千葉県
10月31日	11月 2日	下河邉正行	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)		兵庫県
【11月】 11月 1日	11月 4日	山田　陽司	医局	第70回西日本泌尿器科学会総会		長崎県
11月 1日	11月 2日	宗　　祐人	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)		兵庫県
11月 1日	11月 4日	酒見　亮介	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)	演者	兵庫県
11月 1日	11月 4日	寺部　寛哉	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)	演者	兵庫県
11月 1日	11月 3日	増田　直樹	医局	日本臨床麻酔学会第38回大会	演者	北九州市
11月 1日	11月 3日	古子　　剛	医局	第29回日本臨床スポーツ医学会学術集会		北海道
11月 2日	11月 4日	宗　　祐人	医局	全日本病院協会　総合医育成プログラム		東京都
11月 2日	11月 4日	古田　功彦	医局	第63回日本口腔外科学会総会・学術大会		千葉県
11月 2日	11月 3日	三宅　育代	医局	第28回臨床内分泌代謝update in FUKUOKA	座長	福岡市
11月 2日	11月 3日	片山　直美	医局	第28回臨床内分泌代謝update in FUKUOKA		福岡市
11月 2日	11月 3日	福嶋　博文	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)		兵庫県
11月 2日	11月 4日	谷脇　　智	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)		兵庫県
11月 2日		久保　保彦	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)		兵庫県
11月 2日		田原　琢朗	放射線科	第19回福岡CTコア研究会	講師	福岡市
11月 2日	11月 3日	松垣　　諭	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)		兵庫県
11月 2日	11月 3日	松村　　勝	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)	演者	兵庫県
11月 3日	11月 4日	石橋　慶章	医局	第26回消化器関連学会週間(JDDW2018)		兵庫県
11月 4日		綾塚　仁志	医局	平成30年度北九州市総合防災訓練		北九州市
11月 4日		木原いずみ	看護部	平成30年度北九州市総合防災訓練		北九州市
11月 4日		新川　僚真	看護部	平成30年度北九州市総合防災訓練		北九州市
11月 4日		石川　智子	看護部	平成30年度北九州市総合防災訓練		北九州市
11月 5日		福嶋　博文	医局	平成30年度臨床研修医歓迎レセプション		北九州市
11月 5日		内山　大治	医局	平成30年度臨床研修医歓迎レセプション		北九州市
11月 7日		水落　久子	医療安全	平成30年度九州・沖縄地区　医療安全に関するワークショップ		福岡市
11月 8日	11月10日	宗　　祐人	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	座長	鹿児島県
11月 8日	11月10日	酒見　亮介	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	鹿児島県
11月 8日	11月10日	市岡　正敏	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	鹿児島県
11月 8日	11月10日	赤須　優希	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	鹿児島県
11月 8日	11月10日	平塚　裕也	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	鹿児島県
11月 9日	11月10日	榊原　重成	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	鹿児島県

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
11月 9日	11月10日	今村健太郎	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者	鹿児島県
11月 9日	11月11日	渡壁　忍	看護部	平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		鹿児島県
11月 9日	11月10日	石橋　慶章	医局	第73回日本大腸肛門病学会学術集会		東京都
11月 9日	11月10日	吉本　裕紀	医局	第73回日本大腸肛門病学会学術集会	演者	東京都
11月 9日	11月11日	田中　順平	放射線科	第13回九州放射線医療技術学術大会	演者	沖縄県
11月 9日	11月11日	田原　琢朗	放射線科	第13回九州放射線医療技術学術大会	演者	沖縄県
11月 9日	11月11日	黒木　清己	放射線科	第13回九州放射線医療技術学術大会	演者	沖縄県
11月 9日	11月11日	和田　義人	医局	平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		鹿児島県
11月 9日	11月11日	綾塚　仁志	医局	平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練コントローラー		鹿児島県
11月 9日	11月10日	佐保　洸太	栄養科	第112回日本消化器病学会九州支部例会	演者	鹿児島県
11月 9日	11月10日	菊谷　大樹	リハビリ科	第28回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会		千葉県
11月 9日	11月11日	高﨑　裕介	リハビリ科	平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		鹿児島県
11月 9日	11月11日	久野慎太郎	臨床工学科	平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		鹿児島県
11月 9日	11月10日	町井　基子	臨床工学科	第74回日本消化器内視鏡技師研究会	演者	鹿児島県
11月 9日	11月11日	石川　智子	看護部	平成30年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		鹿児島県
11月10日		石橋　慶章	医局	第112回日本消化器病学会九州支部例会・ 第106回日本消化器内視鏡学会九州支部例会		鹿児島県
11月10日		清水　建詞	医局	第90回西日本脊椎研究会		福岡市
11月10日		大友　一	医局	第90回西日本脊椎研究会		福岡市
11月10日		毛利　香	地域連携室	平成30年度第1回がん相談シンポジウム	演者	北九州市
11月12日	11月16日	綾塚　仁志	医局	平成30年度第6回日本DMAT隊員養成研修タスク参加		東京都
11月13日		宗　祐人	医局	第2回胃がん・大腸がん検診部会		北九州市
11月14日		宗　祐人	医局	北九州胃腸懇話会11月度例会		北九州市
11月15日	11月18日	下崎　香	薬剤部	第66回日本化学療法西日本支部総会・第88回日本感染症学会西日本地方会 学術集会・第61回日本感染症学会中日本地方会学術集会　3学会合同学会	演者	鹿児島県
11月15日		佐藤　英博	医局	平成30年度第4回北九州市事後検証委員会		北九州市
11月16日	11月17日	長神　康雄	医局	第88回日本感染症学会西日本地方会学術集会		鹿児島県
11月16日	11月17日	増田　直樹	医局	日本蘇生学会第37回大会	演者	山形県
11月16日	11月18日	下河邉正行	医局	第33回全国医療法人経営セミナー		埼玉県
11月17日	11月18日	佐藤　房枝	臨床検査科	第57回日本臨床細胞学会秋期大会		神奈川県
11月17日	11月18日	森光　洋介	医局	第57回日本臨床細胞学会秋期大会		神奈川県
11月17日	11月18日	佐保　洸太	栄養科	ＪＭＤＳ2018in松戸	演者	千葉県
11月17日	11月18日	今村健太郎	医局	日本内科学会第323回九州地方会		鹿児島県
11月17日	11月18日	倉光　正憲	医局	日本内科学会第323回九州地方会	演者	鹿児島県
11月17日	11月18日	落合佳代子	地域連携室	人生の最終段階における意思決定支援研修会		福岡市
11月18日	11月21日	辻　泰子	医局	第46回日本救急医学会総会・学術集会	演者	神奈川県
11月19日	11月21日	谷脇　智	医局	第46回日本救急医学会総会・学術集会		神奈川県
11月20日		宗　祐人	医局	平成30年度第2回北九州ブロック胃集検読影従事者講習会		北九州市
11月20日		宗　祐人	医局	第45回臨床研修会		北九州市
11月22日	11月24日	今村　鉄男	医局	第80回日本臨床外科学会総会		東京都
11月22日	11月24日	田原　尚直	医局	第136回西日本整形・災害外科学会学術集会	演者	長崎県
11月22日		辻　泰子	医局	第133回精神保健指定医研修会		福岡市
11月22日		酒見　亮介	医局	平成30年度第8回北九州市指定難病審査会		北九州市
11月23日	11月24日	森光　洋介	医局	第64回日本病理学会秋期特別総会・ 2018年IAP日本支部病理学アカデミー		広島県
11月23日	11月24日	大茂　壽久	医局	第136回西日本整形・災害外科学会学術集会	座長	長崎県
11月23日	11月24日	杉野　裕記	医局	第136回西日本整形・災害外科学会学術集会	演者	長崎県

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
11月23日	11月24日	藤田　潤	医局	第136回西日本整形・災害外科学会学術集会	演者	長崎県
11月23日	11月24日	山下　明浩	医局	第136回西日本整形・災害外科学会学術集会	演者	長崎県
11月23日	11月24日	片山　直美	医局	第61回日本甲状腺学会学術集会		埼玉県
11月23日	11月24日	三宅　育代	医局	第61回日本甲状腺学会学術集会		埼玉県
11月26日		今村　鉄男	医局	第2回北九州医師会病院交流会		北九州市
11月28日		佐藤　英博	医局	平成30年度第1回北九州市救急医療運営検討会		北九州市
11月28日		今村　鉄男	医局	平成30年度第1回北九州市救急医療運営検討会		北九州市
11月29日	12月 1日	宗　宏伸	医局	平成30年度医療安全管理者養成講習会(第3クール)		東京都
11月29日	12月 2日	灘吉　進也	臨床工学科	第53回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会	演者	北海道
11月29日	12月 2日	甲斐雄多郎	臨床工学科	第53回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会	演者	北海道
11月29日	11月30日	髙橋　長弘	医局	第48回日本創傷治癒学会	演者	東京都
11月29日	12月 2日	下河邉正行	医局	第53回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会		北海道
11月29日	12月 1日	内山　大治	医局	第59回日本肺癌学会学術集会		東京都
11月30日	12月 2日	土屋　龍也	リハビリ科	第8回日本がんリハビリテーション研究会		北海道
11月30日	12月 1日	松村　勝	医局	第10回神奈川ヘルニア研究会	演者	神奈川県
【12月】 12月 1日		明石　英俊	医局	第125回日本循環器学会九州地方会	座長	福岡市
12月 1日	12月 2日	阿部　雅雄	薬剤部	平成30年度がん専門薬剤師集中教育講座		福岡市
12月 1日		宗　祐人	医局	第21回九州胃と腸大会		福岡市
12月 1日		浦野　久	医局	第125回日本循環器学会九州地方会		福岡市
12月 1日		江﨑　祐太	放射線科	第65回放射線治療研究会	演者	福岡市
12月 1日		田原　尚直	医局	平成30年度産業医科大学整形外科同門会		北九州市
12月 2日		柴田　直美	医局	平成30年度福岡県がん専門相談員研修 「相談対応のQA（Quality Assurance）を学ぶ		福岡市
12月 2日		毛利　香	地域連携室	平成30年度福岡県がん専門相談員研修 「相談対応のQA（Quality Assurance）を学ぶ		福岡市
12月 2日		細川　沙織	地域連携室	平成30年度福岡県がん専門相談員研修 「相談対応のQA（Quality Assurance）を学ぶ		福岡市
12月 2日	12月 6日	石川　智子	看護部	平成30年度東第7回日本DMAT隊員養成研修		東京都
12月 3日	12月 4日	田中沙智子	企画情報課	平成30年度医師事務作業補助者研修		福岡市
12月 6日	12月 8日	吉本　裕紀	医局	第31回日本内視鏡外科学会総会	演者	福岡市
12月 6日	12月 8日	林　亨治	医局	第31回日本内視鏡外科学会総会		福岡市
12月 6日	12月 8日	宗　宏伸	医局	第31回日本内視鏡外科学会総会		福岡市
12月 6日	12月 8日	松村　勝	医局	第31回日本内視鏡外科学会総会	司会	福岡市
12月 7日	12月 8日	久保　晋吾	医局	第9回腎不全研究会		東京都
12月 7日	12月 8日	熊谷　雄輝	リハビリ科	日本医療マネジメント学会第17回九州・山口連合大会	演者	長崎県
12月 7日	12月 8日	三宅　育代	医局	福岡県医師会第16回卒後臨床研修指導医ワークショップ		北九州市
12月 7日	12月 8日	酒見　亮介	医局	福岡県医師会第16回卒後臨床研修指導医ワークショップ		北九州市
12月 7日	12月 8日	片山　直美	医局	福岡県医師会第16回卒後臨床研修指導医ワークショップ		北九州市
12月 8日		岩田　絵莉	看護部	第18回福岡県看護学会	演者	福岡市
12月 8日	12月 9日	綾塚　仁志	医局	平成30年度福岡県DMAT隊員養成研修	講師	福岡県
12月 8日	12月 9日	中村　将志	企画情報課	平成30年度福岡県DMAT隊員養成研修		福岡県
12月 8日	12月 9日	坂本　浩樹	看護部	平成30年度福岡県DMAT隊員養成研修		福岡県
12月 8日		久保　保彦	医局	第42回日本肝臓学会東部会		東京都
12月 8日		谷脇　智	医局	第31回日本内視鏡外科学会総会		福岡市
12月 9日	12月14日	田中　美奈	医事課	平成30年度院内がん登録実務中級者研修および認定試験		東京都
12月12日	12月14日	綾塚　仁志	医局	第8回DMAT隊員養成研修タスク参加		兵庫県
12月14日		宗　祐人	医局	福岡消化管懇話会特別講演会		福岡市
12月14日	12月16日	林　亨治	医局	平成30年度第6回がんのリハビリテーション研修		東京都

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	12月14日	12月16日	菊谷　大樹	リハビリ科	平成30年度第6回がんのリハビリテーション研修		東京都
	12月14日	12月16日	佐々木庸介	リハビリ科	平成30年度第6回がんのリハビリテーション研修		東京都
	12月14日	12月16日	瀬戸　優望	リハビリ科	平成30年度第6回がんのリハビリテーション研修		東京都
	12月14日	12月16日	堂面　勝哉	リハビリ科	平成30年度第6回がんのリハビリテーション研修		東京都
	12月14日	12月16日	山西　美穂	看護部	平成30年度第6回がんのリハビリテーション研修		東京都
	12月15日		越智　章	医局	第37回長崎脳神経外科研究会	演者	長崎県
	12月20日		酒見　亮介	医局	平成30年度第9回北九州指定難病審査会		北九州市
	12月21日	12月23日	綾塚　仁志	医局	平成30年度DMATロジスティックチーム隊員養成研修		東京都
	12月22日	12月23日	宗　祐人	医局	日本消化器内視鏡学会　真専門医制度説明会		東京都
【1月】	1月11日	1月13日	堀　美織	栄養科	第22回日本病態栄養学会年次学術集会	演者	神奈川県
	1月12日		武田　和大	医局	日本内科学会第324回九州地方会		福岡県
	1月12日		松垣　諭	医局	日本内科学会第324回九州地方会		福岡県
	1月12日		久保　晋吾	医局	日本内科学会第324回九州地方会		福岡市
	1月12日		片山　直美	医局	日本内科学会第324回九州地方会		福岡市
	1月12日		今村　鉄男	医局	MMPG九州会　福岡県支部主催　医療経営セミナー		福岡市
	1月12日		越智　章	医局	第29回日本脳血管内治療学会　九州地方会　プログラム		福岡市
	1月17日		佐藤　英博	医局	平成30年度第5回北九州市事後検証委員会		北九州市
	1月24日		酒見　亮介	医局	平成30年度　第10回北九州市指定難病審査会		北九州市
	1月24日		吉本　裕紀	医局	平成30年度　第2回福岡県緩和ケア専門部会		福岡市
	1月24日		福田　敬子	看護部	平成30年度第2回福岡県緩和ケア専門部会		福岡市
	1月24日		野口　妙子	看護部	平成30年度第2回福岡県緩和ケア専門部会		福岡市
	1月24日		下河邉正行	医局	福岡県私設病院協会　「1月研修会」		福岡市
	1月25日	1月26日	大友　一	医局	AOSpine Advansed Level Specimen Course		栃木県
	1月25日	1月26日	清水　建詞	医局	AOSpine Advanced Level Specimen Course		栃木県
	1月25日		川下　愛	医事課	医療機関のための外国人患者受け入れ体制整備支援シンポジウム		東京都
	1月25日		山本　晃義	放射線科	医療機関のための外国人患者受け入れ体制整備支援シンポジウム		東京都
	1月25日		福嶋　博文	医局	医師臨床研修制度の見直しに関する説明会		福岡市
	1月26日		明石　英俊	医局	久留米大学病院専門研修プログラム連絡協議会 第4回久留米大学関連医療施設協議会総会		福岡県
	1月27日		松元　祐子	臨床心理室	第15回医療保健領域研修会		福岡市
	1月29日		佐藤　英博	医局	第2回消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用に係る検討会議		北九州市
	1月29日		今村　鉄男	医局	第2回消防救急車の代替搬送手段における病院救急車活用に係る検討会議		北九州市
【2月】	2月　1日	2月　3日	宗　祐人	医局	全日本病院協会　総合医育成プログラム		東京都
	2月　1日		佐藤　英博	医局	消防防災科学研究　ガイドライン班全体会議		北九州市
	2月　1日		辻　泰子	医局	第15回産業医科大学病院臨床研修指導医講習会		北九州市
	2月　2日		毛利　香	看護部	小児・AYA世代がん患者の相談支援に係る研修会		福岡市
	2月　2日		山田　陽司	医局	日本泌尿器科学会福岡地方会　第303回例会	演者	北九州市
	2月　8日	2月10日	土屋　龍也	リハビリ科	平成30年度第2回新リンパ浮腫研修(Step1)		兵庫県
	2月　9日		毛利　香	看護部	インタビュー調査		福岡市
	2月　9日	2月10日	秋吉　夕子	看護部	2018年度　第2回看護師特定行為研修指導者講習会		東京都
	2月　9日	2月10日	内山　大治	医局	第188回日本医学放射線学会九州地方会 第54回日本核医学会九州地方会		鹿児島県
	2月　9日	2月10日	山田　陽司	医局	第188回日本医学放射線学会九州地方会 第54回日本核医学会九州地方会		鹿児島県
	2月　9日	2月10日	穴井　健太	医局	第188回日本医学放射線学会九州地方会 第54回日本核医学会九州地方会	演者	鹿児島県

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	2月 9日	2月10日	小野田敏博	放射線科	第188回日本医学放射線学会九州地方会 第54回日本核医学会九州地方会		鹿児島県
	2月 9日	2月10日	今田　肇	医局	第188回日本医学放射線学会九州地方会 第54回日本核医学会九州地方会		鹿児島県
	2月10日		吉田　成吾	医局	第188回日本医学放射線学会九州地方会 第54回日本核医学会九州地方会		鹿児島県
	2月10日	2月24日	市岡　正敏	医局	2018年度クリーブランド医療研修		アメリカ
	2月10日	2月24日	平島　達朗	医局	2018年度クリーブランド医療研修		アメリカ
	2月11日	2月15日	東　美里	看護部	平成30年度　第9回日本DMAT隊員養成研修		東京都
	2月11日	2月15日	山村　正恵	看護部	平成30年度　第9回日本DMAT隊員養成研修		東京都
	2月12日		谷脇　智	医局	平成30年度第2回福岡県がん診療連携協議会　地域連携・情報専門部会		福岡市
	2月12日		毛利　香	看護部	平成30年度第2回福岡県がん診療連携協議会　地域連携・情報専門部会		福岡市
	2月13日		宗　祐人	医局	北九州胃腸懇話会　2月度例会		北九州市
	2月14日	2月15日	中川　英紀	リハビリ科	第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会	演者	東京都
	2月14日	2月16日	濱田　賢治	医局	第49回日本人工関節学会	演者	東京都
	2月15日	2月16日	渡邉　祐太	リハビリ科	第49回日本人工関節学会		東京都
	2月15日	2月16日	杉野　裕記	医局	第49回日本人工関節学会		東京都
	2月16日		宗　祐人	医局	第3回福岡大学筑紫病院胃拡大内視鏡ライブデモンストレーションセミナー 第21回九州胃拡大内視鏡研究会		福岡県
	2月16日		松村　勝	医局	第13回九州ヘルニア研究会学術集会	座長・演者	福岡市
	2月19日		宗　祐人	医局	平成30年度第2回北九州ブロック大腸がん検診従業者講習会		北九州市
	2月21日	2月23日	綾塚　仁志	医局	第5回DMAT隊員養成研修		大阪府
	2月21日		宗　祐人	医局	エンタイビオ発売記念講演会in北九州	座長	北九州市
	2月21日		酒見　亮介	医局	平成30年度　第11回北九州市指定難病審査会		北九州市
	2月22日	2月23日	宗　祐人	医局	第23回小腸内視鏡研究会		東京都
	2月22日	2月23日	加藤　達治	医局	第34回日本環境感染学会総会・学術集会		兵庫県
	2月22日	2月23日	杉原　徹哉	薬剤部	第34回日本環境感染学会総会・学術集会		兵庫県
	2月22日	2月23日	木原　洋美	看護部	第34回日本環境感染学会総会・学術集会	演者	兵庫県
	2月22日	2月23日	南　博子	感染制御室	第34回日本環境感染学会総会・学術集会		兵庫県
	2月22日	2月24日	辻　武寿	医局	第20回日本正常圧水頭症学会	演者	大阪府
	2月22日	2月23日	松村　勝	医局	第6回沖縄ヘルニア研究会	演者	沖縄県
	2月23日		酒見　亮介	医局	福岡県医師会勤務医交流会		福岡市
	2月23日		穴井　健太	医局	第11回九州・山口循環器画像研究会		福岡市
	2月23日		宗　宏伸	医局	平成30年度福岡県医師会勤務医部会・男女共同参画部会合同研修会		福岡市
	2月24日	3月 3日	江﨑　祐太	放射線科	2018年度　アメリカ病院事情視察		アメリカ
	2月24日		石井乃里江	栄養科	2018年度　アメリカ病院事情視察		アメリカ
	2月24日	3月 3日	野中　沙恵	リハビリ科	2018年度　アメリカ病院事情視察		アメリカ
	2月24日	3月 3日	下崎　香	薬剤部	2018年度　アメリカ病院事情視察		アメリカ
	2月24日	3月 3日	山下　由美	看護部	2018年度　アメリカ病院事情視察		アメリカ
	2月24日		綾塚　仁志	医局	日本医師会JMAT研修統括JMAT編		福岡市
	2月25日	2月26日	吉本　裕紀	医局	Preceptorship Program for TaTME		千葉県
【3月】	3月 1日	3月 2日	大友　一	医局	第9回日本成人脊椎変形学会		東京都
	3月 1日	3月 2日	清水　建詞	医局	第9回日本成人脊椎変形学会		東京都
	3月 1日	3月 2日	黒木　清己	放射線科	第3回チッパーフォーラム（シニア版）		沖縄県
	3月 1日	3月 2日	松村　勝	医局	第7回お茶の水ヘルニア研究会	演者	東京都
	3月 1日	3月 3日	池田　優子	看護部	第46回日本集中治療医学会学術集会		京都府
	3月 1日	3月 3日	大西　翠	看護部	第46回日本集中治療医学会学術集会		京都府
	3月 1日	3月 3日	佐藤　英博	医局	第46回日本集中治療医学会学術集会		京都府

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
3月 1日	3月 3日	高﨑　裕介	リハビリ科	第46回日本集中治療医学会学術集会	演者	京都府
3月 1日	3月 3日	仲本　昂平	リハビリ科	第46回日本集中治療医学会学術集会	演者	京都府
3月 2日	3月 3日	増田　直樹	医局	第46回日本集中治療医学会学術集会		京都府
3月 2日		井上　花菜	臨床検査科	平成30年度日臨技臨床検査精度管理調査総合報告会		東京都
3月 2日	3月 3日	下河邉正行	医局	2018年度第5回人間ドック健診専門医研修会		東京都
3月 2日		濱田　賢治	医局	第45回九州膝関節研究会		福岡市
3月 3日		酒見　亮介	医局	平成30年度福岡県難病指定医師研修会		北九州市
3月 3日		坂本　浩樹	看護部	平成30年度福岡県DMAT技能維持研修プログラム		福岡市
3月 3日		木原いずみ	看護部	平成30年度福岡県DMAT技能維持研修プログラム		福岡市
3月 3日		綾塚　仁志	医局	平成30年度福岡県DMAT技能維持研修		福岡市
3月 3日		中村　将志	企画情報課	平成30年度福岡県DMAT技能維持研修		福岡市
3月 4日		加藤　達治	医局	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
3月 4日		南　博子	看護部	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
3月 4日		木原　洋美	看護部	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
3月 4日		深川のぞみ	感染制御室	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
3月 4日		杉原　徹哉	薬剤部	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
3月 4日		永田　一岐	臨床検査科	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
3月 4日		佐藤　房枝	臨床検査科	平成30年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
3月 4日		谷脇　智	医局	平成30年度第2回福岡県がん診療連携協議会		福岡市
3月 5日		綾塚　仁志	医局	平成30年度救急災害医療研修会		北九州市
3月 5日		宗　宏伸	医局	平成30年度救急災害医療研修会		北九州市
3月 6日	3月 8日	宗　宏伸	医局	第55回日本腹部救急医学会総会		宮城県
3月 6日		森　康弘	薬剤部	第一薬科大学主催　企業等合同説明会		福岡市
3月 6日		明田　由紀	薬剤部	第一薬科大学主催　企業等合同説明会		福岡市
3月 6日	3月 8日	明石　英俊	医局	第55回日本腹部救急医学会総会	ｺﾒﾝﾃｰﾀｰ	宮城県
3月 6日	3月 9日	松村　勝	医局	①第55回日本腹部救急医学会総会 ②第5回ラパヘルエキスパートミーティング	①司会 ②司会	宮城県
3月 7日	3月 8日	和田　義人	医局	第55回日本腹部救急医学会総会	演者	宮城県
3月 7日	3月 9日	柳田　久枝	看護部	第32回日本自己血輸血学会学術総会	演者	東京都
3月 8日	3月10日	土屋　龍也	リハビリ科	平成30年度第2回新リンパ浮腫研修(Step2)		兵庫県
3月 8日		大友　一	医局	平成30年度第3回骨粗しょう症検診講習会		北九州市
3月 8日		今村　鉄男	医局	平成30年度第2回福岡県へき地医療支援会議		福岡市
3月 8日	3月 9日	濱田　賢治	医局	第32回日本自己血輸血学会学術総会		東京都
3月 8日		平野　太陽	臨床検査科	平成30年度日本医師会臨床検査精度管理調査報告会		東京都
3月 8日	3月 9日	蒲地　康人	医局	第32回日本自己血輸血学会学術総会		東京都
3月 8日		下河邉正行	医局	福岡県私設病院協会3月研修会		福岡市
3月 9日		森　康弘	薬剤部	福岡大学薬学部主催　福岡大学薬学部内合同就職説明会		福岡市
3月 9日		下野　涼子	薬剤部	福岡大学薬学部主催　福岡大学薬学部内合同就職説明会		福岡市
3月 9日		村上　千紘	薬剤部	福岡大学薬学部主催　福岡大学薬学部内合同就職説明会		福岡市
3月 9日		原田　直樹	リハビリ科	日本医療マネジメント学会第18回福岡支部学術集会		福岡県
3月 9日		田原　琢朗	放射線科	Kyushu Multi Slice CT Users Meeting		大分県
3月14日		毛利　香	看護部	国立がん研究センター「認定がん相談支援センター」説明会並びにワークショップ		東京都
3月14日		川下　愛	医事課	外国人患者受入れセミナー		福岡市
3月14日		佐藤　英博	医局	平成30年度　第6回北九州市事後検証委員会		北九州市
3月14日		落合佳代子	地域連携室	平成30年度福岡県がん診療連携拠点病院がん専門相談員連絡会議		福岡市
3月14日		野村　紘美	臨床心理室	平成30年度福岡県がん診療連携拠点病院がん専門相談員連絡会議		福岡市
3月15日	3月17日	宗　祐人	医局	全日本病院協会　総合医育成プログラム		東京都

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
3月15日		佐藤　英博	医局	平成30年度救急救命士処置拡大講習	講師	福岡県
3月16日		濱田　英志	放射線科	サイバーナイフ研究会　第13回学術研究会		東京都
3月16日		後藤　祐介	放射線科	サイバーナイフ研究会　第13回学術研究会		東京都
3月16日		鵜殿　弘貴	医局	第131回日本脳神経外科学会九州支部会		福岡市
3月18日	3月19日	綾塚　仁志	医局	第24回日本災害医学会総会学術集会		鳥取県
3月19日		今村　鉄男	医局	平成30年度地域医療支援病院連絡協議会		福岡市
3月20日	3月21日	宗　祐人	医局	早期胃癌研究会3月度例会		東京都
3月24日		谷脇　智	医局	日本消化器病学会九州支部第24回教育講演会		福岡市
3月28日		酒見　亮介	医局	平成30年度　第12回北九州市指定難病審査会		北九州市
3月29日	3月31日	浦野　久	医局	第83回日本循環器学会学術集会		神奈川県

戸畑セミナー

年月	演題・講師	対象職種	出席者数		
			院内	院外	合計
平成30年5月18日	戸畑セミナー これからの潰瘍性大腸炎治療における顆粒球吸着療法(GMA)の役割 JA北海道厚生連　札幌厚生病院　IBDセンター　田中浩紀先生	医師 看護師 薬剤師 栄養科 事務	24	17	41
平成30年5月24日	戸畑セミナー 第11回　整形症例検討会 難治症例の診断、治療に対する報告と検討	医師 看護師 薬剤師 理学療法士 事務	34	18	60
平成30年6月22日	戸畑セミナー 一次サンプル採取手順　血液検体の二大「採り直し」を減らそう編 一次サンプル採取手順(採血)について 血液の採決方法のコツや対応方法などのお話をします。	看護師 検査技師 事務	15	12	27
平成30年7月14日	第6回「ＩＢＤ(潰瘍性大腸炎・クローン病)教室」 ～現在の難病医療助成費制度について～ 戸畑共立病院　ソーシャルワーカー　八尋千鶴 ～炎症性腸疾患における漢方治療(青黛)について～ 戸畑共立病院　消化器内科(ＩＢＤ診療)　酒見亮介	医師 看護師 薬剤師 栄養科 地域住民 ソーシャルワーカー	12	14	26
平成30年8月22日	第9回　看護セミナー「今さら聞けない　放射線治療!」	看護師 歯科衛生士 管理栄養士	11	1	12
平成30年7月20日	「スポーツ選手を如何に復帰させるか～zero positonという発想～」 演者　戸畑共立病院　整形外科　部長　古子剛先生 「骨粗鬆症の予防と治療―患者のニーズに合った薬の選択―」 久留米大学医学部整形外科学教室　　教授　白濵正博	医師 看護師 薬剤師 栄養科 事務	26	13	39
平成30年9月26日	第10回　看護セミナー「急変徴候の捉え方」	医師 看護師 歯科衛生士	21	3	24
平成30年10月19日	戸畑セミナー 「治療に難渋する家族性地中海熱の1例」 戸畑共立病院　消化器病センター　今村健太郎先生 「自己炎症症候群とMonogenic　IBD」 久留米大学医学部　内科学講座　呼吸器・神経・膠原病内科学部門 教授　井田弘明先生	医師 看護師 薬剤師 事務	26	27	53
平成30年10月24日	第11回　看護セミナー「急変対応について」	看護師 管理栄養士 歯科衛生士 介護福祉士	21	12	33
平成30年10月26日	戸畑セミナー「医療統計に関する勉強会」 和歌山県立医科大学　教授 臨床研究センター　副センター長　　下川敏雄先生	医師 看護師 薬剤師 事務	46	17	63

年月	演題・講師	対象職種	出席者数		
			院内	院外	合計
平成30年11月17日	第1回　栄養士交流会　in北九州 急性期から在宅まで、地域の健康・栄養を預かる栄養士のみなさん! 顔の見える関係になって、相談しやすいつながりをもっていきませんか?	栄養士	3	29	32
平成30年11月19日	市民公開講座「がんと生きる」	看護師 地域住民	8	16	24
平成30年11月22日	第12回　看護セミナー「認知症者への対応を考えよう」	医師 看護師 ケアマネージャー 理学療法士 作業療法士 歯科衛生士	13	10	23
平成30年12月15日	第7回「ＩＢＤ(潰瘍性大腸炎・クローン病)教室」 ～炎症性腸疾患のお薬について～ 戸畑共立病院　薬剤師　桝田瑛子	医師 看護師 薬剤師 栄養科 地域住民	16	16	32
平成30年12月19日	戸畑セミナー ～拘縮予防のための安全な関節の動かし方～ 戸畑共立病院　リハビリテーション科　高崎裕介	医師 看護師 薬剤師 栄養科 地域住民 事務	5	11	16
平成31年1月26日	戸畑セミナー 第2回　Bone Master Seminar in 北九州 演者　熊本機能病院　関節外科部門長　清田克彦先生 「疼痛管理の肝」 演者　香川労災病院　整形外科部長　前原孝先生 「大腿骨転子部骨折治療の肝」	医師 看護師 薬剤師 事務	13	20	33
平成31年3月1日	戸畑セミナー 「外来化学療法室のナースが抑えておくべき潰瘍性大腸炎の基本的知識」 ～生物学的製剤の投与管理を中心に～ 福岡大学筑紫病院　看護部がん化学療法看護認定看護師 藤原さおり先生	医師 看護師 薬剤師 栄養士 事務	26	1	27
合計			320	237	565

H30年度 実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
看護部	折尾愛真高等学校	87名
	北九州市戸畑看護専門学校	55名
	美萩野女子高等学校	18名
	九州女子短期大学子ども健康学科	1名
	久留米大学	2名
	公益社団法人福岡県看護協会（ふれあい看護体験）	4名
	北九州市保健福祉局地域医療課（一日看護体験）	6名
薬剤部	第一薬科大学	1名
画像診断センター	鹿児島医療技術専門学校	1名
がん治療センター	鹿児島医療技術専門学校	2名
臨床検査科	美萩野臨床医学専門学校	1名
	純真学園大学保健医療学部	1名
リハビリ科	専門学校　麻生リハビリテーション大学校	理学療法士：1名
	専門学校　麻生リハビリテーション大学校	言語聴覚士：1名
	北九州リハビリテーション学院	理学療法士：1名
	学校法人東筑紫学園　九州栄養福祉大学	作業療法士：1名
臨床工学科	純真学園大学	17名
	博多メディカル専門学校	6名
栄養科	中村学園大学	3名
	西南女学院大学	3名
	九州栄養福祉大学	6名
歯科	九州歯科大学歯学部　歯学科	11名
	九州歯科大学歯学部　口腔保健学科	2名
地域連携室（SW）	西南女学院大学	1名
医事課	麻生医療福祉＆観光カレッジ	2名
	大原医療福祉製菓専門学校	4名
	ダイナリィビジネス学院	1名
	ILPお茶の水福祉専門学校	1名
企画情報課	麻生医療福祉＆観光カレッジ	2名
	大原医療福祉製菓専門学校	1名

戸畑リハビリテーション病院

戸畑リハビリテーション病院理念・方針

基本理念

『人を敬い、人を愛し、人に盡くす』

わたしたちの使命は、『人を敬い、人を愛し、人に盡くす』の志を持ち、
地域のリハビリテーション医療に貢献することです。

基本方針

1	地域の医療機関や介護福祉施設等と連携を密に図り、地域リハビリテーションシステムの構築に努力します。
2	職場復帰、社会復帰を目指す方々に専門的かつ高度なリハビリテーション医療を提供できる様に努力します。
3	患者様一人一人に適した治療計画に沿って治療を行い、患者様やご家族から信頼される病院を目指します。
4	質の高いチームアプローチが提供できる様、積極的にリハビリテーションスタッフの教育に努めます。

もっと地域へ

戸畑リハビリテーション病院　院長　剣持　邦彦

平成30年度は診療報酬・介護報酬同時改定が行われました。その特徴は、地域医療構想・地域包括ケアシステム構築が更に後押しされていたことでしょう。当院の平成29年度の施策は「在宅医療・介護との連携」「地域社会への活動」を柱としておりましたが、その方向性に間違いはないと確信し、平成30年度も更にこの施策を推し進めて参りました。

具体的には「在宅・介護部門の充実と連携」を深めることにより、回復期医療ではサブアキュート機能の充実が図られてきました。即ち在宅から入院されるケースが増加し、緩和ケア部門でも在宅への復帰と在宅での看取り、或いは後に再入院される方が増えておられます。地域包括ケアの目指す「時々入院、ほぼ在宅」の理想に沿った流れが出来つつあると感じております。

「地域社会への活動」につきましては今までに受託した北九州市の委託事業をより発展的に継続し、またその経験を活かした市民向けの活動を各種進めて参りました。主なものをご紹介致しますと、

- 地域に向けた病院行事：「健康フェア」「夏祭り」「クリスマス会」など
- 地域住民向け講習会：「地域緩和ケア研修会」「とばた健康教室」「尿失禁予防教室」「地域リハビリテーション活動支援事業」など
- 介護福祉関係者向け：「リハビリテーション相談支援モデル事業」など

このほかにも病棟単位、グループ単位の活動なども広がりをみせており、職員の意識が変貌し意欲も向上してきていることを肌で感じた一年でした。

これにつれて我々の職務の範囲が一層拡がって来てもおりますが、効率化も図りながら職員一同で力を併せて進んで行きたいと考えております。引き続きご支援、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

病 院 概 要

◎名　称
戸畑リハビリテーション病院

◎所在地
〒804-0092
福岡県北九州市戸畑区小芝２丁目４番３１号
TEL093-861-1500　　FAX093-861-1503

◎開設
平成15年2月11日

◎診療科目
リハビリテーション科・内科・麻酔科・
ペインクリニック内科

◎部屋数　病床数　154床
2階／3階 回復期リハビリテーション病棟
48床／46床
4階 地域包括ケア病棟　43床
5階 緩和ケア病棟　17床

◎学会等認定施設
日本医療機能評価機構認定病院（3rdG：ver1.0
主たる機能：リハビリテーション病院）
日本静脈経腸栄養学会認定教育施設
日本ホスピス緩和ケア協会認証病院
日本リハビリテーション医学会研修施設

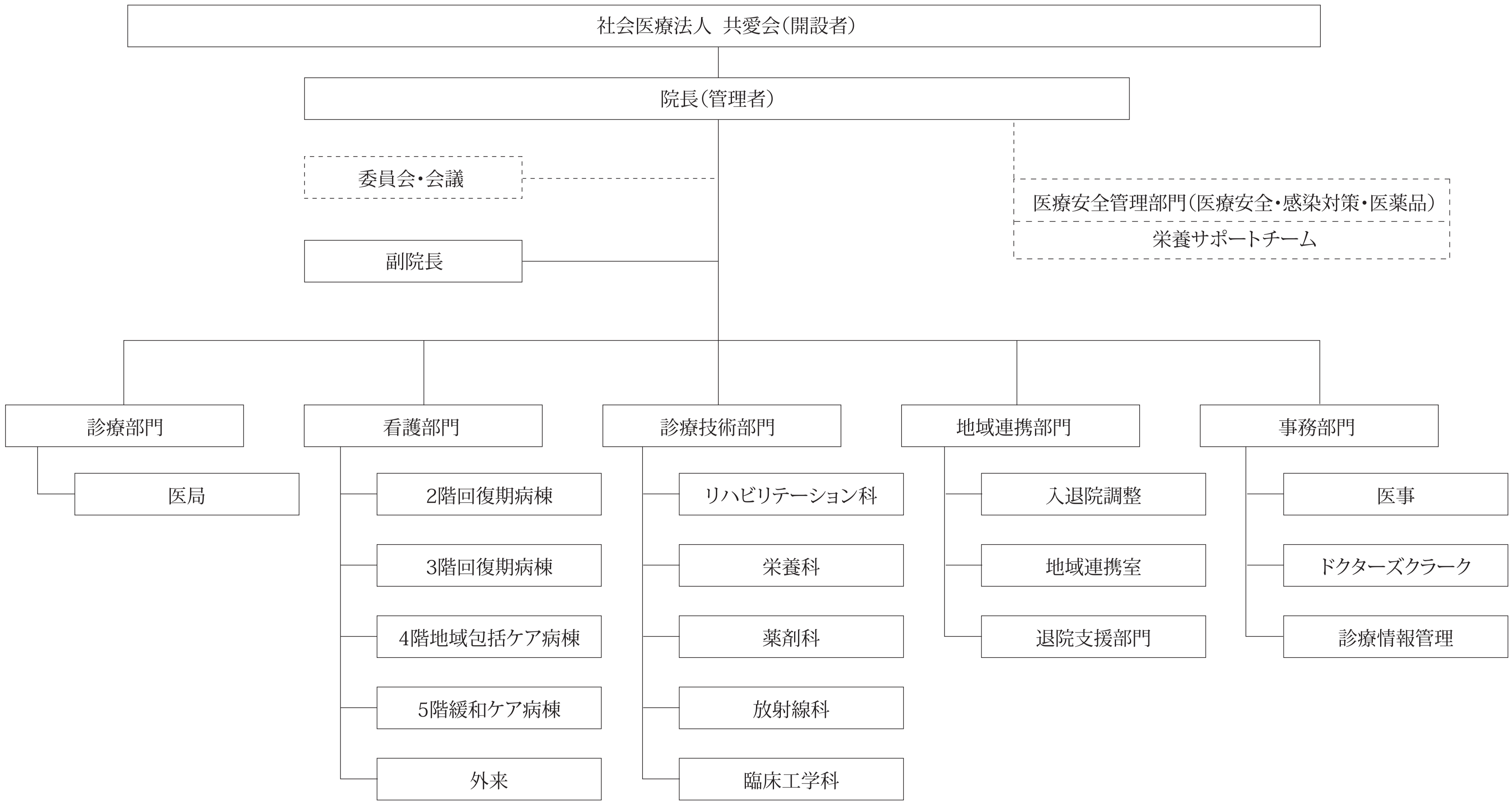
施 設 基 準

【基本診療料】
・回復期リハビリテーション病棟入院料１
（体制強化加算１）
・地域包括ケア病棟入院料１
（看護職員配置加算）
（看護補助者配置加算）
（看護職員夜間配置加算）
・緩和ケア病棟入院料１
・診療録管理体制加算１
・地域加算
・療養病棟療養環境加算１
・栄養サポートチーム加算
・医療安全対策加算２
（医療安全対策地域連携加算２）
・感染防止対策加算２
・患者サポート体制充実加算
・データ提出加算２
（提出データ評価加算）
・入退院支援加算１
（地域連携診療計画加算）
（入院時支援加算）
・認知症ケア加算２
・入院時食事療養（１）
・入院時生活療養（１）
・食堂加算

【特掲診療料】
・在宅療養支援病院
・薬剤管理指導料
・検査・画像情報提供加算及び
電子的診療情報評価料
・在宅時医学総合管理料
・在宅がん医療総合診療料
・CT撮影及びMRI撮影
・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
・運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
・がん患者リハビリテーション料
・早期リハビリテーション（初期）加算

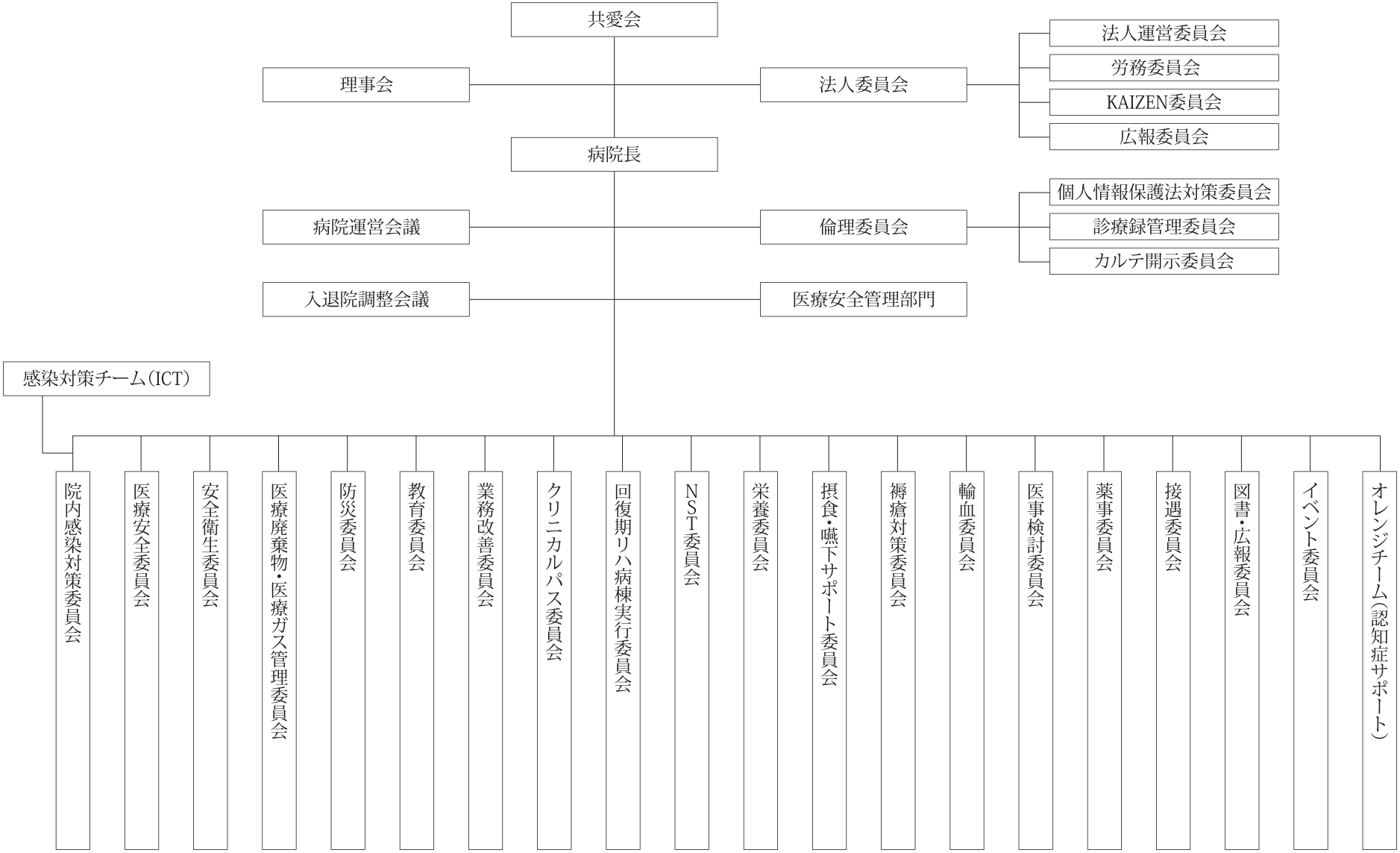
戸畑リハビリテーション病院　組織図

2018年4月1日見直し



戸畑リハビリテーション病院　委員会等組織図

2018年4月1日見直し



各部門の活動状況

看護科

看護科　管理師長　山村　正恵

2018年の診療報酬改定では、団塊の世代が75歳以上になる2025年に向け「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」「新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実」「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」が改定の基本方針に掲げられた。また、今回の改定は、第7次医療計画と第7期介護保険事業が重なり、その機会を活かし、医療と介護の連携がいたるところに提示されていることが特徴となった。そうした中看護科は、平成30年度以下の目標をたて取り組んだ。

H30年度　看護科目標
1.専門職として質の高い人材育成と生涯学習を支援する
2.各部署の病床機能の充実を図り、経営目標達成に努力する
3.法人内及び地域との連携を強化し、包括的な支援・サービスの提供を図る

【教育について】

看護科では、キャリアラダーは取り入れていないが、学研ナーシングサポートを利用して看護師のみならず介護福祉士、ケアワーカー全ての看護科職員がeラーニングを受講することで、個人のスキルアップを目指した。年間計画の中で受講する項目を決定し、毎月受講状況等を教育委員が把握して指導した。また、看護協会や各学会主催の研修等に参加を促し、出席したスタッフからの伝達講習等、院内教育に力を入れた。しかし、受講した結果の評価に至っていないこともあり、2019年度の課題としている。

【病床機能の充実について】

診療報酬改定で、緩和ケア病棟の施設基準において①平均在院日数30日未満②平均待機時間14日未満③在宅移行割合15％以上が制定された。当初難しいとされていた在宅移行割合についても主治医や看護師、リハビリスタッフ、地域連携室の努力により維持できた。また、そこには訪問看護や訪問診察の介入が大きく関係していると考えている。不安を抱えた患者や家族の負担や不安を少しでも軽減できるように訪問看護に繋げることは今までも多く行っていたが、入院中に担当していた医師が訪問診察に行き、当院外来看護師が退院前から関わることで、在宅で過ごすことに前向きに検討することができるようになったことが平均在院日数の短縮にもつながった。

病床利用率は、平均84.5％（全病棟）で推移し、在院日数は、2階3階の回復期リハビリテーション病棟52.4日、4階の地域包括ケア病棟については38.3日と目標に掲げた数値よりも上回る結果となり、効果的な入退院支援が行われていた結果と考えている。

【法人内、地域との連携】

包括的な支援・サービスの提供を図るために入退院の調整だけに留まらず、健康教室や介護予防事業等の地域住民との連携等を多職種と協働して行った。活動の中で看護や介護にしかできない専門的な事等をもっと打ち出し、積極的に関わる必要性を感じた。

高齢患者が増え、主疾患以外に合併症を持つ患者が増加している。その中でも認知症を合併している患者も多く、リハビリでADLが向上するとともに転倒転落や帰宅願望からの離院、暴言暴力等多くの問題に直面した。当院の認知症ケアチーム“オレンジチーム”は、看護スタッフとリハビリ科スタッフが協力し、昼夜逆転傾向にある患者に日中起きていてもらうため、また少しでも体を動かしADLの向上になる事を目的に、週1～2日程度院内デイに取り組みを行った。試行錯誤しながらの活動ではあったが、今後も維持できるように努力していきたいと考えている。

栄養科

栄養科　科長　山本　祐子

戸畑リハビリテーション病院の「リノベーションの推進～業務と教育の両立」を念頭に、回復期・地域包括ケア・緩和病棟の栄養ケアの機能向上、入院患者・ケアハウス入居者の食事提供の質の改善に取り組んできました。

入院患者の食事提供では、前年度増の年間143,443食の食事提供を行い、季節祭事食、新メニューの導入、ケアハウスと合同のイベント食の実施や、緩和病棟イベントで病棟スタッフの手作りカードと一緒に手作りデザートを一部屋ずつ提供する等、病院・福祉それぞれの特性に合わせた食事提供を実践してきました。

特に今年度は、診療報酬改定により新たに回復期病棟の栄養管理の充実が認められました。当院では既に病棟担当管理栄養士を配置し、以前より患者一人一人の栄養ケアの実施、低栄養の高齢患者もリハビリを強化できるよう主治医、看護師、言語療法士、作業療法士、運動療法士等と共同して栄養サポートを強化してきました。入院患者の栄養指導も必要な患者には必ず実施し、実績数は年間611件と昨年度の約5倍以上の取り組みを行ない、退院後も継続可能な栄養相談を患者やご家族に実践してきました。また、回復期病棟の全患の個別のリハビリテーション実施計画書の作成に管理栄養士も共同で関わり、栄養状態の評価・栄養ケアの目標や課題など定期的に見直し共有しています。また、在宅訪問栄養指導に関しても年間20件と少しずつではありますが、前年度の約2倍の件数に取り組みました。法人内訪問診療の患者が中心では有りましたが、外部の訪問診療からの依頼も行ないました。

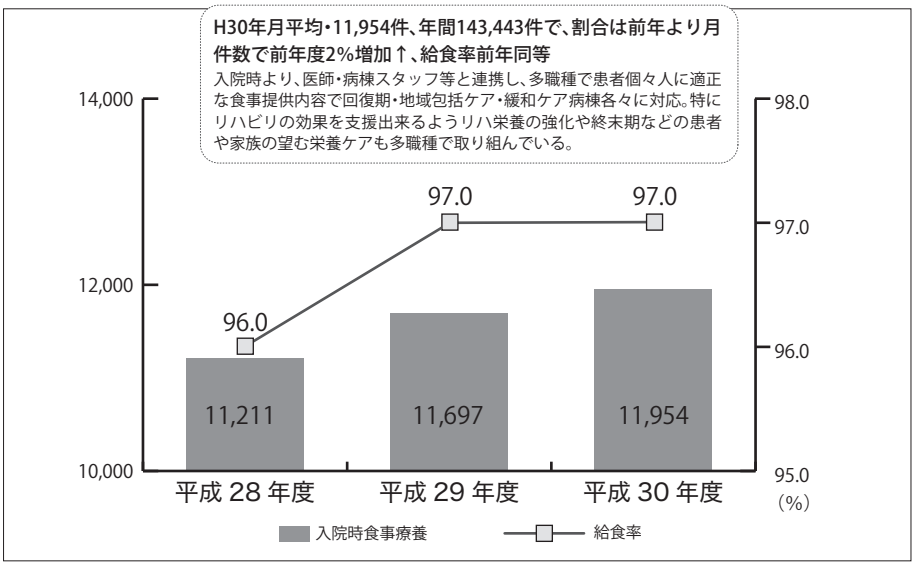
平成31年度も、病院目標テーマ「垣根を超えた業務改善～働きやすい環境の実現」に沿って、医療・福祉を併せ持つ施設として、ご利用者様が地域の中でQOLを保ち、生き生きと生活できる為の最適な栄養ケアの支援を出来るよう、患者・ご利用者を中心として多職種職員で垣根を超え連携しながら栄養支援に取り組みます。

【1 年間の活動実績】

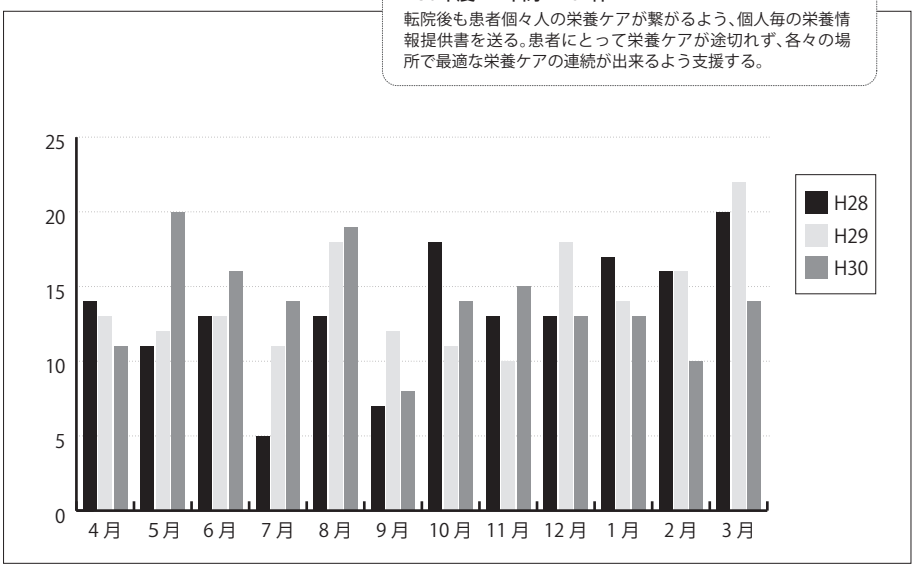
フードサービス	
食事提供数	143,443 件
給食率	97.0%
治療食率	69.3%
季節祭事食	42 回
ケアハウス食	17,008 件
職員食	8,576 件
ケアハウスイベント	6 回
緩和病棟イベント	4 回

クリニカルサービス	
入院栄養食事指導	611 件
外来栄養食事指導	58 件
在宅訪問栄養指導	20 件
リハ病院17件、明治町2件、外部訪問 1 件	
リハビリテーション実施計画書	1,245 件
回復期病棟回診（２階、３階）	週 1 回
地域包括病棟回診・カンファ	週 1 回
緩和ケア病棟カンファ	週 1 回
栄養サポート回診	275 件

入院時食事療養件数の推移　(月平均)



栄養情報提供書送付の推移



入院栄養指導の疾患別分類

病　名	件　数	病　名	件　数
心疾患	２１１	癌	3
脂質異常症	１４９	潰瘍性大腸炎	3
糖尿病	１４１	痛風	2
腎臓病、透析	５２	ＣＯＰＤ	2
肝臓疾患	１０	膵臓疾患	1
低栄養	7	鉄欠性貧血	1
嚥下障害	5	その他	２０
高度肥満症	4		
―	―	総合計(年間)	６１１

入院中、退院される患者、ご家族に栄養食事指導を実施しています。特に退院に向けては、退院後も実施可能な食事療法の実践についての指導を患者、ご家族に合わせた内容で指導しています。

【地域貢献活動報告】

演題、講座名	講演、担当者	行事、研修会等名	年月
栄養相談コーナー 栄養クイズコーナー 若返り定食提供	岩山、荒岡 高木、太田	戸畑リハビリテーション病院 健康フェア	H30. 5 月
伺います！ご要望あればおうちまで！ ～管理栄養士による訪問指導～	岩山さおり	第 14 回ＫＡＩＺＥＮ 研究発表会発表	H30. 8 月
嚥下外来での栄養指導を実践して	山本　祐子	福岡県栄養改善学会発表	H30.10 月
福岡県栄養士会主催 チャレンジレシピコンクールの ヘルシ―メニュー提供	高木　里実 大田　圭要	戸畑リハビリテーション病院 喫茶	H30.10 月
経腸栄養管理 病院食の実際	荒岡　和也 山本　祐子	NST 実地修練研修 講師	H30.11 月
「回復期病棟における管理栄養士の課題」 ～リハ栄養の取り組みを通じて～	大田　圭要	日本健康・栄養システム学会 第 16 回九州地方会　inSAGA	H30.11 月
骨粗鬆予防の食事	荒岡　和也	沢見市民センター 市民講座講師	H30.11 月
管理栄養士の役割について （回復期・在宅）	岩山さおり	第 1 回　栄養士交流会 in 北九州	H30.11 月
伺います！おうちまで！ ～管理栄養士による在宅ＮＳＴへの取り組み～	岩山さおり	日本医療マネジメント学会 第 17 回九州・山口連合大会発表	H30.12 月
認知症に効く　黒ゴマパンケーキ	高木　里実 荒岡　和也	認知症カフェ　アイリス 明治町	H30.12 月
からだに効く簡単メニュー ハニーチキン	大田　圭要	法人広報誌 『しおかぜ』冬号	H31. 1 月
戸畑区高齢社会を考える区民の集い＆ リハビリテーションフェア	荒岡　和也	管理栄養士コーナー	H31. 2 月
伺います！ご要望あればおうちまで！ ～管理栄養士による訪問指導～	岩山さおり	第 34 回　日本静脈経腸栄養 学会学術集会発表	H31. 2 月
北九州市主催　第８回健康フェア	高木　里実 大田　圭要	栄養相談コーナー	H31. 3 月

リハビリテーション科

リハビリテーション科　科長　田原　毅

平成30年度、「イノベーションの推進～業務と教育の両立～」という病院目標を受けて、「自立したスタッフを育成するための指導・教育の徹底と各事業における“成果のでる取り組み„の推進」とう部署目標を掲げて活動して参りました。

そのなかで、北九州市からリハビリテーション相談支援モデル事業、地域リハビリテーション活動支援事業（運動器）という2つの事業委託を受け、既存の事業以外にも地域に根差した活動にも着手することとなりました。

今回、部署目標の達成状況等について報告させて頂きます。

【自立したスタッフを育成するための指導・教育】

リハビリテーション科では、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）の質と付加価値を高めるために各種資格取得及び学術活動を推奨して参りました。また、指導者を育成するために若手スタッフ・中堅スタッフ・リーダークラス等の階層別指導、OJT（On the Job Training）やミーティングを重ね、全体的な質向上につなげる取り組みを行いました。

― 結果 ―

認定理学療法士

合格者数　4名（管理運営・運動器・脳卒中）

認定言語聴覚士

合格者数　1名（摂食・嚥下領域）

日本理学療法士協会生涯学習制度

新人教育プログラム見学実習施設　認定

（※理学療法士の卒後教育を担う施設）

【各事業における“成果のでる取り組み„の推進】

①回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟では、早期退院に向けたリハビリテーションコーディネートの推進、少ない入院期間で効果的なADL up（FIM効率の向上）を目標に掲げて取り組みを進めました。その結果、退院後のリハビリサービスへの移行件数増加、短い入院期間で効果的に日常生活自立度（ADL）を高めることが出来ました（図1・2）。

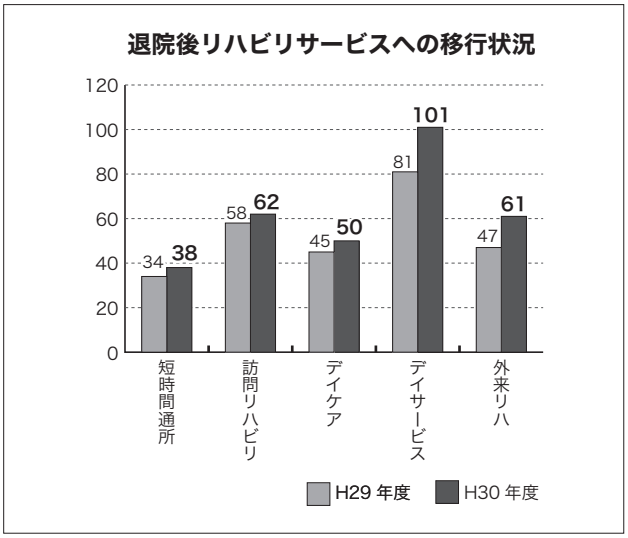


図1. 退院後リハビリサービスへの移行状況

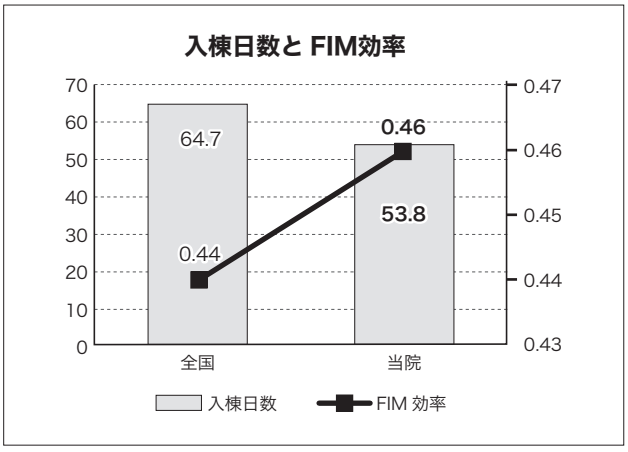


図2. 入棟日数とFIM効率

②地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟では、個別訓練の充実化とFIM効率の向上を目標に掲げ、スタッフの増員とリハビリプログラムの効果的な実施に取り組みました。

その結果、患者一人1日当たりのリハビリテーション提供量・提供時間の増加と共に前年度と比較して日常生活自立度の向上に繋げることができました（図3・4・5・6）。

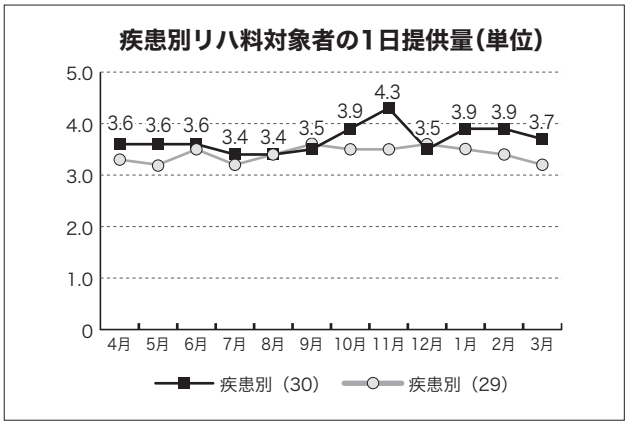


図3. 疾患別リハ料対象者の1日の提供量（単位）

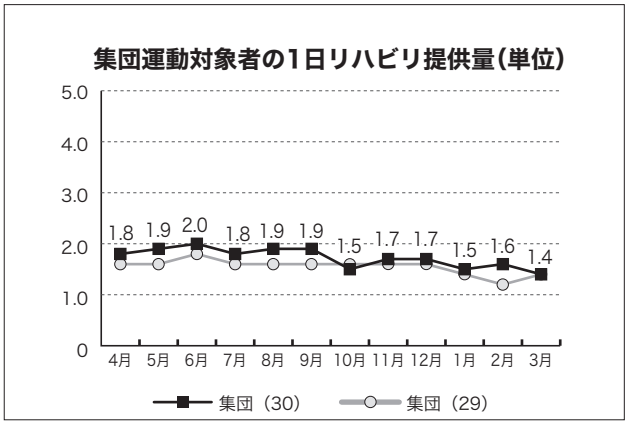


図4. 集団運動対象者の1日の提供量（単位）

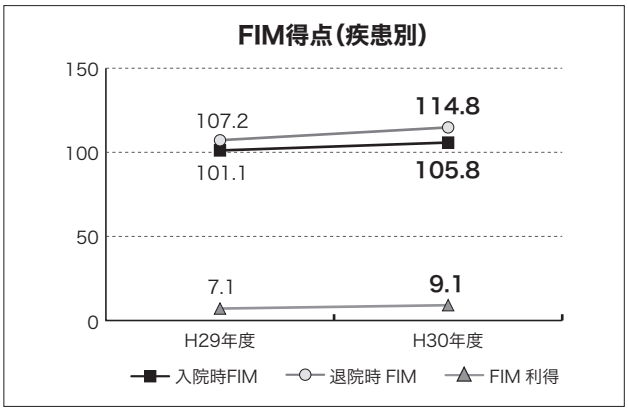


図5. 疾患別リハ料対象者のFIM得点（前年比）

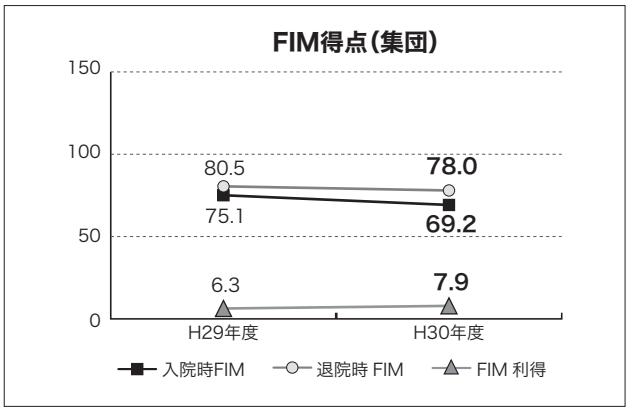


図6. 集団運動対象者のFIM得点（前年比）

③緩和ケア病棟

緩和ケア病棟では、患者・家族のスピリチュアルケアの充実化に向けてスタッフを増員し、楽しみを作り出すための外出機会の創出やアクティビティー（図7・8・9）、少しでも自宅で過ごす時間を作り出すための訪問指導、介助・介護の不安解消に向けた家族指導等、終末期のQOL向上に繋げる取り組みを行いました。その結果、アクティビティーのバリエーションが増え、積極的な退院支援から自宅退院される患者の増加にもつながりました。

－自宅退院者－

H29年度	19名
H30年度	29名

－退院支援－

	H29年度	H30年度
退院前訪問	7名	10名
退院後訪問	3名	4名

－QOL向上に向けた取組みの推進－

「食欲はないけど、自分で餃子を作って食べたいな。」

図7. 手作り餃子の調理と食事を楽しむ時間の創出

「家庭菜園が趣味だった。何か作りたいけど今なら大根かな？」
図8. 大根栽培を通じた育てる楽しみの創出

「海が好き・釣りが好き。もう一度、海に行って冷たいコーラを飲みたいな。」
図9. 海釣り公園への外出と釣人との交流機会の創出

④外来リハビリテーション

外来リハビリテーションでは、整形外科医師協力のもと、就学世代のスポーツ障害・外傷等に対するリハビリテーションの充実化に向け、外部講師の招聘、アスレチックトレーナーによる講義等を重ね、スポーツ復帰支援に取り組みました。そのため、外来リハビリテーションの新規開始者数や通院患者の増加にも繋がり、スタッフの増員等の体制整備を行うことで対応しました（図10・11）。

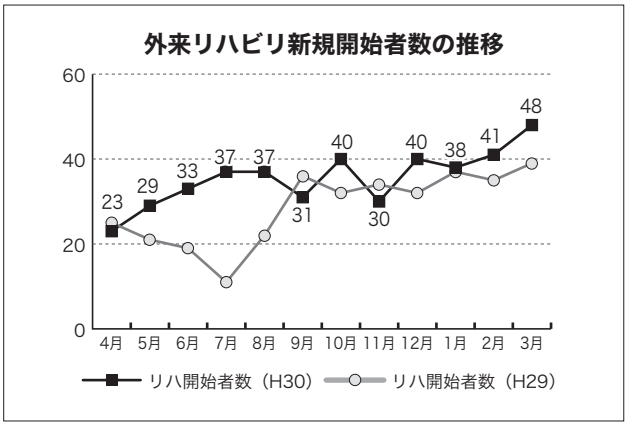


図10. 外来リハビリ新規開始者数の推移

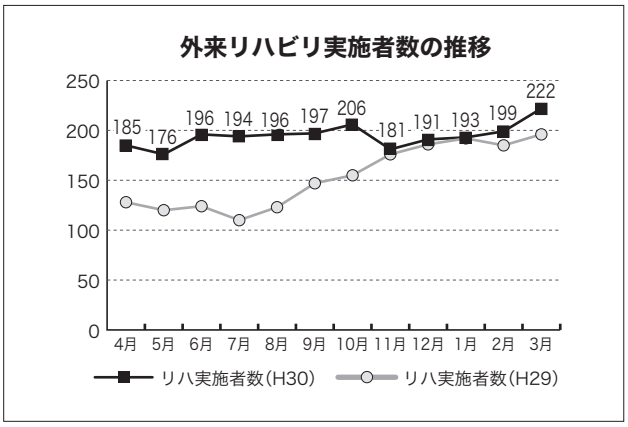


図11. 外来リハビリ実施者数の推移

⑤短時間通所リハビリテーション

短時間通所リハビリテーション事業所では、退院・退所後の自宅生活を送る上で必要な生活行為・筋力と体力向上につなげるためのリハビリテーションプログラムを提供しています。増加する自宅退院者に対して、継続したリハビリテーションを行う場を確保するため、営業時間の拡大とスタッフの増員等を行い、ご利用者の個別対応の充実化に向けた体制整備に取り組みました。その結果、医療機関の退院後だけでなく、自宅生活で体力が低下した方、生活行為が難しくなりつつある方等、多くの方々が利用して頂けるようになりました（図12）。

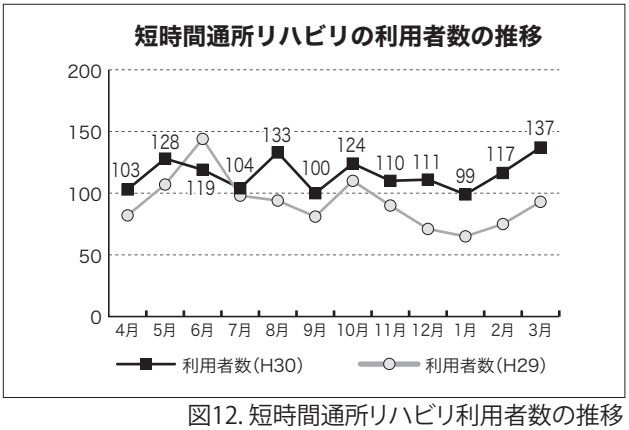


図12. 短時間通所リハビリ利用者数の推移

⑥訪問リハビリテーション

共愛会のなかで、訪問リハビリテーションを提供する事業所は「あやめ訪問看護ステーション」と「戸畑リハビリテーション病院訪問リハビリテーション事業所」があります。平成30年度、訪問リハビリスタッフによる入院中からの積極的関与を進め、カンファレンス等を通じた情報提供、生活期リハビリテーションに関するスタッフ指導、介護保険サービスに関する教育等を行いました(図13)。その結果、訪問リハビリテーション2事業所に対する依頼件数が増加し、退院・退所後の生活支援体制と連携が強化されました(図14)。

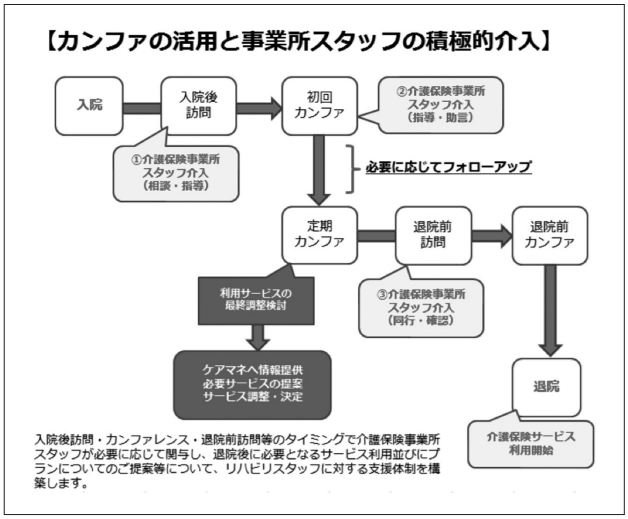


図13. 訪問リハビリ事業所スタッフの積極的関与

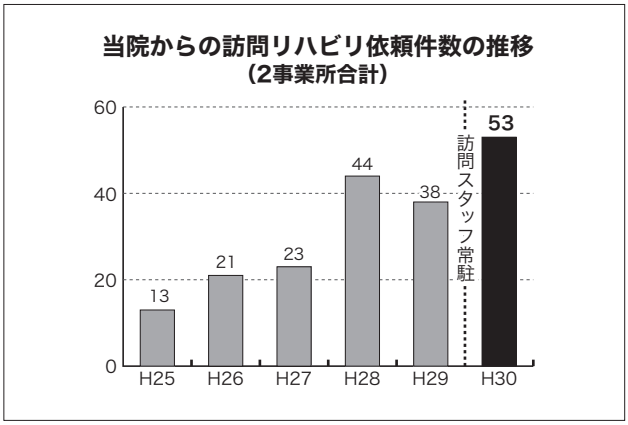


図14. 訪問リハビリへの依頼件数の推移

⑦リハビリテーション相談支援モデル事業

リハビリテーション相談支援モデル事業の本事業への移行に向けて、専属スタッフの配置と多職種による同行訪問の実践という体制を整備しました。その結果、地域包括支援センターのケアマネジャーと多くの自立支援に向けたケアプランの策定に繋がりました(図15)。

相談件数:220件
出張相談:154回
同行訪問:143件

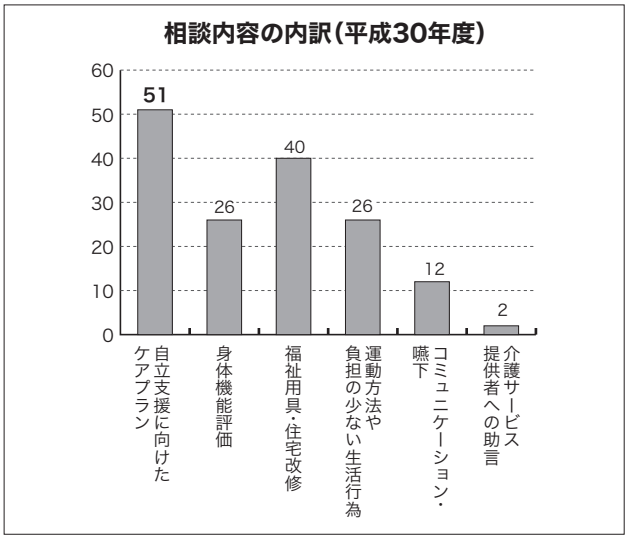


図15. リハビリテーション相談支援事業の相談内容の内訳

⑧地域リハビリテーション活動支援事業(運動器)

この事業は、北九州市民の健康寿命延伸に向けて地域の市民センター等で行われているサロンに出向き、健康講話や開眼片脚バランス・握力・SPPB(short physical performance battery)等を用いた体力測定、体操指導を行いながらサロンの指導者を育成することを目的としています。

今年度は地域住民の現況調査、調査結果から得られた地域の課題をもとにサロン別の運動方法の提案、指導者に対する援助並びに情報提供等を行いました(図16・17)。

対象団体:9団体
訪問回数:25回

図16. サロン参加者への健康講話

図17. サロン対象者への運動指導

⑨言語聴覚士による取組み

病床機能分化や病院アウトカムの充足等で医療機関における在院日数の短縮化が進められ、嚥下障害を呈する患者の早期回復や経口摂取への移行促進が求められております。

当院では平成27年度から嚥下外来を開設し、平成30年度からはバイタルスティムプラスという電気刺激と表面筋電位（sEMG）バイオフィードバックが同時に行える機器を導入し、摂食・嚥下障害に対する新たな治療戦略としての客観的数値によるフィードバック訓練を提供しております。

現在、入院から外来通院へ移行した患者にも継続的に使用し、退院後にもその効果がみられるようになりました（図17・18）。

図17. バイタルスティムプラスのご案内

バイタルスティム使用群

n＝16名

平均年齢：77.8歳

実施日数：115.8日

・初回評価と最終評価における各項目の比較（平均値と有意差（Paired t-test））

MASA項目	初回平均値	最終平均値	P値	
舌の協調性	6.3	7.0	0.068	P<0.05
食塊クリアランス	7.2	8.0	0.134	
口腔通過時間	**5.9**	**6.6**	**0.043**	
随意的な咳	7.2	7.9	0.111	
咽頭相	**6.3**	**7.3**	**0.043**	
咽頭の反応	6.4	7.3	0.107	
MASA合計	**143.8**	**153.1**	**0.025**	※有意差あり（変化あり）

図18. バイタルスティム使用群のMASAによる効果検証

【リハビリテーション科の展望と目標】

再生医療やロボットリハビリテーション等の革新的な治療戦略が進むなか、当院でも新たな機器の導入や治療技術の習得に努め、リハビリテーションの教育機関としての体制を構築するとともに地域の方々に貢献できる部署として発展していきたいと思います。

薬剤科

薬剤科　科長　堀　正三

＜取り組み＞

薬剤科では、安全で正しい薬を提供するために薬歴に基づいた調剤を行っています。

また、基本的に全ての患者様に対して、薬剤管理指導を行うことを目標としており、包括の病棟（回復期リハビリ病棟、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟）においても同様のサービスを提供するように努めています。

さらに、全ての病棟に薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施しており、持参薬の管理および持参薬指示を電子カルテへ入力すると共に、ハイリスク薬をはじめとする医薬品の安全管理や情報提供、そしてチームカンファや回診に参加するなど、医療安全、チーム医療の質の向上に関わっています。その他、安全、衛生的にＴＰＮを投与するために無菌調整加算２に準じクリンベンチ下における無菌調整を行っています。

チーム医療への関与としては、ＩＣＴ、栄養サポートチーム、緩和ケアチームにおいて、薬剤師は重要な役割を担っており、特に日本静脈経腸栄養学会におけるＮＳＴ専門療法士実地修練では薬剤師も講師を行うなど、教育認定施設としての運営に関わっています。

また、地域包括ケアシステムの構築の中、在宅部門の強化が急務となっており当院における在宅部門の支援を行っています。

ポリファーマシーに対しては、持参薬より処方元、処方開始時期等の情報収集や減薬への情報提供、提案を行っています。さらに、スタッフや患者へ教育を行うなど取り組みを支えています。

また、個人のレベルアップのため日本病院薬剤師会の生涯研修認定の取得を奨励しており、専門性の向上のため緩和薬物療法認定薬剤師、ＮＳＴ専門療法士の取得を奨励しています。

＜体制＞

薬剤師	4名
調剤助手	1名

＜資格取得＞

日本静脈経腸栄養学会NST専門療法士	２名
日本薬剤師研修センター認定薬剤師	２名
日本薬剤師研修センター漢方薬・生薬認定薬剤師	１名
日本病院薬剤師会生涯研修認定履修薬剤師	３名
日本病院薬剤師会認定指導薬剤師	１名

＜平成３０年度実績＞

調剤数	
入院処方箋	２４，６９５枚／年
外来処方箋	１枚／年
	（ほぼ１００％院外処方）
注射処方箋	１１，４５０枚／年
薬剤管理指導料算定件数	
指導人数	９３人／年
薬剤管理指導料（３２５点）	５９件／年
薬剤管理指導料（３８０点）	１１５件／年
退院時薬剤情報管理指導料	５７件／年
麻薬管理指導加算	１７件／年
指導率	１００％
包括病棟における薬剤管理指導	３,７９０件／年
包括病棟における退院時指導	８４８件／年
包括病棟における麻薬管理指導加算	３２６件／年
薬剤総合評価調整加算	１０４件／年
後発品使用率平均（使用量ベース）	９２.３２％
無菌調整処理料２	３４件／年

＜学術活動＞

ポリファーマシー対策研修会（院内）

「脂質異常症の診断と薬物療法」　宇津崎　由佳

「そのくすり、本当に必要?」　佐藤　緑

「漢方薬の副作用について」　山本　千鶴子

院内学術誌に掲載

「高カロリー輸液の無菌調製開始について」

山本　千鶴子

「ポリファーマシーについての勉強会」

山本　千鶴子

臨床工学科

臨床工学科　後藤　陽次朗

昨年度の当院のスローガンは「地域における当院のあるべき姿」であり、臨床工学科としては病院と地域に貢献できる部署目標を立てた。臨床工学技士として、地域活動への貢献として健康フェアへの積極的な関与、院内スタッフに対する救急処置対応への取り組み、そして医療機器を通じた医療安全文化醸成への取り組みとした。

上記の組織的活動として、ＰＤＳマネジメントサイクルの徹底に努めた。健康フェアにて酸素バー出店により臨床工学技士の認知度向上を図った。次に質の高い一次救命処置対応を達成するため、戸畑共立病院と連携し一次救命処置講習会を年間通じて開催し、院内スタッフの意識向上を図った。そして、医療機器管理の一環として生体情報モニタに関して、モニタアラームの安全使用を目的に各病棟へのミニレクチャーを実施した。また、支出削減に向けた医療材料の価格見直しや業務フローの改訂を行い、病院へ貢献できる部署作りを目指した。

臨床工学の分野においては、情報技術の進化、医師の働き方改革におけるタスクシフトなどが議論されており、医療機器に関連する臨床工学技士への期待が高まっている。リハビリテーション病院という機能の中で、地域に向けた活動として、先ずはチーム医療の中で必要とされる人材育成を行うことが重要となる。その中で医療安全に関連した役割を担う職種として、地域と患者に還元できる業務展開を行っていかなければならない。

2019年度は機能評価受審を通じて医療機器管理の質改善を行い、安全安心な医療機器と設備を提供すること、そして安全風土の構築が求められている。病院および地域のニーズと業務変化に一早く対応出来る部署を目指し、日々研鑽に努めていく。

２０１８年度　業務実績

高気圧酸素治療　疾患別内訳

年　度	２０１８
難治性潰瘍を伴う末梢循環障害	４０
骨髄炎	１０
ガス壊疽／壊死性筋膜炎	１５
合　計	６５

医療機器定期点検台数

年　度	２０１８
輸液ポンプ	２１
シリンジポンプ（小型含む）	３３
生体情報モニタ	１５
送信機	１８
深部静脈血栓予防ポンプ	２１
超音波ネブライザ	２７
経腸栄養ポンプ	１５
吸引器	４５
電動処置台	２７
その他	４２
合　計	２６４

医療機器安全研修会　受講者数

年　度		２０１８
イーラーニング　医療ガス		２２０
集合型研修	一次救命処置研修会	９８
	新規採用機器研修会	９４
	中途採用者研修会	４
	部署対象研修会	１６５
	新規入職者対象研修会	１８
合　計		５９９

放射線科

放射線科　診療放射線技師　大内田　成吾

1）体制

H30年度は技師1名と派遣の助手1名で撮影業務を行い、「イノベーションの推進～業務と教育の両立～」という病院目標を受けて、業務を行ってまいりました。リハビリテーション科の協力のもと、診療放射線技師・レントゲン助手に対して介助研修の導入を行い、介助スキルの向上を図りました。Ai検査が実施された事に伴い、国立病院機構CTセミナーのAiガイドラインに沿って、リハビリテーション病院のAiマニュアルの作成を行いました。又、リハビリテーション病院内にペインクリニック・嚥下外来・骨粗鬆症外来のポスターを作成、掲示し、ポスター横にパンフレットを設置するなどの広報活動を行いました。H28年11月より開始した全下肢撮影はH29年度75件、H30年度114件と152％の増加傾向にあり、新しい検査項目の定着に努めました。

共立病院画像診断センターの協力のもと、各診療科・各病棟の要望に応えるよう他の部署と連携を取りながら撮影業務の向上に努め、患者の待ち時間短縮の為にインターホンを設置するなど環境設備を整えました。

2）装置概要

一般撮影装置	1台
CT撮影装置（4列）	1台
透視撮影装置	1台
ポータブル撮影装置	1台
外科用イメージ	1台
骨密度測定装置	1台

3）統計

一般撮影	5,390件
CT撮影	439件
神経ブロック	448件
VF	33件
透視	29件
骨密度測定	14件

4）今後の目標

2020年度より回復期リハビリテーション病棟の増床に向けて、外来や各病棟と連携を取りながら、増加する検査数に対して効率良く検査を行えるような環境整備を整え、技師の技術向上に努めていこうと思います。又、診療用放射線に係る安全管理体制の一部改正にあたり、被曝線量管理や安全利用の為の研修等を行って行き、改正に対する対策を行っていきます。

一般外来、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟など様々な部門の検査を行う上で、様々な患者様に安心して検査を受けて頂ける様に日々努力する所存です。また、ポスター掲示やテレビモニターによる広告活動にも積極的に取り組み、新しい検査項目の導入を検討する事で、病院の経営に貢献したいと考えております。

地域連携室

地域連携室　主任　松田　都志子

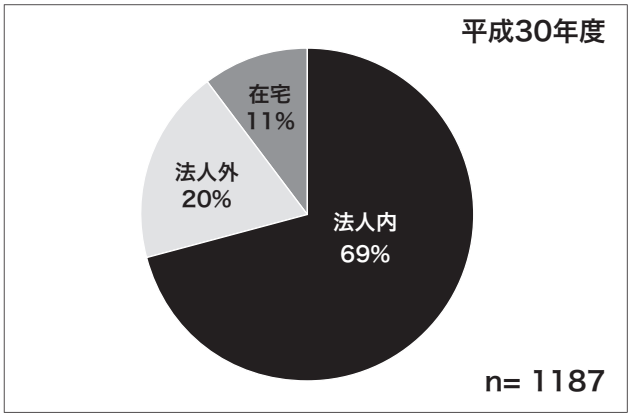
当院地域連携室は、ソーシャルワーカー、退院調整看護師、事務（理学療法士）と他職種で構成され、日々の入退院調整や患者相談に関わる業務に取り組んでおります。

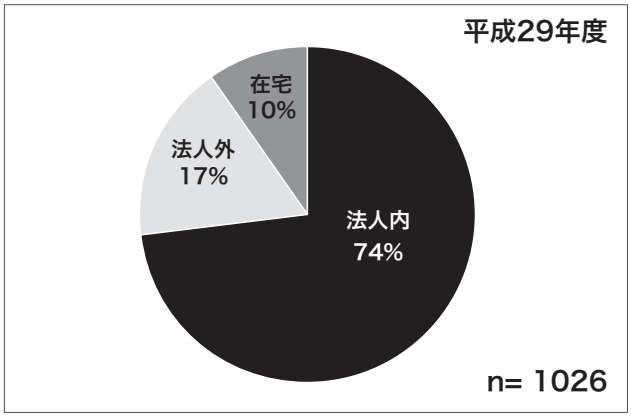
最近は、急性期病院への広報活動も積極的に行っております。これにより他病院と顔の見える連携が少しずつ図れております。その結果、転院のご相談から入院までの平均待機日数は、前年度に比べ短縮しており、よりスムーズに入院調整ができるようになってきました。また、退院支援においては、患者様のご希望に応じて支援できるよう、在宅チームと早期に連携を図ることにより、継ぎ目のないスムーズなサポートを実現しています。

今後も、地域の方が安心して入院生活やその後の在宅生活が行えるようサポートし、戸畑リハビリテーション病院に貢献できる組織づくりに努めていきたいと考えております。

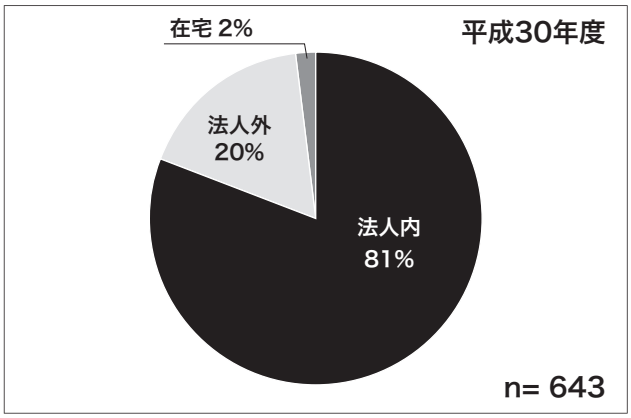
●入院全体数及び病棟別での内訳状況　※平成29・30年度比較

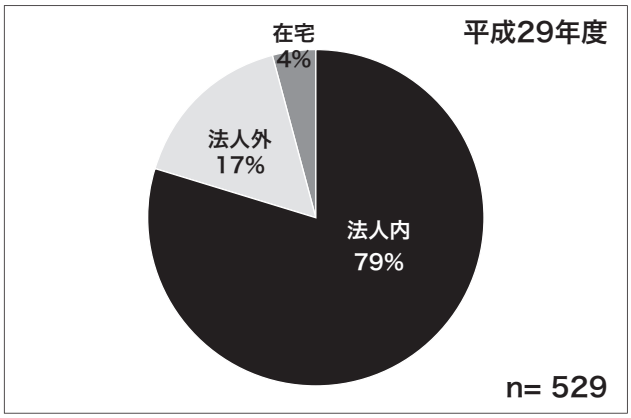
＜全　　体＞



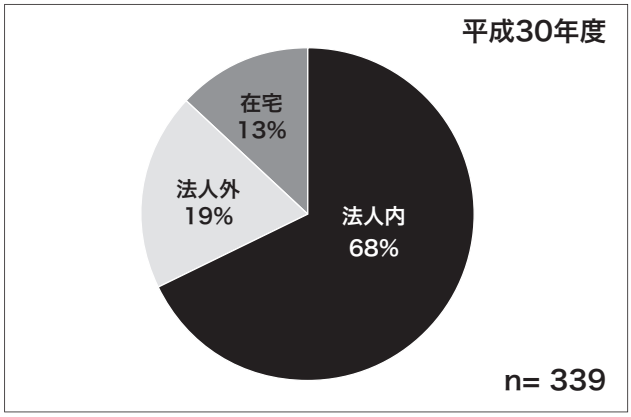


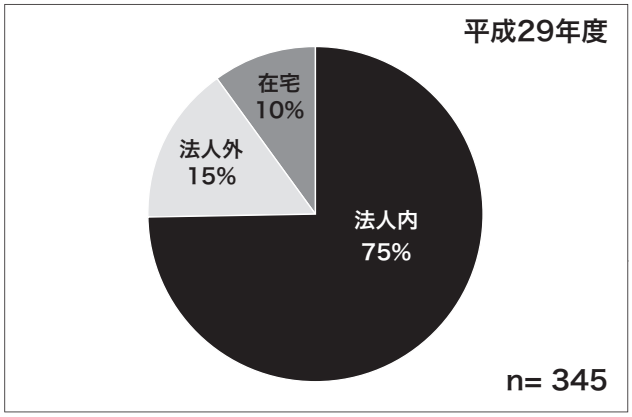
＜回復期リハビリテーション病棟＞



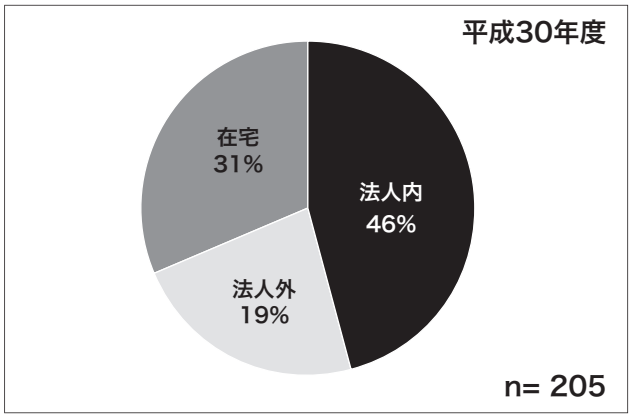


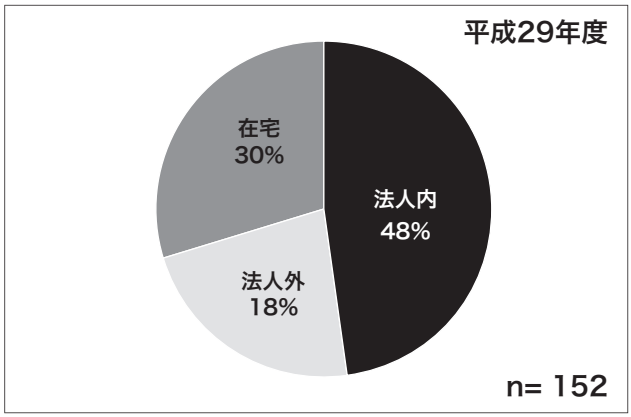
＜地域包括ケア病棟＞



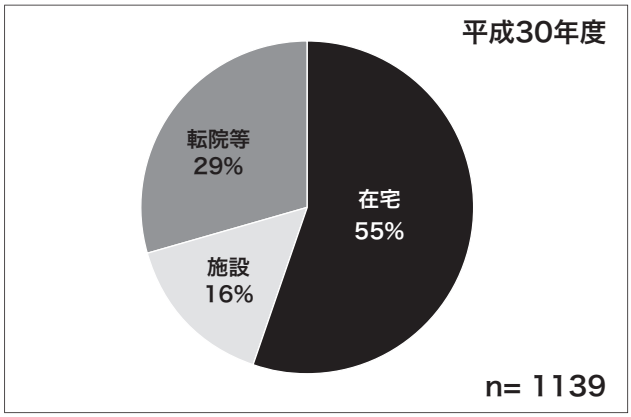


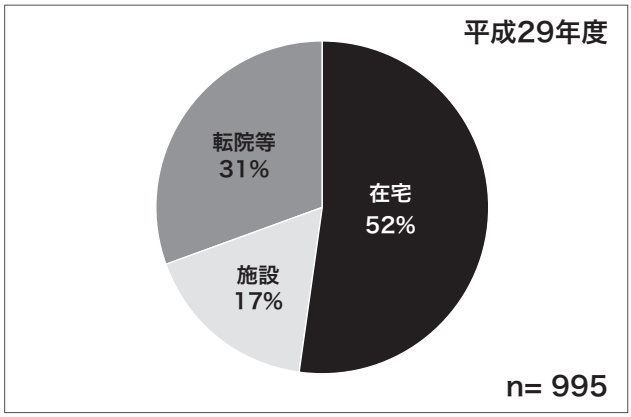
＜緩和ケア病棟＞



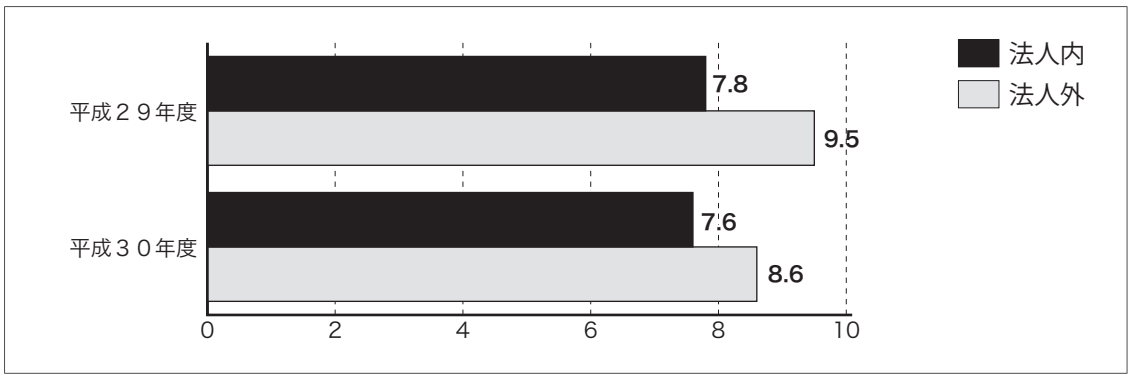


●退院全体数及び内訳状況　※平成29・30年度比較





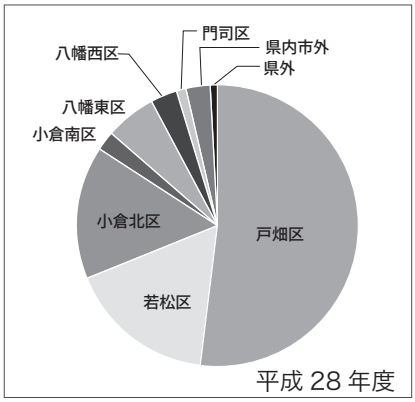
●受入れ判定会議から入院までの平均待機日数　※平成29・30年度比較



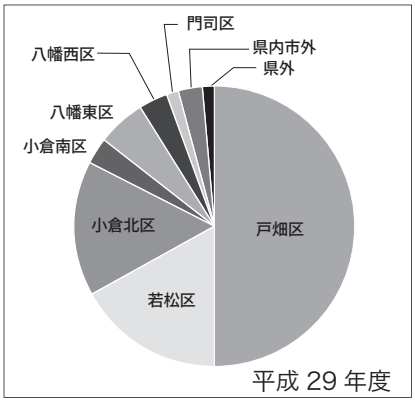
統計資料

1−1. 地域別外来実患者数

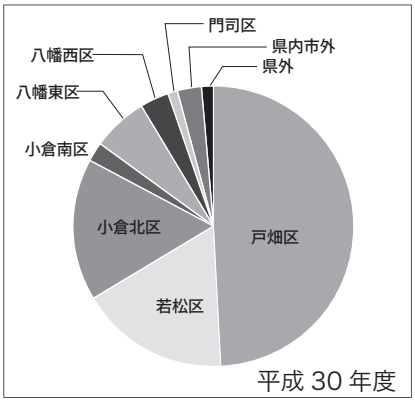
	平成２８年度		平成２９年度		平成３０年度	
地　　区	実患者数	構成比	実患者数	構成比	実患者数	構成比
戸畑区	1,212	52.22%	1,337	50.19%	1,305	49.30%
西戸畑	75	3.23%	92	3.45%	84	3.17%
戸畑駅前	63	2.71%	80	3.00%	77	2.91%
沖台	51	2.20%	67	2.52%	58	2.19%
浅生	153	6.59%	168	6.31%	169	6.38%
三六・天神	83	3.58%	94	3.53%	96	3.63%
小芝・沢見	119	5.13%	133	4.99%	125	4.72%
天籟寺	68	2.93%	86	3.23%	61	2.30%
中原	170	7.32%	193	7.24%	170	6.42%
一枝	86	3.71%	106	3.98%	121	4.57%
牧山	83	3.58%	90	3.38%	97	3.66%
菅原	68	2.93%	71	2.67%	66	2.49%
鞘ヶ谷	122	5.26%	123	4.62%	124	4.68%
その他	71	3.06%	34	1.28%	57	2.15%
若松区	388	16.72%	449	16.85%	455	17.19%
小倉北区	354	15.25%	415	15.58%	433	16.36%
小倉南区	56	2.41%	79	2.97%	63	2.38%
八幡東区	132	5.69%	152	5.71%	165	6.23%
八幡西区	74	3.19%	88	3.30%	92	3.48%
門司区	22	0.95%	40	1.50%	31	1.17%
遠賀郡	13	0.56%	20	0.75%	15	0.57%
中間市	4	0.17%	2	0.08%	3	0.11%
直方市	3	0.13%	6	0.23%	9	0.34%
福岡市	8	0.34%	11	0.41%	11	0.42%
京都郡	4	0.17%	5	0.19%	4	0.15%
久留米市	3	0.13%	4	0.15%	3	0.11%
その他県内	30	1.29%	26	0.98%	25	0.94%
山口県	5	0.22%	7	0.26%	10	0.38%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	0	0.00%	1	0.04%	0	0.00%
大分県	4	0.17%	5	0.19%	6	0.23%
熊本県	3	0.13%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	1	0.04%	2	0.08%
鹿児島県	0	0.00%	1	0.04%	2	0.08%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	6	0.26%	15	0.56%	13	0.49%
合計	2,321	100.00%	2,664	100.00%	2,647	100.00%



平成 28 年度



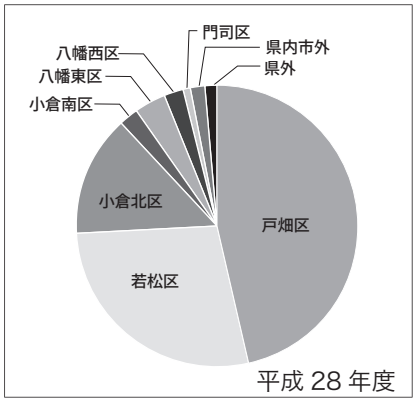
平成 29 年度



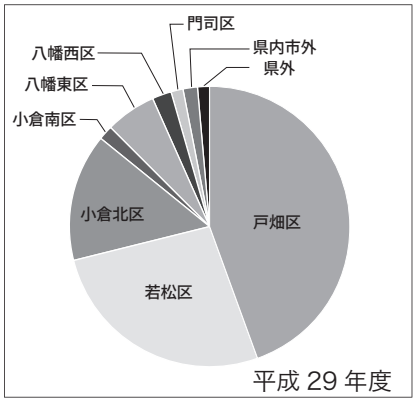
平成 30 年度

1−2. 地域別入院実患者数

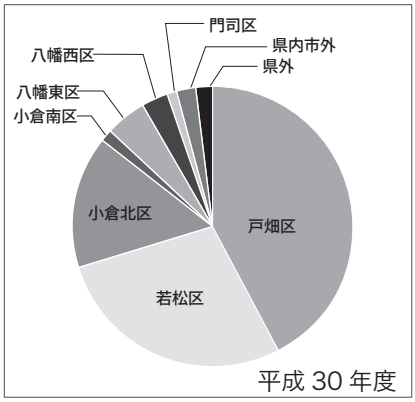
	平成２８年度		平成２９年度		平成３０年度	
地　　区	実患者数	構成比	実患者数	構成比	実患者数	構成比
戸畑区	410	46.49%	459	44.52%	469	42.48%
西戸畑	43	4.88%	42	4.07%	44	3.99%
戸畑駅前	24	2.72%	28	2.72%	25	2.26%
沖台	20	2.27%	23	2.23%	19	1.72%
浅生	40	4.54%	39	3.78%	57	5.16%
三六・天神	28	3.17%	35	3.39%	37	3.35%
小芝・沢見	29	3.29%	35	3.39%	39	3.53%
天籟寺	19	2.15%	26	2.52%	17	1.54%
中原	62	7.03%	87	8.44%	63	5.71%
一枝	32	3.63%	42	4.07%	47	4.26%
牧山	37	4.20%	38	3.69%	38	3.44%
菅原	24	2.72%	30	2.91%	29	2.63%
鞘ヶ谷	36	4.08%	0	0.00%	37	3.35%
その他	16	1.81%	34	3.30%	17	1.54%
若松区	245	27.78%	277	26.87%	308	27.90%
小倉北区	123	13.95%	149	14.45%	169	15.31%
小倉南区	19	2.15%	19	1.84%	16	1.45%
八幡東区	32	3.63%	60	5.82%	53	4.80%
八幡西区	19	2.15%	24	2.33%	31	2.81%
門司区	9	1.02%	14	1.36%	13	1.18%
遠賀郡	1	0.11%	5	0.48%	2	0.18%
中間市	2	0.23%	2	0.19%	2	0.18%
直方市	0	0.00%	2	0.19%	4	0.36%
福岡市	1	0.11%	1	0.10%	2	0.18%
京都郡	0	0.00%	1	0.10%	1	0.09%
久留米市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他県内	11	1.25%	5	0.48%	14	1.27%
山口県	3	0.34%	6	0.58%	6	0.54%
佐賀県	1	0.11%	1	0.10%	1	0.09%
長崎県	0	0.00%	1	0.10%	0	0.00%
大分県	1	0.11%	1	0.10%	5	0.45%
熊本県	4	0.45%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	1	0.09%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	1	0.09%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	1	0.11%	4	0.39%	6	0.54%
合計	882	100.00%	1,031	100.00%	1,104	100.00%



平成 28 年度



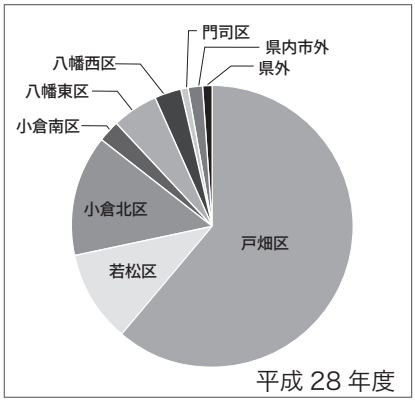
平成 29 年度



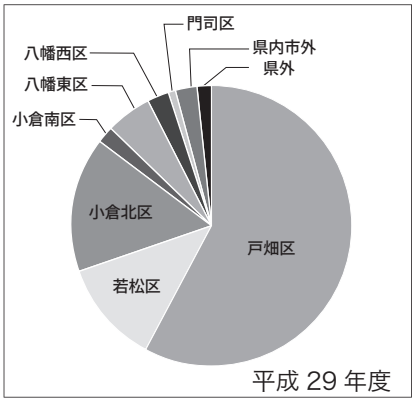
平成 30 年度

2−1. 地域別外来延患者数

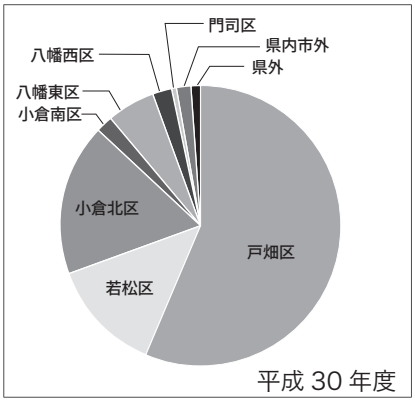
	平成２８年度		平成２９年度		平成３０年度	
地区	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	12,588	48.94%	13,741	53.42%	14,532	56.50%
西戸畑	784	3.05%	562	2.18%	909	3.53%
戸畑駅前	461	1.79%	956	3.72%	913	3.55%
沖台	681	2.65%	1,102	4.28%	754	2.93%
浅生	1,438	5.59%	1,750	6.80%	2,024	7.87%
三六・天神	955	3.71%	1,215	4.72%	795	3.09%
小芝・沢見	1,789	6.96%	1,571	6.11%	1,639	6.37%
天籟寺	799	3.11%	931	3.62%	607	2.36%
中原	2,092	8.13%	2,022	7.86%	2,028	7.88%
一枝	760	2.95%	1,021	3.97%	1,597	6.21%
牧山	843	3.28%	830	3.23%	1,037	4.03%
菅原	485	1.89%	587	2.28%	523	2.03%
鞘ヶ谷	1,243	4.83%	1,110	4.32%	1,237	4.81%
その他	258	1.00%	84	0.33%	469	1.82%
若松区	2,166	8.42%	2,777	10.80%	3,350	13.02%
小倉北区	2,837	11.03%	3,739	14.54%	4,519	17.57%
小倉南区	503	1.96%	467	1.82%	502	1.95%
八幡東区	1,090	4.24%	1,196	4.65%	1,430	5.56%
八幡西区	630	2.45%	595	2.31%	562	2.18%
門司区	187	0.73%	189	0.73%	124	0.48%
遠賀郡	63	0.24%	159	0.62%	102	0.40%
中間市	8	0.03%	11	0.04%	11	0.04%
直方市	13	0.05%	29	0.11%	46	0.18%
福岡市	116	0.45%	153	0.59%	61	0.24%
京都郡	13	0.05%	34	0.13%	12	0.05%
久留米市	17	0.07%	24	0.09%	11	0.04%
その他県内	112	0.44%	196	0.76%	241	0.94%
山口県	40	0.16%	31	0.12%	82	0.32%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	0	0.00%	2	0.01%	0	0.00%
大分県	41	0.16%	23	0.09%	48	0.19%
熊本県	6	0.02%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	65	0.25%	13	0.05%
鹿児島県	0	0.00%	1	0.00%	14	0.05%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	112	0.44%	258	1.00%	62	0.24%
合計	20,542	100.00%	23,690	100.00%	25,722	100.00%



平成 28 年度



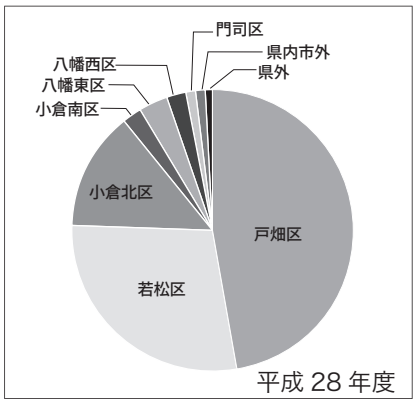
平成 29 年度



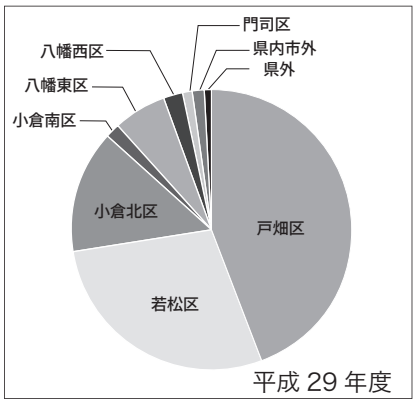
平成 30 年度

2−2. 地域別入院延患者数

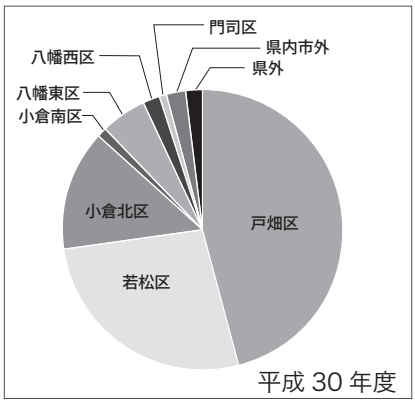
	平成２８年度		平成２９年度		平成３０年度	
地区	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	21,280	43.99%	22,016	45.51%	22,290	46.08%
西戸畑	2,504	5.18%	2,122	4.39%	2,159	4.46%
戸畑駅前	1,263	2.61%	1,061	2.19%	1,235	2.55%
沖台	1,261	2.61%	1,043	2.16%	772	1.60%
浅生	1,947	4.02%	2,236	4.62%	2,899	5.99%
三六・天神	1,794	3.71%	1,828	3.78%	1,912	3.95%
小芝・沢見	1,279	2.64%	1,542	3.19%	1,522	3.15%
天籟寺	1,036	2.14%	1,161	2.40%	920	1.90%
中原	2,857	5.91%	4,203	8.69%	2,866	5.92%
一枝	1,608	3.32%	1,894	3.92%	2,180	4.51%
牧山	2,353	4.86%	1,777	3.67%	1,962	4.06%
菅原	1,161	2.40%	1,606	3.32%	1,350	2.79%
鞘ヶ谷	1,536	3.18%	0	0.00%	1,775	3.67%
その他	681	1.41%	1,543	3.19%	738	1.53%
若松区	12,688	26.23%	13,957	28.85%	12,981	26.83%
小倉北区	6,117	12.64%	6,989	14.45%	6,725	13.90%
小倉南区	918	1.90%	820	1.70%	517	1.07%
八幡東区	1,531	3.16%	3,119	6.45%	2,527	5.22%
八幡西区	1,008	2.08%	1,000	2.07%	1,032	2.13%
門司区	474	0.98%	679	1.40%	407	0.84%
遠賀郡	28	0.06%	283	0.59%	114	0.24%
中間市	10	0.02%	67	0.14%	65	0.13%
直方市	0	0.00%	30	0.06%	265	0.55%
福岡市	59	0.12%	102	0.21%	59	0.12%
京都郡	0	0.00%	9	0.02%	51	0.11%
久留米市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他県内	466	0.96%	95	0.20%	462	0.96%
山口県	138	0.29%	189	0.39%	289	0.60%
佐賀県	4	0.01%	5	0.01%	137	0.28%
長崎県	0	0.00%	30	0.06%	0	0.00%
大分県	5	0.01%	27	0.06%	144	0.30%
熊本県	81	0.17%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	10	0.02%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	71	0.15%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	35	0.07%	132	0.27%	230	0.48%
合計	44,842	100.00%	49,549	100.00%	48,376	100.00%



平成 28 年度



平成 29 年度



平成 30 年度

3. 診療科別入院・外来患者数

	入院				外来		
	入院数	退院数	入院患者延数	平均在院日数	初診患者	外来患者延数	1日当
内科	1,054	1,074	45,092	42.4	257	5,206	17.7
リハビリテーション科	81	73	3,284	42.6	92	19,405	66.0
ペインクリニック内科					85	1,111	3.8
合　計	1,135	1,147	48,376	42.4	434	25,722	87.5

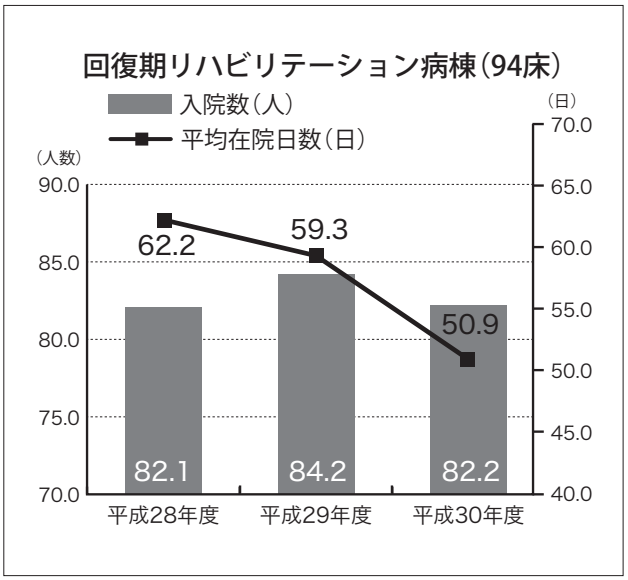
①稼働病床数（154床）

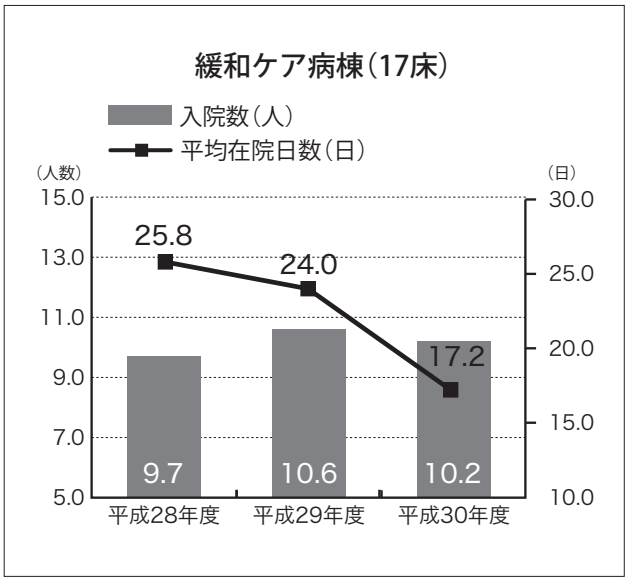
	平成28年度	平成29年度	平成30年度
2階病棟：48床	回復期リハビリテーション病棟（1）：48床	回復期リハビリテーション病棟（1）：48床	回復期リハビリテーション病棟（1）：48床
3階病棟：46床	回復期リハビリテーション病棟（1）：46床	回復期リハビリテーション病棟（1）：46床	回復期リハビリテーション病棟（1）：46床
4階病棟：43床	（H28年3月～）地域包括ケア病棟（1）：43床	地域包括ケア病棟（1）：43床	地域包括ケア病棟（1）：43床
5階病棟：17床	緩和ケア病棟：17床	緩和ケア病棟：17床	緩和ケア病棟：17床

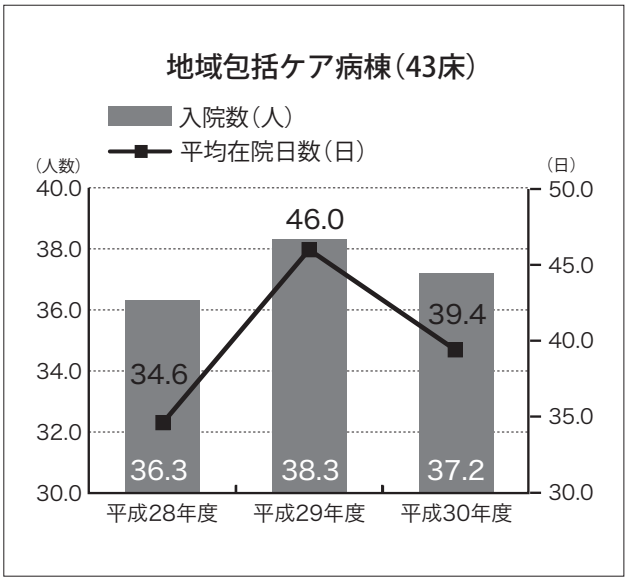
②臨床指標

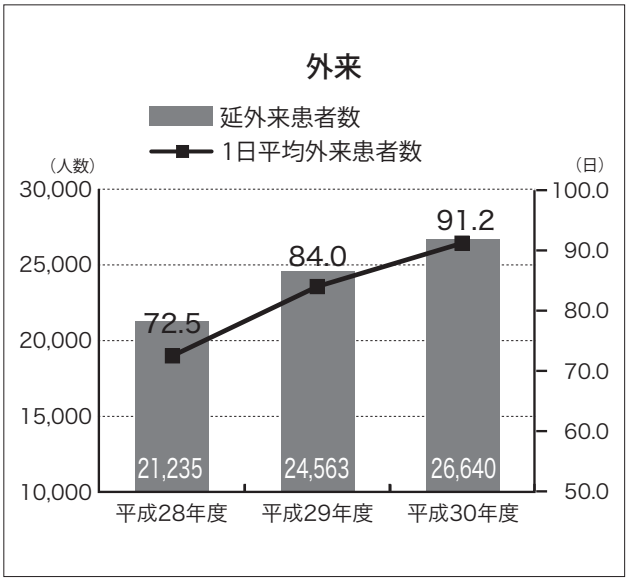
	平成28年度	平成29年度	平成30年度
新入院患者数（共愛会）	829（88.7%）	827（80.6%）	888（78.2%）
新入院患者数（共愛会以外）	106（11.3%）	199（19.4%）	248（21.8%）
合計	935	1,026	1,136
延入院患者数	46,631	48,582	47,292
一日平均入院数	128.2	134.2	129.6
回復期病棟平均在院日数	62.2	59.3	50.9
回復期病棟平均利用率	87.3%	89.6%	87.5%
回復期病棟平均入院数	82.1	84.2	82.2
地域包括ケア病棟平均在院日数	34.6	46.0	39.4
地域包括ケア病棟平均利用率	84.5%	89.0%	86.5%
地域包括ケア病棟平均入院数	36.3	38.3	37.2
緩和ケア平均在院日数	25.8	24	17.2
緩和ケア平均利用率	57.3%	62.6%	59.7%
緩和ケア平均入院数	9.7	10.6	10.2
初診外来患者数	391	369	455
延外来患者数	21,235	24,563	26,640
1月平均外来患者数	1,770	2,047	2,220
1日平均外来患者数	72.5	84.0	91.2

③臨床指標グラフ

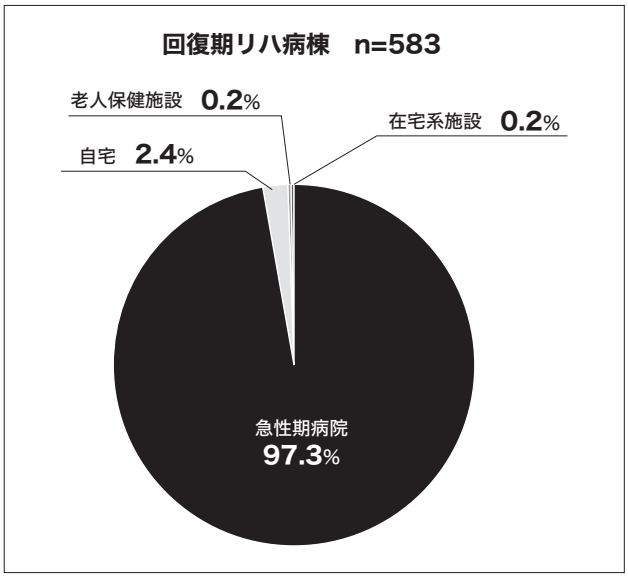

回復期リハビリテーション病棟（94床）
入院数（人）
平均在院日数（日）
（人数）
（日）
90.0
85.0
80.0
75.0
70.0
70.0
65.0
60.0
55.0
50.0
45.0
40.0
62.2
59.3
50.9
82.1
84.2
82.2
平成28年度
平成29年度
平成30年度

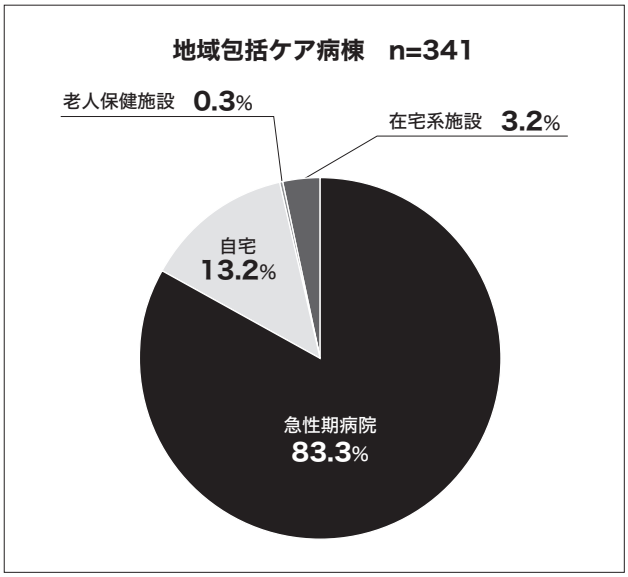

緩和ケア病棟（17床）
入院数（人）
平均在院日数（日）
（人数）
（日）
15.0
13.0
11.0
9.0
7.0
5.0
30.0
25.0
20.0
15.0
10.0
25.8
24.0
17.2
9.7
10.6
10.2
平成28年度
平成29年度
平成30年度

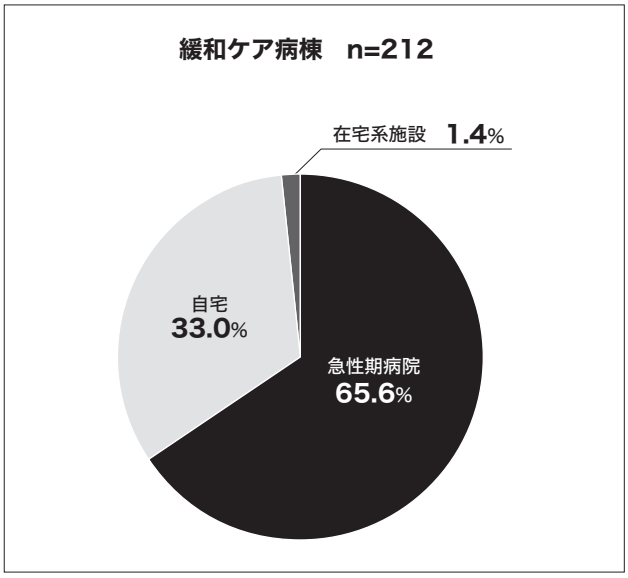

地域包括ケア病棟（43床）
入院数（人）
平均在院日数（日）
（人数）
（日）
40.0
38.0
36.0
34.0
32.0
30.0
50.0
45.0
40.0
35.0
30.0
46.0
39.4
34.6
36.3
38.3
37.2
平成28年度
平成29年度
平成30年度


外来
延外来患者数
1日平均外来患者数
（人数）
（日）
30,000
25,000
20,000
15,000
10,000
100.0
90.0
80.0
70.0
60.0
50.0
91.2
84.0
72.5
21,235
24,563
26,640
平成28年度
平成29年度
平成30年度

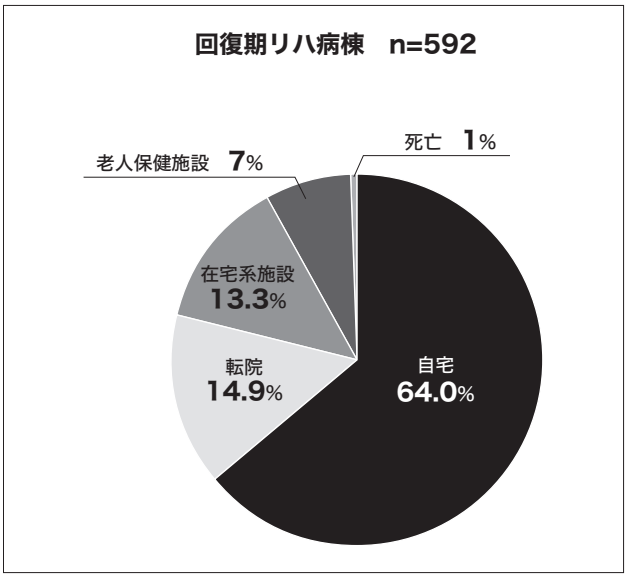
④入棟前の居場所

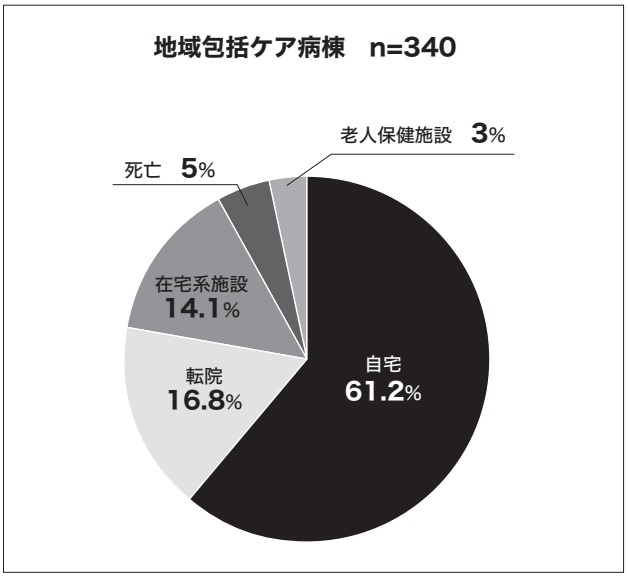


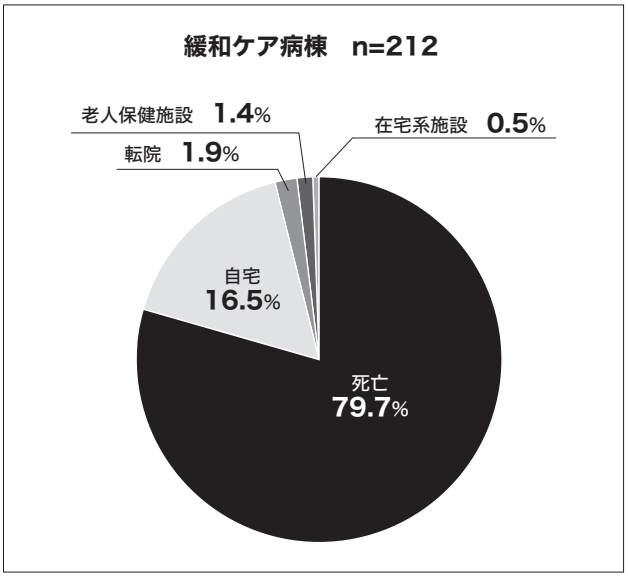




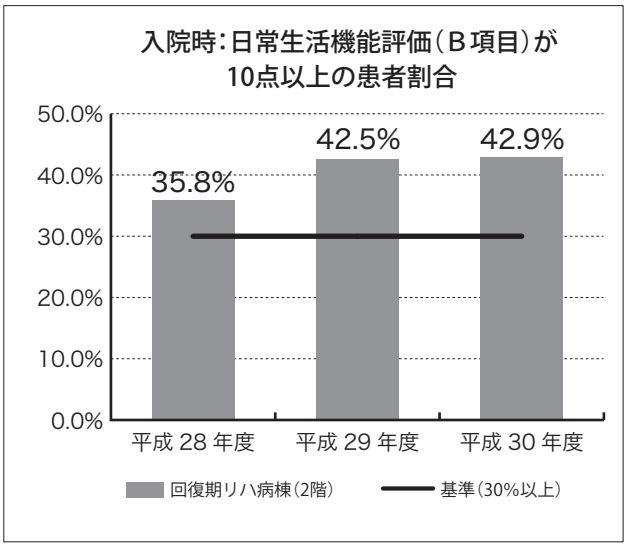
⑤退棟経路

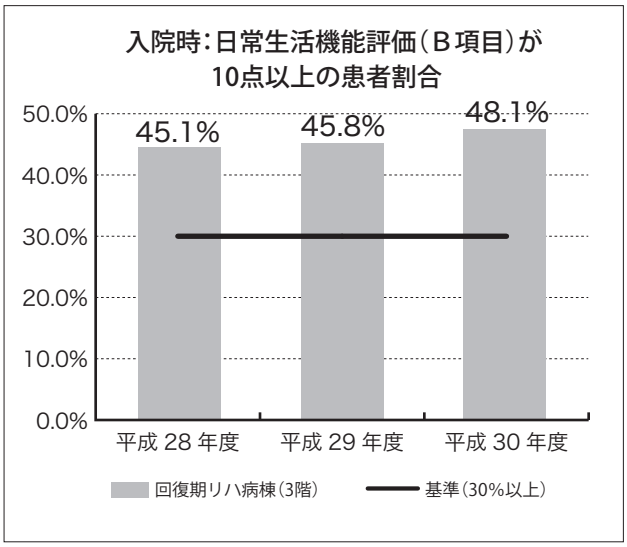




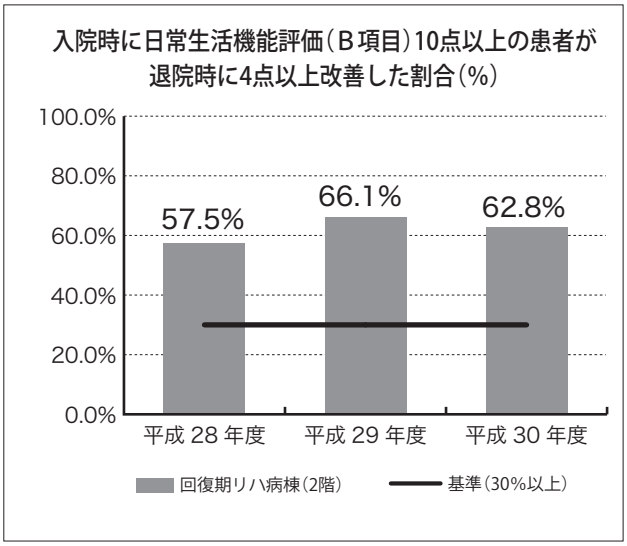


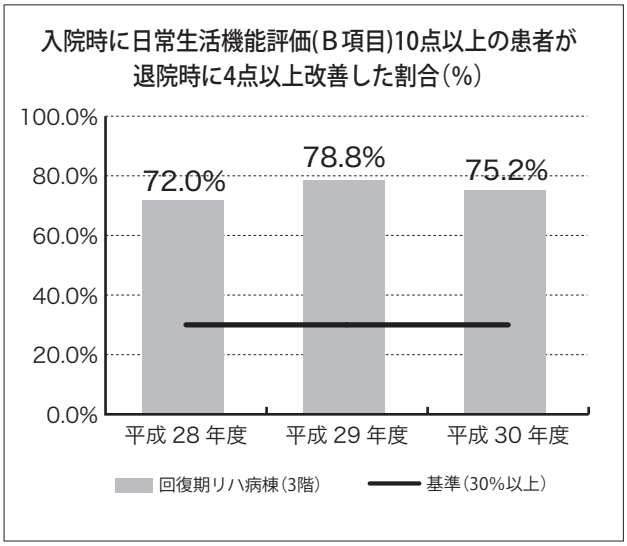
⑥回復期リハビリテーション病棟：入院時の日常生活機能評価（B項目）



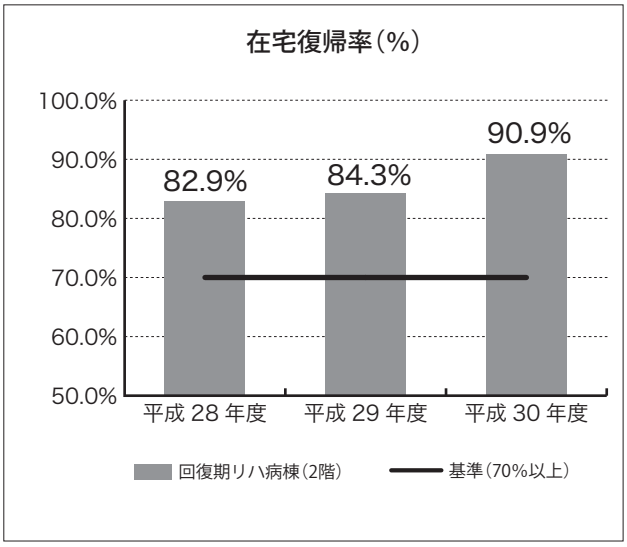


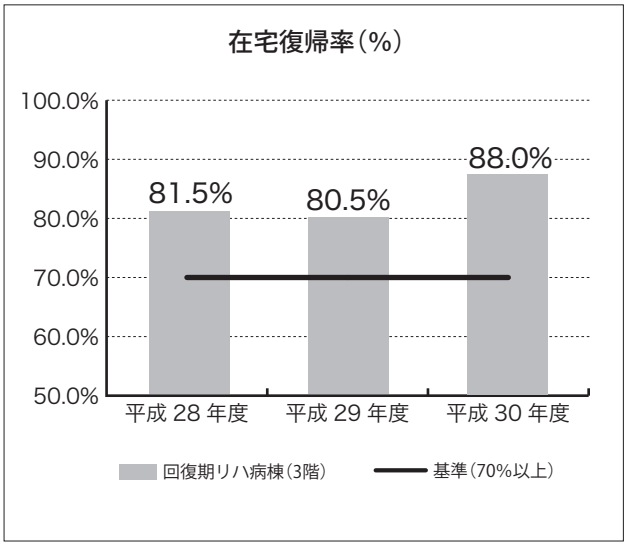
⑦回復期リハビリテーション病棟：入院時の日常生活機能評価（B項目）



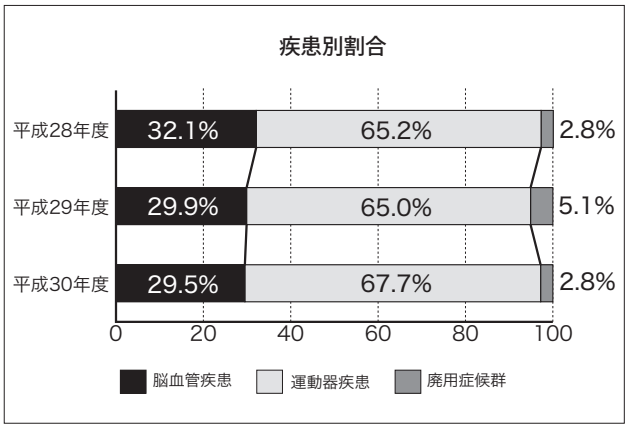


⑧回復期リハビリテーション病棟：在宅復帰率

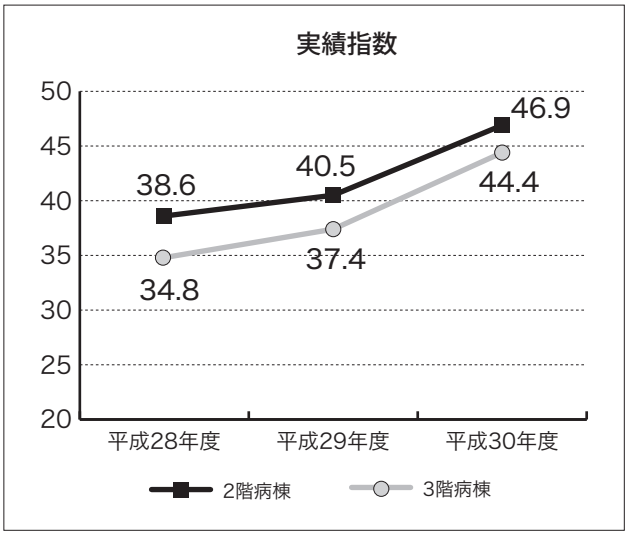




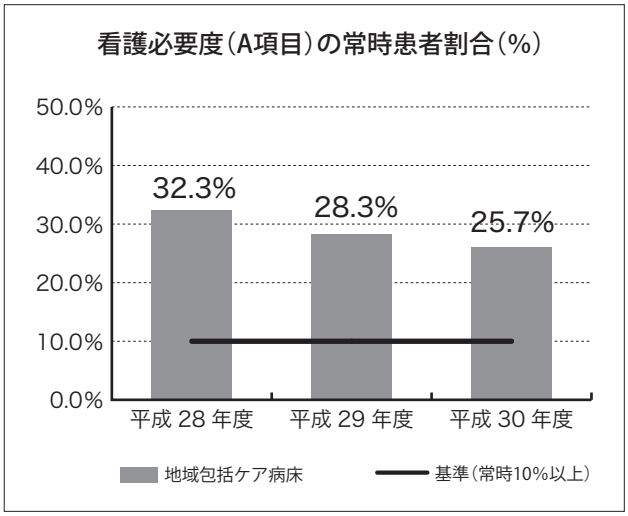
⑨回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟：疾患別割合



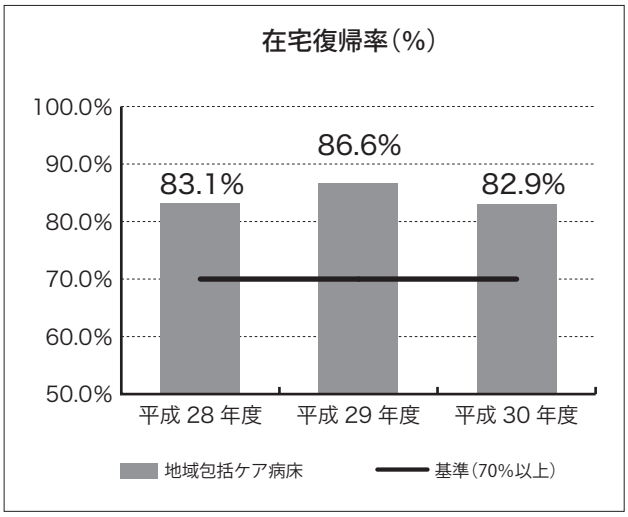
⑩回復期リハビリテーション病棟：実績指数



⑪地域包括ケア病棟：
看護必要度A項目の常時患者割合



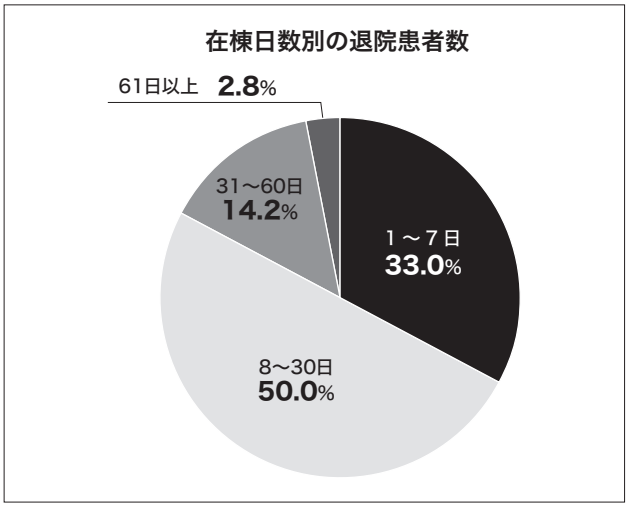
⑫地域包括ケア病棟：在宅復帰率



⑬緩和ケア病棟：臨床指標

	平成28年度	平成29年度	平成30年度
年間入院患者数	145	164	212
予約外入院割合	13.2%	18.3%	16.5%
年間在院患者延べ数	3,554	3,878	3,705
年間退院患者数	14	166	212
年間死亡退院患者数	121	146	169
年間自宅退院患者数	13	16	39
年間転院退院患者数	5	1	4

平成30年度	1～7日	8～30日	31～60日	61日以上
在棟日数別の退院患者数	70	106	30	6
在棟日数別の死亡退院患者	59	84	21	5

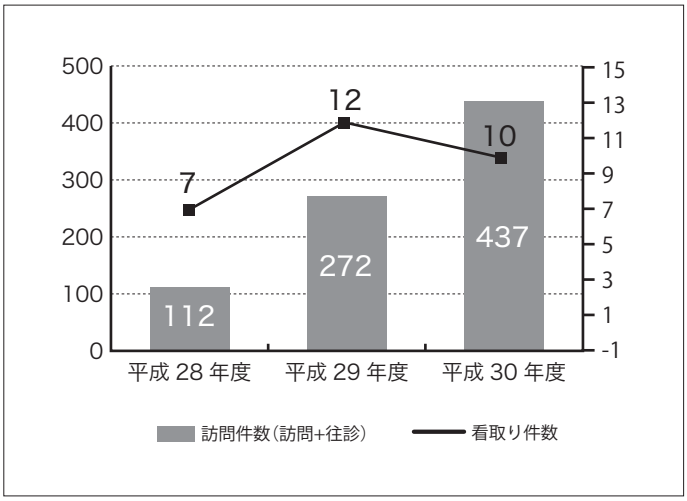


⑭訪問診療実績

平成30年度	実患者数	訪問診療件数	自宅看取り件数	往診件数	緊急往診件数
4月	22	41	1	4	2
5月	21	42	1	4	2
6月	20	32	2	5	3
7月	17	35	0	0	0
8月	17	28	0	2	2
9月	19	36	2	3	3
10月	17	32	1	4	2
11月	19	35	1	4	2
12月	14	27	0	0	0
1月	17	27	0	4	0
2月	18	31	1	2	1
3月	21	34	1	5	3
年　間	222	400	10	37	20

年度の推移

	平成28年度	平成29年度	平成30年度
訪問件数(訪問+往診)	112	272	437
看取り件数	7	12	10



学術業績（学会発表）

第55回日本リハビリテーション医学会学術集会【2018年6月28日～7月1日】
演　　題:『大脳皮質基底核変性症に対しリハビリテーションを行った１例』
演　　者:酒見美幸／戸畑リハビリテーション病院

大脳皮質基底核変性症（corticobasal degeneration 以下CBD）の症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。CBDは大脳皮質と皮質下神経核(特に黒質と淡蒼球)の神経細胞が脱落し、神経細胞及びグリア細胞内に異常リン酸化タウが蓄積する神経変性疾患である。原因不明であり、10万人に1～2人の割合で発症するといわれている。大脳皮質兆候として肢節運動失行、観念運動失行、皮質性感覚障害、把握反応、他人の手徴候などが現れ、錐体外路徴候として無動・筋強直やジストニア、ミオクローヌスが出現し、病態の応じたリハビリテーションが必要となる。

【症例】
78歳女性。74歳ごろから転倒や突然コップを落とすなどの症状がみられた。以後、進行性に筋力低下、パーキンソニズム見られ、200X-4月、誤嚥性肺炎で入院した際にパーキンソンニズムに対し内服加療、リハビリテーションを開始し効果を認めた。200X-10月、再度誤嚥性肺炎にて当院紹介入院。針筋電図では明らかな異常なく、MIBG心筋シンチも正常。仮性球麻痺、進行性の大脳萎縮を認め、CBDと診断された。根本的治療法はなく、筋萎縮、構音障害、嚥下障害など症状の進行あり、症状に合わせた理学療法、摂食嚥下療法の介入が必要であったので報告する。

九州理学療法士・作業療法士合同学会2018in沖縄【2018年10月12日～10月14日】
演　　題:患者急変時対応に関するシミュレーション教育の効果
Keyword:ハリーコールシミュレーション・シミュレーション教育・卒後教育
演　　者:田原毅／戸畑リハビリテーション病院 リハビリテーション科 理学療法士
共同演者:宗宏伸[1)]　水落久子[2)]　灘吉進也[3)]
1)戸畑共立病院 外科、2)同 看護師、3)同 臨床工学技士

【はじめに】
当院では、病棟トイレでの排便後、理学療法実施中に意識消失した事例（血管迷走神経反射性失神）を経験した。事例分析の結果、急変時対応スキルに問題があることが分かり、心肺停止（Cardiopulmonary arrest：CPA）後の迅速な心肺蘇生法（Cardiopulmonary resuscitation：CPR）を含めた実践スキルに関する教育カリキュラムが必要と判断した。そこで、医療安全管理委員会と合同で患者の容態急変からハリーコール（緊急時スタッフ招集システム）、一次救命処置（Basic Life Support：BLS）、患者搬送と医師への状況報告までのハリーコールシミュレーションを実施して具体的課題を抽出した。今回、その解決策として卒後教育プログラムにシミュレーション教育を導入した効果について報告する。

【方法】
ハリーコールシミュレーションのシナリオは、リハビリテーション室に患者3名とスタッフ3名が在室、一人の患者が訓練中に術後肺塞栓症によるCPAに陥った事例（レサシアンシミュレーター使用）とし、自己心拍再開後にICUへ搬送するまでとした。評価内容は、①ハリーコール時の連携、②現場でのCPR、③患者搬送と時期判断とし、結果についてビデオディブリーフィング、CPR等についてディスカッションを行うこととした。更に部署内でシミュレーション教育を実施した後、患者急変から3分間の実践スキルについて再評価することとした。

【結果】
ハリーコールシミュレーションでは、①患者急変からコール要請の判断・指示等の連携が不十分でコール発報まで60秒、②心拍と呼吸停止の確認及び胸骨圧迫の判断が遅れてCPR開始まで240秒で不必要な中断もあり、③初期対応の遅延により患者搬送並びに退室まで249秒でICU到着が358秒という結果であった。しかし、部署内でのシミュレーション教育を継続した後では、胸骨圧迫の交代やAED装着時の発声等の細かな部分で課題が残されたが、患者の容態急変から心拍と呼吸停止確認、ハリーコール要請、胸骨圧迫開始まで120秒と初期対応の時間が短縮された。

【考察】
今回、患者急変時対応の実践スキル向上のため当院のBLS講習会やICLS（Immediate Cardiac Life Support）講習会への参加を義務化し、部署内ではBLSの手技やバックバルブマスク使用方法等のタスクトレーニング、実際の臨床場面を想定したシミュレーションとディブリーフィングを重ね、対応手順の再確認と修正を行った。再評価の結果から、個人、チームでのトレーニングを臨床に近い状況で繰返し行うことで、心理的且つ技能的な実践スキルが向上し、冷静な判断や適切な対応、スタッフ間連携の強化、初期対応時間短縮に繋がったと考えられた。臨床現場で患者の容態急変に直面した際、マニュアルを理解していても動揺・不安・焦り等の心理的変化によって適切な行動が困難となる。このような経験は卒前教育や臨床実習で学ぶことが少なく、理学療法

教育ガイドラインでは知識習得レベルで留まっている。従って、到達レベルを上げるには就職先の教育カリキュラムに依存することになる。今回、卒後教育プログラムにシミュレーション教育を導入したが、患者急変時対応におけるスタッフの実践スキルを高める上で有効であることが示唆された。

【倫理的配慮、説明と同意】

本発表に当りプライバシーポリシーを十分配慮し、利益相反に関する開示事項はない。

第5回日本予防理学療法学会学術大会in福岡　【2018年10月20日～21日】

演　　題：地域住民の健康寿命延伸への取り組み～「女性の為の健康教室」を開催して～

演　　者：久保貴照／戸畑リハビリテーション病院 理学療法士

Keyword：健康への意識付け、基本チェックリスト、身体評価

【はじめに　目的】

地域包括ケアシステムにおける疾病予防への取り組みについては理学療法士の参画が重要である。当院はH29年度に地域住民に対して健康寿命の延伸を目的に健康への意識付け、セルフチェック、セルフトレーニングの促しを内容とする予防教室を開催した。12週間取り組んだ結果を報告する。

【方法】

対象者は、公募にて希望のあった65歳以上の介護保険非該当の女性5名（平均年齢80.6±5.9歳）。4週ごとに合計4回開催した。

初回:①講義―栄養と運動に対しての意識付け。セルフチェック、セルフトレーニングの説明。万歩計による歩数チェックの指導。②生活機能の自己診断―基本チェックリスト（厚生労働省が作成した日常生活関連動作、運動器の機能、栄養、口腔機能、閉じこもり、認知症、うつの全25項目の質問）使用。③身体評価―5種類（10m歩行スピード、片脚立位時間、5回立ち座りテスト、Timed up and Goテスト、握力）4・8・12週後:基本チェックリスト、身体評価、歩数チェック、前回評価との比較、セルフトレーニングチェックを行った。12週後には予防教室に対してのアンケート（9項目の質問）を行った。

【結果】

身体評価:10m歩行スピード、5回立ち座りテスト、Timed up and Goテスト上昇5名、片脚立位時間上昇2名、維持2名、低下1名、握力上昇2名、低下3名。歩数上昇3名、低下2名。基本チェックリスト:運動器の機能（5項目）、口腔機能（3項目）判断で2名、認知症（3項目）判断で3名が該当、日常生活関連動作、運動器の機能、栄養、口腔機能、閉じこもり、認知症（20項目）判断で1名が該当、うつ（5項目）判断は4名が該当。初回時と比較して20項目の判断では、該当項目が14点から11点へ減少したがうつ（5項目）判断は変化がなかった。アンケート:参加動機ー健康に関心があった、友達に誘われた、感想ー有意義で今後も運動を継続したい、次回以降も参加したいといった意見が聞かれた。

【結論】

今回の取り組みは運動への意識付け、身体面に対して明らかな有意差は認めないが一定の効果があったと考える。しかし、うつ項目に関しては改善がみられなかった。このことからセルフチェック、セルフトレーニングの促しは身体面に影響を及ぼしたが心理面までは満たされなかったと考える。今回の経験でうつに対しても細かくアセスメントを行う必要があると感じたので次回は個々のカウンセリングにも時間を割き運動面のみでなく生活が充実するには何が必要と思うのか、楽しみや趣味が何なのか等を内容に盛り込んで心身の充実を達成したい。また、今回の参加者は少数であったので、さらに増やすためにも健康教室が楽しめるように音楽を取り入れる、レクリエーションの要素を盛り込む等の工夫もしていきたい。

【倫理的配慮　説明と同意】

対象者には初回時に紙面で説明を行い同意を得ている。また、当院の倫理委員会にも承認を得ている。

日本健康・栄養システム学会　第16回九州地方会inSAGA.【2018年11月23日】

演　　題：回復期病棟における管理栄養士の課題～リハ栄養の取り組みを通じて～

演　　者：大田圭要／戸畑リハビリテーション病院 栄養科

【背景】

我が国の人口は減少傾向であり、65歳以上の人口は総人口の約3割に上った。平均寿命は延伸しているが、健康寿命との差が問題となっている。その大きな要因としてフレイル（虚弱）があり、要介護状態、サルコペニアになるリスクを高めている。このような現状もあり平成30年度診療報酬改定で、回復期リハビリテーション病棟の入院基本料1に管理栄養士1名以上の病棟配置が努力義務で追加された。回復期病棟における管理栄養士への期待はますます高まっていると考え、リハビリテーション栄養（以下リハ栄養）を実践し、改善がみられた症例を報告する。

【方法】

平成30年4月から9月末までに当院に入院した患者の中で約120名に入院時の栄養状態の確認と食事内容の説明・調

整、栄養管理計画書の作成、個別献立の作成、リハビリテーション総合実施計画書の作成（栄養関連項目）などを実施した。さらに、主治医、リハビリスタッフ、看護師との連携を取りながら入院栄養食事指導、栄養障害の状態になることが見込まれる患者には週1回以上の栄養状態の再評価と計画見直しを行った。

【結果】

症例：86歳、女性、胸椎圧迫骨折にて入院。入院時から疼痛、環境の変化、偏食などの要因により経口摂取不良（Ene:600kcal/day）が続いていたが、約1か月間の中で食事量、補助食品など嗜好・状態に合わせた食事内容の調整や栄養指導を実施し徐々に改善がみられた（Ene:800~1000kcal/day）。リハビリ活動量もベッドサイドから杖歩行へと改善がみられた。

【結語】

日頃取り組んでいる栄養からみたリハ、リハからみた栄養を多職種で協議・実践していく中でリハ栄養の課題が見えてきた。今後は、低栄養になる前にリスクを見つけ個々人にあった予防・改善的アプローチを考えていく必要がある。また、より質の高い栄養管理のため管理栄養士の病棟専従要件の追加の一助となれるよう、院内外へ情報を発信していきたいと考えている。

第53回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会 (3)　【2018年11月30日～12月1日】

演　　題：第１種高気圧酸素治療装置のストレッチャーにおける胸骨圧迫について

演　　者：白石卓也／戸畑リハビリテーション病院 臨床工学科

共同演者：石丸 茂秀　甲斐 雄多郎　今林和馬　後藤陽次朗　植屋 健太　灘吉進也

戸畑共立病院　臨床工学科

【目的】

第1種装置による高気圧酸素治療（以下ＨＢＯ）は、閉鎖空間という特殊環境下に患者を収容することから、急変時対応が極めて困難となる。そのため、装置から出たあとの対応が重要となり、心停止から早期に良質な胸骨圧迫を開始しなければならない。今回、第1種装置から外に出たあとの胸骨圧迫について検討した。

【方法】

対象、一次救命処置プロバイダーコース修了の６名。対象機種、Ｍｏｄｅｌ２８００Ｊ、３３００ＨＪストレッチャー。胸骨圧迫体位は、床上側胸部法を基準に、ストレッチャー側胸部法と腹部側正中線法とした。胸骨圧迫評価システムを用いて効果判定を行い、その内容（胸骨圧迫の深さ・リズム・リコイル・圧迫位置）について検証した。

【結果】

床上側胸部法は、６名中４名がＳ判定に該当し、ストレッチャー側胸部法と腹部正中線法は６名中６名がC判定であった。ＨＢＯ専用ストレッチャーは、一般的なものより高く、胸骨圧迫の深さが浅くなり、リコイルと圧迫位置に影響を与えることが示唆された。急変時は、早期に良質な胸骨圧迫を開始しなければ救命率が低下することから、ＨＢＯにおいてストレッチャー上を想定した訓練が必要になると示唆された。

日本医療マネジメント学会　第17回九州・山口連合大会　【2018年12月7日～8日】

演　　題：「伺います！おうちまで！～管理栄養士による在宅NSTへの取り組み～」

演　　者：岩山さおり／戸畑リハビリテーション病院 栄養科

共同演者：剣持邦彦

戸畑リハビリテーション病院　内科

【目的】

訪問医療を受けている65歳以上の約7割が栄養状態に問題があると言われている。当院でも約半数の入院患者が低栄養もしくはそのおそれありという現状であり、自宅での栄養管理がうまくいかずに入退院を繰り返すケースも少なくない。そこで入院前後の自宅での栄養管理を強化すべく訪問栄養指導を開始し、継続した栄養ケアを目指しているので報告する。

【方法】

平成29年6月より訪問診察に同行し、医師・看護師等と生活状況、全身状態等の情報共有や栄養補給状況について、また栄養と嚥下状態の両方からアプローチできるよう言語聴覚士とも同行し連携を行った。患者・家族に栄養管理の重要性を説明し、要望や想いに寄り添いながら身近な食材を利用した栄養指導を行った。

【結果】

現在までに3例、のべ17件の介入を行った。

症例1．経口と経管の併用中に脱水と低栄養を来し入院加療。退院後は好きなものが食べられるよう経管栄養の調整を行なった。その後は施設で生活が継続できた。

症例2．経管栄養にて栄養管理中に低Na血症を来した。白湯を市販の清涼飲料水へ変更としたことでNa値は改善し

た。介入継続中である。
症例3. 経口摂取量の低下により高度浮腫・褥瘡を来した。介入により治療が必要と判断され入院加療となった。
【結論】
訪問栄養指導を開始したことで、患者・家族に寄り添いながら栄養改善へ繋げることができている。自宅では栄養剤を「食事」と表現する中で、入院中とは違う対応が必要となり、具体的指導により改善へ繋がった。住み慣れた自宅での生活を長く楽しむためにも介入は必要であり、多職種連携もますます必要であると考える。しかし、訪問栄養指導の認知度は低く、病棟との兼務でもあるため未だ十分に介入できていない。今後は管理栄養士として可能な活動を広報していく必要がある。更に経験を積みながら、「食事に関して相談できる人」になっていきたい。

第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会　【2019年2月14日～15日】
演　　題：「伺います！ご要望あればおうちまで！～管理栄養士による訪問指導～」
演　　者：岩山さおり／戸畑リハビリテーション病院 栄養科
共同演者：剣持邦彦
戸畑共立病院　内科
訪問診察：木村英一（医師）、横山昌子（看護師）
栄養科　山本祐子、荒岡和也、髙木里実、大田圭要（管理栄養士）

【目的】
ある報告によると訪問医療を受けている65歳以上の約7割が栄養状態に問題があると言われている。当院でも約半数の患者様が低栄養もしくはそのおそれありという現状であり、自宅での栄養管理がうまくいかずに入退院を繰り返すケースも少なくない。そこで入院前後の自宅での栄養管理を強化すべく訪問栄養指導を開始し、継続した栄養ケアが出来ているので報告する。
【方法】
平成29年6月より訪問診察に同行し、医師・看護師等と生活状況、全身状態等の情報共有や栄養補給状況について連携を行った。患者・家族に栄養管理の重要性を説明し要望や想いに寄り添いながら身近な食材を利用した栄養指導を行った。
【結果】
現在までに3例、のべ16件の介入を行った。
症例1. 腸瘻造設後、経口と経管の併用中に脱水と低栄養を来し入院加療。退院後は栄養剤を半固形化し好きなものが食べられるよう調整を行なった。その後は施設で生活継続できた。
症例2. 胃瘻造設後、経管栄養にて栄養管理中に低Na血症を来した。食塩追加ではなく、白湯を市販の清涼飲料水へ変更とした。Na値は127.8→132.3mmol/lへ、BMIが14.8→16.2kg/m2へ改善した。介入継続中である。
症例3. 経口摂取量の低下により高度浮腫・褥瘡を来した。介入により入院治療が必要と判断され入院加療となった。
【考察及び結語】
訪問栄養指導を開始したことで、本人・家族に寄り添いながら栄養改善へ繋げることができている。自宅では栄養剤を「食事」と表現する中で、症例2は入院中とは違う対応が必要となり、具体的指導により改善へ繋がった。住み慣れた自宅での生活を長く楽しむためにも介入は必要と考える。しかし、訪問栄養指導の認知度は低く、病棟との兼務でもあるため未だ十分に介入できていない。今後は管理栄養士として可能な活動を広報していく必要がある。更に経験を積みながら、「食事に関して相談できる人」になっていきたい。

第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会　【2019年2月14日～15日】
演　　題：当院の口腔環境に関する調査～知りたい！歯科衛生士に今何が求められているのか～
演　　者：阪本匡子／戸畑リハビリテーション病院 リハビリテーション科 歯科衛生士
共同演者：剣持邦彦[1)]　木村英一[1)]　古田功彦[3)]　中村智子[2)]
1）戸畑リハビリテーション病院　内科、2）同　リハビリテーション科　言語聴覚士、3）戸畑共立病院　歯科医師

【はじめに】
当院では口腔衛生状態の改善や摂食嚥下機能の維持向上を目的に、平成28年6月より1名の歯科衛生士がリハビリテーション科に配属となった。今回歯科衛生士の活動や口腔ケアに対する職員の意識をアンケートによって調査したので、その概要を報告する。
【方法】
のべ336名の看護・介護職員を対象に平成28年6月から平成30年6月の期間、年に1回、計3回のアンケートを実施し、当院の口腔ケアの現状把握、口腔領域への関心などの調査を行なった。

【結果】
主な質問と結果を示す。
「入院中の口腔ケアは必要である」「義歯の確認を行っているか」：どの年度も一貫して高率であった。
「1日に何回口腔内を確認しているか」：1日に1回が78％から33％と低下し、一方3回が3％から26％へと増加した。
「歯牙の動揺確認をしている」：1年目の36％から2年目以降は53％と向上した。
「口腔ケアは負担になっている」：どの年度も40％以上の職員が負担であると感じていた。
「自身の手技に自信がありますか」：90％以上が不安ありと回答。
「自分自身が定期的に歯科受診に行っていますか」：行っている職員は30％未満であった。
【考察】
口腔ケアの重要性は十分に周知されており、口腔内確認への意識の向上も認められた。けれども、口腔ケアは看護・介護の現場では負担になっており、手技においても自信がないまま施行されている事が分かった。多職種との伝達・報告・申し送りに関する業務の改善、NST研修会での講義、口腔ケア製品の紹介・説明などを行うことで変化が見えたが、今後は個人の手技向上にも力を注ぎたい。
【結語】
当院の職員は、口腔ケアは負担に感じているものの入院患者のQOL改善には必須であるとの意識は高い。今後も継続して現状の把握をし、今まで以上にチーム内での連携を行いながら、個人の手技向上へ繋がる実技研修を実施していきたい。

院。針筋電図では明らかな異常なく、MIBG心筋シンチも正常。仮性球麻痺、進行性の大脳萎縮を認め、CBDと診断された。根本的治療法はなく、筋萎縮、構音障害、嚥下障害など症状の進行あり、症状に合わせた理学療法、摂食嚥下療法の介入が必要であったので報告する。

学会等・出張先一覧

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
【4月】	4月 5日	4月7日	剣持　邦彦	医局	第118回日本外科学会定期学術集会		東京都
	4月 5日	4月7日	衛藤　隆一	医局	第118回日本外科学会定期学術集会		東京都
	4月10日		下河邉智久	医局	第61回日本形成外科学会総会・学術集会		福岡市
	4月13日	4月14日	真弓　文仁	医局	第115回日本内科学会総会・講演会		京都府
	4月21日		奥　史佳	医局	第3回福岡県安全運転医療連絡協議会・幹事会		福岡県
	4月21日	4月22日	君原　啓雄	地域連携室	平成30年度日本医療メディエーター協会九州支部 コンフリクト・マネジメント・セミナー(基礎編)		福岡市
	4月21日		渋村　太人	リハビリ科	第3回福岡県安全運転医療連絡協議会		福岡県
	4月21日		大坊　昌代	リハビリ科	第3回福岡県安全運転医療連絡協議会		福岡県
	4月25日		剣持　邦彦	医局	福岡県私設病院協会　4月研修会		福岡市
【5月】	5月16日	5月19日	入江　将之	医局	日本麻酔科学会 第65回学術集会		神奈川県
	5月19日		下河邉智久	医局	第95回北九州久留米二外科会学術講演会		北九州市
	5月19日		下河邉智久	医局	市民公開講座「なぜ放射線治療を受ける患者さまが 増えているのか?」		北九州市
	5月20日		下河邉智久	医局	日医かかりつけ医機能研修制度　平成30年度応用研修会		北九州市
	5月24日		剣持　邦彦	医局	平成30年度第1回病院機能改善支援セミナー		福岡市
	5月24日		福田　省三	事務	平成30年度第1回病院機能改善支援セミナー		福岡市
	5月24日		石飛　妙子	看護部	平成30年度第1回病院機能改善支援セミナー		福岡市
	5月26日		衛藤　隆一	医局	NPO法人日本ホスピス緩和ケア協会九州支部　2018年度支部大会		福岡市
【6月】	6月 2日		剣持　邦彦	医局	福岡県私設病院協会6月研修会 「ダブル改定や未来投資戦略から見える今後の日本の医療介護」		福岡市
	6月14日	6月16日	伊東　威	医局	第23回日本緩和医療学会学術大会・第25回教育セミナー		兵庫県
	6月15日	6月16日	衛藤　隆一	医局	第23回日本緩和医療学会学術大会		兵庫県
	6月15日	6月16日	梶原　由起	看護部	第23回日本緩和医療学会学術大会	演者	兵庫県
	6月16日		剣持　邦彦	医局	第12回日本訪問リハビリテーション協会学術大会in北九州		北九州市
	6月23日		剣持　邦彦	医局	第13回アジアメディカルショー 「『病床稼働率アップの提案』と『有床病医院のM&A』について」		福岡市
	6月27日	6月29日	剣持　邦彦	医局	第54回日本肝癌研究会		福岡県
	6月28日	7月 1日	奥　史佳	医局	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月28日	6月29日	酒見　美幸	医局	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会	演者	福岡市
	6月28日	7月 1日	剣持　邦彦	医局	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月28日		久保　貴照	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月28日	7月 1日	坂本宗一郎	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月28日	6月29日	津々見勇介	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月29日	6月30日	入江　将之	医局	第31回日本疼痛漢方研究会学術集会		東京都
	6月29日	7月 1日	島　一郎	医局	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月29日	6月30日	相良　好洋	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月30日	7月 1日	大坊　昌代	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	6月30日		坂木　祐子	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
【7月】	7月 1日		神代　美里	リハビリ科	第55回日本リハビリテーション医学会学術集会		福岡市
	7月 4日		橋本　光生	医局	CareTex福岡2018		福岡市
	7月 6日		堀　正三	薬剤科	平成30年度日本病院薬剤師会医薬品安全管理責任者等講習会		福岡市
	7月11日	7月13日	衛藤　隆一	医局	第73回消化器外科学会総会		鹿児島県
	7月12日	7月13日	剣持　邦彦	医局	第73回消化器外科学会総会		鹿児島県
	7月18日		剣持　邦彦	医局	福岡県医療勤務環境改善セミナー		福岡市
	7月18日	7月21日	入江　将之	医局	日本ペインクリニック学会第52回大会		東京都

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	7月24日		剣持　邦彦	医局	福岡県私設病院協会7月研修会「高齢社会に適したまちづくりの総合推進について～大誠会グループの取り組みと課題～		福岡市
【8月】	8月 4日	8月5日	奥　史佳	医局	第5回イノベーティブ　リハビリテーション研究会		東京都
	8月25日		剣持　邦彦	医局	第12回県民公開医療シンポジウム「21世紀のメンタルヘルス」		福岡市
	8月28日		剣持　邦彦	医局	福岡県私設病院協会8月研修会		福岡市
【9月】	9月 7日	9月 9日	木村　英一	医局	第24回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術集会		宮城県
	9月 7日	9月 9日	村上　美輝	リハビリ科	第24回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会	演者	宮城県
	9月 8日	9月 9日	衛藤　睦美	事務部	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 8日	9月 9日	宇野さくら	事務部	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 8日	9月 9日	竹本　史子	事務部	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 8日	9月 9日	山本　奈緒	事務部	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 8日	9月 9日	中川　理恵	事務部	日本医療秘書実務学会第9回全国大会		北九州市
	9月 9日		奥　史佳	医局	第44回日本リハビリテーション医学会九州地方会ならびに専門医・認定臨床医生涯教育研修会		大分県
	9月12日	9月14日	剣持　邦彦	医局	医療と介護の総合展～メディカルジャパン東京～		千葉県
	9月15日		剣持　邦彦	医局	第23回PEG・在宅医療学会学術集会		福岡市
	9月21日	9月22日	小坂　美那	看護部	第31回日本サイコオンコロジー学会総会		石川県
	9月25日	9月26日	芦刈　修一	看護部	福岡市ユマニチュード入門コース		福岡市
	9月27日	9月29日	橋本　光生	医局	第20回日本褥瘡学会学術集会		神奈川県
	9月28日	9月29日	山下　永真	リハビリ科	第20回日本褥瘡学会学術集会		神奈川県
	9月29日	9月30日	坂本宗一郎	リハビリ科	日本長期急性期病棟(LTAC)研究会　第6回研究大会		石川県
	9月29日	9月30日	平田　陽子	看護部	日本長期急性期病棟(LTAC)研究会　第6回研究大会		石川県
【10月】	10月 3日	10月 5日	伊東　威	医局	第54回日本移植学会総会		東京都
	10月 6日		入江　将之	医局	第13回神経ブロック手技シンポジウム		大阪府
	10月12日	10月14日	田原　毅	リハビリ科	九州理学療法士・作業療法士合同学会2018in沖縄	演者	沖縄県
	10月13日	10月14日	大坊　昌代	リハビリ科	九州理学療法士・作業療法士合同学会2018in沖縄	演者	沖縄県
	10月13日		剣持　邦彦	医局	第39回北九州リハビリテーション医会・世話人会		北九州市
	10月20日	10月21日	久保　貴照	リハビリ科	第5回日本予防理学療法学会学術大会in福岡	演者	北九州市
【11月】	11月 1日	11月 3日	入江　将之	医局	日本臨床麻酔科学会第38回大会		北九州市
	11月 1日	11月 2日	剣持　邦彦	医局	第26回日本消化器関連学会週間		兵庫県
	11月 5日		剣持　邦彦	医局	九州厚生局と福岡県による集団的個別指導		北九州市
	11月 7日		木村　英一	医局	第14回九州ホスピタルショウ		福岡市
	11月 7日		谷口紀美子	看護部	平成30年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ		福岡市
	11月 7日		小田美由紀	看護部	平成30年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ		福岡市
	11月 7日		大坊　昌代	リハビリ科	平成30年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ		福岡市
	11月 7日		光安　勇太	リハビリ科	平成30年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ		福岡市
	11月 9日		酒見　美幸	医局	第50回日本小児感染症学会総会・学術集会		福岡市
	11月 9日		酒見　美幸	医局	第88回日本感染症学会西日本地方会学術集会・第61回日本感染症学会中日本地方会学術集会・第66回日本化学療法学会西日本支部総会　合同学会		鹿児島県
	11月10日		剣持　邦彦	医局	第29回北部福岡NST研究会		北九州市
	11月10日		落合　秀夫	医局	第46回福岡県産業医学大会		北九州市
	11月16日		大江　春人	医局	第32回日本冠疾患学会学術集会		熊本県
	11月16日		橋本　光生	医局	第20回西日本国際福祉機器展		北九州市
	11月17日	11月18日	髙橋　陽子	医局	第32回日本耳鼻咽喉科学会専門医講習会		福岡市
	11月22日	11月24日	下河邉智久	医局	第80回日本臨床外科学会総会		東京都
	11月22日	11月24日	剣持　邦彦	医局	第80回日本臨床外科学会総会		東京都
	11月22日	11月24日	衛藤　隆一	医局	第80回日本臨床外科学会総会		東京都
	11月23日		大田　圭要	栄養科	日本健康・栄養システム学会　第16回九州地方会in SAGA	演者	佐賀県

	自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
	11月25日		橋本　光生	医局	“Risk Management”が病院経営を変える		福岡市
	11月25日		木村　英一	医局	“Risk Management”が病院経営を変える		福岡市
	11月25日		相良　好洋	リハビリ科	日本ノーリフト協会セミナー「①Starting and Maintaining a Safe Patient Handling Program②腰痛予防とケアの質を考える」		福岡市
	11月29日	12月 2日	白石　卓也	臨床工学科	第53回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会	演者	北海道
【12月】	12月 1日		衛藤　隆一	医局	日本緩和医療学会第2回研修指導者講習会		大阪府
	12月 7日	12月 8日	山本千鶴子	薬剤科	日本医療マネジメント学会第17回九州・山口連合大会		長崎県
	12月 7日	12月 8日	岩山さおり	栄養科	日本医療マネジメント学会第17回九州・山口連合大会	演者	長崎県
	12月 7日	12月 8日	剣持　邦彦	医局	日本医療マネジメント学会第17回九州・山口連合大会		長崎県
	12月 8日	12月 9日	衛藤　隆一	医局	第42回日本死の臨床研究会年次大会		新潟県
	12月 8日	12月 9日	伊藤　由紀	看護部	第42回日本死の臨床研究会年次大会	演者	新潟県
	12月 8日	12月 9日	谷口紀美子	看護部	第42回日本死の臨床研究会年次大会	演者	新潟県
	12月22日		横田　美保	看護部	医療事故・紛争対応中国・四国セミナー		岡山県
【1月】	1月19日	1月20日	伊東　　威	医局	エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座		福岡市
	1月24日		剣持　邦彦	医局	平成30年度予防接種に関する研修会		福岡市
	1月31日		剣持　邦彦	医局	第40回北九州リハビリテーション医会・世話人会		北九州市
【2月】	2月 3日		田崎　道明	事務	社会医療法人の原点と今後の役割を考えるセミナー		東京都
	2月 3日		剣持　邦彦	医局	第45回リハビリテーション医学会九州地方会		福岡県
	2月 9日		落合　秀夫	医局	疼痛緩和のための医療用麻薬適正使用推進講習会		福岡市
	2月14日	2月16日	剣持　邦彦	医局	第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会 第6回慢性期リハビリテーション学会		東京都 埼玉県
	2月14日	2月15日	橋本　光生	医局	第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会		東京都
	2月24日	3月 3日	下河邉智久	医局	2018年度　アメリカ病院事情視察		アメリカ
	2月24日	3月 3日	神代　美里	リハビリ科	2018年度　アメリカ病院事情視察		アメリカ
【3月】	3月 1日	3月 2日	剣持　邦彦	医局	医療事故・紛争対応研究会　第13回年次ｶﾝﾌｧﾚﾝｽin横浜		神奈川県
	3月 1日	3月 2日	田原　　毅	リハビリ科	第3回チッパーフォーラム（シニア版）		沖縄県
	3月 2日		入江　将之	医局	第14回神経ブロック手技シンポジウム		大阪府
	3月 2日	3月 3日	大庭　喜生	資材施設課	平成30年度日本医師会医療情報システム協議会		東京都
	3月 7日		酒見　美幸	医局	日本リハビリテーション医学会認定臨床医試験		東京都
	3月 9日		剣持　邦彦	医局	日本医療マネジメント学会第18回福岡支部学術集会		福岡県
	3月11日		剣持　邦彦	医局	平成30年度病院研修会		福岡市
	3月13日	3月14日	伊東　　威	医局	第5回縁起でもない話をしよう会		鹿児島県
	3月16日		木村　英一	医局	地域包括ケア病棟協会		東京都
	3月19日		剣持　邦彦	医局	福岡県医師会・医療事故調査等支援団体連絡協議会		福岡市
	3月29日	3月31日	真弓　文仁	医局	第83回日本循環器学会学術集会		神奈川県

平成30年度　戸畑リハビリテーション病院　活動報告

●健康フェア　平成30年5月26日(土) 開催　　参加者:125名
テーマ:「身近に潜む脳梗塞」
＜特別講演:講師名＞
「転倒予防体操」:リハビリテーション科主任　久保　貴照
「身近に潜む脳梗塞」:リハビリテーション専門医　奥　史佳

●夏祭り　　平成30年8月18日(土)
＜内容＞山笠演奏、納涼祭

●回復期リハビリテーション病棟・一般病棟の家族交流会(名称:「とばた会」)

開催日	講演内容	講師名
平成30年 5月19日(土)	認知症ケアのコツ	看護師　尾畑　友美
平成30年 6月16日(土)	移動動作、段差昇降の介助方法	作業療法士　渋村　太人
平成30年11月21日(水)	歯磨き講習会「効果的な歯磨きの方法」	歯科衛生士　阪本　匡子

●地域緩和ケア研修会　平成30年10月26日(金)開催　　年に 1 回開催
＜研修内容:講師名＞
・緩和ケアへの紹介について 早期からの緩和ケアを目指して:緩和ケア病棟医師　衛藤　隆一
・人生最終段階における中年期患者の関わり
～援助的コミュニケーションとディグニティセラピーの実践～
:リハビリテーション科主任 久保　貴照

●緩和ケア病棟の遺族会(名称:「きずなの会」)
第7回遺族会　　平成30年6月23日(土)
第8回遺族会　　平成30年11月10日(土)

●平成30年度　日本静脈経腸栄養学会認定　NST専門療法士　臨床実地修練
開催日:9月25日、9月27日、9月28日、10月4日、10月5日

●委託事業

委託先	内容	期間
北九州市	リハビリテーション相談支援モデル事業	平成29年11月～継続中
北九州市	地域リハビリテーション活動支援事業	平成30年5月～継続中

●派遣講師の一覧

日時	氏名	所属	場所	内容	主催
平成30年 6月26日	君原　啓雄	地域連携室	戸畑区役所	リハビリテーション相談支援モデル事業について	戸畑区リハビリテーション連絡協議会 戸畑区区役所保健福祉課
平成30年 8月 7日	君原　啓雄	地域連携室	製鉄記念八幡病院	リハ相談支援モデル事業について	八幡東区リハビリテーション連絡協議会 八幡東区役所保健福祉課
平成30年 9月20日	亀久　美希	地域連携室	戸畑区医師会館	地域連携の会	戸畑医師会
平成30年10月 8日	笠　卓也 山下　永真 穴井　佑資	リハビリテーション科	曲里の松並木公園	八幡西区健康まつり(介護予防・体力測定・講演等)	公社)福岡県理学療法士会

日時	氏名	所属	場所	内容	主催
平成30年11月 6日	原田　直樹 荒岡　和也 小牧　ゆか	リハビリテーション科 栄養科・ 医局	浅生市民センター	H30年度生涯学習市民講座 「秋・冬講座」	北九州市立浅生市民センター
平成30年 9月 3日～ 平成31年 1月 7日	喜田村真梨子	リハビリテーション科	専門学校麻生リハビリテーション大学校	H30年度後期非常勤講師(失語症Ⅱ:6コマ)	専門学校麻生リハビリテーション大学校
平成30年10月26日		5階緩和ケア病棟	戸畑リハビリテーション病院	地域緩和ケア研修会	戸畑リハビリテーション病院
平成30年11月18日	伊東　　威	医局	AIMビル	在宅ホスピスフェスタ北九州2018シンポジウム:パネリスト	北九州緩和ケアネットワーク
平成30年12月13日	大森　　岳	リハビリテーション科	若松区医師会館	「福祉用具の選定」～リハビリの視点から～	若松区役所保健福祉課 (統括支援C)
平成30年12月15日	佐藤　勇樹	リハビリテーション科	ウェル戸畑	認知症の介護する介護に向けた講演会の協力委員	市認知症支援・介護予防センター
平成30年12月16日	中川　理恵	事務	大原学園小倉校	第2回シゴトフェス職業別説明ブース担当(講師)	学校法人大原学園小倉校
平成31年 2月10日	喜田村真梨子 山本万裕子 中村　智子 神代　美里 相良　好洋 藤枝　賢郎 田原　　毅 久々宮真紀 渋村　太人	リハビリテーション科	ウェル戸畑	H30年度「戸畑区高齢社会を考える区民の集い＆リハビリテーションフェア」スタッフ	戸畑区リハビリテーション 連絡協議会

H30年度 実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
看護部	戸畑看護専門学校　老年看護	22名
	戸畑看護専門学校　基礎看護	12名
	美萩野保健衛生学院	36名
リハビリ科	学校法人東筑紫学園　九州栄養福祉大学	理学療法士：2名
	学校法人東筑紫学園　九州栄養福祉大学	作業療法士：1名
	専門学校　麻生リハビリテーション大学校	理学療法士：1名
	北九州リハビリテーション学院	理学療法士：1名
	北九州リハビリテーション学院	作業療法士：1名
事務部　医事課	専門学校　麻生医療福祉＆観光カレッジ	2名
事務部 ドクターズクラーク	専門学校　麻生医療福祉＆観光カレッジ	1名

あやめの里

あやめの里　行動理念と品質方針

平成15年3月15日
施設長　下河邉 勝世

“いのち輝いて、笑顔あふれるふれあいの里”

あ 暖かく質の高いケアを提供します。

1　インフォームドコンセントを重んじ、納得のいく説明と同意に努めます。
2　身体的のみならず、精神面にも配慮した全人的ケアに努めます。
3　在宅復帰を目指し、ひとりひとりの状態や段階に適切なケアプランの立案に努めます。
4　各分野の専門職員がチームを組んで問題解決にあたります。
5　人としての誇りと尊厳を大切にし、身体拘束をしないケアを実践します。

や 優しく、丁寧なリハビリテーションを行います。

6　リハビリテーションスタッフの充実を図り、個人に応じた専門的リハビリテーションを行います。
7　全ての職員がQOL向上の為、生活リハビリテーションにかかわります。

め めきめきと元気がでる、おいしいお食事をお楽しみ下さい。

8　五感で楽しめる食事、季節感を取り入れたメニューを重視します。
9　可能な限り個人の要望に応えたメニューに努めます。
10　食品衛生を第一にします。

の のびのびと自分らしい生活、個性を大事にします。

11　レットミー　ディサイド（自己決定）を尊重します。
12　できる限り個人の特性・事情に配慮し、個別的な対応を致します。
13　癒しの環境の整備に努めます。

さ サービスの向上をめざして、常に自己研鑽に努めます。

14　更なる利用者の高いニーズに答えるために、品質マネージメントシステムを絶えず改善・進歩させることに努めます。
15　毎年ひとつ、すべての職員が自己研鑽の課題を設定し、取り組みます。

と ともに手を繋ごう、高齢者とその家族、ボランティア、職員、地域の和。

16　ご利用者、ご家族と良いコミュニケーションをとり、ケアプランを共有しお互い納得のいくケアやリハビリを行います。
17　地域ケアの中核施設として、医療福祉施設及び地域の皆様との連携、交流に努めます。

平成30年度　年報

施設長　下河邉　勝世

平成 30 年度は、年度目標として、1. 真価～基本（介護報酬改定に伴い、老健の本来機能を再認識する）　2. 深化～充実（サービスのグレードアップを図る）　3. 進化～発展（独自の工夫と改善）を掲げた。

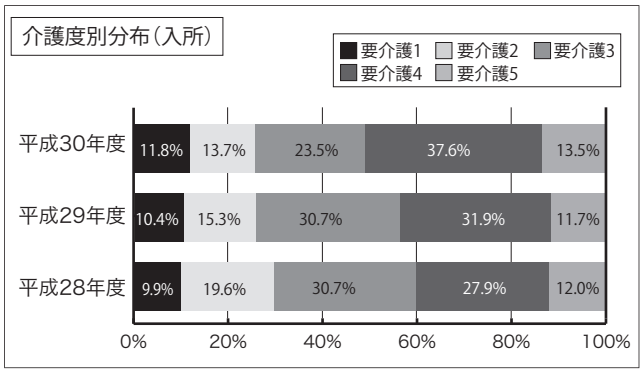
4 月には、介護報酬改定が行われ、これまで在宅復帰率のみを基準として、在宅強化型、加算型、従来型の 3 型に分けられていたのが、①在宅復帰率②ベッド回転率③入所前後訪問指導割合④退所前後訪問指導割合⑤居宅サービス実施数⑥リハ専門職配置割合⑦支援相談員配置割合⑧要介護 4・5 割合⑨喀痰吸引実施割合⑩経管栄養実施割合の十項目を点数化し、その合計で①超強化型②在宅強化型③加算型④基本型⑤その他型の 5 類型となった。10 項目を、それぞれ高得点で満たせば、高類型を獲得でき、老健本来機能を発揮できるとともに、収益のアップに繋がるのである。当初加算型であったが、6 月から在宅強化型となり、7 月からは超強化型となり、現在まで維持できている。超強化型を維持するには、老健全職種の意欲と連携が大切と思われる。また各職種が各々の職務をきっちりと果たさなければ達成できないので、今回の改定は施設の年度目標 1. 真価とも合致し、老健の本来機能を再認識し、各々の仕事への取組みを考え直す良いきっかけとなった。

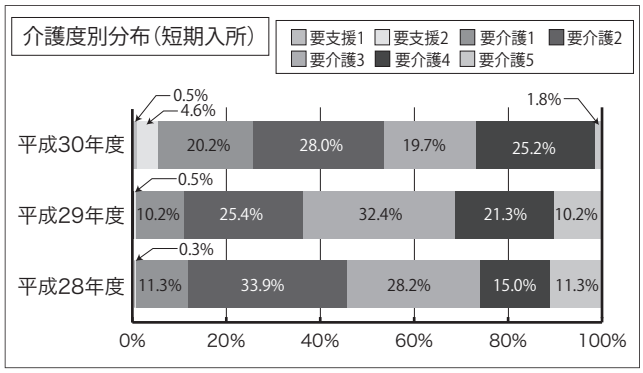
ただ、慢性的な人手不足は続いており、特に介護職と厨房関連に顕著である。入所者の高齢化・重度化は年々進んでおり、以前は見なかった何度も繰り返す肺炎、心不全の急性増悪、末期癌、重度認知症など看・介護の負担は大きくなるばかりである。しかしその中でも、年度目標 2. 深化の努力は続けられたと思う。病院とは違い、より“お家”に近い環境の整備に努めた。ベランダの花壇や野菜畑を整備し、花や野菜の成長を楽しみ、野菜の収穫、調理まで楽しんでいただけた。コンビニの訪問販売も取入れ、自由に買い物行けない方には大変喜ばれた。認知症に対しては、“ユマニチュードケア”の勉強会と実践が進められた。ホームページの充実も図られたが、これについては今の時代に大事な情報発信手段であり、今後大いに改善工夫の必要があると考えている。年度目標 3. 進化は介護職の身体的負担軽減のため、ロボットスーツ着用実験を行ったが、まだ実用段階には至っていない。床走行式リフトは、使用説明会を数度行い日常の介護に活かせている。また、各職種ごとに“ 5 S”活動による職場環境改善を図った。メディカルフィットネスと共催の“脳はつらつ教室は、1 クール 3 か月で継続できており、介護予防・認知症予防に多少とも貢献できていると思われる。

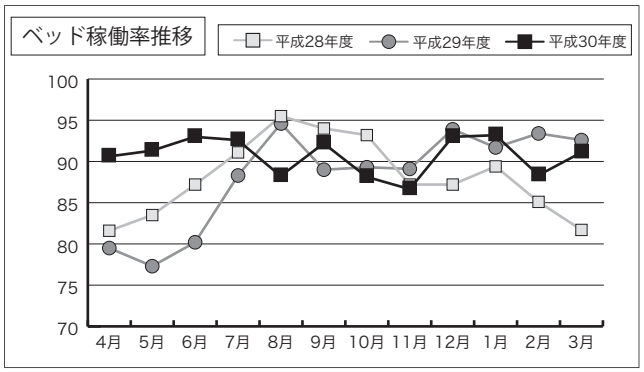
地域の皆様が、住み慣れた所で生涯にわたって安心安全に笑顔で過ごすことができる、地域包括ケアシステムの一角を担う施設として、今後も改善を重ね、更なる進化を目指したい。

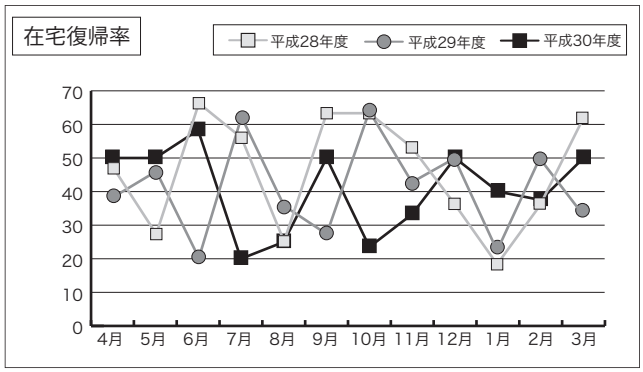
平成30年度　利用状況

	入所人数	退所人数	入所延件数	短期入所人数	短期退所人数	短期延件数	合計延件数	平均在所日数（入所）	平均在所日数（短期）	平均在所日数（入所+短期）	平均年齢	平均介護度	ベッド稼働率	在宅復帰率
4月	6	6	2,642	17	17	84	2,726	440.3	8.0	118.5	86.9	3.157	90.9	50.0
5月	8	9	2,713	18	16	128	2,841	319.2	10.3	111.4	85.0	3.248	91.6	50.0
6月	14	12	2,586	28	28	212	2,798	198.9	8.8	68.2	86.6	3.168	93.3	58.3
7月	7	11	2,729	29	28	152	2,881	303.2	11.7	76.8	84.3	3.250	92.9	20.0
8月	14	10	2,643	19	21	99	2,742	220.3	8.0	85.7	87.1	3.148	88.5	25.0
9月	8	12	2,661	24	24	113	2,774	266.1	7.2	81.6	86.9	3.076	92.5	50.0
10月	12	17	2,595	23	23	146	2,741	179.0	8.9	73.1	87.9	3.121	88.4	23.5
11月	11	4	2,503	22	24	104	2,607	333.7	6.1	85.5	87.6	3.130	86.9	33.3
12月	11	7	2,795	22	18	98	2,893	310.6	8.0	99.8	88.0	3.155	93.3	50.0
1月	5	11	2,743	27	30	157	2,900	342.9	8.1	79.5	87.9	3.143	93.5	40.0
2月	12	12	2,376	21	21	104	2,480	198.0	6.6	75.2	87.4	3.171	88.6	37.5
3月	14	12	2,681	33	33	151	2,832	206.2	8.0	61.6	87.4	3.074	91.4	50.0
年間	122	123	31,667	283	283	1,548	33,215	276.5	8.3	84.7	86.9	3.153	91.0	40.6
	（人）	（人）	（件）	（人）	（人）	（件）	（件）	（日）	（日）	（日）	（歳）		（%）	（%）



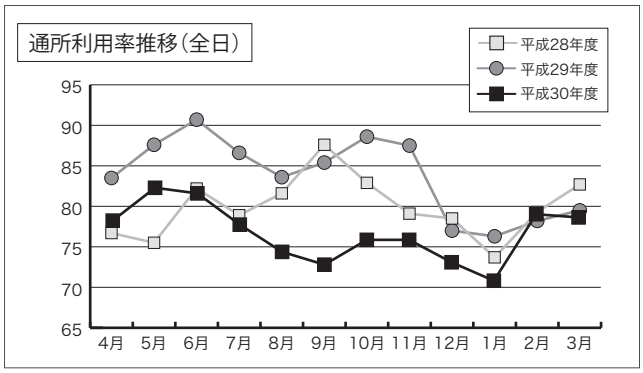


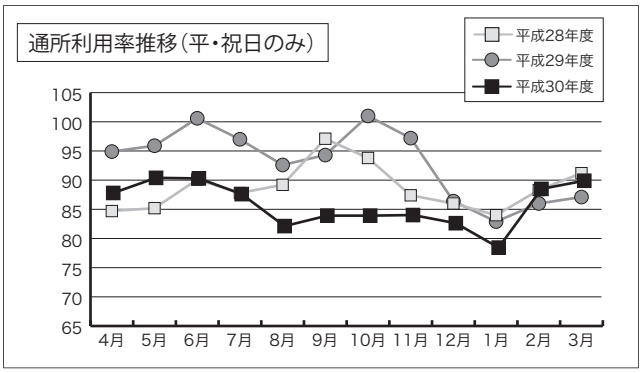




平成30年度　通所リハビリテーション利用状況

	営業日	予防給付者延件数	介護給付者延件数	総延件数	1日平均通所者数		利用率（稼働率）	
					全日	平・祝日のみ	全日	平・祝日のみ
4月	30	192	743	935	31.2	35.0	78.1	87.7
5月	31	190	809	999	32.9	36.1	82.2	90.3
6月	30	197	787	984	32.6	36.1	81.5	90.2
7月	31	174	774	948	31.0	35.0	77.6	87.5
8月	31	187	748	935	29.7	32.8	74.2	82.0
9月	30	177	714	891	29.0	33.5	72.6	83.8
10月	31	188	770	958	30.2	33.5	75.7	83.8
11月	30	181	745	926	30.2	33.5	75.7	83.9
12月	31	186	739	925	29.1	33.0	72.9	82.5
1月	31	171	726	897	28.2	31.3	70.6	78.3
2月	28	177	725	902	31.6	35.4	78.9	88.4
3月	31	184	810	994	31.4	35.9	78.5	89.8
年間	365	2204	9090	11294	30.6	34.3	76.5	85.7
	（日）	（件）	（件）	（件）	（人）	（人）	（%）	（%）





平成30年度　リハビリテーション実施状況

	入所		短期	通所				
	短期集中加算	認知症短期集中加算	個別加算	短期集中個別リハビリ実施加算	マネジメント加算Ⅰ	マネジメント加算Ⅱ	生活行為向上リハビリ加算	運動器機能向上加算
4月	446	43	38	39	79	20	0	28
5月	397	56	50	45	80	20	0	29
6月	479	112	80	64	77	25	0	28
7月	512	107	71	90	79	23	0	27
8月	581	97	62	84	75	23	0	29
9月	545	59	73	46	72	21	0	27
10月	526	46	59	42	75	21	0	28
11月	558	22	50	44	80	22	0	28
12月	561	22	46	63	80	22	0	27
1月	463	10	72	76	80	21	0	28
2月	443	35	54	84	82	23	0	28
3月	609	25	62	106	84	28	0	26
年間	6,120	634	717	783	943	269	0	333
	（件）	（件）	（件）	（件）	（人）	（人）	（人）	（件）

学会発表等

学　会　名	演　題　名	発　表　者
第38回 全国デイ・ケア研究大会2018 inつくば	自分でやりたい！ ～リハビリ会議を通して、役割の再構築へのアプローチ～	作業療法士　杉本　淳子
平成30年度 北九州ブロック介護老人保健施設協会 合同研修大会	超強化型老健を目指して ～在宅復帰支援チームを立ち上げて～	事　務　宮井　雅博

講師派遣等

日　付	部　署	氏　名	講演名	場　所
2018年　6月 3日	リハビリ科	都甲　幹太	福岡県作業療法協会　「地域ケア会議に向けた研修会」	福岡市
2018年　6月24日	リハビリ科	都甲　幹太	福岡県作業療法協会　「認知症アップデート研修会」	飯塚市
2018年　7月14日	リハビリ科	志田啓太郎	福祉用具専門相談員研修	中間市
2018年　7月20日	リハビリ科	都甲　幹太	山口県介護支援専門員協会 施設ケアマネジメントの基本の「き」研修会①	山口市
2018年　7月22日	リハビリ科	都甲　幹太	福岡県作業療法協会　「生活行為向上マネジメント　基礎研修」	飯塚市
2018年　7月29日	リハビリ科	都甲　幹太	全国デイ・ケア協会　「生活行為向上リハビリテーション研修会」	福岡市
2018年　8月 3日	リハビリ科	都甲　幹太	山口県介護支援専門員協会 施設ケアマネジメントの基本の「き」研修会②	山口市
2018年　9月 2日	リハビリ科	都甲　幹太	福岡県作業療法協会　「地域ケア会議に関する研修会【北九州】」	北九州市
2018年　9月15日	リハビリ科	志田啓太郎	福岡県理学療法士会　「管理者研修会」	北九州市
2018年　9月16日	リハビリ科	都甲　幹太	茨城県作業療法士協会　「現職者選択研修(老年期)」	茨城県
2018年　9月20日	リハビリ科	都甲　幹太	全国老人保健施設協会　認知症ケア研修会 ～認知症短期集中リハビリテーション研修認知症ケア研修会(医師対象)	大阪市
2018年　9月29日	リハビリ科	都甲　幹太	全国老人保健施設協会 職員基礎研修会・中堅職員研修会	大阪市
2018年 10月14日	リハビリ科	都甲　幹太	福岡県作業療法協会　「生活行為向上マネジメント　基礎研修」	北九州市
2018年 10月18日	リハビリ科	志田啓太郎	地域ケア会議アドバイザー派遣事業	宗像市
2018年 10月20日	リハビリ科	志田啓太郎	北九州ブロック介護老人保健施設協会 第2回研修大会2018　研究発表第1部座長	北九州市
2018年 10月20日	リハビリ科	志田啓太郎	福祉用具専門相談員研修	中間市
2018年 11月15日	リハビリ科	志田啓太郎	地域ケア会議アドバイザー派遣事業	宗像市
2018年 11月27日	リハビリ科	志田啓太郎	介護保険関連施設等従事者研修会	福岡市
2018年 12月 1日	リハビリ科	都甲　幹太	広島都市学園大学　実習指導者会議　「MDLPを用いた実習の進め方」	広島市
2018年 12月 8日	リハビリ科	都甲　幹太	北九州市認知症介護予防センター 「認知症の人の生活をしやすくするコツ」	北九州市
2018年 12月15日	リハビリ科	都甲　幹太	福岡県作業療法協会　「認知症アップデート研修会」	北九州市
2018年 12月20日	リハビリ科	志田啓太郎	地域ケア会議アドバイザー派遣事業	宗像市
2019年　2月 1日	リハビリ科	都甲　幹太	鳥栖地域リハビリテーション研修会 「自立支援をするための生活課題の捉え方」	鳥栖市
2019年　2月 3日	リハビリ科	都甲　幹太	福岡県作業療法協会　「MTDLP　事例発表会」	北九州市
2019年　2月 6日	リハビリ科	都甲　幹太	北九州市認知症介護予防センター　「認知症介護教室」	北九州市
2019年　2月10日	リハビリ科	志田啓太郎	平成30年度介護予防推進リーダーステップアップ研修会	北九州市
2019年　2月11日	リハビリ科	都甲　幹太	山口県介護支援専門員協会　「施設ケアプランの書き方　研修会」	山口市
2019年　3月 4日	リハビリ科	都甲　幹太	佐賀県杵藤地区　地域リハビリテーション研修会 「自立支援をするための生活課題の捉え方」	佐賀県

あやめの里　沿革

平成８年８月１日	あやめの里　開設 通所リハビリテーション　30名定員（土日祝日、年末・年始休み） 入所100床（稼働　2階療養棟　38床）
平成８年８月１２日	入所（稼働　3階療養棟　36床）
平成８年９月１０日	入所（稼働　4階療養棟　26床）
平成８年９月１２日	開設以来　入所50名に達する
平成９年８月９日	通所リハビリテーション　土曜日の営業開始
平成９年１１月１日	通所リハビリテーション　40名定員に変更
平成１０年７月２０日	通所リハビリテーション　祝日の営業開始
平成１０年１２月３０日	通所リハビリテーション　12月30日の営業開始
平成１１年６月６日	通所リハビリテーション　日曜日の営業開始
平成１１年１２月３１日	通所リハビリテーション　365日営業開始
平成１４年７月３１日	ISO9001：2000取得

あやめの里　概要

名称
介護老人保健施設　あやめの里

所在地
〒804－0092
福岡県北九州市戸畑区小芝2丁目4番18号
TEL　093－871－5902　　FAX　093－871－5904

開設
平成8年8月

療養棟：100床（2階療養棟38床、3階療養棟36床、4階療養棟26床）
部屋数：37室（特別室2室、個室4室、2人部屋15室、4人部屋16室）

利用可能サービス：

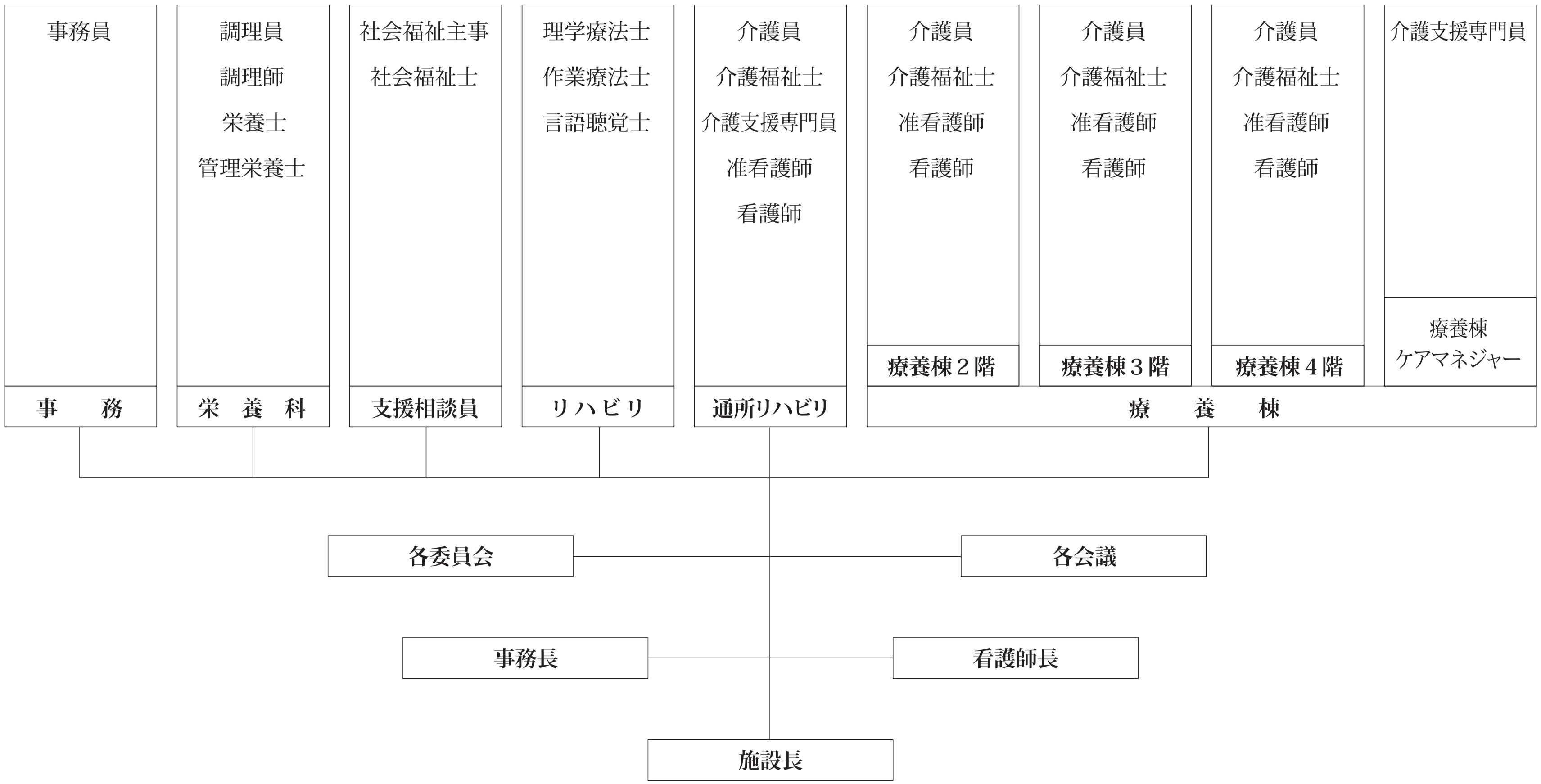
■入所
対象：要介護1～5
定員：入所・短期入所含め100名

■短期入所（ショートスティ）
対象：要支援1・2、要介護1～5
定員：入所・短期入所含め100名

■通所リハビリテーション（デイケア）
対象：要支援1・2、要介護1～5
定員：40名／日（365日営業）

介護老人保健施設　あやめの里　組織図

H30.05.01　改定



＜各委員会組織＞

- 施設サービス改善委員会
- リスクマネジメント委員会
  - 事故対策担当、インシデント担当、防災対策・個人情報保護担当
  - 苦情対応・身体拘束・高齢者虐待防止担当
- アクティビティ委員会
  イベント担当、アクティビティ担当、園芸担当
- ケアマネジメント委員会
  ケアマネジメント担当、栄養ケア・褥瘡対策担当
- 総合教育委員会
  総合教育担当、認知症ケア担当
- 感染対策・予防委員会
- 広報委員会

＜各会議＞

- 施設運営会議
- 品質評価会議
- 入退所調整会議
- チーム在宅復帰カンファレンス

学術業績（学会発表）

デイケア研究大会2018【2018年7月13日】

演　　題:自分でやりたい!〜リハビリ会議を通して、役割の再構築へのアプローチ〜

演　　者:杉本淳子／介護老人保健施設あやめの里

【目的】

A氏は心身機能の低下によって独居生活が困難となり家族と同居することになった。家事を全て家族が行うようになり自宅での役割が無くなってしまったA氏は「家にいても何もさせてもらえないなら施設に入りたい」と発言するようになった。リハビリ会議を通してA氏と家族の想いを伝え合う場を設け、A氏の役割の再構築と在宅生活の質の向上を図る取り組みを行ったため報告する。

【方法】

A氏は80歳代後半の女性。掃除と外出が趣味の明るい方だが、加齢に伴う心身機能の低下により家族は体力と転倒への不安を考慮して家事を全て行っていた。A氏は自分で家事をしたい気持ちが強く、役割が無くなったことでストレスが溜まり施設入所を考えていた。リハビリ会議を通してA氏と家族の想いを伝え合い、A氏は①掃除機をかけたい②洗濯物を干したい③おしゃれや買い物を楽しみたいという3つの希望を伝え、それに対して家族は「良かれと思って家事をしていたがそこまで思い詰めていると知らなかった。安全に出来て身体がきつくないのなら構わない」という折衷点が見つかった。通所リハでは安全な動作の検討と身体機能訓練、自宅の環境調整を行った。A氏は自宅内を固定式歩行器歩行で移動していたが、固定式歩行器で移動しながらの掃除は転倒リスクや疲労しやすさを考慮すると現実的ではなく、疲労状態では家事への意欲も向上しなかったため車いす移動を併用するよう調整した。掃除機をかけたいという希望は、掃除機の重さやコードが車椅子に引っかかり持ち運びが困難であったため、代替え案として長柄のシート付モップでの床掃除を提案した。リハビリの際に車椅子で場所を移動しながら長柄のモップを使う練習をし、その様子を写真に撮ってリハビリ会議の場で家族に伝えて実際に自宅内での動作や掃除場所を家族と確認した。洗濯物干しと買い物の希望に関しては、移乗動作と座位バランスの安定を図るため、通所リハと通所介護利用時に椅子座位で過ごすように統一して移乗する機会を増やした。

【結果】

リハビリ会議でA氏の能力の伝達と家族の不安への対処を繰り返し行ったことで、長柄のモップでの床掃除と家族との外出が実現した。また、本人より「家族の仕事の帰りが遅いため夕飯準備を手伝いたい」という希望があり、リハビリ会議の場で提案して内容を決め、現在は米を研いで炊飯器をセットすることが出来るようになった。洗濯物干しはまだ目標未達成だがA氏は施設入所の話をしなくなり「今が一番楽しい」笑顔で言われている。

【考察】

リハビリ会議を行ってA氏と家族が気持ちを明確に伝え合い、本人に関わる各サービス担当者が共通の意識で支援したことがA氏の役割の再構築と楽しみの再獲得に繋がったと考える。A氏の心身機能・家事動作の評価と予後予測をリハビリ職員が行って通所リハ・通所介護間で継続した訓練を提供したことで、より早く動作能力の改善が見られたと考える。また、A氏のしたいことを家族が不安なく任せられるようになったことがA氏の喜びと生きがいにつながり在宅生活を継続していけるきっかけになったと考える。

【まとめ】

加齢に伴い家族と同居をする方は多いが、心身機能の低下や家族の配慮によって活動性が低下したり役割をなくしてしまうことがある。サービス提供者は情報を共有して、本人と家族のお互いの想いを尊重しあった暮らし方を共に見つける支援をすることが大切だと感じた。

学会等・出張先一覧

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
5月24日	5月25日	谷　美奈	療養棟	第19回九州ブロック介護老人保健施設大会	演者	福岡県
5月24日	5月25日	花田　礼香	栄養科	第19回九州ブロック介護老人保健施設大会	演者	福岡県
6月14日	6月16日	下河邉勝世	施設長	第60回日本老年医学会総会学術集会		京都府
7月13日	7月14日	杉本　淳子	リハビリ科	第38回全国デイ・ケア研究大会2018inつくば	演者	茨城県
10月11日	10月14日	下河邉勝世	施設長	第37回日本認知症学会学術集会		北海道
1月28日		下河邉勝世	施設長	平成30年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修・ 福岡県認知症医療センター第14回研修会		福岡市
3月15日		下河邉勝世	施設長	福岡県介護老人保健施設協会　平成30年度第1回臨時社員総会		福岡市

H30年度実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
看護・介護	北九州市戸畑看護専門学校	35名
	美萩野保健衛生学院	46名
	麻生医療福祉＆観光カレッジ	4名
	折尾愛真高等学校	2名
	東筑紫短期大学	2名
	北九州福祉サービス株式会社	3名
リハビリ科	学校法人東筑紫学園　九州栄養福祉大学	理学療法士：8名
	北九州リハビリテーション学院	理学療法士：2名
	小倉リハビリテーション学院	理学療法士：4名
	広島都市学園大学	作業療法士：1名

健診センター

戸畑共立病院健診センター

戸畑共立病院健診センター長　江口　俊郎

平成30年度は、当センターにとりましては“変革の年”となりました。平成30年6月1日付で「とばたクリニック」は戸畑共立病院へ併合となり「戸畑共立病院健診センター」と名称変更致しました。さらに、健診部門は旧とばたクリニック2階に移設し、1階には『小児科・小児外科』を新設致しました。移設に伴う改修工事の際には、健診受診の皆様に大変ご迷惑をお掛け致しました。お詫び申し上げます。

平成30年度の実績は、年間健診総数6,996件と前年と比較しやや減少に転じています。（表1：H25～30年度 健診件数推移を参照）減少の要因としては、健診センターが2階に移設となり一時的に健診受け入れ人数が減少したことや戸畑共立病院との併合を機に北九州市の子宮頸がん検診実施が取り下げとなり、市の子宮がん検診と合わせて実施していた乳がん検診や特定健診が減少した為と考えます。（表2：H26～30年度 乳がん・子宮がん検診総数）及び（表3：H26～30年度 北九州市乳がん・子宮(頸)がん検診数）

また、今年度より戸畑共立病院本館で行っておりました労災二次健診を当健診センターが行うこととなり、11月中旬より40件の労災二次健診を実施いたしました。労災二次健診は労働安全衛生法に基づく定期健診（一次健診）で①血圧検査②血中脂質検査③血糖検査④腹囲の検査またはBMI（肥満度）の測定のすべてが異常値の場合に給付を受けることができます。高血圧・脂質異常症・糖尿病・肥満の4項目が合併することは、死の四重奏ともいわれ、冠動脈疾患を起こしやすい状態と言えます。労災二次健診では心エコー・頸動脈エコー・採血検査等で心筋梗塞や脳梗塞のリスク評価とそれを予防するための特定保健指導を医師が行います。

他に、本年度の新たな取り組みとしましては、昨年末より『運転従事者脳MRI健診』を実施しております。運転従事者脳MRI健診は、国土交通省の「自動車運送業者における脳血管疾患対策ガイドライン」に従い、運転中の脳血管疾患を予防する事を目的として行われます。中でも、突然発症するくも膜下出血の要因となる危険な未破裂脳動脈瘤は、通常、脳MRI検査以外では発見できないことから国土交通省は、運転従事者MRI健診を積極的に勧めております。MRI健診は10月～12月に26名に実施し、このうちに未破裂脳動脈瘤2例を含む要精査3例を認めております。本健診は、2019年度に入って健診希望(会社)数を伸ばしています。昨今の突発事故の増加は社会問題にもなっており、今後も健診件数の増加を見込んでおります。

最後に、今後の展望といたしましては、外国人労働者の増加や海外からの観光客による医療のインバウンドなど、外国人に対する健康診断の受け入れ体制も整えていきたいと思います。時代の流れに合わせた健診を提供できるように今後も努力して参りたいと思います。

表1： H25～30年度 健診件数 推移

年度別	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
一般健診（企業健診・政府管掌など）	4,127	5,018	6,132	6,224	5,974	6,025
特定健診	464	519	721	535	516	469
公害（喘息）	109	114	104	99	107	91
ドック	242	275	362	460	419	411
合　計	4,987	5,926	7,319	7,318	7,016	6,996

労災二次健診（再掲）	40
運転従事者脳ＭＲＩ健診（再掲）	26

表2：H26～30年度　　乳がん・子宮がん検診総数

	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
乳がん検診(市含む)	３１２件	８５４件	９０５件	８００件	701件
子宮がん検診(同上)	２９１件	５８９件	５９２件	７１４件	４４９件

※平成３０年度（6月）より、北九州市子宮頸がん検診の実施取り下げとなる。

表3：H29～30年度　　北九州市 乳がん・子宮（頸）がん検診数

	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
乳がん検診	１７０件	５０５件	３５１件	３２０件	２５８件
子宮（頸）がん検診	２５件	３１８件	２３０件	３１１件	１７件

※市子宮がん検診はH26年9月より開始、市乳がん検診はH26年10月より開始
※平成２９年度：市子宮がん・乳がん検診を同時受診されている方、２０７名でした。

学会等・出張先一覧

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
8月30日	9月 1日	江口　俊郎	医局	第59回日本人間ドック学会学術大会・ 2018年第2回人間ドック健診専門医研修会		新潟県
11月 2日	11月 4日	長谷川千絵	医局	第33回日本女性医学会学術集会		岐阜県
11月23日	11月24日	長谷川千絵	医局	第28回日本乳癌検診学会学術総会		大阪府
2月28日		橋本　理恵	健診センター	全国健康保険協会管掌健康保険特定保健指導実施委託機関事務 打ち合わせ会議		福岡市
3月19日		川邊　圭子	健診センター	特定保健指導従事者研修会		福岡市
3月19日		西村まどか	健診センター	特定保健指導従事者研修会		福岡市

明治町クリニック

超高齢化時代にドクターR（Gでなく、令和でもなく、老）の出番はありか？

明治町クリニック　院長　佐々木　英

令和を迎え皆様ご健勝のことと存じます。

平成30年度の振り返りと外来、訪問診療におけるご報告です。

明治町クリニックの平成30年度の月平均のべ患者数は849人で29年度（827人）に比し22人の増加でした。初診患者数は月2人減少していましたが、昨年まで月130～150の経年的減少にようやく歯止めがかかりました。

一方、のべ訪問診察（在宅患者）患者数は56.9人と29年度（62.2人）に比し約5人の減少がみられました。実患者数は月平均35.5人で29年度（35.4人）と変わりなく、これは重症者（緩和ケアなど）の減少が考えられました。外来患者数の増加をめざしては、患者数の多い整形外科や外科系患者さんに内科疾患の併診を勧め、出来るだけ他科との曜日を合わせ、外来患者数の減少を防ぎました。高齢患者さんが多いため、リハビリ（理学療法）も増加しています。併設している住宅型有料老人ホーム「サンセリテ明治町」に入所している患者さんも次々に高齢化が進み、思わぬ急性疾患で、24時間連携している戸畑共立病院救急外来にお願いすることがしばしばありました。手厚い加療にて、また元気で再入所されます。戸畑共立病院、戸畑リハビリテーション病院には感謝、感謝です。

訪問診療に関しては、全施設（戸畑リハ、小児科、明治町）合計で55～60人の患者さんがいます。戸畑リハビリテーション病院での緩和ケア医療が確立し、重症患者（緩和ケアなど）さんを引き受けていただき、また当施設で在宅医療が困難となったとき、緩和ケア病棟の存在で、家族などへのＩＣが大変楽になっています。

明治町クリニックでは30人弱の訪問患者がいます。慢性疾患、超高齢者（100歳越え）、施設入所者をターゲットとしており、訪問診療者数の半数以上を施設入所者が占めてきました。ただ看取りに重要な役割を果たしている訪問看護が利用できる施設が限定されており、施設サービス系の特別養護老人ホーム（特老）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設は利用ができません。居宅系サービスでも、サービス付き高齢者住宅では常勤看護師が配置されており、看取りを経験していない施設も多く、老衰死に近い状態の方でもしばしば救急搬送されてしまいます。

施設看取りを増やす意味でも、まず身近でと、住宅型有料老人ホーム「サンセリテ明治町」で今年になり2件の看取りが出来ました。外来患者さんであり、介護系（ＣＭなど）が同一施設内で、連携がうまく取れたこともありました。

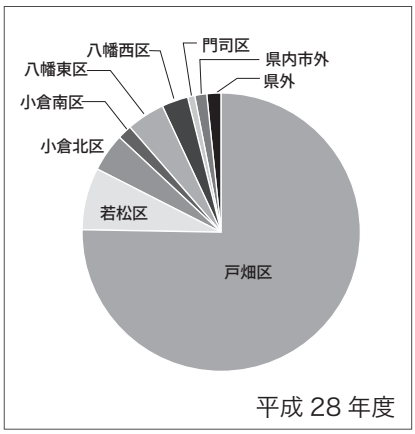
お1人は100歳に近い患者さんで、子供さん方もご高齢で、それぞれ疾患（癌・膝関節術後など）を抱えておられ、施設に来られるのも大変な状況でした。この方は老衰に近い状態で静かにお亡くなりになりました。2040年問題（多死時代）を見るようでしたが、今後施設看取りを増やすことが重要のようです。ただ在宅医療で高名な長尾和宏氏は在宅療養支援診療所制度の柱の一つは「24時間365日対応」であり、昨今の働き方改革の視点からは4人の常勤医を確保しなければといけないといわれています。また在宅医の高齢化も進んでおり、若い医師の多くは夜間対応を嫌う（全てではありませんが）傾向にあるようです。昔、病院に住み込むようにして、昼夜の区別なく馬車馬のように働き、そんな過酷な状況を生き抜いた奴隷世代が今、この国の在宅医療の土台になっているとものべられています。私(ドクターR)は最近は多くありませんが、在宅にて重症患者がいれば、ビールを我慢し、携帯が鳴れば目が覚め、白衣を着るのが億劫でない習慣は少し残存しているように思います?。また同年代の訪問医療看護師（ナースR）の努力にも感謝しているところです。

当クリニック外来では、整形外科、外科、内科のベテラン医師（ドクターＲｓ）と経験豊富な看護師で超高齢化時代を乗り切るべき努力をしています。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

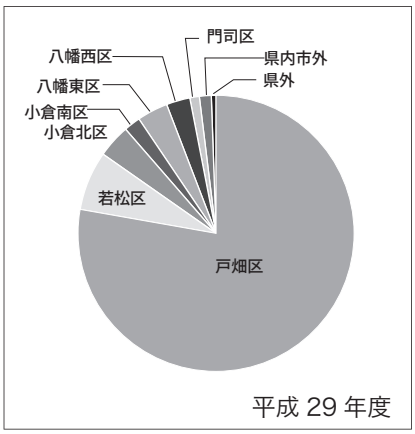
統計資料

1−1. 地域別外来実患者数

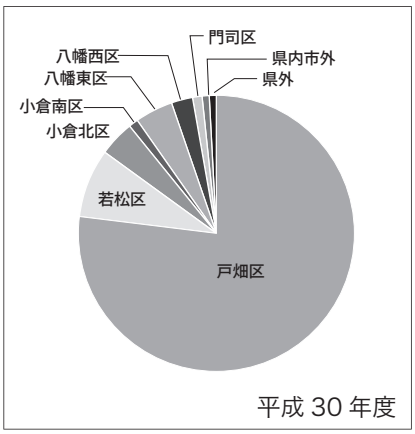
	平成２８年度		平成２９年度		平成３０年度	
地　　区	実患者数	構成比	実患者数	構成比	実患者数	構成比
戸畑区	914	75.41%	897	78.00%	870	77.13%
西戸畑	305	25.17%	326	28.35%	298	26.42%
戸畑駅前	101	8.33%	103	8.96%	89	7.89%
沖台	63	5.20%	59	5.13%	56	4.96%
浅生	83	6.85%	74	6.43%	77	6.83%
三六・天神	34	2.81%	35	3.04%	34	3.01%
小芝・沢見	31	2.56%	28	2.43%	30	2.66%
天籟寺	23	1.90%	27	2.35%	23	2.04%
中原	28	2.31%	30	2.61%	29	2.57%
一枝	26	2.15%	25	2.17%	21	1.86%
牧山	125	10.31%	116	10.09%	107	9.49%
菅原	26	2.15%	28	2.43%	25	2.22%
鞘ヶ谷	43	3.55%	34	2.96%	38	3.37%
その他	26	2.15%	12	1.04%	43	3.81%
若松区	89	7.34%	79	6.87%	90	7.98%
小倉北区	54	4.46%	45	3.91%	48	4.26%
小倉南区	20	1.65%	22	1.91%	13	1.15%
八幡東区	52	4.29%	42	3.65%	48	4.26%
八幡西区	36	2.97%	31	2.70%	28	2.48%
門司区	11	0.91%	12	1.04%	13	1.15%
遠賀郡	6	0.50%	5	0.43%	2	0.18%
中間市	3	0.25%	1	0.09%	0	0.00%
直方市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
福岡市	3	0.25%	3	0.26%	1	0.09%
京都郡	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
久留米市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他県内	7	0.58%	8	0.70%	6	0.53%
山口県	4	0.33%	4	0.35%	4	0.35%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	1	0.08%	0	0.00%	0	0.00%
大分県	1	0.08%	1	0.09%	1	0.09%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	11	0.91%	0	0.00%	4	0.35%
合　　計	1,212	100.00%	1,150	100.00%	1,128	100.00%



平成 28 年度



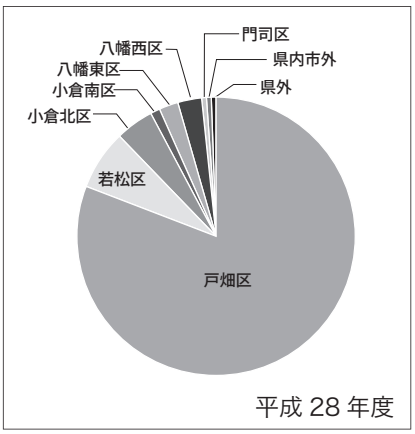
平成 29 年度



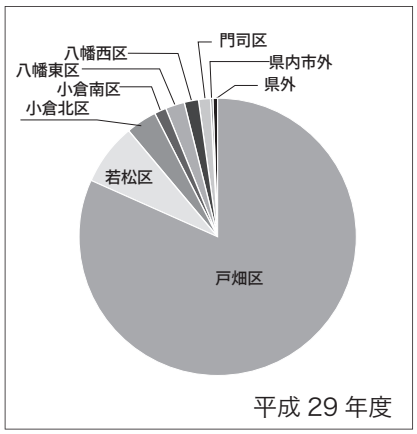
平成 30 年度

2−1. 地域別外来延患者数

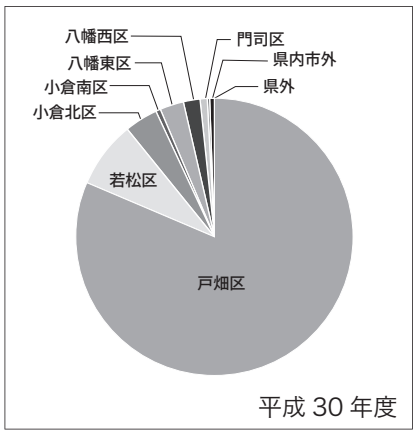
	平成２８年度		平成２９年度		平成３０年度	
地　　区	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	9,614	80.85%	8,939	81.74%	8,899	81.61%
西戸畑	3,631	30.54%	3,470	31.73%	3,594	32.96%
戸畑駅前	834	7.01%	810	7.41%	663	6.08%
沖台	735	6.18%	561	5.13%	508	4.66%
浅生	606	5.10%	653	5.97%	855	7.84%
三六・天神	426	3.58%	292	2.67%	217	1.99%
小芝・沢見	313	2.63%	398	3.64%	413	3.79%
天籟寺	137	1.15%	158	1.44%	143	1.31%
中原	634	5.33%	630	5.76%	483	4.43%
一枝	312	2.62%	382	3.49%	258	2.37%
牧山	1,256	10.56%	962	8.80%	1,050	9.63%
菅原	277	2.33%	315	2.88%	260	2.38%
鞘ヶ谷	286	2.41%	239	2.19%	225	2.06%
その他	167	1.40%	69	0.63%	230	2.11%
若松区	832	7.00%	790	7.22%	827	7.58%
小倉北区	549	4.62%	408	3.73%	431	3.95%
小倉南区	113	0.95%	131	1.20%	73	0.67%
八幡東区	284	2.39%	249	2.28%	292	2.68%
八幡西区	310	2.61%	201	1.84%	201	1.84%
門司区	61	0.51%	132	1.21%	104	0.95%
遠賀郡	20	0.17%	24	0.22%	6	0.06%
中間市	11	0.09%	6	0.05%	0	0.00%
直方市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
福岡市	12	0.10%	8	0.07%	6	0.06%
京都郡	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
久留米市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他県内	27	0.23%	15	0.14%	13	0.12%
山口県	33	0.28%	32	0.29%	34	0.31%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	1	0.01%	0	0.00%	0	0.00%
大分県	1	0.01%	1	0.01%	7	0.06%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	23	0.19%	0	0.00%	11	0.10%
合　　計	11,891	100.00%	10,936	100.00%	10,904	100.00%



平成 28 年度



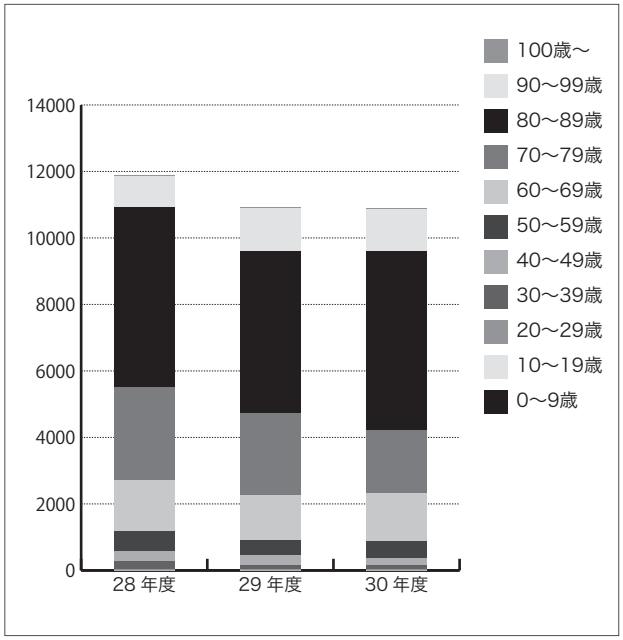
平成 29 年度



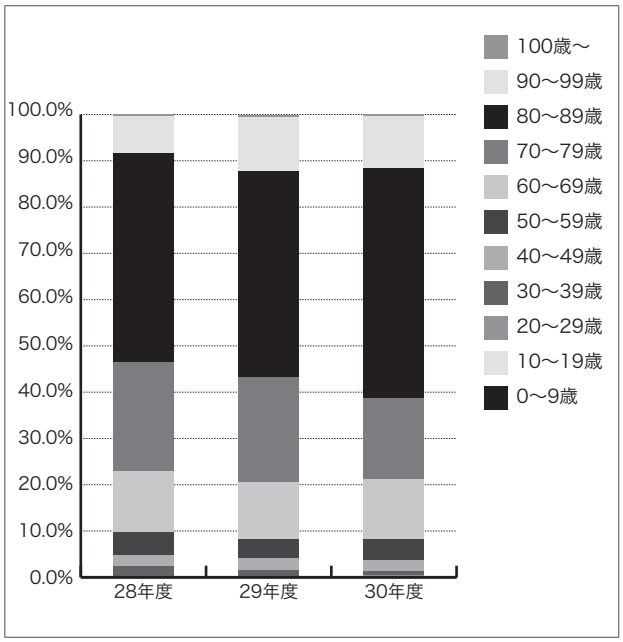
平成 30 年度

年齢別外来患者数

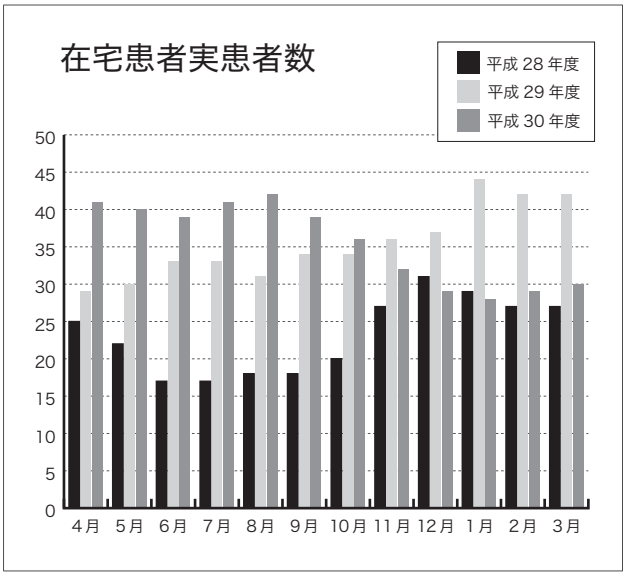
	外来		
	28年度	29年度	30年度
0～9歳	0	0	0
10～19歳	2	14	9
20～29歳	38	22	30
30～39歳	244	121	109
40～49歳	289	284	239
50～59歳	598	464	497
60～69歳	1554	1357	1,426
70～79歳	2789	2472	1,903
80～89歳	5391	4868	5,398
90～99歳	944	1287	1,235
100歳～	42	47	58
合計	11891	10936	10,904

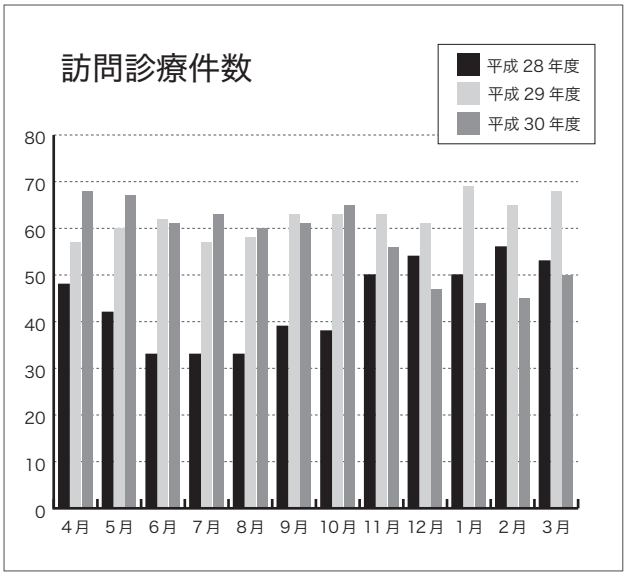


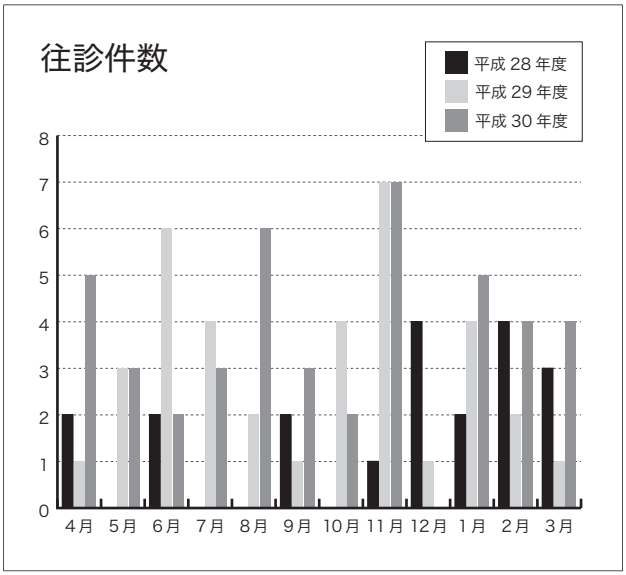
	外来		
	28年度	29年度	30年度
0～9歳	0.0%	0.0%	0.0%
10～19歳	0.0%	0.1%	0.1%
20～29歳	0.3%	0.2%	0.3%
30～39歳	2.1%	1.1%	1.0%
40～49歳	2.4%	2.6%	2.2%
50～59歳	5.0%	4.2%	4.6%
60～69歳	13.1%	12.4%	13.1%
70～79歳	23.5%	22.6%	17.5%
80～89歳	45.3%	44.5%	49.5%
90～99歳	7.9%	11.8%	11.3%
100歳～	0.4%	0.4%	0.5%

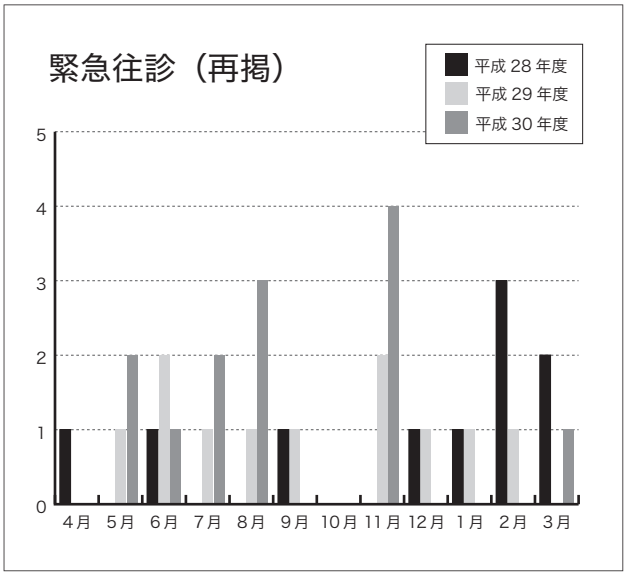


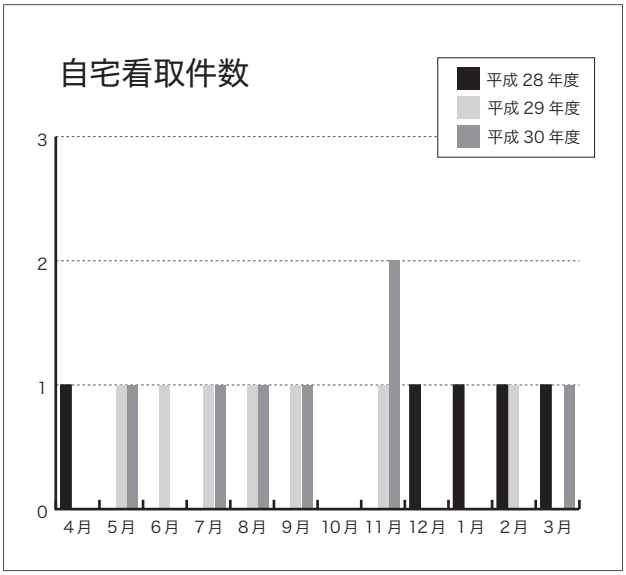
在宅患者推移


在宅患者実患者数
平成 28 年度
平成 29 年度
平成 30 年度
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月

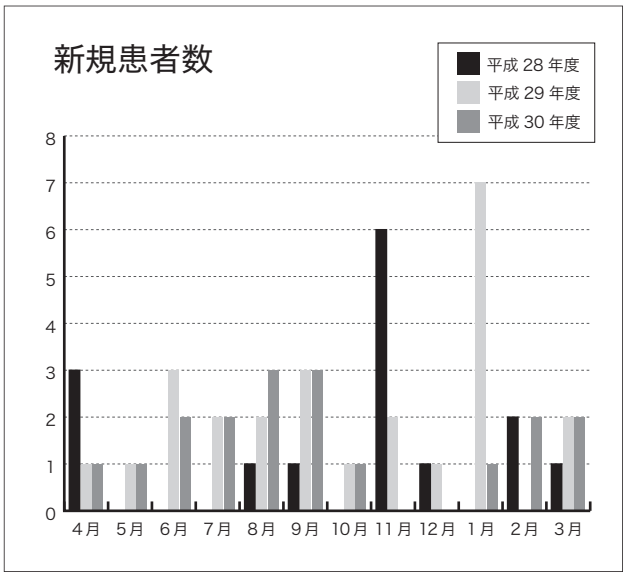

訪問診療件数
平成 28 年度
平成 29 年度
平成 30 年度
80
70
60
50
40
30
20
10
0
4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月

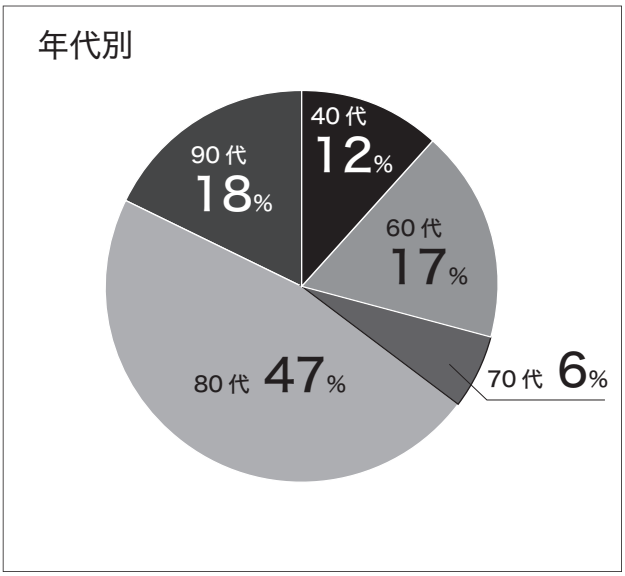

往診件数
平成 28 年度
平成 29 年度
平成 30 年度
8
7
6
5
4
3
2
1
0
4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月

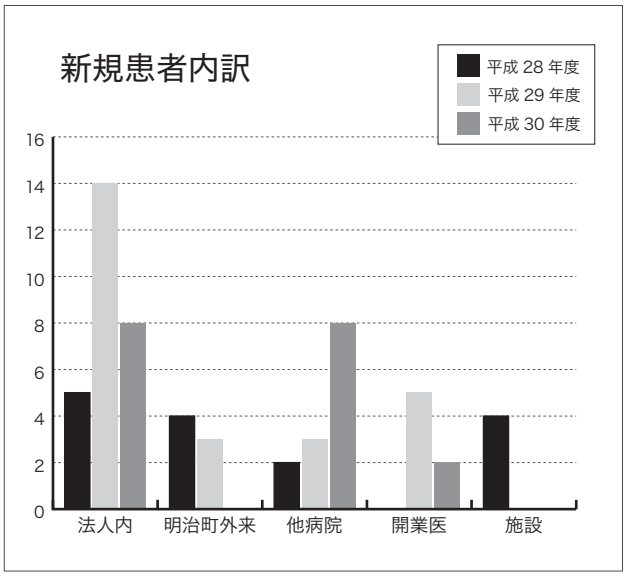

緊急往診（再掲）
平成 28 年度
平成 29 年度
平成 30 年度
5
4
3
2
1
0
4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月

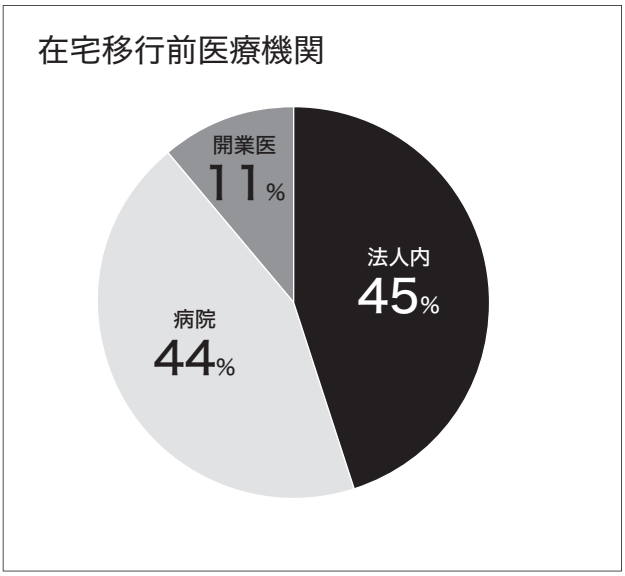

自宅看取件数
平成 28 年度
平成 29 年度
平成 30 年度
3
2
1
0
4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月

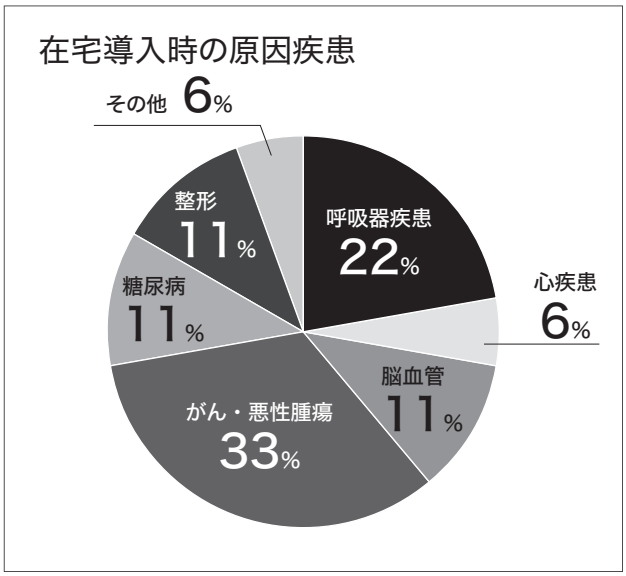
平成30年度新規患者

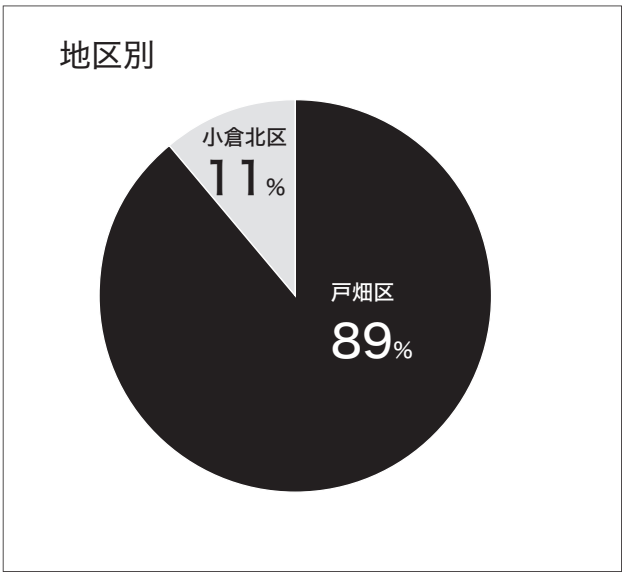

新規患者数
平成 28 年度
平成 29 年度
平成 30 年度
0
1
2
3
4
5
6
7
8
4月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月


年代別
40 代 12%
60 代 17%
70 代 6%
80 代 47%
90 代 18%

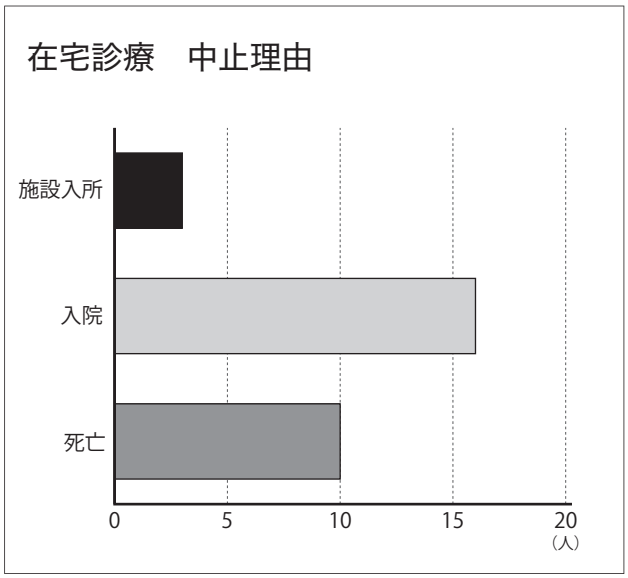

新規患者内訳
平成 28 年度
平成 29 年度
平成 30 年度
0
2
4
6
8
10
12
14
16
法人内
明治町外来
他病院
開業医
施設

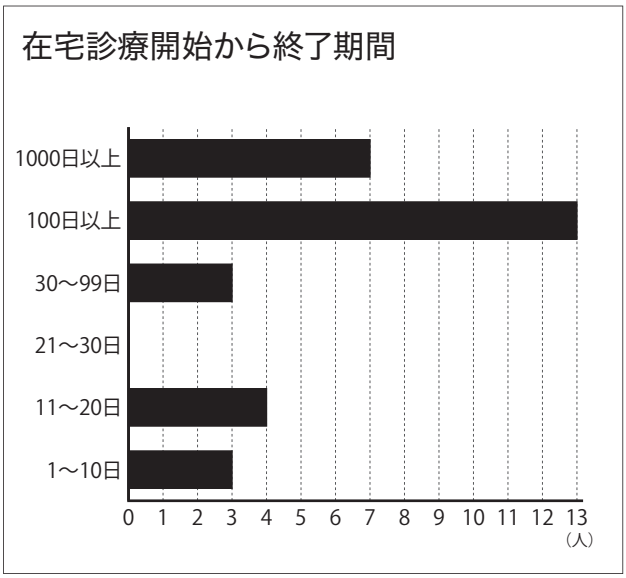

在宅移行前医療機関
開業医 11%
法人内 45%
病院 44%


在宅導入時の原因疾患
その他 6%
整形 11%
呼吸器疾患 22%
糖尿病 11%
心疾患 6%
脳血管 11%
がん・悪性腫瘍 33%

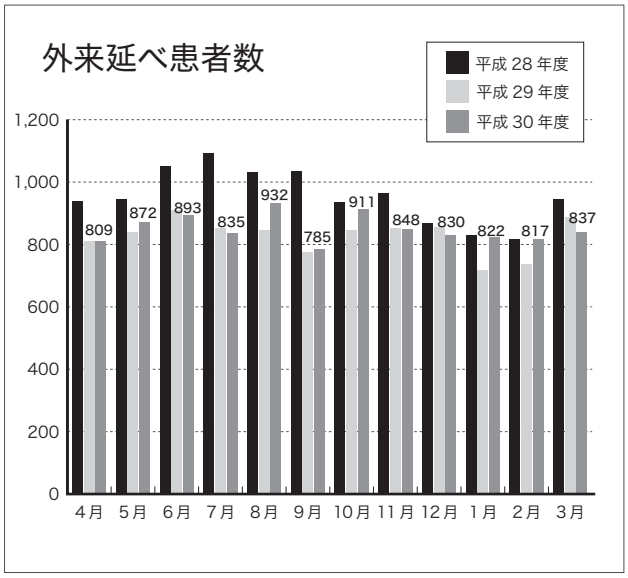

地区別
小倉北区 11%
戸畑区 89%

平成30年度中止患者





平成30年度外来延べ患者数



学会等・出張先一覧

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
4月14日	4月15日	佐々木　英	医局	第115回日本内科学会総会・講演会		京都府
8月31日	9月 1日	佐々木　英	医局	第59回人間ドック学会学術大会/第49回認定医・専門医研修会		新潟県
9月16日	9月17日	佐々木　英	医局	第32回日本臨床内科医学会		神奈川県
11月 2日	11月 4日	佐々木　英	医局	第26回日本消化器関連学会週間		兵庫県

あやめ在宅ケアセンター

あやめ在宅ケアセンター

あやめ訪問看護ステーション　管理者　北島　富久江

あやめ在宅ケアセンターには、あやめ訪問看護ステーション・あやめケアプランサービスステーション・あやめヘルパーステーションの３事業所があります。

あやめ在宅ケアセンター平成30年度目標としては
①新規利用者増加により安定した経営。
②機能強化型訪問看護管理療養費1の継続によって安定した経営。
③ターミナルケアの充実の推進を図る。
④新規事業（小児訪問看護）の取り組み。医療的ケアを必要とする障がい児への支援するために知識・技術の習得を行い小児訪問看護のスタート。
の4項目を掲げていました。

新規利用者の増加により安定した経営に対しては3事業所とも利用者の入院中から早期に関わり在宅への移行を支援し、急性期病院・慢性期病院・施設・地域のかかりつけ医・訪問診察との迅速・スムーズで効率的な活動、ヘルパーは定期的な訪問、随時通報への対応、必要な方は訪問看護の利用もできる24時間365日支援する、多職種連携で協働していましたが、前年度を下回る結果になりました。減収の要因として新規利用者は前年同様変わりなかったものの、短期間で訪問終了となる方も多く訪問件数が伸び悩んだと考えます。機能強化型訪問看護管理療養費1の継続では要件が厳しいのですが一つ一つクリアしておりますので安定した経営が出来ていると考えます。ターミナルケアの充実では法人内外からの紹介依頼も多く緩和ケア病棟や訪問診療・ケアマネとの多職種連携を行い利用者・家族の方が安心安全に在宅で過ごせるように努力しております。新規事業（小児訪問看護）の取り組みでは私たちはいつでも受け入れ可能状態になるように研修参加し知識・技術を高めていますが利用者の方はいません。

当事業者は質の向上を図るために院内外の研修参加、学会発表、資格習得し、自己研鑽しています、スタッフの自発的な向上心や努力が事業所の質の向上に繋がり働きやすい職場になっていると考えます、また職場環境整備を行い、有休休暇・、リフレッシュ休暇が取得出来、効率的な活動に結び付け様々な変革に柔軟に対応できるセンターを築き、地域に根ざした事業所となるよう努力していきます。

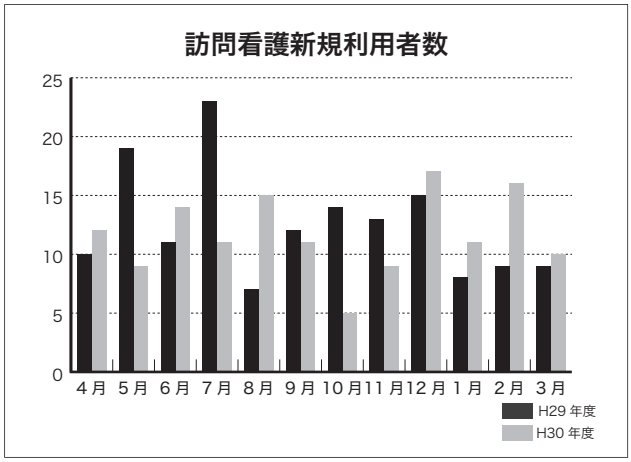
また、私たちは法人内外との連携強化を行い、法人内会議、院内外研修会等への参加、戸畑区内の各事業所部会の委員会の参加、明治町クリニック周辺の清掃活動、認知症カフェアイリスの継続開催を行っていく。

令和元年度の目標は
①新規利用者・訪問件数の増加により安定した経営。
②人材育成と看護・介護の質の向上。
③働きやすい職場づくりです。

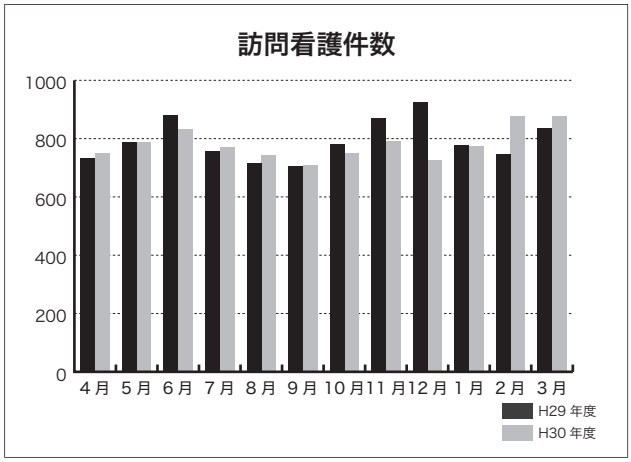
地域包括ケアシステムの構築が進む中、当事業所は多職種と連携しつつ、急性期から在宅までさまざまな場で、タイムリーかつ的確な医療の提供や、生活の質の視点を持った利用者・家族への支援など活動が多様化・高度化することを踏まえ、共愛会のスローガン「Ｄ－ＣＡＰ」で活動して行きたいと思います。

私たち在宅スタッフは地域から望まれる医療・看護・介護を提供し、ご利用者様が一日でも長く住み慣れた場所で安心・安楽に過ごせるように支援し、スタッフ一同、いっそうの努力をしていきたいと思っております。

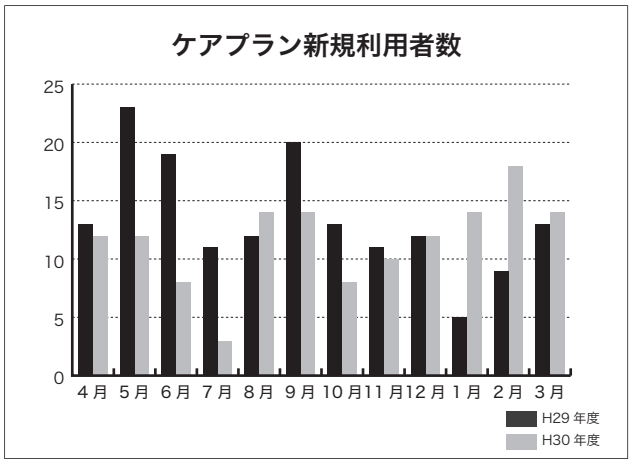
訪問看護



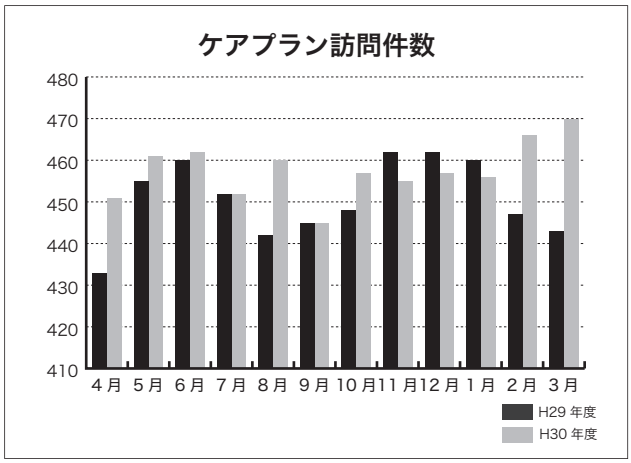
訪問看護



ケアプラン



ケアプラン



資格習得

氏　名	資　格
吉武　健一	主任介護支援専門員
高尾　愛子	認定理学療法士(地域理学療法分野)
大庭　弘己	認定理学療法士(運動器分野)

H30年度　実習生受入先一覧

部　署	学校名	人　数
あやめ訪問看護ステーション	西南女学院大学	6名
	製鉄記念八幡看護専門学校	4名
	北九州市戸畑看護専門学校	10名

学会等・出張先一覧

自	至	氏　名	目　的	発表	場所
4月 6日		大庭　弘己	日本ノーリフト協会・ノーリフトコーディネーターベーシック養成講座		北九州市
6月16日	6月17日	深見　太郎	第12回全国訪問リハビリテーション学会	演者	北九州市
6月16日	6月17日	石川友里加	第12回全国訪問リハビリテーション学会	演者	北九州市
6月16日	6月17日	高尾　愛子	第12回全国訪問リハビリテーション学会		北九州市
6月16日		大庭　弘己	第12回全国訪問リハビリテーション学会		北九州市
6月16日	6月17日	伊藤　祐美	第12回全国訪問リハビリテーション学会		北九州市
6月16日	6月17日	喜田村真梨子	第12回全国訪問リハビリテーション学会		北九州市
10月20日	10月21日	深見　太郎	第5回　日本予防理学療法学術大会		北九州市
10月20日	10月21日	大庭　弘己	第5回　日本予防理学療法学術大会		北九州市
12月15日	12月16日	大庭　弘己	第6回　日本運動器理学療法学会学術大会		福岡

ケアハウスあやめ

ケアハウスあやめ

ケアハウスあやめ　施設長　木畑　伸彦

本年4月、ケアハウスあやめ開設当初より、ご尽力頂いた城施設長の後任として施設長に就任致しました。ケアハウスあやめは、開設16年が経過しました。入居者定員20名職員5名です。

「安心して楽しく自分らしい生活」が継続出来る様、職員一同、入居者のために！との同じ目的意識を持ち、日々のサービス提供に努めています。

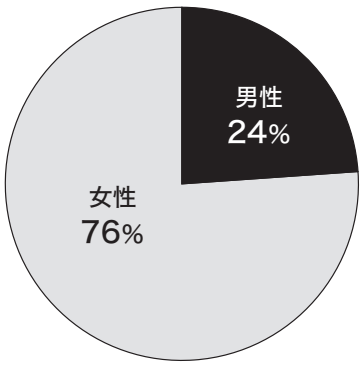
入居状況は平成31年4月時点で17名です。平均年齢は89.1歳で90歳代は7名いらっしゃいます。入居者の皆様は、「出来る事は自分でやろう！」との気概に溢れております。又、入居者の皆様同士で、声を掛け合い、思いやりを持って接しておられる姿を見て、職員の方が教わる事ばかりです。

平成30年度は、入院や身体状況悪化等により退居される方が多く、空室も続きました。入居者の方々も徐々に年齢も増し、デイサービスやヘルパー等の介護保険サービスをご利用されながら生活をされています。皆様に活気ある生活を送って頂けるよう、積極的にレクリエーションに取り組みました。買い物や外食やドライブ等、外出の機会も作り季節感を味わって頂けるよう環境作りにも心掛けました。又、誕生会等の行事食やイベント食を通じて、食の楽しみも感じて頂きました。

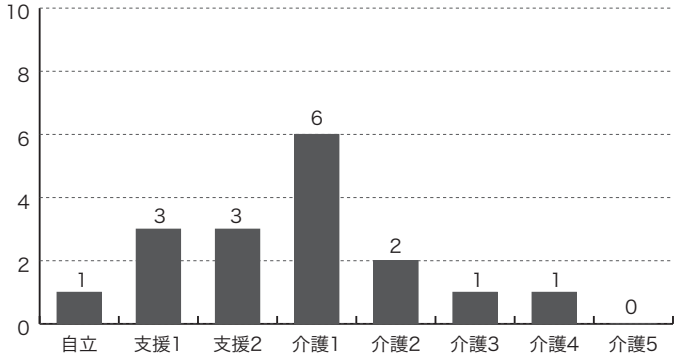
現在、高齢者へ向けの施設は、ケアハウスの他、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等種類も様々です。そして、少子高齢社会や介護の人手不足等の社会情勢の中で、時代の変化に迅速・柔軟に対応し、入居者の皆様へは、「安心」を、働く職員は「やりがい」を持てるよう一層努力致します。

令和元年度の取り組み・目標は、“選ばれる施設”を目指し、入居者の皆様やご家族へ、入居して良かった！と喜んで頂ける様、更なる質の向上に努めます。又、地域の皆様との交流を深め、地域行事への参加やボランティア等も積極的に受け入れて地域へ貢献出来る施設を目指します。

＜男女比＞



＜要介護度別入居者数＞



4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
16名	15名	16名	18名	17名	18名	20名	19名	18名	17名	16名	17名

＜各月1日現在　定員20名＞

学会等・出張先一覧

自	至	氏　名	所属部署	目　的	発表	場所
11月28日	11月29日	城　敦司	施設長	平成30年度全国軽費老人ホーム協議会 「全国職員研究会議（東京大会）」		東京都

サンセリテ明治町

サンセリテ明治町

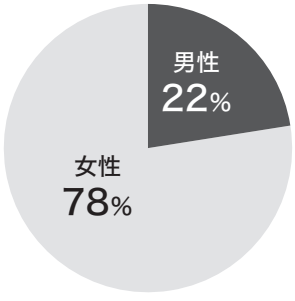
サンセリテ明治町　施設長　稲葉　義史

サンセリテ明治町は平成 25 年 5 月に開設し、今年の令和元号の開始とともに 7 年目をスタートしました。職員は現在も試行錯誤の毎日ですが、入居者の「自分らしい暮らし」の実現に向けて、様々な側面からの支援を心がけサービスの提供を行っています。入居状況は平成 31 年 4 月時点で入居率 93%。1 人部屋・夫婦部屋ともに 1 部屋ずつが空室です。入居者の年齢は 70 代から 90 代までの幅があり、介護度は自立から要介護 4 までの方が入居されています。住宅型有料老人ホームは健康な方や自立した生活が可能である方のみが対象のように思われがちですが、サンセリテ明治町には同一建物内にケアマネ事業所やヘルパーステーション、デイサービスを併設していますので、介護が必要な状況になっても様々な支援を受けて、安心･安全な生活を継続する事が可能です。また、定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所である「あやめ巡回ステーション」が 平成 28 年 10 月に同一建物内で開設しました。このサービスは介護度の高い方がご自宅で生活を続けるために、これまでの訪問系サービスが、より柔軟にサービス提供できるよう改善され、かつ 24 時間 365 日の看護・介護対応が可能となった新しいサービスです。そのため介護が必要な状態となっても、これまで以上にサンセリテ明治町での生活の継続が可能になっています。

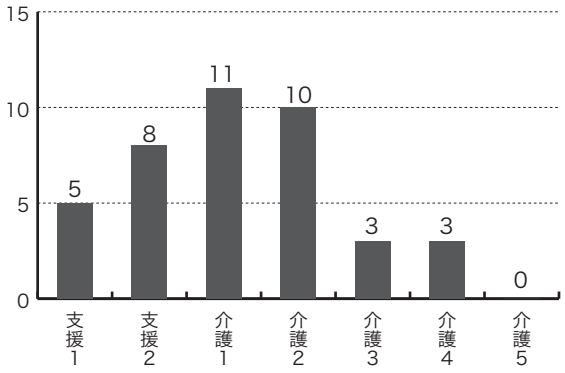
近年、益々増大する高齢化や少子化、認知症の問題に対し、地域全体で解決を目指す「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、私たちは医療・介護の専門職として地域の方たちの先頭に立ってこの動きを進めていく責任があります。サンセリテ明治町という地域の中の一施設としましては、地域行事への参加やボランティア団体の受け入れに力をいれ、「認知症カフェ」の開催により、地域との交流を重ねてきました。また、昨年は特別支援学校や就労支援事業所からの障碍者の実習生を 11 名受け入れ、障碍者雇用の強化にも取り組んでおります。周りの環境を少し整備するだけで何の問題もなく作業・勤務できる障害者の方は沢山おられ、現在明治町には身体・知的・精神などの障碍者手帳を持たれている職員が数名在籍しておりますが、それぞれの就業場所で大変活躍しております。

令和元年度サンセリテ明治町の目標はサービスの質の向上です。悲しいことに全国的に福祉施設が増加し、施設内での高齢者虐待や事故のニュースもよく聞かれるようになりました。北九州でも住宅型有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅が数多く開設しております。沢山あるホームの中から選ばれる施設作りを目指して、また現在入居されている方からは選んで良かったと思ってもらえる様に、スタッフ一同まごころ込めたサービスの提供を実践していきたいと思います。

【男女比】



【要介護度別入居者数】



H30年度 実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
サンセリテ明治町	門司総合特別支援学校	1名
	北九州中央高等学校	1名
	リタリコワークス北九州	5名
	ウェルビー株式会社	2名
	ジョブサポートセンター八幡	1名
	戸畑障害者地域活動センター	1名

明治町デイサービスセンター

明治町デイサービスセンター

明治町デイサービスセンター　榎本　比呂志

令和元年度、明治町デイサービスセンターの経営基盤強化として収入目標を 9,000 万円、1 日平均利用者数 35 名としている。

まず、当法人内での通所事業としては、老健施設での通所リハビリテーション（以下、デイケア）と、明治町エリアの通所介護（以下、デイサービス）である。デイケアでは、医療度が比較的高く、リハビリテーションを強化しており、それが必要な方々もしくはそれを求める方々が利用している。しかしながら、当法人デイケアは、利用者数超過が懸念されるほど充実しており、その利用者の中には「卒業（終了）」が適当な利用者もいることが推測される。デイサービスでは、デイケアと比較して、医療度が比較的低く、レクリエーション等の諸活動（以下、アクティビティー）を中心に、生活の質を向上していくことに力を入れている。

デイケア利用者が、状態安定し卒業（終了）することで、デイサービスの利用を試みたり、デイサービス利用者にリハビリテーションの必要性が生じ、デイケアの利用を試みたり、デイケアおよびデイサービス間で、利用者の情報共有に努め、より適切なサービス提供が出来るように連携を図っていきたい。

そして、利用者の状態像からみると、デイサービス利用者は、要支援及び要介護 1・2 の比較的軽度の利用者が 84%で、要介護 3・4・5 の比較的重度な利用者が 16%である。事業所内の移動能力も車椅子使用者 17%、歩行介助・見守り 25%、歩行自立 58%という状況で、歩行可能な方々が、8 割以上を占めている。このような比較的軽度な方々へのサービス提供は、一方的な直接援助が中心のケアよりも、「一緒に考える」「一緒に育む」「一緒に過ごす」といった共同のケアが必要ではないかと考えている。そういったサービスの中で、我々が提供しなくてはならないことは介護保険サービスといった画一的なサービスではなく、もっと「個」を支えるケアに着目していきたい。その人の基本的な生活を支援するＡＤＬ「食事」「入浴」「排泄」「更衣」「整容」への支援に加え、「楽しむ」という支援を強化していきたい。楽しい食事、楽しい入浴、楽しい排泄、楽しい更衣、楽しい整容…しかしながら、「楽しむ」は個の感覚によって異なるものであり、当然画一的な対応は困難となる。そこで、介護保険でも言われてきた「自己決定」「自己選択」が有効な手段となる。決定・選択が困難な方々には、我々が必要と判断する選択の支援をしていかなくてはならないが、基本的には決定・選択の提供をしていきたい。

今年度は、デイケアおよびデイサービス間で、利用者の情報共有に伴う効果を確認することと、活動内容の多様化を目指し、自分で選択することのできるサービスを利用者と一緒に作りだしていきたい。そして、利用者と一緒に楽しい時間を過ごしていきたい。そのようなデイサービスを目指し、努力していきたい。

メディカルフィットネス戸畑

メディカルフィットネス戸畑

メディカルフィットネス戸畑 主任 原澤　勉

平成 30 年度のメディカルフィットネス戸畑では、毎週火曜日の 2 時より開催しております認知予防教室の詳細と参加者の体力向上について述べさせていただきます。

現在では 13 名枠が直ぐに全て埋まり、前クール終了後には次回教室の申し込みが出る程、大変好評を得ております。とにかく、楽しく笑いのある教室運営を心掛けて、参加者に外出してきて良かった。と思って頂ける内容になっております。

教室開始前に参加者全員に身体状況のアセスメントと問診を取り、開始前と最終日に体力測定を行います。1 クール毎にその結果の変化を少しでもご本人に実感して頂ける様に、教室では専門的かつ効率的な運動指導と笑いのある脳トレ体操を心掛け、またご本人の身体状況に合わせて、ご自宅で出来る運動内容の指導も行い、それを実行して頂きました。

その結果、特に実年齢と体力年齢の結果が良かった方は、「資料 -1」のようなデーターとなりました。参加者各自が見ていただく事によりモチベーションの維持・向上に役立てました。

今年度の参加者で一番成績の良かった方は、実年齢と体力年齢との差は約 19 歳若くなっています。この方は普段からもご自身で運動も行っておりますが、お孫さんのお世話をするにあたり、最近少し下肢の筋力低下や物忘れ、身体の疲れ方に以前からの違いを感じ受講したのがきっかけです。

３ヶ月後の体力年齢も 4 歳以上若返り、大変喜ばれて教室を終了致しました。

この脳トレ教室は北九州市社会福祉協議会のマイレージ事業にもなっており、毎回教室終了後のマイレージ事業ポイントを楽しみにされている方々もいらっしゃいます。

令和元年の今年度も少しでも多くの方に受講して頂き、体力向上、物忘れの軽減に役立てていただければと思います。スタッフ一同、楽しい脳トレ教室を実施出来る様に様々な運動プログラムや拮抗運動、レクリエーション等をご用意してご利用者の方々をお待ちしております。

平成 30 年度のフィットネス会員年間ご利用者数は延べ 13,339 名となっており、多くの方に体力・筋力向上を計る場としての役割を果たせているのではないかと自負しております。

その他に、フィットネス会員や一般の方を対象にしたリズム体操教室（担当：田中　麻衣子）は、受講者の体力や技能に合わせたレベル別のクラス編成となっており高齢者の参加者もマイペースで楽しめるとあって、年間の延べ参加者は 142 名（33 回実施）となっております。

又、ストレッチ教室（担当：岩切　秀文）は普段敬遠しがちな身体の硬い方も無理なく行え、柔軟性を向上させて、ヨガ教室へ移行する方もいらっしゃいます。こちらも年間の延べ参加者は 184 名（37 回実施）となっており、一般の方の参加者も増えてきております。

今年度後も、（社医）共愛会の一員として、ホームページや、ブログ、YouTube 動画を効率的に活用し地域の皆様の健康増進や健康に対する意識の向上に役立てて行ければと考えております。スタッフ自らも役割をしっかりと捉え、会員の方のご要望に即応出来るべくスタッフ同士が協力し合い、ご利用者にご迷惑の掛からない様に業務にあたりたいと考えております。

脳トレ教室

脳はつらつ教室　運動内容

前　期

①ストレッチ（準備運動）
②拮抗運動：グーパー運動
③筋力トレーニング：レッグプレス（自重）・ローイング（自重）
④足踏み運動（２重課題運動）
　足踏み＋上肢の動き
⑤対人交流運動：風船バレー運動
⑥腹筋運動（マット仰臥位）　※時間があれば実施
⑦ストレッチ（整理体操）

中　期

①ストレッチ（準備運動）
②拮抗運動：トントン・スリスリ
③筋力トレーニング：椅子からの立ち上がり運動・チューブローイング
④足踏み運動（２重課題運動）
　足踏み＋古今東西ゲーム
⑤対人交流運動：後出しじゃんけん・脳しりとり
⑥内転筋群運動（ボール使用）　※時間があれば実施
⑥ストレッチ（整理体操）

後　期

①ストレッチ（準備運動）
②拮抗運動：２拍子・３拍子
③筋力トレーニング：開眼片足立ち・ダイアゴナルバック
④足踏み運動（２重課題運動）
　足踏み＋連想ゲーム
⑤ボール運動：ボール回し・体幹ひねり等
⑥対人交流運動：ソフトジムボール運動（ボールリレー等）
⑦ストレッチ（整理体操）

[redacted]

＜5M最大歩行専用＞

個別評価表

氏名	[redacted] 女	ＩＤ	
生年月日	昭和15年2月8日 （ 78 才）	記載者	
[redacted]			

生活目標　評価日（開始前）：　平成31年1月27日　評価日（終了後）：　平成31年3月19日

＜ご自分が達成したい生活目標を決めましょう！＞

例：たくさん歩けるようになって、市外に住む孫の家に一人でも行けるようになりたい。

ご自分の目標達成度（最　終）

当てはまるところに〇をつけましょう！

0%	20%	40%	60%	80%	100%

〔自由記載欄〕

	（自立的手段）	初回	最終
1	入浴や着替えなどの活動ができますか	[redacted]	
2	買い物ができていますか		
3	どのくらい続けて歩くことができますか		
4	駅の階段の昇り降りができますか		
5	バスや電車など交通機関を利用することができますか		
	（知的能動性）		
6	宅急便の送付状は書けますか		
7	新聞・本・雑誌（どれかひとつでも可）を読んでいますか		
	（社会的役割）		
8	友人・近所の人・その他仲間との付き合いができていますか		
9	家事や庭そうじなどの自分の仕事ができていますか		
	（自己の健康観）		
10	自分の健康状態についてどう思いますか		
11	他の人に比べて病気になりやすいと思いますか		
12	楽しみ（映画・会合・茶のみ）のための外出をしていますか		
13	ストレスを感じることがありますか		
14	新しいことに取り組む気持ちがありますか		

初回体力テスト

評価項目			測定値	
筋力	上肢	握力	29.2	kg
	下肢	膝関節伸展筋力	16	kg
柔軟性		長座位体前屈	46	cm
バランス	静的	開眼片脚立位	25	秒
	動的	ファンクショナルリーチ	30	cm
全身協調性		10メートル障害物歩行	7.6	秒
全身持久力	置き換えテスト	5M最大歩行所要時間	2.7	秒
計測		BMI		kg/㎡

サービス計画等

最終体力テスト

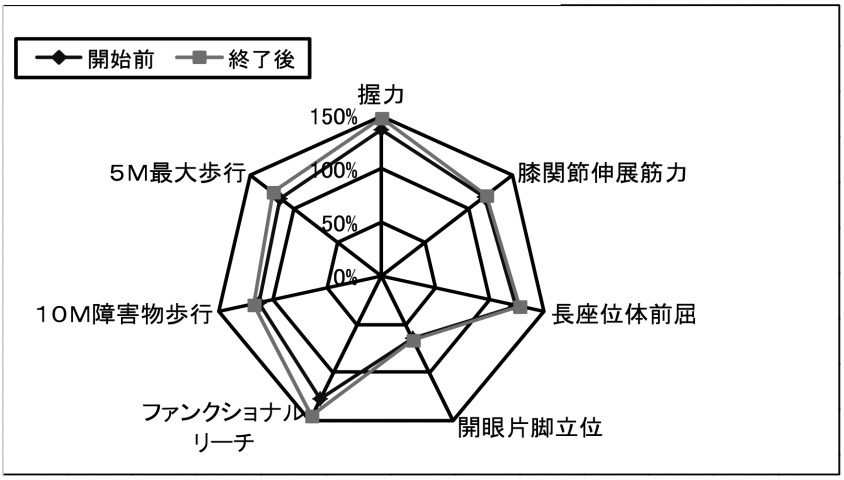
評価項目			測定値	
筋力	上肢	握力	31.7	kg
	下肢	膝関節伸展筋力	16.5	kg
柔軟性		長座位体前屈	47	cm
バランス	静的	開眼片脚立位	26	秒
	動的	ファンクショナルリーチ	34	cm
全身協調性		10メートル障害物歩行	7.2	秒
全身持久力	置き換えテスト	5M最大歩行所要時間	2.4	秒
計測		BMI		kg/㎡

結果コメント

筋力は全体的に良い様です。体力年齢も実年齢よりたいへん優れています。バランスが少し悪い様なので、体幹の強化と足底筋力を維持してください。とても良く動けています。

総合結果

※標準値と比較したグラフ



【あなたの体力年齢】

トレーニング前は、
（ 61.4 ）才
相当です

トレーニング後は、
（ 57.1 ）才
相当です

あやめレンタルサービス

あやめレンタルサービス

管理者　阪東　佑一

あやめレンタルサービスは、要介護者や要支援者に福祉用具を提供し、在宅で安心した安全な生活を送ることそして、介護者の介護負担が軽減できるように支援を行っております。

福祉用具は、種類や性能によって、一般購入商品、一般レンタル可能商品、介護保険購入商品、介護保険レンタル商品として利用することができます。このうち介護保険のレンタルは心身の機能が低下し、日常生活に支障のある方は、生活支援のための１３品目の種類による福祉用具を借りることができます。利用者負担はレンタル料の１割～３割です。介護保険を利用して購入することができるものは特定福祉用具といいます。

特定福祉用具とは、介護に必要な用具で、ポータブルトイレ・入浴用品・特殊尿器の交換可能部分など利用者の肌が直接触れるものとされています。この購入も利用者負担は購入金額の１割～３割です。その他、介護保険では住みなれた自宅で生活が続けられるように、住宅の改修を行うサービスもあります。

さて、あやめレンタルサービスは平成 30 年度の目標として①年間売上 5,500 万円②レンタル利用者獲得数 400 名③新規居宅事業所獲得数 5 件を掲げてきました。結果としては平成 30 年度の売上は約 5,700 万円と目標を大きく上回る結果となりました。利用者数も 420 名で、これもまた目標に達する結果となりました。新規居宅事業所獲得数では現在の居宅介護支援事業所以外の 6 事業所から新規の依頼があり、これも日頃の営業力強化の結果が得られたのではないかと実感しております。私達はこれからも福祉用具の知識を高め、利用者に信頼され、安心を提供できる福祉用具専門相談員を一同目指して精進してまいりたいと思っております。

心身の機能が低下した高齢者であっても、福祉用具を適切に利用することにより、自立した日常生活を送ることができます。また、福祉用具は介護者の負担を軽減します。このように、福祉用具は介護する家庭の生活の質を改善してくれるものです。

あやめレンタルサービスでは少しでもそのお手伝いが出来るように関わっていきたいと思います。

業績集〈平成30年度〉

令和元年11月発行

発　　行　　社会医療法人共愛会　法人本部
〒804-0092　北九州市戸畑区小芝2丁目4番31号
電話（093）330-0032　FAX（093）330-0042

制　　作　　株式会社 朝日エージェンシー西部

www.kyoaikai.com